

魂の癒しといのちの根源性

スピリチュアルケア研究会
の歩みを通して

坂井祐円
SAKAI Yūen

はじめに

スピリチュアルケア研究会（以下、研究会と略称）は、2005年の春に筆者が発起人となって発足した。文字通り、スピリチュアルケアについて考えるための研究会であるが、大学の研究者だけでなく、広く一般の市民とともに考えていくことを一つの特色として盛り込んだ研究会である。筆者が、南山宗教文化研究所の非常勤研究員であることから、南山大学のご協力を得て、施設をお借りして主な活動を進めてきた。今回は、これまでの活動を振り返り、この研究会の成果と意義についての考察をまとめる機会とし、今後の展開に活かしていきたいと思う。

研究会の問題意識と課題

研究会発足の動機は、発起人である筆者の個人的な関心に拠るところが大きい。筆者は、もともと仏教思想を研究対象としてきたが、仏教を含むそうした伝統宗教の思想が現代社会にとってどれほどの意味があり得るのか、常々疑問に思っていた。現代日本の宗教風土は、文化的に見れば、冠婚葬祭や季節行事などにおいて宗教の伝統に多分に依存しているにもかかわらず、自身の生き方や精神的な支えを考える上では、宗教がほとんど問われてこない状況にある。それゆえ、現代の日本には、宗教的なものの見方が快く迎えられる素地があまりに稀薄であるように感じられるのだ。このような疑問に対して具体的な回答を得たいという思いから、スピリチュアルケア研究会の活動を始めるに至ったのである。

そこでまず、ならばどうしてスピリチュアルケアなのか、ということの説明が必要があるだろう。スピリチュアルケアは、

現代ホスピス運動の展開の中で見出されたケアのあり方である。もともとの考え方はキリスト教の実践の一つである Seelsorge (魂の癒し) を背景にもつ。すなわち、信者の日常の悩みや問題の解決をより深い次元から、魂の救いとして導くための聖職者の関わりである (平山他 2002)。一方、ホスピスはもともと巡礼者が宿泊のために休息する小さな教会を指していたが、やがて身寄りのない人々の人生の最期を看取る施設へと転じていき、20 世紀半ばに近代医療施設である病院の中に終末期患者が安らかな最期を迎えるための病棟を設置してこれをホスピスと呼んだことから、現代ホスピス運動が展開していく。19 世紀以来の科学的実証主義に基づく近代医療が治療モデルをベースに死の克服を目指して患者に「延命治療」を施してきたのに対して、ホスピスでは、痛みをコントロールする緩和ケアをベースに、死の克服ではなく患者の生命の質 (QOL) を高めることに重点を置く「尊厳医療」という新たな医療理念が導入されたのである (柏木・藤腹 1995)。このようなホスピスにおける死の看取りの場面では、患者の側から宗教的な問い (死後の生命や罪悪の問題など) が顕著となり深刻化することがある。こうした問いに応えるために、キリスト教伝統に裏づけされた Seelsorge が要請されてくることになった。そして、このドイツ語を英語に置き換えた言葉が、まさしく spiritual care なのだ。従って、スピリチュアルケアとは、キリスト教伝統に端を発するとはいえ、現代における宗教の社会実践のあり様を象徴的に示している言葉であると言えるのである。

ところで、日本の医療現場では、欧米のホスピスを導入すると同時にスピリチュアルケアの考え方も入ってくるわけであるが、

欧米の理解とは異なった形で、この概念を容認することになる。それは日本の宗教風土を考えれば仕方がないとも思えるのだが、スピリチュアルケアの考え方の中から、宗教的な要素をそっくりそのまま抜き去ったものへと変容していくのである。

スピリチュアルケアは、スピリチュアルとケアの合成語である。医療現場の感覚からすれば、ケアという語は日常的に頻繁に使われるが、スピリチュアルは馴染みのない言葉である。ケアには、身体的ケア、心理的ケア、社会的ケアという区分があるが、スピリチュアルケアはこれら 3 つのケアとは明らかに次元が異なっている。導入の初期の段階では、これを宗教的ケアとか霊的ケアなどと訳して、宗教家が専門的に行うケアなどと考えるような方向も打ち出されたが、やがて、スピリチュアルケアを全人的ケア (ヒューマンケア) として理解し、何らかの宗教にコミットしているかどうかを問わず、言わば担い手が誰であってもできるようなケアへと変わっていくことになる (神谷 1997)。

このような動きの中で、スピリチュアルという言葉や、なるべく日常的な感覚に戻して理解していこうとする考え方も生まれてくる。例えば、自分の大切なものに気づくこと、感謝することを、スピリチュアルな目覚めであるとする考え方がある。自分の大切なものとは、家族であったり、社会的功績であったり、作品であったりする。そして、この場合のスピリチュアルケアとは、相手の抱く大切なものにうまくコミットできるように、援助者が環境を整えていくことだと解釈されるのである (伊田 2004)。

とはいえ、終末期医療の現場では、やはり日常感覚ではうまく答えられないような

悲痛な訴えを投げかけてくる患者に、少なからず出会う。こうした緊張を伴った訴えは、スピリチュアルペインという用語で定式化されている。スピリチュアルペインとは、自己の存在価値や実存的根拠についての苦しみであり、身体的な痛みや心理的な痛み還元されない独特の痛みであるとされている (Saunders 1989)。ここで、スピリチュアルペインが特殊化された理由は、この苦しみが現世的な出来事や理性的な思考の範疇を超えた問題に及んでいるためであり、それゆえに霊的な次元として位置づけられるのである。

けれども、日本の医療現場では、スピリチュアルペインもまた、日常的・感覚的な次元に引き戻される。例えば、現場でしばしば取り上げられる村田理論 (村田 1998) では、スピリチュアルペインを、人間存在を規定する時間的・関係的・自律的の3つの要素のいずれかが喪失することに耐えられない状態のことであると捉えている。3つの要素とは、人生の時間軸がある時点で結末を迎えてしまうこと (時間的喪失)、これまで築いてきた人間関係に別れを告げなければならないこと (関係的喪失)、自分の意思のもとで日常生活ができなくなること (自律的喪失) を指す。そして、この3つの喪失のうち、いずれかを埋め合わせるはたらきかけを援助者が行うこと = スピリチュアルケアによって、他の喪失を補完することができ、スピリチュアルペインは解消すると考えるのである。(ちなみに近年では、村田理論に追随する形で、スピリチュアルペインを「つながりの喪失」として捉え、人間同士のコミュニケーションを深めることでつながりを回復させ、スピリチュアルペインを解消していくとする考え方もまとめられている (谷田 2008)。) こうしたスピリ

チュアルケアの理解では、スピリチュアルペインにいかに対処するか、という技法的な発想が優先される。しかも、その対処方法は、傾聴・受容・共感などといった、ロジャーズ派カウンセリングの技法を踏襲することを基礎としており、スピリチュアルペインを心理的な問題に還元していくことが、ケアの方向性として示されるのである。

このように、日本の医療現場では、スピリチュアルケアを、宗教的な問題から半ば意図的に距離を置いて理解していこうとする傾向が強い。ここに日本的受け容れの典型を見ることができるとしても、危惧されるのは、やはりスピリチュアルケアの思想的基盤の脆弱さである。基本的に、ヒューマンケア (福祉サービス) や心理カウンセリングと区別がないのであれば、あえてスピリチュアルケアという独自の領域があるかのような体裁を施す必要はないし、いずれは限界が生じるであろう。そして、何よりも現代の死の看取りであるはずのスピリチュアルケアが、日本人の精神文化の底流にある神道や仏教などの伝統宗教との通路をもたないとすれば、終末期患者の中にこうした宗教的問題が顕在化したとしても、スピリチュアルケアの援助者は関わりの方途を見出せず、この問題に対して判断停止を余儀なくされるか、ケア自体を放棄せざるを得ないであろう。

従って、スピリチュアルケアを考える上での重要な課題は、このケアが潜在的に有している独特の意義を明瞭化し、それを日本の精神文化に位置づけつつ、思想的に高めていくことではないかと思われる。そのためには、スピリチュアルケアの基本となるスピリチュアリティの概念についての徹底した洞察が要求されるのではないだろうか。加えて、スピリチュアルケアが、スピ

リチュアリティに基づくケアであると位置づけるならば、このケアが領域を限定したものでないことは明らかであろう。終末期医療のもとで発展したとはいえ、本質的には、生老病死の様々な局面において、スピリチュアルケアは成立すると考えられる。その意味で、スピリチュアルケアの多様な広がり可能性を追求することも重要な課題である。

スピリチュアルケア研究会が指標としてきた問題意識は、およそ以上のようなものである。この問題意識を軸として据えつつ、具体的な活動内容について次に見ていくことにしよう。

活動内容の概要

ここでは、研究会発足以来、4年間（2005～2008）の活動内容について述べたいと思う。研究会には、終末期医療に実際に携わっている看護師やケアワーカー、ボランティアなどに加えて、臨床心理士や産業カウンセラー、そして、キリスト教の牧師やシスター、仏教の僧侶、スピリチュアリティに関心をもつ研究者など多彩な顔ぶれが参加し、研究会を盛り上げてきた。活動の柱になるのは、公開講座と研究例会である。公開講座では、外部から講師をお呼びして、スピリチュアルケアの理念や実践についての講演会と座談会を行い、研究例会では、会員を中心に、テーマに添ったグループ・ディスカッションを行った。〈付録〉にある活動記録を参照していただければおわかりになるかと思うが、だいたい月に一回程度のペースで会合を開いていたことになる。公開講座ではおよそ25人前後、研究例会では10人前後の参加者が参加し、小規模ながらも毎回実りのある充実した内容であった。理念面での考察だけでなく、具体的な臨床

事例を検討していきたいとする要望も多く、研究例会ではそうした実践面での報告も重視してきた。

公開講座や研究例会において取り挙げたテーマを分類すると、①スピリチュアルケアの本質について考えるもの、②宗教とケアとの関わりについて考えるもの、③スピリチュアルケアの領域の広がりを提示するもの、といった3つくらいに分けられる。そこで、この分類をもとに、いくつかの公開講座の内容を紹介し、そこで提出された問題点や課題などについて考察していくことにしよう。

スピリチュアルケアの本質

窪寺俊之氏（関西学院大学教授）の場合

窪寺氏は、日本のホスピス導入に先駆的な役割を果たした淀川キリスト教病院（大阪市東淀川区）において、チャプレンを長く勤めた経験をもつ。スピリチュアルケアについては、神学の立場から理論的な枠組みを提唱している。研究会の講師として最初にお呼びしたこともあり、研究会がスピリチュアルケアを考える上での一つの指標ともなった。

座談会の形式をとり、最初に窪寺氏より「スピリチュアリティの本質」というテーマで問題提起をしてもらい、その後、研究会の会員とディスカッションを行った。窪寺氏は、スピリチュアリティの覚醒は超越的他者や究極的自己へと向かうとして、人間存在を超越との関係から見直す必要があることを強調していた。これを受けて、参加者の中から、「宗教的ケアとスピリチュアルケアの区別は何なのか」という質問が出された。さらに「心理的ケアとスピリチュアルケアの区別は何なのか」という質問に

も及んだ。

実は、窪寺氏の考え方の特徴の一つは、スピリチュアルペインを宗教的ペインおよび心理的ペインから区別し、これによってスピリチュアルケアの特質を浮き彫りにしようとする点にある。今、窪寺氏の著作（窪寺 2004）に基づいて、この区別を考えれば次のようになる。

心理的ペイン

人間関係を中心にした苦痛。人間関係における葛藤、軋轢、嫉妬、自信喪失などによる不安、苛立ち、焦りなどの症状をさす。カウンセラーや精神科医の援助を必要とする。

宗教的ペイン

特定の宗教を信じている信者の苦痛。その宗教の教義を前提とする葛藤や疑問などを指す。特定の宗教家の援助を必要とする。

スピリチュアルペイン

人生の意味、苦痛の意味、死後の生命、罪責感などを問題とし、宗教に入信するわけでも、精神科医の投薬によって解消するのでもなく、自分自身で解決の道を探しだすものである。

この区別に基づいて、窪寺氏は、参加者の質問に対する返答を行っていたが、いくつかの疑問点が出された。これらをまとめると、おおよそ次のようである。

心理的ケアが、日常の人間関係などの苦痛に基づくとしても、ケアを継続することで、スピリチュアルペインの問題に深まることもあるのではないか。そのときは心理的ケアではなくスピリチュアルケアに変わるのか。また、心理的ケアの場面でも、宗教的問題は扱われる。そのときは宗教的ケアに変わるのか。さらに、患者から宗教問題が出されたときになって宗教家の援助が

必要であるという捉え方は短絡すぎるのではないか。患者が宗教へ疑問をもつ背後には、スピリチュアルな問題が隠れているのではなからうか。このように見ると、心理的ケア、宗教的ケア、スピリチュアルケアというように区別することは、果たして適切なのだろうか。

窪寺氏との座談会では、これらの疑問点に対する解消がなされないままに幕を閉じた。そもそも窪寺氏の考え方の前提となっているペインの区別の仕方は、臨床の現場に即した類型という意味ではわかりやすいが、スピリチュアリティを構造的に理解する上では、問題があると言えるだろう。また、〈ペインに対応するのがケアである〉という静態的な関係図式にも、考察の余地があるように思われる。〈ペインからの回復というプロセスがケアである〉と動的に考えるならば、ケアの一区区分としてではなく、ケアの深まりとしてのスピリチュアルケアという特質が見えてくるのではなからうか。

小松奈美子氏（東日本国際大学教授）の場合

小松氏は、自分の息子の入院をきっかけに、患者への配慮に欠けしかも患者の意思をほとんど尊重することのない日本の医療現場の現状を知って強いショックを受け、この経験から看護教育の問題、ひいては生命倫理の問題に関心をもち、現代医療に対して様々な問題提起を投げかけている研究者である。終末期医療についてはとくに関心が高く、そのケアのあり方について、東洋の死生観や代替医療などに基づいた方向性を模索している（小松 1999）。

小松氏のスピリチュアルケアに対する考え方は、日本生命倫理学会第 17 回大会（2005 年）において発表した資料によって表明さ

れ、また近年、公的な論文としてもまとめられている（小松 2007）。研究会では、学会での発表資料に述べられていた発想に大いに啓発を受けたため、公開講座の講師として呼び出した次第である。

講演の中でとくに印象的だったのは、援助者が患者のスピリチュアリティにどこまで鋭敏になれるのかを指摘した点である。つまり、患者がスピリチュアルな問いを投げかけているにもかかわらず、援助者のほうでこれに全く気づかなければ、そこにはスピリチュアルケアは成立しないというのである。

ここで小松氏は一つの報告を取りあげる。それは、これまでの人生で素晴らしい社会的功績を残した終末期患者が、ふともらした「今までの人生に何の価値もなかった」という言葉に、医療スタッフは動揺し、その患者に自身の社会的功績を再び思い出させるようなはたらきかけを促すことで、その患者のスピリチュアルペインを克服することができた、という報告である。医療スタッフの側ではこれぞまさにスピリチュアルケアの成功例だと主張したのであるが、小松氏はこの報告に対して痛烈な批判をするのである。

小松氏によれば、医療スタッフの問題性は、日常的な感覚によってのみ患者のペインを解釈しようとする姿勢にあるという。この患者の苦しみの底から発せられたスピリチュアルな叫びは、これまで築いてきた社会的功績を忘れてしまったがために起きたわけではない。しかしながら、医療スタッフは、スピリチュアリティに対する感覚が開かれていないために、日常性の範疇でこの問いを理解してしまっている。スピリチュアリティに鋭敏な援助者であれば、この患者の苦しみが生命存在の深いまどろみ

から生じていることを汲み取って、受容的に共鳴しつつ、この患者のスピリチュアルな目覚めがゆっくりと醸成するのを待つことができたのではなかろうか。このように、小松氏の考えるスピリチュアルケアとは、患者のスピリチュアリティをきちんと受け止めることができるのか、という援助者の心構えを問題にする点に特徴がある。

講演のあとの座談会では、援助者が患者のスピリチュアリティについて鋭敏になるためには、意識して宗教について学んだほうがよいのか、または、特定の宗教への信仰をもったほうがよいのか、といった質問が出された。これに対して小松氏は、自身の信仰について告白しつつも、宗教の良き信者にはなかなかなれるものではないと述べたうえで、援助者のスピリチュアリティは、個人の問題も大きい、医療システムの問題でもある、という指摘をされていた。そして、看護教育の重要性はこうした発想に由来することも付け加えていた。

スピリチュアルケアを考えるうえで、援助者が患者のスピリチュアルな感覚に開かれているかどうかを問題にした点は、優れた着眼点であったと言えよう。しかし、小松氏の考察では、スピリチュアリティに鋭敏であるとはどういうことなのか、そこにはどのような精神構造が潜んでいるのか、などといった問題については触れられていない。また、援助者がスピリチュアリティに開かれると結果的に患者はどうなるのか、ということも課題として残されている。これらの問題は、人間存在の根幹にかかわることでもあり、ここが明らかになることで、スピリチュアルケアの独自性も見えてくるように思う。

西平直氏（東京大学准教授）の場合

西平氏は、教育人間学という立場から、アイデンティティ、ライフサイクル、スピリチュアリティといった、人間存在の根幹にかかわる課題に対して、鋭い洞察を投げかけている（西平 2005a）。その中でも、スピリチュアリティとスピリチュアルペインの関係についての考察では、東洋思想の根底にある「無」の思想のメタファーを用いて、実体がなく風のような無のはたらきが固まることで、我執となりスピリチュアルペインを引き起こすが、ここから再び無のはたらきの通気性をよくすることによって、スピリチュアリティが顕現し真に自己実現した状態になる、とするダイナミズム論を展開している（西平 2005b）。

研究会にお呼びした際に西平氏が提起されたテーマは、「スピリチュアルケアは回復を目指すのか」という問いかけであった。西平氏はまず、ユングの深層心理学を踏まえつつ、スピリチュアルケアには、心理的自我（エゴ）の回復をはかることと、もう一つ、エゴの機能を弱めて無意識の中心であるセルフへの移行を助けること、という二つの矛盾した課題を背負っているのではないかと問題提起する。確かに、現場において実際に患者と関わる中で、生きる意味が見いだせず自信を失い彷徨している姿をみると、援助者の側の人情としては、患者が生きる意味を回復し自分らしさを取り戻すことができればと願うものである。そして、そのような積極性やエネルギーな方向こそ、スピリチュアルケアの目指すべき課題であると考えてしまう（これは小松氏の場合でも指摘されていた問題である）。けれども、一方で、エゴの機能が弱まりセルフへと移行することで、むしろ別の世界が開かれてくる可能性もある。それは

すなわち、「受け入れる」「明け渡す」「まかせせる」「生かされている」などといった、ものの見方の転換である。西平氏は、こうしたものの見方の転換という状況もまた、回復もしくは取り戻しと呼べるのではないかと指摘する。ここで、この二つの方向性の矛盾を、どちらか一方を切り捨て、他方を採択するといった方法をとらない点に、西平氏の考え方の特徴があると言えよう。いわば、矛盾を含みつつこれを抱えたままにケアを展開させることこそ、スピリチュアルケアのもつ独自の意義であると言うのである。

西平氏は、この問題をさらに、ユング心理学の「個性化」の考え方に即して読み直していく。ユングは、治療の二重性として、一方では患者の症状を解決し（エゴ機能を回復させ）、他方では人格の成長を促す（エゴからセルフへの移行を助ける）という二つの機能があることを提起している。この二重性の展開をゆっくりと継続していくと、やがてエゴとセルフの適切な水路づけが起こっていく。言わば、「セルフに開かれたエゴ」という統合的なあり方へと収斂していく。これがユングの考える個性化であり、スピリチュアルケアとは、結果的に、個性化のプロセスに深く関わるものであるというのである。

さらに、西平氏は、スピリチュアルケアに関わる援助者の特殊性についても触れる。それは、スピリチュアルケアの場面では、援助者の全人格がケアの中に巻き込まれていくために、無意識のエネルギーに曝されつづけ、これによって援助者自身のエゴ機能も弱めさせられてしまう、ということである。しかしそれは、むしろ援助者にとってもまた人格変容がなされる機会ともなりうるとも言える。従って、スピリチュアル

ケアが成立するときには、患者だけでなく援助者もまた個性化のプロセスを生きることになるのである。

西平氏の考察は、ユング心理学に依拠しているとはいえ、スピリチュアルケアの本質についての見取り図を見事に示し得ていると思う。ただし、この場合、スピリチュアルケアとユング派の心理療法との区別がつかないのではないのか、という批判も予想されよう。しかし、ケアが深まった段階において、自己中心性が解体して、エゴを超えた何かにゆだねていく、というプロセスに開かれるのであれば、そのような状況をどのように名付けようとも、さしたる問題ではないようにも思われるのである。

宗教とケアとの関わり

讓西賢氏（岐阜聖徳学園大学教授）の場合

讓氏は、浄土真宗の僧侶として仏事に関わり、また臨床心理士として大学の相談室でカウンセリング活動に従事する、という二つの立場を生きている。そして、浄土真宗の人間観に立ったカウンセリング理論を打ち立て、この二つの立場を統合しようとしている。讓氏の考え方は、西光義敏が提唱した真宗カウンセリングの体系（西光1988）に即しており、これを継承するものであると言える。真宗カウンセリングは、ロジャーズ派の来談者中心療法から出発しつつも、カウンセリングと仏教の目指すものの相違点を見据えて、人間を超えて人間をつつむ「法」（ダルマ）中心のアプローチを基軸としている点に特徴がある。讓氏の場合は、これを踏まえたくうえで、ロジャーズの自己理論を取り上げ、これを浄土真宗の人間観と照らして考察し、さらには真宗の教えにある二種深信の問題に結びつけて展開している（讓2005）。

讓氏は、研究会の講演においても、浄土真宗の人間観をわかりやすく説明するとともに、ロジャーズのカウンセリング理論と比較しつつ、真宗の教えが現代社会の中でどう生きるのかを考えようとしていた。

まず浄土真宗の人間観を、「よろずの煩惱に縛られたるわれら」「善悪生死のわれら」「いかなるふるまいもすべきわれら」として押さえる。そして、これらの有様を、讓氏は「ハッピーエンド症候群」という造語によって表現する。自分の思い通りになれば幸福で、そうでなければ不幸だと考える身勝手に自己中心的な存在のことである。

ハッピーエンド症候群は、自分の期待や思いに合致するように身の事実をコントロールすることで幸福が得られるのだ、と錯覚することから起こるといふ。そのため、思い通りにならない身の事実と直面したとき、人間は苦悩する。しかし、皮肉にも、苦悩することを通して、ようやく人間は、自分の都合によってはかってきた幸福の尺度を再検討することにもなるのである。それゆえ、苦悩は、人間が自己洞察を深め、自己成長へと促されていくために不可欠の要素である。

カウンセリングとは、苦悩を解消するための支援ではなく、苦悩から生じる自己洞察を深めるための支援でなければならない。そこで、ロジャーズのカウンセリング理論を見ると、まず、自身がイメージする自己概念と自身の経験とが合致しないときに、人間は不適応な状態となって苦悩するといふ。ここでロジャーズは、人間にはこの不適応状態を解消して自己概念と自身の経験とを一致させようとする能力を自らの内面に備えているとして、これを自己治癒力と呼んでいる。従って、不適応を起こしてカウンセリングに来談したクライアントに対

しては、カウンセラーは指示的にはたらしめかけるのではなく、クライアントを無条件に受容し、共感的に傾聴するという態度を徹底するのであり、これによって、クライアントの自己治癒力が引き出され、自己洞察が深まって、心理的適応状態になっていくというのである。

一方、浄土真宗では、対照的に、人間は苦悩を起こして自己を反省的に眺めたとしても再び自己の思いに固執し、身勝手な解決を求めて彷徨っていくような罪業性を背負っていると見る人間観である。そして、そのような人間を憐れんで、如来のほうから本願を立て、人間をありのままに摂取して救済されようとする、というのが浄土真宗の教えである。

ロジャーズは、人間の内なる自己治癒力に全幅の信頼を寄せ、自己の不適応状態を脱することができることを説明するが、浄土真宗の人間観からすれば、この考え方に疑義を投げかけざるを得ないであろう。どこまでも自身の思いから逃れられない凡夫性に気づかされ（機の深信）、その凡夫たる人間の思いを超えて、如来のほうから人間へと救いの力がはたらいていると実感する（法の深信）。この確信を真宗の教義では「二種深信」と呼んでいるが、この二種深信に目覚めたカウンセラーがカウンセリング場面に立つとき、クライアントの苦悩を通して自己洞察を促し自己一致した生き方ができるように方向づけるのは、カウンセラーでもクライアントでもなく、他ならぬ阿弥陀如来の本願力のはたらきであると意識することになる。けれども、浄土真宗の教えに肯くことができない者からすれば、この一連の流れは、クライアントの自己治癒力として解釈されることになるのである。

譲氏のカウンセリングの考え方は、まさ

しく浄土真宗の信仰の立場からの提言であったと言えるだろう。医療現場におけるケアの基盤ともなっているロジャーズ派のカウンセリング理論を、浄土真宗の思想に絡めて鮮やかに変質させていく説明には驚かされた。ヒューマニズムに基づくケアと信仰に立脚したケアとが質的に大きく異なることを、この講演を通してはっきりと確認できたように思う。

山下秀智氏（静岡大学教授）の場合

山下氏は、宗教哲学者で、キェルケゴールや親鸞の思想を中心に研究している（山下 2000）。山下氏が所属する静岡大学人文学部では、2002年より「ケアの人間学」合同研究会を立ち上げ、ケアの問題を思想的に研究しようとする試みを行っている。山下氏も、宗教哲学の立場からケアについての発言をおこなっており、「宗教とケア」「宗教的ケアのゆくえ」といった論文をまとめている（山下 2005）。研究会に山下氏をお呼びしたのは、伝統的な宗教思想が現代のケアの問題にどのように関わるのかを考えてみたいという意図からである。

講演の中で、山下氏はまず、現代の日本社会において「本来の宗教」が顧みられる機会があまりに少ない現状にあることを確認し、そのことを意識しつつ宗教の立場からケアの問題を語るという覚悟が必要であること、そしてそれゆえに、宗教的ケアの本質を語ったとしても理解されることは難しいだろうと述べる。

そこで、山下氏のいう「本来の宗教」とは何かと云えば、それはヤスパースのいう枢軸時代に形成された世界宗教に由来し、その根本思想は、個体の命は個体を超えた超越的な次元にその根源をもつ、とするものである。つまり、宗教とは、大いなる根

源的生命がひとつひとつの個体を貫いているからこそ個体は生きることができる（生かされている）と考えるのであり、この根源的生命を「神」や「仏」の名で呼んで、すべての個体を生かす大いなる生命への覚醒を教えてきたのである。

山下氏は、この宗教の本質を、原始仏典が説く「縁起」の思想や、新約聖書に説かれる「生命の意義」についての記述、キェルケゴールの『死に至る病』で考察される「関係」の概念について見ることで、解き明かしていく。さらに、こうした個体を貫く根源的生命を感じないままに生きるとすれば、それは真に生きているのではなく、「絶望的無知」（キェルケゴール）を彷徨する、死んでいるに等しいあり方であるという。

以上のように宗教の本質を押さえたいうえで、最後に浄土真宗の風土から生まれた妙好人の浅原才市の例を挙げて、宗教の本質に根ざした信仰の構造を見ていく。その特徴は、煩惱や苦悩が除去されることで信仰が成就するのではなく、煩惱や苦悩が転じることで信仰が現成するというものである。これは才市の次のような詩がよく表している。「こりゃあみだ／たすけたいならたすけさそう／ほんのうはやらんぞ／ほうをよるこぶたね」

才市の「煩惱こそが法を喜ぶ種」という言葉は、まさしく宗教的ケアの核心を突いたものである。というのは、根源的生命の自覚が他者へのケアという形をとるとき、そこでは、苦悩とともに生きるケア、苦悩の只中において実現するケアが成立するからである。

山下氏の講演では、宗教の本質が実にわかりやすく明瞭に解説されていた。ここで提示された問題は、まさにスピリチュアリティ（＝霊性）を意図していたのだろうと

思う。座談会では、信仰と生活が結実したときには、その姿がケアそのものとしてわれわれに自覚を呼び起こす、ということに触れられていた。宗教的ケアとは、ケアをしている／ケアをされている、といった意識が起こる以前の根源的なはたらきに根ざしているのだと気づかされた。ケアの奥深さを考えさせられる内容であったと思う。

スピリチュアルケアの広がり可能性

スピリチュアルケアは、その本質に立ち還るならば、終末期医療の領域に限定されるものではなく、生老病死の様々な局面において問題になってこなければならない。また、スピリチュアルケアという言葉を用いなくとも、問題意識を共有するケアの考え方や、類似の思想構造をもっているケアがあるはずである。そこで、研究会では、こうした認識に立って、スピリチュアルケアの広がり可能性を模索するために、様々な領域で実践されている方々を講師として呼び出した。以下に、講演内容の概略とコメントを述べる。

ビハーラ運動の理念—田代俊孝氏（同朋大学大学院教授）

欧米のキリスト教からホスピス運動が立ち上がったことに呼応して、日本の仏教界では、ビハーラ運動が提唱された。ビハーラとは、サンスクリット語で休息の場を意味する。田代氏は、ビハーラ運動の先駆者の一人として、「死そして生を考える研究会」を組織して、仏教的な死の看取りの理念や、デス・エデュケーション（死の教育）の問題を究明してこられた（田代 2004）。講演では、ガン告知を契機にいのちの根源に目覚めた市井の人々を紹介し、これを仏教の教義と照らし合わせつつ、その現代的意義

について語られていた。ビハーラの理念は、人間の最期を単に心安らかであるように見守っていくという消極的な死の受容を超えて、人間が自覚的な存在であることに着目し、その自覚を積極的に促していくことを念頭に置かなくてはならないと考える点で、ホスピスと一線を画す面がある。ただし、そうした理念をどのように実現していくかは、大きな課題であるように思われた。

夢分析と超越性—渡辺雄三氏（ユング派分析家）

渡辺氏は、夢分析を専門としてきた心理臨床家である（渡辺 2002）。講演では、夢分析と超越の関係について、事例を紹介しつつ説明されていた。フロイトが発見した無意識の深層世界は、「私の中の私ならざる私」である。これを超越と呼んでよければ、無意識のメッセージとしての夢は超越性に満ちている。しかし、夢を扱うときには、占いのような一方的な判断を下す材料と見なすのではなく、クライアントの現実状況を考慮しつつ丁寧に話し合いながら慎重に扱わなければならないと警告する。また、スピリチュアリティについては危険性を考慮すべきことを強調されていた。スピリチュアリティが無意識に関わる問題である限り、これに巻き込まれ、狂気にも変貌しうることを覚悟しなくてはならない。さらに、悪魔的なものを無視したスピリチュアリティは空虚な理想にすぎない、と辛口の批判をされていたのも印象的であった。

ナラティブ・アプローチ—岸本寛史氏（京都大学附属病院准教授）

岸本氏は、終末期医療の現場に心理療法の知見を導入している医師である。ユング心理学から出発しながらも、近年では

ナラティブ・アプローチを基軸にして、ターミナルケアのあり方を考えている（岸本 2004）。ナラティブ・アプローチは、ナラティブ・セラピーのような物語の書き換えを指標に置く治療モデルではなく、患者の語りについての現象学的記述を重視する静態的な関わりを企図している。そのため、患者が語り出すのを待つ姿勢が問われてくるとも言える。岸本氏は、ある終末期患者の事例を丁寧に紹介し、あくまでも現象の記述に忠実であろうとしていた。患者の語りに対して、援助者の主観的な意味づけは求められない。徹底して語りに忠実であろうとしたとき、意味自体は人間の思惑を超えてすでに横たわっているのだろうか。ここには、医療現場に流布するスピリチュアルケアの考え方を根底から切り崩すリアリズムがあるようにも感じられた。

グリーフケア—宮林幸江氏（宮城大学看護学部教授）

グリーフケアは、悲嘆を癒すためのケアである。ターミナルケアが自己の死を扱うのに対して、こちらは他者の死を扱うものである。人間が社会的存在である限り、自身にとって意味のある重要な他者を喪失することは大きな痛みを伴うものであり、スピリチュアルペインを喚起させる要因ともなり得る。グリーフケアは、医療現場からすれば、病院で亡くなった患者の遺族へのケアでもあり、看護の領域では早くから関心が持たれてきた。看護師である宮林氏は、自身の夫の死を契機に、その悲嘆の苦しみをケアするためにアメリカに単身で渡りグリーフケアを受け、その体験をもとに日本にグリーフケアの意義を啓発することに努めている（宮林 2008）。グリーフケアの多くは、基本的に物語の書き換えというナラ

ティブ・セラピーの方法を取っているが、ナラティブ・セラピーは、対象への主観的構成力の可能性に触れてはいるが、なぜ構成する力が起こってくるのかについての考察が不足している。この問題が悲嘆を癒せるのかどうかの分岐点であると思われた。

**犯罪加害者・被害者へのケア—荒山修氏
(教誡師) / 西山良子氏 (臨床心理士)**

犯罪問題に対するケアは、司法の限界を露呈するものであり、同時にケアの最も難しい局面を示唆している。それは、司法による裁量では決して解消することのない人間の激しい感情を扱うためであり、また当事者に強烈な不条理感やトラウマが常につきまとうためである(小西 2006)。犯罪加害者もしくは被害者は、ときに死や病気以上に苦しい罪責感というスピリチュアルペインを強いられることになる。この問題を扱うことは困難と思われたが、スピリチュアルケアの広がりを考える上で重要なテーマだと思い、取り上げることにした。まず、僧侶として刑務所の教誡師をしている荒山氏から、犯罪加害者との関わりについて聞いた。犯罪加害者と接することで多くの失望も経験したが、人間の尊さを実感することもあったという。それは、罪悪感に苛まれた受刑者が、深く他者を思いやる態度を見せたことであった。次に、性的暴力被害に遭った女性のカウンセリングをしている西山氏から、犯罪被害者との関わりについて聞いた。被害者もまた、その不条理感から自身への罪責感に苛まれるという。しかし、家族や周囲の支えが大きいと新たな自分として立ち直っていく力をもつが、そうでないとますます不信感を募らせるという。西山氏は、こうした自己治癒力は発達過程と呼応していると考えられ、スピリチュア

リティの発現も発達不全の者には起こらないのではないかという興味深い疑問を投げかけていた。

**アルコール依存症者の回復の物語—葛西
賢太氏 (宗教情報センター研究員)**

葛西氏は、アルコール依存症者の断酒自助グループである Alcoholics Anonymous (AA) をフィールドワーク調査している宗教社会学者で、スピリチュアリティの社会学的研究を基礎としている(葛西 2007)。AA は、既成宗教への失望を出発点として始まったもので、アルコール依存から回復していくための 12 のステップを提唱して、独自の宗教観を打ち立てている。それは、アルコールに対して無力であり、もはや自分を超えた大きな力 (higher power) としての、自分なりに理解した神の配慮にゆだねるというもので、この思想を「不完全さを受け入れるスピリチュアリティ (Spirituality of Imperfection)」と呼んでいる。葛西氏は、宗教とは完全な人間になるためのものではなく、不完全な人間と世界の悪を許容するものであり、この不完全さを受け入れ、埋め合わせる努力へと踏み出すところに、本当のスピリチュアリティの道があると強調していた。こうした考え方は、親鸞の他力思想を思い起こさせる宗教観であるようにも感じられた。

おわりに

研究会の活動を開始して 4 年の歳月が流れたが、この間に日本のスピリチュアルケアをめぐる動向は一つの転換期を迎えた。高野山大学にスピリチュアルケア学科(2006 年)が新設され、日本スピリチュアルケア学会(2007 年)が設立された。こうして、スピリチュアルケアは、ひとまずアカデミ

アの世界での位置づけがなされることになった。けれども、こうした動きを尻目に、スピリチュアルケアという用語は、終末期医療の外では、依然として馴染みがなく、ほとんど話題にならないような状況が続いている。一方、マス・メディアに煽られたスピリチュアル・ブームや、社会現象としてのスピリチュアリティの流行は、ますます混沌とした様相へと向かっているように見える。

こうした現状を横目に眺めつつ、また、多くのジレンマを抱えながらも、研究会は、スピリチュアルケアの本質と、そしてその広がりと可能性を、独自に追求していくことを目指してきた。スピリチュアルケアは、人間を人間たらしめるいのちの根源性に開かれて深まっていく魂の癒しである。そのようなケアは、本来の宗教が担ってきたものであり、その意味で、スピリチュアルケアの真髄とは、宗教の本来性に立ち還ることなのだと言ってよいと思う。研究会の参加者の中には、勿論こうした価値観を共有されない方々も多くいたし、当然ながら批判的な方々もいた。けれども、スピリチュアルケアを、そのような観点から捉え直しこれを発信していくことで、微力ながらも、貧困な日本の宗教風土に、少しでも宗教性の豊かさを取り戻すことができるのではなからうか。そのような願いを込めて、本稿を閉じることにしよう。

補註：各講師の所属機関は、研究会にお呼びした当時のものである。

<参考文献>

平山正実他編（2002）『キリスト教カウンセリングとは何か』日本基督教団出版会
柏木哲夫・藤腹明子編（1995）『系統看護学講座ターミナルケア』医学書院

神谷綾子（2000）「スピリチュアルケアということ」（カール・ベッカー編『生と死のケアを考える』所収）法蔵館
伊田広行（2004）「スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す」『大阪経大論集』、54-5
Saunders, C and Baines, M (1989) *Living with Dying The Management of Terminal Disease*, second edition, Oxford University Press（武田文和訳（1990）『死に向かって生きる—末期がん患者のケア・プログラム』医学書院）
村田久行（1998）『ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から』川島書店
谷田憲俊（2008）『患者・家族の緩和ケアを支援するスピリチュアルケア』診断と治療社
窪寺俊之（2004）『スピリチュアルケア学序説』三輪書店
小松奈美子（1999）『生命倫理の扉—生と死を考える』北樹出版
（2007）「日本の臨床現場におけるスピリチュアルケアに関する比較文化的考察」『東日本国際大学福祉環境学部研究紀要』、3-1
西平直（2005a）『教育人間学のために』東京大学出版会
_____.（2005b）「からだ・いのち・無のはたらしき—無の思想の地平から」『緩和ケア』15/5.
西光義敏（1988）『援助的人間関係』永田文昌堂
讓西賢（2005）「真宗から見たカウンセリグ—カウンセリグの意義に関する理論的検討」*仏教教育学研究* 13
山下秀智（2000）『宗教的実存の展開—キェルケゴールと親鸞』創言社
_____.（2005）「宗教とケア」「宗教的ケアのゆくえ」(浜渦辰二編『<ケアの人間学>入門』所収) 知泉書館
田代俊孝（2004）『親鸞の生と死—デス・エデュケーションの立場から』法蔵館
渡辺雄三（2002）『夢の物語と心理療法』岩波

書店

岸本寛史 (2004) 『緩和のこころ—癌患者への心理的援助のために』 金剛出版

宮林幸江 (2008) 『愛する人を亡くした方へのケア—医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践』 日総研出版

小西聖子 (2006) 『犯罪被害者の心の傷』 白水社

葛西賢太 (2007) 『断酒が作り出す共同性—アルコール依存からの回復を信じる人々』 世界思想社

<付録>

スピリチュアルケア研究会 活動記録

◎ 2005 年

(公開講座)

6月 講演「魂の叫びを聴く—ホスピスの現場から」

座談会「スピリチュアリティの本質とは？」

講師：窪寺俊之 (関西学院大学神学部教授)

9月 講演「終末期を生きる人のスピリチュアリティについて」

講師：馬場俊彦 (名城大学名誉教授)

11月 講演「浄土真宗の人間観とカウンセリング」

講師：讓 西賢 (岐阜聖徳学園大学教授)

(研究例会)

3月 ビデオ鑑賞「キューブラ・ロース—最期のレッスン」(NHK)

7月 事例検討「グループ・ワークの実践について」

8月 テーマ「スピリチュアルケアが目指すもの—魂が動くとき」

宮地健一 (研究会会員・牧師)

10月 テーマ「スピリチュアルケアについて—愛和病院の現場から」

今城慰作 (愛和病院チャプレン)

◎ 2006 年

(公開講座)

2月 講演「いのち教育の現状と課題」

講師：岩田文昭 (大阪教育大学教授)

3月 講演「日本の臨床現場におけるスピリチュアルケアについて」

講師：小松奈美子 (東日本国際大学教授)

7月 講演「スピリチュアルケアは回復を目指すのか?—その矛盾と逆説」

講師：西平 直 (東京大学教育学部助教授)

8月 講演「夢の物語とこころの深み—心理療法からみた超越性の問題」

講師：渡辺雄三 (ユング派分析家)

10月 講演「大切な人を失った悲しみに寄り添うために—グリーフケアの実践から」

講師：宮林幸江 (宮城大学看護学部教授)

(研究例会)

1月 ワークショップ「自分史を語る・他人史を聞く」

坂井祐円 (研究会代表)

12月 ワークショップ「金魚授業—スピリチュアリティを見つめる」

谷山洋三 (四天王寺国際仏教大学講師・元ビハーラ僧)

9月 テーマ「がん患者さんの心のケア—がん電話相談の実践から」

毛利祐子 (研究会会員・がん心のケアの会)

◎ 2007 年

(公開講座)

3月 講演「死を看取る心と仏教—ビハーラ運動の理念」

講師：田代俊孝 (同朋大学大学院教授)

7月 講演「語りのはじまるとき—ナラティブ・アプローチから考える終末期医療」

講師：岸本寛史 (京都大学附属病院准教授)

10月 シンポジウム「犯罪問題とスピリチュアルケア—犯罪被害者・加害者のこころ」

話題提供者：荒山修 (教誡師) / 西山良子 (臨床心理士)

(研究例会)

2月 テーマ「電話相談における見えない相手の理解」

小林 茂 (研究会会員・牧師)

- 6月 テーマ「スピリチュアルケアの広がり
と可能性」
坂井祐円（研究会代表）
◎2008年
（公開講座）
- 2月 講演「回復の物語—アルコール依存症に
おける死と再生」
葛西賢太（宗教情報センター研究員）
公開討論「薬物依存症者（DARC利用者）の
傾向とその回復の困難さの背景」
話題提供者：近藤千春（藤田衛生保健大学
看護学部准教授）
- 7月 講演「宗教から考えるケア」
山下秀智（静岡大学人文学部教授）
（研究例会）
- 1月 テーマ「精神発達の問題とスピリチュア
リティ」
坂井祐円（研究会代表）
- 3月 テーマ「スピリチュアルなものを受け止

- める場所としての「わたし」とは何か」宮
地健一（研究会会員・牧師）
- 5月 テーマ「スピリチュアルケアにつながる
Enrichmentの様相—終末期患者と家族の絆」
石本万里子（研究会会員・名古屋大学医学
部付属病院看護師）
- 6月 テーマ「アルコール依存症者ヘルプグ
ープの実践を通して考えたこと」
久保亜弓（研究会会員・臨床心理士）
- 8月 テーマ「電話相談で語られたがん患者さ
んの落ちこみと立ち直り」
毛利祐子（研究会会員・がん心のケアの会）
- 9月 テーマ「社会に居場所をなくした人々と
共に生きること—ベトナム難民の事例から」
グエンティ・ホンハウ（京都大学教育学研
究科大学院生）

さかい・ゆうえん
南山宗教文化研究所非常勤研究員