

●批評

## 認識論における『Tsubame アプローチ』

Katsuo IKEDA 池田勝雄

### (一) 『Tsubame アプローチ』の再考

二〇一八年から二〇一九年にかけて法人つばめ会は二つの文章の作成に努力してきた。一つは地域の障害福祉の充実を願って執筆した論文「障害児療育から見る社会分業の有機的連帯について」(『社会理論研究』第一九号掲載 二〇一八年二月発行)、もう一つは現場の療育力を高めるために職員と保護者向けに発行したパンフレット『共感的受容と交流理論における「Tsubame アプローチ」』(二〇一九年五月発行)である。二つの文章は表裏一体ともいえるもので、法人つばめ会が内と外で障害福祉の本来的な役割を果たすための理論的支柱といえる存在で、様々な機会に関係者に紹介している。

本稿はそのうちの二つ、パンフレット『共感的受容と交流理論における「Tsubame アプローチ」』の一部を自己や事物の哲学的認識論から論証しようとするもので、現場実践や研究から重ねてきた検証を糧に「論拠」を明らかにしようとするものである。それ故この拙稿では現場の事例がいくつか挙げられることになる。

拙稿「障害児療育から見る社会分業の有機的連帯について」は、地域社会での障害福祉分野の課題を、①良い意味での「日本型アプローチ」の必要性②法人つばめ会の理念③教育と福祉の有機的連携、という三つの視点で論じたものだった。どの視点も拙稿「共同体論から見る日本型カースト制度」(『社会理論委員会』第一四号掲載)をベースにしている。

法人つばめ会は論文「障害児療育から見る社会分業の有機的連帯について」

執筆の翌年にパンフレット『共感的受容と交流理論における「Tsubame アプローチ」』を制作した。法人つばめ会の独自アプローチである。このアプローチ全体で強調されていることは、子どもたちが自分の心をコントロールする力を主体的に育んでいくことだ。石井哲夫氏の受容的交流理論を応用・発展させたもので、障害福祉の現場で大きな課題となっている利用者のパニック時に有効に対応できることを心掛けている。職員・保護者向けの小さなパンフレットとは言え、現場で起こっているすべての事象の中から新しいアプローチに関連する事象を抜き出し、その意義を理解し意味のある連続した事象として関連付け、なおかつそれらを一つのアプローチとしてまとめていく作業は素人に近かった筆者には大変困難な作業ではあった。対話(モデルとなった職員との対話)、調査・研究、現場へのフィードバックを丁寧に戻り返してアプローチの精度を高めてきた。今でも効果のあるアプローチとして地域の福祉や教育の関係者からは重要視されている。

しかし発行から歳月を重ねてきた現在時点で数々の現場実践からあらためて検証するとき、法人つばめ会の理念を深めていくためには、このパンフレットの一部を心理学でなく哲学的な認識論から再考していく必要性があると考えた。心理学、とりわけ実証心理学や臨床心理学は今日の精神医学や発達心理学の診療に大きな成果をもたらし、今日現在も進歩し続けている。例えば後述する操作的診断法によるアルゴリズムの確立などは医学の発展に数々の功績を残してきた。それにもかかわらず、いわば心理学上の行動主義を前提にする操作的診断法への疑問や批判は多く、おそらくは将来にわたって結論が出ないのではないかと思われるほど混乱しているように思える。行動主義が人の意識ではなく客

観的に観察できる行動のみを対象とする行為だからである。これは人間の「こころ」を合理的であるとする正統精神医学の流れの中にあると考えられる。これに対しフロイトが確立した精神分析は力動精神医学となるが、それは人間の「こころ」を不合理とするもので、「人の意識ではなく客観的に観察できる行動のみを対象とする」行動主義に相対置するものと考えられる。それにも関わらずとりわけこの操作的診断法に関しては、精神医学上の二つの大きな流れ、すなわち正統精神医学と力動精神医学の流れがそれぞれ距離を置きながらも互いに補う形で影響を与えており一層複雑な様相になっている。例えば、力動精神医学派の精神医学者サリヴァンはW.H.O.を創設した偉大な学者だが、操作的診断法を確立したこともよく知られている。「対人関係論を精神医学である」とする力動精神医学派サリヴァンが操作的診断法を確立したことこそが両派の相互影響の象徴ともいえる。

この相互影響は様々なアプローチの混在にも表れており、薬物療法が成人の精神疾患のみならず成長期の子どもの発達障害までエリヤを広げたこともあり、幼児や児童・生徒に関わる障害福祉分野にも大きな影響が出てくるようになった。操作的診断法とそれに基づくアルゴリズムが、意識や無意識を主観的なものと軽視する心理学的行動主義と多く重なるからである。臨床心理学を土台にする精神医学は、当然のごとく教育や福祉に大きな影響を及ぼしている。とすれば、「今のままでよいのか」という障害福祉に係る人たちの素朴な不安はこの先も長く続くと考えられる。「素朴な不安」ととりあえず表現したが、こうした不安定な状況下で日本特有の精神医療がまかり通っているといわれている。例えば、多動な子どもは成長とともに落ち着きだすのがほとんどと言われるが、脳が発達段階にある八歳以前に療育として薬が服用されているケースが増えているとすれば、事態はむしろ深刻と言わねばならない。その日本特有の精神医療が拙稿「共同体論から見る日本型カースト制度」(『社会理論委員会』第一四号掲載)でいうアジアの共同体もしくはアジアの共同体的なもの特有の共同体間分業を基層にした体制内強化によるものであれば、根本的な見直しが必要になってくる。一八世紀の哲学者カントが現在の臨床心理学上の混乱を予想していたわけではないだろうが、「純粋なたましい論の総体をめ

ぐる考察」として当時の心理学的分析に関連して以下のように批判している。

「合理的心理学は、認識を拡張するものとしては、何の効用も有しておらず、拡張された認識であるかぎりではまったく誤謬推理のみから組み合わされている。」

(カント『純粋理性批判』p424,425 A383)

そうした理由もあり、今回の検証は図らずも今日の障害福祉分野の根幹にかかわる課題を明らかにしていく作業となった。「目に見えるもの」だけで子どもたちを判断する傾向が続くのであれば、「こころ」を分析する心理学を離れ、その源流たる哲学による認識論に立ち戻り、そもそも「現存在としての人」がどのようにして周りの実在的世界とそれに関わる自己を認識するのか、そのような哲学的認識論から見る発達に関する障害とは何かと思考の「転回」が必要となると考えた。発達障害における課題を哲学的認識論、とりわけ一八世紀の哲学者カントの構成主義から論証することを奇妙に思われる読者がいるかもしれないが、この点についてカント研究者の中島義道氏は、彼の著書で、カントの構成主義による認識論は発達心理学的な過程ではないこと、つまり時間的ではなく論理的な先後関係を論じていると指摘しながらも、以下のように記述している。

認識の成立過程における論理的発生的説明は、時間的発生的説明を嫌うそぶりをするが、じつはそれを裏口から密輸入しているのである。幼児が年齢を重ねるにつれて、周囲世界をより分節化してとらえると共に自分自身をもより分節化して捉えるという発達図式や、心神喪失状態から覚醒状態に向かう段階図式とどこかでつながっている。

(中島義道著『カントの自我論』p76)

## (2) 哲学者カントの誤謬批判

前出の哲学者カントは近代哲学の祖と言われ、イギリス経験論と大陸合理論の融和をはかったとされる。カントは外的世界である実在世界と自己認識について、著書の『純粋理性批判』等で従来の哲学や心理学にたいして厳しく批判を展開しながら、普遍的な原理から人の認識を再考察する。主観が外的世界に実在する対象に一致することが当然視されていた従来の認識論にたいし、対象が意識をそのまま規定するのではなく、意識が対象を規定するという「コペルニクスの転回」を解き明かし二元論を確立する。発達障害に苦しむ子どもたちや親たちのために発達障害とはそもそも何かとその本質から改めて問い直すことは、哲学者カントが超越的論理学という普遍原理から再考察した「変革」と重なる。病状ではなく病因と言う根源に迫って、子どもの治療や成長を目指す、それこそ「転回」となる考察となるからだ。

カントは自身の批判的論文を法廷に横して表現する。従来の形而上学についてはときに「懐疑論」(アナキズム)の介入を許しながらも総じて独断論者による専制だったとし、ロックなどのイギリス経験論に対しては、それは理性ではなく経験に認識の源流を求めた僭称された女王だと言う。そして従来の形而上学の独断的支配を「混沌と闇夜の母」という。こうした「揶揄」が妥当なのかどうかは哲学全般にわたる理解の浅い筆者には判断しにくいだが、彼はその法廷では、「理性の正当な要求については理性を擁護し、これに対していっさいの根拠なき越権に関しては、強権発動によってではなく、理性の永遠にして不変な法則にしたがい却下することができる。そしてこの法則こそが、純粋理性の批判そのものにほかならない。」(『純粋理性批判』第一序文p3)とする。さらにカントは続けて同ページの注釈で以下のように説明する。

私たちの時代の思考様式が浅薄であって、根本的な学問が衰退しているとする嘆きは、くりかえし聞かされている。けれどわたしの見るところでは、基礎がしっかりと確立されている学問、例えば数学や自然科学などには、こうした批

難はまったく当たっていない。かえって根本的であるという古来の名声を保持し、自然学については凌駕さえしている。他の種類の認識にあっても、その原理の是正さえ配慮されるなら、根本的であるという、まったくおなじ精神が十分に示されるだろう。そうした是正が行われていないところでは、無関心や懐疑、最後に厳密な批判こそがむしろある根本的な思考様式をあかしているのである。私たちの時代はほんらい批判の時代であって、すべては批判のもとに置かれなければならない。宗教はその神聖さにより、立法はその厳肅さによって、総じて批判を免れようとする。だがその場合には、宗教や立法は当然の疑惑を自分に呼びおこし、紛いものでない尊敬を要求することができない。そうした尊敬を理性が是認するのは、理性の自由で公共的な吟味に耐えたものに対してだけなのである。

調査、診断、治療を基本とする医療モデルは各分野で多大の成果を上げてきた。例えば感染症。この分野では過去も現在も、そしておそらくは未来にわたって大きな成果をあげて続け、人類の救世主でありつづけるであろう。しかし精神疾患や発達障害に関する医療モデルはどうだろうか。哲学者カントの認識論批判のごとく学問として、あるべき原理への是正が配慮され、根本の精神が十分に示されているだろうか。

## (3) 不可解なケース会議(事例一)

病因に迫らない医療のみならず弊害は多く、それは福祉との連携にも影響を及ぼす。医療と福祉の連携で残念な事例は枚挙の暇がないほど多い。福祉の側は保護者を通じて一方的に診断結果を知り得るだけである。操作的診断は症状と経過で判断されるが、福祉や教育現場での経過を取得すること無しで判断されているということだ。改善を伺わせた事例もある。私が知る限りではその場合でも実際にはほんの少しの前進である。

例えば二〇二一年一〇月に実施されたある姉妹のケース会議。この会議は医療側の要請で行われた。医師からの要請で関係者が会議を持つことはまれな

例である。パターナリズムの強いわが国で医師がこのようなケース会議を要請し開催されたこと自体は評価できることと考えているが、実際の会議の本身や経過は評価できないことが多くあった。医療と福祉の連携強化を願うかなりの時間と労力を費やした筆者とスタッフは、やがて来るケース会議の準備、実施、事後の確認という時間の経過のなかで、この案件での「医師からの要請」は必ずしもパターナリズムを克服しようとしたものではなかったと失望することになった。二人の姉妹にはそれぞれ別の主治医がいて、その時の呼びかけは妹の方の主治医であった。しかし協力した形の姉のほうの主治医が当日の会議に欠席するのはともかく、肝心の妹の主治医が欠席したからだ。その理由は明らかにされないままであった。しかも進行の役割を担った相談事業所からは事前に「絶対に言えないことがある」と知らされていた。会の開催を提案した主治医の欠席、重大事項であることを秘匿したまま関係者に協議させた医師の姿勢にこそ強いパターナリズムを感じざるを得ない。その会議では、「絶対に言えないことがある」という相談事業所の説明があったので、正確を期すためケース会議でいつも提示している法人つばめ会の書面でのアセスメントシートは控えることとした。それでも職員は書面提出ではなくとも当該姉妹のその時点でのアセスメントを数日掛けて努力しそれなりに期待して会議に臨んだ。

法人つばめ会には五つの事業所がある。姉妹はその内の一つに放課後や長期休暇にはほぼ毎日通っている。姉も妹も家や学校でかなりのストレスを負っているように通所直後は「荒れる」ことはあっても、共感的受容と交流を大切にす。『Tsubameアプローチ』が功を奏して穏やかで楽しい環境の中で落ち着きを取り戻し、個別や集団のセッションに参加して、心を安定させて帰宅をしている。姉妹ができることも増えていて療育がかなりの効果をあげていると考えている。このように事業所の中でひどいパニックになるようなこともあまりなく成長を続けていたので、このケース会議が持ち掛けられたときは職員一同驚いたものだ。

しかし前述したとおり、会議を提案した医師の出席していないことを知る。妹の主治医はかなりの量の複数の薬の服用にもかかわらずパニックが収まらなく、その心労で母親まで向精神薬を服用しだした現状に危機感を抱いて関係者にも推察できるがどうだろうか。

#### (4) 障害の類型化への違和感

ケース会議は特別な事情の中で開催される場合が普通である。いわば非日常的な営みである。『Tsubameアプローチ』再考の動機は、前述したとおり現場での実践を踏まえてより本質的なところからアプローチを論証しようとするものである。しかし、非日常的なケース会議等での疑問とは別に、障害福祉の現場で日常的に感じる素朴な印象も再考動機の一つになる。それは障害福祉と深くかかわっている分野、すなわち医療や教育の関係者と、筆者が関わっている福祉分野の現場との意識の差である。違和感のある印象自体は他にも多くあるが、ここでは障害名そのものを直接介助にあたって大して意識しないことや、診断された障害名とは別の障害名を疑いがちになることなど、いわば障害の類型化への素朴な疑問である。後述するがこの違和感は動機であると同時に現場の混乱や弊害が背景にある。

現場で障害児を直接介助している施設スタッフの多くは対象の子どもの障害名を頭の片隅に置いてはいても日常的に意識することは少ない。学校現場の教師あるいはこども園の保育士も同様と思われる。意識が薄いからと言って日常業務に不自由をきたしているかと言えはそうでもない。おそらくは当該の子どもの関係者ケース会議の時ですら課題となる不適切な行動をめぐる協議がほとんどで、障害名そのものが議論の対象となることは少ない。子どもたちと直接かかわっているスタッフが特定された障害名をそれほど必要と感じていないのか、障害を認定する行為すなわち診断が他の関係者ではできない医療機関の専権事項ゆえに議論や意識の対象になりにくいのかなど、理由は様々考えられる。しかし理由はどうあれ、仮に個人個人の認識の違いを考慮に入れるにしても、福祉スタッフと職務上発達段階や障害名にこだわる研究者や医療関係者との意

の会議を提案したと推察される。このケースは服薬の副作用も十分に考慮される必要がある。医師からの会議の要請であるならば対象児童の診断—治療についてつまびらかに明らかにすべきと思つた。ありがちな「過剰診断による過剰服薬」の結果なら一層自らが説明し出席した関係者に協力を求めなければならぬ。しかも「絶対に言えないことがある」という「予告」にあるように診断の柱でもある経過（環境）という重要部分を隠蔽したままではどのような協議をすればよいのか判断ができない。ケース会議をこのような形で実施させる療側の姿勢に不信感がつのる。何年にも渡って成長期の子どもに向精神薬を服用させ、その効果が出ず問題行動が多くなって母親の不安が増している責任を福祉や教育の側に転嫁するために会議を開催させたのかと疑いたくなる。

そうはいながら、会議は情報の共有という曖昧な目的で始まった。関係者（法人つばめ会、学校、医療福祉センター、福祉課、子ども未来部、学校教育課、福祉相談支援課）からの報告の前に二つの医療機関からの簡単な報告が伝達される。姉は安定して成長しだしているが、妹の最近の問題行動に母親が困惑しだしているという。それを受けての各機関からの報告は言わば小間切れのようなものであったが、統合するとおぼろげながら家庭や母親の状況に大きな課題があることが見えてくる。そこで法人つばめ会は、学校や家庭でストレスを強く感じた時でも事業所の取り組みによって心が静まり心をコントロールできている状態が家庭に戻せていることをまず報告し、そのうえで議論の中で親子関係や服装や体の臭いなどの気になる点について以下のような問題提起をする。①母親の負担軽減、姉妹の社会的自立に向けた関係機関の役割の確認（総論は賛成だが具体的に話は進まず）②ストレスに対抗できるレジリエンスの培い（向精神薬の常用への穏やかな抗議）③洗濯や整理整頓中心の将来の社会的自立に向けたSST（生活モデル）からの提案、法人つばめ会と学校が担うことになる④姉には無く妹にだけコンサータを服薬させていること是非（回答はいまだに無い）、の四点である。蛇足ではあるが、振り返ってみると会議のなかで積極的に提案をしたのは結局法人つばめ会だけであったような気がする。法人つばめ会は学校と連絡をとりながら自ら提案した洗濯等のSSTを実践しているが、主治医等からの連絡は何もない。

識の差はかなり大きい。論証をすすめていく上でこの現象は専門性の高さ低さによる差と漠然と認識していたが、認識論による『Tsubameアプローチ』の再考過程で「あながちそうではない」と考えるようになった。専門職ゆえの確定された枠組みの中の思考か、それとも直接介助の中で総体として個人をとらえようとするかの違いのように思える。つまり与えられた職務遂行上の思考形式の差ではないかと考えるようになった。この点に関して、発達心理学に造詣の深い精神科医の滝川一廣氏はこれまでの自閉症研究に触れて以下のように指摘している。今では福祉現場での違和感氏は氏の指摘するような研究の偏りが真因ではないかと思つている。

なんらかの精神機能にハンディキャップを見出したとき、その精神機能がどんなプロセスで獲得されるのかの発達論的な吟味を怠るところに、ラターからパロンIIコーエンに至るまで、現代の主導的な自閉症研究に弱点があります。そのため実証から解釈への思弁が逆立ちになるのですね。

自閉症を「発達障害」として精神発達の構造においてとらえんとすれば、おのずと発達を媒介する対人交流、関係性の問題を追及しなければなりません。（中略）自閉症研究は久しく発達論を斥けてこなかったでしょう。発達に目を向けても、発達年表によって発達段階を区分して自閉症の重さの尺度とするところ止まりでした。発達論の排除、これが結局、自閉症理解の壁となつてこなかったかと、あえて省みたいのです。

（滝川一廣著『「こころ」の本質とは何か—統合失調症・児閉症・不登校のふしぎ—ちくま新書P155』）

法人つばめ会はあくまで現場の実践を踏まえてアプローチ理論の構築を図っている。認識論から『Tsubameアプローチ』を再構築していく作業も同様である。あくまで実践からの理論構築なのである。それ故現場の違和感が重要な理論構成のモチーフになる。『Tsubameアプローチ』の理論的礎は、今生



きている私たち、すなわち現存在を時間的存在と規定することだ。それは事物及び自己の認識には直観の形式たる時間と空間の實在が不可欠でなければならぬからだ。カントによれば、時間も空間も外的直観の「純粹形式」であるが、空間は外的現象に限られた純粹形式であるとされる。しかし時間は「内官の形式」としても位置付けられ、「私たち自身とわたしたちの内官の状態を直観する形式」だとする。自己認識は内官の感覚にて漠として存在している自己を経験的に認識することされる。そして、時間という内官の形式を通し私という現存在が自己意識の過程をへて自己認識に至るのである。その際、外的現象との連関において自己の存在意識が規定されることとなる。それ故自己認識において現存在は時間的存在と規定される。

カント研究者である中島義道氏はこの過程についてカント哲学を綿密に分析し、今生きている私たちが外的経験を通して内的経験、すなわち「こころ」を積み上げること、またその際、他者の外的経験を構成し、他者の内的経験すら間接的に構成するとしている。(中島義道著『カントの自我論』p289) それ故「すべての現象一般つまり感覚のあらゆる対象は時間のなかにあり、必然的に時間の関係のうちにある」(カント著『純粹理性批判』p284)とする。

他者の外的経験を直接構成し、内定経験を間接的に構成するときこそ効果的な福祉的アプローチの機会となる。私たちは、自分が何者かを語るべき、外部からの情報を用いる。外部の事象との関係性からでしか自らを「把握」することができないからである。『Tsubameアプローチ』はその前提の上に組み立てられている。

もし直観の形式たる空間と時間が自己の内部でたしかかな存在でなければ、人は自己も自己を取り巻く世界も上手く認識することができない。それゆえに精神発達遅れが生じ、自己を取り巻く実在世界たる社会での失調に至ってしまう。決して診断の確定によって類型化された障害名が当たり前のようになり、初から存在しているわけではない。このような認識論プロセスを前提にして『Tsubameアプローチ』を再考する。

前出の中島義道氏は著書の『カントの自我論』で、カントの自我論を以下テーマ、つまり発達障害の本質を認識論から求めていくことは、医療モデルでの診断主義の限界を分析することになる。これは生活モデルの提唱で診断主義ともいわれる医療モデルの限界を論じてきた点では重なる。今日の障害福祉のワーカーと同様に、当時のソーシャルワーカーたちもおそらくは「医療モデル」で行う診断—治療に多少なりとも現場感覚として違和感やその限界を感じていたと推察する。その違和感が新しいアプローチ創造の継続的な動機となる。「医療モデル」は「調査—診断—治療」の過程を重視し、結果として課題を抱える個人にその課題の原因を求める傾向となった。それゆえ診断主義アプローチに代表されているといわれる。しかし、「徹底した診断主義」は時に個人の自尊心を損なう場合があり、おそらくは当時のケースワーカーは少なからず心を痛めていたに違いない。前述した違和感の伴う現場感覚である。「生活モデル」はシステム論に基づき、その支援の対象を個人から環境にまで広げる。これによつて個人が自己肯定感を高めるアプローチが可能になったといえる。その「生活モデル」でも「徹底した診断主義」の冒す過ち、つまり「医療モデル」同様に個人の自尊感情を損なう欠点が明らかになってくる。「生活モデル」の創始者であるジャーメインとギッターマンは、二〇〇八年に『ソーシャルワーク実践と生活モデル』の改訂版を発行している。これはストレンジス視点を中心に採用した新たな「生活モデル」の提示となった。この改訂版発行の動機、すなわち形式的なアセスメント(評価)の欠点について冒頭(はじめ)に以下のように述べている。

我々はごく普通の生活を映し出し、人々の強さを引き出し育てる。初版では、生活上の問題の概念を發展させ、事前評価(アセスメント)や介入の概念を体系的に説明した。今回はこの概念を取り消す、というのは、個人や集団の欠点に焦点を当て過ぎてしまう傾向にあるからである。これに代わって、ごく普通の生活上のストレッサーと対処方法のパラダイムを採用する(Lazarus and Folkman)。生活ストレッサーと関連ストレッサーは(a)困難な人生の転換期と深く傷つくような生活上の出来事と悲劇的な出来事…(b)厳しい社会的

のように紹介する。

私が客観的世界もその世界における物体も数学的世界も、他者の「こころ」も自分自身の「こころ」でさえも、幻覚や夢も、およそこの世にあるすべてを構成するのだ。私は、このような構成する能力をもつものとしてはじめて設定される。それが根源的自我(純粹統覚および超越論的統覚)である。その自我が次第に世界のさまざまなるものを構成する仕方が、自我論のすべてである。しかも、そこには構成の順序があり、統覚はまず物理的世界(實在的世界)を構成する。そして、その實在的世界の構成作用を通じて、次に私が現に体験してきたことの系列としての私の内的経験を、さらに副産物として他者の内的経験をも構成する。固有の経験を内的経験として、また他者の経験をも構成するのである。

じつは、私とはこの構成をすべて終えた段階で、物理的實在的世界のうえに私の固有内的経験や他者の内的経験が位置づけられてはじめて全貌を現す。

(『カントの自我論』p14p15)

### (5) ケースワーカーの戸惑い

福祉理論の柱でもあるケースワークの歴史(転回)にも重なることが多い。ケースワークの理論は医療モデルから「生活モデル」、「ストレンジスモデル」へと年代を追って変遷してきた。理論の変革をもたらしたのは現場のケースワーカーの違和感である。前述した三つのモデルは確立された時代が異なるとはいえいづれも現在でも有効なものだとされているが、前述した障害福祉現場スタッフの障害類型化への違和感と視点が重なるのが「生活モデル」からみた「医療モデル」の限界だ。

「生活モデル」は「医療モデル」の限界を論じたジャーメインなどによって体系化される。ケースワーカーなどの福祉関係者専門職と認知されたのは、一九六〇年代に登場した「生活モデル」の登場によるところが大きい。本稿の環境、物理的環境…そして(c)家族やグループ内の不調和、また、ワーカーとクライアント間の不調和な関係とそのプロセス、これらを含む。最近の調査や実践から、生活ストレッサーを管理するには、同時に(a)社会心理的生物学的機能(b)個人の人間関係のプロセス(c)新しい反応を起こす別の環境、これらにおける変化が必要となる。

「医療モデル」の「徹底した診断主義」が病因を過度に個人に求めたため個人の尊厳が損なわれてきたことから支援の対象を個人から環境へと広げる「生活モデル」が生まれてきたが、その「生活モデル」のアセスメントは個人や集団に焦点を当て過ぎてしまったため、「徹底した診断主義」と同様に個人と集団の尊厳を損なうというのである。「医療モデル」に倣うならば、「徹底したアセスメント主義」とでも表現すればよいのだろうか。どんなに立派な人や環境の評価もその結果を機械的に表面的に評価するだけならば、当事者やその家族、支援者の意識は問題の根源的解決や人間の成長には向かわず、アプローチも対処療法的なものになる。そこで「生活モデル」にストレンジス視点を導入することになる。「普通の生活を映し出し、人々の強さを引き出し育てる」(前出)アプローチに向かう。こうした「医療モデル」↓「生活モデル」↓「ストレンジスモデル」という対人援助の發展は、対象である人間を総体として捉え、より根源的な課題の解決へ向かう流れと考えられる。ジャーメインとギッターマンは新しい「生活モデル」実践の特色を次の一〇項目にまとめ、その組み合わせで「生活モデル」を特徴付けている。現存在を時間的存在とし、様々な病理を社会的失調とする『Tsubameアプローチ』の認識論から見ても十分に理解できる特色づけといえる。理解を深めるために以下に列記してみる。

- 一. 専門職業の機能には、個人、家族、集団、地域社会を扱う実践、そして、組織的・政治的権利擁護を含有。
- 二. 多様性に鋭敏な、エンパワ的なそして倫理的な実践。
- 三. パートナリシップとみなされるクライアントとワーカー関係

- 四、援助、人生の物語そして評価などのあらゆる面に関する合意
- 五、統合された援助様式、方法そして技能
- 六、個人や集団の強さに焦点化
- 七、クライアントの活動と意思決定の強調
- 八、社会的環境、物理的環境および文化の広範な重要性
- 九、援助を受ける個人、家族および集団のライフコースの独自の次元への一貫した関心

一〇、実践の評価と知識に対する貢献  
(前出 34p)

### (6) 多様な因子と操作的診断による対処療法

発達障害の子どもたちが利用する福祉現場のスタッフの多くは、診断された障害を特に意識しないで直接介助しているだけでなく、当然と言えば当然ながら、特定された障害以外の障害の行動を感じることがよくある。つまり類型化された単一の障害に限定された特徴付けられた言動だけが観察されるということではないということだ。多くの現場では障害が重複されていると思われる。「医療モデル」との意識の乖離はそこでも生じている。これはより本質的な課題の解決をめざす場合、整理されねばならない意識の差と思える。

精神科医の岡田尊司氏は発達障害や不登校などの社会的失調の改善に「医療モデル」を超える新しい回復法として「愛着アプローチ」を提唱している。彼は、結核菌の感染で肺病を引き起こしていると言断することで抗生物質による根治的治療が可能になったことや、I型糖尿病がインスリンの欠乏によって起きていると言断することによってインスリン補充の治療を施し多くの命が救われたことを例に出し、「病因が単一で、その仕組みが解明されているものではないし、医学的治療は劇的な回復をもたらす」(「愛着アプローチ」岡田尊司著 p6)と評価している。しかしその一方で、多くの社会的失調は環境因子を含む多因子によるもの由来する医療モデルの限界を指摘している。それゆえ「現実の多くの問題や障害は、ちゃんと診断基準があり、医学の名のもとに診断が

たが、そうした方法では、客観的な根拠に基づいた診断がむずかしく、また診断する人による偏り(バイアス)も避けられない。(前掲 59p)

そうした混乱を打開するため、診断基準DSMがつくられる。DSMが客観性を担保するために重視したのは、症状と経過といわれる。症状と経過の因果関係が認められれば、症状や経過がDSM基準に該当すれば指定する疾患や障害と認定する仕組みである。岡田氏はこれを本来の「医療モデル」ではなく「疑似的な医療モデル」と批判する。筆者が関わっている発達障害に関しても以下のように診断そのものの曖昧さを厳しく指摘している。

近年注目され、診断される人が増え続けている発達障害にしても、生物学的な要因による神経発達過程での障害というのが、本来の定義であるが、実際のところ、生物学的要因によるものか、虐待などによる心理社会的要因によるものかを見分けることが難しいうえに、診断基準自体が、症状と経過だけから診断する仕組みになっているので、事実上、まぜこぜの状態である。現実には、経過さえ十分に確認がなされず、症状だけから診断されることも多く、そもそも定義を忘れていくかのようである。……(客観的な検査所見の裏付けもないため)……例えば、ADHDを診断するのに、診断基準には、注意力の客観的な検査所見についての基準もないのだ。「気が散りやすい」という、ほとんど主観的な訴えに基づいて診断するということが行われている。(同 60p)

「疑似的な医療モデル」で診断基準によって診断することは、一般的に操作的診断と言われている。何らかの要因で社会的失調状態となったクライアントはこの診断基準を通して分類化された精神疾患や発達障害としての障害名が診断・確定することになる。操作的診断が症状と経過だけから判断されるということは、その後の治療では容易に対処療法に結び付くだけでなく根源的な治療に向かない場合も生じる。療育でいえば障害名が診断・確定することで保

行われる場合も、それほどずっとつきりと治療できるわけではなく、効果があるかどうか微妙なことも多いのである」(前掲 p6)と厳しく評価する。

また岡田氏は、結核菌による肺病のような原因のはっきりしている感染症対策では絶大な効果を発揮する医学的治療だが、その医療モデルがうまく機能するケースばかりではないと指摘する。特に薬物療法の限界を以下のように判断する

医学は目覚ましく発展したとはいえ、現状では、薬物療法で根治できる病気というものは、そう多くはない。精神疾患に限ると、薬で根治が期待できるものはごく限られてくる。うつ病やパニック障害の一部は、薬をうまく使えば治療できる場合もある。しかし、薬が著効を示すような場合でさえも、薬をやめたら症状がぶり返すということが多く、症状を抑えているというのが現状だ。多くの場合は、少しは症状が軽減されたが、一進一退で、生殺しのような状態が続いてしまいがちだ。それが、薬物療法を中心とする医療の限界なのである。(前掲 17p)

そして岡田氏は精神疾患や発達障害に関しては多因子であることのみならず、診断の仕組み自体に大きな壁があるとする。

本来の医学モデルでは、病気の原因を突き止めることで診断がなされる。肺炎の炎症が結核菌によって起きていることがわかれば、肺結核と診断がつく。それによって適切な治療も可能となる。

ところが、精神医学の領域の疾患では多因子による疾患や障害が多く、病因の解明が容易でないということもあり、病因によって診断をするということが現実にはむずかしい(中略)

もちろん、心の問題を探って、原因を見つけ出すという試みも行われてき

護者や療育者が子どもたちの成長をあきらめてしまうことも起こっている。岡田氏はこうした弊害を指摘して、「医療モデルを超える新しい回復法」として「愛着アプローチ」を前掲の著書の中で展開している。多くの障害福祉の現場スタッフが類型化された障害名を意識から遠ざけて療育や支援にあたっている事実は、彼らが意識するしないにかかわらず、対処療法だけでなくより深いところから総体として障害者児を捉え成長を促そうとしているからだと考えられる。もっとも「この子らに何を言っても無駄と」あきらめてしまうスタッフも存在しているのも現実であることも付け加えておく。

児童精神医学の滝川一廣氏は著書『子どものための精神医学』の中で発達障害児への操作的診断、つまり「医学的名づけ」には「納得と安心」の力があると評価しつつ、次のような問題を挙げていく。

操作的診断は項目の機械的なチェックだけでできるので、それによる自己診断がたやすい。実際、自己診断したり、自分ばかりでなく身近な人を診断してみたりという方が増えている。その際、次の点に留意してほしい。

操作的診断は加点法でなされる。当てはまると思う項目を数え上げて一定数を超えれば、その障害と診断する仕組みである。この障害ではこういう行動はふつうみられないとか、これがあればこの障害の可能性は薄いという逆のチェック項目も用意して減点法を加味するしくみになっていない。これは大きな不備。そのうえ、操作的診断のチェック項目の一つひとつはほとんどが非特異的なものである。だから、「〇〇障害」なのでは？と疑いながら加点法でチェックすれば、きつと当てはまるようにみえてくる。

これらのために操作的診断は、どうしても過剰診断(本当はそうでないものまでそうと診断してしまう誤診)を引き起こしやすい。「子どものための精神医学」滝川一廣著 61p)

発達障害児の場合、操作的診断による誤診や、障害名が確定することによっ



てかえって治療や成長の促進をあきらめてしまうこと、さらには対処療法に傾くことで根源的治療に向かわないことなどの弊害は向精神薬の服用の際にもよく見られる。多くの障害福祉の現場は成長段階の子どもの向精神薬服用に慎重になっていると推察している。直接介護に大きな影響が出ることが多いからだ。長年、発達障害薬物療法の課題に取り組んできたルポライターの嶋田和子氏は、例えばADHDの診断・治療についてアルゴリズム（診断・治療の流れ）が必ずしも守られていないと指摘している。著書の『発達障害の薬物療法を考える』で次のように述べている。

しかし、ADHDの治療について、アルゴリズム（治療の流れ）では薬物療法が第一ではないのである。二〇一六年に刊行された最新の『注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン』（じほう）では、ADHDの確定診断後まず行われるべきは、環境調整とSST（ソーシャルスキルトレーニング）社会生活技能訓練）やペアレント・トレーニング、学校との連携などといった心理社会的な支援を優先することになっている。それによって十分な効果が望めない場合に薬物療法を追加すべきという姿勢なのだ。それは、ADHDの重症度（軽度・中等度・重度）の「重度」の場合であっても同様である。（p59～p60）

残念なことであるが、現実にはこのアルゴリズムは守られておらず、臨床現場では薬物療法がほぼ第一となっている。嶋田氏が例示しているのは厚生労働省精神・神経疾患研究委託費によるADHDの診断・治療ガイドライン作成をめざした研究班（ADHDの診断・治療指針に関する研究会）が一九九九年から版を重ねてきたもの（二〇一六版は第四版にあたる）で、医療関係者のみならず教育、福祉などの関係者の取り組みの指針となるべきものとされている。療育（社会心理的支援）との関連でいえば、安易に薬物療法しないように概ね以下のようなガイドラインが重要と思われる。①ADHDの診断・評価は

共鳴する安定した時空の間を作り、心をコントロールする力を培うことを主要な療育的課題として大きな効果を上げている。一人のつばめ会ですらかなりの療育効果をあげている。とすれば、ガイドライン的薬物療法でいう「十分な効果」が上がつているにもかかわらず、心理社会的支援がわが国では十分に普及していないという見解は一体どの調査から導き出されたものなのかという疑問が生じる。これが医療側の強いパターンリズムのなせる誤謬だとすれば、福祉と医療の連携は深いところから見直さねばならないということである。そしてあらためて問わねばならない。いったい何のためのアルゴリズムなのか。関係機関の真剣な議論が必須ではないだろうか。

このような「疑似的な医療モデル」のもたらす様々な弊害は福祉の立場からでも是正を求めべきであろうが、事例一で示されるように、わが国では福祉と医療の連携そのものが成立しない状況にある。日本の医療のパターンリズムがそれほど強いということである。筆者は『Tsubameアプローチ』の有効性を哲学的認識論から論証できれば、こうした現実、つまり「疑似的な医療モデル」がもたらす弊害や混乱が少しでも整理され減少できると考えている。

### (7) 『Tsubameアプローチ』と哲学的認識

パンフレット『Tsubameアプローチ』は二つの柱を持つ。一つは心をコントロールする力を培うこと、今一つは感動や共鳴を生む「時空の間」を創生することである。二つの柱はアプローチ全体の基礎となっている「共感的受容と交流」を実践していく上で支援者がいつも心にかけていかねばならない目標でもある。その基本に沿ってアプローチの再考作業の対象にしたのが、パンフレットのなかの逸脱時（行動障害時）の章と「間」と療育の章の二つとなる。理解が容易になるようにパンフレットの本文と、それに関わる事例（事例一と事例三）を紹介して、その上で一つひとつについて認識論としてまた福祉的アプローチとしてどう問われているのかを論述してみる。

最初に紹介するのは逸脱期（行動障害時）の章と事例二はカントの構成主義による論証で、ここでは逸脱時について述べ、その克服を通じて心をコント

「症状」だけではなく成育歴や環境などの経過も踏まえて評価すること（診断・評価ガイドライン一三）②診断確定後も治療・支援対象であるADHD児の全体像をみる観点をもつこと（治療・支援ガイドライン二）③ADHDの治療・支援は環境調整に始まる多様な心理社会的治療から開始すること（治療・支援ガイドライン二）④ADHDの心理社会的治療は、関係専門機関と連携しておこなうこと（治療・支援ガイドライン）④薬物療法の効果不十分であれば薬物療法の中止の選択肢の可否を検討すること（治療・支援ガイドライン一三）、などである。

至極当然の指針と思うが、現実の臨床現場では守られていない。「子どもたちへの薬漬け」との「辛辣な」批判が後を絶たないほど「ガイドライン違反状況」は依然続いている。これは心理社会的な支援がわが国では十分に普及していないからだという意見がある。声に出さなくてもそうした批判が根底にあるから薬物療法が第一選択となる。ガイドラインが「理想論」だということだ。福祉の現場が頼りにならないから医療モデルだけで治療するということだろう。ではいったい何のためのアルゴリズムなのかと問い正したいところだ。

加えて、医療モデルが第一とする薬物療法の「効果」について、『ADHD診断・治療ガイドライン』の「治療・支援ガイドライン一三」の解説には、「十分な効果」として以下のような説明もある。

「十分な効果」はADHD症状がなくなることを意味していない。ADHD児の生活の質を悪化させ、対人関係を損ない、自信を失っていくという悪循環的な展開をどめることができ、結果として肯定的に自己を捉え、良好な対人関係を結ぶ展開が生じ始める程度の症状改善が生じてくれば、それが「十分な効果」である。

それならば、医療側が力量不足としている福祉現場での療育で十分ではないかと推察する。『Tsubameアプローチ』は、哲学的認識論をベースにして、

ロールする力を培うことの重要性を訴えている。特徴的なのはパニックをどちらかと言えば肯定的に捉えることにある。もちろん支援の基礎にあるのは共感的受容と交流の考え方である。後半の「間」と療育の章及び事例三では、現象学による時間と空間の哲学による論証を試みた。章が時間と空間について論じていることと事例三が対象児童の描いた面の解説となったためである。とはいっても子どもたちの成長を構成主義による認識論からとらえていることは言うまでもない。また、いずれの論証も現場のアプローチとしてどのように適応していくのかを念頭に置いて記述している。以下にその章とそれを示す事例を掲載する。

まずは、逸脱時（行動障害時）の章と事例二を紹介する。

#### (A) 逸脱時（行動障害時）

子どもたちが自分の心をコントロールできないような逸脱状態はパニックとか行動障害といわれます。パニックになったときは、パニックの直接の原因となった負荷（ストレッサー）を探しそれを取り除く、穏やかな場所に移動する、後ろから抱きしめる（バックホールド）や傾聴などの寄り添い対応で危険行為を抑え、孤独感を緩和して情動を安定させることが大切です。またパニックにならないように時間、空間、人の構造化（TEACHプログラム）を普段から実施していくことも重要です。つばめ会でも実践していますし、効果もありません。

しかし情緒を安定させるだけでは子どもたちの成長は望めません。つばめ会は行動障害時でも子どもたちの自我が育まれ成長するアプローチが必要と考えています。共感的受容と交流理論による介入です。この介入の目的は、①心因性のストレスを減少させること②自我（意志）を育むことの二つです。パニックは成育歴の中で溜まってきた被抑圧的感情やストレスが何らかの理由で表出することによって引き起こされることが多く、その際共感的に受容し交流するアプローチを実施することで、こうした心因性のストレスを減少させるカタルシス効果が望めます。ただし怒りの感情の発露は心因性のストレスを持続させ逆効果になります。つまり怒りによる他害行為や自傷行為などがそのまま放置さ

れば、心因性のストレスは減少することはありません。寄り添うこと、傾聴することわけのわからない被抑圧的感情を言葉で表現すること（代弁・感情の社会化）などを通してカタルシス効果が出てストレスが発散されるのです。

もう一つの目的は、心をコントロールする力をつける、つまり自我（意志）を育むことです。その意味では平常時と基本は同じです。共感的受容と交流の理論では、クールダウンの初めからパニックになった子どもと交流しますが、後半は社会規範を学ぶために協同作業を展開します。支援者が次第に自分の心を取り戻した子どもと一緒に周辺の環境を整えたりかいつくさせたりすることで社会のルールを学び、自我を育んでいきます。

### （事例二）

児童Aは小規模な小学校の三年生。つばめ会に通所し始めたころは学校関係者からはその逸脱ぶりからかなり「問題児」扱いられていた。相談事業所からの紹介・引継ぎだけでなく、わざわざ学校の担任やスクールソーシャルワーカーから別の日に問題行動の説明を受けたくらいであった。筆者が学校へ迎えに行ったときに職員から「その子のことは学校中の誰もが知っています」と言われることがあった。その時は苦笑いで済ますことにした。母親も学校からかなり呼び出され苦情を聞かされていたという。

通所開始からしばらくは観察をしていたが、特に指摘されていた女児や女性指導員へのボディタッチは、その都度の支援の効果もあり軽度なものに変化していった。学校からは「つばめ会に通うようになってからずいぶん落ち着いてきました」と大変よろこんでらっている。「かなりの問題児」ではなくなったということである。逸脱行為をどうにかと言えば肯定的に捉え、心をコントロールする力を培う好機と考えアプローチした職員の努力が実った形となった。おそらくは共感的受容と交流を基本としたつばめ会職員の当該児童に対する見方がAに自己肯定感を高める良い影響を与えたのではないかと推察している。

ある日学校へ迎えに行ったときのこと。Aは集団下校前まで校門付近で友達と遊んでいた。そこへメモをもった男性教諭がAのもとへ駆けてきた。手渡調になれば自己認識とそれに伴う自己の存在確認が出来なくなるということである。

パンフレット『Tsubameアプローチ』の別の章では逸脱期の支援者対応について初期、中期、後期に分け、言葉がけや心構えについて記述している。パニックは起きないに越したことはない。また自傷行為や他害行為の場合は阻止していく必要があるが、そうでない場合は、起きてもらってそれをアプローチの良い機会と捉え、支援者がそれぞれの段階で行為を共感的に受容し、丁寧に心の交流を重ねて回復を図っていくことが重要である。社会的失調となった人の逸脱時では急速に固有の時間軸の中に自己を位置づけていく自己認識の必要があり、その際に余裕の出でくる後期に「ここ」を取り戻すために他者である周囲の支援者の内的経験をも構成しながら「自己」を取り戻す。的確な行動や言葉がけが構成されるならば、パニックの時間は短くなり、回数も減少する。とりわけパニックの最終段階では、自身で心をコントロールできたことを自覚させる言葉がけがきわめて有効で、この支援が自己肯定感を高める役割を果たす。逸脱期にこうした過程を経ずに強制的に抑えられた場合は自己肯定感を低めることになり、本来の意味での抑止に繋がらない。

ところで、事例二は事実としては些細でいかにもありがちなことである。取り立てて論じるほどでもないかもしれない。それでも筆者にとつては大切で、福祉や教育の連携について深く考えてほしい事象なのである。関連機関の連携については、近年その必要性や重要性が文部科学省や厚生労働省などの国や自治体から繰り返し強い指導がある。連携がけつして順調とは言えない状況にあるからだ。連携を阻んでいるのは拙稿「共同体論から見る日本型カースト制度」(『社会理論委員会』第一四号掲載)でその存在を指摘している「アジア的共同体」もしくは「アジア的共同体的なもの」といえる。産業構造自体はほぼ疑似共同体の連合ともいえるものだが、少なくともその構造を頑強に支えているのは「アジア的共同体」もしくは「アジア的共同的」意識である。筆者がこの視点から産業間の連携の困難さを論じたのが拙稿「障害児療育から見る社会分業の有機的連帯について」(『社会理論研究』第一九号掲載 二〇一八年一月発行)である。教育と福祉の連携の重要性や、それにも関わらず困難な課題

したプリントに何か足りないところがあったのか、持ってきたメモをそこに貼り付けようとしたのだが、そのプリントがランドセルの中に無いらしい。男性教諭もランドセルの中を探すが見つからない。「どこに違った」と叱責されている。しばらくの間、Aは困惑しているのか茫然自失の状態だったが、ふと気が付き教室に走って戻る。やがてうれしそうに顔をしてみんなのところへ帰ってきた。これで解決したと安心してると、こんどは別の女性教諭がAのところへきて「みんなを待たせて迷惑かけたからお詫びをしない」と頭を押さえて指導する。謝ることに慣れているのか、Aは逆らいつくさずぺこりと頭を下げた。

どこの学校にもあるありふれた光景であるし、教師の指導が特段間違っているということではない。しかしまたまた校門まで送ってくれたその女性教師に私はこう言った。「先生、叱ることも謝罪させることも大切ですが、その前に思い起こして走って教室にプリントを取りに戻ったAやおとなしく待っていたクラスメートを褒めてあげるべきではなかったでしょうか」と。女性教諭はハッとした顔をして私を見てきた。

発達に関する障害がある場合、周囲の表在的世界や自己を固有の時間軸に位置づけることが困難となることがある。忘れ物が多くなることもその一つのことや、お知らせを持って帰って保護者に届けるという役割を自己認識(そのような存在である意識)が希薄になりがちだ。時間は内感の形式である。つまり自己と自己の内的状態(ここ)を直観する形式とされる。継起的に起こる表象を私固有の時間系列のうちで、内官の形式に従って自己であることを意識しつつ構成を重ねることができなければ自己の認識は困難となる。それは逸脱や社会的失調として現れる。このことは認知症患者の見当識障害でも推察できる。一般的に見当識障害は時間の見当識障害からはじまり、やがて空間の見当識障害に至るとされる。そして最後に「人」の見当識障害となる。固有の時間軸の中に自己を位置づける構成が不調になる、つまり時間と空間の認知が不調になる。

後半の「間」と療育の章と事例三は以下のとおりである。ここでは省略する。

後半の「間」と療育の章と事例三は以下のとおりである。

### (B) 「間」と療育

「間」は伝統文化、武道、日本建築でも達人の技として重要視されています。常態を少しずらすことで行為者や対象に注意を向かわせる大きな効果が期待できます。規則正しさだけが絶対ではなく、時間軸でいえば「待つ」ときも「待たない」ときも有効となる変幻自在さがその特性です。対人援助の療育の場でもきわめて有効になります。バイステックの対人援助七原則にある意図的な感情表出の原則に照らしても、生きづらさを抱える子どもたちが自発的に表現しやすいように「間」を意識してつくっていくことは、とても大切なことになります。パニック時の子どもとその状況を共有しコミュニケーションしていくことは大変困難な支援ですが、その際も「間」が重要な役割を果たします。子どもが冷静さを取り戻すために時間と空間の「間」が必要なだけでなく、支援する側が自分の心をコントロールするためにも必要です。

絶妙な「間」のとり方は、その変化が共感となって「共同の時空」つくり、それが広がって信頼関係を形成します。このように感動や共鳴を生む「時空の間」(時間と空間を結びつける行為としての間)は、交流を通して自我を育み、心をコントロールする力を培うつばめ会の療育にとつてきわめて大切です。関係性の発達が遅れ、外の世界とうまく繋がらない子どもたちにとって、支援者と子どもがつくる「共同の時空」やその微妙な変化は療育の大切な要素なのです。

パンフレットにいう安定した時間と空間の「間」を創出することは、福祉的用語を使えば「環境の調整」となるのだろうか。こうした時間と空間の創出は、法人つばめ会での現場の数々の経験を踏まえるとアプローチ上有効で正し



いものと確信している。しかし当時は、共感を生む「時空の間」の創出することの必要性をどう論証して整理していくのかという課題が残ったままのパンフレット発刊であった。

前出の滝川一廣氏は、「精神発達」は「共有の発達」「共同性の獲得」という構造を持っている。ここに精神発達の本質がある。」とする。(滝川一廣著『子どものための精神医学』p111)

そして、以下のように説明している。

精神発達とは、一個の個体(孤体)として生まれた子どもが、感覚を共有し、情動を共有し、関心を共有し、ふるまいを共有し、認識を共有し(中略)というようにまわりの人びととの分かちあいを進めて社会的・共同的な存在へと育っていく歩みである。(中略)

発達障害は、認識的にせよ、関係的にせよ、体験の共有におくれをもつところに本質がある。(前出186p)

滝川氏によると、あくまでも個体である「わたし」が共同の世界に在る「わたしたち」の「わたし」になることが精神発達となる。発達障害の子どもたちは「わたしたち」の「わたし」になり切れずに苦しんでいることになる。とすれば、発達過程で自己認識と存在の確認の作業を繰り返す療育が必要で、そのために「わたしたち」の「わたし」を実感できる「共感を生む時空の間」の創出を必要と考える。それは、「現存在が時間的存在」であるからだ。哲学的認識論では、前述したとおり固有の時間軸に自己を構成することで人は自己の認識と存在を確認する。それ故「現存在は時間的存在」なのであるし、発達に障害のある子どもたちの「悟性」が自己認識を果たすとき、『Tsubameアプローチ』のような福祉的アプローチが効果的な働きをしなければならぬと信じる。人は内的経験を構成するときは他者の内的経験をも構成して(二ころ)を形成していくからだ。

場所になつてゐる。指導する先生はそんなFを共感的に受容し、長い間あたたかい目で見守っていた。子どもたちが宿題をする場所とは少し離れた別の机でひとり絵を描き続けていたFであったが、いつの頃から他の子どもたちがいる机で絵を描くようになる。そこにFが必ず座る席が出来る。Fが子ども集団の中に入ってきたということである。集団の中に入れないでいわば引き籠った状態のFであったが、それでも指導員は無理のない程度に集団のセッションである『始めの会』や『終わりの会』に付き添いながら参加させていた。そんな努力が少しずつ実つてきたのが昨年の五月頃。Fの絵に機関車ではない別のアニメのキャラクターが登場してきた。それが図②である。この頃から絵画講座でも事物の模写ができるようになった。同時に一部の色の名前も覚え正確に使うようになる。Fの意識が外部の世界的向き多様なものを統合して認識するようになる。秋になると、花屋さん、人の顔、クリスマス、節分の絵など描く対象が大きな広がりを見せていた。

六月のある日、久しぶりに始めの会の司会をした女兒Sが、点呼時に自分の名前を呼び自分で「ハイ」と高い声で答える場面があった。とてもおかしくて周囲から大きな笑いが起こる。Fはその和やかな雰囲気が入ったのか、その後の集団セッションでは同じように高い声で「ハイ」と返事をするようになる。Fはこれをきっかけに集団のセッションである始めの会と終わりの会の中に積極的に入りだす。それもSのように自分が司会をしたがる。点呼の反応が心地よさそうだった。こうして集団の輪の中に入りだす。その頃には体操などの集団セッション(つばめ会では始めの会や終わりの会だけでなく日替わりで講座を設定している)にも二階から降りてきて参加できるようになりだした。七月末の英語講座では手をつないで歌やダンスの輪の中に入ることができ、八月からはその英語講座に最初から最後まで参加できるようになってきた。

管理者はこの時期Fの言語発達がめざましかったことや、学校でひらがなを取得しだしたことを考慮して、始めの会や終わりの会での点呼の役割を与えようになった。ホワイトボードに掲示した名前を最初はたどしく読んでいたが、やがてすらすら読めるようになっていく。発達心理学者ヴィゴツキー

カント以来の近代哲学は認識と存在について真理を極めようとしてきたと言われる。確かにカントはアリストテレス以来の形而上学的課題、「世界とは何か」について主観によって客観を認識しようとする二元論を確立し近代哲学の礎を築く。しかし同時に対象認識を主観によるものとしたため、それは必然的に主観と客観の一致が不可能であるということを宣告しようとしたものになる。真実を主観と客観の一致に求めてきた哲学上の大きな転換である。

現象学では人が通常、時間と認識しているのは「空間」だとし、時間的な幅を持った「流れ」にある変化や運動に主観と客観の本質を見、それらが時間であり、持続であり、記憶の連鎖であるとする。そこに空間が存在するという。つまり現象学では把持作用によって固有の「内的時間」が「客観的時間」に転じた時、それが空間的な広がりを持つとされる。ここでいう「流れ」は継起と変化である。通所児童のFが未来につながっていく空間の存在を絵で証明してくれた。それが以下の事例三である。

### 事例(三)

特別支援養護学校に通う男児Fが突然事業所つばめ会の子ども集団の中に入ってくるようになったのは、昨年の七月頃である。当時は小学部二年生。事業所つばめ会に通所しだしてから一年五か月後の急成長である。通所開始時は事業所つばめ会の児童発達支援で地域のことも園と併用であった。その後支援学校小学部に入學し同時に放課後等デイサービスに通所してくるようになった。Fは集団への適応が困難な児童で、通所するといつも事業所つばめ会の二階で指導員と一緒に二人で過ごしていた。この時に黙々と描いていたのが図①。ひたすら描いていたアニメのキャラクターである。同種の機関車アニメのキャラクターで好きなものは二、三あったようだ。日によって題材はその中から選ばれていたようだが、毎日飽きもせずこの絵を描き続けていた。つばめ会では絵画講座も行われているが、先生の指導にもかかわらずこの時ですら示された題材でなく、相変わらず同じキャラクターを描き続けていた。

つばめ会の二階は様々な活動に使われているが、通所後は主に宿題をする

の提唱する「最近接領域」でのアプローチともいえるこの介入は功を奏し、Fの言語と文字能力は飛躍的に高まる。

周囲がその成長ぶりに驚いていた七月のある日、Fは図③の絵を描く。いつものアニメキャラクターではない。つばめ会の一階ホールの絵である。いわばFが最も楽しい時間帯を空間にして描いたものだ。Fは通所以来一年以上、二階で「引きこもり状態」にあったと言える。集団に適応できないでいたからだ。長い間、彼がつばめ会で最もものびのびと楽しめたのは子どもたちの多くが帰宅した五時以降であったのだ。つばめ会では五時から指導員と子どもが一緒に掃除機がけが始まる。Fは掃除機が大好きだ。その掃除機はこの絵の中心に位置づけられている。そのほか壁に貼られられた自分の絵や自画像、ホールの床にテープで張り付けられた昔ながらの遊びの場、などお気に入りな生き生きと描かれている。Fは自分が過す五時以降のつばめ会での自由な時間帯を絵として空間化したのである。Fにとって空間化されたこの時間帯は確かに閉じこもっていた一年五か月間の五時以降の穏やかに過ごせる過去の時間帯ではあるが、同時に五時以降にかかわらず集団の中で伸び伸びとした絵を描いた時点以降の未来をも含んでいる。Fは自分の意識の中でこのホールではこれからも伸び伸び過ごせると予期している。その予期こそがFにこの絵を描かせたのだ。

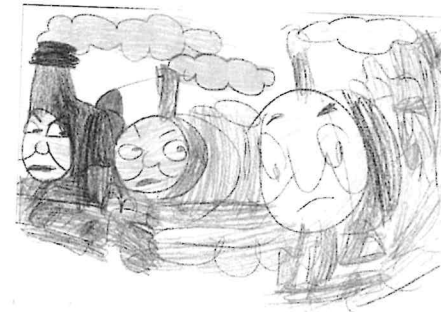
Fの急成長と絵は現象学という「未来につながる空間」の存在を想起させてくれる。そして、「未来が「きみの」未来になったそのとき、きつときみは気づくだろう。時間とは単に人を束縛する牢獄ではなく、ひとりひとりの人間がつくりあげていく、自由に満ちたくうかんであること。」(『時間って何? 流れるのは時? それとも私たち?』岩崎書店)というドイツ哲学の専門家クリストフ・プトンの言葉を彷彿とさせる。

現象学は主観と客観の不一致というカント以来の難問題を、時間と空間の認識から解明しようとする。「過去把持」「未来把持」と呼ばれる「意識の志向性」によって「内的時間」の対象化を前提にわれわれが日常的に想定している「客

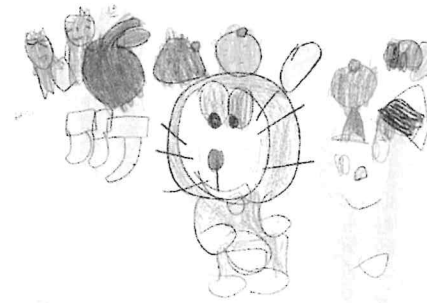


観的時間」が生まれる。この時、時間は過去↓現在↓未来の方向性が意識され時間が空間化される。『Subameアプローチ』はこの「時間の空間化」をアプローチに活用する。章の中では「絶妙な「間」のとり方は、その変化が共感となつて「共同の時空」づくり、それが広がって信頼関係を形成します。」と記し、そのうえで「感動や共鳴を生む「時空の間」(時間と空間を結びつける行為としての間)は、交流を通して自我を育み、心をコントロールする力を培うつばめ会の療育にとってきわめて大切です」と、「こころ」の成長を促す、いわば支援行為としての「時間の空間化」としての重要性を記している。

人が周囲の世界的世界の中で自己の存在を確認し前へ進もうとするときは、過去から未来につながる時間が空間化される。支援の現場では、結果として空間化される、ということではなく、アプローチの目標として、感動や共鳴を生む「時空の間」を創出していくことの重要性を訴えている。それ故、『Subameアプローチ』はこの作用を積極的にアプローチとして組みこむ。体験の共有におくれをもつ発達障害の子どもへのアプローチに際し、このような安定した時間と空間の「間」を創出することが、『Subameアプローチ』のめざす「環境の調整」なのである。



図①. 機関車アニメのキャラクターの絵



図②. 別のアニメキャラクターの絵

(社会理論学会会員)



図③. つばめ会一階ホールの絵