

# スピリチュアルケアの黎明

窪 寺 俊 之

## 第1章 シシリー・ソンドースによるホスピス運動

近代的ホスピスの創始者である英国のシシリー・ソンドースは、ガンで苦しむ人の治療・延命中心 (cure) の医療に疑問をもち、看護 (care) 中心の医療の在り方を提案し実践した人であるが、その功績は大きい<sup>(1)</sup>。シシリー・ソンドースが近代ホスピスの創始者、推進者、啓蒙者として貢献した中で、特筆すべきことは、「スピリチュアルケア」の重要性を認め、「スピリチュアルケア」をホスピス・ケアの不可欠要因と位置づけたことである。シシリー・ソンドースがホスピスの理念の中に「スピリチュアルケア」を据えたので、その後のホスピス運動発展史の中で、「スピリチュアルケア」の重要性は常に意識されてきた。世界保健機関 (WHO) が示した人間理解、「人間はスピリチュアルな存在である」が画期的意味を持っていると同様に、シシリー・ソンドースが人間を「スピリチュアルペインをもつ存在」として認め、ホスピスでは「スピリチュアルケア」が重要であると認めたことは、患者の内的、個人的、実存的苦悩にホスピスが積極的に関わるという基本的姿勢を示したと言える。「多くの患者が自責の念あるいは罪の感情を持ち、自分自身の存在に価値がなくなると感じ、ときには深い苦悶の中に陥っている。このことが、真に『霊的 (spiritual) な痛み』と呼ぶべきものであり、それに対処する援助を必要としている」と述べている<sup>(2)</sup>。ソンドースは、一貫してホスピスにおける「スピリチュアルケア」の重要性を強調しており、ソンドースが、ホスピスの理念を明確に定式化したことは、ホスピス発達史、あるいは緩和医療学の発達史のなかでは、重要な足跡と

スピリチュアルケアの黎明

いえる<sup>(3)</sup>。

ソングースは「スピリチュアルペイン」として「後悔」や「自責の念」、「自己の存在の価値感の喪失」を上げたが、患者がこの様な「スピリチュアルな問題」を直接表出させることは少ないとも語っている。しかし、シシリー・ソングースによれば「スピリチュアルペイン」は、特定の宗教の信者に限らず、すべての患者がもつペイン（苦痛）であって、苦痛緩和の方法が求められていると強調している。ところが、残念なことに「スピリチュアルな問題」は宗教者に任せるという傾向が強く、今まではほとんど聖職者が扱って来た。その結果、宗教立病院以外では、ほとんど「スピリチュアルケア」が実践されずに放置されたままで来た。そして、宗教立以外の病院、施設あるいは在宅の大部分の患者はスピリチュアルケアが受けられなかった<sup>(4)</sup>。日本の国公立ホスピス、緩和病棟、あるいは病院などでは聖職者（牧師、神父、僧侶など）がいない所が多い。その為に患者はスピリチュアルケアが受けられないことが多い。この問題を解決するためには、ホスピスや病院に働く人が誰でも、「スピリチュアルケア」が出来る方法を考える必要がある<sup>(5)</sup>。

但し、シシリー・ソングースは「スピリチュアルケア」を宗教の教理や礼典執行などに限定せず、患者の側に居ることが霊的救いを提供することになると述べて、「スピリチュアルケア」の概念を宗教的枠に限定せず、人間学的広さへと広げている<sup>(6)</sup>。この様な「スピリチュアルケア」の理解は「スピリチュアルケア」の実践を広く一般に開放し、かつその具体的方法の模索を医療者や宗教者全体に求めたものである。

## 第2章 世界保険機関の報告書

1990年に世界保健機関（WHO）はガンの痛みに苦しむ人々の苦痛緩和の指針を示した報告書を公にした<sup>(7)</sup>。当時、ガン患者は、地球規模で増加の一途を辿り、完治療法のないまま、患者は肉体的苦痛に加えて、様々な苦痛に苦しんでいた<sup>(8)</sup>。WHOはガン患者の苦痛に対応すべく、専門委員会を形成し、研究に着手した。その時、その研究の柱にしたのは、患者を全人的に捉え<sup>(9)</sup>、患者の生の

質 (Quality of Life) を確保することを重要視することだった<sup>(10)</sup>。その結果は、「WHO 専門委員会報告書 第804号」となって公表された。その中で、患者は、肉体的、精神的、社会的苦痛と共に「スピリチュアルペイン」(Spiritual pain=霊的苦痛)を持っているので、その緩和が重要であると示している<sup>(11)</sup>。この報告書は、ガン患者への肉体的苦痛緩和の医療技術面で教育的貢献をしたが、それだけではなしに、「スピリチュアルケア」の面でも画期的声明であった。世界保健機関 (WHO) が、人間を「スピリチュアルな存在」(霊的存在)として認識した点は、その後の医療や看護に新しい人間理解をもたらしたと言える。人間が「スピリチュアルな存在」であるがゆえに、「スピリチュアルペイン」(霊的苦痛)の緩和が全人的ケアの視点からは重要であるとの普遍的認識をもたらす結果となった。この声明は「スピリチュアルケア」への真剣な模索を啓発する出発点となった。

それまでの医療では、一部の宗教立病院や施設を除いては「スピリチュアルケア」への関心はほとんどなかった。その様な状況の中で、WHO が「スピリチュアルペイン」(霊的苦痛)を肉体的、精神的、社会的苦痛と同列に並べたのみならず、「痛みからの解放はすべての癌患者の権利とみなされるべきであり、患者が痛みの治療を受けられるように図る方策は、この権利を尊重することである」<sup>(12)</sup>と述べたのである。患者が苦痛から解放されることは権利であるとWHO が認めたことの意味は大きい。このことは「スピリチュアルペイン」からの解放も、また患者にとっては「権利」であり、医療者には「責任」であると示したと言える。WHO の専門委員会報告書が「スピリチュアルケア」の重要性を表明したことで、その存在と重要性が医療者の間で真剣に取り上げられ、かつ、それへの対応が広い規模で始まったといえる。

しかし、今日の状況は、その「存在」と「重要性」が認知された段階に留まり、残念ながら実践には到っていない。実践に到っていない理由の一つは、「スピリチュアルケア」に関わる研究が開発されていないことがあげられる。「スピリチュアルケア」の定義、「スピリチュアルケア」の本質、「スピリチュアルケア」と精神的ケアの相違点、「スピリチュアルケア」の実践者、「スピリチュア

スピリチュアルケアの黎明

ルケア」の実践者の資質など多くの問題が未解決のままである。特に、このWHOの報告書は「『霊的』は『宗教的』と同じ意味ではない」とこの二者が異なるものであることを示している<sup>(13)</sup>。この二者分離の背後には、国連の「宗教および信仰におけるすべての差別と不寛容の撤廃宣言」<sup>(14)</sup>があるが、それだけではなしに、宗教をもたない人にも、「スピリチュアルペイン」(霊的苦痛)があり、それゆえに、「スピリチュアルケア」が必要だという主張でもある。世界的にも、日本の状況を見ても、現実に「スピリチュアルケア」が実践されているのは、わずかに宗教立病院や施設であって、一般病院では「スピリチュアルケア」はほとんどなされていない。この事実を見ると、WHOの主張する「患者の権利」が、一般病院でも為される方策が模索されなくてはならない。

### 第3章 キューブラー・ロスによる死の臨床研究

スイス生まれでアメリカで精神科医として活躍し、死の研究の突端を開いたキューブラー・ロスは「死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話」<sup>(15)</sup>の中で、死を間近にした人が取る適応行動の中で「取り引き」(bargaining)があると述べ、患者はしばしば神との取り引きをすると述べている<sup>(16)</sup>。「もしわれわれが第一段階で悲しい事実直面することができず、第二段階で人々と神とに対して憤りをぶつけたとすれば、つぎには、人々ないし神に対してなにかの申し出をし、なんらかの約束を結ぶことを思いつくだらう。取り引きである」と述べている<sup>(17)</sup>。キューブラー・ロスは、ここで、死に直面すると、日常的レベルを超えた、超日常的、超感覚的、超物質的なレベルの世界に救いを求めることを明らかにした。これは「スピリチュアルなニーズ」の存在する事実を指摘したのである。キューブラー・ロスは、ガン患者に直接面接し、その死の体験を聞き出し、死の受容にいたる心理的経験を明らかにし、「死に逝くこと」(dying)の研究をしたのである。それまで、死(death)が哲学者や宗教家によって概念として語られていたが、キューブラー・ロスによって、始めて、「死のダイナミック」が明らかにされたと言える。キューブラー・ロスの研究以前には、この様な形での死の研究はなかった。キューブラー・ロスの研究によって、死の研究は、

死に逝く人に密着した形での研究に入り、臨床的研究が開花したといえる。「生理学・医学中心」や「宗教・哲学中心」の死の研究から、死に逝く人の「心のダイナミックス」の研究へと発展していった。その結果、死の研究が一足飛びに深まり広がり、「死のダイナミックス」が臨床医、医療者、心理学者、さらには一般の人々の関心を引き、死の体験への注目が深まっていった。このキューブラー・ロスの研究は、後の死の研究に弾みを与え、多くの医療者たちが、積極的に死を扱い出したのである。キューブラー・ロスが死に逝く人の中に「生きたい」という欲望があって、神と「取り引き」という事実を指摘した点は、人間の危機状況に於ける適応行動として「スピリチュアリティ」という機能を発動することを示したと言える。キューブラー・ロスは「スピリチュアリティ」という語を用いていないけれども、危機状況が患者の「スピリチュアリティ」を触発して、危機の苦痛を回避させようとすることを示したものとして理解出来る。そして、それは「スピリチュアル」の研究にも一つの動機づけを与えたという意味で高く評価することができる。

#### 第4章 全米看護診断協会の霊的苦痛の認識

1973年セントルイス大学が中心となって全米看護診断会議が開催され、1998年には創立25年を迎えた。会議を重ねる度に、看護上必要なテーマが専門家グループによって取り上げられ、診断審査委員会に提案され、議論され看護診断分類が作られていった。霊的問題が取り上げられたのは1978年の第3回大会で、「霊的関心」「霊的落胆」「霊的絶望」の3つが看護診断として承認された。このことは、霊的苦悩の問題が全米看護診断協会の早い時期から問題になっていたことを示している<sup>(18)</sup>。その後、1980年の第4回大会で改定が加えられ、3つの看護診断が霊的苦悩 (spiritual distress) としてまとめられた。現在の「NANDA 看護診断定義と分類1997-1998」<sup>(19)</sup>では、「霊的苦悩」(spiritual distress) に、1994年に加えられた「霊的安寧促進への準備状態」(Potential for enhanced spiritual well-being) が霊的問題として取り上げられている。ここでは、霊的苦悩とは「人の全存在に浸透し、生物学的および心理社会的特性を統

## スピリチュアルケアの黎明

合し、超越する、人生の原理の崩壊」と定義されている<sup>(20)</sup>。この定義によれば、霊的苦悩が生じる原因は、生物学的、心理社会的存在である人間を支えている最も基本的な原理が崩れることから生じる苦悩である。その原理に立って、生物学的、心理社会的存在である人間の本質に統合が与えられ、かつその人間の本質を越えるものへと導かれるのである<sup>(21)</sup>。人間は霊的原理によって、生物学的、心理社会的存在であることに留まらず、それを越えた存在へと導かれるのである。この定義に従うと、「霊的」と「心理社会的」との相違点は、「霊的」は、人間存在を統一、統合する側面 (intergrate) をもち、かつ人間が生物学的心理社会的存在であることを越えることができるという点である。

北米看護診断協会 (NAND) のマニュアルには、その定義 (Definition) に加えて、診断指標 (Defining Characteristics)、関連因子 (Related Factors) が加えられている。その診断指標とは、下記のようなものである<sup>(22)</sup>。看護という具体的状況で看護婦はじめ医療者が霊的ニーズを診断するために、NANDA が積極的姿勢を示したことが明らかである。

- 生／死の意味と信条に関する心配の表明
- 神に対する怒りの表明
- 苦痛の意味に対する疑問
- 信念に関する内的葛藤を言葉に出して表す
- 神なるものとの関係についての懸念を言葉に出して表す
- 自己の存在の意味に対する疑問
- 日常の宗教的実践に参加できない
- 霊的な援助を探し求める
- 治療法の道徳的／倫理的な意味に対する疑問
- 残忍なユーモア
- 怒りの神の代理人へのすり替え
- 悪夢や睡眠の混乱について述べる
- 怒り、泣きわめき、引きこもり、先取り、不安、敵意、アパシー

## (無関心) などによって表される行動/気分の変調

この診断指標の各項目から明らかなように、既存の宗教がもつ宗教的概念とは異なる所から霊的ニーズを診断しようとしているのが分かる。患者と直接関わる看護婦、医療者が必ずしも、宗教者である必要はない。ここに上げられた診断指標は人間学的指標と言えるものである。全米規模の組織を持つ全米看護診断協会が、霊的苦悩の存在を承認し、霊的苦悩の定義と診断指標を示したことは、現場にいる看護婦が霊的苦悩に直面し、それへの対応を適切に行いたいとの希望と責任意識が明らかである。そのみならず、霊的苦悩への看護の対処法が看護婦の重大な課題であったことを示している。霊的苦悩への看護婦の重要性が明らかになったことは、看護に当たる他の職種のものにも、霊的苦悩への対応が求められたと言える。

**第5章 死、死ぬこと、遺族に関する国際実行委員会の発足**

1990年「死、死ぬこと、遺族に関する国際実行委員会」(International Work Group on Death, Dying and Bereavement) が14名のメンバーで構成されて、「スピリチュアルケアに関する仮説と原則」(Assumptions and Principles of Spiritual Care) を発表した<sup>(23)</sup>。この委員会は、死の臨床に関わる者たちが、「スピリチュアルケア」の必要性に押し出されて形成したものであった。その委員の中には、医師、看護婦、聖職者などが参画しているが、特筆すべきことはメンバーの半数弱は聖職者であったことである<sup>(24)</sup>。この様な委員会が積極的に形成された背景には、聖職者たちが、ガン患者の苦痛の中に、「スピリチュアルなもの」が多く観察できた事実と「スピリチュアルケア」を自らの使命として受け取ろうとした意欲があったからである。この委員会の作業結果が「霊的ケアに関する仮定と原則」(Assumptions and Principles of Spiritual Care) となって結実した<sup>(25)</sup>。この委員会の報告は、題名から明らかな様に、「スピリチュアルケア」に関する「仮定」の段階であって、出版された時点では、「スピリチュアルケア」の全貌が明らかではなく、未だ、模索の過程に在ったことを示して

## スピリチュアルケアの黎明

いる。不十分はところを認めながらも、聖職者が「スピリチュアルケア」を自らの責任として受け止め、ガン患者の魂への援助を積極的に模索したことが窺える。

この委員会が問題にした「ねらい」は、高度化する医療技術と複雑化する医療制度の中で人間が人間として扱われる医療体制の構築である<sup>(26)</sup>。人間は人間として全体的存在という視点から患者を見ると、人間は生物学的存在以上の存在で、社会的存在であり、かつ、「スピリチュアルな存在」である<sup>(27)</sup>。人間が「スピリチュアルな存在」であることを最も顕著に著すのは、「死との直面に於て最も『スピリチュアリティ』への探求が高まる」<sup>(28)</sup>と述べている。死という危機状況が「スピリチュアリティ」を触発するのである。しかし、医療現場では、患者の「スピリチュアルな側面」が顕著に表出してくるにも拘わらず、ほとんど省みられない<sup>(29)</sup>。世界保健機関（WHO）が「スピリチュアルペイン」の緩和は患者の権利であると明言して、「スピリチュアルケア」の実施を促した。この委員会も、死に逝く人のケアに携わる者は、各患者の信仰を尊重し、各個人的信念を大切に、かつ患者や家族やスタッフの「スピリチュアルニーズ」（霊的必要）に対応するための方法を研究し備えておくべきであると指摘している<sup>(30)</sup>。この指摘は法的強制力をもつものでは決してないが、患者の全人的医療、生命の質（QOL）を確保しようとするときには、「スピリチュアルケア」は不可欠であるから、医療者がその重要性と必要性を理解すべきことを求めているのである。

以上のような「スピリチュアルケア」への理解をもちながら、この委員会は「スピリチュアリティ」について次のような定義をしている。「スピリチュアリティ」とは、人が人間として生きる生き方に関わり、特に超越的、超感覚的、実存的な生き方に関わるものであると述べている<sup>(31)</sup>。「スピリチュアリティ」が宗教的なものと混同され易いが、ここではむしろ宗教より広い概念として理解している。この傾向は「スピリチュアリティ」（霊性）の表出についての理解でも明らかである。「スピリチュアリティ」は、直接的に表現される場合もあるが、間接的であったり、宗教的形態で表現される場合もあるが、非宗教的に表



現される場合もあり、シンボル、儀式、実践、行動、ジェスチャー、芸術品、祈禱、黙禱など多様な形で表現されると述べている<sup>(32)</sup>。そして、更に、このような幅広い表出を認めたことで、臨床の場での患者の「スピリチュアリティ」の評価の可能性を広げる結果となっている。人種、性、社会層、宗教、伝統、個人的経験などによって大いに異なるものであると述べている<sup>(33)</sup>。

この委員会の「スピリチュアリティ」理解と「スピリチュアルケア」実践の提案は、文化、歴史、地域、人種、性、社会層、宗教、伝統、個人の経験などの異なる人々の「スピリチュアリティ」を考える場合に大きな示唆を与えるものである。全ての人に共通する必要として、「スピリチュアルケア」を問題にしたと同時に、「スピリチュアリティ」や「スピリチュアルケア」の宗教性、文化性、地域性、国民性を認めた点で画期的意味をもっているといえる。

## 第6章 死の臨床研究会の発足

以上、海外でのスピリチュアルケアに関わる歴史的経過を概観したが、日本の状況はどうであったか。日本でも海外での状況と大差はなかった。

死の臨床に関わる医療者は、急速のガンの患者の増加の対応を迫られ、ガン治療の研究が進む中でも、なお不治の病を持ちながら死を迎えなくてはならない患者を見ながら、戸惑いと模索の中にいた。金子仁郎は「肉体的生命を助けるのに懸命になり、死にゆく人の心や家族の心を忘れがちである」と当時の医療現場の治療・延命中心主義の様子を書いている<sup>(34)</sup>。同じ思いをもっていた岡安大仁、河野博臣、柏木哲夫などが、死の臨床の問題を正面から検討する会を発足させた。死の臨床研究会の発足の趣旨は、第1回死の臨床研究会の案内文に示されている。「死の臨床に於ける援助については、最近特にその必要性が求められていますが、その臨床における病者の問題は不明な点が多くあると思われます。死の臨床に於ける本質を明らかにすることによってこそ、患者に対する真の援助の道が明らかになるものと信じています。そこで私達は医学、看護、臨床心理、宗教の立場より、即ち、全人的立場より研究していきたいと思っております」<sup>(35)</sup>。この案内文の作成の経緯については、河野博臣が「死の臨床研究

スピリチュアルケアの黎明

会十年の歩み」<sup>36)</sup>という論文の中で河野博臣と柏木哲夫が協議し作成したとある。

以上のような趣旨に添って準備が整えられて、1977年12月11日、「第1回 日本死の臨床研究会」が大阪大学病院講堂で開催された。主催者の心配をよそに、会場は立錐の余地が無いほどに大勢の参加者があった。医師、看護婦、ソーシャルワーカー、哲学者、文学者、宗教家、ボランティアなど多種多様な人々が参加し、それまでタブー視されていた「死」、「死に逝くこと」「死の臨床」「ターミナルケア」などが研究される会となり、日本に於ける死の臨床的研究の啓蒙的役割をはたした。

この研究会が病者の全人的ケアを重視したことは、「第1回 日本死の臨床研究会」での特別講演が同志社大学神学部の樋口和彦によって「宗教的視点から見た死の臨床」と題してなされたことでも明らかである。樋口は死の臨床と宗教を対峙させ両者の存在意味と関係を積極的に扱った<sup>37)</sup>。このような姿勢はそれ以後の研究発表にも大きな方向性を与える結果となっている。患者への全人的ケアをこの会の中核に据えたことで、この会では宗教を積極的に問題として取り上げ、宗教と医療との協力関係を形成しようと努めている。その結果は、毎年の研究発表の中に宗教の問題が多角的に研究され発表されたことで明らかである。また、宗教と医療との関係に関わる研究が盛んになされ、その延長線上に「スピリチュアルケア」の研究の道が開かれていった。患者への「スピリチュアルケア」の問題が取り上げられたのは後になってからであって、当初は医療と宗教との関係が中心であった。その事実は当初は宗教と「スピリチュアリティ」が同義語のように使用されていた為であって、研究の結果、この二者が異なるものであるとの認識が生まれたのは、しばらく後になってである。しかし、この日本死の臨床研究会が宗教の存在意義と機能を積極的に評価したことが、後に「スピリチュアルケア」の研究への大きな貢献をしたことは事実である。

## 第7章 生と死を考える会の発足

「生と死を考える会」が関西を中心に発足したのが、昭和58年5月28日(1983)であった。「生と死を考える会」の目的は趣意書に「高齢化社会において死の問題についての関心をふかめるために、情報提供、交換をし、よりよい死(よりよい生)を身近に考えていく」<sup>(38)</sup>と明記されている。高齢化社会の進行を視野に置いて、自らの死について考え、人々と語り合うことで、よりよい生の実現を願っている。この会は、毎年四回の生と死を考える会セミナーを開催、その後、会報の発行などを通じて、死について「ホンネで話し合う場」を作ることにとに努めている。この会が開催するセミナーには医師、看護婦、ソーシャルワーカー、弁護士、作家、宗教家、主婦、大学教授など多彩な人たちが招かれて、それぞれの立場から啓蒙的講演を行っている。その多彩性はこの会が多様な人たちの集まりであると同時に、一般の人たちの広い意見、経験、希望を取り入れようとする姿勢が在るからである。宗教家はセミナーの中で、宗教の本質、意義、有用性を述べ、死、老い、病いとの関係の中で、宗教の啓蒙を行っている。その他、医者、看護婦、ソーシャルワーカー、作家などその職業は異なるが、個人的に信じる宗教的立場から宗教の意味などを語っている。この様に、「生と死を考える会」は宗教への関心は強いが、そこで宗教の定義や「スピリチュアルケア」の定義などが厳密に学術的に議論されたことはない。むしろ、市民運動的色彩が強く、啓蒙的なものがおおい。「スピリチュアリティ」や「スピリチュアルケア」について、学問的に直接取り上げ、検討し、実践方策を模索するというよりも一般的、啓蒙的に語られることが多い。

## 第8章 医療と宗教を考える会の発足

「日本死の臨床研究会」が1977年12月に発足して以来、死の臨床に関わる人たちがいろいろな研究会、勉強会などを発足し始めた。宗教関係者によって始められた「医療と宗教を考える会」もその一つである。医療と宗教の関係を生と死を軸にしながら考えようとする会である。昭和59年12月、各宗派の宗教家

スピリチュアルケアの黎明

が広い立場から生と死を考えようとして、医師、看護婦、ソーシャルワーカーらが参加して創立した。

この様な会が発足したことで、医療一般あるいは、終末医療での宗教の役割の重要性が再認識されることになった。医療者が宗教との協調的姿勢をとったことで、宗教者側に於ても、自らの内にあるものの中で「治療に益するもの」の再発見に努めるようになった。この「医療と宗教を考える会」には、特に仏教者が多く参加し、死、死に逝くこと、死後のことなどに関する仏教的教えの啓蒙に努めた。抽象的、概念的議論になり易い死に関する問題を、医療現場を視野に入れたダイナミックなものとした意味は大きい。医療と宗教を考える会の佐藤雅彦は「医療と宗教を考える会の果たす“死の臨床”への役割」と題する発表を行っているが<sup>(39)</sup>、その発表の中でこの会の具体的働きを語っている。それによると、第1回が昭和60年2月27日で月一回の割合で、毎回、医師、看護婦、宗教家など平均75人程度の人が集まっているという。医療者と宗教家の関係が断絶状態であるが、将来、お互いが協力関係を形成できることを願っているという。この会の活動を見ると、仏教という枠から離れることが出来ず、仏教の本質の再発見と啓蒙的なものが多く、「スピリチュアリティ」自体の本質探求への関心は大きくない。

## 第9章 日本臨床死生学会の発足

医療のなかでの死 (death) や、死に逝くこと (dying)、そしてその家族の悲嘆などを研究することが医療者や看護者の関心になって以来、多くの書物や研究が発表された。個々の医師や看護婦が実践の中から学んだことを発表する機会が整ってきた。日本臨床死生学会の発足は、それまでに発足した研究会、勉強会などの在り方の欠落部分を補う形で発足したものである。「日本臨床死生学会創設趣意」には「本学会の主たる目的と意義は、たとえば、死にゆく者や死別に伴う悲嘆のケア、ターミナルケア、緩和ケア、死に関する社会的問題などに携わったり研究している者が一堂に会し、臨床の場における死生をめぐる全人的問題をメンタルヘルスの観点から学際的かつ学術的に研究し、その実践と

教育を行うことにより、医療の向上に寄与することである」とある<sup>(40)</sup>。この会は日本で最初の学際的、学術的「生と死に関する学会」である。発足は1995年である。「日本死の臨床研究会」が発足して18年目である。1977年に前記の研究会が発足して以来多くの研究発表がなされてきたが、「臨床死生学会」が、敢えて学会と名を打ったのは、学会としての学問性を重要視したからである。またその特徴はメンタルヘルスの視点を持つことである。このような視点にはスピリチュアルな側面が存在することを考えれば、今後の研究結果を待ちたい。

## 第10章 日本緩和医療学会の発足

日本に於ける「末期医療」「ターミナルケア」「緩和医療」への関心が高まり、それに伴い研究が徐々に進んでいった。しかし、医療や看護の技術や実践は進んで行ったが、学術的議論の必要が感じられてきた。この学会の発起人の一人である大阪大学の柏木哲夫はこの学会の発起の経過を次の様に述べている。「しっかりした研究に基づいたアカデミックな学術集會がなかった。」「しっかりとした研究に裏打ちされた知識や技術の確立である」<sup>(41)</sup>と、この日本緩和医療学会が発足する背景の理由が述べられている。1996年7月25日と26日に亘り、札幌で開催された。この時の発表の論文が「緩和医療学」となって刊行されたが、内容は総論、疼痛緩和、症状コントロール、がん緩和療法、サイコオンコロジー、哲学・倫理など学術的なものとなっている。

この学会は先の日本臨床死生学会とならんで、死生学や緩和医療学を学問として議論し、構築することを旨としたものである。この様な必要と期待が日本の医学と看護学の中に萌芽してきたことで、「スピリチュアルケア」の学問的研究の必要性は一層高まって来ている。第一回緩和医療学会では東北大学の清水哲郎と関西学院大学の窪寺俊之が「スピリチュアルケア」に関連して発表を行った。清水は「QOLの基礎」と題して哲学的立場から患者のQOLを検討したが、その中でスピリチュアルと呼ばれる領域の位置づけを行っている<sup>(42)</sup>。スピリチュアリティの研究が宗教者のみならず、哲学者などを加えながら、具体的現場での経験を体系化し、未解決の問題を見付け出し、更に、学問的方法をも

スピリチュアルケアの黎明

って発展させることが必要になってきている。「スピリチュアルケア」の問題も、宗教立病院だけに偏っていた状況から、一般病院での「スピリチュアルケア」の可能性を模索する時期に到っており、学術的、学際的研究が可能になりつつあることを示している。

## 第11章 結論

死に逝く人々とその家族への援助を考える場合、「全人的ケア」と、患者の「QOL」の保障という二つの柱は必要不可欠の要因である。その様な理解から肉体的、精神的、社会的苦痛の緩和に加えて、霊的苦痛の緩和(Spiritual care)が不可欠であるとの認識が生まれ、その研究が徐々に進められてきた。

日本のホスピスの運動を省みると、1967年英国での近代的ホスピス誕生を契機として、1981年に浜松市の聖隷医療法人の中に聖隷ホスピスが誕生した<sup>(43)</sup>。また、1984年には大阪の淀川キリスト教病院がホスピスを開設した。その両者共、キリスト教を土台としたホスピスで、病院付聖職者(チャプレン)が置かれ、死に逝く人の魂のケアにあたっている。このことは、スピリチュアルケアを考える場合、出発点としての意義は大きい。この二つのホスピスは日本のホスピスのモデルとなったのであるが、今日徐々にホスピスや緩和病棟の数が増えて来ているが、必ずしも、「スピリチュアルケア」が定着したとは言い難い。

海外でのシシリー・ソンドーズ、WHO、キューブラー・ロス、全米看護協会の働き、「死、死ぬこと、遺族に関する国際実行委員会」などの動きと共に、日本でもホスピスや緩和医療にたずさわる幅の広い人々の運動が起きていった。

「死の臨床研究会」、「日本臨床死生学会」、「日本緩和医療学会」が誕生した。また、宗教者たちが、自からの責任と使命に目覚めて「医療と宗教を考える会」が発足した。この様な学会や研究会で「スピリチュアルケア」の学際的、学問的研究が起きてきたのは、歓迎すべきことである。

今日、死の臨床を考えると、肉体的ケア、精神的ケア、社会的ケアに加えて、「霊的ケア」(Spiritual care)の問題は重要である。しかし、「スピリチュアルケア」(霊的ケア)の必要が認識されたけれども、その概念が不明瞭で多くの

誤解と未理解を生んできた<sup>(44)</sup>。たとえば「スピリチュアルケア」(霊的ケア)の定義はまだ定まっていない。その為に「宗教的ケア」との混同されている。「スピリチュアルケア」(霊的ケア)に関わる問題は未解決のままである。「スピリチュアルケア」(霊的ケア)の援助者は誰かなのかも未解決である。それゆえに、「スピリチュアルケア」の援助者の養成などが議論されることなど皆無であった。筆者は、宗教者以外の人に参加可能な「スピリチュアルケア」(霊的ケア)の在り方が模索すべきであると考え。あるいは、宗教者と医療者と協力体制を確立することによって、「スピリチュアルケア」(霊的ケア)の多角的可能性を模索すべきであると考え。

「死の臨床」の中で「スピリチュアリティ」や「スピリチュアルケア」について、発展史的観点から概観してきた。患者の「スピリチュアリティ」が生命の質(QOL)という観点から重要であるとの認識が生まれたことも明らかになった。これまでの「スピリチュアルケア」は聖職者(宗教家、つまり、牧師、僧侶、神父など)、あるいは一部の信者に全く一任される傾向が強かった。そのために「スピリチュアルケア」は宗教家、信者たちがするものとの既成観念を生み出す結果となった。その弊害は、それ以外の者を「スピリチュアルケア」の外に追いやる結果となり、宗教家以外のものには理解できないもの、扱えないものとしてしまった。むしろ、患者に関わる人々が、いつでも、どこでも、患者が望むときには援助の手を差し伸べることが出来ることが望ましいのである。誰でもできる「スピリチュアルケア」の理論と方策が今求められている。今までの議論から、幅広い人々の参加する学際的、学問的研究の兆しが見えてきていると言える。

## スピリチュアルケアの黎明

## 【注】

- (1) シシリー・ソンドースは1967年、現代ホスピスのモデルと言われる聖クリストファーホスピス (St. Christopher's Hospice) を設立した。柏木哲夫「ホスピスをめざして」医学書院、1983を参照のこと。また、原義雄は「彼女を中心に始められたこのホスピスは世界のホスピス運動の中心であり、この方面の研究、教育活動の重要な役割をも果たしている」と述べている。原義雄、千原明共著「ホスピス・ケア—看取りの医療への提言」1983、メジカルフレンド社、p.9を参照
- (2) Cicely Saunders and Mary Baines, "Living with Dying, the management of terminal disease", Oxford University Press, Oxford, London, 1983, 武田文和訳「死にむかって生きる—末期癌患者のケア・プログラム」、医学書院、p.59
- (3) たとえば、次の論文がある。Dame Cicely Saunders, "Hospice Future", Personal care in an Impersonal World: A Multidimensional Look at Bereavement, ed. by John D. Morgan, Baywood Publishing Company, Inc. Amityville, New York, 1993, chapter 19, pp.247-251. この「ホスピスの将来」と題した論文の中で、ソンドースは、患者やその家族の抱える難問である「人生の意味」「自己を越えるものへの探求」「無力さ」とホスピスのスタッフは付き合わなくてはならないという。pp.249-250。このような人生の難問が、スピリチュアルな問題であり、それゆえに「スピリチュアリティ」という概念は、宗教よりももっと広い概念であるという。
- (4) Cicely Saunders and Mary Baines, 前掲書、p.61
- (5) 同書、「われわれの誰もが家族や患者からの質問に対応しなければならず、応えられないと感じた時でも耳を傾むける努力をしなければならない」p.62
- (6) 同書、「患者と家族のそばに何も答えられないままとどまっていること」、p.62
- (7) WHO, Cancer pain relief and palliative care, WHO Technical Report



Series No.804, 武田文和訳「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」、金原出版、1993

- (8) 同書、p.8
- (9) 同書には、「包括的な医療」、「全体的な医療」とある。参照 p.5
- (10) 同書、p.5
- (11) p.5, pp.48-49など。筆者はこの報告書作成の段階で、「スピリチュアルケア」の部分に参画した者の一人である。p.65、筆者がWHOに提出した文書のほとんどが報告書に採用されている。
- (12) 同書、p.5
- (13) 同書、p.48
- (14) Declaration on the elimination of all forms of intolerance and of discrimination based on religion and belief. 国連総会 36/412、1981
- (15) Elisabeth Kubler-Ross, "On Death and Dying", Macmillan Company, New York, 1969, 川口正吉訳「死の瞬間—死にゆく人々との対話」、読売出版社、1971
- (16) 同書、pp.115-120
- (17) 同書、p.116
- (18) この点については、George Fitchett, Assessing Spiritual Needs, A Guide for Caregivers, Augsburg Fortress, 1993, pp.120-127 を参照
- (19) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Diagnoses: Definition and Classification 1997-1998, 邦訳、北米看護診断協会、「NANDA 看護診断 定義と分類 1997-1998」、監訳、松木光子、訳、中木高夫、医学書院、1998
- (20) 同書、p.99
- (21) 原文は、Definition: Disruption in the life principle that pervades a person's entire being and that intergrates and transcends one's biological and psycholosocial nature.
- (22) 同書、p.99

## スピリチュアルケアの黎明

- (23) Kenneth J Doka with John D Morgan, “Death and Spirituality”, Baywood Publishing Company Inc. New York, 1993, pp.11-17. 同書の第2章にこの委員会が発表した Assumptions and Principles of Spiritual Care が掲載されている。
- (24) 同書、この委員会に参加した6名の聖職者の名前が列記されている。参照 p.11
- (25) 同書、p.11-17 この報告書には General Assumptions and Principles, Individual and Family Assumptions and Principles (Natural and acquired), Community Coordination Assumptions and Principles, Education and Research Assumptions and Principles とあり、全体的仮定と原則から始めて、個人と家族、地域社会との連携、教育と研究に関する仮定と原則が上げられている。
- (26) 同書、「患者を人間として扱うケアへの努力が必要不可欠である」 p.11
- (27) 同書、p.11
- (28) 同書、pp.11-12
- (29) 同書、p.11
- (30) 同書、Those who provide care for dying persons must respect each person’s spiritual beliefs and preferences and develop the resources necessary to meet the spiritual needs of the patients, family members and staff. p.12
- (31) 同書、p.12
- (32) 同書、p.12 General Assumptions and Principles 5. A
- (33) 同書、p.12 General Assumptions and Principles 4. A
- (34) 金子仁郎、「死の臨床研究会の発足に当たって」、死の臨床研究会編、「死の臨床 I —全人的癌がん医療」、人間と歴史社、1995、p.11
- (35) 岡安大仁、「発刊にあたって」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 I」、人間と歴史社、1995、p.1
- (36) 河野博臣「死の臨床研究会十年の歩み」、日本死の臨床研究会編、「死の臨

- 床III」、人間と歴史社、1995、p.375
- (37) 樋口和彦「宗教的観点からみた死の臨床」、日本死の臨床研究会編、「死の臨床 I」、人間と歴史社、1995、pp.30-33
- (38) 生と死を考える会編集、「生と死を考える 1」、生と死を考える会、1983、p.1 この会の発起人には、柏木哲夫、河野博臣、黒田輝政、小林敏子、杉本照子、谷嘉代子、林治子、福間誠之、星埜光子など医師、看護婦、大学教授、ジャーナリスト、一般市民などが加わっている。
- (39) 佐藤雅彦「医療と宗教を考える会の果たす死の臨床への役割—殊に仏教者の視点から」、*「死の臨床III」*、人間と歴史社、1995、p.344
- (40) 日本臨床死生学会、「臨床死生学」、1998
- (41) 柏木哲夫、「ホスピスケアと緩和医療学(背景と歴史)」、柏木哲夫、石谷邦彦編、「緩和医療学」、三輪書店、1997、p.12
- (42) 清水哲郎、「緩和医療の哲学と倫理」、柏木哲夫、石谷邦彦編、「緩和医療学」、三輪書店、1997、p.242、窪寺俊之「スピリチュアルケアと QOL」、同書 pp.230-237
- (43) 日本経済新聞社編、「ドキュメント聖隷ホスピス」日本経済新聞社、1983 日本のホスピス運動史については、柏木哲夫が「わが国におけるホスピス・緩和ケアの歴史」を書いている。ターミナルケア編集委員会編「ホスピス・緩和ケア白書」三輪書店、1998 pp.1-5を参照。
- (44) 武田文和が「死に向かって生きる—末期癌患者のケア・プログラム」医学書院の座談会で発言しているように、多くの日本人には分かりにくいものであった。p.80