

地域コミュニティに支えられた生と死：  
スピリチュアル・ケアの「医療化」を超えて

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-10-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 竹之内, 裕文 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.14945/00006818">https://doi.org/10.14945/00006818</a>

# 地域コミュニティに支えられた生と死

——スピリチュアル・ケアの「医療化」を超えて

竹之内 裕 文

“Well I tried so hard to settle down. But the angel of destruction keeps on hounding me all around. But I know in my heart that we never really parted. Oh, no. Oh help me Lord. Oh, help me Lord. Please help me Lord. Help me to help myself. Help me to help myself.”<sup>1</sup>

## 第一節 スピリチュアリティをめぐる問題状況——「社会の個人化」の帰趨

「スピリチュアリティ」をめぐる言説が流布し、人々の耳目を集めている。試みにインターネットで、「スピリチュアル」ないし「スピリチュアリティ」という語句を検索してみてほしい。医療・福祉、心理学や精神療法、あるいはサイキック、ヒーリング、ニューエイジ、ニューサイエンスなど、多岐にわたるコンテクストにおいて、多種の情報が氾濫しているはずである。さらに宗教、教育、芸術、環境保護、経営学、フェミニズム、平和研究においても、「スピリチュアリティ」に対する関心が高まっている。

日本社会においても「スピリチュアリティ」の影響は、江原啓之に代表される、コマースリズムと結びついたセ

ラピー文化のみならず、緩和医療や死生学における学際的な取り組み、各種のセルフヘルプ運動や自己解放運動、生と死をめぐる教育現場の実践など、各方面に広く浸透している。「なんでも倫理症候群“everything is ethics” syndrome」というR・C・フォックスの指摘に進めれば、私たちの社会は、「なんでもスピリチュアル症候群」とでも呼ぶべき状況にあるといつてよいかもしれない。<sup>2</sup>現に「スピリチュアル」という語によって指示される内容は実に多様であり、そこになんらかの統一性を見出し、一定の輪郭を描き出すことは難しいように思われる。

「スピリチュアリティ」の興隆は、しかし、わが国における一過的な現象と切り捨てられるものではない。まず類似の現象は、米国など他の先進諸国を中心に、世界各国に広く見られる。また日本社会の場合でも、「スピリチュアル」という言葉は、すでに一九九五年前後には広く普及している。<sup>3</sup>しかもその台頭には、当然のことながら、興隆にいたるまでの胎動期がともなう——島菌進によれば、それはさしあたり一九六〇年代のカウンター・カルチャーに遡る、「新霊性運動・文化」と呼ぶべき集合的な現象である。<sup>4</sup>

六〇年代の米国では、ニューエイジやニューサイエンスをはじめ、既成の価値観に対抗するカウンター・カルチャーが開花する。その潮流はやがて「精神世界」という呼称のもと、日本社会にも流れこむ。八〇年代には「前衛的な意識」に支えられた「ミニコミ的なネットワーク」から「メジャーな文化」へと侵食していき、有力な雑誌、大学の講壇、病院・福祉機関の実践の場にも実質的な影響を及ぼすようになる。<sup>5</sup>さらに九〇年代に入ると、「対抗的な文化」や「若者の文化」といった枠組みを超えて、「新霊性文化」は日本社会のうちに定着するにいたる。ごく手短に概観しただけでも、「スピリチュアリティ」の興隆は、このような前史によって支えられており、日本社会にも、その社会的・文化的な土壌に応じて根を下ろしたと見るべきであろう。

では私たちは、この一連の動向をどのように受けとめ、いかに読みといたらよいのか。その糸口を与えてくれるの

が、制度化された「宗教」とのかかわりであろう。現に「新靈性運動・文化」は、既存の宗教的伝統や教団組織に対抗するかたちで形成され、影響力を拡げてきた。この観点からみれば、「スピリチュアリティ」のもつ魅力は、「遠回しにかつ反語的に宗教を参照することで、宗教についての議論が抵抗なくできる」と感じさせるところ、つまり「宗教的な非日常性に言及しつつも宗教からほどよい距離をとってくれる」ところにあると考えられる。

そもそも「スピリチュアリティ（靈性）」は、キリスト教の伝統に根ざした概念である。ラテン世界では、スピリトゥス（spiritus）という訳語によって、「靈」をめぐる聖書の思想——旧約聖書のルアツハ（ruah）と新約聖書の Pneuma（pneuma）という概念によって表される——が継承された。その後、このラテン語が英語（spirit）に引き継がれ、そこから「スピリチュアリティ」という言葉が成立したのである。ただし、聖書における「靈」の思想は、ラテン世界への移入に際して変容を被ったと考えられる。「風」や「氣息」という原義にも示されるように、ルアツハと Pneuma という語は、人間における魂や心の働きを担うばかりでなく、自然物にも作用を及ぼす不可視的な力と受けとめられていた。しかし、このような概念的な広がり、なかでもそのコスミックな要素は、ラテン世界におけるキリスト教の制度化と体系化の進展とともに切り捨てられていく。わけても三位一体論の成立を契機に、「靈」は常に、イエス・キリストや父なる神との関連において理解されるようになる。

もちろんキリスト教の伝統においても、たとえばドイツ神秘主義思想の系譜に見られるように、制度宗教としてのキリスト教に新しい息吹を吹きこむ刷新運動が展開されてきた。しかし大勢としてみれば、キリスト教会は、原初的な「スピリチュアリティ（靈性）」の体験を諸種の教義や信条の定式化によって囲いこみながら、制度宗教として既存の社会制度・秩序を保守する役割をはたしてきた。

これに対してヨーロッパ社会でも、キリスト教には身体を介したスピリチュアルな感受力が希薄であるという批判

が提起されるようになり、キリスト教の枠組みの外でスピリチュアルな欲求をみたそうとする動向が顕在化してくる。その前駆的な試みとして、神智学 (theosophy)、人智学 (Anthroposophie)、心靈主義 (spiritualism) などの思潮が挙げられよう。これらの思想的な潮流は、社会の河床を伏流のごとく流れ続け、やがて制度宗教と近代科学の枠外で「スピリチュアリティ」を発展させる精神運動として噴出することになる。それが七〇年代以降、グローバルな広がりをもって展開する「新靈性運動・文化」にはかならない。ではなぜこの時期に、新しいスピリチュアリティ現象の興隆が生じたのか。「社会の個人化」という論点を手引きに、見通しを手に入れることにしよう。

「近代」と呼ばれてきた時代が新たな局面にさしかかっている——それを「ポスト・モダン」と呼ぶかどうかは別にして——という認識は、多くの論者によって広く共有されている。たとえばZ・バウマンによれば、資本と金融のグローバル化、これにともなう資本の再編と企業経営の合理化によって、雇用の流動化が生じている。しかも国家は、投資と雇用を確保するため、市場や経営の自由化と規制緩和を推進し、社会生活に関する従来のような規制、管理、保護の手を弱める。こうして個人は、不安定、不確実性、リスクを代償として、自由、解放、多様な選択肢を手に入れる。しかし職種や階級は、もはや各個のアイデンティティを保証するものではなくなり、個人は自らの購入するもの、つまり消費活動によって自らのアイデンティティを辛うじて確保しようとする。従来の市民に替わり、「個人化」された消費者がここに登場するのである。「個人化 Individualisierung」の過程は、U・ベックによれば、富ではなくリスクの分配を特徴とする「危険社会 Risikogesellschaft」において、階級への個人の帰属の弱体化、家族形態や就労形態の多様化を背景に進行するとい<sup>10</sup>う。

「近代」の新たな局面では、右の通り、公共的なものの私事化、つまり「社会の個人化」と呼ばれる事態が広く進行していると考えられる。かりにこの分析が妥当なものであるとすれば、さしあたり、宗教においても「個人化」が

進み、集団統合の機能をはたしてきた宗教の力が減退するという見通しが立とう。そしてなるほど一面では、伝統宗教や教団宗教の衰退という時代的な傾向は、「宗教の個人化」の進行を例証するものと考えられる。しかし他面で、制度宗教の衰退と同時に、個人的なスピリチュアリテイ（靈性）の形成を求める運動、つまり制度的な教団や組織の外部で宗教的な欲求をみたそうとする各種の試みが顕著となってきた。しかもその「新靈性運動・文化」には、ゆるやかなネットワークの中で、個人がそれぞれ身の丈にあった「自己変容」や「心の成長」を指すという、新たな宗教的共同性の形成を求める傾向が見られる。

こうした洞察に基づいて島藺は、「社会の個人化」は「宗教の個人化」にとどまらず、「個人の宗教化」をもたらし、さらに「個人の宗教化」が「新たな宗教的共同性の形成」を促進するという展望を示す。<sup>11</sup> それによって「スピリチュアリテイ」の興隆は、「個人の宗教化」に因由する現象として読みとかれるわけである。この論点は、今日の緩和医療における「スピリチュアル・ケア」の実践と研究の射程を見定めるための貴重な糸口を与えてくれる。そこでは「宗教の個人化」に呼応するかたちでスピリチュアル・ケアの「世俗化」が推し進められてきたが、その際「個人の宗教化」という側面がとり逃がされ、「新たな共同性の形成」という可能性が切り捨てられるかたちで、スピリチュアル・ケアの「医療化」が進行してきたと考えられるからである。

以上の見通しのもと、小論では、緩和医療における「スピリチュアル・ケア」の理念的な変位に光を投げかけていく。ただしそれに先立って、医療・ヘルスケアの領域における「スピリチュアリテイ」の概念を明確なものとしておく必要がある。そこで、まずWHO（世界保健機構）による「スピリチュアリテイ」の標準化の試みに題材を求め、スピリチュアルな問題次元を確定する足がかりを得ることにしよう。

## 第二節 スピリチュアリティの標準化の試み——WHOの動向を手がかりに

人間としての健やかさ、つまり「健康」は、どのように定義されるのか。一九九〇年代のWHOは、この問題をめぐって揺れ動いた。その最大の焦点は、憲章序文に示される「健康」の定義の見直しにあった。現行の憲章（一九四八年発効）によれば、「健康」とは、「肉体的 (physical)、精神的 (mental)、社会的 (social) に完全によく在る (well-being) という状態であって、たんに疾病 (disease) や虚弱 (infirmity) がないということではない」と定義される。<sup>12</sup> これに次の通り、「動態的 dynamic」と「スピリチュアル」という文言を付記する改正案の可否をめぐって、討論が繰り広げられたのである。

健康とは、肉体的、精神的、スピリチュアル、社会的に完全によく在るといふ動態的 (dynamic) な状態であつて、たんに疾病や病弱がないといふのではない。(傍点が改定部分)<sup>13</sup>

WHOにおける議論の経緯から確認していくことにしよう。議論の発端は、一九八〇年前後に遡る。一九七八年、WHOの執行理事であるインドのビシユ博士が、健康の定義にスピリチュアリティの要素も加味すべきであると主張し、その提案を受けて一九八三年、健康の定義を焦点とした憲章改訂について討議する特別委員会が設置されたのである。<sup>14</sup> そして翌年の第三七回WHO総会で採択された「西暦二〇〇〇年までにすべての人に健康を」という決議の前文には、「健康のスピリチュアルな次元」に関する言及が盛り込まれることになった。<sup>15</sup>

さらに一九九八年一月の第一〇一回執行理事会では、専門家委員会等による約二年間の検討を経て、右の改正案が

東地中海地域地方事務局——中東・北アフリカのイスラム圏諸国によって構成される——によって提起された。宗教とのかわり、伝統医学・代替医学との関係、「スピリチュアル」概念そのものの多義性などをめぐって諸種の意見が表明された後、この改正案は賛成二二票、反対〇票、棄権八票で可決され、総会に送られることになった。これを受けて同年六月、WHOのクオリティー・オブ・ライフ（QOL）評価票（一九九三年刊行）にスピリチュアリティにかかわる項目を加えるべく、スピリチュアリティの概念構造と定量化を目的とした調査が開始された。しかし、当の改正案は、翌年五月の第五二回総会に提出されたものの、法輪講に対して強硬論線をとる中国の強硬な反対もあって、またWHO組織構造改革等の危急の課題に比して審議の緊急性が低いという理由から、実質的な審議に付されることなく、採択が保留された。この問題をめぐってその後、執行理事会や総会レベルで目立った動きは見られない。

以上の経緯を踏まえたうえで、「健康」の定義改正という問題提起の背景を探っていくことにしよう。さしあたり注目したいのは、右にもふれた医学と宗教のかかわりである。西洋近代医学は、患者の生（生命・生活）をその文化的・宗教的なコンテクストから切り離し、その前提のもと高度な発展を遂げ、「普遍性」を獲得してきた。しかし、改正案を提起したイスラム圏諸国をはじめ、宗教が日常生活に広範な影響を及ぼすところでは、宗教・文化から医学を「純化」という路線によっては、宗教的・文化的な次元もふくむ患者の生全体を支えることができなない。こうした諸国にとって、憲章序文に「スピリチュアル」という文言を盛りこむことは、患者の生の多元的なニーズに応えるべく、医療・ヘルスケア制度を拡充するための格好の糸口となる。しかもそれは、前節で確認した「スピリチュアリテイの興隆」を踏まえるならば、先進諸国をはじめ、制度宗教の退潮が顕著に見てとられる国々にとっても、重要な意義をもつはずである。

次に、医学と宗教のかかわりとも関連して、いわゆる西洋医学と伝統医学ないし代替医学との関係が問題になる。



じつさい改正に賛成する意見のなかには、「スピリチュアル」という文言を盛りこむことが伝統医学や代替医学の再評価につながるという指摘が少なくない。陰陽説と五行説を土台とする中国伝統医学、アラビア圏で発展したユナニ医学、インドのアーユルヴェーダ——「アーユス」(生命)の「ヴェーダ」(知識・科学)——は、一般に三大伝統医学と呼ばれる。なるほどグローバルな普及を遂げたいわゆる西洋医学を規準にとれば、これらの伝統医学は、たかだか補完的・代替的な役割を担うものと見なされよう。しかし西洋医学の「成功」は、身体と精神の二元論を始めとする近代科学の方法論に依拠することによって約束されたものである。<sup>16</sup>「病気をみて、病人をみない」、あるいは「木をみて森をみない」という批判にも示されるように、西洋医学は、身体を精神から分離したうえで、疾病の原因を還元主義的に究明するという傾向をもつ。それに対して伝統医学では、心身をふくむ患者の生全体に対するまなざしのもと、全人的 (holistic) なアプローチがとられる。

患者を、医療の専門家による働きかけを一方的に被る受動的な対象としてではなく、生全体の主体として捉えらるという「全人的医療 holistic medicine」の理念は、エリザベス・キューブラー・ロスやシシリー・ソングダースの影響もあって、比較的早い時期からWHOに浸透していた。それはWHOが患者のQOLを重視している点にも見てとれることができる。先述したQOL評価票(一九九三年刊行)でも、QOLは、「個人の生活する文化や社会的枠組みを背景とした個人の基準、期待、認識による自分自身の人生に対する評価」と定義されている。<sup>17</sup>ここから明らかのように、QOL評価の要諦は、それが患者本人による主体的な評価であるという点、また文化的・社会的な次元もふくめた患者の生全体を考慮に入れるという点にある。

しかし、一九八〇年代以降に続々と開発されてきたQOL評価票は、いずれも欧米中心に開発されたもので、開発途上国や他の文化圏に適用可能なもの、患者本人の主体的な評価に照準を合わせたものが見あたらなかった。だから

こそWHOは、全人的医療を推進するため、QOL評価票の開発に力を入れざるをえなかったのである。同様にわが国でも、ほとんどの場合、その文化的な適応が検討されることなく、欧米で開発されたQOL評価票が「輸入」されているというのが実情である。

以上の通り、「健康」の定義に際して、スピリチュアティを考慮すべきであるという主張は、文化的・宗教的な次元もふくむ生の「全体性」を視野に収めるといふ問題意識によって貫かれている。じつさい「健康health」と「全体性whole」は、その語源的な連関 (Healer, Hal) にも示されるように、人間の生において不可分の関係をもつと考えられる。スピリチュアルな因子は、WHO専門委員会報告書 (Technical Report Series) で指摘される通り、まさに「身体的、精神的、社会的因子を包含した人間の「生」の全体像を構成する」のである<sup>18</sup>。したがって、第一〇一回執行理事会で英国代表が発言したように、「スピリチュアルな側面を考慮に入れないと、QOLあるとは quality of wellbeing について考えることが困難になる」<sup>19</sup>。

「スピリチュアティ」が生のもろくにかかわる概念であるかぎり、これに適正にアプローチするためには、生の文化的・宗教的な側面への細やかなまなざしが求められる。しかしこの根本的な問題提起は、日本の医療・ヘルスケアの実践と研究において、正面から引き受けられてきただろうか。むしろ「健康」の定義改正に関して、その動向の表層的な紹介に終始することで、この問題提起をとり逃がしてきたのではないか。現にわが国の緩和医療界は、「スピリチュアル・ケア」の実践と研究に際して、欧米の先行研究の移入にもつばら力を注ぎ、日本社会の文化的・宗教的な土壌を視野に収める努力を怠ってきた。定義改正におけるもう一つの焦点である「動的動的dynamic」という概念についても、踏みこんだ解釈はほとんど提示されていない。

その背景的な要因は、スピリチュアル・ケアの「医療化」という事態に潜んでいるのではないか。こうした見通し

のもと、次節では、「動態的」という概念との連関を考慮に入れつつ、「スピリチュアティ」の問題次元の確定を試みる。それはスピリチュアル・ケアを「医療化」から奪還し、生の文化的・宗教的な側面もふくむ生全体へのまなざしから再定義していく礎石となるはずである。

### 第三節 スピリチュアルな問題次元とは

緩和医療では、終末期患者の抱える痛みを緩和することに力点がおかれる。では終末期患者は、いかなる種の痛みに苛まれるのか。この問いに対して、当該分野のパイオニアの一人であるシシリー・ソンドースは、「身体的な痛み」、「精神的な痛み」、「社会的な痛み」、「スピリチュアルな痛み」の四種を挙げる<sup>20</sup>。ソンドースによれば、これらの「痛み」が統合的に視野に収められることによって初めて、患者の抱える「痛み」が全人的な痛み (total pain) として捉えられることになるのである。この理念は、全人的なケア (total care of a person) という名のもと、それ以降のホスピスケアの実践において広く継承されてきた<sup>21</sup>。それを踏まえて、ここでは、まず「身体的な痛み」、「精神的な痛み」、「社会的な痛み」の内実をソンドースとともに手短に確認し、そのうえでこれら三種の痛みとの関係に照らして、「スピリチュアルな痛み」を輪郭づけていく。そこからさらに、先述の「動態的 dynamic」という概念の解釈も加味しつつ、生における「スピリチュアティ」の問題次元を確定していくことにしよう。

「身体的な痛み」の緩和は、全人的なケアの前提条件というべきものである。身体的な痛みが除去ないし緩和されないかぎり、患者は、たえまのない激痛という「生き地獄」に晒されることになるからである。「生き地獄」に身もたえしなから、人は、なお生きたいと希望するだろうか。むしろ当の苦しみから一刻も早く逃れ、楽になりたいと考

えるのが自然であろう。耐えがたい身体的苦痛が軽減されて、初めて「生きよう」という意欲も湧いてくる。その意味で、医師による身体的な痛みへの緩和は、全人的なケアの基礎となるものである。この観点からソンダースは、がんの疼痛を緩和すべく奮闘し、モルヒネを始めとする鎮痛薬を恒常的に投与する系統的な方法を確立するにいたった。<sup>22</sup>これを礎石として、その後、緩和医療全体の技術レベルは飛躍的な向上を遂げ、現在の水準では、鎮痛剤や鎮痛補助薬が適正に処方され、神経ブロックなどの治療法が適切に実施されるならば、すぐれた除痛効果が期待できるまでに達している。

かりに鎮痛剤等の適正な投与により身を切り裂くような痛みから解放されたとしても、自らの病状の進行や死という可能性の切迫によって、終末期患者は不安を募らせ、ときに極度の孤独感や挫折感に苛まれる。ソンダースの観察によれば、基本的に「人間は、自分の境遇と折り合う能力をもっており、その能力は死が近づいても維持されていることが多いが、少数の患者にとっては、その過程が見るも悲惨な戦いとなる」<sup>23</sup>。そのような場合、患者はしばしば、うつ状態・抑うつ状態などの精神的な失調をきたす。精神医学的・心理学的に見て尋常でない情態に対しては、精神科医などの専門職による介入（カウンセリング・服薬指導・療法など）が必要となる。「精神的な痛み」は、「スピリチュアルな痛み」をとまなうことが多いが、両者を区別する指標はさしあたり、前者が精神・心理専門職の診断によって特定され、これに基づく介入を必要とする点に求められる。

身体的な苦痛と極度に不安定な心理状態から自由になったとしても、患者は、これらとは別種の痛み、さしあたり家族関係や社会生活に関わる「社会的な痛み」に直面することになる。自分の入院が家計を圧迫しているのではないか、自分の死後、遺された家族はどうやって生計を立てていくのか。また、貴重な時間を介護に費やすことが、円滑な社会生活を家族が送る支障となっているのではないか。このように終末期患者の多くは、介護する家族に対して過

重の負担をかけることを憂慮する。さらに、病名告知が回避された場合には、家族や医療者など、周囲の者に対する不信感が募ることになる。患者と家族の關係に深刻な亀裂が認められる場合、あるいは経済的な問題が患者を極度に苛む場合には、これらの「社会的な痛み」に対する、ソーシャルワーカーなどの専門的な援助が不可欠となる。ただしソングダースの経験によれば、ソーシャルワーカーによる積極的な援助を必要とする患者は少数であり、周囲の者のケアと支えによって自分なりのやり方でたかいた患者が驚くほど多いという。<sup>24</sup>

右では、「身体的な痛み」、「精神的な痛み」、「社会的な痛み」について、それぞれ個別的な概説を試みたが、これら三種の「痛み」は、相互作用的な關係のうちにある——臨床的な経験を重ねるなかで、ソングダースもこのような結論に到達した。

さしあたり「身体的な痛み」と「精神的な痛み」の相関關係についていえば、精神的・心理的な因子は、身体的な痛みの感じ方に大きな影響を及ぼす。うつ状態、不安、孤独、退屈などの精神的な痛みは、身体的な痛みの閾値を下げ、その痛みの感じ方を強めるのである。<sup>25</sup> 逆に、苦悩にみちた胸のうちに耳を傾けてもらい、自らが理解されていると実感することができた場合には、患者の不安や孤独感は多少とも軽減され、それとともに身体的な痛みの感じ方も弱まる。それによってなるほど終末期患者の心身両面にわたる苦痛がその根から断たれるわけではないが、副作用の強い薬剤（鎮痛剤や向精神薬）の投与量を減らすことが可能になる。

同様に、家族關係や社会生活にまつわる「社会的な痛み」は、患者に孤独感や挫折感を与え、「精神的な痛み」を誘発することがある。逆に、極度の「精神的な痛み」が周囲の者に心痛を与え、それによって患者に「社会的な痛み」を引き起こすことも考えられる。このように「精神的な痛み」を介して、「身体的な痛み」と「社会的な痛み」は相関關係を示す場合がある。あるいは、専門職による介入を必要とするほどの精神的な失調を示さないとしても、

経済的な負担にかかわる「社会的な痛み」が、身体的な痛みの閾値を下げることもある。その場合「社会的な痛み」は、「精神的な痛み」を介することなく、「身体的な痛み」に作用を及ぼしているといつてよい。

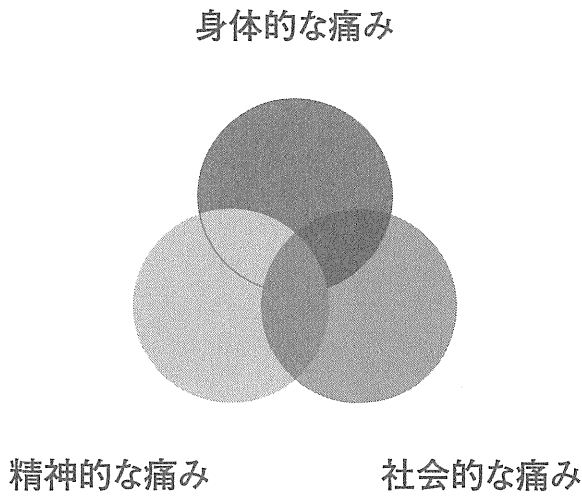


図1 三つの痛みの相関図

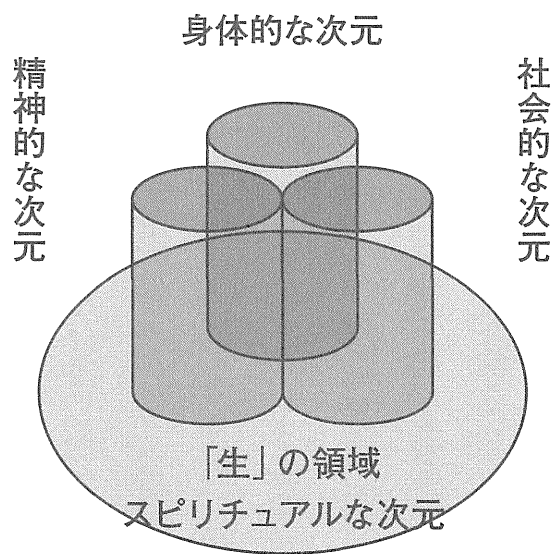


図2 生のスピリチュアルな次元

このように痛みの体験には、身体的、精神的、社会的な領域にわたる相関関係が認められる(図1参照)。では、これら三つの「痛み」に対して、「スピリチュアルな痛み」はいかなる位置をしめるのか。結論を先取りしていえば、スピリチュアルな痛みの特徴としては、さしあたり、(1) 生の「全体」にかかわる、(2) 生の「生動態」にかかわる、(3) 自らの生と死の「意味」にかかわる、という三点を挙げることができる。

(1) 身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛みはいずれも、全人的な痛みの「部分」を構成する。ならば三種の

痛みを、その相関関係に依じて合算すれば、全人的な痛みという「全体」に迫ることができのだろうか。否、患者の抱える痛みに関して、多職種の専門家がそれぞれ身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛みについて診断を下し、その所見をつき合わせたとしても、それによって患者の全人的な痛みを理解したことにはならない。同様に、人間的な生の身体的な側面、精神的な側面、社会的な側面の「総和」は、人間的な生の「全体」に達しない。本来的な意味で「全体 Holon」といえるものは、アリストテレスも述べるように、「部分」に先行するから、部分の「総和 pan」に還元できないのである。<sup>26</sup>

患者は痛みを、身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛みとして個別的に体験するのではなく、痛みそのものとして、その全体において体験する。むしろ身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛みは、今日の臨床現場の分業システムに応じて分節化されたものにすぎず、その「総和」によって、患者の抱える痛み「全体」が捉えられるはずもない。これに対して「スピリチュアル」という語は、「スピリチュアルな因子とは、身体的、精神的、社会的因子を包含した人間の「生」の全体像を構成する」という先述の規定からも明らかのように、まさに患者本人が抱える痛みの「全体」、それが体験される生（生きること）の「全体」に光を投げかけようとする概念にほかならない。

(2) 身体的、精神的、社会的な次元にかかわる痛みであれば、それぞれの専門家による専門的な知見が期待できる。これに反して「スピリチュアルな痛み」は、生きるということそれ自体を通して体験される。つまりスピリチュアルな痛みは、人間的な生の固有な在り方に依じて現出するから、それを把握するためには、人間的な生の在り方に関する基礎理解が欠かせない。ならば人間的な生の固有な在り方は、どこに求められるのか。それはさしあたり、自らの可能性に選択的にかかわり合うという動態的 (dynamic) な在り方に求めることができよう。

人間的な生は、自らが「いかに在りうるか」を気づかいつつ、その都度、己れの存在可能性に選択的に関与する。

そのかぎりでは人間とは、「己れの存在においてまさにその存在が問題になる」存在者と捉えることができる。<sup>27</sup> あるいは「超越」という概念を援用すれば、人間的な生は、自らの将来的な可能性に手を伸ばすという「超越」運動とともに、「端的に生けるものとしての姿をはじめて示す」といつてもよい。<sup>28</sup> 家や樹木といった事物的な存在者であれば、外部から客観的に観察することによって、その本質に迫ることができよう。これに反して、人間的な生の場合、その根本性格は各自の将来的な可能性にかかわり合うという実在的な在り方にあるから、それは基本的に、当の生を自ら生き抜くことを通して体得されるほかない。

こうした観点から見れば、スピリチュアルな痛みは、生そのものの生動態 (Lebendigkeit) にともなう痛みであり、当事者以外の人間による直接的なアプローチを基本的に拒むという点に特徴がある。それに応じてスピリチュアルな痛みは、「こんな痛みには耐え続けるなんて、生きている甲斐がない」、「死ぬのがおそろしい、極度に不安だ」、「入院費用がこんなにかさむなら、いつそ早く逝かせてほしい」というように、さしあたり「身体的なもの」、「精神的なもの」、「社会的なもの」を媒介にして表出すると考えられる。

(3) 以上のように、「スピリチュアルな痛み」は、生の「全体」にかかわる痛みであり、「生きること」そのことにかかわる痛みである。それに応じてスピリチュアルな痛みを抱える者は、自らの生きる「生」全体(生命・生活・人生)をいかに捉えるのかという問いの前に立たされることになる。生活全般に影響を及ぼす疾患や生命にかかわる重篤な疾患はとりわけ、それを抱える者の「生」の自明性を動揺させ、その「意味」の主題化を迫る。自らが生き抜いてきた「生」は終焉を告げつつあり、目の前には「死」という切迫した可能性が立ちはだかつている。しかし、その生と死の「意味」を、いかにして手に入れたらよいというのか。スピリチュアルな痛みはここで、各自の生と死の「意味」にかかわる痛みとして現出するのである。



現にソンドースの接した多くの患者も、それまでの人生の歩みに「自責の念」ないしは「罪の感情」を抱き、病状の悪化とともに「自分自身の存在の価値」が失われたと感じ、「深い苦悶」に陥ったという。<sup>29</sup> 日本でも、終末期患者の多くが「生きる意味や希望の喪失といった、より根源的な苦悩を抱えていることが実証研究において示されて」いるという。<sup>30</sup> ソンドースも指摘するように、患者が生き抜いてきた生の事実、そこで「起こってしまったことや実行してしまっただけ」を「変える力」は、周囲の人間はもとより、患者自身もたないが、過去の出来事とその全体連関について、その「意味」を捉えなおすことは可能である。<sup>31</sup> すなわち、各自の生と死の「意味」は、スピリチュアルな痛みや誘因であるばかりでなく、その探究は、スピリチュアルな痛みを乗り越えていく足がかりとなるのである。じつさいソンドースの観察によれば、「過去についての意味の解釈を変えた」場合、患者も医療者もけっして明言しないが、「その後、以前とは異なった質の平穏が訪れてくる」という。<sup>32</sup>

以上から、「スピリチュアルな痛み」とは、(1)「生」全体にかかわるがゆえに、身体的な次元、精神的な次元、社会的な次元を包括する、(2)生そのものの生動態にかかわるがゆえに、他の三種の痛みに比して、より深い次元に位置し、したがって表面に現れにくい、(3)生そのものの実存的な在り方にかかわるがゆえに、生と死の「意味」に対する問いを内包する、そのような痛みであると結論することができよう(図2参照)。したがってスピリチュアルな痛みは、人間的な生に不可避のものであって、この痛みを正面から引き受け、乗り越えていくことは、「生」それ自身の課題であるといっても過言ではない。だとすれば、スピリチュアルな痛みに対するケア、「スピリチュアル・ケア」は、「各人の責任であるところのセルフ・ケア」を基本とするはずである。<sup>33</sup> スピリチュアル・ケアの根幹には、「セルフ・ケアの中心性」があるわけである。<sup>34</sup> にもかかわらず今日の緩和医療界では、この基本理念からの逸脱が、スピリチュアル・ケアの「医療化」というかたちで進行している。その実態に迫っていくことにしよう。

#### 第四節 スピリチュアル・ケアの「医療化」——緩和ケアの変質

「医療化 medicalization」という概念をめぐっては、医療社会学の分野で多種の定式化が試みられてきた。<sup>35</sup> しかし本節の眼目は、それらの議論の集積を読みとくことにない。むしろ「医療化」という概念を導きの糸として、緩和ケアの変質に光を投げかけることにある。そこで、さしあたり「非医療的な問題が、通常は病気 (illness) や障害 (disorder) という観点から、医療的な問題として定義され、取り扱われるようになる過程」という概括的な定義に即して、スピリチュアル・ケアの「医療化」について検討していくことにする。<sup>36</sup>

「緩和ケア」の理念、ソンドースにとってそれは「コミュニティを基盤としたケア community-based care」にあった。<sup>37</sup> じつさい彼女はこの理念を貫くべく、地域コミュニティの多様な構成員からの支援を受けつつ、医療や病院の因習的な制度から財政的、思想的に独立した組織として、聖クリストファーホスピスを創設した。そこは「生が終わるだけでなく始まる場所であり、人々は代わる代わる学んだり教えられたり、お世話されたりお世話したり、働き手であったりもう働けなくなった人であったりというように、健康な者と病む者の集まり」であった。<sup>38</sup> しかしその後、緩和医療はヘルスケアの本流に合流し、政府やヘルスケア専門職団体から財政的・政治的な支援を受けるようになる。それに応じて緩和ケアの実践と研究は、もっぱら「健康と病気にかかわる問題、しかも原則的には終末期における健康と病気の問題」に照準を合わせて専門的な知・技を駆使する「臨床的専門主義 clinical specialism」の色彩を濃くしていくのである。<sup>39</sup>

臨床的専門主義の台頭には、財政的な要因のみならず、近代社会の文化的な背景が深い影を落としている。なかでも特筆すべきは、療法士 (therapist) や管理者 (manager) を支配的人物像 (character) とする「情動主義的な文化

emotivist culture」である。情動主義的な文化の特徴は、A・マッキンタイアーによれば、「目標を所与のものとして、自分の視野の外側のものとして扱い」、そのうえで「症状を方向付けられた力へと変え、環境に不適応な個人を適応した個人に変えるための技術や効率性」を追求する点にある。<sup>40</sup> これらの特徴に照らせば、今日の緩和医療の現場におけるスピリチュアル・ケアは、情動主義的な文化の影響のもとにあるという見通しが立つ。

現にそこではスピリチュアルな痛みが、各人の生の課題から切り離され、あたかも医療的な問題であるかのように、臨床専門職による診断 (diagnosis)、評価 (assessment)、介入 (intervention)、管理 (management)、症状コントロール (symptom control) の対象とされる。患者のスピリチュアルな「問題」を効率的に発見し、的確な診療によって「結果 outcome」を改善すべく、臨床現場の分業体制に基づいて、スピリチュアルな部門を担当する専門職の技能・スキルの向上が図られることになる。<sup>41</sup> さらに技能・スキルの普及を目的として、専門職 (看護職や心理職) のための研修会・講習会やボランティア養成講座が開催される。このようにして患者各人の生にかかわるスピリチュアルな課題が、鎮痛薬の使用法や痛みのコントロールに関する技術習得と同レベルでとり扱われていく。「マネージメント・スキルや効率ないし効率性といった価値」を極度に重視し、「心理学的技法への依存」を強めるというかたちで、スピリチュアル・ケアの「医療化」が加速度的に進行しているのである。<sup>42</sup> ならば「医療化」の問題は、具体的にどこにあるのか。日本の緩和医療の動向を踏まえつつ、「専門職」という前提から検討していくことにしよう。

スピリチュアル・ケアの「医療化」は、「専門職こそ最適なケアを提供できる」という確信を支えとしている。ではその「専門職性」を担保するものはなにか。それが臨床職の専門的な知・技であり、それに裏づけられたケアの技法 (PI) であるとするれば、まさにそれによってケアは、患者に対して専門職から「与えられるべきもの」と捉えられてしまうことになる。それに応じて、それを従順に受けとることを拒む患者は、「ノン・コンプライアンス」とい

うレットルを貼られかねない。医療専門職の方が行為主体 (agent) となり、患者に働きかけるわけである。

概してスピリチュアル・ケアは、日常的なケアのあり方とは対照的に、「私たちが他者とともに行うもの」ではなく、「私たちが分け与えるもの、私たちが他者に対して行うもの」というように、相互性が排除されるかたちで理解される。<sup>43</sup>しかし、ひとたびスピリチュアル・ケアがこのように把握されるならば、そこに残されるのは「だれがそれを供与するのか」という問題にすぎない。そして今日の緩和医療の現場では、前述した財政的な要因と文化的な背景に基づいて、臨床専門職がこれを担っているわけである。

しかし前節で確認しておいた通り、スピリチュアルな問題は、各個の「生」の全体性と生動性にかかわる実存的な課題である。これを踏まえれば、専門職によるスピリチュアル・ケアという考え方は、「救済する者」と「救済される者」という二分法的な図式とともに、ケアの主体と客体に関する倒錯に陥っているといわざるをえない。しかもこうした主客転倒は、技術や効率の追求に重きをおく情動主義的な文化背景によって支えられているおり、それがケアの実践者による事態の認識を困難にしている。日常的な職務を通して培われる「職業イメージ」——自らの職務やなすべきことについて自己理解——に対する問いなおしが遮断されるかぎり、専門職にとって自らの「職業イメージ」は自明なものであり続け、患者に対するまなざしや振る舞いもそれによって規定されてしまう。<sup>44</sup>情動主義的な文化に支えられた「医療化」の進行とともに、臨床現場の専門職は、患者各人の固有な「生」から乖離していかざるをえないのである。

「専門職」を「援助職」に置き換えてみても、事態はさほどの違いを示さない。援助職には、援助職として身につけるべき素養、知識、技術があると、広く考えられているからである。じつさい村田久行の主著——わが国の医療・福祉の現場で圧倒的な支持を得ている——では、「対人援助職の専門職性」の要件として、しかるべき「ものの見方、

考え方」、「態度」、「コミュニケーションスキル」が挙げられる。<sup>45</sup>そこには一定の知・技をきちんと身につければ、ケアの能力が向上するという想定が見られるのである。なかでも問題となるのは、「対人援助専門職養成の教育カリキュラム」の中心におかれる「傾聴」の技法である。<sup>46</sup>そもそも傾聴は、「他に有効な手段がないと思われるために選択される、一つの試みにすぎない」<sup>47</sup>は、それが一つの効果的な技法として教えこまれ、各種援助職やボランティアによって実践されるとき、患者各人の固有な「生」から発せられる言葉が一定の会話パターンに切りつめられてしまう。

日本の臨床現場には、村田理論に依拠するかたちで、傾聴を通して記録された患者の発言を「時間存在」、「関係存在」、「自律存在」にかかわる三つの問題群に分類し、そこからケアを必要とするスピリチュアルペインを同定するという試みが広がっている。<sup>48</sup>けれどもこの種の事例検討は、三つの問題領域について特定の「望ましい」あり方を前提することなしに成立しない。臨床専門職に対する患者の反応、専門職の働きかけに応じた患者の変化のプロセスに、一定の「望ましい」コースが存在すると想定されていなければ、たとえばカンファレンスにおいて、問題となる患者の発言を選定することさえできないはずである。

しかし患者各人の固有な「生」は、多様な背景のもとで営まれている。したがって、患者にとって「何が望ましいか」は、それまでの生活のあり方、自己の意味づけ、そして具体的な社会関係に照らして、患者自らがその都度、判断していくほかないはずである。そのかぎりでは、普遍的に妥当するような「望ましき」というような想定は、排すべき予断にすぎない。この種の予断を回避するためには、対人援助職は、自らの専門的な知・技から自由になる必要がある。そしてそのとき彼（女）は、一人の病者と「新しい物語」をともに創りあげていく「共同制作者」となっていくはずである。<sup>49</sup>

ここから浮かび上がるのは、まさに生の「スピリチュアルな次元」のとり逃がしという事態である。そのスピリチュアルな次元は、すでに論じたように、(1) 生の全体性、(2) 生動態、(3) 意味への問いによって特徴づけられる。この三点に照らして、臨床専門主義的なスピリチュアル・ケアの臨界点を見定め、「緩和ケア」の理念に立ちかえる道筋を浮かび上がらせることにしよう。

(1) 「死に直面し、人生の生きがい（人生の意義と目的）を探究しようとする魂の傾き、危機を乗り越え得る、だれでももっているもの」というA・デーケンの定義にも見られるように、スピリチュアリティはしばしば、危機への直面というコンテキストにおいて捉えられる。<sup>50</sup> 「危機」は応急的なケア (acute care) を要請するが、とりわけ情動主義の支配的な社会状況にあつて、それは臨床専門職の専権事項とされる。それに応じて臨床専門職は、もっぱら患者の「危機」ないし「問題」に照準を合わせることになる。それに比して、介入の必要が認められない平穏な情態や健やかさには、より無関心にならざるをえない。しかし、介入を要する事態とは、患者の生における出来事にほかならず、その生の「全体」のうちで固有な位置をしめる。患者の生「全体」に対するまなざしを欠くかぎり、当の危機・問題のもつ「意味」は不明にとどまるから、これに対する適正な対処の仕方も判明しないはずである。にもかかわらず先に見た村田理論の活用の際には、多様なコンテキストにおける患者の豊かな言葉が、その相互連関と統一性を問われることなく、三つのカテゴリーのもとに断片的に分割されてしまう。生の「全体性」が、臨床専門職の専門的な知・技によって遮蔽されてしまうのである。

(2) スピリチュアルな痛みは、「生きること」そのものにかかわる問題であるから、当の痛みに対する対処の仕方は、各人の生の固有なあり方に応じて定まってくる。したがって患者は基本的に、己れの生についての自己理解に即して、スピリチュアルな痛みに対処するほかなく、周囲の者は、その力動的な自己関与を援助することしかできない。ソン

ダースも語るように、「私たちがいかに他者の苦悩を和らげることができたとしても、いかに患者の手助けをして、そこで起きていることの新しい意味を一緒に理解することができたとしても、常にどこか、私たちが立ち止まらなければならなくなる場所があつて、そこでは私たちはなに一つできないということ知らなければならぬ」のである。<sup>51</sup>この局面において臨床援助職は、その専門的な知・技を抛り所とすることができない。それどころか援助職は、目の前で苦悩する人とまったく同様、自らの生の課題を負っており、しかもその課題はおそらく未決のままにとどまっているはずである。そのような一人の人間として、彼（女）は、苦悩する他者に対する関心を失うことなく、その者を心遣い、当人に固有な生の課題にともに関与していくほかない。そしてこの共同作業を通して、両者は「生」そのものの困難と豊かさを、身をもって味わうにちがいない。

(3) 先に確認しておいたように、各人の生と死の「意味」は、スピリチュアルな痛み因子であると同時に、スピリチュアルな痛苦を越えていく抛り所となる。しかしその「意味」は、いかにして獲得されるのか。その糸口はさしあたり、各人の固有な生の「全体」に求められるだろう。それまでの生涯において「何に苦しみ、何に歓んできたのか」、「何に傷つき、何に感動してきたのか、だれと出会い、だれと別れてきたのか」、それら生の「履歴」が貴重な糸口を与えてくれるはずである。<sup>52</sup>その履歴は、ある土地に住まい、多様な人たちと出会い、多種の事物とかわり合うことを通して、重ねられてきたものにほかならない。かりにこれら他なるもの（者・物）とのかかわりがなかったとすれば、そのような生の履歴は、空白にとどまるはずである。そのような生にいかなる意味を見出すことができようか。生の意味の探究は、他なるものを離れては不可能なのである。したがって、病者の「生」に秘められた豊かさにふれるためには、家族はもとより、多様な人、物、事、との病者のかかわりを広く視野に収める必要がある。これにに応じて生の意味をめぐる探究の同伴者は、病棟、ホスピス、自宅など閉ざされた終末期のケア空間から、患者の

「生」全体を支える社会的なネットワーク、各個の生を支える「共同性」の次元に視野を広げなくてはならなくなる。スピリチュアル・ケアは、「生」それ自身の豊かさに応じて、コミュニティという拡がりのなかで捉え返されなければならぬのである。

#### 第五節 地域コミュニティに支えられた生と死を求めて——結びにかえて

緩和ケアはソングラス以降、コミュニティを基盤としたケアから臨床専門職によるケアへと変質し、それとともにスピリチュアル・ケアの「医療化」が進行してきた。しかしその結果として、スピリチュアル・ケアは、終末期病者の生におけるスピリチュアルな問題次元をとり逃すことになった。こうした現状認識のもと、私たちはソングラスとともに、「コミュニティに支えられたセルフ・ケア」という緩和ケアの原点に立ち返る必要がある。じつさい終末期病者の直面するスピリチュアルな問題は、それが当人の生の全体性と生動性にかかわる実存的な課題であるかぎり、病者自身の生のうちで対処されるほかない。病者のスピリチュアルなニーズも、それ以前の生において、病者が身をおいてきたコミュニティのうちで育まれてきたはずである。さらに、緩和医療に従事する臨床専門職は、スピリチュアルな痛みへの対処という自らの領分を超えた課題を負わされ、しかも技能・スキルの向上を求められることにより、心身ともに疲労の極限に達している。病者のスピリチュアルな痛みに対応し、またスタッフの痛みを軽減するために、臨床専門職をふくめたコミュニティを形成し、それによって病者自身のセルフ・ケアを支えるという方途が探られるべきだろう。

しかし今日の社会においては、小論の冒頭でふれたように、「社会の個人化」という事態が広く進行していると考え



えられる。日本社会の場合も、社会構成員を相互に結びつけてきた各種の伝統的な共同体が瓦解し、これを一因として、「死」が医療機関によって囲いこまれるという事態が出来している。それを端的に示す「病院死」の急増が、もし血縁・地縁に基づく相互扶助関係の弱体化の帰結であるとするれば、またその社会的な動向に応じて臨床専門職がスピリチュアル・ケアを担ってきたのだとすれば、スピリチュアル・ケアをコミュニティ・ケアとして捉えなおすという右の提案は、社会の個人化という潮流を逆流する試みと見なされようし、その実現可能性が疑問視されるかもしれない。しかし、ソンドースその人にとっても、聖クリストファーホスピスという新たなコミュニティの形成は、決して容易なものではなかった。じつさい彼女は、周囲の協力者たちとともに試行錯誤を重ねつつ、自分たちの思想的な土台を固め、財政的な基盤を整えるため東奔西走し、ようやく新たなコミュニティを創出したのである。その困難な歩みのなかで彼女とその協力者たちを支え続けたもの、それがキリスト教に基づく宗教的な信念であった。

しかしソンドース以降、緩和ケアは、世俗化ないし非宗教化の一途を辿る。英国NHS (National Health Services) のガイドラインでも、「スピリチュアル」が「宗教的」を意味しないことに留意しつつ、患者を「個人として扱う」ことの重要性が強調される。<sup>53</sup> それはさしあたり、現代社会の価値多元化に基づく「宗教の個人化」に沿った動向と捉えられよう。しかし、冒頭でも確認したように、「宗教の個人化」は「個人の宗教化」を誘発すると考えられる。それはスピリチュアルな領域に対する人々の並々ならぬ関心、およびこれによって支えられた「スピリチュアリティ」の興隆という現象からも見てとられる。かつて緩和ケアは、「宗教の個人化」という時代的な潮流のなかで、キリスト教に代表される伝統宗教の枠組みに依拠した「宗教的なケア」を提唱し、多くの患者のスピリチュアルなニーズをとり逃してしまった。それと同様、今日の緩和ケアは、「非宗教化なケア」という理念を墨守することによって、「個人の宗教化」にともなう新たなスピリチュアル・ニーズを看過しているのではないだろうか。

とりわけ日本社会の場合、「生活習慣的信仰」とも呼ぶべき宗教的な生のあり方に目を配る必要がある。日本社会では今日でも、高齢者層を中心に、多くの人々が盆や彼岸に際しての墓参、寺社への参詣など、自らの所属する教団・教派を明確に自覚することもなく、またその教義に縛られることもなく、いわば生活習慣に即して宗教な活動を行っていると考えられるからである。なかでも巢鴨のとげ抜き地蔵の周辺地区は、「おばあちゃんの原宿」と呼ばれるほどの活況を呈している。それは西陣のくぎ抜き地蔵、岡山市原市の嫁いらす観音院、名古屋の八事山興正寺など、全国各地に見られるものである。嫁いらす観音院には住職が不在で、地域コミュニティが寺院を共同管理しているという。<sup>54</sup> 住職を欠く寺院になぜ出かけるのか。そもそも人々はどうして寺社に足を運ぶのか。興正寺の執事長によれば、それはその場所に、仏という「頼れるもの」があり、「頼れる話ができる」相手があり、「顔なじみの人にあえる」からであり、しかも「げた履き、エプロンがけで出かけてショッピングができる」からだという。<sup>55</sup> 宗教的・社会的なニーズをみたすべく、多くの高齢者が寺社という伝統宗教の舞台に足を運ぶことにより、そこに、ゆるやかなネットワークに基づくコミュニケーションの場が成立し、土地に根ざした新しい宗教的な共同性が生まれるのである。

「頼れるもの」や「頼れる話」を希求する高齢者のスピリチュアル・ニーズには、切実なものがある。嫁いらす観音院という呼称には、痛々しい響きさえある。老、病、死という同じ課題を負わされた者どうしの紐帯、おそらくそれが右の宗教的共同性を支えているのであろう。とりわけ高齢者の場合、老化や病弱にともなう心身の機能低下を避けられない。それに応じて、長年にわたり楽しんでいた活動を享受できなくなり、かつてのような社会的役割を担えなくなる。なかでも死にいくことへの不安、それに到る過程についての苦悩には、深刻なものがあるにちがいない。しかしスピリチュアルな問題は、くりかえし強調するように、各人の生の全体性にかかわる課題である。なるほど若さや健康にめぐまれるかぎり、さしあたっての用務、役割、交際、趣味など、周辺的な物事の方に自らの関心を逸ら

し、スピリチュアルな問題を正面から引き受けることを巧みに回避することも可能であろう。しかし、遠かれ、近かれ、いずれにせよ役割自己や気晴らしによる粉飾が不可能になり、自らの生と死の意味にかかわる問いの主題化を迫られるときが到来する。生と死の意味をめぐる問題は、高齢者や終末期病患者のみならず、私たちすべての前に立ちほだかる共通の難問であり、そのかぎりでは世代を超えてともに探究していく課題なのである。

以上のように、現今の宗教的・社会的なニーズに応えるためには、世代を跨ぐコミュニティを形成し、これを基盤としてコミュニティ・ケアを展開していく必要がある。それに際して私たち一人ひとりには、自らの身をおく土地に定住しなおす (rehabitation) という姿勢が求められるはずである。当該の土地の文化と自然に根ざしたコミュニティを再構築し、「社会の個人化」という時流のなかで、セルフ・ケアを支える相互的な支援関係の拠点を創生していくとき、そこに「各人の独自性 (uniqueness) を承認し、意味、目的、帰属に対する各個人のスピリチュアルな求め (spiritual quest) に応える」<sup>56</sup>道が拓かれよう。それはキリスト教の制度化とともに切り捨てられてきたスピリチュアリテイの原初的な働き、つまり自然物との交感作用を恢復する道でもある。

スピリチュアル・ケアの実践は、コミュニティの発展という課題に正面から取り組むことを要請する。この社会的な課題は、終末期病者の個人的な苦悩という問題に還元されるべきではないし、ましてや専門職的な知・技の習得という課題に貶められるべきではない。このことを承認し、医療職と非医療職との別なく協働していくこと、それが多様なスピリチュアル・ニーズに応える地域コミュニティを構築していくための前提となる。

注

- 1 John Lennon, *Help Me to Help Myself*, in *Double Fantasy*, Capitol, 1980.
- 2 Renée C. Fox, *The Evolution of American Bioethics: A Sociological Perspective*, in *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, edited by George Weisz, Kluwer Academic Publishers, 1990, p. 205.
- 3 堀江宗正「靈性からスピリチュアリティへ」、『国際宗教研究所ニュースレター』第三八号所収、二〇〇三年、一四―一五頁。
- 4 島藺進『スピリチュアリティの興隆——新靈性文化とその周辺』、岩波書店、二〇〇七年、一〇頁。
- 5 同書、九頁。
- 6 葛西賢太「スピリチュアリティ」を使う人々——普及の試みと標準化の試みをめぐって』、『スピリチュアリティの現在——宗教・倫理・心理の観点』所収、湯浅泰雄監修、人文書院、二〇〇三年、一二七―一四三頁。
- 7 永見勇「スピリチュアリティとキリスト教——身体性と三位一体論の関連を通して」、『スピリチュアリティの現在——宗教・倫理・心理の観点』所収、五二頁。
- 8 さらに第二次大戦前後から、K・ラーナーの「匿名のキリスト者」やP・テイリツヒの「究極的関心」をはじめ、キリスト教の「靈」体験の開放性を主張する思想的な取り組みが表立ってくる。第二バチカン公会議の開催（一九六二―六五年）やプロテスタント教会を中心とした世界教会協議会（WCC）の創設（一九四八年）は、これらの思潮の結実と見ることができよう。
- 9 ジークムント・バウマン『リキッド・モダニティ』、森田典正訳、大月書店、二〇〇一年 (*Zygmunt Bauman, Liquid Modernity*, Polity Press, 2000)。
- 10 ウルリッヒ・ベック『危険社会——新しい近代への道』、東廉・伊藤美登里訳、法政大学出版局、一九九八年 (*Ulrich Beck, Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, 1986)。
- 11 前掲『スピリチュアリティの興隆——新靈性文化とその周辺』、二七六―二七七頁。ただし島藺は、「個人の宗教化」が「社会の

- 再聖化や公共宗教の復興」に直ちに結びつく想定しているように見受けられる。この点で筆者は、島菌と見通しを異にする。
- 12 *Official Records of the World Health Organization*, No. 2, 1948, p.100 ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)).
  - 13 [http://ftp.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf](http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf)
  - 14 宇都宮輝夫「人生物語としてのスピリチュアリティ——現代医療の現場で」、『スピリチュアリティの現在——宗教・倫理・心理の観点』所収、二五六頁。
  - 15 World Health Organization, *The Spiritual Dimension in the Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Thirty-Seventh World Health Assembly, Resolutions WHA37.13
  - 16 湯浅泰雄「霊性問題の歴史と現在」『スピリチュアリティの現在——宗教・倫理・心理の観点』所収、二二—二三頁。
  - 17 田崎美弥子他「スピリチュアリティに関する質的調査の試み——健康およびQOLの概念のからみの中で」、『日本醫事新報』四〇三六号所収、二〇〇一年、二五頁。
  - 18 世界保健機構編『がんの痛みからの解放とパリアティブケア』、武田文和訳、一九九三年、金原出版、四八頁。
  - 19 津田重城「WHO憲章における健康の定義改正の試み——「スピリチュアル」の側面について」、『ターミナルケア』(Vol.10, No.2.) 所収、二〇〇〇年、九一頁。
  - 20 C・ソンドラス・M・ベインズ『死に向かって生きる 末期癌患者のケア・プログラム』、武田文和訳、医学書院、一九九〇年、四八頁 (Cicely Saunders and Mary Baines, *Living with Dying, The Management of Terminal Disease*, Oxford Uni. Press, 1989.)。
  - 21 たとえば、「スピリチュアル・ケアにおける仮説と原則」(IWG, 1989)では、「精神的、感情的、身体的な諸次元」と併せて「スピリチュアルな性質 spiritual nature」を考慮に入れることが「全人的なケア」の要件とされている (Assumptions and Principles of Spiritual Care, developed by the Spiritual Care Work Group of the International Work Group on Death, Dying and Bereavement, in *Death Studies*, 14, 1990, pp. 75-81.)。

- 22 『ホスピス運動の創始者 シシリー・ソングラス』、若林一美訳、日本看護協会出版会、一三四―一六頁 (Shirley du Boulay, *Cicely Saunders, The Founder of the Modern Hospice Movement*, Hodder and Stoughton, 1984.)。
- 23 前掲『死に向かって生きる 末期癌患者のケア・プログラム』、五〇頁。
- 24 同書、五六頁。
- 25 同書、一六頁。
- 26 *Aristotelis Ethica Nichomachea*, 1023b26-24a10, Oxford Classical Texts, 1984. (『アリストテレス全集十二』所収、岩波書店、一九七三年、一八四―一八六頁。)
- 27 Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, 18. Aufl., Max Niemeyer Verl., Tübingen, 2001, S. 191.
- 28 Georg Simmel, *Lebensanschauung, Vier metaphysische Kapitel*, 3. Aufl., unveränd. Nachdr. der 1922 erschienenen 2. Aufl., Berlin, S. 7.
- 29 前掲『死に向かって生きる 末期癌患者のケア・プログラム』、五九頁。
- 30 森田達也他「終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア 系統的レビューにもとづく統合化」、『緩和医療学』(vol.3, no.4) 所収、二〇〇一年、八〇頁。
- 31 前掲『死に向かって生きる 末期癌患者のケア・プログラム』、六〇頁。
- 32 同書、同頁。
- 33 Allan Kellehear, *Spiritual Care in Palliative Care: Whose Job is it?*, in *Spirituality and Palliative Care, Social and Pastoral Perspectives*, edited by Bruce Rumbold, Oxford Uni. Press, 2002, p. 175.
- 34 *ibid.*
- 35 E. Friedson, *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, Univ. Chicago Press, 1970; I. Zola, *Medicine as an institution of social control*, *Sociological Review*, 20, 1972, pp. 487-54; I. Illich, *Medical Nemesis*, Jondon, Calder and Boyars, 1976; P. Conrad and J. W. Schneider, *Deviance and Medicalization*, expanded edition, Temple Uni. Press, 1992; R. Fox, *The Medicalization*

- and Demedicalization of American Society, *Daedalus* 106(1), 1977, pp. 9-22.
- 36 J. Gabe, M. Bury and M. A. Elston, *Key Concepts in Medical Sociology*, SAGE Publications Ltd, 2004, pp. 59-63.
- 37 Allan Kellehear, op. cit., p.168.
- 38 前掲『ホスピス運動の創始者 シシリー・ソンドース』、一七九—一八〇頁。
- 39 *ibid.*
- 40 A・マッキンタイア『美徳なき時代』、みすず書房、一九九三年、三八頁 (A. MacIntyre, *After Virtue, A Study in Moral Theory*, 2. ed., University of Notre Dame Press, 1984.)。
- 41 一例として、緩和医療系の雑誌に掲載された次の論文表題を挙げておく。村田久行「スピリチュアルペインをキャッチする」、『ターミナルケア』(Vol.12 No.5 Sep. 2002) 所収、青海社、四二〇—四二四頁。
- 42 Ann Bradshaw, *The Spiritual Dimension of Hospice: The Secularization of an Ideal*, in *Soc. Sci. Med.* Vol. 43, p.409, 1996.
- 43 Allan Kellehear, op. cit., p.167.
- 44 三井さよ『ケアの社会学 臨床現場との対話』、勁草書房、二〇〇四年、三四—三五頁。
- 45 村田久行『ケアの思想と対人援助』(改訂増補版)、川島書店、一九九八年、九七—一〇五頁。
- 46 同書、一四七—一四八頁。
- 47 前掲『ケアの社会学 臨床現場との対話』、一一五頁。現に正岡子規という脊椎カリエス患者は、次のような所感を書きとめている。「情ある人我病床に来て余に珍しき話など聞かさんとならば、謹んで余はために多少の苦を救はるることを謝するであらう。余に珍しき話とは必ずしも俳句談にあらず、文学談にあらず、宗教、美術、理化、農芸、百般の話は知識なき余に取つて悉く興味を感じぬものはない。ただ断つて置くのは、差向ふて座りながら何も話のない人である」(『病床六尺』、岩波文庫、一九二七年、七一頁)。
- 48 前掲「スピリチュアルペインをキャッチする」、四二二頁。小澤竹俊「スピリチュアルケアを理解するための三つの柱」、『臨

牀看護6』(Vol.30 No.7) 所収、へるす出版、二〇〇四年、一〇四五―一〇五二頁。「時間存在」、「関係存在」、「自律存在」を三つの柱とする人間存在の理解は、多くの難点を抱えている。たとえば自律 (autonomy) / 他律 (heteronomy) という選択が他なるものとの関係を前提に定まってくるかぎり、「関係」は「自律」に先行する次元と考えられる。そもそもこれら三つの柱がいかなる手続きを経て導出されたのか。村田や小澤の論考は、これらの基本的な問題に答えていない。

49 野口裕二『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』、医学書院、二〇〇二年、一五二頁。

50 「東京・生と死を考える会 第二回セミナーを開催 『スピリチュアリティ』をテーマに」、『カトリック新聞』所収、カトリック新聞社、二〇〇一年二月十一日(ただし傍点強調は引用者による)。

51 前掲『ホスピス運動の創始者 シシリー・ソングラス』、二一七頁。

52 前掲『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』、三八頁。

53 『NHSにおけるスピリチュアルケア 医療を委託する関係機関と、委託されている関係機関へのガイド』、ファルデマー・ル・キッペス監修、関谷英子訳、サンパウロ、二〇〇三年、八頁。

54 早川和男『居住福祉資源発見の旅 新しい福祉空間、懐かしい癒しの場所』(居住福祉ブックレット1)、東信堂、二〇〇六年、一二頁。

55 同書、二〇頁。

56 Health for all in twenty-first century, 1998, WHO, [http://whglibdoc.who.int/hg/1998/A51\\_5.pdf](http://whglibdoc.who.int/hg/1998/A51_5.pdf).

\*本稿は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団による助成を受けた研究成果の一部である。

(たけのうち ひろぶみ 静岡大学)