

## 退職記念シンポジウム

### 臨床社会学の可能性—いままでとこれからを考えながら

中村 正 (2024年4月より立命館大学名誉教授, 特別任用教授)

中根 成寿 (京都府立大学公共政策学部教授・当時)

大川 聡子 (関西医科大学看護学部教授)

西井 開 (日本学術振興会特別研究員 PD, 千葉大学・当時)

村本 邦子 (立命館大学大学院人間科学研究科教授)

#### 企画趣旨

定年退職者を記念する特集号に関係者の論文を寄せてもらうことが常となっていますが、今回はシンポジウム風の研究会を開催してそれに代えることとしました。1989年4月に着任し、産業社会学部に35年間勤務した中村正が担当していた「臨床社会学」の講義にちなみ、「臨床社会学の可能性—いままでとこれからを考えながら」と題したシンポジウムを開催したのです。立命館大学の社会学研究科、応用人間科学研究科・人間科学研究科(2018年度に再編)で臨床社会学を研究してきた研究者に参加をお願いしました。報告者のみなさんは、臨床社会的なリサーチをもとにした研究で学位を得た研究者たちです。私が勤務してから、年代順に初期、中期、後期に研究をしていた人たちです。京都府立大学教授の中根成寿さん、関西医科大学教授の大川聡子さん、日本学術振興会特別研究員(PD, 千葉大学)の西井開さんをお願いしています(所属は当時のものです)。さらに同僚で、私が大学の役職に就いている時、産業社会学部で臨床社会学の講義とゼミを担当していただいていた村本邦子さん(立命館大学大学院人間科学研究科教授)にディスカッサントとして参加してもらいました。

2024年2月29日(木)の午後3時から午後6時まで、立命館大学朱雀キャンパス217号教室で対面式にて開催されました。関係する院生や研究者にはオンラインで聴講してもらいました。以下は報告と討論の記録です。なお、小見出しの有無や文献の書き方など個人に委ねたので統一はしておりません。あらかじめご了承ください。

#### 臨床社会学の創生

中村正 (立命館大学産業社会学部教授)

「臨床社会学の創生」として報告します。もともと「臨床社会学」という言葉はないといえないし、あるといえはある。学会はありません。臨床社会学と名付けて創生に向かったポイントは4点です。

第1は社会病理学との関係です。1985年に「社会病理学会」が創設されました。私が大学院生のD2の時

す。今もそうですが、社会病理学という言葉は矛盾をはらんでいるのです。何をもちて病理とするのか、病理という医学モデル的な言葉を使うことへの批判です。病理があれば生理がある。異常と正常がある。何よりも社会有機体論的な発想で考えることになるので、「社会病理学の研究対象は何か」という根源的な問いがあります。たとえばもともと離婚などは関係性の破綻で、増えていく傾向にあります。しかし勝手に「家族病理」という言い方をするとか、学校に行けない不登校の子どもたちを「病理扱い」にすることになる「機能不全」とか「不適応」という言葉が流通しています。こうしたことが前面に出やすい言い方になります。「解体地域」とかの名付けもありました。一言でいえば差別的な「学術用語」がまかりとおっていました。当然ですが、「そういう言い方でいいのか」ということになります。また別の言い方をすれば英語にならないのです。英文名称と日本語表記が異なる学会です。そのまま訳すと「ソーシャル・パソロジー」ですが、国際的には通用しないのです。パソロジーという言葉はありますが、ソーシャルという形容はできないので、英文名称は社会問題研究学会、「Japanese Association of Social Problems」としているのです。

「社会病理学会」をつくる時の創立大会は未だに覚えています、騒然としていました。社会病理学会ニュースに明治学院大学で開かれた創設大会について記したことがあります（「日本社会病理学会ニュース第89号（2020年1月24日）」）に記載した「学会創生期を知る人から」という記事です（<http://socproblem.sakura.ne.jp/introduce/news89.pdf>）。学会創立は1985年です。その際の報告に「こんな名称の学会をつくるつもりか」と、特に差別問題研究をしていた人たちから批判的発言があつて、結構、騒然としていました。それは「臨床心理学会」が分裂していくあたりとも重なっています。そのちょっと前は精神医学領域でも学園紛争が起こったりして騒然としていた名残りの時でした。名称をどうするのかは何を研究する組織なのかという意味なので今でもこうしたことはくすぶっており、一つの方向性を考えていくために臨床社会学という言い方で社会病理学会の当初からの課題を引き受けようと考えたのです。

第2は、マクロとミクロのリンクの課題です。私はもともと法学部で弁護士になろうと思っていたんですが、法学部で弁護士になったとしても「社会的不正義、そこにある社会問題現象」についてやりたいなと思っていたんです、社会的差別の法社会学的な研究です。それには社会学的な分析が必要になるとして社会学研究科にきました。社会的差別の問題はマクロ的な社会構造分析が関心事ですが、差別行為は人と人との間に起こることで、ミクロな側面をどうするかということが欠かせないからです。そこで着眼したのがミクロな社会学、社会学の中でも、人と人との相互作用に焦点に定める「エスノメソドロロジー」とか「現象学的社会学」とかがあるのですが、そういうところに関心がありました。そこに記述されていることは大事なことではないかなと思って勉強していました。社会病理学のなかでは烙印理論（ラベリングセオリー）への関心でした。これは単なる相互作用の研究ではなく権力勾配を含む非対称的な関係性を扱うからでした。

ところが1980年代は、マルクス主義の影響が相当に強かったのです。「社会学はどんな学問なのか」という問題提起があり、経済学中心で土台と上部構造というフレームで社会科学の中でも経済学が大きな存在感をもっていました。それに比べて「社会学は何を研究するのか」という雰囲気が強かったんです。学術研究にも政治的な対立が持ち込まれてきます。差別問題研究の領域ではそれが顕著でした。平和運動もそうでした。公害への批判的な研究にもです。今ではそれぞれ学術的に語られていますが、当時は社会問題研究をしようすると政治的な問題がそこに還流してくる状況でした。そこで院生たちは悩みます。「どういうアプローチをすべきか」と。「マルクス主義と社会学」と枠内でのポジショニングですね。

立命館大学ではマルクス主義的なアプローチの先生方が存在感を持っていました。私としてはミクロな相互作用として臨的に問題を解決したい。法学部の思考もそうで、ケースで問題解決しないといけないことに関

心があったのです。そういうわけで立場性という点ではシビアな大学院生の時代でした。70年代後半から80年代の学問をめぐる事情は今とはまったく異なります。1985年、「社会病理学会創設」の頃、思い起こすと、そういうことがありました。臨床社会学を創生すべきという関心はこうした時代背景が大きいのです。

第3に、その後、臨床や心理というミクロなアプローチが存在感を大きくしていくこととのかかわりです。草創期の社会病理学会の喧騒とは別に、社会的な見地が存在感を増してくる時期となります。社会病理学会以外にもいろんな学会が設立されていきます。学会のなかにあった差別問題部会のような研究集団が存在感を持っていき、学会もできていきます。ジェンダー問題をフェミニズムの隆盛とかかわり大きな運動や学術が対象とするようになっていきます。従来の社会科学では十分扱ってこられなかった問題を扱う社会学の重要性が醸成されていきます。障害者問題もそうですね。「一方的に社会システムの方から何が病理か、機能不全かということを決めるのはおかしい」ということの延長にも重なります。解放社会学会、障害学会なども創設されていきます。他には、なお対人支援の分野でも争点が継続し、たとえば社会福祉学研究とは異なる視点をもつ福祉社会学研究が存在感を得ていきます。社会学の批判的精神を生かしてクリティカルに読み解くという意味では社会福祉学と福祉社会学は大事な分岐点になります。

その頃、立命館に就職でき、職を得て、その後、どんな学問していくかと悩みながらいた時にサバティカルでカリフォルニア州立大学パークレー校で在外研究の機会があり刺激を受けます。また、1995年には阪神・淡路大震災やオウム真理教問題がおこります。1997年には少年「A」事件（いわゆる神戸連続児童殺傷事件）をはじめとした事案もあるなかで社会問題研究も活発になっていきます。プライベートにも1989年頃から夫婦別姓も実践し始めたのです。1980年代はまだ「女性学」ということで「ジェンダー」という言葉もいまほどは流通していませんでした。事実婚や社会制度上の諸問題と生き方がバッティングすることも多く、そんなことを1990年前後、私生活的にも経験してきました。

混沌としていく時代に学問を志したのはいいけれども「私は何をすべきなのか」と悩みながらいた時に、フェミニズムや女性学との関係では、男性性ジェンダー問題が視野に入ります。私はマジョリティの側なので「何をすべきか」と悩みつつ、当時、「メンズリブ研究会」の男性たちといっしょに「マジョリティとして何ができるか」を考えながらサンフランシスコに行こうと思ったのです。サンフランシスコは男性問題研究や暴力研究の歴史があるところだったので。

行ったのはいいのですが、1995年、阪神・淡路大震災とオウム真理教サリン散布事件が起こります。それで「社会病理学は、こうしたことにこそ何をなし得るかを考えないといけないのではないか」という思いに駆られました。目の前で災害、被害、事故や事件が発生しているのに診断とか解釈とか評論とかをしていていいのかという思いも強くなり、私なりに考えて日本社会の中に、まだ十分拓かれていなかったNPO活動とかボランティア活動とか「自発的な市民発の能動性を、どう引き取っていけばいいか」と、当時、震災後の市民活動をしていた学生たちと、今、40代半ばですが、一緒に「ボランティアをしたい」ということで活動を始めました。「NPOを、どう社会に活性化させていくか」というテーマになりました。これは私にとっての市民活動で、ここをもとに社会をどう構成するか、何よりもこれまでにないソリューション、問題解決思考が強く、臨床だけではなく、社会の中で生起してくる社会システムの中で対応しきれない問題を、ある種、メタレベルで扱うことができるかということと目の前の困りごとに、どうつなげてミクロとマクロの問題をつなぐ視点とか、オウム真理教問題は大学にとってもインパクトがあり、それなりに知的な人たちが「ああいうことを起こすとはどういうことか」と考えていました。臨床ではなく臨場・臨地という概念として浮上します。社会学の言葉でいえば「合理性の飽和」ということで「合理主義社会が極まったことで、いきなり非合理的なものへと転化し

ていく」と解釈されていくのですがそれとは別の脱合理性のありかを考えていました。自由からの逃走のフロムとよく似ているなど思いましたが、いろんなことをオウム真理教事件が考えさせてくれました。単なる「カルトの問題」としてではなく、社会問題を起こす、「社会病理」として、名称や言葉としては、まだ決着はつけていないけれど、「こういう問題こそ研究者は語らないといけないのではないか」と思ったわけです。この二つの出来事は種類はまったく異なりますが、私にとってインパクトのあるものでした。臨床社会学として創生させるべき方向性を示唆してくれたのです。

第4は、2000年代にはいつの大学創造との関係です。学会創設以来現在でも社会病理学という名称に懐疑的な事態は続いています。それに代わる概念が生成してきたわけではないのです。なんと名づけるのかはいつたん保留しています。しかし実践の科学はたくさんあります。わかりやすいのは社会福祉学や臨床心理学です。なかでもミクロな相互作用、コミュニケーション問題、事例分析をどう位置づければよいのかなど、臨床系の課題をどうするかが私にとっては大切なものとして浮上してきました。この時に文部科学省から「スクールカウンセラー養成」「心のケア」などとして政策課題が指摘され、大学の定員政策が変化していくのです。実践の諸学が問題解決をすべきだとなります。臨床といえば臨床ですが、関心はあったんだけど、社会問題を視野にいれた臨床心理的問題領域があり、医学モデル的な社会病理学ではなく、問題解決の仕方も組み込んでいくことや事例や個人に対応できる、しかし社会政策だけでは還元できない事項を対象化する知の枠組みを構築すべきと考えたのです。

そのためにも既存の学問を塗りかえないといけない。たとえば、ジェンダー問題が大きくなることはわかっていましたが、そこに「男性問題」をどう入れ込むとか考えると穴だらけの状態、実践的にも学問的にも、自分の私生活の生き方を定めるにも穴だらけで、これは自分で考えていかないといけないと思ったのです。

当時の大学は定員抑制が厳しくて自由に学部や研究科をつくれなかったんです。ところが「心のケア」ということで「心理分野や教育分野でスクールカウンセラーを養成します」と転換され、阪神・淡路大震災とオウム真理教問題などがあり、社会の問題をきっかけに社会の制度の欠落が見えてくるのです。立命館大学でもそれを埋めておくべきだと思って、2000年に入り、大学全体の創造のなかで、「人間科学分野の研究をやっていこう」となって「社会科学だけだとももの足りず、人間や文化の研究をそこに入れよう。大学院をつくろう」となっていました。私はまだ40代でしたが、「若い人に任そう」と大学の幹部がいい、「人間研究分野の領域を拓けないか」ということで託してくれました。その一つに応用人間科学研究科をつくりました。産業社会学部の中に福祉系の学科をつくったり、「人間発達」と「社会福祉」ということで「社会福祉学科」をつくるのではなく、「人間発達の危機」といいながら「心理と福祉をどう交差させるか」ということをやってきました。それ以降も、教職大学院、総合心理学部、人間科学研究科、そして研究の拠点としての人間科学研究所などの開設に尽力してきました。社会の心理化とともに臨床心理士ブームになることはわかりきっていました。しかしそのままほっておくと従来型の個人を中心とした臨床分野になってくるので、それを社会の問題と交差させ、「社会問題を解決しうる立ち位置を無視しない心理臨床分野」と考えて応用人間科学研究科をつくったんです。臨床化する社会を予期し、「社会が成熟していけばいく程、メンタルヘルス問題が大きくなる」とわかっていたので、それをクロスさせた大学院創設に向いました。主に文学部と産業社会学部が協働するかたちで大学院を開設しました。「臨床社会学」を産業社会学部に置いて、それと接合するようにして「新しい臨床心理士養成」という形を銘打ちながら、個人を扱うだけの心理臨床に傾かない、「社会のことがわかる臨床家の人材育成を目標にしたい」と「臨床社会学」という科目を置いたのです。産業社会学部出身で応用人間科学研究科に進学し、臨床心理士になる人もでてきました。大学院では「社会病理学」という言い方で教えていました。臨床心理士の養

成科目にあるので、それを活用したということです。

大川さんは最初の頃の院生でした。学生や院生たちは、こういう視点に共感してくれて、大川さんも看護系大学院に行かずに、こちらに来てくれたんです。何かフィットするものがあつたのではないかと思います。深く掘り下げるだけでなく、横に広げて自分を位置づける形で構成してきました。当初、臨床心理士資格認定協会のモデルカリキュラムとは異なる特色をだそうとしてきました。この大学院の一期生は臨床心理士受験資格2種認定となりました。卒業後別に実習をすることが必要になっていくのです。1期生には迷惑をかけたんですが、社会性のある臨床心理学の構築はますます必要になっていくと今でも思っています。

学生や院生たちは、こういう発想の中で、「臨床心理といわなくてもいいが、社会問題を理解する臨床心理学なり、対人援助という言い方がいいのではないか」と共鳴してくれていました。社会のなかの臨床心理学もしくは政治的課題を無視しない臨床心理学などを構想していたのです。ジェンダーに関わる臨床心理学などが典型的な分野です。これが2000年代に入ってからです。

中根さんはこの時に社会学研究科で学んでいました。障害学分野で活躍していくのですが院生時代のテーマにはこうした動向が反映されています。障害学研究として花開いていく際にこうした視点は奏功したのではないかと思います。大川さんも伝統的な看護、保健分野で、従来の「ティーンズマザー研究」とは違う位置づけて博論につながる研究ができたのではなかったかと思えます。二人だけでなく、他にもたくさん社会にウィングを広げて、しかし臨牀的な対人援助実践領域でも考えなければいけないテーマを混合してとらえてくれたのではないかと思います。社会の視点はマクロですが、対人援助実践や臨牀の視点はミクロですので、ミクロとマクロの視点を統合・包摂していく課題に取り組んでくれました。博士後期課程で博論を執筆していく人はこうしたミクロとマクロの統合を工夫してくれたのではないかと思います。「臨床社会学研究」と称して蓄積してもらっている院生たちに励まされたなという感じがしています。

社会病理学を名乗り続けるだけでなく、出発点から抱えている、何をもって定義とするかは一方的に決められないということで、方法論的には社会構築主義と重なっていきます。ソリューションの仕方それ自体も問題として対象化できる臨床社会学という言い方の必要性をこうして定式化してきたのです。社会構築主義が、その後、急速に進展してくることとかかわって、社会病理学という言い方を放棄せずに来たのです。関係性や相互作用という次元の問題事象を扱うという意味では臨床社会学を懐胎させた社会病理学という言い方はいまでも生きています。これらをどうするのかは社会病理学会でいつも課題になり、現在、2021年度から会長を務めているのですが、しばらく続くテーマとなります。若手も含めてその総括をする書物もだしています（日本社会病理学会監修／朝田佳尚・田中智仁編『社会病理学の足跡と再構成』学文社、2019年10月）。

コロナパンデミックはあつたのですが、その中にはシンデミックがあるわけですね。普遍的にコロナが浸透したわけではなく、より脆弱な層に対してコロナの禍は響きますよね。本来、考えなければならない脆弱な人たちが社会構造上つくられていることについては構築主義だけではない立論が必要なことにも気づいていく。そこでその問題をどう扱うか。パンデミックではなく、シンデミックがクリアにある面です。そこにある構造的な脆弱性が、より深く存在していることに対して学術はどうすべきなのか、この数年間に経験したことで一定、浸透してきたことを前提に、そうした構造的な問題を、どう扱うか。そうすると、もともと出発点にあつたマルクス主義の土台と上部構造のハードな社会構造ではなく、また別の構造の語り方、つまり経済一元主義的な言い方ではなく構造を語る必要性があります。こうして批判的实在論への関心に向かいます。構築主義だけでは見えない面が出てきたのです。批判的实在論という、実在的なものの大きさ、社会構造をどう語るかがテーマになってきました。これは現代の側面です。ジェンダーの問題とも当然、重なる。構築主義的に言えば

ジェンダーはわかりやすいのですが、批判的実在論的に何が、そこに実在しているかを本質主義的ではなく語りうる方法論として社会構築主義と批判的実在論がテーマに入ってきました。それはそうだけど、なお臨床でミクロな人の作用とか関係性においてマクロとミクロをどう語りうるかということで、会長をする前に研究委員会活動もして学会の企画を運営していました。若い人たちの研究テーマを見ていますと、今回登壇してもらった西井さんのやっていることがその典型的なテーマです。家出とか失踪の研究をしている人もいます。DV、虐待、ハラスメント、体罰も臨床社会学的研究の格好のテーマ群です。マイクロアグレッションを在日コリアン研究と重ねている人もいます。マイクロアグレッションの翻訳本を出すこともできました（デラルド・ウィンスー著/マイクロアグレッション研究会訳『日常生活に埋め込まれたマイクロアグレッション—人種、ジェンダー、性的指向:マイノリティに向けられる無意識の差別』明石書店、2020年）。また、アディクションからの回復を事例研究にする際にも臨床社会学の視点は有益です。まとめていえば、社会構造に由来する関係の非対称性に焦点を当て、コミュニケーション、相互作用、関係性に宿る権力勾配を背景にして個人の生き方を問うことのできる課題として「臨床」と交差させることを可能にするものとして臨床社会学を位置づけています。これらはまた数量的研究によってエビデンスとしても活発な分野です。

「臨床」と「社会」という本来、相入れなさそうなものを織りませ交差していく博論を書く院生たちの研究から刺激を受けます。村本さんとは人間科学研究科で共同指導をしています。臨床心理学と臨床社会学のコラボなのです。私自身も勉強になっています。背景としては、こういう大きな流れの中に身を置き36年経っています。それぞれの局面で活動してきた視点は違うのですが、そんな中で今があるな、ということです。

退職後、次の5年間、10年間をどうしようかということで、古きよき思い出を語るつもりはありません。次、どうしようかとアクティブに退職の次のステージに行きたいと考えています。それはみなさんの研究から学んだことが大きかったと思います。今後は、暴力や虐待、いじめやハラスメントの加害者対策を行う実践を研究プロジェクトとしてではなく社会実装していく拠点をつくることとしました。一般社団法人 UNLEARN を創業する予定です(2024年4月1日登記済み)。臨床社会学の社会実装です。人社系発大学ベンチャーです。このシンポジウムにはこうした経過で大学院をつくった時、いっしょにパートナーシップを組ませてもらった先生たちの代表として村本さんに来てもらっていますが、先生たちといっしょに議論してきたことが役に立っています。みんなで共同していくこと、共につくりあげていくプロセスそれ自体が実践でもあったということです。臨床心理学との交差でいえば、ナラティブ研究と外傷的体験と臨床性についての議論をしてきた経過もあります。ナラティブの臨床社会学で著名な野口裕二さんと交流する時がありました(日本嗜癡行動学会誌『アディクションと家族』第20巻4号、「特集 臨床社会学の可能性:中村正・野口裕二・石川文洋座談会『臨床社会学の可能性』」2004年)。野口さんが『ナラティブの臨床社会学』(勁草書房、2005年)という本を書いたのはいいんだけど、足りないものがあるのではないかと提起した論文も書きました(書評論文「〈臨床〉から〈臨床場〉へ—拓かれた臨床の視座と first person — 野口裕二著『ナラティブの臨床社会学』をてがかりにして—」『現代の社会病理』第21号、日本社会病理学会編、2006年)。

野口さんの本の中の要約です。「ナラティブ」は臨床領域のことなので「医療化」という大きな傾向があった。それに対して医療人類学者のクラインマンが「エビデンス・ベースド」ではなく「ナラティブ・ベースド」で病の語りであることを強調されました。記述していく方法論として、大きな趨勢は「社会」と「個人」に分けて「対象設定」と「方法論」と「記述」の仕方を整理しているのです。ところが野口さんはマクロな社会の変更を社会運動に託し、空白にしていたのです。そうすると「ナラティブはセラピーとなっていく」ことになります。セラピーとは介入、治療ですね。「ナラティブであったとしてもそれは治療である」というのは私にとっては不十

分であったのです。それを支える大きな物語、社会の変更について野口さんは十分には語りえなかった点を乗り越え対象とすべきだと当時の私は書いています。個人の物語の変更はナラティブセラピーで可能となる理論を展開していますが、では、社会の物語の変更についてはどうかという視点からの批判的な吟味でした。その書物からの引用です。次のような図でした (野口裕二著『ナラティブの臨床社会学』勁草書房, 2005年, 29頁)。

| 目的<br>対象 | 記述      | 変更         |
|----------|---------|------------|
| 社会       | 医療化     | ( )        |
| 個人       | 病の意味と語り | ナラティブ・セラピー |

つまり、ナラティブセラピーのマクロ部分をどうするのかという点です。この論考を書いて、その後、シドニー大学で在外研究した時に勉強したマクロな視点を保持したナラティブセラピーの創始者マイケル・ホワイトとの出会いや、その背景にあるオーストラリアのアボリジニの話とか、先住民問題とか、ベトナム戦争の復員軍人のPTSD、女性への性暴力やDVとか、社会が抱えている大きな抑圧、差別の構造をセラピストが、どう抱え込めるかということに焦点を当てるナラティブセラピーの提唱者たちの視座に共鳴したのです。ベトナム戦争に行った兵士たちのケアの話とか、戦争、国家という物語と臨床性の高い領域での立ち位置をどう考えるかということは単にそのテーマだけでなく、領域としてたくさんあります。大川さんが話をされると思いますが、「匿名出産」とか出産・産育にかかわることとも重なります。母親だけが責められる構造です。「虐待する母親」の背景にある社会構造や父親の責任の消滅がみえてきます。これらも大きなテーマです。「個人の問題ではない」と考えていくと、パラレルにこのテーマは数多くあります。

もう一つは、アディクション研究の領域での論点です。社会病理学会の立命館大学大会 (2020年度) は私が大会長でした。科研費チームと共同した特別セッションをもって、三重ダルクの市川岳仁代表にきてもらい当事者研究再考を課題にしました。いまは人間科学研究科で博論を書いている社会人院生でもあるのですが、いつも議論していたのは「当事者を搾取するな。当事者として発言することが求められるが、勝手にアウンティングされる。『薬物依存の〇〇さんです』とか『当事者の方です』とか、そういう形で紹介されることはアウンティングではないか。私はあくまで研究者として発表しているから (元) 当事者としてだけ聞いてほしくない」という問題提起をして学者たちに議論を提起しました。「当事者研究がブームになったが、当事者研究を再考すべきだし、今、何をすべきなのかがテーマではないか」とそのセッションを企画したのです。「当事者とは誰なのか」という問いです。とくに犯罪領域とも関わる当事者研究の独自性を提起したのも臨床社会的な関心からです。

こうして臨床社会学という言い方の有効性や必要性をその時々若い研究者たちと作り上げてきた36年でした。アツという間の36年間ですが、社会のなかの人間科学研究としてこれからも精進していきたいと思っています。

## 臨床社会学のこれまで

中根成寿（京都府立大学公共政策学部教授）

### 社会病理学と中村正先生との出会い

私は初期の院生というか、この中では古い大学院生ですが、「臨床社会学」について振り返ってみたいと思います。今は、京都府立大学というところに勤めています。最近は「障害者政策」の研究をしています。これは大学院生時代のテーマではなく、試行錯誤の後にたどり着いたものです。今日、私が話すことは、まとまっていると感じるかもしれませんが、まとまったのは結果であって、当時はほんとに悩みました。それこそ胃に穴が空くぐらい。先ほど中村先生のお話を聞いていて、思ったんですけど、先生のテーマもどんどん変わっていくんですね。私も院生のときは、中村先生が何やってるかってことは意識したんですけど、当時はさっぱりわかんなかったんです。ただ後で繋がってくるんです。

私は1995年に産業社会学部に入っています。先ほど中村先生の話に出た阪神大震災とオウム真理教のサリン事件の年に大学に入っています。だから本当に大学入ったときにはどの先生もオウム真理教について喋っていたんですね。特にあのメディア研究の先生は、どの授業でもオウム真理教の話してるんですよ。それぐらい、日本の社会やメディアに大きなインパクトを与えた事件だったんです。

あとは神戸で大震災があって、震災の被害にあった同級生や、その同級生に誘われてボランティアに行ってる学生も結構いました。ただ私自身にとっては、1995年は、Windows95が出た年で、個人でもインターネットが使えるようになったんですよ。

だから私は、ボランティアよりもずっとパソコンを触ってたんですよ。今はプログラミングとか ChatGPT とかを積極的に研究に取り入れています。また DX（Digital Transformation）にも力を入れていて、ICT のツールを使って働き方を変える取り組みを大学や福祉事業所に導入することが半ばライフワークになってます。これだけだと、ただのパソコン好きのおじさんになってしまうんですけど、これが後々ケアする人の支援につながってきます。

1995年に学部に入ったのですが、最初から「社会病理学」をやる気とは全く思っていなくて、最初は「スポーツ社会学」の勉強をしていました。自分も大学でスポーツやっていたんですけど、途中で怪我してできなくなっちゃったので、大学の1回生・2回生ってのは、ほとんど何もすることがなくてですね、ずっと本読んで、ギャンプルばかりやってたんです。

そのうちに時間が経って3回生のゼミどうしようかなと思ったときに、中村正先生がちょうどバークレーから帰ってきて、若い教員がいいなと思ってたので、社会病理学って授業も学部で開講されて（当時の担当は高原正興先生、京都府立大学名誉教授、後に同僚となる）、1997年には、実はもう1個大きな事件があって、神戸連続小学生殺傷事件ってのがあった年なんです。若い方は Wikipedia で調べてください。これも日本社会がひっくり返るぐらい大きな騒ぎになりました。少年がすごく不思議な事件を起こしたときに、社会は彼が理解できずにすごく右往左往したんですよ。

社会病理学は、時代診断の学、と呼ばれることもあって、象徴的な個別の事件から社会を読み解くということが得意でした。中村先生のゼミで読んだ最初のテキストが永山則夫について書かれた見田宗介さんの『まなざしの地獄』だったんです。



たった1人の人生から社会を描くということが、実に面白かったんです。そこには偶然に見えるけども、運命があると、「かくて他とならなかった」、これは中村先生の師匠の佐々木嬉代三先生の言葉なんですけど、社会病理学は質的に人の人生を描くことで社会全体を描くというアクロバティックな手法を使う学問、これはこれで面白かったんです。1990年代～2000年代は次から次へと「社会病理学」的な事象が提供されてくるのでネタに事欠かない時代でした。

一方、1995年に「特定非営利活動促進法」、NPO法ができ、阪神・淡路大震災のボランティアの時代があったて、大学生が社会参加する、ボランティアをする。それにつれて、法人格を持ったNPOがどんどんできていく。これはつまり、市民社会による「支援」の供給の総量が増えるという現象です。

まちづくりにしても環境問題にしても、市民がその担い手として増加していくわけです。同時に市民が参加していくと専門職の権威がちょっとずつ揺らいでいく時代でもあった。

この時代の中村先生は「社会病理学」の講義をやりながらも、市民社会の担い手を育てる「NPOスクール」を他大学の学生も交えてつくったんです。当時、夕方6時くらいからそれぞれの大学の講義が終わってから立命館大学に集まってきて、授業やゼミをやる。正直、「何をやっているんだろう？」と思ってました。私は事務局でデジタルツールを使ってお手伝いをしてたんですが、実は何をやっているのか、さっぱり理解できなくて。ただ参加している人たちはカッコよく見えた。コミュニティデザインとか、まちづくりとか、今も継続するコミュニティの課題解決に資する学問ですよ。しかし私自身は研究テーマすら見つからなくて、ただ友人が増えていく時期でもありました。でもやっぱりわたしは、先生が何をやっているかも、さっぱり理解できなかった。

## 臨床社会学との出会い

当時の中村先生は子育ての真っ最中で、ゼミの時間も夜10時からというのがザラにあったんです。先生が家事を終わって子どもを寝かしつけてから夜、白梅町のカフェで、論文指導を受ける。同じ父親になった今なら、こうならざるを得ない感じ、よくわかります。ワーキングファザーとしての中村先生の姿を見ながら育った時期でもありました。

1999年に卒業論文は有害図書の研究で、書きました。「暴力的な本を読むと子どもが犯罪を起こす」というシンプルな弾丸理論のことを批判した論文を書いて、大学院に進学しましたが、そのテーマを続けようとは思ってなくて、M1の時はテーマが決まりませんでした。

1999年という年は、公的介護保険が始まる前年だったので、いわゆる社会福祉学に追い風が来ている時期でした。「これからは介護保険の時代だ」と産業社会学部にも「人間福祉学科」ができた時代でした。その時代に社会学研究科に入ったので授業は介護保険のことばかりでした。介護保険のことばかりで正直、「なんだかな」と思って過ごしていました。そんな私がいま障害政策や介護政策の研究をしているのもやはり不思議な話です。

一方で社会病理学的な現象が起こるとワイドショーとかで「心の闇」とかが出てくる。「これからは心の時代だ」とも言われていました。ソーシャルワークや社会福祉学が流行り、同時に心の問題が言われる。目まぐるしい時代でした。

「社会福祉士」「精神保健福祉士」という国家資格はすでにありましたが、介護保険によってニーズが増えたので資格を目指す学生が増えた。また「臨床心理士」の資格もできて「心理専門職」も目立つようになってきました。私自身は社会学だったので、そういう資格とは全く無縁で、焦っていました。「大学院を修了しても資格はとれないし、将来、どうしようかな」と思った時、新しい研究科の「応用人間科学研究科（現・人間科学

研究科)」ができました。当時の研究科は創思館をメインキャンパスとしていて、中村先生からその部屋の一つになぜか椅子をもらったので、でっかいモニターを使わせてもらってパソコンを自由に触れて、うれしいなと思っていました。

ここでも私は社会学研究科の院生として、心理の院生といっしょに学んでいました。ゼミもいっしょにやっていました。

中村先生は社会学をベースにしながら心理学の院生も教えている。「社会学をやめたのかな？」と思った時代もありましたが、社会学のアイデンティティを守りながら心理臨床の人たちと向き合う時、「臨床社会学」という言葉が使われるようになっていました。中村先生以外にも野口裕二さんとか大村英昭さんとか櫻村愛子さんとかも、社会学にこだわりながら、心理化する社会に向き合うというスタンスが見えてきました。「心の時代に社会を問うポジションが必要だ」ということがわかってきました。

私が院生時代、障害者運動も一定の成果を挙げていて、障害当事者だけではなく障害児の親たちも「出生前診断」に反対する運動をやっていた。出生前診断は胎児の時に障害のある子どもを見つけ、中絶する。「出生前診断」といいながら実際は「選択的中絶」でした。2000年頃には今のような血液で調べるのではなく、羊水検査の時代でしたが、親たちに殺される可能性を持った障害をもった子どもたちの訴えに出会い、その流れで「障害学」という、当時日本語の文献が出始めた学問に出会いました。私は「ひよっとしたら、これならば研究できるかもしれない」と思ってボランティアで京都の障害児の親の会に通い始めました。

大学の世界では文科省の政策で大学院の拡充が進められました。2000年代は大学院生が日本全国で増え始めた時代でもありました。平成不況の真っ只中で、文部科学省も「若者が不況で就職難民化するよりは、大学院生になってもらった方が健全なので」と大学院に予算を出して、どんどん拠点大学院をつくり、「社会調査士」の資格ができたのも大学院拡充とセットだったはずです。この政策の結果、「ポストク問題」とか「高学歴難民」という問題が顕在化するんですが、「僕もこの問題の当事者になるんだな」と思い、また焦っていました。大学院を修了しても食えるかどうかかわからない。修士課程は何とか「障害学」のテーマで修士論文を書いたんですが、後期課程はどうしようかなと迷いながら日々を過ごしていました。

大学院は社会人院生、当事者院生が増えました。みんながフィールドの経験をもって入ってくる。社会人院生だったら支援の現場の専門職が入ってくる。今日参加されている大川さんも、その一人だと思います。あとはかつて自分が当事者だった人、不登校の問題とか社会的養護（里親など）とかの経験者が院生として入ってきて研究することが増えました。

社会人院生・当事者院生には「質的研究」が流行った。学習コストが量的研究に比べれば低いからだと思います。誰かに会ってインタビューすれば論文が書ける。本当は違うんですが、「質的研究」の方法論が、まだ不確立だった。KKV 論争（3人の著者 King, Keohane, Verba の頭文字から）を巻き起こした文献、『社会科学のリサーチ・デザイン—定性的研究における科学的推論』の邦訳が2004年ですから、この本は私の周りではまだ読まれていなかったです。

人間科学研究科のサトウタツヤ先生や安田裕子先生がTEMを確立させて「質的心理学会」で活躍されていましたが、当時は、まだGTA（Grounded Theory Approach）がほぼ唯一の選択肢でした。社会学にはエスノグラフィー、生活史研究がありますが、それとの棲み分けもかなり曖昧で、とにかく人に会ってインタビューデータで論文が書けるということがありました。

「臨床社会学」では「ナラティブ・セラピー」や「ナラティブ・アプローチ」という手段が採用されました。これは「社会って言葉でできてるよね、だから言葉を変えればちょっと社会が変わるよね」というアプローチ

です。この考え方は社会構築主義と相性がよくて「これまでいわれてきたことは、実はこうなんだよ」と置き換えていく作業が「臨床社会学」の成果になっていきます。

しかもそれを当事者がやると、当事者でない人は批判しにくい構造があった。「マイクロな個人の人生から社会を描く」のは言葉にしてみるとシンプルです。だからたくさんの方の研究者や院生がさまざまなフィールドで質的調査を行って、現象を名付ける言葉、概念が膨大に増えました。これは成果として誇って良いと思います。でも、誰かが作った概念を他の人が再活用することがあまりなされなかった。同じ現象には同じ概念を当てはめるべきだったのに、一回使い切りの概念がたくさんできた。こうなると、個人の生活や人生から、社会までの距離がなかなか埋まっていけない。

そんななか、社会は個人化／医療化／心理学化していくし、介護保険や障害者福祉もサービスが普及していく。私自身も博論を書く時期になって「臨床社会学」とタイトルに入れて博論を書きました。本にもなっています (『知的障害者家族の臨床社会学—社会と家族でケアを分有するために』明石書店、2006年)。

博論を書いてもそんなにすんなりとは就職が決まるはずもなく、博論で副査をしていただいた峰島厚先生から「産業社会学部で社会福祉士養成の助手をやらないか?」といわれて、私は、ソーシャルワークを全く勉強したことがなかったのにソーシャルワーカー養成にかかわることになったんです。

### 隣接領域としてのソーシャルワークと公共政策学

ソーシャルワーク業界について外からは見ていましたが、思った以上に「ドメスティックな領域」でした。介護保険事業所とか障害福祉事業所は制度の裏付けがしっかりありますから、人とポストとお金が確保されている。社会福祉法人との人事交流も盛んでした。研究業績が少なくても、実践の経験で研究者になれるわけです。就職に苦しんだ大学院生としては忸怩たる思いがありました。ただ、ここには、人、金、ポストが蓄積されていました。私の最初の就職は、その安定した基盤に頼らざるを得なかったわけです。ここで心機一転、ソーシャルワークのことをゼロから学び始めました。今まで批判の対象だった専門職の領域を学び始めると、いろいろ見えてくるものがありました。「なるほど、相手を知るといのはこういうことか」と思ったものです。ソーシャルワーク実習助手の経験は、今につながる貴重な経験です。社会学だけをやっていては獲得できなかった視点を得ることができました。

そのポストは1年で転出することになったんですが、障害者家族の研究をしていて、なおかつソーシャルワーク教育の経験があるということで京都府立大学は私のことを「社会福祉学の人」と思って採用してくれたと思うんですが、実は中身は「福祉社会学」とか「障害学」の人間でした。

ちょっと負い目はありますが、私は好きにやらせてもらいました。「障害者福祉論」の講義で「障害学」を、「コミュニティワーク」の講義で「市民社会論」をやりました。社会福祉学と福祉社会学の違いを学生に伝えることで、何とか生き延びてきました。

京都府立大学は京都府が設置している公立大学です。予算も人員も基本的には京都府のルールで動いていて、京都府庁や府議会のいうことを聞かないといけない大学でした。そこで「どこの委員をやってこい」とか「この研究チームに入れ」と依頼がきたら「はい」と受けないといけない。結果として、京都府との人事交流が増えた。

そのうちに学部の再編があって学部名称が「公共政策学部」に変わりました。今まであまり縁がなかった公共政策・政策科学や法律学、経済学の人たちが同じ学部が増えて、政策科学分野との交流が増えていきます。行政との委員会や職能団体の研修会では、現場から呼ばれていくことが多い。そこで「数字がほしい」と官僚さ

んは言う。議会への対策や政治家の要求への対応などにはある程度まとまった数字がいるわけです。

このあたりではたと、気づいたのですが、社会学出身の私が、後から学んだ「ソーシャルワーク」も「政策科学」も実践の学問です。現場に介入するための方法論がちゃんとある学問領域です。「ソーシャルワーク」も「政策科学」も分析する人と展開過程の方法論を研究する人とが、きれいに分かれています。私は「臨床社会学」をやりながら、現場に介入する方法論を全くもっていません。

先ほど、中村先生の報告で「社会を変更する」ところが（ ）になっているのは社会学が介入の方法を持たないことを意味します。分析の学問である「臨床社会学」と実践の学問である「ソーシャルワーク」「政策科学」は本来、補完的な関係にあるはずですが。「臨床社会学」だけでは食えなかった私が、「ソーシャルワーク」と「政策科学」に出会うことができたのは、ラッキーな研究人生だったと思っています。

他方で「ソーシャルワーク」も「政策科学」も事例を記述するタイプの調査が多く、しっかり数字を作る人はそう多くはない。事例分析で「〇〇町の実践」とか「A施設における取り組み」を研究者が現場を後追いして、論文が書けてしまっている。社会調査のサンプリングとか再現性の理論は弱いと感じています。

一方で「臨床社会学」は、分析はできるが、社会と切り結ぶチャンネルをもっていない。他の分野と手を組まないといけなわけです。「心理学」や「ソーシャルワーク」、「公共政策学」と組まないと社会に介入する方法をもたない。ここでようやく中村先生が、心理臨床につながっていった理由が鮮明になりました。臨床社会学が現場に介入していくためには他の領域と組まないといけな。その介入実践に「臨床社会学」の分析を乗っけるんです。

## 研究テーマの転機とデータサイエンス

2009年には、民主党の政権交代がありました。原発事故とその後の政党運営のまずさで、民主党政権には批判的な評価がありますが、障害者政策では、かなり革命的なことをやっています。「障害者権利条約」を批准するために当事者たちに政策案をつくらせたんです（障がい者制度改革推進本部のこと）。当事者の政治プロセスへの参加です。加えて、学問領域には当事者学のブームがすでに来ていました。典型的なのは「べてるの家」です。

当事者学の成果は、当事者と専門家を対等なものとし、当事者が政治的なパワーをもったことです。専門職の国家資格が増えていくと同時に、それを相対化する当事者の時代でもあった。民主党のバックアップを受けた障害者運動は、最後は官僚制の分厚い壁に阻まれて挫折をします。民主党は障害当事者を持ち上げてくれたけど、民主党が力を失うと障害者運動も力を失うという構造です。ただ成果として「障害者権利条約」の批准、「障害者差別解消法」と「障害者虐待防止法」という法律は残った。当事者運動の結果、法律・政策という社会に介入する具体的手段を手にしたわけです。

一方、研究分野では当事者院生、社会人院生による当事者へのインタビューテキストの蓄積が続きます。多様な現実を語る言葉の辞書は確実に増えました。ただそれが積み上がっていかない。「アーカイブが大事だ」という人がいて、とにかく資料を集めること、テキストを山のように集めるというタイプの研究もありました。私自身も、障害者運動が官僚制に跳ね返されたことがかなりショックで、当事者の声を集め、政治家や議会に届ける、という手法に希望を持てなくなっていました。

もう一つ、私の研究スタイルに影響を与える出来事も起こりました。私自身が父親になってインタビューができなくなった。フィールドに出向いたり、遠方出張して泊まりこんで、人の話を何時間も聞くという研究は時間がないとできないことを改めて気づきました。父親になって、自分の生活のケアが入ってきた時に「も

うフィールドワークはできないな」となったわけです。

だったら数字をつくる研究をやろう、と思いました。調査会社に調査票を郵送してもらって、集計までやってもらってデータセットが納入されれば、そこからは自宅や研究室でできます。自分でデータセットを作ったり、行政や福祉事業所からもらったデータセットを分析するという手法に私の研究はシフトしていきます。テキストから数字への移行です。

さきほども言いましたが、官僚は数字をほしがる。一方で当事者の声を集める運動はなかなか実を結ばない。当事者の声にはたしかに力がありますが、官僚にはなかなか届きません。「その声は再現性があるのか」「他の声と比較して優先順位は高いか」という行政の論理に跳ね返されてしまう。緊縮財政がもう30年も続いているので、財政の論理とも切り結んでいかなければいけません。当事者が力を持てば持つほど、バックラッシュも目立っていきます。ジェンダーバイアスの是正や差別解消や合理的配慮に対して、無理解からくる批判も出ています。「声」だけではなく「数字」を使って説得する必要性もあります。

「臨床社会学」や「障害者福祉」分野はあまり数字を触って来なかった。多様な現実を丁寧にすくいあげる「質的研究」の方が多かったので、数字をさわれる研究者が少なかった。これなら「今から始めても間に合うかな」というのが私の考えで、データを集めて平均値と標準偏差をだし、信頼区間を比較する記述統計で論文を書き始めました。それほど難しいことを書いているわけではありません。

統計学の分野では、この数年、大きな転機がやってきています。2019年に「自然実験」という手法でノーベル経済学賞がでています。いわゆるランダム化比較試験によって相関関係ではなく、因果関係を特定しよう、という研究です。2020年にはCOVID-19の影響で、DX (Digital Transformation) ブームが来て、これまでデジタルされていなかった記録がデジタル化され始めました。行政や福祉事業所の日常業務のデータがどんどん溜まっていくわけです。各自のパソコンにデータが溜まり始める。福祉業界はその典型でした。今まで紙で書いていた報告書がオンラインになっていきます。

さらに2021年に今度は「因果推論」がノーベル経済学賞をとった。これは統計学の革命だと思います。臨床社会学が、誰か一人の人生を質的に描くことで、社会を描くことを目指してきましたが、この手法では「再現可能性」の確保が難しい。因果推論は「もしこの集団が、この経験をしていなかったら」という「反実仮想」を統計学的に推論します。「この集団が、もしこの現象を経験しないなら、こういう結果になる」ということが予測できるのです。この手法を中村正先生から紹介いただいた和田一郎先生 (獨協大学) から聞いたときに、「これは社会学・社会科学の常識を塗りかえてしまう」と思いました。

「社会病理学」は、「かくて他とならなかった」一回起性の個人の人生を重要視してそこから社会を描き出す学問でした。因果推論によって「起こらなかった現実」を数学で補完しうる可能性が提示された。「もしこの人が当事者でなかったらどうなったか」を推論できる。「因果推論」は私もまだ手探りですが、コツコツと継続しようかと考えています。

## とりあえずのまとめ

ここまで、「私の臨床社会学」を振り返ってきました。これが約30年間の話です。社会もずいぶんと変わってきましたが、確実なのは「臨床社会学」はそれ単独の学問としては未完成だということです。「心理臨床」、「ソーシャルワーク」、「公共政策」などの介入の方法論をもつ隣接領域とのコラボレーションが必須です。さらに今後は、財政的な裏付けを獲得し続けるために介入の効果測定も必須となってきます。「このプログラムに参加して効果があるの？参加していなかった人と比べられますか？」という議会や官僚からのプレッシャーに耐え

るには、因果推論が必要になってきます。「心理臨床」、「ソーシャルワーク」、「公共政策」、どれも公費が投入されています。行政のお金なのでスポンサーを納得させないといけない。「臨床社会学」も今までテキストベースであった対象や分野でも数字で結果を出すことが求められていくというのが、私の現在の結論です。

こうして振り返ってみると、私の臨床社会学は「心理臨床」、「ソーシャルワーク」や「公共政策」と、うまくつながったと思います。次は「データサイエンス」をふかめながら、「臨床社会学」を、より社会と切り結べる学問にしたいなと思っています。

## 臨床社会的にみた、10代で出産すること

大川聡子（関西医科大学看護学部教授）

大川聡子です。関西医科大学で看護系の教員をしています。1992年から96年に看護系の大学を卒業して、1996年に、市役所に保健師として就職しました。1999年は介護保険の前年で「介護保険が始まるから」といわれて介護保険の部署に異動して、2000年は介護保険の申請に来られる方や、事業者からの相談を窓口で受けていた保健師でした。その後、介護保険の認定調査に職員が行くことになり、300件くらいのお宅に家庭訪問しお話を聞かせていただく中で、「介護が必要になった際に対応できる家族と、そうでない家族がいるな」と。その違いはどこにあるのかと思い、家族について勉強できる場所を調べたいと思って、本屋さんに行った時、団士郎先生の『不登校の解放－家族のシステムとは何か』を見て、そこに家族の問題をどう解くかが書いてあって「ここで家族について勉強したい」と思い、市役所を退職して「応用人間科学研究科」に入学し、京都に引っ越してきました。

応用人間科学研究科では社会学も学べるとあって、入学前に社会学のテキストを読んでいたら、1990年代の社会学のテキストでは、離婚した家族は「欠損家族」と書かれていました。それを読んで、「欠損ってどういうこと？」と。これまでたくさんの家族をみてきて、家族の中で誰かがいないから欠損ではなく、いなかったとしても、その人の役割を誰かが担って家族が回っていく。「人の家族を欠損と表現するとは、なんて学問だ」と思っていました。応用人間科学研究科では、中村先生、村本先生、団先生の家族クラスターに所属し、「いろんな家族、社会の見方があるのだな」ということに気づくことができたのも、よい経験だったと思います。

研究テーマを「10代で出産した母親」としたのは、私が保健師として勤務していた市の近くに大きな自動車会社があり、その近くには道具を組み立てる関連会社があって、外国人の方がたくさん住んでいました。そこで外国人の10代のお母さんが出産する時に、保健師としてお母さんを支援した経験があったからです。外国からやってきて日本の母子保健制度がわからない。日本語も通じないところで、しかも、若い。「学校に行きたい、仕事もしたい」という希望をもって、「この人たちは普通の母子保健の枠組みでは対応できないな」ということがあり、学際的に考えてみたいなと思いました。それに加えて、M1の夏休みにJICAのインターンでベトナムに2カ月行った時に「リプロダクティブ・ヘルツ」に関心をもったこともあります。「IUD」という子宮内避妊具があり、一人の子宮に一個挿入するものなのですが、ベトナムで、あるお母さんが「お腹が痛い」と病院で診てもらったら10個くらい入っていた、ということがあり、仕事や子育てにお母さんが手一杯で、自分の体に関心をもてる環境にないことを目の当たりにして、女性が自分の体に関心をもってもらえるような環境づ

くりの役に立つ研究をしたいなと考えたこともきっかけです。

M2の5月くらいから、10代で出産したお母さん13人にインタビューをさせていただきました。2002年11月に、看護系大学の教員として就職して、就職先の大学の先生が行政とかかわりがあり、「10代のお母さんを誰か紹介してくれる人はいませんか？」と声をかけてもらい、保健師さんや助産師さんを通じて13人のお母さんにアクセスすることができました。

インタビューをした13人中、少なくとも5人は「私は、この人と結婚したいから妊娠できる日を選択して妊娠したんです」という方たちがいました。当時も今も、10代の望まない妊娠を防ぐには性教育、という論調が主流なのですが、必ずしも「望まない妊娠」ではないとわかり、10代で出産を希望する背景に何があるかを調べたいと思いました。出産後も、学校に行きたい、仕事をしたいというニーズはありますが、公的な支援はなく、家族がサポートせざるをえない。支援ができる家族と、できない家族と千差万別で後の育児も変わってきます。一方で、若くして出産するから適応力が早い。直感で動く。頭で考えるのではなく、「今、子どもが泣いているから、こうしよう」と動きも速い。「若くして出産したからこそその強みもある」と思いました。幼少期や学校生活の出来事、パートナーと出会うまでの人生を聴いていくと「彼女たちの人生において、10代で産むことは合理的な選択ではないか」と思えたのです。

そこで、博士後期課程で学ぶことで、さらに彼女たちの人生を知りたいと思いました。看護系の大学で助手として働いていたため、社会学研究科に行くのも、「なんで看護系の大学に行かないの？」と聞かれたこともあったのですが、当時の看護系の博士論文は「症例対象研究」で、「介入群と、対象群を設けて、介入に効果が出ましたか？」という方法をとることが多かったのです。そもそも10代のお母さんは人数も少ないですし、介入よりは、まず10代のお母さんの「望まない妊娠ではなく、望んで妊娠している」というところとか、「10代のお母さんの強み」を明らかにしたいと、今までの看護・医学でいわれている視点とは別のところから見てみたいと思って、中村先生に「社会学でがんばりたいです」と、社会学研究科の博士後期課程に2005年に入学しました。

その後2012年3月までの7年間、博士後期課程に在学することになりました。実はこの間に子どもを二人産んでいるのです。中村先生に第二子の妊娠をお伝えした時のことは忘れられません。その時は四条のホリーズカフェで論文指導をしていただいたんです。「次、こういう方向性で論文を書いたらいいよ、産社論集も、この締め切りで出したらいいよ」とっていただいた後に「先生、実は二人目を妊娠しまして」という話をした時、先生が吉本新喜劇並のリアクションというか、予想外という感じで驚かれて。先生の反応を見て「私は絶対にこの論文を書き上げなきゃ」と思ったんです。第二子出産後すぐに産社論集の締め切りがあったので、右側に赤ちゃんのクバースを置いて、左側に論文を置いて、安産だったので、産後2日目から先生にいただいたコメントの修正をされていて、助産師さんがとても心配してくださっていたらうな、と思うくらい、論文を書きながら育児をしていました。ただ妊娠中にインタビューができたことはよかった、と今になって思っていて、私も妊婦で彼女たちも小さいお子さんがいたので、「おなか大きくなったね〜」とか、色々アドバイスをしてもらえたりもして、すごく話してくださっているんです。今、インタビューしても、ここまでのお話は聞けないと思います。

インタビューで印象に残ったのが、親御さんがきっちりされて子育て中でも夜ご飯のおかずをたくさんつくってくれるようなお母さんで、「こういうふうにはしないとあかんと思っていただけ、周りのお母さんたちを見ていて、そこまでせんでもいいと自分に余裕ができた」という語りから、10代のお母さん同士のつながりの必要性を感じました。また、「自分が大事な、と思えるようになったのは子どもを産んでから」という語りがあっ

て、出産までに「あなたはこれでいいんだよ、大事だよ」といってくれる人たちが周りにいなかったのかと。彼女にとっては「出産が他の人とつながり、自分を肯定する機会になったのではないかな」と思いました。

その後10代のお母さんの研究を発表させてもらった時に、10代のお母さんから「私たちのもっている問題は社会問題だったんですね」といわれたことがあって「彼女たちの持つ課題を、社会の問題として伝えていかなければ」と思いました。

2012年に何とか博士論文を書き上げた後は、海外の様子を見てみたいと思うようになりました。2014年にニュージーランドで「ティーンズマザー・サポート・カンファレンス」というのが開催されることを知り、「10代の親だけをトピックにした会議がある。ぜひ行ってみよう」と思って、ニュージーランドに行きました。会議では、博士の学位を取得したり、デザイナーとして、いきいきと自分の仕事をしている10代のお母さんが講演されていました。また当事者参加で10代のお母さん、お父さんがスタッフとして参加していて、レセプションが22時まで続いたのですが、小さい子どもがいるスタッフも、まだ残っている。ニュージーランドでは、お母さんが別のことをしていたら、おじいちゃん、おばあちゃんが子どもをみてくれたり、お父さんがみていたり、家族のサポートが手厚いと思えました。日本だと10代で出産した後に博士の学位をとられた方の話はまだ聞いたことがなくて、出産後に選択肢が減ってしまうのは10代で産んだことが原因ではなく、日本の社会構造に課題があるのではないかと思えました。

興味深かったのは、日本の保健師のような感じで、0歳～5歳までのお子さんを継続して家庭訪問する Plunket Nurse の Nicky Skerman 氏の、10代母親に対する地域での取り組みに関する講演でした。その後 Skerman 氏を日本に呼んでシンポジウムを開催したり、日本の保健師さんと交流する機会を設けました。その時に、「10代のお母さんを決して否定しない」とことと、妊娠期からのかかわりで母乳育児率や産後に相談してもらえる確率が上がるなど、妊娠期にかかわることの重要性を教えてくださいました。

2015年にはアメリカ公衆衛生学会に、Lee Smithbattle 教授に会うために参加しました。Scopus という、海外の論文を検索するデータベースがあって、「誰が、このトピックに対して一番論文を書いているか」がすぐわかるんですね、その説明会に行って「ティーンズマザー」と入れたら一番上に、Lee Smithbattle 教授が出てきて、10代のお母さんに継続的にインタビューを行い、論文もたくさん書かれていました。10代のお母さんに対しては、本にしろ、論文にしろ、単なる研究として関わっている人と、この人たちへの支援を真剣に取り組みたいという人とは、表現方法が全然違います。そういう人たちに対する眼差しは、特に質的研究を読むとすぐわかるなと思っていて、「この人の表現は、すごいな」と、Smithbattle 先生の10代のお母さんへの視点を日本の研究者や大学院生に紹介したいと思えました。そこで、Smithbattle 先生の大学のホームページからアメリカ公衆衛生学会のメンバーであることを確認し、その年のアメリカ公衆衛生学会の抄録からポスター発表することを知って、この時間に絶対、行こうと思い、「あなたに会いたいです」とメールを送ったら、学会会場で会えたんです。2015年は無理だけど、将来的にはあなたのところに留学し、日本にも来てほしいと伝えました。3年後に実現して、Smithbattle 先生は2018年1月に来日し、私はその年の1～6月に、アメリカのセントルイス大学に留学しました。

セントルイスは、全人口のうち黒人の占める割合が46%、全米では13%です。また殺人事件の発生率では、全米二位がセントルイスです。知り合った人に「なぜサンフランシスコでも、ロサンゼルスでもなく、セントルイスに来たの？」と聞かれましたが、「10代のお母さんの研究をしたかったから」というと「あなたは正しいところに来た」と言われました。セントルイスは、10代のお母さんも多く、多彩な支援機関がある地域でした。その一つ、Smithbattle 教授も関わる団体 TPPP (Teen Pregnancy, Prevention Partnership) のカンファレンス



に参加して、最初のレセプションが始まる前に円卓で横に座っていた人たちが「次のセッション、どこに行く?」「やっぱりメンタルヘルスよね」と話していて、「そういうものか」と思って、同じセッションに行き、そこで紹介されたのが「ACE (逆境的小児期体験)」でした。

「逆境的小児期体験」は、18歳までの「家族の機能不全」や「被虐待歴」を指し、10項目で構成されています。講演を聞いていて、育児困難になるのは、「逆境的小児期体験」を持っていて、自分自身が適切なかかわりをされてこなかったり、モデルとなる家族像構築できなかったために、子どもに対してどう接してよいのかわからなくなるからではないか、と考え、「10代で出産したことでなく、ACEを多く経験していることが育児困難の原因なのでは」と考えるようになりました。

2021年に、現在の関西医科大学に異動しました。ここは医療系の大学なので、数学が得意な先生たちがたくさんおられて、量の研究をした時に分析のアドバイスをしてくださるんです。そこで、未就学児をもつ母親400名にインターネット調査を実施しました。0～5歳までの子どもをもつ10代のお母さん200人、20代以上のお母さん200人が対象です。見よう見まねでパス解析をやってみた結果から、育児中の家計のゆとり、主観的健康感の低さ、育児中の自尊心の低下とより関連が強いのは、10代で初産したことでなく「逆境的小児期体験」であることがわかりました。また統計をやってみて思ったのが、心理でよく用いられる「順序尺度」よりも、「比例尺度」のような、等間隔で測定できるものの方が、扱いやすいんですね。「年齢」は比例尺度で、必ず聞くので、分析の軸として使われがちなのですが、本当に育児が困難となる要因は、年齢ではなく、逆境的小児期体験なのかもしれないなど。アメリカでは、それを緩和する要因もいくつか明らかになっているので、その要因を生かして地域で何かしたいなと思っています。

最近、思春期の子どもをもつ10代で出産したお母さんにインタビュー調査をしました。博論の時にインタビューした13人のお母さんたちが、子どもたちが大きくなって「同窓会をしたい」という声があって、当時と現在のスタッフの保健師さんや助産師さんと一緒にさせてもらったんです。子どもたちは高校生になっていて。自分の子育てを17年間、振り返ってみて「あの時は子どもだったけど、子どもの自分に決めさせてもらったのがよかった」といっている方が多かったので、こういったデータも分析して行って、10代のお母さんの子育てを長い目線でもとらえた語りも積み上げていきたいと思っています。

私が思う「臨床社会学」とは、当事者の声から一般的に考えられていること。たとえば「10代の母親＝望まない妊娠」ではないことを見いだして、なぜ「望まない妊娠」と、社会がとらえているのだろうか。そのままなざしをとらえ直して、10代のお母さんたちがどのようにしてそのままなざしの中で生きているのかを、今後も考えていきたいと思っています。以上です。

## 臨床社会学における「書く」を展開する

西井開 (日本学術振興会特別研究員PD, 千葉大学)

私は社会人院生として立命館大学応用人間科学研究科に入学しました。それまで会社員をやったり、学生の時に東日本大震災のボランティアに行っていたこともあって、宮城県のNPOで働いたりして、漂流しながら立命館にたどり着きました。NPO時代には貧困家庭の子どもを対象とした支援活動を行い、その中でジェンダ

一の問題にぶつかりました。シングルマザーで十分な収入が得られていない家庭や、子どもが母のパートナーから暴力を受けているケースに何度も出会いました。

こうしたジェンダーの問題を知れば知るほど、自分と切り離して考えることができなくなりました。男性として生きてきた中で、自身の特権や加害性の問題をどう考えたらいいのか。男性としての自己を問い直すことができないだろうかという問題意識が高まっていく中で、男性性をめぐる課題について調べ始め、また中村先生のお話にもあった「メンズリブ」という運動についても知りました。元々支援者だったので、実践的に取り組みたいという気持ちがあり、臨床心理士の資格をとって男性にアプローチをできないかと宮城県で考えていて。キャリアの選択肢としては二つありました。全国各地で取り組まれ始めていた男性相談が宮城でもスタートするという話を聞いていたので、男性相談員をやりながら東北大学の大学院に入って臨床心理士の資格をとるか、男性臨床について専門的に学びながら臨床心理士になるか。男性臨床を本格的に研究しているのは当時日本では中村先生しかおらず、宮城にとどまるか、立命館に行くかという岐路に立って。まずはゼミ訪問をしようと考えて中村先生にお会いしに行ったのが最初の出会いです。

1990年代に始まったメンズリブ研究会は「男らしさから自分らしさへ」というスローガンを掲げていて、私にはそれが新鮮に映りました。マッチョな男らしさから降りて、緩やかでオルタナティブな男性像を作っていくというメッセージが印象的だったんです。そのメンズリブ運動に関わっていたという中村先生にも同じようなイメージを持って会いに行ったんですが…。中村先生は結構、こう、偉そうというか、身体から権威性が出ていて、「これは何か間違ったかな」と思ったのが正直な第一印象でした（笑）。その時、中村先生に「今、こういうキャリアで悩んでいる」と話をしたら、先生に「君の人生だから自分で選んだらいいけれど、ただつまらない相談員にはなるな」と言われたんですね。その時は意味がよくわからなかった。宮城から離れ難かったので東北大学に行くという方向に傾いていたんですが、先生のその言葉が強く残って。臨床心理学だけでは見えないものが、中村先生のもとで学ぶことができるのではないかと思います。関西に戻ってきて立命館への入学を決めました。五年間、修士から博士まで行って現在はPD二年目。そろそろ就活をしないとイケない時期なので大学に一度就職してみようと思っているのですが、先生から今度は「つまらない研究者にはなるな」と言われています。

単なる相談員にならなかった私は、では五年間何を学んできたのか。今日は、研究者のアイデンティティを「書く」ことに置いた時、特に臨床社会学において「書くことは何か」ということを自分の研究をもとに掘り下げてみたいと思います。

中根さんのお話にもありましたが、社会学や文化人類学においてインタビュー調査や、エスノグラフィなどの質的研究がかなり蓄積されています。一方で、「一方的な分析は研究対象に対する搾取になりうる」、「フィールドを解釈して書くことは暴力につながる」といった批判がなされてきました。こうした批判を受けて質的研究をメインにやっている研究者たちの間で、書くことの暴力性や分析する権力、搾取の問題が言及されるようになってきていると感じます。しかしそれを読むにつけ、「それを言うだけでいいのか？」という疑問が浮かびます。もっと意地悪く言うなら、「書くことは暴力につながるということに自分は自覚的である」と言うことが、一種の免罪符のようにになっているフシがあるのではないかと考えています。「書くことの暴力性に気付いているならそもそも書くなよ」というツッコミができてしまう。そのツッコミを乗り越えるためには「書くことが暴力性だけれども」というその後を書く必要がある。

その乗り越えに臨床社会学が、一つの回答になっていると思うんです。中村先生の臨床社会学の定義では「一人ひとりの生にふりかかる苦難を社会現象として把握し、問題の解決に向けた実践に社会学的視点を生かそう

とする」学問領域とされており (中村 2019), 問題解決の指向性が明示されています。当事者 (研究協力者) にとって実際に役に立つソフト, ハードの拡充をめざすという点において, たとえ分析が暴力的であったとしても, 最終的に当事者に寄与するという強みが臨床社会学にはあるのではと考えています。具体的には①問題解決方法の脱構築を経た, 臨床実践の過程の見直し, ②新たな臨床実践の社会実装, ③当事者にかかわる社会制度の改変という3つが, 臨床社会学の強みとして挙げられると思います。

一方で搾取にならない形で「書く」ことを目指す研究も登場しています。伝統的な社会的質的研究のセオリーでは, インタビューをしてテープ起こしをし, 引用する箇所を研究協力者に確認してもらい, 分析をして, 完成したら協力者に原稿を見せる, というのが一連の流れになっています。この流れの問題は解釈の場面に研究協力者を介在させないことにあります。だからこそ一方的な客体化ができてしまう。こうした構造的な問題を乗り越えるために, 当事者の主体性を保つ研究手法としてオート・エスノグラフィや当事者研究が注目されるようになってきました。また, 共同創造という形で, 研究者が当事者と協力しながら新たな問題解決方法をつくっていく研究アプローチも登場してきています。こうした当事者の主体性を重視した研究アプローチの中に臨床社会学も食いつめるのではないかと考えています。つまり, 搾取にならない「書く」ということを臨床社会学も展開できる可能性があるのではないかと考えているんです。

そこで重要だと思っているのが, 中村先生がこだわって使っている「臨場」という言葉です。「参与」ではなく「臨場」という言葉をあえて使う, その意味を私なりに考えています。中村先生の構想する臨床社会学では臨床が成り立つ「場」が研究のフィールドとなります。セルフヘルプグループや, グループホーム, デイケア, 不登校の居場所, 家族会, 被害者の会, セラピールームなどが例として挙げられています。「臨場」することの意味を二つ挙げるならば, 一つは「場」にいて個人間の相互作用に着目できること。ナラティブでのやりとりが起きるので, それに重きを置きながら見ることができる。もう一つは, 研究者自身がこの「場」に巻き込まれること。相互作用の観察者であると同時に研究者も参加者になっていること。研究者も研究協力者たちに影響を与えるし, 逆に影響を与えられもする可能性が「臨場」によってもたらされる。客観的, 鳥瞰的に「参与」する研究者とは違う, ステップの段があるするならば一段降りている側面が「臨場」にはあるのではないかと考えています。

私の研究でもこの臨場性を重視してきました。研究対象にしたのは, 異性愛でシスジェンダーなだけけれども, どこかの部分で周縁化されているような, たとえば非正規雇用であったり, 無職であったり, 恋人がいなかったりする男性たちです。マイノリティとは言い切れず, 差別をされているわけではない。しかし何か不安感や自己否定感をもっている男性たちが, インターネット上でヘイトを発信したり, なかなか助けを求められずにセルフネグレクト的に孤立している現状があると普段から感じていました。社会問題化されきっていない, 差別という問題体系の俎上に上がってこない周縁性をもつマジョリティたちの, こうしたモヤモヤしている部分を明らかにしたいという思いがありました。そこで, こういう問題群の結節点として「非モテ」というキーワードに着目しました。元々はモテない悩みを意味する言葉でしたが, 明確に定義されずにネット空間の中で使用されてきました。こうしたバズワードをテーマにすれば, 男性たちが自分の主観, 生活経験を自由に語りだすことができるのではないかと考え, 「ぼくらの非モテ研究会」(以下, 非モテ研) という対話グループを立ち上げ, そこでの語りをナラティブデータとして調査を進めました。

私はこの非モテ研でファシリテーターを担っていて, また研究者として調査もしていますが, 同時に自分の経験も話しています。まさに「臨場」しているわけです。そうして研究者と当事者の役割を行き来しながら, 他のメンバーたちの分析を進めていたんですが, ある日, 彼らとの間で破局が起きたんですね。あるシンポジウ

ムで非モテ研の実践や語られるエピソードの紹介をした時、それを聞きにきていたメンバーの一人が途中で会場から出ていく事件がありました。そのことをメンバーたちと振り返って、あれは一体何だったのかを、みんなでリフレクションをしたんです。すると出ていった彼は「確かに西井の研究は研究倫理の面から言えば誠実にやっている。ちゃんとどこを引用するか確認をとってもある。でも腹が立つんだ」と言われたんです。何に腹が立ったのかを話し合っていくうちに見えてきたのは研究の距離と速さの問題でした。どういうことかと言うと、「シンポジウムでしゃべっている西井さんが、遠い存在に感じた」と。「今まで隣にいて一緒に経験を語りあっていたのに急にメタ的、鳥瞰的に解釈をしているのが悲しかった。それに西井さんが一人で素早く解釈しているので、そこに自分たちはまだ腑に落ちてないのに勝手に解釈されているように感じる」と言われました。このまま研究を続けていたらグループが崩壊すると思い、結果的にメンバーたちと共同解釈するという手段をとりました。この逐語を引用していいかという確認だけでなく、もう一度その場でエピソードを語り直してもらってそれをデータとして再収録したり、データの解釈について、ケース検討的に「こういう行動をとった背景にはこういうことがあったのではないかと」、メンバー皆で再検討したり、そのプロセスの中で私もジェンダー・スタディーズや社会病理学の議論や概念を紹介したりして、自分の経験をより詳細に言い当てる解釈を共同的に作ってきたんですね。これは一方的に観察する、一方的にインタビューするだけでは生じ得ない相互作用だと思います。

ただ、このやりとりをするのは本当に大変でした。質的研究ではよく当事者との対話の大切さが言われますが、私からすればこれは対話という生易しいものではなく格闘という感じでした。安易に客体化されず、時々私を批判してくるメンバーたち。彼らとの共同解釈を通して研究が進んでいくんですが、そのプロセスと、できあがった論文・書籍を読むことを通して、彼らは自分の語りを再取り込みしていく。結果的に、一度語りだした言葉を、より詳細な形で俯瞰的な視点から読み取ることで、さらに自分の物語を新しく語るということが起きました。例えば、最初は自分の生きづらさが恋愛からの疎外に集約されていたのが、学校でいじめられた話や、男性グループから排除された話などが新しく語りだされるようになりました。それらの経験がさらに男性間での序列関係や、学校に浸透している異性愛主義などの社会構造の問題と紐付けられて整理され、生きづらさが体系的に把握されるようになっていく。研究と語りの往還が生まれました。

こうした往還的な研究実践の中で、私は書くことの暴力性について考えを改めるようになりました。ある時「自分がやっていることは搾取になるんじゃないか」とメンバーたちに聞いたら、一人のメンバーから「西井さんは搾取というけど、それは逆でむしろ僕らが西井さんを利用しているんですよ」と言われたことがありました。「録音してテープ起こしをして、分析を加えた上でわかりやすくまとめるなんて、そんなの面倒でやってられない。それを代わりに西井さんがやってくれている」。また、「研究成果をまとめて世に放ってくれることで救われた気がした。それは西井さんを介してしかできない」と言ってくれるメンバーもいたんですね。彼らは斜に構えているというか、安易に客体化されない人たちで、私を利用してもいる。共存関係がそこにできていたなと思います。

臨場していくと私自身も変えられるところがあって、巻き込まれることで研究者と当事者、分析する者とされる者の境界が曖昧になってくる。当然、私の研究者としてのポジションナリティは権力を持ちますが、グループにおいて私自身にも観察の目が向けられるようになってくる。メンバーたちとのかかわりの中で、彼らと自分が類似している部分、同じような経験をしている部分が否応なく見いだされていくんですね。周縁化された経験だけに限らず、マジョリティである男性としての特権性や女性に対する偏見も含めて掘り下げざるを得なくなってくる。そうしたことも博論では言及しました。

「臨場」のもつ力についてまとめます。「臨場」は「参与」に比べて研究者と研究協力者の間の相互作用をより大きく生じさせます。メンバーたちが客体化された当事者から主体的に自己を描く著述家の立場に変化していく土壌が生まれてくるのではないかと思います。その中で私自身も変化が促される。一連のプロセスを記述することで「場」のもつダイナミクスを把握することができたと考えています。それでも書くことの暴力性を完全に乗り越えたとは言い切れないと思います。しかし、それでも私が書いたものを読むことで、非モテ研のメンバーたちの自己探求は進んでいく。書くことが当事者にとって直接的に有用なものとなる。そうした意義が臨床社会学における「書く」にはあるのではないかと考えています。

ここまで「非モテ」の話をしてきました。今後の研究の展望としては、もう少しテーマを普遍化させて、現行の社会構造でマジョリティ集団に属する人たちを対象とした、マジョリティの臨床社会学研究を、展開したいと思っています。マジョリティ集団はアイデンティティを問われることのない、透明化された存在と言われますが、ここまで論じてきたように、丁寧に掘り返せば語る言葉を持ちうると思います。たとえばマジョリティ男性としてのあるべきハビトゥスがあったとして、それを維持できなくなった時の揺らぎや、自身の差別性が批判された時に起きる取り乱し、自分の非を認めたくないゆえに生じる防衛的なふるまいなど、マジョリティ性を切り出すフックのような心理的課題があって、それを抽出して書くことが可能ではないか。今、中村先生といっしょにDV加害者をしてしまった男性を対象とした脱暴力のためのグループワークを継続的にやっていますが、そこを「場」として研究が可能ではないかと考えています。

ただ、差別や暴力を「書く」こと、そしてその仕組みを理解することには課題もあると指摘されています。社会学者の岸政彦さんは、「責任を解除せずに加害者を理解することは論理的に不可能で、そもそも理解というのは、乱暴に言えば“その立場だったらそうするのは仕方がない”と立場を交換することになるので、それは加害者の責任を解除することになってしまう」と話されています(岸 2021)。例えば先ほど見田宗介の『まなざしの地獄』の話がありましたが、殺人という逸脱行動を地域と都市の格差の問題と連関させ、「このような社会構造ゆえに殺人に至った」と書いてしまうと「そんな状況だったのならば仕方がない」という免責を生み出してしまいます。だから研究者は加害を書き切ることができないという指摘だと理解しています。

実はこうした加害を免責するような説明は、今取り組んでいるDV加害者男性のグループでもよく出てきます。例えば「妻が十分に家事を行っていなかったからイラっとして殴った」という内容がよく語られるのですが、これをジェンダー構造と接続させるなら、彼は男性中心主義社会の中で性別役割分業に基づいた認知を身につけてしまっているという解釈ができる。他にも「貧困家庭で育ち、家族内にも暴力があった。だから子どもを殴るのは普通のことだ」という人がいますが、これも被抑圧的な生育歴の中で、暴力で問題解決するという選択肢を学習してしまっているがゆえに暴力を振るったと解釈ができてしまえる。そうした解釈は確かに免責を生んでしまうので、私も臨床家として暴力の語りを社会の問題と単線的につなげることは慎重にならないといけないと考えています。

一方で、暴力は社会ではなく、個人の問題だと結論づけるのも、それはそれで危うい。グループワークに来る男性の中には、自身の問題を振り返っていく中で過剰に反省する人がたまにいます。「自分の思考が異常であり、すべてにおいて自分が悪い」と、ずっと自分を責めてしまう。鬱的になって人との交流も避けるようになり、パートナーとの修復的な話し合いの場でも、とにかく「自分がダメだった」と、一方的に謝罪をし続けるばかりで、逆に関係が悪化していくケースがあります。罪悪感によって、なぜ自分の加害者をしてしまったのかを丁寧に省察することなく、ただ自分の内側に問題が巣くっているという認識を深めて自己処罰をしてしまうんですね。これは罰を引き受けているかもしれないけど、責任を引き受けることになっていないのではないかと

なぜなら彼らの処罰は自己完結的で、相手のニーズにきちんと応答していないからです。

免責的な語りと自己処罰的な語り。一見正反対なようですが、この二つの語りは一元的な原因によって加害を把握する点で共通しているのではないかと思います。つまり「自分の加害は社会の影響によるものだ」としても、「すべて自分が悪い」と把握したとしても、それは暴力を単純な形でしか理解できておらず、また責任にも向かわない。

しかし、グループワークでの語り合いを通して、本当はもっと複雑なプロセスがあることが見えてきます。加害の背景にある社会構造、他者との相互作用、自身の欲望など、さまざまな要因が紡ぎだされて加害のメカニズムが、だんだんマッピングされていく瞬間がある。ナラティブ・セラピーを拓いた一人であるマイケル・ホワイトの言葉にならって、私は「加害地図」と呼んでいます。このマッピングの作業の中で、加害の経験が詳細に描かれて、自分の中で腑に落ちていく。言い訳もするし、ただただ反省ばかりする時もあるけれど、その間を歩き来しながら少しずつ加害地図を記述していく。その中で責任を引き受ける、つまり引責が発生するのではないかと考えています。

引責に対して、「書く」ことがどういうはたらきをするかと言うと、非モテ研で起きた往還関係のように、書いたものが加害者たちにフィードバックされる時、その知見は加害者が自分の暴力の背景を探るためのリテラシーに寄与するのではないかと思います。マイケル・ホワイトは「権力実践が暴露されるにつれ、人々は、自らの立場をとり、人生と関係性における権力実践の影響に対抗することが可能になる」（White 2017=2018）と書いていますが、自身をからめ捕る社会的背景や、他者との相互作用のメカニズムなど複雑なプロセスを知って初めて、加害者は権力的な実践、つまり女性を支配する暴力から距離をおいた、オルタナティブな実践を構想できるのではないかと思います。

ここまで暴力を理解して書くことは加害者の責任解除につながるのではないかという指摘について考えてきました。私はどちらかと言えばこの指摘に対して批判的で、むしろ書かなければ暴力や差別の問題はブラックボックスのままになり、結果的に責任から遠ざかるのではないかと考えています。確かに暴力を書くだけで終わってしまったら、免責に終止してしまうかもしれない。しかしここまで見てきたように、臨床社会学は書くだけでは終わらないと思っていて、書いて、さらにそれを読んでもらって、当事者たちに変化が起こる、その過程全てを射程に含みます。だとすると、臨床社会学における責任とは、実践的過程であり動的なものではないか。理解というのは責任の解除ではなくて、責任という長いプロセスにおける一歩目なのではないかと考えています。

重要なのは臨床社会学において書く時に、どの方向を向いて書くのかということです。当事者の語りを聞いて解釈し、それを第三者の読者に向けて書いた時、当事者を客体化し、また責任解除にもつながってしまう可能性がある。しかし、何よりもまず「場」のメンバーたちに向けて、彼らに寄与するためのものを「書く」ことが大切なのではないか。その時、加害の問題で言うなら責任が立ち上がってくるのではないかと考えています。

#### 【参考文献】

- 岸政彦・東畑開人（2021）「心社会—いずれが前景で、いずれが後景か」『臨床心理学』増刊13号：166-184。  
Michael White, 2017, NARRATIVE THERAPY CLASSICS, DULWICH CENTRE PUBLICATIONS. (小森康永（2018）『ナラティブ・セラピー・クラシックス—脱構築とセラピー』金剛出版.)  
中村正（2019）「臨床社会学と『公共』の社会学 『問題解決が問題であること』の指摘と臨床社会学・社会病

理学・批判的実在論の関係づけ」日本社会病理学会監修／朝田佳尚・田中智仁編著『社会病理学の足跡と再構成』学文社, 139-168.

## 総合コメント

村本邦子 (立命館大学大学院人間科学研究科教授)

すごく面白く聴かせてもらいました。聴いていて思ったことは、あたりまえのことだけど、「研究者も時代の申し子なんだな」ということ。特に臨床社会学の研究者は、現代の社会と密接につながって「学」を紡ぎだしていくことがよくわかりました。私は2014年、2015年の2年間だけ、「臨床社会学」の授業を学部で担当しました。当時、ひと通り勉強しましたが、私自身は実践の方に足場があるので「臨床社会学」というのは「臨床+社会学」なんだなと思ったんです。もう一つの解釈は「臨床社会+学」と捉えることもできるかなと思いがら、学生たちに「自分の定義を考えよう」と投げかけてきました。

中根さんの話を聴いていると、「分析の学」としての「臨床社会学」があり、第一に「研究に足場」がある。そのため何か課題を見つけて方法を見つけて介入していくという順序。これまで多く関わって来た社会人院生や当事者院生というのは「現場」という足場があって、いかにそこに積み重ねていけるかという順序があり、動機に別れ道がある。課題が先にあるのか、研究が先にあるのかということです。おそらくは二分割されるというよりはグラデーションになっていて、それぞれの研究者、実践者が、どのあたりに足場を置いているかには違いがあるのだらうと思います。それは「臨床心理学」も同じで、「心理学者としてやっていく上で臨床があるのか」「まずは実践としての臨床心理があって、それを学にしていくのか」で少々違いがあります。

私は学生時代、夢やイメージに興味があって、卒論は「飛ぶ夢」、修論は「落ちる夢」をテーマにしました。大学院に残るつもりが、修士で現場に出ることにした直接的な理由は研究方法でした。今は変わりましたが、当時の臨床心理学は、アカデミックな世界で学問として認められるために「科学でなければいけない」というのがあって、必ず統計を使わなければならなかったんです。卒論自体は評価してもらったうえで「次はきちんとした方法論をとるように」と言われていましたが、修論は「現象学的人間学」で書き、「それは心理学ではありません、哲学です。博士課程に行くのなら書き換えなさい」と言われたんです。「自分の関心があることはほとんどやった方がいいが、社会から求められることは戦略としてやりなさい」と助言されましたが、それはしたくなかったので、予定外の人生でしたが、現場に出ることにしました。修論は修論で妥協して統計をやって、好きなことは好きなことでやっていくというのもひとつの人生としてあったかもしれない。その場合、私の研究は今とはまったく違ったものになっていたと思う。でも、今の方が気に入っています。

そして子産み子育てを経験しました。中根さんの場合は、子育てをするようになって、時間配分などの都合から研究方法を変えたということで、子育ては研究のコンテンツに影響しているわけではない。中村さんはパートナーとの生活や子育てがジェンダーや男性性との関係で、研究のコンテンツに直接的な影響を及ぼす。私自身は、子どもを自宅で出産して、アドリエンス・リッチというフェミニストの古典『女から生まれる』(晶文社1990年)に出会い、フェミニストになった。存在のあり方そのものに影響を受けたと思います。臨床心理学を志す人は、基本的に社会より個人に興味がある。私もそうでした。一人一人の心の持ち方が重要だと思って

いる。それが、リッチに出会い、社会制度がいかに個人を縛っているのか、私たちが時代や文化に規定されているのかを思い知らされました。お産を通じて自分自身と出会い直したと思います。「精神と身体、公的な生活と私生活を一致させる。それがフェミニズムだ」と理解したんですね。そこにはいつも分断があった。一人の女性として生きている自分と大学院で心理学をやっている自分とはどこか乖離していたと思います。「飛ぶ夢」は直感や精神性、霊性を表しますが、「落ちる夢」で重力によって身体を社会や共同体、大地の上に落とされたのです。お陰で自己を一体化することを目指すようになりました。男性中心の学問では、第三者としての筆者が書き、対象と距離を置いて客観的に研究していく。そこを批判的に、「すべて一人称の私で語る」ということに徹底的にこだわるころからスタートした。最初は精神科クリニックでカウンセラーをしていましたが、子どもを産んで二人目の産休がとれなかったことをきっかけに自分で研究所を立ち上げました。リッチの本に出ていた「CRグループ（意識覚醒）」を真似て、仲間たちと語り合い、体と心、公と私を一致させることを目指す。その中で、実際にぶつかる社会の問題をどうやって解決していけるのか、調べたり、話したり、試行錯誤しながら積み重ねていきました。自分たちの実践と研究（と呼ぶには不足があるかもしれませんが）の蓄積を、毎年、雑誌を発行することで表現もしていきました。

そうやって10年くらいした時に、自分なりにある種の到達点があり、学問的にまとめたいなという思いが強くなって、アメリカのThe Union InstituteというPh.Dのプログラムに入りました。その教育が私にとって、ものすごくよかったんです。学習者中心主義（learner-centered）、社会との関連（social relevance）、学際性（interdisciplinary）という3つの哲学があり、まず、教授や同級生・卒業生たちから成る自分自身の学習のための委員会を作り、自分がその議長となって、自分の目指す学習の到達点に到るために必要なカリキュラムを作ることから始まり、それが完成すると分厚い学習同意書（learning agreement）を書き上げる。それに添って学習を始め、セミナーに出たり、何かするたびにリフレクション、リフレクションで、リフレクション・ペーパーを書かされ、そこではいつも、「自分のやっていることが、どう社会と関係しているのか」について説明責任が求められる。最低3回参加しなければならないセミナーは5日間の合宿で、あらゆる領域の教授とPh.D候補生と一緒に議論させられる。日本の大学では世渡り術を教えられた気がしていたけれど、そこでは一致して丸ごと尊重されたんですね。「これが本当の教育だ」と思いました。ちょうど卒業の年に、立命館に応用人間科学研究科ができると中村さんに声をかけてもらって、その設立趣旨を聞いた時、「私が大事にしていることそのままではないか」と共感したんです。その時は「臨床社会学」ではなく「対人援助学」ということで、「臨床社会学」より、もっと実践の学をイメージしていたと思います。「これぞ本当の教育だ」と感動し、自分は組織で働ける人間だと思っていなかったので、「組織の中でどれだけ働けるかな？」と疑いつつも、結局、二十数年、お蔭様で楽しくここまでやらせてもらってきました。そこでやってきたことは、私にとってはすべて臨床でした。中村さんはじめ、さまざまな分野に足場を置く同僚たちがいて、学問分野とは関係なく、社会人院生たちがそれぞれの現場から問題解決を目指す関心テーマを持ってきて、みんなで喧々諤々協働で議論しながら研究していく。そうやって産み出されたものがまた現場に戻されていく。その「場」自体が、私にとっては「臨床社会的な現場」でした。なので、私にとって、大学というのは「もう一つの臨床の場」なんです。そこから素晴らしいものがたくさん生み出されてきたと自負しています。

一方で少し不服に思う部分について言うと、身体と精神を一体化させることを自分に課して30年間やる中で、東北のプロジェクトなど通して、「身体」「土地」「場」というようなものが欠けている感じがします。学問というのは、ある意味、普遍性を追求するために、抽象化されて「場」から切り離される。「大地」や「身体」から切り離される感じがあって、そこが私としては臨床社会学にしても臨床心理学にしても不足を感じる



ところです。東北のプロジェクトと一緒にやって、5年の経過をまとめた本をつくる時、中村さんが「臨地の対人援助学」というタイトルを出してくれましたが、私にとっては、この言葉が気に入っています。「地に臨む対人援助学」というのは、臨床社会学より、ぴったりくる。

最近の私の関心を言えば、個人のトラウマを臨床の中でやっていくと、その背景に社会のトラウマが見える。戦争や災害などマスのレベルのトラウマに取り組む中で、最近、私の中に「コレクティブ臨床」という言葉が生まれてきた。日本から学生と市民を連れて南京の学生たちと4日間のインテンティブなワークショップを継続してやったり、東北には教員と院生たちと一緒に集団で行ってプロジェクトをやる。こちらも受け入れる側も集団で、集団と集団が出会い、ともに何かをすることでコレクティブな何かが動いていく。それが「コレクティブ臨床」という感じがする。「社会」というのと何か違う。「社会」というと「制度」「システム」で「身体」や「自然」が抜ける。ユング心理学の collective unconsciousness は「普遍的無意識」と訳されてしまったけれど、コレクティブというのは普遍的ではなく集合的、情動とか、もっとそういうものが含まれている感じがする。「コレクティブ」という方が、境界線が曖昧で、うごめいていく感じがする。境界は動いていくし、濃いとこりと薄いところもあり、常に流動的。「社会」を臨床する時に「静的な社会」よりも、うごめくもの同士が出会うことで全体が変化していく。

もうひとつは、今、心理学の中で decolonization (脱植民化) が流行りつつあるんですが、たとえば東北にいくと「中央」から周辺化されている。大学人は物を知っていて、田舎の人たちは無知であるとか、欧米人が一番よく知っていて、アジア人は遅れているとか、ヒエラルキーがあって、画一的な価値観の中で下に落とされていることに間違いを感じる。東北に行けば、大学人は無知で、東北に暮らし、第一次産業など自然とともに生きてきた人たちから学ぶことがたくさんある。アカデミックな知に疑問をもつ。心理学もそうだけど、大学はそもそも西洋から植民地主義とともに教育システムが入ってきているので、教育を受ければ受けるほど、自分の中に「植民地主義」が取り込まれていく。臨床心理学の国際的な流れの中で先住民たちが声を上げて「脱植民地化」とか「土着心理学」が言われています。「植民地化」された人たちは「脱植民地化」「脱心理学」をしていったらいいのですが、日本は戦後、アメリカから「臨床心理学」が持ち込まれて植民化されただけでなく、明治維新から日本は西洋の植民地主義を取り込んで「植民地支配」した側でもある。今の状況で「土着心理学」という時、「日本はアメリカからもっと自由になって古来の伝統的なものに眼を向ける」ということしか期待されないように見えるけれど、「日本の心理学は植民地主義を採り入れてできあがってしまっていることから、いかに脱していくか、過去の責任を含めて」というのが、今、とても関心のあることです。そのためには植民地支配された人たちである「異なる者」と出会う中で己を知ること、その往還が必要なんだろうと思っています。それはアカデミックな足場だけではできないだろうと思っています。そのことが「臨床社会学」とつながるかどうかわからないけれど、私の関心としては今、そういうところにあります。

## 総合討論

中村 テーマは「臨床社会学の可能性」です。各自の報告を聞いてみてということで自由に議論しましょう。

村本 西井さんがいったことで「コレクティブでやったことをどう表現できるか」については、私もまだ答え

が出ていません。今のところ、「みんなでやったことを私なりに語る」ということをしています。「共に語る」のを表現することは難しいけれど、それは考えていかないといけないことかなと思っています。このように座談会、あるいは議論の経過を表現することはひとつだと思っています。

**中村** 相互にコメントをだしてください。

**中根** 私と大川さんは現在の所属が「公共政策」と「医学」ということもあって、数量的なデータを使って議論せざるを得なくなっているな、と思って聴いていました。「公共政策」と「医療」というのは政治や医学という強い権力を持つ学問です。「臨床社会学」という、いわば専門家権力を相対化する学問をしっかりやってから、権力と向き合っていくのとは違います。

一方で村本先生が、学問のローカライズが必要だと言い、西井さんがいかに「書く」ことにこだわると言う。4者が、きれいに分かれているなという印象をもって聴いていました。

私も、かつてはインタビューをしながら「当事者にすごく気を遣う」というか、その割には「どこかで聞いたことがあるな」と思うことが増えてきました。障害者の親の会で、日本の障害者家族は私が研究を始めてから20年経っても同じことをしゃべっているなど。当たり前です。社会構造は変わってないんだから。しゃべる人のテキストは、その人は初めてしゃべっているけど、同じ社会構造だから同じ内容になっている。科学的にはすごく当然なんだけど、臨床社会学は社会に介入できるのかなとも思うわけです。

分野や対象にもよりますが、インタビューやクライアントが語る言葉は、ある程度飽和しているのではないのでしょうか。「あの人がいっていることは、このことやな」と。科学はそういうものだと思うんです。再現できて一般化することが学問の基本的姿勢です。サイエンスとして一定のルールがある。私は、臨床社会学という比較的緩やかなサイエンスから入ってから、いわゆるハードサイエンスに寄って行って「他の領域とも対話をしたいな」と思ったからハードサイエンスを押し付けられた、という印象はありません。また「経済学」や「公衆衛生」がどんどん「福祉」の方に進出してきている。「社会病理学」や「社会福祉」が扱うフィールドが、「経済学」とか「医学」の狩場になっている印象です。学際的といえ、聞こえはいいですが、ハードサイエンスの力が強いから押されますよね。そこに「臨床社会学」のアイデンティティを持ったまま、関わることになります。

**村本** 私は「研究をしよう」という動機から研究することはないので、自分の関心があることを、ただ突き詰めたいただけなので、その意味では研究者ではないかもしれませんが、現場で1990年代から「子どもの虐待」とか「性暴力」の問題をやっていて、その後の「トラウマ」ブームにうんざりして、そういう流行に対して顔を出さずに来たんですが、たしかに、10年、20年経っても、まだ同じことを言っている。その意味では、中根さんのおっしゃるように、学問が積み上がっていない。たまに学会とかに言って聞くと、「それ、20年前にも言ったことだけだな」ということがありますね。「人類ってバカだな」と思っていたけど、言われてみれば確かに問題ですよ。

**中根** もう現象を名付ける辞書は飽和していると思うんですよ。あらゆる分野に専門職院生、当事者院生が増えてきて、研究をしてくれている。現象を名付けるテキストは豊穡です。でも同じ社会構造のもとでは、テキストが豊かになるだけで、社会構造は変化しない。近年、これまで空白だった分野で蓄積が進んでいるのは「ヤ

ングケアラー」の分野だと思いますが、家族介護者という文脈で見れば、ある程度の共通性がある、という感じですか。障害者家族の親御さんとか認知症の家族の人とか同じ社会構造の中の共通性があるわけです。でも「ヤングケアラー」は新しいから飛びつくわけです。

**村本** そうそう。それが一番問題だよな。「流行り」というのは実践の話だけでなく、研究者も。

**中根** そうだと思います。新しいブルーオーシャンを見つけたら飛び込んでいくのは研究者も同じだと思います。

**村本** 私にとっては「流行り」ではなく、関心は一貫しているので、切り口が違っていても全部つながっている。「トラウマ」にしても表層だけを追っている感じがして、これは大学の教育の問題かなという感じがしますね。根底を見ずに技法ばかりに目を奪われているというか。

**西井** 年代の違いのせいかもしれませんが、私は臨床社会学にとって未開拓の領域がまだあると考えています。文化人類学者の石原真衣さんがオートエスノグラフィの価値について書かれた論文を読んだのですが、とても鮮烈でした。「オートエスノグラフィは学術ではない」という誹りに対して、石原さんは、では「あなたの専門性は「私」にたどりつけたのか」と反論する。研究者の視点だけに立つ手法ではまだ見えていない側面があって、当事者たちもそれを言い当てる言葉を探しているんじゃないか。特に私が関心を持っているマジョリティの分野はまだまだ言語化ができていません。私を含め大学院まで進学できた研究者たちは、いくつかの軸でマジョリティ性を持つ可能性が高いと思いますが、にもかかわらず、マイノリティのことばかり研究をして、自身の社会的属性を活かしながら研究を行うことができているんじゃないかと感じています。

**中村** 私もその社会構造の縁取りの仕方とか切り取り方で可視化されるべきものがまだたくさんあると思っています。男性性ジェンダー、対人暴力、マイクロアグレッションなど、臨床社会学が概念化していくべき社会構造はまだ未知なものがあります。ナラティブが飽和していく領域では社会構造の変革に向かうことが必要となるのでしょうか。

**大川** 10代のお母さんたちを20年くらい追いかけていて、結構、同じように研究している人たちから「歴史があるよね」といわれるけど、2000年代のお母さんと2010年代のお母さんと今のお母さんたちは層が違うんですよ。「経済的」なところ、「対人能力」もだんだん変わってきていて、でも普遍的にずっと同じことをしていることもある。それは対象者の層なのか、若いから時代の影響を受けやすいこともあるのか、二つあるような気がします。同じことをしている人も確かにいて、かつ変わりつつある。表層的には、わりと変わっているんですよ。それを普遍的に20年間、「10代母」の研究をやったら変化が測れるかもしれないと思います。

**村本** 両面を見られる眼を教育していく必要があるかなと。私、ちょうど1980年代から2020年代の「女性相談」のインタビューをまとめたところなんですけど、時代によって変化していく女性の問題と、時代を超えて通底する問題と両方がセットになっている。表層だけを見ると「流行」で終わっていくけれど、実は根底につながっているものがある。「臨床社会学」は1対1で向き合うわけではないかもしれないけど、相談の現場は人と人が

向き合っていくから、その両面を見られる眼をもたないと相談者になれない、本当は。根底に普遍的にあるものが、時代によって見えるところが変化していく。両方を視野に入れたいといけないのではないかと。

大川 そうですね。

村本 私が言ったのは、相談者の話ではなく、支援者や援助者が学会で言っていることがいつまで経っても学習されず、「まだ、そういうことを言っているの？」という話で、中根さんがおっしゃったように、実践現場が積み重ねられていないということがあるのかなと。

大川 10代の親の研究も、日本では「10年間、同じ人を見続けました」とか「その時代で何が変わっているか」まで掘り下げられてないなということを感じます。私も、できていませんが。長期的な視点、別の分野からの視点があるべきだろうなと。

村本 それを数値化する可能性はありますか？

中根 もちろんあります。ある時点（t1）である尺度をとって、同じ質問項目を次の段階（t2）で調べて、同一サンプルに対して調査を縦断的にやる「パネル調査」という手法があります。本当は観察ではなくて実験が望ましいんです。すでに起こったことを調べるのは後ろ向きの「観察」、条件を統制して、未来におこる現象を調べるのは前向きの「実験」です。社会科学は基本的に観察の学問ですが、サイエンスのエビデンスピラミッドは、実験のほうが観察より上位に置かれています。「過去に起こったことを聞き取るのは二流の学問」らしいです。

大川 誰にいわれているんですか？

中根 「エビデンス」のピラミッドに書いてあるんです。

大川 医学寄りになっているなど。親近感は感じますが。社会学って、それがトップでいいんですか？

中根 社会学は基本的に実験ができない、観察の学問なんです。

村本 それも「殖民主義的」だよな。答えは一つで、「この人が一番知っていますよ」ということで。

中根 世界には「真の値がある」けれども、それを研究者は知ることができないから「真の値はこのへんにありますよ」というのを推定するのが「区間推定」という考え方です。

中村 実証主義って神の学問、神学的だよな。真実は存在し、それを論証していくので必ず受動態で記述される。「〇〇であると示唆される」と数字を基礎にした論文は構文化されます。主語はいつかたどり着く真実からみて示唆されるので研究者ではないのですね。でも数字による説明は変数間の関係を示すので工学的に社会の

骨格をいじるための寄与ができるのでしょうか。

**中根** そうだと思います。社会学は、変数化されていない現象を観察できないことを批判して来ているんですが、それにしてもサンプリングや概念化が弱い。現象を名付けるボキャブラリーが増えて、ある分野で飽和しているのに、同じところを調べて「車輪の再生産」をしているのではないかと思っています。

**西井** なるほど。数値的エビデンスは社会課題の解決の停滞について、ブレイクスルーする余地があるということですか？

**中根** 数値である必要はありません。質的研究でも2010年代に「KKV 論争」という「質的調査でも定量的データと同じような推論の方法がありうるはずだ」という提案が議論になりました。ただ、KKV 論争は社会学をやっている人でもしっかりフォローしている人は一部かと思います。「当事者に寄り添う」「現場に行くのが重要だ」といつつ、「記述する」だけでは、かなり意識的にやらないとサイエンスにならないのではないかと。「臨床社会学」をやっていく人が、たくさんいる中で一人くらい、こういう人間がいてもいいんじゃないかと思っています。KKV 論争が投げかけたものは、質的調査と計量的調査は別物で、それぞれがそれぞれのフィールドでやったらいい、という立場と、質的調査も計量的調査と同じ科学観・世界観を共有できるのか、という社会学で伝統的にあった問を深める意義があったはずです。現場や当事者の経験を重視するからこそ、科学化する指向性は強調する必要があります。

**中村** それはどう意味で「臨床社会学」に？

**中根** 先程中村先生が野口さんの議論を紹介した話につながっていきます。「社会」に「介入」する、右上のところです。でもいきなり「右上」をやると効果のない政策や文脈を捉えそこねた介入になる。場合によっては介入が問題を再生産してしまう可能性すらある。そこに「臨床社会学」の視点をを用いた「社会への介入」がありうると思います。「臨床社会学」の視点を踏まえた議論を「政策」や「医学」の人たちにも埋め込んでいきたいと考えます。

**村本** 確かにね。政策に哲学とかも欲しいと思うけどね。行き当たりばったりのですよね。

**中根** 現実を掬い取る「変数の豊かさ」は臨床社会学に一日の長があります。これまで蓄積してきたボキャブラリーから、現実を語る言葉をたくさんもっている。「医学」とか「政策」の仮説検証型研究の弱点は、存在しない変数を利用できないことです。臨床社会学は「変数を増やす」ことを、これまでやってきたけど、「変数をどう使うか」に、しっかりと関心をもってこなかった。この20年、現実を語る言葉は豊かになった。ですが、その変数間の「因果関係」とか「比較」が、できてこなかったなと思います。

**村本** 「因果関係」が重要なね。

**中根** 近年のサイエンスでは相関関係だけでは十分ではなくなっています。因果関係の特定を求められる

ようになってきています。

**大川** 確かに「医学」研究は「エビデンス」のピラミッドがある。土台をちゃんと観察して把握できるのは社会学の強みかなと思っていて、社会学がもしRCT（ランダム化比較試験）まで登り詰めたいと思うのであれば、全部、データから対象と比較研究をして「最後は、ここまで行きます」というピラミッドを全部網羅する必要はある、と思うんですけど。

**中根** RCTは臨床社会学では使いにくい手法です。たとえば、虐待の加害者を100人集めて、50人には効果があると見込まれる支援プログラムを実施する、50人にはなにもしない、または効果がないと見込まれるプログラムを実施すれば、純粋なプログラムの介入効果を得ることができるでしょう。しかし、一人ひとりの人生は被害者にとっても加害者にとっても一つしかない、しかも時間という不可逆的な資源的制約もあるので、実験を行うには倫理的制限が強すぎます。

**中村** 「因果推論」も、いろんな可能性がある、まだわかっていない領域です、科学としては。

**中根** いろんな介入実践がありますよね。それがどのくらいの介入効果を上げたかということは実践する人の義務でもあり、参加してくれたクライアントに対しての説明責任もあります。「効果がある」というのではなく、ちゃんと比較して「参加した人」「参加しなかった人」といった方を比較して、「平均介入効果（Average Treatment Effect）」を明らかにすることが、長期的に見て「臨床社会学」の支持者が増えるのではないかと思います。

**中村** こういう理解でどうかな。「暴力」とか「加害」とか「被害」とかを「社会病的」と認識する、そういう世界がある。その世界を生きてしまったことはシステム全体としては対策も必要で、被害もあるし、全体としては不合理なんです。経済コスト的にも。迷惑だという次元も含めて。犯罪が典型的だけど。他方では、臨床社会学は刑事司法だけでは対応できない領域を問題化してきたのです。DV、虐待、いじめ、ハラスメントなど全部そうです。不合理な領域の可視化です。変数が極端に増えたのです。臨床社会学の成果です。次に問題の連鎖も指摘されてきました。因果関係論ですが、連鎖しなかった人の因果関係も変数の置き方としては研究すべきなのです。そうってしまった因果関係で社会病理を説明しようとするのが実証ですよ。ね。「そうじゃなかった世界を示唆する」ことも研究に値します。暴力が連鎖しなかった人たちの研究です。子ども期逆境体験も因果関係論ですよ。しかも点数化します。これだけでは弱いです。因果の仕方の多様性をみたいと思います。予防とかのためにも。「責任」とか「謝罪」とかのためにもです。沈黙も含めて言語化できていない世界がまだまだたくさんあるように思います。

**中根** 「因果推論」の最大の弱点は「個人の人生への敬意（Respect）がなさすぎる」ことです。被害の経験やトラウマの経験は、個人にとってはとてつもなく大きいできごとです。ですが、因果推論はいともたやすく「もしも〇〇のできごとがなかったら」を反事実の仮想をする。個人ではなく、複数以上のnの平均値を扱うから致し方ないことではありますが、この考え方は個人にしてみればなかなか許容するのは難しいのではないのでしょうか。人は命かけてしゃべってくれる。それに対してサイエンスは平均値を取る「礼を逸した」取り組みで

す。その人にとっての人生は一つで「他の人生」はありえないわけですから。だけど、介入する側は「因果推論」をやらないと税金を使わせてくれない。この意味で「当事者と科学の相性は最悪だ」と思います。

**中村** 当事者は特に社会構造の宿命的な頑固さに対応しながら因果の中を生きる。社会を臨床するという見地が臨床社会学にはあります。それが「責任」とか「謝罪」とか「省察」とかになりうるのでしょうか。それは加害者臨床の場合に特に顕著ですし、被害者支援にも同じことがいえます。

**中根** 実際は「戻る」といつつ、未来の「行動」を変えていくしかない。

**中村** 同意です。「これからがこれまで」を決めるのであって、後ろを向きつつ、「そうでなかった選択肢」が示されると内省や省察をしやすくなる。

**中村** 加害者臨床のクライアントの中に、さんざん家父長制の人生を生きてきて、妻から「暴力だ」といわれて、その中で踏ん張っている人がいる。「いい加減、離婚しようか」とか「すべて投げ出そうとか」と思っているけど、グループワークで「そうではないですね」といって、離婚せずに別居している妻とも会話が徐々に再開してきた。妻から「カウンセリングに行きなさい」と妻命令でエンパワーされているのです。これはDV法が想定する「被害者モデル」ではないんです。そうじゃなくて、みんなが注目するグループの中で踏ん張って内省を深め、最近、メールですが「妻とのコミュニケーションの再開」があった。それは妻からの「認知行動療法命令」なんですよ。「認知行動療法的にあなたが通っているカウンセリングの場で反省してください」と書かれているのです。ようやく妻とのコミュニケーションが再開しました。回顧すると彼が選択しなかった選択肢が見えてくる。余白が見えないと自分が選択した「まずさ」が見えないということが起きてくる。前に向かうために振り返りつつ。「そうでなかった選択肢がありうる、あった」ことを示していくことが大事なことで、そうやって新たな対話の場、臨床の場に戻ってくる。これは数値ではないんです。彼の裏に隠されたものの責任を問う。振り返りができること。それが必然であったかの如く、「男って、こんなもんだよね」ということにならないことが可能になってくる。「あなたがいつていることが、そういう意味で役立つんです」と理解が進む男性加害者のナラティブは面白いです。認知的不正義に気づく言葉を獲得すると「これまで」が変貌します。そうすると「これから」が変わります。もちろん加害者臨床にも数値は必要でこうした過程をエビデンスにする作業も必要です。全体的に「臨床」と名がつく以上は、「そうじゃなかった選択肢もあった」ということが大事で変数を俯瞰し、生き方の省察を進めます。

**村本** 今のような話の時に、その人の中に起こっていること、何が起こっているかだけでなく、グループの場につながっていることが支えになっているという視点が重要だと思う。

**中村** グループダイナミクスです。男のホモソーシャルな繋がりとは異なるものです。

**村本** そこが切れると困る。つながっていることが重要で、そこで何が語られているか以上に、「場」の中で「違う選択肢を示唆する」ような多様な男たちがいることが大事。

**中村** そう。それに気づいていく。こっちが教えているわけではなく。

**村本** 「それは認知行動療法」といってしまえばということではなく。

**中村** 心理療法をしているのではありません。妻からの認知行動療法命令はその被害者の言葉なのです。あくまでも省察のツールでしかありません。彼は妻にエンパワーされたんだと思う。妻がカウンセリングに通いながら「あなたの体験はこうだったんじゃないの？」といわれているはずです。こうした関係性が生成するので。被害の妻がカウンセリングで力をつけるとその対偶として加害男性が変化していくのです。私たちのグループワークは認知行動療法をやっているのではありませんが、「考え方を変えてみたら？」という被害者の言い方に呼応すべきなのです。男たちが、そう生きてしまった。それは必然でも何でも無い。生きざるをえなかったというのは、そうじゃない認知もあって「なぜその時、そういう選択をしたか」ということを理解できる「言葉」と「コンテクスト」、そのための「グループ」、これが連関しているのです。「相互作用の関係性」です。これは「一人じゃない」という連帯の機能です。

**中根** そこで行われた「個人の行動変容」とか「責任の取り方」が社会をどう変えるかというチャンネルは、政策や、司法の場、中村先生が裁判で積極的に専門家証人をされているのもその一環ですよね。

**中村** それも大事です。

**中根** 司法の場で作られてる言葉は「法的権威による社会的現実の変更」じゃないですか。個別の「臨場」の「場」は、「ナラティブ」で作られているけど、「公的な言説」を書き換えていく力はまだ「議会」と「法廷」に依存しています。

**中村** そういう男たちの積み上げなんです。それを媒介的にして。

**村本** 私が思うのは、そこにいる本人だけではなく、それを支えている他のグループの人たちが、みんなもそこから影響を受けて、その人たちは、それぞれの生活圏で、その影響を振り撒いているわけですよ。それが重なる中で「社会が変わる」のだと私は思う。

**中村** 今の加害男性の変容が何に波及しているかという「息子たちへの影響」です。そんな親父をみて、特に息子たちは暴力が連鎖しない男性性ジェンダーを学ぶのです。それは未来への安心をつくります。平和と安寧の連鎖なのです。

**村本** それを「コレクティブな臨床」と私は呼びます。

**中村** 「そうじゃない選択肢がありえた」のです。暴力を振るっていない男もいるわけだから。「でも、あなたは、この選択肢をとった。それは非合理的なことではかない。でもあなたの世界では合理的に見えたんでしょね」とか指摘しながら男性性ジェンダーシステムを言語化し、異なる環境をつくるためのグループです。集団



のナラティブの力です。

**中根** 私はインタビューをする場面に臨む限り、岸政彦さんのいう「他者の合理性」を受け入れるしかないと思います。ただ「行為」と「人格」を分けることは、よくあることですけど、「あなたの行為は否定しますが、人格は尊重しますよ」ということは言える。ただ、「書く」というのは、それが世に出ることは、行為や人格の承認とも取られかねない。「免責に加担した」といわれる可能性がある。

**中村** 典型的な加害なら、そうなる。社会は共犯関係をもっているから。社会は「それはしょうがないよね」といいたくなる「マジョリティ」がそこにはいる。「そうじゃない考えを引き出す」「共同する」というのがこっちの責務で、その際には「そうじゃない選択肢もあったよね」と、20年前、30年前、10年前に戻る。本人はどうしても社会のもつ暴力肯定の支配的な物語関係としての「共犯関係」に引っ張られるから、それを正当化する理由をいっぱいもっている。「妻も悪い面がある」といいます。その「相互作用」で支配的な「場」に引っ張られながら変化していくことを、「そうじゃない選択肢もあったよね」とこちらのグループワークの「場」が語ります。グループが成長して個人も変化します。チームからいってもらえることがありがたい。

**中根** 私は「介護殺人」のフィールドを扱っていますから、社会が「介護殺人」のことを理解するポキャブラリーは豊富なんです。

**中村** 「合理化」でしょう。囑託殺人として話題になるのはこうした社会の共犯関係が見えてきます。

**中根** 介護殺人は加害者本人以上に、「社会」の方が合理化を手伝ってくれる。「この人が、もし介護サービスが利用できていたら、殺人をしなかったかもしれない。福祉が貧しいからこの殺人は合理化される」と、社会の側が勝手に反実仮想をやってくれる。「もし〜だったら」というのは因果推論にしかできないにも関わらず、エビデンスもなしの勝手な反実仮想です。

**中村** もちろん行為者責任主義で犯罪として処罰される司法がそれを支えています。最近では映画「市子」が、そうだけど、何でもかんでも「大変だよ」という物語で全部、それが利用される。

**中根** 2024年3月には京都で起こった ALS 殺人事件の判決が出ますけど、この事件も、殺人を安楽死や尊厳死に読み替えることに、社会の方が前のめりです。

**中村** 「そうじゃない、かくあるべき人生ではない」という記述は大事で、それは「臨床」とは別に矛盾はしない。

**村本** 「数字は社会を変える力をもっている」とも思います。私は統計を嫌って社会に出たわけだけど、1990年代初期、女性とエイズのグループに入っていて、そこでいっしょに若い女性の性行動調査をした時、性被害の項目を入れました。3人に1人の若い女性が被害に遭っているという数値が出ると、単純な調査だけれど、マスコミがえらく反応して反響を呼び、「数字は魔力をもっているんだな」と思ったことがある。

中根 そう思います。

村本 その時も話題になりました。

中根 「性犯罪を受けた男性」の数も数年前から統計が出て来ています。毎年統計が発表されることで、「男性の性被害」も一定の共通理解を獲得できています。数字はパワーがあるなど。

中村 事件としてはジャニーズ問題もありますし。「男だから」ということで。

中根 社会が、そういう物語を採用したから。

中村 それは数字の話ではない、質的な事件や事例の話です。

村本 でも社会は数字が好きですね。

中根 「共通言語」になり得ますからね。

中村 そうですが、事件をとおして「ありえなかった、もう一つの認知に気づくために」哲学がほしい。なんでそれが必要なのか。数字もいいが、そういうことを一旦、語った上で価値づけをしておいて。そうすれば「臨床社会学」が深まる。数字の力も借りながらです。

村本 「公共政策」をツールにしてやるのは重要な気がします。いろんなレベルがあって、それをつなぐものとしては「なるほどな」と。

中村 そろそろ閉める時間です。最後に一言ずつお願いします。

西井 中根さんの話がとてもインパクトがありました。エビデンスというものにどこか拒否感を抱いてきたのですが、その重要性を改めて痛感させられました。今日私の発表では「書く」ことの意義について話しましたが、研究を問題解決に接続させる時、書くだけでは限界もあるなと思っていて。書いた後、どう問題解決につながるか、その接続の方法や道のりの記述がまだ足りていないという感覚がずっとありました。今日はその手段として、村本先生がおっしゃったように草の根的に、じわじわと抵抗の言葉や実践を広げていくアプローチもあれば、中根さんのようにエビデンスをもって政策設計していくアプローチもある。そのあたりをもう少し豊かにしていかないと臨床社会学はダメなのではないかなと思ったし、私も今後していきたいなと思いました。

一方でナラティブの力ももう一度改めて考えてみたいと思いました。投稿論文を書いて査読が通ったか、書籍を出版して何部売れたかというだけでなく、当事者の声や経験を記述したものが読者にどう届くのかを意識したい。以前「非モテ」の問題をまとめた単著を出した際、読んでくれた人たちのレビューを見ると「過去のことを思い出して耳が痛い」という感想が結構あったんですね。マジョリティの問題を扱う時、どうしたってそれは耳の痛い話になる。確かに届いたんだなと実感しました。ナラティブは、同じような経験をしてきた人

に染みるんですね。それによって読者の人生にはなんらかの変化があるはずで、少なからず現代の文化にも作用するんじゃないか。ナラティブをいかに効果的に届けていくかというアプローチについても、今後考えていきたいと思いました。

**大川** 博論を出版して、研究者でない人に配った時、「他のことは何を書いてあるか難しくて、わからないけど、10代のお母さんのインタビューは面白かった」と。一般の人に伝わるのは「ナラティブの強さ」かな、とっていて。量の研究も、現場をわかっていないとインパクトのある結果は出せないですよ。こちらがアンケートをつくってから配るので、現場を、いかに理解しているか。「ACEと身体的な健康」とか、それが「自己肯定感にいかに影響するか」という最初の先行知識がないと、そもそもアンケートの回答項目に入らない。分析もしようと思わない。私は「質あってこそその分析だ」と思っているの、今も「質と量」を継続的にやっているところがあって。インタビューをさせてもらいつつ、400人の量的データを行ったり来たりしながら今後もやっていきたいなど。どっちの強みももっている「臨床社会学」であってほしいなと思っています。

**中根** 私は、質的調査か量的調査か、という話にはしたくないな、と考えています。それはコップの中の些末な問です。臨床社会学を始めとする社会科学が、社会に介入するためには、サイエンスとしての進化が必要だ、ということだけ言いたい。社会と科学の関係が、いい方になってほしいなということだけです。そのための手段として、因果推論や生成系 AI など、使えるものは全部使ってみようかなと思っています。もちろん、臨床社会学の志を忘れたことはありません。いろんな手段のバリエーションで社会にインパクトを与え続けたいなと思っています。

**中村** ブルーオーシャンに泳ぎ出そうと思って、「一般社団法人 UNLEARN」をつくります。「暴力対応専門集団」としてです。「推論」の仕方としては「アブダクション」型なので、直感的です。これは多分、相当、関係ない知識を得て男たちとの対話を支えているんですが、「そうじゃない選択肢がたくさんあった中で、なぜその道を選んでしまったのか」という社会の中での選択肢、それを「合理的」に選んできた男たちの人生に、やはりそれは「合理的ではない」ことを示したいな。直感を経験知でもありますが、集合的な無意識の顕現でもあると思っています。そしてこの男性性ジェンダーのもつ非合理性と暴力の非合理性を結ぶ数字はそう難しくなく説明できるので臨床社会学から立ち上がる公共政策としての脱暴力を理論化するための社会実装の社会実験をします。男性としてできることをするという私と社会をつなぐ理論的な回路と理路を体現するのが創業した一般社団法人 UNLEARN なのです。大学を退職し、相対的には離れるので、やりたいことをやろうかと思っています。

**村本** 今、中村さんがいった志、それが重要ではないかなと思っています。「臨床社会学」をやる人は「自分も社会の当事者である」ことを忘れないで欲しい。今日のような「場」で、中村さんを中心に緩やかに行われてきた社会臨床がグループでリフレクションされる中で、また見えてくるものがある。こういう機会を時々、持った方がいいんじゃないかということのひとつと思いました。

私もいろいろ考えてさまざまなプロジェクトを立ち上げてきましたが、中村さんの言った「直感的」というのは、私の理解では、「コレクティブの流れに乗っている」ことだと。それをキャッチする個人がいて、うまく動いていく時は、他にもそれを動かす人がいる。一人ではできないことが流れに乗って進んでいく。うまくい

くとすれば「コレクティブが、うまく動いている時だ」と、そんなふうに思っています。中村さんの新しいプロジェクトがコレクティブに動いて社会を変化させていくといいなと期待しています。

**全員** ありがとうございました。