

二〇二三年度 卒業論文

ビハラー活動の原点と可能性

L
2
0
8
0
0
4

友金 美佳子

目次

序論	1
本論	2
第一章 日本のビハラ活動の歴史	2
第一節 田宮仁が提唱したビハラ	2
第二節 親鸞による現生不退	5
第二章 ビハラ活動の実際	7
第一節 長岡西病院ビハラ病棟	7
第二節 あそかビハラ病院緩和ケア	11
第三節 病院の中の宗教的ケア	14
第三章 宗教的ケアの役割	17
第一節 終末期以外の患者に向けて	17
第二節 宗教的ケアである意味	21
結論	24
註	
参考文献	

コピー厳禁

序論

現代社会において、医学の発達に伴い、怪我や病気に対する治療の見込みは増加の傾向にあると言える。順調に発展を遂げれば、現在不治の病とされる病気は「治せる病気」と呼ばれるようになり、より多くの命が救われるだろう。しかし病気の治癒はゴールではなく、病気に罹患した経歴を持った状態での新しいスタートであると思われる。そしてそのスタートが必ずしも明るいものとは限らない。未だ偏見を受けやすい病気も存在し、治療した後の人生に支障をきたす可能性も十分ありうるものと考えられる。命は助かったが完治の見込みが薄い場合や再発の可能性が高い場合、寛解に留まる場合についても同様である。さらに医師と患者の視点の違いから、病気に対する認識のズレが起こることも想定され、それによりコミュニケーションに齟齬が生じる可能性は否定できない。そこで、患者のために医師でも看護師でもない第三者として必要とされるのが、全人的苦痛に向き合う臨床宗教師及びスピリチュアルケア師ではないだろうか。ビハラー活動のように、病院の外の人間が第三者として関わることで、風通しの良い治療を行うことが可能であるように見受けられる。

本論では、解決が困難な全人的苦痛に対して、スピリチュアルケア・宗教的ケアがどのように役立つかを浄土真宗の立場から考察する。第一章で親鸞聖人の死生観を起点にしたビハラー活動の根本について、第二章でビハラー活動が現在どこでどのように行われているか、その役割と内容について調査し、第三章では今後ビハラー活動が新たに力を発揮することができる場について考え、ビハラー活動が現在以上に発展する可能性について展開する。

本論

第一章 日本のビハーラ活動の歴史

第一節 田宮仁が提唱したビハーラ

ビハーラは、仏教社会福祉研究を行う田宮仁によって一九八五年に提唱された。一九六七年、シシリー・ソングラスが全人的苦痛の概念を掲げターミナルケアを支えるホスピスを設立したことで、ホスピスが注目されるようになった。日本でも一九八一年に聖隷三方原病院でホスピスが開設されるなど、ホスピスの活動が盛んになっていった。この頃、これと同様に仏教的な意味での救いを視野に入れた社会福祉運動が立ち上がり、マスコミなどから仏教ホスピスと呼ばれるようになった。しかしホスピスはキリスト教に由来する言葉であるため、仏経由来の言葉として再考された呼称がビハーラである。このビハーラにおけるケア活動をビハーラ活動、ビハーラ活動に関わる僧侶をビハーラ僧と呼ぶ。なお、田宮仁は『ビハーラの提唱と展開』の中でビハーラ運動と呼んでいる。

田宮仁は提唱の翌年にビハーラに関する論文を発表し、一九八七年には浄土真宗本願寺派によるビハーラ活動者養成研修会が立ち上がった。また田宮仁の尽力により、一九九二年にビハーラ僧が常駐する長岡西病院ビハラ病棟が設置され、ビハーラは広がりを見せていった。

ビハーラの名づけ親である田宮仁は、

ビハーラ (Vihara) という言葉は、古代インドにおいて仏教経典の記録などに使用されたサンスクリットという雅語であり、「休養の場所、気晴らしをすること、僧院または寺院」などの意味を持つ言葉である。¹

とビハラの言葉の意味について述べており、仏教ホスピスに替わる仏教独自の、仏教に関わりを持つ人に伝える言葉としてこれを提唱した。

ビハラ活動はいずれかの宗派に限定されたものではなく、仏教全体で生老病死の苦しみに向き合おうとする取り組みである。田宮仁は長岡西病院におけるビハラの理念として

(一) 限りある生命の、その限りの短さを知らされた人が、静かに自身を見つめ、また見守られる立場である。(二) 利用者本人の願いを軸に看取りと医療が行われる場である。そのために十分な医療行為が可能な医療機関に直結している必要がある。(三) 願われた生命の尊さに気づかされた人が集う、仏教を基礎とした小さな共同体である(ただし利用者本人やそのご家族がいかなる信仰をもたれていても自由である)。²

以上の三つを掲げた。この理念に見られるように、ビハラは利用者やその家族、つまりケアを受ける人のそばにビハラ僧や医療スタッフが寄り添い、利用者その人そのものを尊重する活動だと言える。そして利用者や家族の宗教的事情にも配慮し、布教活動を行わないことも特徴だが、僧侶として宗教的な部分を求められた際には、宗教儀礼も含めて期待に応えることが、ビハラ僧ならではの役目であると言える。ビハラ僧の立場は、寺院の外の施設に属する宗教者であるチャプレンに等しく、これらを併せて臨床宗教師とも呼ぶ。臨床宗教師はチャプレンに相当する日本語として医師の岡部健が提唱した名称であり、現在は日本臨床宗教師会により資格として認定されている。

ビハラ僧の養成については、各組織がさまざまな働きを見せている。まず一九九三年に佛教大学で仏教看護

コースが設立されたが、看護の場に必要な仏教の学び方を見直し二〇〇六年に閉鎖した。その間、浄土真宗大谷派系列の飯田女子短期大学に設立された看護学科にて、教育理念に仏教精神を掲げた看護教育が始まった。田宮仁が「ちよつと変わった看護学科」³と表現するように、他大学の看護科とは異なり、仏教看護を土台としたターミナルケア、ビハラーについての学びがカリキュラムに組み込まれている。現在は東日本大震災をきっかけに、東北大学を始め龍谷大学や高野山大学、上智大学、智種院大学、鶴見大学、大正大学など多くの機関が臨床宗教師の養成に力を注いでいる。さらに全国の臨床宗教師会に支えられ、認定臨床宗教師の資格が二〇一八年より取得可能になったことから、さらにレベルの高いケアがビハラー僧に求められるようになった。

さらに、仏教ソーシャルワークの存在も無視することはできないだろう。田宮仁は仏教とソーシャルワークを関連づけることについて、その主体の在処や目的について危惧していた。対して淑徳大学の戸塚法子は「ソーシャルワーク実践と仏教(1)」で、従来のソーシャルワークは輸入されたものであり、今必要なものを考え直す中で、社会福祉における仏教の可能性について述べている。ビハラーを探究する上で、仏教ソーシャルワークは今後さらに重要性を増すことが推察される。

ビハラーが病院の中で役立つには、医師や看護師の他、病院を支えるすべての人の協力が不可欠だが、それに加えてビハラー僧の存在が必要とされる。田宮仁は、ビハラー僧は自身を主張せず、部屋の隅の屑籠のように目立つことなく、しかし必要な時に確かに役に立つ存在として仏教者屑籠論を展開し、利用者の思いを受け止めるビハラー僧の様子を屑籠に例えた。ここで田宮仁はビハラー僧のあり方について「何かをしようと思うのではなく、

何かをしないでおくことの重要性」⁴を説いているが、これに対し臨床宗教師の打本弘祐は自身の経験を踏まえ、**「明確な役割を持たないであり続ける」ということであり、ともすれば何をすればよいのかがわからず、ビハラ僧自身が役割の不明瞭さに悩み、機能不全に陥る場合もあるのではないか**」⁵と述べている。

ここで打本弘祐は、ビハラ僧による臨床における理想と現実の差異を明らかにしている。今後のビハラ活動を考えるにあたって、このような振り返りは重要なものとなるだろう。

加えて、このようにビハラ活動について考える上で、病人にまつわる釈尊の説話に触れておきたい。釈尊が病気に罹った比丘を手ずから看病したとする説話があるが、この説話の中で釈尊が看護について説いている箇所がある。釈尊は、比丘に対して病人ひとりひとりに合ったやり方で説法をするように説いたと言われており、この姿勢は仏教社会実践として現代のビハラ活動にも通ずると思われる。⁶

第二節 親鸞による現生不退

すべての人が経験する「生きて死ぬこと」について、親鸞はどのように考えていたのだろうか。親鸞思想の特色の一つでもある現生不退に焦点を当てて考察する。

現生不退とは、『浄土真宗辞典』にて、

現生において不退の位につくこと。此土不退・現生正定聚ともいう。⁷

と説明されている。生きている今、死後必ず仏に成る不退転の位につくことが約束されたという意味である。

これについて親鸞は『浄土和讃』に、

眞実信心うるひとはすなはち定聚のかずにいる不退のくらゐにいりぬればかならず滅度にいたらしむ⁸
と記している。この和讃は阿弥陀仏の第十一願、必至滅度の願によるものであり、現代語では、

眞実の信心を得た人は、ただちに正定聚に入る。その人は不退転の位に定まっているので、必ず仏のさとりを開くこととなる。

と訳されている。親鸞は『浄土和讃』の中で、かならず救うという阿弥陀仏の願いが届いた人は、死後の救いが絶対のものとなることを示しており、親鸞聖人『御消息』の『末灯鈔』第一通の中でも「臨終まつことなし、来迎たのむことなし。信心の定まるとき往生また定まる」¹⁰と書かれている。このことから、親鸞は死をただ恐ろしいだけのものではなく、確かな救いの形として人々に伝えていたことが分かる。また、臨終の来迎にこだわらないこと、生前のうちに往生が定まることから、生前と死後を別の世界として切り離すのではなく、今の続きにある未来として示そうとしたのではないか。

この救いのタイミングについて、武田未来雄は「親鸞における時の転換」で、

臨終から現生というのは、単に救済の時が未来から現在に移ったのではなく、そこに一つの転換があるのではないだろうか。つまり臨終から現生というのは、ただ救済の時が現在に近づいたというのではなく、臨終と現生はそれぞれ異なる時間の流れの中で捉えられ、「臨終から現生へ」というのはそこに時の転換があると

考えられるのである。¹¹

と述べ、仏は世俗の時間の流れには囚われないものとし、またそこに囚われている衆生には限界があるため、時の転換が必要だとしている。

また武田未来雄は、

時の転換は、日常の時間を離れるのではなく、どこまでも衆生のあり方に即して、その時間の内実を対象化し、信心の時へと転換することである。^{1 2}

とも述べており、親鸞は生前の時間と死後の時間を異なるものとしながらも、死後の救いを生前の価値観に当てはめ、今生きている人々が理解しやすい形で往生を表そうとしたものと伺える。

これらのことから、親鸞は現生不退を通して、生前のうちに死後の救いを確信させることで生前の安心とし、よりよい死のための準備としたのではないかと見受けられる。阿弥陀仏がすべての衆生の往生を願ったように、現生不退は人々や自身に対する親鸞の、ほがらかに生きて死ぬことへの願いが込められた思想であると言えるのではないか。そしてこの思想は、ビハラー活動を行う者にとっても、自身の軸を安定させる要素として捨てがたいものとなるのではないだろうか。

第二章 ビハラー活動の実際

第一節 長岡西病院ビハラー病棟

ビハラー活動はどのような現場で行われているのだろうか。ここでは日本で初めて「ビハラー」の呼び名を使用し病棟を開いた長岡西病院の活動を紹介する。

長岡西病院は、ビハラー病棟の設立のために平成四年に開設され、翌年の平成五年に厚生省から緩和ケア病棟の認可を受けた。「二宗一派に偏らない超宗派の活動」¹³を念頭に置いたビハラー病棟の誕生である。二〇二三年現在、長岡西病院のビハラー病棟は、「主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍、または後天性免疫不全症候群」¹⁴の患者の受け入れを行っている。病床数は全部で二四〇床、その内ビハラー病棟の病床は二十九床設置され、仏堂に釈迦菩薩像が安置されており、ベランダから花火を鑑賞することもできる。さらに調理台付きの個室や、付き添う家族が利用する家族室も用意され、利用者が家族と共に過ごしやすい体制で緩和ケアに臨んでいる。

しかし設立当初、運営状況は決して順風満帆なものではなかったと見られる。まず新しい病院を一から作りあげるため、建設場所のアクセスの良さや、周辺の利用者の需要の調査などを行う必要があった。長岡西病院初代事務長の廣川敢が設立当初を振り返り、「当時、長岡エリアは看護師不足が深刻で、特に民間病院はどこもぴりぴりしていました。」¹⁵と述べているように、人員の確保も簡単ではない中で、近隣の病院との間に生じる摩擦にも対応しなければならぬ現実があった。

また廣川敢によると、

二四〇床の建物は出来たものの、フル稼働まで一年半かかり、開設当初は外来患者が一日二〇人程度のこともあり、ケアハウス西長岡の入居者の中に二階の廊下の窓から毎日駐車場の車の台数を数え、その少なさに

病院の経営を心配してくださる方もいる有様でありました。¹⁶

と、ビハラー病棟が突出して目立ったことも一因となり、緩和ケア以外の患者数の増加にも時間を要した。

病院管理の立場から長岡西病院を支える関谷裕一は、県から病院設立の許可を取る際に、県の当局から「行政当局との協議の中で、おたくは布教活動とかお布施を強要したりとか、そういうことをもしかしたらするのではないか。」¹⁷という疑惑を抱かれることもあったと述べていることから、日本で仏教を中心に据えた新しい医療施設に対する正しい理解を得ることの難しさ、日本においての宗教の立ち位置が伺える。また、看護師からは「あなたに騙されて就職した」¹⁸という声が挙がるほど、病院の中の理想と現実の差異は大きかったようである。

初代ビハラー病棟婦長の山口茂美は、

心身ともに癒される空間の中で救いのある時間が持てるように、望んだ時、願われた時タイムリーに逢いた人や書や話しに触れられて必要なことが出来るケアの実践と、心身の痛みを緩和する専門病棟として「痛みを我慢するのではなく痛みと付き合いながら自分らしく生きる方法」が見つかるまで、付かず離れず寄り添いながら一緒に模索する位置に立てる看護をしようと思いました。¹⁹

「その人が一番願われていることを実現できるように私たちがお手伝いする」をケア目標にしました。²⁰
とビハラー病棟の創設期を振り返っている。

緩和ケアの治療方針として、

闘いでは無く共存、完治ではなく緩和の治療方針、①症状コントロール、②インフォームドコンセント、③

苦痛の緩和、④延命では無く寿命を全うするために「DOL、DNR、尊厳死」等を実践^{2 1}

これらを念頭に置き、患者が過度に制限されることなく、患者本人の希望に沿うことを大切にしたい。食事内容や飲酒についても患者の希望を優先できるように支援し、時には楽しみを共有して治療に臨んだという。しかし、仏教を基盤として患者に寄り添う姿勢を貫くことと、あくまでも病院施設であり、一定の基準に沿わなければならないという現実の難しさに苦しむこともあったようである。

ビハラー僧の谷山洋三は、ビハラーの強みとして、

基本的に医療者は科学を根拠として、目標設定をしてプランニングをしていきます。そして合理性重視です。当たり前ですね。でも宗教者は逆ですね。お経や聖書に書いてあるような不思議な物語とそれを信じる共同体を根拠にしているんです。科学とはかなり違います。プランニングにはあまり意味を見い出さないというか、むしろ今ここで何が起きているかということに意味を見い出そうとするんですね。計画して、こうすればケアできるというふうには考えない。非合理性重視です。^{2 2}

と、科学の視点と宗教の視点をどちらも認めあうことを長岡西病院では大切にしていることがわかった。このように科学と宗教の特性を対比させた上で、

実際人生は、時には計画的に進みますけど、そうじゃない時もありますよね。その二つのバランスが取れるということが大事で、どっちも必要なんです。^{2 3}

と述べている。異なる価値観を持つ者が集まり認め合うことから多角的な視点を有するケアが生まれ、患者が安

心して過ごすことができる環境づくりに繋がっているのではないだろうか。

さらに、打本弘祐の調査によると、

提唱から三〇年の節目に長岡西病院のビハラ僧体制が変化を見せた。これまでの常勤ビハラ僧を廃し、新たに地域の仏教僧侶四名を専任ビハラ僧に任命し、彼らの輪番制へと体制を変更したのである。²⁴と、新たな試みを行い、ビハラ病棟のあり方を模索し続けている。

第二節 あそかビハラ病院緩和ケア

あそかビハラ病院は、浄土真宗本願寺派によって二〇〇八年に設立された教団主導型の緩和ケア病棟である。病床は二十八床設置され、家族室の他に調理器具が揃ったファミリーキッチンや、ベッドのまま外に出られる庭園などが備わっており、開放感のある環境でがん患者の受け入れを行っている。

医師の大嶋健三郎は、『お坊さんのいる病院』の中で、あそかビハラ病院について次のように紹介している。あそかビハラ病院は、医療者と仏教者が協力して行うホスピス・緩和ケアを目的に浄土真宗本願寺派が設立しました。日本で唯一の、仏教による完全独立型緩和ケア病棟です。がんの終末期の患者さん、年間150から200人程度を診ています。特色は常駐僧侶が3名配置されており、質の高いチーム医療を担っています。宗教者、医療者、学生、ボランティアなどを対象に、見学研修は年間、約800人を受け入れています。なかでも、他の病院では困難とされる僧侶の臨床研修を実施しており、量・質ともに、力を入れていま

す。²⁵

常駐僧侶の存在や、積極的に外部から宗教者やボランティアを招く体制などは、あそかビハール病院の特徴であると言える。また、当初はチーム医療の難しさから退職者も出たが、現在は医療スタッフと僧侶に加えて、患者の家族も参加するチーム医療に意識を向けている。

また、打本弘祐は浄土真宗本願寺派のビハラ活動の特色として、「田宮の掲げたホスピス・緩和ケア領域にとどまらず、医療全般と高齢者福祉を射程とした活動を謳った点」「教団内の僧侶のみならず、門信徒も一体となつて行う活動である点」²⁶を挙げている、

さらに、院内では毎日「多職種カンファレンス」²⁷が行われている。医師の山崎敦子によると、これは「病院の全職種がそれぞれの立場から発言し、チーム全体の方向性を決定」²⁸するカンファレンスであり、薬剤師の稲田圭介はこのカンファレンスについて、

患者さんの情報も、薬剤の情報も共有することが容易です。情報を共有することで現在の薬の使い方が適切かどうか、効果は十分に出ているのか、他にできることはないか、副作用が出ていないかを確認することができます。²⁹

と述べており、患者の生活を尊重するためには欠かすことのできないものであることが分かる。

このような医療行為としての支援の他に、あそかビハラ病院の敷地内では、散歩の他に植物の世話もできるようになっており、まるで自分の家のように過ごすことができる。食事に関しては特に配慮されており、管理栄

養士の細見陽子は「あたりまえの食」³⁰と表現し、「ひとつには、「食べたい」という思いが満たされる「食べたいものが食べられる」こと」³¹「ふたつ目は、「食べられない」という状態を理解し軽減すること」³²「みつつ目は、「食べたくない」という思いを理解すること」³³と分析している。

あそかビハラ病院では、この三つの「あたりまえ」が大切にされており、患者が無理なく自分の人生を歩むことのできる場所であることが伺える。キッチンで一緒に料理を作ることや、敷地内の畑で野菜や果物を育てて収穫することもあるという。

では、このような環境の中で、常駐する僧侶はどのような役割を担っているのだろうか。ビハラ僧の花岡尚樹は、医療現場に僧侶がいる意味として次のように述べている。

医療現場での僧侶は、浄土真宗の教えを直ちに説く立場ではありません。しかし、ともに阿弥陀さまから願われている存在であることを確信し、教えをいただく身としてぶれることなく、かつ患者さんの死への不安にも一緒に揺れることのできる、“竹のような存在”が、僧侶であることの大きな意味であります。³⁴

また、「医療スタッフはどうしても患者さんの語りを客観的に捉え評価しますが、僧侶は患者さんの語りに評価を加えずに聴くことに徹します」³⁵とも述べており、医療スタッフと僧侶の役割の違いを示している。

このように、あそかビハラ病院では、あらゆる立場の人が各々必要とされる場所で輝き照らし合い、患者を支えるチームとして成立している。そしていつでも、その中心には患者がいるのである。

第三節 病院の中の宗教的ケア

第一節と第二節で「長岡西病院」と「あそかビハラー病棟」を例に挙げ、ビハラーの現状についてまとめたが、現在ビハラーやホスピスで行われるような宗教的ケアをすべての病院で実施することは難しいだろう。もし宗教者が不在の一般病院で同様のケアを行おうとするならば、医療従事者が宗教者でもある場合、医療従事者との兼任が求められることが推測されるが、そうなった場合、本来の職務との両立は可能なのだろうか。

看護師であり坊守の役目も担う福永憲子は、自身の看護師としての経験を通して、

スピリチュアルペインが、緩和ケア病棟や終末期に限定して発生するものではないことは明らかであろう。

しかし、現在の一般病棟では、スピリチュアルペインに十分対応することは難しい。診療報酬の内の人員配置では、ルーティン業務で精一杯なのである。³⁶

と述べている。この理由については、

政策によって、医療機関に対する看護師の基準配置が決められていることや、看護師に求められる業務範囲の増加などから、勤務時間内では統一した標準的な行いでしか対応ができない。³⁷

と、職業としての看護師規定による対応の限界について示しており、

真摯に向き合うとなると、看護師は勤務時間外に対応せざるを得ないのが現状である。しかし退勤時間後の一人の看護師の対応は、他の看護師から嫌がられる行為になる。理由として「あの子は残ってまで聞いてくれるのに、あの子はしてくれない」などの患者からの批判を受けることになるからである。³⁸

と、病院全体の質を保持するために看護師は決められた勤務に専念する必要があることを述べている。また、例え善意によるものであったとしても、時間外労働は大きな問題であり、まして給与が発生しない労働が推奨、称賛されることがあってはならない。このことから、宗教的ケアは医療従事者による兼任ではなく、宗教的ケア以外に特定の業務を受け持たない専任者が行うことが望ましいと思われる。

宗教的ケアの役割そのものについては、

病院は「治癒」を目指すところである。検査などはオートメーション化され、患者の体を「治す」ことはできても「心を癒す」ことに関しては、残念ながらほど遠い。治癒の「癒し」の部分に関し、この仏堂や「常勤」ビハラー僧の役割は大きく、一般病院にも、このような癒しを提供できる場や人材があれば望ましい³⁹と、患者のケアにあたって、「感情を吐露できる人材」⁴⁰としてのビハラー僧が「いつも変わらずそこにいること」⁴¹の重要性に注目している。

さらに、患者の不安や苦痛の吐露については、

患者からの「こんな風に生きていてなんになるのでしょうか」「生きている意味ってなんですか、わからない」という発言の意図するところは、「どうかかしてください」というものではなく、傍らにいて時間を共有することが重要であり、答えや結果を求めているのではない。⁴²

と述べている。ここで福永憲子は、「自身の生きている意味」など解決することが難しい問いに対して宗教者が働きかける効果に期待すると共に、患者に対する宗教者の働きが診療報酬にならないことによる、安定した継続の

難しさについても挙げている。まず、患者の心理的なケアの現状について、福永憲子は次のように述べている。

一般の緩和ケア病棟では、心のケアは精神科の精神腫瘍医や看護師と臨床心理士が複数で担当することで、診療報酬として換算できる。しかし条件として「専門医」が診断名をつけることで、報酬を回収することとなり患者の心理を医療化してしまうことになる。⁴³

ここで福永憲子は、患者の心理的な問題への対処が医療行為の一部として取り込まれることについて、「病的な精神状態では、精神科医師の治療も必要」⁴⁴とした上で、

終末期特有の自己の存在消失に関する恐怖や葛藤については、誰しも持ち得る心理状態であり、薬剤の投与などなくとも、生死への問いに関することは、宗教者らによる対話で軽減されることも期待できる。⁴⁵

と、心理的な問題は必ずしも精神科の治療を必要とするものではなく、宗教的ケアの介入によって和らぐ可能性がある」と見込んでいる。

病院における宗教的ケアの継続については、

宗教者によるカウンセリング・対話は、包括という枠組みの中では、宗教者のボランティア精神に頼らざるを得ない。一般病院での宗教者による対話などは、診療報酬明細の項目や、DPC（診断群分類包括評価）にも項目は無いために、病院経営としてあえて雇用はしないであろう。宗教者のボランティアも有用であろうが、患者の心を継続的に観察することができず、「その場」の対応で終わってしまう。⁴⁶

と述べており、本来ならば一人の患者に対して同じ宗教者が対応し続けることが望ましいが、長岡西病院やあそ

かビハラー病院のように、僧侶が常駐することを前提とした病院を除いて、そのような対応は難しいものとなる。宗教的ケアを診療報酬に換算する方法については、「彼らの活動は計れないし計るものではない」⁴⁷とも述べており、病院の中での宗教者の立ち位置や宗教的ケアの定義が曖昧にされたまま解消されていない現状があるとも言える。また、宗教法人が非営利団体であることから、宗教施設の外で活動する宗教者の給与形態についての理解を得ることも、重要な課題の一つではないだろうか。

第三章 宗教的ケアの役割

第一節 終末期以外の患者に向けて

現在、医療の現場において展開されるビハラー活動は、まさに命を終えようとする人の尊厳ある生き方に寄り添う活動であると言える。しかし第二章第三節で紹介した通り、宗教的ケアの対象となるスピリチュアルペインが発生する状況は終末期以外にも広く存在すると考えることができる。日本臨床宗教師会理事の鍋島直樹はスピリチュアルペインについて、「老病死の苦しみに直面して、心の支えが揺らぎ、思いのままにならずに生きる意味が見出せなくなる苦痛」⁴⁸と述べている。終末期を除いて、このような苦しみが生まれる場で、宗教的ケアはどのような役割を見出すことができるのだろうか。

ここでは、長い闘病生活を送ることを余儀なくされる、慢性疾患を抱える患者を例に挙げて考察する。

東北医科薬科大学の伊藤弘人は「慢性身体疾患患者のメンタルヘルスケア」の中で、

世界保健機関（WHO）では、慢性疾患を非感染性疾患（noncommunicable diseases：NCDs）と呼んでいる。

NCDsは、わが国における生活習慣病に近い疾患群であり、主要疾患には、循環器病（心臓病、脳卒中）、がん、慢性呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患、喘息）および糖尿病が含まれる。⁴⁹

と慢性疾患の定義を明らかにした上で、

このような慢性（身体）疾患を有すると、メンタルヘルス上の問題が高頻度に生じる。健康状態の変化（変調または病気）により心身機能・身体構造が変化し、活動・社会的参加が制限される。痛みに加え、慢性身体疾患を受け入れ、これからの人生の中で病気や障害と付き合っていかなければならないことを覚悟することは容易なことではない。⁵⁰

と、疾患を抱えた状態で生活を続けることの難しさについて述べている。

慢性疾患を抱える患者の精神状態については、

「病気であり治療が必要である」と理解していると同時に「病気であることを受け入れたくない、治療を続けたくない」という気持ちが両面的に併存することは一般的である。⁵¹

として、この両価性に対処し治療に取り組むための動機づけなどを課題としており、「問題は、取り組んでいるメンタルヘルスケアをいかに「洗練」させていくかである。」⁵²と、慢性疾患を抱える患者のメンタルケアをさらに深める必要性を述べている。このような患者のメンタルケアに、ビハーラ活動が参入することで治療に貢献す

ることはできないだろうか。

ビハーラ活動の活動範囲としては、臨床宗教師の谷山洋三が「ビハーラとは何か？」の中でビハーラの定義を次の三つに分類している。

教義「仏教を基礎としたターミナルケア活動及びその施設」^{5 3}

広義「老病死を対象とした、医療及び社会福祉領域での、仏教者による活動及びその施設」^{5 4}

最広義「災害援助、青少年育成、文化事業など「いのち」を支える、または「いのち」についての思索の機会を提供する、仏教者を主体とした社会活動」^{5 5}

これらの分類は、ビハーラ活動の幅広い活動内容を元にしたものであり、言葉の意味そのままの「休息の場所」^{5 6}として使用されることもあるという。谷山洋三によるビハーラの定義ならば、慢性疾患を有する患者に対する宗教的ケアは、この三つの定義の中の「広義」に当てはまる活動であると言える。

ではチーム医療において、患者を中心とした関係はどのようなものになるのだろうか。名古屋市立大学の戸田啓一は医療従事者と患者の関係について、

かつて、初診は診療契約を結ぶ場であり、検査・診断・治療に対して厳密な意味での同意は不要で、すべて医師にお任せという時代も存在した。権威に対する盲目的信頼により、結果が悪い場合のみ医療者側がリスクを負うことも多かった。現在では、初診で診療契約を結ぶことは変わらないが、検査・診断に関しても、個々に同意を得たうえで契約を結ぶ。さらに、治療に関しては、その侵襲性、合併症、代替治療などをすべ

て提示・説明後、納得していただき同意取得することが必須となっている。患者側もリスクを理解したうえで、自己決定が求められる。つまり、医療従事者と患者はリスクを共有するパートナーとなるわけである。このパートナーシップを確立するために、医療従事者は、病気に対する知識はもとより、診断能力と治療技術（知識と専門的技術）が必須である。IC^{*}を適切に行う能力を含めたコミュニケーション能力は、まさにこの治療技術の一つと考えられる。⁵⁷

と、医療従事者と患者が共通の認識をもって治療に臨む姿勢が求められることを示している。また、戸田啓一は医療従事者と患者のコミュニケーションについて、「言葉一つひとつの意味をお互いに丁寧に確認しながら、医療者の話す意味と患者の解釈を揃えていく姿勢が大切である」⁵⁸「医療者側は、ノンテクニカルスキルとして、患者が理解できるように説明する能力や患者の考え、患者背景に共感する能力が必要となり、（中略）患者側も、思いの言語化、質問と確認の日常化などうまく情報を引き出す工夫が必要である」⁵⁹とも述べており、両者の間の緻密なコミュニケーションを不可欠なものとして捉えていることがわかる。

しかし、厚生労働省が令和二年に外来患者に対して行った調査によると、診察時間は五分未満が二七・七%、五分〜一〇分未満が四一・二%と、半数以上の診察時間が一〇分以内に収まっていることがわかる。⁶⁰この時間は、医師が治療について患者に伝える時間としては十分かもしれないが、患者側の情報を引き出し共有するためには短い時間であるように見える。そこで、傾聴を活動の中心に据える臨床宗教師がチーム医療に加わることで医療従事者と患者のコミュニケーションの不足を補い、治療をより円滑で順調なものにするための助けとなるこ

とが可能であると考えることができると。また、独断で通院をやめてしまう患者を病院が追うことはできないため、通院を継続させるために患者と病院の結びつきを強くする取り組みとしても有効ではないだろうか。

第二節 宗教的ケアである意味

自身の生きる意味などについて揺らぎが生じるスピリチュアルペインのケアに宗教者が参加する意味とは何か。鍋島直樹は『親鸞の死生観とビハーラ活動の理念と実践の融合的研究』の中で、

人は誰しも説明のつかない不条理な事態に遭遇すると苦悩がわきおこる。援助にあたる際には、そうした相手の不合理な経験をよく受容し、その意味を共に考える姿勢が求められる。⁶¹

と、臨床宗教師が求められる姿勢について述べている。また「闇の中にいる人のそばにいる」という無条件の慈悲を象徴⁶²する月愛三昧を例に挙げて、

深い傾聴とは、師弟同士、あるいは看取るものと患者の間で互いの言葉を聞くだけでなく、相手が伝えようとしている深い意味を汲みとり、言葉には表現しにくい深い真実を受けとめようとする⁶³こと、その役割についても表している。

仁愛大学の田代俊孝は『仏教とビハーラ運動』の中で良心について述べており⁶⁴、「知識は、近代教育の中で充分学ぶことができる。しかし、良心を学ぶ場はない。良心は、学ばねば、たちまち麻痺してしまう。⁶⁵」と、課題の一つとして挙げている。さらに曇鸞が長生不死の法を求めたことを例に出し、

われわれは、さまざまなものさし（価値観）を持っている。たとえば、死に方の好醜、老い方の良し悪し、生をプラスとし、死をマイナスとすること、若いことをプラスとし、老いていくことをマイナスと考えること、などである。さらには、人間を役に立つ、立たないというものさしで測り、価値づける。役に立つものは生きる価値があり、役に立たないものは生きる価値がないとさえ考える。⁶

と、人間が持つ命に関する価値観を述べている。本人が隠しているつもりでも、考えがにじみ出てしまうことは決して珍しくないだろう。もしケアを施す側が差別的な感覚を持っていた場合、それを患者や患者の家族に気取られては、チーム医療のコミュニケーションは成立しないのではないだろうか。宗教的ケアを施すビハラ僧は仏教の僧侶である。差別的な感覚から離れておくための軸を持つこと、良心を見失わない姿勢を保つこと、そしてそのような偏りのない状態の人がそばにいて、患者の安心につながる可能性が察せられる。田代俊孝は「「如^{ありのまま}」との出遇いをおして、「老いない」「病にならない」「死なない」という妄想が破られるという」⁶⁷とも述べており、例え直接的に宗教の教えを説くことがないとしても、ケアを施す側が自身の内に確かな真実を持つことは、目先のことに動揺せず、静かな姿勢を貫く助けとなると考えることができる。

これらのような経典や聖典を元にした思想を現実に反映させようとする行動は宗教者ならではのものであり、普遍的な教えを精神の土台にすることで、ケアを施す宗教者自身の足場に揺らぎが生じにくくなると思われる。もちろん、老病死を通して患者やその家族が宗教的な答えを求めた際に、すぐに対応することができるとも宗教者が持つ強みである。

しかし、おそらく日本の多くの医療従事者と患者は、宗教者が医療の場に介入することに慣れていないだろう。葬儀のイメージが強いことから、不謹慎に思う人もいるかもしれない。世界医師会（WMA: World Medical Association）が『患者の権利に関するリスボン宣言』の原則十一条「宗教的支援に対する権利」において「患者は信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを決める権利を有する」とした通り⁶⁸、宗教的ケアを受けることは患者の権利として認められている。ところが、日本ではこの当たり前の権利を十分に受けることができる環境が整っていないのが現状である。

実際の現場での関わりについては、臨床宗教師の森田敬史が、

現代人の宗教性を考慮し、障壁となり得る宗教者としてのカラーを前面に出していくのではなく、宗教のエッセンスを出しながら人と人との関わりを重要視し、融通を利かせながら関わっていくことが望まれる。関わり始めてから少し時間が経過した頃に、患者や家族からの「そう言えば、僧侶（お坊さん）だったんですね」という一言が理想ではないかと考えている。⁶⁹

と、現代日本での宗教的ケアにおける患者との距離の測り方を分析している。患者の宗教観によっては宗教者が受け入れられにくい場合もあるだろう。そのため、「宗教者として」よりも「人として」信頼関係を築くことで、患者側の抵抗感を少なくすることができるのではないか。そのためには、ケアを施す宗教者のコミュニケーション能力や、接しやすい雰囲気づくりも重要であることが伺える。

また宗教者と医療従事者の連携について、チャプレンの沼野尚美が「ホスピスチャプレンの役割と心得」に、

宗教家の関与によって、宗教観によるいのちのみつめ方もできるのです。そのために、宗教家の関わりが日本の現場でもっと必要とされるために、宗教家自身が医療の現場で生きるための努力をさらにしなければなりません。それはチャプレンの仕事を取り回す方々に納得・説得させる業ではなく、チャプレンがチームの中にいることを回りのチームメンバーが心地よく思う業からスタートしなければなりません。⁷⁰

と、チーム医療への関わり方を示している。チームの一員となるからには、他のチームメンバーが仲間として違和感を抱くようでは立ち行かないだろう。そのためには、「お手伝い」ではなく主体性を持つ必要がある、やはり専属の臨床宗教師が患者につくことは必要なことであるように推察される。

宗教者が医療の場に介入することは、日本ではまだ当たり前前のことではない。しかし、その意味と価値が広く認められるための土台づくりと、当たり前前になった時のための抜かりない人材育成教育は欠かせないだろう。

結論

以上、ビハラー活動のはじまりから現在に至る活動、それらを土台としたこれからの展開の可能性を論じた。この考察を通して、各章において次のことが明らかになった。

第一章では、田宮仁によるビハラーの提唱とビハラー活動の理念、それを社会の中で実践するための理念や、

人材を育成するための教育機関の設立についてまとめ、ビハラー活動の基礎を見つめた。そして現生不退の思想を元にした親鸞の死生観を、ビハラー活動に重なるものとして紹介した。

第二章では、ビハラー発祥の長岡西病院と西本願寺によるあそかビハラー病院を例に、チーム医療の中でビハラー僧たちがどのような立ち位置で働いているのか、患者やチームメンバーとの関わりについても調べた。また看護師の福永憲子の経験から、患者の心理的ケアにおける医療行為との違いや、確実に報酬を受け取る職業として成り立っていないことから、ひとりのビハラー僧が同じ場所で長期間働き続けることの難しさも見えた。

第三章では、医療現場におけるビハラー活動の拡大を視野に入れ、ビハラー僧が今後必要とされる場について考察した。医療施設でのビハラー活動の対象は主に終末期医療患者だが、終末期以外の患者に対する心理ケアとしても、ビハラー活動による宗教的ケアが行われることは望ましいと考えた。スピリチュアルペインに対して宗教者がケアにあたる意味やそのあり方、実際の患者や医療従事者との関わり方を模索し、いかにして未来につなげていくかは今後の課題と言えるだろう。

現代の日本において、宗教者が医療施設に出入りすることに抵抗を持つ人は決して少なくないだろう。「仏教・僧侶」と「葬儀・死」のイメージが強く結びついているためだと思われる。しかし、仏教は生老病死に向き合う宗教であり、生まれてから死ぬまでのすべての場に僧侶が立ち会うことに何の問題があるだろうか。このことを踏まえて、まだ一般的とは言えない臨床宗教師の働きを広く知ってもらい、臨床宗教師をどこにいても違和感のない存在にするためにできることを考えていきたい。

- 1 田宮仁『「ビハラー」の提唱と展開』株式会社学文社 二〇〇七年三月三十一日 三頁
- 2 前掲書 六頁
- 3 前掲書 五一頁
- 4 前掲書 一三頁
- 5 打本弘祐「医療臨床における僧侶の役割についての一試論」『印度學佛敎學研究』第五十八卷第一号 二〇〇九年十二月二十日 五四六頁
- 6 伊東秀章「ビハラーの歴史―釈尊の實踐と現代のビハラー」『ビハラー入門』本願寺出版社 二〇一八年三〇六頁
- 7 『浄土真宗辞典』本願寺出版社 一七三頁
- 8 『浄土和讃』『浄土真宗聖典―註釈版第二版―』本願寺出版社 五六七頁
- 9 『浄土真宗聖典 浄土和讃―現代語版―』本願寺出版社 三七頁
- 10 『親鸞聖人御消息』『浄土真宗聖典―註釈版第二版―』本願寺出版社 七三五頁
- 11 武田未来雄「親鸞における時の轉換―臨終から現生へ―」『印度學佛敎學研究』第五十四卷第一号 二〇〇五年十二月 一九七頁
- 12 前掲書 二〇〇頁
- 13 打本弘祐「ビハラー活動の現在」『眞宗學』一四一・一四二 永田文昌堂 二〇二〇年三月十二日 二五〇頁
- 14 長岡西病院「ビハラー病棟」<https://www.sutokukai.or.jp/nagaokanishi-hp/service/vihara.html> (二〇二三年七月十日閲覧)
- 15 柳本和貴『日本のターミナルケアを問う 長岡発ビハラー・ターミナルケア20年!』(株)考古堂書店 二〇一四年五月一三日 一四二頁
- 16 前掲書 一四三頁
- 17 前掲書 七〇頁

1 8	前掲書	七一頁
1 9	前掲書	八七頁
2 0	前掲書	八八頁
2 1	前掲書	一〇二頁
2 2	前掲書	一二八頁
2 3	前掲書	一二八頁
2 4	打本弘祐「ビハール活動の現在」『眞宗學』一四一・一四二	永田文昌堂 二〇二〇年三月 二四二頁
2 5	壇特隆行『お坊さんのいる病院―あそかビハール病院の緩和ケア―』	自照社出版 二〇一七年九月二十日
十二頁		
2 6	打本弘祐「ビハール活動の現在」『眞宗學』一四一・一四二	永田文昌堂 二〇二〇年三月 二五三頁
2 7	壇特隆行『お坊さんのいる病院―あそかビハール病院の緩和ケア―』	自照社出版 二〇一七年九月二十日
十六頁		
2 8	前掲書	十六頁
2 9	前掲書	五十頁
3 0	前掲書	四三頁
3 1	前掲書	四三頁
3 2	前掲書	四三頁
3 3	前掲書	四四頁
3 4	前掲書	六九頁
3 5	前掲書	七〇頁
3 6	福永憲子『最期にビハールは何かできるか』	自照社出版 平成二十七年七月二十一日 一二八頁
3 7	前掲書	一二八頁
3 8	前掲書	一二八頁

3 9	前掲書	一五四頁
4 0	前掲書	一五五頁
4 1	前掲書	一五四頁
4 2	前掲書	一〇八頁
4 3	前掲書	一〇七頁
4 4	前掲書	一〇七頁
4 5	前掲書	一〇七頁
4 6	前掲書	一〇八頁
4 7	前掲書	一〇八頁
4 8	鍋島直樹『親鸞の死生観とビハラー活動の理念と実践の融合的研究 下』永田文昌堂 二〇二三年一月二十 二日 二八七頁	
4 9	伊藤弘人「慢性身体疾患患者のメンタルヘルスケア」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』五 四卷六号 公益社団法人日本リハビリテーション医学会 二〇一七年六月一六日 四三三頁	
5 0	前掲書	四三三頁
5 1	前掲書	四三四頁
5 2	前掲書	四三五頁
5 3	谷山洋三「ビハラーとは何か？応用仏教学の視点から」『パリー学仏教文化』十九卷 パリー学仏教文化 学会 二〇〇五年十二月二〇日 三九頁	
5 4	前掲書	三九頁
5 5	前掲書	四〇頁
5 6	前掲書	三七頁
5 7	戸田啓一「医療安全におけるコミュニケーションの重要性」『コミュニケーションエラーを防ぐために』 『現代医学』第六六卷一号 公益社団法人愛知県医師会 二〇一八年六月 四五頁	

- 58 前掲書 四六頁
- 59 前掲書 四六頁
- 60 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/20/dl/gaikyo-all-g.pdf> (二〇二三年十一月二〇現在)
- 61 鍋島直樹『親鸞の死生観とビハラー活動の理念と実践の融合的研究 下』永田文昌堂 二〇二三年一月二十日 二五八頁
- 62 三〇四頁
- 63 三〇四頁
- 64 田代俊孝『仏教とビハラー運動―死生学入門―』法藏館 一九九九年一月一〇日 一二六頁
- 65 田代俊孝『仏教とビハラー運動―死生学入門―』法藏館 一九九九年一月一〇日 一四五頁
- 66 前掲書 一一一―一二頁
- 67 前掲書 一一二頁
- 68 世界医師会ホームページ <https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/lisbon.html> (二〇二三年十一月二八日現在)
- 69 森田敬史「ビハラー僧の実際」『人間福祉学研究』第三卷第一号 関西学院大学人間福祉学部研究会 二〇一〇年十一月二五日 二八頁
- 70 沼野尚美「ホスピスチャプレンの役割と心得」『生命倫理』十四卷一号 日本生命倫理学会 二〇〇四年九月十七日 四六頁
- * インフォームドコンセントとは、患者・家族が病状や治療について十分に理解し、また、医療職も患者・家族の意向や様々な状況や説明内容をどのように受け止めたか、どのような医療を選択するか、患者・家族、医療職、ソーシャルワーカーやケアマネジャーなど関係者と互いに情報共有し、皆で合意するプロセスである。

(<https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/problem/informed.html> 公益社団法人日本

看護協会 二〇二三年十一月十五日現在)

参考文献

書籍

- ・小西達也『インターフェイス・スピリチュアルケア 永遠と対話の根源へ』春風社 二〇二三年三月
- ・田代俊孝『仏教とビハーラ運動―死生学入門―』法藏館 一九九九年一月一日
- ・田宮仁『「ビハーラ」の提唱と展開』株式会社学文社 二〇〇七年三月三十一日
- ・壇特隆行『お坊さんのいる病院―あそかビハーラ病院の緩和ケア―』自照社出版 二〇一七年九月二十日
十二頁
- ・友久久雄・吾勝常行・児玉龍治『ビハーラ入門 生老病死に寄り添うために』本願寺出版社 二〇一八年
- ・『浄土真宗辞典』本願寺出版社
- ・『浄土真宗聖典―註釈版第二版―』本願寺出版社
- ・『浄土真宗聖典 浄土和讃―現代語版―』本願寺出版社
- ・柳本和貴『日本的ターミナルケアを問う 長岡発ビハーラ・ターミナルケア20年!』考古堂書店 二〇一四年五月一日
- ・鍋島直樹『親鸞の死生観とビハーラ活動の理念と実践の融合的研究 下』永田文昌堂 二〇二三年一月二十二日
- ・福永憲子『最期にビハーラは何かができるか』自照社出版 平成二十七年七月二十一日
- ・森田敬史・打本弘祐・山本佳世子『宗教者は病院で何かができるのか 非信者へのケアの諸相』勁草書房 二〇二二年十月

- ・ 伊藤弘人「慢性身体疾患患者のメンタルヘルスケア」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』五四巻六号 公益社団法人日本リハビリテーション医学会 二〇一七年六月一六日
- ・ 打本弘祐「医療臨床における僧侶の役割についての一試論」『印度學佛敎學研究』第五十八巻第一号 二〇〇九年十二月
- ・ 打本弘祐「ビハラー活動の現在」『眞宗學』一四一・一四二 龍谷大学眞宗学会 二〇二〇年三月
- ・ 鈴木健太「「律蔵」看病人法に見る死生観」『日本仏敎学会年報』第七五号 日本仏敎学会年報 日本仏敎学会 二〇一〇年八月十日
- ・ 武田未来雄「親鸞における時の転換―臨終から現生へ―」『印度學佛敎學研究』第五十四巻第一号 二〇〇五年十二月
- ・ 谷山洋三「ビハラーとは何か？応用仏敎学の視点から」『パリー学仏敎文化』十九巻 パリー学仏敎文化学会 二〇〇五年十二月二〇日
- ・ 戸田啓一「医療安全におけるコミュニケーションの重要性―コミュニケーションエラーを防ぐために―」『現代医学』第六六巻一号 公益社団法人愛知県医師会 二〇一八年六月
- ・ 戸塚法子「ソーシャルワーク実践と仏敎(1)」『淑徳大学研究紀要・総合福祉学部・コミュニティ政策学部』第五六号 二〇二二年三月一日 二四七頁―二六一頁
- ・ 沼野尚美「ホスピスチャプレンの役割と心得」『生命倫理』十四巻一号 日本生命倫理学会 二〇〇四年九月十七日
- ・ 日高悠登「狭間のケア提供者…チャプレンとビハラー僧の存在に着目して」『宗教と社会貢献』六巻一号「宗教と社会貢献」研究会 二〇一六年四月
- ・ 森田敬史「ビハラー僧の実際」『人間福祉学研究』第三巻第一号 関西学院大学人間福祉学部研究会 二〇一〇年十一月二五日