



Title	医療現場における集団変容プロセス：小児病棟の療養環境改善活動を通じて
Author(s)	山口, 悦子
Citation	大阪大学, 2005, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/1007
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

医療現場における集団変容プロセス
—小児病棟の療養環境改善活動を通じて—

山口悦子^{1),2),3)}

1)大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学講座

2)大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座

3)関西女子短期大学保育科

目次

謝辞	4
要旨	5
1 序論	1
1-1 小児慢性疾患医療における療養環境問題と病気の子どもの権利	1
1-1-1 小児の療養環境問題.....	1
1-1-2 病気の子どもの権利と法整備.....	2
1-1-3 日本の小児療養環境の現況と課題.....	3
1-1-4 欧米の療養環境改善対策と日本の方向性.....	5
1-2 小児科医としての問題提起の視点	6
1-3 本研究の目的とグループ・ダイナミックス.....	11
1-4 先行研究と本研究の位置付け	14
1-5 本論文の構成	15
2 対象と方法	16
2-1 施設概要	16
2-2 研究方法	17
2-2-1 筆者の立場と研究チームの構成	17
2-2-2 フィールドワーク.....	18
2-2-3 半構造化面接と質問紙調査.....	18
2-2-4 資料とエスノグラフィー	18
3 事例：療養環境改善活動の変遷.....	20
3-1 第1期：療養環境改善活動の導入期(1994年～2001年)	20
3-1-1 療養環境改善活動導入の経緯(図2).....	20
3-1-2 療養環境改善活動導入による病棟・病院の変化.....	25
3-2 第2期：「療養環境プロジェクト」の成立期(2002年～2003年3月)	29
3-3 第3期：「療養環境プロジェクト」の整備期(2003年4月～現在)	30
3-3-1 庶務課広報担当職員の活躍とアートプログラム：「アートもクスリ」、「アーティスト@夏休みの病院」	30

3-3-2 院内美術展覧会と市民への発信.....	34
3-3-3 拡大版「院内社会見学」と学校教育活動への支援.....	35
3-3-4 学生ボランティア活動支援の充実と「夏休み☆こどもまつり」(表2).....	36
3-3-5 外来小児患者対象ワークショップ「はこぶね、はこぶね。」.....	38
3-3-6 「療養環境プロジェクト」の反響.....	39
3-4 療養環境改善活動の広がり.....	40
3-5 半構造化面接・質問紙調査法等の結果.....	41
3-5-1 医学部学生ボランティアが行った半構造化面接の結果.....	41
3-5-2 「夏休み☆こども映画祭り」(2003年度)、「夏休み☆こどもまつり—つくって、あそぼう!—」(2004年度)終了後反省会、学生の感想のメール、および保護者を対象とした質問紙調査の結果.....	42
4 考察:医療現場の規範の変容とその要因.....	46
4-1 小児病棟・病院における規範変容とその要因.....	46
4-2 新しい規範の形成・伝達のプロセス〜大澤真幸の社会学的身体論〜.....	47
4-3 医療現場における規範形成・伝達—智頭町との比較—(表7).....	50
4-4 医療現場における規範形成の特徴—智頭町との比較—.....	53
4-5 療養環境改善活動諸実践と身体論.....	60
4-5-1 卒前教育としての学生ボランティア活動支援と院内社会見学の身体論.....	60
4-5-2 ベッドサイドボランティア活動の身体論的特徴.....	61
4-5-3 「アートプロジェクト」の身体論的意義.....	63
5 まとめと展望.....	66
5-1 医療現場の身体論的特徴と実践への応用.....	66
5-1-1 医療現場における規範変容のプロセス.....	66
5-1-2 医療現場の規範変容プロセスの特徴と実践.....	66
5-1-3 超越的身体の抽象化と医療現場の課題.....	70
5-2 子どもという視点からみた病院—「ぼくらのまち、病院」という提言—.....	71
5-2-1 集権身体を裂開させる要素.....	71
5-2-2 集権身体を裂開させるアートの意義.....	72
5-2-3 生成力のある理論を目指して—「ぼくらのまち、病院」という提言—.....	74

附 療養環境改善活動諸実践の実践的側面.....	80
附-1 小児の療養環境における教育	80
(1) 療養環境と池田の教育コミュニティ構想.....	80
(2) 協働的实践における卒前教育、職員研修	81
附-2 小児の療養環境におけるボランティア活動の意義.....	83
(1) ナラティブ・アプローチについて	83
(2) 自己物語とボランティアの存在	84
附-3 医療と保育の協働についての一考察	86
附-4 医療現場におけるアートの意義.....	89
(1) 病院におけるアート活動の前提.....	90
(2) 組織化(organizing)におけるアート活動の意義.....	91
参考文献.....	93

謝辞

稿を終えるにあたり、大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学教室の山野恒一教授、新宅治夫先生、倭和美先生、池宮美佐子先生、楠根佐緒里様他小児科医局の皆様、一色玄前大阪市立大学医学部小児科教授、大阪市立大学医学部附属病院庶務課平井祐範様、川本正裕様はじめ庶務課職員の皆様、17 階西病棟原園師長および看護スタッフの皆様、病院長はじめ関係各部署の皆様、大阪市立金塚小学校および大阪市立貝塚養護学校の先生方、ご協力頂いたアーティスト諸氏、「大阪市大医学部学生ベッドサイドボランティア」の余谷暢之君(現 独立行政法人国立病院機構京都医療センター・臨床研修医)、多賀陽子さん(現 中部徳洲会病院・研修医)、他学生の皆さん、ワークショップ他様々な活動にご参加いただいたボランティアの皆様、関西女子短期大学保育科池田昭子先生、岡本雅子先生他、地域交流支援センター関係者の方々、そして研究全般にわたってご指導頂きました指導教官の大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座地域共生論の渥美公秀助教授、院生の皆様に、この場を借りて篤く御礼申し上げます。

※この研究は、平成15年度がんの子供を守る会治療研究助成金、平成15年度関西女子短期大学奨励研究費の助成を受けた。また、この研究対象となった事業は、平成15年独立行政法人福祉医療機構子育て支援基金「特別分」の助成をうけた。

※本研究の各々の成果は、第17回日本小児がん学会、第18回日本小児がん学会、第19回日本小児がん学会、第20回日本小児がん学会、第4回国際ボランティア学会、第5回国際ボランティア学会、第50回日本グループ・ダイナミクス学会、第51回日本グループ・ダイナミクス学会の各学会で、発表した。

※本論文は、ボランティア人間科学紀要(2002,2003)、関西女子短期大学紀要(2003,2004)に寄稿した論文に、大幅な加筆修正を加えて執筆した。

要旨

はじめに

(1) 慢性疾患小児患者の療養環境問題

近年、医学の発達に伴い小児慢性疾患の療養成績は飛躍的に向上している。病気や障害を持っている子どもとその家族は、病気と共に生きていくために何らかの形で医療機関に関わり、そこで長期的・継続的に生活をしなければならない。しかし、日本の医療機関の多くは、子どもが生活して育つ場所としては整備されていない。家庭環境や地域の環境と著しく異なった環境における生活や、過酷で長期にわたる治療経験は、小児の精神発達に影響を及ぼす。今日、数々の団体や自助グループ(通称:親の会)が活動し、子どもや家族に対して支援活動を行っているが、多くの小児医療現場では、欧米に比して保育・教育環境整備や心理社会的支援の整備が遅れているのが現状である。

(2) 問題提起の経緯

筆者が所属している大学医学部附属総合病院には、慢性疾患の子どもが長期に入院・通院している。筆者は、小児血液悪性腫瘍を専門とする小児科医であるが、小児血液疾患・悪性腫瘍の長期生存率が飛躍的に向上した1990年代前半以降、生命予後が改善しても、長期にわたる入院生活によって、子ども達の学校や地域への社会復帰が阻害されるという問題に直面していた。

そこで、筆者を含む主治医は、入院中の生活環境、すなわち療養環境を改善し、病院外の家や地域での生活の要素を入院中の生活に盛り込んで、入院前後と入院中の生活に連続性を持たせることによって問題に対処しようと考えた。まず、1994年から、病弱児教育専門の院内学級教師の協力を得て、学校教育における教師と児

童・生徒の関係を子ども達の入院生活に取り込むために、教師の教育活動に対する支援を開始した。さらに、教育活動支援開始後も、療養環境を改善するための活動を、漸次、導入していった。

さて、一般に、社会からの逸脱者である病人を隔離するための装置であるとされる病院では(Parsons, 1964)、可及的速やかに疾病を治療して社会復帰すべきであるという役割規範(病人役割)があるため、患者も医療者も、疾病治療に専念すべきであると考えている。小児病棟でも、療養環境改善活動(以下、本活動)の導入当初は、疾患治療と関係のない本活動は、筆者等主治医以外の医療従事者や保護者にとって、とまどいや拒絶の対象であった。しかし現在、本活動は、治療とは独立した課題として小児病棟中の医師や看護師によって担われ、保護者から賛同を得ている。さらに、最近では、病院長以下、庶務課をはじめとする病院組織の各部署が本活動を支持している。筆者等の病棟・病院では、なぜ、このような変化が生じたのであろうか。

(3) 本研究の目的とグループ・ダイナミクス

本研究では、医師集団、看護師集団、患者集団や病院にいる人々という意味での集団(身体)と、病室や機器類といった事物、そして多種多様な職場の規則、ルーチン化された業務、「医療従事者とはこうあるべき」、「患者とはこうあるべき」という規範や雰囲気といった「もの」的環境によって構成される、医療現場における様々な水準の集合体を取扱っている。本研究の目的は二つある。一つめは、上記のような患者や家族・医療従事者・病院職員等、医療現場における集団の規範変容の要因とプロセスを理解すること、二つめは、小児科医である筆者が、他の医療従事

者や病院職員等と共に、療養環境改善のための協働的実践を展開していく上で必要な実践的な理論を生成することである。このように、本研究が筆者自身の実践を対象としたアクション・リサーチであることから、本研究では、人間科学としてのグループ・ダイナミクス(Sugiman, 1997)、設計科学・物語科学としてのグループ・ダイナミクス(渥美, 2002)を採用している。

(4) 先行研究と本研究の位置付け

国内の小児の療養環境に関する研究の中で、医師や看護師、ソーシャルワーカーなどが報告する研究は、病名告知や教育・保育、心理や家族、ターミナル・ケア¹の問題を軸に、半構造化面接や質問紙調査法の結果を通じて、子どもと家族への関わり方について論じるものであり、これらの心理社会的問題の背景である病棟や病院という集合体を対象にしたものではない。病棟や病院の集合体を対象にした研究報告は、医療人類学の視点から小児病棟のフィールドワークに基づく研究や(田代, 2003)、子どもを亡くした母親達を対象とした長期間にわたる聞き取り調査による研究(戈木, 1995)があるにすぎない。本研究のように、グループ・ダイナミクスの方法論を用いた、小児科医自身によるアクション・リサーチの報告は皆無である。

筆者等は、これまでも、院内学級教師による教育活動支援や医学部学生によるボランティア活動の事例、プロのアーティストによるアート活動を報告し、これらの活動を通じた小児病棟の集団の変容について論じてきた(山口・渥美, 2003; 2004)。これらの報告の中で、教師や学生ボランティア、アーティストという新しい構成員達が、継続的に存在し日常化していく過程で、小児病棟の集合的行動やコミュニケーションに影響

を及ぼした可能性を示唆している。

これら筆者等の先行研究をふまえ、本稿では、学校教育活動に対する支援を開始した 1994 年から現在まで、筆者が本活動を導入・推進しながら参与観察を行った結果を記述し、小児病棟において新しい規範が形成・伝達されて最終的に病棟・病院全体の規範的前提が更新される過程を、大澤真幸の社会学的身体論に基づいて考察した。さらに、規範が形成・伝達される過程を論じた過疎地域活性化の事例と比較し、医療現場における規範形成の特徴について議論した。

方法

(1) 施設概要

参与観察を行った施設は、筆者が所属する公立大学医学部附属病院である。本院は総合病院で、病床数は約 1000 床、職員数は約 1500 名、研修医・研究医数は約 280 名、大学院生(医師)は約 240 名、登録無給医は約 500 名、非常勤講師は約 450 名である。病院には、多種多様な専門職集団と部署が存在する。これらの小集団群を統括し病院全体をマネジメントするのが事務部門である。

本院の建物の中で小児病棟は 17 階にあり、小児科・小児外科・小児整形外科の、長期療養・反復入院を要する慢性疾患の子どもが入院している。病床(個室と大部屋)は延べ 48 床で、病室の他には食堂やプレイルームが公共のスペースとして設置されている。その他、ナースステーション・倉庫・カンファレンスルーム・当直室・研修医室などがある。

子どもは原則離棟禁止で病棟内に隔離されている。病棟医療スタッフとしては医師・看護師が常駐し、心理職や保育士は配置されていない。院内の 8 階には院内学級(小学校)が設置されており、教諭 1 名が常駐している。中学校生徒に対しては、市内養護学校から各科の教師が派遣

¹ 治癒を見込めず、根治を目的とした治療から家族や本人の希望に沿った疼痛緩和や精神慰安を目的とした治療に移行して死亡するまでの時期。(柏木・石谷, 1997)。

され(訪問学級)、会議室や食堂など流用して授業を行っている。

(2) フィールドワーク

観察期間は1994年～2004年12月である。参与観察の対象は、子ども・家族・医療従事者・病院職員・教師・ボランティア(医学部学生・患者とその保護者)・アーティストであった。筆者は、主に小児科学教室の小児科医師等および庶務課広報担当職員と共に養環境改善活動の導入・企画・運営全般に携わりながら、参与観察と記録を行い、フィールドノーツを作成した。また、保護者の了解を得て、適宜、ビデオやデジタルカメラで撮影を行った。

(3) 資料と分析

筆者が記録したフィールドノーツや議事録・医療記録・患者と保護者への半構造化面接の結果・ボランティアが記したエスノグラフィーや電子メール・質問紙調査の回答を資料として用い、筆者がエスノグラフィーを作成した。各資料の使用に際しては、関係者の了承を得た。資料およびエスノグラフィーを元に、病院における集団の規範変容プロセスとその要因を検討した。

事例

(1) 療養環境改善活動導入期:1994-2002

1994年、筆者等主治医は、院内の教育環境の改善と学校教育活動の支援に着手した。まず、院内学級教師(小学校)や訪問学級教師(中学校)と協力し、病棟外の院内学級教室へ登校する回数が著しく減少していた血液疾患・悪性腫瘍等重症児を対象に、病室での「ベッドサイド学習」を導入した。子ども達が、治療中に安全に院内学級に登校し、またはベッドサイドで学習できるように、毎日、登校・学習前に教師と子どもの状態について打ち合わせ学習内容を検討した。退院や卒業式の準備を行う場合は、院内教師のコーディネートのもとで保護者・原籍校の教師・主治医が協力して対応した。

1997年から、小児病棟以外の部署で働く職員と子ども達との交流支援が行われた。「院内社会見学」と名付けられたこの企画は、通常、患者に直接接触せずにコンピューターや伝票を通じて患者の情報を得て業務を行っている、輸血部や検査室などの病棟外部部署の職員が働く姿を子ども達に見学させるというもので、教師によって発案され、輸血部と病理検査部への見学が実施された。

1998年から、隣接する医学部の学生によるボランティア活動を導入し支援した。この活動は、“近所のおにいちゃん、おねえちゃん”のように、入院子どもの遊び相手や話し相手・相談相手を提供することを目的とし、筆者が、当時の小児科教授と庶務課長の支援を得て立ち上げた、当大学・当院オリジナルの活動で、「ベッドサイドボランティア活動」と名付けられた。この活動は、特別なイベントなどを行わず、隣接する医学部の授業や実習の合間に病棟へふらりと遊びに来るというスタイルで、子ども達との長期間かつ継続的な関わりを特徴としていた。

2000年から取り組まれたアート活動の導入と支援は、原疾患や治療の副作用で免疫力が低下して、病院内に隔離されている入院中の子ども達のために、プロのアーティストに病棟でのイベント開催を依頼したことに始まった。筆者等は、慰問活動ではなく、子ども達とアーティスト達が双方向に影響しあい交流し合っ、何らかの新しい創造を互いにもたらすことができるような表現活動の場を医療従事者が支援していく方針を明確にし、「アートプロジェクト」と名付けた。導入当初は、筆者が当時の小児病棟看護師長や庶務課の広報担当事務職員と連絡を取り合っ、イベントの準備や打ち合わせを行った。イベントには、病棟のルールを熟知している退院した小児患者や保護者がサポート・ボランティアとして参加し、アーティストのアート活動を支援した。

2002年の7月頃、小児病棟に入院していた子

どもとその保護者から、小児病棟の「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」を支援して欲しいという投書が、病院の「良質医療検討委員会」へ多数寄せられた。その結果、それまで2人に制限されていたメンバーが、2002年の後半には、20人以上に増加し、大学のサークルとして申請して認可された。

(2)「療養環境プロジェクト」:2003-2004

その後、筆者と小児科医師等は任意団体を設立し、本活動を事業として整備した。『病棟は、子ども達や家族の「生活の場」であり、病院は、子ども達が育つ「まち」である』というコンセプトを掲げて、「療養環境プロジェクト」という事業名で助成金を獲得した。また、2003年の4月以降は、庶務課の広報担当事務職員がより積極的に事業に関わるようになった。その結果、「院内社会見学」の見学先は病院中の部署に拡大し、医学部以外の大学生のボランティアも多数受け入れられるようになった。保育科・医学部・看護短大の学生がチームを組んで、夏休みに成人病棟に入院中の小児患者を対象に「こども夏祭り」を実施した。また、2003年度からは、「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」は、小児科医と看護師が協働して指導を行っている。

「アートプロジェクト」では、ワークショップ形式のアートプログラムが実施されるようになった。プログラムは、アーティスト達と筆者、庶務課広報担当職員、病棟看護師長らが話し合いを重ねて、数ヶ月をかけて練り上げられ、緊密に連携を取りながら実施された。このような徹底した安全管理に対する対話の方針によって、小児病棟における月2回、半年間という定期的・継続的なワークショップが実現した。2004年の夏にも、アーティストが、小児病棟で15日間の滞在制作を行い、子ども達と共同制作を行った。これらのアートプログラム修了後には、病院内外来各所で成果発表の美術展覧会が開催された。展覧会では、庶務課を中心とした各部署や警備員が協力体制

をとって、日常外来業務に支障が出ないよう、盗難や事故対策が図られた。ワークショップや展覧会の準備には、小児病棟を退院した高校生以上の患者や、その保護者、複数の大学の大学生ボランティアやアーティストの知人が、サポート・ボランティアとして参加した。展覧会の挨拶は小児科教授と病院長が執筆し、会場の入り口に掲げられた。展覧会には、外来通院中の子どもとその家族や当施設で加療中の成人患者と家族、病院中の職員が訪れた。

2004年の2-3月には、外来通院中の子ども向けに、美術制作のワークショップが行われた。このワークショップは、院内でカルテや血液などの検体を無人搬送する「自走台車」という箱形の移動装置に、子ども達が絵を描くというものであった。小児科外来待合いで行われたワークショップには、患者である子ども達と一緒に、両親や祖父母やきょうだいも参加した。また、保育・医学・看護等の大学生がサポート・ボランティアとして集まった。子どもの絵が描かれた「自走台車」は、2004年の3月の終わりから業務用として運行され、院内を走行し、外来通院患者や日常業務で装置を頻繁に使用している病院中の職員の眼を楽しませた。

2004年、他の医療施設の関係者、アートやまち作りの関係者、大学の研究者など幅広い分野の人々が意見交換する場を設けようと、研究会を開催した。病院内では、小児科以外の医師や看護師から「小児だけではなく、成人患者のためにも活動を行って欲しい」と、庶務課に対して要望が寄せられるようになり、成人病棟でワークショップ開催や学生ボランティア活動導入の計画が持ち上がった。

考察

(1) 病院における集合的行動の変化と規範変容の契機・要因

1994年以前、小児病棟では、疾病や治療に

関連することは全てにおいて最優先され、逆に疾病や治療に関係ないこと(例えば食事の楽しみ、子どもとの遊び、教育など)は軽視もしくは棄却されていた。療養環境改善活動が導入された結果、1994年から2002年までの間に、「疾患に関係する事項を関係しない事項から峻別して、関係する事項を優先する」という規範から、治療や検査への配慮と同時に、子どもの教育や生活の質の向上にも関心をむけ、「疾患に関係する事項と関係しない事項との優先順位を状況に応じて選択する」という規範へと変化したと考えられる。

また、2002年以前の病院組織は、療養環境改善活動は疾患治療に関係することではないので公認できないが、小児病棟に限り黙認する、という態度であった。しかし、特に2003年度以降は、「療養環境改善は疾患治療を支えるために病院が取り組むべき課題である」という認識が伺えるようになり、庶務課を中心に、病院幹部をはじめとする各部署が活動を支持し、成果を共有してきた。このような変化は、小児病棟以外の病院組織において、「疾患に関係する事項を関係しない事項から峻別して、関係する事項を優先する」という規範の、「疾患に関係する事項」が有する意味が拡大・改変された為に生じたと考えられる。

小児病棟における規範変容の契機は、熱心な病弱教育専門の院内学級教諭の赴任という異質性の介入(楽学舎, 2000)と、その存在の日常化であった。その後、「院内社会見学」実施や学生ボランティア活動導入によって、規範はさらに変化し、アート活動導入の際には既に小児病棟の規範的前提は改変されていた。次に、病院組織の規範が変化した要因としては、院長直属で組織のスポークスマンである、庶務課広報担当の療養環境改善活動への参加が考えられる。庶務課職員は、病院組織の各構成員との人脈を持っており、また、病院全体の療養環境を改善

しく「良質医療検討委員会」の委員であることから、小児病棟の規範を病院組織へ伝達しやすかったと考えられる。

(2) 大澤の社会学的身体論

規範形成の原初的プロセスを論じた大澤の身体論(大澤, 1990)でいう身体とは、主体の対象に対する関係であるところの志向作用が帰属する物体である。主体と対象である他者との間に生じる志向作用は、求心化-遠心化作用によって構成される。先行的投射された超越性を有さず、志向作用の起点や終点が流動的であるような水準にある身体を過程身体と呼ぶ。過程身体にある複数の身体が、ある志向作用を共有している場合、間身体的連鎖が張られたといい、特に、ある一つの志向作用が連鎖の全体を代表する身体に帰属するものとして現前した場合、超越的な身体が構成されたという。超越的な身体は規範や意味を指示し、蓋然的に具体的なものから抽象的なものへと変化して、帰属する規範がその作用圏を普遍化する。

最も抽象度が低い超越的身体である抑圧身体的作用圏の外部には、超越性を脅かす異和的な志向作用を有する他者が存在する。抑圧身体は、超越性を維持するために、他者との間に規範や意味の一方的伝達である贈与/略奪を成立させる。贈与/略奪が繰り返され、伝達の連鎖が長くなると、連鎖全体を代表するような、抑圧身体よりもさらに抽象的な超越的身体である集権身体が構成される。集権身体もまた、領域の外部にある規範に対して外的であるような他者を次々と作用圏内に統合し、抽象身体を構成する。抽象身体は、全ての志向作用が内部化されているため具体的な領域をもたず、諸身体を構成する個体に内在化して、個体を身体から分離する。抽象身体抽象度の純化が進行した場合、規範が帰属する超越性は失効に導かれ、再び、超越性に規定されない過程身体の水準へ回帰する。

(3) 過疎地活性化運動の事例との比較

小児病棟・病院の事例と、過疎地集落智頭町の活性化運動における規範の形成・伝達・作用圏拡大のプロセス(森,1997)を、大澤の身体論に基づいて比較してみよう。智頭町の事例は、二人の住民リーダーによって形成された新しい抑圧身体と、この新しい抑圧身体に帰属する新しい規範が、贈与/略奪の成立と連鎖によって、10 数年の間に他の一般住民や町行政へと次々と伝達されながら抽象化し、次第に作用圏を拡大していった過程である。二人のリーダーは、村のシンボルである杉にちなんだイベントの成果や、外来の研究者や外国人との交流を村の住民に贈与し、能動的な企画のノウハウを町行政に贈与して、集権身体を構成した。

小児病棟における規範形成・変容プロセスは、過疎地の事例と酷似している。小児病棟では、病棟の規範の作用圏に属する筆者等主治医と、学校教育現場の規範の作用圏に属する院内学級の教師が、担当する子どもを共有することによって新しい抑圧身体を形成し、そこへと帰属する新しい規範を生成した。新しい抑圧身体は、筆者等以外の小児病棟の構成員達に対して、「ベッドサイド学習」や「社会見学」、学生ボランティアを贈与した。規範は、贈与/略奪の連鎖によって伝達され、「アートプロジェクト」が贈与された頃には、略奪は容易に成立するようになっていた。結果、規範の範域を小児病棟全体に拡大した超越的身体が出現し、療養環境改善活動は、個別の患者の治療としてではなく、病棟全体で取り組むべき課題として位置付けられた。次に、筆者等が1994年来の療養環境改善活動で培ってきたボランティア活動やアート活動導入のノウハウは、まず病院庶務課の広報担当職員に、次に良質医療検討委員会を通じて病院組織に対して贈与された。さらに、イベントの成功と楽しさの共有を通じて、病院組織側による略奪が成功し、病院全体を規範の範域とする集権身体が構

成された。

(4) 医療現場の身体論的特徴

しかし、小児病棟・病院と智頭町の事例は、前提となる社会の身体論的な水準は異なっている。智頭町は、村の権力者を頂点とする階層社会であり、集権身体の水準にあった。智頭町の規範形成・伝達・作用圏拡大のプロセスは、二人の住民リーダーが、旧来の集権身体の規範に対する外的な他者として新しい抑圧身体を形成し、集権身体を構成していった過程である。一方、病棟・病院は、患者や専門職が個々人に分断され、規範の帰属点が具象化していない抽象身体の水準にあり、交換のみでなりたつ社会である。抽象身体の一部であった筆者等主治医と、院内学級教師による新たな抑圧身体の形成は、抽象身体の内部で停止していた過程身体の働きを再開し、贈与/略奪を成立させながら集権身体を構成した。

集権身体は、蓋然的に抽象身体へと移行する。抽象身体には、規範的空間の内閉性が生じ、範域の外部がない。抽象身体では過程身体の働きが停止して、集権身体のように外部の可能性に対して積極的に開かれていない。医療現場が閉鎖的といわれる理由は、ここにある。

そこで、医療を開かれた状態におくには、集権身体が安定して存立した結果としてさらなる抽象化を遂げないよう、より具体的な方向へ引き留めておけばよい。具体的には、範域や規範の帰属点を具体化し、安定した範域を常に脅かすような状況を作り出せばよいのである。前者に置いて、「療養環境プロジェクト」で掲げられた「ぼくらのまち、病院」というコンセプトは、より具体的な範域を示し、「こども」「子育て」という旗印や、信頼の篤い庶務課広報担当職員の存在は、具象化した超越性(規範)の帰属点となりうる。

安定した範域の外部を常に脅かす異質性(他者)として、かつては、教師やボランティアが存在した。しかし、小児病棟の超越的身体が、規範

に対して外的な異和的志向作用であるこれらの他者を、内部化し多様性として馴致したため、これら他者との関係は業務化、すなわち、再び等価交換となりつつある。一方、アート活動は、常に意図的な、異和的な志向作用として集権身体の外部を構成しうる。ただし、アート活動が異和的な志向作用を有する他者としての機能を発揮

するためには、アーティストと病院組織の双方が、病院において本来の創作表現活動を行っていく必要がある。病院のアートが、一般に流布している“癒し”や“やさしさ”といった文脈にとらわれていては、共同体にとって「異者」としての存在価値(大澤,1990)は生まれないのである。

1 序論

1-1 小児慢性疾患医療における療養環境問題と病気の子どもの権利

1-1-1 小児の療養環境問題

日本の出生率は1973年から今日まで低下し続け、2004年現在、合計特殊出生率1.29と少子高齢化が著しく進行している。一方、周産期死亡率²は1991年以降世界のトップレベルの最小値を維持し、1974年以来実施されてきた小児慢性特定疾患治療研究事業³の推進によって、小児難治性慢性疾患の治療成績は飛躍的に向上し、かつて不治の病とされてきた様々な疾患の長期生存が見込めるようになってきている⁴。

反面、慢性難治性疾患の治療は過酷化かつ長期化し、加えて副作用や後遺症の発生も増加している(平山, 1998; 東間, 1999)。また、低出生体重児や先天異常症のように、病気や障害を持って生まれてくる子ども達の中には、病院に入院したまま育つ子どももある。若年性糖尿病や先天性代謝異常症、血友病などのように、疾患をコントロールするために治療入院や教育入院⁵を繰り返しながら成長する子どももいる。このように、病気や障害を持っている子どもとその家族は、病気と共に生きていくために何らかの形で、長期的・継続的に医療機関に関わっている。しかし、日本の医療機関の多くは、子どもが生活したり、成長をしていく場所としては整備されておらず、このような家庭環境や地域の環境と著しく異なった環境⁶は、子どもの成長や発達に大きな影を投げかけている。

子どもは、「その生存及び発達が環境に依存」している(1990年に国連「こどものための世界サミ

² 我が国の周産期死亡率の改善はめざましく、1990年には11.1と、20.2であった1980年の1/2に減少、1991年には10を割って8.5、さらに2001年には5.8と現在まで世界のトップレベルを維持している。

³ 小児慢性特定疾患治療研究事業は、治療方法の研究を推進し、その医療の確立と普及を図り、併せて患者家族の医療費の負担軽減にも資することを目的として、医療費の自己負担部分を公費で補助する制度である。小児慢性特定疾患には、悪性新生物(白血病、脳腫瘍など)、慢性腎疾患(ネフローゼなど)、喘息、慢性心疾患(新規系など)、内分泌疾患(甲状腺機能低下症など)、膠原病(若年性関節リウマチ、SLEなど)、若年性糖尿病、先天性代謝異常(クレチン症、フェニルケトン尿症など)、血友病等血液疾患、神経・筋疾患(筋ジストロフィー、てんかんなど)等が含まれる。

⁴ 例えば、小児難治性疾患の一つである小児血液疾患・悪性腫瘍を取り上げてみても、もはや死に至る病ではなく慢性疾患の一つとして認識されるようになってきた。1990年代以降、小児血液・悪性腫瘍患者の生命予後は飛躍的に向上し(藤本, 1997)、我々の周囲の小児1000人に一人は治癒、または軽快して社会復帰を果たした小児がん経験者であるといわれており(稲田・駒松, 2000)、地域や学校、職場で小児血液・悪性腫瘍経験者と共に生活することは、既に稀なことではなくなっている。

⁵ 治療入院とは、文字通り疾患の治療を目的とした入院を指す。教育入院とは、若年性糖尿病のインスリンの自己注射や自己栄養管理の学習、血友病患者の血液製剤の自己注射や自己生活管理の学習などのように、子どもとその家族が疾病をコントロールしうまく付き合っていくためのノウハウを、いわば合宿形式で学ぶための入院形態である。

⁶ さらに、過酷で長期にわたる治療経験は、小児の精神心理発達の重要な場面で様々な影響を及ぼしている(小林・松原・平賀・原・浜本・上田, 2002; 泉・小澤・細谷, 2002; 菅, 2000; 片山, 2003; 小澤, 2004)。

ット」で採択された「1990年代における子どもの生存、保護及び発達に関する世界宣言を実施するための行動計画」(増山, 1996)。環境保全や管理の如何が、子どもの成長や発達ひいては生存を大きく左右するのである。病気や障害を持った子ども達は、一過性であれ、長期的・継続的であれ、医療機関の環境、すなわち療養環境の中で、日々、刻々と成長し続ける。このような理由から、病気や障害を持った子どもの成長や発達を考える際、影響を与える環境としての療養環境の状況を見捨てることは不可能である。通常、療養環境とは、病室の設備や院内で利用可能な備品などのハード面を指すことが多いが、子どもの成長や発達にとっての療養環境を考える際には、子どもを取り巻く全ての状況、つまり施設や備品、おもちゃや家具、家族以外の大人や他の小児患者などとの人間関係など、あらゆる状況を包括的に捉えて考えていく、トータル・ケア(Holistic care)の概念が必要である(山下, 1992; 石本, 2002)。

1-1-2 病気の子どもの権利と法整備

病気や障害を持った子どもの療養環境について包括的に考えるということは、子どもの人権について考えるということでもある。ここでは、まず、子どもの人権問題の歴史について振り返ってみることにしよう。

最初の国際的な法整備は、1924年、当時の国際連盟で採択された「ジュネーブ宣言」の中で、人類史上最初の国際的な子どもの権利宣言が謳われた。その後、「ジュネーブ宣言」の精神は、1959年の「児童の権利宣言」に引き継がれ、ついに1989年、「子どもの権利条約」制定に到る(増山, 1996; 幼児保育研究会, 2003)。条約では、前文に「子どもが、人格の全面的かつ調和のとれた発達のために、家庭環境の下で、幸福、愛情および近いある雰囲気の中で成長すべき」「子どもが、社会の中で個人として生活を送る十分な準備を与えられるべき」とある。第3条には「子どもの最前の利益が第一義的に考慮されなければならない」と明記され、第23条には、特に障害のある子どもの権利として、その自立・共同社会への積極的な参加や特別なケアに対する権利、締結国政府による親または他の養育者に対する援助の無償提供等が認められている(増山, 1996)。国際条約の制定は、この条約に批准した国連加盟国政府に対し、国内法の整備をはじめとする直接的な実効性をもつ。

ヨーロッパでは、1988年、病院のこどもヨーロッパ協会 EACH (European Association for Children in Hospital)の目標として「病院のこども憲章」(野村, 2003)を作成した。本憲章は、1989年「国連こどもの権利条約」にも則ったもので、1950年代からヨーロッパ諸国が取り組んできた病院における子どもの権利を保障し、成長・発達を支援するための遊びプログラムの発展とその担

当専門家(プレイセラピスト)の活躍、親やきょうだいのサポートも含む家族中心ケアやプリパレーション⁷についての内容が盛り込まれている。

次に、国内の法整備について見てみよう。先述の国連の「子どもの権利条約」に先立ち、第二次世界大戦後、我が国では 1947 年に児童福祉法が制定され、1951 年には日本国憲法の基本理念に則った児童憲章が公布されている(幼児保育研究会, 2003)。1994 年には「子どもの権利条約」に批准し、児童福祉法の改正など法整備が開始された。児童福祉法第1条の「児童福祉の理念」の中では、「すべての国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるように務めなければならない。すべての児童は、ひとしくその生活を保証され、愛護されなければならない」とされ、子ども一人一人に対する健全な成長の保障が確認されている(伊勢田・倉田・野村・戸田, 2003)。また、1998 年には、「子どもの権利条約」の実施状況に関する第一回政府報告書の審査を通じて、特に病気や障害を持った子どもに対するインクルージョンの推進や障害児隔離政策の再検討が勧告されている(平野, 2003)。

さらに最近は、子どもの福祉・保育・障害の問題は少子化の問題と共に議論が活発化している。2003 年には、「児童福祉法改正法案」および「少子化対策基本法案」、「次世代育成法案」が審議されている(全国保育団体連絡会/保育研究所編, 2003)。これらの法案の中には、児童福祉法第 2 条で「国および地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身共に健やかに育成する責任を負う。」と規定された国や地方自治体の責任に基づき、病気や障害を持つ子どもの健全な発達を支援する観点から、支援の推進、医療サービスの充実、慢性特定疾患治療研究事業を引き続き検討すること、病児・障害児保育の充実、障害児保育環境改善事業などが盛り込まれている。

また、学校教育法の中で(「第71条～、第6章 特殊教育」)(横田, 2001)、病気や障害を持っている子どもの教育に関する学校教育法施行令は、2002 年に「社会のノーマライゼーションの推進、教育の地方分権の推進等の特殊教育を巡る状況の変化をふまえて障害のある児童生徒一人一人の特別な教育ニーズに応じた適切な教育が行われるよう就学指導のあり方を見直す」として、一部改正されている(障害児就学相談研究会, 2003)。

1-1-3 日本の小児療養環境の現況と課題

病気や障害を持っている子ども達は、さまざまな施設で医療的ケアを受けている。子どもが医

⁷ プリパレーションとは、遊びを通して診療行為や疾患に対する理解を学習していくプログラムである。疼痛を伴う処置や注射、手術の前に行い、子どもの医療行為に対する不安を取り除き、自身の疾患に対する理解と闘病意欲を支えるものである。

療的ケアを受ける場所は、病・医院・施設・養護学校(学級)や一般校・自宅などが挙げられる。医療機関では、小児患者は小児科・整形外科・小児外科・眼科・耳鼻科・皮膚科を受診する。入院加療が必要な場合は、子ども専門病院・総合病院小児病棟・総合病院混合病棟に入院する。

現在、日本の多くの医療機関の療養環境は、子どもが生活して成長していくのにふさわしい環境としては整備されていない(山下,1992; 前田, 1997; 帆足,1997)。小児医療を行っている全国の医療機関の小児患者に対する設備状況を見てみると、院内学級や養護訪問学級などの教育設備のない病棟(日本小児科学会認定医制度研修施設546施設および研修施設以外の国立療養所)は 32%、プレイルームのない病棟は 6.9%にのぼっていた(田中・飯倉・沖・和賀・関・西尾・福重・奥野・富田・渡辺・尾内・高橋, 2002)。小児医療が赤字採算のため、独立した小児病棟を経営出来ず、成人患者との混合病棟になっているケースも全体の5分の1を占めており、医療安全の面からも危惧される。このように設備面においても、日本の小児の療養環境は整備されつつも不十分であることがわかる。

療養中の学校教育の整備は、学習の空白を最小限にとどめて学習を補完するだけでなく、児童生徒の教育を受ける権利を保障し、スムーズな社会復帰を可能にし、生きる力を育むためにも最重要課題の一つである(横田, 1997; 三木・山口・倭・宮田,1998, 2001; 谷川・稲田・駒松・壬生・斎藤, 2000)。1994年に旧文部省初等中等教育局長から出された通知により、病気療養児に対する教育機関設置が推進され、入院後すぐに何らかの形で教育をうけることができるシステムが整いつつある。しかし、病気や障害を持っている子どもに対する教育は、学校教育の専門家だけでなく行政・医療・福祉などさまざまな分野が協働しあって初めて十分な体制をとることが出来るのである。このような立場にたって、2001年の「21世紀の特殊教育のあり方について」最終報告では、子どもや保護者の要望に十分応えうる、さらなる支援体制の必要性が強調されている。

また、療養環境における保育士(病棟保育士、医療保育士)や心理専門職の介入も、治療体験の不安を克服し、病気や障害を理解して共に生きていこうとする意欲を育て、発達の個人差を個性として捉えて一人一人の子どもにあわせて成長・発達を援助する上で重要である(中村・中島・青木, et. al., 1997; 小林・小林・山本・高田・山本・北条, 1997; 東島・興梠・進藤・桑原・近藤・満留, 1993)。これらの専門職の介入は、医師や看護師と連携して行われる(藤本, 1997; 田代, 1997; 平山,1994)。しかし、その必要性が切実に求められている保育・心理の専門職導入も、全国的に見ると、保健医療制度や病院経営・人件費の問題から遅々として進んでいない。病棟保育士(医療保育士)のいない病院は 74.5%、臨床心理技術者(臨床心理士を含む)のいない病院は 58.9%にもものぼっているのが現状である(山下,1992; 根岸・松田・牛山・大木, 1995; 帆足,

1997; 田中 2002)。

ボランティア活動等の介入も、療養中の子どもや家族を支えるソーシャル・サポートの一つとして重要である(泉, et al, 2002; Ritchie, 2001; 清川・藤原, 2002)。療養環境におけるボランティア活動は、医療スタッフや関連諸分野の専門職の介入とは違った立場と役割で、小児患者の成長や発達に寄与するものである(Fusco-Karmann & Tamburini, 1994; 河原, 2001; 小杉・藤江・岩田・山本・松下・片山・吉田・檜本・中農・小林, 1997)。渥美(2000)や余谷等(2002)は、ボランティアの存在意義を「ただ、傍にあること(コ・プレゼンスの力)」(鷺田, 1999)であるとし、専門職や家族と共に小児患者を支援していく役割を強調している(余谷・山口・渥美・倭・加藤・山野・三木, 2002)。しかし、残念ながら多くの医療機関では、依然、ボランティアを人手不足を補うための労働力として見る向き⁸も存在し(病院ボランティア協会, 2001)、協働に至っているケースは少ない。

これまで見てきたように、現時点で、日本における病気や障害を持っている子どもの療養環境改善の現状は、未だ不十分であるといわざるを得ない。このため、短期間で回復する肺炎や骨折などの急性疾患と異なり、特に、慢性疾患を持つ子ども達と家族は、外来通院や入院を含めた長期の療養生活に肉体的・精神的に負担を感じている(白崎, 2000; 石田・本郷・堀・足立・圀寺・青柳・脇口・上田, 2003; 原・平賀・浜本・藤本・上田・小林, 2003a; 2003b)。平成3年に実施された「小児慢性特定疾患対策調査」の報告によると、慢性疾患を持つ子ども達と家族は、医療・教育・在宅の日常生活の様々な場面で支援を望んでいることが明らかになった。この報告の中では「(2)入院時対策の推進」として、病院内における適切な教育施設(院内学級など)の設置や訪問教育を推進、心理や福祉の専門家の配置や家族重視の環境整備の必要性が述べられている(前田, 1997)。すなわち、病気や障害を持っている子どもや家族の療養生活を、包括的に支援していくトータル・ケア(山下, 1992; 石本, 2002)という考え方の重要性である。

1-1-4 欧米の療養環境改善対策と日本の方向性

トータル・ケアという概念や療養環境に対する問題意識の出現は、欧米諸国では 1950 年代から認められる。米国では、癌化学療法が成功した 1950 年代から(西村,1991)トータル・ケアおよび看護師や医師、ソーシャルワーカーとボランティアの連携について言及されており(Stuetzer・Fochtman・Schulman, 1976)、親・きょうだいに対するサポートに関する活動・研究も活発である

⁸ 中野敏男(2001)は、「ボランティアな活動というのは、国家システムを超えるというよりは、むしろ国家システムにとって、コストも安上がりで実効性も高いまことに巧妙なひとつの動員のかたちでありうるのである。」(「大塚久雄と丸山眞男～動員、主体、戦争責任～」, p238-9)と、ボランティア活動がシステム動員の一形式である側面に触れている。

(Goldbeck, 2001; Frank, Brown, Blount, Bunke, 2001; Murray, 2002; Houtzager & Grootenhuis, 2001)。さらに、入院や医療行為に出会うことで引き起こされる情緒的反応が、子どもの成長や発達に長期に渡って影響をもたらすとの見地から、子どもが医療機関において経験するストレスや不安を最小限に食い止め、健全な成長・発達を支援するためのプログラムが開発され導入されている。チャイルドライフ・プログラム(Child Life Program, CLP)とよばれるこのプログラムは、チャイルドライフ・スペシャリスト(Child Life Specialist, CLS)という専門資格を持った職種によって開発され、実施されている(Thompson&Stanford, 1981)。チャイルドライフ・サービスはアメリカ小児科学会によって統括されており、北米全土の多くの病院で導入されている。ヨーロッパでも、先述の「病院の子ども憲章」に基づいて、プレイセラピストと呼ばれる専門職が、CLS と同様の目的を持った活動を展開している(野村・von Euler・Lindquist, 1998)。

しかし、たとえ療養環境であろうとも、子どもの成長・発達に影響を及ぼす環境というものは、民族固有の文化や歴史に依存するものである。従って、欧米で活発に展開されている活動形態や研究成果を、そのままの形で日本に導入することはできず、日本の現状や文化に即した形⁹で、子どもを取り巻く環境を整える必要がある。このことは、親をはじめとする養育者の義務であるばかりでなく、子どもに関わる全ての大人、すなわち国民全体の責務であると「子どもの権利条約」にも謳われている。さらに、日本政府が 1991 年にまとめた「西暦 2000 年に向けての国内行動計画」(増山, 1996)の中でも、日本の子どもを取り巻く状況は途上国のそれと比較して高い水準にあるものの、少子化の進行やライフスタイルの変化など環境が大きく変化しており、「これらの変化に対応して、家庭における子育てを様々な側面から支援するため、社会全体で全ての児童が健やかに生まれ、育つための環境づくりに取り組んで行くことが求められている」と、子どもを育てる環境作りに対する国民全体の責任が問われ、今後の方向性が示されている。

このように考えると、小児医療における療養環境問題も、日本の子どもをとりまく環境の改善課題の一つであり、病気や障害をもった子どもの保護者や医療関係者だけでなく、教育・福祉・地域・行政など幅広い分野の人々が協働して、日本として独自に取り組まなければならない国民的課題であると考えられる。

1-2 小児科医としての問題提起の視点

これまで概観してきたように、小児慢性疾患医療における療養環境の問題や課題は、まだまだ、

⁹ 例えば、日本独自の養護教諭のシステムを活用することや、保育士の養成課程で医療(病棟)保育士の専門教育を行う、または資格を設定する、などの方策も挙げられるであろう。

全国的に見ても十分に解決されているとは言い難い。極めて一般的な国公立大学附属病院である筆者等の病院でも、ご多分に漏れず、療養環境の問題は山積している。そこで本節では、小児科医である筆者が、小児慢性疾患の臨床現場で直面してきた療養環境問題に触れ、筆者が小児血液疾患・悪性腫瘍(小児がん)を専門とする小児科医として現場に立ち、その時々状況に合わせて問題解決の方法を模索した過程を記述し、そこから生じてきた本研究の動機に繋がる疑問点を挙げていく。

さて、先述したように、小児血液疾患や小児がんは小児の難治性慢性疾患の一つである。筆者は、小児がんの長期生存率が70%に達するようになった1990年代に医師になった。分子生物学や免疫学の知識が患者の治療に次々と投入され、着実に成果を上げ続けていた時代であった。筆者は、チーム医療の重要性、患者の権利とインフォームド・コンセント、Evidence Based Medicineの必要性などを医師として学んできた。当時から、移植医療や再生医療¹⁰などの新しい治療方法の開発はめざましく、骨髄バンクや臍帯血バンクなどの全国組織の整備¹¹が急ピッチで行われて、人々の善意を繋いでいた。このような時代にあつて、筆者は、多くの人々との協力が医学の進歩を促し、支え、結果として子どもや家族の幸せに直結すると考えていた。

しかし、治療技術の高度化は、疾患に対する治療の長期化、副作用の増加とそれに対する支持療法の複雑化を招く。このため、例えば、小児がんの治療では子ども達は半年から1年以上も入院している¹²。1990年代前半、筆者らの病棟では、入院している子ども達が一日中テレビをつけっぱなしにして、ベッドに寝転がりゲームにふけている姿をよく見かけた。子ども達が口をそろえて「たいくつだ」というのを聞き、「何かがおかしい」と感じた。どんなに強力な疾患治療も、どんなに巧妙な支持療法も、子ども達を本当に幸せすることはできないのではないか、ということを経験的に疑わなければならない時期に来ていた。

ちょうどその頃、新しい院内学級の先生が赴任してきた。院内学級とは、病院内に病院のある校区の公立小中学校や病弱養護学校がもつ教室(養護学級)のことである。通常、一人以上の教

¹⁰ 移植医療とは、他人や自分の臓器を移植する治療方法の総称。このうち血液疾患に対する造血幹細胞移植が最も発達している。造血幹細胞は、すべての血球を発生させる細胞で、主に造血組織であるヒトの骨髄に存在し、血中や新生児の臍帯血中にも存在していることが知られている。この造血幹細胞を骨髄・末梢血・臍帯血から採取し、癌細胞を駆逐し造血組織を完全に破壊した後の患者に移植する治療法を、造血幹細胞移植療法という。

¹¹ 骨髄移植推進財団(JMDP)は、1991年12月に設立された。2003年12月現在、ドナー登録者数は約18万人、昨年8月には骨髄バンクを介した骨髄移植例数が5000例に達しており、諸外国の骨髄バンクとの業務提携による国際協力を実現も実現している。また、1999年に「日本さい帯血バンクネットワーク」が設立され、それぞれ独立した組織である全国各地のさい帯血バンクが共同で5年間に2万個の臍帯血を保存することを目標にしている。

¹² その他の先天性疾患なども、何年にも渉って繰り返し入院したり、成人するまで外来通院を続けるケースが多い。

員が配置され常駐している。当院の院内学級は、全国に先駆けて 1980 年代から設置されていたが、設置当時、入院患児の大半を占めていた喘息児に対応したものであったので、教室は病棟外の病院施設内に設置されていた。1990 年代に入って、小児がんをはじめとする他の難治性疾患が増加していったが、病院側・医療従事者側の学校に対する意識は旧態然としたものだった。すなわち、「体調の良いときだけ、病棟外の院内学級へ出かける」という考え方である。そのため、治療と治療の副作用および副作用に対する支持療法を繰り返している小児がんの子どもなどは、いわゆる「体調の良いとき」は殆ど無く、学校へ行くことができなかった。ところで、現行の学校教育法では、院内で義務教育を受ける場合、入院前に籍のあった学校から院内に学級を持つ学校に転校手続きを取らなければならない。このため、転校することを厭う保護者や、「入院しているのに勉強なんてもってのほか」と考える保護者もあり、治療中に適切な義務教育を受けられる子どもは少なかったのである。そこで、新しく赴任した院内学級教諭は、病室内で子どものベッド脇で授業する「ベッドサイド学習」を提案した。きっかけは、ターミナル期にあった子ども(院内学級児童)が、重症で病室から出られなくなった時に「先生(院内学級の教師)に傍にいて欲しいの」と、主治医であった筆者に対して病室での授業を希望したことであった。ターミナル期では、できるだけ子どもや家族の希望をかなえる方向で医療の方針が立てられていく。このケースでも、本人の希望を叶えるべく、はじめて病室へと教師を招いたのである。

その後、他の入院中の子ども達に対しても、治療中や支持療法中の病棟内・病室内「ベッドサイド学習」が定着し、また、院内学級へ転籍する児童も増え、医療者側・保護者側の意向も「ちょっとでも体調が悪ければ学校へは行かさない」から「ちょっとでも体調をよくして学校へ行かせたい」という雰囲気に変化してきた。毎日、授業があるだけでなく、病棟のクリスマス会で院内学級の児童が研修医と一緒に劇をしたり、院内学級の教室で運動会をしたり、病棟以外の病院の部署へ「社会見学」に出かけたりと、子ども達は、入院中にもかかわらず様々な行事を楽しんだ。その後病棟では、ボランティア活動をやりたいという医学部学生の活動や、プロのアーティストのアート活動、市民のボランティア団体の慰問等を受け入れて行くようになった。

筆者らは、病棟にある子ども達の「生活」に目を向けたとき、基本的な生命の維持や体調を良好に保つという医療本来の領分に加えて、「学校」や「友達」や「冒険」や「発見」という、本来子どもが成長発達の過程で経験すべきであろう活動を支える分野の存在に気づき、次第にその必要性・重要性を実感していった。すなわち、入院中の子どもの「療養環境」の視点から医療を考え直したとき、環境を構成する様々な人々～教師やボランティアやアーティストへと力を合わせることで、患者や家族の生活を支える手だてを見いだすことができる、という実感である。しかし、このような

実感は、病棟や病院の人々全てが同時に感じたものではないようだった。

ところで、一般に病院の入院病棟には、病人である患者と小児病棟の場合はその家族(主に父母)、そして医師や看護師という医療従事者が常駐している。親族や友人といった病院外の人間は、面会時間にのみ入棟が許可されているのが普通である。理由は、盗難などの犯罪防止と患者の安全確保である。患者の安全確保とは、主として病院外からの伝染病の持ち込みと蔓延を防止することである。結果として、患者の安全を確保するという目的のために病棟は閉鎖空間になっていることは事実である。その閉鎖空間の中に、それまで病棟の外の世界だと考えられてきた学校、すなわち教師が訪れるようになったことは、病棟内の世界の住人に少なからずとまどいを生じさせた。親たちは、「病気なのに勉強で無理させていいのだろうか」と悩むこともあった。しかし、日々の勉学や行事で着実に伸びてゆく我が子の姿を間近に見ることで、学校や教育に対する意識を変えていったようである。入院前、原籍校に通っていた頃には、親たちは自分の子どもの生き生きとした授業中の姿や友達とのやりとりを見る機会は少なかったはずである。しかし、ベッドサイド学習では病室内で授業が行われるので、授業中の様子も、子どもの笑顔も変化もつぶさに眼にすることができたのだ。

一方、医療従事者は、子ども達の変化を見て、保護者の評判を聞き、個人としては教師やボランティアの活動を是として受け入れることができたが、集団として受け入れることは即座にできなかった。筆者ら医療従事者側にとっては、たとえ、患者や保護者に評判が良い活動でも、一旦事故が起ってしまえば、その責任が自分たちに降りかかってくるからである。仕事としての責任は個人の問題ではすまされない。看護師、医師のそれぞれのチーム、病棟、もしくは小児科という所属先の関与、ひいては病院組織が関わる問題である。「自分の一存では決められない」というのが、巨大病院に勤める全ての医療従事者の言い分である。筆者らは医療技術しか持たない組織の歯車の一つでしかないのだ。このような理由から、教師やボランティアの活動を受け入れていく過程は、必ずしもスムーズに運んだ訳ではなかった。病棟を子ども達の「生活の場」と捉えて一人一人の子どもの成長を支えていく実践には、医療技術のようにマニュアルや一般法則は存在しない。一つ一つの実践ごとに、関係する人々が対話を積み重ねて対応していかなければならないのである。そのような対話の中で、筆者は、他の医療従事者や病院職員の様々な感情—「とまどい」や「困惑」や「抵抗感」や「躊躇」や「興味」や「無視」—に出会った。それは、医療従事者達自身の内部にある、「組織の歯車としての人間」と「子ども達の幸せを願う自分」とのせめぎ合いにも見えた。筆者自身も病院に勤務する医療従事者として、職場の人間関係の中でのバランスを取ることに長い間腐心していたように思う。実際に、「小児の成長発達に必要な環境を提供する」というような正当

な理由を持ち出したところで、割り切れるどころか、むしろ問題がこじれる場合もあったくらいだ。もし、同様のお題目を経営者が掲げる病院ならば、組織ぐるみで取り組むことができるだろう。それは、組織の意志だからである。しかし、殆どが成人・老人患者の巨大な総合病院で、少数派の小児患者に対する支援など組織全体からすれば取るに足らない問題なのである。個々人の医療従事者からの提案は、経営や採算という言葉の間で、雲散霧消してしまうのが常だ。

ところが、時間をかけて実践を重ねていくうちに、病棟の医療従事者の中にあった「とまどい」や「抵抗感」や「躊躇」といった感情が希薄になってきたように感じた。そのかわりに、当たり前のように受け入れ、しばしば歓待される場面に出会うようになった。さらにアート活動の受け入れには、小児病棟医療スタッフだけでなく病院事務職員までもが話し合いに加わるようになってきた。筆者を含めて、これらの医療従事者や事務職員にとって、「患者の安全を確保する」という職務上の大前提が変わったわけではない。しかし、姿勢が変わった。「危ないからやらない」のではなく、顔をつきあわせて安全な方法を一緒に考えていこう、という姿勢である。たとえばアート活動は、病院や医療について全くの素人であるプロのアーティストによるものだ。逆に、医療が専門の筆者ら医療従事者や病院職員も、アートに関しては素人である。企画の中には、患者に危害を及ぼす可能性のあるものも含まれていることがある。このような場合、アーティスト側に一方的に危険性を伝えるのではなく、アーティスト側と病院側(医療従事者と病院職員)がプロ同士として対話を重ねる中で、可能な方策を一緒に模索していったのである。

このように、現在筆者等の小児病棟では、小児患者の療養環境を改善し、病気や障害を持っている子ども達を病院として支援していこうという動きは、治療とは独立した課題として病棟中の医師や看護師が関与しており、保護者からの賛同も得ている。さらに最近では、教師や学生ボランティアやプロのアーティストによる活動以外にも、市民のボランティア団体等の慰問活動も受け入れられており、病院組織も、小児病棟や小児科の活動を積極的に支援するようにもなっている。

筆者等の病院のこのような変化は決して一般的なものではない。なぜなら、社会的概念としての疾病は社会からの逸脱の一類型であり、病院というところは、逸脱者である病人を社会統制する隔離装置であるからである(Parsons1964)。病院では、病人は病気になる以前の役割(仕事、登校など)から正当に解放される反面、病人としての役割(病人役割)を負い、可及的速やかに疾病を治療し社会に復帰する努力をしなければならない(役割規範)(黒田,2001; 田口,2001)。この規範のために、病人、つまり患者は病気治療の専門家である医療従事者への協力と服従を求められ、(田口,2001; Friedson, 1970)、医療従事者・患者・家族の間に「病院は安静にして治療するところ」「治療が一番」「勉強や楽しみは二の次」「我慢」「医者や看護師には逆らわない」といっ

た通念が存在するのである。

先述したように、プロジェクト導入時の 1994 年頃には、筆者等の小児病棟や病院でも、確かに疾患や治療に関することを最優先事項とする規範が存在していた。しかし、現在では、かつて支配的であった規範は、現在では異なったものに変化しているように見える。なぜ、このような変化がもたらされたのだろうか。小児病棟や病院の患者や家族・医療従事者・病院職員等で構成される集団の規範とは如何なるものであり、それがどのような要因によって、どのようなプロセスを辿って変容したのであろうか。

1-3 本研究の目的とグループ・ダイナミックス

序論でも述べたように、慢性疾患を持つ子どもの療養環境整備は、全国的に見ても不十分である。療養環境の整備が遅れる最大の理由は、成人医療にあわせた現行の保健医療制度の中での、小児医療の不採算性であるといわれている。しかし、筆者は、医療従事者や病院事務職員や当事者である保護者までもが、病院を前述の隔離施設¹³(Parsons, 1964)と捉えて、病院で医療に関係のない行為を行うことを忌避する傾向にあることも、阻害要因の一つではないかと考えている。組織や集団の改善・変革を阻止するのは、往々にして、その組織や集団内部の構成員達であるからだ(楽学舎, 2000; 吉田, 2001)。

ところが、当院の場合、一般に小児医療に対する関心が低い傾向にあると思われる国公立の医学部附属病院の一つであるにもかかわらず¹⁴、病院組織全体が子ども達に関心を持ち、子ども達の療養環境改善の活動を積極的に支援していこうとする姿勢を見せている。現在、このような施設は、全国的にみても数少ないだろう¹⁵。しかし、当院の病院組織のこのような姿勢も、10 年前には想像もつかなかった変化なのである。筆者は、1994 年頃からの小児病棟における変化を見ていくうちに、変化の要因や法則性に特徴があるのではないかと考えはじめた。当院のような組織構成や規模が一般的な大学医学部附属病院において、小児病棟や病院に起こった変化の軌跡

¹³ アービング・ゴフマン(Goffman, 1961)によれば、病院とは「全制的施設」という概念によって示唆されるという。病院という組織が、共同体という要素と公的組織という要素の双方を備えているからである。「全制的施設とは、類似した状況に置かれた多数の個人が、かなりの期間にわたって施設外の一般社会から隔離され、閉ざされ、公的に管理された生活を共に送る、居住と仕事の場である、と定義できるだろう」とある。このような組織では、組織の内部で生活する人々と、そこに働きに来て外部で生活する人々との間に深い亀裂があることが理解される。最良の治療意図を持ってしても収容施設が持たざるをえない諸処の装置を避けることができないということ、そしてこれらの装置自体が患者の市民としてのアイデンティティを傷つけ、患者と彼を援助するとされている人々との間に楔を打ち込む。

¹⁴ 私立の大学医学部附属病院や総合病院では、独自の療養環境改善に積極的に取り組んでいるところが多い。例えば、聖路加国際病院。

¹⁵ 国公立のこども病院のように、子どもだけを対象にした施設ではない、という意味においてである。

を詳細に分析して変化の契機やプロセスを理解することは、潜在している問題を明らかにし、小児療養環境の改善を目指す上で重要ではないかと考えたのである。そこで、2001年頃から、筆者は、自身の実践を対象にした研究が可能な科学的な方法論を模索した結果、グループ・ダイナミクスに辿りついたのであった。

このような経緯から、筆者にとっての研究の目的は二つあった。一つめの目的は、小児病棟や病院における人々の変化の契機やそのプロセスを理解することである。この目的のためには、患者-医療者、患者-病院組織といった二者関係ではなく、患者や医療従事者や事務職員等の集団に注目していく必要がある。集団を対象とした観察を通じて、集団の行動の特徴や法則性を見出していくためには、集団行動の科学的分析を行う方法論が必要である。

ところで、本研究は筆者自身の実践を対象としているため、観察・研究者である筆者と他の医療従事者・子ども達・教師・保護者・ボランティア等研究対象者となる人々との間に一線を画すことはできない。観察・研究者と対象となる集団の構成員同士がお互いの密接な関係性の中で、共通の目的を持って現場を変革していこうとする実践形態を協働的实践(渥美, 2000)というが、自然科学のように観察者と観察対象を厳密に分離していく実証的な方法は、協働的实践を対象とした研究には不向きである。一方、人間科学としてのグループ・ダイナミクス(Sugiman, 1997; 杉万, 2001)は、協働的实践を対象にした研究を可能にしてくれる。以上のような理由からグループ・ダイナミクスは本研究に最も適していた。

本研究の二つめの目的は、筆者が小児科医として現場に対応しながら、療養環境を改善していくための実践的な理論を構築していくことである。筆者は、筆者を含む病院の集団による協働的实践を対象とした研究で得られた特徴や法則性を、研究成果として現場にフィードバックし、現場の人々と共に、その成果を更なる実践へと生かしていく。また、本研究は、研究成果としての理論が、筆者等の病院だけでなく他の医療施設や分野にも応用可能な一般性を持つことを目指している。このような研究形態を、アクション・リサーチという。グループ・ダイナミクスは、創始者 Kurt Lewin が「良い理論ほど実践的なものはない」といっているように、実践を最も重視した学問体系であり、その研究形態はアクション・リサーチである。このような理由からも、本研究では、「研究対象のあるべき姿を構想し、設計して評価し、実践に結びつけていくという立場」に立った物語・設計科学(渥美, 2002)でもあるグループ・ダイナミクスの方法論を採用しているのである。

次に、グループ・ダイナミクスのメタ理論について述べておこう。人間科学・物語/設計科学としてのグループ・ダイナミクスのメタ理論は、自然科学が依拠する論理実証主義的ではなく社会構成主義である。社会構成主義とは、世界についての知識としての現実が社会生活における

人々の中の日常的な相互作用を通じて構築されるとする立場であり、客観的知識としての真実の存在を否定する点で、論理実証主義と異なっている。(Burr, 1995; Gergen, 1994)。社会構成主義では、優れた科学理論の基準として、論理実証主義において伝統的に重要視されてきた「理解、予測、制御」という価値基準ではなく、「生成力」という基準を提示している。生成力とは、「社会の前提そのものを疑い、「当たり前」とされていることを疑い、そして、その結果、社会の中に新鮮な代替案を生み出す能力」(Gergen, 1994a. 杉万・矢守・渥美(訳), p143)をいう。生成力のある理論は、目の前の現実を疑うことから見つめ直し、社会や文化の在り方をよりよく変革していくための手がかりとなる(Gergen, 1994b)。社会構成主義の立場に立つことによって、筆者等は、研究の成果としての理論を自分たちの現場に適用して、現場の問題点を明らかにし、現場を変革していくことができる。

人間科学・物語/設計科学としてのグループ・ダイナミックスの前提については、楽学社(2000)および杉万(2001)が、明解かつ平易に要約している。以下に、その要点を述べる。グループ・ダイナミックスでは、集合体の全体的性質である集合性を観察可能な動きとしての集合的行動と、規範とコミュニケーションという二つの側面から記述する。社会構成主義の立場に立ったグループ・ダイナミックスにおける集合体とは、身体に現前する世界を構成する主体であるとされる。集合体は、身体と身体を取り囲む環境とを含む。身体とは、それに対して世界が立ち現れている(現前している)もののことをよび、心を内蔵した肉体であるところの個人ではない。従って、集合体とは、心を内蔵した個人の集合ではない。環境には、身体の前に事物として現前する物的な環境と、制度・役割など人々の行動の制約条件として機能する“もの”や当たり前使用前に使用されることばのような“もの”など、定型化された集合的行動によって形成される”もの”“的環境がある。

集合体の全体的な性質である集合性には、集合性全体の挙動としての集合的行動と、規範や雰囲気を出し・維持・変容・消滅させる一連のプロセスとしてのコミュニケーション、という二つの側面がある。集合的行動は観察によって明らかにされる。集合体は、特定の集合的行動をとることによって、その行動以外にありえたかもしれない多くの集合的行動を無縁圏(想像すらない圏外)に、無自覚的に廃棄していく。また、コミュニケーションは、規範や雰囲気の形成に関わる主導的な意味の差違を考察することによって明らかにされる(杉万 2001, 楽木 2002)。規範や雰囲気とは、集合体の身体に対して妥当な現前や行為を指示する操作のことである。規範は言語的に表現可能で、主体は規範によって自らの行為を妥当なもの・妥当でないもの(正当なもの・正当でないもの)として区別する。規範によって妥当であるとされる行為の対象の妥当な同一性を、意味という(大澤, 1990)。意味は、集合体の中で形成される。

本研究では、医療現場における様々なレベルにおける集合体を取扱う。病院には、様々な集合体が存在している。医師集団、看護師集団、患者集団や“病院にいる人々”という意味での集団(身体)と、病室や機器類といった事物、そして多種多様な職場の規則、ルーチン化された業務、“医療従事者はこうあるべき”“患者とはこういうものである”というような規範や雰囲気といった“もの”的環境、が集合体の構成要素である。

1-4 先行研究と本研究の位置付け

国内の小児の療養環境に関する研究の中で、医師や看護師、ソーシャルワーカーなどが報告する研究は、病名告知の問題(三間屋, 2001)や教育・保育の問題(船川, 1994; 谷川, 2000)、心理の問題(小林, et.al., 2002; 泉, et.al., 2002; 菅, 2000; 片山, 2003; 小澤, 2004)、きょうだいや家族の問題(白崎, 2000)、ターミナル・ケアの問題(藤井, 2002; 小澤, 2002)、トータル・ケアの問題(西村, 1991; 前田, 1997; 石本, 2002)等を軸にして、半構造化面接や質問紙調査法のデータを元に子どもと家族への関わり方について論じるものであり、これらの心理社会的問題の背景である病棟や病院という集合体を対象にしたものではない。病棟や病院の集合体を対象にした研究報告は少なく、僅かに、医療人類学の視点から田代(2003)が小児病棟のフィールドワークに基づく研究、また戈木(1995)が子どもを亡くした母親達を対象とした長期間にわたる聞き取り調査による研究を報告しているにすぎない。国内の小児の療養環境改善に関する先行研究においては、グループ・ダイナミックスの方法論を用いて、現場の実践者でもある小児科医自身によるアクション・リサーチの報告は皆無である。

一方、筆者等の先行研究としては、教育活動支援によって院内学級教師と医療従事者、保護者、子ども達の原籍校(入院前に通学していた地元校)との連携が図られた事例の報告(三木・山口・倭・宮田, 1998; 2001)や医学部学生によるベッドサイドボランティア活動に関する報告(余谷・山口・渥美・加藤・倭・山野・三木, 2002; 多賀・余谷・山口・池宮・倭・山野・渥美, 印刷中)、プロのアーティストと入院中の子ども達の共同制作によるアート活動に関する報告(山口, 2003)がある。いずれの報告でも、それまでの患者(子ども)・家族・医療従事者(医師・看護師)によって構成されていた集団(身体)および病棟という集合性に、院内学級の教師や学生ボランティアという新しい構成員が継続的・日常的に加わったことで、集団内部の関係性に変化が生じた点を指摘している(Yamaguchi & Atsumi, 2003, 2004; 池宮・山口・渥美, 2004)。

1-5 本論文の構成

これらの先行研究をふまえて、本論文では、筆者等が学校教育活動に対する支援を開始した1994年頃から、病院組織の委員会である「良質医療検討委員会¹⁶」に認知され、病院庶務課から支援を受け始めた2002年頃までの実践と、2003年以降、病院中の小児患者に対する療養環境改善活動が積極的に病院組織から支援を受け、「療養環境プロジェクト」という研究事業として成立していった、現在までの状況について記述した(第3章)。筆者は、療養環境改善活動を導入・実施していく中で、一貫して参与観察を行った。さらに参与観察で得られた結果から、小児病棟や病院の様々な集団の集団的行動と規範の変化を記述して、変容の要因を検討した(第4章)。その際、小児病棟内に形成された新たな規範が、病棟全体からさらに病院組織へと伝達されて最終的に病棟や病院の規範的前提を更新する過程を考察するため、規範形成の原初的なプロセスと規範の伝達メカニズムについて論じた数少ない理論である、大澤真幸の社会学的身体論(1990)を援用し、先行研究と比較検討した。

最後に、医療現場における集団の変容のうち、特に規範の変容プロセスとその要因についての身体論的考察をふまえ、現在進行中である筆者等の実践「療養環境プロジェクト」を展開していく上での実践的な展望を述べた(第5章)。ここでは、医療現場を変える為の発想の転換、院内の役割の再認識やメタファーの導入(Gergen, 1994a)の効果に触れる。さらに、小児医療と成人医療、医療現場とその他の現場との間といったインターローカルな場面における理論の展開の可能性についても述べる。

附として、社会構成主義に基づくナラティブ・アプローチや協働論、組織論など身体論以外の理論・概念を援用しつつ、筆者等の療養環境改善活動を活動毎に、新たな側面へ焦点を当てている(附)。

¹⁶ 良質医療検討委員会は、病院長の下に設置されている委員会で、院内にある「ご意見箱」という投書箱に入れられた患者や家族からの当初を下に、院内の医療サービス向上を目指す。

2 対象と方法

2-1 施設概要

参与観察を行った施設は、筆者が所属する公立大学医学部附属病院である。本院は、特定機能病院(高次医療を提供する病院として厚生労働省に認可された施設)の総合病院である。病床数は約 1000 床、職員数は約 1500 名、研修医・研究医数は約 280 名、大学院生(医師)は約 240 名、登録無給医は約 500 名、非常勤講師は約 450 名である。組織内で(図1)、医師、看護師はそれぞれの診療部門、診療科及び病棟に配置されており、同時に医師は医学部/医学研究科の臨床講座に所属、看護師は看護部に所属している。その他にも、病院には臨床検査技師・放射線技師・薬剤師・栄養士・調理師など多種多様な専門職集団と部署が存在する。医学部/医学研究科には、臨床各講座の医局と研究室、基礎医学系各講座の研究室、共同研究室、講義室や実習室がある。これらの一見ばらばらに見える小集団群を統括し病院全体をマネジメントするのが事務部門である。

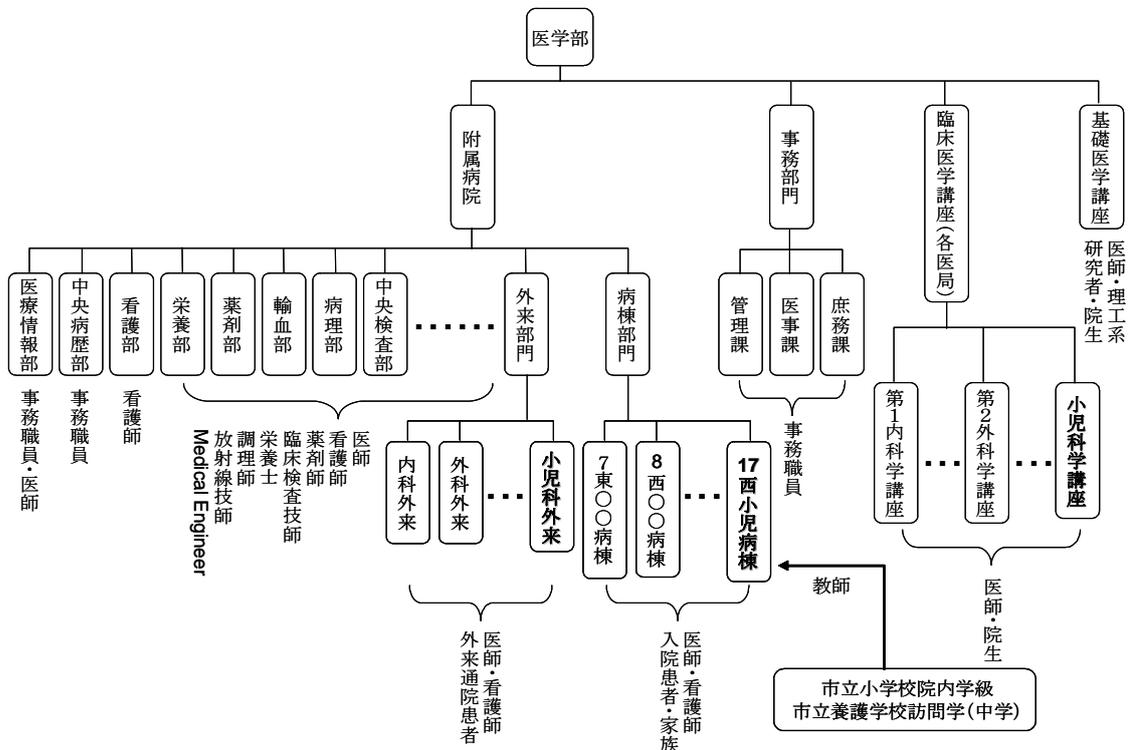


図 1 学内・院内の組織図と各部署の職員や患者の構成(病院組織図より改変)。波線は、図示した他にも複数・多種類の部署等があることを示す。院生:医学研究科の大学院生。理工系研究者:医師免許を持たない理・工・農学部出身の研究者。

本院の建物の中で小児病棟は 17 階にあり、小児科・小児外科・小児整形外科の子どもが入院している。病床(個室と大部屋)は延べ 48 床で、病室の他には食堂やプレイルームが公共のスペースとして設置されている。その他、処置室・ナースステーション・倉庫・カンファレンスルーム・当直室・面談室・トイレ・浴室・沐浴室・汚物室などがある。入院中の子どもでは、血液疾患・悪性腫瘍の子どもが最も多い。その他にも長期療養・反復入院を要する慢性疾患の子ども)が入院している。

保護者の付き添いは可能であるが、非血縁者や中学生以下のきょうだいの面会、親戚の面会は制限されている。子ども達は原則離棟禁止で病棟内に隔離されている。検査(レントゲン写真撮影、CM・RI 撮影、内視鏡検査など)や治療(放射線療法、耳鼻科・眼科受診など)を行う場合は、医療スタッフが付き添って病棟外に出て該当部署へ出かけていく。病棟医療スタッフとしては医師・看護師が常駐し、病棟薬剤師が薬剤部から派遣されてくる。心理職や保育士は配置されていない。小学校児童に対しては、院内の 8 階に校区小学校の養護学級が設置されており(院内学級)、小学校教諭が 1 名、常駐している。中学校生徒に対しては、市内養護学校から各科の教師が教科毎に派遣され(訪問学級)、会議室や食堂など流用して授業を行っているが、院内や病棟内に専用の教室は設置されていない。

2-2 研究方法

2-2-1 筆者の立場と研究チームの構成

筆者は、専門を同じくする小児科医等と主治医チームを形成しており、1994 年から、チームの主治医等と共に、療養環境改善活動の企画・導入・運営全般に関わって参与観察と記録とを行った。現在、研究チームは主として、筆者と同じ小児科学教室に属し病院の「良質医療検討委員会」(院内の医療サービス向上全般を目的とした委員会)の小児科学教室の委員で、本研究の研究対象である現在の療養環境改善活動、「療養環境プロジェクト」のバックアップ及び監督を行う小児科 S 助教授、プロジェクトの最終責任者である小児科診療部長(小児科学教室 Y 教授)、病棟において活動を実質的に推進し、筆者と共にデータの分析等に関わる小児科 I 医師、庶務課広報担当職員 H 氏から構成されている。データは、筆者と筆者の指導教官 A 助教授によって検討された。

研究事業である「療養環境プロジェクト」は、小児科医師や病棟看護師長や病棟看護スタッフとの緊密な連携の下で行われており、病院幹部や庶務課職員、病院各部署の職員からも協力を得

て実施されている。特に医学部のボランティア学生の指導に際しては、小児科Y医師他小児科医師達の協力を得て行っている。

2-2-2 フィールドワーク

観察期間は1994年～2004年12月であった。参与観察の対象は、子ども・家族・医療従事者・病院職員・教師・ボランティア(医学部学生・患者とその保護者)・アーティストであった。筆者は、参与観察を行いながら、フィールドノーツを作成した(佐藤, 1992)。また、保護者の了解を得て、適宜、ビデオやデジタルカメラで撮影を行った。

2-2-3 半構造化面接と質問紙調査

2002年の4-10月に、医学部のボランティア学生二人が、筆者等の指導の元で活動対象の子ども達とその保護者に対して半構造化面接を行った。面接時、子どもとその保護者の承諾を得て録音し、後日書き起こしたテキストデータを筆者等と共に検討した。

また、本研究では以下の質問紙調査も行った。2003年の7-8月に、筆者らの指導の元で医学部のボランティア学生達が、小児病棟医療従事者・保護者と年長の小児患者・病院事務職員・医学部教員(基礎医学系)を対象に、自らの活動の認知度を調査した(余谷・多賀・池本・岩見・温井・松村・池宮・山口・倭・山野・渥美, 2003)。2003年度の2回の院内展覧会、2004年の院内展覧会で、来場者(外来通院小児患者の保護者・外来通院成人患者・入院成人患者・成人患者家族・その他)に対して、展覧会の評価について質問した。2004年2-3月に行われた外来通院中の小児患者対象のワークショップでは、保護者・参加したボランティア学生を対象に、ワークショップの内容に対する評価を質問した。2004年8月に行われた、保育科・医学部・看護短大(看護学科)学生ボランティアによるイベント、「夏休み☆こどもまつり」で、イベント参加時に付き添っていた保護者に対して、イベント内容の評価について質問した(山口, 2004)。

いずれの調査でも、筆者もしくはボランティア学生(展覧会では案内係)もしくは企画アーティストが、対象者に直接質問紙を手渡し、趣旨を説明して記入してもらってから回収するという方法をとった。データは関係者で共有し、分析は共同研究者と共に主として筆者が行った。

2-2-4 資料とエスノグラフィー

資料としては、筆者が記録したフィールドノーツ・議事録・カルテ・看護記録・患者および保護者からの書簡・患者と保護者への半構造化面接の結果・医学部学生ボランティアが記したエスノグ

ラフィー・ボランティアからの電子メール・学生ボランティアの反省会の様子を記録した音声記録からおこしたテキストデータ・質問紙調査の自由記述回答等を用い、これらの資料をもとに、エスノグラフィーを作成した。資料は、関係者の了承を得て使用した。本研究では、これらの各種資料・データをもとに、小児病棟や病院における集団の規範形成・伝達・作用圏の拡大の過程について検討した。

3 事例:療養環境改善活動の変遷

3-1 第1期:療養環境改善活動の導入期(1994年～2001年)

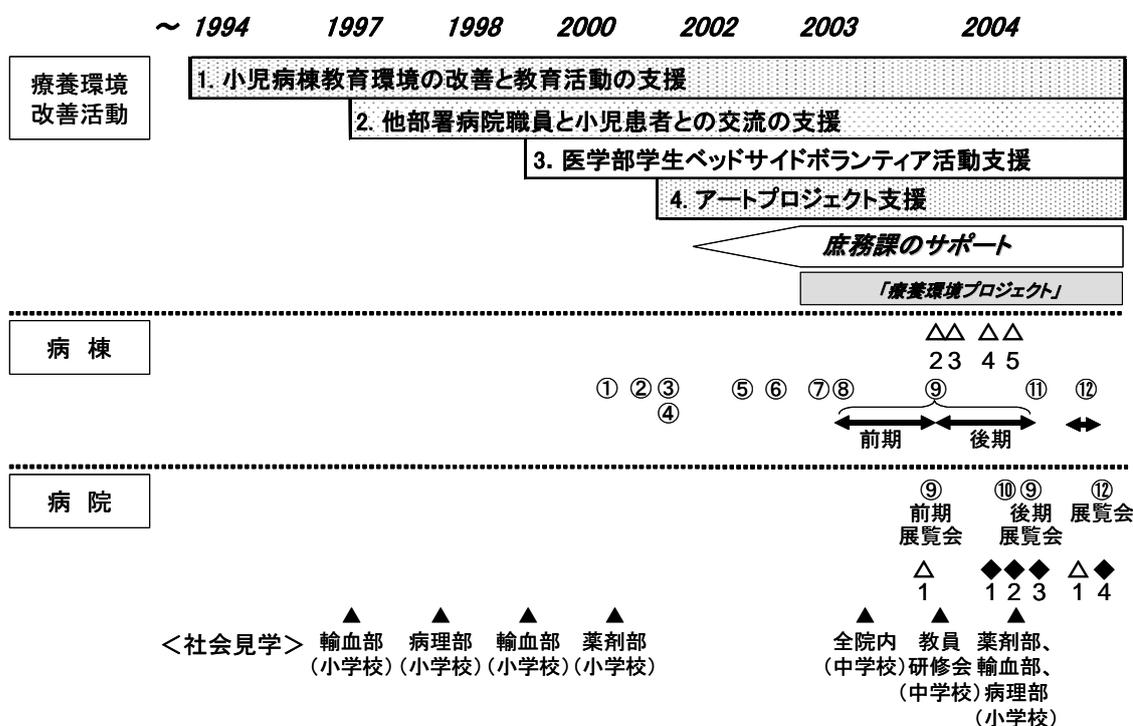


図 2 1994 年～現在まで、療養環境改善プロジェクトの導入と病棟・病院で行われた各種行事。図中①～⑫:アートプロジェクト(表 1 参照)。①クリスマス・コンサート、②ガムランコンサート、③&④工作ワークショップ、⑤ミニ・コンサート、⑥&⑦作曲ワークショップ、⑧ミニ・リサイタル(ピアノ)、⑨ワークショップ「アートもクスリ」、⑩ワークショップ「はこぶね、はこぶね。」、⑪ミニ・リサイタル(バイオリン)、⑫滞在製作「アーティスト@夏休みの病院」、成果発表展覧会。△1～5: 学生ボランティアによるイベント。1.「夏休み☆こどもまつり」(2003, 2004)、2.だんじり祭り、3.ハロウィン、4.ニューイヤーコンサート、5.豆まき大会。◆1～3: 1.院内講習会(保育・教育)、2.院内活動報告会、3.療養環境フォーラム in Kinki、4.療養環境フォーラム in Kinki 2nd。

3-1-1 療養環境改善活動導入の経緯(図 2)

①教育環境の改善と学校教育活動に対する支援(1994～)

1994 年、病弱教育専門の小学校教師の院内学級への赴任を契機に、筆者等は、それまで授業時間の確保が非常に困難であった血液疾患・悪性腫瘍子どもに対する教育環境整備に着手した。当時、血液疾患・悪性腫瘍子どもは、治療の強化に伴う副作用の出現によって、病棟外の院内学級教室へ登校する回数が著しく減少していた。このため、血液疾患・悪性腫瘍子どもの主治医チームは、院内学級教師(小学校、以下、教師)や訪問学級教師(中学校、以下教師)と連携

し、抗腫瘍化学療法中・造血幹細胞移植中)のベッドサイド学習を導入した(三木・山口・倭・宮田、1998)。さらに、治療中でも子ども達ができる限り安全に院内学級に登校、またはベッドサイドで学習できるように、保護者の了解のもとで毎日登校・学習前に子どもの状態について教師と打ち合わせ、当日の学習内容について検討を重ねた。また下校後、子ども達が病棟に帰ってくると、授業中の子どもの状態が教師から医師や看護師に報告され、さらに教師が保護者から聞いた話の内容のうち、医療の関与が必要な内容については、教師・医師・看護師間で話し合いが行われた。

また、入院している子ども達は、入院前に在籍していた学校(以下、原籍校)で開催される運動会やクリスマス会などの催しに参加できないことが多い。このような学校行事の経験不足を補完することを目的に、小学校教師が、院内学級(小学校)児童を対象に院内学級での運動会開催(室内ゲーム)や病棟クリスマス会での出し物(劇等)を企画した。筆者等主治医チームは、子ども達の治療計画と病状とを総合的に判断し、教師に対して行事の日程や出し物の内容についてアドバイスした。研修医達は子ども達と一緒に劇やゲームを行った。劇の練習時や行事当日は、指導医が研修医の仕事を肩代わりし、研修医らと子ども達との時間を確保した。また、退院や卒業式の準備を行うときは、院内学級教師のコーディネートで保護者・院内教師・原籍校教師・主治医とで話し合いの機会を持ち、対応した(三木 et. al., 2001)。

②小児病棟以外に勤務する職員(コメディカル・スタッフ)と小児患者との交流の支援(1997～)

院内学級教師は、子ども達の治療や検査と関わりの深い臨床検査室や病理部、輸血部といった小児病棟以外の病院内部署を見学する企画を、筆者等主治医に申し出た。教師は、子ども達の入院生活と密接に関係があるにもかかわらず、病棟では子ども達と出会うことのない、病棟以外の場所で働く職員の様子を子ども達に見せる「院内社会見学」の企画を考案したのであった。見学の事前指導は教師と主治医(筆者)が行い、各部署との調整・子どもの体調管理を主治医が行った。当日は教師と主治医(筆者)が付き添い、見学先の部署(病理部や輸血部)の医療従事者が見学内容を考案してインストラクターを務めた。

また、院内学級(小学校)では、教師の指導で子ども(児童)らが毎年、翌年のカレンダーを手作りし、日頃検査や治療で世話になった院内各部署へ届けた。院内教師が届ける子ども(児童)の役割を決定し、主治医が各子ども(児童)の病状を総合的に判断して訪問先や日程を調整した。配布に際しては、教師が「挨拶」や「お礼の言葉」などを指導し、高学年の児童にとっては児童会活動で経験するような対外的な活動となった。

③「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」の導入と支援(1998～)

学校教育の環境は徐々に整備されていったものの、面会を制限されている子どもにとって、多くの友人との交流経験不足は深刻であった。もちろん、病棟内の子どもらが互いに級友として友人関係を結んでもいるが、病状の違いなどもあり常に遊び相手を確保することは難しかった。特に、思春期にさしかかる子どもの話し相手・相談相手として、医療従事者では年齢や性別など対応困難なケースも多かった。

そこで、1998年より、入院子どもの遊びや学習の相手・話し相手として、病院が附属する大学医学部の学生によるボランティア活動を導入した。この活動は、「ベッドサイドボランティア活動」と名付けられ、近所のおにいちゃん、おねえちゃんのような存在であり、病気とは関係のない存在を提供することを目的とした。これは当院全体でも初めてのボランティア活動¹⁷導入であり、施設としてボランティアの受け入れ体制は整っていなかった。しかし、小児病棟でボランティア活動をやりたいと院内学級教師のつてを頼って願い出た、一人の医学部学生の熱意に応える形で、当時の小児科教授と庶務課課長の支援によって、筆者が最初のシステムを作成し導入することができた。導入当初、活動の最終責任を小児科教授(小児科長)がとることとし、ボランティアを小児科医局で保険に加入させた。ボランティアの活動指導や連絡係は、主に主治医が行っていた。主治医は、保護者に対してボランティア活動の内容や予想される危険性を説明し、活動を受けると同意した保護者の子どもに対してのみ活動してもらうことにしていた。最初の年には男子1名、翌年から男女各1名のボランティアが活動を開始した。活動のスタイルは、イベントなどを行わず、日程や時間を特定せず、学生に隣接する医学部の授業や実習の合間に病棟へ遊びに来てもらうというものである。活動場所は病棟のプレイルームや子ども達の病室(ベッドサイド)である。このため学生は学籍がある期間中は、長期間にわたり継続的に活動することができた。主治医と保護者の判断で、子どもの精神安定に学生ボランティアの介入が必要と判断された場合には、ターミナル期の子どもに対しても活動を導入した(余谷 et.al, 2002)。

④「アートプロジェクト¹⁸」の導入と支援(2000～)

¹⁷ ボランティア活動の定義として定まったものはないが、本研究・本論文においてはボランティア活動の定義は、次の通りである。:「豊かな社会を背景に本業・本籍以外で必然性は無いが社会的に正の価値をもつとされる諸活動が非強制的に営利を目的とせず行われるとき、その活動と活動主体」(渥美, 1995) 学生ボランティアは、学生という本分以外に活動を行っているという点で、この定義を満たしている。

¹⁸ 本論文の中で使用している「アート」という言葉は、芸術活動全般を指すこととする。また、本論では、

当院の入院中の子ども達は、原疾患や治療の副作用で免疫力が低下しており、病棟外の、特に人が多く集まる場所へ出かけて行くことができない。そこで、「入院して頑張っている子ども達のために、入院しているからこそ、の本物の特別なご褒美」と願い、2000年の暮れ、プロのアーティストに小児病棟でのアート活動の開催を依頼した。病院におけるアーティストによるアート活動として一般にイメージされやすいのは、アーティストが演奏して患者は聴衆という、コンサートなどの慰問活動であろう。しかし、筆者等は子ども達とアーティスト達が双方向に影響しあい交流し合って、何らかの新しい成果物を互いにもたらすことができるような共同制作の場を支援したいと考え、そのような場を医療従事者が支援していく方針を明確にし、「アートプロジェクト」と名付けた(山口、2003)。

「アートプロジェクト」では、2002年12月までには6本のアートプログラムが実施された(表1)。アート活動導入当初、イベントの準備や打ち合わせは、筆者と当時の小児病棟の病棟師長が連絡を取り合っていた。師長は、他の成人病棟との調整や2001年頃から担当となった庶務課の広報担当事務職員との連絡調整を行った。広報担当事務職員は小児病棟で行われるアート活動を病院内の広報誌用に取材したり、来院するアーティストのために駐車場や控え室を確保したりした。「アートプロジェクト」のイベントやワークショップには、アーティストや医療従事者以外にも子どもとアーティストのアート活動を支援するサポート・ボランティアが参加した。このボランティア・スタッフは、病棟のローカル・ルールを熟知している退院した小児患者や保護者であった。

さて、「アートプロジェクト」の中で、「慰問や芸術療法ではない」というコンセプトは、筆者等がアーティストをスカウトする際に強調した点であり、アーティスト側が最も興味を持った点でもある。筆者が、病院におけるアートプログラムの企画をアーティスト達に持ちかけた時、アーティスト達は決まって当惑した表情となった。アーティスト側の言い分としては、「慰問活動は、社会活動として評価を受けても、芸術・美術として正当に評価されない」という点を懸念していたのである。アーティスト達の中には、当院以外の病院や医療施設にアーティストを招いてアート活動を行うケースの中に、「癒し」や「優しさ」など一定のイメージの範囲で活動することを要求されるケースがあり、憤りを感じるとともに困惑していると話す者もあった。

その点、筆者等の「アートプロジェクト」は、アーティスト側から見てもユニークで魅力のあるもの

芸術活動もしくは芸術に関わる仕事を本業としている人々を総称している。本研究事業に関わったアーティストの専門は、いわゆる美術としての art 以降の現代芸術(美術)(Danto, 1997)を含むことから、あえて「アート」という語を使用している。また、「アートプロジェクト」では、アーティストはアート活動を本業として行っている。先述のボランティア活動の定義に参照する限り、アーティストはボランティアではないし、アート活動はボランティア活動ではない。

だったという。アーティスト達に病棟で行うアート活動に対して期待すること、どのように考えているか等について尋ねたところ、以下のような返事が返ってきた(山口, 2003)。

「学校の音楽」、「体育館の音楽」、「武家屋敷の音楽」など場所で生み出す音楽を映像にしています。「病院の音楽」または「小児病棟の音楽」という映像作品を作り、しかし、一般の人が思い描く病院に対するイメージとは全く違う何かを創りだせたらいいな、と思っています。」(「音と映像のワークショップ」、「音楽回診」(表 1)を企画した現代音楽作曲家。電子メールより。)

「僕自身まだどう病院の子どもたちと関わっていけばいいのかよく分からないというのが本当の所です。・・・でも、外部の人間と内部の人間が出会いなにか新しいものが生まれる可能性は十分にあると思いますし、そうなることを期待しこのプロジェクトを進めていきたいと考えています。」(「アートも、クスリ(前期)」(表 1)を企画したワークショップ・プランナー。電子メールより。)

アートプログラムを企画したアーティストの一人は、もともと、アートや作品について、次のような考えを述べていた。

「自分一人で作品を作るなら自分の好きなように表現すればよい。自分の表現したいことを他人(子ども)を使って表現することも可能かもしれないけど、それは自分で作品を作っているのと同じ。そうではなくて、子どもとアーティストの出会いで生まれた新しい発想、新しい世界の捉え方、それこそが作品。」(「アートも、クスリ(後期)」(表 1)を企画した美術作家の発言。フィールドノーツより。)

アーティスト達は、自分たちの表現活動の一環として「アートプロジェクト」に関わってくれた。「アートプロジェクト」でのアート活動は、あくまでアーティスト本来の仕事の延長であるから、アーティストの姿勢は極めて真剣である。アーティストの作品として評価されるプログラムも独創性が強く、芸術・美術として評価に耐えるものを目指していた。

もともと、「アートプロジェクト」は、入院して治療や学校の勉強を頑張っている子ども達に当院に入院したからこそもらえるようなご褒美を与えたい、という筆者等の願いからはじまったものだ。この

ような筆者等の目論見に対して、子ども達や保護者は、「今回は入院しててラッキーやった。」、「この子、楽しくなると声を挙げてしまうから、普通のコンサートとか行かれへんかったけど、病棟だったらこの子も自由にのびのび楽しめるから良かった。」、「サインもらって、(地域の)学校の音楽の先生に見せたら、めっちゃ羨ましがとった。儲けたで。」と語り、筆者等は自分らの目論見が成功したと感じた。

表1 2000-2004年の間に行われたアートプログラムとアーティストの専門、およびプログラムの形式

年	プログラム番号	月	プログラム	アーティスト	形式
00	①	12	クリスマス・コンサート	指揮者	コンサート、楽器に触れる
	②	7	ガムラン・コンサート	ガムラン奏者	コンサート、楽器に触れる
01	③	7	工作ワークショップ	建築家	ワークショップ
	④	8	工作ワークショップ	建築家	ワークショップ
02	⑤	8	ミニ・コンサート	指揮者	コンサート、一緒に演奏
	⑥	11	音と映像のワークショップ	作曲家、映像作家	作曲ワークショップ
03	⑦	1	音と映像のワークショップ「音楽回診」	作曲家、映像作家	作曲ワークショップ(病室)
	⑧	4	ピアノ・リサイタル	ピアニスト	コンサート、保護者と連弾
	⑨	4-9	前期美術ワークショップ「そらの空は、どんな空?とおい、お空の、こうかんにつき」	ワークショップ・プランナー、現代美術作家×2、アニメーション作家、建築家	継続的なワークショップ
		9	第1回成果発表院内展覧会(前期)		(月2回×半年間)
		10-3	後期美術ワークショップ「ようこそ!マイ・ルームへ!スイッチ!ザ・カーテン、オープン!ザ・ウインドウ」		継続的なワークショップ
⑩	3	第2回成果発表院内展覧会(後期)		(月2回×半年間)	
04	⑩	2-3	美術ワークショップ「はこぶね、はこぶね。」	ワークショップ・プランナー、現代美術作家、映像作家	外来小児患者対象ワークショップ
	⑪	4	バイオリン・リサイタル	バイオリニスト	コンサート、楽器に触れる
	⑫	7-8	アーティスト・イン・レジデンス「アーティスト@夏休みの病院」	現代芸術NPO、アートマネージャー、美術作家	滞在制作、ワークショップ
10-11		第3回成果発表院内展覧会	(15日間)		

3-1-2 療養環境改善活動導入による病棟・病院の変化

①学校教育活動の支援と人々の変化

教育環境の整備と学校教育活動の支援の根底には、「入院している子ども」を「こどもの患者」として見るのではなく、「児童・生徒」として捉え直そうという視点があった。当院の小児病棟に入院している子どもの年齢層が、乳幼児のみならず児童生徒に幅広くまたがっていたことが、問題意識の原点であった。教育環境の不備は、子どもらの社会復帰(原籍校復帰)に際して直接の障害となる。特に生存率は向上するが入院治療が長期化していた小児血液・悪性腫瘍の子ども達に、学校教育の不足は深刻な影響を与えており、筆者等、同分野の医師の問題意識は高かった。しかし教師など非医療従事者が重症児のベッドサイドに存在することは、医療従事者や保護者にと

まどいや不安を生じさせる。そこで筆者等主治医は教師との連携を血液疾患・悪性腫瘍の治療の一環として説明し、徐々に保護者や看護師他医師以外の医療従事者の理解を得ていった。さらに入院中や退院時、また卒業式などの学校行事に際して、原籍校の管理職や教師とも連携を取るケースが出現した(三木, et. al, 2001)。

学校行事の学会会に相当するクリスマス会の出し物では、子ども達と担任の教師、研修医達は特別な信頼関係を築くことができた。子ども達が素早く覚える台詞や演技も、仕事が終わって夜中に練習を重ねる研修医達にとっては大変な作業であった。しかし、数週間にわたる準備・練習の期間を通じて、子ども達は研修医に対してそれまで以上に親密感や信頼感を高めていき、課された役割を果たしていく達成感を味わっていたようだ。一方家族は、病気の治療を受けている子どもではなく、演技に歌に勉強にと生き生きと活動する子ども達の様子に安心感を持った。特に母親は、個室管理下の治療中やターミナル期でも、授業中は教師が必ず子どもの傍にいてくれるという安心感から、授業時間中は病室を出て子どもと適度な距離を置くこともでき、原籍校との問題や進学・きょうだいのこと等、病気以外のことを教師に相談できた。これまでに院内学級・訪問学級へ転校し、退院時再び原籍校へと帰って行った子ども達や保護者は、「(この病院に)入院してよかったことは、院内学級(訪問学級)の先生に出会えたこと」と口をそろえる。学校教育の存在は、病棟の子ども達や保護者にとって入院生活に不可欠の要素となっていた。

さて、病棟の医療従事者(医師や看護師)は、それまで子どもの病気の治療を中心に“自分たちの仕事”のスケジュールを立てていた。しかし、学校教育活動を支援し始めてからは、支障のない限り、子ども達の学校生活に配慮して1日のスケジュールを組み、業務を実施するようになった。また、子どもや家族が抱える医療従事者側には訴えてこない隠れた問題点も、教師からの報告で把握することが可能になった。卒業、入学、進学、入試といった学校行事のスケジュール調整や退院時の原籍校との打ち合わせも教師のコーディネートで行われ、主治医である筆者等は、教師のアドバイスによって、子どもの治療計画を総合的に判断して進めることができるようになった。その結果、入院中の学習の補完のみならず、人生の節目ともいえる学校行事を、機を逃さずに準備できることで、子ども達は退院後、順調に原籍校へ社会復帰できるようになった。

②「院内社会見学」、「手作りカレンダー」と小児病棟外のコメディカル・スタッフ

小児病棟以外の他部署の職員(検査技師などコメディカル・スタッフ)は、通常、患者に直接接触せずコンピューターや伝票を通じて患者の情報を得て業務を行っている。以前から筆者は、これらの部署への検査依頼や検体搬送を、直接、電話をかけた後該当部署へ赴いたりして行ってい

た。そして、該当部署の職員達と子どもの病状や検査・治療の目的などを話し、同時に、子どもの年齢や学齢、性別をはじめとして得意な教科や趣味といった生活の情報を提供していた。このような子どもに関する医療従事者同士の情報交換を背景として、該当部署は教師からの申し出を快諾した。職員達にとっては、それまで伝票やコンピューター画面上、または検体(“肝臓”や“肺”や“骨髄“の一部)の名前でしか知らなかった子供達が、実際に目の前に現われたのである。訪問した子ども達(児童・生徒)と教師は、職員達に拍手で歓迎された。職員達は、子ども達の訪問を心待ちにしていたといい、子ども達への説明や質問への回答も熱心で、しばしば、予定時間を超過するほどだった。また、毎年年末に配られる院内学級の子ども達お手製のカレンダーを楽しみにして、部内の職員の全員が見える場所に丁寧に掲示している部署もあった。

一方で、見学に参加した子どもらは、自分たちの入院生活をどれほど多くの人々が応援し支えてくれているのかという事実を知り、深い感銘を受けたようだった。例えば見学前は、ただ嫌がっていただけであった輸血製剤投与や検査を行う際、「(輸血部の)おじちゃんが、ぼくの輸血、検査してくれたのかな。」「(検査をした後に)ぼくの“こつずい”(骨髄)、あのおばちゃんが見てくれるんやね」と語りながら治療や検査を受けるようになっていた。

③医学部生ボランティアと子どもたちの様子

子ども達の住む小児病棟へ、ふらりと遊びに来る「医学部学生ベッドサイドボランティア」達と子ども達は、長期間の継続な関わりを通じて信頼関係を築いていった。

例えば、ある長期入院中の子どもは、1998年の医学部学生ボランティア活動導入以降は、男子学生のボランティアと大変仲良くなった。同ボランティアが記載したエスノグラフィーをみると、医療従事者へは訴えなかった疾患や治療に対する不安、医療従事者が気づかなかった食事の時間における子どもの寂しさ、ボランティアに対するきょうだいの様な親愛の情を伺い知ることができる(余谷, et. al., 2002)。ところが、ボランティアが活動していた1998年～1999年ごろの看護記録¹⁹の中では、ボランティア活動については殆ど触れられておらず、2000年頃から記録が認められるようになった。ちなみに、この子どもが入院期間中に在籍していた院内学級に関する記載は、頻回に認められている。また、1999～2001年頃入院していた子どもと家族は、入院当初から二人の学生ボランティアと親密になり、また訪問学級の教師を深く信頼し、教師やボランティアを心の支えにしていた。この子どもと関わった学生ボランティア(女子)のエスノグラフィーには(多賀,

¹⁹ 医療記録には、主に医師の記載する「カルテ」と看護師の記録する「看護記録」がある。記載事項は①客観的事項(SubjectとObject)、②考察(Assessment)、③計画(Plan)がある。患者の生活に関する情報は、主に看護記録の方へ記載される。

et. al., 投稿中)、医療従事者との間でかわされる会話とは異なり、病気のこと以外にも院内の生活や学校のこと、ゲームや遊び、恋愛、さらには死に関する会話が綴られている。子ども自身も、教師の話やボランティアに対する親密な感情を医療従事者に語る機会が多く、2000-2001年頃、看護記録中には、教師やボランティアに関する記述が散見されている。

④病院や病棟が受け入れやすいボランティアの条件

1994～1999年頃は、療養環境改善という意識は一部の小児科医(血液疾患・悪性腫瘍専門医)以外には浸透していなかった。保護者ですら「病気を治すのが一番で勉強は二の次」と言っていて、院内学級や養護学校への転校を拒否するケースもあった。療養環境改善は治療の一環という位置付けであったため、筆者らは、自分の担当の子どもに対してしか説明を行うことができなかった。病院全体で初めての試みであった「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」導入当初の1998年頃にも、事務職員や医療従事者からは「事故が心配」「患者さんが不審がるのでは？」などといった不安やとまどいの声が上がっていた。しかし、病棟で教師やボランティアの関わりが長期間継続するうちに、子ども・保護者にとって学校に行く(授業を受ける)のも、ボランティアが遊びに来るのも当然のこととして受け入れられるようになっていた。とはいえ、この時期は病院に全く関係の無い人というのは、受け入れられていなかったようだ。つまり、療養環境活動開始前から設置されていた院内学級・訪問学級の教師や、病院が附属する大学医学部の学生は、病院に関係があるとして「ウチの院内学級の先生」、「ウチの学生」と呼ばれていた。

⑤「アートプロジェクト」導入と病棟の反応および病院組織の変化

2000年に開始されたアートプロジェクトでは、アーティスト自身は、全く病院に関係ない外部の人々であったはずだが、筆者や看護師長が調整役になることで、他の医療スタッフにも受け入れられていった。一方で、イベントやワークショップに参加した子どもや保護者には「今回(の入院)は(イベントがあつて)ラッキーやった。」、「病棟でイベントがあると、親子共々リラックスして楽しめる。」、「(今回は)入院してて儲けた!」と、概ね好評であった。

この頃になると、業務上の責任や病院組織との連携という点で小児科学講座の教員や小児科教授、助教授が活動を援護するようになり、さらに実際の運営にあたって若手小児科医の協力者も現れた。教育活動やボランティア活動・アートプロジェクトは、特定の主治医の担当患者のための治療ではなく、小児病棟に入院している子どもたち全体のものであると認識されるようになった。看護師長以外の看護師達も看護師長だけにサポートを任せず、担当患者のイベント参加を業務

スケジュールに組み込んで積極的に安全管理に動くようになった。この頃から、医療スタッフが、毎朝子どもが登校可能な状態かどうか、ベッドサイドでの授業に切り替えた方が良いかどうかについてカンファレンスで議論している場面、新入りの研修医や看護師が授業時間を無視して治療や検査を行っている、上司の医師から叱責されるという場面も見受けられるようになった。1994 年からの活動を進めていく中で、子どもや保護者・医療従事者の間に、病棟では病気治療をするだけでなく、子どもとして、親として生活をしているのだという認識が徐々に定着していったようだった。

3-2 第 2 期:「療養環境プロジェクト」の成立期(2002 年～2003 年 3 月)

2002 年の 7 月頃、「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」を経験した子どもとその保護者が、活動の存続を求めて病院の良質医療検討委員会に投書したことをきっかけに、同ボランティア活動は病院組織の公認するところとなり、メンバーも男女学生 2 名から 20 名に増員することができた。

その他の療養環境改善活動も、病院組織から小児病棟に限局した活動であるとされつつも、「必要ない」、「できない」という拒絶や困惑の対象ではなくなり、「子どもの育つよい環境を整備するのも看護の目標」、「子どもの成長と精神発達には、様々な人と関わる経験が重要」(看護師長)、「患者さんがよりよいサービスを受けられるように」(庶務課広報担当職員)と、当たり前のように語られるようになっていた。

また、受け入れ態勢がないことと患者に対する安全面に対する理由から、訪問を断り続けてきた当院および当大学外部の一般市民によるボランティア団体の活動も、2002 年からは、病院庶務課の広報担当職員が窓口を務め、病棟師長の指示を仰ぎながら受け入れ始めた。その他にも庶務課広報担当職員は、小児病棟での活動に対する取材申し込みの窓口、プライバシー保護に関する報道関係者に対する指導なども行うようになっていた。

その後、筆者と小児科医師等は任意団体を設立し、本活動を事業として整備した。『病棟は、子ども達や家族の「生活の場」であり、病院は、子ども達が育つ「まち」である』というコンセプトを掲げて、「療養環境プロジェクト」という事業名で助成金を獲得した。任意団体は、様々なプロジェクトの責任者である団体代表者の小児科教授 Y 医師、「良質医療検討委員会」の委員でもあり、プロジェクトの実質的な監督者でもある小児科助教授 S 医師、および筆者と、他の小児科医 I 医師で結成した。筆者等任意団体の各メンバーは、それぞれの役割を担い、話し合いを重ねながら事業を展開していった。「療養環境プロジェクト」は研究事業としても位置付けられ、筆者等は、この

頃より、本格的なアクション・リサーチを開始した。

3-3 第3期:「療養環境プロジェクト」の整備期(2003年4月～現在)

3-3-1 庶務課広報担当職員の活躍とアートプログラム:「アートもクスリ」、「アーティスト@夏休みの病院」

2003年の4月、年度が変わると小児科のプロジェクトを担当していた庶務課の職員が交代した。この職員H氏は、前任の熱心な担当職員に引き続いて、小児科のプロジェクトへ積極的に関心を持ち、「楽しい病院でもええやんか。」と頻りに筆者等に語っていた(平井・山口・池宮・倭・新宅・山野, 2003)。

小児病棟では、「アートプロジェクト」で、ワークショップ形式のアートプログラムが実施されるようになった。最初のワークショップ形式のアートプログラムは、2002年11月、2003年の1月に現代音楽作曲家によって行われた。1回目の「音と映像のワークショップ」は、プレイルームで行われた。作曲家の他に映像作家、音楽家、民族音楽研究家など複数のアーティストが加わった。作曲家は、おびたしい種類のおもちゃの楽器、民族楽器をプレイルームに運び入れ、サポート・ボランティアが、それらを片端から消毒した。その後、アーティスト、ボランティア、プレイルームを訪れた子ども達で即興演奏が始まった。セッションはとぎれることなく数時間に及び、子ども達や家族は体調に合わせて三々五々演奏に加わっていた。建物中央の吹き抜けを挟んで向かい側の成人病棟から、騒音のクレームが付いたが、小児病棟の師長が対応して事なきを得た。2回目の「音楽回診」の当日、病棟には重症の患者が入院しており、開始前に看護師長と小児科医、アーティストとで丁寧な打ち合わせが行われた。作曲家達は、消毒済みの大量の楽器を回診用のカートに積み込み、順番に病室を訪問して即興演奏が行われた。病室を移動する際に、演奏を続けたい年長の子ども達がお気に入りの楽器を手に持ち、あるいは車いすに沢山ぶら下げてドラムセットを作り、作曲家と一緒に他の病室の小さな子どものために演奏を聴かせていた。順番が待てずに個室に隔離されている子どもが脱走するハプニングもあった。点滴や酸素吸入を行いながら、家族に抱かれて病室の入り口で長時間待っている幼児もいた。

初めての、長期にわたる継続的な「アートプロジェクト」のプログラムは、「アートもクスリ」と題され、主に美術館や博物館でワークショップを企画しているワークショップ・プランナーと現代美術作家等、建築家、アニメーション作家など5名のアーティストのチームによって提案された。プログラムは、月2回の病棟でのワークショップを半年間行って1プログラムとし、2003年4～9月、10月～2004年3月の期間に行われた。アーティスト達は、「病院や病棟で病気の子どものためにアートをして

あげる」という発想を極端に嫌い、あくまでプロのアーティストとして、「病気という“おまけ”をもった子ども達と真剣に共同制作を行う」というスタンスで乗り込んできた。その作品に対する姿勢は厳しく、「あくまで、美術として評価されなければやる価値がない」と断言していた程である。

プログラムの合い言葉は「入院して儲かった！」に決定された。前半のプログラムは、「イタリア在住のアーティストとの、空の写真の交換日記」(「空のこうかんにつき」)、後半のプログラムは「病室のカーテンを題材に、3人の作家と子ども達が共同制作を行うワークショップ」(「スイッチ！ザ・カーテン、オープン！ザ・ウインドウ」)で、いずれも表現活動を通じての対話と協働を特徴としていた。

前期プログラム(2003年4月～9月)は、ワークショップ・プランナーが企画・実施した。入院中の子ども達とイタリア在住の現代美術作家とが、それぞれ大阪とイタリアの空の写真を交換しながら、空にまつわる様々なアートプログラムを実施するというものである。ワークショップを、病棟という「まち」にオープンした「カフェ」という見立てで「そらいろカフェ」(写真2)と名付け、色々な作品作りのメニューが設定された。まるで好きな時間に店を訪れるように、治療や検査のスケジュールに併せて自由に参加できるスタイルである。重症で部屋から出られない子どものために、主治医や看護師が付き添って、ワークショップ・プランナー扮するカフェ店長の「出前」も行われた。毎回子ども達が病棟の窓から大阪の空を撮影し、ワークショップ・プランナーがその写真をイタリアへ送り、お返しにイタリアから沢山の写真が届いて病棟の壁に貼られていった(写真3)。最終回ではイタリアからアーティストがやって来て、子ども達と初めて対面した。

後期のプログラム(2003年9月～2004年3月)は、カーテンを題材に3人の作家(美術作家、建築家、画家)が、数回ずつ三者三様のワークショッププログラムを企画した。病室のカーテンを2週間だけ、好みのデザインに掛け替える「レンタルカーテン」のプログラムが考案され、年長児や付き添いの保護者に好評であった。カーテンにアニメーションを投影したり、カーテンを素材に衣装をデザインして仕立て、ファッションショーと撮影会をする(写真4)、など、作家毎の専門性や独創性が反映されたプログラムが実施され、子どもだけでなく付き添いの保護者が参加するワークショップも行われた。

ワークショップのプログラムは、アーティスト達と筆者、庶務課広報担当職員 H 氏、病棟看護師長らが話し合いを重ねて、数ヶ月をかけて練り上げられ、緊密に連携を取りながら実施された。このような徹底した安全管理に対する対話の方針によって、小児病棟における月2回、半年間という定期的・継続的なワークショップが実現した。ワークショップは、プレイルームが行われたが、病室から出られない子ども達の為に「出前」システムが考案された。それぞれのプログラム毎に、「出

前」プログラムも独自に工夫された。「出前」は、アーティストやサポート・ボランティアによって行われた。看護スタッフのきめ細やかな対応とサポートによって、免疫抑制状態でクリーンベンチに収容されている子どもでも、制作活動を楽しむことができた。この「出前システム」も、看護スタッフの積極的な参加によってはじめて実現した、当院オリジナルのシステムの一つである。

ワークショップには、大学生や高校生になった小児患者と保護者や、医学部・看護短大等の学生、アーティスト等の知り合いのアーティスト等、多くの人々が「サポート・ボランティア」として関わり、子ども達の制作活動を支援した。「サポート・ボランティア」も、「アートプロジェクト」オリジナルのシステムである。サポート・ボランティアのメンバーのうち、大学生や高校生になった小児患者と保護者や医学部・看護短大等の学生は、病棟の様子やルールに詳しく医療スタッフとも面識があり、アーティストのアート活動を直接支援する立場のボランティアである。ワークショップの最中、サポート・ボランティア達は、子ども達と様々なやりとりを楽しんでいた²⁰。子ども達の中には、自分の親や主治医や担当看護師には、なんとなく聞くことができないでいる、自分の病気のことや受けなければならない手術の悩み、自分の診断の真偽についてなど、を親しくなったサポート・ボランティアに話し出すものもいた。そのような話は、ボランティアにとって、少なからずとまどいを生じさせるものであったが、毎回ワークショップ開始前後に行われる、企画アーティストとサポート・ボランティア・スタッフによるミーティングや、「アートプロジェクト」独自のメーリングリストの中で、対話を重ねながら解消していった。非公開のメーリングリストでは、ワークショップ中の思い出、子ども達の様子、危険だと感じたこと、今後注意すべき点、今後の企画など、自由に意見が交換された。例えば、あるサポート・ボランティアは、小学生の女儿と一緒に作品を制作しながら、次のような会話を交わしている。

「・・・作業している間にも、

Aちゃん「あんなあ、お医者さんになるのが夢。」

私(※ボランティア)「へ～すごいな～。じゃあ、いっぱい勉強しなあかなあ。」

Aちゃん「うん、もうしてる。検査(採血)のときとか、じ～っとみたり。いろいろ見てるねん。」

私「そうやなあ、入院しててもいろんなこと勉強になるなあ。」

Aちゃん「うん。そうやねん。」

とか、(Aちゃんが薬剤のふたを使って作業してるのを見ながら)

²⁰ アートプロジェクトを対象として、サポート・ボランティアの一人としてフィールドワークを行った調査結果を、小出が卒業論文として報告している(未刊行)。

私「それ、うまいこと使ってるなあ。なんか雲みたいやなあ。」

A ちゃん「そう、雲。まだ、いいこと考えてるねん。ちょっとこっちみんとってな。」

私「わかったあ」(書き終わった後)「あ〜、いいやん。看板?」

A ちゃん「そう、お店(※ワークショップを“カフェ”になぞらえていたので、そのワークショッププログラム開催中に、という意味)に飾ってもらうねん。」(嬉しそうに、ちょっと自慢げ。)

というふうな、会話もいろいろできて、楽しかったです。」(ボランティアのメールより抜粋)(※筆者註)

メーリングリストには、庶務課職員や小児科医の筆者等も参加しており、医療や安全管理の立場から意見を求められることも多かった。

この頃には、病院職員(医療スタッフと事務職員)は、あくまで業務として、アートプログラムやボランティア活動に関わるというスタンスを明確にしていた。ワークショップ開催中は、看護師や医師達はさりげなく点滴管理や状態観察に訪れ、子ども達・アーティスト・ボランティアの大切な時間を見守っていた。時には、アーティスト側から「医療従事者も、もっと積極的にワークショップに参加して欲しい」という声も聞かれたが、筆者等は「私達(医師や看護師)は、“まち”の安全を守る警察や消防みたいなものだから。」と、自然な形で子ども達の生活に関わる演出を提案していた。とはいうものの、子ども達とのやりとりの流れの中では、主治医や研修医、担当看護師達が、子ども達と一緒にゲームや作品制作を楽しむ場面も見られた。

2004年の7月から8月の幼稚園・小学校・中学校・高校の夏休み期間中にも、アーティストが小児病棟で15日間の滞在制作(アーティスト・イン・レジデンス)を行いながら子ども達と共同制作を行うというプログラムが施行された。「アーティスト@夏休みの病院」という名称のプログラムで、大阪市内の現代芸術のアーティストを中心に結成されているNPO法人²¹が企画・運営したプログラムである。プログラムは、2003年度と同様に、半年ほど前から、アーティスト達と筆者、庶務課広報担当職員H氏、病棟看護師長らが話し合いを重ねて、練り上げた。プログラム実施中も、NPOの事務局長であるアート・マネージャーと病棟看護師長や病棟看護が緊密に連携を取りながら、子ども達やボランティアの安全・健康管理を行っていた。学校の夏休みがはじまった直後の7月のある日、アート・マネージャー二人と美術作家一人が病棟を訪れた。美術作家は、プレイルームの壁の一面で黙々と巨大な絵を描き続け、それを見て子ども達が、何をしているのかと三々五々集まってきた。集まってきた子ども達に対して、アート・マネージャーの二人が「遊ぼうか?」、「絵、

²¹ 大阪アーツアポリア (<http://www.arts-center.gr.jp/>)

描いてみいひん？」と上手に子ども達の興味や創造力を引き出し、制作活動をはじめた。テーマは、美術作家が考案した「サンサンとファンファンのであうところ」という絵物語で、毎日、1枚の絵が参加した子ども達に配られる。子ども達は、その絵を手がかりに自由に発想し、参加しているサポート・ボランティアやアーティストと一緒に物語を完成させるというものであった。15回の制作の途中では、楽器を演奏する子どもや歌を歌う子ども、全く関係のない工作をする子どもなど、自由に表現活動を楽しむ場となっていた。このような多彩で自由な表現を支えたのは、NPOの人材の豊富さであった。NPOには、アート・ボランティアというあらゆるジャンルの若手アーティストや学生が登録しており、彼らがプログラムのサポート・ボランティアとして参加していたのである。免疫抑制状態の子どもには、看護師のサポートでプログラムの出前が行われ、夏休みが終わる頃には、それぞれの子どもが自分の物語を完成することができた。

3-3-2 院内美術展覧会と市民への発信

継続的なワークショップ形式のアートプログラム修了後には、病院内外来各所で成果発表の美術展覧会が開催された。展覧会の企画・運営にあたっては、前述の庶務課広報担当職員 H 氏と筆者等小児科医、アーティスト等が話し合いを重ね、安全対策・事故防止に関する問題点や解決方法を十分に議論し合った。展覧会の開催期間中は、庶務課を中心とした院内各部署や警備員が協力体制をとり、日常外来業務に支障が出ないように、盗難や事故対策が図られた。小児科教授は、教授会で展覧会について紹介した。展覧会の準備には、複数の大学のボランティアやアーティスト仲間が協力し、院長や小児科教授は広報用のチラシやポスターに挨拶文を掲載した。

主な会場となった小児科外来待合いでは、展示の案内係として大学生(医学部、看護短大、人間科学部など)やアーティスト自らが毎日交代で常駐した。庶務課の配慮によって、病院警備員の巡回回数が増やされ、警備員達も会場を頻繁に訪れた。中には、警備員達が子ども達の作品について仲間同士と談笑している様子も見かけた。会期中に配られたアンケート用紙の回答からは、「待ち時間、退屈しないですんだ」、「待ち時間が短く感じられた²²」、「また、やってほしい」と外来を受診した保護者には好評だった。展覧会期間中は、外来で診療を行っている主治医でさえ「診察だけ終わったら、子ども達が「もう、遊びに行っていていい？」と待合いへ一目散に戻ってしまうので、診察室で保護者とゆっくり話をすることができた」と驚いていた。また、ある保護者は「病院で遊んでもいいよ、と我が子に言ってあげられるのがとても嬉しかった。この子が悪いわけではな

²² ちなみに、当院の良質医療検討委員会に寄せられた苦情の中に、外来待ち時間の長さがあがっている。

いの、「病院では静かにしないといけない」と言い続けなければならない自分が、親としてとても辛かった」とその心情を吐露してくれた(山口, 2004)。作品の前で「どうやって絵を描いたのか」と熱心に議論している成人の患者、「うちの(病院の)子らが撮った写真やで。」とあたかも自分の孫のことに得意げに付き添いの家族に語っている老人の患者、「なんで小児科の患者だけなのか? 成人の患者にもこのような(展覧会やアートのような)楽しい機会を設けて欲しい」と、クレームをつけてくる成人の科の医療従事者もあった。

ワークショップや展覧会は美術関係者の興味を引き、美術のライターによって美術館情報としてタウン情報誌に掲載されたり、美術関係の雑誌やウェブに取り上げられたりした。取材や記事は、全て事前に庶務課広報担当事務職員が対応して目を通し、病院全体の試みとして発信できるように配慮された。

3-3-3 拡大版「院内社会見学」と学校教育活動への支援

庶務課の広報担当事務職員 H 氏の積極的なコーディネートの結果、「院内社会見学」の見学先は病院中の部署に拡大した。2003 年の 7 月に行われた中学校訪問学級生徒を対象にした見学では、中学生生徒2人と担任の訪問学級教師、筆者と担当看護師は、H 氏の案内で病院 18 階屋上のヘリポートから、大阪平野を一望に見渡した。引き続き、緊急時には病室に転用する会議室、国際会議を行う特別会議室、病院中のカルテをコンピューターで集中管理する中央病歴部、中央臨床検査部、輸血部、病理検査部と廻り、事務室の奥に通されて院長室の大きなソファで休憩した後、地下にある薬剤部の製剤風景や 1000 床分の食事を作る巨大な台所である栄養部も見学した。この見学は、中学校の職業体験の授業も兼ねていた。見学が終わって、生徒達は、薬剤師や医師を目指したいと夢を語っていた。

同年9月に行われた養護学校(中学校訪問学級)教師等の研修会では、庶務課の職員の司会で小児科医の一人が小児がんについて講演をし、その後も庶務課職員案内で病院見学が行われた²³。放射線治療室では、ある放射線技師が放射線治療装置について説明していた途中、この技師が治療したことのある中学生の患者が、見学していた教師等がかつて担任していた生徒であることがわかった。教師等と技師は、現在は元気に高校へ通っているその生徒の話に花を咲かせるという場面もあった。

また、最近では、教師の要請と庶務課の尽力で、ベッドサイド学習用のノートパソコンが寄付され、院内 LAN を利用してコンピューターの授業も行われるようになっている。

²³見学には筆者も付き添い、写真撮影などを担当した。

3-3-4 学生ボランティア活動支援の充実と「夏休み☆子どもまつり」(表2)

①卒前教育としての医学部ベッドサイドボランティア活動

庶務課広報担当H氏は、当院は大学病院で教育病院でもあるという理由で、大学生のボランティア活動や見学、卒業論文の為のフィールドワークも積極的に受け入れていこうと提案してくれた。筆者等は従前より、医学部の学生による「ベッドサイドボランティア活動」を指導・支援していたが、2002年の冬頃から開始された看護短大学生のボランティア活動も含めて、積極的に関わることができるようになった。医学部の学生達は、大学へサークルとして申請して認可されたり、独自に助成金を獲得して活動資金に充てたりした。また、筆者等の指導で、学会発表²⁴や院内発表会での報告を行ったりもした。以前からのコンセプトである「近所のおにいちゃん、おねえちゃん」としての日常活動に加えて、豆まきやハロウィンなど、季節毎の行事を任されるようになった。2003年からは、学生達が学生同士のミーティングを月1回、学生幹部と医師(筆者)・看護師「ボランティア委員」・看護師長が同席する「スタッフ・ミーティング」を月1回ずつ、行うようになった。日々の活動でも、看護師に指導を仰ぐようになった。看護師のきめ細やかで熱心な指導によって、活動はより活発に行われるようになった。2004年現在では、1年から6年まで40名前後の学生が登録して活動している。ボランティアの資格は、当大学医学部学生であることで、入部の条件として医師・看護師による研修や先輩学生ボランティアが同行して行うトレーニングを義務づけ、活動開始後も活動記録の提出を義務化している。

②小児以外の成人病棟に入院中に子どもを対象とした保育科学生によるボランティア活動

医学部や看護短大以外の大学生ボランティアの受け入れも可能になった。2003年の8月、夏休みに小児病棟以外の成人病等に入院せざるをえない子ども達のために、前述の庶務課職員H氏が夏祭りを企画しいと、筆者に持ちかけてきた。「夏休みの絵日記に入院の思い出を描いてもらえるようなイベントを！」というコンセプトで、「夏休み☆子ども映画まつり」と銘打たれたこのイベントは、小児科・小児外科・小児整形外科以外の診療科に通院している子ども(皮膚科・形成外科・耳鼻科・脳外科など)を対象としている。小児病棟ではなく各診療科の成人病棟に入院しているこれらの子ども達は免疫抑制状態の患者が殆どいないことから、離棟や面会に関する病棟規則は、小児病棟のそれよりも規制が緩やかである。しかし、プレイルームは設置されておらず、おも

²⁴ 筆者等は1998-1999年から活動していた2名の医学部学生を指導し、第17回、18回、19回日本小児がん学会で、活動報告を行った。詳細は、小児がん学会雑誌に投稿・発表した(参考文献リスト、参照)。

ちゃや絵本も少ない。そこで、これらの成人病棟へ入院している患児を対象に、病院講堂と講堂前の廊下でアトラクションを中心としたイベントを開催し、付き添い家族と一緒に楽しんでもらうことを計画し、2003年度には、「夏休み☆こども映画まつり」、2004年度には「夏休み☆こどもまつりーつくって、あそぼう！ー」というイベントが、開催された。イベントは、筆者が教鞭をとっている短期大学保育科の学生と医学部の学生がチームを組んで設営から運営まで全てをこなした。2003年の7月には、本学保育科学生のボランティアを募集し、並行して医学部の学生からもボランティアを募り、保育科学生と医学部学生の混成チームを結成した。リーダーは保育科学生から選出した。イベントのプログラムやアトラクションは、保育科学生が考案し、特に院内での安全面に留意しながら筆者等と一緒に話し合いを重ねた。会場の準備や当日の運営は、保育科学生と医学部学生が役割を分担して協力した。会場準備の為の製作は、本番当日までの8月中の3日間に行われた。

2003年度の実績をふまえ、2004年度も同様に、保育科学生にイベントを依頼した。2004年度の活動は、筆者等の「療養環境改善プロジェクト」の一環としてだけでなく、短期大学公認のボランティア活動の一環としても実施された。医学部医学科学生や看護学科(看護短大)学生からもボランティアを募集して、合同チームを結成した。学生達は数回にわたって病院を訪問し、現場を見学しながら筆者やH氏と企画を練り上げ、母校の短大では、幼児教育専門の教員に企画の指導を仰いだ(池田・山口, in press)。この年のテーマは、「つくって、あそぼう！」というものであった。講堂前の廊下で、海をモチーフに割り箸、牛乳パック、ペットボトルなど身近な材料でおもちゃを製作し、作った作品を使って講堂内のプレイ・スペースでゲーム大会を行うというもので、幅広い年齢の子どもに対応出来るように工夫されていた。

2003年度も、2004年度も、会場では、はじめは親の傍から離れなかった子どもたちも、次第に学生ボランティア達と一緒に遊び出し、付き添いの親たちは、その様子を講堂内の椅子に座って離れて見守っていた。会場には、付き添いの病棟看護師や主治医、病棟看護師長の他、看護部長、副看護部長、子ども達の診療科の科長(教授)、良質医療検討委員会の委員長、小児科教授、事務部長、理事長、庶務課長等が訪れ、子ども達の楽しそうな様子を見つめていた。また、撤収後の反省会では、学生同士で感想や反省点が活発に議論され、病院長や良質医療検討委員会の委員長、事務の幹部が、学生達をねぎらって打ち上げのための寄付を集めてくれたりした(山口・池田・平井, in press)。

表 2 2003 年度以降、当院で行われているボランティア活動のまとめ

活動の種類	活動場所	内容	ボランティアの属性	病院側サポート
医学部学生ベッドサイドボランティア活動	<病棟>	ベッドサイドボランティア活動	医学部学生	医師・看護師
	プレイルーム	季節のイベント活動	医学部学生・看護短大・看護学科学生	
	病室	学会発表、助成金獲得	医学部学生	
看護短大ボランティア活動	プレイルーム	プレイルームでの集団遊び	看護短大・看護学科学生	医師・看護師
「夏休み☆こども祭り」ボランティア・チーム	病院5F講堂	企画	保育士養成校学生	医師・看護師
		実施・運営	保育士養成校学生・医学部学生 看護短大・看護学科学生	事務職員
アートプロジェクト・サポート・ボランティア	<病棟>	ワークショッププログラムへの参加	退院した高校生以上の学生・保護者	医師・看護師
	プレイルーム		医学部学生・看護短大・看護学科学生	
	病室		保育士養成校学生・福祉他学生	
			アーティストの知人教師 見学に来た大学院生・記者	
		次回ワークショップまでの間の制作	医学部学生	
	写真の現像、カーテンの掛け替え	医学部学生		
	展覧会の設営・案内係	医学部学生・看護短大・看護学科学生	医師・事務職員	

※カーテンの掛け替え:2003 年度の「アートもクスリ」の後期プログラムの一つ、レンタルカーテンの掛け替え作業を指す。

3-3-5 外来小児患者対象ワークショップ「はこぶね、はこぶね。」

2004 年の 2-3 月には、外来通院中の全ての小児患者(小児科・耳鼻科・形成外科・小児外科・小児整形外科など)を対象に、小児科外来待合いでワークショップが開かれた。このワークショップでは、自走台車という外来待合い等病院廊下の天井を走っている、カルテや検体を無人で輸送する台車に絵を描いて、実際の病院業務で使用するという企画で、やはり前述の庶務課職員の発案であった。このアイデアに賛同した 3 人のアーティストが、休日返上でワークショップを準備し実施した。このプログラムは「はこぶね、はこぶね。」と名付けられた。アーティストの一人が、自走台車を「子ども達のカルテや血液(検体)を運んで、子ども達の命を支える病院職員へ届ける、

まさに命の“はこぶね”と見立て命名したのである。ワークショップには、きょうだいや家族と一緒に参加している子どもも多く、医学・看護・保育・福祉系の大学生のサポート・ボランティア・スタッフとともに制作を楽しんだ。実際に絵が描かれた台車を初めて走らせる日、子ども達は家族と一緒に自分たちの作品を見守った。同席した小児科主治医(任意団体のメンバー)のI医師の提案で、子ども達の集まっているところへ、台車の取り付け作業を終了した業者の作業員を招待した。作業員の前に整列した子ども達は、揃って「有り難うございました」と御礼の言葉を述べた。作業員達は思いもよらない歓待に驚きながら喜びを隠せない様子であった。

3-3-6 「療養環境プロジェクト」の反響

「はこぶね、はこぶね。」の作品の台車を試験走行させる日、子どもの面会に訪れたある祖父は、「こんな楽しいことを病院がしてくれるなんて、思っても見なかった。」と筆者等に語った。筆者が「本当に楽しませてもらっているのは、実は、子ども達の絵の描かれた自走台車を使う病院職員なんですよ」と答えると、「そんなこともあるんですか。」と目を丸くしていた。また、展覧会を企画しているアーティストと筆者とH氏が、院長の所への挨拶に訪れた時、院長は、

「病院というと、みんな暗い、悪いイメージばかりでしょ、一般には。子ども達は、そんな中でもちよつとでも楽しいことがあってほしい。でも、病院がそこまでやらんでもいいという感じもあるでしょ。でも、これからは、そういうことも考えていかないと。(アーティストみたいに)いろんな人に、力を貸してもらったら、(普通の病院でも)やれるんや、というところをみせていかんと。これからはやってかな、あかんのでしょうかね。」(院長とアーティストと筆者の会話の中で。フィールドノートより。)

と語っていた。アートプログラムのサポート・ボランティアで、入院経験のある子どもの保護者は、筆者が「アート活動は、保護者にとって本当に必要なのか？」と問うた時に、次のように語った。

「・・・患者さんや家族には、“いい人”でいなければいけないという思いこみがあるんです。だって、狭い場所で一緒に暮らさなければならぬから、できるだけ巧く人間関係をしたい。それがつらい。病気や家族のことや将来のこととか色々考えることがあって、いっぱいいっぱいなのに、それ以上に、そんなこと考えなくてはならないと。“いい人”として医療者から良い治療も受けたいし、病気も治したいし、居心地よく暮らしていきたいし・・・でも負担。だか

ら、そんなことを考えないで発散できる、リラックスできる場所は、必要だと思う。入院の体験があったら(アート活動のような場が)どんなに大切かわかる。」(フィールドノートから)

これら、保護者や病院職員の言説を翻ってみると、親も筆者等も含む大人たちは皆、「病院は病気の治療をするところである」という固定観念を持ってしまっていたことがわかる。このような固定観念は、一見、医療と全く関係がないように見えるアート活動によって揺さぶられ、変質を迫られたのではないだろうか。保護者等の「親としてはとても気持ちが楽になる」、「思ってもみなかった」、院長の「病院がそこまでやらんでもいい、という声もあるかもしれないけれど・・・これからはやってかな、あかん」という言葉は、保護者等が病院における支配的な固定観念ともいえる言説から切り離されていく瞬間を表しているともいえるだろう。

3-4 療養環境改善活動の広がり

「療養環境プロジェクト」で筆者等は、医学部・看護短大の学生ボランティア達の為に保育や教育の専門講師を招いて講習会を開催したり、院内の職員を対象に活動報告会を開催したりした。2004年には、他の医療施設の関係者、アートやまち作りの関係者、大学の研究者など幅広い分野の人々が意見交換する場を設けようと、「療養環境フォーラム in Kinki」という研究会を開催した。1回目の研究会では、病弱教育に携わる教師達や医療従事者、ボランティアコーディネーター等が、活発に議論を交わした。会場は一般公開されており、保育や教育など小児医療に関連する諸分野の関係者が集まった。第二回目は、2004年の「アーティスト@夏休みの病院」を企画したNPO 法人との共催で行った。この回では、主にアート関係者やまちづくり、医療関係者の交流とネットワークを主眼において開催された。

小児病棟では、病棟保育士が試験的に活動を開始した。院内展覧会は、3回目を迎えて定着し、庶務課広報担当 H 氏が案内のチラシを渡す際に、「いつものやつ、やるんやね。」と喜んでくれる医師もあったそうだ。また、良質医療検討委員会から、今後、院内展覧会などの取り組みの際には、委員会の名前を入れるようにとの指示が下った。一方、小児科以外の医師や看護師からは「小児科だけではなく、成人患者のためにも活動を行って欲しい」と、庶務課に対して要望が寄せられるようになり、実際に、成人病棟でもワークショップ開催や学生ボランティア活動導入の計画が持ち上がるようになってきた。

3-5 半構造化面接・質問紙調査法等の結果

3-5-1 医学部学生ボランティアが行った半構造化面接の結果

この結果は、筆者等主治医の指導の下で 1998 年から活動していたボランティア学生二人が、活動対象とした子ども達が退院後、子ども本人と保護者連絡を取り、承諾を得て行った半構造化面接である(多賀, et. al., 投稿中)。面接の様子は、子どもや保護者の承諾を得て録音し、後日内容を書き起こして資料とした。面接には、子ども本人のみで参加した者と、母親と一緒に参加した者があった。

面接の結果は、表 3 と表 4 に抜粋してまとめた。まず、学生ボランティアと子ども達や保護者との関係について尋ねたところ、子どもたちや保護者はボランティアの存在を「信頼出来る年上の友人」、「家族のような存在」として捉えていた。特に、子ども達本人の回答からは、学校や地域の友人や親よりも相談出来る友人、自分たちの味方、という認識が伺われた。一方、保護者の回答からは、ボランティアは保護者や子ども達にとって閉じられた空間である病院に「外の風」を運んでくれる」存在であるとも認識されていたようだ(表 3)。

次に、期待するボランティア像について、子どもは①年齢が近いこと、②学生という身分が話題を共有しやすかったこと、という点を挙げていた。しかし「年齢が近いのなら社会人も同じかも」という発言もあり、学生という要因を必ずしも重要視していない子どももいた。「医学生」という属性は、「病気の話がしやすい」「わかってもらいやすいように感じる」という意見以外は「医学生であることを知らなかった」「学部は関係ない」とあまり重要な因子とは捉えられていなかったようだった(表 4)。

表 3 思春期の子どもや保護者にとっての学生ボランティアとの関係(質問内容:「ボランティアと一緒にいる時、どんなことを考えてた?」)(多賀, et. al., 投稿中より引用)

対象	回答からの抜粋
① 本人	友達、かなあ。学校で遊んでると同じ感じ。看護婦さんや研修医の先生とも同じ感じ。でも男のボランティアはちょっと違うかな。また入院してもいいよ。つらくなかったよ。病院って別荘みたい。
母	早く帰らなきゃいけないときとか、二人(註:ボランティア学生)がいてくれると安心して帰れたわ。ボランティアっていうの忘れて、本当の友達だと思ってるから、今でも長く会わなかったら会いたくなるし。
② 母	治療の励みになってたと思う。病院の「日常」とはちがった新鮮な風を外から吹き込んでくれた。友達よりもっと親密な本音の付き合いができた関係だった。看護婦さんや先生とは違って、弱みも見せられていたし。病気になったけど、ボランティアに出会えたし、いやなことばかりじゃなかったって言うてました。退院しても家に遊びにきてほしいとも。私は入院中、お二人(註:ボランティア学生)がいるとどんなときでも安心して家に帰れました。
③ 本	いやな時間が無かった。一人でおるよりかは全然いい。心の支えになっとったかな。

	人	色々心配してくれた。来たときにどんな感じやーって、現実的なこと。親やったら言ってもわからんし、がやがや言って鬱陶しかった。学校の友達、地元の連れに近い感じかな。(他の中学生が同室のときに、ボランティアの存在は)お互いみんな友達やからそこにもう一人入ったって感じ。休み時間に話してるときにもう一人入ってきたみたいな感じ。
④	本人	1対1で遊ぶのはいいけど、時間が人によってちがって嫌やった。遊ぶのは研修医とかもやってくれるけど、なんかそういう相談やったら、話されへんこととかがあるやん。わかってくれるっていうのがあるから相談できる感じ。同級生より年上の意見が聞きたいような(時に、一緒にいてくれた)。病院の方と患者の方というのがあって、患者の方にはいってきける感じかな。同じ患者さんの中にちょっと上のお兄ちゃんがおったみたいな。学校はどっちにつかわからへん。
⑤	本人	遊ぶ人、勉強する人。関係としては家族っていいところやけど友達。弟に一番近い。まる、のイメージ。(自分に対して“かど”なく接してくれるという意味。)

表 4 思春期の子どもや保護者が期待するボランティア像(質問内容:「ボランティアのどんなところが、よかった?どんなボランティアなら来て欲しい?」)(多賀, et. al., 投稿中より引用)

対象		回答からの抜粋
①	本人	おじさん・おばさんやったらいややったけど、年が近かったら別に学生じゃなくてもいい。学部も別に関係ない。
	母	学生だったら話題が合いやすいんじゃない? 医学生っていうのはあまり関係ないけど、でも治療の話とかしやすいかも。
②	母	歳の近い学生だからこそ感性や考え方が同じでいいのよ。医学部かどうかは関係ないけどね。娘も「ボランティアは学生だから意味があるねん。おじさん、おばさんやったら必要ない。」と言っていた。
③	本人	・同じ年代のほうがいい。 ・学生やったら、時間の割合が(1日のスケジュールが)似てるから、話が合いやすい。 ・一応そこ(医学部)の学生さんやから、こんな葉使ってていいやすかった。 ・話(たいこと)が色々あるやん。病院のこと。年上のおっさんには言ってもわからへん。かどって小さい子に言っても何これってわからへん。
④	本人	・年齢が近いのは、遊びのバラエティーが多くてよかった。 ・学校の話とかは、研修医にも話せるかな。
	母	医学生というのは知らなかった。
⑤		社会人やとよそくさい。

3-5-2 「夏休み☆こども映画祭り」(2003 年度)、「夏休み☆こどもまつり—つくて、あそぼう!—」(2004 年度)終了後反省会、学生の感想のメール、および保護者を対象とした質問紙調査の結果

2003 年度のイベント(表 5)および 2004 年度のイベント(表 6)終了後に、反省会で聞かれた、もしくはメールに記された学生他の感想と、アンケートの回答に見られた保護者の感想を抜粋した。

表 5 2003 年度「夏休み☆こども映画まつり」の感想(抜粋)

保育科	反省会	時間が短かったので、十分できなかった。 もっといろいろやりたいことがあった。
	感想のメール	テーマに添って皆で考えていく楽しさや出来上がっていく嬉しさを身を、持って体験し経験できて本当に良かったと思っています。
		あまり病院の中で私たちが参加できる機会がなかったので、良い経験になりました。
		初めて病院に入院している子ども達とかかわることが出来て、とても貴重な体験をさせていただきました。
		医学生の人とも仲良くなり良い経験になったのでまたこれを機会にボランティア参加したいと思う。
医大生とも知り合えているんな話が出来て良い経験もできました。		
医学部 医学科	感想のメール	<p>今回初めて違った立場の人と一緒にイベントができて、とても楽しかったです。保育科の皆さんは、ほんとにアイデアが豊富で、病院の一角が保育園のような、病院とは思えないような楽しいスペースになっていたことに驚きました。病棟に入院してる子ども達は、普段大人ばかりの中で生活しているので、こんな楽しい空間で、久々に同年代の子ども達とワイワイ盛り上がれて、きっと夏休みのいい思い出になったのではないかと思います。</p> <p>前日の準備で、「あらっ、こんなにすごいものを作ってるのか...」とかなり保育科の方たちに圧倒されましたが、当日はいろいろアドバイスをもらいながら仲良く作業させてもらって私自身も楽しめました！本番子供たちが来てからは、いつも小児科病棟で子供と接してるのと同じように自然と体が動いていました。紙粘土があんなにも人気があるとは驚きでした。でも自分で触って作るというあの感触が、子供たちにとって新鮮だったのだと思います。普段は大人の中で過ごしている子供たちが目を輝かせて隣の子と話ながら粘土をこねている姿が印象的でした。片付けも早く、打ち上げでは保育の話ももりだくさん聞けて、有意義な一日でした。</p>

表 6 2004 年度「夏休み☆こどもまつりーつくて、あそぼう！ー」の感想(抜粋)

保育		私が思い描いていたようにうまくいった、よかった。 今日は、いろんな違う分野で勉強する人たちが一緒にやって、疑問点を持つところが違っているということを実感した。
医学		結構、楽しそうにみんな作っていたし、それなりに自分らしさを出していたし。 遊び方とかゲームの作り方とか保育の方に学ぶところが多かった。 (保育の学生が)3日間あんまり寝てないと聞いてすごいなあ、と感心した。
看護	反省会	はじめてで何をして良いかわからなかったけど、いろいろ助けてもらえて、自分も楽しかった。 看護の視点としては子ども達に安全な遊びを提供することがモットーで、興奮していたり走っていると危ないと思って制限してしまうけど、今日の子供達のはのびのびしていて、本当の子供達のする遊びが一番大切と思うので、看護としてもそういう風にもっていければな、と。保育のプロとして、こういう遊びもあるんだな、と勉強になりました。
他		いろんな分野の人たちが加わってやるのが大切だなと思った。
第2筆者		とっても楽しかったです。子どものために何かやってあげたいという気持ちが、気持ちよく(みんなの中で)段差がないな、と思った。そういう雰囲気っていいな、と。子どもに喜んでもらおうという気持ちがみんなの中にある、というのは、広がりもあるし心も通じ合う。イベントがあるとき、こういう風にもっとやったら、とか、こうしたほうがもっとよかった、とか思いがちなんだけど、それよりも、みんなの中で気持ちが盛り上がる方が大事だと思う。
保護者	アンケート	子供のしたい事がたくさんあったのと、相手をして下さる方々がとても子供の気持ちになって接して下さったので。 仕事も好きな物を自分で決められるように、年代にあったいろんな種類を用意して下さった点がよかった。 けっこういろんな学年の子供が遊べたり、作ったりして、病室にいることか開放されて楽しそうだったので、今後もたくさん、こういう催しがあると子ども達だけでなく親子で楽しんで良いと思いました。 夏休みに、楽しい企画をして下さって有り難うございました。子供は、大変楽しくすごさせてもらいました。 入院生活にあきていた子供にとって、とても楽しみにしていたし、久しぶりに目が輝いていました。

保育科学生は、「思い描いていたようにうまくいった」、「もっとやりたいことがあった」、「時間が不十分だった」と保育の専門性から見たうえで、自分たちの活動を評価していた。また、「医学生の人とも仲良くなり良い経験になった」「違う分野で勉強する人たちが、疑問点を持つところが違うことを実感」と、医学や看護という保育と異なる分野の学生との交流が有意義であったと感じている。

一方、医学部・看護学生は、「保育科の皆さんは、ほんとにアイデアが豊富」、「病院の一角が保育園のような、病院とは思えないような楽しいスペースになっていたことに驚いた」、「保育科の方たちに圧倒」、「保育のプロ」と、保育という専門領域の方法論に対する驚きを感じている。さらに、「夏休みのいい思い出になったのではないか」、「子供たちが目を輝かせて隣の子と話ながら粘土をこねている姿が印象的」、「こども達はのびのびしていて、本当の子供達のする遊びが一番大切と思う」と、保育が子供達に対して及ぼす影響についても言及しており、保育の専門性と医学・看護の専門性との間の共通の問題意識に目覚めている。

また、双方の学生の全員から、「楽しかった」、「また参加したい」という感想がきかれ(データ、

未提示)、参加者全体で楽しさを共有している様子が見えかけた。

保護者に対するアンケートは、2004年度のみ実施したが、「病室にいることから開放されて楽しそうだった」、「入院生活にあきていた子供にとって、とても楽しみにしていたし、久しぶりに目が輝いていた」という回答には、子どもの入院生活が親にとっても辛い体験であること、子どもを辛い目に遭わせながら、それを見守らなければならない辛さを感じることができる。イベントは、子ども達の生き生きとした姿を実際に見せることによって、子どもの入院に関する親のやり場のない辛さを開放することにもつながったようだ。

4 考察:医療現場の規範の変容とその要因

4-1 小児病棟・病院における規範変容とその要因

小児病棟における規範変容のプロセスを考察するにあたって、まず、小児病棟における集合体の集合的行動の変化をみてみよう。1994 年以前、小児病棟は、関係者である患者とその家族および医師・看護師という医療従事者以外、「関係者以外立ち入り禁止」の区域であった。ここでは、疾病や治療に関連することは全てにおいて最優先され、逆に、直接疾病や治療に関係しないこと(例えば食事の楽しみや教育など)は軽視もしくは棄却されていた。医療従事者が業務の対象とするのは、子どもの疾病と「患者」である子ども自身であって、子どもの疾病に関すること以外、すなわち子どもとの遊びや教育、子どもの家族や生活に関わる行動は「趣味」や「ボランティアだ」といわれ、業務外であると考えられていた。若い看護師や研修医達は、自分の仕事を終えてからしか、存分に子ども達と遊んでやることもできなかった。

以上のように、1994 年当時は、疾病や治療に関係ある事項から、関係ない事項を峻別し、疾病や治療に関係するものを偏重する集合的行動が観察されていた。その後、療養環境改善活動が導入された結果、1994 年から 2002 年までの間に、「疾患に関する事項を関係しない事項から峻別して、関係する事項を優先する」という規範から、治療や検査への配慮と同時に、子どもの教育や生活の質の向上にも関心をむけ、「疾患に関する事項と関係しない事項との優先順位を状況に応じて選択する」という規範へと変化したと考えられる。

一方、2002 年以前の病院組織は、療養環境改善活動は疾患治療に関係することではないので公認できないが、小児病棟に限り黙認する、という態度であった。しかし、特に 2003 年度以降は、「療養環境改善は疾患治療を支えるために病院が取り組むべき課題である」という認識が伺えるようになり、庶務課を中心に病院幹部をはじめとする各部署が活動を支持しており、成果を共有してきた。このような変化は、小児病棟以外の病院組織において、「疾患に関する事項を関係しない事項から峻別して、関係する事項を優先する」という規範の、「疾患に関する事項」が有する意味が拡大・改変された為に生じたと考えられる。

小児病棟における規範変容の契機は、熱心な病弱教育専門の院内学級教諭の赴任という異質性の介入と、その存在の日常化であった。院内学級の教師は、一般の学校の教師のように子どもに対して児童・生徒として接する点や、保護者との関係を重視する点など活動上の特徴として疾病と関係のない要素を多く持っていたが、病弱教育を専門とする点では疾病と関係があり、保護者や小児病棟の医療従事者達から受け入れられやすい側面があった。結果、教師と筆者等主

治医以外の小児病棟の構成員達は、教師の教育活動を疾病に関連する行為として妥当であると判断し始め、このことによって教師は、継続して長期間、病棟を訪れることができるようになった。一方、教師から連日報告されてくる、子ども達の勉強の様子や家族の悩みといった疾病に関係しない情報量の増大は、はじめのうちは医療従事者達に困惑をもたらすだけであった。しかし、教師の存在が日常化するにつれて、医療従事者達も、次第にこれらの情報にも興味を示すようになっていった。

その後、「院内社会見学」実施や学生ボランティア活動導入によって、規範はさらに変化した。教師と同様に、小児病棟の集団にとって異質性であった学生によるボランティア活動が始まった当初、筆者等は、意図的に、他の小児病棟の構成員達に対して、ボランティア活動と子どもの疾患や病院との関連性を強調した。すなわち、「子どもの精神安定のため、闘病意欲の向上のために、学生ボランティアは必要である。」、「ウチの医学部の学生に活動してもらおう。」などと説明したのである。その結果、教師の場合と同様に、ボランティアの存在が日常化するに従って、徐々に、ボランティア活動は病棟に受け入れられていった。一方、2000年にアートプロジェクトを導入した際には、既に小児病棟の規範的前提は改変されており、教師やボランティアに対するような抵抗感を感じる事が殆どなかった。この頃には、小児病棟の構成員達は、アーティストやイベントに対して抵抗感を持つというよりは、むしろイベントをどの様に安全に行うことができるかという建設的な問題に腐心していた。

次に、病院組織の規範が変化した要因として考えられることは、庶務課広報担当 H 氏の療養環境改善活動への積極的な参加である。広報担当というポストは、病院のスポークスマンとして院長・理事長・他病院幹部の絶対的な信頼を得て動ける立場である。H 氏は、庶務課職員という立場で病院組織の各部署との人脈を持っており、病院中の職員からの人望も厚い。また、病院全体の療養環境を改善していこうとする「良質医療検討委員会」の委員であることから、小児病棟の規範を病院中の各集団、各集合体の間へ伝達しやすかった。最終的に、H 氏を通じて伝達された小児科の規範が、病院組織の規範の持つ意味に影響を与え、病院組織の規範変容へと結びついたと考えられる。

4-2 新しい規範の形成・伝達のプロセス～大澤真幸の社会学的身体論～

小児病棟や病院で生じた規範変容のプロセスを議論するにあたり、大澤社会学的身体論について、本稿に必要な限りにおいて概説する(大澤, 1990; 杉万, 2000)。原初的な規範形成のメカニズムを説明した理論は数少なく(森, 1997)、大澤の身体論は、この規範形成の原初的なプロセス

を論じているからである。

身体論によると、規範の作用とは、経験の妥当な領域を規定する働きとして現れる。「経験がそこにおいて展開可能な領域を指定する働きのことを、超越性 transcendentality(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.7)と呼ぶ。超越性は、経験に基づいているにもかかわらず、経験に先行し、あたかも経験の領域を規定・構成するような働きとして擬制される。超越性が出現すると、意味が同定され、超越性によって超越的な選択の操作が指示される。超越性によって規定される行為の妥当性を選択する操作を、規範と呼ぶ。大澤の身体論は、身体の諸作用がどのような条件のもとで超越性を擬制・仮構し、規範の帰属点となる超越的身体を構成していくのかについて理論化したものである。

身体論でいう身体とは、主体の対象に対する関係であるところの志向作用が帰属しうる物体である。主体と対象である他者との間に生じる志向作用は、主体側の能動性である求心化作用と、対象側の能動性である遠心化作用によって構成される。志向作用のうち、求心化作用の起点である求心点や、求心化作用の終電であり、遠心化作用の起点である遠心点が流動的であるような水準にある身体を、過程身体と呼ぶ。過程身体的水準にある身体達は、容易に求心点・遠心点を反転させてしまう。過程身体的水準にある身体にとっては、超越性は擬制されていない。

過程身体的水準にある複数の身体の間で、ある同一の対象が複数の異なる志向作用の対象となることがある。ある志向作用を複数の身体が共有している場合、間身体的連鎖が張られたという。間身体的連鎖を張る身体の数に十分多く、かつ各身体の相対的意義が十分に小さい時、あたかも、ある一つの志向作用が間身体的連鎖の全体を代表する身体に帰属するものとして現前する場合がある。大澤が「第三者の審級」とよぶ、このような第三者的な身体は、間身体的連鎖を張る身体達のいずれでもない超越的な身体として構成される。

超越的な身体は、蓋然的ではあるが、具体的なものから抽象的なものへと変化する。超越的身体は、常に、その作用圏外部に存在する異和的な志向作用によって、その存在を脅かされている。このような志向作用が帰属する身体を他者とよぶ。そこで、超越的身体は、外部の異和的な志向作用の帰属点(他者)に対して遠心化作用を繰り返し、範囲内へと内部化することを通じて抽象化していく。つまり、超越的身体の抽象化に伴って、超越的な身体へと帰属する規範はその作用圏を普遍化していくのである。

最も抽象度が低い超越的身体を、抑圧身体と呼ぶ。抑圧身体は、原身体の平面において、過程身体の活動によって間身体間連鎖を張る身体達に直接依存する形で形成される。抑圧身体的作用圏の外部には、抑圧身体の超越性を脅かすような異和的な志向作用が存在する。抑圧身体

が、自身の超越性を維持するためには、作用圏外部に存在する異和的な志向作用さえも一つの選択肢として内包していなければならない。

しかし、先述のとおり、抑圧身体の構成は互換的な身体達の求心化-遠心化作用の連動によって生じたものである。にもかかわらず、抑圧身体は、この互換的な身体に妥当な行為を指示するように現れるため、自己言及的な矛盾をはらんでしまう。この自己言及的な矛盾は、時間という形式を導入し、他者に対してある状態(たとえば規範)を一方向的に伝達するという形態をとることで回避される。一方向的伝達とは、異なる超越的身体のもとにある身体の間で行われる。一方向的伝達は、伝達の主体からすれば贈与であり、伝達の受け手から見ると略奪である。一方、同一の超越的身体の下にある身体間の伝達は、等価交換である。さて、抑圧身体は、作用圏の外部に存在する他者との間に規範や意味の一方向的伝達である贈与/略奪を成立させて、その効力を安定化させる。贈与/略奪が繰り返され、伝達の連鎖が長くなると、連鎖全体を代表するような、抑圧身体よりもさらに抽象的な超越的身体である、集権身体が構成される。集権身体の権力は、領域を対象とする権力である。集権身体に選択性が帰属する規範が、つまり、集権身体に由来するところの権力が、領域的なものとして構成されているため、集権身体は具象性-物質性を備えた実体によって表象される。集権身体が、具象的であることからくる必然として、集権身体の領域の「内部」は、「外部」との区別において、一個の閉域として成立する。従って、集権身体の存立のために、集権身体は、自らの全体を反射させる鏡のようなものとして、外部である他者を必要とする。

集権身体もまた、蓋然的にはあるが、集権身体的作用圏を構成する志向作用の可能性に対して外的であるような他者を、過程身体と集権身体の背反関係そのものを基礎にして作用圏内部に統合し、更なる超越的身体を構成する。このような超越的身体を、抽象身体とよぶ。抽象身体は、全ての志向作用が内部化されているため、作用圏の内部/外部の区別が本質的な意味を持たず、具体的な領域がない(遍在化している)。そのため抽象身体は、諸身体を構成する個体に内在化してゆき、個体を身体から分離してしまう。また、超越身体では、全ての異和的な志向作用が内部化されているため、外部に存在している異和的な志向作用を作用圏内に取り込んでいく、過程身体の働きであるところの、求心化-遠心化作用が停止してしまう。求心化-遠心化作用は、妥当性の領域を拡張していく作用である。この作用によって普遍化された第三者の審級-この場合、抽象身体-では、規範が帰属する超越性が、その働きを停止し完全な失効へと導かれる。抽象身体の抽象度の純化が進行して、規範が帰属する超越性それ自身が失効に導かれると、身体は再び、超越性に規定されない過程身体の水準、および原身体の平面へと回帰する(図3)。

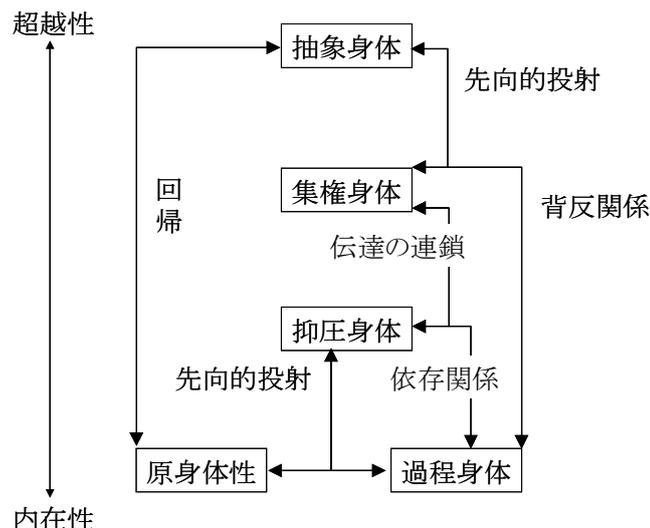


図3 身体が抽象化する過程(大澤真幸, 1990.「身体の比較社会学 I」 p.viiiより転載)

4-3 医療現場における規範形成・伝達—智頭町との比較—(表 7)

本節では、先述した筆者等の小児病棟・病院における事例を、過疎地集落智頭町の活性化運動の事例と比較検討し、医療現場における規範の形成・伝達・作用圏拡大のプロセスを明らかにする。智頭町の事例は、過疎地の活性化運動にともなう新しい規範の形成・伝達・作用圏拡大のプロセスを大澤の社会学的身体論に基づいて論じた、グループ・ダイナミックスの代表的な先行研究である(森,1997)。

智頭町の活性化運動の経緯は、グループ・ダイナミックスの視点で見ると、少数の住民グループによって創出された規範が、徐々に拡大し、最終的に行政組織へと浸透していったプロセスである。このプロセスは身体論によると、二人の住民リーダーによって形成された新しい抑圧身体とこの新しい抑圧身体に帰属する新しい規範が、他の一般住民や町行政に対して贈与され、一方的伝達(贈与/略奪)の成立とその連鎖によって、13年の間に次々と伝達されながら抽象化し、次第に作用圏を拡大していった過程として説明される。二人の住民リーダーは、村のシンボルである杉にちなんだイベントを開催して研究者や外国人を招来し、その成果を全て村の住民に贈与した。また、彼らが10年以上にわたって培ってきた能動的企画のノウハウを町行政に贈与することによって、最終的に集権身体の出現を見たのである(森, 1997; 河原・杉万, 2003)。

小児病棟における規範の形成・伝達・作用圏拡大のプロセスは、智頭町の事例のそれと酷似している。まず、小児病棟では、病棟の規範の作用圏に属していた筆者等主治医と、学校教育現場の規範の作用圏に属していた院内学級の教師が、病棟で担当する子どもを共有することによって新しい抑圧身体を形成し、そこへと帰属する新しい規範を創出していくことにはじまった。新しく

形成された抑圧身体は、筆者等以外の小児病棟の構成員や病棟以外の職員に対して、「ベッドサイド学習」と子ども達の学校生活に関する情報、「クリスマス会」、「院内社会見学」、「手作りカレンダー配布」、「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」などの諸実践を次々と贈与していった。その後、贈与/略奪は次第に成立するようになり、贈与/略奪の連鎖によって規範は徐々に伝達されていった。「アートプロジェクト」が贈与された頃には、贈与/略奪は容易に成立するようになっており、規範の範囲を小児病棟全体に拡大した超越的身体が出現した。結果、療養環境改善活動は、個別の患者の治療としてではなく、病棟全体で取り組むべき課題として位置付けられたのである。

筆者等主治医と教師の間に新しい抑圧身体が形成された頃、教師は「先生(筆者)以外の医療スタッフがどう思っているのか知りませんが、とにかく私は報告だけはあげていますから。」と常々語っていた。このように、教師は毎日のように、筆者等をはじめとする医師や看護師に対して、子ども達の学校での様子や保護者との面談の内容を贈与し続けていたのである。はじめのうち、教師の振る舞いに困惑していた医療従事者達も、次第に教師の報告に耳を傾けてそれらを重要視するようになり、看護記録にまで記載するようになったのは、先述の通りである。看護記録への記載は、贈与/略奪の成立を意味する。学生ボランティアの存在も、筆者等主治医と教師が形成した抑圧身体から、病棟の他の抑圧身体(看護師、保護者、子ども)に対する贈与/略奪の連鎖である。ボランティア活動導入初期の1998年頃には、ボランティアが子ども達にとって重要な存在であったにもかかわらず、看護記録には記載されておらず、その後、2000年ごろから記録が散見されるようになったのも、この時期に学生ボランティア活動という贈与の略奪が成立するようになったことを意味している。更に、この頃には小児病棟における規範的前提そのものが変更されつつあり、「アートプロジェクト」という贈与は容易に略奪された。イベントに参加した子どもから聞かれた「入院して、儲けた!」という言葉は、まさに略奪が成功したことを示しているのではないだろうか。

次に、筆者等が1994年以来の培ってきた療養環境改善活動の数々のノウハウは、庶務課広報担当職員H氏の積極的な関与によって、まず、H氏に対して贈与され略奪が成立した。次に、氏も委員として加わっている良質医療検討委員会を通じて、ボランティア活動導入や「アートプロジェクト」の企画・運営のノウハウ、「夏休み☆こどもまつり」などが、次々に病院組織に対して贈与された。H氏の尽力に寄るところが大きい展覧会やまつり等のイベントの成功と、イベントに関わった人々が楽しさを共有できたことを通じて、病院組織側のよる略奪は成功し集権身体が構成された。病院組織の規範的前提が改変されたのは、この新しい集権身体の産出による。

ここで、病院の組織図を思い出して頂きたい(図1)。当院のような巨大な総合病院は、多数の

専門職集団の複合体であり、各職種はさらに外来診療部門・病棟部門・検査部門等、複雑に細分化されている。細分化された部署に所属する様々な職種の職員達は、部署毎に独自の集合体を形成し、集合性を有している。小児病棟は、このような複雑な組織の中のごくごく一部の小さな集団に過ぎず、集権身体の出現以前には、小児病棟の規範と規範に属する志向作用は、病院組織全体の内では無縁圏に廃棄されてしまうような、とるにたらないものであった。

実際に、小児病棟以外の医療スタッフの、小児に対する配慮は極めて乏しいものであった。毎日3000食以上を作る食事のうちで100食程度の小児食しか作らない栄養部への見学は、庶務課のコーディネートを待たねば実現しなかった。また、ある日、筆者がエレベーターで乗り合わせた成人病棟の看護師は、押している車いすに乗っている老人が「小児病棟は、いつも賑やかでスタッフも多いようだね。」という問いかけに、憤りを込めて「そうなんですよ。なぜか小児病棟ばかりスタッフを増やすんです。私達だって忙しいのに。」と答え、老人から「当たり前やろう！子どもの世話というのは、人手がかかるもんなんやで。」とたしなめられていた程である。

新たに出現した集権身体は、庶務課という具象的な身体を超越的身体として持つことによって領域を病院組織全体へと拡大した。前述の庶務課職員 H 氏は「庶務課にあるものは雑用だけ。」と笑っていた。しかし同時に、自分の立場を「プロフェッショナルな素人」といい、その業務は「すきま産業」とあるとも語った。この場合の「すきま産業」とは、全ての病院組織の集団へセクション横断的に介入・関与しえる業務という意味で、医療従事者側からみれば手の出せない業務外の領域でもある。庶務課という超越性は、病院中の全ての部署や集団の「すきま」へと関与していくことが可能で、贈与/略奪を成功させうる存在であったといえる。

表 7 智頭町と病院の比較(1): 智頭町と小児病棟・病院の類似点

	智頭町		小児病棟・病院	
新規規範形成の契機	M氏とT氏の出会いによる抑圧身体形成		一部の小児科医と教師の出会いによる抑圧身体形成	
贈与/略奪の成立	<贈与側>	<略奪側>	<贈与側>	<略奪側>
	M氏、T氏	地域活性化運動に参加した住民	教師からの報告、主治医からの情報	病棟医療スタッフ、保護者、小児病棟外コメディカル・スタッフ
	O氏、外国人	一般住民	学生ボランティア	子ども、保護者、病棟医療スタッフ
	ログハウス	一般住民	アートプロジェクト、アーティスト	子ども、保護者、病棟医療スタッフ、庶務課職員
	イベント	一般住民		
集権化の契機	ヒマワリシステム: 能動的企画のノウハウ	町行政	療養環境活動のノウハウ(ボランティア導入など)	庶務課、良質医療検討委員会、病院組織

4-4 医療現場における規範形成の特徴—智頭町との比較—

①医療現場の身体の水準—抽象身体—

しかし、小児病棟・病院と智頭町の事例では、規範形成の前提となる社会・共同体²⁵の身体論的な水準が異なっている。智頭町は村の権力者を頂点とする階層社会であり、集権身体の水準にあった。智頭町の規範形成・伝達・作用圏拡大のプロセスは、二人の住民リーダーが、旧来の集権身体の規範に対して外的な他者として、新しい抑圧身体から新しい集権身体を構成していく過程である。

一方、小児病棟・病院の身体の水準はどうだろうか。筆者は、現代の高度先進医療を行っている医療現場は、抽象身体の水準にあると考えている。では、抽象身体とは、どのような性質を帯びた身体なのだろうか。「身体の比較社会学」の中で大澤は、抽象身体とは次のようなものであると述べている。

「我々は、このような、抽象的で、かつそのことゆえに経験可能な宇宙に偏在しうるものとして擬制されている、第三者の審級を占拠する超越的身体を、「抽象身体」と呼ぶことにしよう。・・・抽象身体は、集権身体と過程身体との間の背反的な関係から効果する。過程身体上の壊乱的な求心化—遠心化の作用は、集権身体の具象性を、そしてそれに随伴する規範の内容的な限定性を、自らにとつての桎梏とせざるをえず、ついにはそれを破壊し、抽象的な準位に規範の帰属点となる超越性を再結晶させる・・・それは、反身体と化した身体である。・・・集権身体の反復的な投射の極限に現出する抽象身体に対しては、その作用圏の内部/外部の区別が、ある意味では本質的な意味を持たない。」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.279)

抽象身体は、集権身体の存立の要件であり、かつ、その存立を脅かす、範域外部の他者に対しての遠心化作用の果てに先行的投射される超越性である。抽象身体においては、集権身体の水準にある時に、その存立を脅かしていた範域の外部に存在する異和的な志向作用は、全て内部に馴致されているとみなされる。従って、抽象身体では、集権身体のように外部の異和的な志向作用に対して求心化-遠心化作用を繰り返していく必要が既になく、この働きがさしあたって停止している。いいかえると、遠心化作用を及ぼすべき外部が意味を持たなくなっているということ、

²⁵ 「共同体の社会システムとしての統一性が、間身体的連鎖の転退した形式である第三者の審級によって与えられているのだとすれば、共同体とは、それ自身、一個の身体なのだと言わなくてはなるまい。」(大澤, 1996)本稿では、「過疎地集落」という共同体と、「小児病棟」「病院」「医療現場」という言葉で表現される共同体とを取り扱っている。

すなわち、範域がない、ということである。

普遍的で範域のない超越性、というのは、医療現場におきかえてみると、どういうことを指すのだろうか。このことを理解するに当たり、まず、筆者等医療従事者の規範と規範の帰属点について考えてみよう。

筆者等医療従事者は、医療行為や入院患者の様々な規則の根拠、つまり規範の帰属点を、「医学的な根拠」といわれているものに求めている。「医学的な根拠」とは、実験や過去の臨床データの蓄積から現段階で妥当と考えられる理由のことである。感染症を防ぐ手の洗い方とか、食事の作り方、面会の制限、入浴の頻度などは、疾患毎に全て「医学的に」決められているのであり、個別の医療従事者の経験や個別の病院の院長の権力もしくは権威によって決められているものではない。患者の目からみると、病院外の生活からあまりにもかけ離れ、理不尽に思えるような規則や行為にも、医療従事者側・病院関係者側からすれば正当な「医学的理由」が存在する、というわけである。また、「医学的根拠」は、新しい知見が発見されたりデータが積み重ねられたりする度に更新されるものでもある。過去に安全だとして使われていたクスリが危険であることがわかったり、過去に治癒が難しい疾患で病院に隔離されていた患者が、技術の進歩によって病院外での日常生活を送ることができるようになった、などである。「医学的根拠」に基づいたルールは、少なくとも日本全国、どこの医療機関でも通用するルールである。「医学的である」ことは、かなり普遍的で、理念の到達に向かって常に遠ざかっていき(データの積み重ねによって常に更新されるような)具象性のある身体像を結ばない、かなり抽象的な規範の帰属点といえる。このような規範の帰属点(超越性)は、社会学的身体論でいえば抽象身体の水準にある。

「第三者の審級を抽象化・(超)普遍化する運動は、規範に対して外的であるようなく他者>を次々と第三者の審級の作用圏の内に統合していく過程である。我々は、この運動が生成する第三者の審級を「抽象身体」とよんだのだが、厳密に言えば、純粋な意味での抽象身体は存在しない。・・・要するに、完全な抽象性—如何なる経験に対しても与えられないこと—とは、我々の定義では、単純な不在以外のなにものでもない・・・だから、「抽象身体」といっても、有効に存在を維持するためには、最低限の具象性を保存していなくてはならない。したがって、抽象身体という実体が存在しているというのは、本当は正しくない。抽象身体という理念的極点へと向かう運動があるのみである。」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.360-361)

病院が抽象身体の水準にあるとすると、病院の場合における、大澤がいうところの「抽象身体の有効性を維持するための、最低限の具象性」とは何だろうか。それは「高度先進医療」という理念²⁶ではないだろうか。病院が抽象身体の水準にあるということは、身体論的にいうと、高度先進医療という理念的な極点へ向かう運動を行っている、ということである。病院が、高度先進医療という理念へと向かう抽象身体であるとする、その効果としては、次のような状況が生じる。それは、規範の個体への内面化による、個体の身体からの切り離しである。このことについて、大澤は、次のように述べる。

「抽象身体の本格的な特徴は、その超普遍化された遍在性である。つまり、抽象身体に帰属するものとして擬制されている、規範的な裁可の視線(規範化された志向作用)－行為あるいは志向作用が規範的に妥当であるか妥当でないかを決定する規範的な区別・選択の作用－は、必然的に従属者の身体を、あらゆる場所、あらゆる時間において、決して断絶することなく標的とし続けるだろう。言い換えれば、抽象身体に帰属する規範的な区別・選択の作用は、従属者の身体が、いついかなる場所にあろうとも、取り逃がすことなく、従属者の身体において現成している行為・志向作用の細部にわたって、規範的な審問に対し、特定の準拠のもとでこれに妥当性/非妥当性の弁別を与えるわけだ。・・・抽象身体のもとで、従属者の身体が個体として標的とされざるをえない・・・個体が、抽象身体の永続的な規範的審問の下に置かれていたとするならば、個体は、抽象身体に対して、絶えず、自身の規範的な空間の内部における位置－自身の行為と志向作用が規範的な妥当な形式にどの程度合致しどの程度合致していないか－を示し続けなくてはならない。・・・抽象身体の存立は、個体の身体を標的とする権力を作動させることを通じて、個体の身体の内面に「内面」を産出・・・「内面」が構成されるや、諸身体は、個体としての統一性において、互いに究極的には不可視(了解不可能)であるような実体として、分離されることになる。」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.288-290)

抽象身体を内在させた個体は、規範が個体の内面を産出し、主体的なものとして確立され、諸身体から分離される。この状況を、医療現場における筆者等自身の立場と照らし合わせてみよう。たとえば序論でものべたように、筆者等は医師として、EBM (Evidence Based Medicine)の重要性

²⁶ 例えば、当院の理念には、「質の高い医療」、「医療の進歩にたゆまぬ努力」などの文言が謳われている。

とその実践とを教育されてきた。EBM とは“根拠に基づく医療”と訳されるように、主体である医師個人または医師チームが、現時点で利用可能な最も信頼できる情報²⁷を患者に提示し、治療を受ける主体としての患者が、自らの問題を解決する上での最善の方法を選択するための、判断の手助けをすることである。筆者等は、主体性を帯びた医師もしくは医師チームとして、可能な限り情報収集を行い、情報の妥当性や信憑性などを批判的に吟味して、個々の患者への適用を考えていく能力を要求されているのである。主体的であることを要求されるのは医療従事者ばかりではない。患者もまた、自らの問題に対して主体的に関わっていかなければならない。大病院の権威や、「先生にお任せします。」といったお任せ主義、医師のパターナリズム(野村・藤崎, 1997)は通用しない²⁸。個人の医師の経験や勘、仲間・上司の助言や大学病院の権威というものは、集権身体までの水準にある超越性にほかならない。この超越性を超越し、抽象身体の水準に達した時、EBMの実践は可能となるともいえるだろう。

以上から、高度先進医療をおこなう医療現場は、「医学的根拠」という名の普遍的な超越性に支配される社会であるといえる。この超越性は、少なくとも同等の医療水準の現場においては、日本全国のみならず世界中の国々で通用するものである。この超越性は、「高度先進医療」という理念に向かう運動として現われ、常に更新されていくような規範の帰属点である。医療現場における超越性のこのような特徴は、抽象身体のそれである。医療現場は、抽象身体の水準にあるといえるのである。

次に、医療現場が抽象身体の水準にあると理解した上で、筆者等の小児病棟という医療現場における、規範の伝達プロセスを考えてみよう。抽象身体の水準にある医療現場の内部において、伝達は完全な等価交換として行われる。交換は、同一の規範の作用圏内で生じる伝達の形式である。一般に医療現場では、患者－医療者間、医療者－医療者間の伝達は、基本的に全て交換によって成り立っていると考えられる。その例として、病棟で行う行為は、基本的には全て、診療報酬に加算されるということを挙げることができるだろう。医師や看護師にとって、患者の悩みを聞くことや患者の生活を援助することも、当然、診療報酬として計算される「業務」である。反対に、

27 「現時点で利用可能な最も信頼できる情報」とは、治療の科学的根拠、科学的証明力の高い情報を指し、より実用的な臨床疫学研究が最も重要視され、文献を検索することによって得ることができる。臨床疫学研究の中では、(二重盲検)無作為化対照試験やメタアナリシスが **evidence** として最も確かなものとして扱われる(名郷直樹, 「EBM」, EBM ジャーナル vol.1(1) 2000 96-97)。これらの情報はインターネットの情報・文献検索を通じて得ることができる。

28 実際に筆者等は、治療方針を決定していくあらゆる場面で、保護者と話し合いを積み重ねてきた。それは、単なる病状説明に留まらず、科学的な根拠と根拠に基づいた治療方法案の提示、および保護者による評価と選択の場でなければならない、というのが筆者等主治医チームのリーダーの姿勢であった。保護者達も、我が子の為にあらゆる情報検索を行い、セカンド・オピニオンを求めるために他の施設へと出かけることもあった。

医療従事者の「業務」内におさまらない行為は、医療現場に混乱を招く。療養環境改善活動をはじめた頃、教師やボランティアの存在やその活動に医療従事者達が困惑したのは、教師やボランティアの存在やその活動が、医療従事者達の交換であるところの「業務」外の行為であったからだと考え、理解しやすいだろう。「業務」外の行為とは、もともと医療現場を支配していた超越的身体とは異なる超越的身体からの伝達である。異なる身体間の伝達の形式は、贈与/略奪である。教師やボランティアの存在やその活動は、「業務」を行っている人々—医師や看護師や保護者達—に対する贈与であった。教師やボランティアの存在やその活動という贈与は、交換のみで成り立っていた社会に導入されたのである。

智頭町の事例と異なり、背景となる社会が抽象身体の水準にあり、完全な交換のみで成り立っていた医療現場では、むしろ、智頭町よりも、新しい抑圧身体形成後の贈与・略奪は容易に成立した。なぜならば、医療現場において筆者等と教師との間に形成された抑圧身体は、智頭町のように、全く規範的前提の異なる抑圧身体同士で贈与/略奪を成立させなければならないわけではなかった。そうではなくて、「医学的根拠」という抽象身体の超越性を利用することで、いわば、教師やボランティアという他者の異和的な志向作用の強度を緩和するような形で、贈与を行えたのである(図4)。筆者等と教師との間に形成された新しい抑圧身体は、「治療の一環」という言葉を頻用し、「院内学級」、「病弱教育」、「医学部の学生」といった疾患や疾患治療への関連性を強調して、交換のみの社会の中で贈与/略奪を連鎖させた。「ベッドサイド学習」、「院内社会見学」、「ベッドサイドボランティア活動」など当院のユニークな活動の展開は、抽象身体であった医療現場の内部で、背景にある抽象身体を一部利用する形で、停止していた過程身体の働きを再開・活発化させていくことによって達成できたのである。

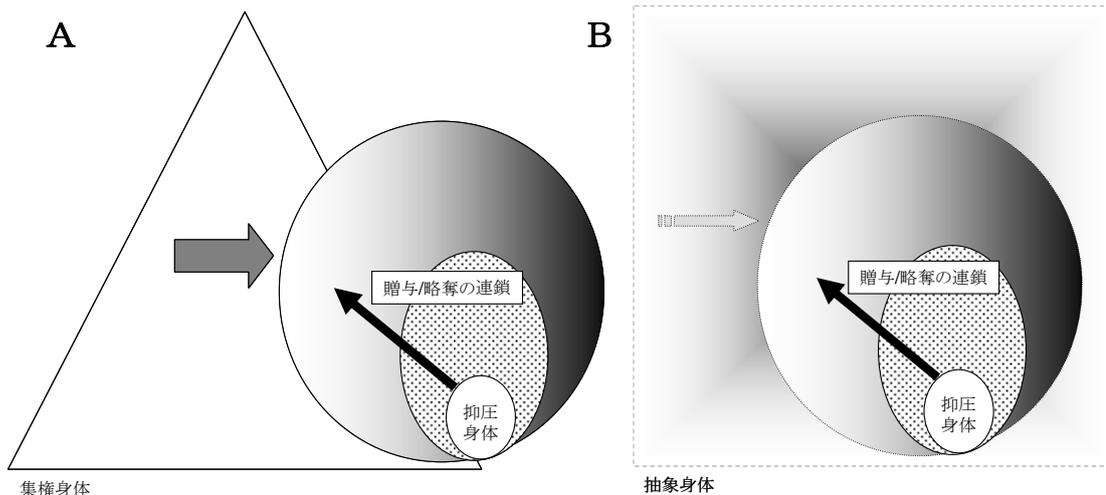


図 4 智頭町(A)と小児病棟(B)における贈与/略奪の困難さの違い。智頭町(A)では、前提となる集権身体の範囲外に新たな抑圧身体を形成し、贈与を行っていったため、範囲の拡大(一方的伝達)に際して抵抗も大きかったと考えられる。一方、小児病棟(B)では、抽象身体内部で新たな抑圧身体形成が形成されたため、智頭町と比較して抵抗は小さく、贈与/略奪は成立しやすかった。

②集権身体への抽象化と庶務課の存在

前節では、智頭町の事例と小児病棟・病院の事例を比較して、新しい抑圧身体が形成される前提となる社会の身体論的水準の違いと、新しい抑圧身体形成後の贈与/略奪成立における困難さの違いを指摘した。次に、抑圧身体が集権身体へと抽象化する過程を比較してみよう。

智頭町で二人の住民リーダー達と町行政との間の贈与/略奪の成立は、町行政側が抑圧身体的体質をもっていたことに起因する(森, 1997)。山間地域の町行政では、「少ない人口、高い地域定着率、長い伝統に根ざした地縁・血縁関係等の事情に起因して、具象的であることが規範の源泉となる上できわめて重要な首長(あるいは、有力な政治家や行政マン)を有する」(森, 1997)と多く、より抽象的な行政の形態をもつ都市部と比べて、贈与/略奪が成立する可能性が高かったことを示している。反面、筆者等の病院組織は、病院長が頻繁に交代することや、大学病院特有の巨大で複雑な組織構成を有することなどから、具象的な規範の帰属点となりうる超越的身体は存在しておらず、抽象身体の水準ある。智頭町の事例と比較すると、小児病棟に新たに形成された抑圧身体から病院組織への贈与/略奪は、病院組織が抽象身体の水準にあるため、直接的には成立しにくい状況にあったと考えられる。

そこで、小児病棟に形成された抑圧身体は、まず、前述の庶務課広報担当職員 H 氏を具象的な規範の帰属点とするような抑圧身体に対して贈与を行った。既に触れたように、H 氏は病院幹部や病院中の職員からも人望が篤く、抑圧身体的な性質を持つ抽象身体として、具象的な超越

性の備給源となり得たのである。小児病棟に形成された抑圧身体に帰属する規範は、このようにして、一旦、H 氏に伝達されることによって作用圏を拡大し、病院組織全体のバックアップを背負った H 氏または庶務課という具象的な超越性の備給源を得ることによって、集権身体へと抽象化できたのである。

小児病棟・病院における規範形成・伝達・作用圏拡大のプロセスについて、要約しよう。抽象身体の水準にあった医療現場で、一部の小児科医と、教師との間に過程身体的作用が再開され、抑圧身体と抑圧身体に帰属する新しい規範が形成された。新しい抑圧身体は、小児病棟の他の抑圧身体達－保護者や医師達や看護師達－に対して贈与/略奪を繰り返し、規範の一方的伝達を成功させながら、規範の作用圏を拡大していった。贈与/略奪は、抽象身体を背景としながら、比較的、容易に成立していった。次に、小児病棟全体を範域とする規範が帰属する超越的身体は、未だ、抑圧身体レベルにあり、自らの範域の外部に存在している庶務課広報担当職員に対して、贈与を開始した。庶務課広報担当職員に対する贈与は容易に成立し、小児病棟の抑圧身体は、庶務課という具象的な超越性の先行的投射を通じて、集権身体構成をみた。集権身体化した小児病棟の超越的身体は、その後、自らの範域外に存在する異和的な病院組織の諸身体に対しても、求心化-遠心化作用を反復し、最終的には病院の規範的な前提を更新したのである。

4-5 療養環境改善活動諸実践と身体論

4-5-1 卒前教育としての学生ボランティア活動支援と院内社会見学の身体論

ここでは、学生ボランティア活動を支援することの身体論的な意義と、院内社会見学の病院職員に対する身体論的な意義を、他者との出会いと共感という課題に焦点をあてて考えてみたい。

まず、学生ボランティアという存在は、病棟や病院にとっては、一般的には病棟や病院の規範の範域外からやってくる異質性としての他者である。また、検査室など病棟外部部署の職員にとって、子ども達(患者)も、本来は出会うはずのなかった(「院内社会見学」という仕掛けを通じてはじめて出会うことができた)他者である。他者と出会う時、大澤の身体論に依れば、身体達は原身体性の平面にあらうが、超越的身体の水準にあらうが、出会った他者に対して求心化-遠心化作用の運動を再開して、他者との間に間身体的連鎖を張ろうとする。全ての超越的身体の基礎となる、過程身体の働きである。過程身体の働き、つまり、求心化-遠心化作用が頻繁に行われている状況では、求心点と遠心点の互換も頻繁におこる。

自己と他者との反転-「あなた」と「私」が入れ替わること-は、共感すること、ともいいかえることができるだろう。自己は他者の存在につねに伴われている。自己は、対象である他者を捉える時に作動する求心化作用と、必然的に連動している遠心化作用によって、存在する。「私の存在は、他者の存在の裏返し」であるともいえる(大澤, 1994)。自己と他者との、この本源的な共存が、偶有性-「他でもありえた」「あなたでもありえた」という可能性-を生み出す。共感することとは、偶有性を持つ、互換可能な身体同士に生まれる感情ではないか。患者とボランティアとは、過程身体の働き、すなわち求心化-遠心化作用の渦中にある。つまり、互いが互いであったかもしれない、という互換が容易に生ずる状態にあるのである。いいかえると、共感できるということは、身体同士が過程身体の水準にあり、容易に互換が生じる状態でなければならないということである。「患者の目線で」というのは、こういうことである。だからこそ、医療従事者や専門職として、かなり抽象的な超越的身体の下に取り込まれてしまっている実習生の身分では、過程身体の働きを実習生自らが取り戻すことは困難なのである。ボランティアとして、いかなる超越性の支配もおよばない、原身体性の平面にあることで、患者と過程身体の働きを開始することができる。ボランティア活動が卒前教育として重要な理由はここにある。

「院内社会見学」の場合はどうだろうか。筆者は、「院内社会見学」も、訪問先の部署の病院職員と子ども達の間にも、過程身体の作用が生じたのではないかと考えている。他者との出会いは、超越的身体がその内部にさしあたって隠蔽している過程身体の働きを揺り起こし、他者を馴致し

ようとする求心化-遠心化作用を活発化させる。職員達の場合、出会うはずの無かった他者である子ども達が自分たちの職場を訪れた時、子ども達は「患者」ではなく「小学生」や「中学生」であった。病院という超越的身体の作用から離れ、過程身体の水準に立ち戻った職員達は、「地域の大人」として、子ども達の前にあったのである。目の前に現れた子ども達は、職員達に「自分の子どもであったかもしれない」という気持ちを強く惹起させただろうし、若い職員であれば、自分が小学生や中学生の頃を思い出しただろう。実際に、筆者自身も職員から「うちの子どもも、学校でね・・・」といった話を、聞いたことがあった。

このように、「学校」、「教育」、「子ども」といった日本に生活する大人になじみ深いキーワードは、求心化-遠心化作用の活発化、すなわち共感を生む要因の一つである。学校教育の一環として「院内社会見学」を企画した時、予想に反して、見学先部署の職員や管理職からすんなりと受け入れられたのは、「学校」、「教育」、「子ども」というキーワードが、病院職員にとって共感を生みやすく、理解されやすかったためと考えられる。

4-5-2 ベッドサイドボランティア活動の身体論的特徴

筆者等は、筆者等自らの先行研究の中で、ボランティア活動を行った学生自らが記したエスノグラフィー(余谷, et. al, 2002; 多賀, et. al., 2003; 投稿中)や、活動の対象となった子ども達とその保護者に対して、活動を行った学生が半構造化面接を行った結果から、本ボランティア活動と自身等ボランティアの特徴を次のようにまとめた。

1. ただ、傍にいること

「ボランティアは病院という環境の中では異質な存在である。それはボランティアの存在が、一見患児から見ると“用事のない人＝目的無く訪れる人”であったからである。翻ってみれば、入院前後の日常生活には“用事のない人”が満ちている。先に挙げた患児に関わる人々の中で、唯一職業を持たない学生ボランティアは、患児にとっては“用がないのに来てくれて、用が無くても傍にいて、自分が独占できる人”であったと考えられる。長時間にわたり遊戯や学習を1対1で行い、“ただ傍に”いること(「コ・プレゼンスのもつ力」)(鷲田,1999; 渥美, 2000)で時間を共有できることが、患児にとってのボランティアの特殊性であった。」(余谷, et, al, 2002)

2. 思春期の子ども達にとっての先輩

思春期の子どもたちは、心理的に親から独立していくという発達課題を持っている(Steinberg, 1992)。そのため、思春期に子ども達は、親にかわる自分の理想または模範となるような存在として、自分たちより少し年上の存在、たとえば学校の先輩や親族の年長者などを理想像とすることが多

い(高石, 2001; 一丸, 2001)。「近所のおにいちゃん、おねえちゃん」をコンセプトにしている筆者等の活動は、単なる遊び仲間としての「歳の近い友人」という役割だけではなく、子ども達が思春期の発達課題を達成していく上で必要な友人関係を補完している可能性がある。

3. 対等な友人

学生の行った半構造化面接結果(多賀, et. al., 投稿中)から、特に思春期の男子は、ボランティアのことを「地元のつれ(友達、という意味)」、「クラスにもう一人、はいってきた感じ」と、表現していた。入院生活では、子ども達にとって、病気でない自分を対等に見てくれる存在は、極めて少ない。プライバシー秘匿義務の関係から、子ども達の病気について何も知らされていないボランティアは、かえって、子ども達にとっては病気でない自分を見てくれる貴重な存在であったのだ。

4. 受容的な友人

学生の記したエスノグラフィーや学生と子ども達の間に変換された手紙(結果未提示)の中で、子ども達は、ボランティアに対して甘えたり、不安を打ち明けたりしている。清川等(2002)が報告した小児がんの子ども達が希求するサポートに関する報告では、子ども達は、自分たちの存在を無条件に受け入れてくれる受容的なサポートを求めている。4. と矛盾するようではあるが、子ども達は、病気でない自分を見てくれる対等な立場の友人を求めると共に、自分の弱い部分、病気の部分も含めて全てを受け入れてくれるような存在も求めている。本ボランティア活動の学生達は、小児医療現場に必要とされる、このような「受容的」なサポートの一部を担っていたとも考えられる。

5. 「外の風」を運んでくれる存在

学生の行ったアンケート調査(結果未提示)と半構造化面接結果(多賀, et. al., 投稿中)からは、特に保護者は、学生ボランティアが閉じられた空間であると考えている病院へ「外の風」を運んでくれる大切な存在である、と位置付けており、やはり、特に保護者においては、入院生活が外界から隔離されたものであることを強く意識しているようだった。

ここで、これらの先行研究で明らかになった本ボランティア活動の特徴を、身体論によって説明してみよう。本ボランティア活動における学生ボランティアの特徴は、その役割の多様性にある。先行研究で判明しただけでも、前述の5つの性質・役割がある。筆者は、このような学生ボランティアの性質・役割の多様性は、子ども達とボランティアの間の過程身体的作用によるものであると考えている。前節でも、学生ボランティア活動の卒前教育としての意義は、ボランティアと患者の間の過程身体的作用を通じて身体の互換が生じ、共感を生むことであると述べた。過程身体の水準にある身体達の間には、様々な志向作用が生じ、求心点と遠心点に移ろい、頻繁に身体同士の互換が生じる。そのような水準にあったために、子ども達とボランティアの間には、「先輩であるか

もしれない」、「ライバルの同級生であるかもしれない」、「恋人であるかもしれない」という偶有性を介して様々な身体の互換が生じ、性質・役割の多様性と、共感に続く信頼関係とが生まれていったのである。

このようなボランティアの過程身体としての水準は、例えば、「遊びを届ける」や「イベントを行う」などといった一定の目的、つまり一定の志向作用を有した場合には保ち得ない。なぜならば、ある一定の志向作用を有する複数の身体達には、蓋然的に先行的投射が起こって超越的身体が立ち現れるからである。本ボランティア活動の唯一の目的である「ただ、傍にいたい」は、一定の志向作用をもたない、という志向作用であるともいえる。「ただ、傍にいたい」を目的とすることで、医学部の学生達は原身体性の平面におかれ、入院中の子ども達との間に求心化-遠心化作用を開始することができる。すなわち、筆者等の卒前教育の目標にもかなうのである。

さて、医療人類学の視点から小児がん病棟のフィールドワークを行った田代 (2003)は、医療従事者でない田代が治療や処置について賞賛すると、子ども達はそれまでどんなに仲良くしていても怒りだす、という出来事を報告している。小児病院における大学生のボランティア活動を報告した小杉等(1997)も、ボランティアの学生が医療従事者の指導と類似した言動をとった際に子ども達が怒った、という事例を挙げている。ところが、筆者等の小児病棟では、医師や看護師が「よく頑張ったね」と子ども達を誉め、子ども達も誇らしげな表情をする、または誉められたことを誇らしげにボランティアに対して語るという場面はよく見受けられるのである。この現象も、身体論によって、巧く説明することができるだろう。つまり、子ども達にとって互換可能な身体であったボランティアが「医師や看護師のフリをする」と、それは子ども達にとって自分たちと同じ過程身体の水準にある身体ではなく、べつの超越的身体な身体に帰属する互換不能な身体になってしまうのである。このため、子ども達はとまどい、裏切られたと感じてしまったのではないだろうか。

ところで本ボランティア活動では、活動の安全管理上最低限必要な情報以外、詳しい病名や病状等は医療スタッフからボランティア学生には伝えられない。このシステムは、プライバシー保護という面で決められたものであったが、身体論の立場から考えてみると、子ども達とボランティアとの間に偶有性を保つための一助になっていたとも考えられる。

4-5-3 「アートプロジェクト」の身体論的意義

「アートプロジェクト」は、筆者等の小児病棟では、子ども達の入院生活の日常である学校教育活動やボランティア活動に対する支援が整備されつつあった 2000 年に導入された。本節では、筆者等の「アートプロジェクト」が導入された前提となる「入院生活の日常」と、この「日常」という概

念に対する「アートプロジェクト」の持つ機能を「日常」を成立・回復させる「非日常」の仕組みとして捉え、共同体の活性化と存立における「非日常」の意義について考えてみようと思う。

「入院生活の日常」の日常とは、非日常の対立概念として成立する概念のことである。「入院生活の日常」とは、治療や処置の他にも、先述したように学校生活やボランティア(ともだち)との関わりによっても成り立つ。では、「入院生活の非日常」とは、なんだろうか。筆者等の小児病棟における「入院生活の日常」が、病院外での生活と同様に、学校生活やボランティア(ともだち)との関わりであるならば、「入院生活の非日常」も病院外での生活と同様なものが必要である。日常という概念は、非日常という概念の存在によって成り立っているからである。

病院外での生活における非日常としては、美術館や遊園地、コンサート、お祭り、結婚式などを挙げることができるだろう。民俗学では、日本の村落共同体における日常を表す“ケ”という言葉と、この“ケ”の対立概念であるところの“ハレ”という言葉の存在が指摘されている。“ハレ”とは、古来、日本の村落共同体において、氏子全体が帰属する社会の“ケガレ”を除去するための神祭りの場での儀式を指している。“ケガレ”は“気枯れる”で、日常である“気、ケ”が衰退した状態と考えられていた。年中行事や冠婚葬祭における“ハレ”の儀式は、村落共同体の構成員の日常生活のリズムを維持し集団を活性化させるための重要な儀礼であった(宮田、1997)。民俗学の“ケ”、“ハレ”の概念に照らし合わせてみると、現代の生活における非日常、すなわち美術館や遊園地、コンサート、お祭り、結婚式などは、日常生活をより豊かにする民俗学でいうところの“ハレ”の機能を持っていると考えられる。

入院生活の非日常も、病院外での生活における非日常と同様に、“ハレ”の機能を持つものではない。“ハレ”の機能を持つ非日常によって、入院生活の日常、すなわち“ケ”は、活性化されるからである。筆者等の「アートプロジェクト」は、子ども達や家族の入院生活の中で、“ハレ”の機能を持つシステムであった(山口、2003)。このため、入院生活の日常を豊かなものにしていくことが可能であった。

次に、「アートプロジェクト」のもつ“ハレ”の機能を、身体論で説明してみよう。「アートプロジェクト」やプロジェクトを企画するアーティストは、小児病棟に新たに形成された筆者等抑圧身体から、小児病棟や病院組織へ与えられた贈与であることは既に述べた(4-1-3)。贈与は、規範が異なる超越的身体間同士における、他者からの一方的伝達の形式である。アート活動やアーティストは、小児病棟や病院組織という身体にとっては、未だ、馴致できていない他者であった。

さて、大澤は、身体の示す「共同性」について、「共同性とは、複数の身体がその複数性を克服し、単一の身体、単一の「意思」(志向作用)を有するかのごとく、振る舞うことである。したがって、

共同性とは、各身体にとって他の身体の存在が不関与であるかのように、事態が成立することである。」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.380)と述べ、「共同性」が成立する要件としての「反共同性」について、

「このような共同性の性格にもかかわらず、我々の見るところ、共同性は、一種の「反共同性」のゆえにこそ、すなわち—繰り返し述べたように—各身体にとって<他者>の存在が不可避であることのゆえにこそ、招来されるのである。「先行的投射」とは、<他者>の絶対性を、その相対性へと変転させ、共同性を構築する魔術のようなものである。しかし、その魔術が成功するためにも、どうしても、反共同的な因子が、必要になる。・・・外部の<他者>との接触において、ついにはどうしようもなく露呈してしまうような、ある身体的な契機が、共同性にとっての基本的な素材なのである。・・・共同体は、一般に、恐怖の対象であり、共同体にとって破壊的であるような、しかし同時に尊崇の対象でもあるような、「異者」(外部の「他者」)についての、表象を持っている。・・・それは、システムとしての共同体の内的な構成素であり、馴致された<他者>にすぎない」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.380-381)

と続け、「反共同性」を超越的身体(抑圧身体と集権身体)にとっての他者と同様に、その存立のために必須の「外部」を構成する因子として重視している。共同体が「外部の他者(異者)」を迎え入れ馴致するシステムが、祭礼や儀式といった“ハレ”の場である。神とよばれることもある、馴致できていない外部の他者を“ハレ”の場を設定して共同体へと招き入れることによって、共同体の“ケガレ”を祓い、共同体を活性化させる。

小児病棟や病院に置きかえて考えてみると、「アートプロジェクト」とは、アート活動やアーティストといった「外部の他者(異者)」を共同体である医療現場へと請じ入れ、共同体の日常を活性化させる機能があった。医療現場における共同体の日常とは、子ども達の生活だけを指すのではなく、病院で働いている筆者等医療従事者や病院職員達の仕事も含まれる。実際に、共同体の構成員達である筆者等医療従事者や病院職員達も、「アートプロジェクト」を楽しんでいた。この点からも、「アートプロジェクト」は、筆者等の小児病棟・病院という共同体の存立や活性化に必要なシステムであるといえるだろう。

5 まとめと展望

5-1 医療現場の身体論的特徴と実践への応用

5-1-1 医療現場における規範変容のプロセス

これまで見てきたように、筆者等の現場である小児病棟や医学部附属病院(総合病院)では、およそ10年の歳月をかけて、徐々にその規範的前提を変容させてきた。まず、最初に、小児病棟において規範変容のきっかけとなったのは、院内学級教師による病棟内教育活動の活発化であった。規範的前提が更新される以前の病院や小児病棟で、教師が活発に病棟内教育活動を行うにあたっては、筆者等一部の小児科主治医との密接な協力関係が不可欠であった。1994年からの院内学級教師や訪問学級教師の教育活動に対する支援を開始して以来、筆者等は、教師の発案による病棟外の部署への「院内社会見学」を実施したり、医学部学生のボランティア活動を導入して支援したり、プロのアーティストと病棟の子ども達の共同制作を支援する「アートプロジェクト」を導入したりしてきた。2002年になると、筆者等の活動は次第に病院組織の認めるところとなり、特に2003年度以降は、庶務課広報担当事務職員の積極的な関与によって、小児病棟のアート活動の成果を院内展覧会として発表してきた。さらに、このような病院全体のイベントには、医学部の学生だけでなく、看護や保育、その他の学部の大学生ボランティアが多数参加して活躍した。筆者等も、1994年から取り組んできた療養環境改善活動を「療養環境プロジェクト」という研究事業として整備して、助成金獲得や内外への成果報告を行った。

1994年から現在までの小児病棟や病院の規範変容のプロセスは、大澤真幸の社会学的身体論を援用すると、小児病棟における一部の小児科医と教師との抑圧身体が、抑圧身体に帰属する新しい規範を次々と小児病棟の他の抑圧身体達—保護者や医師達や看護師達—に対して一方的に伝達して規範の作用圏を拡大し、庶務課広報担当職員への伝達を介して集権身体を構成していった過程として説明される。集権身体化した小児病棟の超越的身体は、その後、病院組織の諸身体に対しても規範を伝達して、最終的には病院の規範的な前提を更新した。

5-1-2 医療現場の規範変容プロセスの特徴と実践

筆者等の小児病棟と病院における規範変容のプロセスには、三つの特徴がある。一つめは、教師やボランティア、アーティストといった、多様な他者の存在である。超越的身体は、その領域の外部に存在する他者に対して求心化-遠心化作用を繰り返しながら、他者を内部へと馴致していこうとする。いいかえると、他者との出会いが、超越的身体に対して求心化-遠心化作用を発来

させるのだ。教師やボランティアやアーティストという他者の存在は、小児病棟や病院において求心化-遠心化作用を活性化させる要因の一つである。

二つ目は、最初の小児病棟で形成された、筆者等と教師による抑圧身体の形成を契機とする、贈与/略奪の連鎖である。身体論によると、新しい抑圧身体が一旦形成されてしまうと、抑圧身体は蓋然的に帰属する規範を一方向的に伝達し始める。しかし、贈与は必ずしも成功するとは限らない。序論で述べた、筆者等の形成した抑圧身体が贈与を続けていた頃に出会った様々な感情—「とまどい」や「困惑」や「抵抗感」や「躊躇」や「興味」や「無視」—は、贈与の一方向的伝達の性質をよく表している。しかし、智頭町の事例とは異なり、小児病棟で形成された筆者等と教師による新しい抑圧身体は、背景となる抽象身体に依存することができたため、贈与/略奪を容易に成立させることができた。

三つ目の特徴は、小児病棟に形成された抑圧身体が集権身体へと抽象化する際に、超越性の備給源とした庶務課、もしくは庶務課広報担当職員という身体が存在である。既にのべたように、小児病棟に新しく形成された抑圧身体は、作用圏を小児病棟全体に拡大した後にあっても、尚、抽象身体の水準にある病院組織に対しては、直接、贈与/略奪を成功させうる程に抽象化していたわけではない。小児病棟の抑圧身体は、一旦、庶務課広報担当事務職員を介した上で、病院組織に対して贈与/略奪を成立させていったのである。

筆者等の小児病棟や病院における規範変容の、これら三つの特徴は、どのような具体的な実践へと結びつくだろうか。

まず、一つめは、外部の他者に対する遠心化作用をどのように引き起こさせるか、つまり、多様な他者をどのように演出するかという問題である。もともと、小児医療の現場では、院内学級の設置や病棟保育への診療報酬加算など、制度的に他者を招き入れる素地が整っている。小児医療の現場では、これらの制度的に受け入れやすい他者である教育や保育の専門家達による、専門性の高い自由な活動を支援してだけで、十分に過程身体の働きを活発化させ、外部の可能性へと開かれた現場を実現していくことができるだろう。

一方、成人の医療現場の場合は、小児医療の現場のような「手がかり」がないため難しいかもしれない。しかし、身体論的な他者の効用を十分理解した上でボランティア活動を導入し、その活動の支援していくことによって、現場を変えていくことは可能である。ただし、病院組織や医療者がボランティア活動を自分たちの規範の作用圏内に馴致した形式でしか認めない、つまり、単なる人手不足の解消手段や、業務で手が届かないことへの穴埋め的な存在としかボランティアを捉えていないならば、ボランティアの他者としての存在意義は生じない。この点が、多くの医療現場

の医療従事者・病院職員に対して、最も注意を喚起しなければならない点ではある。

二つめは、贈与/略奪の連鎖が、意外にも医療現場では成立しやすい²⁹という点である。医療現場における医療従事者の最大の強みは、筆者等と教師によって形成された抑圧身体とそれ以外の身体同士が、「医学的根拠」という規範の帰属点を持つ、同じ抽象身体の水準にあったという点である。このため、療養環境改善活動の導入開始時期には、教師の教育活動や医学部学生のボランティア活動を治療や疾患に結びつけることによって、異なる身体同士の間において贈与/略奪を比較的容易に成立させ、その後の贈与/略奪の連鎖を可能にした。さらに、様々な実践上の課題解決も可能となった。治療中に授業を安全に行うための工夫、ボランティアやアーティストに対する感染症予防に関する教育、プライバシー秘匿や事故防止に関わる工夫などは、医療従事者が「医学的根拠」を駆使して本領を發揮できる分野だからである。

筆者等の病院内でも、ボランティア活動を導入していない成人病棟の看護師からは、「ボランティア活動を導入すると、業務が増えるのではないか」と懸念する声がよく聞かれる。彼らの懸念は、ボランティア活動を自分達の規範の作用圏内の交換、つまり業務として捉えている所に生じている。ところが、小児病棟におけるボランティア活動は、異なる超越的身体間に生じる贈与/略奪であり、医師も看護師も、教師やボランティアやアーティスト達も、それぞれ独自の活動を保証されている。伝達され受け渡されるものは、意外な情報や新しい考え方やものの見方であって、業務ではない。医療従事者は、贈与である教師やボランティアやアーティスト達の独自の活動を、「医学的に支援する」というスタンスを保って、医療従事者としての自分たちの専門性を大切にしていけば、ボランティア活動やアート活動を受け入れること、つまり、贈与/略奪を成立させることは、業務を増加させることにはつながらないのである。

外部の他者である教師やボランティアやアーティストの受け入れが、贈与の形式をとるかぎりにおいて、業務の増加にはつながらないということが理解されたとしても、実際には、異なる規範をもつ身体同士の間でなされる一方的伝達である贈与は、対象の身体達に「とまどい」や「抵抗感」や「躊躇」や「無視」という様々な感情を引き起こす。このような感情に出会って、「せっかく、やったのに。」とあきらめてしまいたくなる場合も、往々にしてあるだろう。しかし、贈与とは本来、そのようなものなのである。受け入れられることがわかっているなら、それはもはや交換なのであり、身体達の間は何ら規範的な変容はもたらさない。贈与の身体論的な特徴を理解していれば、贈与し続けることをあきらめずにすむ。継続性がなければ、贈与/略奪は成功しないのは、智頭町の事例でも

²⁹ ただし、集権身体の水準にある社会で新しい抑圧身体を形成した智頭町の事例に比較してではあるが。

同様である(森, 1997; 杉万, 2000)。実践の現場では、決して純粋に「蓋然的に」贈与/略奪の連鎖がおこるわけではない。そこには、時間をかけても諦めずに続けていこう、現場を変えていこうという意思の存在が不可欠である。

三つ目は、集権身体へと抽象化する際の超越性の備給源の問題である。集権身体に帰属する規範は、範域的なものとして構成されるため、集権身体は具象性—物質性を備えた実体によって表象されなければならない。病院組織におきかえて考えてみると、組織全体に関与して、組織全体を統括出来るような、そのような具象性をそなえた超越性が必要であるが、大学病院のような巨大な病院組織では、「院長」や「理事長」は、もはや十分な具象性を備える身体となりえない。そこで、集権身体の超越性の備給源としてふさわしいのは、組織全体を見渡しつつ、日々、組織の構成員達と関わっていくような部署—事務部門—であると考えられる。事務部門は、どの病院組織にもある組織である。しかし、これらの部署は管理部門とよばれる場合もあるように、管理＝抑圧というイメージをもたれやすい上に、実際、そのような権力を発動しやすい。事務部門が医療現場を変えていくような超越性とは、そのような管理上の権力ではなくて、超越的身体に属する身体達、すなわち病院組織の各部署職員から得る信頼なのである。

事務部門は、病院組織の各部署に対して協働的な関わりを続けることによって、信頼という超越性を保持することができる。協働的な関わりとは、現場で成果を共有出来るような関わりである。例えば、筆者等の「療養環境プロジェクト」を支援する庶務課広報担当事務職員は、「アートプロジェクト」の導入当初、イベントの際にはアーティストのために駐車場の手配や控え室の手配を行ったり、イベントの様子を撮影するために小児病棟へ足を運んだりしていた。先述の H 氏も、最初病棟内で開催する予定だった展覧会を、病院中のスペースを展示会場として開催しようとした理由について聞かれた時に、「小児病棟のワークショップを見に行った時、子ども達が楽しそうで、”えっへん””という顔をしてた。それやったら、大人の患者さんとか職員とか、他の人にも皆に見てもらったら、子ども達も誇りに思うし、嬉しいんじゃないかと思って。」(フィールドノーツより)と答えている。また、氏は、次のようにも述べている。

「小児科病棟限定での活動許可は、たくさんの病院が行っているでしょう。小児科だけの自己満足的な表示、院内展覧会は限界があります。秘訣がありますので、ここでひとつ披露したいと思います。

まずなにより病院長等幹部の理解を得ることです。小児科での取り組みを病院全体の取り組みにしようと思ったとき、一番の阻害要因は院内スタッフであると考えます。それは、「なぜ

小児科だけ(優遇されるの?)という発想。ならば、院内展示その他取り組みを小児科だけの取り組みとせず、病院職員、病院全体の取り組みとして受け取ってもらえるよう病院組織に働きかけるために、病院長をはじめとして病院全体、いろんな職種の人たちの協力と理解を得ます。病院幹部を巻き込むこと、特に病院長や看護部長、事務のトップ、つまり病院全体、組織的に行っている行事だと委員会等の機会を利用し理解してもらうことに尽きると思います。

つぎに病院長はじめ病院幹部に展示など作品を見てもらうこと、そして展示そのものを楽しめる企画とってもらうこと、また取り組みたい企画だと思ってもらう(大人だって楽しいものは楽しい)、実際にもう一度行うことが大事でしょう。」(平井祐範 2004 「アートのちから」 文化環境研究所ジャーナル <http://www.bunkanken.com/journal/article.php?id=200>)

このような協働的な関わりは、病院組織全体へと関わる事務部門だからこそできる関わり方なのである。現場で協働的な関わりを持てば、事務部門の職員は、H氏がいうように「プロフェッショナルな素人」であるために、むしろ現場の医療従事者よりも早く、患者の生活や子ども達の姿に過程身体の働きを触発されるのではないか。つまり、「自分であるかもしれない」、「自分の家族であるかもしれない」、「自分の子どもであるかもしれない」という身体同士の互換が起こりやすいのではないか、とも考えられる。事務部門は、医療現場の規範的前提を変え、医療を変えていく上で、最も重要な超越性の備給源であり原動力であるといえよう。

5-1-3 超越的身体の抽象化と医療現場の課題

しかし、集権身体には、蓋然的に、再び抽象身体へと抽象化してしまうという問題がある。抽象身体は、もはや身体としての具体像を結ばず、超越性の普遍化によって規範的な空間に独特の内閉性が生じる。抽象身体では、過程身体の仕事が停止しているため、抽象度の低い集権身体のように領域の外部を持たず、従って領域の外部に存在しているはずの可能性に対して積極的に開かれていない。医療現場が外部に対して閉鎖的であるのは、外部のあり得たかもしれない可能性や状況に応じる多様性に対する遠心化作用が停止していることを指しているのである。

医療現場に出現した新しい集権身体も、集権身体として存立してしまえば、次なる蓋然的な先行的投射として、抽象身体へと移行してしまう。集権身体が抽象化する過程において、集権身体領域の外部に存在した可能性、すなわち他者は、「一般に(普遍的に)、規定された可能性へと換位せしめられ、第三者の審級の作用圏に内部化」される(大澤, 1990; 「身体の比較社会学

I」 p.277)。小児病棟でも、かつては他者であった教師やボランティアやアーティストは、彼らの活動に対する支援が小児病棟内では業務化しているという点においては、規範の作用圏に内部化されているといえよう。大澤のいう、「馴致された<他者>」である。

ところで、業務化は、必ずしも悪いことではない。他者を馴致される過程でなされる業務化は、規範的前提の更新を伴っているからである。例えば、小児病棟では、教育活動に対する支援は看護業務の一つとして定着しているし、若い医師が子どもの授業時間を無視して処置を行うと、上司の主治医から叱責されるようにもなっている。また、アートプロジェクトの導入期に病棟看護師長が使っていた「業務外業務」という言葉は、看護スタッフの中に「ボランティア委員」という担当者が設置されると共に聞かれなくなっていくとし、医学部学生ボランティアの幹部学生とのミーティングは、筆者等小児科医と看護師ボランティア委員のルーチン業務として定期的に行われている。

問題となるのは、新しい超越的身体が、再び抽象身体の水準へと達してしまうことによって、「規範的な空間に独特の内閉性が生じ、第三者の審級として機能する超越性に対する過程身体の破壊的な作用が、さしあたり、中和され」（大澤, 1990）、多様な可能性に対して積極的に開かれていこうとする作用、すなわち、遠心化作用が停止してしまう点である。

筆者等の小児病棟・病院という医療現場では、新しい抑圧身体の形成にはじまり、およそ10年の歳月をかけて、外部に対して開かれた過程身体の働きを取り戻したところである。このような新しい抑圧身体～集権身体が構成された医療現場を、今後も、外部の多様な可能性に対して積極的に開かれたものとして保っておくためにはどうしたらよいか。

医療現場を、外部の可能性に対して開かれたものとして保っておくためには、身体の超越性を、集権身体の水準未滿の抽象度に押さえ、過程身体の働きが活発に行われるような状態に留めておけばよい。成立しかけている集権身体の水準をそれ以上に抽象化させないということ、すなわち、集権身体を裂開の危機にさらしておけばよい、ということでもある。なぜなら、集権身体が集権身体として十分に抽象化していなければ、抽象身体への先行的投射は起こらないからである。

5-2 子どもという視点からみた病院—「ぼくらのまち、病院」という提言—

5-2-1 集権身体を裂開させる要素

集権身体を存立させる要素は、具体的な範域と、ある程度具象化した超越性である。集権身体の規範の効力は、範域的なものである。このため、集権身体は具象性—物質性を備えた実体によって表象されなければならない。集権身体は、範域の外部/内部が明確に限定された領域であ

るので、その存立に、領域の外部の存在を前提にせざるをえない。

であるから、集権身体の水準に留まっている状態であれば、その必然として集権身体の外部の領域が存在し、その外部に存在する無限の可能性に対して過程身体的作用が残されており、外部に対して積極的に開かれている。このことを大澤は、次のように述べている。

「集権身体によって効力を与えられた規範が対象化する選択肢の集合が、閉じられた全体をなし、規範的な選択によって有効な区別を設定される内的な空間として成立するためには、この空間の外部を構成するもう一つの空間が不可欠なのである。・・・集権身体に従属する身体達は、規範に有効に捕捉されている場合には、「外部」の空間に属する可能性を、自らによって積極的に実現しうる選択肢として、体験し、覚知していなくてはならないだろう。このような外的な可能性の体験や認知は、諸身体が、そのような外的な空間を、自身にとって可能的なく他者>を含む場所として発見すること、言い換えればそのような空間へと遠心化すること、によってしか究極的には実現されない。集権身体存立のためには、だから、集権身体に従属する諸身体が、集権身体効力(権力)に捕捉されていない外部に見出されるような可能性へと開かれていることを、単に消極的に容認しているだけでなく、積極的に要請してさえいるのである。」(大澤, 1990;「身体の比較社会学 I」 p.273)

ところが、集権身体は、一旦安定して存立してしまうと、蓋然的に先行的投射が起こって抽象身体へと抽象化してしまう。であるから、厳密には集権身体を集権身体の水準のままに留めておくことは不可能である。そこで、医療現場に、過程身体働き—外部の多様な可能性に対して開かれている遠心化作用—を活発に存続させておくためには、集権身体へと抽象化したその瞬間に、集権身体超越性を脅かし範域的権力を曖昧にしてしまう仕掛けと、超越的身体の抽象化の水準を具象的な水準へと牽引し続ける仕掛けが必要なのである。

5-2-2 集権身体を裂開させるアートの意義

超越的身体の超越性を脅かし、集権身体範域的権力を曖昧にするような仕掛けとは何だろうか。それは、超越的身体の領域の外部に存在する、超越的身体の超越性に拮抗的な、異和的な志向作用を利用した仕掛けである。大澤は、このような超越的身体の規範の領域外にある、異和的な志向作用が帰属する身体達のことを、他者とよんだのであった。

さて、かつて小児病棟や病院の領域の外部としては、教師やボランティアという異質性(他者)

が存在した。しかし、小児病棟の超越的身体が、規範に対して外的な異和的志向作用であるこれらの他者を内部化し、多様性として馴致していったため、これら他者との関係は、現在は業務化してしまっている。いいかえると、同一規範内の関係性であるところの、等価交換となりつつあるのである。教師やボランティアやアーティストへの支援がある程度、業務化することは、これらの多様な人々から患者へのソーシャル・サポート(浦, et. al, 1989)が、安定して安全に供給されるという面では好ましい変化である。しかし、規範の作用圏内に多様性として馴致された他者達は、もはや、範域の外部から超越性を脅かす程の強い異和的志向作用とは成りがたい。

一方、(アーティストではなく)アート活動は、常に意図的な、異和的志向作用として集権身体の外部を構成する機能を持つ。アーティスト自身がいかに規範の範域へと馴致されていようとも、アーティスト自身のアート活動と活動によって生み出される作品は、常に、「それまでには、ありえなかった」新規のものとして生成されねばならない³⁰からだ。

筆者等は、「アートプロジェクト」でアーティスト達に対して、「子ども達と共に、これまでにない表現や創作」を要請してきた。さらに、企画されたアートプログラムは、子ども達や参加者の協働によって実施されたため、そのアウトプットを企画者のアーティスト自身も予測できなかった。作品を鑑賞する側にある病院職員達にとっては尚更で、展覧会の開催を「いつもの(アートプロジェクト)だね。」と受け入れつつも、予想をはるかに逸脱した作品群や展示に、毎回、驚愕している。企画段階で参加している筆者等でさえ、ワークショップ当日、展覧会当日になるまで、どのような形が出現するのか全く予測がつかなかったのである。

筆者等の「アートプロジェクト」のように、アーティストが自身の表現・創作活動の場として病院を、対等な共同制作者として子ども達を選択し、独創的な表現や制作を行うのであれば、アート活動と活動によって生み出される作品とは、無限の、強力な異和的志向作用として集権身体の外部から超越性を脅かし続ける特殊な「仕掛け」となりうる。一方、医療現場に形成された新しい超越的身体(抑圧身体～集権身体)が、範域の外部としてのアート活動や活動によって生み出された作品に、常に積極的に開かれていくためには、アーティストという他者を多様性として内部に馴致し、その活動を内部から支援していくためのシステムが重要である。「アートプロジェクト」とは、このようなシステムなのである。単なるアーティストへの作品委嘱や慰問の要請では、アート活動が超

³⁰ そうでなければ、贋作である。クラシック音楽においても、単に演奏するだけでは模倣であり、プロのアート活動とはいえないことは自明である。プロの音楽家による演奏活動が成り立つのは、その音楽家による演奏が演奏家自身によってしか表現され得ないという点、また、演奏した時間・場所・聴衆によっても演奏のオリジナリティが厳密に限定されてしまうという点で、独創的であるからである。

越的身体の範域を脅かし、集権身体を裂解させるという機能は生じないだろう。範域内部の身体である病院職員達その他の積極的な遠心化作用、つまり、アート活動への積極的な関与と成果の共有であるところの協働的实践こそが、「アートのちから」³¹を引き出すのである。

5-2-3 生成力のある理論を目指して—「ぼくらのまち、病院」という提言—

医療現場に、外部の多様な可能性に対して開かれた過程身体の働きを活発に存続させておくための仕掛けとして、二つめに考えられるものは、超越的身体の抽象化の水準を具象的な水準へと牽引する仕掛けである。集権身体を存立させる要素は、ある程度具体的な範域と、ある程度具象化した超越性であると述べた。この点から、筆者等が「療養環境プロジェクト」で掲げた病棟が患者の生活の場であり、病院が「まち」のようなものである、という提案は、集権身体存立のための条件である、ある程度具象的な範域を示していると考えられる。

しかし、実際には筆者等は「ぼくらのまち、病院」というコンセプトを提示した。「ぼくらの」と付け加えたのは、「子ども達」という対象を導入することによって、単なる「まち」や「地域」という抽象的な概念ではなく、「子ども達の住む所」、「子ども達が育つ所」と表現されるような、より具象的な身体像とその範域を結晶させたかったからである。実際に、「ぼくらのまち」という言葉によって誘導される「子ども」、「子育て」、「学校」、「教育」などのキーワードは、病院職員や事務職員のみならず、ボランティアやアーティストや成人患者や一般市民にとっても馴染み深く、具体的で理解しやすいものであり、「療養環境プロジェクト」を展開する際に有効であった。大人達や学生達は、自分たちの役割や立場を自分たちの子どもの頃に重ね合わせたり、自分の子育てや自分の地域の生活に立ち戻って考えたりすることが可能となった。このことは身体相互の互換の発生、つまり、過程身体の働きの活性化を意味する。既に述べたように、身体同士が偶有性を持ち、相互に互換可能な状態が惹起されれば共感を生むことにつながる。筆者等の掲げた「ぼくらのまち、病院」というコンセプトは、超越的身体の抽象性や規範の範域を、具象性の方向へと牽引しておくことによって、過程身体の働きを活性化したと考えられる。さらに、過程身体の働きの活性化によって身体相互の互換が促され、身体間に共感を生んでいくことができたのである。

庶務課および庶務課広報担当職員が存在も、ある程度具象化した超越性(規範)の帰属点となりうる。ただし、単に「庶務課」、「事務」として存在するのであれば、それは抽象的な管理的な権力としてしかありえない。しかし、先述したように当院の場合は、H氏をはじめとする庶務課の職員

³¹ 平井祐範. 2004 アートのちから—小児の療養環境を考える—. 文化環境研究所ジャーナル <http://www.bunkanken.com/journal/article.php?id=200>

達や病院幹部は、事務室に籠もらず、積極的に療養環境改善活動の現場へと足を運んで現場に集う人々と顔を会わせて楽しさを共有していた。H氏は、常々、「大人も子どもも、一緒に楽しむことが大事³²」と語っており、病院中の療養環境改善活動の現場へと頻繁に現れた。このように、本来、抽象的な超越的身体となりうる管理者達が、現場に頻繁に現れて協働的实践に参加することによって、その超越性はより具象的な水準に留まることが可能となったのである。

ところで、H氏は庶務課の仕事を「すきま産業」だといい、自分たち事務職員の立場を「プロフェッショナルの素人」であるといっていた。医療従事者達が、専門職であるゆえに知らず知らずのうちに無縁圏(すきま)に廃棄してしまっているあり得たかもしれない選択肢や、気づかざる前提(杉万, 2001)として思いこんでしまっていることに気付き、それらをすくい上げていくことができる、というのである。専門職ではない事務職員だからこそ、専門職の束縛にとらわれずに、多様な可能性に対して自在に開かれている—H氏のいうところの「なんでもあり。」—状態を、常に保つことができる、というのである。今、このようなH氏の言説を振りかえって考えるに、H氏等事務職員というのは、病院の中において、筆者等が病院中の人々—患者ですら—が取り込まれてしまっていると思っていた抽象身体に、実は属していない自由な身体だったのではないか。もしくは、原身体性の平面に回帰して、抑圧身体から過程身体の水準を保ち続けているのかもしれない。だからこそ、筆者等小児病棟からの贈与は、H氏に対して容易に成立したとも考えられる。医療現場が、外部の多様な可能性へと開かれていく契機は、実は、病院組織の管理の中枢にも存在するのである。

以上見てきたように、病院を「ぼくらのまち」と喩えて「まち」や「こども」という具象性を強調していくことや、集権身体の超越性の備給源であるところの病院幹部や事務職員が、協働的实践を通じてその具体的な姿を現すことによっても、一旦、成立したと見えた集権身体は裂開の危機にさらされ、結果として、外部の多様な可能性へと開かれた過程身体の働きを存分に残していくことが可能である。

最後に、筆者等が研究事業「療養環境プロジェクト」の中で提唱してきた独自の概念をまとめながら(表8)、今後の実践とインターローカルな実践へと結びつけていきたい。

³² 例えば、大人達が子ども達と一緒に、地域の活動を行っていく中で、子ども達は大人の力を実感して尊敬の念を抱くようになる、というのは後述の池田(2001)の教育コミュニティ構想にある。

表 8 「療養環境プロジェクト」で提唱された概念と実践的な意義

概念	身体論的な位置付け	実践的な意義
「病棟は生活の場、子育ての場」 「ぼくらのまち、病院」	超越的身体の具象的な範域	自分の経験、生活、地域における子育て、教育等を参照して、多数派(病院組織)の理解を促進
「入院して儲かった！」	贈与/略奪の成功	新しい価値観との出会い、創造
「楽しい病院 でも 、ええやんか！」	多様な志向作用の包含	多様な考え方、意見の許容
「おもしろい病院」	集権身体の範域外部への積極的な関与	開かれた医療現場の実現

社会科学における理論とは、人々が社会や文化をよりよいものへと変革させていくためのきっかけとなるものである。より実践的な理論とは、人々の理解や気づきが促進され、実際に現場(社会や文化)がよりよい方向へと変革し、複数の現場に応用が効くような生成力をもった理論のことである。特に、人間科学・物語/設計科学であるグループ・ダイナミクスにおける理論とは、特定のローカルな協働的实践の中で生み出されたものでありながら、他のローカルな協働的实践の現場(インターローカル)で展開可能な、より一般化、普遍化されたものを目指す。また、実践者(当事者)でもある研究者が、他の当事者と共に理論を産出する点も特徴的である。理論は、協働的实践の現場における現状の理解と問題解決に取り組む段階である1次モードと、現状を把握した上で、現状に隠されていた「気づかざる前提」に人々が気付いていく段階の2次モード、そして「気づかざる前提」に気づいた上で実践を再定位し、さらなる問題解決へと取り組んでいく新たな1次モードへの進展を促進していく(杉万, 2001)。

理論の評価について、グループ・ダイナミクスの創始者 K. Lewin が「良い理論ほど、実践的であるものはない」という言葉を残したことは有名である。Gergen(1994a)は、著書「もう一つの社会心理学」(杉万・矢守・渥美監訳, 1998)において、生成力のある理論を生み出すための方法として、少数意見の明示化と新しいメタファーの探求、アンチテーゼの探求を挙げている³³。

少数意見の明示化とは、少数派の中で慣習的な対象を取り出し、再文脈化することで、少数派の主張を多数派に理解しやすいように工夫し、多数派の考えを徐々に変えていくことである。病棟や病院が、「子育ての場」「生活の場」であると説明していくことは、病院内で多数派である成人医療の医療従事者や小児科・小児病棟以外の病院職員に対しては、小児医療の特殊性を医学的な見地や心理社会的問題の見地から説くよりも、有効な手だてであった。このように説明するこ

³³ 四つ目の方法として常識的枠組みの極端な拡張を挙げている。

とによって、小児医療に携わっていない人であっても自分たちの経験に照らし合わせることができ、あらためて小児医療の特殊性を理解していくことが可能であった。この段階は、筆者等や病院の職員達が、ローカルな現状を把握して、その把握に基づく課題理解と問題解決に取り組みはじめた段階で、杉万(2001)のいう1次モードの協働的实践ともいえるだろう。

次に、研究事業「療養環境プロジェクト」を立ち上げてからのコンセプトとして掲げてきた「ぼくらのまち、病院」という新しいメタファーの使用は、保護者や医療従事者や事務職員、成人患者やボランティアやアーティストといった、病院にいる大人達全てに「子ども」という共通の対象を提供した。学生ボランティアの研修の中でも、「もし、あなたが地域の子どもの、遊びに来てくれるおにいちゃんやおねえちゃんがいるとしたら、どんなことをして欲しいか?」、「もし、あなたとあなたの子どもが住む地域に、若い大学生がたくさん、遊びに来てくれるとしたら、どんな点をマナーとして守って欲しいか?」などと問いかけて、ボランティア活動の意義と責任とを考えさせることができたのである。結果として、人々は、子どもにとっての病院は、社会から隔離された特別の場所ではないのだ、特別の場所だと思いきまなくてもよいのだ、ということに気付き、2次モードの段階へと進展することができた。

「まち」というメタファーは、インターローカルな実践の現場でも有効である。ある研究会で、筆者が、「療養環境プロジェクト」を紹介するために「ぼくらのまち、病院」の概念を説明した際、他の病院でボランティア活動をしている参加者の一人からは、「自分たちが、地域の活動で子ども達に接するのと同じ気持ちで活動すればよいのだ、ということであらためて実感し、安心した。」という感想を聞くことができた。また、「アートプロジェクト」のもつ“ハレ”の機能とその成立の要件について発表した時には、ある児童福祉施設の職員から、「病棟も、病院も、児童福祉施設も、子どもが生活して成長していく場であるのだから、単に楽しいことの導入ばかりを考えるのではなく、まず、日常の生活を充実させていくことが大事だ、ということであらためて感じた。今後、自分たちの施設でも、頑張っていきたい。」というコメントを頂いた。「療養環境プロジェクト」は「まちづくり」であるという説明も可能である。最近、他施設の関係者から、「なぜ、アート活動を病院に取り入れようと思ったのか?治療上の効果を期待したのか?」と頻繁に問われるが、「アートプロジェクトは、まちづくりのようなものだ」と説明することで納得してもらえることも多い。このように、集団を構成する人々がそれまで気づかなかった前提に気付き、筆者等の現場で生み出された概念がインターローカルな実践の現場に影響を与えることのできた状態は、2次モードの段階に達したといえるだろう。

常識的な理解に対するアンチテーゼを提示していくことも、生成力のある理論を育てる方法の一つである。筆者等は、「入院して、儲かった!」、「楽しい病院でも、ええやんか」、「おもしろい病

院」などの標語を、時々プロジェクト内容に応じて使用してきた。「儲かる」「楽しい」「おもしろい」などの言葉は、一般的に考えられている病院のイメージからは、むしろタブー視される傾向にあるもので、このような言葉を敢えて積極的に掲げていくことで、人々の注意を喚起して、筆者等の事業の性質を表現していくことができると考えている。既に述べたように、「儲かった」というのは、もともと、子ども達から発せられた言葉であり、身体間の贈与/略奪が頻繁に成功していることを示す言葉でもある。「楽しい病院でも、ええやんか」、「おもしろい病院」というのは、H氏の言で、病院内の多様な意見を明示化し重要視していく組織の柔軟性を示しているという。大阪の方言である「おもしろい」という言葉も、創造性や独創性、知性や芸術に対する感銘、進取の気性など、積極的な含蓄の多い言葉である。「おもしろい病院」とは、そのような言葉の意味をふまえた、積極的に外部の多様な可能性に対して開かれている病院を表現しているのである。

筆者等は現在、自分たちの実践を振り返って、アートやボランティアや教育や子どもの意義を、もう一度実践者の間で深く考え直しているところ³⁴である。この新しい1次モードへの揺り返しが実践の新しい展開を予告するかのように、最近、複数の成人病棟の医療従事者から、自分たちも療養環境改善活動をやってみたいという声を聞くようになってきた。過去10年、小児病棟に起こってきた変化が、病院組織のあちらこちらで起こりはじめたのである。

最後に・・・

筆者等は、これまで慢性疾患の子ども達や家族の心理社会的問題への対処法として、療養環境改善活動を行ってきた。療養環境改善活動を通じ、医療現場における規範変容のプロセスを検討する中で明らかになったことは、医療現場を外部の多様な可能性に対して積極的に開かれた環境に保っておくことの重要性であった。医療現場を多様な可能性に対して積極的に開かれた状態を維持するということは、将来起こってくるかもしれない様々な課題(療養環境問題、心理社会的問題)に対応可能な状態としておく、ということである。つまるところ、療養環境改善活動とは、多様な問題解決や現場変革の能力を医療現場に生み出していく活動であるといえる。療養環境の改善は、何らかの確固たる理想的な環境というものがあって、それを目指していくようなものではない。そうではなくて、生活や文化をよりよいものへと変革させようとするような、多様で無限の可能性に対して常に開かれている環境を作っていく過程で、達成されていくものであると、筆者は考える。病院に集う人々―患者のみならず、病院関係者や患者に関わる人々全てを含む―が、主

³⁴ 筆者の研究活動はその一つであるし、ボランティアの大学生が卒論を書くことや、アーティストが自分たちの活動を発表していく活動等も、振り返りの重要な機会である。

体的に協働的实践に参加していく中で、達成されるものであるともいえよう。

医療現場が、外部の多様な可能性に開かれているということは、一方で、内部にも多様な意見を産出していく能力を持っている、ということである。病院組織全体で「療養環境を改善せねばならない」とか「アートを取り入れなければならない」などのお題目を唱えてしまつては、多様な少数意見を隠蔽してしまうという作用においては、「病院は病気を治す隔離施設である」という旧来の固定観念と何ら変わりが無い。大事なことは、現状に対して常に懐疑的に問い、「楽しい病院でも、ええやんか」と、ありえたかもしれない可能性に対して向き合い、受け入れていく姿勢を一人一人が持つことである。一人一人が、主体的に自らの意見とその根拠とを提示し合い、認め合い、よりよいものへと変えていこうと対話することである。例えば、筆者等医療従事者他の専門職達は、日々更新される科学³⁵の知見を貪欲に探求しながら、「医学的根拠」のような自分たちの専門的知識に基づいて、自由に様々な提案を提示していくことができるだろう。医療従事者でない事務職員は、市民としての思いを大切にしながら、マネジメントのプロとして、医療従事者や患者が思いもつかないような斬新なアイデアを提案してくれることだろう。患者やその家族は、自分たちのニーズや思いを、現場の医療従事者と対話を重ねながら丁寧に言葉にしていくことで、病院関係者に多くの気付き(sense making)を促し、課題解決の牽引力となることだろう。同様に、教師も保育士もボランティアもアーティストも各々の立場から、「あ、そうか。そんな手もあったのか。」と互いに膝をうつような生成力のある言葉や表現を発信することができるだろう。

しかし、外部の多様な可能性に対して開かれているといっても、そのような多様性を吟味もせず、貪食するような形で取り入れるべきであると言っているわけではない。既に述べたように、外部に対して開かれているということは、外部である他者との間に求心化-遠心化作用を繰り返していくことである。この求心化-遠心化作用を、時間をかけて丁寧に繰り返していくこと³⁶が、人間関係をつくり、信頼を生む。H氏や筆者等は、プロジェクトの企画段階から実施に到るまで、あらゆる事態を想定し、慎重かつ綿密に安全対策・事故防止に努めてきた。プロジェクトの中心となる人々の「失敗は許されない³⁷」という覚悟を背景に、療養環境改善活動は、H氏がいうところの「独特の慎重さ」をもってして、はじめて、成功を収めることができたのである。

³⁵ いうまでもなく、科学とは、自然科学・社会/人文科学・人間科学・設計/物語科学を全て包含する用語である。

³⁶ エスノグラフィーでも述べたように、筆者等は全てのプロジェクトを十分時間をかけた入念な下準備と根回しの上で行ってきた。例えば、現在では、1本のアートプログラムが実施されるまで、半年以上をかけて話し合いを積み重ねている。

³⁷ 一般的には、診療報酬がつかない療養環境改善活動は、病院にとっては「やらんでもいい」ことなのである。であるから、たった一回の失敗(事故)が、全てのプロジェクトの断絶へと繋がってしまう。

附 療養環境改善活動諸実践の実践的側面

本節では、筆者等の療養環境改善活動における諸実践を具体的に取り上げ、その実践的な展望について論じる。ここでは、大澤の社会学的身体論以外にも実践面で有用と考えられるいくつかの概念を使用し、筆者等の活動の実践面における一般化を図る。

附-1 小児の療養環境における教育

現在、筆者等は、研究事業「療養環境プロジェクト」の中で、「病棟や病院という療養環境が子ども達の成長発達や生活の場、保護者にとっては子育てを継続する場である」と捉えなおし、そのような場に必要と考えられる教育環境を整えていこうとする方策を提唱している。病院を子どもが育つ場であるという視点から見ると、学校教育活動を支援し、入院生活に学校生活を取り戻すことは、その場に居合わせる大人である保護者や医療従事者、病院事務職員にとって最も重要な課題であると考えられる。

本節では、池田(2001)の教育コミュニティ構想を触れながら、現在の当院の療養環境における教育の位置付けと在り方について論じる。

(1) 療養環境と池田の教育コミュニティ構想

病院を「子ども達の成長発達や生活の場」と捉えると、病院は子ども達が育つ「地域」であるとも考えられる。そこで、学校教育以外にも「地域における教育」という課題が重要になってくる(山口・平井・新宅・山野, 2004)。病院を「地域」と考えると、入院中の子どもの成長発達には、病棟の医師や看護師だけでなく院内の全ての大人が直接的または間接的に影響を及ぼすことになる。院内の大人、とは、保護者・病棟内の保護者達・小児科医師・小児病棟看護師・事務職員・病棟外の部署のコメディカル・スタッフ・小児科以外の医師や看護師・成人患者・警備員・ボランティア・アーティストである。

「療養環境プロジェクト」のような院内における学校教育、地域教育に対する協力形態は、実は、一般的ではない。院内の教育とは、通常、学校教育の中でも教科教育の補完とのみ捉えられがちだからである。しかし、学校や病院や保護者が互いに、互いの役割を「学校の先生は勉強だけ教える人」、「病院は病気を治すところ」、「子育ては保護者」と決めつけて、関わり合いを避けていては、序論でも述べたように病院の場合には、子ども達や家族の心理社会的問題の増加に繋がってしまう。繰り返し述べるように、院内における活発な教育活動は、決して学校教育側の姿勢だけで実現できるものではない。院内学級や訪問学級が設置されただけで問題が解決するのでは

ない。院内教育が設置された後の、学校と病院と保護者の関わり合い方が重要なのである。そのためには、保護者の考え方や病院組織・病棟側の姿勢の変容、すなわち、規範の変容が前提となってくる。

しかし、ひとたび、病院組織・病棟側の規範的前提が変更されれば、教育の専門家である教師の才能は、数々のユニークな教育活動として開花するはずである。当院では、当時、全国的に見てもそれほど活発に行われていなかった「ベッドサイド学習」を通常の授業形態のひとつとして行い、点滴をしながら登校する「治療中の登校」も、医療従事者との緊密な連携によって実現していた。当院独自のプログラム「院内社会見学」では、院内教育でも、地域で行われている総合的学習や職業体験に匹敵する内容を実現できた。なによりも教師の熱意や教育に対する考え方に、医療現場側が応えていける力が育ってきたことが、療養環境における学校教育を変えた大きな原動力であった。

強調したい点は、当院における独創的で積極的な院内学校教育活動の展開は、学校と病棟医療従事者・病院組織院との協働の成立に起因していたことである。病棟・病院を「子どもが育つ、まち」、「地域」と見立てれば、院内での教育活動も「学校－地域－家庭」の協力形態のひとつと見なすことができる。このような学校教育を軸とした地域の在り方を、池田(2001a)は「教育コミュニティ」と呼んでいる。池田の教育コミュニティ構想は、子育てや教育についての課題意識を学校・家庭・地域が共有して、課題克服のための活動を展開することを通じて、子育てや教育を通じた新たな人間関係を作り、さらにその人と人とのつながりを通じて、参加した人々の社会における自助と協働を育てる場を作ることを目指すものである(池田, 2001b)。池田の教育コミュニティ構想に照らし合わせると、院内で取り組まれた教育活動支援の諸実践は、まさに教育コミュニティ作りであったといえる。

(2) 協働的实践における卒前教育、職員研修

療養環境プロジェクトは、病院を「子どもが育つ、まち」、「地域」と考えた上で、学校教育活動と地域における教育活動に対する支援が行われていると述べてきたが、実は、療養環境プロジェクトにおける教育には、三つ目の教育として大学生の卒前教育が含まれている。

教育病院である当院では、教育・研究・診療がその責務とされている。当院では、学生の卒前教育として、他の大学医学部附属病院と同様に医学生や看護学生他医療系の学生の実習が日常的に行われてきた。しかし、2003年度以降は、庶務課の支援によって、卒前教育を広い意味で

捉えて、医療系の学生にこだわらず保育³⁸や福祉その他の大学生のボランティアを受け入れるようにしている。専門職の卵として振る舞う実習ではなく、患者や家族の目線で活動するボランティア活動を、卒前教育として積極的に支援する大学病院は日本では殆どない。このようなボランティア活動に対する支援活動は、本研究事業に特徴的である。

また、「院内社会見学」は、子ども達のための教育支援という側面とばかりでなく、院内の病院職員に対する影響も絶大である。特に、コンピューターや伝票を通じてしか患者を知るよしもなかった検査室の職員にとっては、院内社会見学で子ども達と出会うことによって、血液や尿や組織片という「検体」ではない「人間」としての子どもの存在を実感できたのではないだろうか。子ども達が検査室を訪れ、一人一人自己紹介した時に、検査室の職員の間には歓声と拍手がわき起り、「いつも、君の(検体)を検査しているよ！」と声があがったのである。協働的实践を通じた出会いや交流は、活動に参加する人々が相互に共有する大切な成果であり、この成果を通じて得られる様々な思いや気付きは、病院職員やボランティアに対する教育であるともいえる。

このように協働的实践における卒前教育や職員研修は、「教育といわない教育」³⁹(渡邊, 2000; 渥美, 2000)ともいえるだろう。「〇〇といわない〇〇」の例として、渡邊(2000)は、地域防災意識を高める子ども達の為のワークショップの事例で、ある課題解決のためには、その課題に対する関心を高める抽象的な目標を掲げるより、一見それとは無関係な具体的な活動を行う方が効果的であることを指摘している。

医療系の大学生に対して、卒前教育そのものを目標に掲げて社会の一般常識・マナー・患者の立場の理解という課題を理解させ達成させることは難しいかもしれない。反面、実習ではないボランティア活動では、学生達は「子ども達のための活動をする」という別の目的を達成するために、積極的に社会の一般常識・マナー・患者の立場等を学ぼうという姿勢にある。受け入れる病院職員側にとっても「勉強も大変なのに、ボランティア活動をしようという意欲のある学生さん・・・」だからこそ、暖かく見守り育てていこうという意識が強いことが、学生ボランティア自身が病院事務職員や医学部教員に対して行った質問紙調査によっても明らかになった(余谷, et.al., 2003)。このような受け入れ側の気持ちの温かさ、意識の高さによっても、ボランティア活動は「卒前教育といわない卒前教育」として成り立つのではないだろうか。

また、「院内社会見学」を職員研修の側面から考えてみると、4章でも述べたように、「院内社会見学」は強制的に参加者(子ども、病院職員)身体同士の互換を生じさせることで、互いの立場や

³⁸ 筆者が教員をしている保育士養成校との協働に関しては、4-2-4を参照。

³⁹ 「わがまち再発見、ワークショップ」は「地域防災といわない地域防災」である。

目線を共有することのできる仕掛けである。院内に「患者様の目線で」とか「患者様の立場に立って」などと標語を書いたポスターを、いくら沢山貼ったところで患者に対するデモンストレーション以上の効果があるとは思えない。標語やポスターで職員を啓発しようと試みるよりは、「思いもよらない楽しい出会い」を演出していく方が効果的なこともある。見学先の部署の職員達が子ども達に接する時の暖かく熱のこもった態度を見る限りにおいて、「院内社会見学」は「研修といわない研修」として十分成立していたのではないだろうか。

附-2 小児の療養環境におけるボランティア活動の意義

本節では、学生を含めた当院小児病棟のボランティア達が、子ども達の入院生活における現実の現れ方にどのように意義があるのか、という問い立てに対して、社会構成主義の立場に立ったナラティブ・アプローチの概念を導入して検討する。

(1) ナラティブ・アプローチについて

ナラティブ・アプローチとは、集団が織りなす行為や関係を「言葉」や「語り」という視点から捉え直すことで、社会構成主義を前提としている。近年、家族療法(野口, 2002; McNamee & Gergen, 1992; White & Denborough, 1998)や福祉、保健医療(Greenhalgh & Hurwitz, 2001; 斎藤・岸本, 2003)の分野で盛んに取り入れられている手法でもある。ナラティブ・アプローチでは、現実客観的に存在するものではなく、言語を仲立ちにした人々の相互行為によって構成されるとする(Gergen, K.J. & M.M., 1983)。

ナラティブという言葉には、行為としての「語り」と形式としての「物語」という二つの意味が含まれている。これらの二つの意味は、相互に連続したものである(野口, 2002)。ところで、社会構成主義の主張は、世界という現実の存在が言葉で表現されるのではなく、言葉が先にある、その言葉が指し示すような形で世界という現実が経験される、ということである。つまり、言葉が「語り」や「物語」としてつなぎ合わさったナラティブという形式は、断片化された現実に一貫したまとまりを与えて世界を構成し、世界を我々にとって了解可能なものにしてくれるともいえる(野口, 2002)。一方で、ある人々の間で構成されている物語としてのナラティブを読み解くことで(McNamee & Gergen, 1992)、彼らに現前している世界を理解し、そこへと関与していくことも可能になる。ナラティブ・アプローチのこのような側面は、アクション・リサーチとしての筆者等の実践にとって有用である。筆者等の実践においても、ボランティア活動やアート活動に際して、子ども達からボランティアに対して語られた語りや、ボランティア・アーティスト・保護者・病院関係者の語りを分析し、彼らに現前している世界を理解することによって、小児医療現場におけるボランティアやアートの役割や

意義を明らかにし、さらにそこへと介入していくことが可能になるからである。

(2) 自己物語とボランティアの存在

ナラティブ・アプローチに依拠すると、子ども達の入院生活における現実も、子ども達の入院生活に関わる全ての人々—当施設の場合は、保護者や家族・医療従事者・同室の子ども達・教師・ボランティア・アーティスト等—との相互作用によって、組織化された物語として構成されていくと考えられる。ここでは、子ども達にとっての現実を成立させている物語の根幹とも言うべき、子ども達自身についての物語、すなわち自己物語について考えてみよう。

自己物語とは、人が自分自身について語る物語のことで、「個人が自己関連的な事象の関連を時系列にそって説明すること」(Gergen, K.J. & M.M, 1983)である。社会構成主義の立場を取る自己物語論では、自分自身の同定、すなわちセルフ・アイデンティティ(自己同一性)とは、自分が自己物語を語ることに於いて成立すると考える。つまり、自己物語は、自分についての納得のいく物語を構成することでセルフ・アイデンティティ(自己同一性)を提供する、という機能を持っている(浅野, 2001)。また、自己とはあらかじめ確固たるものとしてあるのではない。自己について語り、その語りを更新していく作業を繰り返し、より確かな自己へと至る過程、それが自己物語であるという(野口, 2002)。

ここで、慢性疾患を持つ子ども達のアイデンティティの問題について見てみよう。泉(泉, et. Al., 2002)は、小児がんの子どもに対する調査の中で、特に男児に闘病体験の否認や低い自己評価の傾向があることを指摘している。田中(2001)は、小児がんなどの長期にわたって入院を要する疾患や治療の副作用によって容貌が変化してしまうような疾患を有する思春期の子ども達は、それまでに確立した自己のアイデンティティや自尊心が崩壊し、同級生に比べて自分が劣っていると感じ、さらに思春期の発達課題である親からの独立とは逆に、疾病治療の為に親や医療従事者の監視下・管理下におかれるため、役割の混乱を来すと述べている。

そこで、自己物語がセルフ・アイデンティティを提供するという機能に注目すると、小児がんのような過酷な闘病体験を科される子ども達であっても、自己物語を語る事ができれば、アイデンティティの崩壊を防ぐ、あるいは、より確かなアイデンティティを構成していくことが可能になるといえるのではないだろうか。しかし、自己物語が成立するためには、物語を聞き届ける他者の存在が必須である(Gergen, K.J. & M.M, 1983, 野口, 2002)。自己物語は、他者に読まれた上で、検証・評価される。この検証・評価の段階で聞き手に承認されない物語もあるので、他者の問題は、自己

物語の安定性にとってリスクとなりうる⁴⁰。従って、自己物語を安定して語るためには、自己物語を聞き届け、必ず承認してくれる聞き手の存在が重要なのである。

そこで筆者は、当院の小児病棟におけるボランティア達は、子ども達の自己物語の聞き手として重要な役割を担っていたと考えている。小児病棟には、医学部学生だけでなく、継続的なアート・ワークショップにおいて、サポート・ボランティア達も、子ども達と長期に関わっていた。エスノグラフィーにもあるように、特に入院体験のあるサポート・ボランティアは、病棟という環境におけるワークショップ中の共同制作を通じて子ども達と闘病体験を共有し、子ども達にとっては自己物語を必ず承認してくれる聞き手として機能していたのではないだろうか。

一方、浅野(2001)は、社会構成主義的な自己論における「自己自身を構成するということは、自己が自らを構成するということであり、構成の前提が、構成の結果として現れてくる」という自己言及の矛盾点を指摘している。浅野は、この自己物語における自己言及が引きおこす物語全体が脅かされる不確かさと、それによって物語の十全な間欠や完成が阻まれているという事態をさして、「語り得ないもの」とよんだ。そして、自己物語における「語り得ないもの」の一つの典型として、過酷な体験、すなわちトラウマ的体験をあげている。「語り得ない」というのは、その体験を物語る対象として空間的にも時間的にも距離をおいて眺められない、ということである。このため、「語る自己」と「語られる自己」が重なってしまい、自己言及のパラドックスに捉えられ自己物語が破綻してしまうというのだ。しかし、他者の助け⁴¹を借りることで「語り得ないもの」は自己物語のうちに吸収され、暫定的に回避されるのだともいう。浅野の物語論的アプローチによれば、他者、すなわち聞き手としてのボランティアは、語り手の自己物語を承認して聞き届けるという場合において、トラウマ的体験を持つ子ども達の自己物語がはらむ「語り得ないもの」の回避に有効であると考えられる。

エスノグラフィーにも記述してあるとおり、当院では、子ども達は自分の病気のことや死について、医学部学生ボランティアやアートプロジェクトのサポート・ボランティアと、頻繁に語り合っていることが観察されている。ところが、一般に日本の小児病棟では、自分の病気や死の話題は隠蔽されているという(田代, 2003; 藤井, 2000)。子ども達自身の病気、ましてや死の物語は、病棟という社会では承認され難い物語であり、医療者も、家族も、子ども達も、「なんとなく」話題に触れぬようにして過ごしているというのだ。ところが、筆者等の病院では、仲の良い学生ボランティアやサポー

⁴⁰ Gergen(1983)は、この他者の問題を解決するために、「私」が相手の助演者(支持者)となることと引き替えに、相手にも自分の助演者になってもらうことを要求する」のだという。

⁴¹ ここで、他者が果たす役割として、①「語る自己」と「語られる自己」を分離して、自己に「語り手」としての視点を提供すること、②自己の「過去」と「現在」が連続していることの証人になること、③他者が関わっているという前提である①、②の役割が隠蔽された上で「自己物語」として承認すること、の三つがあげられている。

ト・ボランティアに対してだけは語ることができているのである。このように、小児医療現場において、他者であるところの聞き手としてのボランティアの存在は、子ども達が自分の闘病の体験を自己物語に吸収し、受け止めていく上で重要な存在となっていると考えられる。

附-3 医療と保育の協働についての一考察

本節では、医療と保育の協働について考察する。筆者等の「療養環境プロジェクト」にとって、保育との協働は次なる大きな課題の一つである。療養環境における保育・幼児教育の充実は、本来、最も早急に整備されなければならない課題である。なぜなら、人間の脳は、出生時は未熟な状態にあり、生後3歳までには解剖学的に完成し、5歳頃には大人とほぼ同等の脳重量にまで増加するからである。脳重量の増加は、神経細胞の増加ではなく神経線維(軸索)の増加による。神経線維は神経細胞同士を複雑に結ぶネットワークであり、これにより人間は高次脳機能を発揮することができる。神経線維とネットワークの増加や複雑さは、刺激の強さ・多様性・量によって左右されるといわれている。つまり、神経線維とネットワークは、周囲の大人がどれだけその子どもと関わったか、その関わりの頻度と内容に依存するのである。人間の脳は、人と人との関わりの中で育まれる、といいかえることもできる。生後～5歳までの保育・幼児教育は、まさに脳を育てる関わりなのである。

このような理由から、特に医療行為や環境の変化というストレスが加わる療養環境においては、就学前の生後～5歳の時期、病気や障害を持っていない子ども以上に、保育・幼児教育の専門的な関わりが重要なのである。生後～5歳までの子ども達を対象とした小児医療に求められる課題は、疾病をコントロールすることと、子ども達の脳を育成することなのである。脳の育成は、子ども達や家族の人生の根幹に関わる課題である。

ところが、実際には、医療と教育や保育との連携が叫ばれて久しいが(前田, 1997)、全国的に見ても保育士の配置施設数は未だに少ない(田中 et. al., 2002)。筆者等の小児病棟にも、保育士は配置されていない。療養環境における保育士の役割は、医師や看護師と連携して(藤本, 1997; 田代, 1997; 平山, 1994)治療体験の不安を克服し、病気や障害を理解して“共に生きる”という意欲を育て、一人一人の子どもの健全な成長・発達を援助するものである(中村, et. al., 1997; 小林・小林・山本・高田・山本・北条, 1997; 東島・興梠・進藤・桑原・近藤・満留, 1993)。病棟保育士(医療保育士)は、一人一人の発達の過程や課題、いわゆる「発達の個人差」を個性として捉え、一人一人に合わせた援助を行っていく(伊勢田・倉田・野村・戸田, 2003)。また、保護者に対しても、子育ての不安や悩みを傾聴し、子育てのアドバイスを行う役割が期待されている

(小林, et.al., 1997)。しかし、一方では、保育と看護との間で重なる領域に争点が生じ(光野・岡・喜屋, 1997; 中村, et. al., 1997)、医師や看護師の保育に対する理解が不足して単なる補助業務と捉えている現状も指摘されている(光野, et. Al., 1997; 中村, et. al., 1997)。さらに、昨今の人手不足と経済上の問題から、保育士を新規に雇用するより看護師を増員して欲しい、という要望もある(根岸, et. al., 1995; 田中, et. al., 2002)。

保育と医療の連携が滞っている理由には、経済的な問題以外にも、保育という専門分野に対する理解の低さと専門性の混乱があるのではないか。医療現場に保育士が介入して本来の専門業務を成り立たせるためには、このような問題を解消していかなくてはならないだろう。本来、看護と保育、そして医療は、共通の問題点や対象を持ちながら、独自の専門性を確立すべき分野同士であり、決して医師や看護師が保育士の替わりをすることはできないはずである。しかし、実際には、特に看護と保育の表面上の行為が類似しており、保育の行為自体が多くの成人の生活経験の範囲にあるために専門職以外で代替されやすいこと(たとえば、子どもをあやす、などの行為は、表面上は誰にでもできる行為である)などの理由から、多くの医療施設では、医師や看護師が医療の業務外に保育面の業務を過剰に負担せざるを得ない現状になっていると考えられる。

しかし、保育という専門分野に対する理解の低さと専門性の混乱は、従来から提唱されてきた連携によっては、解消されるとは考えがたい。なぜなら連携モデルとは、縦割り主義の分業論的な立場に立った関係のことで、独自の領域を持っている組織や専門領域同士が、それぞれの領域内での役割や責任を果たすことで機能要件が満たされるような関係だからだ(池田, 2001)。例えば、保育士が病院に雇われた場合を考えると、「保育士は課題達成の為に病院に援助や許容を求める立場で、その成果は病院側の副産物であり、病院側は雇用者であり、保育士を活用し、保育士の活動から利益を得ることができる」(池田, 2001)というものである。連携モデルの場合、他の組織や専門領域との協力は周辺的で部分的なものにとどまってしまうので、関わる双方(あるいは複数)同士が理解し合い、専門分野を尊重し合うというレベルには及び難いのである。

このような連携モデルとは対照的に協働モデルでは、ある組織や専門領域の活動は他の組織や専門領域の協力や支援なくしては成り立たず、活動の本質的な部分まで協働を前提とするようになり、関与した組織や機関全体に協働の形態が浸透しやすい(池田, 2001)。病院に保育士が導入された場合で考えると、「保育士や病院内の様々な専門職や事務職員がプランについて合意し、情報や過程や成果を共有しており、相互作用と役割はコミュニケーションによって確立され、保育士も病院側も、その成果やサービスを共有」できるような関係である。

それでは、協働論的な立場に立った協力関係は、どのようにして成立させることのできるのだろう

か。方策の一つとして、庶務課職員の発案で行った保育士養成校・保育科学生による「夏休み☆こどもまつり」の事例のような協働的实践を展開することがあげられるだろう。

今回、筆者等が取り上げた事例は、保育士と医療従事者または病院の連携ではなかった。しかし、(1)保育科学生と病院組織、(2)保育科学生と医学・看護学生、(3)保育士養成校と病院組織という、3種類の協力関係の形態を包含する医療と保育の協働の事例であった。先述したとおり、協働的实践では、関与する組織や人々の活動は互いの協力や支援なくしては成り立たない。筆者等の実践でも、病院組織にとって、保育科の学生の参加や保育士養成校の援助はイベント成功に不可欠な要素であった。エスノグラフィーに示したように、看護部幹部や病院事務組織の幹部、診療科の教授等は、見慣れた病院の施設が短期間のうちに全くの異空間に変貌する様に驚きを隠せなかった。加えて、保育科学生にとって母校である養成校からの活動の認定は、病院側・学生側双方に安心感をもたらすと同時に学生の意欲の向上にもつながり、保険の適用などの学生の安全管理面からも重要であった。一方、保育科の学生や保育士養成校にとっては、病院における保育活動という稀少な体験の現場を得られる結果となり、卒前教育の点から利点があったと考えられる。

さらに、子ども達ののびのびとした姿や笑顔や歓声も、居合わせた医療従事者・病院幹部が学生達と共有することのできた紛れもない「成果」であった。ところで、筆者等の実践は、一朝一夕に協働的な取り組みへ展開したわけではない。これまで筆者等は、協働論的立場に立ってお互いを理解し合い、楽しい現場に居合わせて楽しさを共有し合い、「もう一度、やりたい」という意欲を引き出していくことが最も重要だと考えてきた。今回も、イベントのチラシを前もって関係病棟へ配布し、病棟の医療従事者を通じて子どもや家族へ参加を勧めてもらったり、当日付き添いという形で病棟医療従事者に子どもの体調管理を担ってもらったことによって、イベント会場において、子ども達や保護者の満足感という「成果」を共有することが可能になったのである。その結果、医療従事者や病院職員は、保育専門分野の重要性を「楽しさ」を通じて実感し、病院組織全体として理解を深めることができたのではないかと考えられる。

次に、イベント終了後の反省会やメールに見られた感想から、学生達は達成感を述べる一方で、それぞれが属する保育・医学・看護という専門性の違いや視点の違いを認識していたことが明らかになった。特に医学や看護の学生は、保育の専門性に新鮮な驚きを感じている。また学生達は、「段差がない」状態で互いを尊重して活動を楽しみ、その成果を共有していた。本事例のような、保育と医学・看護の学生が協力して活動出来る場を養成校同士の協働関係によって提供することは、将来的には、医療従事者である医師や看護師の保育専門分野への興味と理解を育て、病

院が保育導入を推進して協働的实践を展開しようとする基盤を作ると考えられる。

最も大きな弊害である経済的な問題に対しては、2002年に診療報酬の改正によって病棟保育に対して保険点数がつくようになり、微々たる進歩がないわけでもない。しかし、一方で長期入院小児患者の多い特定機能病院における包括医療では、点数が加算出来ず実質的に常勤保育士の雇用に結びついていない等の制度上の問題点も残している。ここで、もう一度医療従事者のみならず保護者も含めた国民全体が、子どもの権利について考え直す必要があるのではないか。子どもは、「その生存及び発達に環境に依存」している(1990年に国連「こどものための世界サミット」で採択された「1990年代における子どもの生存、保護及び発達に関する世界宣言を実施するための行動計画」(増山, 1996))。環境保全や管理の如何が、子どもの成長や発達については生存を大きく左右するのである。病気や障害を持った子ども達は、一過性であれ、長期的・継続的であれ、医療機関の療養環境で生活し、育つ。子どもは、日々、刻々と成長し続けるのであり、病気や障害を持った子どもの成長や発達を考える際、影響を与える環境としての療養環境の状況は無視することはできない。このような状況を鑑みると、入院の長短を問わず、病棟への保育士配置は義務化されるべきである(田中, et. al., 2002)。そのためには、医療機関への適切な公的助成が望まれる。

附-4 医療現場におけるアートの意義

本節では、「療養環境プロジェクト」の中で最もユニークといわれる「アートプロジェクト」について、アート活動を医療現場に持ち込む際の前提とその意義を考える。「アートプロジェクト」には、「子ども達とアーティスト達が双方向に影響しあい交流し合って、何らかの新しい創造を互いにもたらすことができるような表現活動の場を医療従事者と病院が支援していく」(山口, 2003)という方針が持たれる。アートプロジェクトでは、子ども達はプロのアーティストやアーティストの活動をサポートするボランティア達と交流を深めながら、美術や音楽の共同制作に主体的に加わり、作品を生み出している。

「アートプロジェクト」には、次の5つの特徴がある。①慰問や芸術療法ではないこと、②子ども達はアーティストと対等な共同制作者であること、③サポート・ボランティアのシステム⁴²、④何らか

⁴² サポート・ボランティアは、医療従事者以外に子どもとアーティストのアート活動を支援するスタッフである。サポート・ボランティアは、病棟のローカル・ルールを熟知している高校生以上の小児患者や保護者、または、アーティストの活動を理解している美術系の学生や企画アーティストの知り合いのアーティストである。その他、医学部・看護学科・保育科の学生達が、ワークショップに参加したり、展示会の設営や撤収、会期中の案内係として活躍することもある。サポート・ボランティアは、ワークショップやコンサートで、車椅子に乗っていたりや点滴をしていて行動制限がある子ども達をサポートしたり、子

の参加型のイベント形式(ワークショップ、参加型のコンサートなど)、⑤「出前」システム、である。これらのシステムは、全て筆者等が独自に考案し、試行錯誤の末に確立していったノウハウである。

(1) 病院におけるアート活動の前提

まず、「アートプロジェクト」を導入する際の前提と、先述したアートの“ハレ”の機能について、考えてみよう。4-5-3 で述べたように、アートは民俗学でいう共同体の非日常である“ハレ”の機能を持つ。ここでいう非日常とは、日常の対立概念である。いいかえると、日常が曖昧な状態であるところに非日常は成り立たないのである。つまり、入院生活にアートの“ハレ”の機能を持ち込もうとするのであれば、入院生活の日常が成立していなければ、アートの非日常としての“ハレ”の機能は効果を発揮しないということになる。

子ども達にとっての入院生活の日常とは何だろうか。それは、学校教育・学校行事・友達とのふれあい・信頼出来る安心・安全な医療等である。当院では、学校教育やボランティア活動に対する支援活動の整備が、ほぼ安定して支援され始めた時期にアート活動を導入した。そのため、アートの“ハレ”の機能、すなわち日常を活性化させる非日常の機能が成立したのである。

繰り返し述べるように、子ども達にとっての入院生活の日常である学校教育活動やボランティア活動が充実していなければ、アートの“ハレ”の機能は効果を発揮しない。日常を活性化させる“ハレ”の機能を考えた時、小児の医療現場において、学校教育・保育への支援やボランティア活動への支援を行わずに非日常としてのアート活動やイベントだけを数多く導入したところで、それらが真の療養環境改善につながるとは考え難い。筆者等の「アートプロジェクト」は、学校教育活動の支援や、ボランティア活動の支援など、その他の療養環境改善活動との並行した導入において、はじめて意義をもつ実践なのである。

また、アーティストによるアート活動は、作品のオリジナリティを要求される表現活動である。また、活動によって生み出される作品は、芸術作品として批評に耐えうるものでなければならない。子ども達自身も、共同制作者として責任と主体性を要求される活動である。アーティストやボランティアという参加者とのコミュニケーションの中で触発されて、共同制作者としての子ども達は、楽しいばかりではなく、自ら考え、発見し、「非日常」を能動的に創発していく。このような能動的なアートの“ハレ”の機能は、慰問などの受け身のアート活動では創出されえない。

ども達の体調や動きにあわせてイベントを盛り上げている。さらに、病状が重くプレイルームへ出てくることが出来ない子ども達のベッドサイドへ、移動ワークショップを届ける「出前」にも、サポート・ボランティアの存在は欠かせない。病棟に不慣れなアーティストにとっては、最も頼りになるメンバーである。

(2) 組織化(organizing)におけるアート活動の意義

次に、病院組織に対するアート活動を行うことの意義について述べる。この問題を考えるにあたって、まず、アートとは何かについて、少なくとも筆者等の「アートプロジェクト」におけるアートの定義について触れておこう。

松井(2002)は、現代アートは、「観客に現実を別の視点で見ることを勧め、現実の世界を捨てたり、見下したりすることなく、その意味を新しく作り替えていく」という点で、ロラン・バルト(1973)の提示した前衛の表現の姿勢と通じている、と述べている。つまり、アートは、世界に対する決まりきった通念や見方を揺るがし、新しい多様な考え方を発見する糸口を与えてくれるものである。アートをこのように定義すると、「アートプロジェクト」における現代アート活動の作用とは、関わった個人々に現実を別の視点で見ることを勧め、世界に対する新しい意味の生成を促すことである。

しかし、アート活動が、一時的で一方向的な慰問活動や、「癒し」「やさしさ」といった一定の文脈に、はじめから方向づけられていた場合は、このような作用を発揮することは困難である。アート活動が、筆者等が望む形の本来の効力を発揮するためには、病院組織全体を巻き込んだ形で展開する協働的实践としてのアートプログラムと、一定の文脈にとらわれないアーティストと子ども達の自由な表現・創造を、安全面から安定して支援する病院側のシステム、この両者の存在が不可欠である。このような独自のプログラムとシステムのおかげで、「アートプロジェクト」では、病院組織自身が、病院における「世界に対する決まりきった通念や見方」であるところの、「病院は病気を治すところで、楽しいことは不謹慎」といったような固定観念を揺るがされていったのではないかと考えられる。

アート活動によって病院における「世界に対する決まりきった通念や見方」が揺るがされると、病院職員の中に病院や医療に関する様々な気付きを生み、思いや意見が自由に表出されるようになる。このことは、組織のダイナミクスを考える上でも重要である(山口, et.al., in press)。

組織理論家の Weick (1995; 2000) は、行為が組織の認知に影響を及ぼすという循環的なダイナミクスをも問題にし、組織内のメンバーの認識とその行為の相関関係を強く主張し続けている。Weick の理論によれば、人々はこれまでに体験したことのない様な事態や何とかしたいと願う事態に直面した時、それまでの制度や経験と照らし合わせて、尚且つ、事態に対応出来ないと感じた時、話し合いや経験の共有という相互行為を繰り返しながら、新たな気付き(sense making)を手がかりに当該の事態へ意味を付与し、ひいては組織内のメンバー間で妥当だと見なされる新たなフレームを導き出していく。人々の間に生じた意味やフレームとは、当該の人々の共有された体験に基づき、さらにそれらの人々の存在や行為の意味を新たに生み出していくという点で、身体論

でいうところの超越性(規範)ということもできるだろう。筆者等の病院では、アート活動やその他の療養環境改善活動の実践を通じて、病院中に時・場所・人をかえながら多様な相互行為が集積し、関わる人々の中に「病院が楽しくても、いいのではないか？」(庶務課広報担当事務職員 H 氏の言)という気付き(sense making)を生み、多様な思いや意見を背景に新しい意味を作り出そうとしている。

しかし、組織内の相互行為は、「ある時」「ある場所」「ある人々」の間で特異的に創発されてくるジャズの即興に喩えられるような性格を持っている(Weick, 2000)。さらに、一度組織内に生成された意味やフレーム自身も、メンバーの相互行為によって常に影響を受け、その文脈の中で新しく生起し続ける。組織では、一旦生み出された意味やフレームは決して修正不能なルールとして存在するわけではなく、関わる人々の相互行為とその相互作用によって、次々とローカルに更新される可能性を忘れてはならない(渥美, 2002)。さらに、せっかく生み出された多様性も、消失してしまう可能性(例えば「病院は、やはり、病気を治すところだ」)や、極端に多義性を失う可能性(例えば「病院は、楽しくなければならぬ」)を孕みつつ、存在するのである。ここで、気をつけなくてはならないことは、組織におけるフレームの生成はある程度、組織内の多様な価値観や概念を統一する方向で作用してしまうということである。加うるに、いったん成立した意味やフレームが超越性を帯びて先行的投射された場合は、現実の見え方を一定の方向に制約するような作用を持つ規範として作用するのである。「病院とは病気を治すところだ」という主流であった固定概念を揺るがし、様々な意見の萌芽を導き出そうとした結果、全く別の単一の意見に置換され、その他の物語を再び隠蔽して、野口(2002)がいうところのドミナント・ストーリー⁴³を形成してしまうという危険性も否定は出来ないのである。

43 ドミナント・ストーリーは、我々が自ら物語を作り出す一方で、その作り出された物語によって生きる価値や存在を正当化されるのと同様に、社会の中で生み出され、我々の人生や生活を制約し、人生の下敷きになるような、固定観念ともよべる、社会の中の支配的な物語のことである(野口, 2002)。

参考文献

—英文文献—

- Barthes, R. 1961 *Le Plaisir du Texte* (沢崎浩平訳 テクストの快楽, みすず書房, 1973)
- Burr, V. 1995 *An Introduction to Social Constructionism*, London, Routledge. (田中一彦訳, 社会的構築主義への招待—言説分析とは何か, 川島書店, 1997.)
- Coe, R.M. 1978 *Sociology of Medicine*, 2nd ed., McGraw-Hill
- Danto, AC. 1997 *After the end of art: Contemporary art and the pale of history*. Princeton: Princeton University Press
- Emerson, RM., Fretz, RI., Shaw, LL. 1995 *Writing Ethnographic Fieldnotes* (Chicago Guides to Writing, Editing, and Publishing) Univ of Chicago Pr (Tx) (1998 佐藤郁哉・山田 富秋・好井 裕明訳, 民族誌的調査におけるフィールドノーツ, 方法としてのフィールドノート, 新躍社)
- Epston, D. & White, M. 1992 Proposal for a reauthoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary. In McNamee, S. & Gergen, K.J. eds. (野口裕二・野村直樹訳 書きかえ療法: 人生というストーリーの再著述, ナラティブ・セラピー: 社会構成主義の実践 金剛出版. 1997)
- Frank, N C., Brown, R T., Blount, R.& Bunke, V. 2001 Predictors of affective responses of mothers and fathers of children with cancer, *Psychooncology*, 10, 293-304.
- Friedson, E. 1970 *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Antherton Press. (進藤雄三・宝月誠訳. 医療と専門家支配. 恒星社厚生閣 1992)
- Fusco-Karmann, C. and Tamburini, M.: Volunteers in hospital and home care: a precious resource. *Tumori* 80: 269-272, 1994
- Gergen, K.J. 1985 The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40:3, 266-275.
- Gergen, K.J., & Gergen, M.M. 1983 Narrative of the self, T.R. Sabin & K.E. Scheibe eds. *Studies in social identity*
- Gergen, KJ. 1994a. *Towards transformation in social knowledge*, Sage Publication (1998 杉万俊夫・矢守克也・渥美公秀監訳, もう一つの社会心理学, ナカニシヤ出版)
- Gergen, KJ. 1994b. *Realities and relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press (永田素彦・深尾誠訳, 社会構成主義の理論と実践—関係性が現実をつくる—, ナカニシヤ出版)
- Goffman, E. 1961 *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*.

- Doubleday. (1984 石黒毅 訳. アサイラムー施設被収客者の日常世界 誠信書房)
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. 1998. Narrative Based Medicine. London: BMJ Book (斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳 ナラティブ・ベイスト・メディスン 臨床における物語と対話. 金剛出版. 2001)
- McNamee, S. & Gergen, K. J. 1992. Therapy as Social Construction. London: Sage (野口裕二・野村直樹訳, ナラティブ・セラピー〜社会構成主義の実践〜, 金剛出版, 1997)
- Parsons, T. 1964 Social structure of personality. Free Press. (武田良三(監訳), 社会構造とパーソナリティ. 新泉社, 1973)
- Steinberg, D 1987 Basic Adolescent Psychiatry Blackwell Scientific Publications (青木省三・古元順子(監訳), 思春期青年期の精神医学, 二瓶社, 1992)
- Stuetzer, C., Fochtman, D., & Schulman, J. L. 1976 Mothers as volunteers in an oncology clinic. *Journal of Pediatrics*, 89, 847-848.
- Sugiman, T 1997 A new theoretical perspective of group dynamics. In: Leung, K., Kim, U., Yamaguchi, S. and Kashima, Y. (eds) *Progress in Social Psychology vol.1* John Wiley & Sons
- Sugiman, T. 1999 From empirical fact-finding to collaborative practice, *Progress in Asian Social Psychology*. 2, 3-7
- Weick, KE. 1995 Sense making in organization. Sage Publications (遠田雄志・西本直人訳 センズメーカーキング・イン・オーガニゼーションズ, 文眞堂, 2001)
- Weick, KE. 2001 Making sense of organization. Blackwell Publishing:UK
- White, C & Denborough, D. 1998 Introducing narrative therapy: a collection of practice-based writings Dulwich Centre Publications (小森康永監訳 ナラティブ・セラピーの実践, 金剛出版, 2000)
- Yamaguchi, EN., Atsumi, T. 2003 Improving the quality of life of children with cancer under long-term medical treatment in a hospital. *Proceedings of The 50th annual meeting of Japanese Group Dynamics Association*
- Yamaguchi, EN., Atsumi, T. 2004 Changes in norm at a hospital: Improvement of the hospital life at pediatric division, *Proceedings of The 51th annual meeting of Japanese Group Dynamics Association* 146-147

- 渥美 公秀・杉万 俊夫・森 永壽・八ッ塚 一郎 1995 阪神大震災におけるボランティア活動の
 参与観察研究:西宮ボランティアネットワークと阪神大震災地元 NGO 救援連絡会議の事例 実
 験社会心理学研究, 35(2), 218-231.
- 渥美公秀 2001 ボランティアの知 大阪大学出版会
- 渥美公秀 2002 ボランティア研究の展開 ボランティア人間科学紀要. 3, 77-88
- 浅野智彦 2001 自己への物語的接近 頤草書房
- 帆足英一 1997 小児医療における療養環境の実体と問題点 小児の精神と神経 37, 3-12
- 藤井あけみ 2000 チャイルド・ライフの世界～こどもが主役の医療を求めて～ 新教出版社
- 藤井裕治 2002 小児緩和医療の現状と問題点 終末期の子どもたちへの説明 緩和医療学
 4:200-207
- 藤本孟男 1997 小児悪性腫瘍の現況 日本医事新報
- 船川幡夫 1994 入院中の慢性疾患患児とその教育. 小児保健研究. 53, 143-148.
- 原三智子・平賀健太郎・浜本和子・藤本和美・上田一・小林正夫. 2003 血液腫瘍疾患患児の入
 院生活のストレスに関する研究-II ストレスに影響を与える要因-, 日本小児血液学会雑誌 17;
 117-122
- 原三智子・平賀健太郎・浜本和子・藤本和美・上田一・小林正夫. 2003 血液腫瘍疾患患児の入
 院生活のストレスに関する研究-Iストレスの同定と意義-, 日本小児血液学会雑誌 ,
 17;111-116
- 東島明子・興梠知子・進藤啓子・桑原尚子・近藤貞子・満留昭久 1993 小児科病棟における保
 母の役割 小児の精神と神経 33; 297-302
- 平井祐範・山口悦子・池宮美佐子・倭 和美・新宅治夫・山野恒一 2003 小児の療養環境を考
 える-病院広報担当から-, 小児がん, 40; 398
- 平野裕二 2003 国連・子どもの権利委員会の勧告を一顧だにしない日本政府 季刊福祉労働
 98:68-74
- 平山雅浩 1998 小児白血病長期生存者における問題点 小児科診療 6:1105-1109
- 病院ボランティア協会 2001 病院ボランティア～やさしさのこころとかたち～ 中央法規出版
- 一丸藤太郎 2001 第1章思春期の心理学1. 概論, 総合思春期学, 清水凡生編, 診断と治療社
- 池田昭子・山口悦子 2004 学生のための「病児の子育て支援」に関する一考察 関西女子短期
 大学紀要 14: 63-73
- 池田寛 2001a 学校再生の可能性 : 学校と地域の協働による教育コミュニティづくり 大阪大学

出版会

池田寛 2001b 教育コミュニティ・ハンドブック：地域と学校の「つながり」と「協働」を求めて 解放出版社

池宮美佐子・山口悦子・渥美公秀 2004 患者・家族・職員の入院生活やボランティア活動に対する意識：アンケート調査を通じて 第 51 回日本グループ・ダイナミックス学会発表論文集, 252-253

稲田浩子・駒松仁子 2000 小児がんの子どもへのトータルケア 小児がんの子どもへのトータル・ケアと学校教育 ナカニシヤ出版

伊勢田亮・倉田新・野村明洋・戸田竜也 2003 障害のある幼児の保育・教育 明治図書出版株式会社

石田也寸志・本郷輝明・園府寺美・堀浩樹・青柳憲幸・稲田浩子・脇口宏 2003 白血病診療の QOL に関する諸問題の施設間バリエーションについて 小児がん, 40, 53-59.

石本浩市 2002 小児がんのトータルケア. 日本小児血液学会雑誌, 16;284-289

泉真由子・小澤美和・細谷亮太 2002 小児がん患児の心理的晩期障害としての心的外傷後ストレス症状. 日本小児科学会雑誌. 106; 464-471

柏木哲夫・石谷邦彦 1997 緩和医療学 三輪書店

河原利和・杉万 俊夫 2003 過疎地域における住民自治システムの創造 一鳥取県智頭町「ゼロ分のイチ村おこし運動」に関する住民意識調査一 実験社会心理学研究 42(2); 101-119

清川加奈子・藤原千恵子 2002 小児がん患者が入院中に求めるソーシャル・サポートに関する研究 I .情緒的サポート 小児がん, 39; 192-195.

小林正夫・松原紫・平賀健太郎・原美智子・浜本和子・上田一博. 2002 血液・腫瘍性疾患患児のレジリエンスー入院、両親の関わり及び年齢による影響一, 日本小児血液学会雑誌 16, 129-134.

小杉 恵・藤江のどか・岩田康夫・山本悦代・松下晶子・片山貴久江・吉田博子・檜本文子・中農浩子・小林美智子 1997 小児病院におけるボランティア活動.小児の精神と神経 37;79~85

前田光哉 1997 小児医療における療養環境問題. 小児の精神と神経. 37; 37-40.

増山均 1996 増補「子どもの権利条約」と日本の子ども・子育て 部落問題研究所

松井みどり. 2002 アート：“芸術”が終わった後の“アート” カルチャー・スタディーズ, 朝日出版社

三木芳美・山口悦子・倭和美・宮田雄祐: 小児悪性腫瘍患児の造血幹細胞移植中における教師の関わりの効果.小児がん, 35:376;1998

三木芳美・山口悦子・倭和美・宮田雄祐 2002 卒業を控えたターミナル期児童の居住地校との

- 連携のあり方について 小児がん, 38; 533-537.
- 三木芳美・山口悦子・倭和美・宮田雄祐 1998 小児悪性腫瘍患児の治療中におけるベッドサイド学習の評価, 小児がん, 35; 509-513.
- 三間屋純一 2001 小児血液腫瘍性疾患におけるインフォームドコンセント 日本小児血液学会雑誌 15:150-160
- 光野佳子・岡敏明・喜屋武元 1997 病棟保母業務活性化の試みとその評価 小児保健研究 56; 205
- 森永壽 1997 実験社会心理学研究 37; 250-264
- 中村崇江・中島典子・青木利志恵 1997 病院における病児保育へのかかわり 小児保健研究 56; 206
- 中野敏男 2001 大塚久雄と丸山眞男—動員、主体、戦争責任— 青土社
- 根岸宏邦・松田光彦・牛山允・大木師磋生 1995 小児臨床研修病院の小児病棟への保母配属の現状と問題点—アンケート調査より— 小児保健研究 54; 424-429.
- 西村昂三 1991 小児がん患児のトータルケア 日本小児科学会雑誌 95; 627-630.
- 野口裕二. 2002 物語としてのケア—ナラティブアプローチの世界へ— 医学書院
- 野村みどり・von Euler 三根子・Lindquist, I. 1998 プレイセラピー—こどもの病院&教育環境— 建築技術
- 野村拓. 藤崎和彦 1997 わかりやすい医療社会学 看護の科学社
- 岡田憲夫、河原利和 1997 交流時代における中山間地域の外部者参入過程に関する実証研究—ハビタント概念の例証— 実験社会心理学研究, 37; 223-249
- 大澤真幸 1996 身体と間身体社会学 井上俊・上野千鶴子・大澤真幸・見田宗介・吉見俊哉編 身体と間身体社会学4 岩波書店
- 大澤真幸 1994 意味と他者性 勁草書房
- 大澤真幸 1990 身体の比較社会学 I 勁草書房
- 小澤美和 2002 小児緩和医療の現状と問題点 家族と同胞のサポート(ケア中ならびに死去後) 緩和医療学. 4, 215-221
- 小澤美和 2004 小児がん患児のストレス反応. 日本小児血液学会雑誌. 18; 10-16
- 楽学舎 2000 看護のための人間科学をもとめて ナカニシヤ出版
- 戈木クレイグヒル滋子 1995 闘いの軌跡 川島書店
- 佐藤郁哉 1992 フィールドワーク. 新躍社

- 白崎けい子 2000 難病の子どもをもつ家族の心理. 現代のエスプリ別冊「患者の心理」153-165.
- 管佐和子 2000 病気の子どもの心理と行動. 現代のエスプリ別冊「患者の心理」143-152.
- 杉万俊夫 2000 住民自治の社会システムを目指して 杉万俊夫(編著) よみがえるコミュニティ
ミネルヴァ書房
- 杉万俊夫 2001 V.社会心理学 6 グループ・ダイナミックスの理論 中島義明(編) 現代心理学
理論時点 朝倉書店
- 多賀陽子・余谷暢之・山口悦子・池宮美佐子・倭和美・山野恒一・渥美公秀 2002 思春期血液悪
性腫瘍患児に対する医学部学生ベッドサイドボランティアの有用性 小児がん, 39; 419
- 多賀陽子・余谷暢之・山口悦子・池宮美佐子・倭和美・山野恒一・渥美公秀 2005 思春期の血
液疾患・悪性腫瘍の子ども達に対する「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」の役割 小児
がん, 印刷中
- 田口宏昭 2001 病気と医療の社会学 世界思想社
- 高石恭子 2001 第1章思春期の心理 2. 思春期心性.総合思春期学, 清水凡生(編), 総合思春
期学, 7~15, 診断と治療社
- 田中義人 2001 第2章思春期の医学4. 血液・腫瘍性疾患, 清水凡生(編) 総合思春期学,
147-155 診断と治療社
- 田中義人・飯倉洋治・沖潤一・和賀忍・関秀俊・西尾利一・福重淳一郎・奥野晃正・富田和己・渡
辺久子・尾内善四郎・高橋昭弘 2002 入院中の患児・家族を支援するシステムの現状に 関す
る基礎報告日本小児科学会雑誌, 106; 1041-1059.
- 谷川弘治・駒松仁子・斎藤淑子・稲田浩子・壬生博幸 2000 小児がんの子どものトータル・ケアと
学校教育. ナカニシヤ出版
- 田代順 2003 小児がん病棟の子どもたち～医療人類学の視点から～ 青弓社
- 東間未来 1999 小児悪性固形腫瘍長期生存例の晩期障害 小児がん 36:203-206
- 浦光博・南隆男・稲葉昭英. 1989 ソーシャル・サポート研究—研究の新しい流れと将来の展望—,
社会心理学研究, 4, 78-90
- 鷺田清一 1999 「聴く」ことの本質 TBS ブリタニカ
- 渡邊としえ 2000 地域社会における5年目の試み—「地域防災とは言わない地域防災」の実践
とその集団力学的考察— 実験社会心理学研究 39(2); 188-196
- 山口悦子・池田昭子・平井祐範 2004 医療と保育の協働に関する一考察:保育科学生のボラン
ティア活動を通じて 関西女子短期大学紀要 in press

- 山口悦子 2002 長期入院血液悪性腫瘍患児に対する療養環境改善の試み ボランティア人間科学紀要, 3, 179-189.
- 山口悦子 2003 長期入院小児病棟へのボランティアアーティストによるアートイベント導入～入院生活における“日常性”と“非日常性”の一考察～ ボランティア人間科学紀要, 4, 369-378
- 山口悦子・平井祐範・新宅治夫・山野恒一 2004 療養環境における教育と医療現場のアート活動～「アートプロジェクト」について～ 育療 31;13-20
- 山口悦子・池田昭子・平井祐範 2004 医療と保育の協働に関する一考察:保育科学生ボランティア活動を通じて 関西女子短期大学紀要 14:11-26
- 山口悦子 2003 医療と「語り」についての一考察 関西女子短期大学紀要 13; 45-58
- 山口悦子・渥美公秀・池宮美佐子・平井祐範・倭和美・新宅治夫・山野恒一 2004 小児医療現場におけるボランティア活動とアート活動:ナラティブ・アプローチの視点から ボランティア学研究 5:115-143
- 山下文雄 1992 大学病院、小児総合医療施設(小児病院)における病棟保母、臨床心理士の現状と問題点 平成3年度厚生省心身障害者研究「小児慢性疾患のトータルケアに関する研究」,333-339
- 横田雅史 1997 小児医療における教育 小児の精神と神経 37:41-45
- 余谷暢之・山口悦子・倭和美・加藤謙介・渥美公秀・山野恒一・三木芳美 2002 血液悪性腫瘍患児に対するボランティア活動の導入:いわゆる「ベッドサイドボランティア」の可能性について小児がん, 39; 522-527.
- 余谷暢之・多賀陽子・池本進一郎・岩見裕子・温井めぐみ・松村寿子・池宮美佐子・山口悦子・倭和美・山野恒一・渥美公秀 2003 大阪市立大学附属病院小児病棟における医学部学生ベッドサイドボランティア活動に対するアンケート調査 小児がん, 40; 399