社会臨床雑誌

１９９３年９月３０日　　第１巻第２号

はじめに……日本社会臨床学会編集委員会……（１）

＜日本社会臨床学会設立総会報告＞

記念講演◆詩学としての社会科学 ― 民衆理性からの検証 ―
……栗原彬……（２）

シンポジウムⅠ◆「心理臨床から社会臨床へ」をめぐって
……（７）

シンポジウムⅡ◆生・老・病・死を考える ― 日々のくらしの中で ― ……（19）

基調提案……日本社会臨床学会設立準備委員会……（46）

日本社会臨床学会会則……（52）

脳死社会における諸問題（一）……秋葉聰……（54）

自己教育力とカウンセリング（Ⅱ）……中島浩籌……（65）

「臨床家の知」と「臨床の知」の思索……矢野泉……（74）

日本臨床心理学会改革２０年をふりかえる（その１）…篠原睦治……（81）

＜「映画と本」で考える＞

飯田淳（96）　津田正夫（97）　三橋修（100）　木村栄（103）

＜“ここの場所”から＞

阿部宣人（107）　大平由子（109）　北村美佳（110）　島根三枝子（111）
鈴木美穂（113）

投稿のお願い……（115）

日本社会臨床学会へのお誘い……（116）

編集後記……（118）

日本社会臨床学会編集

はじめに

日本社会臨床学会編集委員会

『社会臨床雑誌』第2号を、ようやくお届けできることになりました。創刊号の発行が4月1日でしたので、年3回のペースからいえば、もう少し早く出したかったのですが、いくらか間があいてしまいました。けれども、その分、内容は創刊号にも増して充実したものになっているのではないかと思います。

１９９３年4月２４日、２５日の２日間にわたって、東京都江東区森下文化センターにおいて「日本社会臨床学会設立総会」を行いました。設立総会、記念講演、ふたつのシンポジウム、交流会という内容の総会は、２日間で延べ２００人ほどの参加者を得て、盛況のうちに終えることができました。

このうちの、「設立総会」の部分に関しては、『社会臨床ニュース』７号ですでに報告させていただきました。本号では、総会のそれ以外の部分、つまり、栗原彬さんによる記念講演「詩学としての社会科学 ― 民衆理性からの検証 ―」、シンポジウムⅠ「『心理臨床から社会臨床へ』をめぐって ― 社会臨床学会設立のときに ―」、シンポジウムⅡ「生・老・病・死を考える ― 日々のくらしの中で ―」の報告を掲載しました。加えて、既に『社会臨床ニュース』７号に掲載した「設立総会」報告より、「基調提案」と「会則」を再度掲載しました。参加されなかった方に、当日の雰囲気のいくらかでもお伝えできれば幸いなのですが。また、当日参加された方も、あの場で感じた問題意識を、再び新たに呼び覚ますよすがにしていただければと思います。

今号では、総会報告以外に、論文を４本、「『映画と本』で考える」欄、「“ここの場所”から」欄にもあわせて９名の方から原稿を寄せていただきました。今後とも、多くの方からの原稿が寄せられることを期待しています。

投稿に関しては、「投稿のお願い」の頁をご参照下さい。編集委員会への連絡は、事務局を通していただければ結構です。原稿の枚数は、一応目安として定めていますが、絶対的な条件ではありませんので、ご相談ください。また、ワープロやパソコンを使って原稿を書かれている方で、可能な場合は、フロッピーディスクによる入稿をお願いする場合もあります。そのような事の詳細も、事務局までお問い合わせ頂ければ幸いです。

来春は、４月２２日から２４日にかけて、横浜市立大学において、第２回の総会を開きます。それまでに数回の学習会、シンポジウムも行います（詳細は、『社会臨床ニュース』にてお知らせします）。各々の場の各々の課題を咀嚼しつつ、総会において重ね合わせ、ぶつけあえればいいなと考えています。今号もその一助としていただければと思います。

日本社会臨床学会設立総会報告

記念講演◆詩学としての社会科学――民衆理性からの検証――

栗原　彬（立教大学）

ただいま御紹介頂いた栗原です。本の方まで、宣伝して頂いて、有り難うございます。私は詩学という考え方で仕事をしてきました。これは、篠原さんや野本さんの言われる「社会臨床」に近い所があると思います。詩学の考え方というのは、対話ということを抜きに考えられない。そして、詩学というのは、本来は誰もが持っている方法論ですから、皆さんの方からの御意見もお聞かせ頂ければ、と思います。

「存在しながらも眼に見えないものを見えるようにする方法」とでも言いましょうか。我々の日常生活の中の習慣などがその対象です。私は大学では、政治社会学という講義をやっていて、日本の政治社会がメインテーマ。この政治社会学という言葉の中には、3つの意味がある。ひとつは“政治の社会学”、ふたつめは“政治社会の学”、最後に“政治社会学”。最初の“政治の社会学”は、プロの政治家や政府や権力などの政治を社会学的立場から分析する。投票行動など。二番目の“政治社会の学”は、政治社会の全体像をモデルを使って構造的に把らえようとする。批判社会学。

最後に、“政治社会学”。既存のモデルを使うのではなく、ひとりひとりが身につけるものとしての「詩学としての政治社会学」。どんな個人の行動も政治とか社会という文脈の中で把握できるのであって、そうした社会的なものを引き連れながらもう一度問題を個人の行動に自己回帰させることになる。

詩学はｐｏｅｔｉｃｓ。詩をめぐる言葉から、詩学の属性を浮かび上がらせて見ましょう。詩人のソローは、“哲学は部分的な真理を、詩は全体的な真理を抱く”と言っている。詩が真理の全体を表現するというのは当たらないと思うが、生きているものの全体性・コスモスを表現するというならわかる。私の好きな長田弘という詩人は“見えてはいるが、誰も見ていないものを見えるようにするのが詩の力だ”と言っている。ありふれた日常生活の習慣や今ひそかに生まれつつあるもの、これらを見えるようにしていくこと。西脇順三郎は“新しい関係を発見することが詩作の目的である。ｐｏｅｇｙということは新しい関係を発見する喜びの感情である”と言う。新しい関係を創ること、これは社会科学としての詩学の目的です。プラトンは“詩人はイメージや映像の制作者である。真理から極めてかけ離れたものだ”と。イメージやビジョンは人をまやかしの中に置き、真理から遠ざけるだけでなく、時には病理的なものですらあるが、他方、人の自立性や自発性を促し、癒すものでもある。それから、カフカの詩人についての考え方を紹介したい。“詩人は常に社会の平均値より遥かに弱小で、詩人はだから他の人々よりも現世の生活の重さを遥かに強大に考えている。詩人の詩は、詩人その人にとってひとつの叫び声にすぎない。芸術は芸術家にとって一個の苦悩であり、その苦悩をくぐって彼は新しい苦悩に向かって自らを解放するのである”と言っている。詩人とは、現世の生活の重さを引き受けている人、とりわけ世界の苦しみの構造を引き受けている人。苦しみを解放するけど、また新しい苦悩をつくっていく。もう一人、クリストファー・アレクサンダーという建築家。彼は、人間にとっての共生環境をどのようにつくるかということに取り組んできた人。散文と詩の違いについて、彼は言う。“異なる言葉を用いるからではなくて、同じ言語を別の使い方をすることから違いが出てくる。”普通の散文はひとつの語がひとつの意味を持っていて、ひとつの文章がひとつのことを伝えている。しかし、詩の場合は、ひとつの意味ではなく、濃密な意味、重層的な意味を持つ。いくつもの意味を持った語と複雑で重層な意味を持った文章が結びあわさっている。

これらの定義は、詩学の重要な属性を含んでいる。とりわけ、“世界の苦しみの構造を引き受ける”、“見

えているんだけども誰も見ていないものを見えるようにすること”、“新しい関係を結び合わせること”、“イメージやビジョン”、“濃密な意味”。そういうことが、詩学の基本となる。

私が詩学とはそういうものだと直感したのは、三浦半島へ環境社会学研究会の人達と社会学のフィールドワークに出かけた時、金田湾という所で、網のつくろいをしているひとりの漁師に出会ったことからです。その時が、詩学の訪れを感じた瞬間であった。

三浦市が財政確保のためゴルフ場を建設しようとしたのは、小網代の森という自然林だった。住民の中から建設反対の声が上がり、次いで単に反対というだけでなく、自然と人間の共生を考えていこうという方向へ向かっていった。共生環境づくりのためのインタビュー調査が我々の仕事だった。そんなある夏の日、調査の糸口がなかなかつかめず、疲れて浜辺に降りて行った時、その漁師さんに出会った。

現代の漁の仕方は、ハイテク利用で、魚の位置、種類、総量などがたちどころに画面に出るような装置を使っている。漁法は巻網法といって、高速艇をパソコンで決めた場所に乗りつけると、パソコンの画面をにらみながら魚群を巻くように網を張って、根こそぎ魚を取ってしまう。次いで、会社と連絡を取って、どの港に持っていけば一番高く売れるかの情報を確認する。だから、最近の漁師は日焼けではなく、パソコン焼けしている。

ところが、金田湾の漁師は、そういう魚の取り方を怒っている。政府が減船政策によって、安定した巨大企業に船が集中するよう合理化をはかっている。その“合理化”が稚魚まで取りつくしてしまう。その漁師が言うには、“小さな魚は大きくなるまで育たなくちゃならん”。その漁師は、小さな魚を残すために工夫をしている。一本の糸に沢山ついている釣針を普通の半分くらいに減らして使う。そうすると、魚は競合するので、大きな魚がかかるようになるという。三浦半島はたこが名物のひとつ。たこ壺もかまぼこ型のねずみ取り式のたこ壺でなく、古典的な上に口のあいた壺を使えば、なぜか大きなたこが取れる。

“小さなものは大きくなるまで育たなければならない”、これは、見事な彼の哲学だと思う。しかし、彼はこの自分の行為が空しいと言う。三浦半島の全ての漁師が自分のようにやっているわけではないし、実際、生き残りをかけてハイテクを利用せざるを得ない状況がある。また、漁師のなり手がなかなかいないということもある。

光と闇、双方を合わせて、この漁師の話には、詩学のインパクトがあった。三浦半島の共生環境を考える糸口はこういうところにあると思った。“沿岸漁業を保つ”というところから出発してみよう。沿岸漁業を保つためには、雑木林の流す養分が必要で、それによってプランクトンが育ち、魚の餌になる。だから、魚付き林を残す必要がある。また、工場廃水、家庭廃水、農薬が海に流れ込まないようにしないといけない。そうすると、陸の上の産業が環境を破壊しない産業でないといけない。「環境産業」というコンセプトが必要になってくる。三輪作も除草剤をつかわないことが重要になってくる。除虫菊を植えると虫が寄り付かないので、それを使っている農家もある。また、この漁師のようなやり方を広げていくために沿岸全体の取決めをしていく必要がある。こうした色々な問題を解決するのに、自治体が動く必要がある、といった具合に話が広がっていく。また、地元の魚を地元の人が食べていないという奇妙な構図があったり、子供達が森を散歩したり、真っ黒になって浜辺で遊ぶ生活のスタイルみたいなことまで考えていく必要があって、そういう風にして、金田湾の漁師の言葉から共生環境が芋蔓式にでてくる。

まさに、その場で生活している漁師のビジョン、哲学が詩学であるわけですが、こうしたものが地域の中で実際に生きられるためには、どうならなくちゃいけないのか。従来の社会科学は命題を体系化、一般化していくので、個々のケースは均一化されていってし

まい、偶然的なものとか外れものとかは排除されていってしまう。社会科学と違って、詩学は個別的なものを大事にしていく、固有名詞を徹底的に貫く。一回的なもの、プラクティクな具体的なものを落とさないようにしなくてはいけない。しかもそういう個別的なものの中に重層的な意味を読み込む。それから、意味の連関といったこと、そういったことが関心の焦点になってくる。社会史ではカルロ・ギンズブルグの「徴候」（シーニュ、サイン）。しるしのなかに文化の構造を読んでいく。クリフォード・ギアーツの「厚い記述」、これはｌｏｃａｌ　ｋｎｏｗｌｅｄｇｅ、地方的知識、具体的な文化を取り出す方法論のこと。エドガール・モランは「出来事」ということを重視して、「出来事」に今生まれつつあるものを読もうとする。

私は詩学ということについて、まず初めに“世界の苦しみの構造を理解する”ということがあると思う。次に、“その構造を解体していく”ことがあると思うが、そこには色々なプロセスがあると思う。個別の苦しみを癒していく、社会の受苦の構造を癒していくということ。

このことについて、私は、水俣の茂道の杉本栄子さんの「生き供養」の話が重要な話だろうと思っている。命の極限的な感受性をこの話のなかに読み取ることができる。彼女は水俣病で、基本的には医学上回復はないのですが、何故か彼女は奇跡的に回復する。それは、彼女が信仰に入ったこともあるが、それだけでは説明できない。彼女は亡くなった水俣病患者の位牌を自分の家に集めて、供養しようとした。位牌の前に穀物や野菜や魚を用意した。そうすると、茂道中の猫が集まってきて、位牌をひっ繰り返しておしっこをひっかけて去っていった。そこで杉本さんは、人間の前に猫が死んでいたのではないか、と気づくわけです。杉本さんは、供養のやり直しをする。小さな生き物の供養から始めた。魚の供養、鶏の供養、猫の供養、水俣病で亡くなった人の供養、そして最後に、生きている人間の供養をした。それで、「生き供養」と言われるようになった。これは、杉本さんの生命に対する感受性を表していて、“やさしさ”とも言える。ここから全てが始まるのだと思う。そこに、世界の苦しみの構造を読み取るという作業が入ってきて、つぎにそれを解除していく構造的な“やさしさ”が必要になってくる。そこにこそ、まさに、詩学が要請されてくる、と言えそうだ。

詩学の目的は２つあると思う。ひとつは、命あるものの心の通い合いを回復すること、もうひとつは、自己決定性で自分の人生は自分で決めるということ。この２つを取り戻すことが大事。人間の受苦を徹底して見ること、そしてそれを解いていくことがまさに詩学である。

ハーバーマスのテーゼによれば、生産と労働の領域が、現代社会の中では重視される。それに対して相互性、つまり人と人のやりとりという領域は貶められている。ハーバーマスは、相互性の領域がもっと大きくなることが必要であると言うのだが、それだけでは足りないと思う。自己決定性の問題がある。他律性の領域が大きくて、これがもっと小さくなることも必要。この２つの問題があると思う。

詩学はその移行に関わる。労働の領域と他律性の領域の肥大化が苦しみの構造をつくる。東欧・ロシアの大激動、ＥＣの問題、環境問題などはこうしたことから生じてきた苦しみの構造だと思う。しかし、これらの変動には、それを促進した社会意識の方向性ということがある。生活ということに人の関心が向かっていること、自己決定・自治ということへの関心、情報が自由になっていること、広い意味での開発ということの４つがあると思う。しかし、これらの方向性にも苦しみの構造が必ずつきまとうわけで、例えば、情報の自由には管理の問題、開発には環境破壊の問題など。だから、必要なことは、苦しみの構造をはっきりさせていくこと、自分の身近なところではっきり見えてくるものを見ていく、そういう作業が必要です。そして、受苦の構造から癒されていくこと、自己決定へ向かっ

ていくこと、それが詩学と関わっている。受苦の構造は、ダブルバインドと把握できるので、受苦からの癒しはダブルバインドを解くことに一致する。人間の生きるなかでは、ダブルバインドから全く逃れることは出来ない、しかし、ある程度解決していくことが、苦しみの構造を壊すのには必要。その方法をどうするか？

「障害」児の視座からこのことを考えていく野辺明子さんの立場がある。彼女は「"障害"児や奇形が生まれないように」という論理でなく、「どんな子供でも生れた子が生きられ、元気で育つような社会をつくる」という論理が市民運動に根づくべきだと言う。それと受苦からの癒しの問題、さらにビジョンとかイメージとかファンタジーによる癒しの問題がある。例えば、コフートの議論では、ファンタジーが重要な位置を持っている。自発性を誘導していくから。たとえ、大人が力をそえる場合であっても、子どもがファンタジーで自分の力で何かが出来たと思えることが自発性をつくっていくことになる場合もある。それから、構造的な癒し。関係のなかでの癒し。この場合、結び合わせることが重要になる。ネットワーキングが大切。例えば、学習ネットワーク。固定した場所で軍隊行進のような義務教育をするのではなくて、教育のプロセスを分散させて多くの場所や人々との触れ合いのなかでラーニングを豊かにしていくような方法。

時間も経ちましたので、最後に詩学の4つの企ての話をして、まとめにしたいと思います。「詩学としての社会科学」の4つの企て。まず、第一は、ブリコラージュの手法。私達の身の周りのこと、日常生活の断片のところから入っていき、こまごました細部のなかに「徴候」を見つけていく。その「徴候」を社会的な文脈のなかで読み解いていく。こうして、日常生活の細部から出発して社会、政治の構造的なものを見つけていくことになる。それから、第二に、詩学は隠れた社会構造を暴露するだけでなく、その構造を流動化する、そして今生まれつつある芽を取り出す必要がある。構造ではなく生成を捕えること。三番目は、今生まれたものを関係の網の目へ移し換えていく。これは、癒しが始まる部分。人と人の関係の中に、今生まれつつあるものを再現していくことが重要。関係性ということだけどもそれだけでは駄目で、相互性ということを私は長く言ってきたのだけど、さらに相乗性ということが大事で、共生的なものが相乗化していく方へ話しを進めていくこと。関係性はマルクスが、相互性はエリクソンがきちっと議論している。相互性をもっと言っていくと、相乗性、つまり、結び合わせることに行き着く。例えば、両眼視覚。2つの眼で物を見る。片眼で見る場合と両眼で見る場合とどう違うのか？　両眼で見た場合、たし算ではなく、掛け算になるので、論理的な次元が異なってくる。つまり、見え方が奥行きを持ってくる。このように、各々のものが結び合わさってくることで、深まりが出てくる。これが相乗性ということです。四番目は、今生まれつつあるものを関係として把えるだけでなく、その関係を私に還流させる。関係をもう一度私のことに再主体化していくことだと思う。他人事ではなく、自分の事とすることで、詩学の旅が完結する。最初に飛び上がった場所と違った場所に着地していて、そういうことの円環的な繰り返しが詩学だと思う。

質疑応答

古井　詩学というのは、まず現象があり、次に現象の認識があり、そして解決としての詩が生じる、という思いがある。それを前提として社会科学との関連を考えると、現象と解決の間に遅れが生じることになる。問題解決のためには、その時、その場での対応が必要なので、その遅れは、解決に影響を与えないのか？

A氏　癒しということに興味を覚えた。癒しのところで、ファンタジーという話しが出ましたが、それは宗教性ということにつながるでしょうか？

谷奥　障害の原因が究明されれば、「障害」児・者の問題は解決すると考えている人が結構いる。けれど、

原因がわかることと「障害」児・者がどう生きていくのか、は別の問題だと思う。そのあたりをダブルバインドという言葉で語られているが、原因が曖昧な場合もそう考えていっていいのかどうか？

B氏　従来の社会科学は均質化するもので、それに対して個別化ということを言われるが、「学」として考えたとき、「詩学としての社会科学」のフィールドはどこに求められるのか？

赤松　労働性と相互性、自律性（自己決定性）と他律性の問題に関わるんですが、精神医療のなかでは、患者には自己決定性がもたされていない状況があったり、自分の喘息の発作の時には自己決定できない状態にある。そうしたことを含めた場合、自己決定性ということをどう位置づけていったらよいのか？

栗原　まず、最初の方の質問から。詩学は今生まれつつあるものに焦点を当てるものだと考えている。従来の社会科学では、構造は把えられるが、その時々の動きだしているものを把えられない。詩学の方法は、言葉に限らなくていいと思うし、まさに現象を同時的に把えることが詩学だと考える。ですから、その場に立ち会っているようなものとして考えている。

癒しのひとつであるファンタジーの癒しは、祈りの問題や深い沈黙の問題など、宗教性と関わりがあると思う。

3番目の質問については、原因の究明という時、発生予防という論理が出てきたときにダブルバインドが構成されると思う。ダブルバインドを解除するのは、原因の究明が社会の構造を変えていくということとつながって、「障害」者の共存、共生できるような社会にしていく、というロジックだと思う。

4番目の問題。職業者の現場の問題と考えると、例えば、教育を例にとると、教師と学生の関係には、どうしたって不平等な関係という前提がある。その不平等な関係をコミュニケーションによって、組み替えを生ぜしめていく、そこにポエジーが発生する。コミュニケーション不可能性をどう乗り越えていくか、ということだと思う。

喘息の問題についてもやはり、喘息が起きる様々な関係の問題が背景にあると思う。その人と人との関係を変えていく。そして、その関係は必ず社会の仕組みや構造と結び付いている。その時に自己決定性を増していくというのは、喘息が起こらないようにするとか、喘息と共存していくとか、ということもあるが、同時に社会的な関係のなかで人間を越えた制度とかに常に管理抑圧されることはないように、そのなかで自分の自律性を獲得していくことが大切。しかし、他人も自分の自律性を求めるので、自分と他人に矛盾が生じる。そうなると、自律性と共生の問題が密接に絡んでくると思います。

（お詫び　質疑応答の部分で、A氏、B氏としたのは、御本人の氏名がわからなかったためです。御了承下さい。）

シンポジウムⅠ◆「心理臨床から社会臨床へ」をめぐって
―社会臨床学会設立のときに―

発題　山下恒男（茨城大学）
野本三吉（横浜市立大学）
斎藤　寛（八千代国際大学）
司会　林　延哉（横浜療育園）

4月25日の午前中に行われたシンポジウムⅠのテーマは、「『心理臨床から社会臨床へ』をめぐって―社会臨床学会設立のときに―」でした。日本社会臨床学会の設立のきっかけは、日本臨床心理学会に於ける、厚生省による臨床心理士国家資格化に対する態度についての対立でした。臨床心理士国家資格化を批判し、それへの協力は出来ないとした者達が、国家資格化への協力を決めた日本臨床心理学会から、ある者は出て、ある者は留まりつつも、新たな活動の場を求めたのが、社会臨床学会へのきっかけでした。「日本社会臨床学会」という名称は、この過程の中で生まれてきたものでした。

シンポジウム「『心理臨床から社会臨床へ』をめぐって」は、そうした経緯をたどって生まれた社会臨床学会設立の時にあたって、この過程を、あるいはこれからを、とりわけ「社会臨床」という馴染みのない言葉をどう捉え、何をなしていこうとするのか、を考え合ってみようというものでした。

新しい場を作り始めた私達にとって、「社会臨床」という言葉は、その含む処は各々に異なっていたとはしても、各々に於いて喚起的であったり、しっくりと合う感じがしたり、うなづけたりする言葉でした。

私達の多くは「心理臨床」のそばにいて、それにうなづけなくなっていて、その私達が「社会臨床」という言葉を、何か納得できる言葉として感じました。

また、「心理臨床」「臨床心理」という言葉では集い得なかった人々が「社会臨床」という言葉であるが故に集い得た、ということもあります。

そうした「社会臨床」という言葉に込めた思いを、この移行の時をきっかけ、基軸にして語り合いたいというのが、このシンポジウムの目的でした。議論を収斂させていくのではなく、さまざまなテーマへと拡げていければいいな、というのが、司会を担当した僕の思いでした。

当日は、山下恒男さん、野本三吉さん、斎藤寛さんの3人から順に発題を頂き、その後、フロアを含めての自由討論を持ちました。「『病い』を除こうとする側が高みに立つ、それが臨床ではないか。『病い』という切り口からは上下関係を排除できない。『臨床（即ち、病い）』という切り口でいいのか」、「生活者にとって、専門家は必要ない」、「野本三吉さんの言われる事はわかるが、もしも『背景なく』『臨床』ということが語られたら怖い」、「『心理臨床』から『社会臨床』へ移っていくときに、臨床の持つ重さから解き放されるイメージが生まれるといいと思う」、「『社会臨床』ということで『心理臨床』を『する側』であるばかりでなく、医療に対して生活者の側、『される側』から取り組めるようになった」、「『学』をいままで専門家が独占してきた。生活者が『学』をやってなんで悪い」、「『臨床』という構造をのり越える、多くの人々が共に考える場」、「『する側』－『される側』の関係構造を固定したくない。一方で、告発される対象ではなくなった、ということでもない」等の意見が出されました。

さてこの報告では、発題者3人の各々にまとめていただいた「発題要旨」を以下に掲載します。読者の皆さんはどのようにお感じでしょうか。御意見をお寄せください。（林）

社会臨床への模索

山下恒男

社会臨床学会にかかわっていますが、いわゆる臨床には関係ないという、そういう立場です。

『社会臨床雑誌』の創刊号に「社会臨床に仮託するもの」という論文を書いていますが、大体そこに書いてあるようなことが、最近考えていることなので、今日のこれからの話もそこに関係してくると思います。

高資格者は人間の秘密に関わる

最初に、非常に唐突ですが、知能テストをはじめて作ったフランスのアルフレッド・ビネーについて書かれた伝記を読むと、彼のお父さんは医者だったんですね。お母さんは芸術家肌の人で、二人は離婚する。それで母親に育てられるわけです。

ビネーは父親と同じように医者になるべく医学校に入るわけですけど、解剖の実習で挫折して、医学校をやめてしまいます。その後、法律家になろうとして法律学校に転じるんですが、そこもやめてしまって、図書館で一人で勉強する、つまり、正規のアカデミズムの教育は受けていません。

医師とか弁護士というのはいわゆる高資格というか、社会的にオーソライズされた高い資格を持っている。こういう人たちに対して、私たちはある種の感じを持つわけですが、それは社会的地位が高いということと同時に、なにか仕事上の特権というか必要性として、ふだん人間が隠している秘密の部分を見ることが非常に多い、ということと関係があるように思います。

弁護士が殺人事件の被害者の写真を見て、いちいちびっくりしていたら、仕事にならない。医者が解剖するんでも、モノとして見なければ人間の身体を切り刻むのもなかなか大変でしょうし、手術なんかでも血が出てきて、それをいちいち気にしていたら仕事にならないでしょう。人間のどこか日常的に隠れている部分に関わる仕事をしている人たちというのは、ある種の感じ、雰囲気を持っている。

新聞記者の人たちにも、そういうことを感じることがあります。取材というかたちで、かなりシークレットな部分に踏み込むような機会が多いというか、そこで、いちいち相手の話にびっくりしていたら仕事にならない。そういうことで、人間というものをかなり対象化したり、一般化したりするようになる。

制度化の流れの中の「資格」

私は資格化の問題を、いまあげたような医師や弁護士に代表される資格を持っている、あるいは得ようとしている人間の方からの感じ方の問題と、もう一つは、資格とか制度化を必要としている社会といいますか、社会状況の側の要請といいますか、そういう二つの面から考えてみたいと思っているわけです。

そこのところで、今回の社会臨床学会誕生のきっかけとなった「臨床心理士」の国家資格化という問題も出てくるわけですが、『社会臨床雑誌』に準備委による資格批判の論文がありますが、その５０ページに、新しく制度を作ろうとしているのではなく、すでに制度化されているものを資格の中で再編していくのだ、という見方が示されています。

そういう眼で見ていくと、いわば資格に対するあるいは制度に対する要請といっても、すでにある程度出来上がってしまっていると思うんですね。

我々の社会はもうすでに制度として「臨床」ということを組み込んでしまっている。その中での比較的小さな動きが今回の資格化の問題だろうというふうに思っています。大きな制度的というか歴史的な流れで言え

ば、それはすでに完了してしまっている。

「臨床」という制度の誕生

「臨床」という制度がなぜ生じてきたのかということについてはフーコーなども書いているところですが、私が興味を持っているのはオランダの精神科医のヴァン・デン・ベルクです。彼は“変化する人間の本性”という意味の『メタブリティカ』という本を書いています。

その中で心理学の誕生についてふれているんですね。中世の社会まで子どもというのは小さな大人であると、これは近代の社会の中で“小さな大人”観は否定されていくわけですが、ヴァン・デン・ベルクはそういうふには必ずしも考えないわけです。

子どもの生活世界が大人の生活や仕事から切り離され、子どもと大人の間に、ある切断が生じてくる。そして、そのことによって子どもと大人の間に心理学的理解という架け橋が必要になってくる。これが心理学の誕生であるというわけです。

同じようなことは柄谷行人さんも書いています。成熟とか青年期という概念そのものが近代的なものだというようなことです。

これはいろいろな領域の問題として言えるのではないでしょうか。教育の問題にしても「臨床」の問題にしても、関係が切断されたところで、それをつなぐものが必要になってくる。

切断された関係を制度でつなぐ矛盾

そして、今の世の中ではますますそういう関係が切断されているから、ますますつなぐものが必要だという論法があって、それが我々が脱会した日臨心の今の状況認識だというふうに私は思っています。

それは、具体的には先ほどふれた私の論文の9ページに引用しているような、都会の真ん中で助けを求めている多くのクライエントの存在、それを援助できない「貧困な心理臨床の現場」というとらえ方であるわけです。

こういう状況認識というものは、社会的にも通りやすいもので、もう一つの日本心理臨床学会という、河合隼雄さんなんかに代表される流れの認識もまったく同じなわけです。そこから「心の専門家」が必要だという話になってくるわけですが。

さっきの引用文も、「される側」がこんなに都会の真ん中で孤独で助けを求めているのに、そこにかかわろうとしないのは何事だという論法で、そのことを保障するために資格もまた必要だということになっていくわけです。

たしかに、「貧困な心理臨床の現場」というと、私も病院関係の人からいつも聞いていることではあるんですが、つながりがないから資格化によってそこをつなげようという発想はまったく転倒しているわけです。その「貧困」を助長するだけです。

つまり、つなごうとするものが、逆にどんどん切断していく。切断すればするほどつなぐ必要があるということで、ますます資格化・制度化が進行していく。ボランティアの資格制度化さえ予想されるような状況で、そういう関係がどんどん進行している。そういう意味からしても、この論法はまったく転倒しているというふうに私は思っています。

生死の問題をすり抜ける「資格」

今、社会状況の問題について簡単にふれたんですが、臨床を行なう側、我々は「する側」と言ってきたわけですが、資格・専門性を必要とする人たち（自分たちは必要とされると思っているのかもしれませんが）、得ようと思っている人たちの側の問題として私が感じていることは、最初にふれたことにもどるわけです。

つまり、人間の秘密の部分を仕事上の特権で覗いていく職業の人たちの中で、心理臨床という立場というのは、医者や弁護士ほどの特権は与えられていないけれども、それに準じた仕事をしてきている。

医者並みというのは、資格あるいは社会的なステイ

タスの問題としてだけでなくて、それは表の理由であって、もう一つは資格・専門性によって自分の仕事に対する安定というか、そういうものを求めているのではないだろうかと私は思います。

本来、人間の生き死にの問題とか、様々な心の秘密とか身体の問題に仕事として関わる人間、それは昔から存在していたと思うんですが、そういう人たちっていうのは聖性と被差別性の二面性を備えていたと思うんです。

私の論文の7ページのところで、河合隼雄氏が学生の自殺未遂の例に関連して、カウンセラーの専門性についての自負を表明しているのを取り上げています。そこで彼は「死について話し合いそれについて実際的に処理する知識と経験」について述べています。

私は気が弱くてとてもこんなかたちで言い切れませんが、こういうことでないともう職業的カウンセラーなんてやっていられませんよ、ということで、それだけの修養、訓練が必要であるということを彼はいろんなところで書いています。

私は何か別の世界のような気がするんですが、実際はそういうことが目指されているわけです。

臨床家というのは、人間の生や死に関わる仕事をしているにもかかわらず、資格とか専門性というかたちで、そこの部分を意識しないですむような構造をいま求めているのではないかと思うわけです。死を扱う人間の被差別性みたいなものは完全にすり抜けているわけです。

「病い」は「臨床」に回収されない

それから、斎藤寛さんの論文の最初の部分に“さらには老いを問うというテーマは福祉という問題に回収され得るものなのか”という表現があります。回収というのは多分収斂というか、そこだけで片付く問題かということだと思うんですが。

同じようにですね、「病い」というものは臨床とか治療とか医療行為とかカウンセリングとか、そういうものに回収されるものだろうか、という感じを斎藤さんの表現を借りれば思うんです。

こうなってしまっているのは医療の領域でははっきりしていると思う。「病い」というのは医療・治療の対象として回収されてしまう。それ以外の部分があるわけですが、そこのところを見ないですむようになっている。

「病い」観というか、「病者」観というか、ここのところを考えていかないかぎり、治療とか臨床というものに容易に回収されるのだろうと私は考えます。

「病い」観が実態をつくる

病気というものは昔もあったし、今もある、「心の病い」も昔からあった。あるいは、教育も今のような公教育制度が確立されていない時代にもあった。そういう考え方というものが一般的だと思うんですが、これについては何人かの人が批判していますし、私もそう思っています。

実態はつねに同じで、ただそれに対する見方が時代によって違うんだというふうな考え方はしていないわけです。「病い」観と実態とは切り離せない。実態は不変で客観的なんだというのは一種の錯覚だというのが私の立場です。

実態を変えるために、「観」を変えるというアプローチもありうると思っているわけです。例えば、精神障害者観と結びついて保安処分体制が非常に厳しくなっていて、現実に管理システムとして実体化されていっているわけですが、そのことによって引き起こされる「病い」とか、あえて「事件」と言いますが、それらが存在する。そういう関係構造になっているだろうと思っているわけです。

だから、「事件」を押さえようとする方向性なり精神障害者観そのものが、疎外感を深め、「事件」を引き起こす方向に働く可能性を生じさせる、

そういう関係構造にあるということを考えてみる必要があるんじゃないかと思います。

「社会臨床」のイメージ

最後に、「社会臨床」という言葉について私がどう考えているかということを申し上げたいと思います。

本学会の会則の目的のところについて、昨日からいろんな議論が出てきています。しかし、誰もが納得するような定義が可能かどうかという問題がまずありますし、それが必要なのか、いいんだろうかということもあります。

日臨心から出た我々ですが、そこで追究してきた問題が今意味がなくなったとはまったく思っていません。ただ、いろんなことが明らかになった。

例えば、資格化をめぐる論争の過程で、病院の心理臨床をやっている人たちが、当事者として、いわば職能団体の当事者として発言権を最終的に独占した。

そういう構造の中で新しく学会を作ろうという場合に、もう「心理」はイヤだね、ということが一つあるわけです。ただ、やはりこだわってきたものとして「臨床」という言葉くらい残したい、そして「社会」をくっつけると何となく拡がる感じがしていいね、そういうところで出来たのが正直なところですから、ある種のイメージなり、方向性はあるにせよ、「社会臨床」という概念を性急に実体化させる作業をする必要があるかどうか、私は疑問に思っています。

私の論文であえて「仮託」という表現をしているのは、いつまでも試行錯誤でいいじゃないか、ということでもあります。

「実験」としての学会

また、別に学問領域として確立しようということは考えていません。ただ、昨日の議論の中でも、学会ということについて否定的な意見も当然あったわけですけど、私は学会だから会員になっているつもりです。これは私が大学にいるからということではありません。学会という名前をつけて、しかも「社会臨床」というわけのわからない名前を冠して、そして、いろんな人が集まって、いろんなことを考えていくというところが面白いところだなあ、と思っています。

そうじゃなかったら、べつに研究会でもいいし、市民運動の団体でも何でもいいわけです。それに、現実問題として、社会的に認知される「学会」になるというのもなかなか大変です。社臨学会は現在ある学術会議の専門分野の分類のどこにも所属しようのない学会です。

そういうところで学会ということをやっていくのが、一つの実験であり、試みであるという意味で、そのこだわりから「社会」と「臨床」という言葉を取りあえず使ってみよう、そういうようなことなんだろうと私は考えています。

社会臨床論序説
―生活体験から見た臨床―

野本三吉

ぼくなりの思いで言うと「社会臨床」という言葉の中に、これまでぼく自身が考えてきたものがこめられているような気がして、これからのこの学会の活動に一歩踏み込んでみたいという気がしています。

「社会」についても、また「臨床」についても、既に一定の概念とイメージがあると思うのですが、この二つの言葉を、ぼくなりにもう一度とらえ直し、新しいイメージと思いを吹き込んでみたいとも思っています。

まず「臨床」というのは、人と人、人とモノ、人と

何かの関係そのもののことだと思うのですが、この場面、直接触れあうという、「直接性」みたいなものと、ぼくの場合重なっています。一緒に何かする、している。

しかも、日常的にしている、というイメージが、ぼくの中では「臨床」なのです。

一方「社会」というのは、たくさんのものが「群れ」ているというイメージです。

ぼくなりの言葉で言うと「生きもの連合」という感じがあります。この「社会」と「臨床」が結びつくと、どんなことになるかというと、日常的な個的な一つ一つの関係、結びつきが、群れという集団とつながりあっていくというイメージになっていくのです。

ぼくにとって最も関心のあることは「生きていること」そのもの。これまでの生活史、これからの生き方、そんなことに関心があるのです。言ってみれば、生きていること、そのものが「臨床」なのではないかと言う気がするのです。すべての人間、すべての生きものは、みな「生き」ているわけで、「生きる」ということに関しては、みんなが、言ってみれば専門家なわけです。

という意味から言えば、この「社会臨床学会」の主体者というのは、すべての人ということになるわけです。

そう考えると「これからどう生きていけばよいのか」ということを一緒に考えあい、体験を出しあっていく場、それが「社会臨床学会」ではないか、という気がするわけです。

ですから、この中には、学者もいるだろうし、患者の方や、それに関わっている人もいるだろうし、ボランティアや市民の方々もいると思うのですが、そういったすべての方々が参加していいと思うのです。それぞれの人が、それぞれの当事者性の中で、生きるということを模索しながら、その中で考えてきたこと、考えていることを出し合い、その中で再び自分の中に浸み込んできたものを獲得して、あしたからまた生きていく。こういうふうなものなのではないかと思っています。

ここで、もう一つ、ぼくなりに、生きているということを考えてみたいのですが、生きているということは、行動しているということだと思うのです。人は、生きている限り、何らかの行動をとっている。寝たきりの人であっても、呼吸したり食べたりしている。

そういうことも含めて、人は行動することを通して具体的に生きていると思うのです。

そう考えると、こうした行動のつみ重ねが一つの「歴史」になっていくわけです。

社会の歴史も、大きくみれば、人々の行動史だし、個人の歴史を考えてみても、個々人がどのような行動をしてきたかによってつくられてゆくと思うのです。

その行動をていねいに見つめてゆく、この行動は、どういうことなのかということを考えてゆくことが、自分の生き方を見つめ直し、問い直してゆくことになってゆくと、ぼくは思うのです。

さらに、この「行動」を人間は、なぜするのかと考えていくと、まず、それぞれの気持の中に「欲求」があるのだと思います。

「欲求」「欲望」「願い」のようなものにつき動かされて、人は行動すると考えられます。ただ、食べたい、出かけたい、といったさまざまな欲求が、具体的な行動になるためには、もう少し間に何かあるような気がするのです。おそらく、さまざまの要因で人は行動化すると思うのですが、その中で最も強い要因になっているのは、おそらく「模倣」だろうと、ぼくは思っています。

つまり、誰かがやっていることを見て、模倣し、真似していくことによって、自分なりの行動と結びついていくことが多いのではないかと思うのです。つまり、一つのモデルがあって、行動は具体化するような気がするのです。

昨日、栗原さんのお話の中で、自律と他律のお話がありましたが、ぼくの中では、自分一人でやれるか、

やれてきたかと考えると、どうも、いつも誰かと、あるいは何かと一緒になって行動してきた、生きてきたのではないかという気がしてならないのです。

他との関係の中ではじめて「自律」が可能になるのではないか、とそんな気がするのです。周囲の人々の期待とか励まし、または批判といったものによっても、自分自身の行動はつくられてきてしまう、という気もするのです。つまり、模倣と他者の視線のようなものの中で、日常的な行動が形づくられるわけです。こうして、同じ行動がくり返され、つみ重ねられて日常化してしまうと、いつの間にか、行動は習慣化し、習慣は慣習となり、伝統とか文化とも重なって、その人の性格、パーソナリティをも形成してしまうように思われるのです。ですから、自分だけをとり出しても、他者との関係と結びつき、つながりあっている中で生きているわけで、自律ということだけで、考えきれないところがあるわけなのです。言ってみれば、ぼくという人間は、他者や自然など、いわば環境との相互関係の中で生きている、生かされているという感じがしていて、こうした関係そのものを問い直すことが、生きてゆくという行動を見つめることになるのです。

そんな訳で、ぼくは、こうした相互関係、相互交流を、ぼくなりにもう一度見つめ直すという作業をしていないと、状況に流されてしまうということがあって、こうしたプロセスが必要だと思っているわけです。

社会臨床学会では、これが出来るような気がするのです。ですから、それぞれの状況の中で、自分の当事者性を大事にしながら、生活を問い直していくことが、ぼくにとっては「社会臨床」についての基本的な姿勢になっているわけです。

ぼくは、小学校の教員としてスタートしています。その頃の体験の中から一つを取り出してみると、例えば家庭訪問があります。

子ども達の家に伺い、お母さんと話がはずんでしまい、夕方になると父親が帰ってくる。「もう少しいいじゃないですか」ということで話していると、夕食時になってしまい、夕食をごちそうになる。あるいは、子どもが一緒にお風呂に入ろうというので、一緒に入ってしまうことになる。さらに「泊っていけば‥‥」ということになって泊ってしまうということもしばしばありました。こうした関係の中で、子ども達や家族と実に親しくなっていけたわけですが、ぼくは若かったこともあって、とてもいいことをしていると思い込んでいました。ところが、ある子どもの家に行った時、家の中は乱れており、父親が暴力的であるということで、家の中に入れず、外の電柱のところでお母さんと話すということになったのです。子どもは、ぼくを家に入れたいけれど、入れることができない。家からは飲酒で大声をあげる父親の声が聞こえる。

暗くなるまでお母さんとは立ち話をしたわけですが、その間中、家と電柱の間を淋しそうに行ったり来たりしている子どもの姿を見ていて、ぼくが今までやってきたことは何だったんだろうかと思ったのです。

つまり、ぼくが家庭訪問をして、子ども達の家に泊ったりした話を得意気にしている中で、ぼくを泊らせることのできない子ども達がどんな気持でいたのか、ということが一気に、ぼくの中でふくらんできたわけです。

とんでもないことをしてきた、どうしたらいいんだろう、とぼくは正直悩みました。

これまで見過してきた授業中の一人一人の子ども達の表情などが浮かんできたりして、今まで気づかずにいたことが一つ一つハッキリしてくるのです。

その頃、ぼくは日記を書いていましたので、その中にぼくの気持をありのままに書いていったのですが、その中で気づかされたことは、多くの人が喜こんでくれていても、条件が揃わなかったり、準備ができなかったりして同じことが出来ず、参加できない少数の人々、子ども達の悲しみとかつらさといった問題が実際にはあるのだ。したがって、少数者、例外者を含めて一緒に参加できる、やれることを常に考えていかなければいけない、ということでした。こうした体験の中で、

ぼくには教師と生徒という関係、あるいはクラスという共同性をもった集団というのは、どこかで同じ方向に向かって横並びに生き合っていくという生き方を基本にもっていなくてはいけないのではないかということに気づかされることになりました。

その後、ぼくは、このイメージで生きたいと思って教師をやめ、日本の「共同体」を遍り歩くことになります。約四年半の共同体めぐりの旅のラストに、ぼくは、横浜の寿町という「寄せ場」にたどり着くことになります。寿町は、山谷、釜ヶ崎と並んで三大ドヤ街と呼ばれていますが、ぼくは、ここで横浜市の民生局が行っていた「寿生活館」の生活相談員として採用され、それから約十年、寿町の「ドヤ（簡易宿泊所）」に住み、相談活動をすることになります。

この町に住む人々の多くは、単身の日雇労働者です。地域や家、職場から離れ、一人で寿町にやって来て暮らすことになった人々がほとんどです。ぼくは毎日、こうした日雇労働者の相談にのっていたわけですが、この中で、ぼくは、ぼく自身が体験することの出来なかったもう一つの人生史を聴くことになりました。

例えば、戦争中に青年期を過した人、あるいは家族を抱えていた人々が、その頃、老年期を迎えていたわけですが、その人達から戦争中の話を聴くことになります。

そして、その時に、ぼくのまったく知らない事実を次々に聴かされるのです。聴きながら、思わずぼく自身が泣いてしまうということがよくありました。それ程に重く、つらい体験が多かったのです。ぼく自身の役目は、相談に応ずるというところにあるのですが、相談に来た方と相対して話を聴いているうちに、その二人の相互交流の中で、ぼくは、ぼく自身の可能性として存在したであろう、もう一つの人生、生活史を知ることになったわけです。もしかしたら、ぼく自身がたどったかもしれない、ぼくの人生。もう一つの生活史、それを聴いていくことになったわけです。

これを、ぼくの中で位置づけてみると、ぼく自身の内的世界の拡大。自分史の拡大ということなのではないかと思ったのです。

これは、また逆に、相談に来ている方が、ぼくの中に、その方の可能性としての人生を見つけるということもあったわけです。

もしかしたら、日雇労働者ではなく、市の職員として相談をする人生もあったのではないか、とぼくに自分自身を重ねるということもあったと思うのです。そんな実感の中で、相談という行為は、お互いの自分史の交流という側面をもっているなァと気づかされてゆくことにもなりました。

そんな中で、「俺も人の相談にのって、何か役に立てることあればやってやりてえな」と考える人が出てきたわけです。

寿町では「寿夜間学校」という相互交流、相互学習の場がありまして、そこで体験談を話し合うということが行われていました。

ここでは、誰もが先生、誰もが生徒になって相互交流が始まっていくわけですが、ここを一つの母胎として、寿町の中にさまざまのサークルが生まれてくるのです。

身体障碍者のサークル「身障友の会」が生まれ、字の読めない方々の「寿識字学校」が生まれ、さらにスポーツのチームや、文学研究会、労働組合、などが次々に生まれていったのです。ぼくは、こんな動きを見つめながら、いろいろな人々の出合いの中で、新しい「いのち」が生み出されてくるのだなァと実感することになりました。自分の生活史と他の人の生活史が重なりあっていく時に、新しい集団、群れが生まれてくるのですね。

異質なものが交流しあう中で、新しい「いのち」が誕生するというのは、生命史の根源だと思うのですが、ぼくには、人と人との関係の中にもあるし、今、生まれつつあるものを発見し、育ててゆくということの喜びがわかるような気がしたのです。具体的な個々の関係を丁寧につみ重さねていくと、それがどこかで群れ

へと変化してゆくというプロセスが、ぼくには実感できたように思いました。その後、ぼくは、児童相談所のケースワーカーになりました。ここでは、否応なく専門家になることが強制され、期待されていたように思うのですが、実際に相談にのりながら、専門家というのは、どこかで資格を与えるというものではなく、日常の相談体験をつみ重ねてゆく中で、その経験を日々ふり返り体験へと再組織してゆく中で、つくられてゆくもので、しかも、それは相談に来た人々との相互交流の中で育てられてゆくものだということがわかってきました。

子ども相談の場合には、日常的に直接的に子どもや家庭と関わることが抜かせないことだという気がするのです。つまり、ぼくは、これが臨床だという気がするのです。

こう考えてきますと、社会臨床というのは日常の生活そのものが基本にあって、そこでの日々の行動、実践の意味を問い直してゆく営為だという気がします。そのつみ重ねの中で、断えざる相互交流の中で、自分自身も周囲との関係も変化してゆきますし、生活とつながった上での無限の変化、自己変革の実践史だという気がしてなりません。

ぼくは、今、大学に生活の一つの中心を置いていますので、この場と関係の中で、現場での実践と、大学の学生諸君との相互交流の場をつくり出したいと思っています。

その中で、ぼく自身の生き方や生活を問い直し、体験化してゆくプロセスをつみ重ねてゆくつもりです。

人と人との関係のあり様が変ってゆくこと、人と自然や他の生きものとの関係の質が変ってゆくことによって、群れとしての社会が変るというロマンをぼくは信じています。

そんな思いで、これからも息長く、この集いに参加してゆきたいと思っています。

反教育学から見た「臨床」

斎藤　寛

「反教育学」云々というタイトルを掲げたのですが、「反教育学」という学があるんだとか、そういう学をめざすのだ、といった意味合いではありません。「教育学」なるものへの違和感、こういう厄介な「学」をなぜわれわれは抱えこんでしまったのだろう、というような感じを持ちながら、なお「教育学」にかかわっている立場から、というようにとりあえず受け取っていただければ、と思います。

山下さんから「社会臨床学会」という名称の提案を初めて聞いた時には、なるほど、うまいネーミングだな、とその場では思いました。とりあえずそんなふうに称してみたら、視野の広がりとか、いろんなひとたちが交流しあえる場のイメージを表わす名前としては、とてもいいんじゃないかと思ったのでした。ただ、とりあえずのネーミングとしてというのを越えて、「社会臨床学」なるものに―「学」というのがつくのかどうかということはここでは措いておきますが―積極的な意味づけをしていこうという話になると、そこはどうだろうか、と考えてしまうところがあります。きょうここでの論議の企画も、もし「社会臨床学」なるものについての、おおよその“共通理解”といったものをつくってゆこうということだとすれば、それはちょっと違うんじゃないか、と思ったのですが、いや全然そういう趣旨ではないということでしたので、それならば、各自が勝手にいろんなイメージを持ち寄ろうじゃないかという話のなかで、僕の感想もひとつのたたき台としてお話しさせてもらうことにしました。

日本社会臨床学会設立総会報告

*

僕は「臨床」という言葉にひっかかるのです。自分自身がいま「臨床」と呼ばれるような仕事に携わってはいないからなのか、あるいはいないにもかかわらずと言うべきか、「臨床」という言葉を聞いたときに、やはりそれは、世の中でふつうに暮らしあっている人間関係ではなくて、いったんそこから切断された特別の時空があって、そこに病んでいるといわれるひととそれに対して治療する側のひとがいるというような、しつらえられた、制度化された関係をどうしてもまず想定してしまう、ということがあります。今の野本さんのお話に共感するところ多いのですが、最後に、人間が生きているということが臨床なんだ、と言われたときに、野本さんは御自分のイメージのなかで臨床という言葉をつくりなおし使いなおすのだというふうに言われたのですけれども、そこはそう言えるのかなあという疑問が残ります。

例えば「教育」という言葉を広く考えて、人間が社会のなかで生きてゆくことすべてが教育という要素を持つのだとか、人類史とともに教育といういとなみがあり、それによってこそヒトは人間になってゆくのだとかいう話から、したがって近代の学校教育は大変に重要な、現象的にはともかく本来は善きいとなみの場なのだ、というふうに言い立ててゆく話のつくり方があるのですが―教育学への僕の違和感は例えばそんなところからはじまるわけですけれども―僕はそこはそうではなくて、むしろ「教育」という言葉を狭く使って、今の近代の学校制度のなかで行なわれているような教育といういとなみ、そこでの教育的関係というものは、これはやはり基本的に問題を持っており批判されるべきものだ、というふうに位置づけてゆく言葉として考えたいと思います。「教育」という言葉を抽象的に広げてしまうと、ぎゃくにそこの問題が見えにくくなるんじゃないだろうか、という感じを持っています。

もう少し段取りをつけて言えば、教育的な要素が歴史的に析出され純化されてきて近代的な教育というものが成り立ってきたことの問題、というようなテーマ立てになると思うのですが、そう考えると、「臨床」という言葉も、むしろぎゃくに、ある特定の制度化された非対等な関係でありながら、しかし治療する側はいきなり相手に権力的に対さないで受容的態度を示すというように、一見権力性とか支配とかいうことが見えにくいような、何かそういう“変な関係”なんだという問題を表示する言葉だ、というところで押さえこんでおかなくてはいけないんじゃないだろうか、と思うのです。

*

僕のささやかな経験で言うと、電話で教育相談を受ける相談員の仕事というのを、限られた時間ですがやっていたことがあります。それをやっていくうちに、なぜかこちらの対応の仕方の構えがおのずと生まれて身についてくるところがあって、それが、いわゆる受容的な態度というやつなんですね。いきなりこちらの意見を押しつけない、まず相手の言うことを十分に聞くことに徹する、そしてそれを通じて抑圧的ではないようなしかたで少しずつ相手の悩みに答えてゆくというような、そういう対応のしかたができてきてしまうというところがあって、しかしいったいこういう関係のなかでこんなふうにしゃべっているというのは何なのだろうと考えてしまうと、どうも居心地が良くないのです。たしかに個別の問題としては悩みが解消される、その意味で問題が解決されるということはあるわけですし、身心が病んだ時にカウンセリングを受けたことによって救われたという経験をしているひとが僕の身近なところにも何人かいるのですが、しかし、なんでそういうふうにしてしか解決できないんだろうか、という問いがなおその先に残るんだろうと思う。山下さんが言われたように、そのような解決のしかたを必然

化する社会のありかたの問題と、そこでの個々の解決のしかたのなかでの人間関係のおかしさということをやはり感じてしまうわけです。

例えば、学校に行けない子どもの相談が親から来たときに、まあ、ちょっと昔だったら学校なんてものは行っても行かなくてもいいようなところだったじゃないですか、というようなことを、それは近代学校批判というテーマに重なるところがある話でもあるのだけれども、そういう話をしながら、最後は結局それによって親子ともに楽になれてまた学校に行けるようになった、というようなところでたいていは話がひとまず終わるわけです。そこへまた、次から次へと同じような話がもちこまれる、というのはいったい何だろうか、ということを考えてしまったりします。結局それは、いまの学校制度の秩序があって、そこからの逸和という問題をその秩序に復帰させてゆくというようなことを、やっぱり結果としてはやっているんだろうな、というふうにふりかえってみて思うわけです。

同じようなことは、社会福祉といわれる領域のなかでも、これは『社会臨床雑誌』の1号で野本さんが書かれているのですが、ケースワーカーといわれるひとたちが何をしているのかという問題があると思う。野本さん御自身は、いわゆるケースワーカーといわれるひとたちに期待されている役割からずいぶんはみ出したことをされてきたというお話だったというふうに僕は聞いたのですが、一般に期待されている役割というのは、野本さんの文章（『社会臨床雑誌』創刊号、21－22頁）でも批判的に言及されているバイステックの7原則なるものに示されているような、受容するということを中心としたカウンセリング的な対応なのだろうと思います。ここでも、個々に問題をかかえたひとからすれば、ケースワーカーに相談をして自分の問題が解決されてゆくということはあるのでしょうけれども、そういうことの集積全体を通じて現在の社会福祉の秩序というものはゆるがないで再生産されてゆくのではないか。なぜこの場合に社会福祉というような特定された関係のなかにいま自分が置かれなければならないのか、とか、「福祉はダメですよ」（山尾謙二『サツキからの伝言』ゆみる出版、147頁）とか、そういう思いというかはみ出し方というのは、おそらくケースワーカーといわれるひとたちがそもそも想定していない、意味不明のノイズになってしまうんじゃないか、と思うのです。

そう考えてみると、「教育」という言葉をあえて限定的に考えてそれを批判の対象にしてゆくということが必要だというのと同様に、「臨床」といういとなみ、「臨床」という関係についても、まずどこかでそれを批判的に見てゆくということが必要なんではないだろうか、と思います。いわゆる専門職というのは、自分に課せられた仕事を正当化してくれたり意味づけてくれたりする話の方を欲してしまうというか、そういうお話によって専門職というものが成り立っているというところがあると思うのですけれど、そこにはまってしまうと事態が見えなくなるんじゃないか。僕も教師のはしくれでありながら、「教育」という営みは意味のあることだという話だけにもし囲まれていたら、かえって生きづらいんじゃないか、何か居心地の悪さをかかえながらやっているというふうにしかいられないんじゃないか、というようなちょっとへそまがり的な感覚があります。

*

そして、その先にもうひとつ問題があると思うのですが、それはどういうことかと言うと、例えば「登校拒否」と言われる子どもたち自身が学校というものにとらわれているがゆえに、行けないことに苦しんでいる、というようなことがあるわけですけれども、そのとらわれかたからどういうふうにその子どもたちとか親たちが解放されてゆけるかというときに、それは教育相談なんていう話ではなくて、学校というものへのラディカルな批判的な認識のしかたが、そういうとら

われのうちにあるひとびとにはまだ足りないので、そこで過剰に学校にとらわれてしまっているということがあるんじゃないか、ちょっとそういう認識のしかたが変わっていけば、自らの苦しんでいたことが、ああこういうことだったのか、というふうに見えてきて、それで学校なんて行けるようになるんじゃないか、そういう話を出さないものだからカウンセリング的な関係とか相談的な関係というところで話が堂々巡りしているんじゃないか、というようにひとから言われたことがあります。そこでまた僕はちょっと立ち止まってしまって、そうは言ってもそういう「認識」をしたらすっと行けるようになるというほどにことは単純ではないんじゃないか、もしそこで話がすむんだったら簡単なことなんだけれど、そうではないんだろうという感じがもうひとつあったんです。

というのは、学校というものへのラディカルな批判的認識は、社会科学の視線を前提とするものであって、そこでは社会というものを対象としてつきはなして見てゆく、上から見下ろすように社会をみてゆくというまなざしの位置というものがあるんだろうと思うのです。たしかにそういう視線を持ち込むと話を進めやすいということはあるわけで、『社会臨床雑誌』の1号に載せてもらった僕の文章のなかでも、例えば「家族」というものについて、「上空飛翔的」に見たら近代社会の家族っていうのはこういうものじゃないか、というような言い方をしてしまっているくだりがあるのですけれども（『社会臨床雑誌』創刊号、41頁）、こういう言い方というのは、「認識」としてはなるほどと了解できるんだけれども、実際に例えば家族という場のなかですったもんだと生きているときには、こういう上空からの言葉というのはストレートに入ってこない。そこは、もっとしっかり受信すべきなんだとかいうことではすまない問題があるんじゃないか。学校にとらわれている子どものからだの次元での苦しみという場でも、同様のことがあるだろうと思う。だからこそそこには教育相談的な、カウンセリング的な、その他いわゆる自己開発だとかある種の新興宗教のような、満たされない領域に対応する言葉とかいとなみが出てきているというふうに思うのですが、そういう対応のしかたしかないっていうのが、やっぱりこれはとっても残念なことだ、と思うのです。

この社会の矛盾をはらんだ構造への社会科学的な「認識」を共有した者たちが、その構造に対する抵抗とか変革の「主体」として形成されるんだっていうふうに従来は言われてきたと思うのですが、そして「変革主体の形成」というようなことを僕も前に言ったことがあるのですが、そういう言い方のなかではうまくつくされない問題の次元、悩み苦しみの次元というものがあって、そこにいまカウンセリング的な対応のしかたのたぐいしか入り込めていない、そこでしか通じ合えていないという事態があるように感じます。

ですから、カウンセリング的関係、教育相談的関係、臨床的関係というのは、たしかにさまざまな問題をはらんでいる構造のなかにあってそれを補完してしまうものだ、っていうふうには言えると思うのですけれども、しかし、結局は体制を補完するものでしかないというふうに断定するときに、そう断じた者自身の視線が同時に問われるんだろうと思う。従来のいわゆる社会科学的なまなざしの高さで断定しただけだとすると、そういう断定になにほどの意味があるのかということがぎゃくに問い返されてくるんじゃないだろうか。そこのところは、たぶん、まだ名付けられていない問題域があって、そこをおそらく山下さんはとりあえずのネーミングとして「臨床」という言葉にこだわりたいと言われたんじゃないか、というように僕は感じました。でもやっぱりそれは「臨床」ではなくて、いまだ名付けられていない、いっしょに発見していかなくてはならない、というような問題域なのではないか。とりあえず何とも言いようがないので、「社会臨床」と言ってみたのだけれど‥‥というぐらいに、僕は「臨床」という言葉をあまり真に受けないで考えていきたいというふうに思っています。

シンポジウムII◆生・老・病・死を考える
―日々のくらしの中で―

発題　赤松晶子　（東京足立病院）
木之下孝利（うさぎとかめ保育園）
向井承子　（ノンフィクション作家）
山田　真　（八王子中央診療所）
司会　篠原睦治　（和光大学）

司会　お待たせしました。これから、四人の方々に発題をして頂きながら、会場の皆さんと一緒に、「日々のくらしの中で」「生老病死を考える」ことをして参りたいと思います。

このテーマを、本日の社会臨床学会設立総会で考える理由は二つあります。一つは、「生老病死」をめぐる、私達の暮らしが、いよいよ、医療管理、専門家支配のもとに置かれてきているという現実に直面しているからです。二つめは、したがって、この問題を社会臨床学会は、ひとつの重要な課題として取り組んでいかなくてはならないだろうし、設立総会シンポにふさわしいテーマだと考えたからです。

医学・医療技術の進歩のゆえに、私達は、沢山の恩恵を得てきたことも事実です。しかし、一方で、そのために、新たに引き受けなくてはならない、幾つもの難問や矛盾にもぶつかっています。例えば、臨床心理学会時代から問題としてきましたが、「障害者の早期発見・早期治療」の中で要請されてきた、胎児診断の技術の進歩ということがあります。これは、障害者差別、優生思想と深く関わっていると言わざるをえません。

また、昨今では、「脳死」状態を「ひとの死」として、「脳死」者からの臓器移植を推し進めようとする動きが日本でも起こっていますし、「末期医療」という概念がわざわざ作られて、その時点での「治療の中止」を正当化する議論が、「リビング・ウィル」とか「尊厳死」とかいう形で始まっています。これらはほんの一例ですが、このように、ひとびとの生老病死は、今日、医療管理、専門家支配の中にいよいよ繰り込まれてきています。

私達は、これらをどの考え、どのように解いていったら良いのでしょうか。このシンポでは、そのことを語りあいたいと願っています。

発題の赤松さんは、精神病院で、長年にわたって、心理の仕事をしてきました。ご自分は、ここ数年、喘息に苦しんでいて、医療を受ける立場でもあります。木之下さんは、生まれたときに、「骨形成不全症」と診断され、以後、障害者として、暮らしています。お子さんも同様の状態ですが、木之下さんは、あえて、ご自分を、あえてカッコを付けないで、障害者であると宣言されています。今、木之下さんは、障害者解放の実践をしていますが、広島で、障害者と健全者の「合同保育」をめざす「うさぎとかめ保育園」の運営に参加しています。

向井さんは、ノンフィクション作家として、医療現場に出入りして、取材活動をされたり、最近は、大学の倫理委員会にも参加されています。また、病床のお母様の看病の日々を過ごされながら、地域の人々と「在宅介護」の問題を考えておられます。山田さんは、八王子で、「町のお医者さん」として慕われている方ですが、そんな中で、著作活動もされています。また、娘さんとの生活を軸に、「どの子も地域の学校に」や「0点でも高校へ」の願いや運動に関わって来られました。

どなたからも、貴重で、興味深いお話が伺えると楽しみにしております。それでは、赤松さんからお願いします。

了解不能を疑う――自分史を振り返りつつ――

赤松晶子（東京足立病院）

年齢を隠した女性の立場

赤松です。１０年来喘息にかかり、薬の副作用でこんな声になってます。３種類の服薬、２種類の吸入、そのひとつ“プレドニン”の副作用は強く、長く服用していると習慣化して体の自然の回復機能を低下させ、減らすと症状は悪化、次第に骨も脆くなると言われています。その薬は飲みたくないと言い、それを吸入にすれば喉だけの影響ですむからと主治医に言われて数年、このようなガラガラ声になっています。

３日前に６０才、年のことを言いたくなくて、誕生日がくると逃げ出したくなる気持ちだったけど、６０年生きてきた重みもあり、開き直ろうと思ってます。何故逃げたくなるのか？　創刊号に載った斉藤寛さんの『「高齢化社会」の反教育学』（「教育」を「医療」と書きかえると問題はとても共通している）の中に「老賢者」という言葉がある。年を重ねた男の人は年と共に賢く、自分の顔に責任を持つ賢者になる。しかし、女性はそうならない、何故か？　女性は見られる者、ボーヴォワールの『第二の生』にあるように女性は作られたもので、見られるもの、見られて、格好良く、生き生きしていれば女性の価値も認められる、が、年老いると「老賢者」にもなれず、特例を除いて、観賞としての価値も下がる。結局、年を隠したいと言うのはつくられた人間社会の関係から私自身なお解放されていないことになるようです。

男の身勝手を思い起こす

そこには、私（固有の者ではないと思うが）の個人史がある。それは恥ずかしいことにもなると思いますが、小学校低学年の頃、第二次世界大戦・大東亜戦争が起こり、父は経済学をやっていて、経済調査団を組んで南方に行き（侵略戦争の政策の一つであった）、うちは留守家族になった。当時、国立に家があり、隣町立川に基地があって兵隊さんが一杯いた。留守家族は全て、兵隊さんに部屋を！と言われた。若い将校さんが父の書斎に泊まることになり、母と兄と私の三人家族の中にその人が入ってきて、夜食事は一緒にすることになった。その炬燵の中で将校さんが私にいたずらをしだした。ひどい驚きでした。もっと小さい時、名古屋で生まれ、隣の育ちゃんとお医者さんごっこをして、それは、日溜まりのほんわかとした想い出だった。が、街の中で会うと最敬礼して、戦慄を覚えるぐらい偉い人が、そんないたずらをした（それは、私の性の目覚めを少なからず歪める体験になった）。歯向かう事もできず、ゆとりのない母にも言えず、兄になんとか訴えた。２～３日後に朝、ホウレン草のおしたしにその将校さんがジャッ！とお醤油をかけた。突如、“この物資がない時に何でそんなかけ方をするんですか！！”と母が鋭く怒った。

当時、兵隊さん、それも偉い将校さんを叱るなど、即座に切って捨てられるかもしれない時代、そのときは何がなんだかわからなかったけど、間もなくその将校さんは家を出、他の家に移った。マントをひるがえして他の仲間と歩いている姿を駅前で見た。兄が母に言ってくれて、母は私のことでそうしたんだと気づきました。

終戦後、父は帰り、中学時代、父の所に学者仲間が集まりよく論議していた。ある日、若手の一人が飲ん

で泊まることになった。母を手伝って布団を敷いている私の胸を、その人がピヤッ！と触った。私は布団の上からその人の足を思い切り踏んだ。その人の目が私を射し、私は居竦み、自分の行為を責めた。そのいずれも、立派な人、父に重なる権威ある男性でした。

より溯ると、2～3才の頃、私は玄関の土間にたたき落とされ泣いていた。目の前に仁王立ちになってる父の姿があった。唯、怖く、謝っていたと思う。後に聞いたことで、私が母の膝の上にいて、そこに3才上の兄が上がってきて、私は押し落とされそうになって兄の手にガブリ！と噛みついた。昭和初期の封建社会の中、明治気質の父にしてみれば、長男である兄に噛みついた娘を許せなかったのだろう、と思うのですが‥‥。

"大変な娘"と思われるようになって

第二次大戦中、物資が極度に不足し、食物がなく、私も歯茎から血が滲みでる日々だった。兄とは仲良かったので憎しみがあったわけではないけど、中学に入り、勉強より毎日ドラム缶運びに通う兄の食べ物に母は苦労していた。食べ物から、入浴等生活の中に全て男女差があった。時々だったが、少し離れた農家に空のリュックサックを持って、兄と草むしりに行った。苗をとった後のグズグズのさつま芋を"それ持ってけ"とそこの小母さんに言われた。その向こうには、グズグズしていない芋が積み上げられていた。皆が同じ様にひもじさに我慢するのは馴れていた。だが、差がつけられた疎外感は深くうっ積してゆく。

中学・高校と成長期、男性に対して潔癖すぎるほどに過敏で、わずかでも疎外されることを許せなくなっていました。より辛酸な戦争体験をしていた初恋の人に"戦争に日本が突入したのは、大人がこれはおかしい！と怒ることをしなかったからだ。僕たちはこれはおかしい、これは反対！と言える目、心を持たなくちゃ駄目なんですよ"と言われたことが脳裏に焼きついた。私は全てに疑問を持ち、投げかけるような生き方をし、親にしても、教師にしても"こりゃ大変な娘だ"と扱いにくかったと思います。

医者の権威の中でしてしまうことを疑いつつ

その後、次第に精神医学に近づいてゆくのですが、心理学を選ぶ前に、医者になりたいと思ったことがあります。母がやはりひどい喘息であちこち治療を受けても治らなかった。喘息を治せる医者になりたいと思いました。けれど、終戦後、国立の街に駐留軍兵の相手をする女性が多く住み、そういう女性を相手に儲けていた医院が目立った。時代状況の中でやむを得なかったかも知れません。が、周りはなお貧素な時代、医者のみ町の高所得者になっていた。更に、近所に住んでいた医者がある大学の名医と言われていたが、次第に、満州の石井部隊に関連していたらしいと聞く。名医の裏腹に、医師のしていたこと、してしまうことの"悪"を考えざるを得なくなりました。

心理臨床家として病院に勤務し始め、患者の周りには様々の職種の人が出入りしているのに、全てが医師の指示の下でしか動けず、病院では医師しか市民権がないと思えるほど医師のみ主体性をもっていました。こりゃ、医師になっていたほうが良かった、と一瞬そんな思いにもさせられてしまった。けれど、経験乏しい若い年代で"先生々々"と言われ、その関係に横柄に育てられている医師の姿から、"状況がその人をつくる"と言うことをまざまざと知らされました。体験的にその苦労を知らない人間が、より大変な生き方をしている患者に、「適応」させる指導をする。そこには人としての個対個の向き合いなどなく、でも医師自身がそういう自らのあり方の問題に気づかない。

「臨床」を疑いつつ、そこにこだわって

私も、心理臨床の仕事に就いて、はじめ「真の臨床を」と言ってしまうような"患者に役立つ臨床"、"より良い先生"をと考えていたけど、それはあり得ないことに気づかされてきました。約34年、悩みある人

の話を聞いて、出会う一人々々から心打たれること多く、一人の人生では狭く、気づかず、知らずにきたと思う多くのことを知らされました。いわば、みんなの悩みを聞いて自分は食べて肥ってきてその一人々々に返すものがない。「弱い」人の悩みを聞いて飯を食うなんておかしい。１０数年前に、街の中で喫茶店を開いて、話し合える溜まり場にしたいと思いつつ、経営手腕のなさを周りからは言われ、喘息にもなり結局果たせず、病院「臨床」の中に居続けてきてしまっています。

野本三吉さんが“「臨床」の中での人と人の相互性”と言えるのは、「臨床」の問題を突き抜けて来られてるんだと思いました。私は病院医療から飛び出すこともできず、「臨床」で自分は生かされてきて、やはり「臨床」ということにこだわり続けるしかないところにいます。

精神医療の中で、医者を頂点としてその指示通りに従う生き方も出来ず、“それはおかしい！”と言い続けていると、常にはみ出さざるを得ない。“やめてもらう”とも言われながら続けてこれたのは、病者に支えられて、などと言うと格好良すぎるけど、彼等との付き合いがあって、更には、話し合い、一緒に動いていた仲間がいたからだと思います。

医療、特に保護という抑圧

１０年近く前、自分が喘息と言う病いになっていろいろと気づかされてきました。精神病と非常に似た面を知ります。気管支喘息は体質が原因と言われている。抗原抗体反応と言って、その発作の原因を調べるのですが、私の場合は外からの原因になるものが見つからない。まさに母からゆずり受けた体質によるもので、他方「ヒステリー」とも言われてしまう。カルテには「内因性気管支喘息・難治例」と記されている。内因性というのは、精神病につきまとう言い方で、一番治りにくいとされ、社会に迷惑をかけるものともされたりする。アレルギー病棟に何回か入院して、１０年余入院し続けている人もおり、その入院中に離婚になったり、職を失ったりもしている。それは精神病棟のあり様と似ています。

「病い」として喘息と精神病は重なるものがある。けれど、精神病がより差別されている。それは何故か？

精神科以外の内科、外科などでは、法律で「医療行為を行う」となっているけど、５年前、強制収容治療を主軸とした精神衛生法から、精神障害者の人権を尊重するというねらいのもとに精神保健法に変わったけど、精神科の姿勢は変わらず「医療及び保護を行う」となっています。

「保護」ということでは、私も喘息発作で倒れ、救急車で運ばれ、気づいた時は両手足に数本の点滴がぶらさげられていた。意識不明で保護され、助けられたことになる。そういう事は、どの様な病気でも重症のときにはあることです。精神病では、緊張の中、まさに周りから圧迫され、全て敵としか感じられず、恐怖感、危機感をつのらせることがある。そういう時保護される。受けとめられ、緊張を和らげる対処の中で、その危機感は乗り越えられる。しかし、にもかかわらず、精神病は“病識がない”と言われる。自覚が持たれない、だから何をするかわからない、と保護下に長いこと置かれてしまいます。

了解不能という前提を疑う

精神病は、その原因が、診る側、治療する側にもわかっていない。山田真さんの書かれた『初めて出会う小児科の本』の中にも「医学の世界ではまだまだわからないことがたくさんある」と記され、だからこそ、「医者だけが知識をひとりじめにしているのはよいことではありません‥‥」と、知識を公開されていますが、そういう姿勢を持つ精神科医は常に少ない。

それは何故か？　精神科には「了解不能」という用語がある。緊迫した不安が何故生ずるのか、そこで訴えられる「幻聴」、「妄想」の因果関係がわからないとされ、それは「人格変化」に基づくといわれている。

「人格変化」の告知は出来ないということであろう。考えてみれば、その「人格変化」の根拠は極めてあいまいです。「人格変化」による、とされた「了解不能」ということ自体が精神病理学の確たる用語になっていますが、わかるようでわかりにくい。

「了解不能」として、「精神病」の核となる疾患現象を位置づけたのは、この世界全てに、「了解可能」という前提があってのことだと思います。しかし、歴史的に振り返ってみても、宗教間、民族間、男女間などなど、様々の了解し難い問題の中、命をかけた抗争は絶えず続いてきている。常に、強大な力を持つ方が、力弱い方を制覇してその支配下に置いたことで、了解的体制づくりをしてきたにすぎない。その人間の体制側の認める理性のもとに「精神病」のあるものを「了解不能」として、人扱いしない「精神医療」の歴史をつくってきていると考えます。

先に、自分の子供時代の体験を掘り起こして語ったのは、自分の中に抑え込んできたものが、その後の成長期に自分を揺さぶることになったからです。病気になった人で、小さい頃の体験に苦しみ、混沌とした自分の内側を持ちながら、それを表わさすことに深く罪意識を抱いてる人に多く出会ってきました。その幼少期の体験だけが病気の原因である、と精神分析的に解釈しようとするつもりはありませんが、外側からの良識に合わせて、理性的な生き方をすることを善とする社会通念、つまり「常識」が、混沌とした内面を表わす事を「マイナス現象」として抑えてきた。結果として、人の内側も含めたありのままを認め会えないものにしてきたことを問題としたいと考えます。「常識」のもとに人の陰の部分を共有化することができず、人はそれぞれの中で自分との闘いをし、そこから、罪意識を深め、孤立してゆかざるを得なくなります。

医療にかかり、「了解できない」現象に強力な薬物投与がなされ、長期療養が強いられ、社会からより離されてゆく。その治療は抑圧でしかありません。了解できる、できない、が問題ではなく、混沌としていようが、人のありのままを認め合う関係がつくられることを志向したい。

最近、主治医の車のフロントガラスを割った人がいた。即座に「自傷他害の恐れがある」と保護室に入れられました。その人は“主治医に訴えたいメッセージがあってしたことですよ（過激ではあるが）、他のものなんて壊さないよ”と言っています。しかし周りはそう見ません。

先日、２５才で自死した女性は一人娘。失恋が痛手の中、次の結婚の話しが進むにつれ、再び駄目になる不安のみ募り受診。病院にきても、別れの淋しさ、孤立への不安はより募り、生き続ける勇気を失っていった。両親の手を振りほどいて、死へと向かったその人の死を、医療側は「了解不能」の域に入るものとし、「短絡行為」とします。そのお宅にお線香をあげさせてもらいに伺った時、泣き続けるしかないお母さんは、“○○子は、今やっと不安がなくなって安らかでいます。”と言われた。

「生」と「死」は切り離されている

数年前、一緒にこの仕事をしていた後輩が乳ガンで亡くなった。彼女は、その数年前、精神医療の中に「する側」として居続けることに耐え難く、夫、子供と山奥に越し、自然農法に打ち込み、その延長線上で、乳ガンだと知っても西洋医学を全て排し、自然療法に徹した。自然療法で“体の毒素がどんどん出てくるのよ”と薬づけでいる私にもその療法を勧めてくれていた彼女の体は、しかし、自然療法で体の浄化を保つ力より、そのガン細胞の転移を早めてしまったようだ。凄まじい痛みを耐え、夫の“子供たちに言うことは？”の問いかけにも、“私は生きるのよ”と言い続けた彼女の壮絶な生き方はその死をも呑み込み、今私達の中に生き続けています。

彼女の告別式に山奥を訪れ、その３日後、先に一寸触れた自分も喘息発作で倒れ、意識不明になった体験をしたのですが、倒れるまでがあまりにも苦しかった

為か、その意識のない間、私は乳白色の様な中を漂い、それは一言で“安らいだ空間”であり、私にとってかいま見た“死”への道は、安らぎそのものでした。その前後に、私は3日前に旅立ったその友人の姿を見、その名を呼んだのですが、彼女は振り向いてくれませんでした。

これらの「死」を考える時、私には“死”はそれほど“生”から離れたものではないように思えてきます。言い換えれば、“死”も、その人の生のありかたと切り離し得ず、生の疲れを癒す安らぎの場であると。遺された者の悲しみは伴うにしても、決してマイナスに考えるものではないと思えています。

障害者の立場に生きて

木之下孝利

1．「○○症」のラベルにこだわりつつも

僕の場合、「先天性骨形成不全症」という障害者で、地元の日常生活の中では、「される側」としての位置に立つことが、ほとんどだと思っています。僕自身はこういう障害名についてはこだわりをもっています。先天性の何々症というように書かれて行く時というのは、やっぱり医師が発行する診断書を基にして、日本酒とかに貼られる一種のラベルのようなものとして、僕の値打ちというものが決定され機能して行く。

ただそうは言うものの、一方では、一般の社会の中で、自分が障害者として生きていこうとした時に、実際問題として、「金の問題」であったりとか、行動する上でのいろんな「保障制度の問題」であったりとか、それらのラベルを受け入れたところでないと、現実に自分の生活を成り立たせることは難しいという、生活者としての側面はやっぱり、実際僕の中にもあります。そこの部分で、子供の頃から、身体的なことなどいろいろと悩みながら、今まで生きてきていますが、自分で生きてきた今までの自分の生活というものを、「自分の意思で選んできた」というふうに、本当ははっきり言いたいんだけれども、それ言っちゃうと、周りから選ばされてきた部分、昨日の講演にも、他律性の問題がありましたが、そこのところに現実の問題としては追いこまれて行く自分の位置みたいなものを感じています。そこら辺のところを頭におきながら、しゃべって行きたいと思っています。

2．障害児を育てる母親と彼女に同情する世間を見詰めて

僕自身は今、高校を卒業してから、11年になるのですが、広島県尾道市というところで、うさぎとかめ保育園という、障害児と健全児の合同保育をしている保育所のスタッフです。現場には6人の保育専従者がいて、あと僕ともう一人女性の障害者とで、だいたい日常的には、この8人で、保育園を運営しているという形をとっています。

この保育園は、79年の養護学級義務化に直面した際、やっぱり、子ども達を地域の中から引き離して行くというのをひとつ頭の中に入れながら、一方で僕自身も含めて、障害者が、今までの既存の人間関係とか、それを取り巻いている社会の中での、個別にめぐりあう関係性の中で、僕達がやっぱり奪われてきているものというのは、取り返していきたいというのが、ひとつあるということも思っています。

もうひとつは、親子というところで、僕自身、子どもの頃に自分の父親から、2回の一家心中未遂があり、そのことに対して、ずっとこだわっていました。そして自分だけじゃなくて、それに近い目に遭いながらも、親と子との関係を通して、地域の中でなんとか生きてきているというような障害者の話しというのは、割り

とたくさんあります。それで、こういう時に展開されて行くのは、「減刑嘆願運動」という、殺した親の側に情状酌量を求めて行く動きというのが、社会の大勢の中の基本みたいな形で、流れて行くように思うんです。このことは、日常の親子関係の中で、自分が子どもとして、地域社会に対して求めて行くものとか、親に対して求めて行くものとかいうのを、親の位置に立つ側も子の位置に立つ側も、冷静に見詰めて行くというような人間は、そう沢山いるわけじゃないだろうと思うんです。

僕の場合、障害者として生まれてきた時に、母親は、わりと普通に子どもを育てたいと思っている感じの母親でした。普通の母親という位置のところで、僕のような障害児を育てて行くというのは、対極としての世間の側から見ていくときには、美談的に語られていく部分というのは、かなり大きくなっていきます。普通は、母親が子どもを可愛がっている、そういうことは決して美談でもなんでもなくて、母親の単なる義務として、片付けられたりたりするんですが、育てているのが障害児だったら、同じことをしていても全然違った意味になって流布されて行く。障害児を育てることのしんどさを根拠にしながら、主体が、本来の「自分」というところではなく、「育てる側」に多くの比重が置かれるというのは、ずっと感じているわけです。

3．わが子の誕生に直面して、「自己決定」を疑う

今、僕自身、親になってしまっています。自分の子どもができた時に、例えば、超音波診断を自分の連れ合いが受けさせられる可能性、「早期発見」とか「早期治療」とかいうようなところで、具体的にそういうことを、受け入れる部分と拒否していく部分というのを、どこで判断していくかというようなことを、僕は、子どもが生まれるまでの1年間、悩み続けてきました。こういう検診とかチェックみたいなものを拒否していく時の権利というのは、これは拒否しても命に支障がない場合という条件が付いているんです。医者の側がチェックを強制的に求めてくる時には、この論理を前面に先ず出してきたわけです。

僕は、自分の子供が2世として、もしも自分と同じ障害だったら、出産の段階での死とか、出産以前での何らかの形での流産とか、自分の身体との比較とか、そういうふうなことというのはやっぱり、かなりリアルに頭の中に浮かんできます。そこでの、医者の言葉というのはものすごく、現実味を帯びて出てくるんです。ただ、最近考えてしまうんだけど、こういうところの、自分達の自己決定みたいなことが先行して行った時に、僕自身が、生きるとか死ぬとかを考えていく時に、自己決定をこちら側に求められるということ、患者本人であるとか、当事者に、生きる死ぬということの自己決定を求められるというのを、医療手段の中で言い出されてきた場合には、現実の問題としてはものすごくしんどいものがあると、自分なりに思ってきています。

それは検診拒否とかいう形であれば、あくまでこの、障害者の出生予防という論理にある自分の生存権否定ということへの抵抗も鮮明に打ち出して論じることもできるし、大して悩みもしないんだけども、一方で生存権という概念をどういうところに置くんだとか、生存権のことを「人権の問題」などと主張していく自己決定の問題でなく、裏側のところで、自殺の問題や、延命措置なども含めて、最近出ている脳死の問題とか、そういうところでの「自己決定を強いられる」ことの論理矛盾とか、そういうのを自分の娘が生まれてくる過程では思いました。

検診をずっと拒否し続けながらも、実際に娘は何とか生まれてきました。ただ出産直後、現実には死にかけて、一月くらいの間、保育器の中に入れなければいけなかったんだけど、医者と話しをしながら、現実の対応があり、親をやっていると、子どもの命ってやっぱり大事になってくるんです。保育器の中に寝てる姿見ると、実際にやっぱり、医者に対して「とにかく助けて下さい」みたいな話しって、どこかであるんです。

自分の子どもが、見た目ですぐ、手足の骨も曲がっていて、管がつながれていて、救命装置で、延命措置が講じられているんです。それを見ながら、やっぱり、でもこの後で、もしもこの子が死んだりしたら、やっぱり検体を要求されるのかなとか、それから遺伝子的なデーターも求められるのかなとかの思いが出てきます。それを求められた時に、どうするかとか、保育器の中に入っておれば、余計にこういうことを要求されてくることが、基本としては現実味を帯びてくるわけです。そんなことを考えながら、結果としては、まあ、ウチの娘は、一応無事に退院して、今も結構、骨折はしてるんですが、元気に生活してます。

4．障害者は有資格者に取り囲まれて

今、障害者として生きている多くの人達は、現実として障害者として生きることは厳しいというふうに言います。僕はその厳しさの中身を問題にしています。というのは、昨日から資格化のことも話されていますが、僕達は、障害者として生まれてきてからずっと、資格を持っている人達に取り囲まれて、僕自身も生活してきてます。それは、検診とか就学相談とか、養護学校への就学を強制指導されるとか、そういうこと一つ一つをすべてやるのは、いわゆる「免許持ち」の人達ですね。国家認定を受けてきた人達がやるわけだし、僕自身もその人達に一つ一つの、レッテルを貼られたこともあり、レッテルを貼られながら、いろんなところに振り分けられていく。例えばその振り分けられて行った先で、その貼られたレッテルの再修正を、またも国家認定を受けた心ある人達によって得られるというふうな関係が自分の生活の中では起きてくるわけです。僕は、自分が養護学校に行っていた時代に、そういうレッテル貼りとか、専門家という集団の中で、自分自身は養護学校に行ったことは決して楽しかったわけではないけれども、ただ、その専門家というのを気にしなくてよくなったという点では、養護学校に行ったことの価値を、僕は、感じています。教育効果のこととか、自分に対しての性格的な分析とか、養護学校特有のことがあるけれど、そういうことをやられながら、その人の認識が、その評価をする側の人間としては決して正しくない。そしていくら免許持っていても、そこには一定程度の、その人間の幅や力で、その人の心でしか書けない限界があるんだというのは、養護学校に3年ほど行っていて、よくわかりました。

5．「権利」の主張は「義務」に転化していく覚悟で

今、広島の地域では、公的な役所から派遣される介護を保障しろというような動きが、周りの障害者達から起きたり、例えば、駅とか学校なんかも最近は対象になっているけれども、そういうふうなところでの設備改善とか、エレベーターを付ける運動とか、そんなのが町の中では、ちらほらと出てきています。障害者として生きているからそれに協力しろという、何かそれに協力したらいい事あるかのような形で、結構来られる人がいるんです。でも僕は、それがあったからといって、動ける所が広がるわけでもないと思っているし、逆に行かしてもらえなくなる所って、こういう制度改革とか設備改革の中で増えて行くというのを、生活の中で感じているから、その度ごとに、断ったりしてるんです。

このことは、学校教育を受けることに関しても、地域の学校で教育を受けるのも権利の問題ではないかという話しになって行ったりとか、何でこんなことまで一々権利権利って、僕らの方で言わなきゃいけないのかいうことも腹が立つし、本当にこれが「権利の問題」なのかどうかいうことも本来はもっと考えて行くべきなんじゃないかと思う。権利というのは保障されてしまうと義務に変っちゃうんで、日本の場合は往々にして。義務と言われても受け入れる覚悟があった時にはじめて権利って言うようにするぐらいの覚悟をもって、せめてそれぐらいの節操は持った方がいいんじゃないかということを考えながら、生きています。

しかし実際には地域の中で、現実は、ゆっくりと進

行していて、その現実に対して制度やシステムが後から追ってきて、それで制度やシステムが追ってくると、それまで作ってきた現実というのは壊されて行ってということの繰り返しだったんじゃないかということを、思ったりしています。

6．介護者を金で良いのか

これはちょっと意見になってくるんだけれど、自分と介護者との関係みたいなものについてですが、僕は介護者には金も払わないし、払うためのお金もないということもあるし、それで、自分の身の周りのことをやってもらうとかやらせるとかいう関係をもっている時に、そのことが、今の社会の中で、金に変換されていくというのはやっぱりものすごく怖いことなんじゃないかと思ってます。今、個々人の献身を問題としている障害者運動のところでは、障害児の親子関係の間にあるものも、金銭変換して行こうというふうなことも考える人達がいて、だから、障害児を育てていくことに関してのお金というような考え方があったり。でも僕はそこの部分いうのは、金銭変換さえできれば、障害者を育てることの条件は広がると言われると、それはちょっと待てよという話しを、やっぱり思っていて。で、自分の介護者との関係にしてもやっぱり、そういうところに経済がはいりこんでくる、金が入り込んでくる、それまでは純粋に自分と介護者との利害関係だけでやって行けてたものが、これ以外のこと考えなきゃいけないことが、増えてくるというのが、もともと単純にものごとを押さえてきていた自分としてはやっぱり、嫌だみたいなのがあって、そんなに金がないと付き合えないのならば、関わるの止めればいいとか、こんな風なこともやっぱり思ってしまいます。

7．障害者と介護者は信頼と不信のはざまで

シンポの中で、寝たきりの障害者と、訪問に行った介護者との絶対的な信頼関係みたいな話しがあったと思うんだけども、そういうふうなこともあるんだろうけれども、でも自分や介護者との関係の中で、絶対的な信頼というふうなものは、やっぱりこれは、僕は瞬間的なものでしかないだろうと思っていて、その瞬間的なものならばあると頷けるんだけれども、やっぱりそうではないですね。障害者と関わる者との間に、絶対的な信頼というのが、前面に出て来た時というのは、何か障害者と関わることが神聖化されるみたいなことが介入する余地を残すと思う。

そこでは障害者と一緒に、例えば犯罪行為をやることは難しくなってくる。僕は別に犯罪をやりたいわけじゃないんですが、やっぱりこう偶発的に、社会から認められないで付き合って行くみたいな、そんな人間関係も一つ頭の中に置いておいてから、その上での信頼みたいなことを考えていく時に、絶対の信頼関係というのはものすごくあやふやな立場になるだろうと思っています。自分の介護者で、中国地方の大山に、楢山節考の如く僕を背負って、頂上まで歩いて上がらせた男がいるんですが、その男との関係も、行く時までは仲よくしゃべっていたんだけど、頂上に登るまでにはやっぱり「ののしりあい」なんですね。そののののしりあいというのは、何か両方とも本気で言っている。

その本気さみたいなのというのが、それでも置いて帰るわけにも行かないし、殺すわけにもいかないしみたいな、そんなところでの現実の利害が実際にあると思うし、置けるものなら置きたい、というのがやっぱりあるだろうと思う。それで僕にしてもこんな奴がいなければこんなところまで来なくて済んだとか、上がって行ってしまえばその場では喜んでいるんだけれど、そういう微妙な部分とか実際あると思うんですね。そんなところの関係性を考えて行けば、絶対的というところには、両者の関係を、僕はあまり長く置きたくないなというか、瞬間ならちょっとのぞいてみたいんだけれど、それ以上のぞくのは僕は嫌だというのもあったりします。

日本社会臨床学会設立総会報告

町の中で老いを生きる、というテーマをいただいて

向井承子

町の中で老いを生きる、というテーマをいただいて、どこに話が飛んでいくのかわかりませんが、心に浮かぶままに話させていただきます。

なんということなもく生きてきただけなのに、まわりに老いとか病とか死とかがいつもとりまいていたような気がします。このこと自体は別にわが家が異常だったということではなく、何世代かがともにくらしていると、生老病死がいつもとりまかれるんだなあ、という感じなのです。とくにだれかをみとるとか看病するとか決意することではなしに、なりゆきのままに人の生き死にをみつめてきたようです。そんな体験からながめると、１９４５年という戦後史を思い出すだけでも生老病死とのつきあいかたがずいぶん変わってきたように思います。私の眼に映ったその変わり方をたどりながら、現在、「町の中で老いとともに生きるとはどういうことか」、そのありようを考えてみたいと思います。

骨粗鬆症に「された」母と生きる

私はいま、９０歳になる老母とともにくらしています。この人はいわゆる「寝たきり」と言われる状態にあるのですが、いまのところ主たる介護者は私で、私が疲れてしまった時には病院などに「あずけ」たりして、どうやら「在宅」と呼ばれるやり方をくらしています。「あずける」とか「在宅」とかの表現を、わざわざカッコつけにしたのは、「あずける」時、老母の意向をきちんと聞いて納得の上で、というよりは疲れ切ってしまったり、仕事の都合でどうしようもなくなったりという私の側の都合で「あずけ」ているからです。その意味では彼女は「あずけられる」だけの受け身の存在です。私にできることはせいぜい、「あずけられる」場所がせめても彼女にとってふさわしいように情報をとり、選択することでしかありません。でも、現実には選択肢などなにもない。あずかってくれるところがあればいい。介護の人で言えば、私にかわってくれる人が存在するだけでもいい、という状況です。心傷めながら、でも他に方法がない。そんな体験からの声を届けることしか私にはできることがないのです。

老母が骨粗鬆症による骨折をくり返し始めたのは、いま９０歳の彼女が６０歳になるかならないかの時でした。なんの事情か、つぎつぎと骨が折れはじめ、数年のうちに身長が３０センチあまりも縮んだほどです。いまとなっては、閉経期骨粗鬆症だったのだろう、とかいろいろ医学的に説明されるわけですが、あの病気そのものがそこまで正しく解明されている風も感じられません。考えられる原因のひとつに、私の両親たちは無類のクスリ好きで、まさにあびるほどクスリを飲んでいたということがあると思います。いまでこそ貿易黒字などと言われる日本ですが、高度経済成長前夜のころには、貿易どころか国内マーケットを対象にクスリ産業が急成長。新薬ということばが全盛で、戦後の疲れを癒し、達者に働き続けられるには「クスリ」しか頼るものがない。と庶民は思いこんだのだと思います。町にも医療機関にも新しいクスリが溢れかえり、その時代、国民皆保険以前、クスリも買えず医者にもかかれない老母は格好の「学用患者」とされたのだと思います。戦争中の子供たちはみな健気に働いておとなたちを支えるのが習性でしたから、私もその延長で病気の母に付き添って病院に行ったことがありましたから覚えているのです。大きな公立病院の内科医長からびんに入った黄色いクスリを手渡され、お金の心配はいらない、と言われたこと、その直後から母の状態が急変したこと。けいれん、失神、肝臓障害、動悸、めまい、胃潰瘍‥‥。まるで病気の問屋のようになってしまい、母は懸命に病院通いをし、ますますからだをぼろぼろにされていったのでした。そして数年のう

ちに、骨折が襲ってきたのです。閉経期骨粗鬆症というにはあまりにもひどい。みるみるすかすかのレントゲン写真を見せられて、科学的にはなんの因果関係の証明もできませんが、私は、母の骨折は薬害ではないか、と思っています。だから、「町の中で老人と共にくらす」というよりは、「薬害で障害者になった。障害者から高齢者になった母と生き続けてきた」という言い方の方が正しいような気がします。

「老いる」権利を奪われる

障害者や高齢者になって、医療は私たちになんと言ったと思いますか。骨粗鬆症による骨折は「反復性、継続性のために治療リハビリ効果なし」です。従って、私たちは医療から外されてきたのでした。こっちから医療のありように疑問を抱いて三下り半をつきつけたのではない。そこから外され続けてきたのですから、改めてその専門性を問う、なんていま流の言い方は身についてこなかった私たちなのです。

自分史の中の老人医療は不思議な流れを見せてくれます。ある時、突然、老人が医療機関から歓迎されるようになったのです。それまでは見向きもされなかったのに、どうぞどうぞと招き入れられる。そして、点滴、検査、クスリ漬けの世界です。それでも、骨折で痛い、痛いと言っている時に、鎮痛剤とベッドを提供してくれるのですから以前よりもまし、と私などは思ったものでした。ところが、その様相がどんどんひどいものになっていく。寝たきり、点滴に縛り、安定剤漬け‥‥。いくらしろうとの私にも眼に見えてそれが判るようなやり方がふつうになってきたのです。これでは恐ろしくて病院になど入院させられません。私たちは病院から逃げだすことになりました。そのころ、おかしな光景をいろいろ眼にしましたね。

寝たきりはいけない、ということで朝日新聞で大熊さんがキャンペーンを貼られてからでしょうか。母が入院していた病院で、ある朝から突然に「寝たきり起こし」が始まりました。いい気持ちで眠っているおとしよりたちがいっせいに起こされる。昼間、眠ってはいけないのです。なかにはガンでターミナルの方もいて、死が間近な様子でほんとうに眼を開けるだけでもつらそうな様子なのに、むりやりにベッドを起こして座らせてしまう。眼を真っ赤に腫らして涙をためたおばあさんがいた。眠ると看護婦さんに叱られるからと、メンソレータームを眼に塗っているのだそうです。そうして、こんどは別の看護婦さんから「おばあちゃん、そんなことしたら駄目じゃないの」と叱られている。こんな「寝たきり老人起こし」も発生してしまう。乱診乱療、ベッド縛り、点滴漬け‥‥といったかなしい現実への警鐘だったと思うのですが、キーワードなるものは、とんでもない独り歩きをするものです。思考しない現場の恐ろしさを感じましたね。そういえば、母は、自分は寝たきりでいたい、そうして死んでいきたい、と言ったものです。「寝かせる」も「起こす」も、その人の意思ではないのですから。その人らしさを保障する方法がほしいと思いましたね。安心して寝ていられるのも、起きたい時は起きていられるのも、それぞれにその人の選択だと思うのです。

それでも、数年前に「老人保健法」なるものが登場するまでは、「老人」だから医療は受けるな、と言われたことはありませんでした。骨折くらいでは病院は相手にもしないということはあったけれども「老人」ということばで制度上、抑圧されることはなかったと思う。いまは、とんでもないことになっているのです。なんでもかんでも医療にかけこんだ時代は確かにおかしかった。でも、医療費がかかり過ぎるのは老人が医療を受けるからだと言って、そこから追い出そうとするのは本末転倒なのです。医療とはなにか。私たちにとって必要な技術とはどういうものをいうのか。本質を問うことなしに、国家や地方の財政事情が先立って、老人や障害者や慢性疾患の患者から必要な医療を受ける権利を奪おうとしている。そういう政策が着々と進行している。その結果が日常のくらしにまで入りこんでいるのに、私たちはそのことに対抗する方法を持て

ないでいるのです。

戦後史の中で死に方の変化をみる

さて、くらしの中で、私は幾度も病や死に立ち会ってきました。最初に言ったように3世代くらしでは当然のことなのです。それでも、東京生まれ、札幌育ちの私の体験など、北海道の北辺に育った連れ合いの体験にはまったく及びもつきません。つれあいは9人きょうだいですが、そのうち6人は寒さと貧困の底で結核で死んでしまったような育ち方をした人です。彼にとっては死は日常、幼時から成長期まで、日々は、病の苦しみ、死の不安、別離をみつめる日々だったようです。多産多死は、ついこの間まで日本人になじんだ光景でした。

つくづく、死の形、病の形が変わってきたなあ、と思います。この50年の間に体験した三つの死を語ってみます。ひとつは、1944年ごろの従姉の死です。その前年、戦争が始まったころ、私は精神の病を持つと言われた17歳の少女と同居していました。父のきょうだいである親と早く死に別れたところで心を病むようになったのですが、夜になると彼女は自分が蝶か鳥になったと錯覚するらしかったのです。月にまで飛翔できるかのように月のきれいな晩には寝巻をひるがえしながら原っぱを舞うように走っていく。もうひとつは火や光に興奮することです。なにしろ、空襲警報とともにB29が襲ってくる。空には探照灯がきらめき、あちらこちらに火の手があがる。恐怖というよりは遠花火のような感じなのでしょうか。走りだす彼女を、私の親たちは追いきれずに困ったようでした。まだ子供だった私は、ほとんど彼女の世界に同化していましたので、日々は彼女とともにとても美しく楽しく興奮に満ちていたのを覚えています。

空襲がさかんになって、彼女の存在は警防団などから問題にされるようになったらしいのです。私は幼くて事情はわからないのですが、ある時突然に、彼女の姿は家からかき消えてしまいました。後に知ったのですが、都立松沢病院で餓死したらしいのです。松沢病院の当時を知る人に聞くと、それでなくても食糧がとぼしい時代、精神障害者に食べさせる食糧などないという状態だったようです。職員の人たちが野菜をつくったりして患者食を自給したのですがまにあわない。毎日、毎日、餓死する人が後をたたず、穴を掘っては埋め続けたと言っていました。

当時、私の家にはもうひとり「穀潰し」と言われる存在の人間がいました。肋膜を患って戦争にも徴用されない。いわば役立たずの若者です。1945年8月、敗戦の月ですが、私たちは空襲で焼け出され北海道へ逃避行となりました。その旅に耐えられずに、19歳で衰弱死した兄でした。お国のために役立つことだけが価値とされた時代に病人であるために戦場にもいけない。病人にやる食糧などない、と言われた時代、空襲のない札幌に流れついたところで、いのちの精が尽きるように死んでしまった兄でした。いまでも忘れることができないのは、枯れ枝のようにやせこけた兄の腕です。人間の肉体というよりは骨に皮がかろうじてまきついただけの腕。その兄におおいかぶさるように亡き崩れる母の姿。母の髪を真っ白に埋めてうごめくシラミとともに、国民学校1年だった私の眼にありありと焼きついた光景でした。

でも、現在の病院における「死」の光景とくらべると、悲惨の底だけれども安らぐところもあります。母は兄が死ぬまでぴったりと寄り添っていられた。肌のぬくもりがなくなるまで、いのちの最後のぬくもりが消えるまでかき抱いていたのです。死の直前、兄は母に「おかあさん、なんだか心臓が止まりそう」と言ったというのです。それから母は兄の手を握りしめながら死が訪れる時間を過ごした。そのうちにからだが硬直し、表情も変わり、もう死がどうにもとめられないものだとわかる。私も兄の冷たいからだに触れました。世の中には冷たい人もあたたかい人もいて、僧侶や医療機関はお金のない戦災者は相手にもしてくれなかったのです。読経のない通夜の野辺送りをしてくれたの

は近所の方たちでした。惨憺たる時代でしたが人と人のあたためあいがあった。戦争中は人間が人間と思われない時代でしたが、体制が崩壊して既成の秩序のなにもかもが破壊された敗戦直後には、人間たちはただ肌を通してあたためあうしかなかったのでしょう。

死の判断―専門性による見えない死の登場

それから45年後のすい臓癌による父の死は、まったく違う形となっていました。科学技術の発達と制度技術の過剰な干渉と‥‥。老い病み、死すまでの時間は、このふたつの条件に右往左往させられる時間でもありました。すい臓癌と言っても老人の癌は進行が遅く、症状はあるのですがなかなか癌とはわからない時間が流れていたのです。そのうちにちょうど問題の老人保健法が国会を通過した直後の時期となり、老人は医療から外そうという流れの中に自然にとり込まれていったのでしょうか。表面的には診断されないまま、しかし体内にはしっかりと巣くい始めたがんの苦痛にさいなまれたまま、父は退院をすすめられ、地域の診療所へ行ってほしいとすすめられるようになったのです。たとえ難病であっても入院生活が長びくのは決して本人にふさわしくないというのは、確かに正論ですが、他に方法のない退院干渉は追い出しでしかありません。また、父自身は治療を受けることによる一日も長い延命を望んでいたのですから、「畳の上の大往生」は本人の意思ではなかったのです。しかも、退院を前提に相談した地域の医者は父の病状は在宅にふさわしくないといい、病院は在宅をすすめる。そのはざまで私たちは揺れ動き、福祉と医療の間を右往左往しながら死に至りました。

死の瞬間は大病院でした。困ったことに、臨終がいつだったのか、いまだに私たちはわからないままなのです。かつてならば「ご臨終です」と言われた状況、呼吸が停止し、脈をふれず、瞳孔は開いているのに枕元のテレビのような画面に心電図の波が光り動き流れているのです。ドクターは黒い風船のようなもので息を送り込む。と、いつまでもいつまでも光の波は続いている。そして何時間もたって、ついに医者と看護婦が顔をみあわせて「ご臨終をいつにしましょうか」と聞かれた。その状態はすでに死んでいて心臓が電気を発生しているだけ、というのです。そんなことをここに来て言われても、私たちはどうしていいのか見当もつきません。生まれて50数年、自分の親をいつ殺すのか、などと聞かれたことはないものですから。医療の人たちは困りきった顔でこちらをみている。私たち家族も顔を見合わせるだけ。だれも返事ができない。そのうち、事態を救ってくれたのは80を過ぎた母親でした。「もう死んでいる」と叫んだのです。「あんなに胸ががっくんがっくんしているのではおじいちゃんはあの世にいききれない。早く楽にしてやってください」というのです。「もう死んでいる」と叫んだ根拠は、幾人もみとってきた彼女の直観なのでしょう。昔の感覚で死と納得できる表情に至っていたということでしょうか。私たちもほっとして、それでは自然にしてやってください、とお願いし、人工呼吸は停止して心電図は外されたのです。と医者は「ご臨終でございます」と最敬礼した。「午前六時半です」というのですが、私たちはやりきれない思いでしたね。一週間くらい眠れませんでした。いったい、あれはなんだったのか。死んでいたのか、生きていたのか。もう少し呼吸をさせてやっていたらよみがえったとでもいうのか。私は早すぎる死に手を貸したのだろうか。もし、死んでいたのだとするならば、いたずらに呼吸を強いていたあの行為はなんだったのだろうか。

だれも泣くこともできず途方にくれた時間の後の、まぬけた臨終の瞬間で、なんだか八十七歳の大往生の機会を奪われたような恨めしい気分にさえなったものでした。

そのころ、友人の脳死に出会いました。麻酔事故ではないかと思うのですが、手術場から出てきた時は脳死とよばれる状態になっていた、と聞かされました。その時、生まれて初めて「脳死」という状態をみたの

ですが、とても死体にはみえなかったものです。桜色の肌、大きく呼吸する安らかな表情、居丈高な呼吸器なんかがついていなければ、すやすやと眠っているような友人でした。父の最後の表情は、どうみても「死の表情」でしたが「脳死」と診断されたすぐ後の友人の表情は限りなく生に近い生き生きとした表情でした。死んだと診断されたのは脳だけなのです。でも、脳が死ぬとはどういうことなのでしょう。脳の中身によって死を判断することなど私たちの感覚ではできません。私たちの感性にすみついている死とは、死にゆく人の肌が冷たくなり、死後の硬直がくる、その時間の死にぬく人をみまもり、もう引き返すことができない事実と思い至り納得するまでの、さまざまな心の儀式を含めた長い時間の総体のことをいうのではないでしょうか。

これらの死の形をくらべますと、あの悲惨な戦争直後になくなった兄の死が、家族とのかかわりという点ではもっとも幸せな死ということができるような気がします。ただし、戦争とそれに続く貧困と混乱の中で、むざむざともぎとられていった若いいのちのことを横に置いて語ることはできません。でも、あんな悲惨と同居でなければ美しい死に方が得られないとは、なんという矛盾でしょうか。私たちは、平和の中に納得できる生病老死の形を探さなければならないと思います。

一生で三世を生きるということばがあります。私たちの世代は原始時代さながらの極限の貧困から高度の医療技術に囲まれる現在まで、ひとりの人間の感性ではついていきかねるほどの激しい変化を生きさせられたと思います。ふり返れば、私が二十歳くらいのころ、高度経済成長が始まる少し前くらいの日本が一番良かったかな、と思うのですが。ほどほどの技術、ほどほどの制度、まだまだ未熟な技術に囲まれ、でも原始さながらののたれ死にではない。その程度の技術はまだ人間が主人公ですから、人間に尽くしてくれたような気がします。このところ、一気に技術が産業化し、構造化している。そこから足を抜こうにも抜けない。制度の変化もしろうとにはなにがなんだかわからないほど、難解な構造の下で行われている。それが直接に日常生活にかかわってくるのですが、私たちはなにを敵にしていいのかわからないのです。父の死は、そんな変化の時代のさ中に訪れたものでした。私たちは技術からは道路とか交通とか、確かに便利になって、ハードな面では恩恵をこうむることが多いのですが、根源的に私たちの文化や心性となっているものには、それが逆に人と人の関係を断ち切るような作用をしているのですね。人と人の間に技術とか制度がどんどん割り込んできている。コンクリートがひび割れて、その間にきれつになにか別なものが押し込まれているような違和感です。別なものとは、石をくっつけるのに凝固剤を使うような、専門性によってつくられた新しいものではあるけれども「石」ではない、というような違和感です。いつか気づくと「石」は「石」ではなく凝固剤の固まりになってしまっていたりする。

「在宅」という業界用語

ここで、「在宅」ということばのことを考えてみたいと思います。父の最後のみとりのころ、私は「介護者」として大変でパニック状態だったわけです。母は寝たきり、父はターミナル、介護者は私ひとりということです。核家族とか転勤とか、家族を頼りに生老病死を支えることができない時代なんですね。私のところも現代の家族そのものです。女性は仕事をしている。転勤族、海外住まい、子供の数は少ない‥‥などです。そして、たまたま同居している私のところが、それにかわる社会の支えもないまま、私がパニック状態ということです。「在宅」とか「介護者」ということばは、実は業界用語だと思うんですね。昔はこんなことばはなかった。厚生省やそこをとりまく専門家たちによる造語だと思います。政府による業界用語の発生は、それだけの理由を持って世の中に送り届けられてくるのです。「在宅」なることばの誕生には「在宅」をすすめようという意図が必ずある。純粋な状態の表現では

ないので、「おとしよりは在宅こそが幸せです」と、どこもかしこもが判で押したようにいうようになるのですが、「在宅」つまり「家に在る」状態の定義がはっきりしていないのですね。ノーマライゼーションなんてことばもとびかいますがいまの日本の「在宅」の現実は、そのことばが理想とする内容にはほど遠い。施設よりも安上がりだから、という財政論議が先立ってですから、体験的に言って、哲学も思想もない、理念などかけらもないのです。

とにかく「在宅」をすすめられて途方にくれて訪ねた福祉事務所の窓口には、能面のような顔をしたケースワーカーなる職種の人がいて、「困るんですよね。このごろ医療の側からどんどん病人が福祉に送られてくる」なんてぶつぶつ言うわけです。そして、ポンとパンフレットをくれた。「おたくだって、病気を抱えたおとしよりふたりの面倒なんか見切れないでしょう。老人病院をさがしたらどうですか」というのです。福祉事務所から老人病院のパンフレットをもらうなんて考えもしませんでしたね。でも、他に方法はありませんので老人病院に電話をしたところ、「いまは満員で、だれかが死ぬのを待っている状態」と言われた。その上、「ガンかもしれないと言われているんだったら、待っているうちに死ぬんじゃないですか」なんて簡単にいう。医療が見限った末期の病人をなんで福祉が引き受けなければならないのか。と福祉の人たちが憮然となる事態であることはわかりますが、当事者はそんなものではありません。医療や福祉に人間が腑分けされてはたまらないです。

「死にますよ、と言われても本人はお医者さんに手を握られて死ぬのがほんとうと思っている世代ですよ」というと「医者は治らない患者はみない時代なんですよ」と投げやりにいう。選択肢といっても「在宅」しか方法は残されていないため、私はとぼとぼと近くの人のよさそうなおとしよりの医者を訪ねました。と、その人も「とんでもない」の一点張り。そんなこんなのうちに、結局、病院が引き受けてくれてさっき話したような奇妙な「死の判断」のうちになくなったわけです。

途方にくれるだけで、かなしみにも結びつきにくい奇妙な死に方を強いられた時代だったと思います。でも、本音を言えば、そこでなくなってくれてほっとしています。あれ以上、両親の共倒れが続いていたら私の方が倒れていたでしょう。人の手の支えがなければ生きていられない人の死を願うことで自分の幸せを確保しようと思うこと自体、とても不幸せな事態だと思います。

専門職は能面の集団？

その時、福祉や医療の専門職の人たちにとても不信感を抱いたものです。医療と福祉の間をたらいまわしというか、とばされながらどちらも救いの手をさしのべてはくれなかった。結局、医療の方がアクセスがいい、ということで、医療の手にかかってなくなったわけですが、後から思うと、あのころが財政的な見地から弱者を切り離していこうというきびしい制度変化の前哨戦のような時代だったんですね。

窓口では能面のようなケースワーカーたちですが、仕事を通して裏話を聞くようになると、楽屋裏の本音がどんどんとびこんでくる。「弱者がうんかのごとく押し寄せてきたって対処のしようがない」とか、「制度が変わって医療が不必要なものを福祉にまわそうというのならわかるけれども、一律に年齢で追い出そうとしているから無茶苦茶だ」などのことばが聞かれて、そう伝えてくれた方が、こちらも自分の問題ですから一緒に悩み考えていくことができるのですが、窓口はそうはならない。窓口の顔が生み出す不幸、市民を引きこめない不幸というのがあると思いますね。窓口は一応はオープン・カウンターで顔も手もふれあえるところにいるのに、なんだか、市民と職員の間には防弾ガラスでもあるみたいで、呼べど叫けど聞いているのかいないのか判らない、という感じです。悲鳴が悲鳴として届かない、という不信感がたまる一方でした。

日本社会臨床学会設立総会報告

友人のひとりがそのころ福祉事務所の職員をしていたのですが、社会教育の方から転勤して理想を持って福祉にいってしばらくしたら心身症のようになってしまった。どんどん自分の表情が能面になっていくのが判ったそうです。そのうちに、職員としての自分の立つ足元がみえない、わからないと言いだした。しかし、対象者は毎日のように攻めたててくる。彼女はどんどん自分をガードするようになってきたのです。しかし、純粋な人で、その場だけガードするだけではすまずに、心身のすべてが他に対して過剰にガードするような状態になってしまったらしいのです。大変なんだなあ、気の毒だなあ、と思いながらも、彼女ひとりの問題ではないのですから、専門職のつらさは専門職同志がまず互いに共有しあい、対象者とも問題を共有していかなければひとりが悩んでみてもどうしようもないだろなあ、とつくづく思ったものでした。

そんな出会いを重ねながら私もずいぶんやさしくなりました。いろんな方にお世話になっていまを生きているなあ、と思うようになっています。いつのまにか、専門職を生きる人達よりも年齢や体験を積み重ねる世代になってしまっていて、こちらから心を開いて悩みをざっくばらんに打ち明けて、いろんな方の智恵をいただきながら楽しみながら生きていきたい、と思うようになっています。でも「在宅」と業界用語にくくられる世界は変なものです。その人がその人らしい生きる方法を求めあっていかなければいけないのに、「在宅」ということばで変にわかったつもりになってしまうような。中身のないことばの危険を思います。

在宅という名の放置

この国は繁栄しているように見えます。昨日、大阪から新幹線に乗ってかえってきたのですが、車窓から見える景色の建物も道路も真新しいのに驚かされます。ついこの間まで眼になれていた景色が一変している。この国は休むことなく掘り返し、破壊し、その上に鉄とコンクリートを積み重ねている。そのエネルギーは凄まじいものです。時代の持つエネルギーの総体はここまであるのか、と思うとき、どうしてそのエネルギーが人の心をやさしく包む方にまわらないのかなあ、とかなしくなります。懸命に、みんなで互いを包みあえる方法を探せないのかなあ、と思うのです。

方法と言えば、いま、この国では重い障害を持つものを包む方法はない。ないというよりもあったものをどんどん失わせる方向に向かっていると思うのです。大きな力が個人のやさしさを吸い込むみたいにそちらに雪崩ている。それは恐ろしいほどの現実です。

たとえば、去年1年、私の母の状況はひどく悪くなり、「在宅」なるものの限界を越えたのですが、だれかが支えてくれなければ私の心身がもたないというところまで行ったのですが。「だれか私を休ませてください」と私は聞いて歩いたのです。でも、どこも引き受けてはくれなかった。どこでもＡＤＬの様子を尋ねるのです。ＡＤＬとは、日常生活動作の能力の度合いをいうのだそうです。それが重い人は、施設は引き受けようとはしない。働く人の労働条件がそうなってはいないというのでした。

これは不信感につながります。働く人は、その対象者と共に在るのですから、共に生きられる条件を探しあえる仲間であってほしいのです。私たちは制度も専門技術もわかりません。判るゆとりもないので、教えてほしいのです。そうしないで、ただ拒絶するだけというのは、人間としてはルール違反ではないでしょうか。

たとえば、母はＡＤＬの判断の結果、介護職の人たちからは重介護と呼ばれるのだそうです。なんでも施設によっては入所者を重度、中度、軽度とかＡＢＣＤＥなど程度で分けていて、それぞれ何％収容するかという基準が設けられているのだそうです。基準通りならまだしも重いというだけで外そうとする。そういう性向が働くのだそうです。でも、重い人の方が家族以外の人の助けを必要としているのですよね。施設を訪ねてショックを受けるのは、うちの母よりもはるかに

軽い人たちがうろうろしていることです。特別養護老人ホームってなんだったんだろう、と不思議になります。

変な話もあります。ショートステイにあずけると寝たきりになる、と忠告してくれた人がいるのです。ショートステイの人までかまっているゆとりはないから、いのちが保たれればいいと思わなければならない、寝かせきりだから家では起きていた人が2週間で寝たきりに仕上げられて戻される、というのです。それを教えてくれたのは福祉の職員ですから、たぶん一般的にそうなのかなあ、と思いました。

でも、不思議なことです。病院も施設も重い人をあずからないというのならば、「在宅」とはなんなのでしょうか。「その人が住み慣れた地でその人らしくくらせるように」と願い、そのための手だてを共に考えあうのが在宅の基礎だと思うのですが、現実には在宅はまるで「うば捨て山」です。「在宅という名の放置」といっていいと思います。

家族だけが頼りの在宅は、家族を前提として成り立つこの国の文化を象徴しています。家族のないもの、家族から自立して生きようとするものを異端に位置づけてしまう。そして、かわいそうな人に愛の手を、という旧態依然たるコンセプトで施設が成り立っている。その施設も投げ出すような存在は家族の愛にまかせようというのでしょうか。家族とはそこまでの能力を持ってはいないのです。家族とはそれぞれの歴史をひきずった時に地獄でもあるのです。障害を持つものを包み込む「愛」どころか、「愛」が裏返れば「憎」のるつぼですから。こういう私にしても疲労が全身にたまりこむと、心身の毒のようなものを弱者にぶつけていることがあるのです。そのことに気づく時、そんな自分に寒けがするのですが、人間とはそれほど強いものではない、と体験的に思うのです。人は人を幸せにするには条件が要ります。そのひとつにゆとりがいる。そして、その人との関係性にかかっている。家族の歴史は、時としてどうしようもないものですから、家族が最高のみとりてなどとは私にはどうしても言い切れません。

「みるもの」「みられるもの」の距離

重介護といわれるような母をヘルパーさんに頼む時、東京の民間相場では時間2500円と言われました。福祉も次第に民活で応能負担を通りこして一律の料金が浸透しています。貧しいものは切り離されるしかないのです。いまの福祉のシステムでは私たちは一応公的なサポートから外される所得なので、民間を利用するしかない立場です。が、民間の料金では絶対に使えない。ほとんどの国民には無縁の民活の料金です。ショートステイは1日に20000円、入浴サービスが一回20000円‥‥。いったい、どうしたらいいのでしょう。

そういう追い詰められたくらしの中で私の中に毒はたまりこむ一方です。私自身、「書く」という仕事を通して物事を客観視する習性は身につけているつもりなのですが、そんな私がだんだん鬼のようになっていく。看る側と看られる側の位置がどんどん離れていくのを自分の問題として感じていました。親と同居しているというと、まだ、この国の世間は称賛してくれるのです。親孝行で立派ねえ、などと言ってくれます。クルマ椅子を押して世間を歩いていると自分がまるで親孝行の勲章をつけているみたいに扱われて、ひどく違和感を覚えます。反対に、ヘルパーさんなんかに頼むと、他人を家の中に入れて無神経ねえ、とか、よくおばあちゃんがまんしてるわねえ、などと、今度はおばあちゃんが称賛される。そんな風土です。説明したり言い返したりするエネルギーもないままに私はクルマ椅子を押しながら、そんな国民性の壁の前で疲労感の固まりになるのですが。事実は親孝行どころではない。もしも神様や仏様が人の心の罪をはかるのに公平であったら、私は地獄に落とされることでしょう。それほどの感情をいつも心のうちに抱えています。でも、それが時代の中での限界とみてくれるのならば、親鸞のいうように「時代の罪」として「往生」させてもら

えるかもしれない。

こんな私を正直に出すことにしてから、支えてくれる知人友人たちが出てきて、少しは救われるのですが、しかし、その人の体験はその人にしか判らないという壁の分厚さも思い知らされるものです。人は限りなく善意であるけれども、善意の押しつけは、それでなくても一杯の存在にはくたびれるものです。なぜなら、その人の善意を評価してあげなければならないから。善意がいただけない方がむしろはるかに楽、ということもあるのですから、まったく「みるもの」と「みられるもの」、「当事者」と「その他の人たち」との距離は実に大きいと知るべきなのでしょう。

制度という名のお化け

この間、ますます複雑化する制度をみつめさせられました。最初、私は制度なるものはなにもしてくれない、救ってくれない、と思っていたのですが、実はそうではなくて、制度がとめどなく複雑化し、しかもその存在目的のために肥大化したために、私たちは見えない妖怪のように制度にとりまかれ窒息寸前なのだということも判ってきました。制度なるものは、まったく身をかくすのが上手なのです。法律のように条文として明示してあるものならばわかりやすいのですが、行政の通達とか通知とかいうものは私たちの眼にはふれない。そんなもので福祉や医療がどんどん変わっていて、その結果にいつのまにか網の目のようにとりまかれている。そんなことが、このごろようよう判ってきました。個人なんて無力な存在だなあ、と思ってみたり、いや、だからこそ、悲鳴をあげる個人が結び合う意味があるのかな、と思いなおしたりの連続の私です。

制度を無化しようなどとかつては言ったこともあったのですが、ここまでお化けのようにとりこまれてしまうと、私たちはもう少し制度を知って、巧みに利用したり拒んだりする必要があるのではないかと思うこのごろです。無化しようといいながら、ここまで制度を増殖させてしまったのは私たちの無関心の結果なのです。無関心は無責任に通じますから、いまはもう少し関心をもって、こちら側にひきつける方法を探そうとしているところです。そして、医療技術も同じことです。私たちが無関心のうちに、あちらはとめどなく増殖してしまった。しかも、高度の専門性を持つものですので、手の届かないところから私たちを縛りつけ吸い込んでいるような気さえします。こちらは、私たちの死生観にかかっているものですから、利用するもしないも私たちの人生観の問題です。一度、とことんまで議論する必要があると思います。脳死移植、出生前の選別医療、尊厳死のテーマなど大げさに聞こえますがどれもふつうのくらしにつきまとうエピソードですから、心がけて考えなければならない現在だと思います。

２０世紀末、人間らしく生きる、共に生きるとはどういう光景をいうのでしょうか。

どこから攻めても困難な問題にぶつかるのですが、これからも、こうやって現場を生きながら考えていきたいと願っています。

町の中で医者として

山田　真

副作用だけの問題ではない

三人の方が話してこられましたが、僕は医者という職業をしておりますし、自分の娘は障害をもって生きてきました。それから去年は３月と５月に父と母両方

亡くしました。僕は一人っ子で、父と母は田舎で二人で生活をしているという状態で、実際にいろんな問題に出合ってきました。そんなこともあって、それぞれ考え深く聞いていました。

で、いくつかの点についてだけコメントしたいと思います。まず最初に赤松さんが喘息で薬づけになっていらっしゃるというお話を聞きましたが、僕は医者になってから長いものですから、喘息の患者さんもたくさん見てきました。喘息の患者さんで亡くなられたのは二人でして、一人は私の診療所の職員でした。もう一人は私の診療所の理事長の娘さんだったんです。二人の方にはともにつらい思いを持っています。

理事長の娘さんは三十代の半ばで、二人の娘さんがおられて、亡くなられたんです。

「プレドニンを使えば助かっていたはずなのに」とずっと思ってきました。それについては自分は優柔不断であった、と。

彼女は小学校の一年くらいの時からネフローゼ症候群という病気になって、長い間治療して副腎皮質ホルモンの恐さ、恐さというより嫌さなんですね、それを体験していました。薬を飲むことの不快さというのは当事者でないと分からないものです。僕ら医者の側は副作用といわれるものだけを問題にします。目に見えてくるものとか、はっきりと症状として表現できるものを副作用ととらえるわけです。口には表せないけれども、一つの薬をずっと飲んでいることによっておこる特有のだるさとかかゆさといったもの、それから毎日薬を習慣的に飲むことが持っているいろんな感じを彼女はきらっていたみたいです。

ネフローゼは自然に治ることが多いので本当に薬の効果でよくなったのかどうかは分からないのですが、ともかく副腎皮質ホルモンによって治ったといえるような状態になったのです。それでも「副腎皮質ホルモンは使いたくない」というのが彼女の気持ちの中に強くありました。非常に我慢強い人で、「苦しい」ということを言わないので、僕も「本当はかなり苦しいのではないか」と思いながらも「苦しさ」を見つめないでいたように思います。そこをはっきり見てしまうと「副腎皮質ホルモンを使わなければいけない」と言わなければならなくなりそうで、そのことは自分が手を汚すような感じがあって、決断できなかったんです。そんなことをしているうちにある日強い発作が起きて亡くなったんです。

本人が「ホルモンを使いたくない」と言っていたんだからこれでいいんだということになるかもしれないのだけれども、心残りが強くしています。

娘の治療法を決めるのはつらい

僕の娘はてんかんがあるものですから、多量の抗てんかん薬を飲んでいます。僕もつれあいも小児科の医者ですが、つれあいが主治医になって薬を決めているんです。自分の子どもの薬を決めるというのもかなりつらいことです。

娘が発病したのは早くて、生まれて8ケ月位の時からです。病名が結局つきませんでしたが、白血病の親戚みたいなものではなかろうかということになっていました。治療をどうするか、抗ガン剤みたいなものを使うかどうかといったところでは、僕とつれあいの間で徹夜で論争をしました。これは非常にきびしい問題なんですね。患者の親が自己決定をするということもすごくむずかしいんです。

論争をする中で、つれあいの生き方と僕の生き方の違いだとか、娘に対する彼女の思いと僕の思いの違いとか、娘と一緒に生きていくという思いの強さとかが治療の選択に違いをうむのです。娘の治療について話しているということはお互いの生き方を語っているということになってしまって、果てしのないことになってしまうんです。結局のところ僕の方が娘と生きていく思いの強さで彼女に負けているということを認めざるを得ず、僕の方がおれて、ある程度は僕のいう治療法も中に含まれているような形でつれあいの望む治療を主にするというふうにやってきました。これは非常

にきつい経験でした。

患者になぜ自己決定が迫られる？

自己決定を迫られることは非常にきびしいことだと木之下さんがおっしゃったのですが、すごく分かるんです。いまの医療や医学は難しい問題を山ほど抱えてしまった。難しい領域にどんどん踏みこんでしまって、医者たちだけではどうにも判断できないところにきてしまった。医者はいろいろ問われることが多いので、「自分たちは判断しないから、あんた方が判断しなさい」と患者さんの方へつきつけるわけです。そこで患者さんが決定を迫られる内容は、正しい生き方とは何かとか、正しい死に方とは何かとか、正しい治療とは何かとか、正しい老後のあり方とは何かと、そういうことなんですね。こんなことが簡単に決められるわけがない。医者はこんなに難しい問題を作り出して、その上で患者にどうするか決めろというんですから、これはちょっとひどいことです。

しかもある医療行為がその場で完結しないものになってきている。あるところで行われたほんのちょっとしたことが医療総体に影響してしまうというようなものになっている。そういうシステムになってしまった中では、ある人がある医療行為を行うかどうか選択することが社会的にどんな意味をもつかということまで考えていかなければならないんです。これは非常にしんどいことだと思います。

ところで話は変わりますが、僕の娘は4回高校を受けまして、4回目に二次募集の定員割れで全日制の普通高校へ入りました。家から1時間半もかかる所ですので、高校の近所にアパートを借りてそこから行ったり、家から通ったりで、通いはじめて2年目になります。結局留年ということで1年生を2回やっているという状態なんです。学校の教師といわれる人たちといろいろ話をするわけですが、学科を理解できない子どもが教室に座っている意味がまったく理解できない。意味なんて全くないと思っているんです。こちらがいくら座っていることの意味について言っても分からない。これは論理をつくして分かるというような話ではない。この程度のことさえ相手に分かってもらえないんだということを考えると、人が生きていく意味といった難しいことについて自己決定をせまるということができるのだろうかと思うんです。

無免許で医者を始めた頃の体験を発見

さて、前に話された方たちの内容にふれてのぼくの思いはこれくらいにして僕自身のことを話します。

僕の医者としてのスタートに東大闘争がありました。大学で処分を食って、しばらく卒業が遅れたりしたんですが、あの頃は免許なんかなくても医療行為を平気でやっている時代でした。免許はもう取らないといった運動をしていた時代ですから、免許なしでもバイトで医療をやっていたんです。これは一般的に恐ろしいと思われるかもしれないんですけれども、いま考えてみてもあんなに一生懸命医療をやっていたことはないように思います。なんかミスをすると一生医者になれないと思っていましたから、本当に一生懸命やっていました。細心の注意をして、一点のミスもないように、と。いまは免許の剥奪なんて滅多にないと思っていますから、あの頃ほど一生懸命医者をやってはいないんです。だから偽医者といわれる人が告発されて、だけれどもその地域の人には非常に信頼されているという話を聞くと、そういう人たちは一生懸命やっていると思うんです。

そんなことで僕は免許のないまま医者の仕事をはじめたんですが、その最初が上野の不忍の池の前に家のない人たちばかりを診ている診療所でした。そこに台東の福祉事務所の分室がありまして、生活に困った人が来る。医療がいるかどうかを僕達がいた診療所に相談に来ていたんです。医療が必要な人はそこへ入院していた。

ここは大学でやっている診療とはまったく違うんです。東大病院は十年に一人といった患者さんや、全国

で数名というめずらしい患者さんばかりで、博物館みたいになっているわけですね。ある内科の教授は「私の病室には一人として同じ病気の人は入院させない」と豪語していて、動物園みたいになっていました。僕らも十年に一人といった珍しい病気の患者さんをみると、「この大学に来てよかった。こういうめずらしい人を診られるのだから」とすごくえらい医者になったかのような気がしていました。

東大病院に来れる人はいろいろコネがあったりしたおかげで来れたわけだから、医者に感謝しています。僕もびっくりしましたけれども、東大闘争をやっている最中、病室の近くで催涙弾が飛ぶなんていう日常になっても誰も退院しないんですね。あの当時発言したのは精神科の患者さんだけであって、他の人は「どんなことがあってもここのお医者さんたちと生命を共にします」と言ったりしていて、そういう患者さんにはぼくたちの気持ちは伝わらないんです。

そういう医者に対しては文句を言わないという患者さんばかりがいる場所から小さな診療所に来たら、医者なんかどの患者さんも信用していない。「仕事がなくなって食べていけないから入院でもさせてもらいたい」ということで、仮病なんか使って入院しようとしたりするわけです。すごくお腹が痛いと待合室で七転八倒しているので、これは即入院だということで入院してもらってみると、看護婦さんが病室に見にいってみたらおにぎりを食べているんです。こういうことを経験するとまじめな医者は「こんな病院は耐えられない」といってやめてしまいます。むちゃくちゃな患者は診られない、というんですね。こういう状況を面白いなあと思っている医者だけが残っていきます。

僕はそこが医者としてのスタートだったので、今でも毎年暮れに山谷に行って一晩医療にあたって、人民パトロールという夜間巡回もしています。いまは一年に一日だけですけれども、とにかく毎年行き続けているのは、医者として考えていなければいけないことを日常の診療をする中ですぐ忘れてしまうので、山谷へ行けばそれが復習できると思っているからです。

死は別れの儀式なのです

この診療所で仕事をしはじめた最初の頃は、こういう患者さんを診ることの意味はあまり考えないでどんどんやっていたんです。夢中でやっているんですね。例えば自分の当直の時に死なれてはいけないといったことがあるんです。自分の当直の時、死なれると遺体の“処理”をしたり、死亡診断書を書いたり大変なんです。身寄りのない人たちですから遺体をどうするかという話になります。あの頃は大学に献体するとお金がもらえるというので大学に報告するんです。そうすると大学から取りに来るのですけれども、そばの患者さんがそれを聞いていて外の仲間に通報するんです。通報をうけた人が「自分は亡くなった人の親戚だ」といって病院に来るんです。で、その献体してもらった金を俺によこせと言ったりする。こんなことがあってともかく自分の日に亡くなられると大変だから、とにかく当直の間は生きていてもらおう思うわけです。

さっき向井さんが「いつ死にますか」といわれたという話をされたんですけれども、実際医者としてはすごく心配なんですね。「臨終」と宣言したあとでまた生き返られたらどうしようかと思うんです。本当はいつの時点を臨終としてよいか、よく分からないんです。土葬したお墓を掘り返してみたら、中で人が動いていた跡があったとか、そういう話を聞くから、ひょっとするとそういうことがあるのではないかとか思ってしまったりするんですね。本当に亡くなったかどうかを確かめるのはけっこう大変なんです。でもこういう難しい問題をいまは合理化しようとしているんですね。死にまつわる難しいごちゃごちゃしたことを、脳波がどうなったら終わりとするといったふうにしてしまったと思うんです。僕たちは何回も瞳孔をみたりして、「本当に『ご臨終です』と言っていいのかな」と思いながらやっていました。そういう時には「いいですか？」と家族に確認もしなければいけないんです。そ

の場にいあわせた人全員が「もう臨終ということにしていいだろう」と同意した時に、それを感じ取った医者が「ご臨終です」というようになっていました。死は儀式であり、死に行く人と生き残る人との別れの儀式が完了して、死となるのです。その儀式の中で人は死というものに納得するのです。しかし、脳死判定はそうした儀式を奪いとってしまいます。

年末に山谷の医療活動にかかわりながら

さて、さきほどの話にもどして、山谷のことを話します。ぼくが山谷に行くのは暮れですが、その時期は福祉事務所がお休みなのです。病院へも行けないで、患者さんへの医療がまったくなくなるわけですね。その時路上で凍死したりするので、とにかく福祉事務所が開くまで死なないようにということでやるわけです。

山谷でずっと生活している人の多くは肝硬変になっていて、食道静脈瘤を持っている。患者さんは治してもらおうと思っているわけではないので、「いいんだよ。いろいろ考えなくても」とぼくたち医者に言ってくれます。「俺たちはお酒を飲んで、夜中にガバと血を吐いて、そのままいってしまうのが一番いい」と言う人がいたんです。そうすると何も医療を加えない方がいいのではないかと疑問に思ったこともありました。なんでこんなに必死にやらなければいけないのかと。

しかし面白いことに山谷の人たちはわりあい薬好きなんですね。「風邪薬くれ」なんてしょっちゅう言ってきます。こういう人たちに「かぜは薬で治すものではなくて自然に治るのを待つべきだ」なんてとても言えないんですね。身体を大事にしておいしい物食べてれば自然に治るんだからなどとはとても言えない。風邪ひいていてもそこらに寝ているしかないわけですから。そういう生活をする中で薬がほしいということがでてくるんですね。で、彼らは肝臓病が治るとは思っていない。酒でぐちゃぐちゃになった肝臓を持って結核なんかも中途で治療を中断してそのままになってしまっている。活動性の結核にかかってそれを治療しないでいるような人が、「風邪もひいたから薬くれ」というようなことを言うんです。なんでこの人たちが「薬くれ」というのかは普通は理解できないことですね。

ある年、ぼくらがぼくらのテントに一時入院させている人ですごく帰りたがっている患者さんがいたんです。アル中の人で、周りの人はなんとかアル中から立ち直らせようと思っていたんです。患者さんは「俺は立ち直らない」「きっとあんた方はここまで献身的に治療してきたのだから、闘う労働者になってほしいと思っているだろうけれども、俺は治ったから帰りたい。早く酒が飲みたいんだ」と言うんですね。そうはっきり言われてみると、確かに、ぼくたちは「せっかくこれだけやっているのだから、闘う労働者になって山谷の闘いに立ち上がってほしい」と思っているなと感じるわけです。やっぱり何か意味付与しないと、患者さんの言うことに従って治療するというのはおかしいのではないか、と思ってしまっているようです。しかしそうではないのだろう。

医療は予想・予防する力を持ってよいのか

ぼくたち医者がなすべき医療は患者さんが希望するところに従ってどこまでやれるかと考えればいいのだと思った時もあるのですが、それだけでもないようです。患者さんが「私はこうしたいんです」と言った時に、実はそれが本心から言っているかどうかは分からないことです。状況によってそう言わされているのか、本当に本心から言っているのかの判断がつかない。

風疹にかかったかもしれないという女性が来て、妊娠しているのだけれども風疹にかかったかどうか調べてほしいと言われる時に、そこで調べることは胎児に異常がある可能性があって、その後中絶するということにつながる行為だから「それはできない」と言わなければいけないわけです。風疹の抗体を調べるということは今の医療の中でどういう意味をもっているかということを話さなければいけない。しかしそういうふうにすればいいのかどうか、短い診療の時間の中では

なかなかうまくいきません。

今の医学は予想とか予防ということについてはおくれているとよく言われますね。病気になってから治療するということはできるようになってきているけれども、病気になるかどうかを予想する力がない。ある子供が鼻水を出して診察に来て、その子が夜熱がでるかどうかということさえ予想する力を今の医学はもっていない。ある人が明日心筋梗塞になるかどうか分かる人は誰もいない。去年長野県で人間ドックに入っている人が心筋梗塞でなくなりましたね。ああいうことはあたりまえの話です。予想する力をもっていないわけです。

しかし医者が予想する力、予防する力をもてばそれはいいことなのかという問題があります。医療の中では、その人のことを予想して、いろいろなケースを考えて、そのことに従って患者さんにある治療をしていくということになる。お互いに予想の共有化をして、こうやったらこうなるよとやっていくんだけれども、そういう予想をしていいものなのかということがあるのです。「こんなことをすればあなたの病気はこんな結果になる」と言って、患者さんの生き方を規制していいのかということです。幸か不幸か、今の医学は、病気の将来をそんなに正確には予想できないから、患者さんはある意味で医学から自由に生きる方がいいと思います。

「尊厳死」が見落としていること

最後に「尊厳死」といったものにちょっとふれておきたいと思います。

僕は昔から救援連絡センターという所にいまして医療担当をやっているものですから、連合赤軍の永田洋子さんともなんべんも手紙をもらったりしていますが、永田さんは脳腫瘍なんですね。どうせ死刑になるんだから脳腫瘍なんかどうでもいいではないかという極端な言い方をする人もいるんですよ。ただ死刑囚にとっての病気の意味というのは難しい問題をもっているんです。拘置所の中はものすごくひどい医療なんです。しかし医療を求める声はものすごく強いんです。

今尊厳死だとか安楽死だとか言う人たちに「あなた達は山谷で生きている人たちの生き方を見て、尊厳死とか安楽死という概念をどういうふうに話していけるのか」と聞いてみたいと思います。それから死刑囚の問題についても、死刑という制度があって国家の手で人を殺すことを許しておきながら、それで脳死だとか臓器移植だとか尊厳死だとか、偉そうなことを言ってほしくないというのがあります。

尊厳なんていうものが認められていない人がいるわけですね。山谷にもいるし、刑務所の中にもいるし、障害者であったり、精神障害者であったりする。そもそも生まれた時から尊厳がなかったというふうに言われてしまいそうな人がこの世の中にある中で、尊厳というようなことが口に出せること自体が恵まれた状況にあるのではないかという気が強くしています。

「私は尊厳を持って死にます」とか、「尊厳を持って生きていきます」とか言えない人たちがたくさんいて、そこをぬきにして語られる生や死の問題は全部嘘だと思うんです。医療なんてやればやるだけ分からなくなるだけで、そうすると医療をやめてしまおうかという話になりますけれども、ここまできてなかなかやめるわけにはいかないのでこだわってやっていくしかないし、僕一人では分からないことをいろんな人と考えたいと思っています。

患者さんに自己決定をせまるということではなくて、どういうふうに決定するかということを相手と自分の間で一緒に考えていきたいし、そこでは、なにをもって生きていくのかということのぶつかりあいの中で、面倒くさいけれども考えていくしか仕様がないと思っているんです。

質疑

討論時間は、３０分しかなくなってしまった。シンポⅡの開催に先んじて、学会会則の第３条（目的）問題がずれ込んだので、開会時間が大幅に遅れた。討論時間は、問題提起者の内容を聴衆と共有しつつ、問題点を展開、深化することを願うのだが、それにしては、時間が短かすぎた。ここでは、ここでの発言の要約を紹介する。誌上討論が展開されれば、ありがたい。（以下の文責、篠原）

なぜ障害者にカッコを付けないか

林田　木之下さんは、ご自分のことを、カッコを付けずに、障害者と呼ばれているが、そのように堂々と言い切っていく経過について聞きたい。私は、「障害児」と呼ばれる子どもを持つ父親だが、先日も、担任に、「わが子を障害児とも思わないし、彼もそう思わないでしょう」と答えたばかりなのだが。

海老原　さっき、赤松さんは、（司会者からの）メモを、（隣に座っている）木之下さんを飛び越して、向井さんに手渡したが、どうしてそういうことをしたのか。そこいら辺に、ハンディキャップを受け入れる世の中の姿勢があると思った。そのときの赤松さんの心境と木之下さんの受け止め方を聞きたい。

赤松　このメモは、本当だったら、司会者が直接、向井さんのところに持っていくべきなのにと思ったが、馴れたところで、簡単に引き受けた。木之下さんは障害者だからと思って、わざと飛ばしたという意識はなかった。

木之下　特にわざと飛ばされたとは思わなかった。むしろ、貴女も使った、国際年以降よく使われるようになったハンディキャップとかトレーニングとかいう概念のほうにこだわる。昔は、能力欠陥とか損傷とか機能訓練とか言っていたのを、カタカナに置き換えたものだが、これらの置き換えとともに、障害者の役割とか機能とかがもっと固定的に考えられるようになってきていると思う。

地元で知り合った関係の中だったら、手を出したかもしれないし、そこで飛ばされたら、怒ったかもしれない。今回のような関係では、そういうことは起こりようもない。

司会　このメモは「そろそろまとめに入ってくださいますか」というものだが、気楽な関係だったということもあって、赤松さんを使い走りに使ってしまった。本当は、礼儀上からも、ぼくがじきじきに、向井さんに届けるべきだったかも知れない。

「絶対的信頼関係」ということでよいか

古井　木之下さんも触れていたが、シンポⅠで、「絶対的信頼関係」でよいのかという疑問がある。それがあったとしても、その関係は、固定する方向で、限極された形になると思う。もっとフレキシビリテイがほしい。お互いの関係の中で、例えば、私がまったく動けなくなっても、「絶対的信頼関係」に相手を求めてしまうのも、逆にそのように認識されちゃうのもしんどいと思う。その辺の考えを聞きたい。

山下　私も主催者のひとりなので、こんな質問は変なのかも知れないが、「生老病死」のテーマは昔から、個別的、日常的にあったのだけれど、今日は、それを、現代社会の問題として、対象化し普遍化しようとしている。このような形で、このテーマを取り上げるようになったのは、いつ頃からで、どのような社会的背景があってのことなのだろうか、意見があったら聞かせてほしい。

司会　そろそろ時間が迫ってきたので、最後に、発題者の方達に、フロアーの人たちの質問も加味して、もう一度、一言づつどうぞ。

他律性の中に生きざるをえないひとびとと共に

赤松　記念講演の中で、栗原さんが、相互性や自己決定性などを強調したが、全部管理された医療現場でそれらがどう可能かを考えている。自死しても、医療は、そのことを診断的にしか受け止めないし、うまく

行けば、自分達の医療効果としていく。そして、その枠から出た人を「了解不能」としてしてきた。

緊張や不安で辛い思いをしている人に対しては、大量の安定剤を出して、薬漬けにし、よだれ、失禁などの中で、そのような事態を抑える。ほんわかした安定感なのかもしれないが、ここでは、権力的な関係が、その人の生老病死に覆いかぶさっていると言わなくてはならない。選択できない、自分で生きている感じを持ちにくい。

そんななかで、そのような人達が、自分達の人生はなんなのか、と不満を言い、叫ぶことがあるが、医師達は、迷惑そうに、こっちに、そんなことを言わせるなとすら言ってくる。

ところで、学校教育は、弱い者を切り捨てながら、他人に迷惑を掛けてはいけないと言ってきたのだが、そんな中で、他律性でしか生きざるをえない人たちを作っている、そんな全体を考え続けたい。

「される」側に学び、「される」側と共に、を軸に

野本　木之下さんの発言に同感しながら、聞いた。確かに、「絶対的信頼関係」という言葉を使ったが、社会のいろんな影響を受けながら、苦しくなってきたときに、人はどこかにそれをぶつけ返さなくてはならない。そして、それは、弱いところに向かっていく。そこで、ぶつけられた側は、だれかを信頼しなくては生きていけないときがあるし、そのとき、それを受け止める人が求められる。もちろん、そのことを受け止め直していくことが必要なのだと思う。

一方で、そのような関係ができにくくなっているのも事実だ。その意味で、自分自身の怒りもぶつけ返し、本音を語っていく関係や場が必要で、悩みながらも、そこでの共通の方向を探さなくてはならない。２０年掛けて、社臨を生み出すに到った、「される」側に学び、「される」側と共に、ということを軸に、その関係性をもう一回考えていきたい。「絶対的」という言葉を使ったが、この表現は抜かしていく。

カッコを付けない事情

木之下　ぼくは、カッコを付けないで、障害者と呼ぶことについて、答えたい。振り返ってみて、障害者であることの自己確認を迫られたのは、高校入学のときだった。このとき、中学までは一緒だった、他の多くの友人達と別れていった。彼らは、知恵遅れなど言われていて、高校に相応しくないとみなされたのだ。

１５年前の当時、周りの親達は、ぼくのことを、（自分の子と違って）知恵がある、しゃべれる、と見ていた。知恵遅れと言われた友人達との線引きが社会の力として行われたのだが、自分はこのことに応えられなかった。それで、高校に入ってから、２年間位、学校に行きたくなかった。高校に入れたばかりに自己矛盾を体験するという、ひとつの筋目があった。

もう一つは、子どもの頃から、障害者であることが否定され続けてきたということがある。銭湯では、肋骨が出ているとか骨が曲がっているとか、が鏡に映るんだけど、それを見詰めるのも、さらに、そこから目をそむけるのも嫌だった。これは、いわゆる思春期頃に襲ってきたが、現実の姿に目を向けていく錯綜した過程があった。

さらに、カツコを付けない理由に、障害の発生予防との対決ということがある。つまり、障害者は生まれてきてほしくないという発想の中で、障害者が必要以上に注目され、クローズアップされていく恐さを感じている。

林田さんは、わが子を障害児と認めないと言ったが、そのことに引っ掛かる。このことを正面から、受け止めていかないと、その子が自分の様々な姿を直視出来なくならないかという疑問が残る。ゆっくり話したい。

それから、フレキシビリティのことだが、ぼくの処では、介護者との関係だけでなく、例えば、職場で働き詰めで疲れ果て、精神的に参ってしまった人など、相互補完していかなくてはならない関係が沢山ある。

そんなとき、ぼくの介護者は、その人にとって邪魔

になってくる。ぼくは、悔しいが、介護者を叩き切るしかないときがある。さっき、山登りの話をしたが、あれは道楽の部分だけど、そのような介護者との関係の確認作業になっていることがある。だから、フレキシビリティという言葉や概念にずれを感じてしまう。

村の論理・都市の論理を探りながら

向井　私は、周囲の方々に支えられつつ、母を看ることをさせてもらっているが、それでも、本当に疲れてしまうことがある。今日は、○○さんが来てくれる、ケースワーカーが訪ねてくる、と思うと、昼寝をしたいと思っても、掃除しなくてはなどと気を使うことがある。でも、来てくれる人との関係が率直で正直になっていくと、今日は来なくてもいいわ、とか、かえって、気楽に片付けに来てくれたり、料理を作ってくれたりすることがある。こんなふうに、看る側と支える側はお互いに煩わしくて巧くいかないことが幾らでもあるということを共有していきたい。

別のことだが、私は、去年一年間、ある大学倫理委員会に参加したが、アマの私にも、情報公開とかインフォームド・コンセントとか言って、実際に発言すると、それに関する資料はくれる。が、まったく理解できない。専門家達は自分達の経験と情報を外側に開いて、両者が、分かることはどういうことかを問い合いつつ、分かり合い、納得し合う関係を作っていきたい。そうでないと、言葉や概念が先行して、中身のないものになっていく。

今日、医学技術の発展は、かえって、自分達は悪いことをしていないと思う人々によって、コントロール作業を失いながら、爆発的に発展していると思う。さらに、これを支えるものとして、経済や諸制度など様々な専門性がミックスし合って、この発展を支え、推進しているだけに、この問い合いは大切である。

山下さんの、生老病死があえてテーマになってきたのには、どんな契機があるかについてだが、６０年前後から始まる高度経済成長の為に、村から都市へ労働者が掻き集められるにつれて、生命を育み、包み、死を悼む、村の共同体が次第に崩壊していった。それにつれて、制度や技術によって、生老病死をすべて受け止めなくてはならなくなった。そして、そのことが、私達のコントロールを越えて、大きくなってしまったと思う。

といって、村の掟の中ですべての人々が幸せだったかと言えば、そうではない。この学会でも、村の論理、都市の論理、そして、現在、過去、未来を問い直しつつ、様々な見方を提出してほしい。

今日、“向こう”が生老病死を問うているので

山田　木之下さんへの質問で、障害者にカッコを付けない、付けるということだが、ぼくもいろいろ考えてきた。どう呼んでも同じと思うようになった。そもそも「障害児の親」と言って、わが子を障害児と認めないと言うのは自己矛盾だと思う。それに、わざわざ、カッコを付けるのも嫌らしい気がする。

西のほうに行くと、特殊学級という呼び方は、差別と言われるが、東京では、この種の学級は特殊であることは間違いないんだから、ということで、言い換えてもしようがないと思っているところがある。例えば、言い換えの話だが、ある特殊学級を「あけぼの」学級としたら、周りの子どもたちから、「缶詰」と言われた。そこで、今度は担任名を取って、「林」学級と呼んだ。でも、他の学級は、１組、２組、といった具合になっている。言い換えても逃げても仕方がないことがある。

娘についても、学校側に、他の子たちと同じようにと言ってきた。すると、同じように何もしないよとなって、他の子にもおよぶ留年も当然だし、単位も要らないだろうとなる。形は同じでなくても、気持ちは同じにと願っても、この辺はなかなか伝わらない。開き直る他ないのではないか。

山下さんの質問にどう答えたらいいか戸惑うが、ある精神科医が言ったことだが、戦前、多くの若者が結

核で亡くなっていったので、青年達は自分達の生死の意味を考えざるを得なかった。結核で死ぬ人がいなくなったのは、医療が進んだためで、その意味で良いことなのだが、若者が生死を考えなくなったのは不幸である、と。

だから、それ以来なんだけど、どうやら、このことは、日本医師会会長、武見太郎が、自分の健康については自分で責任を持て、と言いだした頃からのようだ。ところが、最近、ここ数年、生老病死について、わざわざ“向こう”が問題にしたがっているようで、そんな時に、こちらからさっさと答えてしまって良いのかということがある。こちらからは乗らないのが一つかなと思うが、今日は、主催者の意図はこの辺だろうと思いながら、話していた。が、今でも、このことを論ずることに引っ掛かっている。

司会　昨日の記念講演、栗原さんのお話にも示唆されたのだが、このシンポを終えるにあたって、私達は、世の中の仕組みや構造が抱える苦悩を、共に解き、癒すという課題を確認できたのだと思う。そして、その中で、共に歓び、楽しんでいきたい。長時間にわたって最後まで、演者の方々も会場の方々も、このシンポに熱心に関わってくださいました。そのことに感謝しながら、閉じたいと思います。ありがとうございました。

基調提案

1993年4月24日

日本社会臨床学会設立準備委員会

はじめに

日本社会臨床学会設立総会にお集まり頂きまして、ありがとうございます。私はこれから、設立準備委員会を代表して、基調提案を致します。ここではまず、私たちが本学会設立に至った経過を語り、ついでこの1年余りの間の活動を報告し、そして当面、今後私たちがやってみたいと思っていることを提案します。更に、準備委員会として活動するこの間に、今後検討すべき課題もいくつか浮かび上がって来ました。これらをみなさんにお伝えし、一緒に考えて頂きたいと思います。

Ⅰ．日本社会臨床学会設立準備委員会結成の経過

'９０年の暮れ頃より、日本臨床心理学会（以下、日臨心という）の運営委員会では、厚生省による臨床心理士国家資格化作業への協力の是非をめぐって、激しい論争が展開されるようになりました。その間に、'９１年7月頃より、資格化に反対する運営委員などの有志が横浜に集まり、「臨床心理士国家資格化に反対する会」をつくり、厚生省の国家資格化に関する資料を検討しあいました。ここでの相互討論を経て、論文『厚生省臨床心理士国家資格化を批判する』をまとめ、臨心研誌第２９巻第２号に発表するとともに、厚生省など関係機関と関係個人に配布しました。

しかし、´９１年１１月に横浜で開催された第２７回日臨心総会では、厚生省による臨床心理士国家資格化に協力する方針が採択されました。この選択は、日臨心が学会改革以来２０年余にわたって、『「される側」に学び、「される側」と共に』を追い求め、「する側」自身の資格・専門性について批判的にこだわり続けてきた経過の放棄であり、これを支持してきた学会内外の人々への裏切りであると断定せざるを得ません。「資格化に反対する会」の多くは、日臨心の次期運営委員にも立候補していたのですが、最早、運営委員内部にとどまって活動をすることは不可能と判断し、そのほとんどがその場で辞退を表明しました。

総会が終わったその日の夜から、日臨心が新たに選んだこの路線を憂える有志が集まって話し合うようになり、その後、この会合に集まる人達も増えていき、'９２年2月１６日、「日臨心の現状を憂え、これからを考える集い」を開きました。当日は、それまでの経過報告や新しい場づくりに向けての提案と討論が行われ、その中で「日本社会臨床学会」設立の提案がなされ、多くの賛同を得ました。こうして、「日本社会臨床学会設立準備委員会」は結成されました。

Ⅱ．準備委員会の活動

■準備委員会

第１回準備委員会は上記の「集い」から１週間後に開催されました。準備委員会には２０名ほどの人達が参加を表明し、役割分担として、委員長を寺田敬志、副委員長を小沢牧子、事務局長を林延哉が担当することとし、その他、編集委員、企画委員なども設けました。事務所は事務局長の林宅におくことにしました。

設立総会の今日までに、１２回の準備委員会を開き、以下に述べるような様々の企画立案とその具体化に向けて、議論を重ねて来ました。

■シンポジウム

6月21日、「心理職の国家資格化を撃つ―『新資格化社会』の中で―」というテーマでシンポジウムを開きました。心理職の国家資格化問題は日臨心分裂の契機ともなった問題であり、このシンポは資格化に対する批判を目指したものです。シンポジストは長年、民間精神病院で心理職に携わってきた準備委員の赤松晶子と寺田敬志、それに高校教員で、進路指導の中で資格問題を考えてきた佐々木賢さんに加わってもらいました。赤松と寺田は、心理職の国家資格化は反動・逆行であると語り、佐々木さんは、現代はまさに資格爆発の新資格化社会であるということを話されました。一方フロアからは、ここ20年余の間に進められてきた医療改革運動の部分を包みこんで、資格化が進む状況について指摘する意見などが出されました。資格化を問うためには、社会的状況や組織状況などを積極的に射程に入れた大きな視点に立つ必要があることが提起されたシンポジウムでした。

■学習会

これは既に3回開かれています。

第1回は7月18日、「アメリカにおける生と死の医療管理―脳死・臓器移植問題を中心に―」というテーマでコーネル大学の秋葉聰さんに話してもらいました。秋葉さんは´68年のハーバード報告にふれつつ、人間の生と死の全体を医師が一手に握ろうとする目論見が進行していること、脳死状態の人を見守る家族の対応について、脳死・臓器移植に肯定的な意見の持主が多い割りには、実際に提供に同意する家族の率は高くないこと、また家族に対して、脳死が人の死であり臓器提供を納得させる役割をもった「臨床心理士」のような存在が登場してくることなどを話されました。

第2回は11月22日、テーマは「コンピューターの日常化と、個人情報管理をめぐって」でした。話題提供者として、仙台電子専門学校教諭の石川雅之さん、プライバシーアクションの奥津茂樹さん、それに準備委員の林延哉でした。石川さんは、コンピューターの陰の部分に目を向け、批判的に検討するということが殆ど行われていないというところから話され、それは戦争のために開発された道具であること、コンピューター技術者の使い捨ての状況、それに教育現場にも参入する下準備つくりが進んでいることなどを話されました。奥津さんは、コンピューター等によって個人情報が扱われるとき、そこには常に個人情報を扱う側と扱われる側があり、その両者の関係は常に扱う側に主導権がある関係であると話されました。

第3回は2月14日、テーマは「学校における、子どもへの“レッテル貼り”について考える～評価、不登校、学習障害児をめぐって～」でした。話題提供者は、都立高校教員の山田志彦さん、あさおの会メンバーの坂斎恵美子さん、それに準備委員の篠原睦治でした。参加者は58名と盛況で、さまざまな討論が行われました。坂斎さんは、2人の子供の不登校との付き合いの中で見えて来たこと、母子分離ができないなど「問題の親」といったレッテル貼りをする専門家に疑いをもつ中で、親の活動を始めた体験などを話されました。教員である山田さんは、子供達へのレッテル貼りで代表的な「評価」について、7％の子供に「1」をつけなければならない現場の仕組みなどについて話されました。篠原は、「学習障害児（LD児）」について、その歴史的事情と現状分析を語り、結局、「学力的、性格的に偏っている子」をLD児と呼ぶことや、「知恵おくれ」との差をつけるために使われて行く傾向などを語りました。

■合宿

8月29～31日、2泊3日の日程で、山梨・石和温泉で合宿を行いました。社臨に関心を寄せる地元の方数名も参加し、合宿中に入会もしてくれました。

1日目は「学会改革20年をふりかえる」というテーマで準備委員の篠原睦治から話題提供を受けて、討論を行いました。この中で、「『される側』に学び『される側』と共に」という日臨心が追いかけてきたテー

マが、どのように後退して行き、現在の学会分裂に至ったかが話題となり、最近の労働運動的な現実路線が資格問題と絡んで、エネルギーをもつようになって行ったことなどを語り合いました。

2日目は「厚生省の『臨床心理士』資格化を批判する」という論文について検討を行ないました。一部修正の後、この論文は10月、厚生省の資格検討委員をはじめ、関係諸団体、個人に配布しました。これは雑誌創刊号にも掲載されています。その他出版についても話し合いました。

3日目は、設立総会、学会誌、学習会など、今後の活動内容、日程などについて討議しました。設立総会については、心理臨床から社会臨床への意味、ここに何をこめるかを基本に、関心の多様化と誰でもいきなり参加できるような場であることを目指して、内容を検討し合いました。今日の設立総会のプログラムの大枠は、ここで確認し合ったものです。

その他、学会誌の名称を「社会臨床雑誌」とすることなども確認し合いました。

■社会臨床ニュースの発行

'92年4月29日に創刊号が発行されて以来、すでに6号発行されています。社臨ニュースには毎号、巻頭ページに社臨への想いや応援などをエッセー風に、いろいろな立場の方々に書いてもらっています。今までに、野本三吉さん、羽田明史さん、南博さん、青木照武さん、それに今泉正臣さんに書いてもらっています。その他、社臨への参加呼びかけやシンポ、学習会の広告と報告、準備委員会の活動報告などを掲載してきました。この1年間、社臨ニュースは、日臨心会員や関係者、その他いろいろな人達に配布されておりまして、これが縁で入会してくれた人も多数います。

■社会臨床雑誌創刊号

これは社臨の学会誌ですが、名称を「雑誌」とし、また「学」という文字を入れませんでした。「学」にこだわり過ぎることなく、社臨に関心を寄せる多様な人々の、多様な討論、意見交換の場として利用されることを期待したからです。創刊号はすでに、4月1日に刊行されています。

なお、経費節減の目的で、「パソコン」を介して自前の雑誌づくりをはじめましたが、実質的にも象徴的にも手づくりを大切にしていきたいと願っています。

■単行本の出版

日臨心ではすでに、「心理テスト―その虚構と現実」「心理治療を問う」など5冊の単行本を出版しています。社臨では、その中で残されている部分や、日臨心が学会改革の中で取り組んできたテーマとそこでの視点を確認しつつ、社臨が新たに展開して行きたい課題のいくつかを提示する目的で、「社会臨床シリーズ」として、とりあえず4巻本を出版する計画です。既に影書房が出版を引き受けてくれることが決まっています。

Ⅲ．これからの活動

私たち日本社会臨床学会設立準備委員会は、日本臨床心理学会の学会改革の歴史と精神を継承し、そこからのさらなる展開・飛躍を期待しているのですが、その歴史性を踏まえて、「学会」ということにこだわりました。そして「学会」の際、大方において慣習になっている「日本○○学会」というスタイルも踏襲しています。

ただ、「日本」が、人々の歴史と現在の場としての「日本」をあらわすだけでなく、むしろ国家権力の象徴としての「日本」でもあることを自覚しないわけにはいきませんでした。それゆえ「日本社会臨床学会」も二重に、その権威的名称を引き受けるわけですし、そのイメージを流布することになります。学会改革時代の日本臨床心理学会が、その矛盾とその自己検証・相互検証を重ねたように、日本社会臨床学会も、その

課題をあえて背負って出発したいと思います。

日臨心の改革運動は、「臨床心理学は『される側』にとって役だっているのか？」との内部告発から始まり、その後、「される側」自身からの告発も受け、「『される側』に学び『される側』と共に」を追い求め、この２０年余りの間、「する側」の私たちは自らの臨床業務を点検してきました。

しかしこの改革運動は、臨床心理学・心理臨床を点検する作業を一つの重要な課題とせざるを得ず、これは「より良い心理臨床・臨床現場」の探求ということと表裏一体をなすものでもありました。すなわち、「『される側』に学び『される側』と共に」を追い求める運動は、ややもすると、「される側」の立場や問題を「臨床・心理臨床」の問題に矮小化してしまい、その管理－被管理関係を欺瞞的に隠蔽し、緊張関係をフラットにしてしまうというジレンマに気づかされてきました。

一方、最近では国の側も「ノーマライゼーション」などということを言い始め、厚生省の臨床心理士国家資格化に協力しようとする人たちは、「（国家資格化は）決して、共に生きることをめざし、される側に学ぶ、という基本方針の転換を求めているのではない。臨心の主張を今日的な状況の中で、広く議論すべきだ」（臨心研誌２９巻２号、ｐ．１６）などと主張しています。しかもこの資格化を背後で支援しているのは、かっての急進的な精神医療改革派医師達です。このようなところに、日臨心の改革運動の中で、これまでに先進的になされてきた実践は、すでに国の施策の中に取り込まれつつあるのを見ることができますし、臨床心理士国家資格化の要請もこの流れの中で生じてきたものであり、「『される側』に学び『される側』と共に」の姿勢はむしろ、資格化を正当化する方向にも貢献しているということができます。

この際、私たちは、「『される側』に学び『される側』と共に」を追いかける道筋がどこでそのようになっていったのかを点検し、その本当の内実は何んであったのかを厳密に検証しなくてはなりません。これらの作業を通して、「『される側』に学び『される側』と共に」ということの重みを再び確かめあうことが、私たちの課題であると言えます。

ただ、本学会は、「される側」と「する側」との関係性にとどまって、結局のところ、臨床業務関係者中心になることをのぞみません。「社会臨床」の分野、領域、場、テーマ、イメージを種々様々に掘り起こしながら、「する側」と「される側」の逆転や止揚、そして、そのようなことばで語らないですむ相互的共同的な関係の創造を模索していきたいと考えます。

こうして私たちは、「日本社会臨床学会」という二重の権威的名称を背負うことの問題、「『される側』に学び『される側』と共に」を追いかけてきた道筋の検証とそのような言葉で語らないですむ関係の模索という問題などを抱えて、次に述べるようないろいろの活動を展開して行きたいと考えます。

■運営委員会、総会

私たち日本社会臨床学会設立準備委員会は、本年４月より、日本社会臨床学会として発足します。その意味で、本総会は、「日本社会臨床学会設立総会」とします。従って、後ほど会則案の承認のところで示すように、学会活動の運営・執行のために運営委員会を設置します。

また学会活動の総括と展望のために、年一度、総会を開きます。ここでは事業と会計の報告と計画を示して、会員のみなさんとの討議を経て、確認を得ます。雑誌、学習会などでつみあげてきたテーマ、また時代状況を見据えて、そこに問題提起するテーマをとりあげて、シンポジウムなども行います。講演、シンポ、全体会、分科会など、そのやり方については、今後、いろいろに試行していいきたいと思います。なお、どの集会もそうですが、総会は特に、大量のチラシの配

布、マスコミの協力などで、「どなたも自由にご参加下さい」という姿勢を実現していきたいと願っています。

後ほど会則案の承認のところでも触れますが、臨時総会は、運営委員会が定期総会を待てずに緊急に開催する必要があると判断する場合に開きます。また、会員若干名がそれを要請した場合、運営委員会はこれを尊重しなくてはならず、要請者たちと協議して、両者で決定します。ここで「会員若干名」としたのは、要請しうる定数を決めずに、少数意見を大切にする姿勢を確認したかったからです。

■社会臨床ニュースの発行

この1年間に6号発行しましたが、本学会のニュースレターとして、これからも必要に応じて随時発行して行きます。

■社会臨床雑誌

創刊号はすでに発行されていますが、当分の間、年3回の発行を予定しています。「社会臨床」をめぐる諸テーマ、諸課題を掘り起こし、多様な立場、領域の人々が共に考え続けるための大切なメディアとして、活用されることを期待しています。また投稿も期待しております。

■単行本の出版

'93年度内事業として、社会臨床シリーズとして4巻を順次出して行く予定です。第1巻は「「開かれた病へ」の模索 ― 精神医療現場から ―」といったテーマで赤松らが、第2巻は「学校における心理テスト・カウンセリング」といったテーマで小沢らが、第3巻は「障害者と共に生きる ― 自立論・施設論 ―」といったテーマで篠原らが、そして第4巻は「人間・こころ・社会」といったテーマで山下らが、それぞれ執筆を担当しています。すでに担当者は執筆を開始しています。また、本日、そのくわしい企画を発表したチラシを配布しましたので、ご参照、ご宣伝下さい。

私たちはこの出版活動によって、広く社会に問題提起しながら、会員を増やし、印税収入を期待して、学会の基盤をより確かなものにしていきたいと願っています。

■シンポジウム、学習会

準備委員会ではこの1年間に、シンポジウムを1回、学習会を3回開きました。これは個々のテーマについて関心をもつ人々が一堂に会し、直接的に語り合うことによって、それぞれの想いを交換しあえる場であって、学会誌・紙とはまた違った意味での交流の場になっています。会合が終わった後の懇親会も楽しみの一つです。

今後取り上げてみたいテーマとしては、フェミニズムと心理療法、ＳＳＴ（生活技能訓練）などが既にあがっていますが、おりおりに投げかけられる内外からの問い、雑誌などでの提起などからテーマを立てつつ、臨機応変に随時にやって行きたいと考えています。従来のように会員内外からゲストスピーカーを迎えて話題提供をしてもらうという形式が主になると思いますが、その場合でも、それぞれが、各々の立場、領域、現場で抱えている問題をお互いに語り合うという形式を大切にしたいと思います。

会員のみなさんには、ここで取り上げてみたいテーマを積極的に表明して頂きたいと思いますし、また会合には気軽に参加して下さることを期待しています。また会合の開催地についても、従来のように東京近辺に限ることなく、他のいろいろな地域で開催し、各地での交流を広めたいと考えております。

■合宿

去年夏の石和温泉での合宿では、夜を徹して、時間をたっぷりかけて、もちろん途中にプールやマージャン、アルコールが入ることもありましたが、参加した人たちが各々の想いを存分に語りあい、確認しあいま

した。先ほども述べましたように、きょうの総会プログラムの大枠はここで確認しあったものです。学会が船出した今年も、全会員に呼びかけて行いたいと思います。こんどは船に乗り込んだ上で、各々の想いを語り合う合宿ということになります。

■対外的意見表明

去年の１０月に、「厚生省『臨床心理士』国家資格化を批判する」という論文を発表し、関係諸団体・個人に送付しましたが、今後も資格問題に限らず、社臨としての内的必然性や主体的テーマを確認しながら、対外的意見表明を行っていくつもりです。

おわりに

以上、日本社会臨床学会設立準備委員会は、日臨心が国家資格化に協力する方針を採択したことを契機に、これに反対する私たちは新しい活動の場を求めて結成されたことを述べ、この１年余りの間、機関紙・誌の発行やシンポジウム、学習会の開催、合宿などの活動を通して、いろいろな立場、領域の様々な人たちと一緒に、学会設立に向けて語り合い、努力してきたことを報告しました。そしてきょう本学会はいよいよ船出をするのですが、社会臨床は『学』を目指すのか、あるいは『学』を目指すべきでないのかという問題、「学会」組織にまとわりつく権威・権力の問題、及び、『「される側」に学び「される側」と共に』を追い求めて、「臨床」ということを点検し考察する運動が、「する側」を正当化し、ひいては「資格化」に貢献してしまっているという問題など、今後検討すべき課題を抱えていることをお伝えしました。

このあと会則案承認のところでも触れますが、本学会は「社会臨床」ということについて、多様な領域、立場の人たちが一緒に自由に考えあえる場になることを目指しています。会員数は現在、賛助会員も含めて２００名くらいに達しており、今後とも、一人でも多くの方々の、本学会への気軽な参加を期待して止みません。

（この「基調提案」は、『社会臨床ニュース』７号に掲載したものを、再録しました。一部、誤字脱字のみ訂正しています。編集委員会）

日本社会臨床学会設立総会報告

日本社会臨床学会会則

1993年4月24日制定

（名称および事務所）

第1条　（名称）本学会の名称は日本社会臨床学会とする。

第2条　（事務所）本学会は当分の間事務所を横浜市旭区本宿町61-3ウイスカーハウスB201林延哉方、に置く。

（目的および事業）

第3条　（目的）本学会は社会・文化のなかで「臨床」という営為を点検、考察し、さらにそのあり方を模索することを目的とする。いまの時代を生きる人間の悩みや想い、その背後にある社会の矛盾や問題を、既成の学問の枠組みやその方法にとらわれず、さまざまな領域、さまざまな立場の人びとが共に自由に考える場となることをめざす。

第4条　（事業）本学会は前条の目的を達成するために次の事業をおこなう。

1．年次総会の開催
2．機関誌『社会臨床雑誌』および機関紙『社会臨床ニュース』の編集、発行
3．学習会、シンポジウム等の相互討論の企画、運営
4．本学会編の単行本の刊行
5．本学会の目的にそうその他の必要な諸活動

（会員）

第5条　（会員）本学会の会員は第3条の目的に共鳴し、「社会臨床」ということに関心をもつ人々から構成される。

第6条　（賛読会員）本学会の活動内容に関心をもつ者または団体は所定の会費を納入すれば賛読会員となることができる。

第7条　（入会）本学会に入会を希望するものは、所定の申し込み用紙に必要事項を記入し、当該年度の会費を添えて、学会事務局に提出する。

第8条　（退会）本人が退会を申し出た場合。また、2年以上会費を納入しない場合は、原則として自然退会となる。

第9条　（会員の権利）会員は本学会のあらゆる事業に参加することができ、また本学会の刊行物の優先的な配布を受けることができる。ただし、本学会編の単行本については有料とする。

（役員）

第10条　（役員）本学会の事業を行うために、運営委員会を設け、次の役員をおく。運営委員長1名、運営副委員長1名、運営委員若干名、監事2名。

第11条　（運営委員）運営委員は、運営委員会を構成し、本学会の事業運営の責任を負う。

第12条　（運営委員の決定、定数）運営委員は本学会員が、自主的に立候補し、総会において会員の承認を受け、決定される。なお、原則として、立候補表明は、総会に先んじる一定期間内に運営委員会が委任する選挙管理委員会あて文書で行う。選挙管理委員会は、それ

を機関誌、紙上で会員に知らせる。
定数は若干名とする。

第１３条　（運営委員長、運営副委員長）運営委員会は互選により、運営委員長および運営副委員長を定める。
運営委員長は、日本社会臨床学会会長として本学会を代表する。
運営副委員長は、運営委員長とともに本学会の運営に責任を持ち、運営委員長に支障のある場合、運営委員長の責務を代行する。

第１４条　（監事）監事は会員の中から総会時に選出され、総会で承認される。監事は運営委員を兼ねることが出来ない。監事は本学会の会務を監査する。

第１５条　（役員の任期）役員の任期は２年間とする。但し、重任をさまたげない。

（会議）

第１６条　（運営委員会）運営委員会は、本学会の事業を行うための諸事項について討議し、判断する。議事決定のために多数決の方法は原則としてとらない。

第１７条　（総会）
第１項　本学会の重要事項の最終決定は、会員総会においておこなう。総会は定期総会（年１回）と臨時総会とする。
臨時総会の開催は、運営委員会が必要と認めるかまたは会員有志の若干名が要求した場合に運営委員会と協議のうえ決定する。
第２項　議事の決定は、充分な討議をつくしても結論が出ない場合、意志決定の方法を含めてその都度協議する。
第３項　定期総会では、少なくとも次の事項をおこなう。
１．事業の年次報告および会務の審議決定。
２．予算の審議決定と決算の承認。
３．役員改選の年には、運営委員および監事の決定。

第１８条　（議事の予告と議決事項の公示）総会の主要な議事は機関誌、紙で予告され、総会の議決事項も会員に公示される。

（運営組織）

第１９条　（事務局および各種委員会）本学会の事業を円滑に遂行するために、運営委員会のもとに、事務局、編集委員会をおき、また、必要に応じて各種小委員会をおく。

第２０条　（事務局）本学会の庶務、渉外、会計等に関する事務を行う。

第２１条　（編集委員会）機関誌、紙の編集および刊行、その他の活動を行う。

第２２条　（局および委員会の長）局および委員会の長は運営委員会で互選する。

（会計）

第２３条　（経費）本学会の経費は、会費、学会編の単行本の印税、寄付金、などの収入によってまかなう。

第２４条　（会費）本学会の年会費および購読会費は当分の間６，０００円とし、毎年３月３１日までに翌年度分を納入する。

第２５条　（会計の報告）本学会の会計年度は、毎年４月１日にはじまり翌年３月３１日に終る。決算及び予算案は、定期総会に報告され、審議、承認されなければならない。

（付則）　本会則は１９９３年４月１日から施行する。

脳死社会における諸問題(1)（一）

秋葉聰（コーネル大学）

Ⅰ　はじめに－医療パラダイムとしての脳死・臓器移植
Ⅱ　脳死と医学と宗教
Ⅲ　脳死の科学性
Ⅳ　生命をもった機械
Ⅴ　脳死とは何か
Ⅵ　「全体としての死」と「全体の死」
（以上本号）
Ⅶ　脳死は優生思想のイデオロギー
Ⅷ　神の審判
Ⅸ　臓器不足の現状
Ⅹ　脳死社会における価値転換
Ⅺ　結語
（以上次号）

Ⅰ　はじめに―医療のパラダイムとしての脳死・臓器移植

科学革命の構造と性質を明らかにする構成概念（イデアル・ティプス）としてパラダイムを提唱したのはトーマス・クーンであった(2)。パラダイムの概念的不明確性と分析的有効性をめぐる多くの批判と議論がみられるが(3)、本稿は、パラダイムとは体系的に組織化される理論的・概念的枠組みと理解する。クーンによると、科学革命とは、あるパラダイムからまったく異なったパラダイムへの変貌を意味する。天動説から地動説への移行はその典型的な一例である。

今日のアメリカにおける先端医療技術のもたらす脳死・臓器移植産業は、巨大な資源が集約的に投下された「医療パラダイム」を形成している。このパラダイムは二つのカテゴリーに分類出来る要素から成り立っている。すなわち、（1）脳死・臓器移植を施行する組織及びその機能の総体と（2）ある一定の前提に根ざす価値観と理論が提起するパズル（設問）の総体である。

第一のカテゴリーを構成する主な組織および機能は、移植技術の進歩・改善と実験・臨床に携わる移植医を中心とした移植チーム、免疫抑制剤の開発と適用をはかる研究者・薬剤企業、臓器・組織の「収穫」「刈り取り」(4)を営むOPOs（Organ Procurement Organizations）の出現と組織化、レシピエントとドナーの情報と臓器分配の便宜をはかる全国ネットワーク（UNOS=United Network for Organ Sharing）とOPTN（Organ Procurement and Transplantation Network）、臓器の質的管理と規制を計る米国臓器移植科学登録（U.S. Scientific Registry for Organ Transplantation）、民間保険企業および連邦政府のメディケアとメディケイドによる医療費・医薬費支払制度の成立、臓器・組織を贈呈する国民の権利を規定する法（Uniform Anatomical Gift Act）、収穫した臓器・組織を「国民の財産」とみなし売買を禁止する倫理規制と臓器移植法の成立、移植のための臓器増大を推進し臓器不足の解消を計るための病院への法的義務化（Required Request Law）、コーディネーターを含む脳死・臓器移植を担当する専門家の確立、臓器提供を推進する各種団体から構成される国家的事業である。この「医療パラダイム」は医療技術、法律、倫理、経済、政治力が統括された、医療の歴史に例をみない新しいパラダイムである。

第二のカテゴリーの支柱となるパズルは、（1）いかに免疫を抑制するか、（2）いかに臓器を獲得し公正に分配するか、（3）いかに臓器不足を解消するかといった問題と、それに対応する答・解決策から成り立つ合目的的な技術、倫理、政策総体である。

この二つのカテゴリーに代表される医療パラダイムは、脳死・臓器移植にかかわる固有の性質と他のパラダイムと共通した性質を持っている。

固有の性質とは、（1）脳死を人の死とみなすことによって可能性が開かれる臓器移植、（2）既存の医薬、手術、その他の療法では治療不可能な末期患者の延命、クオリティ・オブ・ライフ(5)の増進、健康回復、社会復帰を目的とした医療施行、（3）医療技術の進歩が社会的・倫理的ディレンマを生みだすが、医療技術によって克服できるとする近代科学思想・神話などに代表される前提である。

他のパラダイムと共通した性質は、パラダイムを構成するパズルは理論的に解くことが出来るとみなされ、その逆にパラダイムの前提に反するパズルは考察の対象とならない。日常の臨床と研究は解くことの出来る「パズル解きの作業」となる。

上記の3つの支柱となるパズルの各々は論理的整合性をもった詳細なパズルによって構成され(6)、こうしたパズルへの具体的な解答の総体が医療のパラダイムの領域となる。

フランスの著名な生物学者、フランソワ・ジャコブが指摘するように、時代ないし社会の特質を物語るのは科学技術の成果ではなく、むしろ、その時代に根ざし一歩先を展望する設問の内容である(7)。本稿は脳死によって成立する医療パラダイムを包括する社会を「脳死・臓器社会」（以下「脳死社会」とする）と規定し、脳死をめぐる医学や脳死のイデオロギーを考察することによって脳死社会に内包する心理と生と死の本質を問う試みである。このような分析を通して、社会臨床の可能性をも指向したい。

II　脳死と医学と宗教

医学は科学でもなく、ましてや術でもないとする主張がある(8)が、脳死をめぐる議論に典型とも言える医学の非科学性がみられる。それは医学は脳死と何らかかわらないと言うことを意味しない。脳死における医学の役割を明らかにすることによって、逆に、脳死概念の性格が鮮明になる。

脳死をめぐる医学の非科学性以上に重要なのは、医学・生物学に内在するイデオロギー(9)が個人の内面や価値観のみならず、人と人との関係性を分断・再構成する力を持つ「社会的機能」である(10)。

脳死は医学的・科学的に「デザインされた死」であることは議論の余地がないが、日本の医療の在り方をめぐる中原英臣山梨医科大学助教授の発言には見過ごすことの出来ないものがある。脳死・臓器移植を基礎づけるインフォームド・コンセントの確立を訴え、「医学は科学の一分野とする立場から」脳死を語る。

「実は、脳死は新しい科学的発見なのである。これまで心臓死が人間の死とされてきたのは、単に今までの医学では人間の死を心臓死でしか判断できなかったことだけのことなのである。死という現象は、純粋に自然科学のテーマである。死生観の違いによって死の基準が違うという考え方は、とても近代科学が普及している国の思想とは思えない。」「心臓死から脳死への変化は、天動説から地動説、創造説から進化論と同じ変化である。死生観が違うから脳死を認められないということは、自然観が違うから進化論を信じないというのに等しい考え方である。」「脳死は、すでにローマ法皇によっても認められているのだ。このことは、とりもなおさず脳死が宗教や哲学を越えた科学的事実であることの証明である。日本人の死生観が違うということが事実ならば、わざわざ外国に行って手術を受ける日本人などいないはずである。ところが、現実には、外国で臓器移植手術を受ける日本人が後を断たないようだ。そうならば、一刻も早く脳死を死の基準として認めるべきだろう。」(11)

まず、脳死は宗教や哲学を越えた科学的事実、との主張だが、死生観の違いによる脳死の認識と自然観の違いによる進化論・地動説とは異なった次元の議論である。地動説の正当性は科学性に関する命題だが、脳死は科学的実証性の問題ではない。従って、地動説を科学的事実と認めながら脳死を否定しても何ら矛盾しない。脳死は、中原助教授が指摘するように、「思想」なのである。林檎は好きだがオレンジはきらいとする

人に、林檎もオレンジも果物だから同じように好きでないのは矛盾していると非難するようなものでしかない。

かつて地動説を告発したローマ法皇に脳死の科学性の認定者としての権威が授けられているかのようだ。ローマ法皇が脳死を認めるか否かは、科学的普遍性に何ら関与しない。死の判定は医師の役割であって教会の任務ではない、とするのがヴァチカンの基本的立場である。伝統的キリスト教の心身二元論に立脚するヴァチカンによると、受精から死に至る人間の生命は、神のイメージとしての被創造物であり神の愛と言葉（＝生命）を受け入れ神と対話できる肉体と精神の統合体である。脳の機能を喪失し、心身の統合を失った肉体はこの世における神との関係の終焉、神から授かった生命の神聖性の終焉、すなわち、死を意味する。

しかし、宗教と脳死との関係にはかなり複雑なものがある。ローマ法皇に代表されるキャソリックは脳死・臓器移植の指導的な推進者の役割を担っているが、１９８１年の大統領諮問委員会による脳死の法制化に反対したのはキャソリックで、教会を中心とした信仰と教育で脳死を広め、臓器移植を普及させるべきとの立場を取った経緯がある(12)。保守的なユダヤ教、エホバの証言、クリスチャン・サイエンスを始めとする聖書を文字通りに信仰するファンダメンタリストやファナティックな信者には脳死を拒絶する傾向がみられる。

脳死に陥った息子の臓器を提供した家族がこうむった二重の悲劇はこうしたキャソリックの信仰と脳死をめぐる姿の一面を伝えている。

１６才のリックは、１９７６年の感謝祭で集まった家族を前にして、「自分が死んだら誰かの命を救うために臓器を提供したい」と表明した。１６才の誕生日に運転免許を取る習わしになっているので、母親はリックの男らしさを誇るオートバイをプレゼントした。その１０日後のことである。石を跳ねたオートバイは横転し、リックは吹き飛ばされて後頭部を強打した。「お母さんにすぐ連絡して欲しい」との言葉を残して昏睡状態に陥ってしまった。

近くの病院に運ばれたリックはかすり傷ひとつなく、出血もなく、意識不明のまま病院のベッドに寝かされた。担当の看護婦が泣きじゃくる姿に驚いた母親は、「一体どうしたのですか。リック大丈夫なのでしょう」と声をかけた。首を横に振る看護婦は泣き声で、ＥＥＧに映る平坦な脳波の意味を説明した。「リックは脳死になってしまったのです」と。母親はリックの意思に従って、心臓、肝臓、膵臓、腎臓の提供を申し出た。この過疎地の病院には臓器贈与を書き込む書式も用紙もない。何十マイルも離れた大学病院に連絡し、電話で手続きの指示を仰いだ。

リックの両親は離婚していた。家族と離れて生活していた父親が急遽呼ばれた。１１才になるリックの弟と同様、静かな睡眠を貪る姿をみつめる父親はリックの死を認めず、臓器提供に反対した。「いつか必ず目を覚ます」と信じていた。にもかかわらず、リックの心臓は若い女性、スー・ハフに移植された。父親は、臓器が摘出された時はリックはまだ生きていたと信じている。スーとリックの二人の母親は、以来、親交を深め、二人でテレビに出演したりして臓器提供の意義を訴え、脳死・臓器を推進する運動を開始した。

リックの姉はこうした母親の行動を好まなかったが、新聞社のインタビューに応じたり、臓器提供を奨励する講演をしたり新聞に体験談を投稿した。

こうした家族に、呪いの言葉と怒りを浴びせる電話がかかったり、差し出し人不明の脅迫状が舞い込んだ。「どんなすばらしいことをしても、神の許しが無い限り、リックは天国に行くことは出来ない。」といった内容で、臓器提供は神への冒涜と罵られた。母親は「リックがキャソリック教徒でなかったならばこのような死に方をしないですんだのに」と嘆いた(13)。

キャソリック教徒は黒人、ユダヤ人、東洋人と並んで、クー・クラックス・クラン（K.K.K.）による迫害の対象になり、今日でもネオ・ナチの攻撃の的になっている。アングロ・サクソンの優越性の奪回として陰険な行動を起こしている。特に、人口移動の少ない伝統と因習で結びついた貧しい地方のコミュニティにあっては、キャソリック教徒は異端者として白眼視される例が未だにみられる。

リックの誕生を祝い、一人前の男性として青春を謳歌する姿を映すオートバイが悲劇をもたらし、あげくのはてはリックの信仰のため、コミュニティから冷たい仕打ちを受ける家族の姿である。コミュニティの人達にとっては、傷一つなく安らかに眠るリックの体に傷をつけ心臓を取り出す光景がカンニバルーにも似た野蛮な殺人行為と映ったのに違いない。こうしたいやがらせをするのは、毎週教会に通うキリスト教信者であったかもしれない。

宗教の違いによる脳死の受けとめ方は判で押すようなパターンがあるわけではない。同じ宗派でありながら地域によってかなりの違いがあるばかりか、近親者が突如の惨事に巻き込まれ脳死の実体に直面すると、宗教的教義だけでは処理できない深い悲しみや怒りにまみれた感情が露呈する。脳死は宗教を越えた普遍性をもつ科学的事実とするのは早計に過ぎる。

Ⅲ　脳死の科学性とは何か

脳死をめぐる歴史を素描してみると、「言葉」として脳死が使われた１９５０年代－７０年代から、脳死が概念化される１９７０年代以降の変遷期がみられる。前者は末期患者への治療を打ち切る判断（医療的に効果なしとの判断）の補助手段として採用され、後者は脳死の市民権確立（脳死の法制化と理論構築）を目指す論争過程を通して「概念」として明らかにされた時期である。この時期（後者）には、脳死は臓器移植との不可欠な関係を否定する人は皆無だが、臓器移植と分離した脳死概念を強調する特徴がみられる。ハーバード医学大学の「脳死概念を検討する臨時委員会」にみられる、脳死を人の死とみなすことによって、ＩＣＵのベッドを回復の見込ある患者に明け渡し、不必要な医療費を削減し、臓器移植を直接目的とした露骨な功利主義が各種学会・政界から批判された苦い経験を生かす戦略であり、哲学者、神学者などが形而上学的論争に加わるといった、医療専門家の独占では収拾できない政治的・社会的背景を反映している。中原助教授のいうように、もし死が純粋な自然現象であるならば、こうした事態が発生する理由はない。

それでは、臓器移植と分離した脳死の医学的科学性とは何か。人工呼吸器を付けた患者の昏睡状態の発見は医学によるもので、フランスの脳神経学医がそれを「コマ・デパッセ（昏睡を越えたの意）」と名付けた。１９５９年のことである。１９６０年代半ばに脳死という「言葉」が誕生し、１９６８年にはドイツで治療の限界を正当化する神経科医の決議がなされた。さらに、１９６８年のハーバード倫理委員会が脳死を死とみなし、不可逆性昏睡状態を新しい死の判定基準とした。これを契機に脳死をめぐる論争と混乱が続出した。その主要な論点は脳死とは何かをめぐる問題で、全脳死か脳幹死か大脳死かの選択である。レーガン大統領の保守派が主張する全脳死説の確立は、意識の存在に絶対価値を置くリベラル派の大脳死とイギリスにみられる脳幹死説を押さえ、脳死の拡大解釈を阻止する政治的勝利だった。脳死（全脳死）とは宗教的・政治的概念で、１９８１年に発表された大統領諮問委員会の「脳の有機的統合論」として定着した。

しかし、医師の主要な関心事は、脳死判定基準の妥当性と基準を満たす科学的・技術的課題だった。今日でも判定に適用される全国的基準があるわけではなく、州政府や医師会がそれを統制することもない。

その唯一の例外は、脳死判定基準を定め、技術の進歩に伴う適宜修正を明文化し、脳死判定者の資格を条文化するニュージャージー州である。この州は他の州の例に習って伝統的な死と脳死を受け入れるが、信仰上の理由（哲学的心情的理由は含まれないと解釈出来る）で脳死を拒否する権利を法的に保証するユニークな制度を設けている。親が代理でこうした権利を代行することは許されない制約があるとはいえ、脳死を人の死と認めないオーソドックス・ユダヤ教徒、保守的なキャソリック教徒（ニュージャージー州にはキャソリック教徒が多く、また、日曜には文明の産物のテレビやラジオ、新聞をも禁止する保守的な信者のアーミッシ・コミュニティーがある）、アメリカン・インディアン、そして上述した各種キリスト教信者の「信仰の自由」を保証する規定である。この信仰の自由は意思

能力ある成人（１８才以上）のみに適用されるが、脳死を人の死とみなすか否かは信仰の問題にかかわり、脳死を否定する信仰をもつ人にとっては伝統的な３兆候死のみが人の死となり、脳死患者からの臓器摘出は信仰に反するばかりか違法行為となる(14)。憲法の保証する「良心条項」の具体化である。

ニュージャージー州を除く５０州と首都ワシントンでは、各々の病院が独自の判断で脳死を判定している。ましてや、小児の脳死判定になると各病院が作成したガイドラインに従っているに過ぎず、科学論争が今日でも絶えることはない(15)。このようにして、判定の信憑性と厳密性の洗練をはかり判定規準を最大限にみたす努力がなされている。

しかし、全脳死を文字通りにすべての脳の死またはすべての脳の機能の不可逆的停止と信じる医師、倫理学者、哲学者、倫理学者、法学者は一人もいない。死の統一判定法（Uniform Determination of Death Act）によると、「法的医学的目的として、（１）脳幹を含む全体の脳のすべての機能の不可逆的な停止が継続したとき、もしくは（２）循環および呼吸の不可逆的停止が継続したとき、個人の死とみなす。この判定は、適切な医学的水準に基づいて判定されなければならない」(16)。前者（１）は全脳死と知れらる脳死判定規準である。しかし、大統領諮問委員会が指摘するように、「組織全体としての統合に貢献しない細胞レベルの脳、臓器、組織の機能」は末梢的な機能とみなされた(17)。全脳死の判定にあたって、生の兆候を示す機能の存在が確認されているが、取るに足りないとして無視したのである。それは、大脳死を主張するリベラル派との政治的妥協による「紳士協定」の結果である。脳死をめぐる論争過程を通して全脳死がすべての脳の死を意味したことはなかった。

全脳死を強力に推進する脳神経科医は「脳死判定にあたってどれだけの脳が死ぬべきか？」(18)と題する最近の論文で、主要な脳と分離した「一群の脳細胞の機能を確認」したが、それは全体として重要な意味をもたないとして、なおも、全脳死を主張する。

キャソリック教徒で脳死反対の論陣を張るボール・バーン小児科医は、脳幹の不可逆的停止の判定は厳密な検査が要求されるとして、「脳生」（brain life）を追及すべきだとすると主張し(19)、脳死判定のあいまい性を警告する。さらに、原爆や車で「脳の構造的死」を全脳死とみなし、大統領諮問委員会の「機能論」としての脳死を批判したのもバーン医師であった(20)。

しかし、主流派は依然として脳機能論に基づく全脳死を固持する。なぜか？

少なくとも、（１）技術的理由および（２）イデオロギー的論理としての「滑りやすい坂」（slippery slope）にみられる脳死の拡大解釈の可能性を阻止する政治的論拠が指摘出来る。

その一は、意志とか人格に絶対的道徳的価値を置く大脳死説（cerebral death, higher brain death, neocortical brain deathと呼ばれている）を否定する技術的根拠である。すなわち、大統領諮問委員会は大脳死を厳密に判定する技術はないが、全脳死は判定できるとした(21)。しかし、植物状態の診断は確実で、その誤差率は千分の１以下であるとする有力な反論があり(22)、技術論としての大統領諮問委員会の全脳死説の論拠は崩れてしまった。

その二は、ひとたび大脳死論を受け入れると、全脳死の拡大解釈を招く滑りやすい坂に乗りだす危険性の恐れである。大脳死説によると、人間の本質は知覚、合理的判断、喜び、悲しみ、他の人との関係をもつ能力であり、こうした能力を欠く人は物体としての組織体であっても道徳の主体性をもたない生きるに値しない生命に過ぎない。功利主義に根ざす人格論とかクオリティ・オブ・ライフで、社会的経済的に役立たない末期状態の老人、無脳症児、植物状態に陥った不可逆的昏睡状態の患者、重度精神障害者をも死とみなす脳死論である。大統領諮問委員会はこうした脳死の拡張解釈を歯止する政治的効果をもっていた。

こうした脳死論争の文脈からすると、医学の科学性は、脳死は人の死なのか否かは問わないか、「脳死は死なり」と前提した技術論である。換言すると、「もし脳死を人の死とするならば、脳死判定規準を満たした場合、人の死となる」といった論理のもとに、「医

学は脳死を判定できるか。もし出来るならば、どのような規準でどれだけ厳密に、しかも信憑性のある判定を下すことが出来るか」といった問題に取り組む。これが、脳死をめぐる医学の科学性の全貌である。医学は、人の死と関係なく脳死の科学性を論じることができる。

この意味において、中原助教授が正しく指摘するように、「脳死は新しい科学的発見」で、医学的テーマとなっている。しかし、死の現象を純粋に自然科学の対象とするには注意を要する。

Ⅳ　生命をもった機械

古代ギリシャのヒポクラテス、アリストテレス、プラトンなどの死生観にみられる生物学と哲学を支配した生気説（vitalism）と機械論（mechanism）との歴史的対立が今日的論争課題になっている。死の現象が科学の研究対象になったのは１８世紀以降のことである。実験生理学の発展に多大な功績を残したフランスのザヴィエール・ヴィシャ（Xavier Bishat）は実験室で衝撃を与えて即死させた動物の死を考察した。脳、心臓、肺のいづれか一つの器官の機能が停止し、体全体が死ぬプロセスを明らかにすることによって、この３器官の有機的機能と相互依存関係を実証した。生気説を構成する「有機的統合論」の科学的実証性を物語る成果だった(23)。今日の「脳有機的統合論」の理論的基礎となる実証的研究である。

伝統的な生気説（vitalism）・有機説（organic theory）と機械論（mechanism）の対立は生と死の意味をめぐる生物学・哲学的論争にみられる。

一切の生体（人間を含む動物と植物）は化学・物理作用に依存しない、それ自体の「生命力」をもっているとするのが生気説で、総体は部分の集合以上のものであるとみなす。

機械論によると、生命とは生体を構成する原子など化学物質の物理作用が生みだすものである。デカルトに由来する近代機械論は、総体とは部分の合計にしかすぎない。心臓をポンプとみるアメリカの医療文化はこうした近代思想を体現している(24)。今日の脳死・臓器移植は機械論に根ざす有機論の再生ともいえる思想、すなわち、心臓、肝臓、腎臓、膵臓などの臓器は肉体を構成する部品もしくはスペアパーツで、それらの総合体が肉体で「生命をもった機械」（vital machine）(25)とみなす思想である。部品としての臓器と組織を集めると肉体が組み立てられるが、それは物体としての肉体に過ぎない。肉体が人間になるためには脳の機能を加えなければならない。部品の集合体に脳の機能をプラスすることによって人間が完成される。脳は肉体を人間化する指令官なのである。

３，０００～４，０００年にわたる人類の文明を通して死は定義されたことはない、とするテキサス心臓研究所のデントン・クーリー移植医は脳死の意義を以下のように述べる。

「かつて心臓死が死とみなされたことがある。しかし、死とは心臓の停止ではなく脳の停止である。生命は魂と精神が機能する脳に宿っている。心臓や肝臓は単なる脳の下僕にすぎない。脳を家族の主人と考えてみよう。主人が死ぬと、こうした従属した臓器は意味のない作業をするだけだ。しかし、下僕は、下僕を必要とする新しい主人に屈われなければならないのだ。」(26)

脳死・臓器移植とは、主人を失った下僕が新しい主人につかえるための移転なのだ。それはとりもなおさず、新しい主人への「命の贈り物」（giftoflife）なのである。

生命をもった機械とか命の贈り物といった見方に示される脳死社会にあって、死とは生物学的肉体の死（個体死）と言うよりも、むしろ哲学（存在論）、宗教、倫理としての人間の死を意味する(27)。脳が死んで呼吸器に依存する物体としての人工的生命は、生きる喜びを受けとめられる人間（person）ではない。人生を失った生命体に他ならない。こうした見方は、「部分的生命」（＝肉体の部分を構成する心臓など生きた臓器）と「全体としての死」（＝脳死）の双方を備えた新しい人間機械論といえよう。

ニュートンの科学革命以来、生命は「死んだ概念」

(28)となり、生命を研究対象とする生物学から生命の意味と概念規定が消失してしまった(29)。死の判定としての3兆候とか脳死がその形骸として残存するにすぎない。生命とは死の反意語にすぎない。事実、『ケンブリッジ生物学辞典』に代表される辞典には生命の項目がなく、死とは生命活動の停止と規定されているに過ぎない。死とは誰でもが知り納得の出来る形而上学的概念（哲学的・宗教的）なのである。

V　脳死とは何か

それでは、脳死とは何か。脳死にかっこを付けて使うロバート　M. ヴィーチは、脳死概念は生物学的意味の脳死なのか社会的・法的・倫理的意味なのか区別出来ないばかりか、脳死が人の死を意味するのか、すべての脳の不可逆的機能停止と脳死がどのような関係にあるのか何ら明らかにしないとして脳死概念を批判する(30)。脳死概念は言葉として採用されて以来、今日にあっても論争が耐えない非常にあいまいな概念である。こうした混乱の結果、多くの医師ないし臓器移植コーディネーターは「一命は取り留めたが脳死に陥り、なすすべがなく死は時間の問題である」といった表現を頻繁に使っている。脳死患者の近親者への配慮と考えられないこともないが、脳死と患者の死とは異なった意味として使われているのが実情である。

上述したように、全脳死はすべての脳の死、臓器、組織の死も意味しない。また、脳の死においても重要な脳と末梢的な脳の機能的違いを認めるように、どれだけ脳が死んだかといった量ではなく脳の質的差異を重要視する。こうした価値判断は本質的に科学に属する実証性にかかわらない社会的道徳的価値判断の問題であることは明らかである。どの脳が社会的に道徳的に意味があり人間に価値をもたらすかといった思想の問題といってもよい。

アメリカにおける脳死概念を理解・整理するにあたって、二つの異なった立場を考察する必要がある。脳死を「死の概念」とする立場と、「死の判定規準」とする立場である。いずれも、死とは生命の不可逆的停止を意味するが、近代科学に見られる「操作上（オペレーショナル）の概念」としてとらえられている。

脳死を死の概念とする立場からすると、死には（一）生体のすべての生命現象が永久に停止した「命の完全喪失」、（二）3兆候に示される伝統的な「心臓死」、（三）全脳死に代表される脳死の3種類がある(31)。（一）は、髪の毛や爪など一切の細胞を含む完全な死で、生命現象の消滅を意味し、（二）に見られる従来の3兆候死―心臓（血液の循環）・肺（呼吸）・瞳孔（脳死）―とは区別される。さらに、（三）は新しく作られた死である。大統領諮問委員会は、全脳死は伝統的死と同じで異なった規準に基づく死の判定にしか過ぎないと主張するが、ほとんどすべての専門家は、伝統的な規準からすると脳死は新しい死の概念とみなしている(32)。

この立場の変形として、「死は死であって、一つの死しかない」とする主張がある。ある特殊な条件のもとにのみ有効生をもつ脳死は「死の概念」ではないとみなす。こうした立場が「脳死、死の判定説」である。ハーバード報告にその端緒がみられるが、1981年の大統領諮問委員会の死の規定はその代表である。脳死には多くの種類がみられるが、脳死と死を結び付ける理論が不可欠となる。なぜ、脳死が死の判定規準になるのか説明しなければならない。

VI　「全体としての死」と「全体の死」

脳死判定説によると、生体とは有機的統合体で、この統合を司るのが脳の機能である。死とは有機的統合の不可逆的喪失で、脳死は個体死とみなされる。これは、大統領諮問委員会が採用した脳統合論で、日本では脳死臨調の中間報告に見られる主流派の理論として翻訳的に取り入れられた理論である。それは、同時に、先に触れた18世紀の3器官有機的統合論の生命観に端緒をみる理論の発展ないし意味論としての脳還元論である。心身二元論に立脚した唯脳主義といえる。

脳統合論はキャソリックの神学および保守的な倫理思想で、脳幹死や大脳死を主張するリベラル派を排撃

する全脳死の理論的武器となった。

この脳死論の前提は、脳は心臓や肺と違って蘇生不可能であるばかりか、移植による交換が出来ない、個体を統括する中核的器官とみなす主張である。しかし、死は個体のすべての機能停止を意味しない。死とは総体としての個体の不可逆的機能停止である。別な表現をすると、「脳が死んだ生体」が脳死者である。こうした脳死は伝統的な死ではなく「死と同様」(33)とみなされる所以である。

この理論の論理的延長として展開するのが、脳死判定の限界を肯定しつつも、全脳死とみなす理論である。前述したように、すべての脳の不可逆的停止が判定できなくでも大きな問題にされていない。すなわち、脳死が総体としての死（death of the organism as a whole）であるように、「総体としての脳死」が全脳死となる。換言すれば、判定出来る主要な脳が死ねば、現在判定できない脳、例えば、夢を司る脳、判定可能だが末梢的な脳などは間も無く死ぬことは明らかである、とする。脳死とはいえ、重要な脳と、判定可能な下等な脳細胞と言った、脳の序列がある。

脳死を語る時、脳の不可逆的機能停止が強調されるのは言うまでもない。蘇生可能であるかぎり、心臓であれ脳であれ、死とはみなされない(34)。かくして、脳死の科学的実証として、脳死と判断された患者が蘇生した例は一件もない事実を提示する。脳死とは予後の判定なのである。脳死と判定されると短期間に死ぬこと（心臓や肺も永久に機能停止すること）は間違いないとする。脳死は伝統的な死と同じで、異なった条件で異なった判定規準が適用されるだけに過ぎない。違いがあるとするならば、脳死と伝統的な死の時間的ずれのみであると結論する。これが、脳死の論拠である。

幾分か厳密な表現を使うと、脳死とは、個体の有機的統合が崩壊し始める「生と死の境界線」を意味する。この崩壊過程を維持するのが人工呼吸器だが、死は避けられない。１９７０年代にあって、この崩壊過程は取るに足りない短時間で、何日とか何週間を予測していなかった。しかし、移植に備える脳死患者の処置の技術的進歩の結果、当初の予測を越えた何週間といった長期におよぶことを学んだ。脳死患者の近親者から臓器提供の承諾を得たり、移植するまでの時間かせぎに貢献した。

脳統合論に関していえば、呼吸器が適切に使われている限り、新陳代謝がなされ、体温、呼吸、血圧など生命の兆候を示すヴァイタル・サインが維持されていることが認められており、さらに、脳死患者の妊娠の例を含めると、脳死状態に有機的統合がみられることが確認されている。

さらに、肺の自発的機能を司る脳幹は、末梢的として無視された脳細胞と同様、生体の統合機能をもっていないといわれる。もし、そうであるならば、全脳死に脳幹を含める根拠はない。

脳統合論は衰退し、死んだ理論となっているといってよい。事実、脳統合論を論拠として脳死を正当化する移植専門家を含めた生物学者、医学者は皆無に等しい。こうした専門家が脳死を支持するのは、医学的に脳死をかなり正確にしかも容易く判定できるからである。

こうした脳死に対して、伝統的な死は“systemic death”（全体の死＝個体死）といわれている。心臓、肺、脳など生体のすべてにわたるヴァイタル・サインの不可逆的停止である。脳死を意味する「全体としての死」と３兆候死を示す「全体の死」には単なる言葉の違い以上のものがある。

脳死は科学的概念ではないし、科学概念になったこともない。心臓死から脳死への変遷はコペルニクス的イデオロギーの転換であったとしても、天動説から地動説への変化とはまったく異なった変貌である。

（次号へつづく）

〔注〕

(1)本稿は、子供問題研究会の発行する月刊ミニコミ『ゆきわたり』1993年7月－8月号に掲載した拙稿「子問研春討報告に寄せてあれやこれや―脳死・臓器移

植の問題を中心として一」に加筆・削除・修正したものである。

(2)Thomas S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* Chicago: University of Chicago Press, 1962.

(3)クーンのパラダイムの批判としてMargaret Masterman, "The Nature of a Paradigm" Pp. 59-90およびKarl R. Popper, "Normal Science, Scientific Revolution" Pp. 51-58があり、その反論としてThomas S. Kuhn, "Logic of Discovery or Psychology of Research?" Pp. 1-24とThomas S. Kuhn, "Reflections on My Critics," Pp. 231-278がある。これらの論文はImre Lakatos and Alan Musgrave eds., *Criticism and the Growth of Knowledge* Cambridge, England: Cambridge University Press, 1970に所収。

(4)臓器・組織を獲得する言葉として、政策的文脈におけるマクロのレベルではprocurementが一般的に使われ、個々の臓器摘出を意味するマイクロのレベルでは新鮮な生きた臓器の収穫とか刈り取りを意味するharvestが頻繁に使われている。脳死に陥った患者の近親者にコーディネーターが臓器および組織提供を依頼するときに使われる言葉もharvestで1976年以来一般化している。また、retrievalを好んで使う病院もある。いずれにせよ、日本語の摘出に相当する適当な言葉がないのが実情である。

(5)クオリティ・オブ・ライフはQOLとして日本で広く使われている。しかし、その広義性とあいまいさのために、文脈を明らかにしないまま使うと誤解を招く恐れがある。ライフは生活、人生、生命を意味し、（1）日常の会話におけるQOLは暮らしが楽になった、生活が楽になった、経済的には楽になったがゆとりがない、犯罪が減少した、公害が改善された、といった経済的、環境的、精神的「生活」を意味する。（2）医療の分野では臨床における予後ないし治療の結果を意味する。（3）医療倫理においては「生きるに値しない生命」を合理化する理論的概念として使われて、特に障害児への治療を放棄して死なせる（殺す）理論として1970年代に使われ始めた。そのオリジナルは方程式として提起された。QL=NE x (H + S)で、QLはQuality of Life、NEは患者のNatural Endowment、Hはcontributions made by patient's Home and family、Sはcontribution made to the patient by Societyを意味する。すなわち、QOLは、もって生まれた肉体的精神的能力と家族および社会の支持との関係にみられる資質として計量される。Anthony Shaw, "Defining Quality of Life," *The Hastings Center Report, 7* (October, 1977), p. 11.こうした概念を包括的に扱ったすぐれた著作として、James J. Walter and Thomas A. Shannon, eds., *Quality of Life: The New Medical Dilemma*, New York: Paulist Press, 1990がある。また、臨床面を強調したものとして、Stuart R. Walker and Raphael M. Rosser, eds., *Quality of Life Assessments: Key Issues in the 1990s*, Boston: Kluwer Academic Publication, 1993; Lesley Fallawfield, The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care, London: Souvenir Press, 1990が参考になる。

(6)例えば、「いかに免疫を抑制するか」のパズルは、いかに拒絶反応を抑えながら感染を防ぐための免疫性を維持するか（拒絶反応と免疫のバランス）といったパズルによって実態化される。さらに、免疫に関する研究、免疫抑制剤の研究及び開発によって、今日広く使われている3種類の抑制剤をいかに適用し、その効果を失うことなく副作用を未然に防ぐことができるかといった一連のパズルを喚起する。これらは、過去30年に提起された臓器移植に不可欠なパズルで、パズルを解く科学的、臨床的施行である。こうした問題を臓器移植を受けた（受ける予定になっている）患者のために説明した著作として、The Massachusetts General Hospital Organ Transplant Team and H.F. Pizer, *Organ Transplants: A Patient's Guide*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991, Chs. 2-3がある。さらに、一般的な解説書として、Mary Kittredge, *Organ Transplants, in The Encyclopedia of Health: Medical Disorders and Their Treatment*, New York: Chelsea House Publishers, 1989, Ch. 4も参考になる。

(7)医学生物学ノーベル受賞者ジャコブは、遺伝の歴史

ではなく遺伝をめぐる間の歴史を語る。Francoi Jacob, *The Logic of Life: A History of Heredity*, with a New Preface by the Author, Tr. by Betty S. Spillman, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1973, ix.

(8)James McCormick, "The Contribution of Science to Medicine," *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 36, No., 3 (Spring 1993), p.315.

(9)R.C. Lewntin, *Biology as Ideology: The Doctrine of DNA*, New York: HarperPerennial, 1992; Lesley Rogers, "The Ideology of Medicine," in Steve Rose, ed., *Against Biological Determinism: The Dialectics of Biology Group*, London: Allison and Busby, 1982, Pp. 79-93; George Rosen, *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*, New York: Science History Publications, 1974.

(10)James McComic, supra 8.

(11)中原英臣、「これでよいのかシリーズ2、<病院>はこれでよいのか」『図書新聞』1993年4月17日号、1頁。

(12)キャソリックの立場を示す資料は豊富にある。例えば、O.P. Moraczewski, S. Albert, and J. Stuart Showalter, *Determination of Death, Theological, Medical, Ethical and Legal Issues*, St. Louis, MO: The Pope John Center, 1981はかなり丁寧にキャソリックのドグマを展開しながら脳死を正当化している。

(13)Pat Stave Helmberger, *Transplants: Unwrapping the Second Gift of Life: The Inside Story of Transplants and as Told by Recipients and Their Families, Donor families, and Health Professionals*, Minneapolis, MN: Chronimed, 1992, Pp.151-158.リックのオートバイによる脳死と臓器提供の悲劇はかなり古いとはいえ、今日にあっても脳死に関する医師の態度はほとんど変化がなく、看護婦が末期患者のケアにあたり、大都市の大学病院に設けられた移植センターでは専門職として配属されたコーディネーターが脳死を説明し告知している。

(14)New Jersey Commission on Legal and Ethical Problems in the Delivery of Health Care, *The New Jersey Advance Directives for Health Care and Declaration of Death Acts: Statutes, Commentaries and Analysis*, Camden, NJ: State of New Jersey, 1991, Section 4,5, and Section 5(Exemption to Accommodated Religious Beliefs).こうした信仰をもつ人にとって脳死は危篤状態とみなされ、家族の同意があったとしても、医師と病院側は人工呼吸器をはずすことは許されない。従って、脳死患者からの臓器摘出は違法行為となる。

(15)例えば、Howard H. Kaufman, ed., *Pediatric Brain Death and Organ/Tissue Retrieval: Medical, Ethical, and Legal Aspects*, New York: Plenum Medical Book Company, 1989, Chs. 7-18に、異なった病院で施行される脳死判定ガイドラインと経験が記録されている。

(16)The Uniform Determination Act, *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Defining Death: A Report on Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, D.C.: GPO, 1981, p.66.

(17)*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Defining Death: A Report on Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, D.C.: GPO, 1981,.pp.40,58.

(18)James L. Bernat, "How Much of the Brain Must Die on Brain Death?" The Journal of Clinical Ethics, 3 (1991): 21-26.

(19)Paul A. Byrne and Richard G. Nigles, "The Brain Stem in Brain Death: A Critical Review," *Issues in Law and Medicine*, Vol. 9, No. 1 (Summer 1993), Pp. 3-21.キャソリック教徒で新生児神経科医のバーンは数少ない強力な脳死反対論者のひとりである。

(20)Paul A. Byrne, Sean O'Reilly, and Paul M. Quay, "Brain Death: An Opposing Viewpoint," *JAMA*, 237 (1977): 982-86.

(21)*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Defining Death: A Report on Medical, Legal and*

Ethical Issues in the Determination of Death, Washington, D.C.: GPO, 1981, p.66.

(22)Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs, "persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw and Withhold Life Support," *JAMA*, 236 (1990) p. 428.

(23)Elizabeth Haigh, *Xavier Bichat and the Medical Theory of the Eighteenth Century*, London: Wellcome Institute for the History of Medicine, 1984.

(24)Lynn Payer, *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*, New York: Penguin Books, 1988.

(25)David F. Channell, *The Vital Machine: A Study of Technology and Organic Life*, New York: Oxford University Press, 1991.

(26)リー・ガットキンドのインタビューに語ったDenton Cooleyの言葉。Lee Gutkind, *Many Sleepless Nights: The World of Organ Transplants*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1989, Pp. 74-75.

(27)Karen Grandstrand Gervais, *Redefining Death*, New Haven, Conn: Yale University Press, 1986.

(28)Robert Rosen, *Life Itself : A Comprehensive Inquiry into the Nature, Origin, and Fabrication of Life*, New York: Columbia University Press, 1991, p. 14.

(29)Robert Augros and George Sanciu, *The New Biology: Discovering the Wisdom in Nature*, Boston: New Science Library, 1988.

(30)Robert M. Veatch, "The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death," *Hastings Center Report*, Vol. No. 4 (July-August 1993): 18-24.

(31) Earl A. Walker et al., "An Appraisal of the Criteria of Cerebral Death: A Summary Status,"*JAMA*, 237(March 7, 1977), Pp, 982-86.

(32)こうした立場をとる専門家は枚挙にいとまないが、最近の有力な著作にNancy Dubler and David Nimmons, Ethics on Call: A Medical Ethicist Shows How to Take Charge of Life-and-Death Choices, New York: Harmon Books, 1992, Ch. 5があり、この章は "Reinventing Death" となっている。

(33)Julius Korein, "The Problem of Brain Death: Development and History," in Julius Korein, ed., *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, Annuals of the New York Academy of Sciences, Vol. 315, New York: The New York Academy of Sciences, 1978, Pp. 1938. Koreinはキャレン・アン・クインランの植物状態を診断し、呼吸器なしに生きることが出来ないと証言した指導的な神経外科医で、すぐれた理論家として知られている。

(34)不可逆的機能の停止とは必ずしも明確な概念ではない。リヴィング・ウイルを書いた患者や Do Not Resuscitate とかNo Codeにみられるように、末期癌患者やエイズ患者が心不全に陥ると、延命は可能だがそうした処置をこうじない場合、不可逆性機能停止とみなし患者の死を語ることが出来るだろうか。

自己教育力とカウンセリング（Ⅱ）

中島浩籌（ＹＭＣＡフリースクール）

Ⅰ　承前

前回の論文で(1)、私はカウンセリングの学校導入によせられている幾つかの期待について批判した。「カウンセリングは主体性を重んじるのではないか」「カウンセリングは反管理的なものではないか」といった期待である。

カウンセリングは生徒が自分を表現しようとする過程を大事にするようにみえる。実際、生徒の発言を無視して簡単に指示を与えることは少ない。しかし、カウンセラーと生徒とのやりとりの中で「自己」という問題が中心課題としてたてられるのだから、そのことによって逆に生徒の主体が規定されていくということがおこる。「生徒の主体性を重んじる」ということはこのような面をもっているということなのだ。

また、カウンセリングは反管理的なものだといわれているのだが、これが学校に導入されることによって、学校の管理的側面、教化的な側面がなくなっていくわけではない。むしろ管理的・権威的側面をおおい隠し、逆にそれを強めることにしかならない。

そういったことについて論じたのが前回の論文である。

ところで、現在推し進められつつあるカウンセリングの学校導入は、現在の教育のあり方を変えようとする意図をもつものであり、臨時教育審議会のいう「改革」に位置づけられたものである。その新しい教育理念は、また、反管理的で民主的で生徒の主体性を重んじるという装いをもっている。そのような中で、カウンセリングと結びついた教育とはなんなのか、どういう問題をもっているのか、を考えていかなければならないだろう。

従って、今回はカウンセリングへの期待感の批判からそのような教育理念への批判へと視点を移行していこうと思う。

まず、カウンセリングの導入はどういう教育改革をねらっているのか、を考え、続いてその「改革」によせられるある種の期待を批判していきたい。そこで、自己実現・主体形成とは何なのか、学びあうとは、相互理解とは何なのかといった難しい問題にせまっていければと思う。

Ⅱ　カウンセリングと「新しい教育」

１９８０年代に入って、各地の教育委員会はカウンセリング講習を充実・強化しはじめている。これは「校内暴力」「いじめ」「登校拒否」といった現象の対応策として打ち出されたものである。これらの講習、特に初級クラスは希望者も多く、すでに多くの教職員が受講したといわれている。

しかし、カウンセリングは「校内暴力」「いじめ」といった事象に対して十分な効果をもったとはいいがたい。学校の中にカウンセリング的な態度・考え方が浸透したともいえないだろう。文部省自身が１９９０年発行の生徒指導資料『学校における教育相談の考え方・進め方』で、「教育相談は十分にその役割を果たし得なかった」と述べている(2)。

なぜ学校の中に浸透しなかったのだろうか。カウンセリングは戦後すぐから学校への浸透が図られ、１９６０年代には第一次カウンセリングブームといわれるような状況もあった。しかしこのブームにもかかわらず学校に定着せず、また８０年代からのブームも未だ浸透しきれていない。なぜなのだろうか。

これに対してはいろいろな立場からの意見が提出されている。その中には、カウンセリングがもっている理念と現在の学校教育の理念とは大きく食い違っているからだ、とする論者もいる。生徒の主体性を重視するカウンセリングと管理的な現在の学校教育とはあわないのだ。したがって多くの管理的な教師はカウンセリングを「生徒を甘やかす」、「信用できないもの」として拒否してしまうのだ、と。そこで、カウンセリング的教育を定着させるためには現在の伝統的教育理念を変えていかなければならない、と提言する。

また、これまでのカウンセリングは「問題児」に対するものでしかなかったことに原因があるとする意見も多い。「問題児」に対するものでしかなかったために、学校教育がもっているさまざまな役割・局面との関係が曖昧で、学校というシステムの中できちんと位置づくこともなかったし、カウンセラーと他の教員との対立・矛盾も露呈せざるをえなかったのだ、と。そこで、カウンセリング的な姿勢を学校教育全体に位置づけ、人間形成という大きな目標の中に統合していかなければならないと提言する。「問題児」だけでなく、すべての生徒の人格形成にかかわっていかなければならない、と。

そのような意見が出る中で、文部省もまたカウンセリングを学校全体の中に位置づけることを模索する。１９９０年の生徒指導資料で、次のようにいう。

「生徒指導の一環としての教育相談において、適応上の問題や心理面の問題などをもつ生徒への対応が重視されてきたが、今日では治療的な側面から、予防的な側面、更には開発的な側面への役割の重要性が強調されている」(3)

これからは「問題児」に対する治療的な対応だけでなく、すべての生徒にかかわり、生徒の人格形成を健全に行っていくための開発的な役割や、「問題」な方向へとすすまないように早いうちにチェックする予防的な役割、更には生徒が発達していくための望ましいコミュニケーションをつくることを援助する役割をはたしていかなければならないとしているのだ。つまり「問題児」だけにかかわるのでなく、すべての生徒にかかわり、学校全体のシステムに深く位置づけられるものにならなければならないと提言しているのである。その点で、カウンセリングはいままでのように消極的役割にとどまるのでなく、生徒、教育に対し積極的な役割を果たすよう求められている。

このようにカウンセリング的な教育の役割が大きくなると、当然学校の中の古い体質、管理的な体質とぶつかることになる。それをおしのけて積極的開発的役割を果たすためには教育の「改革」が必要となり、「新しい」教育理念の浸透が必要となるだろう。カウンセリングはどのような「改革」を求めているのだろうか？

あるいは逆に、どのような教育「改革」がカウンセリングの積極的役割を求めているのだろうか？

臨時教育審議会は、１９８６年の『教育改革に関する第二次答申』で生涯学習体系への移行を２１世紀の教育の展望として積極的に打ち出している。ここでいう教育「改革」とは生涯学習体系への移行を意味しているのだ。これは、明治期の第一改革、すなわち学制公布による近代学校制度の導入、戦後の教育基本法にもとづく第二改革、それに続く第三の改革であると宣言しているのである。

生涯学習は１９６５年にユネスコによって提唱され、日本でも１９７０年代の初頭からすでに社会教育という立場から論じられ、８０年代の半ばになって本格的な導入が画策されている。

その生涯学習は、常に新しい科学技術の導入が要請される高度情報資本主義社会にあって、就職してからも高度な知識を身につける教育の場の整備が急務となっていること、複雑になり、常に大きく変化する社会にあって、変化に適応でき、新たな課題に敏速に対応し、問題解決を創造的に行っていきうる知識と人間を育てることを目標としている。更にそのような社会の要請に応えるという側面だけではなく、複雑な社会でバラバラにされ、苦しんでいる人間から、統一され安定した人間を取り戻していこうという側面も生涯学習はあわせもっているのだ。

１９７２年にユネスコ教育開発国際委員会から出さ

れたいわゆる「フォール報告」は次のようにいう。

現代社会では、「人間をとりまく一切のものは、人間のパーソナリティーを構成する諸要素の分裂を促しているように思われる。‥‥教育の作用の仕方、若者たちへの教育の提供の仕方、青年に与える訓練、何人もさけることのできないマスコミの情報、これらの一切がパーソナリティーのこのような分裂をもたらしている」(4)

それだからこそ、自己の様々な要素を統合した、潜在的諸能力を実現した「完全な人間」をめざして教育が行われていかなければならない。

「人間の身体的、知的、情緒的、倫理的統合による『完全な人間』の形成は、教育の基本的目標の広義の定義である」(5)

このように、現代社会によってバラバラにされてしまうパーソナリティーに、安定した統一をもたらそうという側面も生涯学習理念はもっているのである。

日本の生涯学習は政策的な側面が強くおしだされていると言われている。先端的科学技術を身につけた労働者をいかに育成するか、変化に対応できる人間をどう育てるのか、という視点が前面に出ているのである。しかし、統一のとれた人間のあり方を追求しようとする面、“ヒューマンな側面”とでもいうような側面もとりいれているということを忘れてはならない。

この面は「自己教育力を育てる」という言葉で表現されている。１９８０年代に入って、文部省はこれを生涯学習時代における学校教育の目標としてかかげはじめた。生涯にわたって学習し続けなければならない時代にあっては、常に自らすすんで主体的に学習していこうとする意欲が大切である。そういった学ぶ意欲、常に自己を高め、自己を教育していこうとする意欲をいかに育てていくか、それがキーポイントになってくる。その役割を初等中等教育が担っていかなければならないのだ。従って、学校教育の目標は自己教育力を育てることとなる。

この自己教育力という言葉は、ユネスコの生涯学習理念からとってきたものである。『フォール報告』は次のようにいう。

「未来の学校は、教育の客体を、自己自らの教育を行う主体にしなければならない。教育を受ける人間は自らを教育する人にならねばならない。他人を教育することが自己自身を教育することとならねばならない。個人の自己自身に対する関係におけるこの根本的な変革は、将来の数十年にわたる科学・技術革命時代のための教育が当面しなければならない最も困難な問題である」(6)

つまり今までの教育のように知識を注入し、他律的に生徒を指導するような教育ではなく、生徒自ら主体的に学び、自己自身を教育していくようにならなければいけないと言っているのだ。

このような他律的な教育から生徒が主体的に学ぶ教育システムへという理念をまがりなりにも臨時教育審議会はとりいれたのである。もちろん、これはあくまで新しい資本主義社会に対応するという政策の下に取り込まれたものであるが、これを単に「本当の学びではない」と批判しても何のたしにもならない。文部省は本気で自己教育力を育てる教育をしようとしているのだし、そこに対する期待・幻想も様々なところから集まってきている。こういった点をはっきりと見すえ、その期待とは何かを点検していくことこそが肝要なのだ。

さて、生涯学習体制における学校教育の目標である「自己教育力を育てる」ために求められているのがカウンセリングという方法である。１９８８年発行の文部省生徒指導資料では、自己教育力を高めていくためには、自己をありのままに認め（自己受容）、自己に対する洞察を深め（自己理解）、その基盤の上に立って自らの目標を追求し実現していくこと（自己実現）、その三つが必要であるとしている(7)。これはまさにカウンセリングが追求してきたことであるし、基本的な理念でもある。こういったことは旧来の管理的注入的な教育にはできることではない。カウンセリングのような受容的で共感的な態度によってしか達成できないことなのだ。そう期待されているのである。

まさに、生涯学習体系への移行、第三の教育「改革」

がカウンセリングの導入を求めているのだ。この「改革」こそが、カウンセリングの開発的役割、すなわち全ての生徒の健全な人格形成を促進していくという役割に期待しているのである。

Ⅲ　「新しい」教育への期待・幻想

こういった自己教育への期待、カウンセリング導入が切り開く「新しい」教育への期待が広がっている。この教育は生徒の主体性を重んじ、管理教育を一掃するものになるのではないか、と。

特に日本心理臨床学会を中心とした人々に「新しい」教育への期待・幻想が大きくふくらんできている。さらに、心理の専門家だけでなく、現場の教職員の中にも少しづつこの期待は広がってきているのではないだろうか。

『心理臨床大辞典』の中で、村山正治は伝統的教育の考え方とカウンセリング的教育の考え方の違いを次のように述べている。

伝統的教育においては、「①教師は知識の所有者であり、生徒はその受動的受け手である。②受け手に知識をそそぎ込む手段としての教師と、それをどの程度受け取ったかを測定するものとして、試験・評価が中心となる。③教師は権力の保持者であり、生徒はそれに従うものとされる。統制は常に下に向かって行使される。④権威主義的校則、規則は、教室の中で守られるべきである。⑤生徒は教師が常に監督し、チェックし続けなければ、生徒は満足に勉強することはない。生徒は自分の目的、自分のカリキュラム、自分の学習方法の選択に参加しない。学校は民主主義の美点と責任の重要性をタテマエとして教えるが、学校の現実とはとても矛盾する。」(8)

それに対しカウンセリング的教育では、「①教師は自分と他人との関係の中で、十分に安定しており、他人が自ら考え、学習する能力をもっていることを本質的に信頼している。②教師は学習過程のための責任を、他の人々、生徒、両親、地域社会の人々と分かち合う。‥‥④生徒は一人で、あるいは他の人々と協力して、自分自身の学習計画を発展させる。‥‥⑥学習の焦点は継続している学習の過程を育てることにおかれる。⑦生徒の目的を達成するために必要な規律は自己規律である。⑧学習の程度と意義についての評価は、主として学習者によってなされる」(9)

まさにカウンセリング的教育はばら色である。これは管理的・知識注入的・教師中心的な教育を一掃するものであり、生徒－教師の相互信頼の上に立った学習中心の教育であり、民主主義の美点と責任の重要性を真に打ち立てるものである、と。

こういった多大な期待は、前号で検討した「カウンセリングは生徒の主体性を重んじているのではないか」「カウンセリングは反管理的なものではないか」といった期待と同じ根をもつものであるが、今度はその期待がそのまま「新しい」教育へ、生涯学習体制の教育へと広がっている。

村山は『心理臨床大辞典』の他の箇所で、伝統的教育では「教育は一定期間行うものであり、特定の技能を与えることを目的とする」のに対し、カウンセリング的教育では「教育は生涯かけて行うものであり、学校は教育のごく一部でしかない」(10)と比較している。期待は生涯学習への期待へと横滑りしているのである。

生涯学習体制については、「どうせ産業界の要請に応えるものにすぎない」という不信感を持つ人が多いのだが、逆にこういった期待をよせる人も多くなってきている。「文部省は本気でやるつもりはないのだろうが、私たち自身が自己教育とかカウンセリング的教育とかを本当の意味で担うことによって生徒中心で反管理的で民主主義的な教育を根付かせていきたい」と言う教職員も出始めているのである。

村山が述べているような期待が広がっていることを考えると、全号の論文のように「カウンセリング・マインドの浸透は管理的・権威的な側面をおおい隠し、逆にそれを強めることにしかならない」といった指摘にとどまってはいられない。それでは「カウンセリング的な教育はいいのだが、文部省は管理的・権威的な教育をカモフラージュするためにそれを使っているに

すぎない」といった形の批判になってしまう。カウンセリング的教育自身は良いのだが、ということになってしまうのだ。ところが問題にしたいのはカウンセリング的教育そのものに対する批判である。ここではそれを試みてみよう。

村山はカウンセリング的教育における教師の三条件として、（1）自己一致、つまり教師がありのままの人間となり、見せかけをやめて学習者と関わること、（2）共感的理解、生徒の反応をその内側から理解できる能力をもつこと、（3）尊重、受容、信頼、つまり生徒を独立した一個の人間として信頼し、受容すること、といった条件をあげている(11)。この三条件をそなえた教師は生徒の心理的成長を促進することができると言う。

文部省もまた、こういった条件を学校の中に位置づかせることによって、学校の中に望ましい人間関係、すなわち共感的関係・相互信頼的関係をつくることができ、生徒の学校生活への適応や自己実現を指導・援助することができるし、自己教育力を高めていくことができるのだとしている(12)。

では相互信頼の関係・共感的関係とは何か、自己一致・自己受容とは何か、どんな問題をはらんでいるのか、つまりカウンセリング的教育とは何か、次に考えていきたい。

Ⅳ　一致というモデル

自己一致、受容、共感、相互信頼の関係といった視点のもとにあるのはロジャースである。

ロジャースは一致・不一致という視点からコミュニケーション、自己の問題を説明していく。

「“一致”とは、経験することと意識が正確に一致する時に用いられる用語である。さらにそれは、経験、意識およびコミュニケーションが一致するという意味にまで、おしひろげてもよい」(13)

ロジャースは集団の討議に参加して、すぐ怒ってしまう人の例をあげている。顔をほてらし、ふるえながら相手に反論している様を見て、一人の友人が「こんなことでそんなに怒るなよ」というと、彼は「私はそんなに怒っていない。ただ理論的な現実を指摘したまでだよ」と言う。それを見ていたみんなは笑ってしまう。みんなからは彼は不一致の状態にあるとみえるのである(14)。

彼は、怒りという経験を意識していないか、意識していたとしても怒りを他人にコミュニケートしたくないのか、あるいは何らかの理由でコミュニケートできないのか、どちらかである。つまり自己不一致の状態にあるのか、他人とのコミュニケーションがうまく一致していないのか、どちらかなのだ。

こういった不一致の状態から一致の状態へと導いていくことがカウンセリングの目標ということになる。

教師と生徒が相互信頼の関係、共感的な関係にあるということは、教師も生徒も自己一致しており、しかもその感情・気持ち・考えをありのままに伝えあい、そのまま受け止めあっているという関係にあるということである。

この不一致・一致というモデルは様々な形で反復されている。例えば、先ほどの『フォール報告』でも、バラバラに引き裂かれたパーソナリティーから統合された「完全な人間」へという言い方で表現されている。あるいは、「神経症」の人は、自分の欲求が抑圧されてしまう関係の中でもコミュニケーションをたもとうとするあまり、自分自身とのコミュニケーションを不一致においやってしまうといった言い方もよくなされる。

特にカウンセリング的教育をとなえる言説の中では、自己一致、不一致といった言葉が繰り返し登場する。

では、自己一致・コミュニケーションの一致というモデルはどこからくるのだろうか。一致がのぞましいという発想法はどこに由来するのだろうか。

これはロジャースの言語の捉え方に由来するといえるだろう。ロジャースにとって、言語は個人の意図や感情を表現する道具にすぎない。クライエントの言葉はクライエントの感情や気持ちを伝えるものであり、

それを受け取るカウンセラーもこの言葉が伝えるクライエントの感情をきちんと受け止めようとする。そしてクライエントに「ちゃんと受け止めましたよ」と伝えていく。これは、ある感情や意図をもった人間がメッセージを伝え、それを受け取った人間がまた自分の気持ち・意図を伝えるといったメッセージのキャッチボールである。こういった視点にとって、言葉は意図・感情を伝えるメッセージにすぎず、表現の道具でしかない。しかも、きちんと使っていれば、言葉はお互いの意図・感情を正確に伝えることができるのだという前提にたっている。自分が経験したことをはっきりと意識し、それを言葉で正確に伝える、そういう一致の関係が成り立つと考えているのだ。

しかし、言葉は自分自身を正確に伝えることのできる道具なのだろうか。ウィトゲンシュタインは言う。

「わたしは言いたい、あなたは、ひとが誰かに何かを伝達できるということを、あまりにも自明なことと見なしすぎている。すなわち、われわれはあまりにも話すことによる伝達、会話による伝達に慣れすぎているから、伝達の全眼目が、わたしの意装―何か心的なもの―を他人が把握し、いわばそれを自分の精神の中へ拾いあげるように、われわれには思える」(15)

私が誰かに話をしようとする時、常にある種の意図・気持ちを伝えようとして話すのだろうか。確かに、周到な準備をして「これなら伝わるに違いない」と思って話す時もある。しかし多くの場合、相手が話した言葉に即座に反応し、それにつなげて話していくのであり、明確な意図・気持ちをもって話しているわけではない。思わずこう言ってしまった、ということすらあるのだ。

対話は互いの意図を伝えあう透明なものではない。非常に曖昧なものをひきずりながら、反応していくものである。あるいは曖昧な部分がありながらも相手の言葉につなげていかざるをえないものである。

例えば、「ぼくはあなたの家に行けるよ」と相手が言ったとする。その言葉は、（1）「行くことができるよ」と、能力を強調しているのか、（2）「暇があるよ」と言っているのか、（3）「あなたの家の場所を知っているよ」という意味なのか、（4）「あなたの家に行きたいな」と言おうとしているのか、あるいは（5）「家においでよ」と言ってもらいたいのか、その他ものすごく多様な意味をもっている。にもかかわらず、私はその言葉につなげていかなければならない（注16）。（1）と解釈して、「君の車はなおったの？」と聞くこともできるし、（2）と見て、「いや、君はいそがしいのではないの」と言ったり、（4）と見て、「本当かい？」（本当にそうしたいの？）とつなげることもできる。あるいは黙って無視することもできる。はっきりと相手の意味が分からなかったとしても、いずれにしろ反応せざるをえないのだ。

対話の相手が黙っていたとしても反応せざるをえないこともある。例えば、カウンセラーが一分あるいは二分と沈黙していた時、その沈黙に耐えられず、「クライエント」は話をつなげていく。

このように、言葉は言葉に反応して起こってくる。しかも曖昧さの中で反応してくるということは、機械的な反応ではなく、偶然的な要素をもった反応である。そういう意味ではまるで出来事のように言葉が反応してくるのだ。

リオタールはこのへんのところを言葉の出来事性という言葉で捉えている。「要するに、出来事がある。すでに生起したことと同じではない何事かが生起する」(17)

そのように偶然的で出来事的な反応であったとしても、言葉をつなげなければならないようにしむけられるということは、相手の言葉に拘束されているということである。単に次に反応する自分の言葉の方向性が拘束されるということだけではなく、欲求のレベル、感情のレベルでも影響を受けることもある。「あなたの家に行けるよ」という言葉が好きな人の言葉だとしたら、ドキドキしながら反応することになる。欲求・感情を触発され、誘惑されるのである。またその反応した自分の言葉によって自分自身の感情も左右されてくる。

また、言葉をつなげる時は、当然ある種のルールを守り、ある種の場面設定を行っていく。「あなたの家

に行けるよ」という生徒の言葉に、先生が「今度、遊びにおいでよ」とつなげた時、教師－生徒の会話にみられるやりとり・言語ゲームのある種のルールを守っている。（年下の者への言い方、教師が「今度は、君の家に遊びに行きたい」とは言えない、等など）また、スクールカウンセラーが、「家に行けるんだけどな、と思っているんですね」と続けた時も、ある種のルールに基づいているのだ。

これは討論なのか、相談なのか、恋愛の言葉のやりとりなのか、はっきりしない時でも、お互いのやりとりが続く中で、ある種の場面設定をつくっていき、そこでのルールにのっとった対話が行われていく。「恋愛って、どう思います？」という相手の言葉を、討論の言葉とみて、「サルトルは‥‥と言っているが‥‥」とつなげるか、愛を打ち明けているとみて、「僕も‥‥」とつなげるか、あるいは、相談をもちかけているとみて、「うーん、恋愛についていろいろ聞いてみたいと思っているんだね」とつなげるか、それによってその後の展開はまったくちがってくる。反応のやりとりによってどういう場面なのかが設定されてくるのだ。

そのようなやりとりの中でおこなわれる言語行為は、話し手のはっきりとした意図・気持ちによってつらぬかれているとはいえないだろう。逆に、言葉のやりとりによって意図が規定され、やりとりの中から意図が見えて来ると言った方がいい。

ウィトゲンシュタインはこのような言語行為のやりとりを言語ゲームという形で説明する。例えば、サッカーのゲームはルールを守ることによって成立する。その中で、チームメートがライン際を走っていく時、即座に自分はゴールに向かって走っていく。これはトレーニングに基づき、チームメートの意図を読み取って反応した行為であるのだが、その意図はゲームのルール、ボールのありか、敵の動き、味方の反応、等などのからみの中ではじめて浮かび上がってくるものである。

それと同じで、言説もまた、カウンセリングというゲームをやっているのか、あるいは討論というゲームなのか、恋愛のゲームなのか、更にそのゲームの中で相手はどう反応したのか、等などのからみあいの中ではじめてその意図・気持ちが規定され、浮かび上がってくるのだ。

こう考えてくると、あらかじめ意図・気持ちをもった人間を設定し、その意図を言葉で伝え、相手もまたその意図・気持ちを理解し、自分の気持ちを伝えるとするのは、非常に抽象的な設定であると言わざるをえない。意図・気持ちが伝わったかどうか、自分の気持ちをきちんと意識し（自己一致）、相手にコミュニケートしているかという面だけをみるというのは、言葉の具体的な動きを無視しているとしか思えないのだ。

言葉は単なる伝達の道具ではない。言語行為は欲求や感情のレベルでも相手を拘束し、触発し、誘惑する。話している本人さえをも拘束し、触発し、今までとは違ったところへ動かしていくのである。

言語行為が相手を拘束し、誘惑するといった側面をみていけば、言語行為のやりとりの中に拘束－被拘束の関係、支配－被支配の関係がふくまれてくるといったことも見えてくる。相手に従ったり、命令するといった権力の関係や、あるいは相手にをある方向に誘導されたり、それに抵抗したりといったいわば政治ともいえるような問題もまた、言葉のやりとりという具体的な場面を通して考えていけるのである。

言葉を単なる伝達の道具とみて、自分のメッセージが相手に伝わり、了解されたかという側面しかみない時、そこで行われている権力や政治にかかわる複雑なことがらもまた見おとしていくのだ。

さて、お互いに自己一致していく関係、あるいは共感的な関係とはどういう関係なのだろうか。カウンセリングという共感的な関係の中で「クライエント」が語る言説はどういうものだろうか。「クライエント」は一人で話しているようにみえるが、けっしてモノローグではない。カウンセラーの受容・理解の中で、自分のことを模索しながら語っているようにみえるが、けっして一人だけの内面吐露ではない。あらかじめ自分の気持ちがあって、それを正確にカウンセラーという聞き手に伝えようとしているのでもない。これはあくま

でカウンセラーとのやりとりというゲームの中での言説なのだ。カウンセラーの言語行為に反応した言説である。

前号でみたように、カウンセラーの言語行為はある方向性をもっている。つまり、「自己」という問題設定をクライエントの言説の中に持ち込むという方向性である。前回あげた例でいうと、生徒をまったく信用せず、「カンニングをしたのではないか」と疑うことしかしない先生への疑問、不満を訴えていた生徒の言説が、カウンセリングをへることによって、生徒自身の問題、「自分」のわがままさを指摘する言説へと変化していく(18)。カウンセリングの言語行為は、「自己」という問題設定の中で言説を展開させていくようクライエントを導く戦略をもっているのである。カウンセリングの過程は、互いに共感し、理解しあうという面をもつと同時に（“互いに”というのはおかしいかもしれないが）、カウンセラー・生徒の力関係を固定し（自分を表現する者と聞く者の固定）、生徒の言説の中に「自己」という問題を設定し、学校や家族に対して問題を立てるよりも、まず「自分」を問題とするよう導くという方向性、政治性を担っているのだ。

このようなカウンセリングを学校に持込み、カウンセリング的教育を行うということは、前回述べたように(19)、管理的教育を一掃することにはならず、むしろそれをおおい隠す役割を果してしまうのだが、それだけではなく、カウンセリング特有の方向性・政治性を持ち込むことになる。つまり生徒の「自己」を問題化するという方向性を持ち込むことであり、「自己」を教育するという視点を持ち込むことである。

相互信頼の関係、共感的関係を打ち立てるということと「自己一致」を求めるということ、あるいは自己実現を求めることは対のものである。ハーバーマスは、相互信頼のコミュニケーションが保たれるためには、お互いが誠実であることが条件となるという。誠実性という基準が問題になってくると言う。

相手の言葉・メッセージが相手の本心を伝えているという前提に立たなければ、互いに信頼することはないし、互いに理解しあうこともない。「話し手が自分自身をも、そして他人をも欺いていなければ、彼の発言は誠実である」(20)

しかし、互いに誠実性を要求するということは、話したこと、あるいはその結果起こったことに責任をもつということでもある。

「誠実な話し手は、自分の発話行為が真面目であるという暗黙裡に合意された条件でもって自らが引き受けた帰結に対して責任をもつ、という義務を負う」(21)

つまり、話したことが生み出す結果に対して責任を負うという義務まで要求されることになる。

これは民主主義という理念の下では当然であるようにもみえる。しかし、教師－生徒という対等でないような関係の中に相互信頼のコミュニケーションをおいた時、もっぱら「自己」について話させられ、話したことに責任をとるようせまられるのは生徒である。生涯学習、カウンセリング的教育において相互理解・相互信頼が強調され、自己教育がさかんに求められる状況においては、生徒が自分を引き受け、自分を理解し、自己を実現することは義務となってくるのである。

以上、カウンセリング的教育が持ち込む相互信頼という関係について検討してきたのだが、その関係は、より具体的に検討していくと、ある種の方向性・政治性をもっているということがわかる。民主的であるとか、反管理的であるといった表面的なイメージにとらわれ、安易に期待していくのではなく、そのイメージの下に何が行われて行くのか、それを見つめていくことこそ重要なのだ。では、なぜそのような方向性・政治性が求められているのか、あるいはその方向性は教育にどのような変質をせまるのか、次に考えていきたい。（つづく）

[注]

(1)『社会臨床雑誌』創刊号、72頁から80頁。

(2)文部省生徒指導資料第15集『学校における教育相談の考え方・進め方』　4頁
(3)同上　7頁
(4)『現代のエスプリ』1979年9月号　「完全な人間を求めて」　36頁
(5)同上　37頁
(6)同上　41頁
(7)文部省生徒指導資料第20集『生活体験や人間関係を豊かなものとする生徒指導』　16頁
(8)『心理臨床大辞典』　培風館　1135頁
(9)同上　1135頁
(10)同上　1135頁
(11)村山正治　『カウンセリングと教育』　ナカニシヤ出版　15頁
(12)文部省生徒指導資料第20集
(13)「対人関係の一般法則についての試案」　ロジャース全集6『人間関係論』　岩崎学術出版社　206頁
(14)拙文「学校カウンセリングの問題設定と教育的コミュニケーションⅣ」（『臨床心理学研究』,Vol29, No1）に詳しい。
(15)ウィトゲンシュタイン全集8『哲学探求』　大修館　1部363節
(16)リオタール　『文の抗争』　法政大学出版局　140節
(17)同上　132節
(18)「自己教育力とカウンセリングⅠ」（『社会臨床雑誌』創刊号）参照。
(19)同上　78頁から80頁。
(20)『ハーバーマス＝ルーマン論争　批判理論と社会システム論』　木鐸社　158頁
(21)同上　158頁

「臨床家の知」と「臨床の知」の思索

矢野泉（東京大学大学院）

はじめに

未熟児として誕生した私は、虚弱児と言われながら大人になった。原因不明の発熱や嘔吐を繰り返し、陰鬱に鬱ぎ込みがちだった私は、小児科の医師や児童心理の臨床家のところを連れ廻された。5歳の頃には、右膝の皮膚の色素が抜けて白と黄桃色の斑ができた。皮膚科巡りをした結果、ストレス性の白斑（＝白斑症）と診断された。9・10歳になると不眠がちとなり、日々疲れて過ごすことが以前よりおおくなった。食べない、眠れない、という状態が続き、私は結核を病んだ。

大人になってからは、さすがに丈夫になったが、それでも、肝臓と腎臓を同時に病み、危なかったこともあった。私は、病んでいるときはいつも、病みながら自分が楽になっていく手立てをあれこれ考え出そうとする。

その営みにおいて得られる手立てを、臨床の知と呼べないだろうか。私は、以下の原風景に基づいて、病みながら自分と社会を楽にする手立てを～臨床の知～として探求していきたい。ただし、本稿では、自分と外の世界との関係を「社会」として考える。

Ⅰ－Ⅰ　原風景（1）

―Tさんとの出会い―

私は中学から高校にかけての6年間カトリック修道院の付属寄宿学校で過ごした。病むことがしばしばあり、病いから逃れるのではなく、病みながら楽になる術を探していた私には、学科の授業はさておき、病んだり悩んだり考えたり行動したりする余暇が溢れていたその学校が、魅力的なものに思われた。

学校のあるS市に隣接するG市には、ハンセン病の療養所があった。その療養所は、私の学校の何代か前の校長が働き生涯最期の時を過ごしたホームである。その縁で、週に1回あるいは学校の創立祭の時に、学校の生徒が療養所を訪ねて、歓談したり雑用を手伝ったりするようになった。療養所は、もともと、地域社会から排除されたハンセン病患者のために開かれたものであったが、私が訪ねた頃には、ハンセン病を病んでいる人はひとりもいなかった。皆全快していたのだが家族や地域から帰宅や受け入れを拒まれ、やむなく療養所を住み家としていた。病気が治癒すれば、病院や療養所から家に帰れるものと思われるだろうが、長い間差別と偏見に曝されてきたハンセン病の場合には、患者さんが治癒していても、家族や地域の方が受け入れを拒否することがままあったのである。

私が通された部屋には、4床ほどのベッドが置かれていて、高齢の男性達が臥しておられた。ハンセン病そのものは癒えていても、彼らは病んでいた時に得た後遺症によって、身体の自由が利かなくなっていた。私は何人かの子供と共にTさんのベッドを囲むようにして立ち、ベッドの上に半身を起こして座ったTさんの回想に聴き入った。

Tさんは小一時間かけて、療養所に来る前の暮らしや家族のこと、発病した時のこと、家族や親しい知人との関わりの変化、差別、排除、社会から強制された入院、療養所での毎日、病いの進行と身体の形態的な変化、心身の痛み、失明、傷跡に慣れること、療養の甲斐あって奇跡的に全快した時の喜び、家族に全快と帰宅を告げて、「そのまま療養所で死んで欲しかった。どうか帰宅しないで。」と懇願された時の絶望、死に

たいと思ったこと、信仰のこと、溶けた眼球の代わりに開かれた心眼で、見たり感じたりできるようになったこと、自分の孫のような年頃の子供達と話をする楽しみなどを詳しく話してくれた。

私は、Tさんの容貌‥‥溶けて失われた手足や崩れた耳、変色した肩、碧い義眼と、Tさんの生活史の厚みに圧倒されて、自分からどうTさんに話しかければいいかわからなかった。他の子供の顔を見ると、彼女達は黙って神妙な表情で聴いている。私は、ひとつ、Tさんが失明してから得た心眼について質問してみたかったが、他の子達から「変な子」と責め立てられるような気がしてやめた。療養所で働く職員の「あまり長くなるとTさんが疲れるから、そろそろお暇しましょう。」という声でようやくTさんに別れを告げた。

Ⅰ－Ⅱ　原風景（2）
― tさんからの異義申し立て ―

tさんは、古希をとうに過ぎたTさんに比べるとずっと若い、38歳だった。tさんとは療養所の食堂を利用した懇親会会場で出会った。後遺症が比較的軽度で、自分で歩けたり車椅子に乗れる人はたいてい、私達が歌ううまくもない歌に静かに付き合ってくれたが、ひとりだけ憮然として私達に背を向けて、窓の外の風景に見入っていた男性がいた。それがtさんである。Tさんとtさんは共に「T」という姓であったが、ここでは、2人が同一人物ではないことを示すために、Tとtとして呼び分ける。

歌の後で、お茶とお菓子が出た。私はtさんの傍らに行き、窓の外の何を見ているのか尋ねた。tさんは怒った顔を向けて、「君達の訪問は僕にとっては迷惑だ。」と吐き捨てた。「僕の身体はもうよくなったんだ。他の人と同じように普通に生活できるのに、昔「らい」だったというだけで、ここから出られない。君達には、いろいろな将来があるだろう？　でも、僕にはないんだ。僕の場合は、この療養所で年を取って、死ぬのを待つしかない。僕達だけの生活なら、それを忘れていることもできるけど、時折り、君達のような若く将来ある子供達が、僕が触れることのできない外の世界を見せにやってくるから、忘れることすらできない。君達には来て欲しくなかったし、これからも来てほしくない。」とtさんからの異義申し立ては続いた。

tさんと私のやりとりを聞いていた寮母のひとりは、取りなすように、「あなた、気にしないのよ。tさんはここではいつもああなんだから。」と言った。私は寮母さんにtさんの病歴を尋ねてみた。tさんは、ごく幼い頃発病して療養所に連れてこられた。発病の発見が早く、症状も極めて軽度だったこともあり、何の後遺症も残すことなく全快した。しかし、tさんの苦痛は、むしろ病が癒えてから始まったのである。Tさん同様、家族から義絶されており、幼い頃から療養所で育ったために、療養所の窓越しに外の世界を眺めて想像することはできても、実際に、療養所から外の世界へ飛び出すことはできなかった。寮母さんはTさんとtさんとを比較して、「tさんはTさんのような信仰を持っていないから。信仰を持てさえすればねえ‥‥。」と評したが、私は、しかし、Tさんが心の拠り所としているような超越的な実在の有無が、Tさんとtさんの生きる姿勢の違いを生み出しているとは考えなかった。

Tさんの心眼が開かれたのは、Tさんが信仰を得てからだと言う。「回心」という言葉で、「人間が超越的な実在と出会うことによって、気持ちの持ち方が未来志向的なものへ劇的に転換すること」を表現する場合があるが、Tさんの心眼が開かれるプロセスにも、回心の体験が在ったのだろうか。同じくハンセン病の療養所「長島愛生園」で診療活動に従事し、患者さんが生きがいを創造していくプロセスを観察し記述した神谷美恵子は、回心の体験⇔生きがいの創造と捉え、そのプロセスを“生命拡充の営み”(1)と名付けた。神谷によれば、「生命拡充の営み」は、「特異な直観性」「究極的な何者かと直接触れたとでも形容すべき感覚」「歓喜高揚感」「表現の困難性」「深い平和と調和の感情」を特徴とする(2)。「生命拡充の営み」のなかで、人間は“自己に関煩うことを止め、価値の転倒を起こし、諸々の限界を超えた無限のもの”(3)

を把握する。神谷は心眼についても触れている。“変革体験が急激にあらわれるときには、しばしば、光の体験を伴う。単なる抽象的な意味での光明ではなく、実際に、視覚体験としてあらわれる”(4)。奇跡的な絵空事として神谷の観察を退けることは容易い。神谷の観察やTさんの心眼が開かれるプロセスは、解りやすく表現できない程の瞬間的な持続性しか持ち得ない。神谷によれば、このプロセスは瞬間的な持続性しかもたないが、生涯では何度もそうした瞬間が生まれるのである。“生きがいを奪われたことのある人々、例えば、癩であった人々、何らかの障害を持つことによって、世の中からはじきだされた人々は、もはや、常識的な社会的評価に重きを置かず、ものの本質を探り、考え、学び、理解する喜び”(5)を創りだすことができる。ここで、私は、神谷の患者さんには、物心つく前に療養所にやってきて全快したtさんのような人が含まれていたのか、という疑問に突き当たる。Tさんの場合は、神谷の患者さん達同様、療養所に来る前に、「世の中」に自分の生活世界を持っており、そこから「はじきだされた」わけだが、tさんの場合には、自分の生活世界がそもそも「世の中」にはなく、療養所の中に築いた生活世界にすら安住することが許されず、「世の中」から度々やって来る闖入者（例えば、職員や寮母や子供達）によって、療養所の中の生活世界から「はじきだされ」るのである。tさんは、しかも、療養所に来る前に、実感として「世の中」から「はじきだされ」ていたのではない。また、tさんは、かつて、「世の中」で「常識的な社会的評価」基準を持っていたわけでもない。tさんは、神谷の患者さんやTさんとは、全く別の社会的次元に生きていると考えられるべきなのである。

tさんからの異義申し立てのお陰で、療養所の限られた居住空間を共にしていても生きる姿勢には違いが生じ、それが、基盤とする生活世界の次元が異なることに由来することがわかった。

Ⅱ　「受苦」から「享楽」へ

Tさんの回想の最中に、Tさんが最も苦しそうな表情をしたのは、「そのまま療養所で死んで欲しかった。どうか帰宅しないで。」と家族から懇願されて絶望と死を想起した時である。しかし、Tさんは次の瞬間、究極的な何者かと直接触れたとでも形容すべき、深い喜びと平和に満ちた姿勢を取っていた。そして、Tさんは信仰と心眼について語りはじめたのである。Tさんは、過去から現在の体験をすべて生きなおした。とりわけ、家族とのアイデンティティを失うことによって得た「受苦」から、信仰と心眼とを得た「享楽」へと移っていく瞬間など、それぞれのプロセスに相応しい姿勢や表情を再現することを通して、心身の後遺症を病みながら、自分が楽になっていく、Tさんならではの手立てを、私に示したのである。

一方、tさんは、Tさんとは基盤とする生活世界の次元を異にしていたため、生きる姿勢は異なっていたが、Tさんが見せたものとは違ったかたちで、「受苦」と「享楽」との間を行き来した。職員や寮母、学校の生徒達‥‥外からの闖入者らに「お慰め」され、「病者」としてアイデンティファイされた時、tさんの表情は怒りで歪んだ。逆に、tさんが和やかで幸福そうな顔をしていたのは、異義申し立てをしていた時ではなく、「病者」として「お慰め」されはじめた時に、それを全く無視して、ひとり背を向けて、療養所の窓から外の世界を眺めた時である。たとえ、病んでいなくとも、他者から、病んでいるかのように慰められれば、病むことを経験している人は、誰でも感覚的に、病んでいる状態に引き戻されていくだろう。tさんは、私達にラベリングされた病みを、苦しみとして受けとめたが、私達のラベリングに背を向けて、外の世界を眺めて、私達、外からの闖入者ではなく、tさんが関わることのできる外の世界にアイデンティファイすることによって、楽になり、病むことからも解き放たれていった。

Ⅲ　臨床の知を求めて

現在、大学院生として私は、老いと人間形成との関

係について文献研究を進めている。私が老いと人間形成との関係の究明に関心をそそられるのは、自分自身どこか病みがちな生い立ちをし、また、学校と関わりの深かったハンセン病の療養所や寄宿していた施設で暮らす人達とのやりとりを通して、病むことの「受苦」から楽になる手立てを、「成長」ではなく、「老い」の知恵として受けとめてきたからに他ならない。所属している教室との因縁で、形式的には成人教育学者の卵となっているが、成人教育の分野に関する知識が増えれば増えるほど、自分が本来やりたいと感じていたこととは隔たりが大きくなってしまうのである。

老いと人間形成の研究は、エイジング研究(6)においてもなされてきたが、最近のエイジング研究では、多変量解析などを駆使したサーベイが主流をなしており、老いの個別のプロセスを質的に明らかにしようとするフィールドワークのようなものは僅かでしかない。それは、質的研究に研究者達の関心がいっこうに向かわないということでは必ずしもなくて、質的研究に適したアプローチが、いまだに見いだされていないからなのであろう。

私は、臨床の知は、サーベイを以てしては捉えられないと考えるが、しかし、サーベイを用いる研究者のなかには、サーベイの結果を臨床の知として考えるものもいる。臨床の知の定義をめぐって、中村雄二郎や山下恒男の考察がでているので、それらを参考にしながら、臨床の知についての考察を深めたい。

中村の考える臨床の知とは、近代主義的な知に対抗する、“＜固有世界＞＜事物の多義性＞＜身体性をそなえた行為＞”(7)を構成原理として、“個々の場所や時間のなかで、対象の多義性を十分に考慮に入れながら、それとの交流のなかで事象を捉える方法で”(8)である。中村によれば、臨床の知は、臨床医など臨床の専門家が、病める人の状態に全身的に関わり、その状態の原因を経験的に取りのぞくことで、病める人の治癒を援助することだと言える。

しかし、山下は、「臨床」ということば自体に、中村が乗り越えようとした近代主義的な視点が潜んでいるとし、臨床の知を、“専門家に＜臨床関係＞を取り結ぶためのテクニック”(9)だと批判した。たしかに、臨床医や心理臨床の専門家のみが、「臨床家」と崇められ、付き添い婦、看護婦、家族、近親者、親しい友人達は、同じように病床に臨んでいても、そうは呼ばれない。差別・被差別の関係の生成に敏感な山下だからこそ、臨床の知と呼ばれるもののなかに、臨床家の持つ特権的な匂いを嗅ぎ取れたのだろう。同時に、山下は、差別・被差別の関係を生まない臨床も必ず存在すると示唆しており、例えば、それを、専門家のしのぎとは相容れない“地域ネットワークのようなもの”(10)に見る。

中村に対する山下の批判には、頷けるものがある。しかし、専門家の臨床知に潜む特権性の糾弾も必要かもしれないが、むしろ、地域ネットワークが持つ、専門家のしのぎとは別の臨床の知の可能性や問題性を論じていった方が、私のような病みがちな人間にとっては、発展性のある有り難い議論となったように思われる。というのも、山下が批判するような臨床医や心理臨床の専門家は、付き添い婦や看護婦、家族に比べて、病者と日常的に深い関わりを持つわけではない。病者の普段の生活のなかでは、専門家は、それほど頼りにはならないし、あてにもされない、どうでもいいような存在ではないか。専門家ではない人々が、“自分の内にある‘病い’を自覚すること”(11)を問うことから始まるような臨床の知に、山下はなぜ、それほど触れることもなく論を閉じたのだろうか。私は、むしろ“（1）「する側－される側」という関係構造の認識から出発して、なおそれを相対化させるような‘病い’観、‘教育’観、等の問い直し、（2）さまざまな社会的問題に＜当事者＞として介入すること、（3）固定的でない＜癒し―癒される＞関係を模索し、その社会的条件を追究すること”(12)を提案した山下のポジティヴィティに惹かれる。ポジティヴな視点に立たなければ、おそらく、「臨床の知」ならぬ「臨床家の知」に無意識のうちに流されてしまうだろう。「臨床家の知」は、病床に臨んで“＜される側＞の無力性、受け身性だけが強調される”(13)きらいがあるが、＜される側＞の無力性、受け身性を前提としているのは、果

たして臨床家だけだと言い切れるだろうか。

Ⅳ　臨床の知と差別の問題

私は、病みながら自分が社会が楽になっていく手立てを考えだすことこそ臨床の知だと思う。

しかし、その手立てが創りだされるプロセスに、山下が懸念するような差別・被差別の問題がないかと問われれば、私は、在ると答えるだろう。しかし、そのプロセスが臨床の知となるか、あるいは、「臨床家の知」となるかは、差別・被差別の問題が、当事者に自覚されているのかどうかによる。

子供の頃に療養所でTさん達と出会ったことが、大学院生としての現在の私の研究活動を進める上での原風景となっているのは、私がTさん達と出会いを日常的なものにしなかったからである。あの時、臨床の知を創りだしていたのは、Tさんとtさんであって、私ではなかった。私は、ただ、そのプロセスに立ち会っていただけである。私は、子供ながらも明らかに、ハンセン病患者、もしくはハンセン病のせいで後遺症を持つ人々に対する差別感を持っていた。

特別養護老人ホームだとか障害者の寄宿学校だとか作業所だとか幼稚園とか、他にも学校と関わりの深かった訪問先はあったのに、ハンセン病の療養所を選んだのは、「滅多に会えないような人達に会ってみたい。」とか、「訪問先に選んだところで、適当に話を聴いたり歓談するくらいで、大した作業は手伝わされないだろう。余所へ行って掃除でもやらされるよりずっと楽かもしれない。（私の学校では「福祉活動」をカリキュラムのなかに取り入れていたので、どうしてもどこかへ行って働いて来なければならなかった。）」と、考えたためであった。私は、珍しい貴重な蝶のコレクションでも見学するような気分で、Tさん達に会いに行った。

Tさん達にお会いする際に、寮母さんから「心得」を聴かされた。そのなかには、「この療養所には、全快している患者さんしかおりません。したがって、皆さんに感染することは全くありません。ただし、療養所の壁や手摺りなどにはなるべく触れないようにしてください。」という説明もあった。感染することが全くないなら、なぜ、壁や手摺りに触れるとまずいと言ったのか……。私は、自分の差別感に半ばうしろめたさを感じていたが、日頃からTさん達と向き合う寮母さんの意識にも、同じような感覚があるのがわかって、うしろめたさが緩和されたような気がした。Tさんのベッド・サイドに立って話を聴いている時も、私は、自分の差別感についてこんなふうに思っていた。「Tさんは生きているのに、神妙な面持ちでTさんを取り囲んでうなだれている。Tさんを、まるで亡骸のように見下ろしている私達……。」ばれやしないかとひやひやしていたが、tさんの異義申し立てを受けて（tさんは「差別」ということばを使わなかったが……。）、やっぱり、見抜かれた、と思ったものである。私は、tさんに見抜かれて、「見学者として再びここを訪れてはならない。」と感じた。いくら、「してはいけないはずの差別をしてしまった」ことに罪の意識を持ったからといっても、見学するためにtさんと会えば、再び、「眼ざす者－眼ざされる者」＝「差別者－被差別者」の関係に填まっただろうから……。

しかし、tさんの前から逃げだして、現在私がなにをしているかと言えば、研究者＝「眼ざす者」としての訓練を積んでいるのである。しかも、その訓練の過程で、「眼ざされる者」の臨床の知をTさんとtさんに「見て」いる。「眼ざす」ことへ私を向かわせるものは、「眼ざす」ことから得られる快楽と、「眼ざす者」＝「差別者」として自分が「眼ざされる」可能性があるということへの安堵感である。

研究者のなかには、「臨床」という言い方を、“他者理解という観点から‘見て’適当でない差別的な言葉”であり、“他者を物化”(14)する、と捉えた上で、「他者理解」ということばを使うことが「眼ざす者」＝「差別者」にならない方途だと考える者もいる。しかし、「他者を理解する」ということは、いかにソフトな共同作業的なかたちをとっていても、とりもなおさず、他者から何らかの意味を収奪しつつ、別の意味を創りだしていくプロセスなのである。意味を収奪

するというプロセスは、「眼ざし」を介さずには生成しない。結局、どのような言い方を取ってみたところで、研究者や臨床家から、「眼ざす者」＝「差別者」としての自分は消えない。もっとも、「眼ざし」自体に差別性が含まれているのであるから、研究者や臨床家でなくとも、「眼ざす者」はすべて「差別者」になりうると言うべきだろう。

では、「眼ざす者－眼ざされる者」の関係に填まらない臨床の知はあるのか。

例えば、“差別支配の論理をガッチリと支えているのは、ほかならぬ大多数の民衆＝共同体”(15)だとすれば、山下の提案にあるように、何としても、せめて、“多数派を目指さ”ず、また、「差別支配の論理」に繋ぎ留められないためにも、“変に「現実的」にな”(16)らないように気をつけてみることだ。私とTさんとのことで言えば、まわりの子供達の行動に合わせる必要が果たして本当にあっただろうかということである。あの時、「変な子」と非難されることを覚悟してでも、Tさんに「心眼」についての質問をぶつけてみたら、Tさんと私との間の、「眼ざす者－眼ざされる者」の関係の質が変化したことだろう。栗原彬が言うように、Tさんと私との間で、“共同的、相互的な関係が成り立つことによって、癒されていく関係”(17)が創られていたかもしれない。

三宅一志は、私達のなかの「内なる差別意識」について次のように述べている。

“共同体の一人一人が、自らの差別者性を自覚し、差別を自分自身の問題として考えることが、差別解消の第一歩になるのである。それは、単に、被差別者を解放するだけではない。共同体を牛耳る支配者の論理に、無批判に従属する非自立的で貧しい人生から解放され、一個の主体的人間としての自己を取り戻すきっかけにもなり得るだろう。さらには、現代社会の病根を見つめる眼をも養っていくであろう。施設への単なる‘善意’の慰問、寄付は社会の差別構造すなわち強－弱関係を固定化させるだけの偽善的な行為と知らねばなるまい。”(18)

病んでいる己れの病床に臨む病みがちな私が、「病んでいる己れ」を、というよりは、むしろ、「病んでいる」という「こと」を眼ざし、その「こと」のなかの「現代社会の病根」まで眼ざせるようになれば、病みながら自分と社会を楽にする手立て～臨床の知～を創りだすことも可能だろう。

おわりに

臨床の知を創りだす条件として、私は、“自分の内にある‘病い’を自覚すること”(19)と病みながら苦痛ではなくて快楽を志向することをあげたい。快楽を志向することのなかには、ものぐさであることも含まれる。臨床の知は、世間から“<社会>的に有意義なこと”(20)だと考えられているものとは、別の次元に属すのである。

[註]

(1)神谷美恵子　「神谷美恵子著作集1 ―生きがいについて―」みすず書房　1980　p.242

(2)同書　p.243

(3)同書　p.244

(4)同書　p.245

(5)同書　p.255

(6)エイジング（aging, ageing／加齢、老化、高齢化、熟成、時間効果‥‥）は、人間の死に至るまでの生長や変化のプロセスをポジティヴに捉えるために使われはじめた概念。人間は、生涯にわたって、より高次の段階に向って発展すると考える生涯発達とは異なるものとして考えられてきた。エイジングは、概して、心理学では、人間の生長過程における規則的な変化、社会科学では、年齢規範や社会的時間表との関連で論じられる。エイジング研究は、医学、生物学、心理学、社会学、社会工学、教育学などさまざまの領域の知識や方法を導入して、人間の老いを総合的に究明するものである。

(7)中村雄二郎　「臨床の知とは何か」　岩波書店（岩

波新書） 1992 p.9
(8)同書 同頁
(9)山下恒男 「『社会臨床』に仮託するもの」 『社会臨床雑誌』第1巻第1号 1993 p.11
(10)同論文 同頁
(11)同論文 p.10
(12)同論文 p.11
(13)同論文 p.10
(14)同論文 p.6
(15)三宅一志 『差別者のボクに捧げる！ライ病者たちの苦闘の記録・増補版』 晩聲社 1991 p.288
(16)前掲論文(9) p.11
(17)栗原彬・篠原睦治 「<対談>近代社会の『共生』を探る」 『臨床心理学研究』第29巻第2号 1988 p.55
(18)前掲書(15) p.289
(19)前掲論文(9) p.10
(20)前掲論文(9) p.11

「『される』側に学び、『される』側と共に」とは
―日本臨床心理学会改革20年をふりかえる（その1）―

篠原睦治（和光大学）

日臨心学会改革路線の敗退と終焉

1991年12月1日、この日、第27回日本臨床心理学会総会は、重大な決断をした。臨床心理士の国家資格認定業務を開始したいので、日臨心学会もその準備に協力してほしいという厚生省の意向に関して、「協力」の線を出したのだ。

これは、精神医療改革派と言われてきた精神科医達がリーダーシップを取る、精神医療従事者団体懇談会に関わっていた手林佳正学会運営委員が、彼らから話しかけられて、前年の第26回総会以後の運営委員会に持ち込んできた話なのだが、日臨心も「資格に反対でなく、病院勤務者で、良識的な人」を（厚生省設置の）臨床心理士業務資格制度検討会に送らないか、ということだった。

その後、この問題をめぐって、運営委員会は、激しいやり取りをし、その結論は二転三転した。ぼくは、当時、運営委員長だったが、ひとつのやり方として、その議論の内容と経過を会員に丁寧に繰り返して公開して、次回総会で、全体としての会員の意思を問うところに持っていくことにした。もともと、ぼくは、「認定業務」に協力することに反対だった。運営委員会では、反対する者が多数派だったが、手林運営委員等は、運営委員会内に設置した資格認定問題検討委員会を拠点に、着々と協力する方向で動いていた。

こうして、第27回総会は、まとまった運営委員会見解を出せないまま、篠原運営委員等案と手林運営委員等案の採決となった。結果は、彼らの案が通って、ぼくらの案が否決された。彼らが勝ったのは、委任状と当日入会した会員のせいだった。いずれも合法だから、そのことで、文句を付けるつもりはないが、思うに、この熱心なオルグ戦術は、国家と「現場」の要請に対する、彼らの責任と使命感がしからしむるところだった。

ぼくは、この日が日臨心学会改革活動の敗退と終焉のときだと思っている。もちろん、彼らが、この言葉に納得しないことを十分に承知している。彼らは、この間の議論の中で、この事態を学会改革路線の現実的修正とその継承、展開と言っていた。しかし、あの日までの20年間の日臨心の歴史を振り返るなら、あの日の決定は、「学会改革路線の敗退と終焉」と呼ぶほうがだれにも分かりやすい(1)。

なぜ「学会改革20年」と呼ぶか

したがって、ぼくは、この日までを「学会改革20年」と呼ぶ。とすれば、その20年前に何が起こったのか。1971年11月、当時の日臨心理事会が総会決議で不信任されて、学会改革委員会が生まれた。学会改革への胎動は、1969年10月、第5回総会（名古屋）で、その年の12月に日臨心が軸になって関係心理学諸学会と一緒に開始しようとしていた心理技術者資格認定機関業務に、ストップの総会決議が上がったときに始まる。

その資格に関する基礎条件は、大学院修士課程修了者で臨床経験1年以上の者であったが、これに反対する理由は、大まかに言うと、先ずは、三つぐらいあった。つまり、「この資格は高すぎて、現場の実情に合わない」、「この資格はズサン、領域別に、レベル別資格を出せ」、「国家資格こそ追求すべきであって、学会認定などといった中途半端なものを作るべきでない」である。ここでみるように、「ストップ」の理由

は、雑多で、あっちこっち向いていた。

もう一つの理由を忘れるわけにはいかない。興味深いことに、上記の第三の理由とセットになっていたのだが、「臨床心理学、心理臨床は、患者にとって、役立っているのか」という問い掛けがあった。このとき、まだ、国家に承認された立派な資格が患者の利益になる、という幻想があったのである。いずれにしろ、この問いに対する答えは薄明にして、いまだ十分に見えなかったが、それでも、管理社会、選別制度、などとの関連で、ぼくらの研究、臨床は大丈夫か、という問いは生まれつつあった(2)。

１９７１年の第７回総会（東京）では、その問いが、具体的諸事実と共に、もっと明確に噴出した。そして、それらの課題を解くべく学会改革委員会が成立した(3)。以後、臨床心理学・心理臨床の総点検が始まる。平行して、いつも、「資格・専門性」の批判的検証という作業があり続けた。したがって、一昨年、日臨心が「資格の国家認定化」への協力を決定したことは、これらの問いの放棄である。

思えば、日臨心学会改革の流れは、その反動として、「資格・専門性の肯定、充実」をめざす日本心理臨床学会を産んだ（１９８２年）。学会改革時代、ぼくらは、これを「第二学会」と呼んで批判した。そして、ぼくらは、学会改革時代に取り組み残した課題を継承し、また、新しくいくつもの課題を加えて、社会臨床学会を作った。ぼくは、その歴史性と継承性をしっかり自覚して、「第三学会の誕生」と自認したいと思う。この際、「学会改革２０年」を振り返りながら、新しく生まれた社会臨床学会に託する夢と課題を述べたい。断っておくが、ぼくが、社臨を「第三学会」と自認したいと言っても、それは、日臨心学会改革からの歴史性、継承性のみを強調するためでない。もう一つ、社臨には、「飛躍と展開」という、まったく新しい課題がある。

心理臨床家中心、「現場」主義に堕した学会

さて、ぼく（ら）が、日臨心学会運営委員会から降りた、１９９１年１２月の総会のことに戻るが、あの採決に先んじる討論部分では、手林運営委員等案を支持する側は、普段の総会には見られないほどに元気だった。奥田は、「理念」を棚上げし、「医療現場にいる人以外の人」にわかってもらおうとする気もなく、学会が学会改革の一環としてこだわったきた心理テスト批判を一応持ち上げる前触れを置きながら、すぐ後で、現場の心理テストをそのまま肯定していった。そして、「例えばビデオとかを使って、自分のやっていることをもっと緻密に検討していく」必要性を訴えた。そこで、その「中でしか『される』側に学ぶという理念も出てこないわけです」と予想だにしなかった発言をした(4)。

また、ソーシャルワーカー、吉野は、ソーシァル・スキル・トレーニング（ＳＳＴ）を、障害者に順応を強要する技術であると気づきつつ、その技術を担わされている自分の立場に葛藤する発言をしている。が、喜多村は、これに対して、「先ほど吉野さんは、ソーシァルスキルを身に付けていくことがあたかも極めて否定的なこととして、お話になったように受け取りましたが、企業の中では、自分の病を抱えながら、家族を守るために、必死で正常者のペルソナをかぶって働き続けなければいけないおびただしい人間がいます。今まで日臨心の方々が、『される』側としてつき合ってきた人間達というのは、日本の隠れた精神障害者のうちのまったく極く一部であるということをきちんとわきまえて欲しいと思います。その意味で健常者のペルソナを作って必死で生活を守っている人間がいることを抜きにして、ソーシァルスキルがあたかも大事でないという現場の人間がいることは、一病者として許し難いことです。馬鹿にするなと言いたいと思います」と腹を立てている。

ところで、喜多村は、実名で、「する」側として、「事例」を語り、それ故、「する」側の迷いを語ったことがある。そして、普段は、学会誌で、「カウンセリング」を重ねて論じている。この日、彼は、仮名で、「される」側を自称して、いままで出会ってきた「される」側の問題提起を一蹴しようとした。吉野は、適

応の強要の中で必死に生活する障害者に追い討ちを駆けることになるのかもしれない自分の仕事を反省的に話したのではないか。喜多村の発言は、吉野のそれをわざとずらして応えているとしか思えない。喜多村の、吉野に対する攻撃の事情は別のところにあったのかもしれない。いずれにしろ、「する」側のＳＳＴは、「される」側のために、という論理の中で正当化されている(4)。

奥田や喜多村は、「する」側の立場や論理を、「現場」の要請を強調する中で、肯定的に、しかも、せっぱ詰まった感じで語ったが、こんなことは、久しくなかったし、あっても、もっと迷っていたし、謙虚だった。改めて、「『される』側に学び、『される』側と共に」とはを、学会改革２０年を振り返って、考え直してみたい。

喜多村は、もう一つ、とても気になることを発言した。「現場の問題でオガワさんが独れられましたが、オガワさんがつき合って、オガワさんにつぶされた学生を２名知っていることだけは、はっきり申し上げたい。臨床に関わるならば、臨床のプロとして、学生ともきちんと付き合って欲しいと思います。」と。オガワとは、篠原運営委員等の一人、小沢牧子のことだが、喜多村が、かくほどのことを言うのならば、特に、「つぶした－つぶされた」の表現に託した明確な意味合いと明らかな根拠を丁寧に語ってほしかった。そして、小沢と第三者に十分に応答しうる時間的余裕を見通してからにしてほしかった。

当然のことだが、小沢は喜多村に、喜多村および「二人の学生」との話し合いの場を設定するよう、学会誌上で要求した。この要求を公開するにあたって、現運営委員会は、コメントを載せている。本来、反論は、「論文」が原則であるが、小沢が強く希望したので、「例外」として載せる、とある。何故、「論文」でなくてはならないのか、どのようにして、このことに関する「論文」が可能になるのか。煩わしい問題にはかかずらわりたくないという姿勢だけが垣間見える。思着せがましい、無責任な姿勢と言わなくてはならない。もし、ぼく（ら）が、この場にいたら、こんなことはしなかったと無念な思いがしてならない(4)。

こうして、第２７回総会で、ぼくらは負けた。第１０期運営委員会委員に立候補していたが、学会改革路線の敗北を認めて、直ちに辞退した。「学会改革路線の敗北」とは、国家資格化反対の否決だけを指すのでない。言うまでもなく、このことに集約され、象徴される事態全体を指すのだ。特に、ここに紹介した奥田、喜多村の発言に見るごとく、「する」側の「現場」だけが一方的に強調され、「心理臨床家」の居直りがかくほどに居丈高に罷り通った「勢い」に、ぼく（ら）は負けてしまった。

しかし、脱会については躊躇していた。学会改革２０年の月日を過ごしてきた場としての日臨心に対する未練はあり続けていた。しばらくの間、一会員として、誌上論争に加わるなどしながら、様子を見なくてはならないかなと、自分に言い聞かせていた。

なぜ脱会したか

そのうち、第１０期運営委員会中間総括案が届いた(5)。そこには、一会員の「やはり今でもあの場で治療志向的な考えを出すのは怖い」の声を受けて、「このようなタブー、恐怖、不自由はまさに研究の自由、臨床実践の現実と対立するものであるが、それが我々の『臨床』心理『学会』を呪縛していたことについて、又、そのイメージを野放しにしてきたことについて運営委員会の責任は大きい。」と記してあった。「そのイメージ」の根源は、（手林の言う）「心理臨床現場とは遊離した一部の反差別の理論家集団」であるが、そこには、ぼくも十分に名指されている。

こう書かれて、愉快であるはずがない。「そのイメージ」払拭の為には、その根源を断ち切ったことを周知徹底しなくてはならないのだろうし、その責任を感じていると言うのだから、名指された側としては、怖くないと言ったらウソになる。

この文章を読みながら、ぼくは、退会の意思を表明する葉書を運営委員会あてに迷わず書くことが出来た。断っておくが、それは、ぼくがこの文章に脅えたから

だけでは決してない。以下に明らかにするが、第10期運営委員会の、相互検証を欠いた、いつまでも他人の所為にする、没主体的で無責任な姿勢に、一会員として、嫌気が指したからである。

思い返せば、80年代当初より、それまで日臨心が討論してきた問題意識は通りにくくなった。それと前後して、1982年には、「第二学会」日本心理臨床学会が設立されている。第5期運営委員会（委員長、山下恒男）は、「日臨心内外の危機的状況」を訴え、「私たちが直面している問題」は、現象的には会員と会費の減少にあるが、この際、改めて、会員一人一人にとっての学会の意義、学会内外での関係の広がりを共に模索したい、という緊急アッピールを出した(6)。

この事態で、ぼくら当時の運営委員会は、「若手」会員の南守、手林佳正、藤本登に丁重に要請して、第19回総会（1983年）における「日本臨床心理学会を考える―臨床現場からの提起」の自主企画を託した。彼らは、「される」側に学びつつ「する」側の仕事を検証する12年の歩みを評価しつつも、新たに、「会員の多様なニーズ」、特に「臨床現場の諸問題」に応える学会にしたいと宣言しながら、「自主企画」を実行した。そして、このことを機に、学会運営委員会にも参加するようになった(7)。

第20回総会（1984年）準備委員長、佐藤和喜雄は、前年の「自主企画」の問題提起を受けて、「日常の臨床を仮原点ととらえて、『事例研究』の全面的検討を」呼び掛けたし、具体的には、二つのシンポと五つの分科会を設定した(8)。

第23回総会（1987年）では、藤本登運営委員が、〈特別報告Ⅰ　事例＝実践相互研修活動をめぐって〉をリポートしている。これは、彼らが中心になって企画運営してきたものだが、この段階で、9回分が振り返られている。このときの討論部分では、「される」側を匿名で呼び続けることの問題が、特に、「する－される」の関係の限界という観点から、出されている。これは、「する－される」関係を前提にした、それゆえ、「する」側の擁護に転化しがちな「患者のプライヴァシーの擁護を」、という主張を越えた難問だった(9)。

この後、第Ⅱ期事例＝実践相互研修会が、第26回総会（1990年、京都）まで、5回にわたって開かれている。そして、第5回（1990年）は、やはり、京都で、酒井充が「心理臨床家の独立開業を語る」と題して、発題している(10)。このタイトルに集約されているように、「相互研修会」は、主として、「する」側同士のものとなり、「される」側とのせめぎ合い、学び合い、ということは限りなく後退していった。運営委員会は、折々に、そのことに気づいてきたが、「チェック＆バランス」、そして、「あれもこれも」路線になっていった。気づいてみると、それどころでなかった。「専門性の充実」と「資格の待望」が、「相互研修会」を中心に、肯定的に語られ出した。この流れの中で、彼らは、「国家資格化問題」で、願うような総会決議を得た。そして、いま、彼ら中心の学会運営を行っている。

このように、誰が見ても明らかなように、彼らもまた、80年代と今日までの学会運営を確かに負ってきたし、負っている。にもかかわらず、彼らは、現在でも、既に述べたような総括しか出せなかったのだ。一見、彼ら自らが強調していた「あれもこれも」路線すらも投げ捨てて、日臨心は、「心理臨床家」中心の「専門家」集団として、しかも、「国家資格化」に向かう国家政策補完集団になっている。しかし、なりきれないともがいているようだ。

脱会した今、気の毒にと同情してもよいのだろうが、そうも言っていられない。ぼくを脱会へと踏み切らせた、恨みの種として、しっかり肝に命じておきたい。

こうして、ぼくは、今、日臨心の外側から、そして、社会臨床学会の場に立って、日臨心学会改革20年を振り返る。この作業は、当たり前だが、彼らのためにするのでない。そうではなくて、ぼく（ら）が、この20年間、どんなふうに日臨心の場に関わってきたか、又、どんな宿題をいま抱えているのか、を探ることである。そして、社会臨床学会に、ぼく（ら）が託していきたい、継承の課題、そして、新鮮なテーマを発掘し、共有する一つの契機になればと願って、本論を進

める。

「『される』側に学び、『される』側と共に」は７０年代のことか

といって、すべてにわたって、振り返る時間もスペースもない。第２７回総会時に、手林運営委員等の総括の中で、彼らも「けっして、共に生きることをめざし、される側に学ぶ、という基本方針の転換を求めているのではない。資格化に対する運動の敗北を認め、臨心の主張を今日的な状況の中で、広く議論すべきだ、と考えているのだ」と述べているが(11)、本論では、まずは、ここでも述べられている「共に生きることをめざし、される側に学ぶ」ということは、そもそも、どういう経過の中で生まれ、どのような課題を引きずってきたか、というテーマを中心に考えていきたい。というのは、ぼくの認識では、このことば程に、学会改革２０年の間に終始よく使われたものはない。そして、人によって、状況によって、様々の意味合いで、使われてきた。しかし、それにしても、「学会改革」の鍵概念として、あり続けてきたことに疑いはない。ところで、早速だが、厳密には、手林運営委員等の表現とぼく（ら）の語順とは違っている。

例えば、第１期運営委員会は、１９７５年８月、その総括として、「臨床心理学・心理臨床の総点検―『される』側に学ぶことからの再出発」を出している(12)。又、第１８回総会（１９８２年）は、「学会改革１０年をふりかえりつつ〈共に〉をめざす」とアッピールしながら、「シンポⅠ　治すということ・つき合うということ―『狂気・病者』観の把え直しを志向しつつ」、「シンポⅡ　なぜ『共に』をめざすのか―『障害児』教育運動の原点から、現状の課題を考える」、「学習　いわゆる野田報告書をめぐって―治療処分＝保安処分阻止の闘いの中で」、「特別講演　『遺伝子操作』時代と障害者のいのち（大西赤人）」を持っている(13)。

こんな流れの中で、「『される』側に学び、『される』側と共に」ということばが生まれて、定着してきた。思うに、学会改革２０年を振り返るとき、このことばは、二つの文脈を持っている。

まず、このことばは、「される」側に糺され、気づかされ、学びつつ、そして、まもなく、「される」側と共に、臨床心理学・心理臨床の総点検が進んできた経過を指している。そして、もう一つ、このことばは、日常の「臨床」現場で、「する」側と「される」側との関係を、「される」側に学びつつ、向き合った、相互的な関係に創り変えようとしてきた、いくつもの模索に関わっている。

前者の文脈で、このことばは、臨床心理学・心理臨床を総点検するための方法論を意味しているが、後者の文脈では、実践論、運動論に関わってくる。直ちに気づくように、方法論にしろ、実践論、運動論にしろ、このことばの模索は、「される」側は「する」側の充実、展開、完成に寄与する回路、道具に過ぎなくなるという危うさを内包していた。

つまり、「する」側がその立場に留まって、このことばに真面目である限り、事態は逆転して、「される」側に学び、「される」側のために、という方向に転化していくことがある。つまり、「真の臨床心理学・心理臨床」の模索ということになる。しかし、一方で、そのことが抱えてしまう上手な管理・操作性に気づかされたり、自ら気づいたりすることもある。こうして、改めて、「する」側と「される」側の関係を解体するというテーマが突き付けられてくる。「する」側は、「真の臨床」と「臨床解体」の両端に股裂きにされていくか、器用にあるいは戸惑いつつ、両端を往復するか、はたまた、いずれかに向かって、おのれの立場を位置付け直していく。以下にも何人かを紹介するが、特に、精神医療の現場で、職業としての「心理臨床家」たちは、それらの何れかに立たされていくし、立っていく。

ぼくは、その立場でなかったので、多少の未練がしばらくは続いたが、心理テストやカウンセリングを止めるのにそれ程苦労はなかった。それでも、幾つかの体験はある。一例を述べると、７０年代前半、調布市立教育相談所の嘱託をしていて、特殊学級判別の仕事

もしていた。ぼくが知能テストなどで判定すると、特殊学級候補生の人数がまったく足らなくなった。教育委員会は、この業務に相応しくない者として解雇したがった。多勢に無勢で、多少の抵抗では、翌年度まで、自分の首をつなぐことができなかった。

ぼくは、「臨床家」であることを止める志向性の中で、臨床心理学の自己点検に関わってきたし、「臨床家」時代に出会った親子や学生たちと共に、子供問題研究会を開いた。しかし、学会改革を志した大半の者は、「臨床」現場で職業としての「心理臨床家」を続けていた。

こうして、「『される』側に学び、『される』側と共に」の中で、「現場」での実践の方向性や課題がいろいろになってきたが、７０年代末までの学会改革に関わる諸活動は、この軸を外すまいとする姿勢で、大体一致していた。実は、このことが「現場」から浮上した原理主義、観念主義として、やがて批判されていくのだが、このような批判は、１９８１年に開かれた、第１７回総会のパネル・ディスカッション「心理臨床家の資格問題を考える―その１」で「資格待望論」が大合唱されたのを契機に、いよいよ顕現してきた(14)。それでも、その歯止めの動きは、運営委員会内外からすぐに出てきて、「再び『資格問題』を批判的に考えよう―'８２年度相互研修会のよびかけ」を行っている(15)。しかし、この一連の流れについても、もはや、運営委員会は共同の総括を出せなくなっていた。このとき、篠原が、「運営委員」の立場で、つまり、半分の公的立場を認められながら、この事態を振り返っている。この末尾で、ぼくは、「わたしには、管理を補完する『くろうと』の位置に気づいて、『しろうと』へと下降する、『くろうと』の共同的営為が、今、求められているような気がしてならない。そして、その矛盾と苦悩を、日臨心の場においても、『される』側と一緒に、とことん語り合ってみる必要がある。」と述べている(16)。いま、振り返って、考え方においてはいまでも大差ないが、あの「大合唱」以後の状況認識においては、ぼく（ら）は、ずいぶん甘かったと思う。しかし、このような考えは、７０年代においては十分に通用していたし、当時においても、かなりの人々がそう考えていた。

このようなチェックは、この後も、かなり遅くまで続くが、「チェック＆バランス」の域を出なくなった。といって、ぼく（ら）は、この事態に悩んでいなかった。つまり、「肯定」と「否定」がせめぎあって、「資格・専門性」を問い続ける「学会」だったのであり、時代の中に生き続けようとする「日臨心」に相応しい姿だとすら思っていた。

それでも、近年になるにつれて、「『される』側に学び、『される』側と共に」は、時代性、今日性を失いつつあるものとして映り出されており、ドグマと抑圧の言語ともなってきた。こうして、「理念」としての棚上げの時代が幕開けする。

しかし、このことばは、社会臨床学会が、日臨心学会改革の歴史から継承しておきたい、ひとつの重要な鍵概念であると確信する。本論は、なぜ重要なのかを論証する。そのためには、７０年代前半の学会改革当初のことに戻らなくてはならないし、そこからの歴史を振り返らなくてはならない。それは、「資格・専門性」を問い続ける日臨心活動の完全なる終焉（１９９１年）と、再びその問いを引きずって、新しく出発した社会臨床学会の創立（１９９３年）へとつながる歴史である。

「される」側に告発されつつ、心理テスト批判の開始

さて、第９回総会（１９７３年）は、シンポ「『障害』児差別と心理診断―心理テストはどのように使われたか」を持った。その中で、特殊学級行きの判定に翻弄された母親、岡崎公子は、「あらゆるタイプの子どもに対して、一定の定規とかマスのようなもので測ったとき」その中に入れた子どもと入れなかった子とが出てくる、そして、後者の子どもは見限られて、切り捨てられてしまう、そうかと言って、そのようなことが起こらないために、まだ残されている能力を測って上げられるテストを開発したらどうか、という清宮栄一（産業心理学）の提案も困る、と発言した(17)。

その前日、シンポ「職業差別と心理診断―新谷訴訟における心理テスト問題を中心に」が行われた。そのシンポ設定には、次のような「される」側の事情があった。三重県の職業運転手、新谷は、交通事故を起こしたが、これを契機に、彼は、運転適性検査（心理テスト）とそれを主なる手掛かりとした精神科医診断を受けた。結果は、「精神薄弱」とされ、法律規定により、自動的に運転免許証を剥奪されたのである。この事件が、日臨心に持ち込まれていて、それが、上記のごときテーマとなった(18)。

岡崎が反論した清宮の発言は、ここでなされている。もう少し正確に、彼の発言をまとめると、障害者の残存能力を測り出せるような、木目の細かい、丁寧な心理テストを開発しながら、その能力がよりよく発揮できるような行動環境条件の改善を提言していた。

そして、清宮は、そうなっていない心理テストの現状を批判していく。それに対して、岡崎は、「ていねいに測られるのはイヤです。」と発言している。彼女は、「ていねいに測られる」ことで、いよいよ救いがなくなる者が作り出され、その者の分断と排除が決定的に進行することを警戒したのである。が、テスト「する」側には、いまだ気づき得なかった、逆転した発想になっている。

同じ日、精神「病者」集団の大野萌子は、「人間というものは一言で言うと、流動的で多面的で必然的すぎるほど必然的なものではないですか」と前提を置き、「テストをやるということは、人間に対して不作法ではないでしょうか」、「治療すなわちインタービューもテストではなかったか」と畳み掛けるように問い掛けてきた(17)。別の日（１９７４年）、ぼくらは、彼女との討論を持った。この日、大野は、もっと詳しく激しく、「ぐんぐん介入してくる不作法」を指摘し、「何かが知られるというものすごい重圧感、危機感」を語った(19)。

ところで、大野は、総会のとき、「これからテストを行います。」と言って、テスト用紙を配り始めた。ぼくは、大野の「する」側に対する復讐を感じた。それゆえ、ぼくは不快に思ってこれを拒否した。討論の日、このことが話題になった。彼女は、ぼくのストレートな対応に惹かれたとしつつも、「（患者としての）私には拒否権がなかった」と重く語った。この討論を通して、大野は、「何と断定されようと私は私でしかない」と強調した。

このときの総会準備委員長、鈴木伸治は、「テストされる側にとっては、テストということが、とにかく、もう良いことはないと、これ以上続けてもらっては困るという、その突きつけだけは、はっきりしているわけで、当然それを受けて、テストが選別なり、判別、あるいは、切り捨てのために使われていくことに対して、今後、我々専門家として反対する方向で、活動を続け行くことを確認」すると、二日間の総会を締めくくっている(17)。

その本格的な取組みは、『心理テスト―その虚構と現実』発刊（１９７９年）まで続いた(19)。その間に、応用心理学会の、国内テスト委員会結成に関わる申し入れを批判しつつ、そのための（心理学関係７学会からなる）テスト問題懇談会にあえて参加した（１９７３年）。その中で、応心は、心理テストの「しろうと」による誤用、乱用を防止する為、テスト規制が必要と主張したが、それは、明らかに、テスト作成者と業者の権威付けと業務独占を意図していた。ぼくらは、管理と差別の中で要請され、組み込まれてきた心理テストの歴史と現在を語ることで、この主張に対抗した。その他の学会は、社会心理学会を除いて、応心にも臨心にも与しなかったので、国内テスト委員会はその目的を果たせないまま未成立に終わった（１９７５年）(21)。なお、社会心理学会からは、山下恒男が参加していて、この辺りから、臨心活動に参加してきた。

第１０回総会（１９７４年）で、当時、赤堀政夫の冤罪を確信して立ち上がった大野萌子ら、全国精神「病者」集団は、冤罪に加担した精神鑑定書の批判作業を行え、と要求した。ぼくら日臨心鑑定書問題検討小委員会は、「赤堀裁判における精神鑑定書批判」を書き上げるが、その中で、知能検査等、心理テスト結果が、赤堀を「精神薄弱」としているが、その判断は誤りで

ある、と指摘した(22)。そして、テストの論理にそって、慎重に診断した結果、彼は、「精神薄弱」ではない、「正常知の下」だとした。第四次請求棄却決定文は、このことを引用しながら、「請求人の知能が通常人より劣っていることに変わりはない」と述べ、原判決以来踏襲してきた「精神薄弱」に対する差別と偏見の論理を引き継いでいる。ぼくらは、直ちに、棄却決定文批判を発表するが(23)、「丁寧に測る」ことによって救済しようとする、「する」側の論理は、より徹底して差別と分断に加担すると痛みの中で改めて気づいていく。

ここまでで見るように、『心理テスト―その虚構と現実』発刊に至る過程は、「される」側に告発、批判されつつ、「する」側の自己と相互を検証する作業であった。

吉田おさむの生活とことばに学ぶ

追って、1976年に、学会誌上に初めて登場する吉田おさむは、自らも含む「精神障害者」をあえて“きちがい”と呼んだ。そして、それは、健常者社会の抑圧構造に対する抗議、反逆として成立すると語った。このように成立した“きちがい”に対して、“きちがい”ゆえに新たな抑圧、差別が加えられると説明する。隔離や治療がそれにあたるのだが、「この第二段階の抑圧、差別を突破することによって、狂気は貫徹され、ここに解放が実現される、つまり、なおる」と発言している(24)。

この立場に立つ吉田は、「支配的価値観の押しつけ」としての精神医療総体（＝強制治療構造）に対して反撃を加え続ける。当時の運営委員会は、そのように発言を始めていた吉田をあえて第12回総会シンポジストとして招いた。このときのテーマは、「治すということ―心理治療をめぐって」だったが、彼の発言は手厳しいものだった(25)。

それは、心理治療も強制治療構造としての一環であるという指摘から始まる。それは、「変容」をめざした、一方的、強権的な「介入」であり、「説教療法」と呼ぶにふさわしいとした。その意味で、「暴力」だと言え、監禁等の「物理的暴力」よりもひどい、と言い切った。そこには、「社会への順応」という目的があるだけで、「社会変革」の視点が欠如している、と主張した。

こうして、別のところで、吉田は、「要するに、反抗に対する抑圧にしろ、甘えの矯正にしろ、治療者＝強者の過剰行為である。できるだけ“治療”しない治療者が最もよい治療者だ」と述べている(26)。

こう主張しつつ、吉田は、あるとき、「別に精神病院が下宿屋であってもかまわないじゃないか」と発言する(27)。これは、第16回総会（1980年）のシンポ「精神病院での長期在院化をめぐって」フロアーからなされたものだが、吉田の言い分は次のようになっている。病院は拘禁、治療の行われる特殊な社会だから否定的になり、したがって、長期在院化が問題になってくる。わたしは、「吉田という表札の掛かった家」に長期在院しているが、「長期在院してもかまわないような場所に精神病院を変えていくことも必要じゃないか」と。こうして、吉田は、病院が「完全に社会に対して開かれた場所」になることを展望し、それが「精神病院解体」だと言っている。

すなわち、吉田は、「する」側に対して、治療行為のミニマム化を要求し、そこで、患者の要請に限定して、その治療を相談と納得の上で実施せよ、と言っている。そして、治療責任を過大に負わない、生活の場としての病院をイメージしている。吉田は、この辺りを「医療本来の救助行為」とも呼んでいる。

吉田は、自分の苦しい“妄想”状態からの脱出体験を語ることで、「治療」の手前に、親しい信頼できる患者の救助があったことを述べている(28)。また、「薬飲まないで、妄想なんか出てきて、病院に入れられたらかなわないので、自分が健常者の立場に立って妻に薬を勧めている。」とも言っている(29)。吉田は、確かに、ここで、日常の中の相互救助の体験を語っているが、と同時に、ここには、彼の、強制治療に対する恐怖と防衛が表現されている。

にもかかわらず、吉田は、治療者との「絶対的平等

が実現不可能だからといって、対等・平等関係の樹立を全くあきらめてしまうのは許されません。少なくともそういう方向を模索しなければならないと思うのです。そして、その方向として、現在の私に云えるのは、次のことくらいです。“弱者の反抗に対しては対等なケンカを”“そしてケンカの仕方は相手の反抗形態に合わせて”、しかも、残念ながら、“できるだけ”という限定をふさなければなりません。」と語っている(26)。

ここには、上手に操作、管理されてきた患者側の不快と怒りが察せられてくる。また、治療者に頼らざるを得ないほどの苦しい状態があることも示唆されている。吉田は、「自分自身に関しては、薬に関する依存傾向を認めざるをえない」と述べている(28)。それゆえに、治療者との絶対的平等に絶望しつつも、そこに希望を託さざるを得なかった。といって、ぼくには、その希望は、治療上の理由から来る便宜的なものだけではない、と思われてならない。

そう言えば、吉田は、日臨心でもだが、「する」側に執拗に鋭く問い掛け続けた。それは、「される」側からの反逆と抵抗であった。と同時に、吉田には、もともと、治療者も同様に人間である、という信頼と希望があったからと思われる。こんなことがあった。ある晩、吉田は、ぼくに電話を掛けてきた。彼は、学会誌用に相次いで原稿を送ってきたが、編集担当のぼくは、二編の同時掲載はしない、二番目のは次号に回す、と返事していた。彼はそのことにひどく腹を立ててきた。そんな例は既にあるではないか、病者だと思ってバカにしていないか、といった内容だった。ぼくは、純粋に編集上の配慮からであって、他意はない、と応答した。吉田は容易に納得しなかった。間もなく、ふたりは怒鳴りあいになった。しかし、ぼくは、爽やかな気分で電話を切ったのを今でも覚えている。

こうして、彼は、自由治療を可能にする状況を切り開こうとして、法律、制度、そして、思想に関する発言をしていく。彼は、保安処分思想と社会復帰思想を批判した。措置入院制度を推し進め、社会防衛と社会復帰を強調する、精神衛生法の廃絶を主張した(29)(30)。

この際、吉田は、身体医療とは違う精神医療の有り様を批判して、精神医療は、自由治療構造になっている身体医療に見習うべきだと主張した。身体医療では、望まない医療は拒否できるし、よりよい治療を選択できるとも(31)。

ぼくは、身体医療も同様の構造を持っていないかと、「先端医療」の登場の中でいよいよ思う。そもそも、吉田も、身体と心の、二元論的な医療の実態を撃つのに、その論理に乗ってしまっているが、それで良いのか。今日、インフォームド・コンセントや医療の自己決定やが、患者中心の医療という文脈から言われている。吉田の発言は、これらの状況を先取りしているし、その意味で、先進的な問題提起になっている。また、次回に述べるが、精神衛生法「改正」にあたって、日臨心を含む医療改革派が、ついに当該法の廃絶を言うことなく、強制入院のやむおえなさを訴えつつもだが、原則として、自由入院とする、と提言していった流れは、確かに、吉田等に学んでいる。しかし、この間、ぼくは、自己決定権イデオロギーは、医療管理のソフト化であり、商売上手な、ずる賢い医療管理に寄与していると思えてならない。「原則として自由入院」という主張は、あり続ける「強制入院」に例外の印象を与えつつ、事実は逆転していて、強制医療構造を基底にした、例外としての「自由入院」を作り上げていくことに貢献している。

今日、患者の人権擁護と社会復帰を強調しながら、かっての精神衛生法は「改正」を二度重ねて、精神保健法体制を確立しつつある。今、医療をめぐる状況は、強制構造か自由構造か、といった二律背反的な問いでは解きえなくなっている。その意味で、今こそ、「『される』側に学び、『される』側と共に」という解き方が強く要請される。吉田と共に、と願うところだが、彼はいない。１９８４年１１月に没している。そのとき、ぼくらは、前年の「若手」会員による「自主企画」を受けて、「事例研究」を正面に据えた第２０回総会（京都）を開こうとする矢先だった。吉田の死と前後して、学会改革もその変質を迫られつつあった頃であ

る。ぼくらは、当該号の「はじめに」で「吉田さんが本学会に残されたものは測り知れず大きい」と献辞を述べつつ、「吉田おさむ氏を悼む」特集を組んだのだが(32)。

「する」側と「される」側のせめぎあいの中で

大野、吉田、と語ってきたが、もう一人の「病者」、鈴木国雄のことに触れなくてはならない。鈴木国雄は、第10回総会（1974年）のシンポ「精神医療における心理治療の点検―『社会復帰』との関連で」で、フロアーから、次のような発言をしている。「ここにいる人たちは多少良心的なようだけれど、相変わらず病者、きちがい扱いしている。あなたがたは良心的なふりをしているから、我々同胞にまだ味方だと思わせている。敵が明確に見えなくされぼかされるだけ、悪質医者や悪徳病院よりももっと犯罪的だと思う。あなたがたは自ら死を宣告して医者として人間として生まれかわってほしいと思います。」と(33)。

このとき、鈴木は、「する」側－「される」側の、診断と治療を介した、逆転し得ない固定的抑圧的な関係を告発した。そして、「する」側の「される」側に対する熱意や良心がこの関係を見えなくしているし、「される」側を騙している、と、壇上を目掛けて罵倒した。というより、ぼくらは罵倒された。

吉田も追って、別のところで、「良い心理臨床」、つまり「『される』側の論理を取り入れる立場」は「手強い相手」だと言っている。そして、彼らは、「主観的には良心的でありましょうが、実は、客観的には、この立場は一種の欺瞞的な性格を持っていることになります。」と指摘した(24)。

ところで、ぼくは、鈴木が糾弾して止まなかった、あのシンポの司会をしていた。鈴木の激しい問い掛けに、シンポジストもフロアーも沈黙してしまった。ぼくも、指摘の正しさに絶句した。それだけでなく、この事態に戸惑い、恐怖すら感じていた。鈴木は、その沈黙に薬を煮やしてか、退場しようとする。ぼくは、沈黙を破って、引き止めようとする。「今、佐藤が話そうとしている。お待ちいただきたい」と。佐藤は、「鈴木さんに答えられないのがわかっているんですが、とにかく言いたいんです」と切り出して、「私の中には私自身に対しても“もの”として生きている生物という面から見たいというのがあって、私は怒鳴られてもそれがどうして狂気にしかなりえないのかということを追求したいんです。でも、それが“あなたのためになるのだ”ということだけはもう言いません。」と結んでいる(33)。

「狂気」を生物学的に解明したいと、ここで語り出す佐藤和喜雄の、（ぼくは親愛の情を込めて言うのだが）“ピンぼけぶりとバカ正直ぶり”に、いまでこそ苦笑できるが、おそらく、この辺のことは、鈴木にも誰にも伝わらないままだったのかも知れない。鈴木はこのことに怒っていない。ただ、「あなたのためになるのだ」という、恩着せがましい治療者的態度だけは以後取りません、と宣言する佐藤の、ぎりぎりで自分を言い聞かせることばだけが人々の心に届いたかも知れない。

ぼくも、佐藤のこの発言を追って、「自分の立場から、患者と呼ばれてしまった人々との関係をどのように受け止めていくのかと発言していく以外にないわけです」と自分を言い聞かせるように会場の人々に呼び掛けている。そして、このとき、ぼくが一番避けたいと思っていたことは、「あいつがくると、発言ができないと言って、専門家集団は排除的になるか、ただ身構えて聞くということ」だった(32)。ぼくは、その前後に開かれた児童精神医学会シンポ「胎児診断をめぐって」でも、同様の体験をしている。彼は、壇上に駆け上って、シンポを中断させた。「あんたは、邪魔だと思っているんだろう、早くやめて欲しいんだろう」と、司会中のぼくに顔を向けて言った。ぼくは、即座にそうだ、とはっきり答えた。間もなく、彼は、スタスタと降りていった。

1976年2月、鈴木は、大坂の拘置所内で、看守のリンチを受けながら、直接には、非常に強いコントミンを打たれて、死んでいった。二つのシンポで鈴木とやりあった思い出は、彼が権力によって殺されていっ

た事実と共に、今も鮮明に脳裏に浮かぶ。

思えば、７０年代前半、「される」側が、その立場を拒否して、病院や診察室の外で、「する」側とわたりあうということは、それまで極めて稀なことだったし、まずは、始めてのことだった。その分、「する」側は混乱し戸惑った。こうして、「『される』側に学び、『される』側と共に」は、「する」側が、病院や診察室の外で、「される」側と出会い、せめぎあう事態を指していた。重ねて言うが、まさに「共生」は、「理念」でなく、「せめぎあう」現実だったのだ。

心理治療批判は難渋した

さて、『心理テスト―その虚構と現実』が出版されたのは１９７９年のことだった。１９７３年の第９回総会で、心理テストが差別・分断に加担するものであって、心理テストは「される」側にとって、害あって益なし、ということを、当時の総会準備委員長、鈴木が宣言して以来、この出版作業は、熱心かつ持続的なエネルギーで行われていった。ところで、その姉妹編『心理治療を問う』が出たのは、１９８５年である(34)。前著との間に６年の隔たりがある。その事情は色々ありそうだが、主には、精神医療現場で働く「心理臨床家」にとって、心理治療、カウンセリングには、以下に明らかにしていくが、すっきりとは批判、否定し切れない内的、外的事情があった。つまり、このテーマが、「心理臨床家」にとっての自己点検、実践論でもありたいと願えば願うほど、対象化、論理化の作業は困難を極めたのである。ぼく自身は、この作業に周辺で付き合ってきたが、彼らには、医療管理の中で要請される役割（分担業務）との葛藤があった。また、「される」側からの問い掛けをどう捉えるかで苦闘していた。ここで、改めて、三人の報告と思索を軸に、本書を読み返しておきたい。

心理治療の枠を広げつつ

奥村直史は、「『病者』の求める『治療』と、考え迷う私」と題して筆を進める(35)。彼は、「多くは既存の心理臨床、心理治療の枠を広げつつ、なんとか病者を抑えつける形でない活動の仕方はないかと、新しい道を求めていくことになった」と言うが、そのひとりが奥村自身である。彼は、「臨床心理家であるわれわれの気持ちの中には、精神病院が疲れた『病者』の休息の場を提供し、われわれの活動が少しでも『病者』自身の納得しうる生活をつくるための一助になれば」と仕事のイメージを述べる。

そのことはどうすることか。奥村は、「症状」はその人の生活の“きしみ”のあらわれではないか、と言い、そこには、多くの場合、「本人の苦痛」が伴うのだから、「強制治療につながるような乱暴な対応はつつしみながら、その人の生活の中で、「症状」の内包するその人なりの意味を考え合うことが必要なこと」と考える。「と同時に、「症状」の有無よりもその人の生活において、今何が不足して困っているのかに焦点をあてて『病者』とつき合うことが大切だと思うのである」と述べている。

そして、その一環としての「訪問」ということについては、「うっとうしく見張られている感じに相手には映ることもあろうし、、一方、一人ウツウツとしている時には、ホッとする一面もあるのであろう。強制治療とまで言わずとも“押しかけ治療”なのかと考えながらも、やはり、気になり訪ねてみたい自分の気持ちを確認しながら、行動しようと思っている」と記している。

そして、奥村は、最後に、「今までの一対一の心理治療の延長で、個人対個人の関係だけにとどまりやすかった関係を、複数の人々の関係の中で支え合いかかわり合う形に何とか広げたいと考えている。それは、『病者』同士の仲間の広がりをより大きくつくることであり、平行して医療従事者同士やそれ以外の人々も含めての広がりである」と「関係の広がり」とそこでの「支え合い」を展望している。

奥村の「治療」論の出発点には、カウンセリング、グループ・カウンセリング、そして、ケース・ワークの理論と実践がうかがわれる。と同時に、今日、彼が

「治療」を試行するとき、それは、従来強調されてきた「受容」に留まることなく、新しく「対話」になる。また、一対一の関係に留まらずに、人々の関係の広がりの追求と、そこでの支え合いを作り出そうとする。そして、その関係の広がりにしても、医療チームの充実に留まらずに、「病者」同士の関係の広がりを援助する、ということがある。こうして、既存の心理臨床、心理治療の枠」を（越えるのでなく、ましてや、否定するのでなく）広げる模索になっている。

職業としての「臨床心理家」にとどまる限り、これだけでも大変な試行なのだろうと察することが出来るし、なによりも、「病者」と出会ったときに、奥村がしなくてはならないと考えてしまう事態なのだろうが、奥村の試行は、「心理臨床家」の延長線上にあるものである。その意味で、「よりよい、真の心理臨床家」を目指していることになる。

「心の悩み苦しみ」と括ることでよいか

では、本書で、鈴木伸治は、「心理治療」をどのように考えているだろうか。彼は、「心理治療はなぜ求められるか」を論じている(36)。まず、その要約を試みる。彼は、「心の悩み苦しみの体験」に着目する。それには、必ず、「なんとかこの苦しい事態から脱け出そうともがき、解決を模索する過程」が伴う。ここにつきあう周囲は、三つの課題を負う。それらは、（1）その人と周囲との断絶感や孤独感を埋めること、（2）その人の苦しみ悩みはだれもが体験する可能性のある苦しみであり、避難や軽蔑の対象となるようなものでないことを、態度で示すこと、（3）どうすれば解決がつくか、大体の見通しとめどをつけること、である。

これらは、身近な人々との関係の中で、解決されていくべきなのだが、特に、近代化された都市の人々は、「暖かい相互扶助的側面」を日常の中に持てなくなっており、さらには、「義理人情のしがらみ」を断ち切りたがっている。こうして、彼らは、「なんでも専門家に依存して解決してもらおうとする。」鈴木は、これを「都会人のひよわな体質」と呼んでいる。だから、専門家が全面的に請け負ってしまうと、いよいよ「身近な人とつながっていく芽」を摘み取ってしまうので、専門家は程々にしなくてはならない。そして、専門家は、「身近な関係者や家族とのつながりをより豊かにするための情報提供や助言、あるいは関係を結ぶための呼び水となるような受け応えができたら一番よい。」

にもかかわらず、今日の人々の中には、「しがらみ回避と専門家依存」がある。「仕方なしにひそかに心理治療家のもとに通うのである。」「心理治療」は、「自分に常に肯定的にまなざしを向けてくれて、しかも、その人の感情や価値観を押しつけずに、自分のもがきや訴えや自立への動きを見守ってくれる。」すなわち、これらは、構築された「非日常的、人工的な場面」で与えられるし、与える側は、職業としての「心理治療専門家」と呼ばれる。

ところで、このことが可能になってくるのは、専門家の人格とか関係の深化とかの為と言うよりも、「相手がこの種の悩み苦しみを扱う専門家であり、秘密保持を義務づけられており、この場が人間の心の恥部をさらけだしてもおかしくない場だから」である。こうして、心理治療は「こういう枠組の中での出会い」であるのだから、普通の人間関係で成立するかもしれない「深い共感や理解」を期待してもらっても、それはないものねだりである。ここに、かえって、「職業的治療者としての分別」とか「職業的に特殊な訓練を必要とする共感的理解」がある。

鈴木は、このように心理治療を規定しながら、一方で、改めて、「心の悩み苦しみ」は「万人共通の問題」なのだから、「これらについては、だれもが経験者であり、実践家であるから、専門家にまかせて私は知らない、というわけにはいかない」として、「心の悩み苦しみに対処する知恵の共有化」を提言している。「したがって、今後専門家に期待される役割があるとすれば、まず『心の悩み苦しみ』に陥った人たちやその周辺の人たちへの情報提供者、窓口相談者、あるいは、紹介者としての役割であろう」と言っている。

ところで、ここで言う「情報提供」とは、「われわ

れ専門家はその立場上、多くの『心の悩み苦しみ』の体験者に接する機会を持っているのであるから、自分たちがまだそれほど深く体験していない苦しみの体験を体験者から聞いて、集め、人類共通の問題としてその中から苦しみ悩みに対する知恵を学びとっていき、それらをいわゆる素人の人たちにも役に立つわかりやすい形で提供するという意味」である。

鈴木は、「心理治療」を論ずる関係上だと思うが、それにしても、終始「心の悩み苦しみ」に焦点をあてつづける。つまり、「身体の悩み苦しみ」と切り離しているし、それが生み出され、置かれている社会的、経済的構造の問題（差別の問題）にはまったく触れない。個人還元主義的で、なかでも、心理主義的な捉え方である。これでは、心理治療（家）の存在が前提とならざるを得ない。そして、普段の人々は、共同利害的に生活せざるをえない現実の中で、（既述の）「三つの課題」を負わなくてはならないと言われるのだから、このとき、心理治療家は人々の守護神的位置になるほかない。つまり、心理治療家は、その尻拭いをするか、指導、助言をする立場に立つ。

なにせ、心理治療家は、「人類共通の問題」として括った「心の悩み苦しみ」に対処する知恵を持ちうる立場なのである。こうして、鈴木が描く「くろうと」と「しろうと」の関係は、明らかに、指導－被指導関係であり、啓蒙的、階層的関係であると言わざるを得ない。

確かに、鈴木は、学会改革当初から、赤堀裁判における精神鑑定書批判に取り組むなど(37)、ぼく（ら）と『心理テスト―その虚構と現実』を作り上げていった頃まで、心理テストにおける「正常」概念や適応主義の批判を徹底して行っていた。特に、精神医療体制の中で思索しぬいた「心理テストによる人間評価の視点」は新鮮かつ説得的だった(38)。また、彼が警戒する「専門家の上昇志向と権益拡大への欲求」から自由になって生きてきた人であることもよく知っている。とすれば、彼は、適応主義、上昇志向、権益拡大から自由な（「心の悩み苦しみ」に純粋に関わる）心理治療がありうると考えているのだろう。しかし、思うに、心理治療もまた管理社会の要請の中で生まれて、そこへの社会的、心理的適応という課題を担う限りにおいて、社会的システムとして存在しているのである。

彼は、自ら提起した「（心理治療家の）役割は、従来の専門家のあり方を徹底的に、批判的に検討することを通じてしか果たしえないものと思われる。」と結んでいるが、とすれば、この果てに登場する「専門家」は、「よりよい、真の心理治療家」である。すでに指摘した、啓蒙的、階層的関係がいよいよ気がかりになってくる。

病院の内と外を往復しながら

佐藤和喜雄は、日臨心で「病」者から、「症状」も自分らしくあろうとする叫びだと言われたことに目を開かれる。彼は、これを「自己変革の第一歩」と言う。そして、赤堀裁判差別糾弾闘争に出会って、自らも、他の医療従事者と共に、「八王子赤堀さんと共に闘う会」を結成する。職域、専門域から外に踏み出した最初の体験だった。彼は、このことを「自己変革の旅の第二歩」と呼んでいる。

彼は、「病者」に、この会のことを話した。そして、何人かが入会してきた。佐藤は、「わたしの（彼らに対する）眼差しが変わりつつあった」為であろうと喜んでいる。そのときまでの眼差しは、「優しく配慮する優越者、親切に気を配る上位の援助者」のそれであったと気づく。

そのような佐藤は、「（病院の）業務をどう変え得るか」ということの模索を始める。「例えば、アルコール・薬物依存症患者の治療方式づくりとか、酒をやめて新しい生き方を創造しようとする人々の自助グループである断酒会やＡＡ（Alcoholics Anonymous 米国で発祥した断酒会）との関係づくりなど、医療チームとしての取組みで一定評価しうると思われるものへＣＰ（臨床心理員）として参与してきた。

また長期在院化した主として『分裂病』の患者たちとの集団療法を行いながら、評価の視点を排し、そこでの活動を「在院する社会人」という観点からつくり

拡大してきた。個人面接を継続しながら、面接技法へのとらわれを脱して患者の置かれた状況へと共に迫るようなかかわりを業務として通常的に行いうるように実践を重ねてきた。」(40)

外で学んだ問題意識を内に持ち込んで、しかも、「CPとして」の業務に組み込めないかと模索する佐藤の姿が浮かんでくる。例えば、佐藤は、「グループセラピー」中に認められた、ある患者の行動に「眼の裏に熱いものを感じ」るほどに感動した。そのことに関して、久野徹は、これを「過剰な同一視」であると批判した(39)。伝統的な心理療法の論理に立てば、久野の批判はあたっているのかもしれない。それに対して、佐藤は、「共感や同一視は抑制することなく進め、理解できないところは当面それぞれのあらわし方の違いとみなし、困ることは率直に困ると言い、そこから、一対一ではどうにも解決できない現実の状況を共に直視し、状況の変革へと（身近な状況からでよい）共に迫ろうとする構えがあれば、過剰の同一視問題は乗り越えられると思うのである。」と反論している(40)。

ここで見るように、佐藤は、病院の業務の中でも、「共に」や「解放」、そして、「相互変革」を願ってきたし、その思いは、伝統的な心理治療理論の批判にも及ぶ。佐藤が「グループセラピー」とわざわざ強調する理由は、「彼のやりたいこと」を業務として装わせ、認めさせる、とりあえずの戦術であったとも思われてくる。

一方で、ぼくは、彼が述懐する次の言葉に目を止めないわけにはいかない。「しかし、病院全体として見ると、日本臨床心理学会が解放に起つ『病者』たちと真剣に討論してきたような本質的な矛盾を踏まえた討論は容易に成立しなかったし、そのようにして『共に』『解放』をめざす方向とは違った方向へ病院が『充実』することに『貢献』してきたと思う」と。

にもかかわらず、佐藤は、次のようにも述べている。「PSWやCPの活動は、一つ一つの行為を切り離して、保険点数化するという在来の医療保険のやり方になじまないものであるから、これらのパラメディカルスタッフの働きを、あるべき精神医療に向けて機能させるためには、スタッフ側の自己変革と同時に、制度の側にも大きな変革を求めていかなくてはならないと思う」と(41)。

佐藤は、自分たちの心理臨床活動が、強制治療の場としての病院の「充実」に寄与してしまうのは、必ずしも心理臨床に内在する論理によっているのでなく、病院の体質がそれを都合よく収奪していくからだと考えているようである。こうして、佐藤は、「あるべき精神医療」を展望しているし、そのためのCP、PSWなどパラメディカルスタッフの充実と、そこでの自分たちの労働を楽観的に思い描いていく。そのためにこそ、自分達は自己変革しなくてはならないし、それを保障する制度の変革を求めていかなくてはならないと、言うのだ。この制度とはどんなものであるか、ここでは明確になっていないが、佐藤は、このとき、すでに、CPの資格化と保険点数への寄与、などを考えていたはずだ。

奥村、鈴木、佐藤と、彼らの「心理治療を問う」作業をみてきた。三者三様のところもあって、それぞれのユニークな実践の姿が思い浮かんでくる。しかし、一方で、「よりよい、真の臨床家」を求めている点で共通している。「新しい心理臨床家」像を模索していると言っても良い。そこに問題はなかったのか。次号で、そのことも、再び、80年代前半まで戻って、そして、学会改革終焉に至るまでの流れと関連させつつ、考えたい。

（続く）

引用文献

(1)臨床心理学研究（以下、臨心研）, 29.1(1991)-29.3・4(1992)、クリニカル・サイコロジスト（以下、CP紙）, 130(1990)-134(1992)
(2)CP紙, 50(1969)-76(1971)
(3)臨心研, 10.1(1972)、CP紙, 77(1972)
(4)臨心研, 29.3・4(1992)

(5)臨心研, 30.2(1992), pp.11-13
(6)CP紙, 116(1983)
(7)臨心研, 21.2(1983), pp.9-11、21.3・4(1984), pp.43-91
(8)臨心研, 22.3(1985), pp.2-71、22.4(1985), pp.2-70
(9)臨心研, 25.4(1988), pp.3-32
(10)CP紙, 129(1990)
(11)臨心研, 29.2(1991), pp.15-22
(12)臨心研, 13.2(1975), pp.1-29
(13)臨心研, 20.3(1983), pp.2-102
(14)臨心研, 19.4(1982), pp.3-39
(15)臨心研, 19.3(1982), pp.50-59
(16)臨心研, 20.2(1982), pp.42-51
(17)臨心研, 11.3(1974), pp.34-76
(18)臨心研, 11.3(1974), pp.3-33
(19)臨心研, 12.1(1974), pp.1-35
(20)日臨心編 「心理テスト―その虚構と現実」 現代書館 1979
(21)臨心研, 11.2(1973), pp.55-58、12.1(1974), pp.75-87、12.2(1974), pp.63-64、13.1(1975), pp.93-97、CP紙, 83(1973)-85(1973)、88(1974)、89(1974)
(22)臨心研, 14.2(1976), pp.23-50
(23)臨心研, 15.1(1977), pp.40-62
(24)臨心研, 14.1(1976), pp.26-31
(25)臨心研, 14.3(1977), pp.36-41
(26)臨心研, 16.4(1979), pp.70-78
(27)臨心研, 18.4(1981), pp.107-108
(28)臨心研, 15.2(1977), pp.20-25
(29)臨心研, 19.2(1981), pp.64-68
(30)臨心研, 16.1(1978), pp.57-63、17.3・4(1980), pp.120-129、19.3(1982), pp.38-42
(31)臨心研, 13.3(1976), pp.113-117
(32)臨心研, 23.1(1985), pp.2-16
(33)臨心研, 13.1(1975), pp.11-24
(34)日臨心編 「心理治療を問う」 現代書館 1985
(35)前掲書, pp.321-344
(36)前掲書, pp.280-320
(37)臨心研, 13.2(1975), pp.30-45
(38)臨心研, 11.1(1973), pp.69-77
(39)臨心研, 20.1(1982), pp.77-84
(40)前掲書, pp.396-420
(41)前掲書, pp.139-165

「映画と本」で考える

＜映画で考える＞は、今号は三人の方に登場願った。「こんなのでいいんですか」と遠慮される方もいらしたが、「こんなのがいいんです」と、少々強引に書いていただいた。

飯田淳さんは小学校教員。津田正夫さんはＮＨＫ名古屋のプロデューサー。映画がそれぞれのお仕事や生活の場とどうクロスするかを具体的に書いていただいたつもりである。ヘソのない映画ヒョウロンがチマタにあふれていますからね。

加えて『母性をひらく』（汐文社）、『母子癒着』（馬場謙一氏との共著、有斐閣）等の著者木村栄さんには、最近封切られたばかりの映画『フォーリング・ダウン』について、ホットな文章をお願いした。一読、ドキッとされるムキもあるのではなかろうか。

＜本で考える＞は、『教育という謎』で考えることにした。この中に登場して語られている三橋修さん（社会学）はどう読まれたか、聞いてみたいところであった。

なお、前号の『十二人の怒れる男たち』は『十二人の怒れる男』の間違いでした。お詫びして、訂正いたします。（編集部）

『マルコムＸ』と涙々の卒業式

飯田淳（東京都新宿区立戸塚第一小学校）

息子の中学校の卒業式に出席した。前夜、「明日は僕も泣くかもしれないな。」と、彼は言っていた。去年の卒業式以来、＜卒業式に泣くこと＞についてが我が家では話題になることがあった。息子は２年生のとき、卒業する３年生の姿を見て「今日は感動したぜ。」と言いながら帰ってきたものだ。中学校の卒業式に興味があった僕も休暇を取り、見に行っていた。式の中の歌声は素晴らしかった。大きなむくつけき男子生徒の声もよく響いた「大地讃頌」には、単なる観客にすぎない僕にもこみあげてくるものがあった。最も印象的だったのは、男の子たちがよく泣いているということだった。近所の、煙草をふかしながら自転車で走り回っている酒屋の息子も、下を向き、赤く染めた髪を揺らしてすすり泣いていた。

そして、息子の卒業式。案の定、涙々の卒業式であった。答辞は男子生徒と女子生徒が二人で、先生方や在校生に、思い出・感謝・決意を語りかけていくのだが、もう出だしから声を詰まらせ言葉にならない。それにつられて会場に女子生徒のすすり泣く声が広がっていく。退場時には、男子生徒も半分以上が頬をたくさんの涙で濡らしていた。

確かに中学校は楽しかったようだ。運動会が終われば打ち上げ、合唱コンクールで優勝すれば打ち上げ、球技大会で３位になれば打ち上げ。男の子も女の子も一緒に仲が良かった。先生方にも恵まれていた。しかし、泣きすぎる。

『マルコムＸ』（監督スパイク・リー）を見た。映画の後、西武新宿に向かって歩きながら伸さん（妻）に、「僕の好みから言えば、今一つだったな。宗教ってこわいなと思う。ひたむきになりすぎるというか狂信的すぎるというか、独裁者への集団の盲従の危険とかそういうものは強く感じたな。」というような事を言っていた。そう感じたのは映画後半の次の箇所である。

・服役中のマルコムの前に、ブラック・モスリムの指導者イライジャが光に包まれて現われる。幻覚を見たわけであるが、その不思議な体験を境にマルコムは熱烈なイスラム教徒の道をひた走ることになる。

「イライジャ・モハメッド師から手紙が届いた。聖なる使徒がヤク中でポン引きで囚人の私に手紙を書いてくれたのだ。‥‥まばゆい光が現われたように彼がそこにいた。黒っぽい服に身を包み、その顔には正視できぬほどの、知恵と苦しみが深く刻まれていた。それは夢ではない。確かに彼はそこにいた。」

・イライジャは、若い女性秘書二人と関係をもち、四人の子をはらませる。

「神の血を絶やす訳にはいかない。私の後継者をもうけることが必要なんだ。」と、イライジャはマルコムに言い訳をした。

・マルコムは妻と口論をしてまでもイライジャの肩を持った。

「それは中傷だ。嘘っぱちなのさ。それは白人の悪魔の新聞なんだぞ。白人が僕たちを仲間割れさせようとしているんだ。指導者を引きずり落とす陰謀なんだよ。」

・ブラック・モスレムにおいて、イライジャを凌ぐほどのカリスマ性を発揮しだしたマルコムは組織内部では危険視されるようになる。ケネディー暗殺事件における舌禍事件を口実に排除され、マルコムは、別の教団を組織する。そして導かれる党派闘争。

「我々は宣言する。この地球で、我々は、人間として尊重されて生きる権利を要求する。今、この地球で、いかなる手段によっても、この実現のために、闘う。手段は問わない。」というマルコムXのことばに異議無し！である。しかし、映画を見終えた後に残ったのは、はじめに書いた、人が何かに憑かれたようになる不気味さだった。

式場から退場する息子の頬は紅潮していたが、涙は見えなかった。僕は、校長の祝辞の、やれ国際化の時代だの、世の中のためにだの、２１世紀だの、個性の尊重だの、心のこもらぬ今はやりの教育用語の羅列にしらけていた。くそっ、雰囲気をこわしやがって。それなのに、中学生たちは、けなげにも涙涙の洪水だった。

「どうした、泣かなかったじゃないか。」と息子に言うと、「ああ、タイミングをはずしちゃってね。」なんだそうである。

今、テレビのワイドショウは、山崎浩子の統一協会脱会がスキャンダラスな目玉ニュースとなっているが、同様の若者の不幸は僕の遠い身内にも知人にもある。「マルコムX」を見た後、人が何かに憑かれたようになる不気味さを感じたと書いたが、それも、そんな事件が身近にあったからなのかもしれない。また、卒業式に無防備に涙を流しすぎる中学生に、暗示にかかりやすい、自らを暗示にかけやすい危うさを感じたからなのかもしれない。

『こうのとりたちずさんで』と“ざんげの夏”

津田正夫（ＮＨＫ名古屋局）

Ｔさん、お元気ですか。例年私たち日本人と日本のマス・メディアは、風物詩的に“ざんげの夏”を迎えてきたわけですが、新政府がアジアに対する侵略戦争について、その責任を率直に認めたこともあってか、

今年の紙面は多少、緊張感がただよっていたようですね。敗戦の歴史とお盆が重なったこの季節を、なにか暗くうしろめたいものとして迎えつづけてきた私たちの精神的習性へのもどかしさ、いらだたしさの意味が、私自身も、近ごろは少しわかってきたような気がします。それはひとつには、年毎日毎に身のまわりで深まる諸外国・アジアのひとたちとの出会い、従軍慰安婦やＰＫＯの問題などをとおして自覚されはじめたものですが、先日みたテオ・アンゲロプロス監督の『こうのとりたちずさんで』に触発されたということもおおいにありました。

１９９１年につくられたこのギリシャ映画は、難民となって国境をこえて逃れながらも、安住の地をえることができず、再難民となって、追われさまよいつづける人々の物語です。舞台はアルバニアと思われる国と境を接するギリシャの町。ここへは多くの国から、難民となった人たちがやってくる。トルコ人、クルド人、ポーランド人、イラン人。そしてアジアからやってきた難民たちは入国を拒否され、海に身を投げる。主人公である老人は、かつてアルバニアとおぼしき国の政治家だったようで、いまは“待合室”とよばれる難民収容所の中で、じゃがいもを売ってくらしている。難民問題を取材しているテレビ局のクルーが、この老人（マルチェロ・マストロヤンニ）とかつての妻らしい女（ジャンヌ・モロー）の再会をくわだてる。長い彷徨と己との葛藤のはてに、老政治家と再会した婦人はもどかしげに「（フランス語で）違う。（英語で）彼じゃないわ」とつぶやいて去ってゆく。（彼のほかの作品と同じく、アップで撮られている画面は極端に少なくて、この映画の全編をとおして、アップはここだけなのです。）そしてこの亡命者らしい老政治家は、美しく大きな河がつくる国境をへだてた荘厳な結婚式をみまもったあと、自分の国の人々への責めを果たすかのように、国境の河をこえてもどってゆく‥‥。という感じなのですが、この映画もまた、彼のほかの作品とおなじく、雪と霧と雨にいろどられたギリシャ北部の町で撮られた、独特のくすんだ藍色のなかの黙示と寓話の世界なのです‥‥。

Ｔさんもごぞんじのように、アンゲロプロス監督の作品は、あまりに刺激的な映画になれた私たちからすると、長くて眠いものばかりです。ワンカット＝ワンシーンというのも決して珍しくはなく、途中でトイレへいってきてもまだおんなじカットがえんえんとつづいているというのはよくあることで、不覚にも居眠りしてしまっても大丈夫なのです。彼はハリウッド的映画制作のやりかたにとことんさからって、１つのシーンで多くのカットの切返しや積み重ねをしませんし、観客の感情を簡単に取りこむアップの画面をつかうこともほとんどありません。また、カメラの速い移動やパンニングをせず、あかるい色彩や過剰なライティングも拒否する。音楽や効果音でのコケおどしもいやだ。そういった抑制的な態度をつらぬいてきました。エーゲ海やまぶしい太陽といった観光パンフレット的なギリシャ、世界平和のシンボル・オリンピックの元祖といったイメージをかたくなに拒むギリシャを描きつづけてきたわけです。

そのような徹底した手法によって彼は、あるいはナチスに協力していきのび、あるいはナチスを追いはらったあとも、冷戦体制下の大国の取引の犠牲になり、１００万人もの難民となって世界をさまよっているギリシャ人の現代史を、『旅芸人の記録』（１９７５）以来、『狩人』（１９７７）、『シテール島への船出』（１９８４）などのなかで、ギリシャ神話をなぞった現代の寓話として一貫して追いつづけてきました。人間どうしの憎しみあいや、暴力の根深さ、重さといったものをゆっくりゆっくり描いてきました。それらをとおして、人々がいだきつづける“のぞみ”というもののしたたかな力、わずかな“のぞみ”へむかって手をのばす、ひととひととのまなざしのかすかな交わりといった感覚を、荘重なイメージ、映像の叙事詩として、軍政や教会の支配にふれるきわどい政治的・物理的条件のなかで制作しつづけてきました。そういう彼

への思い入れが、彼とはちがって妥協をかさねながらテレビの映像でメシを食ってきた私には強くあります。

Tさん、私は最近、ヨーロッパの映画ばかりでなく香港・台湾・韓国などのすくなからぬ映画が、歴史と国境についての明確な意識をベースにして作られてきていると思いますが、日本の映画はどうなのでしょう。かつて私は、毎週、朝のテレビニュースの編集にかかわっていましたが、その頃あいついだ、“アジアからの花嫁さん”、“中国偽装難民”や外国人労働者たちのニュースのことを、いま、思わずにはいられません。８０年代の半ばからつぎつぎに日本にやってきはじめた“アジアからの花嫁さん”は嫁にきたのか出稼ぎにきたのか、“中国残留孤児”や“研修留学生”のなかには、ニセモノがいるのではないのか、なかば迷惑顔の法務省・外務省・厚生省などは伝染病でも予防するかのように、こうした分類と発見にやっきでした。８９年の夏、毎朝のように日本に流れついた“ベトナム難民”にたいしても、国籍がベトナム人なのか中国人なのか、経済難民なのか政治難民なのか、区別しようと必死になる日本人たちなのでした。かつて私たち自身が、“満州”やアメリカで、難民となったことさえ忘れさってしまったかのように。毎年、肉親のてがかりをもとめて代々木のオリンピックセンターを訪れる“中国残留孤児”のまえで、いった何回「違う、彼じゃないわ」という葛藤にみちたことばが、発せられてきたことでしょう。いま原発の清掃、介護施設のヘルパー、工事現場、農家の嫁など日本の“ダーティーワーク”を、アジアやブラジルからの“難民たち”ににになってもらいながら、なんという日本の映画界の無関心ぶりでしょうか。

ところでTさん、私もささやかながらこうした問題ととりくむ番組を作ってきて、ドキュメンタリーのなかでは、アンゲロプロス監督とはちがった意味で、“アップを使わない”ということが決定的である場合をしばしば経験しました。

たとえば１９８９年、天安門事件によって、日本にいた中国人留学生たちの多くは帰国できなくなり、政治難民になりました。夏から秋にかけ、中国大使館へ何回ものデモがかけられました。中国政府からは留学生たちの不穏な行動をとりしまるために多くの公安職員が来日していました。私たちの職場では、時間に追われながらテレビニュースを編集しているひとたちの多くは、留学生と同世代の下請けのプロダクションの若者たちです。多感なかれらは、天安門の弾圧に抗議し、民主化をもとめる中国の若者たちに敏感にこたえます。そしてつい、デモ隊の若者たちの悲痛な表情、怒りの形相をアップで編集してしまうのです。私は先輩らしく言ったものです。「デモというものをアップで編集しちゃいけない。この映像を証拠に、新たな逮捕や弾圧がはじまるのだから。」と。事実、博多駅事件、成田事件などそうした例は枚挙にいとまはありません。

逆にロングで撮ってはいけないものもあるわけです。「連続幼女誘拐殺人事件」の容疑者M君の家のロングの映像は、M君の周辺のひとたちをひどく傷つけました。あるいは“じゃぱゆきさん”たちのかけ込み寺である新宿の「ＨＥＬＰ」の事務所も、ロングで撮って公表した心ない週刊誌のために所在が知れて、暴力団におそわれたそうです。

アップをつかってはいけないもの、ロングをつかってはいけないもの、ニュースやドキュメンタリーはきわめて具体的でケースバイケースです。映画とテレビはちがいますが、一般的にはアップを多くつかったほうが刺激的であり、視るひとの感情をひきつけやすいわけです。弱さをふくめて、人間というものを凝視してきたアンゲロプロス監督は、視るひとを情緒的に煽りたくはないと、アップをきびしく自制しているのでしょう。

さて、アンゲロプロス監督の作品は“ベルリンの壁の崩壊”をふくむ激動をはさんで、いっそう強く国境を、人間の内なる国境をも意識したものに変わってきていると、私には思われます。それまでの悲劇の民と

してのギリシャ人への共苦のまなざしから、『霧の中の風景』（1988）、『こうのとりたちずさんで』をへて、同じような苦しみをせおった他国の難民たち、少数民族であるためにさまよう人々にたいする、ギリシャ人の現在のかかわりかたを、ギリシャ人と非ギリシャ人との関係を何回か裏返しながら、より深く問いかけてきているのではないかと思います。

これに比べると、私たちの国の“ざんげの夏”へのもどかしさというのは、国家や政党などの古いリーダーたちが、日本がかかわってきた他国への侵害をただただ教科書からかくしてきたり、「終戦」という無内容なことばに閉じ込めてきたこと、それに対して“革新”の側が「敗戦」ということばを対置することで、もっぱら過去の責任だけを問い、みずからを被害者もしくは正義の側において免罪してきたことによるのでしょうか。さらに現在、私たちが総じて世界へのかかわりかたを経済的にしかとらえることができず、“難民”となって私たちひとりひとりのくらしの身の回りにいるひとたちと、人間としてのあたりまえのつきあいができないでいること、私自身が精神的難民となってさまよっていることにもよるのかもしれませんね。もう紙数はありませんが、ほとんどのアンゲロプロス作品の翻訳にかかわってこられた池沢夏樹さんのご意見も、ぜひ一度うかがってみたいものです。精神的難民らしく、まとまりがなくてすみません。残暑の候、ご自愛ください。

共同性を求めて、名コンビの面白さ

―佐々木賢・松田博公『教育という謎―消費社会の文化変容―』（北斗出版、1992）―

三橋修（和光大学教員）

昨年の秋、八戸で安藤昌益に関するお祭りがあった。その翌年、つまり今年の4月にアメリカ合州国で安藤昌益に関するシンポジウムをやる企画があって、それに巻き込まれていた僕は、中日の夜のパーティーに、場違いだなと思いつつ出席していたら、この本の著者の一人である松田さんが、ひょっこり顔を出した。新聞記者の彼が何処に現れても不思議ではないのだが、僕には意外に思われたので、なんでまたあなたがここに、と余計なことを聞いた。彼の答えは、いや、最近鍼灸師の資格をとって、その関係から安藤昌益には興味を持っているんですよ、というものであった。彼が鍼灸師の資格をとったという話は、僕にはとても自然に納得がいった。成程、こういう経路をとって安藤昌益に興味を持つことが出来るのかと、この点はあらためて教えられた。

そしてその折、また佐々木さんと本を出しますということを聞き、やがて本書が送られてきた。そこへこの学会から書評を頼まれた。前の『果てしない教育？教育を超える対話』（北斗出版）も楽しく読ませて戴いたので、つい書評を引き受けてしまったのだが、これは失敗であった。書かれていることは、大抵賛成なので、わざわざ書くことがないのである。しかも本書の著者のお二人は、このメディアの読者にも親しい方たちとあっては、万事窮す、という感じである。僕も彼らの主張する教育の無化は大賛成、と言えば終りなのである。

これだけでは余りに愛想が内ので、このお二人を十分ご存知のない方を対象に、無理矢理書評めいた文章を書くことにしよう。このお二人は、よくぞ巡り合ったものだと感心するような名コンビである。前の本ではまだ、ほんの少しお互いに距離があって、相互に「松田さん」だの「佐々木さん」などと呼合っていたのに、今回の本になると、ほとんど相互の呼びかけがない。

活字にするに当たって削除したのかもしれないが、それが全く不自然さを感じさせない程の息の合いようである。これには恐れ入る。お二人とも、イリイチの「社会の学校化」というテーゼを前提に、現実に起こっているさまざまな悪しき教育現象に対してよりよい教育実践を求めようとする心性をも、悪しき教育心性として批判し、徹底した教育の無化こそが、今日の社会を撃つ思想だとする点で、見事に一致している。

それ程に意見が一致しているお二人がなお、一冊の本になる程に対談を続けられるのは、松田さんが新聞記者として（正確には論壇担当者として）、いろんな社会現象を縦横に取材してきて書いた記事を、一方の定時制高校の教師である佐々木さんの前に提出し、佐々木さんの教育現場における現象と彼の社会分析と突き合せをするからである。新聞記者として自分の記事を事後検討に付するということは、大胆な試みとも言えるし、強い自信の発揚とも言えるが、それ以上に、これ程じっくりと自分の記事を読んでもらえる新聞記者は、幸せ者とも言える。松田さんの自信は、沢山の本を読み、一見単なる風俗現象とも見える事象を記事で扱いながら、実は読んだ本より沢山の仮説を秘めて記事を綴めている点にある。佐々木さんの方は、御自分の教育現場にいる高校生たちの在り様から、社会の在り様の仮説をもって受けて立つ。かくて両者の仮説の検証がなされるわけで、そのプロセスの実況放送とも言えるのが本書である。

佐々木さんは、彼の目の前の学生の行動の中に、明らかに教育そのものに対する嫌悪感を見、それは決して彼らの固有の感覚なのではなく、今の社会の在り方に本質的なものであるという。佐々木さんは、特定の学生を例として取り上げてその行動分析を行うことなどは決してしない。あくまで学生たちの在り様のみに注目する。この態度は、彼の社会分析の方法論でもあるし、日々付き合ってる学生たちに対する彼の倫理感でもあるのであろう。彼の目の前には、日教組や凡庸な教育評論家たちの予想を遥かに超えた対策をうってきた文部行政からもはみ出して行く「浮遊する学生たち」がいる。一人一人の浮遊する学生たちの存在の背後に、お二人はこの消費社会に於いてすでに機能低下を露呈しているはずの教育が無化された状況と若者の新たな生き方への希求をみる。

前著の「果てしない教育」では、あくまで「教育」にこだわって対談したお二人は、今回の本では、同じ問題意識で、「教育」を超えた現象に、つまりは今日の消費社会をどこまで読みとけるかに賭けている。例えば「消費身体の感覚変容」（第2章）とか「超能力願望と学校文化」（第6章）、「電脳社会と教育」（第7章）といった章の名前が、こうした意図を良く表わしている。最も冒険的なのは第5章の「教育のパラドックスと脳死体」である。松田さんの提供している脳死と臓器移植を扱った記事「侵食される身体（上下）」には、一言も「教育」なる語は出て来ないが、彼は「自己と非自己の境界をあいまいにしていくユートピア的なテクノロジーだと臓器移植をとらえるならば、教育というものに貫かれた平等思想、つまりあらゆる人間が教育というものを通じて、同じような知識、人格、能力を獲得して、全く平等に解放されていくというユートピア的な発想は、かなり似たような構図を持っている。」という判断を秘めているのである。そこから佐々木さんは、自分たちの預かり知らぬところで「非常に難しい基準がどんどんできるということですね。これまた教育現象に非常に似ているということなんです」と応え、専門家志向の状況論と結びついていく。この流れの中で、お二人は、「子どもの権利条約」の中にある教育的な考えを浮かびあがらせて批判をし、「もし父親や母親だったら、子どもを教育的な目でみないで、変わったら変わったで、もう変化を楽しめばいい」（２１４頁）と呼びかけている。実際実践しようとすると、中々に難しいことだが、原理的には大賛成というしかない。

僕のいる教育現場は大学であるため、幸い高校迄の教育現場程にはあんまり「教育」について責任を感じ

ないで済む。それでも「教育好き人間」は周りに沢山いて、何かというと「教育方法」だの「教育実践」などということが話される。意地の悪い僕は、教育の方法などと云い出す動機は、大抵、自分の権威の確認だと思っている。自分が考えたてのホヤホヤの、学生に伝えたくてたまらないことが無くなると、つい、既存の知識の伝達効果、つまり上から下への教育効果が気になって来るのである。そして整然と授業が行われていると思えると安心する。その有様を記録した実践記録とかいうシロモノ程僕が嫌いなものはない。だから、佐々木さんと学生たちの関係の方が、よっぽど素敵なものに思える。

ところで、このお二人は、「変化を楽しめばいい」という共通点があるから、人々が顔をしかめたくなるような若者たちの行動の中にも、未来を生きようとしている積極性を読み取ろうとし、決してそれを既存の大人の価値観から批判することをしない。超能力ブーム現象についても、一般的には、それにウツツをぬかす若者に批判的な目を向けたくなるところであるが、お二人の手付きは違う。松田さんは記事の中でもこの現象から、「消費社会化、情報化の学問への浸透は、一方で限りなく専門化を促進しながら、同時に従来のパラダイムを解体する。人文社会、自然等、長く近代の諸科学を分類してきた枠組みが壊れ、学問の漂流が始っている」ことを論じている（２６４頁）。受けて立った佐々木さんは、インド生れの覚者たち（クリシュナルムティとバクワン・シュリ・ラジニーシ）について論じようと提案し、同じことを論じようとしていた松田さんを喜ばす。瞑想の思想の中にある「経験や思考や蓄積されてきた意識をとっぱらって自分を洞察」せよというテーゼは、まさにお二人のテーゼである「教育の対極」である。同時に学問の漂流に対応している。

最後になってしまったが、お二人の内で特に松田さんに一貫しているテーマに「身体」の問題がある。「『別に一』とか言って言語も画一化し、生理的にも反応がにぶくなってしまっているのが浮遊化し、自閉化する子どもたちの身体状況だとすれば、僕はそれを何とかしてゆるがしたいな」（３０５頁）と松田さんはつぶやく。これはイリイチの「コンビビアル」という語を巡って話が進んでいるところでのことであるが、松田さんはこの語の「ビビアル」という部分に反応し、佐々木さんは、「僕はもうちょっと消極的に『コン（共に）』の方に重点を置いて考えていてね。浮遊する若者の特徴に、ベターッとくっついて友達とダベッているというのがあるからね。それだったら中に大人も混じって、ベターッとくっついて一緒に生きていこうではないかというスタイルでね」（同頁）と応えている。お二人の資質が覗かれて面白い。

冒頭に紹介したように松田さんは、鍼灸に凝っていて、だから、対談の中にも、安藤昌益は勿論、しばしば老子や道教の話が飛び出して来る。どことなく松田さんの身体観には、静的な匂いが付きまとう。その癖、「何とかゆるがしたい」と勇ましい。まあ、お二人の資質の違いはあっても、「自分が最もここちよい、これが自分の人生であって生き方だということを共有できる、同じ様な共通感覚を持てる人々とともにかたちづくる共同性」（２８９頁）を求める点で、お二人は全く共通の感覚をお持ちである。

動く身体に興味を持っている僕は、感覚的に言うと、どうやらお二人の中間にあるらしい。つまり、ベターッとくっついてダベッていて、その内、オイ、何かカラダを動かそうヤ、と言いそうである。

何やら、紹介ばかりになってしまったが、書かれていることに大抵賛成なのだからやむを得ない。この本は、上に述べた共同性をお二人が求めるプロセスでもあるし、お二人の作った共同性への誘いの書でもある。ともかく皆様、、どうぞご一読を。（定価２４００円）

もうひとつの『フォーリング・ダウン』

―映画『フォーリング・ダウン』を観て―

木村　栄

映画館を出たら、新宿歌舞伎町の雑踏にいた。薄墨色に暮れなずむ空に原色のイルミネーションが滲んで、ようやく夜本番を迎えようとする頃。紅灯の街の猥雑さに気後れがして、繰り込んでくる人の群れに逆らう足を早めながら、ふと、どこか見知らぬ場所にテレポーテーションしたような違和感に捕えられた。

すれちがう顔、顔、顔が私のよく見知った日本人とは違う。頭部が小さく、皮膚がつるりとして、表情がない。赤信号で止まった時にそっと左右の顔を盗み見たが、どれも同じだ。背筋が寒い。さっきより私を取り巻く群衆の輪が狭まったような気がする。

駅の構内に駆け込んでみれば、黄色みを帯びた照明の下で行き交う顔は、もういつも通りの日本人。夜の歌舞伎町なんて一人でくるトコじゃなかった、と思ったとたん恐怖感に付け込まれた、つまりは「むじな」。その正体は、閑古鳥の鳴くミラノ座でみた白昼夢、空洞化したアメリカンドリームの廃墟を我を失って彷徨う男、ふとしたきっかけで人生を破滅させてしまった男の、絶望感の投影だったのだろうか。

Dーフェンスと呼ばれる男、マイケル・ダグラス。工事の大渋滞で身動きのとれない猛暑のフリーウエイ。周囲の車からの騒音、うるさく首筋を這う蠅、冷房がきかず、窓ガラスの開閉もままならない車。重なる苛立ちが我慢の限界に達した瞬間、男は車を乗り捨て、アタッシェケースを手にフリーウエイを横切って行く。「家に帰る」と呟きながら。

別れた妻に電話。娘の誕生日だからプレゼントを持っていく、と。「こないで」と断られ、かけ直そうとした電話代がなくて近くのコンビニに入る。横柄な韓国系の店主に1ドル札の両替を断られてコークの缶をとるが、高すぎて電話代が出ない。５０セントで買える品物はない。何もいらないから５０セントの釣銭をくれと頼んで断られ、怒りに駆られた男はバットで店中をめちゃめちゃにして、強引に「５０セント」と言わせた代金を払って釣銭をもって出ていく。

次に現れたのは原っぱ。コークを飲んでいるところを二人組のチンピラに絡まれ、ナイフで脅かされ、隠し持ったバットで殴って逃げる。

再度電話しているところを殴られたチンピラの仲間が見付けて走行車からマシンガンで掃射、通行人を殺傷して、駐車中の車に激突。免れた男はそうと知って、苦痛に呻く首謀者の太腿に弾丸を撃ち込み、銃器の入ったバッグを奪って立ち去る。

次はハンバーガーショップ。たった3分の差で「時間だから」と朝食メニューを断る慇懃無礼なマニュアル応対に苛立ち、脅かすつもりで誤ってマシンガンの引き金を引き、パニックに陥れ、代金を払って去る。

この頃からロス市警が事件を追い始める。金を払ったから強盗にはならないが、とコンビニ店主の訴える「白シャツにタイの男」が気になったブレンダーガスト刑事が、一連の騒ぎを同一犯の仕業と見抜いて担当外の捜査に乗り出し、男の足取りを追い始めた。

男の行動はもう止まるところを知らない。軍用品の払い下げ店で、女性刑事の捜索から匿ってくれたナチス主義者の店主の誘いを断って射殺、予算消化のための工事現場でバズーカ砲をぶっ放すなど過激な行動を広げながら、次第に別れた妻の家に近付いて行く。最後の電話は至近距離から。切れるとすぐ家に向かって走るが、一瞬遅く、妻は子を連れて逃げた後だった。男は無人の家でかつての親子3人の幸せを記録したホームビデオに見入る。誕生日にプレゼントの木馬に乗っ

た娘を録画したがる男、怖がる娘、「怖がってるからもういいじゃない」と困惑する妻、「ダメだ、乗せろ」と執拗に強要する男。

やっとつきとめた刑事サンドラを撃ち、海岸に逃げた妻と子を追って走る男。追うブレンダーガスト。男に気づいて「ダディだ」と無邪気に指差す娘。「こんなに大きくなって。成長を見ていたかった」と妻と娘を抱き締める男。そして、対決。ポケットに銃があると挑発し、取り出しかけたところを一瞬早く刑事が撃つ。男の手からピストル型のビデオコントローラーが滑り落ち、転落して、大の字になって海に浮かぶ。

男の破壊行為が電話を軸に展開するところが見所のひとつか。発端の渋滞は、子どもの誕生祝いに別れた妻の家に行く途中と見えるが、車を乗り捨てたことで「何か」が切れ、抑制が利かなくなった結果、「面会禁止」の娘を訪ねる行動に出たと考える方が納得できる。電話ボックス目指して一直線にフリーウエイを横切っていく男の「ゴーホーム」の呟きが、自滅への旅の始まりなのだ。そうして騒ぎと電話が交互に交錯しながら、破壊行為は次第にエスカレートし、男の電話は次第に執拗に脅迫的になり、双方の距離が縮まるにつれて妻の恐怖心が高まっていくサイコ・チェイスのサスペンスが、シリアスな社会問題を露呈するアメリカ大都市で自分を支え切れなくなって転落する男の物語に緊張感を与え、見応えのある映画になった。

ところで、男を追い詰めたものは何だったのか。

猛暑で冷房のない車の中で長時間渋滞に耐えねばならなかった経験は、私にもある。汗まみれでむずかる幼い娘を膝に抱いて、むっつりと黙り込んだ夫と二人、今にも頭の血管が切れるのではないかと思うような目の眩む苛立ちの瞬間を何度かやり過ごした。だから、男の気持ちは手にとるようにわかる。しかし「それでも我慢する」のと「やってしまう」ことの間には決定的な違いがある。

しかも、男は白人中産階級のシンボルともいうべきワイシャツにダークズボン、縞柄のネクタイを短めに結び、スポーツ刈りに眼鏡をかけてアタッシェケースをもったビジネスマン。つまりはまともな市民である。男にはよほどの鬱屈が溜まっていたに違いない。

ジャーナリストの矢部武氏は、「追い詰められた白人中産階級」の最大要因は非白人人口の急増だという。米国の人種問題は白人と黒人の問題が解決されないままアジア系やヒスパニック系が台頭し、ロスなどの大都市ではすでに白人が少数派になり、全米でも21世紀の中頃には多数を失うと推定されるとか。米国は多民族社会ではあるが、実質的な支配者は白人だった。「非白人の地位が向上すると白人の生活が脅かされる」と感じて、「米国は白人のためにつくった国だ」と本音を剥きだしにする白人も少なくないというのだ。

男は、偏執狂的なネオナチの軍用品店主に同類とみられて「アメリカには言論の自由がある」と射殺した場面が象徴するように、人種差別主義者でも反動でもない、良識的なアメリカ人である。だが、男の目に映るのは圧倒的な有色人種と白人エイズ患者や戦争帰還者ばかり。彼に法外なコークを売り付けるのも、銃を突き付けて脅すのも、非白人だ。

「彼」のための国なのに何でこんな目にあわなければならないんだ、という苛立ちが、「中国人だか韓国人だか知らねえが、お前の発音はわからねえ。この国へ来たんなら、ちゃんと英語を話せ。アメリカは今までお前の国にどれだけの援助をしてきたと思ってんだ」という、怒りの爆発に確かに表現されている。

それから経済構造の変化による失業。東西冷戦の終結で、軍需産業で支えられていたアメリカ経済が大打撃を被る。防衛関連企業は新規受注が殆どなく、数千人から数万人単位の大量解雇を余儀なくされており、失業者の多くは白人中産階級だという。男も一ヶ月前に解雇され、「俺はミサイルをつくり、国のために一生懸命働いてきた。それをお払い箱にしやがって」と

怒りを溜めていた。Dーフェンス、つまりディフェンス。国防につながる仕事が白人中産階級の誇りであるなら、失業と同時に彼は自信と誇りを失った。

そして進行する「家庭崩壊」。男も離婚していて、子どもとの「面会権」もなかった。

そんなところが、男に一触即発の緊張をもたらしていた社会的な背景だというのが、一般的な見方のようだ。確かに人種問題を抱えた都市事情や失業は不愉快な現実には違いない。だが、それで「自分」の人生を棒に振るだろうか。それは解説と首っ引きで映画をみた時からの疑問だった。私には、もうひとつのフォーリング・ダウン、「男神話」の崩壊による男たちの混乱と自信喪失の問題があるような気がしてならない。

男は、伝統的なアメリカ男社会の男である。働いて妻子を養い、守るという、まっとうな男の責任を果たすことで得られる家族の信頼と敬愛が自信と誇りの裏付けになっていた筈だ。だが、守るべき家族を失い、守る手段である職も失った彼は、男と言うより、母親の家で暮らす失業中の息子でしかない。男は強いもの、女子どもを守るもの。幼い頃から、そうした男神話の中でアイデンティティを獲得してきた男が守るべき対象に捨てられることは、危機的な状況と言ってよい。そもそも離婚の原因は何だったのか。これも頭を離れない疑問なのだが、私はこんな風に推察する。

別れた妻の怯え方は少し異常だった。彼女は事件の日の男の行動を知らない。根拠は、執拗で一方的な電話と、多分かつての夫の性格だろう。二度も警官を呼ぶが、恐怖の実態を説明できない。「子どもを殴るのか、あなたを殴るのか」と聞かれて、「ノー」というしかない。「殴られる‥‥ような気がする」と。

だが、私には、彼女の言葉にならない恐怖がわかる。男の暴力、ないし暴力的で専断的な雰囲気、或いはただ短気というだけで暴力と結びついてしまうようなイメージに対する、女の恐怖。大声で威嚇する、テーブルを叩く、それだけで「殴られる‥‥ような気がして」足がすくむ。心が凍る。よく知っている筈の相手が、突然言葉の通じない別の人間になったような不気味な恐怖感。力で支配される者の、コミュニケーションを断たれた関係から生じる恐怖感と言えばいいだろうか。多分、そんな経験が重なって彼女の中に夫を「怖い」と思う感覚が定着していった。

嫌がる子どもを木馬に乗せろ、と妻に命じて、何度も繰り返させるビデオの場面は象徴的だ。妻子を養い保護する男は、同時に支配する者だった、と。

男と対照的に見えて、実は同じ良識的なアメリカ白人の表裏をなしているのが、刑事ブレンダーガスト、ロバート・デュヴァールである。

彼は事件の発端となった渋滞の列で男のすぐ後ろにいて、男が車を乗り捨てていくのを目撃していた。有能だが、一人娘を2才で亡くし、夫の帰りの遅いのにパニックを起こしてノイローゼになった妻のために、第一線を降りて内勤刑事になった「腰抜け野郎」として侮蔑と嘲笑を浴びている。それも、人種見本市みたいな市警で、非白人の同僚からである。早期退職をして妻の側に居てやろうと決心した、その退職の日に事件が起きたのだった。

つまり、彼も不愉快な日常を生きている点では男に劣らない。彼が男と入れ代わってもおかしくない状況である。にもかかわらず、彼には落ち着きと自信があり、「男らしさ」を失っていない。

何故なら、彼には「深く愛している」妻、彼だけを頼りにする妻がいるからである。守らねばならない者のいる男は、どんな状況でも男の誇りを失うことはないという、「男神話」の上に構築されたアメリカンドリームの体現者だ。

だが、それにも限界がある。「大草原の小さな家」で描かれたアメリカの理想の家族はすでにない。フェミニズムの台頭で、女たちは力で保護・支配する男を必要としなくなり、「自分」と自己決定権と対等な関係を求めるようになった。女が弱者に回ることで男の

強さが保たれていた、その女が男と対等になれば、「守る者」としての男のアイデンティティを保つためには妻を「ノイローゼ」にするしかないのだ。

「家に帰る、子どもの誕生日」と呟きながら破壊行動をエスカレートさせ、娘を抱き締めて「成長をみていたかった」と泣く男の姿は、涙が出るほど痛ましい。彼を「男」にしてくれるものは妻と子しかない、だが、妻と子にそれを頼るようでは「男」ではない、という自己矛盾。後戻りできない行為が妻への電話と同時に始まったのは、自滅で終わるしかない自己矛盾の露呈だった。墜落した男神話が男自身を追い詰めていく残酷さに、男たちは気がついているのだろうか。

力で家族を守る男のアイデンティティの崩壊に、軍事力で世界を支配してきたアメリカがその基盤を失おうとしている状況が重なる。アメリカが軍需産業依存の経済構造を変換しなければならないように、男たちも「力」を頼む生き方を変えねばならないだろう。

映画は、傷ついた男社会のヒーローをプレンダーガストに託した。男の神話の再生とみればいただけないが、社会的地位や立場や制度、そして性や健康などに拘束されない対等な愛と人間関係が結局は、人間の誇りを守るということの示唆ととれば、これはパンドラの箱の最後に残った、大きな希望だ。

（１９９３年／アメリカ／ワーナー・ブラザース
監督：ジョエル・シュマッカー
主演：マイケル・ダグラス、ロバート・デュヴァール）

“ここの場所”から

＜社会臨床＞のイメージや課題は、私たちの日常世界に既にあり続けているにちがいありません。各自の働いている場、暮らしている処で体験したこと、考えたことを、本欄に気楽に短めに投げ込んでいただければと願っています。（編集委員会）

高校がなんぼのものというのだ

安部宣人（福岡県立八女農業高校）

私は現在、福岡県の南部・筑後地方の一角に位置する農業高校で教員をしている（担任教科は「英語」）。この稼業も２０年、振出の普通科高校、工業高校、そして現在の農業高校というぐあいに＜高校＞の現場で１６年、前任校の「特殊学校（聾学校）」で４年間を過ごしてきた。

教員歴２０年、と言えば、学校教育の「二大支柱」（「教務」と「生活指導」）の領域でそれ相応の働きを期待される「中堅教師」のイメージがあるが、私自身、周りからそのように「期待」されたこともなく、またそうありたいと思ったこともない。私の教員としての一貫性は―それがあるとすれば、の話しだが―教員に与えられた２つの権力―単位認定などの「評価権」と退学処分などの「懲戒権」―の行使にはせめて抑制的でありたいという思いは手ばなすまいということぐらいだろうか。

１９９２年４月、私の現在勤務する農業高校にダウン症の「障害」をもつM君が入学、私が彼の担任をすることになった。学校でのM君と他生徒との関係は、＜共にいる＞ことの豊かさを日々、私（たち）に示してくれるものであった。にもかかわらず、M君は、今春３月、複数の教科の単位取得が認定されず、他の７名の生徒ともに１年に原級措置（留年）、進級を許されなかった。

＜高校はギムセイ（＝小・中学校）とはちがう＞とか＜高校は点数が取れる生徒の来る場所である（取れないなら来るな）＞という高校教員の意識の壁が実に厚いことを実感させられた。とくに、「障害者」といわれるM君の「評価」（単位認定）をめぐって露呈したのが、単位制に支えられた高校教員のイデオロギーの差別性であった。

福岡県の高校進学率もほぼ９５％に達し、＜高校＞は、もはや「選ばれた」者だけが行ける場所ではなくなっている。それなのに、大多数の高校教員の中にある「規範」としての＜高校＞のイメージは旧態依然としたままである。＜生徒－教員＞の関係が「単位（評価権）」や「処分（懲戒権）」を基軸に展開されるかぎり、＜高校＞は子どもたちを「選び」「分ける」ことをやめないだろう。

＜高校＞が「単位」や「処分」を通じて生徒を一方的に支配しようとして起きた＜事件＞を、私は自ら働く学校現場で目にしてきた。＜される側＞に学ばない＜する側＞の「荒廃」を教えてくれる具体例として次にいくつかあげてみる。

例、その１。教員２年目、ある普通科高校で。私が担任するクラス生徒（３年生）全員が、ある教員の授業をボイコット。生徒たちは、「眼つきが悪い」ことを理由に「減点」するなど、徹底して＜点数で威す＞やり方はやめろ、と要求したのだった。彼らは、その教員と「団交」し「謝罪文」に署名捺印させ、ホコをおさめたのだが、この一連の動きは、他の教員たちに「次は自分の授業かも」との不安を駆りたてた。教員

の持つ＜評価権＞が危機に瀕したときの狼狽ぶりが今も目に浮かぶ。（余談として、このボイコットの背後に担任の私がいるのでは、とあらぬ疑いをかけられ、私は「顛末書」なるものを県教委へ出させられる羽目になったのだが。）

その2。同上の高校で。'７２年の学区拡大は県立高校の間に著しい「格差」を生み出した。その＜高校＞は、かつての「進学校」としての地位回復に躍起となり、なりふり構わぬ「進路指導」や「生活指導」を強力に推進した。生徒は、「進学希望者」と「就職希望者」に分けられ、さらに「進学希望者」は「国立・私立」「文系・理系」に下位区分された。「就職希望者」は軽視され、「十把ひとからげ」の「お荷物」でしかなかった。

また、校門での「門立ち指導」や全校集会での服装検査が強化され、「校則違反」には厳重処分、「遅刻」「欠課」が一定回数になれば進学・就職の際も推薦をしない等の「恫喝」による「生徒指導」や「進路指導」が進められた。同時に、生徒集会では「校歌」の斉唱を実施、「愛校心をもて」と叱咤された。

ついには、「本校の指導の核は上位１割の生徒である」と保護者の前で公言する「学年主任」、「単位をやるかわりに、お前の知っているワルソの名前を教えろ」と言って単位をエサに生徒に密告を強要する「生徒指導主事」まで登場した。

私（たち）は、もちろん、こういう一連の動きに対しては、反対の声をあげ、様々の抵抗をつづけた。しかし、度重なる攻撃により「組合色」も失せていた職場状況の中で、多勢に無勢、指導体制の再編は急速に進められた。

こうした厳しい「生徒指導」や「進路指導」に追い立てられる生徒たちは、部落差別の表現を教室に撒き散らして自らの鬱屈した心情を爆発させた。また、授業中「天皇陛下万歳！」と叫んだり「『大東亜戦争』は聖戦だった」などと声高にアジる天皇賛美主義の教員の＜熱＞に魅かれた生徒たちは、卒業式での「君が代」斉唱を要求する署名運動を展開するまでになった。（そして、この動きはついに、「君が代」斉唱の実現をもたらし、斉唱の際「君が代」のアレンジ伴奏をした音楽担当教員は免職処分となった－福岡県立若松高校・「君が代」ジャズ風アレンジ伴奏事件.'７９年５月。）

このようにして、この年度、＜高校＞が生徒たちを「選り分ける」過程のなかで、一人の音楽教員のクビがとび、３０名を越える大量の「留年」が出たのだった。

その3。「養護学校義務化」の前年、'７８年に私は、上に述べた普通科高校から工業高校へと強制配転されていた。この＜高校＞は、県内有数の「エリート工業高校」であり、「産業界の一線」（校歌）に多くの卒業生を送りこんでいた。そこでは「よりよい企業」への就職を共通の価値として＜生徒－教員＞の関係が切り結ばれていた。また、体育会系の部活動が盛んで全国レヴェルの大会への参加者も多かった。「身体強健の」「男らしい」「勤労意欲に富んだ」「スポーツマンタイプ」の生徒が歓迎された。それも「道理」で、この＜高校＞は、入試の一環として「身体検査」を実施、「四肢」「色覚」「聴覚」等に「異常」がある者の入学を拒んでいたのである。（「障害者」を排除して進められる「同和」教育を批判しつつ、私は＜高校＞で「障害者」と出会うためには、年少児からのつき合いが大事だと考えて地域の「ボランティア活動」に顔を出しはじめていた。）

そして、「身体検査」の即時中止等を唱えていた私は、今度は、聾学校という「特殊学校」へと強制異動させられることになった。

その4。「特殊学校」とは、なるほど、「特殊」な学校であった。そのろう学校には、3歳の幼稚部児童から１８歳の高等部生徒までがいて、少なければ１～２人、多くて７～８人の同級生でクラス編成がなされ、生徒相互の、或いは対教員の関係は濃密、固定したままで１５年間（！）の学校生活を送らなければならな

い。

ろう学校とは、要するに、「聴覚障害」を唯一の理由として仮構された、＜世間＞から切り離された「特殊」な空間であった。ろう学校の現場の＜残酷さ＞は、「分ける側」の＜残酷さ＞の裏返しの表現としてあった。

私は、このろう学校で、世間に流布されている「専門家による手厚い教育の場」の具体的中身を知ることができた。「分ける」のはおかしい、とつくづく思った。そして、「分ける」ことを正当化する＜生徒－教師＞関係の中の「専門性」に改めて批判的になった。以上粗述したような3つの学校での体験と「学習」を経て現在校に異動して3年目のいま、留年を余儀なくされたM君の進級の実現に向けてどういう取組みを進めるかが私（たち）の大きな課題となっている。

福岡県の高校中退者は、毎年４５００人。県教委も各学校に「教務規定（進級規定）」等の見直しとその弾力的運用を求めざるを得なくなっている。しかし、日頃県教委の「指導」には唯々諾々と従う教員もこの「指導」には反発を露わにする。「単位を安易に認めれば生徒は勉強しないし、授業が成立しない」がその理由である。県教委ですら、＜高校＞がもはや「高校の教育課程を履修できる能力と適性を有する者」のみが行く場所ではない現状を追認せざるを得ない状況にあってすら、「単位認定権」を振り回す教員が何と多いことか、呆れ返ってしまう。＜高校＞がなんぼのものというのだ。

私の現在の＜高校＞ではさらに拍車がかかり、M君の入学（在学）に対する教員の根強い反発がある。「M君の入学（進級）を認めれば『障害者』が次々と押しかけてきて養護学校になる」「農業高校の存立にかかわる問題であり、入学（進級）は認めるな」などである。M君の留年にはこの考えが強く反映されている。さらに、先の県教委も「障害者」の高校入学となると、＜適性者主義＞を強調、現場の教員の大きな後ろ盾となっている。M君も入学（在学）は、私（たち）に＜生徒－教員＞関係のありようを日常的に鋭く問うことになった。私は、どうやら「評価権」の行使にただ「抑制的」であるだけでは不十分な場所に立っている。「支配」を内在させた＜生徒－教員＞関係の変革のために、私は、＜される側＞としてのM君たちの＜ともに＞の世界に深く学びたいと思っている。

ある日突然に

大平由子（地域作業所　かつら工房）

6月の初め、根本さんから「社臨の原稿を書いて貰えないか」と電話を貰った。その頃の毎日は、仕事も趣味も楽しく、住んでいたアパートも4、5畳一間から6畳お風呂付きに引っ越し毎週友達を呼んで宴会を開き心地よい生活をしていた。

ところが、ある日突然父が癌になった。とても、大きな腫瘍で手術してとれるものではない。「いつ容態が急変するかわからない」と医者に言われた。大急ぎでアパートを引き払い自宅に戻り毎日の病院通いが始まった。

この仕事をしていると、よく人から「いつ自分が歩けなくなるかわからない、いつ心の病いになるかわからない、明日はわが身お互い様だから‥‥」と言われる。しかし、今までそれに実感を持って頷いたことはなかった。

そして、今まで考えなかったこと、経験しなかったことに触れざるを得ない状況がどんどん生まれてくる。まず、告知の問題。

今、父は自分が癌であることを知らない。そして、状態は本人が考えているより、とても悪いことも‥‥。

父は早く治し仕事に復帰しようと思っている。父の前では、それに「そうだね」と頷くしかない。そして、今ではそれにも慣れてしまった。しかし、一番ついてはいけない嘘をついているように感じている。自分のこと、自分にとって一番大事なことを自分だけが知らない。誰も教えてくれない。そんなことがあっていいものなのだろうか？　しかし、そのことを父が知ったら今持ち合わせている気力を失ってしまうことも確かである。もし、自分だったら絶対に教えてほしいし、会っておきたい人もたくさんいるし、しておきたいこともあるだろう。しかし‥‥。

お金も大きな問題だ。入院費、家賃、生活費どんどん出ていく。入院費も社会保険だったら一割負担なのに、国民健康保険は3割負担。今まで余り考えることもなかったが、国保は何らかの事情があるから国保なのである。そして、金銭的に裕福でない場合も多い。それなのに、3割。父の場合は自営業なので休業保障等も一切ない。働けなくなったら、その時からお金は入らなくなる。

医者という専門家とのつき合い。何をどのように聞けばいいのかがわからない。今どういった状況なのか、今後どういう状況が予測されるのか？　聞き方が悪いのか今一つ要領を得ない。聞いたことしか答えてくれない。説明しても理解できないと思っているのか、忙しくて時間がないのか、丁寧な説明がない。そして、なぜか医者の前に出ると緊張する。また、医者から父に対しても丁寧な説明はない。病気との付き合い方で重要なことも家族から言わせようとしているように感じる。「食べ物を吐いてしまったら死ぬかもしれない」と家族が説明しても、「大袈裟な」と信じようとしない。入院の楽しみは食べることしかない。だから余計に食べることに執着する。お風呂も、無断で入ってしまう。

病気だけを看るのではなく、本人そして取りまく者を看る医療が本当に望まれると実感した。

そして、残されることになるかもしれない母のこと。最近やっと2人で山に出かけたり、旅行に行ったり楽しみ始めている。父よりも母の方が精神的に不安定になって眠剤を飲み、胃の不調を訴えている。

今の状況は何もいいことはない。しかし、「3か月もてば1年2年ともつかもしれない、2年もてば5年もつかもしれない」と、医者が言った。こうなったら占いと一緒、いいことだけ信じようと決めた。

「社臨」と私たちを繋ぐもの

北村美佳（都立高校　養護教員）

「社臨」総会の後、少し「元気」になれたのだと思う。本稿依頼に気楽にOKの返事ができたものの、何とも月日の過ぎるのは早い。原稿の締切りに急かされる頃になって、これまた、突然の肩や頸の凝りと痛みに悩まされる日々となった。他にも頼まれていた仕事が幾つか重なってはいたが、一時中断。とうとう自己流「健康」法にも限界を覚えて知人の治療院に駆け込む。「身体」って正直、よって、怖い。「私」が洩け出されてしまう。「治療するもの」・「される者」の関係性についてもフムフム‥‥と思いを巡らすことの多い中、手当てを要する生活が続いている。

その私は、都立の定時制高校の養護教員。24年目を迎えてしまった養護教員生活ではあるが、その殆どを定時制の生徒たちと過ごしてきている。定時制教育は、社会体制および教育制度の矛盾を引き受けるかたちで、多くの役割を担わされてきた。豊かになったといわれる社会の中で、現代的な「貧困」「困難」の下で頑張っている生徒も少なくない。よって今もなお、

数々の人生のドラマが展開されている。振り返ってみるに、私もまた、彼等たちから、さまざまな人生の体験をさせてもらい、いっぱいエネルギーをもらって仕事をしてこられたのだと思う。この度の「社臨」の歩もうとしている課題には、心惹かれて「会員」になった。そして、参加した「設立総会」では、こだわり続けてきた養護教員存在としての日常性が、オーバーラップされていくことが多かった。「社臨」のテーマにつながるであろう私たち養護教員の現況について記してみたい。

「臨教審」以降といってよいだろう。とりわけ「養護教諭」や「保健室の役割」が重要視される時代を迎えたようである。「不登校・保健室登校問題、いじめ、非行など児童生徒の心身の健康が大きな問題になり、保健室を訪れる子どもたちが増えている。まず、養護教諭の対応が適切であるか否かによって、児童生徒が心を開いて相談するか否かが決定される。最初に出会う養護教諭の役割は、問題の解決の糸口としてきわめて重要である」と、注目される。そのための方策として「養護教諭は相談にのり、その悩みに親身に対処しうるようカウンセリングの知識と技術を持っていることが必要である」と、研修が求められていく。同時に、「保健室の再整備・充実」と、「学校や地域における相談体制の確立」も図られようとしている。養護教員自体も結構、カウンセリング研修には煽られてしまっている感が強い。保健室における相談活動に関する調査・研究事業も官民共々盛んなご時世といえよう。

また、１９９１年には職能団体を目指した養護教諭の「全国組織」が結成された。「文部省」の梃入れで発足し、「文部省」や「学校保健会」に有効団体として認められるこの「全国組織」は、健康教育の充実と、養護教諭の資質向上を目標に精力的な活動を行っている。残念ながら、これら一連の動きに疑問と不安を覚える側も、養護教員の全国的な研究組織ー職能団体の必要性の是非について、論議をし合うことが困難な状況にある。私には、養護教員集団がより専門職として、文部省の管理体系の中に協力体制を一緒につくりだすことに邁進しているように思えてならない。私たち養護教員が「学校」を問う「場」で誰たちとともに、どんな立場（視点）で、生きあっていくのか（働いていくのか）問われているのだろう。「専門職種としての養護教諭」存在や、「職能団体ということのもつ意味」については、是非心して考えねばならないことなのである。

私自身、「保健室」や「養護教員」のありようには、学校教育を『臨床』する「場」や「人」として、とても“こだわり”を有してきた。「保健室」空間に集う生徒たちと、より教育的にならないところで、そして、余り使命感を持たないところで「私」の表現をしていけることを願ってきた。生徒たちと楽に付き合うことが私の仕事だと、ようやく言い切れるようになった。この日常の営みが、同時に、「公教育」という枠組みの中でのさまざまな子どもたちの事象を捉え返す作業に繋がっていくことのように思う。私のこの“こだわり”は、独り善がりかもしれないが、「社臨」の目指そうとしている事柄や「社臨」につながる人達と共にあるようで‥‥。「社臨」の今後に心を寄せる一人として、“ともに解き、癒し、喜び、楽しみ、せめぎあいながら生きあう”意味を私の「場」でも考えてみたい。

指導欲と戦う私

島根三枝子（地球屋主催）

地球屋は不登校（高校中退者含）の子どもたちの居場所です。それと学校問題・不登校問題等の本の販売

をしています。その他、親御さんの相談、講演会企画等、やりたくなった時にやりたいことだけをしています。横浜の地に開店して3年になります。

私がこの不登校問題に取り組むきっかけになったのは、我が子の高校中退・学校拒否です。彼等は『自分が壊れる。学校へ行っている暇がない。今、学校いいや。』と3人とも学校を必要としない生き方を始めたのです。このように、学校との関係を一応絶った時、どんな問題が生じてくるのか、大変興味があったのです。一つは人との関わりです。学校という集団から離れると孤立しがちです。昼間一緒に過ごせる人はまずいないでしょう。学校から帰ってきた友達とは、いつしか話が合わなくなり、顔を合わせるのが嫌になるので自然に付き合わなくなります。今、学校以外の所で学校と関係なく人と付き合える場は、無いに等しいのです。そのことがそのまま、地球屋の存在意味となったのです。地球屋に来る子どもの中には、まるで学校に通うかのように毎日お弁当をもってくる子たちがいます。来ると話に夢中になったり、ゲームをしたり、鉄道模型作りをしたり、その日の気分で一日を過ごします。また、ある青年は勉強に疲れ、孤独に疲れ、友に会いに来てトランプ、話のキャッチボールを楽しんでいます。その他、本を読んでいる人、じっと考え込んでいる人、話を聞いてただ頷いている人、それぞれ勝手に時を過ごしています。時には年の差も関係なく、全員本気でトランプをしたり、語らいをします。閉店時間が過ぎたのも忘れて‥‥。不登校問題に直接関係ない人も来ます。「毎日の目まぐるしい生活の中で、我を取り戻すため」だそうです。

さて、それだけの人が集まると、私の頭にごく自然発生的に沸いてくるものがあります。それは「ああしたらいいんじゃないかなあ」「こうしたらいいんじゃないかなあ」という『指導欲』です。またの名を“お節介”と言います。それはただ単に指導したいという自分の欲望なのです。それを証拠に私の提案はことごとく拒否されます。「えー、なにするのー？」「面倒くさい」「僕たちのためにやるなら嫌だよ」と、断られます。逆に、子どもたちの中から自然発生的に出てくる提案を取り上げ相談に加わると、私は子どもたちに受け入れられるのです。でも、それが分かっていながら『指導欲』という曲者は、私の頭の中に住み着いて離れないのです。私は『指導』することは良いことで、大人として当たり前だと長い間思い込んでいました。けれど子どもに受け入れられないことから見て、決して良いことではないと気づいたのです。『指導』とは自分の価値観を、自分の満足のために押しつけることなのです。俗に言う「良い子」にするために、子どもたちは学校、家庭、社会から、指導や価値観を強要され続けてきたのです。地球屋は学校でもなく、家庭でもなく、「良い子」の集まりでもありません。そして「良い子」にする所でもないのです。ですから、『指導』は要らないのです。

私は地球屋を休み場・居場所としてお互いに利用できればと思っています。ところが、なかには、私にカウンセリングを求めてくる子どもがいます。それを感じるのは「楽になりました。私の話を聞いてくれてありがとうございました。」と言われた時です。その時、私は何故か心から良かったと思えないのです。違和感を覚えるのです。その時の事を思い起こすと、その子は「自分は学校にもいけない弱い人で、何もできないだめな人間だから手を引いてつれて言って下さい」と声のない声が叫んでいる。一方「私は強いから、あなたの手を引いてあげましょう」とやはり声なき声が言っている。そこには“強い人－弱い人”、“立派な指導者－一人で歩けないだめな人”と差別を生み、知らず知らず良い人とだめな人という感覚を潜在意識に刻んでいる。それが私の違和感だったのです。

私は一方が気持ちの良い出会いで一方が気持ちの悪い出会いは、ありえないと思っています。お互いの話が終わった時に、共に良い心地になるか、嫌な心地になるかしかないと信じています。ですから子どもでも大人でも気持ちの良い出会いの後はお互いに「ありが

とう」しかないのです。地球屋に来る子どもたちは、私に徹底的に人と人の関わり方を教えてくれています。私が素直に分からないことを認め、興味を持ったことはしつこく聞き自分の広がりを求めた時、私にいろいろ話をしてくれます。でも彼等が私に彼等の考えを押しつけようとする時、私は自分の意見を主張し、ぶつかっていくのです。すると、「おとなげないなあ」と呆れられます。でもそこには何か通うものがあり、何故かほっと暖かさを感じるのです。その時初めて、人と人の関わりを感じるのです。そして、共に生きるすばらしさを知るのです。

『癒しとしての自己表現』を地域の中で持ってみて

鈴木美穂（東京足立病院）

精神科のソーシャルワーカーとして仕事を始めて4年目になります。仕事の内容は多岐にわたり、面接室での相談だけが仕事ではない多忙な毎日です。デイケアのサークル活動や訪問、保護室の患者さんの話を聞いたり、外出が制限されている患者さんの付き添い、行事の準備等々。

自由のきかない入院生活からやっと解放され、家庭や自分のアパートに退院できたとしても、なお、「暮らしにくさ」を感じる人は多いようです。薬を飲むことでの身体の重さ、それが加わっての仕事のしづらさ、病気を隠して仕事をする気持ちの不安定さ、家族にも病気を理解されないつらさ、自分ひとりが置いていかれるような焦り、どう見られているが気になる近所の眼‥‥。持ちかけられる相談は、すぐには解決のつかない問題ばかりです。「いつでもご相談下さい」「出来る範囲でお手伝いします」と言いながら、時折、「本当に役に立っているのだろうか？」と空しくなることもあります。

そうしたなか、１９９３年7月8日～１０日の3日間、地域の婦人センターで、『癒しとしての自己表現』と題した習字や絵の展覧会と、最終日には影絵の上演、シンポジウムを開催しました。「暮らしにくさ」を少しでもとり除くために、「精神病」者であることを隠さず、ありのままを地域の人に知ってもらおうと、病院外で催しを企画したのです。主催は「オアシス・足立精神医療を考える並の会」という会で、患者・市民・家族・医療従事者が平らな関係を目指して、月に一度話し合いの場を持っている集まりです。

私は造形サークルの担当として、絵の展示と影絵の上演に関わりました。展覧会のねらいは、日常の活動を単に病院内のサークルのひとコマにとどめるのではなく、生活の中で絵が支えになっている人の場・言葉では言い表せない思いを表現できる場を目指して活動してきたことを、病院外の人にも知ってもらおうということで、昨年の１２月に続いて２度目の開催です。

「制作の本当の意味を考えさせられた」という画家の方は、有名な画家の絵だけが素晴らしいのではなく、自分の中にある思いを絵を通して率直に表現することが、人の心に強く訴えるものであると感じたのでしょうし、だからこそ「エネルギーを与えられるような感じ」「安らぎを感じた」といった感動を伝える数多くの感想が寄せられたのでしょう。そんな声に支えられ、今回もこの企画に取り組むことになりました。

しかし、展示を進めるにあたって、「患者さん自身が主体的に取り組むべきであって、職員が企画を押しつけるのはまずい。職員が患者さんを引っ張る形になっているのではないか？」という議論が職員の中でなされたり、患者さんからは「精神科に通院していることを知られたくない」、「名前はペンネームで出したい」という声も出ました。そのため、作品を出すのかどう

か、ひとりひとりに声をかけて意思を確かめ、どんな作品を出すのか一緒に選び、準備も協力を求めて進めていくよう心がけました。そうして進んでいくうちに、はじめは躊躇していた人でも自分の作品や名前を出すことに抵抗がなくなり、むしろそのままの自分を見てもらおうという気持ちに変わっていった人もいます。

展示会場に患者さんの家族や友人がみえるとこちらも嬉しくなり、心から「ごゆっくり御覧下さい」と声をかけていたように思います。

影絵の方は、「シルエットプレイ～影に託して心を語る～」と題し、影絵用のスクリーンに自らのシルエットを浮かび上がらせながら思いを語る形を試みました。その背景には、海や星、森の影絵が色彩やかに映し出され、幻想的な空間、懐かしい雰囲気をかもし出すのです。

練習中のＯＨＰの操作では、自分も夢中になって、ついつい手を出してやってしまい、「じゃあ、私はやらなくてもいいですね。鈴木さんのほうが手際がいいし。」など言われ、ハッとしてでしゃばり過ぎたことを反省する場面もありました。「やっぱり職員が取り仕切るんだな」と、その人を失望させてしまったのではないか、と気になりました。

一方、語り手としての出演者は積極的で、自分の詩を朗読したり、何か語してみたいという人が9人にものぼりました。

「この病気は薬が治すのではない、医者でもない、自分自身で治すのです。みんな諦めないで‥‥」と同じ「病」で悩む人達に声をかけてゆく人もおり、他方、「暗闇の中で光を求めて這い上がりたい、けれど出口がない、太陽も見れない生活が続いた」、「一体自分は何なのだろう、何をしていいのか、どう考えたらいいのかわからない‥わからない‥‥」と「病」になって以後の実体験に基づいた語りは、その人の苦しい状況を心の深いところにまで伝えてきて、切なくなりました。私がもしそんな状況に陥ったとしたら？　私がその人の家族だったら？　私がその人に出会ってできることは？

後日、「催しの後すぐ入院しちゃったんですよ」と、その『自己表現』に参加したある患者さんは病棟からサークルに参加して来られました。様々な状況が重なってのことでしょうが、自分の不安につながる内面をありのままに出そうと努め、その後、より不安の心もとなさを強めたのかもしれません。

「病」を隠さず、ありのままを知ってもらおうと、今回、自己表現する場を地域で持ったわけですが、初めてこういった機会に触れ感動したと言って下さる人がいる一方で、絵を展示したり自分の内面を語ったりすることで疲れ、一時的に調子を崩してしまう患者さんもいました。だから、こういう企画はよくないと決めつけるのではなく、どう支え合い、協力しあっていけるか、今後も続けていく中で考えることかなと思います。

投稿のお願い

日本社会臨床学会編集委員会

1．日本社会臨床学会は、学会機関誌『社会臨床雑誌』を当分の間、年３回発行します。また、学会機関紙「社会臨床ニュース」を必要に応じて随時発行します。

2．学会機関誌・紙への投稿はいつでも広く募っています。別に、特集などを予告して、それにそった投稿をお願いすることもあります。研究発表、実践報告、エッセイ、問題提起、討論、意見交換などの場として活用していきたいので、どしどしご投稿下さい。

3．原稿枚数は、４００字詰め原稿用紙３０枚程度とします。それを越える場合には、編集委員会にご相談下さい。なお、〈「映画と本」で考える〉欄及び〈“ここの場所”から〉欄については、５～１０枚程度とします。

4．ワープロ原稿の場合、プリント・アウトしたものに加えて、フロッピーを届けて下さい。その際、ご使用の機種により調整が必要ですので、編集委員会にお問い合わせ下さい。

5．投稿原稿の採否は編集委員会で決定し、その結果をお知らせします。

6．掲載させていただいた方には、掲載誌・紙５部を贈呈します。それを越える部数を希望される場合には、編集委員会にご相談下さい。

7．投稿原稿は原則として返却しませんので、コピーをお手許に保存してください。

8．なお、編集委員会へのお問い合わせは、学会事務局を通してお願いします。

日本社会臨床学会へのお誘い

日本社会臨床学会

１９９３年４月、１年あまりの準備期間を経て「日本社会臨床学会」は発足しました。

本学会は、社会・文化のなかで「臨床」という営為を点検、考察し、さらにそのあり方を模索することを目的としています。いまの時代を生きる人間の悩みや思い、その背後にある社会の矛盾や問題を、既成の学問の枠組みやその方法にとらわれず、さまざまな領域、さまざまな立場の人びとが共に自由に考える場となることをめざしています。

本学会の設立のきっかけは、１９９１年１１月、日本臨床心理学会が、学会総会において、厚生省による臨床心理士国家資格化に協力する方針を決めたことでした。

日本臨床心理学会は、それまでの２０年余りを「『される側』に学び、『される側』と共に」の言葉に代表される態度と思索を重ね、「する側」自身の資格・専門性に対して批判的にこだわり続けてきました。その中で、心理テストや心理治療が、人と人とを分断し、差別・抑圧していく道具であったことに気づき、あるいは、裁判に於ける心理学の果たしてきた役割の点検を行い、また、早期発見・早期療育における優生思想やそれと等質のものを含む脳死・臓器移植の問題等にも気づいてきました。

その日本臨床心理学会が、臨床心理士国家資格化に協力するという、それまで積み重ねてきた営為を分断し突き崩すかのごとき方針を採択したとき、私達は、あらためて、資格・専門性を軸に再編されつつある社会ということに気づかされました。その中に、私達一人ひとりの生活、一つひとつの関係も巻き込まれ取り込まれてきているのです。私達は、日本臨床心理学会が１９９１年１１月までの２０年の間積み重ねてきた営為を継承しつつ、この現代の社会、その中にある私達の暮らしを考えるための新たな場を求めました。それが、日本社会臨床学会の発足へと至ったのです。

こうして、臨床心理士国家資格化に関する問題を契機に、日本臨床心理学会に関係していた者達が中心に始めた場ではありましたが、１年余りの準備期間の間に、関心を示してくれる方も、考えるべきテーマも次々と拡がっていきました。準備段階において既に、「心理職の国家資格化を整つ―『新資格化社会』の中で―」と題するシンポジウムを開き、「アメリカにおける生と死の医療管理―脳死・臓器移植問題を中心に―」「コンピューターの日常化と、個人情報管理をめぐって」「学校における、子どもへの“レッテル貼り”について考える―評価、不登校、学習障害児をめぐって―」と題する３つの学習会を行うことができました。１９９３年の設立総会のシンポジウムのテーマは「『心理臨床から社会臨床へ』をめぐって」と「生・老・病・死を考える―日々のくらしの中で―」でした。１９９３年４月に創刊号を発行した学会誌『社会臨床雑誌』には、「社会臨床学からみた部落解放論」「『高齢化社会』の反教育学」「自己教育力とカウンセリング」「精神医療のなかの心理治療」等の論文が寄せられています。

日本社会臨床学会は、生まれたばかりの学会です。「社会臨床」という言葉さえ、まだ馴染みの

ない言葉です。でも、私達は、この馴染みのない「社会臨床」という言葉をきっかけにそれぞれにイメージを喚起しつつ、私達一人ひとりの日々の生活の中から生まれる言葉でもって、社会や私達の暮らしを語り合いたいと思います。人が人を差別・抑圧することのない、誰もが同じ地平に並び立って生き合っている、そんな暮らしを思い描いていきたいと望んでいます。

本学会の会員は、「本学会の目的に共鳴し、『社会臨床』ということに関心をもつ」人々によって構成されます。このことの他に、会員になるための「条件」や「資格」はありません。どなたでもご参加下さい。なお年会費は、６０００円です。

皆様の入会をお待ちしています。

入会をご希望の方は、本誌掲載の「会則」もご覧の上、「入会希望」として、事務局まで、「名前、住所、電話、所属、会員／購読会員の別、雑誌の送付先をどこにするか（自宅か所属か）」等をお知らせいただくとともに、下記まで年会費をお振り込み下さい。

また、入会、学会についてのお問い合わせ等も事務局までお願いします。

（１９９３年９月３０日）

日本社会臨床学会事務局

〒241　横浜市旭区本宿町61-3　ウイスカーハウスB201　林延哉気付

☎045-365-3145

郵便振替　東京7-707357　日本社会臨床学会

編集後記

第2号の編集作業は、前号よりつらかった。編集者兼筆者だったからだ。編集者として、著者にせっつくのは期待されている役割。それにしても、それぞれの事情が察せられて、そのたんびに、申し訳なさと感謝の気持ちが沸いてくる。ぼくをせっつく人は、当面いない。甘くなってはいけない、でも、他がそろわないんだから、等と、心の中で、書く身になったり、せっつく身になったりした。

今年の夏ほどに、"宿題"に追いまくられている年はめったにない。多くは、社臨に関わっている。自分で蒔いた種を自分で拾っているようなものだから、この事態はありがたいと思わなければバチが当たる。それにしても、昨日も今日も、狭い家で、ワープロと睨めっこしているぼくの風景を見させられている妻に、今も、ゴメンナサイと心の中で言っている。

実は、この編集後記は、ぼくの分担分が大体終わるので、書いているが、これらのフロッピーは、これから、林さんのところに行く。林さん、よろしくね。（編集委員　篠原睦治）

もともと僕が編集委員を引き受けたのは、タダでいろいろな人の考えに接することができるという動機からでした。けれど、今回、自分の手元にある原稿は著者と僕以外には未だ殆ど人の眼に触れていないという簡単な事実に、遅ればせながら気づきました。それは何かしらワクワクする感情でした。原稿の内容を含め、「新鮮な」ものに真っ先に触れて、著者と対話するというのは編集委員のお得な役どころなのだろう、と思いつつ、もう一方で、これらの文章を早く多くの人達にも読んで貰いたいという気持ちになってきます。

今回もまた、いかにも社臨らしく、手づくりに近い雑誌となっています。雑誌の完成に関わった人達の協力、支援はなみなみならぬものがあり、その方々に深く感謝し、今後とも御協力をよろしくお願いします。（編集委員　三輪寿二）

篠原さんに、よろしくされてる林です。ようやく2号の発行です。年3回のペースで考えれば、8月中には出ていてもおかしくはないのですが、まあ、現実はこのような時期での発刊です。

今年は、職場の庭にキュウリとカボチャとトマトを蒔きました。8月に入ると、極手勝流で適当に放っておいたのですが、それでもキュウリなどはぼちぼち実をつけ始めていて、夏休み。明けて、職場に出てみてビックリ。敷わらがわりに生やしておいた雑草が、きれいさっぱりクリクリに刈られていて、その雑草にもつるを伸ばしていた、キュウリやカボチャは、蓉る辺を失い、細菌熊にもやられてか、千上がってしまって青息吐息。結局生き残ったのはトマトだけでした。

それにしても、他が雑草を抜いたのか、とひとりごっそりムッとしていたのですが、ある日、職場の庭の草抜きを時々してくれているおばさんが、「あんた、知ってるか。この間の週末、"ボランティア"とかいうのが3人ほど来て、『草抜き』をしてったんだけど、それがどこをどう抜いたんだが、いい加減な抜き方をして……。『また、来ます！』なんて言って帰ったけど、あんなやり方するならもう来て欲しくないね」と言います。僕も「ゲッ」と思い当たって、「あそこの畑の草を抜いたのもその人達ですか？」と尋ねると、おばさんは大きくうなづきました……。確かに、職場の庭の中では、最も雑草の生えていたのは畑の部分で（わざと抜かずにいたのだから当然）、この草抜きをしてくれているおばさんは、どういうわけか、この畑の部分にだけは手を出さずにいてくれていて（人が手を入れている場所には手を出さない、というのが土いじりのマナーのようです）、そのせいもあって、週末訪れたボランティアさん達にとっては格好のターゲットだったのでしょう……。僕は、このおばさんの言葉に、一瞬になって大きくうなづいてしまいました……。

ところで、この草抜きをしてくれているおばさん、実は彼女も、我が職場の職員には"ボランティア"と呼ばれているのでした……。聞くところによれば、この人は、ある日突然、我が職場の事務所に、「毎日、ここの前を通るものだが、ここの庭はあまりにも手入れされていなくてひどすぎる。私に草抜きをさせて欲しい」と言って現われたのだそうです。このおばさんと僕が、話をするようになったのは、ある日僕がトマトをいじっていると、「このトマトはあんたが育てているのか」と声をかけられて、「そうです」と答えると、「実はあんたに言わなきゃならないことがある。この間、お昼を食べているとき、このトマトがあんまりおいしそうだったので、ひとつもらって食べてしまった。お金をはらってでも欲しいと思ったから」と言われて、僕はもう嬉しくて、「早いもの勝ちが畑の原則です。どんどん食べて下さい」と答えたのが始めでした。

この体験は、社会臨床学会夏の合宿で「ボランティアとカウンセリング」の討論会に参加した数日後のことでした。ボランティアって何だろう、っていうより、人ん家の畑の雑草を抜いていく見ず知らずの人っていう関係ってなんだろう、と思わず考えてしまいました……。

っと、編集後記は編集担当者の唯一の特権という訳で、だらだらと書かせてもらいました。編集後記とはとても言えないような長文なので、字は小さくしました。

最後に、ディスプレイと首っ引きになってしまっている僕に、ブツブツいいながら付き合ってくれている我がパートナーのみかささんにまずは、感謝。そして、締め切りギリギリの時期に、思わぬ助力を頂いた、僕の職場の経理主任の串田さんと彼の愛機9801にも感謝を送らせて頂きたいと思います。（事務局　林　延哉）

社会臨床雑誌　第1巻第2号　Vol.1, No.2
発行年月日◆1993年9月30日
発行者◆日本社会臨床学会（代表　寺田敬志）
事務局：神奈川県横浜市旭区本宿町61-3ウイスカーハウスB201　林　延哉気付
電話：045-365-3145
郵便振替：東京7-707357
印刷所◆有限会社ケイエム・プリント
東京都文京区白山3-3-13
電話：03-3813-7921

世織書房

〒240 横浜市保土ヶ谷区天王町1-12-12
TEL 045-334-5554 振替 横浜 5-18694

教育学年報2
学校＝規範と文化
森田尚人・藤田英典・黒崎勲・片桐芳雄・佐藤学編

学校の公共性と共同性藤田英典▼カリキュラムの公共性佐藤学▼日本の小学校片桐芳雄▼公教育の概念と歴史的構造森田尚人▼学校選択黒崎勲▼片桐論文に応える寺崎昌男▼文化的実践への参加としての学習佐伯胖▼歴史としてのシカゴ学校改革M・カッツ▼ヘレン・ケラーは何を学んだか矢野智司▼モダンのプラティック森重雄▼ヴァルター・ベンヤミンの教育思想今井康雄▼近代日本の農村部における義務制就学の普及清川郁子▼明治初期文部省刊行雑誌における体罰否定論の紹介竹中暉雄▼兼子教育法学における法秩序構造村山史世▼イギリスの教育改革R・ウィルコックス▼アフリカの教育と教育学研究柿沼秀雄▼森田伸子▼公募論文要領 A5・予三七〇〇円

●教育学界に新風を吹きこんだ話題の書
教育学年報1
教育研究の現在
森田＋藤田＋黒崎＋片桐＋佐藤編

本書の執筆者＝森田尚人／黒崎勲／佐藤学／片桐芳雄／藤田英典／D・タイヤック／天野郁夫／寺崎昌男／安川哲夫／田原宏人／広田照幸／高木雅史／大田直子／今井康雄
A5・三六〇五円

●管理教育の現実を照射する子どもたちの声
子どもたちが語る登校拒否
四〇二人のメッセージ
石川憲彦＋内田良子＋山下英三郎編

「登校拒否文化の出現は、そのこと（義務教育における学校制度の解体と新たな組み替えが早急に要請されている）を痛切なユーモアをもって告げている」芹沢俊介 菊・三九一四円

●近刊
テクストの子ども
森田伸子著
四六・予二四〇〇円

考える楽しさ、知るよろこび
講談社現代新書
定価はすべて消費税込みです。

天使の職場は〝地獄〟ですか？
看護婦の現場から
向井承子
定価600円



医療の最前線で生命の尊厳と向きあう看護婦たち。深夜勤務、密度の濃い労働、恵まれない待遇など、知られざる看護の実態と、揺れ動く医療制度にメスを入れ、よりよき看護と介護のあり方をさぐる現場からの報告。

安楽死と尊厳死 保阪正康 定価600円
エイズの常識 宗像恒次 定価600円
選び取る「停年」 森 清 定価600円
これからの〈老い〉 詫摩武俊 定価600円
高齢化社会 吉田寿三郎 定価600円

講談社
〒112-01 東京都文京区音羽2-12-21

現代子ども・若者考

自分さがしのジレンマ

石川恵美子・野本三吉編　1880円

子どもたちの社会への拒否感を見つめ直し未来への展望を共に考える横浜連続講座の記録。小浜逸郎、栗原彬、尹健次氏他

新版 大恐慌の子どもたち

社会変動と人間発達

グレン・H・エルダー著　本田時雄・川浦康至・伊藤裕子他訳　4120円

一九二九年大恐慌下の家庭における子どもの位置とその成育を社会学・心理学の側面から実証的に分析した家庭社会学の労作。

人権のオモテとウラ

不利な立場の人々の視点

内野正幸　1880円

西欧中心型の〝人権〟の観念を相対化し、少数者の視点から部落、女性、同性愛、表現の自由など人権と差別の本質に迫る。

雨あがりのギンヤンマたち

牧口一二　障害者差別にたちむかう著者が、子供たちに〝差別について語りかける〟　1648円

夕やけ空のオニヤンマ

牧口一二　「障害」の意味、ちがう事をみとめあう事の素晴らしさを語りかける。　1600円

差別ということば

柴谷篤弘・池田清彦編　田中克彦・竹田青嗣コメンテーター

差別・被差別という、二元論を超えて本質に迫る異分野間の差別論争の書。　2300円

現代若者の差別する可能性

福岡安則　若い世代の意識下の差別性と人間解放への情熱を探り差別問題を考える。　1500円

反差別論　無根拠性の逆説（パラドックス）

柴谷篤弘　反差別にとってのアイデンティティと解放運動の内実とは何かを論究する。2060円

科学批判から差別批判へ

柴谷篤弘　「多元主義」の有用性を主軸に激動する世界と日本の情況を読みとく。　2300円

〒113 東京都文京区本郷1-10-10 **明石書店** ☎03-3818-6351 FAX03-3818-5962
振替・東京0-24505 （価格は税込）

北斗出版 東京都千代田区神田神保町1-8 第一野口ビル
〒101 電話03-3291-3258（価格は税込）

教育という謎

――消費社会の文化変容――

佐々木賢＋松田博公　臓器移植、超能力、ロリコン漫画、性の蒸発…。多様なモノと価値観にあふれた高度消費社会と教育の関係は？　近代化の過程を問い直し、教育の呪縛を解き放つ名コンビが現代教育の秘密を説き明かす。　●二四〇〇円

果てしない教育？

教育を超える対話

佐々木賢＋松田博公　社会のすみずみまで浸透した教育の概念を斬新な視点で考察する好著。　●一九五七円

ある闘いの記録

頭髪校則の撤廃をもとめて

芹沢美保・芹沢俊介　学校システムを相手に丸刈り校則を撤回させた親と子供達の運動の軌跡　●二二〇〇円

極楽非道の教師論

岡崎勝ほか　先生って何だろう？と悩んでいる人達に贈る。〝プロ教師〟への痛烈な批判を展開　●一五四五円

学歴なんかぶっとばせ

門野晴子　高校中退者達に耳を傾ける一方、カリフォルニアでの学ぶ権利の保障の実態を報告　●一五四五円

通信制高校を知ってるかい

手島純　年齢や職業を問わず、様々な層の人達が学ぶ通信制高校を教師歴十年の著者が紹介。　●一四四二円

野本三吉の本

風になれ！子供たち　1800円
＊児童ケースワーカー・十年の記録から

風の自叙伝〔増補新版〕
＊日雇い労働者たちの人生史　2000円





ボディ・サイレント　2600円
＊病いと障害の人類学
ロバート・F・マーフィー著　辻信一訳／人類学者が不治の病気に冒された自らの身体と社会をフィールドワークした問題作。



オルタナティブ・メディスン　2600円
＊アメリカの非正統医療と宗教
ロバート・C・フラー著　池上良正ほか訳／十九世紀のホメオパシーから現代のチャネリングまでの「癒し」の歴史をたどる。

東京外国人アパート物語〔大増刷出来〕　1800円
＊汗と涙の「国際交流」記　相川俊英著　各紙誌で大絶賛好評。

ナチュラルとヘルシー　4800円
W・J・ベラスコ著　加藤信一郎訳●アメリカの食品産業の変革●ヒッピー時代から現代までを辿るアメリカ食文化史の大著。

インドのコールガール　2800円
プロミラ・カプール著　鳥居千代香訳　高級売春婦の生活と世界。



新宿書房
Shinjuku Shobo
〒102 東京都千代田区九段南4—6—13
☎03 3263-2610 FAX03-3263-2735
（定価は税込）
★書店にない場合は、小社に電話でご注文ください。

精神分析に別れを告げよう
フロイト帝国の衰退と没落
H.J.アイゼンク／宮内勝也訳
フロイトとその後継者たちによって世界中に広められた「精神分析」という神話を、行動療法を体系化した現代の代表的臨床心理学者である著者が豊富な体験、データ、知識をもとに徹底的に批判し解体する。　★3500円

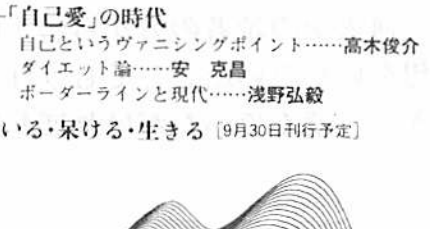
心病む人々と共に
精神科病棟での日々
三宅富貴子
十七年の歳月を名大病院精神科に、そして想像を絶する民間精神病院に看護婦として勤務するなかで、心病む人々と共に育んだ数々の心の触れ合いを、愉快なエピソードや悲しくも懐しい思い出で綴った感動の看護日記。　★1545円

精神医療レポート
E.クレー／山本巌他訳
強制投薬・電気ショック・閉鎖病棟——。精神医療の現実を、精神病院史上初めて患者自身が語り、批判した。それは差別と偏見の中で人間の尊厳を踏みにじられた人々の貴重な告発のドキュメントである。　★2678円

＊価格はすべて税込みです。

季刊
精神医療
◆編集◆「精神医療」編集委員会　★各1700円

1号——転換期の風景と精神医療の現在
2号——共同作業所
3号——「自己愛」の時代
自己というヴァニシングポイント……高木俊介
ダイエット論……安　克昌
ボーダーラインと現代……浅野弘毅
4号——老いる・呆ける・生きる［9月30日刊行予定］



〒113 東京都文京区本郷2-6-15
☎03-3813-6344 振替東京8-84363
批評社

NHKでテレビ化された話題書!!

死亡時刻

"善意の提供"のウソに隠された
かくも恐しき脳死移植の実態!!

帰宅途中に駅で殴られ、救急車で一流大学病院に運びこまれた会社員。しかし彼は脳死判定の前から「移植用臓器を保存中の屍体」として扱われ、妻は臓器提供を強要されていた ——。裁判で明らかになった「白い巨塔」の密室医療を徹底的に検証し、「脳死」移植のウソをあばく!

■A5判・210頁
■本体1600円＋税48円(計1648円)

お申込みは——
「地方小出版流通センター取り扱い」とご指定のうえ、書店で注文下さるか、または当方へ直接ご注文下さい。

四つの

阪大病院「脳死」移植殺人事件の真相
——季刊メディカル・トリートメント編集部編——

さいろ社

〒567 大阪府茨木市中津町4-31
TEL・FAX (0726) 37-8850

(季刊メディカル・トリートメント改め)
隔月刊
トリートメント

医療界のタブーを斬るホンネの雑誌、生まれ変わって再登場!!

一般市民の視点から医療に関する「?」を追求する雑誌です

トリートメントは……
直接定期購読で読んでいただく雑誌です。

■A5判・80～88頁
■年6冊 (隔月刊)
■5940円(送料込)
■申し込みは——
当方へ直接ご注文下さい。

〈フィールド・ノート〉

1991年、アメリカ合州国の夏

Ⅰ. 湾岸戦争後、その年の夏　Ⅱ. 「死ぬ権利」にとまどいつつ
Ⅲ. 「アフロ・セントリシズム」に出会って

(各部4章　B5版　137頁)

何人かの読者の方から、「面白かった」、「わかりやすかった」との感想をいただいた。とてもうれしいコメントだ。そんなわけで、自信も出てきて、読んでいただければと広告を出す気になった。(著者　篠原睦治)

頒価　800円(ただし、郵送料込みの場合、1000円)
申し込み先:『合州国の夏』自主出版会(〒191東京都日野市三沢850－7－305　篠原気付　郵便振替　東京5－664228)

ブックレット 生きる

A５判・60頁・
定価500円
編集・日高六郎
／国民教育文化
総合研究所

子どもの心の奥に潜むもの ❶

奥地圭子 東京シューレ主宰／著

不登校の子どもたちの居場所をつくり、見事に子どもたちを元気づけている奥地さん。主宰する「東京シューレ」は8年目を迎えた。子どもの柔らかい心のなかに、どうして学校へ行くことを拒否する姿勢が生まれるのか。そのことを、この本は説きあかす。



全盲学生のアメリカ留学 ❹

勝山広子 京都精華大学講師／著

日本の盲学校・短大を出た若い女性が、アメリカの名門大学に留学する。障害者に対する日本の考えかたのちがいはおどろくばかり。



環境と人権 ❷

山田國廣 大阪市立大学講師／著

環境教育や人権教育については、さまざまな意見・報告がある。山田さんは、自然破壊がそのまま人権の破壊につながっていることを指摘する。理論的にも実践的にも第一線で活躍する山田さんの主張は、わたしたちの目を新しく開いてくれる。



戦争責任の受けとめかた―ドイツと日本 ❺

加藤周一 立命館大学教授／著

なぜこれほどまでの違いがおこったのか、両国の政治指導者と民衆の歴史観を比較して、その原因を考える。そしていまわたしたちが受けとめる戦争責任の視座は。
朝日新聞「天声人語」で絶賛！



君のなかにある数学 ❸

銀林　浩 明治大学教授／著

算数・数学は好き嫌いの多い教科だ。「頭が悪いから数学ができない」などと思い込んでいる人はいないだろうか。実は数学ができるようになるにはコツがある。銀林さんはいう、「外から強制された数学では嫌いになるが、自分のなかにあると思ったらどうだろう……」。



なぜ、本を読むのか―体験的読書論― ❻

斎藤次郎 評論家／著

読書というものは本を読むという行為に限られるものではない。1冊の本から、触発されたり、次の本へとひろがったり、日常への感じ方がふと変わったり。そんな読書のたのしみに出会うとっておきの5冊。

刊行予定

各単組で注文をまとめて下さい。
少部数の場合はお近くの書店に
ご注文下さい。

株式会社アドバンテージサーバー
ADVANTAGE SERVER Co.,Ltd.
〒101東京都千代田区一ツ橋2-6-2日本教育会館
TEL.03-5210-9171　FAX.03-5210-9173

Vol. 1 No. 2 September, 1993

THE SHAKAI RINSHO REVIEW

The Japan Shakai Rinsho Association

Editorial and Publication Office :
c/o N. Hayashi, B201, 61-3 Honjuku-Cho, Asahi-Ku,
Yokohama-Shi, Kanagawa-Pref. 241, JAPAN

CONTENTS

Introduction The editorial Committee, The Japan Shakai Rinsho Association (1)

The Reports of the First Convention of the Japan Shakai Rinsho Association

The Commemorative Lecture: Social Sciences as Poetics from the Standpoint of People's Reasoning Kurihara, A. (2)

The Symposium I: Concerning "From Clinical Psychology for Shakai Rinsho", on the Foundation of The Japan Shakai Rinsho Association
Yamasita, T., Nomoto, S. & Saito, H. (7)

The Symposium II: Birth, Ageing, Illness & Death in Our Daily Lives
Akamatsu, S., Kinoshita, T., Mukai, S. & Yamada, M. (19)

The Keynote Address on the Institution of the Association (46)

The Regulations of the Association (52)

The Problems on "Brain Death" Society in the U.S.A. (I) Akiba, S. (54)

A Critique of Self-Instruction Potential and School Counseling (II)
Nakajima, H. (65)

Thinking "Clinical Knowledge" and "Clinician's Knowledge" Yano, I. (74)

Thinking Back to the Past 20 Years of the Reformation of the Japanese Association of Clinical Psychology (I) Shinohara, M. (81)

Film & Book Reviews

Iida, J.(96) Tsuda, M.(97) Mihashi, O.(100) Kimura, S.(103)

"Where We're At"

Abe, N.(107) Ohira, Y.(109) Kitamura, M.(110) Shimane, M.(111)
Suzuki, M.(113)

Guidelines for Contributors (115)

An Invitation to the Japan Shakai Rinsyo Association (116)

The Editor's Comments (118)

The Japanese term *Shakai Rinsho* literally means clinical work on society. However, the meaning is still vaguely defined by our association and we refrain from giving it a precise English equivalent at this time.