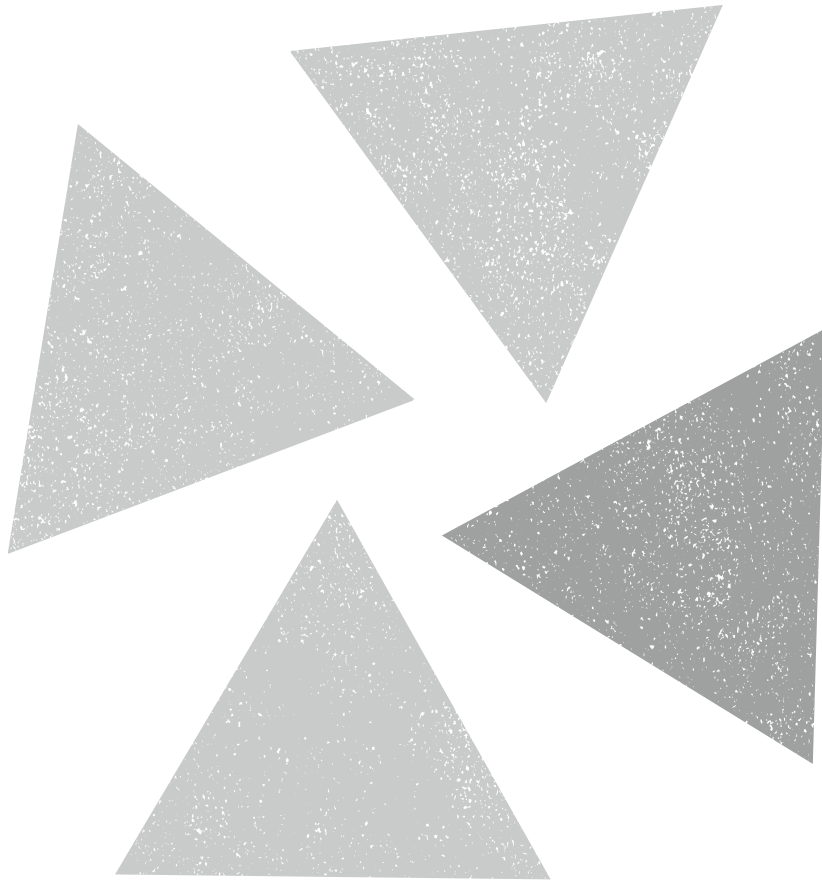


会報



目次

| | |
|---|----|
| 会長あいさつ…… | 1 |
| 特集：スピリチュアルケアとメンタルケア —令和5年度総会記念講演・対談から—…… | 2 |
| 令和4年度事業報告…… | 31 |
| 令和5年度事業計画…… | 33 |
| 定款…… | 34 |
| 役員名簿…… | 40 |
| 地方協会名簿…… | 41 |

題字：吉川武彦

2023 年号

学際的研究への参画の意義

学際的研究（Interdisciplinary Research）は、単独の学問だけでは解決が難しい課題や研究テーマに対して、複数の学問を連携・融合させて研究することと定義されている。この数年、学際研究に参加する機会があった。これらに共に参画する研究者の協力を得て、第120回日本精神神経学会に学際シンポジウム「精神医学の学際研究への参画と課題」を提案した。シンポジウムは日本精神神経学会法委員会からの提案によるものであり、オンデマンド配信された。そこに紹介された学際的研究をあげる。

一つ目は日本精神神経学会法委員会において取り組んだ「優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究」である。優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割を明らかにすること、また、この問題をとおしての将来への示唆を得ることを目的として、優生政策への精神科医の関与の歴史的研究（日本精神神経学会と優生学法制、精神衛生と優生教育）、優生保護法への精神科医の関与の実証研究（公文書の分析、手術件数の多い都道府県の背景要因の検討、診療録を利用した研究の実現可能性の検討）、学会員を対象とした調査（質問紙調査、インタビュー調査）を行った。

二つ目は統計数理研究所共同研究集会として取り組んだ「新型コロナウイルス(COVID-19)の世界的流行が自殺と自殺対策に与えた影響」である。その内容は本協議会報2022年号に紹介したが、それをまとめたものは大正大学地域構想研究所紀要「地域構想」第6号に掲載された。共同研究集会では、実践者からはCOVID-19流行下における支援の変化やオンラインによる取り組みとその課題、研究者からはCOVID-19流行下における自殺の実態や若者・女性の自殺増加の問題、COVID-19流行以前からあった問題と流行によって顕在化した問題などの議論があった。

三つ目は「日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際的シンポジウム」である。第二次世界大戦は30カ国が関与し7,000万人以上が亡くなった世界史上最悪の戦争であった。これまでの研究は、世界のさまざまな国や地域において、第二次世界大戦が社会全体に長期的な影響を及ぼしていることを明らかにしてきた。しかし日本における第二次世界大戦のトラウマと長期的な影響についての研究は十分に共有されてこなかった。この学際的シンポジウムでは、実行委員会を組織し、2021年以降、日本における第二次世界大戦のトラウマとその長期的な影響について学際的に話し合う連続シンポジウムを開催してきた。

学際的研究においては、それぞれの学術領域の主体性を尊重した、円卓的な協働が必要となる。精神保健はそもそも学際的な性格をもつ。学際的研究の経験は精神保健をさらに鍛えるものであり、本協議会においてもそれに参画していきたい。

一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会長
竹島 正
(川崎市総合リハビリテーション推進センター所長)

令和5年度総会記念講演・対談

スピリチュアルケアとメンタルケア — 揺れ動く社会の中で

日 時：令和5年7月19日 17:00-20:00

開催方法：Zoomウェビナー

主 催：一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会

協 力：一般社団法人 TICC（こころのケガを癒やすコミュニティ事業）

大岡：今から一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会令和5年度総会記念講演・対談「スピリチュアルケアとメンタルケア—揺れ動く社会の中で」を開催いたします。本日、司会を務めさせていただきますTICCの大岡と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会長、川崎市総合リハビリテーション推進センター所長の竹島正先生より開会のあいさつを頂きます。よろしくお願ひいたします。

竹島：全国精神保健福祉連絡協議会会長の竹島でございます。川崎市総合リハビリテーション推進センター所長をしております。当センターは、精神保健福祉センターと障害者更生相談所の統合施設です。私は、高知県で地域保健や精神保健に従事し、それから国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で精神医療の政策研究や自殺予防とかやってきました。行政寄り、地域寄りの精神保健が私の主なキャリアです。今回、「スピリチュアルケアとメンタルヘルスケアの連携—揺れ動く社会の中で」というテーマで講演と対談を企画させていただきましたが、私が国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で自殺予防総合対策センターの仕事をして

いた時に島菌先生にお会いする機会があったことが大きく影響していると思っております。2011年に東日本大震災があり、島菌先生が宗教者災害支援連絡会を立ち上げ、私どもは自殺予防の観点から被災者の支援に何かできるんじゃないかということで被災地を訪問しながら情報収集をしていた時に、この連絡会に出会ったということでありました。また、自死遺族支援では「自死・自殺に向き合う僧侶の会」の活動を知りまして、その活動に参加する僧侶の方を通じて、仏教者の社会的責任とその活動だとか、さまざま宗教者の社会的支援の取り組み、それから生活困窮者やホームレス支援の活動とかもさまざま見させていただく機会がございました。また、いのちの電話の活動なども多くの宗教者の無名の活動があります。われわれのメンタルヘルスというか、私自身も、さまざまな社会との縁、つながりの中で支えられているというようなことを考えさせられるわけです。その多くはインフォーマルケアの中に入っているわけです。

一方、例えば最近の患者調査では、精神科で入院または通院している患者数が615万人というような数が出てまいります。これは日本人20人に1人というような数になってまいりま

す。さらに、ひきこもりなどで支援に辿り着けない人がいるということになってきた時に、やはりインフォーマルケアとメンタルヘルスの連携は今後重要な課題ではなからうか。中でも、スピリチュアルケアとはそもそも何だろうか、それとメンタルヘルスケアはどんなふうに出会えるのだろうか、うまくつながれるのだろうかということを一度きちっと考えてみる必要がある。

その際、碩学というか本物というか、核にあるところを深く知る方にお話しいただき対談していただくのが一番だろうと。それからさらに、世代の違うところからチャレンジしていただくのが一番いいんじゃないかと考えて今回の企画になりました。どうぞよろしく願いいたします。

大岡：では島蘭進先生に「スピリチュアルケアとは何か、メンタルケアとの連携」と題してご講演をいただきます。簡単にご略歴を紹介させていただきます。島蘭先生は、1948年生まれ、宗教学、近代日本宗教史、死生学がご専門でいらっしゃいます。1972年東京大学文学部宗教学宗教史学科卒業、1977年東京大学大学院博士課程単位取得退学、東京大学名誉教授、大正大学客員教授でいらっしゃいます。世界平和アピール七人委員会委員、宗教者災害支援連絡会代表、著書も『国家神道と日本人』その他多数の著作がございます。島蘭先生、どうぞよろしく願いいたします。

スピリチュアルケアとは何か、メンタルケアとの連携

島蘭進

東京大学名誉教授、大正大学客員教授

島蘭：丁重なご紹介、また趣旨の説明をありがとうございます。それでは始めます。私の話を1時間ほどさせていただくということになっております。

今、ご紹介いただいた中で抜けていたかも

しませんが、上智大学のグリーンケア研究所の所長を10年ほどやっておりました。現在は、このグリーンケア研究所と非常に関わりが深い日本スピリチュアルケア学会の理事長という役もでございます。そういう中で、スピリチュアルケアということに関わってきておりますが、それをメンタルケアとどう関係付けるかというお話をさせていただきたいと思います。

コロナ禍であらわになったこと

「揺れ動く社会の中で」ということですが、コロナ禍の状況をどう捉えるかということで、実は2000年頃に「社会の個人化と個人の宗教化」という論文を書いたことがあるのです。社会が個人化していくのですね。家庭の中で、家族同士がスマホでアポイントメントを取ったりするという時代。家族の絆といっても、子どもが18歳になったらもう外へ出て行って、それぞれ個人であると。スマホの中にはたくさんのアドレスが載っているのですが、いざという時に頼りになるのは何人ぐらいでしょうか。

絆は薄く、広がっているけれども、細くなってもいる。そういうふうなことで、これがコロナ禍で非常にあらわになったということかと思えます。

中国新聞の記事ですけれども、この方は、コロナ禍で夫が肝臓の病気で入院したんだけども会えなかった。この方は児童養護施設で育った方で、両親との縁が良くなかった。夫と娘の3人の家族が非常に大事だったわけですが、その夫と寂しい別れ、さよならのない別れというこういう状況になられたということです。

次の方は、コロナの最初の緊急事態宣言という時でしょうかね。お母さんが亡くなったんだけど、それを親戚にさえ知らせることができない。そういうふうな状況がありました。

医療関係者は自宅に帰らないでホテルに泊まるなんていう時期もあったと思いますが、私などは、孫が栃木県にいます。「来ないでくれ」って言われちゃうんですね。それから、

孫が夏休みやお正月は必ず遊びに来るというのを楽しみにしてるんですが、来ない。

こういう状況で、そういう中で死別というのが非常につらい、悲しい別れになる。

しかし、こういう個人化によるさみしさ、頼りなさというのは、長い経緯の中で進行していたかと思います。次の例はNHKでかなり詳しく報道されたものです。渋谷のバス停で60代の女性が亡くなった。この方は路上生活者ですが、かつては、写真にあるようにこんな元気な、劇団で俳優志望だったんだけど、亡くなるちょっと前にはスーパーで販売員のようなこともやってたんですが、最後には所持金8円だったという。女性の自殺が増えたというのが、コロナ禍の悲しい事実でありました。

徳島大学の山本哲也准教授のグループがウェブで調査をしたところ、コロナ禍の自粛生活で「孤立し、死にたいと思った」というのが4人に1人、2人に1人が「社会的な孤立を感じた」とこういう調査も出ております。

死者と生者の絆

2006年だったかに紅白歌合戦で歌われた「千の風になって」。実はアメリカで作られた歌ですね。ドイツ人がアメリカに移住していて、そのお母さんがドイツで亡くなった時に、その女性の友達が作ってくれた歌だといわれています。「私のお墓の前で泣かないでください」という歌です。「千の風になって、大きな空を吹きわたっています」、こういう具合に死者と生者の絆が強く自覚されている。だけど、これは日本語訳の書物にこういう写真が出てるんですが、何か非常に寂しい孤独な情景というものが思い浮かんでくるものでもありました。

かつての死者との交流、これはお盆の情景ですね。この右側は地藏盆、7月24日とかですかね。恐山とか赤倉とかいうところでは、こういうふうにイタコが死者の口寄せをするというようなことが1970年代ぐらいまではまだかなり行われていた。今もあるんですが、非常に衰えてきている。いつまで続くだろうか分かり

ません。

亡くなった人の声を聞きたいというのに応える役割の、目の見えない女性がそういう訓練を受けてあの世とこの世をつなぐ役割をしていた、それを女性たち、男性もいると思いますけどもね、が皆でこれを死者との交流に耳を傾けて、この方は目をぬぐっているようですね。

こちらはお盆の情景です。私は1960年代に石川県におりまして、こういう情景に親しみがある。お盆には一族が集まって飲食を共にする。男性中心ですが、ここに女性もいます。ですが、若い女性と子どもは別のところにいるんでしょう。ここは白木の位牌がありますので新盆（にいぼん）、ここに遺影があります。この遺影はもしかして絵かもしれない、写真じゃなくてですね。こういうふうな、これは人々が集まっているんだけど、そこに死者がいる、共同の行事を通じて血縁・地縁でスピリチュアルな経験が共有されてるとこういう情景です。

この下の絵は1980年代、90年代ぐらいの冠婚葬祭の入門書なんですけれども、お墓参りを一緒にしましょうということで子どももそれに参加しているんですが、さて、このお墓はいつまでもつでしょうか。もしこれが一族の墓という、明治から昭和にかけて標準化した死者の弔い方なんですけれども、今や「墓じまい」の時代になりまして、一家の墓というのを維持することは非常に難しくなりました。この絵にある家族は、この子が男の子なので一応維持できるかもしれない、女性だとどうなるのかなって心配してしまうという、これが現代の大きな変化です。

新しいケアの時代とホスピス運動

ここにグリーフカウンセリングセンターというのがありますが、これはこの絵にあるように、悲しみを抱えた人が集まってグリーフサポート、グリーフケアを習う、学ぶ、そしてそういう集いをつくっていく。神保町でこういう学び

の場をつくっているのですけども、創始した方は自分の夫が50代ぐらいで亡くなって、今までの人生の意味を全部考え直すというふうな時間を持って、アメリカに留学してグリーフケアを学んできた方です。こういうふうな死者とのつながりの大きな変化があって、孤独な人が新たな集いや交わりを求めていくのが新しい動きです。

こういう動きは1960年代の終わりに英語圏で起こったホスピス運動の系譜にある。ホスピス運動のアカデミックな側面は死生学と言ったりしております。ホスピス運動というのは、死にゆく人のケアですけれども、それと並行して、死別の悲しみ、悲嘆の中にある人のケア、あるいは弱い立場にある傷つきやすい人のケアというのが、専門職やボランティアが関わり合う者として、地縁・血縁などとは離れた形で行われるようになっていくという流れかと思えます。こういうものが出てくる背景には、生物学的な医療の限界の自覚、特に死にゆく人のケアにおける限界の自覚があります。しかし、死にゆく人のケアということは、そもそも慢性病とかも治療はできない、そもそも医療の中には「キュア」ではなくて「ケア」の側面が重要だという認識とも関わっております。

これには、科学によって進歩し幸せになっていくという世界観が見直されていく。公害が起り、科学や近代文明の負の側面というのが見えるようになってくる。進歩の向こうにあるマイナス面、環境破壊とか、それを見直す時には合理主義や科学の力とは違う何かを見なきゃならない。ただ、それは、伝統的な宗教に戻るという方向へ向かうそういう動きもあるかと思えますが、しかしそこはもう距離ができてしまっていて戻ることが難しい。特に死をめぐる昔の文化、伝統的な文化、共同体と結び付いていた文化というものからは離れてしまっている。そして、多様な人々それぞれ、多様性の認識、個々人それぞれの大切にしているものをそれなりに尊ぶという、こういう時代ですね。これは新しいケアの時代、かつて共同体の中で当たり前のように行われていたケア、家族の中で行われていたケアを個々人がそれぞれに行い合う、そういう新しい

ケアの時代というふうにもいえるかと思えます。

死生学というと、英語ではDeath StudiesとかThanatologyとかいっておりますが、デス・エデュケーションという言葉もあり、日本ではアルフォンス・デーケン先生が「死の準備教育」と名付けました。今では、「いのちの教育」とか「生と死の教育」といっている。それから、病院でスピリチュアルケアをやるというのは、欧米ではキリスト教と結び付いたチャプレン制度があって、チャプレンの役割は、かつてはパストラルケアと自覚されていた。要するに司牧という、キリスト教では羊たちをリードする役割の牧師、牧師が魂のケアをするというこういう概念からパストラルケアとよばれていました。ところが多様な人々、場合によってはキリスト教徒でない人も含めてスピリチュアルな次元に関わるケアをするという。最近、無宗教のチャプレンというのもアメリカでは出てきているそうです。こういうふうな多様性を受け入れた上でのケアの在り方の変化がキリスト教が優勢な社会の中でも起こってきております。

ホスピスができ、キューパー・ロスという、この分野の考え方を大きく展開させた人物が出てきたりする。また、臨死体験、ムーディーという人が最初に広めたのですが、それは死の向こう側を新たに考え直す、こういう文化、あるいは運動も出てきました。

そして、グリーフケアというのも広がってきました。

聖クリストファー・ホスピス、これはシシリー・ソンドースが始めました。それからキューパー・ロスが『On Death and Dying』という本を出しました。これを「死ぬ瞬間」と訳して直ちに翻訳が出たというもので、今もよく読まれていて貴重な本です。

シシリー・ソンドースの伝記、シシリー・ソンドースの書いたものはあまりないのだけれども、伝記の中にとっても示唆的なものがある。最初は社会福祉士だったんですね。その後看護師になった。そして、ポーランドからきたデイビッド・タスマという人とプラトニックな、患者さんと看護師さんが愛情を抱き合うようになった。シ

シリー「私のことが好きだからという理由で私の信じてる宗教を信じるなんてことしないでね」、シシリーはキリスト教をかなり熱心に信じているのです。デイビッドはユダヤ人です。「君のことを愛し過ぎてしまっているからそんなことを言えないよ」。ユダヤ教徒というか、ユダヤ人の無宗教というそういう感じかもしれません。

ある日、急にさみしさが込み上げてきたデイビッドはシシリーに向かって、「何かたまには慰めの言葉でもかけてくれるといいだろう」と言った。

受け入れるということ

シシリーは、詩篇の23、これは旧約聖書はユダヤ教の聖典でもありますので、「死の谷の陰を歩くとも私は悪魔を恐れない。神がともにあらせられるから。その杖が私に力をお与えになるから」。もっと聞きたいとデイビッドは言ったのだけど、シシリーの頭の中にはそれが入っていなかったの、ハンドバッグから新約聖書を出して、あるいは旧約の詩篇を読みたいと言った。ところが、デイビッドは「駄目だよ、僕は君の心の中にあるものだけが聞きたいんだ」と。ここが大事なんだとシシリーは言うんですね。

その夜、帰ってから、詩篇130「デ・プロフンディス」というのを暗記して、翌日彼にささげた。「愛から出たものだが、ホスピス精神の基盤をなす行為といえる」と伝記作者は書いています。死の直前、デイビッドは、病棟のシスターに対し、神との安らぎをやっと感じるようになったと漏らした。この時、まだホスピスはないですね。だけど、病棟にシスターはいる。つまり、カトリックのチャプレンがいた。デイビッドはユダヤ教徒なんだけど、カトリックのチャプレンに安らぎを語るができるようになっていた。

「デ・プロフンディス」の歌詞を見ましょう。「深い淵の底から、主よ、あなたを呼びます。主よ、この声を聞き取ってください。嘆き祈る

私の声に耳を傾けてください。主よ、あなたが罪を全て心に留められるなら、主よ、誰が耐え得ましょう。しかし、許しはあなたの下にあり、人はあなたをおそれ敬うのです。私は主に望みおき、私の魂は望みおき、御言葉を待ち望みます。私の魂は主を待ち望みます。見張りが朝を待つにもまして。見張りが朝を待つにもまして」。

これはキリスト教徒あるいはユダヤ教徒にとって信仰を目覚めさせ、死に対する落ち着きをもたらすというもので、伝統的にこういうものが語られてきた。ただ、これは文化の中に共有されている。デ・プロフンディスはバッハの曲もあります。そうすると、こういう詩句を聞くことによって、人は共有する文化の中の死生学的な、あるいはスピリチュアルな資源に関わることができるわけですね。こういうものがあつたということです。

これは別の例です。私も死生学というものを2002年から東京大学で取り組むようになって、たくさんのゲストを迎えました。カトリックの方が紹介してくれたドイツのマリア・フリーデンホスピスの指導者の方の資料を用います。このホスピスはエイズの患者のためのホスピスで、普通、がん患者がホスピスの中心的な対象ですが、これはエイズ患者のためということで少し違うところがあります。ここには「命の木」というものがあって、ここで亡くなっていく人たちの名前がここに書かれている。亡くなられた人たちが一つの命の木に共に属するというのです。このマリア・フリーデンホスピスの理念ですが、「受け入れる」ということ。「社会的、民族的な出自、宗教にかかわらず全ての人が無条件に受け入れられる」というものです。

カトリックのシスターがいます。しかし、さまざまな職種の方が関わっています。実は所長さんは教育学者でした。多様な職種の方がこのホスピスを支えている。ボランティアの人もかなりいる。

このホスピスに「放蕩息子の帰還」の絵があります。レンブラントの有名な絵があります

が、それとは違うんですね。ですが、どんな人も受け入れるということのキリスト教的な理念が絵にあらわされている。亡くなった方の写真もありますが、これは所長の方が使ってもいいということで、私が頂いたものです。こういうふうな全ての人を受け入れる。もちろんキリスト教徒とは限らない。同性愛者はある時期まではキリスト教の中では排除される存在だったのですが、エイズ患者というのは同性愛の方が多い、そういう人たちが共に最期を過ごす場というものをつくった。これはまさにスピリチュアルケアの典型的な例ということになると思います。

全ての人を受け入れ、スピリチュアルな次元までも大事にしたケア

ここに持ってきた写真は、右側の三つは日本側の写真です。これは実は山谷の状況です。山谷には、訪問看護ステーション、「コスモス」というのがあります。キリスト教系の「希望のいえ」という施設もあります。そういうところで最期を過ごす人たちがいます。それから、コスモスが持っている「おはな」という宿泊所があります。長い人は5年ぐらい暮らしてるということですが、言い方は悪いんですがちょっと吹きだまりのような。昔のようにドヤといって安い宿泊所に暮らしてる人が日雇い仕事などをやってるといのが、古い20世紀後半の山谷のイメージですが、今や生活保護で暮らしている高齢者で身寄りのない人がここで過ごしている。その世話をする機関があるということですね。こうした機関が行なっていることは、この理念と近い。

そして、共にお墓へ入ることが非常に重要になっていまして、後からお話しくださる大正大学の高瀬先生も深く関わっている「ひとさじの会」という、若手の宗教者がつくっている、路上生活者等の支援グループがあります。山谷にある光照院の吉水岳彦住職が、こうやってコスモスのお墓とか、「山友会」というこれも山谷の支援機関ですが、そのお墓

ですけれども、こういうものを境内に持っておられます。そして、もちろん亡くなればお世話をするし、ふだんからそういう宗教者もここへ関わり、ボランティアの方たちも関わり、看護師さんがもちろん重要なんですけど、中心なんですけれども、全ての人を受け入れ、そのスピリチュアルな次元までも大事にしたケアをする、こういうことになっております。

スピリチュアルペインに向き合う

別の例として、自死遺族のことについて述べたいと思います。若林一美先生という方は日本のグリーフケアを引っ張ってこられた方とっていいかなと思います。1980年代の終わりに「ちいさな風の会」というのをつくられた方で、子どもを亡くした親の自助グループなんですね。実は、米国でホスピスケアを学んだ若林先生は子どもの病棟、がんなどで亡くなっていく子どもの病棟に通ってらっしゃって、そこで経験されたことを毎日新聞に連載していた。その記事を読んだ人たちが集まって、悲しみを分かち合う集いというものが欲しいと。それができてきたのが「ちいさな風の会」です。『自死、遺された人たち～死別の悲嘆によりそって』という本があります。

この本は、本願寺出版、つまり浄土真宗の西本願寺、本願寺派から出ているものです。僧侶たちも、こういうことに非常に興味を持っている。そして、自死遺族のための法要というのを各宗派で行っております。宗派を超えて合同でも行っております。また、自殺・自死念慮、希死念慮の強い人たちに手紙を書くという試みとか、そういうことも僧侶の人たちが行ったりしております。

「サバイバー・ビクティム」という言葉があるんですね。つまり、自死遺族は特に苦しい。なぜ、子どもは亡くなってしまったのかということで、自分を責めるんですね。また、逆に親が亡くなったり配偶者が亡くなった、自死で亡くなったという、見捨てられたように感じる。こういうことがサバイバー・ビクティム、

サバイバーなんだけどビクティムでもある、こういうことであるかと思います。

自分がサインを見逃してたんだと。精神科医に相談に行くと、もっと早く発見できていればどうにかなったのと言われたりする。それは専門家が強調することなんですけれども、しかしそうすると、それを気が付けなかった自分を責めるということにもなる。

そこからグリーフケアの役割、スピリチュアルケアの役割というものが出てくるといえるかもしれません。特に、自死遺族はその思いを外へ話すことができない。胸の中に閉ざされて、いつまでも人に語れない思いですね。先ほどのコロナの中で起こったことが、長期にわたって自死遺族には起こるといようなことがあるんじゃないかと思います。死亡原因が自死というだけで、その人が生きてきた全行程が否定されてしまうような理不尽な言葉や無遠慮な視線が投げられたりするんですね。

若林先生のこの本には、そういう例が幾つも出ています。不条理なことが起こった、それを意味付けるっていうことができるだろうか。これをスピリチュアルペインといいます。スピリチュアルケアというのはスピリチュアルペインに向き合うことが大きな要素です。スピリチュアルペインというのは、また「ネガティブケイパビリティ」というものとも関わりが深い。答えがない問いに向き合って耐える力です。そうしながら、少しでも安らぎに通じるものがあるのかどうか、そういうことを模索するということになるかと思います。そういうことを求める集いがグリーフケアの集いであり、そういう場が広がって行くのです。

さっきの話ですが、精神科医が、亡くなった子どもが描いた絵を見て、「この作品には死の兆候が表れてます、相談すれば良かったのに」と遺族に反省を促す。これは、しかし遺族にとっては非常に辛い、自分を責めることになります。

若林先生が伝える印象的な遺族の言葉があります。「君を失い、この世の地獄を見たように思う。こんなに苦しくても、それでも私は生

きている。そうだとするならば、生きられないほどの君の苦しみは、どれほどのものだったろう。それを思うと申し訳なく、たまらない気持ちになる。「あなたの墓を掘り起こし、なぜ死んでしまったのと聞きたい衝動に駆られます」。

自死遺族とスピリチュアルペイン

若林先生の『自死遺族として生きる 悲しみの日々の証言』という本には、井上遥子さんという人の例が出ております。この方は亡くなったのでこの本に書くことができたと思うのですが、「2人の子どもの自死で失い、生き続けることとの和解の道を探っていた。そして、その道筋を傍らにいた私にも常に伝え続けていた」と言います。井上さんは自分の生き方として、子どもたちへの贖罪を言葉にもしたいという願いを持っていたのですが、その願いは彼女の死によって途中で絶たれてしまった。「彼女にとっても無念だったと思う。そして、私の手元には、彼女から託された手紙、資料、言葉が残された。井上さんから託された2人の子どもの遺書が残されている。麗子と拓史は共に23歳で自ら命を閉じてしまった。手書きの文字からは、子どもたちの直前の息遣いが伝わってくる」。

20歳代前半で亡くなった息子の拓史のお母さん宛ての遺書が引かれています。「動機は生きていく気力がなくなったからです。原因は私自身にあり、他の誰にも責任はありません。社会で生きていこうと何度も試みましたが、どうしてもうまくいかなかった。社会には自分の居場所がないような気がしてしまう。今は、現実社会に恐怖すら感じます。カウンセリングを勧めてくれたことには感謝していますが、元気を取り戻して社会と関わっていく気にはなれない。自分でも今の状況をうまく説明できない。非科学的だが、厄みたいなものが取りついているような気がするのはばかげているだろうか。落ち込むことはありません。死ぬことができなくて幸せだから。今はただ謝ることし

かできないが、どうか心情を分かってほしい。人間遅かれ早かれ死ぬんだ。悲しむことはない」。

この遺書を見て、その後数十年、悲しみ続けたというのがこの井上さんでした。若林先生は、1998年、この2人の子どもの上のほう、長女の麗子さんが亡くなった直後に会った。井上さんは当時54歳で、娘の死の意味を見つけようとしていた。「心の病に苦しむ娘の傍らで必死に伝えてきたつもりだったのに、最愛の娘がいなくなってしまった。防ぐことはできなかったのか、自分の生き方に落ち度があったのではないか。自分のことを責め続けていた」。

娘の死の直後から、井上さんは過去をさかのぼり、娘と歩んだ日々ばかりでなく、自らの生い立ち、結婚生活の隅々まで記憶をたどりながら、なぜこのようなことが起きたのかをたどっていきました。「あの時ああしていなければ、結婚をしていなければこんな苦しみを子どもに与えることにはならなかったと自分の身をさいなむような日々を送っていた。娘の麗子は小学校に入学した頃から学校へ行くのを嫌がるようになった。明るく友達付き合いもいよい子どもに起きた変化を母は精神科医やカウンセラーを訪ね、ひきこもり親の会などに参加して、何とか取り払うことができないのか相談を続けた」。

自死遺族について多くの本がありますが、高橋祥友先生、自殺の専門家でたくさん良い本を書かれておられます。また、米国のアン・スモーリンとジョン・ガイナンの比較的早い時期に出版されている『自死で遺された人たちのサポートガイド』という題の邦訳書も監修されています。この本を見ると、第12章「サポート—あなたはひとりではありません」とあります。「あなたはひとりではありません」というのが、一つのキーワードになっております。

大切な人が自殺したら、あなたは見捨てられ、独りぼっちになったように感じるでしょう。これほどひどい気分をもたらす出来事は、自分の他に経験者などはいるはずはないと思っ

てしまいます。自分は孤立無縁だと感じるでしょう。このような気持ちは恐ろしいものであり、立ち直りは困難でしょう。

自らの中に閉じ込められてしまい、それを外へ表すことができない、他者と共にすることができない、これが自死遺族で特につらいですね。スピリチュアルペインとなってくるわけですね。この困難を克服していくには自分の体験を語ることが力になりますが、周囲の人々はなかなか耳を傾けてくれない。無理解に出会うことはむしろ自然で、どんなにあなたを気遣い、あなたの幸せだけを望んでいる友達でもそのうち、「過去にこだわるのはもうやめよう、やめてはどうか」と言い出すはずです。あれから3カ月だとか半年だとか、友達が勝手に決めたあなたの苦しむべき時間は過ぎたと言い、そろそろあの出来事を乗り越える時期だと説くでしょう。でも、あなたは乗り越える日など絶対に来ないと思ひ続けます」とあります。

そこで、この本の答えなのですが、だからこそ、サポートグループが必要なんだということです。「サポートグループのメンバーなら、あなたに必要なのは、何度でも気兼ねなく自分の体験と苦しみを語れる場所だと知っています。求められる条件はただ1つ、他のメンバーにも同じ機会を与えることです。他の人の話を聞くことで、あなたは強くなるでしょうし、悲劇を体験したからこそ同じ苦しみを抱える人を手助けできるということにも気付くでしょう。だが、それでもうまくいかない場合、そのような場合にはあなたには何か他の問題が起きていると私たちは考えます」。これは専門家に相談すべきだということです。精神科医や臨床心理士、つまりは著者たちの持ち分とサポートグループの持ち分、その両方相まってグリーフケア、スピリチュアルケアが進んでいくというこういうビジョンでこういう本が書かれていると思います。

さて、スピリチュアルケアとグリーフケアの必要性が強く自覚されていく経緯、最初にコロナ禍の影響を見ましたが、その前に東日

本大震災がございました。さらに、阪神淡路大震災あたりからと言ってもいいのかもしれませんが、東日本大震災では初めから、災害のすぐ後からこのようにお墓の場面、僧侶が読経している場面、こういうことが新聞記事になりました。ということは、多くの方がここにスピリチュアルな何かが必要である、こういうことを共有していたと。死者を共に弔う。祈りというか、手を合わせる場、これが新聞でも表現されるような事態になりました。

宗教者の活動―枠を超えて

こういう中で、曹洞宗の若手が出したパンフレットがあります。僧侶が被災者とともに寄り添う、仮設住宅へ行って話を聞く。お茶を飲んだり食事をしたり、あるいは共に歩いていますね。これは除染をしているんですね。行政による除染が始まる前の時期です。私も参加いたしましたけど。こういうふうなことが行われた。ここに「縁り添い」という、寄り添いの寄りを縁起の縁という仏教用語を入れて、これまでこういう支援活動というのを宗教者はあまり経験してこなかった。災害の時には支援金を送ったり、遺児を引き取ったりということが仏教徒の支援の重要なことと考えられていたんですけども、現場へ行って共に悲しみを分かち合う、あるいは寄り添う、こういうことが新しい課題として、次第に自覚されるようになりました。

曹洞宗の場合は、二千何年かの能登の地震ですね。鶴見にある総持寺の元の「祖院」が能登半島にあります。地震によって被災者に寄り添うことの必要性を強く自覚されるようになり、「行茶」といって、こういうお茶やお菓子とともに被災者と語り合う、共に時を過ごすというそういう活動の仕方が編み出されていったということになります。

宮沢賢治の言葉が大変よく思い出されるのですが、「雨ニモマケズ」は宮沢賢治の弱い立場にある者に対して、菩薩として仏教の真理を求める者こそが人々に寄り添うというこうい

う理念を表したものです。この常不軽菩薩という、どんな人に対してもその人の仏性を礼拝し続ける。そのために、社会からは冷たいまなざしで見られるという。これが、ここで「デグノボー」と呼ばれている。デグノボーというのは、実は常不軽菩薩を指しているといわれています。そういう理念が多くの方が共鳴するものになりました。

私も関わっていて、竹島先生もよくおいでくださったのは、この宗教者災害支援連絡会です。これは東京で開かれて、支援に行く人たちがお互いの情報を共有する。行政の人や他の職種の人などとの交流もここで行っておりました。仙台のほうでは、カフェ・デ・モンクというのが立ち上がって、これは東北大学の宗教学研究室も関わって「心の相談室」というものが設けられ、この写真に見えるこの方は牧師さんですね。仏教のさまざまな宗派の人、天理教の人とか、宗教・宗派を超えて交流しながらカフェを開くことも行われた。金田諦応師がその中心でした。手のひら地蔵というのを作ってカフェに参加する人たちに渡す。地蔵菩薩といっても決して仏教の教えを説くのではない。手のひら地蔵というのは、こういうものやお数珠を渡して、気持ちをほぐす。中には、バットを持ったお地蔵さんもいる。それに名前を付けていく。そうすると、これは故人、亡くなった人ですね。そこから亡くなった人への思いが語れるようになる。こういう形のケアが行われるようになった。

死に向き合う―臨床宗教師

こういう動きを強く支援したのは、地域で看取りの支援、看取りの医療活動をやってきた岡部健医師です。横にしているのは鈴木岩弓先生、宗教学の先生。前にいるのが金田諦応師ですね。

岡部医師は2010年に末期がんの宣告を受けていて、2012年に亡くなりました。その最期を聞き取って語ったのが、奥野修司さんの『看取り先生の遺言』という本です。岡部先生は、

ぜひ臨床宗教師が必要だと説いていました。そして、死に向き合うというスピリチュアルケアの次元、それを日本でも担当できるのはやっぱり宗教者だということで、臨床宗教師の養成ということを提案して亡くなっていきました。それが実って、今、日本臨床宗教師会というものができております。新しい形ですね。

河北新報という仙台の新聞社の編集で、震災後に書かれた記事を集めた『挽歌の宛先』という書物があります。例えば石巻の西光寺という浄土真宗のお寺ですが、墓地の脇に慰霊広場「祈りの杜」というのがあって、そこにはキリスト教の聖母子像や仏教ゆかりの地藏菩薩、神さまを祭る石碑などもある。鈴木由美子さんというパート従業員ですが、12歳で亡くした三男の秀和君の誕生日にここを訪れたという記述があります。夜にはライトが当たる。「真っ暗で寂しい、喜んでくれているね、きっと」。お墓よりもこのような場所のほうがかえって気持ちが安らぐと。これは、宗教・宗派を超えて共に祈りをささげる、手を合わせる、こういうことがむしろ納得できることとして感じられるという例です。

時を経る中で光や希望を見出す

臨床宗教師の養成の状況を写した写真を見ると、こちら辺にはシスターがいますし、さまざまな宗教の人たちが共に祈る場を持つ。きょうは天理教のお祈りを聞いて、参加できる人は参加してくださいとこういうふうな形で行う。金光教の教会の奥原さんという方は、金光教の教えを説くのではなくって、皆が共に参加できるような場を持つと。この教会はその後、こども食堂もやっています。

これは、2015年に開かれた国連の防災会議ですね。仙台でありましたが。海外からも多くの参加者があり、たとえばハイチも大変な水害がありました。ハイチのカトリック教会の人も参加しました。それから、2004年にはインドネシアの大地震・津波がありました。そういう時に働いた宗教者の方たちを招いて、合

同慰霊祭のようなことも行われた。いろんな宗派の人たちが共に祈るというこういうふうな機運。スピリチュアルということは、個々の宗教においてスピリチュアリティというものを大事にする、こういうこともあるんですが、そういうものを超えて、宗教宗派の枠を超えてスピリチュアルという次元を大事にする。こういうふうな機運が生じております。

最後なのですけれど、先ほどの井上さんという若林先生の書物に出てくる23歳の子ども2人が、先にお姉さんが亡くなり、後で弟が亡くなった方ですが、そのことをずっと悩み続けて、その後を過ごし、このお母さんも亡くなった。

井上さんという方は、10代の頃から好きだった園芸の世界に次第に安らぎを見いだしていく。高齢者施設にボランティアで草花の手入れを申し出たことがきっかけで、入居している人にフラワーアレンジメントを教えることになり、見知らぬ人たちの笑顔に出会い、「ちいさな風の会」、これ、若林一美先生の自助グループです。「ちいさな風の会」を通じて出会った気が合う友とは、子どもを亡くした原因は異なるものの、お互いの子どもの墓参りに行ったり、音楽会や美術展に一緒に出かけるなど、本音で語り合える終生の友となっていく。子どもの死以降、途切れてしまった親戚との付き合いに代わり、彼女を理解し、語り合える友の存在が生まれた。母としての子どもへの関わりは20年以上前に絶たれてしまった。自死の原因やその手段を解明することに時間を費やしていた頃、原因究明の矛先は別れた夫への怒りとして向かうと思った。

しきりに子どもたちの元へ行きたいと話していたのですが、「10年ほど前、大きな病を得て、生死の境をさまよったあたりから口をついて出るのは、自らへの怒りや他者への不満ではなく、子どもたちへの感謝の言葉に変わってきた」。「死んでいてもおかしくない状態だったのに助かったのは子どもたちのおかげ」と、自らが生きることを容認する言葉を口にするようになりました。病気が見つかったこと、主

治医やスタッフとの出会いも、子どもたちが自分の生きる道を示しいい方向に導いてくれていたと言うようになっていったそうです。

「彼女のスケッチを見せてもらったら、どこからか飛んできた2羽のメジロが窓越しにこちらを心配そうにのぞき込んでいる様子が描かれている。まるで麗子と拓史のようで、私が寂しくないように見守ってくれているようで心強かったなど、目の前の事象の多くが亡き子との関わりの中で語られている」。

「後の入院につながる死に至る可能性が高い病気が発見された時も、井上は自分の事情を話し、病状の全てを正直に話してくれるよう頼んだという。その後、治癒の可能性が低くなり、死を前提にした話が出てくるようになる。主治医は、あなたのように自分の死について率直に話す人は初めてだと驚いたと言うが、井上にとって死ぬことは恐怖と感じられなくなった。むしろ、子どもたちがいる死後の世界と今、自分が身を置く現世との境界そのものが曖昧なものに思えるとも話していた。この世の中には、すてきな出来事や人がいることを子どもたちに伝えきれなかったことが悔やまれると話していた。井上にとって晩年は、そんな本来は子どもたちに伝えなかったこと、さまざまな営みの中に光や希望を見いだすことに費やされたように思う。子どもたちへの贖罪（しょくざい）だったかもしれないが、生前、子どもたちと歩みかかった道をなぞり、自分の生き方の中で実践し続けていた。そういった行為は押し付けがましいものではなく、周囲の人には、彼女が持つ優しさとして映っていた。彼女は事あるごとに、「麗子ちゃんと拓史君が私を守ってくれている、いろんないい出会いに引き合わせてくれる」と我が子や周囲への感謝の言葉を口にしていた。子どもたちに照らされた道であることを信じながら生きることを心に誓っていた」。

この方は、臨床宗教師にスピリチュアルケアをしてもらったというのではないですね。いろんな集いにも参加したでしょうけれども、自ら、時を経る中でスピリチュアルな次元に出

会っていった。そして、そういう集いなど、お互いを支え合う集いというものにも意義を見いだすようになっていったということでしょう。

地域の中で育てていく

上智大学のグリーンケア研究所にいて、こういう生き方に近づきたいと思う方たちとよく出会うようになりました。先ほどの例ですが、この山谷の例です。後から話をされる高瀬先生に臨床宗教師を志す若者たち、若者だけではないですけどね、必ず見学に行きます。この看護師さんたちは、そういうスピリチュアルなものに非常に関心がある。ここには、上智大学のスピリチュアルケア師の研さんを受けた人たちが出入りしてる、そういう状況です。

こういう具合にさまざまな形でスピリチュアルケアというものが、その必要性が認識され、そういう力を養うための講座なども行われるようになっていきます。一応資格もあるんですが、もちろん国家資格ではないし、それによって報酬が期待できるというものでもないわけですけども、しかしそういう次元の必要性の認識というのは、今、非常に高まっていて、それをどうやって広げ、形にしていくかという試みが多様に行われております。

大正大学は地域構想研究所というものがあり、社会福祉で長い実績があります。豊島区とも交流されている。大正大学や上智大学だけではありません。地域包括ケアというものに関わって、こういう次元がどういうふうに関わりの中で育てていけるかというふうなそういう問題意識を持って取り組みが進んでいる、こういう状況かなと思います。

以上で私の話を終わりにしたいと思います。ご清聴、どうもありがとうございました。

大岡：島菌先生、ありがとうございました。

対談1：スピリチュアルケアとメンタルケア—宗教学の視点、精神医学の視点

島 蘭 進

東京大学名誉教授、大正大学客員教授)

神庭重信

九州大学名誉教授、慶應義塾大学医学部客員教授

大岡：たいへんお待たせいたしました。後半は、対談をお聞きいただきたいと思います。ご講演いただいた島蘭先生に加え、神庭重信先生をお迎えしております。

神庭先生のご略歴を紹介させていただきます。神庭先生は、1954年生まれ、精神医学をご専門とされています。1980年慶應義塾大学医学部卒業、1990年医学博士。九州大学名誉教授、慶應義塾大学医学部客員教授でいらっしゃいます。前日本医学会連合幹事、日本医学会幹事、内閣府健康医療戦略推進専門委員会委員、栗山会飯田病院顧問・臨床研修センター長、日本うつ病センター理事長。著書は『こころと体の対話—精神免疫学の世界』などさまざまな書籍がございます。

では、今からご対談ということでどうぞよろしく願いいたします。

メイヨークリニックでの経験

神庭：大岡先生、ご紹介ありがとうございます。この大役を仰せつかって、私、心落ち着かない日々を過ごしてまいりました。島蘭先生のご著書などを予習させていただきましたが、とても島蘭先生と対談ができるようなレベルではないと思います。今日もいろんなことを教えていただきたいと思っています。先生のお話を聞くのは今回でおそらく3回目になりますが、毎回、強い感銘を受けております。

さっそくですが、今日の先生のお話に沿って幾つか思い出話をしたり質問などをお聞きしたりしてみたいと思います。まず、僕の若

い頃の話で恐縮ですが、40年ほど前のことです。米国のメイヨークリニックで精神科レジデントのトレーニングを受けていました。メイヨーの関連病院にセントメリーズ・ホスピタルというのがありまして、レジデントはそこで病棟診療をするのです。その時の経験でびっくりしたのが、病院の廊下をチャプレンがしきりに行ったり来たりしてらっしゃるんですね。

宗教家の方が病院の廊下を当然のごとく歩いていて自分の務めを果たすという光景は日本では見なかったもので、非常に驚きました。というのは、近代医学は科学とか合理性を目指して、従来の、ちょっと言葉が適切かどうか分かりませんが、まじないとかおはらいとか呪術といったものから脱却しようという動きの中で発展してきたと理解してききましたので、病院の中にいまだに宗教家の役割があるということが非常に驚きだったわけです。

今から考えてみると、メイヨークリニックというのは中西部ミネソタ州にある病院で、患者さんも医療スタッフも大体クリスチャンです。宗派はさまざまだったんだろうとも思うんですけども。振り返ってみると、全ての方が看取りの中でスピリチュアルペインを抱えていてパストラルケアを必要としていたというわけでもないと思います。当時、習慣として聖書を読み、日曜礼拝に行くという人たちの中にいるんだということをよく理解してなかったもので、死を前にした多くの方々がスピリチュアルケアを必要としているんだなというふうに理解したんですね。

それは別として、病院では病気を治して社会復帰していただくことを目指しているわけですけども、同時に死を隠そうとせず、チャプレンの仕事すなわち死を扱う役割も認めている。近代医学にとって死は敗北を認めるということにもなるので、強い違和感を感じた記憶があります。

その頃、当時は国立がんセンターといいましたけども、その病院長はじめ代表たちが、全米の有名ながん治療施設を視察に来られたのです。そしてメイヨーにも立ち寄られたんで

す。すでにがんのサポートチームができていました。がん専門医に加えて、精神科医、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、ナース、そして法律家等がチームを作り、がんで治療を受ける、場合によっては亡くなっていく方々のお世話を多方面にわたってしていくチームです。そのことをご紹介したことがあります。メイヨーだけではなくて、全米のがんの拠点病院では同じようなことが行われていたと思います。

緩和ケアとスピリチュアリティ

国立がんセンターの視察グループが帰国されたころから、日本でも緩和ケアが重視され出したということが言えます。2002年になりますと、WHOは緩和ケアの定義に、身体的、心理・社会的、スピリチュアルな問題にわたってその苦痛を和らげる活動を緩和ケアというふうに定義したんですね。そこで「スピリチュアル」という用語が登場してきて、当然、メイヨーで見たパストラルケアのようなことが日本でも展開されるのかなというふうに思っていましたら、なかなかそうはいかなかったんですね。がん対策基本法の中でも、スピリチュアルケアという言葉が出てきたり、削除されたりというような状況で、現在は盛り込まれていません。

これは、スピリチュアリティというのが恐らく国によっても、地域によっても、場合によっては個人個人によっても、理解が大きく違っているからだろうと思います。日本にスピリチュアリティとかスピリチュアルペインといった言葉が入ってきた時に、それをどう定義付けるのか、あるいは特にスピリチュアルケアといった時に何をもって適切なケアなのかということがまともになかったのではないかと、うふうに勝手に想像してるんですけども、それはキリスト教をベースとした欧米と日本との大きな違いだったのかなと思うんです。

ここで島菌先生にお聞きしたいのは、宗教、あるいは宗教性、あるいはスピリチュアリティ

という言葉が持つ意味、現在の日本ではどういうふうに理解したらいいのか。ケアに関して、どういうケアが最も適切なんだろうかということ疑問に思います。まず最初にお聞きしたいなと思います。どうぞよろしくお願いします。

島菌:はい、ありがとうございます。メイヨークリニックに最初においでになった、若き神庭先生、千九百何十年頃でいらっしやいましょうか。

神庭:1982年から87年です。

パストラルケアからスピリチュアルケアへ

島菌:キュブラー・ロスがスイス人ですが、アメリカに行って精神科医になって、コロラドですかね、そこで死にゆく患者さんについての講義をしたりしました。その後、今度は病棟へ入ってインタビューをしました。これは非常に不思議なことと当時考えられました。キュブラー・ロスが行った時は必ずそこに宗教者がいた、牧師か神父かがいまして。『On Death and Dying』に引かれているインタビューを見ますと、時々チャプレンが発言してるんですね。なので、スピリチュアルペインに当たること、それを含んだ会話を患者さんと話す役割は、まずはチャプレンだったのです。チャプレンには最後にお祈りということがあって、これができるからこそ苦しいことも聞く、何を祈るかという核心に当たるものを聞くところということではなかったかと思います。

ところが、そこへキュブラー・ロスが入って、いろいろな聞く。そうすると、もっといろんな複雑なことが出てくるというか、簡単に祈りで解決するということばかりではないという、そういう状況になってきたのかなと思います。これは、魂のケアというのはキリスト教の世界では長くあって、パスター、つまり牧師あるいは神父というものの役割は、牧会、つまり羊たちの集まり、信徒たちの集まりでそれを指導するという、こういう役割があった。ところが、これが変わってくるんですね。20世紀に、これはパストラルケアからスピリチュアルケア

へと言ったりするんですが、もっと個人のそれぞれに寄り添う形のケアが変わっていく、こういう変化が起こります。その時にその役割は、宗教者もそういうものに近づいていく。つまり、これまでの祈りを中心とした役割から聞き役になる。祈りと指導する役割から、聞き役になるという役割を持つようになったと思うのですが、次第にそちらの役割こそが重要だという展開があって、これが死生学というものにつながっていく。

そして、その場合には、こちらの何々教のあるパターン、これが宗教の教義だったり儀礼だったりするんですが、それこそが答えであるというものではなくなってくる。こういう変化が20世紀を通じてだんだん起こって、1970年代以降、特にがんの告知などが行われる段階、新たに死と向き合うというこういう中で起こってきた。ですので、従来のチャプレンの役割と新たなスピリチュアルケアにおけるチャプレンなりチャプレンに代わる存在、また類似した役割を持つ臨床心理士だったり、ボランティアだったり、こういう時代が変わってきたというふうに思います。

そのことは、宗教とは何か、宗教性とは何か、スピリチュアリティとは何かということとも関わっておりまして、明確な宗教という枠でケアがなされた、何々教という明確な輪郭を持ったものの中でチャプレンが活動していたという時代から、当事者の持っているさまざまな資質や欲求や死生観や生きがい、こういうものに沿って応答する、こういうふうに変わってきている。この流れが20世紀後半から現在、米国が少し先へ行っていて、日本はそれに従おうとしているんですが、ただ、日本の場合は、元になるチャプレン制がなかった。こういう展開ではないかと思えます。

そういう中で、何がケアに当たるのかということも、実は世界的にも必ずしも非常に明確ということではなくて、キューブラー・ロスあたりから、キューブラー・ロスは基本的に訓練としては、私、精神分析系の精神科ではないかと思うんですね。そういうものを背景にしなが

ら、新たな寄り添い型のスピリチュアルケアが求められていきます。シシリー・ソンドースは非常に宗教的なバックグラウンドの明確な人ですが、キューブラー・ロスはそれが怪しい人。怪しいと言っては悪いのですが、私もそうなんです。明確に何々教というのではない。一時期は、彼女は臨死体験にかなり熱が入った。そこにこそ答えを見いだすという。そして、「さなぎからチョウチョになる」というふうなイメージで死を理解したり、死を受け止めるスピリチュアリティも、キューブラー・ロスの場合は従来の宗教の枠を超えるようなニュアンスがだいぶ入ってる。

ニュースピリチュアリティ

これも20世紀の後半に、先進国で起こってきた宗教の枠がほどけて、それに代わるスピリチュアリティ、私は「ニュースピリチュアリティ」「新しい霊性」と言ったりしてますけども、そういうものが広がってきていて、そういうものの影響を受けながら医師やケアに当たる人たちは、自らの実践の中で、あるいは当事者たちが自助団体のような形で探求しつつ、スピリチュアルな次元というものを育てていくというか、こういう状況になってきているというふうに思います。

ですので、どういうスピリチュアルケアが適切かということについて、それほど明確な答えが今はない。かつての基督教の世界であった聖書の世界にのっとり、あるべき基督教にのっとり祈り、指導するというこれは、もちろんある程度有効かもしれないけれども、それで十分ではない。他の、日本人は無宗教ということなんですが、今は欧米も次第に無宗教の人が増えている。ハーバード大学に、無宗教のチャプレンという人が任命されたそうです。なので、そういう意味では、日本が遅れているというふうに見るのではなくて世界的な探求の中で日本は日本の道を歩いていると、こういうふうを考えるのがいいのかなというふうに思ったりしております。

ご質問に十分に答えてないかもしれないんですけども、科学的な合理性や常識の範囲の世俗的な物事の理解では届かない、とりわけそういう答えのない苦しみや悲しみ、スピリチュアルペインですね。そういうものにどう向き合うかというそういう領域が、現在、スピリチュアリティとして、それだけではないんですけど、スピリチュアリティにはさまざまな形があると思いますが、そして伝統的な宗教が持っているスピリチュアリティというものも相変わらず有効であるという中で、しかしその枠を超えるような、どう定義するか非常に難しいものが広がってきている、こういうふうに言えるのかなと思います。

神庭：ありがとうございます。島菌先生がおっしゃったように、科学や合理的な思考で人の心は計りきれないわけで、スピリチュアリティの領域、魂と呼んでもいいのかもしれませんが、そこへのアプローチというのは両立するんだろうなと思っています。

自死遺族の会のお話をきょうお聞きしました。愛する人を失って起こる悲嘆反応、グリーフアクションとかいいますけども、私は先生の今日の例をお聞きしても思いましたが、その方々がほんとに言葉に表し難い苦悩を抱えていらっしゃって、スピリチュアルケアを求めていらっしゃる。

その場合に、スピリチュアリティの宗教性ということから考えると、自分の存在を超えた超越者に救いを求める、あるいは希望を見いだそうとするということもあるのではないかと思うんです。スピリチュアルケア、先生がされてるグリーフケアにしても、超越者という問題ですね。これは宗教とも関わるんですけども、その問題はどのように扱っておられるんでしょうか。

継続する絆

島菌：キリスト教、あるいは一神教の世界では、スピリチュアリティというとまず超越者という、一なるもの、一つの超越的な存在、

大いなるものと言ったりするかもしれませんが、そういうものを軸にスピリチュアリティというものが考えられてきたと思うんですけども、現在のスピリチュアリティというものはだいぶ様相が変わってきていて、東洋の宗教に引かれる西洋人も増えてきており、キリスト教徒でありながらヨガをやったり、マインドfulnessをやったりというような、こういうふうな状況になってきております。その場合に、スピリチュアルなものというものをどういうふうに捉えることができるかということ、ある意味では捉えにくい。仏教においてスピリチュアルなものをどう規定するのか、それからアニミズムというか、特に死者ですね。目に見えないこの世のものではない、けれども大変今、生きていく上で大切な、生者にとって重要な意味を持っている存在としての死者、死者との絆というふうなこと、これもスピリチュアリティの大事なもので、日本人は実はこの領域が歴史的に重きを置いてきたということがあります。文化的に、お墓参りに行ったり、手を合わせるといって棺の前だったり仏壇だったり、あるいは遺影の前だったり、そういうふうな死者という領域、これはグリーフケアにおいては特に重要であるわけですが、ここが、しかし西洋でも実はあまり意義を認められていなかったのですが、今やそこも重要だったねというふうになってきた。

神庭：ああ。

島菌：ええ。超越者中心に考えていたスピリチュアルケア、グリーフケアというものをもう少し見直す、こういう動きも出てきております。キーコンセプトとして、継続する絆という Continuing Bond、その人はいなくなってもその人との絆は継続している、今もある。死者というのは実はいるじゃないのかと。これは、日本人にとっては何の不思議もないことなんですけども、西洋人のコンセプト、英語の構造の中では実はそれは新しかったりする。

さっきの「千の風になって」というのは、キリスト教の教義から見るとちょっと変なんですね。そんなところ、死者がうろろうしちゃいけ

ないんです。日本のコンセプトからいっても、草葉の陰にいるはずのものが空飛んだりするのは新しい。やっぱり新しいスピリチュアリティ、個人主義的な時代に対応するような、そういうアニミズムか一神教かみたいな話で片付けられないような表れですね。こういうことを記述しながら、現代のスピリチュアリティというものの理解を深めていくというか、これが今、課題になっていると思うんですけども、日本の場合は、それは割と豊かな表れがあります。

震災の後に、例えば東北学院大学の金菱清さんという社会学者が学生たちに、被災者のところへ行って話を聞いてきなさいと。夢に出てきた死者についての話を聞きなさいと。『夢まで、会いに来てくれた』っていう題名の本があるんですけど、こういうふうにして現代に、実際にはどういうふうに、目に見えない、あるいは五感を超えた、しかし生きがいや物事の意味付けに重要な領域っていうものを捉えるかということが探られていて、探りながら実践されている、こういうことかなと思います。

患者さんの後にあるスピリチュアルペイン

神庭：ありがとうございます。僕の経験に即してみますと、現在、信州の医療過疎地で生活してまして、その地域の精神科の中核病院で外来診療をしてるのですが、あらゆる種類の問題が持ち込まれます。遷延性悲嘆症の方も四、五人いらっしゃるんですよ。どの方もそれぞれ大変な重荷を背負っていらっしゃる。例えば悲惨だと思った方がおられました。奥さまが慢性のうつ病で十何年と寝たり起きたりの生活をして、ご主人は仕事と介護の生活でした。あるときのささいな口論がきっかけとなり奥さまが衝動的に自死をされてしまうのです。その時に「自分が何か間違った行動をしたのではないか」ということを非常に強く苦しまれて、それが長年にもわたっているという方がいました。

その方は何年たっても、奥さまの仏壇に対

して毎日のように話しかけていらっちゃって、夢にも出てくるし、「自分を許してもらえるだろうか」ということを僕に問い続けるわけなんです。それを一概にうつ病の症状であるとか他の精神病理であるというふうに決めつけるのではなくて、スピリチュアルなレベルでの痛みを伴っていて、奥様の死と折り合えることを探してらっしゃるといふふうに捉えると、ご本人に対しての向き合い方にも違ったものが生まれてくるんじゃないかというふうに思います。

もう一人ご紹介します。普通の職場への適応反応症（適応障害）と思われた方が受診されています。話を聞いてみると、シングルマザーです。離婚したもとの旦那は浮気をしてギャンブル好きで、ろくに家庭を大切にしない、収入をもたらさなかったということで離婚になり、一人で子育てしてらっしゃる、ということまでは初診時に分かりました。ちなみに、ご自身が小さい頃に、両親も同じような状況で離婚しています。ストレスの原因と思われた職場から離れて、静養するという、一般的な適応反応症の治療を展開しようとする、なかなか受け入れてくださらない。少しは休むんだけど、またすぐに仕事に行ってしまう、あるいは新しい仕事を探して働いてしまう。そこでまたうまくいかずに再び休むということを繰り返す。ふらふらになりながら、何度も同じことを繰り返すので悩んでいました。ある時、ふと経済的には十分にやっていますかと聞いたんです。そしたら、実は別れた旦那は養育費をほとんど入れてくれなくて、自分が働かないと生活が成り立たない状況にあるんだということが分かったのです。つまり、彼女にとっては置かれた状況がいわゆる限界状況であって、将来に生きがいを見いだせなかったり、過去を振り返ってトラウマ感情に苦しんだりという状態でした。

患者さんが置かれた状況に深く入り込むと、実は精神科の治療現場でも、スピリチュアルペインを対象にした異なる接し方があるんだろうなというふうに思うことがあります。

つまり、スピリチュアリティ、スピリチュアルペインというものを少し拡大して考えると、多くの患者さんの症状の後ろに医者には言い出しにくい苦悩があり、そこへのアプローチがないと症状自体も良くなっていかないんじゃないかというふうに思うことがしばしばあります。

スピリチュアリティというものを少し拡大して理解するという点に関して、先生はいかがでしょうか。

島菌：そのような患者さんの場合、例えば臨床心理士が話を聞くというような機会があるのでしょうか。その方は外来ですよね。

神庭：外来です。

島菌：最近、「社会的処方」という言葉がありますね。

神庭：はい。

島菌：つまり、身の上相談というのは医師の領域からはみ出るところもあって、どういう社会生活の中にあるからそういう病気なんだということは、むしろチームでやらなくてはわからない。先ほどのメイヨーのチーム、コミュニティー・ソーシャルワーカーのような人が重要だし、要るかもしれないし、今は訪問看護師がかなりそれに近い役割を果たしたりしている、そういう状況があるんじゃないかなと思っています。そして、地域包括ケア的にいうと、精神医学もできるだけ訪問医療的な側面を増やして、患者さんの生活場面で話が聞ける。

実は、先ほどの山谷のコスモスの例ですが、精神科の相談をしている、私の長年の友人で梶原徹さんという、上野にある浜田クリニックの要職に就いてる人ですが、彼はイタリアのバザーリアという、そういう障害者を地域に帰すという運動の指導者の本を訳すためにイタリア語を勉強したという人なんですけども、そういうタイプの医療、訪問看護師がやっているようなことに協力して、さまざまな職種やボランティアが行い、もちろん保健師が重要な役割を果たすと思います。

豊島区は、コミュニティー・ソーシャルワーカーを雇用してるんですね。高瀬先生、よく

ご存じだと思うんですけど。あるいは、宗教者がそこへ関わって、地域ケア的な側面に一定の役割を果たすというふうなこういうふうなことになってくると、どこまでがスピリチュアルなのか、本当に生きることの中にあるスピリチュアリティに目を配っていきける、そういう職種の人や関わりの人を増やしていきって、そしていざという時には宗教者につなげるとか、精神科医こそがそこで役割を果たす場面に協力するというふうな、こういう在り方に今、展開して、うまくそういう方向へ向かっている例がちよくちよく見られる、こういう状況ではないかと思うんですが、いかがでございましょうか。

人生の重荷に目を向ける

神庭：ありがとうございます。そうですね、先生おっしゃるように、僕は平凡な精神科医なので、とにかく症状にとらわれて症状を良くするというところに注力しがちですけれども、その裏にあるその方が背負っておられる重荷に目を向けると、先生ご提案のような形での多職種での介入なり支援なりが生まれてきて、それが症状の改善にもつながっていくのかなと思いました。

それから、震災のことについてちょっと触れていただいたので、これについて僕の経験をお話ししますと、三陸のある町に支援に行ったことがあります。その時、ある役場に、自分の娘を目の前で津波にさらわれて行方不明になってまだ遺体が出てこないという母親がおられました。彼女は日用雑貨などを販売する仕事をされてたんですね。そこの保健師さんから、「彼女が後追い自殺をするんじゃないかと心配だから面接してほしい」というふうに頼まれたことがあります。そこで、「少しお話を聞けますか」というふうに声を掛けたんですけども、まったく無言のまま、そのまま仕事を続けようと言われてしまいました。その時に、顔なじみの保健師さんが素早く彼女に声を掛けて、ジュースを買った。すると母親の顔に笑

顔が浮かんだのです。自分の無力さを痛感しました。

災害支援というのはすごく難しいなと思ったのは、つまり一見（いちげん）のサポーターが来ても、その方の本当の苦悩はなかなか話してくれないんじゃないかなと思うのです。精神科の災害サポートチームというのは全国から交代で被災地に向かって、つまり1対1の関係がつかれないんですね。もどかしさを感じたことが多くあります。

そういう意味で、臨床宗教師の方が現地において関わっていくという、地域包括というお話もなさいましたけども、地域に根ざした方の活動というのはこれから広がってほしいなと思いました。

島藺：ありがとうございます。例えば、仮設住宅でカフェ・デ・モンクを開いたりする。カフェ・デ・モンクというのは、語り合いの場なんですね。お茶っ子サロンのような場なんですけども、出てこない人はいるわけですよ。そういう人こそ実は本当に深い支援が必要なんですよといわれます。これはしかし、なかなか届かない。リーチアウトといっても非常に難しいんじゃないかなというふうに思います。特に仮設住宅ぐらいたとまだ見つかるけれども、これが大都市なんかになってくるとほんとに孤立した人には届かない。そういうところへどうやって届くかっていうのはほんとに難問ではないかと思います。

それにはしかし、地域の中に、そういう援助希求が持ち出せるようなところへつながる場があればあるということが見えるだけで少し違うと。このあたりが、竹島先生と協力して川崎市でどのくらい可能でしょうかというふうなことを考えた経験がございます。高瀬先生にもその辺を伺ってみたいところです。

神庭：ありがとうございます。やはり中途半端な対談になってしまいました。恐れたことが起きてしまったなと思っております。それでも、少しでも視聴者の方に島藺先生のお考えが伝わればお役目を果たせたのかなと思ったりもしております。

以上でいいでしょうか。マイクをお返ししてよろしいですか。

大岡：神庭先生、島藺先生、ありがとうございました。休憩を挟んで再開したいと思います。その後の進行は竹島先生にお願いしております。

対談2：私たちの思うこと — 講演と対談1をもとに

宗教社会学の立場から

高瀬顕功

大正大学社会共生学部公共政策学科/
地域構想研究所 専任講師

トラウマインフォームドケアの立場から

大岡由佳

武庫川女子大学心理・社会福祉学部社会福祉学科
准教授／一般社団法人 TICC（こころのケガを癒やす
コミュニティ事業 共同代表）

大岡：竹島先生に座長をお願いいたします。よろしく願いいたします。

竹島：はい、よろしく願いいたします。

今回、スピリチュアルとメンタルケアという内容で考えたんですけど、自分で企画しといて自分で言うのも何なんですけど、ほんとによかったなと思っております。大変深いお話をいろいろ、こちらもいろいろ空想したり考えたりする機会ができてるなという感じがして。

神庭先生のご略歴を見ると、私は同い年だということに気付きました。神庭先生はちゃんと医学の仕事をされているのに、私はずっと医学の外側でうろろうろしている間に68歳になってしまったという感じで、そこが私のちゃんとしてないところだなと改めて思うんです。

神庭：いえ、竹島先生のご活動をいつも敬意を持って見ておりました。

竹島：お話を聞きながらひとつ思い出してたのですが、東日本大震災の後で宗教者災害支援連絡会に参加して、これは面白いよ、行ってみたらどうだろうと私の身近なメンタルヘルスの専門家に話をするのだけれど、なか

なか足を運ばない。それから、被災地の支援に宗教者災害支援連絡会に参加する宗教団体の活動があって、実は、宗教団体にはロジスティックスの強いものもあり、大事な活動じゃないかという話をしても、なかなかうまく通じないなという感じがしてきました。ここが私の中でずっと何でだろうと引っかかってきたことの一つということです。

その次は、日本は今、ものすごい人口減少社会に入っていくわけですね。一方で、この100年ぐらいというか明治以降ずっとやってきたのは、お金とか力を武器にしてやっていくという方法です。人口減少社会で、財源も乏しくなっていく中でやっていくというプログラムを実は持っていない。いろいろ制度をつくる、何かをつくるということばかりを向かっているんだけど、本当にこれでいいのかなみたいな気持ち。

最近になって石牟礼道子の『樁の海の記』を読んで、私が今まで読んだ中で最高の本だなと思って。あの中に書いてある人間という枠を超えていろいろなものが交じわるというか、どう言ったらいいんだろう、何とも言えないんですけど、ああいった言語にならないものを言語化することができる人がいるんだという感じとか。あの中に出てくるのは、アニミズムと言っていいのかなのか、私にはもう何だか適当な言葉じゃないような感じがしまして。元々あるけれど眠っているようなものに目を向けたのがスピリチュアリティかなど。それが私の中ではしっくりくるというか。元々、日本の中にスピリチュアリティは相当豊かにあるんじゃないかと思ったりします。

ここからの進行ですけれど、まず高瀬先生に宗教社会学の視点からお話しいただき、その後で、大岡先生にトラウマインフォームドケアの視点から、それぞれ島藺先生、神庭先生の対談をどう聞かれたか、自分はこんなことを思ったということを自由にそれぞれ10分ぐらいずつお話しいただきたいと思います。

その後、4人でいろいろ話し合いをしていくようにしたいと思いますので、よろしくお願

いいたします。まず高瀬先生からお願いいたします。

宗教者の社会貢献活動

高瀬：よろしくお願ひします。神庭先生と島藺先生のご対談が非常に深く、そのままずっと聞いていたいなと思ったんですけども、最初に与えられた役割を果たすべく、ちょっと私からも活動の紹介とそれを踏まえてのお二人への質問をさせていただければと思っています。今、私は大正大学の社会共生学部公共政策学科にありますが、元々の専門は宗教学でして、実は島藺先生に博士論文の副査をお願いしたご縁もあり院生時代からお世話になっておりました。大正大学は仏教系の大学でございまして、天台宗、真言宗の豊山派、真言宗智山派、そして浄土宗という宗派で設立された大学です。私自身も浄土宗の僧籍を持っておりまして、静岡県富士市にある寺の副住職もしています。

研究としては、宗教者の社会貢献とか宗教団体、宗教者の社会貢献活動、社会参加を研究してまいりまして、とりわけ今は地域包括ケアシステムにおける宗教資源の活用など、今日の話でもちょっと触れられておりましたけれども、そういったところにも関心を持っています。あと、島藺先生のお話にもありました臨床宗教師の養成課程、その養成課程は大正大学にもあるんですが、そちらのほうでも講座を持っているというようなことで、今回、お声掛けをいただいたと思っています。

あとは、東京の山谷という地域、山谷は地名ではないのですが、台東区の日本堤とか清川、橋場とかあのあたり。日雇い労働者の街として古くは知られておりましたけれども、簡易宿泊所が立ち並んでいて、半分はそこで生活しながら生活保護を受けて生活していらっしゃる方がいる一方で、海外のバックパッカー向けに簡易宿泊所を改装して、新たな人がどんどん入ってくるというような、そういうちょっと変わった地域がございまして。大

阪にも釜ヶ崎というところがありますけれども、長らく日本の高度経済成長を支えていた、とりわけ建設現場などでの労働力を供給してきた場所ですけれども、そういった地域に現在では多く路上生活している方がいらっしゃいます。そういう方々を支援する団体として「ひとさじの会」が、2009年に立ち上がりました。その会にかかれこれ10年以上関わり、いつの間にかその代表になってしまったということで、そんな実践も行っています。

経験を生かして

苦悩や悲嘆を抱える人々に寄り添う

臨床宗教師については、既に島藺先生がお話くださいましたので簡単にご説明を差し上げます。きっかけは東日本大震災でしたけれども、その後、被災地だけでなく、医療機関や福祉施設など公的空間で心のケアを提供する宗教者の育成が行われていくことになりました。公領域ですので、布教伝道を目的としない、つまり自分の教えを説かない形でケアにあたるということです。お話の中にもありましたけれども、相手の価値観とか人生観、信仰を尊重しながら、宗教者として経験を生かして苦悩や悲嘆を抱える人々に寄り添う、そういった専門職です。なかなか経済的な自立が難しいのでボランティアベースではあるのですけれども、そういったトレーニングを受けた宗教者の方がいらっしゃいます。

最初は東北大学で始まったんですけれども、今では龍谷大学とか上智大学とか、あるいは私の所属する大正大学もそうですけれども、宗教系の大学などに広がっていき、現在は私もそうした宗教者の養成に携わっています。

それぞれ信仰を持った宗教者ですので、ふだんは宗教的なことを布教してなんぼという立場なんですけど、臨床宗教師の活動はそれを自制するというか、宗教性を前面に出さない形でスピリチュアルな苦悩へ対応するというようなことが目指されています。

これは実際に私も参加した場所なんですけ

れども、例えば、奇しくも私が住んでいる富士市に「幸ハウス」という場所があります。川村病院という病院に隣接している場所で、ここはがん患者の方、そしてそのご家族とか友人とかがお越しになって、自分らしい生き方、医療を選ぶ、そういうことをサポートする場としてさまざまながんカフェを行っています。そのカフェのテーマの一つに、臨床宗教師が参加してお話を聞く、傾聴するというようなコーナーがあります。

そして、もう一つ、こちらは宗教性を出す関わりですけれども、私が関わっている「ひとさじの会」についてお話しします。私たちは生活困窮者に対して、葬送支縁、生活支縁、施米支縁の三つの活動をしています。私たちは支援活動の「援」の字はご縁の「縁」をよく使うのですが、ちょっとそれぞれ説明すると長くなってしまいますので、そのきっかけとなった「葬送支縁」についてお話をさせていただきます。

なぜこの会を立ち上げたかというきっかけなんですけど、最初は、お墓が欲しいという元路上生活者の悩み相談があったんですね。どういうことかといいますと、ある時「俺たちは生きててもホームレスなんだけど、死んだ後もホームレスなんだ」という悩みをお聞きしました。どういうことかという、亡くなった後、火葬まではその自治体でもらえますけれども、その後の遺骨の行方が非常に不安定であると。引き取り手がない遺骨がたくさんある。なので、自分が死んだ後、どこに行くか分からない。そういった意味で「死んだ後もホームレスなんだ」とお話くださったんですね。死後の安住の場としてお墓が欲しいという相談を受けて、そういう場所をつくりましょうということで、先ほど紹介にあった光照院というお寺の中に「結（ゆい）の墓」というお墓ができました。これはまさに、不安定な遺骨の行方、自分が生きてという証しとしてのお墓なんですね。あるいは、生前つながりを得た支援団体の方や路上の仲間とかそういった人たちがまた来てくれる、つながる場としてお

墓が必要だったということなんです。これはどちらかという宗教性を前景化した、宗教的な資源を活用したスピリチュアルケアというかスピリチュアルな苦悩への関わりかなというふうに思っています。

このように、一口にスピリチュアルケアといっても幅が広いんじゃないかなと思うんですけども、私が両先生のお話を伺いながら聞かせていただきたいことが3つほどございます。

既存の宗教資源は、 スピリチュアルケアにおいて活用できるか

まず一つは島藺先生への質問なんですけれども、島藺先生は早くからこういったスピリチュアルな領域が、スピリチュアルな領域というのはそもそも制度宗教とはちょっと別に、非制度的で個人の体験を強調したような宗教性が広がっていくというようなことをおっしゃっております。一見すると、社会の中で宗教という役割が弱まっていくというふうに見えるけれども、実はそうではない形で人々の心の中、考え方の中に宗教的なものが根づいていく。そういった中で、再び聖なるものに近づくと。宗教学では「再聖化」というのですが、世俗的な社会の中で、とりわけ、医療や介護といったケアの領域はそういった再聖化が進むんじゃないかということや20年ぐらい前から既におっしゃられていたと思います。その時は、その「再聖化」の中で中心的な役割をするのは、制度宗教よりも、スピリチュアルな、制度宗教の言葉を使わない、特定宗教の用語や実践を離れたスピリチュアリティが広がっていくんじゃないかというようなことをお示しされてたんじゃないかというふうに記憶してるんですけども、20年たってみて、既存の宗教のそういった宗教資源は、スピリチュアルケアにおいてどのぐらい活用できるか、そういうことに関われる可能性はあるのかということや1点、お聞きしたいというふうに思います。

医療現場でのスピリチュアルケアニーズに 対応するために必要なこと

二つ目は、これは神庭先生にぜひ伺いたいと思っているんですけど、私はこういう研究をしていて、結構お医者さんから一緒に研究しないかとお声掛けいただくことがあります。医療の世界でも宗教的な関わり、スピリチュアルな関わりについて非常に関心を持たれてるというのは感じるんですけども、一方で、先生がメイヨークリニックから帰ってきた時に、日本でもチャプレンが広がるんじゃないかと思っていたけれどもそうではなかったというような話がありまして、まだちょっと壁があるんじゃないかというふうに思います。実際に医療の現場で、どのぐらいこういったスピリチュアルケアのニーズがあって、そしてそれを病院の外部の力を借りる、宗教者とかそういった外部の力を借りて達成しようとする時に、どのような条件が整えばそれが進むのかということをお伺いしたいというふうに思います。

共同体とスピリチュアリティ

三つ目の質問は、もう一度島藺先生にお伺いしたいんですけども、スピリチュアリティの一つのポイントとして、超越者につながる、ハイヤーパワーとつながるということで心の安定を得るというものがあつたと思うんですが、確かに宗教という言葉、英語でReligionですけども、ラテン語でligare(リガーレ)が語源といわれます。reは「再び」ですが、ligareはつながるとか絆とかそういう意味で、神とつながるというようなことが宗教としてイメージされているんですが、こと日本においては、そういう超越者につながるだけではなくて、やっぱり共同体とつながる、血縁とか地縁とか、あるいは選択的につながった人たちとつながりを強めると、そういったことも心の安定にスピリチュアルな、実存的な悩みに効果をもたらすんじゃないかなというふうなことを思っています。

とりわけ、それは路上生活者の支援をする中でお墓が欲しいというお悩みを受けたということからも私は感じているんですけども、そういった点に関して、スピリチュアルケアといった時にそういう超越者だけではなくて、地域や血縁、その他の共同体とのつながりという部分を強めるというような、あるいは再び間を取り持つというようなケアの在り方がスピリチュアルケアとしてあり得るかどうかという、そういったことをちょっとお伺いしたいというふうに思っています。

すみません、ちょっと時間が長くなりましたが、私からの質問は以上でございます。

竹島：どうもありがとうございます。では、続きまして、大岡先生から。トラウマインフォームドケアの視点からということで、よろしくお願ひします。それから、事前アンケートの集計結果もご紹介いただけるということですので、そちらもお願いいたします。

大岡：はい。よろしくお願ひいたします。まずは先生方の素晴らしい深いお話を、ありがとうございました。では、私のほうからは自己紹介、そしてその後、今回ご参加いただいております皆さまからも頂いたご意見についても共有させていただきたいと思ひます。

まず私なんですけれども、単科の精神科病院に勤務をしまして、その後、大学の教員になりました。本日の先生方のお話でもホームレスの方々の話が出て参りましたが、私も学生時代であります90年代後半に、おにぎり配りを釜ヶ崎でさせてもらったり、また2000年代には社会福祉士会としてホームレスの自立支援をさせていただいた経緯があります。スピリチュアルという言葉を通じて、何だか人々の生きづらさとそこに必要な視点がつながったような心地で聞かせていただいております。ホームレスの方々も、もとをたどると子ども時代の逆境的体験を多く経験されてきた社会の被害者ともいえる訳ですが、私の今の専門は被害者支援でして、その中で実践と研究を進めてきた立場にもあります。

トラウマに触れる

—トラウマインフォームドケア

具体的に被害者支援というのは、まだまだ日本では十分ではないということもあり、専門職集団によって「くらしえん」という団体をつくらせていただいて、そこで議論をしていくというようなことをしてきました。あとは交通事故のサポートの事業にも関わらせていただいたりとか、あと近年、全国に増えております性暴力の被害者支援センターにも関わったりしてきております。昨年度より、TICC（こころのケガを癒やすコミュニティ事業）の共同代表ということで、今回のこの研修の共催ということで関与させていただくことになりました。非常に貴重な機会を頂いたと捉えております。

先ほどトラウマインフォームドケアの視点からということで私のことを竹島先生にご紹介いただきました。ご承知の方のほうが多いかと思ひますけれども、トラウマインフォームドケアというのは、近年日本で知られるようになってきた考えです。アメリカなどではもう2000年代にはほぼ概念が出来上がっているというような、そういう考え方です。トラウマインフォームドケア、訳すとトラウマについて十分な知識を持って支援することということになってくるわけです。きょう、グリーフという言葉も出てきていましたけれども、グリーフはグリーフインフォームドなんていう言葉も使われまして、トラウマとグリーフというのは重なり合うところもあるわけなんです。私は日本におけるトラウマやグリーフにいかに関わっていくかということを考えている立場となります。

具体的な活動といたしましては、国立研究開発法人科学技術振興機構のRISTEXの助成を受けまして、人材育成としてTIサポーターとかTIコーディネーターのオンデマンドの講習を展開させていただいたりとか、あとは地域実践ということで実際に被災者や被害者を支援していくという活動もさせていただいております。今は犯罪被害者のほか、福島県の県外被害者でこちら関西にいらっしゃる方た

ちの支援というものに携わっております。

私たちは、トラウマという言葉の一つのキーワードにしてやっているんですけども、今日、スピリチュアルという言葉は何度もお聞きする中で、思い出したことがあったんです。それは2年前に私どもが行った「トラウマ展」のエピソードです。いろんな市民に絵を描いていただくものですが、人生について描いていただいたり、心の中の何か自分の困難な経験とか生きづらさというものを描いてもらいました。すると、実はその半分以上は、子ども時代に虐げられてきた体験や、人を失うことなど、トラウマに関わることだったのです。そのため、展覧会のタイトルとして「トラウマ展」とさせていただき、40何点の絵を展覧させていただいたんです。その時に、2カ所展覧をさせていただいたんですけども、初めアクタ西宮というところでさせていただいた時に大体2,000人ぐらいの来場者がありました。「トラウマをどれだけ身近に感じますか」と、見る前と見た後で調査をさせていただいたのですが、絵を介して人々のトラウマに触れることが、私たちのトラウマに対する認識を高めることが明らかになりました。

トラウマをどう捉えるか

実はこのアクタ西宮で展覧会をした後片づけのときに、すごい突風が吹いて、非常につらい経験を絵にしてくださった方の絵が私の足に当たって、あざができてしまったんですね。その時に私は、たくさんの人々のトラウマを描いている絵を預かっている身として、これらの絵に込められた叫びを鎮めないといけないと思ったんですね。それで、展覧会の2カ所目の場所は須磨寺にご協力いただいて、トラウマ展を開催しました。ほんとにつらい目に遭った方たちのトラウマをここで鎮めるといいですか、個々のトラウマを成仏って変な感じなんですけれども、しかしそんな思いでそのお寺に絵を預け展覧会を閉じたというような経緯がありました。

ここで質問になっていくんですけども、私、それぞれ島藺先生と神庭先生にご質問があります。一つ目は、島藺先生のお話のスライドで拓史さんのお母さまの「厄みたいなのが取りついて」というようなフレーズがございました。例えばこういう厄とか厄払いなんというものは、市民にとって結構よく聞く言葉と思うんです。スピリチュアルというと世間ではちょっと遠い感じがするんですが、しかし、私たちの身近なところに実はスピリチュアルな部分ってあるんじゃないかなという感じがしています。そこについてどんなふうに考えたらいいかということ、ご示唆いただきたいというふうに思っております。

ちなみに、トラウマの定義でございますが、これはSAMHSA（米国薬物乱用・精神衛生管理庁）によると、「個人の機能的及び精神的、身体的、社会的、感情的またはスピリチュアルな幸福に長期的に悪影響を与える」とされております。ここで「スピリチュアル」という言葉が出てきているのですが、日本人がこの言葉に接したときに、私も含めて何か曖昧なままこのトラウマの定義を見ていることが多いようにも思うんです。どう私たちがスピリチュアルを身近に理解し捉え、そこをケアしていけるかということについてもご教示いただきたいです。

逆境的小児期体験を経験した人の治療

ここで神庭先生にお聞きしたいことがございます。神庭先生のお話をお伺いしていると、深く傷ついた大変な患者さまが日々お見えになっているんだろうなというふうなことを痛感しました。精神科医療につながると薬を処方するということがあるかと思うんですけども、例えば私たちが日々出会っているトラウマの方、例えば複雑性PTSDの方とかは、薬自体が効きづらいみたいなんです。逆境的小児期体験を経験なさった方たちの中に、お薬が効かなくて、どうしたらいいのかなって一緒に考えることがあります。ここで例えば癒や

しとかそういうところが大切だと海外のトラウマインフォームドケアの書物などに書かれていたりしているわけなんです。この薬とスピリチュアルな対話による精神療法の部分をどんなふうに考えたらいいかについて、良かったらご示唆をいただきたいなと思っております。

続けて参加者の皆さまの事前アンケートについてもお知らせさせてもらってよろしいでしょうか。

竹島：どうぞ、よろしく申し上げます。

大岡：はい。では、今日ご参加いただいております皆さまの状況を共有させていただきたいと思っております。きょうは、全国各地からご参加いただいております。分野も活動領域もさまざまです。保健医療、そして社会・社会福祉領域から比較的多くご参加いただいております。その他にも宗教関係の方も1割ぐらいご参加いただいている状況でございます。

この中で、「参加申し込みにあたって関心のあること」ということを自由記載で任意で頂きました。

その結果でございますけれども、私のほうで三つに分けて共有させていただきます。1つ目は、この研修に当たってコメントのような形でお寄せいただいたご意見でございます。いろんなことを書いてくださっているんですが、「スピリチュアルなつながりが心の支えになっていくと思うので非常に関心があります」というようなことから、「スピリチュアルな部分はどちらかといえば、触れてはいけない分野という思いを持っていた」といったご意見もあります。

二つ目のカテゴリーですけれども、これは支援現場それぞれの各論的なご質問でございました。例えば「メンタルケアにおけるスピリチュアルケアの取り入れ方と生かし方はどうしたらいいのか」とか、あと、依存症のご支援をされている方からも多数ご参加いただいております。「こういう依存症、例えばハイパーパワーとか12ステップとかそういうところにもスピリチュアルの考えというのが反映されていると思うんですが、その関係性について

どんなふうに考えたらいいか」というようなご意見もございました。

あと、最後(三つ目のカテゴリー)が「ご質問」でして、私もぜひ先生方に教えていただけたらなというふうに思うものも多数含んでおります。例えば、「いわゆる世代間におけるスピリチュアルな関係性、スピリチュアルなことをどう考えるか」というようなご質問がございます。

また、「スピリチュアルの定義について改めて教えてほしい」というご意見や、「スピリチュアルケアとメンタルケアの相違」とか「(その)連携」とかです。よろしくお願ひしたいと思っております。大岡からは以上です。ありがとうございます。

竹島：どうもありがとうございます。お二人の先生にそれぞれの専門性、あるいはご自身のこれまでの経験、さらには参加者の方たち、参加を申し込まれた方たちの感想もご紹介いただきました。さまざまな論点といたしましうか、いろんなことが出てきたんだと思います。

これをひとつ一つ丁寧に探っていくというのは、今回の限られた時間の中では難しいと思います。ですので、島藪先生、神庭先生の順でそれぞれご質問のあったこととか、それから視聴者の方からの質問の中から、今、先生方の中で響くものをそれぞれご発言いただけるとありがたいと思うのです。島藪先生、神庭先生の順でお願いできたらと思います。

伝統的な資源だけでなく

多様な文化資源がスピリチュアルケアに

島藪：はい、ありがとうございます。お二人からまた大変視野を広げていただいて、啓発されるご質問を頂きました。

高瀬先生のご質問ですが、スピリチュアリティというのが宗教から離れて展開していく、こういう傾向がある。「Spiritual but not religious」、そういうふうに言う人が増えているというのが先進国に共通の事態なんですけれども、しかし、ケアに関わる領域ではむしろスピリチュアリティと宗教とは相接しながら

ら、入り混じりながら展開するというそういう事例が多いのではないかと思います。エンターテイメント的な文化、あるいは個人がそれぞれ消費者的に関わるスピリチュアリティというのは宗教離れという性格が強いですけれども、ケアに関わる場所では、むしろ宗教と接してスピリチュアリティが展開しているというふうに思います。

これは実は私の中では一貫してそういうふうに思っておりました。しかし、今はそれが非常に現実の中で形になって現れているということだと思います。

それから、Religionというのは語源的には「再び結び付ける」ということで、スピリチュアリティというのは神、超越者というものと関係付けると、超越者と再び新しいつながりを見いだしていくというのがスピリチュアリティだということになるけれども、日本の場合は、むしろ共同体的なもの結び付くというそういう観点を述べられたと思います。

死者というのは、ある意味では共同体的なものにつながっている。従来ならば先祖、それは家族とか地域社会の延長だったので、そういうものとの一体感、連続性を重んじるのが日本人の宗教性だとそういうことだと思うんですけども、しかし今、大都市の住民が増え、共同体というものを実感しにくい、家族規模が小さくなりですね。そういう流れの中で、共同体というものがむしろネットワーク的なものに性格を変えている。これは、ソーシャルキャピタルという議論でいうと、共同体的なものからブリッジ型の関係へと変化している。つまり、持続して長期にわたって同じメンバーの共同性が続くというのではなくて、頻繁（ひんばん）にメンバーが組み替わりつつ、さまざまなつながりが入り混じっていくというふうな、こういう方向にあるかと思います。

ただ、個人化が進み、孤立が進むにしたがって、新しい交わりを求めるといこういう傾向があって、典型的にはこども食堂なんですけど、それとつながるような形で新たな共同性ですね。先ほど見た山谷の場合のお墓なんです

すが、これはドイツのマリア・フリーデンホスピスでは「命の木」というものに似たような機能があって、家族とのつながりをもう諦めた人たちが最期の時を送った人たち同士の絆を大事にするというふうな、こういうふうなことも新しい現れではないかなとそういうふうに思います。

それから、大岡先生のご質問の中で厄払いの例が出てきましたけど、そういう身近なところのスピリチュアリティなんですけど、むしろヨガとか気功とか、最近ではマインドフルネスとか、それから今度はアニメとか音楽、こういうところにスピリチュアルなものがあるって、お祭りとか地域社会の伝統的な宗教資源の中のスピリチュアリティというものと同時に、たいへん多様な文化資源がスピリチュアルな働きというものをしている、そういう時代に今、変わってきているのではないのでしょうか。宮崎駿や新海誠、中島みゆき、米津玄師とか藤井風、そういう人たちの作品や音楽で癒やされるというふうな時代になっていて、伝統的なものもろんさまざまな資源、それも重要なんですけど、多様化しているというふうに見ております。

大体そんなところで。他にもご意見、たくさん寄せられた、これはいつかお答えしたいと思うんですけども、今はちょっとご遠慮させていただきます。

竹島：島藺先生、どうもありがとうございます。それでは、続いて神庭先生、お願いいたします。

スピリチュアルケアはメンタルケアを深める

神庭：ありがとうございます。高瀬先生と大岡先生の大変貴重なお話を聞いて、考えさせていただきました。

高瀬先生のご質問の現在の医療の世界でスピリチュアルを扱うにはまだ壁がある、なかなか宗教家がアメリカのようにパストラルケアができるような状況にはないというお話でしたけども、恐らくそうだろうと思います。

例えば、淀川キリスト教病院とか聖隷浜松病院とかさまざまな民間施設ではまだやりやすいと思うんですけども、特に公的な病院は困難だろうなというのは容易に想像がつかまず。

一つは、やはり宗教とかスピリチュアリティとかいったことに対する誤解を持ってらっしゃる方が多いように思うんですね。宗教というオーム真理教を思い出してしまうとか、スピリチュアリティというとか何か幻覚薬を飲んである種の精神変容を経験するヒッピーの文化とかを思い出してしまっている人が多くて、そういうものを医療の場で受け入れるわけにはいかないというふうに考えていらっしゃる方が多いと思うんです。

先生のご質問、どうしていけば広がるかということなんですけども、一つは、今、先生がお話しになった、あるいは島菌先生がお話しになったような臨床宗教師の活動が、弱者の救済、要するに仏教でいう慈愛の心をまさに表して活動している、そういう活動の延長の中で、ケアが必要な人たちにケアを届けるんだというような理解へと進んでいくのがよいのかなというふうに思います。そういう意味で、先生方の活動というのはとても重要で、私たちに日本文化に合ったスピリチュアリティの理解をもたらしてくれるのではないかなというふうに思いました。

それから、大岡先生のご質問ですけども、虐待体験や複雑性PTSDの方にお薬は症状の緩和が期待できますが、解決法ではないと思います。

このご質問への答えを考えた時、島菌先生のスライドに出てきた三浦春馬さんの死のニュースで思い出した患者さんを思い出しました。三浦春馬さんが亡くなった後に受診された方で、「私も死にたい」と訴えて受診してこられたんです。今まで精神科にかかったことはなくて、「春馬が死んだから、私ももう生きてる意味が見いだせない」とおっしゃった。左手の前腕部を日よけ予防みたいなので隠してらしたんで、リストカットされてるんじや

ないかなと思って、ご本人もそれは自らおっしゃってくださったんです。その方はやはり幼少時期に親からの養育ネグレクトがあって、親とは縁を切って生活をしている、この方も離婚したシングルマザーでした。「パートナー」と呼んでましたけど、「今一緒に生活しているパートナーは私の収入を当てにしてまったく働かない」「生まれてきて一度も良いことがなかった」とのことでした。

何を言いたかったかというと、この方もスピリチュアルペインを抱えていらっしゃる。メンタルケアの中で、このスピリチュアリティに触れてこの方の苦しみを理解していかないと、恐らく良くなっていかないんだろうと思います。どうしてもリストカットしたくなるという時に頓服の薬をお飲みになったのですが、リストカットの習慣が徐々に少なくなりました。感情が安定した状況の中で、ご本人の抱えてる生活苦、あるいは幼少時の虐待体験、現在の悩みのお話を傾聴していくことで少しずつ安定した生活を、その方らしい生活を取り戻された。そして今では子どもの成長に生きがいを見いだしつつあります。お薬は使い方にもよると思うんですけども、基本的には補助的な役割しか期待できないんじゃないでしょうか。

別の方の記憶も浮かんできてるんですけど、この方はもう何十年も前、経験が浅い頃にお会いした方なんですけど、小さなお子さんの手を引いて横断歩道を渡ろうとしていた時に信号を無視して左折してきたトラックに目の前でお子さんをひかれて失ったという体験から、遷延性悲嘆症となり、何年たっても守れなかった自分が許せないという気持ちから解放されずに、生活、自立能力を失うほどのうつ病に陥っていた方でした。この方の治療をしようとすると、いわゆるメンタルケアだけでは恐らくうまくいかないんだろうと思うんですね。精神科医はキャリアの初期に共感の重要性を教わりますが、「お辛さはわかります」などと軽率に言えない体験だったんです。共感しようとしても、お母さんの気持ちに感情移入できなかった。とにかく悲惨な状況が頭の中に光景

として浮かんでしまったんです。そして、治療者としてかける言葉を失ってしまったのです。幸いお母さんはその後も通ってくださって、徐々にいろんな話ができるようになったんですけども、スピリチュアルケアは、メンタルケアをより深めていく意味でとても重要なんじゃないかなと思います。今であれば、「僕には想像できないほどのお苦しみですね」と声をかけたり、あるいは沈黙したとしても、憚ることなく涙を流すなどと、素の自分で応じると思います。そうすることで、スピリチュアルなところへ入り込んでいって、交流ができたんじゃないかなと思います。

そういう意味では、メンタルケアに従事する人は、絶対的な逆境体験をされている方、東北の大震災にしてもそうだと思いますけども、その方々のスピリチュアルな痛みはどう対処していったらいいのかというようなことは経験を積んでおくのがいいんじゃないかと、そんなことを考えました。

竹島：神庭先生、どうもありがとうございます。すみません、進行役なんですけど、頭に浮かんだことをお話しすると、さっき島藺先生が、梶原先生が友人であるということをおっしゃって、梶原先生の先代の浜田晋先生、浜田クリニックの初代の院長は高知の出身だということで、私も何度かお会いしているいろいろお叱りを受けたり、温かい言葉を掛けていただいたりとかあるんですけど、浜田先生が東京の下町の保健所で職員と話をした時に、「あの保健婦は仏性がある」、「仏性がある」という言われ方をしてたんですね。それをちょっと思い出しまして、「仏性がある」って何だろうと思って、私もそれ聞いてから、高知で自分でこの人は仏性があるっていうふうに思える保健婦っていうのを思い出してみると、苦労を深いところで共感できる人という感じがあって、それと手が動くということが一緒になっているような感じなのかなということを感じたりしました。

それから、私が宗教者災害支援の連絡会とかに行った時に感じて思ったのは、時間軸が

長いという感覚なんですね。やっぱり1つの病気とかの治療という時間軸が短くなっていくんだけど、こういったスピリチュアルケアとかいろんなものっていうのは、自分の代だけじゃなしにもっと世代が違って関係していたり、自分だけではどうしようもならなかったこととかにもやはり自分の悩みとかつらさの根源があったり、あるいはでも、それが同時に重ねられているものであったりという、時間軸の長さというのがなんかすごくあって、それを視野に入れるということが大事だというようなことを私は宗教者災害支援連絡会とかの会合とかに行き行って感じたことがございます。

じゃあ、ここでお二人、質問者になっていただいた高瀬先生、大岡先生から短いきょうの振り返りをお願いいたします。さっきのご質問へのご回答とかのコメントも含めて短く、今、思われてることを率直にお話しただけならと思います。よろしくお祈りします。

高瀬：では、私からでよろしいですか。ありがとうございます。島藺先生、神庭先生におかれましては、ぶしつけな質問に対してご丁寧にご回答くださりまして、改めて御礼を申し上げます。率直な感想としては、もっと時間があつたら良かったなというのが率直な感想で、恐らくこれをきっかけにすごくいろんな話が深まっていくんだろうなというふうにちょっと思った次第です。医療との接合という部分で、これは宗教者側もまだまだそういった領域について学ばなければいけないですし、こちら側が取り組むべきことというのも多いというふうに思っていて、そういった場を継続的に何かつくっていったらなということを感じた次第です。

あとは、島藺先生、冒頭のお話で地域包括ケアの話をして、ちょっとそこで私は全然さっきのコメントの時にはできなかったんですけども、もう一つ、この先考えていきたいところでは、今、地域包括ケアだけでなく「にも包括」といってさらに精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が叫ばれている中で、地域移行をどう進めていくか

という時に、地域社会がどう受け止めるのかわからないという大きな問題があると思うんです。そういった時にその橋渡し役に、例えばそういった寺院とか神社とか教会が、地域社会と当事者をつなぐことができないかとちょっと思っているんですけども、きょうのお話を聞かせていただきながら、できればそこまで踏み込みたかったんですが何も力量不足で申し訳ございません。またこういう機会があったらぜひ、よろしくをお願いします。

竹島：どうもありがとうございます。大岡先生、お願いいたします。

大岡：ありがとうございます。島藺先生と神庭先生のご回答の部分も非常に興味深く拝聴させていただきました。

島藺先生からは、スピリチュアリティが超越的なものにつながるものであり、共同体を結び付けていくことなんだということをお示しいただきました。そこからネットワーク、ブリッジ型、こども食堂という、実は社会でいろいろな人と人がつながる仕組みが、これがスピリチュアリティなんだということ、実感を持って教えていただいたなというふうに思います。

また、文化資源の必要性、その中に入っているスピリチュアリティというものについても学ばせていただいたと思います。ヨガとかアニメとか音楽とか、若者の今、自殺率も高くなっている中で、こういうものが人と人がつながる機会をつくっていったら、その中で霊的というふうでしょうか、スピリチュアルな部分で下支えをしていることがわかりました。あしたも生きようというふうに思えるのであればいいなと、その価値を感じさせていただいたなというふうに思います。

そして、神庭先生のケースからは、お話の最後でおっしゃっていた、スピリチュアルケアはメンタルケアを深める上で重要なんだといったところが非常に響きました。メンタルケアをするのにスピリチュアルケアが必要だという発想が、まだまだ共有できていないように思います。これはソーシャルワーカーにとっても同様です。宗教のご専門の先生方と一緒に

なりながら、また、地域の活動家の方とも一緒に考えながら、スピリチュアルな癒しを担い、包括的なメンタルケアに繋げていくという発想を持つ必要があるんだろうと思いました。

竹島先生が最後におっしゃってた「仏性がある人」に私もなれるものなら目指してみたいものです。まだまだ未熟なので何十年もかかると思いますが、そんなふうに思った次第です。ありがとうございました。

竹島：どうもありがとうございます。最近、前に読んだ精神医学者の本には、科学、技術、倫理を3本脚の椅子で表現されていました。これと今日のお話がどうつながるのかと考えました。

すいません、ここで最後にお二人の先生の声を聞かずに終わってしまうと、ちょっとが寂しいと思いますので、すみません、島藺先生と神庭先生、一言ずつお願いできますでしょうか。

日本社会のレジリエンス

島藺：ありがとうございます。大岡先生が最後におっしゃったこと、とても心強くて、こども食堂、別にスピリチュアリティと結び付けなくてもいいと思う方もいらっしゃるかもしれませんが、そこに生きがいがあり、人とともに生きていくことの価値を見直す、そしてこれ、誰かが言って始まったのではなくて、日本の社会の中から起こってきて、2012年に始まって、今、7,000カ所以上のこども食堂があるんですね。これは、私は日本社会のレジリエンスと見てもいいんじゃないか。孤立化し、ケアができない社会になり、そしてトラウマの中で苦しみ続ける人が孤立してる、こういうことを変えていく。先生が関わっておられるような試みもその一部であるし、われわれがやっていることもまた別の形で現れていく。

竹島先生がおっしゃった長いスパンで見るとするのは、宗教学とか社会学とかをやっている人間にとってはそうならざるを得ない、俯瞰的に物を見る傾向があると思うんですけれ

ども、これはつまり病んでいる社会という視点、社会がうまく機能していないことが個人に現れているというふうに捉える、そういう視点とも関わってくるんじゃないかなというふうに思っています。精神保健って元々そういう領域だと思いますので、このスピリチュアリティという主題は、非常に個人の内面に関わることであると同時に社会にもつながる視点だという大岡先生の発言、また先生方の発言からその想いを新たにしましたので、最後に申し上げます。

竹島：ありがとうございます。神庭先生、お願いいたします。

共創的な活動

神庭：3人の先生方、誠にありがとうございました。私は臨床医としては平均的な精神科医でありまして、私より優れた精神療法をなさる方はたくさんいらっしゃいます。その人たちが聞いたなら何を言ってるんだと叱られそうな感じがしますが、今日、スピリチュアリティの持つ意味とかスピリチュアリティを大事にした共創的な活動が広く展開されていることを知りまして、大変うれしく思いました。また、これからもスピリチュアリティについて考えていきたいと思えます。大変勉強になりました。ありがとうございます。

竹島：どうもありがとうございました。つたない司会で何か最後はちょっと変なことまで言ってしまって申し訳ありませんでした。

今日の講演と対談の見逃し配信を希望される方もいらっしゃったんですけども、今日はできるだけ自由にお話ししていただきたいということで、見逃し配信はないという形にしております。その代わりに、協議会の会報でこれを少しまとめたものを会報に掲載させていただきたいと思えます。会報はウェブにもあげますので、ちょっと時間がかかりますけども、ぜひご視聴いただけたらと思えます。

それから、高瀬先生から、これは今回だけで終わらないだろうというお話を頂いたんで、

またぜひ、これはこれから少し深めて一歩ずつ進めていきたいと思えます。これは考えていくというか、思っていくプロセスがとても大事だと思いますので、そういう感じが一番いいのかなというふうに思っております。

ということで、私の司会第2部を終わりました。進行を全体のほうに大岡先生にお返ししたいと思います。よろしくお願ひします。先生方、どうもありがとうございました。

大岡：これをもちまして、総会記念講演・対談「スピリチュアリティケアとメンタルケア—揺れ動く社会の中で」を閉会いたします。このたびはご参加、ありがとうございました。

令和4年度事業報告

令和4年度においては次のことを実施した。

1. 総会の開催（令和5年3月17日ウェブ開催）
2. 理事会及び常務理事会の開催：
理事会：令和5年2月書面開催、令和5年3月書面開催、
常務理事会：令和4年9月16日ウェブ開催
3. 役員改選
4. 第69回精神保健福祉全国大会への参加及び精神障害者の絵画作品の展示：実施せず
5. 「ミニレクチャー」「懇話会」の開催（精神保健福祉全国大会開催地）：実施せず
これに代わって、令和2－3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」（研究代表者 竹島正）の分担研究「精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究」（研究分担者 杉山直也）の研究成果を踏まえた研修会「行動制限最小化の普及のためにーコア・ストラテジーとTICを学ぶー」をウェブ開催（令和5年1月21日）。
6. 会報の発行、配布：
統計数理研究所共同研究集会（10参照）の要約等を収録（令和5年6月発行予定）。
7. ウェブサイトをとおした精神保健情報の発信：
本協議会ウェブサイトの更新（令和4年9月、11月、令和5年1月、2月）
本協議会ウェブサイトに各協（議）会サイトをリンク
8. 精神保健福祉事業功労者の厚生労働大臣及び日本精神保健福祉連盟会長表彰候補者の推薦
9. アートをとおしての精神保健の啓発の取組：
平川病院造形教室の協力による厚生労働省講堂前及び階段部分への作品展示
10. 自殺対策の推進への協力：
情報システム研究機構統計数理研究所 公募型共同利用「新型コロナウイルス(COVID-19)の世界的流行後における自殺予防・自死遺族支援のための学際的・共同研究集会ー自殺対策の持続可能な発展に向けて」の開催協力（11月4－5日）
11. 日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際研究への協力：
「日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際シンポジウム2022ー戦争について語ること、セーフスペースを考えるー」の開催協力
第1回「戦争についての体験を語るセーフスペースを検証する」（9月17日）
第2回「戦争・災害の公的記憶とセーフスペース」（10月22日）
第3回「戦争について語ること、セーフスペースを考えるー今後に向けてー」（11月27日）
12. 地域共生・精神保健委員会の滑動：
地域共生社会（インクルーシブな社会）の構築に向けて、それを発展させるひと・組織のつながりをつくとともに、関連する情報を精神保健福祉協会等に発信していくことを目的とする。
委員：大岡由香（武庫川女子大学短期大学部心理・人間関係学科）、後藤基行（立命館大学大学院先端総合学術研究科）、高瀬顕功（大正大学社会共生学部 公共政策学科）、西

大輔（東京大学大学院医学系研究科/NCNP精神保健研究所公共精神健康医療研究部）、藤井千代（NCNP精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長）、竹島正（全国精神保健福祉連絡協議会会長・委員長）

活動内容：TIC相談支援研修（相談支援の中にTICを取り入れる（支援者支援を含む）研修）として、令和5年2月17日、2月24日の2回開催。対象者は自治体職員等。

13. 新型コロナウイルス感染拡大にともなう地方協会の分担金の減額
14. 啓発教育への協力
15. 本協議会事務局の移転（郵便物の郵送先は会長勤務先）

令和5年度事業計画

令和5年度においては次のことを実施する。

1. 総会の開催（令和5年7月19日）
2. 理事会及び常務理事会の開催：
理事会：令和5年6月書面開催、令和6年2月
常務理事会：令和5年5月11日）
3. 第70回精神保健福祉全国大会への参加
4. 会報の発行、配布
5. ウェブサイトをとおした精神保健情報の発信
6. 精神保健福祉事業功労者の厚生労働大臣及び日本精神保健福祉連盟会長表彰候補者の推薦
7. アートをとおしての精神保健の啓発の取組：
平川病院造形教室の協力による厚生労働省講堂前及び階段部分への作品展示。ウェブサイトへの紹介等
8. 自殺対策の推進への協力：
情報システム研究機構統計数理研究所公募型共同利用共同研究集会「持続可能な自殺対策の構築-自殺対策基本法20周年に向けて」への協力等
9. 日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際研究への協力：
6月10日「戦争と文化的トラウマ」出版記念イベント「文化的トラウマとその回復」
11月19日、12月17日シンポジウム
10. 地域共生・精神保健委員会：TIC相談支援研修の開催
11. 外部資金の確保による普及啓発の推進等（日本精神保健福祉連盟による障害者総合福祉推進事業「精神保健医療福祉における普及啓発の効果的手法の検討」申請への協力等）
12. 総会時の講演と対談：
講演：島藺進（大正大学地域構想研究所客員教授／本会理事）
「スピリチュアルケアとは何か、メンタルケアとの連携（仮称）」
対談：神庭重信（九州大学名誉教授／本会副会長）
指定発言：高瀬顕功（大正大学社会共生学部／本会理事）
大岡由佳（武庫川女子大学）
13. 啓発教育への協力
14. 新型コロナウイルス感染拡大にともなう地方協会の分担金の減額

定款

第1章 総則

(名称)

第1条 この法人は、一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会という。

(事務所)

第2条 この法人は、主たる事務所を東京都北区に置く。

第2章 目的及び事業

(目的・事業)

第3条 この法人は、各都道府県精神保健福祉協会及び精神衛生協会又は協議会（以下「地方協会等」という。）間の連絡を図り、もって精神保健福祉の普及発展に資することを目的とする。

第3章 会員

(会員)

第4条 この法人の会員は、地方協会等の長とする。

2 前項の会員をもって、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「一般法人法」という。）上の社員とする。

(入会)

第5条 会員となるには、理事会において別に定めるところにより、入会の申し込みを行うものとする。

(経費の負担)

第6条 この会の経費は、地方協会等の分担金その他をもってあてる。

(退会)

第7条 会員は、いつでも退会届を提出して退会することができる。

(除名)

第8条 会員が次の各号の一に該当する場合には、総会の決議によって当該会員を除名することができる。

- (1) この定款その他の規則に違反したとき。
- (2) この法人の名誉を毀損し、又は目的に反する行為をしたとき。
- (3) その他、除名すべき正当な事由があるとき。

(会員資格の喪失)

第9条 前2条の場合のほか、会員は、次に掲げる事由によって資格を喪失する。

- (1) 総会員の同意があったとき。
- (2) 当該会員が所属する地方協会等が解散したとき。

第4章 総会

(構成)

第10条 総会は、すべての会員をもって構成する。

2 前項の総会をもって、一般法人法上の社員総会とする。

(権 限)

第11条 総会は、次の事項について決議する。

- (1) 会員の除名
- (2) 理事及び監事の選任又は解任
- (3) 理事及び監事の報酬等の額
- (4) 貸借対照表及び正味財産増減計算書の承認
- (5) 定款の変更
- (6) 解散及び残余財産の処分
- (7) その他総会で決議するものとして法令又はこの定款で定められた事項

(開 催)

第12条 この法人の総会は、定時総会及び臨時総会とする。定時総会は、毎事業年度の終了後一定の時期に開催し、臨時総会は、必要に応じて開催する。

(招 集)

第13条 総会は、法令に別段の定めがある場合を除き、理事会の決議に基づき会長が招集する。

2 総会員の議決権の5分の1以上の議決権を有する会員は、会長に対し、総会の目的である事項及び招集の理由を示して、総会の招集を請求することができる。

3 総会を招集するには、会長は、総会の日々の2週間前までに、会員に対して必要事項を記載した書面をもって通知する。

(議 長)

第14条 総会の議長は、会長とする。

(議決権)

第15条 会員は、総会において各1個の議決権を有する。

(決 議)

第16条 総会の決議は、法令又はこの定款に別段の定めがある場合を除き、総会員の議決権の過半数を有する会員が出席し、出席した当該会員の議決権の過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、次の決議は、総会員の議決権の3分の2以上に当たる多数をもって行う。

- (1) 会員の除名
- (2) 監事の解任
- (3) 定款の変更
- (4) 解 散
- (5) その他法令で定められた事項

3 理事又は監事を選任する議案を決議する場合には、候補者ごとに第1項の決議を行わなければならない。理事又は監事の候補者の合計数が第20条に定める定数を上回るときは、過半数の賛成を得た候補者の中から得票数の多い順に定数の枠に達するまでの者を選任することとする。

(書面による議決権行使)

第17条 総会に出席できない会員は、議決権行使書をもって議決権を行使することができる。この場合においては、その議決権の数を前条の議決権の数に算入する。

(議決権の代理行使)

第18条 会員は、委任状その他の代理権を証明する書面を会長に提出して、代理人によって議決権を行使することができる。この場合において、第16条の規定の適用については、その会員は出席したものとみなす。

(議事録)

第19条 総会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成し、会長及び理事1名がこれに記名押印するものとする。

第5章 役員

(役員)

第20条 この法人に次の役員を置く。

(1) 理事 8名以上15名以内

(2) 監事 2名

2 理事のうち1名を会長とする。

3 理事のうち4名を副会長とする。

4 理事のうち3名以内を常務理事とする。

5 2項の会長をもって、一般法人法上の代表理事とし、3項の副会長及び4項の常務理事をもって一般法人法上の業務執行理事とする。

(理事の制限)

第21条 理事のうち、理事のいずれかの1名とその配偶者又は三親等内の親族その他特別の関係にある者の合計数は、理事総数の3分の1を超えてはならない。

(役員を選任)

第22条 理事は、別表に掲げる都道府県の地区ごとに、当該地区内の地方協会等の協議により、地方協会等の役員のうちから1名の推薦を受け、総会の決議によって選任する。

2 前号の理事のほか、精神保健福祉に関し学識経験のある者若干名を総会の決議を得て理事として選任することができる。

3 会長、副会長及び常務理事は、理事会の決議によって選定する。ただし、役員が構成されない場合は、総会の決議により決定することができる。

4 監事は、地方協会等の役員のうちから総会の決議により選出する。

5 理事及び監事は、相互にこれを兼ねることができない。

(理事の職務及び権限)

第23条 理事は、理事会を組織し、法令及びこの定款で定めるところにより、会務の執行を決定する。

2 会長は、この会を統括し、この法人を代表する。

3 副会長は、会長を補佐するとともに、会務を執行する。

4 常務理事は、会長及び副会長を補佐し、常務理事会を組織して会務を執行する。

5 会長及び副会長・常務理事は、毎事業年度に4カ月を超える間隔で二回以上、自己の職務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。

(監事の職務及び権限)

第24条 監事は、理事の職務の執行を監査し、法令で定めるところにより、監査報告を作成する。

2 監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、この法人の業務及び財

産の状況の調査をすることができる。

(役員任期)

第25条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。ただし、再任を妨げない。

2 監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。ただし、再任を妨げない。

3 補欠として選任された理事又は監事の任期は、前任者の任期の満了する時までとする。

4 理事又は監事は、第20条に定める定数に足りなくなるときは、辞任又は任期満了後においても、新たに選任された者が就任するまでは、なお理事又は監事としての権利義務を有する。

(役員解任)

第26条 理事及び監事は、総会の決議によって解任することができる。

(報酬等)

第27条 理事及び監事は、無報酬とする。ただし、常勤の理事及び監事に対しては、総会において定める総額の範囲内で、総会において別に定める報酬等の支給の基準に従って算定した額を、報酬等として支給することができる。

第6章 理事会

(構成)

第28条 この法人に、理事会を置く。

2 理事会は、すべての理事で構成する。

(権限)

第29条 理事会は、次に掲げる職務を行う。

- (1) 事業計画、予算の作成その他この法人の会務執行の決定
- (2) 理事の会務の執行の監督
- (3) 会長、副会長及び常務理事の選定及び解職

(招集)

第30条 理事会は、会長が招集する。

2 理事会を招集する者は、理事会の日時、場所、目的、その他必要な事項を記載した書面をもって、理事会の日の1週間前までに、各理事及び各監事に対してその通知を発しなければならない。

3 前項の規定にかかわらず、理事会は、理事及び監事の全員の同意があるときは、招集の手続きを経ることなく開催することができる。

(議長)

第31条 理事会の議長は、会長とする。

(決議)

第32条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、理事が理事会の決議の目的である事項について提案をした場合において、その提案につき議決に加わることができる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、監事はその提案について異議を述べたときを除き、その提案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。

(議事録)

第33条 理事会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成する。

2 会長及び監事は、前項の議事録に署名し、又は記名押印する。

(常務理事会)

第34条 常務理事会は、必要の都度会長がこれを招集し、議長となる。

第7章 顧問

(顧問)

第35条 この会に顧問若干名を置くことができる。

2 顧問は、総会及び理事会の推薦により、会長が委嘱する。

第8章 資産及び会計

(事業年度)

第36条 この法人の事業年度は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

(事業報告及び決算)

第37条 事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、会長が次の書類を作成し、監事の監査を受けた上で、理事会の承認を経て、総会に提出し、第1号の書類についてはその内容を報告し、第2号及び第3号の書類については承認を受けなければならない。

(1) 事業報告

(2) 貸借対照表

(3) 正味財産増減計算書

2 前項の書類のほか、監査報告を主たる事務所に5年間備え置くとともに、定款、会員名簿を主たる事務所に備え置くものとする。

(剰余金の処分制限)

第38条 この法人は、会員その他の者に対し、剰余金の分配をすることができない。

第9章 定款の変更及び解散

(定款の変更)

第39条 この法人は、総会の決議によって、定款を変更することができる。

(解散)

第40条 この法人は、総会の決議その他法令で定められた事由により解散する。

(残余財産の帰属)

第41条 この法人が清算するとき有する残余財産は、総会の決議を経て、国もしくは地方公共団体、又は公益社団法人もしくは公益財団法人、又は公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条17号に掲げる法人に帰属させるものとする。

第10章 公告の方法

(公告の方法)

第42条 この法人の公告方法は、電子公告とする。

第11章 職員

(職員)

第43条 この会に職員若干名を置き、会長が任免する。

第12章 雑則

(細則)

第44条 この定款施行について必要な事項は、理事会の決議を経て会長がこれを定める。

附 則

1. この定款は、この法人の成立の日から施行する。
 2. この法人の設立当初の事業年度は、第36条の規定にかかわらず、この法人の成立の日から平成25年3月31日までとする。
 3. この法人の設立時会員の氏名及び住所は次のとおりとする。
- <必要的記載事項>
4. この法人の設立時理事は、次に掲げる者とする。
 5. この法人の設立時監事は、次に掲げる者とする。

| 地区 | 所属する都道府県 |
|------|-----------------------------|
| 北海道 | 北海道 |
| 東北 | 青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島・新潟 |
| 関東甲信 | 茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川・山梨・長野 |
| 東海北陸 | 静岡・愛知・岐阜・三重・富山・石川・福井 |
| 近畿 | 滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山 |
| 中国 | 鳥取・島根・岡山・広島・山口 |
| 四国 | 徳島・香川・愛媛・高知 |
| 九州 | 福岡・佐賀・長崎・熊本・大分・宮崎・鹿児島・沖縄 |

役員名簿（令和6年7月1日現在）

| 区 分 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|---------|--|--|
| 会 長 | 学識経験者 | 竹島 正 | 川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター所長 大正大学地域構想研究所客員教授 |
| 副 会 長 | 中 国 | 中島 豊爾 | (一社) 岡山県精神保健福祉協会会長 |
| | 学識経験者 | 神庭 重信 | 九州大学名誉教授／福岡県精神保健福祉協会名誉会長 |
| 常務理事 | 東 北 | 高階 憲之 | 宮城県精神保健福祉協会会長 |
| | 関 東 甲 信 | 水野 雅文 | 東京都精神保健福祉協議会会長 |
| | 学識経験者 | 高瀬 顕功 | 大正大学社会共生学部専任講師、同地域構想研究所BSR推進センター |
| 理 事 | 北 海 道 | 田辺 等 | 北海道精神保健協会会長 |
| | 東 海 北 陸 | 岡田 元宏 | 三重県精神保健福祉協会会長 |
| | 近 畿 | 小野 善郎 | 和歌山県精神保健福祉協会会長 |
| | 四 国 | 上野 修一 | 愛媛県精神保健福祉協会会長 |
| | 九 州 | 中尾 智博 | 福岡県精神保健福祉協会会長 |
| | 学識経験者 | 大塚 俊弘 | 長崎県精神医療センター院長 |
| | | 島 蘭 進 | 大正大学地域構想研究所客員教授 グリーフケア研究所客員所員／東京大学名誉教授 |
| 藤井 千代 | | 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部長 | |
| 監 事 | | 高畑 隆 | 埼玉県精神保健福祉協会副会長 |
| | | 丸山 晋 | KJサイコセラピー研究所長 |

地方協会名簿（令和6年7月1日現在）

| 名 称 | 所 在 地 | TEL / FAX |
|--------------------|---|--|
| 北海道精神保健協会 | 〒003-0029 札幌市白石区平和通17丁目 北1番13号 こころのリカバリー総合支援センター内 | TEL: 011-861-6353 FAX: 011-861-6330 |
| 青森県精神保健福祉協会 | 〒038-0031 青森市大字三内字沢部353-92 青森県精神保健福祉センター内 | TEL: 017-787-3951 FAX: 017-787-3956 |
| 岩手県精神保健福祉協会 | 〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1 | TEL: 019-629-9617 FAX: 019-629-9603 |
| (公社) 宮城県精神保健福祉協会 | 〒989-6117 大崎市古川旭五丁目7-20 | TEL: 0229-23-0021 FAX: 0229-23-0388 |
| 秋田県精神保健福祉協会 | 〒010-0922 秋田市旭北栄町1-5 秋田県社会福祉会館4F | TEL: 018-864-5011 FAX: 018-864-5011 |
| 山形県精神保健福祉協会 | 〒990-0021 山形市小白川町2-3-30 山形県精神保健福祉センター内 | TEL: 023-624-1217 FAX: 023-624-1656 |
| (一社) 福島県精神保健福祉協会 | 〒960-8012 福島県福島市御山町8-30 保健衛生合同庁舎5階 福島県精神保健福祉センター内 | TEL: 024-535-3556 FAX: 024-533-2408 |
| 新潟県精神保健福祉協会 | 〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-3 新潟県精神保健福祉センター内 | TEL: 025-280-0111 FAX: 025-280-0112 |
| 茨城県精神保健協会 | 〒310-0852 茨城県水戸市笠原町993-2 茨城県精神保健福祉センター内 | TEL: 029-241-3352 FAX: 029-241-3352 |
| (一財) 栃木県精神衛生協会 | 〒320-0032 栃木県宇都宮市昭和2-2-7 | TEL: 028-622-7526 FAX: 028-622-7879 |
| 群馬県精神保健福祉協会 | 〒379-2166 群馬県前橋市野中町368 群馬県こころの健康センター内 | TEL: 027-263-1166 FAX: 027-261-9912 |
| (公社) 埼玉県精神保健福祉協会 | 〒362-0806 北足立郡伊奈町小室818-2 埼玉県精神保健福祉センター内 | TEL: 048-723-5331 FAX: 048-723-5331 |
| (NPO) 千葉県精神保健福祉協議会 | 〒260-0801 千葉市中央区仁戸名町666-2 千葉県精神保健福祉センター内 | TEL: 080-7000-2093 |
| 東京都精神保健福祉協議会 | 〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1 東京都立松沢病院内 | TEL: 03-3303-7211 (1014) FAX: 03-3329-7586 (院長室宛) |
| (一社) 神奈川県精神保健福祉協会 | 〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷2丁目5-2 神奈川県精神保健福祉センター内 | TEL: 045-827-1688 FAX: 045-827-1688 |
| 山梨県精神保健協会 | 〒400-0005 甲府市北新1-2-12 山梨県精神保健福祉センター内 | TEL: 055-254-8644 FAX: 055-254-8647 |
| 長野県精神保健福祉協議会 | 〒381-8577 長野市下駒沢618-1 | TEL: 026-266-0280 FAX: 026-266-0502 |
| 静岡県精神保健福祉協会 | 〒422-8031 静岡市駿河区有明町2番20号 静岡県静岡総合庁舎別館4階 静岡県精神保健福祉センター内 | TEL: 054-202-1220 FAX: 054-202-1220 |
| 愛知県精神保健福祉協会 | 〒460-0001 名古屋市中区三の丸3-2-1 愛知県東大手庁舎 愛知県精神保健福祉センター内 | TEL: 052-962-5377 (内線550) FAX: 052-962-5375 |
| 岐阜県精神保健福祉協会 | 〒500-8385 岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館3F | TEL: 058-273-5720 FAX: 058-273-5720 |
| 三重県精神保健福祉協議会 | 〒514-8567 三重県津市桜橋3-446-34 三重県こころの健康センター内 | TEL: 059-223-5241 (代) FAX: 059-223-5242 |
| (公社) 富山県精神保健福祉協会 | 〒930-0887 富山県富山市五福474-2 ゆりの木の里内 | TEL: 076-433-0383 FAX: 076-433-6695 |

| | | |
|------------------|--|---|
| 石川県精神保健福祉協会 | 〒920-8201 金沢市鞍月東2-6 石川県こころの健康センター内 | TEL: 076-238-5761 FAX: 076-238-5762 |
| 福井県精神保健福祉協会 | 〒910-0026 福井市光陽2-3-36 福井県総合福祉相談所内 | TEL: 0776-24-5135 FAX: 0776-24-8834 |
| 滋賀県精神保健福祉協会 | 〒525-0072 滋賀県草津市笠山八丁目4番25号 滋賀県精神医療センター気付 | TEL: 077-567-5250 FAX: 077-567-5250 |
| (一社) 京都精神保健福祉協会 | 〒604-8804 京都市中京区壬生坊城町48-6 社会福祉会館2F | TEL: 075-822-3051 FAX: 075-822-3051 |
| 奈良県精神保健福祉協会 | 〒639-1042 大和郡山市小泉町73-1 (社福) 萌内 | TEL: 0743-54-0821 FAX: 0743-55-7553 |
| 兵庫県精神保健福祉協会 | 〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2 兵庫県精神保健福祉センター内 | TEL: 078-252-4986 FAX: 078-252-4981 |
| 和歌山県精神保健福祉協会 | 〒640-8319 和歌山市手平2-1-2 ビッグ愛2F | TEL: 073-435-5194 FAX: 073-435-5193 |
| 鳥取県精神保健福祉協会 | 〒680-0901 鳥取市江津318-1 鳥取県精神保健福祉センター内 | TEL: 0857-21-3031 FAX: 0857-21-3034 |
| 島根県精神保健福祉協会 | 〒690-0011 松江市東津田町1741-3 島根県立心と体の相談センター内 | TEL: 0852-32-5905 FAX: 0852-32-5924 |
| (一社) 岡山県精神保健福祉協会 | 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 岡山県精神科医療センター内 | TEL: 086-225-3821 (内線1340) FAX: 086-234-2639 |
| (一社) 広島県精神保健福祉協会 | 〒739-0323 広島県広島市安芸区中野東4丁目 11-13 瀬野川病院内 | TEL: 082-893-6242 FAX: 082-893-6242 |
| 山口県精神保健福祉協会 | 〒753-0814 山口県山口市吉敷下東4丁目 17番1号 山口県精神保健福祉センター内 | TEL: 083-902-2672 FAX: 083-902-2678 |
| 徳島県精神保健福祉協会 | 〒770-8570 徳島市万代町1-1 徳島県保健福祉部健康づくり課内 | TEL: 088-621-2225 FAX: 088-621-2841 |
| 香川県精神保健福祉協会 | 〒760-8570 高松市番町4-1-10 香川県健康福祉部障害福祉課内 | TEL: 087-832-3294 FAX: 087-806-0240 |
| 愛媛県精神保健福祉協会 | 〒790-8570 愛媛県松山市一番町4丁目4-2 愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課内 | TEL: 089-934-5714 FAX: 089-912-2399 |
| 高知県精神保健福祉協会 | 〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2-20 高知県子ども・福祉政策部障害保健支援課内 | TEL: 088-823-9669 FAX: 088-823-9260 |
| 福岡県精神保健福祉協会 | 〒816-0804 春日市原町3丁目1-7 福岡県精神保健福祉センター内 | TEL: 092-584-8720 FAX: 092-584-8720 |
| 佐賀県精神保健福祉協会 | 〒845-0001 佐賀県小城市小城町178-9 佐賀県精神保健福祉センター内 | TEL: 0952-73-5060 FAX: 0952-73-3388 |
| (一社) 長崎県精神保健福祉協会 | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22 長崎こども・ 女性・障害者支援センター精神保健福祉課内 | TEL: 095-846-5115 FAX: 095-846-8920 |
| (公社) 熊本県精神保健福祉協会 | 〒862-0920 熊本市東区月出3丁目1-120 | TEL: 096-285-6884 FAX: 096-285-6885 |
| 大分県精神保健福祉協会 | 〒870-1155 大分市玉沢908番地 大分県こころとからだの相談支援センター内 | TEL: 097-541-5276 FAX: 097-541-6627 |
| 宮崎県精神保健福祉協議会 | 〒880-0032 宮崎県宮崎市霧島1-1-2 宮崎県精神保健福祉センター内 | TEL: 0985-27-5663 FAX: 0985-27-5276 |
| 鹿児島県精神保健福祉協議会 | 〒890-0021 鹿児島市小野1-1-1 鹿児島県精神保健福祉センター内 | TEL: 099-218-4755 FAX: 099-228-9556 |
| (一社) 沖縄県精神保健福祉協会 | 〒901-1104 沖縄県島尻郡南風原町宮平212-3 沖縄県立総合精神保健福祉センター 2階 | TEL: 098-888-1396 FAX: 098-888-1396 |
| 八尾市精神保健福祉協議会 | 〒596-0821 大阪府岸和田市小松里町950-2 | TEL: 072-444-7559 FAX: 072-444-7559 |
| 豊中精神保健福祉協議会 | 〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1 社会医療法人北斗会 さわ病院医療福祉相談室内 | TEL: 06-6865-1211 FAX: 06-6865-1211 |



一般社団法人

全国精神保健福祉連絡協議会

〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1
川崎市総合リハビリテーション推進センター気付
office.jlcmhw@gmail.com