

## 緩和ケアとスピリチュアルケア

棚 次 正 和

京都府立医科大学医学部医学科 人文・社会科学教室

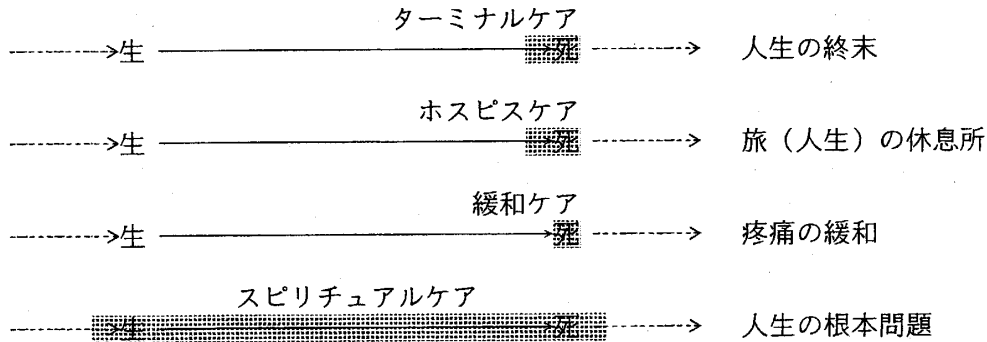
### はじめに

ターミナルケア、緩和ケア、ホスピスケア、スピリチュアルケア、これらはいずれも疾患や苦悩を抱えた患者に対して行なうケアであるが、ケアの前に付く言葉によって意味が微妙に異なる。ターミナルケアは、人生の終末期と病気の末期が重なった境界状況の患者に対するケアである。ライフサイクルを視野に収めて人生終末期の末期疾患の患者に対応するケアである。緩和ケアは、患者の複合的な痛みや疼痛を軽減・緩和することを目指すケアであり、医療行為として許容される範囲内のケアという性格が強い。ホスピスケアは、宿泊・医療施設としてのホスピス——中世西洋では修道院が巡礼者や旅人の宿泊・医療を提供していた——で施されるケアであり、ホスピスの伝統がない地域ではターミナルケアや緩和ケアがそれに代わる表現である。また、スピリチュアルケアとは、生から死までの人生全期に関わるケアであり、とりわけスピリチュアルペインに対するケアである<sup>1)</sup>。これら四種類のケアは、力点の置き方に違いがある。つまり、ターミナルケアでは人生の終末期に比重が置かれ、緩和ケアでは疼痛の緩和ということが実践の目標である。また、ホスピスケアではホスピス（人生の休息所）という理念や運動が重視されるが、スピリチュアルケアでは、人生の根本問題に起因する霊的な苦痛や苦悩への対応が主要な関心事となる。人生の終末期を見届ける時間的把握、患者のQOLを低下させる疾患や苦痛、休息できる終の棲み家、人生の霊的な死活問題というように、同じケアでも、それが行われる背景や視点が異なるのである。

ここでは、上記四種類のケアの目的や領域を視野に収めながら、とりわけ「スピリチュアルケア」に考察の焦点を絞って、その問題領域を浮き彫りにすることを試みる。また、できれば、わが国の代表的な実践家の見解を参照することを通して、「スピリチュアル」ということの意味地平の一端を探ってみたい。

## 一 ターミナルケア、それとも緩和ケア？

まず、四種類のケアの相互関係を明確なイメージで捉えるために、人生全体（生から死まで）を表す水平の時間軸にそれぞれのケアの焦点が合わされた範囲を以下のように図示しておきたい。



ここ数年の日本におけるケア関連の動向を見ていてまず気づくのは、「ターミナルケア」という言葉が次第に「緩和ケア」という言葉に代置されてきたことである。その端緒は、1990年4月に厚生省によって末期癌患者のケアを専門に行なう「緩和ケア病棟」の設置基準が設けられ、定額制の「緩和ケア病棟入院料」が導入されたことに求められよう。それを受けて、1991年10月に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が発足したが、2004年7月より「日本ホスピス緩和ケア協会」と改称された。1992年の発行以来版を重ねてきた淀川キリスト教病院ホスピス編『ターミナルケアマニュアル』も、2001年の改訂第4版を機に『緩和ケアマニュアル』に書名を変更した。また、医療雑誌『ターミナルケア』の書名も、2005年1月号より『緩和ケア』に変更された。

この「ターミナルケアから緩和ケアへ」というシフトは、ウェブ検索ではアメリカでは全く見られず、日本で顕著に見られる傾向だが<sup>10)</sup>、ここには一種の危険性が孕まれていると言える。それは「ターミナル」という言葉が持つ厳粛さ（つまり、死の直視に伴う厳粛さ）に顧慮が払われずに、疼痛緩和という医療行為に主眼が置かれるからである。英語の *palliative* には、「一時的に和らげる」「一時しのぎの」という意味がある。そこには本格的な対応ではなくて、死に至るまでの間に取り敢えず行なう一時しのぎの対応というようなニュアンスが付きまとう。人生の総決算としての死の重みが、医療の視野には入っていないように見えるのである。緩和ケアは、本来は末期患者に対する積極的な全人的ケアを意味するものだが、日本では薬物療法としての疼痛緩和が主流である。先述の『緩和ケアマニュアル』には、コミュニケーション、ターミナルステージ、精神的ケア、スピリチュアルケア、家族のケアなどに関しても周到な記述があるが、分量は必ずしも多くはない。ちなみに、1998年からの「緩和医療検討会」の活動をベースに、本学にも2005年に「疼痛緩和医療部」が中央部門の一つとして設置された。「京都府立医科大学緩和医療検討会」

発行の『緩和医療マニュアル』（2004年）には、身体的ケアに関する記述が全体の四分の三を占め、残り四分の一が精神的ケア、家族ケア、小児の緩和ケアに当てられている。スピリチュアルケアに関する記述は、数頁ほど割かれてはいるものの、この問題に対する配慮は、欧米に較べると、殆どないに等しいと言わざるをえない。

1989年7月、ジュネーブで「がんの痛みからの解放と積極的支援ケアに関するWHO専門委員会(WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care)」が開催され、その報告書が1990年に公刊された。同報告書は、当分の間は「全面的に有効な癌の予防策、早期発見法、治癒的治療法が確立する見込みがない」ため、「積極的な支援ケアが、多くの癌患者にとって唯一の実現可能な人道的対策である」と考えて、「癌患者のクオリティ・オブ・ライフの向上に役立つ勧告と指針」を纏めたものである。それによれば、「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、患者が痛み治療を受けられるよう図る方策は、この権利を尊重することである。[中略]多くの患者の苦痛は身体的な問題に限られているわけではなく、痛みの治療はいくつもの苦しい症状の一つに対する治療であり、身体面、心理面、社会面、霊的な(spiritual)面のすべてに対応する包括的な医療の一部を構成しているにすぎないと考えるべきである。この包括的な医療はパリアティブ・ケア（緩和的医療）という名で知られるようになってきた」<sup>9)</sup>。つまり、専門委員会の認識では、パリアティブ・ケア（以下、緩和ケアと記す）は、身体面、心理面、社会面、霊的な面のすべてに対応する包括的医療である。「緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフを実現させること」であるから、末期だけではなく、もっと早い病期の患者に対しても癌病変の治療と同時に適用すべきであるとされる。緩和ケアの要件は、次の六点に纏められている。(1)生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして死に行く過程にも敬意を払う。(2)死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。(3)痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行なう。(4)心理面のケアや霊的な(spiritual)面のケアも行なう。(5)死が訪れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。(6)患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。

そこでは、痛みの身体的因子のみならず、非身体的な心理社会因子や霊的な側面にも顧慮を払い、「全人的な痛み(total pain)」という考え方をとるべきことを説いている。霊的な(spiritual)側面に関しては、わざわざ第7項を割いて、「霊的および宗教的多様性を基本的価値として尊重し、これを緩和ケアに関するすべてのプログラムに組み入れるべきである」<sup>10)</sup>ことを力説している。「霊的」とは、「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉」である。生きることが持つ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、霊的は宗教的と同じ意味ではない。

「霊的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の<生>の全体像を構成する一因子とみることができ、生きていく意味や目的についての関心や懸念とかかわっている

ことが多い」<sup>9)</sup>とされる。この文言が含む意味合いについては後で考察する。

英国のNHS（国家医療制度）連合が発行した『NHSにおけるスピリチュアルケア』は、「患者の憲章」を重視して「ヘルスケアに関しては全人的(holistic)なアプローチを採用すること」、「“スピリチュアル”とは、かならずしも“宗教的”ではないことを理解すること」、「人々を“個人”として扱うこと」、「すべての宗教が、同じ尺度に基づいているわけではないことを承認すること」などを努力目標として掲げている。同書は「すべての患者さん（または患者さんの近くにいる人）には、肉体のみならず心理的、メンタルな面におけるニーズがあることから、だれにとっても、広い意味で“スピリチュアル”な次元が潜在していることを主張するのは、自然なことに思われる」<sup>10)</sup>と捉え、すべての人にとってのスピリチュアルな次元を認めた上で、医療を委託する関係機関(purchasers)と委託されている医療機関(providers)へのガイドとして、実践上の注意事項やスタッフの役割・トレーニングなどについて詳細な検討と助言を掲載している。

ところで、緩和ケアの基本発想は、もともとホスピス運動の中から芽生えてきたものである。現代のホスピス運動は、英国の看護師（後に医師資格を取得）シシリー・ソングース(Cicely Saunders, 1918-2005)に始まる。英国ではすでに1906年に聖ジョセフ・ホスピスが設立されていたが、それは19世紀前半に活躍したアイルランドの修道女マザー・メアリー・エイケンヘッドの活動に由来するものであった。シシリー・ソングースは、その聖ジョセフ・ホスピスで働いているとき、患者の痛みが単に身体的なものを超えて心理的社会的霊的な痛み（つまり全人的な痛み）であることを知った。シシリーは、1967年にロンドン郊外に聖クリストファー・ホスピス(St. Christopher's Hospice)を創設した。聖クリストファーは旅人の守護聖人である。このホスピスは、宗教財団でも医療財団でもある。その財団の綱領には「そこにいるすべての人々（患者にも患者以外の人々にも）に対して霊的な援助と指導を提供し、また提供することを援助し促すことによって、あるいは苦しんでいる家庭に行き働くことによって苦痛の緩和を促す」<sup>11)</sup>と記されている。スタッフも患者も家族も人生という巡礼の旅の中で互いに大切なものを分かち合う道連れであるという意味において、ホスピスは宗教的な団体だが、それはいつも仲間が見守ってそこにいてくれるような超教派の共同体であった。患者の苦痛は一枚のコインのように、片面には宗教的霊的な痛み、もう片面には身体的な痛みがあるので、シシリーは不快な症状を緩和することに精力を注いだ。ペインコントロールに関する彼女の実質的な功績は、麻薬を恒常的に用いるという方法を採用したことであると言われている。

ホスピスケアが宗教と医療の二つの焦点を持つ楕円構造をなすとすれば、その二つの焦点が死や霊的問題を直視する宗教的な「ターミナルケア」と疼痛緩和を目指す医療的な「緩和ケア」という二つの円に分裂した状況が生れたとも解される。ターミナルケアと緩和ケアの間に見出される方向性のズレは、ケアの背後に隠れた人間観の相違にまで遡りうるだろう。このズレを如何に修正するかという問題は、如何なる人間観を構築するかとい

う問題に直結するはずである。周知のとおり、精神科学（人文社会科学）と自然科学の分裂は、とりわけ人間理解に関して深刻な分裂をもたらしたが、ターミナルケアと緩和ケアとの方向性のズレは、まさにこの人間像がそれぞれの学問的平面上に分断されて、それらが一つの全体像を結んでいないことの端的な証左であろう<sup>9)</sup>。

## 二 わが国のスピリチュアルケアの現状

全国緩和ケア病棟承認施設は、2005年12月1日現在、153施設、2,890病床である<sup>10)</sup>。因みに、筆者が住む京都府は、薬師山病院と総合病院日本バプテスト病院のわずか2施設、50病床を数えるのみである。わが国では年間30万人が癌で死亡しているが、そのうち緩和ケア病棟の利用者は4%ほどであり、しかも平均入院日数は46日ほどであることを考えれば、院内ホスピスのみならず、在宅ホスピスの支援体制を整えることが急務である。また、名称はともかく、「スピリチュアルケアワーカー」のような国家資格を要する専門職の創設とその養成も、喫緊の課題である。スピリチュアルケアに関しては、「スピリチュアル」という言葉をめぐって様々な見解や解釈が示される中で、いまだ共通理解に到達しておらず、それゆえケアの目的も方法も不明瞭であるというのが現状であろう。spiritualの言葉の使用に際して感じる躊躇や違和感は、それが外来語であることに加えて、mentalやreligiousという言葉との境界線が必ずしも判然としないという事情も関係していよう。わが国で実践されているスピリチュアルケアは、パストラルケアとほとんど同一視される傾向があるが、本来はキリスト教の司牧（牧会）活動に限定されるような性格のものではない。また、わが国の緩和ケアの現状では、スピリチュアルケアが施される体制ではないことも承知しておかねばならない。スピリチュアルケアの然るべき方向性を探るために、以下ではまず、わが国におけるスピリチュアルケアの代表的な実践者（理論的指導者でもある）五人に関して、その見解と実践の一端を紹介しておきたい。

◇窪寺俊之(1939-)〔元・淀川キリスト教病院チャプレン、関西学院大学神学部教授〕<sup>11)</sup>

コロンビア神学大学院卒業後、ヴァージニア州のリッチモンド記念病院チャプレンの経歴がある。氏の見解では、「スピリチュアリティとは、人生の危機に直面して<人間らしく><自分らしく>生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である。「存在の枠組み」とは人生の土台や根拠であり、民族・文化・風土・習慣などの影響を受ける。また、「自己同一性」とは、本当の自分、内的な自己を指す。スピリチュアリティは人間に普遍的に与えられてはいるが、死という危機体験と深く結びつき、危機によって触発されて顕現するのだという。それゆえ、スピリチュアルペインは「人生を支えていた生きる意味や目的が、死や病の接近によって脅かされて経験する、全

存在的苦痛」であり、自分が生きる意味・目的・価値の喪失、苦痛の意味を問う苦しみ、死後への不安、自分の悔い・罪責感などの形で現われることになる。スピリチュアルケアは、患者の話を傾聴し、患者の感情を自分ものとして共感し、患者の状況を理解し受容することが求められる。その際に重要なことは、患者の人生が持つ物語性や患者自身の自己理解に注目して、患者を全人的に捉えて関わることであるという。

◇ウォルデマール・キッペス(Waldemar Kippes, 1939- )

〔久留米聖マリア学院短期大学教授、臨床パストラルケア教育研修センター長〕<sup>(11)</sup>

パストラルケアの立場から、様々な提言をしている。氏の見解では、スピリチュアルペインは実存的な事柄から生じ、考える人間にとって誰もが置かれる状況である。スピリチュアルケアとは、具体的には患者のスピリチュアルな叫びを聴き、その痛みを把握し、それを和らげたり、癒したりすること、また癒せない場合にはそれを耐え忍ぶよう援助することである。スピリチュアルな癒しの条件は、まず何よりも患者自身が自分が置かれている状況(問題点や病)を受容することであり、スピリチュアルな癒しは「スピリット(霊)」によるものであるという。また氏は、欧米の臨床パストラルケアの制度や状況を詳細に紹介しており、ドイツの医療施設には「魂の配慮部(SEELSORGE)」があり、イギリスやアメリカには「パストラルケア部」があって、臨床パストラルケアが提供するスピリチュアルケアが医療を構成する大切な要素として認められていることを強調する一方で、日本では医療界の理解不足ゆえにスピリチュアルケアを受けることが殆ど不可能に近いと訴えている。

◇村田久行(1945- )〔東海大学健康科学部教授を経て、京都ノートルダム女子大学教授〕<sup>(12)</sup>

傾聴ボランティアの実践を通して、氏は以下のような結論に導かれた。スピリチュアルペインは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛(無意味、無目的、無価値など)」と定義されるが、そのペインの構造を解明するには、生の存在と意味がどのように成立しているかを問わねばならない。そこで人間の存在構造を「時間存在」と「関係存在」と「自律存在」という三重の視点から捉え、その破綻として三重のスピリチュアルペインの様態を分析する。すなわち、時間存在である人間が将来を失うことで無目的となり、関係存在である人間が他者との関係を失うことで自己存在が意味喪失・空虚となり、自律存在である人間が自立・生産性を失う(つまり、無用となる)ことで無価値・無意味・依存・負担となるのである。したがって、生の無意味・無価値・空虚などのスピリチュアルペインは、人間の存在構造(時間存在・関係存在・自律存在)への考察からすれば、「将来の回復」「他者の回復」「自己決定と自律の回復」がなされるようなスピリチュアルケアが必要であり、そのようなケアによって「生きる意味への援助」が可能となるという。こうした「村田理論」に関しては、医療関係者が臨床的な検証と応用に着手し始めている。

上記の三人がキリスト教系のケア実践者であるとすれば、次の二人は仏教の理念に基づいたケア実践者である。

◇田宮<sup>まさし</sup>仁(1947-)〔ビハーラの会本部世話人代表, 元・飯田女子短期大学教授〕<sup>(13)</sup>

1985年に田宮は「仏教ホスピス」という表現に代わる、仏教を背景にしたターミナルケアの呼称として「ビハーラ(Vihāra)」を提唱した。それは「休養の場所」の意味を持つサンスクリット語である。氏の提唱するビハーラの目的は、「静かに自身を見つめ、また見守られる」ことであり、「看取りと医療」を行なうことである。ビハーラの方法は、「利用者本人の願いを軸」とした方法であるとともに、「十分な医療行為が可能」であり、しかも「いかなる信仰」も尊重する方法でなければならない。つまりビハーラのあるべき姿としては、「病院, 寺院, 学びの場の三つの機能を持ち、それらの役割が渾然一体となって相乗効果を生むく場」であることが、最終的に期待されるのである。氏が抱いたビハーラの理念の一端は、1992年に次兄が病院長を務める長岡西病院（新潟県長岡市）にビハーラ病棟が開設されるという形で実現した。田宮が提唱したビハーラ運動は、仏教界に波紋を広げ、2004年より「ビハーラ21」が大阪でビハーラ僧研修講座を開き、2004年末には「仏教看護・ビハーラ学会」も発足した。

◇大下大圓(1954-)〔飛騨千光寺住職, 高野山大学客員教授〕<sup>(14)</sup>

アルフォンス・デーケン氏の来訪を機に飛騨高山で「ビハーラ飛騨」を主宰し、その活動から病院や在宅への専門的なボランティア活動として「ひだ医療福祉ボランティアの会」を結成し、ベッドサイドの傾聴活動などを続けている。高桑内科クリニック・スピリチュアルケアワーカーでもある。仏教的ケア論の原型を仏教経典に探し求め、そこに生・老・病・死のあらゆる場面において、スピリチュアルな成長を達成できることが説かれていることに気づき、「ケアされる人もケアする人も共に成長する関係性」こそ仏教的ケア論の中核をなすものと見ている。仏を供養するごとくに病人を看護することが重要で、「仏教のケア論は自利利他に基づき援助者とクライアントが一体となり、入我我入という自己のいのちと普遍的存在としての仏、宇宙論的いのちと同一であることを自覚すること」にあるという。氏の活動は具体的な実践活動として展開されており、2002年9月より「心の相談員, スピリチュアルケアワーカー養成講習会」（高野山真言宗の社会福祉委員会主催）を開催し、瞑想・内観・音楽療法など様々な研修形態を用いたプログラムを開発・応用している。2004年11月には「日本スピリチュアルケアワーカー協会」も設立され、2006年4月より高野山大学で日本初のスピリチュアルケア学科が開設される。

わが国のスピリチュアルケアは、いま紹介したような少数の有志の努力に負うところ大である。それは試行錯誤の中で日本の事情や精神風土を考慮しつつ、地域の医療従事者と緊密な連携をとって実践されている。スピリチュアルペインが人生の根本問題が未解決ゆえの人間に固有の苦痛であるとすれば、スピリチュアルケアは特定の宗教活動に限定されるような性質のものではなく、宗教に関与すると否とに係わらず、およそ人間である以上は誰にでも該当するような人間存在一般の事柄として取り組む必要がある。スピリチュアルケアの問題を考える際には、宗教的人間であれ、無神論者（唯物論者）であれ、全ての

人に普遍的に妥当する事柄として捉え直すことが必要であろう。医療施設でのスピリチュアルケアの実践は、宗教活動をしなことが前提である。ケア提供者は、ケアの現場では自らが依拠する宗教の立場をいったん離れねばならない。宗教者としてではなく、一個人としてケアに関わるのである。その意味では、ケア提供者には脱宗教の姿勢が要求されることになる。それゆえ、ケアの現場は、ケア提供者が宗教の臭みを放つことなく、自らが宗教の真髄を体現することが求められる訓練の場ともなるであろう。米国で臨床牧会教育(CPE)スーパー・ヴァイザーの経験がある伊藤高章は、宗教を言語に準えて、各宗教はそれぞれ特定の言語体系（日本語や英語など）に相当し、スピリチュアリティは人間に普遍的な言語運用能力に相当するのではないかと示唆している<sup>15)</sup>。氏の見解は、人間を究極的なものを志向する本性を持つ宗教的人間(homo religiosus)と捉える宗教学の見方に合致している。一般論として、言語能力を持たない人間がいないように、宗教性（靈性）を持たない人間はいないのである。

### 三 人間の事柄としてのスピリチュアルペインとスピリチュアルケア

人生の意味や自分の存在理由などの人生の根本問題が未解決ゆえに生じるスピリチュアルペイン（喪失感、無意味感、自己否定、罪悪感、後悔の念など）や、それに対するスピリチュアルケアは、繰り返すが、人間存在の固有性に関わるものとして捉えるべきである。それは決して何か特異な事柄というのではない。人間である限り、人生の意味を探究せざるをえないし、自分自身の存在理由を問わざるをえない。そのような問いが未解決ゆえに生じる苦痛や苦悩は、むしろ人間として当然の事柄なのである。スピリチュアルケアをそのような観点で捉えるならば、ではそこから如何なる認識上の風景が開かれるであろうか。「スピリチュアルケア」に関する認識を深めるためには、少なくとも「スピリチュアル論」と「ケア論」という双方向からの考察が不可欠となるであろう。まず、ケア論が原理的に含みうる問題領域を素描しておきたい。

#### 1. ケア論スケッチ

##### (1) ケアの人間関係論 —— 自己と他者 ——

ケア論は、「ケアの人間関係論」と「病苦の意味論」を二本の支柱とすると思われる。実は、careもcureも同じラテン語cūraに由来し、「心配・配慮」を意味する。このケア論で明確な視点を提示しているのは、村田久行である<sup>16)</sup>。村田は、他者の理解と共感が困難である理由を、現代社会の老い・病い・死のタブー視、近代的自我の身体的精神的構造、近代人の実存的孤独にあることを指摘した上で、人間の苦しみの構造を考察して、その人の置かれている客観的状況とその人の主観的な想い・願い・価値観とがズレているとき、そ



のズレが苦しみを構成するのであるという。したがって、苦しみへの対人援助は、そのズレを解消・軽減することであり、その援助方法としては、「患者の客観的な状況を変化させ、それを患者の主観的な想い・願い・価値観に合致させるキュア（治療）」と、もはや客観的状況を好転させることが不可能な場合、キュアとは逆に、「患者自身の主観的な想い・願い・価値観がその客観的状況に沿うように変わるのを支えるケア」がありうるとする。さらに、村田は、キュア概念とケア概念を比較・対照させて、両概念の相違を明瞭に浮き彫りにしている。キュア概念が認識の基点を「生」を基点に置いて、生の原状回復を（客観的状況を変えること）を目的とし、対象化による客観的認識と部分から細部へと分析する認識方法を取ることによって、援助者への関わり方が、健常者－異常者、強者－弱者のような二者構造的で教示的指導的な性質のものとなり、それゆえ上下関係や一方向的関係様態にならざるをえないのに対して、ケア概念は「老い・病い・死」を認識の基点として、意味ある生の完成（想い・願い・価値観が変わること）を目的とし、死へと立ち向かう人間の全体認識から有限性を確認する方法となることによって、援助者への関わり方も、共に死すべき者・共に老いる者・共に病むべき者というような共感的支持的なものとなり、それゆえ人間の成長の学びと発見が可能となるような相互作用的な関係様態となる。このケアを、村田は患者の気懸り(care)を引き受け、その安心のために気遣うこと(care)であると了解している。

要するに、キュアが機械論的発想に基づく疾患の治療であるのに対して、ケアは生命論的立場からの病人への世話であると言えるが、それだけにとどまらない。およそ人間存在は、気遣いや気配りによって他者と共に生きる「ケアする人（ホモ・クーランス, homo curans）」<sup>(4)</sup>である。そもそも気遣いや気配りが可能となるためには、何らかの苦難や障害に出会って痛みを感じ、従来の自分の生き方が破れることによって、自身の根底に向き直るといふことがあるはずである。自身の根底に向き直り、存在の根源に直接するとき、はっと我に返る。そのとき初めて、人間は宇宙の中での己の位置を予感せしめられる。痛みによって破られた自分は、存在の根源から貫かれて一体である。その存在の根源との直接から目を転ずるとき、他者も同様に等根源的な存在であることに気づく。痛みを媒介して、自他の等根源的な共同性が確認されるのである。しかし、なぜ痛みを媒介せねばならないのか。存在の根源に向き直るには、我執に磁化された精神空間を突き破る契機が不可欠なのである。それは死や痛みや自己否定の契機として現われるだろう。つまり、痛みの深さが、人間の自己理解の深さに通じるのである。樹木が強風を受けて根張り強くなるように、苦難や苦痛は、人生において必ずしも負の価値を帯びない。

ケアが成り立つためには、ケアされる人（患者）とケアする人（医療従事者）との間に信頼関係が形成されていることが前提となる。通常の医療でも患者と医療従事者の間に信頼関係がなければ、およそ医療自体が成立しえないのであるが、ケアの現場では、ケアされる人とケアする人との二者関係というよりも、そこにケアされる人の家族も、病苦を共

有する人として無視しえぬ存在となる三者関係が形成されるのである。患者の家族は、ケアする人とケアされる人との両義性を持つと言ってもよい。通常の医療では、この第三者の要素は、必ずしも前面には出ない。しかし、とりわけ終末期医療においては、患者の家族も一種の共苦する患者である。「医療従事者」と「患者」とその「家族」は、病を契機に暫定的に形成された医療現場で出会う有縁の人たちである。この三者関係は、患者が病に罹ることがなければ、およそ成立しなかった関係である。その意味で、医療における人間関係は、単なる偶然を超えている。病むということも、それを契機に形成される人間関係も、当初は偶然のように見えるかもしれぬが、病が生き方（生活習慣や思考習慣やストレスの許容度など）の必然的な結果であることに対応して、病を契機に形成された人間関係も運命的な性格を担ってくるのである。

ケアの人間関係は、一方で患者と医療従事者の二者関係の中に家族という第三者の存在を引き入れて、両義性（ケアする人＝ケアされる人）をケアに持ち込みながら、他方で医療従事者の側にも別の三者関係が存在することを教えてくれる。つまり、医療の三者関係の一角をなす医療従事者の中に、さらに別の形の三者関係が折り込まれているのである。医療従事者として一括される医療の専門職集団は、役割と立場の違いを考慮すれば、「医師」と「看護師」と「その他の医療従事者（薬剤師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、心理療法士、社会福祉士など）」に大別することができる。医療は医師のみに許された行為であり、看護師やその他の医療従事者が行なえるのは、医療の補助業務に限定されている。医療は、こうした役割分担と相互連携に支えられて成立している。ケアの人間関係の特色は、医療の三者関係では必ずしも顕著でなかった人間関係を浮上させることにある。つまり、患者に付き添う家族の存在と医師以外の医療従事者の存在とが、考慮すべき不可欠の要素となる。

このようなケアの人間関係の考察から、人間存在の如何なる基礎的構造が見えてくるだろうか。少なくとも二つの側面について言及すべきだろう。一つは人間存在の共同性であり、もう一つは人間存在の全体性である。一個の人間は、単独で生きているわけではなく、人と人の間柄として、とりわけ血縁的な親族や地縁的な共同体の一員として生きている。その中核をなすのは、有縁の夫婦と血縁の親子とが織り成す「家族」である。家族とは、いわば自然な親子関係（縦糸）と任意の夫婦関係（横糸）との交差からなる。人間存在の共同性は、地縁的血縁的共同体（特に家族）の一員であることに集約されている。他方、ケアの人間関係は、ケアの対象となる要素（本来は医療が視野に入れているはずの要素）を浮かび上がらせる。すなわち、人間存在の重要な構成要素である「心」である。如何なる疾患も、心身は相関関係を持つがゆえに、心身相関の疾患となるが、往々にして医療は身体のキュアに限局されており、心のケアは必ずしも十分な顧慮が払われてこなかった嫌いがある。「キュアからケアへ」という医療理念の転換には、医療の焦点が身体的な治療に集中されてきたことへの反省がこめられている。人間存在が少なくとも心身関係を基礎

としており、しかも心身が相関していることは、経験的に確認できることである。近代西洋医学は、その成立過程からして唯物論的傾向を濃厚に帯びており（解剖学は死体の腑分けとして始まり、西洋医学の発展に大きく貢献した麻酔・消毒・輸血などの医療技術も物體的な身体観に依拠している）、科学的に実証可能な事柄——観察と実験（治験）、定量的な検査などを通して、再現性や客観性を確保しようとする統計学的処理に基づく手法——に依拠して進展したのである。この唯物論的傾向は不可避な側面もあったが、病因に関して心因を必ずしも有効に把握しえないまま、今日の心因を括弧に入れた（その意味で、心を診ない）医療が現出したのである。

こうしてケアの現場では、人間存在に関してその全体を包括的にケアするという視点が必要なことを痛感してきたのであり、それが可能となるのは、患者の最も身近にいる看護師であり、患者の身の回りにいる医療従事者なのである。医療行為の中心的役割を担うのは医師であるとしても、ケアのみならずケアをも意識した医療行為において、看護師を始めとする他の医療従事者が果たす役割は、けっして小さいものではない。医療の中で彼（女）らの位置は、<sup>パラ・メディカル</sup> 周辺の医療者ではなくて、<sup>コ・メディカル</sup> 医師との協働医療者であり、ケアに焦点が合わされる際には、医師以上に大きな役割と責任を担うことになる。このように、ケア論の一つの支柱は、ケアが行なわれるための基礎的構造としての人間関係論である。

## (2) 病苦の意味論

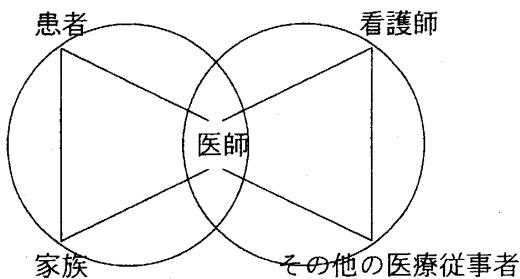
ケア論のもう一つの支柱は、「病苦の意味論」である。ケアの人間関係論が人間存在一般の基礎的構造を下敷きにしていたように、病苦の意味論も人間存在一般の基本性格を炙り出したものと言える。人間は、すべて苦悩する人間（ホモ・パティエンス *homo patiens*）である<sup>(8)</sup>。苦痛や苦悩それ自体は無意味かもしれないが、人間が苦痛や苦悩を通して何かを学び体得するとき、その苦痛や苦悩はよりいっそう包括的な自身の調和や統合を実現するための糧となる。苦難に耐えて生きることは、既述したように、人間が自らの存在根拠に目を転じる格好の契機となりうるのである。仏教では生老病死の四苦をいうが、人生に意味があるとすれば、病苦（老苦や死苦を含む）にも意味があるはずである。

ケアの前提は、ケアを必要とする患者が存在するということである。患者は疾患・病気ゆえに苦痛に襲われ、苦悩に喘いでいる。患者——漢字の「患」にある「串」は「貝を貫いて綴る形で、そのとき宝貝をそこなうおそれがある。それを心情の上に移して患という」<sup>(9)</sup>——は、語義的に「憂ふる」人であり、患者 (*patient*) は文字通り忍耐 (*patience*) を強いられる存在である。このように疾患が苦痛や苦悩をもたらすと同時に、何らかの苦痛や苦悩が起因となって病状も重篤となる。苦は病ゆえの苦であるとともに、また苦ゆえに病となる。「病因苦果」と「苦因病果」は、互いに他へ転じて循環するのである。病苦の意味論とは、こうした病苦の因果的連鎖の中に、意味するもの（意味作用）と意味されるもの（意味内容）との意味論的關係を探ることに他ならない。

疾患・病気の形で具現化した症状（つまり、意味するもの）は、その背後に症状の原因（意味されるもの）を隠し持っていると思われる。ここで注意すべきは、症状の原因が疾患・病気の原因では必ずしもないということである。表に現われた病状は、その誘因が引き金となってもたらされたものであり、病気の本当の原因（真因）は別のところにある可能性がある。病状の誘因は、たとえば心身相関の失調、自律神経やバランスの崩れなどである。その病状の誘因に対して、病気の真因がある。つまり、病苦の意味論で重要なことは、この病気・病状の原因の二重性を見抜くことである。結果としての病状には、それを引き起こした誘因があるが、その誘因のさらに原因（真因）があつて、病苦の考察は、その重なり合った因果関係を洞察することから始まるのである。「意味するもの（病状）」は「意味されるもの（誘因）」と表裏一体の関係をなしつつ、その全体（病状+誘因）が一つの「意味するもの」と化して、いわば「意味されるもの（真因）」を暗示しているのである。こうした象徴が内蔵する<sup>シンボル</sup>ような二重の意味構造を、病苦の意味論は視野に入れねばならない。

いったい、疾患や病気の原因は何だろうか。外因（異物・病原菌の侵入）、内因（遺伝的素因）、心因（精神的ストレスや感情の鬱積）など、さまざまな要因が複合して疾患が発症していると想定される。いずれにせよ、それらの病因には誘因と真因の双方が混在しているので、重合した因果関係を精確に綿密に解析せねばならない。宇宙の森羅万象は相互に関連し合っているがゆえに、因果の系譜を辿る議論は、無限遡及に陥る危険性がある。また、病苦の原因の遡及は、無知（無明）や盲目的意志など、人間存在に浸透している本能的な傾向性や現象の根本原因にまで至るといふ見解もありえよう。しかし、当面探究する必要があるのは、患者の病苦の最も身近な直接原因である。

そもそも医療（治療）の基本は、「病因の特定とその除去」と「自然治癒力（免疫能）の向上」をいずれか一方に偏することなく、その双方を同時に達成することにあると言ってよい。日本における医療の現状は、とりあえず病因の除去に全精力を傾注してるといふ



【患者・家族・医療従事者の三者関係】

$$\text{病気} = \frac{\text{意味されるもの (真因)}}{\text{意味するもの} = \frac{\text{意味されるもの (誘因)}}{\text{意味するもの (病状)}}$$

【病気の意味するものと意味されるもの】

印象を受ける。勢い、表に出てきた症状を抑える対症療法になる。こうした医療の現状に警鐘を鳴らしたのが、福田稔・安保徹両氏が提唱する「自律神経免疫療法」であり、その免疫理論を説いた『免疫革命』<sup>(20)</sup>である。自律神経のバランスが崩れることで免疫が低下して発病し、自律神経のバランスを整えることで免疫を高めて病気を治すことができるという理論であり、注射針やレーザーの刺激が治療に利用されている。

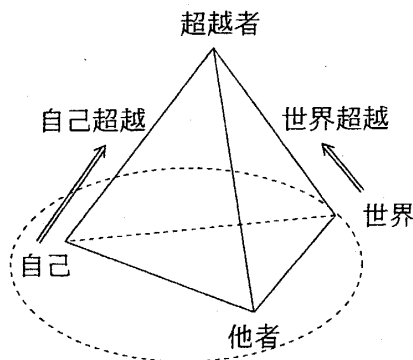
ここで疾病論や健康論を展開する暇はないが<sup>(21)</sup>、少なくとも病気や健康に関して常識的な見方の是非が問われているということは、認識しておく必要がある。健康とは単なる病気の不在ではない。健康は、よりよく生きることに向けて、より統合された調和の実現に関わる心身の様態である。それゆえ、病気も健康な状態に至るための力動的な過程の一齣と見なされるべきものであって、必ずしも負の価値づけを被るものではない。むしろ、病気は従来以上の健康状態を実現するために設けられた格好の機会と捉えられるのである。健康と病気は対概念というよりも、心身相関の力動的過程に付された二つの力点にすぎない。われわれの多くは、同時に健康でもあり、病気でもある。健康か病気かという二者択一的な生硬な二元論——ここからは、「健康＝幸福」という健康至上主義と、「病気＝邪悪」という病気邪悪観が容易に出現する——を捨てて、健康と病気の共存の中に身を置いてみると、健康と病気は相対的な名称となる。現在の健康もそれ以上の健康からすれば、一種の病気であるし、逆に病気といえども、その真因に気づけば、よりいっそうの健康を実現するためのスプリング・ボードとなりうる。

ところで、病苦の意味論が意味論として重大な局面を担うのは、病苦が人格の成長に寄与するときである。病苦の誘因は心身の不調和に求められることが多いが、その真因は有形無形の仕方で全体的な心身の失調や歪みに関与している。全体的なとは、存在全体を挙げてということである。つまり、病苦が心身の一部に特に関与するとしても、それはむしろ存在全体を挙げての病苦であるから、心身の病苦を超えて心身の根底に関わる病苦である。実は、このような病苦こそ、スピリチュアルペインと呼ばれるものの根っこにあるものに他ならない。精神的ストレスを持続的に被ると、交感神経の過度の緊張が続いて、やがて白血球のバランスが崩れ、顆粒球が増多し、リンパ球は減少する。顆粒球は常在菌と戦って化膿性の炎症を起こすか、組織を活性酸素で破壊する。こうした心身のバランスの失調やストレス耐性低下の背後には、その真因が隠れていることが予想される。

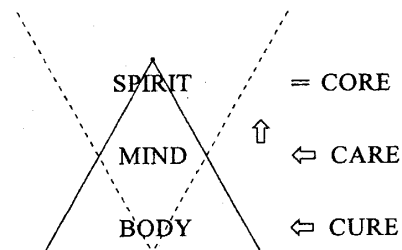
病苦の真因は、しばしば「関係性の歪み」に求められている。特定の世界観の特色を炙り出す作業をする際に、自己と世界と超越者の三者関係を下敷きとして利用することがあるが、その場合に関係性の歪みは、原理的には、自己と他者との関係性の歪み、自己と世界（自然）との関係性の歪み、自己と超越者との関係性の歪み、あるいは自己内（自己自身との）関係性の歪みなどとして導出されることになる。したがって、図形的には自己・他者・世界・超越者を四つの頂点とする三角錐の形で考えるのが好都合である。病苦の治癒は、「関係性の歪み」と解されうるこの真因の解消にかかっている。この「関係性の歪

み」が解消されるとき、換言すれば関係が修復・和解されるとき、人間はよりいっそうの心身の健康のみならず、人間として存在全体的な健康を実現するのである。ここで問題と化するのは、何よりも自我であろう。この自我の自己同一性の確認や再確認において重要な役割を演ずるのが、「物語」である。他者との関係において差異と同一性をそのつど認識しながら、自我は自己自身の根拠や出自や存在理由を「物語」の中で確認し、「物語」として構成していくのである。治療法にEBM（科学的証拠に基づく医療）ではなく、しばしばNBM（物語に基づく医療）が採用されているのも、故無しとしない。患者が語る病の体験物語に傾聴すると共に、医療の理論や説明をも構築された物語と見なして相対化することで、複数の物語の共存や新たな物語の創造を重視するのである。患者が構築した自分自身の物語(own story)と、それを支配する優勢な物語(dominant story)との相克が読み取れるはずだが、近代西洋医学それ自体が優勢な物語の担い手に他ならない。

真因の解消は、覚醒や救済というような、自分自身のより大きな全体的な統合・調和へと進んでいくであろう。それは単に自己が他者といかに共存するかというような事柄だけではなくて、自己内関係の統合の事柄でもある。この方向性の先に見えてくるのは、人間存在を構成する多次元的な重層構造である。つまり、人間存在は如何なる諸次元から成るかということである。こうして、ケアや病苦の問題を介して、人間存在の根底や核心の問題や人間の存在構造の問題が浮上することになる。キュア（体の治療）とケア（心の配慮）を目指す医療は、いわばコア（人間存在の核心）を見据えて行なわれるべきであろう。キュアとケアがコアに結びつくとき、おそらく初めて全人的医療(holistic medicine)の理念を支える人間観の全貌が姿を現わすのであるが、この議論は、つぎのスピリチュアル論と密接に結びついている。病苦の意味論で仄かに見えてきた人間存在の奥行きが、スピリチュアル論ではさらに本格的に開かれることになる。



【自己超越と世界超越】



【SPIRIT-MIND-BODY構造】

## 2. スピリチュアル論スケッチ

### (1) スピリチュアルの用法

「スピリチュアル」という言葉の現代的用法については、心理学分野では「自己超越や自己実現」に関する意味で使われることが多く、医療や福祉の領域では主に「人生の意味や目的」に関わる意味で使われている。先に引用したWHO専門委員会報告書では、「霊的(spiritual)な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の〈生〉の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い」としている。また、社会学的な分析ではある弁別的な社会現象を解説するための一種の記号と見なす傾向が強い。この実存（つまり、ここでいま息をしながら生きているということ）について、認識や行動の主體的役割を演じているように見える「自己（意識）」や、過去・現在・未来という時間的脈絡の中で捉えられた「人生」や、他者との人間関係としての「社会」現象に焦点を絞って、スピリチュアルという言葉が該当する事態や事柄を理解しようとしているわけである。それらは、いわば「自己」や「人生」や「社会」の断面から見たスピリチュアルの断層映像だが、このスピリチュアルの現代的用法には、人間現象に関する本質的特性が確かに反映されている。

「自己」の超越や実現、あるいは「人生」の意味や目的や価値には、この実存の位置づけと、その実存を起点にした（あるいは終点）にした運動が関わっているように見える。さしあたり、自己とは実存的自己であり、人生とはこの実存としての人生であるから、スピリチュアルは、実存をめぐる超越や実現と、実存それ自体の意義や価値に関与しているのである。スピリチュアルの用法を、「自己超越と自己実現」と「人生の意味や目的」に関わる二つの意味に絞れば、「自己超越と自己実現」は、実存からの超越や逆に実存への実現という人間存在の運動を指し示す用法であり、「人生の意味や価値」は、その運動が（起点や終点として）展開される実存それ自体の意義や価値を指し示す用法であると言えよう。前者は動態的用法であり、後者は実存固有の位相を指示する静態的用法である。

超越や実現について論究する前に、スピリチュアルという言葉が本来有する意味を一瞥しておく必要がある。英語のspiritualにせよ、日本語の「霊的」にせよ、原義に即して考察を進めるのが賢明である。spiritualを派生したspiritは、ラテン語spiritusに由来し、「呼吸」が原義である。おそらく、それは当初は物体や物質とは次元を異にする生命要素を指した。非物体的な非物質的な生命要素が、スピリットの名で呼ばれたのである<sup>(21)</sup>。さしあたり、最も卑近な肉体に吹き込まれた生命要素が、スピリットとして認識される。このレベルに該当する生命要素は、地域や文化の相違によって、プラーナ、気（氣）、ルアッハ、プネウマ、エーテル、マナ、オレンダなど様々な名称で呼ばれている。それらは鈍重で粗大な物理的身体（肉体）とは異なって、風のように瞬時に吹き抜け、物体に生気を与える息吹である。この非物体的な生命要素という根本性格を保ちながら、スピリットは、多様な様態の多次元的な質料的身体（複数）と関わりながら、それらを貫いて統括・主宰する

中核的な生命原理でもある。精神や靈魂を意味する言葉 (atman, pneuma, ruah など) は、しばしば氣息や風を原義としている。

つまり、非物的な生命要素には少なくとも二種類の存在が想定されるのである。一つは肉体的物体の直接の鑄型となる生命要素、もう一つは不可視の生命原理や根源的実在である。後者が「靈魂」や「真我」と呼ばれているのである。(「靈魂」は靈と魂の複合の觀念であるがゆえに、「靈」と呼ぶ方が語弊が少ない。)それは多様な物的身体それら自体とは決して同じではなく、それらを根底から貫いている不可視の存在であるという意味では、形而上学的な原理である。それは多次元的で重層的な身体と不可分に関わりながら、けっしてそれらの次元には還元されえない実在である。実在である以上、発生したり消滅する次元を超えている。

では、漢字の「靈」はどうだろうか。「靈」の旧字は「靈」であり、「靈は雨乞い。祝禱の器である<sup>さい</sup>を三つ列べて、降雨を祈る。巫はその巫女。字はもとその雨請いの儀礼をいう」<sup>(22)</sup>。雨乞いのみならず、「神靈の降下を求めるときにも、同じ形式の祝禱が行なわれるので、のちその神靈をいい、およそ神靈にかかわることをみな靈という」。白川静説では、下の三口は雨滴の象りではなく、祝禱を収める器の形である。

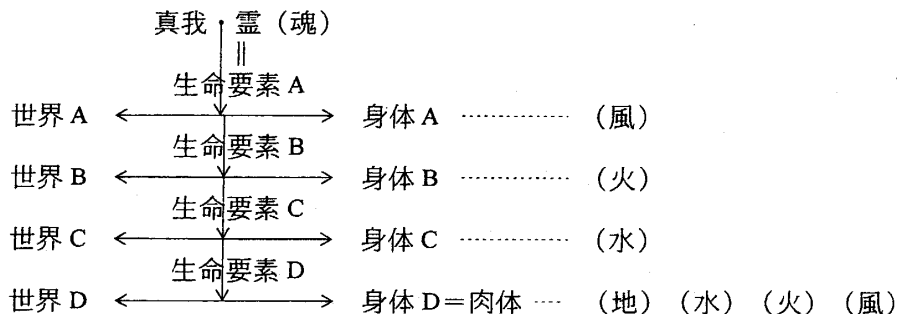
因みに、スピリットに相当する日本語は、「たま」や「ひ」である。<sup>たましづめ たまを たまふ</sup>鎮魂、玉の緒、靈振り、<sup>たまげ</sup>魂消る、などの表現から、「たま」の原始的觀念の輪郭を推察することができる。本来は「たま」の働きを「たましひ」という。この「たま」と「たましひ」の関係は、後に「たま」が<sup>よりしろ</sup>依代としてのまるい「玉(珠)」の意味を担うようになるとともに、「たましひ」が不可視の実体である「魂」を指すという逆転現象が生じた。「たま」は「遊離魂」の一種で、人間の体内からぬけ出て自由に動きまわり、他人のタマと逢うこともできる。人間の死後も活動して人をまもる。人はこれを疵つけないようにつとめ、これを体内に結びとどめようとする。タマの活力が衰えないようにタマフリをして活力をよびさます<sup>(23)</sup>のである。この「たま」が最も乗り移りやすいのは、完全形としての玉の内である。「ひ(靈)」は、日 (Fi) と同音であって、火 (Fi) とは異なる。<sup>ひこ ひめ ひすひ ひもろき</sup>日子・日女、産靈、神籬、<sup>なほひ</sup>直靈など、「ひ」を含む言葉は残存しているが、大半は原義が忘却されている。「ひ

(靈)」は原始的な靈威觀念の一つであるが、ひ(日)と同根であり、「活力のもととなる不思議な力。太陽神の信仰によって成立した觀念」<sup>(24)</sup>と見られている。「ひ」の原始的觀念は、太陽(日)や光(日赫り)と密接不離な関係にある。

以上のように、「スピリット」「靈」「たま」「ひ」には、それぞれ意味的に通底し合うものがある。いずれも、一方で不可視の実在、根源的な生命原理でありつつ、他方で現象界にも風や氣息のような<sup>かそけ</sup>幽き微細な物質様態(気体や流体)として、あるいは光り輝く太陽や完全円満な玉として象徴的な形で出現するのである。



上述したことを整理しつつ、「生命要素」と「世界」と「身体」の関係を以下のように図示しておきたい。仮に四重の世界構造を想定するならば、その四重の世界に応じた四種類の身体が可能となる。生命の流れが下降して、それぞれの世界でそれに適合した身体を形成する。たとえば、世界Aに形成される身体Aの生命的鑄型となるのは、生命要素Aである。以下同様に、生命要素Bによって世界Bの内に身体Bが形成され、生命要素Cによって世界Cの内に身体Cが形成され、生命要素Dによって世界Dの内に身体Dが形成される。この初発の生命要素A（生命原理）が真我や靈（魂）と呼ばれ、末端の最も粗大な身体Dが肉体と呼ばれているのである。多次元的な世界構造は、象徴的には垂直方向や水平方向に地・水・火・風などのエレメントで示される。



【世界と生命要素と身体】

## (2)自己と超越

スピリチュアルの現代の用法が、「自己実現や自己超越」や「人生の意味や目的」に関する意味で用いられていることについては既に触れた。また、病苦の真因が「関係性の歪み」に求められること、関係性としては「自己と他者」、「自己と世界」、「自己と超越者」、「自己内」関係という四種類が原理的に導き出されうることも言及した。このスピリチュアルの二つの用法を四種類の関係に重ね合わせれば、どうなるだろうか。そのことの具体的な検討に入る前に、超越には少なくとも二種類の意味があることを確認しておきたい。一つは世界からの超越（世界超越）、いま一つは自己からの超越（自己超越）である。超越(transcendence = trāns 超えて + scandere 昇る)は、或る次元を超えて別の次元へ出ることであり、内面的超越の場合には、或る次元を逆方向に超えて（内に沈潜して）別の次元へ出ることであり、したがって、世界超越は、別の世界への超越であり、自己超越は、別の自己への超越であると原則的には言う。自己超越は脱自・脱魂と呼ばれ、世界超越は脱社会・脱世間（=出家）と呼ばれてきた。いずれも自己を照準点として、そこから他者や世界や超越者との関係が発生し、また自分自身との自己内関係が発生する。自己超越は、その自己が住む世界からの超越でもあるから、それは同時に世界超越としても必然的に成立するはずである<sup>(23)</sup>。

こうした超越の事態は、「人生の意味や目的」に関するスピリチュアルの用法とは、如何なる関係を有するだろうか。自己超越の場合、自己が住む世界を超えたところに人生の意味や目的がある、あるいは自己が住む世界を超えることこそが人生の意味や目的であるということになる。自己や世界は捨離されるべきものであるから、それとは別の地平が探求される。ところが、自己実現の場合には、自己が住む世界の中で何らかの思考や行為を実現することを目指すことになる。つまり、人生の意味や価値が見出されるとすれば、それはこの人生が展開される場と切り離すことはできない。この世界が自己実現のための有縁の貴重な場となるのである。この局面において、なおも超越の言葉を使うとすれば、それは自己や世界への逆超越(trans-descendence)という脈絡においてであろう。

上述の考察から垣間見えてきたことは、スピリチュアルな事柄において、自我を一つの照準点として、その自我の外へと超出する方向、あるいはその自我の内へと沈潜する方向に超越と呼びうる事態が生じるということである。外への超出と内への沈潜は、一見すると逆方向に思われるが、いずれも超越の事態を示している。自我の外へ超出することは脱自・脱魂(ecstasy = ex外に + stasis立つこと)と呼ばれてきたが、それは必ずしも特異な宗教経験と見なされるべきものではなく、既にこの実存の基本性格がその傾動を有している。すなわち、外に立つこと(existence実存 = ex外に + sistere立つ)は、ここでいま生きていることが有する根本傾動である。外に立つとは、何よりも自我の外に立つのである。物馴れた日常世界の中で日常言語で世界裁断をしながら物事を認識する日常の経験的自我(実存的自我)は、たえず非日常的な物事や事象に危機を感じながら、日常的な意味世界を構築してその中に住んでいるが、この日常世界の境界線は、確固たるものではなく、常に日常と非日常の間で揺れ動いている。日常の現実世界において、実存的自我は一方で日常的領域を確保・維持しながら、他方で非日常的な事象との遭遇に身を晒している。この実存的自我の外へ超出する傾動は、不断に現実の拡大・深化を目指す実存それ自身が宿している本質的傾向である。

自我の外への超越と自我の内への沈潜は、同じ超越の事態が逆方向に表象されたものと解される。住み慣れた日常的世界の外へ自我が出る運動は、自我の住む世界の外よりもさらに外への超出である。この超越の方向は、けっして自我と同一の次元ではない。それに対して、自我の内へと沈潜する運動は、自我の住む世界の内よりもさらに内への沈潜である。自我と同次元にはなく、その次元を突き抜けているという意味では、一種の超越である。超越の対概念である内在をさらに内面へ突き抜けた事態であるから、内在的超越と言ってもよい。外への超越は「高み(至高・最高)」の次元として表象され、内への超越は「深み(根底・根源)」の次元として表象されることが多い。外への超越であれ、内への超越であれ、いずれも自我が住み慣れた固有の精神的物理的世界からの脱却である。自我から見た限りで、外や内として表象されるのである以上、自我の次元を突き抜けた時点で、もはや内外の区別は意味をなさない。超越は感覚的経験からの超出ではあっても、経

験自体が放棄されるのではないことに留意すべきである。従来の経験の境界面から別次元が頭わになり、経験に深み・高みの次元が開かれるのである。感覚的な「経験の超越」は、経験それ自身の変容として「超越の経験」が生起するのである。

ところで、このような超越を可能ならしめているものは、いったい何であろうか。自我はこの超越の一契機とはなるが、自我それ自身が自らの外へと超越するのではない。逆に、自我は超越によって破られる当体である。それゆえ、ここには「自我」と「自我を超えたもの」との内的協働が想定されるのである。しかも、この内的協働は、相互に外在的なもの同士の間ではなく、相互に透し合うもの同士の間で成立するであろう。厳密には、その「間」ということもあるまい。「神の根底は私の根底であり、私の根底は神の根底である」（エックハルト）というような言葉は、こうした相互内在的関係を示したものに違いない。対象論理的には矛盾だが、まさにこの矛盾が現に生きられているのである。したがって、「自我」と「自我を超えたもの」の相互透入において、超越は一方で「自我を超えたもの」が「自我」を包み込みつつ、他方でその「自我」の契機をまって初めて遂行されるものとなる。こうした内的協働が相互透入として成立すること、ここに人間存在の摩訶不思議がある。この不思議の事態は、絶対と相対の関係、あるいは無限と有限の関係として捉えられるであろうが、ここでは立ち入らない。

### (3)スピリチュアルの指示する次元と運動

以上の考察を受けて、「スピリチュアル」という言葉の基本的な用法を、次の三点に整理しておきたい。すなわち、①「人間存在の核心（最内奥の次元）」に関わる名詞的な意味、②「その核心から展開する遠心運動」に関わる動詞的な意味、③「その核心へと帰一する求心運動」に関わる動詞的な意味である。現在の用法の大部分は、用法③か、用法②である。自己超越・世界超越に関われば、用法③となり、自己実現や人生の意味・目的に関われば、用法②となる<sup>66)</sup>。いずれにせよ、スピリチュアルは、存在根拠や存在理由や生命の根源を問うときに、頭わになる次元や運動である。裏返せば、そのような根拠や根源を問わない限り、スピリチュアルは意識に上ることさえない。

残された問題は、なぜ人間の存在構造を考察する際に、スピリット（霊）の次元を想定しなければならないか、というその理由を説明することである。従来の人間観には、常識に最も近いものと思われる心身二元論があり、それに対する極端なアンチテーゼとして一元論に属する唯物論や唯心論（観念論）も存在していた。人間の本质と現象に関して、心身二元論はphysicalな次元とmentalな次元の双方を実在とし、唯物論はphysicalな次元のみを実在とし、唯心論はmentalな次元（あるいはspiritualな次元）のみを実在とする。しかしながら、ここでわれわれが想起するのは、人間存在をspirit-mind-body（霊・魂・体、あるいは霊・心・身）という三重構造（次元）を成すものとする見解である。（注意すべきは、「魂」がしばしば「霊」の意味で使われることである。）人性三分説(trichotomy)と呼ばれ

ることもあるが、古今東西を問わず、神秘主義的な思想の中で途絶えることなく連綿と継承されてきた人間観である。なぜ、常識的な心身二元論ではなく、このような三分説を支持するのか。その理由を二つ挙げてみたい。第一に、心身二元論では心身の相関が成立するための場や根拠が不明であるということがある。心と身が自律的に働くとしても、両者を統合する何かが不可欠であろう。心身相関が予定調和的に成立するとするのであれば、その予定調和をもたらすものが何か問わねばなるまい。心身相関が成立する場や根拠として、両者を超越的に包摂する第三の次元が要請されるのである。第二に、自己超越や自己実現は人生の目的や意味に直結するものと考えられるが、physicalな次元やmentalな次元だけでは、あるいは両者が相互作用する次元だけでは、自己超越や自己実現が遂行されるための諸契機や諸材料はあっても、超越や実現が遂行される方位が不明確であることである。いったい、どこに向けての超越であり、どこに本源を持つ実現であるのか。古い自我のままで古い自我の中に超越することは不可能である。超越には自我を超えた次元の存在が不可欠であり、実現には自我を超えた次元からの働きが不可欠である。心身二元論では、心身相関の根拠、超越や実現が可能となる場や次元が十分には説明されえないのである。超越は存在の中心に向けての超越であり、実現はその中心からの実現であろう。円の中心が不可視でありながら実在するように、この存在の中心（心身を超えた次元）は、不可視ではあるが実在するのである。こうして、われわれは人性三分説を支持せざるをえない。

この問題を考えることが困難なのは、思考や行為の主体である自我（この牢固たるもの）それ自身を超えた次元が主題となるためである。考察する場合に、存在判断や価値判断の主体を成すこの自我が放棄され捨離されることは、およそ想定していないのである。それゆえ、スピリットと言え、自我と無関係な曖昧模糊とした空気のように思われがちであるが、その実、自我を貫いて吹き抜け、自我の働きを根底で支えている存在の核心に他ならない。存在論的には、スピリットの方が、自我に先行しているのである。

### 結びにかえて

スピリチュアルペインやスピリチュアルケアは、上述したように、人間存在に固有の事柄として捉えられるべきであるから、万人にとっての問題として適切に考慮されねばならない。しかし、日本の緩和ケアの現状は、スピリチュアルケアが行なわれる体制ではない。死に直面してスピリチュアルな苦痛に喘ぐ末期患者に対して、そのための訓練や教育を受けていない医療従事者が対応せねばならないのは、何という皮肉だろうか。心の問題を可能な限り物理化学的平面に投影して取り扱ってきた医療には、スピリット（霊）は、得体の知れぬ面妖なものに思われるであろう。「生」に基点を置いて可能な限り生の存続（延命）医療を続ける科学的医療は、その特殊な客観的認識に基づこうとするあまり、かえっ

て人間存在の全体像を見失ってしまったかに見える。その人間存在の中心をなすものが他ならぬスピリットであり、全人的医療を目指す以上、医療はこの存在の中心を見据えて行なわれるべきであるというのが、拙論の本旨である。スピリット固有の次元が存在することを想定することは、たとえば、人生の意義、永遠性（不死性）の問題、尊厳の根拠などに関する諸議論に解決の糸口を見出すことに通じるはずである。

最後に、日本の医療が置かれた特殊な事情について一言触れておきたい。先進諸国のなかで、日本ほど西洋医学一辺倒の国もない。欧米の医療がキリスト教という精神文化の土壌との関係の中で誕生した近代科学を主体とするのに対して、日本の医療は、古来の精神文化（神道・仏教・道教・儒教などの複合）の土壌に近代西洋医学がそのまま移植され、下部構造（精神文化）と上部構造（科学技術）が有機的に結合していない奇妙な形態を成している。宗教的なケアが医療に組み込まれる余地があった欧米に較べて、日本の医療は、精神文化と完全に切り離された形で（旧来の医方や漢方と断絶した形で）行なわれており、固有の精神風土に根ざしていない。つまり、精神文化と科学技術が完全に分離しているのである。しかも、この奇妙な事態に対する認識が、当然の事のように受け止められている節がある。こうした日本の医療を取り巻く極めて特殊な事情を、われわれは十分に理解しておかねばならない。患者と医療従事者の人間的な信頼関係に基づく医療は、疾病や病因を如何に捉えるかもさることながら、まず何よりも人間を如何に捉えるかが先決問題となるはずである。可能な限り人間性を捨象して匿名のヒトを対象とする自然科学（あるいは生命科学）的な医学は、一人一人名前や個性が違う人間と向き合う医療とは明らかに次元を異にしている。医療が向き合うのは、独自の個性と自分自身の物語を持った人間存在まると全体である。この意味において、目下のところ分離している自然科学的な人間観と精神科学（人文社会科学）的な人間観とを強靱に統合しうるような視座を構築することが、われわれにとっての緊急の課題なのである。21世紀は、この課題を達成するために与えられている時代ではあるまいか。

## 注

- (1) パストラルケアは、スピリチュアルケアのキリスト教版である。
- (2) ウェブ検索で調べてみると、2006年1月3日現在、YAHOO! JAPANではヒット数は、ターミナルケア256,000件、緩和ケア318,000件、ホスピスケア80,300件、スピリチュアルケア22,600件。およそ1:1.2:0.3:0.1の割合である。YAHOO! SEARCH（アメリカ）では、terminal care 12,100,000件、palliative care 5,150,000件、hospice care 9,890,000件、spiritual care 30,800,000件である。因みにpastoral careは6,630,000件である。およそ1:0.4:0.8:2.5の割合である。このように日米間には大きな格差がある。「緩和ケア」が多用されているのは、カナダのフランス語圏や日本であるという指摘もある。
- (3) 世界保健機関編（武田文和訳）『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』（金原出版株式会社、1993[1990]年）、5頁。
- (4) 前掲書、48頁。
- (5) 前掲書、48頁。
- (6) 『NHSにおけるスピリチュアルケア』（ウォルデマール・キッペス監修／関谷英子訳、サンパウロ、2003年）、11頁。
- (7) シャーリー・ドゥブレイ（若林一美訳）『シシリー・ソングース』（日本看護協会出版会、1989年）、211頁。
- (8) 日本のターミナルケアについては、アルフォンス・デーケンの死生学講義（上智大学）や柏木哲夫によるホスピス運動（淀川キリスト教病院）などが、先駆的な試みとして知られている。また、世界におけるターミナルケアの普及に、シシリー・ソングースのホスピス運動以外に、精神科医キューブラー＝ロスの死生学的な臨床研究が果たした役割を忘れてはなるまい。死に往く過程が人生最後の成長過程として、否定・怒り・取引き・抑鬱・受容という五段階を経ることを臨床的に検証したのである。
- (9) 日本ホスピス緩和ケア協会(Hospice Palliative Care Japan)のホーム・ページ、参照。
- (10) 主著は、『スピリチュアルケア入門』（三輪書店、2000年）、『スピリチュアルケア学序説』（三輪書店、2004年）など。
- (11) 主著は『スピリチュアルケア』（サンパウロ、1999年）、編著『心と魂の叫びにこたえて』（サンパウロ、2001年）など。
- (12) 主著は、『改訂版 ケアの思想と対人援助』（川島書店、1998[1994]年）など。『臨牀看護 スピリチュアルケア』第30巻第7号（へるす出版、2004年6月）、1023-1126頁には、「村田理論」に関する検証や考察が掲載されている。
- (13) 主著は、神居文彰・田宮 仁・長谷川匡俊・藤腹明子編『臨終行儀 — 日本のターミナル・ケアの原点』（溪水社、1993年）、田宮仁・長谷川匡俊・宮城洋一郎編『仏教と福祉』（溪水社、1994年）など。

- (14) 主著は、『いい加減に生きる — スピリチュアル仏教のすすめ33』（講談社，2004年），『癒し癒されるスピリチュアルケア』（医学書院，2005年）など。
- (15) 谷山洋三・伊藤高章・窪寺俊之『スピリチュアルケアを語る — ホスピス，ビハーラの臨床から』（関西学院大学出版会，2004年），47-81頁。
- (16) 村田久行『改訂版 ケアの思想と対人援助』（川島書店，1998[1994]年），43-77頁。
- (17) 石井誠士『癒しの原理 — ホモ・クーランスの哲学』（人文書院，1995年）13-41頁。
- (18) 池辺義教『医学を哲学する』（世界思想社，1991年）137-164頁。
- (19) 白川静『字統』（平凡社，1984年），123頁。
- (20) 安保徹『免疫革命』（講談社インターナショナル，2003年）。福田稔編著『实例「免疫革命」の名医たち — 「自律神経免疫療法」実践の記録』（講談社，2004年）。
- (21) 次の著作には，宗教的靈性の立場からの「風」や「息」や「靈」に関する諸論考が収録されている。松山康國『風についての省察 — 絶対無の息づかいをもとめて』（春風社，2003年）。
- (22) 白川静『字統』，899頁。
- (23) 大野晋・佐竹昭広・前田金五郎編『岩波古語辞典』（岩波書店，1974年），801頁。
- (24) 前掲書，1069頁。
- (25) 実存と超越に関しては，次の拙論を参照。棚次正和「超越とヒエロファニー」，池上良正・小田淑子・島蘭進・末木文美士・関一敏・鶴岡賀雄編『岩波講座 宗教 第2巻 宗教への視座』（岩波書店，2005年），25-50頁。
- (26) 本来は用法③と用法②は相即する。この相即する運動は，宗教伝統の違いによって流出—還帰，還相—<sup>けんそう</sup>往相<sup>おうそう</sup>，向下一向上，さきはひ—まつろひ，などと呼ばれている。
- 棚次正和「WHO憲章「健康」定義の問題から見えてくるもの — spiritualityと医療と宗教」，『京都府立医科大学雑誌』第112巻 第9号（2003年），651-661頁。