

精神障害者の「社会復帰」

——個人誌解釈の意義とワーカーの使命——

鎌 田 大 資

序 課題と解釈枠組

本稿では、ある精神障害者¹⁾の「社会復帰rehabilitation」の過程について、彼が入院していた精神病院の精神科ソーシャル・ワーカーPsychiatric Social Worker（以下ワーカーと表記）による個人誌biography（池末美穂子「精神医療・Aさん十五年の軌跡」池末他、1986,pp.13-69.以下、出典を明記しない引用はすべて同書）を解釈する。

論者が依拠するシンボリック相互作用論symbolic interactionismの伝統²⁾では、N.K.デンジンが「解釈的相互作用論」(Denzin,1989a.)で個人誌解釈の方法論をまとめている。

「解釈的相互作用論」におけるデンジンの解釈戦略とは、人間の経験を当事者による「厚い記述」から「捕獲」することである。そのための手順は、従来の理論や概念化の脱構築、厚い記述の蓄積と再構成による解釈の遂行、得られた解釈の相互作用状況への文脈化など(ibid.pp.48-65=邦訳、pp.66-95)である。その際、彼が怖れるのは、観察、経験された事実が社会学的理論や推論でさえぎられて「薄い記述」（「侵入的な記述」「不完全な記述」「注釈された記述」。ibid.pp.91-99=邦訳、pp.141-155）になることである。その陥穽に対して彼が提唱する記述の指標は、個人誌の主人公にとって未来、過去へのパースペクティブが一変する人生の転機＝「エピファニー」である。「生きられた人生」としてのエピファニーの厚い記述により、既存の理論化の制約を受けない解釈ができる。

そのような厚い記述は調査者自らが参与観察などにより捕獲することが望ましい。しかし、それができない場合に、既存の自伝autobiography的発言や著作などから主体の経験を捕獲、解釈する戦略の書として、彼は「解釈的個人誌」を著した(Denzin, 1989b)。

書かれた個人誌や自伝をデリダのように「現前の形而上学批判」を行いつつ脱構築するならば、そこには差異と痕跡からなる言語の意味作用があるばかりで、「主体の生きられた人生」の存在自体さえ不確かなものとなる。しかし、デンジンの前提は、主体も生きられた人生も存在するということである。ところがその前提にもかかわらず、G.H.ミードの時

間論に依拠する彼によれば、すべての個人誌も自伝も、「未完の試み」であり、「虚構 fiction」である。それらが新たに書かれ、語られるたびに、パースペクティブの変化のため見えなかった意味が見出だされる。

本稿で解釈し、考察する精神障害者の個人誌は、彼が社会復帰に成功し安定した生活を送れるようになってから、ワーカーである筆者が行ったインタビューに基づいている。記述はところどころ要約されて、薄い記述になっている。しかし、その虚構性、すなわち、聞き取りの時点でのパースペクティブの限定性を認めても、なお新たな洞察の材料は見出し得る。それには、解釈の前提として個人誌の主人公である精神障害者の置かれた歴史的状況と、ワーカーの彼との関わり方を知る必要がある。その点は、個人誌を関連文献や論者自身のフィールドでの見聞と対照しながら示す。

特に、解釈では精神医療の前提となっている薬物治療に注目する。薬物治療は症状鎮静に効果があるが、副作用としてさまざまな障害を伴う。もしそれが避けられないなら、ワーカーはクライアントの個人誌をどのように聞き取り、医療・援助チームの共通の情報源として活用していけばいいのだろうか。デンジンの解釈的枠組みは、この実践的問いを考える上でも示唆を与えらると思われる。

1 精神障害者であるとはどういうことか？

個人誌の個別的検討の前に、日本の精神障害者への治療・援助の現状を、従来の研究の流れに照らして簡潔に述べる。

アメリカの精神病患者 the mentally ill の研究では、レマート、ゴッフマン、シェフなどの著名な研究を含め、障害者としてより、むしろ逸脱者の側面が強調されてきた。顕著なアプローチとして、社会的反作用論、逸脱のレイベリング理論が挙げられる (Lemert, 1951. Goffman, 1961. Scheff, 1966. Becker(Ed.), 1964)³⁾。

従来の日本の精神障害者についての研究でも、彼らの社会復帰が基本的に困難なため、精神病院への入、退院を繰り返して生涯を終えるという概念化が行われてきた (栗岡、1982. 藤澤、1992)⁴⁾。

一般論として、日本で、ある人が「精神障害者」とされることはその当事者と家族、知人にとって大きな不幸を意味する。それはその人が対人的な障害・妄想・暴力行為のため精神病院への入院や、家庭に閉じこもっての自宅療養を強いられることから生じる。

日本の精神医療は1950年の精神衛生法の制定以来、入院中心で行われてきた⁵⁾。その理由としては次の2点がよく挙げられる。まず、保険医療制度の施行以来、診療報酬は患者

の入院に対してのみ認められた。次に、1950年代から60年代にかけて急増した精神科病床のほとんどは、利潤追求型の経営を行う私立の精神科病院のものだった。その結果、診察を受けに来た患者を次々に入院させ、診療報酬を得るための財産とする日本型の精神医療が形成された。そのシステムでは患者のケアのコストを切りつめ、入院が長引くほど利潤は大きくなる。元日本医師会会長、武見太郎氏は、患者を家畜に、病院を放牧場に喩え、「精神病院の経営者は牧畜業者である」と看破した（戸塚、広田編、1984, p.68. より再引用。以下、「牧畜業者モデル」と呼ぶ）。

また日本では、国も一部の医療関係者も、精神障害者は「社会の公安・治安を乱す危険人物＝犯罪者予備軍」だから、精神病院という隔離施設に監護・収容すべしとアピールしてきた。マスコミは警察、医療関係者の見解を単純再生産し、一般の人々は頻繁に報道される「精神病患者」の司法鑑定結果と残虐犯罪・事件を結びつけたステロタイプを受け入れ、それだけでなく日頃接触の薄い彼らを、偏見、レイベリングの対象として日常生活から排除する。

そのような概念像は、日本の精神医療の「治療法」の帰結である。というのは精神病院で長期の治療を受けた患者は退院しても社会に適応できず、再入院するのが普通だったからである。精神病院は「治療の場」というよりも治療不可能な患者の「終の住み処」とされた。

戦前から戦後にかけて、精神科の治療技法はほとんどないに等しかった。たとえば単なる使役労働だったかつての作業療法、そして懲罰に近い水療治、電気ショック、処遇困難患者に対して行われた精神外科（ロボトミー、ロボペクトミーは何万人もの魔人や死亡者を生んだ。cf. 長谷川幸雄「精神外科の氾濫と国の責任」 戸塚・広田編、1984, pp.93-124）など、患者を傷つけ、ショックを与える治療法は余りにも非人道的だったので、現在ほとんど廃止されている。ところが、1950年代半ばから導入された向精神薬は「奇跡の薬」と言われ、妄想、幻聴、思考障害などを鎮静化できた。それ以降、初めて慢性の患者の社会復帰が真剣に考えられ始めたのだ。

このような歴史的経緯の中で、精神障害者当人はどのように生活してきたのか。

「精神障害」は、非常に大きな心身のストレスや人間関係からの孤立に見舞われた結果生じる機能障害impairment、能力障害disability、社会的不利益handicapの総称である。（蜂矢、村田、1989, pp.24-34）それは、生理的・社会的次元で人生を襲ういくつかの災難の一つであるが、それは時として彼（女）を襲う第一の不幸に過ぎない。それに追い討ちをかける不幸は、ひどい処遇の病院に入院してしまうことである⁹⁾。

たとえば、1984、5年頃の「宇都宮病院」事件では、長年の患者に対する恐怖支配が白日

に曝され、日本の精神医療を見直すきっかけとなった。院長は一人で千人近い患者の主治医を勤め、彼の「回診」はゴルフクラブで不興を買った患者を殴打して回ることだった。そして治療のための保護室⁷⁾は、看護者やその配下の「配膳」「面倒見」と呼ばれる在院者たちによるリンチの場となり、死亡者はほとんど「病死」として処理された。(戸塚悦郎、「宇都宮病院事件をめぐって」 戸塚、広田編、1984, pp.3-20)⁸⁾

そこまで行かなくとも、精神障害者の「監護」「監置」などのかつての法律用語が示す通り、その処遇は、医療以前、監獄以下のものだった(大熊、1981[1973])。

その中で良心的な病院では、薬物治療の効果により社会復帰の試みが始まった。しかし向精神薬の服用が生むさまざまな障害、副作用(動作が鈍る、集中力が続かない、疲れやすい、指先がふるえる、首が曲がる、黒目が上がる、日光に対して肌が過敏になる[日焼けで火膨れができる]など)は、社会復帰の大きな制約となる。

精神医療の自浄的な改革は、直接には宇都宮病院事件などの患者虐待事件が非難を浴び問題化したことを契機に行われた。しかし、それ以前から、長期の入院の弊害である「施設症」が指摘されていた。病院暮らしが長く外の社会との接触のない患者は、買い物や電車による移動など、さまざまな相互作用場面で適切な行動ができない。したがって退院してからでも単身で就労しての自活は難しく、勢い家族と一緒に暮らすことになる。が、家族も入院が長期化した患者にはコミットメントを失いがちである。したがって、症状が鎮静化すればなるべく早く患者を社会復帰させた方がよい。

日本では、近年の諸外国での精神医療改革(cf. Ramon(Ed.),1988)に比べ20年ほど遅れて、精神障害者がさまざまな症状を抱えつつも地域の精神科診療所に通院し、向精神薬の服用を続けながら病院の外で生活するための、医療・福祉サービス・施設などの援助システムが少しずつ作られてきている⁹⁾。

社会復帰の援助は、もちろん、精神病院のすべての入院患者が対象なのではない。精神衛生法の下で精神障害の概念が拡大し続けた結果、精神病院ではさまざまな人々が生活している。分裂病、躁鬱病、精神病質、性格異常などは、医師さえその病名の意味を明確にできない狭義の精神障害である。それ以外に、アルコール中毒、麻薬中毒(薬物依存)、老人性痴呆などの広範な障害をその範疇に含む。それらの障害の経験者のうち、就労を基盤にした社会生活ができる、完全に回復した人や障害が軽い人には援助は必要ない。また60歳を越えて体力も低下し日常動作Activity of Daily Lifeに介助が必要な人もまだ対象でない。つまり援助の対象は、中年までで精神障害の症状が安定期に入った病院内寛解と呼ばれる人で、就労による自立が難しい人である¹⁰⁾。

2 ワーカーによる個人誌の特色とは？

次に以上のような現状を念頭におき、デンジンの解釈的枠組みから、以下に検討する個人誌にどのような限界と長所があるのかを述べる。

この個人誌が収められた書物は、全国に先駆けた地域の社会資源作り——この個人誌の他に、精神科診療所（佐藤久夫「精神科診療所の挑戦」pp.71-119）、共同作業所の連絡組織（本家慶昭「『精神障害』地域に生きる道をを開く」pp.121-174）——を紹介する、相互に説話的な関連がない啓発的な3つの文章からなる。それぞれは過去の精神医療の実践に対する反省的回顧となっている。

ここでは、Aさんと呼ばれる主人公は一貫して人格を与えられ、読者の中にイメージを喚起する¹¹⁾。そして、この個人誌では部分的に厚い記述が捕獲されている。しかし、主人公の言動が周囲の人々の相互作用の網の目の中でどのように影響され、どんな効果を派生したかは明らかではない。ここでは社会復帰を阻む障害や症状をいかに克服し地域で生きがいを見つけたかが、内面のドラマとして描かれる。そして主人公の生きられた経験はしばしば筆者の注釈により中断される。この個人誌はその意味で、「相互作用的でない注釈された記述」となっている。

さて、未完の試みであり虚構であるこの個人誌から何が読み取れるか。個人誌の筆者、すなわち、社会復帰を援助するワーカーの叙述の意図はどんなものか。

ワーカーは入院者の家族関係を調整し、病院や施設を移る選択肢、生活保護、保険、年金、退院後に受けられる医療サービスなどをリサーチして援助する。しかし、医師や看護師が当事者の人権を無視して憚らない「牧畜業者モデル」の病院では、そもそもワーカーの導入自体、スタッフの意識変革の結果であった。もし今の社会で患者の社会復帰が不可能と考えるなら、それを援助する職種も必要ない。現に、ワーカー業務は診療報酬にカウントされない非収益部門である。また病院の収益を優先させるなら、仕事を外部の担当者に任せれば人件費が節約できる。一部の病院では、ワーカーは院内の「事務」や保健所などで入院者を見つける「営業」の担当である¹²⁾。

この個人誌を記述したワーカーはそんな中でも、患者の社会復帰援助という本来の仕事に力を入れられる立場だったようである。

筆者はAさんの入・退院の経緯を、彼へのインタビューにより捕獲し、医療記録や同僚との会話、自身の見聞に基づき注釈した。出来事の選定や配列（入、退院、心不全の発作、引っ越しや結婚など）は、あくまでも筆者によるものだろう¹³⁾。だが、筆者の見解は

援助グループの見解に溶け込み、かえって主人公のエピファニーは援助グループの対応を通して素直に記録されている¹⁴⁾。

社会復帰の援助に何が必要かは、もちろん実験室や病棟ではわからない。実際の援助過程でワーカーと当事者がともに学ぶことが知識のすべての源泉である。この個人誌は、ワーカーのケース記録の反省的なレジメであり、社会復帰の成否に関わる事実に筆者の関心は集中している。そして、この個人誌の約定convention(Becker, 1982)は、読み物としての演出的狙いの不在とも言える¹⁵⁾。

さて、エピファニーにより個人誌を整理する意義は、主体の外的状況の変遷だけでなく、当事者の現象学的な「意識の流れ」や「感情」を分析に導入できる点にある。

精神障害者の病状をコントロールする向精神薬の処方には医師に委ねられる。医師の目は患者の一举手一投足に病気の兆候を見るので、その言い分を軽視する傾向がある。だから医師には患者のエピファニーが見えないことがある。病院のワーカーは医師に代わり患者の想いを聞き取り処遇の変更を進言できる。したがって患者と良い関係を結ぶことに成功したワーカーは、医師の所見よりむしろ、患者の意識の流れに常に耳を澄ます。

3 解釈：時期区分とエピファニー

エピファニーと外的環境の変化を考慮して、個人誌の時期区分を行う（表参照）。

第1期として、第1、2、3回入院。この時期は、病院にワーカーが置かれず社会復帰への働きかけも行われていなかった。ただAさん¹⁶⁾のような意欲のある患者は、自分自身で病院の外の縁故のある人に連絡を取って身元を引き受けてもらい、就労の伝手を探して退院を試みていた。Aさんの場合、援助不在の退院は失敗に終わった。その失敗からAさんは「社会での生活は無理だ」という否定的なエピファニーを経験する。

次に、第2期として、第4、5回入院。この時期は、病棟スタッフの意識改革により、援助システムが形成された萌芽期である。外部に社会復帰の資源もでき始め、夜を病院で過ごし昼は働きに出る「ナイト・ホスピタル」やケア付きの「自立寮」を利用しての試行錯誤の中で退院が行われた。他方で、福祉制度においては、生活保護と障害年金の組み合わせによる、就労を前提としない地域での生活の基盤が整備された。しかし、Aさんは第1期の「社会での生活は無理だ」というエピファニーに囚われたまま、それを覆すパースペクティブの変革は得られなかった。

第3期は、第6、7回入院。この時期ではAさんは退院して、障害年金と生活保護による自立したアパート生活を始めた。就労は必ずしも求められなかったが、本人の働きなが

らの自立への志向は強く、面接を受けに行くものの気力がついていかずやめることが続いた。そのストレスを和らげ、毎日を自宅で無為に過ごすのではなく充実した生活を送るためには、退院者の仲間同士集まれる場所が必要であった。人望のあるAさんの部屋は自然に仲間たちのたまり場になった。だが、まだ、第1期のエピファニーは尾を引く。しかも就労による自立がやはり社会復帰の目標とされていたため、意欲と現実の矛盾からストレスが生じ、退院生活の中でバランスを崩して再入院となった。

そして、第4期。最後の退院の後、Aさんは中年から初老となり、普通にいっても一般就労は条件が厳しくて無理な年齢になってきた。就労へのストレスは逃れたものの、Aさんは仲間との関わりの中で、第1期の「社会での生活は無理だ」という否定的なエピファニーを覆すエピファニーを経なければならなかった。仲間たちとの居場所を模索し、助け合って生活する中で、初めて第1期の否定的なエピファニーは、「仲間同士、助け合えば、地域で生きがいを持って生活できる」というエピファニーに置き換わった。そしてやがて、精神障害者のための小規模共同作業所¹⁷⁾ができ、昼間、一人でなく仲間と過ごす制度体になった。

以下、各時期を、特に第1期の終わり頃の否定的なエピファニーを中心に、具体的に肉付けしてみよう。

第1期

Aさんが入院した病院は、典型的な「牧畜業者モデル」の私立精神病院だった¹⁸⁾。院内では、作業療法として病院の内外での軽作業が行われていたが、それは治療的というよりむしろ使役的なものだった。しかし、Aさんの第2回の入院中、1965年には精神衛生法が一部改正され、医療従事者の間に入院中心から通院主体の地域医療への意識変革が芽生えてきた。その入院の終わり頃、解放病棟ができてAさんもそこへ移った。

Aさんは、養父に手紙を出す（第1回）、再婚して音信の絶えていた実母に連絡を取る（第2回）、第2回の退院後、叔父の紹介で一時働いていた旅館の社長に手紙を書く（第3回）など、自分自身で「退院のドアを開ける」努力を惜しまなかった。

Aさんの挫折はもっぱら病院側のアフターケア、フォローアップ体制の不備から説明されている（服薬指導の不備¹⁹⁾）。しかし、Aさんの視野においては、それは自分の能力への自信喪失というエピファニーとして現れる。

第1回目の退院の失敗の原因は、服薬をやめたために起こった精神的・肉体的な失調である。彼の場合、退院し自由な時間ができる、まず好きな山登りがしたくなるようで、山の中で迷ったりぐるぐる歩き回ったりした後、遭難同然でゆかりのある人の家に転がり込み再入院に至る。

長い8年間の入院の後、再び自分の力で今度は生母に連絡をつけての第2回目の退院をした。この際は、自分で貯めた薬を持って出た²⁰⁾。しかし、就労先のホテルでの仕事がきつく再発。休日をもらって、山に入り遭難。再入院。

第3回の退院の際は病院の体制も代わり、「牧畜業者モデル」から患者本意の治療の場へと脱皮しようとしている時期だった。Aさんは前回の退院の時に働いていたホテルの社長に連絡を取り、5か月の入院の後に退院した。「今度は薬を持たされ、後は近くの病院でもらうようにといわれたような気がします。」結局、今回も服薬はしていたが、やはり仕事がきつく調子がおかしくなり、「終いに仕事が手につかなくなり、無性に山へいきたくなくなったので、また遭難でもして迷惑かけたら大変だと思い、ホテルの支配人に断って、今度は自分からポストンバックを持って真直ぐ病院にいきました」(p.29)

「ホテルからの連絡によると…『社会での生活は無理だ、俺はやっぱり精神病院の方がいい、一生精神病院で暮らすんだ』といって、止めるのもきかずにバスに乗ったという。」(ibid.) Aさんは服薬していても就労による社会復帰ができないことにショックを受け、累積的なエピソードにより自信を失い、病院の外での生活を断念した。おそらく30代も後半にさしかかり、服薬と施設症により体力も落ち、動作や判断も鈍ってきて、ホテルでの多くの手順を含む肉体労働は、無理になっていたのだろう。しかし当人が冷静に考えれば、援助を受けながら体力や集中力の負担の軽い他の職種に就けたかもしれない。それからの援助の課題は当人の失われた自信を取り戻させることであった。

第2期

第1期のAさんの悪戦苦闘と平行して、一族で経営する病院の「社会から隔離された世界」(p.23)にも、変化の波が押し寄せていた。1968年、脱税の発覚や、院内の看護・医療体制の不備が問題化し、1969年、新院長が就任して改革を進め、医療・看護の患者とのかわりが刷新された²¹⁾。

他方で、1973年の生活保護基準の大幅アップ、また1974年の国民年金の障害年金の2級への精神障害の認定など、福祉制度が改善された。そして、家族によって引き取られることが難しい患者が、退院後、就労せず自立して生活できるようになった。

そこへAさんは一生病院で暮らすつもりで戻ってきた。けれども、病院も「病状の悪化した人のための治療の場」に変わり、「閉ざされていて、いただけいれる場」ではなくなっていた(p.32)。入院中のAさんは「退院」と「山」と「病氣」の三角形からなる思考の堂々めぐり²²⁾に囚われ、第4回の入院では年に2回ほど病状が悪くなった。これまでの試みで自信をなくしてしまったAさんには、退院を強られるストレスは相当に大きかったのではないだろうか。

当時、退院のためには、病院や地域でのさまざまな社会資源が利用できた。が、まだ就労が自立生活の前提となっていたので、Aさんは挫折感を味わうばかり²³⁾で失われた自信を取り戻せなかった。

第3期

Aさんは本格的な単身でのアパート暮らしによる退院生活の中で、相変わらず失敗し続ける就労に代わる生きがいを見つけなければならなかった。Aさんは子供の頃から里親のもとで働いて生活してきたので、働かないで生活すること自体が大きなストレスの源となる。したがって援助の目的も、Aさんに就労を考えない自立生活を送ってもらうことになった。しかし、そのストレスに耐えかね、Aさんは何度も「入院したい」という希望を伝えるに病院に来ては断られ続けた²⁴⁾。

この時期から、同じ退院者仲間の間でも信望の厚いAさん²⁵⁾のアパートが仲間たちのたまり場になり始めた。最後の2か月余りの入院を最後としてAさんは、病院の外で生活を続け、現在に至っている。

第4期

最後の退院後のAさんにとってのエピファニーは心筋梗塞の発作でICUに入る重症に陥ったことだろう²⁶⁾。それを仲間同士の助け合いで切り抜けてから、Aさんを中心に病気や怪我の時は助け合う退院者のネットワークが形成され、結束感も強まった。

A亭と呼ばれるAさんのアパートの部屋に隣から苦情が出て、これに対しては仲間がみんなで新しい住居を探すなど対策を講じた。そして、Aさんは51歳の時、仲間たちの紅一点、当時45歳のE子さんと結婚し、ちょうど同じ頃にできた共同作業所「わかくさの家」の創立時からのメンバーとなった。就労を前提にした社会復帰がすべて失敗に終わっていることを見ても、また仲間同士くつろいで過ごすメリットを考えても、共同作業所の役割は大きい。

以上を鳥瞰して、1度形作られたエピファニー（「社会での生活は無理だ」）は外的環境が整備されることだけでは覆されないと言える。第1期のエピファニーにより生じたパースペクティブの変更が、物理的な支援体制が整備された第2、3期を支配し、仲間の人間関係の中で生きがいを得られるというエピファニーが第4期で得られるまで、Aさんの社会復帰は頓挫していた。社会復帰においては、服薬による症状の改善や物理的な援助システムの整備のみでなく、肯定的なパースペクティブをもたらすエピファニーを導くような援助が必要なのだ。

「病院が変わることによって、Aさんは地域に押し出され、地域の変化の一つとして共同作業所が生まれ、Aさんが共同作業所の中で変わることによって作業所活動も豊かにな

り、そのことが八王子という地域をさらに変えていき、地域が変われば入院中心の医療から通院中心の医療へと変わっていく」(p.16)と筆者は語る。おそらく、Aさんが変わり、「地域」が変わり、「医療」が変わる連鎖の契機となったのは、援助の方法論が変わったことだろう。そのことを示すワーカー側のエピファニーを見よう。

Aさんの最後の退院の際、援助チームは「ケース研究会」を開き、「改めてAさんのこれまで——奉公先での労働中心の少年、青年時代、期待に応えようとさらに夢中で働いた養子先での発病と十五年にわたる入院生活——を振り返えり(マ)、次のことを皆で確認した。

一、十五年もの入院生活から抜け出そうとしている今、一年二年の尺度でなく、五年十年の尺度でAさんの社会生活への定着や変化を見守っていく方がいいのではないか。

二、少年時代から他人の期待に応えるために働いてきたようなAさんに、就労だけを目安す(マ)にせず自分のための自分のしたいような生活の仕方を求めてもらいたい、という二点であった。」(p.52)

ここで社会復帰の目標は、「就労による自立」から「自分のため」の「自分のしたいような生活の仕方」、つまり仲間同士の助け合いの中で「生きがい」を持って暮らすことに変わっている。また「生きがい」という抽象的な言葉を「肯定的な自己イメージを伴う充実した生活」と読み替えると、それをもたらすエピファニーを導くために、本人にとって可能な高さの目標を設定する重要さが理解できる。

この援助方針の転換は、第1期に形成された否定的エピファニーが何に由来するかを援助グループがようやく把握できたことを意味する。「社会での生活は無理だ」という自信喪失のエピファニーは、「服薬指導」の不備(第1回の退院)や本人の病状をコントロールする自己管理力の不足を示しているのではない。それは正確には、「服薬しながらの就労は無理だ」ということなのだ。Aさんの場合は、特に子供の頃から働くことが生活と言えるほど勤労の意欲が高かったので、このエピファニーが人生に深い影を落とした。

入院以来、地域での安定した生活に辿り着くまでAさんは15年の年月を費やした。しかし、彼の場合、「牧畜業者モデル」の病院が患者の「治療の場」に変わり、長期入院の患者を社会復帰させ始めた先駆的なケースであっただけに、「服薬しながらの就労は無理だ」という単純な事実でさえ、本人と援助グループの経験とエピファニーによる以外に知る術がなかった。

現代の精神医療は向精神薬による症状の鎮静化と社会復帰を可能にした。だが、副作用として生じる障害は彼(女)の労働能力を損なう。精神障害者が社会復帰に際して選べる職種の多くは肉体的な単純労働である。服薬による能力・体力低下が多くの精神障害

者のそこでの就労の可能性を阻み、自立による社会復帰を困難にしている。

「服薬しながらの就労は無理だ」という社会復帰の生理的条件は、当時、援助者にもわからなかった。また、援助の確立された方法論もなかった。ゆえに「自分のために自分のしたいような生活の仕方」を求めるといごく当たり前の目標設定の有効性も、「ケース研究会」でワーカーたちが自分と同じ人間として、ケースの個人誌を解釈し理解しようとする中で発見された。

4 結び：社会復帰の援助における個人誌解釈の重要性

最後に、デンジンの解釈的な基準から改めて以上を振り返り、得られた知見をまとめて結びとする。

本稿第2節で、この個人誌を「相互作用的でない注釈された記述」としたが、それは例えば、病院の援助スタッフの中でのAさんの処遇をめぐる相互作用の様子がエピソードの連鎖として描き込まれていないことを意味する。現場での実務に携わる立場上、すべてをあからさまには書けず、記述が不可避免的に「薄い記述」となるのはやむを得ない。しかし、たとえ一つ一つの個人誌には限界があろうとも、さまざまな職種の著者がそれぞれの体験を記述するこの個人誌のようなケース記録が蓄積されれば、闇に葬り去られがちな精神医療・保健の歴史を照明するまたとない資料となる²⁷⁾。

本稿第3節の解釈から明らかになるのは、従来の医療モデルでの治療の限界である。

もしも、第1期のエピソードの直後に、個人誌解釈により「服薬しながらの就労は無理だ」というAさんの社会復帰の生理的条件が把握されていれば、彼の人生の少なくとも何年かはもっと朗らかで自足していたろう²⁸⁾。その時期の社会復帰の援助は、「就労」という恣意的な目標に惑わされ、ケースの生活や幸福の視点を欠いていた。そしてワーカーが導入されてからも、「自分のための自分のしたいような生活の仕方」を求めてもらうという方針転換が行われるまでに、十年近い月日が費やされている。この点でも、初期の社会復帰の援助が、医療・福祉システムの不備を場当たりに補う応急措置でしかなかったことが読み取れる。そもそもrehabilitationを「社会復帰」と訳すこと自体に「病人役割からの回復=就労」という医療モデルの発想が染みついており、その延長線上での援助の限界が垣間見える。

この「社会復帰=就労」というパラダイムに、初期のワーカーたちが囚われ、惑わされたのは無理もない。しかしより大きな見地から、ワーカーの仕事をケースの安定した生活とQuality Of Lifeの向上を目指すシステム構築と考えるならば、ケースの個人誌解釈の中

から「就労」に代わる社会復帰の拠点が見出されてくる。それは薬物でもお仕着せな専門職のケアでもなく、たとえばこの個人誌では、病院からの退院者仲間のネットワーク形成であった。そこを踏まえて初めて、病院、行政、精神障害者を受け入れる職場、マスコミなど多岐にわたる制度体、そして一般市民を含む社会全体に蔓延する恣意的な概念化を脱構築でき、より効果的な援助システムが構想できる。

この意味で、ケースのより一層の幸福をもたらすシステム改良の端緒として、ワーカールの個人誌解釈の意義は大きい。

注

- 1) 「精神障害」という概念が法律的に定着したのはごく最近である（1993年の12月に改正された障害者基本法で障害者の定義が「身体障害、精神薄弱、精神障害」とされた）。しかし、精神障害者には他の障害者が持つ手帳（身分証）はなく、保護は保障されない。
- 2) 論者は前稿（鎌田、1990, 1991）で、H.S.ベッカー（芸術世界論）やA.ストラウス（社会的世界論）らのS Iの枠組みを利用した考察を行った。
精神障害者の社会復帰は、地域の社会資源を整備し、彼らに強いられる頑強なobdurate現実を改変する複雑な「集団相互作用group interaction」（Lemert, 1974）であり、その活動の正統性を要求する「社会的世界の正統化過程」である（Strauss, 1978, 1982, 1984）。
- 3) 他にも、精神障害の原因・発生論への社会学的アプローチがある。これらの紹介として、たとえば、宗像、1984, pp.1-25.を参照。
- 4) 他方で、精神医療関係者による社会復帰活動への提言、手引き、実践記録は数多い。本稿で主に取り上げる池末他、1986. 以外に、全国精神衛生連絡協議会、1969. 蜂矢、村田、1989. 蜂矢、1993. 東編、1991. など。地域精神衛生の分野でも、桑原、1981. など。また精神医療全般の社会学的研究として、宗像、1984. がある。また社会学の文献として、山田、1986. 1991. の精神病院の研究や、Wiley, 1991. の治療共同体の研究がある。
- 5) 精神衛生法の理念は、座敷牢などに幽閉され「私宅監置」されてきた精神障害者を病院に収容し、医療の庇護のもとに置くことであった。
- 6) 病院での患者の処遇を体験者である患者が明らかにすることは難しい。患者の証言はすべて「気違いのたわごと」として闇に葬られる。処遇の実態は、病院の医療関係者の内部告発によってのみ明るみに出る（東京精神障害者人権センターでのインタビューより）。
- 7) 「保護室とは、精神科病棟の一角にもうけられ、興奮がひどくて他患者の治療を妨害する患者などを隔離収容する個室で、危険防止のため頑丈な戸びら、板のままの床、外部から丸見のトイレ、小さな明り窓がある…。」（東編、1991, p.95）
- 8) この種の不祥事は現在も跡を絶たない。最近でも、大阪府の某精神病院のクーラーのない保護室で、40度から50度にも上がる真夏の猛暑のため、脱水症状や心不全で死亡した患者は十数名にのぼると言う噂を耳にした。この類の噂は、昔から特定の病院に集中している。そのような悪質な病院を解体し良い病院だけを残すスクラップ・アンド・ビルドを提唱する関係者もいる（小林、1994）。
- 9) 「精神」の障害、「生活のしづらさ」を抱えた人として彼らを捉える再定義は、彼らが症状を隠して一般の社会人として働き職場や地域で受け入れられる「常人化normification」ではなく、社会が彼らの障害を受容し地域での生活を支援する「ノーマライゼーション normalization」を主

- 張する(Goffman,1963,pp.30-31=邦訳、p.55. normalizationは「常人に見せかけること」と訳されている)。また主に法律関係者により、本人の同意によらない入院(措置・同意入院)を法的に規制し、当事者自身の同意による任意入院を要請する動きも続いている。
- 10) 社会復帰の運動が進み、家族と生活しながら診療所に通う人が増えると、家族への援助も重要になる。
- 11) 概して、福祉的な援助技法やシステムを紹介する文章ではシステムの変遷が叙述され、当事者や関係者のパースペクティブの変化がエピソードを通して語られることは少ない。その場合、叙述の主役はあくまでシステムであり、人々には一貫した顔は与えられない。
- 12) フィールドでの保健所の精神保健相談員との会話による。
- 13) この個人誌は社会復帰の先進地帯での最初の試行錯誤を記述しており、主人公の軌跡は独自ながら他の人たちにも共通する普遍的なものである。デンジンはそのような主体をサルトルの用語を借りて、普遍的独自universal singularと呼んだ。
- 14) しかしワーカーのケース関与の技法から必然的に、個人誌の記述には曖昧さが残る。一般にワーカーは担当ケースに必要な援助の範囲以上のことを聞かない。それはケースに心理的抵抗感を与えないためと、不必要なトラブルを避けるためである。また経験を積むと対処の内容が類型化できるので、ますます個人誌を聞き流すようになる。
- さらに、精神障害者はある意味で「意志の病」を患っており、ワーカーに依存しているので、彼(女)に無意識に付和雷同してしまう。
- 15) 説話をドラマチックに盛り上げる戦略がこの個人誌には欠落している。たとえば、<主人公Aさんの幼少時の経験の思い出に残るエピソードなどの提示がない>、<主人公Aさんに悪意で関わる人が一人も登場しない>、<発病の原因が追求されない>、<社会の偏見などの社会悪の存在を宿命論的に仮定しない>などが指摘できる。
- また、もし個人誌の焦点を社会復帰に絞るなら、Aさんの最後の退院が締め括りになる。しかし、個人誌は執筆時までの人生を追いつける。この冗長さ自体、ワーカーが一人のケースに関わる眼差しの息の長さ、優しさを反映している。ワーカーはどんな逆境の中でもケースを長く援助し続けねばならない。
- 16) Aさんは「幼くして父親を亡くし十歳の頃から家を離れ、東京の〇市の酒造店で働きながら学校に通った」。Aさんの成長してからの楽しみは、「山好きな友達との登山と酒だった」。28歳で「ゆくゆくは養子にと約束してくれた八王子のBさん(旅館業)」のところで働いた。発病はその数カ月後である(p.14)。
- 17) 地域で生活する精神障害者が通所することのできる施設。簡単な内職作業などを行う。もとはデイケアや作業療法を継続することを主旨としていたが、Social Skill Training (SST) やレクリエーションなど、地域での生活の充実のためにさまざまなプログラムを組んでいる。たいていは地域の家族会を通じて自治体からの補助金で運営される。最近では飲食店業務を取り入れる所も増えてきた。
- 18) 「昭和初年頃三十床前後でスタート」(p.18)し、「創立時から典型的な家族経営の病院として四十年の歴史をかさね、戦後巨大化した」(p.23)。
- 19) 「昭和三十年代に退院した経験のある人達に今尋ねると『昭和三十年代の中頃から入院中は薬をのむようになった。だが退院するときには今のよう薬のことやら通院のことなど何もいわれなかった』と答える人が多い。…Aさんも薬も持たず、病気について何の注意も与えられずに退院した一人だった。」(第1回。p.22)
- 20) 「薬についてはこのときは『あんたはのまなくてもいい』といわれました。でも入院中一日一回分をのまずに貯めていたのが茶筒に二本あったので、万が一のためにとそれをもって退院しました。」(p.26)

- 21) 改革の成果として充足されてきたマンパワーにより、「医師、看護婦、パラメディカルがチームになっての小集団活動」が各病棟で行われ始めた(p.30)。
- 22) 「今まで何回か退院したけど結局再入院することになった。いくら頑張っても入院することになる。だから一生入院していたい。でも、ここで一生皆と仲良くやっていると眠れなくなる。開放にいと山にいきたくなって……そうなる自分をつかめなくなる……山に行くには退院していなければ……。退院するとまた病気が悪くなるし……退院もおぼつかないのだから山の事は考えないようにしないと……。」(p.31)
- 23) 「都内で唯一の精神障害者のための救護施設」A寮(第4回。p.31.)、ナイト・ホスピタルでの近くの精肉工場への昼間の通勤(第5回。p.38-40.)。しかし、A寮では、寮の規律や同室者との人間関係や食事の味つけなどが馴染めず、精肉工場では相方の若い患者が入院し、予想外に体力の負担が大きくなった。「患者さん達がみつめて来る仕事は、一般の人々が嫌がる職種や労働条件が厳しく誰がやっても続かないような仕事が多く、そこでの挫折を自分のせい、病気のせいにして自信を失っていく人が何人もいた」(p.44)。
- 24) 第7回の入院に際しては自殺企図を生じ、山に行くつもりで結局「N海岸の防波堤から海に飛び込もうとしているところを」発見された(p.49)。
- 25) 1974年から始まった退院者グループでは、Aさんは「司会とかまとめ役とかを自然に果たすことが多く、全体の進行への配慮と参加者一人一人がその人らしく発言できるようにと心配りができる優れた持味はこの時期すでに発揮されている」(p.48)。
- 26) 「かけつけたワーカーが小声でN県の実母や叔父さんに知らせようかと尋ねると『連絡しないでいいですよ』とAさんは考え考え答えて、『何かの時はこれをお願いします』と枕もとの貯金通帳をそっと教えてくれた。…幸いにも数日でICU室から出られたAさんのところへ、同じアパートのCさん始めいつも集まる仲間達が入れ替り立ち替りお見舞いに顔を出していた。」(p.55)
- 27) 資料の制約もあり、本稿ではデンジンが他の著作で家庭内暴力、「引き裂かれた自己 divided self」、アルコール依存症などについて行った、独自の自己論、時間論を踏まえた解釈は参照できなかった(cf. Denzin, 1984. 1987a. b)。
- 28) 精神医療を含む医療全般における、病気への技術論的アプローチの限界について。
 ストラウスたちは、慢性病についての論文でアメリカの現在の医療を緊急医療に適応したシステムと捉え、増え続ける慢性病人々に貧富を問わず適切なケアを与えられるシステムを要求した。(Wiener, Carolyn, Fagerhaugh, Shizuko, Strauss, Anselm, Suczek, Barbara. "What Price Chronic Illness?" in Strauss(Ed.), 1984, pp.13-36)。彼らは、現在の医療が提供するケアを「ハーフウェイ・テクノロジー-halfway technology」と呼び、十全なケアは患者にも負担を要求する試行錯誤からしか得られないと言う(ibid.p.30)。
 薬物治療もまた、副作用への対処法が確立されていない点で、ハーフウェイ・テクノロジーに過ぎない。フィールドではよく、病院や診療所で、診察なしに一定量の大量の薬を投与し、患者からの抗議には無条件に薬の量を増やすことで応じる医師の噂を耳にする(「3分間診療」)。患者の状態をコントロールするための薬物の処方、医師がすべて専断で行う状況からは多くの悲劇や悪循環(「杜撰な処方」「薬漬け」)が芽生える。
 医療技術だけでは当事者の生活上の負担やストレスを軽減できない。そのため、同じ病気の人たちが共通の悩みを語り合い生活のあり方を模索するセルフ・ヘルプ・グループが役に立つ。それらの使命は保健専門職の指導を上意下達的に伝播することだけではない。「相互扶助や情報交換などのこれらのグループが行う貴重な貢献の他に、それらは逆のサービスも遂行している：保健専門職に慢性病と『ともに暮らす』とはどういうことか——専門職が未来の患者にわけ与えることのできる知識——を教えることだ。」(ibid.)

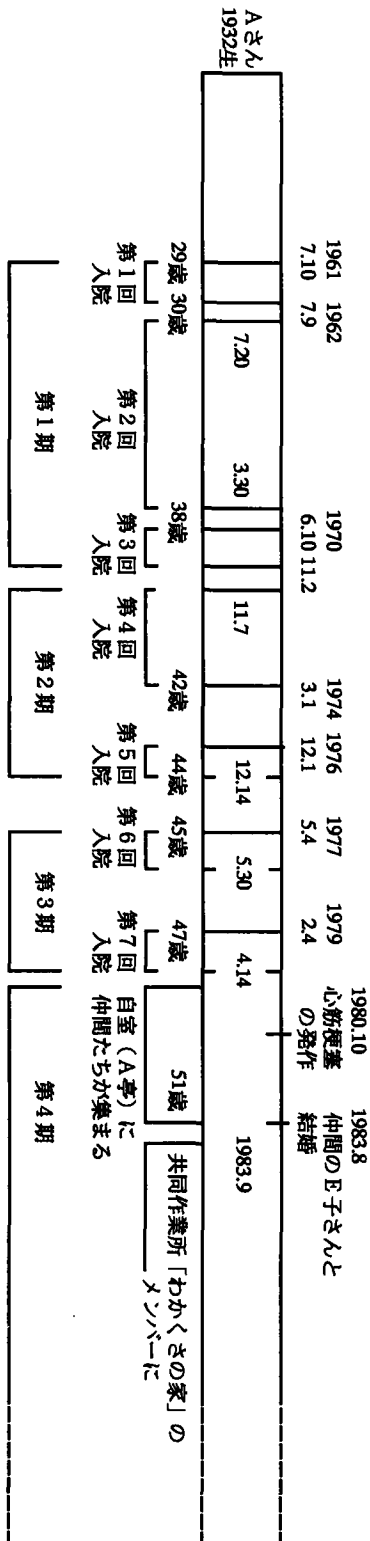
参考文献

- Becker, Howard S.(Ed.) 1964, *The Other Side: Perspectives on Deviance*. Free Press, Glencoe.
- 1982, *Art Worlds*. Univ. of California Pr.
- Denzin, Norman K. 1984. *On Understanding Emotion*. Jossey-Bass.
- 1987a, *The Alcoholic Self*. Sage.
- 1987b, *The Recovering Alcoholic*. Sage.
- 1989a, *Interpretive Interactionism*. Sage. 片桐雅隆・他訳 1992, 『エピファニーの社会学——解釈的相互作用論の核心』マグロウヒル
- 1989b, *Interpretive Biography*. Sage.
- 藤澤三佳 1992, 「スティグマとアイデンティティに関する一考察——精神病患者会の会報の分析から」『社会学評論』42(4):374-389
- Goffman, Erving. 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor. 石黒毅訳 1985, 『アサイラム』誠心書房
- 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall. 石黒毅訳 1980[1970], 『スティグマの社会学——烙印を押されたアイデンティティ(第二版)』せりか書房
- 蜂矢英彦 1993, 『心の病と社会復帰』岩波新書
- 、村田信夫 1989, 『精神障害者の地域リハビリテーション』医学書院
- 東雄司 編 1991, 『精神障害者・自立への道——和歌山からの報告』ミネルヴァ書房
- 池末美穂子、佐藤久夫、本家慶昭、森川英一 1986, 『精神障害のベクトル——病棟から地域へ患者から生活者への道』ミネルヴァ書房
- 鎌田大資 1990, 「H.S.ベッカーの芸術世界論——前衛はいかに約定に変化するか」『ソシオロジ』35(2):79-95
- 1991, 「古都税紛争における京都仏教会のリーダーシップと理論化——ストラウスの交渉文脈概念からの整理」『古都税問題研究』(研究報告集):33-55
- 栗岡幹英 1982, 「『精神障害』と入所者の『経歴』との関連」『ソシオロジ』27(1):39-61.
- 桑原治雄 1981, 「地域精神衛生活動をすすめよう——クライシス理論の立場から——」地域保健研究会
- 小林信子 1994, 「医師・看護婦の再教育を」朝日新聞6.6 朝刊
- Lemert, Edwin M. 1951, *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*. McGraw-Hill.
- 1974, "Beyond Mead: The Societal Reaction to Deviance." *Social Problems*, 21(4):459-468
- 宗像恒次 1984, 『精神医療の社会学』弘文堂
- 大熊一夫 1981[1973], 『ルポ・精神病棟』朝日文庫
- Ramon, Shulamit, Giannichedda, Maria Grazia. 1988, *Psychiatry in Transition: The British and Italian Experiences*. Pluto Pr. 川田誉音訳、1992, 『過渡期の精神医療——英国とイタリアの経験から』海声社
- Scheff, Thomas J. 1966, *Being Mentally Ill*. Aldine. 市川孝一、真田孝昭訳 1979, 『狂気の烙印——精神病の社会学』誠信書房
- Strauss, Anselm L. 1978, "A Social World Perspective." *Studies in Symbolic Interaction* 1: 119-128.
- 1982, "Social Worlds and Legitimation Process." *Studies in Symbolic Interaction* 4: 171-190.
- 1984, "Social Worlds and Their Segmentation Processes." *Studies in Symbolic Interaction* 5: 123-39.
- (Ed.). 1984, *Where Medicine Fails* (4th ed.). Transaction.

- 戸塚悦朗、広田伊蘇夫 編 1984, 『日本収容所列島——精神医療と人権 1』亜紀書房
- Wiley, Juniper. 1991, "A Refracted Reality of Everyday Life: The Constructed Culture of a Therapeutic Community." *Symbolic Interaction*, 14(2):139-163.
- 山田富秋 1986, 「『一ツ瀬病院』のエスノグラフィー——開放化を実践している精神病院に1週間滞在して」『解放社会学研究 1』明石書店: 62-73
- 1991, 「精神病院のエスノグラフィー」山田、好井裕明 『排除と差別のエスノメソドロジー——「いま—ここ」の権力作用を解読する』新陽社: 179-212.

(かまだ だいすけ・博士課程)

池末 美穂子 「精神医療・Aさん十五年の軌跡」(池末他、1986, pp. 13-69.) より



就労者モデル 病院改革 生活保護 障害年金の充実 「就労」中心の援助方針の変更 共同作業所活動の始まり
 牧畜業者モデルの病院経営

表 Aさんの個人誌とエピソード

Rehabilitation of the Mentally Disabled: The Import of Biographical Interpretation and Psychiatric Social Workers' Goals.

Daisuke KAMADA

In the sociology of mental health, the ex-patients' rehabilitation has been long thought to be impossible. But this proved to be wrong in the light of the results of mental-health-policy reforms in U.S.A., U.K., Canada, Italy and other nations. In Japanese notorious mental health care, medical practice was said to be the same as farmers' management business to keep domestic animals (patients) in order to make profits in the meadow of health-insurance systems. But, by many people's efforts, the support for the rehabilitation of the mentally disabled are at last burgeoning.

In this paper, I examined the earliest trial-and-error case. The protagonist could successfully "rehabilitate" after 15 years' efforts. For the frame of interpretations, I made use of N.K. Denzin's concept of Epiphany; the "moment of problematic experience that illuminates personal character, and often signifies a turning point in a person's life" .

This biography was written by a Psychiatric Social Worker, and may be not wholly qualified as a good exemplar of "thick description" labelled as "relational-interactional" or "descriptive-contextual" . But, we can still look it over for some rarely mentioned facts. The main Epiphanies for the protagonist was that he could not work in town as a normal person because of the sub-effects of medication and hospitalization. Facing total loss of confidence, he could not stay out of hospital without other encouraging Epiphanies. Various social resources were no use for him to regain the will to autonomous living. The best remedy was neither medications nor professional care, but self-help-groups like gatherings of his hospital fellows.

Under the total denial of mental patients' human rights, the PSWs, if having a good ear, were the only hope for systems reform which enhance ex-patients' group formation. Their Interpretations of biographies were vital in that vein.