

## スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題

——意思決定を支える仏教者の姿勢——

谷 山 洋 三  
(四天王寺大学)

### 一 はじめに

本稿は、医療という臨床において生じうる倫理的な問題

のうち、特にスピリチュアルケア専門職（チャプレン、ビ  
ハラー僧、スピリチュアルケア・ワーカーなど）が関与し  
うる問題について、仏教者の視点から考察するものであ  
る。以下、スピリチュアルケアと宗教的ケアの相違につい  
て確認した上で、スピリチュアルケア専門職が関与しうる  
臨床における諸問題を列挙し、特殊なケースについて考察  
し、仏教者の視点からの考察を加える。なお筆者は、長岡  
西病院ビハラー病棟のビハラー僧（仏教系緩和ケア病棟の

チャプレン）として三年間奉職した後、現職を得てから  
は、複数の公立病院（一般病棟を含む）でスピリチュアル  
ケアの臨床を経験している。

本稿において、「スピリチュアルケア」は、「ケア対象者  
自身の支えとなるものを再確認・再発見することで、生き  
る力を取り戻す援助もしくはセルフケアである。ケア援助  
者によって「より深い自己への気づきの場」が提供され  
る」と定義する。これに対し、「宗教的ケア」は、「ケア対  
象者自身の信仰を再確認・再発見することで、生きる力を  
取り戻す援助もしくはセルフケアである。ケア対象者に  
よって「気づき」や「答え」が提示される」と定義する。

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

## 二 スピリチュアルケアと宗教的ケアの違い

スピリチュアルケアと宗教的ケアは、国内では一九七〇年代以降ホスピス運動に伴って注目されてきたものであるため、死の臨床におけるニードは依然として高いのだが、必ずしも死の臨床に限定されるものではない。二〇〇七年に発足した日本スピリチュアルケア学会では、宗教者と医療者が中心ではあるが、社会福祉、教育、心理療法、音楽療法など学際的な議論が展開されており、医療の臨床としては救急、慢性疾患、心療内科、そしてスタッフのケアについての関心が高まっている。

ホスピス・緩和ケアなど死の臨床に関わる医療者においては、スピリチュアルケアの必要性は十分に理解されているようだが、果たして何が期待されているのであろうか？例を挙げると、「宗教的／非宗教的な関与のどちらが期待されているのか？」「魂の救済（cure of souls）や人生の答えの提示が期待されているのか？」「目的は実存的苦悩（スピリチュアルペイン）の緩和・除去なのか？」などがある。宗教的ケアとスピリチュアルケアの相違を明確にす

ることによって、このような臨床における課題が整理されると思われる。

両者ともスピリチュアリティが機能することによるケアであるが、前者のスピリチュアリティ表現が自由であるのに対して、後者の表現はその教義によって固定される。また、対人援助による場合、前者は相談者（患者など）が中心であるのに対して、後者は援助者（宗教者など）が中心である。拙稿<sup>①</sup>で述べているように、死の臨床において宗教者が優先すべき対人援助方法はスピリチュアルケアであり、相談者のニードに応じて宗教的ケアに転換することもある。

窪寺は「両ケアとも心理的レベルよりも深い魂のレベルの苦痛へのケアであり、目に見えない超越的なものとの関わりを問題にしている点で共通している。一方、両者の相違点はケアを受ける病人のニーズに対して、どのようなアプローチでケアを行うかである<sup>②</sup>」と述べ、基本的な共通点・相違点をまとめている。

両ケアにはアプローチ方法、言い換えるならば、ケア対象者とケア援助者の関係性が異なる<sup>③</sup>。つまり、宗教

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）



※円はケア対象者・援助者それぞれの世界観の範囲を表す。  
 ※宗教的ケアでは対象者が援助者の「世界」に入り、逆にスピリチュアルケアでは援助者が対象者の「世界」に入る。

図 スピリチュアルケアと宗教的ケアにおけるケア対象者と援助者の関係性の相違（谷山、2009）

的ケアの場合は、対象者が援助者（通常は宗教者）の「世界」に入ること、つまり援助者の信仰世界を対象者が是認することが前提となる。そして、宗教的文脈において援助者は対象者の問題点を理解し、助言することができる。逆に、スピリチュアルケアの場合は、援助者（宗教者に限定されない）が対象者の「世界」に入ることが前提となる。対象者の世界観は宗教的

ではないかもしれないが、援助者は、対象者が自由にスピリチュアリティを表現できるように援助する。通常は援助者が助言をすることはない（援助者が対象者のスピリチュアリティを深く広く把握し、なおかつ対象者が助言を求めるという極めて限られた条件においてのみ、援助者が語る言葉を対象者が助言として受け取ることができる）。

例えば、テレビ番組「オーラの泉」では「スピリチュアル」という言葉が使われているが、そこで実施されていることは、ケア対象者と援助者の関係において、むしろ宗教的ケアに似ている。ゲストとして相談に訪れる芸能人たちは、基本的に江原氏・美輪氏の世界観を是認しており、さらには、両氏からの「答え」を期待している。この関係性は、仏教徒と僧侶との相談関係、クリスチャンと牧師との相談関係とも共通する。

他方、医療や福祉の臨床で実施されているスピリチュアルケアは、ケア対象者のニードや信仰が明確でない状況においては、まず対象者の世界観を尊重することが倫理的である。ケアが進行する中で対象者から宗教的ニードが表出された時には、宗教的ケアを提供することになるが、そう

### スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

でない限り、対象者の世界観を中心にしてスピリチュアルケアが提供されることになる。対象者と援助者の世界観が異なることが前提なので、援助者が何らかの「答え」を示したからといって対象者がそれを受け取るとは限らない。援助者から「答え」を提示することが極めて困難であるため、「答え」の代わりになるもの（より深い自己への気づき<sup>(5)</sup>）を対象者と共に探求することになる。援助者が提供するものは、その気づきを探求するための「場（環境を含む雰囲気および関係性）」である。

### 三 臨床における倫理的諸問題

ここでは臨床で起こりうる倫理的諸問題として、守秘義務と情報共有のジレンマ、セーション（鎮静）、栄養補給のために輸液拒否もしくは差し控えの三点について考察する。

#### 1 守秘義務と情報共有のジレンマ

これは患者が話したことをどの程度他のスタッフと共有するかという問題である（森川<sup>(6)</sup>が詳しくまとめている）。

単独で業務を行っている場合には生じない問題であるが、医療や福祉など多くの対人援助業務は、チームで実施されている。チームは、特定の目的遂行のために意思統一された集団であるため、一人の成員が得た情報は他の成員にも共有されなければならない。情報の内容によってはむしろ共有しないことが患者の利益になるのだが、そのような秘匿すべき情報の中には本人や周辺の人々の安全を守るために、やむを得ず秘密を開示するという場面もあり得る。ここに、守秘義務と情報共有のジレンマが生じる。

以下のように、刑法一三四条（秘密漏泄罪）において医療者だけでなく宗教者にも守秘義務が課されており、刑事訴訟法一四九条（業務上秘密と証言拒否権）では同様に証言拒否の権利が認められている。

刑法一三四条第一項「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護士又はこれらの職にあつた者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。」

刑法一三四条第二項「宗教、祈祷もしくは祭祀の職

にある者又はこれらの職にあつた者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱つたことについて知り得た人の秘密を漏らしたときも、前項と同様とする。」

刑事訴訟法第一四九条「業務上秘密と証言拒否権」

「医師、歯科医師、助産師、看護師、弁護士（外国法事務弁護士を含む）、弁理士、公証人、宗教の職に在る者又はこれらの職に在つた者は、業務上委託を受けたため知り得た事実で他人の秘密に関するものについては、証言を拒むことができる。但し、本人が承諾した場合、証言の拒絶が被告人のためのみにする権利の濫用と認められる場合（被告人が本人である場合を除く。）その他裁判所の規程で定める事由がある場合は、この限りではない。」

元・淀川キリスト教病院のチャプレンで、長年チャプレンの養成をしている窪寺は、秘密の事柄を聞いたときに対応として、次のように述べている。

このような個人情報やスピリチュアルケア・ワーカーの心中に留めて口外しないことが重要である。（中略）一方で、同時に、ケアワーカー個人の内に留めて

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

おけないケースもある。患者が犯した犯罪が社会的に重大な意味を持つている場合である。

スピリチュアルケア専門職は、患者さんやそのご家族などの、プライベートな問題に触れることが頻繁にあるため、守秘義務に関するジレンマがつきまとうのである。

例えば、ある患者さんから「実は若い頃に事件を起こして捕まり、しばらく刑務所で暮らしたことがある」と告げられたとしよう。この場合、服役していたことは治療には何の影響もないが、このことを看護師に告げると、医療者の患者さんへの態度が変化することによって、医療者にとつても患者さんにとつても不利益となることが容易に予想される。看護師の訪室が質量共に減少するかもしれない。よつて、スピリチュアルケア専門職としてはこのことを守秘事項として、記録も報告もしない、という選択をすることになる。この場合にはジレンマは生じない。

また例えば、ある患者さんから「自殺したい」と告げられたとしよう。この場合にはジレンマが生じることになる。まずは、その発言がどれだけ「本気」なのか考えなくてはならない。重篤な病を患っている患者さんからは「死

にたい」という言葉が聞かれることは珍しくない。多くの場合、その発言の本意は「慢性的な痛みや悩みのために」死にたいくらい苦しい」という意味である。しかし、時には本気に自殺を企図している患者さんに出会うこともある。このような場合、まずは病棟の責任者（医長か看護師長）にこのことを告げて、一緒に対応を考えることになる。希死念慮が明確で身体的状況から実行が可能であると判断されなければ、必ずしも、スタッフ全員に周知するとは限らない。もちろん、それが「本気」だと判断されたならば、本人の生命を守るために危険物を隠すといった具体的な対応をすることになる。

具体的対応の如何に関わらず、このようなケースでは引き続きスピリチュアルケア専門職が関与して、本人の苦悩に寄り添うことになる。

他にもジレンマが生じるケースとしては、他者を傷つける可能性がある場合が考えられる。より具体的には、殺人や傷害、虐待などが意図もしくは実施されている場合である。

## 2 セーション（鎮静）

死の臨床では、積極的安楽死と類比される事例に出会うこともある。その一つが「セーション（鎮静）」である（田村は事例を挙げて倫理的に検討している）。多くの緩和医療スタッフが参考に行っている淀川キリスト教病院のマニュアルでは、次の状態が適応とされる。

強度の全身倦怠感、強度の呼吸困難、肝不全や腎不全などによる不穏状態、また意識低下以外に他のいかなる方法にても苦痛の軽減がはかれないと判断される状態で、死亡数日〜数時間前と判断される場合が適応となる。<sup>9)</sup>

日本緩和医療学会は「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン（第一版）」を作成しており、ホームページ上で閲覧可能である。ここでの定義は「(1)苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは(2)苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること」とある。つまり、通常の鎮痛薬やオピオイド鎮痛薬（いわゆるモルヒネ）でも苦痛緩和ができない場合に、鎮静効果のある薬物を投与し、意図的

に意識を低下させることによって苦痛（疼痛や全身倦怠感など）を「感じない」状態にするという医療処置である。

セデーションを実施するか否か、という場面において、患者さんは、本当は意識を保っていたいが、絶えられない苦痛があるので、「眠る」という選択をすることになる。

状況によって異なるが、夜間だけ「深い鎮静」をして、日中は呼びかけがあれば応答できる程度に「浅い鎮静」にするということも可能である。また、夜間に限定して実施する「間欠的鎮静」という実施方法もある。それでも苦痛に耐えられないという場合は、「持続的鎮静」を実施し、結果的に死亡するまで意識を低下させたままコミュニケーションができない状態が持続するということも珍しくない。このように、持続的鎮静のまま死を迎えた場合に、患者本人だけでなく、家族や医療スタッフも「積極的安楽死に近似した状況」を体験することになる。しかしながらセデーションは、あくまでも苦痛緩和が目的であり、死を目的としていないので、積極的安楽死とは異なる。

スピリチュアルケア専門職が関与するならば、苦痛が強くない状態で事前に患者さんの意思確認をすることや、家

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

族の意思確認や、セデーション実施直前・実施中・実施後の家族のケアや、実際に薬物を投与することで罪責感を感じてしまった医療スタッフのケアが望まれる。医療スタッフからは「安楽死とは違うんだと、頭では分かっているけど、実際にはもう患者さんと話ができなくなってしまう。もう話ができないんだ、と思いつつながら（鎮静剤を）注射をするのは、苦しんでいる患者さんのためには仕方ないことだけど、でも……」とやりきれない思いを聞くこともある。このような解決が難しい問題に直面した時には、「倫理的に善」であるということを確認するだけでは、やりきれない思いをぬぐい去ることはできない。問題解決を目的とせず、ただ耳を傾け、気持ちにより添っていくことが、スピリチュアルケアになる。

### 3 輸液の拒否もしくは差し控える

栄養補給のための輸液を患者が拒否したり、もしくは医療者側から差し控えるということがある。上腕の静脈に針をさして（よく見かける点滴の方法）、高カロリーの輸液を続けると血管が炎症をおこしてしまう。そこで、鎖骨の

下や鼠頸部にある太い血管に管を繋げて、高カロリー輸液を持続的に実施することになる。ただし、高カロリー輸液は、ターミナル中期以降において腹水や全身浮腫（むくみ）などを引き起こすことがあり、患者のQOLを低下させることがある。前出の淀川キリスト教病院のマニュアルでは、次のように述べられている。

ターミナル中期以降の高カロリー輸液の場合、患者は代謝低下や悪液質のため口渴、嘔気・嘔吐、高血糖、電解質異常、胸水や腹水の増加、全身浮腫などの原因となつて、患者を逆に苦しめることになっていくことが多い。この場合、普通の維持輸液に変更するだけで患者の苦痛が緩和されることが多い<sup>10)</sup>。

苦痛緩和を目的として輸液を減量するということは珍しくないものである。輸液の減量は死を導くかのように理解されることもあるが、むしろ死を避けられないものと受容した上で、患者の体が高カロリー輸液を受け付けないのであるからむしろ減量することで体が楽になる、と理解する方がより科学的である。

さて、ここで取り上げる事例は、ターミナル末期の患者

の輸液拒否に関するものである。

Aさん（八十歳代、男性、肺がん）

輸液を続けるか否かという話し合いに、妻、姪、医師、看護師、ビハラー僧（以下、ビ僧）が臨席。Aさんは「早く（いのちを）終わらせてしまいたい」と主張していた。Aさんの主張が強く、また家族関係も必ずしも良好とは言えない状況だった。誰も何も言えないような雰囲気、ビ僧はAさんに「自分一人のいのちじゃないんだから、みんなでちゃんと話をしてから（決定を）しませんか？」と言った。（ビ僧の発言は同席した医師の記憶によるもので、この話し合いの直後、ビ僧は自分自身の発言を記憶していなかった。）その後、家族から「生きていて欲しい」という言葉もあり、Aさんの態度は軟化した。結論として、輸液の量を半分に減らすということになった。

後日、ビ僧との面談でAさんは、「誰も信用できない。ただ母親だけを信じている。如来様は何千何万人が頼みにしているので、なかなか自分のところまで手が回らない」と言う。それに対し、ビ僧「それでいい

ですよ。昔は神仏のことを『親様』と言っていました。仏様がお母さんの姿で現れていると思ってください。ただお母さんを信じてください。Aさんは「母親と妻を頼りにしてます」と涙を流された。

飲食ができなくなった状態で輸液をしない、という選択は、数日のうちに死を迎えるということを意味している。その意味でAさんの主張は、本人の発言にも見られるように希死念慮を背景にしたものである。またAさんのもつ家族への不信感も、その発言の背景として想定できる。比丘僧はこのような結果に誘導したわけでもなく、予測したわけでもないが、結果的には比丘僧の一言が家族の「生きていて欲しい」という言葉を引き出し、Aさんの態度を軟化させた。

一対一の関係ではないが、このような比丘僧の関わりもスピリチュアルケアである。この事例については次節ですらに考察を深めたい。

#### 四 「患者本人の意思」とは？

患者本人の意思を尊重するということは、医療倫理的に

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

正しい行為である。しかし、その意思決定に至る過程においては、どれだけの話し合いが為されているのであろうか？ 本人の主張が強ければ、周囲の人は強く言えないだろう。家族の意見の方が強くて、ほとんど本人の真意を無視した決定が、出ないとは限らない。真剣にお互いの真意を伝えて、話し合って決まった結果だけが本当の「本人の意思」として尊重されるべきではなからうか。

また前節の事例で、いみじくも比丘僧が発した言葉「一人のいのちじゃない」は、仏教者としての信念とも言える。自分で発言しておきながら憶えていないということはある意味で「自分の言葉ではない」とも言える。スピリチュアルケアの臨床において時々あることだが、自分の意思をさしおいて言葉が出てくる、という体験を筆者は何度かしている。これはカウンセリングでも時々あることのようにだ。真宗カウンセリングの Dharma-based, Person-centered Approach における Dharma（不可称不可説不可思議の世界）からの働きかけ、と説明されるものと同様の現象なのであろう。その発言の主体は比丘僧であるというよりは、Dharma もしくはその人格的表現としての仏・如

来だと言うべきであろう。<sup>(1)</sup>

実はこの比叢の発言は、Aさん本人の発言に反するものである。通常は自己防衛が働いてしまうため、話を聴く側が反論を投げかけるのはなかなか困難なことである。それでも、スピリチュアルケアにおいては、このような対峙をする場面もあり得る。<sup>(2)</sup>『無畏王子経』には「その話が事実であり、相手にとって有益であれば、如来はタイミングを計ってその言葉を相手に伝える」という説示がある。

〔無畏〕王子よ、このように如来は、①その話が事実ではなく・如実ではなく、「他人にとって」有益ではないと如来が知る話で、しかもそれが他人の愛さない・好まないものならば、如来はその話を語りません。また如来は、②その話が事実・如実であっても、「他人にとって」有益ではないと如来が知る話で、しかもそれが他人の愛さない・好まないものならば、如来はその話を語りません。しかし如来は、③その話が真実・如実で、「他人にとって」有益だと如来が知る話で、しかもそれが他人の愛さない・好まないものならば、如来はその話を説く適時を知っています。また

如来は、④その話が事実ではなく・如実ではなく、「他人にとって」有益ではないと如来が知る話で、それが他人の愛する・好むものならば、如来はその話を語りません。また如来は、⑤その話が事実・如実で、「他人にとって」有益ではないと如来が知る話であり、それが他人の愛する・好むものならば、如来はその話を語りません。⑥その話が真実・如実で、「他人にとって」有益だと如来が知る話で、しかもそれが他人の愛する・好むものならば、如来はその話を説く適時を知っています。それは何故かという点、「無畏」王子よ、如来に有情への哀愍 (anukampa) があるからです。<sup>(3)</sup>（筆者訳、丸数字は筆者が挿入）

ここでの判断基準は、その話が(X)事実か？、(Y)相手にとって有益か？、(Z)相手が好むか？であり、これに従って六通りの対応が述べられている。やや煩雑なので表にして整理してみよう。

このように整理すると明確になる。如来がタイミングを計って告知するかどうかの判断基準に、(Z)は含まれず、③と⑥のように(X)と(Y)が共にYESであることが条件となる。

表 『無畏王子経』における事実告知の判断基準

|   | (X)事実か？ | (Y)相手にとって有益か？ | (Z)相手が好むか？ | 如来は語るか？ |
|---|---------|---------------|------------|---------|
| ① | NO      | NO            | NO         | NO      |
| ② | YES     | NO            | NO         | NO      |
| ③ | YES     | YES           | NO         | ※YES    |
| ④ | NO      | NO            | YES        | NO      |
| ⑤ | YES     | NO            | YES        | NO      |
| ⑥ | YES     | YES           | YES        | ※YES    |

※ YES の場合、如来はタイミングを計って語る

このことを、告知者<sup>1</sup>の立場から考察しよう。まずは③と⑥について比較すると、③は相手が好まない話、⑥は好む話である。⑥のように(X)(Y)(Z)がすべてYESならば、告知者はあまり躊躇しないだろう。しかし、③のように相手が好まない話ならば、多くの場合、告知者は躊躇してしまう。だからこそ経典では、単に「如来は語ります」という表現ではなく、「如来はその話を説く適時を知っています」となっている

るのではなからうか。

もうひとつ、この経典から学ぶべきことは、「如来に有情への哀愍 (anukampa) があるからです」という、告知者の動機である。哀愍 (anukampa) 慈悲と訳されることもある) は「共に (anu) + 震える (kampa)」を原義とする。その話が事実であり相手にとって有益である、という理性的判断だけでなく、その奥には深い共感と慈愛があることが理解できる。

タイミングを計って告知する、段階的に告知する、という方法は、今や医療者には常識である。そして、患者への共感と愛が告知する医療者にも求められる。比丘などのスピリチュアルケア専門職は、告知場面に同席することや、告知後の患者や家族ケアを担うこともある。

この経典の説示を参考にしつつ、前節の事例を振り返ってみよう。Aさんの「早く(いのちを)終わらせてしまいたい」という主張に対して、比丘は対峙して「自分一人のいのちじゃないんだから、みんなでちゃんと話をしてからに(決定を)しませんか?」と言った。「自分一人のいのちじゃない」という発言は、仏教の文脈では正しいし、実

際の社会においても相互の支え合いなしに生きていくのは極めて難しいので、(X)はYES。その事実を踏まえてAさんに考え直してもらうことは無益ではないので、(Y)もYES。その言葉自体は、Aさんの主張に反する内容なので、(Z)はNO。この対話は、Aさんの意思を皆で確認しようという善意に基づくものであり、Aさんへの素直な愛情を基礎としている。この場合は表の③と同様であり、如来ならばタイミングを計って告知することになる。

ただし、ビ僧は如来であるはずもなく、むしろ如来の言葉を発するための媒介者に過ぎない。如来こそがタイミングを計って言葉を伝える主体なのである。その言葉が、ビ僧の口を通して出てきたという解釈ができるだろう。

ビ僧の口を通して発せられた「如来の言葉」は、根源的にはAさんの心の深奥にある意思を反映したものだという解釈も可能である。それはまさに「自分一人のいのちじやない」からであり、すべての生き物がいのち如来 Dharmā を共有しているからである。

## 五 臨床における仏教者の姿勢

最後に、医療の臨床に関与する仏教者の姿勢を提示することで、まとめたい。結論を先に述べるならば、「市民としての姿勢と聖職者としての姿勢のバランス」が大切である。まず、「市民」としては、臨床に関わる法律・制度・倫理・慣習を理解する必要がある。僧侶の常識と一般の常識は異なるということをよく認識しておかなければ、「レッドカード」を提示されて病院から退場処分を受けてしまうことになりかねない。筆者自身が直接・間接的に見聞きしたことをもとに、敢えて私見を申し上げるならば、次のことに留意すべきである。

寺院を背景とした「僧侶―檀信徒」関係は、寺院を背景としない臨床には存在しない。僧侶が「市民」として臨床に関わる時には、僧侶への敬意が表されるとは限らず、したがって説教するという特権も必ずしも付与されていない。説教は、寺院や檀家宅においては無条件に許可もしくは推奨されているが、特に病院においては組織管理者の許可が必要であり、もしくは、個別の患者や家族本人の二―

ドを確認しなければならぬ。組織によつて慣習が異なるのは当然であるが、寺院と病院という現代社会においては極めて遠い世界を行き来するので、慣習のギャップは極めて大きいということを理解しなければならぬ。医療者は、効率優先で様々な可視的な効果を期待する傾向がある。それに対して、宗教家が提供できるもの多くは不可視的で、効果が見えにくく、時間がかかる。このようなギャップを埋めるには、お互いに信頼関係を築き、時には方便をもつて「効果」もしくは「何らかの役に立っていること」を示すことも必要である。

また、聖職者として、第一に、自分自身の信仰・価値観・人間観・死生観を確認することが求められる。これらは自身の主観そのものであるため、一旦それらの観念を相対化する作業も必要である。相対化することによつて、他者（患者など）の主観を受容しやすくなる。平易な言葉に置き換えるという作業も必要である。第二に、苦悩に寄り添うことが求められる。哀愍(anukampa)は「共に震える」を原義とする。共感(compassion)は「共に苦しむ」を原義とする。敢えて「震え」「苦しみ」を共有するので

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

あるから、スキルというよりはむしろ、覚悟もしくは勇氣が必要である。第三点は上記二点を包摂するものだが、例えば「いのち」は一切衆生に共有されている」というような超越的視点を持つことが大切である。超越的視点もしくは感覚を、説教するのではなく、内面に保持するのである。宗教的ケアが求められる場面では、その信仰を相手に伝えることもあり得るが、スピリチュアルケアにおいては内面に保持したまま信じるだけである。

より多くの仏教者が臨床に関与すること、もしくは檀信徒の苦悩に寄り添うことを期待して、本稿を終える。

#### 注

- (1) 谷山洋三「死の不安に対する宗教者のアプローチ——スピリチュアルケアと宗教的ケアの事例——」『宗教研究』三四九号、二〇〇六。
- (2) 窪寺俊之『スピリチュアルケア学概説』三輪書店、二〇〇八、六頁。
- (3) 谷山洋三「スピリチュアルケアと宗教的ケア」『緩和ケア』一九巻一号、二〇〇九。
- (4) ただし、伝統宗教が聖典・教義・宗教的实践等から「答

スピリチュアルケアの臨床から見えてくる倫理的諸問題（谷山）

え」を導き出すのに対して、江原氏は「霊視」から「答え」を提示する点で異なる。

(5) 小西達也・谷山洋三・伊藤高章「より深い自己への気づきのサポートとしてのスピリチュアルケア」第一四回日本臨床死生学会（札幌、二〇〇八年九月六日）にて口頭発表。

(6) 森川功「第一特集 看護倫理 こんときどうする？ 知っておきたい倫理原則 守秘」『臨牀看護』三三巻七号、二〇〇七。

(7) 窪寺前掲書、一一五―一六頁。

(8) 田村恵子「Ⅲ部 終末期と死をめぐる倫理問題 9 ターミナルケア」伏木信次・樫則章・霜田求編『生命倫理と医療倫理』金芳堂、二〇〇四。

(9) 淀川キリスト教病院編『緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル 改訂第四版』最新医学社、二〇〇一、二、三三頁。

(10) 淀川キリスト教前掲書、二二七頁。

(11) 吾勝常行・瀬良信勝・坂井祐円・鈴木貴子・中村菜々子・谷山洋三「第Ⅱ部 真宗用語で語るスピリチュアルケア」谷山洋三編著『仏教とスピリチュアルケア』東方出版、二〇〇八、一三四―一三七頁。

(12) 伊藤高章「米国臨床牧会教育におけるスーパービジョンの焦点」『テキスト スピリチュアルケア 第二集 スピリチュアルケアの理解を深める』日本ホスピス・在宅ケア研究

会、二〇〇四。

(13) MN. 1. 395、南伝一〇・一七四―一七五、中部経典 No. 58、  
無畏王子経。