HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	人々の脆弱性が社会にもたらすのは負担だけか ： フランスの精神医療福祉従事者への質的調査を通した「ケアの互酬性」の再考
Author(s)	樋口, 麻里
Citation	北海道大学文学研究院紀要, 167, 31(左)-74(左)
Issue Date	2022-07-19
DOI	https://doi.org/10.14943/bfhhs.167.l31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/86532
Type	departmental bulletin paper
File Information	04_167_Higuchi.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北大文学研究院紀要 167 （2022）

人々の脆弱性が社会にもたらすのは負担だけか
── フランスの精神医療福祉従事者への質的調査を通した「ケアの互酬性」の再考

樋 口 麻 里

要旨　身体的または精神的な脆弱性が相対的に大きく労働が困難な人々は，いかにして「社会に必要な成員」として承認されるのか。本稿は，これらの人々に対するケアの保証を主張するエヴァ・F・キテイのケアの倫理を足掛かりに，精神障がいのある人（以下，精神障がい者とする）にケアを提供する専門職スタッフの経験的データの分析から，この問いへの回答を試みる。

ケアの倫理は，身体的または精神的な脆弱性を依存の発生源とみなし，脆弱性に留まる人には他者に「お返し」をする能力がないと捉える。そのため，労働が困難なほどの脆弱性をもつ依存者は，ケアの一方的な受け手と位置づけられる。他方，依存者からの「お返し」に焦点を当てた，実証的研究は十分に行われていない。

そこで本稿では，労働が困難で様々な社会関係を喪失している精神障がい者へのケアを行う，フランスの専門職スタッフへのインタビュー調査とケア現場の参与観察調査のラウンデッド・セオリー・アプローチ（GTA）による分析から，ケアの実践を明らかにすることで，依存者から依存労働者に対する「お返し」の有無を考察する。

分析の結果，スタッフは本稿で「ユマニテ」と名づける，社会の規範や制度を反省的に捉え直す哲学をケアのお返しとして，精神障がい者から受け取っていた。ユマニテを受け取ることで，スタッフは精神障がい者が社会的に排除される現状に疑問を持ち，社会の全体的な統合には脆弱性をもつ人々の社会的連帯への参加が不可欠であると認識していた。

10.14943/bfhhs.167.l31

以上から，脆弱性をもつ人々が社会に必要な成員として承認される可能性として，ユマニテの社会への提供が示唆された。

キーワード　脆弱性，ケアの倫理，互酬性，精神障がい者，グラウンデッド・セオリー・アプローチ

1　はじめに

人は相対的に大きな身体的または精神的な脆弱性をもつ時，その人らしく文化的な生活を送るために他者からのケアを必要とする。福祉国家は公的領域での社会保障制度と，私的領域における女性による無償のケアを動員することで，人々にケアを供給してきた。しかし，福祉国家は少子高齢化に伴うケアの需要増と生産年齢人口の減少，そして雇用の不安定化による社会保障費の支出増加に歯止めがかからない事態に直面している。さらに女性が家庭外における経済活動へ参加するようになったことで，従来のケアの供給システムは維持困難になった。

こうした状況で顕現したのが，身体的または精神的な脆弱性が相対的に大きく労働が困難な人々に対するケアの保障を，なぜそうした大きな脆弱性をもつリスクの低い人々が引き受けなければならないのかという問いである。この問いは福祉国家の「哲学的危機」（Rosanvallon 1995＝2006：4）と呼ばれ，明確な答えは出されていない。他者からのケアが不可欠なほどの身体的または精神的な脆弱性をもつリスクは，個人によって異なる。ピエール・ロザンヴァロンによると，福祉国家は生存に影響するさまざまな社会リスクが人々の間で均等であるとみなせるかぎりにおいて，福祉国家における保険は機能しうるし，人々は互いに連帯可能であるという。しかし，個人間あるいは集団間におけるリスクの差がはっきりと認識されるようになった現代では，リスクの相互化という前提では，社会が脱連帯に向かうことを防げない（Rosanvallon 1995＝2006）。福祉国家の哲学的危機に対する回答を保留にし

たまま，福祉国家を維持することはできないと言える。

福祉国家の哲学的危機を乗り越えるには，生存に関わるリスクの相互化とは異なる前提からケアの供給が保証される必要がある。その前提として本稿では，社会的責任に基づくケアの供給と，ケア提供者とケアの受け手の愛着関係の尊重を主張する，エヴァ・F・キティの「ケアの倫理」（Kittay 1999＝2010）を取り上げる。ただし，ケアの倫理には第2節で述べる互酬性に関して理論的課題があるため，そのままでは福祉国家の哲学的危機の解決策として採用することが難しい。そこで，筆者がフランスで行った，精神障がいのある人（以下，精神障がい者）への支援団体・医療機関での参与観察およびインタビュー調査による経験的データの分析から，ケアの倫理の支柱となる互酬性の理論を補完することで，上述の問いへの回答を試みる。

2　問題設定

2.1　ケアの倫理によるケア労働の再評価

近代以降の先進諸国においては，私的領域におけるケアは，ジェンダーやエスニシティに不平等に割り当てられ，そのために供給源が無尽蔵であると想定され，価値が低く十分な対価を払う必要のない労働とみなされてきた（Fineman 2004＝2009; Kittay 1999＝2010; 上野 2011）。キテイは，ジョン・ロールズを代表とするリベラリズムが，資本主義の社会システムにおいて，ケアを女性へ割り当てることによって，ケアをめぐる現象そのものを無視してきたと批判した。ロールズが秩序だった社会の平等な市民像を，全生涯を通じて正義の原理を尊重し，社会的協同が可能な成員として理念化したことに対して（Rawls 1999＝2010），キテイは「生涯を通じて心身がしっかり機能することは，いかなる市民にとっても実現不可能な理念」（Kittay 1999＝2010：205）であり，全ての市民が，社会的協同のための責任と負担を負うことができる存在とは言えないことを指摘している。

キテイはケアを必要とする状態を「依存」，ケアの提供者を「依存労働者」と呼ぶ（Kittay 1999＝2010）。依存労働者は道徳的および法的な要請から，

依存者が背負うことのできない社会的協同のための負担と責任を不可避的に背負うため，依存労働者と依存に関わらない個人との間には，社会的協同の負担の量において不平等が生じる[1)]。他方，依存者と依存労働者の間には，互酬的な関係の義務が発生するという。キテイの言う互酬性は，依存労働者がかれらのケアを受ける依存者から，直接何らかの見返りを受けることを意味するのではない。現在ケアを必要としない状態にいる人も，誕生から死の過程においては，誰もが必ずケアに依存する立場を経験する。ケアを依存者に提供することは，回りまわって自分の依存に対していつか誰かからケアを提供してもらうこと，あるいはすでにケアを受けたことに対する「お返し」であり，義務である。こうしたケアの授受を媒介とする，人と人との間接的なつながりにおいて生じる「他者への義務のなかに平等をとらえる人々の互酬関係」（Kittay 1999＝2010：158）が，キテイのケアの倫理における互酬性である。

キテイはこうした互酬的関係と義務によって支えられる社会的協同をドゥーリア[2)]と名付けた。そして，これまで私的領域とジェンダーに制度的に割り当てられていた「依存労働」を公的な領域へと拡大させ，「公的なドゥーリア」という新たな社会制度として位置づける必要性を訴える。公的なドゥーリアの目的は，依存労働者を公正に扱うこと，依存者にケアを与えること，そして基本的な人間の愛着を生み育む依存関係を尊重することである（Kittay 1999＝2010：245）。これら３つの目的の下では，ケアの提供に対する社会的責任が明示されるため，依存労働者が過剰に背負っている社会的協同に対する負担と責任が，社会に帰される。

2.2　互酬的関係における脆弱性の位置づけの問題点

キテイは，依存があらゆる人間に共通の現象であると定式化することで，互酬性を根拠として，依存に対するケア責任の社会的分配の正当性を訴えた。ケアの社会的責任についてのキテイの構図は，ファインマン（2004＝2009）や上野（2011）の議論へと継承され，私的領域に位置づけられていたケアを公的領域における議題へと導いた。

キテイは依存の期間が生涯に及ぶ「お返しのできない依存の例」（Kittay 1999：14）を，依存をめぐる議論の出発点として置く。そして，依存は個人の脆弱性から発生し，脆弱性に個人が留まっているときは「お返し」を周囲に与える能力がないと，キテイは捉える。「お返し」を与えることができないという仮定は，身体的または精神的な脆弱性の度合いが高く，かつそうした脆弱性をもったまま生きる人々へのケアの供給に関しては，社会的責任によって保障される。一方で，脆弱性についてのキテイの仮定を採用する場合，これらの人々が互酬性という人との間接的なつながりに，主体として入ることは不可能になる。労働が困難なほどの脆弱性をもつ人々は，互酬性に基づく社会の連帯において，ケアを受け取る客体という位置づけに留まることになる。

キテイは依存とケアの互酬性が公的ドゥーリアの制度化によって実現されることで，依存労働者―すなわち多くの場合，女性―は「十全な社会的シティズンシップ」（Kittay 1999＝2010：291）を手にすることができ，社会の連帯が構築されると主張する。その一方で，依存者の社会的シティズンシップについては触れていない。そのため，たとえ公的ドゥーリアが制度化されたとしても，「お返し」を提供できない依存者には，社会的シティズンシップは付与されない（あるいは付与されるか定かではない）ため，社会の連帯の客体となると予想される。「お返しのできない依存」という視点によってのみ脆弱性を捉えると，恒常的に労働が困難な依存者へのケアの保障という問題は，理論的に乗り越えることができるものの，ケアを必要とする依存者を社会の連帯の主体に位置づけることができない。したがって，これらの人々は社会に必要な成員として承認されず，冒頭で見たように身体的または精神的な脆弱性のリスクが相対的に小さい人々から，「ケアの一方的な受け手」としてしかみなされない。その結果，社会の連帯は達成困難となる。

3　本稿の目的：精神障がい者と依存労働者との間に互酬性は成立するのか

人々の脆弱性を労働や社会的協働の阻害要因あるいは依存の発生源とみなす限り，依存者は労働による連帯においても，ケアの互酬的関係に基づく連帯においても，十全な社会的シティズンシップを承認されえない。福祉国家の危機を乗り越えるには，このような脆弱性に対する一元的な認識を捉え直す必要がある。

そのためには，ケア責任の分配に関する理論的考察だけではなく，依存労働者に対する依存者による「お返し」にも焦点を当てる必要がある。すなわち，キテイが述べたように依存者から依存労働者に対して「お返し」は発生せず，ケアの互酬的関係は依存者と依存労働者間の直接的なケアの授受においては成立しないのかを，経験的データに基づいて明らかにすることが求められる。

この点を検証するために，本稿では社会的に排除されている精神障がい者へケアを提供するフランスのアソシアシオンと，アソシアシオンと協同する公立の医療機関のケアの実践を取り上げる。フランスを取り上げる理由は，これらの組織が公的ドゥーリアの二つの定義を満たしていると考えられるからである。これらの組織は，経済的な労働だけではなく，日常生活も自力では困難な状態にある精神障がい者(「お返し」ができないと想定される依存者)のケアを，社会的責任の下で引き受けている。また，ケアの提供者（依存労働者）であるスタッフらは，いずれもフルタイムの被雇用者であり，安定した賃金を保障されることを通して，社会から一定の尊敬と価値を認められていると言える。

公的ドゥーリアが，ケアの社会的責任とその価値を承認しつつ，かつ互酬性による社会の連帯を導出するものであるなら,「お返し」ができないと想定される精神障がい者へのケアをめぐって,精神障がい者とスタッフとの間に,何らかの互酬性が見いだせるのではないか。あるいは,キテイの言うように,

互酬性が間接的な人とのつながりにのみ生じるのであれば，互酬性に基づく社会的連帯の中には，上記のような精神障がい者が主体となる席は用意されていないことになる。

以上から本稿では，公立の精神科医療機関とアソシアシオンの両方を対象として，それぞれの組織のスタッフが精神障がい者のケアを通して，いかなる「お返し」を精神障がい者から受け取っているのか，あるいは受け取っていないのかを明らかにする。

4　研究方法

本研究では，労働が困難なほどの精神疾患を患い，家族や友人などとの社会関係も喪失し，身近な人からのケアが期待できない状態にある精神障がい者にケアを提供する組織で働く，スタッフを対象とする。そしてスタッフへのインタビュー調査とケア場面の参与観察のデータを分析し，まず依存労働者であるスタッフのケアの実践を明らかにする。次に，かれらと依存者の立場にある精神障がい者との間でどのような互酬性が生じているのか（あるいは生じていないのか）を考察する。

分析に使用するデータは，筆者が 2012 年 5 月～2013 年 9 月にかけて実施した，公立の精神医療機関の CMP（Centre médico-psychologique：心理医療センター）と，アソシアシオンの SAVS，CHRS，CSAPA，CARRUD に勤務するスタッフへの半構造化面接によるインタビューデータと，2012 年 10 月に実施したアソシアシオンの Chez soi d'abord（英語名：Housing First）での参与観察のフィールドノーツである[3)]。同調査期間に，これら組織を対象に行った調査に加えて，子どもから成人までの精神障がい者の診療経験があり，精神的問題のある子どもを受け入れる里親支援のアソシアシオン（CFPE）に勤務している精神科医への個別のインタビュー調査も行った。そのデータも専門職から精神障がい者へのケア提供に該当すると考えられたため，分析に取り入れた。

上で記したアソシアシオン名は，各アソシアシオンが行っているプログラ

ム名である。プログラム名はフランス国内で共通しており，同じプログラムを行うアソシアシオンは，プログラム名に加えてそれぞれ独自の団体名を持っている。本稿の調査を行ったアソシアシオンは，活動の主たる目的から次の３種類に分類される。

A）精神障がい者の地域での生活支援：SAVS（Service d'accompagnement à la vie sociale：社会生活の支援サービス）

B）ホームレス状態にある精神障がい者の住居・生活支援：Chez soi d'abord（以下，Csd）

C）社会的に排除された人々の社会生活への再参入支援（精神障がい者支援も含む）：CHRS（Centre d'hébergement et de réinsertion sociale：社会的再参入支援宿泊センター）

D）アディクションの問題を抱える人への生活支援（精神障がい者支援も含む）：CSAPA（Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie：依存症のケア・支援・予防センター），CARRUD（Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour l'Usager de Drogues：薬物使用者のリスク低減のための支援センター）

インタビューと参与観察では，次の６点に焦点を当てて質問と観察を行った。

a．スタッフが行うケアの具体的内容

b．ケアに対するスタッフの考え

c．支援対象者に対するスタッフの見方，位置づけ

d．支援対象者の家族に対するスタッフの考え

e．ケアやアソシアシオンの活動を行う上で直面する，スタッフの困難な経験

f．アソシアシオンや公立の精神医療機関の社会的役割に関するスタッフの考え

本稿は先行研究において，ケアの倫理の理論的対象とみなされてこなかった依存者とスタッフ間の互酬性を扱う。そのため，既存の理論的枠組みを用いて質的データを分析する演繹的な方法は，本稿には適さない。そこで，質

的データの帰納的分析を徹底することで，特定領域の人々の行為や変化を説明する新たな理論の産出を行うグラウンデッド・セオリー・アプローチ（Glaser and Strauss 1967＝1996）（以下，GTA）を採用する。具体的な分析手順は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）（木下 2003）を参照しつつ，樋口（2013）に倣った。また分析作業には QDA（Qualitative Data Analysis）ソフトウエアの Nvivo ver.10 を使用した。そして「スタッフにとってのケアの実践と意味」という分析テーマを設定し，上記 a〜f の 6 点の内容を中心にオープン・コーディングを行い，コードから概念および概念カテゴリーを生成した。

インタビューは上述の組織（A）のディレクターとチーム責任者，および（B）〜（D）に所属するスタッフ全員に実施したが，本稿の分析ではそのうち分析テーマに関する内容を中心に語っていた 19 名を最終的に分析対象とした。

5　分析結果：脆弱性が創りだすユマニテによる連帯の達成

「スタッフにとってのケアの実践と意味」という分析テーマについて，M-GTA による分析を行った結果，【脆弱性が創りだすユマニテによる連帯の達成】概念カテゴリーが得られた。本節では，適宜コードとデータの引用を用いながら，概念カテゴリーを構成する各概念について説明する。また，概念カテゴリーを【】，概念を［］，コードを〈〉，データを 1 字下げで表す。コード〈〉の中にある（）は，コードを本文に取り入れる際に，文の意味が通じるように省略した言葉を指す。また，インタビューデータは「IN：年月日」を，参与観察のフィールドノーツは「FN：年月日」を付記する。また，各組織のサービスを利用する精神障がい者を，以下では支援対象者または精神障がい者と記述する[4)]。インタビュイーの名前および引用データ中に登場する人物名は，全て仮名である。

分析の結果，4 つの概念［1 同伴的ケアの重視］，［2 スタッフ・組織と国家の協同と葛藤］［3 物質主義者とは別の哲学における成功］そして［4 小さ

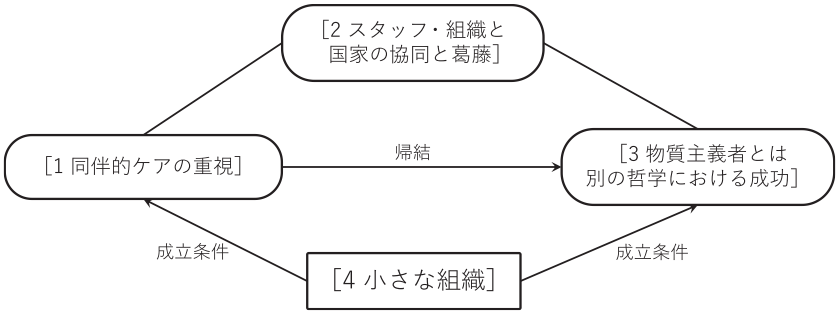


図 1　【脆弱性が創りだすユマニテによる連帯の達成】概念カテゴリー

な組織］が生成された（図 1 ）。分析テーマに照らし合わせて，これらの概念間の関連を検討したところ，４つの概念は【脆弱性が創りだすユマニテによる連帯の達成】という概念カテゴリーに統合された。このうち［４小さな組織］は，［１］と［３］の両概念を同時に成立させる条件に当たる。［１同伴的ケアの重視］はスタッフが実践するケアの特徴を表す。［１］の実践によって，［３物質主義者とは別の哲学における成功］がもたらされるため，［１］と［３］は「帰結」の矢印で結ばれている。

他方，スタッフは［１］のケアを実践することで［２スタッフ・組織と国家の協同と葛藤］に直面し，その葛藤を抱えながら［３］に達することから，［２］は［１］と［３］それぞれの概念と関連している。本節では，これら４つの概念について順に説明する。

5.1　［同伴的ケアの重視］概念

本概念について，主要な意味を構成する６つのコード，〈統合失調症者は「根源的な孤独」を感じている〉・〈統合失調症者は脆弱性（vulnérabilité）のために社会の犠牲になっている〉・〈アディクションは精神障がい者の生活や支援をより困難にする〉・〈同伴は，精神障がい者と苦しみや喜び，空間を共有しながらかれらが人生の足取り（démarche）を見つけられるよう支えること〉・〈家族との関係がある場合，家族は精神障がい者の回復過程に重要な役割を

果たす〉に焦点を当てながら説明する[5]。

5.1.1　支援対象者に共通する極度の孤独

医療機関である CMP，医療と福祉にまたがる SAVS と Csd，本来医療とは関係のない福祉機関の CHRS が受け入れる精神障がい者の状況には共通点があった。それは，彼ら／彼女ら（以下，かれら）のほぼ全員が孤立の経験を通して極度の「孤独（solitude）」に陥っている，あるいは陥った経験があることである。スタッフは，孤独が精神障がい者の抱える最大の困難と認識していた。

調査先のアソシアシオンや医療機関がケアを提供する精神障がい者の多くは，アソシアシオンや医療機関のスタッフ以外の他者との関係が非常に乏しく，〈あらゆる社会関係からの孤立〉状態にあった。Csd と CHRS では，〈多くの対象者は働いた経験がほとんどな（い）〉く，〈多くの対象者が「仕事に就く」という環境からかけ離れた生活を送（る）〉っていた。日雇いのような単発的な仕事に就く場合もあるが，それは職業経歴として勘案されるようなものではない。CHRS の Corbel 氏は，かれらが職業界（le monde du travail）から隔絶されていると語る。

> Corbel 氏（CHRS，エデュカター）：実際のところ，我々が受け入れている人々は職業界から非常にかけ離れています。対象者の全員あるいはほとんどが，これまで働いた経験がまったくないのです。
> 樋口：まったく？
> Corbel 氏：まったくありません。かれらは，ここそこで 1 日限りの仕事のようなものをしたことはありますが，それは「仕事」と呼べるようなものではありません。（IN：2012 年 11 月 13 日）

調査対象組織の中でも Csd と CHRS の対象者は，とりわけ極端な社会的孤立を経験していた。職業界に参入したことがないため，かれらは経済的に非常に困窮しているだけではなく，仕事を通じた他者との交流や関係ももた

ない。また，かれらの親やパートナー，そして少数ではあるが子どもといった近しい家族が，かれらの生活状況に関心をもつこともなく，かれらは〈パートナー，子ども，親との家族関係の断絶〉も経験していた。家族関係が断絶する背景には，親にも何らかの精神障がいがあって，子ども期から養育を十分に受けられなかったため，自ら家を出て路上生活を送るようになったケースや，女性の場合は夫やパートナーから深刻な身体的／精神的暴力を受けるなど，身近な他者からのケアの放棄や暴力がある。例えば，Csd の支援対象者で双極性障がいをもつ 40 代の女性は，Csd のプログラムに参加するまで夫から身体的暴力を受けていた。

> Arnaud 氏（Csd，看護師）：彼女は夫婦関係からくる問題と，暴力の問題をたくさん抱えていた。彼女の夫は彼女に暴力的だったから。結局，その後 2 人は別れて，彼女は現在（別の支援対象者が）住んでいるアパートに（一時的に）住んでいた。（FN：2012 年 10 月 15 日）

家族関係の断絶が最も顕著だったのは，活動内容の性質上 Csd の支援対象者で，ほぼ全員が単身で路上での生活を経験していた[6]。未成年の子どもがいる Csd の対象者の場合，子どもは同居せず，里親や児童養護施設で生活していた。CHRS の支援対象者もパートナー間での暴力といった，家族関係に深刻な問題を抱える人が多数だが，パートナーと同居しているケースもある。CMP と SAVS では，Csd や CHRS の支援対象者と同様に家族との関係を喪失し，ホームレスになり極限の生活状況を経験している人も多くいるが，親からの支援を受けているケースも含まれており，必ずしも全ての支援対象者が家族との関係が途絶えている（あるいは暴力などの危険に晒されている）わけではなかった。

精神障がい者の中でも，慢性的な経過をたどる統合失調症のある人（以下，統合失調症者）は，入院が長期化しやすく，再就職も困難なことが多い。〈統合失調症者は「根源的な孤独」を感じている〉は，かれらが乏しい社会関係しかもたない孤立した状況から孤独を感じているだけでなく，他者から共感

や理解を得られずに孤独のうちにある状態を指す。統合失調症者がとりわけ孤独に陥りやすい要因として，合理的説明になじまないかれら特有の思考や体験があると考えられる。

CMP の心理士は，統合失調症者特有の思考から派生する孤独を「根源的な孤独」と呼び，双極性障がいなど他の精神障がいをもつ人との違いとして語っていた。こうした孤独をもたらす，統合失調症者に典型的にみられる〈精神疾患の症状は同伴（accompagnement）を困難にする〉。例えば，障がい者手当や生活保護に相当する手当を受給したり，医療保険に加入したりといった，フォーマルな社会保障制度の利用には，まず身分証が求められる。しかし，調査先の組織がケアする精神障がい者の中には，身分証を持たない者が少なからず存在し，かれらへのケアはより困難になる。スタッフは，かれらがライフラインでもある身分証を紛失したり，発行を（再）申請したりしない理由は，精神的症状のために，身分証がフランス社会で生きるために必要なカードとして認識できないためととらえていた。精神障がい者が抱える深刻な孤独に対して，スタッフは困難を感じつつも〈頻回な訪問による孤独の緩和〉を試みていた[7)]。

5.1.2　脆弱性のために社会の犠牲になる精神障がい者

家族もなく家も仕事もない場合に動員される社会関係として，路上生活者同士の交流がある。調査地の街中を歩いていると，路上生活者数人が集まって，世間話やそれぞれが飼っている犬の話をしているのをよく目にする。長期間路上生活をしていると，路上が交友関係の拠点となるため，路上からアパートに移ることでかえって孤独に襲われることもある。そのためこうした生活を送る人は，〈アパートにいるよりも路上生活時の仲間と路上に出ることを好む〉ことも珍しくない。Csd が支援するある女性は，幻聴が激しく，スタッフがアパートを訪問しても，彼女は大抵アパートにはおらず，路上に出て，かつての路上生活時代の仲間たちと煙草を吸っていることが多いという。Csd の支援対象者のように，長期間極端な孤独を経験した人にとって，アパートでの生活は孤独と症状に向き合うことになる。そのため，アパート

が路上よりも快適で望ましい生活空間とは単純には言えないのであろう。

しかし，路上生活をおくる精神障がい者にとっては，路上で出会う他者との関係性に危険が伴い，かれらは〈脆弱性（vulnérablité）のために「社会」の犠牲になっている〉と，スタッフから認識されていた。例えばCsdの支援対象者で20代前半のAbel氏は，10代後半から家を出て路上生活を始めた。そして，路上で知り合った人物からコカインの転売の話をもちかけられた。その人物は，実は違法薬物のディーラー（売人）だったのである。Abel氏はそれを断ることができず命の危険に晒され，スタッフの機転で緊急に引っ越しをして，なんとか事なきを得ていた。

> Arnaud氏（Csd，看護師）：彼は1年間無収入で，Chez soi d'abordのプログラムに来る前の6か月間，路上で生活していた。（中略）彼はよく『路上では，路上生活者同士で連帯しているんだ』と言っていた，分かる？（路上生活を通じて）彼はどうやって，なぜ人を信頼するかについて（路上でのやり方を）学んでしまっていた。それがもとで，彼は私たちと1回引っ越しすることになった。彼は，路上で知り合った人にコカインを転売するよう言われて，実際（彼が渡されたものは）コカインではなくてただの小麦粉だったから，彼は転売しなかった。でもその（コカインと偽って小麦粉を渡した）人は，彼に『（渡したコカインの分の）金を返せ』と言ってきた。
>
> 私たちスタッフは，その問題には首を突っ込まない。でもAbelは私たちのところに来て『こういうわけで，僕は脅されて，お金を渡してしまった。』と訴えた。それで，私たちはすぐさまAbelの引っ越しをした。（中略）私たちスタッフは，彼は命の危険に晒されていて彼の危機に駆けつけた。私たちがAbelに言ったのは，『それはあなた自身の問題だから，私たちはあなたにその問題のためにお金を渡すことはできない。でもあなたは危険を感じていて，私たちに助けを求めている。その危険に対して私たちは，あなたに引っ越しすることを提案する。』とね。彼はすぐに承諾して，私たちは彼のアパートに行って，あったものを持ち出し

た。

（中略）そして私たちは彼と，彼の能力とケアの必要性，危険を避けることについて再度話し合った。どうやったら危険な目に合うのか，どうすれば危険を避けられるのかということ，それはつまり誰でもアパートに入れてはいけないということを伝えた。彼が信頼できると思っていた人たちは，実際には信頼できない人たちだった。（FN：2012 年 10 月 15 日）

統合失調症のような精神障がいを抱える人々は，他者とのコミュニケーションに困難をもつ。他者との合理的なコミュニケーションに困難を抱える精神障がい者は，合理的なコミュニケーションの制度内で生活するマジョリティの「健常者」に対して，自己を主張することが難しいことがある。そのため，かれらは他者から影響されやすくなり，上記の Abel のように信頼すべき人の判断を誤ることがある。あるいは強引な態度をとる相手を拒絶することができず，犯罪に巻き込まれることがある。路上生活では，とりわけ犯罪に接するリスクが高まる。かれらは，単に職業経験が乏しいために，経済的に困窮し孤独に陥るというのではない。他者とのコミュニケーションの困難性が，社会の周縁での生活と孤独への誘因となっている。コミュニケーションの困難性は，精神的な脆弱性の一要素とスタッフに認識されていた。

Fallot 氏（CMP，精神科医）：…（CMP で受け入れる）私たちの患者には，もちろん一部には触法行動を犯す人もいますが，患者の大部分はむしろ社会の中で犠牲的な立場に置かれています。かれらは脆弱で影響されやすく，安定して満足な人との交流のある人生を築くことに多くの困難を抱えています。（IN：2012 年 12 月 7 日）

脆弱性を抱えながら乏しい社会関係の状態に長く留まることは，〈非常に不安定な生活を送る〉ことでもある。本調査において，支援対象者のほとんどが，障がい者手当と住居手当で生活していた[8)]。しかし，障がいのインペ

アメントの側面から，かれらにとって金銭管理は容易ではない。公的給付は最低限の生活を保障する金額であるため，非常に計画的に支出を考えなければ，すぐに足が出てしまう。障がい者手当またはRSA（Revenu de solidarité active：積極的連帯所得手当）を受給して[9]，さらに低所所得者向け住居（HLM：Habitation à loyer modéré）に入居できたとしても，かれらは経済的に行き詰まり，〈不安定な生活から抜け出せ（ない）〉ず，再び路上生活などに戻ってしまう。

また，ドラッグへの依存（アディクション）や，経済的困窮から窃盗などの犯罪行為によって，刑務所に入所することも珍しくなく，〈アディクションは精神障がい者の生活や支援をより困難にする〉。〈刑務所出所後の生活の問題〉も深刻で，出所後は社会関係がよりいっそう貧困になりやすいため，再犯や刑務所への再入所を繰り替えす。

他方，パートナーや子どもと暮らし，完全に孤独ではない場合もある。しかし，こうした経済的な窮乏と家族外の社会関係からの断絶といった〈生活のあらゆる苦しさが家族間での暴力を生み出す〉[10]。

5.1.3　住居の確保が自律のスタートライン

支援対象者の長期間にわたるこのような不安定な生活環境について，スタッフは〈かれらは自律（autonomie）を獲得できない環境にいる〉と捉えていた。自律を獲得できない環境に留まり続けることで，かれらは自分がどのような生活を送りたいのかといった，人生に対する意欲や希望を失うという。ホームレス状態の精神障がい者を支援するCsdのスタッフは，〈何の要求ももたないことがかれらの問題〉であり，こうした状況にある支援対象者から自発的な意欲や主張を引き出すことが，ケアの中で最も困難なことと訴えていた。

いずれの組織のスタッフも，支援対象者に対するケアの目標は，自律の獲得と考えていた。ただし，この「自律」は朝起きて日中は仕事に行き，夜は寝るという，仕事を中心に設計された一般的な日常生活を送る能力を指してはいない。アソシアシオンのCHRSやCSAPA，CARRUDおよび医療機関

の CMP の支援対象者の多くは，経済的困窮から不安定な生活を送っており，中には路上生活や車での寝泊まりを経験している者もいる。支援対象者の生活の不安定さから，CHRS および CMP のスタッフは，自律へのスタート地点は，まず住居で暮らすことと指摘していた。

> Fallot 氏（CMP，精神科医）：自律は，まず住居を持つことです。CMP の患者には，車や地下倉庫で寝泊まりしている人，あるいはそのような経験をした人が多くいます。中には，緊急宿泊施設を利用する患者もいますが，とくに女性患者はそのような施設では暴力被害に遭遇することがあって，安全が保障されていません。（IN：2012 年 12 月 7 日）

医療機関である CMP が，患者の治療ではなく住居問題への対処に直面しており，患者の「自律」のスタートラインが，医学的事柄ではなく住居に設定されている状況は，精神障がい者が社会関係や社会的な場から切り離され，「極限の社会的排除」に陥りやすいことを示唆している。また，住居で生活することは「一般の人と同じ様になること」であると，CHRS の責任者は説明していた。住居は，「自律」の必要条件として位置付けられている。

さらに，フランスでは大麻をはじめとして，ドラッグが街中に出回っている。先の Abel 氏の例のように，精神障がい者は路上生活を通して，あるいは症状の辛さを凌ぐために，ドラッグ―アルコールや市販の鎮痛剤も含む―に手を出すことがしばしばある。しかし，こうしたドラッグの乱用は様々な問題を引き起こす。〈違法ドラッグの使用で刑務所への入所を繰り返（す）〉したり，〈本人やそのパートナーへの暴力のリスクを高め（るドラッグ）〉たり，〈大麻やコカインなどの薬物は，脆弱性のある人にとっては精神疾患の引き金となりうる〉。こうして，〈アディクションは精神障がい者の生活や支援をより困難に（する）〉し，かれらの生活の破たんに拍車をかけていた。

5.1.4　同伴的ケアの内容

貧困，犯罪，ドラッグ，暴力，孤独に取り囲まれている精神障がい者に対

して，アソシアシオンや医療機関の CMP のスタッフはどのように接するのだろうか。いずれの組織のスタッフも，かれらの生活に「同伴すること（accompagnement）」をケアの指針としていた。スタッフにとって，〈同伴は精神障がい者と苦しみや喜び，空間を共有しながらかれらが人生の足取り（démarche）を見つけられるよう支えること〉と捉えられていた。この同伴的ケアでは，ケアを受け取った人が〈人間としての尊厳を持ちつつ再起する（se lever）ことが重要〉であり，人生に対して何の意欲ももたなくなった精神障がい者自身が，人生に希望を見出すことが目指されている[11)]。

ここで留意したいのは，〈同伴的ケアは支援対象者の代わりに何かをするのではない〉ことである。〈支援対象者は他のみんなのようになりたいという希望を持って来所する〉が，スタッフはかれらのそうした微かな思いを尊重して，〈支援対象者と話し，かれらの話を聞くことがスタッフの仕事〉と捉えていた。そしてスタッフは，支援対象者との対話に，多くの時間と労力を費やしていた。

また，スタッフは〈問題の解決の手立ては支援対象者の中にある〉と考えており，かれらとのコミュニケーションにおいて，かれら自身が問題の解決の仕方に気が付くように促していた。例えば，Chez soi d'abord の看護師は，「自分自身が怖い」とパニックを訴える統合失調症をもつ支援対象者との対話を通じて，彼の恐怖が，彼の母親が酷い火傷を負ったのを目の当たりにした体験にあるという話を引き出した。そして，彼が趣味の音楽や詩の創作を通じてパニックを抑えることができていることを評価し，彼に伝えていた。

> Arnaud 氏（Chez soi d'abord，看護師）：…あなたはとてもよく話せたと思う。あなたは自分自身に落胆していたみたいなのに。
> Abel 氏：そう，その通りだよ！僕は僕が怖いんだ。僕自身が怖いんだ！
> Arnaud 氏：実際，その体験はあなたにはとても辛いことだったと思うし，誰だってそのような体験をしたらとても辛いと思う。あなたが今私に話した，お母さんの事故のことは。あなたは，お母さんは亡くなってしまったと 15 日間信じていて，でも後で何とかお母さんの命は助かっ

たと分かったけれども，（病院に行って会ってみたら）お母さんの姿は以前とは全く変わっていた。こうした強烈な経験を抱えて生きるのは，とても，とても大変なこと。（中略）でも最終的に，あなたはこうしたパニックの「前兆」を感じるようになった。そしてあなたはリラクゼーションをしたり，詩を書いて表現したりして，別の方法で苦しさを表現できるようになったよね。

Abel 氏：たしかに。それはそう思う。（FN：2012 年 10 月 15 日）

このように，同伴的ケアでは対話が重視される。他方で，スタッフは同時に支援対象者が自分たちに過度に依存しないよう，信頼関係の構築と依存的関係とのバランスをとることも心掛けていた。そして〈支援対象者からスタッフへの依存を予防する手立て〉として，〈支援対象者の通所が慢性化しないよう一定期間しか受け入れない〉など，受け入れ期間の上限を設定していた[12)]。

同伴的ケアは，上述のような対話だけではない。住居を見つけることや障がい者手当の申請，そのための身分証明書の申請といった，アソシアシオンや CMP の外部の組織や制度と，支援対象者を結びつける社会的なフォローアップ（suivi social）も含まれる。いずれの組織でもスタッフは，〈社会的なフォローアップ（suivi social）がフォローアップの中で最も重要〉と捉えており，支援対象者の社会生活全般もケアの範囲とみなしていた。

5.1.5　同伴的ケアの限界

しかし，とりわけ医療的ケアを専門とする CMP では，社会的なフォローアップが十分に提供できないことがある。CMP のスタッフは，社会的なフォローアップを中心に提供する Chez soi d'abord や CHRS などに，CMP の支援対象者の受け入れを依頼したこともあったが，人数制限等から受け入れを拒否されていた。そうした状況は，CMP のスタッフのモチベーションにも影響を与え，〈社会的な解決策が支援対象者に必要なのに，医療機関はそれを確保できず苛立つチーム〉を生み出していた。

CMP や SAVS が受け入れる精神障がい者の中には，パートナーや親，子どもといった家族と良好な関係を維持している人もいる。スタッフは〈家族との関係がある場合，家族は精神障がい者の回復過程に重要な役割を果たす〉と捉えており，家族とスタッフの同伴的ケアが協同することでもたらされる効果を想定していた。しかし，調査時点では家族が抱える様々な苦しみに対しては十分に対応できておらず，スタッフは〈家族への支援はこれから取り組む必要がある〉と認識するに留まっていた。

これらから，同伴的ケアには治療的側面も含む対話と，社会的なフォローアップ，そして家族への支援が含まれるといえる。しかし，スタッフがこれらすべてを満足に実践することは難しかった。とくに社会的なフォローアップと家族支援については，スタッフ自身が必要性を感じていても実践できないことに葛藤を抱いていた。

5.2［スタッフ・組織と国家の協同と葛藤］概念

本概念の主要な意味を構成する 6 つのコードに焦点を当てながら説明する。これらのコードは，〈家族の連帯（solidarité familiale）の衰退〉・〈「健常者もいる場」の創造必要性〉・〈「困難な状況にある人を助ける」というフランス社会・国家のイメージ〉・〈フランス社会は laïcité に基づいて機能している〉・〈社会は精神障がい者を経済的に援助すべきだが，かれらに全て与えるべきではない〉・〈フランスは困難な社会経済状況から脱せないというスタッフの見通し〉である[13)]。

5.2.1　地域社会における「健常者もいる場」の創造と地域住民との葛藤

［1 同伴的ケアの重視］で見たように，住居支援を行う Chez soi d’abord と CHRS が受け入れる精神障がい者は，自身をサポートしてくれる家族をもたず，極端な社会的排除の状態にあった[14)]。むしろ，子ども時代からの親からの暴力や養育の放棄といった問題が，かれらの現在の社会的孤立の一端となっていた。スタッフはこのような状況を，フランス社会全体における〈家族の連帯の衰退〉と捉えていた。そのため，これらの組織では，スタッフが

家族に住居の提供を含めてケアへの協力を求めることはなく，スタッフが家族に会うといった対応もみられなかった。

このような家族関係を喪失している精神障がい者に対して，Chez soi d'abord と CHRS のスタッフは〈「健常者もいる場」の創造必要性〉を訴えており，かれらが社会の周縁から「主流の場（milieu ordinaire）」へ参入できるように後押ししていた。病院や福祉施設のような精神障がい者専用の入居施設の場合，精神障がい者の社会関係は，医療福祉従事者あるいは同じ障がいをもつ人など，医療福祉圏内に留まる可能性が高くなる。そうした生活は，［1 同伴的ケアの重視］で見た「他のみんなのようになりたいという希望」に沿った生活とは言えない。もちろん，かれらは治療的ケアも必要としているため，医療福祉圏内の社会関係も重要である。しかしそれだけではなく，医療福祉とは必ずしも関係のない人々と日常生活の中で交流できる場，すなわち「健常者もいる場」が，精神障がい者の希望する社会の主流での生活には必要であるとスタッフは捉えていた。そのため，スタッフは社会にある一般のアパートを探し出し，〈街中の一般住宅に支援対象者を生活させ（ることが支援の目的）〉，その住居を拠点に同伴的ケアを行っていた。

しかし，アパートに入居しても，すぐに生活をやりくりできるわけではない。また，路上で知り合った犬を連れた「仲間」をアパートに上げてしまい，近隣住民から苦情が出ることもある。加えて，これまで路上生活をしていた精神障がい者に，アパートを貸してくれる家主を探すことも難しい。そのような場合，スタッフは家主に対して「彼／彼女は社会的な困難を抱えていて，われわれアソシアシオンが責任をもって家賃を払い，ケアをしている」と説明していた。スタッフの活動は国家の承認の下にあると示すことで，スタッフは〈近隣住民と支援対象者との緊張関係を仲裁（するスタッフ）〉していた[15)]。

このように〈「健常者もいる場」の創造必要性〉は，スタッフおよびかれらが働く組織が目指す理念であり，その理念はアソシアシオンや医療機関への国家からの助成を通して，国家の支持を得ているといえる。しかし，国家の支持を得た理念が他方では，地域社会の一般住民―すなわち国家の構成員―

との葛藤を生じていた。

5.2.2　連帯主義的価値観の体現を志すスタッフ

スタッフが，大家や近隣住民の不安や不満を解くときに使っていた戦略は，「社会的に困難な人を助ける」活動であることを強調することだった。

> Corbel 氏（CHRS，エデュカター）：困難を抱える人々を助け，世話をすることは，フランスが常にもつ国家としてのイメージだからです。（IN：2012 年 11 月 13 日）

そしてこの戦略はほとんどの場合，成功していた。その背景には，〈「困難な状況にある人を助ける」というフランス社会・国家のイメージ〉がフランスに住む人々によって共有されているからと言えよう。こうした連帯主義的価値観は，〈税の再分配によって成り立つ社会サービス系アソシアシオン〉を重視する，フランス国家の制度と一致する[16)]。

ただし，社会サービス系のアソシアシオン間でも，国家がどの社会問題を重視するかによって，財源の割り当ては異なる。本稿の調査では，アディクション支援のアソシアシオンは毎年予算が増えており，財政的な問題を抱えていなかったが，CHRS では予算不足から新たなスタッフの雇用ができずにいた。また公立の医療機関の CMP でも，併設するリハビリテーションを行う施設 CATTP でのアクティビティが，予算の削減によって制限されることへの危惧を抱いていた。

アソシアシオンや医療機関の活動が，国家の財政の制約を受けることに対してスタッフは，資本主義経済の追求と経済のグローバル化から，〈フランスは困難な社会経済状況から脱せないという（スタッフの）見通し〉をもち，財政削減は避けられないと考えていた。そして，〈資本主義が人々を困難な状況へと追いやった〉と，連帯主義的価値観の実現が，次第に困難になっている現状に不満を抱いていた。

5.2.3 「社会的なもの」として提供されるケア

スタッフは「なぜ社会的に困難な人を助けるのか」という理由について，フランス革命の精神に由来するものとして語っていた。〈連帯概念の起源として（認識される）フランス革命〉の歴史を持ち出すことで，連帯主義的価値観はフランス社会において正当性をもつことが強調されていた。

スタッフが自分たちの活動を，連帯主義的価値観を用いて説明するときには，フランス革命という歴史と同時に，〈フランス社会は laïcité に基づいて機能している〉という，フランス社会の「無宗教性 laïcité」が強調されていた。社会サービス系のアソシアシオンは，〈キリスト教的思想を起源とするアソシアシオン〉が多く，カトリック系修道者による活動に起源をもつ[17]。しかし，現在では国家から活動の承認を受けていること，無宗教性の活動であることによって，「社会的に困難を抱えた」精神障がい者にスタッフが同伴的ケアを提供することは，「慈悲」や「施し」とは区別され，「社会的なもの」として位置づけられる。

さらに，フランス社会における「社会的なもの」という位置づけは，スタッフ間の〈社会は精神障がい者を経済的に援助すべきだが，かれらに全て与えるべきではない〉という合意によって，「慈悲・施し」との線引きがより鮮明になっていた。スタッフは，〈障がい者手当と住居手当の収入だけでは支援対象者の生活は厳しいが仕方がない〉と認識している。職業界に参入したことがない人に，不用意に金銭を給付することは，職業界の中で経済的収入を得ている人々との摩擦を一層悪化させることにつながりかねない。以下のフィールドノーツに振った〈中産階級の生活への過度の憧れに釘をさすスタッフ〉のコードは，刑務所を出所後に，住居支援を行う Csd の支援対象者となった男性が，労働によって収入を得るという社会の仕組みを理解していないことに対する，スタッフの苛立ちを表す。

> Arnaud 氏（Chez soi d'abord，看護師）：前に（今のアパートから）引っ越したいと言っていたけど，どうして？今のアパートになにか気になることがあるの？

> Denis 氏：だって，今のアパートは狭すぎるよ！ 1 部屋しかないんだ！私のイメージする「家」は，ダイニングがあって，寝室があって，テラスがある。でも今の部屋は，テラスがない！プールもない！私は郊外の○○あたりのレジデンスか，その近くに住みたいんだ。（Csd のスタッフたちは）私に，2 部屋あるアパートがあるって言っていた。（FN：2012 年 10 月 16 日）

このような支援対象者の訴えに対しても，スタッフは辛抱強く話を聞き，その要求には応えられないことを時間をかけて説明する。上記の Denis 氏の部屋を訪問したスタッフは，ワンルームの部屋には革製のソファーやベッド，大型の液晶テレビ，パソコンが所狭しと置いてあるのを見つけたという。

> Arnaud 氏（Chez soi d'abord，看護師）：Denis は，そうしたものは「友達からもらった」とか「安く売ってもらった」とか言っていたけれど，私たちはそれが真実ではないと思っている。でも，私たちは警察ではない。だから私たちは Denis に，「もし，これらをどこかから盗ってきたのだったら，あなたは刑務所に入るリスクが常にあるよ」とだけ話している。繰り返しね。（FN：2012 年 10 月 16 日）

アソシアシオンや CMP のスタッフは，支援対象者が社会の主流で生活を送ることができるようケアを行いつつも，社会と支援対象者との間で葛藤が生じうる場面では，社会の仕組みや規範をかれらに提示することで，「社会的なもの」としてケアを提供していることをかれらに伝えていた。

5.3［物質主義者とは別の哲学における成功］概念

それでは，［1 同伴的ケアの重視］によってもたらされる，［2 物質主義者とは別の哲学における成功］について，概念の主要な意味を構成する 4 つのコードに焦点を当てながら説明する。これらは，〈精神障がい者の限られた就労へのアクセス〉・〈正常さの均衡を獲得することは重度な統合失調症者で

も可能〉・〈支援対象者と社会とを結びつけるもの〉・〈精神障がい者へのケアに見出されるユマニテ（humanité）〉である[18]。

5.3.1　自律の定義の精神障がい者への委譲

精神障がい者は他者とのコミュニケーションに困難を抱えやすく，〈精神障がい者の乏しい社会関係にはかれらの特異なコミュニケーションの有り様が関連してい（る）〉た。他方，フランス社会全体では，経済状況の悪化から雇用状況が深刻化している。〈経済危機の後，「連帯」の言葉は下火にな（った）〉り，経済状況の悪化は，連帯主義的価値観の相対的地位の低下をもたらした。また，〈他者への不寛容〉を強め，〈精神障がい者の限られた就労へのアクセス〉はさらに狭まり，〈統合失調症の人が生きていくには難しい社会〉をつくりだしつつあると，スタッフは危機感を抱いていた。

このように一見すると，精神障がい者への同伴的ケアには希望がなく，徒労のようにも思える。また，「社会的なもの」として同伴的ケアの必要が認められたとしても，かれらを社会が支えることには，社会の側にどのような意義があるのか。こうした疑問に対して，スタッフは〈正常さの均衡を獲得することは重度な統合失調症者でも可能〉であることを，ケアの経験から得られた証拠を提示しながら訴える。そして，社会の規範である「自律」に対して，〈自律（autonomie）の定義はスタッフではなく支援対象者が決める〉とし，何をもって「自律」とするかについて，精神障がい者自身が決めることの重要性を指摘する。

精神障がい者自身に「自律」を決定できる裁量が与えられるのならば，障がいのインペアメントがどれほど「大きく」とも，「自律」は決して到達不可能な目標ではなくなる。例えば，SAVS では様々な絵画や音楽鑑賞，そしてエステといった様々なアクティビティが開催されるが，それらに参加することよりも，〈SAVS では支援対象者がその組織（institution）にいることに価値を置いている〉[19]。「いる」というハードルを乗り越えた精神障がい者は，次第にスタッフや他の仲間との関係の構築を試みる。そして孤独からゆっくりと抜け出し，〈アソシアシオンに来ることで変わっていく（統合失調症者）〉。

SAVS に限らず，スタッフを媒介した他者との出会いを通して，精神障がい者は社会との関係を取り戻していき，その過程で起こる〈他者との出会いに対する不安の軽減が，日常生活を送るためのスキル獲得につながる〉。

こうした〈支援対象者と社会とを結びつけるもの〉の獲得は，必ずしも経済的な労働を通して達成されるのではない。〈仕事よりも他者との関係性によって，支援対象者は社会的役割を獲得（する）〉し，その場に存在することを他者から求められることによって成し遂げられる。

5.3.2　ケアを通して見出されるユマニテ

そして，スタッフは社会からケアを委託された者として，かれらへのケアを通してユマニテを見出す。

> Fallot 氏（CMP，精神科医）：…精神障がいのある人々を，かれらの病や症状を含めて，なぜそういう行動をとるのか，どのようにかれらは生きているのかを理解しようとすることは，かれらをよりよく助けることになると思うのです。つまり，そこにユマニストな医師という意味があると思えるのです。かれらをケアすることは，人間をよりよく理解し，よりよく助けるということなのです。（IN：2012 年 12 月 7 日）

上記は，〈精神障がい者へのケアに見出されるユマニテ（humanité）〉のコードを振ったインタビューデータである。ユマニテは，精神障がい者のもつ脆弱性から生みだされる，社会の価値観を反省的に捉えることを可能にする哲学である。

> Girard 氏（SAVS，看護師）：私たちの試みは，きっと既存の哲学とは違う哲学として発展することになるでしょう。その哲学は，事象の物質主義的な側面にばかり注目することに歯止めをかけます。これまでと違った見方で，精神疾患のことを捉えようとする市民的動きもあります。こうした市民的動きも考慮する必要がでてくると思います。（IN：2012 年

11 月 12 日）

インタビューを行ったスタッフたちは，精神障がい者のケアには身体的なインペアメントをもつ人々へのケアにはない，特有の「おもしろさ」があると述べていた。かれらが言う「おもしろさ」とは，精神障がい者のもつ，必ずしも合理的思考だけでは捉えきれない行動や感情のことであり，一つの身体に合理的側面と非合理的側面とが共存する「人間らしさ」のことを指すと言える。そのうち，非合理的側面は脆弱性の中にこそ存在する。精神障がい者が脆弱性を通してユマニテをつくりだすことを，スタッフは感じ取っていた。それによって，スタッフは暴力や恐怖心，犯罪への引き込まれやすさ，無為といった―自律的な個人の定義に反する―社会から排除される「正当な理由」を受け入れることを，あらゆる人間がもつ側面とみなして退けていた。

スタッフは，人間のこうした側面を否定する限りにおいては，精神障がい者の社会的包摂を可能とする社会が達成しないこと，さらに社会の様々な規範や制度を反省的に捉え，社会全体の連帯を拡張するために，ユマニテが必要であることに経験的に気が付いていた。そのため，一定の規制をつくって自分たちの安全を確保しながらも[20]，あらゆる人々を受け入れることの必要性を訴え，〈「全ての人」を受け入れる哲学〉を実践していた。

> Labré 氏（Chez soi d'abord，エデュカター）：…私たちの社会を良く機能させるためには，「手助け」というものが必要なのだと思うよ。そして，社会をより良く機能させるためには，貧困や病気，ほんの僅かな賃金などによってもたらされる排除という大災害に見舞われないようにする，自律した，そして多くの手だての可能性をもつ組織が必要なんだ。そうした組織によって，これらの大災害に遭っている人々に対して，かれらが日常の生活に必要とするものを支援することができる。それは社会保障（sécurité sociale）のシステムに似ているね。全員が持たない者へ少しずつ出し合う，分かる？（中略）なぜなら，病人や僅かな賃金しか稼げない人が路上にいるという状況は，わたしたち全員に，社会に対する

悪いイメージ，つまり社会がうまく機能していないことを突きつける。（中略）もちろん，フランス社会の誰もが，共和国の大統領だって，全ての人が満足な給料をもらえる仕事に就けて，快適な家で暮らすことができれば良いと思ってるさ。でもそれは理想にすぎない。そんな状況は，パラダイスにしか存在しない！だから，私たちは社会をより良くするために，そうした人々を受け入れる組織や，アソシアシオン，支援の共同体の活動によって大災害の被害を埋め合わせるんだ。（FN：2012 年 10 月 18 日）

5.4 ［小さな組織］概念

この概念は，これまでにみた［同伴的ケアの重視］と［物質主義者とは別の哲学における成功］を成立させる条件を示す概念であり，次の 3 つの主要なコードから構成される。それらは，〈組織（institution）内での連帯の構築〉・〈家族の連帯（solidarité familiale）の喪失を補完する里親による連帯〉・〈外部組織との連携〉である。前述の 3 つの概念と同様に，概念の主要な意味を構成するこれらのコードに焦点を当てながら説明する[21)]。

5.4.1 スタッフが抱える閉塞感に対する対処策

同伴的ケアと，それによってもたらされる全ての人を受け入れる哲学は，スタッフがどのような状況でケアを行うことによって得られるのだろうか。

精神障がい者を受け入れる医療機関の CMP と社会生活支援を提供する CHRS では，心理士によるエキップ（フランス語でチームやグループの意味）全体へのスーパービジョンが定期的に行われており，〈心理士によるエキップのスーパービジョンがスタッフの意欲の維持・向上を支え（る）〉ていた。CMP では，毎月 1 回水曜日に 2 時間半～ 3 時間かけて，心理士によるエキップ全体のスーパービジョンが実施されている。CHRS でも同様に 2 週間に 1 回，約 1 時間のスーパービジョンが行われていた。エキップの外部の心理士によって，日頃のケアについてスーパービジョンを行うことで，それぞれのスタッフは，各自がどのような悩みや問題を抱えているのかに気がつくだけ

ではなく，エキップの他のスタッフが抱える問題について，エキップ全体で見直すことが可能になる。〈スタッフは支援対象者の悲惨な人生や精神疾患的行動に長期間付き合うことですり減（る）〉っているため，組織外の心理士の存在は，こうしたストレスを緩和する。また，ストレスにどのように向き合うかについても，スタッフは心理士から示唆を得ることができていた。こうした外部からの視点の提供と心理的サポートによって，エキップ全体のケアに対する閉塞感が軽減されていた[22)]。

組織外部の心理士によるサポートは，閉塞感へのフォーマルな対処策といえる。他方，インフォーマルな対処策としては〈ユーモアの持ち込み〉がある。いずれの組織も，スタッフ間およびスタッフとケア対象者間には，冗談や笑いが非常に頻繁に観察された。スタッフは一連の会話のたびに，何かしら冗談を付け加えていることがほとんどであった。これにはフランス南部という調査地域の特性も否定できないが，それにしても，スタッフらの会話やりとりは，支援対象者の苦しい生活状況には「そぐわない」とも言えるほど，冗談と笑いに溢れていた。例えば，次のフィールドノーツは，Chez soi d'abord の事務所を訪ねてきた支援対象者に対して，ミーティングの最中だから応対できないと，スタッフが追い返す場面について記したものである。

（10 時 22 分）
先ほどの男性（＝支援対象者）がまた戻ってきて，事務所の扉をたたく。
Labré 氏（エデュカター）：われわれは，応対しないよ。
と扉のある後ろをわざと振り向かずに，ホワイトボードを見ながらスタッフ全員に言う。
すると医師のスタッフが冗談で，右手を上げて肘を垂直に曲げて，その右肘に左手を当てて「喧嘩を買うぞ！」というジェスチャーを男性に見せる。
（それに）全員が笑い，ディレクターが男性に（扉越しに）「冗談だよ。」と言う。看護師の Arnaud 氏が外に出て，ミーティングが終わるまで応対は無理だと男性に伝えて，すぐに事務所内に戻ってくる。（FN：2012

年 10 月 18 日）

このようにして，スタッフは常に，何かしらのユーモアを職場や活動に積極的に持ち込んでいる。スタッフは，貧困や病い，暴力が折り重なった不幸な話に日々耳を傾け，実際にそれを目にすることで精神的にすり減る。かれらは，ともすれば希望のなさや，徒労感へと落ち込む状況の中で働き続けている。スタッフが希望を失うと，それはケアの質に直接影響するとスタッフは考えていた。それを防ぐのが，ユーモアである。ユーモアによってスタッフも支援対象者も，互いに笑いを共有できることを実感し，まだ生活を豊かにするチャンスが残されていることを確かめあっていると考えられる[23)]。

5.4.2　組織責任者のモチベーションとスタッフの生活保障に対する意識

いずれの組織のスタッフもケアに対して多大なストレスを抱えることがあるため，スタッフが自分たちの活動に意義を見出すには，そのエキップあるいは組織の〈責任者（Chef）のモチベーションなくしてスタッフのモチベーション維持はない〉と，責任者は語っていた。

責任者とスタッフとの信頼関係は言うまでもなく不可欠である。そのために，責任者はスタッフの技量を信頼すること，そしてスタッフの生活を保障することを意識していた。例えば，Chez soi d'abord では，ピアワーカーがスタッフの一員として雇用されていた。ピアワーカーは，精神障がいがあり路上生活を経験したことのある人，あるいは精神障がいはないが路上生活を経験していた人である。ケアを提供する側が，ケアを受ける側と同じ経験をもつことで，ピアワーカーはケアを受ける側のロールモデルの役割を果たすと期待されていた。日本でも，退院支援や地域生活支援などに，ピアワーカーを積極的に取り入れようという動きがある。しかし，日本ではピアワーカーの多くは無償のボランティアであり，ピアワーカーの仕事だけで生計を立てることは非常に難しい。これに対して，Chez soi d'abord のピアワーカーは，単身者であればなんとか生活できるだけの給与を得ていた[24)]。

ピアワーカーだけでなく，他の職種のスタッフも給与に対して，金額が多

いとは言えないものの，娯楽や趣味の活動を楽しんだり，パートナーや子どもをもって生活することができると評価していた。

5.4.3　自由な意見交換を促すケアチームの構成に対する工夫

医療機関の CMP で特徴的なことは，CMP のスタッフは入院施設のある基幹病院（公立の単科精神病院）と，その病院が管轄する 2，3 か所の CMP を 1 週間の中で移動して勤務していることである。月曜日は基幹病院で入院患者を看て，火曜日は退院した担当の患者を CMP やリハビリテーション施設の CATTP で看て，といった具合である。これによって，入院から退院後まで同じスタッフが一貫して患者をケアすることができる。他者とのコミュニケーションが難しく，新たな出会いにストレスを感じやすい精神障がい者にとって，同じスタッフと退院後も接することができることは，退院後の大きな安心材料であろう。

また，社会的排除の状態にある精神障がい者へのケアには，多様な専門職の連携が欠かせない。そして連携には，スタッフ間での自由な意見交換が不可欠である。他方，「自由な」意見交換は，実際には難しいことも多い。なぜならスタッフ間の関係性には，専門職間の階層的権力関係が影響するからである。典型的には，医師が主導権を握り，その他の専門職が医師の決定に従うというものである。これに対して調査対象の組織では，組織として提供する主たるケアの内容に応じて責任者が決まっていた。医療機関の CMP では精神科医が，社会生活支援を中心に提供する Chez soi d'abord や CHRS では，生活支援を専門とするエデュカター・スペシャリゼ（専門エデュカター）が，そして SAVS では看護師がそれぞれエキップの責任者として，スタッフをとりまとめていた。また，SAVS ではエキップの責任者とは別に，アソシアシオン全体の責任者として，医療従事者でも福祉職でもない事務職員がディレクターとなっており，SAVS の活動が医療的なケアへ偏りすぎないよう，エキップの責任者と協力していた。

このように，いずれの組織も医師がスタッフの中にいたとしても，医師というだけで自動的に責任者の立場をとるわけではなかった。適任者を状況に

応じて決定するという〈エキップ内での権力関係の緩和が，スタッフ間の自由な意見交換を可能に（する）〉していた。

> Villard 氏（CFPE，精神科医）：…組織が小さいことによって，組織は豊になります。組織の豊かさには，それぞれのスタッフが多様な意見を出すことが不可欠です。多様性が重要なのです。というのも，スタッフみんながみんな，同じ考え方をするわけではないからです。逆に，全員が同じ考え方をしてしまう状況は，非常に危険です。（IN：2013 年 9 月 14 日）

5.4.4　フォーマルな制度下での各組織の工夫

CMP もアソシアシオンも，国家の管理の下にあるが，その活動内容には一定の裁量がある。フランスは，公立精神科医療機関の数や予算を地域単位で割り当てる，セクター制度という独自の医療制度を採用している。セクター制度の縛りから，公立の医療機関である CMP は，原則としてセクター外の患者を受け入れないが，調査先の CMP の責任者は，実際患者の受け入れはある程度自由に運用できており，〈CMP のやり方は現時点では CMP に決定権がある〉と語っていた。例えばセクター制度では，患者は引っ越しなどで当初のセクター圏外に出てしまうと，引っ越し先のセクターにある CMP を受診することになる。しかし，精神障がい者によっては，主治医を変更することに大きな不安を抱く場合もある。また，友人の紹介などで特定の医師に診てもらいたくとも，そのセクターに住所がなければ受診はできない。このようなケースに対して，CMP は柔軟に対応しており，そうした CMP の方針はスタッフのモチベーション維持にもつながっていた。

また，地域社会での生活と医療機関との中間施設である SAVS の責任者は，支援対象者が地域社会での生活になるべく近い環境を SAVS で体験できることを意識していた。そこで SAVS の中でスタッフは，支援対象者を「患者」や「利用者」といった呼び方をせず，研修生（stagiaire）と呼び，スタッフと研修生をなるべく対等な立場にある者同士とみなしていた。加えて，

SAVS の〈組織はスタッフと研修生の両方によって構成される〉という見方を，スタッフは重視していた。スタッフは，こうした SAVS や研修生に対する自分たちの見方を研修生にも伝えることで，〈組織内での連帯の構築〉を試みていた。

これらに加えて，精神障がい者の生活の多様な側面を支えるために，〈外部組織との連携〉も行っており，医療機関と非医療機関のアソシアシオン，さらに刑務所や弁護士といった多様なアクターが連携していた。こうした連携において各組織は，医療的ケアの「soigner」と同伴的ケアの「accompagner」をそれぞれの組織の特性に応じて分担していた。

5.4.5　家族の連帯の喪失を補完する里親

最後に，〈家族の連帯（solidarité familiale）の喪失を補完する里親による連帯〉について触れたい。たとえ医療機関やアソシアシオンから同伴的ケアを受けられたとしても，一人では生活が難しいケースがある。また〈家族の連帯の衰退〉から，かれらの実の家族にケアを委託することも非常に難しい場合がある。そうした精神障がい者に対して，医療機関の CMP は里親（famille d'accueil）にケアを委託する。成人の精神障がい者を受け入れる里親制度は現代の日本には存在しないが，フランスには様々な種類の里親（Famille d'accueil）制度がある。法的規定では，里親家庭での受け入れは統合失調症者に限らないが，調査先の CMP では，里親家庭に受け入れられている人は統合失調症者のみだった。CMP の里親担当の看護師によると，これらの統合失調症者はアパートやグループホームなどでの一人暮らしは困難で，常時ケアを必要とするケースが該当するということだった。

里親家庭で統合失調症者が過ごすことの最大のメリットは，〈統合失調症者の里親は実の家族ではないため，家族間の葛藤が減る〉ことである。里親は，統合失調症者の衣食住を整え，24 時間統合失調症者と同じ住居で生活し，精神科への定期的な受診や，他の身体的疾患に罹った場合の受診にも付き添う[25]。そして里親，患者，CMP の 3 者いずれかの同意が撤回されない限り，受け入れは半永久的に継続される。したがって，かれこれ 20 年も同じ里親

家庭で生活している統合失調症者も珍しくない。実際の家族の下での生活のように，統合失調症者と里親は長い時間と空間を共有する[26]。里親が統合失調症者をこのように長期間受け入れることによる，ストレスや疲労の大きさは想像に難くない。このような里親に対して CMP のスタッフは，〈統合失調症者の里親は忍耐力がある〉と感嘆していた。

ただし，実の家族同様に生活をしていたとしても，里親と統合失調症者との間には一定の心理的距離がある。この心理的距離によって，統合失調症者は里親へ過度にケアを依存しないように自ら抑制し，里親も統合失調症者に対して，提供できるケアの範囲を示すことができるという。そのため，家庭内での両者の葛藤は，実の家族とのそれよりも低減されやすい。

また，里親と統合失調症者との心理的距離は，統合失調症者が自身の内的世界に引きこもることを許さない。里親との長期間にわたる生活を通して，統合失調症者は生活の全面的なケアを里親に委ねることはできないことに気がつき，自身の行為や行動範囲をゆっくりと修正・拡大していく。例えば，長年里親家庭に引きこもり，決して一人では家から出られず，公共交通機関の乗り方も理解できなかった統合失調症者が，今では郊外の里親家庭から市内にある CMP まで，一人でバスと地下鉄を乗り継いで，定期的に受診に来るようになったケースを，里親担当の看護師はあげていた。

5.4.6　里親を支えるスタッフ

このように里親は，精神障がい者に対して，ケア提供の限界を実の家族よりも容易に提示する。そうした限界の提示によって，統合失調症者はむしろ他者との関係性を構築しやすくなると考えられる。

ただし，このような里親効果が生じるには，CMP の〈スタッフが頻繁かつ定期的に里親を訪問〉して，里親を支援するといった，里親がスタッフと密に連帯していることが必須であると，CMP のスタッフは認識していた。調査先では，CMP の看護師は統合失調症者ではなく，里親の悩みや生活上の困難を共有するために，週 1 回必ず里親を訪問していた。

里親は市内から車で 1 ～ 2 時間ほどの郊外にあることがほとんどである。

里親の家には，物理的にある程度の広さが求められる。これは，家庭内での物理的空間の余裕が，統合失調症者と里親双方が抱えるストレスを緩和するためである。市内ではそもそもこのような広い床面積をもつ不動産が少ないため，郊外の居住者が里親として選ばれやすい。

さらに，里親は受け入れの契約時に休暇の取得を保証される[27]。仮にCMPのスタッフによる定期的な訪問がなければ，里親は地理的状況からもすぐに孤立するであろう。また，里親が24時間365日ケアの提供を求められれば，里親はケア負担の大きさから，統合失調症者を長期的に受け入れることは困難だろう。またCMPの看護師は，里親が高齢化してケアができなくなると，新たな里親あるいは高齢者用の介護施設など，別の受け入れ先を探しており，里親の高齢化にも対応していた。

このように里親の孤立を防ぎ，休息を保証し，またいつでも受け入れを終了することができることをスタッフが里親に示すことで，里親と統合失調症者との共同生活は可能になっていた。里親での長期間にわたる生活を通して，ゆっくりと統合失調症者は各自の自律を獲得していた。

5.4.7　同伴的ケアの持続を可能にする小さな組織

以上を総合すると，次のようにいえるだろう。精神障がい者一人ひとりの個別の依存に対して，スタッフがモチベーションを維持しつつ，同伴的ケアを継続的に実践するには，組織内外での緊密なコミュニケーションと情報の共有，そしてケア負担に対する互いのサポートが欠かせない。

これらを実現するには，ケアを提供する組織の規模が小さく，多様なアクターを含み，各組織がある程度裁量をもって活動範囲を決定できること，そして各組織にケア提供者である依存労働者を支えるフォーマルおよびインフォーマルな仕組みのあることが重要である。

ユマニテによる哲学は，このような特徴をもつ組織の中で，ケアの授受というスタッフと精神障がい者の相互作用を通じて生まれていた。

6　考察：「脆弱性＝ユマニテの源泉」の視点から再考する依存者と依存労働者間の互酬性

家族や友人，仕事といった，社会の主流での生活に不可欠な社会関係を喪失した精神障がい者に対するケアの社会的責任は，フランスでは医療機関とアソシアシオンを通して部分的に果たされていた。そして，医療機関とアソシアシオンから提供されるケアでは，精神障がい者が自身にとっての「自律」を決められる環境を整えることが目指されていた。そして，スタッフ間ではかれらに同伴することの重要性が共有されていた。

たとえ極端に不安定な生活で，あらゆる社会関係から排除されてきたとしても，スタッフから同伴的ケアを受けることで，精神障がい者には，ゆっくりとそれぞれに合った自律を獲得し，社会の中で他者との社会関係を取り戻し，文化的な生活を送る可能性が残されていた。また，こうした可能性を高めるためには，同伴的ケアを提供する組織が，なるべく小さく，組織の中で多様な意見が自由に交わされ，組織に一定の裁量が認められていることが重要であった。以上が，依存労働者であるスタッフから，依存者である精神障がい者へ提供するケアの実践内容であった。

では，こうした同伴的ケアを提供するスタッフは，ケアを受けた精神障がい者からどのような「お返し」を受け取っていたのだろうか。スタッフは，キテイが指摘したように，精神障がい者が脆弱性をもつと同定していた。そして，精神障がい者が脆弱性をもつ存在であるが故に，ケアの必要性を認めていた。しかし，スタッフは脆弱性をケアを受ける理由としてのみ，捉えているわけではなかった。スタッフはさらに脆弱性が，既存の社会制度全体のあり方を問うユマニテを生みだすことに，感覚的に気がついていた。

精神障がい者へのケアの提供を通して，精神障がい者がもつ脆弱性から生まれるユマニテを，スタッフは受け取っていた。ユマニテは，人間が多様な側面をもつ存在であることへの深い理解を促す。そして，そうした人間存在を支えるために必要な，自律の定義を当事者個人に委ねたり，社会的な手助

けの仕組みやその必要性を考えたりする哲学的思考を人の内面にわき起こさせる。ユマニテという「お返し」を受け取ることで，スタッフは人間を愛情や希望，合理性といった肯定的で，誰にでも了解可能な側面と，暴力や恐怖，絶対的な孤独，非合理性といった必ずしも他者からの理解を受け付けない側面をもつ存在として認識していた。それによってスタッフは，「全ての人を受け入れる哲学」を互いに共有し，脆弱性をもつ人々が社会の連帯に加わらない限り，自分たちが現在生きる社会は進歩せず，社会の全体的な統合も達成されないと考えていた。

したがって，精神障がい者へのケアの実践において，スタッフと精神障がい者の間には，同伴的ケアとユマニテの互酬性が生じていると言えるだろう。依存者にケアを提供するのは，キテイが提示した誰しもが依存を経験するという万人の共通項に基づく社会的責任に加えて，ユマニテを生み出す人間の脆弱性が，人間をより深く理解し，その理解に基づいて社会の規範や制度を捉え直すために不可欠なためである。そうして捉え直された社会規範や制度を，その社会が存在する時代の文脈に応じて修正し続けることによって，社会の周縁で生活する人々は連帯の達成に必要な成員として承認されるのではないか。また，このような営みを通して，引いては社会全体の統合へとわれわれは近づいて行くのではないか。

「十全な社会的シティズンシップ」（Kittay 1999＝2010：291）が，依存労働者と依存者の両者に付与されない限り，われわれが社会的統合に近づくことはない。ケアをジェンダーの視点から捉えることで，キテイは公的ドゥーリアの制度化と，依存労働者の社会的シティズンシップの承認の必要性を提示した。そこにさらに，本稿の分析で明らかになった，ユマニテの創出という脆弱性がもつ社会的な機能を加えることで，依存の状態に留まり続ける人々についても，社会的シティズンシップの承認への道が，すなわちかれらが主体となる社会的連帯への可能性が開けるのではないだろうか。

謝辞

本調査にご協力いただいたすべての方，CMP，SAVS，L'Association Clémence Isaure，Chez-soi d'abord，CSAPA，CAARUD，CHRS の方々，とりわけ L'Association Clémence Isaure の Lacoste 氏に心より感謝申し上げます。

また本調査は，UMR1295, Unité mixte INSERM – Université Toulouse III Paul Sabatier の研究室が，調査当時筆者を外国人研究者として受け入れていただいたことで実現しました。研究室メンバーのすべての方に謹んで感謝の意を表します。

本稿の研究は，JSPS 科研費 11J05956，15H06354，17K13845，18J00979，21K13436 の助成を受けたものです。

The author would like to thank Enago（www.enago.jp）for the English language review in the abstract.

本稿は，樋口麻里，2015,「精神障がい者の社会的排除の国際比較分析：社会的包摂概念の発展可能性」（大阪大学大学院人間科学研究科 2014 年度博士論文）の一部を大幅に加筆修正したものです。

［註］

1）こうした不平等は,「ケアの担い手は，市場で通用するよう精進すれば経済状態を向上させることができたかもしれないスキルみがきの機会を棒に振ってきた可能性」（Fineman 2004＝2009：186）を高める。そのため，依存労働者になることが即ち，労働市場においてより劣位な状況に追い込まれることをもたらす。

2）ドゥーリアの語源は,「出産し，新たに母となって赤ん坊をケアする女性をサポートする人を指すドゥーラをアレンジしたもの」（Kittay 1999＝2010：158）である。

3）調査に先立って，調査実施時の所属先（大阪大学大学院人間科学研究科）の倫理委員会から承認を得た。また，調査先の団体責任者から調査の受け入れについて許可を得

たのち，インタビューについてはスタッフからも個別に調査の許可を得た。Csd では，スタッフの業務内容の都合上，スタッフへのインテンシブ・インタビューを行う時間を確保することが難しかったため，1 週間スタッフに同行して Csd の支援対象者宅への訪問や支援の観察を中心に行った。この同行時に直接出会った Csd の支援対象者は 3 名だった。これらの各支援対象者には，筆者が研究の目的で日本から来ていることを説明して自己紹介を行い，スタッフへの同行について許可を得た。また，支援対象者宅への訪問の道中で，筆者がスタッフへ質問を行うという形で短時間のインタビューを行った。

4）精神医療福祉領域では，これらの人を利用者あるいはユーザーと呼ぶことが多いが，本分析は支援者側のスタッフの視点に焦点を当てていることと，今回調査に協力いただいたスタッフは利用者／ユーザーという呼び方をしていなかったため，利用者／ユーザーの表記は採用しなかった。

5）これらのコードは，それぞれさらに複数のコードと関連しているが，本文に全てのコードを含めると煩雑になりすぎて，概念の全体像を把握するのが難しい。したがって，本文ではこれらのコードとそれらに関連する主要なコードだけを示した。〈統合失調症者は「根源的な孤独」を感じている〉は 25 個のコードと，〈統合失調症者は脆弱性（vulnérabilité）のために社会の犠牲になっている〉は 22 個のコードと，〈アディクションは精神障がい者の生活や支援をより困難にする〉は 3 個のコードと，〈同伴は，精神障がい者と苦しみや喜び，空間を共有しながらかれらが人生の足取り（démarche）を見つけられるよう支えること〉は 11 個のコードと，そして〈家族との関係がある場合，家族は精神障がい者の回復過程に重要な役割を果たす〉は 6 個のコードとそれぞれ関連している。

6）20 歳未満で統合失調症などの慢性精神疾患をもつと，家族関係，とりわけ親との関係が途絶えた場合に生活上必要な資源へのアクセスがより困難になる。というのも，フランスでは成人の法的規定は 18 歳以上だが，精神障がい者が受給可能な障がい者手当（AAH：Allocation aux adultes handicapés）の支給年齢は 20 歳以上となっており，20 歳未満の場合は「子ども」用の障がい者手当（AEEH：Allocation d'Éducation d'Enfant Handicappé）が適用され，基本的に親が受給することになるからである。本稿の調査で，20 歳未満で統合失調症を発症し，かつ路上生活をしていた男性は，AEEH の受給資格の年齢規約のため，AEEH が受給できず生活がよりひっ迫するという問題を抱えていた。

7）Csd では，調査時点で週 1 回必ずすべての支援対象者の自宅を訪問していた。

8）障がい者手当（AAH）と住居手当（Allocations logement）の金額は，障がいの程度や世帯収入によって異なるが，単身者の場合はおよそ合計 1000 € 前後である。AAH の給付金の上限額は調査時点で 790.18 € だったが，その後増額改定が続いており，2022 年 2 月時点は 903.60 € である（2022 年 2 月 1 日取得，Service-Public.fr 2022）。

9）障がいの有無等に関係なく市民の最低限の生活を保障する給付。日本の生活保護費に相当する制度。RSA の給付額は世帯人数や世帯収入で異なる。障がい者手当と同様に増額改定が続いており，調査時点における無職単身者の 1 人当たりの基準額は 499.31 € だったが，2022 年 2 月時点では 565.34 € である（2022 年 2 月 1 日取得，Service-Public.fr 2021）。精神障がいの診断を受けていて，障がいの程度が一定以上の場合，RSA よりも AAH の方が受給額は多くなるため，精神障がいにより就労が困難な場合は AAH が選ばれる場合が多い。

10）とりわけ，女性は暴力の被害に遭いやすい。アディクション問題をもつ人を支援するアソシアシオン CSAPA のスタッフによると，女性の支援対象者のほとんどが，子どもの時代に家族成員から性的虐待を受けた経験があるという。

11）支援対象者が短期的にこのような目標に到達することは，実際には難しい。しかし，CHRS のスタッフは，〈同伴による自律へのステップは，支援対象者の人生に将来的に益とな（る）〉り，支援対象者たちの未来に，それまでの悲惨な人生を修正するような影響を与えるだろうという信念のもと，日々のケアを実践していた。

12）ただし，受け入れ期間の上限を定めていたのはアソシアシオンの SAVS であり，医療機関の CMP には退院後の医療的フォローアップという組織の目的から，受け入れ期間の設定はない。Csd は，調査時点ではプログラムの活動そのものが 2 年間の試験期間中であったため，2 年経過後に支援対象者をどうするのかは決まっていなかった。

13）これらのコードは，［1 同伴的ケアの重視］と同様に，それぞれさらに複数のコードと関連している。〈家族の連帯の衰退〉は 1 個のコード，〈「健常者もいる場」の創造必要性〉は 8 個のコード，〈「困難な状況にある人を助ける」というフランス社会・国家のイメージ〉は 10 個のコード，〈フランス社会は laïcité に基づいて機能している〉は 3 個のコード，〈社会は精神障がい者を経済的に援助すべきだが，かれらに全て与えるべきではない〉は 4 個のコード，〈フランスは困難な社会経済状況から脱せないというスタッフの見通し〉は 8 個のコードとそれぞれ関連している。

14）ケアを提供してくれる家族をもつ精神障がい者は，住居提供と生活支援を中心に行う Csd や CHRS にはいなかった。協力的な家族をもつ精神障がい者は，医療的ケアを中心に提供する CMP や SAVS にみられる。

15）Csd は，アパートの家賃を Csd 自身の予算と支援対象者の Allocation logement から支払っており，支援対象者の家賃の自己負担はない。

16）2010 年時点において，フランスの 18 歳以上人口の約 45％（約 2300 万人）が，1 つ以上のアソシアシオンに加盟している。また，約 180 万人がアソシアシオンに雇用されており，その人件費は，民間と公立セクター全体の人件費の約 5 ％に相当する（Archambault and Tchernonog 2012）。フランス社会においてアソシアシオンは，重要な中間集団と位置付けられているといえる（高村 2007）。

17）調査を行った CHRS も，元々はカトリックの修道者らによって設立されていた。

18）〈精神障がい者の限られた就労へのアクセス〉はさらに 2 個のコードと，〈正常さの均衡を獲得することは重度な統合失調症者でも可能〉は 16 個のコードと，〈支援対象者と社会とを結びつけるもの〉は 19 個のコードと，〈精神障がい者へのケアに見出されるユマニテ（humanité）〉は 52 個のコードとそれぞれ関連している。

19）もちろん，家の外から出ていくということ自体が，「重度」の精神障がい者には大きなハードルであるが，家の外で求められるタスクが，プレゼンスを示すことでよいとかれらが知るならば，家を出ることへのハードルも多少は低くなるかもしれない。

20）例えば，性犯罪をした精神障がい者には，精神科の継続的な受診が法的に規定されている。調査先の CMP は，通常は患者の希望を優先して，セクター圏外からも患者を受け入れていた。しかし，性犯罪のようなケースに対しては，そういった融通は行わず，法的な受け入れ手順を厳守していた。また，アディクション問題をもつ人への支援を行う CARRUD は，違法ドラッグを現在使用している人々を受け入れている。そのため，スタッフ間の結束はとりわけ固く，各スタッフが特定の支援対象者を担当するというよりかはエキップ全体で担当する，という態勢をとっていた。

21）〈組織内での連帯の構築〉はさらに 20 個のコード，〈家族の連帯（solidarité familiale）の喪失を補完する里親による連帯〉は 3 個のコード，〈外部組織との連携〉は 24 個のコードとそれぞれ関連している。

22）スーパービジョンの費用は，CMP の場合セクターを管轄する公立精神科病院が負担している。CHRS の場合は，アソシアシオンの財源の中から支払われる。

23）看護学の分野では，看護師がユーモアや笑いをもつことが，患者と看護師との信頼関係につながり，患者の主体性を引き出すとして笑いが注目されている（小林 2013）。ユーモアは，本稿のように極端な社会的排除の状態にある人々へのケアに限らず，日常的なケア場面においても，ケアの質を向上させるという効果をもつといえる。

24）インタビューをしたピアワーカーの話では，給与は住居手当と併せて 1000€ 強ということだった。

25）精神障がい者を受け入れる里親に対して，セクターを管轄する公立精神科病院より毎月手当が給付される。詳細は以下を参照のこと。（2022 年 4 月 2 日取得，http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F253.xhtml#N100B7）

26）里親の元で生活する統合失調症者は，後見人制度を利用しており，里親がかれらの財産を管理することはない。この点も，実の「家族」とは異なる点である。

27）里親に受け入れられている統合失調症者も同様に，休暇をとることができる。実際には，里親と統合失調症者とが休暇の時期を合わせて，里親が不在の時に統合失調症者が里親宅で一人になるということがないように，CMP の看護師を介して調整されていた。休暇中は，統合失調症者は障がい者を対象としたグループ旅行などに参加し，夏や冬のバカンスシーズンはヨーロッパ各地を旅行して過ごす。グループ旅行そのものは CMP とは別のアソシアシオンが主催しているが，CMP の看護師が旅行のパン

フレットを統合失調症者に渡す形で情報を提供していた。

［文献］

Archambault, E. and V. Tchernonog, 2012, *Repères sur les associations en France (MARS 2012)*, Palis: CPCA,（Retrieved June 10, 2022, http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Reperes-sur-les-associations-en-France.pdf）.

Fineman, M., 2004, *The Autonomy Myth: A Theory of Dependency*, New Jersey: The New Press.（穐田信子・速水葉子訳，2009，『ケアの絆：自律神話を超えて』岩波書店.）

Glaser, Barney G. and A., L. Strauss, 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing.（大出春江・水野節夫・後藤隆訳，1996，『データ対話型理論の発見 ── 調査からいかに理論をうみだすか』新曜社.）

Kittay, Eva F., 1999, *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York, London: Routledge.（岡野八代・牟田和恵監訳，2010，『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』白澤社.）

Rawls, J., 1999, *A Theory of Justice*, Camridge, Massachusetts: Hachette littératures, «Pluriel».（川本隆史・福間聡・神島裕子訳，2010，『正義論』紀伊國屋書店.）

Rosanvallon, P., 1995. *La Nouvelle Question Sociale: Repenser l'État-Providence*. Paris: Seuil.（北垣徹訳，2006，『連帯の新たなる哲学 ── 福祉国家再考』勁草書房.）

Service-Public. fr., 2021, "Revenu de solidarité active（RSA）." Le site officiel de l'administration française.（2022 年 2 月 1 日取得, http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N19775.xhtml）.

Service-Public.fr., 2022, "Conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés（AAH）." Le site officiel de l'administration française.（2022 年 2 月 1 日取得, http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2464.xhtml）.

上野千鶴子，2011，『ケアの社会学 ── 当事者主権の福祉社会へ』太田出版.

小林廣美，2013，「笑いと看護」『笑い学研究』20：62-69.

木下康仁，2003，『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 ── 質的研究への誘い』弘文堂.

樋口麻里，2013，「統合失調症者の回復過程とその分岐点における居場所 ── Atlas.ti を利用したグラウンデッド・セオリー・アプローチによる試み」『社会と調査』(11)：85-100.

高村学人，2007，『アソシアシオンへの自由 ──「共和国」の論理』勁草書房.

Is Human Vulnerability Only a Burden on Societies? Reframing the Reciprocity of Care through a Grounded Theory on Data Obtained from Professional Care Workers of People with Severe Mental Illness in France

【Abstract】

How can people with relatively major physical and/or mental vulnerabilities, for whom it is difficult to accomplish tasks at home or in the labor market, be recognized as necessary members of society? This paper references and complements Eva F. Kittay's "ethics of care" in an attempt to answer this question. To achieve its aim, it analyzes qualitative data from interviews and examines field notes on French professional care workers of people with severe mental illnesses.

The ethics of care considers physical and mental vulnerabilities as sources of social dependence and regards those who remain vulnerable as people who are unable to give back anything to others. Therefore, dependent individuals who are too incapacitated to work are positioned as one-sided recipients of care and are deemed to be persons that cannot engage as subjects with the solidarity of the reciprocity of care.

Given the above conceptual context, this paper uses grounded theory approach to describe care practices and empirically examine whether dependent individuals can and do recompense their professional care workers. The author conducted interviews with French professional care workers for people with severe mental illness who find it difficult to work and have become bereft of varied social relationships. Participant observations

were also performed.

The study concluded that in return for their care, the professional care workers received a philosophy labeled for this paper as *humanité* from their people with mental illness. This payback enabled a reflective rethinking of societal norms and systems: in receiving *humanité*, professional care workers can question the social exclusion of people with mental illness. They can also recognize the overall integration of society necessitates the participation of people with vulnerabilities vis-à-vis social solidarity.

This outcome suggests that those who remain dependent can potentially be recognized as necessary members of society through their capacity to recompense society with *humanité*. In this manner, this study contributes by reforming the reciprocity of care.

【Keywords: vulnerability, ethics of care, people with mental illness, grounded theory approach】