

# スピリチュアル・ケアとしての在宅緩和ケア： 臨床宗教師の可能性

大村 哲夫

キーワード：スピリチュアル・ケア，レジリエンス，在宅緩和ケア，宗教性，  
臨床宗教師

## 1. はじめに

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対してのアプローチ（WHO, 2002）である「緩和ケア」が，自宅や自宅に準ずる場所で提供される「在宅緩和ケア」は，患者のレジリエンスを強化し，QOLを高めると指摘されている（北田2017）。本稿では，「在宅」がもつレジリエンス強化要因について考察するとともに，近年養成がはじまった「臨床宗教師」を在宅緩和ケアに導入する意味について論じる。

## 2. 問題の所在

自宅で死を迎えることが一般的であった時代から，医療の進歩や社会構造・家族構造の変化により病院で死を迎えることが当たり前となった時代を経て，近年，再び自宅で死を迎えることに関心が向けられるようになった。

Fig. 1は，死に場所についての推移を厚生労働省の資料（厚生労働省2018「人口動態調査」）から作図したものである。高度経済成長期の1975年以降，自宅における死に対して病院における死が上回って逆転し，80%以上の人が病院で死亡するようになった。しかし，2010年になって病院における死がわずかに減少し，自宅での死が微増していることが分かる。これは，「自分らしい死」，「（病院での管理された死ではなく，より）自然な死」，「最期の日々を自宅で気ままに過ごしたい」などを望む社会的風潮が広がったことにも一因がある。しかし超高齢社会を迎え，増大する医療費抑制をもくろむ政府による在宅緩和医療への誘導政策も影響していると考えられる。また高齢者施設における死亡も漸増

している<sup>1</sup>。

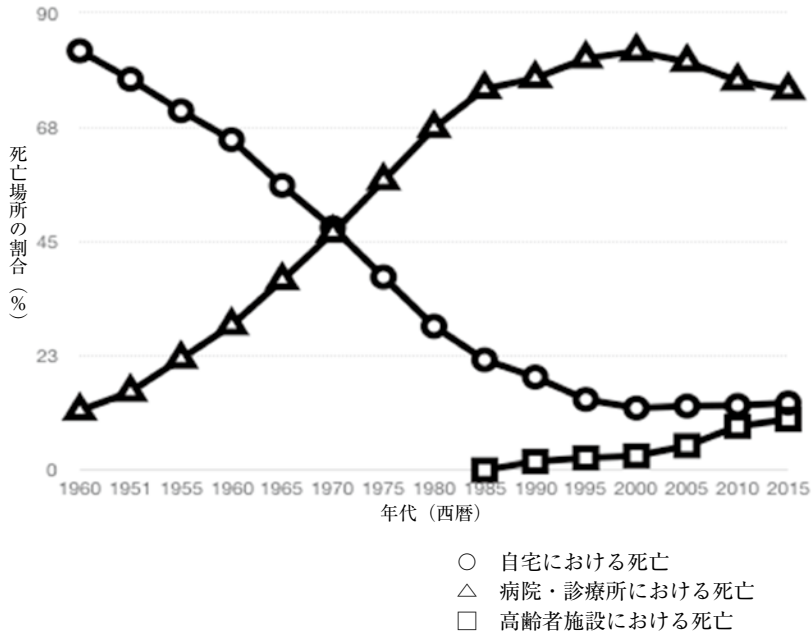


Fig. 1 死亡場所の年次推移 (厚生労働省人口動態調査より筆者作成)

筆者は、2006年から2012年まで当時日本最大級の在宅支援診療所（無床）で「臨床心理士兼チャプレン」<sup>2</sup>として勤務した。毎日、地図を見ながら宮城・福島両県の患者宅を単独で訪問し、患者やその家族の話に耳を傾けた。在宅緩和ケアを受けている多くの患者は、治療のため入院していた病院を退院し、医療者・介護者が自宅を訪問しケアを提供する在宅緩和ケアに切り替え、それぞれの「自宅」<sup>3</sup>で生活を送っていた。家族と過ごす患者はもとより、アパート暮

1 病院ではなく、介護等の問題により自宅で過ごせない人を受け入れる高齢者施設が増えつつある。

2 当時は心のケアを行う専門職が在宅緩和ケアに関わることはほとんどなく、臨床心理士が死にゆく人に継続的に関わる筆者が新聞に取り上げられたほどである（朝日新聞2010年2月28日「こころのケア 在宅で取り組む臨床心理士」）。チャプレンによる訪問もなく、「臨床宗教師」という言葉も生まれていなかった。

3 この場合の「自宅」とは、賃貸アパートや、グループ・ホーム、サービス付き高

らしや独居であってもその人らしい生活を送っており、精神的健康度は高いと評価することができた。また患者たちは病院退院時に告知された生命「予後」を超えて生存している人が少なくなかった。そのため筆者は、何がそのような力・レジリエンスをもたらしているのかについて、強い関心をもつに至ったのである。

しかしながら在宅緩和ケアを受けることと、病院における緩和ケアのどちらが実際に QOL を高めるのかについては、対照実験を行うことができないため証明は不可能である。とは言え、病院から在宅へとケアの場を変更した患者や家族の弁やその観察から、メリット・デメリットを拾い上げることは一定程度可能であると考えられる。本稿では、在宅緩和ケアを受けることが患者にとってどのような意味を持つのかについて考察し、臨床宗教師によるケアの可能性について論じたい。

### 3. 緩和ケアとスピリチュアル・ケア

#### 3-1. 緩和ケア

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」<sup>4</sup> (WHO (世界保健機関) 2002) とされる。この定義の重要な点は、

1. 患者だけではなく家族もケア対象とされること
2. 終末期のケアに限定せず、疾患の早期から (患者と家族に) ケアが提供されること
3. 痛みや身体的な問題だけではなく、心理・社会的問題、スピリチュアル

---

齢者住宅などを含めている。

- 4 訳は、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による。原文は、Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

な問題に対して予防やケアを行うこと

(下線は筆者による)

である。これらは従来の治療を中心とした医療では見過ごされ、またはケア対象とされてこなかったことである。この定義によって、QOL (Quality of Life) を高める、すなわち患者の生活の質を充実させることが強調されるようになった。

## 3-2. スピリチュアル・ケア

WHOの緩和ケア定義によると、患者は、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな問題という4つの問題に直面する。痛みや身体的問題については医療者によるケアが、社会的な問題にはソーシャル・ワーカーによるケアが、心理的問題には精神科医や臨床心理士がケアを提供することができるだろう。では、スピリチュアルな問題には誰がどのようなケアが提供できるだろうか。

しかしスピリチュアル・ケアを論じる前に、そもそもスピリチュアルな問題、あるいはスピリチュアリティとは何であろうか。この問いは最も根源的な問題であるが、明解で誰もが受け入れられる答えを示すことは困難である。なぜなら演繹的に導き出された学術的な定義というより、実践的なケアに関わる実用的用語として多くの実践家が独自の解釈で用いているからである<sup>5</sup>。

筆者は、キリスト教文化圏におけるスピリチュアリティと、日本のような複数の宗教が併存する文化圏におけるそれとは質的に異なる部分があると指摘してきた。スピリチュアリティという用語は、キリスト教文化圏でキリスト教に限定されない用語として新霊性運動の中で多く使われるようになったとされる(島薮1996)。しかしスピリチュアリティやそのケアに含まれる一神教的な超

---

5 例えば窪寺(2004)は、スピリチュアルケアを「肉体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛の緩和と並んで、患者のQOLを高めるためには不可欠なケアで、特に死の危機に直面して人生の意味、苦難の意味、死後の問題などが問われ始めたとき、その解決を人間を超えた超越者や、内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようにするケア」と定義している。

また谷山(2016)は、スピリチュアルな苦悩である「スピリチュアルペイン」を、「身体的・精神的・社会的のどれにも当てはまらない苦悩を、とりあえずスピリチュアルペインということにしておいて、様々なケアの可能性を排除せずにはまず傾聴」と実用的に用いることを述べている。

自然的・超越的存在への関わり方や、「生きる意味（を見出すこと）」の強調などは、必ずしも日本のように非キリスト教的な世界に生きる人々の心性にじっくりくるものとは言えない。では日本における心性とはどのようなものであろうか。

### 3-3. 日本人の宗教性とスピリチュアリティ

現代日本人の多くは「宗教を信じていない」とされる。たとえば2008年に読売新聞が行った調査によると、71.9%の人が「信仰を持たない」としている。

しかし同調査によると78.3%の人が「盆や彼岸に墓参」をし、73.1%の人が「初詣」に行っている。また、「生まれ変わる」29.8%、「別の世界へ行く」23.8%、「墓にいる」9.9%など死後も魂の永続を信じる人が多いことが分かる。これらの結果から、「無宗教」を標榜する日本人は、宗教的心性をもち宗教的習俗を実践するものの、宗教教団への帰属意識は薄いという実態をもつことが分かる。

宗教的心性についてももう少し掘り下げると、日本人の礼拝の対象は、寺社教会など人工的構造物の有無に関わらず、山中や海中の巨岩、巨木、瀧や泉といった水場、沖縄のウタキのような聖なる空間などさまざまな「場所」である。神や仏といった超越的存在のみが拝まれるのではなく、人間（死亡した偉人や崇める人など）や動物（狐や狼、蛇、猫、蚕など）、植物（巨木や不思議な形態をもつ木など）、空想上の怪物（竜や天狗・河童など）、自然そのもの（山神や水神など）など森羅万象、ありとあらゆるものが礼拝対象となる。また室町時代に成立した『百鬼夜行絵巻』に見られるように年月を経た器物が妖怪となったり、現代でも行われている人形や包丁、針、筆といった生活用品を「供養」したりするなどの行為から、日本人には非生物にも霊性を見出す心性があると言えることができる。「超自然」であるかもしれないが、必ずしも「超越した存在」への畏怖ではない。神と人との上下関係というより、横並び的存在として万物に親しみを感じている。こうした日本人の心性を表現するために、筆者は「宗教性」という語を次のように定義して用いてきた。すなわち「人々が自分または他者の間に働き、自らコントロールできない事象に対してとる、合理性に捉われない態度または意味づけ」（大村 2015ほか）と、宗教性を広く定義することで、その実態を表そうとしてきたのである。

そこで改めて、日本人の心性とスピリチュアリティの関係を表現すると以下の

図 (Fig. 2) のようになる。広義の宗教性の中に、「生きる意味」など危機へのレジリエンスとつながる「スピリチュアリティ」が含まれる。すなわちスピリチュアリティは、広義の宗教性的一部分であると考えられる。

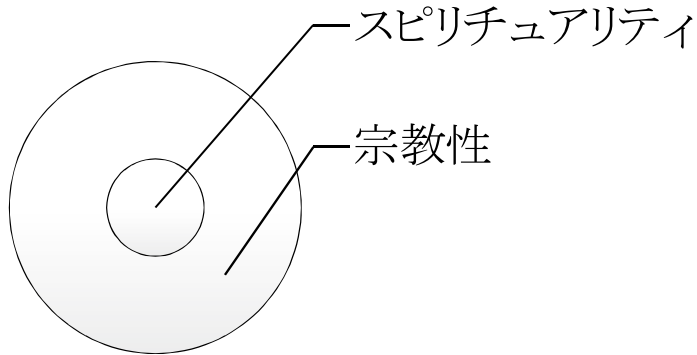


Fig. 2 宗教性とスピリチュアリティ (大村2018)

### 3-2. 緩和ケアとスピリチュアル・ペイン

緩和ケアは、身体的痛み、心理的痛み、社会的痛みに加え、「スピリチュアルな痛み」へのケアを求めている。これらの痛みは、個別・独立した痛みではない。シシリー・ソンドースが患者の絵を紹介して説明しているように、「いくつもの頭をもった竜」<sup>6</sup>である。すなわち多くの痛みが相互に関連して患者を苦しめている。こうした関係を筆者は以下の図 (Fig. 3) で表現してきた。

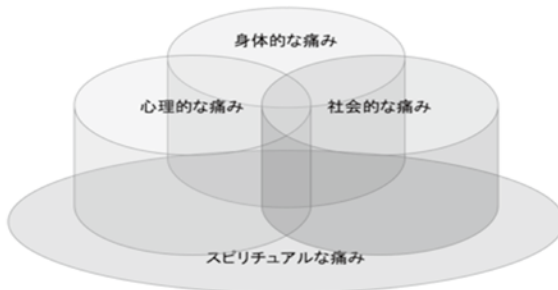


Fig. 3 痛みの相関図 (大村2009, 2010改変)

6 SAUNDERS, C. et.al. 1995. *Living with Dying, A Guide to Palliative Care* 3<sup>rd</sup> Ed. Oxford University Press の扉にこの絵は掲げられている。

例えば、身体的ペインと心理的ペインは関連している。身体に疼痛があれば気分は勝れないし、嫌なことをしなければならぬ時には身体の不調を感じることもある。「心身一如」であり「身心一如」<sup>7</sup>である。

身体的ペイント心理的ペインは、社会的ペインとも関連する。患者の多くは、親しい人と話をする事で心が和み、痛みを忘れる。誰も見舞いに来てくれないなどの社会的な痛みがあると、身体的精神的苦痛をもたらすこともある。介護や経済問題など今後の生活への不安が昂じることによって、身体的精神的苦痛が充進することもある。

スピリチュアル・ペインとの関係はこれらとは少し異なる。心理的に鬱気分になることは、天気が悪いとか、先ほど摂った食事が好みではなかったなどでも起こるだろう。しかし、「近く死を迎え、すべてを失う」という予期悲嘆からもたらされる鬱気分は、人生の振り返り・総決算ともなり、スピリチュアル・ペイン<sup>8</sup>でもある。すなわち心理的ペインには、その深い領域でスピリチュアル・ペインにつながるものがある。

社会的ペインを見ると、家族の不仲や、不在による孤独がある。これらは患者と家族との間で長い時間を掛けてつくられてきた人間関係が苦痛を生んでいる。また経済的な不安を抱えている患者は、そうした状況をもたらした過去の社会的成功や失敗などの問題を今も抱えているかもしれない。それは自分自身の「人生の評価」にもつながっていくだろう。家族や金銭などの社会的問題も、その底部ではスピリチュアル・ペインと関係があるのである。

身体的ペインとスピリチュアル・ペインはどのような関係があるのだろうか？ 病気に罹患したこと、疼痛に苦しむことなどは、自分のこれまでの人生に対する「罰」が当たったと受け止める患者は少なくない。特に他者を傷つけたと考えている過去の事象への苦い反省が、こうした被「罰」意識を生んでいるようだ。まるで苦しみに耐えることが、「罪ほろぼし」であるかのように見

7 仏教では「心身一如（しんじんいちにょ）」として、身体から精神への影響を強調して表現していることは興味深い。坐禅など身体の調整によって精神の安定をはかる修行がこれに当たるだろう。

8 「この人生はこれでよかったのか」「自分の生に意味はあるのか」などの問いは精神的苦痛ももたらすが、人生に向き合うことによって「成熟」といえる段階に達する。スピリチュアル・ペインとは、身体的痛みのように除去しなければならないものとは限らない（大村2009b）。

える。また疼痛に対するケアを受けることを拒否<sup>9</sup>して、「痛みと闘う」ことを望む患者もいる。病を受け入れるのではなく断固として拒否し、病と闘うことで恰も自分が今生きている実感を得ようとするかのように見える。

このように身体的ペイン、社会的ペイン、心理的ペインは相互に関連し、その深部ではスピリチュアル・ペインと結びついていると考えられる。

#### 4. 方法

本研究は在宅緩和ケアと病院での緩和ケアを比較検討しようとするものであるが、同一条件の研究協力者が、病院における療養と在宅における療養を同時に経験することは不可能である。しかし、病院から在宅へ、あるいは在宅から病院へとその療養場所を変えた患者から両者の印象を聞き取ることで、そのメリット・デメリットを知ることは可能である。以下、筆者が現場で見聞きした患者や家族の言動から、病院と在宅の相違について考察したい。

なお、在宅から病院へ転院したケースもあるものの、患者が在宅の時点で聞き取りが多いこと、筆者が在宅緩和ケアのスタッフであったことなどから在宅に有利なバイアスがかかっていることも考慮される必要があるだろう。

倫理的配慮については、在宅ケア導入時に研究目的での事例使用の許諾を得ており、さらに個人が特定できないよう個人情報の詳細を省略している。

#### 5. 考察

##### 5-1. 「日常」と「選ぶこと」を取り戻す

在宅緩和ケアを受ける患者の大多数は、最初から在宅を選択していたわけではない。可能な限り病院での治療を続けたものの、これ以上の治療・回復が望めないと分かった時点で自宅におけるケアを選ぶ。したがって在宅緩和ケアは、病院を退院することからはじまる。この時、患者がまず希望する外出先はどこだろうか。患者の容体がよければ、自宅に帰る途中に立ち寄ることも少くない。

実は、食事ならラーメン屋やファミリーレストランであり、買い物ならスーパーマーケットである。高級食ではなく普段の食事が望まれるのは、病院生活

---

9 鎮痛のためのオピオイド（医療用麻薬）を拒否するなど。



で失われていた「日常」の取り戻しであると言えよう。ファミリーレストランを選んだ人にその理由を聞くと、家族とのエピソードを語る人が多い。食事とは生存のための栄養をとるだけの存在ではなく、親しい人と楽しむものであったことが窺われる。

スーパーマーケットも、患者の希望が多い外出先である。そこで患者は多くの食材の中から好みのものを選ぶ。同じ種類の食品であってもその中から自分の好みで選ぶ。食材を買ってきてもらうのではなく、自分で選ぶということに意味があるようだ。

人は成長し自立すると共に、自ら選ぶ機会が増える。すべて親に宛がわれていた状態から、食べるもの、着るもの、友人、仕事、配偶者…、すべてを自分の責任で選んでいく。選ぶことの繰り返しは人生であったと言っても過言ではない。しかし病院では、これらは全てあてがわれるものとなったため、精神的な自立が得られず、不満が蓄積されることになる。

在宅ケアのはじまりは、「日常」と「選ぶこと」を取り戻すことであると言える。

## 5-2 役割を取り戻す

人は社会的役割の中で生きている。地域社会における一員であり、職業社会での一員であり、家族の中の一員でもある。こうした役割は、病院に入院すると失われ、ただ「疾病を持つ患者」という存在となる。患者は医療や介護のケアを受ける受け身の存在となり、自ら他者に働きかける主体的な存在ではなくなってしまう。このことがもたらす精神的不満は、病院生活を苦痛とし、生きる意味を失う大きな原因となっている。ところが在宅緩和ケアでは状況が異なる。寝たきりであっても、父として、母として等の役割が期待され、またその権利を行使できる。1つ事例を挙げよう。

30代男性。妻と小学生、中学生の子どもがいる。頸椎神経を圧迫する腫瘍により頸から下麻痺。救急搬送された病院で気管切開、人工呼吸器装着となる。

麻酔から覚めた男性は、絶望して荒れる。「生きている意味がない。(この状態では)自殺することもできない」と、呼吸器装着を決めた妻に当た

る。

やがて容体が安定したため在宅療養開始。ベッドを家族の集まる居間に設置。学校から戻った子どもや仕事を終えた妻が集う部屋である。そこで男性は子どもと学業や部活のことなどの話をする。「今までは早朝から深夜まで仕事で、子どもの起きている姿を見ることもなかった。子どもと一緒にいられる自分は、世界で一番しあわせな父親かも…」と述懐。子どもたちも時に干渉的な父親に反発するが、それぞれ福祉系の進路を選択するに至った。

役割が果たせるということは「役に立つ」ということである。自分の存在が他者にとって意味あるものとしてあるということは、自分自身の生きる意味も見出すことになる。また「役に立つ」存在であることは、共同体にとって必要な存在であることを確認でき、居場所を獲得、帰属意識を高めるだろう。入院患者は病院に対して「帰属意識」を感じることはない。

商業や農業、居職の職人のように家業の担い手であったり、伝統芸能の家元であったりする場合、あるいは大切な家族の一員であるという場合においても、具体的な貢献ができなくても「ただ生きている」だけで、その存在感によって共同体の求心力となり、「役立つ」こともある。

### 5-3 療養の主体

大病院から在宅緩和ケアへ転職した看護師が、初めて患者宅を訪問した時の感想である。玄関の扉を開け、「おじゃまします」と挨拶した瞬間、「ここは患者の家なのだ！」と実感したと語った。文字通り、患者の世界に「おじゃま」したことを知ったのである。また主治医が患者宅を訪問した際、患者から「今日は結構です」と診察を断られることもある。「療養の主体は患者」であるということは理念的に自明であるものの、病院では実現困難である。しかし在宅ではことさら意識しなくても実現することを示すエピソードである。

### 5-4 生きる意味

在宅で看取りとなる場合、家族へ与える心身の負担を心配する患者も少なくない。多くの高齢者は住み慣れた自宅で死を迎えたいという望みを、子どもや

家族へ負担を掛けたくない<sup>10</sup>という理由で封印し、施設入居などを選択する。しかし家族に自分の死を見せ、親しい人の死を経験してもらうことで、「子どもや孫に死生観を学んで欲しい」、「人間は必ず死ぬ、今の人生を大切に生きて欲しい」と考える患者もいる。また独居の場合でも若いケア・ギバーに「人が死ぬ」と言うことを学んでもらい、今後のケアに生かしてもらうことを最期の生き甲斐とする人もいる。こうした「生きる意味」は、寝たきりで死が間近であっても実感することができ、最期の日々を、尊厳を持って過ごすことが可能となる。5-2で述べたように人は「役割」もつことで、生きる意味を見いだせるのである。

### 5-5 在宅療養の効果

病院を退院する時、患者や家族はおおよその予後を告知されることが多い。しかし在宅を選んだ患者は、結果として生命予後を超えて「生活」できることが少なくない。このことは在宅緩和ケアの利点として語られることである。また入院時に苦しめられていた疼痛<sup>11</sup>が軽減し、患者が活動的になることもよく知られている。退院時の予後告知は、急変を考慮して慎重に判断される<sup>12</sup>と考えられることや、痛みに対する心理的な効果も考えられるが、患者自身が主体的に生きることを取り戻したことによるQOLの向上が、予後を超えて生きることを可能としていると言える。

### 5-6 家族のグリーフ・ワーク

在宅緩和ケアは、医療面でのケアだけでなく、介護などのケアを利用することができる。しかしながら家族の身体的・心理的負担は少なくなく、主観的・客観的の両面から見ても、病院での療養における負担を超えているとみられる。療養が長引いた場合、主介護者が疲弊することもある。とはいえ看取りを終えた家族の表情は、すっきりとして明るい。葬儀などを終えて一段落した患者宅を慰問のために訪問し、遺影の前で遺族の話を聴くと、看取りについて「大変

10 負担は、「迷惑を掛ける」と表現されることが多い。

11 「痛み」は個人的な感覚であり、客観的な指標はない。しかしNRS (Numerical Rating Scale) などによって、患者個人の感じている痛みをはかることができる。

12 死亡が告知より早くなってしまうと、本人または遺族から計画通りの終末期生活を送ることができなかつたと訴えられる可能性も否定できない。

だったけれど良かった」と充実感をもって回顧されることが多い。最もよく聞かれる看取りの後悔は、「もっと何かして上げられたのではないか」、「死に目に会えなかった」ということであるが、在宅看取りではこうした後悔は少ない。介護者は、自分の置かれている状況の中で最善を尽くしたという実感に基づく満足感を持っているし、グリーフ・ケアにおいてケア提供者は、そのことを指摘して遺族を慰めることができる。よい「看取り」とは「死に目に会う」ことではなく、プロセスへの関わり度合いによると筆者は考えている。医学的な「死ぬ瞬間」に立ち会えなかったとしても、それまでの生を患者と共に過ごすことができたのである。在宅緩和ケアの場合、こうした点でより満足が得られるのではないかと思われる。

こうしたことから、在宅緩和ケアでは大切な人を亡くした悲しみの深さにも関わらず、遺族一人一人のグリーフ・ワークは促進され、社会生活への復帰が早められると考えられる。

### 5-7 急変への不安

在宅緩和ケアは、病院と同等の緩和ケアが受けられるとされるが、患者や家族の容体急変に対する不安は高い。24時間体制のサポートが謳われているが、医療者が病院のように身近にいないことによる精神的不安は、在宅緩和ケアの最大の問題点である。

在宅緩和ケアでは、ケアの開始にあたり、医療者から本人・家族に対し看取りの実際についての事前の教育・説明が充分されることになっている。看取りの時期の判断、その時の容体の変化の様子、救急車を呼ぶ必要がなくそのまま自宅で家族によって看取りを行うことなどについて一通り説明が行われる。しかし、看取りの経験がない家族や介護者は、実際に患者の容体が急変すると、「(救急車を呼べば患者が) 助かるかも知れない」という判断の迷いや、「医療者なら何かできるのではないか」という期待と、「(患者を) 見殺しにしているのではないか」という怖れ、「死にゆく人を素人が看取る」ことへの不安などを払拭することができない。実際、看取り段階が近くなると、患者や家族の不安が昂じ、病院へ戻ることを選択する事例も珍しくない。

## 5-8 臨床宗教師の可能性

在宅緩和ケアでは、患者が主体的に生きるためのさまざまなレジリエンスが働き、QOLを高める。しかし死への怖れや急変への不安という否定的な要素も無視できない。患者や家族の状況に応じて病院（緩和ケア病棟）や施設と自宅を自由に行き来することができればよいが、ベッド確保などの問題があり実際は困難である。そこで死にゆく過程全般にかかわり、スピリチュアル・ケアを提供することができる専門職の存在によって、患者や家族の不安を受け止めつつ患者が主体的に生きることを支えることができると期待される。

心のケアを提供することができる専門的セラピストは、臨床心理士やスピリチュアルケア師から、訓練を受けた看護師などがあり、2018年3月より認定がはじまった資格「臨床宗教師」もその一つである。臨床宗教師が他のケア提供者と異なるのは、基本条件が「宗教者」<sup>13</sup>であることである。このことは、他の心のケア提供者では代替できないメリットがあると考えられる。その理由は、一般に宗教者は死と生の問題の専門家であると考えられており、死者を「供養」するなどの儀礼によって死者をケアできると考えられていることである。また死者をケアすることによって、遺族など生者を慰める、すなわちケアすることができる<sup>14</sup>からである（大村 2014）。

人間の生の意味、人間の死と向き合い続けてきた「宗教」は、合理性を超えた世界観をもち、さまざまな身体と精神のケアの技法（修行）を持ち、儀礼を行うことによってケアを行ってきた。宗教者として人間の身であり、生や死に対して実際に何もできない点では一般人と何ら変わらない。しかし生死の現場では、圧倒的な「無力感」に苛まされながら、にもかかわらず「信仰」を支えに踏み止まる宗教者が意味をもつ。死に対する具体的なケアはできないが、苦しみつつそこにいる存在<sup>15</sup>は、患者にとってはもちろん、家族にとってもケアと

13 「宗教者」とは、僧侶や神父、牧師、神職などだけではなく、在家教団を考慮し「信徒の相談を受ける立場」の者も対象にしている。臨床宗教師は、宗教者でありながら、公共空間で活動するため「布教伝道を行わず、宗教間協力のもと」ケアを行う。

14 池上良正（2011）は、「供養」を「救済システム」として、「死者の救済は、親しい死者たちの冥助を招いたり、苦しむ死者たちの否定的影響力を除いたりする（中略）ことによって、生者の救済にもなりうる」（pp.10-11）と指摘している。

15 解決策などを指導しアドバイスをする、ケア提供者の意見の押しつけとなり、ケア対象者に依存を生む虞れがある。

相手に寄り添いつつ「傾聴」し、相手が自ら気づくよう待つのは高度で困難なケア

なっている。そうした局面にこそ訓練を受けた宗教者である「臨床宗教師」が必要とされると言えるだろう。

## 6. まとめ

在宅緩和ケアが患者のレジリエンスを高め、スピリチュアル・ケアとなることは以下のようにまとめることができる。

- 1) 「日常」を取り戻す。
- 2) 「選択」を取り戻す。
- 3) 「役割」を取り戻す。
- 4) 「主体性」を取り戻す。
- 5) 「生きる意味」を取り戻す。

その結果、

A) 患者の QOL が向上する。

B) 遺族のグリーフ・ワークに有効である。

の効果が得られる。

しかし、急変への不安は、時として多くのメリットを凌いで在宅緩和ケアを中止させる原因となる。

これらのスピリチュアリティに関わるケアは、家族や友人、医療・介護の各メンバーが提供することができるが、看取り全体を見通して関わる専門職がいることで、看取りの不安が軽減されることが期待できる。生と死の専門家であり、死者をケアし、死者のケアを通して生者のケアも行うことができると期待され、また人の死という究極の危機に、人間としての弱さを持ちつつ信仰の力で寄り添おうとする臨床宗教師の存在は、そうした専門職の1つとして有効であると考えられる。

## 参考文献

池上良正 (2011) 「救済システムとしての「死者供養」の形成と展開」駒沢大

---

である。ケア対象者の中にあるものが働きだし、ケア対象者が自ら発見した解決は、侵襲性がなく、自立を高め有効なケアとなる。

死のように逃れられない苦しみに寄り添うことは、ケア提供者にとっても「苦」でしかない。しかしこころのケアとして苦しめないケアはあるだろうか。ケアとは共に苦しむことである。

学『文化』29

北田志郎 (2017) 「レジリアンスの観点から在宅緩和ケアを考える」『心身医学』57-2

大村哲夫 (2009a) 「文化としての「死」 在宅ホスピスにおける心理臨床」『臨床心理学』51,

大村哲夫 (2009b・2010) 「スピリチュアル・ケア」『どう生きどう死ぬか 現場から考える死生学』弓箭書房

大村哲夫 (2011) 「「生活のなかの死」と在宅緩和ケア：心理臨床の現場から（生活のなかの死：地域社会での看取りを考える）」『医学哲学 医学倫理』29

大村哲夫 (2014) 「心のケア・ワーカーとしての宗教者「臨床宗教師」とは何か?：臨床心理士との比較から」『東北宗教学』10

大村哲夫 (2017) 「宗教から見る現代人と宗教性—非合理のなかにある大切なもの」『心理臨床の広場』9

SAUNDERS, C. et.al. 1995. *Living with Dying, A Guide to Palliative Care* 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press

島蘭進 (1996) 『精神世界のゆくえ 現代世界と新霊性運動』東京堂出版

谷山洋三 (2016) 『医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア 臨床宗教師の視点から』中外医学社

読売新聞 (2008) 『宗教意識調査』5月30日付朝刊

WHO 世界保健機関 (2002) 「緩和ケア」(訳は公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による)

厚生労働省 (2018) 「平成29年 (2017) 人口動態統計 (確定数) の概況」『人口動態調査』2018年9月7日発表 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html>2018年11月30日閲覧)

## Spiritual Care as Home Palliative Care(Home Hospice) and the Potentiality of Interfaith Chaplain(*Rinshōshūkyōshi*)

Tetsuo OHMURA

Key words: spiritual care, resilience, palliative care, religiosity, Interfaith Chaplain(*Rinshōshūkyōshi*)

Home palliative care, which enhances a patient's resilience, develops into spiritual care. Through home palliative care it becomes possible to, 1) return to a "normal lifestyle", 2) restore "choice", 3) reestablish "roles", 4) regain "independence", and 5) recapture "reasons for living". As a result, not only is it possible to improve the patient's quality-of-life, but it is also possible to obtain additional benefits, such as the positive effects on grief work undertaken with surviving families. However, the anxiety surrounding sudden change, sometimes looms over the numerous benefits and causes an interruption to home palliative care.

The care related to these spiritualities can be provided by medical and nursing professionals, friends, and family, but we expect that terminal care related anxiety could be further reduced if professionals, who comprehensively overlook all facets of terminal care, were involved. Thus, the Interfaith Chaplain(*Rinshōshūkyōshi*) stands to be one of those professionals who, as an expert on life and death, can care for the dead as well as service the living by tending to the dead, and who can harness the power of faith to offset the powerlessness that accompanies the ultimate crisis, that of a person's death.