

社会臨床雑誌

2001年04月28日

第8巻第3号

はじめに	日本社会臨床学会編集委員会	1
2000年度社会臨床学会夏の合宿報告	中島浩篤・武田秀夫・広瀬隆士・三輪寿二 ..	2
特集 改訂精神保健福祉法と移送制度を考える		15
精神保健福祉法改訂・移送制度新設を問う	広瀬隆士	16
戦後精神医療施策と移送制度の位置	篠原睦治	44
精神科医療における移送制度的関係の日常	三輪寿二	52
学習会「改訂精神保健福祉法と移送制度を考える」討論のまとめ稲垣博美・小沢牧子		56
なぜ、私はセラピー文化を全否定しないのか	井上芳保	63
「直接的関係」とは何だったのか?	林延哉	73
「映画と本」で考える		
カウンセリング批判 の書	伊東進	82
格闘・表現・祈り	斉藤寛	87
社会問題の「精神科」化	竹村洋介	90
編集後記		93
日本社会臨床学会第九回総会のお知らせ		表紙裏

日本社会臨床学会編集

日本社会臨床学会第九回総会のお知らせ

日本社会臨床学会運営委員会

日本社会臨床学会第九回総会を以下のように開催します。詳細は、今後発行される『社会臨床ニュース』四一号・四二号に掲載します。

日程： 二〇〇一年六月二三日十二時～六月二四日十六時
場所： 札幌学院大学
参加費： 2000円(交流会参加費は別途3000円)

プログラム

六月二三日(土)

12:00 受付開始
12:30～13:30 定期総会
14:00～17:00 シンポジウムI

「共に生きる」を検証する～「健常者・障害者」問題を軸に～

発題：林恭裕(北海道社会福祉協議会)・横井寿之(北海道医療大学)・篠原睦治(和光大学)

司会：能登睦美(札幌市立開成小学校)・平井秀典(塩浜福祉園・社会臨床学会運営委員)

18:00～20:00 交流会
場所：札幌学院大学生協「文泉」

六月二四日(日)

10:30～12:00 記念講演
「静かな大地」の回復～環境・社会・文化～
講演者：花崎皋平(さっぽろ自由学校「遊」)

13:00～16:00 シンポジウムII
学校はどこへ行くのか～「心の教育」問題を軸に～
発題：伊藤進(北海道教育大学)・原内理恵(小学校教員)・小沢牧子(和光大学)
司会：三輪寿二(茨城大学・社会臨床学会運営委員)

はじめに

日本社会臨床学会編集委員会

本号は『改訂精神保健福祉法と移送制度を考える』の特集号です。

日本社会臨床学会は、2000年7月9日に東京都文京区勤労福祉会館で「改訂精神保健福祉法と移送制度を考える - 『人権・カウンセリング』問題を重ねて - 」という学習会を開きました。1999年に精神保健福祉法が改訂され、そこに移送制度の規定が挿入されました。その問題を考えるのが学習会のねらいでした。

その学習会の各発題者が学習会での報告をもとに新たな形で書かれた文章を本号に掲載しています。

広瀬隆士さんの「精神保健法改訂・移送制度新設を問う」、篠原睦治さんの「戦後精神医療施策と移送制度の位置」、三輪寿二さんの「精神科医療における移送制度的関係の日常性」の3本です。

さらにこの学習会の討論と多田道夫さんの発言を詳しく報告した稲垣博美さんと小沢牧子さんの「学習会・提起と討論」を含めた4本が本特集の内容です。

どの文章も精神保健福祉法と移送制度の問題に鋭く切り込んでいます。多くの方が本特集を読み、この問題について共に考えていかれることを願います。

この特集以外に論文が2本掲載されています。

井上芳保さんの「なぜ、私はセラピー文化を全否定しないのか」と林延哉さんの「直接的関係」とは何だったのか?」です。

井上さんの論文は、第8回総会のシンポ『カウンセリング・幻想と現実』を読む』の論争をもとに、なぜセラピー文化を全否定せずカウンセリングとは違った社会臨床的知をさぐるのかについて論じています。林さんはかつて社会臨床学会編の『施設と街のはざま』に書いた文章の中で、林さんが望む暮らしのあり方を「直接的関係」「あたりまえの人間関係」という言葉を使って考えてきました。しかしそれは曖昧なままにとどまっております。そのことを再度考えて直していこうというのが本号掲載論文の趣旨となっています。

本号には2000年8月26日(土)に伊豆湯ヶ根温泉で行われた夏の合宿学習会の報告が掲載されています。

この学習会も第8回総会の出版記念シンポジウムの論争をひきついだものです。井上芳保さん・石川准さん・篠原睦治さんの議論をふまえ、私たちは新たな「社会臨床的知」をめざしていくのか、それとも臨床を問い続けていくのか、といったテーマで行われました。発題者は武田秀夫さん・広瀬隆士さん・中島浩籌さんの3名です。討論の内容は三輪寿二さんが報告しています。

映画と本で考えるは3本あります。斉藤寛さんと伊藤進さんは本学会編『カウンセリング・幻想と現実』について、竹村洋介さんは森真一著『自己コントロールの檻』について論じています。いずれも本のテーマに鋭く切りこむ内容となっています。

本号は特集や夏合宿報告をはじめ、いずれの文章も今後の社会臨床学会のあり方にかかわるテーマを論じています。どうぞお読みになり、学会のあり方について共に考えていただければと思います。

2000年社会臨床学会夏の合宿学習会報告

中島浩篤・武田秀夫・広瀬隆士・三輪寿二(討論まとめ)

この報告は2000年8月の夏の合宿での学習会の内容をまとめたものです。この学習会がもたれた理由は - 討論のまとめにも書いてありますが - ある意味で社臨そのものをどのように考えるかという点に繋がっているように思われます。

読者の方からの御意見等もお寄せいただくと幸いです。

より良き臨床? より良き社会臨床学?

中島 浩篤

総会での井上さんの発題は篠原、石川論文を批判するものでもありましたが、その点についての討論は途中で終わってしまいました。しかし、この討論は社会臨床学会のあり方にかかわる部分も含んでいたと思いますので、もう少し議論していこうというのがこの学習会のテーマだと思います。

井上さんの発題はナラティブ・セラピーやピア・カウンセリングの評価をめぐるというのが主要なテーマでした。しかし井上さんの評価の視点は少しずつ動いているようで、『現代思想』2000年8月号の「感情労働」特集号掲載の井上論文ではナラティブ・セラピーの限界性を総会の時よりは前に押し出している形になっています。そこで、ここでは『現代思想』の論文にそって問題提起を行っていききたいと思います。ただ、細かい議論に立ち入るよりも井上さんの立場性にかかわるような所で議論ができればよいと考えています。

井上さんの論文は浜田さんの図書新聞掲載の『カウンセリング・幻想と現実』への書評を紹介し、それに

応えるという形で展開されています。引用されている浜田さんの文章は以下の部分です。

しかしそれでも人々はカウンセリングを求め、自分探しに走り、自己啓発セミナーに引き込まれ、宗教に救いを求める。それを幻想だと言ってすむわけでは、もちろんない。人々がその種の幻想を抱いてしまうというのも一つの現実なのである。人が幻想を抱いてしまうという現実と、幻想は幻想でしかないという現実、その二つの現実のもつれをどうほぐすのか。本書からはその糸口が見えるようできて、見えきらない。正直言ってそのもどかしさを禁じえないのだが、よく考えてみると私たちを困む状況の問題はそうやわなものではない。

(浜田寿美男「図書新聞」2000年4月29日)

この提起に対して応えていくわけですが、基本的には、井上さんはより良き臨床を、あるいは社会臨床的知を、という形で応えていくわけです。

この論文ではどういうものが社会臨床的知なのだという提起まではいたっていませんが、良き社会臨床の条件は示されています。2つあったと思います。まず、非対称的な関係にならないこと。専門家・非専門家といった非対称的でない関係ができるかどうかということです。もう1つは日常的な生活の場で行われるかどうかです。カウンセリング・ルームという非日常的な場ではなく日常的な生活にかかわったものであること。この2つが条件です。この条件をしめしたところで論文は終わっています。

こういった井上さんの立場、「良き社会臨床を求めるといった構えを僕は問題にしていきたいと思って

います。僕は「良き社会臨床は求めない」「社会臨床学を創設する必要はない」といった構えをとっています。そういった構え、問題意識を出し合え、突き合わせられたらいいなと考えています。

僕も、浜田さんの「二つの現実のもつれをどうほぐすか」という提起は受けとめる必要があると考えています。ただこの提起に対して「良き臨床を！」「新しい学を！」という形で応えていいのだろうかという疑問を持っているのです。

そこで、ここでは「臨床」や「学」への僕の構えを話してみたいと思います。そして皆さんが「臨床・学」についてどんな考えを持っているのか伺えたらと考えています。

学への疑問

まず「学」についてですが、僕が「学」に疑問をもつようになったのは大学院の頃です。60年代後半の大学闘争の時代だったのですが、僕たちの大学では米軍から医学部の教授の研究に資金が流れていたことが露見したのが闘争のはじまりでした。学生が「米軍のための研究、ベトナム戦争につながるような研究は止める」と求めたのに対し、医学部の教授や学長は「研究の自由である」「研究者個人の問題であって大学がどうしろという問題ではない」と答えます。そういったことから闘争がはじまっていったので、「大学で行われる研究とは何なのだろうか、あるいはこういう大学で研究をするということは何なのだろうか」ということを考えざるをえなかったのです。更に研究そのもの、「学」そのものへと疑問は広がっていきました。

自分が大学で研究している学問はその研究対象となっている人たちにとってどういう意味をもっているのかということを知りたかったのです。米軍資金をもらっていた医学部の教授にとっては、ベトナムの人たちにとって自分の学問はどういう意味をもつのかということであり、社会的に言えば「される側」にとって自分の学問は何なのかということです。大学の教授たちの多くはそういった疑問にきちんと答えようとする姿勢すらもっていませんでした。

あの当時はマルクスの影響は大きかったです。僕はサルトルを研究していたのですが、サルトルもあの当時マルクス主義を乗りこえられないものと捉えていました。しかし大学のマルクス主義的知識人の態度はいいかげんでした。「抑圧された人々」「大衆」とよばれる人々の状況に深くかかわることはなく、よく知らないのにもかかわらず、その人たちのために何かを理論だて、その人たちになり代わって進むべき道筋を示す。労働者階級は正しいと言いながら、自分たちの理論こそ正しいと労働者に戦略を呈示する。非常に矛盾した欺瞞的な態度と思わざるをえませんでした。

僕は大学院生でしたので、このまま大学にのこって博士課程に行き、大学教授をめざすべきなのかどうかということを実際に考えました。大学の学問に疑問を感じ、途中でやめていく院生もいます。彼らはやめてからも時々大学に来て、僕たちに「なぜまだ大学にいるのだ？」と聞きます。それに対し、「確かに大学はおかしい。しかし僕がやめたところで制度としての大学は存続していく。中に残って闘うことが重要で、僕が大学をやめるのは、退学させられた時だ」と、今思うと恥ずかしくなるようなことを言っていたと思います。しかし、勿論これでは何の解決にもならず、大学は修士課程でやめてしまいました。大学の研究者であるべきではないと理論的に判断したということではなく、感情的に「なりたくない」と思ったということです。

大学院をやめても「学」または「科学的知」を捨てるのか、あるいは「学」への研究は続け新しい「知」を求めるのか、という問題は残ります。当初、「研究者」というあり方自体に疑問を感じていたもので、そうではない生き方をしていこうかと考えた時期もありました。工場やバイトをしたりして、そういう生き方を模索もしました。しかし、自分の中の理論癖、研究癖みたいなところは捨てられないなと感じ、捨てられないならそのところをごまかさず、きちんと問うような作業をするべきであり、問えるような場に行きたいと考えるようになったのです。

ドゥルーズ、フーコーの知識人論

そのように悩んでいた時、ドゥルーズとフーコーの「知識人と権力」という対談を読みました。1972年にL'Arcという雑誌にのったものです。(「ミシェル・フーコー思考集成4」筑摩書房P257-269)僕はこの対談に刺激を受けました。フランスでも、1968年の5月革命以降大学のあり方、そして学のあり方、知のあり方が厳しく問われていました。研究を捨てた知識人もかなりいたようです。ドゥルーズとフーコーは現在の知のあり方に疑問を呈しながらも、学を捨てずに、科学的知を問い続けるという方法をとっています。

彼らはいくつかの指摘を行っているのですが、僕が刺激を受けたのは2つの指摘です。まず、全体化する役割をもつ知識人にはならないという点です。マルクス主義的知が典型だと思うのですが、哲学・社会学・経済学などでもよく行われているように、個々の領域での問題を社会全体の中に位置づけ、全体的視野から個々の真実を説明し直していくというあり方です。個々の領域で活動している人々に知識人が全体的な視野からもの申すというあり方ですね。「君たちの問題は広い視点から見るとこうなるよ」と位置づけを与えていく。「現場」の実践家と大学の知識人の関係はこういう形になっていることが多いと思います。また労働運動の活動家と政治的党派の関係もそうです。

ドゥルーズとフーコーはこういう関係は権力の関係であると指摘します。フーコーは特定領域の知識人という言葉を使い、ドゥルーズは特異性という言葉を使って、全体化しようとする知識人のあり方を批判し、あくまでも特定の領域にこだわっていきましょう。勿論、大状況ともいべき社会のあり方と特殊な領域の問題は深い関係をもっているでしょう。しかし、社会全体を考えたとしてもそれはあくまでもある領域の問題から見た社会なのです。その点を考えず、ある領域で活動する人々に全体の立場から真実を指し示すというあり方はまさに権力的といわざるをえないでしょう。党の知識人が「現場」の労働者に全体的視野から分析した方針を押しつけるやり方と同じなのです

から。

2つ目のポイントは代弁的知識人にはならないという主張です。ドゥルーズはreprésentation という言葉を使います。表象という意味ですが、再び(re-)呈示する、再び現前化するという意味もあります。対象となっているもの、経験として呈示されたものを、理論などの形で正しく秩序付けて再び呈示する、現前化させるということを示します。私達の経験をそのままの形で見せるのではなく、一般的な法則のもとに並び替え、つまり理論化して呈示する、要するにふつう学問・科学的知といわれるものがやっていることです。

このreprésentation という言葉は代理する、代弁するという意味もあります。誰かに代わって、誰かの代わりに行うということです。つまり、表象的言語つまり科学的知といわれているものは、誰かの経験を誰かに代わって誰かのために理論付けて呈示するということを行っています。ここでいう代弁的知識人とは、誰かの経験を誰かに代わって理論化し、誰かに「これこそがあなたの経験の真実です」という形で呈示し、誰かのために解決策を示す知識人のことです。マルクス主義的知識人が典型でしょう。労働者の経験を労働者の代わりに分析し理論化して、再び労働者に「これがあなたが経験していることの真実です」と示す、ついでに闘う目標も示していくわけです。臨床心理学もそうです。臨床心理学者は「クライアント」の経験を「クライアント」に成り代わって分析し、「あなたが苦しんでいることの原因はこういうことです。あなたが経験していることの真実はこうです」と呈示します。そして「クライアント」のために解決策を示していく。まさに代弁的なあり方ですね。これも権力の関係であるとドゥルーズは言います。そこで、ドゥルーズはこういう知識人とは別のあり方を模索します。しかし、représentation 表象=代弁という行為はふつうの理論的実践とほとんど同じことですから、違うあり方を模索することはかなり困難なことだと思います。

フーコーは代弁的知識人という言葉は使わないのですが、同じ様なことを指摘しています。「知識人は、真実なるものを、それがまだ見えてはいなかった人びとに、それを口にする術を持たざる人びとの名におい

て語っていたのです(「ミシェル・フーコー思考集成4」p.259)と。こういう知識人の役割とは別なところに立ちたいとフーコーは言います。ある特殊な場で悩んでいたり、実践していたりする人たちより知識の方が状況を良く把握しているということはない。にもかかわらず真実の名において状況を打開するための方向を指し示し、解決の方向まで呈示しようとする。そういうあり方を批判します。フーコーは理論的書物の中で「教育学」や「精神医学」をその成り立ちの基盤から問い直すわけですが、だからといって「病者」や「生徒」のために、「病者」「生徒」になりかわって進むべき方向・解決の方向を指し示し、既成の教育学や精神医学とは違う学を呈示しているわけではありません。インタビューの中では、一人の実践家として方針らしきことを語ることはあるのですが、理論としてそれを呈示したことはなかったと思います。

二人とも科学的知を権力との関係で捉え、真理を権力ゲームの一環として考えています。知識人も研究者も権力の網の目の中に位置するわけです。そうであるとすると、知識人が行うべきことは、代弁的にものを語るのではなく、科学的知が浸透しているところで、従って権力の網の目がはりめぐらされているところで、こういった知と闘うことである、そうドゥルーズ、フーコーは語ります。

僕はこの対談で二人が自分を「知識人」と規定していることには違和感を覚えました。僕が「知識人」になりたいとも「研究者」として生きていこうとも思っていませんでしたので、こういう自己規定には疑問をもつところもありました。しかし、理論的実践を考えていく上で、この2つの指摘は非常に重要だと思いました。全体化的な方向に行くのではなく、自分のいる領域にこだわり、そこで「学」「科学的知」を問い直していく。理論的実践を手放せないのだとしたら、こういう道しかないのかもしれないと考えたのです。

僕は哲学をやっていたので、どうしても全体的なことを考えていく傾向にあります。そこでもう少し限定して見ていける場に身を置きたいと考えました。特定領域にこだわるということですね。それが「教育」と

いう場なのですが、僕はそこから物事を考えていこうと思いましたが。しかし、この「特定領域にこだわる」という方向は「臨床的知」の形成という立場と近いとも見えます。どちらも全体を眺める視点を批判するのですから。しかし、第2の視点、代弁的=表象的行為を批判する視点に立つと、「臨床的知」とはかなり違ってくると思います。臨床家はベッドサイドで「患者」の経験を傾聴し、「患者」に成り代わって「患者」の真実を示します。また「クライアント」の経験を「正しく」整理し、心の真実に気づかせ、「本当の心」を知るようにカウンセラーは「クライアント」の言葉を誘導していきます。ここでは臨床家の表象的=再呈示的=代弁的機能が期待されているのです。ですから、全体化せず、代弁的表象的立場に立たないというあり方は、臨床的知の創設という方向とはまったく違う視点だと思っています。そこで、僕はかかっている場特有の問題にこだわり、そこに根をはる知を問い続けていく実践を行っていきたくと思っています。良き臨床的知を求めるのではなく、臨床的知を問い続けていきたく考えているわけです。

良き社会臨床？

僕は1970年代の後半に臨床心理学会と出会いました。養護学校義務化の頃です。「される側」に学ぶという姿勢には少し違和感を感じましたが、具体的な場にこだわりながらも、臨床的知を問い続けるという姿勢には共感しました。「される側」に学ぶという言い方に違和感を感じたのは、「する側」「される側」というようにきれいに二分化できるのだろうかという疑問と、結局は「する側」の主体性、自己責任に行き着いてしまうのではないかと不安があったからです。しかし、学や科学的知を具体的な場から問おうとするならば、ここで考えていくしかないのではないかと思います。

現在、70年代と比べると臨床的知はますます浸透しようとしています。浜田さんの言う「人が幻想を抱いてしまうという現実」は更に広がっていきつつあります。健康幻想は広がり、「不健康」な状態をチェックしようとするまなざしも浸透しています。学

校の中でも「不登校」などの「問題な状態」を早期にチェックし、早期に対応しようとする管理の網の目が確実に広がろうとしているのです。

そして「する側」「される側」の区分もしにくくなってきています。カウンセリング・マインドやピア・カウンセリングが浸透していくと、誰がカウンセリングする側で誰がされる側なのかははっきりと言えなくなります。カウンセリング・マインドで悩んでいる仲間の教師に対応していた人が、別の機会にはカウンセリング・マインドで対応されることもあります。また、「いじめ防止や不登校防止のため生徒同士のカウンセリングを導入しようとする学校もあると聞きます。そうなるとする側-される側ははっきりしません。これらは井上さんの言う良き社会臨床の条件である非対象的でない関係なのかもしれません。しかし、これは「不登校防止のための施策であり、「不登校」を不健全と捉えた管理の方策なのです。仮に専門家-非専門家の関係がなかったとしても、このような形で浸透しつつある臨床的知も問題にしていかなければならないと思います。

さらに浸透しつつある管理のまなざしは、一個人全体に向けられると同時に、個々人の諸要因にまで向けられようとしています。遺伝子のチェックや心理的ファクターのチェックをしようとしているのです。「この子は～になりそうな傾向がある」といった形で早期発見の一環として個人の要因をチェックします。個々人の「不健全」な要因をチェックした上でこの情報を個人に知らせ、個々人の不安感、健康幻想をあおった上で、それにどう対応するかは個々人の自己決定にまかせるという、そういった流れも出てきています。

このように臨床的知が社会の様々な領域に広がり、個々人の各ファクターにまで浸透しようとしている時、ますますこの知を問題化する必要性が増していると僕は考えています。ただ、「される側」に学ぶという視点だけでは知がまき散らす幻想と闘えないのかもしれない。どういう視点でこの幻想性を問うていくのかを考えていくこと、これが浜田さんの指摘した二つの現実のもつれをとく鍵になると僕は思っています。

井上さんはこのもつれをほぐすために、悩み苦しみ

救いを求める人のために良き社会臨床的知をつくっていかうと提言します。しかし、それは人のために人に代わって解決策を呈示するという代弁的あり方なのではないのでしょうか？ それはフーコー、ドゥルーズが言うように、新しく権力の網の目を広げることになってしまうのではないのでしょうか。

新しい臨床を期待するのではなく、私達が「健康」や「癒し」や「カウンセリング」に幻想をいだいてしまうのはなぜだろうか、と考えていくこと、こういった幻想をとりまく複雑にからんだ関係性や社会的しくみに迫っていくこと、そしてそこにはどのような問題が浮かび上がってくるのかを考えていくことしかないのではないのでしょうか。そのことをもっと詳細に考えていくことから「もつれ」に迫りたいと僕は考えています。ただ、理論的作業によってその「もつれ」が「解ける」とは思っていませんし、解決策を呈示しようとも考えてはいないのですが。

最後にもう一度確認しますが、浜田さんの指摘は僕も重要だと思えます。ここにいる多くの方もそう考えているのではないかと思います。そのことに様々な実践によって応えていく必要があるでしょう。しかし、応え方が問題だと思えます。新しい社会臨床的知をつくることによって応えてよいのでしょうか。理論的実践に限っていうならば、浸透しつつある臨床的知を問いつけることによって応えるしかないと思っています。理論によって理論を問うという一見矛盾した形になりますが、理論が権力として機能している現状を考えると、それしかないと思っています。

天然水について

武田 秀夫

ふざけた保守政治家が、「秋の虫でもあるまいに、このごろはリンリンリリとうるさくて」とぼやいてたことがある。それが昨今はシンリシンリの合唱。世の中の風向きが変わって、「イヤシ」だとか「ヒーリング」だとかなんだか気色わるいと思っていたところ

だったので、夏の合宿で発題をと声がかかった時に、怠け者の自分としては珍しく『カウンセリング・幻想と現実』を読んでみる気になった。

この手の本を傍線など引きつつ読むのはひさしぶりだった。その結果ぼくは、それぞれの論文になるほどなるほどとうなずくばかりで、とりたてて言うべきことや言うべき力が自分がないことを確認した。が、パスするわけにもいかず、仕方がないから一つ二つ気になったことを述べさせていただいて勘弁してもらおうと心細い心づもりをして合宿に臨んだ。ところが中島浩籌さんがその発題において、「よりよき臨床を模索する」というある種の方向性が社会臨床学会内部にもこのごろ萌芽として見え隠れしはじめていることに疑問を呈し、やはり私たちとしては、「臨床的営為」あるいは「学そのもの」のもつ幻想性をつきつめていくこと、そして、「臨床的知の持つ問題性の在処を指し示すこと」しかなすべきことはないのではないかと明晰に語られたものだから、ぼくの言おうと考えていたことがなくなってしまった。

ぼくは、実は、『カウンセリング・幻想と現実』を読みながら、しきりに、自分が43歳で教師をやめた時に考えていたことを思い出していたのだった。

1985年6月、ぼくは、最初に出した本『当世教師廃業事情』現代書館の「あとがき」に、「教師をやめるという人間の行為を『教育の荒廃』という社会事象に結びつけて事おわりとする風潮に抵抗したいものを感じる。」とした上で、次のように書いていた。

「学校が荒廃していようがまいが、教師であること自体をつらいと感じてやめていく人間だってなかにはいるのだ。その種の人間にとっては、たとえ荒廃したといわれるいまの学校がもう一度静かになったとしても、それはまったくかわりのないことだ。天皇の赤子を教育した戦前・戦中の学校は、おそらくいまの「荒廃」の対極にある極度の「静謐」によって充たされていたにちがいない。荒れた学校も静かな学校もたいして変わりがないではないか。よい学校もわるい学校もありはしないのではないか。学校というところにはある種の恐ろしさが本来的にひそんでいるのだ。そう考

えてしまった者にとっては、いまや世にかまびすしい教育改革論議のどれもこれも、右からのものも左からのものも、学校や教育の根底に潜むそうした恐ろしさに対する畏れを欠き、それをチェックしようとする警戒的姿勢に決定的に欠けているものとしかわれないのだ。」

夏の暑さの中で、15年以上も前に書いた自分の文章を反芻しつつ、ぼくは、そこにおける「教育」とか「学校」とかいうことばをそのまま「カウンセリング」ということばに置きかえても一向に構わないと思った。「よいカウンセリングも悪いカウンセリングもないのではないか。カウンセリングというものにはある種の恐ろしさが本来的にひそんでいる。いまや世にかまびすしいシンリシンリの大合唱、なにかと『心のケア』がシャシャリ出てき、イヤされたがる人とイヤしたがる人が相抱擁して大量に出現しはじめた昨今の風潮、それをきまじめに推進しようとする人たちには、カウンセリングの根底にひそむ恐ろしさ、いかがわしさに対する畏れ、それをチェックしようとする警戒的姿勢が決定的に欠けているとしか思えない」というように。

合宿の当日、ぼくはそんなことを中島さんの驥尾に付いてウロウロと語りお茶を濁したのだが……。ぼくは、母親の老いが深まりはじめたしばらく前から必要に迫られて、性に合わない携帯電話を持ち歩くようになった。(「ケイタイについて」・『社会臨床ニュース』37号(2000年4月))そして、さらに呆れたことに、このごろは、まさかと思っていた「天然水」なるものを買って飲むようになったのだが、かつて水が『天然水』などと呼ばれて売り買いされたことがなかったように、「教育」と呼ばれるようになった社会的機能も、「カウンセリング」と称されるようになった人の人に対するある種のかかわり方も、本来はとりたてて言うほどのことでもなく暮らしの中に目立たず埋め込まれていたわけだろう。それがさまざまな要因から暮らしの水位が低くなったことにもなって、今や棒杭のようにあられもなく水面上に突き出ている。なんとも気色わるい景色だが、暮らしの水位を上昇させることはそ

うそうかなわなくとも、せめてこれ以上に水位を下げることなく、なるべく「教育」とか「学校」とか「カウンセリング」とかいうものをこれ以上威張らせないように、またぼく自身の日々の営みにおいては、そうしたものになるべく水面下におひきとりいただくようなしかたで暮らしていきたいと思っている。

携帯をケイタイし、天然水を飲みながらの思いだから、どうも意気盛んな主張というわけにはいかないのだが - 。

夏合宿での発題

広瀬 隆士

石川さんの話は、労働者の労働場面を丹念に洞察している。「臨床」の仕事をしている者の実態にもポイントを置いている。その仕事を『される側』の方の話もしているけれども、それを『する側』の仕事の仕方を中心に描く。それに対して井上さんは、その「サービス」を「消費」する側に立ってその状態を描いている面が強い。もちろん井上さんも、「サービス」を「する側」の話もしているが、ポイントは「消費者」の方。「消費者」がいろいろ揺さぶられる所を辿るが、そこばかりがベースになるため、井上さんの魅力的な話題の詰まった大きな建物が、砂の上に立っている気がしてならない。それは、「消費者」という側に「やさしく立ち過ぎたからではないか。

たとえば気になるのは、エヴァンゲリオンのお話で、この物語を『設定された側』が、『設定された』状況の中で右往左往している所から描くばかりで、『設定する側』の話は最後まで見えない。フーコーの監視塔の話を引きいているが、自分がいつも監視され、見られている側にいるばかりで、見ている側がどんなシステムで見ているのかは隠されたまま。『設定する側』が隠されたままの所での『設定される側』の苦悩を描いている。

井上さんは鳥瞰的に見ているようでありながら、「消費者」の側に立ち、『設定する側』を見ないまま、「ピアカウンセリング」「セルフヘルプグループ」を捉えてし

まったのではないか。篠原さんは丹念に、決めつけではなく、「ピアカウンセリング」の実際に行われ方やその中身に立ち入り、そこではどういうことが大事にされ、どんな『人間観』がそこにあるかを丁寧に暴いている。ところが井上さんは、「ピアカウンセリングを否定するだけではだめ」と偉そうに言う割には、「ピアカウンセリング」の実際をちっとも解きほぐして考察していない。ひょっとしたら、斉藤学あたりの本の読みかじりだけではという印象を受けた。ぼくが指摘したい所が井上さんの中に表れていると思ったのが、『カウンセリング・幻想と現実』上巻255ページ。

「例えば『カウンセリングと現代社会』を考える会』が主催した連続講座の第4回の講師である安積遊歩が紹介している「コウ 相互」・カウンセリング」においては語り手と聞き手が相互に入れ代わるという。それは『障害』者の癒しのために使われている。ここには『心の専門家』はいない。差別・抑圧されていた感情を解き放つために必要な自己や他者への信頼の回復は相互作用の中で獲得されていく。また斉藤学が精神病の専門家にみせるより、効果が上がる場合も少なくないと指摘するセルフヘルプグループについても同様である(斉藤1995)。これらの「心の専門家 抜き癒しの試みの持つ意味はもっと評価されるべきであろう。」

などと、『心の専門家 抜き』と言っている。確かに「ピアカウンセリング」に参加する「クライアント」側の「消費」する部分だけを見れば、『心の専門家』はいない」との認識になる。が、その場を設定している「設定」はどうかという視点で見れば、まるで『心の専門家 抜き』ではない。斉藤学の場合であれば、実にカリスマ的な指導者として、「セルフヘルプグループ」づくりに大いなるエネルギーを費やし、精神科医としての信念をかけ、ライフワークとして「設定」を行っている。井上さんの引用箇所でも、「斉藤学が精神病の専門家にみせるより、効果が上がる場合も少なくないと指摘する」とあるように、「効果が上がる」ことをうたっている。

『設定する』プロの側からすれば、「治療効果」が上がるということ、それをねらってスタッフを配置したり、「セルフヘルプグループ」づくりのプロジェクトを

組んでいる。そう『設定』されてはじめて「セルフヘルプグループ」は育てられる。そこに誰を誘うか。たとえば、「摂食障害」のグループには、「摂食障害」と診断した人を紹介していく。そういう人選も「プロ」が「丁寧」に「診断」して『設定』している。いいか悪いかは別として、そういう『設定』の状況がある。井上さんは、「ピアカウンセリングはもっと評価されるべき」と言うだけで、その『設定』の状況を描かない。ただ『設定』された側が、「いいなあ」と感じるその場面だけが描かれ、「『心の専門家』抜き」だと描いてしまう。そこが、井上さんの建築物が砂の上に建っている印象を受けたところ。

で、さっきの中島さんの「代弁してはいけない」との話には一つ隙があって、どこに隙があるかということ、「当事者が語らねばならない」と。その隙に入って展開したのが「自助グループ」という物語。「当事者に語るせる」「当事者にやらせる」という『設定』を、今プロは大事にするということ。斉藤学も言っているが、「セルフヘルプグループ」とは、精神科治療が「民主的治療」に至るべき系譜として描かれている。操作的な臨床から「民主的」な臨床へというわけだが、実はその操作性が「民主性」を「育て」『設定』する程にまで「深められた」ということ。その技法が「自助グループ」。

そうして『設定』された「自助グループ」は、「自分たち同志」でやっていく部分と、それに対する「援助者」としての「専門家」を助けにする部分からなる。「専門家」に助けてもらう部分はこれこれの部分だと、「専門家」がひとりよがりにもどう助けるかを決めるのではなく、「当事者」の側がこうして欲しいという訴えをよく聴き、そこから学んで「助けて」くれと。「当事者グループ」にとっての「専門家」とは、そうやって自分たちの「ケア」をしてくれる位置づけで頼られている場合が多い。その上で「専門家」の「ケアサービス」をその「消費者」が『監視』しようと。もちろんその前に「専門家」によって「監視」されてもいるわけだから、双方が『監視』し合う。そうやって「専門家」と「消費者」が『監視』し合うように『設定』し、そこを『監修』『スーパーバイズ』していくというのが、これからの時代の「治療の民主化」を司る「上位の専門家」の『権力』。それに対し

て、自分たちを『キーサン』『患者会』と呼ぶグループは、自分たちは「当事者グループ」「セルフヘルプグループ」とは似て非なるものと言う。この『患者会』の方は、「専門家」なり「市民」なりを、自分たちを「助け」「ケア」する側として求めているのではないと言う。『連帯したい』という言い方をしている。その『連帯』の中身はまた問われると思うけれども、そういうふうに言っている。

きょうはいろいろと話したいことがあって、どこに焦点を当てたらいいか迷ったが、井上さん、石川さん、篠原さんの、それぞれの主張をそれぞれの独楽の回転に譬えると、その回転軸として見えてくるそれぞれの『人間観』。そこらを探み出してみたいと思った。井上さんの中では、人間を「消費者」として見るところから来る『人間観』が軸になっている。それに対して石川さんは、「労働者」としての人間を描く。

石川さんの「感情労働」は、石川さん自身はそれを「ケアサービス」タイプとそうでないものの二つに分けているが、大雑把な話としてはあらゆる他の仕事、営業職やらを含むと思う。実際、クリニックに営業職などの人がくる場合、「感情労働」で右往左往している人が、「感情労働」をしているカウンセラーの所にくると、「感情労働」者同志という感じで「臨床」というのは実は展開しているような所がある。ホステスが仕事の疲れを「癒し」にホストクラブへ通うように、「感情労働」で「参っちゃう」結果として、別の「感情労働」者の所へ「癒し」の「サービス」を買いに行く。石川さんの話からは、「感情労働」者を「感情労働」者として描けば描くほど、その人が「感情労働」の「消費者」となっていく地平が連続的に浮き彫りに描かれている。

井上さんが「消費者」としてばかり描いてしまった「自己啓発セミナー」の参加者にしても、「よりよい感情労働」者になろうとするからこそ、「セミナー」の「消費者」となるわけであって、この「消費者」も「感情労働」者(の養成期間)として描いた方がピンとくる。。石川さんは、「感情労働」者という『人間像』をなまなましく描いた結果、そこにこそなまなましい「消費者」ともなる人間の姿を描いた。四六時中、熱烈な「感情労働」者となればなるほど、「よりよい感情労働」者にな

ろうとすればするほど、しまいにはぶち切れて「クライアント」になっていく。

それに対して井上さんの場合には、「消費者」とそのサービスを提供する側とをあらかじめ別々に前提した上で「消費者」を描く。「消費者」としての「消費者」だけを描くから、「消費者」のなまなましさがかえって描けない。たとえば「カウンセリングブーム」というのも、井上さんが描く「消費者」たる「消費者」の次元で起きているのではない。「感情労働」の過酷さがあちこちで沸騰しているからこそ、その労働者やその予備軍たちが「カウンセリング」のお客になってきているというのが実際と思う。その中で「感情労働」の「監修役」のような「カウンセラー」に「なりたい」という、「なりたいブーム」も起きている。ただ「消費者」として、「カウンセリングを受けたいブーム」があるのではまるでない。「本当の自分探し」という話も、「感情労働」論から、その空振りを描くのが石川さん。

他方、篠原さんは、「消費」する場面と「労働」する場面とに人間のあり様が分けられてなどたまるかという次元で、いつも「自然体（石川さんの言葉では「天然」）の「生活者」みたいな、そういう次元でものを言っていきたいという姿勢がにじみ出ている。「感情労働」だの「消費者」だの「ホンモノ」だの「ニセモノ」だのに、人が切り裂かれない次元。どれも『本物』。石川さんはそういう「天然もの」の『本物』を認めず、篠原さんの「生活者」だって「養殖」だと。でも「養殖でもいい」「養殖しかないのだから」と。井上さんは「ホンモノ」と「ニセモノ」を分けて「ホンモノ」を求める「消費者」。

ところで、「労働者」として生きる場面と、「消費者」として生きる場面とに引き裂かれると、「消費者」の時と「労働者」の時とを使い分けなければいけない。それに翻弄されると、「消費者」の時はすっかり「消費者」で、「労働者」の場面になるとすっかり「労働者」としてひたすら頑張ってしまう。その辺を石川さんは描いて、たとえば上巻P277。

「感情社会学的な方法は、感情労働の疎外を暴き、職務と日常をはっきり分け、感情労働における演出性を自己の不誠実さとして引き受ける必要はないことを説得するというものである。」

というように、「仕事」の場面は、「仕事」の場面。それ以外の「日常」とは関係ないよと。そういうやり方をしないと、「やってられねえ」。篠原さんは、「職務だから「職務じゃないから」どうこうではなく、どちらも同じ呼吸で「生活者」としてありたいと。そういう『人間観』が篠原さんの「回転軸」。でもそうはいかなくて、「労働者」となるとサービスしなきゃいけないという所へ追い込まれ、だからまた、それを石川さんのように「冷やかして『救う』みたいな話にもなってくる。が、篠原さんの言うように人間がやっていると、「救う」人も登場しなくて済む。

話は変わってもう一つ。またまた大雑把な話だが、井上さんの『人間観』は、「抑圧解放」モデル。しかも「抑圧」されているのは、井上さんの場合、「欲望を満たす」という次元。「欲望」というのは、「欲望」させられてしまう状況での「欲望」。そのように「欲望」させられつつ、それが「抑圧」されているという「抑圧」モデル。で、そこから「解放」されようという話なんだけれども、その際に井上さんは、「欲望」と「感情」を分けている。抑圧された「欲望」が「解放」されていく側に「感情」を置いている。「欲望」が「ニセモノ」で「感情」が「ホンモノ」。で、「感情」へと向かう「癒し」「臨床」が、井上さんの中では、「ピアカウンセリング」などに求められている。

それに対して石川さんの方は、「欲望」と「感情」を分けていない。どちらも「養殖」で、井上さんが「抑圧解放」モデルなら、石川さんの方は「ギヤが入っている状態」と「ニュートラル」。「ニュートラル」というのは、それ自体としては言えないが、まあ過酷な労働時間ではない、お休みの時間の「日常」。日常の中でもいろいろと右往左往はあるけれども、「ギヤの入っていない状態」をつくりだすことで「救われる」というような状態。温泉に入るとか。「感情労働」の「感情」の「ギヤを入れていない」ところで「休まる」というあたり。石川さんの場合、この「ニュートラル」も「つくりもの」で、ぼくらが精神医療の中で「臨時的」にやっているようなところでもあるけれども、なんとか「のんびりリラックスできるように」といった話。気を使って、いろいろ期待される感情を抱いてサービスしていくみた

いなところから楽になるうよ、「リラックスしようよ」みたいな。そこらへんで「ニュートラルづくり」に、「臨床」が必要になってくるような話。そのあたりでの石川さんの「熱さまし」への配慮は、精神医療の現場で今、「単なるカウンセリング」よりも「有効」とされることの多い「認知行動療法」のやり方に似ている。

それに対して篠原さんは「生活者」、「仕事」だからどうこうじゃない。下巻P321に、篠原さんの『人間観』がよく出ている。その前のページで、ピアカウンセリング理論が前提としている『人間観』について「今ここでも、社会は巨大な抑圧機構、個人は小さな被害的存在として描かれているが、社会と個人は二元的、対立的になる。かくてPC理論が理想とする個々人の行動は、内に『人類普遍的』知性と愛』を分有しながら、それで社会(外)に立ち向かうことになる。とすれば、いつまでも、社会という巨大な抑圧機構は聳え立ったままであり、ここでのリアリティーは、個々人が賢く、優しく「現実的に生きるという適応主義にならざるをえないと考える」と指摘しており、この『人間観』は井上さんのそれにそっくりだが、それに対置して篠原さんの『人間観』を表している箇所が以下の所。

「私達は、今ここの『憎しみ』『不快』『不信』などの負的な感情体験も、人間世界に生起する『愛・憎』『快・不快』『信頼・不信』などの複合的でリアルな生活世界の一端として、肯定も否定もしないで受けとめ、それぞれが五分五分にあってしまうという現実をいとおしみたいと思うし、これらがどうしようもなく渦巻いてしまう現実世界を共々に生き抜くことではないか。

「消費者」だの「労働者」だのという話ではなく、「リアルな生活世界」どうしようもなく渦巻いてしまう現実世界」と篠原さんは言い、「労働者場面」「消費者場面」という切り方をしないで「生活者」と言う。これでやれたらいいなあと思うが、これを篠原さんに、どういう生きざまなのか、もっと聞いてみたい。きょうはいろいろと言いたいことがあるが、ひとまずこの辺で。

討論のまとめ

三輪 寿二

はじめに

この討論のまとめは、武田さん、中島さん、広瀬さんの3人の発題を受けて、合宿学習会に集まった人たちで話し合ったものです。討論時間も3時間近くの長時間に及び、うまくまとめられたかどうか、疑わしい限りです。

今回のこのテーマは、第8回総会の出版記念シンポジウム『『カウンセリング・幻想と現実』を読む』の際の議論(社会臨床雑誌では総会前の第8巻1号の井上論文)に端を発しています。そのときのシンポジストの一人であった井上芳保さんは、“社会臨床学会の方向性として、カウンセリング批判にとどまらず、新たな癒しの可能性を模索する必要があるだろう。たとえば、自己啓発セミナーやピアカウンセリング、ナラティブセラピーの考え方のなかには、新たな社会臨床の知と実践の可能性があるのではないか”という論旨を展開しました。

報告者の印象では、これをめぐって、2つの論点が浮かび上がったように思います。ひとつは、「社会臨床の知と実践」を模索するという視点をめぐってであり、もうひとつは、何にせよ「カウンセリングを肯定する」視点は社臨のこれまでのスタンスと異なるのではないかと、いうものです。これらの論点は、社臨のこれまでもさまざまな形をとりながら問題になっていた気がします。たとえば、「社会臨床の知と実践」の模索という考え方には、社会臨床学という学問体系への色気みたいなものが先行きにちらっています。社会臨床学ということになれば、第7回総会で議論になった学会会議への参加という問題ももう一度浮上ることになるかもしれません。また、「カウンセリングを肯定する」という視点も、これまでの社臨がカウンセリングに対して「批判」が主で、それに代わる何かを提起していないという、特に「実践的課題」に関する取組みに対する不足感みたいなものとのつながりがあ

るようにも思えます。

こうした捉え方には、異論、反論があると思いますが、上述のような意味を含めて考えると、今回の合宿学習会は、現象的には井上さんの提起をめぐってなのですが、社臨のこれまでとこれからについての論点を議論する、あるいは、参加者の一人ひとりが社臨をどう考えるか、ということにもつながっているという言い方ができるかもしれません。

それから、報告のなかでは、各参加者が話した内容が、「」で括ったものと括らないものに分かれています。それは、読み易さを考えて、話のまとまりがわかるようにしたためです。つまり、「」があっても、参加者の発言をそのまま書いたということではありません。基本的に、発言の内容は報告者の主観で要約されていますので、読者の方々にはその点をご了解願うとともに、発言された方々には、報告者の誤解や不十分さがありませんでしたら、ご指摘、ご批判くださるよう、お願い致します。

浜田寿美男さんの『カウンセリング・幻想と現実』書評をめぐって

合宿学習会の討論の軸は浜田さんの書評をめぐってでもありました。。改めて引用しておきます。

.....人が幻想を抱いてしまうという現実と、
幻想は幻想でしかないという現実、その二つの
現実のもつれをどうほぐすのか。本書からはそ
の糸口が見えるようでいて、見え切らない.....

この浜田さんの問いにどう応えるかをめぐって、なぜ「社会臨床」学会としたのか、社臨がどういうスタンスで何をしてきたのか、などが語り合われることになりました。

「社会臨床」に仮託したもの

林さんはこのあたりを丁寧に説明したのですが、要するに、“臨床”という言葉には、社臨が日本臨床心理

学会(以下日臨心と略記)の改革路線のテーマを継承しつつ、日臨心および日本心理臨床学会といった他学会との緊張関係を保つということが、社臨の立ち上げの際に確認された、ということです。そして、“社会”は、心理という言葉がもつ個人あるいは個人の内面に向かう志向性を相対化する、ということです。この心理の個人志向性を相対化するという文脈には、篠原さんが言ったように、各々の問題のなかの社会状況や社会構造の問題性を考えていくという積極的な意味も含まれてくる、と言えるでしょう。

他方、社会という言葉がいかようにも解釈できることなどから、社会臨床という言葉が当初の仮託された意味あいから離れて理解される危険性がある、との指摘もあり、武田さんは、名称を変える、あるいは、もう少し中身をはっきりさせることが必要ではないか、と語りました。

また、社臨を“社会”と“臨床”と“学会”を問う場として意識している、という意見もあり、一人ひとりのなかでの位置づけがさまざまにあるようにも見えます。そして、立ち上げ当初、林さんが説明したような意味を「社会臨床」に込めつつも、それは「仮託」であった、と報告者は記憶しています。とすれば、一人ひとりの社臨への期待やイメージとともに、「仮託」された状況をそのままにしておくかどうか、ということも問われているということになるのでしょうか。

幻想と現実、あるいは二重の現実のはざま

しかし、どのように「定義」されようと、これまでの社臨の活動経過は現実に存在している、と言えます。

井上さんは、「社会臨床」を「心のケア」論として読み替え、新たに「社会臨床の知と実践」を模索・構成することによって、浜田さんの指摘に答えようとすることとなります。上述した「社会臨床」という言葉への仮託から考えれば、ここには、争点が生じてくるはず

です。
たとえば、林さんは、「井上さんは、幻想を持つ現実を動かし難いものと考えているから、つまり、幻想の質ということが問題になっていくのではないかと

れゆえ、よりよい幻想を提起しようということになるのだが、そのさいに、臨床という言葉に心理のイメージを重ね合わせて、自己啓発セミナーなどのカウンセリングのなかから、よりよい幻想の方法を探すことになる。しかし、「社臨はこれまで幻想の質を問題にしたことはなかった」とし、「臨床という言葉に心理を重ねることをむしろ否定した経過があるから、井上さんの方向性を「社会臨床」という言葉に仮託してはいない」と林さんは指摘しています。

これに関連して、中島さん「カウンセリングは『本当の自己』を前提にして成立するものではないか。しかし、自分としては『本当の自己』なるものはないと考えているから、カウンセリングが幻想の中でしか成立しないものであること、そこをもっと追及していくこと」で、浜田さんの問いに答えようとしています。

この点は、石川さんの井上さんに対する疑問とも重なっています。井上さんは、「心のケア」の方法として良質のカウンセリングを取り出そうとするなかで、良いカウンセリングと悪いカウンセリングの識別基準の重要なひとつの柱として、“治療者の被治療者に対する権力的関係”を提起しています(『現代思想』2000年8月号の井上論文「牧人＝司祭型カウンセリングを超えて」を参照)。石川さんは、その権力的関係を基盤とする牧人司祭型カウンセリングを超えたところに、「新しい」カウンセリング＝「本当の癒しの可能性」を見ているのではないかと、そういう「本当の何か」があるのか、と疑問を投げかけています。

しかし、他方で、社臨のひとつの側面としてあり続けてきた「日常的関係にこだわる文脈」も、実は、本当の関係性とかあるべき関係性という理念軸を立てて、カウンセリングなどの専門家が営む関係性を幻想として却下しているのではないかと、という危惧が生じてきます。このことについて、篠原さん「カウンセリングなどに代表される問題性を批判していくためには、日常的関係などの軸を一方では立てておかないとうまくいかないのではないかと。その関係性を理念やあるべき関係性ということまで進め、拡大する意図はない」と答えています。

報告者の感想としては、これまでの社臨の議論は、

カウンセリングが幻想であることも、幻想を持ってしまふ現実も、ともに比重の違いはありながら、批判的に論じてきたように思います。とすると、幻想がこれだけ実態化してしまう状況に、批判だけでなく具体的にどう対処していくのか、それもひとつの問いになる、ということでしょう。

中島さんの応え方もひとつの方向です。しかし、井上さんが「教育者として学生に向かいあう関係のなかで、突き詰めて考えていくとおかしなことが一杯ありながらも、そのなかで生きていかなければならない現実がある」と語るとき、おそらく、その現実には現在の社会状況によってつくられていること、そして、現在の社会状況は、家族・地域などがアイデンティティ形成を保障しづらくなり、個人が直接に諸々の情報にさらされるなかで不安定さと緊張感を持続させられ続けるものだ、ということを経験の背景にしているように思えます。この社会状況に対して具体的にどう対処する方法論を提起する、という井上さんの主張は、浜田さんの問いとも重なってある種の根拠を持つようにも思えてきます。

「社会臨床」は「心のケア」では括れない～浜田さんの問いにどう応えるか～

そこで、井上さんの対処の方法論の中身をどう考えるか、という問いとつながってきます。まず、「社会臨床」を「心のケア」と言い換えて、そこに教育、医療、福祉などの諸分野を当てがうような「社会臨床」という言葉の利用は、社臨の経過からは異質なものである、ということは確かでしょう。

一つには、「心のケア」という言葉は「心」なるものが実体的に存在することを前提にする議論であり、それへの批判を含めて「生活」にこだわってくるという経過があること、もう一つには、社臨が批判的に考えてきた「ケア」という仕組みを肯定的に認めてしまうことになる、ということです。それらを総合すれば、まさに、教育、医療、福祉などで流行する昨今の「心のケア」という関係性の括り方を批判していく社臨の営みと異なるものである、ということになるでしょう。

これらの点に関わって、広瀬さんは「井上さんが社臨のスタンスを知りながら、この主張をすることは全く理解できない」とした上で、「よりよい臨床と言う場合、だれにとっての良さなのか？ 井上さんは消費者（カウンセリングを受ける人）の立場に立っているから、そういう言葉が出てくるのではないか。しかし、消費者と生産者を分けてしまう分断を拒否していくことが重要であり、また、その分断は生産者がつくるものだ」と語っています。それゆえ、広瀬さんの議論は、分断を主導的につくっていく（生産者）の動きに歯止めをかける主張と動きをする、ということにつながっていきます。この議論は、幻想を現実化してしまうことに向かい合っていくことで、浜田さんの問いに答えるといふ側面を持っているように思えます。

林さんは、「日常的関係が批判の軸にあるときややはりそこが理念化されてしまう危険があるだろう。現在は、むしろ、個別の問題を丹念に考え、個別の問題にそって方法を提起し、性急に理念のようなものを求めない方がよいのではないかと提案しています。そのラインから推測すれば、実践課題は各領域で問題になっている課題に対して追及される方向で位置づけつつ、一般化や普遍化を必要とする社会臨床学といった学問体系への色気は現状では求めない、ということになるでしょう。

さて、どうするか？

当日の討論のなかでは、「幻想を幻想として知っているような専門家ならば、いてもよいのではないかと」、「社会臨床という言葉がブームになる気がして困る」、「心理ではなく、生活を軸にして考えていく社臨のあり方に共感を覚え、敷居の低さを感じてきた」、「カウンセリングはきれいな形で人の役に立つというような側面があって、それがカウンセラーになりたい人を増やしているような印象がある。しかし、そういう関係性そのものがおかしいと思う」、「カウンセリングは他人の秘密を聞くところで、カウンセラーに満足感を与えるような面がある」などの意見がありました。

ただ、「聞いているうちにいくらかわかったが、言葉の意味や定義みたいな話が多くてついていけない感じもした」という感想もありました。

社臨も設立してから約10年ほどになります。設立当初の意図が新しい人たちにはわかりづらくなり、ずっと関わっていた人でもそれが風化していったりするでしょう。その意味では、今回の討論が、社臨の「原点」について考えることにつながり、それを確認することになっていったと思います。たとえば、「社会」に託した、心理の個人志向性を相対化するという文脈は、社臨の命脈に近いものと言えるでしょう。

しかし、それは同時に、社臨のこれまでが「原点」にそって活動してきたのかを点検することでもあったように思います。たとえば、「臨床」に託した他学会との緊張関係をどのように展開してきたのか、は議論の余地があるでしょう。

さらに、今後どうするのか、今どうするのか、は「仮託」のままになっているとも言えます。もちろん、変化は無前提に必要なものではないのですが、「社会臨床」という言葉は、少なくとも、現実状況の変化に対して無頓着ではありえません。幻想を幻想として批判的に追及するにせよ、生活という日常の関係性の地点から幻想を切り取っていくにせよ、幻想を現実化する動きに竿さすとしても、個別的問題にそって知と実践を考えていくにしても、現実の状況は、その状況における構造的なだけで説明できるものでもなければ、個別に対応するだけで閉じていけるものでもないでしょう。変化する現実状況に対して、構造的からはみ出す個性性を意識して個別への対応を積み上げていく過程と、個別として分けられた問題を他の個別の問題とつないでいく視点の確保は、いずれにしても求められるような気がします。

特集

改定精神保健福祉法と移送制度を考える
- 「人権・カウンセリング」問題を重ねて -

日本社会臨床学会運営委員会

日本社会臨床学会は去る2000年7月9日東京都文京区勤労福祉会館で、「改訂精神保健福祉法と移送制度を考える - 『人権・カウンセリング』問題を重ねて - 」の学習会を開きました。

当日は小沢牧子の司会で、広瀬隆士が「保安処分の一里塚としての移送制度」、三輪寿二が「病院精神医療と移送制度」、篠原睦治が「改訂精神保健福祉法と移送制度」で発題しました。そして、フロアを含めて討論しました。この学習会では、1999年の精神保健福祉法改訂に伴って新設された「医療及び保護のため緊急に入院を必要とする精神障害者を移送する制度」問題を軸に、改訂精神保健福祉法に到る精神医療・精神障害者処遇の歴史と現在を振り返りながら、ここに託された「精神障害者」観やここに位置づいている「人権・カウンセリング」のことなどを考えました。

本誌では、その学習会を詳報しますが、各発題者は、当日の発題と討論、そして、その後の思索を踏まえて、論文スタイルで改めてまとめました。ここでは、広瀬は「精神保健福祉法改定・移送制度新設を問う」、篠原は「戦後精神医療施策と移送制度の位置」、三輪は「精神科医療における移送制度的関係の日常」と、それぞれ改題しました。発題後、精神障害者の立場から移送制度を批判し続ける多田道夫がこの問題をていねいに語りましたが、本誌では、多田の発言をできるかぎり詳しく再現しました。多田の発言に続いて討論に入りましたが、多田の発言とその後の討論は小沢牧子と稲垣博美がまとめました。

この学習会は「移送制度」問題を切り口に今日の精神医療・精神障害者処遇のいろいろな問題を考えたのですが、本誌が明らかにしていますが、問題は多面的・多角的です。特に社会臨床学会としてはこの分野における「人権」や「カウンセリング」やの問題をさらに深めていきたいので、読者の皆さんと一緒に考えてくださることを願ってやみません。

精神保健福祉法改訂・移送制度新設を問う

広瀬 隆士(三吉クリニック)

【I】法改訂とは?(背景)

『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』(精神保健福祉法)の附則には、5年毎の見直し規定があり、今回は99年5月に改訂法が国会を通った。法・制度の「改革」をうたう「良心的・業界人や」人権派」弁護士、全国精神障害者家族会連合(全家連)なども、法施行のための専門委員会、公衆衛生審議会等に席を並べ、ゆえに法改訂の作業は関係者の談合の契機となり、それに抗議する者たちへの排除の契機ともなってきた。

振り返れば、70年代以来の「精神医療改革運動」が、厚生省主導の「法改正」協調路線へスライドし、骨抜きになるまでの道のりは、87年の旧精神衛生法から精神保健法への改訂の時期に遡る。この時に、かつての衛生法体制批判の運動の広範な結集軸だった「刑法改正」^{『正』}。保安処分^に反対する百人委員会」が分断・崩壊し(注1)、代わって「法改正」のための精神医療従事者団体懇談会(精従懇)が誕生した。その後自治労や日本精神病院協会(日精協)内の「近代的改革派」、全家連などが、厚生省とのパイプを太くして台頭する一方、旧百人委員会運動のリーダーたちも厚生省厚生科学研究班員などへ転身。森山公夫、中山宏太郎、道下忠蔵らが「病棟機能分化」「処遇困難者病棟設置」を唱えるなど、これらが厚生省の下で一丸となって「精神医療改革」を騙り、相次ぐ「法改正」に群がる今日の「精神病院護送船団」方式の潮流となった【I】~【II】で詳述。

「改革派」の日本病院地域精神医学会(病地学会)や、心理テスト・心理治療の「される側」からの告発を受けて自己批判を続けた日本臨床心理学会(日臨心)も、この潮流に吞まれて御用学会に転身(日本社会臨床学会はこれを拒否して92年に日臨心から分裂したグループ

が結成)。全家連傘下では全国精神障害者社会復帰活動連絡会議(全精社連)を母体に全国精神障害者団体連合会(全精連)が結成され(93年)、「セルフヘルプグループ」づくりとその組織化を提唱した谷中輝雄らの画策(注2)から、「精神障害者当事者の要望」がでっち上げられ、アリバイ工作が進められた。これにより精神「病」者患者会運動が分断され、「精神障害者保健福祉手帳制度」が急ピッチで法に盛り込まれた。

そうした潮流に逆らい、分断されながらも抗議を続ける精神「病」者患者会の多くは、そもそも精神「病」者を隔離収容の対象に定めるこの法律の撤廃を、旧衛生法時代からずっと訴えている。にもかかわらずこの法律は、国や日精協、「改革派」や全家連の談合で、毎度まいど手厚く育てられ「成長」している(【II】~【III】で詳述)。そのためにいよいよえらいことになってきたことの一つが、今回の『移送制度』新設である。問題はこれ一つでないが、以下にこれを中心に、今精神科領域で何が起きているかを記したい(【III】~【VIII】で詳述)。「移送制度」新設は、譬えれば詰め将棋で周囲を固めた後の、詰めの王手の一手である。これにより、これまでの相次ぐ「法改正」の手の内では何が進められてきたのか、その潮流はどこへ流れ着こうとしているのか、その全貌も今更ながらおぞましく露呈してきた。

【II】移送制度』新設に至る経緯

事の始まりは、戦前の精神病患者監護法が戦後の衛生法へと近代化され、さらに衛生法が保健法・保健福祉法へと近代化された時からである。近代化とは、大雑把に言えば、精神「病」者の隔離収容を、家族に「こっそり野蛮」に私宅監置させて行う方法から、病院に「表立っていっしょくた」に収容して行う方法へ、さら

に、急性期・慢性期病棟・保健福祉施設・「在宅」へと「専門的に機能分化」し、回転させて行う方法へ「成熟」させた過程に他ならない。ひとまとめに集めて「シャバ」の生活を奪った上で、病院・施設・「在宅」に仕分け、「生活療法」を与える。骨・肉・血を収奪した上で、皮＝「援助と人権擁護」を配付する。そうした方向性の中で、毎度まいどの法改訂が進められている。

その中で、(1)国が治安管理と予算配分を巧妙化していく路線、(2)病院経営者が経営策を効率化していく路線、(3)良心的改革派が「治療・ケア」の質を専門分化・資格化していく路線、(4)人権派・弁護士らが「人権擁護策」を整備していく路線、(5)全家連が「家族の負担の軽減」をうたう路線、(6)それらを「当事者」に「要望」させるアリバイ工作としての「全精連」の育成、などが相互に調整・融合されている。これらの連中が永田町に集合して代議士に根回しし、互いにぶつくさ言いながら欧米の近代化の模造船に相乗りし、霞が関で手打ちして解散するまでのバックツアー、それが法改訂の行程である。

これまでの法改訂で積み上げられてきた具体的な近代化の手口は、精神病患者を隔離・拘束の対象とする監護法・衛生法以来の根幹を不動としたまま、(1)それを執行できる医師を限定・監督することによる「資格」の箔づくり(精神保健指定医)(2)執行「手続き」の「厳格」化(患者への告知・診療録への記載など)(3)執行された患者からの異議申立てを受ける「チェックシステム(精神医療審査会)を創作したこと。これらが、隔離・拘束を合理化・正当化・「モダン」化する手法となった。「資格」「正当な手続き」「チェックシステム」さえ整えば、どんな悪事でも「適正な施策」に化かして「スマート」にちよるまかせる。これらは、他の分野(例えば脳死臓器移植や原発施策など)も含め、近年「先進諸国が手中に入れた近代化という暴力の常套策」だろう。国の施策への監視をうたう市民運動体・「人権派」も、この手法の美辞麗句に乗せられ、「資格」「手続き」「チェック」の厳格化を要求する運動体に成り果てやすい。

その上で、(4)入院に「同意」すれば強制入院を「免責」される「任意入院」制度(まるで行動療法)を策定。

患者をこれに導く努力をうたい、望ましい標準的な入院形態として推奨、その率を上げることが、日本の精神医療制度の近代化だと描いた。ところが「任意入院」は、患者が「同意」をやめて退院を望めば、72時間以内に「指定医」が強制入院に切替えられるし、多くは閉鎖病棟に入れられているのに、強制入院に必要な「指定医の診察」や「厳密な手続き」を踏む必要はなく、「チェックシステム」も使えない。ゆえに「人権」に配慮した「資格・手続き・チェック」の「空白域」となるため、安易にあいまいな「任意入院」率を上げるよりも、「任意」と強制との区別の明確化を「人権派」は求めた(【 】で詳述)。それを受け、今回の法改訂では「任意入院」が可能か否かの「判定」手続きが盛り込まれ、「同意能力」無しと判定された場合のみ強制入院と位置づけられた。これにより「任意・自己決定」の尊重という綺麗言を前進させたと見せつつ、実は患者の「任意・自己決定」なるものが、まさに医者による「判定」の対象に過ぎないという滑稽な実態が、かえってありありと露呈した。こういう身勝手な「任意・自己決定」なる語の使用法が、「人権派」と厚生省との一致した戦略となったわけである。

こうして「人権派・改革派」は、乱暴な強制入院制度を「改める」と言いながら、一方で医師の「判定」対象たる「任意・自己決定」をいたずらに飾り立て、他方でそれを制限する場面を区分け、その制限を「行える者の資格・手続き・チェック」の「厳格化」をもって「人権擁護策」と標榜してきた。が、そんなことを何十年積み上げたところで、全体状況の問い直しがかえって抜け落ちるばかりで、精神保健法という巨大な「精神科特例(差別)システム」の転換には至らない。それどころか、人の「自己決定の具合」をも「判定」する「専門医」への権威付けを膨らませ、患者の「病状判別」の「客観性」を演出し、「手続き」を荘厳化してますます強制入院システムの膨張を祭り上げていくばかりである。すなわち、医者をますますえらそうに仕立て上げ、「患者」をますます「患者」らしく対象化し、「精神病」を隔離拘束の対象と定める手続きを「きちんと確立」していくこと、そういうことに「善意」の努力を傾けること、それ

が「改革派・人権派」の「願い」となってしまった。

その上で、たとえ強制入院を行おうとも、対象となる患者や「病態」を「厳しく」限定し、それに応じて処遇も「専門的」に区分け、期間も区切り、開放病棟・援護寮・グループホーム・デイケア・地域作業所などへと患者を移行(たらい回し)させていけば、旧来の隔離収容施策とは異なり、『社会復帰』に連なる医療・福祉施策となるとぬけぬけと言っているのけるのが、(5)医療と福祉をセットにした『機能分化』施策たる精神保健福祉法体制のシナリオである。これらは一方で患者の「病態」に応じた「適正で専門的」な医療、「生活力に応じた」多様な「地域ケア」など、「良心的改革」の物語として描かれるが、他方で患者の「安全度・危険度」の区分けに応じた「多様」な治安システム整備の役目も果たす。ここに「人権派」と「治安派」は、二本の筋立てを抱き合わせた表裏一体のしめ縄として結ばれ、結託してこれを祭り上げていくことになる(【 】で詳述)。

その際『社会復帰』とは名ばかりで、シャバの世界ではバリバリの健常者の選り抜きばかりがかるうじてリストラを逃れて生き残り、過酷な労働状況に疲弊し追い詰められ、新たに「発病」して労働の一線、二線からはじき出される者たちが後を絶たないわけであるから、この状況への抜本的問い返しなしに、「精神病」者の「治療」やら「社会復帰」をうたうことなど、寝言かペテンの極みである。そこに生み出される『社会復帰施設』とは、シャバへ出ていける足場となる施設ではなく、シャバから弾きだされた者たちが集められてあてがわれる居場所に他ならず、そこそが『社会復帰』先として代替される第二、第三の収容先となっている。『手帳』はその会員証に他ならない。そもそも『社会復帰』施策という話自体、「病」者の方を向いてする話ではなく、シャバの方を向いてする話であり、はなから向きが逆である。優生思想と人員コストの徹底管理に撃ち抜かれた労働市場、労務相互監視体制(「いじめ」と呼ぶのはカモフラージュ) 人材査定強化、資格・免許取得への強迫、人材派遣売買のあざとさなどを棚に上げ、「病」者に向かって「がんばれ(甘えるな)障害者」と背中を押し、「自己責任」= 自責・自罰・自殺に

追い込む。そんな「リハビリ通所型のアウシュビッツ」をさらに拡大されてはたまらない。

にもかかわらず、「病」者を対象化した「社会復帰訓練」の取組みを、国は治安管理の拡充として、業界は経営効率の向上として、「良心的改革派」は、「治療・保健・福祉」の充実として、全家連ば「家族の負担の軽減」として美化し、喜ぶわけである。そして、そんな仕掛けの世の中だからこそ、それにうんざりし、呪縛もされ、脅えたり、絶句したりもしながら、治療や教育や訓練の触手の届かぬ自室に「引きこも」らざるを得なくなる者たちもいるわけである。そうした者たちに、国や業界や全家連ば「心の健康キャンペーン」という「善意の牙」を向け、「放置」された「未治療者」として「対策」の的に浮上させようとする。そんなことをされたら、気の弱い者ならそれだけで具合が悪くなりそうなものだが、「治療」を迫って「興奮」「発症」させれば、「治療」の対象に取り込める自家発電装置をも精神医療は兼ね備えている。こんな世の中への『抗議』『抵抗』を、「興奮」「錯乱」「昏迷」「自閉」「人格異常」云々へと読み換えられる「専門科学」こそが「精神医学」や「臨床心理学」でもある。

話をまとめると、『任意入院』『医療保護入院』『応急入院』『措置入院』等に強制入院を『ランク分け』し、それを執行する者の『資格』『手続き』『チェック』を整備し、入院先の病院・病棟と退院後の保健・福祉施設を『機能分化』して収容先を拡充していく路線。それと、その対象者把握のため、会員証を配って整理番号を刻印する『手帳』制度。これら一連の駒が出揃い、あとはそのそれぞれの「効き目」を強化していく仕上げの段階にこの仕組みが「熟して」きた今、残された企ては、このシステムの手の内へと患者を連れ込む強引な「客引き」の近代化である。その一つは、自ら観念してこのシステムに入ってくるよう、患者の『自己決定』づくりを「育成」強化し、このシステムによって『判定』され、導かれたいと望むよう説得・誘導していくことである。が、もう一つは、どうしてもやってこない「患者?」を病院まで運び入れる過程、すなわち『移送制度』の整備である。これらによって強制入院制度を仕上げるというわけである。

今回の『移送制度』新設は、全家連が「家族の負担の軽減を念願」したことから浮上したとも言われるが、国と全家連がこの時期にこの中身で談合した事情をみておきたい。厚生省と業界は、これまで患者を病院に連れてこさせる方法として、家族にその責任を課すとの脅しをずっと使用してきた。戦前の座敷牢から戦後の『同意入院』『医療保護入院』に至るまで、家族に「治安責任」を課す施策を継承、発展させてきたわけである。そんな「重い負担」を課して家族を管理・操作してきたこと、そのことを個々の家族の思いを代表して全家連が国に抗議するのであれば、「国は家族に『治安責任』を負わせるな」と、保護者制度の廃止のみを要求すれば済んだ話である。が、厚生官僚の天下り先であり、御用学者が牛耳る全家連と国との談合から浮上したシナリオは、「家族の負担の軽減=国・都道府県の治安責任強化」としての『移送制度』新設だったわけである。ここには、生身の家族たちからの「国への抗議」だったはずの声を、「国の治安政策強化への要望」にすり替えた全家連上層部と厚生省との取引がみてとれる。

【III】人権派』のパラドックス

「人権派」の主張する「人権」の内実は、『任意』を認める『判定』の尊重か、又は『任意』を認めない『判定』をし、その制限を執行する医師の『資格』『手続き』『チェック』を「適正化」することである。後者を「人権擁護策」として位置づけてしまった以上、後者を必要としない『任意入院』の方が「人権擁護策」の「空白域」となり、後者の「適正化」された強制入院過程の方が「人権擁護策」に「守られている」という、妙な「逆転」が生じてくる。いわば「人権派のパラドックス」とでも揶揄したくなる事態だが、この理屈から、「人権派」にとっては「制度の空白域こそ悪の温床」という図式が一人歩きしていく。そのため、いやがる本人を無理やり病院へ連れてくるような、制度上の「手続き」規定のない「空白域」の場面は、病院での強制入院場面と同様、「きちんと」それを執行し得る『資格・手続き・チェック』を「適正化」=法制化すべしという話になってく

る。それをもってかつて盛んに行われた、病院の看護士らが本人の部屋に押し入り、注射で眠らせて連れていくといった「野蛮な」やり方や、民間警備会社の暗躍を「適正化」できるのなら、強制入院制度を拡大してもその「法的手続き規定」を徹底して張り巡らせた方が、人権擁護策が隅々まで生き渡るんじゃないかと。

そのように、「空白域」を『手続き』で強迫的に埋めていく路線にはまり込んだことで、今後も「余白」が見つかるごとにそれを埋めるべく、強制入院施策を網羅拡大していく路線を「人権派」は歩まざるを得ないだろう。このことは、今回の『移送制度』が法制化されるに至った大きな背景の一つである。精神病患者者会にしてみれば、「人権派・良心的改革派」によって「うしろから撃たれる」という事態が法改訂の度に膨らむわけだが、それというのもこの事情によるところが大きい。この事態は元を正せば、精神病患者者への「人権擁護策」とは、はなから「人権制限策」に他ならずというより、「適正」な差別の仕方をルールとして正当化・法制化する国家事業を「人権施策」と呼ぶのだろう。その方法を具体的に規定するのが精神保健福祉法であるということに拠っている。

一方、家族にしてみれば、家でガラスを割ったり、全裸で外へ出たり、大声で叫んだり、深夜に大音響で音楽を鳴らしたり、あるいは専ら自室に籠もったりしているのでどうしたものかと、病院や診療所へ相談に行っても、「本人を連れて来なさい」と言われるばかりで、そうは言われても本人は行こうとしないといったことが少なくない。私自身も、そのような家族からの相談をよく受けるが、ぐずぐずと家族とお喋りを繰り返すうち、家族も諸々の事情でゆとりをなくし焦る中で、本人を余計に追い込んでしまう経緯が浮き彫りになることも少なくない。姜尚中(カンサンジュン)は、最近のショッキングな少年事件に対するメディアの扱い方を次のように批判していて、まったく同感である。

「精神医学などの識者たちがテレビ・メディアなどに登場し、専門家の立場から少年たちの心の内界をのぞき、いくつかの病理学的な所見を披瀝してきたわけだが、そうした心の中に原因を探り、それを一定の分

類項目にくくってしまう「レッテル張り」こそ、実は社会という不特定の多数者が『逸脱者』をもう一度追いつめることになってしまっているのではないかと思う」(注3)

「診断しよう」「よくしよう」「治そう」という囚われから医療も家族も解放され、本人が追い込まれて「狂う」のもあたりまえと合点がいけば、本人の「危うい」と見えた様子や苦闘とも噛み合い、何かしらお互いにほぐれていったり、自分たちを翻弄する大きな力・仕組み・仕掛けに抵抗し、苦闘する同胞として繋がれる得る事も少なくないのが実際だろう。また、家族も眉唾な精神医療(すべての精神病院で日常的に少なからぬ患者が不自然な突然死や自殺で亡くなっていることを業界関係者なら誰でも知っているが、社会的に報じられるのは、たまたま発覚した「一部悪徳病院の不祥事」ばかりである)に本人を受診させることに抵抗があったり、本人の怒りに脅えて動転し、動転していないときには話が違っていたり、生ま身の家族の思いは、全家連の要望のように一枚岩ではない。

ただし、家族から聞く尋常ならぬ本人の様子に「緊急性」を感じ、私なども訪問に行くことがある。話ができたりできなかったり、会えないまま何度かお邪魔して、ただ家族においしいケーキと紅茶をごちそうになって帰ってきたり、本人を引っ張り出そうとする家族を制止し、抗議してわめく本人の「言うとおりで」「そうだそうだ」と応援して味方っぽくみえすいた? アピールをしてきたり。ドアの隙間からメモ用紙でやりとりしたり、交換ノートを交わしたり、受診をすすめて私の車に乗ってもらったり。救急車に同乗して「衰弱」した本人を精神病院へ連れて行ったこともあったり(病院との事前の打合せなしで本人から直接救急車を頼んだ場合は、病院・消防当局に断られる)。あるいはまた、家族が持病を悪化させて亡くなってしまい、そのあとにひょっこりと本人がクリニックに来るようになっていたり。もたもたしているうちに措置入院になってしまったり。「私の方が狂いそう」と深刻に泣き出す家族に「狂っちゃいましょう」とおもいきり無責任にゲラゲラ笑いかけたら家族もあきれ、やがて大笑いになり、「緊急事態」が一転して楽しくなったり。そう

は問屋が卸さず、家族を怒らせ、それきり音信不通になったり。

他方でずっと以前に受診させることに「成功」した患者が、その後何年も「順調」に通院服薬し続けたあげく、自殺してしまったり。どうしても入院したいとのことで紹介した「任意入院」先の「良心的」な病院で、原因不明の突然死で亡くなった方がいたり。いろいろと苦い思いややましい思い、思わぬ事態も味わい、正直言ってそう簡単に割り切れることでもなく、悩ましい事この上ないが、少なくとも、簡単でないことは無闇にケリをつけてはいけないうわけで、簡単に「一件着着」してしまえる『手続き』などないということが、強制入院制度に対する大きな歯止めだったわけである。

今回の移送制度新設で「人権派・改革派」や全家連は、そうした言うに言われぬ悩ましい歯止めの機会、強制入院執行に対する最後のためらいの機会、立ち止まり・見直し・引き返しの機会ともなる「難所」のゴツゴツした「けもの道」を、平らな舗装道路に拡張して二束三文で売りに出した。しかも手に入れた二足三文は、厚生省や日精協の売店でしか使いものにならない引換え券である。法改訂の度にそんなものをもらうから、次々に厚生省や日精協の新商品を買ひ貯めていくことになっていく。そしてとうとうこの連中は、保安処分制度の全面展開という厚生省商品を、『適正な・執行者の資格・対象者の選別・手続き・チェックシステム』という引換え券で購入していくことになる路線へ足を踏み入れてしまった。今回の『移送制度』新設は、そこへの入場券である。そうなることをとくに嗅ぎとり、「良心的改革派」への抗議・妨害・糾弾を声高に訴えてきたのが、「ごかい」や「前進友の会」など、「こんな社会で狂ったことに誇りを！」「きちがいにはきちがいのやり方があるんじゃない」と訴え続けてきたキーサン勢(患者会)である。

そのキーサン勢による糾弾行動に対して、病地学会は学会誌42巻第3号(1999年9月・129頁)で、「私たちの改革運動への敵対行動であると見なさざるをえなくなる」という「見解」を出している(注4)。「敵対行動」であることは実にその通りなわけだが、にもかかわらず、なんと学会側は、自分たちの「改革運動」が精神

『病』者から「敵対」される中身だったことを反省・自覚したからそう言ったのではなく、たとえ精神「病」者から敵対される中身であろうとも、自分たちの「改革運動」への妨害は許さないのだと、だからキーサン勢の方が反省しろと、居直ってそう言ってきているわけである。これが、精神「病」者をうしろから撃った連中の言いぐさである。全家連の御用学者である大島巖は、この学会の理事でもある。残念ながら今、「人権派・良心的改革派」の学会と言われてきた学会の実態は、こんなありさまであり、こんなありさまだからこそ、他ならぬこの類の連中によって、今回の『移送制度』新設がもたらされたわけである。

【IV】今回の法改訂全体の概要

今回の法改訂では、これまでに積み上げられてきた前記1「精神保健指定医『資格』の箔づくり・監督、(2)隔離収容『手続き』の「厳格化」、(3)『チェックシステム』の創作、(4)『任意入院』の創作、(5)医療と福祉をセットにした『機能分化』施策、などの枠組みのそれぞれのさらなる強化が進められ、それに加えて、(6)移送制度が新設された、というのが概要である。移送制度そのものの詳細については【 Ⅰ】以下に記すが、ここでは、元厚生省精神保健福祉課長補佐・杉中淳による「法改正の概要(注5)から一部割愛し、資料として引用・羅列しておく。【 Ⅱ】がこれへの批判であるので対照いただきたい。

(趣旨)精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保し、精神障害者の社会復帰に一層の推進を図るため、精神保健指定医の職務を適正なものとし、精神医療審査会の機能を強化するとともに、在宅の精神障害者に対する福祉事業を市町村を中心として推進する体制を整備する等の措置を講ずる。

(主な改正内容)、精神障害者の人権に配慮した医療の確保に関する事項

(1)精神医療審査会の機能強化(委員数制限廃止・帳簿書類提出命令権限追加)

(2)精神保健指定医の役割等強化(処分・診療記録記載義務・処遇改善努力義務追加) (3)医療保護入院の要件

明確化(対象者は任意入院を行う状態にないとの判定明記) (4)精神病院に対する指導監督強化(入院医療制限命令等の処分追加)

2、緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項

緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害のため任意入院を行う状態にない判定された精神障害者を、都道府県知事の責任により応急入院指定病院に移送する制度を創設。

3、保護者に関する事項(自傷他害防止義務規定削除・自らの意思で医療を受けている精神障害者の保護については、治療を受けさせる義務等を免除)

4精神障害者の保健福祉の充実に関する事項(精神保健福祉センターの機能充実・社会復帰施設の質の確保、指導監督規定・精神障害者地域生活支援センターの追加・ホームヘルプ、ショートステイの追加・市町村の役割強化)

尚、杉中はこの講演で、また5年後の見直しに向けての課題として、長期入院患者の「慢性期療養=心のケアホーム」、精神病院の『機能分化』の強調、「保護者」問題の検討などに触れた上で、さらに「言い忘れ」たこととして、「処遇困難といった犯罪を繰り返す精神障害者対策も課題」と付け足している。順番は最後でも『保安処分』施策をきっちり仕上げたいということ、これが厚生省の向かっている「向き」である。

先に将棋を譬えに使ったが、ここではオセロゲームが譬えに使いやすい。「人権派・良心的改革派」は、「良心的」であればあるほど、当面の現実の中での最善を求め、目先のエサに食いつきやすい。目先のエサを採らずに原則論ばかり振りかざしていても何も得られないじゃないかと。根本を追求する精神「病」者患者会を「敵視」までして、目先のエサに固執する。だからオセロに譬えれば、とにかく「良心的」に手に入れられる目先の白石はどんどん取っていきこうというわけで、その次元での『成果』を能天気喜ぶ。しかし、保安処分施策への先を見据えた厚生省にとっては、じっくりと大卒の要所・四隅を黒石で固められれば、最後はいつでも根こそぎまっ黒にひっくり返せる。『移送制度』新設は、その四隅の黒石の一つ(一里塚)であり、今回の

法改訂に際し、国会での附帯決議に盛り込まれた『重大な犯罪を繰り返す精神障害者』問題対策は、そのもう一つである。「人権派」が『人権擁護』のつもりであつらえる『適正な手続き』を、そっくりそのまま「人権収奪」の『適正な手続き』にはくって活用していくシナリオこそ、厚生省が開帳するオセロ賭博(その名は「人権施策」)の骨頂である。杉中が「言い忘れたこととして付け足したのは、このことである。そんな賭場に「人権派・改革派」がノコノコ出入りして談合を繰り返せば、最終ラウンドで身ぐるみ剥がされ、「保安処分」システム確立推進の一味に成り果てるのは自明だろう(社会臨床学会は、そのような賭場=精從懇との訣別を決意して立ち上げられたという歴史的経緯に立脚している)。

【V】新設『移送制度』の詳細

移送制度そのものは、99年5月の法改訂で成立し6月に公布されたが、その具体的な運用の詳細については、2000年4月に「厚生省が定める基準(ガイドライン)」によって定められた。以下にその内容を要約して記す。(時間のない方は、うしろの資料1~7の移送の調査票、記録票、対象者への告知の書式等をざっと眺めていただくのみで可)。

精神障害者の移送に関する事務処理基準

第一 措置入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方/医療保護入院等のために緊急を要する患者の移送が法定化されるとともに、措置入院(緊急措置入院を含む)に付随して従来から行われていた移送についても法文上明確にされた。措置入院のための移送に際して告知を義務づけ、行動の制限が不可避な場合の手続きを明確にした。こうした患者の人権に配慮した主旨を踏まえて移送を行うことが重要である。

2 指定医の診察に係る事前調査

(1) 都道府県知事は、指定医の診察を必要と判断した場合、当該職員を速やかに事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に派遣すること。(2) その際、事前

に保護者等にその旨を連絡する。(3) 都道府県職員は、居宅等本人の現在場所に出向いたときも、指定医の診察を行おうとする場所に既に本人が搬送されたときも、速やかに指定医の診察の必要性を判断するための事前調査、状況の把握を行い、できる限り保護者・扶養義務者並びに本人の主治医と連絡をとり、それまでの治療状況等について把握に努める。(4) 急速を要する緊急措置入院の場合も、できる限り事前調査を行うように努める。(5) 様式(資料1)による事前調査票に記録。

3 移送の実施

(1) 事前調査の上、指定医の診察及び移送が必要であると判断した時点から開始。(2) 都道府県職員は、対象者を実際に搬送(車両等を用いて移動させること)する以前に、書面により様式5、(資料5、6)の事項を対象者に告知。(3) 様式(資料1)による移送記録票に記録。(4) 都道府県知事は、次のいずれの場合も、速やかに移送の対象者を搬送できるよう、車両等を用意する。1) 事前調査の結果、指定医の診察のための搬送が必要、2) 診察の結果、2人目の指定医の診察が必要、3) 2人以上の指定医診察の結果、措置入院が必要、と判断されたとき。(5) 移送は都道府県知事の責務なので都道府県職員が同行。(6) 都道府県知事は、搬送の際、補助者を同行させられる。(7) 具体的な移送体制は都道府県知事の責務として整備。ただし、移送の対象者を車両等を用いて搬送する部分については委託することができる。(8) 入院した時点又は措置入院不要と判定された時点で手続き終了。(9) 措置入院不要と判断されたが、医療保護入院または応急入院のための移送が必要と判断される場合、そのための移送の手続きを行う。(10) 移送手続き中、措置の決定前に対象者の所在が不明となった場合、移送手続きは一旦終了とするが、都道府県は対象者の所在を確かめるよう努めなければならない。入院措置決定以後に対象者の所在が不明となった場合には、当該入院措置は継続。

4 指定医の診察

(1) 都道府県知事は、指定医の求めにより、診察に必要な補助者を派遣。(2) 指定医は、行動の制限その

他の移送の手續きに必要な診察を行ったときは、様式2(資料2)による診察記録票に記載。(3)移送の手續きにおいて、指定医が行動の制限を必要と判断したときは、様式2(資料2)に記載。その際、指定医は対象者に行動の制限を行う旨及びその理由を知らせよう努めなければならない。

5 上記事前調査票、移送記録票、診察記録票は5年間保管。

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方 / 緊急に入院を要する状態にも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が同意しない場合に限り、本人に必要な医療確保のため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機関まで移送する。その対象とならない者に適用されないよう、事前調査その他の手續きを適切に行うことが重要。

2 移送に係る相談の受付 / 都道府県知事は、相談を受け付ける体制を整備し、移送制度及び相談受付窓口周知に努め、利用しやすい体制となるよう配慮する。

3 指定医の診察に係る事前調査

(1) 都道府県知事は、これを必要と判断した場合、職員を速やかに事前調査対象者の居宅等本人の現在場所に派遣。(2) 保護者等への連絡は措置入院の場合に準じる(以下、「準措置」と略記)3)事前調査の実施 / 準措置。(4) 様式3(資料3)の事前調査票に記載。

4 移送の実施

(1) 移送の手續きの開始時期 / 準措置。(2) 都道府県職員は、対象者を実際に車両等で搬送する以前に様式7(資料7)の事項を対象者に告知。保護者等に対しても移送を行う旨等を知らせよう努める。(3) 移送を行ったときは、様式3(資料3)の移送記録票に記録。(4) 都道府県知事は、指定医の診察の結果、医療保護入院又は応急入院が必要と判断したら、速やかに対象者を現在場所から応急入院指定病院に搬送できるよう、車両等を用意する。(5) 都道府県職員の同行 / 準措置。(6) 搬送のための補助者 / 準措置。(7) 移送体制

の整備 / 準措置。(8) 移送先の応急入院指定病院に入院した時点又は移送が不要と判定された時点で終了。(9) 移送手續き中、対象者の所在が不明となった場合、移送手續きは一旦終了するが、都道府県知事は対象者の所在を確かめるよう努めなければならない。

5 指定医の診察

(1) 対象者が入院する応急入院指定病院の指定医以外の指定医によって診察されることを原則とする。(2) 都道府県職員は、指定医に事前調査の結果を報告し、確認を得る。指定医の確認は、様式3(資料3)の事前調査票中の「指定医への報告の確認」の欄に指定医が署名することによる。(3) 指定医の診察に都道府県職員が立会う。後見人、保佐人、親権を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当たる者は立ち会うことが可。(4) 指定医の診察の補助 / 準措置。(5) 指定医は、行動の制限その他の移送の手續きに必要な診察を行ったときは、様式4(資料4)に記載。(6) 行動制限が必要と判断したら、様式4(資料4)に記載。指定医は行動制限を受ける者に対して行動制限を行う旨及び理由を知らせよう努めなければならない。(7) 保護者、扶養義務者又は同居親族がいる場合、その協力を得て居宅で診察できる。保護者等が存在しない場合、措置入院の手續きをとる必要が認められない限りは本人の了解を得ないで居宅で診察はできない。

6 入院

(1) 都道府県知事は、入院させる応急入院指定病院にあらかじめ指定医の診察結果の概要等について連絡するよう努める。(2) 移送が行われた場合、応急入院指定病院が都道府県から様式4(資料4)の写しを受け取ることにより、医療保護入院及び応急入院を行う。入院後72時間以内に、応急入院指定病院において、医療保護入院及び応急入院の病状にないと判断し退院手続きを採る場合は、指定医の診察による。(3) 入院届の記載項目のうち、病名等指定医が記載する項目は別途記載不要。「移送の有無」の欄に移送ありと記載しておく。入院届の届出に当たっては様式3、4(資料3、4)を添付する。(4) 記録の保管 / 準措置

第三 その他の留意事項について

1 入院後に留意すべき事項 / 患者の治療方針を立

てるに当たっては、入院以前の医療機関の主治医と十分な連絡をとるよう努める。

2 消防機関への協力要請 / 移送を要する者の状況、地域における移送体制の実状から消防機関による移送が適切と判断され、かつ救急業務と判断される場合については、この搬送を消防機関に協力を要請できる。このため、都道府県知事は、事前に移送制度全般について、市町村の消防機関とあらかじめ協議の必要がある。

3 警察業務との関係 / 都道府県知事が措置入院又は緊急措置入院のための診察を必要と認めた者に対し、その1回目の診察又は緊急措置入院の診察を行う当該診察の場所までの移送は、都道府県知事の責務として行われる。都道府県知事は、当該移送を適切に行うとともに、移送の安全を確保しなければならないが、移送の対象者により現に犯罪が行われた場合又は犯罪がまさに行われようとしており、その行為により移送に係る事務に従事する者の生命又は身体に危険が及ぶおそれがある、急を要する事態に陥った場合には、警察官に臨場要請を行うなどの措置に配慮すること。なお、臨場した警察官は移送用の車両の運転、対象者の乗降の補助その他の移送に係る事務に従事するものではないことに留意されたい。

4 書面による告知の様式 / (資料5、6、7参照)

5 関係機関との連絡調整 / 都道府県知事は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院のための移送を行う体制の整備に当たって、精神科救急医療システム連絡調整委員会の中で関係機関と連絡調整を行う等、円滑な移送が行われる体制を整備すること。また、実際に移送を行うに当たっても、精神科救急情報センター(仮称)等を整備することによって、都道府県職員の派遣から入院まで、移送に係る情報を収集し、円滑な移送が行われるための連絡調整機能を整備すること。

6 その他

(1) 移送に係る診察を行った指定医が、対象者の病状から緊急に医療を提供した場合、様式2又は4(資料2、4)による診察記録票の特記事項の欄に以下の内容を記載すること。ア)その時の症状イ)提供した医療の

内容ウ)提供した年月日及び時刻 2)医療を提供した場合には、指定医が当該移送に同行しなければならない。(3)医療保護入院及び応急入院のための移送の場合、移送の手続き上行った医療に係る費用については、原則本人負担。

資料1~7を見渡していただきたい。これらの書類を整え、『告知』し、『チェック』を入れるということ、これが精神「病」者にあてがわれた『人権擁護策=治安隔離策』の実態である。細部をいちいち点検しておくにこしたことはないが、その部分的な欠点・問題点を取り上げ、改良を唱えるつもりはない。「よりよい人権擁護策」=「よりよい治安隔離策」づくりの切磋琢磨に与する道は、そのまま保安処分整備事業への道である。それがこのガイドラインに刻印されている“主題”である。資料の細部をつまみ出し、ポイントを重点的に論じるよりも、そのまま羅列し、眺めた方が、その“主題”=「地獄への道を善意で舗装」する御丁寧な一部始終が伝わりやすいと思われたので、あえてガイドライン全文を幾分要約して示した。

ところで『移送制度』の中身の半分は、上記資料の棒読みで伝わったと思うが、こういうわずらわしい手続きを、都道府県が多くの「患者?」に「手広く・定められた通り」に行うのだろうか?など「人権」団体や全家連、世論が行政に「遵法」を求め、「きちんとやれ」と要求してしまい、その結果『移送制度』に充てる予算が大々的に組まれれば、この制度は都道府県の直接行使によって本格的に普及整備されてしまうだろう。が、予算が追いつかず、あるいは元々金を使う気はないのであれば、直接行使だけではなく、間接行使=『委託』事業化との二本立てで事を運ぶというのが、国・地方行政の悪知恵の常である。そもそも精神衛生法・保健法による強制入院策が、国公立病院による直接行使と、民間病院への『委託』との二本立てで進められてきたように(量的には民間委託が8割以上)、『移送制度』にもまた、この二本立ての手法が用いられている。

【VI】民間警備会社の暗躍から台頭へ

移送のガイドラインの中で、民間『委託』に触れている箇所は僅かだが、第一の3の(7)と、第二の4の(7)には、「移送の対象者を車両等を用いて搬送する部分については委託することができる」と明記されている。これにより、民間警備会社等を移送過程に参入させることが可能であることを、はじめて制度化している。「車両等を用いて搬送する部分」と限定し、それ以上のことには触れていないが、まずは「民間委託」の基礎杭を打ち込んだことにより、建物は今後いつでも建ち上げられる。この「搬送委託」を担う民間業者を助成・奨励・育成して「適正」に利用すれば、国・都道府県が予算を抑えても、『移送制度』はだいたい安上がりで拡充できる。

しかし、それだけで話は済みそうにない。たとえ「車での搬送部分」を『委託』して安上がりにしても、いちいち都道府県の直接行使の『移送制度』で対応していたら、都道府県職員と指定医の派遣は欠かせないわけであるから、そのための予算・人員の確保は、不景気下の行政には至難だろう。日精協も、精神保健指定医派遣のやりくりには難色を示すことが予想される。そのこと自体は、都道府県による『移送制度』適用件数をただちに急増させない抑止力となるかもしれない。が、こんな制度を作ってしまう、宣伝もしてしまう以上、家族や地域社会からの「需要」要請」が作り出され、増加してしまうことは避けにくい。それに対して都道府県の『移送制度』で「対応しきれない」という状況が新たに作り出されることが予想される。そのことによって、『移送制度』とは別口の、商業主義的な『民間移送事業』が拡大していくことが見込まれる。

ところで、へたをすると見逃しやすいが、『移送制度』は「患者？」を病院に連れて行くなら、誰もがこの制度に則って連れて行かなくてはいけないとは、『措置入院』の場合を除き一言も言っていない。措置入院の場合も、従前の警職法による搬送を禁じるものではないと厚生省は明言している。家族や民間病院の職員、警備会社の職員が無理矢理「患者？」を自宅から病院へ運び、『医療保護入院・任意入院』させてはいけないとも、一言も言っていない。ただ、都道府県が

「公的責任」において「患者？」を病院へ「移送できる」ようにしたということと、その際のやり方はしかじかではなければならないと定めただけである。したがって、『移送制度』新設の喧伝によって拡大される「需要・要請」に対し、都道府県精神保健担当が「対応しきれない」大半が、警職法が『民間移送事業』への「需要・要請」の拡大にスライドしてしまう。警察の出番も増えそうだが、民間は民間の手際でその事業を拡大し、あるいは『民間事業』の拡大によって、さらなる「需要・要請」がつくられるだろう。それを見越したある警備会社は、『移送制度』新設が決まるや否や、次のような宣伝文書を不特定多数の医療機関に発信している。

精神障害者「移送サービス」全国展開に先駆けてのご案内

当社では、平成8年より(中略)精神障害者移送サービスを行ってまいりました。

平成11年5月に成立した改正精神保健福祉法により、医療保護入院・応急入院のための「移送制度」が設けられたことは、保護者等がいても家族だけでは本人を病院に連れて行くことが困難な場合や、本人の同意が得られず、結果的に入院が遅れ、自傷他害の事態に至るといった、現実には則した改正といえます。実際当社でも業務開始以来、日を追う毎に「移送」の問い合わせが増えているのが現状です。このような「移送」支援の需要に対し、当社は万全の体制を確立し、実績を重ねてまいりました。具体的には、

- 1) 経験豊富なカウンセラーが、本人に十分な説得をし、任意入院を原則とする。
- 2) 依頼人である家族との事前の打合せを十二分に重ね、当日の業務を円滑にする。
- 3) 個人のプライバシー保護等、守秘義務を遵守する。
- 4) 受入先の病院のケースワーカーとも入念な打合せを行う。
- 5) 本人の人権を守る。

その結果、100%に近い状態で、任意入院として病院へ移送しております。この実績を踏まえ、公安委員会の認定を受けている××警備

は、保健所や警察からも信頼が厚く24時間体制の下、当日依頼にも応えてまいりました。また、受入先の病院との信頼関係を築いている実績から、受入先の病院が決まらず困っている依頼にも、病院紹介の上、移送する経験も積んでまいりました。高まる需要の中、多数のご依頼に応えるべく、××に本部を置き、全国展開をしていくこととなりました。

最後の最後まで、患者さんのことを第一に考え、家族と病院をつなぐプロ。それが××警備です。基本料金30万円+移送交通費・ただし症状の重さにより料金加算

『移送制度』新設は、このような闇の「患者搬送ブローカー」を、表舞台にデビューさせる露払いとお膳立ての役目も果たした。実際、こうしたブローカーと病院・保健所・警察がすでに癒着しながら、法改正に先立って既成事実が積みあげられていたこと、それが表立って露呈し、開き直って堂々と宣伝される時代が到来したわけである。

業者のタイプは様々で、低価格(15万円前後)を売り物にする業者は、いきなり患者?の就寝中に進入し、スマキにして運ぶ。が、それではあんまりなので、上記業者は「良心」と「人権」をうたう。「カウンセラー」も付けて「任意入院」に仕立てるといふ、厚生省や全家連・業界・マスコミが喜びそうな商法を高価で売り込んでいる(ざっと総額一件100万円にもなる)。家族にしてみれば、入院させることにやましさもあるだろうし、乱暴に事を運べば、退院後に恨まれ続ける不安もある。やましい一線を超える時には、やましさをお祓いしてくれる「愛と正義」の布石にコストを払うことも頷ける。また、病院や行政や他の誰に頼んでも思うように取り計らってはもらえないことでもあるので、足元を見られればひとたまりもない。教祖様や代議士先生に泣きつく場合と同様、いくらでも注ぎ込みかたない。こういう商売は、心身を張ったあざとい「感情労働」(注6)だが、体一つと車以外の元手がかからず、心身さえ壊さなければ利鞘は高いだろう。

「愛と正義」の見せ玉として「カウンセラー」の同行を

看板に掲げているものの、この手の仕事を手際よくさばける人材としては、ヤーサンっぽい麻薬密売人や売春斡旋業者、前歴豊富な結婚サギ師、街場の高利金融業者など、闇の世界のセンスとノウハウに通じた者の方が、「いい仕事」のできる「経験者」ではないか。「業」や「愛」や「義理人情」や「大いなる夢」に巧みに人を誘い込み、がんじがらめにして喰いものにしてしまうワザは、仕事の中身は御同業ながら、ケツの穴の小さいブリッ子「カウンセラー」より、そうした連中の方が役者が一枚うわてだろう。とはいえ、そうした裏の社会の「ヤバイ仕事」を表舞台の大通りにデビューさせ、「きれいな仕事」に仕立て直すとすれば、表向きには「カウンセラー」が「適任」となるのだろう。

ところで、「ナニワ金融道」というテレビドラマ(原作はマンガ)があり、街場の高利金融業者の中の「善玉」を「必要悪」として描いているが、上記警備会社の姿と何やら重なる。借金を重ねて泥沼化し、助けを求めて銀行に行っても、銀行はトラブルや危険を避け、扱いやすい担保のある「上客」にしか金を貸してくれない。返済が滞納して業者間のブラックリストに載っているような状態では、一般のノンバンクのサラ金などでも相手にしてもらえない。そこで、街場の高利金融業者・通称「マチキン」に泣きつく、法外な高利を背負うことにはなるが、その場は助けてもらえるというわけである。そこで「マチキン」は「銀行は上客しか相手にせんから、ホンマ困ったモンを見捨てんのはワシらだけや。ワシらは必要悪や」と胸を張る。が、助けてもらえば当然そのツケは払わなければならない。すぐに何倍にも膨張していく借金を回収する闇のノウハウを「マチキン」は持っている。が、その手荒な商売の流儀にも「悪玉」と「善玉」がいるというわけである。

「悪玉」業者は、返済不能の債務者が若い女性であれば、ソーブランドに売り飛ばしたり、身分証明書の生年月日を書換えさせ、他の業者を騙して借りてこさせる。が、「善玉」業者は、「ソーブランドで稼ぐ方法」や「身分証明書の生年月日を書き換える方法」などを同様に伝えるが、それを無理強いせず、「返済してくれ」とだけ繰り返す、債務者が自分からそうした方法を選ぶようひと芝居打ったり、張り付いて待っていたりす

る。もちろんそれは、犯罪として摘発されないための用意周到な工夫である。「善玉」とは「ぬかりのない」の意であり、「悪玉」は摘発されても「善玉」は人の「自己決定」を手玉にとって世にはびこる。そういう摘発スレスレの仕事を、スマップの中居君が人情味豊かなキャラクターで演じながら、小気味よくワルで抜け目のない先輩や、肝のすわりきった確信犯の社長らとのチームワークで商売を進めていく、それが「ナニワ金融道」である。

都道府県の役人や保健所の相談員、精神科医・ケースワーカー・心理士などの「いい子ちゃん」たちは、銀行員と同様、「厄介な・こじれた・手に負えそうにないアブナイケース」と勝手に決め込んだケースには無闇に近づかない。いっそなるべく小さな警察沙汰でも起こしてくれて、警察が警職法で対応してくれるのをひそかに期待していたりもする。そんな具合だから、『移送制度』ができればできまいが、なるべく警察に頼むか、そうでなければそっと警備会社のチラシを家族に渡し、「こんな所もありますよ」と利用を促して済ませたいというのが「本音」に近い。たとえばある市の保健所相談員は、自分たちの所に持ち込まれた相談を次々と警備会社にあてがい、警備会社の世話になりながらその懐を潤わせてきたらしい。世話になり過ぎて、警備会社からなめられてしまったのか、その宣伝チラシ(上記)にまで登場してしまうほどの癒着ぶりである(注7)。こうして「ナニワ金融道」ばりの警備会社の出番が確実に作られていく仕組みがある。

話をまとめると、『移送制度』とは狭義には都道府県による新設『移送制度』を指し、その中に民間への「搬送委託」や警察・消防との「協力」(ガイドライン・第三の2、3)が位置づけられているわけだが、さらに広義の「移送業務」の実態としては、従来からの警職法で行う搬送や「善玉・悪玉」警備会社の『民間移送サービス』、各病院が自前で行う往診・訪問看護先からの搬送など、あの手この手が併存している。今回の『移送制度』新設で「移送」の「需要」が拡大されれば、これらのすべてにその「需要」の拡大が割り振られる。そのうち国・都道府県・病院業界にとって、予算と労力を省けて利便性が高いのは、ホワイトカラーには荷の重

い、かといって警察沙汰にもならない厄介事の処理を、喜んで「ぬかりなく」肩代わりしてくれる『善玉民間業者』の活用だろう。少なくとも都道府県財政の逼迫が続くうちは、『移送制度』本体の整備より警備業界の対応の方が地域によっては先行していく。(ただし、措置入院に際しての『移送制度』の行使については、警察との「協力」体制や、鑑定のために行う『鑑定前移送』を含めて、従来の措置入院手続きをより拡大させる体制の整備が、各都道府県で既に進められつつある。)

尚、個々の精神病院にとっては、入院が短期なほど高額な医療点数が配分される医療政策が敷かれている以上、短期入退院件数を増やさなければ収益は上がりにくい。したがって、精神科入院回路・転院提携回路を含む「移送」の拡大が経営課題として急務であるということ、この背景からも諸々のタイプの「移送」の拡大に警戒せざるを得ない。

【VII】『精神科救急医療システム』と『移送制度』

そもそも「精神病」を「病気」として「治療」の対象とすべきか否かと問うことは、文法上同語反復であり、『医学モデル』を採用しないで「きちがい」を指差すことはできても、「精神病」者を指差すことはできない。では、「狂気」や「逸脱」や「きつねつき」は「精神病」か、いったい「精神病」とは何かと問うたとしても、「精神病」という語を使用する以上、「精神病」という語の使用法が『医学モデル』の慣例＝昨今であればDSMやICDなどの診断基準において示されるばかりである。すなわち、ある人を「精神病」とみるかみないかと問うことは、それだけで『医学モデル』への参加の表明となり、すでに「鑑定」作業に入り込んでいる。ある人を「精神病」でないと決めることも『医学モデル』のなせるワザである。その「鑑定」は確かかという問いも、『医学モデル』による「検算」を反復・循環させていく。

そこで、人を「精神病」とみるかみないか、そんな問いを発することなく人と出会い、付き合うならば、『医学モデル』に参加しない毎日を歩むことができるだろう。が、少なくとも政策的には、現代の日本では世

界の諸国と同様、『医学モデル』での「精神病」の取り扱いが制度化されており、日常的にもそれがだいたい浸透している。『医学モデル』での「精神病」の扱いは、近・現代の世界的な社会潮流として広がってきているわけだが、しかし、その割には内科や外科など他科の『医学モデル』とは区別され、他科との比較では「非医学的」とも見える「差別的」な扱いが蔓延している。伝染病でもないのに隔離病棟に入れられ、一日ベッドで寝ていれば「甘え」「なまけ」「だらしない」と叱られ、「患者」なのに院内の掃除や「作業」を強いられ、漫然と「収容」されている。そんな実態に対して、精従懇体制以前の「旧改革派」は、他科同様の「ふつうの医療を」という運動を組んでいた。すなわち、「収容ではなく治療を」「強制入院は治療上悪である」「精神衛生法によらない一般入院(自由入院)を」「精神病院を解体し、総合病院・診療所で」という、一般他科並みの『医学モデル』の徹底という論理を武器にして、精神科の『特例化』=『精神衛生法体制』に抵抗していたわけである。

「よりよい医学・臨床の追求」を軸足にしたこの運動論の是非を、今ここで主観的に論じるわけにはいかなないので、遺憾ながらその点は素通りするが、「医者として」「看護師として」「精神病患者の治療に専念する」という立場性に立ち、「精神病患者への治安・隔離」が「治療を妨げる」のだと、「治療の追求」から「治安・隔離・収容」を糾弾したところが、この運動論の強みでもあり、弱みでもあったと思われる。「治療の追求」という論理は、「治安・隔離が第一」という論理を駆逐するだけの力を持っていた。が、実は「治療の追求」こそが、「治安・隔離」を肩代わりする最強の方法だったとすれば、話は振り出しに戻る。そして現に、精従懇体制=精神保健法体制以後、「旧改革派」の多くが、「治療上必要・有効な強制入院の限定を追求」し、「精神病院を収容施設から治療施設に改善する」という「精神病院護送船団方式」に目標を鞍替えしてしまったことで、あっけなく話は振り出しに戻ってしまったわけである。

他方、人を「精神病」と判定するラベリングはけしからんからやめようと主張する「反精神医学」を突き詰めていくと、精神医療の戦列から外れることになりやす

い。すなわち、「反精神医学」の闘士たちは病院を去り、その姿は、やがて裏街やら山奥やら書斎やら宗教やらへと消え入り、精神医療業界では姿を見掛けにくくなってしまふ。精神医療に「異議あり」と唱えつづけていくには、『医学モデル』に片足だけでも、蹴飛ばすようにでも足を突っ込んで踏み込んでおかないと、もう一方の足を振り回すための軸を組みにくい。ゆえにそれは、ミイラ取りがミイラにもなっていく、ぎりぎりの道である。

愛媛の笠陽一郎は、精神病院内での病棟を解放区にするかの如き苦闘・泥試合の果てに、いったんは医師を辞して流しのタコ焼き屋タコマートに転じたものの、その後内科も外科も精神科も何でもありの地域よろず医者・味酒内科神経科(有床診療所)の院長となり、そこから世界に比類なき精神「病」者患者会『ごかい』が発祥することに寄与した(注8)。今も一般向け診療所ガイドブックに、「あくまでも敵は厚生省」との「宣言」を掲げ、精神医療業界に牙を向けて孤高の悪戦苦闘を貫いている。また、「病棟の開放化」を専門家意識内で進める限り、それは狂気が狂気として視えぬ隔離収容機構内における『患者』の『閉鎖管理』から『開放管理』への移行にしかすぎない。私たちは、それを超えてゆくものを求めてゆかねばならない」との想いを語る岡山の一色隆夫も、精神衛生法・保健法による医療を今日まで拒否し続け、地域の内科や外科医院でもある一般病院で精神科の「自由入院」を行う「まきび病院」を築き、「当たり前」の医療を求めてきたと言う。そして、その18年を振り返り、次のような問い掛けを発している。

「一つ。何を大切にしてきたのか。(中略) 根幹に『病院の解放化(あえて開放化といわず)』を置かず、末梢の議論をしている諸氏をみるといやになる。『解放化』を中心におかずして何が視えてくるというのか。すくなくとも、この言葉の刀は自分自身に向かってくる。二つ。誰と組んできたのか。(中略) 色んな現場からお呼びがかかる御時世ではあるが安易に手を携えるのは危険なことである。警戒心が無く、自称「専門家」として出かけられる諸氏の動きに危惧をいただいているのは私だけか。三つ。外に向かっていったのか。『たこつ

ば的運動論では駄目。どうにもならないならば市民に向けて自らの現場の状況を赤裸々に訴え共闘をもとめること。』かように言いながら、私たちは何をしてきたのか。」

「そして今、私たちの置かれている状況はいかなるものか。行革が末端までたどり着き見事に再編されている。国家が要求しているのは行政と一体となり機能的に動く医療機関。これにのるには宗旨変えが必要。私たちの来た道とは異なる。今まで歩んできた道を突き進もうとすれば、体力・気力が必要。体力・気力なければ身売りしか無し。(注9)

何やら悲壮感の漂う重い問い掛けだが、ミイラ取りがミイラになるかならないか、その行く末を分かť分水嶺の首根っこを捕まえたような問い掛けではある。『病院の解放化』、すなわち精神衛生法・保健法から解放されるべく「当たり前の医療」を求めてきた「旧改革派」の、『反骨の医学モデル』の息づかいが伝わってくると同時に、そこから「宗旨変え」し、精神保健福祉法体制の下へと「身売り」し、“精神病院護送船団方式”へと次々に鞍替えして行った仲間たちをうらめしそうに見送る、寂しげなため息も伝わってくる。疲労も混ざり、明日は我が身か、との警戒・自戒も窺える。

前置きが長くなったが、『医学モデル』批判の次元については禁欲したまま、笠や一色が求めてきたような医療のあり方と、今日取り沙汰される『精神科救急医療システム』や『移送制度』を突き合わせてみると、「原則論」アレルギーに陥りがちな寡黙な「実践家」とも、議論を共有していける手掛かりが得られるのではないかと思われたので、あえてこれに触れたおいた。

尚、笠は町医者として、自分の所の「患者」の「緊急」時には、24時間365日、往診や入院を含めて自分の所で対応することに徹し、それに体を張りながら行政による『精神科救急医療システム』を徹底的に批判している。そのシステムは、個々の医療機関がそれぞれの患者の「救急」に対応せず、「患者」を特定の精神病院へ転送していく『強制入院システム』に他ならないからだ。余談になるが、笠の『精神保健福祉法体制』への批判は

鋭く、その「自称テロリスト」ぶりば「ごかい通信」などでよく知られているが、自身の実践についてはあまりに謙虚で「はずかしくてなさない」と洩らすばかりである。が、「日々の悪戦苦闘のさなかに、論文だの症例報告だのを書く連中の神経が分からないし、ましてやアホな『精神医療論』を語るほど耄碌はしていない」「『成果』を自慢するようなバカ医者にもなりたくない」(注10)と、語らない事情については明快である。

本題に戻るが、ガイドラインにあるように(第三の5)、『移送制度』は『精神科救急医療システム』との「連絡調整」の中で整備されるべきことがうたわれている。法改訂に伴う関係通知の中でも、『移送制度』は「従来の精神科救急医療システムを活用して実施することが望ましいこと」が、厚生省から都道府県知事宛に通知されている(注11)。

「精神科救急医療システム整備事業の実施に当たっては、医療保護入院及び応急入院のための移送による精神障害者の移送先となる応急入院指定病院を含めた総合的な救急医療体制の整備を促進するとともに、一般の救急医療体制との十分な連携調整を図るものとし、各都道府県及び指定都市においては地域の実情に応じた精神科救急医療システムを構築し、精神障害者の緊急時における精神医療が確保されるよう積極的に対応されたい。(注12)

「従来の精神科救急医療システム」とは、第一に「精神科患者」だけを医療法上、一般他科患者から区分け、『特例化』して精神保健福祉法で取り扱う対象に定め、その入院先を一般病院から精神病院へと排除・特定したその上に、第二にその個々の精神病院でも、夜間・休日等に「通院患者」や地域の「救急患者」に対応することはなく、「救急」は精神科のルーチン業務からも『特例化』され『別枠』となっているということ、この『二重の特例化(差別)』の賜物である。日本の精神「病」者は、夜間休日等に急を要する場合、行きつけの医療機関にも地域の一般救急病院にもまず掛かれることはなく、各都道府県に1~数カ所の『精神科救急医療システム』指定の病院へ『転送』され、しかもさらに翌日か数日後に、そこから『後方病院』と呼ばれる他の病院へ再び『転送』される。『移送制度』は、この『二重の転送』

を伴う『二重の特例化』の中に位置づけられ、これを担う『二重の特殊病院』が、『応急入院指定病院』というわけである。これほどまでに一般科の救急医療からは別枠へと追いやっておき、「患者」本人が苦しくて救急車を呼んでも「別扱い」のため断られる体制をつくっておきながら、「一般の救急医療体制との十分な連携調整を図る」などとぬけぬけと言っているのは、実に悪質なすつとぼけぶりである。

『応急入院指定病院』の「指定基準」は、「指定医2名以上が常勤」し、「指定医1名以上及び看護婦等(看護婦・士・精神保健福祉士)3名以上」が「診療応需の態勢を整えている(オンコールを含む)」こと、「CT、脳波、血液検査等」に対応できることなどとされ、現状では各都道府県に1~2箇所の場合が多いが、今後基準の認定を「柔軟」にし、「指定」を増やして「精神科救急医療システムを有効に運用」していくべきことがうたわれている(注13)。言うまでもなく、「応急入院指定病院」の「指定基準」の「厳格化」や指定数の増加を要求し、「精神科救急医療システム」の「充実・発展」を求めることは、「精神科患者」の「一般救急医療」からの徹底排除の確立と、『二重の特例化(差別)』のさらなる推進を煮詰めることに他ならない。『移送制度』はそういう文脈に位置付けられているのだということ、『精神保健福祉法体制』を「充実・発展」させるとはそういうことであるということ、この点をあらためて確認しておきたい。

『精神科救急医療』と『移送制度』によって具現化されてしまった「精神科患者」への『二重の特例化』システムは、『特例化された患者』が『特例化された方法』で『特例化された施設』へと『転送』される回路を精神医療にもたらした。この回路は、「処遇困難者」触法精神障害者などと命名され、『二重・三重の特例化に追い込まれた患者』を、『二重・三重に特例化された施設』へと送り込む『特殊回線』=『保安処分システム』としても重用され得る。

【VIII】保安処分(予防拘禁)と『移送制度』

今回の「法改訂」に伴い、「重大な犯罪を犯した精神

障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を行う」との国会附帯決議があったが、その後2001年1月に厚生労働省と法務省が合同検討会を開いた。2月2日朝日新聞夕刊はこれを「重大犯罪の精神障害者処遇・『保安処分』見え隠れ・専門施設設置も浮上・『差別助長』批判の声」と報じている。この検討を主唱した保岡前法相は「医療、保健、福祉の水準を総合的に引き上げていくことを前提に、シビアな問題を長いこと放置してきたが、政治主導で考えたい。かつて保安処分を心配して誤解や不安から反対があったことが、私なりの留意事項だ。社会の共感を得ることと、実効性があることが大事だ」とコメントしている。また「事件に巻き込まれた被害者の家族の心情」にもこの記事は触れ、さらに「治療中の障害者が事件を起こした場合、精神科医が批判されるケースが少なくない」ことや「再犯の恐れのある障害者を一般の精神疾患の患者と一緒に治療するのは限界がある」との理由で、80年代に「保安処分」反対を唱えた医師にも肯定派がいるとも報じている。他方「障害者のサポート活動」をする入院経験者から「地域で孤立している障害者が残念ながら事件を起こすのであって、必要なのは二十四時間救急精神医療の整備や、地域支援体制だ。法を犯した障害者という部分だけが突出して議論されることはおかしい」とのコメントを引いている。

「法を犯した障害者という部分だけを突出させた議論はおかしい」との点はこの「サポート活動」家に異論ない。が、一見「保安処分」反対と見えるこのコメントは、実は「地域で孤立している障害者が犯罪者予備軍であり、二十四時間救急精神医療や地域支援体制の網を広げてそれを治安すべきだ」と言っている。事実上そう言いながら、その自覚が窺えないこのコメントこそ、実は他ならぬ『新型保安処分』の中身そのものに近いことを予感させる。そういうやり方なら、保岡の言う「医療、保健、福祉の水準引き上げ」に名を借りることも、「社会の共感を得る」こともやりやすそうだ。

これに先立つ99年5月の第95回日本精神神経学会総会で、『保安処分』推進を企む山上皓(精神神経学会「法と精神医療に関する委員会」委員長、犯罪精神医学者で犯罪被害者の支援活動に関わる)らにより、「司法精

神医学の現代的課題」と題する、法務省(東京地検)・厚生省・日弁連との合同シンポジウムが、「病」者団体からの抗議・糾弾にもかかわらず強行された。その中で東京地検刑事部の本田守弘は、75年に自民党「刑法改正に関する調査会」で「精神衛生の分野において、入院手続き等の整備を図る法改正の動きもあることにかんがみると、今後さらに厚生省と関係省庁との間で所要の意見調整を行い、精神衛生法改正の動向を見守りながら、保安処分の新設を図ることが適当であろう」という指摘がなされていたことを引き、それ以来法務省では「精神保健福祉法等の改正やその運営状況を見守りながら、精神障害者による犯罪動向の調査検討」を行ってきたと言っている。すなわちこの25年来ずっと『保安処分』を睨んで「精神衛生・保健法改正」を監視し、その意図で厚生省との「意見調整」を行ってきたのだというわけである。そしてその過程を踏まえて、次のようなことを言っている。

「精神障害者の退院後の犯罪の防止を図るための方策が必要である」司法機関と医療機関の間の緊密な連携を前提とし、例えば措置入院の解除を初めとする退院の可否の判断について、その適性確保と担当医の個人的責任負担の軽減を図るため、その判断をバックアップするシステムを構築しよう、こういったことが一つ考えられる」

「現在の措置入院制度は、いったん入院継続の必要がないと判断して入院措置を解除した場合は、その後必要な医療措置を講ずることがなかなか困難であり」「退院後の継続的な医療上の措置を確保するための方策の整備、すなわち退院後のケアの充実といったことを我々は今から真剣に考えていかなきゃいけないだろう」

「またいわゆる処遇困難者に適切に対処することができる特別の入院施設の整備の推進といったことが、今後の我々に課せられた重要な検討課題であろう(注14)」

このように今検討中の『保安処分』の中身は、(1)主治医の退院可否判断への司法の介入システムの構築であり、これとの交換条件として主治医の個人的責任の免除をちらつかせている。すなわち、これに反対して

司法介入を拒むなら、主治医の個人的責任を追求するとの検察の脅しをほのめかし、医師集団が反対しないよう陰湿な取引に誘っている。次に、(2)退院後の継続的な医療上の措置・ケアの充実と称する監視システムの構築をうたっている。すなわち、退院後長期間の通院医療やカウンセリングを義務づけ、『精神科救急医療システム』『移送制度』との連動など、疑わしきは早期に再入院させ得る「保護監察?」システムが考えられているのだろう。ゆえに前述の「サポート活動」家の如きコメントは、『保安処分』反対意見どころか賛同意見となるわけである。「濃厚な治療・ケアの向上」をうたう「良心的改革派」の大部分も、このように化粧を整えた『保安処分』の論理には抵抗どころか相乗りしていくことが危惧される所以である。

そして、(3)いわゆる「処遇困難者」のための「特別入院施設」の整備は、もっとも露骨でハードな『保安処分』の手口である。現在、精神科医の多くは「善玉」であれ「悪玉」であれ、自分や前医や施設が追い込んでこじらせた「患者」、あるいはそれ以前に、雇用・教育・矯正等、社会・経済のシステムや地域社会が追い込み、こじらせ、「厄介者」に仕立てた「手負い」の「患者?」に対し、何の恥じらいもなく「境界型人格障害」「反社会性人格障害」といった診断名を張りつけ、敬遠して厄介払いの宛先を窺っている。それだけでなく、他の諸々の診断の仕方も含め、要は社会の中で「抵抗」や「犯罪」を繰り返していたり、病院・施設の中で職員への抗議行動を繰り返していたり、それを抑えこまれて他の「患者」への「暴力」を暴発させていたり、ゆえにまたそれを封じるため、長期間ずっと保護室に拘禁されていたり、そうした者たちを「処遇困難者」という名で括り、特別な施設での特別な対策の対象にしようという構想が練られてきたわけである。

『処遇困難者専門病棟』構想は、既に衛生法を保健法に改訂する時期から、一見『保安処分』問題とは別枠の体裁を取りつつ、法改訂と併せて法務省・厚生省・業界「改革派」などの間で調整・検討されてきていた。その中で国も「改革派」も、「処遇困難者」なるものをスケープゴートにして別立てし、これに濃厚な隔離・拘束・管理治療をあてがう代わりに、「その他の一般患

者』には「開放処遇」を進めようという邪険な取り引きを仕掛けてきたわけである。旧百人委員会運動のリーダーからその後の精従懇体制のリーダーとなった道下忠蔵と中山宏太郎は、厚生省厚生科学研究班員となり、90年に「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」をまとめた。その中で全国の精神病院にアンケートを行い、入院中の「処遇困難患者」をインシナル付きでリストアップするという言語道断の身売りを行った。このリストは、その後「病者」団体などからの激しい抗議により焼却され、93年に結成された『処遇困難者専門病棟』新設阻止共闘会議などの抗議行動によって、厚生省は「処遇困難者」という概念を撤回することになった経緯がある。

しかしながら、特定の「問題患者専門病棟」づくりへの構想自体はその後、『重症措置患者専門病棟』構想・『触法精神障害者専門病棟』構想など、その対象をより尖鋭的に限定してみせる方向で続けられ、今回の法改訂に伴う附帯決議『重大な犯罪を繰り返す精神障害者について速やかに検討すること』に至ったわけである。前記合同シンポジウムで、厚生省精神保健課長・三觜文雄は、「この検討をきちんとすすめることと、保護者の自傷他害監督防止義務その他の保護者の義務の軽減とは裏表であり、一緒に早急に詰めなければならない」と、自民党精神保健問題小委員会での決定を引いて発言している。

これらをまとめると、今後の『保安処分』制度新設への動向は、「家族の負担軽減」を交換条件とする全家連との取り引き、「『ふつうの患者』への開放処遇・治療環境向上」を交換条件とする全精連・「良心的」業界人等との取り引き、「医師の責任軽減」を交換条件とする日精協・学会・医師会等との取り引き、「犯罪被害者の人権擁護(の吹聴)」を交換条件とするマスコミ・「一般市民」・「良心的」弁護士等との取り引きによって動いていくことが見込まれる。その上で『重大な犯罪を繰り返す精神障害者』の選別と入・退院の決定や、『退院後のケア＝保護監察?』の決定など、司法と医療を抱き合わせたシステムを策定し、すべての措置入院患者を『保安処分』の対象としてふるいにかけようとしているわけである。また、『特別病棟』の設置基準・マン

パワーの「充実」を唱えて「高度な医療」をうたったり、退院させるとしても濃厚な『救急医療システム』移送制度』で「尾行」しながら通院継続を『監察』していくなど、「よりよい精神医療・福祉の充実・拡大」を求める勢力との談合を射程に入れた、周到な『保安処分』構想がひねりだされてきている。翻って今回の『移送制度』新設までに至る法改訂作業は、これらを射程に入れての積み上げ作業だったというわけである。

【IX】人権思想』を問う

東大精神科医師連合と赤レンガ病棟自主管理闘争を30年来続けた富田三樹生は、「兄貴分」の森山や中山をはじめ、多くの「改革派」同志たちの相次ぐ「身売り」に取り残され、「しんがり線」を余儀無くされてその記録をまとめている(注15)。その中で、厚生省・道下研究班の有力な一員として『医療従事者の責任』において処遇困難者専門病棟の実現に向けて動き出す』に至った「中山の軌跡」をめぐり、重要な指摘をしている。中山は71年に精神神経学会が『保安処分に反対する決議』を行って以来、17年にわたって「保安処分に反対する委員会」委員長として、森山らとともに同学会理事を務めた人物であるが、衛生法から保健法への改訂作業前後の時期を境に精従懇に活動の軸足を転じ、そのリーダーの一人として、法改訂の行方に先鞭をつける『精神衛生法改正国際フォーラム』を87年に招集している。富田は、中山がこのフォーラム招集と法改訂を境に「明確なかたちで、精神衛生法改正の世界的歴史的布置をわかりやすく提示し」戦後の精神障害者の人権問題をめぐる流れ」を示すことによって、「精神医療政策の全面転換に固執した勢力を批判することになった」のだと指摘している。

その「人権問題をめぐる流れ」とは、「1948年の世界人権宣言、50年ヨーロッパ人権条約、人権裁判所の成立、66年国際人権規約A・Bの国連総会採択、人権規約の日本の批准、79年ウィーンウェルブ対オランダ王国、81年のX対連合王国事件のヨーロッパ人権規約五条四項など違反の判決により、イギリス精神衛生法改正(83年法)とオランダの法改正の流

れが生じていったこと、81年ICJおよび国際政治法学会のシラクサ二文書の議論、80年国連総会における「精神病を理由として拘禁された人の保護」に関する検討を決めたことから発して、83年、国連人権小委員会でのダエス報告書の提出などを指している。

ダエス報告書は、「精神病者収容を、司法的モデルを徹底化した犯罪学化を体現したもの」と言われ、「世界各国の精神医学会およびWPAの手厳しい批判」を受け、「レーガリズム対メディカリズムの世界的論争」を招いた。ちょうどその時期に宇都宮病院事件が発覚し、「宇都宮病院問題から精神衛生法改正問題にいたる精神科医療問題」は、「弁護士戸塚悦郎らにより、国連人権小委の場に導かれ」ることになった。戸塚らは上記の「法律的な国際的人権問題の枠組みに日本の精神衛生法を組み込み、法改正を遂行させよう」とし、他方、それを踏まえつつ「ダエス」モデルを牽制したい「中山は、精神衛生法の国際的法比較の研究の重要性を指摘して、WHO、WPAなどの精神科医の流れと、国連人権小委、ICJなどの法律家の流れとの調和をめざして、法改正につなげる意図で、精神衛生法改正国際フォーラムを組織した」。

そのような経緯を経て、中山ら精從懇に結集した「改革派」は「国際的な人権問題をめぐる流れ」を踏まえつつ、『欧米型精神衛生法』をモデルとした日本の「精神衛生法改正」づくりに没頭していった。ゆえにそれは、「特別な精神衛生法制そのものを否定する立場を明確にして 闘ってきた全国の精神病患者や、『一般医療モデル』で『自由入院』を実践してきた街医者らを「うしろから撃つ」ことになったわけである。すなわち、『国際レベルの人権保護を備えた国際レベルの強制入院法』の追求という論理こそが、日本の精神病患者患者会活動や「草の根」の実践＝「強制入院法を拒否する」運動に敵対し、つぶしをかけたというわけである。

こうして中山ら精從懇の路線は、「収容手続の刑事法化」をモデルとした「法の適正手続」追求と、『精神医学上の治療主義的強制入院』の追求とのドッキングへひた走り、その文脈において「刑事裁判所が心神耗弱者・心身喪失者に限って治療を命じることができるようにすること」や「入院の可否聴聞にかかわる、第三

者機関としてのトライビューナルの必要性と、司法機関との関連が「明文化されるべきこと」など、イギリス型の『保安処分』に連なる「触法精神障害者」対応を提言していく方向性へ突き進んでいる。以上が、富田の指摘を私なりに捉え返して要約した経緯である(注16)。

ところで、世界各国の精神病患者が、『強制治療』と『人権保護』をセットにした『御立派な精神衛生法』によって『特別な扱い(差別)』の対象にされているということ、しかもそれは『世界人権宣言』や『国際人権規約』と突き合わせて適否が吟味され、正当化されてきたということ、この世界史的な経緯が何ら批判的に検証されずに素通りされ、日本の『法改訂』に踏襲されてきたということ、これこそが大問題である。

戸塚や中山が「人権保護」の具体的な準拠としたのは『国際人権規約(市民的及び政治的権利に関する国際規約)』(日本は79年に批准)であるが、実はこの規約にせよ、『世界人権宣言』にせよ、その中に「精神病患者・障害者」についての記述は一言も見当たらない。これらは「人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的意見、国民的・社会的出身、財産、出生又は他の地位等による差別」への世界各国からの抵抗の歴史を踏まえ、それらの差別が尚存在しつづけていることへの自覚・想定の上に、それらを禁じる「宣言」「規約」としてつくられている。ところが、「精神病患者」「障害者」への差別については、その存在すら言及・想定されておらず、当然それへの抵抗の歴史も何ら踏まえられてはいない。むしろ、それには触れないでおくことによって、これらは「健全者の人権宣言」としての整合性を保とうとしているかのようだと読み取れる。

「人権の無視及び軽侮が、人類の良心を踏みにじった野蛮行為をもたらし、言論及び信仰の自由が受けられ、恐怖及び欠乏のない世界の到来が、一般の人々の最高の願望として宣言されたので、人間が専制と圧迫とに対する最後の手段として反逆に訴えることがないようにするためには、法の支配によって人権を保護することが肝要である」

(『世界人権宣言』前文より(注17))

こういう文章を読むと、「人権保護」と「治安保護」とは、同じ刀の裏表であることが実感されるが、それは

ともかくとして、この『宣言』のどこにも精神「病」や「狂気」についての言及は見当たらない。精神「病」あるいは「狂気」が、「野蛮行為」「反逆」とみられて「一般の人々」に「恐怖」を抱かせるような場面は容易に想像し得るが、そのような場面を想定した上で、精神「病」者や「狂人」への「差別」や「人権」に触れようとする気配すらない。「すべての人民は、自決の権利を有する（B規約第1条）などともうたっているが、世界中でみられる精神「病」者の「自決」への制限や、「心神喪失」「判断能力なし」といった「判定」の適否などにも、「宣言」「規約」とも一切何も触れていない。万事が万事「健常者」だけを話題にしているか、そうでなければ「健常者」と精神「病」者とをまったく区別立てしていないがゆえに、精神「病」者についての特別な記述も一切ないかのいずれかとしてしか読めない。後者とすれば、特別な『精神衛生法』はすべて不当というめでたい帰結以外、ここからは導き得ないし、前者とすれば、精神「病」者なことなど知ったこっちゃない、蚊帳の外ということであって、何の手本にもなり得ない。「強制入院」についての記述など、全文どこをみても見当たらないのに、いったいどうやって『精神衛生法』とこれらとを突き合わせようというのか。

実は、戸塚や中山はこの問いを隠蔽したのである。すなわち、精神「病」者に対して特別な『強制入院法』を定めること自体の正当性をどこにもうたっていないこの規約から、以下の部分だけをいきなり取り出し、この部分だけを一人歩きさせることによって、『強制入院』の存在の正当性の点検を不問にしたまま、いきなり『強制入院』のあるべき姿を決めてしまったのである。しかも、そのために取り出した部分とは、「犯罪（被疑）者」が「逮捕又は抑留」されることを想定した部分である。何故精神「病」者が「犯罪（被疑）者」と同等に「逮捕又は抑留」されなければならないのか。最も肝心なその点を不問にしたまま、はなから精神「病」者は「逮捕又は抑留」されるものと前提し、その際のやり方だけをこの部分から引っ張り出し、それをもって『強制入院』の「正しい手本」と読み替えてしまったのである。そして、「逮捕又は抑留」すべき根拠としては、『世界人権宣言』『国際人権規約』が何ら関与しない、

「精神医学上の治療主義」が充てられている。これが「人権問題をめぐる流れ」を踏まえ、「国際的人権問題の枠組みに日本の精神衛生法を組み込む」というストーリーの実際である。

「何人も、恣意的に逮捕され又は抑留されない。何人も、法律で定める理由及び手続きによらない限り、その自由を奪われない。」

「逮捕される者は、逮捕の時にその理由を告げられるものとし、自己に対する被疑事実を速やかに告げられる。（『国際人権規約』第9条の1、2より〔注18〕）

この部分から、精神医療においては身柄の「逮捕又は抑留」と同等のことが「現に行われ、必要であることが前提」だから「それが恣意的とならないよう」「法律で定める理由及び手続きを整えよう」となったわけである。その上でB規約第2条の「この規約において認められる権利又は自由を侵害された者が、公的資格で行動する者によりその侵害が行われた場合にも、効果的な救済措置を受けることを確保すること」の踏襲とも併せ、『適正手続き』『告知義務』『精神医療審査会』などを整える方向で法改訂が成された。その後の相次ぐ法改訂も同じ論理ですすめられ、強制入院の実態を法制化が追い掛ける順序で強制入院法は拡大され、今回の『移送制度』新設にまで至ったというわけである。

こうした経緯を振り返ると、「強制入院は治療上悪である」という『一般医学モデル』から出発した「改革派」が、「強制入院は治療上必要である」という『特殊精神医学モデル』を『前提』とするまでに変貌したその根拠は一度も問われていない。その点検を素通りしたまま、その『前提』の使用を先行させたからこそ、強制入院法の撤廃ではなく、法の改訂整備が必要となった道筋が見て取れる。そして翻って「強制入院は治療上必要である」という『前提』に対し、『世界人権宣言』や『国際人権規約』は、その『人権思想』の根本において関知している箇所がない。すなわち世界の『人権思想』は、その根本において精神「病」者・「障害者」との共同作業あるいは「せめぎあい」を経て共に点検・構築されてきた形跡がまるでない。ただその中の「犯罪（被疑）者」の位置づけばかりが、拘禁下にあるはずと『前提』される精神「病」者に「応用」される。そうである以上、

肝要なのは、そのようなものとしてしか成立してこなかった世界の『人権思想』の根本が問われねばならないということだろう。すなわち、精神『病』者・『障害者』からみれば、世界の『人権思想』は『健康者』の論理に貫かれているのではないかと。

宇都宮病院事件が発覚する以前から、愛媛の『ごかい』など、日本の精神『病』者患者会は、そのことを『西洋がぶれ』の『人権派』に突きつけてきている。「きちがいであることに誇りを！」「きちがいにはきちがいのやり方があるんじゃない！」という主張は、『世界人権宣言』や『国際人権規約』に表現された『人間観』『人間像』への、根底的な問い直しを迫っている。日本を含め『世界の精神衛生法』が、この次元から問い直されない限り、世界の精神『病』者・『障害者』は、浅薄な『人権思想』の名の下に「ぬかりなく踏みにじられていくのではないか。ちなみに『国際人権規約』は、「犯罪者」についても、死刑制度を支持し、「教育管理・選別からの解放」が叫ばれる現在においても「教育の普及」をうたい、『自殺』『尊厳死』『脳死臓器移植』『洗脳＝ファシズム』に人を駆り立てる状況への点検が問われている時代に「自決の権利」を能天気うたうばかりであるなど、他にも気掛かりなところが多い。

【X】『医学モデル』への問い(結びにかえて)

最後に『医学モデル』について少し触れたい。「欧米先進諸国の高水準の医療」を模範にするなぞ論外であることは、『脳死臓器移植』の実態をみれば明らかだろう。『脳死』後進国日本においてこそ、ほぼ『脳死』状態からの生還を果たした『脳低温療法』も生み出されたのであり、世界の『脳死臓器移植』が殺人だと告発されてもいるのである(注19)。それと同様「精神医療後進国」日本においてこそ、「精神科も一般医療で」という実践が育ちかけていたのである。大阪の森口秀樹は『精神科専門医制度』新設の動きに抗して、精神科という専門科目もいらない、内科でいいとの主旨の話を(私的な会話で)洩らしている。「重症なら精神病院へ転送」というのでは話にならないが、「精神病院」を廃して「精神科は一般医療で」とする運動は、障害児の

『養護学校義務化』に抗して「どの子も地域の学校で」「0点でも高校へ」という運動と通じるものがある。同じ学校、同じ医療の中に居合わせてこそ、「共に生きる」という暮らしに皆が取り組まざるを得なくなる。そのような日常を積み重ねていくことからしか、「共に生きる」社会など築かれ得るわけがない。それは『病』者、『障害者』以外の皆に投げ掛けられていく実践であって、『病』者、『障害者』のみを対象とする偏狭な『臨床』ではない。そういう暮らしに立ちかえってはおじめて『医学』『臨床』の根底も問い返されてくるのではないかと。

「強制入院は治療上悪である」という「治療論」にしても、それが実現されるとすれば、それは『治療』によっても「専門家」によってもなく、皆が毎日どう「共に」暮らせるのかという現実の積み重ねによって以外には不可能だろう。偏狭な「治療論」をぶらさげて、『病』者、『障害者』ばかりを手当てする「地域医療」「生活臨床」を、医療・福祉従事者ばかりがまじめに重ねても、はたしてどうなるものか。その行く末の鍵を握るのは、地域、学校、雇用・職場状況、経済・住宅事情、その他諸々の中での皆の暮らしぶりだろう。そういう現実の中で、「医学」の化けの皮も剥がれていくのだろうし、それでも尚、皆の暮らしぶりに応じた医療・福祉が要請されてもいくのだろう。

「強制入院は治療上悪である」「精神科も一般医療で」という「治療論」も、「治療論」という次元でしか追求されていかなないのであれば、専門家集団の一人相撲となって、皆の暮らしの外へと挫折していく。「よりよい臨床」を追求すればするほど、かえって皆の暮らしから専門機関へと精神『病』者は託され、「治療」へ「治療」へと「お任せ」されてしまう。暮らしから「厄介事」が「臨床」へと移築され、ゆえに「強制入院は治療上必要である」という「治療論」へと挫折していく。これは、精神『病』者は強制入院を必要とする人間だということでは断じてなく、「臨床」という仕組み自体がはらむ「治療」の煮詰まり方の一つの帰結である。私達の社会は、そんな帰結を『前提』にして、強制入院法の整備を『移送制度』に至るまで積み上げてきてしまったのである。

『炭鉱のカナリヤ』が猛然と暴れ狂い、あるいはぐったりしてしまふ、そういう時『炭鉱』で暮らす私たちは何をしたらいいのか。カナリヤを生け贄にして『治療』で煮詰め、『保安処分』で火祭りにする社会であれば、そのためにますます『炭鉱』に黒煙を蔓延させ、いつ誰が息詰まり逃げ遅れて「ヤケクソ」を暴発させ、道連れを巻き込んで「無理心中」を図ろうとも不思議はない。他方で年間34000人が自殺していて、『自己決定』というからくりで、『自己責任』の「私刑」に処せられている。『戦争』も『死刑制度』も『優生思想』も、国家による殺人・自殺推奨の手本であり、『保安処分』は村八分、つるしあげ、「ストーカー」行為、生殺しの手本である。運良くその対象に選ばれなくても、多くの「国民」が、『(経済)戦争』『死刑制度』『優生思想』『保安処分』『脳死臓器移植』という国策の示す手本によって、「気に食わない人間」や「ダメな自分」への恐ろしい接し方や、他者を食いものにする私腹の追求の仕方を学ぶ。それゆえに起きる自殺や殺人を、まじめに防ぎたいと思うなら、私たちは何をしたらいいのか、あるいは何をしてはいけないのか。何よりも『問いの立て方』『問いを立てる足場』を地道に問いたい。

早急に小手先の「対策」を求めれば、そのためにかえって事態の深刻化・悪循環・長期化・膨張をもたらす。そういう類の『よりよい臨床・施策』を追求することは、地獄への道を「善意」で積み立てる『ねずみ講』を拡大することに他ならない。残念ながら「精神医療改革」への努力は、その道を歩んでしまった。研究業績・権威を拒み、地道な『臨床』を志したかつての反骨医師たちは、それゆえに「患者」の生活の場、暮らしの事態に直面し、「生活を一緒に考えること、状況にかかわること」でしか、医療の問題は浮上して来ないのである(注20)」という謙虚な洞察に一度は達した。が、すぐに「患者」を『治療』するという業務に忙殺され、『よりよい臨床』の「成果」「業績」を求め、「患者」を対象化する『臨床』の「専門性」追求が拡大していく。その次元から制度政策も提言し、ゆえに国から治安隔離政策をその「専門性」で担うよう委ねられ、その中で『移送制度』もつくられるなど、次々に『ねずみ講』は拡大し、『専門医の権限』はますます膨らんだ。ゆえにその

責任の重さを検察に担保にとられ、とうとう自ら増築してきた建物の重量に耐えきれず、司法介入に身売りして『保安処分』に与するかのありさまである。

『臨床』を通して暮らしの現実に曝され、そこから『臨床』そのものが問い返されてくる道行きを謙虚に歩まなかったからそうなのである。皆の暮らしを問うことに立ち返り、『臨床』『治安・管理・隔離』が、皆の暮らしにどんな黒煙を蔓延させるのか、そう問うことから『移送制度』『保安処分』を告発したい。

注

(1) 富田三樹生『東大病院精神科の30年』青弓社2000年P81～87参考

(2) 谷中輝雄他『対談』セルフ・ヘルプ・グループの成長とその役割』『精神障害と社会復帰』(やどかり出版)1990Vol・9No2P39～41参考。この中で谷中は「患者会の全国組織を」との発言の中で次のように言っている。

「一応は全国的な組織としてそれをばねに早くみんなの中から会長を選び、精神保健を見直し、みんなの意見集約していきなさいと、発破かけているのですけどね。なかなかのりが悪い。『まだそれほどの実力が俺たちにはない、もうちょっと待ってくれ』と。『少なくとも県レベルの連合会が10こできれば全国組織になってもおかしくないけれども、2つや3つではおこがましくていけないよ』と。とたんに元気なくす。それで僕とすれば5年後の精神保健法の見直しに間にあうか、微妙なところなんです。でもいずれ、これは時間の問題で、やがては混乱しながらも全国的なレベルにはなっていけるだろうと。」

この3年後に『全精連』が発足し、その2年後の法改訂で『手帳制度』が導入された。その画策の舞台裏がここに一目瞭然!

(3) 姜尚中「『心の闇』より社会の病理追求を」朝日新聞2000年7月28日『私のメディア批評』より。

(4) 理事長樋田精一「第41回総会に関する報告と見

- 解 日本病院地域精神医学会の歩み)、『病院・地域精神医学』通巻137号。
- (5) 杉中淳 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の概要」 シンポジウム『精神保健福祉法改正と今後の課題報告集』(当日資料) 精神保健従事者団体懇談会 1999年 P32~33
- (6) 石川准 「感情労働とカウンセリング」 『カウンセリング幻想と現実』上巻 2000年 P258~参考。
- (7) 藤枝友の会 「移送・川崎の実態>トキワ警備直撃インタビュー<」 『ひとりぐらしのうた』 15 2000年参考。
- (8) 笠陽一郎 「僕の見た精神医療」 『社会臨床雑誌』 第8巻第1号 2000年 P53~参考
- (9) 一色隆夫 「その後のまきび病院」『当り前の医療』を求めて18年」 『第42回日本病院・地域精神医学会総会(プログラム・詳録集)』 1999年 P93
- (10) 笠陽一郎、同上
- (11) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長 「精神科救急医療システム整備事業実施要綱の一部改正について(平成12年3月31日障第244号)『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について(関係通知一式)』 P41
- (12) 同上
- (13) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長 「応急入院指定病院の指定等について(平成12年3月30日障精第23号)」 『同(関係通知一式)』 P28
- (14) 本田守弘 「指定討論日本の触法精神障害者対策のあり方をめぐって—法務省の立場から」 『精神神経学雑誌』 日本精神神経学会 2000年 VOL.102, NO.1P43-44
- (15) 富田三樹生前掲書
- (16) 同P216~243参照。
- (17) 『岩波大六法』P2684
- (18) 同P2688
- (19) 小松美彦 『死は共鳴する脳死・臓器移植の深みへ』 勁草書房 1996年、川見公子 『脳死・臓器移植』事件から見えてきたもの』 /篠原睦治 「『臓器移植の法的事項に関する研究』批判」 『社会臨床雑誌』 第8巻第2号 2000年 P84/P92参考。
- (20) 藤沢敏雄 「精神医療は変わったか。到達点と課題」 『精神医療』 悠久書房 19巻3・4号 1991年P7
- 本稿を記すにあたり、江端一起『バクチク本キーサン革命精神病患者のセーカツとカクメイ』(人民新聞社)、「精神病」者グループ『ごかい通信』、『病地学会よ!わしらに謝罪しろ!』(松山「ごかい」、京都前進友の会、神戸ニューカトレア会有志、東京一寸五分の会、八王子ホットスペース有志、東京新松橋亭有志、遊人永屋こどく館編集室、宇都宮病院を糾弾する栃木県連絡会議、そして全国で何も知られる事なく地を這っている患者会連名による『病地学会』への抗議文)などを参考にさせていただいた。

(資料1)

(様式1) 措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

措置入院のための 診察が必要と考え られる者	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名	(男・女)	(満 歳)		
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
	職業				

◆ 事前調査票

調査対象者の所在地					
調査時の状況					
主治医との連絡	氏名	連絡先等			
	主治医 意見				
事前調査の総合判定	1. 措置入院に関する診察が必要		2. 不必要		
調査年月日等	調査年月日	年 月 日 時 分 ~ 時 分			
	職員氏名	所属			

◆ 移送記録票

措置診察のための 移送の有無	1. 措置診察のための移送を行った 2. 措置診察の後に移送を行った				
移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分				
移送に関する告知	1 告知を行った				
搬送の概要 (方法、経路、 時刻等)					
移送先の指定病院等	名称	所在地			
補助者	氏名	職種	所属		
同行者の氏名					
行動制限の有無	1. 行動制限を行った		2. 行動制限を行わなかった		
その他特記事項					
記録者の氏名等	所属				

保 護 者	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
	選任	年 月 日			

(資料2)

(様式2) 措置入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名	-----		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
移送の手續における行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった		
	症状			
	開始日時	年 月 日	時 分	
	告知	1 告知を行った		
	指定医の氏名	署名		
その他の特記事項				
	指定医の氏名	署名		

(資料3)

(様式3) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

医療保護入院及び 応急入院のための 移送が必要と考え られる者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)	(満 歳)
	住所	都道 府県	都市 区 町村 区
相談者	職業		
	1 保護者 2 扶養義務者 3 行政機関 () 4 その他 ()		

◆ 事前調査票

調査対象者の所在地			
調査時の状況			
主治医との連絡	氏名	連絡先等	
	主治医 意見		
本人の同意	1. 可能 2. 不可能		
保護者の同意の有無	1. 有 2. 無		
事前調査の総合判定	1. 移送を行うための診察が必要 2. 不必要		
診察が不要の場合の 対応方針			
調査年月日等	調査年月日	年 月 日 時 分 ~ 時 分	
職員氏名	所属	指定医の確認	

◆ 移送記録票

移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分		
指定医の氏名所属	氏名	所属	
診察開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分		
診察場所			
診察の立会い者の氏 名及び本人との続柄			
診察の補助者	氏名	職種	所属
指定医の診察結果			
移送に関する告知	1 告知を行った		
搬送の概要 (方法、経路、時刻等)			
移送先の応急入院指定病院	名称	所在地	
移送の補助者			
搬送の同行者			
行動の制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行動制限を行わなかった		
その他特記事項			
記録者	氏名	所属	

保護者等	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区	
	選任	年 月 日			

(資料4)

(様式4) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
現在の病状又は状態像	医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる			
緊急性の判定	1 直ちに入院が必要	2 緊急を要しない		
本人の同意	1 可能	2 不可能		
判定理由				
判定結果	1. 医療保護入院又は応急入院が必要		2. 不必要	
移送の手続における行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった		
	症状			
	開始日時	月 日 時 分		
	告知	1 告知を行った		
その他の特記事項				
以上のとおり診断する。			年 月 日	
精神保健指定医氏名			署名	

(資料5)

(様式5)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために〇〇〇に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例:車)で行います。
- 3 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

(資料6)

(様式6)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例:車)で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

(資料7)

(様式7)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、医療保護入院（応急入院）のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

戦後精神医療施策と移送制度の位置

篠原 睦治(和光大学)

はじめに

1999年5月、「改正」精神保健福祉法が国会で成立した。同法には、移送制度の規定が挿入されている。この制度は新設である。ただし、その前提としての措置入院、医療保護入院、応急入院は、これに先んじて、すでに法制度化されていたし、特に、措置入院に際しての移送制度はとくに実態化されていた。

本論では、新設された移送制度が、戦後精神医療施策の流れのなかで、どのような位置になっているのかを探る。特に、この制度は、70年代に始まる精神医療改革運動の一つの結末と考えられる精神保健法の成立(1987年)以後、この文脈で重ねられてきた「改正」の一環ではなかったかという問いを検証する。

つまり、移送制度は、「人権に配慮した医療」と「社会復帰の促進」という原則を盛り込んだはずの精神保健法(1987年)の精神の必然ではなかったかという問いだが、同時に、この二つの原則にそもそも問題はないのかも考えたい[1]。

精神衛生法の成立(1950年)

改めて言うまでもないことだが、精神保健法の前身は精神衛生法で、それは、戦後まもなく成立している(1950年)。本法は、都道府県に精神病院設置を義務づけ、それまでの私宅監置制度を廃止して、精神障害者を病院収容することを原則とした。

私宅監置制度は、その封建制・前近代性のゆえに廃止されたという側面もあるが、むしろ、この廃止は、国家・社会が精神障害者の管理・治療に全面的に関わることを表明したことを意味している。つまり、保護

義務者による家族管理を前提に、同意入院を新設したし、「自傷・他害の恐れ」がある場合には、措置入院の形で、国家・社会が直々に管理することにしたのである。

その際、病院収容の対象は、精神病のみならず、精神薄弱や精神病質をも含むこととした。これらから示唆されることだが、ここでの主要な目的は、正常な社会生活を破綻させる恐れのある者はだれでも入院させ保護することであった。そして、そのような恐れのない者にするための治療を行うことであった。つまり、戦後の精神医療は、社会防衛、治安維持を至上課題とする隔離、保護、そして、治療を目的として出発したのである。

このような法の精神にもとでは、家族から預かり家族に返す家族管理を軸とした同意入院を大きな不動のベースとしながら、加えて、精神障害者が「自傷、他害の恐れ」を理由に強制入院させられる措置入院制度が、次第に、精神病院隔離主義の実質的、象徴的なもう一つの軸になるのである。特に、60年代に入るや、そのための公費負担額は急増する。公立精神病院だけではとても措置入院対象者の収容は不可能であり、それに準ずる指定病院としての民間精神病院が増設されていく。こうして、民間病院は、社会防衛、治安維持という社会的役割を果たしながら、公費としての措置入院費を安定した収入源とすることで、社会的、経済的に肥っていくことになる[1][2]。

精神衛生法の改定(1965)

1964年3月、精神病院での治療歴を持つ青年が、ライシャワー駐日アメリカ大使を刺傷させる事件を起こしたが、それを契機に、精神障害者の治安管理・強制

隔離が一層強化されることになる。それが、精神衛生法の第12次改定(1965年)であるが、そこでは、訪問指導など保健所による監視・管理機能の強化、措置入院手続きを簡略化した緊急措置入院の新設とその活用などが強調されている。

こうして、70年代に入るまで、措置入院患者数は増えていく。確かに、以後、漸減するのだが、それにしても、70年代を通して、同意入院だが生活保護入院を合わせると、公費による入院人数は増加していた。ここでも、家族管理の同意入院と国家管理の措置入院が『病院管理』にゆだねて、同時的、相互補完的に進めたのである。

そして、一旦入院させられた者の長期収容が顕著になって、「社会的入院」が問題化されていく。それは、病院収容が本来的に担わされた社会防衛的目的にそった必然であった。

なお、「改定」の際、社会復帰サービス、措置入院解除や守秘義務も言及されるが、これらの規定は、基本的には、病院内外における監視、管理の合理化の一環であると解釈されるべきだが、一方で、後に見るが、精神保健法体制が特に強調していく「人権に配慮した医療」と「社会復帰の促進」というテーマとも絡んでいる[1][2]。

つまり、これら二つのコンセプトは、精神医療体制に期待されている既述の社会防衛的目的から必然的に生じ続けるほかない「人権侵害」と「隔離・拘束」の諸事実ゆえに想起続けなくてはならない、「医療の近代化・民主化」という当初からの課題に随伴したものであったのである。そして、それらの負的事実をカモフラージュし装飾する機能を果たしてきた。いずれにしても、通底しているのは、精神障害者であれば医療、という医療中心主義であり、「人権」問題にしても、医療に寄与する範囲での配慮事項といった程度の付随的位置に留まり続けている。

精神保健法の成立(1987年)

こうして、精神衛生法下での病院への隔離・収容主義は、ますます世間における「精神障害者＝危険な

者、邪魔な者」という偏見を拡大、固定してきたが、そのような社会から依託された病院内での患者管理は医療側の恣意のなかで密室的に進行することになる。

それは、折々に、病院内不祥事となって告発されてきたが、1984年になると、宇都宮病院における患者の医療スタッフによるリンチ死など、一連の不正、虐待が明らかになる。それは、国内外の世論の批判に曝されることになるが、そのため、厚生省は、ことさら「人権に配慮した医療」と「社会復帰の促進」を強調して、精神衛生法という法律名を廃止し、精神保健法として、その成立を急ぐことになった(1987年)。

そこでは、患者本人の「同意」に基づく任意入院制度が強調されて新設されるが、それにしても、本人の「選択」に基づく自由入院を、という精神障害者側からの要求からは後退している。一方で、「自傷、他害の恐れ」を理由とした措置入院はそのままである。さらに、加えて、そのような恐れがない場合でも、保護義務者の要請に基づく強制入院としての医療保護入院や、その手続きよりも簡略化された応急入院も創設されている。

そして、これら措置入院、医療保護入院、応急入院にあたっての采配は、従来の鑑定医以上の権限を与えられた精神保健指定医にゆだねられることになった。強制か任意か、保護か医療か、入院か通院かなど、医療措置が多様化し、そのための判断が煩瑣になってくるほど、「医師の権限」は強化されてくるほかないのだが、もうひとつ、その権限強化には、保護義務者の恣意的判断に基づく無責任な「同意」を回避するためという理由(「人権上の配慮」)が付されている。

こうして、この法律は、「人権を配慮した医療」を強調しているのだが、思うに、このような言い分は、強制・分類収容の隠れ蓑である。というより、このように進行する収容主義の再確認と強化ゆえにそこに発生しがちな「人権侵害」をあらかじめ予防するか合理化するかしておく必要があるのであり、それが『人権上の配慮』ということなのである。

この文脈で言えば、医療保護入院ですらなく応急入院でいくことにしても、それは、入院医療を緊急に必要と判断した場合の「人権上の配慮」になる。また、そ

のための精神保健指定医制度にしても、「専門的で慎重な判断(素人判断は危ない!)」ということで、そうなるのである。加えて、「人権に配慮した医療」にそって、入院時における「通信・面会の自由」を原則としたガイドラインが作られるのだが、それにしても、医療上差し障りがなければという限定があり、その判断は医師にゆだねられている。

とすれば、これらは、まず医師・医療の判断、次に患者の人権ということになる。あるいは、医師・医療が患者の人権を擁護するという科学・専門主義が「人権擁護」の根底にあるのである。

「人権に配慮した医療」は「社会復帰の促進」にも連動しているが、これは、病院内への隔離・拘束を反省する文脈からも出てきているはずだが、それにしても、その中身は、社会復帰施設(グループホームなど)の法定化なのである。つまり、一般社会への復帰促進とは似て非なるものであり、病院と一般社会との境界的制度の強化なのである。そこは、退院の受け皿であり、一般社会の防波堤的役割を持っている。かくて、社会復帰施設は、地域内隔離施設であるとも言えよう[1][2]。

この事態は、精神障害者対策に関する従来からの社会防衛的性格にも依存しているが、一方で、精神障害者に対する医療と保護という、医療側がその責任上持ち続ける役割意識にも依っている。私は、医療側は、精神障害者であろうとなかろうと、だれでも一般社会の中で暮らすのは当然と本気に考えていないと思うことがしばしばである。そして、その下で隔離・収容されてきた側にしても、そのような保護と医療をいつまでも求めてしまっているということがあると思われる。

精神保健法の見直し(1993年)

「社会復帰の促進」に関わる諸施策は、医療から福祉へと、その対象分野を移動させつつ拡大し、医療の福祉化・福祉の医療化として実施されていくのだが、したがって、精神保健法は、精神保健福祉法として「改正」されることになる(1993年)。

ここでは、それまでの「医療と保護」、「社会復帰の促進」が確認されつつ、「国民の精神的健康の保持増進」という啓蒙と予防、そして、「自立と社会参加の促進の為の援助」という福祉が強調されている。

本法では、精神衛生法制定当時(1950年)から強制入院としてありつづけた仮入院の拘束期間が「人権上の配慮」を理由に、三週間から一週間へと短縮されているが、あらかじめ言っておくと、これは1999年の本法改定にあたっては廃止になっている。仮入院制度は、くり返して述べることになるが、任意入院から強制入院への階層化と多様化のなかで、不要になったと解釈すべきであって、この一週間短縮にしても、その事情によっている。

本法の適用対象である診断名には、精神衛生法成立当時と変わらないところと変わったところがある。「精神病(中毒性精神病を含む)」は、「精神分裂病」と「中毒性精神病」になっている。「精神薄弱者及び精神病質」はそのままである。そして、「その他の精神疾患を有する者」が新しく加わっている。「精神分裂病」が特出され、「中毒性精神病」が独立し、そして「精神病質」が「精神病質」概念批判の時代(70年代)を超えて残りつづけたことになる。これらの事情は、今日も続く精神医療の社会防衛的性格に深く関連していると確認しておかなくてはならない。

付加的に指摘しておく、精神疾患があると、栄養士、調理師、製菓衛生師、診療放射線技師、けしの栽培者には絶対的になれなかった(絶対的欠格事由)が、条件によっては可能(相対的欠格事由)となったのだが、このエピソードは、本法が、精神障害者の社会防衛的管理を再確認しながらも、一方で、社会復帰への、段階的かつ慎重な緩和を示唆している。つまり、隔離・拘束の継続と社会復帰の促進は、精神障害者対策の両面であって、それは矛盾関係でないどころか補完関係なのである[1][2]。

障害者基本法の成立(1995年)

精神保健福祉法は、二年後に更に「改正」されるのだが(1995年)、そのことに先んじて触れておかなくては

ならないことがある。それは、障害者基本法の成立であるが(1993年)80年代当初から本格化する、身体障害者の「社会参加と自立」の運動ないしノーマライゼーションという国際的な動きと関わっている。したがって、この法律は、いろんな限界を有しているけれども、ノーマライゼーションの理念の具現として成立した、との一応積極的な評価もある。

しかし、これは、障害者側からの要求にきちんと基づいているとは言えない。なぜなら、本法は、障害者の主体、障害者同士の共同体的関係、健常者との共生を謳ったわけではなく、「障害者に教育・福祉・医療の保障を」という観点から、彼らの存在を、それらを受けの対象として受け身的に規定したのである。

この際、身体障害者と並んで、精神障害者も「障害者」として、法の適用範囲になっている。つまり、身体障害者と精神障害者を総合的・包括的に管理するシステムとして、この法律は成立したと言ふべきなのかもしれない。

確かに、ここでは「社会参加」が勧められているが、ここでも依然として、それは適応主義、就労主義になっている。そして、まずは、障害者にそのための自立・自助の努力が求められているし、行政はその援助・補助という副次的位置に留まっている。そして、「障害の予防」と「リハビリテーション」を当然視しているのだが、「障害者は存在しないに越したことがない」という大前提を相変わらず置いている。こうして、本法下では、そのための「障害の発生予防」対策と障害者から健常者への「改善・回復(リハビリ)」施策が展開することになる[1][2]。

精神保健福祉法の「改正」(1995年)

そして、精神保健福祉法が「改正」される(1995年)。そして、このときの目玉は、身体障害者手帳に対応する精神障害者保健福祉手帳(以下、精神障害者手帳)制度の創設である。精神障害者の教育・福祉・医療など生活の保障は、医師の診断によって精神障害の種類と程度を証明しつつ、そのことを自ら国に申請することで、やっとのことで成立するのだが、このことは、既

述の総合的・包括的管理の下に組み込まれることを自ら承認する行為でもある。したがって、精神障害者運動のなかでも、この事態をめぐって、見解が分かれたのだが、つまり、この制度の充実を要求していく運動もあったのである。これは、「社会参加と自立」運動が「(社会的・経済的)自立」至上主義になっていくことの必然とも、それゆえの現実的妥協とも言える。

精神障害者手帳制度のもとでの「社会参加と自立」の動きは、確かに病院収容主義とは違ってきている。しかし、病院外生活の保障は、主として生活訓練施設(援護寮)・授産施設・福祉ホーム・福祉工場といった四つの地域内福祉施設でなされることになった。ここでは、病院ではなくて地域で、また、医療管理ではなくて福祉管理で、となっているが、総じて言えば、精神障害者は、「医師の指示・指導」の下の病院管理と地域管理の間を往復しながら、医療と福祉の相乗関係の中で暮らさざるをえなくなっている。

つまり、病院内管理が後退したのではない。本法でも、「人権上の配慮」を細々と付け加えながら、多様化されていく分類収容は問い直されることなくかえって肯定され続けている。つまり、「社会参加と自立」という至上課題にそって、その価値基準によって判定された精神障害者たちが、病院の内外で、多様化された諸システムのなかへ分類収容されていっていると言ふべきである[1][2]。

精神保健福祉士の国家資格化(1997年)

いよいよ、移送制度を新設した改定精神保健福祉法(1999年)の問題を考えていくのだが、それに先んじて、精神保健福祉士の国家資格化(1997年)について触れなくてはならない。これは、社会復帰の支援人材の充実を目指すものだが、これは、精神保健福祉法下の諸施策に対応するものである。それにしても、この国家資格化は、80年代後半から論じられたもので、90年代に入ると、厚生省に付設する形で「精神科ソーシャルワーカー(PSW)及び臨床心理技術者(CP)の業務と資格化に関する研究会」が発足しているし、その研究報告が出ている(1996年)。ここには、「医療機関

に限らず、地域における諸施設、諸機関においてPSW及びCPIは欠くべからざる専門職であり、国家資格による社会的承認が必要であろう」と述べられている。

精神保健福祉士は、ここでの理論的説明を受けて成立したもののだが、実は、臨床心理技術士の国家資格化の動きも、それと平行してあり続けているのだが、未だ実現していない。日本臨床心理士認定協会や日本医師会、日本看護協会などとの縄張り争いなど、利害関係問題もあるが、それよりも、「社会復帰の支援」という文脈から言って、まずは精神科ソーシャルワーカー、つまり精神保健福祉士の国家資格化が必要だったのである[1][2][3]。

改定精神保健福祉法の成立(1999年)と 移送制度の新設

そのなかで、精神保健福祉法(1995年)が改定されるのだが(1999年)ここでは、仮入院の廃止や、保護者による自傷他害防止の監督義務の廃止やが盛り込まれている。これらは一見「人権上の配慮」に基づく改善のように見えるが、実際は、移送制度の新設など、強制入院制度の充実に伴って不必要になってきたからである。

特に、保護者による自傷他害防止の監督義務の廃止は、精神障害者の家族側(全国精神障害者家族連合会など)の運動がバネになって踏み切られたと言われているが、これは、家族の負担を軽減するという宿願を一部果たした形になっているが、実際は、国が恩を着せながら、引き替えに、移送制度を新しく導入し、そのことで、強制入院を合理化・効率化したのである。なお、保護者は、依然として、医師の診断に対して協力し、かつ、治療を受けさせるにあたっての指示に従う義務を負っている。

つまり、移送制度は、措置入院にそっては既に存在していたが、今回、この場合でも「書面による告知」の手続きをつけ加えた。さらに、医療保護入院および応急入院の二段階の強制入院措置に対しても移送制度を導入した。

こうして、この制度は、医療と保護を目的とした強制入院を可能にするべく法的権力の伴う患者の移送を認めたのだが、都道府県知事の権限下に置かれる。実際は、公立病院や保健所などの都道府県職員が実施するのだが、消防救急隊や民間に移送を依頼することができることになっている。とりあえず、警備会社などへの民間委託が問題になっているが、このレベルで言えば、「患者の行動の抑制」も問題である。

しかし、厚生省側も、これらのことは承知であり、「民間への委託についても、最低限の救急医療体制を確保できていることが前提」と断っている。そして、「行動の抑制」に関しては「必要最小限の範囲で」と限定している[1][2]。

ある警備会社は、これらの「人権上の配慮」を約束しながら、精神障害者の「移送サービス」を「基本料金30万円+移送交通費」で請け負うと宣伝しているし、その業務を開始している。それによると、(1)経験豊富なカウンセラーが、本人に十分な説得をし、任意入院を原則とする、(2)依頼人である家族との打ち合わせを十二分に重ね、移送当日の業務を円滑に遂行する、(3)個人のプライバシー保護等、守秘義務を遵守する、(4)受入先の病院のケースワーカーとも入念な打ち合わせを行う、(5)本人の人権を守る、となっている。

この民間会社は、厚生省側の心配を杞憂として、カウンセラーの導入をセールス・ポイントにしなが、以上のごとく先取りに宣言しているのだが、ここで分かるように、「人権上の配慮」は、「移送当日の業務を円滑に遂行する 効率的な手続きなのである。「人権上の配慮」は、医療業務の効率化・合理化の一環であるところでも批判的に指摘しておかなくてはならない[4]。

なお、今回改定の精神保健福祉法は、グループホーム、ホームヘルプ、ショートステイなど社会復帰施設の質の確保を強調しているが、前回改定(1995年)が「社会適応訓練」に関わる諸事業の法定化を強調したのに対して、今回は、それに加えて、「居宅介護」などの事業の法定化を新たに規定している。「就労」の援助と管理から、「暮らし」全体への支援と管理という形で、

「社会復帰の促進」はなされてきていると言える[1][2]。

以上で、移送制度が登場してくる経過を振り返ったのだが、それは、病院の内と外それぞれにおける多様化された分類収容の動きと対応している。また、医療を受ける権利を前提とした本人意思の尊重は成立させないまま、本人の(医師の判断に関する)同意レベルに留めつつ、加えて、「保護と医療」を至上課題とした強制的措置を公認していく動きとも連動している。

ここで確認したいのだが、移送制度は、精神保健福祉法体制下で進行している「多様化された分類収容」と「社会復帰の促進」そして「人権に配慮した医療」の一環として、整合的、合理的に位置づくものである。特に、強制入院が必然的に引きずらざるをえない「身体拘束・人権侵害」を予防しつつ、橋渡しの潤滑油の手続きになるように期待されている。こんな文脈からも、カウンセラー的役割は期待されることになるし、臨床心理技術者が要請され、その国家資格化という期待はあり続けている。

断って置くが、臨床心理技術者の国家資格化は、移送制度の新設に伴って、その需要を増していると言っているのではない。そうではなくて、移送制度を必要とする程に病院の内と外、医療と福祉を往復する精神医療総体の再編・合理化にとっての一部として、それも求められているということである[3]。

精神医療改革運動と精神保健福祉法体制への寄与

この際、この移送制度新設を盛り込んだ「改定」精神保健福祉法成立に到る経過に、70年代から80年代に繰り広げられた、日本臨床心理学会の改革運動を含む精神医療改革の流れがどのように関わっているかを振り返っておきたい。

詳しいことは他に譲るが[5]、私も関わった臨床心理学会の場では、精神医療改革の動きは、教育・福祉・医療の対象として管理、差別されてきた人々からの告発、糾弾を、「する」側が真摯に受けとめることから始まる。やがて、「する」側は「される」側に学び、される側と共に」という姿勢・態度と方法論を軸に、

自分たちの職業的・専門的仕事の検証作業を重ねていくことになる。それは、それらの仕事を自己批判的に振り返る自己否定的な作業であった。そして、資格・専門性がいよいよ強調される今日であるからこそ、自分たちの資格・専門性を問い直し続ける作業は、その今日性を失っていないと、私たちは考える。

もっとも、例えば、精神障害者も、自ら精神障害者手帳を取らざるをえないと決断せざるをえない現実を思うとき、既述の姿勢・態度と方法論のみに寄りかかることは、かえって、「する」側の「よりよい臨床」「される」側に対する支配・管理を自己正当化していく回路になりかねないと思っている。「する」側、「される」側の立場にこだわりつつも、それぞれの立場を自由に越え合って、いよいよ率直な討論が必要であると考え

る。話を戻すが、80年代に入るとつれて、日本臨床心理学会内でも、そのようにばかり考えていられないとする判断や意見が登場してくる。その流れは、患者のために「よりよい臨床」を模索するということになる。この文脈では、必然的に「よりよい資格・専門性」の提言も出てくる。それは、精神衛生法の「改正」、すなわち「精神保健法」をどのように考えていくかという議論とも重なっていく。というより、この議論の中で、この提言が大きくなってきたとする方が正しいかもしれない[5]。

「人権に配慮した医療」と 「社会復帰の促進」を検証する

こうして、80年代後半、日本臨床心理学会も、精神医療改革派医師たちのヘゲモニー下の精神医療従事者団体懇談会に参加しつつ、「精神保健法の抜本改正」を目指して幾つかの提言をしていくことになる。つまり、同懇談会は、国内フォーラムで、次のように確認している。(1)患者の人権を尊重し、各職種間の協力関係および市民との連携を密にし、自発的入院、開放化、地域での医療および援助を促進する、(2)精神保健・医療・福祉における各種スタッフを充実させるとともに病院における職員配置基準(医師、看護婦)につ

いては、一般病院と同等となるよう、改善をはかること、さらに、現在貧困を極めている精神保健・医療・福祉に対する積極的財政保障を求める、(3)精神障害者に対する法および条例等における差別条項の撤廃を求める、(4)地域・都道府県における精神保健・医療・福祉の改善プログラムを検討しその実現をめざす、と。

ここには、当時、既に厚生省側から原案として出されていた、自由入院を制限した任意入院の規定、措置入院の継続、同意入院を別称した医療保護入院などの新設、そして、従来の鑑定医の権限をはるかに越えた精神保健指定医制度の導入などの批判的言及はまったく認められない。そして、ここでは、医師を頂点とする医療側スタッフの増大と充実、より高度な専門化・資格化が描かれていく。その領域は、病院の内側に留まらず、その外側へと広がる。ここで期待されている施策は、「人権に配慮した医療」であり「社会復帰の促進」であったのである[5]。

日本臨床心理学会運営委員会は、以後、これらの提言を再確認する発言を重ねることになるが、この際、次の発言を想起しておかなくてはならない。

精神医療従事者団体懇談会の既述提言は『人権擁護・社会復帰』の線にそったものだが、これは精神保健法の枠内に留まらざるをえないもので、現実妥協的提言であると言わざるをえない。つまり、それは、国策補完的な役割をになう危険性を抱えているものであり、われわれは、これによって、現実と理想の矛盾・葛藤の渦中に立たざるをえないことになる。これらの矛盾・葛藤を深く自覚しながら、これをバネとして今後とも、精神保健法の見直し、という社会的・政治的課題を射程に入れ、とりあえず『人権擁護・社会復帰』にそって歩み続けたいと。

私も、当時の学会運営委員として、その責めを負う者だが、この発言までには輻輳した葛藤的な議論があったことは確かである。そのことは、これが『現実妥協的提言であると言わざるをえない』や『現実と理想の矛盾・葛藤の渦中に立たざるをえない』やの、それこそ妥協的で事態を曖昧にする表現からも伝わりますが、このような発言の延長上に、「臨床心理技術者

の国家資格化』問題が、そのことを肯定するダイナミズムを胚胎させながら、進行していったのである。

その結果、臨床心理学会改革運動は、「よりよい臨床」を守るとする大義名分のもとで国家資格化を進める路線を決定的にしていくことで終焉を迎える(1991年)。私たち敗退組は、学会改革の精神と課題の継承と展開を願って、社会臨床学会を創設するのだが(1992年[5])、私たちの課題は、移送制度を必要とする「改定」精神保健福祉法における「人権に配慮した医療」と「社会復帰の促進」という筋道そのものを批判的に検証し続けることである。

本論でも折々に触れてきたが、精神障害者を「医療」の枠で括り続けて良いのか、精神障害があろうがなかろうが、一般社会の中でまずは「共に居る」ことではないのかと、私は、養護学校義務化に抗しながら「どの子ども地域の学校へ」の願いと主張を重ね続けてきた人々のなかで[6]、そして、「精神病」と診断され、入院退院を繰り返しつつも、普段には薬を飲みながら、学び合ってきた学生たちとの関係のなかで、そう思っただけではないのである。

私たちは誰も彼も、「医療」そのものをもはや全否定できないとしても、それを「人々の暮らし」総体の中で相対化・部分化しながら使い込んでいく知恵とエネルギーを模索していかなくてはならないし、「医療」の呪縛から自由になって暮らしていく道筋を探っていかなくてはならないのである。

参照文献

- (1) 移送制度新設を含む「改定」精神保健福祉法の成立に到る、戦後精神医療施策の流れについては、『改正精神保健福祉法の概要 - 改正事項の説明と検討の経緯』(精神保健福祉研究会 / 監修、1999年9月、中央法規出版)および『日本における地域精神医療の歴史』(桑原治雄、臨床精神医学講座S1『精神医療の歴史』pp.367~383、1999年9月、中山書店)で確認した。
- (2) 精神衛生法・精神保健法・精神保健福祉法の内容の確認と検討にあたっては、(1)の前著および『我

- が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)平成11年度版(精神保健福祉研究会/監修、厚健出版)を使用した。
- (3) 臨床心理技術者および精神科ソーシャルワーカーの国家資格化問題については、「厚生省『臨床心理士』国家資格化を批判する(日本社会臨床学会設立準備委員会、『社会臨床雑誌』創刊号、1993年4月)」「厚生省『臨床心理技術者』国家資格化を批判する(日本社会臨床学会運営委員会、同第1巻第3号、1994年1月)」「精神医療の現況における厚生省コ・メディカル国家資格化の問題(赤松晶子、我妻夕起子、三輪寿二、寺田敬志、同第2巻第3号、1994年12月)」「精神医療における『機能分化』、『資格-専門性』、『ともに』論を問う(1)(広瀬隆士、同第3巻第2号、1995年10月)」「心理資格化の流れとその論点(三輪寿二、同第4巻第1号、1996年4月)」「平成7年度厚生科学研究『精神科ソーシャルワーカー及び臨床技術者の業務及び資格化に関する研究』について(寺田敬志、同第5巻第1号、1997年4月)」「精神科ソーシャルワーカーの資格制度化を問う(広瀬隆士、同第5巻第3号、1998年3月)などがある。
- (4) ある警備会社(「トキワ警備」)の問題については、彼らのチラシおよび『移送・川崎の実態 - トキワ警備直撃インタビュー(友の会編、2000年8月取材)に基づいて考えた。
- (5) 日本臨床心理学会改革の流れと終焉、特に精神医療改革との関連、そして社会臨床学会創設の契機については、篠原が、『社会臨床雑誌』(第1巻第2号、1993年3月～第2巻第3号、1994年12月)で、五回にわたって、「日本臨床心理学会改革20年を振り返る」を連載した中で述べている。特に、『『される』側に学び、『される』側の為に、の選択(第1巻第3号)および『資格・専門性』論議と学会改革の終焉(第2巻第1号)に詳しく論じた。なお、『「社会臨床」の思索(私家版、1997年3月)でまとめて読むことができる。
- (6) 私は、70年代当初から、主として子供問題研究会(東京都文京区)で、「共生・共学」を願い、そのように生きようとする「障害児」親子、教師など、いろいろな立場の人たちと一緒にそのことを考えてきたが、現在、同研究会は、「共遊・共学・共働」の場としての定食や「こもん軒」を経営・運営している。同店は、行政が要求する福祉作業所の条件をみたくもしいないが、「福作」にならず「町のなかのお店」にこだわって、例えば、不況の中一律日給月給制で四苦八苦している。なお、同研究会機関紙『ゆきわたり』は、2000年12月で、第316号になる。
- (7) 精神医学・精神医療関係の用語の確認については、『新版 精神医学事典(1993年2月)』を参照した。

精神科医療における移送制度的関係の日常性

三輪 寿二(日本社会臨床学会運営委員)

り伝わるのではないかと、思ったからだ。

はじめに

今回の話題提起の論点 ～「強制力」をめぐる～

この報告では、当日に話したことはわずかしき書いていない。以下、少しだけ、その理由を述べておきたい。

今回の学習会のテーマを僕なりにまとめると、少し長くなるが、次のようになる。

僕は、「病」者の言葉や状況については、「病」者が置かれている社会状況や治療状況をわりに普遍的に射ぬくような場合に限って、断片的に語るだけにとどめてきた。だから、精神医療の文章の中で具体的なことを書くときも、治療者側の問題以外は殆ど書いてこなかった。現在の社会の中で「精神病」者が置かれている差別的状況の下では、その生活状況や「病状」を書くことは、どれだけ注意深くても、どのように受けとられるかが不分明だからだ。

まず、現象的な行為と関係性から。

移送制度とは、「本人と無関係な他者が、本人のことで『困った』周囲の人と金銭関係を結んで、受診の意思のない本人＝「病」者を、人権に配慮したカウンセリングという方法によって、自宅(でない場合もあるが)から精神科医療機関へ移送する」ということだ。そして、方法に関してつけ加えると、カウンセリングがうまくいかない場合は、身体拘束を行うから、身体拘束が移送の方法の本質といえる。

しかし、移送制度というテーマを医療現場から発題するとなると、具体的な状況を語ることになる、と僕は考えていて、やはり一般論的なことを話そうかなどと迷いながら、重い気分で当日に臨んだ。学習会は、予想に反して(予想通り?)参加者が少なかった。ほとんど顔見知りの人たちだったので、僕は患者の生活と僕との具体的なやりとりのいくばくかを語った。

次に、状況設定。従来から何かと基準にされてきたのは「自傷他害」である。警察官介入による措置制度や医療者による強制的治療の基準はいつもこれであった。しかし、今回の移送制度では、何らかの「緊急性のある状況」がその対象状況となっている。上述の行為と関係性と合わせ考えれば、緊急性の判断は、さしあたり周囲の人たち(家族、近所の人、それらから催促を受ける保健婦、その「病」者がかかっている病院のスタッフなどなど)の判断である。そして、この緊急性の判断は、おそらく「ことが大きくなったら・・・」という将来への法則とセットで行われる。いずれにしても本人の判断ではない。

しかし不特定多数の人たちが手にする『社臨雑誌』では、そのままの形で掲載することにはどうしても抵抗があり、ここでは、当日語りたかったことの背景や僕の考え方を改めて書くことにした。そのため、抽象的でわかりにくいものになっているかもしれない。ご理解いただければ、と願うばかりである。また、この報告では、発題後のフロアとの討論にもわずかに言及している。というのも、そのときのフロアの反応(といっても僕の発題に対する反応はあまり無かったように記憶している)も含んでおいた方が、僕の趣旨がよ

そして、これらの行為と関係性および状況設定が所定の手続きを踏めば社会的な問題はない、と制度化されてしまったということである。

この程度の文責でも移送制度には切り込む論点が多くあるのだが、僕が今回の話題提起で焦点にしたの

ば「受診の意思がない」という点であった。受診の意思がないのに受診させられるのだから、それは「強制力」の問題である。本人の頭越しに移送の手続きが進むことも、方法の本質が身体拘束であることも、移送主体が本人の見知らぬ人であることも、「強制力」の問題と密接に関係している。相変わらずの論点なのだが、医療現場のなかでは、この問題に向き合わなければならない状況が常にあることが、「強制力」の問題を取り上げ続ける理由である。

なぜ、受診を拒否するのか？

～「強制力」がはたらく理由～

ここで、問題になるのは、なぜ、「受診を拒否するのか？」である。理由は大まかには3つあるのではないか、と思う。

一つは、過去の医療体験の不快さである。これは医療状況の劣悪さにその根拠がある。二つめは、精神科への偏見。社会の「精神病」者に対する態度を反映して、そんな所にかかりたくないという本人の思いが生じている。そういう意味での偏見である。三つめは、いわゆる「病識欠如」で、医療者が伝家の宝刀のように使う「精神病」観である。

これら3つはいわば環を成していて切り離せないが、僕が特に問題にしたいと考えたのは、三つ目の「病識欠如」であった。なぜなら、「病」者にとって納得がいかない医療であっても、社会の「精神病」差別があっても、それらはそれ自体で受診を拒否する「病」者を論理的に帰結するものではないが、「病識欠如」という精神医学の概念装置は受診を拒否する「病」者を内包しているからだ。また、「病識欠如」という概念をそのまま信じてすれば、それは、医療状況の「改善」や社会の差別状況の問題視、さらには人権という次元などでは、解消できない課題であるはずだ。それゆえ、「病識欠如」は、社会的にも、医療的にも、最も「強制力」が機能することを許す論理が生じ易い地点となる。

ある「病」者との関わりの断片

～生命維持と「強制力」～

僕は、学習会の当日、ある「病」者との関わりを語ることで、その関わりに潜む移送制度と同じ「強制力」の問題を伝えたかった。それは、「幻覚妄想状態」=「病気」のなかでアパートから外へ出られなくなって栄養失調状態に陥りながら、「受診を拒否し続けた」患者を、僕が無理やり病院に運んだという話であった。その人は前述の3つの理由の全てを合せ持った受診拒否をしていたと思う。

僕は、その「病」者を入院させた。そのときの僕の「強制力」利用の基準は、「病」者の生命維持」であった。「病識欠如」かどうかは問題ではなく、栄養失調状態に陥った僕の「見知った人」の生命の問題として「強制力」を行使したつもりであった。僕の話に対してフロアにいたある人は、生命維持のための活動であれば「強制力」もやむなく、今回の移送制度とは本質的に異なるのではないかという趣旨を語っていたと思う。しかし、僕にはそうは思えなかった。なぜなら、生命維持のためなら「強制力」もやむなしということになれば、さっさと措置対象化してしまうことも可能だ。さらに、「緊急性のある状況」はいくらでも拡大できる。「緊急性のある状況」などという言葉は本人のことで「困った人」たちの主観にその解釈を頼らざるを得ないからだ。

さらに、もう一步先の懸念もある。この「病」者が退院したら、同じ状況を予想しなくてはならない。今回は、偶然、助かったが、次はそんなすれすれの線まで待つてはいられない。とすれば、もっと「早期」にその患者を無理やりにも受診させるように、はたらきかけるだろう。こうして、移送制度は、それを使わないようにしようとすればするほど、「病」者の事前チェック(=危機サインをいち早く読み取る)に横滑りする。これは「病」者の生活管理であり、本質的には「精神病」の排除・撲滅につながっていく論理だ。こうして、移送制度の射程は、それ自体の問題性だけでなく、裏腹のところ、**「精神病」者への日常的生活管理の徹底化**

へと突入していく可能性を十分にはらんでいる。

それゆえ、たとえ、僕が『良心的』であったとしても、僕の行為こそ、移送制度に荷担するものなのであり、現在の医療現場は、移送制度を実践的には否定しきれない日常のなかにあるのではないかということをお伝えできなかったのである。

「病識欠如」と「強制力」

さて、話を戻そう。生命維持のためなら「強制力」をやむなし、という話は医療においてそれほど自明のことではない。たとえば、何らかの身体的な病気と診断されてもかたくなに治療を拒否する人を想定することは可能であるし、もし、治療に来なければ、たとえ、それが死につながる病気であっても、あえて家に向かい治療を強要する医師はほとんどいないであろう。まして、どこかの人が病気だ、と噂を聞いて、その人の元にすぐさま治療に馳せ参じることはない。しかし、「精神病」となると、移送制度ができてしまう。

ここには前提的な期待があるようだ。すなわち、身体の病気ならば、肉体的苦痛のためにいずれ受診を余儀なくされるという期待である。とすれば、「精神病」の場合、この肉体的苦痛に相応するような「病気の自覚」が本人に意識されない場合があるので、移送されて「治療」されなければならないということになる。医師たちは言う、「病気だから治療しなければいけないのに、『病識欠如』で受診しないことは本人にとって不幸だ」と。ここで、「必ずしも病気だから治療しなければならないわけではないだろう」と反論すると、「他人に迷惑がかかるから」という返事が戻ってくる。こうして、「病識欠如」は、医療と社会の両方から、「治療」を強要するための論理として浮上してくるのだ。

前者の医療からの強要は「病気は治療すべきである」という命題＝医療者の使命感であり、後者の社会からの強要はいわゆる「治安維持」である。ここで、注意を促したいのは、「治安維持」は「精神病」差別の回路から直接的に生じるだけでなく、まさに、医療者の使命感が「病識欠如」によって移送措置を裏打ちする、という構造を持っている点である。強制医療を認めるかつ

ての「急進的改革派の医師」の一部はこの医療の「論理と倫理」をふりかざしているように思われる。

いずれにせよ、生命維持ということも「病識欠如」という「精神病」に特有の概念装置をかいくぐって「強制力」が許されるという仕組みになっている。

「病感」自覚による関係づくりの落とし穴

そこで、移送制度を換骨奪首するものとして、明確な「病識」がなくても「病感」はある、という「精神病」観に立つ立場が登場する。自分に起きている異変を「病」者は誰しもうっすらと気づいている、あるいは、「精神的苦痛や不安感」が感得されている、それゆえ、そこを関係づくりの切り口にして、本人の意思による受診を促し、「強制力」の行使を否定するという考え方である。とすれば、「病感」にもとづいた話し合いが行われ、それがうまくいかないときに、「強制力」が行使されてしまうことになるので、移送制度は「不幸な治療関係」のなせる業ということになる。それは、「真の『病識欠如』状態の判定」と「真の精神科治療の在り方」がセットになった論争に発展するだろう。

しかし、この「病感」自覚を前提とする「真の精神科治療」は、今回の移送制度とほぼ同一の構造的なものであることに気づくべきだろう。もし、「真の精神科治療」が「病感」をテコとした「治療」関係のなかで位置づくるとすれば、「病者は困っている」はずだから、家族や近隣から相談されれば、金銭関係を媒介として、治療者は「治療」への導入役を引き受けることが筋となるだろう。現状の医療が慈善事業でないとしたら、ここには金銭関係が媒介してもおかしくはないし、「強制力」を行使することで「病者」の医療体験が悪いものになることを考えれば、「病者」を何時間でもかけて説得し本人の意思で受診させた方がよい、と考えるのが普通だからだ。さらに、この説得役は必ずしも医療専門家である理由はない。

つまり、「病感」自覚の精神科治療は、一見、「強制力」を解体する論理を秘めているように見えながら、「病気だから(＝「病者は苦しんでいるのだから」)治療しなければならない」という医療の「論理と倫理」の中

で、移送制度の行為と関係を否定するものにはならないのである。

「精神病」という実在の枠組みの中の「病識欠如」

おそらく、これらの議論は堂々めぐりなのだ、と思う。それは、「病識欠如」も「病感」も、同じ根のなかにあるからではないだろうか。それは、「精神病」を実在として前提する立場である。この枠組みのなかで、「病識欠如」も「病感」も存在する。そして、どちらも、この「精神病」観を前提として、「病」者の側に「治療」の根源を移行していくものだ。この点をどう考えるのが、やはり相変わらずの僕の課題になり続けている。

学習会当日の話題提起をお聞きになった方々は、本稿について、当日の話とずいぶん異なる印象をお持ちになったと思う。しかし、当日の僕の話も出口のない迷路みたいな話をしたと思う。その迷路みたいな状況に入り込んでいる僕自身の背景はこのあたりの「迷路的思考」のなかにあって、その上で、当日の話が表現されている、とご理解いただければ、と思う。

いずれにせよ、僕は、そこから抜け出す道を現在知らない。ただ、今回の移送制度が奇怪なものであることは確かであろう。そして、その奇怪な移送制度的関わりが、現在の精神科医療の日常にしっかりと根を張っていることも医療現場にいる者は十分に知っているはずだと思う。

学習会「改訂精神保健福祉法と移送制度を考える」 討論のまとめ

稲垣 博美・小沢 牧子(社会臨床学会運営委員・文責)

1 多田道夫さんのお話

討論に先立って、多田道夫さん(ほっとスペース八王子代表)から、移送問題制度化の経過と現状および問題点について、次の通り提起を受けた。

解雇された高見くんのこと

「ほっとスペース八王子」という精神障害者の作業所で、対外的には代表をしている多田といいます。

まず最初にお願ひがあります。兵庫県に住む46歳の高見元博さんという人の解雇撤回の署名に協力していただきたいのです。高見さんは芦屋郵便局に勤めていたのですが、配達バイクの振動で腰を傷め、それからけい腕を患って、そこから鬱状態になりまして休職を何度かしました。郵便局の嘱託医に精神病院にいくよう、業務命令のようなかたちで言われましたが、高見くんは「自分の主治医にかかりたい」と言ってそれを拒否したんです。ところが郵便局は、業務命令を無視したとして1991年解雇 - 公務員ですから分限免職とありますが - 職を失いました。高見くんは貧乏ぐらしを強いられて、たまに処遇困難者専門病棟新設阻止会議に出るときも、生活費を切り詰めて旅費を貯めて、自販機でお茶が買えないからペットボトルに自分で作った麦茶を入れてきていました。現職復帰を求めて裁判をして、去年神戸地裁で、現職復帰の判決が出たんです。障害者雇用促進法の精神に照らしても、精神障害を理由に解雇するのはおかしい、と。ところが今年になって、最終判決が1月の予定だったのが理由もなく一カ月延びた。おかしいなと思っていました。3月28日に私も最終判決聞きに大阪へ行きましたが、

実はその間裁判所が、高見君にも郵便局の方にも調査をせずに、こっそりと現職復帰の地裁判決をひっくり返したんです。結局、精神障害者が公務員の仕事をするのは不適格、分限免職が正当だと逆転判決です。高見君は3月29日にただちに最高裁に上告しました。最高裁ですから審議はないんですけど、みなさんの署名の力が大きい。ご賛同いただけたら、ぜひご署名をお願いします。貴重な時間にお頼ひを聞いていただいて、ありがとうございました。

移送制度をとりまくさまざまな問題

実は、おととい午前5時に私の家の電話が鳴りまして、退院になったばかりの20歳の青年から、「苦しい」「死にたい」「どうしたらいいかわからない」と。最近ほっとスペースで知り合った人です。私自身も睡眠薬をのんでますから、頭がぼーっとしたまま電話を聞くと、何度も「死にたい」「自殺したい」というので慌てまして、目覚ましにコーヒーを3杯飲んで、自転車に乗って30分離れた彼のところへ行きました。そうしたらもうほんとうにリストカットで。親御さんはすでに亡くなって、身寄りもほとんどなく、一人で生活保護で暮らしています。ともかくもリストカットを止めさせて、掛かりつけの主治医のところへ日曜日だけいいこうよと、2時間ばかり説得して、それからここへ来たんです。

なぜ私がこの話をするかというと、今日のテーマの移送制度との関係なんです。実は石川県で、リストカットを部屋の中でしている病者の人の家に、通報によって職員が入ってきて、移送のルールに乗せられてしまった例があるんです。以前東京都でもあった。移送制度のルールに乗せられることの問題の一つは、そ

の人の生活やそれまでの医療の流れにおかまひなしに、その流れが断ち切られて、人間が一個の「矯正・治療」の対象として扱われてしまうことです。

この前、私達東京の病者で作っている患者会で、仙台の精神神経学会へ行っただけです。そこで山上皓さん、福島章さんなどの精神科医が「反社会的人格障害の矯正と治療」というテーマでシンポジウムをひらこうとしたんですね。それで私達は全障連の障害者の人達や、ここにいる広瀬さん達も一緒に、学会に抗議してシンポジウムを中止に追い込みました。ほんとうにこういう「矯正・治療」が、まことしやかに研究されているんです。そして自民党の検討委員会では、触法精神障害者対策を2年後に作るということです。それらの動きは、みなつながっている。

私は1970年代の保安処分反対の運動にも参加して、篠原さんや佐藤和喜雄さんたちと一緒に運動しました。1974年に「改正刑法草案」が答申されて、当時の中垣法務大臣に諮問している。その内容は三つありました。一つは禁絶処分といって、アルコール依存症の人達に対する処分。二つ目は治療処分で、精神障害者に対する処分、三つ目は労作処分で、労働嫌忌者に対して強制的に働かせようとする処分です。今日の広瀬さんの資料にある新聞報道記事で、保安処分による退院後の保護観察の部分がありますが、1974年「改正刑法草案」では、保安処分の施設を退所できたら、保護観察といって2年間、旅に行く、どこそこへ行く、と報告する義務が課せられている。いまの動きは、そこと重なり合っただけですね。

ガン患者に移送制度はないのに、なぜ精神障害者だけ？

もう一つは「医療・人権」の問題です。さきはどからシンポジストの方々が言われるように、精神保健福祉法の枠組みのなかに、「医療と保護あるいは人権の確保」という、まことしやかな言葉が埋まっているんですね。私達は一概に「医療と保護あるいは人権の確保」を否定するつもりはありません。私達精神障害者にとって、医療は大事だし。精神医療は要らないと言う

人もいますが、私自身は必要だと思っている。私は34年間、薬を飲みつづけています。また、人権の確保というものも本当にそういうものであるなら、やっぱり保証してもらいたい。しかし、精神保健福祉法とその法律をとりまく精神保健福祉体制はそうっていない。これはいわば保安処分体制だと僕は言ってるんですけども、この枠組みで語られる医療・保護・人権確保は本物ではない。言葉がキレイなだけで、実態は保安処分になっている。

ささほどシンポジストの篠原さん、広瀬さん、三輪さんは、移送制度が精神衛生法そのものから必然的に出てきたものだとおっしゃってますが、私はそうは思わない。今回は反対運動が出遅れたんですね、はっきり言って。私は1974年から75年頃の保安処分制定阻止の闘いは参加したんですけど、今回は1993年に処遇困難者専門病棟新設阻止共闘会議ができてから、「こりゃ大変だ」ということで厚生省交渉を重ねたんです。その要は、保安処分体制ともいえる精神保健福祉法の枠組みのなかの「医療・保護・人権」は本物なのかということ、それと処分の法制度化の問題です。でも前回の運動に比べて出遅れたかたちになったと思っている。

なぜ、私達精神病者に対してだけ、精神保健福祉法なるものがわざわざ制定されているのか。なぜ、移送制度なるものがその法のなかにわざわざ項目として掲げられなければいけないのか。ほんとうに疑問に思えるんです。たとえば、ガンを患った人達の移送制度ってありますか。あるいはガン福祉法ってありますか。内科、外科、どこでも同じです。関西の江端くん、通称エパッチという若い共闘会議のメンバーが、全家連大会のとき、抗議の闘いをおこないましたところ、全家連の方はすぐ警察を呼んで、大会に参加した「病者」全員を警察に運んでいったんです。その時江端くんが大声で、「インフォームド・コンセントはあるのか！ おれたちは、また騙されるのか！」と大声で叫んでいるビデオがあります。移送制度とは病者のためにあるものとは、やはり思えない。

なぜ民間の業者が、東京都や厚生省のお墨付きをもらって、しかも場合によっては30万から40万円とい

われる料金を受け取って、移送をするのか。なぜ医者が、医療と保護が本当に必要だと思った病者に対して、説得する行為をしないのか。ほんとうに疑問に思うんです。

私は実は、去年の8月に一度入院をしました。そのときに私の主治医は、私の家に来ました。そして私に「君のいまの状態では、入院が必要だよ」と、説得しました。私ば「どうしても今は入院したくないんです」と言ったら、その医者は泣きました。で、この人はほんとうに自分のことを考えてくれているのか、とその時は思いました。しかしその一週間後に私が進んで入院を申し込んだときには、「君の場合は、任意入院では看られない、医療保護入院で、しかも閉鎖病棟に入ってくれ」とこう上から言うんですね。そうしますと、あの涙は何だったのかと思います。自分のための涙だったのか。今度、改訂精神保健福祉法のなかで、精神保健指定医に対する罰則が用意されて、退院を許可した「病者」が問題を起こした場合、その精神保健医への罰則が強められることになった。だからその涙だったのかとすら思えるくらいに、医療に関して「病者」と医者との関係が崩れている。

その入院期間もさんざんな目にあって、やっと退院しましたが、今度は、「君の場合はもう面倒みれないよ、他の病院へ行ってくれ」と、追放処分にあったんですよ。それがさきほどパネラーの方々がおっしゃっていた、良心的な精神科医のほんとうの姿なんではないかと、私はつくづく涙ながらに思われました。この人を15年間俺は信じてきたのか、と。やっぱりどこかで私は、医者と患者の関係でなく、人間と人間との関係が作れていたという気持ちがあった。でもやっぱり医者のほうは、精神科医と患者との関係でしか見てくられていなかったんだと、つくづく思われました。

約束違反をもって押し切る厚生省

移送制度に話をもどして、移送のガイドラインについて話します。これも誰のためのガイドラインであり、移送なのか。全家連の大会では、移送を評価しているんです。また、全精連という組織があるんですけ

れども、そこでは近く「より良い移送制度」ということで、大会を持つそうです。私達、処遇困難者専門病棟新設阻止共闘会議としては、より良い移送制度なんて、ほんとうにあるのかという立場です。もしやるのなら、精神科医あるいはスタッフが、ほんとうにその人を入院させなければと思うなら、自らその人の家へ向いて、人間と人間の関係で、人間対人間として話をして、了解を得て入院、というなら納得できる。ところがそうではない移送制度というものを作ってしまった。

東京都の場合は、移送についてのマニュアルがまだ出来ていなくて、応急入院による移送制度の適用はゼロです。ところが、措置入院に関する移送は、この三ヵ月ですでに500件行われている。衛生局に聞いた数です。東京でもすでに行われているんです。沖縄でも、石川県、青森県など、もうすでに11の県で移送が実施されています。しかもおおかたに、警察官が同乗している。これは約束違反なんです。

厚生省交渉のときに、精神保健課長補佐がこの件で念書を書いたんです。「移送の過程では警察官を同乗させない」と書いて、サインまでしたんです。俺たちは、一瞬はそれを信じました。情けない話ですけども。しかしその一週間後には新聞に、「保健所や厚生省が、本当に暴れ興奮する状態の『病者』を病院に連れていくときは、警察官の同乗を要請する」と公然と記事になっていた。ショックを受けた私は、厚生省に聞きました。そうしたらその説明というのが、「精神保健福祉法では警察官は同乗させられない。それはみなさんと約束した通りだが、警職法では同乗させられるんだ」とすりかえている。その上移送に際して、精神保健福祉法34条にある「行動制限」が行われます。それが実態です。

さらに、措置入院の場合ですと、精神保健指定医の診断が無くても行動制限に入ることができるという抜け道がある。しかもその上に、四肢拘束だとか筋肉注射だとか、私達から見ると明らかな反医療行為が、行動制限という名のもとで合法化されてしまった。いままではいわゆる闇で行われていたそれらが、制度化されると当然の行為として公然と行われる。しかも病者

の人権と命を護るためという論理をもって、「医療と保護の観点」から行うのだ、と。新潟の国立犀潟病院で、四肢拘束された女性が食物を喉に詰めて窒息死したことは、みなさんもお存じの通りです。私の通っていたK病院でも、パーキンソン病といわれる女性が、手足が揺れてしょうがないと、危険性もないのに保護室へ入れられて、しかも四肢拘束されていました。食事のとさだけ、拘束をはずされて。良心的といわれるK病院、良心的な医者が出て、良心的な看護婦がいるところ、そこですらそういう実態があるんです。さらにそのK病院では、保護室に入っている男性患者に対して、看護人2名が、殴る蹴るの暴行を加えまして、その患者は車に乗ってU病院まで逃げました。殴った看護士は退職しただけで、何の処分も受けなかった。こういう事件が最近ありました。それが、八王子一良心的と言われている病院の実態です。

ですから、移送制度を中心として、精神保健福祉法の中身、本質をもう一度裏側から分析しなくては行けないと、不信感で一杯なんです。

移送制度は「病者」の生活と医療を破壊する

一時、保安処分を創る動きが、法務省のもとで頓挫したとき、厚生省が言ったことは、「精神医療によって病者の危険性を防ぐんだ」と。それと同時に精神科の病床を減らす方針を出し、地域に受け皿を作るという方向が出た。私はいわゆる作業所にいますが、東京都で作業所は500カ所あり、全国でたしか2500カ所。単純に計算して、一カ所20人くらいで、合計5万人くらいが作業所を利用している。精神障害者の数は、厚生省発表で216万人です。

ところがこの作業所の社会的な受け皿は何もない。わずかにあったとしても、健常者が指導する作業所のなかでは、一カ月の工賃がわずかに何千円という状態です。しかも作業所の長には、利用者に関して通報の権利が与えられている。私の場合は病者ですから、作業所の長である私自身が移送のルールに乗せられるかもわからないんですけど。

ところで、最初に話した私に電話してきた青年の例

ですが、通報しない場合はどうするのか。私は自分で車で、病院を4カ所ほど探しました。やっとある病院で、話を聞いてくれる医者が見つかった。20歳の彼が、なぜ病院へ入院することを怖がっているのか、拒否するのかっていうことを、じっくり聴いてくれる医者が、やっと見つかったんです。4カ所目で。それで合計一日分の薬をもらって、残りの分は自殺未遂のおそれがあるので私が預かって管理することになったんです。それくらいしなければ、移送制度から逃れられない。移送制度は全く、医療の破壊につながるということです。

本当に私達が求めている医療、夜間や休日を含めての医療というものは、決して移送制度では解決されません。むしろ移送制度によって医療は破壊されるという危機感を持ちます。例えば私が移送のルールに乗ったとします。八王子に住んでいますが、山梨県のほうに連れて行かれるかも知れません。家族は面会に来れない。主治医とは連絡が切れてしまう。友人との関係も切れてしまう。モノではなく生活する人間であるのに。しかも応急指定病院のなかで医療保護入院となると、退院すら出来ない。

実際の例ですが、ある仲間はK病院に医療保護入院させられているんですけど、院内散歩ですら保護者の同行が必要だというようなことが、公然とまかり適っています。いわゆる行動制限の範囲として。医者、看護士の裁量で、そういうことが押しつけられてしまう。そういう例で分かるように、もし私がそういうところへ連れて行かれ、医療保護入院になるようなことがあれば、もう私自身本当に参ってしまおう。

移送制度によって医療が良くなるなど考えられませんが、全家連の一部の人達は、移送制度で家族の負担が減った、賛成だ、私達の要求が実現したって言うようですが、私達病者にとってみれば逆なんです。かえって友達、知人、親、兄弟、さらには主治医との関係も切られて、とんでもないところへ入れられてしまう場合が想定されます。

厚生省は一方で、社会復帰政策を唱えているけれど、移送制度で病院に10何年も入れられたとして、退院して社会復帰なんて出来ませんよね。厚生省は社会

復帰、社会参加、平等などさかんに言っていますけど、ほんとうは違う。私達は厚生省の言う、こういうウツクシイ言葉にだまされてはいけない。そういうキレイな言葉の中身、真意、背景を考え、社会全体の動きとつながりを考えなくてはいけない。言葉をさちんと捉え返してみないといけない。私達「病者」のばあい、ほんとうにシビアです。うっかりすると殺されます。はっきり言って、それはさっさ言った江端くんも言ってることです。

地域で共に生きることを、本気で考えてほしい

先日6月3日のことですが、上野の水上音楽堂で、500人規模の集まりがあったんです。その中で江端君は寸劇をやりました。むかし桜庭さんという人がロボットミ手術をされて、その返返しに医者を殺害しようとして、医者がいなかったために奥さんを殺してしまい、死刑判決を受けてしまった。ところが彼に対しては、良心的な医者や医療従事者達は支援しないで、「あそこまで殺人行為をしてしまったんだ、しかたない」と、切っちゃった。江端君は若いにもかわらず、そのことを知ってまして、寸劇をしたんですが、初めは芝居のつもりがキレてしまって、聴衆に向かって泣きながら訴えてました。「あなた達はほんとうに、そういう目にあつた『精神障害者』、犯罪を犯したとされる触法精神障害者といわれる人達とも、ほんとうに共に生きられるのか」と。それが本音なんです。

また江端君は、処遇困難者専門病棟新設止共闘会議の場で、強烈に訴えました。「私達は、一日24時間、一年365日、自分の通っている精神病院の、自分の主治医にかかりたい」と。その訴えは共闘会議の文面にも載っています。それは江端君個人のことでありません。「病者」全体の問題です。しかしその要求を逆手にとって、厚生省は、「精神科救急」という「対策」を出してきた。その「対策」と一体のものとして出てきたのが、移送制度なんです。あたかも病者の声を聴いたかのようにし、家族の負担を軽くするという声を聴いたとして出てきたのが、この制度です。

今日配られた資料のなかに、移送に関する細かいガイドラインがありますけれども、それがこれから各都道府県で、自民党の小委員会や精神神経学会の専門委員会とも関わって、本格化すると思うんです。でもそうなるってしまったら、さっきの広瀬さんの提起のように、ほんとうに保安処分への一里塚に向かって進んでしまう。今がチャンスだと思います。叩くとしたら、今しかない。移送制度がいったん発動になってしまったら、個人の力では阻止できないし、法律そのものを变えることも出来ない。

今、東京ではまだガイドラインが出来ていない。そういう、出来ていないところもあるんです。いまが運動のしどころです。みなさんが運動に立ち上がって、私達「病者」の、移送制度そのものを完全撤廃してほしいという要求に、真剣に答えてくれれば。

つけ加えますが、さきはど話した江端君の作った『キーサン革命』という本、これはなかなか面白い本です。後で買って読んでいただければ、また最初に話した高見君の署名も、ご協力いただければ有難いと思います。

もう一度原点に帰って、「病者」にとって地域で生きるとは何か、「病者」と「健常者」が共に生きるとは何かを、深く考えていただきたい。その地点に立って、社会臨床学会の皆様が中心になって、今何の改訂精神保健福祉法をもう一度読んでいただきたい。そしてそこから、移送制度というものを根本から捉えなおしていただきたい。移送制度を軸にした現在の精神保健福祉法とは何だろうという私達の疑問の声を聴き、その声を広げる運動に、共に取り組んでいただきたいと思います。

これで終わります。今日は、発言の機会を与えていただいて、どうもありがとうございました。

2 討論

多田さんのお話について、参加者による討論をおこなわれた。その内容はほぼ、人権とカウンセリングの2点にまとめられるが、議論の大部分は「人権論」について行われた。

1. 「人権」をどう考えるか

移送制度はそもそも人権を侵すものであるのに、このシンポジウムのタイトルを含めて、なぜこの制度の登場に関して人権が強調されるのか理解しがたいという質問が、まず出された。それにたいして発題者の広瀬さんから次のように説明がなされた。この制度は、「移送」という人権侵害を精神保健福祉法との間でどう調整するかという点に焦点が当てられている。そこには二つの注意点が盛り込まれているが、その一つは移送制度をむやみに適用しないように適用対象に注意すること、もう一つは適用する場合は手続きに違反しないよう、書面をきちんと整えること、である。つまり人権を侵害するときには、手続きどおりに慎重にやりなさいということである。人権という言葉・概念は、もともと抵抗する側が抵抗の表現として使ってきたものだが、この制度にみられるようにいつのまにか、強制入院制度を作り実施してきた側の論理にからめとられている。その問題を考えたい、と。

それにたいして発題者篠原さんからは、ここでの「人権」は「精神障害者の人権」と限定してくる精神保健福祉法のなかのそれであって、この文脈に組み込まれている。その事実を踏まえて、この制度のなかで「人権」がどういう意味を持っているかを見ていく。そこから人権を問い医療を問うという検討をやっていくことが必要なので、抵抗する側の人権とか作る側のいう人権と分ける考え方でいいのかという発言があった。

問題提起をした多田さんば「人権」について、次のように語った。かつて精神保健法の時代に、東大赤レンガ病棟などを中心として、権利としての自由入院をある程度獲得していた体験がある。いつでも入りたいたいときに入院し自分で出たいときに出来るという方法を、医療従事者をふくめて実現していた時代がある。しかし精神保健福祉法になって、患者の人権確保の名のもとに、任意入院制度が導入されて、医者と患者の話し合いと両者のサインが必要となり、あたかも患者の為のようでありながら、それ以前に勝ちとっていた自由入院をまったく解体させてしまった。もう一度「人権」の中身と質を問うことが大事であり、「人権」概

念で対抗できないと考えるのは悲観論である、と。

一方、高校教員の武田さんはフロアから、「移送問題」にあらわれている精神保健福祉法の「人権」は、学校現場における「君が代・日の丸」問題にそっくりだと語った。建前は「どう考えようと、教員の自由です。強制はしません。人権を侵害してはしません、信条・表現の自由は保証されています」と実施しようとする側はかならず言う。「しかしわれわれは法律できめられているのでやります」と。そして実際には処分も起きる。いまや「人権」なる用語は、行政が積極的に使う言費となっている。「生徒の人権を侵害しないように配慮しなさい」など。人権週間、人権講座・・・、一方で処分。新聞報道では見えない密室リンチとでもいうべき状況がある、と。

発題者の三輪さんは、精神病院現場から見える人権を、次のように語った。日本の精神医療の歴史において人権という話は、精神保健法にともなって表立って出てきた。それは一定評価できるものだとは自分思っているが、しかし一方、人権がいったん法制度で固められるとこんどは、法の手続きにのっとってさえいれればすべてのことが許されていってしまうという事態が起こる。法的レベルの人権とは、手続きをみるものであるから。隔離拘束の問題にしても、手続きに配慮しながらやりなさいというところに焦点が置かれて、中身の問題がおろそかになる。そうすると人権侵害のしかたを定めている法をもって人権擁護の法と言っている逆転が起こってしまう、と。

中学校教員の萩谷さんはフロアから、たとえば子どもを養護学校に送るとき、送った先でその子に必要な何をするのか、具体的中身は語られず、人権の名を借りた人権侵害だけが行われることの問題を指摘した。人権という言葉をごちらが使っていくとすりかえられる。そうではなくて、子どもにしる精神障害者にしる、自分にとって何が必要なのかを、具体的中身で言っていくやりかたをとるべき。人権という言葉は武器としては使えない、と。それに対して、しかし具体的に言ったとしてそれで問題が解消するわけではない、たとえば「私には専門家による心のケアが必要なんです」という話になったときに、すぐに専門家や国

家がでてきてそれでいいのかという問いかけが始まっていく。権利でくっっていると先へ進まないのではが必要なのかを中身で論じあっていく必要はわかるが、それだけではすまない、などの意見が出された。

また、入院体験者の石井さんは、病者のためというポーズで社会治安や保護者の都合にすりかえていく法律のありかたの不当性について発言した。「自傷他害のおそれ」が入院の根拠とされるが、そのおそれを持つのは精神障害者だけではない。同じことをしても、精神障害者というだけで「自傷他害のおそれ」と結びつけるのはなぜなのか、治療とは何か、誰のためにやるのか、病者のためという顔をした法律はおそろしい、移送制度には実に大きな危機感を持つ、これをくい止めるにはどうすればよいのか、と。

2 移送問題とカウンセリング

広瀬さんから、移送委託が実施されている現状について、加えて説明があった。法律で決められている部分は、車と運転手についてだけ。しかし任意入院に導こうという方針は法的にあるから、警備会社のほうもいろいろ工夫をこらして、下手に強制入院させて告訴されたら問題だとカウンセリングを導入したり。最近では精神病院に家族がいくと、何社かの警備会社のパンフレットを渡されるという状況。合法的にやるには、任意入院にもっていくのがうまいやり口。移送制度には、カウンセリングマインドをもって、形として自己決定で強制入院システムにつなげていく新たな商売との提携の回路が含まれる。もちろん病院も従来どおり自前で入院させる仕事はする。そこに民間業者が加わって二重三重の体制になり、入院は短期化させ、患者の回転率を上げて利益を高める要請からも、入院延べ回数がかなり増えていくことになるのではないか。

つづいて、社会福祉士の養成校で学ぶ学生の参加者たちからも、発言があった。厚生省のカリキュラムに沿った教育だけを受けていると、今日ここで話されたようなことを知ることはできず、驚いている。授業では、医療・福祉は21世紀に向けて明るい方向へ向かう

という姿勢ばかり。しかし授業を受けているだけでも、疑問は出てくる。たとえばロールプレイ。人間と人間のつきあいは自然であっていいのに、ロールプレイを学ぶとみんな変わってしまい、人を見る目がなにかいやらしく相手に踏み込むようになり、おかしくなる。今後現場に出ていくにあたっての助言が聞きたい。

これにたいして、医療現場の「先輩」からは、専門家や同僚だけの集まる学会や研究会だけでなく、ふだんの仕事の間をはなれて、患者さんとよばれる人達と話し合える場をもつことが大切と発言があった。また学校現場の「先輩」からは、学校でもカウンセリングは大事と強調され、研修もおこなわれていくが、カウンセラーを置いても学校の問題は解決しない。それぞれ自分のいる場でおかしいぞと思ったことを大事に、それにこだわって一緒に考えつづけていきたいと「エール」がおくられて、4時間にわたる学習会を終えた。

なぜ、私はセラピー文化を全否定しないのか

井上 芳保(札幌学院大学)

1. 「ポンポンが痛い」の誤読の教訓
2. 「臨床」についての幻想と現実
3. 情報技術革命(IT革命)とカウンセリングブーム
4. セラピー文化を全否定すると見えなくなるもの
5. 「強いられる自己決定」から踏み出す可能性
6. 再び「ポンポンが痛い」をめぐる

第8回総会に設けられた『カウンセリング・幻想と現実』出版記念シンポジウムの概要が中島さんのご尽力で前号に載りましたが、そこでの「構築主義感情社会学から社会臨床の知へ」という私の発題をめぐるのは会場からいろいろな御批判や御意見をいただいております。それもあって「発題を終えて」という内容で何か書くのが宿題になっていました。実は昨年はこのシンポの後に「牧人＝司祭型のカウンセリングを超えて：よりよい社会臨床のための試論(『現代思想』28巻9号)」という論文を書きました。これにはいろいろな反響がありました。好意的なものが多かったのですが、批判もありました。本学会員にも実にていねいに細部まで読んで下さった方が少なくないようです。たいへんありがたいことだと思っております。上記の発題、論文共に言葉が足りなくて誤解された部分も少なくはなかったようです。いろいろと補足しておきたいところです。

しかし今回は与えられたスペースの都合もありますから、問題を絞ってまとめなければなりません。そこで何を書いたらいいかと考えたのですが、特に「臨床」という言葉をなぜあえて使うのかという疑問がシンポの場で同じパネラーの野田正彰さんから出ていたことが私には一番気になっています。この学会の存立基盤に関わる重要な問いであるからです。それに答えることを試みた上で、私が「よりよい社会臨床」という場合

にどんなことをイメージしているのかについて今できる範囲で展開してみたいと思います。それはなぜ、ピアカウンセリングや自己啓発セミナーなどのセラピー文化(仮にそのように総称しておくことにします)を私は全否定しないのかの説明にもなります。

1. 「ポンポンが痛い」の誤読の教訓

実は今回の法政大学での総会に私は妻と3歳の子を連れて参加しました。札幌から東京まで飛行機で移動したのですが、もうすぐ着陸という段になって子供が「ポンポンが痛い」と言い出しました。気流のせいでしょうか揺れていました。子供は眼にみえて機嫌が悪くなっていったのです。「ポンポンが痛い。ポンポンが痛い...」と大きな声で繰り返しましたので前の席に座っていた女性の方がご好意で胃薬を出して渡して下さいました。それを妻と私はいやがっている子供に飲ませたのです。スチュワーデスさんからいただいたジュースと一緒に。その直後に子供は吐いてしまいました。座席に敷いていた毛布がすっかり汚れてしまいました。やはり乗り物酔いだったのです。

もしかしら「ポンポンが痛い」とは「気分がよくな」という訴えなのかなともちらりと私は思ったのですが、伏線として出発する前の日に子供がおなかをこわしていたということがありました。だから「ポンポンが痛い」という言葉は本当に腹痛を訴えてのものかもという可能性も捨て切れませんでした。それにご好意で薬を出して下さいました方への義理のような気持ちも働いていたと思います。3歳の子には乗り物酔いで気分がわるいという自分の身体の状態を正確に訴えるための語彙が不足していました。「ポンポンが痛い」という言葉は未分化なものであり、そのときそのときのコ

ンテキストに応じて多様に解釈すべきものだったのです。子供には悪いことをしたなと思いました。

これはたいへん苦い体験です。しかしそれでは大人の我々は自分の身体の状態を正確に訴えるための語彙というものを十分に持っているといえるのでしょうか。そう考えてみると言葉によって表現できるのはごく限られた範囲のことだけだということに気付いて唖然としてしまいます。例えば、痛みを表現する日本語の種類はどれくらいあるのでしょうか。もちろん数え上げれば少なくはないでしょうが、ひとりひとりの「心の痛み」となるとどうなのでしょう。微妙な気持ちを正確に表示する言葉ということになると、3歳の子の「ポンポンが痛い」と似たりよったりではないのでしょうか。言葉ってなんて不自由なものなんだろう。そんな気さえてしまいます。

シンボジウムシンボジウムの討論などでもできるだけ言葉を選んで自分の考えを正確に伝えようとみな努力していると思います。にもかかわらず、すれちがってしまうということが実際には多々あります。自分はそんなことを言ったつもりはないのにどうしてそんなふうに曲解されちゃうのかなあと絶望的な気持ちになることもあります。でもきっとそれが生身の人間同士のコミュニケーションというものなのでしょう。すれちがうからこそ他者と話すのが面白いのかもかもしれません。同じ言葉を使っても私と他者とではそのコンテキストが違うということです。私は曲解だと思いましたが、立場の違う相手にはそのようにしか聞こえていないということでしょう。ただそのように構築されているものがその人にはリアルなのだということは認めなければなりません。例えば、前の席の方が善意で胃薬を出してくれたのも彼女のリアリティに基づく行為であったわけです。3歳の子の「ポンポンが痛い」との言葉を誤読した教訓はいろいろな形で活かされねばならないと思います。

2. 「臨床」についての幻想と現実

ここで臨床という言葉なぜ使うのかという質問について考えてみたいと思います。「社会臨床などと名

乗っているが、いったいどこにベッドがあるんだ、ベッドがないならただのレトリックではないか」という不満を医療に携わる専門家の方々は抱いていらっしゃるようです。特に医学を専攻された方には臨床とは病院などの医療現場で限定して使う概念なのであり、安易なレトリックはやめて欲しいという気持ちが強いようにお見受けします。しかし医療の実際の現場ではどうなんでしょうか。

最近、小林昌廣著『臨床する芸術学』(昭和堂)という書物の存在を知ったのですが、その中に次のような記述がありました。

「「臨床」とは文字どおり「床(ベッド)に臨む」つまりベッドサイドといった意味合いをもっており、患者の横たわるベッドの傍らに医者が寄り添うといったイメージがあります。しかし、現実には医者は入院患者のベッドにはそれほど寄り付かない。医者にとって必要があるとき以外は、あまり患者の傍らには近づきません。本来、「臨床」とはできるだけ患者の傍らにいて、患者の語ることばに耳を傾けることを云うはずなのですが、医療の場面においてもそれは困難なことになってしまいました。(10頁)

制度化した現在の医療システムにおいてはこのようなことが現実になっていると思います。私も高校生の時にしばらく入院した経験がありますが、医者はたまに回診に来るだけです。一つには受け持つ患者の数が多すぎるという事情もあるのだと思います。看護婦さんや或いは隣のベッドの人の方がその日のそのときの自分の状態をよく知っているという意味ではより「臨床」的であるとさえ言えます。日常生活での相互の配慮とか気遣いというものもそういう関係性の中で自然に生まれてくるわけです。そういえばメリル・ストリープが主演していた『誤診』という映画がありました。てんかんの息子を入院させた母親が病院でなされている薬づけの医療に不審を抱くに至り食餌療法を使っている民間の施設をみつけてそこに息子を移して息子を救うストーリーで、これは実話をもとにしたも

のだそうです。毎日、息子のベッドの傍らにいて息子の様子をよくみている母親には強い薬をたくさん飲まされてもさっぱりよくなり、それどころかますますひどくなっていくように思われる。見るに見かねて医師に疑惑を抱き始める。それでてんかんの治療方法について自分で勉強を始め、とうとうそういう民間の治療施設をみつけるに至るわけです。学会では効果が公認されていないその食餌療法のやり方がこの場合はよく効いたのです。

強い薬を使うとその副作用があり、それをおさえるためにさらに別の強い薬を飲まなければならない。さらにその副作用をおさえる薬が必要にというわけでこれは悪循環です。それにこの息子は新しい薬の投薬モルモットにされてしまったようです。いずれも現在の医療制度の中では起こりうることだと思います。私は門外漢ですからよくわかりませんが、医療の現場で精力的に仕事をしておられる医師や看護婦の方々はこうしたよくない実態の存在について実はよく気付いていらっしゃるのではないのでしょうか。

むしろ異論もあるうかと思えます。制度化された近代医療の恩恵というものを我々は全否定などできないでしょう。しかし少なくとも以上からそこが病院でベッドがありさえすれば「臨床」と言えるものではないという点は確認できるのではないのでしょうか。ベッドがなければ「臨床」とは言えないというのは幻想であり、考え方としてもまちがいだと思います。むしろ、患者の傍らに日常的にいて患者の様子に注意を払っているような看護人においてこそ成り立つのが「臨床」的な行為ではないかと思えます。ここでの患者を「何か問題を抱えて悩み困っている人」というように置き換えれば、社会臨床という概念は単なるレトリックではなく、十分に現実的なものとして成り立つと私は考えています。

3. 情報技術革命 (IT革命) と カウンセリングブーム

さて、そのような意味での社会臨床として具体的なイメージが湧くのは、医療以外では福祉、教育、宗教

などといった領域です。『現代思想』28巻9号の論文では「社会臨床」の定義を暫定的にですが、「心のケア」の達成を必要とする社会的コミュニケーションの場」としておきました。カウンセリングルームや自己啓発セミナーの会場はそのような場の一つに他なりません。「社会臨床」がそこだけでないのは言うまでもないでしょう。それらは心理臨床の実践のために意図的にこしらえられた空間ですが、もっと当たり前のものとしての日常的な関係性そのものに本来、「社会臨床」の名を与えるべき場はあると考えられます。問題を抱えて悩み困っている人と言いましたが、自分の中の「悩み」や「困難」を新たに発見する仕掛けが用意されているところが現代の支配構造の巧妙なところでして、そのような状況が批判されるべきことは言うまでもありません。

「社会臨床」についての上記の定義は考えてみると相当に幅が広いわけです。あらゆる社会的コミュニケーションの場というものは本来、何らかの「心のケア」の達成を必要とするはずであるという意見もあるかもしれませんが、「社会臨床」を特別のものとして定義しなければならない状況それ自体が歴史的なものだともいえます。しかしよくもわるくも我々の生きている現代社会とはそのようなものでしかないという認識も必要です。

ところで、カウンセリングブームを批判的に検討するというのが今回、我々日本社会臨床学会が編集し出版した『カウンセリング・幻想と現実』に収録されている17本の論文に共通する視点だといえます。社会のさまざまな場面でカウンセリングの必要性が言われ始めています。例えば、原発事故被災者の心のケアなどということまで言われました。物理的に危険な所から離れることが第一のはずなのにそんなことがしきりと言われます。非常にうさんくさいものを感じます。さまざまな「こころ」系の商品が出回っていることも見逃せません。現代の権力関係や消費社会の構図を歴史的な視点から洞察して批判していく作業はたいへん大事だし、そうした批判の手は緩めるべきではないと思います。

しかしその上で、なぜ今、カウンセリング、カウ

セラリングとこれだけ言われているのかという問題について今の社会がどのような特質を持ったものになりつつあるのかを検討する視点から捉えておく必要性も感じます。現在のカウンセリングブームは一過性のブームにすぎないのか、それとももっと深層での構造的な社会変動の中で起きている事態として捉えるべきなのかについて十分な注意が必要だと思います。この点は今回の『カウンセリング・幻想と現実』でまだ誰も十分に述べていない点だと思ったので、『現代思想』28巻9号の論文で触れてみました。以下でそのあらましについておさらいしてみます。

これは私の今所属している社会情報学部というところでの研究課題ともつながる話ですが、いわゆる情報技術革命(IT革命)を含む社会の情報化の急速な進展という事態は見落とすことができない大きなものです。資本主義経済のグローバル化には情報技術的な裏づけがあります。つまり、インターネットがまさしくそうなのですが、全世界に張り巡らされた情報通信ネットワークを通じて我々は地球上で起きている様々な出来事について迅速に知ることが出来るようになってきました。地球の裏側の人も難なく交信できます。そうすると我々の日常生活レベルでの時間と空間に関する意識も変わらざるを得なくなってきます。すなわち、空間と時間の均質化、画一化が人々に強制される過程が進行するのですが、その過程は自らがこれまで帰属してきた空間と時間の絶対性を希薄化させます。昨今の若い女性たちのエスニック志向などは好例でしょう。個人は自分たちの今生きている社会のリズム以外にもリズムがあると気付くことになり、そうすると個人の選択肢は増えます。それは個々人が自己決定を強いられるという状況の到来を意味します。ここで我々は「自己決定の装いをとる」という現象の意義を社会的によく考えてみるべきなのです。

アルベルト・メルッチが『現在に生きる遊牧民』(Nomads of the Present)などで述べていることですが、地域社会や家族といった個人のアイデンティティ形成にとってこれまで決定的な機能を果たす準拠集団の拘束力が低下し、個人が様々なサブシステムに帰属して多元的な時空間のなかに自らの生きる場をもつに至る

「複合社会」には隠れた権力関係が生み出されるという問題があります。「複合社会」では個人の自己選択の占める比重が高まっていくのであり、何か行為するに際してそれまではあてにできた既存の制度や規範などによって囚われる度合いが低下するというのです。個人は行為状況ごとに必要な情報収集を自ら行い、自らで意思決定して行動せねばならなくなっています。自己準拠性、自己決定性がいやがうえにも高まり、かくして個人は膨大な情報の行き来する交錯点において情報の流れの受容または遮断の操作を通して、自己の統一性を維持する「選択としての存在」に変化した。こうした事態をメルッチは「個人化」と呼ぶわけです。

こうしてアイデンティティとは「本質」ではなく、「一つの場(a field)として開かれ、それはある種のシステムやプロセスそのものとして自ら変わり再構造化する変容体となるとされます。ここに生ずる「アイデンティティの紛争」は個人に多大なリスクを負わせざるを得ないし、社会的時間のリズムの強制は身体の時間感覚を破壊するような病理をも生み出します。情報の解釈の仕方を暗示する言説という新たな権力が作動し始める可能性を個人化は孕んでいます。自己決定を強いられる領域はどんどん広がり、我々は自分についてそれまで気付かずに済ませていたものにまで気付くようになります。例えば、生活環境や身体に関する事柄です。衛生や栄養の状態、教育や健康に関する情報の増大ということがあります。予防医学的言説の社会的浸透のためにいつも自分や周囲の人々の病理に敏感になるということが起きます。人々は自分の体調についての自覚とは無関係に自分の中に「病気」を発見するようになる。自己啓発セミナーという「本当の自分」探しの商品化もこうした動きに伴って発生している社会現象の一つです。それが主観的にいかに「よい」ものでもそこに潜む新たな権力を見抜かなければならないと思います。注意して言ったつもりなのにシンボでの質問を振り返ってみるとやはり誤解もあったように思われますが、私は手放しで自己啓発セミナーを擁護しているわけでは全然ありません。

さて、上記のような「複合社会」において生活は無限なまでに分化を遂げます。「他でもありうること」に各

人は開かれるわけですから、各人が要求される社会的役割が多くなり、すばやく自己決定しなければならない負担も増えます。今や自己決定は強迫観念のようになっているともしえましょう。すなわち途方もないくらいの心理的緊張を個人は強いられているのであり、それに応じて心理療法のような「こころ」系サービスの需要の圧倒的な増大ということが社会の各方面で起きています。現在のカウンセリングブームとはまさにそのようなものであるわけです。カウンセリングはその社会的機能を我々がいかに厳しく批判しようとはやはり理由があって広がっているものなのです。「こころ」系サービスの需要は社会構造の変化の中で今後も確実に伸びていくものだという気がしています。

とするとカウンセリングの社会的機能を繰り返し批判するだけで大丈夫なのだろうかということを感じてしまいます。最近では社会学の中にも臨床社会学という分野が出現して環境社会学などととも学会でもかなり注目を集めています。社会学者というのは時代のトレンドに鋭敏な人達ですから、これは私の定義するような「社会臨床」的領域への人々の関心が高まっていることの証でしょう。シンポの発題でも批判されることを承知の上で「社会臨床の知」という概念を敢えてうちだしたのはそのような理由からです。注意していただきたいのはだからといって、現在のカウンセリングブームを手放して承認するというのでは全然ない点です。現状のような「心の専門家」の権威をあてにした非対称的なカウンセリングとは別の「社会臨床」の可能性というものを「こころの時代」ならばこそ考えねばならなくなっていると思うのです。ごく日常的な関係性の中にそれを取り戻していくことはいかにしたら可能なのかという戦略論が必要になってくると思います。

4. セラピー文化を全否定すると 見えなくなるもの

ところで、浜田寿美男さんが『図書新聞』の4月29日付けの号に書かれた『カウンセリング 幻想と現実』の書評の存在を私はシンポジウム当日初めて知りました。当日の控室で中島さんからファックスのコピー

を渡されてです。シンポ開始間際でしたのでその場ですぐには読めず、じっくり読ませていただいたのは北海道に帰ってからです。その中にある次のような指摘には思わずラインペンでマークしてしまいました。私が言いたかったのはまさにこのことだったと思ったからです。実を言うと私の『現代思想』28巻9号の論文はこの書評が大きなヒントになって構想がまとまったものだったのです。

「しかしそれでも人々はカウンセリングを求め、自分探しに走り、自己啓発セミナーに引き込まれ、宗教に救いを求める。それを幻想だと言ってすむわけでは、もちろんない。人々がその種の幻想を抱いてしまうというのも一つの現実なのである。人が幻想を抱いてしまうという現実と、幻想は幻想でしかないという現実、その二つの現実のもつれをどうほぐすのか。本書からはその糸口が見えるようできて、見えきらない。正直言ってそのもどかしさを禁じえないのだが、よく考えてみると私たちを囲む状況の問題はそうやわなものではない。」

浜田さんの言う二つの現実のもつれを丹念にほぐしていく作業にこの学会は着手しなければならないのではと思います。その意味で多くの人々がカウンセリングに幻想を抱いているという現実をただ批判するだけではやはり不十分なのです。そのような現実の中に潜んでいる新たな可能性を見出し、いかなければならないという気がします。

先に紹介したメルッチにはこうした視点がみられません。すなわち、複合社会のもたらす「アイデンティティの紛争」は同時に個人が自らの体験をかけがえのない独自のものとしてみつめ直すきっかけを与えることにつながっているとメルッチは述べています。こういう両義性を視野に入れているところがメルッチの面白さだと私は思います。我々現代社会に生きる人間にはアイデンティティ不安にかられて存在証明という名のゲームに巻きこまれ、己の「心の貧しさ」をそこはかとなくであれ実感して、例えばセラピーを自分の意

思で選択しなければならなくなる可能性が常につきまっています。自己啓発セミナーというのはそういう人達にとってオアシスのように映るのでしょう。現に「本当の自分」という切りのないものを追い求める人々を吸引する磁場のようなものが自己啓発セミナーのシステムには働いていて、ねずみ算式に参加者が膨らむのだらうと思います。

自己啓発セミナー参加者の調査はまだ続いています。インスピレーションのようなものを求めて参加する人もいますが、何らかの形で傷ついてきた人がやはり多い。例えば、さんざん傷ついてきた経験の蓄積はその個人の性格をどのように歪めるのでしょうか。何に対してでもまず反対したくなる。反発すること、反論することそれ自体がアイデンティティのようになっている。ちょっとした表現の違いを許容することができない。相手の言うことをきちんとかきかずに曲解してワンパタンの批判を重ねる。こういう人はたいてい身体が硬直しているし、気持ちもささくれだっている。コミュニケーションスキルも乏しい。そんな人間はよく見ると我々の周囲にうようよいますよね。自己啓発セミナーのお客さんにはそういう人が多い。社会の情報化に伴ってそういう人の生きづらさが増していると考えられます。潜在的な需要があるから供給がビジネスになる。ですからルサンチマン処理産業というのはやはりこれからの成長産業なのだらうと思います。ルサンチマン処理の機構はむしろ自己啓発セミナーだけではない。そう考えると、ピアカウンセリングを導入している自助グループなどの運動を全否定してしまうのは得策ではないように思われます。当事者だけで固まっていて閉鎖的であるという批判もありますし、それは一面ではまさしくあたっていると思いますが、いろいろな意味で傷ついている人が当事者同士で悩みを語り合い、問題を共有することから始めてひとりひとりにとっての問題解決の可能性を模索していくというのは健全なことではないのでしょうか。少なくとも自助グループは関係の対等性を原則としています。ですから制度化された「心の専門家」の権威を前提となされるカウンセリングと同列にして批判すべき対象では全然ないと思います。むしろピアカウンセリングを

全否定してしまうと何が見えなくなってしまうのかと問いを立てる試みを篠原会長などが率先してなさって社会臨床学会の仕事として今後積極的に展開していくべきではと私は考えています。ウーマンリブのリーダーだった田中美津さんが最近、『QUEER JAPAN』の3号に寄せた文章で自助グループについてこんなことを言っています。

「摂食障害で苦しむ人が集まって作る自助グループってとても必要だと思う。苦しみは分かち合うことによって癒されていくからね。でも自助グループをずっと続けていくと、へんに居心地が良くなって『摂食障害の子でーす』とか、自分を紹介するときに『摂食障害の...』とか『ACの...』とか言うようになるのね。摂食障害がアイデンティティのようになっちゃうの。それで、弱者の連帯みたいなのところにいつまでも漂ってしまって……。それってなんにも産み出せない感じがするんだよね。(130頁)

私はこの両義的な評価に共感を覚えます。過渡的な場として自助グループの存在は認めるべきです。そこでの原則は「言いつばなし、聞きつばなし」。対等で干渉しないから居場所として居心地がいい。そういう段階のセラピー文化を全否定するのはまちがいです。

5. 「強いられた自己決定」から踏み出す可能性

シンポでも話しましたように私は自己啓発セミナーに対して両義的な態度を取り続けています。「アイデンティティの紛争」に対応した商品としての自己啓発セミナーのシステムに問題が多いのはもちろん重々承知なのですが、そのプログラムの内容をみると個人をして支配的文化に浸透した差別と向き合わせていく可能性がたっぷり含まれていると感じてその魅力を捨て切れないからです。ですから「ルサンチマン処理産業の社会的機能」を斜に構えて分析して批判しなくて悦に入っていた時期も私自身にあったのですが、それだけでは不十分だらうと或る時点から感じ始

めまして今日に至っています。

自己啓発セミナー参加の結果、シンポでの発題にて紹介したナラティブセラピーの「アカウントビリティ」と同質の高貴な生き方へと人は誘われていく可能性がある。そこから「強いられた自己決定」の畏に気付くということも生まれうるわけです。自己啓発セミナーという商品は或る意味で危ない商品です。参加者本人と資本主義システムの双方にとって。「強いられた自己決定」の結果、足を踏み入れてしまった成果として「強いられた自己決定」そのものの空虚さに気づく。この逆説的事態の価値は大事にせねばと思います。

『カウンセリング 幻想と現実』の執筆者のお一人である広瀬さんがシンポの折にフロアから神奈川での事例をお話になり、ピアカウンセリングは一見すると当事者が要求する装いをとる形で支配の道具に使われている実態があると強くおっしゃっていたのを記憶しています。神奈川の事情はよく知りませんが、確かにそういう実態があるのだらうと私にも想像がつかます。そして現代社会で「自己決定」とが「ボランティア」が要注意の概念となっているという点でも私は広瀬さんの指摘に共感します。ですから仰りたいことは非常によくわかるのです。しかしそれとは違う側面にも光をあててピアカウンセリングの積極的な意義についても考えてみてはいかがでしょうか。

最近の自分は少しメルッチに嵌り過ぎかもしれませんが、メルッチの現代社会分析について共感しますし、またその柔軟さにも惹かれます。それに倣うと例えば「強いられた自己決定」の畏が露骨で見えやすい状況になっているからこそ、今ピアカウンセリングが面白いというように考えることもできます。矛盾に直面していることに多くの人が気づくことによって運動に新しい方向性が生まれてくることもある。そこに希望が見出せます。

今後の課題として「よりよい社会臨床」の内実をより精密に構想してみたいと思っています。そこに私は支配的文化に浸透した差別を暴いて自分の生の自由度を高めていく機能を期待してしまいます。自分の日常生活における慣習的实践を相対化することです。例えばシンポの場では野田さんから出され、会場のみなさん

がついつい笑ってしまった、校長先生がソーブランドへ行ったという事例があります。これを意図的にコンテキストを変えて即興で使ってしまったので壇上で野田さんに怒られてしまいました。我々の中にある校長先生がエロス系の商品を購入することへのタブー意識は何に由来するのかとよく考えてみると学校という場に我々が暗黙のうちに何を期待してしまっているのか浮かび上がってきます。

エロス系の商品が現在の消費社会で果たしている役割やその是非については別の議論をしなければなりません。学校の先生がそれを購入することは他の職業の人が購入するのと同じ程度のこととしてみなされるようにならないと学校という場は面白いものにならないのではという気がします。誤解を恐れずに言えば「社会臨床の知」はもっとエロスの復権と結びついてもいいように思います。「臨床」のベッドにはそういうものもあるわけです(笑)。もちろん「社会臨床の知」は宗教性の再考と結びつくし、情報技術革命によってもたらされた新しい情報ネットワークを活かしていくこととも大いに結びつくと思います。また「みんなでのしく過ごすにはどうしたらいいかを基本に物事を考えるようにしている」とシンポの最後におっしゃっていた岡崎勝さんの主張とも接点を持つものとなると思われる。(岡崎さんはシンポの場ではさぞ不快だったのだらうとお察しします。)

現在の臨床心理学ブーム、カウンセリングブームそのものはいずれ終息すると思うのですが、その深層にある「アイデンティティの紛争」という動きはメルッチの現代社会論の主張を辿ってみてもわかるように社会構造の大きな変化の中で生まれてきているものですから、今後も続いていくと思われる。私の予測では「臨床」という概念を基軸として、福祉・医療・教育などを包括する、より広範な意味での社会臨床空間が開けてくる時代がいやでも到来するのではないかと思います。そんな中で「心の専門家」に依存するのではなく、あくまで普通の日常性の中に潜む当たり前の関係性を再発見することにこだわって問題を考えていこうとする点が社会臨床学会の魅力的なところなのだろうと思っています。

6. 再び「ボンボンが痛い」をめぐって

法政大でのあのシンボからかれこれ10カ月が過ぎ、うちの子ももうすぐ4歳になります。ずいぶんいろいろなことをしゃべるようになりました。周囲から言葉を吸収して自分のものにしていく力の凄さというものに圧倒されています。最近はお母様がよい手出しをすると「ぼくが、ぼくが．．．」と自分でやろうとして怒られてしまいます。さまざまな関係性の中で子供が育っていくということに日々接していて、日常的コミュニケーションの重要性を改めて認識しています。子育てに関わる日常というのはけっして「心と心のつながり」などというきれいに還元されるものではないのはもちろんです。

冒頭で示した「ボンボンが痛い」という言葉の真意を状況に照らして聴き分ける力の例のように対人関係におけるコミュニケーション能力、看護人的能力というようなものへの関心がこれからの時代に一層強まってくることは確かです。敢えて比喻を使わせていただくと、こういう場合に産業社会段階なら胃薬として性能の優れたものの調達に専ら関心が注がれていたのが、ポスト産業社会(情報社会)段階になって「ボンボンが痛い」という言葉をどう受け止め、どう適切な対処をとるべきかに主たる関心が注がれるようにシフトしたということです。その適切な対処の内実をみたととき、いわゆる「心のケア」的なものへの関心が増しているという現象の存在も指摘できます。もちろん「心のケア」だけが独立して存在するのではなく、周囲との人間関係がどのようなものかがものを言うわけです。今の「ボンボンが痛い」という場合では、私たち両親に想像力が不足していました。正確に状況を捉えて適切な判断をできなかったわけですから。スチュワードさんや前の席の人もそうでした。もしも過去に同じ経験をしたことのある人が近くに座っていたら「それはきっと乗り物酔いで気分が悪いという意味だよ」とアドバイスしてくれたかもしれない。いずれにしてもこれはごく日常的な光景で「心の専門家」の権威依存以前の問題です。自助グループで対等性を確保してなされるピ

アカウンセリングについても実情はそんな程度と考えていいのではありませんか。むきになって批判する対象では全然ないと思います。それよりも批判の矛先はもっと大きなもの、権力と結託して強固な正当性を得て多くの人々に影響力を行使しているカウンセリングや臨床心理学の方に向けられるべきです。

その意味で鷺田清一さんが出された『「聴く」ことの力 臨床哲学試論』という書物において「聴く」という言葉で表現しようとしているものの中身が気になっています。評価できる部分とそうではなく批判しなければならぬ部分をどう峻別すべきか慎重な吟味が必要だということです。メルッチもまたChallenging codesという書物の冒頭で新しい社会運動の特質を評価するに際して、近代主義に侵されたものとしての「解決主義的態度」に対置するものとして「聴く態度」ということを述べているのですが、鷺田さんの議論とよく比較してみたいと思います。それに同じ哲学者でいち早く「臨床の知」ということを提唱していた中村雄二郎さんのお仕事『臨床の知とは何か』もあります。この書物は社会臨床学会のメンバーによって出版早々に厳しく批判されたものですが、その意義については再検討しなければならないように私は思っています。それらの作業を踏まえて社会臨床学会(会)はこれから何をすべきなのか、何ができるのかを熟考していくことはこの学会の次の仕事として重要なものとなるのではないのでしょうか。私も近く中間的な構想を発表するつもりです。(取り敢えず、9巻1号用に「心理主義化社会における社会臨床学の課題」という論文を用意しています。「心の教育」路線こそが『いじめ』を深刻化させている原因であるとする或る社会学者の説に触れます。また「キレル」事態が多くなっている現象をいわゆる「困った人」本の流行という事態をよりどころに知識社会学的に分析した別の社会学者の仕事にも触れます。乞ご期待。)

付記

この原稿をほぼ書き上げていた段階で、林延哉さんによる私への全面的批判を内容とする御論稿、「社会

臨床学会はよりよいカウンセリングを模索すべきなのか? (『社会臨床雑誌』8巻2号)をご好意で学会誌の発行に先立って読ませていただきました。正確には2000年12月2日のことです。こんなにいいいに私の書いたものを読んでノートまで作って下さっていたのかと深い感激を覚えました。林さんが悩める人にクリニックを薦めるとは知りませんでした。そこでの「心の専門家」の行うカウンセリングを愛好するか否かは全く個人の選択の自由です。その点、私がどうこうと言う筋合いではありません。しかし林さんの御論稿には私への誤解、曲解も少なくないようですから、それについて最低限のことは指摘しておかねばなりません。自己啓発セミナーの或る部分を私が評価していることを論拠にして私があたかも「癒し」を無条件に志向する立場の人間であるかのように仮想して論じていますが、事実はむしろ逆です。「救済願望、ヒーラー願望」こそは最も注意すべきものだと論文でも記しています。よくお読み下さい。われわれの生活にも見えにくい形で浸透しているキリスト教道徳に問題の根源があると見当をつけたので、キリスト教以前のセネカの「自己への配慮」を引き合いに出して「よりよい社会臨床」のための条件をどうしたら作り出せるかを考えてみたのです。また私がナラティブセラピーへの過剰な思い入れの危険性に釘を刺して「実に多くの種類のヴァリエーションが編み出されているカウンセリングやセラピーの技法についてあれがよくてこれがよくないという話をするのがとても難しいという気がしてくる」と書いているのにそれを無視してお前のは心理臨床の話だと決め付けてしまうのはなぜなのでしょう。誤解を受ける書き方をしてしまった箇所があるのかも知れませんが、私の主たる関心はそこでどんなセラピーが使われるかにはありません。私が言及した自己啓発セミナーもアムウェイも自助グループもそれぞれ一つの社会的な場です。さまざまなコミュニケーションがそこでは達成されています。顕在的な機能も潜在的な機能もそこにはあります。むしろ「心の専門家」の権威が無色透明のはずはありません。非指示的カウンセリングのような非日常的なコミュニケーションがややすと成立してしまうのには「心の専門家」の権威が

多分に寄与しています。臨床心理学と非日常的関係性とのこの根深い共犯関係こそ我々が暴かねばならない本質的な部分です。その点を忘却して心理学者の権威と結びついた構造のカウンセリングをナイーブに愛好することはできません。いくら悩める人であっても安易に薦めるのはまちがいだと思います。「心の専門家」の権威と親和的なカウンセリングか否かの識別には「牧人=司祭型」概念はやはり重要です。いろいろな事情があって上記のそれぞれの場に来る人は多数います。浜田さんの言うようにその事実は無視できません。教条的に批判しさえすれば社会臨床学会として責任を果たしたとは言えないでしょう。現状がどのようなものであるかを冷静に把握し分析した上で、どうしたら現状をよりよい方向に変えていけるかを提示することこそがこの学会の仕事だと私は思うのですが、いかがでしょうか。「何に對してでも反対する。しかし反対した通りになることを心底望んでいるわけでは少しもない」ような人々を口をきわめて批判すればいいという段階は私自身がもう卒業したつもりです。あまりくどくどと細部について反論する気にもなりません。林さんが今回、ノート風に私の二論文から抜き出して下さった部分とそうではない部分、さらにルサンチマンや自己啓発セミナーについて言及した以前の私の仕事などを併せてお読みいただけるなら、林さんの御指摘の多くは言いがかりだと読者の皆さんにはおわかりになるでしょうから。林さんと私がこれ以上、言い争う必要はないと思います。重箱の隅をつつくような論争は不毛です。もっと生産的な方向性をめざした方がいよいように思われてなりません。

文献

- 浜田寿美男2000『『カウンセリング 幻想と現実』の書評：人々がカウンセリングに求める「幻想」とカウンセリングが人々にもたらす「現実」(『図書新聞』4月29日号)
- 井上芳保2000「牧人=司祭型のカウンセリングを超えて：よりよい社会臨床のための試論(『現代思想』28巻9号)

小林昌廣1999『臨床する芸術学』(昭和堂)

Melucci, Alberto, Nomads of the Present, Social Movements and Individual Needs in Contemporary Society, edited by John Keane and Paul Mier, Temple university press, 1989. = 山之内靖・貴堂嘉之・宮崎かすみ訳『現在に生きる遊牧民』(岩波書店)

Melucci, Alberto, The playing self Person and meaning in the planetary society, Cambridge university press 1996.

Melucci, Alberto, Challenging codes Collective action in the information age, Cambridge university press 1996.

中村雄二郎1992『臨床の知とは何か』(岩波書店)

田中美津2000「ときめくブスは美しくなる」(『QUEER JAPAN』3号)

鷺田清一1999『「聴く」ことゝの力 臨床哲学試論』(TBSブリタニカ)

「直接的関係」とは何だったのか？

林 延哉

1 はじめに

四年前に書いた「施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの意味」[3]という文章の中で僕は、府中テント闘争(1)の経緯と施設を出て町で暮らすことを選んだ人達の言葉を聞きながら、僕達が望む暮らしのあり方・社会のあり方を「直接的関係」「当たり前の人間関係」という言葉を使って考えようとした。

実はその時にこの「直接的関係」「当たり前の人間関係」という言葉の内実は曖昧だったと自覚している。「直接的・当たり前」という言葉の持つイメージに寄りかかって、施設を出て町で暮らすこと・あえて施設で暮らすこと・施設の職員として施設を批判しつつも働くこと、をトータルに捉える枠組を見出せないままに文章を終えてしまった。

本論文では、この「直接的関係」「当たり前の人間関係」ということの意味について、もう一度考えてみたいと思う。

2 「施設と街のはざまで：

「共に生きる」ということの意味」

「施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの意味」は、日本社会臨床学会が編集した『施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの意味(いま)』[2]の最終章にあたる。

この本で僕達は、1960年代の終わりから70年代の始めにかけて東京都府中療育センターを舞台に府中テント闘争を闘った人々のその後を辿り施設を出て町で暮らすことの現在を訪ねながら、昨今かまびすしく使われる「共生」「共に生きる」ということの意味を考えよ

うとした。

「共生」という言葉は、例えば「障害児である」という理由をつけられて特定の子供が校区の学校への進学を拒否され就学猶予をさせられたり、養護学校や特殊学級への進学を迫られたりする時に、分けられず排除されず近所の子供達と同じ学校・学級へ通いたいという願いと行動とともに生み出され用いられた言葉である。「強制」に対して「共生」、「教育」に対して「共育」という多分に運動的な語呂合わせでもあったろう。

現在では「共に生きる」という言葉は、「障害者と健常者が共に生きる」とか「高齢者と共に生きる」という具合に何の抵抗もためらいもなくそこそこで用いられるようになったが、かつては「障害者と健常者が共に生きる」という一見至極当然に聞こえる言葉に対しても「障害者」と「健常者」とに分けた上での「共に」でいいのかというようなすどく問題を指摘する批判があったのだ。「共生」は施設解体の主張や養護学校義務化阻止の運動の中でスローガンとして用いられていたのだった。

かつて、分けられ排除された側が、分けない・分けられないことを主張するためスローガンとして使い、相手側からは拒まれてきた「共生」という言葉が、いまでは誰もが安心して使える言葉になっている。本の中では『「共に生きる」は変わったのか？』と問い、「共生」という言葉の意味を考えた。

そこで、

その時、その都度に求めたものや闘う相手は違ったけれども、分けられ、排除され、無視されることへの怒りと抗議は共通するものであった。一部の人間を「障害者」として括りだし、特

別のシステムによって囲い込むことへの拒否であった。[3,p.241]

と、かつての「共生」の意味を括り出し、

そして、現在、「障害者」のみならず、全ての人が、それぞれに分けられ、隔てられ、金銭と商品のシステムによって繋がれている。「障害者」もまた、満足の出来る福祉システムを求めつつある。

しかし、その中であって、そのシステムとシステムによって分断されつつある個々人を貫いて、「直接的な」関係を生み出し、生き合おうとすること、それが、「共生」の意味であり、その意味を込めて、僕たちは、しばしば「せめぎあう共生」という言葉を使い続けている。そして、「共生」は、「今はないけれど、いつかは実現する(べき理想的形態)でもない」と僕たちは思う。「間接的な」関係と「直接的な」関係とがクロスし、せめぎあう時と所に、リアルな「共生」は在り続けるのである。全ての人が、「生老病死」を生きるものであり、その時と場に、「老若男女」が輻輳し合い相互的に生き合う他ないという、現実と理念を引き受け合っていくことこそ、現在の「共生」の意味なのであると、僕たちは思っている。[3,p.241-242]

と現在における「共生」の意味を描いてみた。

「健常児」と「障害児」という分断に対する分けられ排除された側から分け排除した側への糾弾と連帯への希望が「共生」という言葉の意味だった。分けられた側の思いをひとつにまとめ分けた側へ分けたことを糾弾しつつ分けず・分けられず同じ場所で生きていこうという連帯を求める言葉だった。

それが現在では、きめ細かく市場が提供する様々なサービスによって、人々は個々人の単位で分断されてしまった。実際には「障害児・者」という括り出しも存在し続けている。が、「健常者」に対しても「障害者」に対しても「個人」を単位にして提供される様々なサービ

スが、「健常者」「障害者」という人々を二つに大別してしまうような括り方の存在を見えにくくする。それは排除される側から言えば排除している主体を同定しにくくするし、排除している側に対しては自らが排除する側であることを自覚しにくくさせている。「排除する・されることなく同じ場所で生きていく」という暮らしを生み出しにくくしている。だから、そうしたサービスに自らを全て委ねてしまうのではなく、人と人との間に「直接的な」関係を生み出し分断に抗していくことが現在における「共生」という言葉の意味だと言うわけだ。市場が提供するサービスを拒否するわけではないが、全てをそれにゆだねることなく「直接的な」関係によって分けない・分けられない暮らしを生み出し続けていくことが大切なのだ、という提起である。

このこと自体は、今も間違っていたとは思わない(2)。

だが、一方に「市場が提供する様々なサービス」というものを措定し、それが生み出す個々人が分断されて在るという状態を規定し、それと対立するものとして「『直接的な』関係」というものを措定し、人々が同じ場所で生き合っている状態を規定する、という構図の描き方が単純に過ぎたのではないかという嫌いはある。

また、「間接的」関係と「直接的」関係がせめぎあう時と所にリアルな共生はあり続けるというが、その具体的姿は見えにくい。ともすれば、「お金による関係ではなく、心と心のつながりを」というようなフレーズと同一視されてしまうかもしれないし、それは別の視角から見ると、高齢者の介護は家族の責任というような考え方を正当化することに寄与してしまうかもしれない。制度として提供される福祉サービス等的一切を否定することにも繋がりがねないし、その否定は現実の福祉サービスの提供される場面における関係を、かえって正に僕たちが危惧するような関係へと追い込んでいくかもしれない。

そこで、ここではこれから、小沢牧子さんと加藤彰彦さんの文章を参考にしながら「直接的関係」ということの意味について考えたいと思う。

3 「心の時代」は人を救えるのか

『現代思想』2000年8月号の「感情労働」の特集の中に、小沢さんの「心の時代」は人を救えるのか」という文章が掲載されている[5]。

昨今人々は過剰なカウンセリング願望・カウンセリング幻想を持っているとして、その願望・幻想がどのように人々の中に生み出され定着されていったのかを述べた文章である。

カウンセラーという言葉が広く知られるようになったのは1990年代の「いじめ」問題に対する文部省のスクールカウンセラー派遣事業によるが、その前段には1980年代の校内暴力が問題となった際にそれを「心の問題」としそれに対するには「心の専門家」が必要だという宣伝がなされ、その宣伝は実ば「心」という新たな市場を開拓しようとした臨床心理学専門家等が中心となって行っていたといった背景がある。

そしてそのような宣伝が一定程度効を奏したのは、日本における消費社会の進行によって人々の消費が、差異を消費することによって個性化を実現するというスタイルに移行し、人々が各々に自分を磨くことを求めるようになる中で「心」も磨くべき対象として商品化されていったことがある。

また、若者が「心」「感情」にこだわるようになったのは、60年代から70年代にかけての若者達の意義申し立ての時代の揺り戻しもあるだろう。

小沢さんはこのように現代の人々が持つ過剰なカウンセリング願望・カウンセリング幻想を読み解いていくのだが、こうした「カウンセリング」という記号の解読とともに、カウンセリング場面の持つ構造の批判も自分の体験に基づきつつ語っている。ここでは、そちらの部分を中心にみていきたいと思う。

カウンセリング場面でのカウンセラーはクライアントに対して、クライアントがカウンセラーに話した話をそのままクライアントに返すという技法を使う。クライアントが自分の気持ちを話すとカウンセラーは

「あなたはこう感じているんですね」と返し、「そうかなあ」「そうだね」という風には返さない。このような言葉のやりとりは対話ではないし、カウンセラーがクライアントに対して一方的にそうした技法を使う関係は対等な関係ではない。それゆえに小沢さんは、カウンセリングを「失礼な技法」だという。

クライアントのひとつひとつの言葉を「受容する」ということも、実際には評価・判断しながら受容するのであって共感でもなんでもない。小沢さん自身もかつてカウンセラーをやっていたことがあり、こうした関係に居心地の悪さを感じたという。普通に対等に話をしていきたいと望むと、カウンセリング技法等は使わなくなってしまったという。

ロールシャッハテストひとつとっても「どんな風に見てもいいし、正しい答はない」とクライアントに告げるのだが、実際にはどんな風に見れば問題なしとされるのかという採点基準が存在している。

カウンセリング場面ではカウンセラーはクライアントの話す話にカウンセラー個人の意見を交えて答えるのではなく、即ち対話をするのではなく、カウンセラー自身の意見や感想を交えることなくクライアントの語った話をそのままの形でクライアントに返していく。それを「受容」という言葉で呼ぶ場合でも、それはクライアントの意見をカウンセラーが受け入れるという意味ではなく、クライアントがどのような意見を述べたとしても、そこにカウンセラー個人の意見や感想を差し挟むことをしない、ということである。心理テストを行う際のクライアントに対する説明も端的に言えば嘘をつくことになっている。このようなカウンセラーとクライアントとの関係は対等の関係ではない。もしもクライアントがカウンセラーと対等な関係を望んでいるとするならば、カウンセラーの態度はクライアントからすれば「失礼」な態度である。また、もしもカウンセラーがクライアントと対等な関係で対話をしたいと望んだならば、カウンセラーは結局のところカウンセリングを降りなければならぬ。こうして小沢さん自身もカウンセリングや心理テストから降りてしまったようである。

小沢さんも語っている通りカウンセリングはひとつ

の技法・技術である。そこではカウンセラーとクライアントという二人の人間が関係を結ぶが、それは対等な関係ではない。一方がカウンセリングに関する技法を用い、他方は技法を用いられる関係である。

カウンセラーは技法を用いる役割を担う存在であって、それが可能であるならば誰であってもよい。一方のクライアントは、カウンセラーが提供する技法を消費する消費者であり、カウンセラーを演じている特定個人ではなく、カウンセリングの技法を提供してくれるカウンセラーという役割的存在に直面しているわけである。カウンセラーは、自分が提供するカウンセリングの技法を用いて自分の問題を解決しようとしているクライアントという役割的存在に直面している。カウンセリング場面でのカウンセラーとクライアントは、技法の提供者と享受者、あるいは技法の生産者と消費者という関係においては「対等」と呼べるかもしれない。

「対等」とはどういう意味なのかを明らかにしなければ「対等な関係か否か」というような議論は不可能なのだが、そのようなことにこだわらなくても、カウンセリング場面にはカウンセラーとクライアントとの間にある種の関係があり、他方に小沢さんがカウンセラーとクライアントとの間に見いだしたいと願う関係があり、その両者が異なっていること、小沢さんが望む関係をカウンセリング場面に求めることは、即ちカウンセリング場面から離脱することになるのだということは明らかである。

カウンセリング場面における関係が『施設と街のはざま』の中で『間接的關係』、小沢さんの望む『対等な関係 = 対話する関係』が『直接的關係』に対応するだろう。ではその違いはどのように考えられるだろうか。

カウンセリング場面における関係では、カウンセラーにとってはクライアントが、クライアントにとってはカウンセラーが、どのような人間であるのかは互いに関心のないことである。クライアントにとってカウンセラーはカウンセリングの技法の提供者であればよく、その条件にあえば誰であろうと、極端にいえばカウンセラーが途中で交替しようと問題はない。双方

とも交替可能な関係がカウンセリング場面におけるカウンセラーとクライアントの関係である。

一方の「対話する関係」は、この表現に従えば、互いを特定の個人とする関係であり、言わば相手を固有の名前と身体を持った存在として対する関係である。勿論双方とも交替は不可能である。

小沢さんのカウンセリング場面の構造に対する批判は、カウンセリング場面においては人と人が互いに役割的存在・交換可能な存在として出会っていて、相手を固有の名前や身体を持った存在・交換不可能な存在として出会おうとするならばカウンセリング場面から逃れなければならない、ということである。

小沢さんはこのことをカウンセリングは「失礼」対等ではない」と表現しているが、これを今述べた説明によって言い換えるならば次のようになるだろう。

クライアントがカウンセラーに対して固有の名前と身体を持った存在として出会おうとしているにも関わらず、カウンセラーがクライアントに対して交換可能な存在として出会う態度をとった場合、クライアントはカウンセラーに対して「失礼」な感じを抱かかもしれない。また、カウンセラーがクライアントに対して固有の名前を持った存在として出会うたいと思いつつもその職分のために交換可能な存在としてしか振る舞えないような場合、自分自身のことをクライアントに対して失礼な存在として感じてしまうかもしれない。ただ、双方共に交換可能な存在として出会う態度であるならばそこではニーズとサービスの授受関係があるだけで双方とも「失礼」という感じは抱かないだろう。

また、「対等ではない」根拠として、カウンセラーが用いる技法がカウンセラーしか知らない技法であることを持ち出しているが、カウンセラーが用いる技術はクライアントに対して秘匿されているわけではない。一般の書店でもかなりの量のカウンセリング技術に関する書籍を誰でも入手可能である。双方が所有している知識や技術の対等性を小沢さんは問題にしているが、例えばサービスの購入の場面では、相手がどのような技術を使ってそのサービスを提供するかを消費者は知らなくても、消費者の望む結果をそのサービスが生むか生まないかでその提供者からそのサービスを購

入るか否かを消費者の側が決定できる場合には、サービス提供者と消費者の側は対等、あるいは消費者が優位に立ち得る場合も考え方の上では存在する。つまり、ここで小沢さんが問題としているのは、技術の秘匿性ではなく、消費者の側にそのサービスを購入するか否かの決定権があるか否かについてではないかとも考えられる。

4 「臨床的営為とカウンセリング」

2000年初頭に出版された日本社会臨床学会編の『カウンセリング・幻想と現実(上・下)』に加藤彰彦さんは「臨床的営為とカウンセリング：個人史の視座から」[1]という一文を寄せている。

この文章の中で加藤さんは、自分のこれまでの経験の中での相談の体験から、相談やカウンセリングについて語っている。

加藤さんは大学を卒業して小学校の教員になる。四年半後教員をやめやはり四年余りの日本放浪の旅の後、横浜・寿町の寿生活館の生活相談員になる。十年たって児童相談所の児童福祉司として配転。こうして職業として相談を受け付ける仕事を続けた後、現在は横浜国立大学の教員となっている。

寿町で相談の仕事始めて加藤さんは、相談者の言葉をその言葉面(づら)だけで受けとめその言葉面だけに反応するのは相談は成り立たないことに気づく。

誰だって、相談をするのはイヤだと思う。困っていること、頼むことがある時には敷居が高いのが普通だ。だとすれば、最初からストレートに頼みごとを言えるわけではない。

遠回しに、当たり障りのないことを話しながら察してほしいと思っているに違いない。

・・・何よりも気楽に、スーッと受けとめてくれ、世間話からだんだんに言いたいことが言える雰囲気を持っている人のところに行きたくなる。できれば知っている人がいいし、自分に好意を持ってくれる人がいい。特に寿町のような日雇い労働者の地域では、形式ばった相談と

いうより、近所の知り合いの所へ寄ったという感じがいい。[1,p.236]

こう気づいて加藤さんは自分も寿町で寝起きするようになる。人々の顔や生活がはっきりと見えてくるようになったという。学生時代に読んだ相談やカウンセリングの本を読み返したが「いかにも技術的、操作的な感じがして、生活の場、暮らしの中での人と人の関わりが見えてこないという気がしてならなかった」[1,p.237]。

寿町での相談業務の中で、加藤さんは「最終的には寿町に住んでいる住民自身が、自分達の問題を協力して解決していくところまでいかないと、根本的な解決にはならない」[1,p.237]と考えるようになる。「地域づくり、まちづくりといった課題にまで問題は拡大し、その中で相談も意味を持つてくるのだ」[1,p.237]。

児童相談所へ配転となった加藤さんは、通信簿や評価と言う媒介なしで子供達と出会えると期待した。しかし、実際の児童相談所は子供ではなく大人が相談に来る場所であり、相談に来る人々は児童相談所に専門家を求めていることに気づいてがっかりする。「一緒に考えましょう」などと簡単に言えない雰囲気があるにはあった。加藤さんはあらためてカウンセリングについて学び直すことになるのだが、やはりそこで言われていることに納得はできない。カウンセリングは現実の社会生活に適応できずに苦しんでいる相談者を社会に適応させていくための方法にしか思えないからだ。それは根本的な解決に思えない。

結局、「子ども自身が何も求めているのか」[1,p.241]に焦点をあてて問題解決の方法を見つけ出そうと加藤さんは自己流の営みを続ける。大人に連れて来られるのではなく、子供自身が自分の問題の解決のために相談に来るようになり、一対一の相談場面は大学生や他の子供との出会いの場へと変わっていった。子供達は他の人達との関わりの中で、自分の家庭や学校を相対化できるようになっていった。

こうした営みの中で加藤さんは、

・・・相談と言う営為は、相談をしたい人と相談を受ける人との「出会い」の場なのではないかという気がしてきた。「出会い」を通して様々な関係が生まれ、お互いの経験が膨らんでいく。「出会い」とは、具体的には人と人が向かい合い、顔を合わせ、語り合うことになるのだが、実際にはそれぞれの人間の背後には、その人がそれまでの人生で交わしてきた無数の関係史が存在している。

そうした、膨大な人間関係を周囲に抱え込んだ「関係」と「関係」とが出会うというのが、「出会い」の本質なのではないかという気がしてきたのである。[1,p.241]

加藤さんは、カウンセリングを受けたことかもしれないと思っただけでもないと言う。カウンセリングルームで行われるカウンセリングは、クライアントが定期的に訪れ、カウンセラーとは関わりないところでの自分にまつわる出来事をカウンセラーに報告するということを繰り返す。クライアントにとってカウンセラーはカウンセラーという役割以外の存在としては見えてこない。一方のカウンセラーにはクライアントの私的な生活の全てがクライアント自身によって開示されてしまっている。自分の様々な弱味や悩みを告白したクライアントは、告白した相手であるカウンセラーを信頼しないではいられない。クライアントは、カウンセラーを信頼することを自らに強要してしまう。一方のカウンセラーはクライアントに対して、カウンセラーであるという役回り以外の何も提示しない。そこでは秘匿していることの多いカウンセラーの方が絶対的に権威を持ち権力をもってしまふ。そこには権威に対する依存的関係が生まれてしまふし、一方でいっさいの生活の匂いがない。そうして、そこで変化していくのはクライアントだけである。

加藤さんが望むのは、生活者同士が互いに支え合う関係である。ある時は支える側になり、ある時は支えられる側にもなるという日常の生活である。けれども、加藤さんはカウンセリングや相談といった関係を全面否定しようとはしない。「カウンセラーも生活者

の一人として、相談者の生活と関わる、参加するという関係が自然の関係である。お互いの顔が見え、生活が見えて、初めて対等な関係が成立する。」[1,p.270]。が、そうした関係を成立させる可能性があるのは「カウンセリング」よりも「ソーシャルワーク」であり、カウンセラーであるよりもソーシャルワーカーという職業の方に加藤さんは惹かれている。しかし、そのソーシャルワークという仕事も加藤さんにとっては「つらいことも苦しいことも、また成功した試みも、どの経験も共有することでお互いの世界が広がり、経験や体験が財産となっていく。そんな関係を繋ぎ合わせ、膨らませつつ自らも世界を深め、拡大していく生き方」[1,p.270]のことであり、これは既存のソーシャルワークの一般的な定義とは異なっているだろう。

大学に勤務することになり職業としての相談業務からは「解放された」という気持ちでいた」[1,p.244]加藤さんは、実際には今も「職業として」ではなく自分の生活の中で「必然的に関わっていく」ことになった多くの相談を受けているという[1,p.264]。

「解放された気持ち」になってしまう加藤さんは、決して「職業としての」相談業務を高く評価して行ってきたわけではないのははっきりしている。けれども加藤さんは、その職業としての相談を見限ることもしない。職業としての出会いであってもそこに職業としてのみの関係を越える関係を成立させ得る可能性を見いだそうとし、職業としてのみの関係を越える出会いこそがその職業の根幹なのだとして位置づける可能性を見いだそうとする。そこには、様々な関係や経験を引きずり積み重ねてきた自分という人間とその自分が行なっている職業を切り離してしまうことなく、仕事を自分の生活の一部として位置づけ、また仕事を交換可能な役割としてではなく「自分がやっている仕事」として位置づけようとする真摯な態度がある。その場に自分があることで自分が変わり、と同時に自分がその場にいることでその場・その職業自体を変えてしまふ、そのような可能性を仕事の場に、カウンセリングや相談という場面にも見いだそうとするのだ。

かと言ってそのような関係が十分に仕事という枠組

の中で可能であると加藤さんが信じているわけでもないようだ。「カウンセラーも生活者の一人として、相談者の生活と関わる、参加するという関係が自然の関係である。お互いの顔が見え、生活が見えて、初めて対等な関係が成立する。」と加藤さんもまた小沢さんと同じ「対等な関係」という言葉を用いて書いているが、職業としてはカウンセラーよりもソーシャルワーカーに惹かれる加藤さんは、カウンセリングという仕事に「対等な関係」を成立させ得る余地が相対的に少ないことははっきり見て取っている。と同時に、ソーシャルワーカーという仕事にもやはりその限界を見いだしているのではないかと思う。

5 「直接的関係」とは何か

小沢さんは、カウンセリングという行為の持つ構造から、カウンセリングは対等な関係を生み出すことはないとして、それを求めるならばカウンセリングから降りざるを得ないと語る。加藤さんは職業として相談を行うということもまたカウンセラー・相談員として金を稼ぐ者の生活の一部として捉え、生活者としての自分を排除することなく仕事を行うこと、有り体といえば「仕事は仕事、私生活は私生活」と割り切ってしまうことなく相談・カウンセリングを行うためには相談やカウンセリングはどのようなものであるべきなのかを考える。それは結局、既存の相談やカウンセリングのスタイルや制度の中での位置を大きく変えなければならない。そのことは想像以上に困難なことであり、より現実的には小沢さんの提言と同様に職業としてのカウンセリングや相談から降りて、相談のために出会うのではなく、出会い知り合う中で時には相談したりされたりするようなこともあるという関係を結ぶことを求めるということになるのかもしれない。小沢さんと加藤さんの文章の違いは、「職業としてのカウンセリング」「カウンセリングという仕事」をどのタイミングで見限るかの違いと言えるかもしれない。

では、この二人がいずれにせよカウンセリングを見限らざるを得ない理由、つまり二人がカウンセリング場面に求めても見いだすことが出来ない「対等な関係」

とは何だろうか。

僕なりのその答は既に書いた。それは、互いが互いに相手を固有の名前と身体を持つ存在だとして出会うとすること、である。小沢さんはそのような出会う方はカウンセリング場面においては不可能であると考えているし、加藤さんはそのようにして出会うことこそが相談業務においても、カウンセリングにおいても必要なのだとしていかなければならないと考えている(が、その困難さも十分知っている)と言えるだろう。

はじめの問題に戻りたい。「直接的関係」という言葉でかつて表現したことはどのようなことだったのか。それは、小沢さんや加藤さんが「対等な関係」と表現したものである。即ち「互いが互いに相手を固有の名前と身体を持つ存在だとして出会うとすること」、そのような出会う方を維持していこうとする関係のことである。

では「間接的關係」とは。その内実は、匿名性・交換可能性だと言えるだろう。例えばカウンセリング場面では、カウンセラーはクライアントにとって匿名的存在でしかあり得ないのに、クライアントはカウンセラーにとって固有の名前を持った存在として存在している。この時のカウンセラーの態度は、自らも固有の名前を持った存在としてクライアントに出会うのではなく、自分自身はあくまで相手に対して匿名的存在であり続けようとしている。この一方向的な匿名的關係は結果的に、クライアントにとって独立生存する個人としての自分という側面を際立たせ、一方の關係的・相互的な存在であることを背景に沈ませていく。クライアントはその場で、ただ一人の存在としての自分を自覚させられ、自分自身で自分自身の内に問題の解決の方法を求めることを強いられていく。

また、双方が匿名的である関係もある。互いに相手を何らかの役割を演ずる存在として、その役割上の関わりのみで關係する。例えばひとつのモデルとしては、ホテルにおける客とホテルマンの關係でイメージできると思う。つまりは多くの金銭的授受に基づくサービスの提供・消費の關係であり、言い換えれば制度的役割に限定した關係である。

このように「直接的關係」ということを考える時、

『施設と街のはざま』でかつて書いたような「直接的関係」と「間接的関係」とを対峙させ、その両者がせめぎあうそのようなあり方自体が「共生」という図式は、もう少し可能性を広げることが出来、同時に限界を明らかに見いだすことが出来るようになるのではないかと思う。

介護人派遣事業によって派遣される職業的介護者と被介護者との関係は「間接的関係」と言えるだろう。それは、介護についてのニーズとサービスとの関係であり、介護人派遣事業という制度によって維持される関係である。そこには市場原理による生産者・サービス提供者対消費者という意味での「対等な関係」は可能性としては持つことが出来るかもしれないが、小沢さんや加藤さんが言うような「対等な関係」は想定されていないと考えるべきだろう。しかしそれでも、実際に派遣されて介護を行う介護者と介護を受ける被介護者が互いに相手を固有の名前と身体を持つ存在だとして出会おうとすることの可能性が存在することを否定は出来ない。しかしそれは、両者の出会いを支えている制度の構造からすれば困難なことではある。困難ではあるが可能性がないではない。が、例え可能性があったとしてももしもそのような出会いが維持されたとすれば、そこではその関係を基軸にその出会いを支えている制度自体の変更を迫らざるを得なくなることもあるだろうし、それが不可能であるならば、両者が制度から降りざるを得なくなるかもしれない。展望を描く可能性と描きうる展望の限界。

施設を出て町で暮らそうとした人々・あえて施設を暮らすことを求めた人々・あえて施設で暮らすことを続けたにもかかわらず今又施設を出て町で暮らす決断をした人々・施設を批判しつつも施設の職員として働くことを選んだ人々、見いだすことの出来なかった彼らをトータルに捉える枠組というのは、各々の人々が互いに相手を固有の名前と身体を持つ存在として出会う出会いを各々の場所で求め、出会いの場所を求めたということだったと考えられる。

市場的原理に基づく制度はあくまでも人を無人称の交換可能な人として位置づけていこうとするのだろう。けれどもそんな制度の中にも人はあくまでも

固有の名前と身体を持つ人間として相手を見いだそうと出来る可能性を持っている。

「「間接的な関係」と「直接的な関係」とがクロスし、せめぎあう時と所」という「リアルな共生」」[3,p.242]が在り続ける場所は、制度の内外・市場の内外の至る所に存在するのである(3)。そしてそれはクロスし合ったりせめぎあったりという「対立的な図式で描くよりも、「出会いは何処にでもある」ということなのだ」とした方がはっきりするのではないかと思う。それというのも、「直接的な関係」として表現したものは、「直接的な関係」のみで独立自存して存在することはいからだ。どのような「直接的な関係」であっても何らかの制度的な関係の中に存在するしかない。もしも「直接的な関係」をどこかにあるユートピアのように思い描いてしまっただけは大きな間違いだ。

ただし勿論、このことは「戦時中にも人々の顔に笑顔はあった」ことを理由に戦争を正当化するような議論と同様の議論をしようというのではない。

僕達の次の作業は、制度を社会的共同性の具体化として位置づけていくこと、つまりは「直接的な関係」を受け入れられる制度を構想することだ。それは夢物語ではない。一部の地方自治体や各地のNPO、NGOが為そうとしていること・望んでいること・既に始めていることだ。

国が押し付けてくる制度対それによって分断されていく個々人というような二分法的で単純な、そして自分達自身を結局は「お上に制度を押し付けられつつゲリラ的にその網の目を潜ってやり過ごしやり込める」だけの庶民としてして位置づけてしまう図式を僕達は一度保留した方がいい。出来るところから自分達の望む暮らしを維持するための制度を構想していく必要がある。今の僕達に必要な社会的共同性の具現としての制度とはどのようなものなのだろうか。

2000/08/30

註

(1)府中テント闘争。障害者本人による障害者解放運動として先駆的な闘争であり、障害者本人による施設批判・隔離収容による差別批判として日本における反施設・脱施設運動の起点のひとつとも言うべき闘争。詳細は『施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの現在』[2]を参照してもらいたい。

(2)しかし、「共生」とが「共に生きる」とか言ったスローガンを考えだし使ったことが、「共生」とが「共に生きる」ということに込めた意味を不明確にしていたのは確かだろう。例えば「この子を目の前の学校に入学させろ」、「一部の子供を校区の学校から排除する結果となる養護学校義務化には反対」と言い続ける限りそこで問題とされていること・望まれていることは明確である。が、「共に生きることを求めて」とが「強制ではなく共生を」と言ってしまうと、その言葉は様々なイメージを描くことを可能にする分そこでこの問題や望みを見えなくしてしまう。養護学校に通いながら時折校区の学校と交流することも「健常児」と「障害児」が「共に学ぶ」とこのひとつの姿となるし、地域作業所で働くことも「町の中で共に生きる」とことだと言ってしまう。耳触りが良く誰もがそれぞれの場所で自分に合わせたイメージを膨らませることが出来たり、自分の状況に重ね合わせたりすることが出来る言葉は、一方で人々を広く連帯させるためのキーワードにもなるが、他方では問題をぼかし何がまずいのか・何を望んでいるのかを見えにくくし、連帯と同時に内部に対立を生み出し分裂を呼び、結果的にその言葉の持つ力をも無化していくことにもなる。つまりは一般化・普遍化することで個別への力を失っていくことにもなるのだという側面もあったのだ。

(3)かつて『社会臨床雑誌』七巻一号に掲載した「今、「資格」「専門性」について何を語ることを我々は望んでいるのか」[4]という文章の中で僕は次のように書いた。

「専門性」というものは、実際には、常に特定の誰かにおいて「体現」されている。「体現」する人間を「専門家」と呼ぶのだが、「専門家」が存在することによって「専門性」が存在し、権力は「専門家」

によって行使される。

「専門性」が「権力」を保障するような構造に関しての一層の解明が必要なのは確かだろう。しかし、と同時に、「専門家」という具体的な人物が具体的な場面において「権力」を行使することで「専門性」を生み出しているともいえるのではないか。その具体的な人間の有り様について問うことが、例えば、「専門家」も「専門家」でない人も同じ場所で語り合うことができる可能性を生むのではないかと思う。[4,p.49]

今回の文章は、「～を我々は望んでいるのか」の上記の問題意識の延長上にもあるということを付記しておく。

文献

- [1] 加藤 彰彦 2000 「臨床的営為とカウンセリング：個人史の視座から」 日本社会臨床学会(編) 2000 『カウンセリング・幻想と現実 下巻生活と臨床』 現代書館, p.231-272
- [2] 日本社会臨床学会(編) 1996 『施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの現在』 影書房(社会臨床シリーズ3)
- [3] 林 延哉 1996 「施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの意味」 日本社会臨床学会(編) 1996 『施設と街のはざまで：「共に生きる」ということの現在』 影書房, p.209-242
- [4] 林 延哉 1999 「今、「資格」「専門性」について何を語ることを我々は望んでいるのか：全体会「資格・専門性は必要か、幻想か～臨床現場から考える～」フロアの発言より」 『社会臨床雑誌』7, 1, p.37-51
- [5] 小沢 牧子 2000 「「心の時代」は人を救えるのか」 『現代思想』8月号 青土社, p.92-99

「映画と本」で考える

カウンセリング社会 批判の書 - 『カウンセリング・幻想と現実』を読む -

伊藤 進(心理学者・北海道教育大学)

本書『カウンセリング・幻想と現実』のことを知ったのは、新聞の紹介記事でだった。夕刊に目を通して、「心のケア への疑問」という見出しが目に飛び込んできた。その横に「社会臨床学会論文集が提起」とある。変わった名前の学会だなと思いながら記事を一読、「へー、こういう考えの人たちが存在していたのか」と、思わずつぶやいてしまった。私もまた、カウンセリング依存へと大きく傾斜していく社会の傾向に強い疑問を感じながら、しかし大きな流れをくい止めるのはとても無理かと、ひとり無力感を感じていたところだったのである。そんななかでの本書との出会いは、エイリアンに囲まれてしまった者が、わずかに残っていた地球人から信号を受信したような、そんな気持ちだった。

上下2巻からなる本書には、17編の論文が収められている。17名の筆者が多様な角度、多様な足場から、カウンセリングに対して批判的な検討を加えているのだが、それにより、カウンセリングのもつ負の面があばき出されるとともに、カウンセリングに依存し、カウンセリングを道具として利用しようとする今日の社会そのものの問題があばき出される。その意味で、カウンセリング社会 批判の書である。

さて、あまりに内容豊富な17編すべてを取り上げるのは私の力量からはとても無理なので、まず基調論文とでもいべき小沢氏の「カウンセリングの歴史と原理」についてみる。次いで他の論文についても簡単にみた後、全体を通して感じたことや意見を述べたい。

小沢氏論文「歴史と原理」

小沢氏は、カウンセリングの本質を批判的にとらえ、また今日のカウンセリングの流行の意味を解き明かすために、カウンセリングの歴史を概観し、さらに、カウンセリングという行為・方法がそもそもいかなる原理のものなのかを論述する。

歴史

臨床心理学は心理テストとカウンセリングを二本の柱とするが、歴史的には心理テストが先行、19世紀末の個人差研究から始まった。人の能力を測定する方法の研究である。これは、ゴールトンの優生思想に基づく研究やビネーの就学困難児の選別を目的にした知能テストの発明に端的にみられるように、ある価値観のもとで人を評価・選別し、排除・差別しようとする手段の研究とみることができる。小沢氏は、臨床心理学の原点がそこにあったことに注目するよう読者の注意を促す。

その後、臨床心理学は米国を中心に発展する。その発展には戦争と産業が不可分に関わっていた点は興味深い。第一次、第二次大戦と、軍事的人事管理を目的に知能テスト、人格テストの研究が進む。そして第二次大戦後は、復員兵の戦争神経症等に対処するために心理治療・カウンセリングの研究と普及が進む。

一方、産業界では、1920～30年代の「ホーソン研究」で、面接で作業員に自由に話させたら不満が解消し、会社への信頼感が増すことが見出され、非指示的面接の制度的な利用が始まる。産業界が早々とソフトな管理手段を手にしたわけである。

小沢氏はこれらの歴史的概観を通して、「カウンセリングは、臨床心理学が基本的に担っている選別・排

除・差別の機能を、救済の役割によって贖うイメージを提供している」と説く。このあたり、必ずしも読み取りが容易ではないのだが、心理テストは測定による人間管理の役割を担い、一方カウンセリングは、実はこちらも別な方向からの人間管理の役割を担っているのだが、あくまでも救済の手段なんだというプラスイメージを人々に与えてきたということだろうか。

日本での歴史

日本におけるカウンセリングの歴史も概観されている。これによると、日本でカウンセリングが広められるようになるもとのきっかけは、戦後の対日施策の一環として米国によってもたらされたということであるが、カウンセリングもそうなのかと驚かされる。50年代初め、米国から講師団が来日、国立大学への啓蒙活動としてカウンセリング研修が行われたんだという。そして、大学に学生相談室が開設され始めるが、これは当時の学生運動の高まりと無関係ではなかったと小沢氏はみる。ただ、二つが関係していたとみる根拠について、もう少し説明がほしいところだ。

こうして日本のカウンセリングはその後学校がらみで進行する。70年代後半からの登校拒否問題、80年前後の校内暴力の嵐と学校へのカウンセリング導入の検討、教師のカウンセリング研修の急増と「カウンセリング・マインド」という言葉の普及、そしてその後のいじめの社会問題化と文部省によるスクールカウンセラーの導入。

このように日本のカウンセリングが、大学・学校を拠点として広がってきたのは、「日本の学校中心社会の特徴と関係している」と小沢氏はみる。確かにそうかもしれない。しかし、日本は一方で「会社中心社会」でもある。だから、実は経済成長路線をひた走る大人社会が、自分たちが抱える問題から目を逸らすために子どもと学校をスケープゴートにしたて、子ども問題・学校問題ばかりを騒ぎ立て、その結果としてカウンセリングも主に学校がらみで広がってきたことなのかもしれない。

さて、「歴史」に関しては、まだ大事なことが論じら

れているのだが、このあたりで「原理」についてみておこう。

カウンセリング技法の本質

カウンセリングとは何をするものなのか。それは、悩みをもつ人や心の傷ついた人の話に耳を傾け、受けとめ、共感してあげる、そうすることで悩みが解消され、傷が癒されるように助けてあげるもの。こう一般には受け取られている。あくまでもプラスイメージの行為であるが、小沢氏の論考はそれを突き崩す。

カウンセリングというと、クライアントはなんでも自由にしゃべれるんだというイメージがあるが、実はそうではない。カウンセラーによる巧妙な方向づけが行われるのである。

仮にクライアントが「先生は結婚してますか？」と訊いたとする。普通なら「はい」とが「いいえ」と答えるところだが、「気になりますか？」と応答する。気になるかどうかという本人の内面に意識の焦点を向けるように方向づけるわけである。

それで、クライアントは、教師の不当な扱いに腹を立てた生徒だったとする。そうすると、内面への焦点づけの手法により、当初、問題は「教師の不当な扱い」だったはずなのに、いつのまにか「腹を立てた自分」と問題が切り替えられる。そしてやがて、腹を立てたりする自分の内面のあり方に問題があったなどの洞察を経て、怒りが解消されるのである。「問題を個人の内面の問題に還元させていく技法」である。

こういったカウンセリングにおけるカウンセラーとクライアントのあいだの人間関係を、小沢氏は「対等にみえる上下関係」「相手を尊重する姿を持った、見えにくい権力関係」と指摘する。そしてカウンセラーの上のような行為は、「専門性という権威」のもとで初めて可能になるものと位置づける。

管理の内在化

こうしたカウンセリングを、小沢氏は、今の社会において「柔らかな人間管理の手法」として期待され機能

しているのとらえる。またカウンセリングは、80年代以降、従来の「医療モデル」から、すべての子ども、人々を対象にする「成長モデル」「予防・開発モデル」へと変化してきており、これにより、「個々人の内面自主管理」「自由に決めよ、ただし望まれる形で」という見えざる圧力のもとでの「管理の内在化」が強まったことを指摘する。このあたりは、学校に関わっていると、私なども強く感ずるところである。学校における個性の尊重などもまったく同じで、まさに「自由に、ただし望まれる形で」の網をかけ、欺瞞的なやり方で子どもたちの個性を操り、抑圧している。

関係の商品化

さらに小沢氏は、カウンセリングの大衆化を「関係の商品化」の表れととらえる。あらゆるものが商品化される社会で、今や新しく売るのがほとんどなくなり、これだけは売り買いしたくないと考えてきた「性」「感情」「関係」の商品化へと進んだというのだ。

この点について、性・感情・関係の商品化が急速に進んでいるのはまちがいないし、カウンセリングが関係の商品化だとみることに異論はないが、ただこれらの商品化が、「売るのがなくなった」ためととらえる点には疑問が残る。性・感情・関係の商品化は、売春や酒場などの形で古くからあったわけだが、ただ従来は限られた場所で行われていた。それが、援助交際などにみられるように、一般のあいだにまで広がってきたわけである。これは私たちの社会が市場原理一色に塗りつぶされ、今やあらゆることの価値が、売れるか売れないか、どれくらいで売れるかでしか判断されなくなったからではないか。女子高生が援助交際に走るのも、「売る」ことで自分の価値を何とか感じようとする試みともとれる。そんななかで、関係の商品化にしても、やっかいな話を聞いてもらうのにお金を払うのは当然という意識の広がり関係しているのではないが。

カウンセリングの普及がもたらすもの

小沢氏は、カウンセリングへの依存は、「生活状況を地道に変革する力を弱め、またその視座を失わせる」ものであることを指摘する。まったく同感である。若い人たちと接していると、社会の構造的問題への関心やそれを変えていこうという意識がほとんど消えかかっているのを肌で感じる。もちろんこれは大人社会がそうってしまったからなのだが、深刻な状況と言わざるをえない。

もう一つ、やはり強く憂慮されるのは、関係性の変質である。私は、日常的な関係性のあり方が20年ほど前から大きく変質し、ひたすら明るく、軽く、そしてやっかいなことや対立を避ける方向に向かい、関係の浅薄化が進んできたとみている。これは生そのものの浅薄化・希薄化につながるものだが、小沢氏が指摘するようにカウンセリングへの依存は、それに拍車をかけるものとして認識しておくべきだろう。

注文・疑問

さて、小沢氏の論文はカウンセリング問題をその歴史と原理から論じて、きわめて重要な指摘に富む一編である。日頃、カウンセリング社会に疑問を感じてきた私などには、大変勉強になり、全体としてうなずくことの多い論文だった。

一つ、やや不満だったのは、「原理」のところではもっと具体的な例にもとづく説明がほしかったことである。抽象的なレベルでの議論としてはほぼ納得できることでも、さて具体的にはこれはどうなるんだろうと考えようとしたとき、カウンセリング場面の具体例などがごくわずかしかなかく、本当に納得できるところにまでは至らない点もあった。

これも具体性ということに関わるが、「大衆化現象」などについても、読者としてはその実態をもう少し知りたいところである。カウンセリングの供給側の増加はともかく、需要側の利用の実態はどうか。「理論編」論文にこれを求めるのは筋違いかもしれぬが。

それと、これは論文の主旨には関係ないが、小沢氏が「ころ」というものがあると考える立場にない」と書いているのが、私としては気になった。「ころ

がわかるのは本人ではなく専門家であるという構図のもとに作られた「概念だからとのことだが、この点については理解できなかった。もしそうなら、宇宙や遺伝子や脳など、専門家が作り出した無数の概念がそうなると思うのだが。

他の論文について

中島氏論文は、カウンセリング問題を、国・産業界によって推進される生涯学習社会への移行という文脈の中で検討している。学校へのカウンセリング導入は、文部省の生涯学習政策の中に位置づけられるものであり、「生きる力」「自己実現」もそこから出てきている；生涯学習は、激変社会に適応していける、絶えず変化し、内なる可能性を開発していこうとする人間の育成であり、それが「自己実現」のもつイメージと合致した；登校拒否に関しても、文部省は従来の「医療」パラダイムから「教育・開発促進」パラダイムへとシフトしてきた；産業界からの生涯学習の要請もこれと重なり、産業構造の変化の中、自己実現欲求をもち、自己啓発し、学習し続け、変化を受け入れるメタモルフォーゼの人間を求めている；カウンセリングはそういう力を育てる教育・開発促進的役割を負わせられている。これらのことがいねいに論じられているが、さらに、杉本治君事件を例にとった「心のサイン」重視がもつ問題点の指摘は、わかりやすくかつ重要な指摘だと思う。「心のサインを見逃すな」なのかけ声が、行為・表現を軽視し、常に見張る監視の目を広げる。これも、病んだシステムの自己防衛戦略の一つだろうか。

井上氏論文は、「心の商品化」を消費社会論の視点から論じている。「心の空洞化」が進み、「心の物語」への消費欲求が高まり、「心の商品化」が進んでいる；その一つに、「自分はこれでいいんだ」を発見する機会を商品化した自己啓発セミナーがある；「本当の自分」が、今「複製技術の時代」ゆえに大衆消費財化している；「心の商品化」は、資本主義の流れからいうと、収奪のフロンティアが地理的には行き詰まったので、脳内へとフロンティアが求められるようになり、その結果で

ある等、興味深い点が論じられている。

井上氏は「心の商品化」の問題を、若者のあいだで大ヒットしたアニメ『新世紀エヴァンゲリオン』と重ね合わせて論じるという斬新な手法を試みているが、その作品をまったく知らない私のような読者には、かえって話がわかりにくくなってしまったのは残念だ。

なお、カウンセリングの歴史的起源に関して、戦時の総力戦体制が人間の諸能力を計測する欲求を高揚させたと指摘している個所で、「幸か不幸か、心理学という分野は戦争によって発達することが多い」と書かれている。それは確かにそうなのだが、ただ戦争によって発達してきたのは何も心理学に限ったことではなく、核研究、航空学、通信工学、コンピュータ科学など、多数あることを指摘しておきたい。科学技術などの発達には戦争と産業という二つの化け物と無縁でなく、幸か不幸か私たちの生活もその上に成り立っているということではないか。

赤松氏論文は、精神医療とカウンセリングが内包する本質的問題を、自身の個人史をたどる形で語っており、興味深かった。「1対1面接の閉じた関係がもたらす人格の再体制化とは何なのか、個が状況に開かれてゆく力を持ち得るのだろうか」の問いかけは重い。

佐々木氏の「資格社会」、武田氏の「職場のメンタルヘルス」、大野氏の「阪神淡路大震災と心のケア」、三浦氏の「児童相談所現場」、渡部氏の「学校現場」、いずれもすごく参考になった。加藤氏の「M君との出会い」を中心とした個人史的考察も興味深く読んだ。また、篠原氏の「ピア・カウンセリング」の問題、佐藤氏の「フェミニストカウンセリング」の問題は、私にとってはほとんど未知の問題で、勉強になった。ただ、佐藤氏は「心理学」をひと括りで批判されているが、心理学もかなり広いテーマにわたっており、立場的にも多様な実態があるので、できればどの心理学を指しているのかももう少し限定的な言い方をしてほしいと思った。

カウンセリング全否定か

本書によりカウンセリングの重大な負の面があげき出されたが、では、カウンセリングはことごとく否定

されるべきか。これに関しては、本書中、唯一井上氏だけが許容的な意見を述べている。権威づけられた「心の専門家」ではなく、「本当に癒す力を持った人材」なら必要性を否定できないのではとの井上氏の発言はややわかりにくく、またその場合にも「個人還元」や「関係の商品化」の問題は変わらないのではとの疑問が残るが、ただこのことはもっと議論すべきではないか。本書全体からは「全否定」的印象を受けるが、もしそうなら、批判の行為は現実の力とはなりにくい。モータリゼーションの深刻な負の面を指摘して車を全否定しても、車社会を変える力にはならないように。

私自身は、本人が深刻な状態にあるような場合についての緊急避難・応急処置的カウンセリングは必要だろうと考えている。私自身はカウンセリングをするわけではないが、私のような者のところへも、思いあまって相談にくる人が少なくない。日常的な関係の中では立ち入った話をする相手もない、そんな人がいかに増えているかを痛感させられるのである。孤立無援で深刻な状態に陥っている場合もある。そういった場合に相談に行ける場があるのならいいが、現実にはそんな場はきわめて少ないのではなからうか。現代医学が病気を診て人を診ないなどの本質的矛盾・問題を抱えるものであっても、今日の社会ではまったく病院にかからずにすまずわかにはいかないのと同じ現実が、すでにカウンセリングに関しても起こっているのではないだろうか。

おわりに

本書との出会いはそれこそ暗闇の中に一条の光だった。社会的視点、構造的視点を失わずに真摯な取り組みをしている人々の考えを学ぶことができうれしい限りである。ただ本書は一般読者には読みやすくはない。なかには拒絶的と思える書き方の文章もあった。貴重な批判的考えを広めていくには、多くの人に開かれた、できればユーモアもある取り組みをしていただければうれしい。

『カウンセリング・幻想と現実』 日本社会臨床学会
編 現代書館 2000

「映画と本」で考える

格闘・表現・祈り
 - 『カウンセリング・幻想と現実』を読んで -

斎藤 寛(秀明大学)

ひとの世のよしなしごとは、おのずともメゴトに立ち渡ったりするものだが、そんな折りに、それは結局は私やあなたや彼や彼女の心のありようの問題であろう、という線で話が収束されようとする時、何とはなしに欲求不満を感じたり、はぐらかされてしまったと感じたりするようなひとであったら、この上下二巻の書物はおそらくすると理解されるだろう。とすれば、この書物が真に格闘すべき相手は、いま少し心のありようというテーマの方へ身が傾いているひとたちなのではないか。仮りに私がそのような者であったとしてみよう。

そのような者としての私が、どうしても立ちどまって考え込んでしまい、なるほどそうなのかと呟いてしまうようなくだりを、独断と偏見のそしりをおそれぞれに絞り込んで挙げるとすれば、それは上巻第6章の石川准さんの文章の終結部あたりであり、また下巻第8章の加藤彰彦さんの文章に引かれているM君の文章であった。石川さんの表現とM君の表現は期せずして呼応し合い、この書物の副主題を奏で出している。副主題と言うのは、この書物の編集者サイドが意図したメインの主題は、たぶんそこにはなかったのだろうと思うからである。そして、如上のような者としての私というフィクションは、それゆえにすなわち私のリアリティでもあるのだ。

編集者サイドの意図は、上下巻共通に付されている「本書を編むにあたって」という前書きに記されている。いわく「管理構造が『洗練』され、個人の内部にも内在化されている。したがって、カウンセリングという管理が外側に存在していると感じにくくなっている。カウンセリング批判が世の中に届きにくいゆえんであろう。しかしそれだからこそ今、この管理の仕組

みを見極めてゆくことが重要である。」この文脈からすれば、下巻第1章で三輪寿二さんが綴っている「病院精神医療とカウンセリング」などというテーマは重要な射的となるのではないかと思えば、そこでは、専門家が『自己実現への厳しい道』としてカウンセリングを示す時、医療サービス消費者はその過程から逃走する、という事情もまた記されている。その限りでは、管理はなお見えやすいものとして存在しているのだと言うべきなのだろう。

最も見えにくい問題は、何らかの困難を抱えたひとが好んで寄ってゆき、そこに自己変革や解放を託そうとする類のカウンセリングであり、下巻で佐藤みどりさん、篠原睦治さんが批判的に論及しているフェミニストカウンセリング、ピア・カウンセリングなどがその典型的な事例だということになる。三輪さんの先のかくだりにあっても、「回復期における体験者グループの私達性」という癒しの所在の指摘は、この問題圏にかかわるだろう。上巻の井上芳保さんの論考は、それらがサービス商品と化してゆく動向を「消費社会の神話」として考察している。

ところで、この種のカウンセリングの魅力力を切開してゆく時に、外からの管理の内在化、それゆえの外/内の混濁を言うような視点は、とりわけそこへ寄りたがってゆく当事者たちにとって、果たしてどこまで有効なのだろうか。カウンセリング批判が世の中に届きにくいゆえんは、批判者の側が、「本書を編むにあたって」に記されていたような外/内の二分法の視座をなおも前提としてきたこと、そのことにもまた求められねばならないのではないだろうか。

この点で、明確に別様のアプローチを試みているのが石川さんの論考である。彼は社会構成主義の立場が

ら現代の感情労働のありようを考察し、その線上でカウンセリングの批判的分析を試みる。感情労働の一端としての公教育労働に携わる者としては、石川さんの感情労働論は身につまされるところが多かった。社会構成主義という言葉は何やら難解に響くが、それは本質主義なるものと単に同位対立するにすぎないような浅薄な境地ではないことは、私たちの日常の立ち居振る舞いをよくよく反省してみれば納得がゆくだろう。石川さんの探求が最もスリリングに展開されてゆくのは、カウンセリング文化としてのナラティブ・セラピーにおけるライフヒストリーの書き換えもまた社会構成主義を根拠としていることを指摘したうえで、しかるにそこでは「本当の自分」の発見という本来性への執着のゆえに、「構成主義は脇にやられ、本質主義がそれにとって代わる」事情が切開かれてゆくくだけりである。そこから、感情労働者の「共感疲労」「思いやり疲労」の問題など、当事者にとっても決して外在的批判としてすませるわけにはゆかない視野がひらかれてゆく。

「自分に向かう知は、自己言及的とならざるを得ない。複雑なことだし不安も覚えるが、私達は逃げることができない。こうした自己言及は息を止めて集中する苦しい思考である。だからこそ、ある意味では幸いにして、経験的にはこの自己言及はどこかで必ず停止する。だが人々が、認識を打ち切って実践を始める場所は確実に移動している。何も考えずに実践することはもうできない。勿論カウンセリングも例外ではない。石川さんの稿の終結部近くのこのくだけりは、私にとってとても感動的な箇所であった。近ごろは感動的という言葉も安売りされかねないから言い換えれば、アタマでわかる、リクツとしてわかるという次元にとどまらない何ものかの力が迫ってくるように感じたくだけりであった。

「疲れたり、がっかりするだけならば、もう俺は患者を名乗らないつもりだ。どうやら、患者としての俺の居場所はないようだ。無茶苦茶かも知れないが、俺は患者じゃねー宣言をしてしまおうか、とも思う。これは下巻第8章の加藤さんの文章に引かれているM君の文章の一節である。こうして、私たちは

確実に移動することができる。このような表現に、このような表現を紡ぎ出すひとびとのありように、表立って批判を自称したりはしないがゆえの最もたしかかなカウンセリング批判が存在しているのではないだろうか。上巻第3章の赤松晶子さんの文章の終わりに紹介されているオアシスの会のKさん、下巻第2章の広瀬隆士さんの文章で言及されているキーサン連合など、そうしたひとびとのありように思いをいたすくだけりも本書の中には点在している。しかし、点在ではいかにも物足りない、といううらみが私には残った。

こうしたひとびと自身の表現を、それをケースとしてみなすような構えは一切捨てて、その表現そのものを世に流通せしめるような企画が、したがっていったいどうしてこれが「学会」を自称するひとたちの作品なのだろうといぶかれるような企画が、本書の直接的なまたは間接的な続編として刊行されたなら、批判はいっそう進められ得るのではないか。ふとそんなことも思ったりした。そこでは、ひるがえって、論者はほんとうによく論じているのかが、改めて問われることにもなるだろう。

上巻第5章で井上さんは、「心の商品化」状況をトレースした果てに、「心理療法の社会的機能」を冷やかに語るだけでは不十分であるとして、オルタナティブなカウンセリング等々への色気はあってもよいのではないかと述べている。たしかに、例えば下巻第10章の篠原さんのピア・カウンセリング批判、わけてもピア・カウンセリングに関するアンケートの回答の文章群を「個人に完結した内面主義、心理主義、そして、個人の社会的・対人的技術としての適応主義」などとまとめてゆくくだけりには、初めに批判の図式があって、そこからはみ出すものはノイズとして切り捨ててゆく論法が感じられる。こうした批判の手法がつかあたるであろう壁の存在について、おそらく私は井上さんと認識を共有しているだろうと思う。しかしそれならば、なぜ、自己言及の徹底やその境位の表現ではなく、「色気」などという語が呼び出されるのだろう。この井上さんの思考の転回のしかたは、私には納得がゆかなかった。彼の議論の延長上にあっては、批判すべきカウンセリング群と色気を使うべきカウンセリング

群とを適切に仕分けてゆくことが『社会臨床の知』だ、などということになりそうなのだが、私はそうした「知」は願ひ下げである。

上巻第2章の林延哉さんの文章中、なつかしいマルティン・ブーバーに会うことができた。なつかしいと言うのは、今から29年前の春、ブーバーの『我と汝』というエッセイを天啓のようにして読んだことがあったからである。あまりにも普通の読書経験とは違うものであったので、私は公共の場ではおそらく一度もブーバーに言及したことはない。林さんが紹介しているブーバーのロジャーズ批判は、むべなるかなと思わせるものであったが、ただし、林さんが『ブーバーには人間の共同存在性への強い確信があった』と述べているくぐりには疑問符を付したい。ブーバーは確信のひとつではなく祈りのひとつだったのではないだろうか。そしてこの疑問は、もしロジャーズが『人間の共同的存在性という基本的な存在性を知っていれば・・・』と林さんが述べるに至るくぐりにも連なるものだ。類としての共同性とその疎外態という近代人の思考様式は、本来性への執着の一形態であり、カウンセリングに寄ってゆくひとたちが『本当の自分』を探し当てたいと欲しているのとある意味では同様の位相で、「本当の人類」(?)を信じているにすぎないのではないだろうか。

蛇足ながら『カウンセリング・幻想と現実』という本書の書名にも疑問が残った。ここでは「幻想」と「現実」はあたかも対置され得るものであるかのようにみなされていると感じられる。しかし、幻想は現実の一部であり、およそひとの世にあって一片の幻想をも含まない現実などというものは存在しない。この書名もまた、批判を世の中に届きにくくするものではなかっただろうか。

(日本社会臨床学会編 2000 『カウンセリング・幻想と現実』上巻・下巻 現代書館)

「映画と本」で考える

社会問題の「精神科」化 - 『自己コントロールの檻』を読んで -

竹村 洋介(武蔵大学)

支配というものは、暴力的になされるものだけではない。いや、はっきり暴力的と見えるそれは、プリミティブな剛構造のもろい支配だといってもよい。奴隷がいてこそ主人が成立するのだが、暴力的に支配するのは野蛮な主人で、より巧妙な主人は、奴隷の合意を取りつける。より巧妙な支配は、被支配者の合意を伴うものだ。もっといえば、自発的な服従を生み出す支配こそが、やわらかでしたたかであち破りにくいものだ。自発的に奴隷になっている者から主人は反乱を受けることはない。なぜなら、自発的服従ゆえに、私は、支配されているという認識すらもせず、また支配されていると感じたとしても、いったい誰が、何が敵なのかかわからず、言語化できないイライラ感に閉ざされてしまうだけで、どうしようもないという諦めすらおきてくる。それが、私の首を絞めているのは私だとすれば、なおさらのことだ。架空の敵でもよい、資本制国家が諸悪の根元であると、反体制をかまえていられるのは、ある意味では幸福な状態なのだ。私の首を絞める資本制を支えているのが、私であるという絶望的な思いにかられることに比べればだが、自分で射った矢が、自分にあたることほどつらいことはない。

唐突な書き出しになったが、かつて日本のマスコミ・似非進歩的文化人たちは、何か問題があると、すぐにその問題の根底に経済問題を見出した。子どもたちが、学校へ来ずに街を浮浪するのも、少女が性を売るのも、社会のインフラストラクチャーたる経済的問題へ還元した。これを問題の「経済化」と呼びたい。たしかに、それが外れていたというのではない。が、俗流マルクス主義のもと、あまりにも問題を経済に還元しすぎていた嫌いが強かった。そこでは、諸悪の根源

たる資本主義を打倒しさえすれば、社会問題は一挙に解決するかのとき幻想さえ生まれた。

しかし社会状況が変わったためか、現在ではこの「経済化」は流行らない。かわって、社会問題の「精神科化」(この本の著者の言葉では心理主義化に相当する)が横行する。不登校はいうに及ばず、「社会的引きこもり」あげくのはては、バスジャック事件(容疑者は精神鑑定を受けている)まで、「精神科」の問題、つまり個人の精神の問題として語られる。

そしてさらに主張されるのが「心の教育」だ。心まで教育されてたまるか、いったいどうやって心を教育するのか。そう語るあなた方は心がしっかり「教育」された優等生、立派な大人なのかとも語りたいが、それは今回はおことう。なぜなら、人格とは、人権とはなにかという問題にまで、引き戻って論考する必要が出てくるからだ。教育を受ければ、学問をすれば、「人格」が高まるのか、簡単な議論ではかたがつかない(カウンセリング・マインドやカウンセリング技術の習得といった「技術」レベルの心の教育については、本書でも心理主義化の代表例として批判されている)。

人間の行為は、所与の社会・経済・文化的諸条件に制約された選択肢の中から、個人の主観・価値観にもとづいてなされるものだ。そう簡単に経済還元主義、心理還元主義で説明がつくほど簡単なものではないというのは、日常感覚からいえば常識の範囲内であるはずなのに。

前段が長くなってしまった。この本に則して議論を進めよう。著者は、この社会をして「心理主義化する社会」であるという。著者がいう「心理主義化」とは、「心理学や精神医学の知識や技法が多くの人々に受け入れられることによって、社会から個人の内面へと

人々の関心が移行する傾向、社会現象を社会からでなく個々人の性格や内面から理解しようとする傾向、および、「共感」や相手の「きもち」あるいは「自己実現」を重視する傾向(本書p.9)ということである。そしてこの心理主義化を支える大きな柱が、「人格崇拜」と「マクドナルド化」である。この市民社会の主人、主権者たる私たちは、互いに主人、主権者なので、相手の人格を傷つけないよう、感情を害さないよう、尊厳を傷つけないよう相手に配慮する。この配慮が欠如している人が「困った人」である。「困った人」にならないためには、相手の感情に配慮し、自分の感情をむやみに爆発させることなくコントロールすることが必須となる。これが著者のいう「人格崇拜」である。(第2章「高度化する自己コントロール」pp.60-90および第3章「人格崇拜の厳格化」pp.91-127)

もう一つの「マクドナルド化」とは、効率性、計算可能性、予測可能性とテクノロジーによるコントロールという四つの柱からなる(第4章「マクドナルド化」する個人」pp.129-161)。いいかえれば、見通しのきく「合理的な指向性」である。そこでは、不合理な感情の爆発など排除される。このあたりは、かつて岡崎勝が、教育法則化運動に対して、教育という営為をマクドナルドのマニュアルのようにとらえていると嘲笑したことを想起させられる(『不能化する教師たち』)。

この双方を通して、私の感情はコントロールされねばならない。本書の優れている点の一つは、「キレル若者」などを例として、今の人々(特に若者であろう)は、自己コントロール能力が低下してきているという俗論を完膚無きまでに論駁していることにある。このマスコミ受けする俗論は、教育・医療・道徳などさまざまな領域(ときには軍事教練や学生運動にまで)に見られる懐古趣味・似非ロマンティズムだ。そこにその俗論を主張する論者の肥大した醜いエゴを見いだすのはたやすいことだが、著者は社会から要請される自己コントロールと感情マネージメントのレベルの水準がより上昇したため、逆に自己コントロールのできにくい人が目立つようになったのだと、より深い分析を加える。まことに鮮やかである。そしてその双方に、精神医学・心理学の成果が寄与しているというの

だ。いわく、EQを高め、感情をマネージメントし、自助マニュアルというメディアを流布するというように。それらを通じ私たちは、極めて高い自己コントロール能力・感情マネージメント能力を獲得させられてしまっているのだ。この悪事例の収集力、そしてその豊富さにも舌を巻かざるえない。新聞記事は言うに及ばず、就職雑誌の広告、自助マニュアルにあるケースなどほんとうに幅広く渉猟されている(あまりの豊富さゆえ、精神科医和田秀樹の受験本まで引用されているのには、いやはやといわざるえないが)。たしかに意図せざる結果として精神医学・心理学が社会にもたらした影響、すなわちそれが著者の言う心理主義化だが、その大きさにあらためて気づかされる思いが強くなる。

そしてこの自己コントロール能力のおかげで、私はこの市民社会の主人たりえるのだ。だから、この能力を有しない、たとえば乳幼児は、法律面においても、社会的存在としても主権者たりえない。この方向から考えても、少年法の単なる重罰化は、無意味というより、害であると言い切れるが、それはまた別稿に譲ることにしよう。市民社会の主人たらんがために、かつそれに誠実であらんがために自ら進んで檻に入ってしまうというアポリア。そして理論面においても臨床面においても、それにせつせと寄与する精神医学・心理学。決して戯画ではないのだ。

またこれらの能力が雇用の流動化という経済面にも影響を与えると論及するのも本書のユニークなところだ。このような能力=内面の管理が徹底すれば、人は監視されずとも、自発的に労働するのだから。

最後にこの合理性の非合理性をあげしめくくっている。ただし、僕にとって気になるのは、なぜこのような近代市民社会が作り上げられてしまったかということだ。本書が主テーマとしていないことを、書き連ねるのは揚げ足取りかもしれない。だが、19世紀になり、近代社会が成立・普及してくるとともに、「交通」がふえ、よく見知らぬ人とも出会わねばならないという事態が引き起こされてくる。本当に親しいインティメイトな仲なら、自己を無防備にさらけ出してもよいだろう。しかし、そうでないものと出会わねばならな

くなったのだ。相手は共通文化を持たない異邦人かもしれない。その際に、その他者に対し、敵意がないことを示すために(あるいは本当はあってもないかのごとく見せるために)これらの能力は要請されてきたのではないかと。かつて顔一面に髭を生やして表情を読みとれなくしていた民衆が、相手に対して敵意のないことを示さんがために、髭を剃りにこやかな表情を他者に示すようになったように。また会話のスキルとして、人間関係の潤滑油としてジョークが多用されてくるようになったように。それへの社会文化的な分析がなされていないのは不思議な感がある(もっとも歴史的には、「よそ者」に対し、これらの能力で表面的にうまく折り合ってきたことよりも、暴力的なまでに差別してきたことの方がはるかに多い。その事例は枚挙にいとまがない。それに比べればこの檻は「必要悪」として機能してきたともいえるのだ)。

著書もおわりにおいて「感情マネジメントをやめよ」とか、「感情マネジメントをやめることは可能だ」などと主張しているわけではない」と記している。僕とて「ダメで何が悪い」と思うし、「頑張らない派(がんばりすぎの悪弊を指摘するのも精神医学・心理学だ)などと言ってみたくもなる。あるいは傍若無人に振る舞いたくもなる。それを阻止しているのが「自己コントロールの檻」であるということは理解できた。そしてこの本は、その分析が主題なのだ。しかしこの檻がいかに構成されているかは、たしかに「人格崇拜」「マクドナルド化」という概念で分析しえても、それへのオルタナティブは構築しえないのではないだろうか。その構築を展望するためには、無い物ねだりといわれてもしょうがないが、やはりこれらの能力が要請されてきたコンテキスト、社会的変容の分析から始めるしかないのではないだろうか。それゆえメインテーマの範囲外のことを僕としては望んでしまったのだ。

それでも、この檻が何であるかを、まず正視し、理解することからしかはじまらないのは間違いはない。僕の無い物ねだりは、この本の価値をいっさい減じるものではないことを最後に記しておこう。

(森真一 2000 『自己コントロールの檻：感情マネジメント社会の現実』 講談社(講談社選書メチエ))

編集後記

今秋、フランスの太陽劇団が来日します。僕が太陽劇団をはじめて観たのは1972年パリ、ヴァンセンヌの森の中にある弾薬庫の中ででした。特設の舞台が観客を囲むように設置されており、役者は客を取り囲む形で演じます。客の中に入って演ずることもあり、それだけに観客を巻き込んだ祝祭といった感じの演劇でした。1789年のフランス革命を題材にしたものですが、5月革命直後のパリであっただけに、革命の高揚感と実験的精神が伝わってくる忘れられない舞台でした。

その太陽劇団が日本に来ます。今は当時とまったく違った演劇となっているようですが、歌舞伎などアジア演劇の手法を取り入れ、実験的な舞台であることにはかわりないようです。

今から秋の公演が楽しみです。その頃は社会臨床雑誌の編集担当もわかり、ゆっくりと観劇にひたることができるでしょう・・・。(中島)

八巻二号の編集後記で八巻二号に報告が載っているシンポジウムの報告の野田さんの発言部分での僕の文章の誤読をこの八巻三号で指摘するというふうにしたのですがやめました。もうどうでもいいのかという気持ちになったからです。八巻二号への掲載に間に合うように原稿は書いてあったのですが、時間が経って「人が僕の書いたものをどう読んでどう受け取ろうとその人の自由だからそれにケチをつけても仕方がないか」と達観しました。怒りというものは時間が宥めてくれるものです。

ところで最近の「マイブーム」は中国語圏のドラマです。きっかけはCSの中国語チャンネルで見た『還珠格格Ⅱ(第二部)』というドラマです。僕は中国語は分からないしCSで放送された『還珠格格』には字幕もなかったのですが、偶然ほんの数分垣間見ただけで「とりこ」になってしまいその後は最終回まで欠かさず見た上に第一部・第二部のVCDあわせて七十八枚も全て買ってしまいました・・・。(ちなみに中国のテレビ放送には中国語(普通語?)による字幕が付いている場合が多いです。中国の国語政策の一貫だそうですがよく知りません。結果的に中国ではテレビ放送視聴に関して聴覚障害の人々にとってのバリアは低くなっているそうです。)

『還珠格格』は清朝乾隆帝の時代が舞台の時代劇です。中国の時代劇は登場人物が皆スーパーマンのように空を飛んだり壁を駆け上がったたり妖術を使ったりで日本の時代劇も僕は大好きなのですがとはひと味もふた味も違った魅力があります。

香港製の現代ドラマもなかなか魅力的です。やけにしつこく会話が続くと思っていたら突如一気に話が展開したりしてテンポに慣れるまではちょっと戸惑ったのですが、最近身体がチューニングされてきたのか違和感もなくなりました。おかげでここ数カ月の間で見た日本のドラマは『HERO』と『仮面ライダークウガ』だけになってしまいました。

最近最終回を見た香港製の刑事物のドラマではしつこいほどに三角関係が描かれていて、これって中華人民共和国と香港と香港に住む人々との三角関係の反映だったのかな、なんて勘ぐったりもしてしまいました。ちなみにこのドラマは香港では1999年に放送されてヒットした番組だそうです。

中国では日本がブームになっているという話をどこかで見かけましたが、中国語チャンネルを一日ずっと流しっぱなしにしていると突然聞いたことのある音楽が流れてきたりして、見るとモーニング娘。やTOKIOのビデオクリップだったりします(ちゃんと中国語の字幕付きです)。国は変わってもやっぱり隣の芝生は青いのでしょうか。僕からすれば中国語POPSの方がとても魅力的なのですが・・・(今は趙薇のCDを探しています)。(林)

社会臨床雑誌 第8巻第3号

発行年月日

2001年04月28日

発行者

日本社会臨床学会(代表 篠原睦治)

事務局 茨城県水戸市文京2-1-1 茨城大学教育学部情報教育講座林研究室

電子メール rasen@ipc.ibaraki.ac.jp

WWW <http://www.infocul.edu.ibaraki.ac.jp/syarin/>

電話/FAX 029-228-8314

郵便振替 00170-9-707357

印刷所

有限会社ケイエム・プリント

東京都文京区白山3-3-13

電話 : 03-3813-7921

THE SHAKAI RINSHO REVIEW

The Japan Shakai Rinsho Association

Editorial and Publication Office :

c/o N. Hayashi, Department of Info-Education, Faculty of Education, Ibaraki University,
2-1-1, Bunkyo, Mito-shi, Ibaraki-Ken, 310, JAPAN

CONTENTS

Prologue _____ The Editorial Committee, The Association ____ (1)

Report: the 2000's Summer Workshop by the Japan Shakai Rinsho Association

_____ Nakajima, H., Takeda, H., Hirose.T. & Miwa, S. ____ (2)

Special Issue: Discussion on Revised Mental Health & Welfare Act and The Tranference System

_____ Hirose, T., Shinohara,M., Miwa, S., Inagaki, H. & Ozawa, M. ____ (15)

Why Don't I Deny Therapeutic Culture Fully? _____ Inoue, Y. ____ (63)

What Has Direct Relationship Meant? _____ Hayashi, N. ____ (73)

Film & Book Reviews

Ito, S.(82)

Saito, H.(87)

Takemura, Y.(90)

The Editors' Comment _____ (93)

The Japanese term *Shakai Rinsho* literally means clinical work on society. However, the meaning is still vaguely defined by our association and we refrain from giving it a precise English equivalent at this time.