

精神科グループホームという〈場〉に関する臨床心理学的考察

— 個別心理療法・精神科デイケアとの比較検討から —

豊原 響子

1. 問題と目的

日本における臨床心理学的研究は、主に量的・質的な調査研究と臨床実践における関わりを基にした事例研究という2種類の方法論によって今日まで発展を遂げてきた。なかでも事例研究は個々の事例から普遍的な現象を抽出するものとしてその重要性が強調されてきている（伊藤, 2011; 河合, 1986）。さて、既存の事例研究の多くは、個別心理療法に代表される個の関わりをベースとした心理療法および心理査定に関する技術から成る「相談室モデル」（牧野, 2012）に基づくものである。しかし牧野（2012）が指摘するように、実際の臨床現場においては心理臨床の教育の中心である面接室が用意されていないところも数多くあり、むしろ臨床心理士養成課程での教育の範囲外の領域が職種の大部分を占めることも珍しくない。そういった場における実践を牧野（2012）は先の「相談室モデル」に対比させて「地域実践モデル」と命名している。また、「臨床心理的地域援助」は臨床心理士の専門業務としても挙げられており、これを山本（2001）は「地域社会で生活を営んでいる人々の、心の問題の発生予防、心の支援、社会的能力の向上、その人々が生活している心理的・社会的環境の調整、心に関する情報の提供などを行う臨床心理学的行為」と定義している。しかしこのような、必ずしも個別心理療法の実施に十分な条件が整っているわけではない「地域実践モデル」（牧野, 2012）における事例研究は、未だ不十分であると言えよう。この背景には、「地域実践モデル」が従来の心理療法モデルと異なる枠組みのなかで行われているために、既存の方法論では事例研究を行うことが難しいという状況があるのではないかと考えられる。

ところで、日本の精神医療においては以前から精神科長期入院者数の多さが問題視されているが、この原因の一つに患者の症状が改善されても地域に戻ることが出来ないことによる「社会的入院」がある。こうした状態を解消するためにも、精神科疾患を抱えたひとの地域移行は国を挙げて推進されてきた。そしてこの地域移行を支える場のひとつに精神障害者グループホーム（以下、グループホームと表記）がある。筆者は大学院への進学以前から非常勤としてグループホームでの入居者支援に携わっており、心理臨床家を志す立場としても当然臨床心理学的観点から関わりを持ちたいと考えていた。しかし残念ながらグループホームに関する臨床心理学的研究や報告はこれまでほとんど行われておらず、そもそも筆者自身の臨床経験も無いに等しかったことも相まって、グループホームでの臨床実践は何もかも初めてで戸惑うことばかりの、手探りの日々であった。しかし今になって思えば、グループホームでの臨床実践とはま

さに「地域実践モデル」そのものであり、当時筆者が感じていた戸惑いはそれまで学んできた「相談室モデル」と「地域実践モデル」との差異から生じていたように思われる。「地域実践モデル」は非常に多岐にわたり、一度にその全貌を捉えることは困難である。しかし事例研究において一事例から普遍的な要素が抽出されるように、「地域実践モデル」の一形態であるグループホームの考察からも、「地域実践モデル」における臨床実践上の理解の枠組みを得ることは可能なのではないだろうか。

さて、かつて筆者がグループホームで抱えていた悩みの種を改めて言語化すると、以下の2つの点に集約される。すなわち、まず入居者の棲家であり生活の基盤であるグループホームとは臨床心理学的にいかなる〈場〉であり、そこでの入居者やスタッフの関係性はどのようなものであると言えるのかということ。そして日常生活支援が中心となるグループホームにおいて心理職の独自性や専門性とは何かということである。当時漠然と頭の中に渦巻いていたこれらの素朴な疑問は、実のところ心理臨床における関係性や専門性の問題といった様々な臨床実践に共通する問題であると考えられるのだが、そのことに気づいたのはグループホーム以外の臨床現場に赴く機会に恵まれて随分時間が経ってからのことであった。

こうした問題意識を意識化し言語化するのにこれほど時間を要した背景には、グループホームが筆者にとって初めての臨床現場であり、当時臨床経験も皆無に等しかったという個人的要因も少なからず影響しているであろう。しかしグループホームという〈場〉そのものに、それを客体化し対象化しにくくなる何らかの要素が含まれているという可能性も考えられるのではないだろうか。

このような問題意識を基に、本稿ではグループホームという〈場〉に関する臨床心理学的考察を行う。そして後述するように“個”と“集団”の両方の性質を内包するグループホームの特徴について論じるために、個別心理療法という“個”の〈場〉と、精神科デイケアという“集団”の〈場〉との比較検討も行い、その共通性や差異性を考察する。なお、個別心理療法は「相談室モデル」、デイケアとグループホームは「地域実践モデル」の一形態であると考えられ、個々の〈場〉について論じるなかで各モデルの特徴も明らかになってゆくであろうと考えられる。

2. 精神障害者グループホームにおける支援の実際

2-1. グループホームの概説

2004年に「入院医療中心から地域医療中心へ」という精神保健医療福祉の改革ヴィジョンが示されて以来、日本では様々な形で精神障害者の退院促進及び地域定着に向けた事業が実施されてきた。本稿の冒頭で述べた通り、グループホームは退院後の精神障害者の地域での生活を支える取り組みのひとつであり、現在のグループホーム制度は2006年に施行された障害者自立支援法に基づくものである。厚生労働省（2016）の報告によると、障害者自立支援法の前後で入所施設の利用者数は着実に減少しており、一方でケアホーム（共同生活介護）やグループホーム（共同生活援助）の利用者数は着実に増加しているという。なお、2013年には障害者自立支援法が障害者総合支援法へと改正・改称され、2014年以降ケアホームとグループホームは後者に一元化されている。

2007年に作成・発行された「グループホーム設置・運営マニュアル」（障害のある人と援助

者でつくる日本グループホーム学会により作成；以下、『マニュアル』と略記）には、制度や手続きの詳細から望ましい住環境、日常生活の援助の基本まで、グループホームでの実践に必要な様々な情報がまとめられている。本節ではこの『マニュアル』およびグループホームにおける筆者の実体験を紹介しながら、グループホームという〈場〉がいかなるものであるのか、その特徴について考察を行う。なお、グループホーム運営に関わる制度や手続きの詳細については『マニュアル』を参照されたい。

2-2. グループホームの空間構造

まずはグループホームの空間的構造について、『マニュアル』第3章 pp.51-73 を中心に見よう。入居者にとって住環境となるグループホームでは、人と人の距離、そして近隣住居との距離が十分に確保されていることによって不要なトラブルを回避することが可能となる。日本では共有空間をより重視する傾向があり、どこまでを共有するかはホームによって様々であるが、常に他者の目に晒され管理される空間で暮らすことは自立心を奪い依存的な生活に陥ることにも繋がる指摘されている。居室については個室化がかなり進んでおり、一般的には一室6～8帖程度であるが、これでは広さが圧倒的に不足しており、本来であればなるべく「身だしなみを整える」ことや「来客を招き入れる」ことの出来る設備的な配慮が望ましいと記されている。また、外観に関してはホーム名を示した誇大な看板などによって特殊な印象を与えることは望ましくなく、グループホームの立地環境についても山間部等や入所施設の敷地内等の“地域”から孤立した場所に建てることや複数のグループホームの過度な集積は避けるべきと明記されている。加えて日中活動の場とグループホームも一体にしないこと、あるいは近接しすぎないことも肝要であり、外出を阻害する条件になるべく少ない立地を選ぶなど、様々な視点から建物を選ぶことの必要性も指摘されている。さらに、入居者の「普通の暮らし」を前提とするならば男女が共に暮らすことが自然であるが、その分私的な行為は居室で完結出来るだけの空間および設備水準の高さが求められるとの指摘もある。このように、グループホームの空間的構造においては、なるべく地域での“普通”の暮らしが実現可能となるよう十分な設備があること、そして様々な面で入居者にとっての選択可能性が保障されていることが必要であると言えるだろう。

2-3. グループホームにおける支援の実際

前項では一般的なグループホームについて述べてきたが、実際には個々の現場によってその状況は大きく異なると考えられる。そこで本項では筆者が非常勤として関わってきたグループホーム（以下、当ホームと表記）の概要を示し、当ホームでの支援の実際を提示する。

当ホームは比較的都市部のマンションの2フロアを利用して運営されている。入居期間の制限はなく、様々な精神科疾患を持つ十数名の入居者がそれぞれ鍵付きの個室にて生活している。入居者は統合失調症や気分障害から発達障害、依存症まで様々な精神疾患を抱えているが、基本的には外来での治療により地域生活が可能な寛解状態にある。各居室の間取りはユニットバスつきの2Kで、緊急時用のナースコールも設置されている。居室以外にはスタッフルームや共有室があり、いずれも基本的には施錠されず開放されている。特に共有室では定期的に食事

会や入居者ミーティングが行われ、それ以外にも新聞を読んだりテレビを見たり自炊をしたりする入居者が自由に利用出来るようになっている。

支援に関わるスタッフは常勤5名、非常勤は筆者を含めて7名であり、常勤全員と非常勤の約半数は精神保健福祉士もしくは臨床心理士の有資格者である。非常勤スタッフはいずれも世話人として、調理等担当者以外は主に日勤と夜勤の間を繋ぐ時間帯に、週1回ずつ勤務している。スタッフ全体の基本的な勤務体制としては、日中2～3名、夕刻から夜勤帯にかけて1～2名であり、24時間365日スタッフが常駐し必要に応じて支援を提供する。グループホームの労働環境では一人職場という状況が多い(水野, 2016; 『マニュアル』p.113)ことを考えると、当ホームのスタッフの勤務体制は入居者・スタッフ両方にとって手厚いものであると言えるだろう。当ホームでは、各常勤スタッフが担当入居者を複数名ずつ受け持ち、個別支援計画の立案や日常生活における相談を受ける役割を担っているが、担当入居者に関わる全ての業務を各担当スタッフが担うわけではなく、基本的には非常勤スタッフを含むその時々で対応可能なスタッフが必要な支援や業務を行っている。

入居者に関わる主な日常生活支援は、服薬確認、血圧測定、他科病院への同行等の体調管理関連のものから起床援助、掃除や買い物の同行・代行等の生活介助まで様々である。事前に約束した時間や毎日・毎週所定の時間に行われる支援に加え、状況や必要に応じて相談を聞いたりと雑談を交わしたりすることも多く、入居者によっては居室内で各種支援を行うことが日常茶飯事となっている場合もある。各入居者と挨拶以上の関わりを持てるような時間は、ルーティーンの服薬確認や血圧測定で概ね5～10分、長くても30～40分が限度であろう。しかし些細に見える毎日の体調確認も、そこでの会話から入居者の状態を窺い知ることの出来る貴重な機会であり、単なる確認作業以上の意味を持っていると筆者は考えている。ごく短時間の交流であっても、それを継続するなかで発言や会話の内容、そして表情や雰囲気といった非言語的要素に変化が見られることは少なくない。勿論こうした変化は様々な要因の影響によって生じるのだが、入居時の言葉数の少なさや挙動の硬さが幻であったかのような変容ぶりを目の当たりにすると、安定した住環境と対人関係の重要性を改めて感じ入らずにはいられない。

なお、勤務時間の短い非常勤スタッフの立場では、毎日決まった時間に行っている日常生活支援のためにほぼ毎週顔を合わせる入居者もいる一方で、居室内で過ごす時間が長い入居者の姿を気づけば何週間も見えていないということもある。同じ敷地内に暮らしていてもそこでの日々の過ごし方は各入居者に委ねられており、共有空間の位置づけやスタッフとの交流のあり方にも大きな個人差があるのである。ではこの多様で個別的な生活の〈場〉であるグループホームの特徴とは、一体どのようなものであると言えるだろうか。

2-4. グループホームという〈場〉およびそこでの支援の特徴

まず初めに挙げられるグループホームの特徴は、そこが他でもない「暮らしの場」であり住まいであるという点であろう(図1)。その名称にもあるホーム home という語は、単に家の形状を指すハウス house と異なり、帰る場所や心の拠り所、あるいは生活の拠点になっているような場所という意味を含んでいる。そのような〈場〉においてスタッフは、グループホームが home たりえることを保障し、入居者の生活空間における安全感を脅かさないよう最大限配慮す

る必要がある。

しかし生活空間と一括りにしたもの、そのなかには居室と共有空間（前項で述べた当ホームで言う共有室）、すなわち“私”と“公”という性質あるいは“個”と“集団”というあり方が併存している。また、グループホームの一步外にはまさに“公”的な地域社会があることを考えると、グループホーム全体を“私”的な〈場〉と見ることも可能であろう。すなわち地域社会という“公”的空間のなかにグループホームという“私”的空間があり、さらにそのなかの“公”的空間として共有空間があり“私”的空間として居室が存在している。このように“私”と“公”の性質が入れ子構造を成していること、そしてこの“私”と“公”それぞれの空間が併存しており、その両者の間を容易に往来可能であることも、グループホームの特徴の一つであろう。本稿では、この“私”と“公”あるいは“個”と“集団”という両方の性質が両立しつつ動的に関係し合うグループホームの特徴を“あわいの〈場〉”と表現することとする。なお、“あわい”とは漢字では間と書くものであるが、“あいだ”をより動的に捉える概念（竹内、2010）であり、相異なった二つのものが出会い、重なり交わる、あるいは背き逆らう、そうした相乗・相克のダイナミックな状態や関係を表す言葉である（竹内、2012）。相異なる二つのものが完全に分断されることなく動的に行き交う“あわいの〈場〉”において、“私”と“公”あるいは“個”と“集団”の境界は日々刻々と変化するのである。あるいは“あわいの〈場〉”とは拡張された境界とも言えるかもしれない。

次にグループホーム内の“公”的空間に注目してみよう。“公”的空間である共有空間においては、その〈場〉に誰が居合わせるかによって雰囲気や関係性はダイナミックに展開し変化する。すなわち空間構造としては一定の〈場〉であっても、その〈場〉を構成する“個”と“個”の関係性によって〈場〉の体験の様相は刻々と移ろいゆくと考えられる。このことから、入居者・スタッフ共に様々なひとが自由に出入りする“公”的空間は、入居者同士、あるいは入居者とスタッフといった“個”と“個”が交差する〈場〉であると考えられる。当然のことながら入居者と一括りに言っても複数人いれば少なからず相性の良し悪しがあり、このことはスタッフと入居者との関係性においても同様である。時には相性の悪いひととの接触を回避したり、あるいは衝突したりすることもあるかもしれないが、日常生活のなかでこのように様々な関係性を体験し、対人関係のあたたかさと難しさにふれられることもまた、グループホームでの暮らしの特徴であろう。

一方、“私”的空間である居室では“個”として過ごすことが尊重される。ここで問題となるのはむしろ入居者とスタッフの関係であろう。当然のことながら基本的には許可なくスタッフ

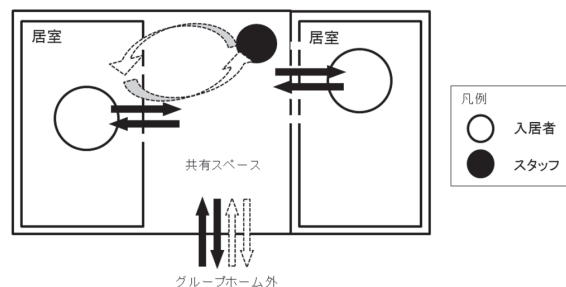


図1. グループホームという〈場〉の構造

が居室に入ることではないが、入居者によっては居室にて日常生活支援を行うことが日常茶飯事である場合もある。このような居室での支援もグループホームの大きな特徴であるが、筆者はこの居室での支援において最も特殊な点は“直接性”にあると考えている。すなわち、心理療法やデイケアという〈場〉においてセラピストやスタッフはクライアントやメンバーの現実的な生活状況を語りから想像するしかないのに対して、居室での支援ではまさに生活状況そのものに参入することによって、様々な情報を五感からダイレクトに得ることが可能となる。このことは確かに現実的状況の把握を可能とするが、一方でその圧倒的なリアリティによって知覚不能なものへの意識や配慮が疎かになってしまう危険性も孕んでいる。ここでいう知覚不能なものとは、入居者の心的現実であり歴史性であって、特に心理療法においては最も重視されるものと言ってもよいだろう。少なくとも心理臨床家という立場にあるならば、現実的状況に囲まれるなかでも知覚不能なものに対する想像を忘れずにいたいものである。

ただし実際のところ、暮らしの〈場〉であるグループホームにおいては現実的・直接的な支援が業務の大半を占めており、また入居者もそれを求めている。そうしたニーズに応じることにも勿論必要なことではあるが、安易に指示や介入を行うことは入居者の本来持っている力を阻害することになってしまう可能性があることにも留意が必要であろう。また、このことは恐らく心理的な面においても同様であろう。日常的には心理的問題の解決に重きを置くよりも、あくまで日常的でささやかで人間的なこころの交流が求められているように思われる。したがって必要に応じて個別で心理的な相談を受ける場合であっても、基本的には自我支持的な関わりが中心となるであろうし、状況に応じてどの程度踏み込むか、どの程度までなら日常に戻りうるか、常に見立てを更新し続けることが不可欠となる。逆にきちんと日常に戻れないような構造や状態で心の問題を扱うことは時に脅威となりうるということを私たちは肝に命じておく必要があるだろう。

2-5. まとめ

以上をまとめると、グループホームは“公”と“私”，“個”と“集団”の“あわいの〈場〉”であり、動的に〈場〉の様相が変わりゆくなかで如何に入居者の“普通”の暮らしを支えるかが臨床実践上のテーマとなると考えられる。様々な背景を持つ入居者が共に暮らすうえでは、トラブルが生じることも時にはあろう。しかし、入居者自身が暮らしのなかでの問題を抱えられるようになることもまた大切なことである。したがってスタッフがどの程度介入するか、あるいは見守るかについても、その都度検討する必要があると言えよう。

また、特に居室での支援においてはその“直接性”を支援者側が自覚しておく必要もあるであろう。現実的状況を根拠になされる容易な善悪の判断や一方的な指示・介入は、生活空間の安全性が脅かされる体験へと直結すると考えられる。支援の“直接性”は薬にも毒にも転じ得ることを心に留めておく必要があるだろう。

居室と共有空間とが一枚の扉を隔てて隣接する“私”と“公”の境界が緩やかな構造のなかで、そして施設内に24時間365日スタッフが常駐する環境のなかで、居室という私的な〈場〉を尊重する姿勢をスタッフが持つこと、そして支援の限界を自覚し時には自らそれを設定することは、入居者の空間的・内的な境界の感覚を醸成すること、そして入居者自身が心理的な問

題を抱えられるようになることにも繋がるのではないかと考えられる。

3. 個別心理療法とグループホームとの比較検討

ここまでグループホームにおける支援の実際とその特徴について述べてきた。これらを踏まえ、本節では臨床実践の基盤とも言える個別心理療法という営みに立ち戻ってその特徴を検討する。そしてグループホームという〈場〉との比較検討を行うなかで、両者の共通性や差異性を明らかにすることを試みる。

個別心理療法における〈場〉の問題は、これまで主に治療構造や枠という観点から様々に論じられてきた。本稿では小此木（1990）が提唱した治療構造論を、個別心理療法の〈場〉を規定する要因や条件について考えるうえでの準拠枠として取り上げる。治療構造論とは、「（引用者註；治療者と患者の交流を規定するさまざまな要因と条件が構造化された）治療構造という視点から、治療者および患者、そして両者間に起こる諸現象の心理を理解する治療構造論的な認識論」と、「その理解に基づいて特定の治療構造をそれぞれの治療関係について意図的に設定する治療の構造化およびその調整をめぐる治療構造論的な技法論」から成るものである（小此木，1990）。小此木（1990）は治療構造の例として以下の3つを挙げる。すなわち、治療者が意図的に設定するもの（時間的、空間的な条件および面接のルールといった基本的な枠組み等）、治療者の意図を超えて与えられたもの（時間的、空間的、法的、社会的条件等）、治療経過中に自然に形成される治療構造（治療者・患者双方が半ば無意識的・習慣的に治療関係を経験する上での構造的条件として体験されるようになるもの）である。そして「治療構造は治療関係が成立する基本条件をつくり出し、治療関係を支えるとともに、治療構造そのものが、患者の内界を投影する対象になる」のであって、治療構造の重要な心的機能とは、そうした投影を介して治療者が患者の内的な世界や転移を理解し、治療技法的に扱ってゆく過程であると言える（小此木，1990）。また、「治療構造の維持とその明確化は、患者・治療者それぞれに対象表象と自己表象、内的現実と外的現実の境界を明確化し、維持させる境界機能を支える役割」（小此木，1990）をも果たしている。このように、治療構造は日常生活と治療の場との明確な境界の機能も果たしており、クライアント・セラピストの双方がクライアントの心理的課題を見つめるうえで必要不可欠なものであると考えられる。図2はこうした個別心理療法の〈場〉の特徴を筆者が簡略に図式化したものである。

ここでグループホームに再び視点を戻すと、そもそもグループホームに求められている機能が個別心理療法とは大きく異なっていることが改めて理解される。すなわち個別心理療法とは治療やクライアントの心理的課題に取り組むための〈場〉であり、そこでは何らかの変容が目

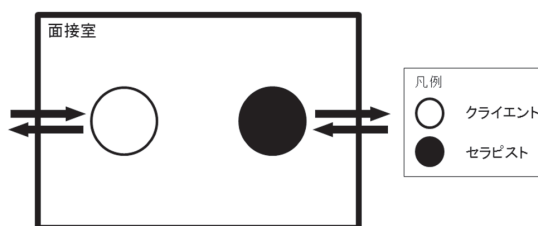


図2. 個別心理療法という〈場〉の構造

指される一方で、グループホームにおいて重要であるのは入居者の日常生活空間の〈場〉として“普通”の生活を維持すること¹⁾である。また、前者は“個”そして“私”が中心となる一方で、後者においては既に述べたように“個”と“集団”そして“私”と“公”が交差する。このようなグループホームの特徴を、前節では“あわいの〈場〉”と表現した。このありようは、個別心理療法における明確な境界や治療構造とは異なる、緩やかで流動的な境界から成る〈場〉の構造を示しているとも言えるだろう。そしてこのように構造が緩やかであることこそ、日常生活空間の〈場〉の特徴であると言えるかもしれない。

以上に見てきたように、個別心理療法の〈場〉とグループホームの〈場〉との間には境界の明確さという点で大きな差異がある。個別心理療法において治療契約の段階から場所・時間・料金の設定が行われるのは、問題の解消や症状の治療、あるいは人格の変容といった何らかの目的のために、クライアントが抱える心理的課題に取り組むことを可能にする非日常の〈場〉を設けるためである。そしてこの明確な境界は、クライアントが日常生活に戻るためのものでもあると考えられる。実際のところ、グループホームでの支援においても入居者の心理的課題を扱わざるを得ないときがあり、時にはそれが長時間に及ぶことも、深夜帯にそのような事態が生じることもある。こうした場合でも最終的には日常生活に戻れるよう、たとえば状態が落ち着くまでそばにいたり、次に話を聞く日程の約束をしたりするなどの様々な配慮を行う必要がある。一方で、最終的には入居者自身が自分の心理的課題を自分で抱え、対処出来るようになることも必要であろう。そのような意味でも、心理臨床的視点から支援にあたる立場としては、緩やかな構造を守りながらいかに心理的課題を扱い得る構造を作ってゆくかを意識する必要があるだろう。ただしそのような構造はあくまで必要に応じて提供されるべきものであって、一方的な押し付けを行うことは入居者の“普通”の生活を脅かしかねないという危険性も私たちは意識しておかなければならない。何らかの出来事に対して様々な見立てを想定しておくことは、どのような臨床実践の〈場〉においても共通して重要な姿勢であると考えられる。

4. 精神科デイケアとグループホームとの比較検討

次に精神科デイケア（以下、デイケアと表記）という〈場〉について論じ、グループホームとの比較検討を行う。

窪田（2004）によると、デイケアは治療の場と地域生活をつないでゆく橋渡しの役割をしており、デイケア活動は閉じた場、閉じたグループであってはならない。なぜなら、例えばもしもその場だけが地域生活における支えであるというような閉じた関係になってしまうと、精神病院への長期入院に替わって「地域の中で再び小さな施設依存を生み出すことになってしまう」（窪田，2004）ためである。したがってデイケアやその他の地域における精神科医療機関は、自分たちだけで患者を抱え込むのではなく、互いに行き来し相互に活用し、また常に外部との人的交流をはかってゆく必要がある（窪田，2004）。このように、デイケアは様々なこころの病を抱える人の地域における交流を生み出し、また街で暮らす拠点としての役割を期待されていると言える（窪田，2004）。

¹⁾通過型グループホームはこの限りではないかもしれないが、本稿では入居期限のないグループホームについてひとまず論じることとする。

こうした役割を担うデイケアは、様々な種類の、そして数多くのひとによって構成されており、その流動性の高さもまた特徴的であると考えられる（図3）。デイケアには、メンバー・スタッフという分類だけでなく、様々な性格・病歴・社会的背景、あるいは通所歴・通所形態のひとが混在している。さらに曜日やプログラムによって、メンバー・スタッフの在・不在は様々に入れ替わる。このような集団ならではの力動のなかで、デイケア参加者の「自己・生活の回復」（尾崎，1992）は進んでゆく。こうした集団ならではの力動を促進するためにも、デイケアには様々なありようや過ごし方、更には回復観や価値観などをも許容する器としての機能が求められていると言えるだろう。窪田（2004）も指摘するように、デイケアの目的を積極的な集団活動や就労支援活動へと偏重しすぎると、その集団の文化に乗れない、あるいはその場に違和感のあるメンバーはグループから脱落してしまうことになる。こうした事態を避けるためには、多様な活動プログラムや活動空間を用意する必要があるように思われる。活動プログラムが複数あれば自分の好みに応じてその内容を選択することが出来るであろうし、活動空間に関しても、例えば喫煙者・非喫煙者のいずれにとっても過ごしやすい空間や、調子が悪くて休みたい人のための空間があればより多くのひとが共存することが可能になるであろう。

ところで尾崎（1992）はデイケアの持つ意味について、まずデイケアが「自己・生活の回復」の契機となるためには「他者による自己規定」を排除する環境、あるいは参加者が自分を表現し他者と関わるのを援助する環境となる必要があると指摘した。そしてデイケアがメンバー自身の回復努力に対応するためには、様々な見方や関わり方を柔軟に同居させる環境となる必要があると述べた（尾崎，1992）。デイケアは精神医療的観点から見れば集団療法を主とした治療の場であるが、利用者にとってはそれだけに留まらない多様な意味を内包している。例えばデイケアは「メンバーが入院生活から社会生活へ、また治療の受動的対象から利用者へ、さらに『患者』から『生活者』への移行をめざす場」（尾崎，1992）であり移行対象（Winnicott, 1971/1979）でもあって、スタッフは「ほどよい（good enough）」母親代理としてふさわしい転移対象となることが求められる（浅野，2015）。ただし集団精神療法について論じた鈴木（2014）が指摘したように、集団精神療法においては治療者の他の患者に対する対応を直接目にすることも可能であり、治療者に関する一次情報が容易にそして豊富に患者に伝わる。集団精神療法はデイケアよりもずっと構造化された場であり、その場の性質もやや異なるものの、この指摘はデイケアにおいても十分に当てはまるであろう。スタッフ側からメンバー間の関係が直接的に把握しやすい一方で、メンバーからもスタッフの情報を入手しやすくなるということも念頭

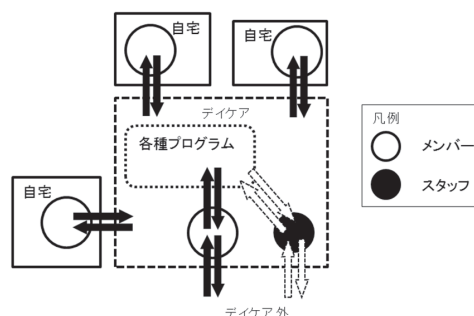


図3. デイケアという〈場〉の構造

に置いておく必要があらうと思われる。

ここまでの内容は、グループホームの特に“集団”の側面との多くの共通点を含むものであったように思われる。例えば様々な背景を持った人々が流動的に行き交うという点や、様々な過ごし方や価値観を許容する器のような機能が求められるという点、そしてスタッフ－メンバー間で相互に一次情報を得やすいという点などは、グループホームにおける共有空間とほとんど同様の特徴を示していると考えられる。一方グループホームとデイケアの最も大きな相違点は、そこが帰る場所であるのか、行く場所であるのかということであり、空間構造としての“個”の〈場〉が保障されているかどうかという点であろう。デイケアにも“個”で過ごせる空間がないわけではないであろうが、“個”として過ごす空間が常に確保されていることはグループホームの特異点であると考えられる。そしてこの“個”の空間が保障されているからこそ、共有空間が“個”とも“集団”とも言い切れない“あわいの〈場〉”として機能するのだと考えられる。なお、これはグループホームとデイケアの両者に共通することであると思われるが、ひとりの“個”を尊重するあまりに他の入居者の安全感や安心感が脅かされてしまっていないか、あるいは反対に多くの“個”の陰で少数が脅かされていないかということには、常に気を付けなければならないだろう。

5. 総合考察

5-1. グループホームにおける境界の問題

ここまでグループホーム、個別心理療法、デイケアという3つの〈場〉についてその特徴を挙げながらそれぞれの共通性と差異性を論じてきた。そして地域における住まいであるグループホームは“個”と“集団”、“私”と“公”という二項が併存する〈場〉であり、またその二項は緩やかな境界上を交差しているということを繰り返し述べてきた。そしてなかでもグループホームの共有空間には“個”とも“集団”とも言い切れないがどちらにもなりうる“あわいの〈場〉”という機能があり、それは拡張された境界とも言えるかもしれないとも述べた。これらのことから、グループホームという〈場〉を理解するためには境界について意識することが一つの有効な手段なのではないかと考えられる。

そもそも境界とは様々な意味を内包している存在である。例えば個別心理療法の〈場〉やグループホームにおける個室は壁やドアといった物理的境界により外界と隔てられていることで成立しており、この場合現実的な次元で境界が機能していると考えられる。そしてこうした境界は、“こちら”と“あちら”、“私”と“公”、“自”と“他”、あるいは空間Aと空間Bといったように空間に何らかの意味を付与し、時にそのことで私たちは安心感を持ったり疎外感をおぼえたりもする。このように現実的な境界は少なからず心理的体験と関連しており、こうした境界の特性は先述した治療構造においても様々な機能を果たしている。ただしこれまで何度も述べてきたように、グループホームにおいてはこの境界が緩やかで容易にその上を往還することが可能であるため、境界の意味合いは入居者によって異なり、また状況によっても変化する。例えば共有空間を毎日のように利用し、自室で過ごしているのと変わらないほどリラックスした様子で過ごす入居者もいる一方で、共有空間に他の入居者がいると落ち着いて過ごせないという入居者もあり、またほとんど毎日居室での支援を行っている入居者もいれば、何か相談事

があるときにだけスタッフを招き入れる入居者もいる。相田（2014）は境界の機能として相互関係、接する機能、重なるあるいは重ねる機能、限界を示す機能等を挙げ、『境界』は頑なに守る『約束や規則』のようにして予めあるのではなく、仮に境界を壊すことがあったら、その事態をめぐって、感じ、考え、話し合うものとしてある」と指摘した。入居者によって様々な境界が交差するグループホームにおいては、ひとりの境界が他のひとの境界を知らず知らずのうちに壊してしまうかもしれず、そうした事態が生じたときにはその都度入居者もスタッフも共にそのことについて話し合っただけでなく、ゆく必要があるだろう。ありきたりな言葉ではあるが、日常は失われて初めてその重要性に気付くものである。グループホームにおける支援は、当たり前かのように見える“普通”の日常をいかに維持するかという、一見地味なようでいて非常に動的で相互的な営みであると考えられる。

5-2. 「地域実践モデル」の特徴およびそこでの臨床実践における課題

これまで何度も繰り返し述べてきたように、グループホームは地域における住まいであり入居者の帰る〈場〉である。このような視点で考えると、牧野（2012）が挙げた「地域実践モデル」の例は、スクールカウンセリングやリハビリテーション施設等の何らかの目的を持って行くための〈場〉と、児童養護施設や老人保健施設等の暮らしのために帰る〈場〉に大別されると考えられる。前者は本稿においてはデイケアがその一例であるが、多くの場合後者に比べて〈場〉を構成するひとの数も種類も多く、また規模も大きい、“公”的で社会的な〈場〉であると言える。これに対して後者の本稿における一例はグループホームであるが、住まいという性質上その〈場〉はある一定以内の人数により構成され、多くの場合その空間の中には“私”と“公”あるいは“個”と“集団”が混在する“あわいの〈場〉”が内包されていると考えられる。ただしこれらはデイケアとグループホームという例から導き出された特徴であって、実際にはその〈場〉によって、あるいは個々の施設によってその詳細は大きく異なるであろう。例えば坪井ら（2016）は特に規模の大きな児童養護施設においては個別性への配慮が難しく、また施設によって構造やルールも様々であるという実情を報告している。

一方「相談室モデル」の臨床現場においては、それぞれの設えの個性はあるとしても、心理療法のための〈場〉であるという性質に大きな差はなく、また閉鎖された個室での二者関係を基本としていることもおよそ共通しているであろう。多くの場合、心理臨床家の養成課程においてはこのように心理療法のために最適化された「相談室モデル」のなかで臨床実践のトレーニングが行われる。Jung, C.G.(1935/2016)によると、心理療法とは弁証法的な手続きであり、一つの心的な体系を持った人間が他者に働きかけることで相手の心的な体系との間に相互作用が生じるものである。確かに個別心理療法においてはこうした営みが個室で、クライエントとセラピストの関係性の中で行われている。しかしグループホームやデイケアにおいても同様の現象は少なからず生じているであろう。ただ個別心理療法に比べてあまりに多くの要素がそこに交絡しているために、そしてあまりに現実的な側面が見えすぎるために、その心的な力動の理解には困難が伴うことが多いのである。「地域実践モデル」での臨床実践における戸惑いや困惑は、「相談室モデル」とは異なり個々の現場によってあまりに多種多様な構造や性質があることに由来しているのではないだろうか。このように考えると、「地域実践モデル」においては、

まずその〈場〉がどのような構造や性質を持っておりいかなる支援のニーズがあるのかという〈場〉全体の見立てを行うこと、そしてそのうえで個々の〈場〉に応じた支援を組み立て、必要であれば可能な範囲で「相談室モデル」の枠組みを取り入れながら支援者自身がそれぞれの〈場〉に適応してゆくことが必要であると考えられる。様々な要因が交絡し合って成立している「地域実践モデル」においても、「相談室モデル」で得られた学びにより助けられることは数多くある。というのも、いくらその〈場〉が多くの人で構成されていようと、その基盤には二者関係が存在しているためである。

第1節において筆者は“グループホームという〈場〉そのものにそれを客体化し対象化しにくくなる何らかの要素が含まれているのではないか”と述べたが、その要素のひとつにはスタッフもまた入居者と同じく日々様々な境界の上を往還し、現実のなかにどっぷりと身をうずめていることが挙げられるであろう。勿論そうすることが実際の支援には不可欠であり、そのこと自体を否定しているのでは全くないが、心理臨床的視点に基づいて支援を行うためには定期的なスーパーヴィジョンやスタッフミーティングによって少し客観的な視点から現状を捉えるような機会を設けることもまた重要であろうと思われる。特に「地域実践モデル」においては、その〈場〉全体へのマクロな視点と二者関係へのミクロな視点の両方を持ちながら臨床実践に携わることが必要であると考えられる。そしてこのような二重の視点を持ち、その〈場〉がどのような性質や構造を持っているか明らかにしながら個別の事象について検討する姿勢は、臨床実践だけでなく研究においても、また「地域実践モデル」だけでなく「相談室モデル」においても重要なものであると言えるであろう。

第1節でも述べたように、精神障害者の地域移行が国を挙げて推進されている昨今では、グループホームに対する社会的要請は今後も高まることが予想される。心理職が配置されているグループホームは未だごく少数であろうが、グループホームにおいて心理臨床的視座に基づいた支援を行うことは、入居者のクオリティ・オブ・ライフを高めるうえでも大切になるであろうと考えられる。グループホームにおける心理臨床的研究の蓄積は、今後ますます必要とされるであろう。

6. 引用文献

- 相田信男(1990). アソビのある容れ物としての病棟——精神病院における治療構造化過程——. 岩崎徹也・相田信男・乾吉佑・狩野力八郎・北山修・橋本雅雄・馬場禮子・深津千賀子・皆川邦直(編) 治療構造論. 岩崎学術出版社, 367-382.
- 相田信男(2014). 精神分析学会から学んだこと——特に「境界」——. 精神分析研究, **58**(3), 205-218.
- 相田信男(2018). 病院臨床における治療構造. 臨床心理学, **18**(3), 309-312.
- 浅野弘毅(2015). 精神科デイケア学——治療の構造とケアの方法——. エム・シー・ミュージズ.
- 伊藤良子(2011). 心理臨床の研究——普遍性といかに出会うか——. 心理療法論. 京都大学学術出版会, 219-226.
- Jung, C.G.(1935). *Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie*. GW 16-2. Walter-Verlag. (林道義(編訳) (2016). 臨床的心理療法の基本. 心理療法論 [新装版]. みすず書房, 3-32.)

- 河合隼雄(1986). 心理療法論考. 新曜社.
- 窪田彰(2004). 精神科デイケアの始め方・進め方. 金剛出版.
- 牧野高壮(2012). 明らかになった課題——個人臨床が直面する限界の意味——. 下川昭夫(編) コミュニティ臨床への招待——つながりの中での心理臨床——. 新曜社, 259-275.
- 水野高昌(2016). 精神障害者向けグループホームの交流室における相互作用——世話人を務める作業療法士の特徴——. 作業療法, 35(3), 239-252.
- 尾崎新(1992). 臨床・精神科デイケア論——デイケアの「ほどよさ」と「大きなお世話」——. 岩崎学術出版社.
- 障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会(2007). グループホーム設置・運営マニュアル. 平成 19 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業等補助金受託事業.
- 鈴木純一(2014). 集団精神療法——理論と実際——. 金剛出版.
- 竹内整一(2010). 「おのずから」と「みずから」——日本思想の基層——. 春秋社.
- 竹内整一(2012). やまと言葉で哲学する——「おのずから」と「みずから」のあわいで——. 春秋社.
- 坪井裕子・柴田一匡・米澤由実子・三後美紀(2016). 児童養護施設における性的問題に対する体制と取り組みについて. 人間と環境 7, 22-29.
- Winnicott, D.W.(1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications Ltd. (橋本雅雄 (訳) (1979). 遊ぶことと現実. 岩崎学術出版社.)

(臨床心理学コース 博士後期課程 2 回生)

(受稿 2019 年 8 月 30 日, 改稿 2019 年 11 月 11 日, 受理 2019 年 12 月 13 日)

精神科グループホームという〈場〉に関する臨床心理学的考察

—個別心理療法・精神科デイケアとの比較検討から—

豊原 響子

本稿は精神科グループホームが臨床心理学的にいかなる〈場〉であり、そこでの支援にはどのような特徴と可能性があるかについて論じるものである。グループホームは精神障害者が地域で暮らすための〈場〉であり、居室という“私”的な“個”の空間だけでなく、共有空間という“公”的な“集団”の空間にもなりうる“あわいの〈場〉”も内包されているという特徴を有している。構造が明確な個別心理療法と比べると、暮らしの〈場〉であるグループホームは非常に緩やかな構造であり、その時々によって〈場〉の体験のされ方は流動的に変化する。また、デイケアにおける集団活動との共通点は多いものの、“個”の〈場〉が保障されているという点で大きな差異がある。地域での臨床実践においては個別心理療法のような枠組みでの支援が難しい場合も多いが、その都度その〈場〉全体を見立てながら個々の状況に応じた支援を組み立ててゆくことが必要であると考えられる。

Consideration of Clinical Psychology about “Situation” of Group Home for People with Mental Disabilities: Comparative Studies of Personal Psychotherapy and Psychiatric Day Care

TOYOHARA Kyoko

This study discussed what kind of psychological “place” a group home for people with mental disabilities is and what features and possibilities there are to provide support in a group home. A group home is a home for people with mental disabilities within the community that has not only “private” rooms but also “public” spaces, which have the potential to be “group” places. The boundaries between “private” rooms and “public” spaces are easily accessible and the construction of a group home is loose compared to individual psychotherapy with a clear structure. Therefore, the experience of “place” changes in a fluid way depending on the situation. Although there are many similarities with group activities in psychiatric day care, there is a large difference in that “private” rooms are guaranteed in a group home. In clinical practice in the community, it is often difficult to provide psychological support in the framework of individual psychotherapy. It is necessary to manage support in the community according to each situation while clinically judging the whole “place” each time.

キーワード：グループホーム，“個”と“集団”，地域での臨床実践

Keywords: group home, “independence” and “group”, clinical practice in community