

生存科学研究ニュース

Vol. 30, No.2 2015.7 発行
発行 公益財団法人 生存科学研究所

〒104-0061 東京都中央区銀座 4-5-1
tel: 03-3563-3518 fax: 03-3567-3608 email: office@seizon.or.jp
<http://seizon.umin.jp>

第12回「代替医療と語り」研究会



表記研究会は2014年9月3日(水) 18:00より、「チャプレンと語り：スピリチュアルケアの視点から」と題し、聖学院大学大学院教授の窪寺俊之氏の発表ならびに質疑応答が行われた。

はじめに実践神学を専門とした自らの経歴を簡単に振り返り、チャプレンと牧師の違いについて説明された。牧師は説教や礼典を司るため、主に教会で仕事をしているが、チャプレンは、危機状況にある人のところに自ら出かけていき、宗教的援助を行う。牧師は一般的に「語る」こと(たとえば説教)が主な仕事で、チャプレンは「きく」ことに仕事の中心がある。つまり患者の「語り」が重要なテーマとなってくるのだ。チャプレンは大きな病院、高齢者施設、刑務所、陸空海軍、学校などには常駐している。ときには死の場面、病名告知の場面で患者・家族に付きそう。

危機(crisis)の状況にたったとき顕著に覚醒してくるものが、スピリチュアリティ(spirituality)である。危機の状況では、「わたしとあなた」「わたしとわたし」の関係性だけでは問題が解決できない。人間の能力だけでは自分を支えられなくなったとき、タテの関係(垂直的な関係性)、人間という有限のものを超えた無限のもの・永遠のものに助けを求めようとする。これがスピリチュアリティで、宗教よりも大きな概念である。

窪寺氏は、スピリチュアリティを生命を維持するための機能と位置づけ、すべての人間の中にインプットされているとする。それは、その人の存在の意味、生きる枠組み、人生観、あるいは超越者との関係性を与えるものである。そこに、「祈り」がかかわってくる。

われわれはみな、日常の生活の中で自分の「祈り」を表現しているのではないか。それは必ずしも宗教の形式にのっとらず、願望であったり、期待であったりするかもしれない。患者がある特別な出来事を選んで語る。一見単純な事実の羅列の中から、患者の「発信」をどれだけ引き出し、感じ取れるか。これは感性の問題であり、共感性の問題である。

ここで、「きく」ことにはレベルがあり、その違いをわきまえることがケアとして肝要である。窪寺氏はホワイトボードに手ずから板書し、それぞれ解説を加えた。①出来事をきいているのか(聞く:hear)、②その人の心情、情緒をきいているのか(聴く:listen to)、③患者の心の中にあるもの(不安・恐れ)を引き出すためのきき方ができているか(訊く:ask)、④どれだけ感性を鋭くし、心の動きを感じ取れるか(利く:sensitive)、⑤その効果・結果(患者との信頼関係、自己開示が行われている程度;効く:effective)はどうか。これらをたえず心の中で吟味し、自らをアセスメントしなければならない。

最後に資料として、金子みすずの詩が3篇取り上げられた。窪寺氏は、独特の「たましい」への感受性をはぐくんだみすずの生涯にふれつつ、この詩から何を読み取れるか、それはとりもなおさず患者の「祈り」をいかに読み取るかにつながるとして、話を結んだ。

つづく質疑応答では、スピリチュアリティへの接近の仕方について質問が出された。窪寺氏は、スピリチュアリティには二つの極があるとし、超越的な他者(神)が私たちの外部に、究極的な自己(悟り)が内部にあって、それぞれの間で回転しているとの持論を述べた。そのうえで、一方を強調するから宗教は対立するのであり、人間として共通のスピリチュアリティという観点にたてば、「和解」できるのではないかと評した。また日本では宗教を危険視しがちで「祈り」が歓迎されない状況を述べる一方、今後スピリチュアルケアの需要が高まる可能性を期待しつつ、医療文化・医療制度を変える必要性に言及した。

(永本 潤, 津谷喜一郎)

第13回「代替医療と語り」研究会



表記研究会は「戦前・戦時期における『衛生経験』の語り：近代医学と民間医学」と題し、2014年9月19日(金)18:00から、お茶の水女子大学リーダーシップ養成教育研究センター・宝月理恵氏による発表とディスカッションが行われた。発表では近著である『近代日本における衛生の展開と受容』(東信堂)の内容を適宜引用しつつ、

インタビュー録音の再生をはさむなどの工夫がなされた。

「衛生」という言葉は明治期に導入されたが、当時は現在の「公衆衛生」よりも広い分野を指すものとされていたらしい。やがて流行語化するが、いま日常にあふれる「健康」に置き換えれば想像しやすい。

明治に新制度がしかれ、医師免許をとるために西洋医学を学ばなければならなくなると、それまでの医学である漢方医学は排斥された。その強行姿勢には、医師を国家衛生行政の要として位置づけたいという政府側の思惑があった。

では、民間医学・民間療法を当時の医師や衛生の専門家などはどのようにみていたのか。宝月氏は、富士川 游『民間薬』(1915)、岡田道一『家庭の衛生と常備薬』(1929)、築田多吉『家庭に於ける実際の看護の秘訣 実地方面の養生手当てと民間療法 女の衛生と子供の育て方』(通称『赤本』、1925)などをひもとき、その位置づけ、衛生観との関係を紹介した。概して無害・黙認とする立場だが、『赤本』はむしろ民間療法(例:ハブ草)を積極的に勧め、その後何度も版を重ねる大ベストセラーとなった。これは人びとの間で、あいかわらず民間療法が受け入れられていたことを如実に示すものである。

日常的な衛生経験についての記録・記述はほとんど残っていないのが実情である。そこで宝月氏は、オーラル・ヒストリーによる「語り」の収集を始めたという。方法論的な難しさ・限界をふまえつつ、語られた内容を重視していく姿勢を強調した。

半構造化インタビューの形をとり、2003~2007年にかけて断続的に、スノーボール・サンプリング(女性9名、男性10名)によって行われた。女性対象者はお茶の水女子大の前身である東京女子高等師範学校の卒業生から選ばれている。この人たちの多くは新中間層(大正~昭和初期、いまでいうサラリーマン家庭;都市部の人口割合では10%以下)に属した。今回の発表では、うち3例(男性1例・女性2例)が紹介された。

各事例に共通していえるのは、衛生管理が決して一枚岩ではなく、多元的でハイブリッド性がみられることである。自家製の煎じ薬や民間療法を日々の中心におきつつも、配置薬や西洋医学をも適宜利用している。手製の民間療法でしのごのが一般的だった理由としては、医療へのアクセシビリティ(地理的・経済的に低い)が大きい。

しかし、新中間層というキーワードで考えるとき、近代家族の(衛生)規範こそが、民間療法の多用に重要な影響を及ぼしたようすがあらためて浮かび上がってくる。自家製薬にしる民間療法をにしる、その多くは母親が手間暇をかけたものだ。そうした手間暇と、熱心な衛生指導は、それが愛情表現であるとともに、いかに子どもをよりよく育てるか、いわば母の腕のみせどころとなっていたと宝月氏は論じる。

一方、専門医療にかかるかどうかは、病気の重症度以外に、学校衛生もからむ。学校衛生によって診断や治療が体系化されていた疾患に関しては受診傾向があったようだ。

最後にまとめとして、当時の衛生戦略を図式化し、四つのパターンが提示された。基本は、合目的的⇄習慣的と、短期的⇄中・長期的の2軸からなる。例えば、習慣的で短期的なものとは、日常的な不調に対し民間療法を使う場合、といった具合である。

発表後のディスカッションでは、各人思い出の配置薬や煎じ薬などについて盛り上がった。新中間層での母親の衛生規範がどのように涵養されたかの話題に及ぶと、女学校出で、当時はやりの婦人雑誌を読み、衛生に関する新知識の習得・実践に余念がない一方、地域の伝承(民間療法)にも気を配っていた想像図が描かれた。なかには自己流に解釈し、行き過ぎた消毒をするなど、現在の「潔癖」に通じる極端な例もあったようだ。

(永本 潤, 津谷喜一郎)

第3回 高齢者・障害者等の生存に関わるユニバーサル・ヘルス・ケア(UHC)と福祉・社会保障の研究会

2014年1月10日(金)18:00~20:00、東京家政学院大学三番町キャンパスにおいて、第3回研究会が開催された。

講師は日本子ども家庭総合研究所の小山修先生(前・企画情報部長)、テーマは、「子どもの権利擁護—最近の子供をめぐる環境、虐待とユニバーサル・ケアについて」である。

1. 児童虐待の現状について

児童相談所における児童虐待の相談件数は、平成24年度で66,701件、児童虐待防止法施行前の平成11年度に比べ、6倍に増加。内容は身体的虐待が35%、心理的虐待が34%、ネグレクトが29%、性的虐待が2%(関係者では氷山の一角とされる)である。虐待者は実母が約6割を占め最も多いこと、被虐待児は、就学により発見されやすくなることもあり、小学生(35.2%)が最も多いが、虐待死や重篤な障害に陥りやすい0~3歳未満が18.8%を占めている(とくに、虐待死事例の約5割は0歳児)。被虐待児の年齢には親の都合が反映されている。

日齢0日、0か月での虐待死が多く、その背景に望まない妊娠があるといった社会背景を受けてできたのが「赤ちゃんポスト(こうのとりのゆりかご)」であり、「生命尊重」の立場に立ったものであろうが、子どもの「出自を知る権利(真実告知)」の観点からの検証が十分にされていないことが問題ではないかとの議論がされた。

2. 社会的養護について

生んだ親のもとで生活できない子どもを<要保護児童>といい、要保護児童を親にかわって養育する制度を「社会的養護」という。要保護児童とは(定

義)、①保護者に監護させることが不適當であると認められる児童②保護者のない児童(現に監督保護している者がいない児童)である(児童福祉法第6条の2第8項)。わが国の社会的養護の現状として、大舎制の「施設養護」が主流であり(他の先進諸国と比べ著しく高い)、親から虐待を受けた、または遺棄された等の要保護児童にとっては二重の苦しみを与えている。近年、施設の小規模化や家庭養護への移行が進んできてはいるが、要保護児童の増加に伴い、児童養護施設や乳児院の設置数は増加しているのが実情である。

被虐待児は愛着障害等を示すことが多い(被虐待と非行はコインの裏表の関係)、一般的に、児童擁護施設に入所している子どものうち被虐待児が6割を越えると対応に限界がくるとされているが、現状では入所児童の半数以上が被虐待児となっている。施設養護では、特定の大人との安定した愛着関係を形成することは難しく、PTSDや虐待の連鎖などにつながっている。

最近では、児童養護施設と里親の中間のような施設が増えている。この施設は、グループホームといわれ、子ども6人を定員に小規模な施設運営をする。国が積極的にお金を出すようになったので、増えつつある。

今までは施設養護が主流だったが、最近は里親養育のほうが良いという考えに替わりつつある。里親養育の長所は、一般家庭と同じように1対1、あるいは1対2の関係が築ける。施設だと1人の今までは施設養護が主流だったが、最職員に対して複数の子どもがいて、大人を独占できない。「愛着関係」が結びにくい環境にある、里親家庭は大人を独占できるというメリットがある。施設職員は異動があり、親しくなったと思ったら、また別の大人に替わってしまう。子どもは、実の親から捨てられたという喪失感を持っているので、再び喪失感を味わう。年齢が低ければ低いほど、子どもたちは敏感に反応する。

乳児院、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設がある。児童自立支援施設は非行の子どもたちを生活指導する、指導型の施設である。母子生活支援施設は、DV等から避けた母子を收容する施設で、住所は公表されていない。こうした児童福祉施設に子どもたちが暮らしている。

さらに、施設入所児は「家庭」に憧れて早婚の傾向が見られるが、家庭のつくり方、家族のあり様を学んできていないため上手くいかないことも多い。

したがって、里親等への委託率を上げていく必要があるが、課題が多い。子どもは里親家庭への適応プロセスとして、試し行動など、さまざまな行動をあらわす。意図的に虐待を誘うような行動をとることもあり、養育が難しい。受託前の適切な情報提供から受託後のバックアップ体制まで、児童相談所の対応の不十分さも問題である。また、社会的養護は18歳までの制度であるが、(頼ることのできる)親のいない子どもが18歳で自立することの難しさもある。

まとめ

被虐待児や社会的養護を受けている子どもに見られるように、子どもの受動的権利である養育される権利、教育を受ける権利など、そして能動的権利である意見表明権、進路・就職決定の権利などが損なわれており、必要な権利擁護が行われていないのがわが国の現状である。国の政策では、社会的養護に係る費用は「補助金」というかたちで予算化されており、財の配分が低く押さえられている(フランスの里親は公務員並みの待遇)。予防投資の視点の希薄さもある。さらに、被虐待児が急増に対し、児童相談所を始めとする職員の量、質ともに問題になっている(職員のバーンアウト・児童相談所のスタッフの多くが行政職など)。

(江口晶子,松田正己)

第5回 高齢者・障害者等の生存に関わるユニバーサル・ヘルス・ケア(UHC)と福祉・社会保障の研究会

2014年3月7日(金)17:00~19:00、浄土宗湯嶋山常光院浄心寺(東京都文京区向丘)において、第5回研究会が開催された。

浄土宗湯嶋山常光院浄心寺 住職・佐藤雅彦氏が「がんの看取りとスピリチュアル・ケア」を題として講演された。

研究会に先立ち、浄心寺の本堂等を見学した。近年、住宅事情や家族形態等社会の変化により、病院で亡くなった後、(葬儀の前に)ご遺体の戻る場所がない場合が増えており、浄心寺では、新しく斎場をつくる際に、地域貢献を目的に、地域住民の利用できる24時間対応の遺体安置所を設けたとの説明があった。

佐藤住職は、浄土宗の僧侶としてアメリカ・ジョージタウン大学にて3年間、生命倫理を学び、その後、大正大学・上智大学等で非常勤講師をされている他、ホスピスでの看取りにも携わっている。

松田(東京家政学院大学)より、日本は生まれてから死の直前までの保健医療福祉制度は整ってきている。一方、「死」への支援は不十分であることが、海外からも指摘されているとの問題提起を受け、以下の佐藤住職の講義が進められた。

昔の人々は、自分の大切な人が、死によって、腐り屍となっていく姿を目の当たりにする中で、死に対して畏れを感じていた。つまり、畏敬という言葉にあるように、「死」に「畏れ」を抱くからこそ、「死」を「敬い」大切にしてきた。死にゆく人の枕元に「来光図」の掛け軸をかけ、観音像を置くことで、意識のあるうちに「心配しなくてよい、阿弥陀様、観音様が迎えに来てくれる」と伝えてきた(「講をつくる」と言う)。

一方、現代では、社会科の授業において仏教文化の存在は教えるが、仏教がどのような状況において人々から求められてきたかといったことには触れられない。見えるところでしか死を語らず、死を敬わ

ない。また、お防さんは、人生の幕引きのときに関わる存在から、死んでからお経をあげてくれるだけの存在へと、人々の意識は変化している。

欧米での看取りは、病院の中にチャペルがあり、聖職者であるチャプレンがいる・・・と知っている日本人は多いだろう。しかし実際、病院での看取りに携わっているのは、パストラル・ケアを学んだごく普通の人たちである。そして、チャペルは病む人々やその家族だけでなく、医療スタッフの祈りの場でもある。つまり、彼らは日常の生活の中で祈っている人たちであり、その日常が病院の中でも継続されているのである。

医療・看護が、宗教にとらわれないニュートラルな立場にある日本とでは、文化的相違はあるだろう。病院への宗教家の受け入れは慎重になったこともある。わが国は、やっと、ホスピスに入院している患者自身から「宗教家を呼んでもらえるか、会ってみたい」という時代になってきた。

このような看取りのあり方に代表されるように、わが国では、ユニバーサル・ヘルスの医（看）、法、哲学、宗教の中で、とくに哲学、宗教が弱いため、アンバランスな状況になっているのではないかな。これは日本の公共組織に共通することである。

命の授業の中で、子ども達からは「(亡くなった)おじいちゃん、おばあちゃんはどこに行ったの？」と尋ねてくる。子どもの喪失体験に、大人は誰も答えられずにいる。住職自身、幼少期の入院生活の中で、自分に何も言わないで退院してしまった友だちの死を通し、「死とは存在がなくなってしまうこと」と思った経験をもつ。さらに、中学生で病気が再発したときには、「夢を見ない夜が延々続いたら死ななか」と考えた。

死を、壁と見るのではなく、「とびら」と見るまなざしをもてる意味は大きい。亡くなくても命は報われ、守られるものであり、天国や極楽浄土は、「先立った大切な人のいるところ」という表現がある。子どもたちには、「死とは戻ってこられない世界に行ったことであり、それは目に見えないこと、確かめられないことだけれど、その人を願って生きることができる」と伝えている。「そうであつたらいいと願いながら生きる」、それは誰にも邪魔されないことである。

信仰の有無や宗教的な細かな相違に関わらないまなざしと言える。上智大学はキリスト教の大学であるが、学生たちに「来光図」を見せ、臨終のときにはお釈迦様、観音様が迎えに来てくれるという考え方に自然に心を寄せることができる。

実際のホスピスでの患者との出会いは、一回限りのことが多い。事前に、担当医師や看護師からライフヒストリーなどを聞いたうえで臨み、できるだけ家族にも立ち会ってもらう。出会いから1週間程で亡くなるなど、直接、患者からのフィードバックを受けることはないが、死後、スタッフから状況を聞く機会はある、患者は「もっと仏教の○○をしたか

った」と言っていたと聞く。信仰に関わらず、死の場面では仏教が役に立つという気持ちをもっている。

問われるのは、医療スタッフが患者と宗教家とをどれだけ橋渡しできるかである。誰もが「死んだらどこに行くのかとの問い」を抱えている。それを患者の「スピリチュアルな痛み」と認識できる、さらには、患者が自らのスピリチュアルな痛みを吐露し得る存在になれるかということである。そのためには何が必要か。まずは、患者が安心して自らの身体をあずけられる、基本的な医療・看護行為が十分でできるだけの技術があつてこそ、そこから一歩進んだところで、始めて求められることである。

質疑では、わが国は、チーム医療と言っても、病院の中のコメディカルによって完結していることが多く、「生」に向かつてのチーム医療は進んできているが、「死」の方向に向かつてのチーム医療は不足していることが課題ではないか。また、スピリチュアルな痛みを受け止められるような人材を育てる教育には、「人」と「知」とのネットワークが必要ではないか。現在の学生たちを見ていると「死の向こう側に命がある」ことに思いを寄せるにはあまりに「思いやる能力」が落ちているのではないかな。自己実現理論のマズローも、自己実現は死別の体験を通り越した向こうにあると言っていることと、佐藤住職の考えは共通する等、活発な議論が行われた。

(江口晶子, 松田正己)

研究会日報

4月	21日	(火)	医療政策研究会
4月	14日	(火)	医療政策研究会
5月	6日	(水)	医療政策研究会
5月	7日	(木)	資本主義研究会
5月	19日	(火)	医療政策研究会
6月	9日	(火)	平成27年度第1回理事会
6月	24日	(水)	平成27年度第1回評議委員会
6月	25日	(木)	資本主義研究会
7月	23日	(木)	資本主義研究会
7月	31日	(金)	代替医療と語り研究会

