

# TICPOC 2020をはじめよう（C2編）

支援と支援構造を言葉にして変革するための支援職支援～TICPOC C-2アプローチ～

笠井清登

## 0. はじめに

TICPOC-C2コースへようこそ。みなさんが本コースにお申込みいただいた動機は何でしょうか？対人支援やケア・セラピーの現場で、被支援者（支援される人）に最適な支援を個人としては届けたいと思っているのに、社会制度や組織のルールや、社会資源の乏しさ等から、それが十分に実現しないことに日々モヤモヤしておられたからかもしれません。モヤモヤは、モヤモヤのままでは課題解決！とはいきませんので、「問い」として言葉にすること、同じ問いをもつ仲間とシェアすること、小さいけれど具体的な一歩を踏み出してみることに、これらがC2コースの目標です。

まず、**個人（支援を必要としている人）と社会をモデル化**します。個人の集合が社会ですが、社会は抽象概念としての「構造」を生み出し（**社会構造**）、これが個人に影響（現代社会においては、多くの場合抑圧の方向）を与えます。本稿**第1節**において、**個人の支援と社会構造の関係**、**第2節**において、**支援者と被支援者の関係**を言葉にしていきます。**C-1コース**では、個人の心理、個人と支援者（個人または少数の多職種スタッフ）の関係性をモデル化し、それに直接介入する様々な方法を学びます。一方、**C-2コース**では、**障害の社会モデル**の理念にもとづいて、個人の支援において障壁となっている（見えにくい）社会構造を読み解き、具体的な変革への一歩を考えていきます。すなわちC-1とC-2は、**個人⇄社会**という対称関係にあります。障害の社会モデルは、障害を個人の内部にではなく、個人と社会環境の間のコンコーダンス（マッチング）の不調に帰すものです。つまり障害を軽減またはなくそうとするための介入ポイントを社会環境側に求めていきます。しかしこう書くと、C-2は反保守的な政治活動？と思われるかもしれませんが、そのような政治的な社会運動性はありません。第1回に登壇される熊谷晋一郎先生が精緻に理論化し、実践されている**当事者研究 [1,2]**や、熊倉陽介先生の紹介する**ハウジングファースト [3]**、C-1/C-2合同講義に登壇される松本俊彦先生の紹介する**ハームリダクション [4]**の概念と実践がまさに具体例ですが、学術的理論に裏付けられた支援のプロとしての（控えめな）社会構築・社会運動なのです。

TICPOCを構成する三つの鍵概念、**トラウマインフォームドケア** (trauma-informed care [TIC])、**共同創造** (co-production [CP])、**組織変革** (organizational change [OC]) を用いて、みなさんの支援と支援構造についてのモヤモヤをさらに言葉にしていきたいと思います。障害の社会モデルにもとづくアプローチで用いる主要な**概念デバイス**が**共同創造 (co-production [CP])**です [1,2]。当事者（障害のある人、支援を必要としている人）が受ける支援の最適なデザイナーは当事者自身であるという原理のことです。支援者が一方的に被支援者に支援を提供するのではなく、支援者と被支援者が対等な関係のもとに共同で支援を創造しようとしています。しかしその関係は、最初からキラキラした夢物語のようには始まりません。そこには緊張が生まれ、「分かり合えないこと」からのスタートです。なぜ分かり合えないのでしょうか？支援者と被支援者の「**価値**」 [5-8]が異なるからです。TICPOCの目指す「**価値に熟知した支援**」 (values-informed care [VIC]) では、この支援者と被支援者の価値の違いへの気づきがポイントです。共同創造的関係においては、被支援者の「**価値**」にアプローチすることとなりますが、個人の「**価値**」の形成過程において、とりわけ小児・思春期のトラウマ体験や社会構造的ストレス（の個人への内在化）は大きな影響を及ぼします。支援を求めている（「助けてが言えない」人も含む）人の行動や信念体系、およびそれをドライブしている価値にトラウマの影響がある可能性をふまえて (-informed)、関係性を築いていくことが支援者には求められます。これが**トラウマインフォームドケア** (trauma-informed care [TIC]) [9]の意味です。しかしこの**トラウマインフォームド**という概念は、支援者と被支援者の間の価値の対立の問題にとどまりません。既存の支援構造に埋め込まれたステレオタイプな諸概念も、被支援者にとっては心理的暴力性を帯びたり、過去に受けたトラウマの再受傷につながることもあります。本稿1.4.から1.6.で詳しく見ていきます。

既存の支援構造や社会構造に埋め込まれた少数派への抑圧性を言葉にし、より民主性の高い社会デザインを目指すことが**organizational change (組織変革)**です。非常に単純化して、障害のある人（支援を必要とする人）を**少数派 (マイノリティ)**、健常者側を**多数派 (マジョリティ)**とします。対人支援は、もともと少数集団においては、助けてほしい人—助ける人の関係は対等であったと考えられます。しかし歴史とともに対人支援は専門職化し、その論理にもとづいて構築された制度や組織によって、少数派 (マイノリティ) としての当事者が**被抑圧者**となりうる構造が存在しています。これを変革し、支援者と被支援者の共同創造的関係を可能にしようとするのが**OC**です。では、日々のケアをよりよくしようと葛藤しているみなさんは、一方的にマジョリティ、**抑圧者**だと言われると、反論したくなりませんか？はい、それぞれの職種の、それぞれの社会制度や組織のルールに縛られて、個人としてはやりたくても、専門職としてできることが限られているという意味では、**被抑圧者**、**マイノリティ**でもあるのです。

この支援者のマジョリティ性とマイノリティ性の二面性の自覚が、TICPOC C-2のスタートラインです。

ここまでご説明したところで、主に心理職の方々に向けて、もう少し解像度を上げてC-1とC-2の相補性について述べます。C-1とC-2の相補性について、C-1が医学・心理学的説明モデルにもとづく個人の支援であり、C-2が障害の社会モデルにもとづく「非政治運動的な」社会デザインの提案であると上述してきました。しかしこれからの1年間、C-2では、既存のC-1的な説明モデルを問い直していきます。三つの大きな課題、しかも心理学の内部では棚上げされやすい課題があります。一つ目は、**経済性**の課題、つまり社会格差・階層の増大・固定化への寄与の可能性です。新自由主義<sup>1</sup>的社会において、社会側を定数とみなして個人側を変更する支援構造に適合性が高い人は、経済的・社会階層上の不利を抱えていないことが多いわけです。そうすると、「枠組み」「設定」といった心理臨床支援技術のイロハとして教えられる概念は、あたかもケースフォーミュレーションや支援の有効化のためという正当化がなされやすいですが、実際には来談者を社会階層ごとに仕分けしていることになっています。さらには、そうして選抜されたクライアントの個人の心理機能を支援、強化することにより、そうでない人との心理的健康の格差、ひいては社会格差は固定化、増大化するおそれがあります。二つ目は、**少数派への心理的暴力性**の課題です。多数派とされる人々の論理と経験によって構築された社会構造やコミュニケーションシステムによって苦しんでいる少数派とされる個人に対して、もし社会側を定数とみなして個人側を変更しようとする説明モデルを適用するとすると、それはトラウマインフォームドでないですね。C-1/C-2合同講義で登壇される綾屋紗月先生の『ソーシャルマジョリティ研究 [10]』から学んでいただければと思います。三つ目は、これまで日本で行われてきた、あるいは今行われている心理臨床は、どのように「心理学か」「心理学でないか」という分析と、今後の心理臨床がどうなっていくのか、つまり**心理学の社会学・人類学的洞察**です。こちらは本稿第3節で概説しますが、東畑開人先生のC-1/C-2合同講義を待つことなく、「野の医者」「居るつら」「ありふれた」3部作 [11-13]を特に心理職の方は早速読んでください。

ではこれから一年、TICPOC C-2していきましょう！

---

<sup>1</sup> 市場原理主義と個人の自由や自己責任を基本とした小さな政府（国家の個人への介入は少）論のこと。英米で1980年代以降の財政赤字を背景に着手されたが、構造的に貧困や格差を生み出すことが指摘されている。

# 1. 対人支援をモデル化する（個人と社会）

## 1.1. 個人と多数個人（社会）の関係

社会は個人の集合からなっていますが、その一方で、社会に共有される価値としての文化、制度などの一種の抽象的な意味での構造、すなわち**社会構造**が、個人の心理に影響を与え、場合によっては個人に内在化します。たとえば、何らかのマイノリティ状況に対する偏見や差別が社会制度に埋め込まれてしまっている（**構造的スティグマ**）場合、そうした社会構造の中にあるマイノリティの当事者にとっては、「自分は少数派だ、自分は社会にとって不要な存在だ」といった信念形成に至ってしまうかもしれません（**セルフスティグマ**）。このような社会構造という抽象的な構造が個人の心理形成にどのような影響を与えるかという視座は、支援者と被支援者の関係という支援構造を俯瞰する際にも重要です。

スティグマの分類	説明	具体例
構造的スティグマ	社会制度や規範などに埋め込まれた偏見・差別	精神疾患による機能障害を理由に就けない職種がある 手厚い治療を実施する環境を整備しづらい
公共スティグマ	社会に存在する精神疾患への偏見・差別	うつ病は怠けが原因だ、という誤解
自己スティグマ（セルフスティグマ）	社会側に存在していた偏見・差別が個人の中に取り込まれること	精神疾患になってしまったので、私は恥ずべき人間だ、と思い込んでしまう

## 1.2. 障害と支援の社会モデル：共同創造、組織変革

障害の社会モデルは、障害を個人の内部にではなく、個人と社会環境間のミスマッチに帰すものです。したがって、障害を軽減またはなくそうとするための介入ポイントは社会環境側です。障害の社会モデルにもとづくアプローチで具体的に用いる主要な**概念デバイス**が二つあります。一つ目は**共同創造（co-production）**です [1,2]。当事者が受ける支援の最適なデザイナーは当事者自身であるという原理のことです。二つ目は**organizational change（組織変革）**

です。マジョリティ側の支援者で構成される組織やその支援によってマイノリティとしての当事者が被抑圧者となる構造、これを変革することです。

**共同創造 (co-production)** は、単に人と人が協力しあって何かを生み出す、という意味ではなく、サービスのユーザー（例：障害のある人が福祉サービスを利用する）が、サービスをデザインするのに最適な人材だ、という原理のことです。支援職のみならず、どんな専門職もカスタマー抜きに独善的にならず成長するのは困難です。本来のサービス最適デザイナーであるカスタマー側からの主張によりアウトヘーベン（止揚）する仕組みを内包している必要があります。サービスデザインの**OC（組織変革）**への仕込みとして、共同創造が必要です。障害者運動と依存症自助グループが合流して北海道浦河町べてるの家ではじまった「**当事者研究**」[\[1,2\]](#)は、障害のある当事者がその生きづらさを仲間と共に「研究」し、苦勞を共有することで、自分自身の「専門家」となる共同創造的アプローチです。

### 1.3. 価値を熟知した支援 (values-informed care [VIC])

共同創造はキラキラ物語ではありません。むしろ分かり合えないという、**価値**が対立した緊張状態からはじまります。ここで価値という概念の定義が必要です。人が、中期的な生活行動や長期的な人生行動を繰り出す際、その駆動因となっている、**個体側の要因のことを価値 (value)**と呼びます [\[5-8\]](#)。一般に価値という言葉は、お金は価値がある、桜はきれいだ、などのように、対象（外界の事物）側に所属するものと考えられていますが、これは、多くの人の間で真・善・美についてコンセンサスのあるものに対してです。しかし、「薬は副作用があるから飲みたくない」「薬は効果があるから飲んでほしい」という、医療場面での患者－医師の会話のように、コンセンサスが得られない場合に、その不一致はどこから来るのかを考えたときに、ああ、価値はそれぞれの個体側にあるのだな、ということに気づきます。

さてここで、価値という普段あまり定義を考えずに使う言葉が出てきたところで、「**価値観 (sense of value)**」という、これもまたよく使われる言葉と、どこが違うのかが気になってきます。「観」とつくからには、自分で自分の価値を自覚している、意識化しているということでしょう。一方、価値のなかには、自分で「観る」ことのできている価値もあれば、意識せず生活や人生を突き動かしている価値もあるでしょう。このように、価値は、意識化された部分（価値観）と意識化されない部分を含みます。自分自身を振り返ってみていただけるとわかるように、人の長期的な人生行動は、むしろ大部分、意識されない価値が駆動因となっています。

価値 (value) とは、ひとりひとりの個人において、その生活と人生をドライブしている動因です。しかしここでいう価値とは、誰にとっても同様に良いものである真・善・美のような、外界・対象側にあると考えてもよいものではなく、その人特有に行動をドライブする、個人に内在化され、個人化された価値のことです (主体価値 personalized value [6])。価値という言葉を用いると、あの人は価値のある存在だ、とか、私は無価値だ、とか、価値のあるなし、高低などの話だと誤解されやすいが、ここでいう価値は他者と比較可能な価値ではありません。英国の精神科医・哲学者であるFulfordらが提唱している**価値にもとづく支援 values-based practice (VBP) [8]**でいうvalues (一人一人に固有で多様であるという意味で複数形が用いられている) も、Fulford自身はあまりvaluesについて行動科学的な定義を試みませんが、同様な意味で用いられています。

この価値は、思春期までに親子関係を通じて継承されたり、親との関係性の葛藤的状况やトラウマにより複雑な様相を持って形成されると考えられます。また、特に同世代との仲間関係 (いじめなどの負の関係も含む) やより広い社会との関係に感受性が高まる思春期以降には、対人関係の取り方や社会に対する本人の認識や構えなどの価値が構築されていきます。

被支援者は、自身の価値について気づいていない、言語化できていない部分も多くあります (価値無意識)。また、本人が意識の上では支援を求めているなど、往々にして医療者自身の価値や、医療者が依って立つ医療という制度 (構造) における社会価値と一致しません。こういった支援する人とされる人の価値の違いの存在に"informed"になることが関係構築の第一歩でしょう。Fulfordは価値に「もとづく(-based)」支援という概念を提唱していますが、-basedという言葉を用いると、何らかの特定の(-specific)療法といった誤解を生じうるため、values-**informed** careとした方が、広くどのような支援にも当てはまる原則という意味でよいと考えます。

## 1.4. 既存の支援諸概念はどのようにトラウマインフォームドではないか：概念のステレオタイプによる「暴力性」

### 1.4.1. 価値、主体性

ここまで本稿を読んでいただいた方は、「価値」という言葉が、「あの人は価値のある人だ」とか「自分は無価値だ」といった、対象としての人の良し悪しの比較とは全く異なる概念であることをお分かりいただけていると思います。しかし、価値という言葉に対人支援において使

うと、このような誤解が生じる可能性が高く、悩ましいものです。支援場面での当事者は、家族、他者、社会とのこれまでの関係のなかで存在を傷つけられてきているからです。

「主体」も、価値が自分自身のもので個人化することを表現した言葉ですが、たとえば「ひきこもり」の当事者の方々などは、「お前は主体性がない」といった、人間は能動的であるべき、といったステレオタイプな考えに傷つけられてきている人々です。「中動態」講義を國分功一郎先生 [14]にお願いしているのは、1.4.で述べるような「能動」－「受動」対立軸を前提とした支援諸概念の縛りから開かれていくためなのです。

#### 1.4.2. リカバリーと居場所

従来精神医学や臨床心理学では、症状をなくしたり軽くしたりするという、専門家側が定義した回復が目指されてきました。しかし近年欧米を中心に、当事者側の立場から、当事者の回復は当事者が決めるという原理に立ち返り、本人の望む生活や人生の回復、すなわちパーソナルリカバリー（personal recovery）という概念が生まれてきました。パーソナルリカバリーは、いわゆる心的外傷後成長（post-traumatic growth）とも関連の深い概念です。パーソナルリカバリーの過程を、主体価値の形成、不調、回復の観点から捉えることも可能と考えられます。しかし、このリカバリー概念も、回復、という、良好な方向へのベクトル性を帯びた言葉です。難病の当事者、社会的マイノリティの立場にある人などにとっては、心理的暴力性を帯びることがあります。むしろ「居場所」といった概念の方が、自分自身の存在をそのまま認めてもらえるという安心感をもたらすようです。

#### 1.4.3. 「助けてを言えるように」の暴力性

「助けてがいえない」当事者は、とりわけ思春期までの価値の形成過程で、親子関係や対人・社会関係のなかでさまざまな逆境を体験しています。したがって、支援者が接近する際に支援者個人の価値や支援構造に脅威や抑圧を感じることは想像に難くありません。このような、助けての言えなさに配慮した支援も、VICやTICの理念でしょう。

#### 1.4.4. 家族関係（母子分離、自立、ケアラー）

教育や社会通念上、子はいつまでも親に依存せず、自立すべきである、という考え方があります。主体価値概念は、思春期に子が価値を主体化させて親から自立する、というステレオタイプな図式として誤解されやすいところがあります。たとえば、先天性に難病を抱える子どもがいたとして、知的障害もともなっているとしましょう。このような子を介護する親にとって

は、母子分離や自立といった概念は、非常につらいものであり、医療者や教育者からこうしたステレオタイプを押し付けられて苦悩したり心を傷つけられていることに思いを致したいものです。

何らかの心理的困難を抱えた当事者の親を支援する場面を考えてみましょう。ステレオタイプな支援者は、その人を「当事者の親」として捉え、「当事者の親としての苦労」だけに着目します。そして親が子を介護する苦労に耐えられていない状況に対して、「親として子をケアして当たり前なのに」と、非共感的な感情を持ちかねません。しかし親も、当事者であり主体です。たとえばパートナーとの価値観の相違、さらに自分の親からの価値伝達上の葛藤などを抱えていることが多いのです。

当事者のきょうだいを支援する場面でも同様です。健康なきょうだいは、社会から「●●ちゃんをお世話してえらいわね」といったステレオタイプなケア役割を押し付けられてきたかもしれませぬ。また、親なき後の当事者のケア役割を親から暗に期待されていると感じ、自分の望む生活や人生に対して葛藤や罪悪感があるかもしれません。さらには、「ヤングケアラー」<sup>2</sup>というラベルや、支援が必要な対象者として見られることに対しても反発を覚えるかもしれません。

このように、主体価値をめぐるさまざまな支援やケアの概念を、きわめて困難なマイノリティ的状况に置かれた人に対して適用しようとする際に、マジョリティ側のステレオタイプを押し付けることにならないよう、どんな人も排除、抑圧しない、「トラウマインフォームドな」主体価値概念の成熟が今後の課題といえます。

## 1.5. トラウマインフォームドケア (TIC)

トラウマインフォームドケアとは、いわゆるトラウマに焦点を当てた専門的治療（trauma-focused care）のことではありません。対人支援の際、人間は過去にトラウマを受けていることが多く、支援者のステレオタイプなかわりや支援構造への当てはめがトラウマの再体験につながりうる、ということに配慮した、そういうことを熟知した（-informed）支援態度のことです。こうした場面においても、支援を受ける側の価値形成過程やトラウマに想像力を働かせ、配慮したケア、つまりVIC/TICが重要になります。何らかの定型的な支援や、何らかの縦の系譜にもとづく支援の構造が、「暴力性」を帯びる可能性を自覚した支援、と言ってもよいかもしれません。トラウマインフォームドケアの実践においては、4Rが重要とされています。

---

<sup>2</sup> ヤングケアラー概念自体は、「●●ちゃんえらいわね」価値観を否定するものではないが、そうした言説に潜みやすい、子どもの基本的人権の軽視に対し、「子どもの権利ファースト」という主張のための社会的概念である。C-1/C-2合同講義の澁谷智子先生の著作を予習ください [15]。



す。Realize（理解する）、Recognize（気づく）、Respond（対応する）、Resist re-traumatizing（**再受傷させない**）ですが、この再受傷させない、つまりトラウマを蘇らせるような関わりや環境設定をしないことが重要です。

このようにTICとは、広く人を支援する際に全ての支援者に求められる基本的な態度のことを言っており、特別な専門療法ではありません。しかしある支援理念を普及実装させようとする際、どうしても概念を明確化したり、支援法をパッケージ化して講習しようとしたりします。したがって、TICの考え方を組織に普及させようとする際にも、既存のスタッフにとって、何かこれまでと違う、自分たちの支援価値観を強制的に変えさせられるものではないか、という恐れを抱かせるものになりがちです。後述するように、支援者も支援構造に抑圧されたマイノリティ性を持ち、経済的にも組織の経営者から（大袈裟な言い方をすれば）搾取されていると言えます。そこにTICといった支援価値観を帯びた新しい構造変革概念デバイスを持ち込むことには暴力性が潜みます。往々にして支援者はすでに既存の支援構造に無力感を覚えていることが多いので、支援者に新たな行動規範を押し付けるだけでは、燃え尽き（バーンアウト）が生じるでしょう。また、支援者自身にとってトラウマの再体験となる可能性もあります。このようなことに配慮したトラウマインフォームドケアが求められ、TICPOCではこれを「**トラウマインフォームドなトラウマインフォームドケア**」「**こわくないトラウマインフォームドケア**」と呼び普及・実装を目指しており、グループワークを通して検討していきます。

## 1.6. TIな対人支援へのパラダイムシフト：ハウジングファーストとハームリダクション

ここで二つの社会的な支援概念を紹介しておきます。

一つは、ホームレス支援の領域で言われている、ハウジングファースト（housing first）です [3]。これは、ホームレスの方々に対して、まずは物理的な安全のために住居の提供から、という意味だけでなく、住居の提供の次に、ステレオタイプな支援を押し付けることを前提としない、という意味も含まれています。ホームレスの方々は、これまでの人生において、トラウマや不条理が連鎖していることが多く、ステレオタイプな支援の押し付けは、トラウマの再体験となりうるからです。

もう一つは、依存症の領域で言われている、ハームリダクション（harm reduction） [4]です。薬物依存症の方々に、「ダメ、絶対」という価値観を押し付けて排除し、孤立化させるのではなく、その問題について話し合える関係性を維持しながら、少しでも健康被害や危険の少ない解決策を探っていく方法論です。ダメ・絶対が守れないなら刑務所、ではなく、衛生的な

未使用の注射器を配布する取り組みや、持参したドラッグをより安全に健康的に使用するための薬物使用センターなどの取り組みが欧米で普及しています。

これらは、もっとも社会からスティグマをもたれ、周縁化され、「助けてが言えない」人々へのトラウマインフォームドアプローチともいえるのではないのでしょうか。

## 2. 対人支援構造（支援者—被支援者関係）をモデル化する

### 2.1. 被支援者と支援者の非対等性

支援において、本人中心のケア（person-centered care）という言葉が当然あるべき理念として語られるようになると、実際にはそうでない権威勾配が被支援者と支援者の間に潜んでいても、自己批判がなされにくくなります。人々が困るというニーズが、それを助ける人々を次第に専門職化し、知らず知らずのうちに少数派（マイノリティ）としての当事者集団が多数派（マジョリティ）としての専門職集団から抑圧される関係が生じていることに感受性を高めたいものです。こうした勾配のある関係から、当事者側に主体を取り戻そうとするのが co-production/organizational change でしょう。

専門職はその知を縦の系譜でつないでいきますが、専門職による支援に限界を感じる被支援者集団は、専門職とは独立に自助グループを構築し、縦の系譜をつむいでいきます。こうして異なる縦の系譜をつむいできた専門職と当事者自助グループの間には、系譜の違いに無自覚であればあるほど、共同創造的関係を構築することは難しくなります。

### 2.2. 支援者のマジョリティ性への無自覚

後述（3.1.）のように、現代社会において支援が専門職化され、支援者の行動が支援構造や制度に縛られていることが、支援者と被支援者に権力の勾配を生じさせていることに自覚的になる必要があります。被支援者を社会の中で排除され周縁化されやすいマイノリティと見立てると、支援者は専門職集団に守られ、経済保証され、専門性で権威づけられたマジョリティであり、被支援者に対して暴力性、抑圧性、搾取性を持ち得るのです。本来、支援者は当事者側の権利を守る「門衛」であるべきなのですが、専門職の支援行動を制御する制度が被支援者の自由を奪いやすいという矛盾に陥りやすいのです。

## 2.3. 支援者は支援構造に抑圧されたマイノリティでもある

対人支援は、社会の中で排除されやすいマイノリティ、たとえば薬物依存、ホームレス、触法少年、DV被害者などを支援対象とすればするほど、既存の支援構造では有効な支援とはならず、支援者も孤立しやすく、燃え尽きやすいです。個人の価値観としてやりたい支援があっても、制度の縛り、経営者からの経済的縛り、組織からのルール上の縛り、などでジレンマを抱えることとなります。こうした意味で支援者は支援構造に抑圧されるマイノリティでもあるのです。こうして支援構造という社会構造が支援者の心理に内在化し、支援者の「内なるスティグマ」 [16]となっている場合もあります。

対人支援職に就いている人の中にもトラウマ体験を抱えている人は少なくありません。経営者側や支援構造からの縛り、あるいはスーパービジョンなどによる、マイノリティ性、抑圧の体験は、トラウマの再体験ともなりえます。

一方、近年日本で当事者研究が広がり、専門職集団の中で、自分たちの当事者研究をやりたい、という声上がるようになってきました。しかしここに、マイノリティとしての支援者がマジョリティに回帰する欲望が潜んではいないか、自覚的である必要があるでしょう。

# 3. 対人支援職を人類学・社会学する

## 3.1. 対人支援職の人類学

人を支援するとは、どういうことでしょうか。対人支援・サービスとは、どうして生まれるのでしょうか？学生にこうしたそもそも論を質問すると、意外に考え込んでしまいます。ごくたまに、困っている人がいるから、と小声で自信のなさそうな答えが帰ってきます。お恥ずかしい話ですが、私自身も、つい最近までこうしたことを明示的には考えてきませんでした。皆さんはいかがでしょう？

まず、対人支援職や、その役割を定義する社会制度が生まれる前の、比較的少数の人間集団を考えてみましょう。困っている人がいれば、その人を対等な関係の中で助ける同じ協力集団内の素人の人（ケアラー）がいる、というシンプルな支援構造となります。しかし、集団のサイズが増えると、家族や隣人などの中での素人同士の自然な助け合いだけでなく、支援が職業化し、専門職集団が形成されます。また、個々人の行動をまとめてルールで統御した方が効率的であるため、集団サイズの大きい人間社会に生まれるのが社会制度ですね。それは専門職

集団にも応用され、支援の内容や支援者の役割が定義され、資格化され、専門職の教育が確立していきます。

さらにここで言葉にしておくべきことは、支援の「経済性」です。先史時代であれば、助けてもらった人は、助けてくれた人に、お礼を言ったり、果物をあげたりしただけかもしれません。また、助けた側も、困っている人を助けるだけでは生きていけず、狩りに参加しないといけなかったでしょう。しかし文明により集団サイズが増え、食糧の備蓄が生まれると、貨幣が生まれ、労働の専門化と労働対価の金銭価値化が生じます。支援する人はその代償としてお金を受け取り、「食べていける」ようになるわけです。逆に、専門職集団は、集団の構成員が食べていけるように、対価の設定を行います。対価が上がる（その専門家集団の社会的地位を高める）ように、国家資格によるブランディング、権威付与、ニーズの掘り起こし（危ういことに当事者側からの発意ではなく）が行われます。

ここまでをまとめると、文明成立以前の対人心理支援と現代では、支援の構造が異なります。支援が専門職化されていること、自分の支援はその支援構造に縛られていることをまず自覚しましょう。こうした専門職の「人類学」を考える上で、TICPOC C-2講師の東畑開人先生の著作[11-13]は必読です。

## 3.2. 支援職の縦の系譜における非対等性

支援が専門職化されると、その支援の知を引き継ぐ専門職教育が行われるようになります。特に臨床心理学や精神分析で確立しているように、スーパービジョンという教育システムが生まれ、スーパーバイザーとスーパーバイジーの関係が生じます。スーパーバイジーは、被支援者と現実に向き合っている主体です。しかし、スーパーバイザーのアドバイスによって、その主体性は脅かされる可能性もあります。また、スーパーバイジーと被支援者の関係が共同創造的であるためには、スーパーバイザーの意見を引き継ぐべきものと、引き継ぐべきではないものが生じます。致し方のないことかもしれないが、このようにスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係性は対等ではありません。しかし対等ではないことに、スーパーバイザーも、バイジーも、意識的である必要があります [13]。

## 3.3. 対人支援職の社会学

対人支援のなかでも心理支援は、認知行動療法にせよ、精神分析的な心理療法にせよ、個人側の変化にフォーカスしています。本人の心理に影響を与えている社会環境側の変化は求めず、それは定数とみなして、個人の社会に対する認識の変容を求めていきます。これは、「筋金入り

の」障害の社会モデルとは相容れません。極端に言えば、認知行動療法は、新自由主義的な価値観の社会において、個人のセルフケア、コーピングなど、セルフマネジメントを洗練させていく方法であり、その成否は、個人のメタ認知能力に依存します。つまり認知行動療法の普及は、社会格差を助長する可能性があります。また、いうまでもなく、精神分析など多くの心理療法は有料（自費）であり、必要性のみならず、経済力によってアクセスできる人、できない人が分かれてきます。このように、支援が人間や個人と社会の関係をどのようにモデル化している、支援を届ける構造が被支援者の人間観や社会階層をどのように選択しているのかについて、感受性を高める必要があります。たとえば心理療法では、セラピストもクライアントも、心理学的説明モデルを用いて、心理学的人間観にもとづく治癒を目指しているのであり、それは普遍的、絶対的なものではなく、一つの治療文化に過ぎません [11-13]。

## 4. おわりに

被支援者である個人と社会の関係のモデル化、支援者と被支援者の関係（対人支援構造）のモデル化、対人支援職の人類学と社会学について概説しました。

これをヒントに、ご自身がどのようにして現在の支援職に就き支援モデルを形成するに至ったのか、ご自身の支援職としてのマジョリティ性とマイノリティ性の自覚、ご自身の職種の説明モデルや制度・組織構造についてなるべく精緻な言葉にして、自分自身の支援や支援構造を変革する、小さくても具体的な第一歩を踏み出していただければと思っています。

TICPOC C2では、いわゆる狭義のアカデミックな社会学的視座を身に着けるだけでなく、社会運動と連動した社会学的視点の導入を計ることで、新しい社会構築の具体的一歩を踏み出すことを目標としています。そのため、上野千鶴子先生の家父長制と資本制、澁谷智子先生のヤングケアラーなどに触れる機会を設け、アクションリサーチとしての社会学の考え方や方法論を学べるようにしています。一方で、皆様のような支援職として生の臨床現場からの課題意識にもとづいた発想を社会学者らに提案していくような「共同創造」の場としてTICPOC C2が機能していければと思います。このような共同創造に向けた対話で支援を問いつけるために、熊谷晋一郎先生、國分功一郎先生、東畑開人先生などにかかわっていただいていることの意義を1年間でしみじみ味わっていきましょう。

新型コロナウイルス感染症の世界的流行により、感染拡大防止のために「ソーシャルディスタンス」「ステイホーム」といった言葉が使われていますが、皮肉にも、「助けてが言えない」人や親密圏における苦悩している人はますます心理的居場所を失い社会から周縁化され、「つながり」といったこれまでの支援概念では太刀打ちできない時代が訪れてしまいました。「ソーシャルディスタンス時代のソーシャルデザイン」という、さらに難しくなった問いを問

い続ける。「課題解決型」などというおこがましい看板はいったん取り下げ、謙虚 (humble) に対話を続けていく必要があるのかもしれない。

## 文献

[1] 熊谷晋一郎：知の共同創造のための方法論. In: 熊谷晋一郎編：当事者研究と専門知. 臨床心理学増刊第10号. 金剛出版、2018, pp. 2-6.

[2] 熊谷晋一郎：みんなの当事者研究. In: 熊谷晋一郎編：みんなの当事者研究. 臨床心理学増刊第9号. 金剛出版、2017, pp. 2-9.

[3] 熊倉陽介、清野賢司：どうして住まいの支援からはじめる必要があるのか. In: 松本俊彦編：「助けて」が言えない. 日本評論社、2019.

[4] 松本俊彦、古藤吾郎、上岡陽江編：ハームリダクションとは何か. 中外医学社、2017.

[5] 笠井清登：総合人間科学としての思春期学. In: 長谷川寿一（監修）、笠井清登、藤井直敬、福田正人、長谷川真理子（編）：思春期学. 東京大学出版会、2015, 1-17.

[6] 文部科学省・新学術領域「思春期主体価値」ウェブサイト <http://value.umin.jp>

[7] 価値精神医学とは何かー「人はどう生きるか」の科学. In: 笠井清登、村井俊哉、三村將、岡本泰昌、近藤伸介、大島紀人（編）：精神科研修ノート第二版、診断と治療社、2016, pp. 2-4.

[8] フルフォード著（大西、尾藤訳）：価値に基づく診療ーVBP実践のための10のプロセスー. メディカルサイエンスインターナショナル、2016.

[9] 亀岡智美ら：トラウマインフォームドケアーその歴史的展望ー. 精神神経学雑誌 120: 173-185, 2018.

[10] 綾屋紗月：ソーシャルマジョリティ研究. 金子書房、2018.

[11] 東畑開人：野の医者は笑う. 誠信書房、2015.

[12] 東畑開人：居るのはつらいよ. 医学書院、2019.

[13] 東畑開人：日本のありふれた心理療法. 誠信書房、2017.

[14] 國分功一郎：中動態の世界．医学書院、2017．

[15] 澁谷智子：ヤングケアラー．中公新書、2018．

[16] 熊倉陽介：医療者の内なるスティグマ—知の再配置の試みから．In: 熊谷晋一郎編：当事者研究と専門知．臨床心理学 増刊第10号、金剛出版、2018, pp. 83-92.