The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

| | |
|---|---|
| Title | 狭間のケア提供者 ： チャプレンとビハーラ僧の存在に着目して |
| Author(s) | 日髙, 悠登 |
| Citation | 宗教と社会貢献. 2016, 6(1), p. 29-56 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/55549 |
| rights | |
| Note | |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

論文

# 狭間のケア提供者

## チャプレンとビハーラ僧の存在に着目して

日髙　悠登*

# Caregivers between Affirmation and Negation:

## Focus on Chaplains and Vihāra Monks

HITAKA Yuto

## 論文要旨

本稿では、ケアの現場においてチャプレンとビハーラ僧が肯定と否定の狭間に置かれたケア提供者であることを論じる。その上で、淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院ときぼうのいえのチャプレン、長岡西病院ビハーラ病棟とあそかビハーラ病院のビハーラ僧へインタビューを行い、彼らが置かれている現状とケア観を明らかにした。さらに臨床哲学とアルフォンソ・リンギスの議論から看取りの再考を行い、特に、在日外国人の看取りの場であるユニバーサル・ホスピスの設立に向けて、チャプレンとビハーラ僧を対象とした研究の拡充を唱えた。

**キーワード**　看取り、ホスピス、チャプレン、ビハーラ、スピリチュアルケア、スピリチュアルペイン、臨床哲学、アルフォンソ・リンギス

In this paper, I discuss chaplain and Vihāra monks as caregivers between affirmation and negation at the scene of the care. Moreover, I interviewed two hospice chaplains (Yodogawa Christian Hospital Hospice and Children's Hospice Hospital, Hope House) and two Vihāra hospices run by Vihāra monks (Nagaoka Nishi Hospital Vihāra Ward and Asoka Vihāra Hospital) and clarified their circumstances at scene of care and their ideas of care.

Furthermore, I reconsidered terminal care arguments from clinical philosophy and Alphonso Lingis. In particular, I recommend the expansion of comparative studies of chaplains in Japan and Vihāra monks for the establishment of "the Universal Hospice" which is a place of the terminal care of the foreigner residing in Japan.

Keywords: terminal care, hospice, chaplain, vihāra, spiritual care, spiritual pain, clinical philosophy, Alphonso Lingis

* 大阪大学大学院文学研究科博士後期課程　ultimatexeva@gmail.com

## 1. 問題の所在

最近、日本で放送された海外テレビドラマの中には、医師と共に宗教者が患者の元に駆け付けるという場面が登場する。この宗教者とは欧米ではごく普通に見られるチャプレンであり、その様子が描かれている。しかし、この場面を観た多くの日本人は「なぜ牧師（または神父）が来ているのか」、「何の為にいるのか」と疑問に思うであろう。あるいは、その様子を文化の違いや偶然居合わせた程度に留めておくのが自然な反応かもしれないが、海外におけるチャプレンの活動はテレビドラマに限ったことではない。日本においても終末期医療を行う医療施設によっては宗教者が活動している。だが、彼らを見かける施設も限定されており珍しいと言えるのが現状である。

例えば、筆者も自己紹介で終末期医療現場に携わる宗教者の活動が研究対象であることを伝えると、「なぜ、終末期医療現場に宗教者がいるのか」と率直に質問されると同時に、訝しまれることさえある。また、話をする中で、人によっては終末期医療やホスピスを知らないという場合もあり、いずれ迎える死について想像したことがなかったということも珍しくない。医療という単語から想像できるのは、医師・看護師・臨床心理士などであり、宗教者まで結び付くことは、ほとんどない。

日本における宗教者の活動の場は、近年まで、宗教儀礼を伴う葬儀や結婚式であり医療現場ではなかった。ゆえに生とも死とも関わりの深かったはずの宗教者が、時には疑問視され、特殊に映るということが日本人の自然な反応になっている。だからといって、こうした日本人の態度に批判を加えるべきだ、ということは本稿の目的ではない。むしろ否定概念を主な着眼点として宗教者について考察することは、決して消極的な試みではないはずである。

また、本来の必要性を現場では十分に検討されないまま、彼らを暗に受け入れなければならない力がどこかで働いている。要は、終末期医療現場における理解とは、医療者と宗教者との綿密な対話と説得の中で起きたものではない。結果的に「宗教的基盤がある＝宗教者への理解がある」という一元的な解釈の下で宗教者は存在している。

とすれば、改めて終末期医療現場に携わる宗教者が必要とされる以前の問いとして、否定的側面への検討が必要になるはずである。それにも拘らず、従来の先行研究では否定的側面に言及はされるものの重視されてはこなかった。そこで本稿では、終末期医療現場に携わるチャプレンとビハーラ僧への否定的側面を先行研究とフィールドワークから検討した上で、宗教者像の再提示を試みたい。

## 2. 先行研究の検討

本節では、ホスピスとビハーラを対象とした先行研究を整理することで、本研究の位置付けと研究方法を述べることとする。

### 2.1 ホスピス関連研究

日本における終末期医療導入期の活動として、1973 年に淀川キリスト教病院勤務の精神科医・柏木哲夫が結成した OCDP(The Organized Care of Dying Patient)というケアチームは、身体的・精神的・社会的必要に加え、宗教的必要からチャプレンもメンバーに加えた［柏木 1978］。OCDP は柏木自身がクリスチャンの精神科医である為、欧米に始まるスピリチュアルケアへの理解が早かったこととも関係している［島薗 2007:20］。

古澤は日米の比較研究として、ハワイの病院において著者自身がケアに携わった二人の女性患者の事例を挙げて、特に、日本の一般病院内において祈りを行う場と相談可能なスタッフが存在しない点を指摘する他、日本人の宗教観に適したスピリチュアルケアの必要性を示唆している［古澤 2003］。

深谷は、チャプレン研究が医療チーム内での活動に焦点化されていることを踏まえ、首都・関西圏の計 9 病院において活動する各チャプレンを対象に地域・教会・教育機関での関わりの有無をインタビューにより比較分析した［深谷 2011］。またチャプレンたちが、かつて行っていたパストラルケアがスピリチュアルケアへ変わっても、それにはパストラルケアの名残があることを指摘している［深谷 2011:139］。

パストラルケアとは、ドイツのゼールゾルゲ、スピリチュアルケアと同様とされる［キッペス 1999:157］。しかし、アメリカの病院においてパストラ

ルケアをスピリチュアルケアへと名称を変更した動きも指摘されている［古澤 2006:108］。

他の深谷の研究では、チャプレンを対象とした研究が宗教伝道の傾向を持つことで、かえって非宗教的なスピリチュアルケア研究になってしまうことに対して批判を行った上で、キリスト教系病院に勤務するチャプレンに対してインタビューを行い、患者からの問いかけをカテゴリー化して考察している［深谷 2013］。

柴田は女性チャプレンへインタビューを行い、スピリチュアルケアの根源性について『マルコ福音書』、『旧約聖書』、『ヨハネ福音書』の説話解釈から説明を試みている［柴田 2013］。柴田と深谷の共同成果は、チャプレンによるスピリチュアルケアをインタビューから描き出すのみならず、仏教系のスピリチュアルケア研究をも渉猟した先行研究批判を行っている［柴田・深谷 2011］。

## 2.2 ビハーラ関連研究

田宮仁は、1985 年にビハーラを仏教的背景に基づく終末期医療施設として提唱したが、提唱の理由には患者側からの要望以外に、終末期医療に対する仏教からの応答、葬式仏教からの脱却を目指していたことなどを挙げている［田宮 2007:3］。ビハーラの提唱には、1980 年代の日本のネオ・ナショナリズムと宗教との関係から唱えられた日本人論の潮流に乗じていたという見解もある［古澤 2006:117-118］。

他にも、長岡西病院ビハーラ病棟に勤務するビハーラ僧の活動の実際を明らかにした研究［大河内 2003；森田 2010b；村瀬 2012］、そして患者を対象とした研究もある［藤腹 2000；谷山 2006］。また、同病棟において活動した複数のビハーラ僧に対するインタビュー研究も挙げられる［森田 2010a］。同病棟長の村瀬は、遺族評価による「ビハーラ僧の有用性」を示した研究を行っている［村瀬 2011］。

最近では、福永があそかビハーラ病院（当時クリニック）と長岡西病院ビハーラ病棟との比較をも試みている［福永 2014a］。他には、あそかビハーラ病院を対象とした民俗学的論考も行っている［福永 2014b］。

## 2.3 ホスピス・ビハーラ比較研究

以上挙げてきた研究以外にも、ホスピスとビハーラの比較研究もある。

中村はチャプレン・ビハーラ僧・遺族を対象としたインタビュー調査による比較研究を行っている［中村 2000］。鍋島はホスピスとビハーラに係る宗教思想を論じて、ビハーラの独自性に関してホスピス設立理念などとの比較から考察しているが［鍋島 2005・2009］、フィールドワークとインタビューを踏まえず各施設の実態を明らかにしないまま議論を展開しており、具体性に欠ける。

石井は医療者と宗教の相関関係を考察した先行研究が少ないことから、市立病院では名古屋市立東市民病院、宗教を基盤とする病院では天理教・救世軍・立正佼成会の緩和ケア病棟をも含めてフィールドワーク調査によって比較している［石井 2007］。しかし、石井はこの調査の中で、宗教を基盤とする病院に勤務する宗教者には実際にインタビューを行っておらず、活動上の肯定的・否定的側面が挙げられておらず、また医療者としての視点から接近している為に、各医療機関の宗教的要素に対する具体的な考察に乏しい。

以上の 2.1~2.3 までの先行研究を概観すれば、一部の研究を除いて、チャプレン、ビハーラ僧以外に内部勤務者による研究の他、チャプレン関連研究では、インタビュー研究が多く、自身を含めた宗教者の活動の有用性について肯定的活動として取り上げているに過ぎず、活動における課題、否定的側面をも含めた検討を行ったものは少ない。また、彼らが活動に際して有しているケア観という重要部分に焦点が当てられた研究が少ないことも先行研究の特徴であった。

チャプレンとビハーラ僧の活動の肯定的な側面に焦点が当てられてきたが、実際には、彼らの有用性を可能な限り客観化したものが見受けられる。こうした研究は宗教者の独自性に焦点化すると共に、彼らがケアに携わることの違和感と拒否感に対してできる限り配慮しようとする側面が垣間見られる。それにも拘らず、なぜ肯定的な活動をしながら、否定的な扱いがされるのか。先行研究においては、肯定的要素の他に否定的要素も見え隠れしているが、ここに終末期医療現場に宗教者が携わることの核心があるように思われる。

## 3. 狭間のケア提供者とは何か

かつて日本では臨終行儀に代表されるように、僧侶が創った看取りが存在していたが、ほとんど断絶していくものとなる。しかし、日本にも終末期医療施設が登場することにより、そこにおいてケアに携わるスタッフとして宗教者も徐々に挙げられるようになった。その代表例は、先述のテレビドラマに登場したチャプレンである。いずれにしても彼らは肯定的にも否定的にも注目されることになった。肯定的には宗教者が患者・家族に対するケアを行うことができるという面があり、否定的には日常においては多くの患者やスタッフは、宗教者との関わりが希薄な為に、終末期医療現場に宗教者がいることに対する違和感がある。また、宗教者のイメージが死と結び付くことも挙げられる。言い換えれば、死にゆく患者と患者の死後に関わるという連続的・二重的意味付けが否定を招いているのではないだろうか。

1997 年頃のキッペスの体験では、ホスピス院長からホスピスに宗教色を入れないよう要求され、宗教色のある臨床パストラルケアの導入を断念し、別のホスピスでも同様に不要と言われたことを挙げている［キッペス 1999:339］。これはホスピスにおいて宗教がどのような形であれ、ケアに関与することへの拒否感を示した例である。それから約 20 年を経た現在、スピリチュアルケアや宗教的ケアといった宗教者が主に扱ってきたケアに対して、徐々に理解が進められている。その背景は、超高齢社会の先に待つ死と死後への関心が多少なりとも顕在化したことも挙げられる。

薄井は「『スピリチュアルケア』が唱えられているからといって、ターミナルケアに宗教者が直接参加すべき時代になった、と短絡的に捉えることができない。むしろ、この状況は宗教者側にとって案外大きな問題をつきつけているかもしれない」［薄井 2002:210-211］と慎重な姿勢を見せている。

中村は、淀川キリスト教病院ホスピスのチャプレンが宗教的援助の難しさとして挙げているのが、自身の関わりにより患者に死を予感させてしまう不安を語っていることを挙げている［中村 2000:258-259］。これはチャプレンとして、患者との関わり方の難しさを認識している例である。しかし、こうしたケアに臨む自身の姿勢を顧みることは、ケアに対して真摯な態度を持つことと同義である。

次に、東京都内の在宅ホスピス医院にチャプレンとして勤務した柴田によれば、スピリチュアルケアが導入されていたものの看護師たちからはスピリチュアルケアの有用性に対する疑問の他、その提供者としてチャプレンが同じケアチームにいることに違和感を持たれていたという［柴田 2012:59］。これは、柴田自身が活動の中で感じた感想ではあるが、チャプレンという立場での居辛さを述べている。

深谷によるチャプレンたちへのインタビューでも、チャプレンに対して抵抗感を見せた例として、C 病院では患者の父親がキリスト教への拒否感を示したことから、母親と患者が望む祈りと葬儀ができなくなった例、A 病院では患者から祈りへの拒否を示され、B 病院では患者から祈りに驚きを示されたことが挙げられている［深谷 2013:276-277］。

極端な例もある。石井が行った愛知県名古屋市の聖霊病院の調査において、病院設立当初、シスターの重症患者を中心とした訪問により患者が亡くなる噂が広まった［石井 2007:70］。噂が誰から出て、どのように広まったかは定かではないが、シスターと死が関係付けられていった。回復の見込みが低い重症患者が治療の成果も空しく亡くなるという状況にあって、死者にしか接しないはずの宗教者が、死亡の可能性もある病室に訪問することは、傍から見れば死の宣告者としてしか捉えられないという、場違いな人間と捉えられたことを示した例である。シスターと死の因果関係は無いが、それにも拘らず病院という死がタブー視される文化的空間では “ある”という負の作用が働くのである。

筆者が行った、京都府城陽市のあそかビハーラ病院におけるビハーラ僧へのインタビューにおいても、①「患者がビハーラ僧の墨衣を見て『（ビハーラに）入りたくない』と言った」という、患者がビハーラを拒否したことが挙げられた。この他、②「核家族化によって祖父母や僧侶とも関わりがない」という意見が挙げられた。このことは現代人が持つ宗教者観を裏付けるものである。終末期医療現場において僧侶（ビハーラ僧）がケアに携わることは、日本人には見慣れない稀有な光景として映っている。これは海外のホスピスに携わるチャプレンと比べて大きな違いがある。

次に、新潟県長岡市の長岡西病院ビハーラ病棟におけるビハーラ僧へのインタビューにおいては、①患者が「とうとう、こんな所に来たのか」とビハーラ僧の姿を見て言われたこともある。②患者・家族はビハーラ僧と距離

を取り、後々、ビハーラ僧を嫌がっていることを伝え聞くこともあれば、後々、「そんなこともなかった」と伝え聞くこともある、という意見が挙げられた。田宮は長岡西病院ビハーラ病棟について、次のように証言する。

> 当初は病院に、病棟に僧侶がいること自体、利用者やその家族、あるいは地域の人々には奇異な目で見られたものである。また、ビハーラがターミナルケア施設ということもあって、あそこに入院したら棺桶に入らないと退院できないとか、西病院のシニ（死に）病院とすら陰口をたたかれたことも実際である［田宮 2003:33］。

ビハーラ僧一つを例にとっても、患者にとってビハーラがどのような場として映っているのか、という根本的な問いを投げかけている。以上において、チャプレンとビハーラ僧を取り巻く不安要素として、彼らが活動する際に周囲のイメージに左右されて、患者との関わり方の難しさを認識していることが挙げられる。

例えば、終末期医療現場において医療者は患者・家族から、医療技術の低さや接する際の態度を理由に嫌われることはあるが、患者に携わる一定の仕事があり患者に接する機会が多い。一方、チャプレンとビハーラ僧は患者・家族からケアの能力の程度に拘らず避けられることがあり、患者・家族に携わる際の仕事は一定ではない。チャプレンとビハーラ僧による患者・家族に対するケアは、医療との狭間においてなされるものであり、チャプレンとビハーラ僧は狭間のケア提供者と考えられる。

狭間のケア提供者について、歴史的観点からも考察したい。池田は、医療と宗教の分断の歴史を明治時代初期の国家政策から、次のように説明する。

> あらゆる近代国家と同様、日本においても明治以降、宗教と医療は分けられ互いに異なる所轄官庁がそれらを管理監督するという政策が続いてきた。呪術的な行為のなかに治療的要素が介入することは法的に禁止されている。この政策はまず呪術的な行為を「人民を眩惑する」という観点から禁止するという一八七六年（明治九）年の教部省達第二号から始まった。その次の年に教部省は府県ならびに神道諸宗管長に対してそれぞれ通知をおこなっている。まず府県におこなった通知は、祈祷およびシャーマニズム行為によって「医療」を妨害する者を取り締ま

る旨であり、後者の神道諸宗に対しては祈祷行為等は容認されるが医療を妨害してはならない、というものであった［池田 1996:213-214］。

黒岩は、明治時代に伝統医学や宗教者による医学への関わりを排したことを日本近代医学の否定的側面とみなしている［黒岩 1991:148］。しかしながら、現在、国は終末期医療現場における宗教行為の禁止について言及していない。なお、厚生労働省において、ホスピス及び終末期医療導入時における宗教者（チャプレン）の位置付けを示した資料は、担当者も把握しておらず存在についても不明であり、導入時から現在まで、少なくとも終末期医療現場に宗教者が携わることが想定されていないことが指摘できる。

ところで、旧厚生省が緩和ケアの語を使い始めた経緯には、ホスピスがキリスト教を彷彿させる為、行政における使用が適切ではないという理由によるものである［石谷 2003:118］。これは医療が国家により管理されている中で、言葉狩りによって宗教を排除しようという極端なまでの姿勢の現れであろう。

また、非医療者という立場では、患者・家族に対して理解を得るのは未だ困難が伴う。その反面、「緩和ケア病棟入院料の施設基準」でも、医師と看護師の配置しか明文化されていない［厚生労働省 2014:116-117］。その為、国から医療上の立場が保障されていない“自由な立場”という見方もできる。窪寺はスピリチュアルケアについて、報酬支払い制度が存在しないという課題だけでなく、正確に成果を評価することが困難であること、利益獲得の手段になる可能性の危険を挙げているように［窪寺 2008:6-7］、宗教者がケア提供者として携わることの難しさとも重なる問題である。

次に、死の到来を予感させるイメージがつき易い反面、スピリチュアルケアとグリーフケアの提供者として終末期医療現場に携わる存在である。この様に、中世日本では、僧侶は看取りにおいて主導的な立場にあったが、現代日本ではチャプレンとビハーラ僧は看取りにおいて不安定な立場にある。

以上の点から、①国から位置付けを得られないまま終末期医療現場に携わる。②宗教者が終末期医療現場に携わる必要性を感じる日本人が少ない［辻（他）2013:20］(1)という諸点が、宗教者を狭間のケア提供者という状態に招いたと言える。さらには患者・家族からの否定的な態度をも考慮すれば、チャプレンとビハーラ僧は“いるべきかどうか”という医療倫理的にも問わ

れる存在となり、狭間のケア提供者という要素足らしめている。

狭間の状態からの脱却には、従来の宗教者像の払拭、医療現場における必要性の拡大が挙げられる。その為には、終末期医療における役割を模索することが重要であり、ケア提供者として必要な存在になることが望まれる。また、在日外国人が増加している現状を考慮すれば、彼らを対象にケアを提供することも必要である。現在は、在日外国人が病気に罹った際に患者と医療者との意思疎通を潤滑にする役割として医療通訳士が存在する。医療通訳研究会(MEDINT)のシンポジウムにおいて、ルルデス・エレーラは医療通訳士による患者へのケアとして傾聴を挙げているが、専門ではない為、この他、場合によっては専門職に委ねるべきという考えを示す［医療通訳研究会 2010:29］。この意見を基にすればスピリチュアルペインや宗教的ペインの対応に、宗教者と医療通訳士との連携もあることが予想される。

近年の事例報告の中には、在日カナダ人末期患者の看取りにおいて、スピリチュアルペインの表出が顕著である中、スタッフが英語でコミュニケーションを取り、医学的な説明が必要な時には患者の妻が通訳していたが、それにより妻の疲弊が見られた［松川 2015:12-13］。特に、患者の死の恐怖感に対しては、次のように対応していたという。

> （カナダ人患者 A 氏が）「これからどうなっていくのかという恐れ」や「死そのものに対する恐れ」を医療者に訴えるようになり、次第に衰えていく自分の状態から、避けられない死を見据えて準備している時期だと考えられました。A 氏が抱く死への恐怖心は異常な反応ではなく、正常範囲の反応であることから、A 氏に対するケアについては、死に対する思いについて医療者から積極的な関わりや、不安を増強する説明は避けながら、そばに寄り添い心地よいマッサージを提供すること、言葉の壁はあってもケアを通して向き合い、どのようなことにも真剣に対応する姿勢を大切にしていきました［松川 2015:15、（　）内筆者補足］。

とはいえ、死への恐怖感をスピリチュアルペインであると考えたとしても、スタッフの内、誰がスピリチュアルペインの表出について、具体的な関わりをしていたのか明らかにされず、やはり対応が不透明であるように思われる。例えば、医療通訳士とスピリチュアルケアが可能な宗教者などの連

携をしておらず、患者の宗教的側面及びスピリチュアル的側面への配慮が行き届いていない、不十分な終末期医療が行われていることが窺われる事例である。

## 4. チャプレンとビハーラ僧へのインタビュー

これまで終末期医療現場に携わる際の課題というべき狭間のケア提供者の背景について論じてきた。では改めて、終末期医療現場に携わる宗教者のケアに対する取り組みや考えとはいかなるものなのか。彼らのケア観を掘り起こすことが、更なる狭間からの脱却ではないか。チャプレンとビハーラ僧の実態把握をインタビュー以外に、彼らが実際に活動する施設内部の様子を説明と案内を受けながら、写真撮影をするフィールドワークを行った[(2)]。対象施設は、(1)淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院、(2)きぼうのいえ、(3)長岡西病院ビハーラ病棟、(4)あそかビハーラ病院である。

### 4.1 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院（大阪府大阪市東淀川区）

本院は、アメリカのプロテスタント系在日本南プレスビテリアンミッションを母体に 1955 年に設立され、2012 年 11 月にはホスピスに小児がん、難病、重度の障害がある 15 歳以下の子どもを対象にした日本初のこどもホスピスを併設した［『WAM』2013:12］。

2015 年 2 月 19 日に訪問し、看護部長の院内案内を受けて写真撮影の他、看護部長にも質問を行った。その後、筆者は約 20 年にわたり活動する女性チャプレンに対して、活動内容とケア観について把握をする為、約 1 時間にわたりインタビューを行った。

患者との関係構築については、次の回答が得られた。①前日に入院患者のリストを貰い、後で「週報」と「ご入院中のみなさまへ　あいさつ」を持って病室を訪問する。②訪問はスタッフとの相談の上、患者の体の状態を考慮して行う。③またはスタッフからの依頼で訪室する。④患者はチャプレンの存在を訪問した際に知る方のほうが多い。

患者との関わりについては、次の回答が得られた。①まずはケアの限界を

認める。その限界を、自分を超えた存在である神様に委ねる。②無力ということは、「自分の力によって立てる者ではない」ということである。③常に祈る。

考察として、患者との関わりについては、チャプレンでもケアの限界を認めている。その限界を認めるということは自分自身が万能ではないことを自覚する感性をも持ち合わせていると言える。

ケアの視点については、次の回答が得られた。①チャプレンとして携わって一番良かったことは、患者の心やたましいに安らぎが訪れる場面である。単に心理的な安心の場面ではない。このような場面で、患者の表情が明らかに変わるということがある。

②スピリチュアルペインを抱える人に対して、（家族を含めた）他者からの理解や共感（水平面の関わり）のみでは限界がある。垂直方向（言わば人間を超えた存在）から、その人自身の存在を肯定する関わりでしか解決できないスピリチュアルペインがある。

③「自分自身で行く」という患者や「沈んでいく、誰か引き上げてくれ」という患者がいるが、「自分の力を信じて生きていく、最後まで自分の力を信じる」と言って生きてきた人が、人生を閉じるにあたって自分の力では自分を救えないという限界に向き合わされたことがある。その時に自分の限界を超えるものに“繋がる”ことでその限界を超えようとした事例である。

④医療者がアセスメントする場合も、そこに「相手を全て理解しきれない」という自分の限界を知っていなければ、傲慢に陥る危険性がある。その意味で、「人が人を正確にアセスメントすることができる」という立場に対して疑問を持っている。

考察として、患者との関わりに対しては必ずしも患者は初めからチャプレンの存在を意識して入院しているのではない。その為、医療者間における連携も含めて、訪室には事前の相談と準備を経た関係構築が必須となる。「週報」と「ご入院中のみなさまへ　あいさつ」の内容は聖書の文句のみならず、チャプレン室に在室しているチャプレンのローテーション表が掲載されている。チャプレンによるケアを求めている患者と求めていない患者の両方に配慮している。

また、ケアの限界を神との関係性の中で述べている点と「自分の力によって立てるものではない」という点に、チャプレン独自のケア観がある。また、

スピリチュアルペインを表出した患者に対しては、水平面・垂直面両方での関わりの重要性から認識している。さらにチャプレンという役職上、キリスト教的世界観（自己を超越したものとの関係）に基づいた考えを有している。

最後に、看取りの一場面において「心」と「たましい」という言葉を使いながら、「単に心理的な安心の場面ではない」という違いを明確にしている。これはチャプレンが持つ宗教性とケアが表現されたものである。

## 4.2 きぼうのいえ（東京都台東区）

本施設は、2002 年に設立された在宅ホスピスケア対応型集合住宅である［きぼうのいえホームページ］。緩和ケア病棟の認可は受けていないホスピスである。生活保護受給者や身寄りのない人間などの看取りを行うことについて偏見を伴った地域住民の反対もあり、その後、山谷で設立した経緯があるが、山谷には元々、山本施設長の興味があったことも設立の理由にある［松田 2006:307-308］。本施設の活動を紹介した出版物は数点あるものの研究は少ない。

2015 年 9 月 7 日に訪問し、活動内容とケア観について把握をする為、チャプレンに対して約 3 時間にわたりインタビューを行い、その後、写真撮影を行った。

チャプレンと僧侶の連携を行っているかについては、次の回答が得られた。①行っている。②互いに議論をしたりせずに、時間を共有する事で十分である。③ホスピスボランティアとして来ていた方の仲介があって、僧侶との協働が実現した。

チャプレンと僧侶の協働における共通理解及び共通理念はあるかについては、次の回答が得られた。①ジョン・ヒックの宗教多元主義が該当する。②カール・ラーナーの宗教的包括主義ではないと考える。考察として、まずはラーナーの包括主義から見ていきたい。

> ラーナーによると、キリスト教以外の宗教を信じる人びとも例外なく救済されるのであるが、キリスト教徒にとって、救済の源泉がキリストにのみ見いだされる以上、それらの人々はキリストによって救済されることになる。たとえ彼らがキリスト教徒であるという自覚をもっていないとしても、キリスト教徒にとっては彼らもまたキリスト教徒

なのである。このような無自覚的な信仰が「匿名のキリスト教徒」と呼ばれるのである。

ラーナーの主張は、キリスト教の絶対性を保持しながら、同時に他宗教者の存在意義についても理解を示すという難問に理論的な裏づけを与えたものとして受け入れられ、一九六二年から六五年にかけて開催された第二バチカン公会議で公式な見解として位置付けられた。カトリック、プロステタントのいずれを問わず、現代のキリスト教会の大半はラーナーが提示したような包括主義の立場をとっていると言ってよいであろう。［岸根 2008:26-27］

もちろん、ホスピスに患者が入院する際に改宗を受けることが目的ではないし、患者の信仰を最大限に尊重することをホスピス側も予め誓約している。それでは、キリスト教に基盤を有するほとんどのホスピスはラーナーの包括主義を踏襲したものなのか、あるいは無関係なのか。こうした表明されていないホスピスの宗教性とそこで働くスタッフについては、今後の調査が必要である。

さて翻って、きぼうのいえのチャプレンによれば、協働における共通理解及び共通理念をヒックの宗教多元主義であるとしているのだが、このヒックの宗教多元主義を見ていきたい。ヒックは「結局、包括主義は、他宗教への理解を示しながらも、依然として排他主義的な傾向から抜け切れておらず、曖昧な立場にとどまっているにすぎない。［中略］他宗教への理解を徹底させるならば、最終的には包括主義は多元主義へと展開せざるをえない」［岸根 2008:27］と主張する。宗教多元主義を把握する為に、さらに岸根の解説を参照してみたい。

ヒックの宗教多元主義における重要なポイントは、実在を究極の普遍的な実在と経験化された個別的な実在という形で二重化し、個別的な実在を普遍的な実在に還元することでその真理性を保持させようとする点である。このような視点に立つかぎり、一神教と多神教の関係、神観念を中心とする宗教とそうではない宗教との関係といった、宗教におけるさまざまな真理主張の軋轢が解消されることになるのである。［岸根 2008:32］

ヒックの宗教多元主義はラーナーの包括主義と違い、キリスト教を絶対的なものと捉えない立場にある。いわば自民族中心主義ならぬ、自宗教中心主義からの脱却ではないであろうか。そして諸宗教の立場への尊重と諸宗教同士の関係解明によって宗教的探求を行いながら、独自の共生的視点を導入したといえる。きぼうのいえの礼拝堂では「カトリック的仕様だが，僧侶が十字架に向かって施餓鬼を行うことも結構。読経や法話もすればクリスマスのお祝いもする。宗教のコラボレーションまたはクロスオーバーをめざす。キリスト教や仏教等々がアイデンティティを隠さないままにお互いに受容しあう感性」［松田 2006:309］、さらには、「どんな宗教もいのちを前にして目指すところは一つである」という表現に宗教観が体現されている［松田 2006:309］。これらの例は、宗教多元主義の思想を示したものである。

ケアそのものをどう捉えているかについては、①“Being”する関係である。周囲からは「“doing”するな」と言われてきた。「その場にいるだけで良い。あなたの雰囲気を感じる事で十分だ」と言うスタッフや「前の職場を辞めて来た」というスタッフもいた。

ケアの捉え方は、その他の聞き取りの中からも見られた。②医療者のみが存在して「痛みを取れば良い」という考えでは、駄目である。医療は形而上では良いが、形而下では宗教の存在が必要となる。特にホスピスには必要である。これは、言葉のレトリックのようなもので、医療には、医療哲学が必要であり、宗教には、形而上の宗教現象学が必要という表現も成り立つとも言えると思う。肝心要は、両者を統合する、形而上、形而下の統一理論と思索、それと、この世の可視的現象が必要である。③「ホームレスには、衣食住があれば足りる」と言われる事もあるが、実際はメンタル的、霊的痛みは一般人以上にあるので対応する必要がある。④誰にとっても人生の振り返りが必ずあり、最期に自分と向き合う時が必ずある。⑤入居者を「先生」として教わっている。

在日外国人の入居者については、①中華民国出身で日本に帰化した男性を看取った経験がある。②今後は約 300 億円を使い「山谷サンクチュアリ計画」を予定しており、難民 200 名の受け入れ先とする。

考察として、チャプレンと僧侶の連携については、入居者のケアの為にそれぞれの所属を基盤に、互いの宗教的相違はありながらも協働した者であ

ることが言える。また、連携において特定の宗教哲学者の思想を含意したという点では傾聴に値する。宗教多元主義を実際行動に移した先駆的な取り組みは、規模の大きい教団では未だ実現していない。なお、異なる宗教同士の連携によって活性化を図る関心はあるとみられるが、宗教がむしろ妨げになっており柔軟な姿勢が望まれている［安藤（他）2013:242］。

“Being”とは「いること」である。その「いること」と対照的に語られたのが“doing（すること）”ではないというものである。スピリチュアルケアが患者に対して何かを行うことではなく、共にいることによる在り方である［窪寺 2008:108］というが、チャプレンの雰囲気をスタッフさえも感じ取ることから表現されている。

また、「先生として教わる」という患者を尊重する態度は、現代に限ったことではない。中世のホスピスでは末期患者を聖人とみなして、逆に悩みを相談して慰めを求めるという関係もあった［新村 1998:52］。そして患者がチャプレンを必要としていただけではなく、逆にチャプレン自身も無意識の内に患者を必要としていた経験もある［藤井 2009:28］。これらの例からすれば、ケアする者とケアされる者の関係は、明確なものではないことが明らかにされている。

そして「山谷サンクチュアリ計画」とは、『ハートウェアタウン山谷実行委員会事業計画　山谷サンクチュアリ（聖地化）プロジェクト』という未公刊資料にまとめられている。以下、その一部だけでも概観してみたい。

事業概要では、山谷を「共生と相互扶助、そして社会的弱者にも優しい街づくり」を目標にして、全住民の QOL 向上、住環境整備、地域経済活性化、医療・看護・介護の安定供給による街づくりであり、全年齢層が享受できる基本原則を掲げる［山本 2015:2］。事業計画としては、旧東京北部小包集中局跡地（3,090 坪）を事業開発予定地として、2016 年 4 月に着工して 2018 年に完成を予定し、台東区との PFI(Public Finance Initiative)が事業形態になる［山本 2015:4］。

基本構想としては、路上生活者が再び路上に戻ることを懸念する意識から、日本初となる（半）永久住居型の支援住宅（「ファーストステップハウジング」と命名）の建設及び運営を行う［山本 2015:9］。特に、「台東国際交流会館（仮称）」では難民 200 名への住居提供のみならず、地域交流、親善活動としてでは UNHCR、IOM などの国際機関、日本の関係省庁の他、NPO

と NGO が協力に加わる［山本 2015:18］。難民の定住において、彼らが日本国内で最期を迎えるという場合、宗教者の関わりがあるとすれば、上述の医療通訳士との連携は、より具体的なものになろう。

## 4.3 長岡西病院ビハーラ病棟（新潟県長岡市）

本院のビハーラ病棟は、初のビハーラとして設立された。ビハーラの代名詞といっても過言ではない。2014 年 9 月 18 日に訪問し、病院制作 DVD「ビハーラの一日」を視聴後、常勤ビハーラ僧の病棟案内を受けて、写真撮影の他、約 1 時間、同常勤ビハーラ僧の活動内容とケア観について把握をする為、同常勤ビハーラ僧に対してインタビューを行った。

なぜビハーラ僧になったのかについては、次の回答が得られた。①元々、人の話しを聴くのが好き。②お坊さんはズカズカ家に入れるのに、経を上げるだけではもったいないと思った。③僧侶の生かし方が上手くないという事に気付いた。④柏木哲夫先生の下で学んでホスピスの良さに気付く。

考察として、ビハーラ僧になるまでの経緯が、自身の性格との兼ね合いから述べられている。僧侶という立場をある意味、特権的に生かしたそれは僧侶の生かし方への気付きを原点とする。ホスピスの良さへの気付きも大きいが、ホスピスに学ぼうとする積極的な意思によるものであり、これらはビハーラ僧としての感性とも言い換えられる。

告知を受けていない患者が（緩和ケア病棟であることを）知ってしまうことはあるかについては、次の回答が得られた。①患者の中には、ビハーラ病棟が緩和ケア病棟であることを偶然知るケースもある。例えば、お茶飲みによく来られていた患者さんが来ないことに他の患者さんが気付くことで知ることもある。②告知をされていない患者の中には「療養しに来た」と言う方もいて様々である。③患者が（末期状態にある事に途中で）気付いて、逆に家族へ話せなくなることもある。そういった「気遣いに、気遣う」というのは、なんと日本人的なのだと思った。

考察として、途中で気づいて暗黙に共有された告知となる可能性は十分にある。患者が家族に逆に配慮しなければならないというジレンマとそれに耐えられなくなった後、家族関係との不仲を生じさせる要因となる。それゆえビハーラ僧による患者・家族両方のケアを行う機会が増える。ビハーラでは告知を受け、特定の疾患に限定しない末期患者の受け入れを理念とし

ている［田宮 2007:6-7］。だが、現実には告知が非常に難しいという現状がインタビューから明らかになった。

その他の聞き取りから、次の回答が得られた。①患者から教わること、気付かされること、学ぶこと、残していかれるものがプレゼントになっている。②仏教に傾倒していなくても、患者も家族も死を受容する際に愚痴を吐き出す場合がある。その時の場所、その為の人がいることがビハーラである。また、そういった場に自分（ビハーラ僧）がいるので、（患者も家族も）構えなくても良いと願っている。③ある患者のお別れ会に、その患者と関わりがあった患者が焼香に来ていたが、（亡くなった患者に）ショックを受けており、その後、その方に対してケアを行ったことがある。

考察として、患者から教わり、気付かされ、学び、残していったものを「プレゼント」と述べているが、これは患者との関係性を辛く、苦しい経験として捉えているだけではなく、肯定的な経験として受け容れていた。また緩和ケア病棟であっても、告知がなされていない患者の入院も現実にある。日常を過ごす中で患者が偶然、自身の死を意識しなければならなくなった際のショックは想像以上である。さらに、ビハーラ僧の存在に当惑していたとしても、患者・家族が悲嘆や痛みを表出する際に偶然、ケア提供者となる時もある。しかし、その偶然にかかることこそに彼らの存在価値がある。現在の心情、悩みを吐露する瞬間にいるという時、いない者から、いる者へと転換する。患者・家族の捉え方、意識の違いによって彼らの存在の意味付けが大きく変化する。

### 4.4 あそかビハーラ病院（京都府城陽市）

本院は最も新しく設立されたビハーラである。2015 年には緩和ケア病棟認可を得た［あそかビハーラ病院ホームページ］。

2014 年 6 月 24 日に訪問し、3 名のビハーラ僧に対して、約 2 時間にわたり活動内容とケア観について把握をする為に、同時にインタビューを行った。またビハーラ僧の案内を受けて写真撮影を行った他、当日の昼食を実食している。

他のスタッフとの連携については、次の回答が得られた。①ナースが失敗してドクターから怒られた時はケアに行く。後でドクターから頼まれる。②ナースの表情をよく見たり、体調を診たりする。③「デス・カンファレンス」

では、亡くなった患者への思いを共有する。ケアをし合う。責める場ではない。記録は残さない。自分では知らないうちに患者を取り入れ、次の患者のケアを行う。④「お別れ会」では、スタッフ・医師・ナース・僧侶が参加する。患者との思い出を整理する。

考察として、患者・家族以外にもスタッフケアの役割を担っている中で、医師と看護師との仲介者という位置付けも見られた。医師から看護師のケアを頼まれ、医師と看護師の両者間を行き来可能としている流動的立場はビハーラ僧の一つの特徴であると言える。医師との信頼関係も密であることについて医師の権力の補完という批判もあろうが、実際に看護師が勤務を続けられるよう支援になっている面は否定できない。町田らによるホスピスに勤務する看護師を対象とした調査では、以下のように考察している。

> ほとんどの看護師は入職前のホスピスのイメージを漠然とした理想郷と捉えており，日々死に向かって変化する患者・家族へのあわただしい看護業務による緊張状態の連続という現実とでは，そのイメージに相違点がある。患者イメージも看護師自らの考えや価値観に基づいて描いており，それら理想と現実との相違点は援助者である看護師の疑問，不安感に繋がっていると考えられた。すなわち非現実的な理想や自らの価値観による思い込みは，現実との乖離が大きく，それゆえに当事者である看護師のストレスも高くなることが推測できた。［町田（他）2006:178］

調査対象とされたホスピスが、宗教的基盤があるかどうかは明らかではなく、スタッフケアについてまでは言及されていないが、あそかビハーラ病院では、看護師への支援が可能なスタッフにビハーラ僧が該当し、役割を担っていると考えられる。次に、デス・カンファレンスを通して、次の患者へのケアを行う一つのステップを経て、肯定的な経験としても受け容れていることにある。さらに、お別れ会と併せてみれば再び患者の死を受容するという集いが重視されている。

患者・家族との距離の縮め方については、次の回答が得られた。①入院初日の荷物運び。第一印象が大事である。②病室での環境整備は「手段」である。例えば、カレンダーの予定に何が書かれているかチェックする。置いてあるお孫さんの写真を見て患者さんのことを知る。③パズルで一緒に遊ぶ

のもスピリチュアルケアである。④ビハーラ僧は臨床心理士ではない。心理判断や評価をしないというのがスタンスであり、患者さんに寄り添い「一緒に笑う。一緒に泣く。」がスタンスである。

考察として、入院前に患者と関係が築けないものの、患者との最初の出会いにおける第一印象を心がけ、入院後も環境整備を手段として患者を知る方法を有していた。興味深いケア観の例では、パズルで遊ぶことをもスピリチュアルケアであると述べて、ケアという行為を何かを与えるものと捉えていなかったことである。これは臨床心理士との違いとして、心理判断や評価せずに患者に寄り添う行為を述べていることとも一致している。言わば、自身と患者を二分化しないことによる寄り添いである。患者にとって彼らの立場がどのような意味を持つのかまでは明確ではない。しかし、患者個人の死生観や宗教的話題のみならず、スピリチュアルペインを表出した際の死後存続、来世への問いについてまで、その感性を以って応えられるのはビハーラ僧である。

その他の聞き取りからは、次の回答が得られた。①ビハーラ僧は医療的知識も入れるし、法話をもする。傾聴ボランティアとの違いはそこにある。責任は大きい。②往生は言わなくても患者さんが思い、受け止めている。ビハーラ僧はその手伝い。③患者さんとは浄土で会える。④ケアする人は、皆から支えられている。

考察として、医療的知識を取り入れている以外に、法話をすることによる責任の大きさについて傾聴ボランティアとの比較を通して述べている。そこにビハーラ僧としての立場上の意識の違いがある。

## 4.5 ケア観の特徴

終末期医療は人間の生が最期を迎える時に、どうすべきかを考えさせるものであり、最も敏感にならざるを得ない。そこに居合わせる人間は皆、その敏感さを持ち合わせながら、ケア提供者として携わることへの難しさがある。チャプレンとビハーラ僧が、終末期医療現場でどのような考えを持ち、患者・家族に接しているのか。ケア提供者から見たケアとして、どのようにして対応しているかを把握できた。その特徴を列挙する。

淀川キリスト教病院のチャプレンへのインタビューからは、水平面と垂直面の関わりから述べられるように、神―人間という関係に見られるキリ

スト教的基盤を明言している。チャプレン自身もケアの限界を認めることで、臨床に携わることの難しさを内省的態度によって語り、患者と共にいることを目指している。

きぼうのいえのチャプレンへのインタビューからは、特にホスピスでは医療者による痛みの除去という形而上における考えのみでは不足と捉え、形而下における宗教の必要を認めていた。両者を統合する形而上、形而下の統一理論と思索、この世の可視的現象が必要であると捉えていた。また、他のホスピスとは異なり宗教的連携を行っている。キリスト教を基盤にしているが、キリスト教には固執しない柔軟な姿勢を採っている。

長岡西病院ビハーラ病棟のビハーラ僧のインタビューからは、患者との関係を死別をも含めて肯定的な経験として捉えていた。また患者・家族も死を受容する際の心情を受け止める場がビハーラであり、そこに受け止める自分が存在している。

あそかビハーラ病院のビハーラ僧のインタビューからは、ビハーラ僧は臨床心理士との違いとして、患者の心理判断や評価をせずに、ありのままに患者に寄り添うことを主な立場としている。だが、ビハーラ僧さえも支えられているという考えを基にケアに携わっている。

## 5. 看取りの再考

臨床哲学の提唱者である鷲田清一は、聴くことの重要性について次のように述べている。

> そしてもうひとつが、語ること以上に、聴くことに神経を向ける必要があるということ。わたしは、哲学を〈臨床〉という社会のベッドサイドに置いてみて、そのことで哲学の、この時代、この社会における《試み》としての可能性を探ってみたいとおもうのだが、そのときに、哲学がこれまで必死になってきたような「語る」―世界のことわりを探る、言を分ける、分析する―ではなく、むしろ「聴く」ことをこととするような哲学のあり方というものが、ほのかにみえてくるのではないかとおもっている［鷲田 2015:49］。

鷲田は「『語る』―世界のことわりを探る、言を分ける、分析する」という方法であった従来の哲学から「聴く」方法による新たな哲学を説いたと言える。こうした考えを基に、筆者はチャプレンとビハーラ僧へのインタビューから、彼らが終末期医療に携わる際の思想を聴いた。そのことにより彼らが置かれている現状とケア観を見出すことができた。インタビューを行う中で、多くの患者・家族に接してきたチャプレンとビハーラ僧からケアの成功例を聞くことはなかったが、これはケアの失敗を述べているのではない。そもそも、医療者が対応していないケアに携わることに期待はあったとしても、万能であると言い換えているのではない。

看取りは身体への直接接触が伴う、共に生きる者としての共同的な営みであり、逝く者と遺される者に分けられる最大の瞬間に他ならない。そして遺された者という次世代に対して受け継がれる際の死の受容である。

チャプレンとビハーラ僧の患者・家族の関わりは死への問いに答えると言わずとも、死の受容を支えるといった際に必要である。彼らが根底に持つケア観は、看取りの際に不可欠であり看取りの哲学を基盤としている。看取りの哲学とは、死を迎える者と共に患者・家族・医療者・ケア提供者などが行う死の受容と死を迎えるまでの配慮を踏まえたものである。

しかしながら、チャプレンとビハーラ僧は終末期医療現場において死と向き合わなければならない患者・家族に対して、最大限の配慮の下にケアを行い、患者が安らかな死を迎える支援をしている。そこにケアの哲学が存在している。

現在でも、死は哲学のテーマで在り続けている。哲学者アルフォンソ・リンギスは、その著書『何も共有していない者たちの共同体』の中で、死にゆく者から共同体を問い直して、人種的・言語的・宗教的・経済的にすでに何かを共有している人々のそれに対する何も共有していない人々の死が、我々と関係していると述べる［リンギス 2006:11-12］。さらに、リンギスは死にゆく者とその傍にいようと努める者との関係について、深い洞察を以って次のように語る。

> 何も言えないという言語の恐ろしい無力さに意をくじかれて、死にゆく者の枕もとに赴かない人びとがいる。［中略］たとえば、「大丈夫だよ、お母さん」と。きみはこんなふうに言うことは愚かなことだと知っ

ている。母親の知性にたいする侮辱ですらあることも分かっている。［中略］結局、何を言うかは大して重要なことではないのだ。要請されていたのは、何か語るということだけであり、それは何であってもよかったのである。きみの手と声が、彼女が今しも漂いゆく、何処とも知れぬ場所に付き添って伸ばされること。きみの声の暖かさとその抑揚が、彼女の息が絶えようとするまさにその時に、彼女のもとに届くこと。そして君の目が、何も見るものがない場所に向けられている彼女の目と出会うこと。このことだけが重要なのである。［中略］合理的な共同体では、この逆の状況が通常である。すなわち、語られる内容の方が本質的で、語るということは非本質的であり、また、絶対に必要なのは、誰が語るにしても、人がこのことを語るということなのである［リンギス 2006:143-144］。

以上のことは、死が極めて個人的な事象であることを根本としながら、死にゆく者を中心とした時、その個人の大切さが共同体の在り方を浮き彫りにしたと言い換えられる。死にゆく者の傍らで、予め用意した慰みの言葉で語りかけることは、むしろ自分の語りを盾にして無意識に安心したいという、死にゆく者を前にして抱く未知への恐れの現れである。さらに言えば、死にゆく者との関係を言葉によって語り得るという考えは、遺された者の傲慢でさえあると解釈できる。

患者・家族に接する多くのコミュニケーションによって積み重ねられた人間関係がチャプレンとビハーラ僧の現在のケア観を形づくっている。このことは、ケアに対して抱える思いに個人差はあれどもケア観の基盤になると考えられる。そして患者・家族が宗教者の存在に気付くことによって、存在の意味付けは大きく異なる。生の完結を支える必要な存在であるか、忌み嫌われて不必要な存在になるか、もし、彼らが看取りにおいて、患者側にとって許された者であれば、ケアの場は許された者同士の集いという共同体を創っていると言えよう。

ソンダースは、ホスピスについて宗教思想が押し付けにならないよう細心の注意を払いながら、宗教的基盤よりも深い哲学的基盤の必要性について患者が自分自身と向き合い思考を深めるという理由から述べている［早坂 1995:137-138］。これはソンダースがホスピスへの構想を形成していく中

で、宗教を起点にしているものの宗教自体には固執していなかったことの現れである。現在のセント・クリストファー・ホスピスにある巡礼者の部屋(pilgrim room)は諸宗教に対応しており、僧侶やカウンセラーからスタッフさえもスピリチュアルケアを受けられ、2010 年には部屋のキリスト教色を取り除いた［中島・白井 2010:870-871］。言わばセント・クリストファー・ホスピスでは、キリスト教色に固執せずに諸宗教への柔軟な対応を行う。

これらのことを踏まえて、筆者がかつて提起した在日外国人を含めた看取りの課題［日髙 2014:121］(3)に伴い、宗教者一人一人が看取りを協働可能とする間主観的ケア観の生成を行うことと併せれば重要な要素であろう。ユニバーサル・ホスピス(4)の設立に向けて、終末期医療現場に携わるチャプレンとビハーラ僧を対象とした研究の拡充が必要である。

**【付 記】**

本稿は、京都大学こころの先端研究ユニット若手研究者交流会(2015/6/18)と日本宗教学会第 74 回学術大会(2015/9/5)の両発表を基にして、第 32 回大阪大学医療人文学研究会(2014/12/4)と 2014 年度第 2 回「宗教と社会貢献」研究会(2015/1/12)の両発表の他、未発表のインタビュー内容を新たに再構成して加筆修正したものである。

本稿の根幹とも言えるインタビュー部分は、チャプレン諸氏ならびにビハーラ僧諸氏が、快くご協力してくださったことで執筆が実現した。また、見学などでも職員の方々のお世話になり、関係者の方々に貴重なお時間を割いていただいた。この場を借りて、心より感謝の意を表したい。

## 註

(1) 本調査によれば「自分の最期を看取ってほしい人」は、日本では宗教者が 1.9%と極端に少ないことが明らかにされた。調査対象となった国は、日本(220 名)、韓国(80 名)・フランス(29 名)・イギリス(67 名)・イスラエル(63 名)・オーストラリア(57 名)・オランダ(33 名)・チェコ(53 名)・アメリカ NY(30 名)の計 9 ヶ国、計 632 名である(p. 10)。回答者の背景、対象機関などの詳しい調査項目については、当文献を参照されたい。

(2) インタビューの他、施設見学時の説明内容も含めて筆記で行い、文字起こしをしたデータと撮影した写真データは後日送付して、チェックを受けている。本稿では、施設内部の写真掲載については割愛した。

(3) 筆者は、在日外国人を含めた緩和ケア病棟の必要性とそこにおける諸宗教者によるケアの連携を構想している。詳しくは、日髙悠登 2014「死の差別化から、死の選択化へ」『メタフュシカ』（中岡成文教授退職記念号）第 45 号所収論文を参照されたい。

(4) ユニバーサル・ホスピスとは、NPO 法人きぼうのいえ理事長・施設長山本雅基氏にご相談したところ頂いた、上記註(3)で述べた緩和ケア病棟ないしはホスピスの名称である。

## 参考文献


あそかビハーラ病院ホームページ
http://www.asokavihara.jp/（2015 年 5 月 13 日掲載／2015 年 11 月 27 日閲覧）

安藤泰至・窪寺俊之・深谷美枝 2013「鼎談―心のケアと魂のケア」葛西賢太・板井正斉編著『ケアとしての宗教』（叢書　宗教とソーシャル・キャピタル 3）明石書店、232-293。

池田光穂 1996「第九章　非西洋医療」黒田浩一郎編『現代医療の社会学―日本の現状と課題―』（第 2 版）世界思想社、202-224。

石井賀洋子 2007「現代医療と宗教のかかわり―宗教的背景の異なる医療施設の事例から―」『比較人文学研究年報』4: 63-80。
http://www.lit.nagoya-u.ac.jp/~human/nenpou/n4/n4_ishii%20kayoko.pdf
（2015 年 6 月 17 日入手）

石谷邦彦 2003「第五章　医療現場における「心のケア」―ホスピス・ケアの現場から」井上芳保編著『「心のケア」を再考する』現代書館、103-136。

医療通訳研究会 2010『医療通訳研究会(MEDINT)シンポジウム 2009　外国人患者の終末期ケアを理解するために』医療通訳研究会。

薄井篤子 2002「スピリチュアル・ケアと宗教」国際宗教研究所編『現代宗教 2002』（特集　宗教・スピリチュアリティ・暴力）東京堂出版、205-229。

大河内大博 2003「ビハーラ活動における超宗派の取り組み方について　―ビハーラ病棟での実践を通して―」『日本仏教社会福祉学会年報』34: 43-55。

柏木哲夫 1978『死にゆく人々のケア―末期患者へのチームアプローチ』医学書院。

岸根敏幸 2008「2　宗教多元主義の位相」間瀬啓允編著『宗教多元主義を学ぶ人のために』世界思想社、20-35。

キッペス，ウァルデマール 1999『スピリチュアルケア：病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』サンパウロ。

きぼうのいえホームページ
http://www.kibounoie.info/dantai.html（2015 年 1 月 28 日閲覧）

窪寺俊之 2008『スピリチュアルケア学概説』（関西学院大学論文叢書第 16 編）三輪

書店。
黒岩卓夫 1991「第 6 章　病いと癒し」黒岩卓夫編『宗教学と医療』（講座　人間と医療を考える　第 2 巻）弘文堂、146-174。
厚生労働省 2014「厚生労働省告示第 58 号：基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）緩和ケア病棟入院料の施設基準」。
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000041257.pdf
（2014 年 3 月 5 日公告／2015 年 8 月 19 日入手）
柴田実・深谷美枝 2011『病院チャプレンによるスピリチュアルケア：宗教専門職の語りから学ぶ臨床実践』三輪書店。
柴田実 2012「スピリチュアルケアワーカーの専門性と宗教の関係について―窪寺理論における一考察」窪寺俊之監修『スピリチュアルケアの根底にあるもの―自分が癒され、生かされるケア』遊戯社、57-80。
―――2013「第二章　スピリチュアルケアのプラクシスとその宗教的基盤―病院チャプレンの語りと聖書思想から」葛西賢太・窪寺俊之編著『ケアとしての宗教』（叢書　宗教とソーシャル・キャピタル 3）明石書店、74-101。
島薗進 2007『スピリチュアリティの興隆―新霊性文化とその周辺』岩波書店。
新村拓 1998『医療化社会の文化誌 : 生き切ること・死に切ること』法政大学出版局。
谷山洋三 2006「死の不安に対する宗教者のアプローチ　―スピリチュアルケアと宗教的ケアの事例―」『宗教研究』（＜特集＞生命・死・医療）80(2): 457-478。
http://ci.nii.ac.jp/els/110004798334.pdf?id=ART0007529662&type=pdf&lang=jp&host=cinii&order_no=&ppv_type=0&lang_sw=&no=1302597378&cp=
（2011 年 4 月 12 日入手）
田宮仁 2003「仏教ソーシャルワーカーの可能性を考える上で―期待と危惧」『日本仏教社会福祉学会年報』34: 27-38。
―――2007『「ビハーラ」の提唱と展開』（淑徳大学総合福祉学部研究叢書 25）学文社。
辻彼南雄・渡辺大輔・中島民恵子 2012「4. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」国際長寿センター『平成 23 年度　理想の看取りと死に関する国際比較研究（サマリー）』国際長寿センター、10-21。
http://www.ilcjapan.org/study/doc/summary_1101.pdf（2016 年 3 月 1 日入手）
中島孝・白井良子 2010「セントクリストファー・ホスピスから日本へ吹く風：ホスピス・緩和ケアの“誤解”をとく」『訪問看護と介護』（特集　ホスピス発祥のイギリスから日本へ―在宅・地域緩和ケアの“近い将来”）15(11): 864-872。
中村隆子 2000「第 11 章　患者のこころを支えるために―ホスピスとビハーラにおける宗教的援助の試み」ベッカー，カール編著『生と死のケアを考える』法蔵館、247-271。

鍋島直樹 2005「浄土教における死と慈愛　―ホスピスとビハーラの共通性と独自性（一）―」、『真宗学』（寺川幽芳教授定年退職記念特集号　―日本文化と浄土教―）111・112 合併号: 187-215。

――――2009「浄土教における死と慈愛　―ホスピスとビハーラの共通性と独自性（二）―」、『真宗学』（矢田了章教授・武田龍精教授定年退職記念特集号　―親鸞浄土教の研究―）119・120 合併号: 249-316。

早坂裕子 1995『ホスピスの真実を問う―イギリスからのリポート―』文眞堂。

日髙悠登 2014「死の差別化から、死の選択化へ」『メタフュシカ』（中岡成文教授退職記念号）45: 111-124。

深谷美枝 2011「キリスト教専門職によるスピリチュアルケア実践　―実践の全体像を捉える試み―」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』135: 117-143。
http://repository.meijigakuin.ac.jp/dspace/bitstream/10723/769/1/shakaifukushi135_117-143.pdf　（2016 年 3 月 30 日入手）

――――2013「病院チャプレンの実践研究から見た「キリスト教と日本社会」」明治学院大学キリスト教研究所編『境界を超えるキリスト教』教文館、271-289。

福永憲子 2014a「医療の臨床における「宗教的ケア」の必要性と可能性　―その理論的検討―」『人間社会学研究集録』9: 91-104。

――――2014b「現代社会における看取り文化の諸相　―医療従事者から見た病院死のフォークロアー―」『鷹陵史学』40: 119-150。

藤井理恵 2009「第 I 部　病む人のかたわらに」藤井理恵・藤井美和『増補改訂版　たましいのケア：病む人のかたわらに』いのちのことば社、14-114。

藤腹明子 2000「ビハーラ運動の事例研究」小林孝輔（他）監修・池田英俊（他）編『福祉と仏教―救いと共生のために』（現代日本と仏教　第 4 巻）平凡社、89-106。

古澤有峰 2003「病院のチャプレンとスピリチュアリティ　―アメリカ・ハワイ・日本―」国際宗教研究所編『現代宗教 2003』（特集　宗教・いのち・医療）東京堂出版、219-245。

――――2006「医療看護および社会福祉の文脈におけるスピリチュアルケア」『アジア遊学』（特集　アジアのスピリチュアリティ―精神的基層を求めて；救い・ケアの核としてのスピリチュアリティ）84: 102-122。

町田弘子・長谷川真耶・柏谷優子 2006「ホスピス入職前後の理想と現実に関する意識調査」『日本看護学会論文集　成人看護Ⅱ』37: 177-179。

松川和美 2015「在日外国人である終末期がん患者の価値観を尊重する関わり～言葉の壁を越えて最期まで寄り添うこと～（洞爺温泉病院ホスピスセミナー 言葉の壁を越えた看護の力、管理栄養士が実践した食を通じた交流、そのチームコラ

ボレーション)」『Best Nurse』26(10) 12-16。
松田純 2006「山谷ホスピス「きぼうのいえ」見学報告」松田純研究代表『生命ケアの比較文化論的研究とその成果に基づく情報の集積と発信』(科学研究費補助金(基盤研究(B)) 研究成果報告書、平成 15-17 年度)、306-328。
村瀬正光 2011「緩和ケア病棟における仏教者の評価 ―遺族調査から―」『日本仏教社会福祉学会年報』42: 1-13。
――――2012「緩和ケア病棟における宗教者の活動の現状―ビハーラにおけるビハーラ僧―」『日本仏教社会福祉学会年報』43: 1-18。
森田敬史 2010a「ビハーラ病棟での実践からみえてくる仏教者の役割」『日本仏教社会福祉学会年報』41: 81-92。
――――2010b「ビハーラ僧の実際」『人間福祉学研究』(特集 生と死を見つめ、支える) 3(1) 19-30。
山本雅基 2015『ハートウェアタウン山谷実行委員会事業計画 山谷サンクチュアリ(聖地化)プロジェクト』特定非営利活動法人きぼうのいえ理事長山本雅基作成・公益財団法人東京都医師会元会長野中博特別医療監修、未公刊。
リンギス, アルフォンソ 2006『何も共有していない者たちの共同体 (野谷啓二訳)』洛北出版。
鷲田清一 2015『「聴く」ことの力―臨床哲学試論』ちくま学芸文庫。
『WAM』2013「親子に癒しと希望を与える日本初の「こどもホスピス」を開設―大阪市東淀川区・宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション ホスピス・こどもホスピス病院―」、12-15。