

## シンポジウムⅢ「討 論」

**森崎**：後半司会を担当させていただきます森崎でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、シンポジストの皆さま、指定討論のお2方、お席に着かれたようなのでこれから始めたいと思います。はじめにシンポジストの皆さま方、お時間が多少きつかった部分もあるかと思しますので、何か追加等ございましたらいかがでしょうか。よろしゅうございますか。それでは吉川さん、先ほど各シンポジストの皆さまにご質問等、ご準備なさっていらっしゃるということでしたので、どうぞよろしくお願いいたします。

**吉川**：なかなか十分な時間がないもんですから、後でこうしたディスカッションの席でというふうに申し上げました。いくつか先生方に対するご質問を用意いたしました。まず第1に、私の方から全体の方々に問いかけたかったことは「地域のメンタルヘルスというのは、要は個人個人のメンタルヘルスだけの問題ではなくて、組織的な、あるいは社会的な視点から、メンタルヘルスというものを考えていかなくちゃいけないんじゃないだろうか」ということです。今日のお話の中でも、個人の問題から出発された方もおられましたし、それから例えば鳥さんの職場のメンタルヘルスのように、もう少し大きなところから考えなければいけないんじゃないかという考え方をお出しになられた方もおられました。それぞれが自分の拠って立つところをお話になられたという点では素晴らしいんですけども、同時に個に立脚をした人は、じゃあ社会の視点でメンタルヘルスはどう考えていったらいいとお考えなのか、また、その逆の場合もできるだけ私はお聞きしたいなあと思ったので、まず第1のご質問として、それぞれのシ

ンポジストの方々からこの点についてお答えいただければありがたいなと思ってます。

**森崎**：ただいま吉川さんの方からご質問がございましたけれども、組織的、社会的な視点からメンタルヘルスを考えるということに関して、シンポジストの皆さま、どなたからでもどうぞご意見をいただけますでしょうか。それでは重松さんからお願いしてよろしゅうございましょうか。

**重松**：今のお話なんですけども、今、私どもが一番行き詰まっている点なんです。個人から始めまして、親を巻き込み（巻き込みという言葉は問題があるかもしれませんが）、そして一番身近な地域としてのお風呂屋さんとか、そういう地域から始まって、少しずつ広げてはきているんですけども。それとともに、もう1つ考えなくてはいけないのは、そういう社会全体の枠の中で、どう子どもたちが生かされるかということです。それが、今、私たちの大きな課題です。

**森崎**：ありがとうございます。では、各シンポジストの皆さま方からひと言ずついただければと思いますので、鳥さん、よろしくお願いいたします。

**鳥**：基本的には先ほど申しましたように、個人の健康と組織・集団の健康というのは密接な関係ありますので、両面を捉えなければいけないというふうに考えています。メンタルヘルスを考える場合に、切り口の1つとしてストレスということが、昨今よく使われます。ストレスということを切り口に考えた場合には、個人に対するストレスマネジメントというふうなことが求められると思いますし、組織やいわゆる集団に対しても、別のアプローチになろうと思う

んですけれども、ストレスマネジメントということが必要になってくるであろうというふうに考えています。1点付言いたしますと、例えば企業で健康管理（管理という言葉は、実は私自身も好きじゃないんですけれども、ほかに言葉がないんで使いますが）ということ考えた場合に、どうも今の意識としては健康管理をおまかせするというふうな考え方が、つまり健康管理室なりそういったスタッフにおまかせするというふうな雰囲気があるように感じています。それはやはりまずいなと思います。個人が自分の健康を管理するということが、まず第1に求められて、それをお手伝いするスタッフとして健康管理の方々がいるのですから、やはり、まずは立脚点としては、個人が自分自身の健康を見つめて、その健康保持増進のための何らかの対応を考えるということが、まずあるべきだろうというふうに考えています。以上です。

**森崎：**ありがとうございます。では室伏さん。  
**室伏：**どういうお答えをしたらいいのかわからないけど、集団として、どこが対応しているかということをお願いします。私自身は主として痴呆老人をやっていたのですが、昭和54年、55年の痴呆老人対策は身体医療が主だったわけです。これに精神医療を加えるべきだと言ったのは当時の日本医師会の武見会長なんですね。精神科でない武見さん、いいブレーンがいるんだと思います。そういうことを言って、当時同じ時期ですけれども、私自身も厚生省に対して痴呆老人対策に精神医学的なアプローチをする必要があるということを進言しました。その結果できたのが、昭和55年の痴呆老人に対する研究班です。長谷川さんとかいろんな人が入っているんですが、私はその班長を務めて、そこで痴呆老人に対する疫学や問題点やその他を出して、それで痴呆老人対策というのが、昭

和50年代の後半になって盛り上がってきました。痴呆老人対策に本格的に厚生省が取り組み出したのが昭和61年でありまして、厚生省に痴呆性老人対策推進本部というのができました。その専門委員なんかもやったんですが、そこでいろんな民間の代表の方、あるいは民間施設の代表の方あるいは、各省庁、労働省と厚生省ですが、それから専門家を含めていろいろ討議して、それでできあがったのが皆さんご承知のゴールドプランですね。

それができあがって、そのあと新ゴールドプランというのが追加されて、ずっと今日に及んでいるということなんです。その趣旨は、地域における在宅介護と、施設ケアを含めた地域におけるケアシステムの構築というのが柱になっているんですね。そのへんのところでいろんな制度的なものを作る上で何となく努力してきて今の状態ができあがっているということなんです。個々に診ているのは、個人的な病院や施設ですが、大きな流れとしてはそのような動きをしてきたつもりであります。以上です。

**斎藤：**先ほど児童相談所とか精神保健センターなどが統合的なシステムをもつことを望みたいということをおっしゃったけれど、そのあとでひと言だけで片づけてしまったところをもう少し膨らませたらよかったかなあというふうに思います。それを申し上げました後で、最終的にいきつくところは、具体的援助技法の要請であり、それが急務だということをおっしゃったと思うんですが、結局、地域住民がいろいろな援助を求めたい、あるいは援助が必要だということ周りが気が付いていくという時に、それぞれにかかわる専門家たちの援助技法が非常に不十分であるため、かえって傷ついたりという実態が非常に多いように思いますし、ほんの少しのことで助けられることが助けられないということが

あります。

例えば、私はかつて文部省の実験指定の学校に3年間かかわって、普通学級における情緒障害児の教育について活動したことがあります。その3年間の中でその学校だけではなくて、市をあげて取り組んだ中で、いろいろな子どもがいてもいいんだ、その子どもたちはこんなふうにして抱えていけるんだ、そして抱えることにこんなふうな意味があるんだということを、その研究に参加した多くの先生方が実感し、そしてその結果がそれから10年近くその市の中に息づいていたという経験をしています。

それから保健所の3歳児健診のアフターケアにも関与したことがあります。そこで少しずつ私なりにお手伝いをしていくことが、保健婦の見方あるいは援助の仕方を変えていくということを経験しました。そのようにいろいろな専門職たちが、もう少し自分たちの業務を深めていくための体制というのが非常に必要だし、その基本になるのは、例えば医学教育の中で人権についての感覚を、理念としてではなくて実感としてどういうふうに教育していくのかというようなことが、やはり基本的に問われているのではないかなというふうに思います。以上です。

**森崎：**吉川さん、今4人のシンポジストの皆さまからご意見を伺ったんですが、さらに何か。

**吉川：**私がそれぞれの方々にお聞きしたいことがあると申し上げましたのは、まず最初にどんなお考えでおられるのかをちょっとお聞きしたかったということです。それが今先行していますので、そのお考えはわかりました。

**森崎：**それでは、そのほかシンポジストの皆さま同士での、ディスカッション等ができればと思うのですが、いかがでしょう。指定討論の大石さんから何かシンポジストの皆さまに対してご質問等はございませんでしょうか。

**大石：**はい。各シンポジストの方々がそれぞれの視点というものをもちていればそれをお聞かせいただきたいというふうに思いますけれども、私自身が常に考えているのは、例えば何か変えていくということを考えていったときに、対象者に対して、実際に顔が見えているのかどうかということですね。例えば私自身感染者ということだけではなくて、男性同性愛者ということも一方ではあるんですけども、そのときに国ですとか、あるいは地方行政ですとか、いろんな方々が対策等を講じて、いろいろAIDS問題を解決していくためにご尽力いただいています。あるいはそれは企業や学校でも同じなんですけれども、ただそこで一体誰を対象にしているのかというのがわからない、見えないというのがあるんですね。先ほども各シンポジストの方々からメンタルヘルスの面において、いろいろどういふことをされているのかというお話があったんですけども、その場合に例えば集団として一方では見ることはあっても、個々の、1人1人の人間あるいは顔が見えているのかどうかということに関して、もし何かございましたら、ひと言ずついただきたいと思います。

**森崎：**シンポジストの皆さまにひと言ずつということでございますね。それでは、斎藤さんの方から。

**斎藤：**ちょっと補足して伺いたいんですが、いろいろなケアプランを立てたりするときに、対象者がよく具体的にみえたところでやっているのかということですか。

**大石：**そうですね。それもありますし、あともう1点なんですけれども、例えば東京にいますと東京のやり方がすべて全国的に通用するのかなような錯覚に陥りやすいんですけども、例えば地方における特色みたいなものも出てくるかと思うんですね。もしかしたら地域、皆さんの

実際に仕事をされている地域だけの取り組みになってしまうと言われているかもしれないんですけども、もう少し比べていただいて、どういうふうにお考えになるのかということでも結構です。あるいは、どういう個と言いますか、特色と言いますか、広い枠だけじゃなくて、もう少し小さなところでどういうふうにお考えになっているのかということなんですけれども。

**斎藤：**私の役割は家庭のメンタルヘルスということなんですけど、家庭という枠組みで考えていったときに、それが日本全国をカバーするような基本的なものというのももちろん必要だと思いますけれども、やはりその地方地方の風土とか習慣とかあるいは、家庭そのものの習慣も重要です。ですからそういうことをやっぱり踏まえた上での地域性というものを十分に考えていかなければいけないと思います。例えばいろいろな地域でいろんなワークショップがあつたりしますときにも、やはりそこをよく把握した上で一緒に考えていくということを、私は個人的には基本にしています。

例えば東北の山村での子育てについての研究をしておられる方がいらっしゃいまして、その結果をいろいろ伺った時に「そういう田園的な、のどかなところでは子育ては問題がないんでしょうね」というふうに申しましたら「とんでもない」と、「全く逆なんだ」ということを伺ったことがあります。つまり現金収入を得るためには、若夫婦は街に小さい車を駆り立てて毎日出ていかなければならない。しかも、それは狭い農道をひた走って街へいく。ということだから、家ではおじいちゃん、おばあちゃんが孫を安全に見守らなければいけない。うっかり飛び出すとかえって危険に出会うことがあるということで、おじいさん、おばあさんたちはしっかりと自分のひざの上に乗せてこたつでテレビを

みながら子育てをする。だから、決して子どもに好ましい生活ができていないということをして、私たちはつい田園的というところにとらわれて固定したものの考え方をしますけれども、やはりその状況にわけ入ったものの考え方ということをしなればいけないということ学んだわけです。まあ、それは1つの例ですが、そういったようなことが、さまざまにあるのではないかなというふうに思います。だけれども、そこに共通した部分もあるし、そしてもう1つ大事なことは、同じことを話しているつもりでも、その言葉が、共通言語になっていないというところをきちんと整理していかなければいけないということです。そういう意味で、今、WHOが率先してやっております国際障害者分類の第2版というのは、非常に好ましい方向を模索しているのではないかと思います。そういうものをできるだけ子どもは学びとりながら、共通言語をもって問題を考えていくということが基本であるというふうに思います。

**森崎：**ありがとうございます。それでは室伏さんはいかがでしょう。大石さんの投げかけに対して、ご意見をいただけますでしょうか。

**室伏：**ケアが必要だという場合、ケアにはやはり、2つの意味がありますね。大きな意味で言うと、ケアというのは、ヒューマンサービスのパラダイムという面と、それから個々の老人が障害で困っているところを何とか治す、あるいはそれを持ちながらも生きていけるようにするというような面でのケアです。後者の面は、個々の人とわたりあっていないとなかなかできないことですし、ケアというのにも、そういう2つの意味があるように思います。

**森崎：**ありがとうございます。

**室伏：**あまり答えになってないと思いますけ

ど。

**森崎**：じゃ、島さん、お願いいたします。

**島**：はい。私は個人的には個々のケース（ケースという言い方が妥当かどうかわかりませんが）、あるいは個々の精神的な問題を抱えた方に対するケアと、それから集団、あるいは組織に対して、そういった問題を抱えた方が生きやすいような組織作りといったことにかかわっております。ひと言申しますと、先ほど指定発言者の方から画一化とか規格化とかいう話がございましたけれども、例えばメンタルヘルス・システムを考える、あるいはストレス・マネジメント・システムを考える時に、それがあまりに画一化されてしまって、マニュアル化されると問題が発生するのかなというふうに思っています。ただ逆に、一定程度は、標準化する作業も必要なんだろうと思います。その上で、個別の特性に応じた顔が見えるような具体的なアプローチをしていく必要があるだろうというふうに思っております。そんなところですけど。

**森崎**：ありがとうございます。重松さん、いかがでしょうか。

**重松**：そうですね。顔が見えるかということでしたけれども、私どもとしては60名ぐらいの子どもですし、建物が狭いということもありまして、子どもの顔だけでなく、父親、母親の顔というのを知っておきたい。それとともに、次の段階として父親の顔を知っているだけでなく、父親がお酒を飲むか飲まないかぐらいのところまで全部知っておきたいと思っておりますので、大体個人的にはその部分でのかかわりは毎日繰り返しております。

**森崎**：大石さんよろしゅうございませうか。

**大石**：はい。ありがとうございます。付け加えて申し上げるならば、個々で接している場合でも、自分自身がもっている価値観というものが

あると思います。自分の価値観を出しているつもりはなくても、実際には向かい合っているその人に対して、これはどんな状況においても同じだと思うんですけども、一方的な見方しかできないということがありえます。実はその人が抱えている問題は別にあるんだけれども、明らかに面接している方々と言いますか、接している方々の価値観が、いわゆる社会的大多数の方々の価値観と重なってしまった場合には、どうしてもそこからはみ出しているところにいる人たちは、なかなか自分の本当の気持ちですとか、抱えている問題を表してくれないというか、表現するのは難しい。そういうことを感じる場合がありますので、ちょっと質問をさせていただきました。

**森崎**：ありがとうございます。それでは、吉川さん、他にも何かご質問をいくつかご準備なさっていらっしゃるということでしたので、よろしくお願いいたします。

**吉川**：はい。ぜひ私がお聞きしたいことがあったものですからお願いをしておきまして、それで質問の機会を与えていただきました。まず、島さんにお聞きしたいんですけども、島さんのレジュメの「障害者のメンタルヘルス」というところに主に書かれていることなんですが、日本の中における障害者の問題と文化の問題があるという、文化論をここで提示されています。その文化的な背景の中に私たち自身が住んでいますし、障害者問題もそこにあることはもうはっきりしていると思うんですけども、じゃあ障害者問題を今後どうしたらいいか、あるいは障害者という言葉ではなくても疾患の方でもいいし、それから学校へ行かない子どもたちでもいいし、何でもいいんですけども、今の社会の中で問題視されるようなものと付き合う時に、この文化の背景というものを何らかの形で

変えていかなければいけないだろうと思う。変えていくことによって、問題を抱えている人、個々で問題を抱えている人たちが、この社会の中で生きやすくなっていくためには、文化変容をおこすきっかけとして、あるいは戦術としてはどんなものがあり得るのか、島さんにちょっとお教えいただこうと思います。

**森崎：**島さんどうぞ。

**島：**あまりお答えするだけのコンセプトというか、考えをもっているわけではなくて、むしろ吉川さんにお教えいただければありがたいと思っているんですが、ひと言申しますと、考えていることの一部は、ダイバーシティ（多様性）という言葉でよく最近表現されることがらす。多様性ということをも一つのキーワードとして考えています。つまり多様な人が存在するということが、それはもちろんいろんなハンディキャップを持った方もおられ得るわけですし、あるいは在日外国人という方もおられるわけですし、いろんな意味合いにおけるダイバーシティがあるんだらうというふうに思っています。ですから、障害者に関連した文化の問題というのは、単に障害者の問題に限らず、そういった多様性を文化が受け入れていけるのかどうかという非常に大きな問題です。その意味でこれまでの日本は、均質なある種の文化をもってきたわけですし、多様性のある意味では排除してきたわけですね。それは先程来、吉川さんもご指摘いただいていますように、こういった戦後というか（明治以降かもしれないんですが）、急速な近代化社会の中で行われた画一化ということにもかかわってくると思います。やはり、私が考えていますのは、そういった多様な人が存在するということが、まず認識するというか、あるいは受容するというか、そういったところから出発するべきなんだらうということですね。

うといった文化的なものを、どうすれば醸成していくことができるかということを考えていかなければならないというふうに思っています。吉川さんいかがでしょうか。

**吉川：**ええ。ありがとうございます。

**森崎：**吉川さん、よろしゅうございますか。

**吉川：**もう1つは、室伏さんにお聞きしたいなあと思っていることが2点あります。そのうちの1点は、ヤング・オールドについてです。室伏さんはモラトリアムの問題を出されまして面白い説明をしていただいたので、大変私は啓発されたんですけれども、昭和30年代は、日本の自殺者がとにかく今までで一番多い時期でした。実数にして2万5千人ぐらい死んでいます。最近では2万4千人ぐらいまた死に始めて、再び自殺の問題が採り上げられるようになっているんですが、昭和30年代に死んだ人たちは、ほとんどヤング・ヤングなんですね。つまり、青年期に入った人たちが死んでいます。しかし、今はヤング・オールドがたくさん死んでいるんですね。50歳以降の自殺が、ほぼ全自殺の半分ぐらいという時代を迎えてしまいましたが、その中でもヤング・オールドの世代がよく死ぬんです。そんなことを考えてみると、人生の中におけるモラトリアムをどんなふうにごくしたらいのかということが、やはり考えられなくちゃいけないんだらうと思うんですけれども、ヤング・オールドのモラトリアムにどうかかわっていったらいいのかを教えてくださいたいということです。

**森崎：**室伏さん、よろしくお願ひいたします。

**室伏：**ヤング・オールドにどうかかわったらいのかということですか。青年期のモラトリアムというのは、1人前になって独立生活を送っていくまで、社会がいろんなことを容認しているわけですね。それで猶予期間というのでしょ

けれども、私がニューシルバーについて言ったモラトリアムというのは、老年期、つまり本格的な老化に至る間、いかに、若い老人が生きがいをもって生きていったらいいかというような、そういう老化に至るまでの間の猶予期間という意味です。どう生きていったらいいかというのは、今日お話ししたように、その人の生き方を助けていくということですね。従って、社会の中でいろんな、その人に合った職業や、楽しみや、あるいは集まりとかそういうものを作っていく必要があります。

それで、前に総務庁で、「ニューシルバーと現代世代との交流をよくする懇話会」というのがありまして、その委員なんかをやっていたのですけれども、そういう現役（現役というのは若い人たちですね）の人たちと、こういうニューシルバーという人たちとの間で、どういうふうに交流を図っていったらいいかということがひとつ大きな問題でした。そのへんがやはり、年寄りが妙に老け込まないでいくというところであって、そのことについていろいろな意見が出て報告書にまとめましたけれども、要するにニューシルバーの中に若者が入っていくという方が割合やりやすくて、反対に、若者の社会の中へニューシルバーを巻き込むというのはなかなか難しいというようなことがひとつあります。それで、後はそういういろんな、さっき言いましたような世間的な催しごとみたいな、例えばいろんな会合、あるいは活動やなんかで、両者が一緒になってやっていくというようなやり方が提案されてきたと思います。ちょっと簡単ですけども。

**吉川：**ありがとうございます。室伏さん、もう1つだけお願いします。この精神保健フォーラムの中でよく言われることで、そして昨日のシンポジウムの中でもかなり論じられたことの

ひとつに、メデイカルモデルからリーガルモデルへという考え方があります。これは、この10年ぐらいのうちに進んできた考え方だと思うんです。しかし、室伏さんがやってこられた、特に菊池病院なんかでやってこられた医療の中では、メデイカルモデルからリーガルモデルという転換は恐らくなかったんだろうと思いますね。転換がない代わりに、実は私流の言葉で言えばQOLモデルに進まれたんだろうと思うんです。すなわち、メデイカルモデルからQOLモデルへという転換があったんだろうと思います。間にリーガルモデルを挟まなかったような気がする。そんなふうに私は菊池病院のお仕事をわきから拝見してたんですけれども、そんな受け取り方でいいんでしょうか、お聞きしたいと思っています。

**室伏：**ちょっと話が少しずれちゃうかもしれませんが、我々は、年寄りに対する時には介護というものとケアというものを一応分けて考えているんですね。介護というのは、日常生活を保護的に、しかも考え方・方法としては常識的・経験的に助けて、介助なり指導というような方法で年寄りに接していく、それが介護であります。一方、ケアというのは、先ほど申しましたように、いろいろな障害を治療的に、考え方・方法としては心理機序に則った、あるいはリハビリテーションの考えに則った方法で指導なり援助というような対応をしていくということです。それで我々がそういうケアというものを確立しようと思った時、理にかなったケアというものを作ろうとしてきたんですね。これはかなりメデイカルな要素を含んでおります。例えば今の介護について言いますと、徘徊というのがあれば、いわゆる迷子札を付けろ、戸締りの工夫をしろ、このごろですと、センサーを利用しろなんていう、これはまさに予防的な介

護ということになります。そうじゃなくて、さっき申しましたようななじみの仲間を作ると、その仲間と一緒に、悪い意味の徘徊というのが散歩というよい動きに変わっていくわけですね。こういうのは我々のいうメンタルケアということでもあります。これはかなりメデイカルな一面も、薬やなんかとは別に精神医学的なメデイカルな面を含んでいる方法であろうと思います。

ですから、さっき申しましたように、心の通った介護というのと、もう1つは理にかなったケアというのが、こういうお年寄りたちに対していくときには、両者ともに必要だということ強調したつもりなんですけどね。

**吉川：**ありがとうございます。私自身が長い間考えてきたことと、そんなにずれてないことがわかったんですけれども。メデイカルモデルからリーガルモデルへと、大きく精神保健は動いたんですね。その動いた事実と違って、私流にいう QOL モデルへ移ったのは一体何だったんだろうか。要するにリーガルモデルへ移らない、一旦移さないで、そして QOL モデルへ進展していったのはなんだったんだろうかということが、私の疑問といえますか、お聞かせいただきたい質問の内容でございますけども、大体推察はつきました。

**森崎：**時間が迫って参りましたので、少しフロアーの方からも何かご質問等がおりますので、いかがでしょうか。

**林：**東京都精神保健福祉センターの林と申します。シンポジストと指定討論者、特に大石さんとの意見があんまり噛み合っていないような印象を受けるので、あえて発言したいと思います。大石さんがいわゆる HIV 感染者であり、かつ同性愛者ということのカミングアウトしているわけですが、そういうふうになるまでには、や

っぱり疾患の受容ということがあったんだと思うんですね。あえて疾患を自分に受け入れて、自分で引き受けるという1つの覚悟があったと思います。その後で、それを世間に公表するという、もう1つの覚悟があったというふうに考えるわけです。それはほかのシンポジストの方々のおっしゃられたライフサイクルの問題で言えば、老いを受け入れるには1つの覚悟がいるだろうということ、しかも老いを受け入れた上で、自分が老人として社会に抗議して生きていくというためにはもう1つの覚悟がいるだろうということと同じです。あるいは定年という問題も同じだと思うんですね。定年を受け入れて、かつそのうえで社会で生きていくということが必要だろうと思うわけです。ですから差しあたり、大石さんの方からどういう形で、自分の疾患というものを受け入れるようになっていったか、そしてそれをあえて社会に公表したということはどうしてなのか。そのあたりをちょっと述べていただきたいと思います。

**森崎：**大石さんにお伺いになりたいというふうに理解してよろしいでしょうか。大石さん、お願いいたします。

**大石：**疾患、病気を受け入れるということについては、特定の時点で受け入れたというところは私にはないなあという気がします。きっと段階段階において、その時自分がその病気をどう理解しているのかということら向き合っても、また何年か経ってみて、新たな不安とかあるいは抱えてしまう問題が出てくるんですね。ですので、一旦は受け入れたと思っていても、またそれから問題が生じてきて、例えばパニックになる、あるいは精神的に非常に不安定になる。そのときに、どういうふうに解決すればいいのか。1つには問題を解決する方法を見つけることができたということが、やはり一番大き



なことではないのかなという気がします。それは、手段を自分の中で納得していると言いますか、持っている、あるいは誰に力を借りればいいのかということを知っているということです。そういうコンタクト・パーソンみたいな方々を、自分で目星をつけておくということです。そういったことで疾患を受け入れているといえますか、対処しているというような形になるのではないのかと思います。

あと、もう1点は、公表のことでしょうか。例えば多くの方は、私が公表したということに関して、勇気をもってということをおっしゃるんですが、私自身の中では勇気うんぬんということは全くないです。現在の HIV 患者、AIDS 患者の社会的な状況を変えていくための1つの手段として、顔を見せること、あるいは当事者として社会にどういうふうに発言していくのかということがない以上は、今の患者・感染者の状況は変わっていかないだろうということを考えました。そして、その1つの手段として、公にしようということを考えました。もちろん、そのために乗り越えなければならない家族の問題なり、職場の問題なりというものもありましたけれども、そういったものは、仲間であったり、あるいは同僚であったり、そういった方々の協力を得て1つ1つ問題を明らかにして解決することによって、オープンにできるような状況を作っていけたんだというふうに思います。

ですので私の中では、あるところまでは、病気を受け入れるというよりも病気と向き合うということができて、その次に社会に対してオープンにできた。ただそれは、オープンにすることが目的ではなくて、自分がこれからやっていくための1つの手段として不可欠な要素であるというふうに感じてオープンにした、公にしたというふうに自分では考えております。以上で

よろしいですか。

**森崎：**ありがとうございます。時間が迫っておりますけれども、あとお一方ぐらいはお受けできるかと思うのですが、いかがでしょうか。

**増野：**日本集団精神療法学会から来た増野です。私、実は沖縄の精神神経学会で、「女性と精神医学」というシンポジウムの司会をしたんです。そこでいろいろ教わったんですけども、結局吉川さんが言われた「速く、しっかり、たくさん」というのは男性社会の考え方です。つまり、これは明治以後、日本が男性優位の社会を作っていく中で、いろんな弊害が今たくさんおきているんじゃないかということです。今、吉川さんも言われた垂直型というのも男性的なんですね。それに対して、水平型というのは女性社会であって、明治までは女性の社会と文化があったんだから、そういうものを重心にした新しいフェミニズムが必要だということですが、女性、抑圧されていた女性を中心として出てきたんですね。私もそういうことを考えて、セルフヘルプグループの問題が弱いと思う。今日、大石さんが中におられますけど、やっぱり昨日から見ていると、そのへんのところが弱いような感じがするんですね。

集団精神療法学会としては、そういうものを作っていくのは、やっぱり集団療法だと思う。私なんかもセンターでもって、決して垂直なことをやらないで、水平なことばかりやってきたんだけど、実際にそれができないのはそういうものを作っていくシステムとか、教育とか、いろんなものに問題があるのかなあと思うんですね。吉川さん、そうできていないなんて言わないで、先生がそれをやる立場なんですからね。そういう点で私は、横の社会、そういうグループ、よいグループ作りをできるようにする。これが、こういう運営もそうなんだけど、

グループがどうも日本人は下手で、うまくないんですね。本当のいいグループができれば、自然に治療共同体ができる。M・ジョーンズが言っているように、「お互いのコミュニケーションが豊かになれば、いいものが生まれてくる」んですよ、自然に。そのへんをもっと是非考えていただきたいし、吉川さんはそれを是非やっていただきたいというふうに思います。

**森崎：**ありがとうございます。司会の不手際で、十分フロアの皆さまからのご意見を伺う時間がございませんでしたけれども、一応ここで、ディスカッションを終えて、まとめということで、高岡のほうからお話をさせていただきます。

**高岡：**精神保健フォーラムにおいてメンタルヘルスをとりあげるのは初めてですので、興味深く聞いていただいた方もいらっしゃるでしょう、精從懇のシンポとしては異質だということで面食らわれた方もいらっしゃると思います。ただ、そういう中でも重要な指摘が、いくつか提出されたと思います。とりわけ重松さん、島さん、大石さんからは「選択」ですとか、「多様性」ですとか、あるいは「価値観の転換」ですとか、そういったキー・タームが提起されました。これらは、ある意味では、フレキシブルなメンタルヘルスという考え方にまとめられるものだろうと思います。もう1つは室伏さん、齋藤さん、吉川さんからは提出されたコンセプトで、戦後から1998年の現在に至る時代・社会の変化と関連させて、メンタルヘルスの問題を考えるという提起です。これは、言い換えれば文化や、あるいは社会のパラダイム・チェンジと見合ったメンタルヘルスを考えていくという視点であったと思います。このことは、私たち精從懇にとって、それから、ここに参加されている方々すべてにつながるかと思いますが、広い意味でのメンタルヘルス、すなわちフレキシブルな

メンタルヘルスとパラダイム・チェンジに見合ったメンタルヘルスという考え方に立脚した活動というものが、今後の1つの大きな柱になっていくだろうということを意味します。そういう意味では今日の「ライフサイクルと地域・職域・家族域が交差するところにメンタルヘルスの現状を考える」というシンポジウムは、一定以上の意義があったというふうに、司会としてはまとめたいと思います。どうも、長時間にわたりありがとうございました。(拍手)