

2021 年度

ホームレス支援の医療人類学的研究

——ハウジングファースト東京プロジェクトに関わる

医療者たちの眼差しの変化

A medical anthropological study of homeless assistance:

Changes in the gaze of medical practitioners involved in the

Housing First Tokyo Project

横浜国立大学大学院 都市イノベーション学府

須賀郁子

目次

序章	1
第1節 研究の動機	1
第2節 研究背景と問題の所在——医療者に求められる健康の社会的決定要因 (SDH) と公平性・社会的公正の視座	3
第3節 調査地概要と研究目的	10
第4節 研究方法	12
第5節 調査手法と筆者のポジショナリティ、倫理的配慮	14
第6節 論文の構成	18
第7節 言葉の定義	19
第1章 ホームレス状態にある人の現状と医療に関する課題——日本においてホーム レス状態にある人はどのように語られてきたのか	25
第1節 日本におけるホームレス状態にある人の現状と定義について	26
第2節 ホームレス状態にある人が被る医療的課題	28
第1項 医療という社会保障から排除されるシステム	28
第2項 医療に関するホームレス状態にある人についての先行研究	29
第3節 社会学・社会福祉学の文脈におけるホームレス状態にある人について ..	32
第1項 狭義の「ホームレス」として捉えられていた時代	32
第2項 広義の「ホームレス」、ホームレス状態にある人として捉えられるよう になった時代	33
第4節 欧米諸国で公的政策として採用されるハウジングファースト	37
第5節 日本において実践されるハウジングファースト	40

第6節 小括	42
第2章 患者「その人」主体の医療と研究方法論の視座.....	45
第1節 医療者主体から患者「その人」主体への軌跡.....	45
第2節 患者「その人」主体の医療を妨げるもの	49
第1項 医療人類学者アーサー・クラインマンの「説明モデル」——医療者に求められること	49
第2項 無意識に抱いている先入観（バイアス）と偏見、スティグマ	53
第3項 権力格差と感情管理——医療者がナラティブを開示することの難しさ	57
第3節 調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティング	61
第1項 オープンダイアログについて.....	61
第2項 オープンダイアログに影響を与えたリフレクティングの誕生まで ..	67
第4節 異文化感受性発達モデル——信念対立を俯瞰し、不確実性に耐えるために	69
第5節 医療人類学的研究と方法論の視座.....	71
第1項 医療人類学における筆者のポジショナリティ	72
第2項 社会構成主義	77
第6節 小括	79
第3章 支援困難と言われたホームレス状態にある人が支援につながれなかった理由——なべさんの「声」より	80
第1節 ホームレス状態になる前のなべさんの生い立ち	81
第2節 自立支援センターでの経験	81
第3節 無料低額宿泊所や更生施設での経験.....	83
第4項 ホームレス状態から抜け出せなくなっていく	85

第5節	アパート入居後の課題	87
第6節	小括	89
第4章	ハウジングファースト東京プロジェクトの形成過程——精神科医、佐藤の「声」より	92
第1節	第一段階 支援開始（1999年）から2000年代中頃まで	92
第1項	佐藤の「声」	92
第2項	時代背景	94
第3項	支援者・医療者の意味世界	95
第2節	第二段階 2000年代中頃から後半まで	97
第1項	佐藤の「声」	97
第2項	時代背景	99
第3項	支援者・医療者の意味世界	100
第3節	第三段階 2010年代前半から中頃まで	102
第1項	佐藤の「声」	102
第2項	時代背景	106
第3項	支援者・医療者の意味世界	107
第4節	第四段階 2010年中頃から後半まで	108
第1項	佐藤の「声」	108
第2項	時代背景	109
第3項	支援者・医療者の意味世界	111
第5節	小括	112
第5章	ホームレス状態の人をみる眼差しの変化——看護師、大間の「声」より	115
第1節	見えていなかった人々の存在に気が付く	115

第2節	ホームレス状態になるのは、ボタンを掛け違えるように、誰でもなりうることに気が付く.....	117
第3節	5000円に対しての価値観の違いに気が付く.....	118
第4節	アパートには入りたくない理由に気が付く.....	120
第5節	小括.....	121
第6章	精神訪問看護ステーション KAZOC が実践するハウジングファースト型支援とは——KAZOC 所長富永の「声」より.....	123
第1節	富永から見た KAZOC 設立背景——脱施設化を目指して.....	124
第2節	KAZOC の支援の特徴①——ホームレス支援のなかで抜け落ちていた視点.....	127
第3節	KAZOC の支援の特徴②——管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしない.....	129
第4節	KAZOC の支援の特徴③——「住まい」「活動」「ケア」の3本柱が大切.....	133
第5節	KAZOC で実践されるハウジングファースト型支援とは.....	138
第6節	小括.....	141
第7章	ゆうりんクリニックが実践するオープンダイアログの意味.....	142
第1節	ゆうりんクリニックの設立背景——内科医、大阪の「声」より.....	142
第2節	ゆうりんクリニックの概要と日常の光景.....	145
第1項	至るところにあるフラットな関係を築くためのスイッチ.....	145
第2項	「その人」主体になるためのスイッチ、朝のミーティングの場面から.....	147
第3節	オープンダイアログ型の精神科外来.....	148
第1項	特徴① 患者「その人」主体の姿勢.....	150

第 2 項 特徴② 感情を共有する	152
第 4 節 精神外来受診者の障害特性とホームレス状態になる要因	154
第 5 節 日常的に実践されるリフレクティング	156
第 6 節 小括	159
第 8 章 オープンダイアログを実践する三人の医療者たちの「声」と筆者の「声」	161
第 1 節 はじめて訪問同行した時の筆者の「声」	161
第 2 節 観音埼の「声」	164
第 1 項 待つようになる、診断名を意識しなくなる	164
第 2 項 結果を求めない——医学モデルと社会モデルの視座のバランス.....	166
第 3 項 ダイアログは、鏡を見ているようで辛い.....	168
第 3 節 大間の「声」	169
第 1 項 傾聴とは違う、相手の話が耳に入ってくる	169
第 2 項 内的対話がじわじわ渦巻いてくる、受け取る場所が違う	171
第 3 項 相手の反応も変わってくる	173
第 4 項 自分の気持ちを抵抗なく話せるようになる	174
第 4 節 佐藤の「声」	175
第 1 項 立ち位置を変えることで、位置づけが変化する	175
第 2 項 全部知らなくてもよい	176
第 3 項 対話とオープンダイアログの違い.....	178
第 5 節 小括	179
終章 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」について	182

第1節 本論文のまとめ	182
第2節 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の声を医療者が聞くことを妨げる壁を生じさせてしまうステップアップ方式という規範.....	186
第1項 ステップアップさせるための試験という装置がもたらす弊害	187
第2項 失敗させたくないという気持ち	191
第3節 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」が「聞こえてくる方法」	193
第1項 内的対話がじわじわと渦巻いて聞こえてくるメカニズム——その一つの考え方として.....	193
第2項 リフレクティング×異文化感受性発達モデル	197
第3項 多声（ポリフォニー）と感情の共同化がもたらすこと	199
第4節 本研究の意義.....	202
第5節 本研究の限界と今後の課題	203
謝辞	204
初出一覧.....	206
引用文献.....	207

凡例

1. 本文、参考・引用文献は、基本的に日本社会学会『社会学評論スタイルガイド』第3版に則り表記している。
2. 引用文は「」を付したが、長文引用は2マス空け、フォントサイズは10.5ポイントとした。
3. 本文中でのインタビューの「声」については、斜体で2マス空け、フォントサイズは9ポイントとした。
4. 表記のない日本語翻訳は筆者が行ったものである。
5. 数字については、基本的に単位とともに使う際にはアラビア数字、単語として体をなす際には漢数字を使用した。

序章

第1節 研究の動機

本博士論文の目的は、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」を検討、考察し、医療および医療者のあり方を探求することである。

なぜこのような目的のもと研究することにしたのか。そこにはいくつかの動機があるが、その中でも特に、筆者の後悔の気持ちがこの研究を推し進めたといえる。それは一人のホームレス状態にある男性との出会いである。70代であった「その人」は、礼儀正しく控えめな様子で、しかし眼光は鋭く、仙人のような雰囲気醸し出す男性であった。年末年始のアウトリーチ活動のなかで出会い、その当時、調査地の支援団体が借りていた家の一室に身を寄せることになる。思慮深い「その人」の話聞くことは興味深く、しかし認知症状の一つなのか身なりを清潔に保つことが難しく、そのこともあり筆者は訪問をして様子を伺っていた。そして次第にトイレや部屋を排泄で汚すことが増えていき、筆者自身、その問題を何とかしなければという気持ちが強まっていった。筆者のそのような姿勢は、「その人」を監視する眼差しになっていたのではないか。「その人」はある日、その家から出て行ってしまった。

翌日、池袋駅周辺で野宿している「その人」を支援スタッフたちが発見し、「その人」は病院に入院することを希望した。今まで身を寄せていた支援団体の家には「申し訳なくて戻れない」と言っていたという。入院後、一時期落ち着いていたが急遽転院することになる。そして転院先の病院に到着した直後、医療者ともめてしまい、そのまま病院を飛び出してしまう。夜になり自ら病院に戻ってきたが、容態が急変し帰らぬ人となってしまった。

筆者はそれまで、ホームレス状態にある人に対して、無関心または偏見的な眼差しを向ける医療者側に課題があると考えていた。それは今までの、看護師として勤めていた病院の救急外来での、ホームレス状態にある人に対する医療者の偏見に満ちた対応や、エクアドルでのインディヘナの人に向けた看護師の差別的な態度を目の当たりにしたこと、さらにスイスに住むなかで、アジア人として筆者自身が差別された経験が影響を及ぼしていると考える。上記のケースも、医療者は、なぜ「その人」ともめてしまい失踪させてしまったのかと議論することもできるだろう。

しかし筆者のように、ホームレス状態にある人に関心を寄せていたとしても、彼ら/彼女らの立場に立って、彼ら/彼女らの声を聞いていないことに気付いたのである。そのことを確信したのは、博士課程4年目で筆者自身が癌を患い入院した時である。癌と宣告された筆者は、さまざまな梯子が外されていき、社会から「癌患者」にされていくように感じ、さらに自分自身も「癌患者」になっていくように感じた。病院へ通うようになり、多くの医療者にお世話になった。筆者に関わってくれた全ての医療者には感謝している。しかし一方で、患者になった筆者の苦悩をそのまま受けとめ、筆者の声を聞いてくれたと感じられた経験は、たった一人の看護師による関わりだけであった。その経験を自分自身に置き換えた時、はたして筆者は、亡くなってしまった「その人」の声を聞いていたのかと振り返るのである。

本研究は、医療という基本的な権利へのアクセスが阻害されている人がいるという事実に対して、医療・医療者はどのように向き合えるのかということを探求するものである。それは近年の潮流でいえば、持続可能な開発目標（SDGs）の目標3「すべての人に健康と福祉を」¹に該当することである。しかし1978年のアルマ・アタ宣言で、「2000年までにすべての人に健康を」²と掲げられているにもかかわらず、40年以上を過ぎた現在においても、これらの目標が達成されないのは何故なのだろうか。それは単に政治・経済や社会制度的な問題だけではなく、医療者の関わりにも影響を及ぼしていると考えられるが、それはどのような課題なのだろうか。

このことを解明するために、ホームレス状態にある人と、彼ら/彼女らと関わる医療者たちの経験に焦点を当てながら、なぜホームレス状態にある人の「声」は聞かれないのか、また医療者は、ホームレス状態にある人の「声」を聞いたとしても聞こえてこないのか、それを妨げる壁とは何かを検討していくこととした。それは最終的には筆者自身の医療者としての変化のプロセスを記述したものであり、無意識に抱いていたさまざまな偏見や鎧を脱ぎながら、「ホームレス」から「ホームレス状態にある人」へ、さらには「患者」や「対象者」から「その人」と呼べるようになった軌跡であり、筆者自身の眼差しの変化であったといえる。

¹United Nation “Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development”

² World Health Organization “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”

第2節 研究背景と問題の所在——医療者に求められる健康の社会的決定要因 (SDH) と公平性・社会的公正の視座³

1998年、世界保健機関（WHO）欧州地域事務局は、「健康の社会的決定要因＝Social Determinants of Health（以下SDH）」を示し、低所得国のみならずヨーロッパ諸国においても医療のアクセスが難しい人があることを指摘した。その要因として、「社会格差」「ストレス」「幼少期」「社会的排除」「労働」「失業」「社会的支援」「薬物依存」「食品」「交通」の10項目をあげ、これらの要因で健康状態に差が出ることは社会的に不公平な状態であると言及した⁴。

欧米諸国においては、カナダのラロンドレポート⁵やイギリスのブラックレポート⁶などを端に、疾病や健康状態は社会経済状況などの影響を受けるとし、罹患・死亡状況を社会経済的要因・職業に関連させて検討してきた経緯がある。そこには「エスニックマイノリティ」と呼ばれる移民の人や黒人、ジェンダーによる健康の不平等にも焦点が当てられ議論されてきた（早坂 2001: 49-65）。一方日本では、健康格差について研究されたものは限定的である（早坂 2001: 55-56）。近藤克則は、2005年、『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』を発表し、社会格差が拡大するなかで、日本においては「健康における不平等」という視点が抜け落ちてきたことを指摘する。そのうえで生物・医学モデルを超えるパラダイム転換の必要性や、SDH、ソーシャルキャピタルなどの重要性について言及した（近藤[2005]2014）。その後2011年、日本学術会議の分科会において以下のようなテーマが取り上げられる。

- 1) 貧困層や生活保護世帯が増加している現状を背景として、低所得者層において健康問題が集積するとともに、こうした層が最低限の基本的な保健医療福祉サービスを受けられなくなっているのではないか。
- 2) 低所得者層・貧困層に限定せず、社会階層全体を通して階層による健康問題の格差が生じており、またその格差が拡大しているのではないか。

³ 本節を執筆するに辺り、武田編（2021）より多くの示唆を得た。

⁴ WHO “Social Determinants of Health: The Solid Facts: Second Edition”

⁵ Lalonde, Marc., 1974, "A new perspective on the health of Canadians.

⁶ Black, Sir Douglas., 1982, "Inequalities in health: the Black report."

3) 社会的に不利な立場にある者(失業者、障がい者、ホームレス、外国人労働者など)において健康問題が集積するとともに、保健医療福祉 サービスが十分に提供されていない可能性があるのではないか(日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会 2011: ii)。

そして現在、2017 年の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」改訂に伴い、医学教育のなかに「社会構造(家族、コミュニティ、地域社会、国際化)と健康・疾病との関係(健康の社会的決定要因(SDH)を概説できる)」という学習目標が設定された(武田 2021: 20)⁷。また日本看護協会は 2021 年に、『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH(健康の社会的決定要因)の視点』を出版し、編者であり医学教育に従事する武田裕子を中心に、SDH の視点をもつことの重要性を看護界に示した(武田編 2021)。さらに西岡大輔らは「社会的処方」という言葉を用い、SDH を抱える住民に対してニーズに応じながら保健・医療・介護・福祉支援、地域における生活を支えるインフラや、地域住民とのつながりなど地域で暮らすための環境を整えることが医療者に求められていると言及する(西岡・長嶺 2021: 39)。

しかし先述にもあるように、2021 年の現在においても、医療という文脈で SDH という言葉自体広まっておらず(武田 2021: 20)、健康格差や SDH への取り組みは一部の有志にしか関心が寄せられてこなかった(丸山 2021: 56)。その理由として、国民皆保険と皆年金制度があることで格差は小さいと信じられてきたこと(近藤 2011: 550)、また日本の医療は第 2 次世界大戦以降、アメリカ型の医療と商業化の影響を受けたことで、プライマリ・ヘルスケアという視点での医療(住民主体で構築する医療)が軽視され、高度医療による医療ヒエラルキーが強く形成されたためと言われている(丸山 2021: 57)。

⁷モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会・モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会「医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版」

社会的排除⁸を被る層にホームレス状態にある人が挙げられる。彼ら/彼女らは、健康格差を生じやすい状態に置かされている。2020年3月以降、新型コロナウイルスの影響によりホームレス状態にある人の数は急増しており、若年層の男性や女性などが増えていることが民間団体により報告されている⁹。1990年代よりホームレス支援に携わる稲葉剛は、社会から孤立した状態で福祉行政や民間団体の支援につなげられない人を「見えない人」¹⁰と称し、その数が増えていることを危惧する（稲葉 2020: 5）。加えて「見えない人」になる理由を、貧困になった自分を自己責任論に帰結して考えるため、助けを求めることに抵抗を感じているからだと述べる（稲葉 2020: 8）。

Jock Young（ジョック・ヤング）は、自己責任という考えた方が強まった背景について、第2次世界大戦以降、完全雇用が達成されたことで、人々を社会に包摂できた包摂型社会から、経済活動の効率化と経済危機による正規雇用市場の縮小と非正規雇用市場の拡大が、分離と排除を増長させ排除型社会へと移行したことが影響を及ぼしていると述べる。経済が不安定にある状態は人々の欲求不満を高まらせ、その鬱憤は、逸脱した人に向けられ不寛容になり、厳罰を持って処すべきという考えが広まったという（ヤング 1999=[2007]2010）。

自立や労働の価値が尊ばれてきた日本社会においても、貧困状態に陥ること自体が自己責任として差別や非難の対象とされ、生活保護利用の選択にまで影響を及ぼしてい

⁸ 社会的排除とは1980年代以降、フランスやイギリスなどのヨーロッパ諸国で、長期失業、不安定就労、若年層雇用問題、移民の増加などに伴い貧困問題が深刻化したことで広がった概念であり、物質的・金銭的欠如のみならず、様々な社会サービスから排除され、社会の周縁に追いやられてしまう状態を指している（福原 2007: 11）。

⁹ 「NPO 法人世界の医療団」の報告によると、2021年11月24日の炊き出しに並んだ人の数は471人に達し、過去最多を記録している（世界の医療団@MDM-JP ツイッター 2021年11月27日）。

¹⁰ 「見えない人」という言葉は、是枝裕和監督の映画『万引き家族』がパルムドール賞を受けた第71回カンヌ映画祭において、審査員長が「Invisible People（見えない人々）に光をあてる作品が多かった」と述べた言葉を引用したと述べている（稲葉 2020: 4）。このような「見えない人」とされてしまう人が存在することを、筆者らは知らないだけで、実際には多く存在していると考えられる。

る。「福祉の世話にはならない」とは支援現場でもよく聞かれる言葉だが、その表現自体が自らを社会システムから排除していく様を表している（藤村 2010: 11）。また貧困に陥る理由が、教育や就労機会の乏しさから生じていることが明らかにされても、世間一般からは努力不足や怠慢、または好きで選択したという認識が根強いと言われている（斎藤・近藤 2010: 167）。

Ruth Lister（ルース・リスター）は、力の強い非貧困者がいかにして貧困状態にある人を「他者化」していくのか、社会的に距離を置き、救済する価値がない者として捉えていくのかを説明し（リスター2004=2011: 146-152）、そのような周囲の人のネガティブな視線やスティグマを経験することで、「他者化」された人は屈辱・恥辱という感情を抱き、自身のアイデンティティをも否定しはじめスティグマを内在化することを指摘する（リスター2004=2011: 172-176）¹¹。また精神科医の松本俊彦は、SOSを発信できない理由の一つにトラウマをあげ、その影響で人に依存できなくなっている可能性を指摘する（松本 2019: 67）。家庭や学校、職場、地域生活の中で受けたトラウマ的な経験はこころの傷となり、本人が語らない（語れない）状況を引き起こし（野坂 2019: 4）、周囲に気づかれず「見えない人」にされている可能性は否めない。

ここで再度 SDH について考えてみる。SDH の枠組みとは、今まで個人の特性や行動が病気の主な原因であり、それが唯一の原因であるという医学モデルに基づいた考え方に疑問を投げかけたものである。よって SDH では、構造的な要因から生じる社会的プロセスが、健康や疾病の結果をもたらすことを強調している（Hordyk et al.2015: 74; Solar & Irwin2010）。構造的な要因とは、患者「その人」を取り巻く、社会・地域ネットワーク、生活・労働環境、雇用、収入、教育、農業・食物・生産、衛生環境、医療体制、住

¹¹リスターは、貧困者が集うワークショップに参加した人の自己評価を以下のように紹介している。「自分がタマネギになったようで、少しずつ、全部の皮を剥がされて、最後にはなにも残らなくなる。自分自身についての評価と感覚がすべてなくなってしまう。——自分がなんの値打ちもないように思えてきて、やがて家族もそんな風に感じるようになる」（リスター2004=2011: 195）。ホームレス研究の中には、ホームレス状態にある中年男性を自立した勇ましい人のように描く人もいる。しかし筆者が経験した支援現場では、そのような人であっても自身を卑下するような言動をする人は多く、無意識のうちにスティグマを内在化させている可能性は否めない。

居、さらにこれらを取り巻くその国・地域の社会経済状況や文化、環境などが挙げられているが（Göran & Whitehead 1991: 11）、大阪・西成地区の子ども支援を調査した現象学者の村上靖彦は、何かしらの障壁をもち助けを求めたいと考えている子どもは、SOSとして表現する前の段階で甘えるような行動を示すことを指摘し、その甘えを受け止める支援者側の度量がないと、SOSに気付けないことを指摘する（村上 2021: 206-226）。つまり「見えない人」とされている人のSOS、すなわち「声」に気づけるか気づけないかは、支援者・医療者側の姿勢・態度にも影響されており、私たち医療者も、「見えない人」とされてしまう人を取り巻く構造の中に組み込まれ、彼ら/彼女らの健康を決定する要因の一部なのである。

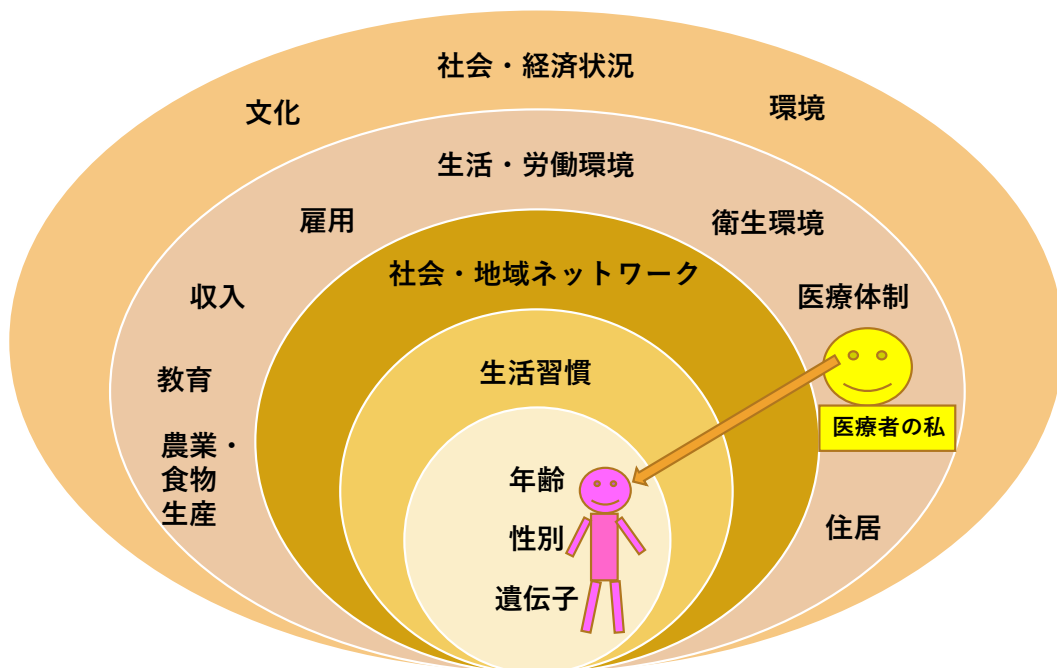


図1:健康の主な決定要因

Göran, Dahlgren and Margaret Whitehead, 1991, "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health," Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe: 11. より一部改変

ここで「公平性」と「社会的公正」という用語について確認する。「公平性」という言葉は、1980年代、WHO 欧州地域の加盟国により取り上げられた概念であり、「健康における公平性」とは、すべての人が健康の可能性を最大限に発揮する機会を公平に持つべきであり、この可能性を達成するために不利益を被ってはならないことを表している。

この場合、個人の力で変えることが難しい生物学的な変化や生活習慣などは含まず、個人の力では変えることが難しい構造的な問題のために健康を保つことが難しい場合、そこには「公平性がない」として捉える（Whitehead1991; 3-7）。加えて「社会的公正」とは、健康格差をもたらす社会的・経済的状況を最小限に抑えることである。貧困や不十分な教育、健康保険の未加入、医療の利用制限などが、疾病や障害、死亡率の増加につながる可能性があることを理解するだけでなく、大きな力や影響力を持つ人が、個人の人権的権利を否定することは避けるべきであるとし¹²、さらに医療者には、人々が健康でいられる条件を確保するための行動を起こすことが求められている（Dilworth-Anderson et al.2012: 26-27）。

武田は、平等・公平性・公正について以下の図をもとに説明する¹³。

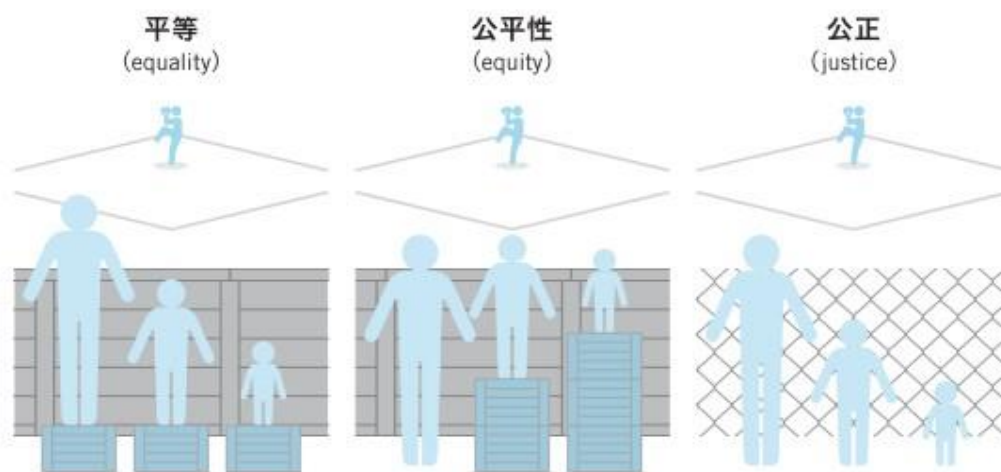


図 1-1-2 | 「平等」「公平性」「公正」について考えるための図

図 2：平等・公平性・公正の説明によく用いられるもの
 武田裕子著：格差時代の医療と社会的処方, p10,2021,
 日本看護協会出版会 より転載

¹² その理由として特定のグループに対してスティグマやステレオタイプ化をもたらす可能性が指摘されている（Dilworth-Anderson et al.2012: 27）。

¹³ 日本看護協会出版会と武田裕子氏に許可を得て転載

1) 塀があるために野球観戦ができない人たちに、一つずつ足台を渡すことは「平等」である。しかしニーズにそぐわない足台では野球観戦ができないという状態は変わらない人が生じる。

2) それぞれの社会・文化的状況に合わせて足台を配布することで、誰もが野球観戦ができるようになることが「公平性」である。

3) さらに目の前にある塀が取り払われると、足台などなくても誰もが野球観戦ができる。このような社会環境がつけられることが「公正」であると説明する（武田 2021: 10）。

武田は、地域の役割のみならず、社会的な排除や社会的公正など、患者「その人」を取り巻く社会構造がどのように関与しているのかという大きな視点で SDH を捉えることの重要性を説き、社会的公正を達成するためには何が必要か、さらにこれらの達成を阻害する社会的構造とは何かを考える重要性を言及する（武田 2021: 10,22）¹⁴。しかし、医療者自身も社会・経済的状況や文化的規範のなかで生きているため、そもそもどのような社会構造が成り立っているのか、図 2 にあるように、野球観戦を妨げる塀が何なのか認識できていない可能性があるのではないだろうか。

このように医療者自身にも影響を及ぼす社会構造という塀を前にして、医療者は、SDH の視座をもつことができるのだろうか。公平性や社会的公正の達成を妨げる塀とはどのようなものなのか。私たち医療者は、その塀の正体に気が付き、「見えない人」とされてしまいホームレス状態にある人の「声」が「聞こえてくる」ようになるのだろうか。

¹⁴ このような社会的公正や SDH の視点について学ぶことは、アメリカの医療者教育において義務付けられている。例えば看護の文脈で例を挙げると、Florence Nightingale（フローレンス・ナイチンゲール）の著作の多くは、社会問題が健康に影響を与えることを考慮する必要性が述べられており、その思想は看護教育に受け継がれている。さらに保健・医療・福祉サービスを受けられず、社会的・経済的に不利な立場にあるために健康格差を経験している人について研究することは強く推奨されており、医療者としてこの問題を追及することの重要性が認識されている（Hines-Martin & Nash 2017: 1-2）。

第3節 調査地概要と研究目的

このような問題意識を持ちながら、東京・池袋で実践されるホームレス支援、ハウジングファースト東京プロジェクトのボランティア看護師として、筆者は2013年よりホームレス状態にある人と関わるようになる。

ホームレス支援を実践する民間団体は、東京都内に複数存在するが、その支援内容や理念は地域によりさまざまである。筆者が参加した池袋のホームレス支援活動のはじまりは、1999年の年末からであり、現在は、ハウジングファースト東京プロジェクトという名のもとで、七団体が連携する形でホームレス状態にある人を支える支援を展開している。この調査地の特徴は、創始者の一人が精神科医であり、初期の頃より医療相談会を立ち上げ、2000年代中頃には、何かしらの障害を抱えた人がホームレス状態になっていることに気付き、既存の支援方法では再路上化を繰り返す人を対象にした支援を構築していったことである。

2010年には、障害のあるホームレス状態にある人がアパート（地域）で生活できるための支援として「東京プロジェクト」を立ち上げ、炊き出しとアウトリーチ活動、シェルター運営を担う「特定非営利活動法人 TENOHASI」、全体のコーディネート役をし、アドボカシー活動と医療・生活相談を取りまとめる「認定NPO法人世界の医療団」、居場所づくりや当事者研究またグループホームを運営する「コミュニティホームべてぶくろ」の三団体にてプロジェクトを開始した。その後は、欧米諸国で実践される公的政策ハウジングファーストを導入し、2013年には「訪問看護ステーション KAZOC」¹⁵を設立した。2014年には住宅支援と居場所づくり、アドボカシー活動をする「一般社団法人つくろい東京ファンド」、2016年には内科・精神科の「ゆうりんクリニック」、2017年には住宅支援の中でも、修繕、清掃、見守りを行う「ハビタット・フォー・ヒューマニ

¹⁵ 2021年8月、訪問看護ステーション KAZOC は譲渡され、ハウジングファースト東京プロジェクトからは脱退した。現在は、元職員が引き継いだ新しい名称の訪問看護ステーションがプロジェクトに新たに加わり、またゆうりんクリニックも一部を引き継ぎ、活動を継続している（2021年12月17日フィールドノーツより）。

ティ」の4団体がプロジェクトに参加した。2016年には名称を「ハウジングファースト東京プロジェクト」に改め、活動を継続している（武田ほか 2021: 213-214）¹⁶。

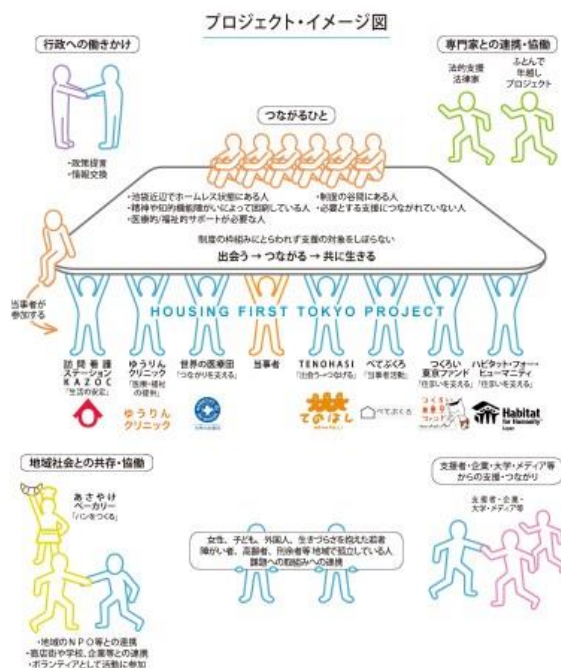


図3：ハウジングファースト東京プロジェクトイメージ図
世界の医療団 ハウジングファースト東京プロジェクト—ホームレス状態の人々の精神と生活向上プロジェクトより許可を得て転載
(<https://www.mdm.or.jp/project/103/> より入手)

筆者は、世界の医療団や TENOHASI が主催するアウトリーチ活動としての医療相談会や夜回りに参加し、ホームレス状態にある人の中に、支援を拒む人や、支援に結びついていてもその後失踪する人に出会う経験をする。それは何故なのかと考える一方で、支援困難と言われていたにもかかわらず、ハウジングファースト東京プロジェクトに参加する複数の団体の支援を受けながら、アパートやグループホームに住み、地域社会のなか

¹⁶ 認定 NPO 法人世界の医療団「ハウジングファースト東京プロジェクト—ホームレス状態の人々の精神と生活向上プロジェクト」、特定非営利活動法人 TENOHASI

「TENOHASI のあゆみ」

¹⁷ 世界の医療団事務局の許可を得て転載

で暮らす人がいることを知る。何が起きているのだろうか、どのような医療を提供し、医療者はどのように関わっているのか疑問を抱いた。

そこでハウジングファースト東京プロジェクトに参加する、ゆうりんクリニックと訪問看護ステーション KAZOC の医療支援の実際を人類学的に調査することで、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人に対しての医療・医療者のあり方を探求できるのではないかと考えた。よって本研究においては、支援困難と呼ばれたホームレス状態にある人たちが、ハウジングファースト東京プロジェクトに参加する団体の支援を受けながらアパートやグループホームで暮らしている事実に着目し、人類学的調査により以下の項目を検討していくこととした。

1) 支援困難と呼ばれるホームレス状態にある人が、支援につなげられない障壁を検討する。

2) 1) のような人を支援する際の、支援者・医療者側の課題を検討する。

3) 1) のような人に対してどのような医療支援を実践しているのか記述する。

4) ハウジングファースト東京プロジェクトにかかわる中で、医療者自身にどのような変化があったのか検討する。

以上4つの項目を検討したうえで、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」を考察することを本論文の研究目的とする。

第4節 研究方法

研究方法はエスノグラフィーとし、そのなかでも医療人類学者の道信良子が開発したヘルス・エスノグラフィーを援用する。ヘルス・エスノグラフィーとは、医療人類学の方法論の一つであり、システム論とナラティブを理論的な基盤とし、「医療」を軸にしなが保健・医療・福祉現場において焦点化したエスノグラフィーを実践する方法である。その特徴として調査した内容を相対主義の立場で記述するだけでなく、最終的に調査地および医療の現場に貢献することを目的としており、医療人類学における応用研究に該当すると考える（道信 2012: 15-16; 道信 2019）。筆者は、ヘルス・エスノグラフィーを援用しながら、参与観察した内容を社会構成主義に立脚し検討することとする¹⁸。

¹⁸ 研究方法論の詳細については、第2章第5節で説明する。

エスノグラフィーとは、人類学において未開の地の解明を目的に発展してきた方法論の一つである（古賀 2008: 153）。人類学が一つの学問領域として、かたちをなしたのは 19 世紀後半であり、この当時の人類学者は現地に出向くことなく、探検家やキリスト教宣教師、商人などから情報を得て、研究を行っていた。実際に現地に行き、長期の調査を行う人類学者が現れたのは、20 世紀に入ってからであり（石田ほか 2019: 7-8）、長期間、現地の先住民族社会に溶け込み、その文化をありのまま解釈しないで観察するという方法は、後に参与観察という調査手法として定着していく（実松 2017: 33）。また社会学において、1920 年代から 30 年代にかけて、シカゴ学派社会学の研究者を中心に、自国における日常生活のなかで経験する世界を描く質的研究の重要性が述べられ、参与観察型のフィールドワークが実践されるようになる（デンジン&リンカン 2000=[2006]2008: 1; 佐藤[1992]2005: 23-24）。しかし次第に、社会科学の世界においても実証主義に立脚した研究が台頭しはじめ、フィールドワーク調査において客観性や数値データが求められるようになる。さらにフィールドワークにおいて重視される、主観的な意味世界は軽視されるようになってしまった（佐藤[1992]2005: 25）。

このような状況に変化が生じたのは、1970 年代後半に入ってからである。実証主義的アプローチに対して異議申し立てがされるようになり、質的研究そのものを再評価する潮流が起きた（佐藤[1992]2005: 26-27）。そして人類学者の Clifford Geertz（クリフォード・ギアツ）は、人間のことを「自分自身がはりめぐらした意味の網の中にかかっている動物である」とし、網の目の中に埋もれたテキストの背景（文脈）を読み解き、解釈する行為そのものがエスノグラフィーであると示した（ギアツ 1973=1987: 6; 実松 2017: 36）¹⁹。1980 年代に入ると、Alfred Schütz（アルフレッド・シュッツ）の現象学的社会学や Peter Ludwig Berger（ピーター・ラドウィグ・バーガー）と Thomas

¹⁹ 吉田竹也はギアツの議論のことを、「サイパネティクスに由来する意味論、構造機能主義的な社会構造論、これら両者にまたがるシステム概念、人々の社会的活動の意味を理解しようとする解釈学的アプローチといった、異なる理論的背景のもとに形成されたものであり、これら相互に異質なパラダイムの間にある緊張関係を潜在的にはらんだものだったといえる」とし、ギアツ自身が文化システム理論の限界を認識し、個別社会の実例の文脈を解釈し記述するというアプローチへ向かわせる契機となったという（吉田 1992: 33）。

Luckmann（トーマス・ルックマン）の社会構成主義としての解釈的アプローチが台頭し（古賀 2008: 8）、構築主義的エスノグラフィーという現場の人と協働して展開していく方法論が誕生した（古賀 2008: 159）。さらに 20 世紀の終わりには、人類学自体の脱構築が起きたと言われ、文化の統一理論を目指した研究はあまり実践されなくなり、代わりにマイノリティ、ジェンダー、フェミニズム、辺境と越境、セラピー、癒し、語り、ライフヒストリーなどをキーワードとする研究が注目されるようになる（実松 2017: 36）²⁰。

このようにエスノグラフィーは時代と共に領域もフィールドも多岐に広がり、ヘルス・エスノグラフィーもその流れのなかで開発されたものであると考える。その詳細は第 2 章第 5 節で説明するが、エスノグラフィーにおいて常に問われていることは、「他者の生活世界がどのようなものか、他者がどのような意味世界に生きているのかを描くこと。」（箕浦[1999]2000: 2）である。その時に問われることが調査者のポジショナリティであり、次節にて説明していく。

第 5 節 調査手法と筆者のポジショナリティ、倫理的配慮

エスノグラフィーの調査手法の基本は参与観察であり（小田[2010]2015: 7）、広義の参与観察には、5 つの調査手法、①社会生活への参加、②対象社会の生活の直接聞き取り、③社会生活に関する聞き取り、④文書資料や文物の収集と分析、⑤出来事や物事に関する感想や意味づけについてのインタビューという、5 つの調査手法が含まれている（小田[2010]2015: 161）。また観察する際の研究者の立ち位置について、観察者の立場は、①完全な参加者としての観察、②完全な観察者としての観察、③参与観察者としての観察、の 3 つに分けられ、研究者としての位置取りを定めていくと言われている（波平[2005]2016: 32-33）。

先述にもあるが、筆者は 2013 年 6 月より、ボランティア看護師として調査地の活動にかかわりはじめている。当初は、炊き出し会場で行われる月 2 回の医療相談会と、週一で開催されるアウトリーチ活動としての夜回りに参加していた。その活動のなかで出会

²⁰ 現在では、教育学、心理学、マーケティングなどの分野でも採用されるようになり、研究対象を観察する期間も短く、調査する範囲も限定するなど、その方法も多岐に渡る（波平「[2005]2016: 25-27」）。

うホームレス状態にある人が、「自業自得だから」「自分なんかは支援を受ける権利を持っていない」「もう少し頑張りたい」などといい、福祉支援や医療支援を拒むことが多いことに気が付き、それは何故なのか明らかにしたいと考えていた。2014年8月には、プロジェクトの全体コーディネーター役の社会福祉士と共に行動し、またシェルター訪問や日中活動に参加し、プロジェクトの全体像を掴もうとした。その当時は、①完全な参加者としての観察と、③参与観察者としての観察の立場が混合した状態で参与観察をしていたが、ボランティア看護師として活動する時間が長かったため、①完全な参加者としての観察の立場の比重が高かったと考える。

このような立場でホームレス状態にある人と関わる中で、次第に個人情報を守秘義務する医療者としての立場と、参与観察で得たデータを研究で取り扱うという研究者としての立場に葛藤を感じるようになる。このままでは倫理の境界線が曖昧になると考えた末、①完全な参加者としての観察の立場で調査を続行するのは難しいと考え、2017年4月からは、ボランティア看護師としての活動に距離を置くことにした。そしてより③参与観察者としての観察者という立場に立ち位置を変え、調査者として現場に入ることになる。2017年4月からは、水曜日を主にして、内科・精神科ゆうりんクリニックと訪問看護ステーション KAZOC の参与観察を行うようになる。ここで働く医療者たちの多くは、欧米諸国で実践されているハウジングファーストとオープンダイアログの理念を大切にしていた。この二つについての詳細は後述するが、ゆうりんクリニックの日常や精神科外来の診察、また看護師と精神保健福祉士による家庭訪問と、訪問看護ステーション KAZOC の訪問看護や新人研修の参与観察を行った。

調査以外でも、2016年3月には、ハウジングファーストの研修の通訳者として、ハウジングファースト東京プロジェクトのコーディネーターらと共にフランス・パリとマルセイユを訪問し、ハウジングファースト型支援の実際を見学してきた。また2017年10月には、クリニックと訪問看護ステーションのスタッフたちと共にフィンランドに行き、オープンダイアログの実際を見学することで、スタッフたちが大切にしている理念を共有した。その後も彼ら/彼女らが主催するオープンダイアログのセミナー等に参加して共に学びを深めていった。筆者の立場は「参与観察する観察者」ではあったが、

フィールド以外でもスタッフたちと交流を持ち、その経験は筆者の考え方にも影響を及ぼしたと考える²¹。それは後述にもあるが、筆者自身の、眼差しの変化に影響を与えた。

文化人類学者の桑山敬巳は、人類学的世界観の基本は文化相対主義であるとし、ただ他者の文化について論じるだけではなく、他者との関係性のなかで生じる自分自身の感情について考える学問であるという（桑山[2018]2019: 3）。人類学的研究を実践するということは、参与観察した内容を記述する筆者は何者なのか、なぜその部分を切り取って記述するのか、それをどのように記述するのかなど、調査者自身について内省することが求められる（藤田・北村 2013: 31）。筆者の職業は看護師であり医療の実践家である。今回ヘルス・エスノグラフィーを援用して医療現場をフィールドワークするということは、ネイティブ・エスノグラフィーを援用しているとも言える。ネイティブがネイティブを調査するのは、言語上の問題がなくフィールドに入りやすく信頼関係を築くのが容易と言われる一方で、調査する側とされる側の距離が近いため、客観性を保ちにくいと指摘されている。また完全ネイティブ型の民族誌（書く者・描かれる者・読む者すべてがネイティブ）の場合、文化的背景が異なる読み手には意味が伝わりづらくなると言われている（桑山 2008: 8-10; 藤田・北村 2013: 70）。筆者はこれらを克服するために文化という網の目のなかに当たり前のものとして組み込まれてしまった医療を相対化することが求められたと同時に、筆者自身のポジショナリティについて幾度となく内省した。文化人類学者の石田慎一郎らはエスノグラフィーのことを以下のように述べている。

人類学者が他者の社会を描き出すときに背負っているのは、彼または彼女の生きる社会の常識や、その時代の支配的な学問的パラダイム、そして個人の思想・信条である。これらの重い荷物を一つずつ整理してゆく過程でようやく浮かび上がってくるのが、目の前にいる（いた）人間としての他者の姿と、見聞きしたことを分析

²¹ 本研究では、フィールド以外で得た知見について論じることはないが、筆者が実際に「書く」作業の際に、大きな影響を与えたと考えるため記しておく。特に滝野功が主催するオープンダイアログ/反想法/フォーラムシアターのセミナーと、伊藤裕子・小島かほる・三ツ井直子が主催する「小さなリフレクティングの会」での体験による影響は大きく多くの示唆を得た。

するもうひとりの人間としての自分自身の姿である。この意味で、民族誌は、世界各地の民族あるいは多種多様な人間集団の図鑑などではなく、顔が見える間柄のなかでの文化接触と相互理解（相互反発）、そして各人類学者が自身の思考の限界と向き合った文化相対主義との奮闘の軌跡が描かれているものである（石田ほか 2019: 5）

得られたデータをどのように解釈し、どのように記述するのか、幾度となく作業仮説を立て直しながら再調査をし、文献を読み直したうえで、最終的に本論文にたどり着いている。

倫理的配慮として、横浜国立大学非医学系研究倫理専門委員会に承認を受けた（承認番号：非医-2018-24）。また支援団体名は、プロジェクトメンバーらと相談のうえ、すべて公表することにした。個人名についても公表する許可は下りていたが、筆者の判断ですべて仮名にした²²。また事例を紹介する際は、クリニック利用者などの個人が特定されないよう、フィールドノーツの日にちを年と月のみ記載した。さらに記述したものは、関わった人に確認してもらい公表する承認を得た。最後にインタビューに協力してくれた人は以下の通りである。また著者自身のことは高桑と記し、著者の心の「声」は《》して斜字体で表記した。

なべさん	元ホームレス状態にあった人	2017年9月4日
大間さん	看護師	2017年9月30日
大阪さん	内科医師	2019年5月22日
観音崎さんと豊原さん	看護師と精神保健福祉士	2019年5月21日
富永さん	作業療法士/KAZOC 所長	2019年9月24日
佐藤さん	精神科医/プロジェクト創始者	2020年6月17日

²² 一名の方は、呼び名をそのまま使用して欲しいという願いがあったため、仮名を使用していない。

第6節 論文の構成

本研究では、「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人と、彼ら/彼女らと関わる医療者たちの二者間の関係性を、医療者—患者「その人」関係に置き換えながら論を展開している。

第1章では、ホームレス状態にある人が、日本ではどのように語られてきたのかという視座のもと、言葉の定義、行政による調査と現状、医療・精神医療、社会学、社会福祉学の文脈で先行研究を概観し、そのうえで欧米諸国において公的支援として採用され、調査地で実践されるハウジングファーストの議論を確認したことで、日本の医療という文脈でホームレス状態にある人について積極的に議論されなかった要因を浮き彫りにしたうえで、先行研究における課題を明らかにした。

第2章では、ハウジングファーストで求められる Consumer Driving（患者「その人」主体）の姿勢についてどのように議論されてきたのか整理するために、「医療者主体の医療」から「患者『その人』主体の医療」への軌跡を確認した。それらを踏まえて、医療人類学者・精神医学者の Arthur Kleinman（アーサー・クラインマン）が言及した患者「その人」の説明モデルを解釈する際に生じる医療者側の課題（スティグマ、権力格差、感情管理）について整理した。そのうえで調査地において実践されるオープンダイアログとリフレクティングについて整理し、加えて、信念対立を俯瞰し、不確実性に耐える一つの方法として異文化感受性発達モデル (Developmental Model of Intercultural Sensitivity) について確認し、先行研究における課題を明らかにした。最後に、医療人類学における筆者のポジショナリティと研究方法論の視座について明確にし、本研究における目指すべき方向性を示した。

第3章では、生活保護制度を利用しては失踪を繰り返し、支援困難層と言われていた一人のホームレス状態にある人の「声」をもとに、「見えない人」となっていく過程を記述し、なぜ支援につながらなかったのか検討した。

第4章では、調査地のホームレス支援活動の創始者の一人である医療者・精神科医の「声」をもとに、なぜ現在のような支援方法が構築されたのか、それに伴う支援者・医療者側の葛藤や課題と、その時代ごとの社会背景と照らし合わせながら、支援者・医療者側の課題を検討した。

第5章では、訪問看護ステーション KAZOC に勤めはじめた医療者・看護師の「声」をもとに、彼女が、ホームレス支援に携わるようになり、ホームレス状態にある人に向

ける眼差しが変化していった過程を、異文化感受性発達モデルを用いて分析した。

第6章では、訪問看護ステーション KAZOC の所長、富永の「声」をもとに、富永の視点から KAZOC 設立背景とその特徴について記述し、KAZOC が実践するハウジングファースト型支援について検討した。

第7章では、ゆうりんクリニックが設立された背景を、医療者・内科医の「声」をもとに確認したうえで、クリニックにおける日常や診察風景など、筆者が参与観察した内容を記述し、オープンダイアログ・リフレクティングという思想がもたらす可能性を検討した。

第8章では、筆者の訪問同行での経験と、オープンダイアログを実践する三人の医療者たちの「声」をもとに、オープンダイアログを実践することでどのような変化が生じたのか、そのプロセスを検討した。

終章では、今までの議論を整理しながら、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」について考察した。最後に本研究の意義と、研究の限界と課題について述べた。

第7節 言葉の定義

ホームレス支援：

ホームレス状態にある人を支援する活動

医療人類学的研究：

本研究では、道信が開発したヘルス・エスノグラフィーを援用しており、医療人類学の中でも応用研究に立脚している。詳細は、第2章第5節で記しているが、医療人類学の定義は、それぞれの研究者が背負う背景が異なることで、目指すべき視点に差異が生じていると考える。医療人類学者の池田瑞穂は、医療人類学の辞書的定義として「健康と病気を対象とした人類学的研究を医療人類学と呼ぶ」（池田[2007]2014: 1）と記している。そのうえで医療人類学とは、「人類学・社会学の民族誌学的方法、第二次世界大戦後に本格化する国際的な医療援助の現場、臨床現場における人間行動の微細な観察の蓄積などを背景に、長い時間かけて形成された」（池田[2007]2014: 3）と説明する。

筆者はこの三つの中でも特に、「臨床現場における人間行動の微細な観察」に焦点を当てていると言えるだろう。それも医療者の言動や行動に着目することで、患者「その人」（本研究ではホームレス状態にある人）が語れなかった、また彼ら/彼女らが語った

としても、医療者が聞くことができなかつた要因を浮き彫りにしようと試みている。つまり人類学が常に志してきた沈黙をさせられる人、容易に語る事が困難な人の「声」を（北中 2019: 14）直接翻訳するのではなく、彼ら/彼女らと関わる医療者側の「声」を手掛かりにして、ホームレス状態にある人の「声」を聞くことができない要因と、その「声」が聞こえるようになる方法を人類学的アプローチにより明らかにすることを目指しているのである。そうすることで、最終的には医療人類学者の北中淳子が指摘したような人の「声」が聞こえるようになり、翻訳できるようになると考えている。

先述の道信は、人類学は人間理解を目的とすることを指すのに対し、彼女の考える医療人類学の目的は、「人びとの健康と幸福に結びつくことをめざす」（道信 2016: 553）と述べている。道信が新しい方法論を開発した理由は、医療人類学の文脈で、医学や医療をテーマにした人間理解を深める人類学は発展したが、実践に結びつく医療人類学の展開は十分ではないからであり、筆者は、その領域に貢献することを指す。

ここで改めて筆者が本研究において考える「医療人類学的研究」について定義する。本論文における「医療人類学的研究」とは、医療・看護実践者であり人類学的視座（目の前で起きている事象を社会・文化・政治経済・歴史的背景を鑑みながら網の目の中に埋め込まれた文脈を解体しつつ解釈する視座）をもつ研究者が、医療にまつわる現場を人類学的アプローチにより調査を行い、医療者と医療者と関わるホームレス状態にある人双方の考えや行動を、人類学的視座を駆使しながら検討することである。それは同時に研究者自身が観察し解釈する眼差しまでも批判的に省察し、自身の思考の限界に挑みながら、最終的には、医療現場に貢献できるようなことを解明し、提示していく試みである。

医療者：

基本的には医師、看護師、准看護師、保健師のことを指す。その他の医療職、例えばチーム医療推進協議会²³が提示する職種にも該当すると考えられるが、本研究においては、医師と、医師と同じように自然科学的態度で患者「その人」を見る習慣が沈殿していると言われている看護師ら（榊原 2017: 11）を対象にして論じていく。

²³ チーム医療推進協議会「チーム医療を詳しく知る」

眼差し：

それぞれの国・地域の社会・経済・政治的状況や文化的規範などの影響を受けながら、一人の人間の価値基準や認識の枠組みがつくられると考え、その状態を「眼差し」という言葉で表現する。パラダイムと呼ぶこともある。

「声」：

「その人」が話すこと、ナラティブ、説明モデルは、本研究においては同義語として取り扱う。

「聞こえてくる方法」：

方法とは、技法を表すのではなく、医療者にテクニックを示して努力を強いるものでもない。「聞こえてくる方法」とは、「聞く」の能動態でも受動態でもなく、國分巧一郎が示す中動態の世界観に近い意味合いで使用する。國分は古代ギリシャの時代、中動態という概念があったことを説明する。中動態とは、自分自身の中から湧き上がる情動に基づいて起こす行為であり、自分の意志で実行するという能動的なものと対立する形で使用されていた（受動態は中動態の一部だった）。よって本研究においては、「聞こえてくる方法」を、無理しなくても自然と「声」が聞こえてくる様子を表すこととする（國分 2017）。

医療：

広義の医療とも呼び、医療・保健・（福祉）を含む医療を指す。（福祉）とした理由は、本研究においては、福祉的な視座まで十分に検討できていないからである。

精神医療：

精神保健・メンタルヘルスのことを指す。

医学モデルと社会モデル：

医学モデルまたは個人モデルとも呼ばれるが、問題とされることは個人因子が原因であるとみなし、その問題とされることを除去・改善することを前提に医療者が関わる姿勢を指す。問題解決思考型とも呼ばれ、本研究においては、トリートメントファースト、ステップアップ方式と同義語として取り扱う。

社会モデルでは、問題とされることを、「その人」を取り巻く社会構造に課題があるとみなし、その環境を整えることに焦点をおく。本研究においては、序章の SDH と同義語として取り扱う。

障害：

社会モデルの立場で障害を捉えることを前提に、社会にある障壁（障害）という意味も含めて、障がい・障碍ではなく、障害という言葉を用いる。

ホームレス状態にある人：

ホームレス状態にある人とは、狭義の「ホームレス」ではなく、広義の「ホームレス」のことを指している。詳細は第1章を参照されたい。なお、本研究では、「ホームレス状態にある人々」のことを「ホームレス状態にある人」と表現する。

患者「その人」：

医療者と関わる相手を指す言葉であり、医師－患者関係の文脈で用いられる。一般的には、患者、対象者、クライアント、当事者などと表記される。ホームレス研究の文脈では、当事者と用いられることが一般的である。しかし本研究では、「医療者も当事者である」と考えるため、患者＝当事者という表現は妥当ではないと考えた。また今まで筆者が書いた論文では、患者＝対象者と記していたが、オープンダイアログの世界観において、医療を提供する相手を「対象」として捉えないことが言及されていることを確認し、そのため、「その人」と表記することを考えた。しかし、「医師－患者関係」で先行研究を整理する際、医師（医療者）－「その人」関係と表記すると分かりにくいいため、基本的には患者「その人」で統一することとした。一部、患者と表記するのが適切でないと思われる文脈では、「その人」と表記している。

患者「その人」主体：

ハウジングファーストで言及される Consumer Driving は一般的には当事者主体と表記されることが多い。しかし本研究においては、上記の患者「その人」に合わせて、患者「その人」主体と表現する。患者と表記するのが適切でないと思われる文脈においては、「その人」主体と表記する。

先入観（バイアス）や偏見とスティグマ：

先入観（バイアス）や偏見を抱くことから、スティグマが付与されていくと考えるが、その境界線は曖昧であり地続きにつながっていると考えるため、本研究においては同じような意味として取り扱う。

支援：

支援とは「窮地に立たされている（困難を乗り越えて目的を達成しようとする）人などを援助すること」（山田ほか[1972]2017: 611）という意味がある。援助とは「（じり貧状態にあったり、挫折しかかっていたりする当事者に対して）プラスの方向に向かうように力を貸すこと（山田ほか[1972]2017: 159）という意味がある。藤井克彦・田巻松雄は、名古屋・笹島でのホームレス支援活動を通じて、支援する側/支援される側という構図のなかで、支援者であった自身の立場を反省的に検討している。その経験のうえで「目指すべき支援とは、支援される受け手の主体性を増大させるとともに、支援する側の人間を成長させ、そして両者の連帯に基づいて、社会の矛盾や不正の構造を変えていく活動です」（藤井・田巻 2004: 222）と述べている。これは看護の文脈から考えると「ケアリング」に近い。ケアリングとは、日本看護協会の用語解説によると以下のように記されている。

- 対象者との相互的な関係性、関わり合い
- 対象者の尊厳を守り大切にしようとする看護職の理想
- 理念・倫理的態度
- 気づかいや配慮

が看護職の援助行動に示され、対象者に伝わり、それが対象者にとって何らかの意味（安らかさ、癒し、内省の促し、成長発達、危険の回避、健康状態の改善等）をもつという意味合いを含む。また、ケアされる人とケアする人の双方の人間の成長をもたらすことが強調されている用語である²⁴

よって本研究では、一方通行に支援するという意味合いではなく、「支援することは支援されている」という相互に影響し合うものという前提に立ち、支援という言葉を用いる。なお本研究においては、ケアについての議論にまで至っていない。その理由として、現在の「ケア」に影響を及ぼしている「医療」という文脈で、本研究の問いを整理することが先決だと考えたからである。ケアについては、医療人類学者の浮ヶ谷幸代

²⁴ 日本看護協会「看護にかかわる主要な用語の解説——概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈」

(浮ヶ谷 2009, 2015) や社会学者の三井さよ (三井 2004, 2018) が筆者の関心に近い論考を発表している。彼女らの議論を手掛かりにケアについて深めていくのは今後の課題とする。

健康：

健康とは、WHO の健康の定義²⁵にあるように「病気ではないとか、弱っていない」ということだけでなく、身体・精神・社会的にもある程度調和がとれた状態のことを示し、その状態を保つには個人の努力だけでは実現できないことである。

²⁵ World Health Organization 「About WHO, Governance, Constitution」

第1章 ホームレス状態にある人の現状と医療に関する課題——日本においてホームレス状態にある人はどのように語られてきたのか

日本においても、医療へのアクセスが難しい人の存在が課題として挙げられるようになった。そのような人に対して医療者は、SDHの視点を持つことや、SOSをキャッチする能力が問われている。社会的排除を被るホームレス状態にある人の中には、自己責任という社会規範のなかで生まれるスティグマや、何かしらの原因で生じたトラウマが原因となり、SOSを出せずに「見えない人」とされてしまい、ホームレス状態であり続けている可能性がある。

2021年、社会学者の白波瀬達也は、「ホームレスを『おっちゃん』と考える人は、本当のホームレス問題を知らない」という論考を発表し、ホームレス問題は自分とは関係ないことだと考えている人が多いことを指摘した。その理由として、バブル崩壊後に増加した路上生活者は、建設業に従事する日雇い労働者で中年男性が圧倒的に多く、その時のイメージがいまだ浸透しているからだを指摘する²⁶。しかし実際には、先述にあるように、統計上に出てこないホームレス状態にある人が増加している。しかもその事実は一般的に認知されていない。このように認知されてこなかったがための問題とはどのようなものなのだろうか。

本章では、日本においてホームレス状態にある人がどのように語られてきたのかという視座で整理することで、語られてこなかったがための課題を浮き彫りにし、そのうえで現在のホームレス研究で残されている課題を明らかにする。そのために、日本におけるホームレス状態にある人の現状と、日本と欧米諸国の定義の違いについて確認したうえで、ホームレス状態にある人に関する日本の先行研究として、医療、社会学、社会福祉学という文脈で整理する。次いで欧米諸国で実践される公的政策ハウジングファーストが導入された背景やその内容を確認し、さらに日本において実践されるハウジングファーストを整理することで、本研究の目指すべき視点を明確にする²⁷。

²⁶ 白波瀬達也「ホームレスを『おっちゃん』と考える人は、本当のホームレス問題を知らない」PRESIDENT Online,2021,5,1.

²⁷ ホームレス状態にある人について記述した人類学の論考は、二文字屋（2011）やギル・トム（2011,2013）が挙げられるが、本章では、日本ではどのように語られてきたのかという視座のもと先行研究を整理したため、論文数の少ない人類学については取り

第1節 日本におけるホームレス状態にある人の現状と定義について

厚生労働省が実施する2021年の「ホームレス概数調査」では、3,824人の路上生活者の存在が報告された²⁸。この概数調査は2003年に開始されたが、当時は25,296人の「ホームレス」の人の存在が報告されている²⁹。現在と比較すると約6分の1に減少しており、行政が進める公的支援は一定の効果があったと言えるだろう。しかし、この数値が減少している理由は、「ホームレス」の定義に影響を受けているからである。2002年に成立した「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」では、「ホームレス」の定義を「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者」（厚生労働省:2012）と定めている³⁰。厚生労働省の概数調査において上記の定義を採用しているため、序章で稲葉が指摘したような「見えない人」とされている存在は数えられていないことになる。

「ホームレス」の定義には、狭義と広義の2つの意味合いがある。欧米諸国においてのホームレス状態にある人の定義は、広義の意味合いで用いられ、たとえば「Institute of Global Homelessness」³¹では、

- 住まいがない状態の人
- 一時的に住む場所または危険を回避するための場所にいる人
- 十分な設備が整っていない場所、または安全が確保できない場所にいる人

と定めている（Busch-Geertsema et al. 2016）。また、欧米諸国では慢性的ホームレス状態にある人という概念が浸透しており、United States Department of Housing and Urban Development（HUD）では、慢性的ホームレス状態にある人のことを、

上げていない。しかし、心理学者のEllen Baxter（エレン・バクスター）と人類学者のKim Hopper（キム・ホッパー）は、彼ら/彼女らがホームレス状態になるのは精神障害を抱えているからではなく、様々な権利をはく奪されているからだと言及しており（Baxter & Hopper 1982: 395）、そのような人類学的視座を念頭に置きながら、本章では議論を進めている。

²⁸ 厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果について」

²⁹ 厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査報告書の概要」

³⁰ 厚生労働省「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」

³¹ Institute of Global Homelessness

- 人が住むことを意図していない安全ではない場所、または緊急避難所に住んでいる。かつ
- ホームレス状態になってから、これらの場所のいずれかに 12 ヶ月以上継続して居住している。または過去 3 年間に少なくとも 4 回、ホームレス状態になったことがある。ただし、これらの場所の滞在期間は合わせて 12 ヶ月以上であり、さらにホームレス状態ではない場所に 7 日以上滞在していない場合に限る。

と定めている³²。さらに The National Alliance to End Homelessness では、慢性的なホームレス状態にある人のことを、

- 重度の精神疾患、薬物使用障害、身体障害などの障害を抱えながら、少なくとも 1 年以上、あるいは繰り返しホームレス状態を経験している人

としている³³。このような定義が成立する背景には、欧米諸国においてはホームレス状態にある人の中に何かしらの障害を抱えた人が存在するということが社会的に認識されているからである（ライト 1989=1993）。

一方、先述の白波瀬が指摘するように、日本では「ホームレス」=おっちゃんというイメージがあり、駅前や河川敷で寝泊まりする人、すなわち狭義のホームレスの定義が浸透したままである。このような社会背景がある中で、認定 NPO 法人自立生活サポートセンター・もやいほ、2017 年、下記のような分類を提示した³⁴。

³² HUD exchange 「Definition of Chronic Homelessness」

³³The National Alliance to End Homelessness 「Chronically Homeless」

³⁴ またさらに解釈を広げると、不安定な雇用環境にある非正規労働者や十分な公的年金を受給しておらず生活状態が不安定な高齢者、難民申請中または非正規雇用の立場で安定した住居をもたない外国人、家庭に居場所がなく家出状態にある少年・少女たちなども含まれると考えるが、本研究においては取り上げない。この辺りの詳細は（Fujita et al 2020）を参照されたい。

生活困窮層（住まいの状況による区分け）

A 定住型「ホームレス」	野外に小屋やテントを立てて路上生活
B 移動型「ホームレス」	段ボールをもって移動しながら路上生活
C たまに「ホームレス」	お金があるときはネカフェ等、無いときは路上生活
D ネットカフェ難民	ネットカフェやフォーストフード店などで生活
E 不安定住居層	脱法ハウスや安宿など宿泊施設等で生活
F 住居喪失予備軍	住み込みや実家暮らし（ニート・引きこもり）等

認定 NPO 法人自立支援生活サポートセンター・もやい 2017: 38.より引用

もやいの定義を参考にすると、前述の概数調査は、定住型「ホームレス」の人を対象にしたものであり、移動型「ホームレス」、たまに「ホームレス」の人々が、どの程度存在するのかは明らかにされていない。またネットカフェ難民についても同様である。ネットカフェや漫画喫茶に寝泊りしながら不安定就労に従事する人の調査を東京都は 2018 年に実施し、東京都のインターネットカフェ等を利用する住居喪失者は、1 日あたり約 4,000 人存在することを報告した³⁵。しかし 2020 年以降、新型コロナウイルスの影響もあり、住まいや職を失う人の数は増加している。ネットカフェ難民と呼ばれる人の実態は明らかにされていないが、稲葉が指摘する「見えない人」とされてしまう人の数は確実に増えていると言えるだろう。

第 2 節 ホームレス状態にある人が被る医療的課題

第 1 項 医療という社会保障から排除されるシステム

ホームレス状態になると、さまざまな社会システムから排除される。生活困窮者支援に携わってきた湯浅誠はその様を「五重の排除」と表現し、①教育課程からの排除、②企業福祉からの排除、③家族福祉からの排除、④公的福祉からの排除、⑤自分自身からの排除があると示した（湯浅 2008[2013]: 60-61）。

日本における医療保険制度には、労働者保険制度（健康保険・船員保険、共済組合の医療保健）と社会福祉保健制度（国民健康保険、後期高齢者医療制度）があるが、失業することで企業福利から排除される可能性が高まる。さらに社会福祉保健制度の保険の支払いを滞納してしまうと無保険者となってしまう、医療へのアクセスが困難な状態に

³⁵ 東京都「住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書」

陥る。無保険者の人が、医療へアクセスしたいと考えた場合、①全額実費負担で診療を受ける、②無料低額診療所を利用する、③生活保護を申請して医療扶助を利用する、のいずれかの方法を選択することになる。生活困窮をしている人が、①の全額実費負担をすることは困難であるため、必然的に②か③の方法を選択することになる。しかし、無料低額診療所についての認知度はいまだに低くその数は限られている。また生活保護を利用すること自体にスティグマが付与されているためその利用率は高くないことが指摘されている。従って国民皆保険制度とは言われているが、無保険者になると医療へのアクセスが必然的に遠のいてしまう現状がある（阿川 2017: 139-140; 池田 2020: 83-87; 認定 NPO 法人自立支援センター・もやい 2017: 44-69; 山田 2021）。

ホームレス状態になると医療へのアクセスが容易ではなくなるという課題があるなかで、ホームレス状態にある人について、医療という文脈ではどのような議論が展開されてきたのだろうか。

第2項 医療に関するホームレス状態にある人³⁶についての先行研究

1990 年後半から 2000 年はじめにかけて、ホームレス状態になる人が急増するなかで、医療という文脈においても多くの論文が発表されるようになる。この年代の傾向をまとめてみると、以下のように分類できる。

1) ホームレス状態にある人の健康状態（高血圧症、結核、低栄養状態、歯科疾患、アルコール依存症など）を明らかにする実態調査や、医療から排除されてしまう仕組みを報告（森川ほか 2003; 大村ほか 2003; 大脇ほか 2003; 逢坂ほか 2004; 黒川ほか 2004）。

2) ホームレス状態にある人に対してどのように関わるのかという論考（稲垣 1999; 鈴木・山崎 2005）

3) ホームレス状態にある人を論じるには、保健・医療・福祉を統合した視座が必要であり、これらが分断されてきたためにホームレス状態にある人が医療の支援対象として挙げられなかったことを指摘する論考（稲垣 1999; 黒田 2005）

³⁶ この当時の調査対象者、路上生活者を対象にしていたと考えるが、本節ではホームレス状態にある人で統一して記載する。

この当時、路上や簡易宿泊所で亡くなるケースもあった。大阪で亡くなったホームレス状態にある人 294 名を対象にした調査によると、死亡平均年齢は 56.2 歳であり、肺炎や餓死、凍死などで亡くなっており、すべて予防できた死であったと指摘されている（逢坂ほか 2003）。またアウトリーチ活動を行う中で、アルコールが原因で繰り返しホームレス状態になる人の存在が言及されたが、医療として継続して関わることの難しさが指摘されている（黒川ほか 2004）。

2000 年代後半になると、

4) ホームレス状態にある人と精神・知的障害（森川ほか 2011; 奥田 2010）
という文脈での議論が展開されるようになる。

1900 年代後半より都内でホームレス支援活動を行ってきた精神科医の森川すいめいらは、2008 年から 2009 年の年末年始でホームレス状態にある人の精神疾患有病率の調査を行った。その結果として、62.5%の人になにかしらの精神障害があり、41.3%がうつ病、15%がアルコール依存症、15%が精神病性障害に該当することを明らかにした（森川ほか 2011: 334）。また翌年臨床心理士の奥田浩二は、ホームレス状態にある人の知的障害に関する調査を行い、34.2%の人が IQ70 未満であることを明らかにした（奥田 2010: 93）。しかしながらこれらの調査結果は、ホームレス支援団体の中で物議をかもしることになる。調査者の一人森川自身は、パンドラの箱を開けるようで恐怖心があったと述べているが、実際、多くの批判を受けたという（森川 2013a: 112）。

なぜ多くの批判を受けることになったのか。日本において精神医療という文脈ではじめて調査が行われたのは、昭和 17 年である。ついで昭和 30 年、精神科医の橋本は、上野の生活保護施設に一斉収容された 100 人を対象に調査を行い、「正常者が著しく少ない」という精神医学的な立場からの見解を導き出した。しかしながらその後は、ホームレス状態にある人についての精神医学的研究は行われていない。橋本は、そこには戦後の民間精神病院の開院増設が影響していることを指摘する（橋本 1990）。第二次世界大戦以降、国が定めた精神衛生法による影響により、民間精神科病院の数は急激に増加している（渡邊 2018: 149）。日本の精神病院は諸外国と比較して、ベッド数も入院日数も多いことは既に周知のことであるが、終戦後、もともと労働市場から排除されやすい精神障害を抱えた人は、急激に増加した民間精神科病院に収容され、社会的入院という形で一般的な社会生活から排除されてきた。その結果、欧米諸国のように重度の精神障害を抱え、症状が可視化できるような人は路上には存在せず、そのような人がいるという

事実に気が付かなかった可能性は否めない。

社会福祉学者の山田壮志郎によると、1990年代にホームレス状態にある人が増えはじめた頃、アメリカの影響を受けて「ホームレス問題」を精神障害と結びつける議論もみられたという。しかしその当時、ホームレス状態になる主な原因は失業によるものだと考えられていたため、精神障害と結びつけた議論は「偏見にもとづいており問題の本質を見誤っている」と批判され、タブー視されてきたという（山田 2013: 85）。この言葉の背景には、「精神障害」という言葉に強いスティグマが付与されており、そのような状態の人と同等に扱うなというメッセージが隠されていたと推察する。

また社会学者の岩田正美によると、ホームレス状態にある人の中に知的障害を抱える人が存在することを一部の支援者たちは気付いていたという。しかしその当時、軽度の障害が認定されたとしても、活用できる社会福祉資源は限られていた。そのため使える資源がないのに、ホームレス＝知的障害というレッテルだけを貼られることに危惧を抱いていたと説明する。利用できる福祉サービスが限定的である理由は、家族の支援を基本にして障害者サービスが制度設計されているからである。さらに本人が認識していないこともあり、本来、家族や学校教育の現場で発見されるべきものが、見過ごされてきたことを指摘する（岩田 2008: 158-160）。

2010年代に入ると、保健師による結核対応に焦点を当てた研究が活発にされるようになる（松本ほか 2013; 斎藤ほか 2013）。また欧米諸国のホームレスシェルターを視察することで、マイノリティと呼ばれる人への支援や教育について言及する論考が見られるようになる（岩本&小倉 2013: 71）。他にも手術を抵抗するホームレス状態にある人へのインフォームド・コンセントについて（梶原 2014）、救急外来を利用するホームレス状態にある人の実態調査（青山ほか 2012）、知的障害を抱えたホームレス状態にある人と精神障害を抱えたホームレス状態にある人の比較研究（西尾ほか 2015）などが発表されている。しかし、全体の論文数は2000年代初期に比較して減少している。また医療人類学の視座のもと、ホームレス状態にある人と医療に関する研究はない。

2016年の厚生労働省によるホームレス生活実態調査によると、自立支援センターに入った経験はあるが、退所後、路上生活に戻る人が一定数いると報告されている。その理由として、周囲の人とトラブルになる、仕事になじめないなどの理由で仕事を辞める、仕事の契約期間が満了し、次の仕事が見つからないなどが挙げられる。生活保護制度については、33.3%の男性に利用経験があると答えているが、現在は路上に戻ったことを示

している³⁷。精神科医の森川すいめいは、住まいを失った人の半数が生活保護を利用して、1ヶ月以内に失踪すると指摘する（森川 2018: 11）。何かしらの障壁を抱えることで、失踪を繰り返す「慢性的なホームレス状態にある人」が日本にも存在するということである。そのような人も「見えない人」をされている可能性は否めないと言えるだろう。

次節では、社会学者・社会福祉学者の論考を概観することで、ホームレス状態にある人を取り巻く社会がどのように描かれ、変化しながらどのような問いが残されているのかを確認する。

第3節 社会学・社会福祉学の文脈におけるホームレス状態にある人について

第1項 狭義の「ホームレス」として捉えられていた時代

「ホームレス」と呼ばれる人は、いつ頃から可視化されるようになったのだろうか。先述の岩田によると、1992年の年の暮れから、路上にブルーテントの掘っ立て小屋を立てたり敷物を引くなどして、路上で生活する人が見られるようになったという。東京において、山谷から上野駅・上野公園・隅田川川岸へと路上で生活する人が増えていき、次第に新宿や渋谷、池袋などのターミナル駅や公園などへ広がっていった（岩田 2017: 245）。この1990年代に起きたホームレス社会問題は、寄せ場の解体に影響を受けたものである。今まで簡易宿泊所で生活しながら、日雇いの仕事をしていた人たちが住まいを奪われ、路上生活を強いられるようになったからである。それゆえ寄せ場とホームレス問題は密接な関係がある。労働者の町として発展した、釜ヶ崎、笹島、山谷、寿町などを事例として、都市下層社会における政治・経済問題や差別や偏見、労働闘争について論じられてきた（原口 2006: 34; 青木編 1999）。

1990年代、「ホームレス」と呼ばれる人が可視化されるようになると、岩田は新宿地区で路上生活する人を対象にインタビューを実施した。そのうえで路上で生活する人を、①高卒以上の小経営者または専門職・管理職、②高卒以上の自営業または技能職、事務系サラリーマン、③小・中学校卒、建設またはサービス業の単純労働者、④小・中学校卒、技能職または建設単純労働者、の4つのカテゴリーに分類し、それぞれのナラ

³⁷ 厚生労働省「平成28年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）の結果（詳細版）」

タイプを紹介しながら彼ら/彼女らの特徴を分析した。岩田は③④に区分される人について、もともと貧困家庭で生まれ育ち、未婚率も高く、犯罪やギャンブル、アルコールなどが、彼ら/彼女らの生活に影響を及ぼしていることを指摘した。また③④に区分される人は、「人から支援を受けたくないと考える層」と、「公的支援は受けるけど保護費を散在してしまい再路上化する層」がいるとし、いずれにしろ、「制度に乗らない人」としてレッテルを張られてしまうことを指摘した（岩田 1997: 88-97）。

1998年12月に結成された関係省庁および関係地方公共団体による「ホームレス問題連絡会議」において、1999年5月には「ホームレス問題に対する当面の対応策について」取りまとめられた。それには「ホームレス」と呼ばれる人を、①就労する意欲はあるが仕事がなく失業状態にある者（タイプ1）、②医療・福祉等の援助が必要な者（タイプ2）、③社会生活を拒否する者（タイプ3）の3つに分類し、タイプ1には、自立支援センターに入所してもらい就労による自立を目指す「就労自立アプローチ」、タイプ2には、病院への入院や社会福祉施設に入所してもらい生活保護の適用により自立を目指す「福祉的アプローチ」、タイプ3には、施設管理者による退去指導や福祉事務所による巡回相談、警察による巡回指導により社会的適応を目指す「退去アプローチ」を目指すことが述べられた（山田 2003: 25）。

このような時代背景があるなかで、2002年8月に「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（ホームレス自立支援法）が制定された。この自立支援法により、「ホームレス」と呼ばれる人への支援は公的なものとして認められるようになる³⁸。しかし山田によると、行政支援は先に挙げた3つのアプローチのうち、タイプ1の就労自立支援アプローチに傾斜していたという（山田 2003: 24）。その背景には、ホームレス問題は失業問題として捉えられていたからである。

第2項 広義の「ホームレス」、ホームレス状態にある人として捉えられるようになった時代

寄せ場が解体されることで職を失った失業者が路上で生活を余儀なくされるようになった。そのような人たちを支援するために制定された「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（ホームレス自立支援法）ではあったが、3つのアプローチのうち、

³⁸ 厚生労働省「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」

就労自立支援アプローチに傾斜していた。このような背景があるなか、2004年、製造業派遣の解禁が認められた。その結果、非正規労働者が拡大し、働いているけど生活が厳しい、路上生活ではないけど安定した住まいを持ってないという、新しい貧困問題が表出されるようになる。またネットカフェ難民と呼ばれる人の存在が取り上げられるようになった（大西 2019: 4）。青木はこの当時のことを、ホームレス問題が狭義のホームレス問題から広義のホームレス問題へ転換していき分岐していったと表現している（青木編 2010: i-ii）。

それではこの時代の社会学・社会福祉学ではどのような議論が展開されてきたのだろうか。論文・書籍が出版された年代順に概観する。

先述の岩田によると、2008年、『社会的排除——参加の欠如・不確かな帰属』を発表し、「路上ホームレス」と「ネットカフェ・ホームレス」のそれぞれの特徴を整理し、国民皆保険、国民年金、生活保護制度から排除されている実態を明らかにした。さらに先述にもあるが、知的障害を抱えたホームレス状態にある人の存在について言及し、労働参加による包摂の限界を示し多様な包摂のあり方を提示した（岩田 2008）。

社会学者の妻木進吾と堤圭史郎によると、ホームレス状態にある人の問題の背景には、「家族の問題」があるとして、1999年と2007年に、野宿者とネットカフェ難民と呼ばれる人を対象に、どのような家族に生まれ育ち、どのような家族を形成してきたかを調査した。そして彼ら/彼女らが、困難を抱えた家族に生まれ育ち、自らの家族を形成・維持することの困難を伴い、貧困で不安定、かつ孤立した生活に至るというプロセスを浮き彫りにした。さらに政府や岩田正美が指摘するような、家族の相互扶助機能の弱体化や、個人主義化が問題なのではなく、「貧困や不安定就業と結びついた家族のありよう、ないしは家族の不在」が問題の根底にあると指摘した。そのうえ誰にも頼らず生きなくてはいけないと感じることを、「自立主義的生活規範」と呼び、これらが内面化される背景には、安定した雇用や福祉制度、家族からの排除の結果であるとし、家族に期待できないことから、過剰に自立した生活を送らざる得ない状況に追い込まれていることを明らかにした。加えてその背景には、「家族が助ければいいではないか」という、家族福祉に多く依存することを前提に構築されてきた社会制度があることを言及した。最後は、このまま異質な他者としてホームレス状態にある人について議論するのか、家族福祉に依存した社会制度を、当たり前のものであるとして社会そのものについて議論するのかという問いを残した（妻木・堤[2010]2011: 169-201）。

社会学者の丸山里美は、女性のホームレス状態にある人に着目し、2000年代前半にかけて行ったエスノグラフィーを通して、女性という立場ならではの貧困生活の実態と特徴を明らかにした。そのうえで、今まで男性を前提に論じられてきたホームレス研究の枠組み自体を問い直し、構築された枠組みから外れてしまい、問題視されてこなかった人の存在を浮き彫りにした。さらに女性のホームレス状態にある人の意志について、主体という概念に疑義を突き付けた Judith P. Butler (ジュディス・バトラー) を引用しながら、自ら選んでホームレスをしているという今までの議論に疑問を呈した。自立か排除かという二者択一を迫るような方法は、主体が自立した状態で選択できるという前提で議論が進められてきた。しかし丸山が関わってきた女性の多くは、選択できる自立した理性的主体としての生は生きていない」(丸山[2013]2014: 260) ため、二者択一を迫るような方法では論じられないことを言及した。だからこそ、理性的主体として選択し、決定を下せるようになるためには、何が必要なのか、支援者たちは絶えず問うべきであり、主体となるプロセスに向き合うためには、個別に向き合う姿勢が必要なのではないかと問いを残した(丸山[2013]2014)。

社会福祉学者の後藤広史は、ホームレス状態にある人の施策の評価が、「経済的な困窮」と「住宅の喪失」という部分に焦点が当てられてきたことを指摘し、そのうえで社会的排除のプロセスには、①職業・住居の喪失、社会構成員としての存在証明からの排除、②親密な人間関係からの排除・離脱、③自尊感情の喪失による自分自身からの排除、の3つがあることを示し、③の自分自身からの排除からの回復には、彼ら/彼女らが立ち寄れる「場」を保障することが重要であると言及した(後藤 2013)。

社会学者の山北輝裕は、名古屋市と大阪市にあるホームレス支援団体において2000年代にかけて参与観察を行い、ホームレス状態にある人と支援者の関係性を考察した。ホームレス支援団体の言説を、自立の意志を基調した「包摂のステップ」と、住民票裁判や当事者運動を展開する団体による路上コミュニティやテント村などの「社会改革」とに大別し、この2つの言説が衝突することで、意図せざる排除を引き起こしていることを指摘した。そのうえで、ホームレス状態にある人と支援者の協同の過程そのものに着目し、依存する自立とはいかなるものか、支援する人—される人の関係を超えた仲間になれるものなのかと問いを残した(山北 2014)。

社会学者の白波瀬達也は、FRO(宗教に基盤を置く組織)に着目して、社会的排除が横行するなか、「どのような主体が、いかなる信念のもと、何を目指してホームレス支

援を行っているのか」(白波瀬 2015: 30)を分析することは意義が大きいとし、あいらん地域で展開される教会の活動を中心に、韓国系プロテスタント教会、沖縄のキリスト教系 NPO 法人の活動を調査し、FRO の社会的な位置と役割を論じた。そのなかで、前述の後藤が述べた、「場」を保障することがホームレス状態からの実質的な脱却の実現につながるという考察に対し、「場」の保障だけでは必ずしもつながらないことを言及した(白波瀬 2015)。

また、「障害」という視点から、ホームレス状態にある人のライフヒストリーが報告されるようになる。社会福祉学者の中野加奈子は、ホームレス状態に至った知的障害者が生きて来た過程を明らかにし、彼らが抱えてきた問題やホームレス状態に追いやられる制度的課題について論じた(中野 2013)。また山北は、精神・知的障害を抱えたホームレス状態にある男性の、地域生活への移行へのプロセスを記述したうえで、障害学の知見を援用しながら、障害を認定することへの抵抗と、障害・病者であることをカミングアウトし、障害の社会モデルの立場で健常者の社会を批判することの難しさを指摘した。そして障害の包摂の過程こそ、ホームレス支援の中で再評価されるべきなのではないかと問いを残した(山北 2015)。

最後に前述の山田は、「2000 年代以降、生活保護の運用拡大に伴ってホームレス数が減少する中、アパートなどでの生活に移行した後に生じる問題に支援課題がシフトしてきた」(山田 2020:11)ことを指摘し、地域生活を持続するために必要な条件とは何かという問いのもと、子どもの貧困、疾患、精神的健康、アディクション、就労、生活保護、社会的孤立、支援団体の側面から分析し検討した。その結果、住まいを得るだけでなく、社会的に孤立した状況への関わりの重要性が明らかにされ、特に幼少期から蓄積されてきた人や社会との希薄な関係性があるがゆえに、この問題が持続されていると述べる。だからこそ 2018 年の改正生活困窮者自立支援法においても言及されたように、単に住まいや食料を提供するだけでなく、住居を得たあとも持続的なアフターフォローが必要であり、貧困の社会関係の側面にも目を向けることの重要性を説いた(山田 2020)。

今までの先行研究をまとめると、「ホームレス」の問題は、失業問題として捉えられ、その人の資質に課題がある(個人モデルの視座)とされてきた時代から、ホームレス状態にある人を取り巻く支援者や場について課題がある(社会モデルの視座)という議論が展開されるようになった。また障害を抱えた人をどのように支えるのかという視座が見られるようになった。しかし白波瀬が指摘するように、一般的な日本社会において、

ホームレス状態にある人のイメージはいまだ狭義の「ホームレス」として捉えられ、働かないあなたが悪い、自己責任だという認識が根付いている（個人モデルの視座）。また障害があることをカミングアウトすること自体に抵抗を感じる空気感があるため、ホームレス状態になる可能性の一つに障害があるということが認知されていないことが見えてきた。このような前提があることを踏まえた医療の文脈での研究はない。

それでは欧米諸国ではどのような対応が取られているのだろうか。次節では、欧米諸国において公的政策として採用されるハウジングファーストが採用された背景とその内容について確認していく。

第4節 欧米諸国で公的政策として採用されるハウジングファースト

調査地で実践されるハウジングファーストが開発されたアメリカでは、1980年代よりホームレス状態にある人の数が急増した。この当時のホームレス状態にある人は、1950年代から60年代のホームレス状態にある人の様相とは違い、女性や子連れのホームレス状態にある人、若い男性、移民の人々が含まれるようになり「新しいホームレス」と呼ばれるようになる（Hopper1991: 21-23; ライト 1989=1993: 72-74）。その要因の一つに、1960年代から70年代にかけての精神科病院からの脱施設化運動の影響が挙げられる。当時、精神科病院からの脱施設化は急激に推し進められた。長期入院をしていた精神障害を抱えた人は、短期の管理型入院を経験しながら、その後、地域社会の生活に移行するという試みが行われた。しかし、地域で支える支援環境が整えられないまま退院したケースもあり、必要な支援を受けられない人は、ホームレス状態になるという現象が起きた（Burt1992: 108-109; ギデンス 1997=1998: 327; 三野 2010: 414-415）。

イギリスにおいては、ホームレス状態にある人の約4分の1は、精神科病院に一時入院していたと捉えられており、ホームレス状態にある人が収容される施設環境に適応できず、退去し再路上化していく様を「路上生活の悪循環」として課題だと捉えられた（ギデンス 1997=1998: 327）。またホームレス状態にある人が経験する健康問題は、①ホームレス状態に至らせた原因となる疾患や障害、②ホームレス状態であることで生じる疾患や障害、③さらにホームレス状態であることで悪化した疾患や障害に分けられるが、疾患や障害があることでホームレス状態になるのか、またホームレス状態にあるという環境が、疾患や障害を引き起こす、もしくは悪化させるのかは明らかにされていない

い。しかし、死亡率の高さや慢性疾患の罹患率の高さ、さらには慢性的アルコール依存症や薬物依存症などの健康問題が挙げられている（Glasser & Bridgman 2003: 174）。

ハウジングファーストは、1992年にアメリカのニューヨーク州において開発された、精神疾患や依存症がある慢性的ホームレス状態にある人のための支援政策である。その方法は、無条件で個室の住まいを提供し、対象者のニーズに応じて、精神保健医療チームが継続してサポートする支援モデルである（Tsemberis[2010]2015: 4; 熊倉・森川 2018: 25-31）。1980年代にアメリカで急増したホームレス状態にある人への対応策として、1993年に「切れ目のないケア」が掲げられ、そこでは段階的に住まいの形態をステップアップしていくことが求められた。まずは緊急シェルターに入所する。ついでそのシェルターで問題なく生活できれば施設に移行し、最後は恒久住宅へと段階的に進めていき、施設のルールを守れるならステップアップできるという条件付きの支援方法であった。しかしこのような過程をスムーズに進めず脱落していく人たちが問題視されるようになる。その問題視される人たちが、精神障害や依存症のある慢性的ホームレス状態にある人だった。このような背景のもと始まったハウジングファースト型支援は、従来型の支援だと脱落してしまう慢性的ホームレス状態にある人に対して、直接アパートに入居してもらうという画期的な方法を実現させたものであった（山北 2018: 48-50）。

ハウジングファーストにおける「住まい」とは、臨床的観点からメンタルヘルスの安定を達成するための前提条件であると同様に、住まいは人権であるという価値観に基づいている（Henwood et al. 2011: 3）。そして安定した「住まい」があることで、より永続的な問題に対して適切に対処できるようになるという（Johnson et al.2012: 2）。またハウジングファーストには、「その人」自身が自分に関することを決めていく Consumer Driving 「その人」主体という原則があり、支援者たちは「その人」が選択する意思決定を尊重しながら、ニーズに応じた保健医療福祉などのサポートを編成することが求められる（Henwood et al. 2011: 3; Tsemberis[2010]2015: 25-27）。その方法は、従来の支援モデルより住宅の維持率は高く、「その人」主体のアプローチにより選択肢が増えることで精神症状が抑えられ、薬物使用の割合やアルコール摂取量も減少し、救急外来の利用や再入院化の減少、入院期間の短縮、そして参加者の生活の質が向上などが実証されている（Tsemberis et al. 2004: 654; Greenhood et al. 2005; Collins et al. 2012; Patterson et al. 2013; Baxter et al. 2019）。

たとえば、その方法の先駆者となった臨床心理士の Sam Tsemberis（サム・ツェンベリス）たちは、1997年に大規模な調査に挑み、従来型の支援（トリートメントファースト型支援）とハウジングファースト型支援に分け、住居の維持率などを比較してその効果を検証しているが、それぞれの対象群の住まいや支援の条件を以下のように設定している。

従来通りの支援（トリートメントファースト型支援）においては、グループホームやシェルターを利用する。またはその人が、デイケアや治療グループに参加するのを前提に、独立した部屋が準備された。薬物やアルコールは摂取できず、現場のスタッフの指示に従い処方された薬を内服する。睡眠、調理、入浴施設は共有され、門限、訪問者、現場での行動はその施設のルールにより管理された。

ハウジングファースト型支援においては、直ちにニューヨークシティ内の独立したアパートに入居できた。「その人」のニーズに応じて、Assertive Community Treatment (ACT) チームの支援を、いつでも24時間受けることが可能であった。ハウジングファースト型支援の原則として、このACTチームのメンバーは、臨床医主体のアプローチから Consumer Driving 「その人」主体へのアプローチに考え方を变えることが求められた。

(Pagett et al. 2016: 51)

その結果は2年後には明確に表れ、トリートメントファースト型支援群における住宅安定率は30%にしか満たなかったのに対して、ハウジングファースト型支援群においては、80%の住宅安定率が実証されたという (Pagett et al. 2016: 53-54)。

ハウジングファースト型支援において、「その人」自身が自らの行動を選択することが求められている。そのために、スタッフたちは専門家主導の専門的なケアモデルからの脱却が必要であり、その脱却の姿勢により、はじめて「その人」自身の選択の出発点につながるという (Löfstrand and Juhila 2012: 62)。またプログラムの基礎となる人間のおよび社会的正義の価値を共有するために、新しい人材を確保し育成することは、課題の一つであると、ハウジングファーストの創始者ツェンベリスは述べている (Tsemberis 2011: 238)。しかしながら「その人」主体のアプローチを支持するという、ハウジングファーストに関わるスタッフたちの経験的な調査は限定的である (Henwood 2011: 3; Kennedy et al. 2017)。

アメリカで開発されたハウジングファーストは、欧州諸国に広がり、現在、オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、アイルランド、イタリア、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、スペイン、スウェーデン、イギリスにおいて展開されている。また利用する人も重度の精神障害を抱えた人だけではなく、ホームレスシェルターに長期滞在している人や、精神科病院や刑務所を退所する人で、ホームレス状態になる危険性のある人、また家族でホームレス状態にある人や若年層に対しても支援が提供されることになった。欧州諸国ではアメリカのツェンベリスによって開発された「Pathways」モデルに基づきながら独自の支援原則を作成しており、以下の8つを掲げている。

① 住宅とは人権である
② サービスを利用する人の選択と管理
③ 住まいと治療の分離
④ リカバリー志向
⑤ ハームリダクション
⑥ 強制的でない積極的な関与
⑦ 「その人」を中心にした計画
⑧ 必要な時に必要なだけの柔軟なサポート

Pleace(2016: 13-37) より引用

ハウジングファーストという支援思想は欧州諸国を中心に広まり、各国の社会的・歴史的文脈に合わせながら、新たな支援方法が模索されている。

第5節 日本において実践されるハウジングファースト

欧米諸国では、公的政策として採用されるハウジングファーストであるが、日本ではどのように議論されているのだろうか。まず慢性的ホームレス状態にある人という概念は一般的に広まっていない。加えて河西奈緒らによると、薬物や精神疾患に関連が深いハウジングファーストの研究に関して、欧米では公衆衛生や精神医学の分野で扱われるのに対して、日本では、保健医療の視点が大幅に欠けているという（河西ほか 2015: 81）。その背景には、第1節から第3節での先行研究を踏まえて以下のようなことが影響を及ぼしていると考えられる。

1) そもそも欧米諸国のように精神科病院からの脱施設化が起こらず、重度な精神障害を抱えた人が路上で生活する姿が見られなかったこと。

2) 軽度（もしくは中度）な精神・知的障害を抱えた人の支援策は脆弱であり、かつタブー視されてきたことも重なり、その存在が見過ごされてきたこと。

3) 保健・医療・福祉が分断されてきたため、保健医療という文脈のなかで支援対象として認識されづらかったこと。

4) 国民皆保険制度のおかげで、通常ならば誰でも医療が受けられると信じられてきたこと。そのため健康保険を持たない人は、「その人」自身に問題がある、自己責任だと認識されてきたこと。

ハウジングファーストについて言及されはじめたのは、2000年代中頃である。東京都は2004年6月以降に、4年間に渡り「地域生活移行支援事業」を展開した。その背景には、就労自立支援では適応できない人の存在が顕在化されはじめて、なおかつ公園などに居住する路上生活者に向けた地域住民からの苦情に対処する意味も含めて、試験的にアパートへの直接入居を試みたのである。しかしこの当時の議論の焦点は住居支援に視点が向けられており、精神保健医療という視点はない（中島 2006; 窪田 2009）。2018年、稲葉剛らにより『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』が日本語で出版されたことにより、この支援方法の認知度が一般的に広がる可能性が高まり、また精神保健医療の文脈で語られるようになったのはここ数年のことである（熊倉 2020）。

調査地であるハウジングファースト東京プロジェクトでは、2010年代前半よりこの支援モデルを取り入れて、日本の文脈に合わせながら支援を展開している。このプロジェクトでは、欧米諸国のように精神障害があるかないかは、支援を受ける前提条件として設けていない。また7団体と、関連団体が広がっていったなかで、団体ごとのさまざまな支援条件は一致しているわけではない。しかし「住まいは人権である」という理念を共有しながら、それぞれの団体が連携し支援を展開している。

後藤は、ハウジングファースト東京プロジェクトに参加する「つくろい東京ファンド」に着目して、その団体が運営する個室7部屋の利用者の「過去の公的支援の利用状況」、「移行先とそのうちの目的外移行（路上・失踪・不明）率」、「住宅率とその期間」などの調査を行った。そしてこの団体の個室を利用した人の目的外移行率（路上・失踪・不明）が、更生施設や自立支援センターと比べて極めて低いこと、すなわち再路

上化する率が低いことを明らかにした。さらに団体が運営する個室から、アパート・自宅など安定的な住まいへ移行したうちの、88.6%がその後もその住宅を維持できていること、そのうちの74%が、一年以上に渡り継続して生活できていることを明らかにし、ハウジングファースト型支援の効果を実証した。しかしその効果の背景には、必要に応じてさまざまな支援が受けられるという、支援というソフト面についての検討は課題として残ると述べている（後藤 2019）。

ハウジングファーストでは、ニーズに応じて必要な支援が受けられる。たとえばアメリカでは、2つの多職種専門家チームが存在する。ACT チームは重度な精神症状がある人を対象に、ICM チームは症状が穏やかな人を対応する（Tsemberis [2010]2015: 77-79; 熊倉・森川 2018: 27-28）。チーム構成は、精神科医、プライマリ・ケア医、看護師、ピアサポーター、ソーシャルワーカーなどの多職種で構成されている

（Tsemberis[2010]2015:96-97）。ハウジングファースト東京プロジェクト内でこの役割を担うのは、訪問看護ステーション KAZOC と、ゆうりんクリニックの二つになる。この二つの団体を人類学的に調査することは、先行研究の課題として残されている日本におけるハウジング支援のソフト面について明らかにすることにつながる。また、欧米諸国のように障害を抱え慢性的ホームレス状態になる人がいるということが認識されない中で展開するハウジングファーストの課題を浮き彫りにできると考える。

第6節 小括

本章では、日本においてホームレス状態にある人がどのように語られてきたのかという視座で整理することで、語られてこなかったがための課題を浮き彫りにし、そのうえで現在のホームレス研究で残されている課題を明らかにした。まず、日本におけるホームレス状態にある人の現状と日本と欧米諸国の定義の違い、医療、社会学、社会福祉学という文脈での先行研究を概観し、以下のような課題を浮き彫りにした。

- 1) 失業問題だと捉えられた結果、就労することが目標とされる政策が推進されてきたこと。
- 2) 障害を抱えた人がいると明らかにされても、スティグマが付与されることでタブー視され、また社会保障の体制が整えられていないため、その認定が進められないこと。またカミングアウトをすることに抵抗があることも重なり、障害があることでホームレス状態になる可能性があるという認識が広まらないこと。

3) 既存の支援政策では何かしらの障壁を抱えた人にとって支援に結びつくのが難しいこと。

4) 90年代の「ホームレス」の人のイメージが根強く、現在の「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の存在が認識されていないこと。

5) ホームレス状態になると医療へのアクセスが限られること。

6) 医療につながったとしても、保健・医療・福祉が分断されてきたため、全人的なアプローチが構築できないこと。

7) 1)～6)の影響を受けて、医療の支援対象として認識されないこと。

次いで欧米諸国で実践される公的政策ハウジングファーストが導入された背景やその内容を確認したことで、日本の医療の文脈において、ホームレス状態にある人の問題について積極的に議論されてこなかった理由を以下のように示唆した。

1) そもそも欧米諸国のように精神科病院からの脱施設化が起こらず、重度な精神障害を抱えた人が路上で生活する姿が見られなかったこと。

2) 軽度（もしくは中度）な精神・知的障害を抱えた人の支援策は脆弱であり、かつタブー視されてきたこととも重なり、その存在が見過ごされてきたこと。

3) 保健・医療・福祉が分断されてきたため、保健医療という文脈のなかで支援対象として認識されづらかったこと。

4) 国民皆保険制度のおかげで、通常ならば誰でも医療が受けられると信じられてきたこと。そのため健康保険を持たない人は、患者「その人」自身に問題がある、自己責任だと認識されてきたこと。

このような背景があるために医療の文脈では積極的に議論されず、「見えない人」とされてしまう人の「声」は医療者からますます遠のき、「声」を聞くことを妨げる壁は強固されているのだと考える。

そして現在、慢性的にホームレス状態になる人の存在が浮き彫りになり、社会学・社会福祉学の文脈で、ホームレス状態にある人に対しての関わり方や居場所が課題として残されていることが明らかになった。またハウジングファーストにおいても、支援というソフト面での検討が課題として残されていることを確認した。本研究では、歴史的背景が異なるため、日本においてハウジングファーストを公的政策として採用できるかという検討は行わない。しかしハウジングファーストでは、Consumer Driving「その人」主体で関わるという原則があり、支援者・医療者たちは「その人」が選択する意思決定

を尊重しながら、ニーズに応じた支援をすることが求められている。これは筆者の問いである、患者「その人」の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」を「聞くことができる方法」を探求することにつながるものであり、この研究をすることは意義があると思う。

第2章 患者「その人」主体の医療と研究方法論の視座

ハウジングファーストが提唱する Consumer Driving、すなわち患者「その人」主体の姿勢は、どのように誕生してどのような課題が残されているのだろうか。この問いに答えるために、第1節では、医療者主体の医療から、患者「その人」主体の医療への転換の軌跡を概観し、第2節では、第1節の中で誕生したクラインマンの「病いの語り」「説明モデル」について確認した上で、患者「その人」主体の関わりを妨げてしまう無意識に抱くスティグマと、医療者の説明モデルを開示するのを妨げる権力格差と感情管理について整理する。第3節と第4節では、その課題を乗り越えることは可能なのかという視座で、調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティングについて、また信念対立や不確実性に耐える方法の一つとして異文化感受性発達モデルを確認する。第5節では、医療人類学における筆者のポジショナリティと方法論の視座について整理し、本研究の目指すべき視点を明確にする。

第1節 医療者主体から患者「その人」主体への軌跡

ハウジングファーストにおいて大切にされている理念の一つに、Consumer Driving「その人」主体で意思決定を尊重するということが挙げられている。アメリカ・ニューヨーク州で開発されたこの理念の背景には、精神医療の文脈で発展したリカバリーの影響を受けている。ハウジングファーストが誕生する前の1980年代、ニューヨークには多くのホームレス状態にある人がいたことは既に説明したが、医療者は「ケースマネジメント」という支援手法で、一方的にケアを処方しようとしていた。その関わりに疑問を呈したハウジングファーストの創始者のツェンベリスは、精神障害リハビリテーション³⁹に答えを見いだそうとしたという。それゆえハウジングファーストでは、今までのパターンナリズム的な医学モデルの姿勢に抵抗を示し、その人の意志決定を尊重することを前提とした（小川 2021: 6-7）。それでは「その人の意思決定を尊重する」という姿勢は、どのような経緯で誕生したのだろうか。

³⁹ 小川は精神障害リハビリテーションのことを、「精神障害をかかえる人が自分の目標を選択し、その上で目標の達成に必要な技能および支援を獲得する活動である」と定義している（小川 2021: 7）。専門家主導ではなく、「その人」自身が主体者となりリハビリテーションに取り組むことが求められている（野中[2003]2008: 12-13）。

哲学者の Michel Foucault（ミシェル・フーコー）によると、17世紀から18世紀にかけて、人間の身体は権力を行使するための標的として捉えられるようになり、規律・訓練という名のもとで権力者が望ましいと考える資本主義社会に適した人間を調教する支配体制を構築していったという（Foucault1975: 137-139=1977: 141-143）。自発的に規範を守り訓練を励むようになるために試験という装置を作り出し、監視者がいなくても自ずと規律を守り訓練に励むようになることを指摘し、その訓練を行う施設の一つに病院を挙げている（Foucault1975: 187=1977: 188）。またフーコーは、1963年に『臨床医学の誕生』を、1972年に『狂気の歴史——古典主義時代における』を発表し、臨床医学・精神医学における概念がどのようにして誕生したかを検討し、これらの学問は、医師の眼差しが変化したことで生まれたものであると言及した（フーコー1963=[1969]2011; フーコー1972=[1975]2010）。今までとは異なる概念装置が与えられたことで新しい世界観が開けたと考えるが、同時に見えていたものが見えなくなった可能性は否めない。医師という一人の人間の眼差しが、医療者の眼差しへと変化したことで何が起きたのだろうか。

猪飼周平によると、20世紀の医療は「病院の世紀」であったという。19世紀後半以降、飛躍的に発展した医学・医療技術は、治療に対する期待や信頼が高まり、この社会的な期待や信頼は、患者「その人」と医療システム双方に影響を及ぼすことになる。一つは治療のためには、患者「その人」は医師の指示に従わなければならない、治療に伴う苦難を受け入れなければならないという態度が醸成された。また治療医学に対する社会的期待に応えるための医療システムとして、より高度な専門的な医療を実践する場としてセカンダリケアが形成され、入り口としてのプライマリケア、次いで疾病・病状別に振り分けられるセカンダリケアへと患者「その人」を受け渡していくシステムが構築された。それまでの病院は、貧困層の人を対象にケアを提供する福祉的な施設の役割を担っていたが、セカンダリケアの誕生により、高度医療を提供する場に転換し、医師はより高い知識・技術が求められ、看護師は組織的な医療を支える病院看護師としての役割を求められるようになる（猪飼2010: 2-3）⁴⁰。

⁴⁰ 2015年、1995年の『現代医療の社会学——日本の現状と課題』の新版が出版され、近代医療における医学知識・技術、医師、コメディカル、病者と患者、補完代替医療など

医療社会学者の Eliot Freidson (エリオット・フリードソン) はこの当時の医師のことを、専門職のなかでも卓越した地位を保持しているとし、仕事の内容と条件を自ら管理する権限を与えられていたと述べる。その理由として、法的に支えられた資格により、医療行為を実践できる権限を独占しており競合相手が少ないということ、医学教育が医師の資格のある者が中心に教授されることで、他領域からの批判を免れていること、医師が倫理を強調することで、信頼できる人と信じられていることなどが挙げられる。医師は治療に伴う医療技術やサービスを唯一行使できる人物として、必然的に対象者を支配できる立場に立つ。また病院組織という官僚的な体制のなかで対象者は物体のように扱われ、情報を得ることや選択することも制限されることもパターンリズムを強化させた。さらに医師以外の医療スタッフに対しても医師は権力を振るった。なぜならば医療組織において対象者のサービスに関することは基本医師の指示のもとで実行されるからである。医師はこの特権を手放すことに抵抗を示し、医師を中心としたパターンリズム的な体制は強固されていったと指摘されている (フリードソン 1970=1992: 75-150; 黒田:1992: 80-82) ⁴¹。この当時の医師は、疾患中心主義の眼差しで患者「その人」の症状を解釈し、医師の世界に引き込むため、患者「その人」の会話の流れを管理しようとした。このような方法は、18~19世紀の近代化に伴い開発され、この目的を達成するために医療者の焦点を意図的に制限し、病気の個人的・社会的背景から注意をそらすようにしたという (McCracken et al.1983: 2313-2314)。

しかしながら 1970 年代以降、医療は大きな転換期を迎える。その背景には、1960 年代後半からはじまった医療費の高騰、医療技術の進展、さらに人権意識の高まりによる影響がある (進藤 1990: 72)。近代医療が躍進したことで制御された急性伝染病の代わりに慢性疾患が課題として浮上し、生活習慣そのものが疾病の状態に影響を及ぼすため、今までの特定病因論を前提に施されてきた医療では解決できなくなった (新藤 1999:

についてまとめた上で、現代の日本における現状と課題についてまとめており、近代医療の詳細についてはこれらを参照されたい (中川・黒田 2015)。

⁴¹ 1960 年代から 70 年代にかけて発展した医療社会学の文脈では、「医療化」に対しての批判的な議論が展開されてきた (森田編 2006)。本研究においても「精神・知的・発達障害」を医療の文脈でどのように捉えるのかという視点で議論を展開することも可能であったが、それは今後の課題としたい。

33)。加えて1960年代の公民権運動などの様々な社会改革運動を背景に医療界においても人権意識が高まり、それまでのパターナリズム的なアプローチから患者「その人」中心への医療への転換が求められるようになった(藤重ほか2020:2)。このような背景があるなかで1970年代に入ると、アメリカで民間療法に位置づけされていた補完代替医療への関心が患者「その人」の間で寄せられるようになる(安西2017:23;藤重2017:78,85)⁴²。また患者「その人」を消費者として捉える傾向が見られ始め、医師—患者「その人」関係は、「専門家—クライアント」から「提供者—消費者」という関係に変化していき、医療者はより患者「その人」の選択を尊重するという姿勢が求められるようになった(Reeder1972:407;進藤1990:129-131;石川2021:448-449)。加えて心臓臓器移植のブームが起きたことも重なり、1973年には、アメリカ病院協会によりインフォームド・コンセントと自己決定権を柱とする「患者の権利章典」が制定され、患者「その人」が研究参加を拒否する権利があることが示された(進藤1990:73-74;藤重2020:2)⁴³。国際機関においても、1978年、世界保健機関(WHO)はアルマ・アタ宣言において「人々は、個人または集団として自らの保健医療の立案と実施に参加する権利と義務を有する」というプライマリ・ヘルスケアが提言され、住民主体かつニーズに即した支援を実践するという概念が打ち出された⁴⁴。1980年代に入るとカナダのウェスタンオンタリオ大学家庭医療学講座のグループにより「患者中心の医療」という言葉が生み出され、具体的な事例を挙げながら「患者中心の医療」になる要点や評価方法を示し、医学教育に導入された(スチュワート1995=2002;孫2018:31)。

このように患者「その人」主体を尊重するような一連の動きは、意思決定支援の方法にも影響を及ぼした。1980年代以前のアメリカでは、治療方針の決定は医師によるパターナリズム的なアプローチが主流だった。その背景には、医師への絶対的な信頼があったことはもちろんのこと、医師—患者「その人」間にある教育、収入、性別などの地位の違いも、力関係の差につながっていた。その後、患者「その人」による消費者意識の

⁴² 補完代替医療が認知された背景には、経済的側面の他に、1978年のWHOによるアルマ・アタ宣言「全ての人に健康を」という文言に影響を受けている(藤重2017:82)。

⁴³ American Hospital Association Patient's Bill of Rights.

⁴⁴ Primary Health Care: The Basis for Health Systems Strengthening, Frequently Asked Questions, 2010, World Health Organization.

高まりと、医療費の高騰に伴い医師の説明責任が求められたことも影響し専門家支配は衰退する。その代替えとしてインフォームド・コンセントを軸にした「インフォームド・モデル」や、意思決定プロセスにおいて対象者がより大きな役割を果たす「共同意思決定モデル」が開発された（Charles et al, 1997: 681-683; Charles et al, 1999: 652-652; 小松 2019: 61-62）。

精神医療の文脈でも大きな変化があった。近代医療における精神医療においては、「狂気」と捉えられていた現象を「精神病」という医学的な眼差しで捉え直したことで精神医学が誕生し、それゆえ設立された治療の場としての精神病院の役割と特徴、また精神病患者をどのように捉えるのかという社会的な位置づけなどが検討されてきた。17世紀半ば、「狂人」と認定された失業者や貧困者、犯罪者などは、「道徳的逸脱者」と認定され施設収容されるようになる。18世紀に入ると、施設での生活が難しい人を収容するため精神科病院が設立され、医師は管理者の立場に立たされ公立精神病院として発展していく（高橋 2015: 164）。しかしながら 1960 年代以降、欧米諸国においては患者「その人」を精神科病院から地域に戻そうとする動きが出てくる。その理由として薬の開発と医療費予算の抑制、さらに非人道的な病院内での対応に対する批判などがあげられている。しかしながら急速に勧められた脱施設化の影響を受けて、先述にもあるように、ホームレス化を引き起こしている（高橋 2015: 162-168）。

このような社会的な動きがあるなかで、クラインマンらにより台頭した「病いの語り研究」は、1970 年代後半、精神医学が患者「その人」を生物医学的に捉えすぎ、物質的還元主義や機能的身体論、客観主義的な立場を取ることに對して、精神医療が批判的な見解を示すようになったことで誕生した（北中 2016: 161-171）。さらに医療人類学の主流であった全体論的な視座から、医療システムの体系を理解しようとするアプローチに批判する形で、社会文化的条件のなかで語られる個人のナラティブに注目し、解釈学的なアプローチの理論化が進められたことも影響を及ぼしている（岩佐 2018: 31）。

第 2 節 患者「その人」主体の医療を妨げるもの

第 1 項 医療人類学者アーサー・クラインマンの「説明モデル」——医療者に求められること

医療人類学者であるクラインマンは、一年二ヶ月にわたり台湾における医療調査を通して、現地で実践されるシャーマニズムや多様な民間療法などを取り上げながら、

(1) 民間セクター・民俗セクター・専門職セクターという三つのケアの場をそなえた文化システムとしての医療、(2) ケアの社会的構成としての臨床リアリティ、(3) 病気の二つの側面、すなわち病理としての疾病と体験としての病い、(4) 病者、家族、治療者が取り組み、互いにやりとりする説明モデル、(5) 病人による援助希求行動、(6) 文化の所為としての象徴的癒しという概念を生み出した(クラインマン 1880=1992: x)。その後、1988年に『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』を発表したが、患者「その人」の「ナラティブ」に着目したこの書籍は、医療の文脈のなかでも取り上げられるようになり、1990年代後半、イギリスのプライマリ・ケア医、Trisha Greenhalgh(トリシャ・グリーンハル)とBrain Hurwitz(ブライアン・ハーウィッツ)により、ナラティブ・ベイスト・メディシン(NBM)として提唱されるようになる(斎藤 2014: 14)。斎藤清二らがNBMのことを「ナラティブの視点を実際の医療に導入し、医療/医学の全ての分野をこの視点から再検討しようというムーブメント」(斎藤・岸本 2003: 26)と述べているように、NBMは、日本の医療界にも大きな衝撃を与えたと言われている(北中 2019: 11)。

医療人類学の文脈で発展した「病いの語り」と聞くと、患者「その人」の語りを探求することを目指すケースが多いが、クラインマンは本書における意義を以下のように述べている。

病いの経験を解釈することによって病いの意味を研究するのではなく、悩みの体験自体を了解する方向へと臨床的な人類学を変えていこうとする私の試み(クラインマン 1880=1992: xi)

本書は、慢性の病いをもった人びとのケアにたずさわる私と同業の臨床家や同僚のために書かれている。患者「その人」や家族は病いについての視点をもっているが、その視点を解釈するやり方を習得することは、臨床的に役に立つ。実際、これから議論してゆくように、病いの経験の語りを解釈することは、この技能が生物医学的な医学教育においては萎縮してしまっているとはいえ、医者をするものの核心になる作業である(クラインマン 1988=[1996]2015: x)。

つまり、患者「その人」の病いの語りを解釈する医療者側の姿勢を問うているのである。それではクラインマンは、どのように説明しているのだろうか。

クラインマンによると、「病い (illness)」と「疾患 (disease)」という用語は根本的に異なるとし、「病い」は経験であるという。患う (Suffering) ことが、その人にとってどのような意味をもつのか、その経験をどのように捉え、対処するのかはさまざまであり、それには個人的経験のみならず、集合的経験 (苦難を耐え忍ぶなど、地域で共有されている行動など)、文化的表象 (その時代に広まっている、疾患に対してのイメージなど) が影響するという (クラインマン 1988=[1996]2015: iii-v)。そのうえで「病い」とは、病気の人とその家族や広い社会的ネットワークのメンバーが、症状や障害をどのように認識し、共に生き、対応するかということを示すものであり、この言葉を用いることで、症状や苦しみという人間本来の経験を思い起こすことができる。また「病い」の経験は文化的に形作られている。病いの訴えは、患者「その人」やその家族が医療者に持ち込むことになるが、実際、地域で共有される「病い」の表現方法は、患者「その人」と医療者が最初の出会いでお互いを理解するための共通基盤となる。なぜならば医療者もまた、特定の「病い」の集団的経験に社会化されているからである。一方「疾患」とは、医療者の視点から見た問題である。医療者は、「疾患」というものをそれぞれの理論的レンズを通して見るよう訓練されており、すなわち医療者は、患者「その人」や家族の「病い」の訴えを、病気の問題として絞り込んで再構成すると述べている (Kleinman1988: 3-5; クラインマン 1988=[1996]2015: 4-6)。

このような前提があるなかで、クラインマンは「説明モデル」について説明する。説明モデルとは、特定の病気のエピソードについて、患者「その人」や家族、医療者が持っている概念のことであり、次のような疑問、①この問題の本質は何か、②なぜ私がその病いに冒されてしまったのか、③なぜ今なのか、④この問題はどのような経過をたどるのか、⑤私の体にどのような影響を及ぼすのか、⑥私はどのような治療を望むか、⑦この病気と治療について私が最も恐れることは何か、に答えてくれるものである (Kleinman1988: 121; クラインマン 1988=[1996]2015: 157-158)。

患者「その人」の視点を完全に把握し、患者「その人」がケアに対して何を望んでいるかを確信するために、医療者は、患者「その人」(可能であれば家族も)の説明モデルを引き出さなければならない。その説明モデルを引き出す最初のステップとして「共感的な傾聴」で話を聞く必要がある。さらにその語ってくれた経験を、民族誌学的な視

点で捉えて対象者の物語を解釈する。このように患者「その人」に向き合い、理解しようとする姿勢を「倫理的証人」と呼び、聞き手の姿勢が、語り手の語りに影響を与えることを指摘する。また患者「その人」の説明モデルを聞くだけではなく、医療者自身の説明モデルを提示する必要があるという。この作業は「翻訳」と表現されており、患者「その人」に伝わる言葉に翻訳しなければ、患者「その人」は治療プロセスに貢献できず、協力し合えない関係を築くことになる」と述べる。さらに患者「その人」の説明モデルと医療者の説明モデルを「解釈」という行為を繰り返すことで、ともに「取り決め」を決定し、お互いの妥協点を見いだしていくと説明する（Kleinman1988: 239-243; クラインマン 1988=[1996]2015: 239-322）。

説明モデルとは、ある特定のエピソードについて抱く考えのことである。患う（Suffering）ことが、その人にとってどのような意味をもつのかはその人がもつ文化に影響を受ける。

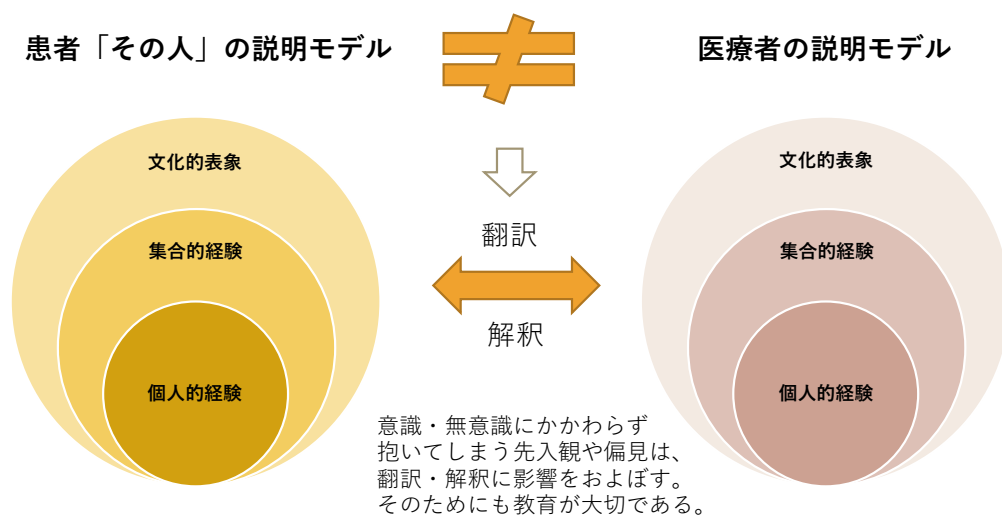


図4：クラインマン（1988=[1996]2015）をもとに筆者作成

このようなプロセスは、医療者が自身の説明モデルの背景にある、興味、先入観・偏見、感情を自己反省的に解釈する機会を与えることになるという（Kleinman1988: 243; クラインマン 1988=[1996]2015: 323）。クラインマンは、患者「その人」に対して医療者が抱く反応の中で、最も扱いづらいのは怒りの感情であると指摘する。そのためにも患者「その人」に対する感情的・倫理的な反応を理解するには、医療者自身の説明モデル

ルに、治療についての考え方に影響を与えるような、強く心を揺さぶる感情や暗黙の道徳的判断の形跡がないかを徹底的に調べることが必要であり、個人的あるいは専門的な先入観・偏見が治療に悪影響を与えていないか評価する必要があると述べる

(Kleinman1998: 244; クラインマン 1988=[1996]2015: 324)。

つまり病いの語りをどのように解釈し、どのように評価するかは医療者自身に委ねられており、そのことを自覚して、常に自分自身に問いなおすことを医療者たちに問いかけたのである⁴⁵。

第2項 無意識に抱いている先入観（バイアス）と偏見、スティグマ

欧米諸国においては、自分とは異なる価値観・文化を持つ人として、移民やマイノリティ・グループへの関わり方について議論されてきた経緯がある。1970年代から80年代にかけて、イギリスの医療人類学者でありプライマリ・ケア医の Cecil G. Helman（セシル・G・ヘルマン）は、「文化を理解し対処する能力（cultural competence）」という概念を示したが、移民やマイノリティと良好な関係を築き、医療の質を担保するためには、患者「その人」が必要としているニーズを適切に理解する能力が重要だと論じた（ヘルマン[1984]2007=2018: 15）。

看護人類学から発展した Transcultural Nursing（トランス文化看護学）では、「移民の人」を対象にした研究から次第にホームレス状態にある人について研究するようになり、その結果、「文化」という概念が広がり、文化的ケアは「移民」や「外国人」とされる人だけではなく、誰に対しても有用であることが認識されるようになる。そのうえでホームレス状態にある人が医療サービスを避けようとすることや、薬物の使用や多量の飲酒をすることを、人類学的な視点で捉える重要性が論じられてきた（Kate & William 2012: 371-372）。またホームレス状態にある人が医療サービスを避ける理由の一つに医療者からのスティグマが影響を及ぼしていることを明らかにし、アウトリーチプログラムの開発と医療者への特別なトレーニングの導入の必要性が言及されている

(Shiner1995: 541, 546)。看護教育において、医療現場で見られる医療格差を助長する

⁴⁵ 序章の村上の言葉で言い換えれば、SOSを発信する前の甘えるような態度を「甘えている」と解釈するか、「SOSを発している」と解釈するかで、その後の対応は大きく変わると言えるだろう。

ような偏見的な態度や軽視を改めることの重要性が認識されており、ホームレス状態にある人と接する機会が実習を通して設けられ、直接話を聞くことで自ら抱いていた先入観や偏見を省みる教育が実践されている（Gardner & Emory 2018: 133-136; Boylston & O'Rourke 2013: 309-312）⁴⁶。

日本においても 2017 年、日本の医学教育カリキュラム改訂に伴い、先述の SDH の視点と共に、人類学と社会学の内容も導入されることになった。それを踏まえて文化人類学者の飯田淳子と医師・医学教育学者の錦織宏は、『医師・医学生のための人類学・社会学——臨床症例/事例で学ぶ』を出版し、一見不可解な言動を発し、関わりを拒否する患者「その人」への対応について、人類学的な視点で捉える方法を示し、患者「その人」への理解を深めようとする（飯田・錦織 2021）。このようなよくわからない患者「その人」に対して、医療者は「面倒な人」とレッテルを貼ることがある。この本書のあとがきの中にそれを示唆するような発言が見られる。錦織は「医療者に可愛いと思ってもらえる患者さんとそうでない患者さんのケアには明らかな有意差があるのではないかと思うようになってきた。」（飯田・錦織 2021: 269）といい、受ける医療・看護・介護の質を決定すると述べている。澤田はこの言葉に反応し、「結局それは、医療者に従順な患者ということではないか」（飯田・錦織 2021: 271）と質問する。彼は「いや、わかるんですけど、でも現場の医療者は共感すると思いますよ」（飯田・錦織 2021: 271）と応答する。あとがきだけでは、錦織の意図は十分に読み取れるものではない。しかし医療者の情動により解釈や評価に影響をあたえ、ケアの質に差し響く可能性が示唆されていると言えるだろう。このような事実は、今まで表立って議論されてこなかった。一般的に先入観や偏見を抱いていることを、私たちは普段意識することはない。

⁴⁶ 日本の基礎看護教育のなかでも、文化（異文化）看護論を学ぶ機会はある。しかし Madeleine M Leininger（マドレーン・M・レイニンガー）の文化ケア理論などの多くは、「国際看護学」で教授されることが多いため、日本国内で外国人の看護をする、または日本人看護師が外国で看護をする際の視点として扱われることが多い。また社会的マイノリティに向けられやすいスティグマについては精神科領域のなかで教授されるが、対象は精神障害者に向けられており、日常生活のなかで起きるスティグマという視点にまで及んでいない。

Erving Goffman (アーヴィング・ゴッフマン) によると、スティグマとなる属性として、①身体上の奇形、②罪人や精神異常、麻薬常用、アルコール依存など精神障害をかかえる人の記録から推測される個人の特性、③人種、民俗、宗教など集団に帰属されるものを挙げており、スティグマのことを「われわれが期待しているものとは違う望ましくない特異性をもっている」(ゴッフマン 1963=2012: 18) と説明する一方で、「スティグマという言葉は、人の信用をひどく失わせるような属性をいい表わすために用いられるが、本当に必要なのは明らかに、属性ではなくて関係を表現する言葉なのだ」(ゴッフマン 1963=2012: 16) と述べる。つまりスティグマとは、人と人との人間関係のなかで生じるものであり、社会的スティグマと呼ばれる他者の眼差しが、その人自身に向けてスティグマを内在化させ、それが常態化されることで構造的スティグマをつくり出すのである。

スティグマには、個人レベル、対人レベル、構造レベルの3つのレベルが存在する。個人レベルのセルフ・スティグマとは、個人がスティグマに対して抱く感情や行動を示しており、スティグマを抱いていることを隠したい気持ちや拒絶反応、また自分自身へのスティグマの内在化が挙げられている。一方、対人レベルの社会的スティグマとは、ある人が他者に対して示す偏見や差別のことであり、スティグマを受けている人と受けていない人の間に生じる相互関係を示している。このスティグマは偏見に基づくヘイトクライムのような明白な行動だけでなく、マイクロアグレッションのような意図しない隠れた行動も含まれる。マイクロアグレッションとは、

ありふれた日常の中にある、ちょっとした言葉や行動や状況であり、意図の有無にかかわらず、特定の人や集団を標的とし、人種、ジェンダー、性的指向、宗教を軽視したり侮辱したりするような、敵意ある否定的な表現 (スー2010=2020[2021]: 34)

と定義されており、相手を貶めるような態度や行動をしていることに、加害者自身は気付いていないと指摘している (スー2010=[2020]2021: 32)。

これらに加えて構造的スティグマとは、個人や対人関係のレベルを超えて発生するスティグマであり、文化的規範や制度的政策により、スティグマを受ける人の機会や資源、幸福が制約されることを示している。この構造的なスティグマは、一度形成されて

しまうと、その背景にある制度的な方針や文化的な信念が常態化し、対人関係の文脈を離れたところでスティグマが負の影響を及ぼすようになるという (Hatzenbuehler2017: 105-106)。ゴフマンの著書に影響を受けた社会心理学者たちは社会認知的アプローチの分析枠組みを用いてスティグマの研究を発展させてきたが、今まで個人主義的な部分に焦点が当てられ過ぎたと批判されてきた (Link & Phelan2001: 363-366)。しかし近年、日本においても構造的スティグマについて論じられるようになった。

内科医である田中永昭は、一般的に行われる医療者による糖尿病管理に疑問を抱き、模範的な糖尿病患者になることが患者「その人」の望む人生なのか、医療者が求める「糖尿病患者のあるべき姿」というステレオタイプのなかに当てはめているだけではないかとし、糖尿病患者に向けられるスティグマの構造と医療者がスティグマを付与するメカニズムについて検討し、誰かの認識を変えるのではなく、自分の認識を変える必要性について述べている (田中 2020: 176)。また看護師の木村映里は、2020年にセクシュアルマイノリティの人、性風俗産業に従事する人、生活保護を利用する人、さまざまな依存症を抱える人、暴力をふるう人、子どもの世話を放棄する人などが、医療から排除されてきた人の経験を描き発表している (木村 2020)。さらにマスメディアを通じて無意識に抱いているスティグマについて紹介される機会は増えてきている⁴⁷。しかしその数はいまだ限定的である。

序章で述べた SDH の視点のなかで、社会的公正が達成されるためには、目の前の壁が取り払われるべきであるが、その壁の一つに先入観や偏見が含まれていると言えるだろう。しかし無意識に抱いている場合もあり、そもそも障壁があること自体に気づくのが困難となる。社会的決定要因の一部にあたる医療者自身も、社会・文化的環境の影響を受けているため、当たり前のようにある障壁を障壁と認識できないのである。私たち医療者自身も社会構造のなかに巻き込まれており、文化の網の目のなかに組み込まれてい

⁴⁷ たとえば 2020 年に放映されたナイキの CM は、在日朝鮮人、黒人、いじめを受ける、日本人女子学生を取り巻く構造的スティグマについて表現したものであり、ネット上で大きな議論を巻き起こした。篠原修司はこの CM について、日本において差別があることを表現したと賞賛された一方で、日本に差別はない、この CM 自体が差別を増長させるという意見が噴出したことを指摘する。

る。傾聴しますと言いながら、無自覚に患者「その人」の声を疎かにし、社会的排除に加担している可能性は否めないのである。

第3項 権力格差と感情管理——医療者がナラティブを開示することの難しさ

クラインマンの「病いの語り」は、その後、大きな批判を受けることになる。その内容を、北中は以下のようにまとめる（北中 2016: 171）。

1) 患者「その人」を合理的・主体的な消費者として医療に取り込み、その責任を患者「その人」に課そうという目論見がある。

2) 患者「その人」のナラティブまで評価・分析すること自体が、完全な管理下に置こうという支配的なものである。

3) 圧倒的な権威をもつ医師の前で、民主主義的な交渉を進めるのは不可能であり、患者「その人」を巧妙にコントロールする装置に過ぎない。

また、ナラティブ・アプローチの源流を築いたと言われるクラインマンであるが、医療人類学者の浮ヶ谷幸子によると、医療者によって患者「その人」が語る多様なナラティブの不確実性やあいまいさがそぎ落とされ、医療的言語に読み替えられながら医療者にとって都合のよいナラティブへ組み直される可能性がある。またナラティブが構築されていく過程で、語り手と聞き手が固定化されてしまい相互に影響し合うということが問われなくなるという。さらにナラティブ・アプローチが多領域に広がる過程で、語り手と聞き手の間にある権力構造に対する批判的な視点や、聞き手の立場で勝手に解釈され表象されることの暴力性について、本来問われるべき課題が看過されてきたと指摘する（浮ヶ谷 2018: 187-188）。従来のパターンリズミ的なアプローチが見直され、医療者主体の医療から患者「その人」主体の医療へと変換したにも関わらず、医療者—患者「その人」間には権力格差があるという構造から脱せない現実があるのだ。

Arthur W. Frank（アーサー・W・フランク）は、1995年に『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』を発表し、ナラティブ・メディスンを開発した Rita Charon（リタ・シャロン）の「患者に対する自分たちのケアの能力を高めるために、自分自身が傷を負っていることを認め、苦しんでいる他者との共感的な紐帯を強めるために、自らの個人的な経験を受容する」という言葉を引用しながら、誰もが傷ついた物語の語り手になるという前提のもと、語ることを、自分自身の生存に意味を与え、また他者が他者の生存に意味を与えるものとして捉えている（フランク 1995=[2002]2010: 4-6）。そのう

えで、患者「その人」が病いを患ったことで人生で築いてきた「目的や海図」を失い傷ついた人は、自身の経験をナラティブとして語ることで、新たな海図を描けるようになると説明する。さらに自身のナラティブを同じように苦悩を抱える人に伝えることで聞き手を癒すといい、患者「その人」自身が「傷ついた癒し人」として育まれていく。そのプロセスは語り手―聞き手の相互に作用するものであり、お互いに応答しあうなかで「他者のなかの物語空間」に入っていけるといふ。加えて医療には治療と癒しが存在し、双方を包括するためには、医療者が「傷ついた癒しの人」の役割を担う必要があると述べる（澤野 2018: 109-112）。しかし現実には、医療者と患者「その人」の双方が、応答しあい癒しあうことは難しい。

医療人類学者の澤野美智子は、とある医学系の学会の場面を通して、医師―患者「その人」間の権力格差を描いているが、圧倒的な権威とリテラシーの格差を前に患者「その人」は沈黙を余儀なくされてしまい、患者「その人」が声を発信したとしても医療者には理解されないことを指摘する（澤野 2018: 113-114）。そのうえで、

医療者は自分の傷を病者には見せずに、なるべく自分が傷つかない位置から弱者の語りを聞いてあげる人という印象を受ける。病者・家族が医療者の個人的なナラティブを聞くことはめったにないであろうし、聞こうとしても権威あるいはリテラシーの格差に阻まれうる。逆の見方をすれば、医療者は個人的な苦悩を病者・家族に伝えることができず、医療者の苦悩が行き場を失っているということでもあるかもしれない。医療者が病者・家族に向けて発するのは、「疾病」に関する、病者用に噛み砕かれたナラティブばかりである。（中略）現実の病者―医療者間で見られるナラティブは、権威やリテラシーというガラスの板を一枚隔てて繰り広げられる。お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれることはなく、そこに生々しい相互侵食を見出すことは難しい（澤野 2018: 114）。

ことを指摘し、双方が影響を与え合える関係になるには、医療者自身のナラティブを開示し「お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれる」プロセスを得ないとナラティブは構成されていかない。しかし医療者―患者「その人」関係の根底にある権威やリテラシーの格差という構造的な壁があるため、医療者自身がその壁を超えるのは難しいと言及

する（澤田 2018: 114-115）。それではなぜ医療者は、医療者自身のナラティブを開示しないのだろうか。

社会学者の鷹田佳典によると、「医師の物語については、患者の物語を抑圧・否認・無効化するものとして批判される以外、十分に議論されることはなかった」（鷹田 2019: 13）と指摘する。その理由として、「医師は常に英雄として振る舞うこと、すなわち、どんな過酷な状況であっても、弱音を吐かないことが期待されているからである。」

（鷹田 2019:13）という。先述のフリードソンは、「医師はある意味で患者に共感することはできても、同時に患者の反応から距離をとらねばならない——さもなければ、同情心に満ちた一友人となり、治療上の効果を失うことになる」（フリードソン 1970=1992: 102）と述べるように、医療者は感情管理を強いられる立場にある。

Arlie Hochschild（アーリー・ホックシールド）の『管理される心——感情が商品になるとき』が出版されたのは 1983 年であるが、訳者である石川准と室状亜希は、

感情とは社会的文化的に構築されるものであり、したがって制度の外側にある自然なもの、本来のものなのではなく、制度そのものだけということになる。逸脱的とされた感情は社会的・主体的統制を受けて同調的とみなされるものへと改められる。適切な感情が創出され不適切な感情は消去される。このような社会的主体的統制が「感情管理」である（ホックシールド 1983=2000: 297-298）

と述べている。医療現場では医療を的確かつ効率的に提供するために、医療者には常に客観的であり合理的であることが求められる。その一方で、個々の患者「その人」へ寄せる感情（ポジティブ・ネガティブなもの両方）もあるわけで、この「合理性」と「感情性」をコントロールしながら、期待に応えるための役割を演じることが求められている（崎山 2005: 147）。

しかし実際には患者「その人」の苦悩に深くかかわる中で、医師自体も苦悩している。卒後臨床医を対象に苦手な患者像について調査を行ったところ、「治療法のない患者」「理解力の低い患者」「器質的異常がない患者」「指示を守らない患者」「自己破壊的な患者」「権利を主張する患者」「訴えの多い患者」という項目を選択することが多かった。また理想の医師像として、「確実性がある」「見逃しが無い」「どんな事態にも対処できる」と選択する一方で、「道徳的に優れている」「患者さんを治す」「社

会もことを良く知っている」「人間的温かみがある」という項目を選択した人は少なかったと報告されている。この結果は、研修医自身がストレスを緩和するために、医療や患者「その人」に関する考え方を非人間的なものに変化させたのではないかと考察されている（杉田・藤崎 1992: 153-154）。相反する感情をコントロールすることはジレンマを感じるため、医療者は次第に深く関わることを避ける。そして自分自身の感情に無頓着であることを演じている可能性は否めない。武井麻子は、看護師の感情に焦点を当て、患者「その人」との関わりの中で看護師が感情を押し殺しながら関与することで、離職など引き起こされる問題について言及している（武井[2001]2012）。

先述の鷹田は、医師の「苦悩の語り」に耳を傾けるべきではないかと指摘する（鷹田 2019: 13）。彼は、アーサー・クラインマンとフランク・クラインマンの考え方には共通点があるとし、「病いの語りを聴くという営みは、単なるコミュニケーション・スキルの問題ではなく、moral な次元に関わるものと捉えていた。そして患者の倫理的証人となるためには、医師は患者の物語だけではなく、自身の物語（医師の物語）も真剣に受け取る必要があることを強調する点も一致していた。」（鷹田 2019: 21）と指摘し、患者「その人」の物語を聞くためには、自身自身の物語を聞く、すなわち自身を尊重し自身の物語をシンプルに語る必要があり、人生において大切なものは何か自分自身を見つめ直すことが求められていると述べる（鷹田 2019: 18-21）。

今までの議論をまとめると、患者「その人」のナラティブを聞くことを妨げる壁の一つに権力格差がある。その格差を乗り越えるためには、双方のナラティブを表出し合うことが求められる。しかし、医療者としての役割を演じることを期待され感情管理を強いられる、また自分自身を見つめ直すことが求められるため、医療者自身がナラティブを開示することが難しく、結果、双方ともに表面的なナラティブしか表出しない、すなわち「声」を出さない/出せないという状況がつくられるのではないかと考える。そのような状況を超えることは可能なのだろうか。

石川ひろのは、先述の意思決定支援を、①機能主義（サービス提供者—消費者、社会的役割分業）、②コンフリクト理論（専門家—クライアント、社会的階層化・力の不均衡）、③功利主義（2人の専門家、合理的選択）、④社会構成主義（定まっていない、意味の構築・異なる視点の相互作用）と、理論に置き換えて分類する（石川 2021: 454）。④番目の社会構成主義とは、ポストモダンの動向の一つの理論的枠組みであると考えますが、人と人との関係性のなかで社会や文化のあり方が決められていくのであり、対話の

なかで世界は構成されていくという視点に立ち、ナラティブの文脈にも影響を与えてきた概念である（ガーゲン 2004=2013; マクナミー・ガーゲン 1992=[2014]2017）。

ナラティブ・セラピーも含めたナラティブ・アプローチの射程は広い。斎藤清二は、医療におけるナラティブ・アプローチが日本に浸透してきた流れには、①クラインマンに代表される医療人類学、②家族療法におけるナラティブ・セラピー、③社会学者であるアーサー・フランクの物語論、④精神分析における物語論、⑤臨床心理学における河合の物語論、⑥質的研究方法、⑦ナラティブ・ベイスト・メディシンとしての医療、と7つの領域があるとし（斎藤 2006: 246-249）、ナラティブの基盤を形成したのは現象学と解釈学の伝統であり、精神医療や家庭医療を中心にナラティブは取り扱われるようになり、そこには社会構成主義の影響が見られたと言われている（道信 2020: 246-247）。

調査地ではオープンダイアログと、家族療法のナラティブ・セラピーから発展したリフレクティングの思想を取り入れた関わりを実践している。次節では、オープンダイアログについてと、リフレクティングが家族療法のなかでどのように誕生したのかその文脈を確認していく。

第3節 調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティング

第1項 オープンダイアログについて

調査地で実践されるオープンダイアログは、フィンランドの西ラップランド地方にあるケロプダス病院において開発された、社会的ネットワークを活用する精神科ケアであり、入院率や再発率、薬物治療の軽減などが明らかにされたことで北ヨーロッパを中心に展開されるようになる（Seikkulat2013: 403-404; 斎藤 2015: 821）。オープンダイアログは、社会構成主義を理論的背景にしており、人類学者でダブルバインド概念を生み出した Gregory Bateson（グレゴリー・ベイトソン）や、哲学者でポリフォニー（多声性）概念を生み出した Mikhail M. Bakhtin（ミハイル・バフチン）、心理学者で発達理論を開発した Lev S. Vygotsky（レフ・ウィゴツキー）、さらにナラティブ・アプローチを発展させた Tom Andersen（トム・アンデルセン）のリフレクティング・プロセスや、Harold A. Goolishian（ハロルド・A・グーリシャン）と Harlene Anderson（ハーレーン・アンダーソン）のコラボレイティブ・アプローチなどの臨床実践を取り入れていき、1990年代中頃には、その実践そのものを「オープンダイアログ」と呼ぶようになる（Seikkulat2013: 404; 石原 2018: 186-187; 野口 2018: 110-113）。

オープンダイアログには、二つのレベルがあると言われている。一つ目は「詩学」と呼ばれるもので、「その人」との面談における言語とコミュニケーションの実践のことを指し、①不確実性への耐性、②対話主義、③社会ネットワークにおけるポリフォニーが大切だと言われている。社会学者の矢原隆行は、この3つの言葉を以下のように説明する。

- 1) 最初から医師が診断を行い治療方針を決めてしまうようなことをせず、あいまいな状況に耐えながら皆で対話を継続していく「不確実性への耐性」
- 2) バフチンのアイディアや社会構成主義的な考え方にもとづき、対話のなかで新たな言葉を生み出していくことを第一に目指す「対話主義」
- 3) ただひとつの真実を求めるのでなく、複数の主体の複数の声がポリフォニーを形成する「社会ネットワークのポリフォニー」(矢原 2016b: 126-127)。

二つ目は「マイクロポリティックス」と呼ばれるもので実践のための制度的背景を示す(Seikkula2013: 404; 斎藤 2015: 83; 矢原 2016b: 126)。オープンダイアログが誕生した社会的背景を確認すると、1980年代のフィンランドにおける脱施設化という地域精神保健の文脈の影響を受けていることが分かる。この当時、統合失調症の人に向けた外来ケアとリハビリテーションの改善のために「ニーズ適合型アプローチ」が開発され「対話的アプローチ」⁴⁸という考え方が誕生した(Alanen2009: 160-162; 石原 2018: 188)。すなわちオープンダイアログとは、地域精神保健医療へ移行するなかで「ニーズ適合型アプローチ」への転換が進められる中で展開された「社会的ネットワークによる共同

⁴⁸ 「対話的アプローチ」とは、George Engel (ジョージ・エンゲル) により提唱された「生物・心理・社会モデル」の「心理社会的要因」をより重視し、患者「その人」の主観的経験から考えていく方法である(石原 2018: 175)。「生物・心理・社会モデル」についての論文が発表されたのは1977年であり、従来の医学モデル「生物・医学モデル」に対する批判から誕生している(石原 2018: 172)。患者「その人」の主観的経験から考えていく「対話的アプローチ」は、クラインマンが提唱した患者「その人」の説明モデルを聞くという病いの語りに通じるものがあり、1970年代後半から80年代にかけてのナラティブ論的転回の一つであったと言えるだろう。

体の実践」という基盤のもと成り立っているのである（Seikkula2013: 404; 齋藤 2015: 84）。

社会学者の野口裕二は、オープンダイアログとナラティブ・アプローチの相違点として以下の三つを挙げる。

1) ソーシャルネットワークの再生を直接目指す。すなわち本人と関わりのある人に最初から集まってもらうことで、本人を取り巻くネットワークそのものを再生する。

2) いまだに語られていない経験に言葉を与えることを重視する。それは支配的な物語からの脱出を意味するのではなく、ただ今まで語られてこなかった体験に言葉を与えることが重視される。

3) 「愛の感情」を重視する。今まで「言葉」や「物語」の作用に焦点が置かれてきたが、オープンダイアログでは湧き上がる「感情」を大切にす（野口 2018: 124-131）。

次いで、以下のように説明する。

これら三つの方法を比べると見えてくるのは、「問題」に対するとらえ方の違いである。システム・アプローチは、「問題」の発生する場所を個人から家族システムへと移動させた。ナラティブ・アプローチは、「問題」の発生する場所を、家族システムから家族が織りなす言語システムへと移動させた。これに対して、オープンダイアログは「問題」の発生場所を特定するのをやめて、「問題」をめぐる対話をおこなうネットワークを作り上げた。「問題」のありかを特定して対処するのではなく、「問題」をめぐる語りあう関係、ネットワークを作り上げることに重点を移したのである（野口 2018: 132）。

さらにオープンダイアログでは、「愛の感情」というポジティブな感情について焦点を当てる。これは単に「愛」を持って接するべきと述べているのではない。ネガティブな感情に固執し、それを明らかにしたうえで介入し、解消を目指すのではなく、対話のプロセスのなかで生じる「愛の感情」に焦点を当てて、自然とネガティブな感情を後退させることを重視している。そこには「その人」や家族だけの感情が取り扱われるのではなく医療者が生み出す感情にも注目し、「感情の共同化」が目指される。しかし科

学の文脈で「愛」について語ることはタブー視されてきたため、このような議論はされてこなかったと述べている（野口 2018: 148-155）⁴⁹。

日本においては、2013年、ダニエル・マックラー監督によるドキュメンタリー映画の日本語字幕版が各地で上映されたことでその存在が知られるようになる（矢原 2016b: 126）⁵⁰。その後、2014年には医学書院の白石正明氏が、オープンダイアログについての対談「オープンダイアログが秘める可能性——ナーシングカフェ「『オープンダイアログ』ってなんだ!?!」⁵¹を企画し、2015年には精神科医の斎藤環氏が、オープンダイアログについての本を日本語に翻訳して出版した。さらに医学書院の雑誌「精神看護」で特集を組まれたりしながら、日本においてもその認知度は、精神医療の文脈を中心に広まっていった⁵²。その理念・思想、方法を正確に伝えることを目的にして、オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン（ODNJP）が組織化され、「オープンダイアログ対話実践のガイドライン」が紹介された。彼ら/彼女らは、オープンダイアログは、単なる「技法」ではないと言及し、対話実践とサービス提供システムの他に、オープンダイアログの世界観を示し、以下の図と原則を提示する⁵³。

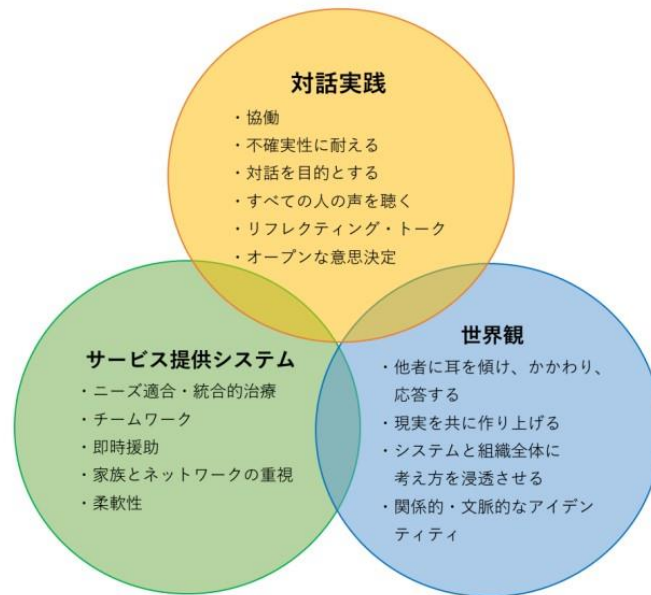
⁴⁹ 今まで軽視されてきた「愛」や「感情」といった議論であるが、アメリカでは、官僚的アプローチの思想が根底にあるマネージドケアの「何の処置をしたのか」という評価方法に疲弊しており、重度な課題を抱える人を支えるフィンランドのネットワークケア（オープンダイアログ）は、その代替案になりうると考えられている（Pulleyblank et al. 2001; Seikkula 2013: 404; 斎藤 2015: 84）。

⁵⁰ 『オープンダイアログ』フィンランドにおける精神病治療への代替アプローチの『開かれた対話』（Open Dialogue, Japanese subtitles）

⁵¹ 医学会新聞「オープンダイアログが秘める可能性——ナーシングカフェ「『オープンダイアログ』ってなんだ!?!」」

⁵² 看護教育で採用される医学書院の精神看護学の教科書に、オープンダイアログについて紹介されたのは2017年に入ってからであるが、精神科での治療における家族療法の一つとして紹介され、当事者主体を徹底するとし、技法というより、当事者が主体であるという哲学であると表記されている（武井[1997]2021: 260）。

⁵³ オープンダイアログネットワークジャパン事務局の許可を得て転載



オープンダイアログの3つの側面²

図5：オープンダイアログの3つの側面
 オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン(ODNJP) (2018: 3)
 オープンダイアログ対話実践のガイドラインより許可を得て転載
 (<https://www.opendialogue.jp>より入手)

「オープンダイアログの7つの原則」

原語	一般的な訳	意味
1. Immediate help	即時対応	必要に応じてただちに対応する
2. A social networks Perspective	社会的ネットワークの視点を持つ	クライアント、家族、つながりのある人々を皆、治療ミーティングに招く
3. Flexibility and mobility	柔軟性と機動性	その時々ニーズに合わせて、どこでも、何にでも、柔軟に対応する
4. Team's responsibility	責任を持つこと	治療チームは必要な支援全体に責任を持って関わる
5. Psychological continuity	心理的連続性	クライアントをよく知っている同じ治療チームが、最初からずっと続けて対応する
6. Tolerance of uncertainty	不確実性に耐える	答えのない不確かな状況に耐える
7. Dialogism	対話主義	対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続ける

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン (ODNJP) (2018: 5-7)より引用

現在、オープンダイアログは、精神医療の文脈を乗り越えて、さまざまな方面に拡がりをみせている（石原 2018: 191）。しかしその一方で、いくつかの課題が挙げられている。その一つは、実際の医療現場の導入するには、マンパワー不足と経済的・時間的制約による課題がある。例えばオープンダイアログの7つの原則の②「即時援助」では必要に応じて直ちに援助することが挙げられているが、日本の現在の医療システムのなかで「即時援助」に常に答えることは容易ではない（孫・塚原 2018: 131）。またこれまで実践されてきたオープンダイアログのアウトカム研究が少ないことで精神医療の文脈で標準治療として認定されることは難しい（齊尾 2014: 536）。加えてフィンランドと日本ではそもそも医療に関する諸制度や歴史的背景が異なり、精神科病院からの脱施設化に向けての地域包括ケアの体制や住民が受け入れる環境が整っているとは言えない現状がある（高橋 2015: 179-181）。

その他、本来のオープンダイアログの目的が上手く伝わらないまま拡散されることが危惧されている。先述の矢原は、オープンダイアログが広まっていくなかで、本来の「対話することが目的」という視点が見落とされてしまい、対象者の語りを「回復という結果のための道具として見なしてしまう傾向の危うさ」について指摘する（矢原 2021）。すなわちオープンダイアログとは、当事者を回復させることを目的としているのではなく、あくまでも対話をするを目的としているのであるが、オープンダイアログの射程が広がる中で、その目的自体がすり替わってしまう可能性がある。またこのような状況に陥る背景には、医療の文脈においてはその有効性を証明するためのアウトカムが求められる側面があるため（齊尾 2014）、医療者の意識が「回復させる」ことに引かれることも影響している。このことは「7つの原則」のなかで示されている「不確実性に耐える」姿勢につながると考えるが、アウトカムがはっきりしない不確実な状態に医療者自身が耐えられず、「回復という目的」を掲げて、そこを目指す方法を選択してしまうからだと考える。

オープンダイアログを実践するために、フィンランドのような地域精神保健医療システムを今すぐ整えることは難しい。しかしオープンダイアログという哲学思想を取り入れることは可能なのではないか。ケロプダス病院では、1984年8月27日、「クライアントのことについて、スタッフだけで話すことをやめる」ことを決意したという。その後は家族の問題に焦点を当てて、他者を変えようとするのではなく、彼ら/彼女らとその家族や関わるスタッフたちと一緒に、その問題について話そうと決めたのであ

る。そうすることで、対話が多様な参加者たちの中間地点で行われるようになり、専門家と呼ばれるひとたちは、専門家中心の手段を使いたい、という誘惑から逃れられるようになるという（セックラ・アーンキル 2006=[2016]2017: viii, 2014=2019: 019）。この誘惑から逃れられる方法の一つがリフレクティングであると考える。次節では、オープンダイアログに大きな影響を与えたリフレクティングについて確認する。

第2項 オープンダイアログに影響を与えたリフレクティングの誕生まで

リフレクティングは家族療法より発展した方法であるが、家族療法が家族のことをシステムとして捉えはじめたのは、1950年代に入ってからである。それ以前は個人の内部に焦点を当てた心理療法が主流にあったが、病気の原因はシステム、いわゆる家族関係において見出されるようになる（矢原 2016a: 4-5）。その後、家族療法は発展を遂げるが、その立役者の一人が先述のベイトソンである。ダブルバインド理論では、ふたつの矛盾するメッセージを受けた際、メッセージの文脈のなかに存在する矛盾が大きいほど、受け手はそのメッセージから逃れられなくなり、心も身体の処理不可能になるという（矢原 2016a: 5-9）⁵⁴。

ベイトソンらの影響を受けて、1967年に独自のシステム論的アプローチを発展させたのは、イタリア、ミラノの家族研究所のメンバーだった。彼らは4人一組で治療するという「ミラノ・システムック・モデル」を開発する。その方法は、2名の専門家が面談に入り、2名の専門家はワンウェイ・ミラーの背後の観察室に留まり、必要に応じて面談に入っている専門家に観察室まで来てもらい助言をし、その助言にもとづいてセラピーを再開するというものであった（矢原 2016a: 10-11）。この方法は各国に広がり、ノルウ

⁵⁴ ベイトソンは初期の理論から次のように修正を加えているが個人因子を原因として捉えるのではないことを強調したと考える。「ダブルバインドを、『拘束する加害者と縛られる被害者』という視点からとらえるべきではありません。むしろ、システムの作動にとらわれた人々という説明のほうが役に立ちます。このときシステムは、人間関係に矛盾や葛藤をもたらし、その結果、個人の心を悩ませるものになります」（斎藤 2015: 85; Bateson 1962: 155）。ここで述べられているシステムとは、SDHの社会構造と重なるものであり、これを医療者—患者「その人」関係に置き換えると、拘束する加害者とは、感情管理を強いられる医療者だと言えるだろう。

エーの精神科医、アンデルソンも、ミラノモデルの形で面談を行っていた。そして1985年3月、リフレクティングは誕生する。その日、アンデルソンは、いつも通り面談のオブザーバーとして参加していた。面接者は若手の医師であり、患者「その人」の対応がスムーズにいかず硬直状態に陥っていた。ワンウェイ・ミラーの後ろで聞いていたアンデルソンは、彼を含めた専門家たちの会話を聞かせてみようと考える。普段はワンウェイ・ミラーの後ろで話している専門家たちワンウェイ・ミラーその人」に公にしようと考えたのだ。スポットライトの位置が変わり、観察者役だったオブザーバーたちは、一転して対象者と家族から観察される立場になった。これがリフレクティングの始まりであり（矢原 2016a: 16-17）、第一次サイバネティクスから第二次サイバネティクスへの変革とも捉えられる（矢原 2016a: 49）⁵⁵。

リフレクティングはオープンダイアログに影響を与え、その思想と「聞く」と「話す」を分ける方法が取り入れられ、そしてそれは調査地においても、その思想を大切にしながら実践されている。

⁵⁵ つまり観察者役のオブザーバーも、システムの中に組み込まれた状態に位置づけされたのである。これは序章の図1につながるものであり、医療者もそのシステムの中に巻き込まれた状態であることを認識するため、今までの関係性が変わるのである。

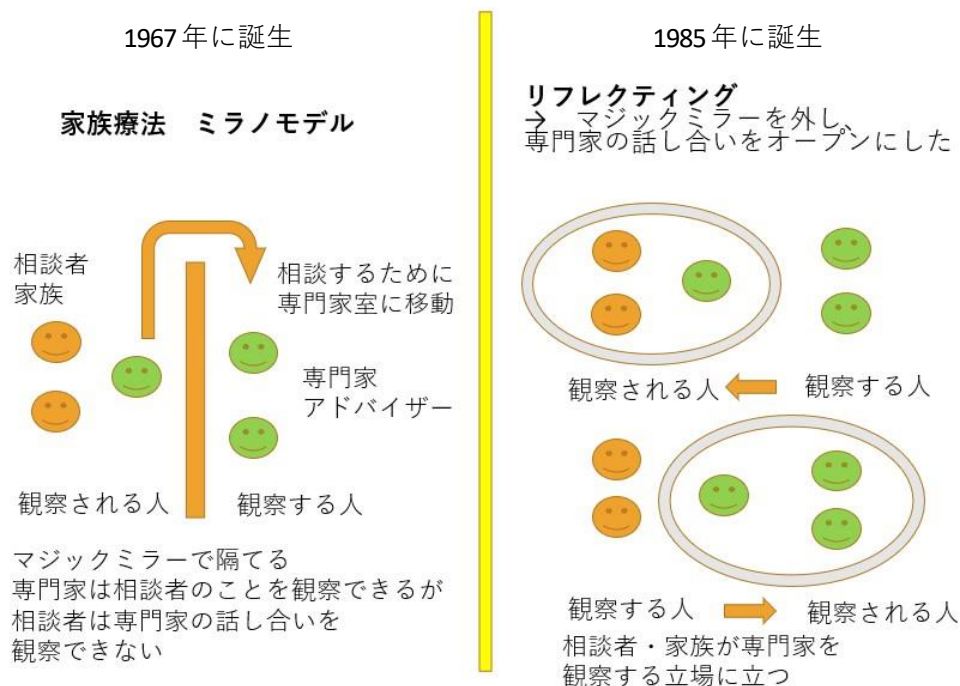


図6：家族療法ミラノモデルとリフレクティングの違い
矢原（2016a）をもとに筆者作成

第4節 異文化感受性発達モデル——信念対立を俯瞰し、不確実性に耐えるために

以上ここまで、ハウジングファーストで求められる患者「その人」主体の姿勢についての課題を確認するために、第1節において、医療者主体の医療から患者「その人」主体の医療への転換の軌跡を概観し、第2節では、クラインマンが提唱した「病いの語り」が残した課題として、意識・無意識にかかわらず抱いてしまうスティグマと、医療者—患者「その人」間に生じる権力格差や感情管理について整理し、患者「その人」の声が医療者にかき消されてしまう要因を検討した。これらの課題を乗り越える方法として、第3節において、調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティングについて整理し、日本において調査地などで実践されはじめていることを確認した。

しかし、オープンダイアログにも課題が残されており、その一つが、不確実性の耐性であると言えるだろう。すなわち今まで論じられてきた医療者主体の視点から患者「その人」主体の視点に移り変えることができるのかという課題である。現在、日本でも実践されはじめたオープンダイアログではあるが、本来の目的が置き去りにされてしまうケースが散見されている（矢原 2021）。また野口は、ナラティブ・アプローチで

は医学モデルや個人主義を批判しながら、結局、感情の扱いに関しては個人主義モデルの枠内に留まっていたと指摘するように（野口 2018: 155）、医療者主体の医療から患者「その人」主体への医療への脱却は難しいと考える。このように、医療者主体か患者「その人」主体かのような二項対立的な状態に陥ることを、医療人類者の Byron J. Good（バイロン・グッド）は次のように説明する。

キリスト教徒において、救済とは信仰した結果生じるものであり、それゆえ布教活動とは、現地の人に誤った信念を捨てさせ、新たな生活と救済に導く信仰を持つよう促す。同様に、西洋医学を信じる医療者は、一見すると非合理的な信念をもつ現地の人に出会ったとき、その人物がコンプライアンスのない知識不足の人と解釈し、西洋医学に準じた正しい知識（信念）をもつように、患者教育に専念する（グッド 1994=2001: 12-17）。

この言葉の背景には、第2次世界大戦以降、開発途上国に支援に入った公衆衛生の専門家たちの経験が影響している。彼ら/彼女らは西洋で実践される医学に基づいた公衆衛生活動を展開しようと試みたが思うようには進まなかった。地域の社会・文化的背景を知ろうともせず、西洋の方式を一方向的に押し付けようとして失敗した経験から、医療人類学は発展したが、開発途上国に土足で入り込み、自文化中心主義のもとで西洋の医療を全面的に出した方法に、医療人類者は批判的な眼差しを向け（辻内・河野 1999: 587）、グッドはその状況を「信念」という言葉に置き換えて説明したのである。

医療者には医療者の信念がある。しかしその信念を信じすぎると、それゆえに起きる課題がある。これらを乗り越えて、野口が指摘するように「感情の共同性」を得ることが理想なのであろう。しかしその前に、自身の信念を省みて変化していくプロセスがあるのではないかと考えた。それを異文化感受性発達モデルという概念で説明できるのではないかと考える。

異文化感受性発達モデルとは、1980年代、Milton J. Bennett（ミルトン・J・ベネッセ）により開発された概念である。ベネッセは、異文化ワークショップやクラス、交換留学生たちの学生の様子などを、数ヶ月から数年かけて観察するなかで、ある学生は、文化的境界を越えてコミュニケーションが上手になるのに、他の人が上達しないのはなぜなのか疑問を抱き、異文化を経験した学生たちの主観的経験を、グラウンテッド・セ

オリイを用いて分析し、異文化感受性発達モデルを開発した。異文化間コミュニケーションにおける感受性と関連スキルの鍵は、その人が、文化の違いをどのように解釈するかということである。ベネッセは、発達段階には6つのレベルがあるとし、最初の3段階を「否定＝無関心」「防御＝二極化」「最小化」とし、異文化感受性が培われていない自文化中心主義の状態であるとした。次いで「受容」「適応」「統合」と、異文化感受性が発達するなかで、文化相対主義の視点に移行していくと述べる（Bennett1986, 2004,2017）。

ここでいう文化とは、グッドのいう信念という言葉に置き換えて考える。自分自身の信念に対して、どのような眼差しを向けるのか。このような視座をもつことで、自分自身の信念の変化のプロセスを俯瞰的に眺める一助になるのではないかと考える。オープンダイアログの世界観から考えると、このような尺度を使用すること自体、異議が上がるかも知れない。なぜならばオープンダイアログにとって大切なことは、問題を解決することではないからである。ただそこに存在し、その場を大切にし、対話を続けることが大切であると考えられており、尺度を活用し、自分自身をチェックしながら対話することではないからである。しかしこのような方法もあるという言い方も可能なのではないだろうか。この概念は考察において引用し、オープンダイアログがもたらす可能性について論じる。また第5章において、偏見を抱いている他者への眼差しが、どのように変化していくのかという視座で分析枠組みとして用いることとする。

第5節 医療人類学的研究と方法論の視座

調査地では、「その人」主体の姿勢を大切にするハウジングファーストとオープンダイアログを取り入れ、「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人に対して医療を提供している。その実践とはどのようなものなのだろうか。エスノグラフィーを通して得たデータを、どのような視座に立脚して解釈していくのか、まずは医療人類学の中でも応用研究について整理し、医療・看護実践家である筆者のポジションリティを明確にしたうえで、社会構成主義について確認する。

第1項 医療人類学における筆者のポジショナリティ⁵⁶

序章第7節の「言葉の定義」にて、筆者が考える「医療人類学的研究」について説明した。ヘルス・エスノグラフィーは医療人類学の方法論の一つであり、調査地及び医療の現場に貢献することを目的とし、それはすなわち人々の健康と幸福に結びつく実践への示唆を示すことであり、応用研究である。

医療人類学という言葉が用いられ始めたのは1960年代の前半であり、研究者に注目され始めたのは1970年代はじめである。医療人類学には大きなルーツが二つあると言われており、一つ目は、人間の成長と発達、進化と適応、法医学の問題を研究する生物学的・物理学的な人類学者のグループで、二つ目は、伝統的、地域的な癒しの実践（宗教や呪術など）に関心を寄せる社会的・文化的人类学者のグループで、文化的規範に関連した心理面に着目する人類学者も含まれる。その後、第二次世界大戦が終わると、財団や政府から資金提供を受けて国際的な公衆衛生の分野で応用研究を展開する医療人類学が登場し、それまで人類学者が非医療目的で収集した基礎研究のデータは国際保健プログラムを成功に導くために活用されることになる（Sobo2004: 4）。以上のことをまとめて、医療人類学には、以下の四つのルーツがあると紹介される。

- 1) 自然人類学への関心（進化、適応、比較解剖学、人種、遺伝学、血清学など）
- 2) 呪術や魔術も含めた未開治療への伝統的な民族誌的関心
- 3) 1930年代後半から1940年代にかけての、精神科医と人類学者の共同研究による「文化と人格」指向性
- 4) 第2次世界大戦以降の国際公衆衛生活動（ファスター&アンダーソン 1978=1987: 12-19）。

加えて医療人類学には、基礎研究と応用研究という方向性があり、応用研究の発端の一つは、4つの目のルーツである国際公衆衛生活動である。開発途上国の保健需要は、西洋の医療を単に提供するだけでは適応できないことに気づいた医療者たちは、文化人類学者たちにより集められた現地の文化・社会的なデータの重要性に気が付き、医療者・人類学者と連携しながら健康水準の改善に携わったことで発展した（フォスター&アンダーソン 1978=1987: 19-20）。

⁵⁶ 本項を執筆するに辺り、池田瑞穂「online: 病院を社会的・文化的に記述すること」より多くの示唆を得た。<http://cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/ethnohosp.html>.

先述の波平は、応用研究のことを医療の現場において生じる問題や医療システムの課題などを明らかにしたうえで、その対処法や改善策を検討する応用・教育人類学でもあり、その内容は、①医療者—患者「その人」関係において、患者「その人」が指示に従わない理由を検討し対処法を考える、②患者「その人」の文化的背景を把握し、治療の際にどのように取り入れるのか考える、③病院における組織文化を検討する、④地域社会の中で療養する際の支援のネットワークと役割を検討する、⑤法律を立案する際の手前調査、⑥人々の健康観・疾病観と社会背景との関係性を検討する、⑦国際公衆衛生活動において、活動地の健康観・疾病観・死生観を把握したうえでどのような活動を展開していくのか考える、など実践を通して検討する立場に立つと説明する（波平 1994: 15-17）。

応用研究は人類学者のみならず、医療者自身にも実践されるようになる。社会学者の Robert Straus（ロバート・ストラウス）は「Sociology of medicine=医療に関する社会学」と「Sociology in medicine=医療における社会学」に分類したが、医療社会学者の園田恭一は、この2つの違いを「社会学理論の検証」と「医療に奉仕する社会学」という言葉に置き換えて、前者を、社会学者が中心となり、社会学者の問題関心や理論枠組みを検証し、理論形成をすすめる手段として医療の現場を利用する立場にあるとし、後者を医療関係者が中心となり、彼ら/彼女らが関心を持っている課題を、社会学の知見や方法論を活用しながら明らかにしていくことと説明する（Straus1957; 園田 1976: 9）。また医療人類学者の池田瑞穂は、看護人類学の文脈において「看護の（に関する）人類学」とは、「看護が行われる現場の外からやってきて、文化人類学上の様々なトピックを調査研究することを主眼にする領域」（池田 2010: 5）であるとし、「看護における人類学」のことを、「看護の現場に関与しながらあるいは協働しながら、研究を行う方法であり、その研究成果は看護の領域において教えられる内容にもなりうる」（池田 2010: 5）と説明する。

その後、病院などの臨床現場で働きながら実践する専門職が増加したことで臨床人類学という言葉が誕生する（マッケロイ・タウンゼント 1995: 74）⁵⁷。この言葉が誕生した

⁵⁷ 臨床人類学者という言葉が何を意味するのかは定まっておらず、①「カウンセラーやセラピスト、あるいはそのようなサービスについてのコンサルタントとして、直接患者に接する臨床家を臨床人類学者と考える人」と、②「医学、看護学、あるいはそれに類

背景には、医療人類学内の「新」（クラインマンなど）と「旧」（フォスターなど）両派の対立があげられている（武井 1985: 216）。たとえばクラインマンは『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』の序文において、それまでのヘルスケアに関する人類学的研究に対して失望を味わってきたことを言及し、臨床医の関心は、臨床ケアの核心になりうる患者「その人」との人間関係やそこで生じる課題であるにも関わらず、人類学者の研究は臨床医の関心事からかけ離れていることを指摘する（クラインマン 1980=1992: iv）。長谷川俊彦はクラインマンのことを、「医療人類学の臨床医学の実践的応用＝臨床人類学の急先鋒である」（長谷川 1985: 203）と説明するように、クラインマンとグッドなどを中心に医療人類学において新たな議論を巻き起こした。

このような研究者のポジショナリティにより生じる関心事の差異は、現在にも引き継がれていると考える。1980年代以降、クラインマンらの病いの語り研究によりナラティブ研究が台頭し過ぎたことを批判的に受け止めた文化人類学者兼医療人類学者たちは、より生物学そのものを研究対象として捉えるようになったという。さらに存在論的転回の影響を受けて、Annemarie Mol（アネマリー・モル）の『多としての身体——医療実践における存在論』のような研究に関心を寄せるようになる（磯野・上田 2018: 126-127）。一方、文化人類学者兼医療人類学者から時代遅れと批判的に論じられる病いの語り研究は（浜田 2018: 210; 飯田 2018: 220）⁵⁸、現在、患者「その人」自らが「声」をあげて SNS を通して発信できるようになり、再び注目を浴びるようになっている（北中 2019: 12; 近藤ほか 2019: 40）。また 1980 年のクラインマンの著書『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』が再刊されることになり、江口重幸や東畑開人などの臨床家兼医療人類学者たちが強く紹介している。

この二つの違いは対立関係にあるように論じられることがあるが、医療社会学者の佐藤哲彦は、日本保健医療社会学会の日本保健医療社会学会論集を概観しながら、この 2

した健康科学を学校で教え、臨床の現場で研究をしているものを臨床人類学者と呼ぶ人もいる」（マッケロイ・タウンゼント 2001: 74）。

⁵⁸ 2017 年 2 月 4 日、京都大学人文科学研究所において開催されたシンポジウムにおいて「医療人類学にとってナラティブとは何か」というテーマでシンポジウムが開催されたが、その内容を概観すると、人類学者の立ち位置によりナラティブに対する見解が大きく異なることがよく分かる。

つの境界線は実際には曖昧であり、相互に影響し合いながら言及されてきたと指摘する（佐藤 2020）。またその違いを単純に決めつけることはできないと言われている（池田 2010: 5）。

波平は、アメリカで医療人類学が発展した理由を、①国際衛生保健活動により生じる課題への対応、②文化人類学者により発展した疾病観・健康観・死生観についての探求、③アメリカ国内での病院でのケアを通して生じる問題への関心であると述べている（波平 1990: 12(148)）。これは先述にもある池田が述べた、「人類学・社会学の民族誌学的方法、第二次世界大戦後に本格化する国際的な医療援助の現場、臨床現場における人間行動の微細な観察の蓄積などを背景に、長い時間かけて形成された」（池田 [2007]2014: 3）に重なることである。

病院のような臨床現場を、観察を通して探求することは、先述の臨床人類学において実践されてきたが、看護人類学の文脈からも誕生している（池田 2010: 2）。看護人類学の源流は 20 世紀はじめにまでさかのぼり、公衆衛生看護学においてイタリア人やロシア人、ポルトガル人などの移民の人々の文化の理解を深めようとしたことが起源であると言われている。しかし 1940 年代ごろまでの看護学においては、看護ケアに文化的側面を取り入れるという考え方は不足していた。その考えが明確になったのは、第 2 次世界大戦中の従軍看護師たちの経験であり、自国の兵隊たちの闘病に対しての反応の違いや占領地の人々の文化を目の当たりにしたことで、看護ケアに文化的側面を考慮する必要性を実感する。またその当時、大学では行動科学的な内容が重要視されるようになり、それまで直観的に行われていた実践に理論的な基盤を提供しようと、社会科学、特に人類学の履修が推奨されるようになり、1948 年、イタリア系アメリカ人の患者の看護ケアに対する反応を病院で人類学的に調査する。これが、ヘルスケアの提供における文化的要素に関する看護研究の始まりであると言われている（Dougherty & Tripp-Remer 1985: 220-221; 池田 2010: 6-7）。

その後 Madeleine Leininger（マデリン・レイニンガー）は、1950 年代に児童相談所で働いていた時に、ケア実践において文化的基盤が欠けていることに気が付き、トランス文化看護（Transcultural Nursing）という新しい概念を生み出す。さらに 1960 年代はじめ民族看護学という方法論を開発し、看護の文脈においての人類学的研究を確立した（Leininger 1991: 93; レイニンガー 1990: 31）。

このように看護実践家により看護人類学は現場から生み出され、現場に寄与することを目的に発展してきた。現在看護人類学は、①トランス文化看護（Transcultural Nursing）とそこから派生する国際保健看護研究、②病院の民族誌、③臨床現場における実践共同体研究や現象学的・解釈学的アプローチの三つの分野に拡がりをもせている（池田 2010 9）⁵⁹。さらに②と③は、人類学－現象学が融合された形での研究、すなわち自国の臨床現場を、マイクロ・エスノグラフィーを通して観察したことを記述し、その内容を現象学的に分析する「現象学的看護研究」や「アクションリサーチ」という名のもとで展開されるようになった。

現在、看護の文脈において文化ケアに対する関心度は高くなく（工藤 2008）、看護人類学について論じたものは限定的である。その一方で、看護学者の西村ユミらを中心に、「現象学的看護研究」という名のもとでフィールドワークが多く実践されている（西村 2001; 前田・西村 2020）。現象学者の榊原哲也は、現象学のことを「さまざまな『意味』を帯びて物事、人びとが経験されることを、「現象」（物事、人びとが意味を帯びて現れること）として捉えた上で、そうした意味現象がいかんして生じるのかを、意味現象の手前の、人間存在の根本構造まで遡って問おうとする」（榊原 2017: 7）と説明するが、西村は、その意味を探求していくために現場でフィールドワークを実践する際、現象学的アプローチの実践者も人類者と同じような経験をすると以下のように説明する。

人の生の営みを、そのただなかに入り込みつつ身体化し、その場を観察していくという試みは、同時に、調査者自身が身体化している習慣や文化、研究に向かう態度や見方が問われる実践であり、この経験自体がきわめて現象学的でもある（西村 2017: 35）

⁵⁹ 看護の人類学的研究においては、看護師文化に関する研究が実践されており、看護人類学とは、ヘルスケアの実践共同体の中に存在する看護職の性質を記述し、さらに看護師と対象者、その他の人々との関係を、文化・社会・政治・歴史的な文脈を加味して検討することだと述べられている（Holland 2019: 16）。

序章でも述べたように、筆者は参与観察をするなかで、幾度となく自分自身のポジションナリティを考えさせられたのは、現象学的な眼差しを得るためのプロセスだったと言えるだろう。池田が指摘するように、人類学と現象学は重なり合う部分があるということである（池田 2010: 14）。看護学者の山本則子は、「現象学的アプローチとグラウンデッド・セオリー、さらにエスノグラフィーなどの質的研究方法を分けていた垣根はいまや崩れ、ある程度特徴的な世界観をもちつつ、ゆるやかにつながった分析スキルのレパートリーが、皆の前に提示されていることが共通認識される時代になってきたと思う」（山本 2015:552）と述べており、それぞれの領域の障壁はゆるやかになり、より学際的な研究が実践されるようになってきている。

今までの文脈から考えると、現在、臨床現場で実践されるエスノグラフィーは、医療人類学と看護人類学の文脈のなかで発展したものであり、その方法論は他分野に援用されながら拡がりを見せている。筆者は看護師の資格をもち看護教育に従事する立場にあり人類学的研究を実践する研究者であることから、医療人類学の中でも応用研究である「医療人類学的研究」に立脚すると考えるが、そこには西村らが推進する現象学的看護研究や看護学の文脈の影響を受けている可能性は否めない。そのスタイルは、医療人類学と看護人類学（看護における質的研究）を架橋した人類学的研究であると考えている。それでは次項では、どのような視座で事象を解釈するのか確認していく。

第2項 社会構成主義

第2章第2節でも述べているが、社会構成主義とは、ポスト構造主義やポストモダンという新たな認識論的枠組みが検討されるなかで誕生した概念であるが、その成り立ちにはいくつかの系譜があると言われている。社会学者の千田有紀は、社会構成主義のアプローチとは、①社会現象を知識の観点から捉えようとする事、すなわち客観主義に疑義を呈すること、②知識とは、人々との相互作用のなかで生成されることであり、たえず構成されていること、③知識とは、社会制度と結びついているものであると述べている（千田[2001]2014: 4-7）。②については、ミクロの視点として構成主義と呼ばれ、現象学的社会学と築いた Alfred Schutz（アルフレッド・シュッツ）の影響を受けながら、先述のバーガーとルックマンにより理論構築がされてきた。③についてはマクロの視点として構築主義と呼ばれ、Malcolm Spector（マルコム・スペクター）と John Kitsuse（ジョン・キツセ）によりラベリング論をもとになぜ社会問題として扱われるのかとい

う視座で理論構築がされてきた。この二つの系譜に加えて物語論が展開され、歴史学と心理学に拡がりを見せしていく。先述のガーゲンやクラインマンの「病いの語り」はこの文脈に該当すると言えるだろう（千田[2001]2014: 9-12; 野口[2001]2014: 47-50）。

福重清は、スペクターとキツセをもとに、歴史的・社会的事象の影響を受けながら作られてきた社会制度・規範のもとで、人びとが問題（現実）を構築する様を下記のように説明する。

- 1) <問題>という現実は、いずれも「それが問題であると定義する人びとによる活動によって構築される。
- 2) しかば、<問題>の有無やそのあり方は、クレーム申し立て活動のあり方によって変わってくる。<問題>をめぐる現実のあり方は、その定義活動のあり方に依拠して偶有的である。
- 3) そう考えるならば、そこにある事柄を<問題>として構築させ、別の事柄を<問題でないもの>とするような社会歴史的な要因の存在が考えられる。
- 4) こうした社会歴史的な要因は、<問題>の構築のあり方を規定する一種の「権力」として概念化される。
- 5) <問題>を語る社会学的テキストは、社会的現実を鏡のように映すのではなく、さらにそれ自体が<問題>を構築する（福重 1999: 184-185）。

序章でヘルス・エスノグラフィーを援用すると書いたが、ヘルス・エスノグラフィーの基盤の理論はシステム論とナラティブである。筆者の場合、システム論を基盤とするのではなく、社会構成主義という立場でヘルス・エスノグラフィーを展開していく。すなわち参与観察とインタビューから得たデータを、ミクロの視点においては医療者の「声」を中心にその意味世界を探求する。マクロの視点においては、その意味世界を構成した社会構造や文化的規範について検討することを目指す。つまり解釈的アプローチと批判的アプローチを交互に繰り返しながら、筆者自身の眼差しの変化（脱構築物語）をも含めながら記述していく。そうすることで、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁を浮き彫りにし、さらにその「声」が「聞こえてくる方法」として、新しい眼差し（パラダイム）を導きだすことができるのか、オープンダイアログはそれに答えてくれるのか検討していく。

第6節 小括

本章では、ハウジングファーストで求められる患者「その人」主体の姿勢についての課題を明らかにするために、医療者主体の医療の時代から患者「その人」主体の医療への時代の変遷を整理した。1970年代以降、医療は転換期を迎え、その潮流の中で「病いの語り」研究が台頭しはじめ、クラインマンが「説明モデル」を示すと共に、医療者に対して、医療者の説明モデルを精査し開示する重要性について論じたことを確認した。しかし医療者が無意識に抱いてしまうスティグマや、権力格差、感情管理が足かせとなり、医療者—患者「その人」双方が影響されながら物語を構成するところまでは至らず、双方ともにナラティブが表面的なものになりやすいことが課題として取り残されている。このような課題を乗り越える方法として、調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティングについて整理した。しかしオープンダイアログにも不確実性の耐性という信念対立に関する課題が残されており、その課題を乗り越えるための一つの方法として異文化感受性発達モデルを確認した。

今までのことを踏まえて、調査地で展開されるハウジングファースト東京プロジェクトの医療者たちの実践を、ヘルス・エスノグラフィーを通して記述していく。さらに参与観察した内容を社会構成主義に立脚して分析することで、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」について明らかにすることが本研究の目指すべき目的である。

第3章 支援困難と言われたホームレス状態にある人が支援につながれなかった理由——なべさんの「声」より

アメリカ・ニューヨーク州で開発されたハウジングファーストでは、既存の支援では適応が難しいと言われる慢性的ホームレス状態にある人が対象となっている。1997年、ツェンベリスたちにより調査されたハウジングファースト型支援の対象者の条件は、①過去30日のうち15日を路上などの公共の場で過ごした人、②6か月の間にホームレス状態になった人、③重度の精神疾患の診断を受けていた人（統合失調症や双極性障害、うつ病など）と書かれている（Pagett et al. 2016: 51）。しかし今までの先行研究より、日本においてホームレス状態になっている人は、重度の精神障害を抱えた人より、軽・中度の何かしらの障害を抱えている可能性の方が高いと言えるだろう。しかしその状況を「障害があるからホームレス状態になる」と結論づけていいのだろうか。

本章では、ハウジングファースト東京プロジェクトにかかわる一人の男性、なべさんの「声」をもとに、支援困難層と呼ばれるホームレス状態にある人にとって、支援に結びつかない障壁とはどのようなものなのか検討することを目的とする。

なべさんは、現在、ハウジングファースト東京プロジェクトのボランティアスタッフとして活躍している。しかし以前は、自立支援センターや無料低額宿泊所の利用など行政支援を受けては、40回以上宿泊所から失踪し、20年近くホームレス状態にあった経験をもつ。彼は40代後半の男性である。インタビューを行った頃（2017年9月）は、アパートに住みはじめて1年4か月を経ようとしていた。月-1-2回のゆうりんクリニックにおける内科・精神科受診と、週1回の訪問看護を受けながら、清掃の仕事をすると同時に、世界の医療団のボランティアスタッフとして活動している。アパート生活をはじめて1年が過ぎた頃、精神科医からの提案もあり、民間団体が主催する講演会で、自身の経験を話すことや、マスコミへのインタビューに応じるという活動をはじめた。

その活動の一つとして、2017年8月8日、精神科医となべさんの対談という形で某新聞記者よりインタビューを受ける機会があった。どのような幼少期を過ごしたのか、路上生活に至った理由と世界の医療団につながった経緯など対談は約1時間半におよび、筆者も同席して聞かせて貰った。そのインタビュー内容を受けて、2017年9月4日に筆者自らがインタビューを行っている。なべさんは仮名ではなく日常で使われている呼び名であり、本人の希望でこの名称を使用する。また論文作成後は、なべさんと一緒に読み合わせをし、公表することの承諾を得た。

第1節 ホームレス状態になる前のなべさんの生き立ち

なべさんは、1970年代前半に都内で生まれた。父親は給料の大半をギャンブルに使用してしまうため生活困窮状態のなかで育ち、食べることに苦勞したという。彼は先天性の脳動静脈奇形を患いててんかんに繰り返し起こしていた。小学校低学年時に開頭手術を受けたことで頭部に大きな手術痕が残り、そのことが原因でいじめられるようになる。なべさんは昔から友達ができなかったという。そのため喧嘩ばかりしていたがその一方で孤独だったと話す。中学校に入ると両親が離婚したため、母親と兄弟4人で都営住宅に入り新しい生活をはじめ。しかしいじめは続き、次第に登校する回数が少なくなる。このままだと出席日数不足になると指摘され、3年時に特別養護支援学級に移動した。なべさんはこの時期のことを「原点」だったという。その理由は、この時始めて一般の生徒とは違う「障害者」だと認識したからだという。差別されるという気持ちはあったが、学校は楽しく友達もできたと話す。

なべさんは鉄道に関心を持ち鉄道会社への就職を希望していた。しかし、てんかんという病気と家の経済状況を考えると進学は難しいのではないかと感じていた。定時制高校も視野に入れたが、仕事と学校の両立は厳しいのではないかと医師に言われていた。教員とも相談し、最終的には家の近くの接着剤を製造する工場に勤めはじめる。シンナーで酔ってしまうなどさまざまな苦勞はあったがまじめに働いた。しかしまもなくしてその工場は倒産する。その後は配送会社に移り荷物の運搬等を担当するなど、20歳になるまでコツコツと働き、積立預金もしながら収入のほとんどは母親に渡す生活を送っていた。しかし成人式の日に再会した友人の影響を受けて、しだいに収入以上の生活をしようになる。母親からも注意を受けたがその習慣は変えられず借金が重なっていった。その結果、実家に居続けることが難しくなり、20代前半でホームレス状態になる。

第2節 自立支援センターでの経験

2017年9月4日、インタビューをはじめの前に、筆者がこの研究の目的と動機を説明した後、8月8日に同席したインタビューの感想を伝えると、なべさんはそれに至った経緯を話しはじめた。

去年、世界の医療団の飯田さんと中村さんが自宅まで来て、インタビューをしてくれたんですね。そのとき部屋も見てもらって、その時は細かく聞かれなかったですね。まあ、今までどうい

う生活していたかとか、TENOHASI 団体とか、こういう路上生活になったきっかけとかを聞かれたんで、まあ正直言って、あの・・・、今まで生活保護を受けた経験って何十回もあるんですよ。東京都 23 区内ほとんど全部と、あと 23 区以外の、まあそこは全部じゃないけど、3分の1くらいの場所と、あと千葉県とか埼玉県とか。だからもう関東は、あのなんていうか、制覇？（笑）、何言っているんだ俺。

自嘲気味に笑いながら、路上生活を脱するために幾度となく役所を変えながら相談に行ったことを説明する。ホームレス状態にある人が役所に相談に行くと、ほとんどが自立支援センターへの入所を勧められる。

東京都で運営している寮とか、そういうところに入ったこともあります。基本的に建物自体はきれいで、生活相談員がいて、一応プログラムみたいなものが組まれていて。1週目は例えば生活相談とか、2週目は自立するための相談とかするわけですね。ただそこに入った2週間は、仕事を探せないんですよ、2週間は身体を休めてご飯食べて体力をつけてもらって。でなおかつ病院、路上生活だと病院に行きたくても行けないしお金もかかると。そうすると一応、医療保護という扱いで病院に行かせてもらって、あと健康診断というのがあります。その結果で仕事してもいいですよって判断されると、就労移行、自立支援移行っていうことになるんですね。そこから住民登録して携帯を作ったり、今だとマイナンバーを作ったりとかそういう就労の為の準備をして。またわざわざハローワークに行かなくても、その施設にハローワークのOBの方が常駐しているんで、その方にいろいろ仕事とか、履歴書とかも10年以上書いていないので（笑）履歴書の書き方とか。あと写真ね。写真撮るのも700円とかかかるじゃないですか。それを無料で作ってくれたり、面接用のスーツがなければ貸してくれるんですよ。でも仕事探すのは最高で1か月。早い人だと1週間や2週間で見つけちゃう人もいますからね。合格して直ぐ決まる人もいれば、なかなか決まらない人もいます。

東京都福祉保健局によると自立支援センターとは、仕事と住居を失った人の自立を図るためのものであり、①緊急一時保護事業（心身の健康回復を図るとともに、今後の支援方針を策定する）、②自立支援事業（意欲・心身の状態とも就労に問題がないと認められた方を対象に、求職活動・住宅確保についての相談、自立支援住宅での生活訓練など、就労による自立を支援する）を目的とし、特別区の自立相談支援機関等において相談の

上入所でき、利用期間は原則6か月以内と定められている。都内には5か所の自立支援センターが設置されており、定員は70人ほどと書かれている⁶⁰。筆者は、なべさんはすぐに仕事が見つかったのかと聞いてみると

やっぱりなかなか決まらなかったです。いろいろとちょっと、まあそうだね、自分は病気を持っているからね。病気があるとなかなか雇ってもらえないところはいっぱいあるんですよ。

なべさんは、てんかんがあることで就労できなかったという。自立支援センターの目的は、あくまでも就労して自立することである。そのため滞在期間は6か月以内と限られており、利用できる回数も決められている。なべさんのようにてんかん発作を起こす可能性がある人は就労することが難しく、自立支援センターの滞在期間を過ぎれば退去を求められた。

仕事が見つからないと、出されちゃうとか。(中略)自立センターを一回出ると、半年は入れないんです。もう上限が決まっています。で回数も決まっています、3回かな4回かな使うと、もう一生使えないんですよ。もう名前載っちゃっているし。名前と生年月日を言えば、あなた何年に1回使っているよね、もう3回使っているから使えないよって言われちゃうと、生活保護の他の施設に行くことになっちゃうんですよ。

自立支援センターの情報は、自治体をまたいで共有されている。ブラックリストに掲載されたなべさんが、次に利用できる場所は無料低額宿泊所や更生施設などであった。

第3節 無料低額宿泊所や更生施設での経験

東京都福祉保健局によると無料低額宿泊所とは、「『生計困難者のために、無料又は低額な料金で簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他施設を利用させる事業』に基づき、設置される施設である」と記されている。2019年8月1日の時点で、都内（八王子市を除く）における無料低額宿泊所の数は151カ所におよび、定員数は4,136名だっ

⁶⁰東京都「自立支援センター『豊島寮』を開設しました」

た。運営団体の多くは特定非営利活動法人（NPO 法人）であり、その他に社会福祉法人や財団法人が運営している宿泊所もある⁶¹。

次に更生施設とは、「『身体上または精神上の理由により、養護及び生活指導を必要とする要保護者で、近い将来社会復帰ができる見込みのある方々を入所させて保護を行う』ことが目的」であり、都内に 11 か所設置され、（1）生活指導（2）作業訓練（3）健康診断の実施（4）教養娯楽施設の利用などが施されている⁶²。自立支援センターに入れなくなったなべさんは、生活保護を利用しながら上記のような施設に入ることになる。

自分は更生施設だと何か所も入っているんですが、個室もあれば四人部屋もあり、たとえば個室の更生施設に行きたいっていうと、そこはあくまでも 2 か月か 3 カ月で出ていかないといけないんです。（中略）その間に仕事が決まればいいんですけど、決まらなかつたら延長はできないんですよ。また施設は正直言って環境が悪いです。規則があるし、たとえばひとつは門限、自分が行ったところだと夜 8 時とか、一番早くて夕方 5 時。子どもじゃないのになんで 5 時なのかなって。お風呂も狭いと 3 人しか入れない。（中略）多い所だと一部屋 20 人とか、その単位が 3 フロアあって、全員がお風呂を使うとするとゆっくり入れないんですよ。さらに土日はお風呂に入れない。

また生活保護費は受給されるが、その殆どは施設の利用料として消えていく。

生活保護だと基本的に 13 万円くらい貰えて、施設の利用料、部屋代と食費、光熱費、あとなんだろう、雑費？トイレトペーパーとか全員で使うものを払うと 2-3 万しか残らない、それで仕事探しなさいとか、病院行きなさいとか言われても無理ですよ。でも断念して二人部屋に入ったのはいいんですけど、いびきがうるさくて。あと本当はね、お酒飲んじゃいけないのに酔っぱらって帰ってくる人もいるし。でも施設は分かっているんですよ、飲んでるの。でも見て見ぬふりをします。

施設の大半は集団生活を強いられる。その環境に適応できなければ住み続けることは

⁶¹ 東京都福祉保健局「無料低額宿泊所（宿泊所）」

⁶² 東京都福祉保健局「保護施設」

難しくなる。

施設に入ると集団生活なんで、自分は集団生活が苦手っていうのは自分でも分かってきて、個室が良いっていうのもあって、でも東京は個室がないってはっきり言われて。埼玉県に行くと半個室っていうのはあるんですね。ひとつの部屋に、ベニア板でこう立てて、入口からカーテンで分けて仕切っているの。そこも期間が決まっているんですけど、2年とか3年とか古く住んでいる人は荷物が増えてくるじゃないですか。自分が入ったばかりだから荷物がなくて、それで隅っこにいるっていうような。それで生活しにくいっていうか、それで出たんですよ。1日が出たとか、1週間で出たとかそういうところが多くて。

施設的环境は劣悪であると言われている。その実態はここ数年、マスメディアを通じて紹介されるようになったが氷山の一角だと言えるだろう。2020年8月、東京多摩地域を対象に行われた無料低額宿泊所の調査において、入居期間の平均が一年を超えた自治体は10市あったという。また立川市が市議に提供した資料によると、一年以上の入居者は全体の7割を占め、15年以上滞在している人もいたと報告されている。このように生活保護費を利用しながらホームレス状態にある人を囲い込む施設が存在しており、貧困ビジネスの温床の場となっていると指摘されている（『東京新聞』2020年8月30日）。

第4項 ホームレス状態から抜け出せなくなっていく

集団生活は無理だと考えたなべさんは、施設を出てネットカフェなどを利用しながら派遣会社に登録してアルバイトをはじめた。しかし施設を出ると生活保護は廃止されるため医療へのアクセスが閉ざされてしまい、てんかんの治療も滞ってしまった。

自分も派遣の登録していたところがあって、そこで引っ越しとか倉庫の荷物の仕分けとかやっていたんです。一日朝8時から17時で6000円、ちょっと安いんですけどね。病気があるのに、薬飲んでいない時もありました。飲まないで倒れちゃうっていうのもあったから、無理してやっていた。その間は、ネットカフェとかサウナとか、そういうところで身体を休ませたり、本当にお金が無い時は、外の公園のベンチとか。自分、段ボール生活ってしたことないですよ。バス停のベンチとかに寝たりとか、あと日中は、新宿とか渋谷とか、ちょっと良いところへ行っちゃうと六本木とか。建物の中に椅子があってそこで休んでいたとか。あと図書館で本を読んでいて寝

ちゃって起こされたりとか、そこで時間をつぶしたりして。食べ物は役所によってクラッカーとかかんぱんもらったりとか、あとは新宿の方の炊き出しを教えてもらってお弁当もらったりとか。そういうのでなんとか生活していましたね。仕事ある時は仕事出て。でもさすがにね、夜はちゃんと寝れないしご飯もなかなか取れないし体力がだんだん衰えてきちゃって。

行政のホームレス支援は、自立して就労することが目的となっている。それが難しい場合、無料低額宿泊所・更生施設などに入るが集団生活を強いられるため、その環境に適應できない人はその場所からも排除されてしまう。一度そのサイクルから外れてしまうと、そこから抜け出すのは難しくなる。さらに医療保険を失効してしまうと医療にかかることが難しくなる。持病があり服薬している場合、その状況は悪化する一方である。

なんとかしたいなあって思ったんだけど、役所の方へ行くとそういう施設に入れられちゃうっていうのもあって、ちょっと辛いこといっぱいありましたけどね。まあ自分にとっては、ずーっとそういう生活していたので。あの・・・アパートを借りて一人暮らししたいっていうのが目標だったんですけど、もう30歳くらいになってから、何回も生活保護を受けたりして、でも全部失踪廃止なんですよ。ほとんどずっと。だからね、役所に行けば記録残っているんでね、あなたどここの寮入って、どこどこで失踪廃止なっていますよって。あなたどこ行ってもね、生活保護受けたとしてもまたあなた出ちゃうんだから、ね？もう後がないよと。そういうの自分でももうちょっと感じていて。なんとか立ち直りたいっていう気持ちはあったんですよ。だけどなかなか思うようにいかなくて。

筆者はなべさんに、ホームレス状態にあった時、街を歩いている人を見た時、どのよう感じたのか聞いてみた。すると彼は以下のように答えた。

また戻りたいなあって感じたことはありますよ。なんで、何回かじゃなくて、数えきれないほど考えていたことがある。要するに普通の生活に戻りたい、それを考えていた時があります。

何かしらの障壁（なべさんの場合は、てんかんと集団生活が苦手という障壁）を抱えた人がホームレス状態になると、そのサイクルから抜け出すのはより難しくなる。さらに適切な医療を受けられないことで、状況が悪化する可能性は否めない。

第5節 アパート入居後の課題

その後、なべさんは調査地である池袋のスタッフたちに出会う。炊き出しの情報をどこからか入手し、5-6年前にはじめて訪れたという。そこでアウトリーチ活動として行われている生活相談で今の状況を説明した。この時は葛飾区のドヤに入れるよう交渉してもらったが、役所からは無料低額宿泊所に入るよう言われてしまう。なべさんは、無料低額所は無理だからと断り、再び派遣の仕事しながらホームレス状態であり続けた。しかしそれから二年が過ぎた頃、身体が悲鳴を上げたという。そこで再度池袋を訪れ生活相談を受けた。そこではじめて精神科の受診ができ、うつ病と診断されて服薬を開始、少しずつ快方していくことになる。しかしその後も、なべさんの住まいは安定しなかった。池袋のスタッフたちと交流を深めていったが、施設やドヤ、シェルターに入るとは失踪するということが続いた。それは個室であっても同じであった。それはなぜなのか、なべさんは振り返って考えてみると、一人で部屋にいると不安が募り頭痛が酷くなるということだった。そうなるとう我慢することが難しくなりそのまま部屋から飛び出してしまう。そのような状態が数年続いた。

ある日、ハウジングファースト東京プロジェクトの日中活動の一つであるパン作りに参加していると、社会福祉士の天子に「なべさんもう、住むところを早く決めないと」と言われたという。長年、何も言わずに見守り続けてきた天子のこの言葉に触発されて、なべさんは役所に行き頭を下げて必死に交渉したという。そしてついに個室を紹介してもらうことになる。その後は、精神科の主治医をゆうりんクリニックの佐藤に変えてもらい、調査地のプロジェクトが開催する日中活動に参加しながら、2018年4月28日、念願のアパートでの一人暮らしを開始することになる。しかしアパートに入居してすぐにゴールデンウィークに入ってしまった。日中活動や訪問看護ステーションも閉まってしまったことが不安を募らせてしまう。

ゴールデンウィークに入った時は、マカロニ（日中活動の場所）は閉まっているし、KAZOCさんもないし、役所も閉まっているし、家のアパート、去年はシーンとしていて、ほんとに誰か

住んでいるのかなって不安になって一回外に出た。気分転換じゃないけど。でもね、もう電話やメールが天子さんとか戸張さんからかかってきていて、分かっていたけど出れなくて。だけど2, 3日たったら辛くて恋しくなって。だから電話かかってきた時は出て。「どこにいるの?」って聞かれて、その時上野にいたんですね。「じゃあ帰って来なさい」って「皆な心配しているから」って。戸張さんが「遅くまでマカロニにいるから」って。村木さんとあと松本くんも。最初、自分は帰らないって言ったんですよ。でも「一回ちょっと帰ろう」って「誰かいれば大丈夫?」って聞かれて、うん何とかって答えたら、高圧さんから電話がかかってきて。で、高圧さんが一旦家に来てくれたんです。一緒にいてくれたんですけど、また頭が痛くて不安が取れなくて気分悪くなっちゃって、目の前の病院に行ったんですよ。それでCTとか全部取って「問題ない」っていうことで帰ってきたんだけど、やっぱり不安だって戸張さんと村木さんに話して。

「じゃあマカロニに来れば」ってことになって、行って横になっていたんですけど、ちょっと落ち着かなくて、もうね・・・はっきり言って・・・ちょっと・・・生きているのが嫌だっていう風に考えこんじゃって、近くにあったハサミもってきて。自分戸張さんに電話していて、戸張さんに「死にたい」って言っていて、「死んじゃ駄目だよ」って言われて、「悲しくなっちゃうから」って、そこで早紀美さんがバンってドアを開けて、「やめなさい何やっているの!」って止められて。

この夜、なべさんは元ホームレス状態にあった人の家で寝たという。その人は、次のように言ってくれたという。

「独りじゃないよ。みんないるんだよ」って。「辛かったら、近くにいなくても、遠くにいてもみんな仲間だから心配しないで。なんかあったらすぐ相談しなさい」って。

現在、なべさんはアパートに住みはじめて1年4か月を経ようとしていた。今でも月2-4回の精神科・内科受診と週1回の訪問看護を受けている。日中活動にも積極的に参加して、このプロジェクトのボランティアスタッフとして活躍している。

今ほんと落ち着いていますね。去年は、戸張さんにお金の管理をしてもらっていたんですけど、今は自分で自己管理して、お金も今日はどれくらい使えばいいとか、使いすぎたら来月は気をつけなきゃいけないとか、ちょっと反省したりとか。貯金がちょっとまだうまくいなくて、ど

っかですぐ切り詰めてやるっていうことを考えなきゃいけないし。だから、一人暮らしてこ
うというのが難しいんだなあってね。出来そうなんだけど、なかなか難しいっていうのが、今そう
感じていますね。家賃も振り込みなんですけど、最初は戸張さんにやってもらっていて、そのう
ち教えてもらって、最悪、銀行の係の人に聞いちゃうとか、でもなんとかできるようになってき
ました。

アパートに入ったら支援が終了するわけではない。アパートに入ってから一人でも一人で生
活するのは難しい。そこにはニーズに応じた支援が必要になる。なべさんがアパートに
入ったのは2016年であった。ちょうどゆうりんクリニックが開院し、ソーシャルワーカー
がより柔軟に対応できるようになった時期だった。言い換えれば、この体制が整って
いなければ、なべさんはまだホームレス状態であったかも知れない。

第6節 小括

本章では、支援困難層と呼ばれる人が支援につなげられない要因を検討するために、な
べさんの「声」を読み解いてきた。彼にとって、支援に結びつかない障壁とはどのよう
なものだったのか、以下のようにまとめる。

1) ホームレス状態の人がはじめに紹介される自立支援センターは、就労することが
目的となっているため、疾病や障害を抱えることで就労自体が難しい人には不適切であ
る。6か月で就労できなかったなべさんは、退所を迫られてしまった。

2) 自立支援センター後に用意されている場所は、無料低額宿泊所や更生施設などで
ある。これらの施設で個室を得るのは難しく、厳しい規則のもと集団生活を強いられ
る。さらに無料低額宿泊所は貧困ビジネス化されているところもあり環境が劣悪だと言
われている。なべさんは、自分自身で個室ではないと無理だと感じていたため、福祉事
務所の人にそのことを説明するが、受け入れてもらえることは少なかった。その人の特
性（障害特性）に合わせた合理的配慮⁶³の視点が欠けていたと言える。

⁶³ 内閣府「合理的配慮を知っていますか」

2016年に施行された「障害者差別解消法」により義務づけられたものであり、正式名称
は、「障害を理由とする差別の解消を推進する法律」と呼ばれている。障害を抱えた人

3) 失踪を繰り返すと医療機関につなげられない状況に陥っていく。なべさんはてんかんとうつ病を患っていたが、医療機関へのアクセスは閉ざされており治療・ケアは放置されていた。適切な治療・ケアを受けられないと症状は悪化する。その結果、就労はもちろん施設への適応能力も減退する可能性があり、より失踪の可能性が高まる。

4) 住まいという箱があれば、ホームレス状態から脱するわけではない。アパート入居後も人との人間関係や生活のための金銭管理、銀行への振り込みなど、生活する上での知恵が必要となる。その時に適切なサポートがないと生活を維持するのが困難になる。なべさんの場合、不安が増強すると身体症状として頭痛が酷くなり、その場に居続けること自体が難しくなり、その苦しみから逃れるため失踪してしまっていた。

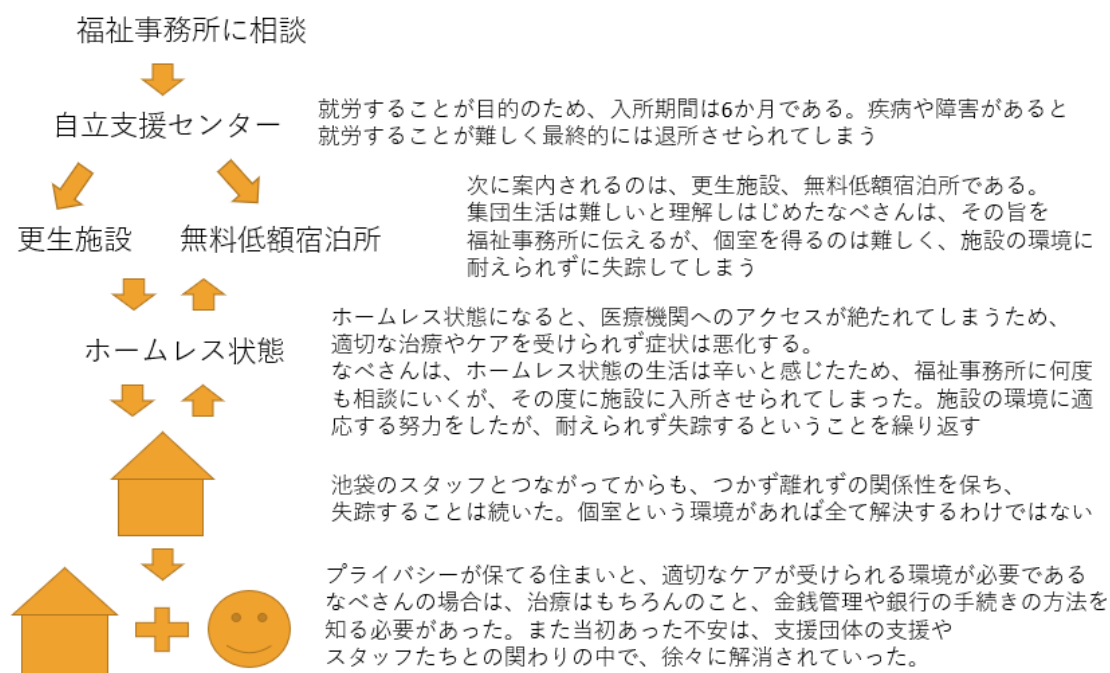


図7：支援困難と言われたなべさんが支援につなげられなかった理由
なべさんの「声」をもとに筆者作成

が社会のなかに存在する障壁に対して、取り除いて欲しいという意志を伝えた場合、対応に努めることを指している。

以上のことより、なべさんがホームレス状態になりその後も失踪を繰り返した要因として、①就労目的で構築された制度的な問題、②集団生活を強いられる施設の環境、③医療へのアクセス困難、④障害特性に合わせた支援方法の欠如、⑤支援者—当事者両者共に疾病や障害に関しての認識不足などが挙げられる。つまり障害・疾病に応じた支援策が不足しており、かつそれらについての知識が一般的に広まってないといえるだろう。しかしそれだけが理由なのだろうか。第5節で、なべさんは調査地のスタッフたちと繋がってからも失踪を繰り返し、念願のアパートに入っても不安により失踪しそうになっている。

次章では、ハウジングファースト東京プロジェクトの創始者の一人である精神科医の「声」に着目し、支援者・医療者の視点から、なべさんのような人をどのように支援しようとしてきたのか、そのプロセスと支援者・医療者たちの意味世界を検討し、支援者・医療者側の課題を明らかにする。

第4章 ハウジングファースト東京プロジェクトの形成過程——精神科医、佐藤の「声」より

調査地であるハウジングファースト東京プロジェクトの活動は、1999年代後半からはじまり、現在では、7団体が連携し合いながらホームレス状態にある人の支援を展開している。それは単に食料や医療を提供するだけではなく、ホームレス状態からアパートやグループホームに入り地域の住民の一人として生活できるよう支える試みであった。

本章では、この活動を牽引してきたうちの一人、精神科医の佐藤の「声」をもとに、プロジェクトがどのようにして展開されてきたのか、そこにはどのような障壁があったのかを明らかにすることで支援者・医療者側の課題を検討することを目的とする。検討する方法として佐藤のインタビュー内容を【佐藤の「声」】として、支援開始（1999年）から2020年にかけて四つの時代に分けて整理した。次にインタビューに関連する制度や法律などを文献調査して【時代背景】としてまとめた。さらに佐藤の語りをもとに【支援者・医療者の意味世界】として支援者・医療者側の課題を検討した。最後に、1999年の「ホームレス問題に対する当面の対応策について」においてまとめられた3つの支援アプローチと支援方法をもとにして（山田2003）、佐藤ら支援者・医療者たちが着眼した視点を加えて表を作成した。佐藤らが着眼した事柄は時代ごとに太字で表し、それぞれの表にタイトルを付けた。

第1節 第一段階 支援開始（1999年）から2000年代中頃まで

第1項 佐藤の「声」

池袋におけるホームレス支援は、1999年-2000年の年末年始に結成された「池袋野宿者と共に歩む会（いけとも）」と、当事者団体「池袋野宿者連絡会（いけれん）」の2団体により、夜回りや炊き出しなどが行われていた。精神科医の佐藤がその活動に携わったきっかけは阪神淡路大震災での経験に依拠している。彼は災害支援に携わるなかで、初めて家を失った人に出会った。「家がないとはどういうことなのか」と問い始めたという。それから数年を経て佐藤は医学部に入学、2001年、彼の家の近くでホームレス支援をしている学生がいると聞き、興味本位で行って見たのが支援開始の発端となる。彼は、路上で寝泊まりする人に実際に会い、話していくなかで新たな疑問を抱く。

まず一つ目の疑問として、なぜ路上生活に至ったのかっていう、またその前に、なぜ路上生活の

状態のままなのかっていう、そんな外で寝るなんてしんどいに決まっているって純粋に思うわけですね。一般の人もそう思うと思うんですけど、一般的な感覚で。

佐藤は、一般の人と同じように、どうして「ホームレス」のままなのだろうと考えたという。そしてしんどい生活をしている人を、福祉事務所に連れて行けば解決できると考える。しかし現実にはそうならないことを幾度となく経験していく。

福祉事務所に行けば助けてもらえるのが当たり前だと思っていていた時期がある。何の事情も考えずに。ところが、その福祉事務所に行けば何とかなるっていう事が、何とかならないって分かっていく。その一個目の何とかならない理由、二個目の何とかならない理由、三個目の何とかならない理由みたいな何とかならない理由を、一つ一つこつこつと見てきたっていうことと、その何とかならない理由に対して、何とかしようとしてきたんだなっていうふうに振り返ります。

福祉事務所の人がホームレス状態にある人を追い返す理由がいくつかあり、その理由に対して何とかしようと考えてきたという。「頑張れば何とかなる」と思っていたが、その想いだけではホームレス状態にある人は路上から脱せないことを知る。

最初はケースワーカーの態度が悪いっていうか、その何かこうそれを妨害している。実際そういうことが強かった時期でもあったんですけど。

佐藤は、福祉事務所の対応に対してケースワーカーが悪いと考えはじめる。そして福祉事務所の支援につながるために、身体的問題からつなげようとする。

そこで最初のころは血圧測ってみたんですよ。血圧みんな高いから、路上に居続けたらダメだぞみたいなのを医学生ながらに手紙に書いて持って行ってもらいたいなことをしたんですけど、まったく効力ないって。あの頃は、訳がわからないわけですよ。路上生活から脱したい、体調も悪い。福祉事務所に行く。脱することができない。何だこれ、みたいな。

その当時、新宿では無料の医療相談会を立ち上げ、医師の診断書を持って福祉事務所に行き治療を受けるという支援サイクルを作り上げていた。その方法を池袋でも実践し

たいと佐藤らは考え、2002年に医療相談会をはじめた。しかしはじめた当初は、福祉事務所に診断書を持って行っても取り合ってくれなかった。それでもなお診断書を持って行き抗議を続けるうちに、福祉事務所の人の態度も変わってきたという。

橋本先生とか来てくれた時、無料の医療相談会による紹介状を持って野宿の人が一人で福祉事務所にいったら追い返されたみたいなのがあって。それはすごい問題なんじゃないかっていう、役所との交渉が起こって。そこではじめて、そこから扉が開いた気がするんですけど。ケースワーカーが医者を超えて追い返すことは問題だみたいな議論が中であつたらしくて。それ以降はスムーズに、紹介状ある人は病院に行けるっていう流れが出来ていったんですよ。それが2002年、3年、4年、5年と、当初は医療相談の力がどんどん強くなるみたいなの。

医師の診断書という権威ある証明書が、福祉事務所の人の心を動かすことになる。一方、医療相談が強くなるなかで、支援者団体「池袋野宿者と共に歩む会（いけとも）」と当事者団体「池袋野宿者連絡会（いけれん）」の間には分断がおき、一度いけともは解散する。その後2003年にTENOHASIとして結成され活動を再開する。

第2項 時代背景

1990年代以降、路上で生活する人は急激に増えた。先述の岩田は、その当時の新宿区福祉事務所の住所不定者の相談件数を調べているが、その割合として1990年度の相談者数を1とした場合、1994年度には28.4倍、1997年度には70.1倍にもなり、10万人を超える住所不定者の相談があったという。しかし生活保護が受理された件数は俄然として低く、先と同じように1990年度を1とすると、1994年度には5.4倍、1998年度には7.6倍と、相談者数の割合増加率と比較してほとんどの人が受理されていないと指摘する。その理由として、住所不定者の多くは生活保護の対象ではなく「法外援護」⁶⁴の対象だったからだという（岩田2017: 245-247）。加美嘉史は、2000年11月の読売新聞の調査を引用しながらその当時いかに生活保護を受給するのが困難であったかを説明する。

⁶⁴ 法外援護とは、生活保護制度の枠外で臨時的・一時的に施される制度であり、この当時の支援として、主にカップ麺や乾パンなどの食料や交通費の提供がされていた（岩田2017: 247）。

その調査は 80 都市を対象に実施しており、「住居のない人」への生活保護適用を入院・施設入所に限定していた都市は 76.2% (61 都市) におよび、働く能力のある人を保護しないという生活保護運用が行われていたことを指摘する (加美 2017: 20)。しかし第 1 章で述べているように、この当時の福祉事務所の対応は就労自立支援アプローチに傾斜していた (山田 2003: 24)。福祉事務所で生活保護の利用を防ぐための行為を窓際作戦と呼ぶが、それが前面的に行われていたのは、岩田や加美の論考からも推測できる⁶⁵。その背景には、ホームレス問題は失業問題として捉えられていたこと、また「法外援護」の対象という前提があったからであり、佐藤が「何の事情も考えずに」と言ったのは、今ならこの当時の福祉事務所の人の立場が理解できると考えているからだろう。

またこの当時、福祉的アプローチを受けるには、高齢者であるか病気であることを証明しなければならなかった。このような理由から、医師の診断書が出せる医療相談会の存在意義は大きかった。医師の診断書は、いわゆる「水戸黄門の紋所」であり、それがあれば福祉事務所の人は支援せざる得なかった。それだけ医師というのは権威ある存在だったともいえるだろう。

第 3 項 支援者・医療者の意味世界

ホームレス状態にある人は、職を失っただけなので再度仕事を見つければよいと考えられていた。行政による支援は、「法外援助」で十分という前提のもと支援方法が構築されている、生活保護利用のハードルは高かった。福祉事務所の決定に抵抗できるのは、権威者として認識される医師が書いた診断書のみであり、ホームレス状態にある人、付き添った支援者たちは福祉事務所の職員に軽くあしらわれ、福祉事務所内における権力関係 (医師 > 福祉事務所の人 > 付き添った支援者 > ホームレス状態にある人) は明確であった。そして付き添った支援者たちも、この権力構造に抗うことは不可能であった。

現在であれば、福祉事務所の職員の態度は人権侵害であると、マスメディアや SNS を通して支援者さらにはホームレス状態にある人自身も発信できるようになったが⁶⁶、当時

⁶⁵ 2021 年になっても、いまだに人権を損ねるような対応をする福祉事務所は存在する。

詳しくは稲葉ほか (2020) を参照されたい。

⁶⁶ 稲葉らが 2020 年に発表した『コロナ禍の東京を駆ける——緊急事態宣言下の困窮者支援日記』の影響力は大きかったと考える。コロナ禍で生活困窮者支援に携わる小林美穂

は、密室のなかの出来事として世間に公表されることはなかった。またたとえマスメディアを通して発信されたとしても、この当時は、「生活保護を利用するなんて怠け者だ」と批判されただけだろう。ホームレス状態にある人への眼差しは厳しいものがあり、それに抵抗する術は「医療」という切り口しか見いだせず、支援者・医療者はそれを活用していたといえる。よってこの時代を、「福祉事務所のホームレス支援の方針が就労自立アプローチに偏っており、生活保護を利用するためには医師による診断書が必要だった時代」と表した。医師の診断書を活用し、生活保護の利用を福祉事務所の人に認めさせ、施設や病院に入ってもらうことが最大の支援方法だと考えられていた。

**支援開始（1999年）から2000年代中頃まで
福祉事務所のホームレス支援方針が就労自立アプローチに偏っており
生活保護を利用するためには医師による診断書が必要だった時代**

アプローチ法	支援方法	入所先
		施設収容主義 病院中心医療
就労自立アプローチ	就労支援	自立支援センター
福祉的アプローチ 疾患がある人 高齢者	生活保護申請	無料低額宿泊所 更生施設 簡易宿泊所（ドヤ） 病院
退去アプローチ 社会生活を拒否する人 （福祉の利用を拒否する人）	指導・説得 社会的適応の促進	長期路上生活

表1：山田（2003）と佐藤の「声」をもとに筆者作成

子が、福祉事務所の人の態度に異議を申し立てるためフェイスブック上で発信していたものが書籍化されたものである。これが2000年代に発表されていたならば、小林がバッシングされていただけだろう。しかし、新型コロナウイルスの影響により、誰もが貧困に陥るかも知れないと危機感を抱く現在、自己責任論的な規範は少し薄れてきていると考える。生活保護利用に関しても、2021年に入り家族照会の見直しがされるなど、その障壁は少しずつではあるが低くなってきている。

第2節 第二段階 2000年代中頃から後半まで

第1項 佐藤の「声」

2005年から2006年にかけて、支援するボランティアが増えていった。その人たちが、路上で出会ったホームレス状態にある人の相談を受けるようになる。そして福祉事務所にホームレス状態にある人が一人で行くと追い返されるだろうと支援者が判断した場合、一緒に同行するという体制が構築されていく。しかし当初は同行したとしても、ホームレス状態にある人だけが窓口と呼ばれ付き添った支援者は追い返されていた。それにも関わらず同行支援を継続し福祉事務所の人と交流を続けた。すると次第に同席することが認められるようになったという。しかし今度は、支援を求めてきた人が約束の日時に来ないということが新たな課題として浮上する。

野宿の人がいて医療相談受けて、それ土曜日だったんですけど、月曜日に待ち合わせをして一緒に福祉事務所に行こうとなるんですけど、なんか半分くらい待ち合わせに来ない。あんなに土曜日行きたいって言っていたのに、その理由は何だろうかっていう中で、精神疾患の人けっこういるんじゃないかみたいなことを現場感覚で言っていたんですよ。そうかって思って学生の時に、何かこの過酷な状況に対して鬱状態とかあるんじゃないかって思って、学生の時調査をしたんですよ。それが2005年とかそんなぐらいかな。（中略）結構精神的に困っている人多いなって、その時に。だから身体の状態が悪いですよ、（中略）で、かつそれでもケースワーカーが追い出しちゃう訳なんですけど、その中で何かやっぱり福祉を受けた後に、劣悪な寮に入れられるっていう流れがやっぱりダメなんじゃないかっていうのがその頃に話題になって。

佐藤らは、福祉支援を利用する際に入所させられる施設の環境に問題があるようになる⁶⁷。それゆえ約束の日に来ないホームレス状態にある人は、福祉事務所が紹介する施設に入りたくないからドタキャンするのではないかと考えた。

個室じゃないと無理だよって言う一方で、個室なんていうものは、贅沢みたいな感じがあの時あって。何かこう住まいがないから、寮・屋根付きの飯付き超いいじゃんみたいな空気感を、いや、そんなところはダメなんですよっていう考えに変化しなきゃいけない時期だったのかな。

⁶⁷ この点については吉田（2018: 88-100）を参照されたい。

(中略) そういので上手くない人の話をその時期ぐらいからじっくり聞くようになったと思うんですね。なんで田所さんが路上のままなのかみたいなの、2005年以降。そしたら、個室じゃなきゃダメなんだなっていうのが分かってくる。(中略) その人たちは障害を持っているから、集団生活無理なんだっていう事をちゃんと証明しないと、この人たちはずっと路上のまんまだっていう。まさにその自力で何とかならない人たちだけが、溜まってく時期っていうのが2006年から7年とあったんですね。

ホームレス自立の支援法から5年が経過していた。行政が考えた支援政策では、その狭間にこぼれ落ちる人たちがまさに溜まっていった時期であった。このような人たちには、集団生活を強いられない環境が必要だと考えた。しかし一緒に活動する支援者・医療者も、「個室なんて贅沢だよ」という空気感が漂っていたという。佐藤はそういう前提を覆さないといけない時期だと考えた。そして個室なんて贅沢という前提から、個室ではないと無理という前提に変革させるために、2008年-2009年の年末年始に精神疾患有病率調査を執行した。

一回目の調査をしたと。たまたまその時にリーマンショックで派遣切れするときに重なって、相談したい人が急に増えた時期でもあって。それと重なった第一回目の調査は、どのくらいの人が精神症状を有しているという結果が有意になったんですね。特別な時期だったというか。だけでも、その頃には自力で何とかできない人たちがいるんだってわかっていく時期だったので。相談受けたら相談受けた人が施設に入れっぱなしにならないような、せめて個室っていうことの交渉を、その調査をもとに具体的にプッシュできるようになった。

この年末年始の調査で62.5%の人が精神疾患を有すると診断された(森川2011:334)。佐藤はエビデンスがあることで、福祉事務所に人に強く交渉できるようになったという。また2009年の年末には精神疾患有病率のみならず、知的障害に関する調査も行い、34.2%の人がIQ70未満であることを明らかにした(奥田2010:93)。

別の市に行ったケースワーカーが、知的障害の人たちが多いいんだっていう。だから通常の支援ではどんどんこぼれていくと。納豆食べられないっていうことを言えなくて、施設から出ちゃうみ

たいな人がいるんだ。そういう人たちがいるんだっていう事を示さなきゃいけないっていう、そのケースワーカーの強い思いと意気投合して翌年調査をしたのが知的障害の調査。

納豆が食べられなくて施設を出てしまう。ある知的障害を抱える人のケースで、施設で嫌いな納豆を食べることに苦痛を感じて失踪してしまったという。この話を聞くと、「嫌いなら食べなければいいのに」と考える人が多いだろう。しかしこの人は、納豆を残すことに罪悪感があり、納豆を食べられないのであれば施設を出ようと考えたのである。彼は黙って施設から出た理由を「どうしても言えなかった。悪いと思った。自分が悪いから」（森川 2013a: 111）と語ったという。佐藤は、彼/彼女らには彼/彼女らの理屈があるという。そして彼/彼女らの理屈を徹底的に聞けば聞くほど、佐藤は個室ではないと無理だと感じた。そして現場感覚で捉えていた「障害がある」という推測を、調査によって確信へと変わらせた時期でもあった。

第2項 時代背景

2002年にホームレスの自立の支援法が制定されてから5年前後が過ぎていた。就労することが前提の支援について、一部のホームレス支援に携わる人・研究者たちはその効果に疑問を抱いていた。山田によると、中部地方にある某自立支援センターにおいて退所した486人のデータより、なんらかの事情で自主的に退所（失踪）またはトラブルにより強制的に退所させられたケースは、全体の31.1%に及んだことを指摘している（山田 2008: 20）。また社会学者の北川由紀彦は、自立支援センター利用者からの聞き取り調査より、「労働市場からまだ労働力とみなされ、かつ、労働条件や職業適性上の問題があったとしても従順に働き続けられる層」と「そもそも労働市場から労働力としかみなされないか、せいぜい使い捨て可能な労働力としかみなされず、かつ、そうした状況に耐えられない層」とに分けられ、自立支援センターの存在を「後者を再度路上へ切り捨てていく再選別装置」になっていると指摘する（北川 2006: 158）。

佐藤が「まさにその自力で何とかならない人たちだけが溜まってく時期っていうのが、2006年から7年とあったんですね。」と述べていたように、就労自立アプローチでは適応できず、しかし福祉的アプローチの対象にはならない人たちが、再路上化を繰り返すというサイクルに巻き込まれ、抜け出せなくなる構造が出来上がり可視化されはじめた時代だった。山田は先に挙げた自立支援センターの支援記録より、退所する理由

の一つとして集団生活を強いられる住居環境のことを挙げており、個室利用を前提とするハウジングファーストの可能性を示唆している（山田 2008: 25）。山田のその考えは、佐藤らが個室ではないと難しいと気が付き、精神疾患有病率調査を行った時期と重なっていることがわかる。

しかしその後同時期にリーマンショックが起こり、ホームレス状態にある人は更に増えていく。2008年-2009年の年末年始に行われた年越し派遣村は、日本における貧困問題が大きく取り上げられる契機にはなったが「ホームレス」=失業問題という認識があらためて強化される結果になったとも言えるだろう。リーマンショック以降、失業により住居を失う人が再度増加したことで、佐藤のいう「2006年から2007年の頃に溜まっていった自力で何とかならない人たち」の存在が隠れてしまったのかも知れない。

第3項 支援者・医療者の意味世界

医療を活用することで、生活保護を利用するという支援につながるようになった。しかし一部のホームレス状態にある人が、同行支援の約束の日に来ないことが新たな課題として浮上する。支援者・医療者は、施設的环境に抵抗があるために支援を放棄するのではないかと考えた。しかしこの当時、これらの課題を克服するには二つの障壁があった。一つ目は、ホームレス状態にある人の施設に個室を提供するなんて贅沢なのではないかという考え、二つ目は、そもそも障害があるということを調査し公表することへの支援者たちの抵抗である。

まず一つ目の障壁について検討する。早川和男は、欧米諸国の人に比べると、日本人は住居の大切さについて深く考えてこなかったと指摘する。西欧先進国においては、住居は健康・福祉資本と認識し、19世紀以降、公衆衛生法や住居法を制定し、人が住むのにふさわしい住居環境を整えるのは国として当たり前のことという福祉国家の基礎が築かれている（早川 1997: 147）。それゆえイギリスでは、住居環境がもたらす健康被害の調査が積極的に行われてきたという（早川 1997:80-83）。一方日本の住宅行政は、1945年を境に厚生省から建設行政に移管されたため、住居と健康という視点が希薄であると指摘する（早川 1997: 83）。住まいが健康状態に影響することを認識していれば、人間らしい暮らしができる個室を準備するのは当たり前と考えるだろう。この住居やプライバシーに関する意識は、災害支援時の避難所の様相にも表れており、欧米諸国では、避難所に簡易ベッドとテントが用意され、プライバシーが留意される（榛沢 2016）。一方、

日本の避難所では（現在、新型コロナウイルスの影響でテントや仕切りが導入されるようになってはいるが、それは感染対策として講じられたものである）、段ボールベッドなどが活用され改善は見られるが、スフィアハンドブック（人道憲章と人道支援における最低基準）の条件⁶⁸が浸透しているとは言い難い状況である。このような文化的背景があるからこそ、支援者は個室が必要だと考えたが、それは贅沢すぎると考えてしまい、支援者自らの口をふさいでしまったのだと考える。

二つ目の障壁について、精神障害調査を行った佐藤は、「そもそも『障がいを持つことへの偏見が存在すること』そのものに NO と言い続けるべきだ」（森川 2013b: 2）という考えを持っている。知的障害者調査を行った臨床心理士の奥田浩二は、ホームレス支援に携わるなかで根本的な解決のための視点が抜け落ちていると感じていた。それは知的障害なのではないかという実感はあったが、医師ではない彼が口にすると偏見だと言われてしまう状況だったという。彼が孤軍奮闘していた時に、佐藤と出会い、共に調査を実施することになる。世論を説得するには医師による診断が必要だった（森川 2013a: 109-111）。佐藤は、障害があることで、安心して路上から脱することができない人の苦労を多くみてきたからこそ隠してはいけなかったと考えていた（森川 2013b: 2）。だからこそ調査を実施したが、調査後、佐藤は多くの批判を受けた。それは、差別や偏見を助長するという多くの叱りだった。そのステイグマをさらに乗り越えることが望ましいと佐藤は考えている。それは序章で述べた社会的公正を目指した活動に該当すると考えるが、当時その考えは理解されることはなかった。

この時代を「就労自立アプローチでは就労できない人が路上に取り残され、個室ではないと難しいことを支援者が理解した時代」として表した。しかしこの時代は、まだハウジングファーストの導入までは考えられていない。個室といっても施設のなかでの個室利用を求めるのが最大の支援方法だったと考える。

⁶⁸ Sphere『スフィアハンドブック——人道憲章と人道支援における最低基準』2018.

2000年代中頃から後半まで

就労自立アプローチでは就労できない人たちが路上に取り残され、個室ではないと難しいことを支援者が理解した時代

支援アプローチ	支援方法	入所先
		施設収容主義 病院中心医療
就労自立アプローチ	就労支援	自立支援センター
福祉的アプローチ 疾患がある人 高齢者 精神・知的障害がある人	生活保護申請	無料低額宿泊所 更生施設 簡易宿泊所（ドヤ） 病院
退去アプローチ 社会生活を拒否する人 （福祉の利用を拒否する人）	指導・説得 社会的適応の促進	長期路上生活

表2：山田（2003）と佐藤の「声」をもとに筆者作成

第3節 第三段階 2010年代前半から中頃まで

第1項 佐藤の「声」

「東京プロジェクト」は2010年4月に立ち上げられた。精神疾患有病率調査の結果を受けて、佐藤らは障害を抱えたホームレス状態にある人たちの支援を本格的にしようとする。同時期、「認定 NPO 法人世界の医療団」も同じようなことを考えており、共に活動することになる。さらに北海道浦河で活動を展開していた「べてるの家」の創始者、向谷地生良氏に協力を求めたところ、池袋に「コミュニティホームべてぶくろ」を立ち上げ共に活動することに賛同した。この TENOHASI、世界の医療団、べてぶくろの三団体により「東京プロジェクト」は始動された。2012年度東京プロジェクト活動報告書に、このプロジェクトが対象とする中心は「ホームレス状態の人のうち障がいを持つ人の支援」（森川 2013b: 1）と書かれている。何かしらの障害（障壁）があることで、自立支援センターなどの施設で、集団生活が難しい人に焦点をあてて支援を展開していくことになる。

その調査の後、個室じゃなきゃ無理だよって、その頃それが普通になってきたんですよ、うちらの中ですけど。ケースワーカーと交渉する時に、何とか個室じゃなくて、絶対個室でなきゃ無理ですっていうふうにはっきりいうようになった。それで個室も用意される、交渉もできる、医療に繋がる、だけど出てきちゃうみたいなのたちがいる訳ですよ。路上にいる人たちも、個室に入れるって分かったのに行かないみたいなの。あと行っても出てきちゃうみたいなの。それはなんだろうかっていう時は、まだこうステップアップ志向だったんですね。私たちも弱い人たちで、出来ない人たちで、だからまずは施設って。

佐藤は、精神・知的障害があるという事実を調査で実証してからは、個室が当たり前の条件として考えられるようになり、福祉事務所でも躊躇なく交渉できるようになったという。しかしその後も、支援を拒む人、または個室に入っても失踪する人が出てくる。佐藤らは、それは何故なのかと問い直した。そして「自分たちはまだステップアップ方式の考え方だった」「弱い人、できない人だから施設って考えていた」とその当時の支援者側の姿勢を振り返る。

そんな時に天子さんが、ハウジングファーストってあるよって言ってきて。でもみんなの中で、家だけじゃなくて人間関係性とか絆とかそっちの方が大事なんじゃないかみたいな思いが正直あって。何かいきなりアパートなんて可哀想だぐらいの議論もあったんですけど、天子さんがみんなそう思っていようとハウジングファーストはいいと思ってアメリカに行って、戻ってきて何か良さげだみたいな。

プロジェクトのコーディネーター兼ソーシャルワーカーである天子は、欧米諸国で実践され効果が検証されているハウジングファーストについて調べ始める。そしてハウジングファーストを導入しようと他の支援者・医療者たちに相談するが、いきなりアパートに入るといった条件に一部の支援者・医療者たちは抵抗を感じたという。しかし天子は実際の支援現場をニューヨークで視察し、そして「良さげだ」と伝えた。この時期、2011年4月、東京都外で勤めていた佐藤は、東京都内の精神科病院に勤めはじめる。

その時、もう東京の医者になっていたんで。東京にいなかった時は、紹介状あって他の医者に行くっていう、それがことごとく上手くいかなくて、それに対して苦情を病院に対して言ったりし

たけど、何かこうあしらわれたりしていた。じゃあ自分でやるかっていう感じで東京に。病院の中に勤めて私のところに来てくれれば最初の医者になれる、それはことごとく良かったです。

佐藤は、ホームレス状態にある人が、路上生活から精神科医病院に入院または外来につながったとしても、対応する精神科医たちの治療方針に疑問を感じるがあったという。そこで都内に勤めはじめ、その病院で、後の訪問看護ステーション KAZOC の所長になる富永と出会うことになる。佐藤と富永は意気投合し、その後活動を共にしていくなかで、精神障害者が病院から地域に移行するプロセスと、ホームレス状態にある人が路上からアパートに移行するプロセス、そして従来の支援（トリートメントファースト）からハウジングファーストへの移行プロセスが、類似していることに気が付く。

地域医療を実践していくには、地域においての支援のリソースが欠かせない。また障害を抱えた人が地域で生活するには、その人のニーズに応じた生活支援がないと難しい。その当時、ホームレス状態にあった人がアパートなどに入居した後は、ボランティアの人が、食料提供や家賃の支払いなどの支援をしていた。佐藤らは、それらを訪問看護で担おうと考えるようになる。ボランティアベースから医療の専門家に引き継ぐ。そうすることで、安定した訪問と必要なニーズの供給、そして対象者の精神疾患症状による危機的状況にも対応できると考えた。このような背景のもと、2013年2月に精神科専門の訪問看護ステーション KAZOC を練馬区と豊島区に立ち上げることになる。

KAZOC が設立されたことで、はじめてハウジングファーストを試みた人は知的障害のある女性だった。生活保護申請をし、アパート契約をしてくれる大家も運よく見つかった。佐藤は、もしハウジングファーストのことを知らなかったら入院させていたと振り返る。

まず施設っていうか、ステップアップって思っていた時は、そういう状況だったらまず入院って、そこから施設とか更生施設とかっていうふうに思って、上手くいったらアパートって思っていたし、アパートは無理なのかもしれないなって思っていた時期もあったんですけど。ハウジングファーストを知っていたから、そして、その女性がその大家さんところに入って、初めて相談に来た時に（私が）ハウジングファーストっていうのを知っているもんだから、ケースワーカーが『入院させる』って、『まずは評価して』って言った時に、『いやこのままアパートでいいんじ

ゃないか』って言ったんですよね。私は、根拠なくそう信じられて、本人の話聞いていると。入院したくないって言うし、前だったら入院させちゃっていたかもしれない、安全を守るために。

佐藤は「安全を守るために以前だったら入院させていたかも知れない」と振り返る。しかしハウジングファーストの効果は欧米諸国ですでに実証されていた。KAZOCも立ち上がっていた。アパートも契約されている。何より「その人」本人は、入院より通院の方がいいと言っている。ハウジングファーストを実践してみようと考えたという。

アパート生活とそれに対する支援を組まれる。その時にその根拠のもと KAZOC さんが立ち上がっていて、KAZOC さんがその生活のフォローをしてくれるっていう同時進行的な。KAZOC さんがアパートいきなりとか、アパート生活大丈夫なんだよみたいなことを平行して教えてくれたので。精神の人がアパートで一人暮らしなんて無理だみたいな空気感があったことに対して、KAZOC さんが大丈夫だよって実践してくれていた。

訪問看護ステーション KAZOC の存在が、佐藤らの不安を払拭して後押しした。もちろんアパートの一人暮らしは、問題がまったく無かった訳ではない。

アパート入ったからって問題が解決した訳じゃなくて、問題だらけなんだけれども。これが施設収容主義の根拠にはならない、というかアパートでの課題はアパートに住みながら一緒に考えたらいいかなって、いうことをその人を通して知っていった。

佐藤らは、患者「その人」と共に伴走しながら一緒に支援方法を紡ぎだすことを体感していく。

プロセスの中で大事なものは、医者が邪魔をしないこととソーシャルワーク。アパートに住んだ時に電気の付け方が分からなくて失踪しちゃう人がいるわけですよ。ごみの出し方を注意されて、こんなところ居られないって出ちゃう人もいる。そんなことに対して、一緒に電気の付け方を勉強するみたいなワーカーさんがいたら、アパート継続できるんだなって実感がそこであって。

何かしらの障壁を抱えるホームレス状態にある人がアパートに入った時、常識的に考えて大丈夫だろうと思われることに躓くことがあるという。そのために、アパート入居当初は、頻回な訪問が必要になることが多い。また患者「その人」が引き起こす突発的な出来事や、精神症状の増悪に対して対応しなければならない。KAZOCのおかげで定期訪問は確実にできるようになった。しかししばらくすると次の課題が出てくる。それは訪問看護の制度枠だけでは、十分な支援を担えないことが増えていったのである。その担えない部分を補うためクリニックの開院を佐藤らは考えるようになる。

第2項 時代背景

2010年代前半は、2006年に国連総会で採択され、2008年に発行された障害者権利条約を日本で締結するために、様々な法整備が整えられた時代であった。2011年、障害者基本法は一部改正され、世界保健機関（WHO）が提唱する国際生活機能分類（ICF）による障害の捉え方や、障害者権利条約の社会モデルを踏まえたとらえ方が示され⁶⁹、実際の現場でも変化の兆しは見られた。

2010年5月、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム⁷⁰」が設置され、精神障害者たちのケアを入院医療中心から地域生活中心へという基本理念が打ち出された。また2011年の「第6回医療計画の見直し等に関する検討会⁷¹」において、精神障害者アウトリーチ推進事業を全国25か所でモデル事業として開始することになった。チームメンバーは、精神科医師や看護師、作業療法士、臨床心理技術者、相談専門支援員、精神保健福祉士などであり、対象者は、受療中断者、未受診者、ひきこもり状態の者、長期入院の後退院し病状が不安定な者とされた。さらに2010年には、障害者自立支援法において、精神障害のなかに発達障害が含まれると明確化されたことで、障害者

⁶⁹ 内閣府「障害者白書平成24年版」

⁷⁰ 厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況——新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第1回）」

⁷¹ 厚生労働省「精神保健医療の現状と取組状況, 第六回医療計画の見直し等に関する検討会」

に関する法制度において発達障害の位置付けが定着され、発達障害者も精神障害者が受けられるサービスの利用が可能となった⁷²。

このような時代背景のもと、精神科病院から地域生活への移行と、ホームレス状態からアパート生活への移行、従来型の支援（トリートメントファースト）からハウジングファーストへの移行が、類似していると佐藤らは考え、精神保健医療福祉チームの支援体制を整えようとした。

第3項 支援者・医療者の意味世界

ホームレス状態になる人のなかに、6割程度の人が精神障害を抱えているということが実証できたおかげで、施設においても個室利用を強く交渉できるようになる。しかし個室が提供されても失踪する人がおり、支援者・医療者側の関わりに課題があるのではないかと、ステップアップ方式の関わりなのではないかという仮説が立てられた。その頃、欧米諸国で実践されているハウジングファーストの存在を知り、導入しようと提案するが、いきなりアパートに入れるのは不安だし可哀そうではないかと、支援者・医療者側にハウジングファーストに対しての抵抗が見られた。このような抵抗の背景には、支援者・医療者側が管理できなくなるという不安があったと考える。

また佐藤は、都内の病院に移動してきている。その理由として、他の精神科医に対する不信感をあげている。知的障害や発達障害について理解している精神科医は少ない（森川 2013a: 128）と述べているが、その言葉が発せられた社会背景には以下のようなことが影響していると考えられる。

原田玄機によると、日本における知的障害者についての支援は障害程度が重い人に偏っているため、軽度知的障害者の支援については議論されてこなかったという（原田 2019: 206,244）。また発達障害に関しては、2016年4月に障害者差別解消法が施行されたことで、社会に対して合理的配慮が義務づけられ、世間一般に発達障害特性について周知されるようになったが、マスメディアが積極的に取り上げるようになったのは近年のことであるため、精神科医のなかでもその認知度はさまざまだったと考える。

この時代は、見えづらい障害という障壁を抱えたホームレス状態にある人をどのように支援できるのかと模索した時代だった。よってタイトルは「3つの移行プロセス（精

⁷² 厚生労働省「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案の概要」

精神科病院から地域生活へ、ホームレス状態からアパート生活へ、従来型の支援（トリートメントファースト）からハウジングファースト）が類似していると支援者・医療者たちは気が付き、新たな支援方法を模索した時代」と表した。入所先の選択肢として、地域での生活・地域中心医療・ハウジングファーストという概念が追加された。ハウジングファーストを実践することは、支援者・医療者にとっても不安が大きかったが、何とかハウジングファーストを導入したのがこの時代の最大の支援方法だったと考える。

2010年代前半から中頃まで

3つの移行プロセス（精神科病院から地域生活へ、ホームレス状態からアパート生活へ、従来型のトリートメントファースト型支援からハウジングファースト型支援）が類似していることに支援者は気が付き、新たな支援方法を模索した時代

支援アプローチ	支援方法	入所先	
		施設収容主義 病院中心医療 トリートメント ファースト型支援	地域での生活 地域中心医療 ハウジング ファースト型支援
就労自立アプローチ	就労支援	自立支援センター	
福祉的アプローチ 疾患がある人、高齢者 精神・知的・発達障害 がある人	生活保護 申請	無料低額宿泊所 更生施設 宿泊提供施設 簡易宿泊所（ドヤ） 病院	アパート転宅と ニーズに応じた支援 対象者主体の支援 訪問看護の設立 居場所づくり
退去アプローチ 社会生活を拒否する人 （福祉の利用を拒否 する人）	指導・説得 社会的適応 の促進	長期路上生活	

表3：山田（2003）と佐藤の「声」をもとに筆者作成

第4節 第四段階 2010年中頃から後半まで

第1項 佐藤の「声」

2013年、訪問看護ステーション KAZOC が設立され、その後、一般社団法人つくろい東京ファンドとハビタット・フォー・ヒューマニティが立ち上げられる。2016年、ハウジングファーストの実践を目的として、プロジェクト名称を「東京プロジェクト」から「ハウジングファースト東京プロジェクト」に改称し、さらにゆうりんクリニックが立ち上げられ、七団体でプロジェクトが展開されるようになる。

ゆうりんクリニックを立ち上げた理由はいくつかあるが、その一つは雇用の問題であった。KAZOCは立ち上がったが、アパートに移行した人の生活支援をKAZOCですべて担うことは制度上不可能であった。その担えない部分は、支援者・医療者たちがボランティアとして活動することで補填されていた。佐藤らは、その部分に給料を出せないかと考える。そしてニューヨークのハウジングファーストを見学に行こうと決めたが、実際に行ってみると池袋で実践している内容とほぼ一緒だと感じたという。さらに病院でソーシャルワーカーを雇用できることを知る。佐藤は、自身の給料を抑えてもいいからソーシャルワーカーを雇用しようと考えはじめる。

*KAZOC*でできていた時あるんですけど。何かその、訪問看護ってやっぱりこう、その人たちが食べてくためには定期訪問が必要なんですね。でも必要なのはソーシャルワークで定期訪問じゃなくて。今日困ったら今日行く、なにかゴミ出し困ったらゴミ出しの相談をするみたいなことが必要なんだけど、定期訪問も大事だけど、その手前の細かな相談を最初に密にするみたいなのが*KAZOC*さんだけだと出来なくて。そこはボランティアベースでやっていたんですね。ここに給料を作りたかった。ハウジングファーストで、最初の住まいに入ってそこで生活をはじめると、ほとんどの人が不安定になっちゃう。障害を持っていたり、アパートで一人暮らしをしたことがないみたいな人にとって、アパートの一人暮らしは大変だから、そこを伴走できるワーカーさんを雇用できる場所としてクリニックが立ち上がる。

見えづらい障害という障壁を抱えたホームレス状態にある人がアパートに入って間もない頃は、より密な支援が必要だと佐藤はいう。そこには柔軟に対応できる精神保健医療福祉チームが必須であり、その人材を確保するためにゆうりんクリニックは立ち上げられたのである。

第2項 時代背景

2010年代後半になると、病院中心医療から地域中心医療という考え方が強く議論されるようになる。精神医療の文脈において、2016年には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」⁷³が設置され、新たな地域精神保健医療福祉体制のあり方などが

⁷³ 厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」

検討された。その結果を受けて「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」⁷⁴という考え方が提示された。また行政によるホームレス支援政策においても動きが見られるようになる。2015年4月には、就労自立のために設立された自立支援センターは、「ホームレスの支援等に関する特別措置法」から「生活困窮者自立支援法」に基づき運用されることになる。そこには就労自立に特化した支援のみならず、地域生活へ移行するための支援も含まれ、一時生活支援事業の拡充として、「シェルター等を利用していた方や、居住に困難を抱える方で地域社会から孤立している方に対して、一定期間、訪問等による見守りや生活支援を行う事業（地域居住支援事業）を位置づける」ことが記されている⁷⁵。

東京都が2019年に発表した「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画（第4次）」⁷⁶においても、ホームレス状態にある人の高齢化や路上生活期間の長期化等、ホームレス状態にある人の状況の変化に対応した支援が必要であるということ、また39歳以下のホームレス状態にある人や65歳以上のホームレス状態にある人など、年代別に、それぞれが抱える課題等に対応した支援が必要であると指摘している。そのうえで、既存の自立支援アプローチでは対応が難しいと言われる、長期化・高齢化したホームレス状態にある人に対して、「支援付地域生活移行事業」を2017年より試験的に開始した。しかしその対象になるためにはいくつかの条件が課せられており、たとえば「過去に本事業を利用したことがある場合、地域に対する迷惑行為等における規則違反により退去したことが無い者」などが条件として上げられている⁷⁷。その他にも東京都は2018年に「住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査」を実施し、ネットカフェなどに居住する人たちを対象に、サポートセンター「東京チャレンジネット」を設立し、生活・居住・就労支援および資金貸付相談などを実施しはじめた⁷⁸。しかしその目標の最終段階は就労自立であり、若いのだから働くべき、がんばるべきという規範が至る所に示されて

⁷⁴厚生労働省「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>

⁷⁵ 厚生労働省「生活困窮者自立支援制度等の推進について」

⁷⁶ 東京都「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画（第4次）」

⁷⁷ 東京都「路上生活者対策支援付地域生活移行事業実施要綱」

⁷⁸ 東京都「東京チャレンジネット」

いる。

行政においても、就労自立アプローチでは難しいと考える人たちの支援方法が実践されはじめた。しかしその対象は、長期化し高齢化したホームレス状態にある人に焦点が絞られており、尚かつ行政が求めるような姿勢を示してくれる人に限られている。そのような支援体制では、以前のように制度の狭間で置き去りにされる人が出てくると考える。

第3項 支援者・医療者の意味世界

佐藤らは支援の持続性を考えて、給料が保障される体制を整えていこうとする。ゆうりんクリニックを設立したことで、精神保健福祉士を常勤で雇用できる体制が整えられ、ハウジングファースト型支援の精神保健医療福祉チームが強化されることになる。

この時代になると、今までの就労自立アプローチだけでは難しい、支援が必要なホームレス状態の人の存在を行政側も認め、アパートに転宅したあとの支援付きケアがはじめられる。しかし、その支援は高齢者が対象とされており、どちらかというといふと介護的視点が重んじられているようである。よって若年層のホームレス状態にある人は対象にされていない。さらに、支援付きケアに関して、精神保健・メンタルヘルスという文言は見当たらず、障害特性を意識した視点は欠けているように見える。

池袋においての支援は、以前に比べると、ゆうりんクリニックのおかげで安定した精神保健医療福祉チームの供給が可能になった。よってこの時代は「ホームレス状態にある人がアパートで生活することを支援するために精神保健医療福祉チームを整えた時代」と表した。一方、ホームレス状態にある人の地域生活を支える精神保健医療福祉チーム体制は、このプロジェクト内のみで構築されたものであり、一般的には浸透されていないのが現状である。

2010年代中頃から後半まで

ホームレス状態にある人がアパートやグループホームで生活することを支援するために精神保健医療福祉チームを整えた時代

支援アプローチ	支援方法	入所先	
		施設収容主義 病院中心医療 トリートメント ファースト型支援	地域での生活 地域中心医療 ハウジング ファースト型支援
就労自立アプローチ	就労支援	自立支援センター	
福祉的 アプローチ 疾患がある人 高齢者 精神・知的・発達 障害がある人	生活保護 申請	無料低額宿泊所 更生施設 宿泊提供施設 簡易宿泊所（ドヤ） 病院	アパート転宅と ニーズに応じた 支援 対象者主体の支援 訪問看護の設立 居場所づくり クリニック設立
退去アプローチ 社会生活を拒否する 人（福祉の利用を 拒否する人）	指導・説得 社会的適応の 促進	長期路上生活	（2017年より東京都は支援 付地域生活移行事業を開始 するが、ハウジングファース トの理念に基づいてない）

表4：山田（2003）と佐藤の「声」をもとに筆者作成

第5節 小括

本章では、ハウジングファースト東京プロジェクトを牽引してきた精神科医の佐藤の「声」をもとに、プロジェクトがどのように展開されてきたのか四つの時代に分けて整理し、社会背景と照らし合わせながら、支援者・医療者たちの意味世界を探求してきた。その結果、就労支援アプローチが前提である支援からハウジングファーストという新たな視座が加わり、支援の幅が徐々に広がっていったことを明らかにした。さらにその時代ごとで問題とされていることを乗り越えるために、支援者・医療者側が無意識に抱いていた規範を省みて、自らの意識を変容させながら支援を構築してきたが、行政支援においてはメンタルヘルスという視点は薄く就労自立アプローチの規範が残されていることを明らかにした。そのうえで現在、支援者・医療者の姿勢に関する課題を以下に示す。

1) 見えづらい障害を抱えることで、大多数の人が常識と考える生活を営むことが困難であるということが認識されていない。

2) また見えづらい障害は、特別な病気や障壁であると認識される。そのため、精神・知的・発達障害があると認定されると、スティグマが付与されると考えている。

3) このような現実があるため、事実そのものを公表すること、または反対に示唆すること自体に抵抗を感じる。そこには構造的スティグマが影響を及ぼしていることを議論すべきだが、そこまで掘り下げて学ぶ機会がない。

4) ①②③は、見えづらい障害（精神・知的・発達障害）に対しての知識が不足していることで起こりうる課題であり、精神保健・メンタルヘルスに関する教育が社会全体に行き渡っていない。

5) 佐藤が「そもそも『障がいを持つことへの偏見が存在すること』そのものに NO と言い続けるべきだ」（森川 2013b: 2）と述べていたように、社会モデルの視点やノーマライゼーションの視点が欠けており人権意識が希薄である。

6) さらに住まいの条件に関しての人権意識も薄い。

7) それは生活保護の利用にもつながることであり、生活保護の利用は国民の権利だという意識が薄い。

8) これらの前提が配慮されないまま、支援者・医療者はステップアップ方式の考え方で関わろうとしている。

これらを踏まえて、第3章のなべさんの事例に当てはめて、支援者・医療者側の課題を下記のように示した。

支援者・医療者側の課題

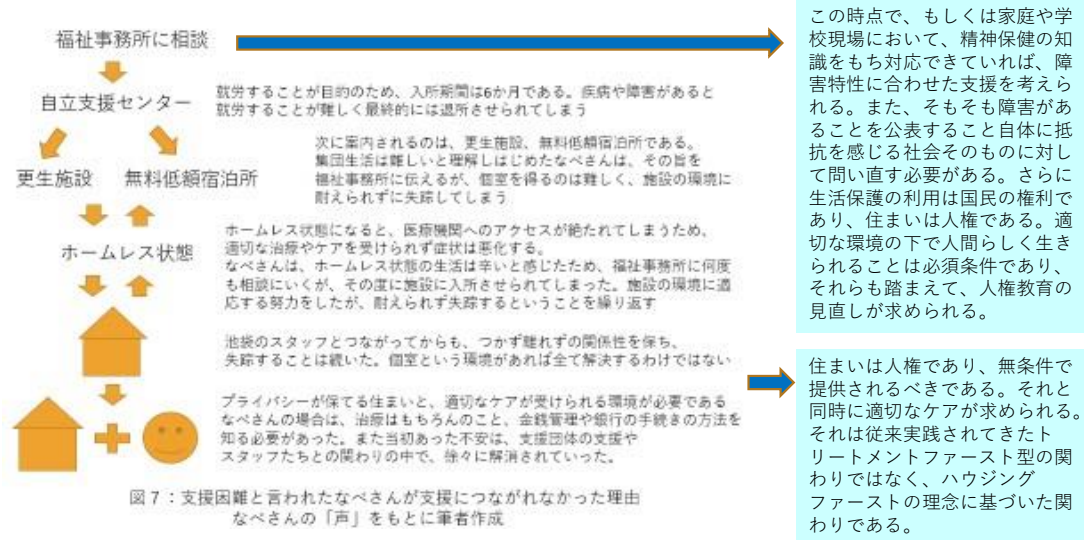


図8：ホームレス支援における支援者・医療者側の課題
なべさんと佐藤の語りをもとに筆者作成

次章では、さらなる支援者・医療者側の課題として、訪問看護ステーション KAZOC に勤めることになり、ホームレス状態にある人と関わるようになった一人の看護師の経験について、異文化感受性発達モデルを援用しながら検討していく。

第5章 ホームレス状態の人をみる眼差しの変化——看護師、大間の「声」より

創始者の佐藤は、もともとホームレス状態にある人に関心を寄せてこのプロジェクトに関わるようになった。すなわち彼は明確な目的を持ち、ホームレス支援に携わり始めたと言えるだろう。それではホームレス状態にある人に対して関心を寄せてこなかった人の経験とはどのようなものなのだろうか。本章では、精神科病院に勤めていた看護師が、訪問看護ステーション KAZOC に入職したことをきっかけにホームレス状態の人に関わり始めた経験をもとに、彼女のホームレス状態にある人に向ける眼差しがどのように変化したのか明らかにすることを目的とする。

分析する方法として、第2章第4節で述べた異文化感受性発達モデルを分析枠組みとして用いる。インタビューデータは4節に分け、それぞれ異文化感受性発達モデルの「否定＝無関心」「防御＝二極化」「最小化」「受容」「適応」の五つのレベルに分類して検討した。

第1節 見えていなかった人々の存在に気が付く

大間は看護師である。高校卒業後、看護大学に進学し看護師免許を取得、都内の精神科病院に数年勤めその後退職、2016年8月に訪問看護ステーション KAZOC に入職した。彼女が KAZOC を選んだ理由の一つは、以前の職場の同期看護師が勤めていたからである。ホームレス状態にある人に関心を寄せていたわけでもなく、どちらかというと彼ら/彼女らに対して偏見を抱いていたという。

その就職先を選ぶにあたってホームレス支援とか、まだその時は私の頭にはなくて、その何ていうかすごく、やっぱりちょっと偏見があったんですよね。それまでのホームレスっていう人たちの存在がなんか、近づきたいというか、どんな人かわかんないみたいな感覚でいたんですけど。

そのような彼女がホームレス状態の人に関わったのは、TENOHASI が行っているアウトリーチ活動（夜回り）に参加した時だった。彼女は、KAZOC の要町事業所の見学に来て、その後ついでにと、急遽夜回りに参加することになる。この活動は1990年代後半の活動初期から実践されるもので、池袋駅界隈を歩きながら、路上で寝泊まりしている人

に、おにぎりと手作りパン、炊き出しの情報などを配布し、必要に応じて相談に応じるものである（高桑 2017）。大間は、おにぎり作りから参加して、実際に池袋駅構内とその周辺を支援者とともに歩いた。そして衝撃を受けたという。

今までこんなに、その時20人くらいだったと思うんですけど、駅の構内にいっぱいいらっしゃるのを見て。私、埼玉の出身なんで、小学生くらいから家族で池袋に遊びに来ていたりもしていたし、昔から来慣れた場所だったんですけど、全然目に入っていなかったんですよね、路上の人が。夜回りでおにぎり配るっていうので、目線が下に下がったら、ああこんなに、いたんだって思って、なんか町の見え方が変わったような、そんな感覚があって、それまではほんとに存在しないものとして見えていたとか。全然目に入っていなかったんだなっていう自分に衝撃を受けたのはすごい印象に残っています。

大間は、見慣れた池袋駅の構内に、たくさんのホームレス状態にある人が座っているのに、目に入っていなかったという事実には衝撃を受けたという。

今でも私が友達とかに、路上支援とか、たまにちょっとそういう関わったりしてるとか話すと「よくそんなところ行けるね」とか言われるし、周りがみんなそういう感じで、なんか自分もその感覚が当たり前みたいになっていました。（中略）本当にホームレスの人と関わる機会がなかった。だから漠然となんかこう、怖くて、あんまり近づきたくない存在みたいに私が思っていたから、目にも入ってこないし、見ないようにしていた部分があるんだと思います。

【否定＝無関心】

大間が、路上で寝泊まりする人が見えていなかったと述べていることは、異文化感受性発達モデルの「否定」の段階にあったと考える。「否定」とは、その存在そのものを否定するということから、文化的に異なる他者の存在を認識できない状態になっており、「無関心」とも言い換えられる（Bennett2017）。このことは大間に限らず多くのボランティアたちが同じような経験をしたと述べることが多い。筆者もその一人であり、はじめて夜回りに参加した時、大間と同じように見えていなかったことに驚いたことを記憶している。高桑は、一人のホームレス状態にあった人の言葉を下記のように紹介している。

田舎から出てきて東京でホームレスをしていたけど、誰も私のことを見てくれない。気に留めてくれない。まるで存在しないようだった（高桑 2017: 120）。

また、炊き出しを実施している公園を参与観察するなかで、同じ敷地内にいる若いカップルが、炊き出しに並ぶ人を見ても関心を寄せる素振りは見せないと描写している（高桑 2017）。このことより、ホームレス状態にある人は「否定」される存在であり、ホームレス状態にある人が視界に入ったとしても、「見えない人」として脳に処理されている可能性は否めず、偏見が、一人の人間の存在そのものを消し去っている可能性は否めない。

第2節 ホームレス状態になるのは、ボタンを掛け違えるように、誰でもなりうることに気が付く

大間は、夜回り活動を経験した3か月後に、KAZOCで勤めはじめる。そのなかで、元ホームレス状態にあった人で現在はアパートに生活する人と訪問活動を通して関わりをもつようになる。彼女が何回か訪問を重ねていくうちに、彼ら/彼女らはその当時の経験を話してくれることもあるという。そして話を聞く中で、自身の偏見が解けていったと話す。

話を聞いていくと、なんていうかボタンが掛け違ったような感じで、そういう状態になっちゃんだっていうのがわかって、なんか偏見が解けたんですね。それまでは路上の人の実態を知らないし、路上の人のことを知ろうとも思っていなかったから、すごい偏見を持っていたけど、そういう経験をされてきた人の話を聞いていくと、この社会を懸命に生きてきたひとりの人として理解できるようになって、ホームレスっていう見え方は無くなった感覚があって。ホームレスっていうのは、なんていうのかなあ、働かないで生きてきたとか、冷たい見方をしていたんです。なんか怠け者っていっちゃあれですけど、楽しようとして生きてきた人たちみたいな見方をしちゃっていて。でもいろんなことを知っていくと、全然そんなことはなくて、いっぱいいろんな人生があったんだけど、何かのきっかけでその状態になっちゃったんだなあって。（中略）そういうことってもしかしたらこの先に自分にもあり得ることかもしれないし、自分と同じように、社

会の一員としてその人なりの人生を生きてきた人たちなんだったという風な見え方ができるようになりました。

【防御・二極化】

KAZOCに入職し、大間は訪問活動を通して元ホームレス状態にあった人たちと関わりをもつようになるが、当初はホームレス状態にある人のことを、「働かないで生きてきた・楽しようとして生きてきた」みたいな見かたをしていた。その背景には、私とは違う世界に生きている人という考えが透けて見え、「一般人 VS ホームレス」のように分け隔てて考えていたと言えるだろう。この時期の大間は、彼ら/彼女らのことを「防御」する段階にあったと考える。「防御」とは、「私たち VS 彼ら/彼女ら」みたいに二項対立的な分類をしながら他者の文化を批判的に評価し、一般的な社会問題を文化の違いのせいにする傾向があり二極化とも呼ばれる（Bennett2017）。

【最小化】

しかし、実際に訪問に行き、彼ら/彼女らのことを知っていく過程で、その「防御・二極化」する傾向は薄れていく。大間は「自分にもあり得ることかもしれない」と自分自身に重ね合わせて考えるようになる。「最小化」とは、「防御」の段階で自分との差異に眼を向けていた人が、自己と他者の間の類似性に注目するようになることである。人は、自分の経験が他人にも共有されていると思い込んだり、ある基本的な価値観や信念は文化の境界を越えて誰にでも当てはまると思い込んだりする。この段階に入ると寛容さが生まれるという（Bennett2017）。

第3節 5000円に対しての価値観の違いに気が付く

KAZOCの利用者でホームレス状態にあった人は、すでにアパートで生活している状態だった。彼女はHFTPの活動をもっと知りたいと思い、世界の医療団とTENOHASIを中心に開催される医療相談と生活相談にボランティアとして参加しはじめる。当初は医療相談で活動していたが、そのうち生活相談にも入るようになる。生活相談の主な目的は、生活にまつわる困りごとに対してそのニーズに応じた支援を共に考えていくことである。大間は初めて生活相談に参加した時のエピソードを話してくれた。

初めて行った日に、地方から出てきて半年くらいで路上生活になっちゃって、お金が無くて、ここに来るとなんかそういう支援を受けられるよって聞いて来ましたっていう男性がいて、べてぶくろのスタッフと一緒に話を聞いて、TENOHASIのワーカーさんにつなげて、週明け自立支援センターに行くっていう話になって、それまでの土日は漫画喫茶に行けるよって5000円渡したんです。で、炊き出しが全部終わったら、ワーカーさんと待ち合わせして、漫画喫茶を紹介するみたいな感じで言っていたら、その人がいなくなっちゃったんですよ。お金だけ持って。ああ、こういうこともあるんだと思って。

宿泊代として渡した5000円を持って、その場からいなくなってしまった青年に対して、大間はどう感じたのか筆者は聞いてみた。

うーん、なんかちょっと、ああそうかいなくなっちゃうんだあっていう残念な気持ちにはなったんですけど、話を聞いていると、なんかまともに食事も出来てない日々で、どっかの道端で、段ボールで寝ているとかっていう話を聞くと、漫画喫茶とかで2日泊まって5000円使うよりも、まずは食事がしたかったのかなって。だからなんだろうな、漫画喫茶に案内するからっていうのも「いいです」って、それも言えなくて、いなくなっちゃうっていう行動を選んで、なんかどっかでごはん食べているといいなあって思ったんですけど。宿泊費としてってお渡しはしたので、それよりももっと生きることに直結することに使いたかったのかなって。でもほんとはお金もらえるぞって話を聞いて来たのかなあとかも思ったり。いろいろな複雑な気持ちにはなったんですけどね、その人なりの使い道で使いたかったんだろうなっていう。

【受容】

大間はすでにKAZOCでの経験を通して、ホームレス状態にある人に対しての眼差しが変化していた。よって漫画喫茶代として渡した5000円を持っていなくなった青年に対して、怒るというよりも心配したのは、大間がすでに「最小化」の段階に入っており、寛容さが生まれていたからだと言えるだろう。それゆえその青年の行動に対し「複雑な気持ちになった」と述べているが、ネガティブな感情は抱かなかっただと考える。むしろ5000円という現金を目の前にした時、お腹を空かせていれば、食事を先に取りたいと考えるのではないかと、相手の心情に寄り添った言葉を述べている。5000円に対する使い道の価値観はさまざまであり、他者の価値観を、自身のものさしで測らない姿勢を

見せている。この段階は「受容」に入っていると考える。「受容」とは、文化的差異を、自分自身と同じくらい複雑な可能性を秘めたものだと理解できるようになることである。言い換えれば、形が異なる文化的文脈の中で、自分と他人の違いを意識できるようになる段階である（Bennett2017）。

第4節 アパートには入りたくない理由に気が付く

大間はその後も生活相談に参加し、行く度に色々な事情を抱えた人がいることを知っていく。そのなかで、炊き出しの場に集まる人たちがコミュニティを形成し関係性が構築されていることに気が付く。そして高倉さんと出会う。彼は、一度はアパートに入っていたが、路上の方がいいと言って路上に戻った人である。現在も路上生活を続けており、炊き出し会場にも毎回来て支援者たちと交流を続けていた。大間は、高倉さんがアパートに入れたらいいなあという気持ちがあったため、炊き出し以外にも、高倉さんがいる場所に会いに行ったという。

西口公園にいるんですね。ちょっとタバコとか差し入れしてみたりとかするんですけど、一時間とかしゃべっていると、高倉さんのことを知っている人がしゃべりにきて、あーこんなお姉ちゃんとかしゃべっているんだよ、みたいに言われたりして、それがなんか路上の人じゃないんだけど、高倉さんといつも将棋やっているとか。高倉さんは、結構あそこの場でのコミュニティが好きな感じで、高倉さんを慕っているというか、仲良くしている人もたくさんいて、どうやらお金とか食事とかを工面してくれる人もいるっぽくて。そういう路上での繋がりみたいな、コミュニティがなんとなくあるんだっていうところを実際に行って、見ることができたりして。

高倉さんは将棋を通してコミュニティを形成していた。そのメンバーは、ホームレス状態の人もいれば、仕事で池袋に来た際に立ち寄るといふ社員もいた。

びっくりしました。こんな繋がりもあるんだって。くまさんって呼んでいたから、高倉さんのこと。くまさんって呼んで、俺が親友なんだよって言って、高倉さんも嬉しそうな感じで。アパートに入ると一人だから孤独で、出て行っちゃみたいなの理由がなんとなくわかって。仕事帰りに将棋指す人とかともう会えなくなっちゃうから。

大間は、「高倉さんはあまり話さないから想像でしかないけれども」と付け足す。高倉さんは余計なことは話さない。核心に迫ることを聞いても「いいんだいいんだ」と言っ
てはぐらかす。今は福祉支援も切れてしまい、お金もないと思うし冬になると大丈夫か
心配になると話してくれた。

【適応】

大間はホームレス状態にある高倉さんのことが気になり、彼が普段居るといわれる公
園までプライベートな時間を使って会いに行くようになった。そのなかで、彼が将棋を
好きだということを知り、さらに将棋を通してコミュニティがつくられていることに驚
きつつ、その場を楽しむ様子を見せている。このような状況は「適応」の段階にあつた
といえるだろう。「適応」の段階に入ると、自分と他者の差異を意識できるだけではな
く、その文化や文化の違いに興味をもつようになり、さらに異なる世界観の相手に対し
て共感できるようになると言われている（Bennett2017）。

*アパートに入ると一人だから孤独で、出ちゃうみたいなこととか、なんとなくわかって。仕事帰
りに将棋指す人とかともう会えなくなっちゃうから。*

と言っていたのは、高倉さんの心情を思いやった共感的な言葉だったと考える。プライ
ベートな部分で関わりをもつなか、高倉さんに向けての眼差しがより共感を抱いたもの
になっていったと言えるだろう。

第5節 小括

本章では、精神科病院に勤めていた看護師が、訪問看護ステーション KAZOC に入職
したことをきっかけにホームレス状態の人に関わり始めた経験をもとに、彼女のホーム
レス状態にある人に向ける眼差しがどのように変化したのか、異文化感受性発達モデル
を用いて検討した。その結果、関わりの当初は、ホームレス状態にある人の存在そのも
のが目に入ってこないことが明らかになり、大間をはじめ支援者・医療者たちが、ホー
ムレス状態にある人を「見えない人」にしている可能性があることを示唆した。しか
し、偏見を抱いていた大間であったが、ホームレス状態にある人と接して、彼ら/彼女ら
の人生を知るうちに、それまで抱いていた否定的な感情は、次第に自文化中心主義から

文化相対主義の視点へと移行し、最終的にはホームレス状態にある人に対して共感を抱けるように変化した。

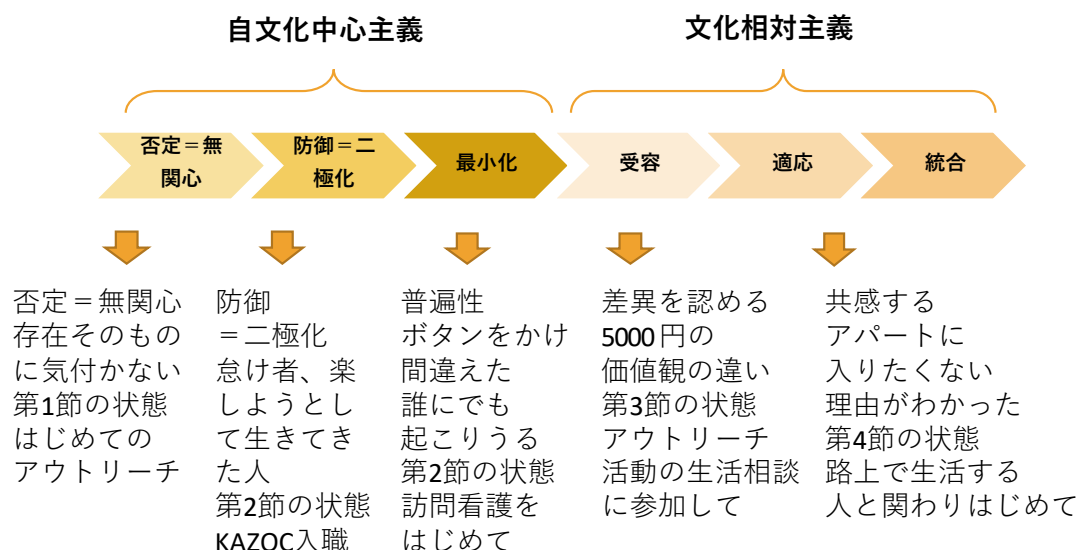


図9：異文化感受性発達モデルをもとに分析した大間の経験のプロセス
Bennett (2017) と大間の「声」をもとに筆者作成

これは第2章第3節で記したヘルマンの「文化を理解し対処する能力」を養うことや、トランス文化看護における偏見を見つめ直す教育につながる経験だと考える。医療者がホームレス状態にある人と関わりを持ち、彼ら/彼女らのことを知ることで、自らが抱いていた無意識の偏見に気が付く。そして「否定・無関心」の段階の「見えない人・存在を無視する人」から、異文化を容認するプロセスを経て「見える人・存在を承認できる人」になることが示唆された。

次章では、大間が勤めている訪問看護ステーション KAZOC に焦点を当て、トリートメントファースト・ステップアップ方式ではない KAZOC が実践するハウジングファースト型支援の意味について検討する。

第6章 精神訪問看護ステーション KAZOC が実践するハウジングファースト型支援とは——KAZOC 所長富永の「声」より⁷⁹

訪問看護ステーション KAZOC は、2013 年に設立された。KAZOC は精神訪問看護ステーションとして事業を展開しており、元ホームレス状態にある人の訪問は極一部である。しかしそれは現在の話であり、もともとは第4章第3節にあったように、シェルターに入ったあとのホームレス状態にある人の生活支援を見据えて設立された。

筆者は、2017 年の 8 月に、KAZOC の事業所の一つである要町の訪問看護に同行し参与観察した。その当時、要町では 90 人ほどが訪問看護を利用しており、毎朝、訪問先の最終調整をスタッフ間で行っていた。一日の一人当たりの訪問件数は 5-6 人であり、9 時半ごろ出発、午前中に 2 人、午後 3-4 人ほどを訪問するよう調整していた。瀬戸屋らは、精神科訪問看護で実践される一般的なケアについて「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」、「対人関係の維持・構築」、「家族関係の調整」、「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」、「身体症状の発症や進行を防ぐ」、「ケアの連携」、「社会資源の活用」、「対象者のエンパワーメント」という 8 つのケアを掲げているが（瀬戸屋ほか 2008）、KAZOC で実際に実践されている内容も、おおむね同じであったと言えるだろう。具体的に挙げれば、買い物や掃除、整容、福祉事務所とのやり取り、契約の手伝い、銀行振り込み、病院受診同行や調整、服薬見守り、薬カレンダー作成、居場所・就労の紹介や同行、さらに共に過ごす時間を大切にしており、一緒に散歩をする、テレビや DVD 鑑賞、対話の時間もあった。しかしそのアプローチの仕方は、瀬戸屋らがまとめたものとはだいぶ違うと感じた。

本章では、KAZOC の所長である富永の「声」をもとに、富永が何を指して KAZOC を設立したのか、その実践はどのような特徴があるのか明らかにし、トリートメントファースト・ステップアップ方式ではない、ハウジングファースト型支援について検討することを目的とする。

⁷⁹ 序章でも記したが、訪問看護ステーション KAZOC は、2021 年 8 月に他会社に譲渡され、名前は残ることになったがハウジングファースト東京プロジェクトからは抜けることになった。2021 年 12 月現在、退職したスタッフたちの中には、ハウジングファーストまたはオープンダイアログの思想を引き継ぎながら、新たな活動を展開しはじめている。

第1節 富永から見た KAZOC 設立背景——脱施設化を目指して

訪問看護ステーション KAZOC の所長である富永は、作業療法士の資格を取得し、新卒当初より精神科病院に勤めていた。富永は当事者研究を生み出した北海道浦河町にある「べてるの家」の活動に夢中だったという。彼は、日本の入院中心の医療や施設収容主義に疑問を抱き、病院の中から病院を変えたいと考えていた。しかし彼の態度を評価しない病院との関係は危うく、その時期のことを「煮詰まっていた」と表現する。

そのような時期に、2011年3月の東日本大震災と、その1ヶ月後、精神科医の佐藤との出会いがある。富永は、勤めていた病院の労働組合代表として福島を訪問するようになり佐藤も同行した。そして佐藤が理事を務める世界の医療団で「福島そうそうプロジェクト」⁸⁰が展開されることになる。福島では復興が進められる中で、精神医療の脱施設化に向けて、地域精神保健医療福祉の再構築の議論が活発に行われていた。

富永はその当時の自身のことを「ゴリゴリの病院職員だった」と表現し、だからこそ病院のなかで何ができるのか考えていたという。しかし被災した人たちが復興に向けて議論している姿に触発され、病院を変えるのではなく地域に出て、地域精神医療保健福祉を支えたいと決意した。

僕は、生まれも育ちも練馬で、精神科病院に入院している人たちが、地域に戻れる資源を自分が作りたいというのがありました。佐藤さんと働いていた病院と同じ町内に、KAZOCの本店を作ったんです。病院に長期入院している人たちを佐藤さんとかと一緒に出すんだというミッションが一つで、やはりベテル式（浦河べてるの家）のコミュニティを作りたいと考えていました。また豊島区に関しては、KAZOCができた時、精神科専門の訪問看護がそもそもゼロだったんです。

（中略）全訪問看護ステーションの中で、精神科の人を受け入れているところは全体の2割ぐらいでした。すごく少なかったんですね。今は増やせドンドンで、7割まで増えましたが。

地域で生活する精神障害者を支える訪問看護には、①精神科を標榜する医療機関やク

⁸⁰ 福島そうそうプロジェクトとは、2011年3月、地震や津波、原発事故の影響を受けた福島県相双地区（南相馬市、相馬市、双葉郡）を対象にした活動であり、2012年2月にプロジェクトを立ち上げ、精神科医をはじめとした専門家を派遣した活動である。

認定 NPO 法人世界の医療団「福島そうそうプロジェクト」

リニックと連携する訪問看護と、②保健所・保健センターの保健師らによる訪問、そして③訪問看護ステーションからの訪問看護がある（新井ほか 2011: 110）。KAZOC が設立された 2013 年の精神科訪問看護ステーションは、都内において、精神科を標榜する医療機関やクリニックと連携する訪問看護は 92 施設あった⁸¹。また全国訪問看護事業協会の調査によると、都内の訪問看護ステーションの数は 656 施設あり⁸²、そのうちの 2 割となると、地域で精神障害のある人を支える体制は整っていなかったといえる。

富永らは、富永の地元である練馬区と、ハウジングファースト東京プロジェクトを展開する豊島区に、訪問看護ステーションを立ち上げることに決めた。そして、ホームレス状態にある人が、ハウジングファーストでアパートに移行し生活再建できるならば、長期間精神科病院に入所している人にも通用するのではないかという仮説を立てたのである。

長期入院の人たちを退院させる時、病院の人が出そうと決めないと出ていかなかったり、長期入院している人たちが、自分たちから意欲的に出るぞみたいな気運にもうならないぐらいの年月が経っちゃうとすごくハードルが高いんですよ。そんな時にハウジングファーストの活動を佐藤さんと知り合った時に知りました。当たり前の権利として住まいを取り戻すから在宅維持率が高い。その国際的に今までのステップアップ方式とまったく逆のそのやり方で、けた違いのエビデンスが出ていることにすごく刺激を受けて、長期入院の人たちもハウジングファーストなのではと佐藤さんとかと話していたんですね。（中略）路上の人もハウジングファーストだし、今、施設収容されている人が脱施設するのもハウジングファーストだっていうふうに思っているところが前提としてあって、そこは僕の中では矛盾がないですよ。

⁸¹ ReMHRAD(リムラッド)「精神保健福祉資料——平成 25 年度 6 月 30 日調査の概要」：
166

⁸² 一般社団法人全国訪問看護事業協会「平成 25 年度訪問看護ステーション数調査結果」

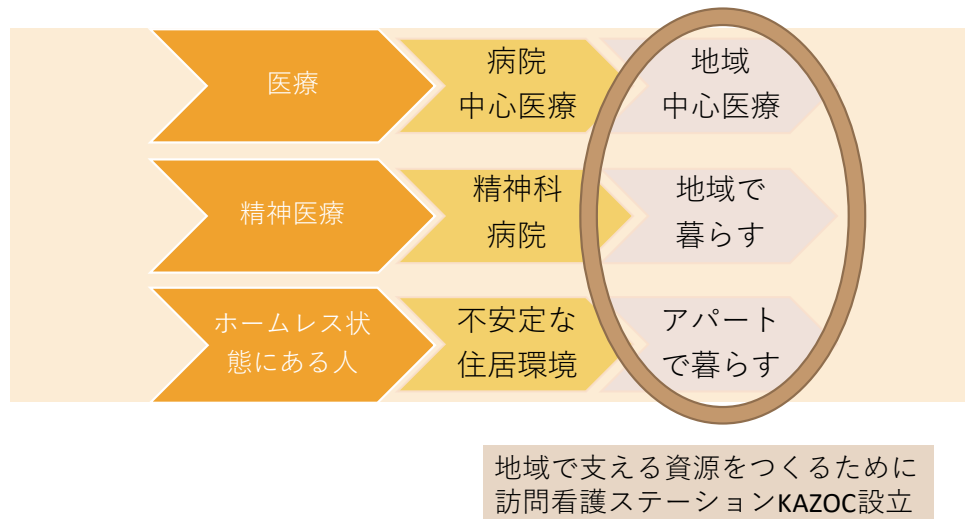


図10：富永と佐藤が考えた3つの移行プロセスの類似性
富永の「声」をもとに筆者作成

また第4章でも述べたが、KAZOCの誕生は支援者たちが抱えていた課題を解決することになる。それまで池袋のホームレス支援では、シェルターまたはアパート入居後の生活支援をボランティアにより支えてきた。そのうちのアパート入居後の生活支援をKAZOCで担おうと考えたのである。富永は精神障害のある人には安定した支援の供給が重要であり、同時にクライシスに対応できなければならないと考える。

安定した支援の供給、ボランティアワークと違い、医療の専門家が事業化して決まった日、決まった時間に支援に行くのがいい。あとクライシスに対応出来るかっていうのが、業界の中での課題として非常に大きくて。施設収容をしなければいけない時が精神障害を持っている人には存在するっていう入院医療の建前があって、つまりその権利とか、人権とかをちょっと抑制してでも強制的にそうしなければいけない時がある。(中略)クライシスだっていった時に、融通をどれだけ利かせられる柔軟性を持っているかっていうのが大事なんじゃないかと思い、融通を利かせた柔軟な対応をするっていうコンセプトを一つ掲げました。

精神障害を抱えるということは、強制入院が必要な時があるかも知れないわけで、そのためにも KAZOC をつくろうと考えたのである。

第2節 KAZOC の支援の特徴①——ホームレス支援のなかで抜け落ちていた視点

ハウジングファーストにおける多職種チームは、アメリカで開発された ACT (Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム) が基盤となっている。しかし KAZOC のホームページには、ACT については書かれていない。そのことを質問してみると、

ACT はそもそも重い精神障害があっても地域で生活することを支え続けるために、医療から福祉、就労支援まですべてを一つのチームで包括するというコンセプトなんですよ。24 時間 365 日稼働している、重い精神疾患の人、重い統合失調症とうつ病の人が対象っていうのがあって、当時佐藤さんに話した時、うつ病と統合失調症の人より発達障害圏の人の方が多くないかみたいな話はしていて、そうするとアクトの対象にならないんですよ、発達障害の人って。なんで、対象者ちょっと違う可能性あるぞっていう話しをして。

ACT とは、1970 年代初頭、アメリカにおいて開発された、既存のサービスでは地域生活を送るのが難しい、重い精神障害者のための多職種連携ケアモデルである。特徴としてアウトリーチ活動を主体とし、多職種によるチームアプローチで包括的支援を展開している。日本においては 2000 年代よりこの活動を導入されはじめ、2009 年には ACT 全国ネットワークが設立され日本のフィデリティ尺度の開発がされた(瀬戸屋 2011: 620-621; 江間 2020: 68)。その対象は、「統合失調症、双極性障害、重症うつ病等『重度かつ継続する』障害をもつもの」「過去 2 年間の間に複数回の精神科入院歴(たとえば 2 回以上)、あるいは一定日数以上の入院日数(たとえば 100 日以上)」「生活機能のレベルが一定以下(過去 1 年間の最高 GAF が 50 以下)、あるいはホームレス、医療中断、自傷他害の恐れなど、社会生活を維持する上での大きな困難をかかえていること」⁸³と示されている。

⁸³ 厚生労働省「ケアマネジメント・ACT について、資料 3、第 15 回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」平成 21 年 3 月 26 日

KAZOC を立ち上げる時に、佐藤さんが抱えていた外来の人たちを顧客としていたんですよ。元路上の人もいたし、引きこもりの人もいたけど、そういう人たちは病院も食わないみたいな人達なんです。病院の方も入院させたくない人たち、浮いていたんですね。佐藤さんの外来だけで繋がっていて、その人たちを支援するっていうのも想定した時、従来、重いとされていた人たちよりもっと困難な状況の人たちで、今まだ業界の中ではあまり知られていないけど、確実に支援が必要な人はいるぞっていうのが発達障害の人だったんです。

富永の言葉を借りると発達障害の人は、医療から「浮いていた」という。そのような人も対象になると考え、ACT のフィデリティは取得しなかったという。発達障害については、2010 年の障害者自立支援法において精神障害の枠組みの中に包含されるようになる。また 2013 年、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5) において、自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) として概念が統一された。それは今までのようにカテゴリーで分類するのではなく、スペクトラムとしてすべてを統合することで、その境界を曖昧にし、その時の症状の度合いにより状態は変化し移動するという見方に切り替えられたのである (傳田 2017: 19-20)。しかし第 4 章にも書いたが、その当時は世間一般にはもちろんのこと、医療者においても発達障害についての情報は十分に周知されているとは言えなかった。

路上の人がそういう状況に、統合失調症よりもどちらかという発達障害の方がとか。でもまだね、あんまり僕らもよく分かっていなかったんですよ。ただ雑感としてそうじゃないかって予測ぐらいだったんですね。そういうのがあって支援の対象者として業界の中であまり認知されていなかった。

ACT を名乗るためには、ACT のフィデリティに即した支援を実施しなければならない。しかしそれでは診断されない発達障害と思われる人が、支援の狭間に取り残される。KAZOC は、独自の路線でハウジングファーストを展開することに決める。発達障害と認知されないがために、生きづらさを感じながらもその対処法を知る由もなく、さまざまな支援の対象から外れた人たちに支援を届けたいと考えたのである。

第3節 KAZOCの支援の特徴②——管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしない

どこかではじまった小さな管理が、どんどん大きくなって、最終的には施設収容に繋がっていきます。そのような施設収容は、本人の考えや行動を「変容」させることとなります。だから、最初から管理せず、変容を求めないことを「決める」ことが大切だとKAZOCでは考えます（訪問看護ステーションKAZOCホームページ）。

KAZOCのホームページを確認すると、コンセプトとして6つ挙げられているが⁸⁴、上記の文言はその一つである。富永は普段の会話のなかでも、この「管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしない」という言葉をよく使う。素晴らしい理念だと思うが、看護師である筆者からみると、そんなことは可能なのだろうかと長年疑問を感じていた。なぜならば、医療者は患者「その人」を目の前にした時、心身ともに患者「その人」の状態を把握するために情報収集、アセスメント、実施、評価、再度修正という問題解決型思考で考える訓練がなされているからである。各専門職により焦点を当てる箇所は異なるが、そのサイクルで思考する過程は同様であるといっていいたいだろう。また、ジャッジメント（審判・判定）するということは、その一連のサイクルのなかに組み込まれており、さらに対象者の安全を守るためには、管理することは当然のことと筆者は考えていたからだ⁸⁵。

筆者は、これら管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしないというコンセプトがつけられた経緯を尋ねてみた。すると富永は、KAZOCを作る以前にすでに佐藤と共に決めていたという。それには既存の訪問看護ステーションの役割に疑問を感じていたからだと述べる。

⁸⁴ 訪問看護ステーションKAZOCホームページ

⁸⁵ この点については萱間真美（2020）の「伴走型支援と問題解決型支援；看護はハイブリッドモデルで」を参照されたい。問題解決型支援から伴走型支援の視点に気付く必要性が言及されているが、このようなことが議論され始めたのは最近のことである。

KAZOCが設立された2013年には、医療者に理解されるのは難しかったと考える。

当時、豊島は支援ゼロ（精神科の訪問看護ステーションは存在しなかった）でしたが、練馬区にある訪問看護とか在宅支援って、基本的に精神科病院の中にある訪問看護ステーションだったりするんで、ちゃんと通院しているとか、内服しているとか、デイケアに通っているとか、地域の中で問題起こしていないとか、そこで起こった問題とかを病院に伝達する係だったんですよ。（中略）そうではない訪問看護を我々はやるんだってという意味で、管理しない、変容を求めない、ノージャッジメントを掲げました。

管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしないということは、すなわち服薬指導、就労指導と呼ばれる指導も、生活改善を促すような関わりも行わないということである⁸⁶。この患者「その人」は指導に従わないコンプライアンスが低い人だとか、アルコールを止められない意思の弱い人だ、金銭管理も無理だろうなどジャッジメントしないのである。戸惑うスタッフがいたのではないかと質問すると

最初はすごかったですよ、内外からの反発が、何なんだって。おかしな奴が来た、みたいな感じでどこに行っても言われました。特に同業下では、管理しないって言われると、じゃあ何するんですか？って。（中略）何をすんだってあんまり言われるから、むしろ何もしない、だから仲間として出会うとか、一緒に苦勞するとか、地域住民と一緒に生活を共にするとか、人として出会う

⁸⁶ 富永は、以前はアセスメントをしないという文言も加えていたという。しかしジャッジメントはしないでアセスメントすることはできると考え、ジャッジメントだけ残したと話す。しかしその後、オープンダイアログの概念が入ってくる。オープンダイアログではアセスメントもしないので、アセスメントを残してもよかったかなと富永は説明していた。

⁸⁷ 2021年に出版された医学書院の教科書『精神看護学①精神看護の基礎』は、これまでの入院という発想を改め、地域で暮らすことを前提に大幅に改定された。また看護過程（問題を抽出して、アセスメントしケアの目標を立てて計画を実行、評価・修正するという一連のプロセス）という項目をおかないという文言が示された。その理由として、看護過程は能率的ではあるが、それぞれの患者「その人」の物語に接近することは不可能であり、「問題をどうとらえるか」という視点で関わるのが重要であると述べている（武井 2021: 21）。

みたいなことをずいぶん言ってきて。そこはね、ベテル式（浦河のべてるの家）みたいな影響がかなり強くて、生活の中にごそ解決方法とか、あと困難を乗り越えるアイデアがあるので。（中略）
こういう生活を送るといいのではという情報提供をするのはやめよう、情報提供というか生活指導ですね、こうやって生活する必要があるんじゃないかみたいな指導をやめようと決めたんです。

富永は、北海道浦河町にある「べてるの家」の考え方に影響を受けていた。それは1984年、精神障害を抱えた当事者たちにより設立された地域活動拠点である。ここで、富永の思考のベースにあるであろう「べてるの家」について簡単に説明しておく。

【べてるの家】

創始者の向谷地生良氏は信心深いキリスト教徒である。札幌の大学で社会福祉学を専攻した彼は、1976年、浦川赤十字病院の活動を地域へと広げるソーシャルワーカーとして雇われたという。向谷地はその地域の教会を拠点にして、アルコール依存症とドメスティックバイオレンスという課題を抱えた当事者と、その家族をも巻き込んだ活動を展開し、1984年、教会の牧師は活動拠点だった古い教会のことを「べてるの家」と命名した。向谷地は、精神障害を抱えた人が、病院ではなく地域で暮らしていくためには、仕事が必要であると考え、自宅で自分のペースで働ける昆布の袋詰めを取り入れてみる。この昆布の販売は、後の「べてるの家」の名物になるが、このことを端に、「べてるの家」の販売活動は急速に広がっていった（中村 2014: 58-63）。2001年には、当事者自身が苦勞している幻聴について仲間に話すことで、自分自身の助け方を知る＝研究する「当事者研究」⁸⁸がはじめられた。

「当事者研究」はもともと、1980年代、医学モデルに抵抗する社会モデルの理念を生み出した「障害者運動」と、1930年代にアメリカで誕生した「依存症自助グループAA」

⁸⁸ 向谷地は、「精神障害のある人たちの生き死に関わるような重いテーマは、これまで医師や心理士など専門家が支援することで預かってきた。でも支援者が困っている人を助けようとする、一方通行の構造や人間関係には無理があったんです。だからあえて私たちは、自分の問題を研究し語ることで、自分たちの生きる苦勞を取り戻そうと、試してきたんです」と述べている。玉居子泰子「精神的な「苦痛や依存」を語り合うことの効果——北海道「べてるの家」の当事者会研究とは何か」東洋経済 2019年4月30日

に大きな影響を受けて誕生したものである⁸⁹。綾屋紗月らは、当事者研究との出会いを「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」（綾屋・熊谷[2010]2016: 106）と表現している。専門家が勝手に解釈したアセスメントやジャッジメントは一旦脇に置き、自らの言葉で自分自身が感じていることを表現しようというのである。そしてそれを仲間にも聞いてもらい、共に語り合う。そこには専門家は介在しない。そこにいるのは仲間だけなのである。

富永は、このような当事者性を大切にしたい視点を持ち、KAZOC を展開しようとしたのである。富永は KAZOC のスタッフたちに、まずは仲間になれという。医療という枠組みからの関係性を一旦棚上げし、仲間として彼ら/彼女らと関わり、彼ら/彼女らの困りごとと一緒に考えるべきだと言っているのである。

だからなかなか理解されにくい支援観というか、理念だったと思いますね。変化したり変わっていく事が一つの成果だっという医療者としてのやりがいだったり、アイデンティティがあるんですけど、それをしないっていうのがうち（KAZOC）なんで。変わらないっていうことへの価値、そこにも価値を見だし、そこに今年も住み続けられたってことそのものに価値を見だしていくんで。そこを優先したいっていうスタッフになりきるまで数年かかっていますね。数年の歳月、数年かけて何となくその、医療者っていうかスタッフたちもこう、変容して様変わりしていく。同業の人たちから理解されるのに年単位の時間がかかりましたね。

医療者であれば、常に患者「その人」の回復を願うものである。患者「その人」の状況が、改善していくプロセスを追うことにやりがいを見いだす医療者が多いというのは、当たり前のことと言えるだろう。しかし富永は、変化しないことにも、価値を見いだすという。「べてるの家」では、

それで順調！（問題があるのは当たり前という考え方）

「弱さ」の力（弱さとは、強さの弱体化でも、強さに向かうための一つのプロセス

⁸⁹ 熊谷晋一郎「「当事者研究から見える社会」（視点・論点）」NHK 解説委員会

でもない。人間とは弱いものであることを前提に、弱さとしての意味があり、価値がある) (べてるの家のホームページ)⁹⁰。

など、問題があるのは当然である、人は弱いものであるということ認めただけで、患者「その人」をただありのまま承認しようとしている。変化に一喜一憂するのではなく、彼ら/彼女らの旅路に、あなたも一緒に伴走しましょうという姿勢が大切なのである。医療者はその文化に適應するのに数年の歳月がかかるという⁹¹。

第4節 KAZCの支援の特徴③——「住まい」「活動」「ケア」の3本柱が大切

医療／ケアだけでは、地域生活を支えることが難しい場合があります。劣悪な住環境と、社会から孤立した状態の人では、いくら医療的なケアをしても回復は始まりません。だからこそ安心出来る住まいと、尊厳をもてる活動が同時に必要だと考えます(訪問看護ステーション KAZOC ホームページより)。

ハウジングファースト東京プロジェクトでは7団体が連携し合い、それぞれの役割を担っている。支援の流れとして、

1) 生活相談会：TENOHASI が運営する炊き出しや夜回りによるアウトリーチ活動と、世界の医療団が運営する医療相談・生活相談会によるアウトリーチ活動で、「路上生活をやめたい」「具合が悪い人」などの SOS をキャッチする。

2) 生活再建班：つくろい東京ファンドと TENOHASI が運営する個室シェルターに

⁹⁰ 社会福祉法人 浦河べてるの家ホームページ

⁹¹ KAZOC の理念は、なにも問題解決型思考を否定するものではない。彼ら/彼女らはクライシス時の対応のために専門家の訪問が必要だと述べている。前述した萱間(2021)もいうように、問題解決型支援と伴走型支援は、両方とも必要な視点である。しかし医療者は問題解決型思考の規範のなかで経験を積んできた経緯があるため、どうしても問題解決型思考が前面に出てくるケースが多い。それを一旦棚上げしようというのが、この管理しない、変容を求めない、ジャッジメントしないという表現として表されたのだと考える。

入居してもらい、そこにソーシャルワーカーなどの相談員が訪問し、生活保護申請、病院につなぐ、アパート入居を目指す。

3) 生活維持・継続班：精神医療につながると、訪問看護が利用できるようになる。KAZOCはこの部分を担っている。またグループホームが必要な場合は、「べてぶくろ」が運営するグループホームへの入居支援を行う。

4) 日中活動班：べてぶくろでは、浦河べてるの家をモデルにした当事者研究、物販、仲間づくり等の日中活動を行う。また元ホームレス状態の人を中心に、夜回りなどで配るパン作りを行う⁹²。

訪問看護だけの支援で、支援できると思うのはやめようって。仲間とかコミュニティに託すみたいなことが出来る、そんな地域を作っていこうみたいな気運がものすごくあったので。当時は利用者が少なくても時間もあったので、日中活動に僕らもだいぶ参加して、一緒に遠足行ったり、音楽レクとかしていたんですけど。今はそちらに託す、繋げるとかをやっていますね。極端な話、ベースキャンプってそういう延長線上にあるとは思っているんですけど。

ハウジングファースト東京プロジェクトでは、患者「その人」のことをジャッジメントしないで「住まい」を提供する⁹³。その後、必要に応じてゆうりんクリニックの医療支援や、KAZOCによる訪問看護・ソーシャルワーカーら支援スタッフらの生活支援を受け、さらに「活動」を通して、患者「その人」が尊厳を感じられる人との出会いを経験することが重要だと述べる。

ハウジングファースト東京プロジェクトで企画される「活動」の範囲は広い。料理教室、パソコン教室、お守り作り、カラオケ、英語教室、カメラ教室、農業体験、運動、座禅、大人食堂、遠足など、べてぶくろとボランティアを中心に実践されており、誰でも参加できる。またKAZOCの事務所の近くにある「あさやけベーカリー」では、元ホームレス状態にあった人を中心にパン作りを行い、夜回りの時に路上で寝泊まりする人

⁹² 訪問看護ステーション KAZOC「ハウジングファースト東京プロジェクト」

⁹³ つくろい東京ファンドやTENOHASI、べてぶくろは、団体が所有する個室アパートをいくつかある。福祉事務所から正式なアパート転宅の許可が下りるまでは、一時的にこれらのアパートに入るケースがある。

にパンを手渡しする活動も行われている。

富永らは、2015年12月、KAZOCに勤めていた看護師らを中心に、就労継続支援B型事業所であるBASE CAMP（ベースキャンプ）を立ち上げた。この事業所は障害者総合支援法に基づき、障害を抱えた人のための就労をサポートしており、BASE CAMPでも、当事者研究やその他イベントなどを開催し、働いて賃金を得られる場として活用されている。プライバシーが保てる住まいを得たうえで、一人の人として接せられる経験を通して、患者「その人」は自らの尊厳を回復していく。その経験が、ゆくゆくはトラウマなどの解消につながり、自然と言葉も増えていく。同時に、何かをしたいという欲がわいてくると富永はいう。

作業所とも意図的に繋がっていて、ずいぶんお世話になっている。そういう地域資源と積極的に繋がっていきつついうのも、ずっとやってきました。作業所の人は比較的みんな知り合い。そういう訪問看護ステーションっていまだにあんまりないですね。(中略)日本の医療の特徴は、精神科医療と障害福祉がまったく乖離しているんですよ。別々に発生してきているんです。(中略)訪問看護どちらかと言ったら医療なんで繋がらないんですよ。尊厳をもって参加できる活動が、市民に戻っていく上で要になるって思っていたので。(中略)日中活動はKAZOCの事業としてはやっていないんですけど非常に重要だと思っています。

富永は、精神医療と障害福祉が乖離しているという。2017年2月、厚生労働省は「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築して

いくことが必要⁹⁴。

だと示した。現在、地域医療全般において、医療・保健・福祉の連携が喫緊の課題に挙がるようになったが、その試みははじまったばかりだと言えるだろう。

富永は KAZOC が設立した当初より作業所と顔が見える関係を構築している。その背景には富永が作業療法士であり、また「べてるの家」の活動に影響を受けており、医師や看護師よりも精神障害リハビリテーションの視点を持ち合わせていたからだと考える。富永は、自身の経験として一人の若い 20 代の男性（仮名を田中さんとする）について話してくれた。

【富永の経験】

いろいろあるんですよ、皆それぞれ結構あってね、やっぱり、NO ジャッジメントでよかっていう経験は多くて、まあ印象に残るんでしょうけど、色んな不安を棚上げして、住まいを取り戻すことに集中したことが功を奏するというか、お互いによかったと思うケースが多くて。

特に印象に残るのは僕が大家になっている人が3人いるんですよ。僕が又貸してる人がいて、それでリスクをしょっている度合いが、アパート転宅より多いので印象に残って。

一人は若い 20 代の男性で、触法歴あつてつくりのシェルターの支援を受けたんだけど、暴力が出ちゃってシェルターに入れなかったんですね。シェルターに入れたら喧嘩しちゃうんで、無低（無料低額宿泊所）みたいなのところにいたんですけど。

20 代の男性は、暴力事件を起こすという理由で、無料低額宿泊所に滞在していた。福祉事務所からアパート転宅の許可は下りたが、触法歴があることを何者かに SNS で晒されてしまう。アパート契約のための審査は 30 件くらいあったが、触法歴があることですべて落とされてしまったという。アパート転宅することは難しくなり、無料低額宿泊所に留まっていたが、依存性の薬物を勧めてくる人と揉めてしまい再路上化してしまったケースだった。

富永は、支援の方法を考えた末、福祉事務所から初期費用が出る前に敷金・礼金を先に支払うことを決める。後に返済されればと考えていたが、田中さんは福祉事務所から

⁹⁴ 厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）」

支給された初期費用を持って失踪してしまった。その一か月後、現金が無くなり戻ってきたという。

1か月後に、あのシャーシャーと戻ってきたんですよ。あの新品のレッツノートを抱えて持ってきたんですよ。現金もっていなくて戻ってきて、あの行く場所がありません、助けてくださいみたいになったんですよ。それでなんのお咎めもなく、もの思うところはありましたけども、支援者を職員に変えて、僕じゃなくて、実際に支援する人を変えて、色々あったんでね、で何も問わず、もう入ってくれと支援を開始した一人だよ

富永は、思うことはたくさんあったが何も言わなかったという。咎めず、何も問わず、ジャッジメントせず、しかし支援する人は、他のスタッフに任せて訪問活動を開始した。

田中さんの支援は現在でも続いている。訪問看護が週に2回、ゆうりんクリニックにも行き、近くの作業所にも通うようになった。田中さんはその当時、自分自身に精神障害があるとはまったく認識しておらず作業所に行く必要はないと考えていたという。しかし次第に友達とか仲間を欲しいと思うようになり、精神科医の佐藤に相談して作業所に通うようになった。行きはじめた当初は、殴り合いの暴力事件など起こしたが、今では週5回通い、10万円近く収入を得るようになったという。

半就労、半福祉みたいになって、訪問を受けながら、生活を継続できるようになった人がいます。人間関係とかを取り戻して、(中略) こっちから何か促したり、指導したりしてないんですけど、彼のお金の問題とか人間関係、暴力の問題とか。生活力もまだ20代で、家のなかゴミだらけで不潔な感じになるんですけど。そういう課題って、なんかこう、いろんなものが取り戻されて、その生活が定着していく中で、自分で考えて、支援・助けを求めたり、改善していくみたいなのが、彼の中で勝手に起きてきて、それを訪問とか僕らの支援が確認していく。その気持ちを聞いて、でたまに食料がなくなるんで支援を淡々として、言葉の量がどんどん増えて、元々おしゃべりな人ではあったんですけど。でもやっぱり、行動や言葉の暴力性みたいなのは全然違いますしね。自分の生活とか人間関係にちゃんと目を向けるようになりましたね。

僕らは変容を求めない、非変容主義なんですけど、人が変わっていくときは、自分の中からしか変わっていかないし、(中略) やはりそれなりの尊厳を持って参加できる人間関係、活動、市民性とか、そういう土台がないとそう起きないんだとあらためて思ったし、促されてどうっていうこ

とでは全然ない。

富永は実践を通し、「住まい」「活動」「ケア」、さらにこの根底に尊厳があれば、人は自然と回復できると考える。

第5節 KAZOC で実践されるハウジングファースト型支援とは

以上ここまで KAZOC の所長、富永から見た KAZOC が設立された理由と、それぞれの特徴について記述してきた。KAZOC はハウジングファーストを実践しているが、それは彼ら/彼女らが長年実践してきた支援方法が、ハウジングファーストの方法に当てはまるものが多く、それを彼ら/彼女らの文脈のなかに改めて落とし込みながら、池袋におけるハウジングファーストを創り上げている過程にあると言えるだろう。

それでは、KAZOC で実践されるハウジングファースト型支援とはどのようなものなのだろうか。この節で検討していく。

【ハウジングファーストのハウジングとは何か】

Housing とは、住宅、家、住居の他に、「保護された」という意味も持つ。国際緊急支援の現場においては、ピラミッドアプローチを基盤に支援を展開していくが、このアプローチではじめに重要視することは、危険を回避してくれる場所であり、安全を感じられる住まいである。それは雨風を防げればよいわけではなく、心身ともに休める空間である必要がある (Friden2010)。竹内らは、ピラミッドアプローチの基盤が整えられない中で医療活動を行うことは、かえって悪循環を招く可能性があるとし、まずは住まいを整えることが大切であると述べている (竹内ほか 2002: 10)。すなわち「住まい」とは人権そのものなのであり、得られるとか、得られないとか議論する以前に、生きる前提条件として確保されるべきものなのである。また富永は以下のように述べていた。

僕らは変容を求めない、非変容主義なんですけど、人が変わっていくときは、自分の中からしか変わっていかないし、(中略) やはりそれなりの尊厳を持って参加できる人間関係、活動、市民性とか、そういう土台がないとそう起きないんだとあらためて思ったし、促されてどうっていうことでは全然ない。

富永は、「尊厳やつながり」という土台があれば、誰かが促さなくても人は自然と変容していくという。その「尊厳やつながり」という土台そのものにハウジングは含まれると考える。笹沼弘志は、哲学者の Gaston Bachelard（ガストン・バシュラール）を引用しながら、夢を見ることが出来る空間こそが「住まい」なのだと述べる。これは単に、夜眠れる場所が確保されればよいというわけではない。この世界のなかでどのように生きていくのか、自由に自身の夢を思い描ける場そのものが「住まい」だと言及する（笹沼 2008: 287-288）。夢を描くことができるとは、希望を抱ける状態にある。言い換えれば、そのような環境が整えられなければ、「住まい」であるとは言えないのである。

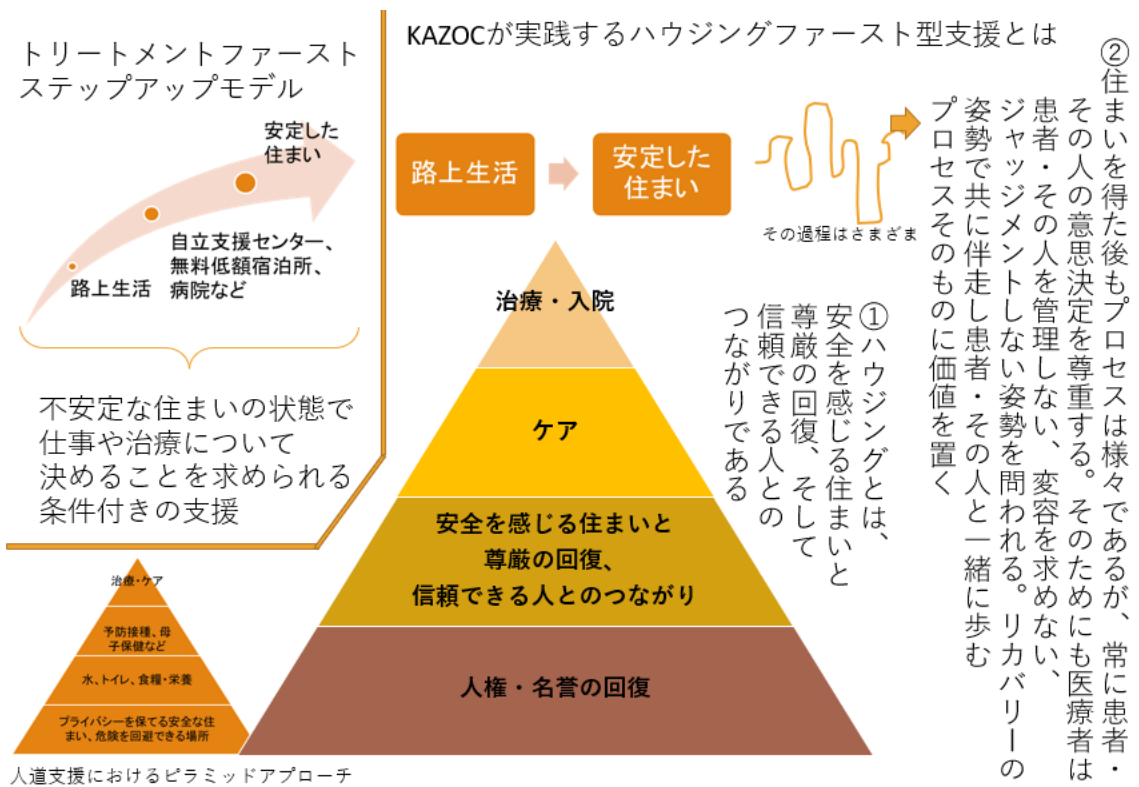
【リカバリーという視点】

富永は、市民として参加できる「活動」を重視していた。作業所と密に連絡を取るといふ彼は、作業療法士であり、リハビリテーションの専門家である。「活動」により尊厳が得られるとはどういうことなのだろうか。池淵恵美によると、リハビリテーション Rehabilitation とは「人間としてふさわしい状態に戻すこと」であり、もともとは、権利、名誉、尊厳の回復の意味で使われてきたという。つまり訓練や作業療法は、手段に過ぎず、本来の意味は「人間にふさわしい生活を取り戻すこと」が目的であり、だからこそ常に障害者の権利擁護の文言が含まれているという（池淵 2019: 41-42）。しかし現在、医療の文脈のなかで語られるリハビリテーションの意味は、①医学的リハビリテーション：障害に対する医学的アプローチ、②教育的リハビリテーション：障害を持つ人に対するさまざまな教育の提供、③職業リハビリテーション：職業生活が可能になるような訓練、④社会的リハビリテーション：障害者福祉の多様なサービスと四つに分類されており、（池淵 2021: 43-43）、次第に医学モデルの規範に支配されてしまい、患者「その人」主体という姿勢が置き去りにされてしまったのではないだろうか。

そこで誕生するのがリカバリーである。野中猛は、リカバリーの定義を「病いや障害によって失ったものを回復すること」（野中[2003]2008: 42）と説明する。もともとリカバリーは、20 世紀前半のセルフヘルプ運動やユーザー運動から発展したものであり、その運動は、1960 年代のノーマライゼーション運動につながっている（池淵 2019: 45）。精神障害を抱える Patricia Deegan（パトリシア・ディーガン）は、障害は車やテレビを修理するのとは違ふとし、彼らが求めるものは、病気からの回復ではなく、地域のなかで生活し、仕事をして誰かを愛する生活であり、また偏見や自己決定の欠如からの回復で

あると述べる (Deegan1988; 野中[2003]2008: 42)。

今までのことを踏まえて考えると、ハウジングファースト型支援とは、トリートメントファースト (医療) により置き去りにされやすい患者「その人」主体の医療を取り戻す運動そのものを指しているのだと考える。患者「その人」自身が選択し、決定し、彼ら/彼女らの人生を生きていく。それはホームレス状態にある人であっても、誰であっても同じ権利をもつ。医療者はその過程をただ一緒に伴走することが求められる。患者「その人」がよい時も悪い時も、ただ患者「その人」の側に存在する。そこには医療も保健も福祉もボランティアも関係ない。一人の人間が一人の人間を尊重する、それが大切なのであり、その存在自体に価値が置かれるのであり、それができるのかと、ハウジングファースト型支援は医療者に問いかけているのだと考えた。



人道支援におけるピラミッドアプローチ

図11: KAZOCが実践するハウジングファーストの意味 Perrin (1996) の人道支援におけるピラミッドアプローチと Padgett (2016)、富永の「声」をもとに筆者作成

第6節 小括

本章では、訪問看護ステーション KAZOC の所長である富永の「声」をもとに、富永が、精神科病院からの脱施設化と路上生活からの脱路上化を目指すための地域資源作りと、発達障害を抱えることでホームレス状態になる人のための支援を見据えて KAZOC を設立したことを明らかにした。またべてるの家の理念を取り入れながら、トリートメントファースト型支援ではないハウジングファースト型支援を作り上げていったが、そこには医療者の抵抗があったことを明らかにした。KAZOC が実践するハウジングファースト型支援とは、住まいは安全を感じられる場所であることはもちろん、尊厳の回復、信頼できる人とのつながりという土台そのものであり、さらに医療（トリートメントファースト）が台頭するなかで、奪われやすい患者「その人」主体の医療を取り戻す運動そのものであると示した。これを実現するためにも、医療者は患者「その人」を管理せず、変容を求めず、ジャッジメントしないことが問われ、またリカバリーの視点を持ち、患者「その人」に伴走することが求められる。これがステップアップ方式ではないハウジングファースト型支援であると考えらる。

それではハウジングファースト東京プロジェクトが実践する患者「その人」主体の医療とはどのようなものなのだろうか。この問いを探求するために、次章では、2016 年に開院した内科・精神科ゆうりんクリニックの活動に着目して記述していくこととする。

第7章 ゆうりんクリニックが実践するオープンダイアローグの意味

ハウジングファースト東京プロジェクトに参加する団体のなかでも、訪問看護ステーション KAZOC と内科・精神科ゆうりんクリニックのスタッフたちの多くは、オープンダイアローグについて、研修に参加しながら独自に学びを深め、その思想を大切にしたい関わりを実践している。先述の齋藤によると、ハウジングファースト・オープンダイアローグ・ユマニチュード・ハームリダクションには通底する要素として「新しい人間主義」と呼べる姿勢が存在し、共通する思想は「パターナリズムの徹底排除」であると述べている（齋藤 2018: 540-541）。また社会福祉学者の竹端寛は、オープンダイアローグでの専門家の役割は、専門家自身が「本人のために最善を尽くす人」から「本人と共に支援方策を組み立てる人」に変革する必要があると述べている（竹端 2018: 129）。

本章では、ハウジングファースト東京プロジェクトが実践する患者「その人」主体の医療とはどのようなものなのかという問いに答えるために、ゆうりんクリニックの全体と精神科外来を参与観察し、その実践そのものを記述することを目的とする。そのために、以下のような調査を実施した。

1) 2017 から 2019 年までの 4 月から 9 月の水曜日を主にして、クリニックの日常の実践と精神科外来での診察場面を参与観察して記述した。なお参与観察の場面で感じた筆者の気持ちを斜字体にして 2 重カッコで閉じて表現した。

2) ハウジングファーストプロジェクトコーディネーターにより、2018 年 5 月に作成されたハウジングファースト東京プロジェクトの利用者リスト⁹⁵と、クリニックのカルテからの情報を基に、受診者の概要と診断分類を整理した。

3) ゆうりんクリニックがどのような背景で設立されたのか、クリニックの院長・内科医、大阪の「声」より検討した。

第1節 ゆうりんクリニックの設立背景——内科医、大阪の「声」より

ゆうりんクリニックの設立背景については、第4章第4節で述べているが、アパート転宅後の生活支援を臨機応変に担えるソーシャルワーカーの雇用のためであった。この

⁹⁵ ハウジングファースト東京プロジェクトの利用者リストはホームレス状態にある/あった人たちを選定している。

理由と並行してクリニックの院長、大阪は、医学的見地からクリニックの必要性を述べる。

内科医である大阪は、2013年よりハウジングファースト東京プロジェクトの一つである医療相談会に参加しはじめる。青空診療として展開する医療相談を続ける中で、彼は「もっとちゃんとした医療を提供したい」と思うようになる。その理由として、医療相談会には市販薬しかないため、医師としてできることが限られている。さらに実施しているのは土曜日の17時以降のため大半のクリニックは閉まっており、救急搬送されたとしても丁寧に診てもらえないと感じていたからだ話す。

緊急性があったら、救急車なり臨時で受診するわけですけど、ちゃんと診てもらえてないなっていうのはホームレスだからっていうこともあるでしょうし、ちゃんと診察してくれないっていう。もちろん救急だから診てはくれるんだけど、僕から見たら、もうちょっとやってもらいたいものって思うことがあったりするんですよ。

また救急で搬送されて診察してもらえたとしても、長期的な視点に立った慢性疾患（生活習慣病）などの対応には至らない。仮に心筋梗塞や肺炎などで入院したとしても退院後の治療の継続は難しいと指摘する。

退院後、生活保護を利用しても住めるところは無料低額宿泊所みたいな劣悪な環境に放り込まれる。集団生活強いられて一応医療券はでるけどっていう感じで、そこでちゃんとした治療は受けられないってわかりますよね。まず無料低額宿泊所が嫌で失踪してしまいます。

退院できたとしても、無料低額宿泊所みたいな集団生活を強えられる場所に入所させられてしまうと再路上化してしまうことは、第3章のなべさんのケースから考えても明らかであろう。大阪は、継続的に医療として関われる装置としてクリニックがあればいいと考えた。

心筋梗塞、脳卒中になるもって根っここの部分があって。そこは高血圧だったりタバコだったり糖尿病や運動不足で、そうなる原因っていうのはその人の努力不足じゃなくていろんな原因が働いていて、不安定な就労、不安、ホームレス状態とか、実は診断されていない発達障害、知的障

害、精神疾患とかがあって不健康な状態ができて、それがぼーんと噴出して心筋梗塞になる。ぼーんと噴出して肺炎になる。急性疾患の裏には必ず治すべき慢性疾患があって、治すべき慢性疾患の下には貧困があったりするから、そこに手を突っ込まないと良くならない。

大阪は、ホームレス状態にある人がアパートに入ると健康意識が高まるという。日中活動の場所には血圧計が置いてあり、お互い測り合って大阪に報告してくれるという。彼ら/彼女らも健康に対して不安を持っており、こんな状態でいいのか、このままでいいのかと考えているという。しかしホームレス状態になってしまうと、健康であるためのツールが突如奪われてしまい、なおかつ考える余裕まで失ってしまうのである。

やっぱり身体を壊すよね、ホームレスって。路上状態って身体を痛める。20代、30代はいいかもしれないけど、40代超えたぐらいから病気がいっぱい出て蓄積でね、ボディーブローのように。30代、40代で体力がある時はいいんだけど、高血圧とか大気汚染とかタバコとかさ、蓄積がきて身体が動かなくなったと思った時に病気が見つかる訳ですよ。

普通であれば、健康情報というものはマスメディアや人との関わり、または健康診断などを通して、自然と自分の身体の情報に触れる機会があるといい、そういうことで人は変化していくと述べる。

症状はないけど明日のために頑張ろうってなる。子供もいるし、責任があるし、会社での地位もあればね。家買ってローンがあるとか、いろんな事で動機付けがされていく訳じゃないですか、僕らって。でも野宿の人たちって、当然家はないし、お金もない、家族もいないっていう、負うべき責任を負わなくていい立場って言ったら聞こえはいいけど、そうじゃない。責任を負う権利を奪われている訳ですよ。家族は一家離散して子供もいるけど連絡は取れない。子供がいたら頑張れるっていうのがあったり、家族のために健康になろうと思うけど。彼らはそれが無いとか、無いから楽なんじゃなくて、無いから、そういう苦勞する権利を奪われてる訳ですね。頑張る、責任を負う権利を取られてる。

「べてぶくろの活動のようだけど」と言いながら、大阪は彼の見解を述べる。ホームレス状態にある人が健康に無関心だとは思わないという。健康であることに関心を寄せ

るだけの余裕も資源も持ち合わせていないことを指摘し、ちゃんとした医療を届けたい、そのためにゆうりんクリニックの院長になることを決めた。

第2節 ゆうりんクリニックの概要と日常の光景

第1項 至るところにあるフラットな関係を築くためのスイッチ

ゆうりんクリニックは、駅から徒歩10分ほどの閑散とした住宅街にある3階建てのマンションの1階を利用して開院した。以前は電気工務店だったオフィスを、受付と待合室、内科診察室、精神科診察室、スタッフルームの4つに分けて改築した。外から見るとクリニックの看板は見当たらない。マンションの前を通ったとしても、そこにクリニックがあると気付くのは難しい。スタッフ入り口の横にある赤いポストに小さく「ゆうりんクリニック」と表示してあるだけだ。



筆者撮影

スタッフについては、内科医師1人、精神科医師2人、看護師2人、精神保健福祉士2人、臨床心理士1人、受付1人で構成されている⁹⁶。内科・精神科の外来診察日は水・土曜日のみだが、緊急対応が必要な場合は柔軟に対応している。他の曜日は、看護師と精神保健福祉士により患者「その人」のアパートやグループホーム、シェルターなどを訪問して生活支援を実践している。ここでの患者「その人」は、ハウジングファースト東京プロジェクトに関わるホームレス状態にある/あった人が中心である。

2016年4月のクリニック開設時より2018年5月までに、ハウジングファースト東京プロジェクトに関わった人は193人、かつ、ゆうりんクリニックを受診した人は98人い

⁹⁶ 職員構成は2019年9月の時点での情報である。

た。平均年齢は 50.9 歳であり、年代別にみると、20 代が 7 人、30 代が 18 人、40 代が 26 人、50 代が 17 人、60 代が 21 人、70 代が 4 人、80 代が 4 人、90 代が 1 人であった。その 98 人のうち、男性は 85 人、女性は 12 人、トランスジェンダーは 1 人であった。また失踪した人は 13 人、死亡者は 6 人、支援終了した人は 9 人おり、内科受診者は 64 人、精神科受診者は 77 人いた。下記は診療科別の年齢分布である。

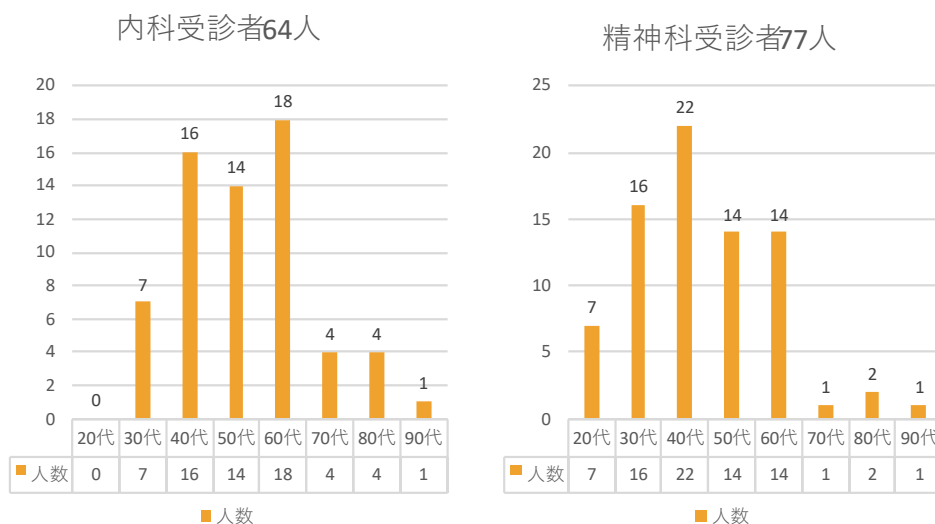


表5：ゆうりんクリニック受診者年齢分布 2016年4月～2018年5月 筆者作成

参与観察のなかで筆者が気付いたことの一つは、クリニックという名の医療施設にもかかわらず、クリニックらしくないということである。ここでは、医師のことを「先生」と呼ばない。職種に関係なく、お互いに「さん」付けで呼び合う。白衣は着用せず、普段着で診察に対応している。スタッフルームには、（許可があれば）患者「その人」も入室し雑談している。全員が私服なので、誰がクリニック関係者で誰が患者「その人」なのか一見すると分からない。また内科医の大阪は、スタッフルームに自身のトレーニングマシンを置いているが、それを使用しに患者「その人」がクリニックを訪れスタッフたちと雑談している。そのようなクリニックの雰囲気とスタッフたちの姿勢が、自然と、患者「その人」とフラットな関係を構築するためのスイッチになってい

る。先述の表札がないクリニックの外観にもつながることで、どこかの事務所に来たいに、フラッと立ち寄れる場所になっている。患者「その人」の庄高さんに、このクリニックのいいところはどこかと問うと、

名前をいちいち言わなくていいところ。だって他だといちいち確認されてめんどくさいじゃん⁹⁷

という。他クリニックで実践される本人確認をするまでもなく、スタッフとの信頼関係はすでに築かれていると言えるだろう。



筆者撮影

第2項 「その人」主体になるためのスイッチ、朝のミーティングの場面から

朝のミーティングは9時50分くらいから始まる。「くらい」と書いたのは、緩い感じで始まるからである。その日⁹⁸、筆者が到着した時には、すでにスタッフたちは集まっており、4人は椅子に座り、1人は床に直接座っていた。《これが病院だったら怒られるよな》と筆者は思うが誰も気にしていないようだ。どこに座るかはその人自身が決めること。スタッフたちの間にも「その人」主体の意思決定が尊重されている。精神保健福祉士の豊原を中心にミーティングが始まる。今日の外来予定、家庭訪問予定、新しい患者「その人」の治療ミーティングの予定が話されるなか、ふと豊原がいう。

⁹⁷ フィールドノート 2019年8月

⁹⁸ フィールドノート 2018年5月

そろそろ会議をしたほうがいいと思うんですが、とくに目的もなく議題はないんですけど、最近全員で会って話していないので、そろそろそういう機会を設けた方がいいかなって。

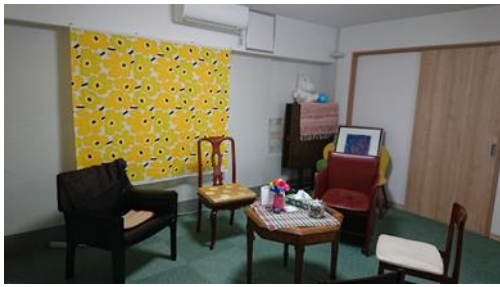
《こんな理由で会議を設定したら筆者の職場では怒られるよな》と思いながら周囲の反応を見渡すが、誰も気にしていない様子でうなずいている。オープンダイアログでは「対話することが目的」と言われている。よってここでは、顔を合わせて話す（対話すること自体が会議の目的になる⁹⁹。このクリニックは、「精神科外来でオープンダイアログを実践している」とメディアに取り上げられるが、前述にもあるように、日常的なかにすでに多くのオープンダイアログの思想が散りばめられている。

第3節 オープンダイアログ型の精神科外来

筆者は、精神科外来で実践されるオープンダイアログ型の診察を中心に参与観察をしていた。そこでは、対象者1人につき30分ほどの時間が確保され、その時の状況により時間調整をしていた。基本は午前と午後6-8人程後予約を入れている。その他、新しい対象者や急を要する治療ミーティングなどは夕方以降に設定されることが多い。

精神科外来ではオープンダイアログ型の診察を実践するが、いつも多数で診察に入るわけではない。普段は精神科医と看護師一名、必要に応じて適切と思われる人たちが患者「その人」のニーズに合わせて参加する。診察室は20㎡ほどあり、部屋の真ん中に直径70cmほどの六角形のテーブルと、その周りを囲むように不揃いな形の椅子が置かれている。部屋の左端には、医師の使用するパソコンが置かれた机と椅子がある。小さな丸テーブルの上には、飴の入った容器と折り紙で造られたチューリップ、そしてティッシュペーパーが置かれている。壁にはピンクの花々と草木のシールが貼られ、もう一方の壁には、フィンランドのマリメッコのデザイン画である、黄色ベースの布に白い花の描かれた大きな布が掛けられている。

⁹⁹ 豊原によると、クリニックの雇用形態が様々で全員が顔を合わせられる日が少ないため、会議を名目に集まるようにしているという（フィールドノーツ 2020年11月）。



筆者撮影

精神科医の佐藤は、オープンダイアログとの出会いを以下のように述べる。

ゆうりんが立ち上がる手前にオープンダイアログと個人的に出会っていて、その出会いによって今までやっていた事がリンクするんですよね。それまでは、障害を持っているから、それに対して診断をして治療をして、治療をすると何とかなるみたいなステップアップ式の考え方だったと思うんですよ、(中略)トリートメントファーストという言葉になるんだと思うんですけど、それだと、何かハウジングファーストには合わない。(中略)医療だけだと病状と症状にしか焦点をあてらんないから、(中略)治療が進んでいくと、結果的に何とかなる人もわずかにいるけど、そこじゃないよねみたいなのと、じゃあ精神医学って何だろうかみたいな。生きやすさを助ける仕事をしているつもりだったけど、単に症状を診断して薬出してるだけだなみたいな。しかも薬出して言う事聞かなきゃ閉じ込めるし、薬たくさん出して本人飲みたくないって言うし、飲んでぼーっとして過ごしていて、医療のモデルの中にこう入れていくみたいな、その枠の中に生きることが正しくて、その枠から外れると怒られるみたいな。何かこう違和感の横で、オープンダイアログに出会うんですよね。そうするとその言葉によって、あっ今まで本人たちの話を聞いているようで、意思決定は支援者がしていたっていう気づきになってくんですよ。¹⁰⁰

佐藤はオープンダイアログと出会ったことで、自身が感じていた違和感の正体に気がつく。それは先に挙げた従来型の医療モデル「ニーズの特定モデル」(竹端 2018: 129) や、ハウジングファーストで指摘されたトリートメントファーストにおける「専門家主導の専門家によるケアモデル」(Löfstrand and Juhila 2012: 62) に対する違和感であり、医学モデルの規範に捉われていた医療者としての佐藤がいたことに気が付く。

¹⁰⁰ インタビュー実施日 2020 年 6 月 17 日

そして「本人の話を聞いているようで聞いていなかった」、「正しい意思決定は支援者たちがしていた」という、佐藤のみならず支援者・医療者たちの姿勢を省みるきっかけになったという。オープンダイアログの思想を大切にされた実践を繰り返すなかで、ハウジングファーストの理解が深まったと言えるだろう。

このようなプロセスを経て、佐藤は自身の精神科外来の診察にオープンダイアログの思想を取り入れている。次項では、筆者が特徴的だと考えた場面を記述する。

第1項 特徴① 患者「その人」主体の姿勢

特徴だと考えた一つ目は、患者「その人」主体になるためのスイッチがあることである。患者「その人」は診察室に入ると、まずどこに座るかを定める時間がある。部屋には、6-8つの不揃いな椅子が無造作に置かれているが、座る場所は患者「その人」自身が決めるのである。初めて来院した患者「その人」は戸惑うこともある。その時は「あなたが決めていいですよ」というメッセージを送りつつ、一緒に決めていくプロセスを大切にする。「自分で決めてもいい」「決めても大丈夫」という経験を、増やすことを重視しているように見えた。

次に診察に参加するのは誰なのか、椅子のときと同様に患者「その人」自身が決定する。医療者だからといって、当然のようにその場に居合わせる権利はない。筆者の場合、医師の佐藤から紹介されて、患者「その人」の同意を得られれば診察室に入った。なかには個別の面談を希望する患者「その人」もいた。そのような時は、スタッフルームで待機した。時に筆者がスタッフルームで記録の整理をしていると、「人がたくさんいた方が、いろんなアイデアが出るから入って」と頼まれることもあった。本に書いてあるような形で、毎回、オープンダイアログ型の診察を実践しているわけではなかった。患者「その人」のニーズを尊重して、診察の方法を臨機応変に変えていた。

その日は¹⁰¹、患者「その人」自らが治療ミーティングを希望する場面に遭遇した。岩鉄さんは、近頃辛いと感じることが続いており、定期的な外来診療の他に、関係者一同が集まって相談する機会が欲しいと訴えた。佐藤は岩鉄さんに「誰にそのミーティングに参加して欲しいか」尋ねる。参加できる人は、医療者のみならずハウジングファースト東京プロジェクトに関わるスタッフや支援者にも及ぶ。佐藤は、単に岩鉄さんの要望

¹⁰¹ フィールドノート 2018年4月

を受け身で聞くだけではなく、その場に居た方がいいのではと思われるスタッフの名前も挙げて提案した。しかしその言い方は、佐藤の意見を押し付けるようには聞こえない。あくまでも決定するのは岩鉄さんであり、その決定を尊重するという姿勢は一貫して守られていた。

この共に決めていくという姿勢は、服薬の量を決める場面でも見られた。内服薬をどのくらい増減するのか、継続、変更、中止するのか、お互いの意見を出し合い相談しながら決めていく。例えば今までの服薬量が5mgだったのに対し、症状が治まらないから10mgに増やしたいという患者「その人」の希望があった場合、佐藤は、

症状が治まらないと辛いですね。薬の量を増やしたいという〇〇さんの気持ちは分かりました。10mgでも大丈夫だとは思いますが、でもいきなり倍増だと、副作用のことが（私は）ちょっと心配してて、10mgでも大丈夫かも知れないけど、でも最初だから7.5mgで試してみてもいいかなって思うんですけど、どう思いますか？¹⁰²

と、患者「その人」の希望を尊重しつつ、専門家として意見を述べる時には、自分の心配事も含めて説明しながら提案するという形で伝えていた。そうしつつも、患者「その人」主体の姿勢を崩すことはなかった。

もう一つ事例を挙げる¹⁰³。吉さんはアルコール依存症と診断され、路上生活から施設に入り生活保護を利用していた。数か月が経ち、そろそろ施設からアパートに移れるのではと、福祉事務所の人が主治医の佐藤の意見を聞きにきたケースだった。福祉事務所の人は、今の状況を説明し、佐藤に「居宅でいけそうか」と同意を求めた。すると佐藤は吉さんの方を見て、「それを知っているのは吉さんだから、どうしたい」と尋ねる。吉さんは答えずに沈黙を保つ。その吉さんの様子を見て、福祉事務所の人が再度佐藤に尋ねる。しかし佐藤は彼の見解を述べることなく、再び吉さんに「本人が一番自分のことを知っているから。吉さんはどうしたい」と聞くのであった。筆者は《吉さんは困っている。医師としての見解を示したら、吉さんも答えやすいのに》と考えていた。しば

¹⁰² フィールドノーツ 2017年5月

¹⁰³ フィールドノーツ 2017年6月

らく沈黙は続いた。《福祉事務所の人を前にして答えづらいよね。どうするんだろう》
とっていると、吉さんは突然、堰を切ったかのように語りだした。

はじめはグループホームで、それが安心。アパートに一人は今の段階では無理。でもこの人たちに支えられていれば大丈夫。安心して自分も頑張れる。ここがいいんだよ。ここにはシステムがあって、色んな団体が一緒にやっているんだよ。それは皆な仲間なんだ。それがいいんだ。安心感がある。今日ここで言っちゃうけど、俺金貰っても全部パーって使っちゃう。今まであんたには言えなかったけど、俺ってそう。だから金銭管理は必要。でもここでは金渡す人も知っている人だから、一週間ごとに会えるのが嬉しい。家に来てくれて、身体のこと見てくれて、そんなのが嬉しい。

筆者は驚いた。吉さんのことは以前から知っているが、こんなにはっきりと意見を言う姿は初めて見たからだ。筆者は、吉さんが困っているから佐藤は助けるべきだと考えていたが、佐藤は吉さん自身で決めて答えられると信頼していたのだ。本人のことは本人が一番知っている。患者「その人」主体の姿勢がここでも見られた。

第2項 特徴② 感情を共有する

二つ目の特徴は、スタッフたちの話を聞く姿勢だと考える。ここのスタッフたちは自分自身の感情を言葉でも身体でも表出しているように見えた。診察の場面でも、単に話を聞くだけではなく、椅子に座りながらも身体を乗り出したり、揺らしたり、のけ反ったり、笑ったり、辛そうな顔をしたりなど、常に患者「その人」の心情に寄り添う姿勢を見せる。

その日は¹⁰⁴、買い物依存症の症状で困りごとがある人の診察があった。診察室に入りなり「またたくさん買っちゃった。どうしよう」と泣きながら告白する。「10万円も使っちゃった」という。筆者は《うわーそんなに使っちゃって、どうするんだろうこの人》と、少し冷ややかな眼でその対象者を見てしまった。そんな筆者とは対照的に、看護師、花田はその人の近くにそっと寄り抱きしめた。そして「使いたくなっちゃったん

¹⁰⁴ フィールドノーツ 2018年5月

だね」と優しく声をかけたのである。筆者も看護師であるが、花田のように優しく受け止めることはできるのかと考えた。

このクリニックにおいて、患者「その人」たちは決して否定されることはない。《なんでそんなことしちゃったんだろう》と思うようなケースでも、スタッフたちは、筆者のようなジャッジメントをしない。患者「その人」の状況をそのまま受け止めているように見えた。だからこそ、患者「その人」は安心して声を発するようになる。その聞く姿勢は、患者「その人」の感情に巻き込まれているように見えた。医療者として、一歩引いて客観的な立場に立とうとしない。現に筆者もその場に居ると次第に巻き込まれていいと思うようになった。巻き込まれながら患者「その人」と共に悩み、悲しみ、悔しがり、涙を流した。

現実には、話を聞いても解決しないことの方が多い。しかしスタッフたちは、それもプロセスの一つであると確信しているように見えた。対話を実践し、幾度となく言葉と言葉を重ね合わせていくなかで、患者「その人」の物語が再構成されていく。それは思い込んでいた風景の色が少し変わるように、そしてある日、その人自身に道筋や光が見えるようになるかと信じているようであった。

本人の意思決定をどこまで信じられるかっていう議論になった時、やっぱり心配だし、意思決定したって失敗するんじゃないか、失敗させたくないみたいなところがあった訳ですけど、いやいや失敗するのも成功するのも本人の権利だと、本人が意思決定して、本人が本人の人生を選んでいくんだと。支援者がすることは本人が選んでいく人生を邪魔しないこと、助けが必要な時に助けにいけることだみたいな。(中略) 本人から意思決定を奪っていく支援、それは上から目線で相手を弱い人で人間として見ていないのと同じ意味だと思うんですね。一人の人間として本人のペースで本人の人生を本人がどう歩みたいかを奪わないって思えたら、自然とオープンダイアログになるっていうか、ハウジングファーストも同じこと言ってるじゃんみたいな。

「本人のことは本人が一番知っている」と佐藤は口癖のようにいう。クリニックのスタッフたちは、患者「その人」自身が持っている力をただ信じて待っているように見えた。

第4節 精神外来受診者の障害特性とホームレス状態になる要因

筆者は長い間、精神科外来を参与観察してきたが、オープンダイアログの思想を大切にした診察を通して自分自身を取り戻していく人は多いと感じていた。ここに来る患者「その人」たちは、既存のホームレス支援では適応できず、ホームレス状態から抜け出すのが難しいと言われた支援困難層と呼ばれる人である。精神保健福祉士の豊原は次のように言う。

目の前に自分たちが介入しないともう亡くなってしまうっていうような、そういう、まあ困難なケースっていうのがこの町にはあって、ま、とにかくやるしかないっていう¹⁰⁵。

ここが受け入れを断ったら、ホームレス状態に戻るか、または自分の身を危険にさらす可能性があるという。以下の表は、精神科を受診する77人の診断分類である¹⁰⁶。

¹⁰⁵ フィールドノーツ 2019年8月

¹⁰⁶ この診断分類は、ホームレス状態にある人＝発達障害や知的・精神障害を抱えていることを示すものではないが、このデータを公表することは、差別や偏見を助長すると考える人もいるだろう。しかし、障害を抱える人の課題を「医学モデル」に依拠して考えるのではなく、「社会モデル」の視座で、障害のある人たち（マイノリティ）を排除するマジョリティ側と、またその全ての人を取り巻く社会構造そのものを問い直したいという社会的正義の立場で公表している。

診断名	人数	診断名	人数
PTSD心的外傷後 ストレス障害	10人	統合失調症	11人
自閉症スペクトラム障害 (広汎性発達障害、発達障 害、自閉症など含む)	20人	うつ病	5人
ADHD	5人	気分障害	3人
学習障害	2人	レビー小体性認知症	2人
知的障害	4人	アルツハイマー型認知症	1人
中等度知的障害	2人	混合性認知症	1人
軽度知的障害	7人	器質性精神障害	2人
アルコール依存症	6人	妄想性障害	1人
アルコール性精神病	1人	不安神経症	3人
覚せい剤精神病	2人	不安発作を伴う不安障害	1人
ギャンブル依存症	2人	閉所恐怖症	1人
ゲーム依存症	1人	不眠症	6人

表6：ゆうりんクリニック精神科受診者 77人の診断名（延べ人数）
2018年7月に作成されたHFTPの利用者リストとカルテをもとに医師に確認後筆者 作成

実際に精神科外来の診察を見ていると、このクリニックで出会う患者「その人」たちからは、周囲との関わりの中で摩擦を経験したという話を聞くケースが多い。周囲に誤解されて、親や教師から叱責されたり、学校でいじめの対象になったり、就労すれば上司のパワハラの対象になった経験を聞く機会が多かった。実際、カルテで生い立ちを確認すると、貧困家庭、虐待、いじめ、不登校、低学歴、不安定な雇用と、貧困のサイクルのなかに閉じ込められ、なおかつ、見えづらい障壁のために周囲の人の理解を得るのが難しい環境で生きてきたことが想像できた。そのような生き辛かった過去の経験がトラウマとなり、フラッシュバックや二次障害と呼ばれる症状を引き起こす。そして一般の人が求めるような社会生活を営むのに支障をきたし、その結果、ホームレス状態になるのである。

筆者は診察室のなかで患者「その人」の過去の経験を聞くたびに、格差や機会の不平等の現実を目の当たりにしてやるせない気持ちになった。人生において（いわゆる一般社会が考える）成功したといえる経験は乏しく、それゆえ自分は駄目な人間だとステイ

グマを内在化してしまう人がある¹⁰⁷。その状態とは、下記の絵のように、糸が絡んで心も身体も身動きが取れなくなっているように見えた。



参与観察のなかで筆者が感じた
対象者の心の状態を絵にして表現
フィールドノート2018年5月

しかしオープンダイアログの思想を大切にしたり関わりと対話を重ねるなかで、このがんじがらめにさせていた紐が少しずつ緩んでほどけていく。精神科外来で繰り返される対話を通して、またこのクリニックで経験する、人としての尊重される対応や、自身で物事を決定しても否定されないという経験を通して、患者「その人」たちは自分自身の尊厳を取り戻していく。その尊厳を取り戻していく過程には、クリニックスタッフとの関わりのみならず、ハウジングファースト東京プロジェクトのその他の団体スタッフたちとの交流、一部の温かい眼差しを持つ福祉事務所の人や地域住民との交流、さらにプライバシーを保てる空間=家（住まい）があることも、影響していると言えるだろう¹⁰⁸。

第5節 日常的に実践されるリフレクティング

ここまで、ゆうりんクリニックの日常と関わりの特徴を記述し、対話を積み重ねることで、患者「その人」をがんじがらめにしていた紐が緩んでいき、希望が見えるように

¹⁰⁷ この点については小川（2018）を参照されたい。

¹⁰⁸ ツェンベリスは、一人の人間に家を提供することで、ハウジングファーストのプログラムは尊厳と希望を提供することになるという（Tsemberis2011: 236）。

なることを示した。ところでなぜ対話するだけで、絡んだ紐はほどけていくのだろうか。筆者は、リフレクティングの方法に鍵があると考ええる。

矢原は、アンデルセンが提唱したリフレクティングについて、「端的にいえば、それは丁寧に「はなす」ことと「きく」ことから成り立っています。」（矢原 2016a: ii）と述べる。リフレクティングのおいての「話す」とは、外的会話（他者との会話）であり、「聞く」とは、内的会話（自分との会話、あるいは、自分の内なる他者との会話）である（矢原 2016a: 24）。このふたつが、実際には存在しない壁を設けたように意識して、語り手と聞き手の二人のチームと、その対話を聞くチームに分けた状態にして、交互に「話す」と「聞く」を行き来するのである。

このようなリフレクティングの場面は診察室のみならず、スタッフたちは日常の会話のなかにも取り入れて話し合う場面をみた。たとえば昼休憩時に、あるスタッフが帰院して、ある業務を引き受けるかどうかスタッフたちに相談する場面があった。4人で話中、相談をしていたスタッフは、「そうだリフレクティングをしてください」と伝えた。《えっ、ここでリフレクティングを始めるの》と筆者は驚いたが、「はい、リフレ開始」といい、全員がリフレクティングモードに入っていく。

筆者はその様子を傍観していた。はじめに相談者が、今抱えている悩みを話す。それは先に挙げた、とある業務を引き受けるべきなのか、引き受けた際のメリットとデメリットを自分に言い聞かせるようにして話す。他のスタッフたちは、途中で口を挟むことはしない。ただ聞くことに集中する。相談者が話し終わると、今度は聞いていたスタッフたちの番である。一人ひとりが発言する時間が設けられる。この時に大切なことは、リフレクティングをする人には求められる作法があるということだ。以下の①から④は矢原（2016a: 38-39）からの引用である。

1) その場の会話内容にもとづいて反応や解釈をおこない、他の文脈からそれを持ち込まない。

- 「…と話されているのを聞いたとき、私は…」
- × 「〇〇の理論によれば…」、「もともとこの人は…」

2) 断定的な話し方は避ける。

- 「私は…と感じました」、「僕には…と聞こえた」
- × 「問題は…だ」、「この人は…を行う必要がある」、「当然こうすべきだ」

3) 参加者について否定的なことはいわない。

○「もしこの人がこんなふうにしたら、どんなふうになってゆくんだろう」

×「この人がこのようにしないなんて理解できない」

4) 面接システムとリフレクティング・チームが同室で話す場合、チームのメンバー同士で向き合って話す。

これは、会話におけるやり取りは目線や視線なども含まれるとして、それらに縛られないようにするため、わざと相談者を見ないで話すように工夫する。

リフレクティングを行う際は、これら作法に即しながら一人ずつ順番に頭に思い浮かんだ内的対話の内容を話す（私は〇〇さんの話を聞いて、こういう風を感じたなど）。この間、相談者は、自由に聞く機会が設けられ、それはすなわち「聞かなくてもいい自由」も含まれている。この時は、相談を持ち掛けたスタッフは、パソコンをいじりながら聞いていた。《そんな姿勢でもいいのかな》と筆者は思ったが、そのことに対して、他のスタッフたちは気にしていない。途中、一人が他用事で抜けたため、筆者もリフレクティングをする人として中に入った。それぞれが一通り話し終えたところで、相談を持ち掛けたスタッフは、「うん、皆さんの話を聞いていて、自分がどうしたいのか見えてきたような気がします。ありがとうございます」と述べて終了となった。筆者は、相談を持ち掛けたスタッフに、パソコンいじっていて、話が入ってくるのか聞いてみると、以下のように答えた。

これくらい軽い感じで聞くだけで、ただ人が自分の話をしているのをなぞるだけでも動くんです。

何が動くのだろうか。それこそ多様であると考えるので言語化するのは難しい。しかしこの時の経験に触発されて、筆者がとあるワークショップで、リフレクティングを経験したときの主観を思い出しながらフィールドノートに書いた絵がある。



突然始まったリフレクティング
筆者撮影

筆者がとあるワークショップに参加した時、
リフレクティング時に思い浮かんだこと¹⁰⁹

このように、自身の中の内的対話を自由に思い浮かべながら内省できる時間が設けられることで、より自分自身の気持ちや感情に気が付くことができるのではないかと考える。

第6節 小括

本章では、ハウジングファースト東京プロジェクトが実践する患者「その人」主体の医療とはどのようなものなのかという問いに答えるために、ゆうりんクリニックの全体と精神科外来を参与観察し、その実践そのものを記述することを目的に、クリニックの設立背景と、患者「その人」主体の医療の特徴を明らかにした。

クリニックを設立した背景には、ふたつの視点があった。一つは第4章で佐藤が述べたような柔軟なソーシャルワークを実践するためにソーシャルワーカーを雇用する必要がある。そしてもう一つが、ホームレス状態にある人の声をきちんと聞いたうえで、一般的に施される医療を提供したいという思いからであった。第3章でなべさんは、てんかん薬を服用できなかった時期があった。またうつ病を患っていたが、治療されずに放置され続けた。そのようなケースにも対応したいと考えて、このクリニックは設立されている。しかし、内装を進める段階で、医療機関と分かるような形ではつくらなかつ

¹⁰⁹ この絵は、2018年の時点で書いたものである。その後、経験を重ねていく中でこの絵の内容は変化している。

た。その結果、医療機関に行くというよりは、どこかの事務所に立ち寄るような雰囲気を作り出している。それは日常のなかにも見られ、服装や呼び方、関わり方など、そういう空気感が、医療という権威性を弱める装置になっていた。

クリニックのスタッフたちは、患者「その人」ができるだけ発言しやすくなるように、意思決定のプロセスを丁寧に取り扱っていた。それは診察室のみならず、訪問時、待合室、控室など、全ての場所でその姿勢は一貫して守られていた。意思決定の仕方は、言い換えれば共同意思決定ともいえるのだが、そこには合理性というものは見られない。むしろお互いの感情を表現しながらすり寄せていく、そのようなプロセスを大切にしながら、最終的には患者「その人」自身が決めることをジッと待っていた。患者「その人」の多くはトラウマを抱えていた。言葉として表現できない時があり、時には怒りや暴言として表出されることもあった。しかし、一見するとよく分からないような言葉や態度であっても、医療者は患者「その人」の声を大切にする姿勢を貫いていた。すると絡んでいた糸が解けていくようで、しだいに言葉の数が増えていくのが見えた。

クリニックのスタッフたちは、オープンダイアログを実践するとかしないとか、そういう風に意識をしていなかった。その理念がいつの間にか日常の中に溶け込んでおり、スタッフ自身が悩んだ時も、オープンダイアログを取り入れている。さらにスタッフたちは自分自身の「声」を聞き、自身の意思決定も尊重していた。患者「その人」は決して否定されることはなかったが、スタッフ同士も筆者自身も否定されることはなかった。調査を進める過程も、筆者の希望・意志は丁寧に聞かれて尊重されていると感じられ、筆者の尊厳が守られていると感じた。

オープンダイアログとは、患者「その人」の回復を促進するための技法なのではない。それはたんに相手を大切にしよう（主体はあなたですよ、あなたが決めてもいいんですよ、必要であればお手伝いしますね）という哲学的思想なのである。その根底にあるのは、斎藤が述べていた「新しい人間主義」や「パターンリズムの徹底排除」とも言えるだろうし、ハウジングファーストと同様に、患者「その人」主体の医療を取り戻す運動の一つだと言えるだろう。

それでは、患者「その人」の主観的経験を大切にして尊重できるようになるのに、医療者はどのような経験をしているのだろうか。次章では、はじめに筆者の経験を記述し、その後、オープンダイアログを経験した三人の医療者に焦点を当てて、どのように変容したのか検討していく。

第8章 オープンダイアログを実践する三人の医療者たちの「声」と筆者の「声」

オープンダイアログを実践しているゆうりんクリニックでは、患者「その人」の意思決定を尊重するだけではなく、医療者自身の意思決定も尊重されながら医療を実践しており、誰の声であっても大切にされて否定されない温かい空間が創られていた。その空間は、どのようにしたら創られるのだろうか。本章では、ハウジングファーストやオープンダイアログで求められる患者「その人」主体の医療を実践できるようになるまで、医療者はどのような経験をしているのかという問いのもと、筆者の訪問同行の経験と、オープンダイアログを実践してきた三人の医療者（一名は医師、二名は看護師）の経験をもとに、彼ら/彼女らにどのような変化が生じたのかを明らかにすることを目的とする。

第1節 はじめて訪問同行した時の筆者の「声」

その日¹¹⁰、筆者は看護師の観音崎と精神保健福祉士の豊原と共に、患者「その人」の訪問に同行した。普段は精神科外来の参与観察に入っていたから、ゆうりんクリニックの訪問同行ははじめてであった。その日は徒歩で行くことになり、その道中で、最初に訪問する人の症状と診断名を観音崎に確認すると、「あれ、何だっけ？」と答える¹¹¹。《そんなものなのかな》と思いながら一件目のアパートに到着した。

その患者「その人」は、筆者も以前から知っている人で、その当時は路上で生活していた高齢男性である。「久しぶりに会えるな」と思いながら、観音崎が玄関のドアをノックし、「こんにちは、入りますよ」と言いながら靴を履いたまま部屋のなかに入った。一瞬驚いた筆者に、「ここは土足で入るんですよ。ヨーロッパスタイルなんです」と説明してくれる。患者「その人」自身が、玄関で靴を履くのが難しいため、ベッド以外は靴を履いて生活していると教えてもらった¹¹²。部屋には、ベッドと机と車いすとサークル歩行器が置かれており歩くスペースもない。彼はおしゃべり好きな人でよく

¹¹⁰ フィールドノート 2019年5月

¹¹¹ 後述にもあるが、観音崎には、医学モデルと社会モデルの視座の出し方のバランスがあり、必要に応じてその比重を変えて対応している。

¹¹² 現在は、家の中では靴を履かずに生活している（フィールドノート 2021年12月）。

話す。しかし話していることを理解するのに集中力が求められる。二人は慣れた様子で、豊原は頼まれた物を買に行き、観音崎は血圧を測った後、足の爪の手入れをはじめた。その間も彼は話し続ける。しかし理解するのは難しい。理解したいが理解できない。筆者は対応しながらも《骨が折れるな》と感じた。

二件目の訪問先は一軒家であった。玄関先で「スリッパを履きましょう」と豊原にスリッパを渡され、履き替えて顔をあげると、昭和を感じさせる古く動かないであろう電子レンジが埃を被り置いてあるのが目に入ってきた。患者「その人」は、台所に置いてある椅子に座っていた。台所のカーペットは剥がれており、奥にある居間にはこたつと畳んでいない洋服が無造作に置いてある。何年も掃除はされていないように見えた。二階は使われていないようだが、観音崎らもその様子は知らないという。豊原が、薬カレンダーに薬を入れている間、観音崎は、彼の足の爪の手入れをはじめた。その時突然、患者「その人」は椅子から立ち上がった。観音崎は驚き、「どうしたの？」と聞くが、返事はなく何事も無かったようにまた座る。筆者は患者「その人」に話しかけると、キョトンとした顔をしている。そして無表情な顔で、観音崎のケアを受けている。観音崎が「さっきは何か気になったんですか」と聞くと、「お金が…変だった」という。豊原が薬を入れる袋に入れていたお札が曲がっていたことが気になったようだ。

二件目の訪問の段階で、筆者はすでに疲労を感じていた。それは今までの医療相談会でもクリニックの外来でも経験したことがなかった。午前中に五件訪問したところでインタビューをさせてもらった。筆者は午前中の訪問で、ただ単に大変そうだ、私にこの仕事ができるのかと感じていた。そのため、冒頭の質問が以下ようになった。

高桑——二人は、ゆうりんクリニックで働いていて、ホームレス状態にある人を対象にしていますが、関わっていく中で、どういうご苦労があるかと思いました。違う質問を考えていたのですが、二人の関わりを見ていて、結構大変そうっていうのが率直な印象で、なにか特別にこういうところに苦労しているということはあるですか。

豊原——特別に苦労だと感じるどころ、たとえば、どのあたりが大変そうだと思われたのですか

高桑——やはりコミュニケーションをとるのに工夫が必要だと思ったし、自分たちの常識とは違う世界の中にいる人が多いと思ったりとかして。

豊原——高桑さんがおっしゃったポイントに関しては、あまり苦勞していないかもしれないと思いました。それはでも、私がそうなのかもしれないというだけとは思っているんですけど。観音崎さんには百万回くらい言っていますけど、常識と普通とみんなって言う言葉をよくうたっているの。（中略）最近は言わなくなったかもしれないけど、前はよく言っていました。

観音崎——そうそう、豊原さんがよく言っていた時って、私、入職して間もないころとか、高桑さんが感じた、なんかこういうところに苦勞があるんじゃないのかって話されたことって、その対、元路上生活者の人っていうんじゃないかって、ここにきて働き始めた時に、私がすべてのことにおいて思っていた。自分が持っている正義感とか、常識とか、自分の尺度に合わせて人を見ていた時に、その自分に対するものさしがあったなあって思って、だから今聞かれたときに、今はなんかそれがない。違うからっていう視点で話をして、普通こうだからって思いながら話をしてないかなって。だから、誰にあってもそれは変わらない、どういうベース背景がある人でも変わらないかな。でも始めた頃は、自分の常識ってこうでしょとか、なんかこうするのが正義に思っているのは強かったから、始めたころは強かった、めちゃ話しましたよね。

訪問活動は、基本二人でしていた。観音崎は、勤めはじめた当初、筆者と同じような感覚を持っていたという。そのため移動中などに、観音崎が感じた疑問、「普通こうだよ」「こうするのが正当なやり方だと思う」ということを豊原に投げかけていたという。すると豊原は決まって、「その正義っていうのは誰の正義になるんですか」「誰の価値観に基づいて話しているんですか」と応答したという。それは仕事の話のみならず、プライベートの話であってもそのようなやり取りを繰り返した。観音崎は「洗脳された、染まっていった」という。

観音崎——はじめに色々話していたのを、今は話さなくなったと思うんですよ。もちろん2年という期間は長かったけど、そういうことに鍛えられる案件は確かにたくさんありました。価値観を根本から揺さぶられるような。それはたんに元路上生活者の方だけじゃなくて一緒に働く人だったり、その訪問する中でも元路上生活者じゃない人もいるし、あと他の団体、団体の支援者とか、役所とか、いろんな中で鍛えられる事柄が多かった。

高桑——なにか具体的なエピソードはありますか？印象に残っていることとか。

豊原——まあなんか端的に言うと、私たちが関わらないと死ぬなって言う人にたくさん出会うわけですよ。他のところから全部見放されているみたいな（中略）、ほかの人が手を付けられない案件がたくさん来るんですよ。福祉事務所と折り合いが悪くて生活保護止められています、どうしましょうっていう人が来て。放っておいたら死んじゃうって思うから本当焦るんですけど、その人は遠方だったりしてどうにもできないけど、どうしようみたいなことをやったり。なんかもう、他の所なら断るでしょうっていうのを、断らないって方針でやってきたので、だからまあ私たちの物差しで、どうだからどうっていうのが介入することができないっていうか。

行政機関や他団体では引き受けない支援困難層と呼ばれる人が、ゆうりんクリニックに紹介されてくる。第6章で精神外来に来る人たちも憔悴しきった人はいたが、筆者が記述したケースはある程度落ち着いている人だった。実際には、豊原が話すような困難な状態に陥っている人がおり、観音崎は、価値観が揺さぶられるような案件で鍛えられたと話す。そのような状況の中でも、医療者たちはオープンダイアログの思想を取り入れてきた。豊原は以下のようにいう。

豊原：（ダイアログは）聞かなきゃと思っちゃうから、その何だろう、ある意味 効率が悪いと思うんですよ。経済合理性みたいな話で言えば。こう切って捨てていったほうが、多分支えれるとは思んですけど、そういう訳にもいかんっていう。まあ、ちょっと戻れないなって感じですかね。知る前には戻れないからやるしかないなみたいな。

なぜ戻れないと思うのか聞いてみると、「その方がよいと思うからですよ」と答えてくれた。だからこそ以前のように戻れないという。それはどういうことなのだろうか。次節より、三人の医療者の「声」をもとに、オープンダイアログの実践が、彼ら/彼女らに何をもたらしたのか記述していく。

第2節 観音崎の「声」

第1項 待つようになる、診断名を意識しなくなる

午前中の訪問同行の際、気になる場面があった。患者「その人」と豊原、観音崎、高

桑の4人で話している時、豊原が患者「その人」に問いかける場面があった。その人は直ぐには応答せず、言葉を探しているようだった。その時間が筆者にはとても長く感じられた。そのことを問うてみると、観音崎は、「待つ、待つ」という。以前もそうしていたかと聞くと、以下のように答えてくれた。

いや、待たなかったと思いますね。ここに来るまでというか、ダイアログのこと知らなかった時は、その聞き方も、もうちょっと答えやすい質問ができたんじゃないとか、聞き直すとか、「こういうことなの？」っていろんな言葉を使って選択肢を見せて、「うん」って言うかどうか誘導するような聞き方をしていたと思う。

それでは、オープンダイアログを学びはじめてから何か変化があったのか聞いてみると、観音崎は、先週の土曜日に対応した難しいケースと、オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパンが開催した実践報告会でのできごとを思い出しながら、どうしてゆうりんクリニックの患者「その人」たちが、地域で生活することができるのか話してくれた。

この間、土曜日に診察した人は、豊原さんと何回か訪問したことがある人で、すごく大変な困難を極めるケースだったんです。対応に一日中かかってしまい、その時佐藤さんと、ゆうりんがなくなったらどうなるんだろうっていう話をしたんです。ゆうりんみたいないところがない地域は、やはり病院に収容されているだろうって。薬をたくさん使われて、自分で考えることができない状態になり押さえつけられるんじゃないかなって。それではなんでゆうりんに関わる人は、病院に行くことなく地域で生活できているのかと思ったときに、この間の実践報告会の時の質問でもあって改めて思ったんだけど、なんか医療従事者としてどうかと思うけど、病名を意識していない人って私、たくさんいるんですよ。その人がどんな病気だか意識していない。でも、なんかその病名ありきで見ていた一つひとつの言動が、例えばこの病気はこの症状だとかってなると思うし、なんかどう生活を保持させるかというよりも、危険な行動をしているとかしていないとか、一人で生活させたら危険、他の人に対しても危険、それなら入院したほうがいいのかとなり、この人が困っていることはなにかということにはみれていなかったと思います。

彼女は、彼女自身が訪問する患者「その人」の病名を意識していないからこそ、病名

という枠組みで看ることをせず、その結果、彼ら/彼女らのことを管理しようという気持ちから離れられ、純粋に見守ることができているのではないかと話してくれた。また観音崎は精神科病院で働いた経験はなかった。もし精神科病院で働いた経験があったならば、患者「その人」の見方は変わっていたかも知れないという。精神科領域の文化や前提について詳しく知らなかったことが、かえって功を奏したと言えるかもしれない。

第2項 結果を求めない—医学モデルと社会モデルの視座のバランス

観音崎は、インド・スリランカの伝統医学であるアーユルヴェーダを学んだ経験があり、その施術を実践していた時期がある。彼女は、オープンダイアログとアーユルヴェーダの感覚は似ているという。それはどのような感覚なのだろうか。

アーユルヴェーダのクリニックでトリートメントを習って、それをこう患者さんに施術をするとき、相手を癒そうとか治そうとかそう思う必要がない、ただ触れるってということだけに集中することを言われていて、だから自分からなにか働きかけるわけではないし、なにかこう相手からされるわけではないけれども、ただそこにお互いがいて、ただ触れるっていう行為がそこにある時に、でもそこで感じているものはあって。その時にある感覚とダイアログをしている時の感覚が似ていて、ここだったら一件一件訪問が終わる時だったり、もうちょっと長いスパン、二か月、三か月たった時とかに感じる感覚なんだけど。

病院で働いている時、看護の仕事をしているけれど、患者さんが変わっていく様子ってそんなに看護の力でなっているっていう風に思ったことがなかったんですよ。病院にいて治療をしているから薬が効いてきたとか時間が経って回復したとかそういう状態は目にはしたけど。じゃあ看護ケアってなんだろうって思った時に、これが看護である必要があるのか、看護によって人は変わるのか、自分がやっていたことに対するフィードバックみたいなものが感じられなくて、そこに楽しさがなかったんですけど。でもアーユルヴェーダのトリートメントにしても今やっていることにしても何かそこにただ存在する。でもそれで相手の様子が変わったことが見てとれるっていうのが似ていると思う。

観音崎は、アーユルヴェーダやオープンダイアログの場合、相手を癒すとか治そうなど変容することを求めなくていいところが似ているという。さらにただそこに居るだけなのに相手の変容が見られて自分自身も楽しくなると話す。観音崎は、一人の患者

「その人」からの言葉を紹介してくれた。

この前、関わり始めてから1年半ぐらい経った時に、あなた達が勉強しているオープンダイアログはこういうことだったんだって言われた時があって。でも別に、その人のところで私たちはオープンダイアログを取り入れて、そのスタイルで訪問していますって言ったことはなくって。ただなんかそういうことを勉強しているとかお話ししたことがあったと思うのですが。なんかこうしていますと私たちが言わなくても感じ取ってもらえるものがあるんだって思った時に、それも相手の様子が変わったことの体験の一つだと思うんですよ

それこそ1年半ぐらいずっと通っている中で普通のやり取りではあるんですけど、その人の家は足の踏み場がないほど物がいっぱいあるんですけど、その部屋の片づけをしたいって希望があって手伝うことになった時、私も豊原さんもその人に黙ってゴミを捨てることはなかったんです。ゴミに見えるものであっても、ゴミなのかどうか確認してから捨てるっていう作業をずっとしていたんです。そうすると、この人たちは勝手にゴミだと判断して捨てる人じゃないから信頼して手伝ってもらえる人だっていう認識を持ってもらえたとか、なんかそういうことの積み重ねなのかな。

部屋の片づけを手伝う。二人の眼差しからすればゴミにしか見えないようなものでも、すべて本人に確認しながら捨てるかどうか決定していったという。そういう何気ない関わりに、その人を大切にしようという気持ちがあるのかが透けてみえてしまう。その人は、それを敏感にキャッチし、さらにそのような態度を培った理由がオープンダイアログなのではないかと推測したのである。

筆者は、普段からオープンダイアログを意識して実践しているのか聞いてみると、

意識する時と、意識しない時があるんじゃないかな、その一人の人間の観音崎が居て、専門家の観音崎が居て、たまにその専門家の観音崎が足のことを見なくちゃいけないとか、爪の事をみなくちゃいけないっていう時には専門家の観音崎になって、でも普段は一人の人間の観音崎でいてみたいな。精神科の訪問看護をやっている、やはり身体のことも見なくちゃいけないっていうのは実感していて、でも身体のことを見なくちゃいけない時って、ダイアログで何とかなることじゃないけど、だからこそちゃんと知識を持っている専門職としていなくちゃいけない時もある

る。そうではなくても良い時があるから、余計に専門職の知識を勉強しなくてはいけないと思っ
たし、そうじゃないと使い分けができない。

オープンダイアログを実践しているからといって、医学モデルの視座を放棄するわけ
ではない。そうではないからこそ、より専門的な知識が必要だと感じている。その使
い分けは、突然、違和感として舞い降りてくるという。以前は、専門家の観音埼がたく
さん出てきたけど、今は専門家の観音埼が出て来たという認識もあまりないという。医
学モデルの視座と社会モデルの視座のバランスのとり方に当初は戸惑ったが、今は意識
しなくても、必要に応じてその視座を引き出せるようになったと述べる。

第3項 ダイアログは、鏡を見ているようで辛い

ここまでの話を聞いていると、オープンダイアログは相互にポジティブな影響を及
ぼすものであることが分かる。しかしこれは自然とできるようになるのだろうか。観音
埼はオープンダイアログに出会ってから二年が過ぎようとしていた。観音埼は、

*ダイアログをするなかで自分との葛藤がいっぱいあったわけです。苦しいわけですよ、そのダ
イアログを続けるっていうのはすごい大変だし、楽しいことばかりではなくどちらかという
苦しいことの方が多いのかも。だって自分の嫌なところを鏡で突き付けられて見ているようなも
んですよ。*

観音埼は、ダイアログを続けることは大変なことであり、苦しいことの方が多いと
いう。それはどういうことなのだろうか。

*そのダイアログの姿勢って仕事だからそれをやるって言うことではなくて日常にも出てくる、
自分がその価値観を強く持っているとか自分の価値観で相手を当てはめて見ているとか、なんか
そういうことで自分に返ってくるわけじゃないですか。その話している相手に対して嫌だなって
思う部分とかなんで嫌だって思ったんだろうっていうことを、主人に話したり豊原さんとも話を
したりとかすると「あの人嫌だよ」ってならないんですよ。なんでそう感じたんだろう、な
んでそう思ったんだろうって話していくと、それって結局自分の中にある嫌なものが他の人を通
して嫌だと思ったんだとかそういうことをほんとに経験して、鏡を突きつけられてみたいそんな
感じがあって。*

オープンダイアログを実践すると、他者の声を聞く「間」を持てるようになるが、それは同時に自身の声を聞く「間」をもつことにつながる。矢原は、リフレクティングのことを以下のように説明する。

リフレクティングという言葉は、英語のそれではなく、ノルウェー語の”refleksjon”と同じ意味をもつフランス語の”reflexion”の意味に近いとアンデルセンは述べている。すなわち、リフレクティングとは、何事かをじっくりと聞き、考えをめぐらし、そして、考えたことを相手に返すことを意味する（矢原 2016a: 17）。

話を聞きながら、自分自身がどの部分に反応して内的対話が生じるのか、その内的対話はどのようなものなのか、なぜそのような内的対話が生じるのか、他者の話にも関わらず、自身の価値観を問われるような状態になるのである。

もう2年間やったから全部クリアになりました。わたし自分のこと全部受け入れます、自分のことを全部好きです、とはならないじゃないですか。まだあるの、もういいんじゃないとか、一回、あっそうだなと思って認識したことが、その時に認識したからって次の時もOKなんじゃなくて、あっいまだそういうところあるよねとか。なんかそれもこう自分がすごく、鏡を見せつけられて嫌だけれども、そう思っていたから自分が分かったんだなって。だからそう思いながら、人の話を聞けるようになったりとか、そういう意味では楽になったけれども、だからそんな頑張らなくていいって思えるようにはなりました。

オープンダイアログを実践していくなかで、鏡を見るように自分自身のことを省みることを繰り返した。これは第2章で澤田や鷹田が述べていたことに重なる。そのプロセスは、自身の弱みや嫌な部分を思い起こすことになるので辛いことではあるが、その時期を乗り越えていくと、ありのままの自分を受け入れられるようになる。

第3節 大間の「声」

第1項 傾聴とは違う、相手の話が耳に入ってくる

大間は、2018年から始まったオープンダイアログ認定コースを受講しており、イン

タビュール時は、既に数か月のワークショップを経験していた。KAZOCの訪問看護のなかにもオープンダイアログを実践するようになり、以下のような変化を生じたという。

「7つの原則」で一番心に残ったのは、「不確かさに耐える」っていうところで。(中略)それが今までの自分では意識できていなかったものだなと思いました。すぐ答えを知りたくなっちゃうし、結論を出したくなるし、問題を解決したくなっちゃう。不確かさに耐えるという意味を知って、現場でも意識するようになってから、すぐに結論を出さないで成り行きを見守ることが結果的に良かったことってたくさんあったなって思います。

先述の観音崎と同じように、大間も待つことができるようになったという。さらに大間は以下のように述べる。

相手が話したいことを、ちゃんと聞くという姿勢は、少しは持てるようになった気がします。実際に聞けるようになったかは自分ではわかりませんが、なんとなく以前より相手の話が耳に入ってくるようになりました。(中略)誘導的に言わないとか、話し方を指示しないとか。もともとそういうのはあまりしたくないと思っていたのですが、相手の話をとことん聞くっていうことは、強く意識してできるようになっているのかなあどうだろう。

筆者は、傾聴とは違う感覚なのか疑問に思い質問してみる。

相手の話を傾聴しなさいって学生の時からいっぱい言われてきたから、話を聞くときは傾聴ということ意識して聞いているつもりなんだけど、聞きながら、なんか返さなければっていうことをいっぱい考えちゃって、話自体は半分も聞けていなくて。相手の話をこれはきっとこういうことだからこう言った方がよいとか、そういう風な聞き方をしていたなあって思って。

大間は、傾聴しなければという思いに駆られて、対象者の話しを真剣に聞くが、同時に応答しなければという気持ちも強くなり、どのように答えるかと考えるうちに話を半分も聞けていなかったことに気が付く。さらに自身の頭の中で勝手に解釈しながら、どのように答えようかと考えていたと述べる。しかしそれも、オープンダイアログを学んだことで、変化が生じてくる。

聞くことと話すことを分けるっていうのをするようになって、そうするとまずは相手の話を聞く。まずは相手の話を聞ききって、今度は自分の中に生まれた声を聞いて、解釈しないとかそういうことも意識しながら、相手の話を聞くっていうことをすると、自然と自分の中で、思ったことや伝えたいことが、内的対話で渦巻いてきて、それを、相手が話し終えたタイミングで、その場の流れでこんな風に言ってみようっていうことが、できるようになってきて。

オープンダイアログのなかで大切にされる姿勢の一つが、「聞くことと話すことを丁寧に分ける」である。第7章5節でも触れているが、この分けることで設けられる「間」があるからこそ、話を聞く側も安心して話を聞くことに専念できるようになる。内的対話とは、自分自身のなかの自分たちと話す時間を指している。話すことには参加せず、聞くだけの時間が設けられることで、また聞かなくてもいいという選択肢があるなかで、安心して内的対話（自分の声を聞くこと）ができるというのである。

第2項 内的対話がじわじわ渦巻いてくる、受け取る場所が違う

筆者は、内的対話はどのように生じるのか大間に確認しようと、もやもやって来るのかと問うと、

じわじわかな、じわじわ来て、やっぱり否定的なこととか思ったりするし、いろいろ思うけど、それに気づきながら、また内的対話をして、みたいな感覚なのかな。

その否定的なことというのは、自分の判断とか評価とか解釈とか、そういう声のことを指すのか問うてみると大間は、自分のその声も大事にしつつ、しかしリフレクティングで相手に返す言葉としては相応しくないから、一旦脇に置くという。オープンダイアログでは、

- ・対話の目的は「変えること」「治すこと」「＜何かを＞決定すること」ではありません。対話を続け、広げ、深めることを目指しましょう。
- ・「議論」「説得」「説明」は対話の妨げにしかならないことを理解しましょう。
- ・クライアントの主張、すなわち彼が住んでいる世界をみんなで共有するイメージを

大切にしましょう。「正しさ」や「客観的事実」のことはいったん忘れましょう。

・対話が安心・安全の場になることを大切にしましょう。

(セイクラ・アーンキル 2014=2019: 付録 13)

と、対話実践をはじめたばかりの人が、誤解しがちな点として表記されている。よって否定的な言葉は一度脇に置くというわけである。しかしその発想自体を否定することも無い。どの声も、大切にすることには変わらないのである。筆者は、内的対話は頭で考えているのか、自然と出てくるのか聞いてみると、

自然と、そうですね。自然と。でもなんかリフレクティングをしないって考えると、リフレクティングで言うことを考えなければっていうのを思っちゃうっていうのは今思ったんですけど。そういう意味ではまだ完全に相手の話を全力で聞くってことを、できていないのかもしれないけど。そういうことってみんな思いますかね、リフレクティングで返さないといけないから、話を聞きながらこういうことを言わなきゃとか、思ったりしますか。

と反対に質問された。筆者は自身の経験として聞き役をした際に、専門職だから他の人よりちゃんとしたことを言わなければいけないと考えてしまったことを伝えた。また自分は語彙が豊富ではないので、どうしたら豊かな表現者になれるのか考えたと答えた。この言葉を受けて大間は、

それは思います。私も全然言葉が出てこないから。今ひとつ試みているのは、身体感覚を表現する。前もお話したかもしれないけど、自分の身体がこんな風になりましたっていう言い方をしてみようと思って、それは実践しているんですけど。

大間は、言語だけの情報に頼らず、身体で感じる感覚を大切にしているという。それは胸の辺りが熱くなったとか、身体がしびれる感じがした、背中が重くなったなど、話を聞く中で、自分自身の身体と対話しそこで感じたことを素直に表現することなのである。また他スタッフとのやり取りについて述べてくれた。

同じセラピストが複数いると、自分以外のセラピストが話しているのを聞く時間が持てて、それ

を聞いていると、そこから自分一人では思いつかなかった想いや考えを引っ張り出してもらえる感覚があって。そこから自分の世界も広げられている感覚があって。佐藤さんとかはすごいですよね。キャッチする感じなのかな。なんか受け取っている場所が自分とは全然違うと思いました。まあみんな違いますよね。リフレクティングすると、みんな受け取る場所が違うから、それがポリフォニーっていうことになるんですよね。だからきっと、自分しか受け取れない場所もあるだろうし、それはそれでいいのかな、いいんだろうなって思えるようになりました。でも受け取れる場所の容量はもっと増やしていきたいなって思います。

リフレクティングをする際に、受け取る場所がそれぞれ違うという。聞き手も多様な文化をもつ人々であり、患者「その人」の話のどの部分に反応するのは千差万別になるということだ。多声だからこそ、患者「その人」の選択肢は増える。また多声だからこそ、医療者自身も、自分しか受け取れない場所があると信じられる。誰もがお互いに尊重する場が創られていくのではないだろうか。

第3項 相手の反応も変わってくる

そうしたら、なんか相手の反応も変わって来たなって。本当にそれは感覚的なことだから、本当のところはどうなのかわからないんですけど。それはオープンダイアログの勉強をはじめて、一番自分の変化で気づいたことで、今まで相手の話を聞いていてもそれは〇〇だよなとか思いながら解釈しながら聞いていたし、まずは聞くってことはできていなかったなっていうことは思いました。

筆者は、相手の反応がどのように変わったのか気になり、今までとどのように違うのか聞いてみた。

実際に言われることも増えたんですよね。単純に、訪問に行っている期間も長くなって関係性が深くなったからということも大きいと思うんですけど、ちょっとオープンダイアログを勉強しだして、現場でなんとなく自分なりに取り組んでみたりして、話を聞ける感覚を持ててきたくらいから、また大間さんに来て欲しいとか、また来週も来て欲しいとか、安心するとか、そういうことを言われることが増えたな、と感じて。もしかしていろんなスタッフに、それぞれ言って

いるのかもしれないんですけど、なんだか最近たくさん言われるようになったなというのがあって、勝手に思っているだけだからそれがそのせいとかはわからないんですけど。

大間は、オープンダイアログを実践しはじめて一番に気づいたこととして、相手の反応が変化したことだと述べる。それまでは人の話を解釈したり判断したりしながら聞いていた。しかしオープンダイアログを実践しはじめて、聞き切る姿勢を試みたら、自然と相手の反応が変化してくる。看護の文脈で説明すれば「ケアの相互性」と呼べるだろうし（メイヤロフ 1971=[1987]2011: 85)、野口のいう「感情の共同化」が起きているとも言えるだろう。しかし、大間の何が変化したのだろうか。最後に大間は、トレーニングコースを受けている時の気持ちを話してくれた。

第4項 自分の気持ちを抵抗なく話せるようになる

私は今トレーニングコースに行っていて、すごく苦しいんです。今まで私は自分の気持ちとか考えを、口に出す機会を意識的に避けてきていたのもあって少なかったんですね。少ないから自分の考えや気持ちとか感情を人にさらけ出すのがすごく怖くて。多分自分が人の考えに対して正しいとか正しくないかみたいなものさしをもっているから、自分もそういうものさしで見られているとしたら、自分の考え方が正しくないんだろうなって思ってしまって。自分自身に自信を持ってないから、すごく怖くて、すごく苦しいんですけど、でもトレーニングコースの中で自分自身の深い部分について話すってことを何度もして、正しいか正しくないかのものさしを持たれずに、ありのままに自分の言葉を聞いてもらえるって体験ができたから、だんだん自分の感じていることや考えていることを抵抗なく話せるようになってきた気がします。トルニオ（オープンダイアログ発祥の病院のある町）の看護学校では授業の中にダイアログが取り入れられているって聞いたんですけど、十代の学生の頃から、リフレクティングとかでお互いの気持ちとか想いを対話的に話し合う機会があれば、自分の感受性とか、気持ちを伝える力とかどんどん育つだろうし、すごくいいんだろうなって思いました。自分もフィンランドでそういう看護学校に通えたら良かったなと思ったりします。

大間は、トレーニングコースを受けるのは苦しかった、それは自分自身の気持ちを他者に評価される不安を感じていたからだという。しかしトレーニングのなかでありのまま

まの自分の言葉を聞いてもらうという経験を経て、その不安は解消されていった。ありのままの自分自身が承認されるという経験が、他者のことも承認するという姿勢につながっていったようである。トルニオの看護学校では授業の中に取り入れられ、対話的に話し合う機会が設けられている。そうすることで、感受性や他者に気持ちを伝える力が育まれるという。

第4節 佐藤の「声」

第1項 立ち位置を変えることで、位置づけが変化する

佐藤は、2015年にフィンランドのケロプダス病院まで訪問し、オープンダイアログの実践を目の当たりにした経験をもち、その後もオープンダイアログを実践していくなかで支援者から降りられるようになったという。それはどういうことなのだろうか。

オープンダイアログになると、支援者から降りられるというか、支援する人にならなくていいというか。困ったところを手伝う対等な関係になれる。支援者と非支援者という上か下か、助ける助けられるみたいな存在が、何かこうレットルなわけですよ。しかし対等なんだっていう実感がオープンダイアログでもらえていくんですよ。

といい、筆者の対面に座っていた佐藤は次のように話す。

私が支援者で高桑さんが支援される側だとしたら、この向きで話をしていると、高桑さんの心配ごとを聞いてどうしようみたいな話になるわけですけど、

佐藤は席を立ち、今度は筆者の隣に座る。

支援者ー被支援者、そうではなくて、隣に座って起きている事態を一緒に眺める。向こうに座っていた時は、本人の人生を何とかしてあげなくてはとどうしても思うわけで、心配になったり、こんなリスクを背負わせていいんだろうか、みたいなことを背負うみたいに感じるのですが、横に座って本人と同じ方向を見つめていたら、本人の人生だしなって思えてくるわけですよ。

佐藤は、今まで対象者のことを心配して自分自身で背負っていた苦労があったと言う。

しかし立ち位置を変えたことで、それは本人の人生のことだからと思えるようになったと説明する

本人は本人としてちゃんと考えていてその通りに動いていて。私が支援者の立場の時は、私の考えの方が正しいと思っていたんですけど、実は私の考えも未来に対しての一つの方法っていうだけの支援者目線の方法であって、それが正しいかどうかなんて分かんないっていうことに気づくべきなんだと。だから自分はこう思うよっていうことは言えても、それが合っているかどうかは分からない。オープンダイアログだと、あなたはどう思うみたいなの。私はこう思うよって。あっ意見違うね、マジどう思う。最初こう思っていたけど、この二つの意見を聞いてこうかもってまた第三、第四の意見を考えたり、そうやっていくつもアイデアが出た時に、本人がこれだったらちょっとやってみようかなみたいなの。自分で自分の安全を配慮しながら、自分の歩みを決めていく。なんか当たり前のことなんですけど、そういう当たり前のことを実感していく。

先述にあるように、オープンダイアログのアプローチ法は「ニーズへの適応型モデル」であり、専門家自身が「本人のために最善を尽くす人」から「本人と共に支援方策を組み立てる人」に変革する必要がある（竹端 2018: 129）。佐藤は立ち位置を変えたことで、支援者—被支援者という構図が一度解体され、佐藤自身、「支援者の考えが正しい」と信じていたことに気付いた。さらに的確な診断をして治療しなければいけないという医師としての義務感から解放された。それは医師—患者「その人」という1対1の関係性から複数人で関わる関係性であり、「間」という空間ができたことで余裕をもって関われるようになったと言えるだろう。そしてその「間」という空間が新たな感覚をもたらした。

第2項 全部知らなくてもよい

その相手のことを、常に自分の理解を超えた存在だっという誰の言葉か忘れたけど、そういうことを安心して思えるようになりました。自分がちゃんと全部知っておかなくてはいけないみたいなのは無くなるんですよ。一人のお医者さんじゃあ何の助けにもならないってはっきり安心して思えるから、ちょっと一緒に話そうよとか、ちょっと〇〇君来てみたいな感じになって。

佐藤は支援者から降りられたことで、医師が全部理解していなければいけないという考えから逃れられるようになる。今まではどうしても自分の方が知っていると思い込んでいたという。

親子、教師—生徒間、どこでも起こりうる上下関係だと思うんですけど。それって相手が自分より知らないっていう思い込みだと思うんですよ。相手が自分より知らないなんていうことは、ある分野であったとしても、その人の人生においてはその人のこと一番経験しているのは本人しかいないから。かつその人がどういう風に行動していくのかは、自分自身を使っていくしかないわけで。途中のプロセスを知らないで支援者がこっちに来た方がいいよって言っても、プロセスが無いから経験値ゼロになってしまってどうしたらいいのか不安でしょうがない人になってしまい、支援者に支配される行動になるんだと思います。そうじゃなくて、あなたはどう生きていくんだみたいな、それだけでしかないっていう。一人で生きていくのが難しいのなら、一緒に考えようぜみたいな。で支援者は一緒に考えようぜの一人になっているに過ぎないんです。

オープンダイアログで重要なことは、「本人のことは本人が一番知っている」という姿勢である。生まれてきてから様々な文脈のなかで築いてきた人生があるわけで、その文脈を知っているのは本人だけなのである。だからこそ本人の意思決定が尊重される。

私が旅した自殺希少地域はそんな感じなんです。相手は相手、自分は自分。どう思っているのかなんて決めつけられないから、どう考えているのかを聞くんです。そうすると自分が偉いとか自分の方が知っているみたいな感覚が無くなるんです。問題を背負わない。そういう感覚を精神医療の中でとか、糖尿病外来でもいいと思うし、オープンダイアログをしなくても既にやっているお医者さんたちもいるし。(中略) あなたの人生はあなたのもので私の人生は私のもので、あなたのこと理解しきるの絶対無理だしみたいな感じです。

佐藤は、人はそれぞれ違うものであると確信した。それを呼吸という例を用いて説明する。

私という人間における呼吸法が違うから。私にとってどういう風にしたらちゃんと呼吸できるのかを教えてほしいわけですけど。それは他の人の呼吸法を真似したってできないというか、私の

肉体と身体の歪みと全部に影響した呼吸法があってそれは自分にしか分からない。0.01 秒の差みたいな感じですか。そういうのを一緒に探して、最後に見つけるのは自分なんですけど、その時に一人だとできないから。でもその人は呼吸の仕方を知っているっていう絶対的な信頼をおいて、でもそれをどうやったらいいのかわからないから、こんな方法でやってみたらとか、うまくいかなかったとか、他の人はどんな方法を知っているのかなど。どう生きていくっていうのは、生まれた時点で私たちは知っているわけで、呼吸するのと同じことだという感じなんです。

オープンダイアログの「対話実践の12の基本要素」のなかに、「さまざまな物の見かたを尊重し、多様な視点を引き出す（多声性：ポリフォニー）」（セイックラ・アーンキル 2014=2019: 付録 11）という項目がある。呼吸の仕方が人それぞれ違うように、困りごとをどう捉え、どう対処するのか人それぞれ違う。しかし自分に合った呼吸法を知っているのは、その本人だと言っているのである。

第3項 対話とオープンダイアログの違い

佐藤は、対話とオープンダイアログでは説明の仕方が変わるという。

人は生まれたときから対話している。それは呼吸と同じようなもので、自分が何かを発した時に、お母さんのお腹にいたとしたらそこで応答があるみたいな。言葉じゃなくても発することと応答することっていうのを生きていくときにずっとあって。その応答して返ってきたことに対して、また自分の中で何か感じたりしてそれに対してまた応答するっていうことが対話で。対話は、心の中で自分と対話したり、物とも対話したりして作品をつくる人もいるけど、何かに関して理解していくプロセスみたいな。理解してその理解に基づいて自分がどう思ったかをまた理解して、そしてまたそのことに対して発してその応答を見てまたどう感じるかみたいな。

と、対話について説明する。一方、オープンダイアログとは、

オープンって言葉が付くんですよ。オープンダイアログは、人と人の関係性において、こんがらがった人間関係とか、その人が精神面で困難に直面してどうしようもない状況に遭ったときに、そのこんがらがった状況に対して対話を促進する人たちが二人また三人いて、対話しようぜって、何が起こってんのって、一緒に状況を理解するのを手伝うよみたいなことで入っていく。対応で

きなくなってる関係性の中にいるあなたの話をまず聞かせてよって。対話という呼吸ができなくなっていることに対して、呼吸をしようぜみたいな感じでそれぞれが話をし、他の人はちゃんと聞けるように手伝い、聞いたことで自分の心の中でまた対話が促進されることを手伝っていく。こういう状態を手伝いにいく人たち、この取り組みがオープンダイアログなんだと、対話を開くみたいな。

オープンダイアログは複数で対話することで「感情の共同性」を生み出していく。その道のりは一人ではない。佐藤は、専門家であるためにたくさんの武器を身に付けようと考えていた時期があったという。鎧を幾重にも被りながら孤軍奮闘していた。しかしオープンダイアログを知り学んでいくうちに、支援者・医療者としての立場を降りられ、本人に聞けばいいと思えるようになった。また本人が分からなければ、一緒に考えればいい、それは自分一人ではなく、仲間と一緒にみんなで考えていけばいい、そのプロセスを大切にしようと考えられるようになった。第2章第3節にもあるが、オープンダイアログでは問題を特定することは求められない。それよりも問題だと思われていることについてそれぞれがそれぞれの意見を語り合うことが重視されるのである。

第5節 小括

本章では、ハウジングファーストやオープンダイアログで求められる患者「その人」主体の医療を実践できるようになるまで、医療者はどのような経験をしているのかという問いのもと、筆者の訪問同行の経験を記述し、筆者が感じた戸惑いと同じような経験を観音崎もしていたことを確認した。そのうえでオープンダイアログを実践してきた三人の医療者（一名は医師、二名は看護師）の経験をもとに、彼ら/彼女らにどのような変化が生じたのかを記述した。それらをまとめると、以下のような変化のプロセスがあったと考える。

1) 第4節第1項で佐藤が述べていたように、医療者の立ち位置を変える、すなわちオープンダイアログの特徴である「ニーズへの適応モデル」のように医療者自身の立場を置く、または、第2章第3節第2項のリフレクティングの項で述べたように、見る関係から見られる関係に立ち位置を変えることで、患者「その人」から見た医療者の位置づけが変化し、関係性にまで影響を及ぼす。これらは序章第5節で述べた人類学的研究の際のポジショナリティと同じ作用をもたらしていると考えられる。また今までの傾聴と

は違う形で、相手の話が耳に入るようになる。この原理については、考察で詳しく説明する。

2) このように医療者の位置づけがかわり、患者「その人」の話が耳に入るようになることで、今度は医療者自身の中にある複数の自分と対話することで、内的対話がじわじわと渦巻いてきて、内的対話がより聞こえてくるようになる。そして自分自身のことを知れば知るほど、他者は自分の理解を超えた存在であり、全部知らなくてもよい、本人のことは、本人が一番知っていると思われられるようになる。すると自然と待てるようになり、不確実性に耐えられるようになる。

3) オープンダイアログの実践を繰り返す中で、今まで持っていた医療者自身の価値観を振り返る機会が増し、自分自身の考えを外在化することで、どうして自分がこのように考えるのかと自問していく。すると自然と医学モデルの前提で考えていた医療者文化の呪縛から解放されて、医療者から降りて一人の人間として患者「その人」に関わろうという姿勢に変革していく。その一方で、医学モデルの視座を棚上げするからこそ、より専門家としての知識が必要だと自覚し、医学モデルと社会モデルの視座の比率を自然と調整するようになる。

4) 医療者が変われば、患者「その人」も自ずと変化していき相互作用が見られる。クラインマンの下記の言葉に通じるものがある。

あなたが慢性の病いを生きる患者さんたちに出会うとき、彼らはたちまちあなたが何者なのか、そして、あなたが彼らの病いを本気で助けたいと思っているのかということに感覚的・直観的に気づくものです。その気づきによって、彼らは関係を作るのです（クラインマン 2006=2011: 273）。

5) しかしそのプロセスは、自分自身を見つめ直すことが求められるため、医療者は抵抗を感じる。それは時に自分自身が嫌だと感じている姿を見ることになるからである。他者を理解していく中で、自己を理解していく。その旅路はまさに人類学的視点を養うプロセスに類似しており、序章第5節で述べた石田の言葉に重なる。

オープンダイアログの目的は、対話することである。しかしその副産物の効果として、医療者側の医学モデルの規範を棚上げすることを促し、患者「その人」主体の姿勢を育む可能性があることが示唆された。またクラインマンの言葉で置き換えると、民族

史学的な視点が育まれ、対象者のナラティブを翻訳・解釈する際の先入観や偏見を省みることにつながると言えるだろう。

6) 最後に忘れてはならないことがある。オープンダイアログは医療者自身をも救うものになるということである。オープンダイアログが目指すところは問題だと言われていることを解決するのではなく、オープンダイアログという形で対話することで、異なる世界観を創造していくことである。5の段階の、自分自身の姿勢を問い直す過程は決して容易ではない。しかしそこを医療者側の課題とする医学モデルの視点だけで捉えてはならない。自分自身の考えを外在化することで、どうして自分がこのように考えるのかと自問していく過程で、他の人の「声」に触発されながら自身の考えが広がっていくのである。オープンダイアログを繰り返し実践しリフレクティングを用いることで、医療者も自然と変容していくものだと考える。

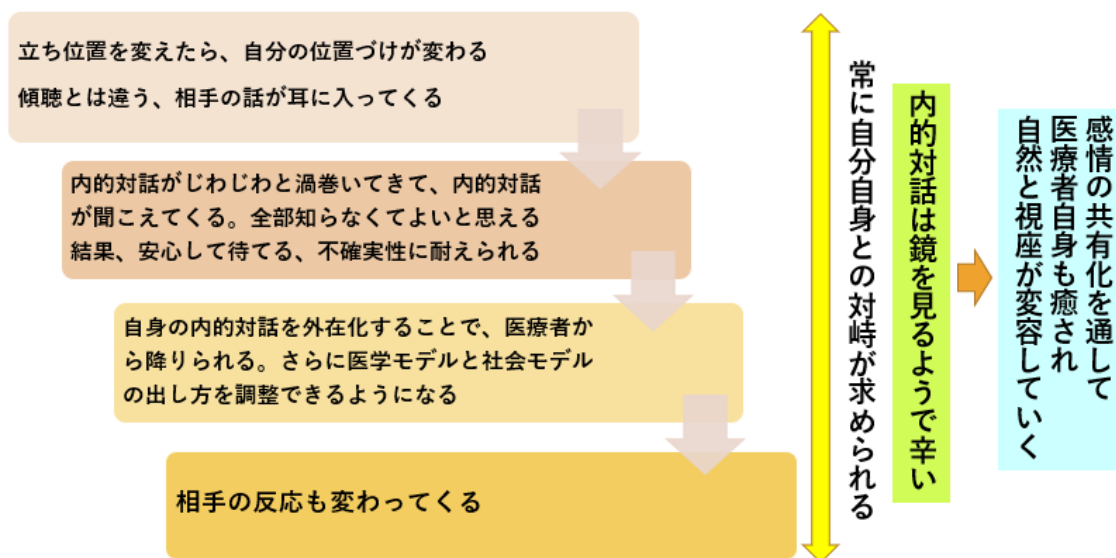


図12：オープンダイアログを実践することで起きた医療者の変化と課題
大間、佐藤、観音崎の「声」をもとに筆者作成

終章 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」について

本博士論文では、医療者は、健康の社会的決定要因（SDH）の視座を持つことはできるのか、公平性や社会的公正を妨げる壁とは何かという問いのもと、池袋で実践されるホームレス支援、ハウジングファースト東京プロジェクトに参加し、ハウジングファーストとオープンダイアログの理念を大切にしている医療者たちの実践を、エスノグラフィーを通して記述し、「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」を、社会構成主義に立脚して検討してきた。

本章では、第1節において本論文のまとめを記し、第2節では、既存のホームレス支援トリートメントファースト＝ステップアップ方式の規範が根底にあると、なぜ「声」が聞こえなくなってしまうのかについて考察する。第3節では、「声」が聞こえなくなる社会構造がある中で、「声」が「聞こえてくる方法」について考察し、「声」が聞こえやすくなる方法について提示すると同時に、オープンダイアログがもたらす可能性について言及する。最後に第4節で本研究の意義と、第5節で本研究の限界と課題を述べる。

第1節 本論文のまとめ

序章では、筆者の研究の動機を示したうえで、医療へのアクセスが困難な人に対して、その要因を構造的な観点から捉えるSDHを確認しながら、自己責任という言葉の内化するためのセルフ・スティグマやトラウマにより、「声」を出さないで（出せず）「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人が存在するという課題を確認した。そのうえで、医療者には彼ら/彼女らの声を聞くことを妨げる壁を認識し、公平性や社会的公正を達成するための行動が求められていることを説明した。それらを踏まえて研究目的と研究方法、研究手法、筆者のポジショナリティ、倫理的配慮、論文の構成、言葉の定義について述べた。

第1章では、日本においてホームレス状態にある人がどのように語られてきたのかという視座で整理することで、語られてこなかったがための課題を浮き彫りにし、そのうえで現在のホームレス研究で残されている課題を明らかにした。先ず、日本におけるホ

ームレス状態にある人の現状と日本と欧米諸国の定義の違い、医療、社会学、社会福祉学という文脈での先行研究を概観し、次いで欧米諸国で実践される公的政策ハウジングファーストが導入された背景とその内容を整理した。その結果、日本において、医療という文脈で積極的に議論されてこなかった要因を以下のように示し、議論されてこなかったがために、「見えない人」とされてしまう人の「声」は医療者から遠のき、その「声」を聞くことを妨げる壁はますます強固されたのではないかと示唆した。

1) 欧米諸国のように精神科病院からの脱施設化は起きておらず、重度な精神障害を抱えた人が路上で生活する姿が見られなかった。そのため、何らかの障壁（軽・中度の精神・知的・発達障害）があることで集団生活や就労することが難しいということが認識されず、就労しない（できない）人は自己責任であるというイメージが付き、強いステイグマが付与されてしまった。

2) 加えて国民皆保険制度のおかげで、誰でも必要な時に医療が受けられると信じられてきたことも重なり、健康保険を持たない（持てない）人は、患者「その人」自身の問題であり、社会から逸脱した人という強いステイグマが付与されてしまった。

3) さらに制度設計上、保健・医療・福祉が分断されてきたため、何かしらの障壁がありホームレス状態になっている人への包括的かつ継続的な関わりが難しく、保健医療という文脈のなかでホームレス状態にある人を医療の対象者として捉える意識が薄らいでしまった。

4) また障害そのものがタブー視されてきたことも重なり、障害の有無を示唆するような発言をすること自体に医療者が抵抗を感じ、その存在が見過ごされてきた。

次いで先行研究の課題として、慢性的にホームレス状態になりやすい人への関わりや居場所についての検討が残されていることを明らかにし、また日本で実践されるハウジングファーストのソフト面の支援検討が課題として残されていることを確認した。

第2章では、ハウジングファーストで求められる患者「その人」主体の姿勢についての課題を明らかにするために、医療者主体の医療の時代から患者「その人」主体の医療への時代の変遷を整理した。そのうえで1980年代、クラインマンが説明モデルを取り上げながら、医療者の説明モデルを精査する重要性について述べているが、医療者が無意識に抱いてしまうステイグマや、権力格差、感情管理が足かせとなり、医療者一患者「その人」双方が影響されながら物語を構成するまで至らず、双方ともにナラティブが表面的なものになりやすいことを確認した。このような課題を乗り越える方法として、

調査地で実践されるオープンダイアログとリフレクティングについて整理した。しかしオープンダイアログにも不確実性の耐性や信念対立に関する課題が残されており、その課題を乗り越えるための一つの方法として異文化感受性発達モデルを確認した。最後に、調査地で展開されるハウジングファースト東京プロジェクトの医療者たちの実践を、ヘルス・エスノグラフィーを通して記述していく際の筆者のポジションリテラシーを明確にするために医療人類学と看護人類学を架橋し、分析の視座として社会構成主義について確認した。

第3章では、支援困難層と呼ばれたなべさんの「声」をもとに、なぜ支援に結びつかなかったのか、「見えない人」とされてしまうプロセスを検討し、①就労目的で構築された制度的な問題、②施設的环境、③医療へのアクセス困難、④障害特性に合わせた支援方法の欠如、⑤支援者一当事者両者共に疾病や障害に関する認識不足が支援に結びつかない障壁であることを明らかにした。また住まいという箱があれば、ホームレス状態から脱するわけではなく、アパート入居後も生活や不安を支える支援が必要であることを明らかにした。

第4章では、ハウジングファースト東京プロジェクトを牽引してきた精神科医の佐藤の「声」をもとに、なべさんのような人をどのように支援しようとしてきたのか四つの時代に分けて整理し、社会背景と照らし合わせながら、支援者・医療者たちの意味世界を探求した。その結果、就労支援アプローチを前提とする支援からハウジングファーストという新たな視座が加わり、支援者・医療者側が無意識に抱く規範を自覚し変容させながら支援を広げてきたことを明らかにした。しかし行政支援においてははまだメンタルヘルスという視点は薄く、就労自立アプローチの名残があることを示唆した。さらに社会全体に、①生活保護の利用や住まいの条件など、国民の権利に対する意識が薄い。②見えづらい障害そのものに対する知識不足、また社会モデルやノーマライゼーションの視座で捉える意識が不足している、③自分自身が、無意識に抱いているスティグマがあるということの認識不足と構造的スティグマに関する教育の不在、のような課題があるため、④ホームレス状態にある人に対して「三食飯付きであれば住まいの条件は我慢すべき」という気持ちが生じる、または「いきなりアパートに入って生活するなんて無理だ」と決めつけてしまい、⑤これらの前提が考慮されないまま、支援者・医療者は、ステップアップ方式の規範で関わろうとすることが課題であるとした。

第5章では、ホームレス状態にある人と関わったことがなかった看護師の「声」をもとに、彼女のホームレス状態にある人に向ける眼差しがどのように変化したのか、異文化感受性発達モデルを用いて検討した。その結果、関わりの当初は、ホームレス状態にある人の存在そのものが目に入っていないことが明らかになり、大間をはじめ支援者・医療者たちが、ホームレス状態にある人を「見えない人」にしている可能性があることを示唆した。しかし、偏見を抱いていた大間であったが、ホームレス状態にある人と接して、彼ら/彼女らの人生を知るうちに、それまで抱いていた否定的な感情は、次第に自文化中心主義から文化相対主義の視点へと移行し、最終的にはホームレス状態にある人に対して共感を抱けるようになることを明らかにした。

第6章では、訪問看護ステーション KAZOC の所長である富永の「声」をもとに、富永が、精神科病院からの脱施設化と路上生活からの脱路上化を目指すための地域資源作りと、発達障害を抱えることでホームレス状態になる人のための支援を見据えて KAZOC を設立したことを明らかにした。またべてるの家の理念を取り入れながら、トリートメントファースト型支援ではないハウジングファースト型支援を作り上げていったが、そこには医療者の抵抗があったことを明らかにした。KAZOC が実践するハウジングファースト型支援とは、住まいは安全を感じられる場所であることはもちろん、尊厳の回復、信頼できる人とのつながりという土台そのものであり、さらに医療（トリートメントファースト）が台頭するなかで奪われやすい患者「その人」主体の医療を取り戻す運動そのものであると結論付けた。これを実現するためにも、医療者は患者「その人」を管理せず、変容を求めず、ジャッジメントしないことが問われ、またリカバリーの視点を持ち、患者「その人」に伴走することが求められる。これがステップアップ方式ではないハウジングファースト型支援であることを示した。

第7章では、ハウジングファースト東京プロジェクトが実践する患者「その人」主体の医療とはどのようなものなのかという問いに答えるために、ゆうりんクリニックの全体と精神科外来を参与観察し、その実践そのものを記述した。その結果、ホームレス状態にある人は、健康を意識する権利が奪われた状態に置かれており、かつトラウマなどが影響を及ぼし、生きづらさを抱えた状態で生きてきたことが見えてきた。しかしオープンダイアログの思想を大切にしたい関わりを通して、その生きづらさが解消されていく様子が見られた。またオープンダイアログとは、患者「その人」の回復を促進するための技法ではなく、相手を大切にしよう（主体はあなたですよ、あなたが決めていい

んですよ、必要であればお手伝いします) という哲学的思想であることを示唆した。その関わりはスタッフ間においても応用され、スタッフの意思決定も尊重されている。さらにオープンダイアログもハウジングファーストと同様に、患者「その人」主体の医療を取り戻す運動の一つであると結論付けた。

第8章では、ハウジングファーストやオープンダイアログで求められる患者「その人」主体の医療を実践できるようになるまで、医療者はどのような経験をしているのかという問いのもと、筆者の訪問同行の経験を記述し、筆者が感じた戸惑いと同じような経験を観音崎もしていたことを確認した。そのうえでオープンダイアログを実践してきた三人の医療者（一名は医師、二名は看護師）の経験をもとに、彼ら/彼女らがどのように変化したのかそのプロセスを次のように示した。①医療者としての位置づけが変わり、傾聴とは違う形で、相手の話しが耳に入るようになる。②内的対話がじわじわと渦巻いてきて、内的対話がより聞こえてくる。すると他者は自分の理解を超えた存在であることを認識し、全部知らなくてもよいと思え、待つことと、不確実性に耐えられるようになる。③内的対話を通して自分自身を振り返る機会が増え、医療者から降りられる。医学モデルと社会モデルの視座の比重を調整できる。④すると相手の反応も変わってくることに気が付く。⑤しかしその過程は鏡を見ているようで辛い。⑥その辛い要因を医療者個人の問題として取り上げるのではなく、オープンダイアログで対話することで、医療者自身も自然と変容していく。

第2節 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の声を医療者が聞くことを妨げる壁を生じさせてしまうステップアップ方式という規範

本研究では、「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が「聞こえてくる方法」を検討してきた。これらの議論をまとめると、そもそも医療の文脈でホームレス状態にある人について積極的に語られてこなかったこと、また社会全体において、障害や住まいの質に対しての人権意識の低さや、精神保健の知識不足から生じる偏見があること、さらに医学モデルの規範に縛られている医療者が、自身の信念を押し付ける傾向があることが、「声」を聞くことの壁になっていることを明らかにした。しかしその根底にあるものは、やはり「ホームレス」「精神・知的・発達障害」という言葉に強いスティグマが付与されていることが影響を及ぼしていると考えられる。その傾向は、序章でヤングが述べたように、現在格

差が広がる中で逸脱した他者へ向けた眼差しはより厳しくなり、スティグマは、権力格差間のコミュニケーションや感情管理にも影響を及ぼし、自分より劣っていると思われる人に対して、より自分自身の信念を無自覚に押し付けてしまうのである。しかも自分自身が抱えているスティグマについてはすべて認識できていない。第5章で大間が、ホームレス状態にある人のことを視界に入っているにもかかわらず見えていなかったことや、第8章第1節で筆者がはじめて訪問同行をした際の戸惑いからも分かるように、自分自身がスティグマを抱えていることを認識することは容易ではない。この根深いスティグマが存在する限り、ホームレス状態にある人について学んだとしても、精神保健や人権についての教育を行ったとしても、その効果は限定的になると考える。

しかしながら、なぜ、このような強いスティグマが付与されているのだろうか。この問いは、ハウジングファーストの創始者ツェンベリスが、ステップアップ方式の考え方では、患者「その人」主体の医療を提供するのは不可能だとし、再路上化を繰り返すと考えたことにもつながると考える。本節では、既存のホームレス支援、トリートメントファースト＝ステップアップ方式の規範が根底にあると、なぜ「声」が聞こえなくなってしまうのかという問いのもと、ホームレス状態にある人のことを患者「その人」に置き換えて、ステップアップ方式という規範がもたらす弊害について考察する。

第1項 ステップアップさせるための試験という装置がもたらす弊害

第4章第2節において、路上に取り残されているホームレス状態にある人たちの中には障害を抱えた人がいることが明らかになり、福祉事務所においても一定の配慮が見られるようになる。しかしそれでもなお失踪する人がいた。それはなぜかと考えたとき、精神科の佐藤は「まだこうステップアップ志向だったんですね。私たちも弱い人たちで、出来ない人たちで、だからまずは施設って」と述べている。また第4章第3節で、知的障害のある女性がアパートで一人暮らしをしたいと望んだ時、以前だったら安全を守るために入院させていたかも知れないと述べているが、その理由を「まず施設っていか、ステップアップって思っていた時は、そういう状況だったらまず入院って、そこから施設とか更生施設とかっていうふうに思って」いたと述べている。加えて第7章第4節では、「本人から意思決定を奪っていく支援、それは上から目線で相手を弱い人で人間として見ていないのと同じ意味だと思うんですよね」と述べている。医療者は、なぜそのような眼差しでホームレス状態にある人をみてしまうのだろうか。

ステップアップには、「(成績・地位・技術・利率などが) 次の段階に上がって行くこと」(山田ほか[1972]2017: 791) という意味があり、次の段階に上がれるかどうかを判定するために「標準」を設定する必要がある。たとえば先述のゲーゲンは、医療に携わる人は、健康/不健康、正常/異常、知的/無知などの専門用語を用いてラベリングしながら患者「その人」に説明し、支配体制を確立していくことを指摘する(ゲーゲン[2004]2013: 59)¹¹³。これは第2章第1節で言及した「試験」につながることである。〈従順な身体〉を構築するための支配体制が整えられていくなかで、自発的に規範を守り訓練に励むようになるために試験という装置が生み出された。フーコーは、試験のことを、以下のように説明する。

試験とは、監視のための階級技術と標準化のための制裁技術を組み合わせたものである。標準化するための眼差しであり、監視は、資格を与え分類し罰することができる。それは個人の可視性を確立し、それにより個人を差別化し制裁することができる(Foucault1975:186-187=1977: 188)。

訓練を通じて得た能力(知)を、試験という名のもとに評価することは、個人化を加速させ、適性を見極めたり水準を定めたりすることにつながり、それぞれを比較してジャッジメントするという行為につながる。権力者は、試験に受かるために学ぶことを奨励し、条件を満たせば次の段階に進めるという資格を付与し賞賛し、一方試験に受からなければ脱落させるという否認の評価をした。すなわち、よい/悪い、合格/不合格、できる/できないなどとラベリングしていくことで、試験に受からなかった人、すなわち「できない人、弱い人」という烙印を押し、その理由を個人的な課題として帰結させてしまうのである。

¹¹³ ゲーゲンは、ラベリングをして診断すること自体は批判されることではないという。患者「その人」が抱える問題に対して、どのような対処方法が考えられるのか、またその人自身の責任ではないこと、病気・障害なのだから仕方がないことを示してくれるからである。加えてその苦痛や問題を和らげてくれる人(専門家など)や、物(治療法など)があることを教えてくれることにつながる(ゲーゲン[2004]2013: 62)。

さらに別の切り口から考えると、障害をタブー視する傾向もこの原理に影響を受けている。第1章で、ホームレス状態にある人のなかに、何かしらの障害を抱えた人がいるとしても公表するのが難しかったことが明らかにされたが、その背景には、健常者と呼ばれる人を基盤につくられた社会的な条件を満たさないと思われる人を、試験に受からなかった人として認識し、意識・無意識にかかわらずスティグマを付与していることが影響を及ぼしていることは否めない。ガーゲンが、「私たちのアイデンティティは、メディアによる表現のテキストによって形作られる」（ガーゲン[2004]2013: 65）と述べているように、試験という装置により他者化された「障害を抱えた人」は、マジョリティ側に勝手に「他者化」されて排除されてしまうのである。

このような状態は、第2章第4節で述べた異文化感受性発達モデルを用いて説明することが可能である。つまり上記のように、よい/悪い、合格/不合格、できる/できないと二項対立で捉える時期というのは、異文化感受性発達モデルにおいて防御＝二極化の段階であり、自文化中心主義の立ち位置にあると言える。障害を抱える人を、できない人（だからダメな人）、または弱い人（だから助けてあげないと）と二極化で捉えてしまうのは、結局のところ障害を抱える人を、異なる他者（自分たちとは違うカテゴリーの人間）として捉えているからである。

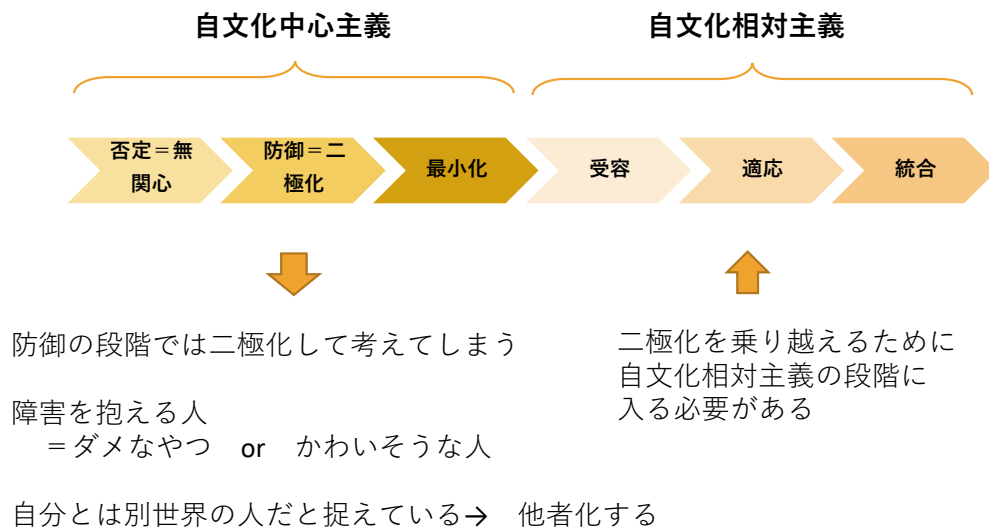


図 1 3 : 二極化して他者化する段階
 Bennett (2017) の異文化感受性発達モデルをもとに筆者作成

このようなステップアップ方式の規範が根底にあると、患者「その人」の意志・希望を聞く側・医療者は、患者「その人」の意思・希望を聞いた時、同時にステップアップ方式の「試験」という条件についても考えてしまう。条件を満たさなければ、その意志・希望は叶えられず、「できない人」として烙印を押されてしまう。よって条件を満たすためにはどうすべきかという議論にすり替わる。すると医療者も患者「その人」も、条件を満たすことが目的だと思い込みはじめてしまう。さらに医療者は、患者「その人」がその条件を満たすようになるのを監視するという立場に位置づけされてしまうのである。これは第 6 章で述べた、訪問看護ステーション KAZOC のジャッジメントしない、管理しない、変容を求めないと言われた時の医療者たちの反応に重なる。KAZOC のスタッフたちが、「管理しなければ何をやるんだ」と、KAZOC の理念に対して抵抗を示した。医学モデル、問題解決思考を前提に患者「その人」と関わってしまうと、アセスメントありきで患者「その人」と接することになり、ついには条件を満たすことが目的となり医療者主体の姿勢に陥ってしまうのである。

第2項 失敗させたくないという気持ち

ステップアップ方式は、ホームレス状態にある人や患者「その人」のみならず、医療者をも個人化させる。第7章第3節で佐藤は、失敗させたくないという気持ちが強かったという。その気持ちは患者「その人」を思いやる気持ちから自然と湧きあがるものなのだろう。しかし、その気持ちが強すぎると、時に患者「その人」の声が聞こえなくなる。

本人の意思決定をどこまで信じられるかっていう議論になった時、やっぱり心配だし、意思決定したって失敗するんじゃないか、失敗させたくないみたいなところがあった訳ですけど、いやいや失敗するのも成功するのも本人の権利だと、本人が意思決定して、本人が本人の人生を選んでいくんだと。支援者がすることは本人が選んでいく人生を邪魔しないこと、助けが必要な時に助けにいけることだみたいなの。

セルフヘルプ運動の理論化を試みた Gerben Dejong (ガベン・デジョング) は、患者「その人」の安全を守るために施設内に留まるのが最適だという考え方に対して、患者「その人」も失敗する権利があることを主張し、彼ら/彼女らも、苦勞にさらされる権利があることを主張した。自立した生活とは、失敗の可能性も含めて善悪を選択する権利なのである。しかし医療者は今まで、失敗することに対して許容してこなかったと指摘する (Dejong1979: 441-442)。佐藤は以下のように続ける。

本人から意思決定を奪っていく支援、それは上から目線で相手を弱い人で人間として見ていないのと同じ意味だと思うんですね。

そしてハウジングファーストを導入しようとした時の支援者・医療者たちのことを、以下のように表現する。

何かいきなりアパートなんて可哀想だぐらいの議論もあったんですけど、

精神の人がアパートで一人暮らしなんて無理だみたいな空気感があった

これらの言葉は、患者「その人」のことを思うからこそ出てきた言葉だと考える。しかし、医療者自身は意識していなくても、知らぬ間に本人から意思決定を奪っている可能性がある。そこには、医療者自身もステップアップ方式のなかで評価されていることが影響をおよぼしていると言えるのではないだろうか。第4章第3節で佐藤は以下のよう述べている。

ケースワーカーが『入院させる』って、『まずは評価して』って言った時に、『いやこのままアパートでいいんじゃないか』って言ったんですよね。私は、根拠なくそう信じられて、本人の話聞いていると。入院したくないって言うし、前だったら入院させちゃっていたかもしれないけど。安全を守るために。

「安全を守るために」という言葉は、患者「その人」の安全はもちろんのこと、医療者自身の安全も考えたのではないだろうか。患者「その人」の安全を守ることが医療者の使命とする規範が強すぎると、患者「その人」の安全を守れないのは、医療者としての責任を果たせていないと評価される。つまりダメな自分またはダメな医療者とラベリングされることに抵抗を感じるため、失敗しない方法を選択してしまうのである。

以上、第1項、第2項のような状況に陥ることを察知していたツェンベリスは、ステップアップ方式ではない関わり方を見いださないと、ホームレス状態にある人の再路上化は免れないと考え、患者「その人」主体という理念を掲げたのである。ステップアップ方式の価値観に基づいていると、個人化され比較し合える環境がつけられ競争原理が働くため、資本主義社会における経済発展のためには寄与されてきたと考えるが、一方でお互いが評価しジャッジメントし合う価値観が形成され、常に対抗する意識が形成されてしまう。第2章第2節で言及した患者「その人」の説明モデルを、医療者が聞くことを妨げる壁として、スティグマ、権力格差、感情管理を挙げたが、この意識・無意識にお互いを比較し合うことを前提とするステップアップ方式のままでは、スティグマは軽減されず、それは結局のところコミュニケーション間における権力格差や感情管理にも深く影響を及ぼすのである。

第3節 「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人の「声」が「聞こえてくる方法」

それでは第2節で明らかになったように、「声」が聞こえなくなる社会構造がある中で、「声」が「聞こえてくる方法」はあるのだろうか。第3節では、「声」が「聞こえてくる方法」について考察し、「声」が聞こえやすくなる方法について提示すると同時に、オープンダイアログがもたらす可能性について言及する。

第1項 内的対話がじわじわと渦巻いて聞こえてくるメカニズム——その一つの考え方として

第7章、第8章では、「見えない人」とされてしまいホームレス状態にある人の「声」が「聞こえてくる方法」として、オープンダイアログについて検討してきた。そのうえで、医療者たちが位置づけを変えることで、患者「その人」の声が聞こえるようになり、続けて様々な変化が生じたことを明らかにした。本項では、はじめに変化することの一つとして、「傾聴とは違う、相手の話が耳に入ってくる」ことに焦点を当てて、なぜそのようなことが起こるのか、矢原（2016a）を参照しながらそのメカニズムを考える一つの考え方を提示する。

矢原は、リフレクティングのことを、単に医療者—対象者の関係を水平化するだけのものではないと、以下のように説明する

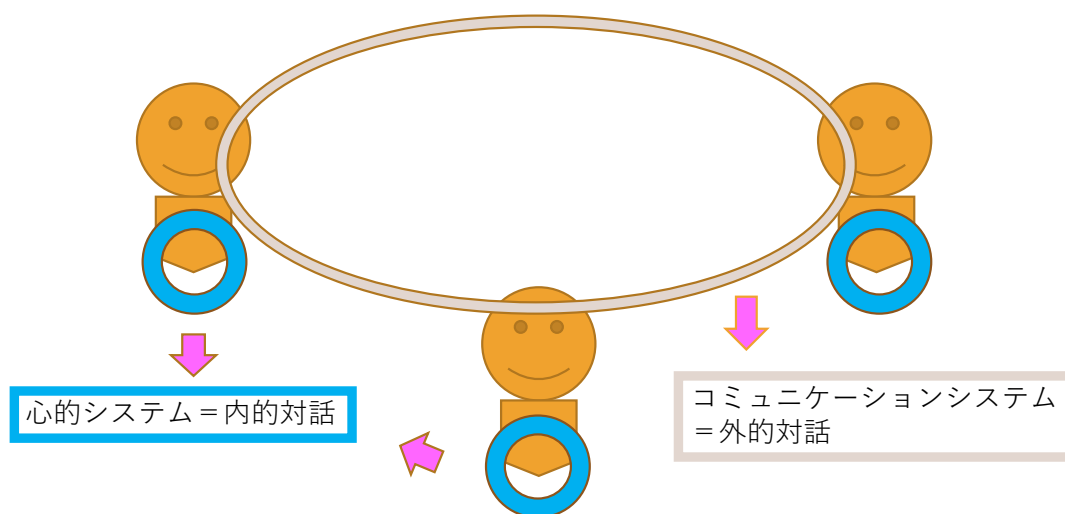
少なくともそこには、二つの大きな理論的意義を確認することができる。一つは、<観察する/観察される>という区分に「観察を観察する」（二次的観察）という水準が加わったこと、もう一つは、<はなすこと/きくこと>を<外的会話/内的会話>として位置づけることにより、コミュニケーション・システムと心的システムの水準の区分、および、その相互がうつつし込みの可能性が示されたことである（矢原 2016a: 48）。

一つ目のことは、序章で述べたポジショナリティ（位置づけ）の考え方で説明できるだろう。ここではふたつ目のコミュニケーション・システムについて確認する。私たちが普段対話をする時、2つのコミュニケーション・システムが作動しているという。一つ目が、コミュニケーション・システムとしての外的対話（自分と他者との対話）で、

ふたつ目が心的システムとしての内的対話（自分と内なる自分との対話）で、聞くことと話すことが同時に作動しているという（矢原 2016a）。この二つは、第8章の佐藤の言葉で言い換えれば、コミュニケーション・システムを「オープンダイアログ」、心的システムを「対話」と呼ぶこともできる。第8章で大間は、

相手の話を傾聴しなさいって学生の時からいっぱい言われてきたから、話を聞くときは傾聴ということ意識して聞いているつもりなんだけど、聞きながら、なんか返さなければっていうことをいっぱい考えちゃって、話自体は半分も聞けていなくて。相手の話をこれはきつとこういうことだからこう言った方がよいとか、そういう風な聞き方をしていたなあって思って。

と言っていたように、聞きながらどのように応答しようかと考えるために、話の内容を聞いているようで聞けないのである。



聞くこと（内的対話）と話すこと（外的対話）が同時に作用するため話を聞いているようで聞けない状態になっている

図14：心的システムとコミュニケーションシステムの2つの作用
矢原（2016a）をもとに筆者作成

そこで聞く人と話す人を分けたのである。しかしそこには衝立などは置かない。お互いの存在は感じられるようにしておく（第2章第3節第2項、第7章第5節参照）。こ

うすることで、聞く時間を設けられた患者「その人」（または医療者ともいえる）は、コミュニケーション・システムから逃れられ、心的システムのなかで、自分自身のなかに湧き上がってくる声に耳を傾けることができる。

聞くことと話すことを分けるっていうのをできるようになって、そうするとまずは相手の話を聞く。まずは相手の話を聞ききって、今度は自分の中に生まれた声を聞いて、解釈しないとかそういうことも意識しながら、相手の話を聞くっていうことをすると、自然と自分の中で、思ったことや伝えたいことが、内的対話で渦巻いてきて、それを、相手が話し終えたタイミングで、その場の流れでこんな風に言ってみようっていうことが、できるようになってきて。

と言うように、二つのレベルの聞く（話している人たちの声を聞く、自分自身の内なる声を聞く）ということに専念できるようになる。

しばらくしてから、聞き手と話し手の位置づけを変える。その方法は様々であるが、第7章第5節で述べたリフレクティングの作法を忘れてはならない。

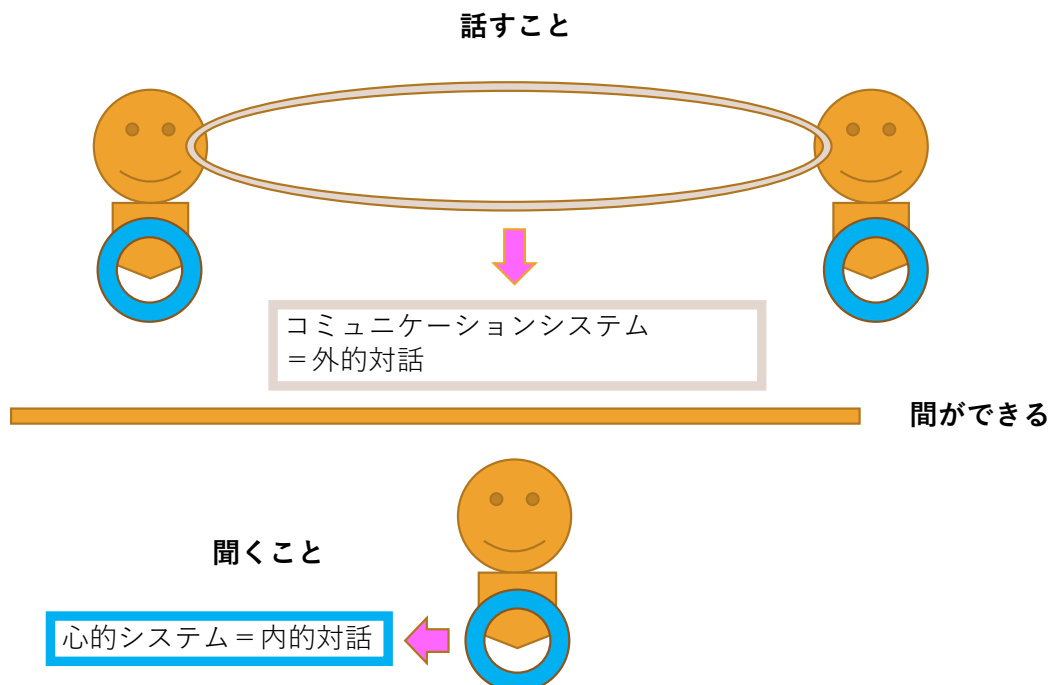


図15：聞くこと（内的対話）と話すこと（外的対話）を分ける
矢原（2016a）をもとに筆者作成

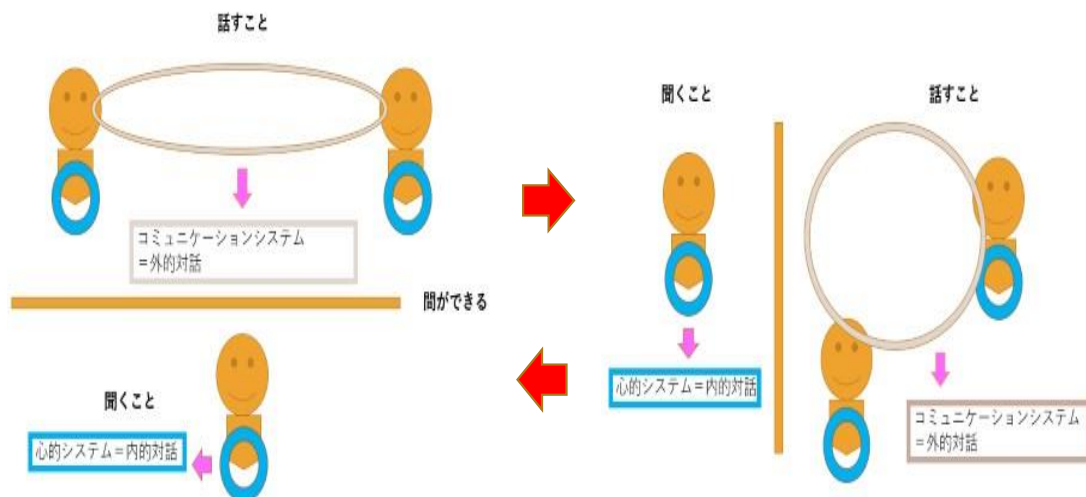


図 1 6 : 聞くことと話すことの位置づけを変える
矢原 (2016a) をもとに筆者作成

このようなことを繰り返し行っているうちに、どこかの瞬間に心的システムとコミュニケーション・システムが反応する瞬間があるという。矢原はこのことを構造的カップリングという言葉で説明する。

一方のグループにおいて外的対話がなされている間に、他方のグループには、目の前で展開される多様なとっかかりを有した数々のことばについて、自由にながめながら、そのカップリングのポイントを選択する機会が提供されている。また、その際、「聞かなくてもいい自由」が確保されていることによって、安心して内的会話を促進することが可能になっているといえる (矢原 2016a: 56)。

心的システムとコミュニケーション・システムを相互に観察し合うことで、今まで輪郭がぼやけていた自身の欲望や意志が何であったのかが見えてくる (聞こえてくる) のだという。

「聞く」と「話す」を分けることで、間ができる。聞く側は、自分について話している人を客観的に観察する時間が設けられる。そこには聞かなくてもいい自由が含まれている。すると応答しなくてはいけない、ということから解放されて、聞くことに集中できる。そうすると自身の声（内的対話）を聞く余裕ができ、内的対話が多声になる。その声を意識することで自身の考えが外在化され、自分が何に対して困っていたのか、その輪郭がいつそうと浮かび上がるようになる。また他者の意見を複数「聞く」ことで、どれかひとつにでも触発される可能性が高くなる。自分の内的対話と他者の外的対話がある時点で融合する瞬間があり、自身の考え（物語）が新たに構成されていくのだと考える¹¹⁴。

第2項 リフレクティング×異文化感受性発達モデル

しかしこの形を実践すれば、誰でも内的対話が聞こえてくるわけではないと矢原は指摘する。そこには、自分自身もシステムの中にいる一員だと自覚して、自分のことを観察する姿勢（すなわちメタ認知能力が問われている）、その場にいる全員の声を大切に
する姿勢、適切な間を保つ姿勢がなければ、内的対話は聞こえてこないし、構造的カッ
プリングも起こらないという（矢原 2016a: 61）。

第8章第4節で、佐藤は、支援者・医療者として、彼の考えの方が正しかったと考えていたと述べている。

*私が支援者の立場の時は、私の考えの方が正しいと思っていたんですけど、実は私の考えも未来
に対しての一つの方法っていうだけの支援者目線の方法であって、それが正しいかどうかなんて
分かんないっていうことに気づくべきなんだと。*

実践を重ねていくうちに、自然と「声」は聞こえてくるものだと考える。しかし、この「聞く」と「話す」を分けるシステムに、異文化感受性発達モデルの考え方を導入したらと考えた。第8章で述べているように、オープンダイアログをはじめた当初は、相手を説得しようという気持ちが起りやすい。また否定的なことを言いたくなる時が

¹¹⁴ 2021年5月20日、第10回小さなリフレクティングの会において、矢原（2016a: 55-61）の本を読み合わせたことで、この感覚は深まっていった。

ある。第8章第2節で観音埼が、

自分がその価値観を強く持っているとか、自分の価値観で相手を当てはめて見ているとか、なんかそういうことで、自分に返ってくるわけじゃないですか。その話している相手に対して嫌だなんて思う部分とか、なんで嫌だって思ったんだろうっていうことを、主人に話したり、豊原さんとも話をしたりとかすると、「あの人嫌だよ」ってならないんですよ。なんでそう感じたんだろう、なんでそう思ったんだろうとか話していくと、それって私自身と一緒に、結局自分の中にある嫌なものが、他の人を通して嫌だと思ったんだとか、そういうことをほんとに経験して、鏡を突きつけられてみたいみたいなそんな感じがあって。

と話していたのは、その嫌な感情を抱く自分自身を省みようとしたからこそ出てきた言葉であり、まさに自分自身を観察し、相対化する過程であったと考える。

患者「その人」の話を聞いて、医療者はすべてのことには共感できない。否定的な感情が起こることもあるだろう。第8章第3節で大間が述べていたように、そのように考えること自体は悪いことではない。しかしなぜそのような気持ちが沸き起こるのかということ、異文化感受性発達モデルで確認することで、より自分のことを観察する力が身に着くのではないかと考える。実際、第8章で語ってくれた三名の医療者たちは、医学モデルの考え方を棚上げした状態で、患者「その人」と向き合えるようになっている。この「聞く」と「話す」を分けて、リフレクティングのふたつのシステムと異文化感受性発達モデルを意識することは、より自分のことを観察する力が身に付き、適切な間を保つことができるようになると思う。

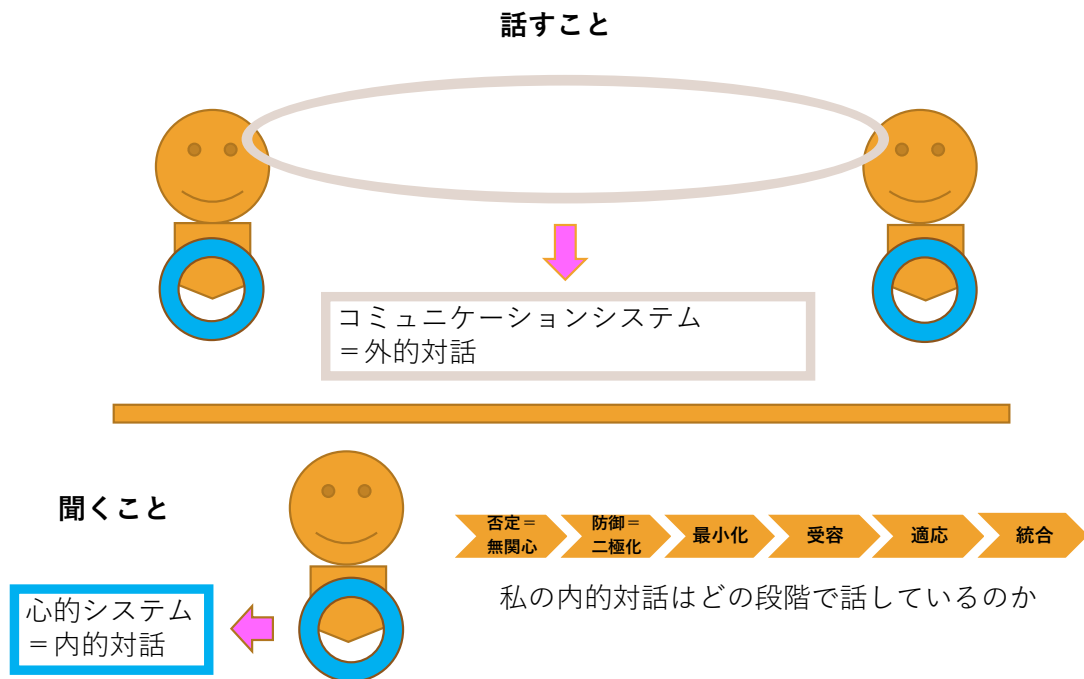


図17：リフレクティング×異文化感受性発達モデル
矢原（2016a）とBennett（2017）をもとに筆者作成

第3項 多声（ポリフォニー）と感情の共同化がもたらすこと

しかし忘れてはならないことがある。オープンダイアログの目的は、あくまでも対話をすることであり、ホームレス状態にある人や患者「その人」を変革させるものでも、医療者自身を変革させるものでもない。オープンダイアログとは、対話を通してホームレス状態にある人や患者「その人」、家族、医療者共々に「感情の共同化」が起こることで、「声」が聞こえてくるという前提を忘れてはいけない。オープンダイアログの特徴として、複数で対応するという姿勢があり、そうすることでより、心的システムとコミュニケーション・システムの間「間」が生じやすくなる。二者間のコミュニケーションではなく、複数人の「声」が交差することで、新しい価値観がより生まれやすくなるのである。

大間は、以下のように述べている。

同じセラピストが複数いると、自分以外のセラピストが話しているのを聞く時間が持てて、それを聞いていると、そこから自分一人では思いつかなかった想いや考えを引っ張り出してもらえる感覚があって。そこから自分の世界も広げられている感覚があって。(中略)なんか受け取っている場所が自分とは全然違うと思いました。まあみんな違いますよね。リフレクティングすると、みんな受け取る場所が違うから、それがポリフォニーっていうことになるんですよね。だからきくと、自分しか受け取れない場所もあるだろうし、それはそれでいいのかな、いいんだろうなって思えるようになりました。

自分一人では思いつかなかったことが、他の人の「声」に触発されて引き出される。それぞれの感情が共同化されることで、新たな視座が創成されていく。それと同時に、自分にしか受け取れない場所があると感じられる。そこには能力主義を前提として他者を「他者化」しながらお互いを比較する関係性ではなく、ポリフォニー(多声)、すなわち異なっていることが認めあえる世界観が前提にあり、他の人の「声」をジャッジメントしないで受け取っている様子が伺える。佐藤は、多声(ポリフォニー)である違いを、人が呼吸をするのと同じくらい違うものであるという。

私という人間における呼吸法が違うから。私にとってどういう風にしたらちゃんと呼吸できるのかを教えてほしいわけですけど。それは他の人の呼吸法を真似したってできないというか、私の肉体と身体の歪みと全部に影響した呼吸法があってそれは自分にしか分からない。0.01秒の差みたいな感じです。

0.01秒の差で人は違うものである。だからこそ多声(ポリフォニー)でいいのである。そのことが認められているからこそ、医療者にとっても尊重されていると感じる。大間は、オープンダイアログを実践しはじめて、彼女自身がはじめて自分の言葉を聞かれたように感じたという。

正しいか正しくないかのものさしを持たれずに、ありのままに自分の言葉を聞いてもらえるって体験ができたから、だんだん自分の感じていることや考えていることを抵抗なく話せるようになってきた気がします。

人は、自分の言葉を他者に聞いてもらえたと体感した経験があるからこそ、人の話が聞こえるようになるのだ。そのような経験が相手にも反響されて、相手の反応が自然と変化する。オープンダイアログを経験した医療者たちの言葉からは、「待ってよかった」という「声」が多く聞かれる。不確実性に耐えて待ったことで、「声」が聞こえるようになるのだろう。最後に、豊原は以下のように述べる。

(ダイアログは) 聞かなきゃと思っちゃうから、その何だろう、ある意味 効率が悪いと思うんですよ。経済合理性みたいな話で言えば。こう切って捨てていったほうが、多分支えれるとは思いますが、そういう訳にもいかんっていう。まあ、ちょっと戻れないなって感じですかね。知る前には戻れないからやるしかないなみたいな。

現在の医療制度の枠組みのなかでオープンダイアログを実践するのは、経済的側面や効率性などを考慮すれば、決して容易なことではない。しかし、オープンダイアログの世界観、対立や比較が棚上げされるような構造のもとで創成されるジャッジメントされない空間は、「見えない人」とされてしまうホームレス状態にある人にも、患者「その人」、医療者にも安心感を与え、自然とお互いの「声」を発し/聞くことができるようになることが示唆された。だからこそ豊原は、知る前には戻れなくなると述べたのである。

「見えない人」とされてしまいホームレス状態にある人の声を医療者が聞くことができない壁とは、最終的には、合理的・効率的であることを追求し過ぎた結果、切り捨てられてしまった私たち医療者の「感情」が置き去りにされたからなのではないだろうか。さらに序章でヤングが指摘したように、格差が広がる中で人々の鬱憤はより逸脱しているとみなされる人（本研究ではホームレス状態にある人や精神・知的・精神障害を抱えた人）に対して不寛容になり、スティグマが強く付与されてしまうのである。このような現実があるなかで、オープンダイアログは、誰であっても一人一人の「声」が尊重され、「感情」を取り戻す環境を整える一助として一つの可能性を示すことができたと考える。

第4節 本研究の意義

以上、序章から終章を通して、「見えない人」とされてしまいホームレス状態になる人の「声」を医療者が聞くことを妨げる壁と、その「声」が聞こえてくる方法について探求してきた。本研究の意義は、大きく分けて四つある。

一つ目は、序章で挙げた SDH、公平性、社会的公正の視座を持たなければならないという指摘に対して、ホームレス状態にある人を直接研究対象として調査するのではなく、彼ら/彼女らを取り巻く社会制度的背景や学術的にどのような議論が展開されてきたのかを概観し、ホームレス状態にある人を取り巻く支援者・医療者の「声」に焦点を当て、社会構成主義の視座で分析したことで、制度的な課題や人権意識の希薄さはもちろん、無意識に抱いている支援者・医療者のスティグマを浮き彫りにしたことである。その無意識に抱いているスティグマは、権力格差間におけるコミュニケーションや感情管理にまで影響を及ぼし、加えてステップアップ方式の規範でホームレス状態にある人と関わることで、彼ら/彼女らの「声」を無意識に排除していることを明らかにした。

二つ目は、「見えない人」とされてしまいホームレス状態にある人の「声」が「聞こえてくる方法」をオープンダイアログに見いだし、その実践により、医療者たちは今までの医学モデルを前提とした規範が解かれていき、自然とホームレス状態にある人の「声」が聞こえてきたことを示唆したことである。さらにその方法は、ホームレス状態にある人のみならず、医療者にも安堵感をもたらし、双方ともに影響を及ぼすことを明らかにした。加えてリフレクティングの際に異文化感受性発達モデルを導入することで、より自分自身が無意識に抱いているスティグマに気付ける方法を示した。

三つ目は、研究方法論として医療人類学のなかでも応用研究に焦点を当てて整理したことで、医療人類学と看護人類学を架橋し、医療人類学における看護実践家のポジショナリティを明確にしたことであり、今後の医療・看護学の文脈においての人類学的研究の発展に貢献できるものと考えられる。

最後に、ハウジングファーストで求められる「その人」主体の姿勢について、医療の文脈における「医療者主体の医療」から「患者「その人」主体の医療」への変遷を概観し、その背景のもとクラインマンの説明モデル概念が打ち出され、その潮流のなかでオープンダイアログが誕生したことをつなげたことである。それは、現在、病院中心医療から地域中心医療への転換のなかで求められる医療者の関わり（眼差し）に対する課題に示唆を与え得るものになると考える。

第5節 本研究の限界と今後の課題

本論文は、調査地で実践されている活動の一部分を筆者の見解で切り取り、現地点における筆者の解釈に基づいて執筆したものである。それは自分自身の思考の限界に挑むものであり、筆者自身の眼差し（価値観や規範）を脱構築させつつ完成させたが、その自身の思考の限界が本研究の限界である。

次いで医療者に広く問題提起したいと考え、あえて医療－精神医療、精神－知的－発達障害と枠を設けずに研究を進めてきた結果、医療という文脈において整理できたが、医療－精神医療・障害という文脈の整理までには至らなかった。筆者は、医療－精神医療が分断されているために、障害に対してのスティグマが強化されていると考えているため、医療－精神医療・障害というテーマで整理していきたい。

さらにオープンダイアログが目指している「愛の感情」に焦点を当て、「感情の共同化」を目指すというのは、ケアに近いものなのではないだろうか。看護の原点は、もともとは貧困層の人を対象にケアを提供していた修道女（後の看護師）たちの活動である。それが、医療が台頭していくなかで、病院組織を管理し監視する立場を請け負わされてしまい、キュアとケアの狭間で葛藤することにつながっている。ケア－看護師という文脈でどのように語られてきたのか整理していきたい。

また教育の文脈で、感情を共有できる機会を創造していきたい。近年、共感力を高めるような教育実践が紹介されており、今後の医療教育において重要な意義があることを改めて考えた。人権教育、社会的排除、スティグマに関する啓発と合わせて、感情を共有できるような教育実践の開発に努めていく。

最後に、ホームレス状態にある人の声を医療者が聞くことを妨げていた壁を理解できた今、今後は、一人の人として、ホームレス状態にある人の話を聞き、彼ら/彼女らの意味世界を探求していきたい。

謝辞

本論文の執筆にあたり、多くの方々にご指導と御厚意を賜りましたことを、心より感謝申し上げます。

特に長期に渡るフィールドワークを認めてくれたゆうりんクリニックのスタッフの皆様方には、深くお礼を申し上げます。医療機関での調査には、守秘義務が課せられるにもかかわらず、筆者のことを信頼し、そこに居ることを認めてくれたこと、そのご厚意がなければ本論文は生まれることはありませんでした。皆様方、そしてクリニックに来られる方々との交流を通して、多くのことを学ばせて頂きました。また訪問看護ステーション KAZOC のスタッフの皆様方にも感謝申し上げます。新人研修や皆様方の訪問に同行させていただき、愛情深い一つ一つのやり取りが心に残っております。言語化できたものは多くはないのですが、KAZOC の理念を体感できました。ハウジングファースト東京プロジェクトの活動に参加する皆様方にも多くの協力をいただきました。皆様方には、常に温かい眼差しで励ましていただき厚く御礼を申し上げます。そして私を育ててくれた池袋の町と、多くのホームレス状態にある方々にも深くお礼を申し上げます。2013年に日本に帰国してから、筆者は池袋での活動を通して皆様方に会い、関わるなかで成長させて頂きました。その学びは筆者の原点であり、一つ一つが大切な宝物となっております。本論文は、皆様方の「声」をもとに生まれたものです。本当にありがとうございました。

調査地以外でも多くのご指導とご示唆を頂きました。フランスのハウジングファースト研修に参加した皆様、フィンランドのオープンダイアログ研修に参加した皆様、小さなフレクティングの会の皆様、イサクワークのスタッフの皆様、ハウジングファースト研究班の皆様、日本保健医療社会学会（看護・ケア研究部会）の皆様、臨床実践の現象学研究会の皆様、都市貧困研究会の皆様方に深く感謝を申し上げます。皆様方との交流を通して学んだことは、この論文執筆に影響を与えており、貴重な経験をさせていただきました。

また学校法人日本教育財団首都医校の先生方には、時短勤務を認めていただき、たまにしか出勤しない筆者に対して、先生方には多くの協力と励ましを頂きながら、温かい眼差しで見守っていただきました。心より感謝申し上げます。

最後になりましたが、実践者としての経験を、研究という装置を用いて表現する方法をご教授いただき、アカデミックな世界への扉を開いてくれた横浜国立大学都市イノベ

ーション学府の藤掛洋子先生、そして常に適切なお指導と、貴重なお示唆と励ましをいただきました江原由美子先生、斎藤麻人先生、松本尚之先生、三浦倫平先生に深く感謝申し上げます。先生たちには、人類学、社会学という新たな視座をご教授いただきました。医療・看護の眼差しから、この二つの学問の視座を得るには時間を要しましたが、入学当初に比べると少しは変化したと考えております。また忌憚ない意見交換と相談ができた研究室の仲間からは、多くの励ましとお示唆をいただきました。年齢を重ねてからの学生生活となりましたが、皆様方と切磋琢磨できたことはかけがえのない経験です。

ここに書き切れなかった方々、そしていつどんな時も支えてくれた家族にも心を込めて感謝申し上げます。本研究で得られた成果を、今後の医療・看護の文脈における実践の場で活かしていきたいと思っております。ありがとうございました。

初出一覧

各章・各節における初出は以下の通りであるが、本論文の論旨に一貫性を持たせるため、加筆、修正、省略を行っている。また、第6章第2節～第4節においては、出版社の校正前の原稿をもとに加筆、修正している。

第3章第1節～第4節

須賀（高桑）郁子、2021、「ホームレス支援の新たな取り組みを展開する精神科医の意味世界——ハウジングファースト東京プロジェクトの形成過程」『常盤台人間文化論叢 = Tokiwadai journal of human sciences』7: 209-236.

第6章第2節～第4節

須賀郁子、2021、「オープンダイアログの思想も大切に作るクリニックの実践——ハウジングファーストで求められる対象者主体の意思決定支援になるために」『賃金と社会保障』1775: 16-26.

引用文献

- Alanen, Yrjö O. 2009, "Towards a More Humanistic Psychiatry: Development of Need - Adapted Treatment of Schizophrenia Group Psychoses," *Psychosis*, 1(2): 156-166.
- Bateson, Gregory, Don D Jackson M., Jay Haley and John Weakland H., 1963, "A Note on the Double Bind: 1962," *Family process*, 2(1): 154-161.
- Baxter, Andrew J., Tweed, Emily J., Katikireddi, Srinivasa V., and Thomson, Hilary., 2019, "Effects of Housing First Approaches on Health and Well-Being of Adults who are Homeless or at Risk of Homelessness: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials," *J Epidemiol Community Health*, 73(5): 379-387.
- Baxter, Ellen and Kim Hopper, 1982, "The new mendicancy: homeless in New York City," *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3): 393-408.
- Bennett, Milton J., 1986, "A Developmental Approach to Training for Intercultural Sensitivity," *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2): 179-196.
- Bennett, Milton J., 2004, "Becoming Interculturally Competent," *Toward Multiculturalism: A Reader in Multicultural Education*, 2: 62-77.
- Bennett, Milton J., 2017, "Development model of intercultural sensitivity." In Kim, Y (Ed) *International encyclopedia of intercultural communication*.
- Black, Sir Douglas, 1982, "Inequalities in Health: the Black report,"
- Boylston, Mary T. and Rosemarie O'Rourke, 2013, "Second-Degree Bachelor of Science in Nursing Students' Preconceived Attitudes Toward the Homeless and Poor: A Pilot Study," *Journal of Professional Nursing*, 29(5): 309-317.
- Burt, Martha M. 1992, "Over the Edge: The Growth of Homelessness in the 1980s," Russell Sage Foundation.
- Busch-Geertsema, Volker, Dennis Culhane and Suzanne Fitzpatrick, 2016, "Developing a Global Framework for Conceptualising and Measuring Homelessness," *Habitat International*, 55: 124-132.
- Charles, Cathy, Amiram Gafni and Tim Whelan, 1997, "Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does it Mean?(or It Takes at Least Two to Tango)," *Social Science & Medicine*, 44(5): 681-692.

- Charles, Cathy, Amiram Gafni and Tim Whelan, 1999, "Decision-Making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-Making Model," *Social Science & Medicine*, 49(5): 651-661.
- Collins, Susan E., Malone, Daniel K., Clifasefi, Seemas L., Ginzler, Joshua A., Garner, Michelle D., Burlingham, Bonnie, Lonczak, Heaser S., Dana, Elizabeth A., Kirouac, Megan, Tanzer, Kenneth, Hobson, William G., Marlatt, Alan G., and Larimer, Mary E., 2012, "Project-Based Housing First for Chronically Homeless Individuals with Alcohol Problems: Within-Subjects Analyses of 2-Year Alcohol Trajectories," *American Journal of Public Health*, 102(3): 511-519.
- Deegan, Patricia E., 1988, "Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4): 11.
- Dejong, Gerben, M.P.A., 1979, "Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm," *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 60: 435-446.
- Dilworth - Anderson, Peggye, Geraldine Pierre and Tandra Hilliard S., 2012, "Social Justice, Health Disparities, and Culture in the Care of the Elderly." *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 40(1): 26-32.
- Dougherty, Molly C. and Toni Tripp-Reimer, 1985, "The Interface of Nursing and Anthropology," *Annual Review of Anthropology* 14(1): 219-241.
- Foucault Michel, 1975, *Surveiller et Punir: Naissance de la prison*, Gallimard. (田村椒訳, 1977, 『監獄の誕生——監視と処罰』新潮社。)
- Frieden, Thomas. R., 2010, "A Framework for Public Health Action: the Health Impact Pyramid," *American Journal of Public Health*, 100(4): 590-595.
- Fujita, Masami, Sadatoshi Matsuoka, Hiroyuki Kiyohara, Yousuke Kumakura, Yuko Takeda, Norimichi Goishi, Masayoshi Tarui, Masaki Inaba, Mari Nagai, Masahiko Hachiya and Noriko Fujita, 2020, "“Staying at Home” to Tackle COVID-19 Pandemic: Rhetoric or Reality? Cross-Cutting Analysis of Nine Population Groups Vulnerable to Homelessness in Japan," *Tropical Medicine and Health*, 48(1): 1-12.
- Gardner, Janet and Jan Emory, 2018, "Changing Students' Perceptions of the Homeless: A Community Service Learning Experience," *Nurse Education in Practice*, (29):133-136.

- Glasser, Irene and Rae Bridgman, 2003, "Homelessness," Carol Ember R. and Melvin Ember eds., *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics-Volume 1; Cultures. Vol. 2.*, New York: Springer Science & Business Media, 170-177.
- Göran, Dahlgren and Margaret Whitehead, 1991, "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health," *Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe.*
- Greenwood, Ronni M., Schaefer-McDaniel, Nicole J., Winkel, Gary, and Tsemberis, Sam J., 2005, "Decreasing Psychiatric Symptoms by Increasing Choice in Services for Adults with Histories of Homelessness," *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4): 223-238.
- Hatzenbuehler, Mark L., 2017, "Structural Stigma and Health," Major Brenda, Dovidio John F. and Link Bruce G. eds., *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, USA: Oxford University Press, 105-121.
- Henwood, Benjamin F., Victoria, Stanhope, and Deborah, K. Padgett., 2011, "The Role of Housing: A Comparison of Front-Line Provider Views in Housing First and Traditional Programs," *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2): 77-85.
- Hines-Martin, Vicki and Whitney Nash, 2017, "Social Justice, Social Determinants of Health, Interprofessional Practice and Community Engagement as Formative Elements of a Nurse Practitioner Managed Health Center," *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 4: 218.
<file:///C:/Users/ikuri/Downloads/article-IJNCP-218.pdf>
- Holland, Karen, 2019, "Principles of Anthropology for Nursing and Health Care" Karen Holland ed., *Anthropology of Nursing: Exploring Cultural Concepts in Practice.* New York: Routledge.
- Hordyk, Shawn Renee, Jill Hanley and Éric Richard, 2015, "'Nature is There; Its Free': Urban Greenspace and the Social Determinants of Health of Immigrant Families," *Health & place*, 34: 74-82.

- Hopper, Kim., 1991, "Homelessness Old and New: The Matter of Definition." *Housing Policy Debate* 2. (3): 755-813.
- Johnson, Guy., Parkinson, Sharon. and Parsell, Cameron., 2012, "Policy Shift or Program Drift? Implementing Housing First in Australia," *Australian Housing and Urban Research Institute Limited*, Melbourne, Final Report, 184: 1-25.
- Kate, Law and John William, 2012, "Homelessness as Culture: How Transcultural Nursing Theory can Assist Caring for the Homeless," *Nurse Education in Practice*, 12(6): 371-374.
- Kennedy, James., Godwin, Arku. and Evan, Cleave., 2017 "The Experiences of Front-Line Service Providers of Housing First Programme Delivery in Three Communities in Ontario, Canada." *International Journal of Housing Policy*, 178(3): 396-416.
- Kleinman, Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Lalonde, Marc, 1974, "A New Perspective on the Health of Canadians."
<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leininger, Madeline, 1991, "Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing," New York: National League for Nursing Press.
- Link, Bruce G. and Jo Phelan C., 2001, "Conceptualizing stigma." *Annual review of Sociology*, 27(1): 363-385.
- Löfstrand, Cecilia Hansen. and Kirsi, Juhila., 2012, "The Discourse of Consumer Choice in the Pathways Housing First Model," *European Journal of Homelessness*, 6 (2).
- McCracken, Eric C., Stewart Moria A., Brown Judith B. and McWhinney Ian R., 1983, "Patient-Centered Care: the Family Practice Model," *Canadian Family Physician*, 29: 2313-2316.
- Padgett, Deborah, Benjamin Henwood F. and Sam Tsemberis J., 2016, *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*, USA: Oxford University Press.

- Patterson, Michelle., Moniruzzaman, Akm., Palepu, Anita., Zabkiewicz, Denise., Frankish, Charles J., Krausz, Michael. and Somers, Julien M.,2013, "Housing First Improves Subjective Quality of Life Among Homeless Adults with Mental Illness: 12-Month Findings from a Randomized Controlled Trial in Vancouver, British Columbia," *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8): 1245-1259.
- Perrin, Pierre., 1996, " Handbook on War and Public Health," ICRC.
- Pleace, Nicholas. 2016 "Housing first guide Europe,"
- Pulleyblank Coffey, Ellen, Mary Olson E and Phebe Sessions, 2001, "The Heart of the Matter: An Essay about the Effects of Managed Care on Family Therapy with Children," *Family Process*, 40(4): 385-399.
- Reeder, Leo G., 1972, "The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship," *Journal of Health and Social Behavior*, 13(4): 406-412.
- Seikkula, Jaakko and Mary Olson E., 2003, "The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics," *Family Process*, 42(3): 403-418.
- Shiner, Michael, 1995, "Adding Insult to Injury: Homelessness and Health Service Use." *Sociology of Health & Illness*, 17(4): 525-549.
- Sobo, Elisa J., 2004, "Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research," Carol Ember R. and Melvin Ember eds., *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics-Volume 1; Cultures. Vol. 2.*, New York: Springer Science & Business Media,: 3-11.
- Solar, Orielle and Irwin Alec, 2010, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health," *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).,,,,,*
- Straus Robert, 1957, "The Nature and Status of Medical Sociology," *American Sociological Review*, 22(2): 200-204.
- Tsemberis, Sam J. and Gulcur, Leyla. and Nakae, Maria, 2004, "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis," *American Journal of Public Health*, 94(4): 651-656.

- Tsemberis, Sam J., [2010]2015, *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Substance Use Disorders: 5ed edition*, Minnesota: Hazelden. Org/Bookstore.
- Tsemberis, Sam J., 2011, "Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual." *European Journal of Homelessness*, 5(2): 235-240.
- Whitehead, Margaret, 1991, "The Concepts and Principles of Equity and Health," *Health Promotion International* 6(3): 217-228.
- 青木秀男編・田巻松雄・中根光敏・西澤晃彦・狩谷あゆみ・山口恵子, 1999『場所をあけるー寄せ場/ホームレスの社会学』松籟社
- 青木秀男編, [2010]2011, 『ホームレス・スタディーズー排除と包摂のリアリティ』ミネルヴァ書房.
- 青山紘子, 田熊清継, 堀進悟, 2012, 「路上生活者の救急受診状況に関する検討」『日本救急医学会雑誌』 23(9): 375-382.
- 阿川千尋, 2017, 「無料低額診療事業の歴史的検討」『日本女子大学人間社会研究科紀要』 23: 139-153.
- 新井香奈子・中野康子・梶原理絵・大向征栄, 2011, 「管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難」『兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要』 18(2): 109-118.
- 綾屋紗月・熊谷晋一郎, [2010]2016, 『つながりの作法ー同じでもなく違うでもなく』NHK 出版.
- 安西英雄, 2017, 「患者中心の医療ー米国流『全人的医療』への道」『全人的医療』 16(1): 22-32.
- 飯田淳子, 2018, 「<特集コメント 1>『医療人類学にとってナラティブとは何か?』ー使い込まれた道具の味わい」『コンタクトゾーン= Contact zone』 10: 220-224.
- 飯田淳子・錦織宏, 2021, 『医師・医学生のための人類学・社会学ー臨床事例/事例で学ぶ』ナカニシヤ出版.
- 池田和彦, 2020, 「医療社会福祉制度の課題: 国民健康保険を中心に」『筑紫女学園大学研究紀要』 15: 83-96.

- 池田瑞穂, [2007]2014, 「医療人類学の可能性——健康の未来とは何か？」池田瑞穂・奥野克己 共編, [2007]2014, 『医療人類学のレッスン——病いをめぐる文化を探る』学陽書房: 1.
- 池田瑞穂, 2010, 『看護人類学入門』文化書房博文社.
- 池淵恵美, 2019, 『精神障害リハビリテーション——こころの回復を支える』医学書院.
- 石川ひろの, 2021, 「患者-医師間コミュニケーション研究に見る『患者中心の医療』という概念の進化」『医療と社会』30(4): 447-458.
- 石田慎一郎・橋本茉莉・佐川徹・大石高典・松本尚之, 2019, 「民族史を読む、アフリカを学ぶ」松本尚之・佐川徹・石田慎一郎・大石高典・橋本茉莉編『アフリカで学ぶ文化人類学——民族誌がひらく世界』昭和堂: 1-13.
- 石原孝二, 2018, 『精神障害を哲学する——分類から対話へ』東京大学出版会.
- 磯野真穂・上田みどり, 2018, 「<特集論文 1>脳卒中のリスクを伝える・脳卒中のリスクと暮らす——心房細動に対する抗血栓療法の実践での医師と患者のリスクのナラティブ」『コンタクト・ゾーン= Contact zone』10: 118-142.
- 稲垣絹代, 1999, 「野宿生活者の健康の実態：釜が崎の健康相談活動より」『日本地域看護学会誌』1(1): 75-80.
- 稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編, 2018, 『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店.
- 稲葉剛, 2020, 『閉ざされた扉をこじ開ける——排除と貧困に抗うソーシャルアクション』朝日新書.
- 稲葉剛・小林美穂子・和田静香編, 2020, 『コロナ禍の東京を駆ける——緊急事態宣言下の困窮者支援日記』岩波書店.
- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- 岩佐光広, 2018, 「医療人類学」澤野美智子編『医療人類学を学ぶための 60 冊——医療を通して「当たり前」を問い直そう』明石書店: 29-31.
- 岩田正美, 1997, 「路上の人々——新宿 1995 年-96 年」『人文学報』(281): 73-99.
- 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, 2017, 『貧困の戦後史——貧困の「かたち」はどう変わったのか』筑摩書房.
- 岩本里織・小倉弥生, 2013, 「カナダにおける健康格差を是正する看護職の教育」『神戸市看護大学紀要』(17): 65-71.

- 浮ヶ谷幸代, 2009, 『ケアと共同性の人類学——北海道浦河赤十字病院精神科病棟から地域へ』生活書院.
- 浮ヶ谷幸代, 2015, 『苦悩とケアの人類学—サファリングは創造性の源泉になりうるか?』
- 浮ヶ谷幸代, 2018, 「〈特集論文 1〉生を刻む みる・きく・たたく・かわす——北海道浦河ひがし町診療所の「音楽の時間」から」『コンタクトゾーン= *Contact zone*』10: 186-209.
- 江間由紀夫, 2020, 「『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』に関する考察」『研究紀要 Tokyo Seitoku University bulletin: Faculty of Humanities and Faculty of Applied Psychology』(27): 59-72.
- 逢坂隆子・坂井芳夫・黒田研二・的場梁次, 2003, 「大阪市におけるホームレス者の死亡調査」『日本公衆衛生雑誌』50(8): 686-696.
- 逢坂隆子・黒田研二・高鳥毛敏雄・黒川渡・西森琢・安田誠一郎・下内昭・針原重義・的場梁次, 2004, 「ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える: ホームレス者の生活習慣病対策からみた考察」『社会医学研究』22: 41-50.
- 大西連, 2019, 『絶望しないための貧困学——ルポ自己責任と向き合う支援の現場』ポプラ社.
- 大村令恵, 2003, 「野宿している人のからだの状態-隅田川の路上医療相談会から（路上死をなくすために——全国の健康支援活動）」『shelter-less』(19): 35-42.
- 大脇甲哉, 2003, 「野宿者の健康問題-加齢による影響（路上死をなくすために——全国の健康支援活動）」『shelter-less』(19): 101-107.
- 小川芳範, 2018, 「ハウジングファーストの人間観と支援アプローチ」稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 115-126.
- 小川芳範, 2021, 「ハウジングファーストを文脈化する（特集 さらに深くハウジングファースト）——（ハウジングファースト 2: 動きはじめた支援の現場（第2回））」『賃金と社会保障= Wage & social security』(1775): 4-15.
- 奥田浩二, 2010, 「援助技術 ホームレス状態にある市民を理解し支援するために」『ホームレスと社会』明石書店(3): 90-95.
- 小田博志, [2010]2015, 『エスノグラフィー入門——〈現場〉を質的研究する』春秋社.

- ガーゲン・J・ケネス著, 東村知子訳, 2004, 『あなたへの社会構成主義』 ナカニシヤ出版. (Gergen, Kenneth J., 1999, *An Invitation to Social Construction*, London: Sage Publications.)
- 萱間真美, 2021, 「伴走型支援と問題解決型支援——看護はハイブリッドモデルで」『日本精神保健看護学会誌』 29: 6-13.
- 梶原由美, 2014, 「インフォームドコンセントにおける看護の役割——ホームレス患者の意思決定支援を通して」『日本看護学会論文集, 看護総合』 44: 90-93.
- 加美嘉史, 2017, 「京都市における『ホームレス』対策の始動と展開——1990年代～2000年代を中心に（『脱貧困』戦略の構築——共生社会のグランドデザイン）」『佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集』 (5): 19-38.
- 河西奈緒・杉田早苗・土肥真人, 2015, 「ハームリダクション理念に基づく米国サンフランシスコ市のホームレス支援」『都市計画論文集』 50(1): 81-88.
- 北川由紀彦, 2006, 「野宿者の再選別過程東京都『自立支援センター』利用経験者聞き取り調査から」狩谷あゆみ編『不灯な希望——ホームレス/寄せ場をめぐる社会学』松籟社: 119-60.
- 北中淳子, 2016, 「精神医学による主体化——精神療法とバイオロジーの人類学」鈴木晃仁・北中淳子編『精神医学の歴史と人類学』東京大学出版会: 161-193.
- 北中淳子, 2019, 「医療人類学のナラティブ研究——その功罪と、認知症研究における今度の可能性」『N: ナラティブとケア』 10: 11-18.
- ギデンス・アンソニー, 松尾精文, 西岡八郎, 藤井達也, 小幡正敏, 叶堂隆三, 立松隆介, 松川昭子, 内田健訳, 1998 『社会学——改訂第3版』而立書房. (Anthony, Giddens, 1997, *Sociology: 3ed edition*, Polity Press.)
- 木村映里, 2020, 『医療の外れで——看護師のわたしが考えたマイノリティと差別のこと』晶文社.
- ギアツ・クリフォード著, 吉田禎吾・柳川啓一・中牧弘充・板橋作美訳, 1987, 『文化の解釈学 I・II』岩波書店.(Geertz, Clifford, 1973, *The Interpretation of Cultures Selected Essays*, Basic Books.)

- グッド・バイロン著, 江口重幸・五木田紳・下地明友・大月康義・三脇康生訳, 2001, 『医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義』誠信書房. (Good, Byron J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press.)
- 工藤由美, 2008, 「看護人類学論考」『千葉大学人文社会科学研究所研究プロジェクト報告書』190: 63-70.
- 窪田亜矢, 2009, 「路上生活者支援と住宅施策におけるハウジング・ファーストの導入に向けて 東京都区内における路上生活者の地域生活移行支援事業を事例として」『都市計画論文集』44: 715-720.
- 熊倉陽介・森川すいめい, 2018, 「ハウジングファースト型のホームレス支援のエビデンスとその実践」稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 20-47.
- 熊倉陽介, 2020, 「トラウマインフォームドな精神保健医療福祉のパラダイムシフト (その2) まず住まいから始めよう——トラウマインフォームドケアとしてのハウジングファースト」『精神看護』23(6): 556-561.
- クラインマン・アーサー著, 大橋英寿・作道信介・遠山宜哉・川村邦光訳, 1992, 『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』弘文堂 (Kleinman, Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.)
- クラインマン・アーサー著, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳, [1996]2015, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房. (Kleinman, Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York: Basic Books.)
- クラインマン・アーサー著, 皆藤章監訳, 高橋洋訳, 2011, 『八つの人生の物語——不確か
で危険に満ちた時代を道徳的に生きるということ』誠信書房. (Kleinman, Arthur., 2006, *What Really Matters: Living a Moral Amidst Uncertainty and Danger*. New York: Oxford University Press.)
- 黒川渡・黒田研二・逢坂隆子・高鳥毛敏雄・安田誠一郎・下内昭・西森 琢・武田勝文、2004, 「アウト・リーチ活動により認められた路上・公園・河川敷等野宿生活者の健康実態と医療・保健・福祉制度の課題」『社会医学研究』22; 51-61.

- 黒田浩一郎, 1992, 「第三章 施設・専門職・科学——近代医療の基本構造およびその成立過程」園田恭一編『社会学と医療（講座 人間と医療を考える）』弘文堂: 68-108.
- 黒田研二, 2005, 「保健医療と社会福祉、およびその共通性——ホームレス健康調査から考える」『保健医療社会学論集』15(2): 26-33.
- 桑山敬己, 2008, 『ネイティヴの人類学と民俗学——知の世界システムと日本』弘文堂.
- 桑山敬己, [2018]2019, 「文化相対主義の源流と現代」桑山敬己・綾部真雄編『詳論文化人類学——基本と最新のトピックを深く学ぶ』ミネルヴァ書房: 3-16.
- 古賀正義, 2008, 「質的調査の四半世紀」北澤毅・古賀正義編『質的調査法を学ぶ人のために』世界思想社: 3-18.
- 國分巧一朗, 2017, 『中動態の世界——意志と責任の考古学』医学書院.
- 小松康宏, 2019, 「患者参加型医療が医療の在り方を変える——21世紀医療のパラダイムシフト（特集 医療と消費者: コミュニケーションの重要性）」『国民生活研究= Journal of research on social and economic life』59(2); 56-80.
- 後藤基行, 2018, 「日本における精神病床入院と生活保護——過剰病床数と長期在院問題の淵源」猪飼周平編『羅針盤としての政策史——歴史研究からヘルスケア・福祉政策の展望を拓く』勁草書房: 21-71.
- 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.
- 後藤広史・稲葉剛・三村祐介・大澤優真, 2019, 「ハウジングファーストの効果検証に関する研究——日本におけるホームレス支援の新たな可能性」『貧困研究= Journal of poverty』(23): 105-116.
- ゴッフマン・アーヴィング著, 石黒毅訳, 2012, 『スティグマの社会学——烙印を押されたアイデンティティ』せりか書房. (Goffman, Erving, 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Inc.)
- 近藤克則, [2005]2014, 『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』医学書院.
- 近藤克則, 2011, 「健康の社会的決定要因（15）最終回 WHO の健康格差対策」『日本公衛誌』58(7): 550-554.
- 近藤恵・篠木絵理・西倉実季, 2019, 「討論 語りのなかにうもれる語り——語り研究のあらたな地平へ」『質的心理学フォーラム』11: 40-44.

- 齊尾武郎, 2014, 「急性精神病に対するオープンダイアログアプローチ——有効性は確立したか?」 『Clin Eval』 42 (2) : 531-537.
- 齋藤清二・岸本寛史, 2003 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』 金剛出版.
- 齋藤清二, 2006, 「医療におけるナラティブの展望——その理論と実践の関係」 江口重幸・齋藤清二・野村直樹 『ナラティブと医療』 金剛出版: 245-265.
- 齋藤清二, 2014, 『関係性の医療学——ナラティブ・ベイスト・メディスン論考』 遠見書房.
- 齋藤環著・訳, 2015, 『オープンダイアログとは何か』 医学書院.
- 齋藤環, 2018, 「『新しい人間主義』の潮流 四大思想——オープンダイアログ/ユマニチュード ハームリダクション/ハウジングファースト」 『精神看護』 21(6) : 532-541.
- 齋藤雅茂・近藤克則, 2010, 「社会的排除と健康格差」 藤村正之編 『差別と排除の[いま] ④ 福祉・医療における排除の多層性』 明石書店: 150-171.
- 齊藤礼子・高尾良子・深澤啓治・大森正子・長嶺路子・島史子・神楽岡澄・福内恵子・石川信克, 2013, 「ホームレス“青空 DOTS”の意義」 『Kekkaku』 88(4): 429-437.
- 榊原哲也, 2017, 「現象学と現象学的看護研究」 西村ユミ・榊原哲也編 『ケアの実践とは何か——現象学からの質的アプローチ』 ナカニシヤ出版.
- 笹沼弘志, 2008, 『ホームレスと自立/排除』 大月書店.
- 崎山治男, [2005]2007, 『「心の時代」と自己——感情社会学の視座』 勁草書房.
- 佐藤郁哉, [1992]2005, 『フィールドワーク贈訂版——書を持って街へ出よう』 新曜社.
- 佐藤哲彦, 2020, 「二つの保健医療社会学をめぐって——学際ジャンルをメンテナンスする多様性と継続性」 『保健医療社会学論集』 31(1): 32-39.
- 実松克義, 2017, 「フィールドワーク——人類学の方法論とその課題、シンポジウム寄稿論文」 『国際行動学研究』 12: 31-71.
- 澤野美智子, 2018, 「<特集論文 1>序——医療人類学における「理想」のナラティブと現実の間」 『コンタクト・ゾーン= Contact zone』 10: 107-117.
- 白波瀬達也, 2015, 『宗教の社会貢献を問い直す——ホームレス支援の現場から』 ナカニシ出版.
- 進藤雄三, 1990, 『医療の社会学』 世界思想社.

進藤雄三, 1999, 「医療と「近代性」(<特集> シンポジウム 2: 医療における近代と脱近代)」『保健医療社会学論集』 10: 32-37.

スー・デラルド・ウィン著, マイクロアグレッション研究会訳, [2020]2021, 『日常生活に埋め込まれたマイクロアグレッション——人種、ジェンダー、性的指向：マイノリティに向けられる無意識の差別』明石書店. (Sue, Wing D., 2010, *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*, Hoboken, NJ: Wiley.)

杉田聡・藤崎和彦, 1992, 「第 5 章 医師養成の社会学」園田恭一編『社会学と医療』弘文堂:139-168.

鈴木陽子・山崎喜比古, 2005, 「結核に罹患した『ホームレス』への保健師による健康支援活動の視点と関わり方——横浜市 T 区で働く保健師の事例から」『社会医学研究』 23: 75-82.

スチュワート・モイラ著, 山本和利監訳, 2002, 『患者中心の医療』診断と治療社.
(Stewart, Moira, Judith Brown B., Wayne Weston W., Ian McWhinney R., Carol McWilliam L. and Thomas Freeman R., 1995, *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Sage Publications, Inc.)

セイックラ・ヤコブ/トム・アーンキル著, 高木俊介・岡田愛訳, [2016]2017, 『オープンダイアログ』日本評論社. (Seikkula, Jaakko, and Tom Arnkil E., 2006, *Dialogical Meetings in Social Networks*, Routledge.)

セイックラ・ヤコブ/トム・アーンキル著, 斎藤環監訳, 2019, 『開かれた対話と未来——今この瞬間に他者を思いやる』医学書院. (Seikkula, Jaakko, and Tom Arnkil E., 2014, *Open Dialogues and Anticipations: Respecting Otherness in the Present Moment*, Finland: National Institute for Health and Welfare.)

瀬戸屋希・萱間真美・宮本有紀・安保寛明・林亜希子・沢田秋・船越明子・小市理恵子・木村美枝子・矢内里英・瀬尾智美・瀬尾千晶・高橋恵子・秋山美紀・長澤利枝・立石彩美, 2008, 「精神科訪問看護で提供されるケア内容——精神科訪問看護師へのインタビュー調査から」『日本看護科学会誌』 28(1): 41-51.

瀬戸屋雄太郎, 2011, 「日本の ACT の概観——フィデリティ調査などから見えていること」『精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia Japonica』 113(6): 619-626.

- 千田有紀, [2001]2014, 「構築主義の系譜学」上野千鶴子編『構築主義とは何か』勁草書房: 1-41.
- 園田恭一, 1976, 「社会医学, 公衆衛生学と保健・医療社会学」『社会学評論』26(3): 2-15.
- 孫大輔, 2018, 『対話する医療——人間全体で診て癒すために』さくら舎.
- 孫大輔・塚原美穂子, 2018, 「不確実性に耐える——オープンダイアログがプライマリ・ケアにもたらす新たな可能性」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』41(3): 129-132.
- 高桑郁子, 2017, 「路上生活者を取り巻く生活環境と健康との関連性に関する一考察——エスノグラフィーから見えてきた支援を拒む池袋地区のホームレスを事例として」『常盤台人間文化論叢= Tokiwadai journal of human sciences』3: 113-133.
- 高橋涼子, 2015, 「精神医療」中川輝彦・黒田浩一郎編『[新版]現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社: 162-183.
- 鷹田佳典, 2019, 「特集論文 なぜ医師の物語は重要であるのか 二人の『アーサー』からの示唆」『質的心理学フォーラム』11: 13-22.
- 武井麻子, [1997]2021, 「③家族療法, B 精神療法, 第 6 章 精神科での治療」『系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護学[1] 精神看護の基礎』医学書院: 256-264.
- 武井麻子, [1997]2021, 「E この本で伝えたいこと, 第 1 章 精神看護学で学ぶこと」『系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護学[1] 精神看護の基礎』医学書院: 21-22.
- 武井麻子, [2001]2012, 『感情と看護——人とのかかわりを職業とすることの意味』医学書院.
- 武井秀夫, 1985, 「クリニカル・メディスン・メン——『臨床人類学』運動考(文化人類学の現在<特集>)——(医療人類学とは何か)」『理想』627: 211-218.
- 竹内幸枝・坂口千鶴・ソルステインソンみさえ・秦野環・高島和歌子, 2002, 「第 2 回日本赤十字看護学会学術集会 テーマセッションⅠ 国際救援活動」『日本赤十字看護学会誌』2(1): 8-15.
- 武田裕子編, 2021, 『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点』日本看護協会出版会

- 武田裕子, 2021, 「健康格差をもたらす『健康の社会的決定要因 (SDH)』」武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点』日本看護協会出版会: 003-028.
- 武田裕子・須賀 (高桑) 郁子・久保田健司, 2021, 「医療者がかかわるアウトリーチ——路上生活者・生活困窮者への支援」武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点』日本看護協会出版会: 206-218.
- 竹端寛, 2018, 「講演「開かれた対話」の可能性——オープンダイアログと未来語りのダイアログ (特集 未来語りのダイアログとオープンダイアログ——看護研究における「開かれた対話」)」『看護研究』51(2): 122-131.
- 田中永昭, 2020, 「スティグマとアドボカシーを考慮した糖尿病療養指導」『医学のあゆみ』273(2): 176-180.
- 辻内琢也・河野友信, 1999, 「文化人類学と心身医学」『心身医学』39(8): 585-593.
- 妻木進吾・堤圭史郎, [2010]2011, 「家族規範とホームレス——扶助か桎梏か」青木秀男編『ホームレス・スタディーズ——排除と包摂のリアリティ』ミネルヴァ書房: 169-20.
- 傳田健三, 2017, 「自閉スペクトラム症 (ASD) の特性理解」『心身医学』57(1): 19-26.
- デンジン・K・ノーマン/イヴァンナ・S・リンカン著, 平山満義監訳, 岡野一郎・古賀正義編訳, [2006]2008, 『質的研究ハンドブック 1 巻——質的研究のパラダイムと眺望』北大路書房. (Denzin, Norman K. and Yvonna Lincoln S., 2000, *Handbook of Qualitative Research, Second Edition*, Sage Publications.)
- トム・ギル, 2011, 「路上をめぐる争い——日本、米国、英国のシェルターを拒むホームレスの人々および路上生活者」『国民民俗学博物館研究報告』35(4): 681-711.
- トム・ギル, 2013, 「日本の都市路上に散った男らしさ——ホームレスにとっての自立の意味」サビーネ・フリーシュテュック, アン・ウォルソール編, 長野ひろ子監訳, 『日本人の「男らしさ」——サムライからオタクまで「男性性」の変遷を追う』明石書店: 175-202.
- 中川輝彦・黒田浩一郎編, 2015, 『[新版]現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社.

- 中島明子, 2006, 「ホームレスの人々への居住支援 と自治体居住政策——ハウジング・ファースト施策と課題 特集『新たな地域住宅政策の可能性』」『都市住宅学』53: 44-47.
- 中村かれん著, 石原孝二・河野哲也監訳, 2014, 『クレイジー・イン・ジャパン——べてるの家のエスノグラフィ』医学書院. (Nakamura, Karen, 2013, *A Disability of the Soul: An Ethnography of Schizophrenia and Mental Illness in Contemporary Japan*, Cornell University Press.)
- 中野加奈子, 2013, 「ホームレス状態に陥った知的障害者のライフコース研究」『佛教大学大学院社会福祉学研究科編』(41): 33-44.
- 波平恵美子, 1990, 「看護および医療における文化人類学的研究の方法」『看護研究』23(2): 2-9.
- 波平恵美子, 1994 『医療人類学入門』朝日新聞社.
- 波平恵美子, [2005]2016, 『質的研究 Step by Step——すぐれた論文作成をめざして』医学書院.
- 西岡大輔・長嶺由依子, 2021, 「健康格差に対する社会的処方の可能性」武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点』日本看護協会出版会: 039-054.
- 西尾彰泰, 堀田亮, 佐渡忠洋, 水谷聖子, 渡邊貴博, 松浦健伸, 田村修, 植原亮介, 山本眞由美, 2015, 「名古屋市におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査——精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由に与える影響」『社会医学研究』32(2): 103-110.
- 西村ユミ, 2001, 『語りかける身体——看護ケアの現象学』ゆみる出版.
- 西村ユミ, 2017, 「ケアの実践を記述すること/自らの視点に立ち帰ること」西村ユミ・榎原哲也編『ケアの実践とは何か——現象学からの質的研究アプローチ』ナカニシヤ出版: 22-44.
- 二文字屋脩, 2011, 「『ホームレス』であること——名古屋市におけるホームレスの経験とその解釈」『白山人類学』14: 187-212.
- 認定 NPO 法人自立支援生活サポートセンター・もやい, 2017, 『先生、貧困ってなんでですか?』合同出版: 38.

- 野口裕二,[2001]2014,「臨床のナラティブ」上野千鶴子編『構築主義とは何か』勁草書房: 43-62.
- 野口裕二, 2018,『ナラティブと共同性——自助グループ・当事者研究・オープンダイアログ』青土社.
- 野坂祐子, 2019,『トラウマインフォームドケア——“問題行動”を捉えなおす援助の視点』日本評論社.
- 野中猛, [2003]2008,『[図説]精神障害リハビリテーション』中央法規出版.
- 橋本明, 1990,「精神障害者とホームレス問題——1960年以前の東京における『細民』・『浮浪者』調査を中心に『人文学報』」「『社会福祉学』(6): 217-240.
- 長谷川敏彦, 1985,「医学人類学の齎したもの(文化人類学の現在<特集>)——(医療人類学とは何か)」『理想』 627: 194-210.
- 浜田明範, 2018,「<特集コメント 1>『医療人類学にとってナラティブとは何か?』に寄せて」『コンタクトゾーン= Contact zone』 10: 210-219.
- 原口剛, 2006,「1950-60年代の港湾運送業における寄せ場・釜ヶ崎の機能」『都市文化研究』 7: 34-49.
- 原田玄機, 2019,「知的障害者像の偏りから生まれた典型的な生活——なぜ日本の知的障害者は親元から作業所に通うのか」猪飼周平編『羅針盤としての政策史——歴史研究からヘルスケア・福祉政策の展望を拓く』勁草書房: 201-248.
- 早川和男, 1997,『居住福祉』岩波新書.
- 早坂裕子,2001,「第4章 健康・病気の社会的格差」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会: 49-71.
- 榛沢和彦, 2016,「わが国と欧米の避難所の違いは?(特集 熊本地震: 何が起こり, 何をを行ったか) —— (災害時に知っておくべきこと Q&A)」『治療』 98 (11) : 1809-1812.
- フォスター・M・ジョージ/バーバラ・G・アンダーソン著, 中川米造監訳, 1987,『医人類学』リプロポート. (Foster, George M. and Barbara Anderson G., 1978, *Medical Anthropology*, New York, Chichester, Brisbane, Tronto: John Wiley & Song.)
- 福重清, 1999,「社会問題研究におけるポストモダン派社会構成主義の可能性」『ソシオロギス』 23: 182-195.

- 福原宏幸, 2007, 「第 1 章 社会的排除/包摂論の現在の展望——パラダイム・「言説」をめぐる議論を中心に」福原宏幸編『社会的排除/包摂と社会政策 シリーズ・新しい社会政策の課題と挑戦 第 1 巻』法律文化社.
- フーコー・ミシェル著, 神谷美恵子訳, [1969]2011, 『臨床医学の誕生』みすず書房.
(Foucault, Michel, 1963, *Naissance de la Clinique: Une Archeologie du Regard Medical*, Paris: Press Universitaires de France.)
- フーコー・ミシェル著, 田村俣訳, [1975]2010, 『狂気の歴史——古典主義時代における』新潮社. (Foucault Michel, 1972, *Histoire de la Folie à l'âge Classique*, Editions Gallimard.)
- 藤井克彦・田巻松雄, [2003]2004, 『偏見から共生へ——名古屋発・ホームレス問題を考える』風媒社.
- 藤重仁子, 2017, 「アメリカにおける補完代替医療の「復興」と移民: 鍼治療を事例として」『森ノ宮医療大学紀要』 11: 77-86.
- 藤重仁子, 安井 渚, 久木元 由紀子, 中村 めぐみ, 前田 薫, 五十嵐 淳介, 2020, 「インフォームド・コンセントの歴史と近年の課題」森ノ宮医療大学紀要 14: 1-16.
- 藤田結子・北村文編, 2013, 『現代エスノグラフィー』新曜社.
- 藤村正之, 2010, 「福祉・医療における排除の多層性」藤村正之編『差別と排除の[いま]④ 福祉・医療における排除の多層性』明石書店: 8-18.
- フランク・W・アーサー著, 鈴木智之訳, [2002]2010, 『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』ゆみる出版. (Frank, Arthur W., 1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. The University of Chicago Press.)
- フリードソン・エリオット著, 進藤雄三・宝月誠訳, 1992, 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣. (Freidson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc.)
- ヘルマン・G・セシル著, 辻内琢也監訳責, 牛山美穂・鈴木勝巳・濱雄亮監訳, 2018, 『ヘルマン医療人類学——文化・健康・病い』金剛出版. (Helman, Cecil G., [1984]2007, *Culture, Health, and Illness (5th edition)*, Hodder Arnold Press.
- ホックシールド・R・アーリー著, 石川准・室伏亜希, 2000, 『管理される心——感情が商品になるとき』世界思想社. (Arlie Hochschild R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press.)

- 前田泰樹・西村ユミ, 2020, 『急性期病院のエスノグラフィー——協働実践としての看護』新曜社.
- マクナミー・シェイラ/ケネス・J・ガーゲン編, 野口裕二・野村直樹訳, [2014]2017, 『ナラティブ・セラピー——社会構成主義の実践』遠見書房. (McNamee, Sheila and Kenneth Gergen J., 1992, *Therapy as Social Construction*, Sage Publication Ltd.)
- マッケロイ・アン/パトリシア・K・タウンゼント著, 丸井英二監訳, 杉田聡, 近藤正英, 春日常訳, 1995, 『医療人類学——世界の健康問題を明かす』大修館書店. (McElroy, Ann and Patricia Townsend K., [1985]1989, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*(2ed edition), Westview Press, Inc.)
- 松本健二・小向潤・笠井幸・森河内麻美・吉田英樹・廣田理・甲田伸一・寺川和彦・下内昭, 2013, 「ホームレス結核患者の服薬支援と治療成績に関する検討」『結核』88(9): 659-665.
- 松本俊彦編, 2019, 『「助けて」が言えない——SOSを出さない人に支援者は何ができるのか』日本評論社.
- 丸山泉, 2021, 「一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会の活動」武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方——病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点』日本看護協会出版会: 055-062.
- 丸山里美, [2013]2014, 『女性ホームレスとして生きる——貧困と排除の社会学』世界思想社.
- 道信良子, 2012, 「ヘルス・エスノグラフィー子どものフォトボイスを事例として, 第16回作業科学セミナー特別講演」『作業科学研究』6(1): 15-19.
- 道信良子, 2016, 「健康と医療の人類学(特集 研究の意味 多領域との対話から)」『看護研究』49(7): 552-556.
- 道信良子, 2020, 『ヘルス・エスノグラフィー——医療人類学の質的研究アプローチ』医学書院.
- 三井さよ, 2004, 『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房.
- 三井さよ, 2018, 『はじめてのケア論』有斐閣.
- 三野宏治, 2010, 「日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察-米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに」『Core Ethics: コア・エシックス』6: 413-423.

- 箕浦康子, [1999]2000, 「フィールドワークと解釈的アプローチ」箕浦康子編『フィールドワークの技法と実際——マイクロ・エスノグラフィー入門』ミネルヴァ書房: 2-20.
- 村上靖彦, 2021, 『子どもたちがつくる町——大阪・西成の子育て支援』世界思想社.
- メイヤロフ・ミルトン著, 田村真・向野宣之訳, 1971=[1987]2011, 『ケアの本質——生きることの意味』ゆるみ出版. (Mayeroff Milton, *On Caring*, Harper & Row.)
- 森川すいめい・中村あずさ・熊谷知子, 2003, 「池袋野宿者の高血圧と生活習慣病——池袋医療班の試み (特集 路上死をなくすために——全国健康支援活動)」『Shelter-less』(19): 84-100.
- 森川すいめい・上原里程・奥田浩二・清水裕子・中村好一, 2011, 「東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率」『日本公衆誌』(5): 331-339.
- 森川すいめい, 2013a, 『漂流老人ホームレス社会』朝日新聞出版.
- 森川すいめい, 2013b, 「巻頭言」山北輝裕編『東京プロジェクト 2012 年度活動報告書——世界との対話へ』特定非営利活動法人メデュサン・デュ・モンド・ジャポン: 1.
- 森川すいめい, 2018, 「ハウジングファーストという試みが始まっている」稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 11-19.
- 森田洋司監修, 森田洋司, 進藤雄三編, 2006, 『シリーズ社会問題研究の最前線 I 医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社.
- 矢原隆行, 2016a, 『リフレクティング——会話についての会話という方法』ナカニシ出版.
- 矢原隆行, 2016b, 「斎藤環 訳著『オープンダイアログとは何か』(医学書院, 2015年)」『保健医療社会学論集』27(1): 126-127.
- 矢原隆行, 2021, 「『オープンダイアログとリフレクティング』シンポジウム『回復の語りとコミュニティ』」『保健医療社会学論集 32 特別号』: 28.
- 山北輝裕, 2014, 『質的社会研究シリーズ 7 路の上の仲間たち——野宿者支援・運動の社会誌』ハーベスト社.
- 山北輝裕, 2015, 「知的・精神障害をかかえた野宿者の地域生活への移行」『理論と動態』(8): 55-73.

- 山北輝裕, 2018, 「パスウェイズ・トゥ・ハウジングとハウジングファースト」 稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 48-70.
- 山田壮志郎, 2003, 「ホームレス対策の3つのアプローチ——『就労自立アプローチ』への傾斜とその限界性」『社会福祉学』44(2): 24-33.
- 山田壮志郎, 2008, 「ホームレスの多様性と複線的アプローチ——自立支援センターの支援記録にみるホームレス対策の課題」『社会福祉学』48(4): 17-29.
- 山田壮志郎, 2013, 「東京プロジェクトの今日的意義」山北輝裕編『東京プロジェクト2012年度活動報告書——世界との対話へ』特定非営利活動法人メデュサン・デュ・モンド・ジャポン: 84-86.
- 山田壮志郎編, 2020, 『ホームレス経験者が地域で定着できる条件とは何か——パネル調査からみた生活困窮者支援の課題』ミネルヴァ書房.
- 山田壮志郎, 2021, 「生活保護とスティグマ・再考-ホームレス経験のある受給者へのインタビュー調査から」『日本福祉大学社会福祉論集』143・144: 133-157.
- 山田忠雄・柴田武・酒井憲二・倉持保男・山田明雄・上野善道・井島正博・笹原宏之 [1972]2017, 『新明解国語辞典 第7版 特装青版』三省堂.
- 山本則子, 2015, 「研究方法の垣根を越え、『看護学の知』の山をめざす(特集 現象学を語る)——(対談・ディスカッションを終えて)『看護研究』48(6): 551-553.
- ヤング・ジャック著, 青木秀男・伊藤泰郎・岸正彦・村瀬真保呂訳, [2007]2010, 『排除型社会——後期近代における犯罪・雇用・差異』洛北出版. (Young, Jock, 1999, *The exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*, London: SAGE Publications.)
- ライト・D・ジェームズ著, 浜谷喜美子訳, 1993, 『ホームレス——アメリカの影』三一書房. (Wright, James D., 1989, *Address Unknown: The Homeless in America*, Aldine De Gruyter.)
- 湯浅誠, [2008]2013, 『反貧困——「すべり台社会」からの脱出』岩波新書.
- 吉田淳, 2018, 「貧困ビジネス施設の実態」稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 88-100.
- 吉田竹也, 1992, 「ギアツの文化システム論 その可能性と限界」『ソシオロジ』36(3): 21-36.

- リスター・ルース, 松本伊智郎監訳, 立木勝訳, 2011, 『貧困とはなにか——概念・言説・ポリティクス』明石書店. (Lister, Ruth, 2004, *Poverty*, Malden: Polity Press.)
- レイニンガー・マデリン著, 田村やよひ訳, 1990, 「民族看護学：文化の違いを超えた看護知識を生み出すための看護研究法」『看護研究』23(2): 31(167)-48(184).
(Leininger, Madeleine, 1990, "Anthropological Research Method. Ethnonursing: the Nursing Research Method to Generate Transcultural Nursing Knowledge" *Kango Kenkyu. The Japanese Journal of Nursing Research* 23(2): 167-184.)
- 渡邊乾, 2018, 「日本の精神科医療とハウジングファースト」稲葉剛・小川芳範・森川すいめい編『ハウジングファースト——住まいからはじまる支援の可能性』山吹書店: 145-169.

【引用文献（インターネット・ウェブサイト）】

American Hospital Association Patient's Bill of Rights.

<https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/>

（最終閲覧 2021 年 11 月 6 日）

HUD exchange “Definition of Chronic Homelessness”

[https://www.hudexchange.info/homelessness-assistance/coc-esg-](https://www.hudexchange.info/homelessness-assistance/coc-esg-virtual-binders/coc-esg-homeless-eligibility/definition-of-chronic-homelessness)

[virtual-binders/coc-esg-homeless-eligibility/definition-of-chronic-homelessness](https://www.hudexchange.info/homelessness-assistance/coc-esg-virtual-binders/coc-esg-homeless-eligibility/definition-of-chronic-homelessness)

（最終閲覧 2021 年 10 月 18 日）

Institute of Global Homelessness

[https://ighomelessness.org/igh-announces-the-first-global-framework-on-](https://ighomelessness.org/igh-announces-the-first-global-framework-on-homelessness/)

[homelessness/](https://ighomelessness.org/igh-announces-the-first-global-framework-on-homelessness/)（最終閲覧 2021 年 10 月 18 日）

The National Alliance to End Homelessness “Chronically Homeless”

[https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/who-experiences-](https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/who-experiences-homelessness/chronically-homeless/)

[homelessness/chronically-homeless/](https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/who-experiences-homelessness/chronically-homeless/)（最終閲覧 2021 年 10 月 18 日）

United Nation “Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development”

<https://sdgs.un.org/goals>.（最終閲覧 2021 年 12 月 6 日）

World Health Organization “About WHO, Governance, Constitution”

<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>（最終閲覧 2020 年 5 月 29

日）

World Health Organization “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”

[https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStr-](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf)

[ategy_1981_en.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf).（最終閲覧 2021 年 12 月 6 日）

World Health Organization “Primary Health Care: The Basis for Health Systems

Strengthening, Frequently Asked Questions, 2010”

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205658/B4558.pdf?sequence=1>

[&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205658/B4558.pdf?sequence=1).（最終閲覧 2021 年 11 月 6 日）

World Health Organization “Social Determinants of Health: The Solid Facts: Second Edition”

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.

（最終閲覧 2021 年 11 月 2 日）

医学会新聞「オープンダイアログが秘める可能性ーナーシングカフェ「『オープンダイアログ』ってなんだ!?!」」

https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2014/PA03072_03

(最終閲覧 2021 年 5 月 26 日)

池田瑞穂「online: 病院を社会的・文化的に記述すること」

<http://cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/ethnohosp.html>. (最終閲覧 2021 年 12 月 15 日)

一般社団法人全国訪問看護事業協会「平成 25 年度訪問看護ステーション数調査結果」

<https://www.zenhokan.or.jp/guideline/> (最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

『オープンダイアログ』フィンランドにおける精神病治療への代替アプローチの『開かれた対話』(Open Dialogue, Japanese subtitles) (最終閲覧 2021 年 5 月 26 日)

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン (ODNJP) 「オープンダイアログ対話実践のガイドライン第 1 版」<https://www.opendialogue.jp/>.

(最終閲覧 2021 年 5 月 11 日)

熊谷晋一郎「「当事者研究から見える社会」(視点・論点)」NHK 解説委員会

<https://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/415457.html>

(最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

厚生労働省「ケアマネジメント・ACT について、資料 3、第 15 回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」平成 21 年 3 月 26 日

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-8d.pdf>

(閲覧最終 2021 年 4 月 17 日)

厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)」

Microsoft PowerPoint - 160207 あり方検報告書(概要・検討会后)(mhlw.go.jp)

(最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

厚生労働省「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/171u.pdf>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

厚生労働省「生活困窮者自立支援制度等の推進について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000340726.pdf>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

厚生労働省「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況——新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第 1 回）」

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c.pdf>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

厚生労働省「精神保健医療の現状と取組状況, 第六回医療計画の見直し等に関する検討会」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qsw-att/2r9852000001qt3j.pdf> (最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

厚生労働省「平成 28 年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）の結果（詳細版）」（資料 2）生活実態調査の結果（詳細版）表の見方 (mhlw.go.jp)

(最終閲覧 2021 年 5 月 11 日)

厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17922.html (最終閲覧 2021 年 10 月 18 日)

厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査報告書の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5.html> (最終閲覧 2021 年 10 月 18 日)

厚生労働省「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000485228.pdf> (最終閲覧 2021 年 5 月 10 日)

篠原修司「ナイキ CM に「感動した」「日本人を差別主義者の悪者にしてる」賛否両論, 実体験ストーリーの説明伝わらず」2020 年 12 月 1 日.

<https://news.yahoo.co.jp/byline/shinoharashuji/20201201-00210363/>

(最終閲覧 2021 年 5 月 1 日)

白波瀬達也「ホームレスを『おっちゃん』と考える人は、本当のホームレス問題を知らない」PRESIDENT Online,2021,5,1 (最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

社会福祉法人 浦河べてるの家ホームページ <https://urakawa.bethel-net.jp/>

(最終閲覧 2021 年 5 月 27 日)

世界の医療団@MDM_JP・2021 年 11 月 24 日 (2021 年 11 月 27 月投稿),

https://twitter.com/MDM_JP. (最終閲覧 2021 年 12 月 15 日)

玉居子泰子「精神的な「苦痛や依存」を語り合うことの効果——北海道「べてるの家」の当事者会研究とは何か」東洋経済 2019 年 4 月 30 日

<https://toyokeizai.net/articles/-/278179> (最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

チーム医療推進協議会「チーム医療を詳しく知る」<http://www.team-med.jp/specialists>
(最終閲覧 2021 年 7 月 14 日)

東京都「自立支援センター『豊島寮』を開設しました」

<https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2016/03/20q39200.html>

(最終閲覧 2021 年 6 月 29 日)

東京都「東京チャレンジネット」<https://www.tokyo-challenge.net/>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

東京都「ホームレスの自立支援等に関する 東京都実施計画 (第 4 次)」仮 (tokyo.lg.jp)

(最終閲覧日 2021 年 5 月 13 日)

東京都「路上生活者対策支援付地域生活移行事業実施要綱」

<http://www.tokyo23city.or.jp/ki/dataroom/ro/sienntuki.pdf>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

東京都「住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書」

https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2018/01/26/documents/14_02.pdf (最終閲覧 2021 年 10 月 18 日)

東京都福祉保健局「無料低額宿泊所 (宿泊所) とは」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/shisetsu/shukuhaku/shukuhaku.html> (最終閲覧 2021 年 6 月 3 日)

東京都福祉保健局「保護施設とは」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/shisetsu/hogo.html>

(最終閲覧 2021 年 6 月 3 日)

特定非営利活動法人 TENOHASI「TENOHASI のあゆみ」<https://tenohasi.org/about/>

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

内閣府「合理的配慮を知っていますか？」

https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/gouriteki_hairyo/print.pdf.

(最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

内閣府「障害者白書 平成 24 年版」

<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h24hakusho/zenbun/honbun/index.html> (最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

日本看護協会「看護にかかわる主要な用語の解説——概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈」<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (最終閲覧 2021 年 6 月 30 日)

日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会, 2011, 「提言 わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」日本学術会議. <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf> (最終閲覧 2021 年 7 月 3 日)

認定 NPO 法人世界の医療団「ハウジングファースト東京プロジェクト——ホームレス状態の人々の精神と生活向上プロジェクト」<https://www.mdm.or.jp/project/103/> (最終閲覧 2021 年 5 月 13 日)

認定 NPO 法人世界の医療団「福島そうそうプロジェクト」
<https://www.mdm.or.jp/project/805/> (最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

訪問看護ステーション KAZOC <https://kazoc.jp/corporateidentity> (最終閲覧 2021 年 5 月 14 日)

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会・モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会「医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版」

https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf. (最終閲覧 2021 年 12 月 9 日)

ReMHRAD(リムラッド)「精神保健福祉資料——平成 25 年度 6 月 30 日調査の概要」: 166

https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/assets/pdf/h25_630.pdf. (最終閲覧 2021 年 12 月 19 日)

Sphere『スフィアハンドブック——人道憲章と人道支援における最低基準』2018.
<https://www.nagoya2.jrc.or.jp/content/uploads/2021/08/Sphere-Handbook-2018-Japanese.pdf>. (最終閲覧 2021 年 12 月 9 日)