

臨床社会学の構築をめぐる一文化の臨床一

井上 眞理子

要 旨

臨床社会学の歴史は、1930年代のシカゴ学派の社会学にまで遡ることができるが、再びアメリカで活性化されたのは70年代に入ってからであった。日本においてもここ2、3年、臨床社会学への関心が急速に高まってきている。臨床社会学は、社会学的な観点から危機介入(crisis intervention)や改革を行うことをめざす実践志向性の強い学問であるが、方法論的な特性は問題への文化論的アプローチにある。このアプローチにおいて重視されるのは、介入を必要とする問題が、クライアントによってどのように定義され意味づけられているかということである。臨床社会学者は、定義とそれを規定する文化をめぐるクライアントと相互作用を行い、彼ないし彼女が定義の呪縛から脱して問題の再定義に至るのを助ける。政策過程への介入のようにクライアントが複数の集団・個人である場合は、複数の定義を対峙させ、交渉や調整等の相互作用によって問題の再定義が行われる過程に介入を行う。

キーワード 文化論的アプローチ、介入、状況の定義・再定義、反証可能性、政策現場

第 I 章 臨床社会学とは何か

近時、日本の社会学界において「臨床社会学」への関心が高まっており、1998年第71回日本社会学会テーマ部会、99年第72回日本社会学会テーマ部会、99年第50回関西社会学会ミニシンポジウム、2000年第51回関西社会学会シンポジウムがいずれも、臨床社会学をテーマとして取り上げている。臨床社会学を暫定的に定義すると「社会学的な観点から、また社会学の知識や理論を用いて危機介入(crisis intervention)や改革を行うことを目指す、問題解決志向性の強い学問」とでもなるだろうが、この定義から漏れ落ちていることも多い。たとえば「社会学の知識や理論を用いて」ということは、社会学の一般的な知識や理論を、個別の問題の解決のために自動的に適用することを意味するわけではない。危機介入しようとする者が社会学者である限りにおいて、社会学的知識と理論が道具として「携行」されるということこそは意味しているに過ぎない。社会学的臨床の「場」で、クライアントからのリアクションによって社会学的知識と理論は修正され、一方、クライアントの状況認識も社会学的知識と理論によって変化を受ける。臨床社会学の核心にあるのはむしろ、この定義から漏れ落ちたもの—クライアントと社会学者との対等な相互作用、そしてその「場」—である。本稿においては、臨床社会学の歴史、特性、対象とする領域を概観した後、先に述べた臨床社会学の

核心部分について考察したい。

第1節 歴史

臨床社会学の歴史は、1930年代のシカゴ学派の社会学にまで遡ることができる。それより以前、1920年から35年までエール大学の医学部長を務めた M. C. ウィンターニッツ (M. C. Winternitz) は、「臨床社会学科」を医学部に設置する構想を抱いていたが、これは「社会医学」とも言うべき内容のものであり、本稿で取り扱う臨床社会学とは趣きを多少異にする。シカゴ学派の E. W. バージェス (E. W. Bugess) は、1931、32、33、の3年間にわたってシカゴ大学で臨床社会学の講義を行った。また L. ワースはルイジアナ州トゥレイン大学で講義し、1931年には「臨床社会学」というタイトルの論文を発表し、その学問的特性について考察した (Wirth, 1931)。この論文については後で、触れる。

40年代から60年代は、臨床社会学がさまざまな分野に適用された時期である。この時期の代表的な議論として、A. グルドナーのものがある。彼は臨床社会学を「応用社会学の新領域」として紹介し、社会学的実践における「工学的モデル」と「臨床的モデル」とを区別した (Gouldner, 1965, pp. 20-21)。

工学的モデルでは、クライアント(集団、組織)による問題の定義がそのまま受け入れられ技術的解決が提案される。それに対し臨床的モデルでは、クライアントの定義はそのままでは受け入れられず、社会学者のサポートを受けつつ自ら診断し問題の再定義を行い、変革の方向を知りそのための技術を身につけることが必要であるとされた。E. シェインの企業組織を対象とする「プロセス・コンサルテーション」も、類似の概念である (Schein, 1969, p. 133)。

1976年および77年のアメリカ社会学会大会では、臨床社会学をテーマとするラウンドテーブル・ディスカッションが開催された。これらのディスカッションを通じて臨床社会学への関心が広く喚起され、ネットワークが形成され、1978年の臨床社会学会の設立に至った (Gardner, 1978, pp. 68-69)。

第2節 特性

先に挙げた L. ワースの「臨床社会学」という論文 (Wirth, 1931) は、児童問題相談指導クリニックにおける社会学の貢献の可能性について探ったものであり、そこにおいて彼は、臨床社会学の特性は「文化論的アプローチ」にあると述べている。たとえば精神分析的アプローチにおいては、問題行為は過去の精神的外傷に結び付けて時間遡及的に説明されることが多いが、臨床社会学では行為が現在置かれている〈文化的文脈〉が問題となる。児童問題相談指導クリニックにおいて臨床社会学者が問題とするのは、子どもの文化的文脈、意味世界であり、周囲の大人達によるその受容、あるいは大人の文化的文脈と子どものそれとの相互修正である、とワースは述べている (前掲論文、p. 60, 66)。

ワースから離れてさらに議論を進めると、文化論的アプローチにおいて重視されるのは、介入を

必要とする問題が、クライアントによってどのように定義され意味づけられているかということである。この意味づけを規定するのは、クライアントのセルフ・イメージ、価値・規範意識、対人関係意識であり、さらにそれらを規定するのはその個人が受けてきた社会化であり、また社会・階級構造的な位置である。カルチュラル・スタディーズの言葉を借りるならば、「特定の歴史的な社会における諸実践、表象、言語、習慣のアクチュアルでかつ基礎的な領域」(Hall, 1986, p. 26)すなわち文化である。臨床社会学者は、定義とそれを規定する文化をめぐってクライアントとの相互作用を行い、彼ないし彼女が最終的に定義の呪縛から脱して、問題の再定義に至るのを助ける。クライアントが複数、あるいは集団の場合、たとえば社会問題の解決のための政策決定プロセスに介入する場合は、臨床社会学者は問題状況に関与する諸個人・諸集団の複数の定義を相互に対峙させ、交渉や調整等の相互作用によって問題の再定義が行われる過程に介入する。

複数の文化の縁辺における交渉—エンコーディングとデコーディング—、臨床社会学的介入の過程はそれと重なるものでもあり、言わば「文化の臨床」への介入である。そしてクライアントの文化のみならず、社会学者の文化もデコーディングされることを忘れてはならない。

第3節 対象となる領域

臨床社会学的介入は、ミクロからマクロまで多様な場面において可能である。臨床社会学的研究と実践において一歩先んじているアメリカにおいて、どのような領域が対象となっているか、H. M. リーバックと J. G. ブルーン編の『臨床社会学ハンドブック』を参考に見ていきたい(Rebach & Bruhn, 1991)。この本の第1部では臨床社会学の定義や歴史が、第2部では介入実践における主要な課題が、そして第3、4部においてさまざまな対象領域が取り上げられている。これらを列挙すれば、個人、家族、公共政策、医療現場、健康増進、精神衛生、刑事司法システム、調停、組織開発、教育、女性のエンパワーメント、高齢者問題、薬物乱用予防等である。これらの中から本稿では特に、個人、家族、それに加えて公共政策の臨床社会学について考えてみたい。

第II章 臨床社会学的介入の核心

臨床社会学的な危機介入は、危機に陥っているクライアントが直面している問題をどのように意味づけ、定義しているかを重視する。すなわち危機を、出来事そのものよりも、出来事の解釈あるいは意味づけにその発生の源を持つものと見なす。さらにこのような定義・意味づけを必然のものとするいわば下部構造が存在し、臨床社会学はそれを問題とする。この下部構造として、先述したように、クライアントのセルフ・イメージ、価値・規範意識、対人関係意識等があり、さらにこれらを規定するものとしてその人が受けてきた社会化、社会化の場としての家族構造、社会・階級的な位置等を挙げることができる。臨床社会学者の課題は、クライアント自身がこの下部構造を認識し、それによってセルフ・イメージ、価値・規範意識、対人関係意識等を変更し、自己に対して肯定的で積極的なように状況の「再定義」を行うことを援助し促進することであるが、それはどのようにし

て可能であろうか。以下に相互に補い合う三つのモデルを提示し、それらを総合的に捉え、さらに問題点を提起したい。

第1節 危機介入の5段階モデル— B. D. バイアースによる—

B. D. バイアース(Byers, 1987, pp. 102–117)は論文執筆時、インディアナ州セントジョセフ郡検察局成人保護サービス(Adult Protective Service)に勤務しており、「危機介入の5段階モデル」(バイアース自身はこの言葉を用いていない)は自らの職務実践の中から得られた知見である。このモデルについてはすでに他の論文で紹介しているので(井上、2000、A, B,)概観するとどめておきたい。

①情報収集(information gathering)／本人面接あるいは友人・家族等の他者、関連機関からの情報収集が行われるが、その際クライアントはどのように自己呈示するか、どのようなシンボルが用いられるか、他者はクライアントに対してどのような役割を付与しているか、対人関係における相互作用パターンはどうか、等に注意が払われる。

②コントロール(control)／感情の安定性を回復し、クライアントが再びセルフ・コントロールを行えるようになることが目指される。そのためにはクライアントは「危機」が自らの状況の定義によって生じたものであることを理解し、またそのような定義を発生させる下部構造に気づき認識する必要がある。

③示唆(direction)／肯定的なセルフ・イメージを持ち、自らが管理可能なように状況の「再定義」をクライアントが行うことを、臨床社会学者は奨励し援助する。

④進捗状況の評価(progress assessment)／クライアントの好ましい変化を、肯定的に強化するというセラ皮的機能も併せ持つ。しかし進捗状況が思わしくない場合は、コントロールの段階に戻る。

⑤紹介(referral)必要があればクライアントに対して、臨床社会学者が与えられないようなサービスを提供する専門家、専門機関(たとえば自治体の福祉関連部局、弁護士等)が紹介される。紹介の必要がなければケースは終了する。

バイアースのモデルは個人を対象としたものであるが、次に紹介するのは集団、とりわけ家族を対象としたモデルである。

第2節 グラウンデッド・エンカウンター・セラピー— L. A. スワンによる—

L. A. スワンによって提唱されたこのモデルは、その奇妙な名称によって関心を惹く。いったい、何が何に grounded(根ざす、根拠を置く)なのか。まず第一に、クライアントが直面している問題は、クライアントが現在生きている社会的文脈(social context)に根ざし、埋め込まれている。第二にその問題の核心を説明する理論およびセラピーの方法は、クライアント相互および臨床社会学者が一堂に会する encounter(面接という専門用語をあてるのが妥当であるのかも知れないが、人間同士の出遭いという多分に実存的な意味をこめてこの言葉が選択されたものと思われる。それゆ

えエンカウンターという語をそのまま用いることにしたい)に根ざして生み出される(Swan, 1988, pp. 76-77)。このスワンのモデルは、1960年代にアメリカの社会学者(特に臨床社会学者と位置づけられているわけではない)B. G. グレーザーと A. L. ストラウスによって提唱されたグラウンデッド・セオリー・アプローチに影響を受けているものと推測されるので、そちらの方をまず簡単に見ておきたい。グレーザーとストラウスの共著書『データ対話型理論の発見』(Glaser & Strauss, 1967)において発表されたグラウンデッド・セオリーは「データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法」(木下、1999、p. 7)であり、その後、医療介護、ソーシャル・ワーク、福祉、教育等いわゆるヒューマン・サービス領域で活用されてきた。フィールドワークによって得られたデータに密着(grounded)しつつ、「カテゴリーやその相互関係について解釈上の問いを立て、それへの暫定的な答え(仮説)を出していく作業」(Strauss, 1987, pp. 20-21, 27-28)としての「コーディング」が、グラウンデッド・セオリー・アプローチの中心的過程となる。このコーディングによって得られた「認識文脈(awareness context)」をコア・カテゴリーとして、病院における終末期患者とスタッフとの相互作用のダイナミズムを描き出した『死の 아우エアネス理論と看護』(Glaser & Strauss, 1965)は、このアプローチにおける代表的な研究である。しかし、さまざまなヒューマン・サービスの現場で活用されながらも、グラウンデッド・セオリーそれ自身の実践への志向は、臨床社会学ほど強くはなかった。

グラウンデッド・エンカウンター・セラピーにおいては、先に述べたように、「問題」を社会的文脈に根ざしたものと捉えている。これは現象的には同じように見えても、個別のケースごとにそれが発生してきた社会的文脈は異なっており、それゆえ異なった問題と見なすということを意味している。スワンの「問題とその解決における一般的知識の応用は、科学的(社会診断的 sociodiagnostic)過程と応用(社会療法的 sociotherapeutic)過程とを分断する」(Swan, 前掲論文、pp. 78)といういささかエキセントリックな言葉も、前記の点を踏まえれば理解可能である。エンカウンター過程には、集団(たとえば家族)のすべてのメンバーと臨床社会学者が参加する。この過程で問題とそれを発生させる社会的文脈の認識が共同作業で行われるが、認識の主体はクライアント(達)自身であり、臨床社会学者はこれを助け、促進させるに過ぎない。社会的文脈とはスワンによれば、「問題に関わるヒューマン・システム(対人関係と相互作用のパターン)およびそれを規定する環境」(Swan, 前掲論文、p. 76)であるが、困難なのは、この社会的文脈についての認識が集団のメンバーそれぞれによって異なっており、複数のリアリティの中で彼らが生きているということである。エンカウンター過程における対面的状況の中で、クライアント達は臨床社会学者の援助を得て語り合い、単一のリアリティ認識に達する。この認識の一致をみた社会的文脈を第一次的文脈(primary context)、複数のリアリティとして存在する社会的文脈を第二次的文脈(secondary contexts)と、スワンは呼んでいる(Swan, 前掲書、p. 81)。臨床社会的介入は質問の形—「あなたにとって、それはどんなふうの問題なのですか?」「問題が生じた状況では、だれがどんなふう振舞ったのですか?」等—をとることが多いが、クライアントが自分の洞察を語るのをためらう時には、その洞察を肯定し励ますこともある。問題が根ざしている社会的文脈の認識をすべてのクライアントが共有

し、さらにエンカウンター過程への参与感を持って問題解決のデザイン作成とその受容に彼らが参加すること、これらが臨床社会学的介入の目指すところである。スワンのモデルへの疑問点として、社会学的理論と知識の取り扱いの問題がある。彼は社会学の一般的知識の適用は社会診断過程と社会療法過程との繋がりを分断する、と述べているが、社会学者は徒手空拳で介入するのだろうか。何らかの専門性の裏付けがあって初めて、介入の資格を得るのではないのか？これに関連して次節ではさらに異なるモデルを見ていくことにしたい。

第3節 ナラティブ・セラピー

ナラティブ・セラピーは、家族療法の領域で1990年代以降に登場し、従来からのモデルに刺激と影響を与えているものである。ここでは臨床社会学に関わらせて、H. アンダーソンとH. グーリシヤンの論文に拠りながら、見ていくことにしたい(Anderson & Goolishian, 1992, 野口裕二・野村直樹訳, 1997)。アンダーソンとグーリシヤンによれば、セラピーにおいて扱う「問題」とは〈社会〉が作り上げてクライアントに付与した「自己物語」から生じており、この物語の中では、クライアントは人生の課題をうまくこなせない人間として描き出されている。クライアントにとって必要なのは、自己について新たな物語を作り出すことであり、そこでは彼ないし彼女は問題を「もはや問題と感ぜない」主体となっている。この基本的な考え方は、バイアースの5段階モデルによく似ている。バイアースのモデルにおいては、クライアントが状況を「問題」と定義するのは、彼ないし彼女の低い自己評価や無力な対人関係意識、価値・規範意識等の下部構造に由来するものと見なされる。そしてクライアントがこの下部構造を認識し、修正し、自己肯定的なかたちで状況を「再定義」することが目指されるのは先に見たとおりである。

アンダーソンとグーリシヤンあるいはナラティブ・セラピー全体における「自己物語」の重視の根拠となる考え方は次のようである。「人は会話の中で発展し変化し続ける物語的アイデンティティの中に身をおき、またそれを使って生きる。人は、対話から生ずる物語によって、社会的行為主体としての感覚を引き出す。物語が、物事を判断し行動を起こす自由や能力を実感させたり奪ったりするのである」(Anderson & Goolishian, 前掲訳書, p. 71)。クライアントの新しい自己物語の創造は、セラピストとの対話を通じて行われるが、その際、セラピストは「無知」であることが要求される。そうでなければ、セラピストは法則性や一般性を追い求めることで、クライアントのストーリーの固有性やクライアント自身のアイデンティティを見失い、また損なってしまう、というのが理由である。アンダーソンとグーリシヤンにおいて「無知」とは、自分の経験にもとづく偏見や、一般理論にもとづく先入見から自由であることを意味している。これは前節で紹介したスワンが、一般理論・知識の適用は社会診断過程と社会療法過程との繋がりを分断すると述べたことと、共通するものを持っている。

しかし社会学者が「無知なる者」として介入する時、その「問題」理解・解釈に〈恣意性〉という問題は発生しないだろうか。問題解決志向性の強い臨床社会学であるから、〈科学性〉の保証を軽んじていいということにはならないだろう。しかし、〈科学性〉の保証が、一般理論尊重を自動的に意味す

るというわけでもないだろう。第4節ではこの問題について考えたい。

第4節 臨床社会的介入における科学性の保証

K. R. ポパーが科学性の基準として、「反証可能性」を提案したのは夙に知られている (Popper, 1959, 大内義一・森博訳, 1971)。ポパーによれば、すべての科学的言明は仮説的であり、「経験的テストの手段によってネガティブな意味で選別され得るような論理形式を備えているべき」(前掲訳書、上、p. 49)ことが要求される。すなわち「反証可能」でなければならない。また何らかの補助仮説をアド・ホックに導入したり、アド・ホックに定義を変更したりする「コンベンショナルなこじつけ」による反証回避の道があり、これを排除するためにその言明に含まれる経験的情報量がよりいっそう多いこと、考え得るあらゆる仕方、言明を反証にさらそうとする作法(態度)等が要請される。

ポパーは一般理論、知識を用いて形成された言明が、反証に対して開かれていること、その点に科学性の基準を求めた。個人や集団における問題を認識し解決の方途を探る臨床社会学では、反証は、問題を生きている当事者からつきつけられる。前述のパイアースの5段階モデルにおいても、介入者は価値・規範、社会化、社会階級的位置、家族構造等の社会学の概念を用いてクライアントについて理解・解釈を行っている。それについて、クライアントから寄せられるリアクションに対し、社会学的言明が開放的であり、言明に対して反証可能であれば、もっとも根源的な意味において科学性は保証されていると言えるのではないか。

人間を対象とする社会科学では、「反証」は自然科学と異なったかたちをとり、科学的認識も自ずと異なったプロセスをたどる。この問題は社会学者としての道を歩み始めた当時から今日にいたるまで、筆者の関心の主要な対象でありつづけた。古いものであるが、拙論文から引用して筆者の関心の所在を示したい。「一社会問題に接近するにあたって、私たちは個人的な生活史の中で習得されたパースペクティブ、語彙、さらに抽象度の高い諸概念、諸範疇、モデル等の『認識手段』を用いて、何らかの『認識内容』に達し得る。が、それが客観的、科学的であるためには、〈さしあたって〉客体と措定される当事者との、その認識内容の対審—コミュニケーション—の過程に投じられねばならない。コミュニケーションとは、ダイアディックな相互主体の一相互形成的な過程であり、……私たち自身の認識の修正は、当事者の認識の修正でもある。認識は、間—主観のうちに生成される」(井上、1975、pp. 72-73)

第三章 ミクロからマクロへ—政策現場の臨床社会学—

臨床社会学は、政策決定と施行の過程にも介入する。個人や小集団の問題を扱う際にも、スワンの言うヒューマン・システムの環境として、また価値・規範のようにヒューマン・システムそのものを構成する要素として、社会的要因を扱う必要がある。また地域社会の「問題」を、臨床社会的に取り扱う場合もある。このようにマクロ・レベルの「問題」をとり扱う場合、解決は政策決定と施

行というかたちをとることが多く、臨床社会学者は、その過程に介入する。この場合も個人を対象とする場合と同じく、状況の「定義」と「再定義」とが重要視されるが、取り扱い方は異なっている。

第1節 政策過程における「意味」の問題

個人を対象とする介入において、クライアントの当初の状況の定義は、無力なセルフ・イメージに基礎づけられ、クライアントの可能性を制限するものであった。それゆえクライアントは、定義の呪縛から解放され、再定義によって自己を肯定し、可能性を発展させる必要があった。一方、政策過程への介入においては、「問題」に関与する諸個人・諸集団の複数の定義を相互に対審させ、議論・交渉・調整等の相互作用によって問題の「再定義」を行い、その核心を明らかにする。さらにこの明らかになった「問題」に対しての、政策決定と施行の過程に介入する。この政策過程における再定義のことを、R. ストラウスは「活動的定義」(operational definition)と呼んでいる (Straus, 1984, pp. 52–53)。諸個人・諸集団の相互作用のパターンの変化に照応して、定義は継続的に変化するので「活動的」という言葉が冠せられている。

政治学の分野では、政策過程における「意味」の問題に注目した研究の蓄積がある。特定のイシューについてのケース・スタディに基礎を置くイシュー・アプローチ、政策エリートに対するインタビューやアンケートを通じて行われるサーベイ・リサーチ、R. A. ダールに代表される政策過程の民主的統制の研究、一般市民からのアモルファスな反応がエリートにフィード・バックされて政策に影響を与えると見るエリート・マス相互作用モデル、最近ではパブリックな議論が政策として制度化されるまでのコンフリクトと交渉の過程を明らかにしようとする国家変容理論等の諸アプローチがあるが、これらの詳細については拙稿を参照されたい (井上、2000 B, pp. 205–208)。政治学におけるこれらの研究は、政策過程における「意味」をめぐる交渉やコンフリクトを取り扱ってはいるが、それらを距離を置いて客観的に分析しているものであり、社会学者自らが「意味」をめぐる交渉やコンフリクトの過程に介入する臨床社会学的アプローチとは異なっている。

第2節 政策過程への介入の「臨床」

政策過程への介入の「臨床の場」とはどこであろうか。政策的対応を必要とする問題の当事者—市民・住民、企業、行政等—と臨床社会学者との対等なコミュニケーションが、その「臨床の場」において展開されるはずである。市民の政策過程への参加の形態として、従来から選挙、審議会等への委員としての参加、公聴会、政策施行への協力、民生委員等行政協力委員への就任などがあるが、いずれも間接的であり市民が行政に対して行使できる影響力も小さかった。政策過程に市民や民間企業が積極的に位置づけられるためには、行政のあり方そのものが変わらねばならない。日本における「政策過程の臨床の場」について考える前に、参考としてアメリカの事例を見ていきたい。取り上げるのは、デトロイトにおける、夫の暴力の被害者に対する援助計画の事例である (Sengstock, 1987)。この計画の策定と実施のために、行政機関の委託を受けてそれぞれ別個の委員会が設置されたが、一人の臨床社会学者(女性)が両委員会の長を兼任した。被虐待妻のさし迫ったニーズに対

応して、刑事司法、カウンセリング・シェルター、啓発の三つのテーマごとに特別班が実施委員会内部に組織された。メンバーは、この問題に関心のある市民の他に関連諸機関(警察、検察局、社会福祉機関、カウンセリング・オフィス等)の代表者から成っていた。これらの機関の代表者は委員会において、ファミリー・ヴァイオレンスの事例をどれくらい、またどのように取り扱ったか報告するように求められたが、ほとんどの機関がファミリー・ヴァイオレンスの存在を認識する方法も基準も持っていないことが明らかになった。「ファミリー・ヴァイオレンス」という状況の定義がなされず、「よくある夫婦げんか」「夫の暴力は男らしさの表れ」等の状況の定義により、問題が処理されていたのである。被虐待妻が必要としている援助サービスを行うためには、まず関連諸機関の状況の定義を変えることから始めねばならなかった。そのためには、関連諸機関の代表がメンバーとして参加している実施委員会の中でのグループ・ディスカッションによって認識を変えていく、あるいは関連諸機関において大きな影響力を持っている人物を招請してヒアリングを行い、それについての討議の過程で相手の認識を変えていく等の方法が採られた。このような委員会は、政策過程における臨床の場の一つと言える。

第3節 自治体と市民との政策のコプロダクション(coproduction)

政策過程の臨床社会学の特徴として、政策決定と施行の過程に社会学者自らも介入するというこの他に、従来軽視されがちであった市民・住民を政策過程の重要なアクターとして位置づける、という点を挙げる事ができる。一方、地方分権化の進行の中で「市民と行政とのパートナーシップ」、学問的に言えば「政策の共同生産(coproduction)」ということが盛んに語られている。臨床社会学の立場から、このコプロダクションについて検討してみたい。

コプロダクションは、「公共サービスの提供への市民参加。市民の自発的な協力によるものであり、法や条例による強制に基づくものではなく、市民の能動的活動が展開される」と定義される(Brudney & England, 1983, p. 463)。さらにまた、市民は公共サービス提供の単なる補助にとどまるものではなく、サービスについての独自の要求と評価基準を持ち、自治体と対等の立場で意思決定と調整を行うとされる(Brudney & England, 1982, p. 133)。コプロダクションが注目されるようになった背景には、1970年代後半からアメリカの多くの都市で顕著になった財政危機がある。この財政危機を乗り越えるためのカットバック・マネジメントの一方策として、コプロダクションは当初位置づけられた。しかしそれだけではなく、60—70年代にかけて行政機構が複雑化し、伝統的な選挙等の方法では行政に影響を及ぼすことができないという一般市民の側の不満、反役所的感情も高まっていた。自治体における財政の緊縮とコスト抑制志向、市民における参加欲求の高まり、この二つがコプロダクション概念の形成に大きな影響を与えた。

コプロダクションをめぐる問題点の一つとして、行政職員が抱く抵抗感がある。彼らは自らの専門性が市民によって侵され、その権威がないがしろにされていると感じがちである。市民との協働の価値を認識し、その根底にあるものを理解するためには、行政職員の認識枠組の変化が必要である。実定法、職務役割、慣例等の拘束から身をもぎ離し、問題解決とそのための政策決定に向け

て積極的構想力を働かすことができなければならない。また市民の側でも、行政権力への取り込まれや包絡に注意せねばならない。

第IV章 まとめにかえて

本稿では、臨床社会学の基本的な部分について考察してきた。臨床社会学は新しい学問的試みであり、それに対する考え方もさまざまで、あいまいかつ未分化な部分も多い。たとえば筆者は、実践的な学問としての臨床社会学における科学性の保証に関心があるが、大村英昭は、サイエンスもさることながら、アートとしての臨床社会学に注意を喚起している。彼は、医学における「臨床文化」についての山中浩司のシンポジウム報告(山中、2000、図1参照)を参考としながら、臨床社会学の構成要素について次のように図示している(大村、2000、p. 10、図2参照)。山中、大村ともにサイエンスの対極にアート(芸ないし術)を置き、サイエンスーアートの軸と知識ー行為の軸をクロスさせ、そこにできる四象元について考察し、とりわけアートの側の象元について注目している。現代医学におけるターミナル・ケアや看護アート等ケア全般の復権を鑑みれば、当然のことと言える。大村は四象元上の二つの三点運動、すなわち書斎(理論)、フィールド(調査)、政策現場(介入)という運動と書斎(理論)、対人関係(人情の機微)、政策現場(介入)という運動を指摘して両者は互

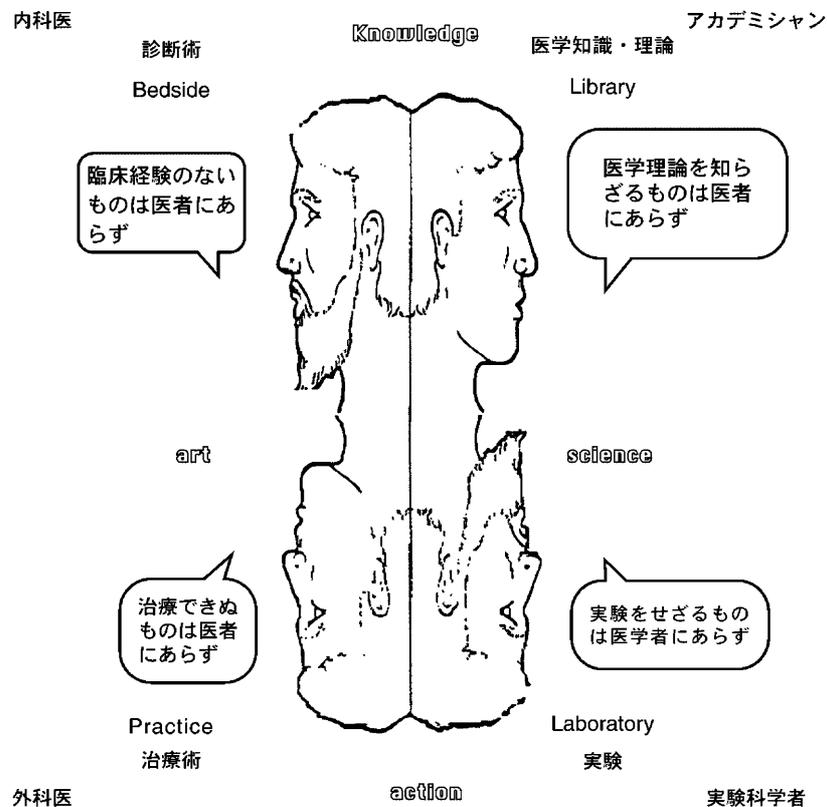


図1

資料出所：第51回関西社会学会シンポジウム報告「医療における『臨床』と『技術』」山中浩司(大阪大学)

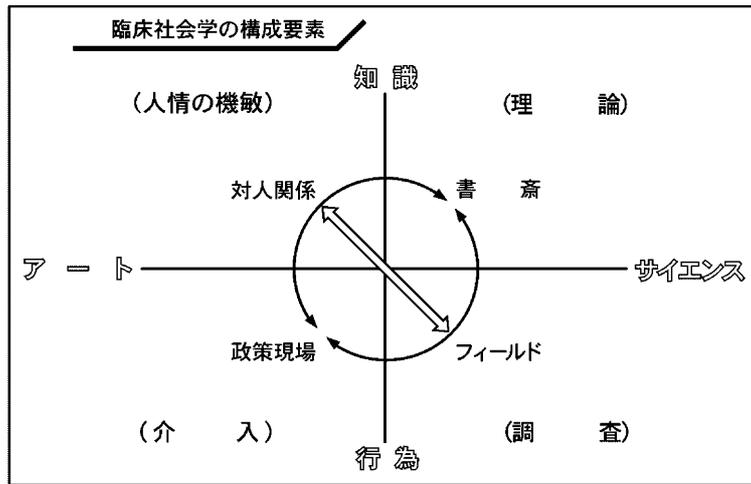


図2

資料出所：大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』有斐閣、2000年、p. 10

いに相手を補強する関係にあるとし、また「臨床社会学を名のる者は、まずは『人情の機微』にも精通したよきフィールド・ワーカーになることを心がけるべき」(大村、前掲書、p. 11)とも述べている。大村は、知識、アートの象元に対人関係(人情の機微)をあてはめたことに「今も迷うところがないとはいえない」と述べているが、本稿においても「アートとしての臨床社会学」については考察が不十分であった。サイエンスとアートとの相互運動に意を用いつつ、臨床社会学理論をさらに練り、またさまざまな臨床の場への介入実践を積み重ねていきたい。

文献一覧

☆洋書(アルファベット順)

Anderson, Harlene & H. Goolishian in McNamee, S. & K. J. Gargen (eds) (1992) *Therapy as Social Construction*, London: Sage(野口裕二、野村直樹訳『ナラティブ・セラピー』金剛出版、1997年に収録の論文「クライエントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ—」による)。

Byers, Bryan D. (1987) “Uses of Clinical Sociology in Crisis Intervention Practice” *Clinical Sociology Review*, Vol. 5.

Brudney, Jeffery L. & R. E. England (1982) “Urban Policy Making and Subjective Service Evaluations”, *Public Administration Review*, March/April.

(1983) “Toward a Definition of the Coproduction Concept”, *Public Administration Review*, January/February.

Gouldner, Alvin W. (1965) “Explorations in Applied Social Science” in Gouldner, A. W. & S. Miller (eds) *Applied Sociology*, New York: Free Press.

Gardner, H. (1978) “Some Real Doctoring for Sick Societies”, *Human Behavior* 7.

Glaser, Barney & A. L. Strauss (1965) *Awareness of Dying*, Chicago: Aldine Publishing Company(木下康仁訳『死のウェアアネス理論と看護』医学書院、1988年)。

(1967) *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago: Aldine Publishing Company(後藤隆、大出春江、水野節夫訳『データ対話型理論の発見』新曜社、1996年)。

Hall, Stuart (1986) “Gramsci’s Relevance for the Study of Race and Ethnicity” *Journal of Communication Inquiry*, 10 (2).

Rebach, Howard, M. & J. G. Bruhn (eds) (1991) *Handbook of Clinical Sociology*, New York & London: Plenum

Press.

Schein, Edward (1969) *Process Consultation*, Addison-Wesley.

Swan, L. Alex (1988) "Grounded Encounter Therapy: Its Characteristics and Process" *Clinical Sociology Review*, Vol. 6.

Straus, Roger A. (1984) "Changing the Definition of the Situation" *Clinical Sociology Review*, Vol. 2

Sengstock, Mary C. (1987) "Sociological Strategies for Developing Community Resources: Services for Abused Wives as an Example" *Clinical Sociology Review*, Vol. 5.

Wirth, Louis (1931) "Clinical Sociology" *The American Journal of Sociology* 37.

☆和書(アイウエオ順)

井上眞理子(1975)「社会過程としての社会問題認識」『ソシオロジ』第62号。

井上眞理子(2000) A. 「政策現場の臨床社会学」『現代のエスプリ』第393号。

B. 「政策現場の臨床社会学」大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』有斐閣。

大村英昭(2000)「臨床社会学とは何か」大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』有斐閣。

木下康仁(1999)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—』弘文堂。

山中浩司(2000)「医療における〈臨床〉と〈技術〉—臨床文化のゆくえ—」第51回関西社会学会大会シンポジウム報告