



Title	わたしの考える「臨床哲学」と「当事者研究」
Author(s)	永浜, 明子
Citation	臨床哲学. 2018, 19, p. 3-26
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/68161
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

わたしの考える「臨床哲学」と「当事者研究」

永浜 明子

はじめに

臨床哲学を専攻して3年以上が経過した。臨床哲学を選択したのは、自閉症スペクトラムと診断された永山亜樹氏（以下、A氏と表記）との歩みから、自閉症スペクトラムとは何かという私なりの答えを出したかったからである。しかし、入学後、「臨床哲学」とは何かという根幹ともいえる問い、臨床哲学における私のテーマの位置づけに行き詰った。「臨床哲学」について書かれた文章を読めば読むほど混乱は深まった。そこで、様々な書籍や文献を丁寧に再読したとき、目に飛び込んできたのが、浜渦の文章であった。浜渦は、これまでなされてきた臨床哲学に対する様々な議論を概観し、以下のように述べる。

こうした、おそらくこれまで繰り返し議論されてきたであろうことをここで蒸し返して論ずるつもりはない。臨床哲学とは何かを定義してしまうと、それからはずれるものは臨床哲学ではないと切り捨てることになるだろうし、それは〈思想的運動としての臨床哲学〉という構想からもふさわしくないであろう(浜渦 2001:3)。

「私の考える臨床哲学」を誰もがそれぞれに育てつつ同時にそれを対話の場面に晒しつつ、しかも相対的に近い位置にある他の流れとも連携を保ちながら、それぞれに共鳴しながら動いていくことが、全体としてなんとなく複雑系的なかたちを作っていくことこそが、〈思想的運動としての臨床哲学〉という構想にふさわしいだろう(ibid.:14-15)。

異なる領域へ飛び込み、臨床哲学を定義づけできないでいた私にとって、浜渦の言葉が支えとなったのは言うまでもない。本稿では、私とA氏との歩みを臨床哲学および当事者研究の視点から考察する。

なお、2013年、アメリカの精神医学における標準的な診断基準である DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) の第5版では、自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 (ASD : Autism Spectrum Disorder) とされているが、『臨床家のための DSM-5 虎の巻』(森他 2014:40) では、「自閉症スペクトラム」と訳すことを提案している。本稿では、A氏の意向を尊重し「自閉症スペクトラム」という表現を使用する。また、私やA氏、その周辺の者の意見やことばは「障がい」という表記を使用する。学術論文や書籍、学会等の資料、法律などで用いられる表記は原文のままとする。

1. 私とA氏との歩み

私とA氏とは、大学教員と学生の関係としてスタートした。A氏が大学3年時に自閉症スペクトラム(診断当時はアスペルガー症候群)と診断されて以降、A氏の〈生きづらさ〉軽減、〈A氏らしく生きる〉ことを模索しながら現在も共に歩んでいる。2012年1月から私の両親の隣家で暮らし、2015年1月からは、私、私の母、A氏が同じ家屋で生活している。2009年に出遇ってから8年以上の年月が経ち、私たちは現在の二者のあり様を〈共歩〉という造語で名づけている。私とA氏との歩みの詳細、〈共歩〉に至る経緯については、別稿(永浜他 2017)で詳述しているため、割愛する。

2. 客観科学主義重視による事例(個別具体)の排除

教育にしる、福祉にしる、長い時間をかけて、客観科学と呼ばれる研究が大半を占めるようになってきた。一方、一個人に焦点を当てた研究は、事例報告、症例研究、実践報告、あるいは研究ノートなどとされ、研究論文としての扱いはされにくい。今から30年も前になるが、博士論文のテーマとして、障がいのある子どもの運動による質的側面からの変化を設定した。しかし、客観的データがないという理由から、対象となる子どもの数を増やすこと、子どもたちの顔に電極を貼り表情筋の変化を数値で示すことを求められた。近年、この客観主義に対する議論が盛んに行われているが、未だ多くの研究分野では、客観的

であることの証拠としての数値が主流であり、その目的は一般化、画一化、抽象化である。この客観的＝数値という研究のあり方には長く反発してきたが、A氏との出遇いを通し、より一層、個人を丁寧に表すことの必要性を認識した。言い換えれば、一般化された自閉症スペクトラムのA氏ではなく、A氏をA氏という〈個〉として湧き立たせることから自閉症スペクトラムを問い直す必要性である。

鯨岡は、「接面」ということばを用い、個別具体の重要性を以下のように述べる。「接面」とは、「人と人との関わる中で、一方が相手に（あるいは双方が相手に）気持ちを向けたときに、両者のあいだに生まれる独特の空気や雰囲気のこと」（鯨岡 2014:42）を指している。

接面で捉えられる相手の心情や自分の心情は目に見えないので、客観的事実として押さえることができません。それゆえ客観科学の研究の枠組みでは、「接面」で起こっていることは無視されるか排除されるかしてきたのでした(ibid.:43)。

本来はその個別具体の子どもを深くしるために、その子の示すさまざまな言動の意味を解明しようと研究を進めてきたはずなのに、いまやその子どもの示す言動は、「発達障害」という障害名で括られたいくつかの特性を示すこどもの一具体例、一標本に過ぎないものとなり、こうして個別具体の子どもはその一般的な諸特性に関する言説の前に消去されてしまうのです(ibid.:43)。

河野は、現象学の研究対象が固有名のある特定の間人存在のあり方であり、その第一の任務が、自然科学理論による画一化や一般化から見逃される特殊個別な経験の記述であるとする(河野 2015:32)。加えて、特別支援教育における現象学的記述の重要性について以下のように述べる。

現象学的記述が浮かび上がらせるのは、あるひとりの人を取り囲んでいる意味ある世界です。自然科学の理論はいつも一般化と抽象化を目指します。

それゆえに、その一般的な世界の中では、他の人とも共有しているけれども、その人にとって独特の意味を持った環境の特性はすべて切り落とされてしまいます(ibid.:32)。

障害のある子どもや人に向かい合うときには、まず何よりも、その人が抱えている個別の「生きづらさ」や問題の正体を探らなければならないはずです。現象学は、それをまず記述し、理解しようとする試みです(ibid.:34)。

上記のような考え方を基盤にすると、A氏という個別具体のあり方を一標本とせず、A氏にとって独特の意味を持つ様々な環境を描き出そうとする試みは、現象学的であるといえるのではないだろうか。

3. 私と A 氏にとっての臨床哲学

「臨床哲学」とは何か。ほぼ同時期に、精神科医の木村敏、哲学者の鷺田清一、二人の専門家により使われはじめたことばである。厳密に言えば、解剖学者の養老猛司も「臨床哲学」ということばを使用しているが、ここでは、浜渦の言を援用しながら木村敏と鷺田清一の「臨床哲学」の同異を考える。その後、鷺田の「臨床哲学」において、私と A 氏との歩みを考える。

3.1 2つの臨床哲学

浜渦は、二つの「臨床哲学」の共通点を、「ひととひととの〈あいだ〉で生じる知」を大切にす精神であると述べる(浜渦 2010:144)。木村は、「現場」すなわち医学におけるフィールドである「臨床」を強調し、鷺田は、大学というアカデミックな場から「外」すなわち「現場(臨床)」に出ることを強調する(ibid.:143-144)。いずれも「現場(臨床)」から生まれる哲学に重きを置く。浜渦は、対話と経験における二つの「臨床哲学」の差異にも言及する。木村の「臨床哲学」は、「医師と病者のあいだ」から生じるとはいえ、対等な関係にない「医師と病者」のあいだには、厳密な意味では対話は成立しない一方、鷺田の「臨床哲学」は、専門家は一人もおらず、病者もその病を生きている当事者という

専門家であるという前提のもと、対等な者同士として対話が成立することが想定されている(ibid.:144)。また、経験という側面では、木村の「臨床哲学」が病者という他者の経験の根拠を覗き込むことで同じものを見ようとするのに対し、鷺田の「臨床哲学」は、自らの経験の根拠を探求することでそれを明らかにしようとする述べている(ibid.:144)。

これらの差異を踏まえ、浜渦自身は、「臨床哲学」の核としての「対話」の重要性を次のように言及する。

「越境する知」としての臨床哲学は、そのような「対話としての臨床哲学」でもあった。しかし、「対話」の場面においては、他者が問われるとともに、あらためて自分も問われることになり、私のこの「対話」に向かうことの意味も問い直されることになる。それは、「越境する知」である「対話」が、「ひとごとではない知」としての臨床哲学となる折り返し地点である(浜渦 2009:4)。

同時に浜渦は、上述のように、敢えて「臨床哲学」を定義せず、「私の考える臨床哲学」を誰もが育てる重要性にも言及する。この浜渦の言は、2013年の臨床哲学シンポジウムにおける野家の発言「臨床哲学が岐路に立っている」に対する一つの示唆となる答えともいえる。

では、臨床哲学という視点から私とA氏との歩みをどう捉えるのか。臨床(現場)、聴く・語る、会う、哲学、臨床哲学と人称、最後に臨床人間学という視点から考えたい。

3.2 臨床(現場)

鷺田は、「臨床哲学」における「臨床」を「苦しみの場所」(鷺田 1999:53)とし、社会のいろいろな問題が発生している現場に「出かけていく」というところに強い含意があると述べる(鷺田 2015:97)。哲学カフェを例にあげ、世論を輿論へと変換していく場において、職業人としての哲学研究者のプロのことは一切使わず、人びとの議論にファシリテーターとして加わることが哲学研究者の役割であるという(ibid.:107)。また、他者との出遇いの偶然性を以下のように

に述べる。

〈臨床〉はひとが特定のだれかとして他のだれかに会う場面である。〈臨床〉には、そのかぎりで遇われる他者の偶然性ということが含まれる。〈臨床〉においては、じぶんが他者を選ぶのではなく、他者とそこで遇うのだということ、この偶然性のなかで生成する社会性というものを《臨床哲学》は視野の中心に置く(鷺田 1999:107-108)。

ここで、多少の違和感が生じる。哲学者が現場に「出かけていく」、その時点で、哲学者は少なくとも「出かけていく」場を自ら選択している。その現場で遇う他者を選んではいなくとも、そこで遇われる他者との出遇いを偶然性と呼べるのだろうか。また、鷺田は、臨床哲学は「哲学者として履かねばならない二足の草鞋ではなくて、むしろ市民のミッションだと思うのです」(鷺田 2015:115)と述べ、職業人から専業主婦まで、誰もが履かねばならない二足の草鞋だと説明する。市民誰もが、「苦しみの場所」に「出かけていく」ことをもって臨床哲学とするのだろうか。哲学者ではない市民が「苦しみの場所」に「出かけていく」とはどういうことだろうか。鷺田も「臨床哲学」の明確な定義はしていないが、これら鷺田の言及から、「臨床哲学」には、哲学者としての「臨床哲学」と生活者としての「臨床哲学」があるように思われる。

さらに、鷺田は、「ケアする人のケアというスタンスで『現場』にかかわってゆくのだとしたら、(中略)臨床哲学は最終的に、(かつて精神分析理論がそうであったように) たったひとりの他者に深くかかわることで終わることもありうるし、またそうであってもいいのだ」(鷺田 1999:254)と、上述までとは異なる視点から「臨床哲学」を説明する。ある特定のたったひとりの他者と深くかかわるという意味での現場には、医療機関や施設が含まれるだろう。また、その一つには、二者の生活そのものが含まれるのではないだろうか。

私とA氏との関係は9年目に入った。大学の教員と学生として、偶然に出遇った。私がA氏を「苦しみの場所」として「出かけていった」のではなく、偶然としか言いようのない出遇いであった。教員と学生という関係の中で、A氏の〈生きづらさ〉軽減を共に模索しはじめ、教員と学生という関係が終わった

現在もその模索は続いている。私と A 氏にとって、「苦しみ」の場所」は、日常そのものである。8 年以上が経過した今、過去とは比較にならないほど「苦しみ」は軽減している。しかし、様々な特性から生じる〈生きづらさ〉は消えることなく続くであろう。私と A 氏にとっての「苦しみ」の場所、すなわち「臨床」「現場」とは、私と A 氏の日常生活そのもの、あるいは、A 氏の〈生きづらさ〉軽減に視点を当て共有する時間である。

3.3 「聴く」こと

「聴く」ことについてである。私と A 氏との関係においても、鷺田が重視する「聴く」が基本にある。しかし、私が「聴く」役割を引き受けるのではなく、A 氏が語り出せない場合には、〈聴く姿勢で待つ〉、あるいは、私が〈語る〉ことにより A 氏が語り、私の「聴く」を可能にしている。私の「聴く」は、A 氏の意向を飛び越さずに「聴く」という姿勢をも意味し、私が聴き、A 氏が語るという二分ではなく、必ず応答するという「対話」である。中岡も、鷺田と意見が異なる部分かもしれないと前置きし、「ひたすら聞くということがはたして可能なのか」「そのためには、かえって話したほうがいいのかもしい」（中岡 2015 : 94）という疑問を投げかける。鷺田が臨床哲学の中心に置く「聴く」は、ときに聴く側の苦痛を伴う。「聴く」私は、聴くことにより新しい私の苦しみを背負う。その私の苦しみを「聴く」A 氏がさらに新しい苦しみとして背負う。また、「話す」は、A 氏に更なる苦しみをもたらすこともある。「話す」ことによる苦しみの再現という苦しみ、「話す」ことにより私をさらに巻き込んでしまうという苦しみである。それは、A 氏が苦しみの真っ只中にいる場合には、さらに強調され、語らない・語れないという選択へシフトする。「聴く」「語る」ことにより、苦しみはさらなる苦しみをもたらすという負の循環もあるということ強調したい。苦しみの場所に出かけ、哲学者がファシリテーターとなる「臨床哲学」ではそのようなことは起こらないのだろうか。たったひとりの他者と深くかかわる生活者としての「臨床哲学」では、このような負の循環は必ず生じる。

私と A 氏の場合、互いの苦しみは、苦しみを聴き、語る時機を自然に待つとともに、「聴く」と「語る」に分断されない、互いが「聴き」「語る」という対

話により回避されてきた。さらに、私たちの模索するA氏の生きづらさ軽減は、鷺田のいう「聴く」ことからだけではもたらされない。聴き、共に考えるといういとなみだけでは、「苦しみ」を「内側から超えてゆくこと」も「超えてゆく力をよびこむこと」(鷺田 1999:55)もできない。常に具体的な行為として実践し、聴き、語り、ともに考え、さらに実践されない限り、A氏の〈生きづらさ〉は軽減されない。言い換えれば、私とA氏の苦しみは現実的な変化を伴うことでしか「超えてゆくこと」も「超えてゆく力をよびこむこと」もできない。また、鷺田は「共時的な関係のなかで哲学的思考が『苦しみをともにすること』(sym-pathy)として活動を開始するところで、臨床哲学の試みははじまる」(ibid.:57-59)というが、前述のように「聴く」ことで私には新たな苦しみ生まれ、その苦しみをみたAがまた新たな苦しみを背負う。「苦しみをともにする」のではなく、幾重にも折り重なりあう苦しみを〈共に苦しむ〉のである。

鷺田も「話す／聴くというだれかとの関係を離れて、臨床哲学はありえないだろう」(ibid.:268)と述べているが、鷺田の「臨床哲学」では、「聴く」がより強調されている。上述の浜渦と同様、私は、「聴く」と「話す」が共に重要な因子となる「対話」に臨床哲学の核を置きたい。また、「話す」には、音声のみならず、文字や絵、あるいは身体表現や症状をも含むと考えている。

では、「聴く」「語る」という行為者は、互いが異なるだれかであってもいいのだろうか。A氏にとっての私、私にとってのA氏、それぞれが別のだれかでもいいのだろうか。鷺田は、このことについて以下のように述べる。

だれと遇うのか。そのだれがそのつど具体的な特定の他者であって、他者一般ではないということ、このことは〈臨床〉にとって決定的な意味をもつ。なぜなら、じぶんがまみえているその他者がだれであるかによって、そのつど〈臨床〉の場の構造が変わってくるからである(ibid.:103)。

私とA氏とは、大学の教員と学生として偶然に出遇った。しかし、私にとってのA氏、A氏にとっての私でなければ今日までの歩みはなかったかもしれない。少なくとも二者が共有してきた経験はなく、二者が生成する社会も、二者

から広がる周辺の者たちとで生成する社会も異なる形となっていたことは間違いない。私と A 氏それぞれにとって、代替不可能な二人にのみ生じた関係といえる。

3.4 臨床哲学の「哲学」

「臨床哲学」の「哲学」についてである。中岡は、「臨床哲学」に関する論考の中で、哲学について以下のように述べる。

リフレクション (反省) という言葉があるように、哲学にはひとが自分の内部と対話しながら深めるところがあったのですが、本来哲学は自分と語るのではなく、他人と語り、対話するなかで自分の見方を変えていくということなんです。(中略) だから臨床哲学は一人ではなく、人とともにやるということです(中岡 2002:25)。

私たちは「関係性」のなかにある自分を見つめ、その自己イメージに満足したり、いらいらしたりするが、哲学はその自己と他者との関係を違ったふうに見ることを教え、不幸な自意識や人間同士のあつれきを防いでくれるものだ。このようにいえそうな気がするのだが、なにぶん臨床哲学はまだ完成途上にある(中岡 2000:27)。

このように考えると、臨床哲学における「哲学」とは、一人ではなく他者と共に対話しながら行うということになろう。また、その向かう先は自己にある。他者を含む世界に対するみかた、自己と他者の関係のみかたに選択肢を加えることであるといえる。

では、私と A 氏という〈二者にとっての哲学〉とは、それぞれ〈自己〉のみかたが変わることだろうか。私と A 氏とは、互いがもつ感覚、価値観、ことばの概念、日常のルールなど、非常に多くの事象に異なりがある。そのズレを小さくするために、A 氏の特性から生じる〈生きづらさ〉軽減のために、膨大な時間を対話に費やしてきた。対話の中で、それぞれのみかたが変わったことは疑いようのない事実である。上述のように、浜渦は、『対話』の場面において

は、他者が問われるとともに、あらためて自分も問われることになり、私がこの『対話』に向かうことの意味も問い直されることになる」(浜渦 2009:8)と述べている。まさに、「対話」により私は自身を問い、「対話」に向かう意味を問い直し続けている。「対話」は、A氏と共に歩むために欠くことのできないものである。私は、A氏と共に他者(A氏)の生きづらさを問うてきた。その問いは、なぜA氏と共に歩むのか、その歩み方は間違っていないのか、私自身の未来はだれと・どこへ向かうのか、など、私自身に向けられ、問い直し続ける。また、穏やかな、いい時間ばかりではないA氏との関係において、いらいらする、ときにはA氏を傷つける私自身を問い、考えることが、それ以上の行為から私を踏み留まらせてきた。その意味においては、中岡の言う「哲学」、すなわち、「自分と語るのではなく、他人と語り、対話するなかで自分の見方を変えていく」は、私自身(個として)の「哲学」かもしれない。

しかし、対話から生まれる自己のみかたの変容が個々人の哲学であったとしても、私とA氏という〈二者にとっての哲学〉ではない。私とA氏、〈二者にとっての哲学〉は、A氏の〈生きづらさ〉軽減を〈共に苦しみ〉、思索し続けることである。A氏の生きづらさとは何か？ 自閉症とは何か？ 特性は持つてはいけないものなのか？ ひとはなぜひとの尊厳を奪うのか？ 私とA氏との歩みの中で、途絶えることのない〈ひと〉について〈共に〉問い続ける行為である。もちろん、その中でそれぞれの見方が変化し、自己の変容が生じるが、私とA氏、〈二者にとっての哲学〉は、〈共に〉問い、思索し続けることである。

3.5 臨床哲学と人称性

「臨床哲学」について、中岡は、「社会の『苦しみの現場』に積極的にコミットすること」(中岡 2009:179)、「ケアや教育、介護の問題について、現場にいる人と一緒に哲学をやること」(中岡 2002:25)、「自分の抱え込んだ問題を、これまでと違った捉えなおしのなかで、問題をはっきりさせるようプロセスと一緒に歩もうとする」(ibid.:27)と述べている。鷺田は、「臨床哲学は、問題を抱えている人の、その問題は何なのかを、一緒に、その人の言葉で考える作業」(鷺田 2011:19)とする。これらに共通するものは、一人称の〈わたし〉が、苦しみの現場で苦しむ人と一緒に考えるということである。中岡は、上述のように、

臨床哲学は一人ではなく、人とともにやるものであると表現しているが、〈わたしと他者と共に〉なのか、〈二者が共に〉なのか明確ではない。上述のように、「哲学」が一人称の〈わたし〉を主体にしていたように、「臨床哲学」もまた〈わたし〉が主体となっている。私の場合も、私と A 氏との対話から私自身の捉え直しをしてきた。その意味においては、私を主体にした「臨床哲学」は中岡の意味する範疇に入る。しかし、私と A 氏の場合、〈二者が共〉を省くことはできない。私が苦しむ A 氏（問題を抱えている人）と一緒に考える行為ではなく、私たちが、互いが背負った苦しみを共に痛み、考えるという行為である。この違いは私たちにとって重要な意味を持つ。上述のように、苦しみの現場が日常そのものである私と A 氏にとって、一方の痛みは他方の痛みを生む。その痛みには、〈私たち〉でなければ向き合うことができない。それが、現場に出かけていく意味での臨床哲学と、日常が現場となる臨床哲学の違いになるのかもしれない。

野家は、2013年のシンポジウムの中で、木村が以前述べた「精神医学というのはやっぱり一人称であらざるを得ないので、『二人称の現象学』というのはいり得ない」（木村・野家 2015:38）に疑問を呈す。また、「哲学者は『当事者』ではありえない」し、「また一方で医師や看護師でもありえない」（野家 2015a:189）という。その医師や看護師も当事者かと問い、「悩む苦しむ者という意味での当事者、つまり患者や障害者ではあり得ない」（ibid.:189）とする。いずれの臨床哲学においても、「一人称の現象学」ではないということである。また、村上は、自閉症児とのずれの感覚に注視し、一人称の現象学でも二人称の現象学でもなく、直接経験される「差異の感覚」が互いの経験構造を照らしたす「構築学的現象学」とした（村上 2008:viii-ix）。これに対し浜渦は「現象学者の『構築』する『他者の現象学』は、『当事者研究』の『一人称の現象学』とは異なるものとならざるをえない」とし、さらに「そもそも『当事者研究』は『一人称の現象学』だったのだろうか」（浜渦 2015:270）と、投げかける。

私が考える、私と A 氏の〈二者の臨床哲学〉では、一人称単数でも二人称でもない〈私たち〉が浮かび上がる。A 氏の「特性」と呼ばれる、表出される事象の内実を私のみが解釈するのではない。私が、A 氏自身が、個々に分析、解釈した後、さらに対話を積み重ね、その内実をより鮮明に浮かび上がらせようと

する。村上の「ずれの感覚」は日々数えきれないほど生じる。互いが経験する「ずれの感覚」について共に考える。やはり、ここでも一人称単数でもなく、二人称でもない、一人称複数の〈私たち〉となる。しかし、私とA氏はまったく異なるひとである。それをひとくくりに〈私たち〉と呼ぶことはできないが、二者のぶれることのない歩みの核となるA氏の生きづらさ軽減においては、〈私たち〉という表現となる。人称の問題については、後述する当事者研究でも再度触れる。

3.6 臨床人間学

私とA氏との歩みを臨床人間学という視点から考える。A氏というひとを一人のひととしてみる。なぜ多くのひとはそうみないのか。私たちの問いは常にそこに帰結する。A氏という個別具体のひとの像をより具体的に浮かびあがらせながら、ひとは何かを問い続けている。ひとに付される自閉症スペクトラム、あるいは様々な特性があるとみなされるひとについて考えようとしている。この問いを考えると、静岡大学における新たな試みである「臨床人間学」の概念が適しているといえる。その試みについて述べた浜渦の言を引用する。

私たちが携わっている「人間学」というのは、人間の全体性と人間の具体性を同時に問題にしようとしている点において、これら〔臨床哲学や応用倫理学：引用者補足〕の「哲学」や「倫理学」よりもいっそう、「臨床」という方法を確立する可能性を秘めていると言えよう(浜渦 2001:33)。

浜渦は、1992年の同大学社会科学改組時の文書を引用している。そこには、「従来の『社会思想』は人間を個人よりも集団として捉える傾向が強く、社会科学の立場から経済構造との関係等を重視して、社会の思考を分析・考察するものであった。そこでは社会の基本的構成員である個々の人間の問題を中心的に解明する余地が少なかった。そこで、こうした点を反省し、現代の危機に対処し、将来の福祉を目的として、『人間学』というパースペクティブから教育・研究を行いたいと考える」(ibid.:34)と書かれている。この、ひとを集団ではなく、個としてのひととみなし、その個の問題に視点を当てるという人間学の視

点は、まさに私と A 氏が問い続けている、すなわち私と A 氏の哲学の核である。自閉症スペクトラムのあるひとという集団の括りに A 氏の個は埋没させられてきた。A 氏というひとではなく、自閉症スペクトラムの A 氏という呼称を与えられてきた。自閉症スペクトラムのある人がもつとされる特性を A 氏がもつ・もたないに関わらず、当てはめられてきた。私たちは、A 氏が A 氏という〈個〉であることを当然の大前提としながら歩んでいる。A 氏という〈個〉の具体性への注視は、人間とは何か、障がいのある人とない人、さらにいえば、一人として同じ人間は存在しない社会における人間の全体性への注視となる。

浜渦は、『人間学』は、狭く考えられるような『哲学』にこだわらず、広く現代の諸科学をも『人間にとって』という観点から捉え直す『越境する知』として考えられた」(浜渦 2009:6)とも述べている。さらに、浜渦は、「越境する知」としての臨床哲学は、「対話としての臨床哲学」でもあり、「ひとごとではない知」としての臨床哲学となるには、「越境する知」である「対話」を重視する(ibid.:8)。

これらを踏まえ、浜渦が強調した「『私の考える臨床哲学』を誰もが育てる」という視点に立ち、私が考える臨床哲学を次のように定義する。

〈私と A 氏にとっての臨床哲学〉とは、〈私と A 氏が「共に」、生きづらさ軽減という臨床(日常)において、「対話」を積み重ね、個としての A 氏をより具体的に浮かびあがらせることから、ひととは何かを問い、模索し続ける営み〉である。また、それは、「臨床人間学的」に「臨床哲学」をすると言い換えられるであろう。

4. 私と A 氏にとっての当事者研究

これまで私と A 氏は、浜渦氏のスーパーバイズのもと、A 氏の特性と呼ばれるものの内実、A 氏の生きづらさ軽減の模索、私と A 氏との関係性の変化などを当事者研究として発表してきた。発表に際しては、当事者研究の「当事者」が誰かという疑問が呈されてきた。特性や特性から生じる生きづらさをもっている「当事者」は当然 A 氏であるが、私たちは、私たちの当事者研究の「当事者」として私を含んでいる。ここでは、臨床哲学でも議論される人称の問題を

踏まえながら、当事者研究の当事者、私と A 氏にとっての当事者研究の位置づけを考える。

4.1 当事者研究とは

「当事者研究」とは、ソーシャルワーカーの向谷地が、精神障害回復者と共に設立した「べてるの家」（「どんぐりの会」が起源）で 2001 年に始まった（浦河 べてるの家 2005:3）。向谷地は、当事者研究は、「統合失調症などを抱える当事者が、仲間や関係者と共に、自らの抱える生きづらさや生活上の課題を『研究者』の視点から解き明かしていくという試み」（向谷地他 2006:3）であり、「当事者自身の症状の自己管理や再発のサインを把握するという作業が骨格を残しながら発展的に変化を遂げたもの」（向谷地 2009:91）であると述べている。また、向谷地は、当事者研究は当事者に起きている苦勞のメカニズムの解明や見極めの自助のプログラムであり、そのスタイルは、①1 人当事者研究、②マンツーマンでの当事者研究、③グループでおこなう当事者研究がある、としている（向谷地他 2006:70-73）。

当事者研究を活発に行っている熊谷は、「当事者研究は単に支援技法¹としてではなく、それそのものが学知的な営みでもある。たとえば自閉症についての定義を更新しうる綾屋らの当事者研究は、学知の領域に一定のインパクトを与えつつある」（熊谷 2012:99）と述べる。また、その独自性について、「似通った体験の持ち主同士が言葉を交わし合い、時間や空間を共有し合うことで、オリジナルな体験の分節化を可能にする新しい言語や解釈図式を共有してくという点にある」（熊谷 2013:214）という。多数派が多数的に体験している現象や感覚から外れるものとして「障がい」や「特性」と名づけられるのではなく、当事者が当事者の体験、感覚、それにより生じる現象に当てはまる言葉や説明、解釈やプロセスを見つけ、生きやすさにつながる実践的な研究といえる。

石原 は、「当事者研究とは、障害や問題を抱える当事者自身が自らの問題に向き合い、仲間と共に『研究』すること」を指し、「当事者が語りを取り戻すことによって、自己を再定義し、人とのつながりを回復することを促す機能を持つ」（石原 2013:12）と述べている。すなわち、当事者が自身の「生きづらさ」の現象に当てはまる言葉や説明、解釈やプロセスを見つけ、生きやすさにつなげ

る力を持つといえる。当事者が自身の「生きづらさ」を周辺者と共に分析・研究し発信することは、同じ「生きづらさ」を抱える他者とその周辺者の有用な手がかりともなる。

4.2 「当事者」とは誰か

上述した「悩み苦しむ者以外は、哲学者も医師も看護師も当事者、つまり患者や障害者ではあり得ない」という野家の言は確かにその通りだとも思える。個としてみなせば、当然「当事者」は一人しか存在しない。その意味において、障がいのある人や患者が「当事者」であることは間違いない。しかし、ひととひとが織りなす場や空間、時間を捉えたとき、当事者は一人に限定されるのだろうか。例えば、障がいのある子どもがいる家族を考えると、障がいのある子本人だけが「当事者」なのだろうか。野家に従えば、その子どものみが「当事者」になる。さらに、野家は、アダム・スミスを引用し、障害当事者を「主要当事者」、それ以外の家族も医療従事者も支援者もすべて「副次当事者」であり、「観察者」とする(野家 2015b:281-285)。しかし、ひととひととが織りなす場において、このように個を分断、あるいは個を命名することができるのだろうか。家族は、「客観的にものごとをみる者」である「観察者」になれるのだろうか。「主要当事者と副次当事者のあいだには、乗り越えがたい非対称性が存する」(野家 2015a:188)と野家は述べるが、二者はそのように分断された関係に位置するのだろうか。非対称性が存しないようなひととひととの関係など存在するのだろうか。私には受け入れがたい線引きである。A氏が、生きづらさを抱える「当事者」であることに異論はない。しかし、私はA氏の「観察者」ではない。A氏が抱える生きづらさ、苦悩により、新たに苦悩を抱える「当事者」である。石原の言う「苦悩を自らのものとして引き受けるかぎりにおいて、人は誰もが当事者である」(石原 2013:4)という「当事者」である。〈共に苦しむ〉私とA氏の二者を野家が述べるように分断することも、互いが観察者たることも困難である。A氏の生きづらさ軽減のために行う私たちの当事者研究においては、二者を「当事者」とする。

4.3 当事者研究の人称性

向谷地は、べてるの家の当事者研究の理念である「自分自身で、共に」について、『共に』の中には、当然のように専門家との共働と連携が含まれます(向谷地他 2006:67)と語っている。そのことばはまた、当事者研究には、上述した三つのスタイルがあるということにも表される。さらに、向谷地は、当事者研究の意義を以下のように説明する。

自らの抱える固有の生きづらさと向き合いながら問い、人とのつながりの中に、にもかかわらず生きようとする「生き方」そのものということもできます(ibid.:53)。

生活の中で起きてくる現実の課題に向き合う「態度」であり、「人のつながり」そのものであるといえます(ibid.:53-54)。

「自分自身で、共に」の研究活動を実践することによって、自然と毎日の生活の中に、研究の成果が根を下ろし、生活の質の向上と具体的な生活課題の解消に活かせることにあり、毎日、どこでも、誰とでも可能なプログラムであるということに特徴がある(向谷地 2009:102)。

このように、べてるの家で始まった「当事者研究」は生活に根差したものであり、そこでは人称性は問題となっていない。向谷地は、専門家を含む『自身で考える人』たちが、『ともに哲学する』ときにこそ、物事の本質に迫ることができる、という現象学の創始者であるフッサールの言葉にヒントを得た(向谷地 2009:99)という「自分自身で、共に」に核を置き、当事者研究の共働者、連携者として専門家も含め幅広いひととの当事者研究を想定する。他方、明言はしていないが、熊谷と綾屋の「当事者研究」では、障がいのある「当事者」が一人称で語ることを想定していると見て取れる。それは、後述する、誰と行うかという手法についても、専門家との共働²を緩やかにではあるが退けることから窺える。既述のように、野家も「当事者研究」を「一人称の現象学」とし、「臨床哲学」と区別する。当事者研究は一人称としてのみ表されるものだろうか。一人称としてすべて表すことが可能なのだろうか。熊谷は、「私のことは、

私が一番よく知っている」と叫んだ当事者運動により置き去りにされたのは、「私は、私のことをよく知らない」当事者であったとする(熊谷 2015:539)。だとすると、「一人称で語る」ことに当事者研究を制限したとき、そこに置き去りにされるのは、「一人称で語る」ことの難しい当事者である。すべての人が、学知の領域にインパクトを与えることのできる語りや記述ができるわけではない。

A氏は、自身の感情や行為の意味を語り、説明することが苦手であり、強度の緊張を伴う。自身の感情を形ある音声のことばとして置き換えることに時間を要する。文字で表現する方が少し楽だと言うが、文章全体の構成や用語の選択など、音声とは異なる意味で難しい。これらに共通するものは、ことばや行為に対する意味や認識、了解の範疇の異なりである。私とA氏との日常において、ことばや行為に対する意味や認識、その了解の範疇をはじめとし、数えきれないほど多くのことにズレが生じる。そのズレにより、生活に混乱をきたすこともある。私とA氏は、このズレの擦り合わせのために、膨大な時間を対話に費やしている。幼いときから、ズレを埋められずにきたこともあり、ことばそのものへの興味関心が薄く、語彙数も多いとはいえない。そのA氏とのことばの意味や認識の了解と共有は、丁寧で時間のかかる作業である。現在は、ことばに対する興味関心が増し、語彙数も増え続けているが、適切な使い方の獲得には時間を要する。今もなお、日々継続されるその作業があるからこそ、私が、外部に表出されるA氏の言動、表出されない・できない内面をくみ取ることがある程度可能となってきた。もちろん、すべてではないが、その幅は確実に広がり続けている。A氏は、自身の外側に表出される事象ではなく、その事象が表面化するそのときに自身の内面で生じていることを表現したいと強く願っている。それは、A氏にとって意味のある言動が、単に表出される事象をもってのみ自閉症スペクトラムの特性とされることへの疑義ともいえる。また、悩み苦しんできた・いる自身の歩み、周辺の者と共に自閉症スペクトラムのA氏ではなく、A氏という〈個〉を確立しつつあるこれまでの経緯を表現し、今後、自身のようなひとが苦しまなくていいように役に立ちたいと願う。その思いは、私も同じである。しかし、現実にはA氏が記述することは難しい。ことばの選択、全体の構成、分かりやすい文体など、様々な要素を考えるだけで落ち着かなくなる。また、膨大な時間を費やさなければならず、それは耐えがた

い過度なストレスとなり、身体症状として現れる。そこで、私と A 氏は、記述する役割を私が担うという了解をし、〈二者の当事者研究〉として発信を続けている。それは役割の分担であり、私が A 氏を観察し、分析、解釈するということではない。また、A 氏が自身を分析、解釈し、A 氏のことばのみで語ってもいない。ゆえに、「一人称単数」とはなり得ない。私と A 氏がそれぞれに、A 氏に生じる様々な事象やその内実を解釈、分析し、共に擦り合わせを行う。そのようにして得られた結果を、A 氏の意を損なわないよう、適したことばや表現に置き換え、記述する作業を私が担う。その意味において、私と A 氏が行う「当事者研究」は、一人称単数でも二人称でもない、〈私たち〉という一人称複数形の当事者研究とする。河野が「当事者研究において目指されているのは、一人称的立場を絶対的権威として打ち立て、他者を無用の存在にすることではない」（河野 2013:106）と語るように、当事者研究における人称性の問題よりも、記述する者が誰であっても、どれだけ真意を損なわず表現するかに視点が注がれるべきではないだろうか。

4.4 誰と共に行うか

当事者研究を誰と共に行うか。べてるの家の当事者研究については、先に述べた三つのスタイルがあり、当事者のみで行うことに限定していない。私と A 氏との場合、向谷地のいうところの二つ目の「マンツーマンで行う当事者研究」に位置するであろう。私は、A 氏の家族でも、専門家でもない。関係者でもない。友だちでもない。私は A 氏にとっての何者かという問いは非常に難しく、今も明確に表現できることばをもち合わせてはいない。仲間ということばも私の立場を表現しえず、やはり A 氏の生きづらさを〈共に苦しむ〉者という表現となる。

他方、熊谷は、当事者研究は「互いに類似した経験を分有した少数派の人々が、いまだ表現されていない自分たちの経験を伝えるための、新しい表現を共同制作していく実践である」（熊谷 2016a:3）、「類似した身体図式やエピソードを持つ仲間と、自分たちにとって快適な行為レパートリーや言葉を生成する当事者研究の場」（熊谷 2016b:245）と述べる。

綾屋も熊谷と同様に同質の仲間との当事者研究に軸を置く。綾屋は、マイノ

リティの立場を三つの世代で表現する。「第一世代」は、「自分がマイノリティである」ということを知らないまま、社会のなかで端っこに追いやられている時期、「第二世代」は、居場所がないと感じていた潜在的なマイノリティが、同質の仲間で作られた小さなコミュニティを発見する時期としている。「第二世代」では、同質な仲間による密室的な息苦しさが生じ、それからも解放されたいが、分断された誰ともつながらない個にも戻りたくないという行き詰まりが生じるという。そこで、同じでもなく違うでもなく、お互いの多様性を認めた上で、仲間としてつながり続ける道を模索することになる時期を「第三世代」と定義している(綾屋・熊谷 2010:78-95)。綾屋は、「近しい身体的条件や境遇に置かれた人たちからなる第二世代の仲間と共に当事者研究を行うほうが、専門家と一緒にすることよりも、普遍的なパターンの発見につながりやすい」(ibid.:129-130)とした上で、専門家と行う当事者研究では、「一次データを提供する当事者」と「構成的体制を占有し、解釈を下す専門家」の非対称な交換行為の成立を危惧する(ibid.:130)。このように、熊谷と綾屋は、同質の仲間で作られた小さなコミュニティを発見した者同士が行うことを当事者研究の核とする。しかし、専門家と行う当事者研究にのみ非対称性が存在するのだろうか。綾屋自身も、当事者同士の内部にも「専門家-当事者関係」を写し取ったような権力関係が生まれ得ることを認めている(ibid.:130)。だとすれば、権力関係というのは、当事者同士か、専門家と当事者かが問題となるのではなく、およそひととひととの関係性の問題ではないだろうか。

A氏は、大学3年時の診断まで、多くの面で他者と異なる自身を責め続けてきた。綾屋の示す「第一世代」の時期である。診断後は、障がいということばに翻弄され、薬の副作用をはじめとする生活上の問題、修学上の問題に長く苦しみ続けた。まだ苦しみが強かった最中、A氏は当事者の会に出向いたが、一度参加しただけである。A氏は、その理由を次のように語る。

はじめ、行くときは、少しだけワクワクしていました。なぜかという、診断を受けてから、自分以外にいわゆる発達障がいと言われる自分と年齢の近い人と話したことがなかったからです。

ぼそぼそ話す人が多いことや、話す内容がネガティブな人が多いと感じてしまった時には、自分もそれと同じような感覚を持たなければいけないのかと考えてしまいました。私は、緊張すると体を揺らす癖がありますが、周りを見るとそうする人は1人もいませんでした。話し合いの内容が、特性を外しては語ることのできないものしかないので、1つ1つのしぐさ、感覚においての周囲との違いが、違っていいはずなのに、「同じでなければいけないのかな」と混乱する自分もいました。

自分の求めていたのは、特性をもった人と仲良くしたいわけではなく、自分の気の合う人と続いていきたいという気持ちでした。だから、せんせいと言ひ合いになっても、喧嘩しても、気づいてもらえないと思うのではなくて、伝えたいと思ったり、言い過ぎたときにはあやまってまた仲良くお話しがしたいと思います。

A氏の場合、「第二世代」とも呼べない時間を過ごした。「第二世代」を選択しなかったという方が正しい。自閉症スペクトラムと呼ばれる自分以外の人と話すことで、他にも自身と同じような人がいるという確認はできたが、自閉症スペクトラムであるには、他の人に見られる特性を取り入れなければいけないのかという混乱に陥る。「第二世代」を選択しなかったため、近しい仲間との距離を測る「第三世代」も経験していない。A氏は、「第二世代」の仲間とではなく、「せんせい」と表現された私との「当事者研究」を選んだ。同質の仲間とではなく、いわゆるマジョリティと呼ばれるひとと、自身の生きづらさ軽減やマジョリティの社会でA氏自身が壊れない生き方を模索しようとする時期を、綾屋の表現の延長線上で〈第四世代〉と呼ぶことにする。A氏が〈第四世代〉での「当事者研究」を選択した理由は、特性の有無ではなく、A氏が交わりたいと思うひととの関係を望んだからであり、それが「第二世代」の人ではなかったということである。「第一世代」から〈第四世代〉への移行を可能にした大きな要因には、診断直後から、A氏が多くの理解者に恵まれたことがあげられる。A氏は、「特性で集まった集団は、自分の全部ではないところでの集まりで、それなら、集まらなくても同じ」とも語る。少し補足が必要であろう。当事者の

会に参加した A 氏は、同質の他者と自身の特性のすべてが一致するわけでもなく、また特性と呼ばれるもの自体が A という自身のほんのわずかな部分であると感じたようである。表面的には同じに見える特性でも、それが生じる理由はひとりひとり異なっており、そういう意味において同質の特性は存在しない。特性、あるいは発達障がいという〈同じ〉で集まった集団にも〈同じ〉はない。そうであれば、健常者と呼ばれるひとの集団でも〈同じ〉であると感じたと言う。ある意味、非常に合理的でもある。私や私の家族、A 氏の周囲の者は、A 氏の思考や行為の異なりについて、〈A 氏が私たちと異なる〉理由やプロセスの説明を A 氏に求め、共に考えるだけではなく、〈私たちが A 氏と異なる〉理由やプロセスを私たちに求め、共に考える。このような丁寧なプロセスがあれば、「私は、私のことをよくしらない」A 氏が、「私 (A 氏)」を知ることは、同質の仲間とでなくとも可能である。石原は、綾屋が当事者の視点から健常者の体験を分析することを指し、以下のように記している。

綾屋のこの分析は、当事者研究が健常者研究であることを思い知らせるものである。当事者が抱える困難は、健常者がなぜそこに困難を感じないかを分析することによって、初めて語り得るものとなる。逆にいえば、健常者に理解可能な言葉で語り、健常者を当事者研究の対話相手として引き込むところに、当事者研究が成り立つ基盤があるといえるだろう (石原 2013:50)。

綾屋が、当事者研究の対話の相手として、健常者を巻き込んでいるかは定かではないが、自身の感覚の分析に加え、健常者の感覚を分析していることは間違いない。私と A 氏の場合、それぞれが自身の分析をし、また互いを分析する。たとえば、A 氏の「喉が渇くという感覚が分からない」を例にあげる。〈なぜ A 氏が喉の渇きがわからないのか〉を A 氏が考え、私が考える。加えて、〈なぜ私が喉の渇きがわかるのか〉を私が考え、A 氏が考える。「喉が渇く」感覚を 4 つの視点から捉えることとなる。健常者といわれる私は、対話の相手以上であり、両者の 4 方向による分析は、様々な事象をより精緻に捉えることを可能にする。石原の言及は、まさに、私と A 氏が行ってきた「当事者研究」を言い表

している。

おわりに

これまでのA氏との歩みの中で、臨床哲学や当事者研究における人称の問題、誰が「当事者」かという問題に悩み続けてきた。家族でも専門家でもない、私の立ち位置を説明する端的なことばも未だ見つからない。ある意味、私とA氏の関係は特殊かもしれない。しかし、私たちの歩みにおいて、私が「当事者」にはなり得ないと断言されること、当事者でない者が行う解釈への懐疑を示されることに対しては、やりきれない思いを抱いてきた。「苦しみを共にする」では私自身を表現することはできなかった。この響きには、どこか、外からお邪魔するというニュアンスが残る。A氏が苦しみ、その苦しみにより私に新たな苦しみが生まれる。お互いが傷つけ合うことも少なくない。私の家族を含め、私以外の他者を巻き込んでしまっているのかという思いは常にある。日常生活はいつも切羽詰まり、もっとドロドロしている。それは、〈共に苦しむ〉である。また、A氏の内実を、丁寧に時間をかけた対話を繰り返し、理解可能なことばに置き換えてきたが、「当事者」でないという理由で〈私たち〉の記述に懐疑を呈されることも受け入れがたい。臨床哲学や当事者研究において注視すべきは、人称性や当事者性の問題ではなく、どのような意味においても、苦しみを抱える当事者の内実をいかに忠実に表現するかではないだろうか。臨床哲学や当事者研究がある枠組みを作ってしまうえば、それは、浜渦の危惧する「そこからはずれるものは臨床哲学ではないと切り捨てることになるだろうし、それは〈思想的運動としての臨床哲学〉という構想からもふさわしくない」(浜渦 2001:3)ということになる。未だ、偏見を持たれ、差別を受けることも少なくないA氏の〈生きづらさ〉はこれからも続くだろう。それはまた、私とA氏、〈二者の臨床哲学〉も〈二者の当事者研究〉も続くことを意味する。これからも、丁寧な対話を積み重ね、A氏の内実を浮き彫りにし、A氏がA氏という〈個〉であること湧き立たせていきたい。また、結果として、その作業が誰かの役に立つことを願っている。

文献

- 綾屋紗月・熊谷晋一郎 (2010) 『つながりの作法——同じでもなく違うでもなく』NHK 出版
- 石原孝二 (2013) 「当事者研究とは何か」『当事者研究の研究』医学書院
- 浦河べてるの家 (2005) 『べてるの家の「当事者研究」』医学書院
- 木村敏・野家啓一 (2015) 「対談・臨床哲学とは何か」『臨床哲学とは何か 臨床哲学の諸相』河合文化教育研究所
- 鯨岡峻 (2014) 「「接面」の観点から発達障害を再考する」『発達』35(137), 42-49.
- 熊谷晋一郎 (2012) 「なぜ「当事者」か、なぜ「研究」か」『日本オーラル・ヒストリー研究』8, 93-100.
- 熊谷晋一郎 (2013) 「当事者研究について」『現代思想』41(1), 212-215.
- 熊谷晋一郎 (2015) 「当事者研究への招待 (第1回) 生き延びるための研究」『臨床心理学』15(4), 537-542.
- 熊谷晋一郎 (2016a) 「当事者研究への招待」『芸術批評誌』38, 2-5.
- 熊谷晋一郎 (2016b) 「当事者研究への招待 (第5回) 関係に先立つ身体探究: ASD の当事者研究」『臨床心理学』16(2), 239-246.
- 河野哲也 (2013) 「当事者研究の優位性——発達と教育のための知のあり方」『当事者研究の研究』医学書院
- 河野哲也 (2015) 『現象学的身体論と特別支援教育』北大路書房
- 中岡成文 (2000) 「福祉のための臨床哲学」『月刊福祉』83(7), 24-27.
- 中岡成文 (2002) 「汗をかく、臨床哲学」『JMA マネジメントレビュー』8(4), 25-28.
- 中岡成文 (2009) 「弱さの構築——死生の臨床哲学へ」『死生学研究』11(5), 178-192.
- 中岡成文 (2015) 「臨床哲学の〈引き込まれ〉——自己変容論として——」『親鸞教学』104, 79-102.
- 永浜明子・永山亜樹・浜渦辰二 (2017) 「関係性の変化に伴う「支援」から「共歩」への移行——自閉症スペクトラムの青年との歩みから——」『対人援助研究』6, 24-47.
- 野家啓一 (2015a) 「臨床と哲学のあいだ・再考」『臨床哲学とは何か 臨床哲学の諸相』河合文化教育研究所
- 野家啓一 (2015b) 「当事者とは誰か——「あとがき」に代えて」『臨床哲学とは何か 臨床哲学の諸相』河合文化教育研究所
- 浜渦辰二 (2001) 「報告: 臨床人間学の試み」『文化と哲学』18, 31-38.
- 浜渦辰二 (2009) 「私の考える臨床哲学——私はどこから来て、どこへ行くのか——」『臨床哲学』10, 3-20.
- 浜渦辰二 (2010) 「二つの「臨床哲学」」『臨床精神病理』31, 143-146.
- 浜渦辰二 (2015) 「二つの「臨床哲学」が再会するとき」『臨床哲学とは何か 臨床哲学の諸相』河合文化教育研究所
- 向谷地生良・浦河べてるの家 (2006) 『安心して絶望できる人生』NHK 出版
- 向谷地生良 (2009) 『統合失調症を持つ人への援助論——人とのつながりを取り戻すために』金剛出版
- 村上靖彦 (2008) 『自閉症の現象学』勁草書房
- 森則夫・杉山登志郎・岩田泰秀 (2014) 『臨床家のための DSM-5 虎の巻』日本評論社
- 鷺田清一 (1999) 『「聴く」ことのか 臨床哲学試論』TBS ブリタリカ 1999
- 鷺田清一 (2011) 「臨床哲学のフィールドワーク——新しいエチカに向けて」『ネイチャーイェンタフェイス』創刊第3号, 16-23.
- 鷺田清一 (2015) 「哲学の臨床」『臨床哲学とは何か 臨床哲学の諸相』河合文化教育研究所

注

1. 熊谷は、別稿「当事者研究について」『現代思想』41(1), 212-215, 2013.では、「支援技法」を「自助の技法」としている。
2. 熊谷も、当事者と専門家の双方が互いの知に敬意を払い、共同することの必要性は述べてい

るが、当事者研究の共働者として専門家は想定していない。