

当事者が参画する社会福祉専門教育

～精神医療ユーザーと協働する視覚教材づくり～

吉村夕里

I はじめに

社会福祉基礎構造改革以降、社会福祉サービスの利用に関わる制度施策は、「利用者主体」の理念を強調するようになってきている。しかし、福祉や医療サービスの利用者(以下:利用者)が、大学教育に自律的・主体的に参加する機会は十分であるとは言い難く、援助専門職の養成教育においても、利用者参加の位置づけは総じて受動的なもの、補助的なものととどめられている。

本研究の目的は、大学の援助専門職の養成教育のなかでの利用者の役割や権利について検討するとともに、筆者らが実施している利用者が参画する教育の試みを紹介して、その意義や効果を考察することである。

II 専門職の養成教育における福祉・医療サービスの利用者の位置づけ

II-1 権利としての教育への参画

援助専門職の養成教育において、利用者とそのケアラーが自らの体験談を語ったり、所属する組織の活動やメッセージを伝達したりする機会がある。以上の機会は十分とは言えないにしろ、増加していると思われる。そこには教育側と利用者側双方の以下の事情が関連している。

教育側の事情としては、援助専門職の養成教育において学外の実習が重視されているのと同様に、学内の教育においても現場主義的な発想

が重視されるようになったことがあげられる。利用者側やそのケアラーの事情としては、教育のなかにセルフヘルプグループやケアラーなどの活動を紹介する意図をもっていることがあげられる。

体験談を伝えるゲストスピーカーとして、あるいは所属するセルフヘルプグループの活動を伝えるメッセンジャーとして、利用者とそのケアラーが教育に参加することは、将来の援助専門職たる学生たちとのパートナーシップを確立していくうえでも、効果的であると思われる。とくに近年は、重度身体障害をもつ人たちの自立生活運動の延長線上で、障害当事者たちが運営する障害福祉サービス事業所などが、ピアカウンセラーやピアヘルパー、精神障害をもつヘルパーたちを雇用するようになり、将来の援助専門職は、以上の人々とのパートナーシップの基で働く必要が生じているからである(吉村、2005)。

援助専門職のトレーニングにおいては、利用者との接触は欠かせず、また、実際に接触する機会が大学の内外で増加しているにもかかわらず、教育における利用者参加の位置づけは、依然として受動的なままである。利用者が講師として大学教育の場に招かれて、ゲストスピーカーやメッセンジャーとして、体験談や生活状況、参加している組織の活動を語ったり、紹介したりすることはあっても、授業のデザイン、教材開発、授業の実施、評価などの大学教育の

一連のプロセスに参画することは稀であるからだ。

利用者やケアラーたちが、援助専門職の養成教育において、どのような役割を果たしているのか、どのような権利を有しているのか／否かについての論考は、日本では多くはなく、権利の側面からの検討をとくに欠いている。これは、日本における「利用者主体」や「利用者主導」の概念が、「サービスの利用」についての概念であり、「サービスの受給」については権利主体としての利用者概念が確立していない(岡部、2006) ことと関連すると思われる。

一般に、大学教育が生み出すアーティファクトは、学生や教員の共有物であると同時に、社会に還元するべきもの、社会の共有財産とするべきものとみなされている。同時に、今日の大学教育は、学生を教育における権利主体として位置づけている。それに対して、援助専門職の養成教育における利用者の位置づけについては、実際に彼らが養成教育において果たしている役割と、養成教育に参画する権利とのバランスがとれているとは言い難い現状がある。

利用者は、養成教育が生み出していく将来の援助専門職のサービス対象者であり、養成教育が生み出していくアーティファクトを提供される側でもある。つまり、援助専門職の養成教育が生みだす、人やモノや人の行為に対して、利害関係をもっており、それ故、養成教育に参画できる権利を本来的にもつ存在であるにとらえるべきである。そして、以上を前提として、個人の意思を尊重しながらも、援助専門職の養成教育への利用者の参画を可能なかぎり保障すべく、教育システムを整えるべきである。

II-2 教育における利用者の役割や位置づけの変遷

援助専門職の養成教育における利用者の位置

づけについては、リビングストンとクーパーが、医師、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー、心理職たちの養成教育でのトレーニングを例に出して言及している。

彼らは、援助専門職たちの養成は、学生であることと、実習生として有資格の専門職と共に働くことの両方が結びついた形のトレーニングだとする。そして、ケアについてのトレーニングは、クリニックや病院などの治療機関で行われており、そのために「患者」は受動的な立場となり、学生はしばしば「患者」をたんに症状のある人とみなしてしまうとする(Livingston & Cooper,2004)。

ケアについての学習が主に行われる実習教育に対して、利用者が大学内の授業で果たしてきた積極的な役割についての研究は多くはなく(Wykurz & Kelly, 2002)、そのなかでも学部教育を対象とした研究が主である(Livingston & Cooper, 前掲)。しかし、実習教育など、援助専門職のトレーニングが、利用者との接触に常に依存してきた歴史をもつこと、養成教育への利用者参加が、伝統的な教育モデルに準拠して規格化されていることについては、見直し作業も始まっている。見直し作業の重点は、援助専門職の養成教育における利用者の位置づけを、受動的なものからパートナーシップに基づくものへと変化させることに置かれている(Repper & Breeze,2006)。

とくに、イギリスでは国策として、精神保健福祉サービスに対する利用者参加が強調されるようになっており、援助専門職の養成教育のなかで、利用者が果たしているアクターとしての役割が指摘されている。「患者」は、授業でのプレゼンテーション、少人数のセミナーでのファシリテーションやデモンストレーションを行うだけではなく、学生への個人的な教授を行い、フィードバックを与えたり、学生評価を

行ったり、教育プログラムの評価に貢献するなど、積極的な「教師」(academic user)としての役割¹⁾を演じているとされる(Butterworth & Livingston,1999)。

また、スピーカーの役割だけにとどまらず、トレーナーやワークショップのファシリテーターとして働いている利用者や、利用者の組織が存在しており、彼らのためにトレーニングパックを開発する組織も存在する(Ikkos,2003)。

イギリスの実情についての文献レビューによれば、援助専門職の養成教育への利用者参加は、伝統的な教育モデルにおいて強調されてきた規格化され標準化された視点とは異なる視点を学生に与え、経験からくる知識をもたらすという意味において、利用者はエキスパートであり、学生に対して教師の役割を果たしているとされている(Stacy & Spencer,1999)。利用者参加の教育に対する学生たちの評価は高く²⁾、利用者自身にとっても将来の仲間を助ける機会であるとともに、自分自身への満足度や自己信頼、エンパワーにつながっているとされている(Livingston & Cooper, 前掲)。

一方、問題としては、教育における利用者参加は組織的な取組としての初期にあり、単一のコースやモジュールで実施される制限が存在することがあげられる。また、外傷体験など、語ることによって傷つく可能生のある利用者へのサポート体制、報酬、効果測定方法などが課題となっている。さらに、利用者が教師役を務めることに対しての教員の側の抵抗感や、利用者の教授内容についての教員のアカウントビリティの問題、学生が将来エキスパートとなることに対して、「academic user」の存在を脅威に感じる可能性なども検討課題とされている(Repper & Breeze, 前掲)。

以上のイギリスの動向についての日本への

紹介は、精神保健福祉サービスにおける利用者参加(野中、2004)や、高校や大学教育の社会福祉専門教育における利用者参加の紹介(所、2007)などに認められるようになっている。

Ⅱ-3 日本の現状

日本における学校教育への利用者参加は、社会福祉教育や社会福祉専門教育の分野で認められるようになっている。以上に関連した高校や大学の授業における利用者参加は、生活体験やライフストーリーなどをゲストスピーカーとして語る形式や、セルフヘルプグループのメンバーが講演会やシンポジウムなどでメッセージを届ける形式などが主であり、ワークショップ形式など、参加型・交流型の授業も一部に認められる。

一方、社会福祉現場の現任者教育においても、障害福祉サービスの利用者たちが、援助職向けのケアマネジメント研修や、相談支援の研修などの講師として招かれる機会などが認められる。以上の研修で利用者は、講演を行ったり、ロールプレイ演習のコメンテーターなどを務めたりしている。

実際の社会福祉援助現場における利用者参加も以前よりは進んできており、前述したように、身体障害をもつ人たちが運営する福祉サービス事業所などで、ピアカウンセリングやピアヘルパーなどを雇用する事業所が認められるようになり、その動向は精神障害をもつ人を対象とした障害福祉サービス事業所へと発展している。

とくに、2006年度の障害者自立支援法の施行に伴い、就労継続事業としてヘルパーステーションを運営する障害福祉サービス事業所が出てきており、そこでは精神障害をもつヘルパーが活躍する場面も認められるようになっている。したがって、今後もピアカウンセラーやピアヘルパー、精神障害をもつヘルパーたちが、

大学の社会福祉専門教育や福祉施設の職員向けの研修などで、自分たちや自分たちが所属する組織の活動について、直接あるいは間接的な形で紹介する機会や、教育や研修のアクターとして参加する機会はさらに増えていくと思われる。

しかし、現時点の学校教育への利用者参加は単発形式が大部分であり、社会福祉専門教育のデザイン、教材の開発、授業の実施、授業評価など、教育の一連の流れの一部にユーザーが完全参加したり、教育の全過程にユーザーが十全参加したりすることは、日本においては全くといっていいほど見られない。教材についても、障害「当事者」団体が、自立生活運動の歴史を紹介する映像資料³⁾などを作成して、大学の授業などで使用されているが、教材の選択や活用方法についての主体は教育現場の側にあり、学校教育のナレッジデザインへの利用者参画が果たされているわけではない。

Ⅲ 精神医療ユーザーと協働する視覚教材づくり

Ⅲ-1 目的と方法

(1) 目的

社会福祉専門教育では、サービス提供者の側の職業規範に基づいて作成された教材が多く、現実の援助場面で「サービス利用者／サービス提供者」間に生じている日常的な軋轢や葛藤が、利用者の視点から扱われることは稀である。

筆者たちは、社会福祉専門教育の視覚教材づくりの全過程に、福祉・医療サービスの利用者に参加してもらい、現実の援助場面で生じている葛藤や軋轢を、利用者の視点から映像化する試みをプロジェクト方式で行った。プロジェクトが作成を試みたのは、「精神医療ユーザーから提供されたスクリプト」と、「車イス使用者から提供されたスクリプト」に基づく視覚教材である。本研究では、「当事者が参画する社会福祉専門教育（その1）」として、前者に焦点をあてて分析を試みる。

表1 プロジェクト参加者

所属	実数	有資格					属性		
		社会福祉士	精神保健福祉士	臨床心理士	作業療法士	ヘルパー	身体障害	精神障害	ケアラー
大学生	14						2		1
地域活動支援センター	10	(1)	(1)					9	
社会福祉法人研修担当	3			3					
障害当事者団体	5						2 (2)		2
障害福祉サービス事業所	3					2	(1)		1
医療機関の専門職	2			1	1				
大学教員	2	1	(1)	(1)					
大学職員	1								
映像監督	1								
計	41	2	2	5	1	2	4	9	4

注) () 内は重複がある数

(2) 実施方法

学生や現任者を対象とした社会福祉専門教育のロールプレイやワークショップに活用する視覚教材を開発する目的で、学生、福祉・医療サービスの利用者と提供者、社会福祉専門教育に関わる大学の研究者など、インタージェンシー、インタープロフェッショナルな構成員が参加するプロジェクトを結成して、2008年6月から9月にかけて映像化作業を行った。

プロジェクトの参加者は、学生14名（車イス使用者2、そのケアラー1、演劇愛好会2、その他9）、地域活動支援センターのメンバーとスタッフが計10名（精神医療ユーザー9、社会福祉士と精神保健福祉士の有資格者スタッフ1）、社会福祉法人の研修担当職員4名（臨床心理士3、事務職1）、障害当事者団体のメンバーとそのケアラー3名（車イス使用者2、ケアラー1）、障害福祉サービス事業所の職員3名（ヘルパー2、身体障害当事者1）、医療機関の専門職2名（臨床心理士1、作業療法士1）、大学の教員2名（社会福祉士有資格者1、精神保健福祉士と臨床心理士の有資格者1）であり、以上に、映像担当として、大学職員と映像監督の2名が加わっている（表1）。以上のプロジェクトでは、「サービス利用者／サービス提供者」間に生じている日常的な軋轢や葛藤場面のスク립トの収集を行い、精神医療ユーザーからも、医療・福祉サービスでの実体験に基づくスク립トの提供を受けた。また、映像化に際しては事前、事後、撮影現場での討議をプロジェクト参加者で繰り返した。

今回、スク립トの提供から映像化まで、視覚教材づくりの全過程に参画して、撮影にあたっては学生とともにアクターの役割も果たしたのは、精神障害をもつ人を対象とした地域活動支援センター「きょうと WAKUWAKU 座」のメンバーである。

(3) 「きょうと WAKUWAKU 座」とは？

地域活動支援センター「きょうと WAKUWAKU 座」の運営母体は、特定非営利活動法人「PRP きょうと」（PRP Play and Relaxation Party：演劇とリラクゼーションを考える会）である。「PRP きょうと」は、2001年2月に演劇関係者と精神保健福祉従事者によって結成され、2002年7月に特定非営利活動法人として認可を受け、同法人が地域活動支援センター「きょうと WAKUWAKU 座」とともに、ふれあい交流サロン⁷⁾「てあとろ」を運営している。

このうち、地域生活支援センター「きょうと WAKUWAKU 座」は、紙芝居や南京すだれ、ペンシルバルーンなどのパフォーマンスを行う地域活動を展開している。一方、ふれあい交流サロン「てあとろ」は、「京都市こころのふれあいプラン」⁸⁾に基づいて、カフェを併設したギャラリー型サロンとして機能している。いずれも「PRP きょうと」の「表現活動によってストレスの軽減を図りながら、ゆるやかな地域社会の創造」を目指すという趣旨に基づいて、独自の活動を展開中である⁹⁾。

本プロジェクトについては、研究代表者である筆者から「きょうと WAKUWAKU 座」のスタッフに対して説明を行い、その活動に興味を示したスタッフをとおして「きょうと WAKUWAKU 座」のメンバーに説明が行われ、興味を示したメンバー9名が、本プロジェクトの例会と撮影会に、スタッフとともに出席するようになった。また、上記以外にもメンバーたちはスク립トの検討や撮影に備えたロールプレイを独自に繰り返して、その成果がスク립トの映像化作業に活かされた。

なお、「きょうと WAKUWAKU 座」のプロジェクト参加メンバーとスタッフからは、教材づくりに関する映像や研究の一般公開についてはあらかじめ了解を得ている。

Ⅲ-2 分析方法

(1) 分析対象

分析対象は、「きょうと WAKUWAKU 座」のメンバーが実体験に基づいてプロジェクトに提供した「診療面接場面」の SCRIPT をめぐる参加者間の相互作用である。また、相互作用の結果は、映像化された段階での TRANSCRIPT の会話分析をとおして明確化する。以上の分析方法を採用したのは、精神医療ユーザーの実体験に基づいた SCRIPT が描写している場面と状況、非言語的な表出、会話のシーケンスなどが、参加者間のやりとりによって明確化されて映像化が実現するという過程が認められたためである。

分析の手順としては、最初に、精神医療ユーザーがプロジェクトに参加した経緯を説明する。次に、分析の前提として、精神医療ユーザーからプロジェクトに提供された SCRIPT と、SCRIPT を検討する際に生じた参加者間のやりとりを示していく。最後に、以上の参加者間の相互作用をとおして映像化が実現した「診療面接場面」の TRANSCRIPT を示して会話分析を行い、利用者が参画する視覚教材づくりの意義や効果を考察する。

(2) 変化する SCRIPT

当初、「きょうと WAKUWAKU 座」のメンバー（以下：メンバー）が実体験に基づいて提供した SCRIPT は、表 2 のとおりである。以上の SCRIPT は長期入院中の精神科の診療面接場面であり、毎週 1 回繰り返されたものであるという。

表 2 診療面接場面の SCRIPT

	設定) ○年間続いた長期入院での定例の診療面接場面。 山奥の精神科病棟の診察室の中。時間体は日中。中央に事務机。机の上にカルテとボールペン。向って右側にドクターチェアがあり、医師が白衣を着て座っている。向って左側に丸イス。
1 患者	(患者、入ってくるなり)「よろしくお願ひします」(と最敬礼する)
2 医師	(会釈する)
3 患者	(向かって左側の丸イスに座り、机をばさんで医師と対向き合う)
4 医師	(むすっとした表情で、無味乾燥な感じで)あなたは今健康だと思いますか?
5 患者	(むすっとした表情で)わかりません
6 医師	(口をへの字に結んで冷たい感じでカルテに何か書きつける)今のあなたに入院は必要だと思いますか?
7 患者	(むすっとした表情で)わかりません
8 医師	(口をへの字に結んでカルテに記入)退院後はうちの病院と同じ系列の施設に入所してもらいたいのですが、決めるのにどれだけ時間がかかりますか(ニヤニヤしながら馬鹿にした感じで)一週間?二週間?
9 患者	いや、こんな山奥ではなくて、もっと買物などが便利にできる処へ行きたいですとにかく行きたい処は別にありますから
10 医師	あなたは頑固だ(患者無然たる表情)作業療法に毎日出てほしいんですが
11 患者	読書の時間がほしいですから、作業療法は週二日程度にしたいです
12 医師	(むすっとした表情で)あなたは頑固だまだ若いんだからもっと柔軟に考えてはどうかと思いますよ ところで読書というのは、どんな本を読むのですか?
13 患者	おもに語学です
14 医師	たとえば、どんな?
15 患者	アラビア語です
16 医師	(カルテに記入しながら)英語ならわかるけど、アラビア語ですか?勉強の目的は?
17 患者	国際感覚を養うためです 英語は大学入試のときに沢山やりましたから、やっぱり英語以外の言語を勉強して間口を広くということです
18 医師	(むすっとした表情で)はい、結構ですよ

19 患者 (最敬礼して) ありがとうございます-
 (注) 行冒頭の数字は場面の番号として文中の表記において使用している。

以上のスクリプトが提出されるまで、あるいは提出されてからのプロジェクトに関しても、決してスムーズに進行したわけではない。プロジェクトの進行は、参加者間のやりとりや討議に、しばしば時間をとられることとなった。

たとえば、メンバーたちが最初に本プロジェクトの定例研究会に参加した2008年の5月のプロジェクト参加者の自己紹介後のやりとりでは、あるメンバーと臨床心理士であるプロジェクト参加者との間で以下のような会話が交わされた。

表3 臨床心理士って？

1 メンバー	(驚いた様子で) 臨床心理士って、ことばの検査をする人のことじゃないんですか？ここに居る人は臨床心理士じゃないみたい。
2 CP	どうして？
3 メンバー	だって、臨床心理士って、言葉のカードを見せて、これをしゃべってくださいって。私うまくしゃべれないのを一生懸命しゃべって。あれは一体なんのためだったのでしょうか。いまだにわからない。私が上手く話せないことを調べていたんでしょうか(繰り返す)。私の話は伝わらないのでしょうか？
4 CP	ちゃんと話されていることが私には今、伝わっていますよ。いろんな臨床心理士がいますが、ここに居るのも臨床心理士ですよ。
5 メンバー	そうですか、安心しました。

(注) メンバー：精神医療ユーザー、CP：臨床心理士

メンバーたちは、プロジェクト参加者の発言でわからないことがあると、「すみません、○ ○ってどういう意味ですか」と間髪を入れずに質問したり、参加者の集まりが悪いと「身体障

害の撮影には沢山の人が集まったのに、こちらは少ない。差別ではないか」との感想を述べたりした。

このように、疑問に思ったことを即その場で質問したり、納得すれば深く頷き、礼を述べたりするメンバーたちの率直な参加態度は、たんに効率的にプロジェクトを進行させるよりも、参加者間の率直なやりとりにこそ、意味があるという気づきを、他の参加者にもたらした。また、プロジェクト参加者間に和やかな雰囲気をもたらした。

表2のスクリプトがプロジェクトに提出された際の例会では、スクリプトの読み合わせを行ったが、その際には、メンバーと監督との間で以下のようなやりとりが認められ、監督がメンバーたちから説明を受けて、状況を理解するのに長時間を要した。

表4 非日常な会話が日常？

1 監督	(表1の「8 医師」の発言に対して) 何故、このような発言になるのか？このような非日常な会話は理解しがたい(絶句) 普通ではない(考え込む)。どうして。
2 メンバー 1	私たちにとっては特別な会話ではない。このような会話が日常。
3 メンバー 2	私の場合は話が決まっている感じ。たとえば(主治医との会話を説明する)。
4 メンバー 3	私の場合はこっちが先生に合わせて話している。別に珍しいことではない。たとえば(例をあげて説明する)
5 監督	何が日常なのかわからない。非日常が日常なのか(考え込む)。
6PSW1	私もこのような診察場面は見たことがある。たとえば(例を説明する)
7PSW2	大体、医師が話題にすることはいつも決まっている。たとえば(例を説明する)。
8 監督	(腕組をして考え込む)

(注) メンバー：精神医療ユーザー

以上のようなやりとりによって、読み合わせや撮影の進行はしばしば中断したのだが、メンバーたちからは、「(監督が)理解できないと言ってくれたのが嬉しかった。いかにひどい状況なのかをわかってくれたと思った」との感想が、スタッフからは「とても充実した時間だった」との感想が得られた。その後も表2の SCRIPT のいくつかの箇所について討議が重ねられたが、焦点となったのは、診療面接の開始と終了、「医師」と「患者」の位置関係とアイコンタクト、カルテを記入するという行為のタイミング、「医師」と「患者」の言葉のやりとりなどである。以上の議論はあたかも集団で行う会話分析や相互作用分析のような形式となっていく。その結果、メンバーが精神科の診療面接場面をどのように感じているのかが、プロジェクト参加者にリアルに追体験されて、診療面接場面の構造についての討議が深まった。

以下に、映像化によって再構成されたトランスクリプトを、会話分析の手法に準じて表5、表6に示し、「医師」と「患者」の相互作用の特徴について考察することとする。

なお、実際の映像化にあたっては、学生が「患者」役を演じて、メンバーが「医師」と「看護師」役を演じた。アクターたちの役作りは真摯であり、「患者」役の学生はメンバーと積極的に交流し、メンバーたちは役作りのためのダイエットを行ったり、撮影のための服装を準備したりしていた。「患者」の背景については、当初は長期入院をしていた壮年期の男性として設定されていたが、メンバーから「患者」役の学生が「健康的すぎる」「若すぎる」との指摘があり、参加者間で討議して背景を再設定した(表6)。同時にメイクアップや服装、診察室の構造や備品の配置などもメンバーの意見を取り入れたり、実際の診察室を見学したり、精神科医に話を聞きながら、プロジェクト参加者が整備した。

表5 記号の説明

・ []	複数行にまたがる角括弧	参与たちのことばなどが重なっていることを示す
・ =	ことばとことばのあいだもしくは行末と行頭におかれた等号	途切れなくことばがつながっていることを示す
・ (数字)	丸括弧で括られた数字	その数字の秒数だけ沈黙があることを示す
・ _____	下線	強調された語は下線で示す
・ -	ハイフン	直前のことばが不完全なまま途切れていることを示す
・ ?	疑問符	直前の音が上がっていることを示す
・ 。	句点	語尾の音が下がって区切りがついたことを示す
・ ↓	下向き矢印	音調が極端に下がっていることを示す
・ DDD	各発話の上、もしくは下におかれた同一文字の列	その文字で示された特定の事物もしくは人物に視線もしくは顔が向けられていることを示す(Dは医師、Pは患者、Kはカルテを示す)
・ _____	実線	そのつど示される動作がなされていることを示す
・ …	ピリオドの列	動作がはじまりかけていることを示す
・ ,,,	カンマの列	動作が終わりかけていることを示す
・ > <	不等号の囲み	発語のスピードが速くなる部分は左向き不等号と右向き不等号で囲まれることで示す
・ 語 h 語		笑いながら話すときのように語のなかに呼気が含まれる場合、語のなかにhをいれることで示す
・ (())	二重丸括弧	そのつど必要な注記であることを示す

Ⅲ－3 結果と考察

視覚教材づくりの経過は、当初のSCRIPT（表2）が、プロジェクト参加者間のやりとりによって、映像として再構成されていき、その場面の特徴が参加者に共有されていく過程でもあった。

以下に、実際に完成した映像のトランスクリプトの内容（表6）についての会話分析を行い、その特徴を「診療面接場面の構造」「医師による会話のターン構成」「トリッキーな質問と利害関係予防の応答」「医師と患者の会話の隣接ペア」「応答回避」に分けて考察していく。

なお、焦点をあてた場面の表記については、表2と表6に共通する行冒頭の番号で記している。

(1) 診療面接場面の構造

i) 診察面接のプロセス

診療面接の特徴は、その開始と終了にある。たとえば、場面1では、入室した「患者」の「よろしくお願ひします」との「医師」への依頼によって診療面接が開始され、場面19では、「患者」の「ありがとうございます」との「医師」への礼によって診療面接が終了している。以上は、顧客の消費行動におけるサービスの開始や終了とは明らかに異なっている。一般的なサービス場面は、「いらっしゃいませ」とのサービス提供者の歓迎の言葉で開始され、顧客の消費行動が完了すれば、「ありがとうございます」「またのお越しをお待ちしています」など、サービス提供者が顧客への礼と、再訪を歓迎する旨を告げることによって終了する形が主であるからだ。

また、顧客の消費行動に関わる言動、たとえば、「すみません、これを見せてください」「〇〇はありますか」など、顧客の呼びかけや質問に、あるいは、商品を物色する、商品を手に取

るといふ、顧客の仕草に、サービス提供者が密着して応答していくのが、一般的な接客の流れである。しかし、診療面接においては、「患者」が「医師」の質問や仕草に密着して応答していく。

診療面接のプロセスには、最初に、「患者」が「医師」に診察の順番取りを依頼して承諾され、次に、「医師」の質問や仕草に「患者」が密着して応答していき、最後に、「患者」の「医師」への礼によって終了するという特徴が認められる。

ii) 時間と会話の統制

一般的なサービス場面では、時間の統制に関するイニシアティブは主として顧客の側にあり、顧客はサービス提供者の話かけに応答したり、あるいは無視したりしながら自由に売り場に入出入りする。しかし、診療面接の時間と会話の統制権は、主に「医師」の側にあり、それは、「医師」の「カルテ記入動作」の開始や切りあげに連鎖している。

たとえば、場面1では、「患者」の「よろしくお願ひします」（場面1）との依頼によって診療面接が開始されるが、それ以前に「医師」は先に退室した患者の「カルテ記入動作」を切りあげている。そして、新たな「患者」に会釈で応えるのと相前後して「カルテ記入動作」を開始している（場面2）。次いで、「あなたは今健康だと思いますか」という「医師」の最初の質問が行われて、実際の診療面接が開始されている（場面3）。以上の場面では、「医師」の会釈と、新たに入室した「患者」についての「カルテ記入動作」の開始が連動しており、この一連の「医師」の行為は、新たに入室した「患者」の診察の順番取りについての依頼に対して、承諾を与える行為であると思われる。

同様に、「はい、結構ですよ」といふ、診療

面接における「医師」の最後の発話に相前後して、「医師」は「患者」の方を見ずに「カルテ記入動作」を開始している（場面18）。また、「医師」の以上の言動に連動するように、「患者」は「医師」に「ありがとうございます」との礼を言って退室して、診療面接が終了している（場面19）。この場面でも、「医師」の切りあげの発話と「カルテ記入動作」の開始が相前後しており、この一連の「医師」の言動が実際の終了を決定しており、「患者」は、それに従った形となっている。

このように、診療面接では「医師」の「カルテ記入動作」の開始や切りあげが、診療面接の開始と終了に関わっている。つまり、「患者」にとって「医師」の「カルテ記入動作」は診療面接の開始や終了を決定づけている、時間的な統制の象徴であり、「患者」の行動、たとえば、質問への応答や沈黙や発話、依頼や礼などは、「医師」の「カルテ記入動作」に連鎖していると解釈できる。

iii) 評価が行われる場面

一般のサービス場面とは異なる以上の特徴をもつ場面としては、入学面接や就職面接、オーディションなどの場面が連想される。いずれも順番に入室する者に対して、「評価が行われる場面」であり、かつ入室者の言動は所定の様式に基づき、評価をする者によって記録されていく。また、評価者が記録を切りあげる、記録を開始するという行為は、診療面接における「医師」の「カルテ記入動作」と同様に、入室者に会話の開始や、会話の順番取り、終了のタイミングを知らしめる役割をもっている。

診療面接場面の全体の構造は、「評価をする者／される者」の役割が固定されたうえで、双方によって「評価が行われる場面」として構成されている。その際、評価者の記録動作は、入

室者への評価に直接に関わる行為であると同時に、評価者が入室者に対して、時間と会話の統制を行う行為でもある。

以上の構造をもつ場面として映像化された診療面接場面は、メンバーたちからの「腹が立つことがあっても、診察室に入る時は『よろしくお願ひします』、出るときは『ありがとうございます』と言ってしまう」「主治医はいつも質問してはカルテを記入している」「『はい、結構ですよ』と言われた瞬間に立ちあがって礼を言うことが多い」という感想から、撮影現場でその細部が明確化され、映像として再構成されたものである。

(2) 医師による会話のターン構成

「医師」の「カルテ記入動作」は、「医師」の質問に対する「患者」の応答を、「医師」が評価する行為であると同時に、「患者」の診療時間と会話を統制する行為でもある。そして、「医師」と「患者」の会話は、「医師」の質問によって開始され、「医師」の「カルテ記入動作」で終了する会話のターン構成の連なりである。

たとえば、「医師」が「あなたは今健康だと思えますか」と質問して（場面4）、「患者」の「わかりません」（場面5）という応答に、「医師」が「カルテ記入動作」を行い、最初の評価が完了する。次いで「医師」の「今のあなたに入院は必要ですか」と質問が行われ（場面6）、「患者」の「わかりません」（場面7）という応答に、再び「医師」が「カルテ記入動作」（場面8）を行い、次の評価が完了するという連なりである。

「質問→応答→カルテ記入動作」の反復は、「質問（医師）→応答（患者）→評価（医師）」¹⁰⁾の反復であり、以上のシーケンスでは「患者」から「医師」への質問は封じられたままで、「患者」の応答は「医師」の評価対象となる。事実、

「患者」から「医師」への質問は全く見られない。

「医師」による会話のターン構成と評価の連なりについては、メンバーからの言及があり、「腹が立って仕方がなかったが、入院中はこのような面接が週1回何年も繰り返された」「外来では少しでしたが、同じようなパターンが繰り返されている」との感想が述べられた。質問を受けて、応答して、評価されるという会話の反復のなかで、「患者」は「医師」に対して常に受動的な立場に置かれるのである。

(3) トリッキーな質問と利害関係予防の応答

では、「医師」による会話のターン構成の連なりと評価に対して、「患者」はどのような対応が可能であるのだろうか。

この点についてはメンバーから、「自分は健康だと思うか、入院が必要だと思うか、と尋ねられても答えようがない。健康だと思う、入院は必要ないと思う、などと答えれば、病気の自覚がないと受け取られかねない。そうかと言って、病気だと思う、入院は必要だと思うと答えれば、もっと長く入院していなさいということになりかねない。これでは返答のしようがない」「退院許可の権限を一手に握っておきながらこんな質問をするのはメディカルハラスメントだと言わざるを得ない」という説明があった。

「質問（医師）→応答（患者）→評価（医師）」というシーケンスが存在するなかで、「医師」から「患者」に、病気や入院に関わる質問が行われた場合、その質問は「患者」にとって、トリッキーなものとして認知される。その現実に対して「患者」が統制を試みようとした場合は、利害関係予防¹¹⁾のために「わからない」と応答していくこととなる。

つまり、「医師」と「患者」の会話においては、病気や入院に関わる「医師のトリッキーな質問」と「患者の利害関係予防の応答」が隣接ペアを

形成することとなる。

(4) 医師と患者の会話の隣接ペア

i) 発話によるターン構成と評価

「医師」が「患者」を評価する行為は、「医師」の発話でも認められる。その際にも「カルテ記入動作」と同様の「医師」の発話によるターン構成の連なりが存在しており、場面8から場面12にかけての一連のやりとりがそれにあたる。この箇所は映像化にあたって、プロジェクト参加者間で最初に議論が生じたところでもある（表4）。

メンバーたちから、程度の差こそあれ、日常的に体験しているとの訴えがあった、この奇妙な会話は、診療面接場面のどのような構造や「医師」の意図と関係しているのだろうか。以下に分析を試みる。

場面8から場面12にかけて「医師」は、「退院後はうちの病院と同じ系列の施設に入所

してもらいたいのですが、決めるのにどれだけ時間がかかりますか」（場面8）と提案とも指示とも質問ともとれない発話を行い、それに対して「患者」は、「いや、こんな山奥ではなくて、もっと買物などが便利にできる処へ行きたいです」「とにかく行きたい処は別にありますから」（場面9）との拒絶をして、その理由も述べている。

それに対して、「医師」は、「あなたは頑固だ」（場面10）と発話して、次いで「作業療法に毎日出てほしいんですが」（場面10）と再び、提案とも指示とも質問ともとれない発話をしている。「患者」は再度、「読書の時間がほしいですから、作業療法は週二日程度にしたいです」（場面11）との拒絶をして、その理由も述べているが、「医師」も再度、「あなたは頑固だ」（場面12）との発話を繰り返して、次の質問に移行している。

前述した「カルテ記入動作」が「患者」を評価する行為であると同様に、この一連のやりとりでは、「あなたは頑固だ」という「医師」の発話が、「患者」を評価する行為だと思われる。そして、以上の「医師」の発話は、「カルテ記入動作」と同様に、「患者」への評価で完了する会話のターン構成の連なりを形成するのである。

ii) 曖昧な形式の指示や提案

場面8から場面12の会話が奇妙な印象を与えるのは、「医師」の発話が指示とも提案とも質問とも言い難い表現形式をとっていること、その発話の妥当性に「医師」自身、こだわっていないように思えることに起因する。

一般に、指示は断定や命令形式で行われることが多いが、ここでは、「退院後はうちの病院と同じ系列の施設に入所してもらいたいのですが、決めるのにどれだけ時間がかかりますか」「一週間？二週間？」(場面8)という、指示とも提案とも質問とも言い難い「医師」の発話が行われている。同様に、「作業療法に毎日出てほしいんですが」(場面10)という「医師」の発話も断定的ではなく、暗に「患者」に問いかけるような形式になっている。

断定的な形式ではなく、問いかけるような形式で意見が示された場合は、それは指示ではなく、提案として相手に認知される。一般に、問いかけや提案には、指示とは異なり、相手への遠慮や配慮、相手と交渉する意思などが存在している。しかし、「医師」は「一週間？二週間？」(場面8)と発話しながら「患者」を見下したように、ニヤニヤ笑っており、「医師」に「患者」への遠慮や配慮が存在するとは思えない。また、「医師」に「患者」と交渉する意図があるのなら、「あなたは頑固だ」という言葉によって、「患者」の応答を評価して、以上の会話単位を完了

させることはないだろうし、同様のパターンが反復される次の会話単位に移行することもないだろう。そもそも「医師」が「患者」との対話の発展や交渉を意図しているのなら、「医師」の発話の前段や後段の部分に、「患者」の希望や意見を問う発話が見られるのが自然だと思われる。

通常の会話では、「指示や提案→拒絶／受諾」という隣接ペアが存在しており、指示や提案が拒絶された場合は、「指示や提案→拒絶→反論／説得」へと、会話が発展する形式もある。そして、「医師」が自分の指示や提案の内容を妥当だと思っている場合や、「患者」との対話を意図している場合などは、「患者」への反論や説得あるいは「患者」との交渉が行われることが自然だと思われる。

しかし、場面8から場面12にかけての一連のやりとりでは、「曖昧な形式の指示や提案(医師)→拒絶(患者)→評価(医師)→会話の完了(医師)」という、「医師」による会話のターン構成のつらなりが認められるだけである。

したがって、「医師」の関心は、自分の指示や提案の内容についての妥当性にあるのでも、「患者」への遠慮や配慮、「患者」との交渉にあるのでもなく、「患者」への評価そのものにあるのだと解釈できる。

iii) 患者の選択肢

場面8から場面10の発話が奇妙な印象を与えるのは、「評価をする者／される者」の発話に、一種のねじれや逆転現象が認められることにも起因する。

既に言及してきたとおり、指示を行う場合は断定形式に近い発話になり、対話や交渉を行う場合は提案形式に近い発話になる。場面8や場面10の「医師」の発話は、提案形式になっており、「医師」が退院の条件を「患者」に示して、

その是非の判断や意見を求めているかのようなのである。しかし、通常は、「評価をする者」が示す内容について、「評価をされる者」が意見を求められたりすることはない。このような「医師」の発話の不自然さは、それ以前の会話に既に認められるものである。

たとえば、場面4や場面6では、「あなたは今健康だと思いますか」「今のあなたに入院は必要ですか」と、「医師」は「患者」に質問しているが、通常の医療においては、「健康か／否か」「入院が必要か／否か」は、むしろ「患者」が「医師」に質問するものである。

本来、「医師」が判断している内容を敢えて「患者」に問う形式がとられる「医師」の発話に対して、「患者」は「わかりません」と応答して、それ以外の発話によって生じる可能性がある利害関係を回避している。「患者」が利害関係予防の応答を行った場合は、「医師」には「患者」を評価する材料が与えられず、そのため、場面4や場面6では、「医師」は「患者」への評価を厳密な意味では遂行できなかったと思われる。

しかし、場面8から場面10における「医師」の発話内容は、「患者」の退院に向けての選択肢に関わる内容であり、「患者」の利害に既に関与している話題でもある。したがって、「患者」は「医師」の発話に対して、非関与の姿勢を貫くことが難しくなる。とくに「医師」が「患者」にとって不本意な内容を示した場合、「患者」は「医師」との応答に生じる利害関係のなかに入っていかざるを得ない。加えて、「医師」は「患者」が、「患者／医師」間の対話に生じる利害関係に入っていくやすい提案形式での発話を行っている。そして、以上の形式の「医師」の発話は、「患者」にとっては、場面4や場面6の「医師」の質問以上にトリッキーなものである。

何故なら、どのような発話や応答を行ったと

ころで、「医師」との交渉の発展につながるのではなく、評価の対象とみなされるからである。したがって、「患者」が「医師」の曖昧な指示や提案に拒絶する意志をもつ場合は、以上を承知したうえで、「医師」に向って強く異論を唱えざるを得ない。指示や提案に対する「患者」の反応を確認するかのような、「医師」の曖昧な発話に対しての「患者」の選択肢は、「医師」に向って強く異論を唱えるか、沈黙するか、従属するかである。そして、前者2つの選択は、「医師」からはネガティブな評価を受けて、入院の延長につながる可能性が生じることとなる。とすると、「患者」は「医師」の曖昧な指示や提案に対しては、積極的に従属する意向を表示する以外の選択肢を実質的にはもたないことになる。

メンバーからは、表4に示したプロジェクト参加者間のやりとりに加えて、「ちょっとでも異論があると頑固だと決めつけるのもメディカルハラスメント。医者はずべてにおいて正しいという思い込みがあり、これは恐ろしいこと」「患者が正面きって抵抗するのは困難。そんなことをすれば退院許可が出ないから。このような支配抑圧関係が、医療現場の実態」との説明があった。メンバーからの以上の主張については、実際の状況や場面に遭遇しないと、一般論としては、それを受け入れられない人々も恐らく存在するだろう。

しかし、映像化過程のやりとりにおいては、「医師」と「患者」の会話に具体的に密着することによって、そのやりとりのなかに、不自然なもの、非日常なものが存在していることが、プロジェクト参加者にも認知された。以上は、メンバーにとっては自分たちが所属してきた環境の理不尽さが理解されたと感じられる出来事であったと思われる。

(5) 応答回避

精神医療ユーザーが今回提示したスクリプトの映像化過程において明らかになった、この精神科医療面接の最大の問題は何であろうか。最後になるが、この点に言及していきたい。

映像化された診療面接場面において、「医師」と「患者」の人間的な対話の連鎖が認められる箇所が後半に少し存在する。場面12の「医師」の質問から、場面18で「医師」が「カルテ記入動作」を切りあげて診療面接場面が終了するまでのやりとりである。

場面12で「医師」は、「ところで読書というのは、どんな本を読むのですか？」と発話しており、初めて「患者」の応答に対して個人的な興味を示しているように思われる。「患者」は、「主に語学です」（場面13）と答え、次いで「医師」は「たとえばどんな」と質問している（場面14）。それに対して、「患者」は「アラビア語です」と応じるが（場面15）、「医師」は「カルテ記入動作」を行いながら「英語ならわかるけど、アラビア語ですか？勉強の目的は？」とさらに質問している（場面16）。以上の「医師」の質問に対して、「患者」は、「国際感覚を養うためです。英語は留学中に沢山勉強したので、やっぱり英語以外の言語を勉強して間口を広くということです」と、「医師」を見つめながら比較的長く発話している（場面17）。

メンバーからは、「このシーンは医師と張り合うようなパワーゲームの感じ」という説明が行われており、パワーゲームにせよ、「医師」と「患者」の双方が、「個人」対「個人」で向き合っているシーンであると思われる。

しかし、この一連の対話は、「医師」の「カルテ記入動作」の切りあげと、その行為に連鎖した「はい、結構ですよ」との発話によって、唐突に終了されている（場面18）。

「医師」が恐らく個人的な興味関心を「患者」

に示したかのように見える、この一連のやりとりを、「医師」自らが一方的に唐突に終了させてしまうにあたって、「医師」にはどのような動機が働いたのであろうか。推測の域を出ないが、ここに存在するのは「患者」との対話を回避する傾向であると思われる。

精神障害をもつ人に対して、精神科医療が応答回避を行う傾向は、古くから指摘されていたものであり、ローゼンハンら（Rosenhan, 1973）の以下の実験を連想させる。

この実験は、ローゼンハン自身を含めた精神病歴のない男性5人、女性3人（大学院生、心理学者3人、画家、小児科医、精神科医、主婦）が名前と職業を偽って、アメリカの5つの州の精神科病院12か所を受診して、診察場面で“empty”“hollow”“thud”との声がすると訴えた他は、全く正常に振舞うというものである。その結果、8人の「偽患者」全員が精神病（統合失調症7、そううつ病1）と診断されて入院（：平均19日、最短7から最長52日）するに至った。さらに入院したローゼンハンたちは、医療スタッフに話しかけるといふ実験を行っている。「偽患者」の質問に対するスタッフの反応は、「偽患者」への応答を避けるか、短い応答に終わったという特徴が認められた。

このように、一旦「精神病」の診断を受けたものに対する応答回避は、精神科医療に古くから存在する最も深刻な問題である。そして、精神医療ユーザーの教育への参画を阻む最大の理由も、教育現場に存在する「患者」との応答回避にあると思われる。

IV おわりに

本研究では、学生や現任者の社会福祉専門教育の視覚教材を作成する目的で、福祉・医療サービスの利用者や学生を含めた、インターエー

ジェンシー、インタープロフェッショナルな構成員が参加するプロジェクトを結成し、精神医療ユーザーから実体験に基づくスクリプトの提供を受けて、映像化作業を協働で行った。また、映像化を実現していく協働作業の過程で明確化され再構成されていった、利用者の経験知からの学びを考察してきた。

今回、分析の対象としたのは、精神医療ユーザーが体験している精神科の診療面接場面であり、映像化の過程でその特徴が以下のとおり分析された。

映像化を試みた診療面接場面は、審査・評価が行われる場面として「医師」と「患者」の双方によって構成されていた。そして、その枠組みのなかで、「医師」は「カルテの記入動作」によって会話のターン構成を行い、トリッキーな質問や、曖昧な形式の指示や提案をとおして、「患者」の応答を評価していくような会話の連鎖が認められた。

一方、「患者」も「医師」のトリッキーな質問に対して、利害関係予防の応答を行ったり、「医師」の曖昧な指示や提案に対して、拒絶したり要望を出したりして、「医師」の統制力に対抗していた。しかし、診療面接場面は、「医師／患者」関係のなかに強固に埋め込まれており、「患者」が、その枠組みのなかから脱出するのは、並大抵のことではないこと、精神科医療には、一旦「精神病」の診断を受けた「患者」との応答を回避する傾向があることも推察された。

今回映像化を行った場面は、あるメンバーが体験した最も悪い診療面接場面を基にしたスクリプトであり、完成した映像を実際に見たメンバーたちからは、「今の主治医とは人間的な対話が可能である」「いい医師もいる」との趣旨の発言も多く認められた。一方、「このような診察は自分も体験した」との発言や、プロジェ

クト参加者からは、「医療には確かに病理を際立たせるといふ構造がある」「ユーザーの側も状況を学習して引き下がらずに医師をうまく使いこなす知恵が必要ではないか」「それはかなり難しいのではないか」などの意見も出された。

いずれにしても、視覚教材づくりは参加者間の相互討議を活発化させ、たんに「医師」個人の問題に還元できないような、現在の精神科医療がもっている普遍的な構造を考えるきっかけになったと思われる。また、個別的な体験に基づいているとしても、実際に、ある精神医療ユーザーが置かれていた状況や環境に密着しながら、参加者間の討議を繰り返すという、プロジェクト方式による状況的学習の重要性や、視覚教材を精神医療ユーザーと協働で開発するという試みそのものが、教育に貢献することが確認された。

福祉・医療サービスの利用者や学生を含めたインターエージェンシー、インタープロフェッショナルな構成員が参加するプロジェクト方式の視覚教材づくりは、利用者の体験が、プロジェクト参加者たちのやりとりをとおして明確化され、映像として再構成されて参加者同士が共有していく過程であり、参加者全体の学習に貢献すると思われる。今後は、作成された教材を活用して、利用者参画の教育をさらに発展させること、教材開発にとどまらず、大学教育、とくに援助専門職の養成教育や、社会福祉現場の現任者教育への利用者の参画を推進していくこと、本プロジェクトをさらに拡大して、地域住民たちの参画を図り、学びの共同体を生成することが課題である。

最後になるが、精神医療ユーザーたちが教材開発に示した熱意や努力や忍耐に対して、本プロジェクトの代表者として、心からの敬意を表したい。彼らから学んだことは、応答性が乏しいと思われる環境のなかでも、あきらめずに

他者との交渉を追求していくことの重要性であり、恐らくそれが、利用者が参画する教育よってもたらされる最大の利点であると考ええる。

注) 本論文は、平成18年度～20年度科学研究費補助(基盤研究C)「ヒューマンサービスを共通基盤とする援助専門職等の現任者訓練に関わる研究」(研究代表者:吉村夕里)の成果に基づいて作成されたものである。

注記

- 1) 利用者が学生に対して教師の役割をとっている場合、彼らの役割は「consumer academic」「academic user role」と呼称されることがある(Livingston & Cooper, 2004)。
- 2) 利用者参加による教育を受けた学生への評価が高いことは多くの論文が指摘しているが、効果測定が組織的・計画的に実施されたものは少ない。イギリスでの文献レビューによれば、教育への利用者参加を扱った36の論文のうち、定量的な方法を用いた論文は2つと少なかったが、いずれも「共感的理解」「個々のアプローチ」「コミュニケーションスキル」の効果を認めているという。さらに、学生への聞き取り調査など、質的研究方法をとった論文においても学生の評価は高いとされている(Repper, J. & Breeze, J., 2004)。
- 3) 最近では、全国自立生活支援センター協議会が自立生活運動の歴史や活動を紹介する映像資料を作成している(NPO法人 Our Planet, 2008)。
- 7) 京都市の単費事業として平成13年精神から開始された「精神障害者ふれあい交流サロン委託運営事業」に基づく(「京都市こころのふれあいプラン」の取組状況(2007.11.03.)。京都市障害者施策推進プラン(京都市障害者計画)第2章「国際障害者年第2次京都市行動計画等の取組状況」<http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000004043.html> 情報取得 2008.09.17.)。
- 8) 京都市が平成11年3月に精神保健福祉施策「京都市こころのふれあいプラン」を策定している。同プランでは、地域交流3事業として、「こころのふれあいネットワークの構築」「こころの健康支援パートナーの養成」「精神障害者ふれあい交

流サロンの運営」を位置付けている(「京都市こころのふれあいプラン」の取組状況, 前掲)。

- 9) 以上の記述は「PRP きょうと」のホームページから引用している(PRP kyoto 特定非営利法人 PRP きょうと <http://www.prpkyoto.jp/index.htm> 情報取得 2008.09.17)。
- 10) 診療面接場面と似た構造をもつ制度的な空間としては教室がある。メーハン(1979)は教師と生徒の会話の構造の特徴を「教師の開始」(Initiation)→「生徒の応答」(Reply)→「教師の評価」(Evaluation)というシークエンスにあるとして、これをIRE連鎖と呼んでいる(Mehan, 1979)。また、岡田(2004)は以上の特徴をもつ制度的な空間が教室であるとしている(岡田, 2004)。
- 11) ポッター(2004)はトリッキーな質問に対して、「わからない」と応答することによって、利害関係予防(stake inoculation)を行う例を示している(Potter, 2004)。

引用・参考文献

- Butterworth, M. & Livingston, G. (1999). Medical student education: the role of caregivers and families. *Psychiatric Bulletin*, 23, 549-551.
- Ikkos, G. (2003). Engaging patients as teachers of clinical interview skills. *Psychiatric Bulletin*, 27, 312-315.
- 串田秀也. (2006). 相互行為秩序と会話分析—「話し手」と「共-成員性」をめぐる参加の組織化. 京都: 世界思想社.
- 京都市情報館. (2007. 11. 03). 「京都市こころのふれあいプラン」の取組状況. 京都市障害者施策推進プラン(京都市障害者計画)第2章「国際障害者年第2次京都市行動計画等の取組状況」<http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000004043.html> 情報取得 2008.09.17.
- Lave, J. & Wenger, E. (1993). 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加(佐伯胖, 訳). 東京: 産業図書. (Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.)
- Livingston, G. & Cooper, C. (2004). User and carer involvement in mental health training. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, 85-92.
- Mehan, H. (1979). *Learning Lessons*. Harvard

- University Press.
- 野中猛. (2006). 英国における精神保健ユーザー参画の動向. 精神障害とリハビリテーション, 10 (1), pp.74-77.
- NPO 法人 Our Planet DVD. (2008). 人生を変える社会を変える. 自立生活運動の歴史と役割. 東京: 全国自立生活センター協議会.
- 岡田光弘. (2004). 制度と会話—エスノメソドロジー研究による会話分析. 山崎敬一 (編)、実践エスノメソドロジー入門 (pp.100-12). 東京: 有斐閣.
- 岡部耕典. (2006). 障害者自立支援法とケアの自律: パーソナルアシスタントとダイレクトペイメント. 東京: 明石書店.
- 岡原正幸・立岩真也. (1995). 第六章 自立の技法. 安積順子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也著. 生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学. 増補改訂版 (pp.148-164). 東京: 藤原書店.
- PRP kyoto 特定非営利法人 PRP きょうと .<http://www.prpkyoto.jp/index.htm> 情報取得 2008.09.17.
- People First of California. (1998). 私たち、遅れているの?—知的障害者をつくられる (秋山愛子・斎藤明子、訳). 東京: 現代書館. (People First of California. (1984). *Surviving in the System: Mental Retardation and the Retarding Environment*. Sacramento, CA: The California State Council on Developmental Disabilities.).
- ピープルファーストジャパン. <http://www.pf-japan.jp/blog/> 情報取得 2008.09.17.
- Potter, J. (2004). Discourse analysis as a way of analyzing naturally occurring talk. In Silverman, D (ed). *Qualitative research: theory, method and practice*. 2nd edition (200-201). London: Sage,
- Repper, J & Breeze, J. (2006). User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 44, Issue 3, pp.511- 519.
- Rosenhan, D.L. (1973). On Being Sane In Insane Places. *Science*, Vol.179, pp250-258.
- Slater, L. (2005). 患者のふりをして病院へ (ローゼンハンの精神医学診断実験), 心は実験できるか: 20世紀心理学実験物語 (岩坂彰, 訳). pp.104-147. 東京: 紀伊国屋書. (Slater, (2004). *Opening Skinner's box: Great Psychological Experiment of the Twentieth Century*, Lauren Slater c/o Witherspoon Associates, Inc).
- Sacks, H., Schegloff, E A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematic for the organization of turn-taking in conversation. *Language*, 50 (4), 696-735.
- Stacy, R. & Spencer, J. (1999) Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Medical Education*, 33, 688-694.
- 鈴木聡志. (2007). ワードマップ 会話分析・ディスコース分析: ことばの織りなす世界を読み解く. 東京: 新曜社.
- 所めぐみ. (2008/06/15). 「専門職養成における『当事者』・地域と養成機関との連携についての研究—英国のソーシャルワーカー養成プログラムにおける『当事者』・地域の参加 (その1)」. 日本地域福祉学会第22回大会 (口頭発表).
- Wykurz, G. & Kelly, D. (2002) Developing the role of patients as teachers: literature review. *BMJ*, 325, 818-821.
- 山崎敬一・西阪仰. (編)、(1997). 語る身体・見る身体. 東京: ハーベスト社.
- 吉村夕里 (2005). 精神保健福祉分野のソーシャルワークと心理臨床. 鏑幹八郎 (監修) / 川畑直人 (編)、心理臨床家アイデンティティの育成 (pp.340-359). 大阪: 創元社.
- 全国自立生活センター協議会. (2001). 「自立生活運動と障害文化」～当事者からの福祉論～. 東京: 現代書館.

Abstract

User Involvement Training of the Social Work Professional Education: Creation of Visual Aids Based on Collaboration with Users of Psychiatric Services

Yuri YOSHIMURA

The purpose of the paper is to examine the roles and rights of users in university education for training care specialists, to describe the author's implementation of user involving training of the social work professional education and to analyze its educational benefits. Our method for creating visual aids was characterized by the establishment of a project involving an interagency, interprofessional team of 41 members and a collaborative effort in visualization involving the provision of scripts based on the actual experiences of users of psychiatric services. Analysis was characterized by the use of conversation analysis to investigate interactions among project participants. The results showed that collaboration with users in the creation of visual aids promotes mutual discussion among participants and that collaborative work itself contributes to education.

Key words : user involving training of the social work professional education,
users of psychiatric services, visual aids

キーワード : 利用者が参画する教育, 精神医療ユーザー, 視覚教材