

〈研究ノート〉

タイダルモデルと浦河べてるの家

英国と北海道から生まれた精神障害者のための コミュニティ的人間関係援助

いとうたけひこ *ITO Takehiko*

小平朋江 *KODAIRA Tomoe*

穴澤海彦 *ANAZAWA Umihiko*

井上孝代 *INOUE Takayo*

- 1——タイダルモデルとは何か
- 2——浦河べてるの家とは
- 3——タイダルモデルと浦河べてるの家の共通点
- 4——タイダルモデルと浦河べてるの家の相違点
- 5——タイダルモデルと浦河べてるの家の比較を行って

【要旨】英国のバーカー夫妻が開発した、患者との関係を尊重する精神看護理論である「タイダルモデル」と精神障害者の地域コミュニティとして著名な北海道の「浦河べてるの家」の実践理念とは共通性が大きい。本研究ではまず両者を紹介し、次に共通点と相違点を検討した。共通する点として、(1) 人間関係の重視、(2) 小さな変化への気づき、(3) 援助者と患者の関係、(4) 取り戻し、の4点に渡って共通性が検討された。また、相違点については、(1) 重点におく人間関係の違い、(2) アプローチの違い、(3) 比喩表現の違い、の3点が検討された。医療コミュニティという場と地域コミュニティという場との違いはあっても、両者には哲学的に共通する人間観・人間関係観が流れている。両者が共通してめざす理念は今後の精神障害者のためのコミュニティ的人間関係援助のために有効であることが示された。

1——タイダルモデル¹⁾とは何か

タイダルモデルとは英国の看護学理論家であるフィル・バーカーとポピー・ブキャナン・バーカーの夫妻によって開発された新しい看護理論である。

「タイダル」は「潮の満ち引き」という意味を持つ。我々人間は皆、調子の良いときと悪いときがある。このタイダルモデルは、患者の調子が良いとき悪いとき、特に精神看護

の臨床場面で患者が常に様子を変化させてゆく状況（潮の満ち引き）に対応するためのモデルなのである。

タイダルモデルのキャッチフレーズは、「リクレイミング・ストーリー」「リカバリング・ライブス」の二つである。リクレイミング・ストーリーとは「患者のストーリーを取り戻す」という意味であり、リカバリング・ライブスとは「人生を回復する」と解釈できる。タイダルモデルの核心は、人々の「物語を取り戻し、人生を回復する」ことなのである。

(1) タイダルモデルのアプローチ

日本で唯一タイダルモデルを実施している医療機関がある。それはNTT東日本関東病院精神神経科である。そこで、NTT東日本関東病院のホームページから、コラム1において実際のタイダルモデルへのアプローチについて紹介する。タイダルモデルは元来統合失調症の患者に対して開発されたモデルであるけれども、NTT東日本関東病院では、主に気分障害の患者を中心に対応している。

(2) タイダルモデル 「10のかかわり法 (コミットメント)」

バーカー夫妻 (Barker & Buchanan-Barker, 2008) はタイダルモデルを実施するに当たって、当事者にとって重要となる事柄を「10のかかわり法 (コミットメント)」としてまとめている。10のコミットメントとは、表1にあるように、①声を尊重する、②言葉を尊重する、③当事者から学ぶ、④いま使える道具を使う、⑤一歩先を創造する、⑥時間のおくりものを贈る、⑦真の好奇心をもてるようになる、⑧いつも

コラム1 NTT東日本関東病院精神神経科ホームページにある「タイダルモデルのご説明」

(2009年10月)

〈タイダルモデルとは〉

タイダルとは、「波」という意味です。患者さんの心身の状態には病気や体調による波があります。看護師の考えではなく、患者さん自身の力で新しい気づきを得て、良い方向に向かわれるよう援助します。このモデルはイギリスで開発され、現在アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、カナダなどで実施されています。非英語圏では当院が唯一の実施例です。

〈場所、方法、面接者〉

患者さんと看護師が、面談室で、質問シートへの記載内容にそって話し合いをします。面接者は、受け持ち看護師（プライマリナース）の場合が多いのですが、状況によって、ほかの看護師が面接をすることもあります。

〈時間と頻度〉

1回の面接時間は約30分ですが、初回面接は、質問内容が多いため、少し長くなる場合もあります。面接間隔は2週間を目安としていますが、看護師は交代勤務となるため、患者さんの都合と合わせて相談させていただきます。

〈内容〉

タイダルモデルの面接の話題は、気分、体調、など身近なことです。病気をよくするために、今までしてこられた工夫、これから試せそうなことについて、話し合いします。また、日常生活には、病気や体調に影響している出来事が多くあります。それを振り返ることで、悪い波を引き寄せてしまっていないか、一緒に考えます。患者さんは、入院中も、退院してからも、日々体調の波を乗り切らなければなりません。その波に、患者さんご自身がよりよく対応できる方法を見つけられればと思います。

〈臨床心理士のカウンセリングへの紹介〉

ご家族や会社との葛藤、生い立ちに関する事など、日々の体調を離れたことならについてのカウンセリングは、臨床心理士が担当します。ご希望がありましたら、看護師、主治医までお知らせください。治療チームで相談いたします。

〈チーム治療〉

タイダルモデルの面接は、チーム治療の一環として行っており、おうかがいした情報は、カルテなどを通じて他のスタッフと共有されます。まれに、「秘密で話したい」という御希望をうかがうことがありますが、この御希望にはおこたえできません。

表1 タイダルモデル10のかかわり法 (コミットメント)

かかわり法 (10のコミットメント)	必要能力
1: 「声を尊重する」 当事者の精神障害やそれに関する生活上の苦勞の経験の物語は、援助という出会いの出発点であり到達点である。当事者の物語には艱難辛苦の説明だけでなく、その解決への希望も含まれている。	第1能力: 実践家は当事者の物語を傾聴する能力を発揮する。 第2能力: 実践家は、そのためにケアの過程の一部として、当事者自身のコトバを用いて本人の物語を記録することを援助するために関わる。
2: 「言葉を尊重する」 当事者が人生の物語を語る際には、一人一人違う表現方法を生みだし、本人のみが知りうることを表明する。	第3能力: 実践家は、当事者がいつでも自分のコトバで語れるように表現することを援助する。 第4能力: 実践家は、個人的な物語や逸話や直喩や隠喩などを用いることによって、特定の経験の理解を表現できるように当事者を援助する。
3: 「当事者から学ぶ」 当事者は自分の人生の物語のエキスパートである。実践家は「何がなされるべきか」や「何が役立つか」を当事者本人から学ぶ。	第5能力: 実践家は、可能な限りどんなところでも当事者が表現したニーズ、欲求、希望に基づいてケアプランを立案していく。 第6能力: 実践家は、当事者が生活のどのような特定の問題に悩んでいるのか、解決のために何が当事者にとって必要かを、本人がはっきりできるよう援助する。
4: 「いま使える道具を使う」 当事者の物語は、「今まで何が役立ってきたか」や「これから何が役立つか」などの実例が詰まっている。これらは、回復の物語の鍵を開けたり構築したりするための主な道具である。	第7能力: 実践家は、ある特定の生活の問題に関係して、何が効果的で何がその反対かの自覚を促す。 第8能力: 実践家は、ある特定の生活の問題のさらなる対処を援助するために、特定の人々(看護師やソーシャルワーカーなど)が何をできるかを本人が明らかにすることに興味を示す。
5: 「一步先を創造する」 援助者と当事者とが、「いま」何がなされるべきかの正しい認識を協働して作り上げる。その第一歩は、変化する力があることを明らかにし最終目標を指し示すことである。	第9能力: 実践家は、ある特定の生活の問題を解決したり無くしたりする方向への一步となる変化とはどのような種類のものなのかを識別させるため援助する。 第10能力: 実践家は、当事者が近い未来に何が起こって欲しいのかを識別できるような援助をし、求める目標に向けてこの「ポジティブな一步」を踏み出せるように手助けする。
6: 「時間のおくりものを贈る」 専門家と当事者が一緒に過ごす時間は変化の過程の礎石である。	第11能力: 実践家は、当事者がある特定のニーズを言えるような時間の使い方を示す。 第12能力: 実践家は、当事者が査定やケアをされる過程に費やした時間の価値を認識する。
7: 「真の好奇心をもてるようになる」 当事者は、人生の物語を書いているが、それは他者に読まれない。実践家は、そのような物語の語り手をより良く理解するために、物語に心からの関心を表明する方法を開発する必要がある。	第13能力: 実践家は、特定のポイントを明らかにするよう求めたりもっと実例や詳細を求めたりすることにより、当事者の物語に関心を示す。 第14能力: 実践家は、当事者自身の速度により物語が展開するようにその人を援助しようとする意欲を見せる。
8: 「いつも変化していることを知る」 タイダルモデルの基本原則は、変化はいつでも必ず起こっているということである。専門的援助者は、変化はどのように起こっているのかということと、変化の恒常性の知識を当事者を危険や苦しみから救い出すためにどう使うかの意識を育てる課題がある。	第15能力: 実践家は、思考や感情や行為が常に変化していることを当事者本人に自覚させる。 第16能力: 実践家は、どのように他者や出来事がそれらの変化に影響するかについて当事者が気づくようになることを援助する。
9: 「個人的な知恵を引き出す」 当事者は自分の人生の物語を書く上で、個人的な知恵を蓄えていく。援助者の重要な課題は、内に秘められた知恵を当事者が表に出せるよう支援することである。	第17能力: 実践家は、当事者に自分の強みと弱みの自覚をさせ、その気づきの発展を促す。 第18能力: 実践家は、当事者が自分への信頼を高める手助けをすることにより、本人の自助能力を育てる。
10: 「透明になる」 実践者と当事者との関係は、相互の信頼に基づいている。	第19能力: 実践家は、ケアの全プロセスの目的を、常に当事者本人に自覚してもらうようにする。 第20能力: 実践家は、当事者本人が参考にできるように、常に全ての査定記録とケアプランの文書コピーを提供する。

変化していることを知る、⑨個人的な知恵を引き出す、⑩透明になる、の10項目からなる医療従事者の当事者に対する対応の心得である。さらにそれを受けて実践家（看護師などの専門家）にとって必要となる事柄を「20の必要能力」にして定めている（表1）。この表にあるように、タイダルモデルは当事者の主体性を尊重している医療的アプローチであるといえる。

2——浦河べてるの家とは

浦河べてるの家は北海道浦河町（地図参照）にある社会福祉法人であり地域の重要な活動拠点である。精神科を利用する当事者と地域の有志によって1984年に設立された浦河べてるの家（写真参照：今は様々な建物を利用している）は、生活共同体としての機能だけな



図と写真は「べてるねっと」のHPより引用

く、日高昆布を柱に地域と密着した事業を展開し、働く場としての共同体として地域の繁栄に貢献している。

浦河赤十字病院では、早期から精神科病床の削減を行い、病床での治療ではなく入院患者の地域移行を実践してきた。さらに当事者のニーズに応じて、S S T (Social Skill Training)、S A (Schizophrenics Anonymous)、当事者研究、子育て支援ミーティング、ピア・サポート、権利擁護サービスの活用などの支援プログラムを積極的に導入している。

浦河べてるの家を援助してきた向谷地(2008)は、その医療的アプローチをコラム2にあるように、7点にわたって特徴付けている。

浦河べてるの家では、理念として、①安心してさぼれる職場作り、②手を動かすより口を動かせ、③利益のないところを大切に、④三度の飯よりミーティング、⑤幻聴から幻聴さんへ、⑥自分でつけよう自分の病名、⑦そのまんまがいいみたい、⑧弱さを絆に、⑨弱さを力に、⑩場の力を信じる、⑪問題だらけで順調、⑫弱さの情報公開、⑬偏見差別大歓迎、⑭昇る人生から降りる人生へ、⑮苦労を取り戻す、⑯それで順調、などのようなスローガンがある（番号は筆者がつけた）。これらのスローガンやコラム2に表されているような、精神障害者がお互いの弱さを認め合いながらコミュニティでの相互援助を行っていく思想と実践は浦河をこえて全国からも注目されている。

これらのうち、⑥自分でつけよう自分の病名については、「当事者研究」（浦河べてるの家、2002；向谷地・浦河べてるの家、2006）の一環である。当事者研究は自助グループによる自分たち自身についての自分たち自身のための研究活動であり、ウェブサイトにも紹介さ

コラム2 当事者の力に支えられる精神科医療 向谷地 (2008)

1. 「病気の半分は病院で、残りはべてるで治す」

これは、精神科医や治療スタッフの大切にしているわきまえの一つである。そこには、治療や回復とは、精神科医と患者の間だけで行われてはいけないというこだわりがある。精神障害をかかえる当事者の回復とは、人と人との〈つながり〉を回復することと同一なのだということを忘れず、病院はその関係を見失うような抱え込み方をしないことを大切にしている。従って「先生のお陰で病気が良くなりました」と本人や家族に言われたら、その予後は良くないとさえ考える。そこには、治療者も当事者も「勝手に治さない」「人の中で回復する」ことを重んじてきた伝統が生きている。

2. 「〈苦労の取り戻し〉を助ける」

浦河における精神科の治療は、病気を良くすることより、〈悩めるように〉〈苦労できるように〉という点を重視している。べてるの家には「苦労を取り戻す」という理念がある。治療の場でも、精神障害が生きているという苦労を忌避した状態とも言える状況から、本人が現実降りるための手助けをするということが基本的となっている。

3. 「無力のアプローチ」

〈「非」援助の援助〉とも言っているこの〈無力〉は、援助スタッフも当事者も共有している基本的な関係のイメージである。特に、プロの条件として「自分の専門性から降りることをする人」という発想がある。そこには、当事者が抱える現実に対する連帯の姿勢を重視し、回復を医師や関係スタッフの努力や治療・援助技術の成果と捉えず、共に探求し、見いだしていくなかで得られるものという立場がある。

4. 「仲間を処方する」

救急外来に来て不安症状を訴え、薬や注射を求めてくる場合、ときどき薬や注射に代わって〈仲間〉が処方される。「あなたが、今、一番必要なのは、薬ではなく、人のつながりであり、仲間の存在だと思うよ」と精神科医が〈仲間〉を処方するのである。そこで、力を発揮するのがべてるの家の仲間の存在である。〈仲間〉がピア・サポートを買って出てくれるのである。〈仲間〉の処方によって脅迫的な救急外来受診を脱した人は多い。

5. 「自己病名をつける」

浦河では、精神科医がつける医学上の病名よりも、自分の苦労の実感に沿った「自己病名」を大切にしている。自己病名を見いだすことが回復のはじまりと言ってもいいほど、それは、大切な自分との出会いをもたらす。しかも、その作業は、自分ひとりの作業ではなく、仲間と共にワイワイと行う「当事者研究」のプログラムを通じて見えてくるという体験をする。

6. 「話すこと、語ることの回復支援」

浦河の特徴は「三度の飯よりミーティング」に象徴されるように、〈言葉で語ること〉を中心としたプログラムが盛りだくさんだ。精神科医の治療も言葉を使った〈語り〉を促すことに力点が置かれ、薬がそれを邪魔しないことを大切にしている。

7. 「病棟も地域の一部」

浦河では、浦河赤十字病院で行う治療プログラムとべてるの家で実施される地域生活支援プログラムの整合性と、相互活用を重視している。そのために、べてるの家の支援スタッフやピア・サポーターが、いつも病棟にフリーパスで足を運ぶことが出来るようなオープンな雰囲気と、相談や情報交換を常に心懸けている。また、デイケアもショートケアを中心に行い、浦河で活動する当事者がべてると病院の双方のプログラムを利用できるように工夫している。デイケアでは、日常生活を送るための基本的な力を身につけ、べてるでそれを実践、応用するという役割分担をしている。精神医療に必要なのは、当事者の力を前提とした「わきまえ」のある治療であり、援助である。浦河にべてるの家をはじめとする「当事者の力」のネットワークがあることによって、その「わきまえ」は成り立ち、その「わきまえ」が、当事者の力を育んできたとも言える。

れている（大高・いとう・小平、準備中）。精神障害者同士の当事者主体の実践として注目されている。

3——タイダルモデルと浦河べてるの家の共通点

タイダルモデルと浦河べてるの家の両モデルの共通点は、①人間関係の重要性、②小さな変化への気づき、③援助者と患者の関係、④取り戻しの4点にあると考えられた。これら4点について説明と考察を表2の①から④の順で行っていきたい。

(1) 人間関係の重要性

人の感情の浮き沈みを潮の満ち引きで表すタイダルモデルでは、社会との関わりを重視し、「経験の大海原」と表現する。メンタルヘルスケアに究極的な目的があるとすれば、人々を経験の大海原へと戻すことであり、ケアを受けながら人生の航海を続けてゆくことが可能になる。

さて、浦河べてるの家ではどうだろう。浦河べてるの家は旧来の隔離型の施設ではなく、看護師と患者さらには地域の人々までもが協働している。精神障害者が地域にも受け入れられていることで、実際の社会の中で様々な体験を積み重ねることも可能となる。

(2) 小さな変化への気づき

人々は常に変化しているにも関わらず、なかなかその変化を自覚することが出来ない。それが病に悩まされている状態ならばなおさらである。このような状態には、周囲から、そして何より自ら「自分自身を発見する」という行動、つまりは「小さな変化への気づき」が必要となる。

タイダルモデルでは小さな変化への気づきの重要性について次のように捉えている。潮の満ち引きが絶えず繰り返されているように、人にも常に変化は起こっている。実践家は「当事者の変化はどのように起こっているのか」を知り、「その知識は当事者を危険や苦しみから救い出すためにはどう使えばよいのか」ということを意識する必要がある。それとともに、人間関係における様々な出来事が人々に影響を与え、また影響を受けるのだという相互作用の自覚を持つべきだろう。

浦河べてるの家における「変化の気づき」は、当事者研究をすることにより仲間との共同作業として行われる。その当事者研究の第一歩は自己病名をつけることである。いわゆる医学用語に基づく病名でなく、自ら自分の病気の症状に対して名前をつける。この作業を当事者研究の仲間とともに行うことで、自分は仲間から気づきを与えられることも、また仲間に対して気づきの援助を行うこともできるのだ。この気づきをきっかけにすることで、当事者研究はより深められていると言える。

(3) 援助者と患者の関係

タイダルモデルでは、看護師と患者たちはダンスのペアのように一緒に動かねばならないと考えている。これは年がら年中、看護師が患者たちにつきまとうという意味ではない。看護とは人々と共に援助することである。本人を取り巻く周囲の人々や時には本人も交えて援助方法を考える。

それは、浦河べてるの家においても、援助スタッフと当事者が共有している基本的な関係のイメージのあり方である。たとえば、コラム2にあるように「無力のアプローチ」ま

たは「『非』援助の援助」とも言う。特に、専門家の条件として「自分の専門性から降りることをする人」という発想がある。そこには、当事者が抱える現実に対する連帯の姿勢を重視し、回復を看護師や関係スタッフの努力や治療・援助技術の成果ととらえずに、ともに探求し、見い出していくなかで得られるものという姿勢と立場がある。

(4) 取り戻し

タイダルモデルと浦河べてるの家には、「取り戻し」というキーワードがある。2つのモデルが示す「取り戻し」とは、回復（リカバリー）の支援を行うにあたって極めて重要なものである。

タイダルモデルが目指す取り戻しの対象は「物語」である。この物語とは人間一人ひとりのあらゆる経験を指している。伝統的な医療モデルでは、患者は病気にかかることで「～という病気にかかっている人間」という枠でしか扱われなくなり、「個人」を奪われてしまう。タイダルモデルの主旨は、そういった人々の「病いの語り」（Kleinman, 1988）

すなわち物語を取り戻し、その人自身をも一緒に取り戻すことである。

一方、浦河べてるの家では「苦勞」の取り戻しを行っている。一見するとタイダルモデルのそれとなら関係性が無いように思われるが、これも個人を取り戻しに通じている。浦河べてるの家では病気に焦点をあてるのではなく、薬を減らすことで、それまで薬によって抑えられていた「生きづらさ＝苦勞」が生じて患者を悩ませるが、そこからは浦河べてるの家のコミュニティの力や当事者研究によって回復の援助を行う。

4——タイダルモデルと浦河べてるの家の相違点

次に、両モデルの相違点について、①重点に置く人間関係の違い、②対象となるコミュニティの違い、③比喩表現の違いの3点があると考えられた。これら3点について説明と考察を表3の①～③の順に沿って行いたい。

(1) 重点に置く人間関係の違い

タイダルモデルと浦河べてるの家の両モデ

表2 タイダルモデルと浦河べてるの家の共通点

	タイダルモデル	浦河べてるの家
①人間関係の重要性	当事者が経験の大海原（人や社会との関わり）へと航海に出てゆくための支援を行う。	回復、生活、職場、地域が一体となっており、当事者が人や社会と触れ合う事ができる環境にある。
②小さな変化への気づき	看護師は当事者の変化の起こりを知り、その知識をどう回復に生かしてゆくかを意識する必要がある。	コミュニティにおいて仲間から気づかされ、同様に仲間に対して自分から気づきの援助を行う。
③援助者と患者の関係	看護師と患者が共に回復へと歩んでゆく。看護師と患者たちはダンスのペアのように一緒に動かねばならない。	援助スタッフと当事者とが共に探求し、回復への道を見出してゆく。医者は医者、患者は患者らしくなどの常識や義務感を取り払う。
④取り戻し	「物語」（人間一人ひとりのあらゆる経験）の取り戻し。「～病の患者」などの個人の剥奪を批判。	「苦勞＝生きづらさ」を取り戻す。投薬治療によって抑えられていた苦勞と向き合うことから回復を始める。

ルの比較を行ったとき、一番の問題になるのが「重点に置く人間関係」だろう。

タイダルモデルでは看護師と患者という「個人」に重点を置く方法が用いられている。タイダルモデルを現場で実践しているNTT東日本関東病院のアプローチも、その一つである。ただし、タイダルモデルはもともと統合失調症に焦点を当てているが、NTT東日本関東病院では、気分障害の患者を主な対象としている。コラム1は、タイダルモデルを通じて看護師がどのような方法で患者と接し治療していくかについて書かれている。一人ひとりの「物語」を重視するタイダルモデルらしく案内がされている。タイダルモデルは看護師と患者との相互理解と対話を目指した医療を行う看護師のための理論であるということがわかる。

これに対して浦河べてるの家では、仲間と仲間という人間関係に基づく地域コミュニティに重点を置いた方法が用いられている。浦河べてるの家のアプローチ及び理念から見て取れるように、浦河べてるの家では看護師に対して専門的なことを求めるといった内容が、タイダルモデルのそれと比べて少ない傾向にある。向谷地（2008）が示すように、医師においても「医師が人を治すのではない」「自

分の専門性から降りる」「薬ではなく仲間を処方する」など、むしろ援助者として上からの立場で介入しないようにするということが要求されている。浦河べてるの家にとっての回復への援助とは、タイダルモデルのように看護師と患者の二人三脚で回復してゆくことではない。むしろ、自分で自分の病気を見つめたり、仲間の病気を見つめたり、あるいは仲間から自分と病気を見つめてもらう関係にある。つまり仲間作りを重視し、コミュニティに深みを持たせてゆくための医療的・対人的支援を行うことが浦河べてるの家における回復の形なのである。

(2) 対象となるコミュニティの違い

前項でも述べたが、タイダルモデルとは精神看護を行う看護師の実践のための「医療的アプローチ」のモデルである。メンタルヘル스에悩み苦しむ患者に対して、従来の現場ではしてこなかった新しい医療的援助を提唱し、医療の場が真剣に患者個人の問題やその物語を重視することで、共に回復への道のりを歩んで行こうというこの呼びかけは、今後の精神看護の理論にとって参考になるモデルである。当事者と医療従事者の間に信頼関係をつくり、個人的世界を共有して、医療コミュニ

表3 タイダルモデルと浦河べてるの家の相違点

	タイダルモデル	浦河べてるの家
①重点に置く人間関係の違い	看護師と患者という一対一の治療的關係に重点を置く援助論。	仲間と地域コミュニティでの自助的關係に重点を置く援助論。
②対象となるコミュニティの違い	医療従事者を含む医療的コミュニティのためのアプローチ。	仲間と浦河という地域を重視した地域的コミュニティのためのアプローチ。
③比喩表現の違い	当事者やその病状に対して、海をテーマにした「自然的な表現」で、人間の身体・精神面の移り変わりを表現。	幻聴・幻覚などの症状に「幻聴さん・お友だち」などの「擬人化表現」。本人の暴走・暴力行為などには“爆発・誤作動”などの「機械的表現」が用いられる。

ティという場で一種の共同作業としての治療活動を行っていくという考え方である。

一方、浦河べてるの家の援助論は、仲間という宝物に恵まれた地域コミュニティを意識した人格的アプローチかつ全体的アプローチである。浦河べてるの家における回復支援は看護師と患者の二者のみにとどまらず、仲間や地域の人々にまで及んでいる。「弱さを抱えた患者」と「弱さを持たない医者」の二者によって行われる一般的な回復へのアプローチとは異なり、浦河べてるの家では「弱さを絆に」という理念にのっとなって、弱さを抱えた患者同士が集まり、互いの病気に対して向き合っただけというアプローチが行われている。

(3) 比喩表現の違い

タイダルモデルと浦河べてるの家では、それぞれユニークな比喩表現を用いてその理論や理念について語っている。比喩を用いた表現を行っているという点に関しては共通点なのだが、比喩の例として使うテーマが「自然的な表現」と「機械的な表現」という正反対なのである。

自然的な比喩表現をしているのはタイダルモデルの方である。「潮の満ち引きモデル」ともいえるこのモデルのテーマは「海」である。この海から、身体・精神面で常に移り変わっている人の様子、まるで大海原のような荒く厳しい社会、そこに向かって漕ぎだしてゆく人生という名の航海など、人間の人生表現としての的確な喩えが数多く生まれてきている。自然的表現の比喩を使うことで、生物学的にはもちろん、「人間は心も生きているのだ」という訴えが伝わってくるようである。

一方、浦河べてるの家では、病気を「擬人

化させる」というものと「機械的な動きに置き換える」という二種類の比喩がある。まず擬人化の表現について、浦河べてるの家の特徴のひとつでもある自己病名をつけるという流れからであろうか、浦河べてるの家には幻覚・幻聴症状に対して、「幻聴さん」や「お友だち」などと表現する。これについてソーシャルワーカーの向谷地氏は「私たちの生きる社会には、しばしば悪口や嫌な事を言うてくる人がいる。私たちはその人たちに対して、距離をとって接するなどの何らかの折り合いをつけることで、同じ社会に生きてゆくことが出来る。当事者にとって幻聴とは、彼らと同じことなのです。」と語っている。

タイダルモデルとの相違点であるもうひとつの比喩表現は機械的表現である。この対象は病気に由来した暴走行為である。これらを浦河べてるの家では「爆発」、「誤作動」などの、まるでロボットや機械の異常状態を示すかのように表す。自分あるいは他者に危害を加えかねない暴走行為は、被害者はもちろん、暴走してしまった当人にも大きなダメージとなる。また、暴走行為が原因となりそれまでの人間関係にゆがみが生じてしまうことも十分に有り得る。暴走行為は「人と人との間」で起こる問題である。浦河べてるの家ではこのダメージを少しでも軽減するために、人と人の間に「機械」を持ち込むことで対人間の摩擦を軽減しているのではないだろうか。確かに「～さんが暴力を振った！」と言うよりは、「～さんが爆発した！ 誤作動を起こした！」と言った方が、同じ内容であっても柔らかさと暖かさが感じられる。

5—タイダルモデルと浦河べてるの家の比較を行って

前節での考察を振り返って、あらためてタイダルモデルと浦河べてるの家の比較点を振り返ってみたい。

タイダルモデルは、英国の看護学理論家によって生み出された看護理論である。浦河べてるの家は、当事者と地域の有志によって設立した地域精神福祉医療である。両モデルは異なる国、異なる地域、異なる設立者によって生み出され、異なった歴史的背景を持っている。一見すると全くと言って良い程共通点がないにもかかわらず、その哲学的思想は驚くほど類似しているということが明らかとなった。

表2にあるように、両モデルの共通点としては、①人間関係の重要性、②小さな変化への気づき、③専門家と患者の関係、そして、④取り戻し、の四項目に整理することが出来た。

表3で相違点として挙げた、①重点に置く人間関係の違い、②対象となるコミュニティの違い、③比喩表現の違い、の三項目に注目してみよう。①について言えば、両者とも「人間関係に重点を置く考えである」ということが共通項であり、③については、直感的理解のしやすさと当事者の立場に立ったクッション性（＝間接性）を比喩表現により実現するという方法が共通していることが前提の比較なのである。表3の②の対象となるコミュニティの違いにおいても、看護理論と地域援助論という出自の違いはあっても、その最終目標が、疾患のみに焦点を当ててきた伝統的な医療モデルに反して、極めて人間らしい手段や方法による回復によって生活の質の向

上をめざすことが前提となっているのである。この違いは、医療コミュニティに焦点をあてるか地域コミュニティに焦点をあてるかの相違である。

異なった歴史的背景を持つ二つのモデルの根底に流れる思想がここまで重なり合っている。ということは、タイダルモデル的・浦河べてるの家的な精神看護および精神医療の考え方は、世界中で受け入れられるような理論的普遍性と実践的実行可能性を秘めているのではないだろうか。現在、タイダルモデルを実践しているのは英国（イングランド、スコットランド、ウェールズ）、アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、カナダ、ドイツ、デンマーク、そして非キリスト教圏である日本の8ヶ国である。浦河べてるの家の援助論は日本で出発し、韓国で翻訳本が出版されるなど海外でも紹介されつつある。両モデルを医療に取り入れている国は今後増えていくと思われる。看護理論としてのタイダルモデルと地域援助論としての浦河べてるの家の援助論は、今後普及することにより、コミュニティにおける当事者と援助者の両方の生活の質を高めるようになっていくことであろう。

日本の精神障害者への対応は伝統的に入院医療が中心であった。萱間（2009）が指摘するように、この状況は大きく変わりつつある。現在の日本の精神障害者への医療は入院医療中心から地域医療・地域生活中心への転換期にあるといえる。このような転換期こそ、日本における浦河べてるの家の哲学と実践とともに英国発であるタイダルモデルの思想と実践がコミュニティ援助と人間関係援助の課題に対して貴重な示唆を与えている。

《注》

1) 本論文の校正期間中に、萱間真美・野田文隆(編) 2010『精神看護学：こころ・からだ・かわりのプラクティス』が南江堂より発行された。この本の中にバーカー夫妻が執筆したタイ

ダルモデルの章があるので参考にされたい。

※本研究の一部は穴澤海彦 2008『タイダルモデルとべてるの家』和光大学人間関係学部人間発達学科卒業論文(未公開)として発表された。

《文献》

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. 2005 *The tidal model: A guide for mental health professionals*. New York: Routledge.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. 2007 *The tidal model: Mental health, reclamation and recovery*. Unpublished manual.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. 2008 Tidal Model (<http://www.tidal-model.com/>).

萱間真美 2009 精神科訪問看護サービス提供体制の現状と今後の課題. 精神科看護 36(2),6-11.

Kleinman, 1988 *The illness narratives: Suffering healing and the human condition*. Basic Books

江口・五木田・上野訳 1996 病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学 誠信書房

向谷地生良 2008 今日もそれで順調！

(<http://ikuyoshi.jugem.jp/>) (2009年2月6日取得)

向谷地生良・浦河べてるの家 2006 安心して絶望できる人生 日本放送出版協会

NTT東日本関東病院精神神経科「タイダルモデルのご説明」http://www.ntt-east.co.jp/kmc/sinryo/pdf/19_5_tidal_model.pdf (2009年2月15日取得)

大高庸平・いとうたけひこ・小平朋江(準備中) 精神障害者の自助の心理教育プログラム「当事者研究」による体験と回復の構造：「浦河べてるの家」のウェブサイト「当事者研究の部屋」の語りのテキストマイニング

浦河べてるの家 2002 べてるの家の「非」援助論 医学書院

————— [いとう たけひこ・和光大学現代人間学部心理教育学科教授]

[こだいら ともえ・聖隷クリストファー大学看護学部看護学科准教授]

[あなざわ うみひこ・玉川大学通信教育部教育学部教育学科3年]

[いのうえ たかよ・明治学院大学心理学部心理学科教授]