『日本スピリチュアルケア学会ニューズレター』(第3号、日本スピリチュアルケア学会、2010年)をダウンロードされた方へのご挨拶とお願い(必ずお読みください。)

一般社団法人日本スピリチュアルケア学会の前身である、日本スピリチュアルケア学会(任意団体)時代に、会員に向けて刊行されていたニューズレターは、諸先生方の学術大会での講演や寄稿をも収めており、現在でも資料価値のあるものです。一般社団法人日本スピリチュアルケア学会の広報委員会で、広く公開する可能性を検討して参りました。

とはいえ、ニューズレターには、一般社団法人である日本スピリチュアルケア学会では存在しない組織やすでに使われていない規程なども掲載されていました。インターネット上の検索で旧版のニューズレターを直接参照して、誤解を産むことがあるかもしれません。そのため、資料価値のある講演や寄稿のみを公開し、それ以外のものは非公開で、pdfにて一般公開をすることにいたしました。

なお、公開されているのは、講演や寄稿をされた先生方の著作物です。引用に関して毎 回の学会からの許諾は不要ですが、出典を明記した形での活用をいただけますよう、強く お願いいたします。引用であることを明示せず、読者がご自分の著作であるかのように装 うことは、盗用・剽窃であり、固くお断りいたします。

一般社団法人日本スピリチュアルケア学会 広報委員会

引用にあたって

- ①引用にあたっては、以下の出典記載を参考にし、誰の著作であるかを明確にしてください。形式は、学会や著作物の指定する形式にあわせて変更いただいてかまいません。
- ②引用部分をカギ括弧で囲むか、またはインデントするなど、明確にしてください。
- ③このニューズレターには、現時点で存在しない組織やすでに使われていない規定などが 含まれています。読者のあなたの引用を読んで、誤解や事故が生じないように、一般社団 法人日本スピリチュアルケア学会のウェブサイトや諸規程集を適宜ご確認ください。
- ④このニューズレターの内容についての問い合わせにはお答えできません。あなたの引用 によって誤解や事故が生じても、本法人は関知いたしません。

引用のしかたサンプル

「スピリチュアルペインにも、このようにいろいろあります。心理的、情緒的、精神的苦痛と重なるところはありますが、基本的なところで異なります。」(谷田憲俊「スピリチュアルケアを問い直す〜医療文化とスピリチュアリティ教育〜」『日本スピリチュアルケア学会ニューズレター』第5号、日本スピリチュアルケア学会、2011年、18頁)。

日本スピリチュアルケア学会 Japon Sode By of Spiritual Core Japon Sode By of

2010年度学術大会のご案内 一第2報一

大会長 藤 井 義 博

第1報では本学術大会のテーマ、講演、概念構築ワークショップおよび市民公開講座についてご案内いたしました。第2報では一般演題応募と参加申込みの状況についてご報告いたします。7月29日の学術大会実行委員会にて一般演題の採択について協議し、応募のあった16題全てを採択いたしました。発表内容のテーマ別の内訳では、医療者教育に関するもの4題、スピリチュアリティ教育2題、ケア提供者のあり方2題、そのほか、実践研究・ケア提供者教育・日本型スピリチュアルケアについて・高齢者のスピリチュアリティ・認知症研究・瞑想法とパニック障害・ホスピス史・宗教的ケアについての基本的調査、各1題となっています。一般演題の発表時間は20分(15分発表、質疑応答5分)ありますので、わかりやすいご発表と活発な意見交換を期待しております。

1日目(11日土曜日)の総会の後、懇親会場への貸切バスの出発時間までの間、空き時間のある方は、キャンパス内のキノルド資料館(85年におよぶ藤学園の歴史的資料を展示)を見学できます。そして懇親会にもご参加くださいますようお願いします。

最後に、重要なご報告しなければなりません。8月1日現在の参加申込みは会員・非会 員合わせてわずかに81名であり、主催者としてたいへん厳しい状況にあります。会員のみ なさま、どうぞお誘いあわせのうえ、爽やかな9月の札幌へのお越しを、こころよりお待 ちしております。

2頁から8頁までを削除しています。

2009年度 学術大会 特別企画記録(2009年10月31日)

スピリチュアルケア専門職に求められるもの

── 資格認定を視野に入れて ──

座長:柏木哲夫(金城学院大学学長):

それでは、今回の学会の特別企画の「スピリチュアルケア専門職に求められるもの一資格認定を視野に入れて一」というセッションに入りたいと思います。

日野原先生の講演、そして島薗先生の講演。とても中身の濃い講演の後の特別企画ですが、これからの学会の進むべき道を模索されるうえで、非常に有用な企画だと思いますので、積極的なご参加をよろしくお願いいたしたいと思います。

進め方ですけれども、はじめに発題者ということで、本学会の理事で桃山学院大学教授の伊藤先生に発題をして頂きます。その発題に対して、ご自分のご意見も、ということでコメンテータとしてお二人の先生にお願いしております。大下先生は本学会の理事で、日本スピリチュアルケアワーカー協会の副会長をしておられます。それから、もうひと方、瀬良先生は本会の評議員で府中病院の臨床スピリチュアルケアカウンセラーとして、ご活躍です。

今から3分間だけ、今日の特別企画において、大切であろうと思うことを私からお話させていただいて、それをきっかけにして始めたいと思います。現実に起こったことですけれども、ある大阪市内の公立病院に入院した患者さんの経験談です。末期がんではなかったのですが、進行がんで手術のあと非常につらい思いをしておられた。そのときの体験です。

手術のあと、つらい体験をしているとき、一日中ベッドに寝ていて、自分の今までの人生を振り返っていた。 そうすると、つらいことや悲しいことと同時に、うれしかったこともいろいろと思いだしてきて、そのことを聞いてほしい。でも家族のことがいろいろあるので、家族以外に聞いてほしいという気持ちがすごく強かった。自分のいのちに関わるようなことが何回かおこり、またいのちに関わってくるかもわからない、というふうな不安な気持ちでベッドに寝ていたんですね。

主治医はとても聞いてくれそうな雰囲気を持っていない。もう忙しくて、だめですね。ナースも、来てくれるのだけれども、出ていく用意をして、とてもだめ。ちょうど、実習に来ていたある看護学校の学生さん。十分時間がある。何でも聞きます、というふうな顔をして、入って来てくれた。その人にずーっとしゃべり続けた。その看護学生は、うん、うん、と聞いてくれ、途中で涙を流し出した。あまりにその、人生の様々な体験を話すものだから、非常に情緒的になって、泣いてくれた。この患者さんのおっしゃるには、すべての入院のプロセスの中で、この看護学生が一番ありがたかった。この人がスピ

リチュアルケアをしてくれましたという言葉は出さなかったですけれど、私、その話を聞いたときに「あ、看護学生がスピリチュアルケアをしたんだな」と確信したんですね。何の資格も持ってない。しかし、聞く耳をもっていて、その人の心に触れるような涙を流すことができた。たぶん、この話は、このディスカッションの中のどこかで、少し関係してくる、というふうに思いますので。もし関係してこなかったら、後の方で私が関係づけますので。

さっそくそれでは、今日の発題者の伊藤先生から発題 をして頂きたいと思います。よろしくお願いいたします。

伊藤高章(桃山学院大学教授):

伊藤でございます。

今お話して頂いた具体的な例のように、スピリチュアルケアというのは、とてもソフトなところを扱います。ある意味で患者さんの、vulnerable とでも言いましょうか。壊れやすいし、弱いところに関わっている事柄ですから、それを制度化する、というのに対して抵抗があるであろうというのは十分わかります。そもそも、今日お話は、本来定義すら難しいかもしれないと日野原先生のお話にあったことを、制度として運用していこうという、矛盾に満ちたことです。

そういう意味でいうと「誰が本気で矛盾を担うんだ」 ということを議論する場であるかもしれません。そんな テーマをアラファイ(around fifty)がお話します。私 の前にアラ環(around 環暦)の島薗先生がいらっしゃっ て、その前にアラハンドレッド(around hundred)の 日野原先生がいらっしゃいましたので、極めて未熟です けれども、勤めさせて頂きます。

資格認定というと、ひどく制度的で硬い話になってしまう恐れがありますけれど、そこに捕われてはいけないのです。言葉にならないことや感情を扱うとか、気持ちをくみ上げるとか、お一人お一人の宝物である人生と向き合うという内容を、制度として話をするという、とても変なことをします。その大事なところを忘れないようなディスカッションが皆さんと一緒にできればいいなあという気がします。

そもそも、私たちの学会は責任を負っています。学会の会則の第2条に「この学会は何のためにあるんだ」という目的が書いてあります。この目的に沿って、活動しなければいけないわけですし、ご参加くださっている方々もその会則を見て、これをやるための学会だというご理解で入っていただいています。私たちは会則に縛られています。専門職の資格認定、という話をするわけですけ

れども、それも当然この学会の会則に縛られています。

学会の会則の第2条に、「本会は、全ての人々がスピリチュアリティを有しているという認識に基づいて、スピリチュアルケアの学術的・学際的研究及びその発表と実践とを通して、スピリチュアルケアを含む全人的なケアが社会のあらゆる場面で実践されるよう推進することを目的とする」というふうに定められています。ですから、ある特定の価値観、意識、認識を持っています。つまり「全ての人がスピリチュアリティを有している」というところから始まっています。ですから、「これはわからん」「これには賛成しかねる」という方はすいません。この議論の出発点から違います、ということは申し上げておきます。

会則にはまた、「学際的・学術的研究及びその発表と実践」とあります。ここで再度強調しておきたいのは、ここは宗教団体ではありません。ですから、スピリチュアルケア学会の仕事として、宣教・布教はいたしません。ただそうなると「宣教・布教をしないにもかかわらず、ケアができるのか」という、神学的もしくは教義学上のとても難しい問題があると思いますけれども、それもここでは議論しません。つまり私たちは、出発点として、信仰に基づいてではなく、学問的な研究に基づいて、スピリチュアルケアを実践するという前提があります。これを二番目として押さえておきたいと思います。

それから、「スピリチュアルケアを含む全人的なケアが 社会のあらゆる場面で実践される」とあります。この会 場には医療関係の方が多いかもしれませんけれども、病 院だけの話をしているわけではない。福祉の場面もあれ ば、教育の場面もあれば、もしかしたら、先程教誨師の 話しがありましたけれども、司法の場面というふうなこ ともあるかもしれません。あらゆる場面で、全ての人々 がスピリチュアリティを有しているのだから、ケアをし なければいけない、というところが出発点です。

今日のこの企画の意味は、専門職資格認定の準備の第 一歩です。

今日、ディスカッションすべき点がいくつかあると思 います。まずは、先ほど申しましたように、スピチュア ルケア仕事をするのに、資格認定というのが果たして馴 染むのだろうか、という議論をしなければならないと思 います。それから、もし実施するということになるとし たら、そのプロフェッショナルはどんな価値基準に基づ いて活動するのだろうか、ということを考えなければい けません。それから、その価値基準に基づいたその専門 職は何をするか、という専門職領域の話をしなければい けません。更に、専門職として認定するには、どんな教 育やトレーニングをしなければいけないのだろうか、と いうことを確認することになります。どんな種類の専門 職をつくるのか。それから、まだあまり議論の機が熟し ているとは思いませんが、どんな名称にするのか。専門 教育を誰がするのか。それから、専門資格をとった人を どういうふうに支援していくのか。これらを話さなけれ ばいけないと思います。

私は今、大阪の南の方のある公立病院で、ずっと仕事

をしています。そこの院長先生が早く資格を作れと。そうしたら雇える、とおっしゃいます。つまり、伊藤が何をするかはわかっているけれども、それを公にある程度認定してもらわないと、公立病院では雇えない。ですから、基準が明確になっていて、養成課程がはっきりかていて、資格認定がされると、様々な場面でケアに積極に関わる可能性ができてくるということになりますで、いろいろな現場で、全ての現場でスピリチュアルケアが実践されるようにすることを促進する、というちらいます。な体制を学会の側が整えていく、ということを通して学会の目的を進めることができるだろう、と思っています。

次に、資格を取られた方が、フリーランスでやることはあまり想定していません。つまり、いい例かどうかわかりませんけれども、キリスト教の教会では、牧師さんになったら自分で教会が開ける教派もあります。ですけれども、ちゃんと教区なり、ある大きな制度の中で上下関係といいますか、責任関係の明確なところになければ、教会すら開けないという教派もたくさんあります。別を挙げますと、例えば弁護士さんという資格があります。あの資格は個人個人が司法試験に受かって、司法修習生を終わって、弁護士になる資格を取るわけですけれども、それぞれの地域の弁護士会に登録していないと、弁護士業務ができないですね。お医者さんは医師免許だけ持っていれば、どこでも、その国の中であれば医師としての仕事ができるみたいですけれども。

ですから、そういうどっちか、お医者さんタイプか弁 護士タイプかと言いましたら、今考えているのは弁護士 タイプです。つまり、どこかに所属して頂く。つまり、 スピリチュアルケア学会が、ある意味でその方が何をな さっているかということについて、情報を確実に得られ る、それから、それに対して必要なときに指導させてい ただいたり確認させていただいたり、というようなこと が可能な体制をつくる。そのような枠組みでスピリチュ アルケアの専門職を日本の社会に実現して行く、という のが今日の話題提供の中で私が申し上げることです。

さて、私たちの世界は、先ほどのお話にありましたよ うに、全ての分野でとても科学化されています。ケアの 領域でも科学的根拠が重要だというふうに言われていま す。そう領域を私は診断型のケア diagnostic care とい う言い方をします。これは、それぞれの専門職の方が、 課題を抱えたご当人より問題をよくわかっているケアで す。例えば、みなさん病気になったときに、自分に熱が あって咳が出て寒気がして、いろいろ症状がありますけ れども、自分に分かるのは症状だけで、例えば何の病気 かというのはわからないかもしれません。だけど、医療 者のところに行くと、診断してくれます。あっているか どうかは別ですけれども。実は診断つかないと、科学的 な治療は始まらない。だから診断するということから全 てが始まるわけで。そういうふうな診断からしか始まら ないケアという領域が一つあります。ここでは、使う言 葉は論理的で合理的な言葉です。多義的なものや曖昧な

ものというのは原則として扱いません。

それに対して、対話型のケア dialogic care というのがあるのではないかと思います。これは、ご本人がお話になってくださらないとわからないことを扱うケアです。例えば、今日は誰に会いたいのかとか、今のこのお話を誰に聞いてもらいたいのかというのは、客観的にはわからないんですね。この領域に、患者さんご希望とか自己決定とかが含まれます。これらは、実はスピリチュアルケアの領域です。

こういうふうに考えますと、客観的・合理的なケアをしていらっしゃる、例えば医療者の方であるとか、法律家であるとか、公認会計士だとかいう診断型ケアを担う人びとと、患者の主観をケアする対話型ケアの人びととが有機的に連携してゆかないと、全人的なケアというのは難しいだろうというふうに考えます。(キリスト教のバックグラウンドにある方へのトリビアルな話し方をしますと、これはグノーシスとロゴスの対話です。)

実はアメリカに MD アンダーソンがんセンターという 病院があります。そこの腫瘍内科の先生たちとチームを 組んで、がんの全人的なケアのモデルの研究をしていま す。患者さんのケアには、先ほど申しましたような診断 型ケア専門職と、対話型ケア専門職がちゃんと両方関わっ ていかないといけないだろうと。しかも、このケア全体 はその国の文化だとか、医療制度だとか、それから保険 の制度だとか、いろいろなものに制約を受けている。こ ういうふうなことをよく理解してケアをしていきましょ う、という「チーム医療」を考えています。このモデル は、科学雑誌『ネイチャー』の専門分野誌 Nature Reviews Clinical Oncology & "ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care" (Ueno, N. T., Ito, T. D. et al. advance online publication 6 July 2010; doi: 10. 1038/nrclinonc. 2010. 115) として論文 になっています。そういう意味では、この考え方は恣意 的なものではなく、今後の医療の中で考慮すべきモデル の一つとしての位置を占めています。

さて、そういう意味でスピリチュアルケアは、診断型ケア、いわゆる科学的なケアとか客観的ケアと対立するわけではない。診断型ケアをどけて、お前たちは間違っているから私たちがやりますとか、あなたたちができなくなったら私たちがやります、という話ではないだろうと思います。私たちの歴史の中で、科学的な知識を持ってきたことというのは、それ自体とても素晴らしいはだと思います。ただ、その視点だけで人間を見るのはいさと思います。ただ、その視点だけで人間を見るのはいかまり。別の視点も必要なのではないですかというのが私たちの立場だと思っています。もう一つの視点、複眼的に人を見るというときの役割をス、ピリチュアルケア専門職は担っているのではないか、というふうに考えています。

専門職の価値基準という話はとても微妙です。スピリチュアリティとは何ですかとか、スピリチュアルケアとは何ですかという。ある意味「禁断」の領域に入っていってしまうわけです。ですから、かなり広い。もしかしたらこれだったら、最大公約数になれるのではないか、と

いうのを提示してみようと思います。これもまた皆さん のご意見頂ければいいと思います。

まず、専門職の価値基準の一番目。人間は生命体とし て様々な現実的制約の中にあるけれど、でも真理とか正 義とか永遠とか宇宙とかそしてその源泉に思いを向ける ことができる。つまり、有限だけど無限だ、という話し です。実は人間というのは、自分の有限さの中でつじつ ま合わせて生きていたり行動したりするのではなく、自 分が思いを致すことのできる無限さとの関わりの中、そ れが信仰だったり信条だったり理想だったり価値だった り美的感覚だったりするわけですけれども、それに基づ いて具体的な自己であるとか、家族であるとか、コミュ ニティであるとか、社会であるとかを何とかしていこう と思っている。「耕築」している。(変な言葉を作りまし た。英語の cultivate そして culture という単語のニュア ンスが伝わればと思っての表現です。)無限なこと、有限 な存在が無限なことを考えながら有限の中で生きている というふうな、このダイナミックな関係というのがスピ リチュアリティ、もしくはスピリチュアルケアの基にな る出来事としてあるのではないかというふうに考えてい ます。そして、この「無限と有限の行ったり来たり」と いうのは、とても大事。しかも、どういうふうに無限を 考えるか、言い換えると信仰を持つかですけれども、こ れは全てある意味で尊重しなければいけない。

じゃあ、独善的で過激な思想はどうするのだ、という 議論はまた別にしなくてはいけませんけれども、他者の それを侵害しない限り、共感的に尊重されるべきである。 この辺りは今は提起するだけにしますけれども、専門職 の価値として考えなければならないことと思っています。 また後ほどの議論をお願いいたします。

それから、専門職の職域。一つは当事者自身がご自分 の持っている信仰とか信条とか理想とか価値とか美的感 覚、それをより大事にしていただくお手伝いをする。そ して、それによってご自分のアイデンティティをより強 固にしてもらう、ということのお手伝いをするという作 業が一つ。それから、そういう価値観に基づいてご自分 の周りを見回して、例えば自分が元気であるとか、自分 が貧困な状態であるとか、自分の家族が危機的な状況に あるというような客観的なことをそれぞれの方たちは意 味づけしてお過ごしです。ですから、その事柄ではなく て、どういうふうにその出来事を意味づけしてお過ごし かというところに関わって、しかも感情、情緒、それか ら茂木健一郎はクオリアという言い方をしますけれど、 それがどんな味わいなのかというところにご一緒させて いただく仕事、それが二つ目、というふうに考えられる と思っております。

それから、先ほどの柏木先生のお話にあり、私の経験でもありますけれども、患者さんは、ご自分の味わいを、ちゃんと関係ができるとお話くださいます。患者さんが、ご自分の思いや考えをお話くださるときにちゃんと耳を傾け、そのお話のアクティブな聞き手になっていくという具体的な仕事があると確信しています。

私は、患者さんというのは、ご自分で全部準備して、

さあ聴き手が来た、といってお話ししてくれるのではなくいと実感しています。誰が聞くかで違う話をして下さるというふうに思っています。ですから、聞き手というのは語られるお話の共同制作者の部分があります。ただ単に上手な聞き手であれば、患者さんは心の中を全部お話してくれるかということなのだと思っています。ですから、私に話してくれるのと、主治医に話すのと、看護師さんに話すのと、看護学生に話すのとはきっと違うと思います。それはそれでいい。つまり客観的な事実を収集するために聞くのではないのですから。こういうふうなところがあると思います。

それから、ケアのチームの中において、また社会の中において、人がスピリチュアルな存在であるということを表現し続ける仕事。つまり、患者さんとケアする者の一対一の関係だけに留まってはいけないでしょう。スピリチュアルケアの専門職の仕事というのは、一対一でその方のケアをするだけでなくて、その働きを通して人間というのはスピリチュアルな存在だというのを組織の中や社会の中にしっかりとお示しするという責任も負っているだろうと思いました。

専門職資格認定においては以下の諸領域において、専 門職としての知識・資質及び臨床実践力を求めます。

- 1. 専門職自身のスピリチュアリティ
- 2. スピリチアリティを含んだ人間の内的プロセス
- 3. 対人関係プロセス(当事者と援助者との相互のプロセスを含む)
- 4. 支持・明確化・対峙 と言った援助技法
- 5. 多職種との臨床チームケア
- 6. 専門職倫理

スピリチュアルケア専門職自身も自分のスピリチュア リティのこと気にしましょう。人のスピリチュアリティ の話ばかりしているのではなくて。あなたも豊に生きま しょう、というのが第一です。それから、スピリチュア リティなるものに向き合った時に、その方の中で何が起 こっているのだろうか、ということを理解する力をぜひ 備えていって頂きたい。それから、それをどなたかにお 話するとか、誰かに聞いてもらうというのが、その方に とって、また聴く側にとって、どんな意味があるのだろ うかということをご理解いただきたい。実際の援助の技 法というのも、それなりに使えるようになっていて頂き たい。そして私が強調したいと思っているのは、あくま でもチームケアだということ。自分はスピリチュアルケ アの専門職ですと言って、パッパッパッと仕事ができる かというとそうではなくて、必ず他の専門職に人とコミュ ニケーションしていかなければいけないし、支え合うよ うな仕事をしていってほしい。それが、援助者側が独り 善がりにならないで、本当に患者さんや来談者のプラス になるケアが実現するための必要条件です。

もちろん、全ての基礎になりますけれども、専門職倫理が必要です。これが何かという話を私はしなくちゃいけませんけれども、実は刑法第134条。そこに「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証

人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、 その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を 漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金 に処する。」という規定があります。じつは、それの第2 項というのがあります。みなさん、ご覧になったことが おありでしょうか。第2項に、「宗教、祈祷若しくは祭祀 の職にある者又はこれらの職にあった者が」という指示 がしてあって、同じ内容が書いてあります。つまり、守 秘義務。人の内面、大切にしていることを伺う職種に向 けられた刑法的罰則規定です。刑事罰の対象にすらなる 大切な役割という辺りを覚えながら、専門職倫理をしっ かり考えていきたいと思います。ただし、罰せられるか ら、というのは倫理の話ではないですね。一番初めにお 話しましたように、すごくやわらかいところ、微妙なと ころ、個々人のある意味で確信に関わるところに関わら せて頂くのだとしたら、当然それにともなう重要な倫理 的な責任があるだろうというふうに考えます。ですから、 資格認定というのと、倫理基準というのは、どうしても 切り離せないものだろうというふうに思っています。

それから、専門職の種類。今、例えば様々なプロフェッショナルな領域を考えた時に、三段階で資格認定ができればいいというふうに考えています。かなり多くの方々を対象にした基礎的なトレーニングをして関わって頂く仕事。それから、ちゃんと専門職として雇ってもらえる資格。この資格は、医療者や行政や他の専門職と対等に意見が交換できるレベルです。それから、指導者を養成する資格。三つあるかなあというふうに思っています。

身近なところからいいますと、第一段階目は、登録○ ○という名前かというふうに思っています。認定○○と いうとちょっと重すぎるかなあという思いがあります。

指導者というのは、学会認定指導○○という名称、そして内容になると思うのですが、スーパーバイザーとなる資格であす。レベルとしてはおそらく博士課程程度の研究教育及びそれに応じた経験を持っていることぐらいが適切かなあというふうに思っています。後でお話しますけれども、専門職を養成する機関には、このスーパーバイザーがいて下さいというふうな話になります。

それから、この学会の認定の中核になる専門資格ですけれども、医療、福祉、教育、行政、産業等のケア臨床における専門職基準資格なる資格になることを期待しています。臨床スピリチュアルケア、もしくは隣接領域において、修士課程程度、博士前期課程程度の教育研究及びそれに応じた臨床経験を必要とします。

実は、これは後でコメンテータの瀬良さんの方からお話あると思いますけれども、スピリチュアルケアの専門職は、欧米、それから東南アジアでは、ほぼ国際スタンダードの基準があります。それが1600時間のスーパーバイズを受けた、臨床研修を受けていること、というのがあります。1600時間というのは、一日8時間、週5日というのを、40週やる、という計算になります。欧米では1年間休職してこの訓練を受けて、また職場に戻るということが普通に行われているのですけれども、日本の事情からはそれがしにくいだと思います。ですから、むし

ろ専門職大学院がやりやすいのではないかと考えています。

先ほど申しましたように、チームワーク、チームケアのことを必ずトレーニングの中にも入れたいと思いますから、この資格を持っている方は、例えば福祉の現場に入ってソーシャルワーカーと一緒に、ある意味で対等な立場で仕事ができます。医療現場に入っても、専門職として、ちゃんと発言もできれば、様々な問題についての理解力もあります、というふうなところを出発点にしたいと思っています。

少し話が戻りますが、第一段階の専門資格としまして、 最初は看護師の専門資格に合わせて、認定○○という言 い方も考えました。ところが、アメリカの本格的な専門 職は認定チャプレン (Board Certified Chaplain, BCC) という呼び方です。認定という言葉は実は海外ではとて も重い言葉になってしまうので、使わない方がいいかな あという躊躇がありました。それで、今日は話題提供で すから、登録○○という表現にしています。諸領域で活 動する市民、又は他領域の専門職に、臨床スピリチュア ルケアを補佐的に実践する能力・資質を認める資格。専 門職を補佐すると同時に、ケア・マインドを広く社会に 浸透させるための活動が期待されている資格。それから、 先ほど申しましたように、単独ではやらない。必ず組織 に、スピリチュアルケアの実践的な活動する組織に属し て活動していただく、というふうなことを考えています。 専門教育を受けるためには、まずこの訓練を受けてから にして下さいね。いきなり専門家になりたいですと言わ れても、ちょっとステップで行きましょうよ、という内 容です。

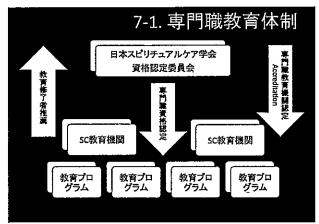
専門職の名称は、一つ目の候補はチャプレン。可能性です、これは。欧米、東南アジアで、宗教的ケアではない、スピリチュアルケアの専門職としての一般的な名称として使われていることが多いです。アメリカのチャプレンというのは、仏教チャプレンもいれば、ヒンドゥーのチャプレンもいる。そして何よりも、「布教宣教活動はしない」と規約の中に明言している米国専門職チャプレン協会の会員がチャプレンです。日本では、キリスト教の宗教的ケアの専門職というふうに一般的に理解されています。ですから、チャプレンという名称にすることについての、善し悪しというのはたくさんあると思います。

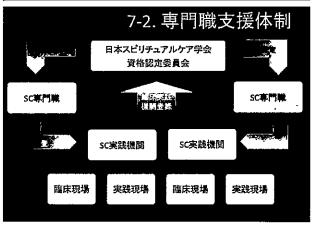
それから、スピリチュアルケアワーカーというお名前で、教育活動や専門職認定の資格の活動をしてらっしゃる方たちがたくさんいらっしゃいます。日本では、比較的多く用いられている名称のように思います。けれど、ではソーシャルワーカーというのは、ソーシャルワーカーですね。じゃからのがあるから、ソーシャルワーカーですね。じゃあ、スピリチュアルケアワークという表現が成り立つかというと、きっとそれもあまり馴染んでいないだろうなあというふうに思います。また、福祉の領域では「ケアワーク」というのは介護のことです。介護福祉士をケアワーカーと呼びます。高齢者などの身体介護の専門職です。この名称がいいかどうか、さらに議論を重ねて行きたいと思います。

もう一つの考え方は、イギリス・スタイルなのですが、 ○○協会会員。専門職の所属する専門職協会というのを 作って、それの正会員だ、準会員だという言い方で、専 門職の名称にしていくというふうなことも可能かもしれ ません。これもまたディスカッションです。

教育としてはですね、教育機関、学会自体が教育する わけではありませんから、学会が専門職教育機関認定を した教育機関が、実際のプログラムを運営し、教育修了 者を学会に推薦して頂いて、学会が資格認定する、とい う流れを想定しています。そして、実際の活動は、学会 に登録した実践機関に、資格をもらった専門職が登録し て実際の現場に出ていく、というふうな格好かと思って います。図をご参照ください。

話題提供ですので、今日これからもディスカッション していきますし、今日終わってからも、いろいろお話頂 けると思いますけれども、今日言い尽くせなかったこと、 それから言ったけれどさらに言いたいという方は、この アドレスをお使い頂ければと思います。どうもありがと うございました。





柏木:

それでは、コメンテータのお二人に、今の伊藤先生のお話を踏まえてでもいいですし、また独自のご発言でも結構ですので、大下先生からよろしくお願いいたします。

大下大圓 (飛騨千光寺住職) :

みなさん、こんにちは。私は NPO 法人日本スピリチュアルケアワーカー協会を代表して来ています。 伊藤先生

の方から非常に理論的に整理されたスピリチュアルケア ワーカーの認定に関する方向性が打ち出されております。 そういう中で、理論ばかりでも議論がしにくい部分があ るかなということもありまして、私たちがやっているこ とを背景として、皆さんの話し合いの叩き台にして頂こ うとおもいます。

初めはパワーポイント使う予定なかったのですけれど も、今、伊藤先生の話を聞いていて、これはやはりと絵 を出した方がいいかなということで、急遽、今作りまし たので、全く整理されておりませんがお許し頂きたいと 思います。

特に日本の場合では、ホスピスケアの領域から、スピリチュアルケアというのが必要だということは、ずっと言われてきたことなのであります。宗教的な意味のスピリチュアルという領域はかなりの部分で重なっているけれども、一緒ではないよというところですよね。その辺をどういうふうに整理していくかということが、特に認定をする、あるいは指導者を養成していく時に重要な部分だろうと思われます。だから坊さんがそのまま医療現場に行けば、スピリチュアルケアできるのかというと、そういうものではないということです。そういう意味で、人間が生きるということの全体像に関わっていくのが、この専門家に求められていく部分ではないかと思います。

これは私の個人的なことで申し訳ないのですけれども、 実際私は高山市の市内にあります一般のクリニックで臨 床スピリチュアルケアワーカーとして、非常勤で働いて います。ボランティアではありません。ただし、給料の 差異は別にして、いわゆる普通のクリニックで存在意義 を認めてくれているということでもあります。能力は別 にして、とりあえずこういうふうにして、スタッフの一 員として入っている人間がいるということであります。

ここは決してホスピスの現場ではないのですけれども、皆とディスカッションしながら、患者さんについての情報交換をしていきます。患者さんとのちょっとした話、本当に何気ない会話の中に、患者さんの持っている苦悩とか、そういうものがあるわけでして、全体的な中で語っていったり、個人的な関わりもあります。透析治療が中心ですので、ベッドに寝て5、6時間ずっと二日おきに透析をなさっていらっしゃる方は大変な苦悩を持っていらっしゃることが多いわけですね。そういう治療をし続けていく人のケアというのもあると思いますし、終末期という領域の中で関わっていく部分もあろうかと思います。

これは和歌山県立医科大学の緩和ケア病棟。実は昨日もここで勉強会をやってきたわけですけれども。実際、この勉強会の前には、患者さんのところに行かせて頂いて、そこでがんの患者さんに面談をしてきました。現場を通して考えてみると、やはりこういう領域に、これからはいろいろな人たちが入っていくということができるのではないかと思います。先ほど伊藤先生のお話の中にありましたけれども、現在の医療の現場においては、EBMに基づき、身体的な苦痛をどう取っていくかということが重視されるわけです。しかし、社会的な部分と

か、心理的な部分、そしてスピリチュアルな部分を統合された形の中で、どのように関わっていくかというと、やはりチームということがとても重要な働きを持っています。ですから、心だけやればいいのではなくて、身体もですね。この辺の理解が、ワーカーというか、スピリチュアルなギバーといいましょうか。そういうケアラーというものに必要になってきます。

そもそもなぜ私たちがこんなことを始めたがるのかと いうことは、もう20年ほど前に遡るわけです。坊さんが 葬式と法事だけやっていていいのかという話があった中 で、やはりホスピスという運動、あるいはビハーラとい う運動が起きてきて、そこには坊さんも、これから医療 に関わっていく必要があるのではないかと。昔は当たり 前にやっていたことが、何で当たり前にできないのだろ うということが、いわゆる宗教界、仏教界内部的課題で もありました。これは何も高野山真言宗だけではなくて、 他の宗派でもたくさんそういう議論が行われてきたわけ です。そこから私たちは高野山の方で、心の相談員を養 成しようではないか、心の勉強をしようではないか、も う一回坊さんをリカレントして、再教育をしてやってい こうではないか、ということから始まっていったわけな んです。そうこうしているうちに、これは何も坊さんだ けじゃなくて、日本の風土として、そこに誰が集まって 来ても学んでもいいのではないかということですね。

何を学ぶかということは、自分という人間がどうなのかということを知っていく。他者をどうやって理解していくのか、そして自分が本当に関わろうとする対象者をどう理解していくのかということが大きな論点となっていきました。さらには、そのための技法といいましょうか。スキルアップをどうするのか、ということが幾つの議論として出てきました。そこで、平成13年に今の高野山真言宗のお金を使って、心の相談員、スピリチュアルケアワーカー発成というものを始めていった。それが発展的に高野山大学の方にスピリチュアルケア学科を開設するという動きにつながっていきました。しかし実際、学科を作ってみたものの、これはなかなか大変なものであります。詳しいことはここで述べませんが、専門家というものが、いかに大事かということを学ばせて頂きました。

実はそういう背景というのは、私たちは仏教者ですので、仏教というものの中には、カウンセリングの手法というものが本来あったのではないか、ということですね。近年の坊さんというとすぐ説教するということですね。指示的カウンセリングの領域が多かったのではないかということで、やはりちゃんと聞くという視点を大事にするということです。あるいは終末期の人には、この瞬間しか会えないといった時には、どういうふうに関わって、当か、二歩踏み込むと踏み込みすぎということで、一歩だけ踏み込んですぐ戻れるようにする微妙な関わりたというものを、学んでいかなくてはならない。そのためには日本では近代の臨床心理学というのが大きな力を持って、臨床場面に活躍されているので、そういったものを

手法としてやっていこうではないかということですね。 これは(自灯明、法灯明)いちいち説明はできませんけれども、涅槃経にありまして、全ては自分の中に原因があるんだということです。そして関係性を縁によって起きているというようなことで表現する。こういったものを理論として勉強しながら、カウンセリングとかグループカウンセリング、エンカウンターなどを学習していきます。

日本人の精神的構造というのは、仏教だけではないし、神道でもないし、儒教とか道教というものが、まさに混濁した形の中で、日本の文化体系というかいろいろなものを作ってきたわけです。ですので、その根底には基礎文化というものがあるわけですから。こういったものもやはり学ばなければ、日本的なスピリチュアルケアにはならないのではないか、ということも議論されてきています。キリスト教も勉強しなければいけない。新興宗教の部分もあるのではないか。というようなことを、私たちはいろいろと検討を加えてきています。

ただ、これはまだ全てのプログラムに応用されている わけではないですけれども、イメージとしては日本的な 精神性というものをしっかり学ぶということが大事。日 本的なスピリチュアルケアを行っていくには大事ではな いかというふうに思っています。

この辺は先ほどもありましたけれども、医療の現場での対話を中心とする Narrative Based Medicine という手法というものが非常に重要ではないかということですね。そのためには、スキルアップのためには、自分を高める工夫、それから他者との関係性を深める工夫、それから自分を超え出たところの、仏教で法縁というふうな言い方をしていますけれども、東洋的には天と言ったり、神と言ったり、仏と言ったり、宇宙と言ったり、大自然と言ったり、特定の宗教の概念ではないけれども、そういう超え出たものの意識というものとの関係性みたいなものですね。この三つの高め方というのが、スピリチュアルケアをしていくための人材育成には必要ではないかというふうに思っています。

現在、日本スピリチュアルケアワーカー協会では、…パンフレットも持ってきていますし、ホームページも作っていますので、詳しいことについてはそちらをご覧になって頂きたいと思います。この中には臨床心理の方がたくさん入っていらっしゃいますので、その先生方を中心として、従来の臨床心理の上にスピリチュアルケア論を構築します。スピリチュアルケア援助法というようなことでたくさんのプログラムとして持っています。私たちはもう既に、認定スピリチュアルケアワーカー、専門スピリチュアルケアワーカーという領域を策定して、これは資格認定委員会が既に動き出しています。

スピリチュアルケアワーカーという言葉が、先ほど伊藤先生の中では変じゃないかという言葉もありましたけれども、とりあえず使ってみようということですね。とりあえず使うというのは、どういうことかというと、それは変だよということで、社会的な修正があれば、また

変更していこうではないか。とりあえず皆さんがいろい ろなところで使っているので、ちょっとこれをとりあえ ずやってみようということで、やっています。

そのプログラムに関してはですね、どういうことをやっているかというと、少し、まだ整理ができてなかったのでごめんなさい。これを、こっちを出させて頂きます。若干、講師の名前も書いてあるのでいいかなと。まあホームページに出しておりますのでね。シラバスにも出しておりますので。こういうようなスピリチュアルケア援助論15までを作成しています。通信制ということを採用しているので、自宅学習があって、全体で一つの科目が45時間くらいの勉強、つまり大学の1単位、2単位。2単位くらいになるような、勉強をしてもらおうということで、しっかりと講読をして頂いて、スクーリングという形で、1カ月に1泊2日くらいで講座を持っています。

この中には、現場の先生もいれば、いわゆる理論的な 先生もいたりしてですね。そういう中から、様々な検討 を加えています。ここの中に、仏教を学ぶという部分や、 密教を学ぶという部分なんかが入ったり、教育において はどういうふうにスピリチュアルケアというのが展開さ れるかとか。家庭、特に家族関係というふうな問題。あ るいは在宅、こういった問題。それから精神保健とか、 音楽療法、こういったものとの関係性についての学びを 二年間の内にやります。

二年次の方は、スーパービジュンということで、ケー スを、各自が実際に相談者を作って頂いて、シート記入 してそれを持ち寄って、事例検討をするというスーパー ビジョンの場を持っています。ここで受講生は大きく成 長されていきます。講座では臨地実習という場面もあり まして、ホスピスや医療現場の中に実際に行って、そこ で患者さんと面談して、それをその場で持ち寄って検討 するというスーパービジョンも含めて、そういう実習と いうのも、この中に入れています。時間数としては、ま だまだ少ないわけですけれども、ハイレベルのものを私 たちは要求しているのではなくて、元々は坊さんができ れば地域の社会の中で、本当に地域で困っている人たち に、face to face ですね。顔と顔とをつき合わせられる ような関係の中で、心の部分に関わっていく。そういう 人材を育てていこうと。それは必ずしも、大学院を出て いればそれは理想かもしれないけれども、やはりそのハー トの部分をもっと高めていって、従来の専門性の中にプ ラスアルファというものを作っていけばどうかなあとい うようなことでやっています。

以上でございます。ありがとうございました。

粒末

それでは、もうおひと方、コメンテータとして、瀬良 先生に。

瀬良信勝(府中病院臨床スピリチュアルケアカウンセラー): みなさん、こんにちは。私はついこの 9 月の中旬まで、 アメリカのハワイ州で1年間、CPE (Clinical Pastoral Education:臨床牧会教育)のプログラムを受けて帰っ て来たところです。その CPE のプログラムについて報告することが、本日の議論に多少なりともお役に立てれば嬉しく思います。

本学会におけるスピリチュアルケアの養成や研修のプログラムについては、現在、輪郭が明確でないと思われます。先ほど伊藤先生からご報告ありましたように、主に欧米、もしくはキリスト教圏のアジア、例えば香港などでは、既に CPE に基づくスピリチュアルケアのプログラムが存在しており、そのプログラムが一定の評価を受けております。諸外国ですでに確立されている CPE のプログラムを提示することによって、本学会でどのような方向を目指していくか、明確化する一助となることを願っています。

<スライド原文内容>

The spiritual caregiver values inherent in the pastoral care and counseling movement in the United States during the twentieth century -- personal initiative, face-to-face authenticity, emotional maturity, theological depth and congruence, conceptual diversity, pluralistic openness, collegial autonomy, and the capacity to function professionally in situations of high anxiety -- are reflected in ACPE's long standing tradition of certifying assessment.

(Preface: ACPE Certification Manual Revised 2005)

ここにお見せしているスライドですが、臨床牧会教育協会 2005 年 改 訂 版 の 認 定 マニュアル (ACPE Certification Manual Revised 2005)の前書きの抜粋です。皆さんに ACPE(臨床牧会教育協会)が何を大切にしているかをイメージして頂くために提示しています。

スピリチュアルケア提供者の価値観(values)、それらは20世紀のアメリカにおけるパストラルケア(牧会ケア)とカウンセリングのムープメントが本来持ち合わせているもの、例えば、個人の主体性、(肩書きのようなものに左右されない)お互いに顔を合わせたところで感じられる信頼、情緒の成熟、宗教学(theological:神学的と訳すのが本来)的深みとそれに伴う言動一致、幅広い視点、多様性に対する寛容さ、お互いに相手の自主性を尊重すること、そして、不安の高い状況においてプロフェッショナルとして役割を果たすことができる能力、というものですが、それらの価値観(values)は、資格認定を行うACPEの長年の伝統に反映されています。

このような価値観は、きっと世界中で共通することではないかと思います。様々な価値観がありますが、全世界で通用する重要なポイントが書かれていると思いましたので、まず初めに、抜粋しみなさまに提示させて頂きました。

<スライド原文内容>

309-310 Objectives CPE Level I & II

CPE (Level I /Level II) enables pastoral formation, pastoral competence, and pastoral

- reflection. Some CPE centers offer pastoral specialization(s) as part of their Level II curriculum.
- CPE (Level I /Level II) objectives define the scope of the CPE (Level I /Level II) program curricula. Outcomes define the competencies to be developed by students as a result of participating in each of the programs.

Standard 309 - The center designs its CPE (Level I /Level II) curriculum to facilitate the students' achievement of the following objectives:

Pastoral Formation

- 309.1 To develop students' awareness of themselves as ministers and of the ways their ministry affects persons.
- 309.2 To develop students' awareness of how their attitudes, values, assumptions, strengths, and weaknesses affect their pastoral care.
- 309.3 To develop students' ability to engaged and apply the support, confrontation and clarification of the peer group for the integration of personal attributes and pastoral functioning.

Pastoral Competence

- 309.4 To develop students' awareness and understanding of how persons, social conditions, systems and structures affect their lives and the lives of others and how to address effectively these issues through their ministry.
- 309.5 To develop students' sills in providing intensive and extensive pastoral care and counseling to persons.
- 309.6 To develop students' ability to make effective use of their religious/spiritual heritage, theological understanding, and knowledge of the behavioral sciences in their pastoral care of persons and groups.
- 309.7 To teach students the pastoral role in professional relationships and how to work effectively as a pastoral member of a multidisciplinary team.
- 309.8 To develop students' capacity to use one's pastoral and prophetic perspectives in preaching, teaching, leadership, management, pastoral care, and pastoral counseling.

Pastoral Reflection

- 309.9 To develop students' understanding and ability to apply the clinical method of learning.
- 309.10 To develop students' abilities to use both individual and group supervision for personal and professional growth, including the capacity to evaluate one's ministry.

さて、次に私が受けた教育プログラムについて簡単に 説明させて頂きます。私の手元には CPE の研修でどのような目的で何を学び、どのような成果が期待され、そし てそのためにはどのような方法があるのか、ということ が詳細に書かれたものがあります。今スライドに示して いるものはその CPE 教育プログラムのうち目的が書かれ たものの抜粋です。示されている内容は抽象的なもので すが、研修では血の通った生身のレベルのものになりま す。このプログラムに基づいて研修生は自らの宗教性や スピリチュアルケア提供者としてのアイデンティティを 確立する過程を歩んでいきます。もちろん、自らの評価 もスーパーバイザーによる評価もここに書かれている内 容に基づいてなされます。

はじめに研修の全体像の話をしますと、CPEの研修では3ヶ月間で1ユニット、通年の場合1年間では4ユニットの研修を受けることになります。最初の1st と2nd ユニットを終える段階で、Mid-Year Consultation というレベルIに到達しているかどうかの中間試験面接があり、そこで合格すると、レベルIIに進むということになります。私がハワイで受けた研修では、レベルIとレベルIでは自己評価項目やスーパーバイザーによる評価項目に多少の違いが見られましたが、研修における基本的な姿勢は同じように感じられました。また、ここに示されているものも共通したものが示されています。

さて、CPEの目的としてここで示されているものは3つの事柄です。"pastoral"という表現については便宜上「援助者」と訳させて頂きます。その3つとは、「援助者としての自己形成」、「援助者としての資質・能力向上」、そして「援助者としての自省・反省」です。CPEではこれらを可能にすることを目的としています。この3つの項目にしたがって自分自身を評価したり、またスーパーバイザーに評価されたりします。

順番に見ていきたいと思います。まず「援助者として の自己形成」については、

- 援助者 (ministry) としての自分自身、そして援助者 (ministry) としての自らの振る舞い、それらが他者にどのような影響を与えるのかについての気づきを深める (develop) こと。
- 自分自身の態度(attitudes)、価値(values)、 (世の中や人生について、また死生観についてなどの)前提(assumptions)、長所や短所が、援助(pastoral care)にどのような影響を与えるのかについての気づきを深める(develop)こと。
- 自分自身の特性 (attributes) と援助者としての 働き (function) を統合するために、支持 (support)、対峙 (confrontation) そして明確化 (clarification) の技法を用いて、研修仲間に(積 極的に) 関与する能力を発展させること。 ここに示される、支持 (support)、対峙 (confrontation) そして明確化 (clarification) の技法

でもって研修仲間と関わるのですが、この関わり

のエッセンスは、そのまま患者、その家族や、利 用者との関係を深めていくことに結びついていき ます。

次に「援助者としての資質・能力向上」についてです。

- 人々、社会状況、(社会)システムや(社会)構造が、自らの人生に、そして他者の人生にどのような影響を与えるのか、また、援助者として、これらの事柄にどのようにして有効に関わることができるのか、これらのことについての気づきや理解を深めること。
- 人々に対して、集中的また継続的に、援助やカウンセリングを提供する際のスキルを発展させること。
- 個々人やグループにおいて援助する際に、人類に 受け継がれた宗教的またはスピリチュアルな遺産 (religious/spiritual heritage)、その宗教学的 (theological) な理解、そして行動科学の知見を 有効に使えるようになる能力を発展させること。
- 専門職における援助者の役割や、他職種または多様な価値観で成り立つチームにおいて、援助者としてどのように効果ある働きをするのか、それらのことを研修生に教え伝えること。
- 説教する時、教えを説く時、リーダーシップを発揮する時、マネジメントする時、援助を行う時、 そして、カウンセリング(pastoral counseling) を行う時に、援助者として、また道を示すものと して全体を見渡す能力を発展させること。

三つ目の「援助者としての自省・反省」について。

- 実践を通して、試行錯誤しながら学ぶ方法 (clinical method of learning) を実際に適用すること の理解とその実践能力を発展させること。
- 自らを援助者として評価する能力を含め、一人の 人間としての、また専門職者としての成長のため に、個人やグループのスーパービジョンを利用す る能力を発展させること。

ここに書かれているものが、具体的にはどのように研修で行われたかを、例を出してお示ししたいと思います。少し戻りますが、例えば、「援助者としての自己形成」のところで述べられています、「自分自身の態度(attitudes)、価値(values)、(世の中や人生について、また死生観についてなどの)前提(assumptions)、長所や短所が、援助(pastoral care)にどのような影響を与えるのかについての気づきを深める(develop)こと」とありますが、研修プログラムの目的としては、研修生にこれらのことを学んでほしいということなのですね。では、これらのことを学ぶことというのはどういうことなのかというと、実は自分のライフイベント、つまり自分の生活史ですね、その自分の生活史の中で培ってきたものや出来事、例えば、自分が生きている文化的なもの、家族関係から来るもの、人間関係によるもの、病気の経験、死別の経験、

いじめを受けた経験などが、援助の働きにどう影響する のかを気づくということになるわけです。

では、その気づきのためにどんな方法を用いるかといいますと、簡単に述べますと、スピリチュアルケアのセオリー等について学び自分の経験を統合する。本音でもって自分が思っていることを仲間に語る。そして自分自身が研修で関わったケースを出す、といったことが挙げられます。具体的には、ジャーナルと呼ばれる自分を内省する振り返りを定期的に提出したり、課題図書レポートを出したり、グループ内セッションで思うところを自由に語ったり、会話記録を出してみたり、といろいろ方法で関わっていきます。結果、先に述べました文化的なもの、家族関係から来るもの、人間関係によるもの、病気や死別の経験などが、今の自分の人との関わりに大きく影響していることがあらためて明らかになる経験をすることになります。

私自身が経験した研修の学びの一例を報告します。そ れは、患者さんと出会いの中で、どうしてもその患者さ んの話が心の底から聴けないというものです。それがど ういう背景なのかというと、結論から言いますと自分の 持っていた幼いころの傷がその患者との関わりを阻害し ていることが明らかになるわけなのです。しかし、その ことに自分ではなかなか気づかないわけですね。私のそ の傷は、その患者とのやり取りを記した会話記録をグルー プに出すことによって明らかになっていったのです。グ ループでは、「何でここの関わりで一歩引いているのか」、 「どうして、そこで腹を立てているのか」と仲間やスーパー バイザーから追及されるわけですが、そのことに対して 自分の考えを述べるのだけれども、どうもしっくりこな い。そのことで、また仲間から追及される、ということ を何度か繰り返して行く。だんだん自分が責められてい るように感じたり、自分だけが分からないで取り残され る感じを持ったりと痛い思いをしながら自分が揺るがさ れる経験をしていくのです。その中で、自分の幼いころ のある出来事と重なっている場が思い出されるわけなの です。実はスーパーバイザーがそういうことが起こるよ うに場を設定しているのですけれども、そういう中で、 この患者さんに対してこれだけ自分が近寄れない、もし くは何か一歩引いてしまっているというのは、幼い時の 傷が"今も"これだけ関わっているのだということが露 わになってくるわけです。そのことが露わになることで、 これまで意識に上がることなく患者家族との関わりに悪 影響を与えていたことに気づくわけなのですが、同時に その気づきが、悪影響を与えないようにするための姿勢 を学ぶことへと繋がっていくわけなのです。

この学びというのが、実は先ほど申し上げた clinical method of learning という学習方法なのです。「事前にしっかりお勉強して理解したから現場に行って下さい」ではなくて、現場に行って「どうもうまくいかなかった」、「何か変だ」、「引っかかるものがある」、「自分でも思うようにいかない感じがする」等、それらの経験を持って帰って来てグループで検討する。その中で先に示したようにもう一度自分自身のことを気づき学んでいく。そのプロ

セスにおいて、では「次どうすればもう一歩出ていくことができるか」、「関わりを深めていけるのか」ということを考えていくのですが、CPEというプログラムは宗教者であることが前提なので、私なら背景が仏教なのでが、仏教のただ単なる知的な理論や教義を参考にするのではなく、仏教の根底にあるエッセンス、人との関わせてのエッセンスということを自らの経験に照らし合わせて見直していく。そうすることで、「自分がただ単にだめだったんだ」、「傷があったんだ」と自分の欠点がただめにたんだ」、「傷があったんだ」と自分の欠点がただめたったんだ」、「傷があったんだ」と自分の欠点がただめたらて気づき留まるのではなく、それを確かめるためのもうできるようになるのですが、そのようなプロセスを効果的にもたらすようにプログラムがきっちりとできているわけなのです。

先ほど伊藤先生が述べておりましたが、すくうにすくえない、言葉だけではどうしても漏れるようなものが、ちゃんと言葉だけではなくて、それをすくってくれるシステムが働いている。だからこの学会においても、資格認定において必ず必要になってくると思えるのは、文言に縛られるのではなくて、すくえないもの、言葉ではどうしても漏れるようなものをすくう、そういうものまで含めた制度というのがいるのではないかと思っています。

どれだけ言葉で学んでもわからないことがある。それは柏木先生が述べられたお話にありましたが、「人が泣いてくれる」ということ。泣くことが目的でも何でもないですよね。でも「人が泣いてくれる」ということの根底に「あ、この人に分かってもらえた」ということが、言外でちゃんとすくってくれるような感覚として通じる。この学会においても、その言葉にならない部分をすくえるようなことを意識した資格認定や、今後の研修の在り方の議論に繋がっていくことを望みながら、私の話を終わりたいと思います。ありがとうございました。

2009年度 学術大会 概念構築ワークショップ(2009年11月1日) 「心理臨床とスピリチュアル・ケア」記録

座長:村上典子(神戸赤十字病院心療内科部長)

「お迎え」現象と心理療法 ── 死の文化とスピリチュアル・ケア ──

東北大学・医療法人社団爽秋会 大 村 哲 夫

ご紹介に与りました大村です。「『お迎え』現象と心理療法―死の文化とスピリチュアル・ケア」というテーマで発表させていただきます。今回の発表では、スピリチュアリティという概念についての私の立場を紹介すると共に、ターミナルの現場における心理臨床では、単なる心理的ケアに留まらずスピリチュアル・ケアが求められること、そこでは「宗教」というよりもっと幅広い「習俗」や「民俗文化」といった領域に開かれたケアが求められることなどをお話ししようと思います。

昨日の講演などでは、「祈り」、患者さんと共に祈るとか、あるいは患者さんから「祈ってほしい」と言われることがあるかというお話が出てきました。私は最近、患者さんから「魔法をかけてほしい」と言われました。「薬が飲みにくいので、飲めるように魔法をかけてほしい」とか、あるいは私が帰った後に薬が飲めるようになったので、「魔法をかけたんでしょう?」と。それが飲めなった時、「魔法を解かれた」とも言われました。知的で合理的な考えをする現役世代の方でしたが、本気でそうしたことを言われました。このような「合理」と「不合理」の共存は。私が以前考えていたよりも広く誰もがもっているものだということも、文字どおりの「臨床」経験を重ねていくことで知ることになりました。こうして私は、時には「魔法使い」のようなことも言われながら、日々臨床に関わっています。

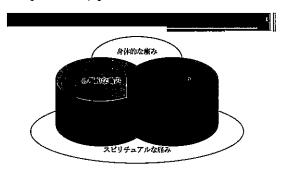
私が今、臨床現場で関わっているのは、医療法人社団 爽秋会という在宅療養支援のクリニックです。患者さん が210名ぐらい。いわゆる在宅ホスピスですから、患者さ んは基本的に自宅にいます。年間で看取った方が去年で すと348名。がんの末期の方であるとか、あるいは長期療 養を要する方、ALSとか、あるいは老衰で家からあまり 出られないという方のところに医療者が出向いたり、へ ルパーが出向いたりしながら自宅での療養を支えていく というのが在宅ホスピスです。そこで、私は「臨床心理 士であるチャプレン」という立場で関わっています。患 者さんやご家族のお話を聴かせて貰ったり、スタッフの ケアも行っています。この「臨床心理士であるチャプレ ン」という名称には、違和感を感じられる方もいらっしゃ ると思います。私がこのクリニックに関わるようになっ たのは、私の方から依頼をしたのでした。在宅ホスピス で心理療法をやりたいので関わらせてほしいというよう に、こちらから押しかけていきました。亡くなりつつあ る患者さんをたくさん抱えている現場ですから、「是非来 てください」と言われるか、あるいは「必要だが、お金 は出ない」と言われるか、どちらかだろうと考えていた のですが、理事長に「要らない」と言われてしまいまし た。「精神科医とか臨床心理士は要らない」と言われたの です。あまりあっさり言われたので私も些か驚きました。 すると「生まれてくるのと同じように、人の死というの は自然現象だ。精神科医とか臨床心理士というのは異常 心理を扱うのが専門ではないか。人が死にゆく時に、異 常心理で扱おうとするのなら要らない」、ということでし た。「むしろ人が死んでいくというのは、その地域に合っ た文化であったり、あるいは宗教であったり、そういう ものの中で人は看取られてきた。そういうものに理解が なければ、いくら専門的な知識を持っていても、役に立 たない」というような話で、欧米には「チャプレン」と いう職種があるという話もその中で出てきました。「君の 場合は、そういう宗教とか宗教性とか、そういうものに ついてどう考えているか」という話になりました。私は 「宗教学を研究しており、宗教を心理学的に見ることをし ている、民俗文化にも関心がある」、と過去の参与観察の 話などをしました。すると理事長が、「まぁとりあえず、 来てみたら」ということで関わり始めた、というのがこ との始まりです。そうしたこともありまして、「臨床心理 士であるチャプレン」と名乗るようになりました。とは 言っても、職名は何度も変わりました。最初に看護師長 が付けてくれたのは「嘱託医療心理相談員」、その後「心 理専門員」や「訪問相談員」、「こころの相談員」など。 なかなか位置付けが難しくて、一時は名刺を3種類ぐら い作っていました。どういう切り口で患者と接していっ たらいいのだろう、というようなことをいつも考えてい ました。

「チャプレン」という職名も、私の場合は「患者の宗教性を尊重する」という立場です。いわゆるメンタル・ケアの部分とスピリチュアル・ケアという部分を統合しながら、できるだけ患者さんの「こころ」全体に関わりたい、というようなことからの「チャプレン」と位置づけており、キリスト教とか仏教とか、その宗教の立場で関わるということにはしておりません。

在宅ホスピスですが、病院との一番の違いというのは、 「治療の場」でなくて、「生活の場」だということです。 ご飯を食べたり、家族と暮らしたり、時には諍いをした りという「生きるということ全て」の場です。病院のように、治療に専念する場ではなく「生きている」場で緩和ケアを行うということです。「ホスピス・ケア」という言葉がソンダースらによって提唱されたのですが、ホスピス・ケアという言葉が段々使われなくなってきて、パリアティブ・ケアということが言われるようになったわけですが、在宅ホスピスの場合は特に、ホスピス・ケアという理念が大事だと私は思っています。

緩和ケアというのはご存知の方も多いと思いますが、WHOではこう言っています。「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者、その家族に対して」家族に対してもそうだということですね。「疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して的確な評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処することで、QOLを改善するアプローチ」だと。この中で、心理面とスピリチュアルな面というのが出てきますが、この両面が密接な関係にあり特に大事だと考えます。少なくとも、私はその両面に関わっていきたいと考えている訳です。

スピリチュアリティについても色んな考え方がありますが、私はこれも WHO の専門委員会の示している「スピリチュアリティ」を基本に考えています。大事なところは、スピリチュアルな因子は、身体的、心理的、社会的因子を包含している、というところです。痛みの相関について図解すると、こういうような形になるのではないかと考えています。



痛みの相関図 (竹之内2008, 大村2009)

身体の痛み、心理的な痛み、社会的な痛みはそれぞれ相互に関わりあっていると共に、それら全てに通底するものとして、スピリチュアルな痛みというのがあります。たとえば身体の痛み、がんの痛みがあるとします。この痛みにどういう意味を見出すのか、何かのご嫌ではないかと思われる方もいるし、何かの試煉でないかと思われる方もあります。この場合、身体な痛みが人生の意味を問うことになっているのです。まいるのは単にヘルパーを派遣すれば済むという問題でなくしているが原因となって介護力不足を来しているは単にヘルパーを派遣すれば済むという問題でなくしていまは家族間の葛藤が原因となって介護力不足を来していることもあります。そのように全ての痛みが相互に関連し合って、しかも、それぞれが深いところではスピリチュアルな痛み、生きることの意味を問う問題と繁

がってくるのです。こういうわけで、私の場合は、このスピリチュアルな痛みを、心理的な痛みを切り口として関わっていこうと考えております。

さて私は、日々死にゆく人と関わっています。長期療 養の患者さんや ALS とかの患者さんも含めて、死とい うことが常に頭から離れないもの、死と否応なく直面し ている患者さんと出会っています。そこで私は、死は誕生と同じく自然現象だという立場で関わっています。死 にゆくプロセスというのも、治療が必要な疾病と考える より、自然の経過として看ていこうということですが、 もろん治療とか医療を否定するわけではないのですが、 私の立場としています。多くの人は死を前にして心理的 に抑鬱状態になります、その鬱のケアということも大 に抑鬱状態になります、その鬱のケアということも大 ですが、こういう状態になった時の辛さというのも大 な事態ではない、むしろごく自然の流れとして意味ある ものとして看ていきたい、そういう立場に立っておりま す。

患者さんとは専門家として出会うのですから、クライ アントの状態(「患者」として看ていくのではなく、クラ イアント(依頼人)として看ていく)、心理的状態をアセ スメントします。どれぐらい辛い状態なのか、カウンセ リングが適切なのか、受容的な受け入れが必要なのか、 あるいは薬の力を借りた方がいいのか、誰かの助けが可 能なのか、などもろもろの状態をアセスメントして援助 方法を考えていくのが第一の段階です。そしてクライア ントの不安を受容します。こうした話は昨日も、今日も 発表の中で強調されていましたね。また認知の在り方、 考え方を変えていくことによって、新しい希望が見出せ るということもあります。ただし、これは本人の生きて きた歴史、人生観や身心の状況などにも影響され万能で はないと思っています。一つの辛さが別の辛さを呼んで いく、がんの痛みがこころの痛みとなり、こころの辛さ が家族にぶつけられていく、家族関係の軋みが社会的な 問題に繋がっていったり、それがまた身体の痛みとなっ て現れたりというふうにまた戻って増幅する。そうした ネガティブな循環というのがあるわけですが、それにも かかわらず、最期まで希望を持った生が送られるように サポートする。これは、言うは容易く、行うは難しです。

私自身はセラピストの立場として、クライアントが他ならぬ自分自身の死と直面すること、自分自身で自己を見つめていくための「鏡」となる、そういう存在でありたいと願っています。クライアントを変えていきたい。クライアントを変えていきでいる。これではなのです。クライアントを変えていきではなのです。クライアントがあくまで自分の人生、今まで送って今人生にから意味があったのかということを整理していくはありたいる時があったのかということを整理しています。この鏡は物理的な鏡でないます。この鏡は物理的な鏡でないます。この鏡は物理的な鏡でないます。この鏡は物理的な鏡でないます。この鏡は物理的な鏡でないます。たと考えています。この鏡は物理的な鏡でないます。たと考えています。この鏡は物理のではありたきたと考えています。このは、たと表子後2週間、あと1週間で亡くなったとなって、たとえ子後2週間、あと1週間で亡くなって、たとえ子後2週間、あと1週間で亡くなって、たとえ子後2週間、あと1週間で亡くなった。

てしまうという場合でも、大変短い期間で非常に深い成熟を見せる時があります。これはもう「成長」というよりも、「成熟」をしているんだなぁと感じます。患者さんがたとえ16歳の人であっても、30歳の方であっても本当に素晴らしい成熟を遂げていくというのを私も何度か経験いたしました。実際には、患者さんに、あるいはクライアントに希望を持ってもらうということは難しいということも少なくありません。しかし私はそういう場合でも、とにかく精一杯「無力感」を味わいながらも、逃げずに一所懸命共にいるということが大切であると考えています。死という現実を前にして何もできないもどかしさ、苛立ち、悲しさ… 私自身もスピリチュアル・ペインを感じているわけです。

「死の不安」ですが、自分がやがて死ぬ運命にあるこ とを知っているのは人間だけだと言われます。人間に1 番近い動物であるチンパンジーも、他者の死ということ は認識できても、自分自身がやがて同じように死ぬとい うことはどうやら認識していないようです。ですから、 「死の不安」というのは人間だけのもの、と言えると思い ます。ところが、この「死の不安」をサポートする、役 に立つか立たないかということもありますけれども、で きるだけ一所懸命支援していこうということはできても、 「死の不安」そのものを取り除くということは、私は不可 能であると思っています。「死の受容」は全く容易ではあ りません。キューブラー・ロスの5段階というものがあ りますが、看護師さんたちとお話をすると、よく「患者 さんが『死の受容』ができなくて辛そう」、「この患者さ ん、なかなか『死の受容』ができません」というような 話を聞くことがよくあります。患者さんが「死の受容」 ができなくて辛いというのは、実はケアをするナースと かドクターにとっても辛いことです。むしろ、ナースや ドクター自身が患者の死を受け止められないので、余計 に辛さというのを感じていることも多いのではないか。 患者が「辛そう」の中には、医療者自身の「辛さ」も投 影していると思います。「死の受容」ができるという人は、 そういう方もいらっしゃると思いますが、普通の人間に はできないものだと思っていた方がいいのではないでしょ うか。

さて、臨床的に私たちが今注目している現象で、〈お迎え〉という現象があります。在宅で看取りを行った事例で、悉皆調査を行いました。682人の死亡者の遺族のところにアンケートを送り、57.5%の回収率です。回答したのは、看取りを行った、主となる介護者です。その結果、「患者さんが、他人には見えない人の存在や風景について語った」というのが42.3%。この数字を見て、皆見れて語った」というのが42.3%。この数字を見て、皆見れているのですか。半数弱の人が「他人には見えない人の存在とか風景を見ている」というのです。私には驚きでした。「こんなに多くの人が、他者にはみえないものを見ているのか」と驚いたのです。簡易調査を数年前に行っているのですが、その時は7割ぐらいの人が見ていると出ています。予想を超えて多かったので、社会学の研究者を入れてきちんとした調査をしようと、2007年のデータを使ってやり直したものですが、それで

42.3%です。

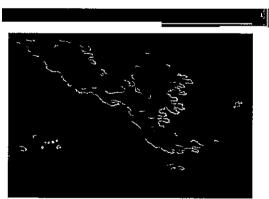
では、何が見えたのかというのですが、「すでに亡くなった家族や知り合い」というのが52.9%で1番多くなっています。「神」とか「仏」とかというのは、合わせても6%に満たないのです。

こうした死ぬ時に何かが見える、何かが来ているという場合に、神仏が見えるというような話は宗教や文学の話でよく出てくるわけですけれども、そうではなくて、親しい死者が見えている、というところがこの調査で明らかになってきました。

この時に患者さんはどういう状態だっただろうか、ということですが、ポジティブな回答、少なくとも「不安を感じていない」という人がやや多く見られます。「悲しそうだ」という回答もあり、両方とも同じぐらいといえば同じぐらいですけれども、それほど患者さん自身は驚いてはいません。

では、ここで〈お迎え〉体験って一体何だろうかという、一応定義をしてみようということで、定義をしてみました。「臨死期の人が、神仏やすでに亡くなっている人物など本人にしか見ることができないイメージを体験すること」で、「自他の死に結びつけて語られる」ということです。夢とか普通の幻視と区別されるのは、自分の死、あるいは自分の身近な人の死に結びつけて語られるかどうか、という違いです。そういうものをここでは〈お迎え〉体験というように呼んでみよう、としました。医学的には「せん妄」と診断され、鎮静(セデーション)の対象とされることもある。これはこの後お話しします。

〈お迎え〉は、古典的にはこういうようなイメージで 言われています。いわゆる「聖衆来迎」です。



国宝阿弥陀二十五菩薩来迎図(早来迎)鎌倉時代知恩院蔵



『往生術』フィレンツェ17世紀、アリエス (1990) より転載

この図は知恩院蔵の来迎図です。ちょっと図が見にく いですけれども、右下にお堂があります。室中に坐って いる人が見えますが、この人が死にゆく人です。死にゆ く人が、念仏を唱えているのです。左側から雲に乗って 降りてくる一番大きい仏が、阿弥陀如来です。そして、 左右に観音菩薩と勢至菩薩が控えていることになってい ると思います。あと楽隊ですね。オーケストラ付きで降 りてくるという訳です。これは、皆さんならひょっとす ると体験するかもしれませんが、日頃から神仏を大事に して極楽往生を願って念仏修行していた人が、こういう 素晴らしいお迎えが来るということになっています。私 は多分駄目だと思います。阿弥陀如来という仏は、どん な人でも救済して自分の国である極楽浄土へ連れて行っ てくれるということになっていて、善人でなくともオー ケストラ付きではないお迎えはある、と浄土教の中で説 かれています。でも現代においては、こういうお迎えを 見る人は、非常に少ないということが調査から明らかに なりました。

さて「せん妄」という話ですけれども、こういう風な 幻覚が見えたりする時は「せん妄」というように医療現 場では診断されることがあります。確かに見えないもの が見えたり、あるいは夜なかなか寝ずに、意味不明の言葉を言ったり、動き回ったりすると困った現象だと言われるわけです。とは言えこうした言動は、(これもいろいろなデータがあるのですが)亡くなる人の83%、85%という高率で見られるとされます。ほとんどの人が、こうした「症状」を見せながら死んでゆきます。多くの人が死にゆく過程の中で、「せん妄」症状を呈するということは、これも異常現象として見るのではなくて、死にゆく人の当然辿る自然の経過ではないだろうか、と私は思います。せん妄の診断をするには DSM-IV の診断基準がよく使われます。

ところで見えないものが見えたり、辻褄の合わないこ とを言ったりすると、不安を感じる時があります。特に ご家族は不安を感じます。「この人、おかしくなってしまっ た」、「あんなに明晰だった人が変なことを言う」。「死ん だ人が見える」って言ってみたり、「なんか車が来ている んだ」とか、「もうすぐ船に乗るぞ」って言ってみたりと か、いろいろな不思議なことを言われるので、これはお かしいと思います。家族だけではなく、看護師や医師な どの医療者も不安を感じることがあります。こういう時 には「少し眠りましょうか」というようなことで、鎮静 剤を処方することがあります。この鎮静ですけれども、 いくつかの鎮静段階があるのですが、中に「持続的で深 い鎮静」と言われるのもあります。これは意識レベルが 落ちたまま、結果的に死ぬまで目が覚めないという形に なってしまうことがあります。また鎮静に使われる薬剤 も、これもいろいろな研究がありますけど、呼吸抑制を 起こす可能性があるという指摘もあります。少なくとも、 この「鎮静をする」ということは、薬によって眠っても らうことですので、患者さんと周囲のコミュニケーショ ンができなくなってしまいます。患者さんがコミュニケー ション能力を保ちながら、できるだけ最期の瞬間まで家 族との関係の中で過ごしたい、過ごさせてあげたいという希望と異なり、倫理的な問題も生ずることになります。また「譫妄」という文字を見ていただいても分かりますが、「譫妄」の「譫」は「たわごと」という字です。「妄」も「妄りに(みだりに)」とかという言葉ですから、「譫」も「妄」もよくないイメージ、すなわち「せん妄」という症状の名は、ネガティヴな価値観が反映されたネーミングとなっています。

次に〈お迎え〉現象の具体例と私が関わったいくつかの例をさっと見ていこうと思います。まずお嫁さんが介護をしていたのですが、患者さんはお嫁さんを自分の亡くなったお姉さんと勘違いして「俺、そろそろ逝くから」と言っているというのです。これは70代の男性でした。

「じいちゃんとばぁちゃんがお父さんと一緒に来たの」と70代の女性が語りました。亡くなったご両親と亡くなった夫が、一緒に迎えにきたということです。

「『じいさんに会った。仏が見える』とか言っていました。お迎えが来ていたのですかね」と、これは娘が「お迎えだった」というように認めているという例です。じいさんというのももちろん亡くなっているわけです。

日中覚醒時、「あざらし」が見えて怯えた。この方の場合は、会話をしている、そういう意識状態です。実は、私と喋っていたのです。私とこうして喋っていたところ、この人がいきなり「あざらし」って叫ぶのです、私の顔見て。どうして私があざらしに見えるのだろうと思ったのです。私のこの辺に見えたっていうことなんですね。それが怖かった、という話です。意識がある状態でもヴィジョンが見える、というのはこうした意識の状態かも知れません。

〈お迎え〉現象に関わって、「〈お迎え〉が来ると安心して死ねる」という言説があるのですが、必ずしも安心できるケースばっかりではないということの1つの例でもあるのですね。これはなぜなのかということは、後でまた、もう少し見ていきたいと思います。

「夢の中で死んだ夫が来て、月見に誘った。怖かった」 死んだ夫が来て、月見に誘ってなぜ怖いのだろう、と思いますよね。これは、怖くて寝られなくなったので、臨床心理士に来てほしいという依頼があった事例です。私が「何で夫が怖いのですか?」と訊ねたところ、「夫は仕事人間で、月を見るような人ではない」ということでした。私はそれで、「だから誘われて怖かったのですね。ご主人は生きている間は仕事が忙しくて、月見などの余裕が無かったので誘えなかったのでしょうか」。「それで今A子さん(患者)が寝たきりになって無聊をかこっているのを知って、ご主人が『寂しがっているね。今夜はいい月が出ているよ。一緒に月を観よう』と誘われたのかもしれませんね」、という話をしました。するとこの方は安心して寝られるようになった、という事例です。

これはその「お迎え」が見えた訳ではないのですけれ ども、「お迎え」が来るぞ、という話を聞いた途端に、ほっ として亡くなられたというような例です。

これも、看護師が「お迎え」というのを聞いても驚か ないで接していれば、ごく自然な会話が可能であるとい う事例です。患者は「観音さんが来た」と言っているのですが、看護師は「どこに?」と訊ねます。すると患者は「目の前」と答えました。それで看護師が「亡くなった夫、いらっしゃいませんか?」って言うと、「青森に行ってる(発表者註:死者の霊場恐山か)」っていうように会話が自然に続いていきます。

読売新聞の調査(2008年5月30日朝刊)によると、宗教を信じている方というのは、実は今26.1%しかいないというんですね。でも、先ほど調査では「他者には見えない」ものを約半数の人が見ています。これはどうしてなのだろう。昨日も少し話題に上がっていましたが、盆や彼岸にお墓参りに行く人は8割弱いるわけです。仏壇や神棚に手を合わせる人は50%いるわけです。これは教団や教義など「宗教」は信じていないけれども、お墓とか仏壇を通して、親しい死者とコミュニケーションができる、交流ができると感じているというわけですよね。

〈お迎え〉現象の意味について考えてみたいと思いま す。死者などが見えるとなぜ良いかということですけれ ども、これは親しい死者が来たために安心できるという ことがあります。医療者からがんの「宣告」とかあるい は予後について言われても、なかなか受け容れられなく て悩むわけですけれども、親しい死者が見えると、ご本 人だけではなくてご家族も納得されるというところがあ ります。本人が「見た」のですから、自覚がないのに医 療者から無理矢理「宣告」されるのではなく、「それでは 仕方がない」として受け入れしやすいのでしょう。また 〈お迎え〉が来るということは、親しい死者がいる世界 が存在するということです。自分自身が消滅してしまう のではない。〈お迎え〉が来ているということは、あの 世から来ているのだから、自分が死んでもこの世とあの 世の間を行ったり来たりして遺される人を見守ることが できるだろう。そしてその世界には、自分が一番会いた い死者が案内してくれる。生と死が連続しており、人格 も維持できて、死の不安が解消できる、自分で実際に見 ていることから「腑に落ちる」ことでもあります。先ほ ど「死の受容は容易ではない」と言いましたが、「死の受 容」などしなくても、実はこの現象を体験することで、 今まで苦悩していた死の問題を解決・棚上げしてしまう ことができる。これは、信仰があればもちろん信仰の世 界で救われていくのでしょうが、この場合では信仰その ものの有無というのがそれほど問われない。信仰を持た ないと思っている人でも、〈お迎え〉現象を体験するこ とによって安心して死んでいけるということです。この 辺について深層心理学的に説明すると、配ったプリント にあるように意識と個人的無意識・集合的無意識、元型 などの概念で説明できるでしょう。

他者との関わりについても、こういうように説明できると思います。自分と他者は意識レベルでは別個の人格であるが、集合的無意識のレベルでは繋がっているということです。こうした〈お迎え〉現象は何も日本だけの現象ではなくて、中世のカトリックの考え方でも同じようです。これはフィレンツエの『往生術』にある図です。死にゆく人のベッドサイドに、空中には聖母マリアと幼

子イエズスが天使と一緒に顕現しています。枕元には悪 魔おり。ベッドの足元には死神が大鎌をもって死ぬ瞬間 を待っているというような絵です。

最後にもう少し言って終わりたいと思うのですけれど も、親しい人の「死のプロセス」に関わるということが 大変大事だと私は思っています。死の瞬間に立ち会うと いうことは大事ではない。大事な人を喪ったという経験 というのももちろん大事ですけれども、できれば大事な 人が生きているところから死んでいくところへのプロセ スそのものに関わっていく、その過程を共に過ごすとい うことが大事なのではないだろうか、と考えています。 誰もが逃れられない死は、決してきれい事ではありませ ん。本人にとってもそうですし、看取る人にとっても辛 く厳しいものとなります。にもかかわらず、その「絶望」 の中で自分自身と向き合う作業は、侵しがたい崇高な行 為であります。私は「看取り」は単なる看「病」ではな い、生を見、死を見つめ、最期までよりよく生きようと する人間としての最高の学びの場だと言うことができる と考えています。それには病院ではなく、在宅が良いと 私は思っていますが、在宅ではなくても、病院でもプロ セスに関わっていくということができれば、看取る人に とっても意味あることだと思っています。

「死」というものは大変大事なものだということを臨床心理学の世界でも言ってきました。特に分析心理学は「死の心理学」とも言われています。 C. G. ユングも、河合隼雄も死についてかなり深い洞察をされていました。しかし実際の臨床心理の現場では、生きることのサポートということがどうしても中心となってきたように思います。

死というもの、あるいは死から先のことについては、 宗教とか宗教性、スピリチュアリティ、宗教家からする と「宗教とは言えない」ような習俗、あるいは文化というものが、それぞれ非常に大きな役割を果たしているといえます。先ほど紹介した看取りにおける〈お迎え〉) 象についても言えるでしょう。看取りの中でそういうことは、人の死を考えるよいうことは、人の死を考えるということは、人の死を考える上でも十分な注意を払う必要があります。「合理」を否定けるのではありません。「非合理」なものも私たちが受け止めることができない「人が死ぬ」という現とても受け止めることができない「人が死ぬ」という現実を直視でき、自分や大切な他者に迫ってきた死とのことを通して自分自身の死生観=生き方を作っていくことになるのではないか。そう私は考えております。以上です。

「スピリチュアルケア」を考える

- 心理/精神療法との比較から、チャプレンとしての実践から ---

1. はじめに

只今ご紹介に預かりました、東札幌病院の小西でござ います。どうぞよろしくお願いいたします。今、大村先 生から非常に分かりやすいお話を頂きましたが、私の方 はどちらかというと、むしろ難しくて分かりにくい話に なってしまうかもしれません。どうかご容赦、ご辛抱い ただければと思います。初めに、私が現在勤めておりま す東札幌病院がどのような病院であるかにつきまして、 簡単にご紹介申し上げます。まず名前の通り、それは札 幌にある病院で、ホスピスケア・緩和ケアを得意とし、 26年ほどの歴史があります。その緩和ケア病棟はこれま で28床でしたが、この9月に新棟が完成して緩和ケア病 棟がもう一つ増え、病床数も全部で58床となりました。 これはおそらく現在のところ国内最大ではないかと思い ます。しかし緩和ケア病棟だけではなく一般病棟もあり、 化学療法や放射線療法を受けている患者さんもたくさん いらっしゃいます。その中で、私自身はスピリチュアル ケア専門職、チャプレンとして、最初は緩和ケア病棟を 中心に活動していましたが、しかし最近では、むしろ化 学療法を受けてらっしゃる患者さんのニードの方が高く なってきている、ということがございます。

今日はこちらにございますように、「『スピリチュアルケア』を考える一心理/精神療法との比較から、チャプレンとしての実践から一」というタイトルでお話しさせていただきたいと思います。私自身は臨床心理士でも、あるいは精神科医でもありませんので、心理/精神療法については全くの素人です。その詳しいところにつきましては、臨床心理士でもいられる大村先生、心療内科医でいられる村上先生からご教示頂ければ、と考えております。

「心理/精神療法」といいますのは、これは臨床心理の分野では心理療法、精神科医の領域では精神療法と呼ばれているもので、しかし元々は同じ Psychotherapy(サイコセラピー)という英語ですので、本発表のスライドでは「Psycho」の「P」と「Therapy」の「T」で「P/T」と省略させていただいております。スピリチュアルケアの方は、「スピリチュアル」の「S」と「ケア」の「C」で「S/C」と省略しています。

まず「チャプレン教育に見るスピリチュアルケア」です。昨日、伊藤先生や瀬良先生が、CPEについてお話し下さいましたが、その CPE の基盤思想から「スピリチュアルケアとは何か」を考えていこうというのが、この「1.1」です。次いで、心理/精神療法とスピリチュアルケアの関係、そして人間観・世界観の重要性ということについて述べてまいります。後半では、「チャプレンが

東北大学・医療法人社団爽秋会 小 西 達 也

現場で実際に果たしている機能」イコール「スピリチュアルケア」と考えた場合に、スピリチュアルケアはどのように定義できるかについて探ります。そうした内容の後、最後にまとめとなっております。

今回の概念構築ワークショップのテーマは「心理臨床とスピリチュアルケア」となっておりますが、私はその狙いの1つが、心理/精神療法との関係において「スピリチュアルケアとは何か」を考えていくことにあると解釈致しました。したがいまして本発表の中では、心理臨床とスピリチュアルケアの間に深い関連性やオーバーラップ、あるいは相補関係があることは前提の上で、しかしあえて両者の違いを際立たせるとしたらどうなるか、ということについて考えてみたい、そのように考えております。

私自身のバックグラウンドについてですが、先ほど村 上先生からご紹介いただきましたが、アメリカ・カリフォ ルニア州の病院では、実は私は禅仏教のチャプレンとし て働いておりました。私自身は元々、キリスト教のカト リック教会などに通っていたのですが、途中から仏教の 禅、そしてその哲学である西田哲学等に関心を持つよう になった、という経緯がございます。その意味では、キ リスト教と仏教の両方の背景を持っており、またその両 者に対して同時に親近感を抱いております。そうしたこ とからアメリカの大学院では、キリスト教と仏教の対話 について、そして更には宗教と科学の対話についても追 究させていただきました。そして現在、東札幌病院のチャ プレンとして、できるだけ宗教用語を使わずに、宗教に 関心のない方々をも含め、様々な宗教的立場の方々にも 提供可能なスピリチュアルケアの可能性を追究し、実践 させていただいております。本日は、そのような立場か らお話しさせていただきます。

2. CPE の歴史

それでは「心理/精神療法とスピリチュアルケア―それは人間観・世界観模索の歴史である―」から、お話させていただきます。まず CPE について。これについて話すということであれば、本当は窪寺先生の方が適任でいらっしゃるかもしれませんが、今日は私の限られた知識に基づいてお話しさせていただきます。まず「CPE とは?」についてですが、昨日もお話がございましたが、このCPE とは Clinical Pastoral Education の略で、臨床牧会教育と訳されたりしています。約80年の歴史を持ち、アメリカだけでなく世界でも広く知られたチャプレン教育法です。アメリカ国内では政府、すなわち教育省にも認知されています。アメリカのみならず、世界中から研

修生が参加し、しかもあらゆる宗教的背景の研修生に対応可能な内容となっています。研修修了者数は1967年以降だけでも65万人に上り、各国のチャプレン教育やスピリチュアルケアの在り方に大きな影響力を持っています。昨日、伊藤先生がアジアの状況についておっしゃいますしたけれども、フィリピンとか台湾とか、そういった国々のチャプレン教育のカリキュラムは、基本的にこの CPEをベースとして組まれていると言われておりますことに、その国で提供されるスピリチュアルケアと、そのカリキュラムの基盤思想の影響を受けていることになりますので、それがその国のスピリチュアルケアそのものの基盤にもなっているということになります。ヨーロッパですと、例えばオランダ等が CPE をベースとしたプログラムを提供していると言われています。

ごく簡単にこの CPE の歴史について申し上げると、1925年に Anton Boisen という方や、他に何人かプロテスタント系の神学教育に携わる方たちが、実社会のニーズに対応した神学生教育の実践を目的として開始したのが始まりと言われています。そこでの手法は、いわば病院の臨床現場でのケアの実践と、その振り返りを中心としたプログラム。昨日、柏木先生がおっしゃっていられましたが、いわゆる Clinical Method of Learning と呼ばれる教育法に基づいています。

それからアメリカの病院チャプレンの数も、この CPE プログラムの卒業者数と共に増加してきたということが あります。CPE は最初プロテスタント系の人達によって 始められましたが、その発展の過程では、実に様々な哲 学や神学の知恵を積極的に取り入れてきました。例えば プロテスタント系の神学者ですと、Paul Tillich (パウ ル・ティリッヒ)。この方は、後ほど言及します Carl Rogers(カール・ロジャース)という方が一時在学して いた、ユニオン神学院の先生をされていた方で、その後 ハーバード大学の神学大学院に移られた方です。それ以 外には、例えば Martin Buber (マルティン・ブーバー)。 彼は「我と汝」という非常に有名な本を書いてらっしゃ る方ですが、CPE はこの方の影響も受けていると言われ ています。それ以外には Whitehead (ホワイトヘッド)。 私自身も、このホワイトヘッドの哲学について、その研 究のメッカであるカリフォルニア州クレアモントで学ば せていただいていたことがございます。彼の思想の面白 いところは、キリスト教的な世界観と仏教的な世界観の 両者を統合したような性格を持っている点です。その意 味で彼の思想をベースとして、キリスト教と仏教の対話 が行われたりしています。また彼は元々イギリスの数学 者で、後にハーバードから招かれて、そこで今度は哲学 教授として活躍された方で、科学的世界観と宗教的世界 観の両者の統合を目指していた面がありますので、その 意味でも彼の哲学は非常に興味深いものになっています。 ただ、彼の主著である「過程と実在」("Process and Reality") という本は、独自の用語が数多く使われてお り、非常に難解です。ただ、彼の言わんとしていること を一旦、直観的に把握できさえすれば、意外に理解でき

るという面もあります。

3. CPE に対する人間性心理学の影響

また CPE は、宗教とか哲学以外にも、例えば、医学や 様々な心理学、心理/精神療法とも積極的に対話する中 で発展してきました。中でも CPE が多くを学んだとされ るのは、いわゆる「自己実現」をキーワードとする人間 性心理学(Humanistic Psychology)です。その代表的 な提唱者は、有名な Abraham Maslow(アブラハム・ マズロー)という人で、今申し上げた「自己実現」を頂 点とする欲求の階層説で有名です。欲求階層説というの は、いわば人間の欲求には5段階の階層あって、下の階 層の欲求が十分に満たされないと、その上の階層の欲求 を求めるようにならない、と言うものです。あとはカウ ンセリングの分野で非常に有名な、いわゆる「クライア ント中心療法」の提唱者である Carl Rogers (カール・ ロジャース)です。CPEは、こうした方々の影響も受け ている。先ほども申し上げましたが、人間性心理学の主 概念は「自己実現」 一英語では Self-actualization とか Self-realization と言いますが一にあり、それはキルケゴー ルが『死に至る病』という本の中で述べている「真にあ りのままの自己になること」という考え方に基づいてい ると言われています。したがいまして人間性心理学は、 いわば「真の自己を実現した状態が人間として完全な在 り方である」という人間観に基づいているものである、 と言うことができるかと思います。

では CPE が考えるスピリチュアルケアが、なぜこの人 間性心理学から影響を受けたのか、ということについて 少し考えてみたいと思います。元々チャプレンは宗教者 ですから、いわゆる宗教的ケアの提供を仕事とする人達 である、ということが言えるかと思います。そして宗教 的ケアの目的は、一般にそのケア対象者の「救済」にあ ると考えられます。しかしその「救済」というのは、例 えばキリスト教が主張するところの「原罪からの救済」 ということを例にとって考えてみますと、患者さんがそ の原罪の存在を認めることなしには成立しないというこ とがあります。例えばチャプレンが「あなたを原罪から 救済します」と言ったとしても、肝心な相手の方が「そ んな原罪なんていうものはそもそも存在しませんよ」と 言ったら、もうそれでその救済としてのケアは成立しな くなってしまう、ということがあるわけです。もしそれ にも関わらず「いや、あなたは自覚していないかもしれ ないけど、原罪というのはあるんです!」などと無理矢 理やろうとしたら、確かにケア提供者の世界観からすれ ばそれが事実なわけですけれども、ケア対象者からした ら、それはいわば「押しつけ」になってしまいます。

病院というのは、いわゆる教会と違って、特定宗教の信者が集まる場ではないので、ケア提供者とケア対象者の宗教的世界観が異なるのが一般的です。その意味で、病院では宗教的ケア、いわばケア提供者の世界観に基づいたケアではなくて、スピリチュアルケア、すなわちケア対象者の世界観に基づいたケアが必要であると考えられます。これは昨年、聖トマス大学の谷山先生がこの学

会で発表なさった内容です。その意味で、病院ではスピリチュアルケアが求められる。そしてこのスピリチュアルケアと、人間性心理学の「自己実現」という概念は、実は非常に親和性がある。もしケア対象者の自己実現、つまりそのケア対象者自身の世界観に基づいた、その方自身の自己実現を目指すのであれば、そこにケア提供者の押しつけは発生しないわけです。その意味で「自己実現」のサポートというのは、ケア対象者の世界観に基づいたケア、すなわちスピリチュアルケアとしての条件を満たすものになってきます。CPEやパストラルケアの歴史等を研究している Holifield という人は、2005年に書いた本の中で、CPEが考えるケアの目的が、その発展の歴史の中で、いわば従来の宗教的ケアの目的である「救済」から「自己実現」へシフトしてきている、と言っています。

4. 心理/精神療法と宗教

次に、今度は「心理/精神療法とは何か」についてで すけれども、これも私自身が語るのは、本当はふさわし くないのですけれども、アメリカの精神医学会は「主と して患者との言語的・非言語的コミュニケーションを通 じた精神的・情緒的な障害の治療」と定義しています。 また、先ほど大村先生のお話にもありましたけれども、 そのアメリカ精神医学会が出している DSM-IV という、 いわゆる「精神疾患の分類と診断の手引き」という本に は、様々な疾患についての診断基準などが書かれていま す。このことに象徴されるように、Psychotherapy、心 理/精神療法には、そうしたいわば「異常/正常」の診 断基準というものが存在して、治療を通じていわば「異 常」と呼ばれる状態から「正常」と呼ばれる状態に持っ ていくことを目標としている、そのことに一つの大きな 特徴があると言えるのではないかと思います。もちろん それだけに尽きるものではありませんけれども、一般的 にはそうした傾向があるのではないか。しかもそこでは、 科学性や客観性が重視されている面があります。

では精神分析の父であるフロイトは、宗教についてどのような考え方を持っていたのでしょうか。彼にとっての宗教的人間観というのは、いわゆるユダヤ教とかキリスト教の人間観を意味しますが、彼は実は、そうしたものの否定を試みる中から、そのアンチテーゼとして精神分析を構築していった、という面があります。例えば彼は「神は存在しない」とか「神は幻想である」とか「たことを言っています。そして彼の考え方には、いわば人々の神経症的な態度のなせるわざである」といったことを言っています。そので彼の考え方には、いわば人きする傾向が見られます。その背景には、彼が生きた時代、彼は1856年から1939年まで存命された方ですれども、そうしたいわば20世紀前半の思想的特徴、すなわち科学万能主義信仰の影響も強くあったのではないかと思われます。

人間性心理学は、そうした精神分析、あるいは行動主 義などもそこに含まれると言えるかもしれませんが、そ ういったものに対する批判が元となって誕生したと言わ れています。人間性心理学の人達は、フロイトを「人間の病的・異常な側面ばかりに注目している」と批判していました。そして彼らは一般的な Psychotherapy が軽視する主観性や価値、創造性といったものを逆に重視し、更には Maslow の場合、「至高体験(Peak Experience)」といったような、いわば伝統的に宗教が扱ってきたような「超越の次元」までその視野に入れています。

実は人間性心理学者の一人である Rogers も、宗教と 様々な接点を持っていました。彼は、先ほど申し上げま したけれども、最初ニューヨークの Union Theological Seminary という神学大学院で牧師を志していて、途中 で心理学に転向した方です。Rogers は、シカゴ大学の 非神学系の学部に5年ほど勤めていたことがありました が、その間、神学部の学生とも交流していて、その中で は、例えば神学部の学生から Buber やキルケゴールの著 作を読むよう強く勧められ、それがきっかけで Rogers がそうした人たちの著作を読むようになった、というよ うなこともあったようです。そのお陰で Rogers は後年、 Buber と対談することになります。その時の対談内容は 日本語でも翻訳が出ていて、『ブーバー―ロジャース対話』 という表題で出版されています。また Rogers の研究者 には、その思想に禅仏教との親近性を指摘する人もいま す。それから Maslow ですが、彼の場合、その活動初期 から道教、いわゆるタオイズムへの関心が見られます。 その著作の中には、例えば「タオ流の無為」であるとか 「タオ流の傾聴」といった表現が見られます。また彼は、 自らの「至高体験」や「自己実現」といった概念と、仏 教の「悟り」「涅槃」といった概念との類似性についても 研究していました。更にその晩年の著作では、自己実現 を超えた、超越的・超個人的欲求についても言及してい ます。また、これは人間性心理学の人ではありませんが、 これまで日本の心理臨床に大きな影響を与えてきた Carl Jung(カール・ユング)の場合も、宗教との関わりが深 く、そのお父様、おじい様は共に牧師でした。しかし形 式的な信仰に対する疑問から、神学ではなく、医学や心 理学の方に関心を持つようになったと言われています。 しかし彼は後年、仏教等の東洋的宗教からも強い影響を 受けるようになり、禅仏教者として世界的に著名であっ た鈴木大拙とも親交を深めています。

5. 療法やケアの基盤となる人間観・世界観の重要性

このように見てまいりますと、心理/精神療法はもともと宗教とかなり深い関係にあるものであることがわかります。また同時に、心理/精神療法もスピリチュアルケアもそれぞれ、ある特定の人間観・世界観に基づいていることがおわかりになるかと思います。例えば、フロイトの精神分析や様々な心理/精神療法、カウンセリングにしても、さらにはMaslowやRogersの人間性心理療法にしても、要は各々の人間観に基づいてそれらは展開されているわけです。その人間観の違いが、それら様々な療法やケアの手法の違いとして表現されている。あるいは、そうした何らかの確立された心理/精神療法でなくとも、例えば看護師さんが患者さんに対して何らかの

心のケアを提供する場合であっても、そこではそれを提供する看護師さん自身の人間観に基づいてケアが提供されているわけであり、その人間観が目指すところがそのケアの目標になっているということがあるわけです。つまり、「人間というのはどういう存在であるか」「生きるとはどういうことか」、そういう人間についてのある特定の見方があるからこそ「こういうケアを提供しよう」という話になってくるわけです。したがってケアでは、それが基づくところの人間観とか世界観といったものが、非常に重要になってくることがおわかりになるかと思います。

またスピリチュアルケアに、いわゆる宗教が扱っているような「超越の次元」を含めるべきかどうかという議論も、要はそのケアが基づくところの人間観、世界観次第、ということになってきます。「超越の次元」、伝統的には「神」とか「仏」とかという言葉で表現されてきたものは、本当に存在するのか。それらをスピリチュアルケアの基盤となる世界観の不可欠な要素と見なすべきか。しかしそこでは、そうした「神」「仏」の定義を明確化していくこと、そして伝統的に宗教がそうした言葉で表現しようとしてきたことを、より現代的な言葉で表現しようとする工夫も、同時に必要になってくるような気がしています。

科学主義的な世界観では、いわゆる「超越の次元」と いうのは全て科学的な世界観に還元可能なものである、 例えば宗教体験というのも、要は脳内の化学プロセスが 引き起こす幻想に過ぎないのであって、それが実在する わけではないのだ、などと考えます。例えば、先ほどの 大村先生のお話の「お迎え」現象の場合ですと、それも 脳内のある特定物質の分泌量が多くなったから、そうい う現象が実在するかのように感じたり、「お花畑」を見た りするに過ぎない、ということになるわけです。仮に、 それが現実についてのある種の真理を語っていたとして、 今度は、果たして現実がそうした見方に尽きるものであ るのか、ということがあります。そうした見方に現実の 全てが還元し尽くされてしまうものなのか。本当に「超 越の次元」を私たちの世界観から完全に締め出してしまっ てよいのか。逆に、私たちの科学的世界観は、それほど までに完全なものと言い切れるのだろうか。そのことを 問い直していく必要はないのか。科学的世界観と、宗教 的あるいはスピリチュルな世界観は互いにどのような関 係にあるのか。そういったことを考えていくことが、私 はとても大切なのではないかと考えています。

医療系では、超越の次元の実在を前提とせずに、人間存在の根源的な次元という意味で「スピリチュアル」や「スピリチュアリティ」といった言葉が使われたりすることが多いかと思います。すなわち「生きる意味」であるとか「存在の価値」といった事柄の次元を指すのが「スピリチュアル」である、というわけです。確かにこのように「スピリチュアル」や「スピリチュアリティ」を定義することで、超越の次元を認めない人にも通用するような「スピリチュアル」の定義が可能になるかと思います。そしてそれは医療現場では非常に望まれていること

ではないかと思います。しかし「誰もが認め得る人間観」に基づいたケアを提供するのが本当に良いのかということについても、私達は考えてみる必要があると思います。つまりこのように定義することによって、逆にそうした「超越の次元」やスピリチュアリティの次元が知らず知らずのうちになおざりにされ、元々なかったものであるかのように忘れ去られてしまう危険性もあるのではないか。それは私たちが、スピリチュアリティ、生きることの本質が科学的な世界観で捉え切れるものであるという考え方を、無批判的に受け容れることにはなりはしないのか。この辺についても、私達はいろいろと注意深く議論しなければならないのではないかと思っています。

それから、昨日からこの会でも何度も出てきている言 葉に「スピリチュアル・ペイン」という表現があります。 これはみなさんご存知のシシリー・ソンダース氏が、人 間が抱える様々なペインの総体としての、いわゆるトー タル・ペインの1つとして提唱されたものです。一般的 に医療現場で用いられる「ペイン」という言葉には、や はり多かれ少なかれ「取り除くべきもの」というニュア ンスが含まれているように思います。確かに身体的なペ イン、痛みについては、多くの人が取り除いて欲しいと 思うのではないかと思います。しかし、では果たしてス ピリチュアルな次元のペイン、苦悩までも、単純に取り 除くべきものなのか、ということについては、実は大い に議論の余地があるのではないか、という気がしていま す。確かにスピリチュアル・ペインと呼ばれるような苦 悩があった場合、その状態が継続することは、患者さん ご本人も医療者も基本的に望まないかと思います。そし て患者さんが苦しんでいるのを見て医療者が「何とかし てあげたい」考えるのは自然なことであり、むしろ愛情、 コンパッションからくる貴重な心のはたらきであると考 えられるわけでありますけれども、同時に場合によって は、医療者側が自分の思いや、その価値観や人間観に基 づいて「見るに忍びないから何とかしてあげたい」「苦し みや痛みを取ってあげたい」と考えてしまっている場合 もあるのではないか。現場を見ていると、そのように感 じる時もあります。スピリチュアル・ペインと呼ばれる 状態があった場合、私達はそれを取り除くことを目標と してよいのか。この問題を深堀りしていこうとすると、 そこでもまた、私たちの人間観の問題が立ち現れてくる のではないか。人間をどのように捉えるかによって、そ れ次第でその辺りの結論も全く変わってくるのではない か。

この私たちの人間観や世界観の問題というのは、実は 単なる認識の問題ではなく、例えば私たちがどのように 行為すべきかということにも関わってくるものである、 とも言われています。少々哲学的になってしまいますけ れども、例えば2004年に亡くなられた京都大学の藤沢令 夫先生という哲学者は、「事実を知るということは、たと えどれほど潜在的で希薄なかたちにおいてにせよ、最基 底においてはそのまま同時に価値判断なのであり、ある いは、それに対していかに対応・対処・行動すべきかを 知ることにほかならない」とおっしゃっています。例え

ば科学的世界観というのは、一般的には価値的な要素が 一切含まれていない客観的なもののように思われている けど、実はそれとても価値フリーなものではない、とい うことを彼は主張しています。科学的な世界観の一例と しての物理的世界観ですが、その元となっている人間の 知覚機構は、触覚的抵抗体としての固体の存在を想定し て、それに基づいて空間的な世界観を構築している。手 を動かして、何かにぶつかると、そこに何らかの物体が あると考える。そのようにして世界観を構築している。 そして彼は、そのようにして構築された世界観には価値 的なものが一切含まれていない、それはあくまでも客観 的な事実であると一般的には思われているけれども、実 はそれとていわば生物としての生を維持する上で都合の 良い側面だけを取り出した世界観、人間観に過ぎず、し たがってそうした世界観に基づいた社会は、そうした生 物としての生存に関わること以外の人間の現実を軽視し がちになっていく傾向があることを主張しています。も しこの考え方が正しいとするならば、科学的な世界観が 非常に支配的な世紀であった20世紀を生きてきた私たち は、これまで知らず知らずのうちに、科学的世界観が含 んでいるところのこうした価値観の影響を強く受けてき たことになります。

それから石井誠士先生という、この方は京都大学から 兵庫県立看護大学に移られて、2006年に亡くなられた哲 学者ですが、この方も「現代の物量文明を追求する意志 や科学的知性は、全てを生に対する『有用性』とそのた めの因果的連関との視点のみから捉えるものである」と いうことを主張しています。そしてそのことによって 「運命を不断に突破し、担いゆく生命の事実が失われる」 と述べています。この「不断に突破する生命」という辺 りは、「制約がある中でそれを超えるもの」という、昨日 の伊藤先生のスピリチュアリティに関する定義とも、繋 がる面があるのではないかと思います。石井先生は更に その著書の中で、ヴィクトール・フランクルの次のよう な言葉を引用しています。それはすなわち、「現実がシン プルなモデルに還元されてしまっている。そこでは、現 実が縮小され、生理学的であれ、心理学的であれ、社会 学的であれ、事実の単なる効果に、産物に、結果になっ てしまう。人間の現実を何らかの必然性に、『結果』に還 元して、そこから人間を構築するところに、現代のニヒ リズムの本質がある」というものです。つまり、例えば 今の社会では「生きていてもしょうがない」とか「生き る意味が見出せない」と言う若い人たちが増えていると も言われますけれども、もしこの考え方に基づくならば、 そうした現象の一つの原因として、科学的世界観が人間 の主体的生の次元にまでも適用されたことがあるのでは ないか、ということになるかと思います。

以上、ケアにおける人間観や世界観の重要性ということについて申し上げてまいりました。スピリチュアルケアの人間観をどう表現するか。これは非常に大きな問題ですので、難しいわけですけれども、そうしたことについても検討していき、そこから、すなわち人間観や世界観を明確化したところから、スピリチュアルケアを定義

していくことが重要ではないかと思っています。

6. チャプレンの機能からスピリチュアルケアを考える

私の話の後半は「現場のチャプレンの機能からスピリチュアルケアを考える」ということで、前半とは話がだいぶ飛躍しますけれども、今度はそちらについてお話ししたいと思います。先ほども申し上げましたけれども、この後半の狙いは、仮に「チャプレンが現場で実際に果たしている機能」イコール「スピリチュアルケア」と考えて、そこから見た場合にスピリチュアルケアの定義がどうなるのかを見てみようという試みです。

私自身が日々チャプレンとして実践している役割、いわゆる Scope of Mission の中身は、大きく 4 つのカテゴリーに分類できるのではないかと考えています。もちろん、それだけに尽きないものもあります。まず 1 つ目が「気づきのサポート」、2 つ目が「はたらきのサポート」、3 つ目が「"Spiritual Journey" のサポート」 一英語のままで申し訳ないのですが一、そして 4 つ目が「場の生命(いのち)」のサポートです。

a) 気づきのサポート

まず「気づきのサポート」ですけれども、これは「よ り深い自己への気づきのサポート」ということで、実は 昨年の臨床死生学会で谷山先生や伊藤先生とご一緒に発 表させていただいたものです。それはすなわち、スピリ チュアルケアの本質的なこととして、自分自身の深い次 元、アイデンティティ、自己の根拠といった、いわば 「より深い自己」への「気づき」をサポートするというこ とがあるのではないか、というものです。ちなみに、こ の「より深い自己」と、いわゆる宗教における「超越の 次元」の事柄との対応関係を考えてみますと、「深い自己」 は仏教で言うところの「仏性」あるいは「真の自己」と いうこととも関連があるように思いますし、キリスト教 の「聖霊」や "Spirit" というものとも深い関連が出て くるように思います。そうした"Spirit"、あるいは「深 い自己」というものに目覚めるという、それをサポート することが、スピリチュアルケアの本質の一つとしてあ るのではないかと思います。私自身の経験では、スピリ チュアルケア、特に病院におけるスピリチュアルケアで は、患者さんにご自分の人生や、あるいは病気が発見さ れてから現在に至るまでの波乱万丈のプロセスについて、 ご自身の言葉で語って頂くことが多いかと思います。そ うした語りは、医療人類学の父として有名な Arthur Kleinman という先生の言葉を借りるならば、"Illness Narratives"、すなわち「病の語り」と表現できるかと思 います。そうした一種の振り返りのプロセスを通じて、 患者さんのお気持ちや考えが整理されていくと同時に、 そこから様々な形での「気づき」が生まれてくる。そし てそうした「気づき」が、いわばスピリチュアルケアの 重要なポイントとなってきます。例えば、こちらのスラ イドにその概要を示させて頂いております患者さん、こ の方はある大企業の地方支社長をなさっていた70代の男 性の方で、その亡くなる1ヶ月前くらいから関わらせて いただきました。こういうことをおっしゃる患者さんは必ずしも多くはないわけですけれども、その方がおっしゃるには「残された時間が限られている今、これまで深めてきた宗教観や自分自身なりの人生観、哲学を、納得いくところまで突き詰めたい。チャプレン自身の宗教観も知りたい」ということでした。要はそうした事柄についての話し相手になってほしいとのことでした。そしてそうした内容についての会話を、その亡くなる数日前まで、次第に倦怠感が強まってきて、もう話す気力もないそう状態に徐々になっていかれたのですけれども、そのうだきまで、そうした会話を続けることを希望され、実際に行っていった。その中でご自身のこと、そしてご自身が生きた時代や社会について、様々な気づきを得ていかれたということがありました。

b)「はたらき」のサポート

2番目は「はたらきのサポート」です。私は"Spirit"、 あるいは "Spirituality" を、「その人の内面に働く根源 的生命力」と定義しているのですけれど、先ほどの「気 づき」なるものから、そうしたいわば "Spirit" の「は たらき」ともいうべきものの発露があるように感じてい ます。すなわち「はたらき」というのは、人が真にやり たいことに打ち込んでいる時であるとか、芸術活動に専 心している時、あるいはその人が困難と全身で向き合っ て、全力でそれを乗り越えようとしている時などに現れ るような、そういうものではないかと考えています。そ して先ほど同様、これに相当する宗教的な表現を探して みますと、例えば仏教には「弥陀のはたらき」であると か、「真の自己のはたらき」といった表現がございますし、 キリスト教にも「聖霊のはたらき」とか、パウロの「我 が内に生けるキリスト」といったものがあり、それらは そうしたはたらきを表現したものなのではないかと考え ています。そうした「はたらき」について、上智大学の 門脇佳吉先生は、「活動」の「活」という字を用いて「活 き(はたらき)」と表現していらっしゃいます。あるいは プロテスタント神学者である八木誠一先生は、ひらがな で「はたらき」と表現していらっしゃる。私自身は、こ うした先生方からヒントをいただいてこのように表現さ せていただいているわけですけれども、こうした「はた らき」のサポートということも、スピリチュアルケアの 非常に本質的な事柄になってくるのではないか、そのよ うに考えております。

ではこのはたらきは、どのようにしてサポートしていくことができるのか。私は経験的に、例えば患者さんに好きなことについて自由に語っていただき、それに対して即興的に、しかも適切にレスポンスしていく中で、その患者さんの「はたらき」が活発化していく、あるいは、その患者さんをあるがままに受容することによって、その患者さんの「はたらき」が活発化していく、ということがあるのではないかと考えています。その一例がこちらです。この患者さんは、まだ40代の乳がんの患者さんでしたけれども、もう亡くなられてしまいましたが、その亡くなる2ヶ月くらい前に、受け持ちの看護師さんか

ら紹介されて関わり始めました。その時は、要は脳にも 転移していることがわかって、しかも治療が既に難しく、 予後もかなり限られているというような状態で、そのこ とを医師から告げられて一種のパニック状態になってお られた。そこでは医療者の誰もが、そうしたパニック状 態の一番の原因が、その予後の告知にあったと考えたわ けですが、しかし実際に私がお話を伺っていくと、もち ろん予後告知がその大きなきっかけになったことは間違 いありませんが、実はそれ以上に、長年、家庭に様々な 社会的に問題のある事情を抱えてこられたことがあり、 それがその苦しみの最も大きな原因としてあった。それ まで長年の間、ずっと「自分は社会から受け容れられて いない」という思いに縛られ、苦しみ、悩み、つらい思 いをしてこられていた。この患者さんに対して、私は Non-judgmental Presence を提供させていただきました。 Non-judgmental Presence というのは、英語で少々わか りにくいですが、要は価値判断を加えずにあるがままを 見守るということ、その患者さんの存在をあるがままに 受容するということ。"Non-judgment"というのは「価 値判断を加えない」ということで、例えば社会的に悪い とされるようなことをした人に対して「この人は悪い人 だ」というレッテルを貼って見る見方というのが、いわ ゆる Judgmental な見方ということになるわけですけれ ども、そうではなく、「あるがままに見る」ことが Nonjudgmental ということです。 人はそうした Nonjudgmental な存在を提供され、自らの存在をあるがま まに受容してもらえると、自らを縛っていた信念や思い 込みを自ら手放し、それらから自由になっていく、自分 らしくなっていくことができるという性質があります。 この患者さんのお話を伺っていく中で、そうしたいわば Non-judgmental Presence を提供することによって、そ の患者さんが次第に冷静さと笑顔を取り戻され、それだ けでなくそうした困難な現実に対しても向き合っていこ うとする意欲を取り戻していかれました。これなどはあ る意味で、患者さん自身がご自分の中の「はたらき」を 取り戻していくプロセスであり、そこでの私の役割は、 そうした「はたらき」のサポートにあったと言うことが できるのではないかと思っております。

少し余談になってしまうかもしれませんが、先日、先ほども言及した Martin Buber の著作を読んでいたら、私がふだん患者さんの「はたらき」をサポートしている中で、しばしば実感していることを代弁してくれているような文章を見つけましたので、それをここで紹介すること、全体として、しかもその瞬間に一切の短絡的うまで、全体として、しかもその瞬間に一切の短絡的うまなどは私が言うところの「あるがまに見る」ことに相当するものではないかと思います。また彼の表現には「存在の強烈な心的活動、心の活動また彼の表現には「存在の強烈な心的活動、心の活現また彼の表現には「存在の強烈な心的活動、心の活現まとしているものもありますが、これなども「あるがままに見る」ことを実践している時の、私自身の状態を

描写したものであるように感じます。そして更には「そ の正しきものが、まさにここで生成しようとするのに即 して開発し、それが自ら展開していくのを援助すること」 という表現は、いわば患者さんの中から生まれてくる 「はたらき」を捉え、その表出の援助について述べている 文章であると感じるわけです。彼はまた、「人間形成の営 みというのは、この根源的現実性への、『私』の根源への、 そしてその形成力への、今は見失われたり狭められたり している通路を、もう一度新たに十分に開こうとする営 みである」とも述べています。ここで言うところの「形 成力」、そして Buber がその他の箇所で用いている「真 理」「永遠の汝の息吹き」「力としての現存」「大いなる意 志」「有限な人間を超えた力動的な創造の根源力」といっ た言葉で表現しようとしているのは、いわゆる「はたら き」や Spirituality のことではないか、そのように考え ております。また Buber は、ケア対象者の発言に対して、 ケア提供者がどのような言葉で反応すべきかについて、 「その時々に言わなければならないことというのは、すで に私の中で、まさに語られようと望むような性格となっ ている」と言っていますが、これなども、例えばスピリ チュアルケアそのもの、あるいはアメリカや日本の CPE をある程度経験されたことのある方であれば、しばしば 体験しているところではないかと思います。

c) Spiritual Journey のサポート

3番目は「Spiritual Journey のサポート」です。一 般的に多くの Psychotherapy、心理/精神療法や宗教に は、人間が「より完全な在り方」の実現を目指すべきで あるとする考え方が、その基盤にあるように思います。 例えば心理/精神療法や一般的なカウンセリングの場合 ですと、「正常な」「健康な」「成熟した」であるとか、あ るいは「社会に適応した」在り方の実現が目指されてい る面があるかと思います。またキリスト教の中でも、例 えばマタイによる福音書の中に「あなたがたの天の父が 完全であられるように、あなたがたも完全な者となりな さい」と言う言葉もございますし、仏教でも「仏性」と か「真の自己」への「目覚め」「悟り」が目指されている 面があるかと思います。こうしたいわば、ある種の完全 な状態の実現を目指そうとする傾向は、多くの宗教に見 られるものであるかと思います。その辺りについて、い わゆるトランスパーソナル心理学の主唱者の一人である Ken Wilber は、"Wilber Correlates"、すなわち「ウィ ルバー相関」と呼ばれる、発達心理学的な対照表として 表現しています。これはどういうものであるかというと、 縦方向がいわば意識の進化の段階で、一番上が意識の浅 いレベルで、そして下に進むにつれて深いレベルとなっ ていきます。そして一番深いところは、彼が言うところ の "Non-dual" という段階、これはいわゆる禅で言うと ころの悟りに相当するものですが、そういう段階がある としています。彼は世界中の宗教や心理学など、様々な ものを極めて広範囲かつ徹底的に調べ、各々が言ってい ることが互いにどのような対応関係にあるかについて、 このように表としてまとめているわけです。この中身が 果たしてどれだけ正しいか、有効であるかについてはここでは問わないとして、しかし大変興味深いものであるわけです。この相関図は、先ほど述べたような、多くの宗教に共通する「より完全な在り方」を目指す傾向を象徴的に表すものとして、ご紹介させていただきました。

このように心理/精神療法や様々な宗教には、「より完 全な在り方」を目指す面が見られますが、しかし果たし てそうした「より完全な在り方」の実現こそが、それら の療法や宗教の究極目的であると言い切ってよいかとい うことについては、議論が必要であるように思います。 と言いますのは、そうした「完全な在り方の実現」を究 極目標であると言い切ってしまいますと、今度はそこに 至るまでのプロセスが軽視されてしまいがちになるから です。すなわちその場合、そうした将来に実現するであ ろう「完全な在り方」実現までの過程としての人生のプ ロセスは、その実現の瞬間までの単なる手段に過ぎない ということになってしまいます。もしそうであるならば、 「完全な在り方」さえ実現できるのであれば、それまでの プロセスはできるだけ少ない方が好ましいことにもなっ てきます。しかしそれでは、人生の一瞬一瞬のプロセス を真の意味で生きることにはならないのではないか。ま た仮に、そうしたいわば「完全な在り方」を実現したと して、しかしそれでその人の人生は終わってしまうわけ ではなく、それでもなお、その人は依然として「いかに 生きるか」を人生から問われ続けることになる。すなわ ち、「確かに悟りましたね。でもあなたはこれからどう生 きるのですか?」ということになるかと思います。

このように、何か遠いもの、未来における何らかの物 事の達成を目的とするのでなく、むしろそのプロセス自 体を重視する見方もあります。例えば陶芸家の河井寛次 郎という人は、「この世は自分をさがしに来た処、この世 は自分を見に来た処」というような言葉を残しています。 これはいわば、日々の「気づき」やそのプロセスそのも のが、生の目的であり、生そのものであるというような 見方ではないかと思います。それから、Victor Von Weizsaecker という医学系の方で、しかも哲学者でもあ られる方ですけれども、この方は「たゆまぬ自己超越の プロセスが生の本質である」というようなことを言って います。また Karlfried Graf Durckheim という人、彼 の名前は Joseph Campbell という非常に有名な神話学 者の本の中で紹介されていたのですが、彼は「旅をして いると、その目的地がますます遠ざかっていく。そして、 その真の目的はその旅そのものであったことに気づく」 というようなことを言っています。これなども、そうし たいわばプロセス志向の考え方に基づくものではないか と思います。また仏教の禅宗、特に曹洞宗の方では「修 証一如」という表現があります。これは道元の言葉です。 一般的に、特に臨済宗的な見方では、「修」すなわち「修 行」というのは、悟りに至るための手段と考えられがち ですが、道元は「修行自体が悟りである」という主張を します。これなどもプロセス志向の一つではないかと思 います。

こうしたいわばプロセス志向の見方からした場合、先

ほどの「気づき」や「はたらき」というのは、何らかの 完全な在り方実現のための単なる手段ではなく、むしろ それ自体が「生」そのものであるということになってく るのではないか。すなわち「人間の生は Spiritual Journey である」という見方が可能なのではないか。こ こで英語表現を用いるのは少々変かもしれないですけれ ど、私の感覚としては、この"Journey"という言葉の 持つニュアンスが、私がこのプロセス志向ということで 表現しようとしていることとぴったりであるように感じ ておりますので、あえてこのように表現させていただき ました。すなわち、日々の生の実践の中で、自己を追究 し一このことを禅では「己事究明」と言いますけれども一、 その中で様々な「気づき」を得つつ、そこからの「はた らき」に生きていく旅、それが Spiritual Journey。こ の Spiritual Journey という考え方は一これは実は昨年 のスピリチュアルケア学会で島薗先生が指摘下さったこ となのですけれども―日本の「道」の思想にもつながる 面があるのではないか。例えば、松尾芭蕉などがその典 型かと思います。このようにスピリチュアルケアには、 そうしたいわば「Spiritual Journey のサポート」とし ての側面があるのではないかと思います。 この 「Spiritual Journey のサポート」の具体例としましては、 例えば長い闘病生活の中にあって「自分の気持ちや体に 生じる、日々の変化や混乱、苦痛について、聴いて欲し い」「自分の歩みを見守っていてほしい」ということをご 希望下さる患者さんがいらっしゃいますが、そうした患 者さんを定期的に訪問する中で長期的にサポートしてい くことが、その例として挙げられるのではないかと思い ます。こちらは、それまで既に1年以上関わらせて頂い てきた患者さんのケースですが、その患者さんの最後の 訪問は、予後が数日という時点でのものでした。まだ意 識はクリアでいらっしゃいましたが、しかしご本人も自 分の命がそれほどないのではないかとお感じになられて いたご様子で、「私ってもうすぐ死んじゃうのかしら」と おっしゃっていられたのですが、しかしチャプレンが深 い落ち着きを提供することを通じて、予後あと数日とい う深刻さを超えて、そのことを全く感じさせないような、 しかししっかりと一瞬一瞬を密度の濃い時間として過ご していられた、ということがございました。私はこれな どが「"Spiritual Journey" のサポート」の一つの例な のではないかなと思います。

d)場の生命(いのち)のサポート

そして最後に「場の生命」、いのちのサポートということです。実はチャプレンの役割には、患者さんとかご家族のケアだけではなくて、スタッフのケア、特に看護師さんのケアもその重要な仕事として含まれます。その中では、そのスタッフの個人的な悩み相談やカウンセリングもありますけれども、私の場合、患者さんのケア計画についての相談を受けることを通じたスタッフのケア、ということもしています。そこではもちろん、まず第一義的にはケア計画が主題となってきます。すなわち、その会話の対象となっている患者さんについての看護師さ

んのお話を詳しく伺っていく中で、その患者さんについ てご一緒に考えさせていき、アドバイスをさせていただ く。しかし同時に、そのようにスタッフのケア計画につ いての相談に乗ることは、そのスタッフの悩みを聴くこ とでもあるので、それがスタッフ・ケアとしての性格も 帯びてくるわけです。スタッフとしても、改めて自分の ことを相談するとなると勇気が要りますが、患者さんの ことについての相談という大義名分があれば、チャプレ ンに相談しやすくなるわけです。その中でそのスタッフ は、ご自身のことについても触れていく。実際、私の場 合、この方法でのスタッフ・ケアが一番多いように思い ます。あるいは長期間、深く関わってきた患者さんが急 に亡くなられてしまったような場合には、そのスタッフ の喪失感も大きなものとなりますので、そうした時の心 理的ストレスのケアというのも、チャプレンの大切な仕 事であると思います。またふだんからスタッフに声掛け し、様々な事柄についてインフォーマルな形で会話して いくことで、そのスタッフご自身のことや、その体験に ついての認識や洞察を深めるサポートなどもしています。 これは、先ほどの「気づきのサポート」ということで言 えば、「スタッフに対する気づきのサポート」ということ になってくるかと思います。その他には、スタッフ同士 のコミュニケーションのサポート、良好な関係構築のサ ポートということも行っています。また特にアメリカで は、チャプレンは、倫理的な事柄の専門家として、また 人間的な価値の専門家として見なされていますので、そ してまた、患者さんのケアを通じて患者さんが何を望ん でいらっしゃるのかについてよく知っている存在である と見なされている面がありますので、いわゆる臨床倫理 的な問題解決のプロセスでも本質的な役割が期待されま す。あるいは患者さんを「患者」として見るのではなく て、一人の人間として見る視点を広めることなどを通じ て、病院内に人間中心の文化を築いていくことなども、 その重要な役割としてあるのではないかと思います。こ のようにチャプレンというのは、患者さんやご家族に対 してたけでなく、スタッフに対してもケアを提供してい く。そしてそのスタッフに対するスピリチュアルケアが、 ひいては患者さんやご家族に対するケアにも結びついて いく。そうしたことを考えますと、チャプレンというの は、いわば患者さん、ご家族、病院スタッフを含んだ病 院全体の「場」そのものをケアする存在、「場の生命」を ケアする存在であるということが言えるのではないか、 そのように考えています。

7. スピリチュアルケア提供者に求められるもの

これは蛇足になりますが、チャプレンの側、スピリチュアルケアを提供する側の人間の在り方に関して、実際に日々患者さんと関わっていて実感しておりますことは、特に命に関わるような病を患っていらっしゃる患者さん、抗がん剤治療をずっと続けていらっしゃる患者さんなどもそうですが、彼らは日々、全生命エネルギーをかけて真剣に生きていらっしゃるということです。そうした精神的なテンションで日々を過ごしていらっしゃる。ある

いはやり場のない気持ちを抱えて、それと向き合う中で日々を過ごしていらっしゃる。そうした方々の話を聴き、またケアしていくためには、ケア提供者自身も日々ある意味、患者さんたちと同じように一生懸命生きていないと同じ土俵に立てない。真の人間対人間としての会話が成立しないように思います。これについてはいろいるご意見があるかもしれませんが、私はケア提供者にも、ある意味、患者さんたちと同じようなテンションが必要であり、しかも同時に、落ち着いた存在であることが求められるように感じています。そして、そのような在り方が実現できた時に、「気づき」や「はたらき」が生まれやすくなるように感じています。

それから、これはスピリチュアルケア提供者の一つの 特徴ということになってくるかもしれませんが、理想的 には、スピリチュアルケアを提供する人、特にスピリチュ アルケアの専門職の場合には、一人の人間として、人間 の生き死にであるとか、あるいは基本的な宗教的・哲学 的な問題について、ある程度深く考え抜いていること、 しかもそれを絶えず問い直していくことが必要なのでは ないか。ケア提供者自身がそうしたことを行っていて初 めて、そうしたことを日々行っている患者さんに寄り添っ ていくことができるのではないか。その意味で、ケア提 供者には一種の修行者としての要素があるような気がし ています。また現実問題としてチャプレンは、患者さん から「生きる意味や価値」「人生」といった哲学的なテー マについて、個人的な意見を求められることがあります ので、そうした観点からもこれらは必要なのではないか と思います。

以上、長々とお話させていただいてまいりましたが、以上をまとめますと、要は心理臨床とスピリチュアルケアの違いというのは、その人間観・世界観の違いによるところが大きいのではないか、またスピリチュアルケアとは何かについて議論していく際には、その基盤となる人間観・世界観についての議論が不可欠になってくるのではないか、ということであります。またスピリチュアルケアの中に、「Spiritual Journey のサポート」とか「場の生命のケア」といったものを含めるという考え方もあるのではないか、更にはスピリチュアルケア提供者には、修行者としての要素が求められるのではないか、そうしたことについてお話させて頂いてまいりました。たくさんのことを早口で申し上げて分かりにくかったと思いますけれども、これで私からのお話しを終わらせていたざきます。ご清聴ありがとうございました。