

第三部 ◆ 心の模様

# 傾聴者の意識と体験

## 上智大学グリーンケア研究所での傾聴者養成

身心変容技法研究、7号  
2018年3月

葛西賢太

宗教情報センター研究員・上智大学グリーンケア研究所客員教授／宗教学

### はじめに

私は、上智大学グリーンケア研究所という場所で、傾聴者の育成に関わっている。グリーン（*green*、悲嘆）とは大切な事物や人物を喪失する痛みを指す。傾聴はそのような他者の苦しみや喜び、人生の道行きの重荷を下ろさせ豊かさを汲み上げると考えられている。たとえば医療者の傾聴が、慢性疾患の悩みをやわらげたり、終末期の病いをもつ患者の願いを言葉にするのを助けたり、家族や友人の苦しみを解きほぐしたりすると期待されている。

傾聴者の姿勢としては、相矛盾する複数のアドバースが知られている。粘り強く誠実に、また特殊なテクニックを弄することなく「純粹に」、自分を空っぽにして、話を最後まで聞くべしというもの。「オウム返し」のような手法によって、語りを確認し咀嚼する姿勢。イエス・ノーではない開かれた問いかけによって語り手の世界を広げて見渡す工夫。ただ、私たちの受講生が数年間をかけて学ぶのは、結果と

してなにかを聴くのも大切なのだが、語り手と聴き手の人生とを添いあわせるような「ケア関係」をつくることであると思う。

今回、私が試みたいのは、傾聴する聴き手の側の意識や体験に注目する観察である。語り手にとっての効能、すなわち傾聴される語り手の側の意識や経験に注目する研究は多くあるいっぽうで、傾聴者の意識や体験への関心は強くない。このことは、傾聴者と語り手が固定されておらずしばしば入れ替わるという実際を見落として、傾聴者の専門性ばかりが強調されがちであることが一因と思われる。また傾聴者の養成・訓練、さらには保護という視点からも、傾聴者の意識と体験への視点が欠かせない。傾聴者の意識や体験は、私がこれまで関わってきた宗教研究という観点を持ち込むことが許されるのなら、瞑想者の意識や体験と通じるものがあると感じられる。瞑想者の意識と体験との、あるいは既存の精神医学や心理療法の傾聴技法との詳細な比較など、傾聴者の意識と体験をめぐる課題は複数あるが、継続して別稿にて取り組むこととしたい。

以下本稿では、第1節で上智大学グリーンケア研究所の成立経緯を略述したのち、第2節でどのような方法論で傾聴者育成という制度を成立させているかを述べる。第3節では、具体的にグループワークの「援助演習」「集中実習」の詳細と、そこでの守秘義務の含意について述べる。第4節では、傾聴内容の形式的な事実性を超えた傾聴実践の場づくりが意義あることを確認し、第5節で、傾聴者養成が目指す目標として、終末期医療などの現場に限定されない、さらに医療制度全体をも包摂する、より広範な「物語の共同体」づくりがあることを指摘する。

### 1 上智大学グリーンケア研究所

上智大学のグリーンケア研究所は、煉獄援助修道会の高木慶子（*たかきよこ*）シスターによって設立された。遺族会での傾聴を重ね、一九九五年の阪神淡路大震災、二〇〇五年のJ-R西日本の脱線事故の生存者や遺族や、J-R社員も含めた事故関係者の傾聴に関わるよ

うになり、このJ.R.西日本の支援で、当時彼女が奉職していた聖トマス大学に日本グリーンケア研究所が設立された。傾聴実践のみならず、傾聴の方法論の研究や傾聴者の養成を志した同研究所は、母体である聖トマス大学の閉学により、上智大学に籍を移すこととなった。大阪での傾聴者養成(二〇〇九年から)は継続され、二〇一四年からは東京でも開講された。東京での「人材養成講座」は、開設当時、座学中心の基礎コースと、グループワークを組み込んだ臨床コースとに分かれていて、隔週土曜日の講義と「援助演習」、病院等での「集中実習」、毎週水曜日の講義が行われていた。私はこの東京での開講から「援助演習」「集中実習」担当教員として、研究所での二年間の傾聴者育成をお手伝いしている。

ここでの学びには、あえて言語化しない意義と、同時に、言語化されていないがゆえの課題とがある。逐語録や映像記録だけでは、グループに参加している実際の体験を味わうことは難しい。説明によって先入観を与え行動を縛るおそれもある。だが、「援助演習」や後述する「集中実習」は、他者の人生と自分の人生が共鳴する混沌とした場でもある。ときには目指すべき場所を教えてくれる地図が役立つかもしれないと思うのだ。

「援助演習」で、受講生は知的にだけでなく身体的にも学び、自己理解を深めるいっぽう、彼らが参加するグループ自体が変容し成長していく。グループワークに入らない学びの方法もある。グループの外にも届く緊張感と、沈黙を強いられるもかしさを味わいながら、進行を見続ける「オブザーブ」は、受講生ではなく指導教員「スーパバイザー」などのための研修である。私自身も「オブザーバー」と「スーパバイザー」としての経験を重ね、疑問点を尋

ね、私自身の教員・宗教学者・宗教者としての相談経験を総動員しながら、起こっていることを理解しようと関わってきた。東京での臨床コース第一期修了生が講座をどのように経験したかに興味をもち、全員に、その経験と彼ら・彼女らの価値観とを聞くインタビューを行っている。研究所を代表する立場にはないが指導教員である参与観察者が、現時点で見とけたものが拙稿である。研究所の公式見解ではないことに留意されたい。

## 2 「ケア関係」を構築できる人材を養成

米国での傾聴者養成制度である臨床牧教会教育(Clinical Pastoral Education、以下CPE)。聖典や古典だけでなく、「人間という生きた教科書(Living/written human documents)」を通して神学を実践的に学ぶことができる<sup>3</sup>と考え、グループのお互いの人生や価値観を学びあう方法が取り入れられている<sup>4</sup>。CPEを日本に適した形で導入するために尽力した臨床スピリチュアルケア協会(Professional Association for Spiritual Care and Health、通称パスクPA SCH)での模索と実践が、上智大学のグリーンケア人材養成講座のモデルとなっており、パスクの創設者や指導者が実際に講座の創設や運営に関わってきた<sup>5</sup>。

二〇一七年度のシラバスには、講座が養成したい人物像として以下のような記述がある。私自身の理解や経験を参照しつつ、具体的に読み解いていきたい。

死生学を基盤とし、さまざまな喪失によるグリーフ(悲嘆)をかかえる個人や共同体に対して、ス

ピリチュアルケアを提供できる人材の養成を目指します。

グリーンをかかえる個人や共同体がもっている死生観やスピリチュアルティの多様性を前提として、スピリチュアルな課題(スピリチュアルペイン)に直面している悲嘆者に対し、ケア対象者・ケア提供者がともに各自の死生観・スピリチュアルティを十全に生き共存できるケア関係の構築を目指し、深い臨床理解とダイナミックなケア実践ができる人材を養成します。(上智大学、二〇一七。傍線強調は葛西による)

「喪失によるグリーフ」を体験した「ケア対象者」の「ペイン」(痛み・課題)になんらかの担当をすることは大前提だが、私たちの目指すところはそれ限定されず、「スピリチュアルケア」の成果物は対象者だけのものではない。対象者と提供者の双方に共有される場・空気・時間が目指される。「ケア対象者・ケア提供者がともに」「ケア関係の構築」をなすのである。ケア「対象者」は受動的な「対象」に留まらない。ということは、傾聴者側が結果として語り手からなにかを与えられることも、しばしばあるということである。

また、個人一人ずつの手当だけでなく、多くの人が喪失の痛みを負うような出来事(大事故や大災害や事件など)を経験した共同体も、研究所が「ケア」をする対象として想定されてきた。人と人とが真摯に対峙する臨床現場に起こることをできる限り理解した上で、自らの言動や姿勢を用いていく「ダイナミックなケア実践」の力を培うことが提唱されている。

「スピリチュアル」とは？ 日本国内では、終末期

医療などに関連する用法、オカルト的・心霊（操作）的といったニュアンス、あるいは人間や自然の「靈性」を尊崇する超宗派的な運動を指す用法などがある（島蘭、二〇〇七）が、パスクおよび上智大学の実践に関しては、その経緯に関わる以下の点が強調・確認されなければならない。

米国のCPEが、キリスト教やユダヤ教的な伝統以外の宗教を許容し、無神論、あるいは神のような存在については知り得ないという不可知論も許容したために、キリスト教色の強い「パストラル(Pastoral)」にかえて「スピリチュアル」という言葉を自覚的に用いるように努力をした含みが、パスクや上智大学の「スピリチュアルケア」という用語に込められている。「スピリチュアリティ」とは、(キリスト教への束縛からいちど解放されたうえで)その人にとって大切・重大・深刻なもの、世俗に拠点を置きながら宗教的資源を生かす態度を指し示していると読みとることができる。

あえて「全人的」ケアではなく、「スピリチュアル」ケアという語を用いていることはどう考えたらよいだろうか。医療などのヒューマンケア専門職のあいだでも、終末期医療などで生死の意味や目的を全人的に希求し、具体的なペインをアセスメント(聞き取って評価)し、ニーズに対応しようとすることを、「スピリチュアルケア」と呼んでいる。ところで、生死の意味や目的は人類に普遍的な実存的な危機なのだが、専門的技術だけでは対処できない超越的次元を含み、にもかかわらず伝統宗教や伝統的な共同体が衰退した現代ゆえに、個人が自力でこれに立ち向かわなければならぬところに、「スピリチュアルケア」の重要性が強調される背景がある。安藤泰至は「スピリチュアリティ」「スピリチュアルケア」の語

がもつこのような多領域にまたがって媒介する含みのできる限りそのままにとらえるべきことを強調し、そこに排除・忌避・遠慮されがちな超越的次元を、ケアに関わる宗教者が工夫して創造的に提示してはどうかと提案する。そのような姿勢が、「スピリチュアリティ」などの語が広く用いられていることへの期待に込め、この語のもつ力を生かすことになるのではないかとみるのである(安藤、二〇〇六、七九、八五、八九頁)。

なお、この人材養成講座修了後には「日本スピリチュアルケア学会」の「スピリチュアルケア師」認定資格に推薦されるのであるが、同学会という「スピリチュアル」も同様に理解されるべきだと私には思われる。上智大学は周知のとおりイエズス会によって創設されたカトリックの大学であり、人材養成講座でも必修科目「キリスト教人間学」を課している。そして受講生のまとまった数がクリスチャンである。けれども、「死生観やスピリチュアリティの多様性を前提」とした講座で、神父やシスターや牧師や他のクリスチャン教員同様に、僧侶も仏教徒も教員として尊重され対等に活躍する場を与えられ、そして受講生としても諸宗教の信者や聖職者が、無宗教者ととも学んでいる。

講座では互いの死生観や宗教を提示し合う「教育的に構成された場」(グループワーク)の真摯な場を繰り返しもつ。独学や指導者と学生との一対一関係ではなく、「教育的に構成された場」であるグループの中で学ぶ意義の一つは、多様性にある。指導者と学生との一対一関係では、指導者から学生への一方的な死生観・宗教観の伝達が支配的になることもある。グループは多様性を支え、私たちが避けられない偏りを克服し、バランスをとるたすけになる。と

きにグループが一方方向に一気に傾いてしまうこと(支配的な意見に引きずられるなど)や、受講生の専門経験や人生の堅い枠組みに縛られたときには、そこに入る指導教員は、多様性を担保するために異なった見方を提示する役割も負う。基本姿勢としては、受講生同士が相互作用しながら、グループ全体でダイナミックに答えを出していく過程を見まもる。

他者の自己探求に同伴し、見とどけ立ち会う(witness)ことは、相手が自分のためにもそうしてくれることでもあり、そうされることがどのような体験かを学ぶ。これを私たちは「ケアされることでケアすることを学ぶ」という。ただしこれは、強い対峙は避けて当たり障りのないやさしい関わりだけにとどめるということではけつてない。他者の反応(反発、疑念、忌避、そしてそれらを經由しての受容・留保、ときには拒否)は予想できない。話題提供者のこれまでの人生や死生観や宗教観が敬意をもって支持されることもあれば、こういうことではないのか?と明確化を迫られたり、私はそうではないかと思う。これらに応答して言葉を探す努力が、語り手の自己理解を深める(佐藤、二〇一一、六一頁)。いっぽう、黙っていれば自分をさらさずすむわけでもない。「ケアを学ぶためにここにいるのに、他者の大切にしていく死生観や宗教観にふれてなにもしない/しようとしなない/なにもできない」自分が、グループだから露呈されてしまう。このような緊迫感の中で、「各自の死生観・スピリチュアリティを十全に生き共存できる」ような時間と空間、「ケア対象者・ケア提供者」が「ともに」「ケア関係の構築」を達成させるような言動や態度を育てるのが、受講生の目標となる。看護師として長い経歴をもつある受講生

が、「こうした態度は教えることのできないものと思っていたが、方法があったのだ」と語っていた。

受講生には、模索の多い学びに臨めるだけの体力や精神力はもちろんのこと、実践力、資質、目的意識、相互成長に貢献する意思、モチベーションとなる人生経験が求められる。結果として受講生は四〇代以降が多くなっている。つらい経験の直後にはこの学びは負担が大きいの、「学習に支障をきたすような強いケアニーズ」がない、あるいはそこから一定の「回復」をしていることが、受験の前提である（上智大学、二〇一七、二一三頁）。

### 3 グループワークの実際

#### 3-1 援助演習

私が関わっている「援助演習」「集中実習」の二科目は、車座でのグループワークが中心である。長時間にわたり、心身の力を総動員して参与し、聴く。言語化された内容を聞くだけの仕事ではなく、音調や声の大きさやテンポ、姿勢、表情、身振り手振りなどの全体に「目配り」しながらそばにいる（gift/ministry of presence）ので、忙しい作業である。

このグループワークの基本的な形態を紹介したい。受講生六人のグループに、指導教員が一、二人入る。土曜日に行う「援助演習」では、午前午後それぞれ別の学年で、四五分程度のセッションを二本か三本行い、その前後に、セッションでの話題を離れた短いふりかえりの時間（チェックイン、チェックアウト）をもつ。各セッションの担当者をあらかじめ決めておき、担当者は一〇―一五分程度の「話題」提供をする。「話題」としては、生育歴、（患者さん等への）

講話、傾聴会話の記録などがある。CPEのグループワークではケアにかかわる重要文献や文学・芸術作品、映画などの吟味が行われることもあるらしい。実のところ「話題提供」という生やさしいものではなく、担当者はこの「話題」を真摯に準備し、他の受講生も真摯に受け止め、全員で話し合う。話し合われる対象は話題の是非や提供の巧拙ではない。その話題を、今ここでどのように味わっているか、話題提供者をどのように今ここで皆が体験しているか、ということに意識を集中する（初期には、どうしても話題の中身に引張られるのを、「今ここ」に引き戻すのも、指導教員の仕事である）。ここで求められているのは、話題や傾聴の評価（evaluation/assessment）ではなく、話題を介し話題提供者を介して、ほかならぬ自分自身を省察（reflection）する、瞑想的な態度なのである（葛西、二〇一〇、四頁）。

私たちのグループワークではノートをとらない。傾聴会話の記録も、事例として評価するのではなく、傾聴をふりかえるその場の「今ここ」を話し合う。傾聴会話の記録は、傾聴の日時・時間と場所、患者の状況を描写する定型的項目の他に、シナリオの形態をとっており、傾聴者がどのような主観的体験をしたかも括弧書きされている。グループで分担して読み上げ、傾聴の場を演じる。話題提供者（当該傾聴場面では傾聴者であった）は語り手の役をして、聴かれる側の擬似的な体験をする。役割を引き受けて声に出して読み上げること、私たちはその役割本人に近い体験をすることができ、傾聴者が語り手になりきり、あるメンバーは傾聴者の立場に立って、家族の役割をするメンバーは家族の感情を味わい、ナレーターは共感的なまなざしをもって全体を俯瞰する視点を得る。

このような傾聴体験の検討の場には先例がある。たとえば、CPEから学んだ上述のパスクの他、医師たちが患者との全人的関わりを模索し研究する会として、精神科医マイクル・バリントが主催するバリント・グループ（バリント、一九六七）、あるいはナラティブ・メディスン（物語を重視する医療）、ナラティブ・オンコロジー（物語を重視する腫瘍学）を提唱し、カルテに医療者の主観的体験をも付記する（パラレルチャートと呼ばれる）ことを推奨するリタ・シャロンの活動（シャロン、二〇一一）、あるいは演劇自体を目的としない平田オリザの演劇ワークショップ（平田、一九九八）など。

医師であるが英語学の博士号ももつリタ・シャロンは、散文的、詩的な表現も含めて、傾聴すなわち患者とともにある体験を書き、声を出して読み上げることの意義を強調する（二〇一一、一三八―一三九、三一三―一三三頁）。このようなグループには集団療法的効果もある、が、「精神的に弱い」とは思われたくない研修医は、癒やされることでなく、医療実践の主体である医療者自身の用い方を学ぶために参加するのだと彼女は考える。年齢あるいは出自のせいで患者の経験が理解できない苦しさ、進行する患者の症状に圧倒される無力感、親族に強いられて不毛な蘇生措置を行うつらさ、などなどを言葉にすることは有意義だ。なぜならそれにより、自らが可能なことと、そうではないことの区別、つまり他の専門家の力を借りるべきだったり、スーパービジョンしてくる同僚を見つかけたりするべきことを区別し、結果として、患者の語りをよく聞いて安心させながらも専門性を高めて責任もった医療を遂行できる医療者となれるからだ（三四三頁）。

### 3-2 集中実習

病院などの施設で行われる「集中実習」は一週間。午前中にグループワーク、午後は病棟にて患者や家族への傾聴、その内容は「会話記録」検討の対象となる。一週間の「集中実習」のあいだに、受講生は、自身の「話題」提供で皆と話し合う時間を四回はもつことになり、そのあいだに指導教員との個人面談が二回加わる。実習先によっては専門医の講義聴講や、チーム医療のためのカンファレンスへのオブザーバー参加が許されることもある。

米国のチャプレンは、患者や家族のために祈り、また悩む医師や看護師のためにも祈り、病院等の施設にチャペルがあればそこでの定期的な礼拝を司る。私たちの受講生も、実習の朝に、自身が工夫した一〇分程度の「心をととのえる実践」をとりしきる当番もする。受講生の半分は非宗教者なので、Spiritual Exercise Leadership と呼ばれるその時間は、狭義の宗教的な儀式である必要がない。ヨガや体操、自律訓練法や簡単な瞑想、喫茶や書道や短時間の工芸的作業、目を閉じて沈黙する時間、と工夫豊かだった。特定の信仰をもたないという受講生でも、それに代わる真摯な実践をもっていることしばしば感銘を受けてきた。

### 3-3 守秘義務以上

生育歴を含めたグループの中での語りは、グループの外には持ち出さないという約束がある。守秘「義務」という消極的義務を指す言葉は、この約束事の含意を十分説明していない。自分の人生を左右した出来事を話してもよい、というのはいち切った決断である。家族の心の病気や遺伝病、自身の重篤な病、男女問わず交際歴や家庭の状況、悲劇的な出来

事やおそろしい出来事……私たちは人に気づかれずに住ませたい皆さんの秘密にそつとヴェールをかぶせて生活している。その決断を後悔させないよう、安心できる場を確保しようとするグループの全員が心を決め、それを一人ひとりが感じられたとき、それぞれを縛り付けている手枷足枷がゆるむかもしれない。したがって、語りをグループ内にとどめるといふ約束事は、消極的な義務でなく可能性を開くための積極的な行動と私は思う。

一人ひとりの大切なことを大切に扱うとは、それにふれないことではなく、逆にその大切なことに全員が真摯に向き合うことである。各自の自己探求を支え合う共同作業の場合、グループ自体が変容するのである。傾聴者の学びは知識を得るだけではなく、傾聴の専門家の共同体に深く参加していくプロセスである。先に述べた「ケア関係」とは、語り手と傾聴者たちとの「全員」「双方」の協力の下、このようにして成立する。

傾聴は一期一会の場でもあり、それを養成制度の中に組み込むさいに、型を軽視せずに真摯に行う態度が重んじられている。会話記録では役になりきり、講話を行ったり、「心を整える実践」をとりしきったり、全員の人生や価値観・信仰・信念に敬意を払ったり。安心して語れる場づくりにより全員が真剣になり、苦しい話題では皆が祈るような気持ちになる。

グループワークという「教育的に構成された場」が、第三者からみて誤解されやすい点を補足しておきたい。秘密を洗いざらい暴露することが求められているわけではない。感情の激発や高揚を促すわけでもない。指導教員はグループを刺激したり煽ったりはしない。心理技術を転用した高揚体験を売り物とする商業的な集団とは別物である。傾聴者であり

語り手であるメンバーは、この訓練の場からすでに、敬意をもって遇しあわねばならない<sup>11)</sup>。

### 3-4 自己探求のための「学びの指標」

このような「援助演習」や「集中実習」における「学びの指標」を、私たちは五項目の「評価項目」として説明する<sup>12)</sup>。それは以下のようなものである。

- 1 自己理解力
- 2 対象者理解力
- 3 受動的関係力
- 4 能動的関係力
- 5 概念化力・表現力

第一に、傾聴者として語り手のそばにいる私とは何者か、語り手にどのような影響を及ぼしているのか、それを自覚しつつ適切な言行を行えるか。自分と似た体験をした人を前にしたら役に立ちたいと思っていたはずが、その時と同じ無力感を味わったり、自分の解決法を相手に押しつけようとしたりするかもしれない。自身のそのような対人関係上の課題を理解し、否定も忌避もせずに取り組み、またそのための理論的な枠組みや実践的な手法（認知行動療法でもユング心理学でも瞑想でも）を学んで利用すること。また、自分の課題に取り組むのに適した時機を見きわめること。対人関係上の課題が完全解決された人間などいないので、それらを自覚して取り組む筋道が見えているか、と言い換えてもいい。

第二に、対象者つまり語り手を理解すること。とはいっても、対象者をみる私たちのメガネは決して透明なものではない。自分が不可避的にもっている偏りを自覚し、むしろそれを逆手にとって対象者理解に踏み出す積極性はあるか。学歴や出身地や、人種や性別などによる偏見や苦手なタイプは克服した

ほうがよいが、努力しようのない偏りもある。たとえば「上智大学から来た傾聴者の〇〇」と紹介される時点で、先方の患者や家族にはなんらかの先入観を与え反応を喚起して、接し方、自分の語り方・見せ方が変わるかもしれない。むしろそこから語り手との距離を埋めていき、注意深く傾聴を深化させる工夫と真摯さが求められる。語り手の中で起こっていることへの共感的理解をもって、積極的に、また、借り物ではない自身の人生経験を総動員して参照しながら、傾聴できるだろうか。

第三に、傾聴者自身が必要時には躊躇せず助けを求める姿勢があるか。傾聴者にも触れられたくない自分の事柄があるし、批判されるとつらい点もある。同時に、他人からのフィードバックを性急に鵜呑みにするのではなく自己の課題と実際に照らし合わせて吟味し、活用し、自己のあり方を調整していく姿勢がもてるだろうか。第一の自己理解力と似ているが、窮した時点で自分を守る鎧を解いて他者に助けを求めることを躊躇しない姿勢、と言い換えることができる。これは、仲間へのただの甘えではない、自分が最善を尽くしたと納得できる、深く根を張った自己肯定がなければ、他人に自分をさらすことは難しい。そして、この第三項は、他人に自分をさらして傾聴されるかどうかということなのかを知って関わるためにも、また傾聴者自身のセルフケアのためにも、実は欠かせない項目である。

第四の能動的関係力とは、傾聴者が語り手に積極的に関わっていく力である。ほかならぬ自分自身の感性から気づかされることを生かし、言葉と場所と時を選び、積極的に語り手に投げかけたり問いかけたりしてみる姿勢である。それには自身の価値観や姿勢が露呈するリスクもあるし、語り手に及ぼす影

響には責任がある。吟味熟考の上での関わりでなければならぬ。

第五の概念化力・表現力が重要なのは、私たちのコミュニケーションが言葉に依存しているゆえである。語り手の内面を直接知ることはできず、自己という器の中で起こっていることを通して推察し、それを言葉にして返してみる。そのとき重要なのは、相手になじみのある、相手の立つ場所に届く言葉でもあるということだ。偉大な哲学者の言葉や著名な宗教家の言葉の知識、心理学の理論などを深い理解も場の吟味もなしに振りかざすのは、かえって害にならないか。したがってこの第五の概念化力・表現力は、いわゆる「学力」に反映されるような語彙力ではなく、語り手のことばを咀嚼して自分の応じ方を選ぶ、地に足のついたことばの即興力、ある種の文学的・美的なセンスといえる。

「学びの指標」の自己理解力以外の四項目を吟味すると、それらがいずれも、自己理解と、語り手を前にしての、その自己の運用、ということにかかっている。「学びの指標」であげられた五項目はいずれも形のないものだが、グループワークという「教育的に構成された場」で形に顕れてくる。それをとらえ、支持したり、対峙したり、明確化したりする作業を行うのである。実際に私たちの傾聴者が行うこと（スビリチュアルケア）も、語り手の自己理解と、傾聴者を前にしてのその運用をとらえ、支持し、対峙し、明確化する作業であり、それが可能な「ケアの関係の構築」である、と私は考えている。

#### 4 傾聴される物語の「事実性」

傾聴者は不思議としか思えない事態に出会うことがある。「隠された」あるいは「本人も自覚していなかった」ことがらに出会い、しかしそのリアリティや他の事実との符合に、語り手も傾聴者ともに驚くような事態だ。精神医学や心理学のテキストには「ラポール (rapport)」という、語り手と傾聴者が密接に意思疎通する現象が起こることが言及されている。同時に「転移」や「投影」などの、傾聴者を揺すぶり認識を歪めかねない現象とともに。啓示的にみえる体験の獲得や、特殊な認識能力らしきものの獲得にこだわることは、それ以外の出来事に本来払うべき注意を忘れさせる。またそれら体験や能力の獲得こそが傾聴者のゴールと信じ込んだり、「事実」を見抜く特殊能力こそが傾聴の本質であるかのようにみなしたりすることは、傾聴実践を学ぼうと有る害である、と私は考えている。なぜなら私たちは、理解を超えた他者というものを前にしているからだ。特殊能力で一気に相手に近づく（近づいたつもりになる）よりは、せめて理解に近づくためのなにかを拾い上げよう、と注意深く模索する態度こそ傾聴者のあり方だ。そして、傾聴者は限界だらけの孤独な存在であり、私たちは勘違いや行き違いによるトラブルに頻繁に出会う日常に生きているのだ。

語り手が常に「ありのままの正確な事実」を語ると考えるべきではない。真顔で虚偽を語る人もあるし、ミュンヒハウゼン症候群などのように、自らを害する行為が症状の裏に隠されていることもある。そうでなくても、同じ事実を複数の人に確認すると、少しずつ食い違いがある。患者の話と家族の話が異

なったり、同じ人の話がだんだん変わっていったりするの、あたりまえである。私たちは、他人になにかを語るときに、誇張・脚色したり控えめに語ったり、特定的话题を迂回したりして、語り手である自分の見せ方をつねに調整している。自分の苦労や苦痛を語るのをよしとしない価値観・宗教観・文化もある。

傾聴者が努力しても、他者には理解することがそもそも難しい病気がある。重病になったという考えが頭から離れなくなる心気症や不定愁訴、快感目的だと誤解される依存症は、専門の医師にも、親しい家族にも理解されにくい。重篤な不治の病の影に隠れがちだが、慢性疾患の苦しみ(症状に加えて経済的・社会的・対人関係的な諸問題の派生、当初のアイデンティティを喪失する悲嘆など)もある。

ところで、過去のつらい体験を隠蔽しようとしたために、それがこのような身体症状としてあらわれることがあり、傾聴によってつらい体験にたまたま光が当たること、思いがけず症状が緩和されることもある。ただ、傾聴の場で、語り手の思いが「とてもわかってしまった」「自分とあまりにも似ている」ように感じるときには、そこに自分の願望が投影されていないか?と、慎重になる必要があるかもしれない。語り手をよく見て、無理のない推論を慎重に重ねているつもりでも、語り手や傾聴者の期待や願望が滑り込んでくるからだ。もちろん直観が正しいこともあるだろうが。

達人的な他者の完全理解は目指すべき目標ではない。けれども傾聴者が、手がかりのようだがよくわからないなにか(あるいはなにかの欠如)を拾い上げるときがある。そこで、率直に尋ねてみると、どうなるだろうか。たとえば特定の事件を軸に話が循環

したり、悲しい話を笑顔でしていたり、中心人物への言及が迂回されていたり。そこを勝手に推測し補ってわかったつもりになるのが私たちの常だが、「お話しされなかつた〇〇はどうなっていますか」「△△を聞いて私にはこういう感じがするのですが……」「こう理解してよいですか」などと尋ねてみるのだ。

尋ねて教えを請うことは語り手に対する敬意の表明だ。研究所のグループワークの中で私たちが生育歴を共有する限られた受講生だけでも、私たちの想像を超える人生経験をされている。傾聴者が語り手と類似の経験をもち場合に可能になる共感 empathy と対比して、CPEの世界にはもう一つ、intipathy という方法がある。敬意をもって教えを請う姿勢をとおして、語り手の言語化をサポートする方法である(小西、二〇一一、三四七頁)。目指されているのは、傾聴者が情報を得ることよりも、教えを請うことによるケア関係構築だ。

傾聴の場で言及される事実は単一ではない。歴史的事実、物理的事実に加え、物語という形をとった心理的事実にも出会う。そして歴史的事実、物理的事実よりも心理的事実のほうが役立つこともある。在宅医療に取り組む医師の大井玄は、「痴呆老人」とされる人々が、知覚能力の低下によって現実(歴史的・物理的事実)と乖離しながらも、彼らの心理的事実の中での論理や首尾一貫性を保っていることに着目する。そして、「痴呆老人」たちが生き(られ)る世界を確保しようとする取り組みを支持し、その世界の中の語彙を使って入り込む方法、いわば心理的事実を介してケア関係をつくる方法を実践する(大井、二〇一一、Kindle Locations: 646-678)。

## 5 医療制度を支え、ケア関係の共同体をつくる

傾聴者の活動は、医療制度にどうかかわるのだろうか。たとえば、「根拠に基づく医療」の中に、「患者の語りに基づく医療」が適切に補完的に組み入れられ、公衆衛生や正しい医療知識の啓発にも、それらを俯瞰する疫学的な視点にも寄与するために、医療者あるいは医療に通じた傾聴者の真摯な活動は必要だ(クライマン、一九九六、二九九頁)。

では、グリーンケア研究所は医療制度にどのように貢献しようだろうか。人材養成講座の受講生には、遺族とあわせて、医療者が多い。彼らの話から気づかされるのは、医療者(そして傾聴者)自身も悩み失敗し傷つく人間であるにもかかわらず、ともすると、医療者は、一方的にケアを与える完全な存在であるべき/完全な存在であるはず、と期待されがち、医療者もそう思いがち、ということである。このために、医療者自身の悲嘆は見落とされたり隠されたりしているかもしれない。またいっぽうで、医療者から患者や家族に対する人間的な関わりを育て損なったりしていることも、ときにあるかもしれない。

安藤泰至と打出喜義は、(説明や謝罪や傾聴を含む)あらゆる人間的な関わりがほんらいはグリーンケアになりうるのに、しばしば終末期医療や患者の死後あるいは病的な悲嘆という特定状況にかたよってグリーンケアが論じられてきたことを示す。いっぽうで、医療者の迷いや失敗、医療者自身の悲嘆を適切に語る文化が、組織体としての病院や医学界によって抑圧されている一面を指摘し、それが患者や家族のグリーンケアを困難にしたり複雑にしたりする状況をも問題化する(安藤・打出、二〇一一)。このよ

うな現状に対して、リタ・シャロンの提唱する、パラレルチャートという記録を書くことと声を出しての読みあわせの場をつくる実践は、ヒントになるかもしれない。彼女はその共同体がもつセラピー的な効果を控えめに言及したけれども、それはグリーンケア研究所でいう「ケア対象者・ケア提供者がともに各自の死生観・スピリチュアリティを十全に生き共存できるケア関係の構築」「教育的に構成された場」にほかならない。またシャロン自身が言うように(二〇一一、三四三頁)それは医師としての専門性と人間性とをともに鍛える共同体となりうる。

「ケア関係」でつくられる共同体には小さなものから大きなものまである。最小のものとしては、医療者と患者、そして家族。少し大きいのは、チーム医療を行っているチーム。バリント・グループや、リタ・シャロンのナラティブ・オンコロジーのグループ。私たち上智大学のプログラムは、二年間を経た修了後の研修も想定しているため、修了生は研修を通して継続的に研究所と関わり続けることになる。

したがって、私たちは、現在の受講生から修了生やその指導者や支援者を含めた傾聴者の共同体を創造し支えていく責務を負う。チャブレン同士が傾聴しあうように、私たちも傾聴しあう共同体である。傾聴者の共同体は、人間の苦しみや喜び、生の意味などの「物語」の語彙を、死生学や諸宗教の資源から借りている。傾聴者の共同体にも、彼らが出会う語り手にも、さまざまな信仰やさまざまな価値観をもつ人々がいて、宗教の違い、宗教者と非宗教者の違いを超えて、語り手たちは傾聴者の共同体に新しい語彙をもたらす。傾聴者は語り手から、旧約聖書の一節に人の喜びを見出したり、自己愛を承認する仏典を教えられたり、クルアーン(コーラン)からイス

ラーム的な助け合いの当然さに驚かされたりし、そこからエネルギーを得て、書き語り、傾聴者の共同体を豊かにしていくことができるだろう。

## 謝辞

上智大学グリーンケア研究所の他の教員との話し合いから得たものの多くが拙稿には反映されている。また、二〇一七年一月二二日、第六二回身心愛容技法研究会での報告と討議、草稿を読んでいただいた安藤泰至氏からの問いかけと明確化で、私の理解を見なおす視座を得た。傾聴という行為の双方向性を説く拙稿を書くプロセスで、問いかけからさらなるヒントを得られたことがうれしい。

## 注

1 「体験」と「経験」。英語では *experience* だが、その時その場での味わいを「体験」、体験の内容や意味を省察し心に再度印象づけることを「経験」と、私は使い分ける。

2 災害・事故・事件への手当からスタートしたグリーンケア研究所であるから、傾聴者や支援者が背負いがちなストレスの手当やセルフケアへの配慮は欠かさない。

3 山本(二〇一二)は、大阪での受講生に質問紙調査とインタビューを行った。人材養成講座を経て、自分自身の悲嘆について確認・自覚したという受講生が多かったという。

4 臨床牧会教育の原型をつくったひとりにはボイセン(Anton Theophilus Boisen)とこう神学者である。当時は、宗教と心理学とが対話し合うことによって、人々を癒し、より深い真理に至ることができると考えた人たちの運動があり、たとえば『宗教的経験の諸相』を書いた心理学者ウィリアム・ジェイムズや、精神分析と神学を突き合わせて精神の健康とはなにかを問いかけた神学者ポール・ティリッヒの著作などが読まれた。ボイセン自身もそれらの読者であるとともに、病いに苦しみつつ、自身を「人間という生きた教科書」として提供し、また自ら探究した。(Uca、日付なし)

5 パスクでの傾聴者育成の実際は、窪寺・伊藤・谷山編(二〇一〇)に詳述されている。また、橋本・山本・澤田(二〇一七)は、大阪の公立病院でのパスクの一週間の実習がどのように病院スタッフに受け止められたかを報告している。

6 援助をする側が、援助される側よりも得るものが多いのではないか、という道徳的標語のような問いかけにより、しばしばヒューマンケア領域で言及される古典的論文として、Resman-Frank 1965 'The "Helper" Therapy Principle: Social Work, the National Association of Social Workers, 10(2), pp.27-32をあげよう。

7 理論や研究方法から実践まで展開する医療的な専門性を体現した一例をあげれば、田村ら(田村・河・森田、二〇一一)がある。患者や家族のスピリチュアルな「痛み」をとらえるための指標 *Spice* を、村田久行の傾聴理論に基づいて制作提案し、実地調査を踏まえ、痛みに対する看護現場での具体的なケアを提案する。

8 都市部の大病院に奉職する看護師である受講生のS氏は、この方法を職場で行い、職場で得たさまざまな反応あるいは無反応について語ってくれた。

9 医師、麻酔医、看護師、薬剤師、栄養士、チャブレン等々の専門職からなるチームが、患者さん一人ひとりの状況に合わせて、治療などの方向性を打ち合わせる場。

10 レイヴとウェンガー(一九九三)では、学習は個人の内面だけで成立するのではなく、専門家の共同体への段階的参与と共同体の変容・代謝であるとみる。たとえば、衣服をつくる作業では、布裁ちは失敗が許されない作業(材料をダメにしてしまうから)だがボタン付けはやり直しがきく。したがって新参弟子はボタン付けから始めて服の構造を身体で感じながら、そのイメージをもって布裁ちの段階の準備をしていくことになる。服全体の構造、そして作業共同体全体の構造を理解して、兄弟子を経て親方に至る道が開ける。

11 スピリチュアルケア学会の「倫理規程」には、ケア



対象者の尊厳を銘記することを求める一節がある。  
[http://www.spiritualcare.jp/qualification/ethical\\_code/](http://www.spiritualcare.jp/qualification/ethical_code/)  
 この五項目の「学びの指標」評価項目」は、副所長の伊藤高章がこれまでの経験と研究所内での話し合いを反映させて受講生用にとめた覚え書きに基づく。そのため、私の現時点での理解を述べるが、今後も加筆が予想され、また本来の著作者は伊藤である。

13 他者理解の心理機能的基盤としての「心の理論」、また脳機能的基盤としてのミラーニューロンの理論は、自分自身の心を参照して他者の心を推察しようとするこの作業に関わりがあると想定されるが、私たちの実践に影響するほどの研究の進展には至っていない。

14 たとえばアルコール依存症は、酩酊の快と引き換えに家族（へ）の愛や人としての責任や人間性を喪失し墮落すること、長い間みなされてきた。焦燥感に苛まれるアルコールの探索行動、周囲を裏切る罪責感を一時的に忘れる酩酊、身体症状が進むにつれアルコールを消化吸収できなくなりながらも探索行動が止まない絶望感などの苦しみに歴史上はじめて光を当て、それを当事者同士が傾聴しあうことで断酒する道を開いたのは、一九三五年に始まった断酒自助会 (Alcoholics Anonymous) である。一九三九年に刊行された体験談集は、その苦しみを依存症者以外が想像する道も開いた歴史的記念碑といえる。それ以前は宗教観・倫理観や罪責感に訴える説得しかなかった（葛西、二〇一〇b）。当事者同士が傾聴しあう（ピア・カウンセリングと呼ばれる）方法は、CPEにも影響を及ぼしている。

15 「根拠に基づく医療」の提唱者であるデイビッド・サケットの定義と説明は、「臨床実践において、「最新・最良のエビデンス」と「患者の意向」と「医療者の臨床能力」を統合する」(Sackett et al. 2000) というものである。「根拠に基づく医療」が傾聴的態度と対立するような誤解があるようだが、それはなぜだろうか。

引用文献

安藤泰至「越境するスピリチュアリティ——諸領域におけるその理解の向けへ向けて」『宗教研究』八〇（二）、二〇〇六年、二九三—三二二頁。  
 安藤泰至・打出喜義「グリーフケアの可能性——医療は遺族のグリーフワークをサポートできるのか」、シリーズ生命倫理学編集委員会編、安藤泰至・高橋都責任編集『終末期医療』丸善出版、二〇一二年、一九三—二〇頁。  
 大井玄「痴呆老人」は何を見ているか』新潮新書、二〇〇八年。  
 葛西賢太『現代瞑想論——変性意識がひらく世界』春秋社、二〇一〇年a。  
 葛西賢太「もう一つの知——アルコール依存症者たちの体験とスピリチュアリティ」、『現代思想』三八（一四）、二〇一〇年b。  
 窪寺俊之・伊藤高章・谷山洋三編『スピリチュアルケアを語る 第三集 臨床的教育法の試み』関西学院大学出版会、二〇一〇年。  
 小西達也「スピリチュアルケア」、石谷邦彦監修『チームがん医療実践テキスト』東札幌病院編集委員会編、先端医学社、二〇一一年。  
 アーサー・クラインマン、江口重幸・五木田紳・上野豪志訳『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房、一九九六年。  
 佐藤泰子『苦しみと緩和の臨床人間学——聴くこと、語ることの本当の意味』晃洋書房、二〇一一年。  
 島菌進『精神世界のゆくえ——宗教・近代・霊性』秋山書店、二〇〇七年（一九九六年）。  
 リタ・シャロン、斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利訳『ナラティブ・メディスン——物語能力が医療を変える』医学書院、二〇一一年。  
 上智大学グリーフケア人材養成講座「人材養成課程 二〇一七年度 履修要覧・シラバス」上智大学グリーフケア研究所（東京四谷キャンパス）版、二〇一七年。  
 田村恵子・河正子・森田達也編『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』青海社、二〇一二年。  
 橋本富美子・山本佳世子・澤田恵美「急性期病院における臨床スピリチュアルケア・ボランティア活動——堺市

立総合医療センターの事例から」『スピリチュアルケア研究』一号、二〇一七年、一一一—一三〇頁。  
 マイケル・バリント、池見西次郎他訳『プライマリ・ケアにおける心身医学——バリント・グループの実際』診断と治療社、一九六七年。  
 平田オリザ『演劇入門』講談社現代新書、一九九八年。  
 J・レイヴ、E・ウェンガー、佐伯胖訳『状況に埋め込まれた学習——正統的周辺参加』産業図書、一九九三年。

山本佳世子「グリーフケア提供者を目指す人々——アンケートおよびインタビュー調査から見えてきた動機とニーズ」、高木慶子編『グリーフケア入門——悲嘆のさなかにある人を支える』勁草書房、二〇一二年、一七五—二〇〇頁。  
 Robert Leas, "The Biography of Anton Theophilus Boisen," <https://www.acpe.edu> Downloaded on September 1st, 2014.  
 David L. Sackett et al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Second Edition. Churchill Livingstone, 2000.  
<https://sites.google.com/site/pachspirit/>

臨床スピリチュアルケア協会（通称パスク）：<https://sites.google.com/site/pachspirit/>