

特集：社会福祉専門職と社会学

榎田美雄

神戸市看護大学

*E-mail:kashida.yoshio@nifty.ne.jp

Special issue: Social welfare profession and Sociology

KASHIDA Yoshio

Kobe City College of Nursing

1. 本特集の概要

本特集『社会福祉専門職と社会学』は、以下の2本の論文からなっている。

第一論文・政策科学と社会福祉学の方法論から「社会学を基盤とした専門職」構想を考える（中根成寿）

第二論文・親支援職における社会学的視点とジェンダー視点の必要性——NPOと大学での支援経験から——（巽真理子）

この2本はいずれも、2018年6月17日に中京大学豊田キャンパスで開催された、第16回日本福祉社会学会大会における「テーマセッション②福祉専門職と社会学」で口頭発表されたものである。

この特集まえがきでは、まずは、テーマセッション公募時（2018年3月）の企画主旨を再掲することで、特集の意義の確認をしていきたい。

【テーマセッション②「福祉専門職と社会学」企画の趣旨】

本テーマセッション（以下TS）は、2017年秋の第90回日本社会学会大会でのTS1「社会学を基盤にした新しい専門職の可能性」を受けて、構想されている。日社では、まず『理論と方法』31巻2号での江原由美子氏の問題提起（「社会学を基盤にした新しい専門職？」）の内容が確認された（江原由美子、2016、「社会学を基盤にした新しい専門職」『理論と方法』31(2).）。

すなわち、「社会においてまだ解決方法が制度化されていない社会問題領域において、当事者の声を聴き、社会関係調整や情報提供によって解決を図りつつ、その問題の深刻さや解決の重要性を社会に伝え」（江原 2016: 320）る仕事が現実に存在し、すでに社会学出身者が、そういう業務を行っているのに、資格がない、という問題の存在が確認され、未来展望として、「社会問題分析という専門性に即して相談者の問題を明らかにできるようなソーシャル・ワークの仕事の確立が必要」（同）といえるかどうか、問題となった。

日社では、江原立論に対して、大きく4つの疑義が出された。即ち、①社会学という学問そのものに、本当にそのような課題に対応する力があるのか、②社会学の現在の教育課程では、

問題解決に必須の、相談技能などを養成する課程が存在しておらず、能力保証ができないのではないか、③社会学専攻の教育を経なくても、科目としての社会学の学習で足りるのではないのか、④すでにある各専門職の職域を争うことは、社会学にとっては得策とは言えないのではないか、の4点である。

今回のテーマセッションでは、非会員演者として、対人支援の業務を社会学の大学院の入学前・中・後に体験されている巽真理子氏に最初にご登壇頂き、社会学視点がない支援業務がどのような困難に遭遇するのか、そして、社会学視点を獲得することがどのように有効なのかをまず議論したい。その後で、会員報告者（公募）から、上記の4点に関係した「福祉社会学的議論」の提起を頂きたいと考えている。

その際「社会学を基盤とした新しい福祉専門職に未来はあるか」という課題だけでなく、現在の福祉専門職（社会福祉士等）にどのような社会学教育（研修）を施すことが必要なのか、という課題についても、扱っていきたい。

結局、合計4名の登壇者で、このテーマセッション②は開催された。

特集掲載者以外では、樫田と、東京大学大学院の中野航綺氏が下記演題で登壇した。

福祉専門職と社会学——このテーマを検討する意義あるいは、専門職の困難と社会学——

樫田美雄（神戸市看護大学）

親支援職における社会学的視点とジェンダー視点の必要性——NPOと大学での支援経験から——巽真理子（大阪府立大学）

政策科学と社会福祉学の方法論から「社会学を基盤とした専門職」構想を考える

中根成寿（京都府立大学）

福祉専門職と社会学——両者の接近を目撃する若手研究者の視点から——

中野航綺（東京大学大学院）

セッションでは、4人がそれぞれ30分ずつ発表し、最後に30分弱の全体討論の時間がとれたので全体討論を行ったが、結局のところ、社会学系の新資格は必要か、という議論の前に、社会学も、ソーシャルワーク（教育）も今の状態でいいのか、という議論をするべきだったと思われた。たとえば、社会学教育論として問いを立てるのなら、①社会学プロパーのための社会学とも、②教養の社会学とも違う、③対人専門職の育成のための社会学、というものを構想することができるのか、できるとすれば、それはどのような社会学なのか、ということが課題になるだろうと思われた。この点については、すでに（樫田、2010）で簡単に論じてあるが、まだまだ不十分だと感じている。議論と研究の継続を期したい。

文献

江原由美子、2016、「社会学を基盤にした新しい専門職？」『理論と方法』31(2)：318-321.

樫田美雄、2010、「周辺への／周辺からの社会学」『社会学評論』61(3)：235-256.

政策科学と社会福祉学の方法論から 「社会学を基盤とした専門職」構想を考える

中根成寿
京都府立大学
naruhisa@kpu.ac.jp

Reconsidering of the Professional license based on Sociology

NAKANE Naruhisa

Kyoto prefectural university

Keywords: Policy Sciences, Social work, Social work Practice

1. はじめに

本稿は、2018年6月に開催された福祉社会学会自主企画シンポジウムの記録である。江原由美子(2016)によって、社会学を基盤とした専門職の構想がなされ、議論が重ねられてきた。その専門職構想についての筆者のこれまでの業務経験からの私見を展開するのが本稿の目的である。

筆者は、社会学で博士学位を取得し、その後、学部にて社会福祉士養成課程（国家試験受験資格取得）に関わってきた。その意味では竹端寛（2018:51）と同じように「社会学の人」と「社会福祉の人」の「汽水域」で泳がざるを得ない存在、と言える。さらに所属学部が2008年に改組改変され「公共政策学部」となったことで、「社会福祉学」に加えて「政策科学」という、「もうひとつの実践の学」を隣で眺めることになった。

社会福祉学は国家資格としての社会福祉士、政策科学は民間資格としての一般社団法人地域公共人材開発機構が認定する地域公共政策士が制度として先行する。

本稿では、社会福祉学・政策科学の学問構成と実践プロセスを紹介することで、社会学が今後、新たな「専門資格」を目指すことへの「分の悪さ」を指摘する。

2. 実践の学問の構成—社会福祉学・政策科学の構成

政策科学は、「in の知識 (knowledge in process)」と「of の知識 (knowledge of process)」という 2つの領域から構成されている。前者の「in の知識」は「政策決定過程に対して提供される知識」である。つまり経済学や法律学に代表される知識や制度に関する学問である。後者の「of の知識」は「政策決定過程に関する知識」である。これは政策を実施する方法論（図 1）にあたる（秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉，2015）。



図 1 政策過程の展開プロセス

対して社会福祉学は主に「社会福祉を対象とする他の学問分野（社会学や心理学、医学や法学）」と「実践の方法論（ソーシャルワーク方法論）」に二分される。この点において「in の知識と of の知識」をわける政策科学と、社会福祉学は類似していると言えるだろう（図 2）。



図 2 政策科学・社会福祉学の構成

つまり政策科学にせよ、社会福祉学にせよ、「実践のための方法論が専門職のために必要である」ことを示している。

話を社会福祉学とその実践の国家資格である社会福祉士養成に絞ろう。社会福祉士の養成課程には社会学がすでにカリキュラムとして含まれている。しかし実際は社会学を「知識」として知っていても「社会学的認識」を十分に身につけない社会福祉士が存在するとしたら、それはひとえに社会学が「社会福祉学の実践における in の知識」の一つ、として位置づけられているからである。具体的には社会福祉士養成のカリキュラム全体 1200 時間（講義／演習／実習）にしめる社会学の時間数（30 時間）の少なさと、国家試験の「社会学」に対応する「社会理論と社会システム」の問題が「統計に関する基本的知識」と「社会学用語・人名を問う問題」でしかないことが、社会学を基盤とした社会福祉士となっていない、ことの要因である。

もちろん、カリキュラムの時間数と国家試験の問題のみで判断することが乱暴なのは承知だが、社会福祉士が社会学的認識をカリキュラムレベルでも保持しているとは言えない。

社会福祉学が多くの学問（社会学・心理学・医学・法学）を知っている「実践の方法論」の学問である以上、例えば「心理学ベースの社会福祉士」が生じる可能性はある。一方で、in の知識（学問）にアイデンティティを持たない「社会福祉学方法論プロパー」の「社会福祉士」も学会において要職年代（大学院入学後 30 年ぐらい）の年齢に到達するようになった。

3. 「社会学」を基盤とした専門職が可能か？

では、社会学を基盤とした新たな専門職は存在可能だろうか？実践のための方法論が脆弱な社会学には、その道程は険しい、と言わざるを得ない。しかも、なぜこのタイミングで？というのが筆者の正直な感想である。2000 年頃、社会学には「構築主義ブーム」が訪れた。既存の社会的認識を「脱構築」することが社会学の仕事として認められたが、社会のニーズは「脱構築」の後の問題解決に関心が寄せられるようになる。

具体的には、社会病理学（社会問題の社会学）を名乗る人たちの一部が「臨床社会学」の道を模索したことがあった。それは「心理学化する社会」に対する社会学の立場からの「抵抗であった」と言える。

繰り返しになるが、実践の学には、実践の方法論を必要とする。例えば社会福祉学の実践は Assessment- Planning- Intervention- Monitoring- Evaluation のプロセスで展開する（図 3）。



図3 ソーシャルワークの展開プロセス

実践の学問である社会福祉学において、支援展開プロセスに関する蓄積は分厚い。副田あけみが「応用学の領分」（副田 2018:18）と呼ぶこの蓄積に対して、社会学がこれを「自前」で用意することはできない。「アセスメントとエバリュエーション」の段階で「社会学らしさ」を発揮することはあるだろうが、実際の介入では社会福祉学の援助技法なり、心理臨床の技法を採用せざるを得ない(中村正 2011:17)。

ともすれば、現状では社会学が独自に実践の技法を開発するよりも、「しっかり調べる＝アセスメントの前半の情報収集」と「問題を定義する＝アセスメントの後半部分」に注力するならば、社会学の貢献が十分に可能である。この段階で医療化・個人化が無批判に導入されると「個人モデル的＝社会の視点に乏しいプランニング」が作成され、「行動矯正・環境適応的」な介入が採用される。問題が改善しなければ、「個人の能力」の問題とされ、治療・矯正が継続する。

社会学は時として、個人モデル的な介入や専門職のパターナリズムに対して、批判的見解を述べてきた(三島亜紀子 2010)。上野加代子(1996)の児童虐待に関する一連の研究は十分にそれを果たしてきたし、当事者学と呼ばれる新しい立場の興隆は専門職のパターナリズムに対する一つの回答であろう。

4. 社会問題・福祉領域の政策動向と社会学を基盤とした専門職への希望

では、政策的には「専門職」には何が期待されているのか。「我が事・丸ごと地域共生社会」の構想が社会保障全般（慢性期医療・介護保険・住宅政策・保育政策）にまたがって構想されている。

社会福祉士を養成する大学等で構成されるソーシャルワーク教育学校連盟（以下ソ教連）はこの構想に対して、社会福祉士の専門性が有効であることをアピールすべく、これまで「社会福祉法人等が運営する施設の内部での活動にとどまっている」と見られがちな（見られている）社会福祉士を、地域における資源開発の担い手として再・定義して（何度も試みているが、まだ足りないという認識のもとに）、カリキュラム改正によって社会（厚生労働省？）への存在感を高めようとしている。

この点においては江原(2016:319-320)の「社会福祉士などのソーシャル・ワーカーは、

制度化されているサービスや援助につなぐことが主な仕事になっており、対応できるサービスや援助の方法が確立していない場合に問題を摘出し支援方法を探っていくこと自体を仕事とすることはあまり強調されていない。つまり相談者の状況を社会に向けて明らかにし相談者の生活問題解決に資する政策提言を行うという活動(一種のアドボカシー)が、仕事内容に含まれていないのだ」という指摘は、ソ教連関係者には「外部の識者に(も)そのように見られている」と受け止められるだろう。だからこそ、再度社会へのアピールとして、社会福祉士の「専門性」を高めなければならないのだ、というのは「職能団体」のロジックとしては自然なものである。

しかしこのアピールがどのように効果を生むだろうか。「我が事・丸ごと」の政策的意図から考えてみる。筆者の見るところ、「我が事」というのは「脱・専門職依存=非専門職・家族・ボランティアの無償労働力・介護力の動員」を意味し、「まる事」というのは「分野横断・専門職の専門性の共通化(基礎カリキュラムの共有と相互乗り入れ)」と推測される。増え続ける社会保障費、法律ごとにわけられた専門職と予算の壁を取り払い、サービスの重複をなくして専門性の集積体である病院や入所施設を利用する人を抑制する。つまりこの「地域共生社会」構想では「非独占業務・低コスト」(報酬が算定される領域の縮小)のサービスと人材が求められているのであって「専門性がある／ない」の論争は職能団体の間の(縮小する報酬算定領域の中の)領地争いにすぎない。

今後確実に増加する「看取り」(=高齢者の死亡場所をどこに確定するか)は病院ではなく、自宅や特別養護老人ホーム、グループホームなどに誘導される。その報酬については「誰が(どの専門職が)看取ったか」ではなく「どこで(病院か在宅か)看取ったか」で決定される。「看取り」では看護職のような独占業務がある専門職ですら、限られた予算を求めて在宅に活躍の場を求め、病院よりも低い報酬で看取りケアを行うことになる。

すなわち高度な専門性を基盤とした単価の高い独占業務の保持そのものが、財政上の都合により「排除」の要因となりうるのである。「専門職」としての「高待遇」を「資格」に期待することも、社会福祉士の現在の社会での扱いを見れば、望み薄と言わざるを得ない。「高待遇」は「資格」によって担保されるのではなく、また「専門性」によって担保されるのでもない。「高待遇」は財政側の都合と職能団体の政治力によって決定される。職能団体の政治力によって、自らの代表を国会議員として国政の場に送り出し、官僚と政策を調整できる政治力をもつことで「高待遇」への道筋が見えてくる。職能団体が、医師・看護師ほどの政治力を持たない社会福祉士・介護福祉士・保育士の「専門職」の「社会的評価」は現状の通りである。

ソーシャルワーカーはその創立期のフレックスナー報告以降、「専門性」を高めるために医師・看護師の養成課程を参考にしてきた(三島 2007)。しかし「専門性」は職能団体の「政治力」によって外部から付与される(独占業務の確立や報酬引き上げ)のであって、資格制度や養成課程・研修の充実にあるのではない。

「社会福祉士」が「我が事・丸ごと地域共生社会」の中で看護師と在宅看護・在宅福祉を巡って競争する現状において、社会学を基盤とした専門職が臨床心理士や社会福祉士と伍していくようなアクションを起こすのはいかにも「分の悪い賭け」と言わざるを得ない。

それよりは樫田が「成功」と評価する、社会調査士にはまだ可能性があると考え。社会調査の「方法」や「技術」は既に確立し、なおかつそれを正しく使いこなせる社会調査士はまだ活躍の場はありうる。

また、生活史調査のように人々の生活を対象に「解像度の高い」記述を行ったり、誠実に調べたりする「技術」、データの改ざんやねつ造をしない「倫理」の普及には、活躍の場が想定できる。

この原稿を執筆している 2018 年 8 月には、障害者雇用促進法に規定される障害者の法定雇用率を巡って、中央省庁や自治体、裁判所でいわゆる「水増し」問題が発覚した。

「働き方改革」の議論では事業所における労働時間調査のサンプル数や調査方法を巡って、国会での議論が紛糾した。官公庁が発表するデータは社会調査の基本的な資源であるが、いわゆる「生データ」が積極的に公開され、研究者による分析の資源として活用されるにはまだその経路は少ない。筆者もかつて生活保護関連の調査のために総務省に対して「全国消費実態調査」の統計データの開示請求を行った経験があるが、その作業の煩雑さを考えると「生データ」を得ることのハードルはなお高い。だからこそ、「生データ」を入手し、データをクリーニングし、サンプルの特性を考慮しつつ、「正しく調べる」技術は今後、社会学の範囲を超えて重要視される可能性は高い。

話を再び社会保障政策に戻す。「病院」や「施設」というニーズが明確な限定化された専門的行為の拠点への予算増加は見込めない。これからの対人援助のメインフィールドは、在宅・地域になる。そこでは人々のニーズが多様化し、援助資源も細切れに拡散する。そこでは時間と空間を限定した領域でのみ通用する専門性ではなく、コミュニティで生きる人、さらにはコミュニティとのつながりから放逐された人々の生活を「捉え」「繋げる」タイプの支援が必須となる(竹端 2018)。

これができれば、「資格」は何であろうが、社会は構わない。専門職が自らの行為を限定化(業務独占)することで社会的評価を高めてきたとしたら、コミュニティでは「無

限定」に「捉え」「繋げる」ことが求められる。

「捉え」・「繋げる」ことの始まりには「調べる」ことが必要であり、社会学専門職が成り立つとしたら、「捉え・繋げ・調べ」た対象を、社会福祉士なり看護師なり公認心理師なりの支援の方法論が確立した既存の専門職におまかせしたらよい、と筆者は考える。

参考文献リスト

- 秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉，2015，『公共政策学の基礎 新版』有斐閣。
- 上野加代子，1996，『児童虐待の社会学』世界思想社。
- 江原由美子，2016，「社会学を基盤にした新しい専門職？」『理論と方法』31(2)：318-21。
- 副田あけみ，2018，「ソーシャルワーク実践研究の目的」『福祉社会学』15：15-30。
- 竹端寛，2018，「『ソーシャルワーカーの社会学』にむけて」『福祉社会学』15：49-68。
- 中村正，2011，「「加害者臨床」の観点から——暴力加害者への臨床論のために」『法と心理』11(1)：14-20。
- 三島亜紀子，2007，『社会福祉学の「科学」性——ソーシャルワーカーは専門職か？』勁草書房。
- ，2010，「社会福祉の教育と研究における社会学——ある社会学教員の経験から（〈特集〉周辺への/周辺からの社会学）」『社会学評論』61(3)：307-20。

親支援職における社会学的視点とジェンダー視点の必要性

— NPO と大学での支援経験から —

巽真理子

大阪府立大学ダイバーシティ研究環境研究所

mariko@ao.osakafu-u.ac.jp

The Needs of Sociological Perspective and Gender Perspective in the Support Program for Parents in NPO and Universities

Mariko Tatsumi

Osaka Prefecture University

Keywords: Specialist, Sociology, Gender Equality

1. はじめに

本稿では、専門家として親を支援するために重要なスキルを明らかにし、そこに社会学的視点とジェンダー視点とがどのように関連するかを示す。

現代日本では少子化対策、地域作り、職場におけるワーク・ライフ・バランス支援など、さまざまな子育て支援が行われ、そこでは親の価値観やライフスタイルを大切にする親支援も行われている。親支援には様々なものがあるが、本稿では筆者自身の経験を活かすために、NPO が行う子育てひろばと、大学における女性研究者支援事業に焦点を絞って議論する。

本稿の構成は次の通りである。次節では日本の子育て支援政策をふりかえった後、親支援の必要性についてみていく。次に第3節で親支援に必要なスキルについて、子育てひろばのスタッフと、大学の女性研究者支援事業のコーディネーターの役割から考えていく。その上で第4節において、それぞれのスキルに社会学的視点とジェンダー視点とがどのように関連するかを示す。

2. 「親支援」という視点の重要性

(1) 日本の子育て支援政策

戦後日本において本格的な少子化対策が始まるのは、1990年のいわゆる1.57ショック後である(図1)。日本政府はこの1.57ショックによって少子化傾向に拍車がかかっていることを認識し、少子化対策として仕事と子育ての両立支援対策などの検討を始めた。当初は働く母親を対象とした政策が中心であったが、2002年1月に発表された「日

本の将来推計人口」における晩婚化に加えて夫婦の出生力そのものの低下によって少子化が加速的に進んでいるとの指摘から、父親にも注目が集まるようになった¹。

しかし現状をみると、6歳未満の子どもをもつ夫婦の1日の育児時間は、母親が3時間42分、父親が48分と4倍以上と大きな差がある。一方、有償労働時間は母親が2時間6分、父親が7時間43分と、こちらも3倍以上の差があり（総務省統計局 2017）、共働き世帯が専業主婦世帯の約2倍（内閣府 2018b）となっている現代においても、性別役割分業が固定的なままである。したがって現代日本の少子化対策政策は、固定的な性別役割分業を覆すほどの力をもっていないといえる（巽 2018a）。

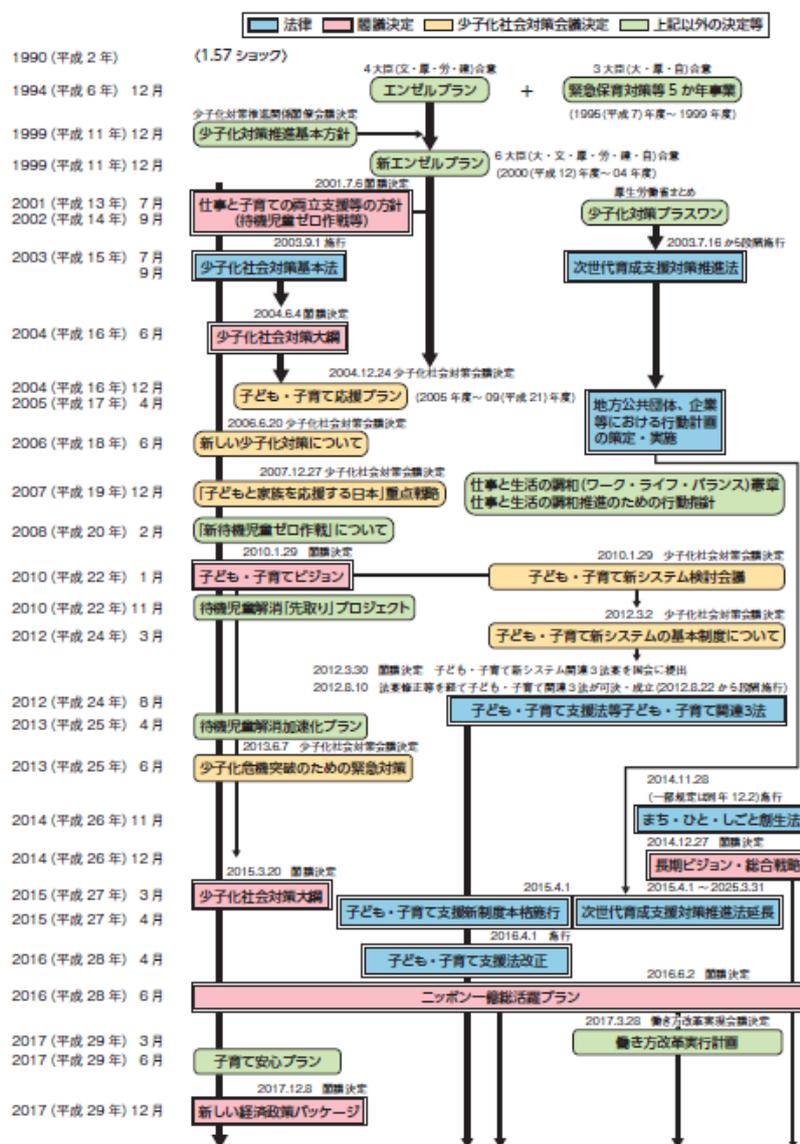


図1 日本の少子化対策政策（内閣府 2018a : 45）

また少子化対策とは違う観点から、ワーク・ライフ・バランスが大きな社会課題となってきた。2007年には「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」と「仕事と生活の調和推進のための行動指針」が政労使トップの合意として策定された。ここでは男性も含めた働き方の見直しがうたわれ、2010年の改正時には男性の育児休業取得促進のため環境整備等に努めることも追記されている。

このワーク・ライフ・バランスの観点から、職場での子育て支援も進められている。大学の研究者に対しては、2006年から文部科学省が「男女共同参画基本計画」と「科学技術基本計画」に盛り込まれた女性研究者の増加やそのための環境整備を目的に「女性研究者支援モデル育成」を始めた。これは現在まで形を変えながら科学技術人材育成費補助事業として続いており、大学における女性研究者支援および男女共同参画推進の柱の一つとなっている（巽 2018b）。採択機関（大学・研究機関など）は国立大学を中心に102機関に増え、その範囲は46都道府県²とほぼ日本全国に及ぶ（2018年現在）。

他方、地域における子育て支援は厚生労働省が中心となって進めている。その1つである、親と乳幼児に集う場を提供する「子育てひろば」は、家で乳幼児を抱えて孤立しがちな母親たちが、自分たちのような親を作らないために始めた市民活動が発端となっている。たとえば2000年に横浜の商店街の空き店舗から始めたNPO法人びーのびーのは、自宅・公園・スーパーマーケットを母子で孤独に行き来する生活に息苦しさを感じていた母親たちが立ち上げたものである。それはやがて厚生労働省の目にとまり、国の事業「つどいの広場事業」として全国に広められていく（大豆生田 2006）。

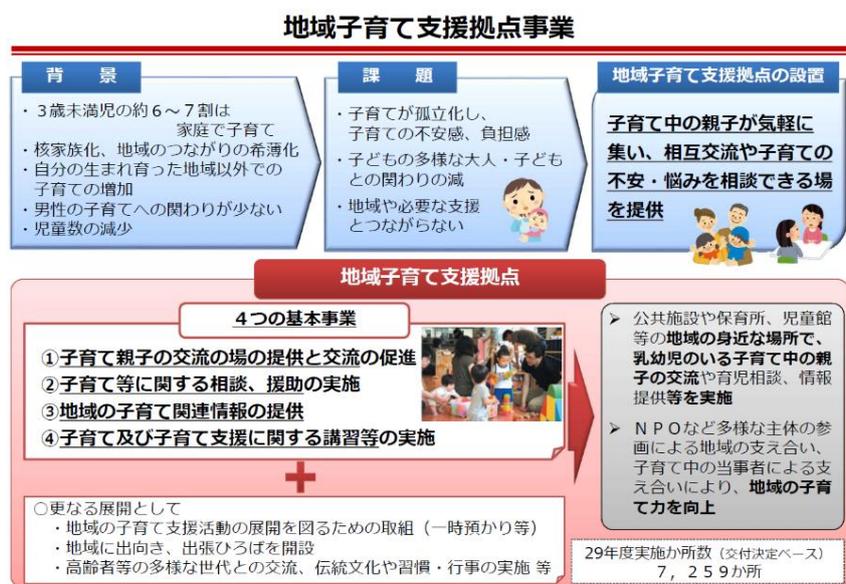


図2 地域子育て支援拠点事業（厚生労働省 2018a）

2002年度に始まった「つどいの広場事業」は、2007年度に児童館の活用も含めた「地域子育て支援拠点事業」として再編された。2018年現在も、子育て中の親子が気軽に集い、相互交流や子育ての不安・悩みを相談できる場を提供する地域子育て支援拠点事業として位置づけられている（図2）。この事業は市町村を実施主体³として全国で実施され、その実施箇所数⁴は、2007年度の4,409から2017年度の7,259へと1.6倍に増えており（厚生労働省 2018b）、地域におけるニーズの高さがうかがえる。また事業の運営主体は、2017年度現在で社会福祉法人が38.0%、行政直営が34.7%、NPO法人が10.1%である（厚生労働省 2018b）。この中でNPOは一割程度だが、その実施団体数は2014年度の616から、2017年度には713へと増えており（厚生労働省 2017、2018b）、地域における子育て支援の担い手として重要な位置にあると考えられる。

では子育て支援には、どのような視点が必要なのだろうか。

（2）「親支援」という視点の重要性

日本における子育て支援は子ども中心になりがちであり、親は支援の場においても「子どものための親」であることを求められることが多い。たとえば保育園や幼稚園では、子どもの健やかな成長を促すために保育士や幼稚園教諭は子どもに働きかけ、親（主に母親）にもそれに協力するよう呼びかける。つまりここでは、親は「子どものための親」であることが自明となっている。しかし親は子どもが生まれる前から社会で生きてきた個人でもあり、「子どものための親」ではなく「個人としての親」という視点も子育て支援には必要であろう。

ここで参考になるのが、海外の子育て支援プログラムである。たとえばエリザベス・クレアリーが1990年に開発した「スター・ペアレンティング」は、親子間、子ども同士などでの問題解決プログラムで、星型の表に基づいて子どもを指導するためのさまざまな具体的な方法が示されている。ここでは子どもの年齢や発達段階や気質にあわせて、また実際の状況や親子の感情に応じて、どのような方法が一番適しているかをいろいろなスキル（技能）を駆使して試しながら対処することができるようになっており、親が子どもとともに成長しつづけることが目指されている（Crary 2011=2010）。また「ノーバディーズ・パーフェクト」は、1980年代はじめにカナダ保健省と西部4州の保健部局との協力によって開発され、1987年にカナダ全土に導入されたプログラムである。これは「はじめから完璧な親はいない」というコンセプトのもと、参加者それぞれの価値観を尊重し、プログラムの進行役であるファシリテーターからも価値観の押し付けをしないことが大原則となっている（Catano 1997=2002）。

これらの子育て支援プログラムの特徴は、1)親自身の価値観を尊重し、親のエンパワメントを重視していること、2)「親」を母親に限定していないこと、3)子どものニーズに対する親の具体的な対応スキルを重視していることである。1)の「親自身の価値観」には「どのような子どもに育てたいか」ということも含むが、3)子どものニ

ズに対する親の具体的な対応スキルを重視していることから、これらのプログラムでは子育てを「親が子どもの身体的・情緒的なニーズから出る要求に応じて満たす相互行為と、それによって構築される関係」である「ケアとしての子育て」（巽 2018a）とみていると考えられる。したがって、これらのプログラムは日本で多くみられる「理想の子どもを育てるための親指導プログラム」とは大きく異なる。

このように子育て支援に「親支援」という視点を入れることにより、親は自分の価値観を尊重しながら子育てに関わることができる。日本において親支援というと「親のわがままを許すことにつながり、育児放棄するのではないか」という議論になりがちである。しかし、先にみたスター・ペアレンティングやノーバディーズ・パーフェクトは、親自身がエンパワメントしながら子どものニーズに対応して子育てするためのプログラムであり、親支援が児童虐待につながることはない。逆に親支援によって、親は子育て中も個人としての自分自身を大切にすることができ、育児不安などを取り除くことにつながると考えられる。

3. 親支援に必要なスキルとはなにか：NPO と大学での支援経験から

本稿では日本における親支援の事例として、筆者が運営に関わってきた NPO における子育てひろばと、大学における女性研究者支援事業を取りあげる。では、各支援事業における親支援に必要なスキルとは何だろうか。

(1) 子育てひろば：NPO での支援経験から

表 1 子育てひろばとは（子育てひろば全国連絡協議会，2017）

「子育てひろば」は、

- 妊娠、出産、乳幼児期の子育て家庭が気兼ねなく集まり交流できる場
- 乳幼児期子どもたちが安心して、のびのびと遊べる場
- 子育ての情報を得たり、交換できる場
- 親子が育ち合う仲間と出会える場
- 子育て経験や体験を通じて、親同士が学び合える場
- 親自身が主体となれる場、人との関係性を育める場
- 子育ての悩みに寄り添って聞いてくれるスタッフがいる場
- 地域のボランティアをはじめ、様々な人が子育てに関わり、社会全体で子育てを応援する場

子育てひろばの運営団体の全国組織である子育てひろば全国連絡協議会は、子育てひろばを表 1 のように定義している。これらから子育てひろばでの親支援は、1) 0～3

歳児の親（主に母親）に親同士、地域との出会いの場を提供すること、2)情報提供・交換できる場を提供すること、3)親同士（ピアサポート）もしくはスタッフとの相談の場を提供することだといえる。いいかえれば、親が自分自身を大切にして主体となる「居場所」を提供するということである。

「居場所」とは「他者と経験や役割、気持ちを理解し合うことなどによって、安心してそこに居ることができる関係性や場」（巽 2018a : 84）であり、「居場所」を提供するためのひろばスタッフの重要なスキルとして、利用者の子育てのやり方や悩みを否定せず、寄り添うことがある。たとえば1～2歳の子どもが遊びながら食べるなど、食べ方に悩みを抱える利用者に対しては、その悩みを否定せずにまず聴くことが必要である。その上で、一緒にお昼を食べる場を提供して他の子どもが食べる様子とそれへの親の対応を見せる、スタッフ自身の子育て経験を（あくまでも一例として）語るなどの情報提供を行っていく。このような支援を行いながら、利用者自身が子どもの発達や気質と自分の価値観に合う方法を見つけ出し問題を解決していくのを見守っていくことが、利用者のエンパワメントにつながっていくと考えられる。

（2）女性研究者支援事業：大学での支援経験から

他方、大学の女性研究者支援事業は前述のように、文部科学省の科学技術人材育成費補助事業の採択機関を中心に進められている。では各採択機関では具体的にどのような支援事業を進めているのだろうか。本校では、筆者が立ち上げ当初からコーディネーターとして関わる大阪府立大学を事例としてみていく。

大阪府立大学の女性研究者支援事業は、大きく分けると「Ⅰ 環境整備」「Ⅱ 研究者支援」「Ⅲ 研究者育成」の3つとなる（表2）。Ⅰ 環境整備は、大学執行部や各研究科と連携した女性研究者増加のための取り組みや、意識改革のためのセミナー開催、相談窓口の運営などである。次にⅡ 研究者支援としては、子育てや介護などのライフイベント中の研究者に補助者を配置する研究支援員派遣、科研費などの外部資金獲得や英語論文作成などのためのスキルアップ支援プログラム、学内の女性研究者対象の競争的研究費制度である研究実践力強化支援プログラム（RESPECT）を実施している。そしてⅢ 研究者育成として、理系女子大学院生チームIRIS（アイリス）の組織化・運営を行っている。（大阪府立大学ダイバーシティ研究環境研究所 2017；大阪府立大学女性研究者支援センター 2017）。

このうち親支援としては、ライフイベント中の研究者への研究支援員派遣があげられる。他にセミナー開催や相談窓口の運営、委員会運営も、支援が受けやすい環境作り、ひいては親である研究者の職場における「居場所」づくりに貢献しているという意味で、親支援の一つだといえるだろう。たとえば大阪府立大学では相談窓口運営の一環として、女性研究者への個別ヒアリングを実施している。その時にライフイベント中だと判明した女性研究者には、研究支援員制度を案内して利用を促す。実際に研究支援員制度を利

用した女性研究者のリストは、ステアリング委員でもある研究科長に報告する。研究科長は支援が必要な女性研究者を把握することによって、各研究科内での支援のための環境整備に役立てることができ、大学全体における支援体制の整備につながる。

表 2 大阪府立大学の女性研究者支援事業（2017 年度現在）（巽 2018b, p.23）

事業	内容	事務局の主な役割	
I 環境 整備	1.女性研究者増加のための取組	女性研究者研究環境整備計画の策定（各研究科）、女性研究者研究環境整備費制度	・制度設計、規約策定 ・大学執行部、各研究科・部署との調整 ・計画および結果のとりまとめ ・女性研究者研究環境整備費の支払手続
	2.意識改革	シンポジウムやロールモデル・セミナー、ロールモデル・カフェ、ダイバーシティ推進セミナー等の開催	・講師の選任・依頼 ・開催日・場所などの調整 ・集客のための広報 ・開催当日の運営管理
	3.相談窓口	支援センター相談、女性の健康相談、メンター相談、女性研究者への個別ヒアリングの実施	・相談受付・対応 ・相談に関するセミナーの企画・運営 ・ヒアリング実施
	4.委員会運営	ステアリング委員会、運営委員会、外部評価委員会の開催	・会議用資料作成 ・会議運営
	5.研究支援員派遣	妊娠・出産・育児・介護で研究時間の確保が難しい研究者に対して、研究を補助する支援員を配置	・制度設計、規約策定 ・派遣申請の募集 ・研究支援員制度審査会の設置・運営 ・研究支援員の雇用手続
II 研究 支援	6.スキルアップ支援プログラム	外部資金獲得や英語論文作成など、研究者のスキル向上のためのセミナーの実施	・講師の選任・依頼 ・開催日・場所などの調整 ・集客のための広報 ・開催当日の運営管理
	7.研究実践力強化支援プログラム（RESPECT）	女性の研究リーダー育成のため、公開審査会での研究プレゼンテーションによって、採択者を決定し、研究費を付与	・制度設計、規約策定 ・申請の募集 ・公開審査会の設置・運営 ・研究費の使用手続
III 研究 者 育 成	8.理系女子大学院生チームIRIS（アイリス）	IRISが主体的に、小中高校生を対象とした実験教室やセミナー等の企画・運営や、企画実施講習会・企業訪問等の各種研修を通して、サイエンス・コミュニケーションのスキルを磨くことにより、女性研究者を育成する	・IRISの募集 ・審査会の設置・運営 ・イベント実施のための学内外との調整 ・実験材料の購入手続 ・IRIS研修の企画・運営
その他	・上記事業に関わる、学内外との調整、ネットワーク構築 ・事業結果のとりまとめ・報告		

この中で事業を推進するコーディネーターは、時には自らも事業を担当しながら、各事業の進捗状況を管理し、事務局のマネジメントも行う。またネットワーク構築も重要な業務の1つである。それは大学内に留まらず、女性研究者の活躍の場を広げるために、学外の企業や行政などと繋がっていくことが必要となる。その役割をまとめると「研究者のライフイベントおよびワーク・ライフ・バランスに配慮した研究環境の整備や研究

力向上のための取り組み、女性研究者の積極採用や上位職への積極登用に向けたスキルアップおよびキャリアアップ支援などを進め、そのために必要な制度やネットワークを構築すること」（巽 2018b）である。したがってコーディネーターには、個人の問題を社会・組織の問題と捉え、支援のために必要な制度やネットワークを構築していくスキルが必要であり、個人支援と組織のシステム改革のための両方のスキルが求められる。

4. 親支援職と社会学的視点、ジェンダー視点

では、子育てひろばのスタッフおよび女性研究者支援事業のコーディネーターという親支援職に必要なスキルには、どのような視点が求められるのだろうか。結論を先取りすると、それは社会学的視点とジェンダー視点である。本稿では「社会学的視点」を「個人的な問題をその背後にある社会的背景や政策、規範からみる視点」（樫田 2010；江原 2016；巽 2018b）、「ジェンダー視点」を「社会におけるジェンダー役割や規範などを考慮しながら、個人的な悩みや困難を、政治的・社会的文脈からみる視点」（井上 2010）と定義して、視点別に各親支援職との関連をみていきたい。

（1）親支援職と社会学的視点

先にみたように大学における親支援では、研究者個人への支援とともに組織のシステム改革が必要である。その際には社会学的視点から「個人的な問題」を「組織の問題」と捉えることによって、研究者個人のニーズに応えるシステム改革をすることができる。たとえば、ライフイベント中で研究時間を取りにくいという個人的なワーク・ライフ・バランスの問題を、大学の若手人材育成やダイバーシティ（多様性のある人材の活用）のための施策と捉えることにより、研究を支援する人を雇用して派遣するという研究支援員制度を大学の公的な制度として発足させることができる。

また支援事業は一時的なものにとどまらず、継続していくことがなによりも重要である。NPOによる子育てひろばには、地域社会のニーズに応えるというやりがいがある一方で、スタッフの収入が少ないために人材の確保が難しく継続性が低いという一面がある（巽2018c）。したがってNPOが組織として継続していくには、経済的基盤をきちんと確保する必要がある。そのためには社会学的視点から、親やNPOの背後にある社会的背景や政策などをきちんと把握した上で、政策や社会的トレンドにもとづいて配分される市町村や企業等の助成金の利用や、時にはクラウドファンディングのように社会的ニーズを訴えて自分たちで資金集めすることも必要である。

大学における女性研究者支援事業では、大学内でその事業の有用性を訴えて予算を確保していくことが継続につながる。事業継続の根拠として、学内での研究者個人のニーズの把握はもちろん、社会学的視点から国際比較や政策などへも目配りすることにより大学がおかれた状況を説明することができる。それが、女性研究者支援事業の必要性および重要性を訴えることにつながる。たとえば国際化が課題となっている大

学であれば、女性研究者比率の国際比較から、日本は欧米に比べて約半分の15.3%

(2015年現在)であることを示し(内閣府 2017)、海外から優秀な研究者や学生を招き入れるためには、女性研究者比率を上げて国際標準に近づける必要があることを訴えることができる。

(2) 親支援職とジェンダー視点

子育てひろばも女性研究者支援事業も、現在の主な支援対象は母親である。また現代日本でも、いまだ性別役割分業が固定的であることは先に確認した通りである。このような社会状況の中で母親を支援していくためには、子育てひろばスタッフや女性研究者支援事業のコーディネーターなどの親支援職が、母性愛神話や三歳児神話など子育てに関するジェンダー規範を把握しながら支援していくことが重要である⁵。

その上で、先にみたように子育てひろばのスタッフの重要なスキルとして、親に「居場所」を提供するために、利用者の子育てのやり方や悩みを否定せず寄り添うことがある。これを実現するためには、その利用者のおかれた状況をジェンダー視点からみる必要がある。たとえば専業主婦の利用者の場合、家事・子育てに専業であることから、働く母親以上に母性愛神話や三歳児神話に縛られがちである。子育てひろばのスタッフは、もし地域のみんなで子育てする方がよいと考えていても、まずは利用者が母親として1人で子育てを抱え込んでしまう状況を理解して、その悩みや不安に寄り添っていく。そのためには、日本社会における固定的な性別役割分業によって、母親が母性愛神話や三歳児神話に縛られがちであるという社会的背景を把握しておく必要がある。

他方、大学における女性研究者支援事業のコーディネーターは、研究者個人への支援と大学組織のシステム改革の両方を進めていく必要がある。その際に研究者個人から汲み取ったニーズを、個人の問題にとどめずに組織のシステム改革につなげていくためには、ジェンダー視点から日本社会におけるジェンダー役割や規範を把握して問題を分析し、周りに示していくことが重要である。たとえば研究支援員制度では審査過程⁶でジェンダー視点が共有されるよう、審査委員に現代日本の性別役割分業の現状を伝え、女性の方が男性に比べて子育て役割および責任を担いがちであることを確認していく⁷。

しかしマミートラック⁸など過剰な配慮による子育て中の女性に対する特別扱いは、長期的な経験の差が昇進などに影響を及ぼすと予想されるため、やりがいを奪われた感覚を覚えることが指摘されている(中野 2014)。したがって職場における親支援では、女性のキャリアアップ・スキルアップ支援も並行して行いながら、昇進などの場面では男女平等に扱うことも重要である。

5. おわりに

本稿では親支援という視点の重要性を示した上で、筆者が関わってきた NPO の子育てひろばのスタッフと大学における女性研究者支援事業のコーディネーターを事例として、親支援職に重要なスキルを明らかにし、そこに社会学的視点とジェンダー視点がどのように関連するかを示してきた。

子育てひろばのスタッフに必要なスキルは、親に自分自身を大切に主体となる「居場所」を提供するために、利用者の子育てのやり方や悩みを否定せず、寄り添うことである。そのためにはジェンダー視点から利用者の置かれた社会状況を理解することが必要である。また NPO が支援事業を継続していくためには、経済的基盤を確保する必要がある。そのためには社会学的視点から、社会的背景や政策を把握して市町村や企業等と交渉していくことが重要である。

他方、女性研究者支援事業のコーディネーターには、研究者個人への支援と組織のシステム改革のための両方のスキルが求められる。それには、女性研究者が置かれた社会的状況を把握するためにジェンダー視点が必要であり、個人的な問題を組織的な問題として捉えるために、そして前述の NPO と同様に、支援事業継続のためにも社会学的視点が必要である。

このように親支援職が親の価値観を大切にしながらエンパワメントしていくためには、社会学的視点とジェンダー視点の両方をもつことが重要である。

本稿の今後の課題として、親支援職だけでなく、組織の他のメンバーも社会学的視点とジェンダー視点をもつための問題提起をしていくことがあげられる。近年では「無意識のバイアス」をキーワードとして、企業や学協会からの問題提起が行われている。「無意識のバイアス」とは誰もが潜在的に持っている、育つ環境や所属する集団のなかで知らず知らずのうちに刷りこまれる既成概念、固定観念であるバイアス（偏見）のことであり、これを色々な判断の過程において評価者が自覚することにより、その影響を最小限に抑えることができる（男女共同参画学協会連絡会 2017）。このような問題提起により、親支援職以外の組織メンバーにも社会学的視点とジェンダー視点の重要性を訴えることができると考えられ、支援事業の推進に大きく貢献することが期待できる。

謝辞

本稿は、JSPS 科研費（基盤研究(C)「大学における男性研究者の子育て支援ニーズの調査研究：女性支援からジェンダー平等へ」JP17K00764、研究代表者：巽真理子）による研究成果の一部である。

註

- ¹ この後、父親への子育て支援策は2010年のイクメンプロジェクト（厚生労働省）によって加速していく。詳細については巽（2018a）を参照。
- ² 和歌山県は、まだ採択機関（代表機関）がない。
- ³ ただし社会福祉法人、NPO法人、民間事業者など「市町村が認めた者」への委託等も可能である（厚生労働省 2018c）。
- ⁴ 実施か所数は交付決定ベース（25年度は国庫補助対象分）であり、すべての事業類型を含む（厚生労働省 2018b）
- ⁵ 他方、父親も固定的な性別役割分業から「一家の稼ぎ主」であることから抜けにくく、子育てに関わりにくいという現状がある（巽 2018a）。たとえば子育ての性別役割分業については、母親が育児を1人で抱えている状態（いわゆるワンオペ育児）によって母親が重い育児責任を担っていることは女性学からよく指摘される。しかし男性学から同じ問題を考えると、母親のワンオペ育児は父親から子育てに関わる権利を奪い、家庭における居場所を失うことにも繋がるという問題もある。今後はジェンダー視点という場合は、このように男女両側からみていくことが重要である。
- ⁶ 大阪府立大学では研究者支援を公平に実施するために、研究者支援員制度審査会を組織して、申請に対してどれだけの支援をしていくかを議論した上で決定している。
- ⁷ しかし近年では、主に女性が稼ぎ手役割を担い、男性が子育て役割を担う夫婦も出てきており、社会全体の傾向とともに、支援対象者の個別ケースも見極めていく必要がある。
- ⁸ 「マミートラック」とは、「出産後の女性社員の配属される職域が限定されたり、昇進・昇格にはあまり縁のないキャリアコースに固定されたりすること」（中野 2015：86）。

文献

- Catano, Janice Wood, 1997=2002, *Nobody's Perfect, the Minister of public Works and Government Services*, (=『完璧な親なんていない!』, 三沢直子監修・幾島幸子訳, ひとなる書房) .
- Crary, Elizabeth, 2011=2010, *STAR Parenting: Tools and Tales*, Parenting Press (=『叩かず甘やかさず子育てする方法』 田上時子訳, 築地書館) .
- 男女共同参画学協会連絡会, 2017, 「無意識のバイアスを知っていますか?」 https://www.djrenrakukai.org/doc_pdf/2017/UnconsciousBias_leaflet.pdf (2018/08/22) .
- 江原由美子, 2016, 「社会学を基盤にした新しい専門職?」 『理論と方法』 31(2) : 318-321.

- 井上摩耶子, 2010, 「フェミニストカウンセリングとはなにか」『フェミニストカウンセリングの実践』世界思想社: 2-104.
- 樫田美雄, 2010, 「周辺への／周辺からの社会学」『社会学評論』61(3): 235-256.
- 子育てひろば全国連絡協議会, 2017, 子育てひろば全国連絡協議会パンフレット.
- 厚生労働省, 2017, 「地域子育て支援拠点事業実施状況 平成 26 年度実施状況」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/kosodate/index.html (2018/09/17) .
- 厚生労働省, 2018a, 「地域子育て支援拠点事業とは (概要)」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kyoten26_5.pdf (2018/04/01) .
- 厚生労働省, 2018b, 「地域子育て支援拠点事業実施状況 平成 29 年度実施状況」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/kosodate/index.html (2018/09/17) .
- 厚生労働省, 2018c, 「地域子育て支援拠点事業実施要綱」https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kyoten_youkou_H30.pdf (2018/09/17) .
- 内閣府, 2017, 『平成 29 年版 男女共同参画白書』.
- 内閣府, 2018a, 『平成 30 年版 少子化社会対策白書』.
- 内閣府, 2018b, 『平成 30 年版 男女共同参画白書』.
- 中野円佳, 2014, 『「育休世代」のジレンマ 女性活用はなぜ失敗するのか?』光文社.
- 大豆生田啓友, 2006, 『支え合い、育ち合いの子育て支援——保育所・幼稚園・ひろば型支援施設における子育て支援実践論』関東学院大学出版会.
- 大阪府立大学ダイバーシティ研究環境研究所, 2017, 「ダイバーシティ研究環境研究所 パンフレット」.
- 大阪府立大学女性研究者支援センター, 2017, 「女性研究者支援センター パンフレット」.
- 総務省統計局, 2017, 「平成 28 年社会生活基本調査」
<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html> (2018/07/16) .
- 巽真理子, 2018a, 『イクメンじゃない「父親の子育て」——現代日本における父親の男らしさと〈ケアとしての子育て〉——』晃洋書房.
- 巽真理子, 2018b, 「大学における男女共同参画推進コーディネーターは専門職になり得るのか? ——社会学を基盤にした専門職についての一考察——」『現象と秩序』8: 17-38.
- 巽真理子, 2018c, 「子育て中の母親にとっての多様な働き方とは」梅田直美編著『子育てと共同性 ——社会的事業の事例から考える——』大阪公立大学共同出版会: 9-16.

出生前検査の選択性と問題性

——出生前検査における女性／男性／遺伝カウンセラーの語りから——

菅野 摂子

立教大学社会福祉研究所

setsuko@fms.rikkyo.ne.jp

The Selectivity and The Problem at Prenatal Testing : From Narratives of Some Women / Men / Genetic Counselors in Prenatal Testing

Setsuko SUGANO

Rikkyo University Institute of Social Welfare

Key Words: Prenatal testing, Support, Sociology

1. はじめに

新型出生前検査 (NIPT: Non Invasive Prenatal Testing。以降 NIPT と記す) が、「妊婦血液でダウン症診断 国内 5 施設 精度 99% 来月から」とセンセーショナルに報じられてから 6 年が経過した。読売新聞 2012 年 8 月 29 日に掲載された「精度 99%」は後に、精確ではなく誤解を招く表現だと批判されたものの、NIPT コンソーシアムという研究者組織がこの検査を臨床研究として実施していくこととなった¹。2013 年 3 月には日本産科婦人科学会理事会で「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査に関する指針」が承認された。同日、「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査」の共同声明が日本医師会、日本医学会、日産婦、日本産婦人科医会、日本人類遺伝学会の 5 団体から出され、検査を実施する施設の認定・登録は、日本医学会臨床部会運営委員会「遺伝子・健康・社会」検討委員会の下に設置することなどが示された。2013 年 4 月開始時には 15 機関であった登録施設も、現在では 92 施設に増加している²。

実は、1994 年にも同様の問題提起がなされた。この年に登場した母体血清マーカー検査は、それまで「先天異常の胎児診断、特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」³を流用して一部の妊婦に適用されるにとどまっていた出生前診断を、希望するすべての妊婦に対してスクリーニングという回路で接続させた。母体血清マーカー検査の結果が「先天

異常の胎児診断、特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」の出生前診断の適応に入ったため、「出生前検査の自由化」への足掛かりができたといえる。

その後、この検査に対する障害者団体を中心とした反対運動が起きたため、厚生省（現厚生労働省）は「母体血清マーカー検査に関する見解」を通知し、医療者がこの検査の情報提供を積極的に行うことは減ったと思われる。従って、一時期は検査件数が減少したが、「クアトロテスト」の名称で有名人が受検をブログで報告するなど、少しずつ認知が広がり、近年再び増加傾向にある⁴。

しかし、これらの検査をめぐる報道は、一貫して抑制的である。医療的な情報提供にとどまらず、それに反対する人々の意見や受検して悩んだ女性の経験なども報道されており、検査を受けることを扇動するものとは受け取れない⁵。医療サイドも、「母体血清マーカー検査に関する見解」を順守するため積極的に情報提供を行う機関が急増したとは考えづらく、また NIPT の「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査に関する指針」の施設要件を満たす医療機関は限られている。出生前検査に慎重な意見を表明している医療従事者の著作も目立つ⁶。

諸外国に比べて、日本では出生前検査、特に NIPT や母体血清マーカー検査といったスクリーニング検査の受検者の割合は低い⁷。しかし、出生前検査を受ける妊婦は着実に増えており、NIPT の臨床研究の終了する来年以降は、さらに増加する可能性もある。本稿では、出生前検査に対する批判を鑑みながら、その問題の背景を出生前検査の選択性を基軸に検討していく。

2. 母体血清マーカー検査から NIPT へ — 遺伝カウンセリングの充実 —

胎児の疾患を調べる出生前検査には、確定的な検査として羊水検査⁸や絨毛検査⁹があり、非確定的検査として、先述した母体血清マーカー検査、NT の計測¹⁰、そして NIPT などが使われている。結果が確率で表される非確定的な検査はスクリーニング、すなわちふるい分けをする際に使われることが多く、何らかの副作用のある確定的検査を受ける前段階の検査として、がん検診などの場面でも使われている¹¹。

だが、出生前検査において、最終的に胎児に疾患があると診断され、治療ができない場合には妊娠中絶が行われうる、という特有の問題がある。スクリーニング検査の結果のみで妊娠中絶するわけではないが、場合によっては確定的検査に進むため、出生前検

査全体が妊娠中絶にかかわる倫理的な面から批判されている。先述したような、障害を持った胎児を選別することへの是非（斎藤 1998、森岡 2001）、妊娠中絶をする際に拠り所となる妊婦の自己決定についても、「操られる自己決定」といった懐疑論（佐藤 1999）、その決定が苦渋をも伴うものであったとしても選別の事実は変わらないのではないか（玉井 1998）という厳しい見方もあった。自己決定をした結果を何よりも大切なものとして正当化していくことへの嫌疑もこの問題を対象に表明された（立岩 1997）。

それに加え、胎児の障害を理由とした中絶が母体保護法の条項に定められていないという法律的な問題も、中絶手術に関わる医療者や妊婦に重くのしかかっている¹²。

こうした中で、1999年に厚生省（現厚生労働省）によって通達された「母体血清マーカー検査に関する見解」では、次のような問題が指摘された（厚生省 1999）。(1)妊婦が検査の内容や結果について十分な認識を持たずに検査が行われる傾向があること、(2)確率で示された検査結果に対し妊婦が誤解したり不安を感じる事、(3)胎児の疾患の発見を目的としたマススクリーニング検査として行われる懸念があること。その上で、「現在、我が国においては、専門的なカウンセリングの体制が十分でないことを踏まえると、医師が妊婦に対して、本検査の情報を積極的に知らせる必要はない。また、医師は本検査を勧めるべきではなく、企業等が本検査を勧める文書などを作成・配布することは望ましくない」とした。ここで問題化されているのは胎児の選別および女性の自己決定ではなく、妊婦の知識不足や心理的な不安による検査の蔓延であった。確定診断や胎児の障害による中絶は否定せず、限定的に羊水検査や絨毛検査を実施することも容認されたままであった。結局、この通知は、出生前検査を妊婦全体の 이슈 にしないための方策として機能したといえよう。

他方で、妊婦の疑問や不安に応える遺伝カウンセリング体制を構築する必要性も、同見解においては記述された。妊婦が検査について誤解したり不安を感じたまま検査を受けたりすることがないように遺伝カウンセリング¹³が適切に実施され、妊婦が検査を理解し納得すれば、こうしたスクリーニング検査は実際に運用され得ることが示された。

日本における遺伝相談の歴史は古く、1956年に日本人類遺伝学会が設立されたことに始まる。1972年には学会内に「遺伝相談ネットワーク委員会」が設けられ、「母体血清マーカー検査に関する見解」が出される前後に体制の整備は大きく進んだ。1998年に厚生科学研究「遺伝医療システムの構築と運用に関する研究」（研究代表者：古山順

一) が開始され、ここで当時二つあった遺伝関連学会、すなわち「日本人類遺伝学会」と「日本臨床遺伝学会」が討議し、2001年には「遺伝カウンセリング学会」が設立された。この学会において、2002年に臨床遺伝専門医制度が発足した。同年より「遺伝子医療の基盤整備に関する研究」(研究代表者：古山順一)が始まり、認定遺伝カウンセラーの養成専門課程が翌年開設された。2005年には遺伝カウンセリングの専門職従事者として遺伝カウンセラーが任用されるようになった。

したがって、NIPT コンソーシアムが、2013年に臨床研究としてNIPTを開始したときには、認定遺伝専門医および認定遺伝カウンセラーによる遺伝カウンセリングはすでに始まっていた。NIPT実施におけるガイドラインでは、認定遺伝専門医による遺伝カウンセリングが義務付けられており、実施する施設には産科医の他に小児科の医師(どちらか一方は認定遺伝専門医であること)が常時勤務していること、絨毛検査や羊水検査などの検査を適切に施行することが可能であることなどの要件が記され、さらに「医師以外の認定遺伝カウンセラーまたは遺伝看護専門職が在籍していることが望ましい」

(日本産科婦人科学会倫理委員会・母体血を用いた出生前遺伝学的検査に関する検討委員会 2013:4)とされた。これを機に認定遺伝カウンセラーが、医師や看護師といった医療職者とは異なる職種として注目されることとなった。

直近の報道では、2013年4月の検査開始時から2018年3月末までの5年間にNIPTを受けた妊婦は58,150人あまり、そのうち「陽性」と判定されたのは1.79%にあたる1,038人であった。ここから研究脱落者および偽陽性だった人を除いた922人のうち、妊娠中絶をしたのは654人であり、その割合は79.1%であった(NIP コンソーシアム 2018)。

NIPTは臨床研究として行われたため、NIPT コンソーシアムによって、受検者へのアンケート調査も行われた。2013年4月から2014年3月までという限られた期間であるが、遺伝カウンセリングにおいて、倫理的な側面について非常によく考えることができたという人が8割、NIPTに関する遺伝カウンセリングが子どもを持つことについて十分考えるきっかけになったという人は9割に上った、と報告されている(Yotsumoto et. al 2016)。

このことから、遺伝カウンセリングはクライアントである女性たちに好意的に受け止められていたことが伺える。確定的検査である羊水検査や絨毛検査については、遺伝カ

ウンセリングを行うことが義務付けられているわけではないが、NIPT を契機に出生前検査全体のカウンセリングシステムを整備する医療機関も出てきており、「母体血清マーカー検査に関する見解」で危惧されたような、女性の知識不足や不安からくる「安易な受検」、それに伴う検査の蔓延という事態は免れ得るように見える。

3. 遺伝カウンセリングにおける戸惑いとフラストレーション

日本産科婦人科学会は、遺伝カウンセリング体制が整い「妊婦も満足している」という認識から、NIPT の実施要件を一部緩和し、臨床研究から一般診療へと切り替えることを発表した。「計画書作成や院内の倫理委員会の審査などが不要になるため医療機関側の負担は軽減されるが、『専門医資格の取得が必須などの厳しい要件はそのままなので、急激に実施施設が増えるとは限らない』（産経新聞 2018 年 3 月 3 日）としながらも、「(これまでの臨床研究としての実施体制では) 近くで受けられないなど需要に応えられていない面もある」(ibid) と実施施設数の少なさを問題視する発言もあったことから、事実上の規制緩和と言っても差し障りないだろう。

もっとも、NIPT が登場するより前に (2003～2004 年) 筆者らが実施した調査 (以降 2003 年調査と記す) では、出生前検査を受けた人々が、「安易な気持ちで」受けているようには見受けられなかった。夫婦で熟考し、家族と相談の上決断した人や、中絶を希望しながらも決断できず「胎児の障碍」を理由にしようと出生前検査を受けた人もいた¹⁴。また、実際に「胎児の障碍」を理由に中絶した人たちは、胎児に愛情を感じており、倫理的な「後ろめたさ」に苦しんだ経験があった (菅野 2013)。その際に受けた遺伝カウンセリングは妊婦の意思決定に有用であった (ibid, 菅野 2001)。

ただし、意思決定のプロセスを鑑みた時、妊婦の年齢や予定した妊娠であったかどうかに加え、医師に説明されたかどうか、母体血清マーカー検査については医師以外から情報を得ていたか、といった点も意思決定の大きな要因となっていた (菅野 2007)。最終的に中絶するかどうかは自分で決めるにせよ、検査を受けるかどうかについては検査の情報提供も含めて医療者の姿勢に影響を受けていた (ibid)。

けれども、必ずしも患者が医療者の意見に従っているわけではない。そもそも、2003 年調査 (アンケート調査部分) では、検査を受けるよう強く勧める医師は非常に少なかった。むしろ、医師が説明したら自分には必要かもしれないと思い、説明しなければ必

要ないのだと判断する妊婦の心性が垣間見れた。もちろん、出生前検査についてもっと知りたいという声はあり、検査を受けるか受けないかについて「医療者の考えを押し付けられた」と感じている人たちは不快感とともにそれを語っていた（柘植他 2009:461-8）。

偏りのない正しい情報を入手したいと希望しつつ、実際に検査を受けるかどうかを決めるのは、それだけ難しいことであり、他者から承認が求められている（菅野 2013）。

それは、女性だけではなく、妊婦のパートナーである夫への聞き取り調査からも示された。筆者が近年実施した調査から、男性の迷いと意見を紹介し、加えて、遺伝カウンセラーの意見およびガイドラインに従わない医療機関の状況をみていきたい。

（1）戸惑う夫

2017年に実施した出生前検査に関する男性への調査¹⁵（以降2017年調査と記す）から、Aさんの意見を紹介する。

Aさんの妻は不育症で流産を繰り返したが、医療機関を変えて服薬治療をした結果、2回出産した。2人目の時に、NIPTの報道がなされており、夫婦で病院の個室で説明を受けたという。説明は「多分ニュースで出てるような、ああいう調査の方法が出て、そんなにもう母体にも影響が少ないので、結構気楽にっていうとあれでしょうけど、ある程度検査ができます。それによって、いろんな判断も可能性としてありますよ。ただ、もうご夫婦でちゃんとご相談してきてください」という内容だった。受けるか受けないか「半々」で、とても悩んだというが、「それ（最終的に胎児が障害を持っているかどうかの確定診断）が出ちゃってからの判断のほうが多分できない」と思い、受けなかった。ただ、妻は迷っている様子だったので、もしAさんが、受ける意向を示せば、妻は受けていたのではないか、という。

Aさんにカウンセリングの様子をたずねたところ、妻の妊娠中に、中絶の可能性を孕む検査について尋ねられたことへの違和感を語った。

倫理観とかを話すタイミングにはしないでほしいよね、このときに。事前にしないと駄目じゃないですか、本来は。妊娠する前に。（中略）例えば、教育期間中にやとくとか、学生の勉強中とか。一般論として、それが議論ができて、じゃあ家族

内でお話をしてっていうタイミングじゃないと、こんなデリケートなときに話すことじゃないですよ、本来は。だから、そこを。あんまりそういう表立ったケースって出てこないじゃないですか。みんな言わないだろうし。特に墮ろしましたなんていう人は、多分そうそう見受けられない。いたとしても、多分言わないじゃないですか。国とかの問題じゃないのかもしれないですけど、何かいい方法を考えてほしいですよ、伝え方を。

だが、具体的にどのような伝え方が適切なのか尋ねると、次のように述べた。

結局われわれも多分ネットで調べちゃうんで、わかるじゃないですか。最後、やっぱり信頼があるっていうのは、先生方に言われるっていうことで、判断を、どうすればいいかみたいなことまで教えてもらえるようなイメージになってるんですよ。「どういうふうに判断したらいいんでしょうか」「いや、それはでも、ご自身でお考えください」って、また返されるわけじゃないですか。なかなかアドバイスできるとこじゃないのかもしれないけど、そこはつらいと思います。一番情報が氾濫してて、最後の望みのところに行ったら、また同じ結果になるわけじゃないですか。そしたらもめるよね、やっぱりそれは。

質問者：何か例えば、こちらの病院では皆さんどうされてますみたいなお話で。

多分そういう話になると思うんですよ、基本的には。大多数は、だから先生次第でしょうね。大多数、結構積極的に進めてるときは、「大多数がやっていますよ」って言えば、「じゃあ、ぜひやってください」になるし、やってないところであれば、「わりあい来てませんね」と言われたら、やらないほうに。人間なんてそんなものじゃないですか。

出生前検査を受けるか受けないか、どういう判断をしたら良いのか、考え方の筋道が必要なのではないか、それがなければ、自分たちで決めてください、と言われても「先生次第」になってしまう、という。

(2) 遺伝カウンセラーの危惧

「どういうふうに判断したらよいのか」と迷う A さんと対照的に、すでに検査を受けることを決めている人もいる。しかし、こういったクライアントに対して違和感を感じる医療者もいる。

筆者の参加した遺伝カウンセラーへの調査¹⁶では、クリニックに勤務しているキャリアの長い遺伝カウンセラーの B さんが、次のように語った。

NIPT を新型出生前診断の免罪符みたいな形で、これはいろいろ物議をかもした検査だけれども、遺伝カウンセリングをちゃんとやれば、しょうがない、認めてあげようみたいな世の中で、落とし所というふうな扱いになっていたと思うんですね。

(中略) 何とか予約がとれればもう遺伝カウンセリングでも何でも言うとおりにしますみたいになってしまっ。遺伝カウンセリングは本来、患者さんとか妊婦さんとかご家族のためにあるのであって、その人が情報を得たり、考えたりする機会はずなのに、何かそこを通らないとこの検査は受けさせてもらえないという、関所と言うとちょっと言葉は悪いかもしれないけど、何というか、必須の、これをやったら、ここを通ればやらしてくれるんだよね、みたいな場所になってしまっているんです。(菅野 2017: 27)

こうした内容は、実際に NIPT を実施している医療機関に勤務する遺伝カウンセラーの C さんも指摘していた。C さんの医療機関では、当該の病院に通院している人の他に、出生前検査を受けるために院外からも患者が訪れる。「院外からの人は、最初から決めてる人のほうが多いです、それを目的に来てるので」。つまり、遺伝カウンセリングは、検査を受けることを強く希望している人にとっては、首尾よく通り抜けるべき「関所」であり、それを通過することが当面の目的となる。

C さんは、カウンセリングを受けて、検査の種類を変える人はいる、と語ったが、検査の情報を伝えた後は、クライアントの意思を尊重しているようであった。クライアントの検査の理解度とともに、結果的に要求の本気度を計るのが、遺伝カウンセリングの機能となっており、それは A さんの言う判断基準の提示というよりも、ハードルとして妊婦には意識されてしまう。

(3) 認可外施設での受検

NIPTの実施が認められていない医療機関でNIPTが実施されている、という2016年10月の報道を受け、「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査」で共同声明を出した日本医師会、日本医学会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本人類遺伝学会の5団体は、同年11月2日、「直ちに検査の実施を中止すべき」とする共同声明を発表した。

「共同声明では今回の問題について、『大変遺憾で、由々しき事態』との見解を表明。その上で、①日本医学会の認定を受けずにNIPTを実施している医療機関や医療従事者、また検査を請け負っている検査機関や仲介業者等は直ちに検査の受諾及び実施を中止すべき、②出生前診断の実施に際しては十分な遺伝カウンセリングが行われることが必要、③日本医学会に所属する全学会は会員への監督を適正に行い、日本医師会に所属する全会員は日産婦の指針等を遵守するよう求める」と要請した」と、報道された（日本医事新報 2016）。

この時に、認可外施設とされたのは3施設であったが、2018年8月現在、インターネット上にはさらにいくつかの認可外施設の広告が掲載されている。

NHKの取材に応じたある認可外施設では、認可施設にはない利点として「検査に年齢制限を設けず、希望者は誰でも受けられるようにしていること／検査費用は認可施設より安価な価格に設定していること／認可施設では夫婦そろってカウンセリングを受けることを求めていることが多いが、このクリニックでは女性1人のカウンセリングで良い」の三点を挙げており、10か月で1200件が実施されたという（NHK 2018）。「学会が定める基準は実際のニーズと合っていない。受たい人が受けられるようにすべきだ。情報をきちんと提供して女性の自己決定を支えるのが本来のやり方なのではないか」という当該施設の医師の談話が紹介されていた（ibid）。

上記の3点の他に、検査結果が陽性だった場合に羊水検査の費用を補てんすること、性別判定もしていること、コンソーシアムで対象とされる21番、18番、13番以外の染色体の検査もすること、希望すれば結果を郵送で送ることなどの「サービス」も提供している。多くの人が「陰性」になることを考慮すると、気軽に受けられることは大きなメリットであり、認可施設以上の情報や便宜が上乗せされている。NIPT コンソーシア

ムの基準を満たしていないことが、「法律違反ではない」ということも、認可外施設で検査を受ける不安を軽くする。認可外施設のホームページやブログなどに掲載されている「患者さんの声」欄には、気軽に受けられた、結果が早く通知された、などの他に、年齢制限や認可施設へのアクセスにより「受けたいのに受けられなかった」といった内容も見られる。「受けたいのに受けられない」あるいは「遠方に行かないと受けられない」といったフラストレーションが、これらの態様から見受けられる。

だが、他方で検査を受けるかどうか、半々に迷い、遺伝カウンセリングに助けを求めても、決めることが難しい。患者側の戸惑いとフラストレーションが、出生前のスクリーニング検査の遺伝カウンセリングにはつきまとう。

もちろん、だからといって出生前の遺伝カウンセリングが重要でないというわけではない。戸惑いに付き合い、患者が何を望んでいるのかクライアントに寄り添い、考えを整理する遺伝カウンセラーや臨床遺伝専門医が増えることが患者のメリットになることは明白である。ただし、現在のキャパシティ以上のニーズが生じていることも確かではないだろうか。

では、こうした戸惑いとフラストレーションはなぜ生じるのか、「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査に関する指針」が厳格すぎるという見方もあるが、ここでは別の観点で考えてみる。

4. 充実した妊婦健診と準備する妊婦

日本の妊婦の過ごし方の特徴として、超音波画像を妊娠初期から頻繁に見る日本の産科医療の現況や、マタニティマーク¹⁷の普及、さらには多様なマタニティスクールの開講や細やかな栄養指導 (Ivry 2010) などが挙げられ、一見充実しているようにみえる。

妊婦へ母になる準備を求め、安心安全を標榜する医療が、場合によっては妊娠中絶を結果し得る出生前検査を推進することは、矛盾を孕んでいるのかもしれない。もっとも、出生前検査によって疾患を早期発見できるメリットは、妊婦への薬物投与や出産後の小児医療への接続、特殊なケースではあるが胎児治療を行える、など確かに存在する。ここでは胎児は治療の対象であり、妊婦の胎内にいる「人間」と言える。超音波画像は夫と見るだけでなく、同僚や友人に写真を見せるなど、医療のみならず社会に開かれてい

る。胎児はもはや母親だけが感得できる秘められた存在ではなく、医療と社会に開かれた「人間」になった。日進月歩の医療において、胎児の疾患や障碍の可能性が知りたいか知りたくないかに関わらず、わかってしまう状況の中で、NIPT や母体血清マーカー検査は行われている。

2014年に実施した女性への調査においても、1人目の子どもが染色体異常などの障碍を持っていて、2人目の子どもでスクリーニング検査もしくは羊水検査を受けなかった人々は、妊婦健診の超音波検査で判明するから、という理由を挙げていた(菅野 2018)。産科医療において、妊婦健診で行われる超音波検査とNTを利用して胎児の障碍を積極的に見つけようとする超音波検査は異なる位置づけがなされている(澤井 2013: 152)が、実際には妊婦健診の超音波検査にスクリーニングを期待していたり、スクリーニング検査を受けようか迷った場合に医師から「(妊婦健診の)超音波検査でわかるから大丈夫」といった言葉をかけられている(菅野 2018)。NIPT や母体血清マーカー検査は、障碍のある子どもを持つことを可能な限り避けようと熱望する一部の妊婦だけに需要があるかのように思われがちだが、実際には妊婦健診と地続きである。こうしたスクリーニング検査は、羊水検査を受ける2番目の理由(一番多いのは年齢である)となっている(西山・Nakata 2011)。

さらに、妊娠・出産に安全を求めるがゆえに行われる、妊婦に対するリスクスコアなどは、妊婦の健康状態や年齢などを「リスク」として認知させており、婉曲ではあるが、行き届いた胎児管理への希求へと繋がり、その延長線上に出生前検査がある、と考えることもできる。

5. 監視医療から管理医療へ

胎児の状態を知りたいというニーズはあるにせよ、出生前検査は、健康な妊婦、そして今育っている胎児に対して行われる検査であり、何らかの症状が出て処置する、といった性格のものではない。近年の医療が普通の人々に対する「監視医療」となっていることを指摘したArmstrongは、小児に対する健診などは‘treatment’(治療)ではなく‘inspection’(調査/検査)であると言った(Arimstrong 1995: 396)。妊娠中の医学的管理も、まさにこの範疇に入るものといえる。

「監視医療」は正常性とは何かを問う営為でもある。妊婦健診で頻回行われる超音波

検査は、胎児の障害を見つける「目的」がなくても、結果的に見つけてしまい、何らかの医療的処置へと進むのであれば、障害のある子どもの妊娠・出産を監視する役割を免れることはできないであろう。

ただし、出生前検査のスクリーニングは「マススクリーニング」でない、すなわち、強制ではなく個人が選ぶ検査であることが強調されている。個人が選ぶのであれば、その選択により、たとえ国家によって障害のある子どもの減少が企てられようとも、それに贖うことができるのではないか。NIPTの検査対象となっている疾患をもった人びとの生きる姿が当事者家族によってさまざまな形で表出される近年、そうした草の根の活動が出生前検査の受検を検討している人たちにとって役立つツールになることも期待できる。

ところで美馬達哉は、フーコーの『監獄の誕生』以降の議論において浮上してきた「リベラリズム（自由主義）的統治性」が生政治の概念にとって代わると指摘する。

西欧での中央集権化された国家において、統治の具体的な実践の中心となっていた規律と監視の権力は、その本質として行政的な執行権力であるため、それ自身のなかにチェックとバランスの仕組みを持たず、不断に上昇を続けてすべてを支配下に置こうとする傾向性を持っていた。そのため、この権力に対抗して社会のさまざまな分野で生じる抵抗や抗争もまた同じように広がり強度を増していくことになる。もし、そのままこのプロセスが続けば、抵抗のとどろきは大地を揺るがす反乱へと発展していくかもしれなかつただろう。だが、もちろん現実はそうっていない。なぜなら、規律の権力の直後ないしほぼ同じ時期に、こうした抵抗の存在をあらかじめ組み込んだ権力、すなわちみずからを全体的で過剰な権力に対する批判として位置づけるタイプの権力が登場するからだ。それが、フーコーのいう『リベラリズム的統治性』である。（美馬 2015: 213-4）

「リベラリズム的統治性」において、社会の自然状態のプロセスを促進するのが「よい統治」であり、「過剰な支配は摩擦を生み出すために非効率的である」と論じる（ibid: 214）。これは、古典的なレッセ・フェールというよりも、サッチャー政権およびレーガン政権のように、国家が強力に民営化を主導するものと軌を一にする。

NIPT コンソーシアムの「臨床研究の終了」は出生前検査、特にスクリーニング検査の規制緩和となる。だが、この動きは出生前スクリーニング検査の強制受検、すなわちマススクリーニング化ではない。障害児者の生を妨害するものでもない。検査の情報を受け取りながらも、熟考した末、「検査を受検しない」ことを多様な選択のひとつとしてむしろ歓迎するだろう。だが、マススクリーニング化されず、検査を受けないという「選択」が尊重されようとも、この社会の「必要かつ自然的な調整」のひとつとしてこの技術は使われており、今後もさまざまな社会問題と結びつきながら拡大していくだろう。例えば、筆者の行った2017年の調査では、第2子を産む際にスクリーニング検査を受けている人たちがいた。彼らは、障害のある子どもを育てることに肯定的な意見を持ちながらも、親の支援が期待できない中、共働きで第1子を育てていた。2人目に何か病気があった場合、自分たちの生活が「回らなくなる」という不安から出生前検査を受ける選択をした（菅野 2018）。

また、近年では、妊婦健診の未受診問題を受けて、未受診妊婦から生まれてきた子どもの健康状態が芳しくないことに警鐘を鳴らし、さらには児童虐待も妊娠時から始まっているといった見方も、医療従事者からなされるようになった（光田 2011）。児童虐待の増加といった問題を解決するひとつの策として、未受診に限らず生活上のリスクが高い妊婦の育児負担を減らすために、こうした検査が妊婦健診とセットで勧められる可能性もある。

妊婦の高齢化、共働き世帯における子育て負担、生活不安のある女性の困難などにこうした技術が紐づけられ、対応策のひとつとして利用されていくことは、監視医療における正常性のあてはめや統制、というよりも、美馬の指摘する「ネオリベラリズム的統治性」、別の表現をすれば、自然な調整が働くような「管理」（美馬 2015:214）となる。本稿では、詳しく触れることはできなかったが、こうした「管理」の直接的な対象となるのは、障害だけではない。国によっては、女児の出産が忌避されることから、ジェンダーに照準が合わせられる場合もある（Hvistendahl 2011=2012, Cornell 1995=2006: 43-130）。

6. おわりに

選択の自由を全面的に肯定し、それを積極的に駆動していく「ネオリベラリズム的統

治」から逃れるのは容易ではない。それは検査を受けるかどうか、その結果によって中絶するかどうかといった選択の場面では解決されえないだろう。それではどうすれば良いのか。その土俵に乗る前のメタ的な選択の場面、すなわち私たちが技術を用いて解決しようとする手前にあるミクロの問題解決から目を背けてはならないということである。障害者の生を支えるありようは今ままで良いのか、さまざまなリスクを抱えた家族が支援する方策はないのか、生活不安のある女性が安心して出産し育児に繋げていくために必要な援助は何か、こうした問題への対応は当事者および当事者家族のみの努力では足りないだろう。共働きで2人目を出産するのが不安な場合、当事者が手にできる選択肢の中でもっともアクセスしやすいのが出生前検査になりつつある中で、他の方策を模索し続けることは困難になっていくかもしれない。しかし、それに対する努力から、Aさんの「出生前検査を受けるかどうかを、どう判断したらよいのか」という道筋が見えてくる可能性がある。

だが、筆者は同時に、妊娠・出産全般における選択性が本当に保障されているのか、という点にも疑念がある。墮胎罪が現存し、中絶の自由は母体保護法に縛られている。旧優生保護法における不妊手術についても、リプロダクティブ・ライツが大きく損なわれたにもかかわらず、保障への道のりは始まったばかりである。今日の妊婦健診においては、超音波の頻回利用は女性たちの希望によるものなのか。中には、回数を減らして費用を抑えてほしいと考える人もいるだろう。スタンダードが曖昧な妊婦健診における超音波検査は、先述したように、医療者と妊婦の双方から出生前検査の役割を期待されている、という捻じれがある。

出生前検査の実施において、単にニーズがあるから、というだけで積極的に推進することが危険なのはもちろんであり、施設要件を整備し遺伝カウンセラーを常駐させ検査の説明やフォローを行う体制を整えたことは評価に値するだろう。引き続き、遺伝カウンセラーの養成および活躍が期待される。ただ、例えばNIPTコンソーシアムで実施した受検者へのアンケート調査の公表内容はやや雑駁な印象が否めない。「ネオリベリズム的統治」に抗う方途として産科医療外部の問題性に目を向けるとともに、産科医療からのより積極的な情報公開が求められる。

謝辞

本研究は JSPS 科研費 25283017、16K13410、14594023 の助成を受けたものです。

¹ 「精度」を陽性的中率を捉えると、同じ感度であっても有病率が異なるとその値は違ってくる。妊婦の年齢によって発症率の異なる染色体異数性の場合、妊婦の年齢によって陽性的中率は違うはずである。この確率をめぐるやりとりと、2013 年 4 月から臨床研究が始まるまでのガイドラインの策定過程については、松原洋子「日本における新型出生前検査 (NIPT) のガバナンス——臨床研究開始まで」に詳しい (松原 2014)。

² 日本医学会「遺伝子・健康・社会検討委員会」のサイト「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査」では登録施設は 2018 年 7 月 13 日現在 92 施設とされているが、NIPT コンソーシアム「NIPT コンソーシアムの臨床研究施設」のサイトでは 2016 年 12 月現在で 78 施設と公表されている (NIPT コンソーシアム 2018)。

³ 「先天異常の胎児診断，特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」は 1988 年に日本産科婦人科学会より会告として出されたものである。妊娠初期絨毛検査は確定的検査として実施されている件数は現在羊水検査よりも少ないが、絨毛検査に対して出されたこの見解が羊水検査にも流用され、羊水検査の実施の根拠となってきた。胎児診断ができる羊水検査や絨毛検査といった確定的検査には流産のリスクがあるため、「先天異常の胎児診断，特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」では、検査を受けられる妊婦に対し、a. 夫婦のいずれかが染色体異常の保因者、b. 染色体異常児を分娩した既往を有するもの、c. 高齢妊娠、d. 重篤な伴性 (X 連鎖) 劣性遺伝性疾患の保因者、e. 重篤で胎児診断が可能な先天性代謝異常症の保因者、f. 重篤で DNA 診断が可能な遺伝性疾患の保因者、g. その他重篤な胎児異常の恐れがある場合、といった条件を課していた。

⁴ 2013 年において、初期コンバインドテスト、中期血清マーカー検査を含めた母体血清マーカー検査総数は推定 2 万 6400 件、羊水検査総数は推定 2 万 600 件である (佐々木 2015:27)。それぞれの割合を求めると、母体血清マーカー検査が 2.6%程度、羊水検査は 2%程度となり、両者とも 1998 年以降最高であるが、受けている人は全体から見ると多数派とはいえない。

⁵ 例えば、読売新聞は NIPT が実施されようとしていた 2013 年 3 月 19 日から 21 日にわたって「揺れる命」と題して 3 回にわたり特集を組み、検査の簡易さと選択の重さ、遺伝相談の体制が十分であるか、根源的な議論の必要性について論じた。その後も「揺れる命」は、当事者の経験

などを紹介しながらその問題性について論じている。

⁶ 母体血清マーカー検査の導入時に書かれたものとしては、産婦人科医である佐藤孝道による『出生前診断—いのちの品質管理への警鐘（有斐閣選書）』（1999年）、その後同じく産婦人科医の大野明子の『子どもを選ばないことを選ぶ—いのちの現場から出生前診断を問う』（2003年）がある、NIPTが登場して以降は、山中美智子らによる『出生前診断 受ける受けない誰が決めるの?—遺伝相談の歴史に学ぶ』（2017年）が検査を受ける一般の人々向けに出版された。どれも検査について理解を深め冷静に考えることを促す内容となっており、著者らもこうした検査を行うことに躊躇していることが伺える。

⁷ スクリーニング検査の受検率は、アメリカが70%、イングランド&ウェールズが88%、デンマークが84.4%、オーストラリアが60%、という数値が出ている。台湾は、35歳以上は羊水検査、それ以下だと母体血清マーカー検査であり、スクリーニング検査の受検率は65~80%と予想される。オランダは23.7%と低い。いずれも2000年代後半の調査とされる（西山 2015: 66）。

⁸ 羊水検査は妊婦の羊水を培養することによって、染色体異常を初めとする障害を診断する検査として、日本には1968年に導入された。出生前の確定的検査の中では広く使われている。羊水検査は妊娠の前半期に行われる、いわゆる genetic amniocentesis で、染色体分析や先天代謝異常の出生前診断に用いられる。この他に妊娠の後半期に行われる胎児管理のための diagnostic amniocentesis は、胎児 well-being や胎児発育とくに機能面での分化を捉え、体外環境に対する適応能を知るのに用いられる（鈴木 2001）。

⁹ 絨毛とは妊娠早期の胎盤の一部で、それを採取するのが絨毛検査である。かつては実施件数が非常に少なかった。妊娠9~11週に経膣法で行われ、母体細胞混入の多い、不確かで危険な検査と認識されていたためだが、現在は経膣法と経腹法の両方があり、妊娠10~14週に実施され、副作用である流産の確率は多くの文献で1%未満とされているという。早期に実施できる、羊膜内に針が刺入しないため羊膜破裂がなく穿刺針と胎児との接触の可能性がない、といったメリットから年間1000件を超える検査を実施している医療機関はあるが

（夫 2012:1103-6）、手技が難しいため、この検査ができる施設はまだ限られている。

¹⁰ NT (Nuchal Translucency) 計測は染色体異常に対するスクリーニングである。胎児の頸部浮腫の厚みが染色体異常などの疾患の出現率と関係していることからNTが測定されるようになったが、NTでわかるのはあくまでも可能性にとどまる。確定診断である羊水検査を受けなければ

胎児が染色体異常かどうかの診断を下すことはできない。NT を希望しなくても妊婦健診で疑いが持たれた場合、そこから羊水検査などの確定的検査に入っていくこともある。

¹¹ 例えば、大腸がん検診では、腸管破裂の可能性のある内視鏡検査ではなく、大腸での出血を調べるため、便中のヘモグロビンの量を測定する便潜血検査が用いられている。

¹² 明治時代から続く刑法墮胎罪により、墮胎は禁止されているが、母体保護法（1996年までは優生保護法）の「妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」（母体保護法第14条の1）もしくは「暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」（母体保護法第14条の2）という条件を満たせば、妊娠中絶が許される、いわば二重構造になっている。従って、上記の条件を満たさなければ法的な罪に問われることになるが、胎児の障碍（いわゆる胎児条項）はその条件に含まれていないため、そのいずれかに読み替えられて中絶手術が行われてきた（中谷 1999）。妊娠中絶の事由別件数は衛生行政報告（2001年までは母体保護統計）に記録されているものの、胎児の障碍による中絶の件数がどれほどか不明なものもそのためである。こうした中で、胎児の障碍による妊娠中絶は、この法律を知る妊婦に「認められない中絶」と感じさせることはもとより、中絶手術を行う産科医（正確には母体保護指定医）に精神的な負担を与えてきた。平原史樹は医師の立場から次のように吐露する。「（胎児に異常が発見された場合）診断がついてから満期産として出産する自然待機のプランを理解、納得する妊婦、家族はほぼ皆無である。（中略）このような人の営みの中でスッキリしないものに対して一般的な自然の感性で臨機応変に対応する部分にこそ何らかの指南がほしいのである。四角四面な議論では答えの得られないところにこそ、医療者のみの独断に委ねない人智が介入して欲しいのである」（平原 2005）。

¹³ 遺伝カウンセリングそのものは、出生前遺伝カウンセリングだけではなく、小児期遺伝カウンセリング、成人期遺伝カウンセリングがある。小児期遺伝カウンセリングでは、先天異常症など小児期発祥の疾患に罹患している患者についての正確な診断と情報提供、その患者の両親から生まれる次子、あるいは両親の同胞から生まれる子のリスクについて相談に応じており、出生前診断が可能かどうかの情報も得られるため、出生前の遺伝カウンセリングとは地続きである（福嶋 1996:6）。

¹⁴ 2003年～2004年に実施した科研費C「新生殖技術における意思決定の文化・社会的要因分析——胎児診断の事例から」（研究代表者 柘植あづみ：科研費14594023）の助成による調査にお

けるインタビュー調査に該当する。

¹⁵ 2017年に実施した科研費挑戦的萌芽「男性の生殖論に向けて——出生前検査における男性の経験に関する調査」(研究代表者 菅野撰子:科研費 16K13410)の男性への聞き取り調査に該当し、インタビューの承諾を得た語りのデータの一部を引用する。

¹⁶ 2014年～2017年に実施した科研費B「医療技術の選択とジェンダー——妊娠と出生前検査の経験に関する調査」(研究代表者 柘植あづみ:科研費 25283017)の、遺伝カウンセラーおよび女性へのインタビューに該当する。

¹⁷ 2014年～2017年に実施した科研費B「医療技術の選択とジェンダー——妊娠と出生前検査の経験に関する調査」(研究代表者 柘植あづみ)の、遺伝カウンセラーおよび女性へのインタビューに該当する。マタニティマークは、2006年に国民運動計画「健やか親子21」推進検討会において、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保を目指して発表された。周囲に妊婦であることを示し交通機関や職場、飲食店での配慮を求めるものだが、マタニティマークをつけることで妊婦であるという自覚を促すという副次的な効果もあると思われる。

【文献】

Armstrong, David, 1995, "The rise of surveillance medicine," *Sociology of Health & Illness* 17(3): 393-404.

Cornell, Drucilla, 1995, "The Imaginary Domain Abortion, Pornography & Sexual Harassment", *Routledge* (=2006, 仲正昌樹監訳『イマジナリーな領域——中絶、ポルノグラフィ、セクシャル・ハラスメント』御茶の水書房).

福嶋義光, 1996, 「遺伝カウンセリングの対象」福嶋義光編『遺伝カウンセリングマニュアル 改訂第2版』南江堂, 6.

平原史樹, 2005, 「胎児異常」『産婦人科の実際 産婦人科診療におけるインフォームド・コンセント』Vol.54 No.11, 金原出版, 1699-1704.

Hvistendakl, Mara, 2011, *UNNATURAL SELECTION CHOOSING BOYS OVER GIRLS AND THE CONSEQUENCES OF A WORLD FULL OF MEN*, The Marsh Agency Ltd. (=2012, 大田直子訳『女性のいない世界 性比不均衡がもたらす恐怖のシナリオ』講談社.)

遺伝カウンセリング学会, 2016, 「出生前遺伝カウンセリングに関する提言」, 遺伝カウンセリング学会ホームページ, (2018年10月21日取得), http://www.jsgc.jp/teigen_20160404.pdf

Ivry.Tsipy, 2010, *EMBODYING CULTURE Pregnancy in JAPAN and Israel*, RUTGRES UNIVERSITY PRESS.

厚生省, 1999, 「厚生科学審議会先端医療技術評価部会・出生前診断に関する専門委員会「母体血清マーカー検査に関する見解」についての通知発出について」(2018年10月21日取得)
http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1107/h0721-1_18.html

松原洋子, 2014, 「日本における新型出生前検査 (NIPT) のガバナンス——臨床研究開始まで」小門 穂・吉田 一史美・松原 洋子 編 『生殖をめぐる技術と倫理——日本・ヨーロッパの視座から』生存学研究センター報告 22: pp.69-85.

美馬達哉, 2015, 『いま読む! 名著 生を治める術としての近代医療』積信堂.

光田信明, 2011, 「社会的リスクと周産期医療 ——胎児虐待という観点から」日本産婦人科医学会第41回記者懇談会資料 (2018年10月21日取得)
http://www.jaog.or.jp/sep2012/known/kisyakon/41_110209.pdf

森岡正博, 2001, 『生命学に何ができるか 脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房.

内閣府 2015 平成 27 年版 少子化社会対策白書 (2018 年 10 月 21 日取得)
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2017/29webhonpen/html/b1_s1-1-2.html

中谷 瑾子, 1999, 『21 世紀につなぐ生命と法と倫理——生命の始期をめぐる諸問題』 有斐閣.
 NHK 2018 「妊婦さん、その検査ちょっと待って——新型出生前検査の混乱」NHK NEWS WEB ホームページ (2018 年 10 月 21 日取得)
https://www3.nhk.or.jp/news/web_tokushu/2018_0619.html?utm_int=news_contents_tokushu_002

日本医事新報, 2016, WEB 医事新報 No.4829 「無認可施設の検査は「直ちに中止すべき」——日本医師会など 5 団体が共同声明 【新型出生前診断】」(2018 年 10 月 21 日取得)
<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=5350>

日本産科婦人科学会倫理委員会・母体血を用いた出生前遺伝学的検査に関する検討委員会, 2013, 「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査に関する指針」, (2018 年 10 月 21 日取得)
http://jams.med.or.jp/rinshobukai_ghs/guideline.pdf

NIPT コンソーシアム, 2018, 「NIPT コンソーシアムの実績と報告」(2018 年 10 月 21 日取得)
http://www.nipt.jp/nipt_04.html

西山深雪, 2015, 『出生前診断』ちくま新書

西山深雪・Nakata Naomi, 2011, 「羊水染色体分析の検査希望理由の分析及び理由に基づく染色体異常の頻度の日米比較」『日本遺伝カウンセリング学会誌』Vol.32 pp95-100.

夫律子, 2012, 「出生前診断の方法と意義 絨毛検査 (CVS)」『臨床 婦人科産科 出生前診断の新しいトレンド』 Vol.66 No.12 医学書院: 1103-1112.

斎藤有紀子, 1998, 「出生前検査とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ」『ペリネイタルケア第17巻 夏季増刊』, 304-309.

佐々木愛子, 2015, 「わが国における出生前検査の現状」『日本医事新報』N0.4768, 25-30.

澤井英明 2013 「出生前診断のいま」『医学のあゆみ』Vol.246.No.2: pp150-7.

菅野摂子, 2001, 「出生前診断における妊婦の受検態度と医療者のかかわり」『保健医療社会学論集』Vol.12:115-126. .

菅野摂子, 2007, 「知らないことは可能か—超音波検査における胎児の認知と告知」根村直美編『健康とジェンダーⅣ——揺らぐ性・変わる医療ケアとセクシュアリティを読み直す』明石書店:91-122.

菅野摂子, 2013, 「選択的中絶とフェミニズムの位相」『社会学評論』Vol.64, No.1:91-108.

菅野摂子, 2017, 「出生前検査における意思決定支援の困難性—遺伝カウンセラー・臨床心理士の語りから—」『保健医療社会学論集』第28巻第1号:23-33.

菅野摂子, 2018, 「『家族』のために利用される出生前検査—母親／父親における2人目の出産という課題」第28回日本家族社会学会 自由報告発表資料.

鈴森薫, 2001, 「研修医のための必修知識 B,産婦人科検査法 18.羊水検査」『日本産科婦人科学会雑誌』第53巻11号:N395-N405.

玉井真理子, 1998, 「出生前診断と自己決定」『現代思想 自己決定権 私とは何か』Vol.26-8, 青土社, 106-116.

立岩真也, 1997, 『私的所有論』勁草書房.

柘植あづみ・菅野摂子・石黒眞里, 2009, 『妊娠 —あなたの出生前検査の経験をおしえてください』洛北出版.

Yotsumoto, Junko, et.al, 2016, “A Survey on Awareness of Genetic Counseling for Non-Invasive Prenatal Testing: the first year experience in Japan,” *Jornal of Human Genetics*, 61: 995-1001.

看護師育成におけるコミュニケーション学習の現代的課題

— 会話分析的探究 —

舞弓京子 (久留米大学医学部看護学科) ※

樫田美雄 (神戸市看護大学看護学部)

(※¹ mayumi27@med.kurume-u.ac.jp)

The Tasks of Communication Learning in Nurse Training :

Conversation Analytical Study

MAYUMI Kyoko¹⁾

KASHIDA Yoshio²⁾

1) Kurume University, School of Nursing

2) Kobe City College of Nursing

Key words: Nursing Student, Communication, Simulated Patient, Conversation Analysis

1. はじめに

平成 29 年 10 月新たな看護学教育モデル・コア・カリキュラムが策定された。そこには、看護系人材に求められる基本的な資質・能力の 1 つとして、コミュニケーション能力が挙げられ、「人々の相互関係を成立・発展させるために、人間性が豊かで温かく、人間に対する深い畏敬の念を持ち、お互いの言動の意味と考えを認知・共感し、多様な人々の生活・文化を尊重するための知識・技術・態度で支援に当たることを学ぶ」(大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2017:15)と明記された。これまで看護学教育において、コミュニケーション教育は「基礎看護学」、「看護技術」、「精神看護学」などの科目の中で、部分的に取り上げられ、そのトレーニングとしてプロセスレコードの活用や、ロールプレイによる演習が行われてきたが、独立した系統的教育プログラムとして構築されていないように感じる。また、臨地実習においても、実際に患者とコミュニケーションをとる実践の場であるにも関わらず、看護過程(看護計画を含む)や看護技術の実践に重点がおかれ、コミュニケーションについての振り返りをする機会が少なかった。したがって、今回の看護学教育モデル・コア・カリキュラム策定によりコミュニケーション教育の教育内容の見直しが求められることになる。

しかし、コミュニケーション教育は、大変難しい。この難しさを「教員側要因の分析」

と「学生側要因の分析」に分けて述べよう。

前半の、教員側から見たコミュニケーション教育の困難さの要因としては、以下のものがある。まず、第一に、コミュニケーション教育においては、コミュニケーションの状況を見逃した粗雑な技術教育は、むしろ、長期的には修復が困難なトラブルの原因となるので、望ましくない。つまりコミュニケーション教育は、その短期的成果と長期的成果を分けて考える必要があるものであり、そこに他の教育分野とは異質性があるのである。この困難への対応は、つねに長期的成果を志向することによってなされることとなる。つまり、コミュニケーション教育においては、対象の多様性と状況の変化可能性への十分な理解を基盤とした対応ができるようになることが重要なのであり、したがって、対象理解の（短期的）正しさのみに志向した状況把握を学生に促すのではなく、患者との持続的で環境変化に即応できるコミュニケーション状況を作り上げていくことが必要なのである。たとえば、技法としての「オウム返し」や「要約」を身につけたあとで、そのレベルのコミュニケーションスタイルが、形式的すぎるという批判を受けるようになったとしても、その批判に対応して自己革新を遂げていくことができるような、そういう発展的な志向性をもった学生を育てていかなければならないのである。つまり、最終的には、相互にモニターしあう関係を患者との間で構築することこそが重要なのである。

ついで、第二に、看護のコミュニケーション教育においては、背景となる教育理念がばらばらな諸技法がランダムに移入されている、という問題もある。たとえば、カウンセリングや、アサーション、コーチングなど他分野の専門性の高い教育内容が導入されても、看護学の中での位置づけについて十分に議論がなされないと、トレーニングはしたが活用できないという結果に終わる。実際、看護師のコミュニケーション技術尺度開発に、カウンセリング技術を内包した研究（上野, 2004:1-11）があるが、十分な位置付けは得られていない。また、教育する側が習熟したスキルを修得していないことがある点も問題である。これらの事が、看護におけるコミュニケーション教育を難しくしている。

後半では、学生側の要因について述べよう。まず、コミュニケーションの課題を学生がよく理解していない、という根本的な問題がある。

看護師に対し、「優しい」、「笑顔」といったイメージを抱き、入学してくる学生が多い。そのようなイメージを守ることに汲々とし、患者を傷つけてしまうのではないかと、という課題にだけ敏感になり、短絡的に、とりあえず“共感”したり、一線を引いたり、自分が納得できるよう解釈するといった行動（舞弓, 2012:5-6）をとるようになる展開が散見されるが、これは、専門的なコミュニケーションの課題を学生が理解していないがゆえに起きる短絡なのである。患者側の主体性を確保するという課題を意識すれば、上述のような短絡的なコミュニケーションスタイルが、看護師のイメージを守るだけのものであって、課題に応えるものではない、ということはわかるはずである。

また、現代の学生はスマホ世代であり、SNS や LINE を介した非対面のコミュニケーションが日常化している。そのようなスマホ世代の一部には、「対面コミュニケーションからの撤退」路線を、みずからの日常的なコミュニケーション戦略としてとっているものもかなりいるようだ。その結果、臨地実習で患者を受け持つと患者の表情を見ても、どのように答えたらよいかわからない、と主張する学生が出てくることになる。

このような中、看護教育において、今必要とされているコミュニケーション教育の自身とは、第一に、対象理解力を高め、第二に、その対象理解に基づいて、患者の主体性を向上させる環境をさまざまな状況に合わせて提供できるよう、多様性対応力を身につけさせることだろう。ただし、我々はここで「多様性の多様性」ということについても考えておかなければならない。たとえば、一つ目としては、多様性対応力を身に付けるべき看護学生側にも多様性があることを踏まえなければならないということである。多様性対応力に関する教育は、従来は、スタッフ側の健全さや標準性を確保することで、イレギュラーなクライアント（患者）側への（標準的な）対応力を増大させようとするものであったが、多様性というものが、そのように予期できる選択肢群の範囲に収まるとは限らないと分かる程度に、クライアント（患者）側の多様性があがってくると、そのような事前に訓練できる程度の多様性とは違う多様性への対応が志向されることになる。そういう「多様性の多様性（多様性のなかには、選択肢の形で事前に把握されている多様性と、そのように事前に把握されていない多様性があるということ）」状況に対応するためには、そもそも、スタッフの側にも、事前にコントロールされているレベルにとどまらない水準の多様性が必要だ、という展開になってきているのである。

また、二つ目としては、対応力というものが、現在を志向する場合と、未来を志向する場合とでは、少しく異なってくるということがある。「考える」「対応する」という活動を医療職がする場合に、比較的短時間的な、もっといえば、即時的な対応のみが志向されていることが多く、その結果、いくつもの展開の機会（チャンス）を失っていることがあるのではないかと我々は考え始めている。いまは解決策がすぐには出てこないけれども、未来の違った対応に可能性を残しておく、というような「長い時間」を視野に収めた「対応力」というものが、これからの看護においてはもっと考えられて良いだろう。そういう観点から、即時的ではない対応が準備されたり、研究されたり、場合によっては、患者側との相互行為のなかで開発されていったりする可能性も、検討されるべきだろう。けれども、とりあえずは、看護学生のコミュニケーション教育において、二つの課題がある、という確認はできる。そこに一回立ち戻って議論をすすめよう。

上述の2つの目標を看護師教育において達成するための一つの方策は、1対1の関係の中で、相手の話を、自分という道具（感情や経験などを持った生身の人間であることを意識することは、自らを道具として使うことであるといえよう²⁾）を使って正確に聞くことに、学生を習熟させることであろう。あるいは、そのような「1対1関係の充実」が、患者側からの、初期値的な、標準的期待であると考えれば、この「1対1関

係の充実」を模倣するようなコミュニケーションスタイルを場面のなかで達成する技術を、看護師教育一般の課題とすることが、まずは志向されてよいだろう。

このことは、構図主義的には、「相手の話に関心を向け、想像力を働かせながら、一緒に話のプロセスを辿っていくこと」の「達成」に基づいて、「必要な対象理解」を「確保」し、「医療現場に必要な信頼関係」を「構築」していく、という記述になるだろう³。宮本（宮本，2003:21）は、他者との相互作用における「しっくりこない」感じを異和感とし、「異和感の解消をはかりながら、自分自身や相手の心理、そして両者の相互作用の特徴について解き明かすために異和感の対自化をする」ことを推奨している。つまり異和感が生じた時、問いかけを実施して、異和感の原因となったズレを埋める作業を行うことが、他者理解そのものの増進につながるというメカニズムがひとつの標準的なものとして存在する、と考えているのであるが、我々は、この宮本の卓見に強く同意するものである⁴。

これまでに、看護学分野でコミュニケーションについて、さまざまな研究が行われてきた。岩脇ら（岩脇・滝下，2007:1-11）は臨床場面における看護師のコミュニケーション技術の特徴を明らかにするために、ビデオカメラで撮影し、RIAS(Roter's Interaction Analysis System)を用いて会話内容を分類し、言語的・非言語的コミュニケーションの関連を明らかにした。中谷ら（中谷・森，2018:171-183）は、看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキルを高めると、専門職的自律性を介して結果的にセルフエフィカシーの向上へとつながることを、質問紙調査によって明らかにしている。このように専門職として培われるべきコミュニケーションスキルの構造や他の能力への影響性に焦点を当てる研究が行われている。一方、看護学教育においては、学生が実習中に困惑した場面をロールプレイ演習で再現し、その学びのレポートを分析した研究（丹治・風間，2015:67-70）などがある。このように看護学教育分野でのコミュニケーション研究は、会話後に想起されたデータに基づいたものが多く、「事後想起」に基づく問題を抱えている。つまり、その「事実性」に疑義が存在するのである。

そこで今回、コミュニケーション能力を育む教育内容を考えるために、ビデオ撮影した学生の対話場面そのものをデータとして、分析にはビデオ・エスノグラフィーを用いた。岡田（岡田，2018:48）はビデオによるデータ群は、参加者を突き動かしながら、自覚されることのない、細やかな出来事としての「事実」や会話の構造を明らかにし、相互行為の記述を、より「事実」に近づけるという意味で記述に厚みを加えることになると説明する。この方法で、学生の会話で生じている「事実」を分析し、どのようなコミュニケーション能力を育むことが必要であり、かつ有意味であるか、について考察していくことにしよう。

2. 看護学科所属の学生の会話分析⁵

患者との会話で生じる学生の課題を明らかにする目的で、ビデオ・エスノグラフィー

を行った（写真1）。患者役は、医学教育の「客観的臨床能力試験（OSCE： Objective Structured Clinical Examination）」のトレーニングを受けた模擬患者（SP： Simulated Patient）である。実習中の看護師役学生は臨地実習を全て終了した4年生である。学生とSPには研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し、承諾を得た。また、学生が所属する大学の倫理委員会での承認を得て撮影は行われている。

事例の設定は、朝のウォーキング中に胸痛発作があり、精密検査目的で入院となった入院2日目の患者である。受け持ちになった学生は、朝の申し送りで、患者の氏名、年齢、性別、入院までの経過（すなわち、「ウォーキング中に胸痛発作があったため、検査目的での入院となった」という情報）をもらい、初めて患者と対面する場面である。患者は、ベッド上安静でトイレなど移動する場合はナースコールを押すように医師より生活指示がでている。食事は減塩食が開始されている。学生は患者に自己紹介をし、ベッドサイドの椅子に腰かけて、約10分間会話する。

分析に入る前に、会話場面のトランスクリプトを作成した。トランスクリプト（本稿での利用部分）は断片1と2に示したとおりである。看護学生はNS、模擬患者はSPとする。断片1は、冒頭の学生のあいさつ後（トランスクリプトでは省略されている）、学生が入院までの経過を尋ねる場面である。断片2は、入院で困ったことを尋ねる場面である。トランスクリプトで用いている記号については本稿末尾の付録に示す。



（写真1）看護学生とSPとのコミュニケーション・トレーニング風景

(断片1) 患者役 SP と看護師役学生との会話

- 10NS : まず：田中さ：ん 今回<どのような入院：>って話を聞いていますか？
- 11SP : あ：〇ちょっと私〇胸の痛みが [あつて：＝
- 12NS : [あ：：
- 13SP : =来たんです [けど：＝
- 14NS : [はい
- 15SP : =検査のため [に：＝
- 16NS : [あ：：
- 17SP : =入院してくださいってことで：昨日病院に来てもういきなり入院[だったので：＝
- 18NS : [あ：：
- 19SP : =自分の方[が：ちょっとびっく[りしてるくらいな[んですけど：
- 20NS : [あ： [あ： [あ：：
- 21NS : 胸の痛みは：いつなったんですか？
- 22SP : あの：大体お天気がいい時[は：＝
- 23NS : [はい
- 24SP : =ウォーキングにでるんですけ[ど：＝
- 25NS : [〇はい〇
- 26SP : =昨日もウォーキングに出て：しばらくしたら(.) ちょっとおかしくなってます[ね＝
- 27NS : [は：
- 28SP : =そいでもう<ちょっとうずくまって>しまっ[たんですよ。
- 29NS : [ふ：ん
- 30SP : それから：10分くらいだったか[な？：：と思うんですけど：：＝
- 31NS : [は：
- 32SP : =おさまったので[：＝
- 33NS : [はい
- 34SP : =家に帰って[：＝
- 35NS : [はい
- 36SP : =〇そして〇私夫が<一緒[に：>いつもウォーキングやるので：
- 37NS : [あ：
- 38SP : =〇もう〇おかしいよって言われてで[すね：＝
- 39NS : [〇うんうん〇
- 40SP : =それです[ぐ こちらの病院に伺ったんです[けど：。
- 41NS : [あ：： [あ：：
- 42NS : 〇そうだったんですね：〇
- 43SP : は：い
- 44NS : >じゃあちょっとびっくり<されたでしょう？

45SP: 自分が一番びっくりしてます。(hhh)

46NS: そうですよね:(hh)

1) 入院までの経過を尋ねる場面 (断片 1)

(1) 患者の認識を確認

冒頭の挨拶の交換の後(この部分は断片1のトランスクリプトでは省略されている), 「今回<どのような入院:>って話を聞いていますか?」(10行目)という学生の発話から, 具体的な内容に関する会話が始まっている. 学生のこの発話の仕方は, その発話の意味内容を, ビデオ・エスノグラフィーを用いずに, 単にトランスクリプトにしたがって文字通りに受け取ってしまうのなら, 「あまりよくない発話」であるという評価をされるような発話であるとみなされよう.

しかし, 丁寧に発話の仕方をビデオ・エスノグラフィー的に跡づけるのなら, かならずしも, そうとは言えない. すなわち, 十分に洗練された, 比較的優秀な看護学生らしい発話である, という評価も可能な会話であることが見えてくるだろう. 以下, 対比的にこの議論を確認していきたい.

まず, 学生のコミュニケーション的態度に関して否定的に評価をする立場からの読みを根拠づけてみよう. この, 発話を否定的に読む場合には, 「知識を質問するものは, 知識を持っていないから質問するのだ」という「常識」が援用されて, 推論が組み立てられることとなろう. すなわち, この学生は, 入院の状況に関して, 患者に質問をしているので, 知識を持っていないがゆえにその行為をするのだろう, と推論することができ, そのような推論をしていくとき, この発話は問題発話である, ということになる. つまり, 当該学生が, 行うべき事前活動を怠っているという議論になるのである. つまり, 何も情報を得ないままベッドサイドに来てしまっていると患者側に受け取られ, 患者から, 準備不足なままベッドサイドに来る学生だ, と見られるリスク, すなわち, 不信感を持たれるリスクもある発話になっていると言う議論になるのである.

しかし, そのように推論することは, 果たして妥当だろうか. 会話分析にはたくさんの知見があるが, そのひとつに, プロフェッショナルの「専門家的慎重さ」に関わるものがある⁶. その事実を知っているものからすれば, すなわち, 「専門職-素人」会話に習熟しているものの目からみれば, また別様の解釈も可能なのではないだろうか. ではそれはどのような解釈だろうか.

病院等の「制度的場面」での「専門職-素人」会話においては「専門家的慎重さ/丁寧さ」が見て取れる, という議論が存在している. そういう目で見ると, この「断片1」の冒頭の発話は, もっとも重要な部分である, 「<どのような入院:>」の部分, を, ゆっくりと発話している (<と>で挟まれた部分はゆっくりと発話されている. 『付録』を参照のこと). このゆっくりさを「専門家的慎重さ」の現れであると解釈するのならば,

当該学生は、入院患者に関する知識が欠けているのではなくて、その知識どおりの理解を患者がしているかどうかを確かめるために、この10行目の発話をしている、と解釈することもできるのではないだろうか。あるいは、さらにうがった見方をすれば、実際には、当該学生は、患者の入院理由を知らなかったとしても、その理由を、このように、ゆっくりと丁寧に聞くのならば、あたかも「専門家的慎重さ」を行使しているかのように、患者側にその質問発話を聞かせることができるのであって、そのような展開可能性を予想しながら発話しているのだとすれば、それは結果として、「患者側からの不信感の払拭」に繋がる行為の仕方であるということができるようにも思われる。つまり、この「ゆっくり丁寧に聞く聴き方のモードの採用」は、それが、医療場面における専門職側のモードとしてふさわしいようにデザインされたコミュニケーションモードであると解釈される可能性があるので、実際に当該学生が、当該知識を持っているか否かにかかわらず、場面にふさわしい、適切な振る舞いとしての質を持った行為である、ともいえるように思われるのである。

ここまでの議論をまとめよう。「断片1」の10行目の発話は、その文字通りの内容だけから解釈するのならば、いささか奇異な、あるいは、無防備な発話である。しかし、その発話の様態が「丁寧さ」を帯びていることにしっかりと注目するのならば、「医師や看護師からの説明を患者がどのように理解しているか」の「確認」のためになされた、十分に専門的で適切な発話である、と理解することも可能になるような発話として「デザイン」されていたのである。簡単に、常識的な解釈をして、終わりにしてしまうのではなく、ビデオを用いて繰り返し現場の状況を確認することで、あり得た多様なコミュニケーションの可能性を丁寧に追求することが、ビデオ・エスノグラフィーの達成なのである、とここをまとめることもできよう。

もちろん、別の意図を、ここでの「看護学生」の発話に読み込むこともできるだろう。患者の入院に関しての状況的知識を事前の活動によって入手していなくても、患者から聞くことで補うことができるし、かつ、その患者から状況を聞く活動自身が、屋上屋とはならない仕組みを持っていて、そのことを「不審に思った患者」に事後的にであっても説明できるのなら、それでよい、という理解が「看護学生側」にあったと考えることも可能であろう。たとえば、「入院時に医師から、どのように説明を聞いたのか」を患者自身の言葉で再確認することにより、患者がどのように理解しているかを確認していき、そこから、その情報からだけで、必要な助言をするというような組み立てのなかに、この最初の10行目の質問が入るのなら、それはそれで、理解可能なコミュニケーションスタイルである、ということもできるだろう。実際、そういう状況の下で、医療者側の説明が不足している、または患者が誤った認識をしているとわかる場合も多く、そういう場合には、多くの実践現場の看護師は、患者に対して補足説明や修正的な説明を実行するのだが、そのような展開をすることはよくあることなのである。

上述のような「問題関心」を持っていると想定して、ここでの看護師役と患者役との

やりとりを追跡すると、(看護師役学生から患者役 SP に) 助言をするべき事態が発生していることが見て取れる。

たとえば、この「断片 1」においては、「=検査のため[に:=] (15 行目) という目的しか患者には伝わっていない。「検査」という目的だけでは、入院中の生活制限に根拠が与えられない、という問題が発生することは、容易に想像できるだろう。実際に「いきなりの入院」(17 行目) という患者側の発話や、「=自分の方[が:ちょっとびっくり] (19 行目) という患者側の発話からは、「状況 (おきていること)」をうまく受け入れることができていない、言ってみれば、患者が動揺している、とも言える様子が理解できる。とするのならば、患者が現在持っている以上の情報を看護師役学生側がたとえ持っていなかったとしても、患者役側の不安な気持ちを受け取り、それに対して、労いの言葉をかけるといような対応は、十分に可能であるように思われた。

入院時の状況に関する質問のモードに関する分析からは、上述のような議論が、ビデオ・エスノグラフィ的には可能になるのである。

もし、学生と指導者が、このビデオを見ながら、上述のようなコミュニケーションの解釈可能性について議論をすることができるのならば、少ない定型的コミュニケーションモードを機械的に採用する学生から、多様なコミュニケーションモードの中から、その場にもっともフィットしたコミュニケーションモードを上手に選べる学生に、学生を教育的に誘導するきっかけに、当該の議論を活用することができるのではないだろうか。

(2) オーバーラップする相槌

「断片 1」の看護師役学生は、患者役 SP の話を聴きながら、「あ:::」、「は:い」「ふ:ん」「うんうん」などの相槌を、頻繁に入れながら会話を進めている。しかし、この頻繁な相槌は、当該学生が期待している通りの効果/価値を持ち得ているだろうか。

たとえば、「相槌がコミュニケーション上、有用なことがある」という知識を得た学生は、頻繁に相槌をうち、そういうやり方で患者に、患者の気持ちに共感したことを伝えようとすることがある。しかし、それは「とりあえず“共感”する」(舞弓, 2012:5) ことに過ぎないと見破られていることもあるのではないだろうか。

もし、共感を Rogers (Rogers, 1980:122) が述べるとおり、相手の内面的枠組みをあたかもその個人であるかのように、情緒的要素や意味を正確に知覚することであると考えるのならば、「共感をする」と「共感を表示すること」は違うことになる。人間には、ウソをつく能力があるので、「共感」をしていない時にも、「共感を表示すること」はできてしまうからである。

とすると、重要なのは、ただ「共感を表示すること」ではなく、中身ある形で「共感の表示になる理解の表示をすること」ということになる⁷。

たとえば、異和感は初期体験での出現が多く、宮本 (宮本, 2003:21) は、話の中で異和感を感じた時、そのことを相手に問う投げ返しを練習することで、対象理解へと進む

と述べているが、そのようなメカニズムがあることが、もし共有されている場面ならば、適切な異和感の表示は、むしろ、単純な共感の表示よりは、理解をしていることの表示として有意味だ、ということになるだろう。

そういう観点から見ると、この「断片1」の場合、学生は相槌を打つだけになってしまっていて、特に、文脈理解の水準が問われるような形での問いや確認などを投げ返すことには成功していない。こういうシンプルな相槌は、続けての患者の発話を促進する効果は持つかもしれないが、患者側に対して、自らの理解を医療者側が正確に知覚している証拠とは受け取られないだろうと思われた。

つまり、シンプルな相槌は、とりあえずのコミュニケーションの進行には、支持的ではあるが、共感理解の共有にとっては、よくいって中立的、悪く言えば、共感への疑義を同時に惹起する効果をも持っているものなので、「断片1」のような学生の相槌は、情報を通り一遍の形で収集するには役に立つ一方、患者との対面コミュニケーションを、かけがえのないものとして、作り上げるのには、あまり機能していないようにも見えるのである。そういう理解を学生と指導者が確認しあう教材としても、この「断片1」は使えるように思われた。

(3) 心理・社会的側面への関心と身体的側面への関心の配分問題

看護学生は、一般に患者の身体的側面、つまり病気の症状や現在の身体的な状態について確認することよりも、感情や家族などの心理・社会的側面に関心を寄せ、情報を得るべくコミュニケーションをしようとする傾向にある。けれども、医療専門職である看護師は、まずは、生命に係わる身体的側面の問題に関心を向け、身体に脅威を及ぼす要因を明確にし、対応することが重要である。そのように考えると、この面接のシチュエーションが、入院二日目の朝である、ということが重要となってくる。

上述の「断片1」において、看護学生役学生は身体的な症状に関しては、「胸の痛みは：いつなったんですか？」(21行目)と一回聞くのみで、その後の身体的な情報収集は患者の自発的な発話からの入手に委ねられている。これは、「心理・社会的側面への関心」と「身体的側面への関心」の両方が看護師のコミュニケーションの基盤であるとするのなら、シチュエーション的に不適切なコミュニケーション配分であるといえよう。

すなわち、この「断片1」のシチュエーションが、病態の急変リスクの高いタイミングでなされていることに鑑みれば、痛みの性状、持続時間、以前の胸痛に関する質問、入院後の胸痛の有無などの身体的情報を得て、現在は症状が落ち着いていることをアセスメントしたうえで、その他の情報を得ていくという形の、コミュニケーションの形の方が、適切であったということができよう。コミュニケーション教育の形として、まずは、そのような緊急性に配慮したコミュニケーションスタイルの選択が、入院二日目の朝のシチュエーションにそったものである、ということを教育する機会として、この模擬面接が使われてもよかっただろうと思われた。

(4) SP 研修の課題

看護学生のコミュニケーション教育において、SP との対話は、学生同士のロールプレイの場合とは違って、よりリアルな実践的なトレーニングの機会として、今より一層多く取り入れられるべき教育スタイルであるといえることができるだろう。しかし、教育者側が一方向的に評価をすることは難しい。会話について正解を示すことはできないからである。

そこで、今回のようにビデオを用いたビデオ・エスノグラフィーは、学習者である学生のみならず、SP にとっても相互行為についての理解を深めるための機会として価値があると考えられる。樫田 (2018:23) は、エスノメソドロジー・会話分析的探究の価値は、「定型的で一般的な助言（提言）があてはまらない場合」があるときに、そのことについて「説明不能事態」として放置するのではなく、また、単に、直観に基づいて「例外的なこともある」と主張するのではなく、場面の状況の構造を丁寧に説明しながら、納得できる理由付きで会話の詳細を解説できるようになることであると述べている。つまり、ビデオ・エスノグラフィーを実践することは、患者役 SP にとっても、一見不自然であったり、不適切であったりするように見えるコミュニケーション場面の、実践的な適切さや重要性を確認する機会にもつながると思われるのである。

今回の場合、看護師役学生が「胸の痛みは：いつなったんですか？」(21 行目)と質問（隣接対の第一成分）した後の隣接対の第二成分の位置には、すぐに「回答」という第二成分本体がくるのではなく、「あの：大体お天気がいい時[は：＝」(22 行目)、「＝ウォーキングにでるんですけ[ど：＝」(24 行目)といった生活習慣の話が、前置きの挿入されている。これは、会話場面の映像でみても、自然な会話に見えており、特に問題ではないと評価した場面であるが、一方で、会話分析の知見によるならば、「質問」のあとには「回答」が来ることが標準的な隣接対の形であって、そこからは、「逸脱」している、とも分析出来そうな場面となっている。とするのならば、この「逸脱」を、分析時には、「気づきにくいけれども、不適切なコミュニケーションが存在している」と取り扱うべきだろうか。

我々の方針は、むしろ、逆である。この 21 行目から数行の間になされているコミュニケーションは、むしろ、高度なコミュニケーションというべきものなのであって、SP を活用した模擬面接を、リアリティのある、有意義なものにするコミュニケーションである、と扱っていきたい。

そうすると、この部分の分析的探求の方針は、この 21 行目からのコミュニケーションを、当たり前で自然なものに見せる「文脈」がここにはあるはずだが、それを発見していこう、ということになる。そういう観点で分析をすすめると、26 行目に目が行く。26 行目をみれば「＝昨日もウォーキングに出て：しばらくしたら(.)ちよっとおかしく

なっています[ね=]と、まさしく、「回答」がなされているのである。このことから、22行目から25行目までの挿入されたやりとりは、一方で、胸の痛みは安静時におきたものではないこと（胸痛発生場面の非日常性）、その一方では、とはいえ、いつもどおりのウォーキングの途上で起きたものであること（胸痛発生時の非日常性）、この両方をバランスよく伝えるものになっていることがわかるのである。つまり、この22行目からの挿入された部分こそは、胸痛発生場面には安静時ではない、という非日常性があるが、ウォーキングは、日常的におこなっていることであって、そういう意味では、胸痛は特別なこととして、身体の尋常ならざる状況を示すものとして扱われなければならない、ということ、この両方をもっともコンパクトな形で、表現している部分なのである。この少し入り組んだコミュニケーションスタイルがごくごく自然に取られていることに我々は注目した。つまり、患者役SPを十分リラックスした環境において活動させるのならば、この程度の複雑なコミュニケーションスタイルは、容易に取ってくれる存在として、患者役SPを扱うことができるのである。つまりは、それは、我々人間が会話を適切に行う能力というものが、そもそも、基本的な能力として人間に備わっているということであろう。

なお、この部分における我々の発見は、SP教育にも活かしうる発見であろう。すなわち、このSPの能力の高さは、意図されざる能力の高さであり、かつ、模擬面接をリアリティあるものとするためには、欠かすことができない能力の高さである。とするのなら、ときにはSP研修においても、ビデオ・エスノグラフィーを用いたふり返りがなされるべきであり、リラックスした環境で自然にふるまうことが、いかに重要か、ということもSP実践者に理解してもらうことも重要になるだろうと思われたのであった。

2) 入院生活で困ったことを尋ねる場面（断片2）

(1) 入院生活で困ったことを尋ねる場面

次に、入院生活で困っている事について学生が尋ねている場面である。減塩食となった食事について話している部分を抜粋する。

（断片2）患者役SPと看護師役学生との会話

90NS : (1)他に何かありますか？(.)<ごはん>とか

91SP : ◦あ：ごはんね：◦ごはんはやっぱり(.)おいしくないです[よ。(hhhh)

92NS : [あ：：

93NS : <減塩食>ですもんね：。

94SP : そうですね[ね：＝

95NS : [あ：

96SP : =味がね：わからない[(hhh)。

97NS : [あ：：

- 98NS : ◯ですよね : > ◯今までお家で食べて [た ◯ < ご飯と : ◯ =
 99SP : [そうですね : :
 100NS : = 違いますよね :
 101SP : だから あ : かなり私の味は濃いのかし [らって =
 102NS : [あ :
 103SP : = ちょっと思いましたね :
 104NS : ◯あ : : ◯
 105NS : (2) ごはんは ◯ ちょっと入院している間だけは : ◯
 106SP : そうですね.
 107NS : は : い
 108NS : 頑張って ◯ 食べてもらって ◯
 109SP : は : い
-

(2) 生活についての緩やかな会話は情報収集力は小さいが関係形成力は大きい

入院について困っていることは無いかと学生から切り出し、食事について尋ねている。隣接対ごとにみていくと、「(1)他に何かありますか?(.)<ごはん>とか」(90行目)に対し、「◯あ:ごはんね:◯ごはんはやっぱり(.)おいしくありません[よ」(91行目)は「質問一応答」となっている。その後は、「<減塩食>ですもんね:」(93行目)に対し「そうですね[ね:=」(94行目)や、「=味がね:わからない」(96行目)に対し「◯ですよね:>◯今までお家で食べて[た◯<ご飯と:◯=」(98行目)と「評価一同意」が繰り返されていた。これは、入院生活での支援の方向性を探る会話になっているとともに、自宅における食生活の状況についての情報を探る会話ともなっている。初対面であるがゆえに、学生は穏やかに、SPの語尾に合わせるように相槌を打ち、特に意見や教育的介入を挟むことなく、「◯ですよね:>◯」(98行目)、「違いますよね:」(100行目)と、時に患者の気持ちを推論的に同調的に表現することによって、「だから あ:かなり私の味は濃いのかしらって=」(101行目)、「=ちょっと思いましたね」(103行目)とSPの(的確な)内省を引き出すことに成功している。

これらの情報収集に成功した後で、看護師役学生は、「(2)ごはんは◯ちょっと入院している間だけは:」(105行目)、「頑張って◯食べてもらって◯」(108行目)と、食事に対して不満をもつ患者に看護師としてのメッセージを伝えることに成功している。

この場面での看護師役学生の発話は、情報収集の手段としてよりも、関係形成の手段として有意義に働いているといえよう。つまり、初対面で患者役SPがどのようなことを体験し、思っているかを丁寧に聞くことに成功している。また、その相互行為を成功させることで、担当看護師としての関係性を、患者役SPとの間に作り出すことにも成功している。

3. 看護学生のコミュニケーション教育の課題と学習支援

今回、ビデオ・エスノグラフィーを用いて、「事実性」に基づいた分析を行うことで、新たな知見を得ることができた。一見、不適切に思われた看護師役学生の発話の様態に、「専門家的慎重さ」が埋め込まれている可能性があることに気づかされた。その一方で、看護師役学生が示している「同調性/共感性」が、「表現としてのみ存在する同調性/共感性」であると疑われる様式になってしまっているのではないかという疑義や、看護師に期待されている程度の「身体的情報への関心の高さ」を示し損なっている可能性が示唆された。さらには、患者役 SP が無意識的に呈示している、状況の複雑性への留保もまた、ビデオ・エスノグラフィーによって発見できることが確認された。

看護学教育におけるコミュニケーション教育の目標は壮大である。その壮大さを細やかに達成する方法としてのビデオ・エスノグラフィーの可能性を本稿は示し得ただろうか。少なくとも、ふり返りを実質化する手段としてのビデオ・エスノグラフィーの価値については、示し得たのではないか、と思っている。

1 ※印は、コレスポンデント・オーサー。

2 著者のひとりである榎田は、その編著『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』（榎田ほか編、2018）の中で、社会性の困難を抱えた「非定型発達者である医療系学生」であっても、患者コミュニケーションを実務水準で実践していくことが可能である、という立場を主張した。しかし、そうであるからといって、「定型発達者」が、自らの、对患者コミュニケーションにおいて、その「社会性（患者に共感する能力等）」を活かすことを不適切である、と主張するわけではない。榎田ほか編（2018）が主張するのは、医療者側の資質の多様性に見合った教育目標の設定と、教育方法の模索がなされるべきである、ということなのであって、つまりは、ダイバーシティ（多様性）を活用した教育にかえることの必要性なのであって、「わかりあいの拒否」ではない。「たとえ、わかりあわなくても、必要な業務が遂行できるように教育する、教育の多様化」こそが、主張されたのである。

3 ここで、「構図主義的には」という留保をつけているのは、学生の多様性に留意するのならば、この“理想的”コミュニケーション図式に当てはめてかたどっていくことが困難な学生も多くいることが予想されるからである。来るべき新しい「医療コミュニケーション文化」においては、患者のコミュニケーションの多様性に対応した医療者の対応の柔軟性が組み込まれるべきであるし、さらには、医療者のコミュニケーションの多様性に対応した、コミュニケーションに関する状況作りの多様性が、医療現場で許容されるようになるべきだろう。けれども、そのような、新時代の「医療コミュニケーション文化」が未成立の状況であったとして、さまざまな工夫で、患者の多様性や医療者の多様性が、活かされなければならない。そういう課題を考えた場合、ここであげた“理想的”コミュニケーション図式を、とりあえずの、仮想のものとする考え方が重要になる。つまり、ここであげた“理想的”コミュニケーション図式をとりあえず、シミュレートはするものの、しっかりと実践しないコミュニケーションスタイルをも容認する、医療現場と医療者教育でなければならない。その方向性を示す言い回しとして、ここでの「構図主義的には」を理解して頂きたい。

4 「異和感」に基づく対象把握力に着目した研究としては、著者のうちの一人である榎田による「ビデオの説明力過剰性を克服する仕組みとしての『異物化』」（榎田、2017）がある。ただし、この榎田の論考では、「異和感」を鍛えることを、「常識的に分かってしまう

という“畏”からの離脱法」として活用することを勧めている。上述の注3, 注4と関連させて述べるのならば、「異和感活用法」を「非定型発達者」に適用し難いことをもって、「非定型発達者」のコミュニケーション可能性を低く見てはならない。なぜなら、「異和感活用法」は、「常識に汚染されたコミュニケーションを行っている程度が高い」人間にこそ必要な方法なのであって、その程度が低い「非定型発達者」に、同じ枠組を当てはめるべきではないからだ。

⁵ 本稿は、会話分析を方法として用いる。利用する「トランスクリプト記号」は付録記載の通りである。

⁶ Drew and Heritage (1992:45f.)によれば、「社会的なエピステモロジーと社会的諸関係 (social epistemology and social relations)」というものは、制度的場面の相互行為における「専門家的慎重さ(Professional Cautiousness)」と「相互行為上の非対称性 (Interactional Asymmetries)」において現れるものである。つまり、場面が、制度的場面的であるということは、その場面内で「専門家 - 素人」カテゴリー対のうちの専門家側が、慎重に振る舞っていることによって見て取ることができるし、専門家というものは、日常場面ではとらないような、奇妙に慎重な態度を取る、ということである。たとえば、親は子どもが咳をすれば「風邪だろ」とすぐに言うかも知れないが、クリニックの医師は、そのような軽はずみな発話はあまりしない、ということである(たとえ、高い確率で風邪であったとみなされるような証拠が多く集まっていたとしても)。つまり、この「断片1」の出だしの場面であれば、看護学生役の学生は、「専門家的慎重さ」を丁寧を示すことで、自らが、特別な場面においてコミュニケーションしていることを丁寧に示している、ともいうことができそうなのである。

⁷ この部分、「真の共感をするべきだ」という主張ではないことに注意せよ。患者役に、共感を疑う能力はあるということではできるが、真の共感であるのか、そうでないのかを判別する能力があるということではできない。したがって、「共感すること」と「共感を表現すること」の差異に対応した、患者役の受け取り方が存在することに対応する、看護師役学生の戦略は「共感の表現をより適切なものにする」ことになるのである。このように、相互行為の分析において、相互行為の外側に最終判定者を置かない覚悟をもった研究スタイルをビデオ・エスノグラフィーは開発してきているのである。

文献

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2017, 『看護学教育モデル・コア・カリキュラム—「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標』, p8-15, 文部科学省

(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf)

Drew, Paul and Heritage, John, 1992, Analyzing talk at work: an introduction, in *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge University Press : 3-65.

岩脇陽子・滝下幸栄, 2007, 「臨床場面における看護師のコミュニケーションの技術の特徴—行動コーディングシステムを用いた分析」『日本看護学教育学会誌』16(3): 1-11.

樫田美雄, 2018, 「コミュニケーショントラブルの合理的背景—医療面接のビデオ・エス

- ノグラフィー, 榎田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』, 晃洋書房. 京都 : 19-42.
- 榎田美雄, 2017, 「ビデオの説明力過剰性を克服する仕組みとしての『異物化』」, 『新社会学研究』 2 : 198-202.
- 舞弓京子, 2012, 「精神看護学実習における看護学生の感情の活用と援助関係形成」『お茶の水医学雑誌』 60: 65-81.
- 宮本真巳, 1995, 『「異和感」と援助者アイデンティティ』 日本看護協会出版会.
- 宮本真巳, 2003, 『援助技法としてのプロセスレコード』 精神看護出版 : 21.
- 中谷章子・森千鶴, 2018, 「看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー, 専門職的自律性との関連」『日本看護研究学会雑誌』 41(2):171-183.
- 中塚朋子, 2018, 「医療面接教育における『医学的情報』と『心理・社会的情報』—「病い (illness)」と「疾患 (disease)」の接する場として」榎田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修, 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』 晃洋書房:59-88.
- 岡田光弘, 2018, 「医療面接のコミュニケーション分析」榎田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修, 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』 晃洋書房 : 43-58.
- Rogers, C. R. 1980, *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin. (= 畠瀬尚子訳, 1984 : 人間尊重の心理学. pp122. 創元社. 東京.)
- 丹治真紀・風間眞理, 2015, 「精神看護学実習中の困惑場面を用いたロールプレイからの学生の学び」『第 45 回日本看護学会論文集 精神看護』 : 67-70.
- 上野玲子, 2004, 「コミュニケーション技術評価スケールの開発とその信頼性・妥当性の検討」『日本看護学教育学会誌』 14(1) : 1-12.

付録 : 【トランスクリプト記号一覧】

- ① = 言葉と言葉の間, もしくは行末と行頭におかれた等号 :
途切れなく言葉がつながっていることを示す
- ② () 丸括弧 : 何か言葉が発せられているが聞き取り不可能であることを示す.
また聞き取りが確定できない場合は, 当該文字列が丸括弧で括られる.
- ③ (数字) 丸括弧で括られた数字 : その数字の秒数だけ沈黙のあることを示す.
またごく短い間合は「ピリオド」のみで示される.
- ④ :: コロンの列 : 直前の音が延ばされていることを示す.
- ⑤ — ハイフン : 直前の言葉が不完全なまま途切れていることを示す.
- ⑥ ? 疑問符 : 語尾の音が上がっていることを示す.

- ⑦ . 句点：語尾の音が下がって区切りがついていることを示す.
- ⑧ ○ ○ 上付きの丸：これで囲まれた個所の音が小さいことを示す
- ⑨ [角括弧：発する音声为重なり始めた時点を示す.
- ⑩ × 左開き括弧と右開き括弧：発話のスピードが目立って速くなる部分を囲んでいる.
- ⑪ 下線：強勢された音を示す.

2つの連続した呪縛の観点からみた『吃音者宣言』

高橋 まな穂

樫田 美雄 (神戸市看護大学) ※

"Two Types of Capturing" and "The Stuttering Person Declaration"

TAKAHASHI Manaho

KASHIDA Yoshio (Kobe City College of Nursing)

※はコレスポンデント・オーサー (kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

Keywords: Stuttering, Declaration, Disability Studies, Sociology of Disabilities

[要旨]

吃音には2つの呪縛（「本来的呪縛」と「吃音者宣言以後の呪縛」）がある。「本来的呪縛」は、「どもり」現象をもたらす人生上の問題であるが、吃音に確立した治療法が存在しない以上、この「呪縛」からの脱出は容易ではない。しかし、伊藤伸二は、『吃音者宣言』によって、どもり状態のまま、人生を切り拓いていくべきであると説いた。この魅力的な提案によって、吃音者は「本来的呪縛」からは実質的に解放されたが、そこには、つぎの「呪縛」が待っていた。それは、東京大学の山田舜也が「吃音者宣言以後の呪縛」と名付けた呪縛である。この呪縛は、おそらくは、目標の正しさと、達成の困難さの落差に由来するものである。どもり状態を受け入れて、個性的に生き抜くという目標は、“どもり状態からの離脱の試みが新たなどもり状態を産み出す”という「吃音における対策と症状の連鎖構造」の下では、合理的な目標ではあるが、しかし、その達成は社会的な達成でなければならず、その社会的な達成は、吃音者の単独の心の持ち方の変容では獲得し難い、という新たな問題が、そこには浮上してくるのである。我々は、症状と対策の連鎖構造に関しては伊藤亜紗（2018）に依拠しつつ、「吃音者宣言以後の呪縛」とその解決策については、山田舜也の意見および伊藤伸二の実践を参考にして、考察を進めた。最終的には、「障害一般」や「人生一般」に関する示唆が、「吃音研究」から得られるという主張になったが、このような議論の展開こそは、「障害の社会学」という新しい学問領域からの主張であるといえるように思われた。

1. 軽度障害としての吃音

2006年、国際連合総会にて「障害者の権利に関する条約」が採択され、日本は2007年

に署名し、2014年に批准書を寄託した。現在では、少なくとも、障害がはっきり見て取れる障害については、その対策は着実に進行しているというよいだろう。

その一方で、対応の難しさが浮き彫りとなってきたのが「障害の視認性が低い」「軽度障害」をもった「軽度障害者」である。「軽度障害者」は、見た目上の判別性が低いがゆえに発生する特有の困難を抱えているとも言えるのである。たとえば、見た目、障害があるように見えなくとも、それなりに日常生活を送ることに困難を感じている場合、「軽度障害者」は、自身を「ちゃんとした障害者」であるとも、「ちゃんとした健常者」であるともアイデンティファイできなくなることがあるのである。つまり、周囲からの期待と、自分ができることとの落差問題や、その落差の存在を、自我のなかにどのように安定的に落とし込んでいくかが、なかなか安定的に決着しない、というような問題があるのである。

「軽度障害者は健常者社会にあって圧倒的にマイノリティの立場におかれる。しかし、健常者の価値観や、障害のヒエラルキー、社会通念を内面化しているので、障害者を個人的悲劇に見舞われた劣位の存在としがちである。だから障害者にアイデンティファイできない。かといって、健常者にアイデンティファイすることもできない」(秋風, 2013: 62)と秋風がいうように、軽度障害者は健常者社会に生きながら、健常者と障害者のどちらにもなりきれずに、宙ぶらりんの状況に立たされて苦しんでいる。もちろん、彼らを取りまく問題は、アイデンティティの成立不全の問題だけではない。「軽度障害者」は、何かしら相互行為上のトラブルが生じた場合には、その自らの“能力”にかかわる状況を、「障害に由来する状況」と見られる場合だけではなく、そのひと本来の「問題ある資質に由来する状況」と見られる場合にも、備えておかなければならない。そういう微妙な立ち位置にいたのである。つまり、自分の正当性を主張する戦略をつねに2種類準備しておかなければならないのである。そこには、自分の正当性を主張する戦略を、1種類だけ準備しておけばよい状況とは異なる困難が発生することだろう。そういうふうには、「重度障害者」とは違った形の生き抜き方(生き抜き戦略)が要求されるところにも、軽度障害の問題性があるといえるだろう。

本論文では、上述の「軽度障害」のひとつの典型例として吃音を扱う。つまりは、「社会的障害」としての側面を重視して吃音を扱う。「吃音」は、その障害が、コミュニケーション上のものであるため、そもそも、問題そのものが「視認性」(あるいは、聴いてわかるかどうか、という部分に準拠するならば、聴認性というべきかも知れない。しかし、ここでは聴認性を含めて視認性という概念を用いることにしよう)にかかわる「障害」であるといえる。簡単にいって、一言も言葉を発しなれば、まったく見えない、聞こえない、認識されない障害なのである。けれども、議論を先取りして述べるのなら、「吃音」にかかわる「視認性の低さ」の問題は、ちょっと不思議な展開を経て、「生きることと障害との生きづらさを超えた関係性、あるいは、障害を持って生きることのかけがえのなさ」という(軽度障害に限らない)障害一般にかかわる思考に我々を導くのである。つまり、吃音には吃

音の固有の問題性があるといえるが、そこを徹底的に追求すると、軽度障害固有の問題の典型例として、吃音を扱うことが可能になり、そして、そのように軽度障害固有の問題の典型例として吃音を扱うと、重度の、あるいは、一般の障害に関わる問題に通底する問題として、当該の問題を扱うことができる、というそういう、全体状況に通底した問題を考える契機としての「吃音」という議論が可能になってくる理路が見えてくるのである。

2. 障害の社会学と吃音研究

上述のような議論の進め方は、我々がいま新しく立ち上げようとしている、「障害の社会学」という新しい学問に沿った議論の進め方である、ということもできる。つまり、我々は、本論文において、障害者救済的であるだけではない、新しい学問、障害学を包含する、障害に関する総合学としての「障害の社会学」というものを構想しようとしているのである。この「障害の社会学」という新しい学問の立場では、たとえば、吃音は、当然のこととしてコミュニケーション上の個性として取り扱われることになる。なぜなら、「吃音」という障害を「負のラベル」のみを負った事象としては扱わないからだ。さらに「障害の社会学」は「吃音」を相互行為的事象として扱うので、つまりは、本質還元主義的な立場をとらないので、「吃音に対する対処行動の諸状況込み」で「当該の吃音」というものを捉えることになる。人々が吃音に抵抗したり、しななかったりしている状況を、その場面場面のあり方そのものが有意味なものであるものとして、扱うのである。したがって、当然に、「吃音者」は、流暢に発話できる能力が高いとか、低いとかという軸上には位置づけられないことになる。そのような1軸上の位置づけでは、吃音者の多様性をつかむことができないからだ。吃音者には、多様な実践が存在し、じつに幅広い多様性が存在している。その多様なあり方を十全に、人の生きる意味の多様さに転換して考えてみようとするところに、総合理論としての「障害の社会学」の狙いがあるのであって、したがって、そこではもはや「吃音がある状態」と「吃音がない状態」とを、2項対立的に「対置」するようなことすら、認識枠組みとしては、放棄されることになるのである。

本論文の議論が目指している方向をよりよく分かって頂くためには、近刊予定の『障害の社会学』（榎原編, forthcoming）内の諸論文、たとえば、榎田 (forthcoming) を見てもらうのがよいと思われる。あるいは、論文中には、「障害の社会学」という文言はもちいられていないが、同じような問題関心から書かれている関連論文、たとえば吉村さやか(2016)、山田実沙子・榎田 (2017)、篠島あかり・榎田 (2017)、藤野久美子・榎田 (2017) および榎田 (2018) 等を見てもらうのが、よいとおもわれる。とりわけ、山田実沙子と榎田の共著論文である(山田・榎田, 2017) は、障害としての吃音と吃音への対処行動(工夫)とを、生活学的に扱っており、本論文の先行研究としても読むことができるものなので、お勧めではあるが、本論文だけでも、「障害の社会学」のエッセンスが分かるように、以下では書いていきたい。

3. 対処行動（工夫）が障害に転化する障害としての吃音

さて、大人の吃音者については、一般的に全人口の1%程度であると言われている。しかし、子ども期の吃音者が5%程度の人口比で存在すること、および、吃音が症状として出ないようになったと理解されている大人ケースの中には、吃音に対する対処行動（工夫）の成果として、そのような「視認性のない状態」を維持していると思われるケースもかなり含まれていると考えられるため、「吃音者である」という人間のあり方と関連させて、自らの生き方を形成したりしなかったりしていると思わせる人口は、1%よりもかなり多いのではないかと、とも思われる。吃音問題は、社会問題としても、人の生き方がどのようにコミュニケーションに関わって複雑に形成されるか、という問題に関しても、思いの外重要なものだろう、と言えるのである。

一般的に、吃音であることは、同じ音を繰り返してしまったり（連発）、発話する際に一定の言葉が詰まってしまったり（難発）する症状で、表象されることが、多い。しかし、本論文では、それだけでなく、詳しくは後述するが、連発や難発が起こらないようにする様々な工夫（対処行動）をも、吃音であること、ひいては、吃音者であることと深く関わりがある現象として扱っていく。吃音者の工夫（対処行動）は、そもそも、“「難発」が「連発」への対処行動である（連発を予期して、避けようとするのが難発を生み出すともいえるし、連発という状態の直前防止策として難発があるとも言える）”，と言われることから分かるように、解決が問題である、あるいは、問題が解決である、というような関係性を複雑に含み込んだ社会学的現象なのである。しかし、この吃音者が直面する困難の多面性と相関性、あるいは、それぞれの困難と対処行動（工夫）の構造構築性については、従来十分な研究がなされてこなかった。『どもる体』（伊藤亜紗、2018）は、この複数の困難間の連関性（じつは、ある困難に対処することが、つぎの困難を産むという構造が大量に、吃音に関しては存在しているということ）に着目した、たいへんに貴重な研究である。本論文は、伊藤亜紗とは違った切り口で、吃音に関わる構造的問題にアプローチしようとするものであり、具体的には、複数の困難の連関性を、「症状と対処行動の連関性」だけではなく、より大きな構造である「呪縛と呪縛の連関性」にまで拡張して考察しようとするものなのである。

4. 山田舜也と伊藤伸二

本論文の内容は、東京大学大学院生である山田舜也に、そのアイディアの多くを依っている。山田は、盲聾者である福島智教授の研究室に所属しながら、吃音関連の研究を行っており、自分自身も吃音者である。本論文は、2017年7月23日に東大駒場の研究室に、本論文の著者である高橋と樫田が訪問して、山田舜也¹に対して行ったインタビューを本人承諾の下で一部掲載し分析した。さらに、このインタビュー研究をベースに、吃音者の活

動家として、日本でもっとも有名な伊藤伸二²、すなわち吃音者のセルフヘルプ・グループである言友会を組織し、そこでの活動の行き詰まりに対処するために「吃音者宣言」を起草した伊藤伸二の問題意識と、上述の山田舜也の問題意識とを対置させながら、以下のふたつの「呪縛」について考察したものである。

5. 2つの「呪縛」について

おそらくは、今、日本の吃音者は、ふたつの「呪縛」に少し複雑な形で取り巻かれている。ひとつは、「吃音であるために自分は自分らしい生活を送ることができていない」という内容の「呪縛」(呪縛1)であり、これは、長らく吃音者が問題としてきた状況であるといえよう。すなわち、一つ目の「呪縛」は、吃音と認識されない状態を望んでいるのに、そうなることが困難であることにかかわる、『本来的な呪縛』である。

これに対し、もうひとつの「呪縛」(呪縛2)が吃音者にはあるといえるのではないだろうか。それは、『吃音者宣言』によってもたらされたとも言える「呪縛」である。吃音者は(象徴的には)『吃音者宣言』によって、新しい課題に直面させられた。それは、「どもりとたたかっている、というだけでは、現在の自分を正当化できない」という課題である。『吃音者宣言』以降、吃音者はどもりと闘うことで、他の課題を先送りする「免責特権」を失った。症状としてのどもりが消えないことを、現在の生の状態に誇りをもって生きていけないことの言い訳にすることができなくなってしまった。この状態は、上述の『本来的な呪縛』(呪縛1)と関連づけて述べるのならば、『本来的な呪縛』にもはや囚われ続けてはいない、という『解放性』を示さなければならなくなったという『新しい呪縛』(呪縛2)である。

つまり、「対処行動(工夫)」が、新しい「症状」としての質を獲得し、かつ、その「新症状」にも、新しい「対処行動(工夫)」が後続していくのが日常である、という、「対処行動の症状への連続的転換構造」が吃音者にはあるといえるが、そういう「構造」にパラレルな「構造」が、この「呪縛1」と「呪縛2」に関わっても、見て取れるのである。つまり、“「呪縛1」への対処行動(工夫)としての「呪縛2」”という構造が、“「連発」への対処行動(工夫)としての「難発」”という構造に類似したものとして、見て取れるのである。

これを本論文では「『本来的な呪縛』と『吃音者宣言以後の呪縛』との連鎖構造」として扱っていくことにしよう。

なお、本論文においては「吃音」と「どもり」を明確に区別して議論していくことにしよう。「吃音」は「どもり」症状を忌避するために用いられる手法・技術を含んだ吃音にかかわる現象総体をあらわす総合的なものである。これに対し「どもり」は、吃音者が発話する際の言語症状のうち、非流暢性と扱い得る部分のみを指して用いていきたい。

6. 吃音と言友会について

(1) 吃音矯正の時代

日本には長らく吃音者を対象とする公的な専門家は存在していなかった（現在は言語聴覚士がいるが、確立した治療法が存在するわけではない）。そういう中で民間の矯正機関が多く設立され、そこで吃音者はどもりを治そうと、呼吸や発音の方法を工夫する「吃音矯正」に取り組んだ。矯正機関では、吃音者は、自分以外の吃音者と出会う。この出会いの積み重ねの中で、伊藤伸二は吃音者のセルフヘルプ・グループである言友会を設立することとなる。当初、言友会は当事者による吃音矯正の実践や矯正に関する情報共有を目的とした組織であった。しかし、次第に「治す努力」にばかり注力する吃音者の日常のあり方を問題視し、吃音者がどもり症状をもったままで社会的に連帯すべきである、という主張を打ち出すことになった。そして、「吃音者宣言」³が出された（渡辺，2015:151）。

この「宣言」は、各地の「言友会」の連合組織である「全国言友会連絡協議会」で、より正確に言えば、1976年5月1日開催の『言友会創立10周年記念大会』において、採択された。そして、この宣言の前後から、言友会の活動は「治す努力」から「吃音があっても前向きに生きていく」という方向性にシフトしていったと言われている（各地の言友会はそれぞれ独立した別の組織であるため、そのシフトの程度には、現在に至るまでかなりの幅があることには留意しなければならないが）。

(2) 吃音の社会性について

吃音は「発話」という、他者とのコミュニケーションの基盤部分の問題であるため、吃音者にとっての吃音の意味は、単に吃音の発話の状態に依存するのではなく、吃音者が所属するコミュニティが、どのように吃音者のコミュニケーションにおける困難さや状況を、受け止め反応してくるかにも依存する。

「無関心な友だち、積極的に吃音児の立場に立って、よき友だちとなるよう努力している友だち、吃音児の努力も考えないで足をひっぱっている友だちと、三者三様である。しかしながら、一〇人の友だちや、吃音児・者自身の努力の成果も、ただ一人の友だちのために無駄になることが多いことを考えた時、われわれは、次に必ず打つ手を見い出さなければならない」（伊藤伸二，1977:24）と、伊藤がいうような状況は、いずれの吃音者にとっても存在していたということができよう。吃音が職業選択に何らかの影響を与えたと感じている者は7割に上る（飯村，2016:122）ことも分かっており、吃音者の多くが、どもりを生活上の重要な問題であると感じているとあってよい。

また、堀(2017:60)は、吃音者は、吃音のために自分自身の考えを正しく他者へ理解してもらえないことがあり、そのため満足できる居場所を手に入れることもできないと述べる。

とはいえ、一般には、「吃音」という言葉ですら、知られてはいない。東京都内にある医療情報系の私立大学の学部生の45%は「どもり」あるいは「吃音」ということばを聞いた

ことがない、という(飯村ほか, 2017:12)。また、吃音の基礎知識(有症率, 発症年齢, 性差, 等)も、十分には知られていなかった。すなわち、現状として、わが国の「一般的なコミュニティ」⁴においては、吃音者に対する十分な理解は得られていない。

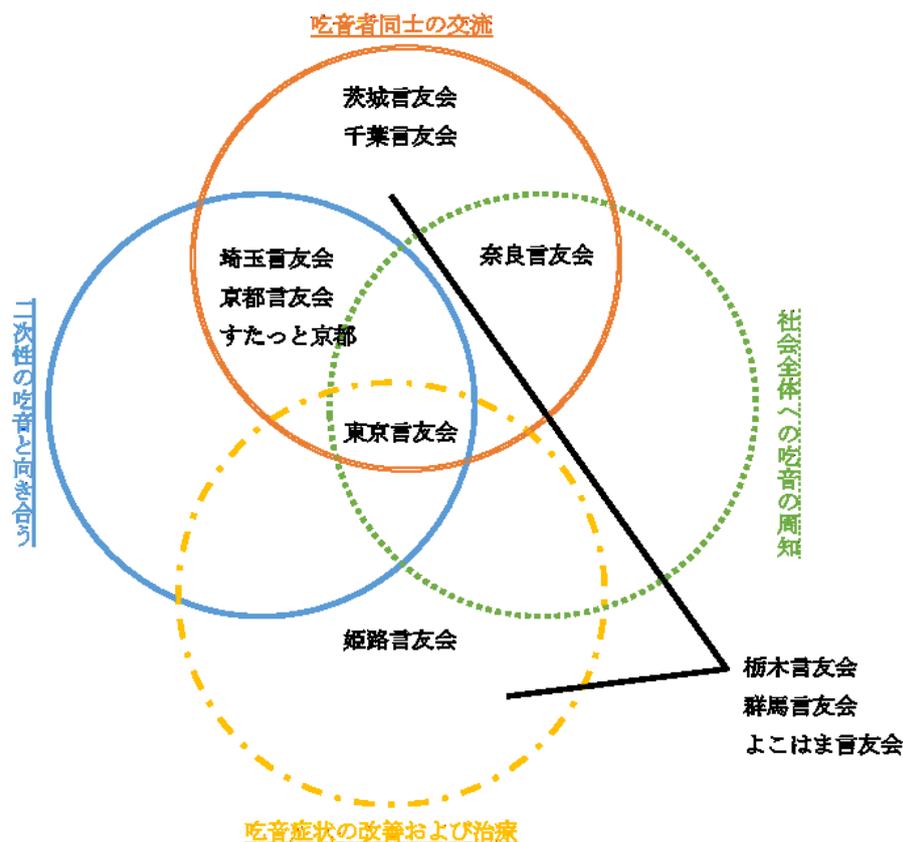
(3) 言友会の活動傾向

言友会は日本全国各地に自立した多数の団体として存在しており、それぞれの団体がそれぞれの方針による活動を行っている。地方組織の活動における方向性は様々であるが、掲げている目標は多くの場合「吃音と向き合う」ことである。

関東および関西に拠点を置く加盟団体の活動内容を「表1：関東および関西の言友会と活動内容」にまとめた。さらに、これらの団体で行われている諸活動の目的を、それぞれの組織のホームページに記載された活動内容ないし目標から推測し、「①吃音者同士の交流」「②二次性の吃音と向き合う」「③社会全体への吃音の周知」「④吃音症状の改善および治療」の4つに分類した。その結果が、「図1：言友会の活動目的による分類」である。関東および関西の言友会で、例会や交流会が開催されている場合、それらは吃音者同士の交流の機会を設けることが目的であると考えられるため「①吃音者同士の交流」に類別した。勉強会や講座を開いている団体は「②二次性の吃音と向き合う」に類別した。なお、東京言友会に関しては、団体内でいくつかのサークルが自由に活動を行っており、その目的も多岐にわたることから全ての項目に該当することとした。

(表 1)関東および関西の言友会と活動内容

団 体 名	活 動 内 容
栃木言友会	交流会(近況報告、吃音改善研究会)
	3分間スピーチ 自己紹介 時事話題に関する感想
群馬言友会	面接の練習
	など ことばの治療教室の先生や言語療法士も参加
茨城言友会	例会 交流会(児に焦点を当てたもの)
一般社団法人 東京言友会	三田例会 ・吃音当事者間の交流・情報交換 ・社会人として必要なコミュニケーション能力の向上 ・吃音の改善方法の紹介 各サークル活動 ・方向性はさまざま
NPO 法人 よこはま言友会	例会 吃音改善トレーニング
NPO 法人 千葉言友会	例会 会報 女性の会
埼玉言友会	例会 吃音勉強会
奈良言友会	例会 吃音の社会的な認知と支援に向けた活動 会報
京都言友会	例会 吃音講座(吃音の基礎知識、体験談、対処方法、研究者の公演) レクリエーション 女性の集い 行政やほか団体との関わり
すたっと京都	例会 会員メーリングリスト 会員専用サイト その他(会員のやりたいことを反映) <会則> ・セルフヘルプを考える ・吃音改善への具体的行動 ・インターネットを使ったコミュニケーション力の向上
姫路言友会	例会によるスピーチ練習



〔図 1〕言友会の活動目的による分類

ここで注目したいのは、「③社会全体への吃音の周知」がほとんど活動として行われていないことと、「④吃音症状の改善および治療」を目的とした活動を行っている団体が存在しているということである（千葉言友会にかんしては、「吃音者同士の交流」が主たる活動であるとはいえるが、実際には、「後述のように、吃音症状の改善および治療」の枠に関連する「訓練」も行っている。各地の言友会の活動は多様でかつ年度による違いも大きいので、本図は、図内の言友会の配置の正確さよりは、4つの活動がどれぐらい多くの言友会によって担われているかを表示した、概念的図であると理解して頂くのが妥当な図となっている）。『吃音者宣言』を字義通りに解釈すれば、「③社会全体への吃音の周知」は当然に必要な活動だ、ということができるだろうし、「④吃音症状の改善および治療」は、行われていないだろう、と思われる活動である。しかし、実態は違っていた。このように、行動目標に対して実際の活動内容が統一されていないというのは実に興味深いことであるといえよう。『吃音者宣言』は「治す努力」への疑義を呈示したものであるにもかかわらず、各地の言友会の一部はそれにフィットしない活動を行っているようなのだ。吃音症状の改善および治療に焦点を向けることが、吃音と向き合うことを遠ざけていたのではなかったか。この謎を、わずかなりとも、以下の議論のなかで解いていきたい。

7. 考察

(1) 吃音の「本態」に関する考察

学術研究には、自由な発想による研究が新しい発見をうみだし、世の中を変革する力になるという社会的意義がある。しかし、そういう功利的な利得だけでなく、より幅広い目的がある、という立場もある。たとえば、「人間の持つ可能性の拡大にとってどれだけ重要かという視点も重要」と文部科学省も主張している(文部科学省, 2009)。

本論文は、吃音の治療法につながるような研究ではないが、人間の持つ可能性の拡大が吃音者の実際に行っている活動をなぞるような形で可能かもしれない、ということ为例証できるのなら、学術研究らしい活動ということができよう。そういう評価を得ることを目指している。つまり、吃音者が吃音とどのように向き合っているのかを、少しでも検討できるのなら、それは有意義なことであるといえるだろう。

我々のインタビューの対象者であり、かつ、吃音者である山田は、吃音の根底にあるものを「本態⁵」と表現し、以下のように述べてくれた(「インタビュー」からの引用部分の末尾の記号は、インタビュー記録内での、当該発話の位置を表している)。

山田「伊藤伸二さんは、どもることを吃音の本態じゃないという説を取り得ているんですが、吃音者宣言では、どもることを肯定するかしないかという議論にしているんですね。でも僕はどもることが吃音の本態でないと思っているので、どもることはどうでもいいという立場なんです」(003A_170723_1824 00:59:32~)

山田は「どもることそのものが吃音ではない」という伊藤と同様の立場をとっている。しかし、「どもる」ことを肯定するか否定するか、という所に、議論のポイントを置く『吃音者宣言』のあり方を、山田は採用しない。そこがポイントではないのだ、という立場を山田は取るのである。これは、いったいどういう主張なのだろうか。

伊藤を始めとする元来の吃音研究者の考える吃音に関わる諸問題、たとえば健常者には見えない努力といったものは、おおまかに分類すると、本論文の冒頭に「軽度障害としての吃音」を論じながら述べたように、「①吃音によってその人のできることが少なくされることが問題である」、「②アイデンティティの確立が脅かされることが問題である」という2点であった。

これに対し、山田は、以下のように答えている。

山田「もちろん中核はどもるっていう言語障害なんだっていう定義でいうと、吃音は大きく言えば身体障害の部類に入んですけど、いろんな要因が複雑に絡み合っているし、時期とか状況によってかなり不安定に変わるし、当事者も把握することが難しい障害なので、そうなってくると、まあ身体的な程度としては軽いだろうけれども、自分自身に対しての身体の安定したイメージっていうのは持ちにくいし、自分が何に悩んでいるのかっていうのも把握しづらかったりすると思うので、『吃音者宣言』の感覚だったら「どもる」ってことについてどう考えるかって言うと、僕から見るとあまりにも単純なんですよ、吃音の問題について論じるのに、「どもる」ってことに肯定するか否定するかって考えで。

でもじゃあ何かってことで、今リストアップしようとしてますけど、リストアップ化がうまくいくかっていうのもわかんないんですけどね。何に苦しんでいるのかわからないんだけど、漠然と苦しんでいる状況ってすごく実存的な問題だと僕は思うんですよ。でも、そのときに実はどもることだけが問題じゃないんだよっていう風に言うことそのものが僕はひとつの大きなことなんじゃないかと個人的には思うんですけどね

(003A_170723_1824 2:28:48~)

この発話では、山田は、「身体障害としての吃音という側面」の重要性を理解しながらも、「実存的な問題として吃音という側面」も無視してはいけない、と主張している。つまり、伊藤が問題とし始めた議論をさらに発展させて、「何に苦しんでいるのかわからないんだけど、漠然と苦しんでいる状況」そのものを問題として把握しなければならない、と主張しているのである。山田は、我々への説明のなかで、「表2:吃音の特性である『反転性』の一例」にまとめることができるような内容を解説してくれた。そして、吃音が、たとえばこのような「反転性」というような特徴をもつものなので、吃音者は「自分自身に対しての身体の安定したイメージっていうのは持ちにくいし、自分が何に悩んでいるのかっていうのも把握しづらかったりする」というのである。

(表2)吃音の特性である「反転性」の例⁶

- それまでどもっていた場面でどもらなくなったり、逆にどもっていなかった場面でどもるようになる
- 子音の中で苦手な行が変わる（例：カ行から、サ行へ変わる等）
- 相手によって「演じる自分」が変わる
- どもりの程度や「反転性」に個人差がある

さらに、山田が、リストアップについては、以下のように付け足していることも重要であろう。

山田「ただ、リストアップの方向性とは逆なのかもしれないんですけど、何々と定義しないという、じゃあなんなのかというのを曖昧なままにしておくという、そういう付き合い方って結構重要なんじゃないかって」(003A_170723_1824 00:46:25~)

「要素還元主義」の立場をとるのなら、そういう立場から、吃音の「本態」を知ろうとするのなら、吃音の問題を具体化して、リストアップの形にしていくことこそが、手続き的に正しい、ということになるだろう。しかし、そういう立場を山田は取らない。山田は、「知らないままにしておくことが重要なのではないかと主張してくるのである。つまり、吃音の「本態」は、どうも「リストアップ」とは相性がよくないようなもの、要素還元主義的ではない、なにものか、であるようなのである。

この山田の認識には、上述した、吃音の構造的メカニズムと、それとどのような連続性を帯びた、無限後退的な「呪縛」に関わるメカニズムが大きく関係しているのではないだろうか。つまり、「吃音の本態」の把握が、「リストアップ」と相性がよくないのは、それが「要素還元主義的なモデル」では把握できない、「メカニズム的モデル」でこそ把握できるなにかである、という見通しが、山田にあるからではないだろうか。

(2) 治療の否定に抵抗する各地の言友会の主張の内容分析

伊藤は吃音者宣言において、「どもりを治そうとする努力は報われることがなく、それどころか、自らのことばへの嫌悪、存在への不信から、深い悩みの淵に落ち込んでいった。どもりさえ治れば…という思いから、人生の出発(たびだち)を遅らせてきた」(伊藤, 1977, 2)と吃音の矯正訓練に専心してしまうことの問題点を指摘し、どもりを持ったままの生き方を確立することを提言した。すなわち、「どもりを治すこと」を考えるのではなく、どもりがあること、つまり「自身が吃音者である」ということを認め、どもりがあるままでもさまざまなことに挑戦していくべきであると主張した。

一方、言友会の中には、この「治療の否定」に反して訓練を行っている団体が存在している。これについて、千葉言友会と北海道言友会は、以下のようにその目的を述べている(北海道言友会に関しては、図1には記載をしていない。図1は、関東地区と関西地区にしぼって検索・検討した結果をまとめたものである)。

「吃音が改善されていくと、自信の範囲が広がり、それが行動の範囲を広げ多くのことを経験し、そしてまた自信が増していきます。生きていく選択肢が広がり、自分らしい生き方を見つけやすくなります。根本的な治療方法がない現在、吃音の改善ということの中には、現象面における改善とともに、心理面からの改善をめざすことも大切です。両面における今まで重ねられてきた多くの試みをもう一度見直し、改善のための工夫やトレーニングに取り組みたいと考えます」（千葉言友会，2017）

「吃音は治らない」という人たちのアプローチはどういうものだったのだろうと、自分の先輩たちだけではなく自分自身のやってきたことも見直してみる必要があるなど感じています。世界中にはたくさんの「吃音治療法」と称するものがあるように思います。専門家の方々をお願いしたいのは、それらの「吃音治療法」を科学的に検討してくださいということです。もしかしたら、大事なものを否定してきたかもしれませんし、有効かどうかあまり検討されずに個人的な成功例が他の全ての方々にも有効だという非論理的な押し付けになっているかもしれません。個人の成功例、失敗例を全ての方々に押し付けるのではなく、どういう理由で少しでも流暢性を身につけたり生きやすくなったのか。どういう理由で吃音が軽くならずにむしろ苦しい人生を送ることになったか。簡単に否定も肯定もしない、フラットな立場からの「吃音治療法の再検討」ということがなされてほしいと思います・・・（後略）」（北海道言友会公式ブログ，2016）

「どもり」という症状の改善を図ることが訓練の最終目的なのではなく、訓練がソーシャル・スキル・トレーニング（社会技能訓練，以下 SST と表記）ないし認知行動療法と似た側面を持っていると千葉言友会の主張は、読み取ることができる。SST そのものはその名が示す通り社会生活を送るにあたって必要となる技能、たとえばコミュニケーション能力や適応能力等を培うものであるが、それによって喪失していた自信を身に付けていくことが可能であるという、この最後の部分が、千葉言友会のHPでは強調されているようなのである。

たしかに、成人の吃音患者の場合、40%以上もの確率で社会不安障害が合併する（Blumgartら，2010）とも言われているそうであり、「吃音のある自分が悪い」という認知の歪みの修正や、言語療法、行動療法によって吃音者の不登校が改善されたという報告も、なされている（菊池ら，2013）。

『吃音者宣言』では吃音の治療への専心努力を維持することを否定的に扱っているが、吃音症状の改善を目指すことそのもののなかに、認知面の改善や心理面の改善への可能性を認めるということは可能だろう。そういう観点から、吃音の治療をめざすことには意義があると、千葉言友会が主張しているとするのなら、それはあり得る方向だろう。

目標の中心が「どもる症状の治療」にあるのではない、とも読める千葉言友会のHPで

の記載に対して、北海道言友会の公式ブログは、「どもる」症状の治療に焦点を当てて論じているように見える。

北海道言友会公式ブログの筆者が、上述のような主張をしている理由としては、「当事者の経験則からさまざまな吃音治療法が行われてきたが、そもそも吃音自体が個人差のあるものであり、その原因や機序については明らかになっていない。吃音者宣言が提唱された頃より科学や医療は進歩しており、改めて治療方法を探求する必要がある」ということなのだろうか。かなり強い「科学/医学への期待」があるように思われた。そういう「期待する立場」からすれば「未だ解明されていない吃音のなりたちやあり方を明らかにするために、これまでの治療法を振り返り、改めて吃音というものを知るべきである」と主張することにも、根拠があることになるだろう。

つまり、『吃音者宣言』を読んで、そのインパクトを受け入れてもなおかつ「治療への期待」は復活しうる、ということである。それはつまり、『吃音者宣言』が「救済」であるのとあまり変わらない水準で、「治療への期待を述べ続けること」も「救済」である、ということの意味しているだろう。ここにも、ある種の「症状/問題→対策/救済策の提示→救済策の問題化→別の対策の提示」というような、連続性があるように思われるのである。

(3) 『吃音者宣言』から、何がはじまったか。吃音者に生じる「呪縛2」について

現在の伊藤の活動拠点は『NPO 法人 大阪スタタリングプロジェクト⁷⁾』である。その主たる活動のひとつである「大阪吃音教室」においては、ボイス・トレーニングや話し方の講義が実施されている。これは、どういうことだろうか。伊藤こそは、吃音の治療・矯正をやめるべきだ、といった張本人なのではないのか。ここには、矛盾があるのではないかと、そういう疑問が出てきても当然だろう。

もちろん、大阪スタタリングプロジェクトの目的は、吃音治療の特効薬がない現状にあって、吃音を治すことよりも、吃音と上手につき合うこと、なのであって、そう考えれば、伊藤の主張には矛盾がない、と解釈することもできるだろう。あるいは、「大阪吃音教室」への参加者の感想の焦点が、「話す能力」に関するものになっておらず、「声を出す機会に恵まれた」というような、「話す経験や態度」に焦点が当てられたものになっていることを踏まえると、さらに、伊藤の議論のなかでの一貫性を見積もることも容易になるだろう。

しかし、ここではあえて以下のように問いたい。すなわち「治療の否定」を提唱したはずの伊藤本人が、吃音者に対して、訓練ないしそれに準ずる活動を行っているのはどのような理路にそってのことなのだろうか。伊藤が行っているかもしれない理解の可能性を探っていきいたい。

我々とのインタビューにおいて山田は、伊藤の訓練について、以下のように語った。

山田「伊藤さんは相当辛いと僕は思います。それこそ伊藤さんのいろんな映像を見て思うのは、多分わざとでもっている気がするんですね、吃音者の団体を率いてきたあの人が、伊藤さんをずっと見ていると、吃音でどもっていると感じることもたまにあるんですけど、多分わざとでもっているんじゃないかってことが、見立てに過ぎないんですけど、あって。伊藤さんが吃音者を背負うために、どもるっていう戦術をとっているっていうように思うんですね。そのことが伊藤さんの中で矛盾しないのかってことはわからないんですけど」(003A_170723_1824 1:03:13~)

また、以下のようにも述べている。

山田「伊藤さんの『吃音者宣言』を見て思うのは、治す努力を否定するっていう要素に強く結びついていると思うんです。そのことはやっぱり生きづらさを生んでいるような気がするんですね。いろいろと複雑すぎて改善しようとしても難しいから、じゃあやめよう、そのものこそが『吃音者宣言以後の呪縛』に僕はなっているような気がして」(003A_170723_1824 00:34:40~)

『本来の呪縛』(呪縛1)は、「吃音であるために自分は自分らしい生活を送ることができていない」という吃音者がかねてより抱えていた悩みに対応した認識であると考えていだろう。これは、「疾病モデルを当て嵌められてしまった障害者一般が感じる困難」に対応している。すなわち、「治療可能なら、治療を終えてから社会復帰せよ」という、義務的な「患者役割」を強制されてしまうと、そういう障害者は、治療が終わるまで、社会生活を十全に過ごすことができなくなるのである。もちろん、リハビリで大きく改善するような障害なら、「疾病モデル」を当て嵌められても、それほど困ることはない。短期間の生活制限で済むからだ。しかし、それは形容矛盾である。「障害者」は、容易に治癒しない、改善しないがゆえに「障害者」なのであって、したがって、「障害者解放運動」の基本テーマは「障害とともにあることの権利の承認、障害者であるままでの生活の獲得」ということになる。『吃音者宣言』は、そういう意味では「障害者解放運動」の王道的宣言であった。ただ、「吃音者」には固有の問題状況があった。それは、視認性が低いことによって、「通過作業(パスすること)」が容易である、という吃音の特徴に由来する問題状況であり、かつまた、上述の吃音に関する問題の構造的循環性に由来する問題状況である。問題が解決される度ごと、新しい問題が生まれる構造があるため、吃音者においては、『呪縛』性が他の障害よりも高いのである。自縄自縛的構造が生まれやすいのである。その点で、『吃音者宣言』は画期的であった、ということができよう。

それでは『吃音者宣言以後の呪縛』とは何だろうか。山田は「改善をするには吃音は複雑すぎる、だからやめよう……となっている」と伊藤伸二の議論の展開を要約して述べて

いる。この言い方の要約の仕方、すなわち「複雑すぎる、だからやめよう」という言い方の要約の仕方には、そこはかとなく批判的なトーンが付着している感じが我々にはしたが、そのことをもとに、山田の主張したいことは何かということを考えると、以下のようなことを考えることもできるのではないだろうか。すなわち、治す努力の否定が、「どもる」「どもらない」という現象的水準にかかわって、「複雑すぎる」と評価されているがゆえに、『吃音者宣言以後の呪縛』が産み出されたのだ、という議論になっていると考えることができそうなのである。山田・檉田（2017）や、本論文の冒頭からの議論を復習するのならば、吃音は、「どもり 1」（連発）への「対策」が、むしろ次の吃音の主症状としての「どもり 2」（難発）に繋がるような特質や、解消したとおもった「どもり（1or2）」が、波打つようにまた戻ってくることによって、特徴付けられる。したがって、その構造的特徴を無視して、現象としての「どもり」だけを見てしまえば、それは統制不能なものに見えてしまうだろう。けれども、「吃音」は単に統制不能だけではなくて、その「本態」が何かわからない物なのである。それを放置して、吃音者であることに誇りを持ってと言われても、元々の吃音の本態の探究からやりなおさなければ、誇りを持つ根拠が得られない、と考える人が出てくる展開は避けられないだろう。そういう理路で、山田は『吃音者宣言以後の呪縛』ということをかんがえたのではないだろうか。我々は、以上のように考えるのである。

これまでの吃音者宣言像は「吃音者は、自分が吃音者であるから、自分らしい生活ができないでいるのだと思ってしまっている。だから、吃音を前向きに捉えることで、自分は他の誰もと同じように何でもできるのだという意識への転換を図らなくては行けない。これまで行っていた吃音症状の治療をやめて、吃音者であることを受け入れていくべきだ」（大意）というものであった。しかし、「吃音者であることを受け入れていく」とはいったいいかなることなのか。対処法（工夫）としての「難発」や「言い換え」を辞めることなのだろうか。しかし、意識的にそれらを辞めるなどということが果たして可能なのだろうか。そういう水準に、問題が伏在しているようなのである。つまりは、今度は、「吃音者であることの本態の言語化不全状態」を抱えたまた「吃音者であることに開き直る」ということの困難が、問題となってくるのである。

(a) アイデンティティ強化のための、身体像や発話像の積極的顕示路線の採用可能性

この項では、上で述べて来たような「呪縛」ということが、つまるところ、どういうことなのか、を考えるために、「吃音」ではなく「ファッション」を事例に挙げて考えて行くことにしよう。ファッションというと吃音とはあまり関係のない事柄のように思われるかもしれないが、じつは、ファッションとアイデンティティの関係性は、吃音とアイデンティティの関係性と類似しており、本論文にも大きく関係しているといえるのである。

ファッションにおいては、「自分は理想的なプロポーションをしているという身体像を抱いている人は、ポジティブな身体カセクシス（「身体像」とその自己評価の結果）を持つ

ている。そしてそのことが価値あるものとしてとらえられていれば、被服行動によって自己高揚の欲求が起こり、多くの場合、露出、誇張、装飾などが含まれる身体特徴を顕示する行動が採用される。……(中略)……反対に、たとえば自分は太っているという身体像を持っている人は、ネガティブな身体カセクシスを持っており、自尊感情の脅威となるため被服行動によって自己防衛の欲求が起こる。被服行動による自己防衛は、多くの場合隠蔽する行動が採用される」(高田, 2013:4, 但し下線部は本論文著者による注記)といわれている。すなわち、ボディに自信があれば、その魅力を引き立てるような装いをし、自信がないと、コンプレックスに感じている部分を隠すのである。けれども、上述のメカニズムは、「身体像」の中身には、依存していない。その結果、「理想的身体像≒顕示行動」「否定的身体像≒隠蔽行動」の組み合わせは、左から右への意味連関だけでなく、右から左への意味連関をも発生させることになる。ミシェル・フーコーのように、頭髪がない状態であっても、それを「顕示」すれば、そこに「理想的身体像」があることになるのである。

吃音の場合はどうなるだろうか。「理想的身体像」を「理想的発話像」、「否定的身体像」を「否定的発話像」に置き換えてみよう。

通常は、内面にある「どもりに対する恐怖・怯え」を隠すための手法として、「隠蔽行動」が採用されるだろう。それは具体的には「難発」「言い換え」「筆談」「話さないこと」等の手法でもってなされるのが通常だが、「難発」はそれ自身が新規の「どもり」現象と見なされるし、「言い換え」は言いたいことが言えなくなる側面がある。「筆談」については、聴覚障害者と誤認されることから利益を得ている場合には、その、他者の誤認を流用したことが「暴露されるリスク」が存在する。隠蔽系の生き抜き方は、なかなか困難なのである。

上述のように「隠蔽系」の路線が容易ではない場合、「顕示系」の路線が現実的な選択肢としてあがってくる。つまり、この「顕示系」の路線を取った吃音者は、「どもり」を隠すことなくどもりながら話すこと。そうすることで「顕示系」の意味連関を作動させて「このどもりは隠す必要がないものとして、採用されている。なぜなら、発話者は、どもりの否定的表現効果を超える自信を内面に持っているからだ」という主張を周囲に対して、していくことがあり得ることになるのである。

すなわち、どもりを気にせずに話すことによって、外面から内面に遡及する形で、内面の「自信」が結果され(たとえあったとしても、遡及されない内面の「怯え」は他者に読み取られることはなくなり)、むしろその人本人には、自信があるように、外部の他者には見せかけることができるようになるのである。「この人は前向きに生きているからこんなにもどもりを表に出しながら話せるのだろう」と他者が(勝手に)思うという理解プロセスが産み出されるのである。

伊藤伸二はこの作用機序を理解し、それを巧みに利用したのではないだろうか。たとえば、ファッションでは、あこがれのモデルや俳優の服装を、雑誌を見て真似することはし

ばしばなされることである。それと同様に、伊藤という「どもりながら前向きに生きている吃音者」を体現する存在があれば、その存在にあこがれ、彼のようになりたいと「どもりに悩む吃音者」が思うようになることは、十分に期待可能な事柄であるように思われるのである。「それ(被服行動)に対する他者反応の予測を行い、ポジティブな反応が示されれば自己高揚がもたらされ、自尊感情は強化される」(高田, 2013; 4, 但し下線部は著者による注記)とあるように、最初は「どもりを隠さずに堂々と話す」ということから始めたとしても、他者からの反応がネガティブなものでなければ、吃音者の内面は他者の思う「前向きに生きている」に近づいていく結果になるのではないだろうか。このあたりに、山田舜也が、伊藤伸二に対して、「わざとどもっている」という疑いの視線を向ける根拠があるように思われるのである。

(b) 伊藤伸二の「随意吃音」訓練歴と『吃音者宣言』

伊藤伸二は、吃音者宣言以前に「随意吃音」の訓練を行った経歴を持つ(伊藤伸二, 2013)。「随意吃音」はどもらないようにしようとすると却ってどもる不安や恐怖が増すので、それならどンドンどもって話そうと、わざと意図的にどもるという手法であるという。結論としてはその訓練を一緒に行った300人全員の「どもり」は改善されなかったそうだが、この手法の発想は、『吃音者宣言』の「吃音があっても前向きに生きよう」という考えに近い。つまり、「どもり」の改善が「随意吃音」の獲得目標であると考えれば、「随意吃音」は無用なワザであることになるが、不安や恐怖が増殖する負のスパイラルから免れることを獲得目標であると考えれば、「随意吃音」は、『古典的呪縛』からの離脱法としてあり得る選択肢であるということになるだろう。

(c) クラインマンの『病いの語り』と「嚼みつつ語ること」の非症状化戦略

クラインマンは「病気」という現象を、治療者がもつ生物医学的な観点である「疾患」にのみ矮小化して理解してはいけない、という立場から、『病いの語り』を書き、病気に伴う観念や感情や経験である「病い(イルネス)」概念の重要性を指摘した(Kleinman, 1988=1996)。

徳島大学の太塚と内藤は、吃音者が希求する生き方を実現しようとする上での葛藤について「病い」の側面に着目して、以下のような分析を行った。すなわち、「慢性病患者のセルフヘルプグループにおいて頻繁に交換される『病い』をめぐる語りによって、ある種の『病いの共同体』が形成され、病者は『病い』をもつ身体を抱えた人間としてのアイデンティティを再編」されるとした上で、言友会に対しては「吃音による言葉の言いよどみを治療するという考え方ではなく、自分らしく生きる道を探そうと、『嚼む』ことという身体的特徴として相対化する活動が行われている」と述べている。すなわち、千葉県等の言友会の活動で多くみられるストーリーは、「嚼みつつ語る」ことで、それが「症状」ではなく

「ただ囁むこと」であるという共同認識を確立し、「病い」理解の転換を図るというものだという（大塚・内藤，2015）。

上智大学の藤村正之は、「言葉を用いて、ある事象を名づけることは、そのものごとを生成・再生する営みであり、さらには新たに創造する営みともなりうるものである」（藤村，2014；81）という。藤村はさらに、デュルケムの「われわれは、それが犯罪だから非難するのではなく、非難するから犯罪なのである」（Durkheim, 1893=1971:82）という一文を引用し、関係のあり方や認識のあり方が「現実」を作り出していくのだと述べている。

つまり、これまで「どもり」と名付けられていた現象を、「ただ囁むこと」に改名する振る舞いこそは、「そのものごとを生成・再生する営み」なのである。

そして、もしそのように言うことができるのなら、伊藤伸二の「どもりながら前向きに生きている吃音者を体現する振る舞い」も、同様の転換を加速しうる有用な手段であるといえよう。

けれども、吃音者の「病い」の意味内容を転換させる当事者の振る舞いは、期待どおりの効果を保証するものではない。そこには、いまだ検討されていない、重要な展開可能性があるのである。つまり、「吃音には『どもり』という症状があるが、それを決して気にしてはいけない」と意識することこそが、「吃音」を現実のものたらしめる、という側面も存在するのである。より噛み砕いていうならば、「彼らが『どもり』を気にしないように意識すればするほどに、『どもり』に意識を向けているとも言えるようになる」という事態があるのだ、と表現することができよう。先の項にて、山田が「ただ、リストアップの方向性とは逆なのかもしれないんですけど、何々と定義しないという、じゃあなんなのかというのを曖昧なままにしておくという、そういう付き合い方って結構重要なんじゃないかって」と述べた際に、避けようとしていた、「リストアップによって発生する事象」も、この「どもり」を避けるやり方による「どもりの意識化」なのではないだろうか。

つまり、吃音が何であるかを追求してしまうと、「吃音」という現実をより強固に固着させ、吃音者が執着する結果ともなりかねないのである。

伊藤伸二は吃音を「『どもり』を肯定するか否定するか」という、必要以上に簡略化した立場からみている、と山田が指摘したのではないかと我々は分析した。そして、その伊藤の視点こそが、もう一つの新しい「呪縛」（呪縛2）として、『吃音者宣言以後』の、吃音者を苦しめているのかもしれない、とも指摘した。我々は、ここまで、すくなくとも、我々が呈示したメカニズムの存在可能性までは、説得的に明らかにしてきたように思う。問題は、「それなら『呪縛2』を免れる、『呪縛1』の打開策はあるのか」ということとなる。

最後に、山田はインタビュー中に、「伊藤さんが吃音者を背負うために、どもるっていう戦術をとっているっていうように思うんですね。そのことが伊藤さんの中で矛盾しないのかってことはわからないんですけど」（003A_170723_1824 1:03:13~）と暗に伊藤が自ら吃

音者宣言と矛盾して「吃音者」であることを演じているのではないかと指摘したが、果たして本当に矛盾しているのかということをもう一度検討したい。確かに、吃音者宣言において伊藤が「どもりが治ってからの人生を夢見るより、人としての責務を怠っている自分を恥じよう。そして、どもりだからと自分の可能性を閉ざしている硬い殻を打ち破ろう」とし、今ある「自分らしさ」を希求することを宣言した点に関しては、少なくとも、『吃音者宣言』で呈示した立場を100%は守っていないようにみえる。しかし、そのこと自身が、じつは、伊藤伸二もまた山田舜也と同様に、『吃音者宣言以後の呪縛』に吃音者が呪縛されていることに気づき、これまで述べてきたように、この第二の呪縛からの解放に向けて多様な模索を重ねていることの証拠なのではないだろうか。そのように思われて仕方ないのである。

8. おわりに

日本各地で活動をしている言友会は、基本的には『吃音者宣言』的な目標を持ちながら、実際の活動においては多様な実践を行っていた。しかし、この多様性には、合理性があるのではないだろうか。『吃音者宣言』は、それ以前の吃音の『呪縛』に対しては、解放的効果を持つものだったかもしれないが、いわゆる『吃音者宣言以後の呪縛』と呼びうる、別種の呪縛のスタート地点となったのであり、おそらくは、伊藤伸二自身が、そのことに気がついて、様々な模索的活動を開始しているのだろう、と思われた。

吃音は、軽度障害である。けれども、ただの軽度障害ではなく、それがコミュニケーションの障害であるところから、「障害」というものが問題になった場合の処理方法が有効であったり有効でなかったりする際のバリエーションとして、もっとも基本的なメニューを我々に提供してくれる障害である。

たとえば、吃音というものが、「症状 - 対策」のスパイラル構造（「症状1 - 対策1」から「対策1の症状2化 - 対策2」へ、更にそこから「対策2の症状3化 - 対策3」へ進むような構造）で特徴づけられる、連鎖的な構造をもったものだとするのならば、究極のところ「どもらなくなっている状態」こそ「もっとも深く吃音に抑圧されてしまっている状態」であることになるだろう。そのことがわかっているからこそ、伊藤伸二は、「わざとどもる」のではないか。もっとも抑圧された吃音者ではなく、「どもりを隠す必要のない自信に満ちあふれた自己を生きている人間」として、伊藤伸二は「わざとどもる」のではないだろうか。

けれども、そのような連鎖構造は、吃音に固有の構造ではなく、障害一般の構造ともいえるのではないだろうか。伊藤伸二が「わざとどもる」ことが、有意味なのは、吃音の特徴に由来する結果ではなく、我々の「自己呈示」というものが、徹頭徹尾「相互行為性」をもったものであるという特徴に由来する結果なのではないだろうか。つまり、「自己呈示」は、当該の自己が呈示しようとしてできるものではなく、周囲が当該の自己をどのような

自己として受けとるのか、という受け取り側のあり方から、逆算的に達成されるものだからである。

もちろん、このように、「障害」を「自己呈示の相互行為性」と結び付けて考えて行こうとする立場は、『障害の社会学』的立場であって、まだ、障害理解の学的伝統のなかでは、主流ではない。しかし、今後主要な研究潮流になる可能性のある立場であろう。それに、この立場は、じつは、長い伝統を持っている。たとえば、「性同一性障害者」としても扱うことが可能であろうと思われる、ガーフィンケルのアグネスが、ペニスを持った少女として、自らの、存在しない少女期の生活を「あなたが想像したとおりのものよ」と創作したあのやり方 (Garfinkel, 1967; 檜田美雄, 1991) こそは、「随意吃音」の「自己呈示戦略化」として、伊藤伸二が行ったものとパラレルなやり方であるといえるのではないだろうか。「吃音」に関しては、この方向で他の文化現象との比較や展開が可能ないように思われるのである。

我々は、この論文の第一節で、以下のように予告した。

すなわち、“「吃音」にかかわる「視認性の低さ」の問題は、ちょっと不思議な展開を経て、「生きることと障害との生きづらさを超えた関係性、あるいは、障害を持って生きることのかけがえのなさ」という（軽度障害に限らない）障害一般にかかわる思考に我々を導く”と予告した。この予告に沿った終わり方をしなければならないだろう。以下、この点に注力して終わっていこう。

まず、我々は、吃音者をめぐって、両極端の議論をすることができる。このことの確認をしておこう。一つの極端さは、『どもる体』（伊藤, 2018）が指摘してくれるものであり、かつまた、山田舜也が口頭で述べてくれたものでもあるが、「ないことがあること」である状態である。すなわち、完璧な「言い換え」や「拍子取り」のような対策によって、症状としての「どもり」が全く出ていない状態であっても、そのような対策（言い換え等）に「体」がのっとられてしまった状態は、吃音者で有り続けている状態だ、ということが出来る。その一方で、もう一つの状態も想定することができる。こちらの極端さは、伊藤伸二が「随意吃音」を実践することの中で狙っていたかも知れない状態として、上で述べたものであるが、「あることがないこと」である状態である。すなわち、完璧な「どもり」の実践によって、症状としての「どもり」がまったく“抑制されるべきもの”としての質を失ったようにみえる場合、それを受け入れる社会関係が存在した場合には、「どもってはいるけれども、もはや吃音者ではない」という状態が成立したといえるのである。

上述の2つの極端な議論は、いずれも、吃音の「視認性の低さ」に由来する。けれども、その由来の仕方は別種のものである。「ないことがあること」（究極の吃音1）の場合、「視認性の低さ」は、存在する吃音が、症状としてみて取れる形にほとんどならない、という意味での「視認性の低さ」である。これに対し、「あることがないこと」（究極の吃音2）の場合の「視認性の低さ」は、聞き取れるところの「どもり」が、有意味に「吃音」と結

びついているとは限らないという意味での「視認性の低さ」である。つまり、そこでは、「どもり」と聞くことができるかも知れない発話の行われ方が、発話一般にともなうトラブルであるかも知れないし、個性の表れかも知れないが、いずれにしろ、隠そうとされていないので、とくに「吃音」というような障害と結びついたものとしては、社会的に扱われない、という事態が発生しているのである。

我々は、この2つの極端な議論の可能性が、吃音について、“なさそうなこと”というより“ありそうなこと”であることを、ここまで例証してきた。とするのならば、第一節で予告した結論、すなわち、「生きることと障害との生きづらさを超えた関係性、あるいは、障害を持って生きることのかげがえのなさ」という議論もまた、“なさそうなこと”というより“ありそうなこと”である、といえるのではないだろうか。

結論の前半は、「あることがないこと」（究極の吃音2）に対応している。ここでは「どもること」は、もはや「生きること」と一体化しているが、にもかかわらず「生きづらさ」とは結びついていない。

結論の後半は、「ないことがあること」（究極の吃音1）に対応している。ここでは「どもること」は、もはや社会的な視認性を欠いているが、その状態に対して、吃音者の方に、現在の状態が、（究極の吃音2）的の人生を生きなかつた/生きていないという人生選択の結果かも知れないというリアリティが存在している場合には、当該の吃音者は、ある「かげがえのなさ」を実感することになるだろう。そういう組み合わせ的意味をもったものとして、この2つの究極の吃音はある、ということができるだろう。

本論文の第5節の終わりにおいて我々は、『本来的な呪縛』と『吃音者宣言以後の呪縛』との連鎖構造を定義したが、それは、ただ単に「時間的に連続している」という定義だった。いまやつと我々は、この「時間的に連続している」という定義を、「意味的に連続している」という定義に変換できるようになったと思う。つまり、以下のような論理が2つの呪縛間にある可能性を指摘できるようになったと思う。

「本来的な呪縛」（呪縛1）の観点からの吃音理解が、解決像として示唆してしまっていたものは、センシティブな吃音者にとっては「ないことがあること（究極の吃音1）」だったのである。そこで、伊藤伸二は、「あることがないこと（究極の吃音2）」という、もうひとつの解決像を呈示した。けれども、この「あることがないこと（究極の吃音2）」の状態を獲得するには、そのような状態を可能にする他者の視線をも構造的に獲得しなければならない。「自信をもってどもっていればそれでいい」というわけにはいかないのである。それは、つまり、吃音者個人の活動だけでは獲得の困難な、社会的達成としての社会状態なのである。そこに、『吃音者宣言以後の呪縛』、すなわち、社会的な達成を個人的に獲得しようとする困難が発生する。この社会的達成を個人的努力で手に入れようとするに伴う困難こそが、「吃音者宣言以後の呪縛」（呪縛2）という、吃音者のリアリティの中身だったのである、ないだろうか。

本論文の見取り図は、以下のようなになる。我々は、少なくとも吃音については、上述のように、そこに「呪縛1」から「呪縛2」への展開の必然性と、「呪縛2」の解決困難性をみいだしたが、この連鎖的な展開のなかで出てきた「問題の構図」は、一般性をもつものではないか、と考えている。つまり、言友会の「呪縛1」から逃れようとする活動は、同時代的にみれば女性解放運動における「コンシャスネス・ライジング活動」と同型性をもっているといえるが、そうであればなおのこと、他の障害一般にも、被差別者解放運動一般にも、応用的適用が可能な「困難の構図（問題の構図）」を持っているといえるのではないだろうか。社会学は従来、人間解放の可能性に関して、主体の意味創造能力に過度に依存した解放像を示してきてしまったのではないだろうか。しかし、意味は、ひとりや小集団が変更しようと思って、そうできるほど、単純な存在ではない。そもそも、解放されたときにどのような意味連関が安定的で有意義なものなのか、事前には主体は予期しがたいものなのではないだろうか。あるいは、意味の変革を進める際に、戦略を組もうとしても、社会は相互反映的に意味を成立させているので、つまり、意味生成過程には他者が介入するので、我々は、意味創造を、容易には戦略的に実現できないといえるのではないだろうか。社会学は、そのように「社会性に基づく解放の困難さ」、あるいは、もう少し普遍的に言えば、「人間の対他的存在者としての生の困難さ／かけがえのなさ」にこれまで以上に配慮した理論構成をしていくべきなのではないだろうか。そういう示唆が、本論文からは社会学に対して発せられている、ということもできるだろう。

我々が見出した課題は、吃音に関わる課題であると同時に、すべての障害者・被差別者に関わる課題である。それと同時に、現代社会学の課題でもあるといえよう。問題は大きい。しかし、紙幅が尽きてしまった。この方向での、本論文で行ってきた議論の応用に関しての展開については、次稿を期したい。

脚注

¹ 山田舜也は、東京大学大学院先端技術研究センター博士課程在籍（バリアフリー・当事者研究分野）の大学院生である。山田は、研究活動と並行して、東京大学吃音サークル「東京大学スタタリング」の代表として吃音者演劇の活動もしている。山田は、幼少期からの吃音者であると同時に吃音の当事者研究の実践者であるともいえる。山田氏は、『どもる体』（伊藤亜沙、2018）内同様、その考察と経験を実名で公表することを承諾して下さった。また、今回の高橋と榎田による吃音者調査プロジェクト全体に関しても多くの助言と助力（本論文では言及しなかったが、本論文にかかわってインタビューに伺った、吃音者就労支援団体の紹介等）をして下さった。記して感謝したい。

² 伊藤伸二は、1965年に吃音者のセルフヘルプ・グループである言友会を設立し、1976年に「吃音者宣言」を出し、1977年に出版した。現在は伊藤伸二ことばの相談室主宰、日本吃音臨床研究会会長、NPO 法人大阪スタタリングプロジェクトでセルフヘルプ・グループを組織しての活動等を行っている。

³ 吃音者宣言的考えが広まるまでは、吃音者は、自らの吃音をいかに治すかという課題の呪縛から免れることが困難であった。民間訓練所でさまざまな吃音矯正方法に取り組み、

跛行的な状態の憎悪と寛解に一喜一憂していた。そのような治療路線の行き詰まりの中、「治療の否定」を打ち出し、自らが吃音者であることを誇りにして活動することの意義を宣言した「吃音者宣言」は、「救済」であった。つまり、吃音の治療の困難性、すなわち本稿で述べる『本来の呪縛』に囚われていた吃音者にとっては、「吃音者宣言」は、それなりに根本的な問題解決であったともいえよう。

4 ここでは吃音者同士のセルフヘルプ・グループ（吃音者コミュニティ）を除外するという意味で「一般的なコミュニティ」と表現している。

5 「本態」は本来、「本来のありさま」という意味の語句である。しかし、インタビューにおいて、山田は、吃音ないし吃音者を取り巻く社会観念や当事者の価値観、の総体を指すものとして、この「本態」という用語を使おうとしているようにも見えた。したがって、本論文も山田の用法に準拠する。

6 これらの例は、インタビュー中に挙げられたものと、吃音でしばしば述べられる症状との両方を参考している。

7 スタタリング(stuttering)とは英語で「どもること」を指す名詞である。日本語における「どもり」は時に蔑称として用いられることがあるが、英語であるスタタリングはまだ日本社会に浸透していない。スタタリングという用語を用いることは、「どもり」という日本語に貼り付いている差別的な意味の顕在化を防ぎ、フラットな地点で、「どもり」を扱おうとする意図を叶えるものである。

文献

秋風千恵, 2013, 『軽度障害の社会学—「異化&統合」をめざして—』, ハーベスト社.

Blumgart E., Y. Tran and A. Craig, 2010, “Social anxiety disorder in adults who stutter”. *Depress Anxiety*, 27(7) : 678-692.

Durkheim, E., 1895, *De la division du travail social*, Félic Alcan. (=1971, 田原音和訳『社会分業論』青木書店).

藤村正之, 2014, 『考えるヒント—方法としての社会学』, 弘文堂.

藤野久美子・樫田美雄, 2017, 「ルールや環境から直接規定されないものとしての実践—女性競技者による車椅子バスケットボールの場合—」『現象と秩序』7:81 - 106.

Garfinkel, Harold, 1967 “Passing and the Managed Achievement of Sex Status in an ‘Intersexed Person’ Part1 an Abridge Version,” *Studies in Ethnomethodology*, printice-Hall:116-185.=1987 「アグネス、彼女はいかにして女になりつづけたか - ある両性的人間の女性としての通過作業とその社会的地位の操作的達成」山田富秋・好井裕明・山崎敬一編訳『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体』せりか書房, 217-295.

群馬言友会, n.d. 『概要』 <http://zengenren.org/020.html>, 2017年10月13日閲覧.

姫路言友会, n.d. 『概要』, <http://zengenren.org/022.html>, 2017年10月13日閲覧.

北海道言友会公式ブログ, 2016, 『2月22日(月)のマンデーナイト吃音カフェ～準備ができました。』

<http://blog.goo.ne.jp/hokkaido-genyukai/c/89c63e9be31955d195b474c08f4f04ed>,

2017年10月07日閲覧.

- 堀響一郎, 2017, 「軽度障害者のスポーツ実践の研究—吃音症を事例として—」, 『スポーツ社会学研究』 25 (1):49-64.
- 茨城言友会, 2017, 『概要』, <http://zengenren.org/021.html>, 2017年10月13日閲覧.
- 飯村大智, 2016, 「吃音者が抱える就労問題と関連要因について」, 『コミュニケーション障害学』 33(3):121-134.
- 飯村大智・矢田康人・今泉一哉, 2017, 「吃音に関する知識の実態調査：大学生を対象とした予備的検討」, 『コミュニケーション障害学』 34(1) : 11-15.
- 伊藤亜紗, 2018, 『どもる体』, 医学書院.
- 伊藤伸二, 1977, 『吃音者宣言』, たいまつ社.
- 伊藤伸二, 1999, 『新吃音者宣言』, 芳賀書店.
- 伊藤伸二, 2013, 『3期に分かれる私の体験』, http://kituonkenkyu.org/0004_004_01.html, 2017年11月15日閲覧.
- 榎田美雄, 1991, 「アグネス論文における<非ゲーム的パッシング>の意味-エスノメソドロジ-の現象理解についての若干の考察」, 『年報筑波社会学』 3:74-98. (Web掲載有り)
- 榎田美雄, 2018, 「コミュニケーショントラブルの合理的背景——医療面接のビデオ・エスノグラフィー——」, 榎田美雄・岡田光弘・中塚朋子編 (藤崎和彦監修), 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む—』, 晃洋書房:19-42.
- 榎田美雄, forthcoming, 「障害の社会学の立場からの障害者スポーツ研究の試み—「障害の社会学」視点を障害者スポーツ研究に導入すると「非障害者スポーツとしての障害者スポーツ」が発見できた—」, 榎原賢二郎編, 『障害の社会学』, 新曜社: 頁未定.
- 菊池良和, 2011, 『ボクは吃音ドクターです. どもっていても, 社会に必要とされる, 医師になりたい』, 毎日新聞社.
- 菊池良和・梅崎俊郎・山口優実・砂糖伸宏・足立一雄・清原英之・小宗静男, 2013, 「社交不安障害 (social anxiety disorder : SAD) を合併した発達性吃音症の1例」, 『音声言語医学』, 54(1) : 35-39.
- Kleinman, Arthur, 1988, *THE ILLNESS NARRATIVES: Suffering Healing and the Human Condition*, Basic Books. (=1996, 江口重行, 五木田紳, 上野豪志訳『病いの語り—慢性の病をめぐる臨床人類学』誠信書房).
- 京都言友会, n.d. 『京都言友会の活動は』, http://www.geocities.jp/kyouto_genyuukai/, 2017年10月13日閲覧.
- 文部科学省, 2009, 『学術の役割について』, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/gijyutu/gijyutu4/016/siryu/attach/1285990.ht

m, 2017年11月16日閲覧.

向谷地生良・伊藤伸二, 2013, 『吃音の当事者研究—どもる人たちが「べてるの家」と出会った—』, 金子書房.

奈良言友会, n.d. 『2. 奈良言友会の活動』,

<https://nara-genyukai.jimdo.com/%E5%A5%88%E8%89%AF%E8%A8%80%E5%8F%8B%E4%BC%9A%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6/>, 2017年10月13日閲覧.

大塚諒・内藤直樹, 2015, 「『嚙む』身体と共に生きる—吃音自助組織での語りにみる吃音対処法の意味—」, 『徳島大学地域科学研究』5: 46-61(リポジトリでWEB公開中).

埼玉言友会, n.d. 『埼玉言友会のホームページへようこそ!』,

<https://saitama-genyukai.jimdo.com/>, 2017年10月13日閲覧.

榊原賢二郎編, forthcoming, 『障害の社会学』新曜社.

篠島あかり・檜田美雄, 2017, 「ALS療養者共同体における在宅療養の工夫と文化創造—我々が見て考えることができるもの—」, 『現象と秩序』7:61-80.

すたっと京都, n.d.a 『こんな活動をしています』,

<http://kotobato.seesaa.net/category/1609775-1.html>, 2017年10月13日閲覧.

すたっと京都, n.d.b 『「3つの柱」基本方針』

<http://kotobato.seesaa.net/category/1609782-1.html>, 2017年10月13日閲覧.

千葉言友会, n.d.a 『千葉言友会の活動について』,

<https://chibag-y-jimdo.com/%E6%B4%BB%E5%8B%95%E5%86%85%E5%AE%B9/>, 2017年9月18日閲覧.

千葉言友会, n.d.b 『4. 解決に向けての取り組み 1) 「話すことの困難と当惑の感情」に対して』,

<https://chibag-y-k.jimdo.com/%E5%9F%BA%E6%9C%AC%E7%9A%84%E8%80%83%E3%81%88%E6%96%B9/>, 2017年9月18日閲覧.

東京言友会, n.d.a 『内容』,

<https://tokyo-gennyukai.jimdo.com/%E5%90%84%E7%A8%AE%E6%A1%88%E5%86%85%E4%B8%89%E7%94%B0%E4%BE%8B%E4%BC%9A%E3%81%AE%E6%A1%88%E5%86%85/>, 2017年10月13日閲覧.

東京言友会, n.d.b 『サークル案内』

<https://tokyo-gennyukai.jimdo.com/%E5%90%84%E7%A8%AE%E6%A1%88%E5%86%85%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%82%AF%E3%83%AB%E6%A1%88%E5%86%85/>, 2017年10月13日閲覧.

栃木言友会, n.d. 『2017年 活動予定』, <http://tochigi-genyukai.org/87.html>, 2017年10月13日閲覧.

山田実沙子・樫田美雄, 2017, 「生活の中の障害—軽度で非顕在的にかつ波と幅と時間的
推移と場面性のある障害としての吃音と「工夫」の社会学」, 『現象と秩序』 6:49 - 76.

よこはま言友会, n.d. 『吃音トレーニング』

<http://yokohama-genyukai.wixsite.com/index/blank-2>, 2017年10月13日閲覧.

吉村さやか, 2016, 「『カツラ』から『ウィッグ』へ—パッシングの意味転換によって解消
される『生きづらさ』—」, 『新社会学研究』 1: 119 - 136.

渡辺克典, 2015, 「あいまいな吃音の諸相」, 『生存学』 8: 150-160.

※なお, 文献表中, Blumgart (2010), Durkheim(1985=1971), Kleinman (1988=1996)
については原著にあたっての書誌事項の確認は行い得ていない.

『現象と秩序』投稿規定・執筆要領

『現象と秩序』編集委員会

2015年10月26日改訂

2017年9月30日改訂

2018年3月20日改訂

1. 投稿資格

『現象と秩序』編集委員会委員本人およびその紹介者は、『現象と秩序』に投稿することができる。

2. 原稿の種類

1) 投稿する原稿の種類は、人文・社会科学及びそれらに関わる学際領域の原著論文、ショート・ペーパー、論文、解説・総説、研究ノート、調査報告、実践報告、インタビュー記録、シンポジウム記録、書評、その他編集委員会が適当と認めたものとする。

2) 区分の指定は編集委員会が行うものとする。

3. 査読

1) 原著論文及びショート・ペーパーは査読制とする。査読を希望する原稿については、投稿申込時にどちらの区分を希望するか明記すること。査読を経た論文については、雑誌表紙のタイトルおよび論文の最初のページに「査読論文」と明記する。

2) 査読は編集委員会が行う。

(1) 編集委員会委員による査読が望ましくない場合/困難な場合は、委員会委員以外に査読を依頼することがある。

(2) 投稿から査読結果を通知するまでの期間は最大1ヶ月とする。

(3) 本誌は紙版発行とWEB上掲載の両方の手段で学術的見解の公表をするWEB誌であり、したがって、随時投稿が可能である。投稿者は、査読結果が「要修正」となった場合には、必要な修正を

『現象と秩序』投稿規定・執筆要領

行ったうえで2ヶ月以内に再投稿する。再投稿された原稿については、編集委員会が採否を決定し、投稿者に連絡がなされる。採用された場合は、執筆要領にしたがって電子ファイルによる完全原稿を作成し、編集委員会（当面は、〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 神戸市看護大学内榎田研究室, Kashida.yoshio@nifty.com）宛に、提出しなければならない。

4. 発行

冊子での発行は年1回、10月の発行を原則とする。編集委員会が形式要件を確認した日をもって原稿受理年月日とする。電子媒体による完全原稿は随時受け付け、掲載決定されたものについては、必要と希望におうじて随時ホームページ上で公開する。投稿者は投稿論文等が Web 上で公開されることを予め承認すること。

5. 執筆要領

- 1)原稿は邦文、欧文のいずれでもよい（いずれも、横書きのみ）。
- 2)電子ファイルによる完全原稿は以下の様式に従って作成する。
- 3)原稿はMicrosoft Wordで作成すること。
- 4)原稿はA4サイズとする。余白は横組みの場合は、上35mm、下30mm、左右それぞれ30mmとすること。
- 5)図表および写真はできるだけ論文の本文中に挿入する。
- 6)字体、字の大きさ、段落は以下に従って作成すること。

（英語論文の場合）

タイトル：英語のタイトルはTimes系フォント、16ポイント、太字。

サブタイトル：タイトルに準じるが字数によっては、フォントを12ポイント程度にまで小さくしてもよい。

著者名：Times系フォント、12ポイント、太字。

所属：Times 系フォント，11 ポイント。また，Corresponding author が分かるようにしたうえで，メールアドレスも付記すること。

Abstract：Times 系フォント，11 ポイント。

Key Words：Times 系フォントでサイズ11 ポイント，イタリック。

本文，引用文献：1 段組み。Times 系フォント，11 ポイント。1 頁の行数は36 行程度。

（日本語論文の場合）

表題：日本語のタイトルはゴシック体フォント，16 ポイント。

副題：表題に準じるが，字数によっては，12 ポイント程度にまで字を小さくすることができる。

著者名：ゴシック体フォント，12 ポイント。所属：明朝体フォント，11 ポイント。責任著者が分かるようにしたうえで，メールアドレスも付記すること。

英語によるタイトル，著者名，所属，Key Words：所属の次に英語によるタイトル，著者名，所属，Key Words を入れる。体裁は上記英語論文と同じ。

本文，参考文献，註：1 段組み。小見出しはゴシック体，11 ポイント。本文は，明朝体フォント，11 ポイント。1 頁の行数は36 行程度。字数は40 字程度。

6. 経費

当面は発行者が負担する。PC からのプリンター出力可能な完全原稿を提出しない者は，版下作成にかかる経費の負担をお願いする場合がある。抜き刷りの提供はないが，執筆部分のPDF ファイルが提供される。

7. 書式

上に指定した以外の書式に関しては，特別の理由のないかぎり，『社会学評論スタイルガイド（第2 版）』（<http://www.gakkai.ne.jp/jss/bulletin/guide.php>）に従うものとする。但し，見出し，及び，小見出しは左寄せとする。また，見出し，及び，小見出しの後に行空けを行わない。更に，将来のJ-Stage 掲載を見据えて，文献表においては，同一著者が連続する場合であっても「一」表記はせず，繰り返しの著者名表記とする。

【編集後記】

『現象と秩序』第9号をお届けします。巻頭の特集「社会福祉専門職と社会学」は、第4号と第8号に掲載してきた2つの特集の発展企画であり、3つの特集は全体として、社会学とは何か、現代社会とは何か、という、経験的知識社会学研究の成果であるともいえるでしょう。中根論文は、相対的に自立の程度を高めている社会福祉学と社会学との関係を再考する助けになる論文です。異論文は親支援職の課題とその課題への社会学の貢献可能性が見える論文になっています。ご堪能ください。菅野論文は、出生前検査を精密に論じており、舞弓・樫田論文は、看護学生とSP（模擬患者）との間のコミュニケーションをビデオ映像をもとに詳細に扱っています。いずれも『現象と秩序』誌らしい、経験的研究ということができるといえるでしょう。最後の高橋・樫田論文は、吃音の特殊さ（どもりに対する対策が、つぎのどもりの特徴を生み出してしまうような連続性がある、という特殊さ）に関する社会学的探求が、単なる、吃音という個別領域にあてはまるメカニズムの探求にとどまらずに、「障害一般」「人間コミュニケーション一般」に関する、総合的な社会学的考察の契機にもなり得るはずだ、という主張をしています。つまり、社会学は、主体の意味創造性をこれまで称揚してきましたが、造り上げようとする意味が、当事者（障害者）に見えているとは限らないということ、意味が造り上げられる過程には、他者の反応が組み込まれるため、期待どおりの意味が造り上げられるとは限らないこと、この2つの点において、楽観的過ぎたのではないのでしょうか。高橋・樫田論文では、吃音者のセルフヘルプ・グループの「コンシャスネス・レイジング活動（吃音者としての誇りをもって生きるための、意識覚醒をめざす集団活動）」には、思い通りの吃音者像を十分に社会化できない、という困難があり、その困難には、一般性がある、という主張をしています（と読めると思いますが）が、これは従来の社会学の楽観性に対する問題提起であるともいえるでしょう。本当にそういえるのかご批判を頂ければ幸いです。 (Y.K.)

『現象と秩序』編集委員会（2018年度）

編集委員：樫田美雄(神戸市看護大学)、中塚朋子(就実大学)、堀田裕子(愛知学泉大学)

編集幹事：平田菜津子、尾崎友祐、松田侑子(神戸市外国語大学)

編集協力・印刷協力：村中淑子(桃山学院大学)

『現象と秩序』第9号 2018年 10月31日発行

発行所 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4

神戸市看護大学 樫田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 078-794-8074 (樫田研) , e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

PRINT ISSN : 2188-9848

ONLINE ISSN : 2188-9856

<http://kashida-yoshio.com/gensho/gensho.html>