

宗教的ケアとスピリチュアルケア

奥山敏雄

1 はじめに：真っ暗な闇に降りる

がん専門看護師のパイオニアである田村恵子によれば、「自分の最期が訪れることに納得できれば、人は安らかに旅立っていく」のであり、「スピリットの部分でいかに自分が納得できるか」がポイントになる¹⁾。絶望のどん底にあっても、人は必ずどこかに希望を持っているのであり、それを自分で見つけることができるよう、声にならない声を徹底して聴くことが重要だという。人は、死が避けられないことを知ると、遠い将来ではなく今を生きなくてはという気持ちが出てくるのであり、自分の力をもう一回信じて前向きに生きてみようという希望が見つかる。そうした前向きに生きる力がわくことで、大切な他者のことを考えるようになり、思い残しがないように生ききろうとするようになる。この一連の過程を支えることがスピリチュアルケアとしてホスピスでは重視されているのである。

「自分の最期が訪れることに納得できれば」という言い方は絶妙な表現ではないだろうか。「自分の人生に納得できれば」という意味もあるが、それはわかりやすい。また、「自分が死ぬことに納得できれば」という意味もあるが、はたしてそれはどのような「納得」なのだろうか。希望を持ってやりたいことをやりきって心残さず生ききることと、自分自身の死が腑に落ちることに、ギャップはないだろうか。がんという疾患の特質として、亡くなる比較的直前まで意識もしっかりとして能動的に何かを為すことができる。見方を変えれば、思い残しがないように何かを為してから、比較的短時間に亡くなるからこそ、このギャップが問題化することが少ないのではないだろうか。

ところが、がんの場合であってもこのギャップは問題なのである。

在宅緩和ケア医として2000人以上を看取ってきた岡部健は、自らのがんが見つかり、迫り来る死を強く意識するようになったとき、スピリチュアルケアの限界に自ら直面することになった。「自分ががんになって、いざ死んでいくにあたり、きちんと死んでいけるのかどうか、本当に心細くて不安だった。それは死に至る道しるべがないからである。これまで看取ってきた患者さんも、みんな道しるべがない中で、真っ暗な闇に降りて行ったのかと思うと、あらためて患者さんたち

のつらさに思い至った」と、その愕然とした思いを語っている¹²⁾。少々長くなるが、「真っ暗な闇に降りていく感覚」について聴いてみたい。

「右側には生きていく道が、左側には死に向かっていく道があるとすれば、人には必ず左側の道を行かねばならないときが来るはずだ。患者になる前までは、明るい山のふもとから、山の向こう側の死の世界を見ないまま想像していただけだったが、がん患者になったとき、痩せた山の尾根を歩いている気分だった。その尾根から両側の斜面が同時に見渡せるのだが、長い山道を登ってきて、いよいよ分かれ道にさしかかろうとしているのに、晴れ渡った右の生の世界には、やれ化学療法だ、やれ緩和医療だ、やれ疼痛管理だとか、数えきれないほどの道しるべが煌々と輝いていた。

ところが、反対側の死の世界に降りていく斜面は、黒々とした闇に包まれ、道しるべがひとつもないのだ。いよいよ分かれ道まで来たというのに、闇に降りていく道しるべがないというのは、死に逝く人にとってこんなつらいことはない。真っ暗な闇の中を、道しるべもなしに降りていかなければならない心細さや不安は苦痛そのものだった。

緩和ケアも同じである。痛みをとる治療や心のケアや、生きることばかりで、死にゆく人の道しるべがない。見送る先があってこそ緩和ケアなのに、闇に降りていく道しるべを示せなければ、本当の意味の緩和ケアなどできないのではないか¹³⁾。

ここまででわかるように、いずれもホスピス、緩和ケアのリーダー的存在である田村と岡部ではあるが、それぞれが見ている世界に違いがあるのではないだろうか。田村は微妙な言い方だが「生ききる」という世界を、岡部は「真っ暗な闇に降りていく」という世界を見る。ホスピスの医療者がつねに強調することは、ホスピスとは死にゆくところではなく、その人らしい生を最期までまっとうするところなのだという。それは死にゆく人が抱える辛さの、ひとつの側面にかかわるものであろう。だが、死んだらどうなるのかという不安や辛さはそれとは別のものではないか。本論で考えたいのはこの違いであり、スピリチュアルケアの射程についてである。

2 「お迎え」体験の意味

「死への道しるべ」という発想を岡部が持つようになったきっかけは、「お迎え」体験にあった。岡部は1997年に在宅緩和ケアを専門とする診療所を開いて以来、死が近い患者が、すでに亡くなっている人や、通常見ることのできない事物を見ているという「お迎え」体験をしていることを数多く観察してきた。さらに「お迎え」体験を持った患者がほとんど例外なく穏やかな最期を迎える印象を持

つにいたった。

そこで、岡部医院のスタッフに東北大学などの社会学者らが加わって、2003年1月1日から2007年1月31日までに岡部医院や協力診療所の緩和ケアを利用して在宅で看取りを行った遺族を対象に、2007年に682票の調査票を送り、回収した366票の分析が行われた⁽⁴⁾。

「患者さまが、他人にはみえない人の存在や風景について語った。あるいは見えている、聞こえている、感じているようだった」という質問項目について、42.3%の人がそうした体験があったと回答している。見えたり、聞こえたり、感じたりしたもの、複数回答可で、「すでに亡くなった家族や知り合い」が52.9%、「そのほかの人物」が34.2%、「お花畑」が7.7%、「仏」が5.2%、「光」が5.2%などとなっている。「お迎え」に現れるのが身近な死者であることがきわめて多く、仏であることが稀であることから、「お迎え」体験を浄土信仰と結びつけて理解することはできないと分析される。また、「お迎え」体験があった後の故人の様子については、複数回答可で、「普段どおりだった」が40.0%、「落ち着いたようだった」が14.8%、「安心したようだった」が10.3%であり、おおむね穏やかであったとされる。

この分析で指摘されるポイントは、医療者がこのような体験を科学的事実ではなくせん妄にすぎないとして無視したり、薬剤で眠らせたりしてはならないという点である。大村哲夫が指摘するように、それは自らが実際に体験した「心的事実」であるからこそ、彼岸について本で読むことでは得られないリアリティを持つのであり、宗教的ではなかった人でもこうした体験を疑うことなく素直に受け入れることになる。さらに、人格を保つ死者を見るという体験は、死によって自己が消滅するという不安を解消することにもなるのである⁽⁵⁾。眠らせることは死への不安が和らげられる機会を奪うことにもなるのであり、むしろこうした体験について耳を傾け、語ってもらうというコミュニケーションこそ重要になるわけだ。また、看取った家族などが、「お迎え」体験について他者とコミュニケーションすることによって、その人の死を受け入れられるようになる点も注目に値するが、以下ではこの点には触れない。

諸岡らによれば、具体的な語りを見ると、あの世の様子が描写されることは少なく、人間関係に焦点が当てられることが多い。この点をさらに考えるために、緩和ケア医奥野滋子が経験した次のようなケースが興味深い⁽⁶⁾。卵巣がんのため亡くなったMさん（60歳女性）、ご主人とは死別しており、子どもはひとりひとり暮らし、母親は小学生のとき亡くなっている。衰弱が進行し自力で動くこともままならない容体になっても、衰弱していく体を認めようとせず、死を受け入れられない様子。そんなMさんが、ある日しばらくためらったあと、昨夜、母親が会いに来てくれたことを奥野に話し始めた。それによると、母親は窓のほうを見ていて、こちらが声をかけても自分のほうを見てはくれなかったし、「とても寂しかった。手を伸ばせば届くような気がするのに、お母さんは手を差し伸べてもく

れない。私、お母さんに何か悪いことをしたのかしらと思いました」と語る。翌日も母親が来たがやはり自分を見てくれなかったという。そこで奥野が母親のことについて尋ねたところ、初めて母親のことを語り出した。それによると、小学4年のとき母親に怒られた記憶が1回だけあるという。母親の死の直前、「母のそばでずっと泣いていたら、あるとき急にキッと私を睨んで、『しっかりしなさい』と怒ったのです。自分が旅立つことを悟って、後に残る私に撒を飛ばしたのでしょう。母が亡くなってからは寂しくてつらくて、会いたい、早く会いたいと思って泣き続けました。その会いたくて仕方なかった母が目の前にいるのに、私を振り返ってくれないのが本当につらくて」とMさんは悲しみを訴える。しかし翌朝、とてもすがすがしい顔をして、「先生、お母さんがやっと私のほうを見てくれました。そして、私の手をつかんで、しっかりと握ってくれたの。とても嬉しかった。私、これできつとお母さんのところに行けるんですね」、「先生、みなさん、いろいろとお世話になりました。私は大丈夫です。ありがとうございます」とMさんは語り、その日の午後穏やかな表情で息を引き取った。

このケースについて奥野は、自分の死を見つめることができなかった本人が、親しい人が「お迎え」に来てくれたことで、ひとりで旅立つのではなく見守られしっかりと導かれてあの世に連れて行ってもらえるというイメージができ、死の不安が緩和され、ようやく自らの死を受け入れられるようになるのだと述べている。

だが、「お迎え」体験の意味はそれだけではない。Mさんにとって、幼い頃の母親との死別の経験、その直前で唯一の怒られた経験、その後の寂しさの経験が、人生の底流にあったと思われる。亡くなった母親にしっかりと受け入れられるリアルな体験をすることで、母との関係を引きずってきた自己をようやく手放すことができるようになったのではないか。つまり、「お迎え」体験は、人生において他者との関係における自己の重要な局面が濃縮して現れるものではないだろうか。さらに、「お迎え」体験を語ることは、あの世へと逝く自己を語ることであり、誰を聴き手として語るができるのかということも重要になるのであり、本論のテーマに関わる援助者の立ち位置という点について注意が必要である。

スピリチュアルケアの基本的な考え方は、「その人らしい」最期の迎え方を援助することにあり、「その人らしさ」は最期のわがままとして現れるのであり、「やり残したこと」に気づくように傾聴し、そしてそれをやり遂げることを援助することが目指される。これに対して、上の事例が示すところは「お迎え」体験の語りのなかにも「その人自身」が現れるということなのではないか。とすると「お迎え」体験の意義を強調する岡部は、「その人らしく」生きるという局面ではなく、「その人らしく」あの世へと逝く局面を見ているのではないだろうか。「あの世とのつながりを構築できないから死が不安になるんですよ。あの世があろうとなかろうと、お迎えがあれば、あの世とつながった感覚で逝けるんだから、気持ち楽になれるんです」と岡部は語る⁽⁷⁾。

岡部は、欧米の緩和ケアにおいては薬を使って持続的に意識レベルをさげる持続鎮静率が10%以下であるのに対して、日本では高いことにふれ、欧米では死にゆく不安に対処するためのチャプレンによるケアプログラムがあるのに対して、日本ではそれに対応する宗教的ケアプログラムがなく、医師が持っている手立ては寝させることくらいしかないためだと指摘する。「お迎え」体験をせん妄として無視せずにしっかりと受けとめ、それについて死にゆく人と語り合い、道しるべを示すことは医療者にはできない。医療者の代わりに道しるべを示すことができる宗教者こそ、緩和ケアにおいては必要なのであり、日本版のチャプレンともいべき「臨床宗教師」を育成する活動の途上で岡部は亡くなった⁽⁸⁾。

3 死にゆく過程

スピリチュアルケアの限界とそれを乗り越える可能性を宗教者に求めた岡部の展望について吟味するにあたって、スピリチュアルケアの性格を明らかにしておかねばならない。まず近代的ホスピスが登場する背景から考えたい。

近代医学に基づく医療において、医療がはたらきかける対象は「生」であり、生をこれ以上延長できない限界点の向こう側に死がある。だから死は医療の敗北とみなされてきた⁽⁹⁾。死にゆく人へのケアが確固たるアイデンティティを持って成立するには、まずは医療がはたらきかける価値のある対象が作り出されなければならなかったのである。それが「死にゆく過程」である。1960年代に、精神医学、心理学、社会学などの経験科学的研究を通して「死にゆく過程」というリアリティが構築され、はじめてそれにはたらきかける終末期医療が成立する途が拓かれた。

なかでも「死にゆく過程」の構築にもっとも影響力を及ぼしたものが、死にゆく人の心理的な過程についての研究である。精神科医キューブラー・ロスは、200人近い末期がん患者にインタビューを行い、そこから構築した死の受容への5段階モデルは、医療者だけでなくがん患者やその家族、医療と死について関心のある多くの人々の知るところとなった⁽¹⁰⁾。「死にゆく過程」は、「否認」、「怒り」、「取り引き」、「抑うつ」、「受容」という5段階の心理的な過程を経て死の受容にいたるといふ、防衛機制が多段階的にはたらく過程として捉えられた。段階を順に経るものではないとか、段階は5つではないなど様々な批判はありながらも、医学や看護学の教科書に取り入れられ、このモデルの基本的発想は広く定着している。

なによりも、医師や看護師にとって、死を迎える患者は理解を超えた存在、自身の死を想起させる恐ろしい存在であり、どうしても避けてしまいがちであったところが、5段階モデルの登場によって患者をまがりなりにも理解できるものになったわけであるから、それはありがたいものであったにちがいない。また、5段階モデルは死の準備教育においても重要な位置をしめることになり、患者自身にとっても死の受容への心理的過程という発想が重要なものとなったのである。

では5段階モデルとはどのような性格を持つものなのだろうか。まず、キュブラー・ロスが聴き手となって、末期がん患者から語りを引き出して構築したものである点に注目しなければならない。キュブラー・ロスの盟友である牧師のイマラーによれば、キュブラー・ロスは決してインタビューに失敗しなかったという。患者が死を感じはじめると、そのことを考えはじめる、そのことを、聴いてあげる必要があり、キュブラー・ロスはその点で的確に聴くことができたという。患者の不安や辛さに切り込んでいく聴き手であるキュブラー・ロスの前で、死にゆく人の語り引き出され、そこから5段階モデルが構築されたのである。

もう一つ注目すべき点は、キュブラー・ロス自身が死を迎える場面である。脳卒中のために歩くことができない状態でひとり暮らしをしていた晩年のキュブラー・ロスを描いたドキュメンタリーでは、自らの病いや死を受け入れることができない姿が映し出されている¹⁰⁾。世界中を飛び回り死にゆく人の声を聴いて神に仕えてきたにもかかわらず、脳卒中という仕打ちをする神に対して「あなたはヒトラーだ」と言い、自分を受け入れて愛することを自ら説いてきたにもかかわらず、「自分自身を愛せて、よく言ったもんだ」と語る。その一方で「おかしくなったんじゃない、むしろあたまは冴えているわ」とも語る。これはどういうことか。死を迎えつつあるキュブラー・ロスにとって、キュブラー・ロスというすぐれた聴き手がいなかったからにほかならない。キュブラー・ロスという聴き手が不在であるからこそ、感情の表出の必要性を十分に認識したうえで、語り手であるとともに聴き手として自己を二重化させて、自覚的に感情を表出しているのである。つまり、現在の状況下では受け入れがたい自己を受け入れられるように、自己物語の語り直しを自己自身を聴き手として自覚的に試みている姿なのである。

死の受容へといたる5段階の防衛機制の過程は、精神科医キュブラー・ロスという聴き手による介入によって、末期がん患者が自己物語を語り直すことを通して、死にゆく自己を段階的に受け入れていく過程として現れるものである。

がんの告知という出来事とともに、「がんになった自己、死ぬかもしれない自己」という新たな自己が突然に頭をもたげはじめ、「それまでの自己物語」に亀裂が入りはじめる。今朝、病院へと向かうときの景色と、告知を受けて病院から帰るときの景色とは、もはや同じ景色には見えない。それでも新たに出現しつつある自己をすんなりと受け入れることはできず、それまでの自己物語にしがみつこうとし、告知を「否認」せざるをえない。だが、いつまでも否認し続けることはできず、新たに出現しつつある自己をあたまでは認めざるをえないところに追い込まれ、それが「なぜ私が？」という「怒り」として表出される。しかしどんなに怒ってみても、新たに出現しつつある自己を認めざるをえなくなる。そこで神との「取り引き」をすることによって、死という出来事を先に延ばせるのではないかと考え、それまでの自己を守ろうとする最後のあがきを試みる。だが結局、「死にゆく自己」という新たな自己は否応なく立ちはだかり、自己の喪失を見つ

めて深く嘆き悲しむ「抑うつ」へと引きこもらざるをえなくなる。この段階を経て、自己を含めすべてのものへの執着をなくした「受容」へといたるとされている。このように一連の過程は、「それまでの自己物語」の自明性が崩れ、「死にゆく自己」という新たな自己が徐々に大きくなり、最後は抑うつ段階での悲嘆を経て、語るに足る自己の確からしさも失われ自己が自己を語るという再帰的な自己そのものの喪失を受け入れていく過程である。

そして、「取り引き」段階と「抑うつ」段階の間に、「やり残したこと」、「成長の最終段階としての死」というテーマが組み込まれていく。「取り引き」段階において、大切な他者との関係において、せめてこれだけはやり遂げておかないと死んでも死にきれないという「やり残したこと」への気づきが生まれてくる。せめて予定されている娘の結婚式だけは出たい、だから苦しい治療にも耐えますからそれまで生かしてくださいというように。「やり残したこと」をやり終えることができれば、思い残すこともなくなり、「抑うつ」段階へと移行できる。このような「やり残したこと」への気づきとその実現は、借り物の自己ではなく本当のアイデンティティの確立、生き方の一貫性を実現することによって、死を前にした成長の最終段階として位置づけられているのである⁽¹²⁾。

「やり残したこと」への気づきを促すことこそ、聴き手としてのキューブラー・ロスの役割の中核部分である。末期のがんになり、遠い将来への展望が絶たれることは、「それまでの自己物語」を解体させざるをえない。しかし、遠い将来を見込んだ自己物語は手放さざるをえないが、大切な他者との関係へと目が向けられると、自分の人生のなかで「せめてこれだけは」というこだわりが、近い将来という短いタイムスパンで実現できる「やり残したこと」として、聴き手の前で語り出されるのである。このような自己物語の語り直しを経て、短いタイムスパンでの最後の自己実現を逃げることは、その人らしい人生の締めくくり方であり、こうした成長の最終段階を経て、死を受け入れていくことができる。これこそ、キューブラー・ロスが患者の語りを引き出すことを通して作り上げた「良い死」の理念なのであり、この基本的な理念がホスピス、緩和ケアに広汎に浸透していくことになったのである。

ホスピスでは「何か気がかりなことはありませんか」という問いかけをすることがケアの基本にあるが、それはこうした気づきへの促しにほかならず、〈語る－聴く〉という関係において患者の語りを方向づけるメタ・ストーリーとして5段階モデルは用いられることになる。患者の状態が5段階のどこに位置づけられるか評価し、次の段階への移行が停滞している場合には正常ではないとみなし、移行を促すような介入がなされることもある。キューブラー・ロスをはじめとする医療者が専門知識として作り上げた「良い死」の実現に向けて患者を方向づける一方で、患者は自分の心の内にまなざしを注いで物語を語っているので方向づけられたということに気づかないまま、「良い死」へと囲い込まれていくのであり、「洗練された管理」が成立しているのである。

ここからわかるようにホスピス、緩和ケアは、自己の再帰性が医療の制度的再帰性のなかに組み込まれることによって成り立っている⁽¹³⁾。キューブラー・ロスという医療者が聴き手として介入することによって死に瀕した患者が自己物語を再帰的に語り直していく過程が実現される。そしてその過程についての医学的な専門知識が構築され、この専門知識に基づいて患者の心理的過程についてのモニタリングとアセスメントが行われ、患者への介入が行われていくという制度的再帰性が作動するのである。

再帰性が加速していく後期近代の社会においては、社会的世界のリアリティや意味は根本的な懐疑にさらされるがゆえに、たえず意味を再帰的に問い直さざるをえないのだが、ルーティーンによって自然的態度に基づく「括弧入れ」がなされ、こうした根本的な懐疑は暫定的に停止され、存在論的安心がかりうじて生み出されているのである。だが、死はそうしたルーティーンによるコントロールを喪失させるものであるがゆえに、括弧入れによってかりうじて成り立っていたリアリティや意味が解体し、人格的無意味性に直面せざるをえなくなる。だからこそ死は根源的な脅威なのであり、徹底的に隠蔽されねばならないわけである⁽¹⁴⁾。

病院というシステムのルーティーンは、このような死の隠蔽をもたらすものであることは言うまでもないが、死を看取る医療として登場してきたはずのホスピス、緩和ケアもすでに明らかなようにある意味で死の隠蔽をもたらすものなのである。つまり、「死にゆく過程」という「生」がケアの対象として構築され、「やり残したこと」を気づかせ、それを実現させること、その人らしく生きることに死にゆく人のまなごしを集中させるものなのである。

「自分らしく生きること」にまなごしが集中させられることにより、ある意味で死は覆い隠されるのだが、短いタイムスパンでの切り詰められた自己物語が語り直され、自己実現が逃げられ、思い残すことがなくなったとしても、そのことと死を受容することはどのように結びつくのか。ここにギャップはないだろうか。また、自己実現が逃げられなかった人はどうなるのか。5段階モデルで死が前面に出てくるのは抑うつ段階からであり、そこでは死にゆく人が自己の喪失を見つめて深く悲嘆をするのであり、医療者も家族もそれを見守るしかないとされ、死への直面については悲嘆としてしか位置づけられてはいないのである。

4 スピリチュアルな苦痛

ホスピス、緩和ケアのアイデンティティを成すものが全人的苦痛の緩和である。患者が身体的な痛みを訴えている場合、その背景には、病状が悪化していくことへの不安や、会社を長期に休むことへの不安、死に直面した不安などがあり、それらが身体的痛みとして現れることが多い。死にゆく患者が抱えている苦痛は、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛、これらが複合した全人的苦痛なのであり、死にゆくその人の人生や経験が反映したものになる。

身体的苦痛とは、疼痛、食欲不振、全身のだるさ、吐き気、呼吸困難などの身体症状であり、ホスピス、緩和ケアでは身体的苦痛の緩和が第一に目指される。というのも身体的苦痛が緩和されてはじめて、精神的苦痛、社会的苦痛、そしてスピリチュアルな苦痛と向き合うことができるようになるからである。精神的苦痛とは、告知による精神的動揺や病状が悪化していくことへの不安や恐れ、うつ状態などであり、社会的苦痛とは、経済的な問題、仕事の問題、家族関係の問題などに起因する苦悩である。

精神的苦痛と区別されるスピリチュアルな苦痛は、身体的、精神的、社会的苦痛と単に並列される苦痛ではなく、人間の実存に関わる苦痛であり、スピリチュアルな苦痛をかかえた存在として、死にゆく人の実存へと積極的に関わるケアをすることで、ホスピスのアイデンティティの核心があるとされている。近代的医療の世界から排除されたスピリチュアルな要素が、ホスピス運動のカリスマのリーダーであるソンドースによって新たな形で導入されたことは、その後のホスピス、緩和ケアの展開を方向づけるものである。

ソンドースは臨床経験から、スピリチュアルな苦痛を宗教的なものから切り離し、人生をふり返ったときの後悔の念、それが自責の念や罪の意識となる苦痛、自分自身の存在の価値が失われる苦痛、生きることの目標や意味の喪失からくる苦痛などを挙げている⁽¹⁵⁾。また、日本のホスピス運動のリーダーである柏木哲夫は、スピリチュアルな苦痛として次のものを挙げている⁽¹⁶⁾。何のために生きてきたのかという人生の意味への問い。死に直面しての価値観の大きな変化。なぜ自分が苦しまなければならないのかという苦しみの意味。病気になったことや家族への自責の念や罪の意識。死の切迫による死の恐怖。自らの死を意識することから生じる、神という超越的な存在の希求。自らの死が近いことを感じることからくる死生観のゆらぎ。これらを挙げるが、総じて、死にゆく生の意味が喪失することや、自分という存在が消滅することの苦痛であると言える。神の存在の希求や死生観のゆらぎも、意味の喪失と一連のものである。なぜ自分ががんにならないといけないのか、苦しまなければならないのか、そして死ななければならないのか、こうしたスピリチュアルな苦しみを味わうとき、日頃は神仏を信じない人であっても、自己を超えた大きな力がはたらいているのだと思うことができなければ、「なぜ自分が」という問いの答えを見出すことはいっそう困難になるだろう。

ソンドースはスピリチュアルな苦痛を、フランクルの「意味の探求」と結びつけている⁽¹⁷⁾。死という避けられない苦悩を前にどのような態度をとるのか、生きることからいまこの瞬間にどのように問いかけられているのか、これをしっかりと見据えなければならないという。フランクルによれば、人間は世界へと開かれた存在であり、自分自身を超えて、自分自身とは別の何か、自分自身とは違う誰かに向かって差し出されているのであり、そうした自分を超えた存在からの問いかけに応答することを通じて、生きることを意味を充たすのである⁽¹⁸⁾。フランク

ルからすれば、自分の内部にある欲求を追求し、自己実現を果たすことを生きることの意味として追求することは、人間の本質である自己超越性を破壊するものであり転倒した発想にほかならず、自己実現は自己超越の予期せぬ結果として位置づけておかねばならない。

フランクルは、ナチスの強制収容所での体験から、生きる意味についての問いのコペルニクス的転回を説く⁽¹⁹⁾。自分がなにをやりたいのかという方向で生きることを意味を問うことをやめなければならない。やりたいことの追求を生きることを意味と考えると、強制収容所での生は無意味な生でしかありえず、生きることはできないのだ。そうではなく、どんな過酷な生であっても、生きることが日々、刻々と問いかけてくる、その問いの前に立たされ、なにをしなければならぬのか、答えを迫られていることに気づくことが重要なのである。「生きるとはつまり、生きることを問いに正しく答える義務、生きることが各人に課す課題を果たす義務、時々刻々の要請を充たす義務を引き受けることにほかならない」のである⁽²⁰⁾。

そこから見出される意味が、「態度価値」である。どうにもならない極限的状況であってもなお、その状況をどのように引き受け、どのような覚悟をもって、どのような態度を取るかによって充たされる意味だ。仕事などに真価を発揮する機会も、体験に値すべき体験の機会も皆無の生にも、人間が人間であることをやめない限りは充たされうる意味があるのだ。いかなる過酷な状況にあっても、どのような「精神的存在」となれるかどうか、人間としての尊厳を守り「苦悩に値する」人間になれるかどうかは、自分自身の決断によるのであり、「まっとうに苦しむことは、それだけで精神的になにごとかをなしとげること」なのである⁽²¹⁾。苦しむこともまた生きることの一部なら、どうにもならない過酷な運命や死ぬことも生きることの一部なのだ。「具体的な運命が人間を苦しめるなら、人はこの苦しみを責務と、たった一度だけ課される責務としなければならないだろう。人間は苦しみと向きあい、この苦しみに満ちた運命とともに全宇宙にたった一度、そしてふたつとないあり方で存在しているのだという意識にまで到達しなければならない。…(中略 引用者)…この運命を引き当てたその人自身がこの苦しみを引き受けることに、ふたつとないなにかをなしとげたたった一度の可能性はあるのだ」⁽²²⁾。

ソンダースが、死という過酷な運命を前にした苦しみをかかえている患者の傍らにとどまるとき、もうなにかを達成することもかなわないが、それでも苦しみながら生きねばならないそうした生の意味として、フランクルの態度価値を想起したに違いない。ケアをする人が、その苦しみを取り除くことはできないし、代わりに苦しみを引き受けてとことん苦しむことももちろんできない。「まっとうに苦しむ」ことこそが、生きることからの問いかけに答えることだからである。

ソンダースにとって、スピリチュアルケアは宗教とは区別すべきものであり、インタビューに応じて、「大事なものは、人生の意味を追求する中で、答えを誰か

が出してくれるのがスピリチュアルケアなのではありません。探求するのが怖いという気持ちがあるので、その時そばにいて、話を聞いてあげて、何を言おうか『あなたが大切なのです。あなたが、あなたであることが大事なのです』と伝えることが大切』なのだと言っている⁽²³⁾。苦しみをかかえているその人の傍らで、苦しみを理解することも、取り除くこともできなくとも、そこにとどまり続けることが重要なのである。死にゆく人は、自己物語を手放し、仮面を脱落させていくがゆえにスピリチュアルな苦痛をかかえているのであり、傍らにいる人に対しても援助者という仮面を取り払い、その人自身として前に立つことを求め、一切の防衛をなくし、相手の言葉に耳を傾け、傷つくことができることを求めるのである⁽²⁴⁾。この点がスピリチュアルケアの基底であり、ホスピスの核心を形作っているのである。

5 スキル化するスピリチュアルケア

ホスピス、緩和ケアが広く浸透しつつある現在では、スピリチュアルケアのいわば細分化とスキル化が進行している。一例を挙げれば、村田久之が構築したスピリチュアルな苦痛の3次元モデルは広く知られているが、このモデルを基盤に、スピリチュアルな苦痛についての実証的研究および終末期のQOLについての実証的研究とを接続し、スピリチュアルな苦痛を様々に分類し、細分化された苦痛の有無や内容を評価するアセスメントの体系が構築され、細分化された苦痛に対応するコミュニケーションスキルとして個別的なケアが行われるようになっていく⁽²⁵⁾。

村田は、わが国の医療現場では、多くの患者、家族、医療者が宗教の介入を拒む傾向にあるとともに、実際にスピリチュアルな苦痛が宗教的ケアで緩和される機会はほとんどないため、宗教によらないスピリチュアルケアが必要だと考える。その場合のケアとは、「関係性に基づき関係の力で患者・クライアントの主観的な苦しみを和らげ、軽くし、なくする援助」であり、「コミュニケーションスキル」が重要となる。特にスピリチュアルケアの場合には、ケアが不可能であるがゆえに、『『ケア』とその技術（コミュニケーションスキル、態度）しか有効なものはない』と論じているのである⁽²⁶⁾。

コミュニケーションスキルをスキルとして細分化する理論的基盤として、スピリチュアルな苦痛の3次元モデルが用いられる。村田は、生の無意味、無価値、無目的、孤独、疎外、虚無といったスピリチュアルな苦痛を「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義したうえで、それが生み出される構造として時間性、関係性、自律性の3次元を区別する。人間は時間存在としてあり、過去と将来に支えられて現在の意味を成立させているが、死の切迫により将来が消滅することで、現在の存在と意味が成り立たなくなる。人間は関係的存在としてあり、他者との関係のなかで自らの存在の意味が与えられるが、死は他者との関係の断

絶をもたらすため、存在と意味の消滅、孤独という苦痛がもたらされる。人間は自律的存在であり、自分自身をコントロールすることによって、「自立」と「生産性」を実現することに最も重要な価値をおくが、死の切迫により自律性が失われ、自己の不能や他者への依存、無用を体験せざるをえず、生の無意味、無価値という苦痛をいただくことになる。

スピリチュアルな苦痛をこれら3つの次元に分類したうえで、具体的なケアにつなげるために、さらに下位概念が細分化される。スピリチュアルな苦痛についての実証的研究と終末期のQOLについての実証的研究から、苦痛とQOLを結ぶ軸としての「スピリチュアルな状態：コア概念」が導出される。それは望ましい状態（終末期のQOLが高い状態）と望ましくない状態（スピリチュアルな苦痛となる状態）を両方向とする、スピリチュアルな状態を表す座標軸である。具体的には以下のものである。他者との関係性に由来するスピリチュアルな状態の軸である「関係性」、家族や医療者、社会への負担に由来する「他者への負担」、身体機能、意識機能、将来の出来事に対するコントロール感に由来する「コントロール感」、自分らしさを保てていると感じられるかに由来する「同一性」、自分にとって大切なことが次世代に継承されると感じられるかに由来する「世代継承性」、死の不安に対する自分なりの取り組みの程度に由来する「死の不安」、希望を持っていると感じられる程度に由来する「希望」、以上の座標軸である。「関係性」と「他者への負担」は村田の関係性次元に、「他者への負担」と「コントロール感」「同一性」は村田の自律性次元に、「世代継承性」と「死の不安」、「希望」は村田の時間性次元に対応する下位概念になっている。

そのうえで、細分化された下位概念を臨床の場面でのケア計画へと接続するための要として、「スピリチュアルペインアセスメントシート」と呼ばれるアセスメント体系が構築される。第一段階のアセスメントとして、臨床場面でのスピリチュアルな苦痛の有無を評価するスクリーニングの質問項目が設計されている。第二段階では、特定次元（さらにその下位概念の項目）におけるスピリチュアルな苦痛のアセスメントのための具体的な質問項目が詳細に設計されており、患者による表現例が対応づけられ、どの質問に対してどのような表現が返されたら、どのアセスメント項目でのスピリチュアルな苦痛があると評価されるか、その詳細なリストが作成されている。

こうした詳細なアセスメント項目に対応して、個別の具体的なケアのリストが作り上げられていく。自律性次元の項目では身体的ケアも多く含まれているが、3次元全体としてみると、スピリチュアルケアとされるものの大半は、心理学的技法などを含む、詳細にパターン化されたコミュニケーションであり、コミュニケーションスキルのリストともいえるべきものが構築されているのである。

ホスピスを成立させたブレイクスルーをもたらしたキュブラー・ロスやソングダースのいうスピリチュアルな苦痛やそのケアは、この詳細なリストの3次元の下位項目に割り付けられ、アセスメントに基づいて個別的なコミュニケーション

スキルで対処されることになる。つまり、スピリチュアルな苦痛を細分化し、あたかも症状のように捉え、症状ごとのケアを行うことによって、スピリチュアルな苦痛を取り除くことができるという構えになっている点に注意が必要である。

だが、ソングースがはっきりと見通していたように、死を前にしたスピリチュアルな苦痛は、人間の実存にかかわる苦痛なのであり、身体的症状のように個別に対処することで取り除くことができるようなものではない。様々な表現で語り出されるスピリチュアルな苦痛をいだいている「その人」が、ケアの視界から消失してはならないのである。そもそも村田が分割した3次元は、相互に密接に関連してスピリチュアルな苦痛を作り出しているはずのものだが、相互の関連について明らかにされることはなく、ケアはそれぞれの個別対処に還元されているのである。

さらに、村田の理論において死は、時間を絶つ、関係を絶つ、自律を絶つ出来事として、すなわち生を阻害する出来事として消極的に位置づけられているのみであり、スピリチュアルな苦痛は生きることに焦点が当てられたものである。この点は、死にゆく過程について明らかにしたことと同様であり、ホスピス、緩和ケアの基本に共通するものだ。スキル化されたスピリチュアルケアは、スピリチュアルケアをめぐる専門家のルーティーンが体系的に構築されたものであり、死を隠蔽しルーティーンによるコントロールを維持することによって人格的無意味性への直面を回避することを目指すものなのである。

6 「死んだらどうなるのか」という問い

死が避けられないのだから、最後の自己実現という切り詰めた自己物語を語り直すか、なぜ死ななければならないのかを含め「まっとうに苦しむ」ことによって意味を充たしていくか、いずれも「生ききる」ことに死にゆく人のまなざしが向けられている。だが、「死んだらどうなるのか」という問いをいだかない人はいない。「死んだら灰になるだけだ」とあたまではわかっているつもりであっても、自分自身の死について腑に落ちる人ははたしてどれほどいるのだろうか。

36歳でがんのため亡くなった永井忠は、亡くなる半年前の日記に次のように記している。「来世を完全に信じることのできる人はいるかもしれない。しかし多くの人は来世の存在に確信めいたものをもちえない。かといって、その人も完全に来世を否定することはむずかしい。…(中略 引用者)…この世を仮に『明』の世界と呼ぶなら、『暗』…(中略 引用者)…の世界すなわち、死人のつくる世界というものが『有り』とする立場について語るのは、『明』の世界のたわむれにすぎない。つまり多くの死生観は、いかにして生くべきかのてこにすぎないごとく。しかし、本当にその世界は『あり得ない』のだろうか。両者をつなぐ言葉は、本当にないのであろうか。もしその世界が実存するとすれば、その世界の豊かであることを願う」⁽²⁷⁾。製薬会社の研究所に勤務する若き永井でさえ、「両者を

つなく言葉」を希求せざるを得ない点に注目しなければならない。

「死んだらどうなるのか」という問いが生み出す不安や苦悩は、上記のスピリチュアルケアのテキストによれば、「時間性次元」の下位にあるアセスメント項目である「死の不安」に割り付けられ、定義としては「死に対する恐れや、死んだらどうなるのかという不安」、質問例は「死や死後について考えることはありますか」、表現例は「死が怖い」「死にたくない」「死んだら何も残らない」「死んだらどうなるのだろうか」などがリストアップされる。このアセスメントで「死の不安」についての苦痛「あり」という評価がなされると、「全般的ケア」に加え、この項目に特化した「個別ケア」がなされる。

「全般的ケア」として、「生きる意味・心のおだやかさ・尊厳を強める」「信頼関係の構築」「現実を受け入れることをサポートする」「情緒的サポートを行う」「おかれた状況や自己に対する認知の変容を促す」「ソーシャルサポートを強化する」「くつろげる環境や方法を提供する」「症状緩和を行う」「チームをコーディネートする」などのケアが挙げられ、それぞれのケアの具体的なはたらきかけの内容が詳細に設計されている。例えば、「生きる意味」等の強化をおこなうケアの具体例として、「一番大切にされてきたことは何ですか」「一番重要なことは何ですか」「一番心配されていることは何ですか」等のコミュニケーションがなされる。

「全般的ケア」のうえで、「死の不安」項目についての「個別ケア」としては以下の4つのケアが行われる。(1)「患者の気持ちを支持し、サポートを保証する」ケアとして、死の不安を表出できる環境をつくる、死の不安があることを自然な反応として保証する、死の過程で苦痛が緩和されることを保証するというケアがなされる。(2)「患者のコーピングを支持する」ケアとして、例えば、「死」を考えずに普段通りに過ごすことを患者の行っているコーピングとして理解し、支持する。(3)「否認・回避が用いられている場合、コーピングを支持する」ケアとして、不都合が生じていなければ否認・回避などの防衛を支持する。直面化を促すことが必要な場合には、「もしもですが、良い方向に向かわなかったとしたら、これをしておかなければと思われることはありますか」というように、仮定法を用いるコミュニケーション等が行われる。(4)「宗教家の介入をコーディネートする」ケアとして、患者のニーズに応じての対応が行われる。このように細分化されたコミュニケーションスキルによる対応がなされることになるのである。

岡部健は、自らの臨床経験から、死が近づくにつれて「あの世」観が強くなり、最期は確信して逝くのではないか、「あの世」とつながっている死生観があるからこそ「逝く」という表現がなされるのではないかと考え、「その人の宗教性を否定しては何もできない。合理主義一辺倒の臨床心理士が、『私が死んだらどこへ行くんだ』と問われてどう答えられるのだろうか。…(中略 引用者) …一人ひとりが持っている宗教性に立ち入らないスピリチュアルケアなんて絵に描いた餅にすぎない」と断じる⁽²⁸⁾。また、臨床心理士の藤田みきおは、「死を考える重

要性を感じてはいても、正直なところ、その後のこと、つまり死後の世界のことまでは思いが及ばなかった。先にも述べたように、終末期を迎えた患者に、不安をやわらげるためとはいえ、『来世』というイメージを導入することは非常に難しい。また、本当にあの世が存在するのかどうかと問われると、現代科学が証明できる範囲を超えており、実際のところ筆者自身にもよくわからない」としながらも、臨床場面において、あの世を信じることで実際に救われたり癒やされたりする人がいるからには、「来世」の問題を無視できないと言う⁽²⁹⁾。

さらに岡部は、「お迎え」体験をした患者に医師として自らがかけられる言葉の限界を自覚したうえで、「その土地の生活に根ざした死生観に耳を傾け、これを受け止める気持ちがあれば、あの世とこの世の橋渡しを可能にする『お迎え』も受け止められるはず。『あの世に逝ったら、また会えるよ』といった話ができて、患者さんと『あの世』を共有できるなら、患者さんやご家族の表情も自然になごむはずである。地域の中にある死生観や宗教性を退けるのではなく、目を向け、耳を傾けることが『道しるべ』になるのだと思う」と語り、お迎えを含めて、「あの世」とのつながりが潜在意識のなかにあるなら、それを軸にしたケアができるはずだと主張するのである⁽³⁰⁾。医療者が宗教性を排除するからといって、患者も無宗教だと決めつけるのは、医療者の立場の押しつけにはかならないと考え、スピリチュアルケアの現場で宗教者のサポートの必要性を訴えるのである。

ではどのようなサポートが可能なのだろうか。

「私が死んだらどうなるのか」という問いに対して、「無」になるという答えで納得できる人はそうはいない。精神医学者リフトンによれば、〈死〉と〈生の連続性〉は、人間存在を理解するための最も古くて最も基礎的なイメージであり、死を超越したいという欲求は単なる欲求ではなく、「不死性」という内的感覚を維持したいという「やむにやまれぬ普遍的衝動を表している」のである⁽³¹⁾。この不死性の感覚は次の5つの一般的様式で表現される。(1)生の連続性の感覚が、子孫たちを通じて、彼らのなかにあらわれるという、生物学的様式。(2)死後の生という神学的観念、もしくは、霊的・精神的達成による死の超越という観念。(3)書いたものや教えたことという活動を通じて自分の貢献が死に絶えることがないだろうという、創造性の様式。(4)自然それ自体によって存続させられているということを通して達成される不死性の感覚、永遠の自然というテーマ。(5)エクスタシーや狂喜などによって忘我状態になる「体験的超越」の状態。このように死という暗闇へと向かう斜面が見えたとき、肉体が減した後にも自己の存続を希求することは、「不死性」という内的感覚を持続したい普遍的衝動なのである。

藤田によれば、来世が存在するという死生観、この世の生を終えても、自己の存在が意識や魂として存在し続けると考えることは、「自己の存在が消滅することの不安」や「死がまったくの未知であるということに感じる不安」をやわらげるものであり、これまでの心理学的研究によって支持されている。だが、輪廻転生、極楽浄土、天国や地獄といった「来世」イメージを臨床の場に導入すること

は困難であり、「『来世』という考え方もあるから安心しましょうと言われても、いったいどれだけの人が納得して救われるだろうか」とも指摘しているのである⁽³²⁾。

岡部と藤田との食い違いはどのように考えたらよいだろうか。ビハーラ僧としての経験があり臨床宗教師を養成する講座の教員でもある谷山洋三は、天国や浄土など特定のイメージを伴った別の世界に行く、神仏や宇宙など超越的存在と合一する、輪廻転生など魂が肉体から分離する、これらの死生観と、お盆やお迎えなど特定の時期や機会に死者がこの世に現れるという死生観とは区別すべきだとしている⁽³³⁾。特定の宗教を信じていると答える人が少なく、無宗教とも言われる日本においても、神棚や仏壇の前で手を合わせる、お盆に墓参りに行くといった宗教的行動を習慣として行っている人は非常に多い。仏教とも無宗教とも言いきれないこうした等身大の死生観に着目しなければならないのであり、そこに「お迎え」も位置づけられることになると谷山は考えている⁽³⁴⁾。

ここから谷山は、スピリチュアルケアと宗教的ケアの重なる領域を、「宗教的資源の活用」と名づけ、宗教的要素を含まない「狭義のスピリチュアルケア」、「宗教的資源の活用」、入信するほどの深いレベルの信仰を前提とした「狭義の宗教的ケア」を区別する⁽³⁵⁾。

狭義の宗教的ケアの場合、ケア対象者は死の直面などの危機的状況において、これまで自分を支えてきた世界観に限界を感じ、別の世界観に支えをもとめ、ケア提供者である宗教者の世界観を自分の支えとする。これに対して狭義のスピリチュアルケアの場合には、ケア提供者が対象者の世界観に入っていく、対象者本人が気づいていない支えを気づくことができるように援助することになる。狭義の宗教的ケアと狭義のスピリチュアルケアの狭間にある「宗教的資源の活用」という領域は、信仰を求める人への援助ではなく、宗教的な資源を活用しつつ癒やしを得たい人への援助とも言うべき位置づけになる。

「お迎え」や「あの世」での再会というテーマは、実は仏教の教義にある死生観ではなくいわゆる等身大の死生観であり、だからこそ狭義のスピリチュアルケアから一歩踏み込んで、宗教的資源としてケアに活用可能なものである。この一歩の踏み込みをする役割として宗教者が必要なのである。ケアの基本は傾聴し信頼関係を構築することにあるが、消極的な傾聴だけでは、ニードに応えられないことがあり、「踏み込む」ことが求められる。岡部の言う医師や臨床心理士の限界がここにある。もちろん、宗教的世界観を教えるという姿勢では拒絶されるのであり、傾聴を通じて対象者の世界観に寄り添うスピリチュアルケアを行いつつ、宗教的資源を用いるニードがあるかどうか確認をしなければならない。この点に関して、谷山が挙げているケースは興味深い⁽³⁶⁾。

M：80代，男性，胃がん

C：臨床宗教師

緩和ケア病棟の病室（17回目の訪問）

（これまでに何度か、買い物や外出を手伝ったり、雑談をしたことがある）

- M 1 妻が亡くなった後で宗教の勧誘を受けて、それからどうも宗教は好きじゃない。
- M 2 でも、最近どうも気持ちが弱くなったのか、死んだらどうなるのか気になって……
- C 1 そうですか。死んだらどうなるか、考えてみたんですか？
- M 3 いやあ、考えたくないけど、考えちゃうんだよ。どうすりゃいいのか。
- C 2 奥さんに会いたくないですか？
- M 4 そうだなあ。アレには苦勞かけたから、ワシには死んでまで会いたくないんじゃないかなあ。
- C 3 Mさんは会いたいけど、奥さんがイヤじゃないか、ってことですか？
- M 5 そういうことだな。
- C 4 （少し考えて）どうすれば会ってくれますかね？
- M 6 （無言で考えている）
- C 5 あの一、今の話って、奥さんのことだけじゃないですよ。
- M 7 （？）
- C 6 いったん、奥さんのことを脇に置きましょう。他に誰か会ってくれそうな人はいませんか？
- M 8 そうだなあ。幼なじみかな。（微笑む）
- C 7 いいですね。向こうに行けば会えますね。
- M 9 会いたいねえ。（笑顔）
- C 8 じゃあ、奥さんと共通の知り合いはいませんか？
- M10 う～ん（考える）、町内会の飲み友達がいるな。去年の暮れに死んだんだ。
- C 9 その方が、奥さんとの間を仲裁してくれるんじゃないですか。
- M11 （驚いた顔になる）（少し考える）あの人には一度、夫婦げんかの間に入ってもらったことがあった。
- C10 じゃあ、だいじょうぶですね。その方にお願ひしましょう。
- M12 そうするよ。死んでもなんとかなるな。

このケースでは、M1で宗教に対する忌避感が表明されたうえで、M2「死んだらどうなるのか気になって」と語られる。そこで臨床宗教師は、宗教的資源を活用するニーズの確認として、C1とC2という質問をしたところ、M4で「死後の再会」という死生観をMさんが語り出した。そこで「死後の再会」を宗教的資源として活用しつつ、その場面設定を維持しつつ、Mさんにとって妻に苦勞をかけたことが心残りであることが明らかにされ、あの世での仲介者を見出すことで、あの世での和解の見通しが立てられ、あの世で妻に会える希望を持つことができたのであり、Mさんその人の物語を反映した死への逝き方が作り上げられて

いると解釈できる。

このように宗教的資源を活用するケアは、信仰を求めていることが確認された場合にのみ行われる狭義の宗教的ケアは区別され、広い意味でのスピリチュアルケアとして行われるのであり、「死後の再会」という死生観の語りや、「お迎え」体験の語りを傾聴することを通じて、その人の人生を反映したその人らしい「逝き方」を構築する点にポイントがあるのではないだろうか。

7 道しるべを示すケアとホスピス、緩和ケア

谷山が考えるように、死にゆく人に耳を傾ける際に、まずは狭義のスピリチュアルケアからはじめて、「宗教的資源の活用」のニーズが確認されたら、「宗教的資源の活用」によるケアへと移行し、さらに深い信仰を求めていることが確認されれば、狭義の宗教的ケアに移行するという道筋がありうる。だが、臨床宗教師にはケア対象者の信念、信仰、価値観を尊重することが求められ、安易に自らの信仰に基づく助言や布教を目的とした活動をしてはならないことや、異なる宗派間の交流や協働が重視されていることからわかるように、「宗教的資源の活用」によるケアが臨床宗教師の活動の中心になっている。岡部が、ケアにあたってしっかりと受け止めるべきだとしたのは、その土地の生活に根ざした死生観や宗教性であり、宗教の教義に基づいた死生観ではない。道しるべを示す役割を担うケアは、谷山の「宗教的資源の活用」によるケアと重なるとみてよいだろう。

では、ホスピス、緩和ケアと「宗教的資源の活用」によるケアとの関係性はどのように捉えられるだろうか。

狭義の宗教的ケアは、自己の支えを自ら見出していくことを援助するのではなく、宗教的世界観を自己の支えとして与えるものであり、自己の再帰性を停止させるもの、つまり再帰的な問い直しをどこまでも続けなければならない自己そのものを手放すようにさせるものである。それに対して「宗教的資源の活用」によるケアはどのように異なるのか。

「宗教的資源の活用」によるケアの場合、「あの世」「お迎え」の意味に注目しなければならない。生前の人格を持った人間が死者として生きている世界が「あの世」であり、そこからこの世へ生前の人格を持った死者が出現するのが「お迎え」ということである。この場合、「あの世」としての死は、人格を持った人たちが織り成すこの世の日常世界とスムーズに接続可能な形で、活用されているのである。人格を持った死者の出現という直接的体験をすることは、強いリアリティ感覚をもたらすものだろう。そのリアリティについて、臨床宗教師という聴き手を前にして、自己が死にゆく自己を「あの世に逝く自己」の物語として語り上げていくのであり、こうした死にゆく自己を再帰的に問い直す営みを援助するのが「宗教的資源の活用」によるケアなのである。だからこそ、自己の再帰性を組み込んだ制度的再帰性のしくみであるホスピス、緩和ケアと両立しうるものなの

である。

スピリチュアルな苦痛のなかに、死への恐怖や死生観のゆらぎも含まれていることは認識されていたが、こうした苦しみに対しては、患者のやることを患者自身によるコーピングとしてとりあえず支持し、介入が必要ならば仮定法を用いたコミュニケーションをとるといった、ある意味で消極的なケアにとどまり、あくまでケアの重点は生ききることに置かれていた。こうした状況において、自己の再帰性に焦点をあてるホスピス、緩和ケアと整合性を保ちながら、死への橋渡しを行うケアとして、「宗教的資源を活用」するケアの意義は大きい。宗教という宇宙論的な世界観を排除したところで成り立っている後期近代の社会において、意味の再帰的な問い直しの回路のなかで死へと降りていく斜面に向かう、ひとつの方策なのではなかろうか。

注

- (1) 『プロフェッショナル 仕事の流儀 希望は必ず見つかる：がん専門看護師 田村恵子』NHK 2008年6月24日放送
- (2) 奥野修司『看取り先生の遺言—2000人以上を看取った、がん専門医の「往生伝」』文春文庫、2016年、236頁。この本は、岡部の死の直前、9ヶ月間にわたって奥野が行ったインタビューに基づいて、岡部のモノローグとして書かれている。
- (3) 同上書、51～52頁
- (4) 諸岡了介、相澤 出、田代志門、岡部 健「現代の看取りにおける〈お迎え〉体験の語り—在宅ホスピス遺族アンケートから—」『死生学研究』第9号、2008年、205～223頁
- (5) 大村哲夫「死者のヴィジョンをどう捉えるか—終末期における死の受容とスピリチュアル・ケア—」『論集』37、2010年、178～154頁
- (6) 奥野滋子『「お迎え」されて人は逝く—終末期医療と看取りのいま』ポプラ新書、2015年
- (7) 奥野修司、前掲書、182頁
- (8) 2011年の東日本大震災において宗教者の活動が広く受け入れられたことを背景に、岡部が提唱した、公共性を担保した宗教者である「臨床宗教師」を養成する講座が2012年に東北大学に開設され、その後、龍谷大学、鶴見大学、高野山大学等の多くの大学で養成が始まっている。
- (9) ホスピス、緩和ケアが普及しつつある現在においても、緩和ケア医をめざす医師に対して、どうして敗北の医療をやるのかという声が医師の間で聴かれることから、ホスピス、緩和ケアが成立する局面では、認知されるために相当なブレークスルーが必要であった。
- (10) Kübler-Ross, E., *On Death and Dying*, Macmillan, 1969 (川口正吉訳『死ぬ瞬間』読売新聞社、1971年)

- (11) 『最後のレッスン～キューブラー・ロス 死のまぎわの真実～』NHK 2004年12月25日放送
- (12) Kübler-Ross, E., *Living with Death and Dying*, Macmillan, 1981 (川口正吉訳『死ぬ瞬間の子供たち』読売新聞社, 1982年), Kübler-Ross, E., *Death: The Final Stage of Growth*, Simon & Schuster, 1975 (鈴木晶訳『死, それは成長の最終段階: 続死ぬ瞬間』中公文庫, 2001年)
- (13) 奥山敏雄「死と社会 — 終末期医療の社会学的意味 —」『社会学ジャーナル』40号, 2015年, 1～22頁
- (14) Giddens, A., *Modernity and Self-Identity*, Polity, 1991 (秋吉美都, 安藤太郎, 筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ — 後期近代における自己と社会』ハーベスト社, 2005年)
- (15) Saunders, C. and Baines, M., *Living with Dying 2nd ed.*, Oxford University Press, 1989 (武田文和訳『死に向かって生きる』医学書院, 1990年)
- (16) 柏木哲夫『死にゆく患者の心に聴く』中山書店, 1996年
- (17) Saunders, C., *Cicely Saunders: Selected writings 1958-2004*, Oxford University Press, 2006, p.218
- (18) Frankl, V.E., *The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism*, Simon & Schuster, 1978 (諸富祥彦監訳『〈生きる意味〉を求めて』春秋社, 1999年)
- (19) Frankl, V.E., “*Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*” im *Trotzdem Ja zum Leben sagen*, Kösel-Verlag, 1977 (池田香代子訳『新版 夜と霧』みすず書房, 2002年)
- (20) 同上訳書, 130頁
- (21) 同上訳書, 112頁
- (22) 同上訳書, 131頁
- (23) 生井久美子『人間らしい死を求めて』岩波書店, 1999年, 67頁
- (24) du Boulay, S., *Cicely Saunders: The Foundation of the Modern Hospice Movement*, Hodder and Stoughton, 1984 (若林一美, 若山隆良, 棚瀬多喜雄, 岡田要訳『ホスピス運動の創始者 シシリー・ソングース』日本看護協会出版会, 1989年)
- (25) 田村恵子, 河 正子, 森田達也編『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』青海社, 2012年。以下の本節の記述はこのテキストに基づいている。なお同書で用いられる「スピリチュアルペイン」という用語を以下の本論では「スピリチュアルな苦痛」に置き換える。
- (26) 同上書, 4～5頁
- (27) 永井忠『もう一度海へ行きたかった — 癌に斃れた父親の日記』朝日新聞社, 1978年, 60頁
- (28) 奥野修司, 前掲書, 229頁

- (29) 藤田みきお「来世を信じることは死の不安をやわらげるか」(カール・ベッカー編著『生と死のケアを考える』法藏館, 2000年, 154~183頁)
- (30) 奥野修司, 前掲書, 208頁
- (31) Lifton, Robert J., *The Life of the Self: Toward a New Psychology*, Basic Books, 1976 (渡辺 牧, 水野節夫訳『現代, 死にふれて生きる — 精神分析から自己形成パラダイムへ』有信堂高文社, 1989年, 26頁)
- (32) 藤田, 前掲論文
- (33) 谷山洋三『医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア — 臨床宗教師の視点から』中外医学社, 2016年
- (34) 大村哲夫は, ホトケという語が仏教の仏と死者とを指す両義性をもつようになったことを介して, 阿弥陀仏に投影されていた死のイメージが, 仏壇での祈りや墓参りなどの習慣的行動をとおして親しみを感じる「死者・ボトケ」に投影されるようになり, 臨終時の「親しい死者のビジョン」の出現になると指摘している。大村, 前掲論文
- (35) 谷山, 前掲書
- (36) 谷山, 前掲書, 75~76頁