

臨床と臨地と臨機応変力

鎌田東二 (こころの未来研究センター教授)
Toji KAMATA

前任校の京都造形芸術大学から京都大学こころの未来研究センターに異動して5年半になる。前任校では、主に、宗教学、民俗学、地域文化演習、環境文化論、文明論などを担当していたが、京都大学に移ってきてからは、研究業務の他に、教育業務として教育学研究科の大学院の授業の「臨床教育学演習」とか学部の「こころの科学」やポケットゼミ「沖縄・久高島研究」とかを担当するようになった。概論・概説的な総合的科目からより専門的な科目を担当するようになったわけだが、内容的な面から言えば、変化のポイントは「臨床」という概念と事態にあった。

かつて宗教学者の島薮進氏は、山折哲雄氏や中沢新一氏や島田裕巳氏やわたしを、体験主義的・身体的な「内在的理解」を求めようとする「宗教学」を推進する者と評した。拙著『宗教と霊性』（角川選書、1995年）では、この島薮氏の評に、それは大枠として間違いとはいえないけれども、各自の体験主義的・身体的・内在的理解の「質的差異」に慎重に目を向けなければならないのではないかと抵抗していたものだが、今になって考えると、これは「臨床的宗教学」の探究であったといえるかもしれないと思う。

そもそもこの「臨」という文字は会意文字で、部首（旁）の「臣」は下に伏せてうつむいた目を描いた象形文字であるという。そこで「臨」という字は「臣（伏せ目）+人+いろいろな品」という組み合わせになり、人が下方の物を見下ろすさまを表わすとされた。ここから「臨」は「下を見る」「面と向かう」「物事や時期に当面する」「他人の来ること

を表す敬語」「死者のところに集まって泣く・その儀式」などの意味で使用されるようになったという。

とすれば、文字の観点から「臨床」の「臨」を分析すると、①下方性と②内部性と③場所性と④千差万別性の4つの相を持っているといえる。つまり、伏し目になって下の方を見ろということ、より内なるものを覗き込むことでもあり、今ここのこの特定の場所に近接することであり、具体の差異に迫ることである。

加えて、意味の面から考えると、「臨床」は①試合と②遊びの対極的内容を持つと位置づけることができる。試合とは1回こっきりの真剣勝負で、その緊張感は半端なものではなく、ひりひり、ぴりぴりと痛いほどだ。一方、遊びは何度も自由に繰り返しリラックスして行うことができ、ふわふわ、あわあわとして、楽しい。

「臨床」とは、ニコラウス・クザヌスの「反対物の一致」ではないが、この2つの極を振幅として持っているのだ。

わたしは17歳で「聖地巡礼」に目覚め、その後、意識的に「聖地・霊場」と呼ばれる場所を巡り始めた。これもまた振り返ってみれば「臨床」的関心であったといえる。

国内外の「聖地・霊場」とされる場所を45年も廻っているうちに、この「臨床」的研究と聖地巡りのような「臨地」的研究には共通項があるとはっきりと感じるようになった。それは、「臨床」の場でも「臨地」の場でも何が起こるかかわからない、何が飛び出してくるかかわからないという不測・不可

測の共通点である。偶然的なハプニングとも事故的なアクシデントともいえる、いきなり、突如、過剰な予測不可能の事態の生起である。

そのような不可測の事態の生起を「超越性」と呼びたい。そこで、「臨床」や「臨地」に関わる者は、その不可測の事態に瞬時に対応・対処する「臨機応変力」が問われることになる。この「臨機応変力」の涵養こそがこの種の学問的研究のキモである。

それでは、「臨機応変力」とは何か？ それを、①不動心（無心）、②身体反応への信頼と忠実、③関係性把握と最適維持、④カウンターバランス、⑤極道性、とひとまず輪郭づけてみたい。何事が起こっても動ぜず、無意識に起こる身体反応に注意深く寄り添いながら対処し、関係性の組み換えとカウンターバランスの中での最適保持を瞬時に判断し、しかし、どんな破局が訪れても恐れることのない諦めと覚悟を持つ、ということ。そんな「臨機応変力」を磨きたいものだといつも思っています。

参考文献

- 鎌田東二『宗教と霊性』角川選書、角川書店、1995年
鎌田東二『聖地感覚』角川学芸出版、1998年（2013年角川ソフィア文庫。解説・内田樹）
鎌田東二編『日本の聖地文化』創元社、2012年



対馬：和多都美神社の海中鳥居

エッセイ

認知症患者の家族に対する介護環境改善の処方箋作り

清家 理 (こころの未来研究センター上廣こころ学 研究部門 特定助教)
Aya SEIKE

日本は、他国以上に超高齢化が進んでおり、その中で認知症を持つ人が推計400万人と言われている。今、日本の各地で認知症を持つ人を支える取り組みが進行中である。私は、研究を実施する立場では「まだまだ派」だが、認知症を持つ人の家族当事者としては「ずいぶん進んだ派」である。どっちつかずの見解だが、ここで少しでも自己紹介をさせていただきたい。

私は、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）14年選手であった。仕事内容は、患者さんや家族さんの「生きづらさ」に関する、よろず相談。現場上りの研究者である。現在、私の研究は、大きく2つのテーマがある。1つは、認知症を持つ人を介護されている方々の「こころと身体」を支える上で、何が、どの部分で、どれだけ必要なのか、介護者や彼らを支援する人たち双方が一目で分かる「ものさし」の開発である。もう1つは、自分の意思がはっきり示せなくなってしまった時の備え……。たとえば、医療処置、介護、財産のことをどうしてもらいたいのか、誰に代わって決めてほしいかといったことを常々から考えておく、「道しるべ」の開発である。

MSWになったこと、2つの研究をすること、いずれも認知症の祖父母に対する後悔が発端であった。まず高校時代、認知症の祖父に対する恐怖感から、同居の継続を拒否した。その頃、今のように介護保険制度もなく、家族がケアを担うこ

とが当然の状態であった。祖父は裸で外を徘徊し、夜は冷蔵庫の中をひっかきまわす、いわば認知症の周辺症状がひどい状態であった。地域では「気の毒ね」「気がふれたの?!」と言われ、次第に祖父を家に閉じ込めてしまった。この時分は、家族も地域住民も、認知症を持つ人を理解し、受け入れる土台（環境）が今以上になかったとは言え、大きな後悔の念を抱く出来事であった。

そして、MSW7年選手の頃、89歳の祖母が認知症になり、徘徊中の転倒で大腿骨を骨折した。実母の骨を元に戻したい整形外科医の叔父は手術に踏み切り、結局、糖尿病が影響し、術後の合併症で腎臓を悪くしてしまった。いつの間にか、叔父の判断で透析が始まった。そしてさらに病状が悪化した時、人工呼吸器の装着をどうするかで意見が二分した。祖母の本当の願いは、一体何だったのだろう……。もし話していたとしても、認知症の人の思いはどこまで尊重されたのだろう……。そんな堂々巡りを繰り返しながらのお葬式が、6年経った今でも忘れられない。

そんな苦い経験もあり、現在の研

究に至ったのだが、ここ2年ほど、認知症介護者の家族教室にも関わっている。そこでは、「介護者の心身を整える」「専門家に物申せる力をつける」をキーワードに、介護者と介護を必要としている人（以下、要介護者）を中心とした、人・物つながりマップを作成する取り組みを実施している。マップに描く「つながりの範囲」について、「地域」の捉え方（表1）を用い、各自が設定している。つながりの強さや心理的な距離感を線で表現し、「私、地域で独りじゃない！」等、新たな発見をしたり、少し弱い部分を見つけて対策を立てる取り組み～処方箋作り～を実施している。自分と要介護者、その家族の小さなつながりだけではなく、介護をしながら、自分がどんな人や物と、どのようにつながって地域で生きているのか、広い意味で自分が生きている環境を客観的に把握することが、介護者のこころと身体を健全に保つ1つの手段になればと思っている。ローマは一日にしてならず……で、介護者の方々と共に実践と検証研究を継続中である。

表1 介護者を中心に見た地域の捉え方

単位：「コミュニティの大きさ」=最小レベル（家庭）→最大レベル（国家、国外・世界）へ拡大

単 位	人・機関所属者
最小 家庭（住んでいる家）	家族、親戚、血縁関係にある人
住んでいる家から徒歩圏内（町内）	隣人、店や寺社関係、自治会
支援を受けることでできたつながり	ケアマネジャー、主治医、看護師、在宅サービス専門職
住んでいる家の行政単位（町・村→市→県）	制度や税金関係の窓口担当者、家庭裁判所書記官、リーガルサポート関係者
個人の社会的活動でできたつながり	仕事関係者、娯楽の友人、同じ経験を有する仲間、SNS フォロワー同志
国（都道府県に権限移譲される制度枠組み）	官僚、議員
大 国外	