

Session
医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的「思いやり」倫理 I



Emergence

創 発

Volume XIV

number 05

本号は、John Templeton Foundationの助成を受けて
行なわれた研究プロジェクト「Science for Ministry in Japan:
The Theory and Practice of Christian Ministry in the Face of
Natural Disasters | 震災後の日本における宗教的ミニストリーの
理論と実践」(2014年4月-2016年12月)の研究会記録を
編集したものです。

プロジェクトでは下記の4つの研究会を2-5回開催し、
本誌ではA-1、A-2、B-1、3つの研究会記録を
順次収録しています (B-2研究会は東京基督教大学国際宣教センター編
『原発避難者と福島に生きる』[木田恵嗣・増井恵・西原千賀子著、
いのちのこば社、2016年]として刊行)。

なお、本文中に記載されている主張・見解はJohn Templeton
Foundationの主張・見解を表すものではありません。

A-1 研究会

「脳神経科学とポジティブ心理学」

—

A-2 研究会

「医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理」

—

B-1 研究会

「市民ボランティア、地域ガバナンス、公共政策」

—

B-2 研究会

「フクシマ再生と福祉的まちづくり」

————

This project was made possible through the support
of a grant from the John Templeton Foundation.
The opinions expressed in this project are those of the
members and do not necessarily reflect the views of
the John Templeton Foundation.

————

本号のPDFデータは
<http://www.tci.ac.jp/smj/?p=126>より
ご覧いただくことができます。

————

John Templeton Foundation
→ <http://www.templeton.org/>
—

Science for Ministry in Japan: The Theory and Practice of
Christian Ministry in the Face of Natural Disasters
震災後の日本における宗教的ミニストリーの理論と実践
→ <http://www.tci.ac.jp/smj/>

回復された言葉^{ロゴス}

近年、臨床の看取りの場面で使われるスピリチュアルケアというテーマ。欧米キリスト教世界ではすなわちパストラルケアであった。つまり牧師や神父などによる宗教的ケアである。「最後の生のときを充実してケアする」という発想であろう。ところがこのテーマが日本では医療者のなかから出てきた課題なのであった。この違いは比較思想の事柄としてまずは大変に興味深い。

日本では仏教が長らく葬儀を扱う伝統があるのに、それが「最後の生のときを充実してケアする」というよりも、むしろ風俗・習慣ないしは儀礼の場面で重きを置かれてきた。今日、スピリチュアルケアが学術的にも真剣に取り上げられてきた背景に高齢化社会にいかに対処していくのか、無縁社会、社会的孤立などの世相、さらには終活そして在宅での看取りなどの現実的な問題と関係していることは明らかである。したがって葬送儀礼にかかわってきた仏教者から、生身の人間の実存的苦悩に寄り添う臨床宗教師などの発想が出てくるのである。仏教者のなかにも米国でのCPE (clinical pastoral education) プログラムを受講する、また日本にそれを導入しようとの動きが出てきている。

欧米キリスト教世界でもいわゆる世俗化の時代に、制度的な教会から離れる人々が急増しているにもかかわらず、スピリチュアルなものへの関心は依然として高い。そこで、かつては教理的に体系化されていたパストラルケアが、キリスト教信者でない人々にも適用可能なかたちで再編される必要が出てきている。

もう一つの日本での課題は、医療が医学という科学の上に制度化されてきたなかで、「ケア」のような人間関係的、精神的な行為をどのように位置づけるのか、ということである。宗教との接点をもつと「中立」を標榜する医療行為から排除されてしまうからである。解決には二つの方向性があるだろう。一つは科学が機能している“世俗内”に取り込む哲学の導入である。もう一つは人間関係論として科学的医療行為を見直して医療をも包含していく相互主観的な物語的な哲学の導入である。前者の典型はハイデガー哲学、つまり人間存在が個体の死をもって終焉するという立場(世界内存在)であり、後者は人間関係の物語にはスピリチュアルという用語で表現できる宗教性が必然的に伴う、という立場である。筆者が世界4というスピリチュアルな意味の世界を歴史的な実在論として導入するのは、後者の立場である。

仏教の立場から臨床宗教師の必要性を説く場合には、日本的な習俗・習慣との対話が欠かせない。看取りの場面で語られるいわゆる“お迎え現象”のようなものを単なる医学的な幻覚やせん妄のようなレベルで片づけるのではなく、長らく培われてきた人間観、倫理観との関係でとらえなおすにはどうすればいいか。個人の集まりとしてではなく個人と個人の間を重視した共同体論を展開した和辻哲郎の倫理学はここで再検討されることになる。

[稲垣久和 | 共立基督教研究所所長]

Recovered Logos
恢復された^{ロゴス}言葉

Session 10
医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理 | 1
発題 | 1
「ビリーフ再構築」を基点としたスピリチュアルケア論の展開
小西達也

発題 | 2
「ABC Model for Multidisciplinary Care」と「Spiritual Care」
伊藤高章

Session 11
医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理 | 2
発題 | 1
スピリチュアルケアの担い手 | 臨床宗教師とその公共性
谷山洋三

発題 | 2
スピリチュアルケアと日本的“思いやり”倫理
稲垣久和

医療・看護とスピリチュアリティ、そして
日本的“思いやり”倫理 | 1

2014年6月14日 | ホテル東京ガーデンハレス 桂の間

出席者

- 石野徳子
- 伊藤高章
- 稲垣久和
- 鵜沼裕子
- 河正子
- 小舘尚文
- 小西達也
- 島蘭進
- 半田ウィリアムズ郁子

Emergence
創発
—
Volume XIV
number 05

Session 10

A-2 | 研究会

医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理 | 1

イントロダクション

稲垣久和

死をめぐる、いろいろ今まで論じられてきましたが、死は、身体を含む身心統一体の将来の”消滅”であり、人間個体の最大の恐怖でしょう。ある年齢以上でないと、死への恐怖は、あまり意味はないことは、明らかだと思います。死とは、つまり個体の身心の外への突出の感覚を無くされることであり、人間が胎内にはらまれて、神経細胞の分化が始まった時以来の「生命統一体」としての最大の恐怖、危機だと思われます。この危機への緩和の行為が、たぶん、スピリチュアルケアではないかと思っています。

私は『実践の公共哲学』⁰¹ という本の中で、ICF ⁰² におけるスピリチュアル・ペインを私の考える四世界モデル⁰³ に即して検討したり、村田理論⁰⁴ の妥当性を検討しました。この研究会では3年続きますが、前述の検証も踏まえながら、スピリチュアルケアとはどういうものかについて、私なりの結論を出したいと思います。

村田先生はご存知のように、「時間性・関係性・自律性」からのスピリチュアル・ペインを考察されています。たとえば、村田先生は簡単にこうお話になっています⁰⁵。「死に臨むがん患者にとって、死の意識は漠然とした『死の想念』ではない。志向性が意識の本質を形成しているのである。終末期がん患者の志向性が、自己の生の限界と、将来の喪失に向けられる時、患者の意識に、世界と他者と自己の存在が無意味なものとして現出する」

先生の背後にハイデガーの哲学があるようなのですが、ここで言う志向性(intentionality)は、ご存知のように、フッサール以来の現象学の導きの糸になってきた概念です。ただ問題は、ここで先生は「志向性が意識の本質を形成している」として意識という言葉を使っている点です。たぶん「——についての意識」という志向性、これはフッサールの定義で、ご存知のようにハイデガーも引き継いでいるのですが、はたしてこれが死の意識と言えるのか、というのが私の疑問です。

というのは、死が意識にのぼると同時に、ある意味で無意識の世界にも当然入り込んでいて、実際のところ意識・無意識をどこで区別するかは難しいのです。現代の脳科学の発展を踏まえると、非常に人間の深いところの本能的な生存欲求と、わりと浅いところ、人間特有の脳皮質などの理性的な能力がからまって出てくる。そういう意味で死の恐怖には、動物的な感覚も含まれている。それは、意識のうえにのぼるというよりも、むしろ無意識の世界であり、志向性を「～に対する意識」と定義するだけでは不十分ではないかと私は考えています。

またハイデガーの哲学を使う時の1つの問題性は時間です。時間内の存在の重要性、それを指摘したのは、ハイデガーの現代哲学における功績でしょう。過去・現在・未来という時間の流れの中で、死が間近になった人には、もう未来が予期できない。普通、人間には未来に希望を持つことが、現在の生きるパワー、喜びになっているという感覚があると思います。しかし、未来が閉ざされた時、現在の存在を意味づけられないのでスピリチュアル・ペインが生じるという、この使い方です。これ自身、私は間違っているとは思わないし、そういう点もあると思います。しかし私が疑問を呈しているのは、そういう時間の流れて、未来から顧みた現在への意味づけだけで、人間の生の意味づけは充分なのだろうか、という点です。時間内存在、世界内存在の発想自身の問題点は、そこです。

私は、世界内存在と同時に、世界内超越という言葉を使いたい。内在即超越という言葉がありますが、内在的なものだけではなく、もっと超越の世界ないしは始原(アルケー)への人間の志向性がある

01 | 稲垣久和『実践の公共哲学—福祉・科学・宗教』(春秋社、2013)

02 | ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health(国際生活機能分類)の略。WHO(世界保健機関)が制定。

03 | 四世界モデル:ポパーらの三世界モデルに世界4＝スピリチュアルな世界を加えたもの。

04 | 村田理論:村田久行による現象学と実存哲学に基づくスピリチュアルケアに関する理論。

05 | 田村恵子・河正子・森田達也『看護に活かす スピリチュアルケアの手引き』(青海社、2012)6頁

て、それから逆に現存在の意味づけも、人間が生きる現場ではなされているのではないかと考えるのです。

それで、志向性をフッサール的に捉えるよりも、トマス・アクィナス的に能動的知性として捉えたほうがいいのではないか。能動的知性という場合は、アクティブに体がまず動くといったような、本能的な志向性も含まれます。単なる意識とか、人間特有の問題よりも、もっと深い動物的本能も含めて、トマスは少なくとも志向性をそう定義していると思います。

そういうことで、死は身心統一体(心だけでなく体)の将来の消滅であり、その恐怖に対して、ある意味でスピリチュアル・ペインが生じているのではないかと提起したい。

緩和の内容は確かに他者との関係性、これはまったくその通りだと思います。その場合、究極においては、他者の心の中に自己が生き続けるか、またはもう一つの可能性として、超越的實在によって、永らく覚えられ続けるかのどちらかのため、そういう支援かなと思います。前者は心理社会的なテーマであり、後者は宗教的テーマとならざるを得ないでしょう。

したがって、スピリチュアル・ペインを議論する以上、支援者の人格が、最大の鍵です。今日、小西達也先生もそういうお話もされると思いますが、同時に志向性において、ハイデガー的な「世界内存在」では不十分で、「世界内超越」と考えるべきではないか、これはこの研究会の中で、私としてはテーマにしていきたいことです。

そこで今日は、小西先生、伊藤高章先生のお話に入りますが、もう一つの哲学的テーマとして、スピリチュアル・ミーニングを考えたい。メンタル・ミーニングでなく、スピリチュアル・ミーニングだという場合、リアルな経験として捉えるという発想で、私はリアリズム、四世界論を言っています。そのリアリズムの哲学は、宗教と科学を包括的に捉えるときに、すぐれていると思っています。しかし、そのへんで、ただハイデガーとか、さらに解釈学の方に行った場合、非常にある意味では、アンチ・リアリズムの方向に行く場合があります。

たとえば、ヴァイトゲンシュタインの言語哲学と融合する時に、非常にアンチ・リアリズムの方向にいく議論があります。ですから、実在論なのか反実在論なのか、私にとっては、かなり深刻な哲学的なテーマで、その方が発想しているフレームワークはどちらなのか。物語的、解釈学的な発想という場合、科学、特に実証科学と折り合いをつけるときにいつも浮上してくるのです。医療の現場、医学は言うまでもなく科学です。しかし、看護のある部分は物語的・ストーリー的なケアの性質があって、両方が組み合わさって、スピリチュアルケアがなされると思うのです。

その背景にある哲学は何なのかという興味です。時間があれば、最後に結論の議論をするときに、私なりに発題をさせていただきたいと思います。

「ビリーフ再構築」を基点としたスピリチュアルケア論の展開

小西達也

今日は、ビリーフ再構築という概念に基づいたスピリチュアルケア論についてお話します。私自身は、これまでアメリカの病院、札幌のホスピス、そして宮城県の在宅ホスピスで、チャプレン (chaplain) ⁰⁶ として働いてきました。

スピリチュアルケアの暫定的な定義

まず、スピリチュアルケア(SC)の定義についてですが、世の中にはいろいろな定義があり、いまだ日本国内のみならず、国際的にも広くオーソライズされた定義はないと思います。

細かい点ですが、医療の世界で言われるスピリチュアルケアと、チャプレンの世界で言われるスピリチュアルケアとでは微妙に違う面が2つある、ということがあります。広く、特にアメリカのチャプレンの世界で、チャプレンとは何か、スピリチュアルケアとは何かについて書かれた、一種のスタンダードになっている文書と言いますか、論文があります。それは業界で俗に「ホワイトペーパー」と呼ばれているもので、原題は、White Paper Professional Chaplaincy という *Journal of Pastoral Care* に載ったものですが、これはアメリカのカトリックやプロテスタント、ユダヤ教などいろいろな宗教のチャプレンの組織が共同で執筆したもので、かなりオーソリティのある論文とされています。その中でスピリチュアルケアがどう記述されているかという、「危機に直面した時、人はしばしば意思のスピリチュアリティに戻る。すべての人が自分の抱える実存的ニーズと関心を有している。病に襲われた時、誰もが自分の生を意義深いものにしようと希望を保持しようと苦闘し、その中で、超越、驚きや喜び、自然や自己、他者とのつながりとの深い経験をしている。そうした努力をサポートするのが、スピリチュアルケアである」となっています。

ですから、一文でスピリチュアルケアとはこうである、という定義はそこでは見られず、漠然とした形で書かれている。そこにはさまざまな理由があると思います。これについてはまた、後ほど言及しますが、とりあえずここでは終末期に限らず、離婚、失業や老病死など、いわば「人生の危機 (Spiritual Crisis)」に直面している人を対象として、傾聴やカウンセリングの形を通じて、その人の内面生活をサポートしていく行為である、としておきたいと思います。

現実的に、終末期医療に携わる中では、がん治療、闘病プロセス、終末期等において、自分自身の考えと気持ちを整理するのは、なかなか容易ではない、ということがあると思います。ご自身だけでそれに対処するのは難しい、そのまま放置すると、うつや精神症状を呈することがあります。そういう気持ちや考えを整理するサポートとしても、スピリチュアルケアが必要とされていると思います。

「宗教」と「医療」統合の理論

まず、スピリチュアルケアとは何かを、私たちは深めていき、できれば、より統合的に皆が合意できるものを考える必要があると思います。そこにはさまざまな要件があり、それが統一的定義を難しくして

06 | チャプレン: 教会・寺院に属さずに施設や組織で働く聖職者

いる一つの原因ではないかと思います。

その要件の1つは、「宗教」と「医療」統合の理論の必要性です。スピリチュアルケアは、人の実存性や宗教性に関わる面があるので、特にアメリカでは宗教者、具体的にはチャプレンと呼ばれる専門職が、その役割を担っています。

一方で、医療現場においても提供されるものであるので、医療者自身、看護師によっても提供される。したがって実践理論としては、宗教と医療双方が納得しうるのが望ましい。しかし、いまだそうしたものは確立されているとは言い難いと思います。

そこで特にポイントとなるのは、医療と宗教が基づく人間観、世界観の違いではないか。もちろん、医療者にも信仰を持っている方がいるわけですが、一般に医療は、人間を生物学、科学的人間観、世界観を基盤として見る。一方で、宗教は人間の実存的な側面に注目し、しかも超越的な神、仏という次元を含んだ人間観、世界観を有しています。その両者を、統合するのはなかなか難しい。

医療者には、宗教に対するアレルギーを持っている方も多く、宗教的世界観を認めてもらうことは容易でない。そこをどうするか。しかも、宗教だけに限ってみても、多様な宗教、宗派が存在しますから、全宗教が合意できるものを作るのは、なかなか難しい。「うちの神学では違う」という意見がでてきてしまう。だからこそ、先ほどのホワイトペーパーでも、定義をあまりクリアに提示していないのではないかと私は見ます。いずれにしても、そうした難しさがあると思います。

ではどうしたらいいか。アメリカのバストラルケア¹⁷の状況を見ますと、その中で期待されたのが心理学です。

心理学は宗教の違いに関係なく活用できるディシプリンがある。そのため人間性心理学などさまざまなものがバストラルケアに相当とりいれられています。確かにスピリチュアルなことも含む人間性心理学、トランスパーソナル心理学などもあり、そこでも価値とか超越の次元を扱うのですが、しかし心理療法を目的とするからには、その主眼は心の病の治癒にあり、その扱いがスピリチュアルケアとは微妙に異なる面があるわけです。ですから、こういうさまざまな条件を満たさないと、スピリチュアルケアの統合理論にならない面があるわけです。

宗教的ケアかインターフェイス・ケアか

そうした中で1つ、私は「ビリーフ再構築のサポートとしてのスピリチュアルケア」という定義を提案させていただいています。チャプレンについては皆さんもご存じでしょうが、基本的には、患者さん、ご家族のケアも行なうもので、告知後のサポートもしたりしますし、同時にスタッフのケアもその重要な仕事となっています。

チャプレンは、一種の宗教者ですから、特定の宗教的フレームワークに基づいたいわば「宗教的ケア」を提供すると思われがちです。一般的に仏教、キリスト教を含め、宗教は、人間の精神生活の根源的な次元についての深い洞察と知恵を持っていて、スピリチュアル・クライシスにおいても妥当するような普遍的なビリーフを持っているわけです。クライシスにある人に、その知恵に基づいて、どう生きたらよいか、どう向き合ったらよいか、アドバイスをする形で宗教的ケアは基本的になされるわけです。

これを病院等で提供するのはなかなか難しい。リクエストがあれば別ですが、現代社会にはさまざまな宗教が存在するからです。昔でしたら、ある1つのコミュニティに1つの宗教・宗派しかなかった。そうした中であれば、宗教的ケアでも全く問題なかったと思います。しかし今は、全世界のさまざまな宗教と接したり、それを更には勉強したりすることもできますので、それが難しくなっています。

そのためチャプレンは、リクエストがない限り宗教的ケアは提供しません。なぜなら病院は公共空

間であって、教会のように特定宗教活動を前提、目的とした人たちが集まる場ではないからです。患者さんとケア提供者の宗教が一致することはむしろ少なく、基本的に宗教的ケアは提供できない、なぜならそれは押しつけになり布教になってしまうから、というわけです。

ではどうしたらよいか。あらゆる宗教的背景を持つ人に対して提供可能な、しかも最近、特に宗教を持っていない人も多いので、そういう人たちにも提供可能でないといけない。そういうスピリチュアルケアはどのようなものか。

たとえば実際、病院のチャプレンは、アメリカの場合でも、複数のさまざまな宗教・宗派のチャプレンが勤務していても、基本的に1人のチャプレンが特定病棟の全患者、家族をケアする。当然、自分の宗教とは異なる患者、家族もケアします。そういうケアは、異なる宗教を持つ人に対するケア、「インターフェイス・ケア」と呼ばれます。すなわち公共の場では、特定の宗教でなく、インターフェイス・ケアでないといけない、ということになります。

「ビリーフ再構築」としてのスピリチュアルケア

そうしたインターフェイス・ケアの1つに、「ビリーフ再構築」のケアがあると考えます。まず概要ですが、「ビリーフ」という概念を導入します。英語では信じること、信念という一般的に使われている名詞で、特別な用語ではありません。ここでは広く価値観、世界観を含めて捉えています。それらの存在について、もちろん意識的に「私はこういう信念を持っている」というような場合もありますが、多くは無意識的で本人がどういう信念を持っているか、気づいていない場合が多いです。例えば、さまざまなビリーフがありますが、価値に関するビリーフは、典型的に「こうあるべき」とか、「こうあらねばならない」といった言葉に表現されます。日本社会で伝統的に共有されてきたビリーフには、これも時代とともに変わりつつありますが、「和を乱してはならない」「人様に頼ってはいけない」などがあります。

このビリーフについては、ロレイン・M・ライトさんという方が『ビリーフ——家族看護実践の新たなパラダイム』⁰⁸という共著書に書いています。彼女は前提、仮定、価値、先入観などもビリーフの中に入れています。

稲垣先生から教えていただいたのですが、プランティンガという人が、「ファウンデーション・ビリーフ」とか、「ベーシック・ビリーフ」という言葉を使っています。ライトや私は、より実践の現場に即したものの、どちらかというとプランティンガのものはもう少し哲学的なものとも言えるかもしれません。ファウンデーション・ビリーフは、稲垣先生が本で書いておられますが、「外の世界が存在する」とか、ある意味で自明の真理をさしている。それに対し、ベーシック・ビリーフは、「私は庭の木を見ている」、そうしたものをさしている。この違いについては稲垣先生がご専門ですので、また後ほど教えていただければと思います。

ところで、さきほどスピリチュアル・クライシスという言葉が出てきましたが、それはスピリチュアルケアとどのような関係にあるのか。

私たちの人生にはさまざまな試練があります。一言で言えば、それがスピリチュアル・クライシスですが、たとえば病院には、そうした状態の方が数多くいらっしゃいます。そうした試練では、生きがい、存在価値などを見失って、どうしたらよいか、自分はどうしたいのかが見えなくなり、途方に暮れてしまうことが少なくない。たとえば、仕事が生きがいだった人が、病で仕事ができない状態に陥った時どうしたらよいか。そうした状態がいわば「スピリチュアル・クライシス」です。

スピリチュアル・クライシスは、ビリーフという言葉を使って表現すると、その人の既存のビリーフ、特にその人の生きがいを支えている基盤のビリーフが現実に対応できない状態と言えると思います。そうした状態の人をサポートするのが、スピリチュアルケアと言えます。

08 | ロレイン・M・ライト、ウェンディ・L・ワトソン、ジャニス・M・ベル『ビリーフ——家族看護実践の新たなパラダイム』杉下知子・真弓尚也訳(日本看護協会出版会、2002)

たとえば、病院とは関係ないですが、第二次世界大戦中、日本は勝つと信じていた人は、敗戦の知らせを聞いた途端、生きる支えを失ってしまったと聞きます。これなども、スピリチュアル・クライシスの1つかなと思います。先ほどの経済的支えを失った人も、スピリチュアル・クライシスの1つでしょう。スピリチュアル・クライシスをどのように乗り越えるかですが、まず考えるのは、新たな状況下でも通用するビリーフを再構築することです。もう1つは、ビリーフに依存するのではなく、「神性」「Holy Spirit(聖霊)などのスピリット、「仏性」、「真の自己」などに目覚めることによってビリーフから自由な在り方を実現する、ということもあるかと思っています。この2番目については、私はこれまで医療の場では、その世界観にはそぐわないものと判断して言及を控えてきたものです。

まずは一番目のビリーフ再構築について説明します。先ほどの例ですと、「日本は勝つ、それに貢献するのが自らの価値」と思っていた人の場合、たとえば、「焼け野原の日本の再建に尽くすのが自らの価値である」と心から思えたら、それが新たなビリーフになり得る。仕事が生きがいだった人の場合は、家族との充実した時間を過ごすようになり、それがその人の生きがいになることがあります。実際、「これまで仕事で忙しくてほとんど家族との時間が無く、しかし入院したら、家族と多くの時間を過ごすようになり、その意味ではこれまで以上に充実した時間が過ごせるようになった」と話された患者さんがいました。

それからビリーフを再構築する場合、重要なのは、本人がそのビリーフに深いところで納得していないと、それはその人を支えるものになり得ないことです。たとえばケア提供者が「こういう生きがいを持ったらいいですよ」と提案して、ケア対象者が「おかげさまで生きがいを見つけることができました」というようには簡単にいかない。その人自身が自らのビリーフを再構築するしかない。そうしたビリーフを、人生の危機、スピリチュアル・クライシスのたびに、再構築するのが、人間の主体的生の一般的なプロセスではないかと思っています。その時限りの特殊なビリーフの再構築もあるかもしれませんが、そうした再構築のプロセスを繰り返していく中で、より普遍性の高いビリーフになっていくことが多いのではないかと、これは、「神学」という言葉を使うならば、より普遍性の高い神学を再構築していくことになります。

スピリチュアルケアのビリーフ再構築では、あくまでもその人自身が新たなビリーフを見つけていくもので、「どのようなビリーフであるべきか」ということは、ケア提供者側は設定しないのが基本です。これがスピリチュアル・クライシスに陥った場合のビリーフ再構築です。

「ビリーフからの自由」の可能性

もう1つの「ビリーフからの自由」は果たしてあり得るか。今までは、自らを支えるビリーフで対応できなくなった場合、スピリチュアル・クライシスの対処として、ビリーフ再構築がありましたが、果たして、それが唯一の方法だろうかという話です。

ビリーフは、たとえ絶対的に見えても、決して絶対的なものではありません。その有効性が失われる可能性がある。絶対失われないビリーフが見いだせたらよいのですが、なかなかそうはいかない。ビリーフに基づいた在り方をする限り、スピリチュアル・クライシスに陥る危険にさらされていると言えます。たとえば仏教には、世の中に何らかの絶対的な、普遍的なものがあるとする考え方にこそ、私たちの精神的・スピリチュアルな苦悩の根源があるとする考えがある。ビリーフは、物事を特定条件下でどう理解すべきか、どう判断すべきか、そのパターンを定式化したものとも言えるので、それと異なる状況には対処できないわけです。いったん特定のビリーフに安住してしまうと、より不確実な状況、想定外のできごとに対応することが難しくなってしまいます。したがって、不確実な状況に対応するには、新たなビリーフと言うよりは、かえってビリーフに執着しないほうがよいのではないかと、という話にもなるわけです。ビリーフから自由になることによって、スピリチュアル・クライシスに対処していく、ということです。これ

は「我執からの自由」ということにもなり、ある意味仏教的な見方とも言えるかもしれません。

ビリーフから自由な在り方を進めると、先ほども申し上げたように、神性、仏性、スピリットと呼ばれるものの「はたらき」に目覚めることがあるのではないか。先ほど、内在と超越という話がありましたが、多くの宗教が私たちの心に神性、仏性が内在すると主張している。セルフ・ディナイアル(自己否定)の修行を通じて我執からの自由を実現しようとしたものに目覚めていく、という宗教も少なくない。ビリーフにもさまざまな種類があるので、少々議論が粗すぎるかと思いますが、それはざっくり言えば自我の同一化の対象とも言えるものです。ビリーフから自由な在り方は、我執からの自由、すなわち、神性への目覚めにつながるものがある。神性は、人の生き方を導く要素がある。聖霊も一概には言えませんが神性の一種とも言えるもので、「導く力」と定義されたりする。ビリーフから自由になることで、そういう力に目覚める、ということがある。

しかし、そうした次元をスピリチュアルケアに導入して、医療者に受け入れられるか、という問題も出てくる。社会の中で神性、仏性という次元をどう扱うかは非常に難しく、その存在を証明するのは困難ですので、哲学と言うより神学として扱うべきものかもしれません。それらを信じない人からすれば、神性、仏性という概念自体もビリーフにすぎないとも言える。しかし果たして、それを広く社会の中で単なる1つのビリーフとして扱うだけでよいのかどうか、ということもあります。稲垣先生は、「世界4」という概念を導入してそれを広く社会で共有したらどうか、あるいは、世界の有機的関係性の原理としての超越というところまで、持っていく必要があるのではないかと考えておられるように思います。

スピリチュアルケア実践のポイント

次に、スピリチュアルケアの実践です。私自身の実践例ですが、スピリチュアルケアといっても、皆さん一番気になるのは体の状態で、ほかに気持ち、心配事、悩み、気になること、そして「病歴」というものがあります。私自身が勤務していた病院では、大学病院で「もう治療できない」と言われてしまった数多くの方が入院されていました。そうした場合、たとえば緩和ケア病棟に入棟されると、病についての今までの経験について話をされます。体の調子が悪いから近くのクリニックに行って検査してみたら、大きな病院に行って検査したほうが良いと言われて行き、がんと診断されてすぐ入院して治療して、よくなって退院した。しかし数年後、ある時検査したら、再発していると言われて、治療していく中で、次第に使える薬がなくなってきて「もう治療できません」と言われてここに来ました、といった具合です。また命がわずかとなると、人生を振り返って、家族や仕事について語られることが多くなります。基本的にはケア対象者の自己表現のサポートで、スピリチュアルケアの本質的な機能です。ケア対象者の語りの内容を的確に捉えて、言語表現し、それを相手に返し、もしそれがケア対象者にしっくりいくもので「そうなんです」となったら、それが相手の新たな自己表現となる。ケア対象者の「生の立場」に立てるか、そこで見えている風景をどれだけ言語で表現できるかがケア提供者の腕の見せどころです。先ほどの、理解することの重要性ですが、決めつけやレッテル貼りでなく、「あるがまま」に正確に理解してもらえると、人間は他者からのビリーフの押しつけに対して身構える必要がなくなり、自分に正直に自然体になりやすくなる。自分を解放して、その状況の中でどうしたらよいかを見出しやすくなる。それが、スピリチュアルケアの本質的なプロセスです。

今、スピリチュアルケアでは、どれだけ正確に、ケア対象者の生の立場に立って、言語表現をサポートするかが重要であるとお話しました。

それを実践するためには、ケア提供者は「あるがままに聴く」ための修業が必要です。しかし私たちは通常、相手の話を自分自身のビリーフの枠組にあてはめて聴いてしまう傾向にあります。たとえば、患者さんが「退院したい」と言うと、「家族と会いたいのですね」と勝手に決めつけてしまったりしますが、本当は「仕事をしたい」あるいは「この病院にいたくない」というのが真実である可能性もある。

そこを自分のビリーフに基づいて勝手に思いこんでしまい、「そうですね、ご家族とお会いしたいですよね」と言ってしまったら、相手は「ちょっと違うんだけどなあ」となる。そのように勝手に解釈をせず、相手の話をあるがままに聴く必要があります。

こうしたプロセスでは、ケア提供者自身のビリーフがスピリチュアルケアの質に深く関わってきます。自身のビリーフによって、相手の話を都合よく解釈するのではなく、自身のビリーフから自由になって、相手の話を聴けるか。これは難しい問題です。

アメリカにはCPE(clinical pastoral education)プログラムがありますが、それに基づいたプログラムが日本でも、伊藤高章先生をはじめ多くの先生方のご努力で普及しつつあります。

アメリカのCPEの主眼はビリーフの意識化です。ケア提供者、研修生が、ビリーフを洗い出して意識化し、それから自由になることを、徹底して行なう。臨床実践とグループワークがメインで、フルタイムで1年間、1600時間行なっていきます。グループワークの項目としてまず挙げられるのは、生育歴の分析です。ケア提供者自身が、どのようなプロセスで現在にいたっているか、物ごとについてから、どのような価値観を親から与えられ、親とどのような関係性で、自分の人生に大きな影響を与えるような、どのようなできごとを経験し、その中で自分自身の価値観がどのように形成されたか、そうした事柄を意識化する、そうしたプロセスによって、人生を通じて形成されたビリーフを意識化していきます。

もう1つが、訪問時の会話分析です。これは実際にスピリチュアルケアを提供したときの会話内容の分析です。なぜそれがビリーフの意識化と関係あるかというと、会話では、当然のことながらケア対象者の発言に対して、「そうですね」といった具合で、聴いたケア提供者は言葉を返していく。そこでのケア提供者の言葉は、ケア対象者の発言についての特定の解釈に基づいている。先ほど申し上げたように、私たちは相手の言葉を都合よく解釈してしまう傾向があるので、そこでケア提供者が返す言葉を見ていくと、ケア提供者のビリーフが見えてくる。特にスーパーヴァイザーの方は、専門的に訓練を受けていますので、それが見えてしまう。そうした形でケア提供者のビリーフを意識化していく。そのほかにもいろいろな分析があるのですが、いずれにせよビリーフを意識化して、ケア提供者がビリーフから自由になっていくことをめざすわけです。ここまでが、私が提起している、「ビリーフ再構築のサポートとしてのスピリチュアルケア」です。

医療現場でのスピリチュアルケア

現在の日本の医療の世界では、「スピリチュアル・ペインを取り除くことがスピリチュアルケアである」という見方がかなり広まっている。これを提案しているのは、村田久行氏ですが、彼はスピリチュアル・ペインを、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義している。スピリチュアル・ペインという概念は、もともとはホスピス運動の創始者であるシシリー・ソンドースによって提案された「トータル・ペイン」という概念の一要素で、そこでは「身体的な痛み」「心理的な痛み」「社会的な痛み」「スピリチュアルな痛み」の4つの痛みが提案されています。

「痛み」は、医療者にとって慣れ親しんでいる概念で、それをスピリチュアルな次元に取り入れた。しかし「スピリチュアル・ペイン」は、少なくともアメリカのチャプレンの世界ではほとんど使われていない。医療、特に日本の医療の世界でよく使われる。

確かに身体的な痛みを取り除いてほしいというのは、宗教的理由がない限り、多くの人が望むことかと思えます。

しかしスピリチュアルなペイン、苦悩は、単純に取り除けばよいのか、という問題がある。それ以前に、そもそも身体的ペインのように他者が取り除けるものなのか、という問題もある。例として適切でないかもしれませんが、思春期の子供に人生の悩みがあったとき、それを取り除く薬があったら、果たしてその親は使用するか、ということを考えてみていただきたい。確かに誰も苦しいことを望まない。また、

他者が苦しんでいるのを見てつらく思わない人はいない。しかし、もしその苦悩が子どもの精神的成長に必要なプロセスであるとしたら、むしろそのプロセスをしっかり歩むことをサポートすべきではないか。もちろんそれもその人の価値観によるのでしょうか。森岡正博氏が『無痛文明論』という本でこの問題を議論されていますが、痛みがなければそれでよいのか、というのは重要な問題です。しかも人間の実存性に関わる苦しみは他者が取り除けるようなものではないのではないか。実存的生の本質は自身の決断にある。他者が何かできるとしたら、本当の意味での実存の次元、自律的生の事柄ではない、むしろそれは「心理的」と呼ばれる範疇に入ると思います。

またスピリチュアルケアについて、医療の世界でもさまざまな論文が国際的な医学雑誌に多数見られますが、その中に「スピリチュアル・ウェルビーイング(Spiritual Well-being)尺度」なるものがあります。ケアの前後でアンケートをとって、数値が改善していたら、それはケアの効果があったと見なす、というようなツールです。典型的なのは「FACIT-Sp」⁰⁹で、その主な項目は、「私は平和を感じている(I feel peaceful.)」「生の理由を持っている」といったものです。私はこれをスピリチュアルケア」の効果とすることに少し違和感を覚えます。

もちろんスピリチュアルなことは定義次第ですが、ここでは特定状態の実現をめざしている。たとえば、心が平和な状態こそがよいという価値観を前提としている。「それは誰もが合意できるものではないですか?」というご意見も出そうですが。たとえば「平和な死」を価値とした場合、いわゆるそのような亡くなり方をできなかったら、その人の家族は「よくない亡くなり方をした」となって苦しんでしまう、ということがあるわけです。スピリチュアルケアの目的は、そうした特定状態の実現でよいのか、むしろ生きざまをありのままに支えることの方が、スピリチュアルケアとして本質的ではないか、とも思うわけです。

fig. 01
スピリチュアルケアの「医療化」

	扱うもの	基準	特徴
医療	病状(客観的)	正常/異常	
	症状(半主観的)	快/不快	●他律的(他者にどうにかしてもらえるもの) ●結果の問題
スピリチュアルケア	「生き方」(主観的)	納得いくか/ 否か	●自律的(「生き方」「生き様」は完全に患者自身の問題) ●プロセスの問題

最後に、スピリチュアルケアの医療化の問題というのがあると思います。医療は、基本的に病気という異常を健康、正常にするのが目的で、病気は客観的に認識できる。

一方、スピリチュアルケアは、その人がどう生きるか、その生のプロセスをサポートすることです。生き方、生きざまは患者自身の問題で、他人が判断することではない。基準はあくまでも、本人が納得いくかどうか。たとえ望ましいある特定状態が実現できても、次の瞬間、また新たな人生の課題が突きつけられ、そうしたプロセスの連続として成立しているのが人生である。

医療のパラダイムでスピリチュアルケアを捉えようとするについては、いろいろ検討の余地があると思います。

09 | FACIT-Sp:Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual: 宗教的信条にかかわらずスピリチュアリティを測定する尺度

Session 10

医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理 | 1

Discussion 1

稲垣 ありがとうございます。幾つかのポイントがあったと思います。ビリーフ再構築が小西先生の中では、スピリチュアルケアの定義に近い、その発想は大変おもしろいと思います。ビリーフとは何かという哲学的なテーマを含みます。

日本固有の問題で、スピリチュアル・ペインの概念を言われた。アメリカではスピリチュアル・ペインは、ほとんどスピリチュアルケアでは使われない。イギリスはどうかとか、比較が必要でしょう。スピリチュアルな問題は、欧米では宗教が扱っていた問題で、病院にそれが入ると、科学的な手法の医療では、キュアが目標なのでケアとは違う。キュアが届かなくなったがんの末期とかでケアが出てきます。かなり人間の生死ぎりぎりのところで、宗教、哲学領域にどうしても入ってくる。日本では宗教とか哲学には興味がない。ですから、病院とかターミナル・ケア、緩和ケアでスピリチュアルな問題が浮上してきたのは、文化現象としておもしろい。それが健全な文化かどうかは疑問ですが。

皆さんも感じられたことがあるでしょうが、ビリーフ再構築という考えは、私には興味深いです^が、あまりスピリチュアルケア学会、専門家の集まりでは使われないと思います。ビリーフは哲学的な問題ですが^が、倫理学や哲学で議論されたこととの対話が絶対に必要だと思います。

アメリカでトレーニングを受けた小西先生、そして伊藤先生のお話も伺いますが、半田ウィリアムズ郁子さんは、イギリスで生活なさっている英国国教会の牧師で、病院でスピリチュアルケアを担当なさった経験があります。実践の側面だと思います。日本のこともご存じてイギリスの経験もあるので、感想でかまいませんが、お願いします。

イギリスでチャプレンをした体験から

半田ウィリアムズ郁子 今のお話に共感することが多くて、とてもうれしかったです。イギリスで、思いがけなく司祭、牧師になりましたが、過去4年、大学病院でチャプレンになり、現場でスピリチュアルケアに携わってきました。イギリスでチャプレンをしている仲間では、アメリカではとても組織立ったチャプレンになるための勉強の仕方があって、うらやましいねと話していました。イギリスでは、牧師のトレーニングを受けて、導かれた場合は、私のように病院でチャプレンとして働くケースです。現場で患者、看護師、医師、家族の方々と接し、今、小西先生がおっしゃったことを深く感じていました。

病院では宗教を押しつけず、こちらもそうするつもりはない^が、相手からそういう目で見られるかもしれないので、気をつけていました。宗教のある人も、ない人も、クリスチャンもそうでない人も、こちらは牧師をしている^が、相手にはノンチャーチメンタル、その人をありのままに聴きたいという姿勢をどう伝えていくか、それに心を砕いていました。すると相手から不思議に、流れるように、話が出てきて、ビリーフ再構築の助けになると実際に経験して、一番大切なことだと実感してきました。ご自身が今までどう生きてきたか、意識化する機会になる。突然病気になる、そこに聴く人が来ることで話す、いろいろと自分で分かってきて、そこから自由になる可能性が出るのです。

イギリスのチャプレンはドッグカラーを着て、宗教家として行く。あるケースでは「自分はレリジヤスではない(信仰を持たない)から、話を聴いてもらっても……」という人がいる。「こっちは、レリジヤスかどうかは関係なくていいですよ」と言って、世間話でもすればいいかなと思って押しかけて話していく。そのうち話が出てくる。一時間ぐらい話を聴いた後で、自分はレリジヤスではないという自己紹介から始まったのに、彼は毎晩祈りを欠かしたことがない、と言う。こういう心を持っているのです。そこまで至るのに一

時間ぐらい、ただ話を聴いています。「祈れると思えるのは良かったですね」と声をかけると、「一緒に祈ってほしい」という話になる。

私が祈るよりも、自分にとって何が大切なのか、その中で病気でも、自分にとって希望と思えることがどこからきているのかを意識化できる手助けになる。私はそこにいただけなのだが、在り方に価値がある。自分の思い、ビリーフが何なのか、ケア・ギヴァーは意識していく必要もある。それをわかったうえで、相手に聴く。

もう1つ気づいたのは、スピリチュアリティとパストラルケアのことです。イギリスの病院は宗教的バックグラウンドから生まれたという感覚があって、修道院からホスピタルが始まりました。ルネサンスで宗教といったん切り離れたが、現代ではまた帰ってきている感じです。『看護ジャーナル』を見ますと、しばらく前はパストラルケアという研究発表が多かったが、スピリチュアルケアという言葉に変わっている。内容的にオーバーラップしているところが多い。スピリチュアルケアという言葉なら、こちらも深い面で、超越の存在との会話が含まれるので、ありがたい発展です。

社会では「レリジョンは嫌いだが、スピリチュアルならいいよ」という雰囲気が生まれている。エスタブリッシュド・チャーチ、英国国教会はごめんだが、スピリチュアルなものには関心があるし、価値があると思う、という人は多い。レリジョンはタブーでもスピリチュアルなことは自由に話せる。医療の現場でも、スピリチュアルという言葉を使う市民権が増えてきたということがある。

小西 アメリカでも、特に都市部では“I'm not religious but spiritual.”という人が多いと言われる。また、宗教に関心はあるけど、宗教組織には所属したくないという人が増えている。同じ宗教宗派の中でも個性があり、微妙に信仰内容も違う。ですから個別対応ということはとても重要かと思います。

半田 そうですね。

稲垣 オランダで勉強しましたが、ご存知のように、かなり世俗化が進んだ社会で安楽死法が出て、非難轟々です。啓蒙主義以降の世俗化はヨーロッパで進んで、あるところで行き詰まってターンしてくるので、多宗教、無宗教を加味して、今、多元的な宗教としてターンして、その中でスピリチュアリティがもう一度、全体の宗教の根底に出てきた。そういうイメージはあります。問題は、日本はどうなのかです。あとで、島菌先生に聞かないといけないですが、スピリチュアル・ペイン、スピリチュアルケアが医療側から出てきて、もう一度人間にとって宗教、スピリチュアル・リアリティとは何かという問い返しが、先進国で起こっている気がします。

イギリスの医療政策、ナショナルヘルスサービスは、かなり充実しています。せっかく小館尚文さんがいらしているので、どうぞ。

イギリスとアイルランドの医療現場から

小館尚文 大変勉強になりました。専門は医療政策で、ロンドン大学のキングスカレッジで研究員をしばらくしまして、今はアイルランド国立大学(UCD)で社会政策の専任講師をしております。来週の土曜日、東大とUCD共同で行うシンポジウムがあります。

稲垣 「日本、欧州の福祉社会の将来を探る」ですね。スピリチュアルケアとか、スピリチュアル・ペインはキュアよりもケアという方向ですが、イギリスの医療政策では、どうなっていますか。

小館 キングスカレッジの大学附属病院は、ナイチンゲール看護学校もあったセント・トーマス病院になります。高齢者病棟の看護師さんを中心とするトレーニングプログラムの研究に参加しました。現実のケア環境を再現したシミュレーション、そして、シナリオに基づいて、看護師のケアを向上させたり、患者さんの気持ちに寄り添う、empathyを高めたりすることを目的に準備されたトレーニングプログラムでした。アイルランドの大学に移った際、そちらの大学病院でもやってみようと、似たようなことをしていますが、イギリスと違って、アイルランドはカトリックの国です。



小館 尚文

先ほど先生のお話では、イギリスにもスピリチュアルケアという言葉が出ているということでしたが、イギリスのセント・トーマスではリサーチの場合、医療者、特に医師の方と話す際には、スピリチュアルという言葉は落として、純粋なサイエンスとして話します。稲垣先生も仰っていた通り、ナショナルヘルスサービスで、お金(国費)を投じるのだから、効果が見られなくてはならないと言われるからです。

一方、アイルランドにはスピリチュアルケアという概念がすでに浸透しています。カトリックだからです。ほとんどの病院は教会や修道会が設立者になっています。そんなわけで、隣国とはいえ、イギリスとアイルランドとは文化が違っていると感じました。アイルランドの今の大学病院では、キャサリン・マコーリーやメアリー・エイケンヘッドという、ちょうどナイチンゲールと同時代に活躍した女性たちが作ったケアフル・ナーシング・モデルというものがある、スピリチュアルケアを大変重視しています。です、シミュレーションやシナリオに基づいたトレーニングという、その部分を除外してやらないでくれ、サイエンス的に押しつけられても受け入れられない、と看護師から強く言われました。そんなこともあって、まず最初に「どういうケアをなさっているのですか」と、聴き取り調査を行い、現状を把握するところから理解しようと思ってやっているところです。

私は日本人として、イギリスとアイルランドに住んでいるいわゆる現地人ではない研究者ですし、リサーチチームをみても、ソーシャルワーカー、医師や看護師にも参加していただいて、多職種の研究になっています。ケアを受ける側は当然ですが、ケアを提供する側にとって何が一番いいプログラムなのかを考えるという意味で、大変勉強になりました。ヨーロッパ全体として考えると、大陸諸国では施設はもっとモダンでハイテクだったり、アイルランドとは対照的なところもあり、世俗化も進んでいます。教会のような組織だった宗教は特にそうだと思いますが、カトリック教会も世界的にもいろいろと批判を受けています。これはアイルランドでも同じです。それでも、社会の理想の中に、スピリチュアルケアや信仰が根づいているので、医療のような現場でそこを無視してはできないと思います。

稲垣 医学はサイエンスに基づいています。サイエンティフィック・エビデンス、数値のコントロールを細かくやります。科学と宗教の対決と対話、両方が必要です。日本では成立しない。欧米では喧嘩もしますが良い交流がある。スピリチュアルケアの問題は良い例です。それがないと、うまくクリアできないでしょう。サイエンスとは何か、レリジョンとは何か。制度化されたレリジョンが宗教というイメージで、それが解体されています。しかし一人ひとりは、スピリチュアルなものを持っている。チャールズ・テイラーのような人は、そこに注目して、制度化されていない新しいスピリチュアルなもので、人がつながる可能性、それを公共空間でやれるのではという意見を出している。興味深いし、大事だし、具体的だし、学問的にも広がっていくテーマかなと思います。今までのところで、ご質問があったらどうぞ。

アメリカ特有のCPEシステム

島蘭進 アメリカのCPEシステムはイギリスにはないのでしょうか。

半田 ないです。

島蘭 カナダはどうでしょうか。

小西 カナダはあります。

島蘭 そこが大きな違いですね。歴史的な理由がありますか。

小西 アメリカは、世界中から生徒が来ています。オランダもフィリピンもアメリカのCPEをモデルにしたプログラムを持っています。CPEは世界的に広く参考にされていますが、スピリチュアルなことはその国の文化的なこととも密接に関係があるので、CPEの取り入れ具合は国によって異なります。スピリチュアルケアには、普遍性の要素と特殊性の要素があると思います。

島蘭 CPEで一番重要なテーマは、cultural sensitivityです。アメリカ帝国主義的なスピリチュアルケアではなく、アメリカ自体が多様性を含んでいますから、その中でCPEのスーパーヴァイザーのマ

島蘭進



イノリティの人たちのイニシアティヴが動いたりします。何とかしようと努力はするが、アメリカ自体が特有の宗教性を持っていますから、アメリカが宗教として括ったものが普遍的な宗教とは言えない。civil religion のようなものがいくらでもあります。

アメリカでは、まず、あなたのデノミネーションは？ という話になって、ビリーフとは何かを意識している国民性があるかもしれません。ビリーフを問うのは、そういうコンテキストでしょう。しかし日本ではそもそもビリーフと言われても、というところがあります。

小西 おっしゃるように、まさにアメリカのコンテキストだから出てきたところがあると思います。CPE で重視するのがノンジャッジメンタル (non-judgmental)、自分の個別的な価値判断を人に押しつけないことで、それをセンシティブにやっている。特定宗教だけでできているところです。自分の宗教を相対化する発想はもともとない。「だってこれが常識でしょう」となってしまいます。しかしいろいろな民族、宗教の中、多宗教の中で生きていて、自分のやり方を通そうとすると、いちいち衝突することになります。他者との違い、個性を丁寧に繊細に尊重して、良いスピリチュアルケアになっている、ということがあるように思います。

稲垣 おもしろいですね。島藺先生はいかがですか。

無意識も、個別化も含めたビリーフ再構築

島藺 です。それに代わる、むしろ何もはっきりしないことを前提にした場合には、ビリーフの組替えは、どう言ったらいいのか、ですね。

稲垣 小西先生の1つの主張は、たぶん日本人は無宗教だということではなく、すっぱり1つの宗教性で固まっている、そういうイメージがあるのではないですか。

小西 そういう面もあります。日本はいろいろな文化を受容する力がある。同時に、宗教と言えるのかわかりませんが、たとえばアメリカから帰って来た時、私は日本人は、いわば「世間体教」を信仰する人たちなのではないかと感じました。しかもそれは非常に強いものです。日本にずっといる時は気づかなかったのですが。みんな常に周りの様子を伺っています。たとえば、日本人の、お骨を大事にする習慣は、実はそれほど昔からのものではない。昔からではなくて、ある時から急にそうなった。他の人がそうすると、自分もそうしようとする。「世間」が強い。一方で、よく言われるように、さまざまな国から輸入して、自分たちのヴァージョンにしていく、クリエイティビティもある。その二つの関係性は、まだなかなかクリアにならないところです。

稲垣 非常に重要なテーマです。どうですか。

島藺 このビリーフ再構築という今日のテーマなら、その線で日本のスピリチュアルケアを考えるのか、違う要素を考えることになるのかが、おのずから浮かんでくるテーマかと思ったのです。

小西 ビリーフ再構築は、そんなにいいモデルでないかもしれないが、宗教性も込めることができるし、その意味では使える面もあるのではないかと、思った次第です。ビリーフから自由になって真の自己に目覚める、という場合でも、他人から見れば、「それもあなたのビリーフに過ぎないでしょう」ともなり得るわけで、そうした目覚めのプロセスもビリーフ再構築のプロセスとして含まれていることになります。しかし、そうした普遍性は持っているかもしれないが、現場を捉えるモデルとしては、少々固いかもしれません。「神性や仏性に目覚める」というのが良いかどうかは別として、良寛のようにこだわりを捨てて、ビリーフを手放す、という方が日本的かな、とも思います。

島藺 どちらも内面的な自覚が変わるので、そういうことを、ケアを受ける側で求めているのかどうかです。

小西 求めていない場合もあり得ますか。

島藺 つまり、スピリチュアリティのイメージが、ややプロテスタント的、内面性の自覚に寄っていないかどうか。儀礼や業などから見ることも必要だと思います。

伊藤高章 ビリーフと言うときに概念化されすぎているような気がします。日本人のスピリチュアリティは無自覚だったり、社会構築論的に見れば、みんなと同じようにやって、いつの間にか身に着いた価値観がビリーフだったり、スピリチュアリティだったりしているのではないのでしょうか。それをバツと切り取って、ここが問題だから、ここを変換すればいい、というかたちで捉えられるのでしょうか。再構築と言っても、無自覚な部分も含めると、実は全然変わっていないのかもしれない。スピリチュアリティとは、意識的な変更があったとしても、変わりようがない領域にかかわっているのではないかと思います。まさにプロテスタント的のご発言がありましたが、「私はきょうからこれを信じます」と言って、変わる要素と、「そう言われても、こう感じざるを得ない」というところもあると感じています。

小西 私は必ずしも「何かを信じます」という意味でビリーフという言葉を使っているわけではないのですが。

伊藤 ビリーフの問題は認識の枠組みの問題と考えています。それがどの程度自覚的に変えられるかどうか、という疑問です。

小西 自覚的に変えるのではなく、気づくことによって、結果的にその人の認識が変わるのは、どの宗教にも見られる共通現象だと思います。稲垣先生の言う世界4も、物事を見る枠組みで、ある種ビリーフと考えているので、広げるとビリーフは、そのレベルだけではないです。

伊藤 そうすると、ケアとして再構築に関与するというのはどういうことなのでしょう。

小西 「再構築」というのは、外から見てモデリングしているだけで、外の人間がビリーフを取り換えようとする、という意味ではないです。現象をできるだけ普遍的に、外からの視点で捉えようとしたまでのことです。ビリーフを換えた例を出したので、そういう誤解を与えてしまったのですが、もう少し的確な表現が必要かもしれませんね。

稲垣 そこが重要ですね。意識的にビリーフの枠組みがあって、意識の下に、もっと深い無意識の世界があって、たぶん両方が人間の心です。意識的なところだけを手放したり、再構築したりするというイメージも受ける。しかし、小西先生はそういう意味では使っていないわけですね。

小西 無意識も含めて、個別化も含めた意味で、ビリーフ再構築ということです。

稲垣 無意識も含めたインテンシオナリティ、志向性。意識していることだけではなくて、と言いたいのは、死は徹底的に人間個体の絶体絶命の最大のピンチです、普通の人にとっては。もちろんそう感じない人もいますが。医療者がそういう問題を出さざるを得ない。たぶん寿命がどんどん延びて、昔、死んでいる人も医療技術で生きていて、80、90、100歳の人もあります。今まで日本の社会は、それを深刻に問わなかった、その前に死んでいたからです。しかし、医療技術のおかげで、露わになってきた。スピリチュアルケアやスピリチュアリティとか、宗教性など、ぼんやりとして世間でお茶をにごしていたものが、そういうところを突破して、人間の根源的な死と合わさっているのです。それこそ徹底的に問わなければならない時代に入ったと思います。こういう問題を医療者、哲学者、宗教者も含めて、そう言うといきなりプロテスタント的と言われるかもしれませんが、カトリックも含めて、問う必要があります。

自殺願望に対するスピリチュアルケア

島藺 若い人で死にたい人がたくさんいる。死が怖いというより死にたい人、生きていたくない人へのスピリチュアルケアをしているお坊さんが日本にいます。そういう時、その人の信念が組み替わるのが大事かと思いました。

稲垣 大事な問題で「死にたい」と言われて、「どうぞ勝手に」と言うのは酷なので、生まれたからには頑張らましょと、カウンセリングとか一生懸命やっているわけです。そのへんのことをこれからの課題として、哲学や倫理のチャレンジを受けて取り組んでいく時代に入っています。

鵜沼裕子 私は倫理思想史の方から、プロテスタントの思想史を専攻していますので、現場のことはわからないのですが、二つお聞きます。小西先生は、ご自身の実存的立場として、何らかの既成宗教を信仰していらっしゃるのかどうか。もう一つは、アメリカやイギリスのスピリチュアルケアの流れに、ユングの考えが入ってきているか。あるとすればどのように、どの程度か。今、お話にあったスピリチュアルケアの考え方の中に、ユングの考えが入っているのか。

小西 信仰告白みたいな話ですね。もともとキリスト教の教会に行っていたことがあり、洗礼は受けていないのですが、ある宗教的体験をし、以降、急に仏教、特に禅に関心を持つようになり、修行にも参加するようになりました。その意味では一つの伝統にしっかりと根をはった立場ではありません。ジョン・ヒックの宗教多元主義ではないですが、私は特殊を超えた普遍的な次元があると思います。そのような立場から、自分自身の神学を組み立てています。キリスト教も仏教もそこから可能であるような立場だと考えています。

そこでは、ビリーフから自由になった時、神性に目覚めていくと考えますが、それはいわば無意識的な領域です。西田幾多郎の弟子の久松真一がユングと対話をして、「集合的無意識よりも一段深いところがあるか」について議論していますが、私はそうした領域をも含みうるようなものを考えています。

稲垣 集合的無意識よりもさらに深い、ということですね。

小西 そこを超えることは可能か、というのが久松のユングに対する問いです。それに対して“Ja!”（ドイツ語で「はい」）とユングが答えたのを聞いて、もしそれが本当だとするとユング心理学が根底からくつがえってしまうので、周りのみんな驚いた、という逸話があります。島蘭先生の先ほどの自殺に関するお話、死にたい人のことですが、「死んでもいい」という結論に導くようなある種のビリーフ、そういう世界観が社会から与えられている面があるのだと思います。何かに直面したときに、「別に死んでもいいのでは」と発想させてしまうようなビリーフがその根底にあるのではないか、という立場です。

石野徳子 自殺願望は学生の中にもいるのですが、根底には内心を聴いてほしい、自分への関心を促すということがあります。家族背景を聴いていると、本当に死にたいと思っているのではなく、自分に対して関心を持ってほしいという願望からです。

稲垣 石野さんは、精神医学の看護がご専門ですね。

石野 今の世相からいいますと、スピリチュアル・クライシス、失業、離婚など、心の病を患うことが多いので、スピリチュアルケアが必要だと思いました。実際、医療の現場では、医学ではどうにもならない治療の限界があって、心を支えることが大事で、それでも限界がある。看護をしていた時、何もできない自分がいるのです。例えば、がんの告知を受けた方とお会いしても何もできない。その時、内面的にケアができる人間なら、つらい気持ちを持っている方に寄り添って、もっと適切な言葉が言えるのではないかと考えました。

そのときにスピリチュアルケアの手法が身に着いていたら、少し違う対応ができていたのではないかと思います。しかし技術的にすぐ身に着くものではないし、何年か学問をしなければならないものです。医療、看護ケアで、コミュニケーションを図りなさいと言われる時、共感、傾聴をしなさい、と教わります。形はあるのですが、根底で抜けていたのは、他者に対する、また自分の価値観、スピリチュアルケアの概念が抜けているのです。今日伺ったお話は、その根幹に関することで大変有益でした。これまで根幹の部分が抜けていました。これは自分の反省です。

稲垣 スピリチュアル・ギヴァー、支援する人自身が持つビリーフ、それを反省する機会が無く、教育の現場で問われないまま、医療者になり、相手をケアするという状況を、特に日本の医学、看護学教育で、御経験の中で感じられたのですね。

非常に興味深いのは、若者の自殺願望のことで、小西先生の言う、死んでもいいという価値観、世界観を世の中が押しつけて来る時代になっているという警告です。

小西 そうですね。「押しつけ」かどうかわかりませんが、みんなが無意識のうちに共有している思考



鶴沼裕子

パターンがあります。生きること自体が苦しい時代、ただひたすら生きることに変な時代には、今の時代のようなニュアンスでの「死にたい」という発想はそもそも出なかったと思うんです。それに対して現代は、昔のような苦勞せずとも生きられる時代、という前提があるように思います。社会とは、人が生きるとはこういうものだ、というある共通する考え方があって、だったら、死ぬのは怖くない、と思う若い方は多いです。しかし実際、殺されそうになった場面で「死ぬのは怖くない」と言える人はほとんどいないと思います。そう思い込んでいるだけだと思います。

島蘭 死んでいく人のケアにおいて、スピリチュアルケアの重要な部分があると思います。精神科医療で絶望している人は多いです。そういう領域で、比較的健康的だった人が死に直面して、今まで足りなかったものを考えるというシチュエーションと、痛めつけられてきた人をどう支えるかは少し違います。安定していたものが崩れてのクライシス、そして再構築。あるパターンの前提が適切かなと思います。

稲垣 医療、福祉で考えますと、どうしようもない状況に陥った人を支援するのが福祉の定義です。でも、そんな状況を生む社会を問う、社会保障論とか。そういう問題も提起していますよね。スピリチュアルケアにはその両面があると思います。Spiritual well-being が言われた時、そういうマクロとミクロの両面の状況を感じます。死の直前の人や、何度もリスタートをする若者もいます。両面をスピリチュアルケアは背負っている。現場では、クリニカルにはそうです。

ここでは、もっと哲学的に、基本的なところで議論をしたいと思います。事例研究はたくさんありますが、日本の文化そのもののあり方を聞きたいと思います。小館さん、何かありますか。

宗教についてパブリックで語らない日本

小館 自殺の話ですが、アイルランドでは、人工妊娠中絶はいまだに基本は非合法で社会論争も絶えません。妊娠中絶合法化に反対する(プロライフ)、妊娠中絶合法化に賛成する(プロチョイス)という2つのグループが組織されていて、大人から子供まで、命という問題を意識する環境がしっかりあります。中絶についての議論が社会を二分するという状況に賛同するわけではありませんが、命の大切さが、宗教観と結びつく役割をしていて、若い人にも意識されているという感覚がイギリス以上に強い。これは、南北アイルランドをも結びつける問題で、宗教観が社会のあり方として生きている。

日本は無自覚で世間を気にしますが、死にたいという思いが個人化され、社会で救いとる術がないことが、近年特にすごく目立っているように思います。ヨーロッパは個人主義で、プロテスタント(もしくは世俗)社会、そして、自己選択がすべてという感覚が強い一方で、こうした命の問題を社会で語る場所やサポートシステムがしっかりあったりします。日本にはあまりないか、知られていないか。こういうことをきっかけに、テーマになっていくとよいと思います。

小西 個人主義化が今後、日本でどのようになっていくかということにも関心があります。個人が主体になった上でお互いに協力的な関係性を構築していくのか、あるいは個人の違いを強調しないで、何かを共有して生きていくのか。そちらのほうが日本的だという考え方もあると思います。個人主義をベースとしていないから、個人同士がしっかりと向き合って対話する必要性を感じない、ということもあると思っています。日本の社会には、個人主義化していたり、していなかったりといった斑があるように感じます。

稲垣 公共哲学を十数年やっていてつくづく思うのですが、アメリカ以上にネオリベリズムとか、インディヴィジュアリズムというよりもミームイズムですね。一方で国家の抱きは強い。二極分解です。プライベート(私的)、オフィシャル(公的)に分極し、その中間のパブリック(公共的)が全然ない。公的は権力で、私的は自由気まま。その中間で、繋ぎとめる人間と人間の絆づくり、市民社会がすごく弱い。それが大きな課題です。

石野徳子



宗教はというと、キリスト教、仏教、新宗教が日本にはあるけれど、そういう自覚で宗教者が自分の宗教を受け止めているかどうかは、また大問題で、宗教者が問われています。今のような問題提起は重要です。小館さんは日本を離れて何年ですか。

小館 10年以上になります。日本で大学(修士)まで出ました。

稲垣 Ph. Dはイギリスですか。

小館 イギリスです。

稲垣 10年離れている世代がそう感じるのは、重要な問題提起だと思います。

半田 私もイギリスに25年います。個人主義が発達しているイギリスですが、自分と関係ない人でも、隣人だという感覚があります。宗教的なことからくるのかもしれませんが。日本の場合、縁のない人は、昔でいえば家なり、村なりがケアしたのだから、縁のない自分とは関係ない。あちらにいと、縁はないが、困っている人がいると聞いたら、何かすることがあるのではと考えて動こうとするのが一般的です。何かあっても見捨てられてしまうことが日本では多いと思います。

小西 個人対個人、1人の人間対人間が関係性の基盤になっていると思います。アメリカではエレベーターの中で見知らぬ人と会っても、“Hi!”とか気軽に挨拶する。私もアメリカではそうしていたので、つい日本でも挨拶したら、白い目で見られました。(笑)

小館 とても混雑する電車の中で自分のスペースばかりを意識して、他の乗客の足を踏んでも謝らない、挨拶もしないという「空間」が異常です。イギリスでは挨拶が基本で、電車の中でも、どこでも、何かあったら助け合わなきゃという、みんなが共同体という「空間」を意識する感覚がある。知らない人は関係ないので、挨拶もしない、足を踏んでも謝らない、外国人が体験して驚く日本人の傲慢さです。外国人のイメージでは日本人は丁寧に親切ですが、全く違うものがそこに存在する。公共性の意識の違いというか、大きなギャップがあると思います。

島薺 パブリックについて語る場所がないわけです。日本は人類史的な実験をしているのです。69年間、宗教についてパブリックで話さないという政策を取っている。おそらく人類史の中で例がないので、どういう結果をもたらすかは、恐怖心はあります。

稲垣 驚きと恐怖心から、哲学もスタートします。大変興味深いお話です。

「ABC Model for Multidisciplinary Care」と「Spiritual Care」

伊藤高章

雑誌 *Nature* の分冊「臨床腫瘍学」(*Nature Reviews Clinical Oncology*) に2010年に掲載した“ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care”をお配りしました。この論文はアメリカのテキサス大学にある M.D. Anderson がんセンターの先生たちと私の共著です。このセンターから、毎年10人ぐらいのファカルティーが来日し、日本の oncologists (腫瘍学者) に2泊3日の集中トレーニングをしてきました。7、8年続いていて、私はこのプログラムを運営する財団に関わって、そこで話もさせていただいています。

このプログラムでは、患者さんの症例について、どのような医療が提供できるか徹底的に討議します。今、できることがなければ、どういうクリニカルトライアルを組むかまで討議します。混合医療ではないですが、今、治験をすべて使った時、次にどのステップが組めるかを話します。外科医、内科医、ナース、pharmacists (薬剤師)、統計学者が知恵を出し合い、multidisciplinary (学問領域を超えて) に考えるのです。

この作業のガイドラインとして出来たのが ABC conceptual model です。今日は、このモデルの医療の哲学的前提を振り返り、それとスピリチュアルケアを重ねて考えてみます。最近、スピリチュアルケアの流れの中で、ジェネリック・スピリチュアルケア 批判が出ています。今、看護の方等が研究しているスピリチュアルケアの効果の evidence。ここで言われているスピリチュアリティということを考えてみたいと思います。

過去10年間のスピリチュアルケアに関する全論文を review したメタアナリシスが出ました。その結果、論文がたくさん出ているが、研究対象や概念がまちまちで、evidence の積み重ねになっていないということでした。何が問題かというと、患者さんのスピリチュアリティとか、スピリチュアルケア、スピリチュアル・クライシス (spiritual crisis)、スピリチュアル・ペインについて語るとき、何について語っているか、合意がない。特に、私たちのように、スピリチュアリティを宗教的背景を重視しながら理解しケアを模索している立場からすると、成果測定を求めるため、思想性、歴史性、喚起性、象徴性もないスピリチュアリティについて話していることが多いと感じています。これをスピリチュアル・ペイン、spiritual suffering (スピリチュアルな苦痛) と言っていますが、宗教家、文学者、歴史家が話しているものと、医療現場で話されているものと、別のことについて語っているようにも思えます。医療者の語るスピリチュアリティは、ジェネリックです。つまり文化的広がり、背景、歴史性は全部飛ばして、スピリチュアリティのエッセンスと思われる測定可能な側面だけを取り出して、それを研究している。しかもその取り出し方の視点すら定まっていない。このメタアナリシスでは、スピリチュアルケア研究の大きな問題が浮かび上がってきています。今日は、3つのことを話したいと思います。

患者に対する3つのタイプのケア

ABC conceptual model は、医学がケアできる範囲は患者さんが必要としているケアのほんの一部なので、それに加えて、スピリチュアルケア、social work (社会福祉事業) によるケア、さらにはコミュ

ニティの視点が不可欠であることを表しています。患者さんを支えるには、後に説明する「診断型のケア」と「対話型のケア」の両方が必要です。これらは、ある特定の文化や制度の中で成り立っている。つまり、患者さんのケアは ABC という3つのタイプのケア——A は Active Care、B は Base Support、C は Community Resource で支えられているのではないか、ということを論じています。M. D. Anderson がんセンターで、実際にスタッフ教育にも用いられている図式です。

Active care は具体的には、医師、薬剤師、臨床検査技師など、evidence-based medicine (EBM) を実現するための医療です。この領域は、徹底的に科学的で、統計的に支えられるべきです。M. D. Anderson のようなアメリカの研究方法論は厳密です。新しい試みの傍には必ず統計家がいて、冒頭から「有効な evidence を出すには N がいくつ必要です」と言う。「evidence として成り立たない治療」は無責任です、と言ってくる。こういう文化は日本には無いのではないのでしょうか。日本の医療において、統計家を必要とする医療がどれほど行なわれているのでしょうか。優秀な統計家は製薬会社に雇われていると聞きます。統計家がいないからお医者さん主導の治験ができにくいという問題が起こっているのかもしれませんが。どちらが先の議論なのか、素人にはよくわかりません。

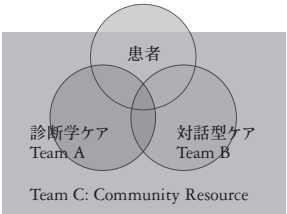
Active care は、統計的にしっかりとサポートされた evidence に基づき、同時に evidence を創出する医療なのです。EBM は、統計的に有意な治療をするだけでなく、それに基づいて行なわれた治療すべてが、次の evidence になる。ある治療をすると、それを厳密に判定し、判定された結果は、次のデータとして回っていくというサイクルです。しかも、それは患者の意思や医療者の経験に支えられている。それが成り立たない医療は、ちゃんとした医療ではない、と M. D. Anderson は言います。そういう医療の中心となるのがチーム A の役割です。でもチーム A だけで、患者さんが満足するかというと、全然そうではない、と自覚しています。

何が必要かと言うと、患者さんが主観的に私の治療であるという意識を持っているか、その治療のオーナーシップが患者さんにあるかという点です。これは特に医療倫理的観点から非常に重要です。ここにインフォームド・コンセント (IC) という概念が出てくるわけです。日本は不思議な国でドクターが「ICをとる」と言います。しかしドクターは、インフォームはするが、コンセントは患者が合意するわけです。インフォームの主語は患者です。インフォームド・コンセントという概念に、医師は必要条件ですが、主体ではあり得ないのです。問題は、患者さんが説明を受けて自己決定する時、どうケアするかです。医療者は、患者が治療方針を決定する時に関わってはいけません。医療者は、選択肢を提供する側で、この選択肢が望ましいと思います、と説明して提示するのが責任です。医師が合意するときのお手伝いをしたら、説得でしかない。誰が、患者の意思決定をサポートするのか、その根拠は何か、は M. D. Anderson ではとても大事なテーマです。日本では、清水哲郎氏の「共同意思決定」の議論¹⁰が重要です。

私は、ここにチャプレンというスピリチュアルケア職の役割があると考えています。患者さんが自分の価値観、人生観、家族状況を考慮してどうしたらいいかの選択をする時に、ちゃんとその話を聴く専門職です。指示をいっさいしないで、患者が何をどのように悩んでいるのか、聴くことで課題を明確化して支えるのがチャプレンだと考えます^{4,5,12}。チーム B、つまり Base Support というのは、患者さんが、自分で自分の病気の意味や回復の意味を考える主観に共感し、非指示的に語り、積極的に集中し、個性的に傾聴する。それが、スピリチュアルケアの仕事だと考えます。このときのスピリチュアルとは、究極的に患者さんが、自分はどう生きたいのか、自分にとって重要な事柄の優先順位は何か、それとどう取り組みたいか、という患者の内面を導く準拠枠のようなものです。日本でもアメリカでも、看護職をはじめ心理職、福祉職もそれぞれの立場で、チーム B のケアにも関わっています。チーム C は医療、制度、保健、研究基盤等のすべてと、患者家族を囲むコミュニティです。現在議論されている地域包括ケアも、高齢者だけでなく、さまざまな援助希求に応えられるものに展開す

10 | 清水哲郎「医療現場における意思決定のプロセス—生死に関わる方針選択をめぐって (医療における意思決定)」『思想』(976) 4-22、2005年8月

fig.02
Team Oncology ABC



N. T. Ueno, T. D. Ito et al., *Nature Reviews Clinical Oncology*, 2010: 115

ることを願っています。医療は公共的な営み、ケアは市民の社会性によって支えられている、ということを保証する役割をチームCが担っていると考えます。

fig.03

チームの役割・特徴

	チーム A Active Care	チーム B Base Support	チーム C Community Resource
職種例	医師 薬剤師 臨床検査技師 PT OT	臨床スピリチュアルケア 音楽療法 アロマセラピー	家族 親族 友人 宗教 思想 文化 制度 企業 基礎研究 マスコミ NPO 政財界 etc
		看護職	
		心理職 福祉職	
目的	EBMの実現	治療基盤を整える 苦難・生の意味探求に隣席	医療の公共性およびケアの社会性を保証
方法	集学的直接医療	自己決定支援 Informed Consent Compliance / Concordance	地域資源の活用
技術	チーム A 内の協力 ケアチームのリーダー	主観への共感 非指示的 「語り」の積極的 個性的傾聴	「責任ある市民」の視点

こういうことを考えながら、ABC modelを作ったら、なかなか評判が良かった。しかしABC modelは、もともとががん・腫瘍の医療・研究に関わるoncologistsのために作られた多職種によるがん臨床ケアの構造ガイドラインです。ここでいうスピリチュアリティも、実はジェネリックだと思います。患者さんの価値観、人生観については、かなり個人化されています。つまり、コミュニティの視点が十分に反映できていない。特に、どうしてそういう価値観を持つに至ったのか、生い立ち、その時代の文化や思想がその人にどう変化をもたらしたのか等の考察を省いてあります。

ケアの前提となる人間観・方法論

今日、スピリチュアルケアは、個人の信仰の問題として議論されているわけではありません。スピリチュアルケアのテーマは、人間のスピリチュアリティを、医療、公共の場、グリーフケア、自殺予防など社会の諸問題との関わりでどう扱うか、です。「あなたは何を信じていますか」という信仰対象についての考察とは、次元が違うという自覚は必要です。そのときに、どういうperspective、哲学的な前提を持っているのかが、どうしても問題になります。

2種類の哲学的視点があると、私は考えています。最近読んだ本でベルグソンも言っていますが、私の言葉では、診断型(dia-gnostic)のケアと対話型(dia-logic)のケアです。ベルグソンは分析と直感の2種類だと言います。

診断型ケアが分析、対話型ケアが直感です。ヤスパースは、診断型ケアをerklären、対話型ケアをverstehenと言います。

診断型ケアとは、当事者より援助者の方が、ケアすべき事柄について、客観的知識や情報を持っている関係です。たとえば、医師が患者より病気をよく理解し、対処の仕方、どう介入すれば効果的に判断できる。科学的知識を個人に適用してケアできる。ここで求められているのは、非時間的で普遍的真理です。たとえば、がんの病態とか、このウイルスにはどういう予防が可能か、このバクテリアは生体の中に入ると何をやらかすか、など科学的知識です。医学は知識が高まると、人間の病気に応用する可能性が増えます。診断的ケアは、医学・諸科学の発展によって、その範囲が拡大してゆきます。

しかし人間には、全然違う領域があります。当事者の主観の開示によって初めてケアの内容がわかる領域です。「あのお医者さん、看護師さんと、この看護師さんでは、どちらが好き?」「リンゴ食べたい? みかん食べたい? 病気が治ったら何をしたい? 誰と一緒にいたい? 誰に看護されたい?」

など客観的には全然わからない。観察していても、突然予想に反することもありますから、原則、本人に聞かなければわからないわけです。しかし今日、私たちが目にしているケアは、本人に聞かなければわからないことでも、客観的にわかるはずだという観点から、データを追い求めている側面があります。ベルグソンは、知の領域が違うと言っている。杉岡良彦『哲学としての医学概論——方法論・人間観・スピリチュアリティ』（春秋社、2014年）という面白い本もあります。

別な側面からの議論を少し加えると、dia-gnostic と dia-logic という概念に関しては、神学的な背景を考えることもできます。Dia-gnosis と dia-logos の対比です。これは、初期キリスト教の最大の神学論争に他なりません。グノーシス主義という古代の哲学的思想があります。ここでは、人間は神のことを直接知ることができる、イエスは要らないという立場です。それに対してロゴスを重視する立場は、神の真理は「神の言葉」であるイエスという個別の具体的存在を通してのみわかるとします。ロゴスの立場は、原理に還元できない個々の多義的な事実性の追求に興味がある。紆余曲折はありますが、実存主義、現象学に繋がると私は考えています。このロゴスに基づく知と、グノーシスに基づく知は、人間が昔から求めている知の2つの立場で、これが両方あるのは当たり前ののですが、どちらかに偏るのが人間の限界でしょう。

	方法	思考	根拠
純粋科学	論理	抽象的 理念的	合理性
診断型ケア	統計	具体的 一般的	データと因果関連
対話型ケア	共感	具体的 個別的	個人の準拠枠「個人神話」

fig.04
ケアの方法と思考

これがどう具体的に問題かという、診断型ケアは、データから、具体的だが一般的な因果関係を求めて、法則性、統計的な可能性を追求する。一般的な知や、小文字かもしれませんが真理を求めます。これに対し対話型の知は、そのとき1回きり、その人にしか通用しない真実性を扱います。当然、使う言葉が違います。観察の言葉は、事実や客観性を求める言葉であって、求められているのは一義性や明確性です。対話の言葉は相手に共感を求めたり、相手を操作したり、関係性を扱う言葉です。

スピリチュアルケアで患者の言葉を聴くときは、2つの言葉を分けて聴くべきです。事柄を伝える言葉、気持ちの言葉は別の役割を果たしている。事柄を伝える言葉は、インフォメーションを伝えている。関係性の言葉は、メッセージを伝えている。この2つを上手に聴き分けられるのは、スピリチュアルケアに必須の能力だと思います。

	言語		ケア
観察のこぼれ	事実・客観性を語る	一義性・明確性	身体的
対話のこぼれ	他者との関係性を語る	共感性・操作性	社会的
内省のこぼれ	自己の同一性を語る	情緒性・自省性	心理的
変革のこぼれ	存在の背理を語る	多義性・喚起性	スピリチュアル

fig.05
こぼれの類型

診断型の言葉、対話型の言葉とは別に、メッセージもインフォメーションも伝えないが、自分の心の中を語る内省の言葉があります。スピリチュアルケアは、ここでは、その人が内省しているプロセスに立ち合わせていただく。まず聴くことです。この言葉は、ケア提供者に向けて語られているのではなく、患者が自分自身に語っている言葉です。余計なことを言わずに、ケア提供者は、黙ってその証人になればよい。

それから、存在の背理を語る言葉もあります。人は、他者には論理的に理解できない言葉を語ることがあります。たとえば、「もうあまり治る可能性はないかもしれませんね。まあ、いいですわ」というような言葉は、全然論理性もないし、1つのメッセージすらないかもしれない。でも、その方の中で何か

11 | ジョージ・エンゲル (George Engel, M.D., 1913–99) biopsychosocial model: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, New Series, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), 129–136.

12 | ナシア・ガミー『現代精神医学のゆくえ——バイオサイコソーシャル折衷主義からの脱却』山岸洋・和田央・村井俊哉訳(みすず書房、2012年)

13 | Puchalski, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 2009 Oct; 12(10): 885–904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142.; National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, Third Edition. 2013. p26.

が起こっている、論理的なだけでなく人間の側面がある。その時の言葉はしばしば、この世に生きる人間の有限な世界観を超えたところを見据えており、こっちがドキッとするような語りです。おそらくこれが、狭義のスピリチュアルな言葉なのでしょう。ケア提供者は、その方に働いているスピリチュアルなものを推察するだけです。もちろん、後からそれを伺うことは可能でしょう。

人間はいろんなレベルの言葉を使いながら、コミュニケーションをしています。医療者は観察し、客観的な言葉を集めて、データを作ってやっていく。しかし、スピリチュアルケアに携わる者はさまざまなレベルの言葉を聴き、さまざまなレベルで応えながら、ケアを行ないます。

生物心理社会モデルにおけるスピリチュアリティ

エンゲル¹¹ が1977年、雑誌 *Science* に、“The need for a new medical model: a challenge for biomedicine” という医療のパラダイムに一石を投じる論文を書き、biopsychosocial model(生物心理社会モデル)を提唱しました。それまでは、コッホやパスツールによる細菌の発見以来、病気の原因を発見してそれを取り除く、というbiomedical model(生物医学モデル)と言われる、コッホが「○○菌を発見して、病気はこの菌によって起こるのだから、菌を殺せば病は治る」という機械論的な医学が進んでいました。エンゲルは、そういう医学モデルでは、病気とは關えるが、人間をケアできないと考えた。人間は、biological な存在ではなく、pshychological な存在、social な存在でもある。それを全部しっかり捉えないと、ケアにならない、キュアにも繋がらない。こういう考えに基づいて、心療内科のようなものが発展します。

1997年には、WHO(世界保健機関)の健康の定義の改訂が始まっています。つまりbiomedical modelでなく、人間の健康をbiopsychosocial model、さらには(スピリチュアルを含めた)それを超える視点で捉えようというWHOの方向性が明らかになります。全く並行して、ICFという福祉の視点から健康をどう捉えるかを問直す動きがWHOの中で起こっています。健康の定義や、緩和ケアの指針もこの流れから出ています。シンリー・ソンドースなどによってすでに展開されていた終末期の患者が抱えている痛みへのケアも、これらの議論によってさらに探求されることになります。エンゲルに対しては精神科医ナシア・ガミーによる理論的な批判があります¹²。要素を並立的に増やすだけの折衷主義でなく、もっとbio, psycho, socialの絡みを見ましようという立場です。ガミーは、それを見るとき、人文学的な素養が必要だと言います。Medical Humanities(医療人文学)という学問は日本にはありません。医療を囲む哲学的な考察、患者の心の動きについての文学・芸術表現、倫理的な問題、そして医療の歴史や文化比較など、サイエンスではなく人文学として医学を考える学問です。ガミーは、大事なのは、要素に還元できない人間の経験を総体として理解しようとする人文学的な素養であって、要素の数を増やしても意味はない、と言っています。それらをリンクさせるのは、統計でもメカニカルでもない。人の心の中で、これらがどう相互作用をしながらその人を形成していくかを考えて、ケアを考えていかなければいけないと言います。¹³

そのような流れを汲んで、アメリカで今、National Consensus Project for Quality Palliative Careという動きがあります。緩和医療をinterdisciplinaryに考え、National Consensusとして、みんなが合意できる基盤を作ろうという動きです。Whole Person Careという言葉があって、palliative care(緩和ケア)で何が必要か、リストを述べています。ケアが体系的に行われていること、身体的要素、心理学的、精神医学的な側面、社会的側面、spiritual, religious, and existential aspects of care、文化的要素が大事です。死に直面している人への特別なケア、倫理的、法律的な側面がどうしても大事です。

この話の中で spirituality を仮に、次のように定義します。「スピリチュアリティとは、諸個人が意味や目的を求め表現すること、その瞬間・自己・他者・自然・特別に意義深いもの・聖なるものとの繋

がりを経験すること、に関わる人間の側面」です。その人が今、私自身誰か、自然、聖なるものと繋がっているという感覚を持つことに関わる人間の側面です。

スピリチュアルケアの3類型

では、この定義に書かれているスピリチュアリティに向けてのケアについて考えてみましょう。まず共に居ること。その中でオープンであること、患者が言うことを批判せず、non-judgmental な姿勢で居続けること、できるだけ関係性を維持することです。また、1人ひとりの人生はミステリーであり、わかりきることはできない、いろんなことが起こり得るのです、とCompassionate Presenceという項目には書いてあります。Relationship-Centered Careという項目には、その方自身と関係性を築くことを中心にしたケアであり、partnership が大事です。方法論、技法に走らないようにと警告しています。また not agenda-driven の重要性も指摘します。つまり、ケア提供者の関心ではなく、患者が自由に導いてくれる話題で関わりを持つことが大切です。患者の恐れ、希望、夢、意味について、しっかりと耳を傾けるのが、スピリチュアルケアの大事な役割です。

同時に、スピリチュアルケアの専門職の心得です。ケア対象者でなく、まず自分のスピリチュアリティについて awareness を持つことが大切です。自分も死ぬべき存在であることを忘れずにケアに当たるべきです。スピリチュアルケアをする人自身が、自分のスピリチュアリティを養う活動を続けることが大事です。

ミュンヘン大学医学部にはスピリチュアルケア講座があります。その professor で、エックハルト・フリック(Eckhart Frick)という人がいます。精神科医、精神分析家の資格を持っていて、イエズス会で神父になった人です。彼が、Extrinsicなスピリチュアルケアということを書いています。ExtrinsicをOxford Dictionary of Englishで引いたら、not part of the essential nature of someone or somethingとなっていました。本質的でないが、スピリチュアルケアに必要なのが、患者のスピリチュアルな歴史、スピリチュアルな意志、スピリチュアルな問題、痛み、患者の inner strength の resource、内面から支えてくれる resource について聴くこと。しかし、これらは extrinsic で、本質的なスピリチュアルケアではない、と言うのです。先ほどの Compassionate Presence, Relationship-Centered Care、ケアする人自身のスピリチュアリティこそが本質だ、と。

アメリカのデューク大学の Koenig は、Duke Center for Spirituality で働いており、宗教はスピリチュアルケアに大事だと言って、データを出そうとして研究している。Psychoneuroimmunology という学問です。精神的安定が免疫機能をどれだけ高めるか、データをとってケアするようになりました。彼はバランスの取れた人で、健康の道具として宗教を見ると本質を見誤る、と言います。宗教には宗教の領域があって、その中で考えるべきで、健康のための宗教ならば、健康になったら教会に行かなくなりますと。機能的なスピリチュアリティの理解でなく歴史性、象徴性、宗教性など、喚起するものを大事にしようと言います。

スピリチュアルケアの3つの次元

最近、スピリチュアルケアには3つの次元があると考えています。第一の次元は、患者のスピリチュアリティをケアするとき、患者のスピリチュアリティは何か、どう動いているのか、を客観的に分析して、介入してサポートする。分析的な知の次元です。診断型のケアの領域です。この次元ではスピリチュアルケアに関するデータを生み出すことができるかもしれません。

第二の次元は、宗教であるかないかにかかわらず、あるナラティブに基づいて、援助対象者のナラティブがケアされる状況を考えています。援助者のスピリチュアリティに基づくケア、とも言えると思

14 | 上智大学グリーフケア研究所:日本で初めて「グリーフケア」を扱う研究所として2009年4月に開設し、10年4月に聖トマス大学から上智大学に移管。

います。宗教的なケアもこの第二の次元のケアと考えます。小西さんのお話で思ったのですが、spiritual crisis の経験の中で、自分に枠組みを提供しているナラティブで捉えきれない事態に直面したとき、より大きなナラティブもしくは新たなナラティブが得られることで、その状況を受け入れることができるかもしれません。それはスピリチュアリティによってケアされている状況かもしれない。親鸞さんの言葉に接して、「ああ」と思う。新しいスピリチュアルな気づきが与えられて、ケアが成立することがあるかもしれません。

第三の次元は、先ほど Relationship-Centered 等と言いましたが、関わりの中で何かが生起することのイメージです。働きとしてのスピリチュアリティの捉え方です。援助者が対象者をケアする関係性の中にスピリチュアルなできごとが起こるというケアがあります。ただ、これをどう養うか、もたらすか、はとても難しい問題です。

今、上智大学グリーフケア研究所¹⁴をはじめとする、主に日本スピリチュアルケア学会認定教育プログラムにおいて、スピリチュアルケア専門人材の養成をしています。その教育の中で私が考えているのは、超越論的な視点の可能性です。私があなたのスピリチュアリティを分析、解析して、こんな問題があるから介入します、というように、客観的な観察者として他者のスピリチュアリティに関わっても、だめだろうと思っているのです。なぜなら私自身が生活者で、無意識を含むダイナミクスを抱えているし、ビリーフを含めて、私自身が決して中立な存在ではない。言い換えると、ケア提供者自身がスピリチュアルなダイナミズムの真只中にある存在です。援助者自身がスピリチュアルケアされつつケアする、という構造がどうしても必要です。

ですから、上智大学グリーフケア研究所の教育理念は、「ケアされることを通してケアを学ぶ」というものです。スピリチュアルケアを学ぶには、専門職を志す人自身が他人からスピリチュアルケアを受けてくださいと言います。それが何かは起こってみないとわかりません。現場では聴き手によって話が違うのです。患者はインフォメーションを語っているわけではないので、あなたに話す話と私に話す話は違う。患者は誰かに語ることで、その都度、新しい自己理解をし、新しい自己を生み出している。どう聴くかでどう語るかが決まり、聴き方によって、語ったことのあじわいが異なるのです。スピリチュアルケアの目的は、語りを通して、患者が新しい自分を発見する作業です。スピリチュアルケアをする人は、患者の語りの証人です。私と話しているときに、患者に何か起こったら、何か起こったことの責任の一端は、聴き手にある。共犯者、共同制作者としてのスピリチュアルケアをする人です。これらが今日、皆さんと分かち合いたいことでした。ありがとうございます。

Session 10

医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本の“思いやり”倫理 | 1

Discussion 2

稲垣 内容の濃いものをありがとうございました。議論に入ります。島藺先生、一言お願いします。

島藺 ジェネリックというのは、どういう意味なのか。定式化してしまったら、より淋しいものになるし、コンセプトが必要だということでやっているわけですが、ジェネリック・スピリチュアリティ批判というのを伺いたかった。

それから、最後のところですが、共犯者、証人と言うのは、少し背負いすぎではないかと。本人から見ると、色々なケアを受けているので、もっと気軽にしないと疲れてしまうのでは? と思いました。

伊藤 おそらく、スピリチュアルケアをする人の関わりは焦点化しにくい、研究に必要な他の要素を排除した純粋にスピリチュアルな介入など、起こり得ない。たとえば、薬を飲みました、というのが唯一の介入要素と成り得れば、効果を測れます。スピリチュアルケアの介入は、他を排除してこれだけの効果は測れないです。以前、他の人から祈られている人と、祈られていない人のどちらが治りやすいか、という研究があったそうです。最終的には、研究として崩壊しました。祈られた人のグループは作れましたが、祈られなかったグループは作れなかった。どこかで誰か祈っている人がいるかもしれないからです。スピリチュアルケアは、私がやったからこういう結果が出ましたという、因果関係が捉えにくい。その意味では、スピリチュアルケアというのは気軽にできると言えます。(笑) ジェネリック。スピリチュアリティというのは、純粋に抽出することのできないものを、あえて議論する姿勢です。

稲垣 ジェネリックは抽象的になって、学問は理論化していてそういう方向に行きます。スピリチュアルケアには、ある意味で学問としてなじまないところがあるのかなと思います。

超越論的視点の可能性とは、何を意味するのかですが、哲学では英語の transcendental と transcendent を区別しています。普通、超越論的は transcendental、カント哲学の用語で、ある意味では先験的ですが、どうですか。

伊藤 この言葉のコンテキストですが、医学は科学的な営みで、病気、患者を対象化できる。私は上に立って眺めているという意味合いで成立する学問です。科学はみなそうですが、スピリチュアルケアは構造論化できない。超越論的というのは、使わない方がいいかもしれません。

宗教的ケアとスピリチュアルケア

稲垣 わかりました。もう一つは、今おっしゃった科学との関連で、客観性という言葉をよく使うが、同時に、間主観性という言葉があります。スピリチュアルケアを勉強しながら思ったのは、医学は、科学的、客観的であるし、スピリチュアルケアでは、そこで患者の主観性を大事にするという意味で、主観、客観の対立、二元性が出てきて、科学と宗教の対立と重なります。間主観性という言葉も、間に置くわけです。

この言葉は、フッサールの現象学で、多様化されて意味づけされてきた言葉で、客観性はそもそもないのではないかと。ということで。デカルト以降、科学は客観的だということになっていますが、デカルト哲学の評判が悪くなると、科学の世界でも、むしろ客観性でなく間主観性ではないかと言われていきます。科学者集団、多くの人がコンセンサスを得て行くプロセス、パラダイムが出てきた背景にも、そういう議論があります。純粋に客観性はないのではないかと、科学者集団も、最先端に行けば行くほど、そういう構造を出している。

スピリチュアルケアは、事柄からして、両者が接する場面が鋭く出てくる。興味深いのは、援助者のス

スピリチュアリティに基づくケアで、被援助者だけでなく援助者、これは小西先生が強調されていたことです。そこで間主観的な領域をいかに豊かに作っていくか、そういう作業と捉えています。そのへんの言葉の整理と、議論が科学や宗教に及んでいるので、もう少し付け加えていただければと思います。

伊藤 日本のスピリチュアルケアの学問の発展の中で、第一段階は、宗教的ケアとスピリチュアルケアを分けよう、スピリチュアルケアは宗教的ケアではないという議論がたくさんありました。

稲垣 村田理論もそうです。

伊藤 私は、これは難しい議論だと思います。まさにシンボルを介して理解したり、私たちが感じる感性も、社会構成論的にでもよいですが、状況の中で形成、構成されます。宗教とスピリチュアリティを分けて、宗教的ケアは、谷山洋三さんの図式では、ケアされる人がケアする人の世界観に入る。スピリチュアルケアは、ケアする人がケアされる人の世界観に入る。だから違うという議論ですし、それは豊かな議論です。

援助者のスピリチュアリティがケアに役立つのは、援助される人と援助する人が持っている何かが重なり合うときです。重なっていないのに、援助者が「空海さんは……」と言っても、何の役に立たないかもしれない。間主観性は、ケアする人とケアされる人の中のある共通の土俵という意味で使っています。科学も間主観性によって成り立っているというメタな話は有り得る。お医者さんはそのあたりをほとんど感じていないでしょう。医療者はEBM(根拠に基づいた医療)を、これは客観的な真実ですという使い方をします。そうでない面も言いたいですが、EBM自体は豊かな知的な営みですが、それをあえてproductiveでfunctionalな要素に焦点化して論じようとしている傾向が有ります。そのような焦点化は、現実的な科学の議論において大切な要素となっていますので、いじりたくはないです。それを補完する意味で、第二のケアが必要かなとは思っています。

稲垣 ありがとうございます。先ほど石野先生も言われましたが、日本の医療者の教育のプロセスに、医療哲学はなく、科学者としてトレーニングを受ける。これは大事ですが、もう少し広い、哲学的な視野がこれから重要です。欧米ではすでにあると、いろいろなところで接して思います。日本では医学等がプラクティカルな面で輸入されてきているので手薄かな、と思います。スピリチュアルケアが日本で出てきている背景には、当然問いかけてくるものです。

医薬品を売ると経済効果があるから統計家が医薬品会社に雇われているという話が出ましたが、そういう経済的な側面、メタ科学でなく科学方法論的なことで、日本社会が動いていて、人文的な素養、宗教の問題が軽んじられています。村田先生はなぜ宗教者が排除されるのか、とその理由を言います。日本の場合、majorityは仏教です。仏教の場合、お坊さんが入ってくると、葬式というイメージが強い。それで、宗教的ケアとスピリチュアルケアを分ける、という議論が出ているとも言えます。宗教を宗教としてまじめに扱ってこなかった、ということも関係している気がします。コメントがあればどうぞ。

伊藤 むしろ、臨床の話ですが、東北の大震災以降、日本の社会の宗教に対する受け入れがずいぶん変わってきたと思います。まさに震災前は、葬式仏教はいらないという話だった。しかし、技術が守ってくれるし、幸せにしてくれるという神話が崩壊したのです。その結果、多くの人が実存、メント・モリ、私は死ぬべき存在である、と改めて気づいた。そこでないがしろにしてきた宗教に、長い人類の英知の中で築き上げた知恵があった、という再発見があったのでしょう。東北の人と話していると、何でうちの家族が流されたのだろう、なぜ私だけが残ってしまったのだろう、という悲しみがある。緩和医療をしていると、医療の現場では究極的な崩壊というイメージがありますが、震災以降、死んだ後の世界は存在する、行き急ぐ必要はないが、死んで全部が終わるというよりは、連続性で捉える感じが出てきています。何が大事かと言うとシンボリズムです。死後の世界のビジョンが必要になって、儀礼、象徴、美術、音楽などどのように神話性を深め、イメージを広げていくかが、宗教の新しい課題になる気がします。

稲垣 宗教政策はご存知のように、日本の近代化の中の大問題で、戦後はその反動で全く宗教に

について語らなくなった。政教分離の解釈がゆがんだまま、六十数年きています。そうではないということ
を、具体的なテーマを通して、論じる必要があると思います。

スピリチュアルケアをどのレベルで論じるか

河正子 村田先生は、スピリチュアルケアと宗教の関係について多くを語られませんが、WHOのスピ
リチュアルの定義では、スピリチュアルは宗教と深く関わっているが、スピリチュアルケアは宗教的ケア
と異なると定義されています。それを受け入れて初めて、日本の医療の中に、スピリチュアルケアを位
置付けることができたのでしょう。そういう意味で村田先生も、宗教の関わりを言うことに、慎重になられ
たのだらうと考えました。

スピリチュアリティの定義は、その本(『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』)ではしていない。村田先生
も看護系の者もしていない。共編者の森田達也先生は医師ですが、「スピリチュアリティを論じている
うちに、苦しんでいる人はどんどん亡くなっていく。スピリチュアル・ペインという現実があるから、そこから
入って行きましょう」ということでした。苦悩がどういう内容か評価して、具体的に可能な細かな日常的な
ケアにつなげていったのです。

私としては、スピリチュアルケアを考えると、ある程度の段階があって、小西先生はレベル1-4まで、伊
藤先生は3つの次元というように、1つのレベルだけのスピリチュアルケアは考えにくくて、どのレベルで
論じるのかを決めないと、と思いました。ジェネリック・スピリチュアリティも今、どのレベルで論じているの
か気になりました。

究極のところ、スピリチュアルケアは、たぶん小西先生の言うビリーフから解放された状態、伊藤先生
の言う関係の場で現れてくるもの、先述の本では取り上げられていないことにいくのかなと思います。こ
こでは、どのレベルまでを論じたらよいのかと思いました。

半田 ウィリアムズ 郁子 難しい問題ですね。3つの次元と言っても、その絡み方もあります。分けて話す
意味もありますが、語り得ないものが多すぎる。分析がとても難しい主題です。スピリチュアリティも、
スピリチュアルケアも、定義できないものかもしれない。1つの定義ができて、必ず別の定義が出てく
る。スピリチュアリティは、そういうものです。だからどうしよう、と言われてもわからないのですが。

小西 もう一つ、河先生のおっしゃる「段階」についてですが、たとえば新人の看護師さんが死を間近
にした患者さんに対して、何も言えなくなってしまうようなことがあります。それを打開するようなコミュニ
ケーションが、患者の前でもできればそれでいいのかもしれない。しかしコミュニケーションである
限り、人間的な深い所まで議論しないといけない。レベルをどう区分けをするかは、難しいです。

半田 難しいですね。言葉はなくても、そのあり方が、患者にとって一番いいかもしれない。一番大
切なのは、そのとき、コミュニケーションできることがあるかを確かめるのではなく、その人にとって一番
助けになるようなあり方ができているかどうかです。ケア・ギヴァーとしての自分のスピリチュアリティ、人
生観、世界観、価値観を過程的にどう捉えているかが大事です。それが自分の支え、安心感となり
ます。出す言葉がなくても、そこに自分がいるということに価値観が見いだせばいいのです。間主
観的というか、それでいいのですよ、とわかってもらえるようにトレーニングするとか、サポートするのが
大事だと思います。

伊藤 言葉の種類をわかっているのが大事だと思います。目的が違うので。「おなかがついた」と言
うのは必ずしも何か食べたいというインフォメーションではないかもしれないのです。

稲垣 非常にプラクティカルなことを言うと、半田先生はイギリスの大病院で、チャプレンシーが制度
的に確立されている背景で議論されています。日本では習慣、伝統、さまざまな背景が違うので、そ
れがないのです。医師、看護師、医療者はこういう問題を定義しています。National Consensusと
か、宗教学をされている先生、医療と宗教の間に、これが浮上している。インターフェースです。医



河正子

学は制度化されて、国際的にかなりのもの、お金、人材が投与されている。宗教はキリスト教、仏教、新宗教のあるジャンルです。その宗教のエッセンスが何かは、哲学的な大問題ですが、それにしても今、扱っているのはインターフェースなのです。あるものがオーソライズされた領域がある。日本では、宗教は国家によってオーソライズされるべきでない。イギリスは国教会の長い歴史があり、ある意味で国教会はオーソライズされている。インターフェースを扱うとき、イギリスと日本の場合、すごく違うのです。日本の場合、もしチャプレンという専門職を作るなら、どうパブリックに担保されるのかを、この研究会ではっきりさせたいのです。スピリチュアルケアというジャンルは、パブリックな行為なので、税金を投入しても、雇用する必要性がある職種ですよ、というところまで確立していければ、とてもいいです。そこまで行かないかもしれませんが。そういう具体性を持たせて、この研究会の方向性も見極めたいのです。

スピリチュアルケアの定義はさまざまですが、スピリチュアルケアを職業とする人が、堂々と公費を投入してもらえるかです。日本では国民皆保険があり、世界に誇ってよい制度です。アメリカとは違います。国民皆保険制度で、スピリチュアルケアを受けられますか？と聞いたら、どう答えてもらえるでしょうか。私は宗教の公共性を研究していますが、あまりにも日本の宗教はプライベートに偏っていて、パブリックになっていない。しかし、こういう問題はパブリック、誰もがスピリチュアルケアを必要とする時代です。死に直面するので、公共的にならざるを得ない。専門的に扱う職種、医者、看護師は確立されていますが、チャプレンという職業はどうなのか、お2人が苦勞されていると思いますが、コメントをお願いします。

伊藤 日本の医療制度は保険点数がつきますが、チャプレンの1回の訪問が何点です、となるのがまさしくケアにふさわしいのかどうかです。それをやるなら、話した内容を分析しなくてはならないし、ちゃんとした訪問になっているかどうかを別の物差しで評価しなくてはならない。行って、何でもいいから話してください、というのは成り立たなくなる。保険点数制は、チャプレンの本質にはそぐわないです。ほかに、施設基準があります。たとえば、がん診療拠点病院には、こういう職種がなければならない、という項目がある。スピリチュアルケアをしなくてはならない、と1行入ればよいのです。それをしなければ、がん診療拠点病院にはなれないので。ある意味、これは政治の話で、誰かの圧力があればできるのかもしれませんが。

稲垣 政治の話は大事なので、別のところで公共政策はやっていきますが、それともリンクして、きちっと話したいと思います。

スピリチュアルケアの専門家の養成

伊藤 もう一つの可能性があります。スタンフォード (Stanford) 大学病院に Jewish Chaplain がいます。サンフランシスコの bay area の synagogue (シナゴグ) がこの病院に寄付して、恒常的にチャプレン1人分の人件費を寄付する契約をしています。指定献金ですので、病院は、受け取ったからには、Jewish Chaplain を雇わなければならない形です。日本でも患者団体が必要だと思えば、たとえば国立がん研究センターに毎年2000万円寄付する。NPOにかかわらず、これで社会保険の付いたチャプレンを1-1.5人雇ってくれというムーブメントを起こすことが可能です。今の病院制度で可能なのは、3つのうちどれか1つです。

稲垣 非常に興味深い議論ですね。ただし、日本ではアメリカのような「寄付文化」は育っていない、ということもよく知られた事柄です。一つの文化の違いです。

小西 ビジネスでは、仕事の成果を測って、対価を払うやり方ですが、スピリチュアルケアでは、それは難しいです。FACIT-Sp という Spiritual Well-being スケールが出てきて、それで測る研究は、喜ばしいものかもしれませんが、ケアの性質自体がある意味で、そうした評価にそぐわないです。たと

小西達也



えば教育を例にとると、受験教育なら、どこの大学に何人入ったとか、数字として出やすい。人格教育については、あの先生と出会って人生が変わったとかいうことは数値として現れないものです。いつ現れるかということもあります。30年経って「あの先生のあの一言が私の人生を変えた」ということもありますから、その会話の直後にアンケートをとって、「会話の効果はありましたか？」などと聞かれてもそうした効果を含んだ形での適切な評価はできない。スピリチュアルケアも、そのような性格がある。今の経済システムでは、スピリチュアルケアもサービスとして捉えられます。効果はどうか、見合う対価を払うべきかが問われ、スピリチュアルケア的な要素は踏み込めない部分があります。別のシステムに基づかざるを得ないでしょう。

過去の歴史を振り返ってみると、本当はそういう目的でないかもしれないが、教会でも、戸口でお金を集めるシステムがある。お寺では、檀家システムで集めることがある。お寺にお金を払うのが、強制になってしまうかもしれないが、別の形で還元していく。1つには、昔は檀家さんを日常的にカウンセリングしていたかもしれない。今は、檀家もやめて逃げていく感じですので、それも成り立たない。コミュニティの崩壊で、コミュニティがない世界で、そういうのを作るのは難しいです。

石野 看護師の資格制度のことですが、看護の職種の中で、ジェネラリスト以上にスペシャリストを育てようということで、専門看護師(CNS)制度というのがあります。日本看護協会で、1995年にがん・精神看護の2分野で初めて制度を特定されております。翌年認定を開始し、現在、12分野で特定されております。認定された看護師が病院に配置されますと診療報酬の面で診療費加算されると共に、医療の質を上げていきますし、看護師が落ち込んだ人をサポートするので、今回のスピリチュアルケアそのものが、患者さんのケアの質を向上させていくのです。

稲垣 それは看護師養成の中のことですね。

伊藤 上智もそうですが、スピリチュアルケアの専門家を養成する教育プログラムが、日本に9箇所あります。受講者の半分以上がナースです。医療現場でニーズを感じて受講している方が、少なからずいる。ただ、危惧しているのは、看護師の傾向として、現場で起こることは、すべてカバーしないといけないということがある。これでスピリチュアルケア専門看護師が出てくる可能性があります、それはきっと困るでしょう。パラダイムが違う所で養成すると混乱するでしょうから。

別な動きで、大阪で3年間のトレーニングを学んだ方が、日本スピリチュアルケア学会のスピリチュアルケアの専門資格に認定された。その病院は、彼女を専門看護師と並べて写真入りで、紹介している。学会で認定されるくらいの専門家として、実績を積んでくれば、今、やられている人材養成が、医療の中で認定されてくるでしょう。それは学会の責任ですが。

稲垣 医療制度だけでなく、宗教に対する憲法的な枠組みとかが、関連しているジャンルです。スピリチュアルケアをスタートに、スピリチュアリティの根幹が、人々の意識にのぼって、社会の中にムーブメントがあがってくれば、日本の市民社会も豊かになると思うのですが、そこまでいっていないのです。

臨床宗教師を提唱した岡部健医師

伊藤 私の元々の専門はキリスト教史なのですが、歴史的に言えば中世のヨーロッパでは、教会は付け足しではなく、social infrastructure でした。契約や婚姻・相続の問題を扱う教会裁判所すらあったわけです。民法的なことは、教会裁判所が裁いた。戸籍は無かったので、parish church (教区教会)の公的な記録として「生まれた、結婚した、死んだ」という記録が残る。歴史的に宗教は、個人の趣味ではなく、社会的に機能していた。フランス革命は制度を作り、教会の機能を世俗的なものに翻訳していく過程を経た。フランスは、ラインテという自覚的な制度を作り、すごく苦勞して、敏感に、宗教的なものとそうでないものを分けて行政をしている。日本はそういう苦しみを味わわずに、社会の中で宗教が果たしていた機能を全部排斥してしまって、宙に浮いている。ドイツは、逆に世俗



石野徳子

制度の中に教会を位置付けて、教会税をとって、福祉的なことを全部教会にやらせる。

稲垣 ディアコニア(奉仕)ですね。

伊藤 あなたはカトリック教会にお金を出したいのですか、プロテスタント教会にお金を出したいのですか、と税金の行き先を選択できるようにしながら、教会のお金を国家に持ち込んでいる。必ず、宗教は歴史的に役割を果たしてきた。それを今後どうするのかという議論が必要です。スピリチュアルケアもそうです。イギリスの中で、スピリチュアルケアがあるのは当然で、ホスピタルは教会が作ったという前提があるからです。

アメリカのチャプレン制度は、信仰の自由を守るために、入院していて教会に行けない人にその機会を提供するのが人権保護上必要だという原理で、病院にチャプレンが置かれている。ですから、公立の病院にチャペル、メディテーションルーム、クワイエットルームが作られる。日本では、病院のチャプレンの必然性が感じられていません。いくつかの視点から議論されるべきです。

稲垣 日本は先進国のわりには、基本的に religion やスピリチュアリティについての認識が浅い。今の問題を考えると非常に重要です。

日本の社会構造は、まさにインターフェースです。論理は違うのですが、医療と宗教の間をどう作っていくか。この作業は creative で、専門家はいないのです。こういう議論が、次の世代に専門家が育つために、用いられるといいでしょう。私は公共哲学を十数年やっていて、間主観性の「間」、between の重要さを感じます。イギリスの哲学者ですが、betweening という動詞を作って、哲学体系を作り、3冊×1000頁くらいの本を書いている。すごく意義のあることで、そういうところから creative で新しいことが作られていく。日本は compartment、閉じこもるのが大好きで、お城の中では偉い人たちは繋がっています。しかし、横の繋がりになると排斥する。こういう日本の学問の弱点も踏まえながら議論するのが大切です。

伊藤 たとえば、アメリカでは消防や警察にもチャプレンがいる。震災の時、自衛隊が遺体捜索をしました、彼らのケアは誰がしているのでしょうか。ああいうところのチャプレンシーの仕事も本当はあります。日本で、公的なところに宗教が入っている唯一の例が、刑務所の教誨師です。アメリカでは、刑務所の教誨師はチャプレンで、prison ministry です。CPE を通して病院のトレーニングを受けた人たちが prison ministry をする。日本で、教誨師はこれとは別の役割を担っているわけですが、教誨師と話すのもいいと思います。

稲垣 非常に大事だと思います。

河 震災の時、カフェ・デ・モンク(移動傾聴喫茶)というのがありましたね。自衛隊、教誨師の話も出ましたが、地域で、これから在宅ケアにシフトしていく中で、スピリチュアルケアは誰が担うのかを考えています。教会があるイギリスだったら、教会が担っているのですか。

半田 チャプレンとして病院でケアしていた人たちが、退院してくときどうするかというと、その人が住んでいる parish(教区)の教会の人に pass するんですね。日本の場合はどうなっているのでしょうか。

稲垣 parish の pastor(牧師)もそういう教育を受けているわけですね。

半田 ケア・ギヴァーは宗教者ですが、ケアは宗教だけに限りません。宗教の中にスピリチュアリティが入っていて、その中に自分がいるので、宗教の枠からはずれた形でケアするというシステムがあります。

稲垣 日本には、仏教はともかく、キリスト教では parish という発想はない。日本はフリーチャーチ、自由に作っている。イギリスは parish で国教の利点がある。日本で parish の発想を持って地域で連携してケアする、そういう形で転換できるかどうか、仏教もそうでしょうが、これからの大きな課題です。別の研究会では、そのこともやりつつあるのですが、宗教が人間の生死のぎりぎりのこととどう関わるか、制度との関係など、大問題です。

半田 地方自治体に今、傾聴ボランティアというのがありますよね。どういものかわかりませんが。

稲垣久和



河 短期間に基本的なコミュニケーション、傾聴とかを習います。何時間か、半日ぐらいのレベルもありますし。

稲垣 民生委員の制度もあります。一応、厚生労働大臣からの任命です。3.11の関係ですが、カフェ・デ・モンクは、まさにその関連の1つです。

小西 東北大学が中心となって、今、臨床宗教師を育てています。チャプレンを日本語に訳そうとして、それを考えたのが、名取市と仙台市にまたがる岡部医院で在宅ホスピスをやっている岡部健先生です。彼が中心となって、東北大学で被災地に貢献できる宗教者を育てよう、ということになったのです。岡部先生は、ご自身もがんで亡くなりましたが、その死後、東北大学の先生等が中心になっています。

そこでは宗教は問わず、仏教、キリスト教、新宗教でも今まで宗教者としてやってこられた方が、そういう場でスピリチュアルケアができるようにトレーニングしようという発想です。さらには病院でも活動できる宗教者を育てようということで、参加者が増えています。

先ほど、河先生が現場でのスピリチュアルケアの必要性和宗教者の役割を話されましたね。面白い現象があります。被災地のケアには全国から宗教者が参加しますが、彼らの出身地は被災地ではない。地元に戻っても、病院は簡単には活動させてくれない。ですから、まず自分自身のお寺で、スピリチュアルケア的なことをやろうという動きが出てきて、ネット相談などのシステムを作る人が増えている。どんどんスピリチュアルケアの力が増してくると、何か地域で起こった時、対応できる宗教者が育つ。とてもよい方向だと思います。いきなり、チャプレンを育てるというより、結果としてはそのような形になっています。

稲垣 自分のお寺に帰ってやるのですか？

小西 それぞれの地域でやるわけです。熊本からの参加者の方々は、既に何人か自主的に集まって勉強している、と聞いています。

稲垣 3.11の東北大震災をはさんで、岡部健医師が、岡部医院を開いて、2,500人ぐらい在宅での看取りをやった。ご自身も、大変インパクトのある本¹⁵を書かれて、がんで亡くなりました。臨床宗教師のようなジャンルを、と遺言のように本に書き残した。岡部医院のチャプレンをやっていたのが小西先生です。

小西 最初にきっかけを作ってくださったのは、河先生です。私がアメリカから帰って来たとき、静岡大学の竹之内先生をご紹介いただいて、彼に「岡部医院に遊びに来てください」と言われ、一度講演で呼んでくださり、スピリチュアルケアについて話したら「チャプレンというのは何だ」と岡部先生がとても関心を持たれ、「うちでも必要だな」ということで、岡部医院でチャプレンを一人雇われた。その後「チャプレンは英語だから、日本語を考えてくれないか」と頼まれたのですが私にはいいアイデアが出なかった。そして震災が来て、岡部先生がご自身で「臨床宗教師」という言葉を考えられた、といった経緯です。岡部先生は被災地のために、そういう人を育てようという発想で始められたのです。

稲垣 この研究会にはスピリチュアルケアの専門家が来られて、密度の濃いお話をできました。また、深めて議論を続けていけたらと思います。何かご質問があれば、どうぞ。専門の先生に答えていただけますので。

病気ではないがケアを必要とするスピリチュアル・ペイン

傍聴参加者A スピリチュアルという定義は難しいことがわかりました。心理学とも協力するところがでてくるとは思いますが、どのような協力が可能でしょうか。

小西 アメリカのパストラルケアの世界も、歴史的に心理学を相当導入しています。心理学の中でもユング心理学やトランスパーソナル心理学、人間性心理学のように、スピリチュアルな次元を

15 | 岡部健・竹之内裕文共編『どう生きどう死ぬか―現場から考える死生学』(弓箭書院、2009)、奥野修司『看取り先生の遺言』(文春文庫、2016)

含むものたくさんあります。そうした知恵から学びつつ、パストラルケアの理論は発展してきた。心理療法の最も主要な目的は、心の病気を治すことにあると思います。スピリチュアルケアは、超越との関係性とか、「いかに生きるか」です。両者とも心を扱う点では共通していると思います。心を深めるとスピリチュアリティの次元になります。ただ日常の活動の中では、両者に明確な境はありません。今、アメリカのパストラルケアの世界で言われているのは、心理学を導入したのは良いが、われわれの identity はどうなるのか、ということです。心理学に逆に依存し過ぎたのです。そこにキリスト教神学を再導入すればいいのかというと、宗教間関係の問題があるわけで、単純に元に戻ればよいというわけではない。そこに悩みがある。

伊藤 心理学と言ってもいろいろあり、フランクフルはロゴセラピーで、とてもスピリチュアルケアに近い動きです。しかし、行動療法はとても遠い。心理学が、スピリチュアルケアとどういう距離にあるかというのは、話しにくい気がします。

今、思ったのですが、お産は病気ではない、だがケアを必要とする、という感じと似ています。スピリチュアル・ペインも病気ではない、でもケアを必要とする。小西先生が、思春期の子供の話をしましたが。稲垣 思春期の子供の痛みを取り除くことが、良いことなのかどうかですよね。

伊藤 終末期も同じで、死別の悲しみを味わいたくなければ、誰も愛さなければいい。

半田 1つの解決法なのでしょうね。

伊藤 死ぬことを怖くなくするには、この世がいかにつまらないか、という経験を繰り返せばよい。全部裏返して、幸せな人間関係を築くなら死別、離別は悲しい。これは表裏一体で、全部捨てるか、全部もらうかどうかです。死の恐怖も、人生の豊かさと裏返しなのです。ケアして取り去るのは、無理です。両方もらうか、両方失うかどうかです。

半田 矛盾したことを繋げるのがスピリチュアルとか、宗教なのですね。

伊藤 愛している人がこの世に残っていればいるほど、死んでいくのは悲しい。誰もいなければ、死んでいくのはつらくないかもしれないのです。

稲垣 愛するがゆえに、死別は悲しい。どうしても宗教の次元に入ってくる。仏教、キリスト教はどう言っているか。執着を捨てれば、苦もなくなるのですが。

その点に関して、「自己の消滅の恐怖」、つまり死と、自己の複雑さの関係との問題について、触れておきたいと思います。

医療がサイエンスであるのに対して、苦しみとか愛するとかは人間の心の問題ですが、今の脳科学も色々な領域で、その深みに入り込んでいて、心の問題を科学として考えることも重要です。脳科学は3つの情動、emotion に、多くの科学者が一致しているところがあります。

哲学の領域では、自己論として必ず出てくるのが西田哲学です。「自己が自己において、自己を見る」という tautological (同義反復) な言い方をしています。自己には三層のレベルがあり、その深さはそれぞれ違うのです。私は、西田への回答として次の5つを考えています。最後の2つの、4は仏教の側の解決で、5はキリスト教側の解決です。

-
- 1 | 私 (I-ness の意識) が「絶対無の場所」において「真の自己」を見る — 十牛図
 - 2 | 私が「絶対の他」において「真の自己」を見る — 西田「私と汝」
 - 3 | 私が「PAG」において「真の自己」(SELF) を見る — SELF はバンクセップ脳理論
 - 4 | 私が「アーラヤ 識」において「真の自己」(SELF) を見る — 浅野孝雄
 - 5 | 私が「イエス・キリスト」において「真の自己」(SELF) を見る — 稲垣
-

「自己の消滅」を克服する道は、4、5においては、「絶対の他」が、「アーラヤ 識」(仏法)や「イエス・キリスト」に置き換えられる点において、「宇宙の法」「永続する自己」という宗教的(世界-4の)リアリティ

を獲得する。この視点は、自己―他者関係(世界-3)からも重要です。自己―他者関係は、世界-3では心理学が専門に扱うのですが。

スピリチュアルケアと心理的ケアで似たところと違うところ。同時に世界3は、ソーシャルな意味の世界を含むので、ソーシャルな公共的な領域におけるこの問題の解決も入ってくると思います。

では、最後に質問があればどうぞ。

傍聴参加者B 今日の発表でキーワードになった religion、スピリチュアリティといった概念について、系譜学的な分析はすでに20世紀後半でなされていると思いますが、そうした言葉を使用することによって言説のなかに絡み取られてしまう問題があると思います。そのようななか、日本的な文脈でどう反省的に立ち上げて行くか考える必要があると思いますが、その点についてどう思われていますか。

稲垣 ポストモダン的な哲学でのディスコースの問題については、先ほど議論に出てきた realism の問題が関わっていて、私自身は言説に絡み取られる云々というのと異なる立場なのですが、その問題にもとても興味はもっています。ただそれを論じるためにはもう1つセッションを開かなければならないので、今日はきちんと扱うことができませんね。もし皆さんから何かあれば、一言ずつどうぞ。

伊藤 realism については、私は実在論でないほうに立っています。スピリチュアリティは、あなたがあなた自身をどう語りますか、どういう概念で、世界を認識していますか、語ってくれますか、という話です。スピリチュアリティがあるかどうかは、あまり気にしていません。あなたが何を、どう語りますか、その語りを私が聴いてどう対応しますか、という問題だと感じています。

今、面白いムーブメントはナラティブ・ケアで、オーストラリア発祥の家族療法ではなく、ニューヨークでやっているナラティブ・メディスンというものです。リタ・シャロンが、『ナラティブ・メディスン』という本を書いていて、日本語に翻訳されています。彼女は、ナラティブを聴く人のナラティブ能力が、すべてだと言う。看護師さんに、患者さんに会った印象を詩で表現してください、というようなトレーニングをしています。どれだけ深い詩を書けるかが、どれだけ患者を理解しているかです。ここでは、認識の力と表現の力が相互に絡み合っている。ケアはナラティブであるという立場で、動いています。それは、抽象的なディスコースの話を飛ばして、あなたの関係性がどういう言語構造をしていますか、ということです。

来年おそらく、マサチューセッツ州に、Institute of Narrative Practice という新しい組織ができます。今、資金集めをしています。ニューヨークのコロンビア大学医学部のナラティブ・メディスンの人が独立して、医療の現場だけでなく、ナラティブ・プラクティスを中心にケアを考えようということで、関心を持っている領域とその接点が考えられています。

小西 私もハーバードで何度か個人的にお時間をいただいてお会いしたこともありますが、医療人類学の父と呼ばれる、ハーバードのアーサー・クライマンの「病の語り」も、そうした動きの原点にあると思います。

稲垣 本当は realism の問題と、anti-realism の哲学的議論をしなくてはならないのです。医療は、完璧に科学的なメソッドを使うし、使わなければ医療にならない。外部に何か存在するというのが、1つの realism のスタートで、ナラティブは私の語り、自分の自己性、内面性から出てくるものがすべてです。医療はMRI(核磁気共鳴画像法)とか、物理学や化学や生物学の法則も使いながら、病気の診断をしていくわけです。外部世界を担保する realism がないと、科学はもちろんのこと、いろいろな学問がとても成立しにくい、という立場をとっています。このことについてもポストモダン的な語りもあるのですが、別のセッションで深められたら興味深いテーマです。

医療・看護とスピリチュアリティ、そして
日本的“思いやり”倫理 | 2

2014年10月11日 | 東京ガーデンバレス 桂の間

出席者

- 石野徳子
- 伊藤高章
- 稲垣久和
- 鵜沼裕子
- 岡村清子
- 河正子
- 小出徹
- 小西達也
- 島蘭進
- 谷山洋三
- 森清
- 森村修

Session 11

A-2 | 研究会

医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理 | 2

イントロダクション

稲垣久和

前回(セッション10)の発題は小西達也、伊藤高章両先生でした。流れを振り返ります。

小西先生はスピリチュアルケアとは何か、その多義性の中から次のような定義を導入しています。「離婚、失業や老病死など、いわば「人生の危機 (spiritual crisis)」に直面している人を対象として、傾聴やカウンセリングの形を通してその人の内面生活をサポートしていく行為」。伊藤先生はスピリチュアリティにつき、「諸個人が意味や目的を求め表現すること、その瞬間・自己・他者・自然・特別に意義深いもの・聖なるものとの繋がりを経験すること、に関わる人間の側面」という国際合意を導入しています。日本では医療者側から始まったスピリチュアルケアは、本来、医療と宗教の統合ですが、そのための理論がまだ十分ではない。宗教は患者の多様な宗教を考慮して病院チャプレンでも、多元的な宗教、信仰の対応が求められる。

小西先生のアプローチは、何よりもその「ビリーフ」(価値観や世界観などの広義の信念)の概念の導入に特徴があります。スピリチュアルケアを、ビリーフ再構築として整理され、あらゆる囚われの価値観からの解放を意味し、「真の自己」、神仏への目覚めと定義します。このビリーフ再構築へのサポートがスピリチュアルケアであり、ケア提供者の訓練もかなり重要な要素となる。したがってスピリチュアル・ペインを取り除くという「痛みを取る」医療的発想とは、やや異なります。

伊藤先生の場合も医学的な科学の手法とは異なって、診断型(dia-gnostic)と対話型 (dia-logic)を導入して、区別します。診断型は当事者より援助者の方が客観的知識をもっているが、対話型は当事者の主観の開示によって初めてケアの内容が見える。前者は統計的方法と具体的一般的思考、後者は共感的方法と具体的個別的思考を重視し、語りの承認としてのスピリチュアルケア職をめざして訓練すると。

私が少しコメントしたのは、スピリチュアルケアがメンタルケアと分かちがたく結びついていることを踏まえつつも、「死への恐怖」(ターミナルケアの場合)に面と向き合うケア提供者の側の臨床哲学を強調したかったためです。そこでは、ハイデガー的な世界内存在の志向性ではなく、あえて世界内超越という言葉を使いたいのですが、そこに基づく自己論とスピリチュアルな意味に特有な対話型の自己—他者関係が必要だということです。

その後スピリチュアルケアでビリーフを再構築します。ビリーフ概念は大変多義的ですので、あえて人生の意味の再構築としました。その場合、人生、固有の自己を再構築しますが、「何を以て自己というか」という非常に哲学的な議論も出てきます。私自身が考え続けてきたことの一つは、科学との関係です。人間の心の問題は基本的に脳の構造と無関係ではありませんから、最新の科学でということが言われているのだらうということで、パンクセップ (Jaak Panksepp) という人の「三層に分かれる情動システムの階層性」という議論を紹介しています。一方哲学から、日本で有名な西田幾太郎の自己論をコメントしました。

研究会としては、臨床的なスピリチュアルケアからスタートして、臨床宗教師、スピリチュアルケア師の養成という実践的な問題より、科学や哲学の両者から今、何をすべきかという、もう少し哲学的な議論を、実践の側からさまざまな問題提起をいただきながら深めたいと思います。

スピリチュアルケアの担い手 | 臨床宗教師とその公共性

谷山洋三

私は、現場寄りの人間ですので、正直言って哲学の話は苦手です。学生の頃はインド哲学の研究室にいたんですが、その後病院の仏教チャプレン、関西に移ってからは、ここにおられる伊藤、小西両先生と一緒にチャプレンの専門職養成をしていました。震災後に仙台に移って、今は臨床宗教師(日本版チャプレン)というものを育成しています。この研究会で私ができるのは資料を提供することだと思います。現場で何が起きてきたのかを中心にお話します。

私の認識では、公共性に関して今の日本の宗教界では、政教分離が課題です。ここでの「政」は「公」に当たります。寺社・教会は“公共”施設だという言い分もありますが、残念ながらそれは今の日本では通用しません。信教の自由があると言っても、それは“私”の範囲だけであって、公共において、信教の自由が守られているかどうかは分からないですね。

臨床宗教師という新しい試みを広げて行くなかで、どうしても公共性というのは避けられないテーマです。さて、臨床宗教師の話をする前に、その前段階として東日本大震災の話をする。

東日本大震災後の宗教者の活動

震災ケアには2011年4月から関わりました。私は東北大学出身で、学生時代に仙台に10年住んでいました。震災の年は大阪に住んでいて、4月から無職でしたので、「行くしかないな」と。

東日本大震災の被災者支援では宗教者も活躍しましたね。読経ボランティアについては、皆さんも聞かれたと思います。実は仙台の場合にはこんな経緯がありました。震災から4日後の3月15日、ある浄土宗のお坊さんが「読経ボランティアをしたい」と仙台市営の火葬場の担当者に提案をしたら、「お受け出来ない」と。そこで、この方はたまたま仙台仏教会の事務局長だったので、身分を告げて「実は、私は仙台仏教会の事務局長です」と言ったら、話が出来るようになったと(笑)。非常に象徴的だと思います。

それで、読経ボランティアは開始出来ましたが、さらに身元不明者の火葬にも対応し、またよろず相談のブースも作られることになりました。実際火葬を希望される方々の中には仏教徒でない方も当然いますから、仙台キリスト教連合が仲間に加わって、さらに宮城県宗教法人連絡協議会(これは非常に珍しい組織で、全国的にも珍しいようですが、宮城県内のほとんどの宗教法人が新宗教も含めて参加している団体です)、そこが母体になって市の担当者と折衝して、「心の相談室」というのを置いた。物理的には一階が火葬の場で読経ボランティアがいました。そして2階に「心の相談室」というブースが置かれました。市からは、その活動は4月末までと言われました。5月から議会が始まるからという理由です。その後は、火葬場に隣接する市営墓地の事務所に身元不明者の遺骨が安置されたので、その巾という形で継続しています。月命日の11日の日に宗教者が来て、お弔いをしてきました。

これと対を成すケースが、同じ宮城県の北部、岩手県の県境にある栗原市の場合です。3月中旬から地元の曹洞宗のお坊さんが、火葬場に読経ボランティアを提案して、話がスムーズに進んだと。ちなみに栗原市は、圧倒的に曹洞宗が多い地域です。3月20日には読経ボランティアを正式

に始めて、当事者が神道とか創価学会でも読経をお坊さんに依頼することもあって8月まで続いたそうです。この違いです。私は非常に重要だと思います。

仙台の「心の相談室」は、4月末まででは非常にもったいないという話があって、その後も継続されました。4月中旬の、その話し合いから私は関わっています。5月から宗教者だけでなく医療者、グリーフケア専門家(これは私です)が加わって、新しく「心の相談室」を始めました。目的は弔いとグリーフケアで、室長は岡部健先生。小西先生が一年間働いていた在宅緩和ケア・クリニックのドクターでしたが、2012年に亡くなりました。室長補佐は牧師の川上直哉さん。仙台キリスト教連合と、宮城県宗教法人連絡協議会の重要な立場で、いろいろと折衝をしてくれた、大変な功労者です。事務局は宗教的な中立を保つために東北大学文学部宗教学研究室に置きました。たとえば牧師さんがお寺に行くとか、お坊さんが教会に集まるとかは、若干抵抗があるということと、また大学なら事務局としてのマンパワーがあること、そして当時の宗教学の鈴木教授には、私が学生の頃からお世話になっていたので頼みやすかったのも、ここをお願いしました。活動内容は弔いとカフェ・デ・モンク、電話相談、講演会です。カフェ・デ・モンクは、主にお坊さんが中心でしたが、ときどき牧師さんも参加しました。避難所や仮設住宅の集会所でカフェを設けて傾聴するという活動です。ラジオ放送でもカフェ・デ・モンクという番組を作りまして、なかなか好評でした。電話相談は2014年9月で終わりましたが、3年間続きました。

11年6月頃には「チャプレン行動規範」を作っています。宗教者が大勢集まって活動する時には、どうしてもよからぬ疑惑をかけられてしまうところがありますので。ちなみに行動規範の9割は、小西先生に作ってもらいました。

写真を3枚続けて紹介します。まず弔い。百日合同慰霊祭の様子です。宮城県宗教法人連絡協議会の会長さんが、この真ん中です。天理教の会長さんで、それで最初はこの方をお願いしました。後ろは尼さん、お坊さん、牧師さん。さまざまな宗教者が協働している、非常に珍しい写真です。こちらの方に身元不明のご遺骨がたくさんあるという状態です。

次の2枚はカフェ・デ・モンクの様子です。上の写真で手を合わせている方はカフェを主催している曹洞宗のお坊さんです。

夏以後、こういったお地蔵さん、市販の数珠、位牌とかが、支援品として全国から送られてきました。配って見たら想像以上に、かなり喜ばれました。でも、最初からではないんです。最初からこういった宗教的アイテムを配布すると、何を言われるか分からないので、最初はしてなかったんですが、途中から始めました。2012年以降はカフェに参加した方に、自分で手作りしてもらっています。数珠は100円ショップのビーズで作りますが、少しだけお坊さんが使っていた数珠の玉を入れます。

それから、数珠、位牌、お地蔵さんには「芯入れ」をしてほしいと頼まれます。これは地域性もあると思いますが、要するに入魂式です。私は浄土真宗なので、あまりこういったことは無いのですが、この地域では当たり前のようです。位牌は亡くなった方の魂を位牌に入れるというイメージがありますし、お地蔵さんも人格的な形をしていますから、何か意味がありそうです。でも、お数珠にも「芯入れ」をするというのは、正直言って私にはその意味がよく分かりませんでした。それはおそらく、要は聖なるアイテムに変えるという意味合いだと思います。実際に作った人がこんなことを言いました。「このままではプレスレットにすぎない。芯入れすればお数珠になるんだ」と。やっぱり「芯入れ」が無いとダメで、心を込めて「芯入れ」すること自体が宗教的なケアになるようです。

最近ではめっきり減りましたが、1年目2年目は幽霊の話もけっこう聞かれました。幽霊の話は、怖いというだけでなく、むしろ会いたいという思いも語られます。幽霊が実際にいるかないかは脇に置いてください。とにかく幽霊でもいいから会いたい、もしくは会ってしまって困っているというストーリーがあります。そのストーリーそのものは本物ですので、そこに寄り添うことが求められるわけです。必要があれば読経とか、お祈りをしたほうが落ち着くというのであればすると。電話相談でも読経やお祈りを



fig.01

弔い

— 百日合同慰霊祭(司式は天理教、2011年6月)



fig.02

カフェ・デ・モンク



fig.03

手のひら地藏

するケースがあります。

また、死別の問題に関わらなくてもお経をあげてほしい、お経を聴くと落ち着くという事例がありました。意外でしたが、これは学術的にも意味がありそうなので、実験を計画しています。ただ、こういった読経やお祈りをするときには、どのようなクレームが出てくるか分からないので、周りに配慮しなければなりません。まず本人の了解をとる。それから周りが、誰が見ているか分からないところがあるので、周りに配慮して、遠慮がちにしています。

臨床宗教師の提唱

このような実践から、欧米のチャプレンをモデルに臨床宗教師を養成して、チャプレンという英語もしくはカタカナ表記を日本語にしようと言ったのは岡部健先生でした。ただキリスト教文化のものをそのまま日本に導入出来るわけではなく、単純にキリスト教を仏教に入れ換えればいいという問題でもありません。日本は欧米とは宗教的土壌が違います。そして日本に意識的な仏教徒はあまりいません。さまざまな調査では「私は信仰があります」と答える人は2割か3割だけですね。それ以外はいわゆる無宗教ですが、無宗教と言っても、いろんな自然崇拝をしたり祖先崇拝をしている。そこにきちんと光を当てようということです。もう一つは政教分離の問題。ここをクリアしないと日本に定着するのは難しいと考えています。

この臨床宗教師を提唱した岡部先生の思いをご紹介します。ご本人は在宅緩和ケアの草分けの一人で、面白いことに「お迎え」の研究もされています。元々宗教的なことには関心があったんでしょうね。震災前にはご自身がガンになっています。震災では津波で看護師さんを1人亡くしたこともあって、スタッフが落ち着かない時間が続いたので、知り合いの若いお坊さんにお経を読んでもらったそうです。スタッフが集まるオフィスにお坊さんをお呼びしてお経をあげてもらったら、下手なお経だったけれども、皆落ち着いたので、人間性よりもお経の方が力があるということが分かった、ということです。

それからご本人が「死に至る道しるべ」を示してほしいと希望しておられました。医師は「生きるための道しるべ」を示すことはできるけど、「死」についてはできない。だから臨床宗教師に期待を託したということです。でもこれは、すごく難しい話です。「死に至る道しるべ」を示すということ、そのままやると、ただの押しつけになります。死ぬのが怖いと言ってる方に「いや。あの世はあるんだよ」と言っても、基本的に受け取られません。これは私も現場でさんざん経験しています。でも岡部先生は、それを期待していたので、どうやれば出来るのか、というのが大変な問題でした。私もいろいろ考えて、ようやく最近、その答えを見つけました。これについてはまた後でお話しします。

臨床宗教師は主に、自分とは違う信仰を持っている人を対象とします。私は昔、長岡西病院ビハラー病棟というところでお坊さん(ビハラー僧)として働いていました。新潟の長岡周辺は仏教でいうと曹洞宗が半分、浄土真宗が半分という地域です。私は3年間フルタイムで働いたので、患者さんの数で言うと300人くらいの方にお会いしましたが、同じ宗派の人は1割以下でした。ほとんどの患者さんが違う信仰を持っている、もしくは信仰が無いと言っている人でした。

臨床宗教師というコンセプトから考えてみると、だからこそ宗教協力が必要なのです。たまたま出会った方が天理教だったらどうすればいいでしょうか。私に天理教は分からないし、手踊りも何も出来ません、バイバイ……ではなくて、天理教の方を連れてくればいいのです。そういう意味での宗教協力が必要です。このような宗教協力を前提にすると、そもそも布教は目的にしようが無いですね。牧師さんとお坊さんが一緒に並んでいて、布教が出来るわけがない。もし布教したら喧嘩になっちゃいます。そのことを具体的に表すのも大事です。

先ほどのカフェ・デ・モンクもお坊さんが中心ですが、ときには牧師さんが入ります。石巻市民の方

に少し尋ねてみたら、「お坊さんだけでなく牧師さんも、ときどき来るらしい。そこが面白いんだよね」という反応がありました。宗教者が宗教協力をする事で歓迎されている、と解釈することもできます。それでようやく公共空間に入ることが担保されるんです。また、倫理綱領も心の相談室で使っていたものを、少し文言を変えて使っています。これも公共空間では必要なことです。

普通の宗教者と臨床宗教師は何が違うのでしょうか。臨床宗教師自身は宗教者でもあります。一週間のうちの何時間かを臨床宗教師として活動する、というイメージでいいと思うんですが、そのお坊さんなり牧師さんなりシスターなりが、臨床宗教師という役割を担うときは、信徒以外の相談に応じる、布教伝道は目的にしない、といった心構えが必要だということです。そのためにはスピリチュアルケアや宗教的ケアと、教化活動(布教)の違いを正しく意識しておかなければなりません。普段、お寺や教会では、あまり区別しなくても大丈夫だと思いますが、臨床宗教師という立場の時には区別して、今何をすべきかを選択しなければならないということです。

臨床宗教師の可能性は、まず、ケア対象者のニーズの表出を助けることです。白衣を着た人と、そうじゃない人がいて、頭丸めてる人がいて、それぞれ話すトピックが違うのではないのでしょうか。それから、臨床宗教師はスピリチュアルケアと宗教的ケアを提供します。グリーフケアは、宗教者が昔からしていることで、一番重要な仕事です。でも宗教者の方が、意外とグリーフケアを提供している事実を認識していないことがあります。また継続的な関与も特徴的です。年単位ではなくて10年、100年単位です。そのほか、儀礼に関する情報提供も出来まし、スタッフのケアもあります。海外のチャプレンは、仕事の半分はスタッフのケアと聞いています。私自身これまで関与した現場によって違いますが、2、3割から半分くらいはスタッフのケアをしました。

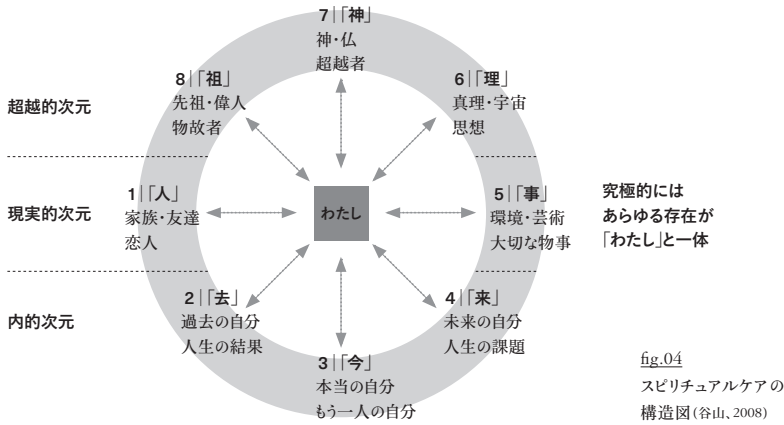
ケアにおける援助者と相談者の関係

スピリチュアルケアと宗教的ケアの違いについては前回、伊藤先生と小西先生の話をお聴かれていますので、詳しくお話する必要は無いと思います。たとえばスピリチュアルケアのシンポジウムに呼ばれますと、だいたい牧師さんや神父さんとセットで呼ばれて、私の方は仏教担当というわけです。ところが実際にしてるケアは、仏教かキリスト教かで、たいして変わりません。ですが、その意味づけが違う。仏教は仏教の意味づけをするし、キリスト教はキリスト教の意味づけをする。ただし、ケアを提供する側の論理を中心に考えること自体、私は間違っていると思います。

大事なのは、ケアを受ける側(ケア対象者)の論理です。その人の価値観は何かということです。特にこの国のマジョリティは無宗教です。そのマジョリティに焦点を合わせる必要があるということです。では、何が当て嵌まるかというと、私は民間信仰に注目すべきだと考えています。さまざまな調査では、信仰は持っていないとしながら、7-8割の人が墓参りをする、仏壇とか神棚には手を合わせ、それが大事だと言ってる。それは成立宗教とか教団宗教とかいう次元ではなく、個々人でしていることです。無宗教と自認しながらも民間信仰に基づく宗教的な行為は確かにしているので、民間信仰に焦点を合わせた方が、より有益だと考えているわけです。

さて、この図 [fig.04](#) は、私は日本一分かりやすいスピリチュアルケアの説明だと自慢しています。内容は深くはないので、シンプルに説明します。

真ん中の「わたし」が自意識だと思ってください。この周りにあるドーナツ状のいろんなものが、「わたし」を支えているものだ、と見ておいてください。「わたし」を支えるものを8つに分類しました。8つを3つの次元——超越的次元、現実的次元、内的次元に分けます。1番目の現実的次元で、わたしを支えているのは「人」ですね。2番目に内的次元では「過去」、つまり自分の業績とか成果とか思い出とかです。3番目の「今」ですが、「もう一人の自分」と言った方が分かりやすいかもしれません。魂という言い方も出来ます。もう一人の自分に向き合っている瞬間、けっこう時間が止まっている感覚



になるので、「今」としています。4番目は「未来」、希望、課題、目標です。5番目は現実的次元に戻って、人以外にいろんな「物事」、活動もあるし、自然環境、芸術もあります。ここから上に行くと超越的次元です。6番目は「理」（ことわり）としています。真理、思想とか哲学というも入ります。7番目は分かりやすく「神、仏」。8番目は「先祖」で、日本人らしいと思っていましたが、意外と外国でも大事だという人がいます。

ここで、皆さんに訊いてみたいのですが。何回手を挙げててもかまいませんので、「わたし」は何に支えられているのでしょうか…… ということで、1番「人」、2番「過去」、3番「今」もう一人の自分、4番「未来」、5番「いろんな物事・活動」、6番「理・思想」、7番「神・仏」、8番「先祖」。

手を挙げていただきありがとうございます。だいたいパターンがあります。まず1番はほとんどの人が手を挙げます。2、3、4と減ります(笑)。4番は若い人でもあんまり手が挙がらない。で、5番で持ち直す(笑)。ここまではだいたい同じパターンです。問題はここから先でして、6から8は若い人は手が挙がりません。手が挙がるのは高齢者(笑)、宗教者、スピリチュアルな人たちです。今日は宗教者とスピリチュアルな人たちが多いパターンですね。

実はこれはセルフケアにも使えます。自分が困ったときにこの図を見て、「支え」を見つける。そのこと目の前の困難に立ち向かう力を得ることができます。それから、対人援助のヒントになります。この人は一体何を「支え」にしているのか、を見つけるヒントです。それに基づくサマリーシートを作ったこともあります。

私が考えているスピリチュアルケアと宗教的ケアの共通点と相違点をまとめます。二つのケアに共通するものは、「自分の支えとなるものを再確認、再発見することで、生きる力を取り戻す援助もしくはセルフケア」です。私はスピリチュアルケアも宗教的ケアも基本はセルフケアだと思っています。対人援助の形を取る場合には、他者が関わりますが、関わらなくてもケアは成立します。

スピリチュアルケアには特徴があって、スピリチュアリティを「非合理的な体験・感覚に意味づけをする機能」と定義します。たとえば、昨2013年、プロ野球の楽天イーグルスがパ・リーグで優勝して、さらに日本一になりました(今年は最下位ですけど)。それで優勝した日が11月3日でした。案の定、翌日の地元の新聞がそれを使いました。「3.11から11.3へ」という見出しです。3.11という絶望から11.3という希望へ……。ただ数字をひっくり返しただけですが、そこに意味があると思っちゃう。全然合理的じゃないですが、その方が人間には大事なことなんでしょうね。人間は、合理的でもいいけど、合理的じゃなくてもいい、ということなんです。

この2つのケアの違いについて、別の図で説明します。まず宗教的ケアの場合です [fig.05](#)。この人の周りにある円は、その人の世界観の範囲を表しています…… 円の中は認められる、信じられるけれども、外側はよく分からない、ということです。このケア対象者さん(相談者)は、自分の世界観の中で生きて行こうとして行き詰まった。そこでケア提供者(援助者:ここでは宗教者)のところに赴きます。他の

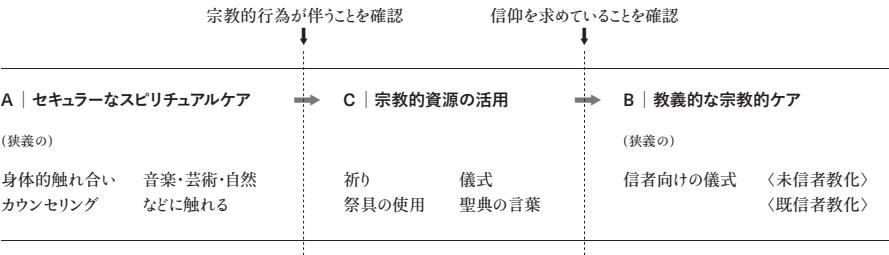
世界に助けを求めに行くということです。たとえば教会に来て、牧師さんと話します。このケア対象者が求めている答えは、左側の円(ケア提供者の世界観)の中にある。ですからこの牧師さんは自分の信仰の話をします。これは宗教者が昔からしていることです。

スピリチュアルケアはこれと反対で、相談者は困っていますが、周り、外にまで目が向かないほどの状態です(図.06)。そこで援助者が現れますが、援助者の世界観の話を持ってきて、ケア対象者は受け取りません。ケア対象者の求めている答えは、ケア対象者の世界観の中にあるわけです。だから、とりあえず話を聴かないことには何も始まらないんです。話を聴きながら、新しく思い出したこととか、いろんなものを探っていく。

実は、これが岡部先生からの宿題の難しいところです。岡部先生は「相談者の世界観にあるかどうか分からないけど、死後の世界の話をしてくれ」と仰っていたことになるのです。それは、宗教的ケアのやり方です。病院などの公共空間では難しいですね。いかにスピリチュアルケアから宗教的ケアに移行するかが最大の課題です。このことは後でお話します(ただし今、私がしているのは、回復をめざすケアの話だけです。スピリチュアルケアも宗教的ケアも、実は成長をめざすケアもあります。今は、その話はしません)。

次の図(図.07)はスピリチュアルケアと宗教的ケアの中身の違いを表したものです。以前からスピリチュアルケアと宗教的ケアは共通点があるとされています。では共通点とは何でしょうか、この共通点・共通領域を見つけるきっかけになったのが、カフェ・デ・モンクのお数珠とか、お地蔵さんです。そうした宗教的資源の活用というのが、この共通領域Cに入ると考えています。A(狭義のスピリチュアルケア)からC(宗教的資源の活用)に移るときには、宗教的行為が伴うことを確認しなければなりません。お経あげますよ、お祈りしますよ、ということを相手に確認しないと、押しつけになります。さらにBに移行するときには、本人が信仰を求めているかどうかを確認しなければいけません。

図.07
スピリチュアルケアと宗教的ケア(谷山、2014)



今まで宗教的ケアというと、信仰を深めたり求めたりする人に教えを説くということばかりイメージされていたと思います。でも、信仰を求める人は減多にいません。そもそも医療、緩和ケアの領域です。相談者と関わる時間が数週間と、かなり短いんですね。そんな短期間でいきなり信仰を求めるなんて、そうそうないです。通常の寺社教会では、普通の日常生活から関わって、もう何十年とかかることです。でも、B(狭義の宗教的ケア)ではなくC(宗教的資源の活用)として考えると、関わり方が変わってきます。たとえば、この会場周辺には湯島聖堂があったり、神田明神があったり、ニコライ大聖堂があったりします。多くの人は観光で訪れますが、信者にはならないですね。つまり観光気分とか、ほんの一瞬の癒しが欲しい、という関わり方がまずあって、そこからさらにもう一段階行ったところに信仰があると考えていただけのいいと思います。

さて「死んだらどうなる?」と訊かれたら何が答えるべきだという考えが、岡部先生にはありました。話をしている中でたまたま話題になったとしても、いろいろな対応の仕方があります。この図のCに「聖典の言葉」がありますが、死後の話もどのように伝えるかが問題です。たとえば、私もお坊さんですから、死んだらどうなるかについて話す場合には、まず相手に「私、お坊さんだけいい?」って訊くべきです。仏教の話をしてもいいか、という確認が必要です。

図.05
宗教的ケアにおける援助者と
相談者の関係(谷山、2008)

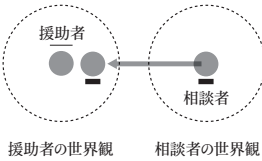
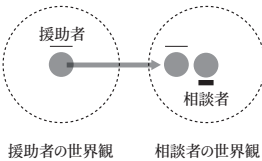


図.06
スピリチュアルケアにおける援助者と
相談者の関係(谷山、2008)



たとえば「極楽浄土がありますよ」という話をするかもしれませんが、「信じなさい」という態度ではなくて、「こういうものもありますけど、どうします?」という態度です。それを信じたいと思うかどうかは、その次の段階です。信じたいと言うのなら、では念仏唱えましょうか……という話になります。これが、岡部先生の宿題への回答です。

踏むべきプロセスがあるということです。「死んだらどうなる?」と問われたときに、「まずは、「私の考えをお話してもいいですか」と了解を取る。「あなたが信じるかどうかはさておき、私はこうですよ」という態度です。まず情報を提供するということです。もしも、それだけでは不満で、何かを信じたいというのであれば、その思いを尊重して、これこれということを信じましょう、という展開になる。公共空間では慎重に対応しないと、レッドカードが出ますからね。

ホームとアウェーで異なる心構えを

最後に Home and Away の話をしますが、これは臨床宗教師に対して話している現場の心構えです。最初に確認しておかなければならないのは、そこがどんな場所なのかということです。自分のお寺とか教会なら自分が責任者だから、自分の発言に自分で責任がとれますね。ところが、たとえば病院なら、責任者は院長です。だからどんなに素晴らしい内容の話であっても、その発言は院長が想定する範囲を越えてはいけません。越えたらイエローカードもしくはレッドカードが出ます。そのことをわきまなければならぬということです。要するに宗教者は、普段は、お寺とか教会のようなホームグラウンドで活動していて、あまりアウェーの場に出てこない。そこがそもそも問題ですが、だからアウェーの場だという認識をきちんと持って関わることが大切です。

お坊さんの中には、黒い衣を着て、病院に行って何が悪いんだと言う人がいます。檀家さんの所に行くんだから、黒の衣でいいじゃないかと。檀家さんはそれでいいかもしれないけど、檀家さんに会うまでの間に受付を通りますよね。病棟の廊下も通ります。檀家さんに会う前に止められますね。目的を達成出来ないなら、その法衣は無駄です。法衣を着たいのなら、風呂敷に包んで行くくらいの配慮が必要です。しかし宗教者によっては、このような配慮が出来ない人もいます。今の話をお坊さんの前で話すと、こう言われることがたびたびあります。「私に信仰を捨てろ、と言うのか」と。私が「臨床宗教師は、基本的には布教をしないんです」と言うと、「冗談じゃない。教えを説くからこそ、宗教者なんだ」と言われます。でも私は、そういう人に訊いてみたい。「じゃあスーパーマーケットに行っても布教しますか? PTAでもしますか?」と。布教をしない場所は必ずあるはずで、それを少し広げるだけだと思うんです。でも、こだわりの強い方、一部の宗教者からは反感を買っています。ということで、私の話は終わります。

稲垣 ありがとうございます。タイトル通り、まさに、このスタートのところで、スピリチュアルケアが私的空間である場合と、公共的空間である場合に、どう移り変わるか。ここで公共性を議論してきたので、その関わりを意識してお話しただいて、大変興味がありました。最終的には最後のまとめのところで、寺社教会は私的空間だと認識する。公共空間ではその場に応じた態度で臨む。ただし個人の信仰を捨てるのではなく、個人の信仰を表に出すか出さないかの違いにすぎない。チャプレンや臨床宗教師の心構えということとなるほど、と思われました。個々の質問もありますが、何か全体的なレベルでまず、ご質問はありますか。

「闇へ降りてゆく道しるべ」

島藺進 谷山さんの話を何度か聴いて、だいたい賛成になってきています。感想を申しますと、この二つの円 (fig. 05, 06) が素晴らしい説明だと思います。ACT (Assertive Community Treatment) という試みがありまして、今、精神科医療を在宅でやるという集まりです。外来とか病室にいる患者さんはアウェーです。しかし在宅では、ホームだから、患者さんがパワーを発揮出来るシチュエーションにあって、医師や医療スタッフをケアしてくれると。ですから ACT は、うまくいけば本当に素晴らしい試みです。けっして医師が中心にならず、メディカルの方が、役割を発揮出来る。私の伺った先生は 70 歳になって初めて、ACT に参加されて、これまでの精神科医としてのコンセプトが変わったと言っています。ですから下側の図 fig. 06、援助者が相談者の世界観へ入っていくことに非常にプラスの意味があると思います。

しかし「今死にゆく人のケア」の場合は、谷山先生のお話しされた関わり方は非常に短いかなと。そして、二つの円ですが、援助者の世界観の円はしっかりしているけど、相談者の世界観の円はもしかすると無いかもしれないくらい弱いという場合、そういう認識がありうるんじゃないかと思います。相談者の世界観の方がしっかりしてる人もいるけれども、時には非常に脆弱であるがゆえに、むしろ援助者の世界観に入りたい気持ちの人のところに掛かっている場面が多いんじゃないかと。その辺りで改良の余地があるかどうかです。

それと関係して岡部先生の宿題「死んだらどうなる」と問われたら、に対する「私が考えていることをお話してもいいですか?」という谷山さんの答えについてです。岡部先生は、必ずしも答えがあるということではないけれども、それについてよくよく考えているとか、それについてよく対話を重ねているとか、そういう人を「闇へ降りてゆく道しるべ」とおっしゃった。それは、そういう経験を持っていてそのお話が出来る人がいることが大事で、それは宗教者が一番確かに持っているけれども、宗教者以外の人でも、たとえば哲学をやった人でも、あるいは私は宗教学ですが、そういうそれぞれの学問なり、経験なりの中でそれに当たるものを持つようになった人であれば、道しるべを提供出来る可能性があるのかな、と思います。いかがでしょう。

谷山 先に宿題の話からすると、この図 fig. 07 に関わってくると思います。スピリチュアルケアの範囲は広い意味で A と C になりますが、これは宗教者でなくても、ある程度出来ると思います。知識があったり勇気があれば出来るし、たとえば、お経を読むとかお祈りをするとかなら普通の信者さんでもします。そういう意味では出来ます。恐らく宗教学を学んだ人は、中立的な関わりが出来るでしょう。問題は先の B です。この先になると、どうしても宗教者にしか出来ないというか、やってもあまり意味



谷山洋三

が無いところもあると思います。それがたぶん、岡部先生が求めていたことなんだろうと思います。信じるかどうかですから。

島蘭 かなり賛成ですが、私が思うのは、たとえば看護師の方がスピリチュアルケアを勉強して、そのB「教義的な宗教的ケア」に当たるものが、特定宗教に入っていないくても、その個人の中でそれなりの経験を積んで、よく考えて、何か積んでいくと、それに当たるものが出来ていくということも、岡部アイデアに少し加えてもいいんじゃないかと。

谷山 ああ、なるほど。確かにそれはありうるかと。

稲垣 今、言われたのはどういうことですか。つまり宗教者じゃなくても……。

島蘭 臨床宗教師というのは、宗教者の資格を持った人がスピリチュアルケアをする、日本型チャプレンと考えていますが、私どもの上智大学がスピリチュアルケア師を養成する場合に、必ずしも宗教的な資格が無い人でも、出来るものとして、臨床宗教師とスピリチュアルケア師の融通を今、考えているんです。

谷山 そうですね。確かにこの図だと、それぞれの教義的な宗教的ケアと言っていて、それをイメージすると宗教者にしか出来ない。ただそうじゃない民間信仰みたいな形で一般に「私は、こう信じてる。あなたは信じますか」という場合ですね。それはBの領域ですから表現を考えなくちゃいけませんね。

伊藤高章 C、Bという分け方で、Cはいろいろと宗教的資源の活用になりますが、それを一段深く神学的に仏教哲学とか議論を吟味するレベルがあって、さらに教義に基づいて……というふうに、もう一段階設けたらいいのかなと思いました。そこまでしたら、島蘭先生がおっしゃったようなことを議論出来るかと。

島蘭 小西流になると理論が大事ですが(笑)、必ずしも理論でなくてもいいと思います。つまり、いろんな形でその人が身につけた、スピリチュアルケアの資源があると考えたらどうかと。柳田邦男先生はそういうケアのお話が大変上手な方だと思いますが、それは息子さんの死の経験とか絵本の話とかから、ある世界観を創ってこられたから。そういうものは現代社会では、必ずしも特定宗教ではない場合もあります。哲学や理論も重要ですし、特定宗教は最有力だと思いますが……。

伊藤 少し教派横断的な神学が求められているような気がします。つまり、僕たちが病んでる人のところに行ってお話を聴こう……とすると、第一段目に「病むこととか苦しむことには意味がある」という神学をすでに持っていると思います。もし、ちゃんと信じていれば問題ないはずだという神学なら、行って話を聴く、苦しみに何か意味を見出して、新しい発見をしようってことにはならないのではないのでしょうか。第一ステップを踏み出すためには何教であろうとどんな立場であろうと、一つ神学を持っている。苦しみに意味があるという確信です。それから、もう一つ「自分を養ってきた神学は相対化する」という神学が必要です。それが無いと相談者の世界観に行くことすら出来ないし、対話が無くなる。だから2つ神学のレベルを越さないといけない。

そしてCの宗教的資源の活用から「こっちに来なさいよ、そうすればどうにかかりますよ」というA→C→Bの矢印がついていますが、もしかしたら矢印は逆向きでもいいのかもしれない。常に宗教の中にいる人が、2つの神学をクリアしたら、右側から左側に行くことも可能かもしれない。横断的なプロセスを経ないと、ここで語っている「公共的なケアと宗教」という話題が成り立たないような気がします。

稲垣 どうですか、谷山先生。左から右に行く矢印が、右から左もありえますか。

谷山 ありうとは思いますが。今イメージしたのは自分の信仰をドラスティックに変えてしまうようなイメージですが、そうですか？ それとも相対化するような意味ですか？

伊藤 ごく厳密なカトリックの神学のケノーシスみたいに、神が弱い者になって人の中に現れて、しかも、その弱い者は世俗的なさまざまなものの中で振り回されて滅んでいく、だけどそこに価値があるんだという話がある。すごく神学的ではあるけれども、この世のセキユラー(世俗的)な存在価値を徹底的に認めていく恰好です。ガチッとした世界観の中に取り込むという方向の神学ではなくて、自己を

伊藤高章



解体してってしまう神学がたとえばキリスト教の中でも可能だと思ひ、仏教の中でも、浄土真宗的に「何があっても全部お慈悲です」と言えば、ずいぶん解体出来るような気がします。ですから、神学のタイプみたいなものがA-C-Bを行ったり来たりするときに動くんじゃないかと。

谷山 この図を別のレベルで用いると、そういう発想の助けになるということですね。

伊藤 この図で言うと、右に向かう矢印だけじゃなくてもいいんじゃないかというコメントとして理解していただけるというかもしれない。

谷山 ただ、これは対人援助的なケアの場面だけを想定している図で、たぶんベースが違うので呑み込みにくいですが、そういう使い方もあるのは分かる気がします。

伊藤 むしろ、対人援助に必要な神学的な作業のような気がしているんです。これが無いと谷山さんが言っている、援助者の円から相談者の円に行くことすら、成り立たないんじゃないか。

谷山 私がこの図で想定してるのはケア対象者の動きです。たぶん同じような場面を想定していても光の当て方がちょっと違う。

稲垣 伊藤先生が言ってるのは、むしろ提供者の方ですね。提供者がそういう準備作業を、トレーニングを経てないと出来ない。自己を相対化する方向へも矢印が必要だと。

谷山 具体的な相手が目の前にいる感じではないかもしれないですね。

都市部と地方で違う宗教との関わり方

島蘭 法衣を着て病院に入ると通してくれない話は、ものすごく説得力がありました。これは日本だから。アメリカで神父さんに自動車で町の案内をしてもらったのですが、ちょっと交通違反してもカラーを見せたら通してくれた。(笑) その感覚で言うと今、宗教者だからこそその誇りとそれが通らない場所があることを自分で納得して、やるという論理ですね。相対化の意味で。ただ、日本は相対化しすぎているので課題にならないかもしれない。

伊藤 読経ボランティアで「一僧侶では話が通らなかったけど、仏教会の事務局長なら話を通った」という話は、むしろ島蘭先生が話した「カラー見せたら違反切符切られなかった」という話と同じ例のように聴きました。

谷山 いや、あれは別の次元の話です。宗教が私的なものかどうかに関わってくるんですけど、つまり特定の教団の利益になることは完全な憲法違反ですから出来ない。でも特定でなければいい。

伊藤 仏教会であればいい。(笑)

谷山 そうですね。本当は仏教会でもまだ狭いですが。お役所は少数意見を聴かなきゃいけない立場があるので、どの程度少数意見を聴くのか分かりませんが、やっぱり都市になればなるほど、そこはいろんな工夫をしなければならないと思います。

私は、宮城県と岩手県のはとんど全部の遺体安置所に行ったんですが、都市部と地方では明らかに対応が違います。必ずしもその土地の人が管理しているわけじゃないのに違う。地方に行った方が歓迎されるんです。仙台、石巻周辺は、けっこう冷たい対応でした。ところが他の地域に行くと神奈川県警とか全然違う地域の人たちが管理してるのに、一緒に手を合わせたり最敬礼したり、まったく対応が違う。やっぱり地方により、地域地域の雰囲気、宗教との関わり方の違いがあるんだろうと思います。

河正子 「わたし」が円の真ん中にある図^{図.04}ですが、あれで内的な次元と現実と超越とありますね。このどれを大事にしているかで、今のA-C-B^{図.07}との関わりが、重点が変わってくるとか、2つの図を結びつけて考えるのかな? と思いましたが、全くズレていますか?

谷山 いえ、考えてもみなかったんですが(笑)、それはそれで面白そうですね。

河 岡部先生が道しるべを求めたそうですが、岡部先生は超越的なところを、すごく大事にしてい

河正子



る方だったのか、それとも宗教的なことよりは内的なところでの道しるべが欲しかったのか、そのへんが分からないのですが……。

谷山 岡部先生は確実に、こっち (fig.04の超越的次元) です。

河 そこならBまで至らないと道しるべにならないですが、ホスピスで患者さんをケアしているときに求められるのは「これまで頑張ってきたのにどうして……」という問いです。死んだらどうなるよりも、今どうやって生きたらいいのか…… だと思います。そこだとAのセキュラーなスピリチュアルケアで済むと言ったらおかしいですが、宗教まで至らなくても解決というか、支えられるのかなと考えて、この二つの図が連動出来るものかと思ったんですけど。

稲垣 岡部先生がご本を書かれてますね。私も読みましたが、若い頃は医者として奔放な生活をして、ちっとも宗教的じゃないとご自分で言ってます。でも実際にたくさんの患者さんに接して、自分もガンになって、だんだんそういうものの必要性を深く感じるようになって、非常に原理原則へのこだわりを私は感じましたが、いかがですか。

小西達也 そうですね。岡部医院の先生で、晩年の岡部先生の主治医をされた河原先生という方と、岡部先生がおっしゃることをどのように解釈するかについて、よく議論していたのですが、そこでもよく出てきた話は、岡部先生が「道しるべ」に関していつも出されるのは日蓮宗の熱心な信者さんであった患者さんの例で、その患者さんに「お題目唱えたか」と一言岡部先生がおっしゃると、それが本人の救いにつながっていくといった例で、やはりどちらかというと、もともと、ある特定宗教の信仰がある方の宗教的ニーズの話が多かった、ということがあります。

ですから先ほどの、都市部の話もありましたが、特定宗教の信仰を持たない方々が多い地域では、よけいに難しいのではないかという気がします。岡部先生は、病状が悪化して動けなくなる直前まで、東北大学と岡部医院で長年行ってきたタナトロジー研究会にスカイプで参加されていました。ある時、研究会の中で私が岡部先生に対して、「スピリチュアリティについて、岡部先生は『死後の世界としての超越』をすごく強調されるけれども、いわゆる宗教の『超越』は死後の世界を意味するものばかりではない、それ以外にも、神様等の『上への超越』もありますし、自己の内側に超越を見る場合、いわゆる『内在的超越』もあります。たとえば、中世のキリスト教の神秘主義は自己の奥深いところに神性を見たりしています……」ということをし申し上げたことがあったのですが、後日、岡部先生に「今、先生は『超越』というものをどう捉えていらっしゃるのか」と伺ったら、「自分の心の奥底の次元」と、私が申し上げたような内容をおっしゃっていられて、岡部先生ご自身もともと確固たる見方をお持ちだったというよりも、むしろいろいろな意見を聞きそれらを参考にする中で、ずっと模索し続けていられたのではないかと思います。

もう一つは、晩年に興味を持っておられたユング心理学です。「人は心の奥底で集合的無意識的なところが繋がってあって、死はそこへと還っていくことだ……」ということをおっしゃっていました。ですから本当に具体的に言えば、ある集合的無意識のところにいわば「溶け込んでいく」。私はそれを、仏教の大乗起信論の「水と波」のたとえに基づいて、生きている間は、水に波が起きて、それが個体として形をなして、亡くなる時にはその波がなくなることを意味するのではないかと解釈しましたが、もしそのイメージで考えるならば、波が水に溶け込んでいくプロセスを手助けするようなことができれば、ということになってくるのではないかと思います。

稲垣 そうですか。

死に関わることだけでなく「信じる力」を支える

森村修 初めて参加します。私は宗教師、宗教関係ではなく倫理学が専門です。東北大学に20年前に通いました。『ケアの倫理』という本を10年前に書いて、大修館書店から出しました。そのとき

もスピリチュアルケアのことを少し考えました。今、話を聴いていて、ケアとは、どこで何をどうすることなのか、¹分からない。スピリチュアルケア、宗教的ケアということ、もしくは、ケア提供者やケア対象者ということが言われますが、具体的には何をどうすることをケアだとお考えなのか、根本のケアの内実が把握しにくい。

たとえば冒頭の稲垣先生による前回のお話の総括の中で、スピリチュアルケアとメンタル・ケアは結びついているという稲垣先生のコメントがあって、私は前回参加していなくて全然存じ上げないので、今お話しされているケアは、メンタル・ケアもある程度含みうるのか。セクラーなスピリチュアルケアとは、どういう意味なのか。そして何に寄り添うのか。つまり、その人のメンタルな、心の問題なのか。自分が死んだり、家族が亡くなったりする中で、メンタルなケアの部分と、それが宗教的というかスピリチュアリティの問題に関わるような理解と繋がっていて、死が怖いのだ、もしくは亡くなった人に会いたいのだと発言しているのか。心理的な問題なのか。宗教性の問題なのか。分けられないかもしれないけれども、メンタルな部分と宗教性の部分に、臨床宗教師の方たちがケア従事者として関わるのかなと思いました。

それに関して、臨床宗教師にとって

ー緩和ケア、グリーフケアなど死に関わるだけでなく、人生の苦悩の中で生きる人の「信じる力」を支える

ここが、今お話しされているケアだとして、それは必ずしも

ー必ずしも特定の宗教とは限らない

ー素朴な「宗教心」「信仰心」「願い」「祈り」も支える

ということですと、ある意味でセクラーと言いますか、私たちが「何かしてほしい、どうにかなりたい」という部分や、「ちょっと残念だな」という部分——心が挫けたり、弱くなったりした時のケアで、必ずしもスピリチュアルな次元までかどうか。それが上か下か中か外か分からないですが、場合によっては、その部分にケアが提供出来るというのも含めて、いわゆる臨床宗教師であったり、スピリチュアルケアや宗教的ケアの従事者たちが関わるのかなと思いました。そのケアの内容で、メンタルな部分とスピリチュアルな部分と、それがセクラーな部分と宗教的な部分との関係性をお聞かせ願いたいと思いますが。

谷山 えー、難しいですね。(笑)臨床宗教師に求められているのは価値の話だと思います。たとえば「あの世」でも、単純にあの世を信じるか信じないかではなくて、あの世を信じることに、どういう意味を持っているかです。もしかしたら、あの世は信じてるけど、行きたくないかもしれないし、あの世は無いと思ってることでとても楽なのかもしれない。だから意味づけを確認することが、とても大事だと思います。どのような表現が用いられたとしても、もう一つ奥にある感覚や意味づけを確認することがスピリチュアルケアだったり、宗教的ケアだったりすると思います。

森村 そうすると、先ほどの援助者と相談者があっちいたり、こっちいたり図 05-06で、宗教的ケアが求められる時に、ある世界観の中に入り込むこと、それ自体はよく分かりますが、今度は逆にそんなに援助者と相談者の間にクリアな境界の円が別立てになっているだろうかと、セクラーな人間としては思えてしまいます。

すごく曖昧模糊とした時代で、さらに日本人は無宗教なのか、本当は信心深いのか分からない。たとえば、これから年末になるとクリスマスをやったり、百八つの鐘を突いたり、神社へお参りしたり、一気に三宗教を渡り歩いてしまう人たちが(笑)出てくるわけです。私も大学の教員ですが、学生たちも平気な顔して横断します。それでも、亡くなったおばあちゃんに会いたいとか学生たちは思ったりもする。一般大学の中にと、宗教学という科目名が講義の中にはあっても、自分たちがそこにコミットして強い信念を持って、もしくは強い信仰心を持ってという子たちと関わらない、もしくは私自身もそうで





森村修

あって。それでも心が萎えた時に、その辺の誰かに援助してもらいたい、ある程度 higher なレベルのものを求めたいと言った時に、援助者側と相談者側の世界観の、クリアな弁別は、どこまで出来ているものなのか。一般に世界観が割合共有されていて、何かすぐ手が届くようなスピリチュアリティや宗教性の話と、逆にすぐきちんとした、いい意味でもドグマティックなレベルでの宗教性の話が混在しているところに、ケアの現場があるような気がして、そのことを少しお伺いしたい。

稲垣 ちょっとごめんなさい。申し訳ないですが、その前に整理しなくてはいけないですね。前回から議論されている中に、かなり、特定の状況がセットアップされています。セキュラーと言っても、一般の大学で悩む学生を相手にするという場面よりもむしろ、目の前に末期ガンの患者さんを相手にしています。患者さんが相談者で、医療者なり、宗教者が、ケアする側にいるような場面が今、想定されています。そこから広がってかまわないんですけど、今までの議論はその中で一応は閉じて。援助者と相談者をクリアに、この場合は分けるということはありません。一般のセキュラーな場面では、今おっしゃったようなことが現実なんですけど。だから議論はそこまで広げていく必要はあると思ってはいます。スピリチュアルケアでは。

森村 すみません。私の方が、前回の議論を飛ばしちゃったんで、すごく一般化してしまったということですね。

稲垣 逆に、そこまで広げたいですね。議論は。

森村 ならば、今度は逆に狭い領域でお伺いすると、そのケアは、緩和ケア、グリーフケアなどの死に関わることだけではないというお話でしたが、臨床宗教師という方の役割の中に、死が目前にある方や死を準備されている方だけでなく、自分は元気だけど死を、死者を家族に迎えてしまった人たちも、その震災の話の中に入ってくると受け止めてよろしいですか。

谷山 そうですね。

森村 そうすると相談者の中には、一つには、自分は生き延びたけど、亡くなった方に会いたいなどのさまざまな被災地での経験に、どうケア提供者が関わるかという話ですね。

稲垣 そうですね。徐々に広がっていきます。

森村 ただ、その時にスピリチュアルケアと宗教的ケアの違いが、私にはよく分からない。

A-C-Bの流れの中で、AのレベルからBのレベルへとこのCの流れの中で時間をかけるごとに進まれるのか……。一気にある種の段階からAからBに飛ぶことがあるような気がします。その時に、ここまでがスピリチュアルで、ここが宗教的なケアです、という区別が出来るものなのか。AからCへは「宗教的行為が伴うことを確認」とされ、次にCからBへの「信仰を求めていることを確認」という流れがギュッとした瞬間である場合もあれば、時間とともに、それと向き合う中で宗教的なものへと手が伸びて、進歩していく場合もあるような、そういう時間性を表現されていますか。

小西 私は、谷山さんといろいろな場面で一緒にさせて頂いてきているので、ある程度理解しているつもりなので、その立場から代弁して説明させて頂きますと、スピリチュアルケアと宗教的ケアの区別が出てきた背景には、やはり医療現場において「宗教を持ち込まれては困る」と言われ続けてきたことがあると思います。広い意味で公共の場とも言える病院において、どこまでなら問題ないのか、ということを実践者は認識する必要があって、そのことについて谷山さんや私を含めこの分野の人たちは頭を悩ませてきたということがありまして、そのために作られたのがこの図なのだと思います。実際のケアの中で、それぞれがどのような関係になっているかについては、別の図で捉え直した方がいいのかもしれない。実際にアメリカへ行くと「スピリチュアルケア」という言葉の使い方が日本と微妙に違っていて、アメリカでは「スピリチュアル」の中に「レリジヤス(宗教的)」も含まれているニュアンスが強い。日本ではどちらかと言うと、「教えを押しつけないのがスピリチュアルケアです、だからこれは安全です」ということを一生懸命、医療の人たちにアピールしてきた、という背景があります。

森村 はい、分かりました。(笑)

稲垣 コンテキストがあって、議論が進んでいる。

森村 私、生命倫理をやっていたものですから、それは分かった点です。はい。

谷山 私もどちらかというと、分かりやすい図を作ろうとしています。理由は、基本的にはケア提供者(援助者)に倫理とかルールとかを、意識してほしいからです。基本的にケアを提供する場合、こういうところを注意しましょうね、という点を説明することが主目的なので、やっぱり、AからCへ、またCからBへ移るときは何か言いましょうね、という言い方になる。

森村 なるほどね。

島藺 私もグリーフケア研究所の所長をしていて、やはり哲学関係の方々はケアの本質論をやりますが、その側面も弱いと感じるところがあります。

たとえばケア提供者のケアと家族のケアを比べたら、圧倒的に家族のケアの方が分厚い。つまり、家族は四六時中、その人のことを考えているわけですから。そういう場合に、非常に短い関わりのケアをやる意味です。たとえば家族も、今までいろんなケアをしてきたけど、いよいよその方が危ないという時には、スピリチュアルケアが課題になってくる。そういう観点。

ケアという非常に広大な領域の中で、こういうことを考えるのも必要じゃないかなと。

谷山 もう一つ、この図 [fig.05.06](#) を、ケア提供者がちゃんと意識しておくべきなんです。もちろん現実的には、これが重なる部分は、かなりあると思います。だけど、あると思って関わり始めるとトラブルが起きる。だから、まずはお互いに世界観や価値観が違うと思って、関わりましょうという態度が必要です。

稲垣 まあ、だから臨床宗教師なりチャプレンなりの、病院等々の専門職、そのステイタスを確立したいという側からの現状把握ですね。しかも宗教という、実際、谷山先生自身が僧侶だから。

森村 はい。その際の、ある種の倫理綱領。いわゆる、こういうことしちゃいけない、どこまで個人のものを押しつけないか、どこまで傾聴して、相手の価値観を破壊しないか。ある種の心であったり、スピリチュアリティであったり、そこにどう寄り添うか、もしくはそれをどうケアしていくかという話としては、すぐよく分かるし、重要な問題だと理解します。つまり死という問題が、なかなか見えにくいながら、現実的にはバタバタ人が死んでいく中で、そこに自分が死ぬ番になるのか、もしくは人を自分で送らなければいけないのかという厳しい状況があって、専門職としては重要なポジションだと理解します。

谷山 森村先生に注目していただいた、あるべき臨床宗教師の姿にも私の思いが表れていますが、そもそも宗教者は別に死に関わることばかりじゃなくて、実際よろず相談なので、死に関わることばかりになってしまうのも困ったものだな、という思いがあります。(笑)

森村 そうだと思うんですね。やはりこの「死に関わることだけではなく、人生の苦悩の中で生きる人の『信じる力』を支える」ことが重要だという気がして、この苦悩の中に死の問題があったり、見送るって問題があったり。

谷山 ある意味で死の問題と宗教を結びつけるのは非常に簡単です。とても説得力がある。ですが、どうも生きる方にシフトすると、なかなか説得力が無くて、困ります。

稲垣 分かりました。ありがとうございます。

ケア提供者と対象者の境界で働く力

伊藤 そうなると、成長の話と、いま困っている人を支えるという話は、少し別だということでしたが、本当にそれでいいんですか。

谷山 今日の、この説明の中では、そこまで触れられません、という話です。この図 [fig.07](#) では表現しきれないと思うんですね。

伊藤 幾つか議論・ステップを踏んだうえでの関係ですけれども、支えることと、その方の何か世界観そのものが変化していくのを無関係に語ることは出来ないと思います。その二つはどんな関係です



01 | 谷田憲俊・伊藤高章『対話・コミュニケーションから学ぶスピリチュアルケア——ことばと物語からの実践』(診断と治療社、2011)

か? で、さっきの2つの図 [fig.05.06](#) で言うと、相談者の円にケアする人が乗っかる? その中で何が起ることが期待されて、何が支えになって、それと相談しに来られた方の成長とが、どう絡み合っていくのかが気になります。

谷山 そうですね。恐らくそれを説明しだと、たぶんこの図 [fig.07](#) に近くなると思うんです。でもちょっと違う。分かりにくい話になるので……(笑)。

伊藤 そうかそうか。私がいま想定しているのは、この間出た、スピリチュアルケア学の本 ⁰¹ に書いたんですが、ケア援助者とケア対象者の境界に関心があります。その境界が明確にあるかどうか分かりませんが、やりとりの中でだんだん擦り寄ってきて、なんか初めて「あ、分かりました」という、両者ともどっちでもなくなって、元々の自分とは違う立場で成り立ってしまう。そのような解釈学的な意味での理解であったり、解釈の地平の融合みたいなものと、ケアが成り立つことが、重なっている出来事のような気がするんです。

谷山 たぶん重なります。方向的には。それで形が変わるという表現になると思いますが、たとえば三角形とか。ただ結局、人間が2人関わると変化は避けられない。2つの図 [fig.05.06](#) は最初に会ったときの心構えを示しています。ここからまた変化します。変化するとまたややこしいので、そんな図は描けませんが(笑)。人間が関わると、どうしてもお互いに影響を受けてしまうので、変化は当然起こり得ることです。問題はそれを、果たして医療者が納得しうるかたちで説明出来るか、です。

伊藤 「影響を受けてしまう」と表現すると、ややネガティブなニュアンスを含んだ言い方に聞こえてしまいます。しかし、スピリチュアルケアに関しては、まさにケアする側とケアされる側がお互いに影響し合うこと自体が、ケアの本質に関わるように感じます。

小西 今おっしゃられたことの関連で言いますと、その図 [fig.07](#) では、ケア提供者がケア対象者(相談者)の世界(観)に入っている、その枠組みの中でケアしていくという感じですが、私の実感からしますと、確かにケア対象者の世界観に入るんだけど、そのケア対象者の世界観自体もケアのプロセスの中で変容していくことがある。しかもそれは単にケア提供者(援助者)の影響によるものだけではなくて、それこそまさに「超越」かもしれませんが、ケアのプロセスの中で何らかの「はたらき」が作用して、ケア対象者の中にもケア提供者の中にも無かったような新たな世界観がそこに現れてくるというのが、本当の意味でのスピリチュアルケアなのではないか、そしてまさにそこにこそ、超越の次元が関わる余地があるのではないかと思います。

稲垣 図 [fig.05.06](#) には世界観が2つ描いてありますが、小西先生がビリーフ再構築というのは、世界観の再構築? それほど大きいものじゃないですか? 2つ、3つ、4つ……と世界観があるわけですか?

小西 再構築される場合には、それまでよりも普遍性の高いものになるということがある。そのプロセスの中で、ケア対象者自身が、より高い次元のリアリティに目覚めていくプロセスが起きないと、行き詰った状況を打開して新たな生き方を見出していくことはできないと思うんです。もちろん、今までの世界観の中で整理することだけでも、またケア提供者の影響を受けることによって、生き方を見つけていくことはあるでしょうが。しかし再構築のプロセスの中には、それだけではなくて、双方とも無かった次元のものが何か、そこに生まれるという、そこに何かクリエイティブなものがあるのではないかと思います。

稲垣 提供者の世界観に入っていくじゃなくて、双方の……。

小西 双方に無いものがそこに現れる、それにより新たなものへと進化していく、成長していくようなイメージです。

石野徳子 今回はスピリチュアルケアと宗教的ケアを意図的に対比して説明するために、この図 [fig.07](#) を出していると思いますが、まず死にゆく人たちが求める援助が、さっき河先生もおっしゃったように、今病気で苦しい自分が、非常にメンタル的にも辛い。それに対して、宗教的な話とかを聴く中で、自分の今の辛さを緩和したいという思いだと思います。だから死にゆく人は死後の世界よりも、今

をどう乗り越えて行くのか、あるいは今までの自分の生き方はこれでよかったのかと、いろいろと葛藤していると思うので、そこでまず、宗教家に会うとかスピリチュアリティのケアを受ける中で、たぶん価値観が変わって、徐々に死にゆく心の準備が出来るプロセスがあるのかなと。そこに、そういうケアが介入されて、穏やかな死に向かい、それから、あの世に関心が行くと思うのです。今、この病気に対して、自分がどう生きて病気と闘っていくか、どのように家族と残された時間を過ごしていくかと、そういう考え方を構築していく、そのためにたぶん、こういうスピリチュアルケアであったり、宗教的な方たちの介入が入ってきて、そして穏やかな死を迎えるのかなと思います。

そして、この図 [fig.05.06](#) で、相談者の世界観は特に病気になっている場合は正常には、今まで出来た判断力も落ちてきたりすると思いますので、そこには援助者の力が入っていくだろうし、あるいは何かを乗り越えたときに、援助者の世界観に入っていくこともあるだろうし、そういう行ったり来たりがあった中で、本人のビリーフが目覚めていくんだらうと思います。この円は、行ったり来たりをしていく中で、価値観が変わって、それが新たなビリーフに変化するのではないかと思います。

それと、さっきのA-C-Bの図 [fig.07](#) ですが、当然宗教家の方たちも事実、スピリチュアルケアに介入していますよね。

谷山 はい、もちろん。その話は、今日の前提です。

石野 そうですよ。たぶんこれは意図的に、臨床の方たちへの宗教家の介入に対しての、それをイメージ化する目的で「信仰を求めていることを確認する」が入ったと思いますが、やっぱり一方通行ではなく、ケアを受け入れる側の視点も入った方がよいのではないかと思います。

稲垣 さっき伊藤先生がおっしゃった……。

石野 はい、そう感じてしまう。

谷山 はい、おっしゃっていることは、その通りだと思います。そうなんです。ただ、今日はその話はするつもりはなくて、臨床宗教師の話をするときには、やっぱり、その死に関わる話が期待されているので、まずそちらに焦点を当てたんですけど、私も死に関わることばかりじゃなくて、当然今までの人生、どうやって振り返っていけるかという援助をする方です。

臨床宗教師とスピリチュアルケア師

稲垣 あの、ここにお医者さんがいらして、森先生は在宅で事業をしておられますが、看取りをやられる、現場の医者ですね。こういう臨床宗教師の議論で、今までに何かありますか。

森清 今のA-C-Bの話、よく分かりました。とても勉強になりました。お坊さんの恰好で病院に来られると確かに困ります。それはお坊さんの恰好だからというよりも、お葬式の恰好だからです。(笑) 死を忌み嫌う・死から逃れるために存在する病院で、喪服で堂々と来られるのが困るのです。ただし宗教を大事にしている病院も多いので、普通に(普通の服で)行けば、歓迎されると思います。沖縄にいた時に、亡くなった場所でユタが儀式をする習慣があるのだそうで、病院に、ユタの方が来て、そこで儀式をやろうとしたことがありました。それはそれで、それぞれの宗教の事情があるのでしょうか、沖縄ですらその行為は許されなかったと思います。

お坊さんが、東北で活躍されていることは伺っておりました。この円の図 [fig.05.06](#) は、仙台の川島孝一郎先生がよく使われる図では、最後は円が三角になって、2人が新しい世界を作っていく。narrativeの方ではco-creation(共創)といいます。また、ビリーフの再構築を諸行無常とかと結びつけて考えていくことも勉強させていただきました。私自身2007年の時に、患者さんが亡くなると、たいいてい四十九日の頃に病院にご遺族が挨拶に来られるので、その時の会話を、小生の友人でもある精神科の医師に伝えて、ご遺族の心理をいっしょに勉強しました。彼は曹洞宗のお坊さんの資格を持っていたので、この時期に来たのは、こういう理由だとか、痛みに保障を与えるのが大事だとか教



石野徳子

02 | 森清『のこされた者として生きる―在宅医療、グリーフケアからの気づき』（いのちのことば社、2007）

えてもらい、一冊の本⁰²にさせていただきましたが、仏教側の発言からクリスチャンの私には気づきが多く与えられました。

鵜沼裕子 現場のことに疎い者の質問ですが、臨床宗教師を authorize する機関があるのでしょうか。国家資格ではないと思いますが。またその方たちは何らかの養成やトレーニング受けていらっしゃるのでしょうか。

谷山 トレーニングの手法は開発していて、実際今まで76名が研修を修了しています。ただそれを authorize するところまではまだ行ってません。そもそも今、寄附講座を開講してまして、寄附講座だと資格授与については長期間の責任がとれません。いずれ別の形でという方向性、アイデアは持ってますけど、まだそこまでには至っていません。

鵜沼 キリスト教はキリスト教で、そうした人材養成をしていたり、公開講座を開いている学校はあるのですが、スピリチュアルケアは、臨床宗教ケアとはまた別の仕方のトレーニングですか。

谷山 はい、またこれから話ですが、一応その日本スピリチュアルケア学会が出している、資格に申請出来る形はとっています。だから臨床宗教師であり、かつスピリチュアルケア師ということはありません。教育方法もある程度共通するところがあって、私が今やっているのは、アメリカがやっている CPE の日本版をさらに日本的にした感じです。そのためある程度の共通性はあります。対象を宗教者だけに限定してますので、そのあたりは、勿論プログラムの長さも違いますけど、グリーフケア研究所と実はけっこう近いです。

伊藤 今その、スピリチュアルケア師の認定は始まっていますけれども、まだ暫定です。つまり、これまでさまざまなトレーニングを提供してきた組織を信頼して、暫定期間5年間を設けています。それらの組織が責任を持って教育したと推薦する方には暫定の資格を出しています。あと3年経ったら、学会が資格審査を始める予定です。どんな審査をするのか、何を審査するのかについて、今悩んでるところです。お知恵をお貸ください。(笑)

稲垣 今、国家資格云々と言われたから、非常に興味があるんですが、要するに公共的な場で、スピリチュアルな次元が人間にとって大事だということが、まさに日本の社会の中で確立されていれば、それこそ国家資格云々ってことがあるんですけど、さっきから政教分離とかね、やたら気にしてるんですが、このへんも実はきちっと議論したいんです。政教分離ってなんですかという議論を本当はしなきゃいけない。

鵜沼 そういうことがある程度認識されると、ケアする側とされる側の関係ももう少しスッキリしてくるのではないかと思います。

稲垣 戦後日本では宗教を私的空間に押し込める力が強かった、それは戦前の反動だと思いますが。もう少しそれをオープンにして、どういう場で公共的に宗教の役割を果たすか。今まさに、この大きな事例ですけど、ずいぶんいろんな場面でスピリチュアルなケアの可能性はあると思っているんですけど、それは十分に議論しなくちゃいけないですね。

伊藤 稲垣先生がおっしゃるのは「公共の宗教」という議論でしょうか。それとも公共の領域に宗教が入ってゆくというお話でしょうか。

稲垣 宗教には、仏教があり、キリスト教があり、天理教があり等々で、ずいぶん起源が違ういろんなものがあるんだけど、それが、ある場面で公共的役割を果たす。これは3.11に現実にあったわけです。

だから、その公共性って何なんだという議論は、私たち公共的市民として、関心を持ってきたところだから、今ちゃんと接点を見つけて、議論していく必要がある。それは倫理と宗教、スピリチュアリティ、あと政治、いろんな問題が関わってる。公共とは何かという問題が関わってくるから、とても総合的、学際的で難しいですが、やらなきゃいけないでしょう。

鵜沼裕子



宗教的ケアは男性、スピリチュアルケアは女性が多く担う

伊藤 ちょっと関連する情報を2点。スピリチュアルケア学会の高知のプログラムの実習を受け
てくださっている病院があります。その病院の理事の方が、病院の認証評価委員をされています。
スピリチュアルケアを、ぜひ病院の認証評価に入れなくちゃいけないという議論をしてくださって
います。これが一つ。

もう一つは、今がんプロに加わっていく病院の多くが、JCI (Joint Commission International) という国際
的な病院認証評価に応募したいという話をしています。ネックになっているのがスピリチュアルケ
アをしているかどうかだ、ということです。それをクリアしないと、認証評価が受けられない。もし皆さん
がアクティブに働かれるなら、病院が国際認証評価を受けるために、スピリチュアルケアが必要で
す、といろんなところで言ったださるといいのかもしれないです。

石野 単純なことを伺います。一般的に宗教的ケアをなさる方は男性が多いですね。受け手は女
性で、年齢的にもすごく差があると思うんですけど、そういうケアをなさる側が性別とか年齢とかで、あ
る程度タイプ化出来るってことはないですか。

谷山 まだ全然そんなところに行っていないと思います。(笑) 臨床宗教師に限定をすると、どうしても
男性が多いんですね。または、それは単純に宗教者の大半が男性だからです。

同席者複数 伝統仏教では、女性は全然少ない。

谷山 ただ一応私たちのプロジェクトは、お寺の奥さんとか牧師夫人も研修の対象にはしています
が、実際受講者の内の7、8割は男性です。

ただ日本スピリチュアルケア学会で認定されたスピリチュアルケア師で言うと、圧倒的に女性が
……。

伊藤 8、9割で女性が。

谷山 女性が多いです。

稲垣 面白いですね。

小西 アメリカのチャプレンの場合ですと、だいたい男女半々くらいの印象で、それほど偏りは無い
印象です。あと、スピリチュアルケアの教育というのは、だいたいまとまった時間が必要となるので、ア
メリカの場合にはフルタイムで1年間ですが、日本でも一度に一週間程度集中して行なわれたりす
るので、仕事をもちながらですと、それはなかなか難しいということがあると思います。もう一つ日本で
は、スピリチュアルケアの研修を希望される方に看護師さんが多いということがあり、そうしたいろ
んな事情から女性が多くなっているのだと思います。

稲垣 前回来られた半田ウィリアムズ 郁子さんが、英国人と結婚して、英国へ渡ってから、英国国
教会のチャプレンになった、まあ女性牧師ですね。だからキリスト教の場合、特にプロテスタントの
場合は、女性の臨床宗教師というか、チャプレンが生まれる可能性は高いんじゃないですか。カト
リックは？ 仏教は難しい？

谷山 いや、全然少ないです。

島蘭 上智大学の場合も、圧倒的なシスターのリーダーシップで、私どもは小さくなっています。(笑)

稲垣 そうすると、シスターは臨床宗教師をめざしておられるんですか。スピリチュアルケア師ですか。

島蘭 グリーフケア研究所特任所長の高木慶子^{ゆきこ} シスターは、岡部先生と考えるのが近くて、最後はやっ
ぱり宗教の力だということがあります。

伊藤 現在のアメリカの状況は、たとえば神学校に入ってくる人数は、圧倒的に女性が多いです。こ
れから宗教の指導者は、どんどん女性になっていく時代という印象です。それで病院のチャプレン
も、カトリックの病院も半数以上はシスターですから、カトリックの病院のチャプレンも女性が多いと
思います。

ですから、既成宗教の指導者に男性が多いこと、スピリチュアルケアの現場の男女の比は、かなり状況が違っていると思います。

島蘭 現場は女性ばかりなので、男性の方には私に会うとホッといただいている。(笑) 男の味方ですけど、女の敵ではありませんって。

稲垣 フェミニズム云々という議論もまた、そのうちここでもやりたいですね。

スピリチュアルケアと日本的“思いやり”倫理

稲垣久和

このA-2研究会のタイトルを「医療・看護とスピリチュアリティ、そして日本的“思いやり”倫理」としました。「日本的“思いやり”倫理」が、なぜここに入っているかを説明して、その背景を少し倫理学の方から議論して、今日の話と関連づけたいと思います。

まずスピリチュアルケアに関して、スピリチュアリティとメンタリティ、スピリチュアルケアとメンタルケアの区別です。先ほども議論しましたが、メンタル、心の問題を、最近の脳科学との関係で関心を持って、別のグループと研究会をしてきました。最初に「臨床の場で死を迎えるということをどう考えるか」というテーマとは少し離れて、特に脳科学からの議論を私なりにお話ししたいと思います。

「人生の意味の再構築」と「自己の複雑さ」

まず「人生の意味の再構築」について。自己の人生というものは非常に複雑です。ここではピリーフの再構築を受けて、そもそも自己とは何かということに関して、現代の脳科学の治験を踏まえながら議論しています。脳は三層ぐらいに分かれていまして、特にパンクセップ (Jaak Panksepp) という人の情動操作システムの階層性の理論では一次的情動、二次的情動、三次的情動と、それらを生み出す脳の構造があって、医学的、生理学的な実験等々から、一番深いところ、視床下部、脳幹、それがどうも一次的情動に主に関係する。もちろん全体的な脳の構造が関係しますが、それから二次的情動が大腦辺縁系に、どうも深く関係する。三次的情動は大腦皮質に関係します。大腦皮質云々には非常に人間らしい能力等々が集中しています。このように科学から、三層構造で自己を、特に情動の側面から考えていく試みがあります。

もう一方で哲学から自己を考えていく試みがあります。ご存知のように西田幾多郎の哲学は自己への究明と言うような哲学を発展させてきました。1932年の有名な論文「私と汝」で、西田は「自己が自己において自己を見る」と非常にトートロジカルな表現を使っていますが、これも、自己が三層の構造をしています。「自己が自己に於て自己を見ると考へられる時、自己が自己に於て絶対の他を見ると考へられると共に、その絶対の他は即ち自己であるといふことを意味していなければならない」。たとえば有名な禅仏教の十牛図では、若者が「真の自己」を訪ねる旅に出ます。西田的に解釈すれば、今ある私 (I-ness と書きましたが)、私という意識を持った私が「絶対無の場所」において「真の自己」を見る、になります。この「絶対無の場所」は十牛図の8番目の図で、空という、何も書いてない図です。その意味は非常にいろいろと解釈されていますが、西田的に解釈すれば「絶対無の場所」と解釈出来ます。そして、絶対無の場所において「真の自己」を見るわけですが、本当の自己——これは小西先生の前の議論の中にも出た、非常に哲学的に自己とは何かといったときの最終的な答えですが、こういう三層の自己を当て嵌めて考えています。さらに「私と汝」には、「絶対の他」というテーマが出てきます。ですから私が「絶対の他」において「真の自己」を見るというふうに、「絶対無の場所」を「絶対の他」という言葉に置き換えて議論されます。「今ある私」「絶対の他」「真の自己」、この三層です。「私」という心の働きを、現代の脳科学の分野で見た時、その脳の構造の中でパーグ (PAG)、日本語

で言う中脳水道周囲灰白質で、かなり深い部分ですが、この PAG で真の自己を見るという構造に、どうもなっているようです。脳科学者はどうやら、そういう非常に深い部分の情動と、大脳皮質のような、いわば理性とか高度な人間活動とかが絡み合って、自己の本質というものに関係している、どちらかというと非常に深いところから出てくる情動が「真の自己」に関係しているんじゃないか、そのような議論を進めています。この議論を仏教の議論と絡ませて研究している方に、脳科学者で仏教に非常に精通している浅野孝雄先生がおられます。この浅野先生は、仏教の、特に唯識の議論を詳しくした中で、“私が「アーラヤ識」において「真の自己」を見る”というふうに言い換えていて、PAG という場所と仏教で指摘しているアーラヤ識は共通しているんだと議論しています。

他方で伝統的な構造、キリスト教の側から自己論を構築する一つの試みがあります。聖書のさまざまな記述に、「あなたがたの心の内にキリストを住まわせる」(エペソ書3章17節)、「キリストがあなたがたの心の中に形づくられる」(ガラテヤ書)、「キリストがあなたがたの内にいる」(ローマ書3章)、「生きているのはわたしではなく、キリストがわたしの内に生きている」(ガラテヤ書2章)——このような、いわゆるキリストと私との関係の中に、真の自己を構築しています。これがパウロ書簡の中に出てきて、ずっとその後のキリスト教の自己論の中にずいぶんそういう議論があって、特に禅仏教との対話、戦後のキリスト教と仏教の対話の中で、盛んにこういう聖句の意味が議論されています。私が「イエス・キリスト」において、という場合にイエス・キリストというのは、自己の内部に同時に、超越の世界にまたがっている神ですので、超越即内在というか両方の側面を持っています。それで、「真の自己」というものを、このような形で identify したときに、例えば、死という現象に向かう際には、天に召される云々というキリスト教の側からの議論が非常に生きて来るんじゃないかと、一つの理解をしています。それでスピリチュアルケアとの関係で、仏教の側において「真の自己」をどう見るか、またはキリスト教の側において「真の自己」をどう見るかについて、議論したいと考えています。

「思いやり」倫理とは？

次に、研究会タイトルで、スピリチュアルケアに対して日本的“思いやり”倫理をつけた意図です。先ほどもありましたが、日本では公の場で宗教が登場すると、政教分離云々という議論が必ず出てくる。一つの見方として、公と私、そして公共という3つのレベルにおいて社会の構造を捉えるときに、スピリチュアルケアは私的レベルで考える。これはターミナル・ケア等々では必ずそうです。しかし政教分離云々を議論するときは、国家との関係ですから、公的なレベルです。ですからスピリチュアルケアは、私的なレベルの議論をしているはずなのに、何か宗教が入ると、どうしても公的なレベルでスピリチュアルケアを考えなければいけない、そういう状況があるような気がします(これは税金の投入が絡むからです)。

しかし公的なレベルとか国家との関係でのスピリチュアリティってなんだろう。非常に難しい問題ですが、たとえば、愛国心なんていうものを、いろんなところで議論せざるを得なくなる。歴史的に愛国心というものが駆り立てられて国家形成に利用されていくというのは周知のところだ。近代の国家論には、たとえばジャン=ジャック・ルソーの『社会契約論』がありますが、『社会契約論』では、人民主権論を議論した後に、いわゆる市民宗教 Civil Religion という考え方が出てきて、「国家を愛する宗教性無くして共和国は成り立たない」みたいな非常に危うい議論をしている。危ういと同時に非常に、ある意味で真理性を突いた議論です。だから公的なレベルでのスピリチュアリティを語るときに、われわれはそういうことを真面目に考えなければいけない。私はずっと、例の靖国神社をめぐる多くの論争の歴史に、ものすごくそのことを感じてきました。日本を愛するということが、ああいう形で、よりスピリチュアルなものと重ね合わせて議論される。そういうことが日本ではあります。そういう意味で公的レベルでのスピリチュアリティは、十分に注意して考える必要があります。

私的レベルのスピリチュアリティはいいとして、もう一つ「公」と異なる公共的レベルのスピリチュアリティというのを考える必要があるかと。つまり、先ほどのように、さまざまな宗教の違いを超えて、なお公共の場でスピリチュアルケアを認証するとか、資格審査をするとか、そういう議論になったときに、公共の場で堂々と議論するわけですから、公共的レベルでもスピリチュアリティを、どう表出していくかを考える必要があると思います。

それで先ほど谷山先生の議論で非常に興味深い、お坊さんが法衣を着て、という話がありましたが、何が問題なのかと言えば、それは他者、ある意味で他者への思いやりなんだろうと思います。他者を思いやる——、自分はアイデンティティがしっかりしているけれども、目の前に他者がいるときに、その他者を思いやる。そういう倫理観は、けっこう日本人に強いと思います。もちろん純粋に日本的な感情とか日本的な習慣というわけじゃないですが、いわゆる日本語としての「思いやり」を、もう少し深く倫理学の課題として考える必要があるかと。それがどうも公共的なレベルにおけるスピリチュアリティと関係しているような気がします。文化論でもあります。

「思いやり」を英語でどう表現するか

ここに2006年に書かれた Kazuya Hara さんという方の論文を引用します。“The Concept of Omoiyari (Altruistic Sensitivity) in Japanese Relational Communication,” K. Hara, 2006. という短い論文の Abstract の部分です。

This paper presents such an attempt by conceptualizing the concept of omoiyari for a Japanese theory of relational communication. In social psychology, the Japanese concept of omoiyari has been examined in terms of altruism, sympathy, empathy, and prosocial behavior, and a variety of cognitive models of prosocial behavior arousal have been proposed. In the field of communication studies, however, the concept of omoiyari has not attracted much scholarly attention, although aspects of harmonious Japanese communication are well documented. By synthesizing the relevant literature on omoiyari across disciplines, then, this paper formulates a definition of omoiyari for Japanese communication research, lays out its basic assumptions, and characterizes it in light of four major semantic areas of omoiyari: (1) prayer, (2) encouragement, (3) help, and (4) support.

「思いやり」という日本語を英語でどう表現するかと、非常に多義的な言葉なので難しくて、ストレートに英語にならない。その意味でこの論文を書いたんですが、幾つかの言葉を挙げています。

Altruism これは利他主義とか。それから sympathy とも訳してもおかしくない。Empathy も。それから prosocial、社会的な意味が非常に強い。そういう多義性を持った言葉がどうも、「思いやり」と原さんは言うんですね。原さんの論文に、このスピリチュアルケアと深く関係する内容があります。患者さんがガンであることを、日本の病院では家族に言わない、それは思いやりという言葉がピッタリする、そういう表現です。こう書いてあります。In health communication, Kakai (2002) argues that Japanese prefer ambiguity or not disclosing of cancer to their family members. 家族に対してガンであることを明確に言わないで曖昧に言う、その背後に、Behind such indirect communication and style is the psychological and cultural background of omoiyari. 思いやりの心理学的、そして倫理・文化的な背景が日本に存在すると。先ほどのお話を聴いても、他者——自分と違う考え方をしている人たちへの配慮を忘れないことが、日本語で一口に「思いやり」と表現出来る内容だと思われます。

和辻倫理学から考える

それで、こういう問題を学問的に扱えないのかと、悩んでいたんですが、一つはやっぱり倫理学、日本の倫理学の中で徹底的にいろんなことを議論している一人は和辻哲郎じゃないかと。和辻は非常に長い時間をかけて、かなり丹念に主著『倫理学』（以下の引用は岩波文庫から）を書いていました。上・中巻は戦前戦中の1937年、42年に書かれ、下巻が戦後の49年に出ている。そのギャップで、和辻も戦時中と戦後のギャップに悩んだということが、有り有り出ています。この倫理学のテキストから数箇所を引用して、皆さんの考える材料にさせていただきます。私はその「思いやり」という日本特有の概念が、どうも和辻の倫理学に関係していて、議論出来そうな気がします。まず[1]です。

—

ここからして我々はまた逆に人間の真実が古来最も重要な人間の道として説かれたゆえんをも明らかにすることができるであろう。真実を起こらしめることを特に観照的な真理の実現として把握したのは、ギリシア人とインド人であった。それを神の命令の実現として人格的な神への服属関係において把握したのは、ヘブライ人であった。またそれを天の道の実現として、一切を貫ぬく理法の人間行為における実践と解したのはシナ人であった。その同じ人間の真実を日本人は「私」なき清明なる心として把握したように見える。それは純情をもって全体に帰依する天真な「まごころ」である。また無私の愛をもって人倫的合一に没入する「まこと」である。中世の初めに伊勢神宮の神託として説かれ始めた「正直」の概念もまたこの無私清明なる人間の態度をさしている。これらの一切を通じて、人間の真実こそまさに人間の道であったのである。〔第二巻42-43頁〕

—

こういう「まごころ」なんて言葉は非常に日本的ですが、歴史的に日本人に非常に特有な議論があります。

ちなみに、米沢藩の五人組、十人組という江戸時代にあった隣人というか、近隣の人たちとの塊についても、彼はまた議論していて、これも非常に興味深い。

次に[2]「しかしながら、地縁共同体が近隣、村、国というごとき広狭の差別を有するごとく、博愛もまた親近と遠疎との別を有せざるを得ない。この点に関して示唆する」のは下記。

一、五人組は常にむつまじく交りて、苦楽を共にする事、家族のごとくなるべし。

一、十人組は時々したしく出入て、家事をも聞事、親類の如くなるべし。

一、一村は互に助合、互に救合ふの頼母しき事、朋友の如くなるべし。

一、組合村は患難に当て互に助て、隣村よしみの甲斐あるべし。

そして次のように注釈を加えています。「それは親疎の段階を示すとともに、また逆に公共性の広狭をも示している。同掟書の説明によれば、この公共性の広狭がちょうど相互扶助の力の大小を意味しているのである。…〔中略〕…かく見れば博愛が最も親密に隣人愛として現われる段階においては、日常煩瑣な相互扶助には堪えるが、大きい救いの力を出すことができない。そうして隣人愛のごとき親密さはなく、その代わりに公共性の大きい組村において、博愛は最も大きい救いの力を出すことができる。ここに日常の親近性を超えてより大きい公共的共同存在の実現が目ざされるゆえんも存するのである。地縁的存在共同そのものは、家族的存在共同とは異なり、日常的親近性を最も重大な契機とするものではない。相互に面識なき者への博愛や扶助はここでは一層貴いのである」〔同273-275頁〕

もう1箇所。[3]「日常生活が密接に隣人的共同存在と連関している社会あるいは時代にあつては、この行為の仕方もまた詳細に規定され、あるいは反省せられている。その際問題となる第一の点は、隣人的共同存在においてただ一己の私のみならず家族的親族的私的存在が止揚せら

れねばならないことである。…[中略]…このような共同性を前面に出し、非共同性をうしろに押しのけるのが、博愛の働きにはかならない。この心づかいがなければ隣人的共同存在は実現され得ないであろう」[同276-277頁]

隣人的共同存在と「異質な他者」

ここに「隣人的共同存在」という見方が出てきます。和辻倫理学の「間柄」、例の間柄主義ですが、「間柄」は彼の使用する「公共性」と深く関係しています。ただし全体の叙述に見られるのは和辻倫理学における「公共」は「公(おおやけ)」と同義であり、最大の公は国家です。和辻は西洋近代の個人主義と市民社会には一貫して反対であり、したがってそこでの公共の強調は「全体」の重視、滅私奉公[第三巻53頁]に傾きやすい。私の公共哲学的視点から言えば、「他者性」への考慮が弱い。家、地縁的近隣、村、国という形での親密圏の重層構造がそのまま公共圏として捉えられているのではないか。これが私の和辻への疑問です。

しかしそうではあるが、ここに隣人的共同存在としての「助け合い」の、いわゆる“日本的思いやり”倫理の原点もありそうな気がします。和辻の議論、発想というのが非常に、私にとって興味深いんです。つまり「共同存在」「共同性を前面に出し」のような表現で言われる「共同」は「共に同じ」という「同化」であって、異質な他者との「対話」「調和」の要素が弱いのではないか。この隣人的共同存在、共同の意味ですけど、文字通り「共に同じ」という意味の、ある種の同化作用がここで前提にされている気がします。他者性が弱い云々という言い方は、自分にとって異質な他者との対話とか、「対話」を徹底的にした後に、どこかで落とし所を見つけて「調和」していく、現代的に言えば熟議民主主義のような要素が弱いのではないか、そんな気がします。この「共に同じ」という概念は、和辻自身の戦後の表現からも明白です。戦前に上・中巻の倫理学を書いた後に、だいぶ悩んで戦後、1949年に下巻を出します。その下巻から引用します。やはりモンスーン型の風土論です。

「もとより国家の形成は、右のごとき水田耕作の拡大運動にのみとづくというわけではない。大土木事業を起こし得たのは国家がすでに形成されていたからである。田園的な小集団、無数に散在せる小集団を一つの大きい全体にまとめた力は、何よりもまず共同の文化であった。同じ言語……」。ここから後が大事なんですけども、「同じ言語、同じ宗教、同じ物の感じ方、あるいは同じ耕作の仕方、同じ料理の仕方、同じ家屋の建て方など、存在の共同を表現する一切の文化的所産が、地縁的共同の限界を超えて広い範囲にわたり共同存在の自覚を呼びさまして行く。そういう文化共同体の上に国家が形成されたのである」[同340頁]

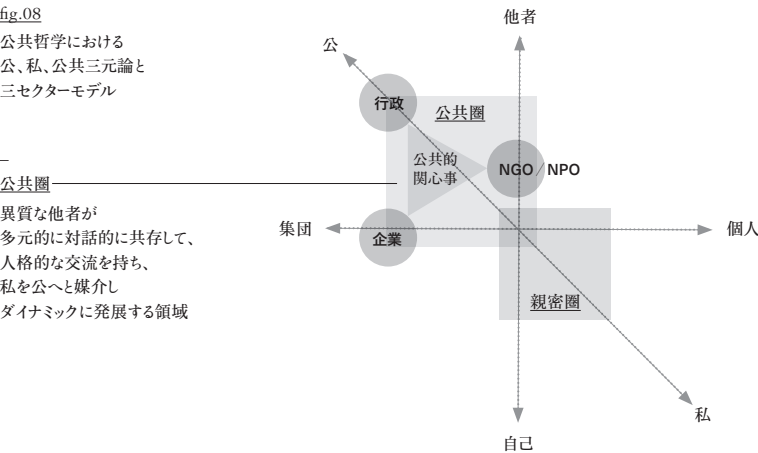
これは戦前ではなく、戦後に書いた文章です。「同じ」とか「共同」とか、非常に強い意味合いをここで持っているようです。それと「公共性」が結びつくというのが、非常に私にとっては興味深くもあり、問題もあると感じています。五人組十人組から外れる、いわゆる現代的な「異質な他者」との共存を考えると、大変重大な視点を和辻倫理学は提示していると思います。現代の日本、さまざまな多様な価値観が存在し、在日の人たちが存在し、外国人がたくさん移り住みという時代に、これからもそういう社会になりますが、そのときに「異質な他者への配慮」は、思いやりの中にどうしても必要になってくると思います。これを排除しないコミュニティ形成が和辻倫理学以降の日本の倫理学の課題であると考え、また私自身の公共哲学の一つのテーマでした。

「君子和而不同」(君子は和して同ぜず)——これは同と和の関係が、和するということは同ずるということと同じじゃないということを明確にしていけることです。「小人同而不和」(小人は同じて和せず)という言葉が、そのすぐ後に出て来ますが、日本語で和と同は、多くの場合同じように使われてしまっていますが、実は論語においてはそれぞれ違う意味を持っている。同ではないんです、和は。にもかかわらず調和する、ということ。異質な他者との対話的な共存という意味では、私自身が、この論語の「君子和

而不同」が重要だと思って、自分の公共哲学のキーワードにしています。そういう方向で、モラルある市民的公共性を形成するにはどうすればよいか。これが私のイメージする“思いやり倫理”の内容です。

私的なレベルと公的なレベルの「思いやり」

それで、一つは「思いやり」という言葉が、先ほどの原さんの論文でも、personal、個人的な親密圏で使われる場合には非常に日本的な、よいモラルだと思います。和辻はまさにそれを歴史的にも論証している倫理学だと思えますが、この「思いやり」という日本的なモラルのある、よい倫理観が、私的なレベルと公的なレベルにおいてでは、全然違った議論になる。phase が違うんだけど、日本語の融通むげな性格から、それが非常に多義的に使われるために、多くの危なっかしい議論を醸し出す場合がある。たとえば、皆さん「思いやり予算」って聞いたことありますね。日本語の多義性を非常に巧みに、そういう方向で使うことが可能になってしまう。ここにやっぱり、日本における公共哲学で、どうしても 強調しなくちゃいけないものがあります。



これは私の本にいつも掲載している図ですが、横軸に個人と集団、縦軸に自己と他者。そして他者性が増してくるところに公共圏が現れる。私は、こういう理解をしてきました。ですから個人性や自己性が強いところは親密圏と呼んでいますが、親密圏と公共圏とはっきり分かれるわけじゃなくて、ボヤッと重なってしまう部分があります。公共圏を私から公へ走る斜めの線が、公共圏の左端へずっと行けば公…… 行政であったり、国家であると考えられます。

和辻倫理学の一つの問題は、先ほどの「同じ言語、同じ宗教、同じ物の感じ方、あるいは同じ耕作の仕方、同じ料理の仕方、同じ家屋の建て方など、存在の共同を表現する一切の文化的所産が、地縁的共同の限界を超えて広い範囲にわたり共同存在の自覚を呼びさましていく。そういう文化共同体の上に国家が形成されたのである」[第三巻340頁]というように文化共同体として国家を捉える、まさに公(おおやけ)ではないかと。ここに引用した以外にも随所で、戦後の倫理学の中で和辻はそのことを繰り返し繰り返し言っています。もともと公(おおやけ)というのは、古代に出来た天皇の館とか豪族の館という意味で使っていた大和言葉です。それを最終的に文化共同体として捉え、その上に国家が形成される。ですから社会契約論的な近代国家観とは、かなり違った構造を、和辻倫理学の国家観は持っています。

和辻は近代的社会契約論をものすごく批判します。18世紀19世紀の間にヨーロッパはいわゆる資本主義、市場主義と言いますか、お金ですべてをやり取りするブルジョア共同体、社会を作った。それが近代だが、(やや単純化した言い方ですが)和辻はそれをダメだと批判します。近代的なブルジョア社会における、契約社会としての国家はとうてい受け入れられないという考え方が和辻の中にはあ

る。そういう意味で、日本で公共哲学を考える時にいつも気になっていたことですが、「思いやり」という言葉一つを考えても、「思いやり予算」みたいな使われ方をしたときに、スルッと何かが抜け落ちてしまいうわけです。そのへんのことを考えながら、この研究会で私なりに追求したいと思います。それで、一つには公共という捉え方ですが、たとえば谷山先生の「その場の公共性」を整理するということです。

- － 宗教は「公」と距離がある（政教分離）。
- － 「寺社教会は公共施設だ」という主張は通用しない。
- － 「私」においてのみ、信教の自由がある。

スピリチュアルケアは、まさに「私」のレベルで語られていますから、それでいいわけです。「私」でないレベルは考えられないと。じゃあ公共のレベルではどうかというと、先ほどセキュラー、世俗という議論も出ましたが、公共の場——自分と同じ考えだけじゃない、異質な他者がたくさんいる公共圏で、自分と同じような考え方は親密圏ですが、公共圏でスピリチュアルなもの、人間が生きる意味についていろいろ議論することがたくさんあるわけです。だから私的レベルと同時に公共のレベルで、宗教の問題も考える必要があるし、ましてや公的施設で、国家と密接に結びつくところで、どういう問題が出てくるかも同時に考えていく必要があるかと思っています。日本の民間信仰も非常に重要だと谷山先生も言われて、和辻的な、非常に長いスパンで考える倫理観も、日本の歴史の中で堆積してきたものだということもありますが、そのへんをどう考えるか。

島蘭進 仏教の倫理に関してですが、中村元は非常に和辻の影響を受けています。中村先生は慈悲を、最終的に仏教の最も重要なコンセプトに挙げています。今日の稲垣さんの話に、私は全面的に賛成ですが、ほぼ同じことが「慈悲」という言葉についても言えると思います。仏教の倫理を「慈悲」だけから立てることに、やや危うさを感じるのが私の従来の考えです。

和辻の後に相良亨先生が倫理学を継承されましたが、相良先生は「まごころ」とか「まこと」とかについての批判性をどこかで担保しようとしていたと思います。なぜ「慈悲」が、私にはうまくいかないかと言いますと、「慈悲」こそ仏教の倫理で、キリスト教徒は、これをアガペーに当たると理解して、そこに仏教の核心的な倫理性を見ればいいと、そういうふうに「慈悲」の概念を練ることも出来ますが、「慈悲」は、もともと仏の「慈悲」なので、なんとなく上から目線というか、上下関係がある感じがして(笑)、もちろん谷山さんの反論を期待しています。仏教ではもともと「慈悲」を説いていないという先生もいる。高崎直道さんはそう言っています。しかし、そういうニュアンスが伴う。要するにブッダが自らを犠牲にして他者の救済のために働いた、菩薩が「慈悲」の始まりみたいに理解されると、それはとても普通の人には出来ないということになります。

なので私は、「不殺生」を不害とも訳すそうですが、つまり人間は殺生を犯すものだという認識を、つまり痛め合う存在としての人間というコンセプトをどっかに置いて、考える必要があると思っています。私の、仏教の社会倫理では、仏教における戒律の側面は、同質化に向かいがちで、思いやりの倫理みたいなものを見直す要素になりうると考えています。たとえば宮沢賢治においては、そういう意味を持ってたんじゃないかと。つまり、浄土真宗の父親に対して、あくまでも戒律を守る仏教の側に立とうとした。だから宮沢賢治的な立場から「思いやり」を理解するということも面白い試みなんじゃないでしょうか。

「慈悲」か「戒律」か

稲垣 「慈悲」に対して「戒律」という、対立概念が重要だ、と。

島蘭 「戒律」も5つ挙げたり、10個挙げたりいろいろありますが、基本的な仏教の中の倫理的なコンセプトのなかで、いちばんの根幹は不殺生、傷めないことだと思います。プラスの、与える方が慈悲なら、マイナスの、しない方が不殺生ですが、その両面があったほうがいいと。仏教にはそれがありますが、神道から、それが出てくるのはなかなか難しいかもしれない。

稲垣 そこが問題ですね。

谷山洋三 私は、実は卒論のテーマが「慈悲」で、修論が「律」なんです。(笑)確かに「慈悲」は上から下下という意味がとても強いんですが、それは大乘仏教になってからです。初期仏教の段階ではむしろ、すべての修行者が最初に学ばなければならない瞑想法の一つです。

「慈悲」の慈というのは、悲とはまた別もので、慈は、慈しみですが、あらゆる存在、目に見えない存在も含めてそこに、慈しみを向ける修行です。だから、まさに「不害」とも重なります。「不害」は怒りを失くすという意味が強いんですが、すべての存在が自分の仲間だと思って、まず修行しましょうということで、修行の出発点です。初期仏教では、修行の目的は、自分が悟ってブッダになることだったので、それが大乘仏教になって、ブッダという存在がどんどん超越的になったために、本来修行の目的は、自分が悟る、ブッダになることだったのが、仏の「慈悲」が上から降りてくるという意味に変わって

しまった。だから初期仏教の慈悲の方が、まだ、その意味では人間の活動を理解するために使える概念だとは思いますが。それと、「戒」と「律」は違う概念です。「律」になると、教団を守る論理が強く働いて、内側に規制をかけちゃうので、この議論にはそぐわないですが、「戒」は一般向けで可能性はあると感じます。

島蘭 ぜひ卒業論文を拝見してみたいです。(笑)

稲垣 今、公共性をどう理解するか、ですが。非常に私的なスピリチュアルケアをわれわれは議論していて、それは非常に重要です。死はその人固有のものだから、私的ですが、スピリチュアルケアとなるとそれは、半分公共性を持つんです。

島蘭 日本は同質の人もありますが、異質の人もあるという面も必要です。同質と思っている身近な他者も、実はある意味ではまったく届かない他者であるという認識も必要ですね。

稲垣 そうです。もちろん。

島蘭 だからケアにおいてもそういう次元が必ずある。

稲垣 最初に脳科学に触れましたが、脳というのは、要するに母親の胎内で受精して神経系統が発達して個体になる。受胎の瞬間から、ずっとその人のヒストリーの堆積というか集積の中に今の私があります。他の人にはやはり代え難い、そういう意味ではものすごく私は私です。西洋の人権思想とは違うけど、他者に譲れない面は、やはりある。科学的にも哲学的にもそうです。

信教の自由と、宗教の多元性

伊藤高章 谷山さんは、政教分離というテーマを出されましたが、おそらくその背景に信教の自由というテーマがある。西洋個人主義は政治的次元で言えば、国家が個人の信仰を統制するのを嫌って起こった。一人ひとりが内面世界に閉じてゆく。これに対して、国家が干渉することに対して、国家とは違う信仰を持つ権利を保障するところからスタートしている。つまり個人主義は、拡散する。

ですからチャプレンシーは、もともとは病院に入って信教の自由を行使できない人の人権を保障する制度です。病院には、入院しているため自分で教会に行けない人が、自分の信仰を病院の中で実践できる空間をつくるということでチャペルがある。だからチャプレンが公共のものというより先に、チャプレンは個の信仰を保障するという役割があった。

おそらく個人主義を抱える西欧社会には、2つの流れがあります。1つはネオリベラリズムに見られるように、自分のために稼いで自分のために使っていくという、どんどん個の自由という方向へいくもの。もう一つは、19世紀、20世紀になる中で福祉国家の思想が出てきて、個人を何らかのかたちで制限しつつ、公共の福祉を保障していく流れです。ここでは、大きな政府にするのか小さな政府にするのか、小さな政府で小さな保障の政府か、大きな政府で大きな保障の政府か、という現代社会の2つの政府の在り方の二分分裂になってくると思います。

宗教の公共性の議論は、このどちらにも馴染まない気がします。そのような思想史的類型の中で、いま日本はどんな方向になっているかという、小さな政府を施行しようとしている。しかもその小さな政府はネオリベラリズムの方向で、個人が稼いだものは個人で使って、後は自己責任ですっていう方向に流れようとしている。ですから、一方でとても個人主義化している流れがあると思います。他方、日本で公共の話をしようとすると、すぐに大きな政府の話、福祉国家の話になっていきます。セーフティネットを作ろうとか、税金をたくさん納めて、国がすべての人に等しく福祉を提供するのが公共だという議論です。それは、僕たちがここで話している、多様性を大切にしながら、議論を深めていくアクティブな公共性よりも、全部まとめて面倒みましよう的な(笑)、先生が心配されている同化をある程度前提にした公共性の議論になりがちだと思います。ですから、政治の動き、日本の福祉政策の流れと、この公共性の議論が混乱しており、議論がとてもしにくくなっている印象があります。



稲垣 福祉国家論は最終的に、結局内面にまで入っていけない。何を最大多数の最大幸福と考えるのかって、最終的にはお金の配分だけです。それは河先生のご主人(幹夫)といろいろ議論してきましたが、最終的には税の再分配みたいな意味で大きな政府か小さな政府かという話。内面に入れないし、入ってはいけない。ところがスピリチュアルケアは、やはり一人ひとりの内面に入っていくべきを得ない。じゃあお金は無関係かという、やはりお金は関係があるんです。チャプレンの給与をどこから持ってくるかって議論で、国家の認証が必要かという議論の中で、税の再分配にすると今の医療保険みたいに点数制になるから、1時間援助者に寄り添うのと、30分寄り添うのと点数化して、お金の換算になる。それだって逆に大問題。

伊藤 ですから今、僕たちが公共のレベルでスピリチュアルケアを話すときに、徹底的に個別化して一人の内面に深く関わる話と、それを公共の場でするときに、どうやってお金の上で保障するか、出来るだけ皆等しく同じように扱いたいという話が、論理として交錯していると思います。

稲垣 日本はすごくそういうのに慣れてない。戦後、信教の自由がまさに保障されて、これは憲法で言うと20条にあって、その人の自由を保障している。政教分離は89条で、特定の教団への税金、公的支出を禁止している。ですから、議論が違はずなんです。信教の自由は絶対に保障されなければいけないのに、たとえば靖国神社問題云々という、1つの特定の神社に首相が行って、それがあたかも国民的な追悼、公共の追悼であるかのような顔をしている。さっきの愛国心とゴチャゴチャになって、面倒な議論で日本は慣れてないんです。

伊藤 ですから、谷山さんがおっしゃった、たとえば病院に法服で入ってはいけないっていう話は、公の場に宗教が入ってはいけないという89条の方で議論するけれども、本来は20条の方で、患者が望んでいる信教の自由を保障するという議論をしてもいいはずで。

稲垣 だから入っちゃいけないじゃなくて、本当はお坊さんも、牧師も、天理教の教師も入ってもいい、という多元的な形でスピリチュアルなものを保障するのが国家の在り方であるはずなのに、公共空間から、全部スピリチュアルなものを排除するのが、あたかも政教分離であるみたいな議論になっちゃう。そこが戦後リベラリズムの大問題で、全部中立であるべきで、宗教色が無い。だから公共の場ではいけない、という議論です。だから、多元的なものを私たちが導入していく必要が絶対にあるんです。

島藺 今、わりとそういう方向性を、お役人でもね、理解するようになってきていると思います。小さい政府にすれば、民間活力を使うというsocial capital論になってくるので。そうすると民間にある、ケアの力を、どう公共的に用いていくかっていう議論にのせればチャンスがある。靖国との違いをきっちり立てることが重要になる。

稲垣 民間の活力に任せる場合に、政府は予算が無いから手を引いて、民間にやってくれというんじゃないで、政府はあくまでも補完性の原理で。たとえば予算が足りなかったら、政府は特定の教団じゃなくて、全部の教団に平等に予算を出す。

島藺 そうですね。ところが、そうすると宗教団体なり民間団体が政府に依存する面も出てくるのでなかなか難しい。私立学校もそういう面がありますが、うまく民間の多元性を自発的に高めて……。

稲垣 私立学校も奨学金として個人に、学校に補助金出すんじゃないで、学生個人に出せば。個人の患者さんの信教の自由を尊重するような方向で補助金を出せばいい。

伊藤 アメリカのチャプレンの雇用、任用形態には、少なくとも2種類あって、1つは病院が雇っているチャプレン。もう1つは地域の宗教団体が、その人の分の給与を病院に寄付する恰好です。たとえばユダヤ教の団体が公立病院に寄付、指定献金をする。病院にユダヤ教のラビをチャプレンとして雇ってくださいという指定献金です。これはまさにsocial capitalとしての宗教が公共の領域に入っていくための1つの手段のような感じです。

国家認定するものとしらないもの

森村修 今のお話を聴いて、社会保障のかたちとか、福祉行政とすごく似てる感じがします。話がズレてしまうかもしれませんが、ある程度の福祉や神事は、片方で公共性を維持するという文脈で私が理解したので、誤解だったらまたご指摘をお願いします。先生が言われたように、診療報酬みたいな形で点数化して、それをチャブレンなり、いま議論があったような臨床宗教師の方たちがたとえば1時間5000円で働くかたちになったとして、認定制度ができて、国家資格になるまでは、協会認定や学会認定にせざるを得ないときに、ケア提供者の生活水準をどこが保障するのかという問題が常にある。もちろんボランティアもしくは善意だけでは生きていけない。生活水準をどこかで担保するために、制度として国家として、ある程度予算を取るというレベルで公共性を議論する水準の話と、スピリチュアルケアを必要なところに必要なかたちで提供するレベルでの話があり、同じ公共性なんだけど、なんか違う……。つまり先ほどの先生の言葉で言うならば、公としての国家と、共同体としての公共性が、どこが重なって、どこがズレていくのかが、聞いてるとゴチャっとしてきます。

稲垣 それは、おっしゃるとおりなんです。だから和辻的に言うと共同体、隣人共同体の重要性。たとえばコミュニティという言葉は最近のものすごく使うようになりました。共同体というのは、和辻的な昔のキナ臭さがあるということで、コミュニティという、片仮名で議論するようになりました。それを私はポジティブに捉えています。もうちょっと狭い、目に見える範囲での小さなレベルでのコミュニティの重要性を議論しはじめています。いきなり国家に飛ばさないで。

森村 そのときに、コミュニティを国家が支えるのか、あるいは国家とともにやっていくのかというところに何か資格、もしくは予算の問題が出てくると、コミュニティと国家が絡んでしまうような気がしますが、それは私の誤解でしょうか。

稲垣 そうですね。それはあると思います。

伊藤 ポジティブに見れば、職能団体の資格認定は、公共性の主張だと思います。つまりNPOや学会など、公共性を持つてるという認可をすでに得ている団体が資格認定するというのは、ここで資格認定を受けた人は公がサポートするに値するという宣言みたいなところがあって、国家が、それを認め、この人たちにお金を出す。つまり、この人たちに点数をつけて、お金を払うということは、公共の理に適ってるんだという論理です。しかし、これまで日本はそれを全部国家資格にしていたんです。看護師にしろ、社会福祉士にしろ。で、国家試験に受かった人は、国が資格を認めた人だから、お金出していいという議論です。今おそらく私たちが向かおうとしている社会は、民間が認定する資格を、どれほど公共的なものと認められるかっていう議論ではないでしょうか。ですから、そういう意味で、私のように、スピリチュアルケア学会の資格認定に携わっている人間には、それらを両にらみしなくてはいいという意識があります。

森村 こういうメタファーがいいかどうか分からないですけど、認定医ってありますよね、制度の中で学会認定医。つまり医者になるには国家試験に受からなければいけない。でもたとえば、糖尿病の認定医になるには、糖尿病学会に認定されなければならない。そうすると内科の先生だってある程度糖尿病の治療は出来るが、糖尿病認定医は、糖尿病学会が糖尿病の専門科目を受けて、それなりの実習を経た人たちを認定すると考えると、いわゆる国家認定と、さらにそれを民間によって必要な人たちに必要なものを提供出来る専門家という形で、ある種のダブルスタンダードというか、そういう形で考えることも可能だと理解してよろしいですか。

伊藤 たとえばイギリスなんかは、ある意味で国家資格が無い。むしろ Royal Surgical Society みたいな、外科医会の認定で外科医になる。日本はこれまで、わりと安易に公共性の認定をしてきた。だから公共的と言われている、学会や何かが認定するものすら、疑わざるをえない。これから、たとえばイギリス・モデルでいくなら、学会として認めるとか、NPOとして認めるというときに、本当にそれが公共

森村修





森清

性を持つてののかというかなり厳しい審査が入ってくる。国家の側からいけば、そういう論理になる。

森清 国家認定するものとしらないものとの段階が分かれてきます。私たち日本在宅医学会も、そこにに入れてもらいたって、戸を叩いたんですけれども、開けてもらえないんで困ってるんですが。話が違って申し訳ないですが、「思いやり」の話をしたときに、私がパッと思いついたのは、互助とか地域の方でやってるんですが、そちらの方で「思いやり」とか「まごころ」とか「まこと」も出てくるのかなと。確かに同質性を強調してる気がします。今年、国家予算で、特定財政支援が何十億円出て、私たちは応募していますが、そういった支援は明らかに、こういう互助をいきなりやれと言っても出来ないんで、公助のようなもので巻き込んで、互助をやってこういうプロジェクトが出てくるので、そういった「まごころ」の話を先生が考えているのかなと思ったら全然違ったんで(笑)、どういふに私の中で結びつけていけばいいのかと、今悩んでいるところです。

民間の自主的な動きをどう引き出すか

島蘭 さっき説明した ACT, assertive community treatment は、要するに精神障害者を病院じゃなくて地域で面倒みよう。そのためにかなり国がお金を出して、それを民間が担っているものです。ですから互助的なものを育てる、地域社会で精神病患者を養っていけるようなシステムを国が援助して作っている。こういうのは好ましい。他者性なり、異質性をむしろ育むような形で「思いやり」をしているということだと思います。ただ、そうじゃない方向性へ行く可能性がいろんなところにあると思っています。

稲垣 民間が立ち上げる、いわゆるボランタリーなものがものすごく大事。自由意志のパワーで立ち上げるということがまず前提にあって、その自主性をお金なりで国家が担保していく。自主性の無いところにいきなりお金を出しても公依存となるだけで民間の自主的な動きが無いと話にならない。

小西達也 でも民間も何もしないで出てくるとも限らない。たとえば孤独死の数が増えてきたので、社会福祉協議会が呼びかけて、一人暮らしの人を見回るボランティアを募集したら、500名くらいの方が集まって、あの家は郵便がたぐさん溜まってからおかしいと言って、地域管轄の人と一緒に自宅に入っていったら、亡くなりかけていたとか、実は亡くなっていたとか、そうしたことをきっかけとして互助の部分が引き出された。社会福祉協議会とか市役所が呼びかけたから民間の力が引き出された、ということがあったようです。

島蘭 国の役人、要するに〇〇省に任せておくと、国の役所がコントロール出来るような計画を立てるので、民間の自発性が出にくくなる。今の社協とか市役所とかから出てくるアイデアは、多少民間に近いので功を奏することが多い。災害支援も、市町村の方がずっといいアイデアを出します。

稲垣 どうして宗教が私的なレベルじゃなくて公共的な意味を持つべきかという、まさにそのパワー、立ち上げるパワーが宗教にあるからです。さきほど「慈悲」の議論が大問題でしたけど、慈悲の心とか隣人愛とか、儒教で言えば仁の心ですか、そういうものを伝統的に大宗教というか、大倫理学、大哲学が養ってきた。それを引き出すことが今すごく大事です。そういう意味で宗教は今、非常に大事だと思います。そのへんの倫理と宗教性が結びついたものが、公共性の議論で必要かなと。ここで言う宗教の公共性は、自分一人で悟りを開くために山の奥に行ってしまうような宗教ではない。

谷山 臨床宗教師研修をやっていて、それをたまたま旧帝大でやってしまったので、たぶんいい意味での誤解なんですけど、そこで公共性が担保されているかのようなイメージが備わってる。結果的にそうになっていると思います。そろそろ宗教法人法の改正の話がじわじわと出てきているようで、宗教法人も公益化が問われています。だからもしかしたら、臨床宗教師のような概念は、公益性を担保出来る可能性があるとは考えています。

小西達也



とにかくいろんな宗教者が一堂に会して、研修を受けて、結果的には仲間になります。だからたぶん、私のこじつけですけど、先生の、この図^{図.08}の中で言うと、最初は知らない人たちがばかり集まるので、公共圏で始まりますが、同じ釜の飯を食った雑種なんで、たぶん実際は親密圏の方に移行してしまうんです。全体的に見ると、個々人のレベルですが、宗教を超えた、かなり堅固なネットワークが出来てしまう。実際に参加している人の大半は伝統仏教ですが、伝統仏教も、もともとは、けっこうバラバラなので、浄土真宗の人は日蓮宗の人なんて会ったことも、話をしたこともない。さらにプロテスタントの幾つかのグループ、神社神道の人も1人いたし、天理教、金光教、立正佼成会、日本人のイスラム教徒……。実はその下支えになっているのは WCRP (世界宗教者平和会議) です。そのメンバーはほぼ日本宗教連盟とかぶります。そういうネットワークがあることが、たぶん小さい地域共同体において、1つのインパクトになりうる。

それと、お役所に対して、意見が言えるとか協力出来るとかいうメリットがあります。だから一部の宗教者は、その両面を見てと思います。地域共同体のことを考える一方で、お役所とも対応せざるを得ない状況が出てくるんですが、そこが非常に弱い。弱いところを連帯によって解決出来るとか、だから、仙台の火葬場での体験は非常に重要だと思います。

地域の志、友愛と「慈」

岡村清子 それと関連した話題です。地域の志(こころざし)というのか、この日曜日にホームひなたばっこ(NPO法人)15周年で、宮城県岩沼市に行ってきたんです。そこは主婦の人たちが地域のニーズがあると、どんどん立ち上げちゃう。当初は統合ケア。介護保険で老人医療ケアをしていましたが、子どもの居場所づくりで統合ケアという形でやっていた。そこへ、まったく歩けない障碍の双子が来年少小学校だけけど、母親は買い物にも行けないという、じゃあ障碍者も預かりましょうと。もうどんどん広げられます。

もう1つの例で、このゆびとーまれ(デイサービス)っていう富山方式も有名で、全国あちこちでやってますが、岩沼もニーズに沿って、どんどんやるんです。そうしたら今度は岩沼市がどんどん発展してって、この15周年記念には100人集まってきたんです。市長さん、前市長さんとかまで。彼女が特別な人というわけではなく、保育士さんでしたけど、単純な理由で始めたんです。自分は保育士だけど我が子を保育所に預けたくないと。自分の足許で育てたいと。で、どうせ足許で育てるなら、他の子も預かろうと、保育から始まった。そうしたら子どもと老人とすごく相性がいいってことで、高齢者も始まった。でも「本当に介護保険があるから食べていける。ほかにまったく儲けはない」と聞いています。

稲垣 三代同居の統合ケア？

岡村 そうです。高齢者と子どもが一緒に。だから経営者は借金しちゃって経済的にはそんなに豊かな人ではないんです。でも誰でも出来るものじゃないので、ある程度地域が援助して、先ほど行政が、という話がありましたが、そういう方法もあると思いました。

稲垣 今、岡村先生が言われたのは、宗教性と直接関係無くても……。

岡村 そうです。宗教ではないですが、地域の共通の志というか。

稲垣 そういう、人と人が結びつくものが何かということですが、いわゆる慈悲とか神の愛、アガペーとか、そういう宗教用語じゃなくて、上から目線の神や仏じゃなくて、人と人とがフラットに結びつく、それを考えていくと、やっぱり私は「愛」について議論すべきだ、と。仏教の人にはあまり好まれないですが、愛という言葉にも幾つか種類があって、アガペーが神の愛ですが、アリストテレスの用語にフィリアがあって、これは友愛、お友達です。友情、友愛、こういう愛のかたちもある。人と人とが結びつく、そういう絆の基本にやっぱり友愛が必要だとつくづく感じます。今の福祉とか NPO とか、ある関心を中心にしてお友達が集まってきて、パワーになる。そしてやはり人と人とを結びつける倫理的概念が

岡村清子





鶴沼裕子

必要だと思っているんですけど(愛国心というやっかいな面もありますが)、そのへん仏教では、慈悲とは違いますよね。

谷山 それが初期仏教で言うところの「慈」です。慈悲じゃなくて。「慈」と「悲」はほとんど別の概念ですから。

島蘭 思いやりでも慈悲でも、言葉は練り直せばいいと思います。ですから、従来の概念にそういう傾きがあったとしても、それを、現実から出ていく知恵によって練り直していけばいい。

稲垣 その通りだと思います。

谷山 後は、仏教では四摂事^{ししゅうじ}という言葉があって、その中の同事も「皆同じだよ」という意味合いで使われます。

島蘭 曹洞宗は四摂事を非常に強調すると思います。

コミュニティの違いと、薬を用いないセラピー

鶴沼裕子 私は実践現場のお話大変興味深く伺いましたが、稲垣先生の今日のご発題への内在的なコメントのほうへお話を移していただきたいと思います。

稲垣 それでは和辻倫理学の議論に入りましょう。その前に小出さん、何かありますか。

小出徹 話題は全然違いますが、5分くらいください。私は industry 畑にいて中外製薬で三十数年間、脳の薬にずっと関わってきました。脳の薬というと血管系の薬と精神系の薬とに分かれますが、特に今日の集まりは精神系だと思いますので、そこで私自身が経験したことをお話します。そういう意味で話題提供です。

私たちは新しい薬の、特に精神系に触る薬の臨床治験を行なうときは、日本、アメリカ、ヨーロッパ同時にやります。先ほど先生のお話にもありましたが、米国は society がものすごく発達している。地方のコミュニティと呼ぶんですが、精神病の患者さんも、大きな病院に送る前に、そのコミュニティを担当する医師が全責任を持つんです。ですと、アメリカで治験を行なうのは、日本よりも安くて一番早い。要はそのコミュニティという社会制度の違いなんです。それが話題の1つです。

2つ目は、今日はスピリチュアルケアとか宗教的ケアとか、ケアという単語が出ていますが、私どもがほんの、この間行なった治験がありまして、この間と言っても、二ヶ月前に終わったんですが、日常の精神病患者、今回は統合失調症に限定します。4週間薬飲んでもらっても、ほとんどスコアがよくなりません。ところがわれわれが世界で実施した治験だと4週間あると、同じ薬を飲んでるにもかかわらず、ケアを与えた人は治るんです。スコアがどんと良くなる。それは、どういうことかという、先生方の間では死生論とかターミナル・ケアとか、死というものに直面するというところで主に議論が進んでましたが、精神病の患者さんに対して、スピリチュアルケアとかレリジヤスケアとか、あるいはサイコセラピーとか、薬を用いないセラピーでも十分効くんです。ということ、話題提供させていただきます。

稲垣 ありがとうございます。小出さんから2つ問題提起をいただき、それを受けて、最後の締め括りしたいと思います。それでは、鶴沼先生の方から。

小出徹



和辻倫理学の批判的克服のために

鶴沼 私は現場の人間ではなくて倫理学の専攻です。現場の先生方のご関心から外れてしまったら恐縮ですが、せっかく時間をもらいましたので、ちょっと発言させていただきます。稲垣先生がめざされている倫理ですが、「君子和而不同」(君子は和して同ぜず)の方向でモラルある市民的公共性を形成するにはどうすればよいか。これが先生のイメージする“思いやり倫理”の内容である、と。それで、私の疑問は、そこになぜ和辻哲郎かという問題です。おそらく近代日本で日本人の心理と

かエートスを学問的に体系化した最初の人ということで、日本人の倫理を考えるうえでは除けて通ることの出来ない人物だとお考えになったからであろうと思います。それで、その場合に先生は和辻倫理学を発展的に継承されようとするポジティブな要素を見つけようとされつつ、しかしそれに留まらず、やはり和辻倫理学は批判的に克服されなければいけないという両義的な考えをお持ちですか。

稲垣 そうです。

鶴沼 両義的な考えをお持ちと承りました。それで私の考えますに、和辻のネガティブな面は、他者が存在しないということではないかと。感想なのですが。先生のレジュメに“和辻倫理学の「間柄」は彼の使用する「公共性」と深く関係している。”という記述がありますが、「間柄」と「公共性」の繋がりでですね。これは、先生のお考えになる公共性だとしますと、そう簡単にべったりと繋がっていくものではないので、そのへんをもう少し議論していただきたいのですが。

稲垣 はい、重要な問題です。

鶴沼 その点、そこに先生はおそらくポジティブな可能性を見ていらっしゃると思いますが、批判的に克服しなければならないとお考えなのはおそらく他者性の欠如ということがあるのではないかと思います。間柄というのは、倫理学という本の冒頭の有名な書き出しの「デカルト的な個は架空であり、抽象である。人間存在の出発点は間柄にある」と、たとえ一人で物を書いても、書く以上は書き手の存在を意識している、だから出発点は個ではなくて間柄だと。それがやはり出発点にあって、だんだん共同性が大きくなって、最後が国家になりますが、そこで公共性の問題を考えるときに、個がどうなっているのかということが認識されないと、思いやりと言いましてもずるずるべったりの、他者とうひっついてしまうことになるのではないかと。

今日こういうテーマなので、私が、慌てて本棚から引っ張り出してまいりました本があります。和辻哲郎の弟子で、さつき島蘭先生からお名前のあがった相良亨先生、その下の弟子の、つまり和辻の孫弟子に当たる竹内整一先生という方が、数年前に東大(倫理学)を退官されましたが、「やさしさ」をキーワードにして、日本倫理思想史をたどる試みをしています⁰³。ご著書の中で「やさしさ」と「思いやり」を、ほぼ同義に使っていらっしゃる方があって、「共感としての『やさしさ』」(164頁)というところの書き出しが目にとまりましたので、ちょっと数行読ませていただきます。

「ところで『思い-遣る』は、遠く離れている人や所を心に浮かべる、思いを馳^はせるということが原義である。つまり、思いやりあるいは共感ということにおいて、自他の距離の存在はまずもっての前提なのである」と言っておられて、ちょっと飛びますが、「それゆえ、もし十全に思いやりえたなどと思えたとしたならば、それは自惚^{うぶ}れであり、みずからの鈍感さを表明しているものにすぎない」という、非常に手厳しい表現が出てまいりました。「恕・仁であれ、慈悲であれ、愛であれ、まっとうな思いやり倫理は、常にその全き達成の不可能なことを前提としている」。これは伊藤整の「近代日本における『愛』の虚偽」⁰⁴を思い出させるような言葉です。おそらくどこかで意識されていたかもしれませんが。

ですから、和辻の間柄というのは、湯浅泰雄先生によると夫婦の繋がりが前提ですが、それがなんであれ、そのまま膨らんでいった公共性だとしたら、他者認識を踏まえた厳しい思いやりというのとは、ちょっと難しいのではないかと、今浮かびました私の率直な感想です。そのへんを先生がどのように練り上げていらっしゃるのかを伺いたいと思って。

稲垣 ありがとうございます。まさに夫婦とか家族とか、和辻の倫理学の中でもあのへんの叙述がすごく迫力があって、今読んでも、ものすごく内容が濃いと思います。やっぱり1つには日本の戦後の発展の中でいろんな人たちが入り込んで、日本も多元的な社会になりつつある。その上でもう一度和辻を理解したいと。

鶴沼 現在の情報とか考えから和辻を見ているところが多分にあると思うんです。

稲垣 それはあると思います。ただ日本という流れがずっと和辻の中に一本の線として出ていますよ

03 | 竹内整一『日本人は「やさしい」のか—日本精神史入門』(ちくま新書、1997年)

04 | 伊藤整「近代日本における『愛』の虚偽」(『近代日本人の発想の諸形式』岩波文庫、1981年)

ね。それこそ、6世紀くらいの日本の成り立ちから。別に歴史や文化伝統を無視することでは
ありませんが、脳科学などを持ち出して私が言いたかったのは、さらにもっと前まで遡って人類の、ホ
モサピエンスの出現までいく話です。ですから和辻ですとせいぜい2000年ぐらゐの日本倫理思想
史なんです、本当は1万年くらい戻って、さらに人類の出現、人間とはいったい何かというところから
議論したい、というのがあります。

島藺 今思い出しまして、昨日読んだんですが、私の知っている天理教の会長さんが亡くなりまして、
70歳くらいだったんですが、奥さんが夫との関係で、亡くなるちょっと前に、「思いやりって大事で
すね」っておっしゃったそうです。そしたら「軽い槍でもオレは持てないんだよ」って。(笑) 決してやさ
しい言葉を一度も掛けてくれたことはなかった。だけど最後に彼は私のことをじっと見た。実はそこに深
い思いやりがあったというふうにおちがついているというお話で。そういうユーモア感覚の中に、他者と
の距離を自覚している。で思いやりっていうのは実は、表現出来ないような微妙さを表す言葉でもあ
ると思います。

グローバル化における日本人の思いやりの回復

小西 1つ質問です。この中で稲垣先生が練ろうとされている思いやりという、その概念についてで
すが、これまでの日本社会の中で使われてきた、いわゆる「思いやり」という概念。和辻が述べているの
は、長短あるとして、今これからの時代に、キーワードとして練り直して活用していく際に、その社会的な
状況がやはり和辻の時代よりも相当にグローバル化しているわけですので、これまでの日本人の、よ
い意味での思いやりをそのまま回復させるというだけでなく、やはり若干ポイントをより多様に、開か
れた方向にもシフトさせないといけないのではないか。思いやりを新たな概念に発展させる必要が
あるのではないか。その辺りについて先生のお考えをお伺いしたいのですが。

稲垣 おっしゃるとおりだと思います。比較的日本列島の中で閉じてきて、鎖国の時代から明治維
新である程度開かれ、戦後のもっと開かれて地球の裏に一気に行けるような、グローバルな社会に
なって、その中で、ある意味で資本主義というか市場主義の世の中も、そろそろ成長も終わるみたい
な議論も今、かなり出ている時代における、グローバルな中での人と人との結びつきと思いやりです。
しかし、いきなり地球の裏の人との思いやりといってもなかなか難しいから、どうしてもある意味での親
密圏の再構築。それでコミュニティという言葉はすごく大事だと思っているんです。グローバルな方
向と同時にローカルな方向、その両方がかなり今シリウスに問われているのかなと思います。グロー
バルな経済のウエートの大きさという問題を見ても、さらにローカルな経済は、ものすごく重要だと思
っています。生産の問題、地産地消の再生可能エネルギーを作ろうみたいなことも含めて。そうい
う中でもう一度人が人を思いやるということが、お互いにコミュニティを形成する原点にあり、それは日
本の伝統や歴史から離れられないし、離れたら出来ないと思う。それにはやはり和辻倫理学のような
ものを、一度批判的に検証しないと出来ないんじゃないか。

小西 離れられないけれども、もう少しグローバル化に対応したようなかたちで、ですね。

森村 私も和辻をずっと読んでいます。今先生から言われた、他者がいいない、他者性の欠如を考
えるときに、自己があるから他者があると考えなくては行かなくて……、つまり、和辻が批判したいとし
たら、私は別に和辻派ではないですが、間柄を人間存在の基本だとしたときに、自己と他者がその場
所から発生するものかどうかがおそらく大事だと考えたのではないかな。それを認めるか認めないか
は別として。つまり他者を強調するということは半面、裏側で自己を強調することに繋がってくる。そう
すると必ず自己と他者の再生が際立ってくる。そうしたときに自己と他者を繋ぐ、もう一度何かコミュニ
ティのような、何かを形成するっていう、もう一個段階があるだろう。そういう問題が出てくる。稲垣先
生が先ほど引用された和辻倫理学の冒頭に書いてあるデカルトのコギトの立場、この西洋哲学の

持っている問題点として、個から始まるから行き詰まるんだ、個と他が始まる前段階まで戻らないと、ある種の何かが作れないと和辻は考えたのではないかと。まずはそういうふうにあったん引き受けておかないといけないのではないかと。逆に、他が無いというだけで和辻を批判するのは、和辻は想定済みなのではないかという気がしないでもない。自己と他者という分け方自体が西洋の持ってきた問題点だというのが、まず和辻のスタートにあると私は考えます。だとすれば自己と他者が生まれてくる間柄に倫理を求めようとした和辻をどう評価するかはまだ考え中ですが、和辻なりに、間柄に、ある種の人間存在の根源性を求めようとして、そこに倫理学を構築するっていう試みかと思います。そこをまず考えたうえで、他者の他者性を強調するような西洋哲学と、どう対決させるかっていうような方向で、やっと絡むかなって感じがあります。

鶴沼 私、ちょっと他者性の欠如を言い過ぎたということが。(笑) それは、和辻論としてそれだけのことを言い切る、全くそれだけの勉強をしておりますが、ただ稲垣先生が、和辻の批判的克服として、思いやり倫理を構築されようとするときに、間柄からずるずるべつたりと公共性に行くのはちょっと危ないのではないかと、おこがましいのですが。それと特にグローバル化ということが先ほどから出ておりますが、その中には個から出発した欧米人も当然いるわけで、やはりその場合に、個というものが何らかの形できちっとおさえられていないと、ここから倫理学をそのまま構築するのは……。稲垣先生は批判的克服の方にむしろ重点を置いていると、私は受け止めたが。

稲垣 いわゆるデカルト的な閉じた自己みたいな、我思うゆえに我あり、から哲学が出発するという意味で言えば、全くそれを否定して、むしろ自己と他者の間、そこが存在の根拠、存在論をそこからスタートさせるという意味での壮大な倫理学ですね。ただ、その存在論をも脱構築していく必要性、和辻が強調する現象学の延長上で現代的に見ていく必要性を感じます。

鶴沼 自他の間にあるものが何かということは、私は和辻論をそんなにやってないですが、『日本倫理思想史』に出てくる「空」ではないかという気がします。

稲垣 そうですね、そういう仏教の議論もありますね。つまり同時に今の自己論で、私が非常に和辻に共鳴したのは、西洋の近代思想の、ある意味で超克です。近代思想の原点が個人主義であり、それが西洋の場合は、自由主義、利己主義の方向に行くわけです。それが行き着いたところに、例えば経済学で言うホモエコノミクスみたいな、自己利益を最大化する方向に人間は行動するという人間論がある、ということに対する、厳しい批判がすでに和辻の中にある。その中に、グローバリズム云々の問題と関係して、これを克服しないことには私たちは先にいけないだろうと。そういう意味では和辻の中にホモエコノミクスみたいなブルジョワ個人主義を批判する人間論があって、それがあある意味では、今われわれが議論する思いやりという、新しい人間と人間を結びつけるものとして出てくると思っています。グローバル化の中で、とにかくお金ですべてが動く社会になってしまった。和辻はすでに戦前からそのことを厳しく批判していて、ブルジョワ主義社会は絶対に受け入れられないというので、逆に今度は日本の歴史を、それこそ天皇の時代から遡って、戦後も天皇制をずっと擁護するわけです。そのへんは議論がいろいろありますが。

鶴沼 やはり私なども実感としては、たとえば西洋直輸入のいろんな概念は、どうしても浮いてしまうところがあります。政教分離なんてことも、なんか空を打つような拳闘を。

稲垣 和辻的に言えば政教分離というのは厳しく批判される、西洋的なそういう概念でしょう。和辻は非常に宗教性を重んじています。

鶴沼 靖国の合祀の問題も、ごく普通の日本人にとっては本当に空を打つような拳闘をキリスト者はやってるんじゃないかという……。



行き詰まっている状況を乗り越える世界倫理を

森村 もう1つ稲垣先生に質問です。今のお話で、まさにグローバルっていのを、どう捉えればいいのか。私は所属が国際文化学部で(笑)、留学生とも毎日いろんな問題を議論しなくちゃいけないんですが、そうしたときに先生の発題の中にある、プロジェクトの趣意書に記したという3つの問題提起が非常に気になります。つまり、日本人だから「思いやり」があるのか、それともそれを批判的に構築するなりして、ある種グローバルな価値観もしくは倫理観として提供出来るものに育てうるのか。たぶん世界に通用する公共的、倫理的意味や倫理的価値を持たせる、ないしはそこに基づく新しい公共哲学、公共倫理学に発展させスピリチュアルケアに繋げるという壮大な構想があたりだと思うのですが、その横に広がるグローバルな問題と、その縦ラインというか、内在ではなくて、超越という縦軸を考えたときに、和辻の間柄という横軸に対して、その超越者との関係や、ある種のそういう宗教的な問題との関係性で、新しくスピリチュアルケアを巻き込んだ形で思いやり倫理を想定されてるのかをお聞きしたい。

稲垣 ありがとうございます。世界内存在じゃなくてあえて世界内超越だ、なんて言い方では、ハイデガーはもちろん、ご存知のように最初トマス・アクィナス、中世の神学からスタートして、そこが分かったうえで徹底的にそこを克服する、完全に過去、現在、未来の中から出て、そこから超越というものを排除する形でわざわざ人間論を唱えてきた。しかし私はもう、それも限界だと思っています。

キリスト教はもちろん超越が入ってきますが、さっきの仏教も、私は超越は入ってくると思うんです。宗教はみんなそういう方向性を持っている。だから改めて、それこそ枢軸時代に現れたような世界宗教、世界哲学がもう一度いま、ここで新たな装いで出てきて然るべきじゃないか。枢軸時代にはそれがローカルに出てきたわけです。たとえば古代のメソポタミア文明、インド、中国と、同時発生的に、そういう大思想、大宗教は出てきた。今われわれは、そういう意味での個別の宗教じゃない、もう1つ上のemergence(創発)の次元で出てくるスピリチュアリティ、ヴェルトエートス(世界倫理)が再構築されるための議論をすべき時でしょう。300年くらい続いた資本主義というものも、世界中で行き詰まっている。状況を乗り越える世界倫理が、出てきて然るべきじゃないかなと思っています。日本は、やっぱり仏教の影響が強いと思いますが、同時に儒教があり、その前から神道はあったし、16世紀にはキリスト教が入ってきたし、明治には近代啓蒙主義も入り、ものすごく多層な構造で日本思想史は出来ていると思います。単純じゃない。非常に複雑な重層構造をしている。そういう意味では日本の中にいろんないい要素は入ってきてるから、それらを生かした世界倫理、そういうものをもう一度考えられる時代に入ってるという気がします。

島蘭 その間柄は、仏教徒が縁について話す話と、かなり似てると思います。和辻の影響を受けた中村元の『慈悲』という本があります。そこでは縁を強く意識しながら、慈悲を空と結びつけたのはジャクテン・ツァンティレーバという人だと言われています。空において自他不二が悟りを得られると、それが慈悲の基礎付けだと、それが大乘仏教の大哲学になっています。和辻の間柄論も仏教の基本的な哲学理念を和辻なりに読んでるので、そこをもう一回批判しなくちゃいけないという課題があると思います。と同時に仏教がそういう空とか縁とかいう理念を、どう倫理性と結びつけるかという、その論が非常に弱いんだと思います。ですからそういう議論をしなくちゃいけないと思います。

さっきの谷山さんの話ですが、初期仏教には「慈」だけ出てくるんですね。「慈」と「悲」はだんだんくっついて、大乘仏教になると、上から目線になってくると。初期の仏教は「慈」を自分でやるという話でしたが、「悲」の方は、そういう他者性のようなことがら、つまり越えることの出来ない悲劇性の認識を、大乘仏教において重視して、「悲」が強調されるようになったと。「悲」という言葉は「愛」とは違って、仏教では「愛」より「悲」が重視されていて、ある意味では人間の根本的な悲劇性、自他の越え難さを問題にしてるとも、受け止められる。そういう議論を仏教学者にやってほしい。(笑)

稲垣 谷山先生、最後に。

谷山 スピリチュアリティをどう捉えるかということも、この場ではある程度表現しなくてはならないと思います。非常に幅が広い概念で、特に、そのスピリチュアルケアをする人間が考えるスピリチュアリティと、哲学、宗教学をしている人間が考えるものとは、かなり違います。どちらかというスピリチュアルケアをしている人間の方が、世俗的な見方をされていて、スピリチュアリティは当然誰にでも備わっているという発想に行きやすい。宗教学とか哲学をやっている人はスピリチュアリティは究極的なものであるという認識に走りやすいです。究極的なものに走ると、思いやり倫理と繋がらないだろうと思います。

稲垣 究極の意味が問題だと思いますが、やっぱり人と人の繋がりとコミュニティの倫理。

谷山 崇高なものであるかのような意味合いを取ると、人と人のつながりから遠くなる印象があります。

人と人との触れ合い、身体に触れ合いから

稲垣 先ほどの小出さんの話題提供ですが、米国でコミュニティが日本と全然違うという。それもぜひ皆さんで議論を続けたいですね。あと統合失調症ではケアの方が大事だと。

小出 極めて大事だと。

稲垣 じゃあ、今日みたいな議論は非常に大事ですね。

小出 はい、勉強になりました。(笑)

石野 小出さんからの統合失調症のお話なんですけれども、治験をやって、薬を飲まなくても回復したとか。

小出 いえいえ、薬は飲んでるんです。

石野 ああ、薬を飲んでるんですね。私たちも臨床の場で、統合失調症の、特に慢性期の患者さんの場合は、やっぱり人との関わりによって明らかに変化が起こることは知っています。特に病院に入院しているときは、ある程度医療従事者が介入しますが、地域に戻った場合は、その人がたとえば作業所とか、地域での居場所に通所して、そこで職員とかメンバーさんと関わる中で、明らかにセルフケア能力は高まるんです。それは人と人との触れ合いと、やっぱり仲間同士で、自分の本音が出せる部分があるからだと思います。

全然知らない他者に対しては、やっぱり自分の病気を知られたくないと思っていたり、隠そうとする。そういう思いが余計にコミュニケーション能力を落したりするので、自分を認める人がいることで、本来持っている力が出てくるわけです。それを受け入れる人がいることで、どんどん社会性も高まってくる。ただ統合失調症の方の場合は、もともとどちらかというと脆弱性がありまして、ちょっとした変化に弱かったり、普通の人に比べると長時間何かが出来るということに弱い。でも、そういう病気の特性を分かって対応すれば、本当に普通の生活は可能だと思う。やっぱり、人と人との触れ合い、認め合うこと、そういう関わりであれば、本当に地域での生活も可能だと思います。ただ日本の場合は残念ながら、社会がまだ偏見を持っていて、そういう場に帰れないのも問題かと思います。

小出 はい、ありがとうございます。

森村 傍聴で参加している大学院生の田島みゆきさんのお母様が、病院で化粧のケアをずっとされていますので、何か一言。

田島みゆき メンタルケアメーク21という組織をしてまして、閉鎖病棟の方へ出向いたりして。最初は老人ホームから行ったんですが、老人ホームの中でだんだんと鬱になって、籠ってしまうお年寄りの方が、本当に簡単になんですが、触れ合って、ハンドマッサージをして、軽くお化粧をしてあげることで、今まで何十年も自分の顔を鏡で見たことなかったというお年寄りの方が、自分の顔をじっと見つめて、ある人は涙を流したりして、その後に施設のスタッフさんとの接し方も大きく変わったりとか、そういう変化がすごく大きく出てくる。おっしゃってたような統合失調症の方でも、やはり今までは

落ち着いてられないし、奇声を発していたのが、触れてあげることによって、ずっとちゃんと人の話を聴くことが出来るようになり、スタッフさんもびっくりしたということがあったり。15年くらいずっとやっています。あと児童養護施設へ行って、就職活動のための身だしなみ講座をしたり、多岐にわたっていますが、DVシェルターで社会復帰の助けもしています。身だしなみとか、化粧を通して触れ合うと、今まで籠りがちだった人の心が開いていくのを、十数年間にわたって、母は日々感じていると聞いていたので、先生方のお話を伺っていて、すごく私自身も勉強になりました。スピリチュアリティという言葉がそこにいくのかどうか、私はまだよくわからないんですが、人と人との触れ合い、身体の触れ合いがやっぱり何か、人の気持ちを安定させたり、社会に開かれていく1つのきっかけになるのかなと感じています。

稲垣 女性だけですか？ 男性も？

田島 男性もいます。

稲垣 スピリチュアルケアの題材をここで議論できて本当にありがとうございました。

Emergence | 創発

Volume XIV
number 05

| 研究会出席者 |
専攻/所属 (研究会開催時)

- 石野徳子
精神看護学、看護管理
昭和大学保健医療学部看護学科教授
—
- 伊藤高章
臨床スピリチュアルケア、キリスト教史、臨床教育
上智大学神学部教授、同大学グリーフケア 研究所副所長
—
- 稲垣久和
公共哲学
東京基督教大学大学院教授
—
- 鵜沼裕子
近代日本思想史、日本キリスト教倫理想史
元聖学院大学大学院教授
—
- 河正子
看護学、緩和ケア
NPO 法人 緩和ケアサポートグループ 理事長
—
- 小出徹
脳科学、神経科学一般
中外製薬株式会社臨床企画推進部
—
- 小舘尚文
医療安全、リスク・マネジメント、比較社会政策
アイルランド国立大学 ダブリン校応用社会科学学科専任講師
—
- 小西達也
スピリチュアリティ論、スピリチュアルケア論
武蔵野大学看護学部教授
—
- 島 蘭進
宗教学
上智大学神学部教授、同大学グリーフケア 研究所所長
—
- 谷山洋三
臨床死生学、仏教福祉学
東北大学大学院文学研究科・文学部実践宗教学寄附講座准教授
—
- 半田 ウイリアムズ 郁子
英国国教会牧師
—
- 森清
在宅医療、血液学
大和会在宅サポートセンター 村山大和診療所
—
- 森村修
哲学、倫理学
法政大学国際文化学部教授

| 発題者 |

小西達也 [こにし・たつや]

スピリチュアルケア論、スピリチュアリティ論。早稲田大学大学院理工学研究科修士課程修了。ハーバード神学大学院修士課程修了。米国カリフォルニア州アルタベイツサミット医療センター・チャブレン、東札幌病院チャブレン、爽秋会岡部医院チャブレン、上智大学グリーフケア研究所主任研究員を経て、現在、武蔵野大学教授。共著書に『グリーフケア入門』(勁草書房、2012年)、*The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship* (NY: Springer、2010)他がある。

—

伊藤高章 [いとう・たかあき]

臨床スピリチュアルケア、キリスト教史。国際基督教大学教養学部卒業、同大学院比較文化研究科博士課程満期退学、Church Divinity School of the Pacific, Graduate Theological Union 修了。スタンフォード大学病院スピリチュアルケア部スーパーヴァイザー・イン・レジデンス、桃山学院大学社会学部教授等を経て、現在、上智大学大学院実践宗教学研究科教授・グリーフケア研究所副所長。編著書に『対話・コミュニケーションから学ぶスピリチュアルケア』(診断と治療社)『スピリチュアルケアを語る』(関西学院大学出版会)、*Encounter in Pastoral Care and Spiritual Healing* (Lit Verlag)、*Compassion for One Another in the Global Village* (Lit Verlag)他がある。

—

谷山洋三 [たにやま・ようぞう]

臨床死生学、仏教福祉学。東北大学大学院文学研究科博士課程修了。文学博士。長岡西病院ピハール病棟ピハール僧、四天王寺大学准教授、上智大学グリーフケア研究所主任研究員等を経て、現在、東北大学大学院文学研究科実践宗教学寄附講座准教授。著書に『仏教とスピリチュアルケア』(東方出版)『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)が、共著書に『スピリチュアルケアを語る(第1集、第3集)』(関西学院大学出版会)他がある

| コーディネーター |

稲垣久和 [いながき・ひさかず]

公共哲学、キリスト教哲学専攻。東京基督教大学大学院教授、同大学附属共立基督教研究所所長。東京都立大学大学院博士課程後期修了(理学博士)。ユネスコ・国際理論物理学研究所(Trieste)研究員、欧州共同原子核研究所(CERN)研究員、アムステルダム自由大学哲学部客員研究員、同客員教授等を経て現職。著書に『宗教と公共哲学——生活世界のスピリチュアリティ』(東京大学出版会)『国家・個人・宗教——近現代日本の精神』(講談社現代新書)『「公共福祉」という試み』(中央法規出版)『実践の公共哲学——福祉・科学・宗教』(春秋社)ほかがある。

Emergence | 創発

Volume XIV
number 05

2017年10月23日

発行人

稲垣久和

編集

赤羽高樹、清水信太郎〔フォンテ〕、中田有紀

編集協力

武田厚子

デザイン

森大志郎

印刷・製本

LIVE ART BOOKS

—

東京基督教大学

共立基督教研究所

〒270-1347

千葉県印西市内野3-301-5-12

telephone | 0476.46.1137

facsimile | 0476.46.1292

E-mail | ntaka@tcj.ac.jp

<http://www.tci.ac.jp/info/institution/kci>

Emergence | 創発の

バックナンバーの

ご注文は当研究所まで

(I—IX巻までは『共立研究』の旧称で発行)。

For even the Son of Man did not come to be served, but to serve, and to give his life as a ransom for many. [Mark 10:45]

