

## 精神科訪問支援場面における「媒介された対話」の構造 ——地域生活支援のエスノメソドロジー——

浦野 茂

### 1. 地域精神医療の概念

今日の日本の精神科医療は依然として病院精神医療をその制度的基盤としている。よく引かれるように2011年における日本の精神科病床数は人口10万人に対して269床であり、これは経済協力開発機構(OECD)加盟国の平均数の約4倍である。また精神科の入院患者の平均在院日数は268日と、OECD加盟国の平均日数の8倍を超えている。多くの患者たちがその治療を比較的長期にわたる入院生活のなかで受けざるをえないでいるのが、日本の現状である(OECD 2015: 171)。産業化された国々の大半は、その精神科医療を重い障害をもつ人たちへの医療をも含めて地域精神医療を中心とするものへと切り替えてきた。その一方、依然として入院治療に大きく依存している日本では、既存の法制度を変革する必要性が広く認識されてはいるものの、その実現のためには多くの課題が残されている。

しかし法制度のレベルから具体的実践のレベルへと目を移すと、精神障害者の地域生活をアウトリーチによって支える地域精神医療の取り組みがすでに数多く進められている。地域精神医療とは、病院精神医療と対照をなす医療観のことをいう。伊藤(2013)によると、病院精神医療においては入院がおもな療養の場であり、地域社会は症状の安定した後における維持的治療の場と位置づけられている<sup>1</sup>。これとは対照的に、地域精神医療においては地域社会こそが治療と支援のおもな場であり(重い障害をもつ人たちへの治療と支援も同様である)、入院はあくまで一時的な緊急避難の場と位置づけられている。

病院精神医療は、精神障害をもつ本人の同意にもとづく入院の仕組みを長く欠いていた日本の法制度のもとで(たとえば任意入院の仕組みが設けられたのは1987年成立の精神保健法においてである)、強制的な長期入院をもたらしてきた。地域精神医療はその経緯において、生活のすべてを病院内の医療のもとへと包摂するこうした入院精神医療への反省にもとづき、それに代わるものとして進められてきた。したがって地域精神医療における生活と医療との関係は病院精神医療とは正反対の形をとる。すなわち医療は、精神障害をもつ人がその意思にもとづいて地域社会において生活を送るための多様な支援のうちのひとつへと位置づけ直されている。

この地域精神医療の基本的な考え方については、次の3つの概念によって捉えられる。第一はリカバリー概念である。これは精神障害をもつ人たちが普通の市民としての生活を回復することを意味している。つまり、精神障害の症状から回復することではなく、障害のもたらし影響のなかで、またそれにもかかわらず自身の意思にもとづいて送る生活を回復

<sup>1</sup> この節における地域精神医療についての整理は、伊藤(2013)にもとづく。

することである (Deegan 1988)。このリカバリーのために必要になるのが、地域における生活の多様な側面における多様なニーズに対する包括的ケアである。これが第二の概念である<sup>2</sup>。もちろん医療はこの支援の一部をなしている。なお、これらの支援は人々のニーズが生じる現場である生活の場においてなされる必要がある。さらには障害のために地域社会から孤立を余儀なくさせられる可能性もある。したがって支援は障害をもつ人たちの生活の場に赴いてなされる必要がある。これを言い表すのが、第三のアウトリーチの概念である。

精神障害をもつ人たちの意思にもとづき、その生活における多種多様なニーズに対し、そのニーズの生じている現場へと赴いて支援を行う。地域精神医療の基本的な考え方をひとまずこのように捉えておくことができる。

## 2. 病識および病識欠如の問題

自己決定の原則にもとづく医療において、その対象となる人たちのもつ意思は治療と支援にとって欠くことのできない本質的な条件である。このことは地域精神医療においても変わることはない。しかし精神科医療においては、精神障害の症状の及ぼす影響のため、その対象となる人たちの意思にもとづいて治療・支援を行うことじたいが難題であり続けてきた。このことは、対象者たちの市民生活の回復を目的としてその治療と支援が位置づけられている地域精神医療にとって、とりわけ当てはまる (Szmukler 2021)。また、強制的な外来治療制度のない日本では、対象者の意思によらない精神科医療の関与とはすなわち強制的入院を意味することになる。したがって病院精神医療に代わるものとしてみずからを位置づける地域精神医療にとり、対象者のもつ意思はその根幹をなすきわめて重要な意義をもっていると考えられる。

以下では、地域精神医療がこうした対象者のもつ意思や自己理解をめぐる難題に対してどのようにアプローチしているのか、その方法をいくつかの事例を検討しながら明らかにしたい。しかしその前にまず、精神障害をもつ人の治療や支援への意思をめぐる困難を精神科医療がどう捉えてきたのかを見るために、病識および病識欠如の概念とそれへの批判について触れておきたい。これによって事例検討における焦点を明確にできると考えるからだ。

病識 (insight) とは、精神障害をもつ人 (おもに妄想を症状のひとつとする統合失調症をもつ人) の自己認識の能力を評価するための医学的概念である。その後の学問的展開のための基礎となった A.ルイスの定義によると<sup>3</sup>、病識とは「自身に生じた病的変化に対する正し

<sup>2</sup> 閉鎖病棟のような単一の権威のもとに生活の全局面が統制されている全制的施設と異なり、地域社会における生活は相互に関係を欠く多種多様な社会関係と権威から構成されている。包括的ケアとは、このような環境のもつ多種多様性に対応して必要となる多種多様な支援を包括的に行うことを意味している。

<sup>3</sup> このような捉え方は、病識概念の歴史を辿った G.E.ベリオスと I.S.マルコヴァによる (Berrios and Marková 2004)。ちなみにこの 2 人によると、この概念のひとつの由来は 19 世紀半ばのフランスにあるという。当時の触法者の責任をめぐる司法的論議に精神医学が接近するなかで、「部分的狂気 (モノマニー)」の

い態度」のことであるという (Lewis 1934: 340)。したがって病識をもつとは、障害者本人が医療者による見立てと一致して自身を病的状態にあると認め、治療的支援をみずから求める態度を示すことと言換えられる。反対に病識欠如とは、障害者本人がその精神症状のために自身が病的状態にあるとの正しい認識をもちえず、そのために本人と医療者との間に不一致が生じている状態のことである。

以上からもわかるように、病識の概念は医療者が障害者との間に治療的支援関係を形成し、継続していくにあたって重要な役割を担っている。病識があることはその人をして病者役割の取得を可能にする。したがって医療者との間に継続的な治療的支援関係を形成することを容易にする。そして医療者の視点からすると、これを治療におけるコンプライアンスを期待できる状態であると見ることができる。反対に病識欠如においては、本人は自身のことを治療的支援の必要な病的状態にあるとは認めていない。しかしそれにもかかわらず治療的支援を要すると医療者が判断するならば、本人の意思によらない強制に訴える以外の手段はない。さらに、病識欠如のもとでは本人のもつ意思や認識の具体的なあり様は障害の症状として捉えられているため、本人の意思によらない強制的な治療的支援には本人保護という理由によって正当性が認められることになる。このように病識欠如の概念は強制的な治療的支援の導入を正当化する役割を担っている。

しかし当然のことながら、強制的な治療的支援には大きな問題が含まれている (熊倉 1987)。そして病識および病識欠如の概念に対しては、この強制的な手段を正当化するものである点で多くの批判がなされてきた。たとえば精神障害をもつ当事者は次のような批判を展開してきた。病識欠如とは障害のために適切な自己理解の能力が失われている状態とされる。このために障害をもつ人による自己理解と意思表示、主張はたんに否定されるだけでなく、症状として捉えられることにより理解と信用に値するものとしてのそもそもの地位が否定される。さらに本人がこれに反論や抵抗を示したとしても、これらは病識欠如との判断のもとでさらなる症状として捉えられることになる。このように病識欠如の概念は、精神障害をもつ人を悪循環の過程に閉じ込め、社会関係から実質的に除外するように働いている<sup>4</sup> (Chamberlin 1977=1996, 吉田 1980, Deegan 2001=2012)。

### 3. 病識欠如の背景

当事者によるこのような批判は、煎じ詰めると病識概念の前提をなす個人主義的能力観に向けられている。自己理解の能力をあたかも個人の内的現象として捉え、したがってそこで帰属されることになる状況の詳細とその問題とを素通りさせてしまう、そういったこの

---

ように精神機能の一部 (たとえば感情や意思の障害) に限定された障害を考える可能性が現れた。これが自身の精神障害についての自己認識を意味する病識概念の由来のひとつであるという。

<sup>4</sup> ちなみに、こうした病識をめぐる問題を、社会における知識生産や伝達、分布をめぐる倫理的および道徳的問題を論じる「認識的不正義」の問題領域において受け止めた論考としては、Scrutton (2017)や Guidry-Grimes (2019)がある。

概念の立脚点が批判されているのである。そしてこのような批判は実際に適切であるように思われる。なぜなら、第一に、このような能力（病識）や能力欠如（病識欠如）とは、——先に引いたルイスの定義に「自身に生じた病的変化に対する正しい態度」とあることにも明らかのように<sup>5</sup>——具体的な社会的状況のなかでしかるべき基準を用いて判断されて成り立つ事態だからである（Kirmayer et al. 2004）。そして第二に、そうであるにもかかわらずこのような内的な捉え方を採用してしまうと、この事態が成立するさいの状況とその問題とが素通りされてしまうからである。おそらくこの状況のなかには、地域精神医療の実践者たちがそれに向き合い対応しなければならず、したがってまたその実践を適切に理解するために本質的でもある、そういった課題や困難を見ることができはるはずである。

それではこの状況とはどのようなものだろうか。そこで次に E. ゴフマンの議論をわずかながら振り返っておきたい。精神障害についてそれを取り囲んでいる社会的状況とのかかわりのなかで捉え直していった彼の議論は、病識をめぐる問題を考えるうえでも重要な視点を与えてくれる。それを踏まえることにより、この問題にはただの個々人の問題（障害者個人の内的状態や、周囲の個々人がもつ偏見）へと還元しえない複雑さが含まれていることに、留意できると思う。

ゴフマンによる議論のねらいのひとつは、精神障害に関わる一連の概念をそれらが用いられている具体的社会的状況のなかで差し戻して記述し直すことにある。公共の場面や精神科病院の閉鎖病棟、脱施設化状況における家庭といった様々な社会的状況に注目し、精神障害がそれぞれどのような仕方で観察できる形で現れ出てくるのかを彼は記述している。そうした作業を通じて彼は、精神障害をめぐる社会成員のもつ理解を理解しようとしていた<sup>6</sup>（Goffman 1961=1984, 1963=1980, 1971）。

狂気を精神障害という医療の対象として扱う精神科医療の場合、そのような理解は医学モデルを用いることによって成し遂げられている（Goffman 1961=1984: chap. 4）。医学モデルとは、患者の身体に局在する疾患をその身体の所有者である患者の同意の下に専門的医療者が治療するという、専門的修繕サービスに似た形式をそなえる生物学的医療の枠組である。しかしその一方、精神障害とは、状況に適合しておらず、さらにはその適合していないことじたいにその人が志向を示しえないような逸脱として現れる（Goffman 1963=1980, 1971）。こうした逸脱のあり方はそれが現れる具体的状況のあり方を本質的に不可欠な背景としている。したがってそのままでは問題を身体内部へと還元する医学モデルを適用することはできない。そのために医療者たちは、様々な働きかけ（それを彼は「翻訳過程 translation process」と呼ぶ）を通じ、問題が何らかの形でその人に内在している（あるいは元から内在していた）との理解を作りあげることになる（Goffman 1961: 327=1984: 378）。

こうしたモデルの適用は、逸脱から精神障害を、言い換えると道徳的对象を元にそれを脱

<sup>5</sup> 強調は引用者による。

<sup>6</sup> 言い換えると彼の議論は、精神障害についての社会成員の概念をそれが適用される様々な具体的状況の中で記述しているのであって、精神障害をみずから定義しその原因を示そうとしたわけではない（Lynch 2001）。

道徳化して医療的对象を作りあげることである。しかしその一方、このモデルによってはカバーしきれない要素が残る(天田 2015)。その最大のものは、精神障害をもつとされる本人の同意にかかわる要素である。精神障害がまずは道徳的な逸脱として見出されるということは、本人と密接な間柄にある人たち(家族成員やコミュニティの成員)もまたこの本人への治療にとっての深い関与者になることを意味している。したがって医療者たちは治療においてこの人たちの意向に対応せざるをえず、そうでなくともそれを気かけざるをえない状況に置かれる。本人の目からするとこの状態は医療者と第三者との結託と映るだろうし、そのような状況において本人がみずから治療を希望して患者の地位につくと期待することは難しいだろう(Goffman 1971: 338f.)。

しかしこのような要素があるにもかかわらず、医学モデルを適用しようとするとうどうなるだろうか。たしかに逸脱は脱道徳化され、医療的对象へと作り替えられる。制裁ではなくて治療が与えられることになる。これによって精神障害を治療するという枠組を維持することができるだろう。しかしその一方で上のような事情があるために本人がこの治療の依頼者であり続けることは難しくなるだろう。依頼者の地位は家族成員やコミュニティの関係者へと移譲され、代わって本人には治療対象の地位があてがわれる(Goffman 1961: 300f.=1984: 345f.)。

ゴフマンが見るように、ここには皮肉がある。精神科医療は医学モデルを適用することにより、みずからの振る舞いを道徳的制裁ではなくて治療へと移行させることができる。けれどもこのような脱道徳化には、治療を受ける人をもっぱら治療対象にしてしまうことにより、治療に参加する主体でありえなくさせてしまうおそれが伴っている。医学モデルを用いた脱道徳化がかえって治療を受ける人のもつ自己認識能力を無化してしまうこと、このような状況が精神科医療において存在していることをゴフマンの議論は示唆している。

#### 4. ACT(包括型地域生活支援プログラム)の概要

以上の2つの節において、精神障害をもつ人の治療への意思をめぐる問題について確認してきた。精神科医療においてそれはおもに病識および病識欠如をめぐる問題として捉えられてきた。そしてゴフマンの議論によりながら、この問題が障害をもつ本人や治療者などの個々人の側に還元してしまうことのできない事情に由来しているという示唆を得た。具体的状況を背景にして現れる逸脱に対し、道徳的制裁を加えるのではなく医学モデルにもとづいて脱道徳化し治療していくアプローチこそが、かえってこの問題をもたらせているということである。

以下では、具体的な事例によりながら、精神障害をもつ人の意思や自己理解をめぐるこのような問題に対して地域精神医療がどのような方法によって対応しようとしているのか、明らかにしていきたい。取りあげる事例は、日本における地域精神医療の取り組みにおけるひとつの中心となっているACT(Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プロ

グラム)によるアウトリーチによる支援場面である。そのなかでもここで検討したいのは、支援者が訪問先において利用者<sup>7</sup>とともにその同居者を参加者としてミーティングをもつ場面である。

まず本節と次節において、ACTの概要と訪問によるミーティングに同居者をも加えることの意義とについてそれぞれ簡単に述べ、そのうえでこのように同居者を加えることが支援者たちにどのような支援上の課題をもたらせるのか述べる。そのうえで続く節において、この課題に対して支援者たちがいかなる方法で対応しているのか、記述する。この作業を通し、精神障害をもつ人の自己認識をめぐる課題に対して地域精神医療がその実践において具体的にどのように対応しているのか、その一端を明らかにしたい。

ACTとは、重度の精神障害をもつ人々を入院治療によらず、地域社会において支援するための体系的プログラムである。その発祥は1970年代のウィスコンシン州マディソンにあり、1960年代のアメリカ合衆国における精神障害者の脱施設化によってもたらされた「回転ドア現象」(不十分な地域生活支援のため、精神障害をもつ人々が精神科病院への入退院を繰り返す現象)に対応するためのプログラムとして考案された(Geller 2000)。

このプログラムの目的は、精神障害をもつ人がその障害の程度にかかわらず自身の意思にもとづいて地域社会で生活することを支えるところにある<sup>8</sup>。地域社会での生活においては、入院生活におけるのと比べてはるかに多様な課題に対応することが必要とされる。したがってACTのプログラムは地域生活におけるこうした多様なニーズに包括的に対応するように組み立てられている。そしてこれを実現するのが精神科医や心理士、看護師、作業療法士、ピアサポーターなどの多職種から構成されるチームである。このチームがアウトリーチによって治療をはじめとする多様な支援を提供することで、精神障害をもつ人の地域生活支援が行われている。

## 5. 同居者を含むミーティングとその課題

利用者の住居に訪問して支援を提供することはACTによる支援の中心をなすひとつである。こうしたアウトリーチによる支援においては、診察や服薬管理、日常生活支援のほか、日常生活の課題をめぐる相談や支援計画の立案のためのミーティングなど、様々な支援が行われている。このような多様な支援のうち、以下で注目したいのは、支援者が訪問先において利用者とともにその同居者をも参加者としてミーティングをもつことについてである。

利用者の同居者を参加者としてミーティングを行うことの意義については次のように考えられる。まず、日常生活の多くの時間を利用者とともにする同居者は、支援に欠かせない情報を支援者に提供するインフォーマントであるだけでなく、有効な支援を行うためにはその協力が不可欠となる協力者でもある。また、同居者自身が支援者によってケアされるべ

<sup>7</sup> 本稿ではこれ以降、ACTの支援を受ける精神障害をもつ人のことを「利用者」と呼ぶ。

<sup>8</sup> 以下におけるACTについての記述は、Stein and Santos (1998)と伊藤(2012)に基づく。

き存在でもある。精神障害をもつ利用者と同居する者は、利用者の言動に結びついた様々なトラブルと困難をその日常生活において数多く経験している可能性が高い。したがって支援者は、利用者に対してだけでなくその同居者に対しても、その心身の状態に配慮し支援を行う必要があることになる。

このように家族成員をはじめとする利用者の同居者をミーティングの参加者とするには十分な理由がある。しかしその一方で、支援者がこのようなミーティングを行うことの難しさも容易に推測できる。

一般的に精神障害の症状の多くは日常生活においては道徳的逸脱として現れる。したがって利用者とともに暮らすことは、その同居者にとって他にどのような事情があったとしてもやはり困難の源泉であり続けるはずだ。実際にミーティングにおいても同居者はしばしば利用者の逸脱的言動を語る。ただし、その語りはたんに利用者の言動を第三者的な立場から報告するという形になることはなく、むしろ目撃談に似たような形を取っている。目撃談において語り手は他者の言動について語るが、その語りは、目撃時の語り手自身の言動についての語りに伴われあるいはその中に埋め込まれている。どのような事情でまたどのように自分がその他者の言動を目撃しここで語るまでに至ったのか、目撃談の語り手にはこれを理解可能にすることが求められている<sup>9</sup> (Sacks [1992]1995: II: 242ff.)。

同じことは、ここでの利用者の逸脱的言動についての同居者による語りにも当てはまる。利用者の言動についての語りは、明示的か非明示的かにかかわらず、語り手である同居者がどのようにしてそれに直面し、どのような経験をしたのかについての語りに伴われ、その中に埋め込まれている。どのような状況でそれに直面し、それをどのように経験したのか、こうした事柄を同居者による語りは含んでいるということである。そして多くの場合そこには、利用者の言動のために同居者が経験することになるトラブル(苦労や困惑など)が含まれている。

それではこのような語りが同居者からなされた場合、支援者に求められることは何か。支援者には、この語りから利用者の状態についての情報を得るだけでなく、それを踏まえて同居者に共感的態度を示すことも求められていると上に述べた。しかし、もしこのことを支援者が利用者を前にしながら同居者に対して行わなければならないとしたら、それは容易ではない。ここで支援者が同居者の経験するトラブルに共感的な態度を示すならば、そのトラブルの源泉である利用者を難しい立場に置くことになるからである。トラブルの語りは利用者と同居者とを一種の対立的関係のなかに位置づけている(たとえばトラブルの源泉とトラブルを経験する側、あるいは加害側と被害側のように)。このような関係が喚起されているなかで支援者が同居者に共感を示し連携することは、この対立的関係のなかで支援者が同居者の側に立つことを含意する。したがって支援者によるこうした共感的反応は、そのニーズや自己理解、意思などをめぐって本来は耳を傾けられるべきはずの利用者をして孤立した地位に置き、それらを言葉にする機会を損なってしまうおそれがあるだろう。

<sup>9</sup> この論点については浦野(2016, 2017)をも参照のこと。

以下では事例にもとづいて、この困難が具体的にどのように現れるのか、そしてそれに支援者たちがどのような方法を通じて対応しているのか記述する。この作業を通じ、精神障害をもつ人の声をめぐる困難に対して地域精神医療がその実践において採っている方法のひとつ——あらかじめそれを「媒介された対話」と呼んでおく——を明らかにできると考えている。

## 6. 事例

多くの場合、媒介された対話は、同居者が利用者の日常生活における言動を語ることによって始まる<sup>10</sup>。そこで同居者は、利用者の言動について語りはするものの、利用者をその語りの宛先として語るのではなく、支援者（複数の支援者が参加している場合にはいずれか一人）を宛先として語る。したがってこの同居者による語りに対して、利用者はこれを聞いていながらもその受け手としての反応を示すことはほとんどない。同居者はこのような状態のなかで利用者の言動をトラブルとして語る。

断片1 (51頁) は、母親 (H) が、同居する息子の Y の言動について語っている部分である<sup>11</sup>。この場面には Y と H のほか、支援者として K (ピアサポーター)、S (看護師、心理士)、M (作業療法士) が参加し、テーブルを囲んで座っている (図1)。この断片の直前において、支援者 (ピアサポーター) である K が、Y がしばしば「死にたい」と述べていることに言及する。これを受けて H は1行目において、K を宛先にしながら Y の言動を語り始める。

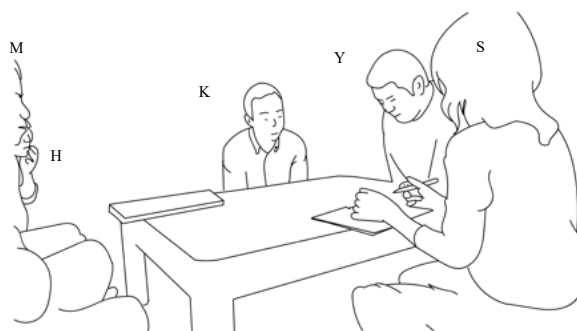


図1

1行目において K は H に向けて、H の息子であり同居している Y の行動の傾向について、付加疑問を付けながら述べる (「けっこう((死にたいという発言が Y から))出てきますよね」)。これに応じて2行目において H は、「すぐ死-俺は死ぬからお母さんも〇〇帰れよって言うから」と、Y の発言を直接話法で引用する (〇〇は H の故郷の名である)。また、これを述べる際に「すぐ……言うから」と付け加えていることから、Y がその類の発言を頻繁に行っていることをも述べる。これを受けて K は3行目において、H が直前の2行目において引用した Y による発言である「お母さ

<sup>10</sup> 以下で分析される事例はすべて、東京近郊において ACT のプログラムを実施している事業所による訪問支援場面のフィールドワークを通じて2017年から2018年に集められた。このフィールドワークは筆者の所属機関における研究倫理審査会から承認を得て行われた。またデータの収録については、収録場面のすべての参加者に対して研究計画と研究方法について説明を行い、これに同意を得たうえで行われた。

<sup>11</sup> 断片1および断片2の文字転記記号については、G.ジェファーソンの考案したものに依拠した (Jefferson 2015)。



んも〇〇帰れ」を、笑いを差し挟みながら復唱する。また、Kはこのように復唱しながら、その視線をHから外し、Yの方へと向けていく。これを受けてYは4行目において、少し笑いながらうつむく。そして5行目でKは、やはりYに向けて、「そうなの」と確認の質問を行う。これに対してYは6行目において、下を向きながら恥じ入っていることを示すようなポーズを作ることで、これを肯定する(図2)。

断片1

- 01 K: けっこう((死にたいという発言がYから))出てきますよね=  
02 H: =すぐ死俺は死ぬからお母さんも〇〇(Hの故郷)帰れよって言うから  
03 K: 〇〇帰れ hhh って言うんですか、はは hhhh ((K 視線を H から Y へ))  
04 Y: hhhh



図2

- 05 K: そうなの↓ ((K は Y を見ている))  
06 Y: (2.0) ((下を向きながら、頭を掻く振りをする))  
07 H: で、この前も仕事辞めろって言ってもう電話-  
08 H: 今すぐ電話しろつつの私に会社に ((S は顔をしかめる))  
09 M: (.) ふ: [::ん



図3

- 10 H: [後ろにもう立ってるの私がこう回すの= ((Y は、うつむく))  
11 K: =会 hh 社 h に h 電話しろって、 ((S は H に向けさらに驚いた顔を示す))  
12 K: ああ h 辞める h って h ([) = ((K は、H を見ながら))  
13 H: [辞めるって私にね  
14 H: 辞めるからって=  
15 K: =そ:::お [なんだ:::] ((K は Y の方を向く))  
16 S: [それ、そ] 何日? ((H に向かつて))



図4

その後、Hは7行目において、ふたたびYの言動を語り始める。ここでHは、「この前も」と、曖昧ではあれ具体的時点に言及する発言の形をとることで、今回はYの言動の傾向についてではなくその言動の事例について語り始める。また、その際に「も」と付け加えることでHは、直前に述べたことと同様の事柄、すなわち自死に結びついたYによる言動を語ることを予示する。これにもとづいてHは7行目から8行目において、YがHに向けて行った強要行為を直接話法によって再現する。このとき支援者たち全員はHを見ている(図3)。とくにSは、この再現がなされている時にHに向けて顔をしかめ、Hが述べるYによる強要行為に対し、はっきりとした否定的評価を示す(8行目)。そのうえさらにHは10行目において、Yがこの強要を行っている状況(Hのすぐ後ろに立つことにより、Hに電話をかけさせる様子)について詳しく述べる。このHによるYの行動の記述に対し、SはやはりHを見ながら驚いた表情を示し、Yの行動に対する否定的評価を示す(図4)。その一方、ここで記述されている当のYは、この記述の最中に視線を下に向け、目下の相互行為から退いていくような姿勢を示す(図4)。ところで、このHによる記述の最中にこれに割り込むようにして、12行目においてKは、このHの語りについて質問を開始するものの、すぐに「ああ」と理解したことを示しながらその理解の内容を敷衍している。なお、このように理解の内容を敷衍するさいに、Kはやはり笑いを差し挟んでいる。Kによるこの敷

術を、Hは13から14行目で肯定する。そのうえでKはHから視線を外してYの方へと向き直りながら、15行目でYに向けて「そーおなんだー」と述べ、Yに発言順番を割り当てる。

## 7. トラブルの語りとモラルワーク

以上のようなやりとりについて、まず同居する母であるHによる語りに注目したい。その語りがどのように構成されており、何を成し遂げているのか明確にしておきたい。

断片1(51頁)においてHは、道徳的観点から問題とされうるYの言動を語っている。Hは2行目においては、Yによる2つの発言を、すなわち自殺願望を述べる発言と、Hに対してその故郷である〇〇へ帰れと命ずる発言とを、それぞれ直接話法によって述べる。そのあとHは7行目において、YがHに向けた「仕事を辞めろ」との命令の発言をやはり直接話法によって述べ、さらにHに対して退職の電話を職場にかけるように強要するYの振る舞いを述べている。

ここでHが述べているのはYの問題行動である。しかしそのうえでさらに注目しておきたいのは、H自身がそれを述べる仕方、具体的に言えばHがYの問題行動をいかなる立場から述べているかである。Hはここで、第三者的な観察者の立場からYの言動を述べているのではない。むしろHは、Yの言動によるトラブルを経験した者として、Yの言動を述べている。たしかにここで述べられている事柄の大半はYの言動ではある。しかしながら、そこで述べられているかつての場面において、HはYの言動による被害者として現れていた。したがってHは、こうした被害を被った者という立場から、Yの言動について述べているのである。つまりHはここで「トラブルの語り」を行っているのである(Jefferson and Lee 1981)。したがってこの語りにおいて、Yの言動の道徳的問題とHの被ったトラブル経験とは、ちょうどコインの表裏のような関係にあるものとして位置づけられている。すなわちHは、直截的にはYの道徳的問題を語りつつも、同時に自身の被害を含意することを行っているのである。

この点を具体的に確認しよう。Hは2行目においてYの発言を直接話法で引用しているが、これについては3つ注目すべきことがある。第一に、この引用にあるように自死の意思を他者に告げることは、告げられた者を心配させるだろう。さらにそのような重大なことを「すぐ」、言い換えれば安易にしばしば口にすることは、周囲の者にとって大きな困惑のもとになるだろう。それとともにこのように「すぐ」と言えるためには、これを言う者(つまりH)がそのような場面にたびたび直面していることも含意されている。したがってこの発言の部分は、HがYによってたびたび困惑させられていることが受け手にわかるように構成されている。

第二に、この直説話法で引用されているように、Yがその母親であるHに向けて故郷の地へ帰れと命令することは、Hに対して現在の生活を完全に整理するように命令すること

でもある。したがってこうしたHによるこの直接話法の引用からは、Yの言動の理不尽さが読み取れるようになっている。

第三に、このようなYの言動をHが間接話法によってではなく、直接話法の形式で述べることにより、Hはその発言にかかわる一連の責任の所在を明確にしている。たしかにこの場面においてこの発言を再生する「アニメーター」の地位にあるのはHである。しかしその発言の起草者（「オーサー」）と、その発言がなす行為の責任の帰属先（「プリンシパル」）にあたるのはYである(Goffman 1981)。直接話法の形式を用いることにより、Hはその発言にかかわる者たちとそれぞれの地位・責任の範囲を明示しているのである。ちなみに、かりにここでHが間接話法の形式を用いていたとしたら、発言に関わる者たちの地位・責任の布置はさほど明瞭ではないだろう。なぜなら、間接話法においてはそれぞれの語が誰によって選ばれたのか、すなわち現在の話者によって選ばれたのかそれともかつての話者によって選ばれたのか、受け手に判別することはできないからである。したがってHはここで直接話法の形式を用いてYの言動を述べることにより、この道徳的に問題ある言動の責任がYにあることを受け手である支援者に対して明示しているのである (Holt 2000)。

行為の備える道徳的性質を記述の構成方法によって明確にし、したがってときにその性質を強調しあるいは曖昧にするために人びとが行う実践のことを、P.ドリューは「モラルワーク」と呼んだ (Drew 1998)。Yの道徳的な問題行動について述べる際にHの用いている以上の3つの方法も、このモラルワークである。こうした方法によってHはYの日ごろの行動の道徳的な問題のみならず、それとともに自身が日ごろから経験しているトラブルを、受け手である支援者たちに対して伝えているのである。

断片1 (51頁)の後半部分についても同様に確認しよう。7行目でHは「この前も」と述べ、やはりYの問題行動について具体的なエピソードにもとづいて語ることを予告している。そのうえでHは7行目から8行目において、「仕事辞めろって言ってもう電話-今すぐ電話しつうの私に会社に」と述べる。HとYの生活の基盤になっている仕事をすぐにやめるようにHに命じる——その意味で理不尽な——Yの発言を、Hはやはり直接話法によって述べている。これによってHは、この言葉の責任の所在がYにあることを受け手に明確に示している。これに続けてHは、この命令をしている時のYの様子、すなわち電話をかけるHの後ろに立って強要していた様子を述べる。Yの強迫的な様子を述べることでやはりHはYの行動のもつ道徳的問題性を強調している。このように断片1の後半部分においても、HによるYの言動をめぐるモラルワークを確認できる。

ドリューによると、モラルワークとは語り手が受け手に対して苦情を述べたり、あるいは受け手から共感を得るために用いる方法である。そしてこのことはHの語りについても当てはまる。Yの道徳的問題に起因する自身のトラブルに焦点が当たるように記述を構成することにより、Hは支援者たちから共感的反応を、言い換えるならばHの立場に連携する反応を導き出している (Stivers 2008)。

## 8. 共感的反応のもたらす課題

支援者が利用者と同居する母親から日ごろの利用者の生活状況を聞き取ることは、利用者についての情報を収集するためだけでなく、利用者とともに暮らすことからトラブルを経験している彼女を支援者がケアするためでもある。以上において見てきた限りでも、支援者たちは母親のトラブルの語りに対して共感的に反応していたことがわかる。しかしその一方で、利用者が同席する場面において、利用者にまつわるトラブルを語る母親に支援者が共感的反応を示すことは支援者たちにある課題を課している。

H によるトラブルの語りにおいて語られている事柄の大半は、Y の道徳的問題行動だった。しかしそれは同時に、この問題行動に直面することから H の経験しているトラブルを語ることもあった。したがってその語りは、Y と H とを対立的関係（たとえば加害者-被害者関係）に位置づけている。こうした語りを H が、Y の参加する場面において支援者を宛先として語ることは、利用者でありしたがって支援者から共感と連携を与えられるべき Y をして、この場面において孤立させる可能性がある。したがって支援者はこの可能性に対して何らかの仕方に対応しなければならないはずである。

どうしてそのように言えるのか、H の語りのもたらしうる 2 つの帰結について触れることで答えておこう。第一の帰結は、語りのなかでの登場人物たちのあり方やその関係性が、目下の相互行為場面に参加している当の人物たちに結びつけられ、両者をしてそのあり方や関係性をこの場面において反復させようということである (Goodwin, C. 2007)。現在検討している断片について言えば、H の語りにおける H と Y との対立的関係が、それが語られている場面におけるこの二人の関係へと結びつけられ、この場面において対立的関係を反復させることがありうるだろう。第二の帰結は、語りにおける登場人物と参加者とのこうした結合のため、語りにおける登場人物たちに対して受け手たちの示す評価的反応は、たんに語りのなかにとどまらず、目下の相互行為場面におけるその人物たちにも向かうことになる (Goodwin, M. 1990)。この断片についていえば、支援者たちが、Y の道徳的問題行動をめぐる H によるトラブルの語りに対して共感を示し、彼女に連携することは、この場面における Y と H との対立的関係において H に荷担することになりうる。

以上からこのようにいえる。Y をめぐる H によるトラブルの語りは、目下の相互行為場面において Y と H の対立的関係を再現させる可能性がある。したがってもし支援者たちが、H の示す Y についての評価に共感的反応を示すならば、それは支援者たちが H の側に立つことを意味することになる。この結果、Y はこの場面において孤立した地位に置かれることになる。しかし本来ならば Y は支援者から共感と連携を与えられるべき利用者である。したがってこのような状態は支援者たちによって何らかの仕方に対処されるべき課題を提起しているといえるだろう。

この点を事例において確認しよう。断片 1 (51 頁) の 8 行目において H は、Y による発言を直接話法で述べる (「今すぐ電話しろっつうの私に会社に」) と、S は H に向けて顔を大

きくしかめてこれに反応している。ここでSは、退職を強要するYの言動のひどさに対して反応している。またそれとともにこの反応は、Yによる強要の被害者であるHに対して共感を示すものでもある。さらにHは10行目において、その強要を行うときにYがHの背後に立って圧力をかけていた状態について述べる。するとやはりSは、驚いた表情をつくってこれに反応することにより、この状態を驚くべきものとして評価していることを示し、それを通してHに対して共感を示している。

ところで、Hによるこのトラブルの語りにおいて、トラブルの源泉として位置づけられているYはどう反応しているのだろうか。7行目から8行目にかけてHがYの発言を直接話法によって述べている間、YはHを上目遣いで見ている(図3)。自身の言動をトラブルの源泉として語っているHに対し、Yがこれに対峙するような立場を示している。しかしHが8行目においてYの言動の記述を続け、それにSが共感を示すと、YはHに向けたその視線を外してうつむいていく(10行目および図4)。Hによるトラブルの語りに対してSが強い共感を示したのを受け、ここでトラブルの源泉として位置づけられているYは、この場面から退いていくような態度を示しているのである。このようにYも、Hによる語りのなかに自身とHとの対立的関係を読み取り、それを現在の自身に結びつけている。そのためSがHに対して連携した反応を示すと、それは当時の自身に対してだけでなく現在の自身に対しても対立する側に立つことを意味することになる。この結果、Yはこの対立から退いていくためにうつむいていくのである。

以上より、利用者によるトラブルの語り支援者に対して課題を課していることが確認できたと思う。同居者による利用者につながるトラブルの語りは、自身と利用者との対立的関係を目下の場面において反復させる。したがって支援者がこのトラブルの語りに共感的反応を示すことは、この場面において利用者の側にはなく、同居者の側に立つことを含意する。たしかに支援者たちは、同居者のトラブルの語りに共感的反応を示すことは必要とされている。しかしその結果、本来であれば共感的反応を向けられるべき利用者をしてこの場面において孤立させてしまうことにもなっているのである。

## 9. 反応の分化

この課題に支援者たちはどのように対応しているのだろうか。ここで注目したいのは、もうひとりの支援者であるKの対応である。Kは、Hによるトラブルの語りに対し、Sとは対照的な反応を示している。

Hが7行目から10行目にかけて、Yの強迫的な言動について語ったのち、Kは11行目においてHを見ながら、Hが8行目で述べた直接話法による発言を部分的に引用し(したがってそれはYの発言の再引用でもある)、自身の理解を確認する質問をHに向けて行う。しかしKはその直後の12行目で「ああ」と気づきを示し、自身の行った質問に対してその答えを独力で得たことを示す。この部分について注目したいのは、Kがその発言に対して笑い

を付加しているところである。K はここで Y の発言を引用しつつ笑いを付加することで、この発言を笑うべきものと評価しているのである。この K の反応に対して、H は 13 行目において、自身の行った直接話法による発言の一部を K に向けて繰り返し述べることにより、K の示した理解を肯定する。これを受けて K はただちに Y の方へと向き直り、15 行目において「そーおなんだー」と述べる。こうして K は、Y に発言順番を割り当て、H の語った Y の言動についてみずから述べるよう促していく。

このような K の反応の作り方にはどのような意義があるのだろうか。2 点ほど指摘できる。第一に、S とは対照的に、K は H が直接話法で引用していた Y の発言を、笑いを付け加えながら繰り返している。ここで K は、自身が Y の言動を笑うべきものと見なす理由を明らかにしてはいない。しかしその理由はともかく、この笑いによって K は、この場面において再現されつつある対立的関係から距離を取ることができている。笑いを付加しながら Y の発言を引用することにより、一方で被害者としての H の側に立つことを、そしてまた同時にこの H に対して Y の側に立って擁護することをも避けているからである。

第二に、K が Y に対して行っているのは「釣り上げ」という行為である (Pomerantz 1980)。ここで K は、Y が意図的に行ったと見られる言動について、Y を宛先にして言及している。言い換えるならば K は、Y がその行為の「プリンシパル」(つまりその行為の責任の帰属先となる) の地位にあり、したがってそれについて優先的に述べる権利あるいは義務が Y にあるような事柄について、Y に向けて言及している。しかし K はそうすることとどめ、それ以上のことを積極的に行ってはいない。つまり K は、Y が次になすべき具体的行為を指定してはいないのである。以上より、K のここでの発言は釣り上げの行為として、すなわちその宛先となる Y がそれにどのように反応するかを自身の意思にもとづいて決められるように、デザインされている<sup>12</sup>。

この 2 点から、次のようにいえるだろう。K は、一方において H による Y をめぐるトラブルの語りを踏まえながら、しかし他方においてそれが喚起する H と Y との対立的関係から距離を取りながら、したがって H の語りが喚起する釈明の要請から離れて、その言動について自由に語る機会を Y に提供しようとしている。

以上を踏まえると、H によるトラブルの語りが提起している課題に対し、支援者たちはその反応を分化させることによって対応しているといえる。断片 1 においてこのトラブルの語りに対して共感的反応を示していたのは S だった。これにより、トラブルの語りとその宛先から求めている情緒的相互性 (emotional reciprocity) を作り上げることができている (Jefferson and Lee 1981: 418)。しかし S によるこの反応は、語りに含まれる H と Y との対立的関係を通じて自身が S の側に立つことを含意する。これに対して K は笑いを付加した反応を示すことで、H と Y との対立的関係から離れた観点からの評価を提示する。こうしてこの対立的関係のレリヴァンスを失効させ、あらためて K は Y に対してその言動につい

<sup>12</sup> なお、Y はこの釣り上げに対し、その上体を起こして何かを述べようとするそぶりを見せる (15 行目)。しかし実際には S が 16 行目において H に対して質問を行ったため、その発言は遮られている。

で述べる機会を提供している。これによってYは、一方でトラブルの語りを踏まえつつも、しかしそれにそなわる対立的関係から離れた仕方での場面に参加することが可能になる。

このように支援者たちは手分けをしてそれぞれ反応を示すことにより、一方においてトラブルの語りの語り手に連携しつつ、他方においてトラブルの源泉として記述されている人物にその対立的関係から離れた形で自身の言動について述べる機会を提供しているのである。

## 10. 自身の行為について語る機会

これと同じことは断片2(58頁)においても確認できる。さらに、この断片では、支援者たちの反応の分化が利用者にみずから語る機会を与えるだけでなく、その機会を用いて利用者が実際に自身の行為について語っていくことが確認できる。

断片2は、断片1の内容をHが詳しく語り直す場面である。Hは1行目から3行目において、Yに強要されて会社に通話を試みたものの、留守番電話がこれに応じたと述べる。そのうえでHは8行目から9行目において、かりに会社のスタッフがこの通話を受けていたとすれば自分が仕事を失っていたかもしれないと嘆く。注目したいのはこれに対するSとKの反応方法の差異である。

Hが8行目から9行目において仮想的状況を述べたうえでそのありえた帰結を嘆くと、それまでHを見ていたYはうつむいていく(図5)。これはやはり、HがYをそのトラブルの源泉として位置づけており、したがって両者の対立的関係をこの場面に喚起していることによると思われる。このHの嘆きに対し、Sが10行目において強い相づちを伴わせて共感的反応を示す。この反応はまた、Sが、HとYとの対立的関係においてHの側に立つことを含意する。しかしその他方でKは、断片1におけるのと同様に対照的な反応を示していく。Kは11行目において、笑いを含ませながら、付加疑問とともにHの述べた内容を定式化する(「hhっお母さんも電話したんですねhhっ.hhhhっ」)。Hは12行目でこれに応え、その理由(Yに強要されたため)を述べる。Kは15行目においてこれに納得したことを示しつつ、またその途中でYの方へと向き直り、16行目においてYに向けて、その行為が怖いものであるとの自身の評価を示す(図6)。しかしこのような評価をしながら、Kはすぐさま17行目において、Yに向けて笑いを付け加えていく。このようにKはやはり、一方においてHのトラブルの語りを受け止めつつ、しかしそれに含まれる対立的構造のレリヴァンスを笑いによって失効させることをも行っている。そのうえでKは、Yに順番を割り当て、自身のなした言動について述べる機会を与えているのである。ここでも確認できるのは、支援者たちがその反応を分化させることにより、一方においてYをめぐるHによるトラブルの語りに連携しつつ、しかしその対立的関係のレリヴァンスから離れてYに自身の言動について語る機会を与えようとしていることである。

## 断片 2

- 01 H: ただいま電話に出ることが出来ませんって、こう::=  
 02 K: =留守電みたいになった=  
 03 H: =留守電で、で、も::電話置いたんですよ  
 04 S: ((大きく相づち))  
 05 M: うん  
 06 H: もし::、いて:::(1.3)  
 07 Y: は [あ:::: ((Yはその視線をHへ向ける))  
 08 H: [仕事辞めますって、言えばほら、私が言えばもお、  
 09 H: どうなっちゃうんだろうって [思っ、] ほら= ((Yがうつむく))  
 10 S: [う::::ん] ((Sつよく相づちしながら))  
 11 K: =hhっお母さんも電話したんですね hhっ.hhhhっ ((Kは、Hを見て、笑いながら))  
 12 H: だってもお [やんないともう後ろで  
 13 M: [おお:::  
 14 H: 立ってる [んだもん私が] やるまで。 ((Yうつむく))  
 15 K: [ああ::::::::::] ((K、視線をYへ向ける))  
 16 K: 怖いよそれ ((K、Yを見ながら))  
 17 K: ふふっ [hh、ふふっ hh ((Kは、いぜんうつむくYを見ながら))  
 18 Y: [いや:::  
 19 M: ふう:: [::ん?  
 20 Y: [やる-  
 21 Y: やるからあ ((YはKを見ているが、Kは下を見る))  
 22 Y: (.9) ((Yは、右手を揺らし、Kの視線を獲得しようとする))  
 23 Y: なんかこお:: ((Yは、Kの視線を獲得する))  
 24 K: (1.)あ-なんか来るんじゃないかと思うじゃん、働くから ((YとKが向き合う))  
 25 M: 働くか [ら-  
 26 K: [お母さんが働くから



図 5



図 6

こうした K による媒介の行為は、Y に対し、H によるトラブルの語りのなかで語られていた自身の行為について、説明する機会を与えている (18 行目以降)。ここでは、母親に仕事を辞めろと強要した際に Y がもっていた信念が語られている。支援者の訪問時に母親が仕事で外出していることは支援者に対して失礼である、そのために母親に仕事を辞めるように求めた。Y はこのような内容の信念を K に向け、またその相づちに伴われながら明らかにしていく<sup>13</sup>。

## 11. 媒介された対話と声の問題

以上において、精神障害をもつ人に対する訪問支援場面において生じるひとつの課題に注目し、この課題がいかなる構造のもとに現れ、支援者たちがこれにいかなる方法によって対応しているのかを、精神障害をもつ利用者と同居者、支援者を参加者とするミーティン

<sup>13</sup> 以上では、支援者たちが対立的関係のなかにもかかわらず利用者に語る機会を確保するための方法について検討してきた。他方、この機会にもとづいて始められた語りに対し、支援者たちがどのような方法で関わっているのかについては、今後の検討課題としたい。



グ場面を事例としながら記述してきた。

同居者による利用者の言動をめぐる語りは、利用者についての情報を支援者に与えるとともに、その生活において日ごろから同居者の経験しているトラブルを伝えるものでもありうる。したがってこの語りは、支援者に対しこれに共感的な態度を示すことを求めている。しかしこれに応じることは、このトラブルの語りにそなわる同居者と利用者との対立的関係における同居者の側に荷担することを含意する。さらにこれが利用者を前にして語られているために、そうした共感を示すことは、目下の場面における両者の対立的関係のなかで、同居者の側に荷担してしまうおそれがある。そしてこの荷担は、やはり目下の場面における対立的関係を介してこの場面における利用者への非難となりえ、したがってここでの利用者の語る機会を強く制約することになりうる。

ここには、たしかに微細なものかもしれないが、障害をもつ当人の声を抑圧しかねないような状況を見ることができるといえる。そしてこのような可能性に対して支援者たちが行っていたのは、その反応を分化させることで、一方で同居者に共感を示すとともに、他方で対立的関係の制約から離れて利用者に自身の行為について語る機会を与えることだった。このようにして支援者たちは、その対立的関係ゆえに直接的には困難な、利用者と家族成員との間の対話を媒介していたのである。

この媒介された対話を通し、利用者は一方で自身の言動が生活を共にする他者にとっていかなる道徳上の帰結を与えているのかについて向き合うことになるだろう。そしてそれだけでなく、その言動がいかなる理由のもとでなされたのかを言葉にしていくこともできるだろう。たしかにそのための作業は障害のために困難が伴うかもしれない。しかし媒介された対話を通じて開かれた自由度の高い語りの可能性は、障害をもつ当人に対してその行為の理由について声に出し、それを理解可能な言葉にしていこうと試みるための機会を提示しているといえることができるだろう。

このように考えると、この支援者たちの採っていた方法はきわめて道徳的なものであることがわかる。道徳的な逸脱として出現する精神障害の症状に対し、ゴフマンの記述した医療者たちはそれを医学モデルに依拠しながら脱道徳化していた。こうした対応は、道徳的制裁から離れて治療を行うためのものだった。しかしその一方で、それは障害をもつ人たちを対象へと位置づけ、この人たちから自身を語る機会を奪う結果をもたらしていた。これとは対照的に、地域精神医療における支援者たちは、一方で道徳的制裁から距離を取りながらも、しかし他方でこの人びとを道徳的関係性のなかに繋ぎ止めようと試みている。それを通じて精神障害をもつ人たちが、自身について語られるのを聞きながら、それを踏まえまたそれにもかかわらず自身について語る機会を確保する、そのようなことが目指されている。

こうした目的に向けて、たしかにこれまでも様々な支援方法が考案され、示されてきた。しかし、それと部分的に重なりつつもそれとは別の仕方、支援の具体的状況のそのつどの要請に応じながら培われてきた様々な方法が実践の現場においてすでに数多く蓄積されてきているはずである。本稿はそのような方法のひとつを記述してきた。

## 謝辞

この研究の調査において多くの方々のご協力をいただきました。お名前を記すことはできませんが、記して感謝いたします。また、本稿の作成にあたり、次の方々からご協力とご助言をいただきました。下平美智代、宮本有紀、松本衣美、伊藤順一郎、石原孝二の各氏。なお、この研究は JSPS 科研費 (19KT0001、17K04142、21K01881) の助成を受けています。

## 文献

- 天田城介、2015、「修理屋モデル=医学モデルへのハマらなさこそが極限状況を招く：アイデンティティの機能的差異をも論じたゴフマン」、中河伸俊・渡辺克典編『触発するゴフマン：やりとりの秩序の社会学』新曜社、188-261.
- Berrios, G. E., and Marková, I. S., 2004, "Insight in the psychosis: A conceptual history," Amador, X., and David, A., eds., *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, Oxford University Press, 2nd edition, 31-50.
- Chamberlin, J., 1977, *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*, Hawthorn Books. (中田智恵海監訳、1996、『精神病患者自らの手で：今までの保健・医療・福祉に代わる試み』解法出版社) .
- Deegan, P., 1988, "Recovery: The lived experience of rehabilitation," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- , 2001, "Recovery as a self-directed process of healing and transformation," Brown, C. ed., *Recovery and Wellness: Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness*, 5-22. (坂本明子監訳、2012、『自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー』『リカバリー：希望をもたらすエンパワーメントモデル』金剛出版、13-33) .
- Drew, P., 1998, "Complaints about transgressions and misconduct," *Research on Language and Social Interaction*, 31: 3-4, 295-325.
- Geller, J. L., 2000, "The last half-century of psychiatric service as reflected in Psychiatric Services," *Psychiatric Services*, 51(1): 41-67.
- Goffman, E., 1961, *Asylum: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Double day & Company. (石黒毅訳、1984、『アサイラム：施設被収容者の日常世界』誠信書房) .
- , 1963, *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*, The Free Press. (丸木恵祐・本名信行訳、1980、『集まりの構造：新しい日常行動論を求めて』誠信書房) .
- , 1971, "The insanity of place," *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*, Basic Books, 335-390.
- , 1981, "Footing," *Forms of Talk*, University of Pennsylvania Press, 124-159.
- Goodwin, C., 2007, "Interactive footing," Holt, E. and Clift, R. eds., *Reporting Talk: Reported Speech in Interaction*,

- Cambridge University Press, 16-46.
- Goodwin, M. H., 1990, "Stories as participation structures," *He-Said-She-Said: Talk as Social Organization among Black Children*, Indiana University Press, 239-257.
- Guidry-Grimes, L., 2019, "Ethical complexities in assessing patients' insight," *Journal of Medical Ethics*, 45: 178-182.
- Holt, E., 2000, "Reporting and reacting: Concurrent responses to reported speech," *Research on Language and Social Interaction*, 33(4): 425-454.
- 伊藤順一郎、2012、『精神科病院を出て、街へ』岩波書店。
- 、2013、「地域精神医療をめぐる倫理的な問題とはなにか」『精神科医療（シリーズ生命倫理学 9）』丸善出版, 101-114.
- Jefferson, G., 2015, *Talking about Troubles in Conversation*, Oxford University Press.
- Jefferson, G., and Lee, J. R. E., 1981, "The rejection of advice: Managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter'," *Journal of Pragmatics*, 5(5): 399-422.
- Kirmayer, L. J., Corin, E., and Jarvis, G. E., 2004, "Inside knowledge: Cultural constructions of insight in psychosis," Amador, X. F., David, A. S. Eds., *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, Oxford University Press, Oxford University Press, 2nd edition, 197-229.
- 熊倉伸宏、1987、「精神科治療における paternalism と自己決定に関する文献的な考察」『精神神経学雑誌』89(8): 593-614.
- Lewis, A., 1934, "The psychology of insight," *British Journal of Medical Psychology*, 14: 332-348.
- Lynch, M., 2001, "The contingencies of Social Construction," *Economy and Society*, 30(2): 240-54.
- OECD, 2015, *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD.
- Pomerantz, A., 1980, "Telling my side: "Limited access" as a "fishing" device," *Sociological Inquiry*, 50: 186-98.
- Sacks, H., [1992]1995, *Lectures on Conversation*, I and II, Wiley-Blackwell.
- Scrutton, A. P., 2017, "Epistemic injustice and mental illness," Kidd, I. J., Medina, J., and Pohlhaus, Jr., G., eds., *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, Routledge, 347-355.
- Stein L. I. and Santos, A. B., 1998, *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, W. W. Norton & Company.
- Stivers, T., 2008, "Stance, alignment, and affiliation during storytelling: When nodding is a token of affiliation," *Research on Language and Social Interaction*, 41: 1, 31-57.
- Szmukler, G., 2021, "Community psychiatry" in Bloch, S. and Green, S. A. eds., *Psychiatric Ethics*, 5th Edition, Oxford University Press, 453-472.
- 浦野茂、2016、「当事者研究の社会的秩序について:経験の共同的研究実践のエスノメソドロジーに向けて」『保健医療社会学論集』27(1), 18-27.
- 、2017、「「言いつばなし聞きつばなし」のエスノメソドロジー」、熊谷晋一郎編『みんなの当事者研究』金剛出版、197-199.
- 吉田おさみ、1980、「"病識欠如"の意味するもの」『狂気からの反撃:精神医療解体運動への視点』新泉社、

61-70.

(うらのしげる・三重県立看護大学)