

宗教的ケアと日本のホスピス

—歴史的経過と評価—

窪 寺 俊 之

目的

1982年に日本最初のホスピスが浜松の医療法人聖隷三方原病院に誕生して以来18年が経った。その間に、60箇所を越えるホスピスが誕生し、将来、増加の可能性が高い。医療の世界にホスピスがもたらした貢献は大きい。第一は、患者の疾患の治療よりも、患者の生活全体のケアを重視したこと。第二は、末期ガンに苦しむ患者と家族をケアの対象にしたこと。第三は、全人的ケアを目指し、スピリチュアルケア（霊的ケア）の意味を認識したことなどである。

日本のホスピスの起ち上がった初期は、キリスト教の立場に立つホスピスが多かった。そこで、ほとんどのホスピスでは、スピリチュアルケアをホスピスの課題として受け入れた。しかし、実際になされたのはキリスト教的立場に立つ「宗教的ケア」であって、「スピリチュアルケア」とは異なるものであったとの疑問がある。そして、「宗教的ケア」と「スピリチュアルケア」との関係を明らかにする学際的研究はまだなされていない。今後の研究課題として残されている。

その様な混同があったとしても、歴史的には、キリスト教病院であったから、宗教的ケアが可能だったと言える。そして、日本のホスピス運動史では、殆ど「宗教的ケア」と「スピリチュアルケア」が同一視されながら発達してきたのが実情である。

この論文では、日本のホスピス発達史の中で、宗教が果たした役割を明らかにしようと試みる。死に直面した人達にとって宗教的ケアは大きな役割を果たしてきた。しかし、宗教立病院であったから、それぞれの宗教に偏りすぎて、

宗教的ケアと日本のホスピス

後のスピリチュアルケアの発達に困難をもたらしたことも否めない事実である。ここでは、スピリチュアルケアを志向しながらも、結果的に宗教的ケアになった事を認めながら、宗教的ケアの足跡を概観したい。

次のような順序で述べる。第一章では「宗教立ホスピスでの宗教の実践的意義について」、第二章では「死の臨床での宗教の有効性について」、第三章では、「宗教家の観察・見解」、そして、最後は結論を述べることにする。

第一章 宗教立ホスピスでの宗教の実践的意義について

ここでは、日本の宗教立ホスピスのケアの中で、患者にとっての宗教の意義を見る。日本には、現在、60箇所を超えるホスピスが作られたが、その中でも、ここでは宗教立ホスピスを取り上げる。学会や書物を通して公に報告された宗教の意義について概観する。ここで特に取り上げるものは、浜松の聖隷三方原病院のホスピス、大阪の淀川キリスト教病院のホスピス、九州の亀山栄光病院のホスピス、沖縄のオリブ山病院のホスピスなどである。

第1節

1982年、日本での最初のホスピスが医療法人聖隷三方原病院に開設されたが、その初代ホスピス長原義雄医師は、死に逝く人へのケアとして、「宗教」の重要性を指摘して、次のように書いている。「死の恐怖の問題は宗教を抜きに解決できないであろう。」「死に直面している患者を見舞う時、宗教的意味合いを抜きにして、なぐさめの言葉は成り立たない」⁽¹⁾。これらの言葉には死の恐怖におびえる患者を支える手段に宗教を使うことを考えていることが明らかである。原義雄医師は熱心なクリスチャンであり、自ら牧師の資格を得ていたのでキリスト教的色彩の強いものになっている。また、原は「自分の生への満足感、周囲のものへの感謝、信仰による希望と期待をもって死ぬことができれば、それはどんなにかすばらしいことであろうか」⁽²⁾と述べているが、人生の満足、感謝、希望への援助を目ざしていたことは、たとえ宗教的ケアに偏っているとの非難はあるとしても、患者の魂のケアの中心的事柄を指摘したものである。ホスピス

での死に逝く人たちへのケアに携わる者が常に留意して、魂へのケアの目標とすべき重要な点である。

第2節

聖隷ホスピスの千原明医師は「聖隷ホスピス三年半の実戦から」と題して、報告した中で「これまで五名の者がキリスト教の信仰を受け入れて洗礼を受けたが、死を前にした者が宗教を通して救いを見出すことを見るにつけ、ホスピス活動の中で、宗教的環境を整えることの大切なことを考える」⁽³⁾と述べている。千原はクリスチャン医師としてホスピスで、死に逝く人を見ながら「救いを見出す」患者を見て、宗教の意義を高く評価している。

第3節

1984年、日本での第2番目のホスピスが大阪の淀川キリスト教病院に開設された。淀川キリスト教病院には、それまでに「死に逝く人への組織的ケア」(Organized Care for Dying Patient=OCDP) という研究会が、1973年以来、院内規模で開かれていた。このOCDPを母胎にしてチーム医療を軸にしたホスピスが開設された。OCDPの中心的役割をはたした精神科医の柏木哲夫がホスピス開設と同時にホスピス長になった。柏木は臨床的経験として「スピリチュアルケア」の重要性を強く認めている医師の一人である。1977年12月11日大阪大学医学部で開催された「第1回死の臨床研究会」のシンポジウムで「チームアプローチの立場より」⁽⁴⁾を発表している。その中で「宗教的ケア」を取り上げて、宗教的ケアをホスピスの特徴として位置づけている。柏木は「スピリチュアルケア」と「宗教的ケア」を明確に区分して定義してはないが⁽⁵⁾、「患者の魂の平安については特別に関心を払う」と述べて、魂のケアをする「スピリチュアルケア」「宗教的ケア」の必要を力説している⁽⁶⁾。柏木は1992年度の日本キリスト者医科連盟総会の最終日の講演に「Spiritual care-魂のケア-」と題して講演している。その中で「霊的な必要性はすべての患者さんが持っておられる。したがって、すべての患者さんに対して Spiritual care が必要である」と述べ

宗教的ケアと日本のホスピス

ている⁽⁷⁾。ここで霊的必要として6つの事柄を挙げている。1.生命の意味、2.人生の価値、3.苦悩の意味、4.罪責感、5.神の存在、6.死後の世界などである。

柏木はさらに、「患者さんの魂のケアには宗教家の協力が大切になる。この意味でホスピス・チームの中のチャプレンの役割は大切であるという。ホスピスに於ける患者の魂へのケアは霊的ケアという言葉で表されることもあれば、患者の宗教的ニードへのケアといわれる⁽⁸⁾」と述べている。日本に於けるホスピス誕生の礎石がキリスト教の精神の上に建てられたことは、「スピリチュアルケア」と「宗教的ケア」が同義語として用いられる可能性を含んでいた事情が頷ける。この様な事情があったとしても、その後のホスピス開設で「スピリチュアルケア」の重要性が認識される契機となったという意味で大きな貢献であった⁽⁹⁾。

第4節

三重大大学医療技術短期大学部の加藤佳子、大西和子、キリスト教病院の藤井理恵が「臨床における Spiritual Care について」と題して症例検討に発表している⁽¹⁰⁾。この発表は淀川キリスト教病院での二つの症例を扱ったもので、一つは58歳の専業主婦、無宗教、盲腸ガンから肝転移。患者自身から牧師との面会を求め受洗し、その後召天。もう一つの症例は、43歳の女性。宗教無し。胃ガンから卵巣ガンになり、腰椎転移。病気悪化と共に、「こんなに悪くなるなんて思ってもみなかった」とか、「寂しい」とか、「こんな身体で生きていても私のプライドが許さない。心臓を止めて、、」と言ったが、亡くなる二日前に、自分から日曜礼拝に参加を希望。一人で静かに息を引き取っていった。この症例は宗教的ケアが重要な意味をもっていることを示したものである。自己受容できず苦悶した患者が、キリスト教にふれて静かに死を迎えられた事実は大きな意味がある。それは、単なる心理的カウンセリングを超えたものである。病気を負う自己の存在を人間同志の関係（水平関係）で捉える時、自己憐憫、他者羨望などの感情が起きやすい。また、人生の不条理への回答を掴みにくい。しかし、

人間同志の関係を越えるレベルでの問題解決を模索するのが宗教である。宗教がもたらすものは、魂の究極的平安をもたらし、死んでも生きるという希望を与えられる⁽¹¹⁾。このケースは宗教的ケアの役割を示したものである。宗教的ケアの有効性を実証して見せてくれた点は大いに評価できる。

症例検討では東京英和女学院大学の平山正実医師が「Spiritual Care の定義は何か」と尋ねた。また Spiritual Care など多様な言語が十分に定義されないままに用いられていると指摘した⁽¹²⁾。また人間を三元論的に「身体、精神、魂」と見る根拠はどこにあるのか。また Spiritual Care のケアの理論的根拠は、どこにあるかなど問題になった。平山が指摘した様に、Spiritual Care に関する言語が明確に定義されてないのが現状である。また、ケアの理論化がなされていないことも今後の重要な課題である。この様な症例検討を通して、スピリチュアルケアの定義、本質、有効性、限界などの問題が明らかにされていく必要がある。

第5節

淀川キリスト教病院の高橋恵、原昌子、下稲葉かほり、恒藤暁は第19回日本死の臨床研究会で「ホスピスにおけるスピリチュアルペインとケアの実態」⁽¹³⁾と題して、淀川キリスト教病院でのスピリチュアルケアの調査結果を発表している。「スピリチュアルペインは狭い意味での宗教的な痛みと受け取られがちであるが、人が何らかの苦痛や困難にぶつかったとき、今まで拠り所としていた価値や信念に疑問を感じ、自分の存在や人生について問うようになることを指す」としている。この調査研究の内容は、次の6つのテーマを調べた⁽¹⁴⁾。「スピリチュアルペインの表出の有無」「スピリチュアルペインの内容」「スピリチュアルペインに対する関わりの種類」「関わりを受けた患者の変化の有無」「変化の種類」「変化の契機」などである。その結果から明らかになったことは、「スピリチュアルペインの表出」が約42%にあり、明らかにならなかったが47%、不明6%、表出はなかったが、スピリチュアルペインが有ると思えたのが5%であった。このことから、約半数以上の患者はスピリチュアルペインを持っている

宗教的ケアと日本のホスピス

といえる。そのペインと誰（何）が関わりをもったかを調べると、病院のスタッフが98%である。宗教家は51%であることが分かった。このことからスピリチュアルケアを多くの患者が必要としているのに、宗教家には半数の患者しか相談していない。そして患者の多くは宗教家以外のスタッフに頼らざるを得ない。ここにはスピリチュアルケアを宗教家のみに依存してはならないことが示されている。患者のそばにいる看護婦が、「スピリチュアルケア」する一番しやすい立場の人である。スピリチュアルケアが広く普及するには、人材養成とケア実践の方法の開発が必要である。発表の中で「スピリチュアルペインの項目の草案」「変化の種類」「変化の契機」などを客観的データをもとにして、実証的に研究された意義は大きいと言える。

第6節

第18回死の臨床研究会大会のシンポジウムⅡは「日本のホスピスとP C Uはどこが違うか」と題して、3人のシンポジストがそれぞれの立場から発言した⁽¹⁵⁾。福岡亀山栄光病院の下稲葉康之医師は「ホスピス」は、身体的に致命的病いをもつ人のQOL向上を目ざして全人的ケアをするところと解釈している。つまり、下稲葉は「患者の生命の質（QOL）」と「全人的ケア」の視点から宗教的ケアの必要を重視している。だから、身体的苦痛の緩和はもちろん、家庭人、社会人、ひとりの人間として悩み苦しむ人に「ホスピスの心を持って真実な友、また信仰者として各々のニーズに応えるべきである」⁽¹⁶⁾と述べ、また「終末期患者は究極的には、ひとりの人間としてのニーズをもっている」「極めて深刻な宗教的なものである」と述べている⁽¹⁷⁾。特に下稲葉はキリスト教信仰に立っているから、キリスト教のもつメッセージ（教義、福音）が患者への救いをもたらすと述べている⁽¹⁸⁾。「死に対峙している終末期患者に対して、死んでも生きるとする信仰の道は、まさに掛替えのない究極的な救いとなり得るといえる」⁽¹⁹⁾と述べている。下稲葉は、キリスト教が絶対的な意味を持ち、危機状況にいる人間に救いをもたらすことが出来ると信じて実践し、確かな結果を現している

医師である。それは貴重な事実である。下稲葉が医師であり、キリスト教の牧師であり、キリストの愛の実践者であるから、多くの人に深い影響を与えてきた。ただ、何らかの理由で、キリスト教を積極的に拒否し、嫌悪する患者には、キリスト教的アプローチは相応しくないかもしれない。また、日本の文化のように仏教的雰囲気深く影響された患者が、キリスト教信者に簡単に宗旨変更できる訳がない。そんな事情を考えると「宗教的ケア」と「スピリチュアルケア」を分離して理解し、「スピリチュアルケア」の援助方法を考える必要がある。

第7節

福岡亀山栄光病院緩和ケア病棟の松田博子は事例検討で「末期癌患者への精神的援助を通して学んだこと」と題して、直腸癌で厳しい身体的苦痛があるにも拘わらず、回りの人に感謝のことばを残して死んでいった48歳の女性のケースを発表している⁽²⁰⁾。直腸癌術後再発、肝転移、股関節転移などあり、病状悪化するにつれて、「死を感じ始め、怒り、不安をスタッフにぶつけるようになった」⁽²¹⁾。患者は生と死について考えるようになり心の拠り所を求めるようになった。そこでチャプレンが関わり受持ちナースが患者と祈り合う時間をもった。患者は洗礼を受けることを希望。患者は「この体要らない。早く天国に行きたい」と微笑んで召されていった。このケースの検討で松田は穏やかに死を迎えられた理由の一つとして「宗教的支持により死の不安が克服できた」⁽²²⁾と述べている。

このケースは宗教的ケアの視点から見たとき、少なくとも二つの点を考察しなくてはならない。ひとつは患者が心の拠り所を「宗教」に求めた点である。患者は死に直面すると、死の恐怖や不安に襲われて心の拠り所を必要としてくる。死に直面して冷静に死を受容できる者は少ない。不安や恐怖に打ち勝って平常心、平安、冷静な心を持ちたいと願うのが普通の人である。その時キリスト教に縋るか、あるいは、仏教に縋るか、あるいは縋るものを見付けられずに諦めるかは、その時の回りの状況に依存することが多い。心の拠り所を求めて

宗教的ケアと日本のホスピス

も、回りに相談する人も環境もなければ、患者は諦めるしか仕方がない。宗教者、カウンセラーは相談しやすい人たちである。栄光病院には、魂のケアのできるチャプレンやクリスチャンナースがいたので、患者はその人達を相談相手として心の拠り所を見つけた。宗教的雰囲気のある環境、宗教的問題に応じてくれる人がいることが決定的に重要になってくる。

このケースが指摘するもう一つの問題は、宗教的サポートによって死の不安の克服ができた事実である。天国への希望がキリスト教で与えられたことは、患者にとって大きな慰めである。死に逝く人にとって、死後の問題は非常に大きな問題である。宗教は一つの解答を持っているから、宗教的ケアの重要性がそこにある。「宗教」は天国や極楽浄土の存在を信仰内容としているので、信じられる人にとっては大きな慰めとなる。

同時に、科学的・物質主義的価値観をもつ人が多い現代は、伝統的宗教が伝えている極楽浄土や天国を信じられない者も多い。そこに宗教的ケアの困難性がある。科学主義、物質的価値観、客観的事実重視の認識法の強い現代人に、宗教が語っている極楽浄土や天国をどの様に伝えていくのかが課題と言える。

第8節

ホスピス医中島美和子は、熱心なクリスチャン医師であるが、キリスト教の葦の会オリーブ山病院で癌の末期の患者を看ていた。中島医師はキリスト教による霊的有効性を示したケースを発表している⁽²³⁾。乳癌で入院したが手術不能、コバルト照射した62歳の女性。39歳で精神障害が発症、51歳の時、精神分裂病で4年間入院の既往歴があった。クリスチャンの子供たちの願いで、患者が信仰をもって天国へ召されてほしいと願っていたが、患者は発病前は信仰を求めることをしなかった。入院後「チームによる霊的アプローチを大変喜び、5月27日キリストによる罪の許しと救いを信じる決心をし、6月12日家族やチームに見守られつつ、病床洗礼を受ける」。絶筆となった日記の中に「イエス様、神様どうか私たちの家族の上に祝福を……」とあった。

このケースは、ホスピスチームの暖かい配慮のもとにキリスト教的宗教的ケ

アが為されて成功した例である。患者の家族も、医療者もキリスト教信仰で一致し、行き届いたケアのもとで、自然な形でキリスト教信仰に入信したと考えられる。形式のお仕着せのケアではなかったと想像できる。しかし、このケースは「スピリチュアルケア」というよりも、むしろ、宗教的ケアというべきものである。このケースの場合、患者はキリスト教以外の宗教を選択する事は殆ど不可能であった。すべての回りの人たちがキリスト信者である環境の中で、仏教的ケアを受けることは不可能であったと思える。患者中心を重視しながらも、医療環境がキリスト教的である場合、患者がどこまで他の宗教を選択することができるかという問題を残している。「スピリチュアルケア」実践に伴う患者の主体性、自主性がどの様に保障されるかを問題にすると、患者中心の理念を重視しなくてはならない。その様な疑問点を持ちながらも中島医師らが、牧師、看護婦らと魂へのケアをチームとして積極的に行ったことは高く評価されてよいことである。

以上、概観したのは、宗教立ホスピスでの魂へのケアの実態である。そこにはキリスト教のチャプレン（病院付聖職者）や信者の医師・看護婦が常時患者のそばにいた。患者の魂の必要に応える医療環境であったといえる。次にあげるものは宗教立のホスピスではないが、死の臨床を実践においており、そこで宗教の有効性について概観する。

第二章 死の臨床における宗教の実践的有効性について

ホスピス以外でも死の臨床は活発に行われている。ここには、公にはホスピスと名乗っていないが、死の臨床に関わり魂へのケアの実践がなされ、その結果、患者が大きな魂の支えを与えられたケースである。医師、看護婦、患者自身の報告が含まれている。発表されたケースは自ら死に直面して宗教に縋り、魂の平安や慰めを得た人々である。ここには宗教の個人的体験を含めて宗教の有効性を見る。

宗教的ケアと日本のホスピス

第1節

第4回日本死の臨床研究会の第2日目のシンポジウムで、当時自治医科大学精神科の平山正実医師は「痛みのコントローラー精神科医の立場から」の中で、実存的問題にふれて宗教家との協力が必要であるとしている⁽²⁴⁾。特に「強い罪責感をいだいている場合」「憎悪や恨みの感情に苦しんでいる場合」や「家族や財産からの分離不安や未来に対する漠然たる予期不安」に捕らわれている場合をあげている⁽²⁵⁾。平山は特に分離、統合という基本理解を臨死患者の死後の問題と関わらせて、自然や信仰が安心立命をあたえると述べている⁽²⁶⁾。この平山の理解には、死の臨床に於ける宗教の役割の重要性への積極的評価があるし、死後の問題の発生原因を精神分析的解釈を根拠にして母子分離統合を死後の問題に普遍化している。平山の精神分析的解釈は一つの試みとして重要である。スピリチュアルペインの発生原因の解明も今後の課題として取り上げるべきことを平山は示唆している。

第2節

1978年11月東京都立駒込病院での第2回死の臨床研究会では、特別講演が為された。聖路加看護大学学長 日野原重明が「医療と看護は死にゆく患者と家族に何を与えることができるか—40年の私の臨床経験を通して」と題して講演した⁽²⁷⁾。日野原は「末期ケアはクオリティが問題」⁽²⁸⁾であると述べ、しばしば、聖書のことばを引用して、医療現場の中でキリスト教の意義の大きさを示している。その事は、日野原はクリスチャン医師としてキリスト教の実践的意義を強調している訳だが、学術的にキリスト教と医療の関係を明らかにしようとは意図していない。また、「スピリチュアルケア」と「宗教的ケア」が同義語として理解されている為に、「スピリチュアルケア」の実践はクリスチャンでしか可能ではないとの印象を与えてしまう。

第3節

東京都立駒込病院の心身医療科の河野友信医師は、死の臨床と宗教的ニーズ

との関係に関心をもっている⁽²⁹⁾。河野医師の臨床経験では、末期患者に宗教的ニーズが湧き上がり、宗教の話を聞きたいと望む患者や、病後に信仰に入信する者がいることをあげている。特に河野医師の調査では「宗教はなくとも信仰心、宗教的ニーズが多く、末期患者にはあること」⁽³⁰⁾を明らかにしている。河野が末期患者に信仰心、宗教的ニーズがあることを指摘している点の意義は大きい。ただし、それが具体的には何を指しているかを示していない。ただ、一般的カウンセリングのレベルでは解決できない魂の奥底にある悩みへの解決が求められていることは考えられる。

第4節

喜多病院の東妻喜見代らは「終末期患者の宗教的ニーズ」と満たすことが出来たことで患者が精神的安定を得た症例を発表している⁽³¹⁾。患者は左腎部皮膚癌の44歳の男性。入院中にクリスチャンナースと出会い、聖書を読み始め、宗教に関心をもつ。身体状態悪化の為、教会には出席できず、牧師に出向いてもらい、自分の事や聖書について語り合う。その中で宗教的救いを体験し、忍耐強く最後まで人生を全うする事が出来た。「宗教的ニーズが満たされ、信仰が支えになったため、精神的安定が保たれたのではないかと考える」⁽³²⁾という。このケースは、クリスチャンナースとの出会いから宗教心が芽生え、自然なかたちで入信し、信仰が患者を支えたケースである。クリスチャンナースと患者の信頼関係が基礎にあって患者は安心してキリスト教に入信を決心したことが想像できる。このような自然な形での入信は出会いが重要である。クリスチャンの生き方、看護の仕方、人との接し方など、患者とナースとの人格的ふれ合いが患者の心を動かしたと考えられる。

「宗教的ケア」や「スピリチュアルケア」にとって決定的に重要な点は、ケアする人の人格、生き方、人生観、価値観、接し方などである。その上に患者と援助者との信頼関係が形成される必要がある。東妻の報告はスピリチュアルケアとは何かを問う本質論を述べたものというよりも、むしろ、スピリチュアルケアを実践する人間の問題を提起していると言える。「スピリチュアルケア」

宗教的ケアと日本のホスピス

の理論を実践するのは、結局人間である。この事実を重視すれば、「スピリチュアルケア・ギヴァー」（スピリチュアルケア援助者、実践者）の問題が議論されなくてはならない。病院の中に「宗教的ケア」や「スピリチュアルケア」を担う部署が作られ、システムが出来上がっても、それだけでは十分というものではない。

ケアに関わる「人の問題」こそ、「宗教的ケア」「スピリチュアルケア」の決定的重要な要因である。

第5節

北海道の「ガンを語る会」の望月純一郎は患者の立場から「日本におけるホスピスの現状と課題」（シンポジウム）について語った。その中で、血清肝炎、慢性肝炎、肝硬変、肝臓癌を経験してきた者であると自己紹介し、その中で信仰をもったと述べている⁽³³⁾。肉体的、精神的苦痛を経験し「高熱と激痛に襲われ、食欲不振に悩まされ体重も72kgが64kgを切る状態となり本当に表現し尽くせぬ苦しい一年だった。しかし、これ程神へ感謝の言葉を捧げ祈りと反省の満ち足りた一年はこれまでなかった。」と告白している。この告白は真実に受け取れるものである。また、ここには信仰のもつ力が明らかである。望月が死に直面しながらも、なお積極的に生きる力を得て目的に向かって生きることができるのは、望月の告白が示すように「神と出会い」によるところが大きい。その結果、望月の心の中に「人さまのお役に立ち、喜びも悲しみも一緒にわかちたいとの願いが自ずと湧いてきた」⁽³⁴⁾と述べているように、望月は肉体的ハンディを負いながらも、なお、積極的に生きる意欲や目的が与えられ、他者への関係形成への意欲を感じたと考えられる。

第6節

京都大学結核胸部疾患研究所内科の中西通泰は、胸部小細胞癌の52歳のケースを報告している。その中で、「心のよりどころを宗教に求めることを決めた」⁽³⁵⁾患者を報告している。この発表では「心のよりどころ」が何を指してい

るのが不明である。しかし、現代科学、現代医学が扱わない魂の問題についての援助を指していることを考えると、そこに「スピリチュアルケア」の必要性を示唆してると見える。

第7節

京都大学結核胸部疾患研究所付属病院西森三保子は、クリスチャンの72歳の女性の肺癌患者の死のケースと72歳の男性で僧侶の肺癌患者の死を看取って、「キリスト教、仏教の違いこそあれ、信仰のある人の死はどことなく、静かで落ち着いていて、尊厳だと思いました」と報告している⁽³⁶⁾。つまりキリスト教、仏教という宗教の差はあっても、「信仰にある」という事実の重要性を指摘したものである。この指摘は、既存の宗教以外の信仰にも、スピリチュアルケアの可能性を開くものである。西森は患者にとって宗教がもつ定義を認めただけではなしに、医療者である援助者にとっても重要であると述べている。ケアのプロセスで、援助者自身がスピリチュアルケアを必要としていると言う。援助者へのスピリチュアルケアの在り方を、探し出すことも今後の課題である。

以上、概観したように、非宗教的病院の中でも、信者が、魂へのケアのできる医療者に会うことで、慰めや平安を与えられていたことが明らかになった。また、患者が信者であったので、患者にとって宗教の意味が医療者に観察できたのである。どちらのケースでも、宗教が患者に魂の平安や希望を与えていたことは明らかである。

第三章 宗教家の観察・見解

ホスピスの発生にキリスト教が関わっていたように、死の臨床には宗教家に関心をもってきた。宗教家の中にはキリスト教関係者や仏教関係者など含まれるが、それぞれの宗教的関心からの死に逝く患者に平安や慰めを積極的に与えてきた。ここではそれらの報告を概観することにする。

宗教的ケアと日本のホスピス

第1節

上智大学のアルフォンス・デーケンが、第14回日本死の臨床研究会大会のシンポジウムⅢの「日本におけるホスピスの現状と課題」で、海外でのホスピスを紹介しながらチャプレン（病院付聖職者）の重要性を紹介している。チャプレンはケアチームの一員として、「患者と家族の霊的ケアや医療従事者のバーンアウトの予防に貢献している」と述べている⁽³⁷⁾。チャプレンは、キリスト教信仰が語っている「天国での永遠のいのち」、「愛する者との再会の希望」などを伝えることである。デーケンはこの様な海外でのチャプレンの働きを日本に紹介しながら、将来、日本でもホスピスケアの中でのチャプレンが活動することを希望しているように受け取れる。

アルフォンス・デーケンは「死後の生命への希望は死への恐怖を克服するために究極的な鍵となるのではないだろうか」⁽³⁸⁾と述べて、死に逝く人々へのケアの一つに永遠の生命への希望を伝えることの重要性を主張している。デーケンは「死後の生命の希望」を宗教の問題として把握しているが、「霊的ニーズ (Spiritual needs)」とも理解している。この文章の中ではデーケンは「宗教的ニーズ」と「霊的ニーズ」の関係を明確にはしていない。しかし、ターミナルケアでは患者の「霊的ニーズ」に応えることが重要だと認識している。そして、「死後の有無の問題」を「蓋然性の収斂」というアプローチで解決しようと試みている。また、パルカルが、かつて死後の有無を「賭」であるとしながら、死後の存在を認める方に賭けることを主張したことを引用して、パスカルに従って死後の生命の存在を主張する⁽³⁹⁾。そして、死後の生命を信じた人々の中に「死を前にして、あまたの激しい苦痛を味わいながら、最後の数日間にそれらの恐怖を克服し、平静さと希望と喜びに満ちた期待とをもって、死に望む人々の姿を私は数え切れぬほど目の当たりしてきた」⁽⁴⁰⁾と述べて、死後の生命を信ずることの有効性を語っている。

第2節

日本の死の教育の分野を開拓してきた上智大学のアルフォンス・デーケンは、

第10回の死の臨床研究会の特別講演を「東洋と西洋の死の考え方」と題して行った⁽⁴¹⁾。その講演のなかで宗教はターミナル・ケアを支えるものであると述べている。宗教は本来の使命に立ち返るべきであって「死の意義を語り合い、患者自身の死生観を確立して安らかな旅立ちをむかえさせることが、ターミナルケアにおける宗教の役割だと思います」と語っている。デーケンは、更に、欧米における病院での神父や牧師の働きの重要性を述べながらチャプレン（病院付聖職者）の存在が患者のみならず、医療者にとっても重要であると述べている⁽⁴²⁾。

第3節

聖心女子大学教授の鈴木秀子は、第14回死の臨床研究会の生涯教育講座「自己の探求—ケアの実践のために—」で講演した⁽⁴³⁾。鈴木の特長は近代文学であるが、多くの人の死に立ち会った経験をもち、「死んでいく人は自分の全生涯をかけて、自分に立ち会ってくれる人に人類の遺産を渡していきます」⁽⁴⁴⁾と死の臨床に立ち会うことの価値を述べている。更に「その死に逝く人の最後にその人の生きてきた全生涯がひとつの実となって私たちの手に渡するためには、側に付き添う人がどういう言葉をかけ、どういう態度で接し、どうするかということにかかっています」⁽⁴⁵⁾と述べて、ターミナルケアに援助者として関わる者の役割の大きさを指摘している。鈴木は私たちが死んだあとに逝くところは「あの世というすばらしい世界に私たちは旅立っていくわけです」⁽⁴⁶⁾と語っている。

死を旅立ちと認識しているところに、鈴木がカトリック信者であるとの立場が現れている。それだけではなしに「あの世」の存在を指し示し、死という極限状況の中で、絶望と不安に襲われた中で死を迎えるのではなしに、「すばらしい世界」への期待を死に逝く人に手渡すことが出来れば、死を迎える人にも、残された者にも、慰めになるのであるという。宗教の本来的使命が果たされるなら、死を越える希望を伝えることができる筈であると鈴木は主張する。鈴木のかな信仰は、死に逝く者への希望を与えることが出来ると思われる。

宗教的ケアと日本のホスピス

しかし、鈴木は他宗教の信徒へのケアには触れていないし、無宗教者への可能性にも触れていない。ただ、死に逝く人との関わりが、ケアする者にとっても実り多いものであるとケアの意味を強調している。更に、援助者論にも触れており、今後、学術的に構築されるべき問題を示している。

第4節

研究発表当時、米国の神学大学院で勉学中であり、かつ牧師であった中島修平は「末期疼痛治療に於ける霊的ケアの有効性について」と題して一般発表をしている⁽⁴⁷⁾。この研究はキリスト教教義学的立場から末期疼痛を検討し、霊的ケアの有効性を明らかにしようとする試みである。そこではマッギル・メルザック疼痛像質問表と点数表を適用し、同時に面接を平行して行っている。その結果は末期疼痛に苦しむ患者には、死後や審判への不安、神や人との和解の必要、愛や信頼関係の破綻、死への恐怖、罪責の重圧などが問題であることが明らかになった。それらの宗教的苦痛に対してキリスト教的立場からの援助を試みたことで、痛みの軽減が得られたと報告している。中島修平は末期疼痛を「罪と罰とに起源する」ものであると定義している⁽⁴⁸⁾、キリスト論的、贖罪論的に症状の軽減が可能であると主張する。「痛みとは罪と罰に起源する肉体的、心理的、宗教的、社会的な人間存在の全領域を包含する全人格的な機序による不快の体験であるが、積極的な性質と症状に変換・改善可能なもの」⁽⁴⁹⁾という。中島が牧師の立場から発言していることは分かるが、仏教徒や新興宗教の信者に対して、どの様な「スピリチュアルケア」が可能なのかには触れられていない。中島は「霊的」と「神学的」「宗教的」を互換できると述べている⁽⁵⁰⁾、それはキリスト教のみを宗教と認めて、他宗教を認めない信仰的立場からの見解である。宗教の多様性を認め、その宗教的背景などへの理解を持つことは、日本の様な宗教的状况では重要である。「霊的」と「宗教的」とは、別個の概念であって、すべての人が霊的存在であっても、すべての人が特定の宗教に入信するとは限らない。むしろキリスト教的ケアのみに限定せずに、他の形の「スピリチュアルケア」あるいは「宗教的ケア」の存在を認める必要がある。

そうすることで、すべての人への魂へのケアが可能になる。

第5節

腫瘍を患い死に脅かされ、悩み苦しみ、「我が身の不幸を恨めしく、またのろわしく思った」中から仏教の教えにふれ、阿弥陀仏の成就された「無量寿のいのち」を知って、悩み苦しみから解放されたのは、僧侶の柿本謙誠である⁽⁵¹⁾。柿本は自らの腫瘍の体験と仏教と出会い、僧侶となった立場から「二つのいのち」のあることを述べている。ひとつは、「肉体的いのち」のことで、このいのちは病み、死ぬいのちである。もつひとつは無量寿のいのちで阿弥陀仏よりいただくいのちのことで、「宗教的いのち」である。柿本はこの無量寿をいただくとき「生命の質」が変わることを主張している。この様な「宗教的いのち」は死に直面した人に大きな慰めと力を与えている。それは肉体的生命がすべてであると捉え、それを失うことは全生命を失うことだという理解に対して新しい視点と理解を与えることになる。その結果、肉体的生命に執着せず、執着から解放されて新しい視点で見る自由を得るからである。無量寿という阿弥陀仏から与えられる不変のいのちにつらなることで肉体的生命が減んでも、なお生きることが出来るという希望が与えられる。この様な理解を受け入れられる時、死の不安や恐怖は消滅する。しかし、仏教に染まない者には、問題は未解決のままである。患者がもっているある特定の宗教への既成概念、偏見、誤解は、その宗教的ケアを患者に施すのを困難にする傾向をもつ。この様な事態を想う時宗教と別個なスピリチュアルケア（魂へのケア）の在り方が模索される必要が出てくる。

第6節

天理よろず相談所の丸田敬子は「ターミナルケアにおける宗教的援助の可能性―新宗教の立場から」⁽⁵²⁾の中で、天理よろず相談所での実績を発表している。天理よろず相談所では「憩の家」という施設をもち、そこでは信仰に基づき心身の苦悩解決と信仰的導きに努める事業部講師が、病人のベットサイドで

宗教的ケアと日本のホスピス

信仰上の悩みを聴き、「さづけ」のとりつぎ、病人の心の平安と病いの根を切る導きをしている⁽⁵³⁾。

この相談所では、職員は90%、医者は15%が天理教の信者で構成されている。だから、丸田が述べているように、天理よろず相談所での宗教的ケアは確かな実績をあげている。

明らかなように、丸田の働きは「宗教的ケア」と言うべきもので天理教の信仰、教義にしっかり立って、天理教の宣教課題として行われている。このような宗教的ケアは患者の魂へのケアにとって意味は大きい。しかし、天理教の信仰に馴染めない者を排除してしまう傾向はないか。天理教の信仰と教えを絶対正しいと確信する者が援助者として立ち、広い視点から寛大に患者を扱ったとしても、その患者がその宗教に反発している場合には、魂へのケアへの努力はほとんど無力である。このような弊害は天理教だけに限られない。如何なる宗教であっても、その宗教に馴染めず、受け入れようとしない者には、宗教色の濃いケアは、かえって医療者と患者の信頼関係を損なう側面がある。このようなことを認識しておくことも「宗教的ケア」を実践する場合には重要である。

第7節

浄土宗僧侶の斎藤晃道は「末期患者の宗教的必要への対応」という題で、膀胱ガンから腎臓、肺へ転移し、国立ガンセンターへ入院した50歳の男性末期患者との関与のケースを報告している⁽⁵⁴⁾。斎藤は末期患者と宗教者との関わりでの注意点をいくつかあげている。Kさんを紹介したケースの中で「Kさん本人が宗教情操の必要性を見舞いに來た友人に力説したり、末期患者の宗教的必要に対応できる場を整えるべきことを院長に訴えたい」と言ったことなどを報告している。末期患者自身が「宗教的必要に対応できる場」を力説し、かつ請願したことは、宗教が末期患者にとって重要な支えになることを語っており、今後のホスピスでの「宗教的ケア」や「スピリチュアルケア」の必要性を提起していると見ることが出来る

第8節

村上徳和は本来ソーシャルワーカーであるが、浄土宗の僧侶でもあるので、患者に対して宗教的援助もしている⁽⁵⁵⁾。その経験の中で、「入院期間の長い患者さんは、宗教的な教えを基にした心の支えとなるようなものを欲しているように思います」⁽⁵⁶⁾と述べている。長い入院生活は人生の問題、将来のこと、家族のこと、経済のことなど悩み苦しむ事が多い。その時の「解決の糸口になるものとして、宗教というのは重要なものになるのでははいでしょうか」⁽⁵⁷⁾と述べて、宗教が患者の悩み苦しみに大いに貢献でき、残された人生を納得して送る道を開いてくれるものであるという。村上がソーシャルワーカーであり、僧侶であるという立場からの観察は人間の根本的解決を宗教に求めている人が多いことを指摘している。

村上が「宗教」という時、何を意味するかが不明である。「宗教」の中には、既存の宗教の制度、教団組織、教義、儀式などが含まれる。宗教の何が患者の問題解決になるかを明らかにする必要がある。

結論

【1】

日本のホスピスにおける宗教の意義について概観した。特に宗教立ホスピスの多かった初期には、ホスピスの理念の一つであるスピリチュアルケアは宗教的ケアとして実践されてきた。キリスト教立病院にはチャプレン（病院付聖職者）がいて、患者の魂へのケアがなされた。しかし、宗教立ホスピス以外の病院でも、クリスチャン医師や看護婦らによって熱心な魂へのケアがなされ、多くの成果がもたらされた。以上概観したように、ホスピスや死の臨床に関わる人たちは、宗教を積極的に評価している。この事実の意義は大きい。ここではそれらの成果をまとめてみよう。宗教は死に向っている人に何を与えることが出来るだろうか。

宗教のもつ実践的有効性は

- ①心の平安、平静（精神的安定）

宗教的ケアと日本のホスピス

- ②死の不安、恐怖からの解放
- ③病気への忍耐力が与えられる
- ④回りの人たちへ（家族、医療者など）の感謝の表明
- ⑤死に直面しながらも積極的に生きる力が与えられる、
- ⑥不安の中での心の拠り所の発見
- ⑦生きる目的が与えられる
- ⑧天国の希望が与えられる
- ⑨尊厳ある死を可能にする
- ⑩憎悪や恨みの感情からの解放
- ⑪死んでも生きる道を待望する
- ⑫過去の「あやまち」から生じる罪責感からの解放
- ⑬家族との分離恐怖からの解放
- ⑭自分の生への満足感
- ⑮信仰による希望
- ⑯肉体的生命の執着からの解放
- ⑰肉体的苦難の中でも信仰から来る喜び
- ⑱宗教的いのちの発見（仏からの生命）
- ⑲自分の人生を納得できる
- ⑳罪意識からの解放

これらの成果は死に直面した人にとって重要な成果である。この中のあるものは医師や看護婦、あるいは医療スタッフとの間の人間的レベルでの成果とも言える（水平の人間関係から得られるもの、あるいは心理的援助のレベル）。しかし、それらに加えて、天国の希望や罪責感からの解放などは宗教から得られるものである。これらは、心理的レベルを超えるものである。垂直の関係が与える宗教的平安、安らぎ、解放感である。神仏への信仰や帰依、あるいは神仏の愛や慈悲を知る事から得られるものである。（その意味で垂直関係から得られるものと言える）。これらの神仏から来る平安や解放感、あるいは生きる力は、

患者の努力で得られるものではない。神や仏から得られるものは、努力や精進ではなしに、恩寵として与えられるものである。あるいは、神仏の恩寵や慈悲に魂の目が開かれることで、自分のものとなるものである。このようなものは、人間の有限性や限界を超越したのもであり、垂直的關係から得られるものであって、それを患者は求めている。

心の平安、死の不安からの解放などは人間のレベルで解決されるものであって、宗教的ケアなど必要ないと言えるかもしれない。しかし、宗教的雰囲気醸し出す環境が患者に与える魂への影響は大きい。たとえ、宗教的言語は用いなくとも、宗教的シンボルが患者の魂に安心を与えることは理解しやすい。患者が特定の宗教に嫌悪感や不快感をもたない限り、宗教的シンボルが与える生活環境は死を迎えようとする人に、心の安らぎや拠り所を与えるものである。宗教的シンボルの醸し出す永遠の平安や安らぎ、慈悲や慈愛、永遠の希望は、死に逝く人にとっての意義は大きい。

【2】

ホスピスや死の臨床に関わる医療者、宗教者や患者は、宗教の実践的有効性を認めている。ここでは問題になるのは、宗教の実践的有効性を認める観察者についての検討である。

宗教を信じる医療者は、積極的に宗教の有効性を評価するは当然である。しかし、宗教に無関係な者が、宗教の有効性を観察したことは重要である。公平な目で観察して宗教が有効な援助になりうるならば、その観察は積極的に評価すべきである。

更に、留意すべき点は、日本では、宗教の問題を尋ねたり話題にすることを躊躇する者が多い。宗教を話題として語り合ったり、個人の問題として話し合われる場合は、お互いが親しい間柄か、あるいは信頼関係が形成されている場合に限られている。この様な社会的事情を考慮すると、人間の苦悩や悲嘆が宗教的レベルで話題になるのは、相手との人格的信頼関係が形成されていなくてはならない。その為に、宗教的問題を相談できる人は非常に限られてくるのである。医療者という理由だけで宗教的問題は話題にならない。結局、宗教の有

宗教的ケアと日本のホスピス

効性を観察できる人は、限定された人々になる傾向がある。この事実は留意しておかなくてはならない。主に牧師、神父、僧侶、信徒、そして医療者の中で人生や宗教に関心を持つ者に限られることになる。このような文化的背景を理解するならば、聖職者や信徒が観察した宗教の積極的有効性の指摘には十分注意を払ってよいことになる。

【3】

宗教の実践的有効性について報告されたものは、次のような医療機関からである

- ①キリスト教関係のホスピス、病院
- ②仏教関係のホスピス、病院
- ③無宗教の施設（国公立病院）

特に注目したいのは、③無宗教の病院からの報告に宗教の実践的有効性があることである。それは、宗教的雰囲気は濃厚でなくても、患者が宗教的ニーズを表明することがある事実である。そして、それに応える医療スタッフがいれば効果が出るという事実である。その事を考えると宗教的ニーズに応える援助体制を用意すべきことになる。もし、援助体制が整えば、結果として、魂の平安を得る人が出ると言える。

患者の宗教的ニーズに日本の国公立病院で応える体制を作ることは困難である。確かに「宗教的ケア」中心の魂のケアは、実際効果をもたらし点が高く評価される。しかし、宗教立病院以外の病院での魂へのケアが、ほとんど等閑にされている事実も明らかである。また、医療者の中に宗教者がいない場合、患者の魂のケアは皆目なされない。国公立病院で宗教的ケアがなされないのは、制度上の問題である。それは制度中心であり、病院中心の医療である。患者中心の医療への転換を願うならば、患者の魂へのケアが模索されなくてはならない。そこでは魂の平安や死後の問題、過去の過ちの罪責感からの解放などへの援助が考えられる。このような問題はスピリチュアルな問題と言える。スピリチュアルな問題には、人間存在の中心的問題であり、かつ、人間の価値観や人生観に関する問題である。また、宗教的ケアが明らかにしているように人間

存在を超えたものとの関わりの中で問題解決に至るようなものである。その意味で超越的存在との関わりが重要である。また、自己存在の意味や価値などの問題もある。これを究極的問題と呼びたい。自分なりの人生を締めくくって終わりたいとの願望である。このような「超越的方向」と「究極的方向」がスピリチュアルな問題解決には重要である。このような二つの方向をもって解決するような問題に、これからのホスピスは関心をもたなくてはならないと考える。

【4】以上のように、「宗教的ケア」は実践的に成果を挙げてきた事実を認めた上で、宗教的ケアには宣教的課題を担っている事を挙げておきたい。既存の宗教には、成立の歴史的背景、成立理由、成立過程がある。更には、その宗教の教祖、経典、教義、礼典、儀式、教団組織などが伴うものである。宗教として存続発展するには、それらのものが整っていかなくてはならない。そこには教団存続のための課題が課せられることになる。ホスピスでの宗教的ケアにも、そのような課題からの要請が介入することは考えられる。このような要請の中で患者へのケアがなされる場合には、患者中心には成りにくい。注意すべきことは患者にとって何が必要かである。患者のニーズに応えること（患者中心）であって、特定の宗教のニーズを満たす（宗教中心）ことではない。宗教的ケアでは、この点に注意する必要がある、宗教中心にならないようにしなければならない。

【5】「宗教的ケア」のもう一つの問題点は、患者に特定の宗教への嫌悪感がある場合である。特定の宗教の拒否者や積極的無信論者には、宗教的ケアが負担になる場合がある。臨床現場では拒否者や積極的無信論者は多くはない。むしろ、宗教にふれる機会がなかったり、真剣に宗教について考えることがなかった人が多い。病気になって宗教に関心を持ち始める人が多い。しかし、別の宗教に入信している人や拒否者や積極的無信論者には、宗教的ケアは迷惑であったり、不快感を与えることさえあることは、宗教的ケアでは意識していなくてはならない。

【6】そこで、拒否者や積極的無信論者への魂のケアの問題が残る。もちろん、魂へのケアを全く拒否する場合、ケアを求めてくるまで待つしかしかたが

宗教的ケアと日本のホスピス

ない。しかし、特定の宗教には無関心、拒否的ではあるが、魂の問題をもち、スピリチュアルな援助を求めている場合が考えられる。この様なケースに対してどの様なケアを提供できるかが私達の課題である。この課題についての研究はなされていない。「宗教的ケア」と「スピリチュアルケア」とは、本質的に異なるものである。この二者は非常に近似なものであるが、お互いに相違するものである。

すでに見たように、柏木は宗教的ケアの課題として、次のものをあげている。1 生命の意味、2 人生の価値、3 苦悩の意味、4 罪責感、5 神の存在、6 死後の問題などである。これらのものは必ずしも宗教者だけの問題ではない。死に逝くすべての人がもつ普遍的課題である。

このような問題を多くの患者がもつ現状を考えると、「宗教的ケア」でどのように対応するのが問題になってくる。一般病院（宗教立病院以外の病院）や国公立病院の中での魂のケアの可能性を探る必要が出てくる。魂の深い問題や、価値観や人生観に関わる問題で患者が悩み苦しんでいる時、宗教的価値観に重点を置かず、患者の個人的価値観を中心にしたケアが必要である。その在り方が模索されなくてはならない。私はそれを「スピリチュアルケア」と呼びたい。

個人個人の人生観、価値観、世界観を重視しながら、死後の問題、罪責感、人生の意味、苦難の問題を患者と一緒に考えるケアの在り方である。そこには、既存の宗教がもつ教理や儀式はない。むしろ個人的思想、信念が尊重され、個人的儀式が作り出されるケアの在り方である。このような患者中心のケアは、既存の宗教から見ると独善的自己の宗教でしかない。教理も儀式も全く幼稚であるかもしれない。また、迷信、偏見に捕われたものであるかもしれない。しかし、患者にとって死を前にして魂を支えることが出来るならば、患者の側に寄り添って、患者の望むようにその生全体を支えることも大切なことのように思えるのである。患者自身が最も価値あると信ずるものを認めて、患者の生全体を支えることがスピリチュアルケアの原点になると信ずるのである。

【注】

- (1) 原義雄、坂田、藤井、森下、原、佃、森川、布目共著「死を生きた人びと」日本基督教団出版局、1987、p.9
- (2) 同 p.118
- (3) 千原明、「聖隷ホスピス三年半の実戦から」と題して、報告した中で「これまで五名の者がキリスト教の信仰を受け入れて洗礼を受けたが、死を前にした者が宗教を通して救いを見出すことを見るにつけ、ホスピス活動の中で、宗教的環境を整えることの大切なことを考える」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床3」、人間と歴史社、1995、p.44
- (4) 柏木哲夫、「チームアプローチの立場より」、死の臨床研究会編、「死の臨床1」、人間と歴史社、1995、p.42。「死に逝く患者は多くの必要もっている。それを四つに分けて考える」として身体的必要、精神的必要、社会的必要、宗教的必要という。
- (5) 柏木哲夫、日本死の臨床研究会編、「死の臨床1」、1995、p.112、Spiritual pain を宗教的な痛みと訳している。その説明として、「宗教的痛みもある。死の問題、死後の問題、死をどのように考えるかなど、死が近づきつつある時に、宗教に救いを求める人たちなどをどのように援助するかという宗教的痛みに対するケアも大切である」と述べている。
- (6) 柏木哲夫、「死に逝く患者と家族への援助」、医学書院、1986、p.169
- (7) 柏木哲夫、『Spiritual care-魂のケア』季刊「こころの看護」サンルート・看護研修センター、1993 春、第7号 p.6
- (8) 柏木哲夫、「死に逝く患者と家族への援助」医学書院、1986、p.185
- (9) 日本のホスピスの中で緩和ケア病棟として厚生省から承認された最初の頃のものは全てキリスト教立であった。聖隷ホスピス、淀川キリスト教病院、救世軍清瀬病院ホスピス、福岡亀山栄光病院ホスピスなど。
- (10) 加藤佳子、大西和子、藤井理恵「臨床における Spiritual Care について」日本死の臨床研究会編、「死の臨床6」、人間と歴史社、1995、p.243-245
- (11) 宗教が与える人間関係には、垂直関係が含まれる。私たち人間の人間関係

宗教的ケアと日本のホスピス

は水平関係である。人間は互いに相対的存在であり、水平的関係を結ぶ。それに対して、宗教は人間を超える絶対的存在（神、仏）を示している。宗教は絶対的存在（神、仏）と人間とを関わるらせるものである。そこでの絶対者は無限、永遠、完全な存在と信じられている。宗教をもつことで人は、絶対者（神、仏）の無限、永遠とに結びつくことで新しい希望や絶対の中での平安を与えられる。

- (12) 平山正実は、加藤らの発表に対するコメントとして指摘した。「死の臨床 6」人間と歴史社、1995、p.247
- (13) 高橋恵、原昌子、下稲葉かほり、恒藤暁、「ホスピスにおけるスピリチュアルペインとケアの実態」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 7」、人間と歴史社、1996、p.254-259
- (14) ここで草案された「スピリチュアルペイン」は、窪寺が「宗教の立場から」（臨床看護 第15巻 第5号 pp.700-704、1989）に発表したものが参照されたとあり、「生きる意味への問い」「苦難に対する問い」「真の愛が感じられない」「罪責感」「希望がない」「家族に迷惑」「別離」「死後の問題」「価値観への疑問」「信仰への疑い」など10項目で成っている。窪寺は上記論文で「宗教的ニーズ」として、「生きる意味への問い」「人生の苦悩や苦痛への問い」「罪責感」「死後の問題」「希望」「真の愛」の6項目を上げた。高橋らの研究は更に4項目を加えてスピリチュアルペインを捉えようと試みている。
- (15) 日本死の臨床研究会編、「死の臨床 7」、人間と歴史社、1996、pp.33-41。昭和大学病院外科緩和ケアチームの高宮有介、聖霊三方原病院ホスピス病棟部長 須部由美子、福岡亀山栄光病院の下稲葉康之
- (16) 下稲葉康之、「日本のホスピスと PCU はどこが違うか」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 7」、人間と歴史社、1996、p.40
- (17) 同、p.40
- (18) 同、p.41
- (19) 同、p.41

- (20) 松田博子、「末期癌患者への精神的援助を通して学んだこと」、日本死の臨床研究会論、「死の臨床 5」、人間と歴史社、1995、p.265-266
- (21) 同、P.266
- (22) 同、P.266
- (23) 中島美和子、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 2」、人間と歴史社、1995、p.201
- (24) 平山正実、「痛みのコントローラー精神科医の立場から、」日本死の臨床研究会編、「死の臨床 1」、人間と歴史社、1995、p.200-203
- (25) 同、p.202
- (26) 同、p.203 平山が精神分析の分離統合理論でスピリチュアルケアの理論的構築を試みたことは評価できる。
- (27) 日野原重明、「医療と看護は死にゆく患者と家族に何を与えることができるかー40年の私の臨床経験を通して」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 1」人間と歴史社、1995、p.76-86
- (28) 同、p.76
- (29) 河野友信、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 1」、人間と歴史社、1995、p.191-192
- (30) 同、p.192
- (31) 東妻喜見代、「終末期患者の宗教的ニーズ」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 4」、人間と歴史社、1995、p.259-262
- (32) 同、p.262
- (33) 望月純一郎、「日本におけるホスピスの現状と課題」(シンポジウム)について語った中で、血清肝炎、慢性肝炎、肝硬変、肝臓癌を経験してきた者であると自己紹介し、その中で信仰をもったと述べている。肉体的、精神的苦痛、苦悩を経験し「高熱と激痛に襲われ、食欲不振に悩まされ体重も72kgが64kgを切る状態となり本当に表現し尽くせぬ苦しい一年だった。しかし、これ程神へ感謝の言葉を捧げ祈りと反省の満ち足りた一年はこれまでなかった。」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 5」、人間と歴史社、

宗教的ケアと日本のホスピス

1995、p.59

- (34) 同、p.59
- (35) 中西通泰、「心のよりどころを宗教に求めることを決めた」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 2」、人間と歴史社、1995、p.155
- (36) 西森三保子、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 2」、人間と歴史社、1995、p.224
- (37) アルフォンス・デーケン、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 5」、人間と歴史社、1995、p.53
- (38) アルフォンス・デーケン、メヂカルフレンド社編集、「死を考える」、死への準備教育第 3 巻、メヂカルフレンド社、昭和61年4月 p.209
- (39) 同、p.210-211
- (40) 同、p.211
- (41) アルフォンス・デーケン、「東洋と西洋の死の考え方」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 3」、人間と歴史社、1995、p.390-404
- (42) A・デーケンはここでチャプレンの患者と医療スタッフの両者へのチャプレンの働きについて述べている。「チャプレンは難病の告知やそのあとのケアに、大きな役割を果たしています。医者が忙しくて、あまり長く患者のそばにいられないときでも、チャプレンは何時間も患者のそばに座って、患者の話を聞き、なぐさめたり、心の準備を助けたりします。また絶えず、死とたたかうストレスにさらされている医師や看護婦の『燃え尽つき症候群』の予防にも手を差し伸べます。」とのべている。同、p.402
- (43) 鈴木秀子、「自己の探求—ケアの実践のために—」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 5」、人間と歴史社、1995、pp.72-91
- (44) 同、p.90
- (45) 同、p.90
- (46) 同、p.91
- (47) 中島修平、日本死の臨床研究会編、「末期疼痛治療に於ける霊的ケアの有効性について」「死の臨床 3」、人間と歴史社、1995.10、p.330

- (48) 同書、p.330 中島修平はさらに「顕著な因子は死後や審判への不安、神や人との和解や愛や信頼関係の破綻、死への恐怖、罪責の重圧であった。これら各々の因子に的確な霊的・神学的資源が正しく適用されなければならない」(p.331) とも述べている。
- (49) 同、「死の臨床3」、人間と歴史社、1995、p.330
- (50) 同、p.331
- (51) 柿本謙誠、日本死の臨床研究会編、「死の臨床2」、人間と歴史社、1995、p.228-231
- (52) 丸田敬子、「ターミナルケアにおける宗教的援助の可能性—新宗教の立場から」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床4」、人間と歴史社、1995、p.210-213
- (53) 同、p.211
- (54) 斎藤晃道、日本死の臨床研究会編、「死の臨床3」、人間と歴史社、1995、p.34
- (55) 村上徳和、『医療における宗教の必要性—臨床医と宗教家の試み』、医療と宗教を考える会編「いのちの安らぎ—ホスピスをめぐって」同朋舎、1988、p.46-62
- (56) 同、p.58
- (57) 同、p.62