

フランスのルールが

イタリアのトリエステから学んだ

「アートセラピーでも

アールブリュトでもないもの」

——それをどのように日本にいか  
活かすか——

三脇 康生

## 1、はじめに

わが国で二〇〇四年から始まったいわゆる社会的入院患者を主にした精神科病院入院患者の地域移行は容易には進まなかった。その理由として以下の二つの要因が考えられる。(一) 医療と福祉の財源が異なり、医療機関と福祉機関が同じキャッチメントエリア内で有効に連携できていないこと。(二) 医療機関および福祉機関に専門職は存在するが、地域移行の具体的な行動は各機関に委ねられていること。このことをふまえるなら、今後の精神科医療サービスの構築において、財源および制度の

面で医療と福祉を統合していくことは重要なポイントである。しかし、キャッチメントエリアを医療福祉統合制度として創設するだけでは不十分である。ハード面のみならず、ソフト面においても、地域の資源を生かしながら、地域でのサービスの厚みをどのように作っていくかが鍵となる。今後の我が国の、精神科医療サービスの構築において、財源および制度の面で医療と福祉を統合していくことは重要なポイントである。しかしそのようなハードが創設されるのを待つだけでは同じことの繰り返しとなるだろう。ハード面のみならず、ソフト面のなかでもとくに焦点を絞り、地域の資源を生かしながら、地域でのサービスの厚みをどのように作っていくかが鍵となる。

確かにこれまでの、日本では、数の少ない公的な病院(約八〇パーセントが私立病院)からの地域への移行が進みにくいという感想が国内、国外でも長い間にわたり持たれている。そのような現状の中でも、公的に外国を納得するような大きな動きがなくとも、それなりの動きは出てきているというのが筆者の印象である。今年度、筆者は日本で特異的な動きをしているクリニックやNPOなどが存在する地方自治体を訪れ取材をしたが、それぞれの動きは統一していないながらも、それがゆえに、公的なシステムが機能している外国とは違う別種のダイナミズムが、日本にも実は生まれてきていると考えられた<sup>1)</sup>。

現在、日本でも世界的潮流の中で着目されているのは、今ま

での上からの福祉政策ではなく、「リカバリー概念」から生まれ、さらに障害者の能力の活用がさらに治療効果を持つことまで踏み込んだIPS (Individual Placement and Support) 就労政策である。障害者一人一人の障害ではなく、一人一人の能力に着目し、そのことが医療にも寄与することを基本にしたIPSの方針はもはや有名である<sup>2)</sup>。

現在では日本でもIPS就労支援が始まり、つまり当事者個人の得意面、能力のある面に沿った就労支援が始まり、日本も当事者中心の動きが生まれている。その分、ハード面とソフト面の統合は良い意味でも、とりあえず大きな期待を持たれずに棚上げにされ、できる範囲で当事者側に立つ自由な動きが生まれている感がある。そのようなハードとソフトの統合を、もはやIPS就労支援はあまり過度には必要としないのだろうか。ハードの環境が整うのを待とうとはしていないのだと思われる。IPS就労支援が、精神医療保健福祉活動に導入されるなか、さまざまな困難が伴いながらも障害者の働く可能性が広がることが確信できる。しかし、支援する側の仕事も良い意味で変えていくことがなければ、息の長い支援は不可能になり、また支援をして働く人自身が病気で倒れる危険を防ぐ必要もあるだろう。この意味で、ようやく始まった地域移行、就労支援の先をフランスのルールやイタリアのトリエステとともに、少し考えることにしたい。

## 2、パターンリズムからマターナリズムが生まれる

筆者はこれまで、フランスの精神医療、とりわけ医療と福祉の連携の際にソフト面が重要なることを議論してきた。その日本への応用の可能性については、文部省科学研究費研究「病院環境をめぐる思想——フランス精神医学制度の歴史と現状から見えてくるもの(二〇〇三年度～二〇〇五年度) 代表者、多賀茂」の成果として編集した『医療環境を変える——「制度を使った精神療法」の実践と思想』(京都大学学術出版会)という著作で検討した。しかし、その後フランスでも、経済状況の悪化とともに精神科医療において人手不足から医療と福祉の連携がうまくいかなくなっていった<sup>3)</sup>。いわば参照項を失ってしまった気になった。

一方、WHOレベルで見た先進地域の動きは迅速でもある。次のような動きが文献からも分かった。フランスでもセクター制度の固守よりも地域移行を目指したテリトリーづくりを目指す研究が始まり<sup>4)</sup>、カナダのプリティッシュコロンビアでも、準備の整った、すなわち人手を十分に確保した脱施設化を明確に目標にした研究が始まり<sup>5)</sup>、ルール、トリエステ、ジュネーブ、カナダのケベック州でWHOレベル(「包括的メンタルヘルスアクションプラン二〇一三—二〇二〇」と名付けられてい

る)の人手創設の連携研究が開始されている(6)。筆者は昨年、リールでのフィールドワークを実施した。それによると、先進的な外国の動きには、次の段階まで注意の目がいつていると思われた(7)。

次の段階とは何だろうか。現在、ようやく日本でもこの点について、議論が発生している。社会福祉法人に関わる精神科医、菅原道哉が明確に書くように、福祉の力が充実してきたときに、逆にマターナリズムという問題が大きくクローズアップされる状態は世界のどこでも見られるものである。「医療介護や福祉介護は対人サービスの中でも社会的に弱い立場にある人への直接対人サービスを行う。したがって社会からの言わずもがなの強い期待がかかけられがちである。(略)社会からのこのような高邁な期待と、現場での苦しい立場との間で感情の折り合いをつけることはきわめて難しい。直接対人サービス行為を行う人は、このままならない感情の不条理に悩む。慢性のストレス状態に置かれやすい。そこでいくつかの特徴的なストレス軽減行為が生じる。一つは過剰なまでの関係性への深入りである。社会からの批判を受けまいと必要以上の世話焼き、共依存的なマターナリティックな関与である。反対に最小限の契約行為だけで済まそうとして形式的な簡略化、単純化した関与もある。最小限の契約行為だけで済ませるといってそっけないサービスである。また時にはいじめ、故意の失敗、投げやりな応対、極端

に指示的なマターナリズムなどの危害行為をさえ生じる(8)。」

もちろん、現在では、「障害があると分かれば」と連呼するようなマターナリズムには介入の余地はない。上から目線であるから、微妙なことには介入できない。しかし、マターナリズムの先に待つマターナリズムが賞揚されるわけではない。マターナリズムはマターナリズムが含まれずアポリアなのだ。障害者への必要以上の世話焼きは、ともすると障害者を理由にした支援者の存在意義の確認だけになってしまふ。マターナリズムでもないマターナリズムでもない、その分岐の手にある「実践感覚(9)」を手にするために、以下のような苦肉の策をフランスのリールは持っていた。今こそ、このような支援者側のソフト面が熟考されるべきだろう。とくに、支援する側の支援する際の普段の人間関係が、考察されるべきだろう。そのため

### 3、リール東セクターについて

今のフランスでは脆弱になっているソフト面とは、普段の実践を大切にしている時間の確保であろう。精神科医の人手不足というハードのせいでも、病院にも地域にも、粘りが消えかかる。家庭医や整形外科医に精神科患者がプライマリーケアを施されているとバリの精神科医達から話を聞くことが多くなった。精神

科のプライマリケアが消えかかっている現状で、なおかつ、患者をその生活から切り離さないで診察するには相当の工夫がある。リール東セクターでは、病院をなくし訪問治療チームをつくり、生活の場に治療を介入させた。その際になが工夫されてきたのだろうか。

フランスの苦境の中、精神科病院を全廃したイタリヤの精神医療の歴史と現状をつぶさに調べ上げ著書<sup>10)</sup>にまとめた松嶋健(文化人類学)の協力で、二〇一四年八月にイタリヤのトリエステを訪問しインタビュー調査を行なった。その際に、トリエステの「オペラトール」という風通しの良い同僚関係の構築を治療の原動力としていることがわかった。ロベルト・メツツィーナ(Roberto Mezzina)トリエステ精神保健局長、WHO調査研修コラボセンター長や同僚の医師あるいは他のスタッフからの教示によると「オペラトール」と呼ばれる職名を、医療保健福祉の専門家全体の呼称として用いていた。

このような方針を、フランスのリールが独得の捉え方で導入したとトリエステで教示された。そこで、フランスのリールにおいてもインタビュー調査を行なった。そこから見てきたのは、地域における医療と福祉の連携を制度的に整えるだけでなく、どまらず、そのソフト面をどのように整備するかについての示唆であった。なかでも次の三点が非常に重要かつ有効であると考えられた。

- (1) 精神保健サービスの利用者に対する就労支援
- (2) 地域での自立生活を可能にした当事者が自らの経験を現在の利用者に伝え支援するピアサポートを行う人手の増設

(3) 地域のアーティストの地域精神保健サービスへの参画

その取材の折、リールの脱施設化の責任者ジャンリュック・ローラン(Jean-Luc Roelandt)医師から、「ここで用いられているアートはアートセラピーでもなくオールブリュトでもない」という話を聞き、その著作<sup>11)</sup>と論文<sup>12)</sup>を教示され、今までメーブルにて考察を交換してきた。フランスのリールでは、アート活動を大量に活用することにより、地域医療全体で支援者同士の関係改革に取り込んだことが分かった。トリエステに、フランスのリールの取り組んでいる内容そのものがあるわけではない。リールでは、一見、上記(1)と(2)という地域移行に関して期待されるべき医療保健福祉的方法が上記(3)と並置されることで、支援者と被支援者の人間関係の考察へと発展させていた。

このようにリール東セクターでは、精神医療保健福祉活動でのアートやアーティストを用いている。その後も、責任者のジャンリュック・ローラン医師からメール取材を続ける中で、地域活動のなかへアーティストが参画し、アート活動が存在しているのは、精神医療保健福祉の支援関係が、支援者の上からの

パターナリズムや、被支援者に肩入れしすぎるマターナリズムに陥らず、新たな人間関係を切り開く可能性を探しているからであると納得できた。

このような聞き取りの内容を学術論文<sup>13)</sup>にした時に、わが国においても、ルールで考えられたように上記(1) (2)の問題をあまりにも「はじめに」解決しようとするために、支援者が上からのパターナリズムに落ち込んだり、支援者が世話を焼きすぎて、マターナリズムに落ち入る危険があるのだと整理することができた。上記(3)で記したように、アート活動が導入されアーティストが参画しているのは、支援者と被支援者に風通しのよい同僚関係を成立させるためであった。それがソフト面の充実であり、そのような行なわれる支援こそ、イタリアやフランスの先進地域、いや、むしろ苦肉の策を要する地方都市でこそ考えていると分かった。

日本では一九九〇年頃から医療現場におけるアート活動を実践した報告が見受けられるようになる。アーティスト、アートコーディネーター、大学生、医療従事者など、様々な立場の人が「ホスピタリティアート」「ホスピタルアート」「アート・イン・ホスピタル」など独自の呼称を用いて現在も活動している。一方、病院から地域へと移行した障害者へのアートを介在させた支援もすでに長く知られている。通院先のデイケアや福祉施設でのアートの活用は言うまでもなく、地域生活支援セン

ターでも人が集まるためにアートは使われている。しかし、このようなアートが、いったいどのような存在価値をもっているのか明確に論じられてきていない。この際のアートの存在価値を、単純に、アートセラピーやオールブリュット(障害者アート)と説明仕切れることも無理があるだろう。このようなアートの特質について、支援の人間関係に着目して、その存在意義を考察することが、フランスのルールで議論されている。アートを精神医療保健福祉システムに用いることを明確に論じ始めているのはルールだけであろう。

今後の研究予定としては次のようなことが筆者には、浮かび上がってきている。

一、「オペラトール」というイタリアのトリエステの風通しのよい同僚関係について、文献を調べ、関係者に取材する。またルールが、トリエステの方針を単に輸入することなく、アートセラピー、オールブリュットとルールが用いている何げないアートの差異が、どのように議論され始めたのか、ルールで取材し直しなおす必要があるだろう。それが、就労移行やピアカウンセラーとして障害者が働くことにつながる利点をもたらしているか調べる必要があるだろう。

二、地域での生活支援や就労支援を行う場合、とくに支援者も、被支援者も、熱意のあまり正し過ぎる人間関係(を想定してしまいそれを)を求めてしてしまうことをリスクと考え、パ

ターナリズやマターナリズに基づく関係性に支援関係が陥らないようにするために、新たな人間関係（イタリア語でいう「オペラトール」の関係性）の萌芽が日本でも可能であることを示すべきではないかと考える。このような啓発が、それに参加した支援者の仕事をどのような印象へと変えたか明確にして、生活支援や就労支援に熱心な場所こそ「オペラトール」という言葉が（たとえカタカナで書かれて議論されても）、支援関係を健全にするデバイス（発明品）である可能性を考察してみた。

#### 4、地域からラ・ボルド病院を見直す

筆者はこれまで、フランスの精神医療、精神科病院を残した状態での医療と福祉の連携について研究してきた。精神科病院のなかでも、とりわけ院内の人間関係や自然環境などのソフト面が深く開発されたラ・ボルド病院への参与観察を多く行った。しかし、フランスでは、病院と地域（セクターと呼ばれる）システムの間の連携は常に課題でありつづけた<sup>[14]</sup>。このような中で、ラ・ボルド病院院長ジャン・ウリ（Jean Oury）が二〇一四年五月に逝去し、我々はさらに大きな指針を失うことになる。ウリは常に、病院から地域のことを変えようとしていたのだ。

しかし、そもそも、ウリは、自分に多くの実践について教えた精神科医フランソワ・トスケイエス（François Tosquelles）たちと以下のように議論していた。「フランス語の *institution* とは、精神医療に関わる者の行うもつともありふれた普段の実践そのものことである」と。これについては、スペインからのフランスに亡命してきたフランソワ・トスケイエスの周りに集まったともいえるべきグループ GTSPI で、一九六〇年に議論された以下の記録が残っている。現在はインターネットで読むことも可能である。L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant. P 85, GTPSI (Le Groupe de travail de psychotérapie et de sociothérapie institutionnelles), Edition d'une, 2014. (以下では、GTPSI vol 1 と記す)。

したがって、ウリをしたことは「普段の実践による精神療法 (psychothérapie institutionnelle)」と臨床的観点からは訳すべきたらう。その当時、チューリッヒで *institutiontherapeutique* (制度精神療法家) という語が作れていたが、それはヒステリー症状であり、まるで *institution* を信仰や理想化の行われる場としてみると、GTPSI でウリは言う。(GTPi, Vol 1, p 87) だから、ありふれた「普段の実践」の具体例こそが、我々の一番の本質を教えていることになるのである。

ルールが教えていることは、「普段の実践」は患者の住んでいる地域でやるしかないことだらう。アールブリュット



を近現代美術と並べるリアル現代美術館は観光地として人目をひき始めている。実質、ビール産業だけが残る重要な産業だけに、だれでもアルコール依存症になり得るリアルだからこそ、地域で支援するしかなかった、とジャン・リュック・ローラン医師は言っていた。トリエステの「オペラトール」をリアルに作り出すために、アート活動やアーティストを、精神保健福祉活動に入れ込んでしまうよりなかったのだ。このようなリアル状況から、ラ・ポルド病院を見れば、病院の象徴として院内に存在している有名な城すら、単純な医療色で塗り切られてしまわない余白をもたらし、地域での支援の人間関係とリアルでは、単なる脱施設化ではなく、地域での支援の人間関係というソフト面に余白をもたらし、地域での支援の人間関係といたのらう。

## 5、日本の事例から 空間化から時間を守るために

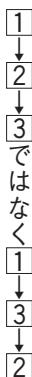
発達障害と名付けられる事象から「普段の実践」を考えてみよう。ある発達障害が、注意の散漫、注意範囲の分断をもとに決められている。一方、社会のあらゆる場所で、能率を上げるために分断が行われている。この社会の分断と注意の分断が同一化される時、社会が発達障害化されたといわれやすい。

子どもがADHDで、母親がADHDのような症例では、注意の届きすぎた行為場と迂闊さが目立つ行為場がバラバラで統

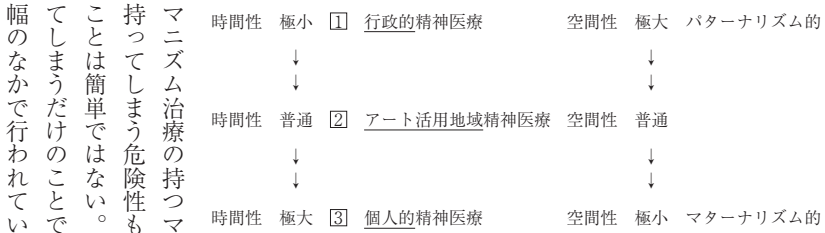
一的な注意を子供に向けられないことが見られる。最低限の注意を払うために注意を払おうとしてもそれに至ることができない場面、空間、があつてしまう。このような空間的注意の濃淡の差があるとして、それを時間軸へと反映してしまおうような行為はカウンセラーも子どもの周囲の人も慎むべきだろう。例えば、面接の終了の時間設定の努力を、子どもといっしょに工夫して、濃淡のつかないようなアベレージを伴ったものにしておくべきである。母親からのランダムな空間的注意の向けられかたを子供に反復しないように気をつけたい。そうでなければ、空間的分断の時間軸への乱入が見られてしまう。

ここまで述べてきたリアルシステムの外すシステムや、「オペラトール」という緩慢な呼称も、じつは、そのような曖昧な場やアイデンティティから、時間を空間化から刷新して獲得し直して治療を推し進めるデバイスであったことがわかってくる。ここで唐突に日本の事例を出してみたのも、「普段の実践」とは空間化してしまつて時間性が失われた場合に、再び時間性を呼びもどす工夫そのものであることを示したかったからである。

まとめに代えて

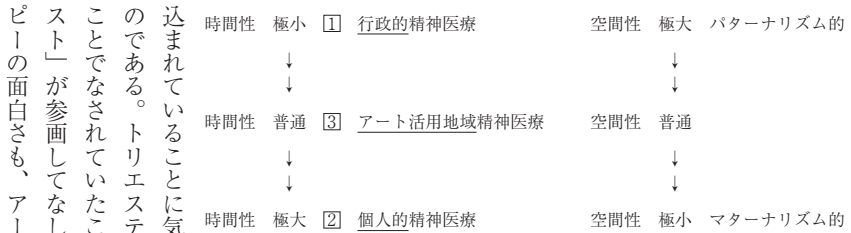


パターンリズムとマターリズムの関係を、空間性と時間性の優位も付け加えて整理してみる。以下に図示してみる。



<図1>

図を①↓②↓③と移行するとき、いわゆる深い治療になる、個人的治療になる、と仮定する。①では、薬物を中心とした標準的な治療とすると、②は患者の話を細かく聞き取り、生活に根ざし、患者の持つ文化を治療に用いようとするものとする。では③は何になるだろうか。ある種のシャーマニズム的な治療のことを思い出すことができるだろう。三分診療から、徐々に時間がかかるようになり、逆に、決まり切った近代的空間で治療される雰囲気は減っていくだろうと予想できる。ただ、ここで述べてきた、人間関係として、薬物療法中心療法の持つパターンリズムが目立たなくなると、例えばシャーマニズム治療の持つマターナリズムに帰依できるような印象を持たせてしまう危険性もあるだろう。しかし当然のことながら、ことは簡単ではない。①から見たとき、③がマターナルに見えるてしまうだけのことである。日常の臨床実践は、①から③の振幅のなかで行われているが、あえて言うならルールでは病院で



<図2>

ではなく地域で治療を行うために②から始めていとも言える。だが、それだけでは②は、すぐに①と③に分離してしまう危険性が常に想像できる。ルールが支援の人間関係に、深く思考をこらしたことをもとにさらに図示すれば以下のようになるだろう。

熱心に支援する時に、①から③へ支援者が移動してしまうのを止めるのは極めて難しい。もしも、そんな移動はしないと安易に言える人には、逆にマターナリズムの悪循環によるネグレクトの危険性がある。

むしろ、①、②の延長の先はどうしてもたどり着いてしまう③があるのではなく、③が①と②の間に差し込まれていることに気付きたい。それこそが「普段の実践」なのである。トリエステでは「オペレーター」という職名を使うことでなされていたことはそれであり、ルールでは「アーティスト」が参画してなしていたことはそれであろう。アートセラピーの面白さも、アールブリュットの面白さも、それぞれの定



型のルールが出てくると、逆にこのような何の変哲もない「普段の実践」としてのオートがなにかを教え始めるのかもしれない。いずれにしろ、このように既に挟まれている第三項を、面白いものとして機能させられるかどうかは、大きな質の変化を支援にもたらずだろう。

社会福祉法人JHC板橋で、二〇一五年九月に筆者はその「老舗」の歴史性を聞き取り、「オペレーター」という人間関係が、日本語にされないまでも、JHC板橋のように地域での支援の関係性がしつかり考察されている場所では、知らず定着していることを確認しあった<sup>(15)</sup>。しかし、あえて「オペレーター」と言うことで、単なる流行語ではなく、人間関係の見直しになる可能性も論じあった。またピアカウンセリング活動でイタリアでも有名なトレントからピア支援グループが来日した時（二〇一五年九月）に意見交換を筆者は行った<sup>(16)</sup>。その際、「オペレーター」と総称することはピアカウンセラーでも医者でも患者の家族でも、支援活動をしている以上は、同僚ということですね。今ここにいるのは、私も含めて全員オペレーターですね」と筆者が言うと「そうだ」とそのグループは答えた。今後、日本のピアカウンセリングや就労支援の場面でも、「オペレーター」という機能を意識して、パンフレットを新しく作成することを計画してみることを提案したいと、筆者は考えた。例えば「被支援者、支援者も、全員、オペレーターです」とわ

かるような簡単なパンフレットを日本で作ってみる。なにか、このような何げない具体策が、支援者に大きな変化をもたらす可能性もあるだろう。そのようなことが、空間化されきらない時間を伴う「普段の実践」に着目していたフランスの精神医学がもともと教えていたことではなかったのだろうか。パターナリズムとマターナリズムの分岐の手前の「実践感覚」は「普段の実践」の中で生まれている。それを忘れないでいることが一番の教えであると思われる。

謝辞 貴重なフィールドワークの機会を下さった甲南大学、仁愛大学に深謝する。

註

(1) 平成二七年度、仁愛大学共同研究費から研究の支援を受けた。研究課題「WHOのモデル指定を受託可能な障害者自立支援委員会の探索と福井の現状（地域振興、産学協同への準備として）」  
 (2) <https://www.comho.net>を参照のこと。以下のように記されている。「IPS（個別就労支援プログラム）Individual Placement and Support 本人に「働きたい」という希望があれば一般の職に就ける、という強い信念に基づいてサービスを提供する就労支援モデルです。一九九〇年代前半にアメリカで開発されました。ケアマネジメントの手法を用いて実践され、本人の好みや長所に注目

- した求職活動と同伴的な支援を継続します。』
- (3) 三脇康生「フランスの精神医療の変化の特性とラ・ボルド病院」『精神医学史研究』一七(一)・二一九―三五
- (4) Chiron AS, Deloro C: From the psychiatric sector to the mental health territory. *Sains Psychiatrique*. 2013, vol 289, 33-35
- (5) Petersen KL et al: Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: a prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients. *Schizophrenia Research*. 2013, 49(1-3), 96-103
- (6) Mezzina R: Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-no restraint" system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014, 202(6), 440-445
- (7) 平成二六年度科学研究費基盤B「芸術学と芸術療法の共有基盤形成に向けた学際的研究(代表者、川田都樹子)」から支援を受けた。
- (8) 菅原道哉:「感情労働の社会関係資源―恵友会活動 社会福祉法人恵友会の場合」『これからの退院支援・地域移行』水野雅文編、二二五―二三四、医学書院、東京、(二〇二二)
- (9) ブルデューP:『実践感覚』みすず書房、東京、(一九八八)
- (10) 松嶋健『プシコナウティカ―イタリア精神医療の人類学』世界思想社、二〇一四
- (11) Jean-Luc Roelandt: Manuel de psychiatrie citoyenne In Press Edition 2002
- (12) Jean-Luc Roelandt et al: Community Mental Health Service. An experience from the East Lille, France. 2014, 19(1), 10-18
- (13) 三脇康生「フランスのルールがイタリアのトリエステから学んだもの―ガタリとバザリーアー(その一)」『仁愛大学付属心理臨床紀要一〇』五―一〇、二〇一五
- (14) 多賀茂・三脇康生編『医療環境を変える―「制度を使った精神療法」の実践と思想』京都大学学術出版会、二〇〇八
- (15) 平成二七年度、仁愛大学共同研究費から研究の支援を受けた。研究課題「WHOのモデル指定を受託可能な障害者自立支援委員会の探索と福井の現状(地域振興、産学協同への準備とこと)」
- (16) okayamaufanphantour2015.Blogspot.jp あるいは kokuchese.com/event/index/323928 などをご参照のこと。(15)と同じく仁愛大学共同研究費から研究の支援を受けた。

(みわき・やすお／精神医学)