

『アテトーゼ型脳性麻痺における“不随意運動”の身体論的考察
—過剰適応と癒着化からの自由』

河合翔

大阪大学大学院人間科学研究科平成 22 年度修士論文

2011 年 1 月 12 日提出

目次

I. イントロダクション

- A) “不随意運動”とは何か

II. 論文執筆までの軌跡

- A) 問題意識とその背景
B) 研究の枠組みとその意義

III. 不随意運動が社会へ問いかけるもの—リハビリテーションでの体験から—

- A) 日本におけるリハビリテーションの流れ—「医療の場における専門家主体の治療モデル」から「日常世界における当事者主体の気づきモデル」へ
B) リハビリにおける不随意運動をめぐる身体—社会関係のリアリティと主体性の困難
C) 家族における不随意運動をめぐるコンフリクト
D) 不随意運動が社会へ問いかけるもの—身体論的考察へ向けて—

IV. 社会と相対する身体—“不随意運動”の身体論的考察—

- A) 社会構造における意志体—身体は“ものをいう”
B) 過剰適応と癒着化

V. 結論—社会をときほぐす遊び

<注>

<参考文献・論文>

I. イントロダクション

A) “不随意運動”は何か

“不随意運動”とは何か、この問いを考察していく前にまずこの問題を多くは引き受ける、あるいは医学的にはこの運動の“主因”とされる脳性麻痺についての定義、病変部位と型（症状の種類）に関して述べておく。

脳性麻痺（CP）とは未熟脳に生じた非進行性の病変に基づく運動と姿勢の異常と定義される。非進行性の病変に基づくと定義されることから、悪性腫瘍や水頭症などの進行性疾患による二次的な運動麻痺はCPと呼ばない。しかし、進行性の原疾患が根治されたのちに後遺障害としての固定した麻痺が残された場合はCPに含まれる。

「未熟」とはどの時期までを指すのかはあいまいであり、国際的に見ても一定の見解があるわけではないが、我が国では受胎から生後4週（広義の新生時期）までとすることが一般的である。

次に、脳性麻痺の病変部位と型（症状の種類）に関して述べていきたい。脳性麻痺とは文字通り、脳の障害による運動麻痺であり、脊髄病変による脊髄性麻痺と対比される。大脳皮質の運動野から始まる運動神経の経路である皮質脊髄路（錐体路）が脳内のどの部分で損傷しても運動麻痺が起こる。この場合の運動麻痺には痙直（四肢を関節で屈伸する時に、その最初の相にのみ反射的に屈伸に対する拮抗筋の緊張が生じる性質）が伴う。

CPは上述の皮質脊髄路の病変以外に大脳基底核や小脳の病変によっても起こる。大脳基底核は運動や姿勢の変化に伴う四肢や体幹の筋の緊張を調節しており、この部位を損傷すると不随意運動が起こることがある（アテトーゼ型など）。さらに、基底核をはじめとする錐体外路障害では固縮（関節での屈伸を行う間中、反射的に屈伸に対する拮抗筋の抵抗が持続する性質）が生じるが、CPでは脳の一部が障害されることはむしろ少なく、実際には痙直と固縮の混合型が多く見られる。また、小脳は体の重心移動に対して平衡を保つ働きをしているが、この部位の病変ではその機能が障害される。小脳の病変に由来するCPは失調型と呼ばれる¹。

次に不随意運動について述べる。本研究で扱う不随意運動の類型は、上述のアテトーゼ（アテトーシス、athetosis）であるが、その他にも足間代（足クローヌス、ankle clonus）、振戦（tremor）などがある。

足間代とは背臥位にある足関節を急激に背屈（足関節を上方に向かって曲げる）したときに、反射的に足関節屈筋が律動的な収縮、弛緩を繰り返す現象をいう。間代を起こすメカニズムは脊髄にあり（伸展反射の病的亢進）、通常は錐体路を介して上位から適度な抑制を受けているために生じないが、錐体路が障害されたときには抑制から解放されて間代が出現する。このため、間代は成人では錐体路障害を示す病的徴候がある。こ

これらの症例のほとんどは痙直性脳性麻痺に見られるものである。

振戦は身体の一部あるいは全身に不随意的に出現する律動的振動（震え）と定義され、動筋と拮抗筋（相対する一組の伸筋と屈筋）が相反して（あるいは交互して）収縮する現象である。成人においては小脳性疾患、パーキンソン病などの脳病変に伴って出現する²。

最後に、本研究の主題となるアテトーゼについて述べたい。

アテトーゼは主にアテトーゼ型脳性麻痺にみられる。上述のとおり、大脳基底核の病変に基づく不随意運動であり、以前はその原因として高ビリルビン血症による核黄疸（大脳基底核にビリルビン³が沈着して神経核を傷害）が最も多かった。近年においては、交換輸血などの治療の進歩によって核黄疸を原因とした症例はほとんどみられず、アテトーゼ型脳性麻痺の頻度も減少した。現在では重症仮死などを原因とする例がみられる。

アテトーゼは乳児においても病的徴候があり、顔面、頭部、頸部、腕、手、手指、足などにみられる比較的ゆっくりとした伸筋群および屈筋群の不規則な動揺性収縮によって生じる運動である。そのために、顔をしかめる、口をゆがめる、頭や首を振る、手指や手首を不規則にねじったり、曲げ伸ばしする、といった不随意運動が起り、構音障害も生じる。さらに、姿勢に関与する筋群にも筋緊張の動揺（通常は低緊張と正常域緊張の間を動揺する）が起るために、重力に対する体の支持が困難となる⁴。

アテトーゼが生じる要因に関してより平たく言えば、「アテトーゼ型の脳性マヒ」と称される人々は、脳内の運動プログラムと、日常生活における動作などの実際に行われた運動のフィードバック情報との差異を検出して、プログラムに沿わない不適切な運動を抑制する「大脳基底核」と呼ばれる場所がダメージを受けたとされる。その結果、大脳基底核が痛んだ彼／彼女は抑制が効かなくなるために、体の各部位の筋肉がゆっくりとねじれるように動いてしまう、アテトーゼと呼ばれる運動（すなわち“不随意運動”の一つ）が出現する⁵。

このアテトーゼと呼ばれる“不随意運動”は、医学的には意図的な動きを制御できない、随意運動を支える背景の無意識の姿勢制御機構が調整されないという特徴を持つとされる。そのなかで、このタイプの不随意運動として最も特徴的な点は、身体の動きが多く姿勢を一定に保てない、意図した範囲以上の筋緊張の動揺が起りやすいことである⁶。

このように、不随意運動といっても医学的な定義は様々であり、脳性麻痺をもつ個々人にとっても、身体的な経験としての不随意運動は症状、年齢、周囲の環境、人間関係、心理状態、日常で遭遇する様々な場面に強く影響される。

そうは言っても、不随意運動を研究の土台に載せるからには筆者なりの新たな見方なり視点を提起する必要がある。筆者自身、出生直後の酸欠状態（重症仮死）が原因で脳を損傷し、以来アテトーゼ（不随意運動）と付き合ってきた。その経験から言わせれば、

先に述べた「意図的な動きを制御できない、随意運動を支える背景の無意識の姿勢制御機構が調整されない」という不随意運動についての説明ではどうも腑に落ちないものがある。この説明ではあまりにも言葉足らずで、下手をすると本人の意図や意識とは全く無関係にむやみやたらと生じるものであり、ゆえに我々が立つ、歩くなどの動作をより正常な形で習得していく際には脳性麻痺者の不随意運動は“不必要な運動”であって、ゆえにそれを改善するためには脳性麻痺者本人が自ら意識を集中させて己の身体を制御することが可能となるように専門的な訓練を施さなければならない、と解釈されてしまう。この認識のあり方がリハビリテーションの臨床現場や家族、より広く社会における脳性麻痺者を取り巻く人間関係に歪みを生み、さらには脳性麻痺者が主体的に行う動作や行為に対して周囲の誤解を生むのである。

そこで本研究では、不随意運動を、脳性麻痺者が社会環境に対して否応なく過剰に適応することによって生じるもの、とまずは定義しよう。人は多くの場合、現代社会で生きていく限り、自転車に乗れるように練習を積み、食事を行儀よくする作法を身につけ、駅の階段の昇り降りができるように足腰を鍛える。その発達の諸段階では、本人の社会の一員として成り立たせようとする意志があるとともに、一個人が社会へ適応できるか否かは社会秩序を成り立たせる根本的な課題であるがゆえに、それは社会からの要請ともなる。つまり我々が日々行う身体動作、自転車を漕ぐ、食べ物をこぼさぬように食べる、さらに立って歩くという基本的な動作にまで社会的な規範や価値が埋め込まれているのである。

筆者のような脳性麻痺者にとっても、「適応する」という段階のみを切り取れば、それは自らの意志に基づく主体的行為である。しかし、社会の価値基準からすれば脳性麻痺者の身体は<正常な身体からの隔たり>にほかならず、それゆえ社会の規範が病院や施設などでその身体を囲い込み、訓練を施すことによって社会へ適応させるように要請する。

問題はここからである。通常が発達段階で人が習得する身体動作は、例えば意識せずとも日常生活における食事や入浴という半ば習慣化された日課やかけっこなどの遊びによって他者の指示をさほど受けずとも行うことができる。身体動作を逐一意識せずに済むということは、例えば「ドアノブを掴みたい」という行為に対する自らの意識ないし意志が自らの身体秩序に沿って、つまり身体の動きと一体化しているということである。このスムーズな動作を行うためには、行為主体である人の身体が行為の対象であるドアノブに対して自らの特徴（左利きか右利きか、筋緊張の度合など、その人の身体にある固有の秩序、本稿ではこれを<身体秩序>と呼ぶ）になじませるように、言うなれば自らの身体の一部のように働きかけなければならない。この一連の動作が成り立つとき、人の身体と<ドアノブ>という行為対象との間には一定の距離（すなわち遊び）があり、この距離によってその人なりの身体秩序に基づく生活領域のうちにドアノブを包摂し、失敗しながらも誰からも急かされることもなく、また明確な目標なるものが無理

に課せられるわけでもなく、日々繰り返される生活実践のなかで生活手段として形作るための自由ないし余地が生まれる。

しかし、筆者ら脳性麻痺者にとっては、この自由を謳歌するのは非常に難しい。それは、先に述べた<不随意運動>という特有の身体運動に起因するというだけでなく、むしろ不随意運動を取り巻く社会構造のあり方がそれを阻むのである。以下では、脳性麻痺者にとっての自由を阻む社会のあり様を筆者の身体経験を通して説明していきたい。

筆者にとってアテトーゼは、良くも悪くもこの身体と物や人との関係性、それに対して意志を働きかける際のあり様を如実に示してしまう。例えば、筆者は毎日のように友人や知人と携帯電話でメールを交わし合う。メールを作成するために一文字 一文字のボタンを打つ際、体の姿勢を安定させ、また携帯電話という機器自体を使いやすくするために、さらに言えば機器そのものをまるで身体の一部として自らの身体に取り込むために、地べたに胡坐を掻いているときは携帯電話を地面に置き、車イスに座しているときはそれを膝の上に載せる。そうすると、体の姿勢が安定的に保たれ、動作にかかる労力がある程度節約できる。おそらく携帯電話を地面に置かず片手で持ちながらメールを打てば、自らの身体的動作を制御すると同時に空中に浮いた携帯電話そのものの不安定さにも対応せねばならないがゆえに、全身のエネルギーを携帯電話という対象に注ぎ込み、いわば全身からエネルギーがあふれ出てしまう。

一方、先に述べたように、携帯電話を地面に置くことで対象そのものを安定させ、さらに腰を屈曲して姿勢を前のめりにしたとしても、小さなボタンを押すという細かな作業を遂行せねばならないので、身体から発するエネルギーを節約しつつ作業が遂行できる体幹を保持していくために、首や肩、腰に必要以上の緊張が入ってしまう。つまり、その緊張によって、メールを打つという作業に適応していくための身体内秩序を整えていくというわけである。しかし、その適応過程で生じる過剰な緊張の結果、その後も首や肩、腰に痛みやしびれが残存してしまうのである。筆者と携帯電話とのこうした緊張関係は、双方が自らの異なる特性や秩序を主張し合い、筆者が携帯電話のもつ秩序に同化させられ適切な距離が保てなくなるというものであり、いわば本来双方が分離した状態で成り立つべき関係が、否応なく自らの身体を携帯電話がもつ秩序や構造に従属させられるのである。

ところで、こうした緊張関係は筆者の体の姿勢を改善するのみで解消するものだろうか。筆者と携帯電話との関係には、メールを打とうとする筆者の働きかけ、すなわち意志が生じている。重要なメール、早く送らなければならないメールの場合、その分働きかける意志も過剰さを増し、筆者のもつ身体秩序と携帯電話の構造との間に折り合いをつけることなく、筆者の身体を携帯電話がもつ構造に合わせざるをえなくなる。つまり、携帯電話は筆者の意志を受け止めてはくれず、逆に跳ね返されてしまうのである。

以上の緊張関係は、何もモノに限ったことではない。不随意運動は多様な人間が営む社会の様相や歪みをこの身体でもって感じさせてくれる。

筆者は生まれつき、アテトーゼによる言語障害（構音障害）がある。口から言葉を発する時、舌の動きと唇の動きがうまくかみ合わず、話すときの安定した姿勢を形作るために首や肩、腰などの全身のエネルギーを＜話す＞という動作に費やしてしまうために、逆に力んでうまく発音することができない。ただし、それは単に筆者の身体動作の不具合に帰することはできず、むしろ筆者の言葉を受け取る他者との関係性あるいは彼／彼女の態度が深く影響する。

筆者は外出するのが好きである。外を出歩けば、当然ながら見知らぬ他者に多く出くわす。特に筆者は車イスで移動するため、バスや電車に乗るとき、店に入るとき、レストランで飲み食いをするとき、常に人の助けを必要とする。筆者はあらゆる言葉を多くの他者と交わす。「〇〇駅まで行きたいのでお願いします」、「食べるのを手伝ってくれませんか？」、「後ろにある鞆を取ってもらえますか？」……。多くの方は発する言葉を快く聞き取ってくれ、難なく意思疎通が図られる。この場合、不随意運動はほぼ現れない。筆者の身体秩序を理解し、話そうとする意志を受け止めてくれているという安心感ないし信頼感が根底にあるからである。

しかし、中には発話の意味を解さぬがゆえに、無視したり、ただ微笑みかけるだけで足早に通り過ぎたり、物珍しいものでも見るかのように凝視したり、最悪の場合、幼い子どもと接するような態度をされることがある。こうした場面に直面したとき、筆者はそうした他者に対して必死に自己の存在を証明しようと試みることがある。「私はあなたの言うことを理解できるし、コミュニケーションもうまくとれるんだ」と。

しかし、その意に反して、自己の存在を証明しようと必死になればなるほど、首や肩、腰など全身にエネルギーが充満し、さらに不随意運動が高まっていく。顔をしかめ、唇がゆがみ、頭や首が前後左右に揺れていく。その姿を目の当たりにした他者は、とまどい、後ずさりし、逆に保護的な態度を示していく。そうした状況に陥れば、たちまち自己と他者との関係をよりよい方向へと導いていくための“距離”が保てなくなる。すなわち、自己の意志と身体が乖離してしまい、他者、より広く言えば社会から筆者の意志に関わりなく身体をまなざされ、制御され、まるで社会によって己の身体を掴まれているような感覚に陥ってしまうのである。

社会によって己の身体を掴まれているような感覚—それが最も顕著に現れるのは、リハビリテーションの場においてである。時として不随意運動はまなざされる。

生来、私は身体の動きを改善し、日常生活をより過ごしやすくするために、就学前は母親に連れられて理学療法によるリハビリテーションを目的とする療養施設に通いつめた。

母の記憶によれば、筆者が乳児期のころから、医師や理学療法士から「リハビリを頑張れば、この子は近い将来歩けます」と言われていたらしい。その言葉が医学的知見に基づく推論だったのか、育児に専念する母親に対する“励まし”だったのかは今となっては定かではないが、その言葉に多少なりとも希望をもった母は殊勝にもリハビリの技

法を習得していったのである。

本来リハビリテーションにおいては、クライアントに対して何か「できる」ように働きかけ、その人の「社会への適応」を目指しているという大きな文脈が存在する⁷。この文脈に基づいて、末梢神経から中枢神経へと働きかけ、安定した体幹・姿勢の保持や不随意運動の軽減が図られてきた。

筆者は就学後も今日に至るまでリハビリを続け、小学生の頃は1年と3カ月、中学生の頃は1ヵ月間、療養施設に入院し集中的に指導を受けた。ここ10年ほどの間では、さすがに「リハビリをする＝歩けるようにする」という構図や目標のもとで指導がなされるという場面はあまり見られなくなり、トレーニー本人の身体の緊張や不随意運動を緩和することによって身体の負担が少ない状態で日常生活を営めるようにサポートするという方向性に徐々に変化しつつある。さらに近年では、トレーナー⁸とトレーニー⁹との対人関係をも考慮に入れた心理学的療法¹⁰も試みられている。

それでも、リハビリテーションの内に流れる＜クライアントに対して何か「できる」ように働きかけ、その人の「社会への適応」を目指している＞という文脈はそう大きくは揺るがない。それゆえ、座る、膝立ちをする、立つ、歩くなどの一連の動作を随意的に、“無駄な動き”をすることなくスムーズに遂行できる“正常な身体（運動）”という理想的なイメージが、理学療法士やトレーナーだけでなく、トレーニーの内にも内面化されているのである。

“正常な身体（運動）”を理想的なイメージとして内面化することは、単に理念的な意義をもつだけでなく、実践的な場におけるトレーニーとトレーナーとの関係性にも大きな歪みを生じさせることがある。まず、トレーナーにとっては、随意的で正常な身体動作をトレーニーに習得させるという達成課題が念頭にある。ゆえに、トレーニーが動作をする際に生じさせる不随意運動は、リハビリの達成目標という観点からすれば、極めて不合理であり、＜訓練＞という意味づけのもとにトレーナーの助けを借りつつもトレーニー自ずからが不随意運動そのものを改善することがリハビリテーションの主な目的となってくるのである。

例えば歩行という課題に取り組む際、トレーニーが一步踏み出そうと勢い余って片足に過剰に負荷をかければ、今度は不安定な姿勢を安定させようと肩に力が入り、ますます体の緊張が高まることもある。倒れかかっている胴体を足で踏ん張って支える代わりに、肩の力を張って身体の安定感を取り戻そうとするのである（そうすると、かえって姿勢の不安定さが増すというジレンマが生じるのだが・・・）。

他方、トレーナーにとっては、トレーニーの身体に生じる過剰な負荷や肩の緊張は自ら描く理想的な運動のイメージとはかけ離れたものであり、いわば不必要な動作であるがゆえにいずれは修正されるべきものとして目に映る。そして、トレーニーの身体に直接触れることによって、また声をかけることによって、トレーニーが意識的に“正しい動き”を習得していくように促すのである。「その動きは違う。正しいのはこの動きだ

よ」という具合に。

リハビリテーションの場では通常、トレーナーとトレーニーの役割関係は正しい姿勢・動作へと導く側と、その指導に沿って動作を習得していく側という、表面上は指導する側／される側という対称的な関係として双方を動機づける。ただし同時に、トレーニーにとっては、トレーナーから示された“正しい身体動作”という方向性に従って意識的に姿勢を形作り、体から発する緊張を抑制していくという意味での主体性（もしくは能動性）も求められる。

そうであるから、トレーニーは“正しい身体動作”へと適応していくために自らの身体に働きかけ、緊張と弛緩とを繰り返しながら、さらに言えば意識と無意識の間を行き来しつつ、自ら固有の身体秩序を形作ろうと試みる。ところが、そうした目標への意志によってかえって生じる不随意運動は、その目標自体が求める均衡のとれた身体の動きとは真逆であるため、トレーナーによってまなざされ、すなわち運動目標という観点からの偏差として捉えられる。そして、意識的にあるいは主体的に運動目標から隔たった動作を制御するように促されればされるほど、身体の安定性を保とうと肩や首などあらゆる部位の緊張が高まり、その結果ますます安定感が失われていく。やがて、自らの意志と身体が乖離してしまい、身体のみが運動目標のうちに同化させられ、運動目標と他者、あるいは自己各々の身体秩序に対してよりよい関係を築いていくための距離も大きく揺らいでいくのである。

ここで断っておかなければならないが、本研究においてリハビリテーションという事業や活動そのものを否定したいわけでは決してない。また、不随意運動を改善すること自体を真っ向から批判したいわけでもない。それは、我々「脳性麻痺」から生み出される身体動作や感覚、社会における関係や摩擦を共有する者にとっては、過剰な負担なく日常生活を営む上でなくてはならない社会資源であり、生きる上で受けるべき当然の権利といっても過言ではないはずである。さらに、先に述べたようなリハビリテーションにおける摩擦は、これまで経験したリハビリのすべての場面で生じるわけではなく、トレーナーが筆者固有の身体秩序を理解し、受け止めることによってそれは難なく解消しうるのである。それは、トレーナーとトレーニーの各々の身体感覚や規範意識、「障害」という概念に対する認識のあり方によって大きく左右される。だからこそ、ここで重要なのは、リハビリテーション、より広くいえば、社会の身体に対する処し方を問うことである。

比喩的な話をしよう。筆者の身体部位を飛行機の機体に見立て、その飛行機が操縦士の判断ミスにより墜落事故を起こしたとする。筆者の機体そのものは墜落する直前まで何ら不具合は見当たらなかった。他方、操縦士は新人であり、操縦には不慣れで機体の特徴や構造をあまり理解していなかった。あるいは、焦りや過度の緊張が生じて機体が進む針路や着陸地点（方向性）を見誤ってしまったかもしれない。もしくは、ほかの事柄に意識が向き、注意散漫になっていたのかもしれない。だとすれば、問われるべきは、

操縦士本人の機体に対する認識のあり方や意識が向かう方向性、そもそもの仕事に対する姿勢だということになる。操縦士という仕事に課せられる“人命を預かる”という意味でのプレッシャー、社内訓練のあり方、天候や気圧などの周囲の環境は別として。

以上の例えにおける操縦士というのは、筆者が出生時にダメージを受けたとされる大脳基底核を表す。つまり、身体部位という“目に見えるもの”には異常はないのだから、それが置かれた状況や環境に沿うように“正しい身体の動き”を理解し方向づけるべく、本人の認識や意識、意志とそれに基づく努力を高めれば問題は克服できるとされるのである。しかし、そうした身体に対する認識のもとで筆者と対峙すれば、自らが自己の身体動作を過剰に意識化しなければならないため、たちまち筆者の意志と身体は分断され、身体だけが社会の秩序に否応なく同化させられる。そして、筆者の身体と他者の身体という本来差異をもち独立した存在として相互に承認されるべき関係が、同化によってその関係をよりよく保つための＜距離＞が失われ、関係をもしだいに崩れていくのである。

こうした脳性麻痺という身体に対する認識の乖離はなぜ生じるのか。その背景となる社会構造を明らかにするのが本研究の課題の一つとなる。その上で、では、こうした社会構造のもとで不随意運動とともに生きる身体と社会はいかに対峙し、危うい関係を保ちつつ相互行為をしていくのか、その過程へと身体の社会学と現象学的知見に基づいて迫っていきたい。両者は、各々別の研究領域だといえるかもしれない。しかし、社会においてアテトーゼとともに生きる我々が直面する摩擦や困難は、まさに社会が生み出す構造的な問題へと帰結していくのであり、そこに目を向けない限り摩擦や困難から自由となる道しるべも提起しえないのである。それは結局、広く現代に生きる我々の身体が直面する困難を、社会によって構造的に生成される問題として問い直すための一助となるかもしれない（なればいいと著者は願っている）。

以上述べてきたように、本研究における問題設定や理論を敷衍していくことは、自らがアテトーゼと向き合ってきた経験を抜きにしては成り立たない。しかし、裏を返せば、アテトーゼといってもそれが及ぼす影響は、人によって、あるいは個人がおかれた環境、年齢、社会意識によって多少の差異や多様性があるのに、ともすれば本研究においてそうした差異や多様性を看過しかねないという危険性を秘めている、ともいえる。その可能性を認め肝に銘じた上で、筆者の身体経験に対するパースペクティブが、不随意運動という切り口から、日常生活における環境との相互作用、労働のあり方、さらに社会の身体に対する処し方を捉えなおすきかけとなれば幸いである。

II. 論文執筆までの軌跡

A) 問題意識とその背景

以上述べた筆者の“不随意運動”に関する問題意識は、二次障害という問題と分かちがたく結びついている。

二次障害とは、成人障害者にみられるもともとの障害の悪化またはあらたに出現した症状や障害のことで、しばしば動作能力の低下をともなう。二次障害発症の原因として、もともとの障害（一次障害）に加齢¹¹の影響が加わるだけでなく、その障害者の置かれている生活や労働の状況の影響が推測されている¹²。

他方、一口に二次障害といっても個人の置かれた社会状況や生活環境、労働における作業内容によって少なからず多様性がある。代表的なものとしては主に頸椎症性頸髄症があり、不随意運動が繰り返され過剰となるために引き起こされる症状である。これによって生じる症状として、原田武雄¹³は①手指巧緻性障害、②歩行障害、③排尿障害、④三角筋、上腕二頭筋筋力低下による上肢拳上あるいは肘関節屈曲障害、⑤頸椎運動で増強する頸肩腕、肩甲部あるいは背部痛（つまり四肢のしびれ）、の5つがある。

このように、脳性麻痺者にとって運動機能の低下は深刻な問題となっている。特に②の歩行障害は、中年期以降に発症する場合、不随意運動や痙性の上昇から生じる関節痛や高度の下肢変形など、長期間にわたって異常な力がかかり続けることによる過度な運動器ストレスに基づくことが多い¹⁴。

こうした現象の説明として生理的燃え尽き症候群 (Physiological burn-out syndrome) という概念をあてはめようとする立場がある。本来、燃え尽き症候群とは看護師、医師、教師などが長期間強い精神的ストレスのもとにおかれ、それに見合うだけの満足が得られないときに生じる心理的消耗感、疲弊状態を表す心理学的な用語であるが、“生理的”燃え尽き症候群はそうした退行現象を身体の生理的要素にあてはめようとするものである。すなわち、脳性麻痺者が長期間にわたって自己の最大限の努力を傾けて、その運動機能を維持し、伸ばそうとするとき、ついにその生理的限界を超えてしまい（生理的燃え尽き）、運動退行を起こすという考え方である¹⁵。

しかし、生理的燃え尽き症候群という概念が脳性麻痺者が直面する二次障害の実態を適切に言い表わし得るかといえば、それは甚だ疑問と言わざるを得ない。そもそも、この概念は心理学的アプローチから派生したものであり、「精神的ストレス」や「満足」など個人の情緒の変化や欲求に主眼を置いている。こうした捉え方は、ともすれば本人の頑張りすぎる“性格”や意識を変え、身体的負担を強いられる仕事や役割からリタイアすれば問題は解決するということになりかねない。

確かに、脳性麻痺者個人による生活実践というレベルからすれば、二次障害に直面すればそれまでの生活を見直し、環境を改善し、リハビリテーション医療を受けて身体的苦痛などを治癒するというのはごく当然のことであろう。しかし、それは生理的限界を受け入れ、自らの夢や自己実現を諦めるという発想とは相容れないはずである。

事実、これまで障害当事者たちは「二次障害」を医師の脳性麻痺に対する認識不足や院内看護の問題、労働環境等、広く社会において共有すべき課題として訴えてきたのである¹⁶。これまでの二次障害検討会¹⁷をはじめとした当事者運動では、二次障害に直面しそれと向き合うことによって、個人の問題として留めておくのではなく、この世界において脳性麻痺とともに生きる多くの人々が過剰な負担によって自己実現を阻まれることなく生きがいを持ち続けられるように、それを疎外する要因を社会の歪みとして訴え続けてきたのである。

したがって、二次障害は労働環境の改善や医療費の保障¹⁸など、具体的かつ社会制度として取り組まなければならない課題であり、これと不随意運動が社会においてどのようにまなざされ、それにより身体がどのように変容するかという命題は相互に切り離して考察されなければならない。

ただし、幼い頃からリハビリ施設や家庭などで筆者に対して二次障害について語られたことは、同時に自らの不随意運動を生じさせる身体に対してまなざされる経験として身体の内刻み込まれているのである。では、そうした経験とはいかなるものであったのか。これを説明することによって、迂回してではあるが社会が個人の身体を分断し、その結果生じる摩擦を個人の責任に帰すことの様相の一端を垣間見ることができ、またなぜ不随意運動というテーマでの研究をするに至ったのか、その問題意識をより鮮明にすることが可能となるからである。

筆者が二次障害と出会ったのは幼いころから通っているリハビリ施設においてであった。理学療法士から訓練や指導を受けているとき、「脳性マヒの人は働きすぎたり、勉強しすぎたりしたら倒れることが多い。がんばるのはいいことだけど無理はせんときや」とよく言われたのである。もっとも、彼女の言葉をすぐさま“脳性麻痺者が頑張る→倒れる”という定式に置き換えるのは早計だといえる。というのも、その先生は大変熱心な方で、将来社会人として生活を送ることを考えて自力で訓練できるようにと真摯に指導してくれたからである。そうした理学療法士としての姿勢には、厳しさの中にも深い愛情があり、今振り返ってみても頭が下がる思いがする。それだけに「無理はせんときや」の言葉も、単に「働くな」とか「活動するな」という意味では決してなく、「がんばるのもいいけど、体を壊さぬ程度に程ほどに」という筆者の体や健康をいたわる思いが含まれていたに違いない。しかし、基本的にリハビリテーションの場では、二次障害を社会によって生み出される構造的な問題として捉えていくという意味合いは薄く、多くの場合、末梢神経から中枢神経に働きかけて、身体動作を“正しい方向”へ持っていく、というのが大きな前提としてある。ゆえに筆者の内にもそうした前提が内面化さ

れ、自らも人間一人一人が生きやすい環境に変えていくということが大切だと頭では理解していながら、いざ進路や日常生活を考えていくときには、「がんばる→二次障害が起きる」という短絡的な見方が常に支配し、人生のあらゆる場面で筆者を追いかけ離れなかったのである。

だからこそ、幼少時から大学に入っても自分は皆と同じようには働けないんだという認識があり、そのことを周囲に打ち明けるたびに、時には「お前は逃げている」とか「自分に自信がないんじゃないか」などという言葉が返ってきたのである。あたかも強い意志と気力さえあれば乗り越えられるものだというように。その時、筆者は自らが障害を持ったことを嘆いたこともあったが、それ以上に自分の意志と身体が乖離し、社会によって分断されている、さらに言えば自分の意志と関わりなく、身体だけが誰かに掴まれているような感覚を持つようになったのである。

といっても、この感覚は二次障害という側面のみから生まれてきたものではない。それは、筆者が学校やリハビリテーションの場、街角で遭遇した様々な身体経験が積み重なった結果、徐々に醸成されてきたからである。

周囲のほとんどが健常者である環境では、筆者自らの身体感覚やその固有のルールが理解されにくい面も多々存在する。ときに学校では、私の体やその一部である車イスを“おもちゃ”のように扱われることもあった。確かに、自らも遊び感覚で楽しんでいた側面も否めないのだが、一方で、筆者の身体だけが弄ばれ、独自の身体秩序に反して相手の領域に同化させられることに大きな戸惑いを覚えたのである。

ちなみに、筆者は中学生の頃、男子生徒から執拗に性的ないたずらを受けていた。そうした経験がのちに筆者と周囲との関係性において大きな歪みをもたらした側面は否めない。

また、周囲から“歩くこと”や“自力でやること”が求められすぎるあまり、過度の不随意運動が生じ疲労がたまることもあった。疲れて休んでいると、しばしば「甘えるな」「ヘタレだ」などの声が飛んでくることもあったのである。

そうした不随意運動を取り巻く身体経験を通して、筆者は意志から身体が乖離しないように、他者や環境に対して一定の距離を取ることに必死になっていった。しかし、必死になればなるほど緊張が高まることで社会関係や環境との相互作用がぎくしゃくし、余計に身体的な疲労やストレスを抱え込むことにもなったのである。これらの身体経験が残した爪痕は、その後の友人関係、恋人との関係、さらにヘルパーや理学療法士との関係に大きな緊張をもたらすことになる。

とりわけ、それを難しくしたのはリハビリテーションの場であった。とりわけ、実際のリハビリテーションの場でのトレーニーとトレーナーの関係はより複雑である。ここでは、単に各々のリハビリテーションの技術や手法を用いて身体部位を動かしていくというだけにとどまらず、それ以前にトレーニーとトレーナーはどちらも人間であり、今日に至るまでの様々な経験によって育まれた身体感覚、規範意識、価値観、障害に対す

る見方、などをリハビリの場に持ち込むわけである。つまり、そこにおいても一つの“社会”なるものが生まれてくる。その上に、どの程度まで身体を改善するのかという目標が課せられるがゆえに、トレーナーの立場からすれば、時として目標なるものを意識するあまり、こちらの固有の身体秩序や意図を汲むというより、個々の身体部位を動かすことに必死になりがちで、他方のトレーニーもなんとか動かそうとして訓練目標やトレーナーから発せられる指示や意図を過剰に意識してしまう。その結果、一方ではトレーナーは自分の描いたとおりに身体が動いてくれないというしこりが残る。しかし、トレーニーにとっては、動かそうとする意志をトレーナーは受け止めてくれず、自分の身体が他人に掴まれているような感覚に陥ってしまい、互いが歩み寄れないまま、ますます袋小路に入ってしまうのである。

以上述べた筆者の身体経験から問題意識として浮かび上がるのは、不随意運動が社会、とりわけリハビリテーションの場においていかにまなざされるのか、そのまなざしが生み出す社会構造へ向けて相互行為をするなかで、不随意運動とともに生きる身体はその構造をどのように分節化し、さらに構造によって分節化されるのかを身体論的に考察することである。

不随意運動は、社会と相対する身体という位置づけにおいて、我々の身体への処し方に対してこの身でもって問いを突きつける。あるいは、それは、脳性麻痺とともにある身体をともしれば無力化してしまう支配的な価値や規範に対する切実で緊迫感をもった、否応なしの挑戦となる。

他方、「社会構造」というからにはそれは常に様々な意図や利害によって編成、加工、構築され続ける。さらに、社会構造の構築という人々の営みには歴史の変遷を伴う。リハビリテーションの根底を支える思想も、障害当事者運動も各々の時代のニーズ、価値観の変化に応じて、多様なアプローチが生まれ変貌を遂げていく。したがって、リハビリテーションにおける秩序を根底から支える思想的背景や身体に対する規範意識を丹念にひも解くことによって始めて、広く現代社会に生きる我々の身体に対する処し方を改めて問い直すことができ、そうした社会構造において不随意運動が主体的な生の獲得へ向けて繰り広げる様を鮮やかに浮き彫りにすることができるのである。

B) 研究の枠組みとその意義

IV章ではまず、リハビリテーションにおける秩序を根底から支える思想的背景や身体に対する規範意識の変遷をひも解いていくために、戦後から今日までの主に身体機能の回復に重点を置いてきた<障害>に対するリハビリテーション¹⁹の実践とその変容を概観する。

先ほど述べたように、リハビリテーションにおいては、クライアントに対して何か「できる」ように働きかけ、その人の「社会への適応」を目指しているという大きな文

脈が存在する。これを下支えするのは、その萌芽期では「回復アプローチ」と「代償アプローチ」²⁰という「身体障害 (impairment)」に対する認識のあり方であった。

まず、両者のアプローチはいずれも「できること」を目指す点は共通しているが、「正常な身体」に関して持っている価値は異なっている。「回復アプローチ」は「代償アプローチ」よりも医学モデル的な見方をしており、正常を基準に見立て、そこからの乖離として身体における機能や形態的な観点から障害が測定され、訓練による麻痺の回復、手術による機能・形態の回復、失語症の治療、小児の知的発達の促進などによって可能な限り正常へ近づけることが目指される。つまり「正常な身体」に肯定的な価値を持っているといえる。一方、「代償アプローチ」は「正常な身体」には大きな価値を寄せず、むしろ能力的な観点から残存機能の強化や日常生活動作 (ADL) の訓練 (残存機能の応用能力の増進—右片麻痺における左手での書字訓練など)、補助具の使用 (義肢、装具、杖、車椅子など) によって「自立的に生活が行える」ことに価値を設定している。

しかし、両者のアプローチは現実のリハビリテーションの実践現場を見れば、以上のように明確に二元化されているわけではなく、むしろリハビリテーションの萌芽期から「身体機能の回復」という目標のもと相互に補完的なものとして PT (理学療法) や OT (作業療法) というように各々の専門領域に分化され、その専門領域それ自体が“治療”という意味づけをもとに障害当事者の身体領域全体を医療 (施設) という社会的に特権化された場に囲い込むことを後押ししたのである。他方、時代を経るにつれ、障害当事者自らの権利意識や社会全体の人権に対する意識の高まりを背景に、隔離された空間ではなく、日常生活における動作や日々の社会活動の内側から正常な身体動作を能動的に行うプロセスとして、意識や意欲といった当事者本人の主体性に働きかける方向性へリハビリテーションのアプローチが変化していった。ただし、それは「身体機能の回復」という「身体障害 (impairment)」に対するまなざしや規制が無化されることを意味するのではなく、「できるようにすること」に価値を置くリハビリテーションの性質上、身体動作と日常の活動の有様が密接に結びつくことにより、「正常な身体動作」が身体をまなざす際の目指すべき規範となってリハビリにおけるトレーニーとトレーナーの関係に埋め込まれる。

そもそも、リハビリにおける自己—他者関係は、互いの身体領域が重なり合いながら遂行されるものである。仮に不随意運動のような身体動作をトレーニーがした場合、それはリハビリテーションの価値からの偏差のみならずトレーナーの身体秩序を侵犯するがゆえに、自ら意識的に正常な動作へと修正することを促されることによってそれまで潜在化していた“治療”という側面が前面に押し出されるのである。

そこで本稿では、我が国におけるリハビリテーションの変容過程を、「回復アプローチ」と「代償アプローチ」という「身体障害 (impairment)」に対する二元的な認識に基づき、病院や施設という医療を中心とした専門領域に障害当事者を囲い込みつつ、社会へ適応可能なように当事者の身体機能を改善することを主眼とした専門家主体の治

療のあり方（以下、「医療の場における専門家主体の治療モデル」）から、そうした二元的な認識ではなく、当事者の身体と生活環境の連関からクライアントのニーズ、とりわけ生活を営む上で必要な身体動作を導出し、日常生活をスムーズに営むための正常な身体動作の習得に向けて、当事者自らが意欲を出し、自己の意識の方向性や知覚に働きかけて正しい動作を導き出すという、当事者主体の一連の作業を専門家がまなざし促していくという身体への処し方（以下、「日常生活における当事者主体の気づきモデル」）へのパラダイム転換という枠組みのもとで捉え返していきたい。すなわち、日常世界から隔離された施設という閉鎖的な空間における「身体機能そのものを社会に適合可能なように作り変える」という専門家主体の働きかけのもと、「回復アプローチ」と「代償アプローチ」が区別されつつ互いに＜身体機能の回復＞に着眼点を置くことによって補完的な意味合いを帯び、さらに＜身体機能を治療によって回復する＞という医学的認識が障害当事者の生活習慣や活動を“治療”として意味づけ、その身体を専門的な枠組みの中で規制しようとする専門家主体の態度から、日常生活において身体を動かす際に、他者や外的環境との相互作用によって当事者が意識や知覚に働きかけて無意識的な動作を意識的にモニタリングし、正しい動作を身につけていく（“気づく”）ように方向づけ、その過程を他者の助けを借りつつも当事者が主体的な意志に基づいて行うようにまなざされるという当事者主体のあり方へと変化ないしは多様化させてきた。

こうした多少なりとも複雑なパラダイム転換を生じさせてきた背景には、戦後紆余曲折を辿ったリハビリテーションの手法ないし方法論の歴史的変遷がある。萌芽期には、施設という空間のもとで脳性麻痺を“治療”するべく、手術という直接的な手段を用いるか、それとも理学療法を用いて身体の姿勢調整機能を高めるかについて論争が交わされた。その後、体の反射や中枢神経に働きかけることによって姿勢を安定させ、不随意運動を軽減するという、ボイター法やボバーズ法などが編み出された（後述）。近年では、トレーニーの身体機能のみならず本人の意欲や脳、体重、関節可動域、筋力などの内部条件、重力などさまざまな外部条件、課題の特性などを総合的かつ連関的に考慮し組み合わせることによって、家庭や学校などのより日常生活に根ざした場でのニーズに合わせた身体動作や緊張の軽減、姿勢の保持や発話能力の習得といった、いわば“実用的”で生活の場で生かしていけるような取り組みも進められている。その他にも、トレーニーとトレーナーとの心理的コミュニケーションのもとでトレーニーの意識へ働きかけ、本人の意識に基づき“不必要な”動作を制御する心理学的実践も試みられている〔注10参照〕。

ところで、先に述べた「日常生活における当事者主体の気づきモデル」は、障害学によって生み出された「（障害の）社会モデル」に対して新たな視座を与えうる。障害学とは、従来の医療、社会福祉の視点から障害、障害者を捉えようとするのではなく、むしろ、逆に個人のインペアメント（損傷）の治療を至上命題とする医療、『障害者すなわち障害者福祉の対象』という枠組みからの脱却を目指す試みのことである。またそれ

は同時に、障害者独自の視点の確立を指向し、文化としての障害、障害者として生きる価値に着目するものでもある²¹。つまり、障害学とは、端的に言って障害というものを、従来の「医学モデル」的なアプローチの範囲内でのみ問題にすることを忌避し、インペアメントをもつ人々を無能力にしているものは、むしろ社会なのであって、ディスアビリティは、社会によって負わされるものなのである²²、とする「社会モデル」的なアプローチと、現代の社会における支配的な価値観から離脱し、障害者には障害者独自の文化があると主張する「文化モデル」的なアプローチ²³との二つの方向性をあわせもったものである。

以上のように、従来の障害学では「障害」に対する捉え方をインペアメントとディスアビリティに二元化し、さらにそれぞれに「医学モデル」と「社会モデル」という概念を対比させることによって社会の「障害」に対する認識および価値づけの転換を試みたのである。それは、単なる理論上の概念操作を超えて戦後から脈々と続く当事者運動において提起されてきた健常者中心の社会に対する問題意識や闘争の中から生み出された思想的実践を学術的に敷衍することにより、社会に対する告発性や運動性を高める上でのより一層の原動力となったといえる。

そうした障害学が生み出してきた理論的アプローチは学術的にも社会的にも大きな意義がある一方、「医学モデル」と「社会モデル」に二元化し、後者に主眼を置いた結果、脳性麻痺者など主に中枢神経にインペアメントが存在するとされる者にとって、避けることが難しく、むしろ日常生活を円滑に営むためには時として欠くことのできないリハビリテーションの場における身体に対する規範や医学的アプローチといった構造的な側面、並びにトレーニーとトレーナーの身体をめぐる関係性やそこから生み出される社会的コンフリクトに関してはこれまで議論の蓄積があまりなされてこなかったように思われる。

議論がなされなかったこと—それ自体を問題視したいわけではない。ないのであれば新たな研究領域を切り拓いていけばよいのである。「リハビリテーション」という場は、とにかくそこで共有される技法や知識が専門家に独占されがちな領域である。だからこそ、リハビリの場で長きにわたって自己に刻み込まれた身体経験を丹念に記述していくこと、さらにはそこで繰り広げられる身体をめぐるコンフリクトとその背景を明らかにすることが、リハビリテーションの場におけるトレーニーの主体性を問い直し、現代社会においては図らずしも“不合理”とされる不随意運動とともに生きる身体に対して、それに対する価値づけや処し方の転換を図る糸口となるのではなかろうか。

ただし、前述したことと相矛盾するのであるが、実際のリハビリテーションの場におけるトレーニーの主体性—これをリハビリに取り組んでいるまさに実践の場に持ち込むことは、トレーナーのみならずトレーニーにとってもあらゆる点において困難をもたらし、さらなるコンフリクトを生み出しかねない。そこで、B節ではそうしたリハビリテーションの場におけるトレーニーとトレーナーが共に編み出していく身体をめぐる

関係性やコンフリクトを鮮明に描き出すために、これまでの「ケア」に関する議論—ケアを受ける側であり、障害当事者の立場から介助を受ける際の身体性の問題を考察した金満里（2008）、またケアをする側の介助者の立場からケアの現場で立ち現われる身体距離のあり方や自己決定をする際のコンフリクトを論じた前田拓也（2009）など—をリハビリテーションの場で引き起こされるリアリティと対比させて論じたい。対比することによって、リハビリと日常生活におけるケア双方の類似性、または差異を明確にし、リハビリテーションにおけるリアリティをより克明に記述することが可能となるからである。そして、この作業の目的は、リハビリにおける主体性の困難というリアリティを、実感としての“困難”に止めるのではなく、また観念論を盾にして複雑な現実を単純化するのでもなく、その複雑さを丹念に考察することにより、とかく摩擦を生みがちな対他的な身体関係における＜主体性＞とはいかにあるべきか、その可能性を導き出す端緒とすることでIV章で試みる不随意運動の身体論的考察をより豊かなものとするところである。

ただし、不随意運動をめぐる身体の社会的な摩擦や葛藤は、リハビリ施設や地域の親子訓練会などの共助団体といったいわゆる公的な領域のみならず、家族というより親密な空間においても増幅され、食事や入浴などを親や兄弟といった身近な他者が介助する際に、または介助を介さずとも自己と他者との身体間の距離が容易に接触するがゆえに未分化なため、他者の身体秩序や生活領域に否応なく侵犯してしまうことによって顕在化する。

家族内で他者の身体を介して営まれる日常生活において、ふとした動作によって不随意運動をめぐるコンフリクトが顕在化すること—そのことが意味するのは、家族という親密な領域において不随意運動に対するまなざし、すなわち身体への統制が構造的に埋め込まれ、潜在していることである。こうした状況は、まず先に述べた家族間であってもあるべきはずの身体距離が否応なく無化され、他者の身体秩序や生活領域に否応なく侵犯してしまうことに起因する。

このこと自体は熟考に値するが、しかしこうした日常の身体関係のみが不随意運動、広く言えば障害とともにある身体をめぐるコンフリクトを潜在化させているわけではない。あるいは、脳性麻痺などのケアやリハビリを必要とする者が家族の一員である場合、親密で私的な領域として語られる家族と、公的な領域として措定されるリハビリ施設や病院などのケアを専門として担う社会集団が互いに混在することによって、家族における不随意運動をめぐるコンフリクトそのものが身体に対する統制装置として働いているのである。

以上のリハビリテーションの歴史、実践の場で生じる身体をめぐるコンフリクト、家族という領域において度々直面する不随意運動をめぐる摩擦、これらを鮮明に描き出せたとき、不随意運動が単なる中枢神経の損傷による不合理な動作などではなく、社会における支配的価値への挑戦として、現代文明での身体の処し方を改めて捉え返すことが

できるのである。

IV章では、不随意運動の身体論的考察によって、不随意運動を取り巻く社会の認識のあり方に対してその転換を図っていききたい。

これまで論じてきたように、不随意運動は支配的な価値や規範に対する切実で緊迫感をもった、否応なしの挑戦である。このことを説明するために、A節では〈身体社会学〉並びに〈身体論〉に関する先行研究における代表的な知見をもとに不随意運動の生成過程を記述していききたい。

まず、脳性麻痺者のみならず我々社会的行為者は一連の社会的性向、社会的場面における実践と戦略を受け入れて、肉体的な実践の全体的調和 (ensemble of corporeal practices) を図り、それによって日常生活における場 (身分) を作り出し、またそれを身体に与え返す。それゆえ、日常世界において、もしくはリハビリテーションの場で“障害”に付与されるラベリングや社会的な分類そのものが障害のある個人の「自己」の形成にとって重要な意味を与えるのである。つまり彼らは、自己、身体イメージ、そして自身を取り巻く環境とのあいだの複雑な関係を変換 (transform) させていくことによって、実際に自我 (selfhood) を形成し続けていかなければならないのである。

以上の考察は、社会学における「身体不在」を主題的に考察しているブライアン・S・ターナー (Bryan S. Turner) による「身体化」というアプローチを基盤に据えている²⁴。しかし、身体は社会によってラベリングされるばかりでなく、その外部の環境に対して「相対的に〈閉ざされ〉、まとまりをもったシステム」²⁵として生起する。ゆえに、市川浩が述べたように、身体は自己の領域にとっての有意味的環境を築いていく。こうして身体は社会構造や環境の意味に応じてその行動や身体状況を変化させ、一方で社会構造や環境は身体の行動や身体状況の変化に応じて自ら意味を変えるのである。つまり、身体は社会構造や環境と相互行為をする〈意志体〉だといえる。

ここでいう〈意志〉とは、単に「あれがしたい、これがしたい」といった願望や欲求を意味するのではなく、生きる上で自己を社会的存在として確立させ、周囲に対して確たる人間としての承認を得るために、社会環境を自らの身体秩序に応じて編成する主体的行為を指し、その行為過程において社会的価値や規範に適応しつつ自己の身体秩序を乱す恐れのある社会的な価値基準やややもすれば自己の存在を否定されかねない規範に対抗し、排除しようとする自己と社会とのせめぎ合いを通じて自己の身体領域に基づく社会的世界を形成していくという、身体を介した環境や社会に対する不断の働きかけのことをいう。

この意志があるからこそ、人間は社会的存在として環境への適応と自己の身体秩序を形成していく途上にあって激しい摩擦を引き起こしていく。仮に、社会が障害、病い、個々独自の身体秩序の差異を認めず、一方的に全体社会における規範や価値への適応を求めれば個人は社会秩序にひたすら同化していくという〈過剰適応〉²⁶を強いられる。

〈過剰適応〉という言葉は、自らが脳性麻痺者であるとともに小児科医である熊谷晋

一郎が用いた「過剰な身体内協応構造」から多くのアイデアを得ている。熊谷は自らの「痙縮」という身体の特徴をこのように表現している。脳性まひでは、随意運動や精神的緊張によって容易に「異常な姿勢や動作（一般的に不随意運動と呼ばれる）」が誘発されるといわれる。例えば、痙縮では、肩内転・内旋、肘屈曲、前腕回内位をとり、アテトーゼタイプでは、肩外転・外旋、肘屈曲、前腕回外位が出現しやすくなる。

通常、人は、歩いたり、走ったり、投げたりという日常的なパターン化された動作を行うときに、個々の筋肉や関節のそれぞれに注意を張りめぐらしながら、意識的に制御しているのではない。歩いている最中に、大髄四頭筋や腸腰筋の具合を意識しなくてもスムーズに歩くことができる。それは、多数の筋肉が個々ばらばらに意識からの指令を待っているようなトップダウン式の「縦の関係」だけでなく、意識からの指令を待たずにある筋肉の動きが他の筋肉の動きと、緩やかなつながりを持ちつつ互いに拘束し合っている「横の連携」があるということを示唆している。

このように、多くの筋肉が互いにある程度自発的に、相互の緊張ぐあいを拘束しあうような連携を持つことで、「歩け」などのようなたった一つの指示で、多くの筋肉が一斉に協調的な動きをとることが可能となる。このような「横の連携」のことを、ロシアの運動生理学者ベルンシュタインは「身体内協応構造」と呼んだ。

そもそも協応構造とは、ベルンシュタインによれば「冗長な自由度の問題を克服するために仮定された要素間の結合関係」のことである。

そのプロセスとして、ベルンシュタインは、運動制御を「先導レベル—背景レベル」という階層構造として捉え、運動目標の中核をなす部分の随意的な制御を「先導レベル」が行い、それを支える部分の無意識的な制御を「背景レベル」が協応構造によって自動的に行うと考えた。先導レベルの行う制御は行為全体ではなくなり、行為達成にとって最も重要な一部だけに特化する。その結果、「先導レベルの扱う自由度はごく少数の自由度で済み、残りの調整は背景レベルに一任される」ことになる。

以上のことから、不随意運動とともに生きる身体は「過剰な身体内協応構造」を持っているということができる。つまり、個々の筋肉の緊張の度合いが分節していないがゆえにその分運動姿勢を安定させるために必要以上に連動しようとし、運動目標に対して全身の力を総動員することによってその対象へ向かって過剰に適応しようとするのである。

他方、筆者は本研究において「過剰適応」を身体内に特有の構造とその動作のあり方、及び周囲の環境による影響という運動科学的な側面のみによって生じるのではなく、生きる上で自己を社会的存在として確立させ、周囲に対して確たる人間としての承認を得るために、社会環境を自らの身体秩序に応じて編成する主体的行為を行う過程において社会的価値や規範に適応しつつ自己の身体秩序を乱す恐れのある社会的な価値基準やややもすれば自己の存在を否定されかねない規範に対抗し、排除しようとする自己と社会とのせめぎ合いを通じて自己の身体領域に基づく独自の社会的世界を形成していく

という、身体を介した環境や社会に対する不断の働きかけにおいて、社会的価値や規範に否応なく適応させられることにより引き起こされるものと定義する。その結果、自己の意志と身体が乖離してしまい、他者、より広く言えば社会から意志に関わりなく身体をまなざされ、制御され、まるで社会によって己の身体を掴まれているような感覚に陥ってしまう。

この感覚を<癒着化>という言葉を用いることによって新たな理論を構築していきたい。“癒着”というと、官界と財界の癒着や談合などのイメージが想起されるが、医学分野では「分離しているべき組織面が線維性の組織面で連結・融合すること」²⁷と定義される。本研究ではこの定義を身体と社会との間で生じる摩擦における自己と他者双方の身体秩序のせめぎ合いとして身体論的に位置づけ、不随意運動の身体論的考察へ着手していきたい。

ただし、不随意運動を取り巻く社会的な身体秩序ないし規範は、身体と社会との相互行為によって不断に変化していく。ゆえに、不随意運動をめぐる身体と社会との摩擦は、社会の規範や価値の移り変わりに則して変化し、それは絶えることはない。それゆえ、癒着ではなく癒着化としたのである。すなわち、癒着化は固定的な“状態”として捉えるのではなく、今なお現在進行形概念なのである。

そして、最終章では不随意運動をめぐる社会が生み出す<過剰適応>と<癒着化>を解消し自由となるプロセスを、「遊び」という概念を足がかりに提起していきたい。<遊び>とは「余裕」や「ゆとり」を意味するように、一種の距離感覚だといってよい。井上俊によれば、本来<遊び>とは、実際生活からの影響を排除し実際生活への波及効果を統制するなど、実際生活に対して多少とも距離をとる形で構造化されている、という²⁸。だからこそ、社会の規範や価値基準からの逸脱もよしとされ、<遊び>そのものが楽しい経験を生み出しやすい。と同時に、社会の規範や価値基準からの逸脱が刹那的にでも許されているがゆえに、没入してしまわずに実際生活に立ち返っていくために<遊び>の対象からもまた我々は距離をとろうとする。そもそも、この距離がなければ<遊び>というものは成り立たない。

しかし、<遊び>は実際生活、すなわち日常生活の細々とした実践の内にも存在する、というのが本研究における見方である。例えば、<歩く>という発達の初期に習得される動作は、親や教師から<歩く>というそれ自体の目的のために訓練されるというよりむしろ、かけっこや何か欲しいものを掴むための動作を通じて徐々に形成されていく。この場合、それが達成されたことに対する社会的な効用などしばし脇に置き、ゆえに達成目標に対してもさほど執着しなくて済む。こうして、我々は社会の規範や規制から身をかわしつつ、時に失敗しハメを外しながら動作それ自体を時間をかけながら学んでいくのである。その際、<遊び>の只中にある当人は社会の規範や価値基準から距離をとっていると同時に、<歩く>という動作そのものからも距離をとっている。この距離が存在することによって、自らの身体と意志が一体化し、行為対象（先の例では<歩く>

という学習そのもの)との間にも社会規範に縛られずに自己の身体秩序に則した形で<歩く>という行為を遂行できる自由ないし余地が生まれるのである。ゆえに、仮に我々が周囲から「正しい動作に沿うように歩け」と指示され、その動作をまなざされれば、社会の規範や価値基準に己の身体が絡め取られてしまい、動作の全過程を自ら意識的に客体化しなければならないため、逆に<歩く>という行為対象から距離をとることができない。なぜなら、個人の意志と身体(意志体)は、互いに一体化しつつ社会環境と対峙し、社会環境への適応と抵抗を繰り返しながら独自の社会的世界を形成していく。にもかかわらず、社会的な規範や価値によって身体を規制されれば、社会環境に対して一方的に身体が過剰適応してしまい、意志と身体が乖離することで身体と社会環境とが癒着していくからである。そして、己の意志体と社会環境との間にはもはや<遊び>は生まれない。

一方、脳性麻痺とともに生きる筆者の場合はどうだろうか。通常、脳性麻痺者の身体は生後すぐに医師や専門家から治療の対象としてまなざされる。やがて、リハビリテーションが専門の療養施設へ通いつめ、理学療法士などから不随意運動といった動作を規制される。その上、特に母親に対し家庭での日常生活においても日ごろの脳性麻痺者の身体動作を指導することを促されるため、社会の身体規制は脳性麻痺者の全ての生活領域にわたって張り巡らされることとなる。

要するに、脳性麻痺者の身体は<遊び>を生みにくい身体だといえる。では、いかにすれば脳性麻痺者の身体に<遊び>を取り戻せるのか。これが本稿の最終章にて取り組むべき課題である。

III. 不随意運動が社会へ問いかけるもの—リハビリテーションでの体験から—

A) 日本におけるリハビリテーションの流れ—「医療の場における専門家主体の治療モデル」から「日常生活における当事者主体の気づきモデル」へ

「障害」というのは、社会的な価値基準や規範に基づき築かれてきた社会制度や生活スタイルと物理的環境、労働や消費による分配システム、またそれを支え再生産していくために要請される身体機能や知的能力に馴染めず、それゆえ社会への参入が阻まれ、その結果として生じる生活上の困難や社会的な摩擦のことである。

他方、今日に至るまでのリハビリテーションの流れを概観すれば、社会は「障害」という多様な運動ないしは活動の形態を併せ持つ身体を承認し包摂すべく自らの制度や価値意識を転換する代わりに、一方的に障害とともに生きる身体に対して過剰な適応を強いてきたということが具に見てとれる。そもそも、先に述べたように、リハビリテーションにおいては、クライアントに対して何か「できる」ように働きかけ、その人の「社会への適応」を目指しているという大きな文脈が存在する。ただし、一言で「社会への適応」といっても、そのアプローチやクライアントへの働きかける手法は時代を経るにつれ変化しており、今日ではより多様性に富んだものとなっている。しかし、にもかかわらず、「障害者本人の身体機能に着目し、それを治療により改善させる」というこれまでのリハビリテーションの根底に流れる「身体障害 (impairment)」に対する認識のあり方そのものは根本的には転換がなされておらず、したがってそれが障害当事者の身体に対する閉塞的な社会認識のあり方、さらにはその身体とともに生きる彼／彼女にとっても、リハビリを受ける場さらには家庭、教育、労働といった社会において生きていく上で多少なりとも自己の身体やアイデンティティに対して閉塞感をもたらしているのではないか、というのが筆者の見方である。

ではなぜ、このような「身体障害 (impairment)」に対する認識のあり方が障害とともに生きる身体に対して閉塞感をもたらすのか。この認識の在り方はこれまでのリハビリテーションの展開が当初から紆余曲折を辿ることとなった思想的背景を如実に表出させているのである。

以下では、戦後から今日に至るまでの我が国のリハビリテーションの史的展開を振り返ることにより、障害当事者の身体に対していかなる閉塞感をもたらしていったのかを述べていきたい。

まず世界史的な視点に立てば、20世紀初頭、アメリカでは障害者に対する医療・福祉サービスを統合し、リハビリテーションと呼ぶことが提唱された。第一次世界大戦で負傷した軍人に対し、米国の陸軍病院では理学療法や作業療法さらに職業訓練までも実施し、この部門をリハビリテーション部門としたのである。この戦争を背景とした施策により、リハビリテーションの意味づけが＜犯罪者の更生>²⁹から、＜傷痍軍人の復権

→へと変化を遂げていったのである。この時代になり、リハビリテーションに医学が積極的に応用され始めた。その後は急速に疫病と障害を対象としたリハビリテーションが普及していった。主にポリオなどによる肢体不自由児、四肢の切断者、精神障害者さらに結核患者などに対するリハビリテーションである。こうした経緯で「リハビリテーション」という言葉がさほど抵抗がなく社会に普及するようになったのである。

「リハビリテーション」が更に発展したのは第二次世界大戦の最中である。第一次世界大戦同様、傷ついた軍人に対し帰還後の治療保障や就労の促進、生活の安定などの点で国家が責任を持たなければならないからである。そうした経緯をへて、アメリカでは1942年に全国評議会においてリハビリテーションを「障害を受けた者に対して、彼のなしうる最大の身体的、精神的、社会的、職業的、経済的な有用性を有するまでに回復させること」と定義づけたのである。

一方、終戦直後の日本はGHQの指導により「リハビリテーション」を「更生」と訳していた。障害者対策の推進の際に、当時の厚生省は「更生」という言葉を使用し、各都道府県には身体障害者更生相談所が設置された。しかし、「更生」とは犯罪者の社会復帰というイメージが残存しており、当然のごとく障害当事者らは反発し、その後厚生省は更生施設を身体障害者センターや福祉センターの名称に変更していった経緯がある³⁰。

以上を社会的背景として、1950年代に我が国では、少しでも障害当事者が社会に適応できる体になるための対症療法のありかたをめぐる、外科手術による介入がよいか、それとも理学療法による介入のほうがよいかという意見の対立があった。その方法をめぐる論争としては、1950年代に国立身体障害者更生指導所(1964年に旧国立身体障害者センターに改称)の医務課長であった和田博夫と心理判定員であった田中豊の間で交わされたものが有名であるが、以下、簡単に触れてみたい。

和田博夫と田中豊の論争を考えるためには、旧国立身体障害者センターを抜きにしてはありえない。旧国立身体障害センターは昭和24年に相模原から新宿の戸山町に移り、当時は東洋一の規模を誇る我が国の代表的国立更生援護施設として全国から入所者を受け入れ、身体障害者に対する自動車運転訓練などを含む多面にわたる社会復帰訓練と共に、義肢装具製作技術者、理学療法士、作業療法士など関連職種の研修などを実施していた。しかし昭和40年代に入ると、障害者問題は国際的な規模で取り上げられ、対象となる障害像の変化に伴い、施設設備・サービスの内容なども新たな対応が求められるようになった。このような背景の中で国立総合リハビリテーションセンター構想が具体的に検討されるようになり、結局、現在の国立身体障害者リハビリテーションセンターが、埼玉県のとんざりに開設された。

このような沿革を持つ旧国立身体障害センターに勤務していた和田博夫と田中豊との間で、1950年代に全身に障害のある人に対する治療法をめぐる激しい論争が繰り広げられた。

当時の和田の主張は「脳性マヒ者やポリオ患者は、整形外科手術による治療でしか救われぬ」というものであり、一方の田中の主張は「脳性マヒ者やポリオ患者に対する整形外科手術には限界がある。理学療法としての全身の姿勢調整以外には治療法はない」というものであった。

その後のことはここでは詳しくは触れないが、和田は脳性マヒ者やポリオ患者に整形外科手術の「足関節固定術」や「拘縮除去術」を数多く施し「整形外科医の中の神様」と呼ばれるようになり、財団法人ひふみ会南多摩整形外科病院の理事長・院長である松尾隆を始めとする多くの後進を生み出すこととなった。ただし、彼の施術を受けた当事者の中から障害がかえって重くなったという告発がなされたということは明記すべきである。またその一方で、田中は救護施設「東京久留米園」の創設者の一人として社会福祉法人まりも会の運営を支え、障害のある人の福祉の分野で多大な影響力を持つようになった³¹。

一方、1970年初期になると、従来からの理学療法と整形外科的の手術に限界が見え始めていた。このころから神経発達学的なアプローチが画期的な効果をもたらすと注目され、世界的にも一世を風靡した。日本の理学療法士たちも直接外国へ行ってPNF、ブルーストローム、ボバース法などの治療理論と技術を学び、日本でそれを普及した。1970年代中頃にはさらに、エアーズ、ボイタ、ペトーなどの治療法が日本に紹介された。この時代に流布していた運動発達と運動制御に関する理論は、「反射と中枢神経の発達に基づいた階層と成熟の理論」であり、その代表例はボイタ法とボバース法であった。

ボイタ法は正常発達をガイドするために、外部からの指圧による圧迫刺激を身体関節や骨、筋肉に与えることによってその刺激に対する反射運動を生じさせ、自動的な姿勢反応と平衡反応を活性化しようとするものである。治療は時として痛みを伴うこともあり、子どもたちはしばしば泣く。ボイタ法は、ヨーロッパとアジアで使われて、アメリカ合衆国では決して人気が高くならなかった。

ボバース法は、経験で得られたことと、有効な神経科学の最新の知見をもとに、理論と治療テクニックを常に更新し続けた。治療原則には、体重移動と体重負荷、そして筋緊張の正常化とが含まれる。運動コントロールの知識が進化するに従い、理論と実践が現在に至るまで変化し続けている。その一貫性の欠如が評価を難しくしている。

この時代、マスコミは「脳性まひは治る」とセンセーショナルに書き立て、これに翻弄された親子がいるのも事実である。親、特に母親の多くはほとんどのことを犠牲にして子どもの訓練に集中していた。

しかしその後、とかく経験主義、権威主義に陥りがちなリハビリに対して、統計学的な「科学的根拠」に基づいて正確な評価をなすべきだ、という風潮が高まってきた。そして一連の臨床研究の結果、これら神経発達学的なアプローチの治療効果については、統計的に見たときに十分な科学的根拠がないということがないということがわかって

きた。現在、根拠がほぼ確立されている介入法としては、「痙性を増加させることなく、筋力を増強する漸増的抵抗筋力トレーニング」「バランス能力の向上、骨密度の増加、筋緊張の減少をもたらす姿勢バランストレーニング」「関節可動域を改善させ、痙性を減少させる持続的ストレッチング」などに限られる。

他方、1981年の国際障害者年と前後して、日本でもアメリカ型の自立生活運動が1986年に東京都八王子市でスタートしたヒューマンケア協会を皮切りに全国に広がり始めた。そして、1991年に全国自立生活センター協議会（JIL）が発足したのである。

そのような当事者運動を背景として、1989年、東京都障害者福祉センターや日本社会事業大学などの障害者福祉の専門家が中心となって、自立生活問題研究全国集会（自立研。その後「自立生活研究全国集会」と名称を変更）が開かれた。研究者から声をかけられて参加する形から、障害者が中心になって企画し、研究者と連携する形がJIL発足後できてきた。自立研の中では、国内の連帯にとどまらず国際連帯を模索し、日米自立生活セミナーの開催（96年）、アジア支援の国際自立生活フォーラムの開催（98年）などを積極的に取り組み、国内外で運動を大きく加速させた。それと並行して、「専門家主導ではなく当事者中心のリハビリを」「健常者に近づくためではなく、社会参加の平等に照準した配慮を」という思想的潮流が確立してきた。

1980年にWHOで採択されたICIDH（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps、国際障害分類）³²や、その改訂版であるICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類）では、従来当事者の身体に帰責されがちだった「障害」という概念を見直し、社会における構成員の身体的多様性に対応しきれていない社会の配慮不足を可視化した。ICFでは、従来一緒くたにされていた障害を、①心身機能 body functions や身体構造 body structures のレベルで生じる障害（例：痙性やアテトーゼ）、②活動 activities のレベルで生じる障害（例：歩行できない、入浴できない）、③参加 participation のレベルで生じる障害（例：映画館に入れない、投票できない）、の3つのレベルに分け、さらにこの3つのレベルで生じる障害を引き起こすバックグラウンドとして環境因子 environmental factors と個人因子 personal factors を挙げ、またその時々の変調や病気（disorder/disease）といった健康状態 health condition を全てのレベルにおいて考慮に入れることで、この3つのレベルで生じる障害を相関的・連関的に結びつけた³³。

ただし、ICFに対しては批判もある。たとえば倉本は、「インペアメント／ディスアビリティ、つまり、身体／社会という二分法をとることで、問題の所在を明確化したのである。問われるべきは社会であり身体ではない、これが社会モデルの端的な主張である」とする立場から、「ICFは、医療モデルと社会モデルの統合をうたっているが、そのようなことは論理的に不可能である。たとえ、環境因子を導入し、各要素間の関係を複線的なものにしたところで、社会的不利益の発生に生物学的／医学的な意味での身

体の関与を認める限り、それは別ヴァージョンの医療モデル／個人モデルでしかない」³⁴と述べている。

そのような<障害>に関する概念上の変化の中で、リハビリの介入ポイントも、機能と構造 function and structure レベルから、徐々に活動 activities レベル、そして参加 participation レベルへと焦点が移っていった。最近では、子どもとその家族が、彼ら自身のゴールを自ら設定し、家族のニーズに基づいてそのプログラムを指揮する「家族中心機能訓練 family-centered functional therapy」「機能的治療プログラム functional therapy program」「生態学的アプローチ ecological approach」などと呼ばれるアプローチが注目されつつある。

これらのアプローチが準拠する理論は、ダイナミックシステム理論と呼ばれるものである。これは近年、神経成熟理論に替わって発達のプロセスを説明するものとして提唱されているもので、意欲や脳、体重、関節可動域、筋力などの内部条件、重力などさまざまな外部条件、課題の特性などの多くの「サブシステム」の相互行為によって、課題や状況に応じた行動が形成されるとする理論である。各々のサブシステムを変更することで、最も効率的な運動行動を達成する可能性があると考えられており、正常運動パターンを促すという従来の訓練法と違い、本人に関わる条件や外部条件を変容させることや現実の行動の文脈での繰り返しの実践が重要視される。まだ十分な科学的根拠が確立しているとは言い難いが、「ボイタ法やボバース法を行った場合とを比較し、有意に有効な結果を得た」との報告もある。

以上述べてきたリハビリテーションの歴史的変遷を辿る過程において、<障害>とそれとともに生きる身体に対する認識の変化をいかに読み取るかは様々な切り口があり得るが、本稿では概して「医療の場における専門家主体の治療モデル」から「日常生活における当事者主体の気づきモデル」への変化として捉え、2つのパラダイムを軸に以下の考察を試みることにする。

まず、先に示した「医療の場における専門家主体の治療モデル」では、障害とともに生きる当事者が施設という閉鎖的な空間に身を置くことで日常世界から隔離され、<医学>という実動的な社会統制装置としての専門領域へ囲い込まれ、「健常者の身体」からの完全なる逸脱として手術などにより直接的あるいは暴力的にその逸脱を克服あるいは無化することが社会的に要請される。「健常者の身体」というのは、その実単に疫病や腫瘍を取り除き治癒した身体や、またはそれに罹らない健康で丈夫な身体を意味するのではなく、各々の<国家>という社会システムの下、日々の生活活動を安定的に営み、なおかつより物質的・文化的に発展させていくために必要とされる身体能力や学習能力を高め、その能力に基づいた生産や再生産による財や生活資源の分配という社会の基盤をなす循環的なシステムを維持したいという社会の成員の総意、そこから生起する連帯性をもった規範として立ち現われるイデオロギーなのである。とりわけ、日本においては、戦後から 1980 年代まで続いた高度経済成長期において商品生産の拡大、それ

による所得の倍増や国家規模の観点からみた生活の均質な向上が生じ、そうした社会情勢に後押しされる形で均質的な豊かさを求める社会意識が高まった。その高まりとともに、家族形態や教育過程、産業構造や各々の働き方そのものが均質的な豊かさを安定的に発展させるための秩序として構造化されていった。こうした豊かさに向けての社会意識の高まりや基盤作りが、社会の成員の身体を規制するイデオロギーを醸成し、そのイデオロギーを具現化する社会統制装置として〈医学〉という専門領域を特権化する素地を与えた側面は否めない。

こうした社会的イデオロギーが、よもや社会を支える安定的な基盤を揺るがしかねない逸脱した身体を囲い込むことによって社会の動揺を回避し、社会の仕組みに対して適応可能なものへと身体機能そのものを“作り変える”ことができる社会統制装置として〈医学〉という専門領域を権威づける。さらに、こうした権威づけは、医療の場での専門家とクライアントとの関係性において影響を及ぼし、クライアントを本人の意志や生活状況に関わらず、身体の“損傷部位”によって医学的に定義づけられた患者として客体化してしまう。

障害当事者の身体を機能的損傷として治療の対象とみなすことは、本人の意志と身体の断絶をもたらし、あらゆる社会関係から孤立した治療すべき客体として疎外することを意味する。クライアントに対する医療の囲い込みが引き起こす専門家とクライアントの関係性は、リハビリテーションに関する手法やクライアントに対する働きかけのあり方に関して、専門家とそれを受ける障害当事者との間で意思疎通が図られることはなくなり、互いが他者に対する要求や共感という社会的存在として承認することで成り立つ相互行為を求めようとしないがゆえに、あたかも主体的な意志を発しない〈透明な存在〉として立ち現われるのである。しかし、〈透明な存在〉としての関係性は、自己と他者が相対している限り、リハビリテーションという領域における秩序や権威を維持していくための虚像でしかあり得ず、ゆえに虚像をкаろうじて維持していくためにはそれなりの身のこなし方もまた求められるのである。すなわち、専門家はひたすら障害当事者という他者の身体に対してその部位を区分けにすることによって、“科学的”かつ“客観的”に治療することに専念し、他方でクライアントである障害当事者は自らの主体性や意志がなきものとしての役割を担わされ、同時に医療やリハビリテーションにおいて求められる専門家の指示や実践に“素直に”従うという意味での受動的な態度や言動、「健常者の身体」に少しでも近づくためにけなげに努力するというリハビリテーションの場において刷り込まれた患者としての役割とが表裏一体となって日々繰り返される実践の中で内面化していく。

以上のような日常世界から隔絶され社会的に権威づけられた専門領域に囲い込まれた空間においては、専門家による当事者の身体の独占が構造的に引き起こされていく。つまり健常者の身体を社会的な規範として体現した専門家自らが施設という閉鎖的な空間を身体化し、当事者の身体動作や姿勢、さらには生活習慣や活動範囲をも専門領域

独自の身体秩序に立って規制していくのである。それは例えば、リハビリテーションを実践していく際の姿勢の保持や身体動作に関してのトレーナーへの指示、回復アプローチと代償アプローチという「身体障害」に対する二元的な認識のもと、理学療法（PT）と作業療法（OT）といった縦割りの専門領域の形成、のみならず施設内での起床や就寝時間の設定、移動手段の制限（車イスを使用するか、もしくは体力増強のために四つ這いをするかなど）、食事の仕方（自力で食べるか施設職員や看護師の介助を受けるか）、さらには“患者”の専門家に対する態度や言動（素直に指示に従うか、けなげに努力するか）といった施設という閉鎖的な空間が内包する構造化された身体規則や活動の制限によって如実に示されている。そうした身体規則を侵犯し逸脱することは、専門家独自で築き上げてきた「障害」に対する学術的・実践的な知識体系、さらにはそれらが教育や労働といった社会の安定的な基盤を形作る上で欠くことのできない生産システムや再生産システムを下支えすることで社会的に承認される職業的領分を大きく揺るがすことになりかねない。のみならず、リハビリや施設での生活介助における相互の身体的接触は、いつ何時専門領域を担う主体にとっての身体秩序や活動領域を脅かすことにつながりかねず、仮にそうなればリハビリテーションや介助を供給していく際の人手や体力などのキャパシティーという、供給する側の身体的・組織的な限界をも超え出してしまう。そして、これらの諸要素が複合的に絡み合うことによって、リハビリテーションという専門領域を社会統制装置たらしめるのである。

しかし、外的な社会環境から隔離されることによって形成される閉鎖的な空間は、画一的な秩序が求められるがゆえに多様な意見や活動を抑止する傾向にあるため、かえって専門領域の外部から圧力や社会的な告発を受ければ、その秩序を支える規範や“専門性”を裏打ちする知識体系は大きく揺さぶられる。事実、障害当事者は施設を飛び出し、健常者中心の社会において自立生活運動を活発に展開していくなかで、リハビリテーションを当事者主体のものにしようと粘り強い働きかけを行ってきたのである。

そうした当事者運動による権利意識の高まりとともに、戦後から我が国の豊かさを支えてきた連帯性の強い社会システムが経済状況や産業構造の変化によって大きく揺らぎ、個人の価値観やライフスタイルも多様化してきた。こうした社会の変動に伴って、個々の身体を価値づけ規制する社会規範のあり方も変化しており、その様相は以下のよう描くことができる。

すなわち、身体に対する規範意識とそれに基づく規制は、均質的な富を分配する集約型の社会システムを支えるために病気や障害といった社会的に逸脱した個人を連帯意識によって権威づけられた専門領域に囲い込むことでシステムの均質性を保ち、社会へ適応可能なように身体機能や形態そのものを“作り変える”という原状回復的なものから、法的な制度のみならず、学校や職場その他の公的な場で求められる立ち居振る舞いを自己と他者との社会関係やそこから生じる相互のまなざしが規定することにより、個人が日常世界において生活習慣や行動の自主的な管理を主体的な意志や選択に基づい

て行うように促すものとして個人の意志や意識に対して働きかけていく形へと変化してきた。ゆえにその自主的な身体管理を実践することが個人を社会的存在として同一化するための不可欠な要素となるのである。したがって、身体規制に関する社会の要請は、もはや病院や療養施設という専門領域主体の囲い込みによって担われるのではなく、日々の生活習慣や行動、娯楽や快樂を含めた最も私的な領域まで個人自らが意識的あるいは自覚的に規制を張り巡らすように努力することで果される。

以上の社会の個々の身体に対する規制もしくは処し方の変化と軌を一にして、リハビリテーションの手法ないしアプローチも、専門家が主体となって障害当事者の身体へ働きかけるというパターンリスティックな態度から、日常世界において当事者本人の身体の特性とそれを取り巻く周囲の環境ないし重力、さらには食事や入浴、学習といった生活する上で必然的に生じる当事者や家族にとってのニーズとの相互的な連関において、本人がこれらのニーズを十分にこなすことが可能となるように、時には物理的環境をも改善しつつ当事者が主体的に姿勢を制御し、不随意運動といった生活上の妨げとなるような“不必要な動作”を他者の手を借りて和らげていくというあり方に変化していった。その中で、クライアントである当事者本人の知覚や心理に働きかけることで、身体を動かす際の意識の方向性、身体を動かそうとする（動機づけという意味での）意志、身体動作をより向上させることへの意欲を引き出し、身体機能は言うまでもなくその動作や心理状態、生活や活動における姿勢を正常な発達へと導いていくという態度ないし視点をもつように変化しつつある。

昨今のリハビリテーションにおける個人の身体に対する認識の大きな転換が示唆するのは、実践現場におけるトレーニーである障害当事者と指導し働きかける側である理学療法士など（トレーナー）との関係性やコミュニケーションをいかに築いていくかが運動目標を達成する上で避けられない不可欠な課題となるということである。リハビリに携わる者は単に身体部位を観察すればよいというのではもはやなく、トレーニーとトレーナーの双方向の意思疎通を通して、「それは違う、正しいのはこの動きだよ」と言葉や身体でもってトレーニーの意識や動作の方向性に対して働きかけを行い、「そう、それが正しい動き。よくできたね」と励ますことでリハビリに対する意欲や動機づけを喚起する役割を担う。こうした意思疎通を前提とした関係においては、両者は相手の意図や思惑を察知できずいわば何を考えているのかわからない＜透明な存在＞とはなりえず、意識的にも無意識的にも各々の人生過程や社会環境において培われた価値観や規範意識、障害に対する認識をリハビリテーションの場へ持ち込むのである。互いの身体に対する規範意識や価値観を持ち込んだ上、実践においてはしばしば双方の身体が接触する場となりうるため、互いの身体領域が重なり合うという点でリハビリテーションの場は日常生活において行われる食事介助や入浴介助といったケアがもつ側面と多かれ少なかれ類似性を帯びてくる。

一方、リハビリテーションの場では、ケアや介護の現場とはちがひ、＜トレーニーを

正常に発達させる>という日常とは隔絶されたいわば社会的に権威づけられた規範ないしは価値基準がその空間自体を価値づけている。それらのリハビリを価値づける社会的通念が、トレーニーの身体を規制することを促し、それがまたリハビリテーションの場にある種の緊張関係を内在させるのである。

リハビリテーションに内在する緊張関係—これを解消し、トレーニーとトレーナーが各々固有の身体秩序を承認し、リハビリを遂行する上でより良いパートナーシップを築いていくプロセスはいかにあるべきか。確かに、<正常発達>というリハビリテーションを支える概念そのものが健常者中心の社会における価値基準であるといって切り捨てることもできなくもないが、そうすればリハビリテーションによって受けている、あるいは受ける権利を保障されるべき当事者にとっての利益をないがしろにしまいかねず、リハビリテーションの実践において築かれていく複雑な社会関係や構造をむやみに単純化することで本質的な問題点を看過してしまいかねないのである。

次節では、リハビリテーションにおいて立ち現われる身体をめぐる複雑な社会関係を、「(トレーニーにとっての) 主体性の困難」というテーマをあえて設定し、また「ケア」におけるコンフリクトとその思想的実践とを対比させることによって鮮明にひも解いていきたい。

B) リハビリにおける不随意運動をめぐる身体—社会関係のリアリティと主体性の困難

重度の障害当事者である金満里は、ケアされる立場から自己と介護者という他者との身体をめぐる関係性について次のように述べている。

重度の私にとって何かをするというのは、「介護を受けて」するというよりも、「介護を行なう体を通して」何かをする、ということである。そのくらい介護は私の中に溶け込んでいる。しかしそれはよく考えてみると、私が無意識レベルで、その介護者の体の個別性に向き合いきっている状態だといえる。私の物事への認識は、プロセスの全てにおいて介護者の個別身体が介在しているために、必然的に介護者の体の在り方からも影響を受けることとなる。(—省略—)私の自己の体への認識は、介護者の体と渾然一体になったものという点からしか始まらないのである。日々替わる介護者の体の在り方がまずありきであって、介護を受ける側の私は、相手となる介護者の体しだいで自分の生活の動きの質が規定されてしまう部分が大きいと認識している。だから物事を進めるか否かといった瞬時の判断をするときに、私の体と介護者の体という二人分で考える、いや、正確に言えば、重度の自分の体はむしろ問題ではなく、介護

する相手の体の一人分でしか考慮していない状態だとさえ言えるのだ。障害者にとって介護が普通になると、自分が身障であるということと介護者の体とが分かちがたく結びつき、渾然一体のものと化してしまうのである。³⁵

そうであるからこそ、障害当事者は自己に対して、介護する側との隔絶を意識的に図らないと、介護者との関係性においても、また自らの身体に対しても非常に危ういことになる。

それは端的に、介護する側が、介護に関与する以前に一個人としての人間であるという事実から起因する。その一個人としての人間がこれまで何を価値として生きてきたか、またいかなる規範意識をもって社会と対峙してきたか、といった人間観あるいはその人自身の他者との関わり方を引きずる上でしか体で行う障害当事者への介護はあり得ない。

介護者が自らの人間観や規範意識といった、金の言葉を借りれば「主観的な価値観」を引きずったままでは、介護者の身体でもって個々の障害者のやりたい生活やこう生きたいんだという意志を拾うことが上手くできず、障害者の身体を受け入れられる介護とはならないばかりか、無自覚にも障害者の生きる力を奪いかねないのである。介護とは、まさしく障害者自身が生きるために他人に介護されることを受け入れることであり、障害者が自己の生き方を何とか模索し実現させようとする姿に対して、介護はその生への探求に最も近いところにあって介護者として触れることを意味する。

以上のことは、＜介護＞という文脈のみならず、リハビリテーションの場においてもしばしば顕在化する問題である。リハビリテーションといっても多様なアプローチや形態が考えられるが、ここで取り上げる事例は、トレーニーの意識や知覚といった心理的なものに働きかけつつ、身体を動かしながら正常な動作を徐々に引き出していくという手法であり、筆者自らが長年継続しているリハビリテーション法である。

以上のようなリハビリテーションの場において、トレーニー自身の心理的な側面からの＜主体性＞あるいは＜能動性＞がその工程にわたって求められるということは、トレーニーとトレーナーの意思疎通が緊密に図られることを重視することでもある。したがって、実際にトレーナーがトレーニーの体に触れていく前に、事前の相互理解が試みられることがしばしばある。トレーニーのその時々々の体調やトレーニー自身が取り組みたい課題や目標、具体的には「肩に緊張が入っているからほぐしたい」、「日常生活での姿勢を整えたい」、「歩きたい」などの希望にトレーナーが耳を傾ける。そうした事前のコミュニケーションを経て、いざトレーナーはトレーニーの身体へと触れていく。

上述のトレーニーとトレーナーの意思疎通で注目すべきは、トレーニーが発する希望それ自体が「できるようにする」というリハビリテーション的価値の達成に向けて両者を動機づける針路を開いているということである。この意思疎通において立ち現われるリアリティとは、簡潔に言えばリハビリにおいては＜正常発達＞という通念的な価値基

準が一方であり、同時にトレーニーの緊張をときほぐしリハビリをスムーズに行うべく双方の信頼関係を築いていくために、トレーニー独自の身体の固有性と向き合いつつそれを受け入れていかなければならないというトレーナーとしてのあるべき姿勢、あるいは専門家としての職業的な役割規範が互いに交叉し、そのどちらもがリハビリの全工程に対して取り組む際の両者の態度を規定していくということである。

このリハビリテーションに内在する二律背反的な価値ないし規範から、トレーニーにとっての〈主体性〉をもつことのリアリティとそれが孕む困難を考えていきたい。実際にトレーニーが達成課題をこなしていく際、彼／彼女は正しい動作へと少しでも近づくために体の筋緊張を調節して自己の身体秩序を整えようとする。整える過程において、トレーニーは意識的に日常とは違う姿勢や動きを身につけようとする。こうしたリハビリテーション的価値をある程度内面化した上でのトレーニーの能動的な働きかけは、あわよくば〈正常な動作〉というリハビリテーション的価値ないし規範からうまく距離をとり、むしろそこから自由になることによって、時間をかけながら緊張をほぐし、不随意運動を軽減し、自らの身体秩序に沿った形で負担のない動作を身体化できる。〈正常な動作〉というリハビリテーションの、広くいえば社会から要請に基づいた規範からうまく距離をとることが可能となったとき、リハビリの場は日常とはかけ離れたトレーニーの身体を囲い込む空間としてではなく、トレーニーの身体秩序に則した日常の生活領域へと橋渡しをする場となる。ゆえに、動作訓練それ自体が時間や画一的な基準に縛られない、トレーニーにとってのくつろぎ安らぐものとして、つまり生活の中に〈遊び〉をもたらすものとしての側面を帯びてくるのである。

しかし、トレーニーにとってリハビリの達成課題を念頭に置きつつ自己の身体へ能動的に働きかけるということは、そうした達成課題が〈正常な動作〉を身につけなければならないという意味での規範性を帯びてくればくるほど、リハビリテーション的価値から距離をとることを相当に難しくさせる。本来、我々が日常を過度の負担なく過ごすためには身体動作をほぼ無意識的に行うことが必要なのであり、そのためには周囲の環境からの働きかけに対して緩やかに適応すると同時にそれらを排除することで自らの意志で身体領域を自己組織化するという、独自の社会的世界を築いていくための身体と環境との相互行為が可能となる余地を、身体と環境との間において見出していかなければならない。動作を無意識的に行うということは、周囲から身体が規制され社会の秩序に対して身体が否応なく適応させられるのではなく、生活の営みという日々のルーティーンの中で無意識の動作そのものが社会環境へ働きかける志向的行為と一体化し、その意志と身体（意志体）がともに環境との間における距離を生み出すことによって可能となる。

一方、〈正常な身体動作〉を達成課題に据えることを前提としてトレーニーが自らの身体へ能動的に働きかけを行うことは、その達成課題そのものが自らの身体や振る舞いを規制する規範となり、その規範がトレーニーに対して自らの身体を意識的に規制することを促すための素地を作ることにもつながっていく。その結果、自らの姿勢や動作と

いった身体それ自体を、まるで自己とはかけ離れたモノであるかのようにトレーニー自身が意識的に客体化しなければならぬため、意志と身体の隔絶をもたらし、ややもすれば身体のみがリハビリにおける価値ないし規範に過剰に適応しようとし、その行為自体がさらなる筋緊張や不随意運動を生み、トレーナーによるトレーニーの身体に対する規制ないしまなざしがいつそう高まることにもなっていく。

ただし通常、リハビリテーションにおいては、トレーニーによる能動的な働きかけといっても、それはトレーニーが全ての動作の過程を独力でやり通すことを必ずしも意味しない。たいていの場合、緊張をほぐす、正しい座位の姿勢をとる、両足に均等に重心をかけて立つ、という課題に取り組む際の一瞬一瞬に、トレーニーはトレーナーの手による身体への直接的な働きかけや声かけ、息づかいを介在させる。トレーニーが自らトレーナーの身体の動きにある程度身を委ねてしまうことで、達成課題をこなしていくための身体秩序を無理なく整えることが可能となり、リハビリテーション的価値に過剰に適応するがゆえに生じる筋緊張や不随意運動を軽減できるからである。

しかし、トレーナーに身を委ねることはそれ自体が不随意運動をめぐる身体のコンフリクトを引き起こしてしまう、という点でそれは裏腹なのだ。それは、金が述べたように「プロセスの全てにおいて介護者の個別身体が介在しているために、必然的に介護者の体の在り方からも影響を受けることとなる」という〈介護〉あるいは〈ケア〉の文脈上における身体性の問題を、リハビリを行う過程においても浮上させるということである。リハビリテーションにおけるトレーニーの役割とは、トレーナーからの働きかけをただ受けるという受動的なものではなく、厳密にはトレーナーの体を通して〈緊張をほぐす〉あるいは〈歩く〉といった一つ一つの動作を能動的に成し遂げることにある。他者の体を通して行為することは、トレーニーにとってはトレーナーの身体の個別性に否応なく向き合わなければならない必然性が生じてくる。リハビリにおいても、トレーニー自らの身体への認識は、トレーナーの身体と渾然一体となったものでしか始まらない。

二つの相異なる身体が渾然一体となることは、相対する他者の身体のあり方、体格や力の入れ具合、意識の方向性によってトレーニーが行う行為の質や方向性、そのために形成される身体の秩序が規定されるということである。確かに、事前の打ち合わせで行われるトレーニーとトレーナーのコミュニケーションでは、トレーニーの希望が聞かれ、まさしく彼／彼女の意志や意欲、身体の個別性が尊重される。けれども、実際にリハビリ訓練を行っていく過程で生じる、肩や腰が動きにくいなどのつまづきや困難、すなわちトレーニーにとっての「できないこと」は、行為のそのときどきによって常に構成されていく（認識される）ものであるから、「できないこと」に対応して支援することは、常に困難を伴う。それは、過去の体験で培われた対処法や専門知識を参照してあらかじめ「できないこと」を予想し、トレーナーが先回りして予想される「できないこと」に対処するか、そうでなければすでに「できないこと」が起こった後でしか支援をするこ

とができない³⁶。

意思疎通によって提起された達成課題をこなしていく行為の主体は、リハビリに求められる<究極の理想>からすればトレーニーの側にある。だが、実際のリハビリテーションの場における達成課題に向けての行為は、その時々具体的な場面に依存した、トレーニーとトレーナーとの共同作業なのである。それゆえ、行為主体の事前の意図や目的を越え出る可能性は常に孕まれているし、結果的にその行為自体に、トレーナーの介入が不可避的に含まれることもあり得る。なされた行為が自覚され、分節化されるのは、多くの場合、その行為がなされた後なのだ。

それゆえ分節化される以前の行為においては、「できないこと」は必ずしも、トレーニーによって事前に自覚されているとは限らない。それはしばしば、トレーニーとトレーナーの双方によって行為遂行的（パフォーマンスティブ）に構成され、認識されるものであるから、「先回り」という配慮は時に必要とされる。これらのことから、トレーナーの介入を「パターンリスティックな行為」として完全に排除することは不可能だと言えよう³⁷。

以上のことから浮かび上がるリハビリテーションの場におけるトレーニーとトレーナーの身体をめぐる社会関係のリアリティとその場で生じるコンフリクトとは、次の通りである。まず行為の主目的（「どの部位の緊張を緩めたいか」「最終目標はどこに設定するか」など、総じて“What to do”）は両者間に共有されており、その主目的の決定や選択に際してはトレーニーとトレーナー双方の意思疎通によって一定の合意が図られる。この次元での双方の関係性の構築は、リハビリテーションにおける社会的あるいは職業的倫理という側面からもトレーニーの身体をよく理解することの重要であるという観点から前提的に承認ないし奨励していることであり、非問題的である。では、どこにコンフリクト発生の方が存在するのか。それは、主目的がトレーニーとトレーナーの相互作用という形で達成される具体的過程やその仕方（“How to do”）にある。

リハビリにおいて提起された<正しい動作>という課題を達成される具体的過程やその仕方（“How to do”）には、それ自体がトレーニーに対して何か「できる」ように働きかけ、その人の「社会への適応」を目指していること、さらに言えばトレーニー本人が意識的に身体を制御し、他者の助けを借りつつも正常な発達へと向かうべく主体的に意識や意志を方向づける点に究極の価値を見出す、という社会的規範を内在させている。そうしたトレーニー主体の正常な発達を援助するために、トレーナーはインストラクターとしての役割を身につけ、両者とも目標達成へ向けてリハビリにおける身体に対する価値づけを内面化する。

リハビリテーションという空間は、社会から要請される“正常な身体”に対する規範ないし価値を具現化すると同時に規定する場であるとともに、自己と他者の身体が互いに密に接触することによって、相異なる身体秩序とそれに基づく社会的世界が重なり合いしばしばせめぎ合いを起こす場でもある。不随意運動という脳性麻痺者特有の身体動

作は、リハビリが求める正常発達という価値基準からの偏差と見なされ、修正すべきものとしてトレーナーのまなぎしの対象となり、トレーナーによる身体規制がトレーニー固有の身体領域まで張り巡らされることとなる。また動作そのものを自力で制御することが難しい不随意運動は、両者の身体秩序がせめぎ合う中でそれを制御していく過程において、通常人が他者と相対する際にあるべきはずの身体間の距離やセクシュアリティといった個人の尊厳まで左右する私的な領域をも双方が侵犯しかねない。こうした不随意運動というトレーニーの運動目標に向けての周囲に対する否応なしの働きかけとそれに対する周囲のまなぎしが相交わることなく拮抗することによって、本来他者とのより良い関係を取り結ぶためにあるべきはずの身体距離を危うくさせる緊張関係をリハビリテーションの場合は常に内在させているのである。

このように、＜正常発達＞という社会的な規範によって権威づけられたリハビリテーションの場であるからこそ、周囲からトレーニーの身体への規制（まなぎし）が生じ、トレーニー自らが自己の身体を客体化することで意志と身体が乖離してしまう。その結果、＜正常な動作＞という身体規範に過剰に適応しようとすることで、ますます＜不随意運動＞が高まっていく。

トレーニーの意志と身体を乖離させる身体規制は、トレーニーとトレーナーの体型や筋緊張の度合い、日常において形成された規範意識や他者との関わりや人の身体に触れるときの構え、障害に対する認識といった身体的・経験的個別性によって成り立つ各々の身体秩序とそれに基づく領域が互いにせめぎ合い拮抗することで凄烈さを増す。

トレーニーは自ら「こうありたい」とする生への探求のなかで社会的規範への適応と抵抗を行き来し、いわば最も“フィット感”のある身体秩序を築いていく。リハビリテーションというのも、その生命の営みに一番近いところであってトレーナーとして触れることである。そこに本質的な価値が見出されるがゆえに、なおのこと互いの身体との間であってよいはずの距離感覚＜遊び＞をしばしば無化されることが目指されてしまう。

不随意運動をめぐるコンフリクトとは、互いの身体をめぐるより良い社会関係を築くための距離感覚が限りなく無化されることにより生じる。そして、支配的価値や規範への過剰な適応により、身体が他者の規制やまなぎしに絡め取られ、他者、より広く言えば社会から自己の意志に関わりなく身体をまなざされ、制御され、まるで社会によって己の身体を掴まれているような感覚が生起されるのである。こうして、本来離れているべきはずの自己と他者の身体が、一方の身体秩序が社会的価値を体現することにより、否応なく同化させられるのである。

そうした身体をめぐる社会的コンフリクトによって、トレーナーの＜主体性＞（あるいは＜能動性＞）は、それ自体が社会的規範に絡め取られかねないという困難を生起させるという両義性を抱え込んでしまうのである。

C) 家族における不随意運動をめぐるコンフリクト

不随意運動をめぐるコンフリクトは、何もリハビリ施設や地域の親子訓練会などの共助団体といったいわゆる公的な領域のみならず、家族というより親密な空間においても増幅され、食事や入浴などを親や兄弟といった身近な他者が介助する際に、または介助を介さずとも自己と他者との身体間の距離が容易に接触するがゆえに未分化なため、他者の身体秩序や生活領域に否応なく侵犯してしまうことによって顕在化する。

そもそも、青い芝をはじめとした障害当事者が社会運動に舵を切ったきっかけは、脳性麻痺者である彼／彼女が親元の定位家族³⁸から離れ、施設を出て地域の中で介助者の手を借りつつ主体的に生活を営みたいという、自立生活へ向けての切実な希求と闘争であった。そこには、〈親〉というのが彼／彼女の身体や行動を規制し抑圧する存在として立ち現われてしまうことを危惧し、親子間の身体距離が危うくなることで生じる摩擦や依存関係を解消することを意図した側面も否めない。

ここで我々が親に育てられてきた“子ども”という立場になって自らの親子関係を振り返ってみると、親は気安く、あまり意識せずとも大切に思える存在であると同時に、ときに鬱陶しく常日頃から身近なゆえに、何気ない言動から相手の欠点が目につき、ついイライラしてしまう他者だともいえる。乳児期においては、親が手とり足とり我々の身の回りを世話してくれるので、あたかも親子間の距離は身体的にも精神的にも一体化しているかのようである。子にとって親は自らのニーズを満たし生活の糧を養ってくれる、しばしば最も信頼できる絶対的な存在として位置づけられる。

しかし成長するにつれ、我々は家庭以外の学校や地域といった“外”とのつながりを持ち始め、しだいに活動範囲を広げていく。今まで子どもにとって身体的にも精神的にも絶対的な存在として半ば一体化していた〈親〉という他者は、幾人もの同世代の友人と新たに関係や絆を取り結ぶことで徐々に相対化される。しだいに、親と過ごすよりも友人と遊ぶほうが楽しく、買い物や映画を見に外出する際、親が付き添うものなら疎ましく思い、その上そうした光景を友人に見られれば羞恥心さえ感じる。

そういう時期を経て、我々は少しずつ親と距離をとり始める。この成長過程は、自己を社会的存在としてアイデンティファイするための足がかりであるとともに、自己を中心として営まれる世界を相対化することで自らが制御できない異なる他者固有の世界を再認識することにより、親をはじめとする他者と共感し、時にぶつかり合いながらもより良い関係を築いていくための積極的な要素ともなる。

ところが、生活する上で必然的に生じる食事や入浴、排泄などの生理的な欲求やニーズを自力で満たすことが困難な個人、特に障害者は定位家族と暮らす限り、生活全般にわたって親が身の回りの世話をしなければならない。それは、先に挙げた生理的な欲求に止まらず、リハビリテーションを行う療養施設への同伴や施設と家庭を行き来しながらのリハビリの実践、外で遊ぶ際の見守り、登下校時の付き添いや学習の補助等、多岐

にわたる。定住家族のもとで生活全般にわたって身の回りの世話を必要とするということは、親が常にそばにいて離れることができないということでもある。だから、精神的な距離はともかく、身体的な距離を取ることはなかなか難しい。

とりわけ、我が国においては、障害者（児）や高齢者、乳幼児に対しては福祉的サービスを利用する以前に家族がその介護を担うもの、という社会の要請や家族に関する規範意識が未だに健在である。

しかし、〈介護の担い手〉に対する役割規範という側面のみから定住家族における障害当事者とその親との身体距離をめぐる危うさを語り尽くすことはできない。いや、というよりむしろ、療養施設において親（特に母親）はリハビリテーションの技法や〈正常発達〉という価値基準、実践時の子に対する姿勢を指導され身につけるばかりでなく、「子どもが正常に発達するか否かは母親次第」というように、家庭においても子の身体動作や生活態度を見守り指導する、いわば「専門領域の代弁者」としての役割を担われることによってその危うさは克明づけられる。すなわち、リハビリテーション施設という公的な領域は、親が子の正常な発達を指導する役割を引き受けるよう促すことにより、家族という私的な領域に対してさえ隅々まで身体の規制をめぐらす監督者へと変貌するのである。

障害をもった子どもを出産した場合、その後しばらく当の親は失望や不安、あるいは焦燥感に駆られる傾向にある。そんなとき、医師や理学療法士などの専門家から「リハビリに励めばお子さんは正常に育つから」などと励まされれば多少なりとも希望を抱き、しばしば藁にもすがる思いでリハビリへのめりこんでいく。子に対してリハビリを施す役割を期待されるのは、多くの場合母親であり、彼女たちは自らの生活時間のほぼ全てを子に対する世話とリハビリに注ぎ込む。そうした母親のあり様は、「夫は仕事で稼ぎ、妻は家庭で育児に専念」という従来の性別役割分業とももの見事に符合する。

母親が自らの生活時間のほぼ全てを子に対する世話とリハビリに注ぎ込むことは、それ自体が〈障害児の母〉としての役割を価値づけ、強いて言えば彼女たちの“生きがい”ともなっていく。そうして母親は、〈障害児の母〉としての役割に対して自らの存在意義を見出しつつ子どもの健やかな成長と十分なケアを実現していくために、自らの身体秩序と介護する側にとってのニーズに沿って家族というしばしば密室性のある私的な領域を日常の細々とした行為や取り決めの中で身体化していく。具体例を挙げれば、起床や就寝時間の設定（これは一般家庭でもありふれた光景だろう）、自宅内外の移動手段の制限（ex. 体力をつけるために四つ這いにするか、母親が押しやすいように外出時はベビーカーを使うか）、ペースを早めるために食事を介助するか日常生活動作（ADL）を高めるべく自力で食べさせるか、などあらゆる生活場面でそれは遂行されていく。このように母と子双方の距離は生活という必然的な人間の活動によって限りなく無化されていく。

こうして、ふとした動作や日常の活動をするたびに互いの身体領域が重なり合う。食

べ物を口に入れてほしいとき、親が自らのために行っている動作をいったんストップし、子の欲求を満たすために手を貸さなければならない。「食べ物を口に入れる」という動作のみを切り取れば、母の手は子にとって目的を完遂するための“手段”だともいえるが、何を、どの程度の量で、どのぐらいの熱さで食べたいかを食事するたびに伝えるのは双方にとって煩わしくもあるので、結局それらは母親の裁量に委ねられることになる。その結果、手段と目的とが転倒し見分けがつかなくなる。

そうであるから、母親を中心とした身体秩序に沿って身体化された生活領域では、子が発する不随意運動は食事介助などの活動を中断させ、ともすれば生活領域や母親自らの揺るがしかねないがゆえにまなざしの対象となり、修正されるべきものとして規制される。

例えば、食事時に、脳性麻痺者である筆者は、しばしば筋緊張の強い状態で食べようとするため、不随意運動によって舌を噛み、その反動で口の中の食べ物を吐き出してしまい、その吐き出された物が母親の衣服に飛び散ってしまうということが起きる。また、母親の介助を伴って歯を磨くとき、子は母親が自分の口の中をよく見るようにあごを前面に押し出そうとする。ところが、あごを前面に押し出す際に筋緊張が高まり、そのはずみで頭部が母親の顔面に体当たりしてしまう。このようなともすればケガをしかねない動作を日常において繰り返すことにより、子の＜意志＞が発した動作が皮肉にも不随意運動と見なされ、家族という私的な領域全体にわたって“脅威”となり得るのである。

以上の不随意運動をめぐる親子間のコンフリクトは、母親が正常な発達へ向けて子どもの身体動作を指導し見守る“専門領域の代弁者”としての役割を内面化することでより凄烈さを帯びてくる。代弁者である以上、家庭内の日常生活にあっても、諸々の活動において子が不随意運動を発するのを目の当たりにすれば、＜正常発達＞というリハビリテーション的価値から偏り正常な発達を妨げる“不合理な動作”として注視せざるをえなくなる。

それだけではない。そうした親のまなざしをより鋭くしているのは、介助活動が構造的に生み出す、それゆえ簡単には対処できない否定感情の問題、すなわち、排便・入浴・着替えなどの活動が、社会的文化的に共有されている身体規則（身体距離や身体接触に関する規範で、その多くは人びとにとって自然に感じられるように身体化されたものとしてある）を侵犯し、その結果、当惑、不快、嫌悪感、羞恥、不快感などを喚起しやすいという問題である³⁹。

「構造的に生み出す」ということは、すなわち当人たちがそのことに意識的か否かに関わらず、介助という「型」が不可避免的に抱え込んでしまう問題だということを示唆する。たとえば我々には、あるべき身体距離、つまり他者との“取るべき距離、”というものがある。介助という行為は、身体距離の侵犯の可能性に充ちた、いや、それを前提としたものだといってよかろう。その上、子の不随意運動が彼／彼女自身の健やかな成長

に“害”を及ぼし、親自身や兄弟にとってもある意味“迷惑な”動作だと目に映れば、介助という行為の内に身体への規制やまなざしが構造的に埋め込まれることにより、そういった身体距離、つまり、越えてはならない距離として身体化された規則というものを、やすやすと越え出してしまうのである。

あくまでも、親は子の安全と健やかな成長を願ってリハビリテーションと身の回りの世話を行っていく。それゆえ、子に対してリハビリテーションを行っていくことは、＜身体動作の改善＞という目的ばかりでなく、子に対する＜躰け＞という教育的側面をも併せ持つ。だからこそ、余計に不随意運動に出くわせば、親は自らの立場に立ち返ることで葛藤するのである。「私がかんばって育てているのに、なぜ・・・」というように。

さて、このような親の存在を子はどのように受け止めるのだろうか。ひたむきに親身になって我が身を気遣ってくれる親に対しては感謝の念が湧いてくる一方、それでもやはり身体的にも精神的にもしばしば疎ましく感じてしまう、というのが本音ではなからうか。自らの身体動作をいちいち咎める親、リハビリを行うよう日に何度も催促する親、外出時に付き添ったり行き先を詮索されることへの鬱陶しさ、独り暮らしをすることを拒み、恋愛や結婚に対しても反対する親……。時として親は、障害とともに生きる子にとっては、自らをいつまでもオトナにさせてくれない保護的な存在として立ちはだかるのである。

D) 不随意運動が社会へ問いかけるもの—身体論的考察へ向けて—

これまで、リハビリテーションを目的とした療養施設における囲い込み構造、リハビリテーションを実践する現場で立ち現われる対自的であると同時に対他的な社会関係、家族における親子関係、といった各々の社会領域で繰り広げられる不随意運動をめぐるコンフリクトの実状を、それぞれ個別的に考察してきた。ここに挙げた各々の領域における障害当事者の身体に対する処し方は、ともに不随意運動を＜正常な身体＞からの偏差、あるいは本人にとっての正常な発達を阻害するものとして規制し、社会への適応可能な身体からほど遠い彼／彼女の身体を適応可能なように改善すべく当事者と周囲の他者双方が努力するというものであった。

以上の障害当事者の身体への規制という意味でのまなざしを支えているのは、まず自己と他者との間にある身体距離がリハビリにおける治療的介入や日常生活における介助という行為によって、非常に危うくなるというリアリティであり、その根底には＜正常な身体＞に価値を置く社会規範が存在するということである。我々は多様な他者と交わり、あまたの公共の場面での立ち居振る舞いや礼儀作法を身につけつつ、一方でそれらの社会的価値や規範に自己を絡め取られることなく社会的存在として確立するために、複雑な社会関係や規則のせめぎ合いのなかで自らの身体に対して秩序づけをするこ

とにより、我々独自の社会的世界を形成していく。個々の身体秩序に基づく社会的世界を侵犯することは、翻って他者との社会関係を揺るがし、ミクロな自他間の相互行為において取り交わされる規範や儀礼と、それによって難なく維持される社会システムをも脅かすものである。だからこそ、他者と対峙する際に、“あるべき距離”や“取るべき距離”といった社会的文化的に共有されている身体規則（身体距離や身体接触に関する規範で、その多くは人びとにとって自然に感じられるように身体化されたものとしてある）が成り立つわけである⁴⁰。

不随意運動は、ある意味では独自の社会的世界を形作ろうとする強い意志の表明であり、しかし一方で社会的価値や規範に適応させるべく身体を規制しようとする社会的圧力に対する否応なしの抵抗でもある。ゆえに、時としてそうした身体規則を自他ともに否応なく侵犯してしまう。しかし、不随意運動は生理学的運動それ自体によって、身体規則の侵犯を必然的に引き寄せてしまうのではない。むしろ、リハビリにおけるトレーニーとトレーナーの半ば張り詰めた身体接触と身体を規制する価値基準、日常生活において障害当事者の排便・入浴・着替えなどを介助する活動のうちに身体規則の侵犯が構造化されているのである。

身体規則をともしれば危うくするケアやリハビリテーションの場においては、多くの場面で当惑、不快、嫌悪感、羞恥、不快感などの否定的な感情を喚起しやすい。感情とは、その実、生物学的に自然に作りだされるのではなく、社会的に作りだされるものである。つまり、それは、社会規範によって秩序づけられた規則を有しているのであり、それは状況と感情との間の、「適／不適」「好ましい／好ましくない」という認識を指示するガイドラインだが、この「感情規則」もまた、社会／文化的に身体化されたものとしてある⁴¹。

したがって、先に挙げた否定的な感情とは、生理的な感情というより、ある社会が人びとに強制している身体規則を破った者が、互いに自分自身に向ける内的な制裁の結果と考えるべきなのだ。リハビリの場において他人の体に触れることや、介助をおこなうとき、他人の裸に触れることに当惑してしまったとして、問題は当惑することそのものを<トレーナー>や<トレーニー>、<介助者>もしくは<ケアの受け手>という役割規範に照らして「あつてはならないこと」としてしまうことなのだ。そして「この場で感じなければならないこと」を想定して、そう感じるができない自分にプレッシャーをかけてしまう⁴²。

こう考えてみると、触れることや見つめられることからくる不快な経験は、「身体規則の侵犯」ということに含まれていることがわかる。ふだん我々は、こういった身体規則の侵犯や、それにとまなう不快感を、儀礼的に振る舞うことで巧妙に回避している。

身体にまつわる不快感を回避し、自他ともに身体規則を侵犯しないために個人が儀礼的に振る舞うことで自己—他者の社会関係が成り立つということは、換言すれば学校や

職場その他の公的な場で求められる立ち居振る舞いを自己と他者との社会関係やそこから生じる相互のまなざしが規定することにより、個人が日常世界において生活習慣や行動の自主的な管理を主体的な意志や選択に基づいて行うことを、社会が自らを支えるための規範として個人に求めるということである。こうした個人の〈自律性〉を前提として個々人を結びつける共同体意識が醸成される過程では、デュルケーム⁴³やハーバーマス⁴⁴によれば、主に分業の進行という産業形態の変化、財産の私有化、古典的な共同体の解体、が大きな影響力を及ぼしたという。

とりわけ近代以降の社会では、産業革命と分業の進化により財産を私有し自律することが可能になり、生活を私有することが可能になった結果、それまで物事の原因の帰属先であった共同体は個人へと変わり、よりよく生きる方法としていかに個々人が自律するのか、いかに人々の間を契約で結ぶのかといった問題が表面化した。また、生産共同体が解体されることにより共同体意識も衰退し、これに代わって規範によって個々人を結びつける近代的な共同意識が現れるようになったのである⁴⁵。

このような社会意識の変化のもと、井上はまず、カイヨワ⁴⁶による「聖-俗-遊」に関する議論を参照し、複雑な分業に依存する近代社会において諸個人に共通する内面的な人格や能力が「聖」化されると同時に、分業労働やそれに伴う福利厚生が生活の隅々までに浸透することにより、労働の「俗」化が進んでいる点を指摘している。能力の「聖」化とはつまり、規範を遵守することで守られる近代的な共同体のあり方、及び、よりよい生のために自律的に振る舞い規範を守る個のあり方、双方に対する尊厳から、それを可能にする人格や能力を「聖」視するということである。

ゆえに“自主的な身体管理を実践する”という個人主体の自律的な振る舞いや身体に対する社会規範の遵守が、個人を社会的存在として同一化するための不可欠な要素となるのである。したがって、身体規制に関する社会の要請は、もはや病院や療養施設という専門領域主体の囲い込みによって担われるのではなく、日々の生活習慣や行動、娯楽や快楽を含めた最も私的な領域まで個人自らが意識的あるいは自覚的に規制を張り巡らすように努力することで果される。

このような個人の身体に対する社会規範のもと、不随意運動はややもすれば社会関係における身体規則を揺るがしかねないものとして、リハビリテーション、家族、友人・知人とのコミュニケーションの場、教育や労働など個々人を統制する規律によって組織された公的な領域においてまなざされる。そして、不随意運動は本人の意志に関わらず生じる“異常な症状”として、医療やリハビリといった社会的に権威づけられた技法を介在させ、本人の主体的な意志によって当の身体運動を制御していくことが求められるのである。つまり、当の個人が自らの意志によって制御できない行動や行為は、社会規範に基づいて結びつけられた諸個人の社会関係や社会システムにとって予測ができない脅威となり、一方、現代社会では個人の人格や能力という側面に価値を置くがゆえに主体的な意志によって自らの身体を規制し、社会へ適応すべく〈自律性〉を取り戻すよ

うに個人に対して求めるのである。

以上述べたような我々の日常世界において構造的に埋め込まれた身体に対する社会的な規制に対して、脳性麻痺者の身体はいかに対峙するのであろうか。我々は社会的存在であるからこそ、単に社会の規範や規制に己を絡め取られるのではなく、自らの意志によってそれらに対して抵抗し、あるいは変革をもたらしていく。

各々の現代社会で生きる個人が、時に自らが存在する社会環境との間に摩擦を引き起こしていくという人間の営みは、それ自体がその人にしかない身体秩序に基づく社会的世界を切り拓き、よりよい生を探求していくための意志によってはじめて成り立つ。そうであるからこそ、不随意運動は支配的な価値や規範に対する切実で緊迫感をもった、我が身でもっての否応なしの挑戦となるのである。

では、身体に対するまなざしや規制がせめぎ合う複雑な社会構造において、不随意運動をめぐるコンフリクトはいかに生成されるのか。次章では、この生成過程を身体論的に考察していきたい。その究極の目的は、考察を通して、我々が生きる現代社会において<障害>とはいかなるものかを改めて問い直す端緒をつかむことにあるのである。

IV. 社会と相対する身体—“不随意運動”の身体論的考察—

A) 社会構造における意志体—身体は“ものをいう”

筆者は、幼少の頃から、そして今日に至っても度々歯医者にかかり虫歯の治療を受けている。筆者は幼少の頃から幾度も虫歯を患ってきた。それが生じる要因の一つには、手を動かす際に不随意運動が生じるため自力で磨けず、親や介助者といった身近な他者の手が代わりに筆者の背後から歯を磨くがゆえに、歯ブラシがしっかりと奥歯まで行き届かず、磨き足りない部分に歯垢が蓄積されることにあるのかもしれない。けれども、こんなことは（たとえ事実であったとしても）所詮、体裁を取り繕うための言い訳に過ぎず、実際には筆者自身がチョコレートやクッキーなどの甘いモノについつい手を出してしまうからかもしれないが。

それはともかく、不随意運動の身体論的考察を始めるにあたっての具体例として取り上げたいのは、受診する際の筆者と歯医者との相互行為場面であり、そこから立ち現われる社会関係の態様である。

これまでの筆者の受診経験を振り返れば、通院し当の歯科専門の医療スタッフと接するたびに少なからず葛藤を、極端に言えば“屈辱”とっていいほどの複雑な想いを味わわねばならなかった。まず、看護師や医療事務員から問診を受ける際、筆者の発する言葉が初対面の彼／彼女にとっては聞き取りづらく、一語一語を丁寧に聞き取るには多少なりとも時間を要するがゆえに、しばしば相槌を打ちつつも適当に聞き流され、もしくは体調や痛みの度合いなどそもそも筆者にしか分からない事柄であるにもかかわらず、筆者に対してではなく同伴しているヘルパーや家族に向かって尋ねられる場面しばしば遭遇する。通常、対峙している他者に対して、確固とした社会的存在として承認するがゆえに果されるべきコミュニケーションが果たされなかった場合、その当人にとっては甚だ無礼と感じるばかりか、周囲から自らのアイデンティティを根こそぎ摘み取られるような感覚に襲われてしまう。以前の（無垢な頃の？）筆者であればこうした状況に出くわせば、なんとかこちらの言いたいことを相手に理解してもらい、さらには「私はあなたと対等に話せる人間なんだ」ということを示すべく必死に言葉を全身から搾り出していた。しかし、自らが必死になればなるほど筋緊張の高まりによって不随意運動が激しさを増し、両足が吊り上がり唇が引きつってしまう。そうした筆者の姿を目の当たりにした相手は、戸惑い、突然の事態にどうしたらいいかわからなくなり、あるいは「大丈夫、大丈夫」と赤ん坊でもあやすかのように庇護的な態度を示していく。その結果、皮肉にも他者との対等で快いコミュニケーションのあり方からますます遠のいてしまうのである。

こうした言語障害によって人間関係やその場の雰囲気気まづいものとなっていることに気づいた筆者は、その場を台無しにしてしまったことに対して申し訳なさを感じ

ることにより、自身にさらなる制裁を加えていく。またアイデンティティを脅かされることに対するどうしようもない歯がゆさ、伝えることに過度な労力を消耗してしまうことに対する煩わしさから、あまり関わりのない他者と話すことを恐れ、躊躇していく。

渡辺克典は、言語障害者——とくに吃音者——が日常生活上の対面的相互行為において経験する〈気詰まり〉について、ゴッフマンの相互行為儀礼論を援用しつつ検討した⁴⁷。

吃音者は、自分の吃音症状によって〈気詰まり〉な状況を引き起こしてしまったことを、その場に参与する成員に謝罪したり、言い訳しようにも、その謝罪や言い訳の言葉それ自体を吃音症状によって発することができず、場面の修復を図ることが難しい。また、吃音症状を引き起こさないために、発話しやすい言葉に言い換えようとしていたり、ゆっくり話したりすることもあるが、時間の制約やその時々会話のリズムによっては必ずしもそれが成功するとはかぎらない。

「うまくしゃべろうとすると、かえってなんか緊張して、うまく言葉が出てこおへんようなんねん」という言い方を耳にすることは多い⁴⁸。筆者自身、その歯がゆさは痛いほどよくわかる。結局、そうしたすべてを「解決」するために、〈気詰まり〉を起こしてしまうような相互場面には「参入しない」ことを選んでゆく。

ゴッフマンの、特に『スティグマ』⁴⁹での議論では、言語障害者がいかにして首尾よく「パッシング」を成功させるか、という点に重きが置かれているが、パーフェクトなパッシングとは、他者との相互行為場面に端から参入しないようにすることだと言えるのだろう。だから、〈気詰まり〉というありふれた相互行為に直面したとき、しばしば相互行為へ参入すること自体も困難となり、それゆえ彼／彼女らをめぐる社会的な作用は見えにくいのだ⁵⁰。

このような言語障害をはじめとした不随意運動から生じる社会関係上の困難は、いざ治療を受ける際、医師と面と向き合う状況になったときにも重くのしかかってくる。とりわけ、歯の治療というのは直に口腔や神経など外的刺激に敏感な部分に触れる作業を伴うので、少しの刺激さえも過敏に反応し、首が反射的にぶれ動き、足がピーンと突っ張ってしまう。ただし、厳密に言えば、こうした不随意運動は単に外的刺激に対して反射的に反応するのではなく、痛みを耐え、不要な動作を出来る限りなくそうと姿勢を安定させるがゆえに、いわば治療を受ける際の“あるべき姿勢”に過剰に適応しようと身体を自ら規制しようとするがゆえに、かえって引き起こされるのである。

しかし、そうした不随意運動は、医者立場からすれば患者に対して危害を加えかねず、十分に治療を遂行できないがゆえに、大きな脅威となる。したがって、あるときは、数人がかりで身体を押さえつけ、またあるときは「我慢しなさい」とか「動かないで」というふうに咎められてしまう。そうした筆者の身体に対する直接的ないしは間接的な規制やまなざしは、逆に筆者の筋緊張や不随意運動を増進させ、両者の関係性はますますコンフリクトの渦にのみ込まれていくのである。

他方、筆者が自身の身体的な事情を医師に対して説明しようにも、言語障害があるために、それを聞く医師が仮に脳性麻痺者に不慣れであれば何を言っているのか、時には会話能力があるということさえも理解してもらえないという事態がしばしば起きてしまう。そして、筆者が発する言葉を適当に聞き流し、またあるときは「痛くないからねえ〜」などとまるで幼い子どもをあやすような態度に出てしまう。

こうして、筆者は次第に苛立ちを募らせていき、結果的に大きな疲労と無力感に襲われることとなる。

言語障害、より広く言えば不随意運動に対する社会の側からの規制やまなざしは、周囲にいる他者がそうした意図を持たずとも、当の不随意運動とともに生きる個人のアイデンティティや存在価値を剥奪することとたやすく結びついていく。すなわち、いちいちの場面で排除を行使しなくとも効力を持続することができるというのが社会統制なのであり、ときおり強烈な差別が「どこかで、実行されるだけで、それ自体としては排除と見えないほど些細な多くの出来事までが、マクロな統制システムの一環という微分的な含意をえて排除的効力を増幅させるのである⁵¹。要するに、治療という場面で、医師という行為する主体が差別する意図などもっておらず、にもかかわらず、個々人の含みこまれた社会的布置からはからずとも差別の構造に巻き込まれ、結果的に差別する主体となりうる。そうした意味において、これは構造的に生成された、社会の側の障害当事者の身体に対する処し方だといえる。

こうした不随意運動、広く言えば障害当事者の身体への社会の側からの規制やまなざしに対して、障害当事者はどうしてこうまで疲労感や無力感を募らせるのだろうか。以下では、その理由の所在を身体論的考察を通して探っていきたい。

通常、現代社会に生きる我々人間は、人生の全てにわたって社会的行為を繰り広げていく際に、「肉体的な実践の全体的調和 (ensemble of corporeal practices)」⁵²を必要とし、またそれは、日常生活における場(身分)を作り出し、またそれを身体に与えるものなのである。それによって、我々は社会的行為を通して、一連の性向、実践と戦略を受け入れて、その結果としてなに不自由なく唯一のハビトゥスを獲得していく。そのプロセスそのもののことを「身体化」といい、その「身体化」の過程を経ることで我々は、ある社会のハビトゥスのうちに特定の身体を据え付け、配備する。この観点から考えれば、我々のアイデンティティというものはまさに「身体化」のプロセスを通して形成されるのである。それゆえ、日常世界において“障害”に付与されるラベリングや社会的な分類そのものが筆者をはじめとした障害とともに生きる個人の「自己」の形成にとって重要な意味を与えるのである。つまり我々は、自己、身体イメージ、そして自身を取り巻く環境とのあいだの複雑な関係を変換(transform)させていくことによって、実際に自我(selfhood)を形成し続けていかなければならないのである。

我々は、自己とそれを取り巻く環境との間の複雑な関係を己の身体でもって変換(transform)させていくことによって、自分にしかない独自の身体秩序に基づく社会

的世界を形成していく。こうした個人の身体と社会環境との相互行為は、自己の身体領域を保ちつつ、それを外の環境へ広げていこうとする意志に基づくものである。つまり、身体は、個人の意志に基づく社会環境への志向的行為をまさしく体現しているのである。

ただし、社会環境への志向的行為における主体としての身体は、たとえば皮膚の表面といった外面的な限定をもたない⁵³。むしろ身体の限界は可変的であり、身体領域が拡大して、身体の表面を超え出るとき、この拡大した身体のなかに、私は自分の感覚をそなえつつ、至るところに居合わせている。

そして、こうした〈はたらきとしての身体のひろがり〉は、やがてなかば固定的な拡大した社会的世界を築き上げる。その一つは、住居やコンピュータといった道具（あるいはテクノロジー）、つまり物理的諸条件を媒介として生成する社会的世界であり、もう一つは、他者との関係において生成する対他的な社会的世界である。つまり、環境に対する身体のひろがりという身体的対話ないし相互行為は、対象もしくは他者の把握を前提としている。

それゆえ、自己は実体的存在ではなく関係的存在なのである。そうである限り、我々は自己のアイデンティティを確立しまた維持するために、自己確認のみならず、他者による確認を必要とする。その意味で、自己は、本質的に〈対自＝対他的存在〉である。

だからこそ、環境に対する自己の身体の志向的行為は、身体が物や他者に対して働きかけるといふ能動性と、逆に物や他者によって自己の身体が意味づけられ、制御されるという受動性を同時に併せ持つ。

身体が物や他者に対して働きかけるといふ能動的行為は、生体として自らを維持するために有効な特定の環境を持たなければならないことからくる。環境内における身体は、一方では生体の維持にとってポジティブな要素をみずからのうちにとり入れ、まわりに配置するとともに、他方ではネガティブな要素を退け、あるいはそれをポジティブなものに転化するか、少なくとも中性化しなければならない。すなわち、身体の志向的行為は、外界を指向し、外部に働きを及ぼす外部指向的ないし外部作用的 exteroffective な側面と自己のある状態を指向し、自己自身の内部ではたらく自己指向的ないし自己作用的 proprioffective な側面をもっている。

とりわけ、外部作用的な行動は、外部環境にはたらきかけてそれを直接変化させると同時に、行動を支えるに適した内部環境の変化（脈搏の増加、血管の膨張、血圧の上昇・・・）を伴う。尤も、自己作用的な活動は内部環境を変化させるが、それとても生体全体からみれば、外部の諸条件を間接的に指向し、それに反応しているのである。仮に内的な諸条件にのみ反応している場合でも、それを通して外部環境のもつ、あるいはもったであろう意味を変化させる。

これはつまり、生体が環境に所属しつつも、外力としての環境に決定されないことを示している。むしろ、このことは、生体が環境を規定し、純客観的な環境（そういうものがあるとして）から相対的に自由であり、そのように理解された環境から相対的に解

放されていることを意味する。

こうして生体は環境の意味に応じてその行動や身体状況を変化させ、一方で環境は生体の行動や身体状況の変化に応じて自ら意味を変えるのである。したがって、生体は「有意味的対象を指向する全体的構造」であるが、それは非分節的な無差別的全体ではなく、様々なレベルで環境の多様な意味に反応しなから、たえずより上位のレベルに総合されたり、より下位のレベルに解体されたりする分節的構造である。それは、我々が常に生きている現実の具体的全体に直面しているのみならず、その背後に潜在する現実化されなかった可能的構造を地平として生成する存在だということを如実に示している。

この「可能的構造」は、市川によれば、「まったく意識をともしないか、結果が意識されることはあっても、過程が意識されることのない＜向性的構造＞」と、「意識をともしうか、さしあつては意識されていないが、ように意識化しうる＜志向的構造＞」、さらに「生成しなかったが、生成した構造をネガティブに、あるいは対立的に意味づけている＜潜在的構造＞」、という三つがあるとしている。

特に「向性的構造」はさらに「自己指向的な機能構造」と「外部指向的な機能構造」とに分けられる。自己指向的ないし自己作用的な活動は、生理的には一般に自律神経系や内分泌系に支配されることか多いが、脳・脊髄神経系にも支配されている。自己指向的ないし自己作用的な活動は生体自身の状態を調節する活動であるから、向性的構造といっても、指向の仕方は多くの場合間接的である。つまり自らの状態を変えることによって外部環境のもつ意味をかえ、外部指向的な向性的構造や志向的構造がはたらくための一般的環境、ないし条件をととのえる。それは外部の系にたいして受動的であることによって、能動的であるための基盤を用意するのである。

この二つの働きが統合された上で成り立つ「向性的構造」は、先に挙げた治療の場やリハビリテーション、家庭などにおいて生じる＜不随意運動＞の働きを基礎づけるものなのである。それは、生体の機能構造としては、より自動的なサブ・ストラクチャーであり、意識化される可能性は少ない。なぜなら、自律神経系や内分泌系の働きとは、通常不随意的であり、内部感覚が対象がより明確な外部感覚にくらべて非弁別的であるからである。とはいえ、自己作用的＝向性的構造が独立した構造ではなく生体全体の活動に統合されているのは、こうした消極的な意味においてだけではなく、より上位の志向的構造を規制すると同時に、上位の志向的構造によっても統御され、そのかぎりにおいて志向的構造を支える準備態勢、あるいは行動への構えとして、より積極的な意味をもっている。

したがって、我々がこの社会において主体的な自己として存在する限り、自らが繰り広げる身体と規範や価値によって構造化された社会環境との相互行為は、自己の身体領域を保ちつつ、それを外の環境へ広げていこうとする意志に基づくものなのである。つまり、身体は、個人の意志に基づく社会環境への志向的行為をまさしく体現しているのであり、その限りで我々はみな自らの存在そのものが＜意志体＞ということができる。

個人の意志に基づく社会環境への志向的行為は、未だに不分別でしかも不確かであるがゆえに無限の意味に満ち溢れた世界を、自らの身体の有り様、社会や文化に対する自らの価値規範によって意味あるものとし、自己の社会的世界を生きている限り間断なく押し広げていくことを意味する。したがって、そうした志向的行為における社会的存在としての人間とそれを取り巻く世界との関係性は、あたかも客観化可能な即自的な対象として世界が存在し、我々が世界に向けて注意深く〈意識〉を働きかけて、世界内の各々の要素の作用や連関にアプリアリに感覚し決定づけていくといったことではなく、すなわち世界内において個人に対して作用する現象を自らの〈意識〉の内のみ限定づけることが可能なモノのごとく扱うのではなく、無限の広がりとして世界を成り立たせる不分明さや不確実性そのものをありのままに許容し、不分明さや不確実性そのものを個人自らの有意味的な環境を築いていく上での潜在的な地平として意味づけられる、ということではなければならない。

そうした自己と世界との交わりの中で、意志体はその外部の環境に対して相対的に〈閉ざされ〉、まとまりをもったシステムとして生起する。しかし、それは意志体が環境に対して孤立した状態で存在することを意味しない。むしろ、意志体の自己組織化に応じて、自然は分節化され、意味と価値をもった有意味的環境が生ずる。したがって、意志体である個人としての自己組織化は、個人内部の「生理的自己」にとどまらず、家族的社会関係をふくむ感覚的—運動的自己組織化、さらに複雑な社会関係のなかでの再組織化の諸段階を経た意識的—行動的自己組織化にいたるさまざまなレベルがある⁵⁴。のみならず、これら意志体の個人的自己組織化は、人間が歴史的に産み出した記号や用具や制度などを媒介にした、意志体の文化的・集団的自己組織化の形態によって変化しうるのである。

こうして、個人としての意志体は多様なレベルでの有意味な環境をもち、環境のもろもろの意味を指向しつつ生きるが、そのとき同時に、個人としての意志体それ自身が多様な意味をもつものとして、前意識的なレベルで分節化されている。つまり、意味や価値は、個人としての意志体が環境に与えるとともに、規範や価値がすでに書き込まれ構造化された環境によって個人としての意志体に与えられるのである。

その意味で、個人としての意志体による世界の分節化は、すでに分節化された世界を受け入れつつ、それを再分節化することによって意志体自らが分節化される、いわば能動性と受動性を併せ持った行為なのであり、両者は同時に生起しつつ循環する。

〈意志体〉であるがゆえに、不随意運動は支配的な価値や規範により自らの身体が規制され同化させられることに対する切実で緊迫感をもった、否応なしの挑戦となる。だからこそ、先に示した治療の現場において、自らの意志や身体秩序が省みられずひたすら身体運動のみを逸脱視されることに対して、当事者は大きな疲労感や無力感を募らせるのである。しかし、この疲労感や無力感こそ、社会的な規制やまなざしがせめぎ合う只中であって、彼／彼女が主体的な生を探求しようとしていることへのまぎれもない証

しであるともいえるのである。

不随意運動とともに生きる当事者が主体的な生を獲得するために彼／彼女が独自の身体秩序に基づく社会的世界を切り拓いていこうとするとき、身体に対する規範や価値基準がせめぎ合う社会構造にあっては大きなコンフリクトが引き起こされる。次節では、不随意運動をめぐるコンフリクトの様相を、〈過剰適応〉と〈癒着化〉という二つの概念を敷衍することで明らかにしていきたい。

B) 過剰適応と癒着化

このように、個人が自らの身体秩序に基づく社会的世界を築くために社会環境に対して働きかけるという志向的行為は、意志体としての個人が社会環境において構造化された価値規範や物理的環境に自らを没入してしまわずに、むしろその外部の環境に対して相対的に〈閉ざされ〉、まとまりをもったシステムとして生起することによってよりいっそうの広がりをもつことができる。さらに言えば、我々が今生きている世界に属し、自身が世界内存在としてアイデンティファイするためには、単に環境内の各要素が自らの身体へ働きかける作用に対し、本人の意識が各々個別的に反応するのではなく、過去の経験や環境との相互行為によって徐々に可能となる予測から、自身と世界とを身体でもって統合していかなければならない。

この自己の身体秩序に基づいて自己と社会的世界を統合していく過程で対峙する〈人間的現実〉は、しかし、そのすべてが意識されているとは限らず、非意識的なレベル、前意識的なレベル、無意識的なレベル（深層心理学的な意味での）の〈人間的現実〉がある。また、現実化しているかぎりでの〈人間的現実〉（現実的統合）があり、さらにそれを意味づけている、現実化する可能性はあったが、現実化しなかった地平としての〈人間的現実〉（潜在的統合）がある⁵⁵。

〈人間的現実〉それ自体が以上のような広がりをもつ限り、我々社会的人間は、医学や心理学においてしばしば主張されるような環境からの様々な刺激を「皮膚」という末梢神経において受容し、それらが中枢神経に伝達されるという恒常的な法則によって意識が活性化されるという〈感覚器〉などではなく、個人に現前している社会環境や状況に対して、未だに生起していない地平としての潜在を含めて自らの内に統合するべく働きかけることで、身体でもって社会的世界を築き上げるという、統一性をもった意志体として社会と対峙するのである。

そうであるから、未だ意識化（顕在化）されていない〈人間的現実〉がむしろ個人の生の営みを豊かにし、自らの身体秩序に基づく社会的世界を押し広げるものとなるためには、自己の意志に基づく社会環境との〈距離（遊び）〉があるがゆえの開かれた相互行為の過程において、その〈人間的現実〉が各々バラバラの客体として感覚されるので

はなく、その上そうすることを周囲から求められるに応じて過剰に意識化するのでもなく、社会的世界それ自体に自由な生のあり方や身体秩序を模索していくための可能的な地平として統合される、というようであればならない。それによって、意志と身体は統一性をもった<意志体>となり、自己と身体、社会環境との間に<生きられた関係>を築くことが可能となるのである。

身体にとっての<生きられた関係>について、メルロー＝ポンティは“痒み”という具体例を挙げつつ次のように説明している⁵⁶。

（蚊に刺された者は）その刺された箇所がどこであるかをわざわざ探しにゆく必要はなく、一挙にその箇所を見いだしてしまう。というのは、彼にとっては、その箇所を客観的空間のなかの座標軸との関連において位置づける必要はなく、自分の現象的〔主体的〕な身体の痛みを感じた或る場所に、自分の現象的な手でもって触れにゆきさえすればよいのだからであり、搔く能力としての手と搔くべき箇所としての刺された箇所とのあいだには、自己の身体の自然的体系のなかで一つの生きられた関係があたりえられているからである。操作は全面的に現象的なものの次元でおこなわれているのであって、何も客観的世界を経過してはいない。

我々は、ある箇所に痒みを感じると、その箇所をわざわざ目で確認してから搔く、ということはない。たいてい、迷うことなくまっすぐに当該箇所に手を持っていき、ボリボリと搔きむしることができる。そうした何気ない——自分が今皮膚を搔いているということすら意識しなくともいいほどに何気ない——一連の行為が実現可能なのは、痒い箇所と、それを搔く手とのあいだに「生きられた関係」ができあがっているからなのである。すなわち「生きられた関係」とは、痒みや痛みが自己の主体的な世界の内に統合され、いわば自己完結されることによって初めて成り立つものなのである。

しかし一方で、その自己でさえも実体的存在ではなく関係的存在なのである。そうである限り、我々は自己のアイデンティティを確立しまた維持するために、そして、自己にとっての社会的世界を築いていく上で、自己確認のみならず、他者による確認を必要とする。その意味で、自己は、本質的に<対自＝対他的存在>である。

他者による確認を得るためには、まず自己とは異なる、あるいは自らが制御しえない<他者>という存在、すなわち自己とは隔絶されたところにある他者特有の身体秩序ならびに社会的世界が存在することを認めなければならない。

我々が生きる社会においては、数多くの個人の身体秩序が幾重にも折り重なり、互いにせめぎ合う場である。そうであってもなお、我々はともすれば他者とコンフリクトを生じさせかねない社会構造にあって主体的な生を希求していく。

社会の各々の構成員が相互に尊重しあい豊かな生を全うするためには、全体的な総意をもって社会の内に個々人の行動や生活、身体状況を規制するための規範や価値基準を

打ち立て、構造化し、同時に個々人もそれらの社会規則を内面化することにより、安定した社会基盤を構築していかなければならない。なぜなら、人間とは「いまだ完結してはいない動物」であって、また、特別な本能的基盤を保持していない存在であり、ゆえに人間存在を、世界に対して自らを適応させるために果てしのない「社会化 (socialization)」の期間に依存し続けなければならないものだからである。人間は、世界に対処するにはあまりにも生物学的に見てその準備が不足している存在である。したがって、このような「世界開示性 (world openness)」に人間がうまく対処するためには、人間自身が、それらの本能的な世界に替えて、「一つの文化的な世界」を形成する必要があるのである⁵⁷。すなわち、人間は未完成であるがゆえに弱く、だからこそ、生活の緊急事態にうまく対処するために、他方でそれは制度的な支えと保護とを必要とする。つまり人間は、つねに社会的に構成された人間世界という「天蓋」を必要とするのである⁵⁸。

人間社会では多種多様な個人の身体秩序や生活領域が入り乱れ、せめぎ合うために、一個人の生活習慣の乱れ、疫病、教育や労働等において要請される身体能力から隔たりのある身体は、家族、学校、企業などの社会集団、さらにはこれらの集団を個人のライフコースを保障し、生産ないしは再生産、財の分配ないしは再分配といった社会システムの循環を安定させるための諸々の社会制度にとっては大きな脅威となる。こうした脅威を規制し、あるいは縮減するために、社会システムそれ自体が個人の身体規則や生活領域を規範や価値によって均質化しようとする。

他方、戦後から我が国の豊かさを支えてきた連帯性の強い社会システムが経済状況や産業構造の変化によって大きく揺らぎ、個人の価値観やライフスタイルも多様化してきた。こうした社会の変動に伴って、個々の身体を価値づけ規制する社会規範のあり方も変化させている。

現代社会においては、身体に対する規範意識とそれに基づく規制は、均質的な富を分配する集約型の社会システムを支えるために病気や障害といった社会的に逸脱した個人を連帯意識によって権威づけられた専門領域に囲い込むことでシステムの均質性を保ち、社会へ適応可能なように身体機能や形態そのものを“作り変える”という原状回復的なものから、社会システムの均質性を安定させより敷衍していくためには、法的な制度のみならず、学校や職場その他の公的な場で求められる立ち居振る舞いを自己と他者との社会関係やそこから生じる相互のまなざしが規定することにより、個人が日常世界において生活習慣や行動の自主的な管理を主体的な意志や選択に基づいて行うように促すものとして個人の意志や意識に対して働きかけていく形へと変化してきた。ゆえにその自主的な身体管理を実践することが個人を社会的存在として同一化するための不可欠な要素となるのである。したがって、身体規制に関する社会の要請は、もはや病院や療養施設という専門領域主体の囲い込みによって担われるのではなく、日々の生活習慣や行動、娯楽や快樂を含めた最も私的な領域まで個人自らが意識的あるいは自覚的

に規制を張り巡らすように努力することで果される。

このことはつまり、身体にまつわる不快感を回避し、自他ともに身体規則を侵犯しないために個人が儀礼的に振る舞うことによってはじめて、自己—他者の社会関係が成り立つということを意味する。換言すれば学校や職場その他の公的な場で求められる立ち居振る舞いを自己と他者との社会関係やそこから生じる相互のまなざしが規定することにより、個人が日常世界において生活習慣や行動の自主的な管理を主体的な意志や選択に基づいて行うことを、社会が自らを支えるための規範として個人に求めるということである。

ゆえに“自主的な身体管理を実践する”という個人主体の自律的な振る舞いや身体に対する社会規範の遵守が、個人を社会的存在として同一化するための不可欠な要素となるのである。したがって、身体規制に関する社会の要請は、もはや病院や療養施設という専門領域主体の囲い込みによって担われるのではなく、日々の生活習慣や行動、娯楽や快楽を含めた最も私的な領域まで個人自らが意識的あるいは自覚的に規制を張り巡らすように努力することで果される。

<自主的な身体管理>が日々の暮らしにおいても求められるということは、個人が日常的な活動や動作において自らの身体を意識的に客体化し、社会における身体に対する価値規範に照らしてそれを主体的に規制することを意味する。脳性麻痺者の身体に生じる不随意運動は、こうした主体的行為の過程において、身体に対する社会規範に対して過剰に適応することによって引き起こされる。

むろん、脳性麻痺とともに生きる身体は、社会的存在である限り、生きる上で自己を社会的存在として確立させ、周囲に対して確たる人間としての承認を得るために、社会環境を自らの身体秩序に応じて編成する主体的行為を行い、その行為過程において社会的価値や規範に適応しつつ自己の身体秩序を乱す恐れのある社会的な価値基準やややもすれば自己の存在を否定されかねない規範に対抗し、排除しようとする自己と社会とのせめぎ合いを通じて自己の身体領域に基づく社会的世界を形成していくという、身体を介した環境や社会に対する不断の働きかけを行っていく。しかし、諸々の個人の身体を均質化しようとする規範によって成り立つ社会構造にあっては、彼／彼女の身体は<正常な身体>からの偏差として把握され、こうした認識があたかも彼／彼女の意図や意識に付随しない“機能的欠陥”として身体を局部化することにつながり、ゆえに治療や訓練によって彼／彼女の身体を意図や意識に付随させることが均質的な社会システムへ適応するための近道だとしてまなざされる。したがって、筆者をはじめとした脳性麻痺とともに生きる者にとっての身体領域や日常生活というごく私的な領域でさえも医学やリハビリテーションという社会集団が混在し、生活領域の全てにわたって<規律>という意味合いを帯びてくることにより、我々は主体的ないしは意識的に自らの身体を規制せざるをえなくなる。

自らの身体を意識的に規制することは、すなわちその身体を専門技術や知識体系の内

に囲い込み、自らが身体を客体化することである。そうなれば、とたんに自己の身体秩序に基づく社会的世界が環境内の諸要素の連結ないし作用として分断され、潜在的な地平をも環境内にある即自的な対象として局限化されることにより、無意識化されあるいは潜在されている地平を意味づけ統合することにより成り立つ世界内存在としての身体の広がりはずみずみ失われていく。つまり、世界を自己の身体秩序へ統合することによって成り立つ統一体としての意志体は、環境内の規範や価値によって構築された秩序へ身体が客体として同化させられることにより、意志と身体の統一性が保てなくなる。意志体における統一性が危うくなりつつも、自らの身体秩序に基づく社会的世界を維持しなければならず、それゆえ自己の身体秩序と社会環境において価値づけられ構造化された秩序とが互いに拮抗することにより、〈はたらきとしての身体のひろがり〉を生み出すために双方との間にあるべき距離が無化され、意志と乖離した身体が規範や価値に対して過剰に適応せざるをえなくなり、〈過剰適応〉によってますます不随意運動が高まっていくのである。

ただし、脳性麻痺者にとって自らの身体を意識的に規制することは、独力でそれを制御することを意味しない。リハビリテーションにおいても、日常生活においても、動作や活動をする際、彼／彼女は多くの場合他者の介助を必要とするので、必然的に彼／彼女の身体領域へ他者の身体秩序が混在し、渾然一体となる。そうした自己—他者との身体距離の危うさが、不随意運動をめぐるさらなるコンフリクト、すなわち〈癒着化〉を生み出していくのである。

そもそも、身体に対する規制やまなざしは、排便・入浴・着替えなどの介助活動や自己と他者の身体がしばしば相互に触れ合うリハビリテーションの場が構造的に生み出す、社会的文化的に共有されている身体規則を侵犯と、その結果喚起される当惑、不快、嫌悪感、羞恥などの否定的な感情の高まりによってより強まっていく。

個々の身体秩序に基づく社会的世界を侵犯することは、翻って他者との社会関係を揺るがし、ミクロな自他間の相互行為において取り交わされる規範や儀礼と、それによって難なく維持される社会システムをととも脅かすものである。だからこそ、他者と対峙する際に、“あるべき距離”や“取るべき距離”といった社会的文化的に共有されている身体規則が成り立つわけである。

不随意運動は、ある意味では独自の社会的世界を形作ろうとする強い意志の表明であり、しかし一方で社会的価値や規範に適応させるべく身体を規制しようとする社会的圧力に対する否応なしの抵抗でもある。仮に、筋緊張によって不意に口からだ液が出てしまい、あるいは厳粛な雰囲気の中、自身も静かにまじめに振る舞おうと過剰に意識するあまり却って笑い出してしまったとき、周りにいる他者からまなざされ咎められれば、だ液を出さないように口をつぐみ、笑わずポーカーフェイスを取り繕うために全身からエネルギーを搾り出そうとする。しかし、そうした自らの姿勢や緊張の度合いを整える動作によって逆に不随意運動を高め、結果としていわば他者との相互行為における“演

技”が失敗に終わったとき、意気消沈し多少なりとも挫折感を味わう。この不随意運動によって引き起こされる摩擦や葛藤は、一義的には社会規範へ適応することの失敗として捉えることもできるが、全身全霊でエネルギーを搾り出すことへ自身を突き動かしているものは、身体に対する規制や規範がせめぎ合う社会空間に身を置きつつも、自らの身体秩序を維持しようとする、主体的な生への強い意志なのである。

ただし、障害当事者は食事、入浴、排泄、リハビリテーションなどの日常生活におけるあらゆる行為場面において、他者の介助を介在させなければならない。ゆえに、介助を担う者の特有の身体秩序が当事者の身体の内面に混在し、こうした身体距離の危うさかともすれば当事者の主体的な行為を妨げ、まるで他者の身体秩序によって自己の身体秩序が絡め取られてしまうのである。

そもそも、食事、入浴、排泄、リハビリテーションなどの日常的な行為は、その行為における主目的自体（食べ物を口に運びそれをしっかり消化する、体をきれいに洗う、正しい動作を身につける）が必ずや忠実に達成されなければならないという性質を必然的に有している。それが達成されない場合、その行為が意味をなさないばかりか、介助者のみならず当事者にとっても不利益を被ってしまい、双方共に時間や体力の浪費ともなりかねないからである。

こうして、介助やリハビリテーションにおける主目的は達成されるべき究極の価値として当事者と介助者双方に内面化される。行為の主目的が過度に意識されるのは、当事者にとってはそれが<できない>から自らの手の代わりに行うことを望んでいるのであり、介助者にとっては当事者の健康や彼／彼女の生活をスムーズに営めるようにするという点で主目的の達成に対して責任を負うからである。

主目的の達成度が他者の身体のあり方に規定されてしまうということは、裏を返せば当事者の身体から生じる筋緊張や不随意運動によって他者の身体秩序を乱しかねないばかりか、主目的の達成をも危ぶまれるということにもなる。だからこそ、当事者の不随意運動は社会の身体規範に対してそれを揺るがしかねないのであり、社会規範を体現した他者から<逸脱>としてまなざされ、規制されるのである。

不随意運動が規制され、客体としてまなざされることは、当事者が自らの身体と世界内存在としての自己との間に「生きられた関係」を築くことをますます難しくさせる。そして、規範や価値への適応過程において、他者の身体秩序のあり方がその達成度を規定することにより、当事者の身体は他者の身体へと秩序づけられ、否応なく同化してしまうのである。

こうして、本来分け隔てられ独立した存在としてあるべき自己と他者双方の身体が、一方の身体秩序へ否応なく同化させられるという<癒着化>が引き起こされるのである。

最終章では、再びリハビリテーションやケアの現場へと立ち返り、そこに見出される<遊び>という実践から<過剰適応>と<癒着化>という不随意運動をめぐるコンフ

リクトからいかに自由となるか、その方途を探っていきたい。

V. 結論—社会をときほぐす遊び

これまで不随意運動をめぐるコンフリクトを具体的に説明するために提示したリハビリテーションと家庭という、いわば複数の人間同士の相互行為の場は、しかし常に画一的な規則や規律にがんじがらめになることはあり得ず、むしろその時々互いの体調や心理状態、経験の積み重ねや相互理解の程度、社会における価値意識の変動によって一つ一つの行為に対する意味づけや質が絶えず変化していく場でもある。それゆえ、日常生活における行為は、一方では常に不安定なものであり、だからこそ可塑性を有するともいえる。

他方で、日常生活において行為や動作を繰り返す実践のなかで、我々はそこに内在する不安定なもの、脆く変化しやすいもの、未だ現前せずすなわち潜在しているものを、主体的行為をする上での可能的な地平として位置づけることによって、自らの身体秩序を安定させそれに基づく社会的世界を広げていく。この日常の実践において、我々は次第に行為対象や主目的を過剰に意識せずとも、無意識的に、いわば即応的に物事に対して対応することが可能となるのである。

つまり、我々は日々の暮らしにおけるあらゆる実践のなかで、各々の生活空間を自らに身体化していく。それはすなわち、一つ一つの微細な日々の行いのブレを減らし、安定化し、ひいては「習慣」化していくために、日常をルーティン化していくことである。だから我々は、一つ一つの行為に対して、それを自ら客観化し、その行為の質や目的をいちいち吟味せずとも、「自然に体が動く」という具合にそれらを成し遂げることができる。

こうして完成した一定のルーティンは、しかしもちろん完全に固定化されたものではない。ルーティンといっても、そのルーティンが実行される日常は、常に不確実性を伴う。日々は大局的に見ればなんの代わり映えもしない永遠に続く繰り返しのよう見えながら、細かに目をこらせば、やはり同じ繰り返しではありえない。しばしば偶発的に起こる些細なできごとに対応しながらも、なお「核」となるルーティンは残る。だから、多少の揺れ幅、もしくは<遊び>が存在しつつも、やはりそれを含み込んだうえでのルーティンなのだと言えよう⁵⁹。

そもそも、リハビリテーションの場においては、確かに事前の打ち合わせではトレーニーの体調や希望を考慮しつつも、基本的に<正常発達>というリハビリテーション的価値に照らして達成課題を決めていくのであるが、トレーニーにとっての実際の「できないこと」は多くの場合、リハビリをいざやり始めたのちに、実践のなかで行為遂行的に生起されてくる。したがって、トレーニー特有の身体のあり方やそれに“フィット”したアプローチは、「実際にやってみないとわからない」のであり、ゆえに「やりながらつかんでいく」のである。

もともと、リハビリに関する専門知識を習得したての初心者で、とりわけ脳性麻痺者の身体に不慣れな人の場合、不随意運動や筋緊張など予期せぬ事態に直面した際、専門知識を駆使してその身体を客体化し、専門知識へ立ち返ることでその発生メカニズムを分析し、その状態を“合理的に”改善しようと試みる姿が時として見受けられる。しかし、そうした「技

術的合理性」(technical rationality)を追求すればするほど、個々の身体の秩序のあり様やその多様性を看過してしまいかねず、何より環境への働きかけという意味での現象学的な<意志>が受け止められることなく、結果的にそれが築いていく社会的世界を狭めてしまうのである。

「技術的合理性」とは、「科学理論や技術を厳密に適用する道具的な問題解決という考え方」のことであり、それにもとづいて、専門家は、問題を厳密かつ最適な方法で解決する存在として規定される。D・A・ショーンによれば、まず基礎科学を学んだうえで、応用科学を経て、最終的に現場での実習を含めた実践へ到達するという知のヒエラルキーが、研究と実践の断絶、理論の「わざ」(art)に対する優越を生みだしているという⁶⁰。

技術的合理性の純粋な理論志向は、専門家が現実には直面する混沌とした問題状況との落差に必ず直面するだろう。この「厳密性と妥当性をめぐるジレンマ」(rigor or relevance dilemma)⁶¹は、合理的な解決を拒み、多様な解釈が可能な状況に直面したとき、客観的な課題と目標を前提として、そこに至るまでの手段の選択を問う技術的合理性のモデルは崩れざるをえない。では、それらをすべて捨て去って、ひたすらやみくもに混沌とした状況へ取り組むしかないのだろうか。そうではない。

先に述べたとおり、自己の身体秩序に基づいて自己と社会的世界を統合していく過程で対峙する<人間的現実>は、意識されているものばかりではなく、非意識的なレベル、前意識的なレベル、無意識的なレベル(深層心理学的な意味での)の<人間的現実>があり、その他にも現実化しているかぎりでの<人間的現実>(現実的統合)があり、さらにそれを意味づけている、現実化する可能性はあったが、現実化しなかった地平としての<人間的現実>(潜在的統合)があり、その全てを意味づけ統合することにより初めて成り立つのである。したがって、日々の実践のなかで直面する困難や課題は、その時々状況によってしか生み出されえず、そうであるがゆえに困難や課題をある程度予測できるようになるためには、トレーニー特有の身体秩序を受け入れ、どのような世界がそこにあるのかをトレーナー自らの身体をもって感得するという経験を積み重ねるしかないのである。

身体をもって感得すること、すなわち互いに異なり確固たる身体秩序に基づく世界の存在を肌で感じることは、必ずしも言語化できず、また言語化できないがゆえに有り得る世界の持つ無限の広がり、そのまま受け入れることで可能となる。こうした身体に対する処し方の転換を通して、世界内行為における潜在的な地平から呼び起こされる知、すなわち暗黙知が身体化されるのである。

リハビリやケアなどの何らかの役割を担う行為者は、作業中になにか予期せぬ出来事が起きると、自らの行為と周囲の環境を省察する。彼／彼女は自分の知識、基準、手順、枠組みを振り返り、とりあえず何か試みて様子を見たり、経験に照らして対象に働きかけてみたりしながら状況との対話(conversation with the situation)を続ける。これによって行為者は、自身の理解や問題の枠組みを再編してゆく。「行為の<なかで(in)>考える」、つまり状況と対話することが、不可避免的に直面せざるをえない予期せぬ混沌とした状況に対処す

ることを可能にするのである。これを、ショーンは「行為の中の省察」と呼んでいる⁶²。

トレーナーとトレーニー、親と子、ケアにおける介助者と障害当事者がともに行為の只中であって状況と対話することは、社会規範や価値によって脳性麻痺とともに生きる身体を囲い込み、「技術的合理性」の観点から脳性麻痺者の身体と生を客体化することにより健常者にとっての固定的な「非日常」に仕立て上げるのではなく、状況との対話を通して互いの差異を認め合い、日常のなかで互いの身体秩序を身をもって〈遊ぶ〉ことで、互いの身体秩序そのものが双方の社会的世界に対して広がりをもたらすものとして位置づけることができるのである。

身をもって状況と対話することは、不随意運動とともに生きる身体が社会的価値への適応過程であって、その価値が強固であるがゆえにその適応が過剰さを増すことからうまく身をかかわしつつ、自由となるための〈遊び〉を日ごろ身につけた身体の“リズム”に沿って自然発生的に生み出していく。

〈遊び〉とは「余裕」や「ゆとり」を意味するように、一種の距離感覚だといってよい。井上俊によれば、本来〈遊び〉とは、実際生活からの影響を排除し実際生活への波及効果を統制するなど、実際生活に対して多少とも距離をとる形で構造化されている、という。だからこそ、社会の規範や価値基準からの逸脱もよしとされ、〈遊び〉そのものが楽しい経験を生み出しやすい。と同時に、社会の規範や価値基準からの逸脱が刹那的にでも許されているがゆえに、没入してしまわずに実際生活に立ち返っていくために〈遊び〉の対象からもまた我々は距離をとろうとする。そもそも、この距離がなければ〈遊び〉というものは成り立たない。

しかし、〈遊び〉は実際生活、すなわち日常生活の細々とした実践の内にも存在する。例えば、〈歩く〉という発達の初期に習得される動作は、親や教師から〈歩く〉というそれ自体の目的のために訓練されるというよりむしろ、かけっこや何か欲しいものを掴むための動作を通じて徐々に形成されていく。この場合、それが達成されたことに対する社会的な効用などしばし脇に置き、ゆえに達成目標に対してもさほど執着しなくて済む。こうして、我々は社会の規範や規制から身をかかわしつつ、時に失敗しハメを外しながら動作それ自体が直面する状況との対話を通して、時間をかけながら学んでいくのである。その際、〈遊び〉の只中にいる当人は社会の規範や価値基準から距離をとっていると同時に、〈歩く〉という動作そのものからも距離をとっている。この距離が存在することによって、自らの身体と意志が一体化し、行為対象（先の例では〈歩く〉という学習そのもの）との間にも社会規範に縛られずに自己の身体秩序に則した形で〈歩く〉という行為を遂行できる自由ないし余地が生まれるのである。ゆえに、仮に我々が周囲から「正しい動作に沿うように歩け」と指示され、その動作をまなざされれば、社会の規範や価値基準に己の身体が絡め取られてしまい、動作の全過程を自ら意識的に客体化しなければならないため、逆に〈歩く〉という行為対象から距離をとることができない。なぜなら、個人の意志と身体（意志体）は、互いに一体化しつつ社会環境と対峙し、社会環境への適応と抵抗を繰り返しながら独自の社会的世界を形成し

ていく。にもかかわらず、社会的な規範や価値によって身体を規制されれば、社会環境に対して一方的に身体が過剰適応してしまい、意志と身体が乖離することで身体と社会環境とが癒着していくからである。そして、己の意志体と社会環境との間にはもはや<遊び>は生まれない。

すなわち、<遊び>は自己の身体領域と他者の身体領域、自己と社会環境との差異を無理やり無効にするのではなく、差異を差異として承認し、相互の対話を通してその差異そのものを自己の社会的世界へ広がりをもたらす積極的な地平として位置づける、という営みそれ自体なのである。

幾多の異なる身体秩序をもつ他者との共生—それは、ある時は大きな摩擦や葛藤を自己と他者の内に生じさせる。しかし、一方で<他者>という自らとは異なる世界内存在を承認すること自体が、翻って世界内存在としての自己の生の営みに対してさらなる広がりをもたらす<遊び>を生むための素地を形作っていく。

だからこそ、<遊び>を生み出すためには「他者了解の確信」⁶³が前提となる。これは、他者が自分と同じ主観として存在し、同程度の意識でもって世界内の即自的な対象を同じように認識しているという「他我の存在確信」ではなく、無限の広がりをもつ社会的世界に対して他者独自の主体的な生とそれを支える身体秩序をもって、各々が異なる意味を与えるという多様な生のあり方に寄り添い、その多様な生を多様なままに自己の社会的世界を広げるための積極的な地平に位置づけることによって世界内存在として生きる自己をより豊かなものとすることを意味するのである。

ところで、IV章A節の冒頭で述べた歯医者との意思疎通の場で生じた“しこり”はそれ以降も筆者が歯医者へ行くたびに生じたのだろうか。

実は去年（2009年）の初秋、またもや虫歯ができてしまった。そして、歯医者で味わう歯がゆさを避けようと、これまで受診していた病院とは別の病院へ通い始めたのである。ここでは最初の間診時から医師自らがじっくり時間をかけて筆者の発する言葉に耳を傾け、真摯に筆者特有の身体の動きを理解しようと努めてくれた。そして、以下の応答によって、筆者の内に蓄積してきた“しこり”は、まるでロウソクが温かい火を灯されその蠟がゆっくりと溶けだすように、じわりと氷解していったのである。

筆者：「僕の体は不随意運動があるので、治療の最中でも時たま動いてしまうんですけど大丈夫ですかね？」

歯医者：「はい、構いませんよ。動きたいときは自由に動いてください」

それからというもの、筆者はほとんど筋緊張が生じることなく、気持ちよく受診することが

できたのである。

時間や仕事にあくせくする今日であっても、我々が生きる日常の一瞬一瞬のうちに他者や環境と対話し、相互理解を深め合える機会がほんのわずかでもあれば、一人一人の生はどれほど豊かなものとなるであろうか。このような対話が医療やリハビリテーションの場だけでなく、社会全体へ広がるといい。

そんな希望に胸を膨らませながら、ひとまず筆を置くことにしよう。

<注>

- 1) 杉本健郎, 二木康之, 福本良之編『障害医学への招待 : 特別支援教育・自立支援

法時代の基礎知識』クリエイツかもかわ, 2006, p68-69

- 2) 同上, p88
- 3) 胆汁色素の主成分。ヘモグロビンおよびミオグロビンの中にあるヘムの分解産物。血中を流れ肝臓を経て胆汁の一成分となり、腸に排泄される。胆汁や糞便を黄褐色にし、また血中に異常に増加した状態が黄疸となる（参考：『広辞苑 第五版』岩波書店, 2004）。
- 4) 注1と同じ。
- 5) 熊谷晋一郎『リハビリの夜』医学書院, 2009, p33-34
- 6) 北原侑「脳性麻痺の不随意運動（特集 不随意運動）」総合リハビリテーション 25(3), 1997, p221-228
- 7) 田島明子『障害受容再考』三輪書店, 2009, (テキストのため、該当するページ箇所は不明)
- 8) 理学療法士など、リハビリテーションの場において指導する立場にある者をさす。
- 9) リハビリテーションの受け手。障害のあるクライアント。筆者はこの立場に属す。
- 10) 臨床動作法のこと。1960年代後半、成瀬悟策と大野清志は、脳性麻痺患者の身体の動きにおける不自由が催眠状態では覚醒時とは異なって軽減される事実に着目し、脳性麻痺による身体運動上の不自由を「誤学習」と捉え、意識的な再学習を行うことによってその不自由を改善できると考えた。この考えに基づき、脳性麻痺による肢体不自由児・者の身体運動上の不自由の改善をねらいとして開発されたのが＜動作訓練＞である。

彼らは、人間の身体の動きは目的達成を目指して行われる意図的かつ主体的なもので「意図－努力－身体運動」というしくみを持つとし、この全体を＜動作＞と呼んだ。実際のセッションでは、指導者から行われる関節可動域へのはたらきかけを受け、本人が恒常化している筋緊張「慢性緊張」に気づいて主体的にリラクゼーションを行い、さらに適切な動作を再学習していく。そして、この局面で取り扱う課題を「動作課題」と呼んでいる。

＜動作訓練＞は、従来医療に大きく依存する状況にあった肢体不自由児の教育において「養護・訓練」領域における心理・教育的な指導法として受け入れられ、全国的に広まった。

1970年代に入り、動作訓練の技法は脳性麻痺による肢体不自由がある人びとばかりでなく様々な障害をもつ人びとに対して試みられるようになる。特に、自閉症と言われる子どもたちに対する「腕上げ」を動作課題としたセッションが対人関係や多動傾向に改善をもたらすという今野義孝らの事例報告は、以降ダウン症、知的障害、不登校、また統合失調症などの精神疾患そして高齢者など様々な人びとに対する身体を通じての心理的アプローチとして展開し、動作訓練が動作法と呼ばれるようになる一つの契機となった。

この経過の中で成瀬は、セッション場面における指導者と指導を受ける側の関係に着目し、＜自己・自体—他者・他体＞という構成概念を立ててセッション中に起こる両者の心理的な事象および身体と自己意識との関係について説明を試みている。

動作法は実践の局面を重視して技法の開発や理論形成を試み、人間の心身のとらえ方に豊かな知見をもたらしてきた。これらの内容は心理・教育の領域にとどまらず、より広範に身体論や自己認識の問題に対し、多くの示唆を含んでいる。しかし他方で、学校現場、特に肢体不自由養護学校の「養護・訓練」のなかで機能訓練的な側面がより強く強調されて実践が行われ、このかかわりが身体の動きに関する主体的な学習過程であるという最も重要な側面への認識が希薄になり、技法ばかりが流通するようになってしまった。今後、これら課題の整理を含め、内容のより多角的な検討と経験知を越えた理論の構築とが期待される。（引用：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所HP

<http://www.nise.go.jp/blog/index.html>）

- 11) 1998年4～10月に二次障害検討会が大阪府下の肢体障害を持つ人500人を対象に実施した「肢体障害者二次障害実態調査」において、動作能力が最も良かった時期は、「20歳未満まで」と答えた人が33%、また、動作能力の低下時期は、早い人で5歳から、37.8%の人が30歳未満から始まったと答えている。したがって、二次障害の発生要因は、単なる加齢だけでなく、社会的・環境的要因が複合的に結びついているといえよう。
- 12) 肢体障害者二次障害検討会編『二次障害ハンドブック（改訂版）』文理閣, 2007, p105
- 13) 原田武雄「脳性麻痺による頸椎症性頸髄症」（＝『障害者問題研究32-3』（特集：脳性麻痺研究の到達点）, 全国障害者問題研究会（全障研）, 2004, p29-35）
- 14) 杉本健郎ほか編, 同上, p116-117
- 15) Pimm P. (1992) Cerebral Pulsy: a non progressive disorder? Educational and Child Psychology 9, p27-33
- 16) 二次障害を抱える当事者で構成される二次障害情報ネットは、そのサイト上において、脳性麻痺者が抱える医療上の課題として、①定期健康診断の保障、②通院に関する問題、③基準看護法について提起している。
①について。障害のある人も学齢期においては、養護学校等で健康診断は定期的に行われ、養護学校卒業後は、法的に一般就労すれば職場で健康診断は保障されており、福祉的就労として通所施設でも同様である。しかし、在宅の場合は、多くの障害のある人が定期健康診断を受けられていないという問題がある。全国の各自治体では市民向けに「市民健康診断」が設けられ、40歳以上の市民に対して成人健康診断（胃ガン・大腸ガン検査）が保障されているのだが、階段付きの

狭い検診車で対応しているために、実際には重い障害のある人は全く受け付けてもらえない。

②について。障害のある人が、医療機関までの距離と介助者の確保という難題をなんとか解決したとしても、医療機関の入口に階段があったり、診療室が狭い等のバリアが立ちはだかる。そして、さらにそれらのことを何とか解決したとしても、残念ながら医師や看護師が障害のある人に慣れていないために、コミュニケーションが成立しなかったり、誤診されたり、ひどい場合には診療拒否に会うことさえある。

③について。「基準看護法」は、1958年に入院患者の権利を守るために制定された画期的な法律である。この法律が制定される以前は、入院患者が治療を受けるためには家族が付き添うか、または高額な費用を負担して付き添い婦を雇うしか手段はなかった。しかしこの法律が制定されたことにより、患者の治療及び生活は医療機関が保障しなければならなくなったのである。本来であれば、障害のある患者が治療を受けるために必要な介助も、同様に医療機関として保障しなければならなくなったはずであった。ところが、この法律も一度障害のある人が入院する場合、大きな問題として立ちはだかることになる。

改めて言うまでもなく、「基準看護法」は完全看護を意味しているわけではない。ただでさえ看護師は、過重労働のせいもあって慢性的に人手不足であり、よくて看護師1人が5人の患者を受け持っているような状態なのである。そこに障害のある人が入院することになるわけであるから、介助が保障されるはずはないのである。そもそも多くの看護師は、障害のある人に慣れておらず、食事やトイレの世話以前にコミュニケーションを成立させることさえ困難な場合が多い。まして重い障害のある人にとっては、治療を安心して受けるためには介助の保障が不可欠になる。こうした問題が重なる結果、障害のある人が入院した場合、治療を受けに来たはずが医療機関でますます衰弱していくというとても笑えない深刻な状態に陥るのである。

以上のほかにも、医師に対して脳性麻痺者への理解を深め、医療における患者の権利を確立するために、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン、カルテやレセプトの開示の必要性を提起している。（参考：二次障害情報ネットHP <http://nijishogai.net/info/kadai.html>）

17) ここで、二次障害検討会のたまかなあゆみについて辿ってみたい。

二次障害の問題は、おおまかに言えば1970から80年代にかけて、障害者雇用の促進や共同作業所運動の前進によって、障害者の働く条件が広がり、社会参加の条件も広がった一方で、障害者の二次障害や健康不安の問題が表面化してきたという経過がある。障害を持ちながら健常者と肩を並べて働くには、無理に無理を重ねて「頑張りとおす」しか道がない。働く条件や環境が障害に合わなくても働かなけ

ればならない。そんな中で、障害を持つ人が、若くして二次障害を発症してしまうケースが今もなお現実に後を立たない。そうした中で、障害者労働医療研究会脳性まひ者部会〔責任者：安藤徳彦横浜市大教授〕が1990年代に共同作業所全国連絡会「きょうされん」や社団法人全国コロニー協会「ゼンコロ」と障害者雇用事業所などを対象に3回の「二次障害の実態調査」を行った。一回目の調査は1990年に実施され、二回目の調査〔1993年度〕では、脳性まひの障害者を雇用している従業員三百人以下の357事業所と、そこで働く815人の脳性まひの障害者を対象にアンケート調査を実施した。三回目の調査〔1995年度〕では、55人の脳性まひを持つ労働者を対象に面接での聞き取りと職場環境調査を実施。他方、全国肢障協も独自調査を行った。この動きに関心した方たちが中心になり、大阪でも独自に肢体障害者二次障害検討会をつくり、地道に運動を続けてきている。以下主な活動を記しておく。

- 1988年 大阪府下で、100名の障害者の健康と職場・生活環境調査
- 1997年 大阪府下で、500名の二次障害についての実態調査
- 2001年 二次障害ハンドブック発刊（文理閣）
- 2002年 吹田で二次障害シンポジウム開催〔100人〕
- 2003年 茨木で二次障害シンポジウム開催〔80人〕
- 2005年 東大阪で二次障害シンポジウム開催〔50人〕
岸和田で二次障害シンポジウム開催〔90人〕
大阪府が二次障害などの現況調査を実施
（大阪障連協・大阪市肢体不自由者協会等）
- 2006年 大阪市内で二次障害シンポジウム開催〔60人〕
愛知県安城市で出張二次障害シンポジウム開催〔100人〕
- 2007年 二次障害ハンドブック改訂版発刊（文理閣）
大阪府が障害者リハビリテーションセンターを府立病院に設立
障害者地域医療ネットワーク事業を開始
7月29日大阪市内で講演と二次障害シンポジウム開催
〔参加者65人〕
9月9日 講演と二次障害シンポジウムを開催〔80人〕
- 2008年 9月20日 後期高齢者医療制度を中心とする医療情勢学習会〔参加者50人〕
- 2009年 7月25日 介護保険制度と障害者の関り学習講演会
〔参加者80人〕
10月24日 高松市脳性マヒの二次障害を考える会講演派遣
（参加者50人）

こうした活動の中で、大阪府は、府立病院に併設された障害者リハビリテーション

センターの二次障害対応などの機能充実とここを拠点とした障害者地域医療ネットワーク事業を開始した。

- 18) 1998年、大阪府は財政危機を理由に、「財政再建プログラム」案において、重度の障害者に対して、必要とする医療が容易に受けられるよう医療費の自己負担額の一部を助成する重度障害者医療費公費助成制度を大幅に削減することを打ち出した。これを受けて、二次障害検討会はこの制度の縮小・削減は絶対認めるわけにはいかないということで、大阪府に対しての要請行動や、「障害者の日」に記者会見を行い、この制度の存続や充実を訴えた。(参考：肢体障害者二次障害検討会編 同上, p239-240)
- 19) リハビリテーションは大まかに分類すると、医学的(これと混同してはならないが、本研究では心理学から派生した動作法[注10参照]を含む)リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーションの三つである。本研究で取り上げるのは、そのうちの医学的リハビリテーションであり、しかもその中でも主として運動機能に関わる「リハビリテーション医学」という分野に焦点を合わせている。
- 20) 注7と同じ。
- 21) 石川准／長瀬修編『障害学への招待 社会、文化、ディスアビリティ』明石書店, 1999, p11
- 22) Bickenbach, J. E., S. Chatterji, E. M. Bailey, and T. B. Ustun. (1999) "Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps." *Social Science & Medicine* 48 (9): 1173-88.
- 23) 西村高宏『障害と身体社会学——障害学における〈身体〉の復権をめざして一』医療・生命と倫理・社会 (2), 2003, p111-135
- 24) Turner, B. S. (2001) *Disability and the Sociology of the Body. Handbook of Disability Studies*. London: Sage
- 25) 市川浩『精神としての身体』勁草書房, 1975, p9-60
- 26) 熊谷晋一郎『リハビリの夜』医学書院, 2009, p38-40, p239 ベルンシュタイン・ニコライA『デクステリティ』金子書房, 2003, p307, p311
- 27) 『広辞苑 第五版』岩波書店, 同上
- 28) 井上俊「生活のなかの遊び」, p14 (=井上俊(編)『仕事と遊びの社会学』岩波書店, 1995)
- 29) 近世になってから「リハビリテーション」という言葉は、主に「名誉の回復」、特に無実の罪で罰せられた人の「無実の罪の取り消し」という意味で使用された。例えば、15世紀に勃発し英国とフランス両国間で争われた百年戦争時に、神のお告げがあったと主張しオルレアンの戦いにおいてフランス軍を大勝利に導き、シ

ヤルル七世を正式なフランス国王として戴冠式を挙げることに貢献したジャンヌ・ダルクが挙げられる。彼女はその後、陰謀により“異端者”のレッテルを貼られ、罪人として火あぶりの刑に処せられた。しかし、裁判を疑問とした国王は、ジャンヌ・ダルクの死後 25 年経過した時に、再び裁判の開催を命じた。この再裁判により処刑判決は破棄され無実となった。この裁判のことを「リハビリテーション裁判」と呼んでいる。

しかし、20 世紀には無実の罪ではなく、実際に罪を犯した者が社会復帰するときにも「リハビリテーション」という言葉が使われるようになった。欧米でも、刑務所から出所することは、改めて市民としての権利が復活する、すなわち復権することであることからリハビリテーションと解釈するようになったのである。我が国でも刑を全うした人は、“まともな人”に戻ったとして「更生」と考えるようになった。こうした考え方が更に変遷を遂げ、次第に社会復帰がリハビリテーションという意味をもつことになっていったと考えられる。(参考：石川誠「リハビリテーションという思想」p127-p128 (=上野千鶴子ほか編『ケア その思想と実践 1 ケアという思想』岩波書店, 2008)

- 30) 石川誠, 同上 p127-p130
- 31) 小佐野「全身に障害のある人に対する医療の歴史と私達の到達点」, 2007
- 32) I C I D H (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps、国際障害分類) については、以下の定義を参照されたい。

インペアメント：心理学的・生理学的・解剖学的な構造や機能の何らかの喪失・異常

ディスアビリティ：(インペアメントによってもたらされた) 人間にとって正常と考えられる方法や範囲で行為を遂行する能力の何らかの制約・欠如

ハンディキャップ：インペアメント・ディスアビリティによってもたらされ、個々人にとっての(性・年齢・社会的・文化的諸条件に応じた) 正常な役割遂行を制約・阻害する不利益 (WHO 1980: 27-29)

以上の定義は、従来ディスアビリティの原因は身体的・知的・精神的機能不全であり、個人に内属するものとして、手足が動かないこと、目が見えないこと、耳が聞こえないこと等々から直接不利益が生まれており、したがって、ディスアビリティの問題とはそのままインペアメントの問題であり、これらへの対処策は、まず第一義的には、そうした機能不全を「治療」し、少しでもその機能を高めることであり、それが難しい場合には、そうした機能を補うための技法や振舞を障

- 害者本人が身につけること、といった認識枠組を引き継ぐものであった。(参考：WHO, (1980) International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva: World Health Organisation. .p39, 41
- Oliver, Michael, (1990) The Politics of Disablement, London: Macmillan.
 (= 三島亜紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司訳『障害の政治——イギリス障害学の原点』明石書店, 2006, p37, 38, 49, 121)
- 33) 杉本健郎ほか編, 同上, p14
- 34) 石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店, 2002 p196 p203
- 35) 金満里「ケアされる身体」, p72-73 (=上野千鶴子ほか編『ケア その思想と実践3 ケアされるということ』岩波書店, 2008)
- 36) 寺本晃久「自己決定と支援の境界」Sociology Today (お茶の水社会学研究会), 2000, 10:p28-41
- 37) 前田拓也『介助現場の社会学—身体障害者の自立生活と介助者のリアリティ』生活書院, 2009
- 38) 定位家族 family of orientation とは、夫婦家族が含む二つの世代のうち子世代からみた場合、その人の意志とは無関係に、選択の余地なく運命的にそこに産み落とされ、育てられる家族を指す。他方、自らが結婚により形成する家族を「生殖家族」と言う。(参考：濱嶋朗、竹内郁郎、石川晃弘編『社会学小辞典 [新版増補版]』有斐閣, 2008, p440)
- 39) 岡原正幸「コンフリクトへの自由——介助関係の模索」安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也編『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学 (増補改訂版)』藤原書店, 1995, p121-46
- 40) 同上
- 41) 岡原正幸「感情社会学の成立と展開」岡原正幸・山田昌弘・安川一・石川准『感情の社会学——エモーション・コンシャスな時代』世界思想社, 1997, p1-42.
- 42) Hochschild, A. R. (1983) The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling, University of California Press. =石川准・室伏亜希訳『管理される心——感情が商品になるとき』世界思想社, 2000
- 43) デュルケーム (宮島喬訳)『社会学的方法の規準』岩波文庫, 1895=1978
- 44) ハーバーマス (細谷貞雄・山田正行訳)『公共性の構造転換』未来社, 1994
- 45) 青木千帆子「障害者労働をめぐる言説の分析」大阪大学大学院人間科学研究科 平成 21 年度博士号学位請求論文
- 46) カイヨワ (多田道太郎・塚崎幹夫訳)『遊びと人間』講談社学術文庫, 1958=1990
- 47) 渡辺克典「相互行為儀礼と言語障害——〈気詰まり〉を生きる吃音者」現代社会理論研究 (現代社会理論研究会) 13, 2003, p177-189
- 48) 注 38 と同じ

- 49) Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall = 石黒毅訳『スティグマの社会学——烙印を押されたアイデンティティ』せりか書房, 1970
- 50) 渡辺克典, 同上, p186
- 51) 石川准『アイデンティティ・ゲーム——存在証明の社会学』新評論, 1992, p106
- 52) 西村高宏『障害と身体社会学——障害学における〈身体〉の復権をめざして—』医療・生命と倫理・社会 (2), 2003, p111-135
- 53) 市川浩『精神としての身体』勁草書房, 1975, p9
- 54) 市川浩『「身」の構造：身体論を超えて』青土社, 1997.6
- 55) 同上
- 56) Merleau-Ponty, Maurice (1945) *Phenomenologie de la Perception.*, Gallimard, Paris = 竹内芳郎・小木貞孝訳『知覚の現象学 1』みすず書房, 1967, p183-4
- 57) Gehlen, A. (1980) *Man in the Age of Technology*. New York : Columbia University Press.
- 58) Berger, P. L. and T. Luckmann. (1966) *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Doubleday
- 59) 注 38 と同じ。
- 60) Shon, D., (1983) *The Reflexive Practitioner: How Professionals Think in Action*, Basic Books. p24-27 (= 柳沢昌一・三輪建二訳『省察的実践とは何か——プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房, 2007) .
- 61) 注 38 と同じ。
- 62) 注 61 と同じ。
- 63) 竹田青嗣「他者と超越—現象学的他者論の基礎づけのために—」, p45 (= 井上俊 (編) 『身体と間身体社会学』岩波書店, 1996)

VI. <参考文献・論文>

【和文 (50音順)】

- 青木千帆子「障害者労働をめぐる言説の分析」大阪大学大学院人間科学研究科 平成21年度博士号学位請求論文
- 阿部一彦「障害者の二次障害に関する諸問題--脳性小児麻痺(CP)と脊髄性小児麻痺(ポリオ)を例に(特集 障害児・者福祉の現状と課題)--(共通テーマ なぜ今「障害者福祉の現状と課題」がテーマになるのか)」社会福祉研究室報 (12),2002
- 安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也編『生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学(増補改訂版)』藤原書店, 1995
- アンソニー・ギデンズ(松尾精文 [ほか] 訳)『社会学 第5版』而立書房, 2009.3
- 池上善彦編「特集—リハビリテーション」現代思想 11月号 第34巻第13号, 青土社, 2006, 11
- 石川准『アイデンティティ・ゲーム—存在証明の社会学』新評論, 1992
- 石川准編『脈打つ身体:Material』岩波書店, 2007.1
- 石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店, 2002
- 石川准/長瀬修編『障害学への招待 社会、文化、ディスアビリティ』明石書店,1999
- 市川浩『精神としての身体』勁草書房,1975
- 市川浩『「身」の構造:身体論を超えて』青土社,1997.6
- 市川浩『身体の現象論』(=井上俊(編)『身体と間身体の社会学』岩波書店,1996)
- 市橋博「二次障害考(1)脳性マヒの二次障害--全国肢障協・二次障害問題検討委員会の取り組み」ノーマライゼーション 20(10), 2000, p35-37
- 井上俊(編)『仕事と遊びの社会学』岩波書店,1995
- 井上俊(編)『身体と間身体の社会学』岩波書店,1996
- P.コンラッド, J.W.シュナイダー(杉田聡, 近藤正英訳)『逸脱と医療化:悪から病いへ』ミネルヴァ書房, 2003.11
- 上野千鶴子ほか編『ケア その思想と実践 1 ケアという思想』岩波書店,2008
- 大澤真幸「overview 身体と間身体の社会学」(=井上俊(編)『身体と間身体 of 社会学』岩波書店,1996)
- 太田令子・大塚恵美子「脳性麻痺の心理的アプローチ」(=栗原まな編『Monthly Book Medical Rehabilitation No.87』全日本病院出版会,2007、p54-61)
- 岡原正幸・石川准・好井裕明「障害者・介助者・オーディエンス」『解放社会学研究』01, 1986, p25-41.
- 岡原正幸・山田昌弘・安川一・石川准『感情の社会学—エモーション・コンシャスな時代』世界思想社, 1997

- 小佐野「全身に障害のある人に対する医療の歴史と私達の到達点」,2007
- カイヨワ (多田道太郎・塚崎幹夫訳)『遊びと人間』講談社学術文庫,1958=1990
- 北澤毅,古賀正義『質的調査法を学ぶ人のために』世界思想社,2008.5
- 北原侑「脳性麻痺の不随意運動 (特集 不随意運動)」総合リハビリテーション 25(3), 1997, p221-228
- 熊谷晋一郎ほか「障害をもつ若者たちは語る—まずは話すことから—」殿岡翼編『学生生活を通して見えてきたもの—大学へ—』 (=わかこま自立生活情報室,1999,p19-77)
- 熊谷晋一郎『リハビリの夜』医学書院, 2009
- 『広辞苑 第五版』岩波書店,2004
- 桜井厚『インタビューの社会学：ライフストーリーの聞き方』せりか書房,2002.1
- 佐藤俊樹,友枝敏雄『言説分析の可能性：社会学的方法の迷宮から』東信堂, 2006.3
- 佐藤郁哉『フィールドワークの技法：問いを育てる,仮説をきたえる』新曜社, 2002.2
- 肢体障害者二次障害検討会編『二次障害ハンドブック (改訂版)』文理閣,2007
- 杉本健郎, 二木康之, 福本良之編『障害医学への招待：特別支援教育・自立支援法時代の基礎知識』クリエイツかもかわ, 2006
- 星加良司『障害とは何か—ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院,2007
- 園田恭一『社会的健康論』東信堂, 2010.4
- 竹田青嗣「他者と超越—現象学的他者論の基礎づけのために—」 (=井上俊 (編) 『身体と間身体社会学』岩波書店,1996)
- 田島明子『障害受容再考』三輪書店,2009
- 土屋葉『障害者家族を生きる』勁草書房,2002
- 寺本晃久「自己決定と支援の境界」Sociology Today (お茶の水社会学研究会), 2000,10
- デュルケーム (宮島喬訳)『社会学的方法の規準』岩波文庫,1895=1978
- 南雲直二『障害受容』荘道社,1998
- 南雲直二『ものいうからだ：身体障害の心理学』講談社,2008.9
- 西川禎匡「自分の生活をつくり、守るためにやってきたこと」 (=肢体障害者二次障害検討会編『二次障害ハンドブック改訂版』文理閣,2007, p43-51)
- 西村高宏「障害と身体社会学——障害学における〈身体〉の復権をめざして—」医療・生命と倫理・社会 (2), 2003, p111-135
- ハーバーマス (細谷貞雄・山田正行訳)『公共性の構造転換』未来社,1994
- 濱嶋朗, 竹内郁郎, 石川晃弘編『社会学小辞典 [新版増補版]』有斐閣,2008
- 原田武雄「脳性麻痺による頸椎症性頸髄症」 (=『障害者問題研究32-3』 (特集：脳性麻痺研究の到達点),全国障害者問題研究会 (全障研), 2004, p29-35)

- ブライアン・S・ターナー (泉田渡,小口信吉,小口孝司,藤田弘人訳)『身体と文化：身体社会学試論』文化書房博文社, 1999.1
- ベルンシュタイン・ニコライ A (工藤和俊訳) 『デクステリティ』金子書房,2003
- 湯浅泰雄「身体と間身体関係」 (=井上俊 (編)『身体と間身体社会学』岩波書店,1996)
- 前田拓也『介助現場の社会学——身体障害者の自立生活と介助者のリアリティ』生活書院,2009
- 松浦清美「これまでを振り返って」 (=肢体障害者二次障害検討会編『二次障害ハンドブック』 (初版) 文理閣,2001, p26-31)
- 松兼功『お酒はストローで、ラブレターは鼻で』朝日新聞社,1983
- 山崎喜比古『健康と医療の社会学』東京大学出版会,2001.6
- 頼尊恒信「脳性麻痺者における二次障害の受容の意味—真宗障害者福祉論の視座から—」社会関係研究 14(2), 2009 , p71-104
- リリー・ジョン・C (管靖彦訳)『サイエンティスト—脳科学者の冒険』平河出版社,1986
- ロバート・F・マーフィー (辻信一訳)『ボディ・サイレント：病いと障害の人類学』新宿書房, 1992
- 渡辺克典「相互行為儀礼と言語障害——〈気詰まり〉を生きる吃音者」現代社会理論研究 (現代社会理論研究会) 13, 2003
- B.ヴァルデンフェルス (山口一郎,鷺田清一訳)『講義・身体現象学：身体という自己』知泉書館, 2004.4

【欧文 (アルファベット順)】

- Berger, P. L. and T. Luckmann.(1966) *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Doubleday.
- Bickenbach, J. E., S. Chatterji, E. M. Bailey, and T. B, Ustun. (1999) "Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps." *Social Science & Medicine* 48 (9)
- Gehlen, A.(1980)*Man in the Age of Technology*. New York : ColumbiaUniversity Press.
- Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall=石黒毅訳『ステイグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』せりか書房, 1970
- Hebb, D, O.(1960)*The American Revolution* : American Psychologist, 5.
- Hochschild, A. R. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press.=石川准・室伏亜希訳『管理される心—感情が商品になるとき』世界思想社, 2000
- Hunt,A.(1978)*The Sociological Movement in Law*, London.
- Karl Jaspers. *Allgemeine Psychopathologie*,Springer-Verlag, S. 75. (内村・西丸・島崎・岡田訳、ヤスパーズ『精神病理学総論 上巻』岩波書店)
- Merleau-Ponty, Maurice (1945) *Phenomenologie de la Perception.*, Gallimard, Paris =竹内芳郎・小木貞孝訳『知覚の現象学 1』みすず書房, 1967
- Oliver, Michael, (1990) *The Politics of Disablement*, London: Macmillan. (= 三島亜紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司訳『障害の政治—イギリス障害学の原点』明石書店, 2006, p37, 38, 49, 121)
- Pimm P. (1992) *Cerebral Pulsy: a non progressive disorder?* *Educational and Child Psychology* 9
- Shon, D., (1983) *The Reflexive Practitioner: How Professionals Think in Action*, Basic Books. (=柳沢昌一・三輪建二訳『省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房, 2007) .
- Turner, B. S. (2001)*Disability and the Sociology of the Body. Handbook of Disability Studies*.London: Sage
- WHO, (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva: World Health Organisation.