

龍谷大学龍谷学会

「龍谷大学論集」第489号 抜刷

平成29年3月（2017・3）発行

医療における宗教的ケアとニーズをめぐって

打 本 弘 祐

医療における宗教的ケアとニーズをめぐって

打 本 弘 祐

はじめに

近年、テレビ等のマスコミで臨床宗教師が盛んに取り上げられている。臨床宗教師は、東日本大震災以前に医師である岡部健によって提唱され、2012年から東北大学大学院文学研究科実践宗教学寄附講座で養成が始まった。2016年4月の時点で、東北大学に加えて本学大学院実践真宗学研究科や、高野山大学、種智院大学、武蔵野大学などの仏教系大学においても養成がスタートし、2017年4月からは愛知学院大学大学院でも臨床宗教師養成講座がスタートする。

こうした臨床宗教師の活躍は、東日本大震災の被災者支援である傾聴移動喫茶「café de Monk」や医療福祉施設での活動、京都府自死対策⁽¹⁾など多岐に渡るが、その多くはボランティアであった。ところが、最近では有給で臨床宗教師を雇用する施設が出てきた。慶徳会「常清の里」などの高齢者福祉施設、公立病院である松阪市民病院緩和ケア病棟や東北大学病院緩和ケア病棟、在宅ホスピスに取り組む岐阜の沼口医院などの終末期医療の現場、一般病院である菊南病院などである。

なかでも医療機関での職員としての採用には目を見張るものがある。欧米の牧師や神父などの聖職者が信徒の病床訪問を行うことは一般的であり国内でも同様である。また、国内でも、キリスト教系病院のチャプレンによる病室訪室が患者や医療者から忌避されることはあまりない。実際、筆者が日本バプテスト連盟医療団日本バプテスト病院牧師室において研修生として在籍していた際、僧侶であったが牧師室からの訪問ということもあり、病床訪問に際して患者から断られるケースはなかった。

しかし、わが国の場合、ビハラーなどの仏教系病院以外は、それらキリスト教系病院と事情を異にする。臨終行儀や医僧など、仏教僧侶が医療に関することをしていた時代はあるものの、長く死者儀礼に傾注してきたことから、死を忌む現代の医療現場から忌避されているとの指摘がなされている。⁽²⁾ また、医

療者側に「宗教(者)から患者を守る」「宗教(者)は病院に入れてはいけない」「得体が知れない」などの宗教全般への苦手意識があることや、そもそも病院施設内部に宗教者であるか否かに関わらず、外部の人間を入れること自体に不安感があるという指摘もある⁽³⁾。

そのような宗教や宗教者と医療に関する指摘は、一般的な印象も反映していると思われる。だが、現実には臨床宗教師は少しずつ医療福祉現場で活躍の場を増やしつつあり、そのうちの多くが仏教僧侶である。

医療・福祉施設が臨床宗教師を雇用することが可能になったのは、超宗教超宗派による宗教間協働、信者獲得を主目的とせずに患者家族のケアを第一とすることなど掲げた他の専門職と同等の「臨床宗教師倫理綱領」が明示され、施設側によき理解者がいるなど、様々な要因が考えられるが、ここではケアについて触れておきたい。

冒頭で述べたように、臨床宗教師研修は、いくつかの養成機関で行われており、それぞれ特色のある教育内容を有している。だが、ケア対象者に行われるケアについては、二つが共通して教授されている。一つはスピリチュアルケアであり、もう一つが宗教的ケアである。

スピリチュアルケアと宗教的ケアの異同や差異等の関係性については研究者によって意見の分かれるところであるが⁽⁴⁾、臨床宗教師研修で講義されているのは、宗教的ケアとスピリチュアルケアを明確に分けて論じる谷山洋三のケア理論である。谷山は2つのケアを分けて論じるだけでなく、宗教者がケア対象者に行う宗教的ケアの内容やスピリチュアルケアから宗教的ケアに移行する場合を明示した。これによって、施設内で一宗一派の宗教による強制的な信者獲得や信仰の強要などといった医療福祉関係者の危惧がある程度払拭された⁽⁵⁾と考えて良いだろう。

ただ、本稿ではこうした臨床宗教師側の姿勢への評価だけではなく、宗教者を求める医療者側のニーズについての調査を取り上げて分析を行う。その上で、医学教育の中で、患者のもつ信仰を支えること謳われた「患者の権利 WMA リスボン宣言」が教授されていることと、グローバルに広がる患者の権利擁護の観点から、医療の中に臨床宗教師が受け入れられた土壌がすでにあったことを論じていくものである。

1 医療と宗教の接近

わが国における宗教的ケアについて中心的に論じられてきたのは、死が眼前

に迫った患者を看取るホスピス・緩和ケア領域であることは論を待たないが、筆者は1998年から1999年に起こった世界保健機構（以下、WHO）の健康定義改正論議以降、ホスピス・緩和ケア領域以外でもスピリチュアリティやスピリチュアルといった言葉が使用され、スピリチュアルな健康に関心が持たれるようになってきたことも影響を与えていると考えている。スピリチュアル/スピリチュアリティにホスピス緩和ケア領域に限らず、医療界全体が注視したWHOの健康定義改正論議とは、WHO50周年を契機として1998年1月に第101回執行理事会にWHO憲章前文にある健康の定義改正案が提出されたことに端を発する議論である。⁽⁶⁾ WHOによる健康の現行定義と改正案は次の通りである。

現行定義

健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない

改正案

健康とは、完全な肉体的、精神的、スピリチュアル及び社会的福祉の動的状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない⁽⁷⁾

この健康定義改正案は、WHO理事会では可決されるもWHO総会において採択されず、結果として事務局長預かりのまま現在も継続審議中の案件である。

WHO健康定義改正論議以降、日本の医療界ではスピリチュアルな健康やそのためのケア、スピリチュアリティについての議論が盛んとなったが、将来的にWHO健康定義が改正された場合、医療者が患者のスピリチュアルな健康の保持増進を検討しなければならない事態が予想される。こうしたスピリチュアルな健康の問題に関してはすでに欧米では実証的研究が盛んになされており、コーニグがまとめたところによれば、⁽⁸⁾ 宗教的な行為が人間の健康に寄与することが明らかになっている。

こうしたWHO健康定義改正論議による世界的なスピリチュアルな健康についての議論と同時期に、わが国においても看護系雑誌に宗教的ケアや宗教的ニーズについての論考がいくつか発表されている。それらは終末期医療の臨床を中心とした宗教的ケアへのニーズである。まずそれらを確認しておきたい。

2 終末期医療における宗教的ニーズ

大森・小野による一連の研究

大森らは、前述の WHO 健康定義改正論議の前後に渡って、ホスピス・緩和ケア領域における宗教的ニーズや宗教的ケアに関する調査を看護師対象に連続して行っている。彼女らの一連の研究を便宜上、第一次、第二次、第三次調査とし、それらを一助に医療における宗教的ニーズや宗教的ケアについて考察していく。

最初に、まず大森らがスピリチュアルと宗教という語をどのように捉えているかについておさえておきたい。

大森らの研究では、スピリチュアルペイン（大森らはスピリチュアルニーズとも呼んでいる）と、宗教的ペイン（大森らは宗教的ニーズとも呼ぶ）との関係は、スピリチュアルペインを広く捉え、その中に宗教的ペインを含めたものとして考えている。よって、厳密にスピリチュアルペインと宗教的ペインとを判別している訳ではない。

同様に、スピリチュアルケアと宗教的ケアも厳密な区別はなされてはいない。しかし、一連の論考の冒頭で全人的痛みについて論じ、「spiritual needs を充足するケア、すなわち宗教的ケアを含む spiritual care」の必要性を挙げていることから、両者を明確に異なるものとせず、スピリチュアルケアの中に宗教的ケアが存在すると理解している。

この観点から、大森らはスピリチュアルを広く宗教を包括するものとして捉えており、スピリチュアルケアが宗教的ケアと別ではなく、またスピリチュアルケアから宗教的ケアを排して捉えてはいないことが分かる。大森らのこの理解は、医療者の多くが依用する宗教的ケアの要素を排除したスピリチュアルケアとは立場を異にするところであり、むしろ、ケア対象者が明確な信仰を持つ場合に生じる宗教的ペインに対して具体的な宗教的儀礼などを伴う宗教的ケアが必要であるという立場に立っている。すなわち、あくまでスピリチュアルケアは宗教的ケアを排除せず、医療現場において、具体的な宗教儀礼といった宗教的ケアが必要であると理解しているのである。

2.1 大森・小野らの第一次調査

その点を踏まえた上で、大森らが行った 2 県の看護協会主催による研修会参加者 216 名を対象とした終末期患者の宗教的ニーズと宗教的ケアに関する看護

師への意識調査を見てみよう。⁽¹⁰⁾

この調査対象となった216名の看護師のうち、終末期患者が宗教的ニーズを持っていると考える看護師は205名（94.9%）であり、持っていないと看護師は僅か11名（5.1%）であり、非常に多くの看護師が終末期患者には宗教的ニーズがあると答えている。

また、宗教的ニーズに対するケアの必要性があると考えた看護師が199名（97.1%）であり、必要ではないと考える看護師は6名（2.9%）と、非常に多くの看護師が宗教的ケアの必要性を感じており、必要ではないとの回答は僅かであったことが明らかにされている。

これらの結果から、終末期患者は宗教的ニーズを持ち、かつ宗教的ニーズへのケアが必要であると考えた看護師が9割強も存在していることが明らかとなった。

その上で、宗教的ケアにあたるケア提供者として、割合の多かった順から挙げると、宗教家164名（82.4%）、家族142名（71.4%）、看護師111名（55.8%）、医師77名（38.7%）、ソーシャルワーカー72名（36.2%）、その他の人10名（5%）となっている。

本稿冒頭で触れたごとく、日本の宗教者（特に仏教者）は死者儀礼に関わることがほとんどであり、医療現場からは死を連想させることから、病院から忌避される存在と言われていた。しかし、この調査からすれば、臨床の看護師にとって患者の宗教的ニーズに対応するケア提供者として最適な職種は、宗教家であることが明らかにされている。これは宗教家を終末期医療のチームに加える必要があると考える看護師が圧倒的に多いということを示している。この調査結果からすれば、少なくとも終末期医療に関しては、宗教者が病院から忌避されていると言うことはできない。

また、大森らはこの意識調査の中で、宗教者による宗教的ケアのケア提供者のみならず、宗教的施設の必要性の有無についても問うている。その回答としては、216名中206名（95.3%）の看護師が、病院内に宗教的施設が必要であると答えている。

その回答を細かく分析していくと、回答している看護師のうち、病院の設立母体に宗教が関係していると答えた看護師は僅か1名であり、その宗教はキリスト教である。このことを合わせて考えると、残りの205名の看護師が勤務する病院は、宗教的母体を持たず、かつ院内に宗教的施設がないと判断できる。病院の設立背景に宗教の関与がない病院に所属している看護師からの要請とし

て、ケア対象者のもつ宗教的ニーズへ対応する為に、宗教家のみならず、なんらかの宗教的施設の設置も強く求められていることになる。

2.2 小野らによる第二次調査

次に、小野幸子と大森美津子は、2県の看護に関する研修会の参加者525名を調査対象とし、終末期患者の看護経験のある看護師に対象者を絞り、特に「終末期患者の宗教的ニーズに出会った経験の有無とその内容」「宗教的ケアの経験の有無とその内容」「宗教的ケアを行う上で困った経験の有無とその内容」についてアンケート調査を行っている⁽¹¹⁾。

まず、終末期患者の宗教的ニーズに出会った経験の有る看護師が直面した終末期患者からの宗教的ニーズには、「入信及び信仰と宗教活動の継続」「神の存在を信じること」「宗教家や同一信仰者による活動と儀式の遂行」「宗教に基づく治療の決定と遂行」「予後不良の病気に罹患したことに対するコントロール感覚の喪失」「死への恐怖・不安」「納得できる死後の対処をすること」があった。

次にそれらの宗教的ニーズに対して、宗教的ケアの経験の有る看護師が実際に実践した宗教的ケアの内容は、「患者の宗教的話しに関心を示す」「患者の宗教活動を容認・補助する」「宗教者によるケアを実現する」「共に存在し、祈る」であった。看護師が具体的に祈るという宗教行為を行っていることは意外であるが、行為の背景には患者と同じ信仰を持っていたことから行われたようである。その他の「患者の宗教的話しに関心を示す」「患者の宗教活動を容認・補助する」「宗教者によるケアを実現する」については、看護師個人が持つ信仰に関わらず行われている行為であり、直接的というよりも間接的に宗教者の宗教的ニーズをサポートする姿勢から生まれていると考えられる。

加えて、宗教的ケアを行う上で困った経験の有る看護師にとって、宗教的ケアの提供時に困った具体的な内容には、「病院における宗教的体制の不備」「宗教に関する看護婦（原文ママ）の知識・対応能力の不足」「患者の信仰心に対する家族の反対」であったことが報告されている⁽¹²⁾。

これらの調査結果により、看護師による宗教的ケアの内容が明らかとなった訳だが、それは医療臨床に宗教者が不在であることによって、看護師が「患者の宗教的話しに関心を示す」「患者の宗教活動を容認・補助する」「宗教者によるケアを実現する」「共に存在し、祈る」など、直接的、間接的に宗教的ケアを行っている現状が明らかになった。この調査結果は、医療臨床において看護

師による宗教的ケアの具体的な行為が明らかとなると共に、宗教的ケアを行う上での苦悩が浮かび上がったことに注視しなければならない。

2.3 小野らによる第三次調査

小野らによる第三次調査では、看護協会主催の看護研修会への参加者525名を調査対象とし、その中からさらに終末期患者の看護経験を有する看護師179名⁽¹³⁾を対象とした調査を行っている。

この調査について注目したいのは、第二次調査に引き続いて設問されている「終末期患者の宗教的ケアを行う上で不足を感じた経験の有無とその内容」と、新たに加えられた「ターミナルケアに宗教家が参加する必要性の有無と宗教家に求めるケア内容」である。便宜上、後者をさらに「ターミナルケアに宗教家が参加する必要性の有無」と「宗教家に求めるケア内容」とに分けて論じる。

まず、「終末期患者の宗教的ケアを行う上で不足を感じた経験の有無とその内容」であるが、不足を感じた経験のない看護師は146名(81.6%)と高い割合が示されている。宗教的ケアを行う上で不足を感じた経験がある看護師は、33名(18.4%)であり、そのうち23名(69.7%)が記述式で不足に感じた内容を記している。

23名によって宗教的ケアを行う上で不足と感じたものは、大きく四つに分類され「病院における宗教的体制」「信仰心」「具体的対応能力」「宗教に関する知識」であった。

「病院における宗教的体制」には、祈る場のなさ、仏壇の必要性といった病院設備の問題といった病院自体の宗教的な配慮不足が挙げられている。「信仰心」や「宗教に関する知識」は、回答した看護師自身の信仰心のなさや宗教への知識不足に起因して、ケア対象者への宗教的ケアができない悩みが吐露されており、医学教育における宗教学等の教育の必要性が窺われる。

「具体的対応能力」に関しては、回答が多岐にわたっているが、筆者なりに分析すると大きく2つに分けられる。それは具体的な対応を看護師だけで行おうとする場合に能力不足を感じる場合と、外部の宗教者を導入する場合にどのような対応をとるべきかについて能力や知識が不足している場合である。

この外部の宗教者導入と関連する設問が、次に見る「ターミナルケアに宗教家が参加する必要性の有無」である。ここでは、宗教家が参加する必要があると考える看護師は142名(79.3%)であり、参加する必要がないと考える看護師は32名(17.9%)であった。実に8割近い看護師が、ターミナルケアに宗教

家が参加する必要性があると考えていることが明らかにされている。

加えて、「宗教家に求めるケア内容」については、「患者の希望や求めに応じた宗教的（専門的）関わり」「患者の死の恐怖・不安の軽減と死の受容ができるような関わり」「患者の心のケア・心の支えによる安らぎの提供」「家族への精神・心理的援助」「看護婦への宗教的知識の提供」の大きく6つが記述式から分類されている。

特に回答した看護師が求めている宗教者への具体的関わりについて、「患者の希望や求めに応じた宗教的（専門的）関わり」の記述式回答内容から拾いだしてみると、宗教的な会話、読経、お祈り、洗礼、宗教的儀式、説法・説教が挙げられており、看護師が期待する宗教家による具体的な宗教的ケアの一例が示されていると言える。患者や家族に対するそれ以外の関わりについては、死の不安などを傾聴しつつ死の受容や心のケアを行うことが期待されている。

「看護婦の宗教的知識の提供」については、先にあった宗教に関する知識のなさから、宗教的ケアを行う時に対応能力の不足を感じており、それを補う為に宗教者の関与が必要であるとの認識がなされていると読みとれる。

この小野らによる第三次調査によって、終末期患者に関わる看護師が、「病院における宗教的体制」には、祈る場のなさ、仏壇の必要性といった病院設備の問題といった病院自体の宗教的な配慮不足、宗教的ケアを行う上で不足している部分と、8割近い看護師が宗教家の参加を求めていること、そして宗教家に求める具体的なケアの内容が明らかとなった。

2.5 大森・小野の研究の限界とその他の研究

大森らの一連の研究によって患者の持つ宗教的ニーズ、臨床の看護師から宗教的ケア提供者として宗教家が高い割合で求められていること、宗教的ケアの具体的な内容、宗教的施設の必要性などが明らかとなった。これらの一連の研究は、臨床の看護師を対象にした宗教的ニーズやケア、宗教的施設の必要性や、宗教家の参加について等を明らかにしている点で高く評価されるべきである。だが、あくまでも2県のみを看護師を対象としている点や、医療従事者の中でも看護師のみを対象とした調査であるといった限界を指摘しておく必要がある。

その限界を踏まえた上で、筆者は、大森・小野らによる調査の問題点を補うものとして、わが国の全ての緩和ケア病棟を対象にスピリチュアルケア提供者としての宗教家の関与を調査した菊池和子・山口三重子・田村恵子らの調査を取り上げてみたい。⁽¹⁴⁾

菊井らの調査は、宗教的ケアやニーズを直接調査している訳ではないが、宗教との関連についての自由記述から看護師の宗教（者）へ求める宗教的ケアを読み取ることができる点で有用である。

菊井らの研究成果で最も注目されるのは、緩和ケアチームに宗教家の参加の必要性を問うている設問に対して、「チームメンバーとして必要（18.6%）」「必要に応じて必要（79.0%）」「原則として必要ない（1.2%）」「無回答（1.2%）」という結果が示されており、回答のあった緩和ケア病棟のうち、97.6%が宗教家の参加の必要性を認めているという結果である。この調査では、緩和ケア病棟の施設長宛に質問用紙を送付しており、回答者の職種は特定できない。だが、チャプレンやビハラー僧が緩和ケア病棟の施設長をしているところはなく、また質問項目から宗教者が回答するようなことは考えにくい。おおよそ医師や看護師、MSW、医療事務など医療系専門職が回答していると捉えてよい。

また、回答がなかった施設もあるが、全国の緩和ケア病棟に質問用紙を送付していることから、緩和ケア病棟に限っているものの実質的に全国調査と呼んで差し支えない。

よって、大森・小野が行った調査では対象は看護師であるという限界があったが、菊井らの調査は看護師以外の医療関係の職種も入った回答であり、かつ全国的な調査と見做すことができる。そして菊井らの調査によっても、大森・小野らの調査研究と同様に、医療従事者からの回答として、終末期患者のケアに宗教家の参加が必要であるとの結果が明らかになったのである。

もう一点菊井らの調査において、特に本稿と関連する部分について述べておきたい。菊井らの調査には、宗教との関連についての設問があり、記述式回答の要旨を見ると、チャプレンの訪室や、祈りや賛美歌、お別れ式など具体的な宗教的ケアへの肯定的意見がある。一方で、特定宗教に偏ることを問題視する声や、特定宗教による斡旋や布教活動などを危惧する声も聞かれ、賛否が別れている。

また、「公立病院のため、宗教家に頼めない。参加があれば助かると思う」といった意見や、「共通の宗教的・精神的理念を打ち出している病院がうらやましい」といった声もあり、大森・小野らによる調査にも挙がっていた病院における宗教的体制に対する不足や配慮のなさに伴う宗教的ケアの不足感と重なる。

こうした不足感に対し、本稿冒頭に挙げた岡部健によって提唱された日本版チャプレンである臨床宗教師は、特定宗教の立場を超えた協力体制の元で患

者・家族をケアしていこうとする姿勢を明確にして応えていこうとしていると捉えることができる。特に、公立病院において臨床宗教師が雇用されたケースは、菊井らの調査への回答にあるような特定宗教に偏ることを問題視する声を乗り越えた体制作りとケア教育によって医療界の宗教的ニーズに応えたモデルケースと言えよう。

3 一般人が求める終末期医療における宗教的ケアへのニーズ

さて、ここまで看護師や、終末期医療に関わる看護師、緩和ケア病棟の施設長など医療従事者による宗教的ニーズや宗教家への関わりを求める声を見てきた。では、がんに罹患していない一般の人々は、自分ががんなどの病に罹患し、死が眼前に迫った状態で医療に臨む時、病院などの医療施設で宗教(者)を必要とするのであろうか。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による全国の男女1000人を対象とした「ホスピス・緩和ケアにおける意識調査」では、「死に直面したときに、宗教は心の支えになるか」と尋ねたところ、「なると思う」と回答した人が54.8%と過半数を占めた。同財団が2008年に行った調査と比較すると、「心の支えになると思う」と回答した人は39.8%から54.8%と15ポイントも増加しており、また、「信仰の度合い別」において、最も信仰度合いが高いとされる「信仰しており、よくお参りや礼拝・読経をしたり、会合に参加している」人の回答では、93.8%の人が「心の支えになる」と回答している⁽¹⁵⁾。

また、大森らは一般人179名に対して一般医療施設における宗教的ケアに関する意識調査を行っている⁽¹⁶⁾。大森らは調査の結果を次のように報告している。まず、対象者による一般医療施設における宗教的ケアに関する意識調査において、宗教的行為の場が必要であると考える一般人は、47名(26.3%)、考えない者は49名(27.4%)、分からないと回答した者は82名(45.7%)、無記入1名(0.6%)であった。

次に、一般医療施設における宗教家の存在の必要性について、必要に応じて関わる事の可能な宗教家が必要であると答えた一般人は58名(32.4%)、考えない者は35名(19.6%)、分からないと回答した者は85名(47.4%)、無記入が1名(0.6%)であった。

この調査結果から、一般人が一般の医療施設において宗教的行為の場が必要であると考える人が2.5割強、宗教家の存在の必要性については、「必要に応じて」と限定されているが、必要であると答えた者は3割を超えている。

この調査結果から、宗教的背景が無く、かつ終末期だけに限らない一般医療施設において、一般の人々が2.5割から3割強の割合で宗教的行為の場や宗教者を求めていることが明らかとなった。

大森らは、一般医療施設に宗教的行為の場と宗教家の存在の必要性に関する調査結果について、回答者の信仰の有無についても分析し、総合して次のように述べている。

日常生活において宗教あるいは宗教家との接触が少ない一般人にとっては、一般医療施設においても宗教的行為が可能な場や宗教家の存在の必要性を感じておらず、宗教家との接触を必要と考える者が少ないといえよう。しかし、その割合は2割と少なかったが、信仰する宗教を持っており、特に日常生活において、何らかの宗教行為をしている人々にとっては、一般医療施設においても宗教に基づく宗教行為の継続、宗教家との接触を望んでいると捉えることができよう⁽¹⁷⁾。

信仰を持つ人々が行っている何らかの宗教行為とは、「仏壇や神棚に参ったり祈る」「読経・勤行をする」「寺や教会などに通い、説教や講話を聞く」などが調査報告に挙げられている。宗教的背景を持った病院であれば、何らかの宗教的要素に触れることは可能かも知れない。しかし、わが国の一般的な医療施設に入院した場合、これらの宗教行為の継続は困難となる。よって信仰を持つ人々は一般的医療施設に入院した際に宗教的ニーズを持つことになる。

さらに、大森らの調査では一般人が必要であると考えた「宗教家に望む関わり」が含まれている。これは一般医療施設において宗教家の存在が必要であると考えたと回答した58名のうち、宗教家に求める関わりを記述した47名50記述（重複あり）の分析にもとづく。それらには大別して「心の安らぎや救いが得られるような関わり」、「心や精神面での支えになるような関わり」、「死の恐怖や不安の軽減および死が受け入れられるような関わり」、「話し相手や相談相手」、「必要な人への関わり」、「死生観や最期の生き方などの宗教的な教えや導き」の六つが大カテゴリーとしてまとめられている。

これは一般の人々が、日本の医療施設の中で求める具体的な宗教的ニーズであり、潜在的に持っている宗教（者）への期待として捉えなければならない。我々宗教者は、これらが一般の人々の宗教的ニーズであることを知っておく必要がある。

さて、こうした一般の人の中でも信仰を持つ人々が日常的に行っている宗教行為が継続できなくなることによって生じる苦悩は宗教的ペインと言われる。宗教的ペインについて窪寺俊之は、国内外で病院チャプレンを務めた経験から次のように定義をしている。

宗教的ペインは多少とも、日常生活の中で特定の宗教をもち、その宗教の教えを学び、宗教礼典に参加している。それが病や死によって、断絶したり、継続不能になることで起きる苦痛である。例えば、「礼拝に出席できない」「一緒に祈る人が側にいない」というように、宗教的慣習や宗教的生活の継続が不可能になったために起きる苦痛である。⁽¹⁸⁾

大森らは、窪寺の言う宗教的ペインについて論じている訳ではないが、一般人に含まれる信仰を持った者にとって、一般の医療施設においても宗教行為の継続や、宗教的行為の場、宗教家との接触を望んでいることを明らかにしたところにポイントがある。日本人は無宗教であるから、宗教家の関与は必要ないといった認識が現在もなされているとするならば、大森らの調査にもとづいて改められる必要がある。

4 宗教者による医療における宗教的ケアへのニーズ

ところで、宗教者側からも一般の人々と同じように、宗教的ケアに関するニーズがある。ここでは医療現場に身を置いた経験を持つキリスト教者、仏教僧侶、僧侶兼医師である3名の言葉を取り上げたい。

まず、日本におけるパストラルケアの指導者であるワエルデマール・キッペスは自身が見舞った友人とのエピソードを披瀝しながら医療界の宗教的行為への意識のなさを嘆いている。少し長くなるが、引用しておきたい。

同じ年の3月下旬、数年前から入院している知人を見舞いました。声がほとんどだせないこの知人は、会話を紙のキーボードで行います。6人部屋にいたため、会話のできる場所を車椅子で探しましたが、見つけれず、狭い廊下のベンチに座りました。プライバシーはあまりありません。知人はキーボードを指さしながら、「た・く・さ・ん・な・き・た・い・こ・と・が・あ・る」、「たくさん泣きたいことがある」と2回繰り返しました。共に祈り、共に賛美歌を歌いました。やはり廊下を歩き交う人の前で、プ

プライバシーがありません。祈ることはプライバシーを要求します。心のケア、つまり身の上相談、懺悔、聖体拝領（イエス・キリストの最後の晩餐の記念）を行うためには、プライバシーがどうしても必要です。以前にも知人の車椅子を外まで押したことがあります。このときは、タクシー乗り場の脇のベンチで、祈り、賛美を歌い、聖体拝領を行いました。医療界は心のケアを可能にする設備がないというよりも、そのことを意識していません⁽¹⁹⁾。

キッペスによって「心のケア」と呼ばれているのは、「祈り」「賛美歌」「懺悔」「聖体拝領」といった具体的な宗教儀礼による宗教的ケアである。こうした宗教的ケアはプライバシー保護の問題を抱えており、それらを行う設備や空間といった場所と宗教的ケアへの意識が必要であることをキッペスは訴えている。

では、仏教者からはどうであろうか。谷山洋三は長岡西病院ビハーラ病棟でビハーラ僧として勤務していた時代に、見学に訪れた熱心な仏教者から患者への積極的な説法を求める叱咤に対して、「全ての患者が仏教的なものを求めてビハーラ病棟に入院しているのではない」「仏教的な何かを求めるなら、病院ではなくお寺に行くはずである」「本気で宗教を求めるなら、宗教者を呼び寄せるであろう」と反駁している。その上で、谷山は次のように述べる。

宗教者を病院に呼ぶことが容易にできる社会なら、そもそもビハーラ運動は必要なかったはずである。現代日本は、事実として、公共の場において信仰が尊重されない社会なのである。隣国の韓国には、国立ソウル大学附属病院に仏間とチャペルがある。台湾の国立台湾大学附属病院も同様である。病で多くの人が苦しむ場所に、祈るための空間も用意されていない⁽²⁰⁾。そのための雰囲気すら感じられないという状況は、大変不幸なことである。

谷山は、韓国や台湾の国立の大学病院に仏間やチャペルといった宗教的空間が用意されていることを引き合いに出し、日本においては神仏に祈る場所すらないことを不幸であると断言する。キッペスも谷山も、日本の病院における宗教的施設のなさを宗教者の立場から嘆いているものとして捉えることができる。

また、住職を務める西明寺境内に普門院診療所を設け、自らも医師として診察をしている田中雅博は、スウェーデンで行われている入院患者に対する公立

図書館職員による配本サービスと、日本の図書館職員のサービスを比較した後で、キリスト者による宗教的支援の一例を紹介して次のように述べている。

キリスト教のお坊さんもそうなんです。病院の待合室に聖書がいっぱい置いてある。「その聖書はどこから？これは病院で買ってるんですか？」と訊いたら、病院は特定の宗教だけの本を買うなんていうことはしないわけですが、近くのキリスト教会の人が待合室に本団を置いて、そこへ補充していくんです。これからがんの告知を受ける、もしくは「あなたはアルツハイマーです」と認知症の告知を受ける、これから夕陽が沈むように人生の最期を迎えます、というような厳しい話を聞かされる場所で待っている患者さんが、聖書を読んでいるわけですよ。そういう支援が行われているんです。⁽²¹⁾

確かに田中が述べている宗教的支援は、患者にとって聖書が身近なところに置かれるように配慮するものであり、谷山の言葉を借用すれば「宗教的資源の活用」としての宗教的ケアとして機能している。これを日本にも導入したいというのが田中の念願であり、実際に自身が勤務する病院には、観音菩薩像と两部曼荼羅が安置され、患者が宗教的行為を行える場が設けられている。

このように、医療臨床に携わった経験を持つ宗教者から宗教的な行為を行う場を求める声は大きい。ただ、キップス・谷山・田中のように一概に日本の宗教的な行為を行う場や、環境のなさを責めるわけにはいかない。それは前節までみてきたように、臨床で医療に従事する者たちは、公立病院であっても祈りの場や仏壇といった宗教的施設、宗教的行為の場の必要性を感じており、医療者としては答えきれない苦悩を引き受けていたことや、患者の持つ宗教的ニーズへと答えようと、時に患者と共に祈りを捧げる医療者がいることを覚えておかなければならない。その上で宗教者がこの現実をどう受け止めるかが問われなければならない。

5 「患者の権利に関するリスボン宣言」からの観点

ここまで医療者を中心に、一般人や宗教者における宗教的ケアとニーズに関する論考を取り上げてきた。医療臨床に従事したことのない宗教者にとって、これほど医療者が宗教的ニーズやケアについて論じていることに驚きを感じるかも知れない。医療者は、実際に老病死の苦悩に向き合いながら生きるケア対

象者に接し、人間の生き様を見続ける中で、患者の発する具体的な宗教的なペインや宗教的ニーズを実感している。その上で、ケア対象者に資する宗教的ケアとは何かを模索しているのである。

また、医療臨床に携わってきた宗教者側からも、医療に対して、宗教的ニーズに応えて欲しいという要望がある。両者とも、医療の現場で、患者の持つ現実の苦悩に向き合う者たちの中から宗教的ケアが必要とされてきていると捉えることができる。

そうした両者のニーズが、医療機関での臨床宗教師の採用につながっているという側面があると筆者は捉える訳だが、ここでもう一つの観点を加えて考えみたい。

それはいかなる病者も患者の権利として、宗教的ケアを受ける是非を決めることが可能だということである。そして医療者は、そのことを医学教育の中で学んでいるのである。

医療者が医学教育で学ぶ倫理学の中には、例えば、医学生であれば古代ギリシャのコス島の医師であり、西洋医学の祖と称されるヒポクラテスによる「ヒポクラテスの誓い」⁽²²⁾や日本医師会による「医の倫理綱領」があり、看護学生であれば「看護師の倫理綱領」⁽²³⁾や「ケアリングの倫理」などがある。

他の医療従事者もそれぞれ専門職倫理を学ぶことになっているのだが、ここで取り上げるのは、全ての医療従事者及び医療組織が認識し擁護すべき、患者の権利を謳った世界医師会による「患者の権利に関するリスボン宣言」である。

この世界医師会による「患者の権利に関するリスボン宣言」は、「1. 良質な医療を受ける権利」「2. 選択の自由の権利」「3. 自己決定の権利」「4. 意識のない患者」「5. 法的無能力の患者」「6. 患者の意思に反する処置」「7. 情報に対する権利」「8. 守秘義務に対する権利」「9. 健康教育を受ける権利」「10. 尊厳に対する権利」「11. 宗教的支援に対する権利」という全11条からなっている。ここで確認しておきたいのが、第11条「宗教的支援に対する権利」である。そこには次のように示されている。

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、⁽²⁴⁾道徳的慰問を受けるか受けないかを定める権利を有する

この「患者の権利に関するリスボン宣言」における「宗教的支援に対する権利」について、日本医師会が「精神性」と訳している言葉は原文では spiri-

tualであり、mentalやpsychologicalではない。世界医師会は、あくまでmentalやpsychologicalの領域では捉えきれない領域について言及していることをおさえておかなければならない。むしろ第11条の条項に用いられているreligiousを用いず、spiritualとしているところには、宗教の個人化世俗化が世界的に進み、「Not religion but spiritual (NRBS)」と言われるように、特定の宗教(教団)には属していないが、宗教的であると標榜する人々が増加していることが反映されていると考えられるが、本稿ではspiritualを広い意味での宗教性として捉えておくに留めたい。⁽²⁵⁾

さて、本論に立ち返ろう。このような世界的な患者の権利について考え方は、主に1970年代以降の米国で起こった医療倫理上の重大事例の発生や、社会運動としての消費者運動⁽²⁶⁾や公民権運動が医療分野に波及した結果であることがすでに指摘されている。では、「宗教的支援に対する権利」⁽²⁶⁾に関してはどうか。

直接的に「宗教的支援に対する権利」について触れてはいないものの、米国における患者の権利として宗教的な支援を受けることについて、米国でのチャプレン養成のスーパーヴァイザー経験を持つ伊藤高章は、北米におけるスピリチュアルケア専門職であるチャプレンによるケアには、四つの流れが合流しているものであるとした上で、第一に人権問題を取り上げ、「日本においては完全に見落とされている視点であろう」と指摘している。⁽²⁷⁾

伊藤は、米国の医療関係機関認定組織であるThe Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)が定める認定基準に、「患者は、個人としての尊厳を尊重され、文化的、心理社会的、霊的な価値観に十分配慮したケアを受ける基本的な権利がある」と示されていることを挙げる。この権利は、人生の危機的状況下にある患者を抱える病院が持つ当然の構成要素として、人間が求める信仰生活が常に保証されるよう病院側に求めている。チャペルや黙想室が置かれている米国の病院状況は、この条項に応じ、病院側がチャペルや黙想室のような宗教的設備を設ける一方で、患者のケアに当たるチャプレン等の専門職を迎え入れることにしている。⁽²⁸⁾

実際に、スピリチュアルケア専門職トレーニングであるClinical Pastoral Education(臨床牧会教育)を米国ペンシルヴァニア州立病院で受けた木村登紀子によれば、米国の場合、州立病院であっても宗教的設備が設けられており、キリスト教だけではなくイスラム教や仏教、そして驚くべきことに神道にも対応できるようにと祭壇が工夫されていたと記している。⁽²⁹⁾

伊藤の指摘や木村の記録からは、米国における患者の持つ宗教に関する人権の問題から波及した患者が信仰する諸宗教への対応の幅広さを知らされる。

しかし、「宗教的支援に対する権利」について、米国と異なり、多くの人が「無宗教」であると自認する日本に持ち込むのはそぐわないと考える人もいるかもしれない。だが、先に見てきた調査や医療者の取り組みを見る限り、そのような意見はもはや医療現場においては退けられなければならない。さらに言えば、米国から世界に波及した患者の権利に関する議論の中には、無論、日本も含まれている。この点については WHO 健康定義改正論議と同様に、患者の権利というグローバルな視点からの議論の中にあることを念頭に置いて考えなければならない。

患者の権利を守るためのグローバルな動きとして、各医療機関では原則や遵守事項が患者や職員に周知されるよう各医療施設での掲示や、インターネット上のホームページに掲載されていることが指摘されているが、日本の医療従事者は「患者の権利に関するリスボン宣言」第11条についてどのように対応しているかを確認しておこう。

先に取り上げた日本医師会ホームページでは「患者の権利に関するリスボン宣言」の掲載のみであり、第11条への対応は示されていなかった。だが、日本最大の看護職能団体である日本看護協会ホームページでは、「患者の権利に関するリスボン宣言」と各条項への対応と解説が掲載されているが、⁽³¹⁾以下、日本看護協会の第11条への対応例と解説を取り上げて考察してみたい。まず、対応例は以下のように示されている。

佐藤さんはある宗教の熱心な信者であった。佐藤さんは、「他の信者たちがお祈りのために見舞いに来るが、入院している大部屋で『祈りの会』を開催してもよいか」と看護師に問い合わせた。看護師は、他の患者の迷惑にならないように会場を別の静かな場所に設けることが可能であることを説明し、そこで信者たちもゆっくりくつろいでもらうことを提案した。佐藤さんは大変喜び、信者たちにその旨を連絡した。

続いて、この例の解説として、日本看護協会は次のような一文を加えている。

患者が信者との交わりを希望した場合、患者のこころの支えとなっている信仰を尊重し可能な限り対応していく必要があります。宗教上の交わりに

関する患者からの申し出を断ったり、信者たちの病室への出入りを拒否するような場合、この権利が守られていないことになります。

この日本看護協会による患者の「宗教的支援に対する権利」の対応例では、患者からの宗教的ニーズである「他者からの祈りを受ける場所への求め」に対して、看護師は患者からの宗教的ニーズに耳を傾けて、別の静かな部屋を用意することを提案している。これによって訴えた患者は、自らが希望する仲間の信者による「お祈り」という宗教的ケアを受けることが可能になり、宗教的ニーズが満たされるということになる。逆に解説では看護師が訴えや、信者の訪問を拒否することは「宗教的支援に対する権利」を守らないことになると説明している。

さらに、この例からは、訴えのあった患者の宗教を尊重した対応であると共に、同じ大部屋に入院している他の患者への迷惑にならないような気遣いを読み取ることができる。宗教的ニーズの訴えのあった患者とは異なった信仰を持つ患者が同室であった場合、他の宗教のお祈りを聞きたくないというケースも想定される。訴えのあった患者だけではなく、他の患者が持つ、「他の宗教のお祈りを聞きたくない」という潜在的な宗教的ニーズへの配慮にもつながる。また、特定宗教の信仰を持たないものや宗教に嫌悪感を持つ患者にとっては、多くの信者が病院の一室に集まることに奇異を覚えるケースも想定される。別の静かな部屋を用意するという他の患者への宗教観への配慮も、この「宗教的支援に対する権利」についての日本看護協会の対応例に示されていると捉えることができる。

さきに大森らの研究から看護師が実践した宗教的ケアを確認したが、その内容は、「患者の宗教的話しに関心を示す」「患者の宗教活動を容認・補助する」「宗教者によるケアを実現する」「共に存在し、祈る」であった。この日本看護協会による「宗教的支援に対する権利」の対応に照らし合わせた解釈を試みると、まず「患者の宗教的話しに関心を示す」して宗教的ニーズを捉え、他の患者に配慮しながら大部屋とは別な「静かな場所を設け」ることによって「患者の宗教活動を容認・補助する」ことを実現することになる。

看護師による宗教的ニーズやケアへの対応は、臨床現場で実際に患者から生じた苦悩への対応によるものであることは先に考察した大森らの研究からも明らかであった。だが、先に考察したように、対応の基盤となる宗教的な知識不足や対応能力不足を訴える声もあり、看護師自身が苦悩していたのであった。

そうした医療における現実的な問題と共に、筆者が論じたような米国から世界へと波及した患者の持つ「宗教的支援に対する権利」も一つの観点であり、患者の宗教的支援に対する権利擁護のために日本看護協会が対応例を示していることの意義は大きいと言える。

まとめ

本稿では、WHO 世界健康定義改正論議と同時期に行われた大森・小野らの調査を中心に、終末期医療における医療者の宗教的ニーズの高さを確認すると共に、その限界を指摘した。その上で、筆者独自の視点として医療者が宗教（者）に関与を求めるのは、「患者の権利に関するリスボン宣言」第11条にある「宗教的支援に対する権利」を擁護する為であることを論じた。

医療者からも、宗教者からも病院内における宗教的ケアや宗教者、宗教的施設の必要性が訴えられてきたことが明らかとなった訳だが、こうした調査をもとに、宗教者側がより一層、積極的に医療に関与していくことが求められる。

ただし、これは筆者の自戒も込めて付言しておくが、宗教者が主役になることと心得違いをしてはならない。病院での主役は、あくまでも患者や家族、医療従事者であって宗教者ではない。宗教者は必要に応じて対応することが求められるのであって、勝手気ままな振る舞いは認められない。勿論、自らの信ずる宗教を是とすることは心に持ちつつも、他宗教を信仰する患者や家族を排他的に見ることや排除するような姿勢は、本稿で述べた患者や家族の信仰生活が続くようにサポートする「宗教的支援に対する権利」の観点からもあってはならない。これらの点に留意しながら、医療者との協働によって患者・家族をケアしていく臨床宗教師などの宗教者育成が望まれる。

なお、本稿では宗教的ニーズに絞ったため、宗教的ケアの具体例や、臨床宗教師と一般の宗教者の違い、チャプレンやピハラー僧らによる医療界における先駆的な活動について論じる事ができなかった。これらは今後の課題としたい。

【参考文献】

- 岡本宣雄「スピリチュアリティを焦点としたケアのアプローチモデルに関する研究—パストラルケアにおけるアセスメントの研究史から—」(『川崎医療福祉学会誌』Vol.20 No.1, 2010年)
- 鈴木岩弓「臨床宗教師の誕生」『他者論的転回—宗教と公共空間—』(ナカニシヤ出版, 2016年) 所収
- 田宮仁『「ピハラー」の提唱と展開』(淑徳大学総合福祉学部研究叢書25, 学文社,

2007年)

早島理「いのちの終わりをみつめ合う～医療者と仏教者の対話～」(JSPS 科学研究費2014年度研究成果報告書, 基盤研究 C 26370061)

註

- (1) 産経新聞2015年6月22日付朝刊第1面(京都版)
- (2) 杉田暉道・藤原壽則『今なぜ仏教医学か』(思文閣出版, 2004年) 154～155頁
- (3) スピリチュアルケア事例検討集作成グループ『スピリチュアルケア事例検討集—対応に困難を感じた場面とその意味—』「エキスパードディスカッション—スピリチュアルケアと“宗教・信仰”」(日本ホスピス・緩和ケア振興財団, 2011年) 130頁, 田代志門の発言より。
- (4) これらをまとめた研究として, 柴田実・深谷美枝『病院チャプレンによるスピリチュアルケア—宗教専門職の語りから学ぶ臨床実践—』(三輪書店, 2011年) や拙稿「スピリチュアルケアの言語論的展開」(桃山学院大学機関リポトリジ, 2014年)がある。
- (5) 谷山洋三『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, 2016年) 117～121頁
- (6) WHOの健康定義改正の動きについては, 厚生省国際課にて1999年までWHOの健康定義改正に関わった津田重城の論考に詳しい。津田重城「WHO憲章における健康の定義改正の試み—「スピリチュアル」の側面について—」(『ターミナルケア』10-2, 2000年)
- (7) 厚労省 (http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1_6.html) 2016年8月16日アクセス
- (8) Koenig Harold G. *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet* (Templeton Science and Religion Series, Templeton Foundation Press, 2008) ハロルドG.コーニグ著, 杉岡良彦訳『スピリチュアリティは健康をもたらすか—科学的研究にもとづく医療と宗教の関係—』(医学書院, 2009年)
- (9) 神谷綾子は, 「日本死の臨床研究会」における議論からスピリチュアルペイン/ケアの訳語の変遷を三期に分けている。まず, 第一期の1970年代後半から80年代前半は, 宗教的痛み/宗教的ケアと翻訳され, 第二期の1980年代後半から90年代前半はそれらに霊的痛み/霊的ケアの訳語が当てられ, 第三期1990年代後半から2000年にかけて, 英語表記のままか, カタカナ表記でスピリチュアルペイン/ケアに落ち着いていくと論じている。神谷綾子「スピリチュアルケアということ」(カール・ベッカー編著『生と死を考える』法蔵館, 2000年) 所収
- (10) 大森美津子・高木永子・小野幸子「臨床看護婦の終末期患者の宗教的ニーズとケアに関する意識」(『香川医科大学看護学雑誌』第2巻第1号, 1998年)
- (11) 小野幸子・大森美津子「臨床看護婦の終末期患者の宗教的ニーズとケアに関する実態—終末期患者の看護経験者より—」(『香川医科大学看護学雑誌』第3巻第2号, 1999年)

- (12) 大森美津子・小野幸子「臨床看護婦の終末期患者の宗教的ニーズとケアに関する意識と実態—終末期患者の看護の経験者より—」(『日本看護学教育学会誌』8(2), 1998年), 小野幸子・大森美津子「臨床看護婦の終末期患者の宗教的ニーズとケアに関する実態—終末期患者の看護経験者より—」(『香川医科大学看護学雑誌』第3巻2号, 1999年)
- (13) 小野幸子・大森美津子「臨床看護婦の終末期患者の宗教的ニーズとケアに関する実態—第三報: 宗教的ケア上の不足と宗教家の参加に関して—」(『香川医科大学看護学雑誌』第4巻1号, 2000年)
- (14) 菊井和子・山口三重子・田村恵子「わが国の緩和ケア病棟におけるスピリチュアルケア提供者の現状と課題—宗教家の関与に視点を当てて—」(『死の臨床』Vol. 29 No. 1, 2006年)
- (15) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」<http://www.hospat.org/research-311.html> (2016年9月4日アクセス) なお, 同財団が行った2008年調査での同様の質問項目では「分からない」と回答した人が43.4%と半数近かったのだが, 今回の調査では26.2%と減少していることの要因として, 東日本大震災における犠牲者の弔いや遺族へのグリーフケアに宗教(者)が活躍したことによる影響が指摘されている。
- (16) 大森美津子・小野幸子「一般人の一般医療施設における宗教的ケアに関する意識」(『香川医科大学看護学雑誌』第5巻第1号, 2001年) 90頁
- (17) 大森美津子・小野幸子「一般人の一般医療施設における宗教的ケアに関する意識」(『香川医科大学看護学雑誌』第5巻第1号, 2001年) 95頁
- (18) 窪寺俊之『スピリチュアルケア学序説』(三輪書店, 2004年) p45。筆者は, 窪寺による宗教的ペインがより多様性を持ったものであると捉え, 高齢者施設における参与観察によって利用者の声を拾い, それを元に「宗教的なことからの喪失に伴う宗教的ペイン」を発表している。拙稿「高齢者施設の利用者における宗教的ペイン」(『真宗学』134号, 2016年)
- (19) ウェルデマール・キッペス『心の力を活かす スピリチュアルケア』(弓箭書院, 2012年) 127頁
- (20) 谷山洋三「ビハラー病棟での実践に基づく理論構築に向けての第一歩」(『日本仏教会年報』67, 2002年)
- (21) 田中雅博『進行がんになった医師で僧侶が語る「がんで死ぬのは怖くない」仏教と医療の再結合・スピリチュアルケア』(阿吽社, 2015年) 105頁
- (22) 「ヒポクラテスの誓い」は, ヒポクラテスだけの手によるものではなく, 彼の所属していた医師集団の手によるものと考えられている。(宮坂道夫『医療倫理学の方法—原則・手順・ナラティブ』第2版(医学書院, 2011年) 4頁参照。
- (23) 看護師が宗教に関連して学ぶことの出来る機会として「看護者の倫理綱領」がある。「看護者の倫理綱領」第2条に「看護者は, 国籍, 人種・民族, 宗教, 信条, 年齢, 性別及び性的指向, 社会的地位, 経済的状态, ライフスタイル, 健康問題の性質にかかわらず, 対象となる人々に平等に看護を提供する。」とあり, 解説として「すべての人々は, 平等に医療や看護を受ける権利を有している。

看護における平等とは、単に等しく同じ看護を提供することではなく、その人の個別的特性やニーズに応じた看護を提供することである。看護者は、人々をその国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向（同性愛・異性愛などの指向の別をいう）、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質によって差別しない。また、看護者は、個人の習慣、態度、文化的背景、思想についてもこれを尊重し、受けとめる姿勢をもって対応する」となっている。日本看護協会ホームページ <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (2016年8月16日アクセス)

- (24) 日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html> (2016年8月16日アクセス) なお、英訳は以下の通りである。World Medical Association. Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient.11.Right to religious assistance. The patient has the right to receive or to decline spiritual and moral comfort including the help of a minister of his/her chosen religion.
- (25) 宮嶋俊一「終末期医療におけるスピリチュアリティとスピリチュアル・ケア」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学4 終末期医療』（丸善出版、2012年）163頁
- (26) 宮坂道夫『医療倫理学の方法 原則・手順・ナラティブ』第2版（医学書院、2011年）21～22頁
- (27) また、伊藤は日本の医療機関に対して、信仰生活を入院患者の権利として保障する必要、また宗教者を養成する社会的責任を意識したことがないのではないかと批判している。伊藤高章「医療・宗教・スピリチュアルケア」（『こころの臨床 à la carte』24（2）星和書店、2005年）199頁。なお、JCAHOは現在のJoint Commission（JC）である。日本でも医療ツーリズムに対応してJCの国際部門として1994年に設立されたJoint Commission International（JCI）の認証を受ける病院が増えてきている。なお、JCIの認定・認証プログラムの特徴の1つに、「認定過程はそれぞれの国の法的、宗教的、文化的要素に配慮がなされている。つまり、基準には患者の医療と安全性と質に関して均一化された高いハードルを設定しているが、そのハードルへのコンプライアンスに関しては、各国別の配慮が認定の一部として含まれている」とある。『ジョイント・コミッション・インターナショナル（JCI）病院認定基準』第4版（財団法人日本新医療財団、2011年）
- (28) 伊藤高章「前掲論文」198頁参照
- (29) 木村登紀子『つながりあう「いのち」の心理臨床—患者と家族の理解とケアのために—』（新曜社、2009年）239頁
- (30) 八木彌生「患者中心の医療」（シリーズ生命倫理学編集委員会『シリーズ生命倫理学』第14巻「看護倫理」（丸善出版、2012年）47頁。八木は「現在の日本医療には、この宣言にうたわれた11項目の権利がすべて守られているとはいえない現状があると考えられる」と述べているが、特に第11条が守られていないと考えるのは筆者だけであろうか。

- (3) 日本看護協会 HP <http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/lisbon/index.html>
(2016年10月1日アクセス)

キーワード 臨床宗教師 宗教的ケア 宗教的ニーズ 患者の権利