

全人的ケアの地平

— スピリチュアル・ケアの観点から —

吉 田 李 佳

序

我々は、この世における存在の仕方として本来的に他者と関わりあっている。生を支える関わりのあるあり方を「ケア」と呼ぶとすれば、我々の日常は、ペットの世話や庭仕事といった非人格的なケアから死への随伴に至るまで、様々なケアの様態に満ちている。そのような人間の営為に関する包括的な概念としてのケアは、価値中立的に捉えることも可能であろう。しかし、ケアを医療や福祉、教育といった文脈において、他者を援助する方向性を持った営為として捉える場合には、援助者自らの態度を規定する倫理規範が要請される。

医療におけるケア概念は、1978年に WHO が掲げた「キュアからケアへ」のスローガン以来、先進諸国における近代的医学のあり方を改革する指標として用いられてきた。¹一方で、1999年の WHO 理事会の「健康の定義改正案」審議における「スピリチュアル」議論は、統合的な一個の総体としての人間、即ち「全人」をケアするためにはスピリチュアルな次元も視野に入っていなければならないことを提唱しようとするものであったと解される。²人間を「全人」として見るとは、医療が、病や死を対象化し、排除すべきものとしてこれに立ち向かう姿勢を脱却し、痛みとして現われている病理の、生まれ、老い、病み、死んでいく一個の生命の流れにおける意味に配慮しつつ、その人格的統合性を保つ援助としてのケアへと転換するということである。「全人的ケア」という言い方には、一個の総体である人間を、その生命の流れの中で適切にケアするという意味がこめられていると思われる。

WHO の審議の背景にある欧米的スピリチュアル・ケアの実践においては、身体的、心理的、社会的ケアにとどまらず、それら3つの範疇に収まり切れない痛み、いわゆるスピリチュアル・ペインに対するケアまで射程に入れることによってようやく「全人的ケア」が完成すると考えられている。³人間に自覚される様々な次元の痛みは、本来密接につながりあっているが、それを一旦分けて考えることによって人間存在の各次元を明確にすることは、人間存在に表われ得るあらゆる痛みに対応する「全人的ケア」の構築にとって不可欠の作業である。「全人」という言い方も、また「スピリチュアル」という語も、共に抽象的で概念規定が曖昧であるが、スピリチュアル・ケアの理念と、日本という異なる文化圏における普及の試みから派生する諸問題への対応を含んだ実践のあり方を検討し、それを通して「スピリチュアリティ」という語が意味しているものをある程度明確化することは、「全人」の概念規定に何らかの貢献となり得ると思われる。

以下、第1章では、医療界内部における視座がキュアからケアへ、さらにスピリチュアルな次元をも包摂した全人的ケアへと、人間観の転換を含んで移動ないし拡大してきた経緯を辿った上で、医療の今後の展望を、医療自体の社会的位置付けの再構築という水準で捉えてみたいと思う。また、第2

章では、欧米的スピリチュアル・ケアが目指しているものを明確化し、スピリチュアル・ケア理念の普遍性を検証することを試み、その上で日本的なスピリチュアル・ケアの展望について考察する。

スピリチュアル・ケアは、それに従事し、またそれを推進しようとする人々においては、医療者－患者間の対人倫理が最終的に収斂する局面と捉えられている。医療におけるケア倫理は、他者存在に対する畏敬の念に基づき、人としてふさわしいあり方の回復を目指すという方向性を持つ。QOL (Quality of Life) という概念はその方向性を端的に示しているが、人間の生の質を問う時には必然的に、生の存在様態を規定している様々な関係性の質が問われる。欧米的スピリチュアル・ケアは、キリスト教教理と倫理を基盤として、究極的な関係性、即ち不可視の超越的なものとの関係性の修復によって尊厳ある生と死を援助することを目指すものである。欧米的スピリチュアル・ケアの本質を成す「超越性との関係の修復」が「全人」としての健全性に構造的に関わっているのであれば、スピリチュアル・ケアは、キリスト教圏のみならず、あらゆる文化圏において有用かつ必然のものとして認知され得るだろう。また、超越性との関わりを担うのが主として宗教の領域であるとすれば、スピリチュアル・ケアと原初的な宗教性は不可分の関係にあると言える。宗教性とは必ずしも既存の宗教に関与することではなく、信仰という構えの根幹に存する、(他者あるいは自己の)「存在」自体に対する自覚である。存在の根源性に関わるこの自覚は、認識の次元にまで昇華し、哲学、思想として理性的に洗練されることもあるが、宗教性とは元来認識の問題ではなく、生のありようを直接に規定する生の原理である。従って、日本人の宗教性について考えることは、日本人の心と振る舞いを相互に規定してきた日本人特有の心性を掲げ、日本人のアイデンティティのある部分を明確化することになるだろう。近代化とは、そうした心性が生む非合理性を、理性中心に考えることから否定的に捉え、意識的に排除する過程であった。そして現代日本の宗教的真空状態は、それが特に顕著に遂行された帰結とも言えよう。

ともあれ、このような意味での宗教性をケアの文脈に置いて考え、ケアの倫理が根本的に宗教性に関わりを持つという認識を検証するために、そのような認識に立脚するスピリチュアル・ケアの日本における可能性と意義、そして生の成熟・完成に寄与しうるそのあり方について探求し、それによって人間存在の本質構造が幾許かでも明らかになればと思う。

第1章 ターミナル・ケアの現状と課題

一人の人間に発現する様々な痛みに対する全体的なケアは、終末期医療において最も切実に要請される。我々は、老いや病がもたらす生体の様々な機能不全に対するキュア（治療）とケア（緩和・補完措置）を総括して医療と呼び、キュアが奏功しなくなり、専らケア的関わりに限定されるようになる時点以降の医療を一般に終末期医療と呼んでいる。そして、現実には必ずしも患者本位の終末期医療が実現しているとは言い難い。本章では、その原因を近代医療の根本構造に遡って考察し、ターミナル・ケアが抱える医療的課題を考える手がかりを得たいと思う。また、個別のニーズへの対応と適切な医療を共に保証するための、民間レベルの互助組織と病院医療が相補的に機能する「地域参加型のトータル・ケア」の潮流の現況と展望についても若干触れる。そして最後に、医療的環境整備の指標としてのQOL概念について取り上げる。医療現場における現行のQOLの理解の仕方と、それを修正・補完しようとする新たなQOL概念について確認し、QOL概念の及ぶ範囲を明確にした上で、ターミナル・ケアの理念と、その実現に必要な諸要素を再確認したいと思う。

1) 終末期医療における諸問題

病院における死

病院医療の診断・治療中心の構造が治癒の見込みのない末期患者に対する冷淡さとして表われることはしばしば指摘される。‘近代以降の病院は、病や死を戦うべき対象として出来る限り生から遠ざけることを使命としてきた。そのような病院が「死を迎える場」としては十分に機能しないのは当然である。

かつて人々は、家族や近親の人々に看取られながら、自らの生活の場で、その人生に相応しく死を迎えてきた。死にゆくこともまた生の一部であるから、「いかに死にゆくか」についての決断は、最終的には本人自身のものであり、またその実現には、本人の生に密接に関わってきた近親者の理解と援助が必要である。しかし、医療現場においては、「死にゆく人」は常に「病者」として医療的対処の対象である。この事情もまた、病院における「よき死」が困難な理由の一つである。

また、従来の医療においては、キュアとケアが医療原理的に分離しており、終末期の緩和医療の位置付けが曖昧であったことも、病院における「よき死」を困難にしてきた。⁵本来、ケアとキュアはそのどちらが欠けても医療は成り立たない。医療者が常に同時的に、患者に対してこの二つの異なる関わり方をするのが根源的なケアの立場である。⁶しかし、キュアは基本的に医科学的行為の範疇に属し、ケアとは原理的に分離しているため、病院医療においてケアに重点を置こうとすれば、医業的な合理性追求に抵触する。ケア的医療が医業的に制限されざるを得ない、キュア偏重医療への反省が、医療モデル変革の呼び水となってきたと思われる。

医師—患者関係

このような医療構造の問題と並んで、日本の医療が患者本位になりきれない要因の一つとして、「個の尊重」を促す契機の欠如が挙げられる。キリスト教倫理に基づく人権思想は、人間の個性の尊重や弱者の権利の保護という発想の契機となり得る。しかし思想的基盤を異にする日本では、欧米的な個人尊重の考え方は十分に消化されておらず、医療においても西欧近代の科学的合理性のみが積極的に受容されている感がある。

日本における「個」の概念の薄弱さは、医師への過度の依存という派生的事情を生み易い。医療への期待と信頼の医師への投影が、医療的判断や処置の一切を医師に委ね切る態度として表われる。病名告知に関する社会的合意形成の困難さの背後にも、このような日本人の自律性の未熟さが潜んでいると思われる。医師に対する従属的、依存的な態度は、医療におけるパターンリズムと、個々人の生の質を捨象した延命至上主義的な医療の傾向を助長し、医療における非人間性を惹起することになる。しかし、日本の精神的風土においては、弱者（患者）が自分の希望ないし権利を主張することには、今なお心理的な規制がかかりやすい。医療が真に患者本位のものとなるためには、このような事情への認識と、実情に即した対応が必要となる。日本人特有の精神構造と心理的傾向については第2章で改めて考察したい。

医療における人間観

医療におけるキュア中心主義の背景には、西欧近代医学が基本的に依拠している近代的人間観がある。主観—客観構図に基づき、心身を分離してそれぞれ独立に捉える人間観は、最終的には、病気を肉体の故障と見て、それを修理するのが医療であるという考え方に帰着する。

東洋思想における相即原理は、西欧近代的な心身二元論とは対照的な二項対立の調停原理であ

る。⁷医療モデルの変革を目指す潮流は、程度の多少はあれ、このような非西欧思想の発見ないし回復を伴うと思われる。今日では、リエゾン精神医学によるチーム・アプローチ（後述）や、鍼灸や漢方等の東洋医学を診療科目に加える等の試みも一部ではなされ始めており、医療モデルの変革も徐々に進みつつあると見ることが出来るだろう。

2) ターミナル・ケアとQOL

以上に見たような終末期医療の諸問題への自覚から、今日では、治癒を目指す医療とは独立に、専門の部門や病棟を設置してそれに当たる、いわゆるホスピス・ケアが公的にも推進されつつある。⁸この潮流を思想的に支えているのがQOL(生/生命の質)という概念である。医療的QOLは「生をよく全うする」ための医療的環境整備の指標と理解される。以下、医療的QOLの有効性の範囲を確認し、併せてホスピス・ケアへの制度的な支えについても概観した上で、日本のターミナル・ケアにおけるスピリチュアル・ケアの認識と位置付けを確認しておきたい。

QOLの射程

ターミナル・ケアに限らず、キュア偏重の医療自体がケア的視点を回復することは、今日における不可避の要請である。「キュアからケアへ」の指標としてしばしばQOL(Quality of Life)という概念が用いられるが、⁹QOL概念の普及は、現代における医療が医師主導型から患者中心主義へと移行しようとしていることを象徴するものである。しかしQOL概念は、使われる局面や使う人によって捉え方に微妙なずれがあるため、その事情を受けて清水哲郎は、QOLをめぐる概念規定上の混乱を收拾するための議論を展開している。

清水はまず、医療に関わり得るのは「患者の置かれた状況」であるという前提に立ち、医療におけるQOLの適用範囲を、患者の充実した生のための「環境整備」に限定する必要があると述べる。¹⁰また、医療における現行のQOL評価は、患者自身によって判定される身体ないし意識の機能の状態についての主観的な満足度を尺度としているが、医療行為の目的は、端的に健康を目指すのではなく「より自由度の高い状態」を目指すことでなければならず、それゆえ医学的QOLは、主観性を超えて身体環境(精神・情緒のあり方をも含む)が患者に提供する「自由度の評価基準」であるべきであると言う。¹¹患者の闘病生活全体を視野に入れた環境を包括的に把握するためのQOLアセスメントは、身体環境のみならず意識環境、医療環境、人生環境一般、状況認識といった多岐に亘ることになるが、¹²このうち状況認識に関するQOLは、後述する「こころのQOL」の問題と関連する。

清水の議論を概括すると、医療におけるQOLは、身体環境の整備を中心に、病床にある人の生の充実を援助する環境整備の指標であるべきであり、それは医療方針の決定に際し、患者の人生観、価値観、人生計画を考慮するためのものである、ということになる。

患者の権利

医療におけるQOLがこのように、患者の個性を尊重し、患者が充実した生を送る環境を整備するための指標であるとするならば、それは職業倫理としてのアドボカシー(advocacy)概念、即ち「受益者本位」という考え方の、医療的な文脈に適合する言い換えに他ならない。¹³アドボカシーを指標とする患者の権利の擁護は、患者に医療者と対等の地位を保証する、一種の契約関係における倫理の形である。従来の病院医療においては、患者の個別的な事情やそれに基づく要求はそもそも初めから捨象されてきた。しかし、欲求の充足は人間存在の尊厳に関わる事柄である。そして、人間の基本的

欲求については、従来からいくつかの類型が提示されてきた。¹⁴「尊厳を守る最も基本的な価値は人権概念であるから、¹⁵医療を患者の利益本位の構造に転換するには、患者の主張や要求を権利概念によって理論武装する必要がある。欧米におけるホスピス・ケアは、キリスト教教理を基盤とした人権概念と博愛の精神に基づき、人間存在に伴うあらゆる欲求を適切な仕方ですぐ満たすことを人権尊重の見地から捉え、生の尊厳を最期まで保障する制度であると捉えることができる。日本でも、ビハラののような仏教起源のターミナル・ケア施設の登場、公立病院におけるターミナル・ケア病棟の設置（後述）、地域連携的ターミナル・ケア・システム（前述）の潮流も生じており、今後の需要の拡大が予想されるが、日本では、欧米のターミナル・ケアの背景にある、人権概念や自律した個的自己という人間のあり方への認識が不十分なまま、終末期におけるケア偏重の医療をホスピス型ケアへと転換することが先行し、¹⁶「そのバックボーンとなる理念を後から構築しようとしているのが実情である。患者の権利という極めて個人主義的な概念は、日本人の伝統的心性にはなじみにくいため、医療的アドボカシー原理の構築には、ひとまず、個の意識の発達した欧米において体系化されている「患者の権利章典」等に準拠せざるを得ないであろう。」¹⁷しかし、依存に堕し易い日本人の基本的な心性を前提として患者の尊厳を守るためには、患者-医療者間の「共感」に基づく信頼関係を基盤として、患者本位の「よき生」を共に生きようとする「よき医療者」像の確立が望まれる。

医療的 QOL の限界

QOLが前述のように環境整備の指標であるならば、ターミナル・ケアにおけるQOLは、それまでの人生の中で培われた生活様式や嗜好、信念といった患者の個別性（その人らしさ）を患者の人権として尊重することによって確保される。しかし、死にゆく人の痛みやそれを訴える声、時には声なき声を傾聴し、それに応答しつつ、その人に相応しい生の完結を援助しようとする時、ケアは、援助者自身の、「存在」への畏敬と、相手の痛みへの深い共感を伴う決断によってのみ真実なものとなり得る。その時、ケアは必然的に環境整備の枠を超え、相手の痛みに関わることになる。ホスピス・ケアに従事する人々からは、死にゆく人の痛みの多くは、自己の人生の意味への問いや死後への関心といった、いわゆるスピリチュアルな問題領域に関わるものであると報告されているが、清水のQOL規定に従えば、スピリチュアル・ケアは、環境整備の指標としての医療的QOLの枠外にある。しかし、そもそもホスピス・ケアは、死にゆく人を最後まで「人」として遇し、共に生と死を見つめつつ随伴するケアである。¹⁸その時には、心理学的なアプローチや共感的受容といったレベルを超えて、生死や存在そのものへの問いに実存的に応答するケアが必然的に要請される。終末期におけるそうした実存的な痛みに対しては、共感、共苦、慈悲といった根源的な情動性に基づく個別的ケア、しかも必要に応じて常に応答できる態勢が求められる。病院医療としてのターミナル・ケアには、精神科医が主導しつつ身体的・心理的・社会的な痛みに対応するリエゾン精神医学（後述）の枠を更に広げ、宗教家や志ある訓練された一般市民の参加が可能な、患者のために開かれた病院医療が目指される必要があるだろう。

家庭の機能の外在化

患者の痛み、苦しみを受け止め、共感し、随伴するというケアは、本来的には家族というインフォーマルなシステムの機能であった。経済社会の発展は、子供の養育から老人の扶養まで、家族内にあったケアの機能が社会保障の形で外在化してきた歴史でもある。家族の様相は今日劇的に変容しており、「こころのケア」すら外在化の傾向が著しい。

チーム・アプローチの拡充を図るにしても、病院医療という枠組みの中で患者の個別性に完全に対応することの困難は容易には解消されない。その自覚に立って、今日では、地域社会を地盤としたコミュニティ・ケアの企てが各地で行われ始めている。¹⁹嘗ての大家族の機能を外在化させる形で、非営利的な地域連携のケア体制を形成する民間主導の動きが各地に広がることは、公的ケア制度と相補的に在宅ケアを支え、「死に場所」(終の棲家)の選択の幅を確保して「よき死」が社会的なものとなるための力になると思われる。²⁰コミュニティ・ケア・システムの構成メンバーは、教育された地域住民のボランティア、医療専門家(医師・看護師・MSW・カウンセラー)、宗教家などが中心であるが、保健師や民生委員等の協力も必要であろう。運営には、医師会や保健所、福祉事務所、また地域社会経営に従事する人々の参加が望まれる。専門家とのコンタクトを保ちつつ地域住民と常に関わり、また患者や家族のニーズを収集するコーディネーターも必要とされる。この場合、必要な人材発掘と経済的な問題が重要課題となろう。²¹コミュニティ・ケア・システムは、セルフ・ケアを包括的に援助するという形で自律性の未成熟さを補い、現状では病院医療において参加の困難な宗教家やボランティアに対する潜在的なニーズへの応答を自然な形で可能にする。患者と家族のあらゆるニーズに対して様々な方向から柔軟に応答する関わり合いの中に、「全人的ケア」のための諸要素とその方法が自ずと浮かび上がって来ると思われる。

第2章 スピリチュアル・ケアを考える

第1章で、日本におけるターミナル・ケアの現状と課題を、その構造的側面および医療者、患者双方の意識の面から概観すると共に、死にゆく人とその家族を地域ぐるみでケアする共生社会の構想が育ちつつあることについても確認した。その上で本章では、スピリチュアル・ケアの普及を目指す人々や、我々人間について「スピリチュアル」という次元を想定することに何らかの必然性を認める人々、現行の医療内ケアに人間疎外の契機を感じる人々と問題意識を共有しつつ、一個の人間総体、即ち「全人」の構成要素としての、いわゆる心身次元を超えた「スピリチュアリティ」について、そしてそれをケアするという意味について考えてみたいと思う。

心身の健全な発達と維持に関わるケアが終末期に限定されたものでないのと同様、スピリチュアルなケアも、本来は生の過程に連続的に関わるべきものであろう。現今「スピリチュアル」という語が巷間に氾濫しており、外来語のまま定着しつつあるように見受けられることから、いわゆる「スピリチュアリティ」が人間を規定する本質的な構成要素であること、そしてスピリチュアリティに関する知見に人間性の謎を解く様々な期待が投影されていることが窺われる。本章では、ターミナル・ケアの文脈の中で、全人としての健全性あるいは成熟という観点から「スピリチュアリティ」を捉え、それについて一定の概念規定を行うとともに、スピリチュアル・ケアの意義とその可能性を考えてみたい。

1) スピリチュアル・ケアの目指すもの

スピリチュアル・ケアは通常、人間に表われ得るあらゆる痛みへの備えが要請されるターミナル・ケアの文脈において取り上げられる。人間らしい生の終焉を援助するターミナル・ケアの問題は、世界的趨勢から見て欧米において先に顕在化し、日本では、その理念も制度も欧米のモデルに倣う形で実践され始めた。²²そこで、欧米的ターミナル・ケア理念の一つの帰結としてのホスピスの特質、特

にスピリチュアルなニーズへの応答のシステムとその普遍性を確認する。

スピリチュアル・ケアに関する WHO の認識

1999年の「健康の定義」改正案に先立ち、WHOは「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」の中で、「パリアティブ・ケアはすべての人間の全体的福利にかかわるため、その実施に当たっては、人間として生きることが持つスピリチュアル（霊的）な側面を認識し、重視すべきである」という前提に立ち、スピリチュアルという語の定義、スピリチュアルなニーズの評価、スピリチュアルな面への支援のあり方について以下のような見解を示している。即ち、「スピリチュアル」という語は、人間として生きることに関連した、宗教的因子をも含む「経験的一側面」であり、「身体感覚的な現象を超越して得た体験」を表わす言葉である。また、スピリチュアルな因子は、心理的・社会的因子を包含した人間の生の全体像を構成する一因子とみることが出来、生きる意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。²³スピリチュアリティとは、それによって一個の人間存在が完結的に統合される包括的な構成因子であると捉えられているようである。また、それは「宗教性と同義ではないが宗教的因子をも含む」とされているところから、諸宗教において、あるいは人間が根源的に持つ宗教性の中に共通に認められる因子、即ち生命への畏敬や存在への自覚にまつわる不安といったものが視野に入っていると考えられる。さらに、身体的・心理的・社会的・霊的（スピリチュアル）という4区分は、基本的には、超越性・彼岸性といったものと人間との関係を問うユダヤ・キリスト教の伝統に基づいていると思われる。

欧米的文脈における「スピリチュアル」および「スピリチュアル・ケア」の定義

このように、WHOの認識は欧米的スピリチュアル・ケアの理念と実践に概ね依拠していると思われる。欧米におけるスピリチュアル・ケアは、元来はキリスト教共同体における個々の信者に対する「魂への配慮」（Seelsorge）を指す語である「パストラル・ケア」という名で呼ばれ、基本的にはキリスト教的な宗教的ケアである。パストラルという呼称が示す通り、これは本来聖職者の職務の一つであり、チャプレン志願者は神学課程あるいは専門教育課程（大学における4～8年の課程）によって資格を得る。スピリチュアル・ケアの基盤は、哲学、神学への造詣と、自らのスピリチュアル・ニーズへの健全な対処によって培われた人格であるとされる。

キリスト教教義に基づく西欧的なスピリット観を言語的に遡ると、spiritの直接の語源であるラテン語のspiritusは、ヘブライ語の「ルアッハ」（息、空気、風、神霊等の意）、ギリシア語の「ブネウマ」（風、息、命、魂等の意）に由来するとされ、元来は不可視な非物質的存在でありつつ「生命あらしめる」力としての根源的な何かを指していたと捉えることができる。²⁴ユダヤ・キリスト教では、このような存在の根源を「神」と呼び、神話的には、人間は神から「命の息」を授かった結果として人間となり、死ぬ時には「息」を神に返すとされる。キリスト教神学的には、「聖霊」（spirit）は三位一体の位格の一つであり、同時に、神が人間に与える賜物でもある。神の被造物の一つである人間は、神から賜った聖霊（spirit）によって生かされる物質的存在であるが、物質である肉体には悪霊（evil spirit）の作用としての悪への欲求が存在するので、人間のうちには善意志と悪が共存しており、こうした事情から、人間には善悪の霊を識別する理性が要請される。キリスト教的な理解によれば、聖霊の他にも天使や悪霊（人間の心を含む「世界の状況」を妨害する力）といった霊的存在があり、人間の生はそれらとの関係の中で展開される。善なる霊に従うことによって本能を超越し、聖化されもすれば、悪霊に随順することで動物以下に墮落することもあり得る。そして、善悪の選択は人間の自

由意志に任されている。²⁵

キリスト教的スピリチュアル・ケアは、この自由意志に関わって、人間を人間としてふさわしくあらしめようとするものである。人間は、それがどのようなものであれ、所与の生を受容し、聖霊 (spirit) に随順することによって自己の存在意義を発見し、尊厳ある存在となり得るのであり、それを援助するのがスピリチュアル・ケアである。しかし、他者の自由意志に対しては誰も何らの規制力を持たない。その意味では援助者はゲスト (患者) に対して本来無力な存在である。そうであってこそ、互いが人間同士として平等となり得ると考える。また、人間は、理性によっては納得し難い実存的な不条理に直面した時、それらに何らかの意義を見出し、心の安定を得ようとする。生活信条となり得るような人生観や世界観を形成しようとするのであれ、超越的なものとの関わりによって、日常的な道理を超えた摂理に随順する境涯を得るのであれ、いずれにしてもそれは、解決よりも「問いそのものを生きる」という取り組み方が要請される事柄である。スピリチュアル・ケアにおけるスピリチュアルな癒しとは、所与の不条理を一つの課題として自ら積極的に受容し得るようになることであり、その積極的受容を真の「自由」の獲得と捉える。痛みは病の指標であるが、同時に人間を自らが何らかの力によって生かされているというスピリチュアルな自覚に導き、人格的成長をもたらし得るものでもある。その意味では病は恵みでもあり得ると考える。²⁶

欧米におけるスピリチュアル・ケアの現状

欧米におけるスピリチュアル・ケアは、聖クリストファー・ホスピスを端緒とする現代のホスピス運動において明確にターミナル・ケアの中に位置づけられた。聖クリストファー・ホスピスの創始者 S. ソンダースは、ホスピスを「身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなケアを含んだ全人的ケアの場」とし、スピリチュアル・ケアを「ホスピスの心臓」と形容している。同時に、これら4つの次元各々のケアを担う専門職によるチーム・アプローチによるホスピス・ケアが構想され、以来、欧米のホスピスでは、専門職としてのスピリチュアル・ケアにはチャプレンが当たってきた。しかし、近年では欧米においても、伝統的なキリスト教の信仰を敢えて放棄し、チャプレンの訪問を望まない患者が増えているという。しかしそういう患者も、スピリチュアル・ケアの観点から見れば明らかにスピリチュアルな痛みやニーズを持っているとみなされるところから、スピリチュアル・ケアを一旦宗教的ケアから切り離して考える潮流が生じている。特に英米では1980年代以降、スピリチュアル・ケアを、宗教的ケアもその一部として含むより広い概念として捉え、従来のように専らチャプレンのみが関与するのではなく、看護師をはじめとする他の医療者の関わりを求めるような主張が見られるようになってきているという。²⁷社会学的には、宗教を成立せしめる3因子は教義 (思想・教え)・教団 (聖職者、信徒)・典礼とされるが、これは、この3因子を満たすケアを宗教的ケア、そうでない場合をスピリチュアル・ケアとする分け方である。諸外国に比べて信仰を持つ人の割合が相対的に少なく、宗教に対するタブー視の強い日本では、そもそもスピリチュアル・ケアの必要性についての合意形成が困難であり、その必要性を認めるとしても、その具体化に際しては様々な困難が想像されるため、欧米において、宗教的ケアでないスピリチュアル・ケアがどのように構想され得るかは注目に値する。

2) 日本におけるスピリチュアル・ケア

欧米由来の概念である「スピリチュアル・ケア」が日本の医療界において認識されるようになった

のは、1999年のWHO理事会における「健康の定義」改正案の審議の経緯を受けてのことである。スピリチュアルという語は、宗教的事情の違いもあって日本語に置き換えることが難しい。しかし、スピリチュアリティを一個の人間が字義通り「全き人」としての全人である（となる）ための必要条件であるとする認識が普遍的なものであれば、第1節で述べた欧米的なスピリチュアル観と類比的な人間観やケアの様態が、それぞれの文化圏において何らかの形で存在し、それは欧米的スピリチュアル・ケアと置き換えておられると思われる。そこで、日本のターミナル・ケアの現状を制度面、思想面において概観すると共に、日本的な「スピリチュアル・ケア」（こころのケア）²⁸の可能性を探ってみたいと思う。

日本の現状

ターミナル・ケアの精神が社会的に実現するためには、医業的および医療的な保証が必要であり、前者については緩和ケア中心の医療を可能にする法的整備が要請される。日本でも1990年から、ターミナル・ケア・ニーズの拡大に対応する行政レベルでの取り組みが始まっているが、²⁹これを厳密な意味でホスピス・ケアと呼んでよいかどうかについては異論もある。³⁰ともあれ、ターミナル・ケアに関する制度的な保証については、今後も利用者のニーズや社会的認識の深まりに応じた発展的対応が期待される。

日本の「ホスピス病棟」においてスピリチュアル・ケアの備えが不十分であることは、日本におけるスピリチュアル・ケアの普及と定着を目指す人々によって指摘される場所であるが、日本にスピリチュアル・ケアが浸透しにくい原因のうちの最たるものは、そもそもスピリチュアルという概念が極めて欧米的なものであり、かつ宗教的な印象が強く、日本人の日常感覚から遠いということであろう。日本の精神風土と欧米的なそれとの齟齬は、医療においては告知問題に端的に表われている。欧米のターミナル・ケア制度においては、スピリチュアル・ケアを含む告知後のトータルなケアが保証されており、³¹本人が自分の病気について知っていることを原則としてスピリチュアル・ケアが提供される。しかし、日本においては、病名や余命についてあからさまに伝えるよりも、本人が自然に悟るという伝わり方がむしろ望ましいとするのが一般的な認識であろう。死への不安と生への期待の混沌の中から徐々に自らの寿命を悟り、近親者とのつながりの中で生を終えるのが自然な死の迎え方であるとする感覚からすれば、死を直視し、常に死を意識しつつ生きることが強い緊張と孤独に病者が耐え得るかどうか強く懸念され、告知がためらわれるのであろう。また、日本人一般にとって、自己の存在意味を感じる契機の多くは「間柄」が保たれることの中にあり、スピリチュアル・ペインと呼ばれる実存的なペインは、関係性や間柄的なあり方のひずみを通して自覚されるケースが多い。³²日本における告知のあり方とその後の一貫した全人的ケアを考えようとするときには、こうした日本人の心的傾向についての配慮が求められるだろう。

医療内部の事情については、チーム医療の推進³³に代表される医療体系の整備や、患者とのより深い人格的交わりの可能な医療者を養成する教育体系の整備³⁴が急務であると思われる。日本における末期医療の医業的、医療的な制度は、現実の医療状況やWHOの提言、欧米のホスピス医療に関する知見等を踏まえて、徐々に整備に向かっている。しかし日本では、患者が自分の病気について、放り出されたカルテや廊下での医師や看護師の立ち話から「偶然に」知るケースや、近親者の態度の変化から察知するケースが依然として多く、こうした実態は「こころのケア」のレベルからは遥かに遠い。ターミナル・ケアに先立って、インフォームド・コンセントや「よきパートナーリズム」といった、

個々の患者の自律の程度に応じた医療者側の責任あるコミュニケーションへの基本姿勢が問われよう。³⁵「こころのケア」への真摯な取り組みはそこから始まる。

日本人のスピリチュアル・ニーズ

ターミナル期の医療的措置は疼痛緩和が主になるが、ホスピス・ケア従事者の報告によれば、ペイン・コントロールが奏功して身体的な痛みに対する恐怖が軽減すれば、患者や家族は死の受容に向かうよりもむしろ、治癒への希望と共に、一日でも長い寿命への執着を持つという。³⁶ここにいわゆる「スピリチュアル・ペイン」の萌芽を見ることが出来る。死が万人にとって不可避の宿命である以上、「一日でも長い生」は、その間に自らの生を完成し、死の準備をするためのものであり、ホスピスは本来、そのための援助を使命とする。そしてこの場合のケアは、残された日々の生き方に対する自覚の程度に応じたものとなる。スピリチュアル・ケアの立場からは、死を前にして、各人各様の生の自覚的完成を目指そうとする希求はスピリチュアル・ニーズと呼ばれる。そのようなニーズを本人が自覚せずに、苦悶に終始するケースも多々あると思われるが、いずれにしても、そのような痛みやニーズに対しては、医療の範疇を超えた実存的なレベルにおいてのみ応答が可能であると考えられている。しかし、生への執着の様々なバリエーションとしてのスピリチュアル・ペインは、社会的、経済的苦痛や、過去の対人関係における未解決の問題といった、いわゆる心理的な苦しみと分ち難く結びついており、死の受容や生の完成を目指す実存的なニーズとして独立には自覚されないため、特に無宗教の人にとって、自分が宗教や宗教家のケアを必要としているという自覚は持ちにくい。宗教的ケアと一旦切り離されたスピリチュアル・ケアは、本人が自らの痛みの本質に自覚的になるための「傾聴」と、そのための「随伴」に徹することから始まり、然る後に、本人が求めている援助を共に明確化し、相応しいケアへと接続することになるだろう。

しかし、死期を悟っていてもそのことを周囲には気付かせないように振る舞い、死を迎える準備を人知れず整え、その配慮が死後に明らかになるというケースが日本人の多くに見られることから、死を直接語らずとも、無言のうちに覚悟を定め、死の準備をすることは可能であることが窺われる。深い孤独と懊悩の中にあっても、その苦しみを抱いたまま死と対峙し得る力が、全人格の最終的な統合を可能にする。周囲の近親者も敢えて死を語らず、無言のうちに双方が来たるべき死を了解し、共有する中でそのような死の準備が遂行されることは、非言語的な随伴によっても死の受容を援助することが可能であることを示唆している。元来、日本人のコミュニケーションは、論理的、言語的であるよりも多分に情緒的、非言語的である。日本におけるスピリチュアル・ケアは、こうした日本的な心的傾向への理解に立って行われるべきであろう。

次に、日本的スピリチュアル・ケアの思想と実践体系を構築するために、「こころのケア」の指標としての「こころのQOL」をどのように規定し得るか、それをどのように実践し得るかを考えたい。

3) 日本的スピリチュアル・ケアへの展望

こころのQOL

スピリチュアルという領域の理解に関しては、日本では見解が分かれる。宗教的背景を持つターミナル・ケア従事者は、死生観、死の受容、宗教性、人生の意味の把握といった項目をもQOL評価の対象とし、これらについての苦悩を「スピリチュアル・ペイン」とみなして、それに対するケアの重要性を主張する。しかし、そもそもそのようなことについての認識のよしあしを他人は評価できず、

また患者の生き方や考え方にまで立ち入ることは医療行為を逸脱したことであるとする立場もある。その立場に立てば、QOL アセスメントの中の「状況認識に関する QOL」アセスメントは、スピリチュアルな問題への自覚のある患者に対して、患者自身がそうした事柄について考えたり、信仰を求める患者が自由に宗教的活動を行ったりすることのできる環境を整備し、それを評価するというにとどまらざるを得ない。³⁷

QOL は、身体環境の不自由さをできる限り外的に補い、「できる」ことの範囲を拡大することによって向上する。しかし、終末期とは「できる」ことが漸次不可逆的に減少し、限りなくゼロに近づく時期である。その過程のある時点で、QOL の評価基準は、「できる」という価値の追求から、「在る」という価値観、即ち、所与のこの生を肯定できるかどうかという価値観に転換せざるを得ない。自分が今ここにこの状態で「在る」ということの価値の源泉は、他者との「こころの交流」である。「こころの交流」に価値を見出し、自らの生が、関わる他者のものでもあると自覚することは、所与のこの生への受容を促し、その生の質を高める。従って「こころの QOL」を考えるとすれば、環境整備の指標としての QOL とは別に、「(こころの交流による) 生の肯定度の尺度としての QOL」という新たな QOL 概念を導入する必要がある。³⁸この理解は、欧米的スピリチュアル・ケアにおける「所与の生の受容を促す」という理念と、「そのために随伴する」という実践を既に含んでおり、スピリチュアル・ケアは、環境整備の枠組みに納まり切れない「第 2 の QOL」の向上に貢献するという性格を持つことになる。しかし、相互コミュニケーションのために随伴する人は、医療機関の中では主として身体的医療を主たる業務とする医療従事者である。こころの交流という随伴、しかも所与の生の肯定を援助するような相互コミュニケーションには専門職が必要であるというのが、臨床パストラル・ケアの普及促進を目指す立場の人々の主張であるが、³⁹聖職者であるがゆえにチャプレンを信頼し、「こころのケア」を求めるということは、カトリックにおける告解のような宗教的な習慣がないところには困難であり、聖職者よりも、情の通い合う家族や最も身近な医療者にこそ痛みを分かち合って欲しいと願うのが、特定の宗教を持たない人一般の心情であろう。この場合、「こころの QOL」は、他の環境整備の指標としての QOL 向上の取り組みと連動して向上する。

ビハーラ運動の目指すもの

以上のような事情から、スピリチュアル・ケアには、信仰の有無や個々の患者の心的傾向に応じた様々な関わりが必要であることが窺われる。宗教的ニーズに対しては、日本の宗教風土を考えればチャプレンのみならず僧侶の関与が要請されるであろうし、医療者のケア的態度の深化、ケア中心医療の一層の制度的充実も望まれる。日本の仏教界は、ビハーラ（仏教ホスピス）構想という形でターミナル・ケアに関わる姿勢を明示し、法衣姿の僧侶が病院に出入りすることへの抵抗感を払拭し、ニーズに応じて仏教的ケアが提供され得る基盤を構築するために、病院法話や種々の学習会、「仏教と医療を考える全国連絡協議会」（1989年）の設立、病院や福祉施設での法話会、ベッドサイドでの法話の実践といった活動を繰り返してきた。⁴⁰

日本人が宗教に関わる態度は、欧米人とは大きく異なる。一般に欧米人は、一神教的な伝統の信仰を受容するか、あるいは意志的に否定するか、人生のある時点で明確に態度を決定する。それに比して日本人の宗教的態度は曖昧である。寺檀制度の名残で形式的には仏教を奉じていても、日常の中で積極的に仏教あるいはその他の宗教に関与したり、また意識的にそれを否定したりする契機は一般的には殆どない。それだけに日本人は様々な宗教に対して表層的な意味では開かれている。昨今の新宗

教の流行やニューエイジ・ブーム、スピリチュアル・ブームといった現象はその表われとも言えよう。仏教は現代日本において、習俗としての、あるいは日本の心性の基盤としての漠然とした親和性に支えられて命脈を保っている。ビハーラ活動における仏教法話は、日本人の感受性に親和的な死生観と救済の体系を明瞭に提示し、宗教に無関心あるいは批判的な人に対しても、宗教的な世界観に触れ、自由な選択、判断、問いの機会を提供する「間接的スピリチュアル・ケア」の試みと位置付け得る。

今日の日本においては、公教育における宗教教育の機会は皆無であり、盆正月や節句、祭礼等、家庭や地域に伝承されてきた宗教行事も求心力を失いつつある。しかし、日本文化の基層には祖先崇拜や精霊信仰といった日本独特の心的傾向がある。それは、死を意識する時、しばしば先祖や子孫とのつながりが実感を伴う認識として顕在化することにも表われている。歴史的に日本人の心性に大きな影響を与えた仏教の縁起説は、簡略に言えば、自己存在を時間的にも空間的にも、自己以外の存在との関わりにおいて無限大の生命（真如）の一部と捉える認識論であるが、このように自己存在を他者との関連性の中に置く認識の仕方は、神なる聖霊への随順において最終的な救済が実現するという、欧米的な「個人」としての救済の思想とは認識の文脈を異にしている。しかし、日本の仏教は、縁起説を基盤としつつも、歴史的推移の中で日本的な変容を遂げている。日本人の心性を特徴づけているものは、縁起説を生命観、人生観として読み取る際の関係性への傾斜であると思われる。日本仏教は長年、祈祷や葬儀、年季供養によって一般庶民の生活と関わってきた。これらは、やがて自分が病人だ時、そして死んだ後も、近親の人々とつながり続けられる安心感として、即ち関係性の維持を保証する個別的スピリチュアル・ケアの一部として機能していたと考えられる。そうした実感に実質を与える教義や典礼が死の受容を促し得るとすれば、浄土門における念仏回向や先祖供養、密教における加持祈祷等は、仏教における「個別的スピリチュアル・ケア」として位置付けることも出来るだろう。また、これら儀礼仏教を契機として伝道や教育・福祉、思想、自己自身の解脱といった仏教本来のあり方に目覚め、自己の生き方に自覚的になる場合もあり得よう。ビハーラ活動はこうした機会を取り戻すことに貢献しようとするものと解される。日本的スピリチュアル・ケアとしてのビハーラ・ケアの課題は、法話による「間接的スピリチュアル・ケア」から「個別的スピリチュアル・ケア」への橋渡しにあるのではないかと思われる。

「安らかな死」とスピリチュアル・ケア

来世観を持たない現代人にとって、死後は大自然の生命に帰一するという理解が感覚的にも観念的にも受け入れ易いことは、近年高まっている「自然葬」への関心からも窺われる。“近親者を自然葬によって送った人々には、「墓」という日本の家制度を象徴する因習からの解放という意識の近代化と共に、死が自然との融合、自然の物質循環の輪への参入と捉えられており、そこには他界観念の希薄化が見られる。しかし一方で、死はしばしば永続的な生命の他界への移行としても表象され、その場合、他界は現世と連続あるいは隣接した世界であるかのようにイメージされている。それは日本文化の古層に遡る他界観念、あるいは墓や納骨堂を超えて地球や宇宙へと外に向かって拡散していくような他界観念であるという。“自然葬を肯定する心性の背後には、死において自然と一体化することが即ち現世と連続した世界への移行を意味し、死後も何らかの形で現世との関わりが続くという観念があることが窺われる。葬儀や献体等の死後の処置のあり方は、その生の一貫性、統合性の最終的な成就としての意味を持つ。

スピリチュアル・ケアの目的である「生の完成への援助」は、「安らかな死」がその生を「よき生」

たらしめることを前提としている。生における様々な営為を未完のままに終えなければならないのは人の常であるが、それでもなお、関係存在として生きた自らが、他者にとって何らかの意味ある存在であったことを確認し、最後まで身近な人々との「こころの交流」に自他の生の価値を実現しつつ、安心して死にゆく境涯が開かれる時、我々の心性に親しい「往生」、即ち救済が現前する。

結びに代えて

本稿では、人としての究極的な成熟とは何か、即ち「全人」として完成するとはどういうことかを、スピリチュアルという概念を手がかりとして、またケア的関わりによる「全人」の実現という視点から考えるために、医療の現状、欧米におけるスピリチュアル・ケアの理念、日本におけるホスピス・ケアの胎動と順を追って考察を進めてきた。終末期において顕在化する、存在への問いと結びついた痛みは、実は既に生の様々な局面でその萌芽を見ている原初的な宗教的心性に基づくものである。人間は、存在への問いを意識の底に潜在させながら、他者との関係の中で、その関係を生きている。その問いを自覚的に生きる力がスピリチュアリティであり、自己存在を取り巻く様々な関係性に向かって開かれた意識を持ち、その関係の中に生の価値を実現しながら生きることの中に「全人」としての成熟が実現すると考えられる。その時、ケア倫理は職業倫理であるのみならず、生の価値を規定する関係様態でもある。人間存在についての一層の理解を今後の課題として、ひとまず本稿における考察を終えたい。

- 1 「キュアからケアへ」は、1978年、旧ソ連アルマアタにおける「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」に際してWHOが掲げたスローガンである。
- 2 厚生省大臣官房厚生科学課：WHO憲章における「健康」の定義の改正案について（第14回厚生科学審議会研究企画部会議事録、1999年）参照。
- 3 WHOが示す人間像は、主にユダヤ・キリスト教の伝統に基づく。即ち、人間は身体的・心理的・社会的・スピリチュアル（霊的）な各次元から成る統合的な有機体であり、それぞれの次元は異なるニーズや痛みを持つ。そして、それらに対する適切な応答が「全人的ケア」の基本であるとされる。WHO、5、キッペス、32-35参照。
- 4 病院における末期医療の実情について、医療者と患者の意識調査を通して考察した大井玄は、日本の現代医療が克服すべき問題点を、医療技術の限界についての意識の浅薄さ、医師の医療倫理的修練の不足、患者-医師間の意思疎通の不在の3点に整理して論述している。大井、60-62参照。大井の指摘は、医療における「キュア」がそもそも「死すべき生」という枠内での生へのアプローチであり、その有効性が死すべき運命に抗し得るものではないことが従来明確に認識されてこなかったことを示唆している。
- 5 我々が日常的に医学的行為とみなす行為は、医科学的行為（疾病を対象とする病気の追求）、医療的行為（キュアとケアを両輪とする生命-心理-社会-倫理的医療モデルに則った全人的医療）、業的行為（病院経営上の合理性を追求する理財的医療）の三種に分けられ、医療はこの三者の均衡の内に進められねばならないとされる。永田・池見、25参照。しかし、この三者はしばしば互いに相反する。
- 6 WHOのプライマリー・ヘルス・ケア提言では「キュアからケアへ」というスローガンが掲げられ

ているが、より根本的には、患者を自然科学的な三人称関係で見るキュアと、より人間的な二人称関係を実現するケアの両方が、その秩序体系の相違のまま徹底的に遂行されることが目指されるべきであろう。

- 7 医師の池見酉次郎は、自らが課題とする心身一如の医学の体系付けにおいて、西田幾多郎の「相即」の原理こそが現実存在を統合的に把握する鍵であるとの認識を、産業医科大学教授本多正昭の説明を引用して以下のように提示する。「西田哲学における“絶対矛盾の自己同一”の基礎をなすのも、矛盾の相即の原理である。真の人間的な医療に置いては、相手の立場を尊重した上での交わりが本質的であって、独立と相互性、分離と結合が矛盾的に相即していなければならない。相即は、結びつかない（矛盾）ということを経験としながら両者が結合して成立している。従って、相合という事柄の中にも、必ず分離が同時に含まれていなければならない。」池見、17参照。
- 8 経済的事情からベッド数の少ない病院がホスピスになる傾向が懸念される日本の医業的事情からは、欧米ではホスピス・ケアの要とされるスピリチュアル・ケアの備えが現状より向上する見通しは少ない。臨床パストラルケア教育研修センター所長W. キッペスは、身体的、精神的、社会的なペインのコントロールは一定の水準に達しているも、スピリチュアルなペインに対するケアに考慮が払われない日本のホスピスは、ホスピスの由来から見て単に「緩和ケア病棟」と呼ぶべきであると指摘する。キッペス、370-399参照。
- 9 ラテン語 *qualitas* (=「如何に」という疑問詞の抽象名詞化) を語源とする *Quality* (質) が、「いかに在るか」への答えとなるようなものごとであり、*Life* (生命、生活、生) が、人間が生きて活動しているあり方そのものであることから、*Quality of Life* は、生きて活動している人間のあり方が「どのようであるか」を、「どのようによいか、悪いか」と問いつつ注目する際に対象となる事柄であると捉えることができる。清水 I、28参照。
- 10 清水はここで、医療のなし得る援助を患者の人生全体に対して限定的に捉える時に初めて、医療者-患者構図の中に人間としての基本的な相互関係を回復することになると言う。清水 I、27-31参照。
- 11 清水 I、33、45-52参照。
- 12 清水 I、53参照。
- 13 他者を表象する際に権力を発動させるプロモーション (啓発後援) に対し、アドボカシー (唱道弁護) は対話を通して他者表象を操作し、権力の配置を変換することである。そこからは必然的に契約、インフォームド・コンセントが帰結する。対話が成立しない場合にはパターナリズムによってこれを遂行せざるを得ない。このように、アドボカシー概念によって QOL 概念やパターナリズムの生じるメカニズムを明らかにすることができる。池田、301-303参照。
- 14 アメリカの心理学者 A. マスローは、生理的欲求 (医学が満たす)・安全の欲求 (〃)・所屬と愛情の欲求 (家族が満たす)・尊敬の欲求・自己実現の欲求の 5 段階を提示している。キッペス、66-67参照。
- 15 人間の尊厳は、人間の現実存在を支える「人格」「人権」「身体」「生命」の価値に支えられるものであり、人権は人間であること自体を根拠として万人が有すると考えられる。中山、141-144参照。
- 16 ホスピスの具体的な形態は、院内独立型 (総合病院の中にホスピスを付した型)、院外独立型 (入院によるホスピス・ケア専用の施設)、院内チーム型 (病院内に分散している患者に個々にホスピス・ケア・サービスを提供する型) の 3 タイプに大別され、またチーム型 (医師・看護師・ケースワーカー・宗教家などのチームによるケアシステム、特別な病棟や施設を持たない場合もある) と訪問看護型 (ホーム・ケア、アメリカのホスピスの大多数が行っている) に分けられる。河野・河野、260-261参照。また、昭和58年2月に札幌に開設された東札幌病院は、予防医学 (人間ドック) に始ま

- り、慢性疾患患者への治療、末期医療といった医療の全域に亘って、治療、ペイン・コントロール、精神的援助といったトータル・ケアを行い、いわば早期発見の段階からホスピスの精神で患者を見ている。このような視点に立てば、「死すべき存在である人間のケア」という意味でのホスピス・スピリットと、それに則ったホスピス・ケアは、老人ケア施設をはじめすべての病院で可能であり、またそれが医療の本来のあり方であろうと思われる。沖藤、234-236。清水Ⅰ、232-233参照。
- 17 アメリカ病院協会が1973年にまとめた「患者の権利章典」は、患者が医師と同等の立場でその人なりの適切な医療と看護を受ける権利について、患者として主張ができるということを明文化したものであり、その概略は以下の通りである。1. 医療責任の明確化 2. プライバシーの尊重 3. 真実の告知（情報の公開） 4. よく説明された上での同意 5. 患者の自律または自己決定権 6. 患者の社会的差別の克服。これは、アメリカ社会において公共的に承認されうる、医療に関わる正当な欲求の一覧とみなし得る。永田・池見、24参照。
- 18 Hospice はラテン語の *hospitium* (*hositem*) に由来する。語源的には温かいもてなし、歓待、宿所、宿屋を意味し、やがて巡礼者、旅行者、他国者、貧困者、病人たちを休ませ、歓待する家という意味で使われるようになった（オクスフォード英語辞典より）。近代的なホスピスは、19世紀半ば、アイルランドのダブリンに慈善修道会のシスター、M. アイケンヘッドを中心として、不治の病人を集め、看護と精神的な癒しを目的とする小さな家が建てられたことに始まる。沖藤、37-40参照。仏教ホスピスであるビハラの起源もまた、安住、安らかな落ち着き、寛ぎ、散歩、寺院、僧院を指すサンスクリット語であり、日本におけるビハラ運動は、生・老・病・死をさだめとする人間としての痛みを共感しつつ、仏陀の教えである「大慈悲心」を実践するための場として、人間同士としての信頼関係を築き上げ、宗教的ニーズにも応えつつ「いのち」を支える活動と定義されている（浄土真宗本願寺派刊行『ビハラノート』より）。
- 19 核家族の時代に対応したボランティア組織としては、NPO 法人ナルク（清田、334-336参照）や、実地医家のリードで地域社会で自立的セルフ・ケアを行う「いずみの会」（河野、98-102参照）の活動等が報告されている。
- 20 家族内部における様々な営みの外部化という現象は、「市場の浸透力」という概念で捉え得る。その意味では「ケア」は今日最大の成長産業であると言える。広井、148-151参照。
- 21 河野・河野、260-265参照。
- 22 ターミナル・ケアの問題は、アメリカでは1960年代に顕在化し、約10年遅れて日本に入り、1976年発足の「死の臨床研究会」等に見られるように一部の医療・看護関係者の中心に議論されるようになり、1980年代初頭に日本にもホスピスが開設された。田宮Ⅰ、222参照。
- 23 WHO の見解によれば、スピリチュアルなニーズの評価にあたっては以下の点に留意するべきである。1. スピリチュアルな側面から患者の人生について問いかけること。2. 暖かく優しく、患者自身の価値観や信念を十分に尊重しながら問いかけ、もし患者が黙っていたければその権利も尊重すること。3. （モーメントとして）宗教や神が患者にとってどんな意味があるか問いかけること。4. （同じく）希望や力の根源がどこにあるかに焦点を当てること。WHO、48-49参照。
- 24 キッペス、53-54参照。
- 25 キッペス、54-58参照。
- 26 キッペス、105-110参照。
- 27 臨床パストラルケア教育研修センターニュースレター第18号（2003年）掲載 第5回全国大会基調講演「スピリチュアルペイン（1）」（講演者 村田久行）参照。
- 28 スピリチュアルという欧米語の概念に対応する訳語を確定することは現時点では困難である。ここ

では暫定的に身体的治療以外のケア的要素を包括的に「こころのケア」と呼び、その中に、欧米的スピリチュアル・ケアに対応するケアを含むこととする。

- 29 同年4月より、厚生労働大臣の定める施設基準である20床以上のホスピス病棟でホスピス・ケアの保険診療が始まり、患者は通常の健康保険でホスピス・ケアが受けられるようになった。医療施設には同から1ベッド当たりの入院料が支払われるようになり、ホスピス病床の数は2002年12月現在で全国119箇所、合計2,233床となっている。また、2002年4月に新設された「緩和ケア診療加算」の制度により、一般病棟においても緩和ケアチームによる適切なホスピス・ケアを受けることが制度的に可能となった。井田、76-77参照。
- 30 註6参照。
- 31 キッペス、158-164参照。
- 32 E.キューブラー＝ロスによる臨死患者の心理過程の観察によると、否認・孤立、怒り、取引、抑鬱、受容の5段階のうちの最後の段階で、現世で関わり合った人々との関係を完全に離れ、一人で死んでいくことが「受容」と見られている。日本人の場合はむしろ、最後まで「共にある」ことが死の受容を促すことになると思われるのと対照的である。
- 33 淀川キリスト教病院の柏木哲夫が1973年から実践的な研究に取り組んでいる、チーム医療によるホスピス・ケアに関しては、リエゾン精神医学が一つの役割を果たす。心身医学や精神医学の専門家が他科の依頼に応じて相談に応じる従来のコンサルテーションに加えて、他科の医師・看護師・ケースワーカー等と診療面で連携し、治療者同士・治療者と患者・患者と家族の相互関係をも扱うリエゾン精神医学は、ターミナル・ケアにおける全人的ケアを実践的に援助し、臨死患者の精神・神経症状の診療にも当たることができる。さらに、主治医・看護師・ソーシャルワーカー・家族たちがチームでアプローチするOCDP(Organized Care of the Dying Patient)の結成を助け、家族のグリーフ・ワークを担当する。緩和ケア診療加算に該当する緩和ケアチームは、身体症状・精神症状の各担当医師およびホスピス・ケア経験のある看護師によって構成されることが基準となっている。
- 34 産業医科大学では昭和53年の開学以来、「生涯に亘って哲学する医師の養成」という建学の使命に沿い、総合人間学という基本教育カリキュラムとして、医学概論に全学年に跨る単位数を設定している。土屋、228参照。
- 35 インフォームド・コンセントは自律した個人間の契約関係におけるケア倫理であるが、元来自律した強靱な自我を持つことに価値を置かない日本社会においては、自律の程度の低い人に共感的に随伴しつつ、その当人が真に求めるものを共に模索し、それに応答し、その実現を支援するという形のケアが必要である場合が多い。このような介入の仕方は、パターンリズムの範疇にありつつも個人を尊重しようとする態度であるところから「よきパターンリズム」と名付け得る。中村、106-107参照。
- 36 病態が治療不可能とされても、意識が明瞭な患者に対して死を受容するよう働きかけることは容易ではない。ホスピス医も、積極的治療を望む患者に対して敢えて死の受容に向かわせようとすることは、死を美化し、生の可能性を放棄することを何らの形で強制するホスピス側の独善ではないかと感じると言う。沖藤、61参照。
- 37 清水Ⅰ、6-65参照。
- 38 清水Ⅱ、55-76参照。
- 39 キッペス、170-176参照。
- 40 田宮Ⅱ、171-177参照。
- 41 自然保護運動として出発した自然葬運動は、1991年2月に設立された「葬送の自由をすすめる会」の市民運動に支えられて短期間のうちに拡がり、一般の世論調査においても70%以上もの希望者を数

えるに至っている。田口、249、260参照。

42 田口、250-256参照。

参考文献

- 池田：池田光穂著『実践の医療人類学』、世界思想社、2001年。
- 池見：池見西次郎著『全人的医療とターミナル・ケア』、池見西次郎他編『日本のターミナル・ケア 末期医療の実践』（誠信書房、1984年）所収 P. 3-21
- 井田：井田栄一著『日本のホスピス・緩和ケアの現状』、高橋隆雄・田口宏昭編『よき死の作法』（九州大学出版会、2003年）所収 P. 63-105
- 大井：大井玄著『終末期医療』、弘文堂、1986年。
- 大原・上野：大原健士郎、上野郁子著『末期癌患者の心理学的特性について』、池見西次郎他編『日本のターミナル・ケア 末期医療の実践』（誠信書房、1984年）所収 P. 127-137
- 沖藤：沖藤典子著『平安なれ 命の終り ホスピス病棟からの報告』、新潮社、1984年。
- 河野：河野博臣著『地域医療の中でのターミナル・ケア』、池見西次郎他編『日本のターミナル・ケア 末期医療の実践』（誠信書房、1984年）所収 P. 96-105
- 河野・河野：河野友信・河野博臣著『生と死の医療』、朝倉書店、1985年。
- キッペス：W. キッペス著『スピリチュアルケア 病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』、サンパウロ、1999年。
- キューブラー＝ロス：エリザベート・キューブラー＝ロス著 鈴木晶訳『死ぬ瞬間』、読売新聞社、1998年。
- 清田：清田武俊著『高齢者在宅医療の課題』、二塚信・嵯峨忠編『高齢社会 どう変わる、どう生きる』（九州大学出版会、2003年）所収 P. 323-340
- 清水Ⅰ：清水哲郎著『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年。
- 清水Ⅱ：清水哲郎著『医療現場に臨む哲学Ⅱ ことばに与る私たち』、勁草書房、2000年。
- 田口：田口宏昭著『自然葬と現代』、高橋隆雄・田口宏昭編『よき死の作法』（九州大学出版会、2003年）所収 P. 243-282
- 田宮Ⅰ：田宮仁著『仏教ターミナル・ケアへの歩み 仏教ターミナル・ケアの方法論』、水谷幸正編『仏教とターミナル・ケア』（法蔵館、1996年）所収 P. 220-239
- 田宮Ⅱ：田宮仁著『ビハラー構想・昭和63年11月』、『仏教』No. 6（法蔵館、1989年）所収 P. 171-177
- 上屋：土屋健三郎監修『医療のための人間学』、地湧社、1984年。
- 中村：中村直美著『ケア、正義、自律とパターナリズム』、中山将・高橋隆雄編『ケア論の射程』（九州大学出版会、2001年）所収 P. 89-116
- 中山：中山将著『人間の尊厳について』、高橋隆雄編『ヒトの生命と人間の尊厳』（九州大学出版会、2002年）所収 P. 133-166
- 永田・池見：永田勝太郎・池見西次郎著『バイオエシックスとターミナル・ケア』、池見西次郎他編『日本のターミナル・ケア 末期医療の実践』（誠信書房、1984年）所収 P. 22-35
- 広井：広井良典著『ケアを問いなおす』、ちくま新書、1997年。
- WHO：WHO 編 武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために—』、金原出版株式会社、1993年。

参考文献

- 医学哲学 医学倫理第21号 日本医学哲学・倫理学会、2003年。
 伊藤整著『近代日本人の発想の諸形式』、岩波文庫、1981年。
 窪寺俊之著『スピリチュアルケア入門』、三輪書店、2000年。
 鈴木大拙著『日本の靈性』、岩波文庫、1972年。
 山折哲雄著『仏教信仰の原点』、講談社学術文庫、1986年。
 鷺田清一著『「聴く」ことの手-臨床哲学試論』、TBSブリタニカ、1999年。
 Milton Mayeroff: On Caring. Harper and Row, 1971.
 (田村実、向野寛之訳『ケアの本質』、ゆみる出版、2000年)
 Nel Noddings: Caring. U. of California, 1984.
 (立山善康他訳『ケアリング』、晃洋書房、1997年)
 W.T.Reich (ed.) : Encyclopedia of Bioethics, 2nd ed, Simon and Schuster Macmillan, 1995.

Dimension der ganzheitlichen Pflege – vom Aspekt der “Seelsorge”

YOSHIDA Rika

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, in welcher Form es möglich ist, westliche Ansätze auf die japanische Situation zu beziehen. In Europa, Amerika und noch einigen anderen Ländern wird nach ursprünglich jüdisch-christlicher Denkweise Seelsorge als notwendig betrachtet in der ganzheitlichen Pflege der ärztlichen Behandlung. Christlich lässt sich Geist fassen als das, worüber der Mensch als Ganzes verfügt. Die Frage nach dem Sein und dem Tod und die damit eng verbundenen Gefühle beruhen auf der religiösen Sinn. Diese Gefühle kommen schon vor dem Tod in ähnlicher Form in entsprechenden Situationen zum Vorschein. Im menschlichen Leben gibt es zwei Konstanten: (1) Die Frage nach dem Sein und dem Tod beschäftigt einen immer, bewusst oder unbewusst; (2) Der Mensch lebt in Beziehung zu seiner Umwelt. Um über die Frage nach dem Sein und dem Tod überhaupt nachdenken zu können, braucht es Kraft, und zwar geistige Kraft. Wenn der Mensch sich seiner Bestimmung bewusst ist und sie annimmt, dann kann er bewusst leben. Durch das Denken kann der Mensch schließlich entscheiden, welche Werte wichtig sind und in seinen verschiedenen Beziehungen verwirklichen. Insofern ist Pflege nicht nur eine Frage der beruflichen Ethik, sondern eine Modalität, dadurch die eigenen Werte bestimmt wird.