

## 第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞 受賞記念講演録

### 記念講演

『病いの共同体ーハンセン病療養所における患者文化の生成と変容ー』

成蹊大学ほか非常勤講師

青山 陽子

### シンポジウム

『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』

コーディネーター：岩田 正美（日本女子大学名誉教授）

パネリスト：谷口 由希子（名古屋市立大学准教授）

橋本 明（愛知県立大学教授）

向谷地 生良（社会福祉法人浦河べてるの家理事、  
北海道医療大学教授）

コメンテーター：青山 陽子（成蹊大学ほか非常勤講師）

（敬称略）

\*日時\* 2016年7月23日（土） 午後1時より

\*場所\* グランドアーク半蔵門3階「華の間」

2017年1月

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団



## 目 次

1. 主催者挨拶		
公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団	理事長 二宮 雅也	1
2. 審査委員長挨拶		
損保ジャパン日本興亜福祉財団賞	審査委員長 岩田正美	3
3. 記念講演		
『病いの共同体ーハンセン病療養所における患者文化の生成と変容ー』		
成蹊大学ほか非常勤講師	青山 陽子	5
資 料 (講演会資料)		17
4. シンポジウム		
『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』		39
コーディネーター：岩田 正美 (日本女子大学名誉教授)		
パネリスト：谷口 由希子 (名古屋市立大学准教授)		
橋本 明 (愛知県立大学教授)		
向谷地 生良 (社会福祉法人浦河べてるの家理事、 北海道医療大学教授)		
コメンテーター：青山 陽子 (成蹊大学ほか非常勤講師)		
資 料 (シンポジウム資料集)		79
5. 第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞		
審査講評	審査委員長 岩田 正美	107
	(敬称略)	
資 料 (損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞者)		113

第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞贈呈式（2016年3月8日実施）



二宮雅也 理事長



岩田正美 審査委員長



受賞者 青山陽子氏



受賞者を囲んで

受賞記念講演会・シンポジウム（2016年7月23日実施）



シンポジウムの様子

パネリスト（左から コーディネーター岩田正美氏  
橋本明氏、谷口由希子氏、向谷地生良氏、青山陽子氏）



記念講演会の様子

## 1. 主催者挨拶

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団

理事長 二宮 雅也

皆様こんにちは。ただいま司会より紹介がございました二宮でございます。開会に当たりまして一言ご挨拶を申し上げます。

本日は皆様方大変お忙しい中、多くの方にご出席を賜りましてまことにありがとうございます。また、本日の受賞記念講演会・シンポジウムの開催に当たりまして、厚生労働省を初めとして日本社会福祉学会、日本地域福祉学会、日本社会福祉系学会連合、そして日本社会福祉教育学校連盟の皆様にご後援をいただいております。ご後援、ご協力をいただきました多くの皆様方に、この場をおかりして御礼を申し上げます。ありがとうございます。

当財団は、1977年に創設以来、社会福祉分野を中心に着実にその活動範囲を広げまして、39年目を迎えることができました。昨年4月には、障害者福祉を中心に取り組んでまいりました損保ジャパン記念財団と、高齢者福祉を中心に取り組んでまいりました日本興亜福祉財団が合併をいたしまして、損保ジャパン日本興亜福祉財団として新たなスタートを切りました。今後とも合併両財団の事業をしっかりと継承いたしまして、また発展させ、そして広く公益に資する活動を行ってまいり所存でございます。当財団の活動の概要につきましては、本日の資料にも簡単に掲載しておりますので、後ほどごらんをいただければと思います。

さて、当財団の事業の中で大きな柱の1つとなっておりますのが、損保ジャパン日本興亜福祉財団賞でございます。この賞は、我が国の社会福祉分野のすぐれた学術文献を表彰し、あわせて研究費の助成を行うことで、優秀な研究者の育成ならびに学術的なレベルの向上に資することを目的としております。

賞の選考に当たりましては、まず数多い社会福祉分野の文献の中から推薦者の皆様に候補文献をご推薦いただきます。そしてそれらの候補文献につきまして、昨年度は日本女子大学名誉教授の岩田正美先生を委員長として、我が国の社会福祉分野を代表する6名の先生に審査をお願いいたしました。審査委員の先生には約4カ月間に及ぶ審査期間中に、休日・夜間を問わずに真剣かつ熱のこもった審査会で、ご専門の立場から幅広く、また奥深い議論をいただきました。この場をおかりしまして、厚く御礼を申し上げます。

ご説明してまいりましたように大変厳しい選考を経まして、昨年度見事受賞の榮に浴されました青山陽子様に対し、改めてお祝いを申し上げたいと思います。本当におめでとうございます。

さて、本日の受賞記念講演会は、1999年の財団賞の発足時より、受賞研究内容の発表の場として開催させていただいております。ことしで17回目となります。また、講演会にあわせて開催しておりますシンポジウムも、日本の社会福祉を論ずる場として大変ご好評をいただいているところでございます。

第1部の講演会では第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞を受賞されました青山陽子様にご講演をいただきます。そして第2部のシンポジウムでは、パネリストとして浦河べてるの家理事、北海道医療大学教授の向谷地生良様、愛知県立大学教授の橋本明様、そして名古屋市立大学大学院准教授の谷口由希子様にご登壇をいただきます。また、講演をされます青山様にもお入りいただきまして、財団賞の審査委員長である岩田様にコーディネーターをお願いいたしまして、『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』をテーマにご議論をいただくこととなっております。

シンポジウムへのご参加をお引き受けいただきましたパネリストのお三方には、ご多忙の中、大変貴重なお時間をお割きいただきまして、まことにありがとうございます。本日はどうぞよろしく願いいたします。

本日の講演会とシンポジウムの内容が、皆様の日ごろの研究や、また実務の面、そして生活する中でお役に立てればと願っております。なお、先ほどご案内がありましたように、講演会終了後には簡単な懇親会を用意してございます。本日、ご来場いただきました皆様とご登壇の皆様との交流の場としてお気軽にご参加をいただければと思っております。

最後に、日ごろ当財団活動にご指導、ご支援をいただいております皆様方に心より感謝を申し上げまして、開会のご挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございます。

## 2. 審査委員長挨拶

損保ジャパン日本興亜福祉財団賞

審査委員長 岩田 正美

皆様こんにちは、岩田でございます。本日は、お忙しい中、青山さんの講演及びシンポジウムにご参加いただきましてありがとうございます。また、損保ジャパン日本興亜福祉財団におかれましては、長きにわたって社会福祉文献賞を設置していただきまして、たくさんの方の文献の表彰をしていただき、私たちにとっても大変励みになっております。改めて御礼申し上げたいと思います。

社会福祉自体は、いろいろな分野との境界上に新しい問題を発見し、またそこでのさまざまな実践の積み重ねから制度改革に広げていくというように、その境界領域というのは必ずしもはっきりしているわけではないという特徴がございます。したがってこの文献賞もかなり広い視野から社会福祉を捉えて、審査対象文献を選んでおります、これまでも歴史学、政治学、社会学といったさまざまな分野と社会福祉との接点での意欲的な研究を表彰してきたわけですが、今回受賞の青山さんのご研究も、この後すぐその中味についてのご講演がございますので、詳しくはそちらでぜひいろんなディスカッションの種にするといえますか、ご議論のきっかけとしていただきと思いますが、これは方法的には社会学、あるいは文化人類学の手法を使ったものであり、直接、社会福祉に関係する、あるいは社会福祉の実践にすぐ役立つというものではもちろんないわけです。

この講評にございますように、テーマとなりましたハンセン病研究、あるいはハンセン病施設のあり方については、私どもは常に批判的な角度から、その被害、あるいはいかに過酷な実態であったかという面からこれを見てきたわけですが、ところが、この青山さんのご研究はそれを全く違う角度から組み直す。すなわち全制施設といわれる大変厳しい、いわば隔離施設に長期に閉じこめられて暮らしていくという、その場の中にも、そこに人々の生活があり、しかも個々の生活というよりは集団の生活があり、その集団の生活の記憶がはぐくまれているという視点から非常に丁寧にさまざまな参与観察、インタビューを駆使しまして、一方的な被害の記憶あるいは抑圧の記憶としてだけではなく、そこに生きた人たちがいた、そこに生活があった、その集団的な生活の記憶というものを私たちは忘れてはいけないということをもう一度思い起こさせる、大変すぐれた研究でございました。25編の中から三段階の審査を経まして、この著書が2015年度の財団賞に決定したわけでご

ざいます。

本日は、講演ならびにこのご本から大変啓発されました「場所」というものと、それから「生活」というものを基点としたシンポジウムを、開催したいと思っております。詳細はこの冊子の5～8ページにございますので、ぜひごらんいただければと思います。以上で、簡単ではございますが、受賞の審査報告とさせていただきます。



### 3. 記念講演録

#### 『病いの共同体ーハンセン病療養所における患者文化の生成と変容ー』

成蹊大学ほか非常勤講師 青山 陽子

初めまして、青山と申します。このたびは損保ジャパン日本興亜福祉財団賞の受賞記念講演として、ご来場くださいました皆様に私の研究成果についてご報告できることをとてもうれしく思っております。ちょっと持ち時間が短いということですので、早速ご報告に移りたいと思います。お願いします。

きょうは「ハンセン病療養所における患者文化はいかにして生まれたのか～多摩全生園の生活実践からとらえる文化研究」というタイトルでお話しさせていただきます。研究の目的の大枠なんですけれども、「ハンセン病療養所多摩全生園における患者文化の解明とその文化変容」でした。そして、その文化を把握するために何に注目したかという、次の2点です。

1つが生活実践への着目。文化を捉える際に「集合表象」といった言葉をよく耳にするんですけれども、集合表象を取り出して「これが文化だ」ということもできますと言えます。ただ、それだけでは文化の形成過程や変化は捉えきれないだろうというふうに思いました。

それゆえに、集合表象を生み出している源泉ともいえる生活実践に着目する必要があるというふうに考えました。また、生活とか暮らしは個人で完結するものではありません。それゆえに個人を社会的な存在として捉える視点から文化を描き出したいというふうに思ったときに、この生活実践という視点は重要だというふうに思いました。

もう1点は、集合的記憶への着目。患者さんたちの文化は、私がフィールドに入ったころってというのは既に終焉を迎えていました。ゆえに「患者文化を知る」といったときに、彼らの過去の生活の記録というか語りに耳を傾ける必要があったこと、また、過去の生活実践を生き生きと語る彼らの姿から、そうした過去の経験は今の生活にもつながっているということが実感されました。ゆえに彼らの生活の語りはまさに生きられた集合的記憶であり、そうした人々の経験に支えられた記憶から患者文化を読み解いてみたいというふうに思いました。

調査手順に入ります。調査フィールドである多摩全生園は、東京都の東村山市に位置す

る国立ハンセン病療養所です。ゆえにこの研究はモノグラフ、1つの地域で密着してじっくり研究するといったようなタイプの研究になるかと思います。分析したデータは大きく3つに分かれています。まず1つは、公式的なインタビューからのトランスクリプト、テープ起こしとか書き起こしといったもの。さらには非公式のインタビューによる見聞情報、そうですね、普通に会話をしているところでのいったようなものだったりとか。あるいはフィールドノート。さらには私的な手紙や写真。長い間フィールドにいと、親しくしてもらっている方々の手紙のやり取りだとか写真といったものは見せていただく機会があったんですけども、そういったパーソナル・ドキュメント、個人記録ともいいます。それから、ハンセン病に関する映像資料やハンセン病訴訟などの裁判記録、あるいはさまざまなハンセン病にまつわる新聞記事などを参考にしました。

それから次に調査手順なんですけれども、調査方法は、いわゆる質的研究というか質的調査という形になります。特に本研究では2種類のインタビュー法を用いました。1つは、構築主義的立場に立ったライフストーリー・インタビューという手法です。この方法は、人生の語り、自己物語の語りともいいますが、自己物語の語りでは、語り手はこれまでの人生の中で蓄積してきたさまざまな集合的な記憶の枠を活性化させながら語っていきます。

もう1つ、エスノグラフィック・インタビュー。いわゆる伝統的な人類学のインタビュー法と言ってもいいかもしれません。こちらは日々の生活についての語り。生活の語りでは、語り手は生活を支えるもろもろの集団的な記憶の枠を参照しながら語るようになります。例えば患者作業であれば、患者作業とその生活実践を支える集合的な記憶の枠が比較的安定して表出されていきます。

調査協力者は全て多摩全生園の入所者の方から40名、彼らに対するインタビューは複数回行いました。それから、ハンセン病訴訟の原告弁護団で活躍された中堅弁護士さんの方2名からお話をお伺いしました。

それからフィールドワークですけれども、このフィールドワークで注意した点というのは、語り手の現在の生活環境を観察することで、語り手の患者集団及び、患者集団以外にも所属していると思われるので、他集団への関与の度合いとか、また彼らの患者集団内のポジションを把握して、そこから患者集団の集合的な記憶の枠の同定をはかるといったことを目的としました。私が行ったフィールドワークは住み込むといったような形ではなくて、初期は、半年あたりはほぼ毎日通いという形で行いました。その後は月に数回といっ

たペースになっていったかと思えます。

ちょっと理論的になりますが、生活組織と生活意識の定義といったこと。今度は、文化を捉えるために概念枠組みの説明をしたいと思えます。本シンポジウムは、「生活」が1つのキーワードです。ゆえに、本研究で生活から文化をどのように捉えていったのかといった点を明確にしておきたいと思えます。

まず「生活組織」という言葉なのですが、これは元来、社会学者の有賀喜左衛門による概念です。いわゆる家族研究とか農村研究で有名な有賀先生ですね。有賀は、「人は衣食住を実現するために、他者と関係を結び、生活を組織化していく存在である」というふうに述べた後に、生活組織を「人々の生活の営みを通じて形成された組織のこと」と定義しています。

具体的には、村社会における「家」といったような家族関係、あるいは田植えや稲刈りにおける互助とか、信仰を共にする集まりの講ですかね、檀家つき合いだとか、村の寄り合いなどが該当しますが、こうした生活組織や社会関係は、そこに参加するメンバーが重複していることで相互浸透しているというふうに捉えられています。

一方、こうした生活組織や社会関係は、社会的に実在しているというよりは、それは表象であると考えられています。つまり、それは単独で表象されるのではなくて、「人々の生活意識による支えがあって初めて表象されるのだ」というふうに有賀先生のほうは定義されています。

次に記憶の枠（文化コード）と合理的な活動の定義についてですが、本研究ではフランスの社会学者のHalbwachsの「集合的記憶論」に依拠して分析をしています。ただし、本研究ではHalbwachsの「記憶の枠」を「文化コード」というふうに位置づけ直して用いています。これを踏まえて、まずHalbwachsが定義する記憶の枠とは何か。それは「生活に根ざした日常的な諸集団の文化構造の中で継承されている集団特有の枠のことであり、またこの枠は集団のメンバーに分有されることによってのみ存在し得る」というふうに定義されています。

また、この記憶の枠はどうやって人々に分有されているかといえば、そこには合理的な活動があると。つまり、「今・ここ」の時点に規定されつつ、過去概念からなる枠を用いて、個人が集合的な思考の流れに身を置いて経験を振り返るといった内省的な活動によって支えられています。本研究では、Halbwachsの合理的な活動を「意識あるいは無意識的に繰り返される生活実践の1つ」というふうに捉えています。

さて、これまでの定義を図にすると、このような形になります。ちょっと新しい言葉として「生活形態」と「生活意識」といった言葉が入ってきますが、これは具体的には生活組織や社会関係が生活形態になります。この生活形態は、基本的には知覚された構造のパターンで、価値や規範といったもの。生活意識は、解釈された意味のパターン。この2つは社会学では構造に該当するものというふうに捉えられてきました。

その一方で、「生活実践」というのは相互作用を伴う活動であり、生活形態とか生活意識へ影響を及ぼすものであると。もう少し時間概念を踏まえて考えれば、生活形態とか生活意識というのは過去に規定されていますが、生活実践では未来を企図に入れた「今・ここ」の活動であり、この活動を通じて生活形態とか、あるいは生活意識というのは絶えず変化を強いられるというふうになっていきます。

ゆえに文化というものは決して静態的なものではなく、動きのある動態的なものであるとして把握してみたいというふうに思ってこれを考えました。

ちょっと難しい話になりますが、今度は全制的施設の定義とその特徴です。ハンセン病療養所は基本的には社会学者Goffmanが捉える全制的施設の一形態であるので、ここで簡単に全制的施設について定義を押さえておきます。

全制的施設とは、「多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に相当期間にわたって包括社会、一般的な社会といった意味ですが、から遮断され、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所」であると。全制的施設は、個人を、一般社会で暮らしていた市民から被収容者という社会的アイデンティティーの変容を促す場でありであり、そして、そのために自己変更プログラムといったものが用意されています。

どういった特徴があるかといえば、1としては、外部世界との緊張関係を戦略的テコとして利用。もうちょっと具体的に言えば、退所するなど外部世界へ出してやることを1つの取引材料として被収容者へと教育をするといったようなこと。

それから、規律の維持。外部社会での習慣的活動や生活様式を持ち込まない。全制的施設は、一般社会の規律は持ち込まない独自の規律で構成されていると。

3点目は、家族的なものは全制的施設においては抵抗なしに存在し得ない。もしそのような一般社会の生活様式を持ち込んだとしたら、それは全力で職員らに抵抗を受ける形になります。

それから4番目。家族的なものなどの一般社会の規律を持ち込むということは逸脱であり、あくまで第二次調整として非公式なら実現可能という形になります。

概念についてはこれで終了という形で、今度はもう少し調査フィールドについてご説明したいと思います。次に、ハンセン病患者さんはなぜ隔離されることになったのか、それを歴史的側面から説明したいと思います。ただし、全て説明していると時間がないので、ここでは2点、1907年の「癩予防ニ関スル件」というものと、1931年の「癩予防法」へ改正したという、この2点についてのみ説明したいと思います。

明治以降の政府が初めてハンセン病患者に対して制定した法は、1907年の「癩予防ニ関スル件」にさかのぼります。そしてこの法というのは、路上で生活しているハンセン病患者さんに対する取り締まりを定めた法律で、いわゆる明治期の救貧政策の1つとも言えると思います。それが1931年の改正で、入所資格が貧民というか貧困ではなくて、公衆衛生政策として全てのハンセン病患者さんへと拡大されていきました。これによって、内務省から1936年に「根絶20年計画」が打ち出されたり、「今後10年間で1万床の病床を拡大する」といったようなことが計画されていくことになりました。

調査フィールドですが、多摩全生園の定員についてですけれども、最初は実は全生園ではなくて、全生園（ぜんせいえん）と今は言いますが、昔は全生（ぜんしょう）病院というふうに言っていて、全生病院として開院したときには1909年、当時では300名だったんですね。そして現在、2012年時点では256名で、平均年齢は82.7歳になっています。ただ、最近ちょっと知り合いの患者さんにお電話する機会があったので、そのときのお話で聞いてみると、「もうことしで200人を切りました」というようなお話をいただきました。

グラフを見ますと、患者数っていうのは、ちょっと見にくいんですが、1920年代から右肩上がりに増加していきます。そして、公衆衛生として法改正された1931年には定員が1,000名を超えて、1940年代の最大ピーク時、なぜかここだけぽこっと上がるんですけど、1,570名を記録しました。その後は徐々に下降の一途をたどり、1980年には新規患者さんというのはほとんどいなくなり、後は横ばいに徐々に推移していったというか、減少していきます。

拡張は7回行われているんですけど、今の全生園の敷地っていうのは昭和13年ごろに完成したという感じですね。一番端っこの部分なんですね、昭和13年って。そこは今のらい研っていうか、研究所があるところになっていますね。

これは、「人権の森と史蹟めぐり」という患者自治会が配布しているパンフレットから参照しています。ここで示したかったことっていうのは、患者地帯というか、患者地域と職員地域っていうのが分かれたなごりがこれで見えるというので、ちょっとご紹介したい

と思ってこのパンフレットを提示しました。どのあたりかという、右側の肌色部分というのがわかるでしょうか。これが「患者地域」と呼ばれる部分です。本来、ちょっと水色があるんですが、これはもう病棟というか、今は老人病棟になっているので青色になっていますが、いわゆる病棟です。そういった肌色の部分が患者地域。一方で水色の部分っていったのが右側、これが患者地域といったような形になります。その境には塀が建てられていたという時期もありました。また1960年代に、外界を隔てていた柵の垣根っていうのが、下のあたりから一と柵の垣根が結構、その当時は2メートル以上を超えてあったんですけれども、1960年のころに胸ぐらいの高さにまで切り込まれるっていうような形で、少しずつ外界と園との境界というものが解消されていく形になりました。

Google earthで見るとこんな感じになります。非常に緑豊かな場所だなあっていうことがおわかりになるかなと思います。

次に調査フィールドを紹介したいと思います。事務本館。患者さんたちが一番恐がったのがこの事務本館ですね。治療は治療棟で行われますけれども、患者さんたちの生活はこの事務本館が窓口になっていました。

つい最近までの、旧居住地域と書いていますけど、つい最近までの居住地域です。私が調査に入ったころっていうのは、こちらの患者さん宅によくお邪魔させていただきました。本当にこれで見ると町っていうか、町っていう感じがするかと思います。そしてその、次、お願いします。

ここ5年の間に老朽化ということもあって新築されたんですが、これが今の新しくなった居住地域です。以前の平屋の長屋に対して、今は2階建ての居室へと変わっています。

これは昭和初期の居室です。雑居で、多いときは12畳、1部屋、8人、平均6人程度の共同生活をしていたというふうに言われています。

これは全生学園といいます、年少から入所した子供たちが中学まで通っていた学校という建物です。ただ、建物の耐久の問題で取り壊されてしまって、現在は既ありません。

実はこれ、施設側が提供した図書室になります。ただ、現在では理・美容院という形で、自転車がとまっているとおりに、今でも患者さんたちに利用されています。

これは秋津教会ですね。実は戦前は各宗派ごとに、対立を生じさせない配慮という形で宗派ごとの礼拝堂っていうのは設けられなかったんですね。礼拝堂は1つしかつくられなかったんですけども、現在のように各宗派ごとに礼拝堂ができるっていうことになったの

は戦後です。なので、この秋津教会も戦後に建てられました。キリスト教では聖公会などもあって老舗は秋津教会さんです。

その次、今度は、仏教代表としては真宗和光堂という形で、ちょっとなんか、すごく天気の悪い日に撮ってしまったので、なんかすごく仰々しい形になってしまいました。

次はいわゆる永代神社なんですが、この神社も宮大工の患者さんによって建てられたものです。

慰安畑ですね。施設内には古くから慰安畑と呼ばれる耕作地が存在しました。で、この慰安畑では、患者さんたちが一定の賃料さえ払えば自由に土地を耕作することができました。で、収穫物っていうのは、療養所の炊事場、給食ですね、に納めることで、患者さんたちの小遣い稼ぎの機会にもなっていたということです。

納骨堂です。実は1911年に療養所内に火葬場が設けられました。それまでは土葬という形なんですけれども、火葬場が設けられて、そうすると骨ができる。骨壺は礼拝堂の押し入れに納められていたんですけども、それでは不憫であろうということから、患者さんたちの発意によって、1935年に共同墓地として納骨堂が建設されました。こちらは1986年に建立された納骨堂になります。

次に、1940年当時の患者さんたちの1日の流れと1年の年行事について説明したいと思います。いわゆる「時間」という軸で見た患者さんたちの生活構造といえます。例えば年行事に目を落としてみると、毎月、何らかの予定があり、行事っていうのは変わりばえない日常の彩りであるといった側面もありますし、その一方で、患者さんがみんなで行うっていうようなことにより、集合的な時間感覚というものが形成されていくということにもなります。

1940年代の生活組織をちょっと簡単にフォーマル、インフォーマル、または機能に着目して分類した図になります。いろいろと説明したいところでもあるんですけども、重要な組織としてまず全生常会、患者自治会になります。これは患者さんたちであれば全員参加でした。ただし、患者自治会は1960年代後半に一度潰れました。その後、再建された自治会は、患者さんの生活の自治という側面よりも、生活改善を求める患者運動というような機能へと特化していくなど、時代によってその役割は変わってきました。

また、この図は1940年代ごろですけども、戦後は患者さんたちの生活様式は大きく変化していくことになります。中でも患者作業が職員へと切りかわることで、余暇活動というものがふえていきました。その結果、趣味とかサークルの活動が盛んになり、幾つもの

会ができていきます。しかし、今では高齢化とともにその数や活動は減少しています。

ちょっと短い時間で患者文化を紹介するっていうのは困難なんですけれども、語りから少しでもその感覚というものをお伝えできないかと思い、次に生活の語りを紹介していきたくと思います。患者同士の病棟訪問について説明する男性患者Kさんの語り。

「だいたい、その晩にね、新しい人が入ると各集団の役員とかがな、とにかく病棟訪問というのがね、園に住んでいる人の一日の最後のおつとめだったんだ。病棟、たくさんあって、それを見舞って、自分たちの知り合い、知り合いってみんな知り合いなんだけど、近しい人たちを一日の最後に見舞って、それで行って寝るってことが百合の子供でも、いわば強制でもないけど、生きる義務みたいだったな」。

盲人の世話係として患者作業に従事した経験を持つ男性患者Nさんの語りです。

「ちょっと些細なことをやってやれば、「おおきに。おおきに」って言うから、「ああ、いつでも書いてやるから、来な」って。してもらえる楽しみより、してあげる楽しみのほうがおっきいよね。やってもらうというのはうれしいよ、やれねえんだから。だけど、やってやるってことはどんなに楽しいか。「ありがとね」の一言が。お金じゃないよ」。

年配患者と私的な看取り関係にあった男性患者Oさんの語り。

「よく、面倒をね。なんつうかさ、このなかつつうとね、親戚関係みたいになるちゅうか、親しいと。あの、内輪のきょうだいみたいにするとか、家庭の親子関係みたいになるっていうのがあるんだよ。そうすっと、自分のせがれじゃないけど、嫁さん探してやろうとか、そういうのがいるからどうだって」。

若いときに慰安畑で精を出して働いた男性患者Kさんの語り。

「なかでも初の味とかさ、初物ができた、ナスがなった、キュウリがなったって。今度は不自由舎の人、自分のかかわっている不自由舎にみんな配って歩いたさ。食えないからな。「初物だよ」って」。

県人会について語る女性患者Cさんの語り。

「土地柄が近いからかな。やっぱり、「どっから来た」っていうと、「〇〇から来た」っていうと、「俺はどどここだ」ってよく話しするらしいんだね」

そういう人たちっていうのが？

「今はもうそうでもないけど、昔は同県人っていうと、割と「ああ、あそこからきたのか」って、そんな近くなくてもわかってるじゃないの。隣の村の人だとか、「いや、あっちのとこだ」なんていって」



それで仲よくしてもらって？

「そそ、「うちはaのほうだけど」、bのおばさんは「あ、近い」だのなんなのって。で、県人会、一緒だと結構仲良くなるんだよね。そういう人たちに支えられていたり、頼りにしてもらったり」。

園内結婚について語る女性患者Eさんの語り。

「やっぱり、ハリが出たのかな。やっぱり自分だけじゃないっていうんで、がんばりが出てきた。やっぱり違ってきた。よく人に言われるけど。弱かったの知ってるから、「結婚して元気になったね」って、からかわれるから。先生にもからかわれたり。フフフフ。やっぱり気持ちの持ち方も違って来るかもしれないね。騒ぐだけ、病気が出ちゃったあとだったからね」。

血を分ける親族がいても頼りにできるのは同じ患者同士であると語る女性患者Jさんの語りです。

「肉親に代わる人。あの、他人同士だけどね。肉親がいたからって、何人、甥っ子や姪っ子がいたっていったって、さあ自分の頼りになるって人はいないですよ、患者さんしか。頼るといっても、願います。願いますれば、お願いされたんだから動いてあげましょって気持ちになる。同病相憐れむでね。助け合いというか」と語りは以上になります。

このように、さまざまな生活組織や社会関係と患者さん個人の間を図にすると、このようなものになります。

次に患者文化の生成過程について説明してみたいと思います。まず、患者さんたちが生きた時代において、「村の寄合」、「若者集団」、「講」、「親分子分関係」「もやい」など、彼らにとってはなじみのある外部世界の文化コードであったと思われます。そしてハンセン病療養所の中での暮らしや生活を通じて、従来の外部社会の生活組織や社会関係及びそれを支える文化コードを療養所という「今・ここ」を意味づける理解のパターンとして持ち込み、生活環境に適応していきました。

その結果、暮らしや生活といった長い時間をかけて、患者社会には固有の生活組織や社会関係、価値や規範といった文化コードが形成されていきました。例えば生活組織、社会関係で捉えてみれば、患者自治会、地縁による県人会、宗教団体や患者作業部会、舎などの仲間関係や園内結婚関係、あるいは擬似的親子関係などが挙がってきますし、生活意識ということでもとめてみれば、「同病相憐れむ」にみられるような「われわれ」意識、あ

るいは重病人や子供など弱者への配慮、これらを実は本研究では「病者の論理」というような形で名づけました。

ここで、最初に提示した「文化を把握する図式」を用いて患者文化をあらわしてみると、このような図になるかと思えます。

ではまとめとして、このような外部世界の文化コードが援用されて形成された患者社会におけるさまざまな生活組織や文化コードをどう考えればよいのか、患者文化の独自性とは何かについて考えてみたいと思えます。

全制的施設について定義した社会学者のGoffmanは、その著「アサイラム」の中で、「植民地と転向は違う」というふうに指摘しています。つまり、転向というのは職員にとって非のうちどころがない患者になろうとするということです。そうではない、植民地化というのは。植民地化とは、手に入る限られた資源を用いて、自分たちのための自由なコミュニティをつくること。このような考察をヒントに、患者さんたちが療養所という環境へ適応していった過程は、決して社会から阻害された被害者という側面だけで捉え切れないと思っています。

患者さんたちは、療養所という環境への適応、つまり生活や暮らし、生活実践を通じて、従来の外部世界の文化コードを環境に適応するための道具として用い、自分たちのコミュニティを形成させていきました。その過程で生成された患者集団の文化コードは既に独自の文化コードであると言えるのではないかと思っています。

なぜならですけれども、その証拠に新たに生成された患者さんたちの生活組織、例えば患者自治会は、自治と同時に運動という機能も含んでいましたし、園内結婚っていうのは夫婦間の情緒的な安定機能を有してもいますけれども、子の養育機能は欠いています。また、患者作業部会などは、地域の「もやい」といったような共同作業の枠を超えて、まさに患者さんたちの日々の生活を支える柱でした。このように見ていくと、患者集団の生活組織や患者、社会関係、文化コードは、療養所独特のものであり、既に借り物ではないというふうに考えます。

ただし、ハンセン病療養所は衣食住全てが1つの場所で完結している全制的施設であり、その施設は管理運営集団によって治められています。ゆえに、管理運営集団との関係性を無視して患者集団の独自性を語ることっていうのは不可能です。そこで次に、管理運営組織との関係で患者集団の独自性について述べる必要があるというふうに考えます。なぜ患者さんたちっていうのは自分たちの生活を自分たちの規律で治めることができたのか。

その理由は、1930年ごろから、療養所運営の財政の疲弊と収容人数の増加が挙げられます。これによって患者集団と管理運営組織との2つの集団の相互依存関係で深化というのが生じ、療養所という場で施設職員と患者の両者の相互作用のまじわりが深くなったというわけです。

その結果、ある集団の文化コードは、集団内の全員の行動を実質上説明するだけのものではなく、患者さんと職員さんがともに自分たち、あるいは彼らの行動を納得し得るものとして理解するために相手の文化コードを利用したりとか、あるいは他者を説得するためにも、組織立てていく際の資源としてさまざまに両者の文化コードを利用していきます。

このような生活レベルでの相互依存が深まれば、両者の文化コードの浸透というのは避けられません。ゆえに、あるときは従属的な意味を帯びる活動が、別の文脈では自立的な意味を帯びる活動にもなる。例えば患者作業とは、管理運営集団から見ると施設運営の下請けという文脈で従属的な意味を帯びますけれども、一方で患者作業がなければ施設運営はままならないという事態にもなり、患者集団はそれを逆手に取って、交渉や自治というものを獲得していきました。この文脈は患者集団の自律を考えることにもなるのではないかと思います。

ゆえに、ハンセン病療養所の患者文化研究には、「マイノリティー集団の自律とは何か」という問いに対するヒントがあるのでないかと思っています。

以上です。ご清聴ありがとうございました。



# 受賞記念講演会資料

青山 陽子 氏

受賞著書 『病いの共同体』

－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－』

（新曜社 2014年11月）



損保ジャパン日本興亜福祉財団賞 受賞記念講演会

## ハンセン病療養所における 患者文化はいかにして生まれたのか ——多磨全生園の生活実践から捉える文化研究——

---

グランドアーク半蔵門  
2016年7月23日(土)  
青山 陽子

### 本書『病いの共同体』における研究課題

#### ●研究課題

- 1.療養所内で生成された患者文化を明らかにする。  
——相互作用を伴う生活実践への着目。
- 2.生きられた記憶から、患者文化を読み解く。  
——患者集団の集合的記憶への着目。

## 調査手順1

### ●調査フィールド

国立ハンセン病療養所多磨全生園

### ●分析データ

- ✓ 公式的なインタビューからのトランスクリプトや非公式のインタビューによる見聞情報
- ✓ フィールドノーツ
- ✓ 私的な手紙や写真などの個人記録(パーソナル・ドキュメント)、ハンセン病に関する映像資料、ハンセン病訴訟などの裁判記録、新聞記事など

## 調査手順2

### ●調査手法: 質的調査法

2種類のインタビュー法とフィールドワーク

- ✓ 構築主義的立場に立ったライフストーリー・インタビュー

人生の語り: 自己物語の語り。

——語り手はこれまでの人生のなかで蓄積してきた様々な集合的な枠を活性化させながら語る。

- ✓ エスノグラフィック・インタビュー

生活の語り: 日々の生活についての語り。

——語り手は生活を支える諸々の集合的な枠を参照しながら語る。

調査協力者: 入所者40名 弁護士2名。



## 調査手順3

### ●フィールドワーク

語り手の現在の生活環境を観察することで、語り手の患者集団および他集団への関与の度合い、また彼らの患者集団内のポジションを把握し、そこから患者集団の集合的な枠の同定をはかる。

実地調査期間:2001年～2010年

## 生活組織と生活意識の定義

人は衣食住を実現するために、他者と関係を結び、生活を組織化していく存在である。

生活組織:人々の生活の営みを通じて形成された組織のこと。

例)村社会:家という家族関係、田植えや稲刈りにおける互助、信仰を共にする集まりや檀家付き合い、村の寄合など。

※これらの組織やそれに伴う社会関係は累積したり相互浸透して形作られる。

生活意識:生活組織や社会関係の表象を支える人々の意識。

(有賀喜左衛門1966a,1966b,1969)

## 記憶の枠(文化コード)と合理的な活動の定義

記憶の枠(本書では文化コード):生活に根ざした日常的な諸集団の文化構造の中で継承されている集団特有の枠のこと。またこの枠は集団のメンバーに分有されることによるのみ存続しうる。

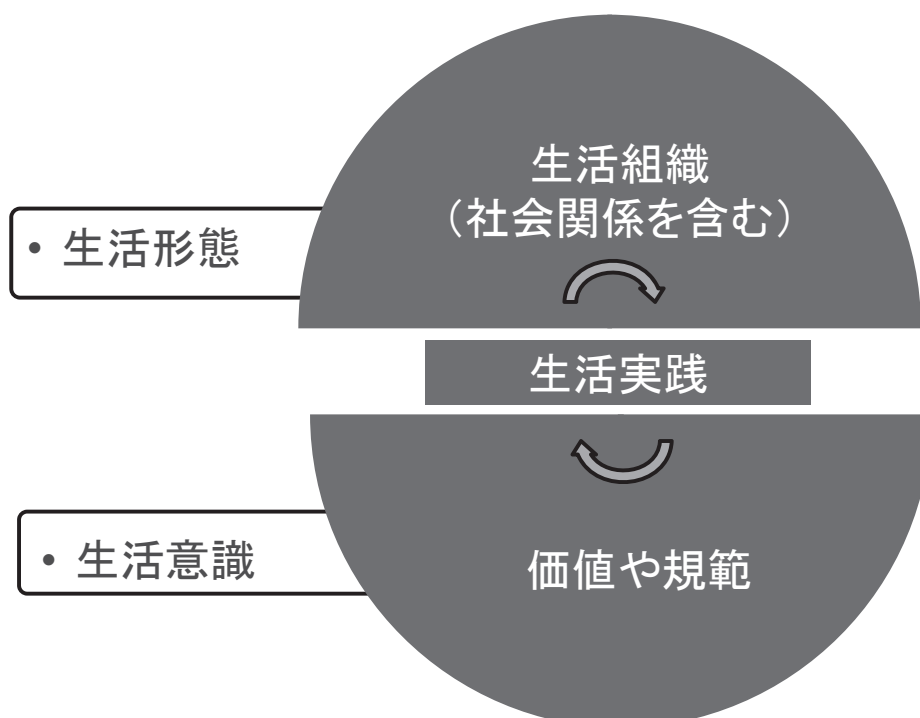
合理的な活動(本書でいう生活実践の一部):〈今・ここ〉の時点に規定されつつ、過去の概念からなる枠を用いて、個人が集合的な思考の流れに身を置いて経験を振り返るという活動。

(Halbwachs1950=1989)

※「記憶の枠」+「合理的な活動」=「集合的記憶」

※有賀が考えた生活意識とほぼ同等と考える。

## 文化を把握する図式



## 全制的施設の定義とその特徴

### 全制的施設の定義

「多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に、相当期間にわたって、包括社会から遮断され、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所 (Goffman 1961=1984)。」

### 特徴

#### 【被収容者の自己変更プログラム】

- 外部世界との緊張関係を戦略的テコとして利用。
- 規律の維持。外部社会での習慣的活動や生活様式を持ち込まないことが必然。
- 家族的なものは全制的施設においては抵抗なしに存在し得ない。
- 所内規則から逸脱し、個人の目標を達成する第二次調整において実現されるもの。

## 調査フィールドの概要1

### ●ハンセン病政策の歴史(明治以降)

- 1907年 「癩予防ニ関スル件」(法律第11号)
- 1916年 懲戒検束権が療養所長に付与される
- 1931年 「癩予防ニ関スル件」改正→「癩予防法」へ
- 1936年 内務省、癩根絶一万床、3カ年計画を発表
- 1947年 我が国におけるプロミン治療開始
- 1953年 「癩予防法」改正→「らい予防法」へ
- 1996年 「らい予防法」の廃止
- 2001年 らい予防法違憲国家賠償訴訟原告全面勝訴
- 2009年 ハンセン病問題基本法

## 調査フィールドの概要2

### ●定員

1909年(設立当初):300名 1930年代:1000名強

1940年:1500名 2012年:256名(平均年齢82.7歳)

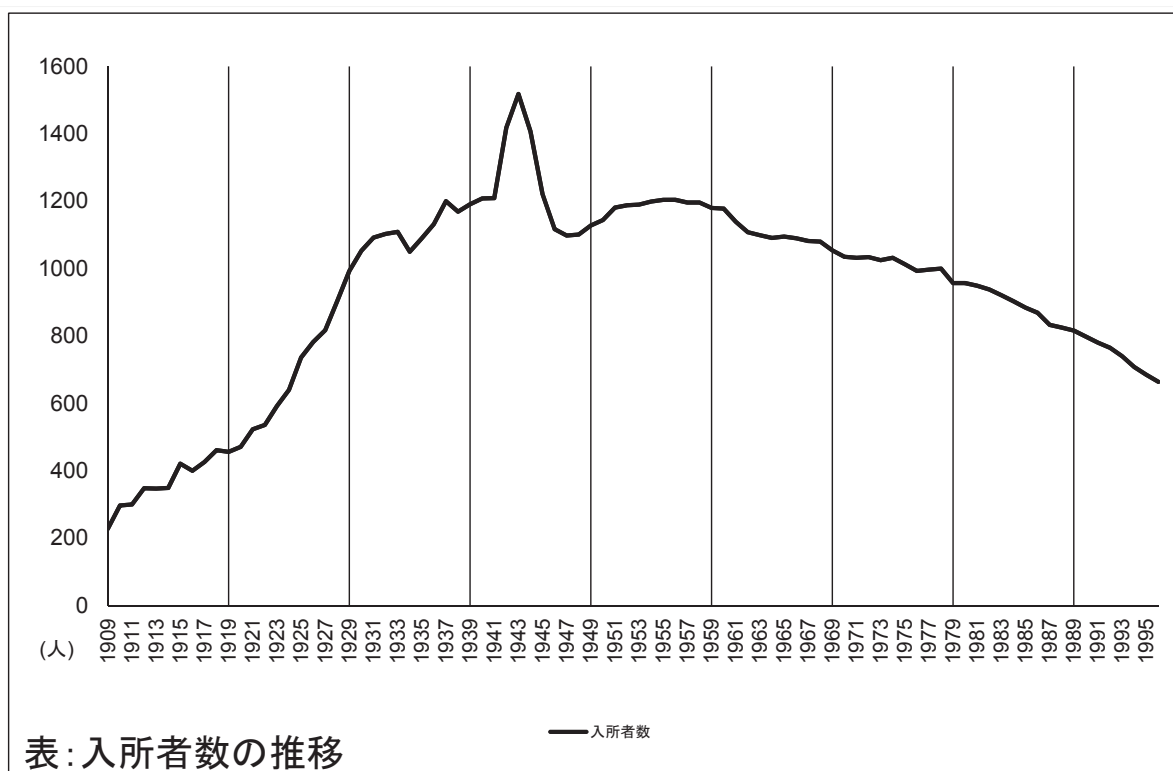
### ●敷地面積

352,796m<sup>2</sup>(大正・昭和初期にかけて7回の拡張工事を実施)

### ●多磨全生園の沿革

1909年 公立療養所第一区府県立全生病院(関東1府6県及び新潟・愛知・静岡・山梨・長野の連合府県立療養所)として現在地に創立。

1941年 厚生省に移管され、国立療養所多磨全生園として発足。現在に至る。



多磨全生園入所者数の推移(多磨全生園患者自治会1979, 多磨全生園自治会1999『多磨』編集委員会)



全生園拡張図(多磨全生園患者自治会1979)



パンフレット「人権の森と史蹟めぐり」より



Google earthより



事務本館



旧居住地区の風景



現居住地区の風景



復元された山吹舎  
※1928年に建築された男性大人独身舎



全生学園





現在の理・美容院(旧図書館)



秋津教会



真宗和光堂



永代神社



慰安畑



納骨堂

## 患者の日常(1940年頃)

### 【1日のスケジュール】

06:00	起床・部屋掃除
07:30	朝食
08:00	患者作業開始
11:00	患者作業終了
12:00	昼食
13:30	治療
14:00	自由時間
15:30	夕食
16:00	自由時間
21:00	就寝

※調査協力者からのインタビューデータにより作成。

### 【年行事】

- 1月:餅つき、新年の祝い
- 3月:春彼岸
- 4月:花祭(灌仏会)、花見
- 5月:春季全生座歌舞伎、青葉祭(真言宗派の行事)
- 6月:春季慰霊祭、皇太后御誕生記念日
- 7月:七夕、うら盆
- 9月:秋彼岸、秋季慰霊祭
- 10月:秋季全生座歌舞伎、お会式(日蓮宗派の行事)、運動会
- 11月:み恵みの日(感謝祭)、農作物産会、報恩講(真宗派の行事)
- 12月:クリスマス(秋津教会の行事)

## 患者たちの生活組織(1940年代頃)

組織	機能
◎居住および生活に関わる団体【フォーマル組織】 舎長会 全生常会 各種患者作業部会	行政機能 相互扶助機能
◎宗教団体【インフォーマル組織】 日蓮宗唱行会、真宗報恩会、真言宗大師講、 永代神社奉賛会、秋津協会、カトリック愛徳会	相互扶助機能
◎親睦団体【インフォーマル組織】 県人会、互助会※在日コリアン親睦団体	相互扶助機能
◎趣味・サークル【インフォーマル組織】 親和会、盆栽会、歌舞伎団全生座、音楽団、 楽声会、野球協会	欲求充足機能
◎自警に関わる団体【インフォーマル組織】 消防団	自衛機能

## 生活について語る1

患者同士の病棟訪問について説明する男性患者Kさんの語り。

K: だいたい、その晩にね、新しい人が入ると各集団(=患者たちによる生活組織)の役員とかがな、とにかく病棟訪問というのがね、園に住んでいる人の一日の最後のおつとめだったんだ。病棟、たくさんあって、それを見舞って、自分たちの知り合い、知り合いってみんな知り合いなんだけど、近しい人たちを一日の最後に見舞って、それで行って寝るってことが百合の子供(=子供舎にいる若年患者)でも、いわば強制でもないけど、生きる義務みたいだったな。

## 生活について語る2

盲人の世話係として患者作業に従事した経験をもつ男性患者Nさんの語り。

N: ちょっと些細なことをやってやれば、「おおきに。おおきに」って言うから、「ああ、いつでも書いてやるから、来な」って。してもらえる楽しみより、してあげる楽しみの方がおっきいよね。やってもらうっていうのはうれしいよ、やれねえんだから。だけど、やってやるってことはどんなに楽しいか。「ありがとね」の一言が。お金じゃないよ。

## 生活について語る3

年配患者と私的な看取り関係にあった男性患者Oさんの語り。

O:よく、面倒をね。なんつうかさ、このなかつつうとね、親戚関係みたいになるちゅうか、親しいと。あの、内輪のきょうだいみたいにするとか、家庭の親子関係みたいになるっていうのがあるんだよ。そうすつと、自分のせがれじゃないけれど、嫁さん探してやろうとか、そういうのがいるからどうだって。

## 生活について語る4

若いときに慰安畑で精を出して働いた男性患者Kさんの語り。

K:なかでも初の味とかさ、初物ができた、ナスがなったキュウリがなったって。今度は不自由舎の人、自分のかかわっている不自由舎にみんな配って歩いたさ。食えないからな。「初物だよ」って。

## 生活について語る5

県人会について語る女性患者Cさんの語り。

C: 土地柄が近いからかな。やっぱり、「どっから来た」っていうと「〇〇(県)から来た」っていうと、「俺はどこどこだ」ってよく話しするらしいんだね。

\* : そういう人たちっていうのが、

C: 今はもうそうでもないけど、昔は同県人っていうと、割と「ああ、あそこからきたのか」って、そんな近くなくてもわかってるじゃないの。隣の村の人だとか、「いや、あっちのどこだ」なんかとって。

\* : それで仲良くしてもらって、

C: そそ、「ウチはa(地方)の方だけど」、b(地方)のお婆さんは、「あ、近い」だのなんだのって。で、県人会、一緒だと結構仲良くなるんだよね。そういう人たちに支えられていたり、頼りにしてもらったり。

## 生活について語る6

園内結婚について語る女性患者Eさんの語り。

E: やっぱり、ハリが出たのかな。やっぱり自分だけじゃないっていうんで、がんばりが出てきた。やっぱり違ってきた。よく人に言われるけど。弱かったの知ってるから、「結婚して元気になったね」って、からかわれるから。先生(医師)にもからかわれたり。フフフフ。やっぱり気持ちの持ち方も違って来るかもしれないね。騒ぐだけ、病気が出ちゃったあとだったからね。

## 生活について語る7

血を分けた親族がいても頼りにできるのは同じ患者同士であると語る女性患者Jさんの語り。

J: (患者さんは)肉親に代わる人。あの、他人同士だけどね。肉親がいたからって、何人、甥っ子や姪っ子がいたっていったって、さあ自分の頼りになるって人はいないですよ、患者さんしか。...〈中略〉...頼るというよりも、願います。願えば、願えば、お願いされたんだから動いてあげましょって気持ちになる。同病相憐れむでね。助け合いというのか。

## 多層的な親密圏ネットワークに囲まれて生活する患者





## 患者集団における文化コードの源泉とその実践

「村の寄合」「若者集団」「講」「親分子分関係」「もやい」など、患者たちにとって従来なじみのある外部世界の様々な社会組織や社会関係とその表象を支える文化コード。

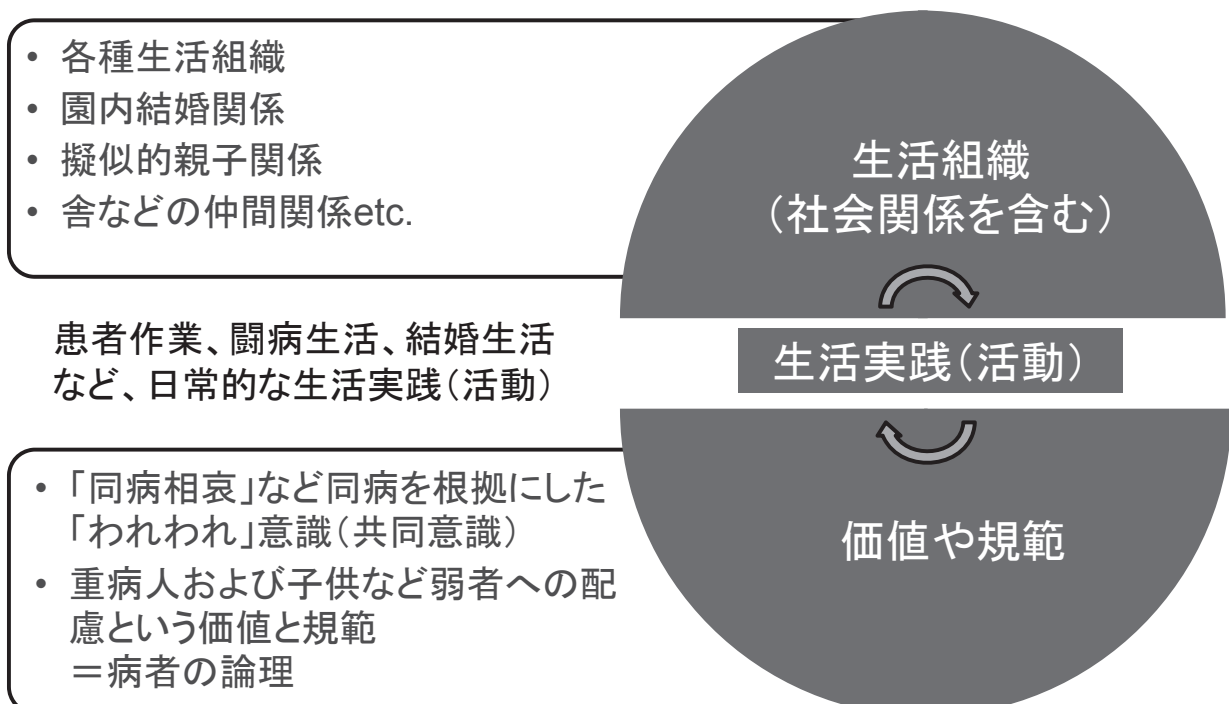


従来の外部社会の生活組織や社会関係およびそれを支える文化コードを〈今・ここ〉を意味づける理解のパターンとして持ち込み、療養所という生活環境に適応していった試み(生活実践)。



患者社会における様々な生活組織や社会関係と文化コードの生成。  
例) 患者自治会／地縁による県人会／宗教団体／患者作業部会  
／舎などの仲間関係／園内結婚関係／擬似的親子関係etc.  
「同病相憐」にみられる「われわれ」意識、重病人や子供など弱者への配慮＝「病者の論理」。

## 多磨全生園の患者文化を把握する図式



## 患者文化の独自性とは何か1

「植民地化」≠「転向」

職員にとって非の打ち所のない患者になろうとするのではない。手に入る限られた資源を用いて、自分たちのための自由なコミュニティを作ること。( Goffman1961=1984)

外部世界の文化コードは療養所という外とは異なる環境に適応するために道具として用いられにすぎないのであり、その証拠に新たに生成された患者集団の文化コードで外部世界の環境を意味づけると不整合となる。

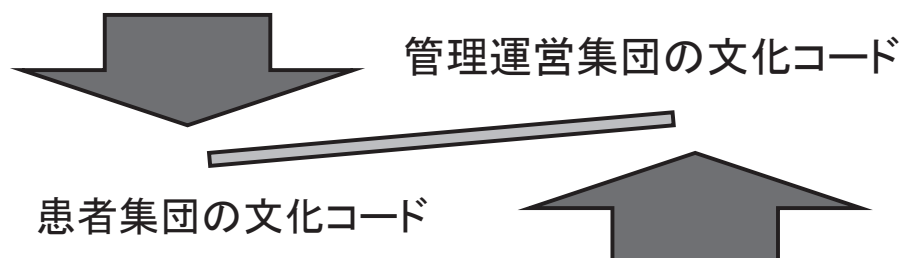
つまり患者集団の文化コードはすでに別のコード。

借り物ではない患者集団独自の文化コードと言えるのではないか。

## 患者文化の独自性とは何か2

ハンセン病療養所という全制的施設に存在する2つの集団の相互依存関係の深化

原因: 1930年頃からの療養所運営財政の疲弊と収容人数の増加



両集団の相互依存関係が深まれば、自集団の文化コードは他集団の文化コードの影響を強く受けるようになる。

そのためあるときは従属的な意味を帯びる活動が、別の文脈では自立的な意味を帯びる活動にもなる。

(「マイノリティ集団の自律とは何か」という問いに対する1つの回答)

#### 4. シンポジウム

『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』

- コーディネーター：岩田 正美 氏（日本女子大学名誉教授）  
パネリスト：橋本 明 氏（愛知県立大学教授）  
：谷口 由希子 氏（名古屋市立大学大学院准教授）  
：向谷地 育良 氏（浦河べてるの家理事、北海道医療大学教授）  
コメンテーター：青山 陽子 氏（成蹊大学ほか非常勤講師）

畠田 それではこれからシンポジウムを開催したいと思います。パネリストの皆様を改めてご紹介いたします。私の向かって右手から、橋本明さん、谷口由希子さん、それから向谷地生良さんの3人です。この順番でまずご報告をまずお願いしたいと思います。きょうはこういうシンポジウムですので、さんづけで呼び合いたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

このシンポジウムの狙いでございますけれども、ただいまの青山さんのご本に触発されてということで、『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』という、やや難しいタイトルをつけました。この狙いでございますが、36ページに書いてございますように、社会福祉においては利用者本位、当事者主権ということが長らく言われておまして、その言葉自体は非常に身近なものです。同時に、「生活本意」とか「生活から見る」とかこういう言い方も、例えばメディカルソーシャルワーカーとほかの医療職の違いは何かというと、ソーシャルワーカーは患者の生活から問題を見るのだという説明がよくなされていますね。

これは一見わかったような説明ですが、では「生活から見る」とはどういうことか、「生活」とは何かということをもう一回開き直って考えてみますと、これは大変難しいことです。先ほどの青山さんのご研究は非常に長い時間をかけて、インタビューや参与観察などさまざまな方法でその生活を、しかも個々の生活ではなく、そもそも生活組織、生活の中の社会関係というものを含み、全制的施設という大変特殊な施設においては、運営側の組織と患者側の組織というものがそれぞれ別々の理由でできていきながら、それが戦時中の物資不足や人手不足やさまざまな状況の中で、相互交流をせざるを得ないというような、ある枠組みを見出されて、そこに特有の文化コード、あるいは生活というものを描き

きったわけです。

これを社会福祉一般にどういうふうに通ずし、私たちの生活というものの見方、社会福祉における生活というものの見方に持っていくかということは大変難しいことで、このシンポジウムで簡単に答えが出るとは思っておりません。が、利用者本位、当事者主体主権、あるいは生活というフレーズで安心せずに、一体そのことはどういうことかということとを現代的な文脈、とりわけ「地域福祉」がもう1つの今日のキーワードであり、そしてその中で非常にパーソナルな「個別的なサービス」ということがもう1つのキーワードになっているわけですが、こういうものをどういうふうにとり受けながら、人々の暮らし、生活というものから社会福祉を展望できるかという議論の素材にできればと考えております。

この場合、地域あるいは地域一般という何か脱色された地域を考えるのではなく、具体的な場所、ある固有名詞を持った場所やある具体的な人の生活というものを念頭に置きながら、しかしながら同時に制度化や資源動員という意味で、それが標準化を余儀なくされていくという非常に大きな矛盾があるわけですが、それをどういうふうにとり受けながら、私たちが生活から社会福祉を展望するのだといいますか、生活から実践を考えていくのだ、あるいは制度、政策を考えていくのだということがなぜ、どのように言えるのかということを考えていく基点としたいというふうに思っております。

そういう意味では大変無理無体なことをお願いしたわけですが、お三人のパネリストの方々にはそれぞれ20分プラスαというぐらいで、まず最初のご報告をそれぞれのお立場からお願いしたいと思います。その後、休憩中に質問用紙を回収いたしますので、どうぞあらかじめ質問をお書きいただければと思います。休憩の後、ディスカッションに移りたいと思います。

それでは早速、最初のご報告を橋本明さんからお願いしたいと思います。

**橋本** 橋本です。よろしくお願ひいたします。シンポジウムにお招きいただきありがとうございます。実は私の話すことはお手元のピンクの資料にほとんど全て書いてあるので、ご参照いただければと思います。

本日のシンポジウムは、『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』というタイトルですが、この「場」というものをどういうふうにとり捉えるのか、私がおもった研究対象にしている精神医療の歴史の観点から考えてみたいと思います。

精神医療の場合、とりわけ精神障害者の「居場所」の近代史は、病院や施設から地域へ

の移行という「大きな物語」を前提としています。しかし、私はここで大きな物語の各論に分け入って、欧米諸国や日本の脱施設化および地域移行の地域差や時間差を論じるつもりはありません。そうではなく、主に我が国の精神医療史をたどりながら、恐らく1世紀以上も前から世界に蔓延している、精神障害者をめぐる場所と空間にかかわる近代的な思想の特徴とそれにまつわる諸課題を検討していきたいと思います。

唐突ですが、島崎藤村の自伝的小説「夜明け前」から始めます。この小説は日本の封建社会から近代的な国家へと変わりつつある時代、つまり日本の「夜明け前」の苦悩を、木曾・馬籠宿の宿役人である青山半蔵の波乱に富んだ人生を通して描いたものです。半蔵は、平田篤胤派の国学の徒として維新に夢を賭けますが、結局は裏切られ、正気を失い、最後は座敷牢の中で生涯を閉じます。

この半蔵のモデルは、島崎藤村の父・島崎正樹です。恐らく小説の読者の多くは座敷牢を「封建時代の遺物」として理解するでしょう。しかし、正樹が座敷牢に入れられたとき、近代は馬籠宿にも確実に到達していました。正樹が座敷牢に入れられたのは1886年（明治19年）の9月下旬でしたが、それより2カ月余り前には、当時の馬籠が属していた長野県、現在は岐阜県中津川市ですけれど、長野県から「瘋癲人鎖鋼出願手続」及び「瘋癲人取扱心得」が出されています。これらは瘋癲人、現在でいう精神障害者、を取り締まる近代的な規則で、座敷牢、当時は私宅鎖鋼と呼ばれていましたが、に入れるための手続も定められていました。

小説「夜明け前」の中では、半蔵の私宅鎖鋼が役所に届けられた形跡はありません。しかし、現実の島崎正樹は、順当であれば長野県の規則に基づいて監置されたはずです。

「夜明け前」で半蔵の座敷牢を扱っていた時代は、全国各地で長野県のような瘋癲人規則が順次整備されていった時期に重なります。つまり、藤村の父が閉じこめられたのは、「封建時代の遺物」としての座敷牢ではなく、むしろ私宅鎖鋼という制度に支えられた「近代の檻」だったと言えるでしょう。ちなみに江戸時代の座敷牢も無秩序に行われたわけではありません。例えば江戸などの都市では一定の監置手続きがあったことが知られています。既にここに近代の萌芽が見られ、それが明治以降の制度に引き継がれていったという側面もあります。

さて、明治初期における各地の瘋癲人規則が統一され、1900年（明治33年）に精神病患者監護法として我が国最初の精神病にかかわる法律が制定されました。この法律の中で、精神病患者を監置する場所の1つとして、精神病院の監置室と同等の法的位置づけをされたの

が私宅監置室でした。

そのころには全国的に不足している精神病院をいち早く建設し、私宅監置室の精神病患者を入院させ、医療の恩恵を受けさせるべきだと盛んに主張されました。1918年（大正7年）に東京帝国大学の呉秀三と榎田五郎による論文「精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」が代表的なものです。この論文の終わりのほうに書かれている、「精神病患者は病気になる不幸に加えて、日本という国に生まれた不幸を重ねている」というフレーズはよく知られているでしょう。ただし、私宅監置が批判されるあまり、精神病患者監護法の本質が忘れられがちです。この法律の目的は、精神病患者を私宅監置室に閉じこめることではありません。近代的な法制度のもとで監置の手続きを厳格にし、精神病患者の不法監禁を防ぎ、精神病患者の権利を守るためにつくられたのです。

反・理性としての狂気をコントロールしようとする思想が、隔離なり、医学的な治療なり、という形をとって、私宅監置や病院という近代的なシステムを推進したのに対して、この呉・榎田論文では別のシステムを紹介しています。いわゆる伝統的な民間治療ですが、こちらへの彼らの評価は概して低いものでした。

そのうちのひとつが、富山県上市町大岩にある日石寺の滝治療の事例です。それによると、今でいう統合失調症の18歳の男性患者が父親に連れられて滝治療のために日石寺にやってきました。二人は門前の旅館に泊まっています。この興奮した患者を強力という介護人が抱き上げて、手脚を縛って無理矢理滝つぼへ連れていきます。約5分間、滝に浴びさせましたが、患者の状態は前より悪くなったというものです。この論文は治療効果のない滝治療を批判し、人々の無知蒙昧に苛立っているようです。西洋医学に通じた医学者にすれば、当然の反応でしょう。

ところで富山県上市町大岩とはどんなところでしょうか。滝治療で知られた大岩は、1915年（大正4年）のサンフランシスコ万博にその全景写真が出品され、日本の代表的な避暑地として紹介されています。また、大岩の日石寺は修験道の中心地として知られる立山の山裾に位置し、立山信仰と深くかかわりながら発展してきた真言宗の寺院です。とりわけ明治以降になると、目の病気と精神病の患者が治癒を求めて集まる場所になりました。ご覧いただいている写真の中央近くに写っているのが日石寺と門前の旅館群です。

現在はJR富山駅から富山地方鉄道に乗り換えて上市まで行き、そこからさらにバスやタクシーで田んぼの中をかなり走って大岩地区に到達します。その中心にあるのが日石寺です。現在でも日石寺の門前には参拝客のための旅館が数軒あります。中でも写真にあり

ます「だんごや」は、江戸時代から続く歴史のある旅館です。かつてはこのような旅館に精神病患者とその家族が宿泊し、寺で加持祈禱を受けたり、境内にある滝を浴びたりして病気の治療を行っていました。

2005年9月、私は日石寺の調査を行い、呉秀三の論文で紹介された同じ滝に打たれました。六本の滝からなっているので六本滝といいます。写真の左の人が私です。何しろ水の勢いが強くて冷たく、私に限っては1分ぐらいでやめました。近代的な医学者たちが滝浴びを批判したのがよくわかりました。しかし、「無知蒙昧な人々が効果のない滝治療のために富山県の山奥にまで集まってきた」という単純な理解で済ませていいのでしょうか。

大岩の滝治療が成り立っていくためには、さまざまな人たち、あるいはさまざまな舞台設定というものがかかわっていました。患者はもちろん、付き添いの家族、宿泊先の旅館の人たち、患者の滝浴びを介護する強力、加持祈禱を実施する寺の僧侶、ときには逃走する患者を追いかける駐在所の巡査や集落の人たちなどが、大岩の自然地理的環境や寺院の諸施設、交通インフラといった舞台に支えられて、ひとつの「治療の場所」を形づくっていたわけです。

なるほど、呉・檜田論文で批判されているように、滝自体には治療効果はなかったかもしれせん。しかし、豊かな自然環境などのもとで、家族や地域社会の人々が関与していた、大岩で行われていたような病気治療における共同作業は、現代の精神医療では欠落してしまった要素ではないのかと、改めて気づかされます。

一方で、伝統的な「治療の場所」への需要がまだ多かった時代に、精神病患者への新しい処遇システムを支える装置が徐々に浸透していきます。島崎正樹の例で見たような私宅監置室、公的な監置室や収容所、そして精神病院などがそれです。これらは皆、精神病患者監護法などの近代的な法秩序のもとで維持されていました。

新しい処遇システムは、富山県の大岩のような「治療の場所」とは本質的に違うところがあります。その新旧の変化を一口で表現すれば、「場所から空間へ」ということです。ここでいう場所placeとは、特定の自然地理的、歴史社会的な条件に規定された場所のことです。自然・環境・地域性・多様性、「ここにしかない」という一回性・固有性が強調されます。前近代的な、あるいはむしろ非近代的な治療観に基づいて、精神病の民間治療が行われていた神社仏閣、滝場、温泉といった場所を、私は特に「治療の場所」と称しているわけです。

他方、空間spaceとは、科学とテクノロジーに支えられて標準化・規格化された、「どこ

にでも」再現可能な構造物や人工的環境を指しています。私宅監置室や公的な監置室・収容所あるいは精神病院といった構造やその運用システムは、基本的にはどこにでも伝播が可能です。精神医療の近代化とは、まさに「場所から空間へ」という変化であるという見方も成り立つでしょう。

精神医療に限らず、あらゆる場面で「場所から空間へ」という近代的な変化を、私たちは喜んで受け入れてきました。こうした「空間」を実現しようとする思想とは、この社会をもっと便利で、快適で、スピーディーで、能率的なものにしたいという、どこでも同じサービスやモノを手に入れたいという、ごく当たり前の欲求と深く結びついています。それは、どこにでもあって、いつでも開いていて、たいていの物がそろってコンビニを求める我々の日常意識そのものです。

けれども、こうした思想自体に、狂気あるいは精神障害という理性のコントロールから逸脱したものを遠ざける根源があるでしょう。したがって、精神障害者の「居場所」が、かつての私宅監置室や今日の病院や施設から地域へ移行したとしても、そこには相変わらず効率・能率・スピードが支配する空間が広がっています。そこは彼らにとって住みにくい世界に違いありません。しかし、これが近代的な世界というものです。

とはいえ、近代的な空間が世界を覆い尽くし、「治療の場所」的なものの全てが駆逐されたわけではありません。そこで、歴史の試練を経て、なおも「治療の場所」であり続けようとしているベルギー・フランドル地方の小都市ゲール（Geel）を取り上げたいと思います。

この町は、中世ヨーロッパのキリスト教的世界観のもとで発展してきた精神病患者の巡礼地です。巡礼者は聖ディンプナ教会に隣接して建てられた病人部屋（ziekenkamer）に泊まり、教会で行われる治療の儀式に参加しました。巡礼者がふえて患者を収容しきれなくなり、ゲールの農家などに患者を一時的に預けることになりました。これがゲールにおける精神病患者の里親制度、あるいは家庭看護（gezinsverpleging）の始まりです。

やがて17世紀になると巡礼地としての性格が薄まり、特にブリュッセルやアントワープなどの大都市の収容施設から溢れた貧困患者が、大量にゲールの里親に預けられることになりました。こうして、小さな村落のあちこちに多くの精神病患者が暮らすというユニークな「治療の場所」が形成されていきました。

ところが19世紀になると、ゲールは近代的な医学にさらされることになります。この村の患者は虐待されている、労働搾取されている、医学的な管理がない、と批判されまし



た。当時の文脈では、時代おくれ、過去の遺物とみなされたのです。しかし、ゲールは従来の里親制度を残しながらも、近代的医学に接近していきます。1851年には村に散らばる里親とそこに住む患者全体をひとつの開放的な精神医療施設と位置づけ、ベルギー国立のコロニー（Rijkskolonie）が成立しました。さらに1862年には精神病院が建設され、里親の斡旋や患者の医学的管理を行うセンターとなりました。

こうした改革の結果、1900年ごろにはゲールは国際的な注目を浴びていきます。当時、欧米では精神病患者が急増する一方、入院ベッドは不足しており、ゲールのように里親に患者を預ければ安いコストで済み、かつ家庭的・開放的な環境で患者を院外ケアできると評価されたのです。

20世紀初頭のヨーロッパでピークを迎えたゲールの里親制度への関心は徐々に衰退していきます。ゲールで暮らす患者数のピークは1939年8月の3,750人でした。第二次世界大戦後、ゲールの患者数は減り続けました。減少やまない患者数から、既に1960年前後にはゲールの危機が語られるようになりました。1980年には1,000人を割り込んで992人、現在は330人程度と思われまます。

しかし、今のゲールにはかつての繁栄はないものの、脈々と里親制度を維持しながら、精神障害者をケアする街のアイデンティティーを継承することで、今日的な精神医療の文脈においても「治療の場所」であり続けようとしています。例えば5年に一度、精神病の巡礼地の起源にまつわる聖ディンプナのお祭りが開催され、オメガングと言われる宗教行列が盛大に行われます。ゲールの伝説や歴史を、患者を含めた住民たちが街を練り歩くパレードによって演じるのです。関連した舞台演劇やストリート・パフォーマンス、展覧会なども開催されます。

他方、精神障害者の里親制度に関する国際会議がゲールでしばしば開かれて、国内外に街の存在をアピールしています。それは現在この制度の管理者であるフランドル政府へのロビー活動にもなっています。最近ではゲールの里親制度をユネスコの無形文化遺産への登録を目指す動きもあります。このようにゲールの歴史文化的かつ政治社会的な運動の総体が、「治療の場所」として生き延びていくことの原動力になっているわけです。

私が「治療の場所」の歴史から学んだことは、せいぜい以上のようなことです。「治療の場所」が持つ要素は、昨今流布している国内外の精神保健医療福祉にかかわる地域支援プログラムと相通ずる部分が多いでしょう。「結局、昔も今も似たようなことを繰り返している」という謙虚な認識を持つことは無駄ではないし、だからこそ「治療の場所」の歴

史を振り返るアクチュアリティーがあります。

けれども、「治療の場所」の歴史を比較検討し、今でも使えそうな部分を抽出し、ときには加工し、これからのプログラムに生かすといった実践的な作業は、とりあえずほかの人に任せたいと思います。ただひとつ言えることは、恐らく一度失われた機能を再生し、今日の精神保健医療福祉的な文脈に組み入れることは至難のわざでしょうし、過去の「治療の場所」と現在の「地域支援プログラム」との間には越えがたい断絶があるということです。

むしろ、精神医療の歴史を研究する私の立場としては、なぜ「治療の場所」が忘却されたのか、なぜ過去と現在には越えがたい断絶があるのかを考えることが、職業的な倫理というものでしょうか。では最後に、本筋とはややはずれるかもしれませんが、精神医療の近代史と向き合うことの意味について、私の意見を述べたいと思います。

ゲールのように「治療の場所」として生き延びることは容易ではなく、かつて日本各地にあった「治療の場所」は戦後には事実上消滅しています。治療・ケアの理論や方法技術が次々に刷新され、実践されている状況下で、「治療の場所」が忘れ去られることはある意味当然でしょう。

そこには1950年（昭和25年）の精神衛生法で、精神医療施設以外への患者の収容を禁じたことが大きく影響していますが、近代的な医学の普及によって、専門家のみならず一般の人々の病気治療に対する意識が変化したことが最も大きかったと思われます。ただ、私がフィールドワークから得た印象で深刻だと思われるのは、かつて「治療の場所」で精神病とかかわった人々の多くが、それにまつわる記憶や歴史を「無きものにしたい」というネガティブな意識を強く持っているということです。現在の精神医療への消し去りがたいネガティブな意識を、過去のそれに投影しているのでしょうか。

しかし、「治療の場所」にとどまらず、広く精神医療の歴史という観点から見れば、「過去の忘却」あるいは「過去への盲目」はときには犯罪的とすら認識されることがあります。ドイツでは1980年代を境に、ナチスの「犠牲者としての記憶」から「加害者としての記憶」へと変化した国民の記憶文化（Erinnerungskultur）を背景に、ナチス・ドイツ時代に使われた6つの精神障害者の虐殺施設の全てで、追悼及び常設の歴史展示・研究拠点を整備しています。例えば、写真にありますけれど、ベルンブルク（Bernburg）の精神病院にはかつて使用されたガス室が残され、見学者コースがつくられています。大げさに言えば、精神医療の過去を隠蔽しないという国家の意思を示しているようです。

ドイツほどの政治性はないですが、一般に欧米では精神病院の空いた施設・設備をそのまま残し、精神医学ミュージアムやアウトサイダーアートの制作・展示スペースなどへ転換する作業が盛んに行われてきました。一例として、20世紀初頭にニューヨーク・クイーンズ地区に建てられた州立クリードムア（Creedmoor）精神病院があります。

かつてのクリードムアは典型的な大規模精神病院で、先ほど青山さんからお話がありましたように全制的施設（total institution）そのものでしたが、1950年代には7,000人もの入院患者がいました。現在は470人まで減少しているようです。多くの病棟が不要になり、ひとつの病棟はリビング・ミュージアムという患者あるいは元患者のアート制作の巨大な工房へと転換され、誰でも見学ができるようになっています。それは見学者にアートの制作現場を通して精神障害や精神障害者を理解してもらいたいということだけではなく、かつての精神医療の「場」を肌で体験してもらおうという意義もあると思います。

ではそろそろ終わりにしたいと思いますが、ドイツやアメリカの事例はそれぞれの歴史や社会の事情を反映していますが、「精神医療の歴史化」という点では一致しています。ポジティブなものであれ、ネガティブなものであれ、記憶や歴史を継承していく作業は精神医療のひとつの「成熟度」を示しているし、精神障害者支援のこれからの形を考える際の基盤になるはずです。

過去のシステムを破壊し、忘却し、建物や敷地を更地にし、文字どおりゼロの空間からスタートすることがこれまでのわが国の精神医療の手法であったとすれば、「精神医療の歴史化」は最もおろそかにされてきた部分ではないでしょうか。精神医療史を研究する者としてまことに手前みそ的な発言なんですが、「治療の場所」を振り返り、精神医療の近代史と静かに向き合うという地道な作業から始めることが、日本の精神障害者支援の未来を切りひらいていく一助になればと思います。

ご清聴ありがとうございました。

畠田 どうもありがとうございました。

橋本さんは治療の場所の考古学といいますか、発掘調査を長年なさってらっしゃいまして、冒頭で私が申し上げましたような、つまみ食いのものは難しいという結論でございます。ただ、その歴史等を風化させないといいますか、継承するというようなことをどうするかというのがひとつの今日的な課題であろう、ということかと思われます。

それでは続いて、2番目の論者として谷口由希子さんお願いします。谷口さんは児童養護施設という場所からのお話になります。よろしく願いいたします。

〔谷口〕 名古屋市立大学の谷口です。今日ではよろしくお願ひいたします。私に与えられたテーマということで、「児童養護施設の『場』」から子どもたちの『生活』を考える」というテーマできょうはお話しさせていただきたいと思ひます。

私はこれまで「児童養護施設の子どもたちと貧困」という観点からかかわってきまして、子ども時代に社会福祉の介入がある子どもたちが施設で暮らしている、というとらえ方をしていまして。子どもたちは、児童養護施設的生活過程の中で援助者とともにどのように自分たちの生活や未来を紡ぎ出していくのかということについて、少し前に3年ほど児童養護施設でエスノグラフィーという形で、子どもたちや職員さんたちとともに生活をする研究手法をもとにするので研究をまとめました。その研究が2013年の当時は「損保ジャパン記念財団賞」という賞だったんですけれども、今回青山さんが受賞された賞をいただきました。今日はその後の学びも踏まえまして、ご報告させていただきたいと思ひます。

また、今回、青山さんの本から学びまして、実際に多磨全生園に行つてまいりました。その足で、近くにありまして児童養護施設「こどもの家」と、その隣にありまして自立援助ホーム「あすなろ荘」に行つてきました。職員の方、施設長の方と意見交換をさせていただきましたので、それらの学びも踏まえて今日お話をさせていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず、児童養護施設という生活の「場」ということについて考えたいと思ひます。児童養護施設という場は、子どもたちの視点からしますと、始まりは、子どもたちが「入りたいよ」と言つて誰でも入れる施設ということではなく、行政の措置施設です。始まりは非常に明確で、措置が入所ということにつながります。これは先ほども申し上げましたように行政的な判断ですから、行政が入所前より子どもの権利保障、つまり青山さんの言葉で言うところ「生活改善」につながるからこそ施設への入所があるのだ、ということがあると思ひます。

ただ、一方で終わり方を考えると、非常に曖昧です。当事者の生活は退所後も終結することではなく、生きていく限り続くわけですが、児童養護施設から見ると現実的には、退所＝ケースの終結となります。退所は2種類ありまして、1つは家庭復帰と言つて、保護者の方の生活が何らかの状況によって変わつたり、病気が回復したり、ひとり親だったお母さんかお父さんが再婚して生活基盤が以前より安定したという形で子どもが家庭復帰となるケースです。それから一定の年齢15歳や18歳になって年齢満期によって子どもが施設から退所するといういづれかになりますけれども。

必ずここで言えることは、児童養護施設というのは「退所を迎える施設」であるということです。もう少し言うと、ここに下線で引きましたけれども、子ども期における生活の連続性の中で移動を伴う「場」と言えると思います。この「子ども期」ということもポイントで、子どもは小さな大人ではなく、人生の基盤をつくっていく、決して取り戻すことのできない時期というふうに考えられると思います。

少しわかりにくい概念ですけれども、私は「脱出」という言葉を使いまして、施設の子どもたちの生活過程を捉えています。脱出とは具体的にどのような状態かといいますと、こちらの配布したパワーポイントの資料では、「入所」・「施設での生活」・「退所」の間に点線の区切りがついていると思うんですけれども、先ほど申し上げましたように行政の措置によって入所する施設ですので、一番左側の矢印、「入所によって生活はよくなる」という前提で入所があります。ただ、入所したからといって、施設での生活過程が必ずしも本人にとって上向きになるかというのは、幾つかのパターンがあるのではないかと捉えています。

で、「脱出」という言葉に戻りまして、脱出とは入所前の状態像から生活がよくなっている、ということです。それはいわゆる社会的排除という状態かもしれませんし、退所後の貧困の再生産ロードと言いましょか、そこからの脱出ということも言えると思います。一定層、脱出する層が分類されるのではないかという一方で、不安定層があったり、入所中から、あるいは退所後に再排除という形で生活の見通しが立ちづらい、具体的には後ほど事例を出しますが、ホームレスなど非常に困難な状況に陥ってしまう人たちも中にはいるということです。

先ほどから申し上げていますように、児童養護施設に入るということは、生活の「場」の移動を伴うということです。簡単に言うと引っ越しをするということなんですよ。入所前の子どもたちの生活拠点、それから施設での生活というのがありますね。必ず退所を迎えるということは、退所をするときにまた引っ越しをしなくてはならないという、幾つもの引っ越しを繰り返すということです。

「定点」というのは、岩田先生がご本で指摘されていましたが、ある社会における特定の人々の存在証明の基点、単なる場所ではなく、その人の存在証明になる得る場所だということです。一方で青山さんの本からの学びとしまして、ハンセン病療養所はついの住みかであり、全制的施設であると。全制的施設であるがゆえ、その場で生活者の社会が完結するからこそ、生活改善運動への発展もあるのではないかということです。

では、逆に児童養護施設ではどう捉えられるかということですが、施設は退所があります。それが果たして生活改善運動につながるのか。当事者の生活改善をしようという意欲を諦めさせてしまう要因の1つにもなり得るのではないかと考えられます。先ほど申し上げましたように、「必ず退所を迎えるが、終わり方は？」と書きましたが、退所が前提になっている施設にもかかわらず、終わらせ方がなかなか難しいのではないかとことです。

児童養護施設は終の棲家ではなく、引き取り、これは施設に暮らしている子どもたちにとっては一種のステータスになって、子どもたちは施設から出たいという気持ちを多く持っています。「あの子が引き取りになるととても羨ましい」という気持ちになります。子どもたちの生活という意味では閉ざされた空間でもあるので、うわさが蔓延しています。「あの子は今度退所するらしいよ」ということがどこからともなく広がると、「あの子は引き取りなのだ」ということで、引き取られる子どもは少し自慢げな気持ちになることもあります。引き取りがない場合は、自立により退所を迎えるということです。

子どもたちは2歳、3歳という小さなころから入ってきますが、乳児院を通してきた5歳の子どもの、一回も自分の保護者が住んでいる家に住んだことのない子どもも、「僕は家が2個あるんだ」という表現をします。つまり、施設というのは、どこかから「来る」場所であり、どこかへ「帰る」場所と認識しています。この5歳の子どものにはお父さんとお母さんが住んでいる家があって、そこは子どもにとっては生活拠点という意味での家ではないと考えられますけれども、それでも「自分の家だ」という意識を持っています。

もう1つ、ではどこかから「来る」場所ということを見ると、子どもたちは当然のことながら、なぜ自分はこの場所にいるのか、という疑問が湧くわけであります。ハンセン病というのはある意味、病気という外的などうしようもない要因というか、病気という結果があるわけですけれども、施設で暮らしている子どもたちは、「なぜここにいるのか」ということが曖昧である場合が多いです。子どもたちが一番知らないということもあります。

もしかすると両親の離婚や病気、病気というのは、保護者が精神的な病気などにかかり、それで一緒に暮らせなくなる場合等なんですけれども、そういった病気は「自分のせい」、つまり子供自身のせいであり、あのとき僕が私がもう少しお母さん、お父さんとうまく暮らせていたらこの結果はなかったのではないかというふうに、子どもが自分のせいだと思ってしまうこともあります。そうした子どもの思いを将来の見通しに変えていくの

は、援助実践者のかかわりも大きいと思います。

ここで申し上げたかったことは、ケースの始まりは「措置」ということで明確ですが、終わり方はきわめて曖昧であるということです。繰り返し申し上げているように、現実的に「退所＝ケースの終結」とみなされてしまうということが、児童養護施設の現状であるかと思っています。

もう少し生活過程に目を向けていきたいと思います。「入所という洗礼と施設の文化コード」と書きましたけれども、青山さんの本の中に、「古参患者が自己の聖域を侵す汚染源であるように、一般社会においては自己がその汚染源になると気づく」という言葉が入所場面であったと思います。施設の子どもたちにも通じることだと思いました。その生活に入ること、生活者になっていく、生活の主体になっていくことがあるのかと思います。

生活自体がその生活に合わせていく過程、具体的に言いますと、子どもたちは施設という「場」でときに「身をよじり」ながら社会を経験している、と書きました。プラスとか割とポジティブな側面として、子どもたちが「ここはみんなきょうだいのような関係だよ」、「ここはみんなきょうだいだし、いいよね」、「みんな悲しい思いをして来ているからわかりあえるんだよ」というように話し合っている場面がある一方で、集団の中で窮屈な思いをしていることもあります。

特に「たて」の関係と、「よこ」の同級生などのつながりの関係という意味ですけれども、入所ということ言えば、新しく入った子どもたちははじめのターゲットになりやすいです。それを援助実践者の人も知っているので、積極的な介入をしようとするけれど、どうしても「はじめ」という表面的な形で出なくても、生活者自身がその生活に合わせていってしまう側面があるのかなあというふうに、調査過程で思いました。

具体的に言いますと、当時小学校低学年の女の子だったんですけども、とても髪の毛が長く、ピンクのひらひらの服を好んで着るような、いわゆる女の子が好きな外見の洋服を着るような子だったんですけども、髪の毛もきれいに結っていた子なんですけれども入所間もなく髪の毛を切ってしまったのです。どうして切ったの？ と聞くと、「もうどうでもいいの」と答えが返ってきました。

その子が入所から髪の毛を切るまでの過程を見ていると、朝、職員の方にきれいに髪の毛を結ってもらうのです。それは職員との1対1のかかわりなので、ほかの子から見ると、職員を独占しているということで、羨ましいわけです。切ったほうがいいよとか、

シャンプー代がもったいないよ、髪の毛を乾かすのに時間がかかるから風邪を引くよなど、いろいろなアドバイスが入るわけです。そうすると本来その子が持っている、ふりふりの服が好き、長い髪の毛が好きというような、本来持っているその子らしさがその生活によって失われていってしまう過程も一方であるのかなと思いました。

少し視点を変えまして、先ほど、退所の仕方が曖昧だ、ケースの終わらせ方が曖昧だというふうに言いましたけれども、退所後についても見ていきたいと思います。退所後のホームレス経験ということなんですけれども、ホームレスというと、とても困難な状況に置かれている方々が容易に想像できるかと思いますけれども、少し研究の紹介も兼ねてお話しさせていただきます。

児童養護施設退所後のホームレス経験について、最近1つ論文にまとめました。調査の内容はホームレス経験者へのアンケート調査を行いました。これはホームレス支援団体がかかわったアンケート調査でして、別に児童養護施設と直接かかわりがあった人々をターゲットにした調査ではなくて、ホームレス支援団体が元ホームレスだった人たちが、生活保護を受給する事などによってアパート生活をしている人たちが今かなりたくさんいて、ホームレスの方達が数的には減っているんですけれども、その方たちがアパート生活を継続するためにはどのような要因があるのかをアンケート調査をしました。

その中で、アンケート項目の1つに、子どものころの経験を聞いてみました。「子どものころに施設や里親のもとで暮らしたことはありますか」という質問を入れたところ、「ある」と回答した人が全体の11%いました。ホームレス経験者の全体の11%が社会的養護と言いまして、児童養護施設や里親のもとで暮らした経験があるというふうに答えた方たちでした。実際にこの方たちのおうちに伺って、子どものころの経験などのインタビューをさせていただいたという調査です。

ただ、30代～70代までの年齢層の方たちでしたので、70代の方ですと50～60年前の児童養護の話ですから、「あれが施設だったかどうかは今となってはわからない」という話も出てくるなど、敗戦直後ということもあって、今の制度とはかなり違う状況も浮かび上がってきました。そこで今回の調査者の中では一番若い当事者の方で、3～15歳まで児童養護施設で生活をしたBさんの語りを紹介したいと思います。30代といっても、15歳で施設を出ているので、約20年前のケースになります。

ご本人のお話では、父親は生まれたころから不明で、母親は精神疾患でずっと入院していた。3歳のころに施設に入所し、15歳で施設を「自立」退所したいということです。な



ぜ「」つきの自立かということですが、この方は施設退所後、高校進学もなく、行く場所も決まっていませんでした。高校に進学したいという意欲はあったんですが、受かることができなくて、結果的に「退所させられてしまった」という方です。

今では一応制度上はそういうことはしてはならないということになっていますけれども、20年前というのは「高校に進学していない＝自立生活ができる」とみなされた時代ですから、彼も施設を退所ということになっています。

施設退所後は、里親宅から高校進学を目指しますが、1年ほどで断念し、里親のお宅が自営業であったためにお手伝いなどをしていましたが、そこから「追い出された」という形で、20代は派遣社員として全国を転々とします。リーマンショックによって派遣切りに遭い、ホームレス生活になったということです。この方はかなり重度の精神疾患があり、現在は生活保護を受給しながら生活しています。ご本人のお話を聞いていても、かなり精神疾患は重度だと思いますし、支援者の方たちからも話を聞くと、知的な障害もあるのではないかと聞いています。

20年前のケースではありますが、恐らく施設の職員も退所後のこうした困難な生活は予想できていたはずなんですよ。予想できていたけれども、施設に暮らせる環境がなかった、という理解が正しいのではないかと思います。

彼の語りですが、「なんかわからないうちに大人なったっていうか、なんだか知らないうちに里親のところに行ったっていうか、何にも知らんうちになって感じですよ、勉強は嫌いじゃなかったですけど、ちっちゃいころはあれがあって、「知恵おくれ」っていうんですか、中学校を卒業するときに自分で、「あ、高校無理だな」って思ってた。

あの、やっぱ、将来のことを考えるほどの多分余裕はないですね。やっぱ施設にいたら人間関係、上下関係とか、いじめがあるんで、朝から晩までそれに耐えることを考えている人間にさ。うん、ちょっと、うん、厳しいですよ。帰りたい場所とかが、見つければね、それが優先じゃないかなと。そういう場所をつくってあげたからいいんじゃないかな」ということをおっしゃっていました。

、現在の施設の状況も少し紹介させていただいて、最後の私のまとめにかえさせていただきたいと思います。現在の児童養護施設というのは、小規模化と地域化を国が政策的に進めていまして、それと「場」の関わりということを考えています。

まず、厚生労働省が2012年に「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養護の推進について」という文書を発表し、ここで明確に施設を小規模化するという意義を強調しまし

た。それと同時に、「当たり前の生活を保障する」ということを文書であらわしました。

もう少し言いますと、2029年までに本体施設、いわゆる児童養護施設、それからグループホームといって地域小規模養護施設のように一般のおうちと変わらないような形態の施設の規模と里親などを3分の1ずつにするという目標を掲げていました。この当時は、施設対こうした里親というのは9対1ぐらいの割合だったんですけども、今はそれが少しずつ緩和されてきています。が、まだまだ3分の1ずつというのには遠い状況です。

ここで出てきている「当たり前の生活」とは、では何だろうという疑問が沸くと思います。私が考える当たり前の生活とは、将来への見通しが持てるかどうかということであって、これは「生活」ということであると思います。生活の連続性の中で子どもが希望を見出せるかどうかということがこの援助実践の課題であり、制度の課題ではないかと考えています。

。

「小規模化」と「場」ということについて考えましたが、小規模化に関しては、施設内での集団の規模が小さくなるということが、逆機能を受けにくいという利点があります。一方で、必ずしも地域社会が役割を果たすといいですか、子どもたちの生活の応援団になってくれるとは限らず、むしろスティグマを助長するようなこともあるのではないかと考えます。

これは社会的な援助組織の課題でもあると思いますが、集団というのが、施設の子どもの集団は、先ほどから言っているように「出入り」がある施設なので、集団が可変的です。被虐待児など被虐待の影響により、他者への影響を及ぼしやすい子どももいます。

もう1つ、大事なことは、小規模化が強調されますけれども、入所前に抱えている子どもの背景は、施設が小規模化になろうが地域化されようが、それは変わらないということです。里親の意義というのも強調されますけれども、里親はすばらしいと思いますが、一方でデータを見ていくと、里親家庭に住み続けることのできるケースは、相対的に少ないという現実があります。

もう1つ、地域化について、「施設自体が地域から排除されている」というふうに私は研究でひとつの結論を見出しました。施設という居住空間が、単なる居住形態以上の意識レベルによる差違を発生させているのではないかと考えています。1つの例として、私が調査した施設では、子どもたちは自分が住んでいる施設のある地域ごとのお祭りの神輿を担いでいませんでした。少子化が進み、神輿の担ぎ手がない地域の神輿を担いでいたの

です。子どもたちは「それでお小遣いがもらえるから関係ないよ」というような言い方をしていましたが、やはりこれは地域から排除されている典型的な例ではないかと考えました。

もう1つは、追加調査の過程で明らかになりましたが、施設から最も近いコンビニにが開設していましたが、施設で暮らす子どもたちは出入り禁止になっていました。子どもたちがコンビニに行くと、すぐに店長から電話があるのです。店長は何を言うかという、「きのうもお宅の施設の子どもたちがうちに来ました。子どもに「施設の子はうちの店に来てはいけないというルールを知っているでしょう？ 先生たちから聞いているでしょう？」と言うと、子どもはとぼけていましたよ。どういう指導をしているのですか。今、こうして電話をしていることも私たちの時間を奪っていることなのですよ」というような電話が施設にかかってくるわけですね。子どもたちはそれを聞いています。そのような地域を自分たちのホームグラウンドとして考えることができるのか、ということだと指摘できます。

最初に戻りますが、定点の移動を伴うのが児童養護施設です。では、定点の移動を少しでも伴わないためには、その地域に住み続けることができれば、と考えます。社会関係の移動がないわけですから。にもかかわらず、地域から排除されたり、大切にされていなかったら、子どもたちは施設だけではなく、地域から出ていきたいと考えるのは自然なことではないのかと考えます。

私の話はいつも暗いと言われます。今日もとても暗い話になってしまったのですけれども、子どもたちの未来が閉ざされているということではなくて、これは社会的な課題であり、私たちこの社会に生きる大人が考えていく課題であると思います。子どもたちの生活力や強さというところに希望を見出すことはできますし、援助実践とともに、子供の未来を考えていく、紡ぎ出していくというのが、私たちに課せられて課題であると考えています。私も頑張りたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

〔畠田〕 ありがとうございました。

ハンセン病や精神障害の場合のような隔離型といいますか、そういう施設の対極にこの児童養護施設に代表されるような、時間を区切って、児童養護施設の場合は本来の家庭が別にあるという前提をとるので、家庭と施設をいわば行ったり来たり、引き取るという方向性が1つあり、だめだったら自立して自分で暮らすということがあるわけですが。特に

これは現在、高齢施設でもそうだと思うんですが、いろいろなタイプの施設をぐるぐる回っていくというような、谷口さんのお言葉では連続性というものがないといいますか、とれないことがある。

そういう中で小規模化は小家族の文化コードから来ていると思いますが、それが里親に転化されていくという今日的な問題が示されました。ポスト近代化といいますか、あるいは近代に戻ったというような感じもしますが、これも非常に難しい問題であると思います。

それでは最後の報告者として、べてるの家でおなじみの向谷地さんに、改めて浦河という場所とべてるの家についてのご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

**向谷地** 皆さん、こんにちは。ただいま紹介いただきました、北海道医療大学の向谷地です。私はこれから紹介する北海道の浦河町に約40年近く住んでおまして、資料にもありますように、襟裳岬の近くの海沿いの町に住みながら、札幌の北隣の当別町にある北海道医療大学、距離的には約200キロあるところへ、1年間に約4万キロを行ったり来たりしております。

きょうは浦河での約40年近い実践の一コマをシンポジウムの目的の中にあります、いわゆる社会福祉や保健医療の提供する場において利用者とされる人々の生活、生活組織、生活文化に改めて焦点を当てて紹介し、そしてその福祉の課題と可能性を語り合う場にしたと思っています。まず、まさに精神医療は先ほどご紹介いただいたような歴史の延長上にあるわけですが、その中で私たちはさまざまな常識を培ってきました。例えばこういう常識です。

例えば「幻覚・妄想への対応」ですけれども、「家族は幻覚・妄想について、患者さんが自分から話さない限り聞き出そうとしない」とか、「聞くと不安、緊張、困惑がさらに強まる」など、ですから「幻覚・妄想に迎合的な態度をとらない」とか、「被害妄想は訂正不可能である」など、医療の中でこういう常識がまかり通らして、私が40年前にこの精神医療の中に入ったときには、この病気を抱えた人たちに接するには非常にデリケートな病気で、素人が下手にさわったらだめだということで、全て専門家である精神科の先生の管理、指示のもとで、判断のもとで私たちは恐る恐る仕事をするというのが、40年前の精神医療の「常識」だったのではないかと思います。

そして、それは多少変わってきてはいますけれども、続いてきている。例えば、妄想を持つ人へのかかわりをどうしましょう、患者さんが「同室の人が悪口を言う」と言ってきましたということで、これは精神科の教科書では肯定も否定もしないということで、訂正不能というような、こんなことが精神医療の現場の中にあったわけです。

その中で何が生み出されたかという、欧米に比べて平均在院日数が5～10倍、病床数も10倍、薬の量も5～10倍、そして欧米の「福祉と医療の予算割合」は「9対1」、それに対して日本は「1対99」というとてつもない医療偏重に陥っています。もちろんこれは今、厚生労働省も変えようとしています、変えられない。どんどん医療のほうに患者さんが流れ込んできて、幾ら予算をつぎ込んでも足りないといういびつな状況にあります。

このような中で、北海道で一番交通の便の悪い過疎地域で、北海道の中で一番貧しい日高管内の海沿いの小さい町浦河町で私たちは活動を続けてきました。そこで、統合失調症を持つ人たちの自助グループから始まったのがべてるのルーツです。私自身、多くを依存症の人たちの自助グループ、AAから学びました。まさに、語る自助グループですね。アルコール依存症を含めて依存症はまさに医者で治すというよりは、仲間の力によって回復する、語りによって回復してきます。これは、その後、当事者研究にも活かされていきます。

もう一つの浦河の特徴は、は先住民であるアイヌの人たちが住民のおよそ3割を占めるということです。そういう意味で、先住民の人たちを通してもたらされる依存症の課題と出会う中で、私たちはもまれ、その中で依存症の人たちと統合失調症の人たちが出会い、互いに影響しあいべてるの原型ができてきたということです。

まさにそういう面で私たちはこの40年余り活動をつ続ける中で、こういう表現が適切であるかどうかあれですが、「里山」ないしは「人のサンクチャリー（自然保護地区）」のような私はイメージを持っています。これは決して閉ざされたという意味ではなく、「開かれた形で閉じいる」というのでしょうか。それは先ほど紹介したように精神医療が持ってきた、いわゆる「語らせてはならない」という文化、そこに対話を持ち込んでだめだという、その閉じた文化の中で統合失調症を持った人たちは、それを病気という形で表現することしか許されていなかったわけです。

ただ、私たちはアルコールのメンバーに学ぶことによって、そこに対話をする、語る、そしてそれを病気ではない形で表現することを実際に学んできたわけです。まさにこの「三度の飯よりミーティング」の「語りの共同体」としてのべてるを育ててきたんです。

少し前後しますが、(スライドを示しながら)これは私が1978年に浦河に行ったときに勤めていた精神科病棟です。まさに鉄格子、私はこの扉の向こうに部屋を持って、ここで仕事を始め、その中で当事者活動を一緒に育てる中でべてるを立ち上げていきました。これは1978年7月に退院した佐々木実さん、今はべてるの理事長です。そういうメンバーさんたちと一緒に、リハビリテーションの一環としてという以上に、起業として一緒にビジネスを起こそうということで昆布の産直をこの古い教会堂の一室を借りて、潔さんと一緒に始めたんですけど、そのときの切り口は、「一緒に金もうけしよう」ということでした。

生活指導や治療的なアプローチとか、援助的なアプローチをいろいろと試行錯誤する中で、彼らが一番元気になったのは「金を稼ごう、金もうけをしよう」ということでした。その中から事業を立ち上げ、現在は社会福祉法人になり、週末はメンバーさんたちと一緒に昆布を持って全国を行脚しているということです。

きょうは「当事者研究」を紹介させていただきたいのですが、こういう起業をする中で何が一番困難であったかということ、例えば出勤してこない、急にいなくなる、「疲れた」と言ってすぐに帰る、こういうことは日常茶飯事なんですけれども、その中で私は今まで味わったことがないぐらい非常に苛立ったり、いつもカッカする経験をしたわけです。ただ、ちょっと待てよ、何が起きているのだろうことで、1人1人、メンバーさんに聞いてみると、実に不思議な経験を生きていることがわかったわけです。

このようなさまざまな、実に不思議な経験を持っている人同士が助け合って一緒に働くためには何が必要かということで、私たちはさまざまな経験を積んできました。そしてそこで私たちが発見したのは何かということ、「みんなで研究しよう」というスタンスでした。これは今でも続いています。このように研究的に自分たちの課題をみんなで考える、みんなで話し合う、みんなで知恵を出し合う、みんなで試行錯誤する「場」づくりがべてるの特徴であり、その一連の活動、取り組みを私たちは「当事者研究」と言っています。

べてるは、働く場所としては地域の中にカフェを持ったり、さまざま昆布の注文に対する発送、在庫管理、畑、介護用品の販売などを行っているわけですが、その中で、とにかく地域の人たちは過疎化が進んでいろいろと苦労しているわけだから、自分たちも一緒に地域の苦労に参加し、そしてその中で自分たちなりのビジネスモデルをつくっていきこう、そのプロセスを支えるものとしていろいろな社会サービスがあるのだ、というそういう発想でやってきました。

その中で何が起きたかという、こういうことが起きました。これは世界の病床数の変遷です。(スライドを見ながら)この赤い線は日本です。世界がどんどん病床数を減らしてきた中で、日本だけが右肩上がりです。ベッド数をふやしてきたという図なわけですが、その中で日高を見ますと、最初は50床でした。それが56床になり、72床になりまして、90床になりまして、1988年には130床と、人口は減少しているにもかかわらずベッド数をどんどんふやし続けてきたのです。

これはなぜかという、病院の改築費用を捻出するために増床しなければならなかったということです。日本の精神医療は非常に歪んでいて、別に医療的なニーズがあったからではなく建築費用を捻出するために、いわゆる診療報酬を財源として建物のリニューアルを進めてきたわけです。半面、1984年にべてるができて、メンバーさんたちがどんどん地域で暮らすようになり、病床は維持が困難になって今はゼロになりました。

今までは病院しかなかったわけですが、地域にべてるができてから、この赤いところは全部、地域のグループホームや住居群です。そして、町内にある知的・精神・身体の施設が互いに協同して相談支援事業所(ういず)をつくりまして、地域のサポート体制を充実してきました。その結果、さらに入院する人がどんどんいなくなり、130床のベッドが維持できなくなりました。60床にしてもまだ維持できなくなり、ついに赤字ということで病床を閉じなければならなくなり、何と2年前(2014年)に浦河は”イタリア”になっちゃったということですね。私は浦河の病院は、精神科を持つ総合病院ですから、基本的にわずかでも精神科病床はあったほうがいいと思っています。今、浦河は病床なしでやっています。これは別に計画していたわけではないですが、結果としてこうなったということで、今は地域の中で病床なしでどう支えるかということに私たちは今チャレンジしているところです。不思議なことに病床がなくなると入院する人たちが減るので、これはおもしろいです。みんな中に緊張感が高まり、ちゃんと薬を飲んで、ちゃんと自己管理をしてという緊張感があると入院しなくなるという不思議な現象です。

そしてそれを支えたのが、病院スタッフの地域移行です。いわゆる病院で勤めていた人たちが診療所を開設し、べてるを開設し、地域の診療所やべてるで働いている人たちは、医師も看護師もワーカーも8割方が元病院の職員です。そのようにスタッフが地域移行し、今は地域でメンバーさんを支えるという文化を育てているところです。

そしてこの当事者研究の「研究」とは何をするかという、メンバーさん自身が自分から試行錯誤を始める、対話をする、そしてその研究のプロセスを共同し、成果を仲間と共

有し、自由な自己表現活動をする、この自由な自己表現活動がポイントになります。少しわかりにくいかもしれませんが、具体的な例をちょっと紹介します。

例えば、一人の統合失調症を持つ青年が、近隣からの悪口現象に苦しんでいます。前を通る高校生が自分をばかにしてくるということで、いつもカッカしています。昔でしたら、私はこういう人がいたら説得して、ちょっと病院に行こう、先生に薬の調整をしてもらおうと、やっていました。もちろん、そういう支援が必要な場合もありますが、この方は仲間で「ちょっと一緒に研究しよう」と言ってICレコーダーを持って集まってくれるわけです。

高校生や近隣住民が通る道を眺めながら一緒に来てくれたメンバーに、「あ、今、悪口が聞こえた」と。ほかの3人は、「え？ ちょっと聞こえなかったな。もう1回実験しよう」と、録音するわけです。後で聞いてみると、「あれ？ 声が入っていない。自分には確かに聞こえたけれども、声が入っていない」、こういうことを繰り返すわけです。

そして統合失調症を持っているメンバーが、「君は1人でい過ぎるんじゃない？ 仲間が必要だよ、孤独しているとみきわめが難しくなるから」と言って、この方は数日前、べてるのメンバーと一緒に住んでいるグループホームの空き室に、実験だと言って住みました。そして皆と語り合って、「昔、一緒に住んでいた仲間に悪口を言われて困っているんだよね」と言ったら、「あ、おまえ、仲間が必要だぞ」、「休んでいけ」、「たばこを一服吸えよ」と言ってもらったのです。

それまでの彼の苦労は何かというと、「デブ死ね」という声でした。グループホームに移って、仲間と触れるようになったらぐっすり寝られるようになったんですが、一昨日、彼が電話をくれました。「向谷地さん、「デブ、おまえ、偉いぞ」と声が変わった」と言うのです。「死ね」という声が、「デブ、偉いぞ」と初めて幻聴に褒められたという、これはおもしろかったですね。そんなふうに声の質が変わってきます。

もう1人の青年は、カメイさんというこれも統合失調症の青年ですけれども、彼もいつも声に悩まされています。体調が悪いとコンピューターやカメラから声が聞こえてきたり、いろいろなロボットの音がヒューヒュー入ってくるんですね。そして、枕から声が聞こえてきて、非常に大変なんですね。彼はこれで7年間も入院していました。それで彼は研究しました。何をしたかということ、楽しかったこと、有意義なこと、褒められたことを彼は非常にこだわりが多いので、それをノートに書き込んだのです。そして、寝る前にそれをゆっくり読んで、ニヤツとして休む、ということをやったら、幻聴の性格がよくなっ



てきたことを発見しました。これを彼は自分で「カメイ式幻聴さん性格改造法」という形で仲間に共有しました。

この後、不思議なことが起こりました。「住居の世話人さんがつくった食事に毒が入っている」ということを言い出しました。住居の中には非常に調子の悪い、いつも大声を上げているメンバーさんもいましたが、彼はそのメンバーさんがいる住居にいつもご飯を食べに行っていたんです。ご飯を食べた後、体中に痺れるような痛みが走り、「世話人さんがご飯に毒を入れているのではないか」という被毒妄想のような訴えをし始めていました。

昔でしたらこれも病院に連れていき、先生が薬の調整をやっていたんですけど、今はとにかく「研究しよう、研究しよう」です。そしたらいつも大声を張り上げている70過ぎの年配のメンバーさんがこの前、がんで亡くなった。皆でお葬式をしたんですが、そのおじいちゃんが亡くなると、彼の足の症状がずっと消えたのです。あれ？ もしかしたら自分は仲間とのコミュニケーションに苦勞していたのではないかと、彼が「向谷地さん、僕の足の症状、僕、病気でした」と自分から電話をくれました。

そんなふうに、今まで単純に医療の対象であったそういう人たちが、みずから仲間と一緒に発見していくことが、地域の中で起きるようになりました。

これは先ほどのカメイさんという青年が自分で調べたことですが、2001年にまだ入院していたころ、幻覚・妄想のボリュームが10、薬の量が10、仲間とのつながり1、生活支援が0です。今、幻覚・妄想のボリュームは余り変わらない、しかし、薬の量は5分の1、仲間とのつながり100、生活支援100、これは主観的な感覚です。こういうふうになると、幻聴や妄想のボリュームがそんなに変わらなくても、ちゃんと地域で暮らしていくことができるということですね。

その中で浦河の一番の特徴は何かというと、「幻覚・妄想大会」ことしまで24年間行ってきた大会ですけれども。幻覚・妄想をただ単に「病気」ととらえないで、地域に暮らす当たり前の1人の人のエピソードとしてみんなで受けとめていこうというイベントですけれども、つい先日もありました。ことしのグランプリは松原朝美さんという方がとりました。

「あなたは16歳で「電波病の松原」でべてるデビュー以来、今日までの20年間、べてるの幻覚・妄想文化を支える活動をされてきました。特にここ数年、UFOをタクシーがわりに町内を走り回ったり、透明人間が見える、町民がみんなお化けになった、自分のベッ

ドが大霊界になる、モップがお化けになって襲ってくる等々、多々の幻覚・妄想を経験されてきました。松原さんのすばらしいのは、こういう苦労の中で爆発し、何度となく入院を繰り返しながらも、一貫して自分の生活拠点を地域に置き、仲間とグループで過ごされてきたことです。よってここに2016年度幻覚・妄想大会グランプリと、副賞としてこれからもおなかいっぱいになって地域に幻覚・妄想文化のお花畑を咲かせ続け、世界の旅を楽しめるよう、無肥料で、おまけに幻聴の声を聞いて育った超自然栽培のお米、玄米を送ります」ということです。

これは、みんなで手植えをしている風景です。お米を栽培していますが、幻聴の聞こえるメンバーが、田んぼを眺めながら、いつもぶつぶつぶやいています。ときどき、お米に向かって頭を下げています。こうやって育ったお米「幻米」を彼女にあげるということで、こういう地域文化を育ててきました。この幻覚・妄想大会には全国から400~500人の人たちが集まってくるという形で、町内のホテル、旅館はいっぱいになるという感じですよ。

こんなべてる文化ですけれども、2年前にこういう論文がイギリスの精神医学雑誌に載りました。スタンフォード大学のターニャ・ラーマン教授は、「幻聴の声はローカルカルチャーに影響を受ける」と述べています。幻聴はその人自身の否定的な声だけではなく、その人が住んでいる地域文化に影響を受ける、これはまさに先ほどのカメイさんやメンバーさんたちがまさに実証していると思います。

そういう意味では、まさに回復とはその病気を経験した人だけが回復するのではなく、地域全体の回復によるものである、みんなが回復しなければならない。文化、カルチャーそのものが本当に生きやすい場になることが、その人たちの回復に影響を与えるのだということを改めて私たちは学ばされています。

こういう浦河の活動が今、東京大学で2012年に始まった科学哲学の領域、精神医学概念の再検討と、いわゆる発達障害を「人間の発達の研究」という大きな研究プロジェクトの中にこの当事者研究が取り入れられ、2014年には東京大学に当事者研究の講座が立ち上がるという新しいひとつの展開が始まっています。

以上、浦河の活動を紹介させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

**畠田** どうもありがとうございました。

お三人の方にはもっとお話ししたいことがたくさんあったかと思いますが、時間内に上手に収めていただきました。最後の浦河は日本のゲールでしょうか、そういう可

能性というものが全くないわけではないというような感じもいたしました。

－ 休憩 －

〔岩田〕 それでは後半のディスカッションに移りたいと思います。

まず初めに、青山さんにコメントをお願いしています。10分程度で、青山さんにも質問が来ておりますので、それを織りまぜてお話しいただいても構いません。よろしく願いいたします。

〔青山〕 青山と申します。先ほどは皆さん、静粛に聞いていただいてありがとうございました。まず最初にご発表いただきました橋本先生とおっしゃたらだめなんでしたっけ、橋本さんとおっしゃらないとだめなんでしたっけ。ちょっと恐縮なんです。橋本さんからいただいたご報告で、何点かこちらからご質問したいことがありました。

まず1点目としましては、レジюмеで言えば39ページになるかと思うんですが、1つ橋本さんからの概念枠組みというか分析枠組みとして、placeいわゆる場所と、空間spaceとといったものを、この2つを取り上げているかと思います。場所、placeに関しては一回性・固有性といったものは地域性・多様性が強調されているのに対し、spaceというのは標準化・規格化といったような利便性・合理性といった二項対立的な形でというか、分析枠組みの1つという形で捉えられていらっしゃるのかなと理解したところです。

ただ、例えば私が今日、呈示しましたハンセン病療養所は、じゃあどっちに当たるかなと思ったときに、これは明らかにspaceだと思われ。確かにハンセン病療養所は13園あり、その13園は確かに一律であるひとつの規律の中で標準化されてやっている、どこにでも再現可能な構造、人工的な環境でした。その一方で、きょう皆さんにご報告したのは、多磨全生園における文化形成ということです。これはどちらかというと、その場所というかplaceという地域、多様性、それから一回性、固有性といったところに該当するかなと思っております。

実は質問においても、「なぜフィールドが多磨全生園なのか、ほかにもハンセン病療養所施設があると思うが、多磨全生園でなければならない理由はありますか」。簡単に答えれば、お金がなかったので、一番通いやすかった多磨全生園に行きました。何度も何度も繰り返し行けるので、それが1つで。

その次ですね、「患者文化は他の施設では異なるように出てくると想定されますが、今

後他の施設と比較予定はありますか」というような質問です。これ（患者文化は他の施設では異なるように出てくるということ）は実はあります。多分、先生も青森のほうの療養所に行かれたというご経験を打ち合わせのときにお聞きしたかと思います。いわゆるそのspaceという、どちらかというハンセン病療養所はspaceです。

しかし、一方でplaceという、多磨全生園は多磨全生園としての固有性、一回性、あるいは沖縄、瀬戸内では邑久光明園や愛生園、東北では東北といったように、このplaceとspaceは概念枠組みとしてこのようにありつつも、現実の社会はこれが相互浸透しているというようなことは、やはりあるのだろうと思うし、だからこういう相互浸透を踏まえて考えていかなければ、現実というものは捉えきれないのではないかと思ったのが1点です。

それからもう1点、最後に資料収集の大切さということをご指摘されたかと思っています。いわゆるナチスに始まりというか、最近、社会学でもどこでもかしこでも、アーカイブ、アーカイブとって、NHKも含めて戦争経験者の人たちのアーカイブという形で。確かに資料を保存しておくことは、今、この時代でなくなるという時期であるからこそ大事だとは思いますが。ただし、この資料収集といったものは決して価値自由といったような、いわゆる価値やイデオロギーといったものから自由にそれを行うことはあり得ないということだと思います。

そういったときに橋本さんご自身は、どのような形で資料保全を行っていくということをご自身のライフワークの中で位置づけていらっしゃるのか、そういったことをお聞きしてみたいという2点の質問です。

次にご発表されました谷口さんの「児童養護施設の間から子供の生活を考える」についてです。少し理論的なことなので難しい質問になるかと思いますが、注を見ると、児童養護施設は「アサイラム」ではない、というふうに定義されています。しかし、「『入所という洗礼』という施設の文化コード」といった部分は、いわゆる剥奪過程といわれているものですが、では全制的施設ではないにもかかわらず、どのような形をとってこのような剥奪過程が児童養護施設において起こり得たのかといったこと、この部分の理論的な押さえといったようなことを今後の研究の課題としていただいても結構かと思うんですけれども。このあたりを少し深めていただけると、もう少しおもしろくなるかなと思った点が1点です。

それから、全制的施設もいろいろで、私が捉えたのはハンセン病で退所はありませんけ

れども、Goffmanが具体的に捉えていた全制的施設の中には精神病院、もちろん退院がありますし、あるいは修道院もあったし、あるいは船もある意味では全制的施設、いわゆる船といっても3カ月間漁業に行くといったのも全制的施設であったりします。

そういう意味でも全制的施設は決して退所がないということだけではなく、衣食住が全部一緒だということに力点があるという定義ではあるので。確かに学校という場では、そこでは自由になるので、おっしゃっているとおり全制的施設ではないというのはわかる反面、ではなぜそこに剥奪過程が可能なのかといったことをご検討いただけたらうれしいなと思いました。

それからもう1点、ホームレスのご研究をされていらっしゃるということでしたが、実は最近だと刑務所の情報が割とオープンに流れていたりして、これは法務省が多分意図的に流していらっしゃるのかなと思います。中に入っている方々の4分の3がいわゆる境界値のIQが70未満から軽度知的といったような形で、4分の3程度の方々が何らかの障害をお持ちであるといったこと。

つまり、刑務所というのは更生する施設である、とこれまで位置づけられてきたと思うんですけども、ただその一方で今、法務省が困っているのは、それではもう立ちゆかなくなっている、いわゆる障害者福祉と更生を連動させながら更生ということを考えていかざるを得ない。だからこそ、このデータを開示したのだらうと思っています。

それをこの児童養護施設のほうで考えてみたときに、実は私の知り合いが里親をやったりするんですね。その中でやっぱり軽度知的とか、あるいは発達障害の子供がいたり。あるいはもともと障害のある親、さらに障害児という形になったとき、18歳で終わりという形ではなく、その期間の中で何らかの障害が発見されたときに、「働く」という1つの出口だけではなく、やはり働けないからこそホームレスという形に落ちてしまうのであれば、やはりセーフティーネットとしてその児童養護施設というか、母子福祉+障害者福祉との連携ということは考えていかざるを得ない1つの課題ではないかと。

もう1つは、2つの家があることをネガティブにお話しされていたかなと思いますが、ただ最近、混血というのか、昔でいえばハーフ、今ではダブルという言い方をしますけれども。2つの家を持つことはネガティブなんだろうかということは、もしかすると研究者が捉える視点から捉えた分析なのか、あるいはそうではないのかといったような、そういう意味では研究者では確かに「かわいそう」かもしれないけれども、語っている彼らにとってそんなにネガティブだったのかどうか。このあたりは私がこのフィールドに入って

いないということもあって、少しお聞きしてみたいと思いました。

それから最後、向谷地先生はレジュメと全く違う発表されたので、用意していたものがまるで崩れてしまい、先ほど慌てて考えてきたところがあります。質問の1としては、AAの会、もともと私もべてるの活動は10年以上前からずっとウオッチしていた人間ですから、どういう経緯で発展していったのかなどなど、かなりたくさん読ませていただきました。

その中で向谷地先生はAAの会、いわゆるアル中ですね。12のステップという、いわゆるこれは治療モデルです。これは実は依存症の医療ですら、「AAの会に行きなさい」というふうに病院のほうからさえ勧めるぐらい、AAの会は医療モデルの側面もあるということ。さらには初期のころにはリバーマンによるSSTということを使い、認知行動療法を行ってなさっていらっしゃったかと思います。

ただ、何がべてるらしさというか、あんなにべてるが、やはり皆さんの心を打ったのかと思うと、専門家の言葉ではなく、患者さんの言葉に置き換えることによって、そういったところがやはり特徴として見逃せなかったのかと思っています。いわゆるこれが当事者研究として位置づけられているものでもあろうかと思っています。

いわゆる従来の認知行動療法が持っているメリット、デメリット、あるいは逆に「当事者」という言葉に置きかえることによって、新たに認知行動療法にヒントを得ながら行っている今のべてるの当事者研究のメリットもやはりデメリットもあるということ、さらには予想以外の発展ということもあり得るのではないかと思われるので、そういったところを少し引いた目で見ても、何かコメントできるようなことがあれば教えていただきたいと思っています。

それからその次ですが、今回「語り」の中には支援者スタッフの役割がまるで出てきていなかったかなと思いました。実は私も、ハンセンの研究をきょう皆さんにさせていただきましたけれども、精神業界で細々と研究を続けてきた時期が長かったので、作業所だとか、病院だとか、治療といったようなことは、私の中ではずっと割と日常にある知識や経験なんですね。

そういった中で、メンバーさんだけで何か組織を行うことはやはり難しいということが実感としてあります。どうしてもメンバーさんだけで行う組織はどれも長続きしてこないんですね。だからこそスタッフが患者さんたちにどのように生活を支援していくことがメンバー同士の仲間意識の芽生え、あるいはその継続につながっていったのかといったよう

な、そういう意味では生活といったところとは本来かけ離れるかもしれないけど、「支援者が生活を支える」といったところから考えた上で、どのようにすればメンバーさんたちの持っている仲間意識などを引き出せたのか。このあたりを40年間の経験の中でお話しただければと思いました。

最後はすごくつまらない質問ですが、地域の精神病院の病床がゼロとおっしゃっていたかと思います。それは赤十字病院も入っているのでしょうか。ただどうしても精神保健福祉に携わっている自分としては、救急に入院が必要な時期はありますから、そうしたときに全く病床がないっていったようなときに、ショートステイといったことだけを利用するだけでは無理な段階になっています。ゼロといますが、どのような工夫をしながらゼロという形で行っているのかということをお聞かせいただけたらなと思っています。以上です。

【岩田】 ありがとうございます。

それでは今、お三人にそれぞれ2点ずつぐらい青山さんからコメントがありましたし、それからフロアからの質問がそれぞれ行っていると思います。青山さんへの質問は今のコメントの中でお答えいただいたと思いますけれども、それらの質問や今のコメントの全てを消化してということは大変だと思いますので、答えやすいのを選んでということで構いませんが、お答えいただきたいと思っています。

逆からでもいいのですが、今の青山さんのコメントの中で橋本さんのご発表の中のplaceとspaceというのは基本的に非常に大事な概念で、青山さんは、全生園はspaceであり、かつその中にplaceがあるというか、つまり2つは分かち合えないというか、多分そういうご発言だったと思いますが、なおかつ全てのハンセン病施設は同じように捉えてもいいのだということでしょうか。あるいは再現可能？

【青山】 そういう意味では相互浸透しているといったところで、一律に捉えられる部分と、独自の文化形成といったようなことが起こっているの、これは別にハンセンに限らずいろいろなところでplaceとspaceというのはむしろ混在していないほうがおかしいのではないかと。橋本さんがおっしゃっているように、spaceの部分は国家のレベルですね。それに対してplaceはいわゆる地域というか生活とか相互作用といった「場」の部分であったりするので、空間の様相が少し違うのかというイメージが私の中にはあり、それはやはり相互浸透はあり得るだろうと捉えていたということです。

畠田 spaceが国家の手段ですね。placeは「滝」ですね。橋本さんの研究対象で言えば。むしろ自然環境から人々が発見した「治療の場所」というのがあって、それに対して、つまり最終的には精神病院までいくある近代的な施設群はspace。その形でいけば、ハンセン病ももちろんそういった形で出てくるからspaceなんだけれども、とはいえそこに運営側の一律性がいろいろな条件の中で貫き得ないで、患者組織と一緒に相互浸透していくことによって醸し出される文化は必ずしも一律ではないという、そういう感じになりますか。

橋本さん、お願いします。

橋本 多分、国家レベル、地域レベルというそういう次元ではなく、少し難しい話になってしまうかもしれませんが、これは20世紀の哲学的に言えば、構造主義か実存主義かというレベルだと思います。

つまり、構造主義では、レヴィ＝ストロースによるブラジルの未開社会の家族研究などで代表されるように、人間は個人の意志を超えたある構造の中で生きているということを示すわけですが、一方の実存主義はサルトルなんか代表されるように、個々人の一回きりの人生に着目し、その人の意志や思いに焦点を当てた見方です。

やはり、ハンセン病療養所であろうが精神病院であろうがどこであろうが、今のこの会場であろうが、個々人の意志を超えた構造というものが背後には控えていますね。損保ジャパンのシンポジウムという構造のもとで皆さんは来ているけれども、それぞれの思いは多分バラバラでしょう。あらゆる局面で構造と実存は、裏と表の関係にあるということが絶対にあります。その意味ではハンセン病療養所や精神病院が無機質なspaceであり、そこでは個々人の営みを省みられず、社会とか国家とか近代化とかの大きな「構造」に絡めとられていく一方で、滝場はかけがえのないplaceとして、人々の治療への思い、つまり「実存」的なものと結びついている、というのが私の「placeからspaceへ」という精神医療の近代化をめぐる話の前提だったわけですが、確かに実際はそんな単純なことではないですね。

「実存」的な滝場にしても、その背後には修験道など日本のいろいろな原始宗教的な構造の裏づけがあって、その中でやっていることなので。あくまで滝修行という一つの様式の中で行われている治療行動なので。ですからあらゆる局面において構造と実存はあり得るのだということ、言い換えると、placeのなかにspaceの要素があり、その逆もあるということです。



もうひとつ質問がありました。アーカイブの資料をどう集めるかということですが、特に日本では、多分ここ10年ぐらい前から盛んに言い出された話ではないでしょうか。当然、その時代のいろいろな政治的・文化的な思惑とか、いろいろなものに規定されてくることは間違いなく、そこで資料の取捨選択があるでしょう。アーカイブとして保存しようとしても、全てを保存できない。しかも、文書だけではなく、建物もあつたり、音声もあるだろうし、ありとあらゆるものがあります。その選択の基準は、そのときに選んだ人の基準になるしかない、ということがあります。

ただ、アーカイブに関してもうひとつ言えることは、資料を収集して保存するだけではだめで、それを公開し、社会に向けて情報発信するという役割もあると思います。それはミュージアムの姿勢ですね。アーカイブからミュージアムへという段階で、また選択があつて、こういう資料を選んでこういうふうに展示するということに、かなりその時代のイデオロギーに規定される部分があるでしょう。青山さんの本の中にも、ハンセン病療養所の資料館の話が出てきますね。そこでは「当事者の人から展示方法についていろいろ批判もある」と書かれています。ただ、当事者は展示をそう見るかもしれないけれども、当事者だけが歴史を独占しているわけではないので、普通の市民にはまた別の見方があるでしょう。そういう意味で、アーカイブとミュージアムには複雑な問題が絡んでいると思います。

フロアからの質問用紙には、いろいろな質問が書かれていますが、ほかの方の時間もあるので、簡単どころだけ答えて、あとは割愛します。ベルギーのゲールの質問がありました。ゲールでは里親の人たちに何か研修や訓練など教育的なことはなされているのですか、ということですが、実はこれはなされていないんですね。インストラクションはない。それは、もう何百年も続いている伝統なので、里親のなかには先祖代々その仕事をしている家もあり、あの人たち、つまり「精神病の人」に対する扱いはこうだということが、親から子へ継承とされているのです。だからインストラクションは要らないというか、むしろそれは邪魔になるということで、やっていないということです。

あとは、「治療の場所」で行われているようなことを現在も継承していくには、何が重要かという質問がありました。これはほんとに難しくて答えられないのですが、プレゼンテーションの中でもお話しましたように、とにかく「治療の場所」がどういうものであったかということをもとに検証するとともに、そもそも多様な「治療の場所」があったことを知っているということが重要です。

そのことを踏まえないで、欧米から出てくる片仮名文字の概念を消化して、理解して、ということを繰り返しているだけでは何の進歩もないと私は思っています。具体的に何をということはないですが、とりあえず足元の実践の歴史を地道に積み上げていくことくらいしか私には言えないわけで、そのひとつに「治療の場所」も歴史も入ってくるのだと思います。

以上です。ほかにもありましたが、省略させていただきます。

**畷田** それでは谷口さん、お願いします。

**谷口** お答えになるかわかりませんが、いただいたご質問にお答えさせていただきたいと思います。最初に青山さんから幾つか質問をいただいたところですが、まず、「アサイラム」については、随分議論を重ねたところでこうした結論に至りました。全制的施設ではないと考えている、と本でも書いています。現在も結論からいいますとそのように考えています。

児童養護施設というところを1回見ていただきたいと思いますけれども、社会的な空白状況で運営されているところではないですし、社会から閉ざされているところでもないですし、子どもたちはそこから学校に行くだけではなく、むしろ地域の子子どもたちが遊びに来たりしています。施設は子どもたちが住んでいる「家」であって、社会に対する開放度というのはとても高いです。そういう意味で、まず社会的な空白状況にないというところが大きいかと思います。「退所がある」ということを私は今日の発表では強調しましたが、退所があるから、ないからということでは捉えていないかなと、Goffmanでもですね、考えています。

では、なぜ「剥奪過程」があるのかということなのですが、私は研究で「剥奪過程がある」というような表現はしていません。剥奪ということではなく、入所によってそもそも権利保障の過程につながっていくというところが、施設に入る意義ではないかと思っています。

同じようなところで「家が2個ある」ということに関しても、私の表現が不足していたと思いますけれども、必ずしもネガティブなことだとも思っていないで、かわいそうだとも思っていないで、単に子どもが「家が2個あるよ」というふうに表現していたことを紹介しただけであって、それがネガティブなことだと捉えられるのであれば、私の表現不足の問題だと感じています。

先ほどとつながりますが、施設に入るというのは基本的に権利保障の過程であるので、

施設にいる子は「かわいそうな子」ということではありません。私は少なくとも施設にいる子どものことを「かわいそうな子だな」というふうに捉えていたことはありません。もしかして回答になっていないかもしれませんが、そのような形で回答をさせていただきます。

フロアの方からも刺激的なご質問をたくさんいただいています。限られた時間の中でどれをとるという思いですけれども、1つは、「谷口さんの受賞作は、施設をやめたり年齢によって卒業した児童の行く末を分析した刺激的な著書でしたが、きょうの発表を聞いて、その状況は何ら改善されていないことを痛切に感じました」というコメントなんですけれども、「では何ができるのかということを知りたい」ということでした。

これも私の表現不足で大変申しわけないと思っていますところですが、私が調査したときと現在の施設の状況を比べると、少なくとも子どもの生活環境ということにおいてはかなり改善しています。先ほど「小規模化、地域化」を指摘しましたが、小規模化による建てかえが進んでおり、政府による予算投入も児童養護の分野はかなり進んでいます。例えば個室の保証やそれに伴って人員の配置が増えていたりとか、高校や大学への進学もかなり保証されてきています。高校進学に至っては、地方ではなく都市部では一般の中学卒業をした人たちと進学率はほとんど変わらない状況にきています。

では環境が保証されればそれでいいのかと言われると、そうではなくて、生活環境がよくなったとしても、子供の生活が、将来への見通しが持てるようになるかということはまだ別の話なので、これは実践的な課題になるかというふうに、次の課題が出てくるかと思っています。とりあえずこのぐらいでマイクをお返しします。

**畠田** それでは向谷地さん、お願いいたします。

**向谷地** それでは最初の青山さんからのご質問ですけれども、これは浦河だからかもしれないかもしれませんが、非常に小さい町ですから、買い物に行ってもメンバーさんに会うし、大体、車の免許がなくて町の中心部を歩いているのはほとんどメンバーさんで、あるとき、ある時間、町の商店街を歩いている人の数を数えると、8割はべてるのメンバーだったというぐらい、中心部のメインストリートの周辺に十幾つのグループホームがあって、130人ぐらいの人がそこに住んでいるわけですから、よくメンバーさんたちに会います。

基本、私たちスタッフはいつでもメンバーさんにアクセスを保証していますし、メンバーさんはみんな私たちの電話番号を知っていますし、いつでも電話をくれます。私たち

も遠慮なく電話をしますし。そういう意味で私たちが大事にしていることは、地域で共に暮らす仲間という「仲間意識」です。一緒にご飯も食べに行くし、メンバーさんたちがうちに遊びにも来るし、かつて子育てのときはメンバーさんが留守番をしてくれに来たりとか、保育所に迎えにいったりとか、ある種のコミュニティーを共にする仲間意識が非常に強いですね。まず、そういう背景がベースにあるということです。

そういう意味では、たまたまべてるで働く職員とそれを利用する利用者さんという制度的な分け隔てはありますが、全体としてこの活動と一緒に取り組む仲間という意識が強いのではないかと思います。べてるで働いているいわゆる職員は約100人ぐらいいるんですけども、半分以上は元利用者さんであった人たちが今は職員として働き、130人ぐらいの人たちが、病院から退院してきた人たちが地域で暮らしています。家族も含めるとかなりの数になるのではないかと思います。当事者研究は、こういう病気を経験した人以上に、スタッフの当事者研究、自分の当事者研究をしましょうということが、私たちは大事にしているところです。

精神科病床が結果としてゼロになってしまったのは、単純に言えば、採算に合わなくなったから維持できないということで病床を閉じざるを得なくなった、これが日本の現実なんですけど。その意味では市場経済の原理に沿って、ニーズがなくなったので閉じざるを得なくなったということです。

それで昨今、いろいろイタリアの精神医療が改めて注目されて、精神科病床をなくすることがひとつの目標であるかのような議論もあるんですけど、私はそういうふうな感じには考えていない。必要ところは必要なんでしょうし、必要のないところは必要なくなるだろうというふうなことを考えています。浦河の隣の管内に十勝っていうところがありますが、そこも当事者活動や地域支援が行き届いた結果として、病棟が運営困難になり、どんどん閉じていった地域で、非常に似ています。

そういう意味で、日本の病床削減はそういう形でしか進まないのだな、ということですから、病床をなくするということは、病床が必要なくなってニーズが変わった、入院しなくても地域で回復できるように少なくなってきたことの結果です。これはどこでもできるのではないかと私たちは思っているところです。

意外に今までは、調子が悪くなるととにかく病院に行って入院し、よくなったら受け入れるということをやりに続けてきた結果、地域にはノウハウがないんですね。私たちはこの2年間、徹底してそれをやり続けてきた結果、要は人海戦術だということが改めてわかり

ました。そして3月にイタリアに行ってきたとき、あ、自分たちと同じことをやっている、ということに気づきました。

それともう1つは、こういう統合失調症を持った人たちは先ほど話したように、治す、治す、ということばかりやってきて、もちろん症状が消える人たちもいますが、なかなか症状は消えにくいし、いわゆる幻覚・妄想という現実もなかなか簡単にはなくなる人たちも結構いらっしゃるわけですが、そういう人たちが地域で暮らせるようになるには、「そういう文化を持った人たちだ」という腹のくくり方がないと暮らしていけない。

そして話が飛びますが、グーグルが人工知能をネットにつなぐと、その人工知能が急に「ヒットラーはいいやつだ」などとんでもないことを言い出して遮断したことがありましたけれども、私は統合失調症も同じことだと思っています。統合失調症を持った人たちが社会の中でどんどんアクセスすることで、社会のノイズをどんどん取り込んでいき、「おまえは生きていく資格がない」とか「この世は終わりだ」というものがどんどん妄想や声の中にノイズとして刺さり込んできて、生きづらくなっていく。

そういう意味で、それをしっかり遮断して、良性の声というか、いい声に囲まれて生きること、声そのものがまた良質に変わってくることを私たちは今、体験しています。いい形で遮断されている、そういう「閉じた場でありながら開かれている」という、閉じたコミュニティが保証されることがとても大事なことでないかと今、思っています。

それにもう1つの質問としては、どういう場をつくったらいいだろうかということですが、やはり気心が知れた人たちをいかにふやすかということがとても大事なことで、統合失調症を持った人がこう、ある、最近メンバーさんに電話をして聞いたら、1カ月に1人か2人から電話がかかる程度で、ほとんど電話がかかってくるという経験がないのです。そういうときに、電話がかかってくるか、きょうお茶飲みに行くかい？という何気ない、私たちがふだんやっているようなことが保証されることがいかに大事かということをおもなから教えられました。

そういう意味では、気心が知れた人たちにつながる場をどうつくるかという意味では、当事者研究は常に「研究者としてみんながつながる」という意味でのつながりの保証を実現しているのではないかというふうに思っています。

それから「反対運動はありますか」ですけど、面と向かって「反対運動」と聞いたことはないですけども、評判は大方私は余りいいとは思っていないし、評判は聞いたことがありません。基本的にそういうことは余り気にしていません。今、どこでもですね、やっぱ

あり風光明媚な町、それから特産物で地場産業、日高だったら昆布とか、サラブレッドとか、夏イチゴとかそういうもので売り出したい、人を集めたいと思っているところに、精神病で売り出すということを皆さんは望まないわけですね、それを期待は私たちは全然してなくて。むしろそういう経験を持った人たちでも生きられる場合は、地域の生きやすさの厚みを潜在的につくっているというか、里山づくりに貢献できていると私たちは思っています。

「浦河の現状に対する反対というか、そういうことを書いた論文はありますか」という質問がありますが、きっとあると思います。ぜひ探してみてください。けっこう大学院生さんたちがその辺の調査によく来ていまして、書いています。読んだこともありますが、「調べてみたら、べてるはそんなに評判がいいわけではないのに、べてるが続けてこられたのはなぜか」というようなことを結論に書いていたような気がします。ぜひ見ていただければと思います。はい。

**畠田** ありがとうございます。

一番はじめに、向谷地さんの報告で、「お金もうけをする」という話が少し出ていましたよね。生活の場という風に考えると、社会福祉や保健医療というのは治すとか、回復するとか、保証するというふうにどうしても考えがちなんですけれども、それに生活をするという風に考えると一番大事なものは、「食べていく」ということだと思うんですね、一番の基本。それがなんていうか起業やいろいろな労働に参加して、通常の生活、市場の仕組みの中でお金が回ってくるのが1つ。

もう1つは、所得保障がどういうふうな前提としてあるかということがあると思いますが、そのあたりはいかがですか。

**向谷地** イタリアの精神医療改革の「精神科病院に頼らない精神医療」を実現するひとつ大きな下支えになったのは、協同組合だったわけですね。いわゆる就労の組合、働く協同労働です。私たちがイメージしてきたのはそういう働き方で、心を合わせて、力を合わせて、助け合って働くというそういう協同的な労働です。そして、そういう協同的な労働をたまたま精神障害を持った人たち、地域の市民たちがむしろ社会気運的にどんどん社会の中の課題解決も合わせた形で起業していくっていう形が、私は望ましいと思っています。そういう意味で、日本の協同労働の運動がここ20年ぐらいあるわけですけども、そういうことにも私は一応参加させていただきながら、日本的な協同労働をひとつ実現しようということをやっています。ただ、単純に市場に出ていくっていうだけではなく、む

しろこれは私たちもひとつの社会実験だと思っているのは、過疎地域で経済もどんどん回らなくなってくる中で、こういう、特に統合失調症等を抱える若者たちと一緒に起業して、本当に自立してお金が回るのかということにずっと挑戦し続けてきて、私はなんか回るような気がしてきています。

起業的な自立は絶対に不可能ではないと思っていますが、これはたまたま浦河だからこそじゃなくて、もっとこういうことがいい形でどこでもチャレンジできるようなある種のサポートというか、例えばイタリアの協同組合でしたら、働く協同組合の3割は障害を持った人たちを雇用しなければならないとか、そういう人たちの賃金に対してはEUがサポートするということがちゃんと社会的に保証される中で、みんなが協同しているということがあります。そういうこともひとつの手だてではないかなと思っています。

**岩田** そのこととかかわって、谷口さんが児童養護施設の退所の場合、進学しないと出口がないといえますか、自立したことになるというように先ほど少しおっしゃったと思います。障害との連続ということももちろんあると思いますけれども、働いていく場に出にくいとか、出られないとか、幾つかの選択肢がない、そういう選択肢を用意できないとか、あるいは本人が気がつかないとか、そういうあたりはどうですか。

**谷口** 先ほどお話をさせていただいたのは、今でも実践的にはないことはないけれども、基本的には「そういうことはしないでください」と厚生労働省から通達が出ています。例えば先ほどのケースのように15歳で高校進学を希望していたけれども、高校進学の切符が得られなかった、高校を不合格になってしまったと。その時に施設をでなければならぬという施設内ルールみたいなものがあります。これは同じように18歳でも同じで、大学進学を目指していたけれども、大学進学の入学という手続に至らなかった場合は施設を出ていかなければならぬという実践的な課題があります。

これについて、では、高校に進学できない子どもとはどういう子どもかというと、岩田先生のお話にもあったように、学力が追いつかないというよりは、知的な発達のおくれがあったりとか、何らかの社会的な困難が予想される子どもたちなんです。逆に言うと、困難を抱えている人たちから一番最初に施設から追い出される現状は昔から指摘されてきたことで、だからこそ厚生労働省が通達を出しているわけですがそれでも現実的に「進学しない=自立できる」というみなされ方になってしまっています。

これに対してどのような対応ができるのかについて、参考文献に挙げた永野咲さんが指摘されています。例えば子どもの進学に関しては、職員がどれだけ情報を持っているか、

その情報を子どもにどれだけ実践的に提供できているかによって進学率が変わってくることを、インタビューや量的なデータ分析から述べられていました。これは就職にも全く同じことが言えると思っています。子どもの将来の選択肢は、子どもが自分で探してくることももちろんあるかもしれませんが、職員の方が幅広い可能性から選択肢を提供するという必要だと考えています。職員だけではなくて学校の教員なども、大人たちから選択肢を用意する必要性もあるのではないかと感じています。

**岩田** 退所のコントロールというか、ルールをどういうふうにつくっていくかというときに、二者択一的なものしか用意していない、と。それも戦後型の、学校を出ればみんながどこかに就職できるという時代のルールですね。昔も施設の子供たちを高校進学させようとか、大学進学へのモチベーションを上げようということでボランティアが入ってやったこともありました。

仮に退所しても、受け入れる先があればいいわけですね。べてるではないですけども、何か協同の生活の仕組みのようなものがあればいいという考え方もあり得ますね。アルバイトをしてもいいし。それはどうですか。

**谷口** 例えばですけども、ひとつ選択肢として自立援助ホームというのがあると思います。児童養護施設や他の施設、あるいは家庭からもそうですけれども、自立に少しつまずきがあった場合に入る施設というか、「家」があります。そうした場もありますし、あとですね、最近ですと空き家活用型のシェアハウスみたいな形で、これは社会福祉事業としてではないんですけども、自治体の独自の枠組みで空き家などを活用して行っているような事例もあるかと思います。

では、これが当事者だけで運営できるのかということ、またそれは課題で、援助者がいないと児童養護の当事者性というのは難しいところがあって。そこで、かつての当事者であって児童養護の経験者ということであると思うんですけども、語ることで、同じ人たちが集まることで、自分の被害者性が上塗りされてしまうようなことがあったり、あるいは今の比較的恵まれたといいますか、環境の整っている児童養護施設を見るにつけ、自分のときはああいうことはなかったのにな、というような残念な気持ちになってしまう当事者活動の停滞してしまう一因も、そういうところにあるのではないかなと考えています。

**岩田** ありがとうございます。上手に時間配分を考えていただきましたので、大体終わりに近づいてまいりましたが、なかなか難しいテーマであり、簡単に何かひとつの結論が出たというわけではないと思いますけれども、最後に一言、私の感想です。



ひとつは、先ほどから出ていたIQが低いという話。社会福祉は戦前から、敗戦直後もそうですけれども、例えば「売春婦の更生」というときも、IQ、IQと言われました。IQが低い人が多いから更生させなければいけないとか、福祉の向上をと。つまり、IQ論はずっとあります。これは社会との関係であって、先ほどの人工知能ではないですけれども、社会が非常に高いIQだけを求めるという社会になればなるほどみんな低くなってきますので、そういう相対的なものです。戦略的にそういうことを利用することはいいと思いますけれども、余り本気で思わないほうがいいのではないかというのが私の意見です。

それから、やはり「生活をしていく場所」と考えた場合に、先ほどのspaceとplaceには私も多少こだわりがあり、固有の場所があるような気がするのです。それはその人の生活史の中で、どこでも生きていけるわけではなく、どこでも選べるわけでもない。そういう生活の連続性といいますか、これは社会福祉の実践の中でも、橋本さんが言われたような、近代が浸透しても滅びつつも何か残っている、多少民間伝承的なものといいますか、そういうものの繰り返しは違う形で出てくるような気もするのです。

例えばネットの世界で、さまざまな治療法についての情報が、非常に間違っただけの方向も含めて展開されたり、いろいろなおもしろいことがネットにはあると私は思っていますが、そういうようなことは似たような形で出てくる。ただ、その出方やその場所のこだわりやそういうものはもちろん変わってくると思うんですけれども。人間はそういうところで生活していくしかないけれども、青山さんがおっしゃったように、その場所そのものが過去の記憶と交差して生まれているし、それがまた将来を規定するという意味でつながっているというふうに考えると、社会福祉が「生活から見る」という場合に、その生活ってというのは何か、非常に脱色化された生活一般というふうには見ることができない。

そういうふうにはせざるを得ない反面、先ほどのspaceとplaceではないですけれども、そこに固有のこだわりがあったり、それぞれの生活史の中で捨てられないものがあるのではないかと思います。

これは今、介護の分野でも介護民俗学なんていうものが流行でありますけれども、こういうものがなぜ気になるのか、ということですね。青山さんの本がなぜ私たちに気になったというか、そういうようなことがやはりあって、これは生活を上手に理論化したり説明化する以前に、福祉の場ではそうした理論では満足できない何かに気づいていたのではないかと思います。

そのことをいろいろな形で掘り起こしながら、例えばベテランや昔のゲールのようなですね、その再現はできないにしても、いろいろな形の協同の試み、協同で暮らしていくとか、協同で治していくとか、協同で将来に向かっていくというような、そういうチャンスをどういうふうに社会が用意できるかということがもしかすると課題かなとも感じました。

本日のテーマは最初から少し難しいなと思いましたが、フロアの皆様とも何か共有できて、今後の私たちの議論のなにか糧となるようなディスカッションとなったとすれば、よかったですと思います。どうもありがとうございました。シンポジストの方、ありがとうございました。

## シンポジウム資料

### 『利用者の「生活」から福祉の「場」を考える』

- ◇ シンポジウムの趣旨とねらい  
コーディネーター 岩田 正美氏（損保ジャパン日本興亜福祉財団賞審査委員長）  
…… p.81
  
- ◇ パネリスト資料
  
- 橋本 明 氏  
…… p.83～p.88
  
- 谷口 由希子氏  
…… p.89～p.92
  
- 向谷地 生良氏  
…… p.93～p.105



# 損保ジャパン日本興亜福祉財団賞シンポジウム

## 利用者の「生活」から福祉の「場」を考える

### シンポジウムの趣旨とねらい

社会福祉において、その利用者に注目すること、たとえば「利用者本位」とか「当事者主権」ということは、すでにさまざまに語られてきた。いわばそれらは今日の社会福祉の「常識」ですらある。だが、その「利用者」や「当事者」たちが、社会福祉制度やサービスを利用する「場」で、どのように出会い、それぞれの生活史を交錯させていっているのか、あるいはそこに、どのような生活が育まれているのか、という角度からこれを捉えていく試みは、必ずしも多くはないように思われる。

2015年度「損保ジャパン日本興亜福祉財団賞」を受賞した青山陽子著「病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－」は、ハンセン病療養所という場において患者集団による文化が内発的に創成され、管理運営組織の文化との力動的な相互作用の中で、管理運営組織の文化、あるいは一般社会にさえ浸透していったプロセスを「語り」のフィールドワークという手法と、「集団の記憶」という枠から、ダイナミックに分析した研究である。すなわち、ハンセン病問題を人権侵害コードだけで読み解くのではなく、このような隔離施設という場で、患者たちの社会関係や生活組織＝共有する集団の文化コード、つまり「われわれ」としての共属的意識＝病者の論理が、いかに形成されていったか、という点に着目する必要を示した。

本シンポジウムは、この青山氏の基調講演を前提として、社会福祉や保健医療の提供する「場」において、「利用者」とされる人々の生活・生活組織・生活文化にあらためて焦点をあて、この側面から現代社会福祉の課題と可能性を語り合う場としたい。こうした系譜の一つとして、たとえば介護の分野では「介護民俗学」などの提唱もあり、援助の対岸にある「利用者」一般という位置づけへの実践的な反論もある。また、AAなどのセルフヘルプ活動や障害者の多様な実践や運動もこの系譜に位置づけることが可能であろう。ただし、この系譜では「主体」や「自立」にやや焦点が集まりすぎているきらいもある。

他方で、施設から地域福祉への傾斜は、地域の互助性の再構築を課題としているが、それが実際の具体的な地域の生活組織や文化と絡めて議論されているかどうかは、疑問である。地域におけるさまざまな先進事例は、必ずしも、どこの地域や施設でも取り入れられるとは限らない。

本シンポジウムでは、個々の社会福祉実践の「場」が固有の地域や利用者の生活史と結びついていることに注目し、そこから今日の社会福祉実践の多様な展開の可能性と、制度化による標準化という矛盾をどう解きほぐしていくのか、考えてみたい。



## 精神障害者の「居場所」の近代史 場所 (place) と空間 (space) のはざままで

橋本 明 (愛知県立大学)

### はじめに

当シンポジウムは“利用者の「生活」から福祉の「場」を考える”というタイトルだが、この「場」というものをどのように捉えるのか、私がおもに研究対象にしている精神医療の歴史の観点から考えてみたい。精神医療における「場」、とりわけ精神障害者の「居場所」の近代史は、病院や施設から地域への移行という「大きな物語」を前提としているように思われる。しかし、私はここで、「大きな物語」の各論に分け入って、欧米諸国や日本の脱施設化および地域移行の地域差や時間差を論ずるつもりはない。そうではなくて、おもにわが国の精神医療史をたどりながら、おそらく一世紀以上もまえから世界に蔓延している、精神障害者をめぐる場所 (place) と空間 (space) に関わる近代的な思想の特徴とそれにまつわる諸課題を検討していく。

### 「青山半蔵」的世界の近代性

唐突ではあるが、島崎藤村の自伝的小説『夜明け前』の話からはじめたい。この小説は、日本が封建社会から近代的な国家へと変わりつつある時代、つまり日本の「夜明け前」の苦悩を、木曾・馬籠宿の宿役人である青山半蔵の波乱に富んだ人生をとおして描いている。半蔵は、平田篤胤派の国学の徒として、維新に夢を賭けるが、結局は裏切られ、正気を失い、最後は座敷牢のなかで生涯を閉じる。

この半蔵のモデルは、島崎藤村の父・島崎正樹である。おそらく、小説の読者の多くは、座敷牢を「封建時代の遺物」として理解するだろう。しかし、正樹が座敷牢に入れられた時、近代は馬籠宿にも確実に到達していた。正樹が座敷牢に入れられたのは、1886 (明治19) 年の9月下旬だったが、それより2カ月あまりまえには、当時の馬籠が属していた長野県 (現在は、岐阜県中津川市) から、瘋癲人鎖鋼出願手続 (長野県布達甲第83号) および瘋癲人取扱心得 (長野県乙第123号) が出されている。これらは、瘋癲人 (現在でいう精神障害者) を取り締まる近代的な規則で、座敷牢 (当時は私宅鎖鋼と呼ばれてい

た)に入れるための手続きも定められていた。

小説『夜明け前』の中では、半蔵の私宅鎖鑰が役所に届けられた形跡はない。しかし現実の島崎正樹は、順当であれば長野県の規則にもとづいて監置されたはずである。

### 瘋癲人規則と精神病患者監護法

『夜明け前』で半蔵の座敷牢を扱っている時代は、全国各地で長野県のような瘋癲人規則が順次整備されていった時期に重なる。つまり、藤村の父が閉じ込められたのは「封建時代の遺物」としての座敷牢ではなく、むしろ私宅鎖鑰という制度に支えられた「近代という檻」だったと言える。ちなみに、江戸時代の座敷牢も無秩序に行われていたわけではない。たとえば江戸などの都市では、一定の監置手続きがあったことが知られている。既にここに近代の萌芽がみられ、それが明治以降の制度に引き継がれていったという側面もある。

さて、明治初期における各地の瘋癲人規則が統一され、1900（明治33）年に精神病患者監護法としてわが国最初の精神病に関わる法律が制定された。この法律のなかで、精神病患者を監置する場所のひとつとして、精神病院の監置室と同等の法的位置づけをされたのが私宅監置室だった。

その頃には、全国的に不足している精神病院をいち早く建設し、私宅監置室の精神病患者を入院させ、医療の恩恵を受けさせるべきだと盛んに主張された。1918（大正7）年の東京帝国大学の呉秀三と檜田五郎による論文「精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」が代表的なものである。この論文の終わりのほうに書かれている、精神病患者は、病気になった不幸に加えて、日本という国に生まれた不幸を重ねている、というフレーズはよく知られているだろう。ただし、私宅監置が批判されるあまり、精神病患者監護法の本質が忘れられがちである。この法の目的は、精神病患者を私宅監置室に閉じ込めることではない。近代的な法制度のもとで監置の手続きを厳格にし、精神病患者の不法監禁を防ぎ、精神病患者の権利を守るために作られたのである。

### 「治療の場所」の意味

反・理性としての狂気をコントロールしようとする思想が、隔離なり、医学的治療なり、という形をとって、私宅監置や病院という近代的なシステムを推進したのに対して、この呉・檜田論文では別のシステムを紹介している。いわゆる伝統的な民間治療だが、こちらへの彼らの評価は概して低いものだった。

そのうちのひとつが、富山県上市町大岩にある日石寺の滝治療の事例である。それによると、今でいう統合失調症の18歳の男性患者が、父親に連れられて滝治療のために日石寺にやってきた。二人は門前の旅館に泊まっている。この興奮した患者を強力（ごうりき）という介護人が抱き上げて、手足をしばって無理やり滝つぼへ連れて行く。約5分間、滝に浴びさせたが、患者の状態は前より悪くなった、というものである。この論文は、治療



効果のない滝治療を批判し、人々の無知蒙昧に苛立っているようである。西欧医学につうじた医学者にすれば当然の反応だろう。だが、無知蒙昧な人々が効果のない滝治療のために富山県の山奥にまで集まってきたという、単純な理解で済ませていいのだろうか。

滝治療で知られた大岩は、1915（大正4）年のサンフランシスコ万博にその全景写真が出品され、日本の代表的な避暑地として紹介されている。また、大岩の日石寺は修験道の中心地として知られる立山の山裾に位置し、立山信仰と深く関わりながら発展してきた真言宗の寺院である。とりわけ明治以降になると、目の病気と精神病の患者が治療を求めて集まる場所になった。現在でも日石寺の門前には、参拝客のための旅館が数軒ある。かつては、これらの旅館に精神病患者とその家族が宿泊し、寺で加持祈祷を受けたり、境内にある滝（六本滝）をあびたりして、病気の治療を行っていたのである。

大岩の滝治療が成り立っていくためには、さまざまな人たち、あるいは、さまざまな舞台装置といえるものが関わっていた。患者はもちろん、付き添いの家族、宿泊先の旅館の人たち、患者の滝浴びを介護する強力、加持祈祷を実施する寺の僧侶、ときには逃走する患者を追いかける駐在所巡査や集落の人たちが、大岩の自然地理的環境や寺院の諸施設、交通インフラといった舞台に支えられて、一つの「治療の場所」を形作っていたわけである。

なるほど、呉・樫田論文で批判されているように、滝自体には治療効果がなかったかもしれない。しかし、豊かな自然環境などのもとで、家族や地域社会の人々が関与していた、大岩で行われていたような病気治療における共同作業は、現代の精神医療では欠落してしまった要素ではないのかと改めて気づかされる。

## 場所から空間へ

伝統的な「治療の場所」への需要がまだ多かった時代に、精神病患者の新しい処遇のシステムを支える装置が徐々に浸透してくる。島崎正樹の例で見たような私宅監置室、公的な監置室や収容所、そして精神病院などである。これらはみな精神病患者監護法などの近代的な法秩序のもとで維持されていた。

新しい処遇システムは、富山県の大岩のような「治療の場所」とは本質的に違うところがある。その新旧の変化を一口で表現すれば、“場所から空間へ”ということである。ここでいう“場所（place）”とは、特定の自然地理的、歴史社会的な条件に規定された場所のことである。自然、環境、地域性、多様性、「ここにしかない」という一回性・固有性が強調される。前近代的な治療観にもとづいて、精神病の民間治療が行われていた神社仏閣、滝場、温泉といった場所を、私はとくに「治療の場所」と称しているわけである。他方、“空間（space）”とは、科学とテクノロジーに支えられて標準化・規格化された、「どこにでも」再現可能な構造物や人工的環境を指している。私宅監置室や公的な監置室・収容所、あるいは精神病院といった構造物やその運用システムは、基本的にはどこにも伝播が可能である。精神医療の近代化とは、まさに“場所から空間へ”という変化であるという

見方も成り立つだろう。

精神医療に限らず、あらゆる場面で“場所から空間へ”という近代的な変化を、われわれは喜んで受け入れてきた。“空間”を実現しようとする思想とは、この社会をもっと便利で、快適で、スピーディで、能率的なものにしたい、どこでも同じモノやサービスを手に入れたい、というごく当たり前の欲求と深く結びついている。それは、どこにもあって、いつでも開いていて、たいていの物はそろそろ、コンビニを求めるわれわれの日常意識そのものである。だが、こうした思想自体に、狂気あるいは精神障害という理性のコントロールから逸脱したものを遠ざける根源があるだろう。したがって、精神障害者の「居場所」が、かつての私宅監置室や今日の病院や施設から、地域へ移行したとしても、そこには相変わらず効率・能率・スピードが支配する空間が広がっている。そこは彼らにとって、住みにくい世界に違いない。しかし、これが近代的な世界というものである。

### 「治療の場所」として生き延びること

とはいえ、近代的な空間が世界を覆いつくし、「治療の場所」的なもののすべてが駆逐されたわけではない。歴史の試練を経て、なおも「治療の場所」であり続けようとしているベルギー・フランドル地方の小都市ゲール（Geel）を取り上げたい。

この街は、中世ヨーロッパのキリスト教的世界観のもとで発展してきた精神病患者の巡礼地である。巡礼者は聖ディンブナ教会に隣接して建てられた、病人部屋（ziekenkamer）に泊って、教会で行われる治療の儀式に参加した。巡礼者が増えて、患者を収容しきれなくなり、ゲールの農家などに患者を一時的に預けることになった。これがゲールにおける精神病患者の里親制度（あるいは家庭看護gezinsverpleging）の始まりである。やがて、17世紀になると巡礼地としての性格が薄まり、とくにブリュッセルやアントワープなどの大都市の収容施設からあふれた貧困患者が、大量にゲールの里親に預けられることになった。こうして、小さな村落のあちこちに多くの精神病患者が暮らすというユニークな「治療の場所」が形成されていった。

ところが、19世紀になると、ゲールは近代的な医学にさらされることになる。この村の患者は虐待されている、労働搾取されている、医学的な管理がない、と批判された。当時の文脈では、時代遅れ、過去の遺物とみなされたのである。しかし、ゲールは従来の里親制度を残しながらも、近代的医学に接近する。1851年には、街に散らばる里親とそこに住む患者全体を一つの開放的な精神医療施設と位置づけ、ベルギー国立のコロニー（Rijkskolonie）が成立。さらに1862年には、精神病院が建設され、里親の斡旋や患者の医学的管理を行うセンターとなった。

こうした改革の結果、1900年頃には、ゲールは国際的に注目を浴びるようになる。当時、欧米では精神病患者が急増する一方で、入院ベッドは不足しており、ゲールのように里親に患者を預ければ安いコストで済み、かつ家庭的・開放的な環境で患者を院外ケアできると評価されたのである。

20世紀初頭のヨーロッパでピークを迎えたゲールの里親制度への関心は、徐々に衰退していく。ゲールに暮らす患者数のピークは1939年8月の3750人だった。第二次世界大戦後、ゲールの患者数は減り続けた。減少やまない患者数から、すでに1960年前後にはゲールの危機が語られるようになった。1980年には1000人を割り込み992人、現在は330人程度だろう。

しかし、いまのゲールにはかつての繁栄はないものの、脈々と里親制度を維持しながら、精神障害者をケアする街のアイデンティティを継承することで、今日的な精神医療の文脈においても「治療の場所」であり続けようとしている。たとえば、5年に一度、精神病の巡礼地の起源にまつわる聖ディンプナのお祭りが開催され、オメガング（宗教行列ommegang）が盛大に行われる。ゲールの伝説や歴史を、患者を含めた住民たちが街を練り歩くパレードによって演じるのである。関連した舞台演劇やストリート・パフォーマンス、展覧会なども開催される。他方、精神障害者の里親制度に関する国際会議がゲールでしばしば開かれ、国内外に街の存在をアピールしている。それは、現在この制度の管理者であるフランドル政府へのロビー活動にもなっている。最近では、ゲールの里親制度をユネスコの無形文化遺産への登録をめざす動きもある。このような、ゲールの歴史文化的かつ政治社会的な運動の総体が、「治療の場所」として生き延びていくことの本動力になっている。

私が「治療の場所」の歴史から学んだことは、せいぜい以上のようなことである。「治療の場所」が持つ要素は、昨今流布している国内外の精神保健医療福祉に関わる地域支援プログラムと相通じる部分が多いだろう。「結局、昔も今も似たようなことを繰り返している」という謙虚な認識を持つことは無駄ではないし、だからこそ「治療の場所」の歴史をふりかえるアクチュアリティがある。

けれども、「治療の場所」の歴史を比較検討し、今でも使えそうな部分を抽出し、ときには加工し、これからのプログラムに活かすといった実践的な作業は、とりあえず他の人たちに委ねたい。ただひとつだけ言えることは、おそらく、一度失われた機能を再生し、今日の精神保健医療福祉的な文脈に組み入れることは至難の業だろうし、過去の「治療の場所」と現在の「地域支援プログラム」との間には超えがたい断絶があるということである。

むしろ、精神医療の歴史を研究する私の立場としては、「なぜ「治療の場所」が忘却されたのか」「なぜ過去と現在には超えがたい断絶があるのか」を考えるのが、職業的な倫理というものだろう。そこで最後に、本筋とはやや外れるかもしれないが、精神医療の近代史と向き合うことの意味について私見を述べたい。

## 精神医療の近代史と向き合う

ゲールのように「治療の場所」として生き延びることは容易ではなく、かつて日本各地にあった「治療の場所」は戦後には事実上消滅している。治療・ケアの理論や方法技術が次々に刷新され、実践される状況下で、「治療の場所」が忘れ去られるのは当然だろう。

それには、1950（昭和25）年の精神衛生法が精神医療施設以外への患者の収容を禁じたことも大きく影響しているが、近代的な医学の普及によって、専門家のみならず、一般の人々の病氣治療に対する意識が変化したことが、もっとも大きかったと考えられる。ただ、私がフィールドワークから得た印象で深刻だと思われるは、かつて「治療の場所」で精神病と関わった人々の多くが、それにまつわる記憶や歴史を「無きものにしたい」というネガティブな意識を強く持っているということである。現在の精神医療への消し去りがたいネガティブな意識を、過去のそれに投影しているのだろうか。

しかし、「治療の場所」にとどまらず、広く精神医療の歴史という観点からみれば、「過去の忘却」あるいは「過去への盲目」は時には犯罪的とすら認識される。ドイツでは1980年代を境に、ナチスの「犠牲者としての記憶」から「加害者としての記憶」へと変化した国民の記憶文化（Erinnerungskultur）を背景に、ナチス・ドイツ時代に使われた6つの精神障害者の虐殺施設すべてで、追悼および常設の歴史展示・研究拠点を整備している。たとえば、ベルンブルク（Bernburg）精神病院にはかつて使用されたガス室が残され、見学者コースが作られている。大げさに言えば、精神医療の過去を隠蔽しないという国家の意思を示しているようである。

ドイツほどの政治性はないが、一般に欧米では精神病院の空いた施設・設備をそのまま残し、精神医学ミュージアムやアウトサイダーアートの制作・展示スペースなどへと転換する作業を盛んに行ってきた。一例として、20世紀初頭にニューヨーク・クイーンズ地区に建てられた州立クリードムア（Creedmoor）精神病院がある。かつてのクリードムアは大規模精神病院の典型で、1950年代には7,000人もの入院患者がいたが、現在は470人にまで減少しているという。多くの病棟が不要になり、一つの病棟はリビング・ミュージアム（The Living Museum）という（元）患者のアート制作の巨大な工房へと転換され、誰でも見学ができる。それは見学者に、アートの制作現場を通して精神障害や精神障害者を理解してもらうということだけではなくて、かつての精神医療の「場」を肌で体験してもらうという意義もあるだろう。

ドイツやアメリカの事例はそれぞれの歴史や社会の事情を反映しているが、「精神医療の歴史化」という点では一致している。ポジティブなものであれ、ネガティブなものであれ、記憶や歴史を継承していくという作業は、精神医療のひとつの「成熟度」を示しているし、精神障害者支援のこれからの形を考える際の基盤になるはずである。過去のシステムを破壊し、忘却して、建物や敷地も更地にし、文字通りゼロの空間からスタートするのが、これまでのわが国の精神医療の手法だったとすれば、「精神医療の歴史化」はもっともおろそかにされてきた部分だと言えよう。精神医療史を研究する者としての誠に手前味噌的な発言ではあるが、「治療の場所」を振り返り、精神医療の近代史と静かに向き合うという地道な作業から始めることが、わが国の精神障害者支援の未来を切り開いていく一助になればと思うのである。

# 児童養護施設の「場」から子どもの「生活」を考える

谷口 由希子（名古屋市立大学大学院 准教授）

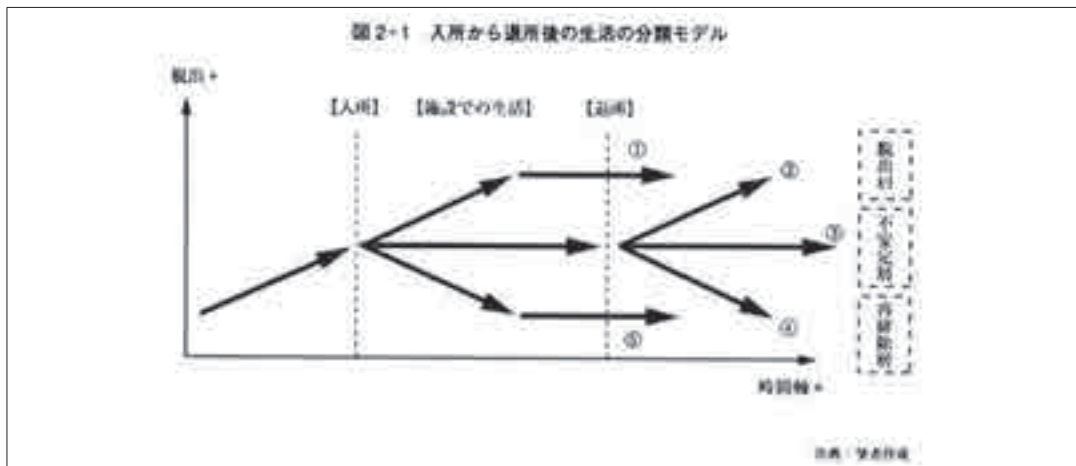
tyukiko@hum.nagoya-cu.ac.jp

## ■児童養護施設という「場」

### ・子ども期における生活の連続性のなか移動を伴う「場」

児童相談所の措置による入所

→入所前より権利保障（「生活改善」）につながるとの判断が前提



### 【入所前の生活拠点】 → 【施設での生活】 → 【退所後の生活拠点】

「定点」 = 「ある社会における、特定の人々の存在証明の基点」（岩田：2008：59-60）

### ・ハンセン病療養所は終の棲家であり、全制的施設（青山：2014）

→全制的施設であるがゆえ、その場で社会が完結する

児童養護施設は終の棲家ではなく、「引き取り」（子どもにとって一種のステータスとなる）や自立により必ず退所を迎える「場」

「いえが2こある」（5歳男児）→施設はどこかから「来る」場所、どこかへ「帰る」場所  
なぜ自分はこの「場」にいるのか

※両親の離婚や病気は「自分のせい」であり、その結果であると考える子どもも

### ・児童養護施設は全制的施設ではないとの位置づけ（谷口：2011）<sup>1</sup>。

### ・「入所」という洗礼と施設の文化コード

<sup>1</sup> 谷口（2011）「本研究では、次の観点から、児童養護施設は『全制的施設（a total institution）にはあたらないと捉えている。つまり、ゴフマンは『施設』の開放度によって『無力化』やその反動である『第二次的調整』のメカニズムを解明しているが、児童養護施設は社会的空白状況のなかで子どもを強制し、更生させるような『収容施設』ではない。家庭での適切な養育が受けられない子どもの生活拠点であり、外部社会に対する開放度も高い。ゆえに、理論的に見れば、ゴフマンが指摘する逆機能の側面はごく少ないと考えられる」（38頁）。確かに「施設の逆機能」もないわけではないが、むしろどのように逆機能を緩和していくのかと考えることが実践的課題であるといえる。児童養護施設でフィールドワークを行ったグッドマン,R（2000=2006：199）も「全制的施設」にはあたらないとの見解を示している。

青山 (2014) 古参患者に対する汚染源という意識 (40-41頁)

「古参患者が自己の聖域を侵す汚染源であるように、一般社会においては自己がその汚染源になると気づく」

- ・子どもたちは施設という「場」で、時に「身をよじり」ながら社会を経験している「きょうだい」のような関係

例) 「ここはみんなきょうだいだし。いいよね」(中学2年男児)

「ここに来る子はみんな悲しい思いしてるから分かり合えるんだよ」(小学校高学年女児)

「たて」の関係、「よこ」の関係

職員の積極的介入の半面で子ども自身がいじめのターゲットにならぬよう防御

→ほかの子どもたちからの間接的表現により生活のなかで自身の意思が変化する過程

例) 入所間もない小学校1年生の女児が長い髪の毛を切りショートカットにする

「もう、どうでもいいの」(谷口:2011:149)

## ■児童養護施設退所後/社会的養護離脱後のホームレス経験

- ・谷口由希子 (2016) 「社会的養護離脱後のホームレス経験に関する研究」

ホームレス経験者へのアンケート調査における「子どもの頃の経験」

→11%が施設や里親の下で暮らした経験があると回答→生活史の聞き取り



図1 研究対象者の選定方法

- ・30代Bさん (男性) 3歳～15歳まで児童養護施設で生活

父親は不明で母親は精神疾患で入院、3歳の時に施設に入所、15歳で施設を「自立」退所。

施設退所後は里親(親族)宅から高校進学を目指す断念し、20歳の頃「追い出された」派遣社員として全国を転々とし、ホームレス生活。現在は生活保護受給中、精神疾患有。

なんかわからないうちに大人になったっていうか、なんだか知らないうちに(施設から)「里親」のところに行ったっていうか、何にも知らんうちになって感じですよ。(…中略…)  
勉強は嫌いじゃなかったですけど。ちっちゃい頃はあれがあって、「知恵遅れ」っていうんですか。(…中略…)  
中学校を卒業する時に自分で「あ、高校無理だな」って思っ。

あの、やっぱ、将来のことを考えるほどの多分余裕はないですね。やっぱ施設にいたら、人間関係、上下関係とか、いじめとかあるんで、朝から晩までそれに耐えることを考えている人間にさ。  
うん、ちょっと、うん、厳しいですよ。帰りた場所とか、見つければね、それが優先じゃないかなと。そういう場所を作ってあげてから。

## ■児童養護施設の小規模化/地域化と「場」

- ・児童養護施設は小規模グループケア、地域小規模児童養護施設  
里親委託推進→里親、里親ファミリーホーム→里親は援助者の「場」の移動が少ない

### 【小規模化】

- ・施設内での集団の規模が小さくなる→逆機能を受けにくい利点（集団同調、圧力）  
一方で、地域社会が必ずしも機能を果たす（応援団になってくれる）とは限らず、むしろ  
スティグマを助長することも  
→地域に受け入れる「場」は援助実践の課題、社会的援助組織
- ・「集団」が可変的であり、他者への影響を及ぼしやすい特徴を持つ子どももいる  
「出入り」するがゆえの見通しの立てにくさ  
→小規模化は期待されるが、入所前に抱える子どもの背景は変わらない

### 【地域化】

※施設自体が地域から排除されている（谷口：2011）

地域空間における施設は地域住民にとって「われわれ」ではなく「他者」

- 「施設」という居住分化が単なる居住形態以上の意識レベルにおける差異を発生させる
- ・子どもは祭りの際、居住地域の神輿を担いでいない  
（「神輿の担ぎ手」のいない地域の神輿を担ぐ）
- ・コンビニ出入り禁止 店長からの苦情の電話 ※追跡調査より

昨日も学園の子どもがうちに来ました。子どもに『学園の子は家の店に来てはいけないルール知ってるでしょ？先生から聞いてるでしょ？』と言ったら、子どもがとぼけてましたよ。どういう指導をしているのですか？今、こうして電話していることも私たちの時間を奪っていることなのです。

## 文献

- 青山陽子（2014）『病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－』新曜社
- 後藤広史（2013）『ホームレス状態からの「脱却」に向けた支援－人間関係・自尊感情・「場」の保障』明石書店
- 岩田正美（2008）『社会的排除－参加の欠如・不確かな帰属』有斐閣
- 岩田正美（2016）『社会福祉のトポス－社会福祉の新たな解釈を求めて』有斐閣
- 永野咲、有村大士（2014）「社会的養護措置解除後の生活実態とデプリベーション－二次分析による仮説生成と一次データからの示唆」『社会福祉学』第54巻4号
- 谷口由希子（2011）『児童養護施設の子どもの生活過程－子どもたちはなぜ排除状態から脱け出せないのか』
- 谷口由希子（2016）「社会的養護離脱後のホームレス経験に関する研究－子ども時代の貧困の観点から－」『人間文化研究』25号

※本研究は文部科学省による科学研究費補助金「児童養護施設で生活する当事者の自立生活への移行過程と社会的援助に関する縦断的研究」（代表：谷口由希子、研究課題番号：24730485、2012年度～2016年度）および、科学研究費補助金「パネル調査を軸にしたホームレス経験者への包摂的支援に関する研究」（代表：山田壮志郎、研究課題番号：24330179、2012年度～2014年度）の助成を受けて実施した成果の一部である。



# 「過疎も捨てたもんじゃない」 —浦河べてるの家の歩みと当事者研究—



北海道医療大学  
向谷地 生良



## 浦河べてるの家の紹介

# 浦河町の概要

人口：12,992名  
(2016/2)

〈主な産業〉

・町内には約300の牧場（生産・育  
成）があり、4,000頭以上のサラブ

レッドが駆け回っている。  
・良質のダシ昆布「日高昆布」  
や夏

から秋にかけてのスルメイカは特

産品で、昆布は北海道の生産量の

約20%を占めている。

・最近では、夏いちごの生産が盛ん



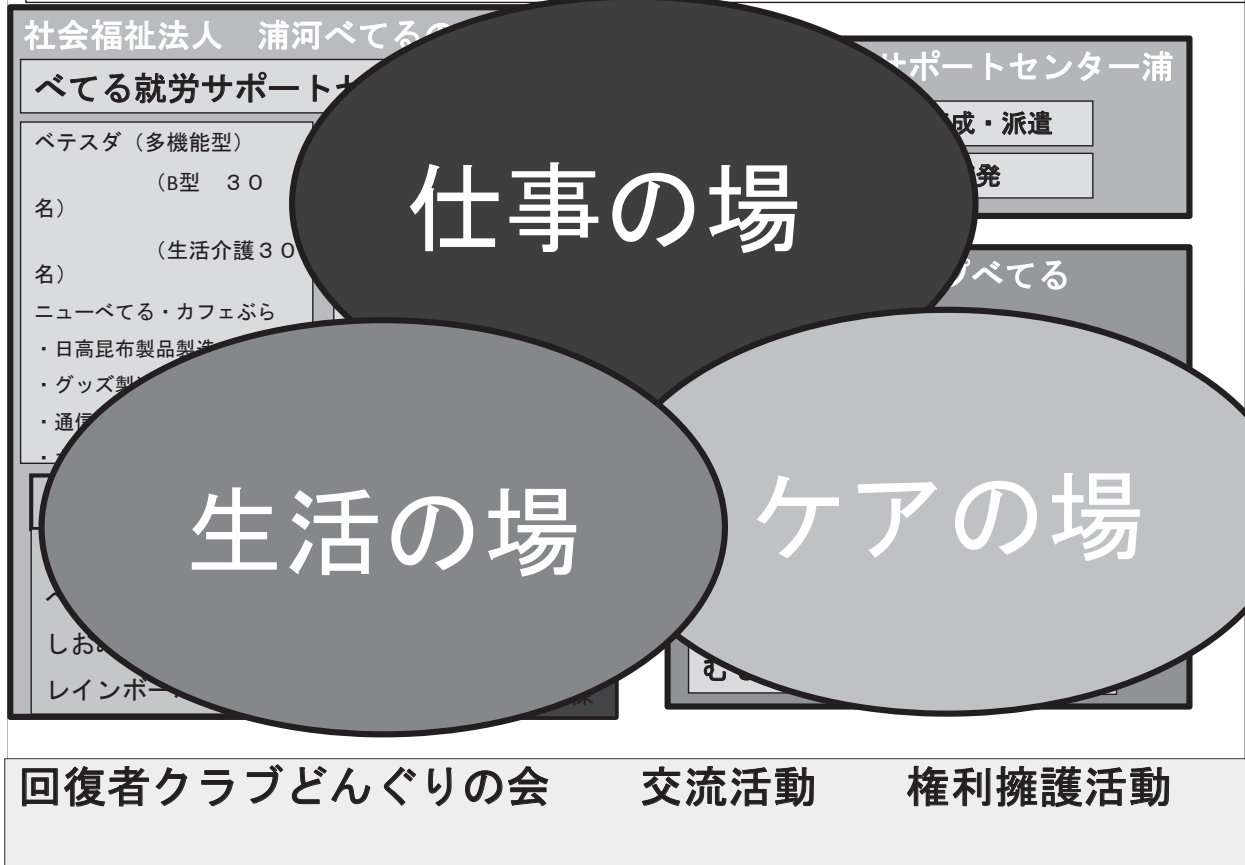
3

## 街の一角にある小さな教会堂から活動がはじまりました



4

# べてるの家の組織



## 浦河べてるの家とは……

- べてるの家(以下べてる)は、1978年にはじまった地域で暮らす精神障害を体験した若者達の自助活動をベースに、助け合いながら起業による地域貢献を目的に、古い教会堂(浦河教会)を拠点に1984年に発足した「街づくり」の地域活動拠点
- 活動理念は、「地域のために」「社会復帰から社会進出へ」「三度の飯よりミーティング」など
- 「地域のかかえる苦労への参加」の手段としてビジネス一起業に挑戦、過疎化が進み事業所の撤退や閉店する店が相次ぐ中で、日高昆布の産直・出版事業、会社を設立して介護保険事業に進出
- 2001年、当事者研究を創案、自助活動に取り入れる
- 2002年、社会福祉法人設立。わが国ではじめて当事者が理事長、施設長に就任し、就労支援、居住支援に取り組み様々なプログラムを創出。
- 現在は、精神、身体、知的等のさまざまな障害を持つ100名以上の当事者が事業に参加。
- 年間、延べ3000人ほどの見学者、研修の受け入れをし、海外との交流もはじまっている。

# 「人の“自然保護地区”」べてる

- 里山としての“べてる”
- 地域の森になる。
- 森の栄養が、海(地域)を豊かにする
- “自然栽培”に学ぶ生き方、暮らし方
- 黒土に学ぶ多様性

7

## べてるにおける働くこと

- 働くことが、地域の課題を解決したり、地域の活性化につながる
- 働くことが“現実の苦労”を増やし、仕事を通じて、考えること、相談すること、工夫すること、話し合うこと、受け入れること、折り合うこと、伝えること、自分を知ること、受け入れること、許すこと、認めること、を学び実践することができる
- 事業の運営に対して、一人一人が責任と役割を持ち、苦労を分かち合いながら推進する
- 仕事を通じておきる苦労を、みんなの苦労として分かち合い、研究を重ねながら、自分らしい働く環境づくりに努める
- 以上の成果を「べてるの働き方」として発信する 8

# べてるの家の役割

(Bethel house mission)

- 就労支援—job assistance
- 起業支援—Incubation
- 住む/食の支援—Live/Eat
- つながる支援—Connect with people

9

地元特産品の「日高昆布」を仕入れて商品化。  
通信販売・店頭販売・出張販売を行っている。

社会福祉法人  
浦河べてるの家



ニューべてる



10

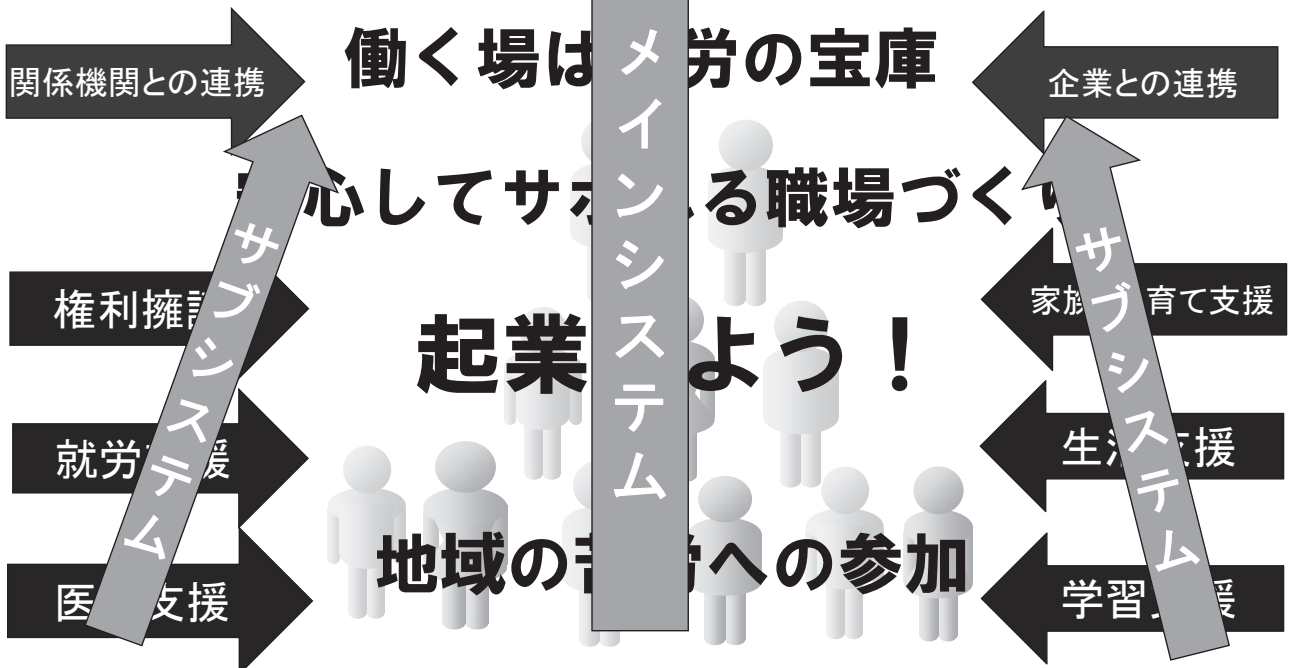


商品発送チーム 顧客管理部門



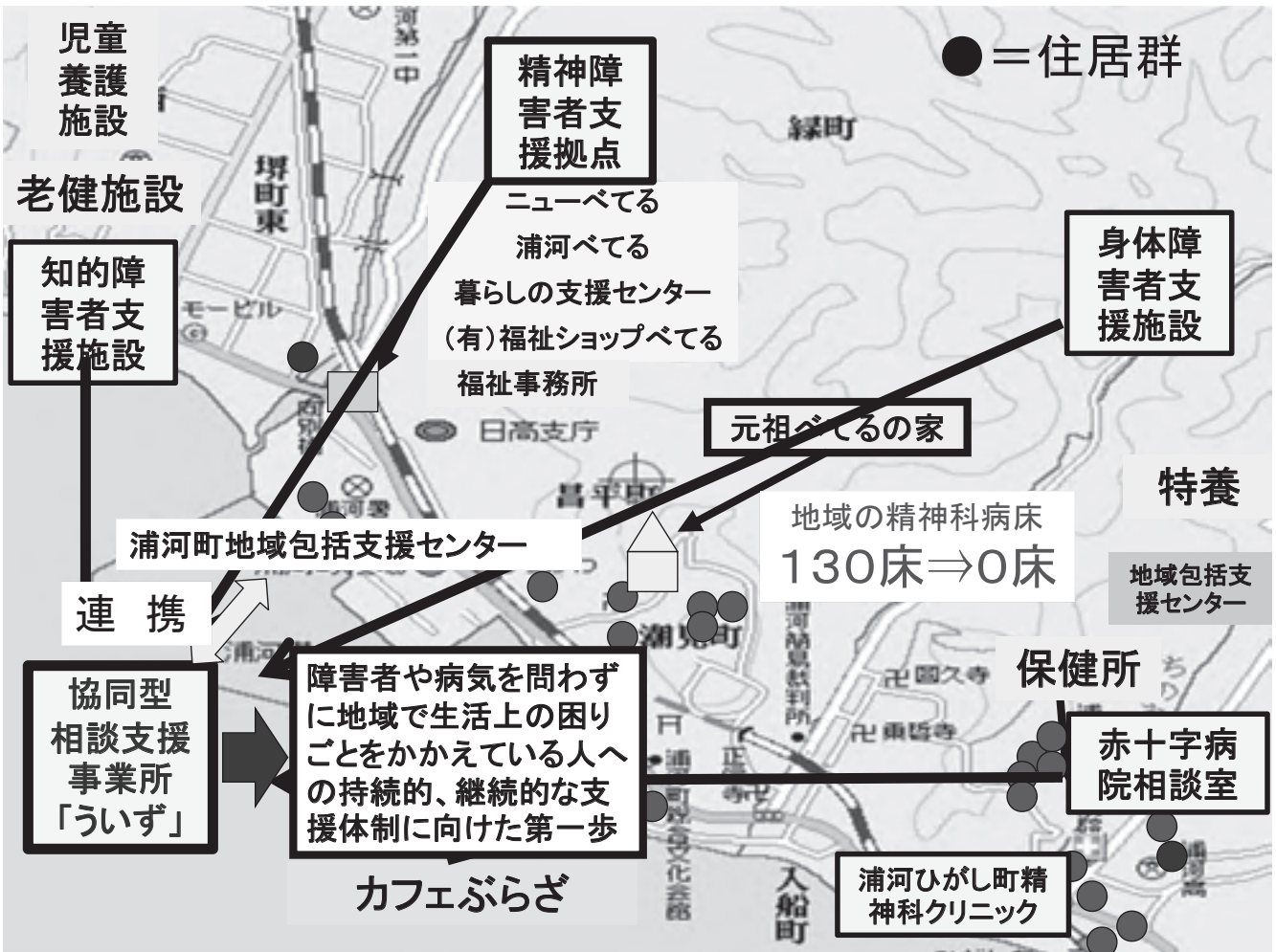
べてるの伝統-生きる苦勞の取戻し

べてる流ビジネスモデルの確立





3





# 当事者研究の原点＝起業

人の中に居ると“帰れ！”という罵声を浴びせられます

“トイレに入っ

“宅急便の公

## 「みんなで研究しよう！」

- ・出勤してこない
- ・急に居なくなる
- ・「疲れた」といってすぐ帰る
- ・爆発する

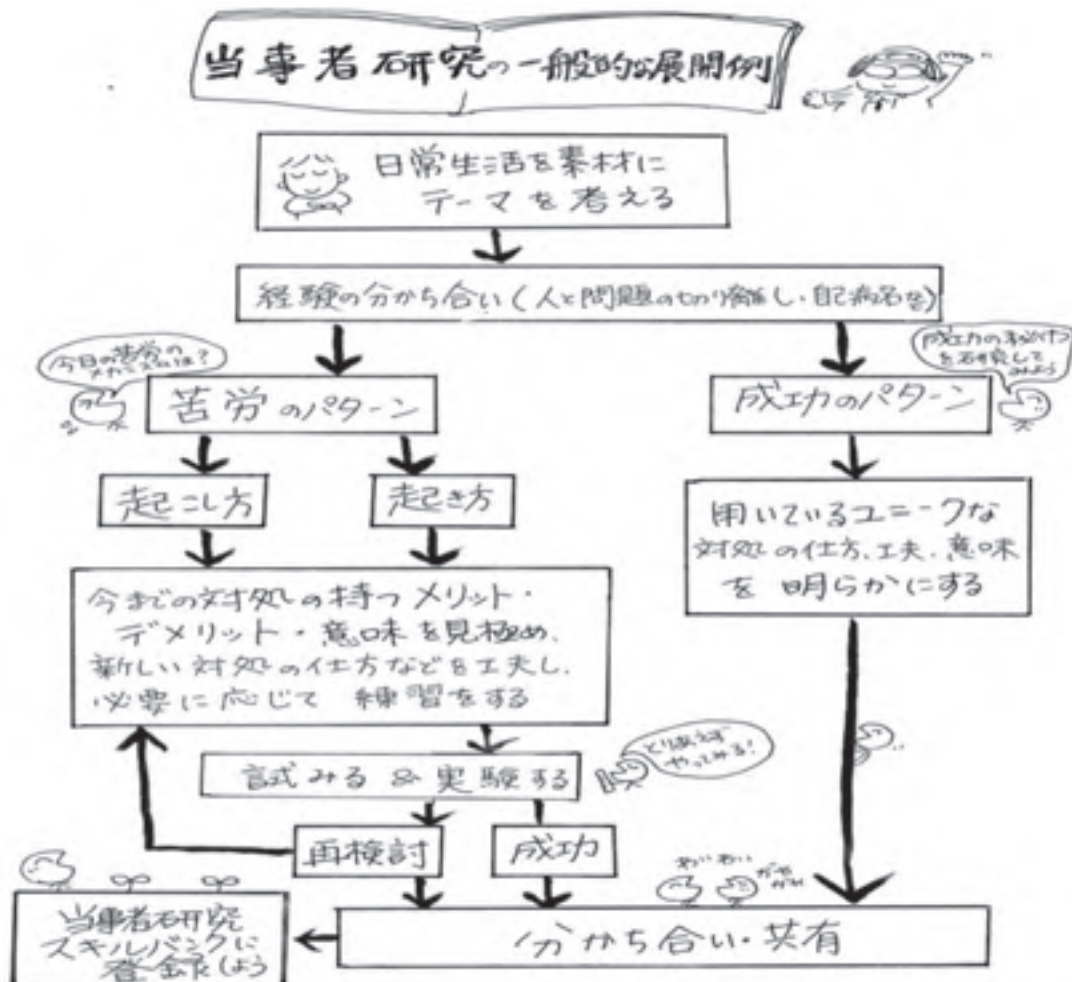
いい加減にしろ！

人の体温で暖められた空気が嫌い！

朝起きたら首が取れました...

“まばたき”が音になって聞こえるんだけど

このような人たちが仲良く仕事をするには？



# 当事者研究との出会い

「人に理解されない病気の苦労を長年抱えてきた仲間。

専門家による描写や言説をいったん脇に置き、他者にわかるように自分の体験を内側から語る作業を続けている仲間」

熊谷晋一郎、綾屋紗月（「つながりの作法」NHK出版生活人白書2010）

7

## 当事者研究とは

●当事者研究は、統合失調症などを抱える人たちの日常経験の中から生まれた“臨床の知”“経験知”を創出する自助（自分を助ける、励ます、活かす、自治—自己治療・自己統治）に向けた実践的な研究活動です。

●研究対象は、常に「自分（人間）」の生活経験や出来事、さらには他者との共通の関心事（例：なぜ働くのか）です。

●当事者研究の研究テーマは、自分自身の生きづらさ（例：何が起きているのかがわからず対処が難しい病気の症状や出来事、薬との付き合い方、家族・仲間・職場における人間関係の苦労など）と生きやすさ（例：上手なこと、以前は辛かったけれど今は楽なことなど）などの日常生活を素材に生まれます

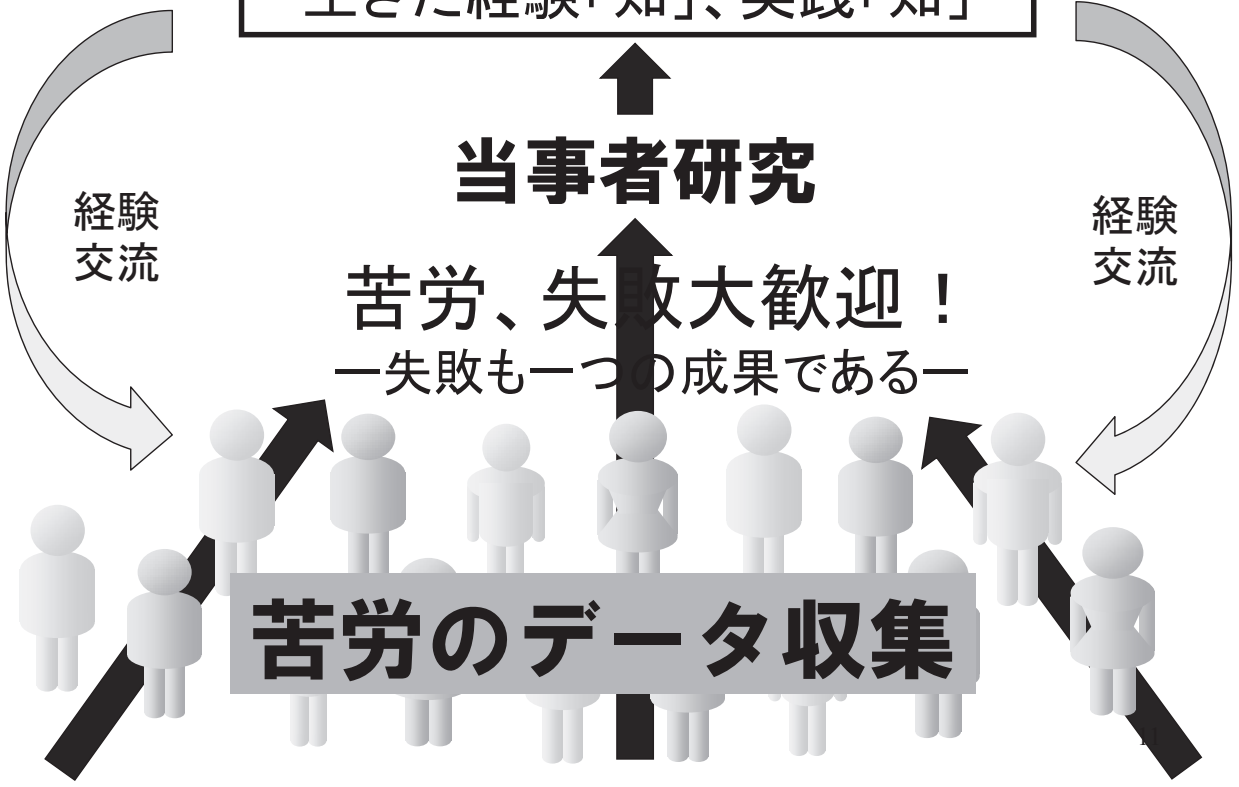
●当事者研究は、先行研究を活用しながら、仲間と共に自由自在な方法で研究的対話を重ね、出来事や現象の持つ意味や可能性、パターン等を見極めて、自分らしい発想で新たな“自分の助け方”や理解を見出すプロセスとして展開されます。

8

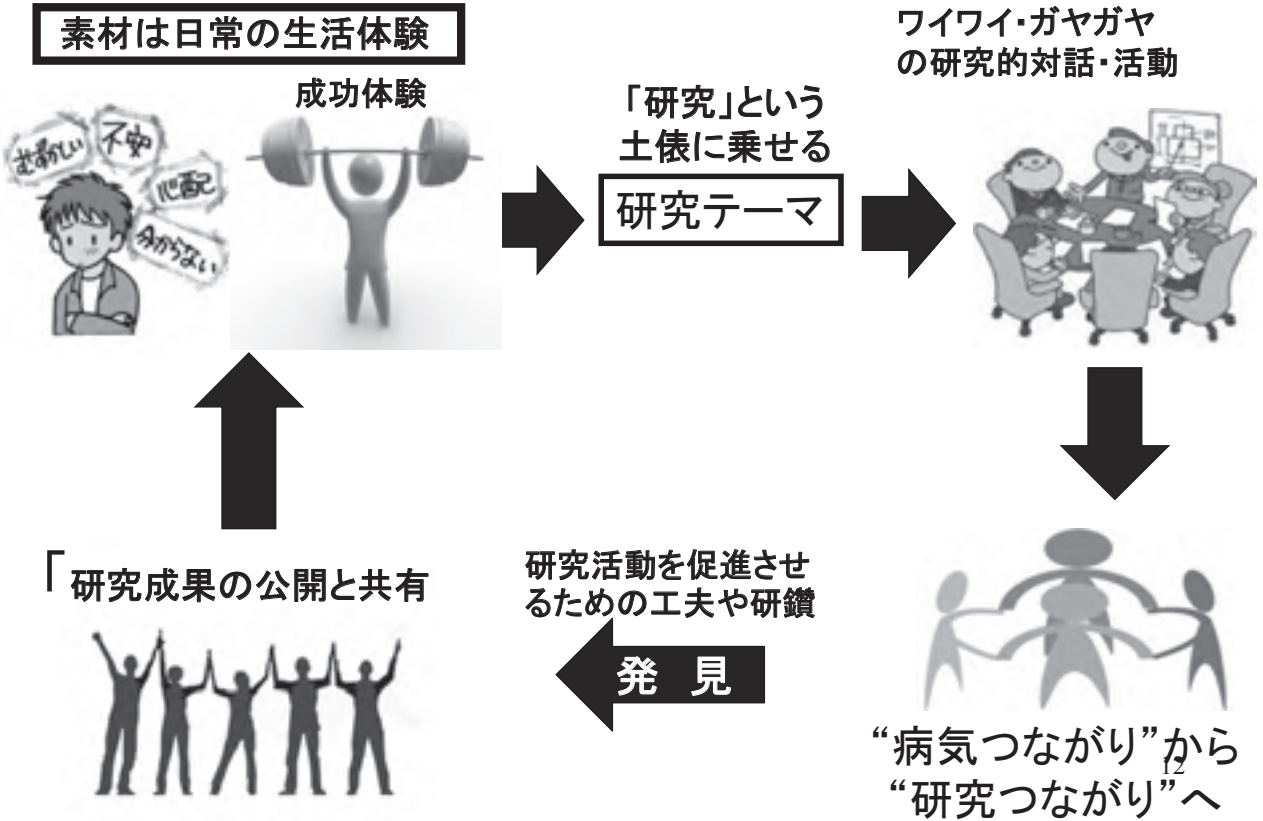
- 当事者研究は、仲間と共に、関係者や家族と連携しながら、常識にとらわれずに「研究する」という視点に立ってワイワイガヤガヤと語り合い、時には、図(絵)や、演技(アクション)を用いて出来事や苦労のおきるパターンやしくみ、かかえる苦労や困難の背後にある意味や可能性を一緒に発見していく過程を重視します。
- 当事者研究が大切にしていることは、誰もが「自分の苦労の主人公」になり、互いに知恵を出し合い、ともに生き合えるつながりと場を創ることです。
- 当事者研究では、どんなに困難な状況にあっても、その場と自分や仲間の経験の中に、困難を解消する「知恵が眠っている」と考えます。
- 当事者研究では、自由自在で前向きな試行錯誤を重ねる中で、即興的(偶然性)に生まれるユニークな理解やアイデアこそが“自分の助け方”の重要な発見につながると考えます。
- 当事者研究は、それを現実の生活の中に活かすことと、仲間と分かち合うことを大切にしています。
- 当事者研究は、時間や場所の制約を越えた(いつでも、どこでも、いつまでも)活動です。
- 当事者研究は、単なる「問題解決」の方法ではなく、「何が起きているのか」の見極めと、「問題」と思われている出来事に向き合う人達の理解や態度、とらえ方、立ち位置の変更、さらには、“新しい自分の助け方”を考えたり、問題が解決されないままでも、「解消」される可能性を大切にしています。
- 当事者研究は、その人自身の中からわき上がる内発的な探究心と前向きな試行錯誤、即興的に生まれるリアリティーに富んだ暮らしの知恵、そしてそれを実際の生活に活かすためのさまざまな試み(実験)を軸に進められます。
- 当事者研究は、人を自己・他者・世界との生命的なつながりと自己表現の欲求をもった存在であると考えます。
- 当事者研究は、常に「もし、自分がその人の立場だったら」の共感と連帯を大切にすすめられます。
- 当事者研究は、さまざまな領域で活用され、国内ばかりでなく、国際的に広がりつつあります。

# 当事者研究の「知恵」

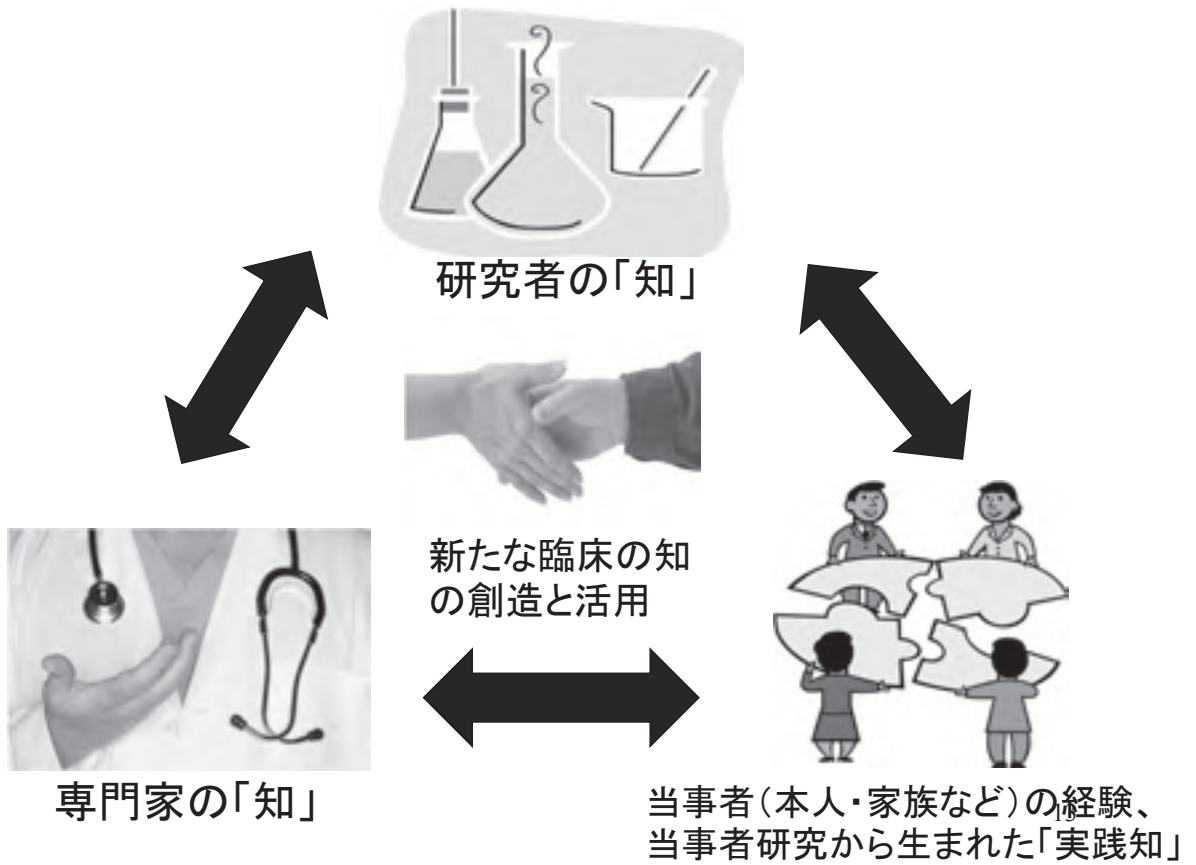
生きた経験「知」、実践「知」



## 生活体験を「研究テーマ」に



# 当事者研究における協同





《審査経過》

2015年度の「損保ジャパン日本興亜福祉財団賞」は、社会福祉関係学会役員及び（一社）日本社会福祉教育学校連盟加盟校の学部長その他の指定推薦者から31件25編の推薦を受けた。候補として推薦された著書は、2014年4月から2015年3月末日までに公刊されたもので、社会福祉を主なテーマとして論述されたものである。これらの著書について、計3回<2015年9月15日（火）、2015年11月4日（水）、2015年12月11日（金）>の審査委員会が開催された。

第1次審査では、推薦著書について、「審査に関する整理の視点」を基準に審査を行い、基準に該当する12編を第2次審査の対象文献として選考した。

第2次審査では、審査対象になった推薦著書に対しては各2名の審査委員が、精読し5段階評価と各自の書評を事前に書面にて提出した。その上で、審査委員会では、各書評を基に審査を進めた。その結果、第2次審査では、第3次審査対象文献（財団賞候補）として4編が選考された。

第3次審査は、全審査委員がすべての審査対象文献を精読し、5段階評価と各自の詳細な書評を事前に書面にて提出した上で行われた。審査委員会では、各委員提出の書評を基に長時間にわたる議論を交わした。この厳正な審査の結果、審査委員会は青山陽子氏の著書「病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－」を財団賞として選定した。また、研究奨励金授与の対象として、蜂谷俊隆氏の「糸賀一雄の研究－人と思想をめぐって－」を選定した。

第3次審査過程で財団賞候補として取り上げられたのは、青山氏、蜂谷氏の他、原田正樹氏の「地域福祉の基盤づくり－推進主体の形成」および新川敏光氏の「福祉国家変革の理路－労働・福祉・自由」の2編であった。

原田氏の著書は、地域福祉の主体形成と福祉教育の展開方法に関して、理論的分析と参与観察で深く関わった事例分析の両面からの導き出した研究成果であり、実践的示唆を多く含んでいる。地域福祉の目的を、各推進主体のリレーションシップの変化に着眼するのは興味深い。一方で、目標としてのリレーションシップの変化なのか、結果としてリレーションシップの変化なのかという点は疑問が残るという指摘や、論文構成、分析枠組みの曖昧さ、事例研究における叙述の問題が指摘された。家庭奉仕員・ホームヘルパーの変遷を戦後から1980年代まで辿るもので、その主題の重要性が注目された。また関連資料を丹念に収集していることも評価された。一方で、在宅介護労働の「専門性」評価の議論と再評価の重要性があらかじめ強く訴えられ、それを強調する同じ表現の文章が続き、説得的な論文の構造になっていなかったこと、時代背景も含めて、その変遷過程の整理がまた、当事者やジェンダーなどについての論述が不足していることが指摘された。

新川氏の著書は、福祉国家を、その存立構造、変容、超克として描いた労作である。また、政治経済システムとしての福祉国家の終焉にともなう新しいパラダイムを示そうとした大著であり、著者の数々の研究成果の集大成となっている。しかし、生産主義の評価が一面的であり、全否定した反対世界として、脱生産主義を提起したため、肯定できるのはベーシックインカムだけという結論に至っている点が指摘された。

これに対し、青山陽子氏の著書「病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－」は、ハンセン病療養所において患者集団による文化が内発的創成され、管理運営組織の文化との力動的な相互作用の中で、管理運営組織の文化に影響、浸透し、さらには、一般社会の文化までに浸透していったプロセスを「語り」のフィールドワークという手法と、これを「集団の記憶」という枠から、ダイナミックに分析した研究である。単にハンセン病患者が抱えている問題を人権侵害コードだけで読み解くことの問題点をも示唆する点で極めて優れた成果であり、高く評価された。

これらの審査結果から、2015年度損保ジャパン日本興亜福祉財団賞として青山陽子氏の著書「病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－」を理事会に推薦した。

研究奨励金授与として選定された蜂谷俊隆氏の「糸賀一雄の研究－人と思想をめぐって－」は、糸賀一雄の幼少期から死の直前まで、未開拓の文献の渉猟を含め膨大な文献を時期区分にそって整理、精査し、糸賀の実像を追求する中で、彼の実践業績と思想に新たな視点からアプローチしようとした優れた著作として評価された。今後の課題として、文献だけではないフィールドワークの可能性を切り拓いていくこと、またこれらの作業が、今日的な社会福祉の課題とどう関わっていくかを、さらに明確にしていく必要がある点が指摘された。



## 《選考理由》

「病いの共同体－ハンセン病療養所における患者文化の生成と変容－」

(新曜社 2014年11月発行)

著者 青山 陽子

(所属 成蹊大学ほか非常勤講師)

本書は、ハンセン病療養所多摩全生園における患者文化を、患者の語りを通して検討し、その意味を問うたものである。この場合、個々の患者の療養所生活の「語り」は、療養所という環境への適応を課題として作り上げられていった集団の「記憶の枠」との関係で解釈されたものと捉えている。ここから、個々のライフストーリーを超えて、療養所という環境の中に育まれていった「病いの共同体」の存在が、患者集団の文化コード、療養所を管理する側の文化コード、さらには一般社会の文化コードとの錯綜する連関の中で鮮やかに浮かび上がってくる。長期にわたるフィールドワークによる多面的な療養所生活の描写はそれ自体興味深いのが、これを集合的記憶の枠から考察する理論を巧みに適用したことによって、ハンセン病療養所の内部社会に関する研究書の中でも、読み応えのある優れた著作となった。

### 【本書の要旨】

本書は、「序章」及び「第1章」で、研究の目的と分析枠組み、全体の構成を示し、3部構成（第2章～11章）で、多摩全生園における患者の社会関係や患者組織の展開を患者の「語りと記憶」を通して記述し、その意味を考察した上で、終章では下位集団における文化の創造性に言及している。

本書で援用されているのは、M.アルヴァックスの集合的な「記憶の枠」という概念装置である。アルヴァックスのこの「記憶の枠」は、他者との相互作用の中で生まれ再確認されるような社会的共有物であり、生活に根ざした日常の文化構造の中で継承され、現在から過去を振り返るための枠でもあるという。筆者はこの「記憶の枠」を、人々がモノ・コトを理解するために用いる記号的なルールの体系＝文化コードと捉え直して、本書の理論枠組みとしている。

第1部は、ハンセン病療養所を、ゴフマンのいう全制的施設、すなわち社会からの遮断、閉鎖的で管理的な施設として位置づけた上で、なぜそれとは異なる患者たちの社会関係や生活組織＝共有する集団の文化コードが形成されていったのか、またそうした患者文化とは何かを探ろうとしたものである。このうち第2章では患者の入所後の療養所への適応を、患者相互の扶助（患者組織の文化コード）と施設側の統制（管理運営組織の文化コード）という二つの交錯の中で分析している。第3章は患者自治会の役割、第4章は療養所における、生産・分配・共有の側面から療養所における患者の相互扶助的な労働を取り上げている。第5章は「看取り」のしきたりを示しつつ、戦後一般社会へ広く開かれていく過程で、これが変容しつつあることを示唆している。第1部の総括として、療養所へやむなく集められた多様な人々が、相互作用を必要とする生活活動を、村社会の枠を用いて組織化し、これを通して「われわれ」としての共属的意識＝「病者の論理」を醸成させたとした。

第2部では、多様な患者たちの語りにおいて、患者集団の「記憶の枠」がどのように用いられているのか、5人の語り手のライフストーリーを取り上げて、分析している。

ここでは特に、療養所で子どもをもった女性のライフストーリー、園内結婚についての異なった視点、家庭内感染者、在日朝鮮・韓国入所者が取り上げられ、第1部よりは分厚いライフストーリーが展開される。またその結果、戦前から戦後へのハンセン病対策の

変化と患者社会の変容の歴史が示さることともなった。特に社会保障の変化や、療養所管理体制の変化が、自治会等へ及ぼした影響が記述されている。

第3部では、第2部までとは異なり、より上位の枠、すなわち具体的な日常生活を超えたものを「コードの形式」として把握し直し、それとの関わりで変化する患者集団の記憶を分析しようとした。具体的には第10章ではハンセン病訴訟運動の枠と患者たちの対処が取り上げられ、第11章ではハンセン病資料館における記憶と歴史と題して、「病いの共同体」の記憶が、国による加害とそれによる被害の歴史として塗り替えられていくことを指摘した。

終章では、患者集団のような下位集団の文化の意味と、それが他の優位な集団あるいは一般社会にどのような影響を与えうるかについて考察をしている。

#### 【審査委員会で評価された点】

第一に、日常生活の「語り」を通じた質的研究は、本書のような社会学、文化人類学などだけでなく、社会福祉の分野でも多用される傾向がますます高まっている。しかし、それが成功するか否かは、「語り」をどのような理論的枠組みで位置づけ、分析するかにかかっている。本書はアルヴァックスの「集団的記憶」概念を用いることにより、個人・集団・社会および過去と現在の相互関連を、1) 記憶の社会性、2) 常に変動的で可変的な記憶の現在性、3) 記憶の枠と現在を起点とする合理的活動の3つの視点から捉え、個々の語りを社会的なものに置き換えて分析することに成功している。

こうした語りや記憶が持つ歴史性や社会性に焦点を当てた分析は、社会福祉の施設利用者分析の手法への大きな示唆を与えるものである。またそれだけでなく社会福祉実践においても、大いに価値があると評価された。

第二に、その前提として、個々の「語り」にどう向き合うかという調査者としての自らの反省をふまえて、「聞くという経験は語り手の思考の流れの中に己の思考の流れを重ねることで、語られる経験を追体験することである」と自覚していった過程も素直に表現されており、インタビュー法としても評価できる。

第三に、療養所の日常生活を、極めて多面的に描き、またその変化にも触れている。

特に運営費の不足や全制施設としての性格から、療養所内作業が患者の労働と相互扶助に委ねられ、患者同士が助け合わざるをえない状況の中で、管理コードと患者文化コードが相互浸透し合っていた経過、また「付き添い」や「看取り」を通じた相互学習、断種にもかかわらず出産し、娘を療養所外で育てる女性の話など興味深い。こうした叙述自体、民俗学者レーマンの語り研究手法や社会学者のゴフマンのドラマツルギー（社会学的観察法）を思わせ、説得力がある。またそれらを読みつつ、ハンセン病対策や療養所の歴史が背後に描かれるという巧みな構成となっていることも、高く評価できる。

第四に、ハンセン病研究は、これまで人権問題からこれをとらえ、その被害の実態や過酷な政策に焦点を当てたものが多い。本書は、これに対する患者の生活側からの把握の系譜に立ち、あえて被害者視点との対比を明確にさせ、この視点からは落ちてしまう、患者社会における文化コードの枠を見だし、患者の語りを位置づけようとした。特に第3部のように、国家賠償訴訟やハンセン病資料館によって、より「上位」の枠による患者らの生きてきた記憶の書き換えがなされていくとした指摘は鋭い。

#### 【課題】

以上のように、本書は優れた著書であるが、審査委員会ではいくつかの疑問も指摘された。

第一に、本書が一貫して患者集団の記憶の枠に寄り添うというスタンスを取り、それゆ

え、訴訟などにおいて見いだされた患者の「語り」をこれと対比した手法は、本書を成功させた要因ではあるが、権利論アプローチとの差異を強調するあまり、患者集団の「創造性」に比べて、その発端の「剥奪」のプロセスの分析がやや弱い印象を受けた。また、らい予防法廃止以降の訴訟だけではなく、それ以前に患者自治会が果たした要求闘争などについても記述が薄い。政治的行為は「上位」の枠だけでなく、ローカルな生活文化からも生み出されていくのではないか。

第二に、最終章にあるような「下位集団」の文化創造性は、むしろ、アウシュビッツ収容所を含めたどのような過酷な状況においても見いだされるに違いないし、それが人間の生きるということであることは間違いない。だが、それを強調することから、何が導き出されるのだろうか。本書最終章の最後の結論「下位集団の従属性と創造性の弁証法による活動の力」について、さらにわかりやすい叙述が必要ではなかったか。

第三に、ここでの「病いの共同体」の舞台は多摩全生園であり、描かれたのは多摩全生園にけるローカルな患者文化とその変容である。他方、患者組織は本書にも一部触れられているように、療養所を超えて広がった。その一つの要因として、岡山県に設置された高校進学による「出会い」がある。こうした療養所を超えた交流は、一般社会の文化コードとは違った意味で、各療養所のローカル文化へ影響を与えたのではないか。またインタビュー対象者が、退所可能になっても留まった長期療養者中心であったこと、その現時点での記憶と語りであったことが、分析に与えた影響はなかっただろうか。生き残ってきた人の語り、という言葉が気になる。その中で、生き残れなくてかき消された声はどこにいったのか、そこに光を当てるのが社会福祉の役割ではないのかと思うと、語りの研究の限界性を感じるとの指摘もあった

第四に、「病者の論理」「病いの共同体」と把握された患者文化の創造と、個々人のライフストーリーにおけるその解釈は、当然異なっていることが前提とされ、特に第2部はそのような視点が貫かれている。死にたいと思ったFさんの思春期や、在日の患者への差別などにその多様性が示されているが、各部の最後におかれた「ふりかえり」では、どちらかという「病いの共同体」一般でしめくくられてしまったような印象が否めない。

これらのいくつかの疑問も提示されたが、すでに述べた本書の優れた点は、今日の社会福祉研究に大きな示唆を与えるものとして審査委員会は高く評価した。


#### 【結論】

以上から、本書が2015年度損保ジャパン日本興亜福祉財団賞に相応しい著書であると審査委員全員が判断し、一致して推薦することを報告する。



損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞者

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
<b>第1回</b> 1999年 (平成11年) <著書部門>	社会福祉学博士 金子 光一氏 淑徳大学社会学部助教授	『ピアトリス・ウェップの 福祉思想』 (ドメス出版、1997年)	
	<論文部門>	医学博士・工学博士 筒井 孝子氏 国立公衆衛生院研究員、 国立病院・医療管理研究所研究員	「介護保険制度下における ケアシステムの未来」 (社会保険旬報、1998年)
<b>第2回</b> 2000年 (平成12年) <著書部門>	社会学博士 池本 美和子氏 日本福祉大学社会福祉学部助教授	『日本における社会事業の形成』 (法律文化社、1999年)	
	<論文部門>	社会福祉学博士 北場 勉氏 日本社会事業大学社会福祉学部助教授  平岡 公一氏 お茶の水女子大学文教育学部教授	「社会福祉法人制度の成立と その今日的意義」 (季刊社会保障研究、1999年)  「社会サービスの多元化と 市場化」 (『福祉国家への視座』、2000年)
<b>第3回</b> 2001年 (平成13年) <著書部門>	社会福祉学博士 大友 信勝氏 東洋大学社会学部教授	『公的扶助の展開』 (旬報社、2000年)	
	<論文部門>	社会福祉学博士 門田 光司氏 福岡県立大学人間社会学部教授  社会福祉学博士 松山 毅氏 日本福祉教育専門学校専任講師	「学校ソーシャルワーク実践に おけるパワー交互作用モデル について」 (『社会福祉学』、2000年)  「イギリス近世初期の慈善活動 の成立過程に関する一考察」 (『日本福祉教育専門学校研究 紀要』、2001年)

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第4回 2002年 (平成14年) <著書部門>	社会福祉学博士 田中 英樹氏 長崎ウエスレヤン大学現代社会学部教授	『精神障害者の地域生活支援』 (中央法規出版、2001年)	
<論文部門>	文学博士 田川 佳代子氏 愛知県立大学文学部助教授	「高齢者ケアマネジメントに おける倫理的意思決定」 (『社会福祉学』、2001年)	
第5回 2003年 (平成15年) <著書部門>	社会福祉学博士 坂田 周一氏 立教大学コミュニティ福祉学部教授	『社会福祉における 資源配分の研究』 (立教大学出版会、2003年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 大原 美知子氏 東京都精神医学総合研究所 主任技術研究員	「母親の虐待行動と リスクファクターの検討」 (『社会福祉学』、2003年)	
	菊地 英明氏 東京大学大学院/ 国立社会保障・人口問題研究所研究員	「生活保護における 『母子世帯』施策の変遷」 (『社会福祉学』、2003年)	
	社会福祉学博士 寺田 貴美代氏 清和大学短期大学部専任講師	「社会福祉と共生」 (『社会福祉とコミュニティ』 東信堂、2003年)	
第6回 2004年 (平成16年) <著書部門>	心理学博士 山口 利勝氏 第一福祉大学人間社会福祉学部 (通信教育部)助教授	『中途失聴者と難聴者の世界』 (一橋出版、2003年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 李 政元氏 関西福祉科学大学社会福祉学部 専任講師	「高齢者福祉施設スタッフの QWL測定尺度の開発」 (『社会福祉学』、2003年)	

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第7回 2005年 (平成17年) <著書部門>	法学博士 廣澤 孝之氏 松山大学法学部教授	『フランス「福祉国家」体制の形成』 (法律文化社、2005年)	
第8回 2006年 (平成18年) <著書部門>	菅沼 隆氏 立教大学経済学部教授	『被占領期社会福祉分析』 (ミネルヴァ書房、2005年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 村田 文世氏 日本女子大学大学院人間社会研究科 博士課程後期	『『委託関係』における当事者組織 の自律性問題-組織間関係論に依 拠した理論枠組の構築-』 (『社会福祉学』、2005年)	
第9回 2007年 (平成19年) <著書部門>	社会学博士 星加 良司氏 東京大学先端科学技術研究センター 特任助教	『障害とは何か-ディスアビリティ の社会理論に向けて-』 (生活書院、2007年)	
<論文部門>	博士(人間福祉学) 金子 絵里乃氏 法政大学現代福祉学部 現代福祉学科任期付専任助手	『小児がんで子どもを亡くした母 親の悲嘆過程-「語り」からみる セルフヘルプ・グループ/サポー ト・グループへの参加の意味-』 (『社会福祉学』、2007年)	
第10回 2008年 (平成20年) <著書部門>	博士(学術・福祉) 大友 昌子氏 中京大学現代社会学部教授	『帝国日本の植民地社会事業 政策研究—台湾・朝鮮—』 (ミネルヴァ書房、2007年)	
第11回 2009年 (平成21年) <著書部門>	博士(文学) 金澤 周作氏 京都大学大学院文学研究科准教授	『チャリティとイギリス近代』 (京都大学学術出版会、2008年)	

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第12回 2010年 (平成22年) <著書部門>	博士(社会福祉学) 秋元 美世氏 東洋大学社会学部教授	『社会福祉の利用者と人権 — 利用関係の多様化と権利保障』 (有斐閣、2010年)	
第13回 2011年 (平成23年) <著書部門>	博士(教育学) 仁平 典宏氏 法政大学社会学部准教授	『「ボランティア」の誕生と終焉 — 〈贈与のパラドックス〉の 知識社会学』 (名古屋大学出版会、2011年)	
第14回 2012年 (平成24年) <著書部門>	博士(社会福祉学) 谷口 由希子氏 日本福祉大学福祉社会開発研究所 研究員	『児童養護施設の子どものための 生活過程 — 子どもたちはなぜ排除状態 から脱け出せないのか』 (明石書店、2011年)	
第15回 2013年 (平成25年)	博士(法学) 水島 治郎氏 千葉大学法政経学部教授	『反転する福祉国家 — オランダモデルの光と影』 (岩波書店、2012年)	
第16回 2014年 (平成26年)	学術博士(人間科学) 齊藤 弥生氏 大阪大学大学院人間科学研究科教授	『スウェーデンにみる 高齢者介護の供給と編成』 (大阪大学出版会、2014年)	
第17回 2015年 (平成27年)	博士(文学) 青山 陽子氏 成蹊大学ほか非常勤講師	『病いの共同体 — ハンセン病療養所における 患者文化の生成と変容—』 (新曜社、2014年)	



公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団の理事（2016年10月現在）

（敬称略）

理事長	二宮 雅也	（損害保険ジャパン日本興亜取締役会長）
専務理事	岡林 秀樹	（常勤）
専務理事	高野 茂	（常勤）
理事	秋山 弘子	（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）
理事	大橋 謙策	（テクノエイド協会理事長）
理事	小林 光俊	（敬心学園理事長）
理事	清水 勉	（元日本興亜損害保険取締役専務執行役員）
理事	冷水 豊	（元上智大学教授）
理事	竹内 孝仁	（国際医療福祉大学大学院教授）
理事	田中 滋	（慶應義塾大学名誉教授）
理事	長嶋 紀一	（日本大学名誉教授）
理事	長谷川和夫	（浴風会認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長）
理事	古川 貞二郎	（恩賜財団母子愛育会会長・元内閣官房副長官）
理事	森嶋 昭夫	（名古屋大学名誉教授）
理事	山口 浩	（常勤）
理事	和田 正江	（主婦連合会常任幹事）

第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞の審査委員（2015年度）

（敬称略）

審査委員長	岩田 正美	（日本女子大学名誉教授）
審査委員	岩崎 晋也	（法政大学教授）
審査委員	芝野 松次郎	（関西学院大学教授）
審査委員	菅沼 隆	（立教大学教授）
審査委員	水巻 中正	（国際医療福祉大学大学院教授）
審査委員	和気 純子	（首都大学東京大学院教授）

損保ジャパン日本興亜福祉財団叢書 No. 89

第17回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞記念講演録

発行日 2017年3月31日

発行者 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団  
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

電話 03-3349-9570 FAX 03-5322-5257

URL <http://www.sjnkwf.org/>

Email [office@sjnkwf.org](mailto:office@sjnkwf.org)