

精神障害者における「障害の受容」

“Acceptance of Disability” of a Mentally Disordered Person

早野 禎二

TEIJI HAYANO

キーワード：「障害の受容」 苦難 社会的相互作用

Key words : acceptance of disability suffering social interaction

Abstract

The theme of this thesis is the problem of “acceptance of disability” of a mentally disordered person.

In Japan Ueda pioneered this theme, but his theory has been criticized since.

This thesis examines these critiques. And it examines the case in which a mentally disordered person translates his sense of value through the experience of suffering and begins to live a new life. And it discusses the sense of suffering in acceptance of disability. It also disputes the idea that a mentally disordered person’s prejudice to his own disease prevents his “acceptance of disability”. Furthermore in this paper it is argued that attitude of the family toward a mentally disordered person and the social interaction of mentally disordered persons affects the “acceptance of disability”

はじめに

この論文では、精神障害者における「障害の受容」の問題を検討していきたい。「障害の受容」は、日本においては、上田氏が先駆的に理論を展開しているが、それへの批判も検討しながら、事例を通じて、「障害の受容」の要件について論じてきたい。

精神障害の当事者が「苦難」の経験を経て、価値観を転換し「人生の新しい意味づけ」に生きる人の事例を見ながら、「障害の受容」における「苦難」の持つ意味を論じていく。また、精神障害者自身の病気に対する偏見が、「障害の受容」を妨げている点についても論ずる。さらに「障害の受容」において家族の態度、同じ障害者との相互作用がどのような影響を及ぼすかについて見ていきたい。

1 上田氏の「障害の受容」論

「障害の受容」の議論について詳しく検討しているのは上田敏氏である。彼は、障害の客観的障害として「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」をあげ、それらの重要性を述べながらも、それとは別に個人の実存的次元で捉えられた障害として「体験としての障害」について述べている。「体験としての障害」において「自己の生をどのように意味づけ、方向づけ価値づけるかといった能動的な営みが問題」（上田：p88）とされ、障害者が「障害をもったという「危機」の状況において、彼がそれをどう受けとめ、自分の病気・障害という現実においてどのような主体的意味を付するかはリハビリテーションの窮極の成否にかかわる問題である」（上田：p88）としている。

障害の客観的な次元だけでなく、障害者本人のその障害に対する主観的・実存的位置づけに大きな意味があるとする。すなわち、障害を持つことを「過去と比べての単なる喪失、価値の低下」と見るか、「苦しみを通して価値観（感）の転換・拡大を達成」し「障害の存在が自分の全体としての人的価値を損なうものではない」と認識し、「障害者であることに新たな人生の意義」を見出すかには、大きな違いがあるという。（上田：p88）

障害者の多くは、現代の支配的な価値体系である「競争力・生産力・若さを中核とした価値の序列」（上田：p88）に心の内面まで支配され、そこから自らの価値の低下を感じ、自分を社会の中で劣等なものとして位置づけてしまうのであるが、「障害の受容」によって、その価値観を転換し、障害を持つことを恥や劣等感と感ずることなく、人生を積極的に生きようとする。それは、肉親や友人との死別、財産・職業・地位の喪失などの喪失体験、または、入試の失敗、失恋などの挫折体験からの立ち直りの体験でもあるとされる。そして、障害の受容は、『宗教的回心や思想的転換や、ふつう「人生観が変わった」といわれることの根底にある』（上田：p222）ものである。障害の受容とは、その人が障害を持ったことをどのように自分の中で位置づけ価値づけるかにかかっている。

また、「障害の受容」は障害者本人だけでなく、家族や周囲の人間が積極的に本人の中に価値を見い出していくことによって進められるとする。すなわち、『一方では現実的に能力障害と社会的不利を減らして、本人の「資産価値」を実質的に高めていくことが重要で、他方ではわれわれ自身（と家族）が積極的に本人のなかに価値を発見していくことが必要となる』（上田：p218）のである。そして、「本人が障害を受容するためには、まず社会（なかでもまずスタッフと家族）がその障害者を受容しなければならない。」（上田：p218）そのためにはリハビリテーション・スタッフも「価値の多様性にたいする寛容の精神」（上田：p218）を持たねばならない。その際に注意されなければならないのは、「障害の受容」において「むやみに激励したり、成果が上がらないのを非難がましい目でみたりすべきではなく、まず現状のままの患者を受容し、そのうえで前進の道とともに歩むという姿勢」（上田：p218）である。そうすることによって、「価値の

転換が完成し、障害を自分の個性の一部として受け入れることができる。患者は社会（家庭）のなかになんらかの新しい役割や仕事を不得、活動をはじめ、その生活に生き甲斐を感じるようになる。人間関係においても健常者・障害者の区別なく対等に交流することができるようになる」（上田：p219）

上田氏は、また、障害の受容と偏見の克服に関して次のように述べている。「障害の受容も偏見の克服もすでに述べたように障害者を低くみるイデオロギーによって養われた既存の価値体系の転換であり、新しいより高い（人間的な）価値体系の樹立である。違いは障害の受容は自分自身について、より個別的・集中的に行なわれ、そのため情緒的な反応も激烈であるのにたいして、偏見の克服は他者について、より一般的な、ふつうはよりおだやかな形で行なわれるというところにあるにすぎない。」（上田：p219-220）

「障害の受容」と「偏見の克服」は相互に影響しあうものとされる。すなわち、「障害者が自分の障害を受容するためには、これまでしばしば触れてきたように、周囲の人びと（リハビリテーション従事者・家族・友人その他）があるがままの姿（障害をもったままの姿）の彼を価値ある存在として受容することが大きな援けとなるが、そのためにはそれらの周囲の人々のなかで偏見の克服が多少なりとも行われていることが必要となる」（上田：p220）

さらに、障害者はそのような社会的な偏見を自らのうちに内面化してしまう場合があるとする。すなわち「障害者はこのように歴史的な・重層的な構造をもった偏見にとりかこまれているわけであるが、問題なのは、このような偏見は障害者の周りに「外側」にあるというだけでなく、実は彼の心の内側の奥深くにも喰い込んでいるということである」（上田：p199）とし、「社会の障害者にたいする（低）価値観の彼の内面への反映（とり入れ）」（上田：p199）が問題になるとする。

また、上田氏は、「機能・形態障害」、「能力障害」「社会的不利」の障害の3つのレベルと「障害の受容」との関係について次のように述べている。「障害の受容」がなされるためには、価値体系そのものが転換される必要があるが、それが可能になるためには、客観的に存在する障害、特に「社会的不利」が可能な限り解決されていることが望ましいとされる。社会的不利は「障害者をとりまく、家屋、家族、地域、職場、法制度、福祉サービスなどのさまざまな社会的な条件（あるいは悪条件）と本人の能力障害の積で決定される」（上田：p84）ものであり、能力障害者が社会的不利をもつ人にするかどうかは、「社会が障害者を受け入れ、働くチャンス、有意義な生活をするチャンスを提供するか否か、車椅子でどこにでも行ける（道路、建物、乗物などの）環境を確保するか否かが決定的」（上田：p84）であるとされる。このように上田氏の「障害の受容」論は単なる精神論ではない。それは、その人の「社会関係の総和」としての社会生活レベルで正当な社会的役割を果たすことができることが保障されている上での議論である。

この「障害の受容」は、上田氏が宗教的回心とも比較しているように、宗教と関連付けて論じることでもできるのではないかと筆者は考える。ドイツの社会学者ウェーバーは、その「世界宗教の経済倫理 序論」において、「苦難 Leiden の神義論」という問題について述べ、苦難を受けた人間はそれにどのような意味づけを与えるのかというテーマについて論じている。

ウェーバーはまず、「幸福の神義論」について述べる。彼は「幸福」を「名誉・権力・財産・快樂」とし、「幸福」である人はそうでない他者と比較して、「幸福」である正当な理由づけを求め、それが、宗教の世界で展開された「幸福の神義論」である。この「幸福の神義論」に対置されるものとして「苦難の神義論 Theodizee des Leidens」がある。すなわち、宗教倫理が呪術的性格を脱し合理化してくると『人びとのあいだにおける幸福財 Glucksgüter の配分の倫理的な「意味」』（Weber : p47-48）を問おうとする要求が高まってくる。すなわち、幸福財の配分がなぜ、特定の人に限られてしまうのか、そして、なぜ、自分だけ、不幸を背負うのかということに対する合理的な根拠づけを人びとは求めるようになるのである。

そのような苦難を呪術的な方策ではなく合理的に根拠づける「苦難の神義論」として、「靈魂の輪廻」、「先祖の罪過」、「一切の被造物の墮落」などが「苦難や不公正の」理由として説かれ、救済の約束として、「個々人が来世ではこの同じ世界でよりよりよい生活を営みうることへの期待（靈魂の輪廻）とか、子孫がそうした生活を営みうることへの期待（メシアの国）とか、彼岸におけるよりよい生活への期待（パラダイス）」（Weber : p48）が説かれるようになったとする。

そして、特に恵まれない社会層の間に、宗教倫理として「使命」や「責務」という倫理が抱かれるようになる。すなわち、「自分たちに委ねられた特別な「使命」Missionの信仰によって自尊心をもっとも容易に養うことができる。価値を保証あるいは構成するものは、彼らの当為 Sollen ないしは彼らの（機能的）な業績 Leistung であり、したがって、そうした独自の価値は彼ら自身をこえて彼岸へと移行し、神によって課せられた「責務」Ausgabe となっていく。」（Weber : p51）

このウェーバーの議論は、上田氏の「体験としての障害」と関連づけることができると筆者は考える。障害を持ったことによる苦しみ、苦難はひとつの「体験」であるが、そのような「苦しみを通して価値観（感）の転換・拡大」がなされ、社会や家族の中で新しい役割や仕事を不得活動を始めるといのが上田氏の「障害の受容」論であった。人生の苦難に対して新たな積極的な意味づけという視点は、ウェーバーの苦難に関する宗教倫理的考察と関連する部分があると思われる。一つの苦難を受けた時、その苦難の意味を問い、主観的実存的に自分の生きる意味を問い直し、時にはそれは宗教的回心となって表れる。上田氏の議論の「障害という体験」は障害を受けたという苦難、苦しみを経ての価値転換という視点を開いたという意味で筆者は重要であると考えている。苦難と生の意味づけと言う点に注目したい。

2 上田氏の「障害の受容」論への批判

上記の上田氏の「障害の受容論」については、以下のような批判があり、それについて検討をしていきたい。

茂木氏によれば、上田氏の「体験としての障害」の理論は、障害を説明することによって障害者の生活の全体を説明する図式になっているが、実際には、障害者は、能力的にみて、健常な部分を持ち、それを形成しもする。障害を克服し、生きる人格的力の形成は、「体験としての障害」の内部で、障害の一部の中で形成されてくるというよりは、むしろ、障害者の生活の歴史と実践の中で自らの障害の認知を含むさまざまな契機がからみあって形成されてくると指摘している。すなわち、「障害の受容の問題が障害というカテゴリーの枠内で扱われる限り、人間主体とその形成の問題が人間発達というより広い視点から把握される可能性を制約してしまうのではないか」（茂木：p9）とし、必要なことは「障害の受容を障害の対象化と主体形成の観点から意味づける」（茂木：p9）ことであるとしている。

茂木氏がここで念頭においているのは、発達障害の人々のことで、その人たちは、低年齢のうち、または、ある発達の段階までは、自己の障害を認知することができず、ある程度、認知能力や人格が発達することによって、自己の障害を認知することができるようになる。それは、「障害と人間主体の相対的分離過程」（茂木：p9）である。人間発達という観点からすると、障害の受容を障害というカテゴリーの枠内におくのは、疑問が生じるという。その意味で、「障害の受容を障害の対象化と主体形成の観点から意味づけることが必要」になる。中途障害者の場合でも、障害の受容は、「障害があることを認知し対象化しつつ、主体が自己を取り戻す過程」（茂木：p9）であり、そのままかっの自己を取り戻すのではなく、自分に障害あることを引き受けつつ、新しい自己を獲得するという意味で、その障害の受容を障害というカテゴリーの中に位置づけるべきでないとする。

このような茂木氏の上田氏の「障害の受容」論への批判は、障害と人間主体の相対的分離を行おうとするものであるが、筆者は、上田氏の議論は、障害者が自らの障害を対象化し認知するという議論とは違うのではないかと筆者は考える。上田氏の「障害という体験」という概念は、「障害」と「人間主体」という分離の仕方に馴染まないものではないか。それは、障害者の実存的な体験のなかで生じてくるものである。上田氏が「体験」という言葉を使った背景には、障害者の障害認知とは異なった次元で、実存的次元での障害体験を重視したかったからではないかと考える。

ただ、これは、あくまでも推測で、実際に障害者が障害を受容する場合、障害を障害として自分とは切り離して認知しているかという問題については、より実証的に研究する必要があるのではないかと考える。たとえば、足を切断した人がいた場合、その人は、自分の足がなく歩けないという「障害」という事実をいったん自分と切り離して、「障害」としてそれを認知しているの

であろうか。それとも、足がないという障害は、自分と切り離されたところにあるのではなく、自分の体験的・実存的として受けとめているのであろうか。また、身体障害者と知的障害者、精神障害者のそれぞれで障害の認知は違うのではないか。精神障害者の場合、特に、障害を、自分から切り離して「障害」というカテゴリーで認知できるのだろうか、より実存的な次元の体験という観点から考えたほうがよいのではないかと考える。

また、身体障害者の中でも、肢体不自由者と視覚障害者、聴覚障害者など障害種別によっても異なってくるであろうし、先天的か中途障害かによっても、障害認知、障害受容は異なってくるのではないか。それらの比較検討が必要であろう。障害者が障害の対象化し受容するという議論については、今は結論は出せないが、障害者の「障害受容」というテーマを深める意味でも検討をしていく必要があると考える。

続いて、南雲氏の「社会受容」の議論について見ていきたい。南雲氏によれば、障害受容の初期の理論家は、「第一の心の苦しみ（自分自身の苦しみ）」と「第二の心の苦しみ（他人から負わされる苦しみ）」の二つの苦しみについて述べているが、日本においては、1980年以降、障害の受容を、自己受容としてのみとらえ「第二の苦しみ」への関心が薄れていっていると批判する。（南雲：p34）

「第一の心の苦しみ（自分自身の苦しみ）」は障害の受容を「自己受容」ととらえるものであるが、それは、一人一人が障害を受け入れるべきであり、たとえば「障害は決して元どおりにならない、あるがままを受容しなさい」という言葉に示されるように「べき論」になっている。それは、障害者の側からしか障害を見ず、障害者の主観が色濃く反映しているものとなっている。「第一の心の苦しみ」は「“私”と“私自身”の関係」であるのに対して、「第二の心の苦しみ」は「“私”と“社会(他人)”との関係」である。後者は当事者に対する他者の態度の問題とされる。この「第二の心の苦しみ」との関連で「社会受容」が論じられる。上田氏の議論は「第一の心の苦しみ」の議論であるが、必要なのは「社会受容」という観点であるとする。

南雲氏によれば、「社会受容」の議論は、ゴッフマンの「スティグマ」の理論によって先鞭がつけられたとする。以下、南雲氏のゴッフマンに従った「スティグマ」理解と社会受容との関連を見ていく。スティグマとはひとつのレッテル、印であり、社会はその印によって個人を差別する。それは社会の側から見た言わば「加害者」から見た視点である。そのスティグマは人格と深く関わっており、それは他者から見た「その人らしさ（社会的アイデンティティ）」を作るという。そして、その社会的アイデンティティは自己との相互作用を起こして、いつしか自分から見た「自分らしさ（自己アイデンティティ）」の形成に影響を与える。また、スティグマは他のあらゆる社会的アイデンティティに優先し、時に他の社会的アイデンティティを台無しにしてしまう。社会の側からのレッテル貼りを問題にするという点で、南雲氏は、このスティグマと社会的

アイデンティティの議論を、「社会受容」の一つ目のアプローチとしてとらえている。

また、南雲氏はブルーマーの社会的相互作用論について言及し、意味というものが仲間との相互作用の中で生じるという観点から、自助グループの活動によって新しい人間関係、スティグマに汚染されない人間関係が生まれるという。そこで、自分はひとりではないという気づきがある。その自助グループには、避難所としての役割と砦としての役割があるという。避難所という役割としては、スティグマという社会圧から身を守る機能と癒しの機能がある。また砦とは社会参加の拠点という意味である。それから「援助する者がもっとも援助を受ける」という機能があるとされる。自助グループのなかでの社会的相互作用によって、自己や自己の障害に対する意味づけが変わり、自己アイデンティティの再形成が行われるようになる。これが、「社会受容」の二つ目のアプローチである。

さらに「社会受容」の3つ目のアプローチとして、自立生活運動や、バリアフリーなどの運動を進める社会的運動論をあげている。

以上の南雲氏の「社会受容」の議論であるが、上田氏の「障害の受容」の議論を「自己受容」とし、「第一の心の苦しみ」（私と“私自身”の関係）に限定されるものとしている点について、筆者は疑問である。上田氏の議論と南雲氏の議論は重なるところと重ならないところがある。以下それについて見ていきたい。

南雲氏の解釈によれば、上田氏は障害は決して元に戻らないから受け入れる「べき」ものと「障害の受容」を理解し、その議論がリハビリテーションの現場に影響を与えているという点については、実際の現場の状況は筆者はわからないが、上田氏の議論の意図したところとは違うのではないかと考える。上田氏は、家族やスタッフなどまわりの人が価値は多様であるという観点をもち、障害を受容していくことが必要で、周囲の人間が障害に偏見を持たないことが重要であるとしているように、障害者個人にのみ障害を「受容すべき」としているわけではない。ただ、実際のリハビリテーションの現場で、「べき」論として一人歩きしてしまったことは予測される。

次に、上田氏の場合「障害の受容」は独立して論じられているのではなく、「機能・形態障害」や「能力障害」「社会的不利」と関連づけて論じている。特にそれが、「社会的不利」の受容であってはならないとしている。人間は「社会的存在（社会関係の総和）」として生活しているのであり、福祉サービスや法制度や家族、職場などの環境などの社会的条件の改善なくして、「障害の受容」はないとする。従って、南雲氏の述べる「社会受容」という観点を、上田氏が「受容」ということばでなく、「社会的不利」という言葉を使っているから、「障害の受容」の中に含まれていないように見えるだけで、実質的には、「社会受容」の議論になっていると筆者は考える。ただ、南雲氏の「社会受容」の3つ目のアプローチである議論は、社会的不利の解消を、社会運動論として論じており、上田氏の議論は大きくはそれを含んでいると思われるが、彼はそれを社会運

動論として限定していない点で、違いがあると言える。

南雲氏の「社会受容」論の第一のアプローチであるスティグマと社会的アイデンティティの議論は、上田氏の周囲の人間が障害当事者の価値を認め、偏見を持たないことが重要であるという議論と重なる。しかし、上田氏の議論には、南雲氏が述べているような障害当事者の自助グループにおける社会的相互作用的な「意味」の発生という視点はなく、障害の受容において、同じ障害者同士の活動から生じてくる病気に対する気づき、スティグマからの避難所としての役割、社会参加の拠点、自己や自己の障害に対する意味づけの変化、自己アイデンティティの再形成という視点はない。

以上、見てきたとおり、上田氏の議論は、「社会受容」の観点がまったくないわけではなく、その議論の中に、「社会受容」の観点が、部分的にであるが含まれていると言える。ただし、上田氏の「障害の受容」論がどちらかという障害者個人の主観的・実存的次元における「受容」という側面が強調されているので、個人の内面の価値転換のみの議論と誤解されやすいところがあると考えられる。

3 「障害の受容」の事例検討

この章では、これまでの「障害の受容」の理論の整理を踏まえて、事例を述べていきたい。

事例① O氏（50代）

O氏は、子どもの頃からナイーブでそのことを心配した父親がスキーに連れて行ってくれたりした。高3でノイローゼになる。自分で進路を決めないで周囲に言われてB大学に入った。このB大学には、望んでいったわけではない。B大学は今から20、30年前には進学塾の評価では一番すみの下のほうにランク付けられていた。本人は、B大学に関するコンプレックスがあった。ホテルの仕事に関心があり、大学を中退するまでEホテルで宴会のバイトをし、これが自分の求めているものだという感じを受けた。しかし、B大学では出世できないと思い、中退した。1年浪人してホテルでアルバイトしてC大学に入ろうとしたが、結局は行かなかった。今から思えば、B大学を卒業し、ホテル業界に入ればよかった。その当時は、出世がしたかった。若かったと思う。中退してからはフリーターをして山小屋で働いたりしていた。中退してから行き当たりばったりになった。大学の中退は人生の挫折。それが原因で病気になり、人生の迷い路に入ったように思う。

就職は24歳で東京のホテル関係の仕事をした。ビジネスホテル系のチェーン店に入ったが不本意だった。趣味もなくホテル一筋できた。そのホテルは32、3歳まで働いた。2、3ヶ月休職したこともある。会社からは劣等社員と見られていたと思う。D市の支店は赤字で、黒字にする必要があったが、自分の力でひっくり返してやろうと1年目から完璧にやろうとした。しかし、苦しみからうつ状態になり、会社を辞める。27か28歳で近くのクリニックに行く。33か34歳の頃、

興奮状態となり入院。非定型の精神病と診断される。眠ってばかりいて疲れやすい状態であった。発病した頃、自分が病気でなく、ただ怠けているいると思ったり、精神力ないと自分を責める。

30代の約10年間、入退院を繰り返す。その間の記憶はあまりない。喘息にもなった。肺炎で救急病院に何度もいく。喘息は黄色いかたまりが口からでた。ドロドロした黄色い塊だった。苦しかった。今でも3、4ヶ月に1回喘息の病院に通う。喘息もなくなると同時に心の病もなくなる。喘息はストレスからきたのではないかと思う。

40代にはF作業所に通う。約5年間いた。それから障害者の雇用支援関係の施設に通い、ワープロの講習を受ける。その後、皿洗いや新聞配達、水まわりの仕事を行ったが、体力が回復しておらず、精神が不安定になる。次兄の紹介でG病院に入院。入院しながら自分はホームレスになるのだなと思った。病院を出たら家も入れてくれないと思ったし、働く自信もなかった。

G病院を出て、昔、住んでいた古い家に戻ってきた。父母は健在であった。もう戻ってくるなどと言われると思っていたが受け入れてくれた。それから新聞配達の仕事をした。やがて、自分がひょっとしてホームレスになるかもしれないという思いからホームレスの炊き出しのボランティアに出る。その支援団体の関係でキリスト教系のH教会に出会う。バザーで本などを売っていたが、そこでI氏に出会う。I氏を通じて、障害者福祉関連のJ団体の給食の仕事を紹介される。J団体は、身体障害者を対象に福祉ホームやコンピュータ関連の作業所を持ち、身体障害者が地域で「自立」した暮らしができるように支援している。I氏はJ団体の人にO氏は精神病であることを伝えたが、特に偏見を受けることはない。8年くらいいっしょにJ団体にいる。また、精神障害者の患者会組織L団体のメンバーである。L団体は、支援者の資金で、マンションの一室を借り、週2日、集まって、ボランティアの協力で食事を作ったり、パソコンを覚えたりしている。また、食事会や、行楽、ボーリング、カラオケ大会などを独自に企画して活動している。

そしてキリスト教（カソリック）に改心する。父親は浄土真宗だったので仏教でもよかったが、身の回りにキリスト教信者が多かった。そして洗礼を受けた。キリスト教はまだあいまいで、学びながらやっている。これまでのことは神が与えた試練と考え、出世、お金儲け、地位を求める生き方から価値観を転換した。それは病気を受け入れた結果である。サラリーマン時代は、出世、お金儲け、地位を欲求として持っていた。病気は喘息の病気もあり、何度も死にかけた。「受容」によって、価値観が変わった。J団体とめぐりあい、今はJ団体にかかわる生活時間が長い。自分は、価値観を変え、清く正しく、たんたんと人生が終わればよいと思っている。たまにはおいしいものを食べるが。清貧であれとクリスチャンからよく言われる。

しかし、キリスト教に関しては、自分は間違っていて解釈しているかもしれないと思う。教えを聞いたときはそう思ったが、今は神の存在を疑う時もある。神は何もしないかもしれない。キリスト教に関しては信じるか信じないかは半々のところ。キリスト教についてはあいまいなところがあるとしている。

② 事例2 T氏(30代)

小学校から高校にかけて、いじめに会う。高校卒業後に燃え尽きる。フリーターになり22歳まで続ける。22歳の時、父親が事故で死亡。それがひきがねになり、はじめは気力が出ず、疲れやすい抑鬱から始まった。やがて不眠となる。3日で3時間しか眠れない状態になる。やがてやたらテンションが高くなる躁状態やイライラ、「有名人の〇〇が死んでしまった」とか「自分は家族から嫌われている」といった妄想も出てきて辛い状態が続き、自分の決断で総合病院の精神科に受診。最初は、精神科にかかることに偏見があった。それから入院設備のある単科の精神科病院に通院し、それから前の病院の主治医が開業した精神科のクリニックに転院して現在に至る。

病院に受診してもしばらくはひどく混乱した状況が続く。症状が急激に出る陽性期の苦しさに加え、医者から治らないと言われ、絶望した。病識があって自分から受診したので、誰も恨みようがなく、ひたすら「これからどうしよう…」と迷ったり、自暴自棄になって当たり散らしたりした。人に言えない恥ずかしい病気になってしまったという、自分自身の病への偏見もあった。なかなか治まらないイライラと妄想で気力がなくなってしまう。自分では調子がいいと思っていたが周囲から見ると異様な高さのテンションであった。それが1～2週間位の短いサイクルで襲ってくる。そうかと思うと3ヶ月位ずっと気力がなく鬱が続いたりした。混乱した時期が過ぎてもなかなか安定はせず、妄想とイライラから突然怒り出したり、元気そうなのに本人は鬱とイライラが同居して、心がバラバラになりそうな感じが續いたりした。

家族も精神科や精神病に対する理解が無かったので「仕事に行け」「いつまでも寝ていてどうする?」と言われ続けて悲しかった。苦しさを実感として言葉にして伝えることは、なかなか出来ないし、癌のようにレントゲン撮影して「ここがこういう様に変化しているから苦しいんだ」とは説明できない病気である。

その時、『心の病気がわかる本』という本に出会い、保健所が精神保健のことをやっていることを知る。それから、保健所のデイケアに通うようになる。また、さだまさしのラジオ番組を通じて鎌田實氏を知る。鎌田氏の本で「障害の受容」について知る。鎌田氏の本では、例として、骨肉腫の青年のことが書かれてあった。その青年は、心の葛藤を経て、医療チームの努力もあり、自分のお墓について家族と話せるまで受容するにいたる。それを読んで、自分はどうかだろうと思った。また、さだまさしの歌にも元気づけられた。「夢がふっくら」という歌で「坂道を泣かずに登れ、いつか夢がそこにふいてくれるから」という歌詞で鬱になってもいつかよいときが来るという希望を持たせてくれた。

そうこうするうちに、保健所を使ってでも病気をよくしようと思う。C病院が経営する地域生活支援センターに行ってみる。また、保健所に通ったがそこで患者さんたちの姿を見る。同じ精神障害者の仲間ができると安心感からか落ち着く。病気のことを隠さなくていいし、飾らなくていい。不思議な安心感があった。それからだんだん病状の安定、回復に向かう。

しかし、自分の病気を隠して就労していたり、自分は何もできないとしてデイケアで過ごしているのを見て自分もそうやって過ごしていくのかと思った。地域生活支援センターで全家連の雑誌を見たので、母親にその雑誌を見せて家族会に行ってもらうようになる。全家連に障害者の当事者組織でNPOを取得しているM団体の紹介があり、こういうところがあるかと知る。家族会では当事者活動を行っていた。それから保健所のピアカウンセリング講座に出ると、M団体のメンバーに出会い、それからM団体に顔を出すようになる。

(M団体は、もともとは、精神障害者の患者会組織であるL団体から生まれたもので、当事者主体の組織で、精神障害に関連した様々な情報や当事者の声などを記載した通信を作り作業所や病院、会員に発送している。また、区の社会福祉協議会とも協力して、当事者も出演するコンサートを独自に企画したりしている。また、精神障害者に対するホームヘルプ事業も行っている。M団体は家族会や病院から独立した障害者主体の組織である。支援者の資金サポートによりマンションの一室を借り、週、3日ほど活動をしている。) このM団体の仕事の他、身体障害者福祉関連のJ団体の障害者介助ヘルパーの仕事をしている。

病気になった時は、精神病になって自分は今からどうなるのだろうと思った。自分自身の中に病気に対する偏見があり、それが社会復帰を阻んだ。不安やコンプレックスがあった。兄弟は働いているのに自分は働いてないというコンプレックスもあった。

しかし、全家連の本や地域生活支援センターに通ううちに、病気としては糖尿病と精神病は同じと考えるようになった。自分自身で気をつけ、家族の協力があれば、何とか暮らしていけると思うようになった。鎌田さんの本もきっかけになっている。また、さだまさしの歌で内面的な変化があった。また、地域生活支援センターに通うことで、同じ立場の人を多く見るようになり、環境の変化があったことも影響している。そこには親から気狂いと言われて悪くなった人、親がなんでもかんでもしてしまう人がいた。支援センターに来ている人を見て、自分の病気に対する気づきがあった。

家族がいろいろなことができてあたり前でないと気づいたからいろいろな活動に出してくれる。家族が保健所の話を聞いたりしてくれて、働かないのではなく働けないと理解してくれた。

病気は一生つきあっていかななくてはならない。病気を持っていても仕事したり収入をえて、普通に近所づきあいができればよいと思う。自分が生活しているところが暮らしやすくなればよい。薬の治療を受けていても、人なみの生活ができればよい。自分自身の病気の偏見がなくなると楽になる。まわりの人に迷惑をかけるが理解と工夫で迷惑をかけないようにしたい。

精神障害者の自立については、精神障害の人にとって選択肢が広くなれば、自立に向うことができると思う。地域で生活できれば自立と考える。自立とは、一人でも家族といっしょでも、暮らしが成り立っていることと思う。地域、家族とコミュニケーションがあることが大事である。趣味でもなんでもよいから活動していればよく、「自立」は必ずしも働くことと同義ではないと

考えている。土台は家族、地域のつながりと思う。自分ひとりだけの日常の生活ができ、人づき合いができることを「自立」と思う。地域活動支援センターに通う人は、いきなり仕事を求める人がいるが、その前段階としてそうじゃ料理ができるかなどを考えたほうがよいと思う。精神障害者の当事者組織 M 団体と身体障害者福祉関連の J 団体の仕事は好きでやらせてもらっている。とりあえずせいたくを言わなければ、自分のこづかいと生活費は出せる。M 団体の活動は自分にとって一つの社会復帰活動としてとらえている。

自分のしていることに特に使命感はない。そのような強い思い込みはよくない。そういう見方ができない人はどうなるのか。自分は好きなことをやっていきたいと思っている。自分の生き方を他人に押しつけない。当事者活動をなぜやっているのかと聞かれたら、福祉に興味があっておもしろいからやっているという。病気になる前から福祉に興味があった。昔は人を助けたいと思ったが、今は、人とかかわることで成長し、人から影響を受けるようになった。人のためではなく、その人が経験してきたことから自分がよい影響を受けるとよいと思う。他人にかかわることで自分が見えてくると思う。

③事例 3 S 氏 (40代)

大学の頃は、病気の症状はなかった。大学4年の時、田舎にバイクで帰る途中、寂しい気分になり、一日だけ鬱を体験した。大学卒業後、A百貨店に勤める。セールスプロモーション担当。仕事は面白かった。A百貨店は自由な社風だった。仕事が好きだった。このときの成功体験が後の病気の原因だと思う。大きな商談で店長表彰をもらう。以後、営業成績は勤めている本店ではトップ。躁鬱になる前までは同期トップで昇進。その頃は、まわりの同僚とかよく飲みに行ったり、大学時代の友人とのつきあいもよくあった。家には友達が泊まりにくることがよくあり、にぎやかだった。

やがて、職場組織の統合の話がありリストラが始まる。また、親しい同期が辞めたり、先輩が移動したり、大学時代の友達が結婚したりして親しいつき合いをする仲間が少なくなったこともあって、自分の基盤が揺るがされるように思い、調子が悪くなる。症状としては、さびしくて不安感があり、焦燥感があった。就職活動の時、本心は田舎に帰りたいかった。A百貨店に入社した時は、故郷の支店に行けると思っていたが行けなかった。田舎は嫌いだったけど、田舎に頼っていた自分がいた。

やがて症状がひどくなったが鬱病とは思わず、いろいろな病院に行き、或る病院では自律神経失調症と診断された。自分は鬱ということを思いつかなかった。症状としては、上記の症状のほかに、悪い方へと考えがちで、眠れない、脈拍が速い。汗をかく。体重が減る。どんどんやせていく。様子を心配して母や弟が東京まで来てくれた。

匿名で相談できる会社が契約していたカウンセリングのところに行くとい医者はこの状態が1ヶ月

続いたら来なさいと言われる。それから医者に行くか躊躇していたら、徐々によくなり、一時治ったと思うところまでいき、うれしかった。この間9ヶ月うつ状態で苦しかったが医者には行かず、会社を続けていた。

しばらくしてから様子がおかしいので、父、母、弟がやってきた。何でもできると思えた躁状態だった。田舎に戻って10日間ぐらい休む。B病院にかかるが、鬱とは言われなかった。病気の自覚はなかった。2回通院し、薬をもらって飲むとろれつが回らなくなった。会社に戻ってからも通院しなさいと言われる。しかし、自分は病気じゃないと思っていた。しかし、みんなが心配しているから治さなくてははいけないと思った。症状がだんだん落ち着いてきたので医者には行かなくなった。自制する力があつた。

それから一時症状は普通になったが、仕事がピンチになり、また、調子を崩す。それから精神科のクリニックで診断を受け、そこで自分は鬱であると確信した。ショックだった。クリニックの院長は、躁鬱は一生治らないと言われ、余計にショックになった。

鬱とわかってとにかく大変だった。病気に対する偏見はなかったが、暗い気持ちをどうにかしてくれという感じで、今までの酔いからさめた感じであった。仕事の負担を軽減してもらい少し楽になる。しかし、根本的には鬱状態が解決しなかった。

将来の不安が起こったが、会社を辞めて、中小企業で働くことは考えられなかった。田舎に戻りたいと悩む。仕事をつまづきは、30歳にして初めての経験で挫折の体験だった。田舎に戻ったら問題は解決できると思った。しかし、上司から田舎に帰ってどうするんだと言われ、とりあえずやめなかった。仕事は何とかできたが、悲観的な気分になっていた。会社は病気に理解があつた。また、上司に理解があつた。

しかし、職場は部長がやめたり、組織の再編があり、環境が変わりつつあつた。仕事は活発にやっていたががんばりすぎた。躁状態であるが医者にはいかなかった。テンションが高く、自制がきかなくなった。この状態は、いったんよくなったが、また、苦しくなる。たくさんの仕事をとりすぎて事務処理が負担になり、パンクしてしまう。精も根もつきはてる。鬱が重なる。話さなくなり、抜け殻みたいになり、仕事ができなくなった。自分が終わりだと思った。死にたいと思った。

田舎に帰ると親がB病院に連れて行く。点滴を受けるがよくなる。病院に2週間入院。はじめのうちは寝られなかったが、徐々に落ち着く。退院する頃、元気になり調子が戻る。その間、会社に来ないことが問題になる。会社に事情を話し、仕事に戻る。

復帰してからすぐに英会話学校に通い、心のよりどころになる。そこで、イギリス育ちの人に出会う。その人が自分の病気が躁であることをオープンにしている、イギリスではそれがあたりまえだと言う。自分はそのようなことに初めてみた。それがきっかけで、完全ではないが自分で病気をオープンにできるようになった。それが障害の受容の始まりだといえる。

田舎に帰ったときに会った友人にC会社に勤めている人がいて、その人の誘われてC会社の面接を受け受かる。C会社に入って、初めはおとなしくしていたが、ハイテンションになる。仕事が重苦しなり、鬱になってやめる。3ヶ月任意入院をする。

退院後、カナダに旅行する。旅行先ではヨーロッパ人が多く精神のストレスを癒しに来ている人がいた。その人たちの中にはフリーな感じで病気のことを話す人がいた。そこで、新しい価値観を得る。旅行先で、動物を見て、勉強したくなり、D大学の研究生になる。先生には躁鬱病ですと伝える。病気のことはだんだんと人に話すようになる。しかし、日本はまだそのような社会になっていないと思う。D大学に入って一年間勉強した。新しい新鮮な感じがあった。

それからE会社に就職した。しかし、徒弟制度のようでいごごちが悪かった。課長に躁鬱といつかばってくれたが、上層部には通じなかった。仕事ができなかった。そこも辞める。その後、派遣社員をやったりヤフーの勧誘の仕事をしたり、NTTフレックススポットの仕事をしたりする。そして、インターネットで患者会のL団体を知り、電話していく。そこには、躁鬱の人が多く安定していて安心する。

仕事をしたいと思い、介護の仕事に関心を持ち、ヘルパーの資格を取る。Gグループホームで仕事をしたが、夜勤に耐えられない。医者には、今後の仕事につくことがあっても夜勤はいけないと言われる。

それから障害者団体Jで身体障害者の介護の仕事始める。そこで、障害者ということポジティブな意味で意識するようになる。障害者団体Jでは自分が躁鬱ということを知っている。利用者も障害としての自分と仲間意識をもっている。

現在、精神障害者の当事者団体でNPOを取得しているM団体で事務局長を努める。Mは、通信を作り作業所や病院に発送したり、コンサート開いたりしている。また、障害者団体Jの代表者の紹介で、障害認定調査会の委員を努める。

今は、普通のサラリーマンの人が一般的な鬱になるが、最初は医者とか行きづらと思う。鬱が原因で自殺をして死んでしまう人もいる。そのようなこともあって、NPOで鬱対策プロジェクトなど普及啓発活動をやりたいと思っている。NPO活動を通じて、病気で家に閉じこもりがちの人ができるだけ外でつながりがもてるようにしたい。病気で苦しい体験をしたことがその動機になっている。自分は、まだ、病気をしたものでも恵まれているほうだと思うので、より困っている人に働きかけていきたい。精神障害の人同士つながりをつけていきたい。それは自分の使命だと思っている。

4 事例についての考察

①のO氏の事例について、「障害の受容」について考察をしてみたい。

O氏は、病気になる前に、出身の大学に関してもっとよい大学に入りたかったというコンプ

レックスがあり、学歴に関する劣等感があった。社会で成功すること、出世することに価値を置いていた。

しかし、仕事をがんばりすぎて、病気になってしまう。その病気の体験を経て、キリスト教との出会いもあり、それまでの病気の苦しみを、神様が与えた試練と考えて、出世、お金儲け、地位を求める生き方から価値観を転換し、清く正しく、たんとと人生が終わることに価値を見出すようになっていく。そこには病気という苦しみを受けたことについての人生の意味づけがなされていると考えてよいであろう。病気をする前の出世やお金儲け、地位を求める欲望から自由になり、その日その日を清貧に生きていくことに価値を見出し始めている。そこには「苦難」という経験から人間としての生まれ変わりがある。

精神の病気だけでなく、喘息の苦しみも一つの「障害という体験」になって、「苦しみを通じて価値観（感）の転換・拡大を達成」が生じ、主観的・実存的次元において、人生に新たな意味づけがされ、「障害者であることに新たな人生の意義」を見出し、「人間として新しく生まれ変わっている」。

O氏の場合、「障害の受容」は、キリスト教（カソリック）への入信をひとつのきっかけとしている。キリスト教の教えの中に「受容」という考え方があり、それが、「障害の受容」という考え方につながっていると思われる。O氏自身、キリスト教についてまだ、あいまいなところがあるとしており、完全に信じているわけではないが、その影響下にあることは確かであろう。

O氏は、キリスト教の教えを通じて、それまでの病気の苦しみをひとつの試練と考えて、人生の価値観を転換している。O氏自身は、なぜ、自分だけ苦しみを受けるのかという感覚は持たなかったといっている。O氏自身は、「苦難の神義論」における幸福財の配分の不平等という内容とは一致しないが、苦難を受けたことに対して、それを「試練」と受け止めて、苦難の人生における意味を実存的に問うているという点で、「苦難の神義論」につながっていく視点があると筆者は考える。

②の事例について

T氏は病院を受診後、病気について知らされて「人に言えない恥ずかしい病気になってしまった」とか「これから自分はどうなるのだろう」と思ったり、兄弟と比べて自分だけ働いていないなどのコンプレックスを抱くなど、障害を知った後、自分の価値を低く見る態度が現われている。そこには、上田氏の言う「障害者を低くみるイデオロギーによって養われた既存の価値」が働いている。T氏の中に「競争力・生産力・若さを中核とした価値の序列」があり、それが、障害者になったことで、「資産価値」が下がったように感じられたのである。

T氏の場合、周囲からの精神障害に対する偏見の前に、自分自身で障害に対する偏見を持っていたことが、本人が認めているように「社会復帰」の妨げになっていた。「障害の受容」におい

て、偏見は、他者からの偏見だけでなく、本人が病気に対して持っている偏見も「障害の受容」を妨げるものとなると上田氏は指摘してしたが、T氏の場合はまさしくそれが当てはまるのである。

また、家族の側も当初、精神障害に対する理解がなく、本人にプレッシャーを与える結果になっている。上田氏が障害を受容するためには、家族の側が偏見をなくし、ありのままの本人を受け入れることが必要だとしているが、T氏の家族は、当初は、本人を責めるような態度が見られた。しかし、T氏が家族会の存在を知らせることで、家族会に行くようになり、また、保健所などの話を聞くうちに、「働かないのではなく働けない」というような理解に至り、「あるがままの姿（障害をもったままの姿）の彼を価値ある存在として受容」するようになり、それが本人の「障害の受容」を進める要因になったと考えられる。

T氏自身の「障害の受容」の過程において、書籍の役割も大きい。「心の病気がわかる本」という書籍を読んだことが、保健所という相談窓口を訪ねるきっかけになっている。それからさらに鎌田氏の「がんばらない」という本で、「障害の受容」という考え方に触れたことが、自らの価値観を転換させるうえで大きな役割を果たしている。

そして、デイケアで、同じ障害の人と触れ合う機会が生まれ、自分の病気を隠さなくてもいいという安心感が生まれる。南雲氏が指摘するように仲間との社会的相互作用の中で意味が生じ、スティグマに汚染されない人間関係が生まれ、「自分ひとりではないという気付き」が生まれたと見ることができる。それはデイケアの仲間以南雲氏の述べているような障害者の自助グループではないが、同じ病気の仲間と触れることが、自分はひとりではないという気付きを生み出している。また、地域生活支援センターに通うことで、同じ病気の人に出会って自分の病気のことに関する気付きがあったことも「障害の受容」の要因になっている。このようないろんな要因が重なって、それまで自分の病気を特別なものと考え、偏見を持っていたのが、障害を受け入れ、偏見を持たないようになっていく。T氏の事例から自らの偏見の克服されていくなかで「障害の受容」が進むことが理解される。

ただし、デイケアの仲間との触れあいは精神障害であることを、受け入れる一つの要因であったが、他方でT氏は、デイケアで過ごしている仲間でもしなない人を見て、それとは違った道を歩みたいと思うようにもなる。T氏は保健所のピアカウンセリング講座への参加や当事者団体での活動など、さらに活動の範囲を広げていく。そして、当事者団体Mでの活動も自己や自己の障害に対する意味づけの変化を生み出し、「障害の受容」を進めるものとなっている。

T氏は、「自立」をいきなり一般社会で働くことというような狭い「社会復帰」としてとらえず、家族や地域とのコミュニケーションがあり、一人でも家族と一緒に生活が成り立っていることとし、働いているかどうかは関係ないというようにとらえている。T氏は、「障害の受容」により、視野を広げ、「自立」や「社会復帰」を狭く考えるのではなく、広い視野でとらえている。精神障害者は、えてして、「社会復帰」を狭く、そして性急に考えて、かえって動きがとれ

なくなってしまう傾向があり、T氏がそれを広くとらえることで、基盤のしっかりした社会的活動を行えるようになっていく。現在は、精神障害者の当事者団体Mで仕事をしているが、それが、T氏にとって社会参加の拠点になっており、それが本人の中で、広い意味での「社会復帰」ととらえられている。

事例③ S氏の事例の検討

S氏は、大手百貨店に勤めるうちに、鬱状態になったが、なかなかその状態が鬱だと気づかず、仕事を継続していた。鬱に対する偏見はなかったが、鬱とわかってショックを受ける。それまで、職場では優秀な成績を取っていたが、鬱になり仕事ができなくなり、挫折体験を味わう。

障害を受け入れるきっかけになったのが、英会話教室で出会ったイギリス育ちで、躁鬱を持っていた人との出会いである。その人が病気をオープンにしていたことが、S氏が障害を受け入れるきっかけになっている。また、カナダへの旅行で、ヨーロッパからの旅行者で精神の病のことをフリーな感じで話す人と出会って、病気に対してマイナスに考えるのではなく、隠すものではないという新しい価値観を得ている。

それから障害者団体Jとの関わりの中で障害をポジティブに考えるようになったことも価値観の転換に影響を与えている。身体障害者の介助をする仕事をしていく中で、障害を前向きにとらえている利用者に触れることで障害者に対するプラスの価値観を持つようになった。今は、精神障害者の当事者団体で鬱対策プロジェクトなどを企画する予定で、精神障害者のつながりをつけていくことを自分の使命と考えている。

S氏の「障害の受容」のきっかけは、ヨーロッパで生まれたり、育った人で精神の障害を患っている人との接触である。日本では、まだ、精神障害であることをカミングアウトする人は限られているが、ヨーロッパでは、それが行われ、障害をオープンにしていることが、S氏の価値観の転換のきっかけになっている。また、「自立」をめざす身体障害者団体との関わりも価値観の転換につながっている。それは、南雲氏の言う障害者同士の触れ合いという社会的相互作用の中から、価値観の転換がされ、「障害の受容」がされたと考えられる。しかも、同じ精神障害者との関係だけでなく、身体障害者との関係からも影響を受けている。それは、身体障害者の障害者団体Hが「自立」の理念を掲げて長年の活動を行っており、その考え方をを持った利用者や接触していることが大きい。障害種別を超えた交流で互いに影響を及ぼしあうのは、まだまだ少ないと思われる。

S氏は、最初は、障害を持ったことにショックを受けていたが、そのような挫折体験もさまざまな出会いの中で「障害の存在が自分の全体としての人間的価値を損なうものではない」と認識し「障害者であることに新たな人生の意義」を見出すようになる。そして、「障害の受容」により、精神障害者の当事者団体のNPOの中に「新しい役割や仕事を得て、活動をはじめ、その

生活に生き甲斐を感じないように」になっている。

S氏は、鬱を発症した時の苦しみの経験から、精神の障害者のNPO団体で、同じ鬱の病気で苦しんでいる仲間にもけた支援プロジェクトを構想し、障害者のつながりの場をつけたいという行動が生まれていると考えられる。その背景に人生における「苦難」の経験があり、それが、NPOで活動を行うことを「使命」ととらえる源となっていると思われる。

おわりに

本論文では、上田氏の「障害の受容」論とそれに対する批判を検討し、精神障害者における「障害の受容」について事例をみながら考察を加えた。「障害の受容」における「苦難」の持つ意味、同じ障害者の仲間との社会的相互作用の意味などについて考察を加えた。また、「障害の受容」において障害者自身が自分の病気に対してもっている「偏見」がそれを妨げるものであることを事例を通して考えた。

引用文献

上田敏著『リハビリテーションを考える』青木書店 1983年

マックス・ウェーバー 「宗教社会学論選」 みすず書房 1972年

茂木俊彦 「障害と人間主体—ICFの障害概念との関連で考える」障害者問題研究 Vol.30 No3 2002年

南雲直二『社会受容』荘道社 2002年