

■ 特集1 先端社会研究所 先端研セミナー ■

2015年度第1回先端研セミナー 講演録

臨床社会学の現在

－実践理論と社会の変化をめぐる－

野口 裕二

(東京学芸大学)

1 臨床社会学の展開

臨床社会学という言葉は、いまでは社会学者なら一応は知っている言葉だと思いますが、昔はあまり聞いたことのない言葉でした。日本の社会学者にそういう領域があるらしいということが伝わったのは、こちらの大学にもいらした大村英昭先生と私が編者になって、有斐閣から「臨床社会学のすすめ」を出したちょうど15年前の2000年です。それからその翌年に、同じく大村先生と編者の順番を入れかえて「臨床社会学の実践」を出しました。有斐閣という大きな出版社から出したので、そういう領域もあるのだということが一応認知されたのだと思います。

ただ、その後、学会を作るとか作らないとか、いろいろな話もあったんですが、結局そっちの方向には行かずに、関心のある人が、あるいは名乗りたい人が名乗るという形でいまに至っています。それから15年がたって、正確に数えてないですが、臨床社会学と名乗っている本、タイトルまたは副題にそれが入っている本は10冊を超えています。本だけでもそうですし、論文まで含めればもっと多くの方がこの言葉を使っている。また、ISA、国際社会学会にもクリニカル・ソシオロジーという部会があるので、昨年、参加された方もいるかもしれません。ただ、この部会はいわゆる応用社会学という色彩が強く、日本のように医療や福祉との結びつきはあまり強くなって、日本よりかなり幅広いものになっています。

今回、この先端研セミナーの講師を依頼されて、何を話そうかちょっと迷いましたが、やはり大村先生がいらした大学ということもあり、臨床社会学がその後どうなっているのかという、そういう大きなテーマを掲げさせていただきました。ただ、もちろん私が日本の臨床社会学の動きを全部把握しているわけではないので、私の目から見た、非常に偏った話であることをお許しください。

まず最初に、臨床社会学とは何かということですが、「対象としての臨床」と「方法としての臨床」という2つの方向性があります。「対象としての臨床」は、いわゆる臨床領域、医療や福祉、あるいは教育、司法あたりも含めていいと思いますが、そういう臨床領域を研究対象とする社会学、「方法としての臨床」は、単にそれらを研究対象とするだけではなくて社会学の理論や概念の臨床的応用を目指す社会学という意味です。そして、さきほどの編著では、この両者を緩やかに包含する形で成り立つ社会学として出発しました。あまり限定してしまうと狭くなるので、とにかく臨床を対象とするものは臨床社会学だし、臨床的な応用に関心があるものも臨床社会学だし、両方重なり合う場合もあるし、重ならない場合もあるし、そのあたりを広く含めて臨床社会学という形

で出発しました。

最近、ある雑誌で、私が編者になって「ナラティブの臨床社会学」という特集を組みました。『ナラティブとケア』という臨床系の雑誌で、私の知り合いのいろいろな人たちに執筆してもらい、座談会もやりました。その座談会で、「臨床社会学はいま現在どういうイメージなのか」ということが話題となり、臨床現場、臨床家とか患者とか家族とかに何らかの形で貢献する社会学がいま現在の最大公約数的な了解なのではないかということになりました。つまり、当初、「対象としての臨床」と「方法としての臨床」の両方を含む形で幅広く出発したのですが、さらに、現場になんらかの形で貢献するということが重要な要件になってきているといえます。

実際、例えば医療や福祉の現場に調査に行って、そこで何か調査をした結果、それが現場にとって何の役にも立たないのだとすれば、現場で調査に協力した人は一体何なんだという話になります。実際そういう研究もいままであったのではないかと思います。そうではなくて、やっぱり何らかの形で現場の誰かのお役に立つことを目指すというところがなければまずいのではないか。もちろんそんなにすぐに役に立つ研究ができるわけではなくて、多くの場合はあまり役に立たないのだと思いますが、でも、その役に立つということを意識しないと、やっぱり臨床社会学と言うべきではないのではないか。というのがいま現在の大きな共通理解なのではないかと思います。

おそらく、特に90年代ぐらいまでは、社会学者はあくまで客観的に対象を調査し、研究し、分析するというスタイルがまだしも成り立ったと思うのですが、いまはやっぱりそれだけではそもそも現場に入れてもらえないというところがあります。それだけ社会学の権威が落ちたのかもしれませんが、客観的に研究することがいつか役に立つという悠長なことを言っていられなくて、まさに成果主義が求められるこの現代の風潮の中で、やっぱり何らかの形で現場に貢献するという姿勢が必要になっています。

2 実践理論の変化

次に、実践理論の変化についてです。臨床社会学がそのように現場になんらかの形で貢献するという定義をした場合に、いろいろなアプローチの仕方があります。現場に行って調査をして、インタビューをしてということが主たる方法にはなりますが、必ずしもそれをしなくても現場になんかの役に立つ知見をもたらすことは可能です。そういう方向から考えてみたのが今日のお話です。

実践理論の変化ということでお話をしたいのですが、これはもう皆さんよくご存知のことだと思います。EBM、Evidence Based Medicineという言葉とともに、エビデンスということが盛んに言われるようになりました。90年代後半から日本でもこれが耳にタコができるくらい耳にするようになって、2000年代以降、特に臨床の領域ではもはや常識中の常識という話になっています。余談で恐縮ですが、最近では文科省とかと交渉していても、エビデンスを出せって必ず言われます。昔だったら心構えで何とか通ったところなんです、エビデンスを出せと、そういう時代になっています。

これはもともと90年代初めにアメリカで医療事故訴訟への対応として出てきた話です。医療事故訴訟がアメリカはすごく多いわけですが、そこで適正な手続、最適な方法で処置をしたかどうか

が争われる。そうすると、その最適な方法とは何かを確定しなければならなくて、それはエビデンスがないと確定できません。そういう形で EBM が大変重要になってきました。データベースが整備され、インターネットが発達したことももちろん背景にあるわけです。そういう中でたくさんの訴訟データとともに、患者のデータから統計的な有意差を持つようなものがエビデンスと呼ばれ、それに基づいていないと適切なことをしたことになるという時代が来ました。

では、いままでの医学は一体何だったんだということになりますが、調べてみると確かにそうなんです。根拠はないけれど、昔からこの大学病院ではそういうことになっているのでやっていますみたいな話はいくらでもある。この薬を使うのがうちの病院の伝統ですとか、病院ごとにいろんな伝統があって、その伝統は必ずしもエビデンスに基づいていなかったという話がいっぱいある。いつ始まったかわからないけど、そういうことになっていますということで医療の現場って結構動いていた。それがいま、徹底的に洗い直されているところです。

もちろんそれにはいい面と悪い面、必ず功罪があるわけです。この EBM が有力になり、それに対して NBM、Narrative Based Medicine が出てきました。ただし、EBM の大きさと比べればその影響力はほんのわずかで、EBM が 100 ぐらいの影響があるとしたら、NBM は 1 か 2 か 3 かそんなものだと思います。ただ、EBM 一辺倒の中で、ほんのわずかですがそれとは違うことを言う人たちが出てきて、それが 90 年代の終わり、イギリスを中心に EBM 至上主義への反省という形で、臨床における対話の重要性が主張されるようになりました。

これも、日本でも翻訳が出始めたのが 90 年代の終わりから 2000 年代の初めですね。まだ日本では EBM 自体がそれほどなじんでいないときにこれが同時に出てきたような感じでした。当時、私が「ナラティブ・セラピー」という本を翻訳したのが 90 年代の後半です。だから、ナラティブという言葉だけは 90 年代の後半から日本でも知られるようになりつつあったところに、NBM が紹介され始めました。

しかも、イギリスで NBM を主張し始めた人たちは、もともと EBM 研究者なんです。EBM を主張していた人たちが、それだけではちょっとやはり足りないものがあると言い出して、こういう動きが出てきたわけです。「EBM は必要であるが十分ではない」、「EBM と NBM は車の両輪である」というような主張がなされるようになりました。これは EBM の圧倒的な隆盛の前に NBM がわずかに抵抗するような、あるいは補完するような感じですね。ただ、医療関係者なんかと話をしていると、EBM はもちろん誰でも知っていますが、NBM を知っているかと訊くと、知らないという人が結構多いです。本当に知る人ぞ知る程度なんです。

ただ、この考え方が出てきたときから、私は何かちょっとまずいと思っていました。この EBM 対 NBM、車の両輪という考え方が現場ではそれなりの意味を持つことはもちろん認めますが、一方で、この構図にはそもそもの誤りがある。なぜ誤りかという、これだと NBM はエビデンスを出さなくていいとれちゃうんですね。EBM はエビデンスに基づく、NBM はエビデンスはないけど大事なんだよと言っているように聞こえる。だけど、NBM が本当に大事だったら、そのエビデンスを出さなきゃいけないし、出せるはず。だから、両方を対立的に考えることは間違いであり、私はそれがとても気になっていました。

ただ、確かに NBM のエビデンスを EBM と同程度の大量サンプルの統計的有意性でもって出す

のはなかなか難しい。難しいけれど論理的に不可能ではなく、可能なんです、現実的に非常に困難であるからなかなか出てこない。でも、例えば NBM を強く主張している臨床医がその NBM を大事にしているのであれば、NBM を大事にしたことによって患者さんの予後がどうなったかというのは、まずは少ない症例数かもしれないけど、やっぱりどこかで出さない限り説得力がないですよ。でも、それをなかなか出せない。一般にナラティブ・アプローチやナラティブ・セラピーは、たくさんの事例を集めることが難しいので、やっぱり少数の事例報告的になってしまって、いわゆるエビデンスにならないので、あくまで EBM の添え物的なものでしかないという状況が続いていました。

3 オープン・ダイアログ

そういう状況の中で、新たに注目を集めているのがオープン・ダイアログです。オープン・ダイアログが日本でも昨年か一昨年ぐらいから急に注目されています。一番わかりやすいのは、このオープン・ダイアログ取材したドキュメンタリーがあって、それが YouTube で無料で公開されています。だから、皆さんも興味がある人は YouTube でオープン・ダイアログと入れれば見られます。本来これは有料のドキュメンタリー映画として制作されたのですが、その制作者が、これはもうとにかくみんなに見てほしいからと無料で公開しています。

オープン・ダイアログはフィンランドの西ラップランド地方で展開する精神医療の新しい実践システムです。精神病薬を最小限しか使わずに、5年予後で79%に症状が見られないという驚異的な治療成績で注目されました。まさにエビデンスです。ウィタカーという人が2010年に『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』という本でこれを紹介して日本語訳が2012年に出版しました。日本ではこの翻訳から知った人も多く、私もここから知りました。

オープン・ダイアログはナラティブ・アプローチと大変近い関係にあり、社会構成主義に基づいてナラティブを大切にしている実践です。だから、ナラティブ・アプローチの進化形と言っていると思います。90年代から実はこれをやっていて、何年もやる中で5年予後とかのエビデンスを出せるようになってきたわけです。そして、そのエビデンスは、2000年代の前半、2003年とか2005年に Family Process という家族療法関係の最も権威ある学術誌にすでに発表されています。つまり10年以上前にこのオープン・ダイアログのすばらしい実績は学術誌に発表されている。でも、そのときは注目されず、ついこの一、二年の間に日本でも世界でも急激に注目されるようになってきた。つまり何か社会的な文脈が変わったということです。

実は、私自身もこの2003年、2005年の頃にこの論文を読んでいるんですが、読んだこと自体を忘れていました。このセイクラという人ですが、何か名前に見覚えがあると思って古い論文コピーの山をひっくり返してみたら、やはりコピーがあって、いっぱい線が引っ張ってあるんですね。だけど、読んだこと自体忘れていましたし、それを引用して何かを書いたこともありませんでした。これ自体すごくおもしろいエピソードだと思うのですが、2003年、2005年に同じことを言っていて、私も読んで、それなりに線が引っ張ってあって感心した部分があると思うのですが、それをもとに何かを書くまでに至らなかったし、それをどう扱っていいのかも多分わからなかったのだと思

います。それが10年たって、ほかの文脈でいろいろ注目を集めるようになって、あらためて読み直してみたら、これはやっぱりすごいという感じなんです。

まずは、精神病薬を最小限しか使わずに大変な治療成績を上げています。これはかなり大規模なサンプルです。フィンランドの西ラップランド地方の精神病院、フィンランドの場合、公立の精神病院がある地域を大体把握しているというか、そういうシステムになっているので、だから、その地域全体と言っていいぐらいの人口をカバーしています。それで、同じフィンランドでもこのやり方をやっていない地域があって、そこと比べて、地域間比較で明らかかな有意差が出てくるというエビデンスが出てきたわけです。

でも、これだけだったらまだ多分それほど注目されなかった。なぜ注目されたかという、薬をあまり使わずにというところがミソです。精神医療の世界では、いま、多剤処方への批判、多剤乱用への批判がすごく出ていますよね。数年前から日本でも6種類以上は同時に処方してはいけないということになりましたが、それまでは10種類以上なんていう人がいたりして、めちゃくちゃなことになっていた。これも医療社会学的には大変おもしろい話で、つまり製薬資本がどうやって精神医療をビジネスにしてきたかという話としてとても興味深い話なんですけど、今日はそれは置いておきます。多剤処方への批判が非常に強まっているという社会的な文脈の中で、薬をあまり使わずに、かつ改善率をはるかに高いことが注目された。そのことを書いたのがこの『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』という本だったわけです。

4 オープン・ダイアローグの臨床的特徴

そのオープン・ダイアローグはどういう特徴を持っているかという、次の3つの特徴があります。

まず第一に、精神病が疑われるケースの連絡を受けた場合に、24時間以内に地域の精神病院のスタッフチームがケースのもとに向いて最初のミーティングを行う。これ自体すごいことです。なかなかできないというか、本当にできるのかという話ですね。第二に、ミーティングには本人、家族のみならず、親戚や友人、地域、職場、援助専門職などの関係する主要なネットワークメンバーに声をかけて参加してもらう。これも口で言うのは簡単ですがすごいことです。第三に、いかなる治療的決定も本人が参加しているミーティングの場で行う。これもまたすごいことです。

まず、24時間以内にこちらから出向いて行って、もちろん向こうから来てくれればそれでもいいのですが、ミーティングを行うその姿勢ってちょっと考えられないですね。それから、そのミーティングに医療関係者と本人と家族だけじゃなくて、親戚や友人、地域、職場、ほかの援助専門職、福祉関係者であるとか医療以外の関係者であるとかにもできるだけ集まってもらう。そのミーティングを続けていくんですね。必要とされる限り何度でも続けていく。そして、いかなる治療的決定も本人が参加しているミーティングの場で行う。ものすごく手間がかかる話だし、これはフィンランドの西ラップランドという田舎だからできたという面はあるかもしれませんが、でも基本的な考え方としてやっぱりすごいことだと思います。

こういう特徴を持っていて、これだけ手厚いことをやれば、それは改善率がいいでしょうって思

うかもしれませんが、でも、薬をほとんど使わないところは、精神医療を知っている人からするとちょっと驚きです。全く使わないわけではないが、とにかく最小限しか使わないということです。

以上のような臨床的な特徴を私なりにまとめますと、3点挙げられるかと思います。1つは、ネットワークの再生を直接目指すというところ、これは社会学的に考えてもとても興味深いところです。普通は、精神科的な病気の場合、まず本人が回復してから社会に復帰していくわけですね。まず本人の変化がある程度達成されてから、準備ができたので徐々にリハビリをしながらだんだん社会に復帰していきましょうというのが基本的なまままでのモデルです。

それに対して、ここでやっていることは何かというと、回復してからネットワークに復帰するのではなく、ネットワークの不備こそが病の核心にあると考えて、そこを直接再生している。だから、最初から関係者に集まってもらう。ネットワークの不備こそが病の核心にあるというこの考え方はものすごく社会学的だと思います。特に精神病に苦しむ人たちは、「No man's land」という表現をしているんですが、社会から疎外され孤立して「誰もいない場所」にいる、だからそこに人がいるようにするというのです。言われてみれば当然のことですが、直接そこに取りかかる、そこから始めるというところがすごいと思います。

それから2番目に、言葉を持たない経験に言葉を与えていく。これは、私も随分入れ込んできたナラティブ・セラピー的な考え方とはちょっと違って興味深いところです。ナラティブ・セラピーでは、いまその人を呪縛しているドミナントストーリーからいかに解放するか、いかに脱出するかというところに力点があった。それに対して、ここでは、そもそも言葉を持たない経験がある、その人の中にある経験が言葉になっていない、言葉を与えられていない、そこに言葉を与えていく、見つけていくことが大事なんだというところに重点があります。

この違いは、病気の種類や段階を反映していて、ナラティブ・セラピーは、いくつもの病院に何度もかかりながらなかなか改善しないいわゆる困難ケースを対象にして、その有効性をアピールしてきた。いままでさんざんいろいろ試して、いろんな努力をしてきたがうまくいかないなかで、人々を呪縛していたドミナントストーリーからの解放がびったりと来たんだと思います。一方、オープン・ダイアログは精神病の初期です。だから、まだあまり医者にかかっていない状況で、その状況だと、ドミナントストーリーが問題なのではなくて、まさに経験に言葉が与えられていないこと、言葉になっていないところにポイントがある。だから、治療の初期に特に効果的だということです。

それから3番目、これがまた大事なのですが、感情を重視するんですね。しかも愛の感情の重要性について明示的に論じています。参考文献欄を見ていただきたいんですが、セイクラがファーストオーサーの論文が3つあります。そのうちの2005年の論文は、「Healing Elements of Therapeutic Conversation – Dialogue as an Embodiment of Love –」というものです。「愛の具現化としての対話」という副題がついています。

この手の論文でこの「ラブ」という言葉を使うのは相当勇気が要ります。「それを言っちゃおしまいでしょう」というところがある。私、10年前にこの論文を読んだときのこと憶えていないのですが、多分ここでついていけなかったのではないかと思います。「愛」って言っちゃおしまいでしょうって。しかし、今、あらためて、時代も変わり、私自身も年をとって読んでみると、ああ、

よくぞ言ってくれましたという気がするんですね。

もちろんこれはいわゆる「ロマンチック・ラブ」のことを言っているわけではありません。どういふときに治療的な効果があるかという問いを立てて、それはそのミーティングに参加している人の間に愛の感情が生まれ共有されるときだという話なんです。だから、あくまでヒーリングエレメントを分析的に探りながら、その場に愛の感情が流れることが重要で、それがないと効果はないという話なんです。ここもあらためて感動したところです。愛の感情を明示的に論じている。従来の臨床理論が慎重に避けてきた問題を正面から論じている。それこそ感情中立性、パーソンを思い出しますが、感情中立性が臨床家にとって非常に重要な前提とされてきました。臨床家だけでなくぶん社会学者もそうだと思いますが、科学者や専門家はこの感情中立性を基本的な要件として制度化されてきたところがあって、感情社会学者で慶応の岡原さんが、われわれ社会学者はみんな「感情フォビア」であると言っていたのを思い出しました。やっぱりわれわれはどこかで感情を避けることで、それを表に出さないようすることで仕事をしている。

一方で、臨床の世界ではこの感情の動きがすごく大事だというのはみんな経験的には知っているんですね。だけど、それをうまく理論の中に組み込めなかった。下手に組み込んでしまうと、何か研究としてとても非科学的な感じがしてしまう。「結局そこですか」という話になっちゃう。だから、これが大事だとわかっていながらみんな遠巻きに避けてきたところがあります。一方で、臨床的な効果を論ずるときには、実は感情という変数抜きには語れない。最終的にそこでみんなが満足したとか、気持ちが楽になったとかいうことが把握できないと、それが効果があったとか、改善したとか言いにくいわけですから、感情を注意深く避けながら、都合のいいときだけ感情を密輸入しながら実は論文が成立していると私は思っています。私自身がいままで書いてきたものも含めてです。そこを正面から論じるというところでこのオープン・ダイアローグはあらためてすごいことをしてくれたなという気がします。

5 オープン・ダイアローグの社会学的意義

次に、オープン・ダイアローグの社会学的な意義をあらためて整理してみます。

その第一は、薬物医療批判、精神医療における多剤乱用、薬づけと副作用に対する批判という文脈の中で、ネットワークの重要性ということを実践的に示した点です。セイクラは、「薬の鎮静作用のせいで生きがいを見つけることが困難になってしまう」と言います。薬によって落ちつくことはできるんだけど、落ちついちゃうと今度は前に進んでいくパワーも奪われてしまうということです。生きがいを見つけるために大事なものは脳内ではなくてネットワークなんだと。このあたりはすごく社会学的です。

第二は、「多職種連携」というスローガンの実質化をおこなった点です。オープン・ダイアローグは、たくさんの関係する専門職を集めてミーティングに参加してもらいます。そのたくさんのいろんな専門家、医療や福祉の専門家が集まってミーティングをすることはいままでも大事だとされてきて、多職種のネットワーク、チームワークの重要性ということはスローガンとしてよく言われてきました。しかし、実際にどういうことが起こるかという、医療なり保健なり福祉なり教育な

り、さまざまなシステムがそれぞれのシステム合理性でもって振る舞うことによる弊害が起きてくる。それはどういう弊害かという、セイクラは「モノロジズム」と言っているんですが、ダイアローグの反対、モノローグのモノロジズムです。つまり、対話をするんじゃなくて、それぞれの専門職がみんな自分の専門職の論理を主張し合う。それはある意味専門職としては仕方ないことであり当然でもある。自分たちが拠って立つ法律があって、拠って立つ専門知識があって、そこから私たちとしてはこういうことができますと専門職が言うの是一見当然です。でも、結局それはダイアローグにならない。モノロジズムでしかない。結局のところ、われわれとしてはここまでしかできませんという話になる。われわれはこれができますと言いながら、そこはできませんという話になる。それは法的な根拠、規制とかがありますからやむを得ない面もあるんですが、そういう会話になって、多職種連携と言いながら、結局モノロジズムが支配する。

それから、「プロブレムトーク」とは何かというと、問題をめぐる会話、話し合いです。これは、つまりその人自身が置き去りにされるということです。問題をめぐって専門家同士でいろんな専門知識を披歴し合うが、肝心の患者は置き去りにされる。多職種連携が大事だと言いながら、確かにいろんな縦割り行政の弊害を乗り越えるためには多職種がうまく連携していくことはそれなりに正当性があるんですが、結局スローガンで終わってしまい、結果として患者が取り残されてしまう。それを乗り越えるにはどうしたらいいかということも、彼らがこれを始めたときの問題意識のひとつにあります。このあたりもすごく社会学的です。

ちなみに、これらの論文はどれもおもしろいです。社会学者が一番おもしろいのは一番上の論文、「Postmodern Society and Social Networks」です。もうこの題名だけでうれしくなりますが、これは実は社会学者との共同執筆で、ギデンズは出てくるわ、ルーマンは出てくるわ、ハーバーマスは出てくるわ、そういうのが引用されているという意味で、すごく社会学的な発想から書かれています。まさに「社会学理論の臨床的応用」であり、「方法としての臨床」そのものですので、ぜひ読んでください。そして、この多職種連携、これ自体がまさにルーマンの意味での多様な専門システムが勝手に作動しているといったイメージを連想させます。それに対してどうそれを乗り越えていくかということですね。

それから3番目としては、これもさっき言いましたが、EBMとNBMの表面的な対立の乗り越えです。とにかく論より証拠、オープン・ダイアローグという形で、まさにナラティブを大切にしたい実践のエビデンスをきちんと統計的に示した。本当によくぞやってくれましたという感じです。

6 おわりに

以上、オープン・ダイアローグがなぜ注目されるようになって、かつそれが社会的に見てもどういう意義を持っているのかということをお話しました。最後のまとめとして、こういう動きから臨床社会学は何を学ぶかという点にふれたいと思います。

まず、従来の臨床社会学は、個々の臨床現場に密着して、そこで生じている問題を社会的に分析し、乗り越えるの方法を探るとするのが基本的なイメージだったと思います。いろんな現場に出かけて行って、そこでいろいろインタビュー調査などをして、そこで生じている問題を社会的に分

析して、その問題をどう乗り越えられるかに関して、社会学の立場から何かヒントを探っていくというのが従来の臨床社会学の基本的なイメージだったと思います。

一方、今日ご紹介した話は一体何かというと、新しい実践がもう現に乗り越えようとしている問題から逆算して、現代の社会システムの特徴が見えてくることが学べるのではないかとことです。これは、しいていえば、臨床実践の知識社会学です。オープン・ダイアローグが示してくれているのが、まさにいま、現代の社会システムがどういう特徴を持っていて、それがどういう問題を生み出している、それはどうしたら乗り越えられるかの1つの方向性を見せてくれている。そこから逆に現代の社会システムの特徴がより明確に見えてくる気がします。そこで見えてくるのは、医療のシステムが暗黙の前提としてきた技術化と個人化という方向性で、その技術化と個人化それ自体が問題を生み出してきたということが見えてくると思います。人々の関係やそこに生ずる問題を科学の言語に置きかえ、技術的に処理することをいままで追求してきたわけですが、その限界が見えてくる。

私自身の感覚から言えば、ナラティヴが見えてきたところでひとつぱっと世界が開けたような気がしたんですが、そのナラティヴの発見の次にまたあらためて見えてきたのが、関係と感情の重要性です。関係はいろんな人がいまでも注目してきたと思いますが、感情はどこかやっぱり避けてきたと思うんですね。感情社会学も、感情を扱いながらもどこかシニカルに扱ってきたところがあります。それはそれで社会学らしい視点ではあるのですが、そうではない形での感情の持つ意味がいま私はとても気になっています。

新しい実践理論モデルとしての意義という点で言えば、もともとこれはソーシャルワークの世界などでどうモデルが発展してきたかということと関係します。今日は、ソーシャルワークの専門家の方もいらっしゃるかもしれませんが、まずはパーソナリティシステムに注目するところから出発して、次にもう少し広い家族関係やその他を含むシステムへ注目が行って、その次に言語論的展開という形で言語システム、システムを言語のシステムとして扱うような、まさにナラティヴ・アプローチが依拠するようなパラダイムが見えてきました。その言語論的展開以降、それに匹敵するような大きな動きはなかったんですが、いま、あらためてこの社会関係と感情というのが次のパラダイムとして浮上してきたのではないかとというのが私の実感です。

次に、新しい「社会モデル」としての意義ということで、この「社会モデル」というのは、障害学が言うところの「社会モデル」です。障害学は、社会制度の不備が問題を生み出すという視点を強調してきました。インペアメントとディスアビリティとハンディキャップ、その3つをどう意味づけるかというときに、ハンディキャップはもちろん社会的なものですが、ディスアビリティ自体も社会的なものだということを明確にしたのが障害学の「社会モデル」と言っていると思います。そういう意味での障害の「社会モデル」に対して、ここで新たに見えてきたのは、社会制度の不備ではなく社会関係の不備、それ自体が問題を生み出しているということです。そういう意味で、新しい「社会モデル」としての意義もあるのではないかと。

最後に、新しい専門家モデルとしての意義もあるのではないかと。それは「診断治療モデル」から「支援モデル」に行き、次に、「協働（コラボレーション）モデル」ということがいまやもう本当に常識のように語られるようになりました。専門家とクライアントの間はコラボレーティブな関係で

あるべきだというのは福祉も心理もいまでは当然のように言います。そのコラボレーションという言い方よりもさらに一歩進んだところにオープン・ダイアログが示すような「社会関係モデル」があるのではないかと。コラボレーションというと、やっぱりあくまで別々の人が何か一緒にやりましようって言っている感じがするんですね。ここでオープン・ダイアログがやろうとしていることは、まさにその人の、社会学で言えばプライマリーネットワークですよ、プライマリーネットワーク自体を再生しちゃいましょうという話です。その中に専門家も入っているという感じですから、コラボレーションのさらに一歩先を行っていると思います。

専門家は自分自身も含めた社会関係の再生に取り組むという新しい専門家役割が示されている。これは、考えてみれば文字どおりのソーシャルワークじゃないか。ソーシャルワークってそういうことじゃないか。福祉の方がいたらまたいろいろ教えていただきたいのですが、そういうことが提起されているのではないかと。ということです。

以上で用意した内容は大体終わりです。もともと今回は、オープン・ダイアログをメインに話をしようか、臨床社会学をメインに話をしようか迷ったのですが、迷った末に両方一緒にしました。ちょっと無理があるんですが、先端研でお話するにはやっぱり社会学に着地しないとまずいと思い、オープン・ダイアログの話だけだと臨床家にはおもしろいけど社会学者にはおもしろくない可能性もあるので、臨床社会学から始まり、最終的にやっぱり臨床社会学の1つの新しい方向性あるいは可能性として、このオープン・ダイアログから学べることを整理させていただきました。ありがとうございました。

参考文献

- 大村英昭・野口裕二編, 2000, 『臨床社会学のすすめ』有斐閣.
- 野口裕二・大村英昭編, 2001, 『臨床社会学の実践』有斐閣.
- 野口裕二編, 2009, 『ナラティブ・アプローチ』勁草書房.
- 野口裕二編, 2015, 「特集：ナラティブの臨床社会学」, 『ナラティブとケア』6号, 遠見書房.
- 野口裕二, 2015, 「ナラティブとオープンダイアログ アディクションへの示唆」, 『アディクションと家族』30巻2号, 104-109, 家族機能研究所.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Eriksson, E. (2003 a) Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003 b) The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005) Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), 461-475.
- Whitaker, R. (2010) *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York, Crown Publishers. (小野善郎監訳, 2012, 『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』福村出版.)