

人間福祉学部研究会

2011年度は、次のとおり研究会と行事を開催した。

■研究会

第1回 2011年5月25日(水)

- テーマ：フィリピンで戦争被害を語り継ぐ：PhotoVoice（写真を用いた参加型アクションリサーチ）によるコミュニティ・エンパワメント

発表者：武田 文 人間福祉学部教授

- テーマ：聖書テキストの釈義と解釈
- 発表者：嶺重 淑 人間福祉学部准教授

第2回 2011年6月22日(水)

- テーマ：「障害者ソーシャルワーク」と多文化共生アプローチの可能性

発表者：松岡克尚 人間福祉学部教授

- テーマ：文化・言語・アイデンティティとソーシャルワーク

—ディアスポラ研究の視点から—

発表者：孫 良 人間福祉学部教授

第3回 2011年10月26日(水)

- テーマ：生体電気抵抗法による身体組成評価

発表者：中塘二三生 人間福祉学部教授

- テーマ：歴史研究の醍醐味
- 最近の研究、博愛社と岩橋武夫研究を中心に—

発表者：室田 保夫 人間福祉学部教授

第4回 2011年11月30日(水)

- テーマ：高齢者福祉を支える人的資源の研究

発表者：大和 三重 人間福祉学部教授

- テーマ：子どもの発育発達と運動適齢期について

発表者：溝畑 潤 人間福祉学部准教授

なお、各教員の発表内容は次のとおりである。

フィリピンで戦争被害を語り継ぐ：PhotoVoice（写真を用いた参加型アクションリサーチ）によるコミュニティ・エンパワメント

武田 文

参加型アクションリサーチ（Participatory Action Research=PAR）とは、「課題や問題を抱える組織あるいはコミュニティの当事者が研究者と協働して、探究、実践、そしてその評価を継続的に螺旋のように繰り返して問題解決や社会変革、さらには当事者のエンパワメントを目指す調査研究活動」である。このPARの一手法であるフォトボイスは、参加者自らが撮影する写真（フォト）とその写真に関する撮影者の語り（ボイス）からなる作品を通して当事者の声を社会に訴え、問題解決のためのアクションを促すとともに、参加者のエンパワメントを目指すものである。

研究会で紹介したフォトボイスを用いた調査は、1944年11月23日に旧日本軍によって男性住民が虐殺、女性住民の多くが集団強姦を受けた、フィリピンのルソン島中部のパンパンガ州にある田園に囲まれた静かなマパニケ村で行われた。今回の取組では、戦争被害のサバイバーであるロラたち（タガログ語でおばあさん）5名とその子や孫にあたる村の若い世代18名が参加し、フォトボイスの手法を用いることにより、事件のことに関しては断絶されている2つの世代の境界をつなぐとともに、日比の両国から排除されている問題をフォトボイスの作品を通して日比の両社会に対して訴えていくことを目指し、2009年10月10日から11月14日までの土曜日と日曜日に、フォトボイスのためのワークショップのセッションを計9回行った。調査の成果である写真は、アドボカシー活動として、2009年11月27日から29日にかけてマパニケ村の小学校で、同年12月2日から4日まではマニラのフィリピン大学ディリマン校で写真展が開催され、多くのフィリピン人たちがマパニケ村での出来事を初めて知り、ロラたちの痛みを感じ、彼

女たちの正義を求める活動に賛同を示した。また、プロジェクトへの参加によるエンパワメントの効果測定に関しては、ワークショップに真面目に参加した人ほど「地域社会への態度尺度」が有意に向上したこと、「ジョハリの窓」からは参加者がそれまで隠していた自己を次第に周りに表出できるようになったことが確認された。さらに、前後でのフォーカスグループインタビューの結果からは、世代を超えて戦争被害について語れるようになったこと、ロラたちの想いが理解できるようになったこと、そして実際にロラたちとともに正義を訴える活動にロラたちとともに参加したいという意識が若者たちに芽生えたことが確認できた。

聖書テキストの釈義と解釈

嶺重 淑

キリスト教神学は、旧新約聖書の内容について学ぶ「聖書神学」、教会及びキリスト教の歴史を扱う「歴史神学」、キリスト教の教理等について学ぶ「組織神学（教義学）」、宣教学、礼拝学、倫理学他、現代の諸問題を扱う「実践神学」の4つの分野に大きく分けられます。私自身は「聖書神学」の中の「新約聖書学」を専門にしていますが。一口に新約聖書学といっても、その研究内容は実に多様な要素からなっており、また様々な方法論が存在しています。

新約聖書学の中心的課題を理解する上で鍵となるのが、「釈義」(Exegese)と「解釈」(Interpretation)という二つの概念です。「釈義」とは、聖書テキストの歴史的意味、すなわち元来の意味を突き止める作業を指していますが、一方の「解釈」は、必ずしも歴史的意味に限定されず、現代も含めた各時代における聖書テキストの理解を指しています。言い換えると、歴史的コンテキストにおけるテキストの意味を追求するのが「釈義」であるのに対し、テキストを読む解釈者(読者)それぞれのコンテキストから新たにもたらされた意味が「解釈」であるわけです。それゆえ、解釈は無数に存在しますが、釈義の意味は本来一つで

あり、新約聖書学の第一の課題はその釈義的(歴史的)意味を明らかにすることにあります。

通常、聖書テキストの釈義は以下のような手順で行われます。(1)写本群の比較検討を通してよりオリジナルに近いギリシア語本文を確定する。(2)当該テキストの文脈とその構成(構造)を確認する。(3)他のテキストとの比較等を通して当該テキストの原初形態を突き止め、そこから現行の形態に至るまでの経緯を検証する。(4)当時の歴史的(社会的・言語的)状況を踏まえつつ、各節の歴史的な文脈における元来の意味を確認する。

一見、無味乾燥に思える地味な作業ではありますが、それだけにそのような地道な作業を通して新たな発見に至ったときの喜びはまたひとしおであり、それがこの学問分野の最大の魅力であると考えています。

「障害者ソーシャルワーク」と多文化共生アプローチの可能性

松岡 克尚

戦後日本における障害領域のソーシャルワークは、年齢と障害種別による縦割的な法制度、資格に準じて展開されてきた。そこでは「同じ障害領域である」という一体感を共有することは稀であったといえる。結果的に、障害種別を超えて同じ領域であることを示す「障害」についての、共通した分析を踏まえた独自視点形成の点で遅れをとったと見なせる。一方で、障害領域独自のソーシャルワーク形成という発想は、70年代以降のジェネラリスト指向に逆行するものであり、ジェネラリスト・ソーシャルワークの隆盛の下では障害領域の独自性を主張しないことが「時宜」にかなっていた。そのことが、障害種別で細分化されることへの「免罪符」になっていたともいえる。

本報告は以上のような問題意識から出発し、障害者自立支援法以降における実践環境の変化を踏まえて、障害領域のソーシャルワーク統合化を目指す試み、およびそれに当たって「インバメント文化」を基盤におく多文化共生アプローチが果

たし得る可能性について論じてみた。

紙数制約があるので、以下において簡単に要約を記したい。障害者自立支援法によって障害福祉サービスは同一体系の下に置かれ、障害領域のソーシャルワークは障害種別を超越した実践、あるいはそこに従事する専門職としての一体的なアイデンティティ覚醒を迫られ、「障害者ソーシャルワーク」とでもいうべき新たな理論と実践体系構築の必要性認識の芽生えにつながったといえる。

「障害者ソーシャルワーク」の検討の際に、従前の障害種別ごとの差異を乗り越えるべく新たな共通基盤の設定が必要になる。この共通基盤構築に当たって最優先しなければならないのが、障害種別の差異を超えた障害モデルの構築であろう。様々な障害モデルを検討する中で、単なる障害認識というレベルに留まらず、伝統的にソーシャルワークの弱点であった社会的介入を強化し、かつ交互作用モデルの宿痾である二元化(個人/環境)を解消し得るモデルとして、障害の文化モデル採用の可能性を論じた。さらに、このモデルに従って「障害者ソーシャルワーク」の具体的な実践戦略を検討し、多文化共生アプローチが有効になる可能性を示唆してみた。

文化・言語・アイデンティティとソーシャルワーク —ディアスポラ研究の視点から—

孫 良

グローバル化の進行で、ほとんどのコミュニティがディアスポラの現象への対処を求められている。国境を越える人々の移動が、移動する本人たちだけではなく、移動先のコミュニティに居住している人にも、ディアスポラ的な経験をもたらしている。それゆえ、国境を越える移動による社会の変化、移動に伴う自己認識や文化活動、政治活動などが重要な研究課題になってきた。

「ディアスポラ」は越境に伴う文化的な変化、社会的地位の変化、ホスト社会でのコミュニティ形成、ホームランドとの政治的経済的なつながり、アイデンティティ、政治活動などについて

分析するための概念である。また、「地」や「血」を媒介とした境界を生み出す権力構造を明らかにし、「多文化共生」を再構築するのに有効的である。ソーシャルワーク研究との関係でも、分類と差別への批判・拒否、同化と差異化の葛藤を指摘しており、「平等性と個別性」を論じる理論的基盤を提供している。

生体電気抵抗法による身体組成評価

中塘二三生

身体組成の評価には、水分量、筋肉量、脂肪量の蓄積状態の観察のみならず、栄養状態の推測、健康度の判定、生活習慣病誘発要因の評価、等等多くの意義がある。今回は、生体に極微弱な電気を伝導させた際の抵抗から身体組成を評価する生体電気抵抗(bioelectrical impedance: BI)法を用いて、高齢者の筋肉量について発表した。BI法は、水分や電解質を多く含む除脂肪組織では電気が流れやすく、水分をほとんど含まない脂肪組織では電気が流れにくいことから、bioelectrical impedance 情報が水分量を反映するという原理に基づいている。なお、BI法の妥当基準は、密度(水中体重秤量)法、体水分法、二重X線吸収(DXA法)による身体組成を用いている。

69歳から95歳までの高齢女性96名のBI法による身体組成について、自立、要支援、要介護(介護度Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)の計5段階に大別した場合、身長、体重の間には有意な差異は認められなかった。BMI(body mass index: kg/m^2)は、自立に比べて介護度Ⅲの場合に有意な低下傾向を示した。身体分節からみた場合、介護度ⅡおよびⅢにおいては、自立に比べて、体脂肪率および身長当たりでみた下肢(右脚、左脚)と上肢(右腕、左腕)や体幹部の筋肉量(kg/m)が有意に低下傾向にあることを示した。その要因は、主として廃用性に起因することが大きいことを示唆した。

本研究発表では、BI法における機種の違いによって体脂肪率、日内変動が異なることも示した。また入浴によって体脂肪率に影響を受けるこ

とから、BI法の基準的な測定法について言及した。さらに、ペット犬の体脂肪率評価についても、特許証を提示しながら論及した。

歴史研究の醍醐味—最近の研究、博愛社と岩橋武夫研究を中心に

室田 保夫

そもそも表題の「醍醐味」とは、「最高の美味」を意味する仏教用語である。したがって表題の意味は「歴史を研究するうえで最高の美味」を本当に味わう、経験するということになる。この研究会の意図の一つが各自の研究の紹介であり、今日はこれまでやってきたこと、今、そして今後取り組んでいきたいこと等を自己紹介的にお話しさせていただく。

私のこれまでの研究を類型化すると、①留岡幸助や石井十次、山室軍平といったキリスト教社会事業家の研究。②家庭学校史、岡山孤児院史、博愛社史のような施設史の研究。③「留岡幸助著作集」(5巻)、「こどもの人権問題資料集成」(10巻)等の著作集や資料集を編む仕事。④社会事業雑誌や一般紙を含めて、福祉の歴史と「言葉」(言説)という課題。⑤移民史の研究も少し関わっているが、今後の課題として、関学と福祉の系譜をまとめていきたい。そこで、今日は二つのテーマに絞って、それもきわめて簡単にお話ししたい。

一つ目は「博愛社」という大阪の児童養護施設の総合的な研究である。これについては多くの先生方、院生や関学の学生に手伝っていただき、足かけ10年くらい費やして「博愛社所蔵史料仮目録」が完成し、漸く書簡等を除き、6～7割がた整理と保存ができた。90以上の大きな箱に整理したが、1880年代から戦後までの多数の貴重な史料が整理されている。今後は125周年に向けての史料整理と保存作業、そして研究をしていく必要がある。

二つ目の岩橋武夫研究だが、これはキリスト教社会事業家の研究とともに関学の福祉史の研究の一環でもある。関学へ赴任して、「Mastery for Service」という素晴らしいスクールモットーが

あることを知ったが、それがいかに具現化されていたのか詳しくわからない。ベーツ院長の大正期に、あるいはそれ以前のランバスの建学のミッションにキリスト教主義があるとするなら、さらにこの学部のミッションにそれが語られながら、喻えそれが触れられたとしても詳しくわかっていない。非力を承知の上で人間福祉学部のルーツのようなものを、少しずつ探り出していく作業もしていかなければならないと考えている。

高齢者福祉を支える人的資源の研究

大和 三重

現在我が国では、人口の高齢化とともに要援護高齢者数も増加し、介護の必要な高齢者やその家族を社会で支えるために2000年から介護保険制度が実施されている。2005年の制度改正では、住み慣れた地域でできるだけ最後まで生活する“aging in place”(地域居住)を推進し、地域密着型サービスを整えることによって地域包括ケアシステムを創設した。しかし、一方で制度の導入以来施設サービスへのニーズは増え続けている。介護老人福祉施設の入所待機者は入所者数とほぼ同数にあたる約42万人に上るといわれる。施設サービスの拡充が進まない背景には、“aging in place”を推し進めることの方が必要だからというだけでなく、施設サービスに要する費用が介護保険財政全般を圧迫していることや施設ケアの質を担保するための人材が不足していることが挙げられる。

介護労働の人材確保が困難なため、2009年の介護保険制度第4期では介護従事者の人材確保・処遇改善の方策として初めて3%増の報酬改定がなされた。また、報酬改定だけでは不十分として、政府は介護職員処遇改善交付金を設立して事業所に賃金面での改善を促した。しかし、懸念された通り介護報酬のプラス改定は必ずしも労働者の賃金に反映されていない。また、介護職員処遇改善交付金は3年間の時限措置であり直接介護する職員のみを対象としたことで、交付金取得率は全体で8割程度に止まったことなどから、賃金面を中

心とした処遇の大幅な改善は期待できない状況にある。それにもかかわらず、今後介護労働者への需要はさらに高まり、2014年には介護保険制度開始時の約3倍に当たる140～160万人が必要となる。したがって介護労働者の安定的確保は喫緊の課題である。

そこで、研究会では介護労働者の定着促進に影響を与える要因として、職務満足度を取り上げ、就業継続意向との関連について3つの異なる調査の結果を報告した。1) 新任の介護労働者、2) 介護老人福祉施設で働く介護労働者、3) 地域包括支援センターの職員、についてである。また、実際に事業所のどのような取り組みが離職率と関連するのかを検証するため、介護職員の離職率に影響を与える要因として介護老人福祉施設のデータを用いて分析した結果についても報告した。これらの結果から介護労働者にとって賃金は重要な要因であるが、賃金以外にも職場の人間関係や人事評価・処遇のあり方、教育訓練・能力開発などの要因が就業継続意向に影響を与えており、雇管理の工夫の必要性が示唆された。

子どもの発育発達と運動適齢期について

溝畑 潤

子どもの身体的な発育発達および成熟に関する研究は世界各国で行われ、およそ150年以上にわたって研究がなされてきた。これらの研究によって理想的な身体の発育発達には、規則的な身体運動が不可欠であることが明らかにされてきた。しかしながら、子どもにとって規則的なトレーニングを始め、最良のパフォーマンスを得るために最適な時期、巧緻性の学習にとって、ある動作様式や技術が教えられるべき適切な時期については明らかにされていない。それは発育発達期の子どもは、暦年齢が同じであっても生理学的年齢は大きく異なるため、運動適齢期を明確にすることは困難だからである。

我が国における身長成長に関する研究では、身長の発育速度は早熟・平均・晩熟の成熟度に分類

され、個体差は統計的におよそ6年の開きがあることが明らかにされている。しかしながら、学校教育現場における体育・スポーツ指導は学年ごとに行われるのが通常であり、同じ学年であっても早熟傾向の子どもは晩熟傾向の子どもよりも体格および体力で上回るようになる。そして晩熟傾向の子どもは最良の運動パフォーマンスを発揮するには時期が早いため、指導者から高い評価を得ることができず、レギュラーとして活躍することは非常に困難となる。しかしながら、その数年後には、早熟傾向の子どもはその体格と体力に依存して巧緻性の学習を疎かにしてしまい、その結果運動パフォーマンスが伸び悩み、それまで体格および体力で上回っていた晩熟傾向の子どもに追いつかれ、燃え尽き症候群となってしまう。このように同一年齢であっても成熟度が異なる時期の子どものスポーツ指導には十分な配慮が必要である。

ところで、子どもの体格および運動能力を評価する方法には様々な手法があるが、最も重要な事は被験者に対する負担が少なく、簡易に測定できることである。Heath-Carterのソマトタイプは、人体の体型を3種類に分け、外胚葉型(栄養の吸収が悪く、細身になりやすい)、中胚葉型(筋肉型、外胚葉型と内胚葉型の中間)、内胚葉型(栄養の吸収がよく、太りやすい)と分類した。算出式は以下のとおりである。

内胚葉型 =

$$-0.7182 + 0.1451X - 0.00068X^2 + 0.0000014X^3$$

X = (肩甲下皮脂厚 + 三頭筋皮脂厚 + 腸骨棘上皮脂厚) × 170.18 / 身長

中胚葉型 = [(0.858 × 上腕骨顆間幅) + (0.601 × 大腿骨顆間幅) + 0.188 × (屈曲上腕囲 - 三頭筋皮脂厚 / 10) + 0.161 × (下腿最大囲 - 下腿内側皮脂厚 / 10)] - 0.131 × 身長 + 4.5

外胚葉型 = 0.732 × (身長 / $\sqrt[3]{\text{体重}}$) - 28.58

また、静的平衡能力を評価する指標のひとつに重心動揺がある。人間は直立時においても微小な身体動揺が生じている。その時、中枢神経系は直立姿勢を維持するために末梢受容器から感覚情報

を取り入れ統合処理し、抗重力筋を中心とした筋肉系を巧みに調節して身体動揺を最小限に保つように姿勢調節を維持的に行なっている。

これらの測定によって得られたデータを駆使し、様々な年齢およびスポーツ種目に着目し、子どもの健全な発育発達とスポーツ指導の一助になるよう今後の研究活動に取り組んでいきたいと考えている。

■ 諸行事

- シンポジウム「“Gift of Life”を考える
—臓器移植法が改正されて—」
日時：2011年1月8日(土)13:00～16:00
場所：G号館301号教室
- 講演会「世の中の役に立つ仕事をするために自分を磨く 2011」
日時：2011年10月9日(土) 13:00～15:30
11月20日(日) 14:00～16:30
場所：大阪梅田キャンパス 1406号教室
- ワークショップ「新しい公としてのコミュニティ拠点づくり」
日時：2011年12月10日(土) 13:30～16:00
場所：西宮上ヶ原キャンパス
G号館 IS303号教室
- 東日本大震災被災地とつながる復興支援講演会「復興支援の最前線／東日本大震災が問いかけるもの、震災復興支援の現状と課題」
日時：2011年12月16日(金) 11:10～12:40
場所：西宮上ヶ原キャンパス
G号館301号教室
- イタリア精神保健福祉映画上映会
「人生、ここにあり！」
日時：2011年12月17日(土) 13:00～15:00
場所：西宮上ヶ原キャンパス
B号館103号教室

なお、各行事の概要は次のとおりである。

● シンポジウム

「“Gift of Life”を考える —臓器移植法が改正されて—」

1. 基調講演

兵庫県臓器移植推進協議会「臓器移植普及啓発のための専門委員会」メンバー
兵庫医療大学 学長 松田暉先生

2. シンポジウム

①脳死下での肝移植経験者の立場から

今川真紀子氏

②子供の心臓移植支援の立場から

米澤美左子氏

(NPO 法人「はあとネット兵庫」)

③医療ソーシャルワーカーの立場から

宮崎清恵氏

(元兵庫医科大学 MSW、神戸学院大学教授)

我国では1997年、様々な議論を経たのちに漸く「臓器の移植に関する法律」が成立したが、2010年6月末までに脳死下での臓器提供件数は86例に過ぎず、一方で生体移植者の数が非常に多いという現状があった。そうしたなかで、2010年7月に法律が改正され、本人の拒否の意思表示がある場合を除いて家族の承諾により臓器提供が可能となり、また15歳以上という臓器提供年齢制限が撤廃された。

本シンポジウムは、この機を捉えて、すべての学生が「命」について、また“Gift of Life”（命の贈りもの）ということの意味を、自分自身の身近な問題として捉え直し、臓器移植に関して様々な角度から考える機会を提供することを目的として実施した。

当日は、一般の方を含めて約120名の方が参加され、自分のこととして、そして社会全体で「命」を考えることの大切さに向き合う、貴重な時間を共有することができた。また多様な価値観がある中で、そのどれをも否定することなく支え合うシステム作りの重要性についても改めて認識できた。それらの内容を紙面からも共有したいと考え、行事の報告としては大変長文となったが、ここに掲載させていただいた。ご清覧いただければ幸いです。

* * *

■基調講演

兵庫医療大学 松田 暉

ご紹介いただきました松田です。こういう機会に呼んでいただきまして大変嬉しく思っています。私は大阪大学を6年前に辞めまして、その後兵

庫医科大学のお世話になって、今は兵庫医療大学で、薬学・看護・リハビリの3つの学部を見えています。その傍らで臓器移植にかかわってきた医師として、人工心臓も含めて心不全の患者さんをどう治すかということの仕事も続けています。

今日は、臓器移植について、Gift of life、臓器提供、臓器をあげるという観点からお話しします。それから心臓移植について現状と今後の課題についてお話をと思っています。

ちょっと堅苦しい話になりますが、臓器というのは我々の体の中に五臓六腑と昔から言われていますように、心臓とか肝臓とか肺とか腎臓とか、それぞれ我々の生命維持にとって大事な働きをしています。その機能がどこか欠けますと病気になっていくわけです。基本的には内科治療とか外科で手術して治すわけですが、それが限界の場合に、臓器、たとえば腎臓であれば透析、心臓移植の場合には人工心臓という治療もあります。そういう代替医療を経由しますけれども最終的には、代わりの臓器で置き換えようというのが臓器移植、英語で transplantation です。

従って、臓器移植というのは、臓器の機能不全で生命予後が非常に悪くて、あるいはQOLが非常に障害されている場合に、保存的治療では限界がある場合に最終手段として臓器移植があるわけです。

一方、臓器移植というのはもらう臓器が要るわけですから誰かに提供してもらわなければいけません。それには脳死の方からの臓器提供があります。この場合は脳死を人の死としないといけません。生きている人から臓器はもらえません。脳死は死亡という大前提が要るわけです。そのためには脳死の判定基準というのが非常に厳しく決められていて、ここ30年近くずっと今まで積み重ねられて、今、日本でも動いているわけです。

臓器移植の時に大事なものは、移植をしたあとはその臓器がちゃんと働いて、期待通りにその人の中で生き続けてほしいわけです。そのためには相性というのがあります。もう1つは、臓器というのは1回体から取り出しますので、血管が繋がっている臓器というのは血流がいかなくなりますから、その臓器は酸素不足になって、細胞がどんどん壊れていくのです。ですから何時間も放ってお

いてうまく血管を繋いでも、血液を流そうと思っても中が詰まってしまって血液が流れない。せっかく頂いた臓器が使えないということです。ここで特殊な保存法というのがあって、臓器を冷たくして2時間から4時間、クーラーボックスに入れて運ぶわけです。そういうことをしないと臓器は働いてくれないです。

脳死というのは、脳の機能回復は見込めず、人工呼吸器を外したら息をしない(自発呼吸がない)ので、低酸素で心臓が10分とか20分で止まるわけです。頭(脳)が機能として全然戻らないということであれば、人工呼吸器を付けたままで死亡とします、と死亡診断書を書けるわけです。それが脳死です。だから人工呼吸器でサポートしている間は心臓は動いている、尿も出ている、呼吸もできている。だけど、脳がダメなので、臓器は動いたまま(心臓では)で摘出して移植する。生々しい話ですけど、心臓とか肝臓では心停止になって酸素不足から臓器を傷めないよう、脳死状態(人工呼吸器は付いている)での臓器摘出というのが必要になってくるのです。

そしたら脳死は臓器移植のためか、ということ、そういうことではないです。欧米では医学的に脳死は死であり、社会も認めています。脳死となると死亡宣言がされ、人工呼吸器を外してお別れをする場合もあれば、人工呼吸器を付けたままの流れとして臓器移植もあるということです。日本では、脳死といたら臓器移植か、となっていますけれども、そこは海外とはずいぶん違うということは、学生諸君はまた勉強しておいてください。(脳死のままの延命治療は行わない)

臓器移植の特徴は他人からの臓器提供がないと成り立たないという点です。ここがGift of lifeというのが出てくる場所です。「提供は原則的に死体から」というのは、原則、亡くなった人からもらいましょう。(肝臓や腎臓、肺では生体移植があります) 脳死になってもそのうち心臓も停止しますが、臓器を灰にするのだったら、それまでにまだ生かせる臓器があるのではないかと。そこを思うかどうかですね。何故そんなことまで思うのか、何故そこまで人のために、あるいは家族がそこまでしないといけないのか、いろんな考えが出てきます。

移植の条件について追加しますと、移植を受け人は誰でも受けられるのかというと、やっぱりお年寄りは遠慮してもらいます。心臓は60歳ぐらいまでですね。私はもう心臓移植を受ける年齢から外れています。

あとは移植の理解、コンプライアンスです。臓器をいただくということは非常に大事です。他人の臓器なので我々の体は放っておくと必ず免疫が働いて排除します。クローン人間とか一卵性双生児以外は、もらった臓器は必ず他人だと認識して排除します。それが我々の個人のアイデンティティなわけですね。それを崩さないといけないんです。もらった臓器をあたかも自分の臓器だと、攻撃するリンパ球に思わさないといけない。そのために免疫抑制剤というのが必要です。それを一生飲まないといけません。だから1年ぐらい経って「元気になったから薬はいらない。なんでそんな薬飲むの?」と言って薬を飲まなくしてしまうと、それは臓器が傷んで、結局自分の命を捨てることになるわけです。いただいた命も捨てる。だからそういうことを理解(コンプライアンスが)出きる人でないと移植は受けられない。それに患者さんをサポートする家族がいないといけない、家族の支援が大事です。

また、移植を受けるには、癌を持っている人、糖尿病の人、はダメです。感染症で菌を持っている人、あるいはウイルス感染になっている人、喫煙者はダメです。アルコール性の肝硬変の人は元気になったらまたアルコールを飲みますからいけません、肝硬変がまた再発しますから。だから誰でも受けられるわけではない、選ばれるわけです。

さらにマッチング(ドナーとレシピエント)というのがあって、ドナーが出た時にどの人に臓器が提供されるのかというのは決まりがあって、血液型、サイズ、待機の期間で公平に決まっています。今日は阪大病院で臓器提供が出たから阪大病院にいる人に移植しなさいとか、あの人は見た目にちょっとしんどそうだから順番を飛ばしてとか、それは絶対やっちゃダメなのです。その公平公正をみるのが臓器移植ネットワークです。

心臓移植の歴史を振り返りますと、1967年に世界で初めて、南アフリカ連邦で人から人への心臓移植が最初に行なわれました。ケープタウンの

クリスチャン・バーナード医師がされたのですが、アメリカが一番に思ったのが南アだったこともあって、世界に衝撃が走ったわけです。そして次の年には世界中で一斉に皆がワッとやりだした。1年で100例ぐらいになりました。その中に札幌医大の和田移植というのがあったのです。その頃にしては移植後3〜4ヵ月と長く生きられ、最初はすごいと言われていましたが、その後脳死判定とか適応とかいっぱい問題が出てきて、それが告発されました。要するに密室の医療をやったのではというわけです。しかも移植側と一緒に脳死判定したり、臓器を摘出するドナーを管理する側が、札幌医大の胸部外科の同じチームがやったんです。これは絶対やったらいけないのですね。

小説家の渡辺淳一さんは札幌医大の整形外科医で、隣の教室にいたんです。それを見ていたので、後で小説を書いています。当時は免疫抑制とかそういうところは未熟だったと思うのですが、大事な脳死判定と摘出を密室でやってしまったので、そのおかげで30年間、日本は臓器移植という「とんでもない」ということになってしまったんです。

その後はマスコミも移植で何かあると「脳死移植というのはとんでもない。また医者が密室で何かしよる」と。移植医療の不信、マスコミはとにかく何かあったらネガティブなことしか書かなかったんです。法曹界も「脳死の臓器移植はとんでもない」ということで、その後の脳死臓器移植は閉ざされました。医学界ももうちょっと頑張ったら良かったのですが、このおかげで20年以上経っても、心臓移植なんか言うと、「やめとけ、人生をつぶすぞ」という時代もあったわけです。

その中で患者さん方は、特に心臓では海外に行かざるを得なかったのですね。当然ですが、次になぜ日本、自国、でやらないんだ、という議論が出てきます。そして1989年、和田移植から20年経て、やっと政府が脳死臨調を立ち上げて、3年計画で議論をし、「脳死は人の死と考えていい、臓器移植も日本で実施すべき」という最終答申が出たんです。しかし、実際は5年後に法律ができるまでは何もできなかったです。私がいました阪大医学部では、脳死からの臓器移植を大学として認めて、阪大は法律なしでもやれる状況にあったのですが、法律ができてからやりなさいと、皆

に止められました。実際は、救急の先生方にとって法律がないと脳死の状況で死亡診断書が書けなかったのですね。

それで1999年2月に法律の下での脳死での臓器提供が実現し、心臓移植が阪大で行われ、再開したわけです。この法律は3年後に見直す、となっていたのですが、なかなか進まなくて、2006年になってやっと改正案が出されましたけれど決まりませんでした。2009年1月にWHOから「移植は自分の国でやりなさい」というイスタンブール宣言が出ました。それもあって、一昨年(2007年)の7月に改正法のA案、いわゆる本人の意思が不明のときは家族が代弁できるし、年齢制限もとる、というのがやっと成立しました。

最初(1999年)の法律は、移植時のみ脳死は死だと、本人も書面で絶対に書かないとダメだという非常に狭い、移植禁止法じゃないかと言うぐらい厳しいものです。実際、世論調査をしてみると、提供したい人は全部合わせると40%くらいですけど、カード保持者は10%以下と少ないわけですね。ですからカードを持つこと、意思表示カードに書くのは限界があるということが分かってきたわけです。

提供の仕組みを話します。オプティン・イン(opting-in)とオプティン・アウト(opting-out)というのがあって、オプティン・インというのは自分の意志で提供しますよという、積極的に入っていくものです。日本もそうで、大抵の国はそうです。ただ、本人の意思が不明のときは家族が決められる、というのが海外のほとんどです。しかし日本は、不明のときは家族では判断できなかったのです。

もう1つは、オプティン・アウトとあって、私は嫌ですということを意思表示するものです。どうしても嫌な人は前もってノーと言っておきなさいと。オランダなんかは生前の意思を登録制にしたんですけど、なかなか進まなかったようです。本人の意思が分からないときは、「何も意思表示しなかったらあなたは臓器提供してもよいと社会はみなします」、とするのがオプティン・アウトです。プリズユームド・コンセント(presumed consent)、推測同意ですね。ノーと書いてなかったらイエスとみなされますよという仕組みです。このほうが提供はやはり多いです。

どちらかという世界はオプティンク・インが多くて、しかも家族の承諾、不明のときは家族の承諾でできます。日本はやっと国際的なレベルのオプティンク・イン制度ができたわけです。そういう仕組みということをご理解いただきたいと思えます。

前後しますが、よく臓器移植の話をする、何歳まで臓器提供ができるの？と聞いて、心臓が50歳ですという会場の皆がホッとした顔をして、「私はもう」と言ってニコッとするんですけど、ニコッとせんでも「残念だ」と思ってもらわないといかんですけれど、心臓が50歳ぐらいまで、肺や腎臓が70歳ぐらいまでです。70歳を超えたら冠動脈も悪いし、他の病気もあります。ただ、その人の臓器の機能を見て決まります。何歳以上だから一方的にダメというわけにはいきません。(最近マージナルドナーということが言われるようになっていきます)

またドナーの方でも、ガンを持っている人とか感染がある人とか、ウイルス感染も抗体がある人はダメです。ほかの人に感染しますから。皆さんほとんどご存知ないと思いますが、西ナイルウイルスという病気があります。これは蚊で伝染する日本脳炎の一種です。アメリカとかヨーロッパでものすごく流行っていて、ヨーロッパからアメリカ東海岸へ、そして西海岸へと広がっています。きつい脳炎です。日本にはまだ入ってきていません。しかし、海外で感染した蚊に刺されて日本に帰って来て、脳炎発症前に輸血とか臓器提供すると感染が広まります。この病気だけではありませんが、海外の病気が臓器移植や輸血で広まらないよう注意をし、厳格に臓器のドナーの背景を調べないといけません。

心臓移植が適応となる病気はいろいろあります。心臓が大きくなって、収縮する力が落ち、肺がうっ血した状況を心不全といえます。進行すると起座呼吸になって、横になって寝れなく、酸素吸入しながらもゼーゼーと肺水腫の状態になっているような心不全で、薬も効かなくなった場合に移植適応になります。

この動画は健常の人の左心室の働きを造影剤を入れて見ているのですけれども、元気よく動いています。心室が収縮したら、造影剤が大動脈へ流

れていきます。非常に元気がいいというのが分かりますか？ここが左心室で、ここにカテーテルが逆行性に入っていて、ここに大動脈弁があって、大動脈が写っています。ところが心臓移植を受けないといけないような人は、一部は動いているけどこの辺はほとんど動いていないですね。心臓がボテッと大きくなっています。不整脈が出て、乱れています。こういう状況になると、心臓から体に十分な血液がいかない状態、心不全です。

重い心不全で、内科治療だったらせいぜい1年から1年半で亡くなる人が、移植適応になっても、それまで待てるように補助人工心臓を付けることが多いです。直ぐに心臓移植というのはなかなかできなくて、補助人工心臓を付けながら移植するというのが今は主流となっています。Bridge to transplant と言います。

臓器は、保存液に浸していても、血流が無い状態で長いこと放っておくと傷んでしまいます。心臓は4時間、肺は8時間、肝臓12時間という阻血許容時間があります。心臓ではこの4時間ぐらいの間に手術を終わらないといけませんので、臓器搬送に2～3時間ぐらいという制限があって、ヘリコプターとかチャータージェットで急いで運びます。腎臓は新幹線で運んできて大丈夫、そういう違いがあります。

ドナーに合ったレシピエントをどう決めるかという、医学的な緊急度という順番がありまして、その緊急度クラス(ステータス)-1の人で、血液型一致の人が優先されます。次が血液型のOからAという適合でステータス-1という順番になります。ステータス-2(安定している状態)まではなかなかいきません。同じ条件の人は、長く待っている人、先に並んでいる人から優先的に決定します。

この女性の方は補助人工心臓を2年近く付けています。本体は体内に埋込タイプのものですけれど体の外にパイプで駆動装置に繋がっています。体力が弱ってしまって、このときはまだ起きてましたけど、その後寝たきりになっていました。もうだめかと思っていたら臓器提供がありました。心臓移植を受けたら1ヵ月で元気にご飯を食べようになり、この写真のように1年後に北海道での移植者の会に楽しそうに参加しています。補助人

工心臓と移植がなければ彼女はこういうことにはならなかったのです。

肺移植の人ですが、移植前は病室の中を歩くのがやっとですけど、片肺をもらっただけで元気になり、病院で会っても「どこのおばちゃんかな？」という感じで、びっくりします。この方は肺繊維症で、両方の肺が縮こまっているのです。それが脳死の方から片方の肺だけもらって、その肺はちゃんと膨らんでいますよね。肺は片方ずつ上げられるので、1人のドナーから2人が移植を受けます。

この方は原発性肺高血圧症だったのですが、日本で初めての両側の脳死肺移植を受けて元気になっています。また、もっと大変なのは心肺移植です。彼は心臓も悪く肺も高血圧で、喀血ばかり繰り返していました。私が阪大にいるときに登録しずっと診ていたのですけれども、何とか持ちこたえて1年ぐらい前に心肺同時移植を受けて、こんなに元気になっています。この前、移植学会に来了ました。一緒に写真を撮っていますけど、日本でも心肺移植もできるようになりました。

今までのまとめですが、脳死の提供が1997年以降、116人になります。それで心臓が90人、肺は80人、腎臓は140人、こういう方が臓器を受けられているわけです。もう少しで心臓が100例ですけど、これは日本で10年以上かかっているわけです。海外の国では1年、韓国で1年か2年で済んでいるぐらいの数です。ただ116人の脳死の方から500人以上が何らかの臓器をもらって、命も助かるし、QOLも上がっているんです。1人から5人ぐらいの Gift of life があるわけです。すごいことですね。

心臓移植の成績は、世界に比べて日本は非常によろしい。10年近く経っても90%以上の生存率です。残念ながら長期の人が最近1人ガンで亡くなってしまいましたので少し生存率落ちていますが、世界に比べると日本は非常にきめ細かい治療をしています。

さて、脳死での臓器提供は人口100万人あたりどれくらいかという目安になっているのですが、世界ではスペインが飛び抜けて多くて30人以上です。海外はだいたい10人～20人ぐらいです。人口5000万とすると、年間で500人～1000人

ぐらいになるんですが、日本は1.123人です。全然少ない数です。最近ちょっと増えましたが、とんでもない位世界とのギャップがあります。

そういう中でやっと一昨年7月に法改正が実現しました。「脳死は人の死」成立、と新聞に書いていますけど、これは脳死を人の死というのを前提にしないと、本人の意思が不明で家族が代弁しようとするときに家族が困るからです。家族が死を決めるのではなく、脳死で死亡です、ということを経験から言ってもらわないと困ることになります。家族が死を決めるわけではありませんので。また、懸案の年齢制限も取り払われました。

このように改正された法律は、脳死は一律に人の死であるという前提ですけど、実際はあくまで臓器移植だけとなっています。例えば救急救命センターで、臓器提供とは無関係の患者さんが脳死になった時に、無意味な延命治療はやめて、死亡診断書を書いてもらって人工呼吸器を外し、心停止までまってお別れするということができないのです。そこはまだ時間がかかるようです。

今まで、15歳以上の人が臓器提供の意思表示ができたのですね。15歳未満は書いても認められなかったのです。なぜかご存知ですか。民法上の規程です。臓器提供の意思是、遺言と考えられたのです。遺言が書けるのは民法上15歳以上ですから、今までの法律では15歳以上の人が意思表示したら有効で、15歳未満の人はそれを書いて何ら意味が無いと。これからは民法は関係なしに、親が代弁できることになったわけです。

カードも変わってきました。ウェブで登録もできるようになりました。ここの①・②・③の内容も変わってきました。混乱しないようになっています。私も持っているのですが、この間ネットで登録しID番号を貰いました。自分でサインして持っています。最近新聞で、Web登録で私は臓器提供しません、という人が増えたと書いていました。けれども、あの記事もよく読んでみると、①（提供する）で登録している人が70%か80%沢山いることは伏せて、③とした人（拒否の方）が少し増えただけなのです。新聞記者はすぐ、拒否の③が増えたらそれを書いて、「なぜあなた方はネガティブなことばかり書くのですか」といつも言うんですけど。マスコミの方が来られていたら

すみません。

さて、新しい法律になってどうなったかということですが、一部の人は「そんなにすぐには進まないよ」と言っていたのです。でも、8月にご本人の意思不明で家族承諾での提供が千葉でありました。本人がテレビを見ながら「臓器提供してもいいな」と言っていたということでしたが、マスコミは家族の意思決定の経緯不明とか言っているわけです。だけどここの最初の家族が頑張ってくれたので、後が続いたのです。次いで2例目、3例目と増えてきて、最近では新聞もどうして提供となったか詮索しないようになってきましたね。

この家族承諾の第1例の千葉の方は、親御さんが中国地方の方でした。僕がたまたま呉に用事で行って向こうの新聞を見たら、お父さんが手記を書いておられました。何を書いていたかということ、家族が真剣に話し合っただけで、それをいちいち何故そう決めたかとか、息子さんは何を言っていたかとか、マスコミがしつこく聞きに来るわけです。もうやめてほしい、静かにしておいてくれと、切実に訴えていました。ほんと、怒っておられました。辛い親御さんの気持ちへの理解と、記者の事実調べの習性の戦いですかね。

そういう中で、後のケースでは新聞も家族の判断根拠を暖かく紹介してくれています。「体の一部でもどこかで生き続けられたら嬉しい」とか、「本人は何かの役に立ちたいと言っていた」とか、「本人はいなくなるけど誰かの役に立てば嬉しい」とか、こういう感動的な言葉が出てきて、後に繋がっていったと思います。

ということで、これまではせいぜい年間10例ぐらいだった提供が、去年は30例を超えました。法改正後、8月以降一気に増えて脳死下提供は総数116例です。

さて、子供さんからの提供はどうなるのでしょうか？最愛の子供さんを失う家族の気持ちをどう考えるのか。虐待の問題もありますので、非常にデリケートです。子どもさんの臓器提供は最初がうまく進めば、後が続くと思うのですが、またマスコミで大騒動になって、ああでもない、こうでもない、虐待は？とか言い出すと、親御さんは引いてしまうかも分かりません。

まだそれでも海外に行かないといけない子供さ

んもいるわけです。この女の子は補助人工心臓を付けています。ドイツに行って移植を受けたのですが、今後どうなりますか。そのほかの問題ですが、小児の脳死での提供の場合、提供施設の小児の診療体制が整っていないといけなわけです。背景として日本の小児の救急医療が遅れているということです。

提供側の問題とは別に、コーディネーターというのが非常に大事です。移植にはコーディネーターが不可欠で、ドナーコーディネーターとレシピエントコーディネーターと2つあって、ドナーコーディネーターというのは臓器提供のところで登場する方です。これが日本で大変少ないのです。ネットワーク本部に20名ぐらいしかいないし、都道府県はかなり少ない状況です。レシピエント側では、移植を受ける方のコーディネーターもいます。レシピエントコーディネーターです。この認定制度を我々が今学会で作っているところです。

最後の5分ほどでおさらいをします。時代別に見ますと1968年の和田移植から法律ができるまでは、移植への社会不信とか脳死への反対意見とか、社会的コンセンサスはどうかとか、法律は必要かとか、ソフトランディングとか、そういう議論がいっぱいあった時代です。そこに法律ができて、何とかソフトランディングまでいったわけです。その間、脳死は人の死かという議論がいっぱいありました。社会的コンセンサスは何かと。マスコミは「社会的コンセンサスは得られていない」というのですが、東大の元総長の先生なんかは、「社会的コンセンサスを言い出したら永久にできない。そういうところで議論していったのでは移植は進まない」とおっしゃっています。1997年に法律ができてから昨年までは、厳しい法律で臓器提供はせいぜい年間10数例で、これではとても定着につながらないし、小児移植の道が無かった。3年後の見直しのはずが13年掛って、やっと昨年に実現。新しい時代になって一気に提供が増えたのですが、いかにこれが定着していくか、社会の関心としてどれだけ続いて、また受け入れられていくか、これからが大事です。小児はどうか課題でしょう。これまでは医療不信が背景にあったり、脳死は人の死かとか、人の死を期待

する医療か、ということ言う人もいたわけです。やはり、移植希望者の心がなかなか社会に伝わらないというのが一番つらかったです。こういったことは、日本の文化なのか、啓発活動が不足したのか、マスコミが不信を煽ったのか、ということがあったんですけど、実際に去年の7月から見ますと、日本人も移植とか臓器提供には結構前向きじゃないかというのが分かって、皆さんの驚きでもあると思います。

これからは、小学校ぐらいのときから臓器提供、臓器移植、とかそういう教育をしないとイケないでしょう。家族で話す機会も必要だと思います。一方では提供された方への感謝もちゃんとしないといけませんし、移植を受けた方が、今日も来ていただきましたけれども、脳死移植を受けた方がどんどん人前に出てきて、元気になりましたということを見てもらう、そういう風土を作っていくかといけません。ドナーを大事し、その家族も守る、提供側はコーディネーターを増やし、提供側の負担を減らさないといけません。

昨今は人工臓器・再生医療といいますが、臓器移植にはかかりません。移植される臓器は「心が入った命」ではないかと思うので、まさに Gift of life と思うのです。

最後にまとめのところを見ていただけたらと思います。Gift of life の理解と、それを大事にする社会やそれを支える医学と医療も大事です。でも医学だけでも医療だけでもない、社会と人々が臓器移植を理解し、大事に育てていく考えが大切ではないかと思います。

これで私の話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

* * *

①脳死下での肝移植経験者の立場から

今川真紀子

今から約14年前の春、私はイギリスで原因不明の急性劇症肝炎にかかりました。父の海外赴任に伴いロンドンへ引っ越してから、約6年目の4月のことでした。

その当時、両親は海外赴任の任期が終わり、その数ヵ月前に日本に帰国したところで、大学生だった私は妹とロンドンで二人暮らしをしていました。

大学のイースター休みを利用して妹と行った海外旅行から帰宅し、休み明けに行われた大学での試験が始まってすぐ、急に数日に渡り40度近くの高熱が出て、食事も取れない状態が続きました。試験日程をなんとか終わらせ向かった医者では普通の風邪だろうと診断され家で休んでいました。私の記憶はそこで途切れています。

自宅で突然意識障害が始まり様子が急変した私を、妹が必死に病院へ運んでくれました。最初は脳炎が疑われましたが、昏睡状態になりその半日後には刻々と肝機能の値が悪化していく容態から、原因不明の急性劇症肝炎と診断されたようです。最終的には肝移植しか助かる道がないと告げられたようです。

小さな頃から健康に特に大きな問題があったわけではありませんし、それまで入院したこともないぐらい、病院とは無縁の生活を送っていた私が、突然、「脳死肝移植を受けるか否か」という選択を迫られる状況になったのです。

日本では臓器移植法が制定される直前で、日本国内では生きている方から臓器の提供を受ける生体肝移植しか出来なかった頃です。脳死移植という概念がなかった当時、自らの肝臓を使って生体肝移植をしてほしいと申し出た家族に対し、イギリスでは生きている人の肝臓は使わないという回答があったそうです。生体移植ではなく、基本は脳死移植で対応するというイギリス、そこからは脳死移植が実施されている件数が非常に多いということが分かります。

劇症肝炎の生存率、脳死移植後の生存率ともかなり低い（当時）という説明を家族は受けたようですが、脳死移植しか助かる道が無いのであれば、ぜひそれをお願いしますと頭を下げてくれたようです。

病状はあまりにも急激に悪化し、2～3日の間に移植を受けることができなければ命の保障ができないと医師から宣告されました。生体移植を受けることも厳しく、あのときもしもイギリスでは

なく日本にいたら、かなり高い確率で私の命は亡くなっていたらと、後々何人ものお医者様に言われました。

さて、非常に状態が悪く一刻を争う状態だったために、移植待機者リストの上位に名前を載せていただき、入院翌日には適合するドナーの方が見つかりました。日本から駆けつけた家族に対し移植手術の説明、また脳死移植に関する手術同意書への署名が行われました。その時の家族の気持ち、覚悟はいかばかりだったのでしょうか。そしてその翌日に移植手術が行なわれました。

12時間に及ぶ脳死肝移植手術を受け、私は奇跡的に一命を取りとめました。自宅で意識を失ってから3日間という急な出来事でしたが、この短い間に私は新しい命を与えて頂いたのです。

家で体調が悪く寝ていたところまでしか覚えていない私が次に記憶しているのが、たくさんの機械の音、身動きをすることができない自分、そこにいるはずのない家族のとても深刻な顔などです。見知らぬ場所にて天井しか見えない、そして朦朧とした意識の中で少なからず目にできたものは、自分の手でした。その手は今までに見たことがない程、そしてそれが手だと判断することもできない程むくんで腫れ上がっていて、まず最初は夢を見ているかのような混乱した状況でした。

意識がある程度戻った私に、移植コーディネーターと話し合った父が自ら申し出てくれ、私の身に何が起こったのか、その内容をじっくりと説明してくれました。

しかし、最初は自分が手術を受けたことも理解していなければ、移植に対する知識も全く無かった為、その重大性やその後の生活に対する不安といったことを完全に理解するまでには少々時間がかかりました。突然の寝たきりでの入院生活に対する戸惑いや目前に迫っていた大学卒業という現実的な不安も押し寄せてきました。

回復する希望がまったく持てないほどの痛みや苦しみが押し寄せてくる中で、毎日辛い治療が繰り返される中、初めて傷口を自分の目で確認しその現実を目の当たりにした事により脳死肝移植を受けたという事実を認識し、更には家族に迷惑をかけてしまったという申し訳なさ等いろいろな感

情が湧いてきて、ずっと悩んでいました。

また、歩く、飲む、食べるといった事だけではなく、息をするといった今まで私にとって当たり前すぎて何も思ったことすらなかったようなことができなくなっている。朦朧とした意識で正常に考えることすらままならず、病院内ではすぐ近くで目の当たりにする「死」。今まで自分が1度も経験したことがないようなことが次々と起こり続け、毎日毎日、将来に対する大きな不安を常に抱えていた入院生活でした。

しかし、家族はいつでも励まし続けてくれました。家族、友人、お医者様をはじめ、たくさんの方が私を支えてくれて、あのときに「私は1人で生きているわけじゃない、私の命は私だけのものじゃない」と実感しました。私を待っていてくれる家族がいなければ、闘病生活を乗り越える事を諦めていたかもしれませんし、病に向き合う勇氣も出なかったと思います。自分の為ではなく皆の笑顔を見るために頑張ろうと思えたあの壮絶な日々を、私はこれからもずっと忘れることはないでしょう。

手術後は肝臓の拒絶反応も何度か起こり、また退院後も今までに4～5回再入院したこともありますが、それでも移植後の経緯としてみれば概ね順調です。

大学も無事に卒業し、移植後約9ヵ月で日本へ帰国、10ヵ月で一般企業に就職することができました。更にはその数年後に再び渡英し、自分が本当に現地でやりたいと思っていた仕事等の経験を積むことができました。

とは言え移植後数年間はどれだけ元気にしていても1年後の生活が想像できない精神状態が続いていました。「はたして1年後、自分は元気になれるだろうか」という思いを持ちながら過ごしていた為に、逆に「今しかできない」という思いを大きく膨らませて無理をしすぎて家族に非常に大きな心配をかけてしまったこともありました。

移植に対しての日本全体に流れていたマイナス的な風潮もありましたし、また体調面の不安、高額医療費の問題もありましたので、術後に目標として掲げていた社会復帰（就職）は果したものの、

この先誰かと一緒に生きていくということは不可能であろうと感じていました。それでも私のあらゆる状況を理解してくれた主人と結婚。あきらめていた結婚が現実のものになった訳ですが、そうなるに次の悩みは子どもを持つということになってきます。肝臓の拒絶反応を防ぐために一生服用が続く免疫抑制剤が、妊娠中に胎児に影響を与える可能性が否定できないという話も聞いていました。夫婦2人だけでの生活を念頭に置きながら暮らしていた中で妊娠が判明し、非常に迷い悩みました。

妊娠中であろうとなかろうと、自分自身の体を守るために飲み続けなくてはならない免疫抑制剤の存在。それが与える胎児への影響という不安。更には免疫抑制剤の影響によって、普段から抵抗力が低く感染症にかかりやすいという現状。長期服用による薬の副作用。それらの状況を抱えた中での妊娠10ヵ月という長い期間、私の体はもつのか、出産後は育児と言う大仕事をこなす事が可能なのか。いろいろと悩み、今後発生しうる様々な最悪のケースも想定しながら、出産の有無という選択肢も含めて、話し合いの時間を持ちました。

最終的には、主人、双方の家族、お医者様の支えにより、リスクは確かにあるし、この先どうなるか分からないけれども、出産に挑戦していこうと決断することができました。何より、せっかく与えていただいたこの命を新しい小さな命につなぐことができるという思いが、その時の私を突き動かしたというのも事実です。

妊娠継続を決定したわけですが、やはり妊娠期間中は順調というわけにはいきませんでした。切迫流産の危機からはじまり、妊娠期間の半分以上は体調不良で寝込んでいるような状況でした。免疫抑制剤の量をなるべく少なく調整して胎児への影響を少なくする計画でしたが、結局は免疫抑制剤の量は増加する一方となり、お腹の中の子どもに対して「もう少しだからごめんね。一緒にがんばろうね」と話しかけながら過ごしていた10ヵ月間となりました。

そして移植からほぼ10年となる春、3日間の陣痛の上、緊急帝王切開手術で無事に男の子を出産することができました。手術室に運ばれて臍と

した意識の中、遠くの方で聞こえてきた赤ちゃんの声は今でも覚えていますし、私の体に息子を近づけてくれたときの感情の高まりというのは、本当に表現することができない程でした。

はじめて子どもを腕に抱いた時に溢れ出た気持ちは「本当にありがとう」でした。周囲の人はもちろん、ドナーの方に対しての感謝の気持ちがより強くあふれ出てきたことは言うまでもありません。

幸運なことに、心配されていた薬の影響が息子に出ている兆候は見られず毎日元気に走り回っています。息子にはドナーの方やたくさんの人々の優しさや支えがあってこそその命だということ、人の命は本当に貴重で大切だということを伝えていきたいと思っています。

臓器移植後の生活として注意すべき点は多くあります。それでも私に肝臓を下さったドナーの方をはじめ、私を支えて下さった多くの人のおかげで、幸せに過ごすことができています。この中の誰が欠けても、今の私は存在していないでしょう。

ドナーの方には「あなたから頂いた命はこうして新しい命に引き継がれました。本当にありがとうございました」といつも心の中で思っています。脳死肝移植を受けた日は、私にとって第二の誕生日。まさに今、第二の命を生きているこの毎日が本当に大切で、移植医療が私の命を救い次の世代に繋がる命を与えてくれたと、心から感謝しています。

日本では、私が移植後に帰国したちょうどその年に、臓器移植法が制定されました。脳死移植に関しては賛否両論の意見があり、慎重に論じられなければいけない多くの問題がある事も体感してきました。「人の命を犠牲にしてまで生きる意味があるのか」、「人の死を待っている医療を受けた」、そういった疑問を直接投げかけられたこともあります。そういう思いを持つ方がいるのも事実ですし、逆にその医療のおかげでここに私が存在していることも事実です。

歩んできた人生は人それぞれですし、だからこそ様々な捉え方や考え方が出てくると思います。私は賛否両論、どのような意見があっても当然だ

と受け止めています。それでも一番大事なのは私に肝臓を下さったドナーの方の分まで自分が1日1日精一杯生きること。それが感謝の気持ちを表す最良の方法だと思って日々を過ごしています。

これを機に「命」について考えて頂きたい、他人ごととは思わずに身近な大切な方と大事な命について話し合う機会を持って頂きたいと思います。もし自分自身が、自分の家族が、友達が、同じような状況になったときにどうするか、どう向き合っていくか。何事も自分自身で決めていくという意志を常日頃持っていることがとても大切なことなのではないでしょうか。

日本では脳死移植に対してなかなか解決できない多くの問題があります。法改正も行われましたが、今でも様々な議論が湧き起こっています。しかしこれらの課題に取り組むときに、移植医療の難しさだけではなく、1人のドナーの方のおかげで何人もの命が救われていくという素晴らしさ、移植を受けた本人のみならず次の世代まで命が受け継がれていく事なども併せて知って頂くこと、移植待機者をはじめ移植に関わる多くの方にこれほど元気に回復できると知ってもらう事で少しでも勇気や希望を感じていただくこと、そのような意識の変化に少しでも繋がっていけば、それが私に命をくださったドナーの方に対するお礼だと思っております。私の命を救ってくれた移植医療、脳死移植について、少しでも皆さんにご理解いただき、考えていただくきっかけになれば非常に嬉しいです。

移植医療というのは人の善意の上に成り立っています。その医療で命を救ってもらった1人として、私のように新しい命の歩みを始められる方が1人でも増えることを願っております。また、日本国内で救える命があるのならば、国内でしっかりと他の方を助けられる国に、この先なっていければと思っています。

* * *

②子供の心臓移植支援の立場から

米澤美左子

みなさん、こんにちは。ご紹介いただきました特定非営利活動法人はあとネット兵庫の米澤と申します。私はみなさんと同じような年齢の、あさって成人式を迎える娘を持っている母親です。そういう普通のおばちゃんのお話だと思って、聞いていただければと思います。

いただいたテーマは「子どもの心臓移植を支援の立場から」となっておりますように、私たちは、海外で臓器移植を受けたいと願う子どもたちを（大人の方もありました）支援する団体、例えば「〇〇さんを救う会」などの活動を支援してきました。

「はあとネット兵庫」の母体は、全国心臓病の子どもを守る会兵庫県支部です。これまで45年にわたり心臓病の子どもたち、患者さんのためにさまざまな活動を行ってきました。

先ほど松田先生からもお話がありましたように、1997年6月に「脳死からの臓器移植に関する法律」が成立しました。けれども、子どもにはその道が開かれませんでした。小さな子どもは日本では移植がかなわないので、海外へ行くしか命をつなぐ方法はありませんでした。

そんな中で兵庫県支部の会員であったもえちゃんが、アメリカで心臓移植を受けることになりました。2001年12月、もえちゃんの両親、親戚や友人が力を合わせて「もえちゃんを救う会」を設立して、募金活動を行うことになりました。私たちは守る会の支部としてお手伝いすることにしました。当時は関学のみなさまにもたくさんご協力をいただきました。私は娘と一緒に募金活動をしたことを思い出します。手探りの中大変な活動でしたが、募金は集まり、ロサンゼルスに渡航、2002年7月17日に心臓移植を受けることができました。そして、もえちゃんが元気になって帰国しましたので、救う会の役目は終了し、2003年4月24日に解散をいたしました。

「もえちゃんを救う会」を解散するとき、必要経費を差し引いても、広く呼びかけた資金が残りしました。私たちは募金活動の大変さは身をもって知っておりますので、「これを後に続く人に役立てたい」と、募金活動の大変さを知っている「救う会」の人たちは本当に切実にそれを願いました。

そのお金を管理していくためには法人化が必要だということで、兵庫県支部の会員が「特定非営利法人はあとネット兵庫」を立ち上げることになり、2003年7月24日に設立いたしました。はあとネット兵庫の活動は、①心臓病を持った人たちの医療や生活、教育の支援、②心臓病の人たちがこれから仕事をしていく、生活をしていく上での支援、③募金の残金をもとに「はあと基金」を管理運営することにしました。はあと基金は、臓器移植でしか助からない人たちを救いたいという思いのいっばい詰まった基金です。会員は、全国心臓病の子どもを守る会兵庫県支部の会員だけでなく、こういう活動に協力していこうという方々を広く募りました。

先ほどから簡単に募金活動と言っておりますが、海外へ渡って移植を受けるにはどの位のお金が必要かご存じでしょうか？ 海外で移植を受けようとすると1億円以上かかります。デポジットという前払い金を払い込まなければ、海外渡航の道は開かれませんが、外国で医療を受けるお金はすべて自費だからです。

「前払い金を1億円払ってください」と言われても家族では準備できません。お金がなかったら、あきらめなければならない医療になってしまいます。私たちは募金活動の手助けをしたいと、はあと基金から今まで40以上の救う会に資金をお送りしてきました。そして元気になった皆さんから、「元気になりましたよ」というお知らせをいただきます。これは本当に嬉しいことです。

私たちは、普及とか啓発という言い方はあまり好きではないのですけれども、少しでも多くの方に、移植医療について知っていただきたいと一生懸命に活動しています。そして移植に関係のある団体、多くの市民の方々とともに兵庫県臓器移植推進協議会を設立いたしました。

兵庫県臓器移植推進協議会の活動は、意思表示カードの配布や移植を受けた子どもたちの作品展を開いています。「Gift of life」という作品展を見られたことがある方いらっしゃいますでしょうか。

移植を受けて元気になった子どもたちが、その喜びをいろんな作品の中に表しているの、みなさんに見ていただいています。元気になった喜びがあふれていて、見ていてとても楽しい作品展です。どこかでやっていたら、ちょっと覗いてみてください。

私たちの一番の願いは、『日本で普通の医療として移植が受けられる』社会になることです。移植医療については松田先生から詳しくお話をいただきましたのでおわかりになったと思います。

昨年7月17日、改正臓器移植法が施行されて、「本人が意志表示をしていなくても、家族が承諾をすると提供できる」ことになりました。去年改正されてから大人の方はご家族の承諾による臓器提供が40例くらいありましたが、子どもの提供はありません。提供したいというご両親がいたということですが、残念ながら提供に至らなかったという例が1件あったそうです。今も子どもには渡航しか残されていないという状況です。

先生からもお話しがありましたが、WHOが「国内で移植をしましょう」という宣言をしました。そうすると日本の国内で子どもの移植をしていたかなければならないわけです。それにはどうしたら良いのでしょうか。

意思表示カード、これはみなさんの手許にお配りしています。あとで新しい『臓器提供意思表示カード』を見てください。「提供します」「提供しません」という欄があります。あなたの『意思』を表示するカードですので、きちんと記入することが大事です。

間違えないでください。提供したくない人は、きちんと「私は臓器を提供しません」という欄に意志を示してください。それも大切な意思表示です。

松田先生のお話では、臓器提供には年齢的に私はかなり無理があるということで、ちょっと落ち込みました。けれども、皆さんは大丈夫だと思えますので、しっかり考えていただきたいと思えます。普通にお医者さんに行って、「ここが悪いですよ、手術しましょう」というのと同じように、適切な医療として移植医療が受けられるという社会になることが私たちの願いです。そのためには、『臓器提供意思表示カード』について、ご家族で話し合っていたり、友達同士で話し合っていたり、これが一番大事なことだと思えます。とにかく話題にしていきたいと思います。どんなことでも結構です。

『KAGEROU』を読んだ方いらっしゃいますか？ 水嶋ヒロの『KAGEROU』を読みましたか？

この本はまだ出たところなので、ネタバレらしをしちゃいけないのですが、現実にはちょっと考えられない臓器移植の話です。2～3時間で読めますからぜひ読んでみてください。そういうのも読んでいただいて、それをお友達との話題にしてもらうことが大事じゃないかなと私は思います。

みなさんで話し合った中で、自分でも『意思表示カード』を持ってみようかな、お家の人にもこういう話をしてみようかなと思ってほしいですね。

それでは『流れ星』というこの前までやっていたドラマを見た方、いらっしゃいますか？ 見ていませんでした？ 生体肝移植の話だったのです。そのためにお金が動いてしまうという話ですが、最終的にはお金じゃなくて愛情や生き方がテーマだったとわかる話になります。そういうのも見ていただいて、話題にさせていただくのはとてもいいことだと思います。ぜひ見てもらって、それをみんなでいろいろ意見交換してもらえればうれしいですね。その中からいろんな気持ちが出てくると思えますので、とにかく話題にさせていただいて、みなさんが『意思表示カード』を持つか持たないか、ご家族で話をしてみようかなと思っています。

ほかにもいっぱいあります。ちょっと前のこと

ですが、『クロサギ』という映画を見ましたか？ 全部ジャニーズ系に偏っていますが、『クロサギ』も海外に心臓移植に娘を行かせたいというお母さんの話です。お母さんがお金を貯めていたのですが、そのお金を騙されて取られるのです。それをクロサギが取り返してくるのですが、その取り返し方がちょっと私にはつらかったですね。移植に必要な費用を明日までに払わないといけなとき、「お金がないのなら、他の人にその権利はっちゃいますよ」と言われました。その時に、患者本人である娘さんがお金をずるずる引きずって、「お金ならここにあるよ」と持っていきます。クロサギが取り返したお金を。

それだけ海外に行くにはお金がかかるという話をしてくれたのか、外国に頼っていたらいけない、日本でやろうよという意味でやってくれたのか、そこは不明なのです。けれども、そういうドラマを見て、ちょっとでも疑問を持ってもらえれば、いろんな話がそこから出てくるのではないかと期待しています。

ぜひ「移植について」の話をどこかで、みなさんでしてください。今日ここで話を聞いてくださっている方というのは、ある程度そういうお気持ちがある方だと思います。だから帰られたら、今日の話は何人かにしていただければと思っています。

意思表示カードを、イエスでもノーでもそれは構わないと思います。持っていただければ、あなたの意思が活かされるという意味でも大切なことです。

もしも……あなた方に何かがあって、ご家族があなた方の気持ちを語り、「臓器を提供したい」と申し出ることがあるかもしれません。そんな時に本人が「私は臓器を提供したい」と意思を示してくれていたのと、そうでないのとでは、ご家族の気持ちは違うと思います。だからぜひあなたの気持ちを、「意思表示カード」に表しておいていただきたいと思えます。

私たちは、緑のリボンを付けています。この緑色というのは、成長と新しい命を表しています。私たちは移植医療の普及啓発にかかわっておりま

すという意味で付けていますが、どこかで見かけたら、あれは「臓器移植に関係あるリボンだったな」と、思い出してください。よかったら胸に付けてくださると嬉しいです。

私たちは、これからも「未来のある子どもたちが日本で、ふつうの医療として、移植を受けられる社会」を願って活動を続けます。

みなさんはこれから社会人として、そしてもうすぐお父さんお母さんになる方々です。もし自分が子どもを持ったときのこと、その子どもが臓器移植でしか助からないという病気になったら……そういうこともぜひ考えていただきたいと思います。助けられる命があるのであれば、助けてあげたいと私たちは思っています。

日本でも移植医療が特別な医療でなく、ふつうの医療となるように、若いみなさんの活動に期待しています。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は貴重なお時間をいただきありがとうございます。

* * *

③医療ソーシャルワーカーの立場から

宮崎 清恵

私は2005年の4月から神戸学院大学の総合リハビリテーション学部で、社会福祉士及び精神保健福祉士の養成に携わっております。その前は兵庫医科大学病院で24年間ソーシャルワーカーとして働いておりました。1981年にソーシャルワーカーとして就職しましたが、その2年後の1983年8月に、兵庫医科大学病院で初の腎臓移植が行なわれました。

腎臓移植の患者さんのほぼ全員にかかわらせていただくようになったのは、1990年の春からです。それまでの7年間は、腎臓移植は生体腎・献じん移植が行なわれていたのですが、特に移植手術に関して全員にかかわるということではなく、心理・社会的なご相談があれば単発的にかかわっていたやり方が続いていました。その間体験した事例の蓄積を通して、移植医療に関しては術前から術後に至るまで長期に渡っての生活支援が必要である

ということを医療チーム全員が感じたため、1990年の春から生体腎・献じん移植を問わず、移植が決まった時点からソーシャルワーカーに紹介をしていただくことになりました。

肝臓移植については、兵庫医科大学病院では生体肝移植が1995年から行われていました。ほぼ全ケースについて手術前から退院後の生活が安定するまでかかわらせていただきました。本日はこれらの体験を基にお話をさせていただこうと思っております。

移植医療が提供される場において、医療を生活のために利用しようとして人は移植手術を受けるわけです。人は医療を受けるため、医療機関と契約し患者役割を取りますが、患者という役割を抱えた生活者とその方を取り巻いている生活環境全体はそれぞれ個別性があり、そこから個別の生活ニーズが出てきます。それが満たされて、納得がいく結果が得られるように支援していくという役割が我々ソーシャルワーカーにあるわけですがそれが移植医療に関して行われるということです。

移植医療の前提として、レシピエントとドナーの意思が絶対的に存在しています。それがないと医療が成り立たないわけです。

一方ソーシャルワークの前提として忘れてはならないのは、ドナーやレシピエントの生活ニーズはもちろんのこと、それぞれを身近で支えるご家族の生活ニーズが存在しているということです。ここでいう生活ニーズとは、生活の質を向上させるために解決しないといけない生活上の課題と考えていただけたらいいと思います。もちろん手術の実現と成功は1つの大事なプロセスですけれども手術がゴールではなくその後のレシピエントとドナーの生活の質の向上だけでなく、レシピエントとドナーを支える家族も含めた人と、人を取り巻く環境との関係性の質の向上に向けて支援をしていくということがソーシャルワーカーの仕事になっております。

移植とは、自分の体の一部を自分以外の人に提供する意思によって始まるわけです。もちろん、意思から始まる医療を可能にしてきたのは、めざましく発展してきた医療技術であるし、それを支える法律であると思います。

1990年から15年間、移植医療にチームの一員と

してかかわってまいりましたが、移植医療における支援は、臓器のやりとりにかかわる納得のいく意思決定のプロセスを踏んでいただくことであります。加えて移植後は発病前の自分に戻るわけではなく、一生薬を飲まないといけない移植者としての生活が始まりますので、その生活が安定するまで、すなわち心理的にも人間関係的にも社会生活の上でも、ご自分なりに納得のいく生活が営めるようになるまで支援するということが目標でした。

今から、ソーシャルワーカーとして出会った様々な事例についてお話をさせていただきますが、私自身、一から患者さんやご家族から教えていただいたわけですが。当たり前のことですけれども、1つとして同じ家族関係もないし、1つとして同じ価値観もないし、また取り巻く環境も様々です。1事例ごとに、慎重に取り巻く環境と支援が必要な状況の確認をしました。その上で臓器移植に至るプロセスについてできるだけ明確化していきました。

特に生体移植の場合は、ドナーとレシピエントがそろって移植を希望するといって病院に来られたときに、どういうプロセスでそういう経過になったのかということをお話、レシピエントさらには他のご家族に確認したり、また十分に話し合いができてない場合は、それをサポートしたり、コミュニケーションを促進するように働きかけるわけです。そしてそのプロセスにかかわる情報を常に移植医療チームで共有して、移植手術に至るようにサポートしていくわけですが、中には迷っているうちに時期を逸して移植できない方もおられました。移植ありきではなく生活ありきであるという移植医療にかかわるメンバーの共通の思いがあって、そこを共有できていたことが、ソーシャルワーカーが機能できた大きな背景要因であったと思います。もちろん、このメンバーには当事者や家族の方も含まれています。

事例を4つほど紹介させていただきます。最初にご紹介するのは、8年くらいずっと支援を続けていた方で、献じん移植を受けたAさんという女性です。

この方に最初に出会ったのは、献じん移植の直後でした。透析生活からの離脱後の生活への夢が

この方にはあったのです。今は離れて暮らしているお子さん達と生活をまた共にしたいという目標を持たれて前向きに生活されていくだろうと思われました。障害年金の情報提供などの経済的な支援をさせていただきとらずに退院されたのですが、移植の1年2ヵ月後に外来の看護師からもう一度相談に乗ってもらいたいという依頼がありました。腎臓の機能には異常はないが、理由なく涙が出て居ても立ってもおられない気持ちになるということをお話で訴えられているということでした。精神科受診も考えられるが、まずは何が起きているのか話を聞いてもらえないかということでした。

その後時間をかけて信頼関係を築きながら話を聞かせていただいているうちに、貴重なものをいただいたが自分はそれに値する存在だろうかという根源的な実存に関する悩みに直面しておられることを自分で言語化されるようになってきました。そのように言語化できるようになるまでに1年半ほどかかっています。もちろんこのことがAさんにとって深刻になる背景には、環境的な要因や性格傾向も影響しているのですが、気持ちが不安定になって腎臓が機能的には問題がなくても精神的にはつらい毎日だったようです。

ご自分では、移植後このような不安定な気持ちになるとは思ってもいず、移植前は手術をしてもらいたい一心で、テレビなどで交通事故死のニュースを見ると、「この人の腎臓をもらいたいな」と思っていた自分だったのが、どうして術後にこんなふうになるのか全然分らないと戸惑っておられました。逆に、そういうことを考えることが、数少ない貴重な腎臓に当たらなかった人に申し訳ないと感じるということで、そういう自分の気持ちすらも周囲に言うことができない、そういう苦しみも語られました。そして結局、こういう自分の思いは心の奥底にヒモをかけて括ってしまっておきますと援助期間の最後にはおっしゃいましたが、その後も折にふれその気持ちがなにかの刺激で出てくるということでした。

この事例を通して、私はGift of lifeの持つ意味について考えるようになりました。提供する立場、提供される立場、それぞれの思いをどのように事前に予測し、準備できるのだろうかということでした。これは一医療機関とか一専門家とか一個人の

努力だけではなかなか難しいと感じます。死生観に対する子どもの頃からの教育とか、社会全体の価値観など、そういったことも含めて多くの方の知恵を寄せ合う必要があると感じております。

2例目にご紹介させていただくのは、妹さんをドナーとして生体肝移植を受けた働き盛りの40代の男性Bさんです。子どもはまだ小学校の低学年で、肝硬変になられて満足に仕事ができなくなり、病院では嫁いだ妹さんをドナーとして移植を希望されて、ドナーの方も「お兄さんは今まで自分を支えてくれたのでぜひ提供したい」とおっしゃって、特に問題はないようだったのです。ただ、Bさんの奥さんの影が非常に薄く、移植直前に行われたインフォームドコンセントに参加されたのですが、全く発言されないことが気になっていました。Bさんに奥さんのことを尋ねても、自分に任せているから関係ないということでした。術後の経過は良くなく、1年以上の長期入院を余儀なくされたのですが、その後さまざまなことが後から分かってきました。もともと海外での移植を希望して、会社の同僚を中心に募金活動が行われていました。その過程で、奥さんや子どもの生活も影響をうけ巻き込まれていったようです。Bさんは発病前、自分は太く短く生きるのだという死生観を語りながら生活されていた方なのに、いざ自分が病気になる自分のエゴを子どもがまだ小さい妹に押し付けているというように奥さんは受け取られていたようで、自分だけが助かりたい夫へのマイナスの思いが募ってしまったようです。そして、そういう思いをBさんとうまく話し合うことができず、Bさんも奥さんの価値観と向き合おうとせず無視し移植を進めていったわけです。結局移植後、離婚に至り本人は家庭も仕事も失うという結果になってしまいました。

この事例から、手続き上はドナーとレシピエントさえOKならば手術はできるのですが、移植医療は価値観がかかわり身近な家族の生活をも巻き込むので、アセスメントを慎重に行い家族関係への支援の必要性があると教えられました。本人を取り巻く人間関係や環境を医療機関が全て把握することは難しいことですが術前術後の生活環境を整えていくためには必要なことであると強く感じました。

3つ目の事例は、精神疾患で入院していた40歳の弟さんから腎臓を提供されて、移植手術を受けた50歳代のCさんです。弟さんは遠方の精神病院に長期入院されていたのですが、病状は安定しているが退院先がないというだけで退院できなかったわけです。Cさんは自分が引き取るから弟から腎臓を提供してもらいたいと交渉されたようで、双方のニーズが合っており移植をされました。術前には精神科医も入って弟さんに意思確認をしたのですが弟さんの意思決定能力には問題がないという判断でした。しかし移植後の同居生活で兄弟関係の葛藤もあって弟さんが家出を図り弟さんの精神状態が不安定になり再入院されたということがありました。

ここから私が学んだことは、臓器のやりとりに関してある種の取引が起こり得るということです。特に両者の力関係が異なっている場合に、レシピエントの都合が優先されることもあり得ます。生体移植というのはこういう難しいところがあるのです。

今、脳死移植において、虐待児童からの提供をチェックするシステム整備というのにかなり神経質になっている背景には、今まで圧倒的な力関係の中で虐待をされて亡くなった子どもに対して最後の最後まで同じような力関係で意思決定が行われているということに対する倫理的なチェックの意味もあると思っております。

最後の事例は、15歳になる前に生体肝臓移植術を受けたD君です。胆道閉鎖症という生まれた時からの病気で、生後すぐの手術が功を奏して、小学校卒業までは元気でサッカーなどのスポーツもできていましたが、中学校に入学してから体の成長に肝臓の機能が追いつかず、状態が悪くなられて移植が必要になったわけです。母親はD君には常日頃から、自分の肝臓をあげるとおっしゃっていて、紹介医も移植したら絶対に治るからということで病院に来られたのですが、いざ検査をしてみると、母親の肝臓が移植に適さずに急遽父親をドナー候補に変更して検査が進んでいったのです。本人自身は、入院後点滴や服薬の拒否などをして治療に非協力的な態度が見られ、また父親がソーシャルワーカーとの面談で、自分の知らないところで話が進んでいってわけがわからないままにド

ナーになったという話をされたので、それをまたチームの中で共有し、何回もインフォームドコンセントを行なった過程で手術が延びていきました。

父親がためらう背景には、移植についての圧倒的な情報不足がありました。長年、母親がドナーのつもりでいたのが急に父親に変更したということもあり父親に心理・社会的な準備ができていなかったということです。肉体労働に従事する父親には提供した後の体力回復への不安や失業への不安、子どもはD君だけではなかったので世帯主としての責任感とかいろんなことが重なって悩んでおられました。

本人との面談では、紹介医の話と移植医の話にかなりギャップがあっぴくりしたということとか、本当に自分は移植しないといけないのかということに納得できていなかったとか等の本人の理解不足が明らかになりました。15歳に達していないということで本人への説明の手順を成人に対してよりは省略していたという現実の状況がありました。以上のような情報をチームで共有しひとつひとつに対応していき、数ヵ月移植は延びましたが、その過程の中で父親も納得され、職場とも話し合いが進み、手術後も失職することもなく復職でき、本人も「死にたくない気持ち」を言語化して、無事父親をドナーとして手術が行なわれ、今は本人が親元を遠く離れて元気に働いているという状態です。

この事例からは、移植に至るまでのプロセスの納得度は移植後の生活を引き受けていく姿勢と大きく関係しており、時間をかける必要がある場合にはかけないといけないということを学ばせていただきました。

さて、今までの体験から今後を考えてみます。

今は脳死移植を前提とした場合に限り脳死を人の死として認めるということなので、臓器移植という治療法を利用してQOLを高めたい人と、何らかの理由で臓器を提供したい人、あるいは家族を結びつける仕組みが法的に整備された状態です。また、移植も健康保険が適応され選択できやすくなっています。

そういう整いつつある環境を背景としてさらに生活に資する医療として実行するためには、移植医療について関係者すべてが熟知して、出来る限

り事前に情報共有し、術後も長期に支えていくシステムが必要であると思います。人間は自分に都合の良いことを優先して、不都合なことは隠し、無意識に聞かない、考えない生き物でもあるので、そういうことを前提にしてできるだけさまざまな情報を明確化して考える機会を設けて、意思決定のプロセスを尽くすことが大事ではないかと思っています。

このようなことに生活支援を前提とした職種であるソーシャルワーカーは貢献できるのではないかと、経験を通して思うところです。

今後は、ドナー、レシピエント、家族が自らの体験をできるだけ語っていただき、またさらに支える立場で様々なことを経験した者も語り、自分と関係ない話とせず、Lifeの贈り物を行ったり受け取ったりすることを自分はどのように感じるかについて日常的に考える社会環境を整えていくことが大事であると思います。

● 講演会

「世の中の役に立つ仕事をするために自分を磨く 2011」

講演会参加の呼びかけ

昨年度に引き続き、表記のテーマで、今年度は、次の2回の講演会を開催した。

2011年10月9日(日) 13:00～15:30

大阪梅田キャンパス 14階1406号室

講師 神戸市財政部長 館 圭輔 氏

2011年11月20日(日) 14:00～16:30

大阪梅田キャンパス 14階1406号室

講師 総務省自治行政局地域自立応援課長

牧 慎太郎 氏

館講師は、2000年に当時の自治省に入省し岐阜県勤務、総務省自治財政局地方債課、沖縄県地域・離島課長などを歴任、総務省自治行政局地域政策課地域情報政策室課長補佐、2010年4月から現職である。また、牧講師は1986年に自治省入省、島根県や北海道で財政課長、兵庫県企画県民部長、本省では自治省税務局企画課、行政局自治政策課などを歴任し、本年7月より現職。兵庫県出身で

ある。おふたりの講師はいずれも総務省のいわゆるキャリア官僚であり、国と地方の地方行政のそれぞれの現場で奮闘してこられた。どちらの講演会でも、学生たちにわかりやすい表現で、社会のなかで働き、社会に貢献することの大切さをお話しいただいた。両講師に改めて感謝申し上げたい。

学生への講演会参加の呼びかけは、学内での各種の掲示のほか、筆者の担当講義でのチラシ配布、およびLUNAシステムを通じて行った。参加者は2回ともそれほど多数ではなかったが、熱心な学部学生の参加があり、講師のお話真剣に耳を傾けていたことが印象的であった。

人間福祉学部社会起業学科の学生のなかで、将来の進路として公務員をめざす者はいるが、ほとんどが地方公務員であって、国家公務員のいわゆるキャリア官僚をめざすものはまれである。その意味では、いささか縁遠いところがある。そのなかで、おふたりをお招きした理由について、学生への参加の呼びかけ文のなかで次のように表現した。

この講演会は、人間福祉学部の学生を対象に、世の中の役に立つ人間になるために、何を学び、何をめざすかを考えてもらうための企画です。講師には、普段なかなか接することのできない総務省のキャリア官僚にお願いしました。

でも大丈夫、学生たちに優しくわかりやすく話しかけてくれます。

世の中の役に立つためには、自分が何かを担わないといけない、逃げずに課題と向き合わなければならないことに気がつかせてくれます。みなさん、是非、参加してください。

昨年度は同じように総務省財政課長の黒田武一郎氏に講師をお願いしました。そのときの講演メモです。「自分が何がわかっていないかを知ること、専門バカにならない、その世界にいない人にもわかる言葉で伝える／何を聞かれたらいちばん困るかを常に自分に問うことがいちばん大切／何が正しいかということは本当に難しい、局面局面で世の中の評価は変わる。何をしてもそれが正しいという理屈は立つので、考え抜かないといけないところがある」

こうした呼びかけに答えてくれた学生がいることは、人間福祉学部として誇るべきことである。

知的好奇心をもって集まってくれた学生たちに感謝したい。

企画のねらい

講演会のねらいは、昨年の同企画と同様に、「学生の目線をもって、自分がまもなく飛び込んでいく社会がどのようなものかを見て、そこで何事かを感じて、社会を担うということの重さに気がついてもらうこと」である。世間一般によくいわれていることであっても、その現場に実際に足を運んで、自分の目で見て耳で聞いてみると、実態はそれと全然違っていったことがある、筆者の経験では、むしろその方が多いくらいだ。身をもって体験しなければわからないことが実に多いことを、学生たちは社会に出る前に知っておいてほしい。筆者は日頃の学部での講義のなかでも、そのことを折に触れて強く訴えている。

社会起業学科の学生たちには「自分は人の役に立つ仕事をしたい」という希望を持っている者が多い。まったく感心な心がけである。そうしたなかで、どうしたら社会に貢献できるかがわからないという思いもあるようだ。社会に貢献するには、まず自分が仕事をこなす能力を持つだけでなく、忍耐力や持続力、あるいは人間関係を作り維持する能力などが必要であり、人の気持ちを理解して思いやりをもって接する心や、強い精神力や人格を含めた人間力が必要となる。今回の講演会に限らず、社会を担うということはどういうことで、そのために自分は何を磨いていかなければならないかについて、あらゆる機会と手段を使って学生たちに伝えたいと思う。自分が社会に出て仕事を一生懸命に取り組んでみると、いままで見えなかったものが突然見えるようになり、それまで見えていたものであっても、その意味合いがまったく違うように感じられる。それこそ、まさに学生に知ってほしい社会を担うという感覚である。

講演内容のうち特に印象深かった点

おふたりともこれまで重ねてこられた職務上の経験を、入省以来、年代を追ってお話しいただいた。そのなかで特に筆者が印象深かった点を以下で紹介する（文責はすべて筆者）。

(1)館講師のご講演

- ・大学時代、就職先を決めるにあたって、いずれにしても長く働く以上、スケールの大きなことをしたい、働くことの意義を感じられる仕事をしたい、人の役に立つ、社会の役に立つ仕事をしたいという思いがあった。そこで最終的に国家公務員をめざすこととした。自治省入省を決めたのは、人間的に尊敬でき、人間力があって肩に力が入っていない先輩にたくさん出会ったことがあった。また、地方の現場を見て中央の仕事で活かせるということを知り、ここに決めようと思った。
- ・入省直後の自治省での新人研修では、コピー、掃除、電話対応などの仕事を中心であった。そのなかで先輩から、義理を欠くことをするなと教えられた。責任ある仕事をするためには、先憂後楽であってノーブレス・オブリージを心がけよと教わった。内務省時代からの文化である3ばれ主義（任地・土地に惚れよ、与えられた仕事に惚れよ、配偶者に惚れよ）も重要な教えであった。
- ・その後、岐阜県に赴任した。当時は一生懸命で、気負いもあって、理屈っぽいことも言っていたような気がするが、実際のところ起案＝決裁を採るための文書の作成、の意味もわからず、そこから学んだ。当時、平成の合併前であって県内には99の市町村があった。同じく自治省から来ている先輩のアドバイスもあって、そのすべてを車で回った。翌年に市町村課に異動。参議院選挙期間中は選挙管理委員会の仕事もした。選挙の投票の啓発活動を行い、キャラクターの着ぐるみも着た。すべて初めての仕事であって、夜遅くまで勉強をして仕事をした。いま思い返すと、目先の目標を達成することばかりでなく、制度がなぜそうなっているのかを勉強すべきであったと反省する部分もある。
- ・東京に帰任して、金融庁で霞ヶ関勤務の経験を学ぶ。法令改正担当部署に配属され、内閣法制局で法案審査を受ける経験を積んだ。そこでは、折衝業務などを含めて霞ヶ関で働く基礎体力ができたように思う。仕事をしていく上で、技術的なことを学ぶだけでなく、人と人とのつながりの大切さを実感した。
- ・地方債課で総務省に復帰し、地方債だけでなく、宝くじや公営競技を所管する。平成18年度から、地方債は許可制から協議制に転換することが先に決まっており、それに応じた地方財政法の解釈や運用の調査、新しい基準作りの検討を行った。当時は、経済財政諮問会議に対応する仕事が多かったが、それらを通じて、制度の本質をわかりやすく強力で発信することの難しさを痛感した。また、地方からのさまざまな照会ごとを受けながら、地方団体の方の切実な思いに触れて、慎重に仕事をする責任を痛感した。また当時の上司からは多くの人間的な薫陶を受けた。
- ・東京で3年が過ぎ、内閣官房副長官補室（旧職名で内政審議室など）に配属され、内閣の総合調整を行う部局。市町村合併や三位一体改革について、内閣の立場で所管した。三位一体改革は16～18年度の3年間で、補助金削減、税源移譲、地方交付税の削減を同時並行して進めるものであり、政治的な力を必要とする大改革であった。そこでは、内容（サブ）と庶務（ロジ）における、庶務（ロジ）の重要性を痛感する。
- ・いわゆる見習い期間を終えて、沖縄県庁で管理職になった。優しい面倒見のいい沖縄の人たちと出会った。課長級の財政企画監として知事レクや対外的な折衝も行い、知事会の随行役、制度関係の仕事を任せてもらった。議会答弁はなかったが、議会での作法を学んだ。1年後、地域・離島課長に。39の有人離島、西の与那国島から東の大東島までの距離は1000キロ。南の波照間島から北の沖縄本島まで400キロ。離島振興に関する質問は県議会が多い。離島振興では有利性を伸ばし、不利性を克服し、地域資源を発掘すること、特産品の開発、雇用拡大が重要となる。基本は離島まで足を伸ばして、島の人たちと話すことである。任期中に34の有人離島を訪問した。
- ・総務省に復帰し、1年間、課長補佐として電子自治体における公的個人認証を所管する。その後、現職に。政令指定都市である神戸市は、独立独歩の風潮が強い。そこで財政担当をさせてもらっている。

(2) 牧講師のご講演

- ・入省26年目になる。当時、世の中の役に立つ仕

事といえば公務員がいちばんであった（いまは企業もNPOも社会貢献をしているが）。総務省（旧自治省）は地方の現場で働く機会に恵まれている。それも総務省を選択した理由の一つである。これまでの公務員人生のなかで、およそ6割は地方勤務（奈良県、北九州市、鳥根県、北海道、兵庫県）となる。ちなみに総務省でも幅広い分野を経験し、グランドスラムと自称している（旧自治3局や消防庁だけでなく、旧総務庁系の行政管理局、旧郵政省系の情報通信政策局も経験）。自治省の職員採用では、試験の成績だけでなく、人間力やコミュニケーション能力など人物による評価が大きく効くところがある。

- ・仕事を動かすときは理屈だけでは動かない。住民の皆さんに役所の仕事に共感を持ってもらえるようにしなければならない。同じことでもプロセスが違えば、住民の反応も結果も異なる。それだけにコミュニケーション能力が重要である。
- ・自治省で3ヶ月間研修して奈良県庁に派遣され、市町村課に主事で配属となった。慣例でその期間は見習いと呼ばれる。当時、入省6年の若い課長が奈良県におられた。そうした課長がどんなふうに行事しているか学ぶことも重要であった。総務省でのキャリア形成では、最初の段階で、管理職でない形で自治体に配属されることに意味がある。役職がない者同士でフラットに話ができる経験を持つ意味は大きい。
- ・普段の働きぶりは、県庁の他の職員と同じでいいが、年に1回くらいは、何かきらりと光るものを出せといわれた。意外とその機会は早くやってきた。先輩である課長が行くはずの市町村新任職員研修の講師を代役で務め、120人の聴衆の前で講師を務めるという経験をした。新人職員では経験させてもらえない貴重な体験であった。
- ・奈良県在職中、当時、まだ平成の合併が動き出す前に、県内市町村の地図を見ながら、人々の生活圏と市町村のエリアが一致していないことに疑問をもった。県庁の地下書庫で昭和の大合併がうまくいかなかった経緯などを勉強した。昭和30年代前半の当時は、今とは交通事情が全

然異なる。いまだに小さな役場で、権限を移譲されても本当に使いこなせるのか。職員は何でもこなす器用さがあるが、仕事への専門性が深まらなくても本当によいのか。専門分野の職員が限られ、人事異動が難しいような組織はまずいのではないか。市町村合併に触れることに周りの反響は大きかったので、それに配慮したマイルドな内容で、市町村合併論をレポートとしてまとめたこともある（県庁離任後に公表された）。

- ・本省に復帰して消防庁総務課に勤務。そこで昭和天皇の崩御の日を迎える。消防の出初め式（訓練始め式）を予定通りに実施してよいかどうかの照会に対して、担当として判断する必要に迫られるという経験もした。いざというときに、瞬発力での確かな判断ができるかどうか官僚として求められる能力である。そのために、日頃から十分に情報を収集し、リーダーの判断をサポートすることが仕事である。上司からいわれた仕事をこなすという姿勢だけでは限界がある。
- ・財政局調整室に異動。そこでは新幹線整備の財源負担問題にも関与した。国鉄時代に、新幹線は地方負担がなかったが、JRになって地元が要望する場合、地元も一定の負担することが条件に加わった。料金収入で賄えない部分に地元負担が求められると税収に乏しい県ほど財政負担が重くなるというジレンマが生じるが、長野新幹線では東京都の協力なども得て問題解決に道筋をつけることができた。
- ・北九州市役所に赴任し、27歳で企画局調整課長に。課員11名で1名を除いて年長者であった。部下であってもオフの時間には人生の先輩として接することで、課員の力が発揮できるような職場環境づくりに腐心した。新北九州空港構想や市内に温泉施設を作ることなどの大きなプロジェクトに取り組んだ。
- ・東京に帰任して通商産業省基礎産業局総務課に1年勤務。地下鉄サリン事件では、遅番だったから助かったが早番なら霞ヶ関駅でまきこまれていた。ついで鳥根県庁に赴任し、商工労働部の課長1年（インターネットの普及に努める）、財政課長を2年経験。ついで自治省税務局企画課勤務を経験。そこでは、アメリカ軍横田基地

と交渉して、自家用車への自動車税の税率について、15年ぶりに引き上げ交渉に成功した。

- ・ ついで北海道庁では大規模な歳出削減を断行した。その後、総務省情報通信政策局に復帰して250億円以上の予算を確保して地方の情報化を推進し、さらに自治行政局でも情報政策企画官としてICTを活用した地方行政への住民参画を推進した。次に赴任した兵庫県庁でも、阪神大震災によって生じた財政危機に対応するために徹夜の組合交渉を経て給与削減を行うなど行財政改革に取り組んだ。
- ・ 総務省の行政管理局に戻ってからは文科省、法務省、警察庁等の組織・定員の査定を行い、現在は自治行政局でいちばん新しい課である地域自力応援課で課長を務めている。そこでは、国から補助金を出して地方を政策誘導する手段は執らない。いわば、お魚を与えるのではなく、釣り竿を渡して釣り方を伝える手法を用いている。現場のニーズを踏まえて制度設計をすることがおもしろい。公務員は、地域を良くするために自分がやりたいと思うことに取り組める仕事であり、文字通り、社会に貢献する仕事であるといえる。

講演会を実施してみた

学生たちは本当に一生懸命聞いていた。講師が話された一つ一つのエピソードは、学生たちの知識や想像力を超える部分もあったと思われるが、熱心に語りかけられる講師の言葉を聞き逃すまいとしている姿が印象的であった。学生たちに、社会を担うことの厳しさが、今すぐは実感できないとしても、それはやむをえない。それでも何かしら伝わったところがあり、それが何か将来につながるものと思う。終了後に、講師を囲んで短い時間ではあるが開催した懇親会では、参加者は講師に率直な質問を投げかけていた。

(小西砂千夫)

●ワークショップ

「新しい公としてのコミュニティ拠点づくり」

関西学院大学人間福祉学部研究会主催のフォーラム「新しい公としてのコミュニティ拠点づくり」が、2011年12月10日(土)西宮上ヶ原キャンパスG号館にて開催された。

少子高齢化による急激な人口減少によって、中山間地域の多くのコミュニティが消滅しつつある。「限界集落」という言葉に端的に示される通りである。こうしたなか、各地でコミュニティの維持・再生に向けてのさまざまな試みが行われている。本フォーラムのコーディネーターである筆者は、こうした中山間地域のコミュニティ再生に関して、ここ数年、実践的な研究を行ってきた。しかし、同様の問題は、中山間地域に限られない。大都市近郊のベッドタウンとして発展してきた周辺都市部の人口密集地においても、高齢化が進み、都市のなかの限界団地、限界マンションの存在が指摘されるようになってきた。さらに、都市部においても、町内会、自治会など従来型のコミュニティが維持困難となっている現状がある。若い世代の新規加入が見られず、新旧住民の乖離がますます進んでいる。

本フォーラムでは、以上のような現状を踏まえて、新しいコミュニティづくりに対する熱心な取り組みを行っている伊丹市の事例についての紹介を中心に、これからのコミュニティづくりに何が求められるのかについて、ディスカッションを行った。

第1部では、人間福祉学部の学生グループによるコミュニティづくりに関する4つの事例紹介が行われた。一つ目は、西宮市の越木岩自治会の活動に関する報告があった。以下、報告の概要である。越木岩自治会は、苦楽園の名称で知られる西宮市の高級住宅地にあり、福祉の強化、文化の向上、会員相互の親睦を深めることを目的として、昭和39年6月2日に設立された。現在、会員数は5600名、会長1名、副会長5名、会計2名によって運営されている。会費は、一世帯あたり月100円(年間1200円)で、年間予算は680万円あり、その他、財団法人越木岩会からの助成金がある。理事会が年間14回、行事が年間18回(平成23

年4月～平成24年4月)開催されている。年間の主な行事は、4月:西宮さくら祭(ペンタク大会)、6月:西宮市クリーン大作戦、7月:サマーフェスティバル、9月:防災講座、献血実施、10月:体育祭、11月:旅行友の会、環境衛生巡回相談会、12月:西宮市クリーン大作戦、1月:新年交礼会、越木岩防災(防災訓練)と多様である。運営における悩みとして、1)若い人が参加しにくい(最年少が40代)、2)野生のイノシシが多く出没する(自治会ではどうしても対処の限界があるので悔しい)、3)学生のゴミ問題(ワンルームマンションなどに住んでいる学生のゴミ分別などの問題)、4)発災型避難訓練に人が集まらない(自治会内のコミュニケーション不足)などがある。また、会員のメリットとしては、1)地域の防犯に繋がる、2)子供たちにとっての安全な街、3)人間関係の輪が広がる、4)帰りたくなる地元繋がる、5)イベントが多いなどが挙げられた。

2つ目は「神戸市によるごみ改革～ごみ収集による地域活性化」と題した報告である。以下、報告の概要である。従来、神戸市のごみの分別は、「荒ごみ」「家庭ごみ」の2区分だけのため、規制がゆるく、ごみの出しやすい町となり、モラルの低下が指摘されていた。平成16年11月から、6種類にごみ分別し収集することを実施した。①缶・ビン・ペットボトル、②大型家具・自転車、③粗大ごみ/金属系ごみ、④燃えないごみ、⑤カセットボンベ・スプレー缶、⑥燃えるごみの6種類である。さらに平成20年11月から、「指定袋制度」「大型ごみの申告有料収集」を全域で実施し、この政策によってごみの大幅な減量に成功する。平成23年4月からは、「容器包装プラスチック」の分別収集、「容器包装プラスチック」以外のプラスチックを「燃えるごみ」に変更した。以上のごみの分別を通して、モラルの向上や、暮らしやすい地域づくりへとつながることが期待されている。

その他、宝塚市内で、介護者の男性のくつろぎの場として開設された「ほっこり庵」に関する報告や、芦屋市商工会で取り組んでいるアニメを活用した地域活性化「萌え起こし」に関する報告があった。

第2部では、伊丹市のコミュニティ政策、活動事例について、昆陽里小学校地区会事務局長の小

松直幹氏、伊丹市市役所こども未来部部長の阪上聡樹氏のお二人から講演があった。まず、小松氏から「地域活動の具体的事例と今後の拠点づくりの企画」と題した講演があった。以下、概要である。

昆陽里地区は、伊丹市65,000世帯196,000人の内、3,500世帯10,000人約5%の構成であり、地理的には市南西部に位置する。昭和62年より20年続いた昆陽里小校区社会福祉協議会を発展的に解消し、平成19年に昆陽里小学校地区会として具体的事業を行う市と協働し実行する団体として活動を開始した。土地改良事業の結果、地区内に15,000㎡の公園ができ、公園内に500㎡の田圃を新設した。子どもの食に対する教育のため、米がどのように栽培されるかを体験させることにした。幼稚園児・小学1・2年生児童に、泥んこ遊びを通じ、土づくり(代掻き)をさせ、小学3・4年生児童に田植えを、小学5・6年生児童に稲刈りを体験させた。また、冬には餅つき大会、夏には伊丹市野外活動センターで、飯盒炊飯、カレーライスの調理実習をさせた。材料の玉葱・人参・じゃが芋の皮むきから煮込みまで一切を経験させた。食事後はセンター内を流れる小川で川遊びをさせた。公園の管理運営は運営委員会が中心に行っており、地区各自治会も、芝刈り・草引き、花の手入れ等を市の交付金を受けて行っている。公園内に苗圃を設け、公園内はもちろん小学校にも花を提供している。その他にもさまざまな活動を行っている。今後の企画として、新たなコミュニティ拠点となる施設の建設を計画しており、若手地域住民10名が中心となり、建物の規模や内容、運営の在り方について検討しており、その意見を取り入れて、事務局ではワークショップを立ち上げて、住民主体の施設づくりを進めるという。

次に、阪上氏から「コミュニティの再生“絆プロジェクト”—新しい公への挑戦」と題して報告があった。以下、概要である。地域のまちづくりはどう変わるのか。国の地方分権の動きとして、まず地域主権一括法(第2次)が平成23年8月に成立がある。地域主権改革とは、地域のことは地域に住む住民が責任を持って決めることのできる活気に満ちた地域社会をつくっていくことを目指している。しかし、現実には、適切な財源配分の

もとに国の権限が地方に移譲されるのかが、地方にとって重要であり、地方自治体の力量が問われていることを意味する。では、地方自治体の状況はどうか。今日の社会経済情勢による市民税の大幅な収入減などで厳しい経営環境にある。これまでの仕組みや規模で地方自治体は運営できない。そこで「身近な公共サービスは、地域組織が担う」という地方自治体の経営改革に挑戦する。地域主権改革は、一定区域（例えば小学校区）の住民自治を確立することになるとの考えから、「新しい公の創造」を大きな政策課題として取り組んでいく。これからのまちづくりは、人と人、親と子、学校と住民、地域と住民との絆を構築していく視点で、まさに住民主体の住民自治を実現しなければならない。地域組織の課題として、①顔が見えない地域組織と見えにくい運営がある。たとえば、新住民が地域の中で情報の収集や暮らしの相談を誰にしたらよいのか、また地域活動がどのように決定され、どんなメンバーで話されているのかが見えない。また、②組織加入率の低下があげられる。市役所に言えば何とかなる。つまり自治会加入のメリットが見えない。役員になるのは負担であるなど。③役員の高齢化と役員期間の長期化、④自主事業する財源確保などの課題がある。現在構想中の「絆づくりプロジェクト」とは、新しい公を創造するために、受け皿となる地域組織を再構築（法人化への取り組み・開かれた組織運営）と、市民参画と協働を軸に2つの施策を展開する。1）地域活動拠点づくり（各小学校区に1箇所）。住民イメージとして、「とにかく何かあれば、ここに行けば何とかなる」という場所。窓口設置（事務局の常駐）、施設管理運営、地域雇用の促進。自主事業の実施、地域防災拠点機能、公共施設（公園など）の管理など市からの事業委託。2）まちづくり交付金制度の創設。市民税の1～2%を財源として、使い道を限定せず、地域活動の自由度を確保しながら、地域住民の意思によって使い道を決める。地域へのバラマキにならないように交付金の使途内容を第三者機関で審査。監査体制の整備（外部監査の検討）。なお、このプロジェクトを推進するために、地域の絆プラン（総合計画の地域版）を住民主導で策定し、地域活動拠点の整備にあたっては既存施設の統廃合や

寄付金を募ることを検討する。

以上、小松氏による熱心な地域活動の紹介と、阪上氏による新たなコミュニティづくりの構想への熱い思いを踏まえて、フロアーとの間で活発な意見交換が行われた。報告者および参加者とも今後求められるコミュニティのあり方について考える貴重な機会となったと思われる。

（山 泰幸）

●東日本大震災被災地とつながる復興支援講演会

演題 復興支援の最前線／東日本大震災が問いかけるもの、震災復興支援の現状と課題

講師 池田 昌弘 氏

（特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）理事長）

講演会開催の経緯

2011年3月11日に発生した東日本大震災を受けて、関西学院大学人間福祉学部は、復興支援連絡会を組織し、定期的に情報の共有や復興に向けた支援について議論を重ねてきた。この未曾有の大惨事に人間福祉学部は、研究・教育機関としての立場から復興支援に向けていかに貢献できるのかを考えてきた。その一つの試みとして、研究会主催の講演会を企画し、学びとともに考える機会をもつことになった。今回は、宮城県仙台市に拠点を置くNPO法人全国コミュニティライフサポートセンターの理事長であり、東日本大震災の被災地の中間支援NPOとして、被災地と全国の福祉関係者を結び、支援する「東北関東大震災・共同支援ネットワーク」の創設者、また、国の復興構想会議検討部会委員である池田昌宏氏をお招きし、震災発生直後からこれまでの復興支援の現状と課題を、最前線の現場での支援とともに政府レベルの支援の現状や課題について報告をいただいた。以下、その概要である。

1. CLCが事務局を担う「東北関東大震災・共同支援ネットワーク」のこれまで

私は15年前ぐらいまで栃木県社会福祉協議会で働いており、そのときに阪神淡路大震災の支援活動をしていました。それ以来災害の支援を全くやらずに、この15年暮らしてきました。今、私は仙台に住んでいます。仙台で今回の大きな震災を受けて、仙台のNPO法人が何もしないわけにいかないのではないかと思います。帰りの道々で、全国の小規模多機能ケアという小さな介護施設を運営している方や、特別養護老人ホームでケアをしている人たちと連絡を取りながら、沿岸部で被災した施設や避難所、あるいは病院に、全国の介護や看護の専門職の人たちにボランティアで行ってもらうようなことをする必要はないかということ、仙台に着くまでの間に「東北関東大震災・共同支援ネットワーク」を立ち上げました。仙台に着いてから、どのようなところにどのような施設や病院、避難所があるのかを調べ、そこにはどんな人が必要なかということについて県や市町村と調整しながら、実際には3月20日から全国の方々に活動に入ってもらいました。

3月13日から11月25日までに、全国の介護や看護の専門職1700人にご同行いただいて、宮城県内の29カ所と栃木県の2カ所に、延べ約1万3000人(実員数1047人)に活動していただきました。ホームページに介護・看護の専門職の人を募集していると載せただけで、これだけの方に活動していただくことができました。

福島原発から20kmの南相馬市に住んでいた介護保険の中で最も重く、在宅で暮らしている要介護4、5という方々を日光市の中禅寺湖がある山の上のホテルが受け入れました。そこには病院がないので、栃木県庁が日光の山の上ではなく、山のふもとに日光市の建物を借りて、そこで介護の必要な人たちを支えるような福祉避難所を立ち上げるので手伝ってほしいと言われ、栃木県で活動をしてきました。

皆さんの中にも福祉の仕事に携わっている方がいらっしゃるかもしれませんが、例えば避難所で介護や看護の専門職の人たちに活動してもらったとき、避難所でお風呂をたく係の人が必要なので、「お風呂だきをしてください」、あるいは「子

どもたちと遊ぶ係をしてください」と言われた人たちが、「私たちはお風呂だきに来たのではなくて、介護の専門職として介護に来たので、そんなことはできません」「そんな活動だったら、私たちは違うところに行きます」という方が結構いらっしゃいました。震災というとても大変な状況の中で、専門職は必要なことは何でもやらなければいけません。私たちが何をしたいかではなく、その現場で、今、求められていることをやらなければならないのです。

2. 「つながり」の維持・継続支援と「新たなつながり」支援

私たちがとても重要だと思ったのは、テレビやマスコミ等でもよく言われている「つながり」の維持や継続の支援です。今まで暮らしていた地域で、毎日一緒にお茶飲みをしたり、おしゃべりをしたりというような関係をどうやって切らないようにするかが一つのポイントです。もう一つのポイントは、どうしても別々になってしまっ、新たな人と出会って暮らさなければいけないときの新しいつながりをどのように支援していくかです。仮設住宅の暮らしが始まって、ふと思うと家族や仕事、家を失ったりしてこれからの不安もある中で、家から出るのもおっくうで、家で一人ぼっちで引きこもって孤立して、気が付いたら独り亡くなっていたということがたくさん起こりました。今回の東日本大震災でも、同じようなことを起こさないような支援が必要だと思います。避難所でも、仮設住宅でも、いずれそこから出て、自分の家を持って暮らさなくてはいけないので、またそのときに同じようなことが起こらないように、孤立を防止するためにも、時にはみんなで集ってお茶を飲んだり、お酒を飲んだりといったことや、声を掛けたり、見守りをしたり、お互い手助けをしたりと、支え合う地域を新たに作っていくことが必要なのではないのでしょうか。私たち福祉の支援をしているNPOとしては、そうしたことが重要だろうと思って活動を始めました。

今回、支援の対象は誰か、被災者というのは誰かを考えると、テレビ報道にもあるように、一つは仮設住宅に暮らしている人がすぐ出てきます。しかし、そうした人だけが被災者ではありません

ん。いろいろな方々が被災者です。そういうことを考えると、仮設住宅の周辺の人たちも含めて支え合っていないと、その後大変なことが起きるだろうと感じています。従って、仮設住宅とその周辺を一体的に支援することが必要です。

支援の対象の二つ目は、津波の被害から逃れた家で暮らしている、あるいは1階は津波が大きく影響したけれども、何とか2階で暮らせるという人たちが、2～3軒だけ残って暮らしている地域が出てきました。今までは100軒も200軒もある集落だったので、今の状況はとても寂しく、そういうところへの支援もまた必要になっています。

三つ目は、親戚や知人の家などに暮らしたりしている人です。仙台市内では、もともと5人家族だが今は20人家族だという家が結構ありました。親戚やお友達が避難してきて、家が少し大きいので、そういう方に来てもらっているところもありました。また、今回の震災から、仮設住宅に暮らしてもらうだけでなく、普通のアパートを仮設住宅と見なして、仮設住宅と同じように家賃を国が払ってくれるという仕組みができました。「借り上げ仮設」「見なし仮設」と言われていますが、そこでは沿岸部で被災を受けて引っ越してきた人と、普通に引っ越しをされた人とが混在しています。つまり、誰が被災者で、誰がそうではないかということが全く分からないので、特にそういう方の孤立が起こるのではないかと心配をしています。

四つ目は、原発の20km圏域では住めないため町全体で移転している人たち、また、自主避難も含めて、全国に離散している人たちがたくさんいます。大阪、兵庫、京都にも、特に福島県を中心として避難されている人たちがたくさんおり、そういう方たちへの支援もとても重要だろうと感じています。今回の震災は、いろいろな被災者の人たちがいて、それぞれに違った支援が求められるような気がしています。これだけ考えると、今回は東北だけの震災ではなく、日本全体で対応していかなければ解決できない問題がたくさんあると感じています。

3. 支援をとおして気づかされ、提案した「地域支え合いセンター構想」

幾つか具体的な支援を通して気付かされたことがあります。また、あまり役に立ちませんでした。また、国の復興構想会議にも参加しましたが、その中で、「地域支え合いセンター」を提案させていただきました。

写真は、宮城県仙台市にある国見小学校の千代田町町内会にある「ひなたぼっこ」という、元学生下宿です。目の前が大学で、学生下宿をしていた建物をお借りしました。11部屋ある建物です。ここは、ちょうど一昨年(2010年)の12月、丸2年前に、介護保険や障害者の自立支援法などから漏れてしまう人、自宅での家族介護だけでは難しい人、地域で支え合っても暮らせない人たちなど、どうしても今の制度の中では対応しきれない人を受け入れる施設として始めました。



この震災が起きて、この建物は全国のボランティアの拠点になりました。また、震災で自宅が壊れてしまったお年寄りの居場所でもあります。AMDAという岡山に本部のある国際医療支援団体の居場所になりました。また、全国から介護や看護の専門職のボランティアにきたいという人たちの電話を受けて、その人たちにどこで活動してもらうか、活動先の調整をするボランティアセンターの一つとして、この「ひなたぼっこ」を使いました。

また、1週間目の3月20日に居酒屋をやりましたが、これはすごく迷いました。3月11日に震災が起きて、まだ10日もたっていません。沿岸部で

はすごく深刻な状況です。仙台の中心部は少し落ち着いてきたので、みんなで少しお酒を飲んで、少し温かいものを食べて、少し一息つくための会をやった方がいいという話になりましたが、こんな時期にお酒を出したら批判されるのではないかと、クレームが来るのではないかと迷いました。しかし、「一息つこう会」というものをやろうと書いておいたら、地域の人がやって来て、やはりこういう場が必要だと言われました。

本当に不安の中で、お年寄りの方々も食事のときだけ部屋から外に出てきて、あとは部屋の中に閉じこもっていましたが、「一息つこう会」の日は、大学生のボランティアや介護・看護のボランティアの人が来て、12時過ぎまで寝ないで一緒に楽しくおしゃべりをしていました。

次に南相馬です。南相馬の国道6号線ですが、セブンイレブンの真前に警察車両が止まっていました。ここから原発20km圏域といわれました。そこで、ここにはお店が開いていましたが、このお店の方に聞いてみると、避難していてもやることがないのだそうです。しかし、借金は返さなければいけないから、放射能も怖いけれども、やはり戻ってきて、お店を開いて少しでも自分が生きていくためのことを考えないと、避難をしているだけではどうしたらいいか困るという話をしていました。

「ひなたぼっこ」から1km圏内、1.5km圏内、2km圏内で配食や片付けをしていました。また、避難してきた人が「ひなたぼっこ」で過ごしたり、あるいは自宅を訪問したり、買い物代行をしたりしました。ガスが来ていなくてお風呂に入れなかったのも、お風呂ツアーに行ったりもしていました。

お店が開いてなくて、買い物に行く足もなく、お米もないという高齢者に、お米を届けに私どもの職員が行きました。2kg入りや5kg入りの袋を一人暮らしのお年寄りの家にお届けするのですが、職員に2kg入りや5kg入りを持って行ってはいけないという話をしました。2～3日食べるぐらいに小分けにして持っていくと、そろそろなくなってしまうところに、またお米を持っていきます。しかし、5kgを渡すと、半年持つからもう来なくてもいいと言われてしまうので、お年寄りのお

たくなに見守りに行くときには、2～3日分を渡して、また持ってきたと行けるようにしなければ駄目です。また、民生委員がいろいろな情報を持っているので、相談に行きました。困っている人を教えてほしいと言ったら、多くの民生委員は守秘義務があるから教えられないと言いました。しかし、一人の民生委員が、「守秘義務を守っていると、その人たちを支えられないし、助けられない」と言って教えてくれました。その民生委員はその後、ほかの民生委員たちから、守秘義務を守らなかったことを批判されますが、そのおかげで困っているおたくを訪ねられました。いろいろと困っているところがありました。介護をしている家では、紙おむつが買えなかったということもありましたし、沿岸部から避難してきた小さな子がいる家では、津波で全部なくなってしまって、2～3歳の子どもたちの読む絵本がなかったので、絵本をもらって良かったというようなことなど、いろいろなことを気付かせていただきました。

国は、仮設住宅と被災者を支援するときに、サポートセンターを作るための予算を立てます。私が働いているところもコミュニティライフサポートセンターといいますが、サポートセンターというのは、「支援するところ」というイメージが強いです。それよりもみんなで支え合っていく方がいいのではないかと思います。「地域支え合いセンター」というものを提案しています。見守りや話し相手、つながりを継続するための支援など、新しく支援する、あるいは、それこそ仕事づくりのようなことや、仮設のお店を作ることも重要なのではないかと思います。そういう意味で、地域でどうやって支え合って、それこそ仕事をどう作っていくかまで含めて考えていくことが必要ではないかと思います。

中越地震のときは、女性がグループを作って、お総菜屋さんを作ったところもありました。本当は自分たちで介護施設を作ることも、デイサービスを運営することも、今の介護保険制度ではできるので、そういうこともあるのではないかと思います。避難所で暮らしているときも、仮設住宅で暮らしているときも、復興に当たっても、お互い支え合っていくような場が求められているのではないかと感じています。

私どもCLCという団体は、石巻市から「誰も経験がないのでやってくれないか」と言われて、来週ぐらいから本格的にグループホーム型の仮設の運営を始めます。9部屋ある棟、2棟の運営を託されました。先ほどの「ひなたぼっこ」のような使い方をということで、ここを施設にするのではなくて、どうしても家で暮らせない人、例えば息子さんが船乗りで、時々長期でいなくなったり、あるいは朝夕はいて、日中は息子さんか娘さんはいないのだけれども、高齢のお母さんやお父さんに認知症があって、一人ではいられないとか、一人でいると沈んでしまうというような方に日中だけ遊びに来てもらう、あるいは夜だけ泊まって昼だけ家に帰ってもらうというような形で、ここで暮らすというよりは、仮設住宅であっても、自宅で暮らすようなことができるようになっていくといいなと感じて取り組みを始めたところです。

4. 被災者が「支援員」として活動に従事

今、宮城県では、仮設住宅など被災した人たちの見守りや安否確認をしたり、お茶飲みのサロンをしたりする支援員が1000人ぐらいいます。自ら被災して、家を失ったり、家族を失ったりして、仮設住宅に暮らしている方もいらっしゃいます。今までは床屋さんをしていた、缶詰工場で働いていたというような、福祉の専門家ではなく、今まで福祉とは全く関係のない仕事をしていた方々を雇用して、被災者支援をなさっています。

この方々の話を伺うと、いろいろな方のおたくに訪ねて行って、とても大変な被災後の暮らしをお聞きするけれども、自分も家族や家、親戚を失って、一緒になって涙を流しながら話を伺うわけですが、これを訪ねる家ごとに聞いていると、支援する側の人たちの気持ちの方がとてもつらくなっていきます。解決しなければならぬ話をいろいろ聞くのだけれども、どうやって解決していったらいいか分からないということもあって、支援する人たちを孤立させないで、支援する人たちもみんな支え合うことが必要だということで、今、研修しているところです。

5. 共生社会を目指し、「分別型福祉」から「小地域型共生福祉」へ

これまで日本の福祉は、どちらかというところ、分別型、分野型で、高齢者は高齢者施設、障害者は障害者施設、子どもは子どもの施設、なおかつ、高齢者の中でも認知症の方は認知症専門の施設、障害者の場合は、知的障害者、身体障害者、視覚障害、聴覚障害者の施設というように分けてきました。例えば、だんなさんが認知症になって、奥さんは元気で、だんなさんが施設に入居しなければならなくなったとき、奥さんがその施設と一緒に暮らせるという仕組みには、この国はなっていません。年老いた親と障害を持っている成人の子どもと一緒に暮らすという福祉制度もありません。そういう意味では、ばらばらにならなければいけない仕組みです。障害を持っている成人と年老いた親が最後、別々に暮らすのではなく、一緒に暮らせるような仕組みも必要になってくると思います。

さらに、これから人口がどんどん減っていきます。その中で、特に今回、東北は人口も減ってくるし、集落ごとの暮らしという形で考えると、人口が小さい町に障害者の施設も、子どもの施設も、老人の施設も全部作っていくのはとても大変です。従って、老人ホームの近くに住んでいる障害者で支援が必要な人はそのホームに泊まれる、あるいは障害者の施設に高齢者の人が泊まれる、児童の施設を高齢者も利用できるというような形で、少し相乗りができるようなものがこれから求められていくのではないかと思います。これは今、国もそのような方向で制度を変えていこうという動きになっています。

6. 全国で避難生活を送る被災者の支援と元住んでいた地域との「つながり」支援

特に福島県を中心に、全国で避難している人たちの支援もとても重要だということを感じました。大阪の豊中市には、福島県から避難している人が特に多いのですが、先日、その方たちの集いに私も参加させていただきました。福島県では震災直後は洗濯物が外に干せなかったり、できるだけマスクをしていたり、長そでを着たり、できるだけ外に出ないという生活をされていたのが、夏

を経て少しずつ放射線量が下がってきたという中で福島を訪ねると、普通に外に洗濯物を干してあるし、子どもたちが普通に遊んでいる風景が見えます。当然、学校ではできるだけ野外で活動しない、体育館や教室で生活することになっています。そういう中で、少しでも放射能を浴びない生活をしながら、福島で何とか暮らしていこうとしているように、私の目からは見えます。

そういう中で、福島から全国に避難している人たちに、福島県が今どうなっているかという情報を伝えることもとても重要だと思っています。何よりも、お茶飲み会をやるなどいろいろなことをやっている仮設住宅もあれば、何も交流がないところもあります。そういう意味では、ここの仮設住宅では、こんなお茶飲み会をやったり、こんなイベントを開いて交流、活動が始まっている、引きこもりにならないようなことをやっているという情報を、やっていないところに伝えていくことも、今とても重要になってきていると感じています。

今はともかく宮城県、岩手県、福島県では、求人を出しても全く人が来ません。1年でもぜひ東北で働きませんかと思っています。それから、今回の震災は全国に離散している人たちもいるので、そういう意味では、東北だけの問題ではないと感じています。

最近、いろいろな方の前で話すときにこの話をしています。これは厚生労働省が作っている指標です。多分今もそれほど変わりませんが、2005年の日本の人口は1億2700万人です。44年後の2055年の日本の人口は8900万人と推計されており、3800万人減ることになっています。このときの高齢化率（65歳以上）は40.5%になると言われています。75歳以上の方は、26.5%です。全国平均で、4人に1人は75歳以上です。75歳以上は後期高齢者と言われ、認知症など、体の障害がいろいろ出てくる年齢です。そういう意味では、とても大変なことになりますし、人口の比率も15歳未満が7.5%です。65歳以上が40.5%ですから、15歳未満と65歳以上で48%です。従って、15～64歳までが52%で、この人たちが15歳以下と65歳以上の人を一人見なければいけない、一人で一人を見なければいけないという時代が、44年後にやってこ

うとしています。

今日、生まれた子が4歳のときの姿です。そういうことを考えていくと、制度を充実していくことと同時に、みんなで支え合って、認知症になっても、高齢者になっていろいろな障害を持って、地域で一緒に暮らしていくというものを作っていくために、今後どうしたらいいかということもぜひ含めて考えていただけるといいと感じています。

(川本健太郎)

●イタリア精神保健福祉映画上映会

「人生、ここにあり！」

2011年12月17日（土）、関西学院大学上ヶ原キャンパス B 号館103教室において、精神保健福祉の啓発・福祉教育の一環として、関西学院大学人間福祉学部研究会主催のイタリア映画「人生、ここにあり！」上映会（13：00開始）および参加者による交流会（15：30開始）が開催された。それぞれの参加者数は、前者が65名、後者は41名であった。ここに、同上映会・交流会を開催する意図と意義について述べてみたい。

なお、残念ながら参加者への質問紙調査結果については紙数の関係で割愛せざるを得なかった。それについては、次号で触れたいと考える。

1. 背景—日本の精神医療・保健福祉の課題

日本の精神医療・精神保健福祉施策は、長きにわたって隔離収容主義の下におかれてきたが、今日に至るまでその残滓の払拭に苦慮を強いられ続けている。ここでは、今回、イタリア映画上映会を企画した背景として、明治以降の隔離収容主義の変遷とそれが地域社会に与えた影響について簡単に述べてみたい。

明治維新を迎えて本格的に西洋精神医学が受容されていったのであるが、それにもかかわらず、近代的な精神科治療の場が大きく広がることはなかった（小俣 2005）。治療の場の不足を補うかのように、明治33（1900）年の精神病者監護法によって、それまで慣例的に実施されてきた「座敷牢」が「私宅監置」という形で制度化され、い

わば家族による自主的な閉じ込め＝隔離が推進されていった^{注1)}。私宅監置は、法令で定める基準さえ満たしていればどこにでも設置できるという合理性と簡便性という一種の近代性を持っていたのであり、その意味では近代の申し子である西洋精神医学、あるいは科学的な治療の場たる精神科病院と十分に共存し得る存在であった（橋本 2010）。橋本がいうところの「どこにでもある」（橋本 2010：4）場所がいつでも隔離収容の場になり得る、というある種の匿名性、普及性そして庶民性が、この私宅監置制度に付着していたことは銘記しておいて良いだろう。見方を変えれば、隔離収容の責任を行政だけではなく、庶民＝地域住民にも連带的に押しつけたとも見なせよう。

伝統的に寺院が精神科治療の場になっていたことは知られているが（橋本 2010、小俣 1998、2000、2005）、隔離収容が最早、寺院のように「そこにしかない」（橋本 2010：4）という場のみに限定されなくなったという点は、それだけに隔離収容の広がりが生じたことを意味するのであって、それは換言すれば隔離収容の担い手がそれだけ幅広かった、つまりは一般化したことに他ならないのである。この意味での一般性、庶民性が完全に払拭されていないまま、今日においても依然としてそれらが日本の精神保健福祉に影響力を保持している可能性を私たちは常に意識しておく必要があるだろう^{注2)}。

その後、大正 8（1919）年に制定された精神病院法では公立病院の設置推進によって精神科治療の拡充が意図されたのであるが、「代用病院制度」の導入によって民間病院依存の構造を生み出してしまうことになる。同法によっても私宅監置制度は廃止されることもなくそのまま維持され、精神病に対する効果的な治療方法が未開発という当時の治療環境の下では、患者は民間中心である精神科病院に収容させられるか、あるいは自宅等に閉じ込められるか（私宅監置）という選択肢しかなかったも同然であった。いずれが選択されたとしても、患者が一般の目に触れられる機会は少ないという意味では、強固な社会的隔離状況が形成されていたのである。結果的に、精神病患者・精神障害者の姿はコミュニティからは隠蔽されることになり、地域社会の中で精神病患者・精神障害者

とそうでない人々の間に共生を育んでいくという機会が徹底的に絶たれてしまったことは、日本の精神医療や精神保健福祉の発展という意味でも誠に不幸で、残念なことであった。

さて、第二次世界大戦後の精神衛生法制定（1950年）になって、前世紀性と近代性を併せ持った私宅監置制度はようやく廃止されることになるが、その直後に世界の精神医療は革命的な変化に直面することになる。すなわち、フランスのアンリ・ラボリ（Henri Laborit）による世界最初の抗精神病薬クロロプロマジン（Chlorpromazine）の発見である。抗精神病薬の登場は世界の精神科医療に劇的な変化をもたらし、精神症状の軽減・消失（寛解状態）と、それゆえに患者が退院して地域生活を送ることを可能にらしめた。1950年代末から始まる欧米での脱施設化は、こうした抗精神病薬の登場による治療環境の大きな革新が寄与するところが大きい。もちろん、この新しい治療環境の登場は世界的な規模のものであって、それは等しく日本にももたらされた。にもかかわらず、日本が欧米と違って脱施設化に向けて舵を切ることにはなかった理由の一つが、戦前から続く精神科医療における民間病院依存体質であったといえる。

1950年制定の精神衛生法では、戦前からの代用病院制度が「指定病院制度」に衣替えする形で実質的に継承され、民間の精神科病院に大きく依存する構造もそのまま引き継がれることになった。それは、現在の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に至るまで踏襲されているものである。この依存構造の下では、脱施設化を政策的に推進することは、民間病院の経営的安定、ひいては精神科治療サービスの安定的供給との間に必然的に利害衝突をもたらすことになる。勢い、脱施設化に慎重にならざるを得ないという事情を生むことになり、さらに別の医療政策的な問題（医師、看護師配置や診療報酬上における精神科特例の存在など）も相まって、結果的に戦前からの隔離収容主義の延命に力を貸すことになってしまった。こうして日本は世界の潮流から大きく立ち遅れてしまうことになったのである。

脱施設化に踏み切れず、そのために隔離収容主義が継続することになったことは、地域社会の中で精神障害者を支援していく各種のサービス創出

をも遅らせることにつながる。仮に退院が可能になったとしても、地域で暮らしていく上で肝心になるそうしたサービスが不足している中では、必然的にあらゆる負担が家族に覆いかぶさっていく。この負担に耐えかねて家族が退院患者の受け入れを拒否する、家族がいなければ退院できない、あるいは退院を諦めざるを得ないという状況をもたらす。それがすなわち社会的入院と呼ばれるものである。見方を変えれば、精神科病院へのある種の家族機能代替の付与であったともいえるだろう。

個々の病院、医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの治療者、支援者の間には先駆的な努力があったにもかかわらず、こうした日本の精神医療・精神保健福祉が抱える後進性は国際的な批判の対象になっていく。WHOによるクラーク勧告（1968年）などの国際的な批判を何度も受けつつ、それに抗うかのように現状維持に固執してきた感があった日本の精神医療・精神保健福祉政策に大きな変化が生じる契機は、1983年の宇都宮病院事件であったことは衆目の一致するところであろう。看護職員が入院患者を暴行死させるという悲惨な事件（その後、同病院で様々な違法行為が行われてきたことが発覚した）を受けて政府もようやく重い腰を上げることになった形になり、それ以降は幾度かの法改正により改革が試みられていく。しかし、それでも隔離収容主義からの脱却を如何に実現していくかという具体的な道筋を描くことができないでいたといえる。

その具体化が着手されたのは、ようやく21世紀に入ってからである。2002年に厚生労働省に、厚生労働大臣を長とする精神保健福祉改革本部が設置され、精神医療・精神保健福祉施策が全省的に検討されることになった。それに先立って、「平成11年患者調査」（1999年）において、精神科病床に入院中の患者は約33万人であり、そのうち7万2千人が「受け入れ条件が整えば退院可能」であることが示されていた。同本部が翌2003年に示した中間報告では、この7万2千人を今後10年のうちに解消していくべく、退院・社会復帰を進める方向が打ち出されたのである。この考え方は、同本部による2004年の「精神医療保健福祉改革のビジョン」にも継承され、7万人の社会的入院を解消するために、各都道府県の平均残存率（1年

未満群）を24%以下にすること、および各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする、という具体的な数字を打ち出し、もって10年かけて約7万床の病床減少の促進が謳われたのである。この10年計画のうちの後半5年における重点施策を示した「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」（2009年）でも、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性は基本的の方策として堅持されている。

しかし、そもそも「受け入れ条件が整えば退院可能」ということが具体的に何を指すのかが曖昧であり、地域生活の拠点として期待されているグループホームにしても、その事業者は慢性的な赤字経営を強いられるという障害者自立支援法における問題など、課題は山積しているといえる。それでも、大きく隔離収容主義からの脱却に向けて政策的に舵を切ったことは間違いなく、今後は地域移行・地域定着支援の一層の推進など具体化に向けた施策展開が望まれるところである。

ただ政策レベルが変わっても、精神病患者・精神障害者^{注3)}に対する社会的な偏見やスティグマは依然として大きく、それも社会的入院の解消が進まない要因の一つになっている。戦前から続く「どこにでもある」隔離収容の残滓が、いまだに影響力を保持していることを指摘せざるを得ない。地域住民の精神病や精神障害に対する理解が不足しているがゆえに、地域で暮らす精神障害者も孤立しがちであり、真の意味での自己実現と社会参加をまさしく地域社会自体が阻害しているという図式すら浮かび上がってくる。その意味でも、精神障害に関わるアンチ・スティグマ活動の展開は、政策レベルの隔離収容主義からの脱却と相乗しつつ、「どこにでもある」隔離収容の根を断って日本における精神医療・精神保健福祉の土台を改革していくことのみならず、地域福祉や福祉教育における大きな課題になっているといえる。

2. 映画「人生、ここにあり！」とその上映会開催の意図

2008年に本国で公開されたイタリア映画「人生、ここにあり」（原題 Si Può Fare ジュリオ・マンフレッドニア監督）は、精神障害者達の「社会協同組合」活動を描きながら、彼・彼女らの自己

実現と地域社会との関係がどう在るべきなのかに
ついて、観る者に考えさせる機会を与えてくれる
内容になっている。この映画の内容は実話に基づ
くものであり、イタリア本国でも大いに評判を呼
んで、2009年にイタリアの「ゴールデン・グロー
ブ賞」を受賞している。

映画の内容を簡単に要約すると、以下のよう
になるだろう。舞台は1980年代初期のイタリア・ミ
ラノである。北イタリア・トリエステにおいて、
画期的な精神医療改革を進めた医師フランコ・バ
ザーリア (Franco Basaglia) の志を受け継ぐ形
で、1978年に通称「バザーリア法」(180号法)が
制定され、イタリアは精神科病院の全廃というラ
ディカルな脱施設化へと突き進んでいくことにな
る。映画では、極左組織が元首相を誘拐殺害した
「赤い旅団事件」(1978年)への言及や、当時、西
欧最大の力を誇っていたイタリア共産党のリー
ダーであったエンリコ・ベルリングエル (Enrico
Berlinguer) 氏の葬儀に主人公が参列するトピッ
クスも描かれており (主人公不在のこの時に、後
述する作業中の失敗が起こるのであるが)、ちょ
うど「バザーリア法」が制定されて間もない時期
で、精神科病院もまだ完全に廃止されていないと
いう、まさしく脱施設化への移行期に相当する時
期であることが示唆されている^{注4)}。

ミラノの労働組合活動家であった主人公ネッロ
が、その過激する言動で労働組合から左遷されて
しまい、代わって「社会連帯協同組合」の経営に
関与するところから映画はスタートする。「社会
連帯協同組合」とは、一般企業などへの就職は難
しい精神障害者が共同で創出し、運営するもので、
精神障害者が経営者であり、同時に従業員でもあ
る、という形態がその特徴になっている。精神科
病院を退院するも行き場のない人たちの受け入れ
先、あるいは就労の場として「社会連帯協同組
合」に期待が寄せられていたのであるが、「働く
ことは難しい」と烙印を押された患者たちは、結
局は病院から離れることもできないまま、中途半
端な状況に置かれている様子が映画の冒頭で描か
れている。この辺りも、脱施設化に着手されたば
かりで、移行期のまっただ中にあるが故の様子で
あろう。

こうした状況に元労働組合活動家らしくネッロ

は大いに奮起し、自分の人脈を頼って何とか仕事
を得るも、協同組合員 (精神障害者) たちの作業
効率が至って悪く、ノルマを果たせずにネッロが
残業で補い、あるいは彼のポケットマネーで赤字
を補填するなど、経営的にはどうも調とはい
えない毎日が続く。しかし、上述したネッロが不
在中に起こった作業中の失敗を協同組合員たちが
やむを得ずに糊塗したことが、あたかも怪我の功
名のようになって顧客に喜ばれ、それから急激に
売り上げを伸ばしていくことになる。

この過程で、ネッロが協同組合員たちの長所を
よく読み取り、まさしく適材適所の采配を見せ
ていくのであるが、見方を変えれば、それはソー
シャルワークにおけるストレングス・アプローチ
の実践そのものであろう。当初は何かと病院医師
の判断に頼り、それに依存していた協同組合員た
ちの自信のなさこそは、イヴァン・イリイチ (Ivan
Illich) のいう「文化的医原病」、あるいは過度
の「医療化」の姿に他ならない。その彼・彼女
たちが事業の成功に自信を取り戻していく過程は、
エンパワメント、あるいはリカバリーのプロセス
と見ても差し支えない。さらなる事業の拡大を意
図してパリ進出をネッロが提案した時には、他の
協同組合員たちからこぞって反対されて、パリ進
出・拡大策はあえなく頓挫してしまうのだが、そ
れに腐るネッロに対する「君はわかっていないな。
みんなの反対は君の成功じゃないか」という組合
専属の医師の言葉は、それまで何もかもについて
周囲に従順であった精神障害者たちが、自律、自
信とパワーを取り戻し、自分たちで能動的に判断
していくようになったことを如実に物語っている。
こうしてみると、ネッロは有能なソーシャルワ
ーカーのようでもある。社会福祉の関係者にとって、
優れたソーシャルワーク実践の記録映画を観るか
のような印象を受けることは間違いない。

その他に、組合専属医師の助言に従って薬の量
を軽くすることで、協同組合員たちはいっそう活
発に働くようになり、仕事への好影響のみならず
異性への関心まで「復活」する様子が実にユーモ
ラスに描かれており、この点は精神科における薬
物療法と副作用のさじ加減の問題、あるいは日本
における多剤大量処方弊害についても私たちの
注意を引き寄せる役割を果たしてくれている。

ここまでは一種の成功譚であり、観客はネッロたちと一緒に笑いながら、事業の順調な成長ぶりや個性豊かな協同組合委員たちのエンパワメントの様子に満足心を覚えるのであるが、後半に入って、ある不幸な事件を契機に映画のトーンも悲劇へと一転してしまう。この悲劇における、いわゆる「一般市民の反応」の描き方もなかなか見事である。さて悲劇の責任を感じたネッロは協同組合を辞め、再び医師が全てを管理する「医療化」が復活し、処方される薬の量も元に戻されてしまう。この、何もかもが水泡に帰すと思われた状況を再び逆転させ、絶望の淵にあったネッロに救いの手を差し伸べたのは他ならぬ協同組合員たちであった。かつてネッロのお蔭で支えられ、それによってパワーを取り戻してきた協同組合員たちが、今度はネッロを救う側に、そして彼に対してパワーを与える役割に回ったのである。支援する側とされる側の関係が、最後には入れ替わってしまうこのシーンこそがこの映画のクライマックスであろう。それは、精神障害者とソーシャルワーカーの関係についても示唆を得ることの多い場面である。

以上のように、映画はネッロを主人公にしつつも、脱施設化に向けて歩み始めた当時のイタリア社会そのものを描いているのであるが、精神障害者の地域移行・社会参加というシビアなテーマであるにもかかわらず、イタリア映画らしくユーモア、希望と明るさに満ちたトーンになっており、統合失調症などの精神疾患の治療を受けつつも、人生の再構築を目指す人々の思いと苦労がとても分かりやすく描かれている点は、精神障害のアンチ・スティグマの題材としても高く評価できるものであろう。

ようやく隔離収容主義からの離脱を決意したとはいえ、日本の精神医療・精神保健福祉の現状を見る限りは、バザーリアに始まる改革が進行したイタリアとは比べなくもないほどの立ち後れ状態にあることを認めざるを得ないのであるが、その改革のためには専門家のいっそうの努力はもちろん、市民一人ひとりがこの領域の抱えている課題を自分のものとして捉え、主体的、能動的にコミットメントしていくことが欠かせないだろう。特に、「どこにでもある」隔離収容主義の残滓がまだまだにはびこっている以上、そこからの脱却を

目指すためには、これまでとは180度正反対の「どこにでもある」開放収容の精神を如何にして地域社会の中に根付かせていくことができるかにかかっているはずである。その意味で、映画「人生、ここにあり！」を広く上映していくことは意義が大きいものと考えられる。そう考えると、この映画の解説書の中で触れられていた次のような言葉は相当な重さをもって響いて来るであろう。「だれもがクレージーなのだから、そもそも隔離収容する必要なんかないのさ」^{注5)}。

しかし、日本では映画の題材のテーマが「精神障害」であることや映画館不在地域が増えている事態も相俟って、商業ベースではこの映画の上映が進んでいない状況があった。そうであっても、映画の高い評価が伝わると、徐々に上映機会も増えていったことは喜ばしいことである。ある意味で、ボトムアップ式、グラスルーツ的な上映の広がりであろう。実際に、本上映会の直前には、NPO 法人主催で宝塚市においても上映されている^{注6)}。

今回、関西学院大学人間福祉学部研究会主催でこの映画の上映会を企画した意図は、上映機会が広がりつつあるとはいえ、さらに多くの観客、特に本学の学生、教職員にこの映画の鑑賞機会を提供すること、さらにそれに限定されず一般に広く無料でオープンにすることによって、精神医療・精神保健福祉分野におけるアンチ・スティグマ活動に貢献し得ると考えたからである。

同時にこのような取り組みは、『「人間(humans)」とその生活環境としての「社会(society)」、そしてその両者の交渉関連として「相互作用(transactions)」に関わる諸課題に対してソリューションを提供することによって、質の高い生活と社会の実現(Improving Quality of Human Life and Society)に貢献する』という本学人間福祉学部のミッションにも適合するものと考えたい。

精神病や精神障害者に対する偏見、差別やスティグマ付与のメカニズムは、決して単純なものではなく、ミシェル・フーコー(Michel Foucault)が議論を展開していったように、あるいはマイケル・オリバー(Michel Oliver)らイギリス障害学が社会科学的に分析していったよう

に、ネガティブな障害者像とは政治経済的、文化的、歴史的産物として把握し得るという意味で、極めて社会的な構築物である。その解消は決して一朝一夕にいくものではない。息の長い取り組みが求められるだろう。しかし、この映画の上映機会の広がりやグラスルーツ的に展開されてきた事実は、この道のりの長さを思うにつけてもかすかな僥倖であるように思えてならない。さらには、本学における上映会の開催実現には、後述するように学生たちの上映に向けた熱い思いがあった。そのことを覚えると、研究教育機関としての大学が「どこにでもある」開放受容の実現に向けていっそうの貢献を果たしていく必要性と重要性を、改めて自覚させられた次第である。

3. まとめにかえて

最後になるが、今回の映画上映会が企画された経緯について触れておきたい。そもそもの発端は、2011年6月に和歌山市で開催された日本精神保健福祉士協会第47回全国大会・第11回日本精神保健福祉士学会学術集会でこの映画の試写会が実施されたことである。同大会運営には本学の学生数名がボランティア・スタッフとして関わっていたのだが、この映画を観て、感銘を受けた人間福祉学部社会福祉学科4年生の胎中美夏と冬瓜恵、および関西福祉科学大学社会福祉学部臨床心理学科3年生の石田美雪の3名が、是非とも関西学院大学でも上映会を実施できないかという思いを抱くようになったのが契機である。

映画の内容を踏まえて、アンチ・スティグマ活動の一環として上映会を開催することが本学人間福祉学部のミッションとしても適しているという判断から、人間福祉学部研究会の主催で上映会を実施する提案が研究会総会で了承され、上映会が実現できる運びとなった次第である。なお、上映会の準備と運営のために、学生諸君にも加わってもらう形で実行委員会（リーダー：胎中、会計・渉外：冬瓜、上映会司会：冬瓜、北野、交流会司会：北野、大歳）が構成された。以下に実行委員会の学生メンバーの名前を挙げ、彼・彼女たちの上映会実施への貢献の大きさ、その活動の有意義さをここに讃えて、感謝の言葉を伝えたい。学生達が卒業後も、それぞれの立場で地域精神保健福

祉活動やアンチ・スティグマ実践に関わってくれることを願う次第である。

また、上映会の企画提案にご理解を示して頂き、その主催での実施をお認めいただいた関西学院大学人間福祉学部研究会、同コンビナーである池埜聡教授および研究会の先生方、また企画実施に関わる諸々の事務作業のサポートをしてくださった関西学院大学人間福祉学部事務室の長野光代さんに、この場を借りて厚くお礼を申し上げたい。

精神保健福祉映画上映会実行委員会学生メンバー（順不同、敬称略、所属は2012年1月現在）

冬瓜恵、北野真也、國宗美里、中根由理、大歳健太郎、多田早紀子、胎中美夏（以上、関西学院大学人間福祉学部社会福祉学科4年）、西村麻美、栄巖、白石摩耶（以上、関西学院大学人間福祉学部人間科学科4年）、石田美雪、西岡なつみ、八木勇磨（以上、関西福祉科学大学社会福祉学部臨床心理学科3年）。

【注釈】

- 1) 精神病患者監護法制定の背景には、「座敷牢」に関して当時世相を騒がしていたスキャンダルである相馬事件の影響が、当時、関税自主権回復の外交交渉に及ぶことを政府が恐れたこともあり、「座敷牢」をむしろ法制度下する（＝「法治国家」という建前）ことで諸外国からの批判を回避しようとしたという事情もあったとされる（小俣 2005）。
- 2) 明治以降の精神科病院は、それまで精神科治療の場であった寺院から転換されるケースも見られたのであるが（なお、小俣（1998、2005）が指摘するように、現在の東京都立松沢病院のようにそのルーツが「非人溜」に求められるケースもある）、明治以降は寺院という「そこにしかない」場という束縛から解放されて自由に治療の場を立地できるようになったという意味では、精神科病院もまた「どこにでもある」治療の場であると見なすことができる（橋本2010）。
- 3) 「障害」の漢字表記については様々な方法やその背景にある考え方が存在している。ここでは、イギリス障害学の考え方に従って、「障害者」が直面する問題とは、社会的に構築された障壁・バリアに由来するという意味を込めている。したがって、

それが障壁・バリアである以上は、障害者にとって社会生活を営む上での「障害」に他ならないのであって、その事を強調すべく、敢えてそのまま漢字で「障害」と表記している。

- 4) 通称「バザーリア法」やフランコ・バザーリアについては、大熊（2009）、Dipartimento di Salute Mental di Treiste（2004=2006）を参照のこと。
- 5) 日本でも近年、精神障害者を描いたドキュメンタリー「精神」（想田和弘監督：2008年）が公開されているが、その映画の中のインタビューで患者が次のように語る内容も、同じことを私たちに突きつけていると言える。「自分は確かに病気を持っている。ほんなら健全者は完璧かというたら、おらんのですよ、そんな人は。僕目から見たら人間はね、精神障害であれ普通の人であれな、いわゆる全人的に“健”状態の人は、この世の中探してしても一人もいないんすよ。一人もいないんすよ！」（想田 2009：76）。
- 6) この映画では途中で、性欲が「復活」した協同組合員たちが買春行為をしていることがユーモラスに描かれているのであるが、日本では上映機会を広げる草の根運動においてはその点が大きなネックになったといわれている。

【文献】

- Dipartimento di Salute Mental di Treiste（2004）La GUIDE AI SERVIZI di Salute Mentale.（=2006、小山昭夫訳『トリエステ精神保健サービスガイド——精神病院のない社会に向かって』現代企画）。
- 橋本 明（2010）「精神医療における場所の歴史——『そこにしかない場所』と『どこにもである場所』」橋本明編著『治療の場所と精神医療史』日本評論社、3-50。
- 大熊一夫（2009）『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店。
- 小俣和一郎（1998）『精神病院の起源』太田出版。
- 小俣和一郎（2000）『精神病院の起源近代篇』太田出版。
- 小俣和一郎（2005）『精神医学の歴史』第三文明社。
- 想田和弘（2009）『精神病とモザイク——タブーの世界にカメラを向ける』中央法規。

（松岡 克尚）