

心理臨床家によるスピリチュアルケアの実践についての一考察 —システミックな視点からの検討—

奥野 雅子

I はじめに

スピリチュアルケアの黎明はホスピスにあるという(窪寺, 1999)。ホスピスとは、死が迫っている患者とその家族の苦痛を最小限にすることを主な目的とするプログラムである。スピリチュアルケアは、日本では1980年代以降、医療現場においてガン末期の患者に対してホスピスとして行われてきた。ホスピスは緩和ケアとも呼ばれているが、患者の痛みや症状を緩和するだけでなく、患者とその家族に対する精神面のサポートを行っている。緩和ケアの現場で実践されてきたスピリチュアルケアは、これまでは特に看護スタッフによるケアとして位置付けられてきたといえる(古澤, 2004)。よって、スピリチュアルケアは看護学がいち早く注目し、生死にどう向き合うかといった精神論が展開されてきたのである。欧米の臨床現場ではチャプレン(病院付き牧師)などによって宗教的ケアがいち早く導入されて以来、その歴史は長い(山本, 2014)。このような経緯から、スピリチュアルケアは、宗教者によるケア、あるいは宗教的ケアとして捉えられてきた面がある(鶴若・岡安, 2001)。一方、近年になって心理臨床家が医療現場で緩和ケアのスタッフとして重要な役割を担うようになってきた。現在、心理の専門家はスピリチュアルケアを患者やその家族に対して行っている。この状況は緩和ケアにおけるスピリチュアルケアが心理的ケアの一環として捉えられるようになったためなのではないかと考えられる。そのため、心理臨床家がスピリチュアルケアを実践していくことへのニーズが高まっているといえる。

スピリチュアルケアとは、生きる意味や目的について苦悩している人々に対するケアである。スピリチュアルケアは複数の専門家によって行われているが、その実践のあり方についてはこれまで様々な領域で報告がなされてきた。看護領域では、患者の話を傾聴し共感を示すことを通して、患者と共にいることの重要性が示されてきた(小藪・白岩・竹田・太湯, 2010)。また、患者のそのような苦悩に対する宗教者によるケアとしては、生死に関する事象を扱うことが求められることが指摘されている(福永, 2014)。一方、心理臨床家は、クライアントが生きて行く上での心理的課題を扱い、感情や認知、あるいは他者との関係性などクライアント自身が課題をどう理解するかを援助し、クライアントの問題解決を支援している(奥野, 2017)。このように、スピリチュアルケアはこれまで多職種によってそれぞれの専門的な側面から行われてきたのである。しかし、患者のニーズがどこにあるのかによって求められる専門家が異なることが考えられる。また、スピリチュアルケアにおける専門家間での連携はどのようにすべきかについては未だ議論の余地がある。

そこで、本稿では、心理臨床家によるスピリチュアルケアの実践について着目する。スピリ

チュアルケアを行う多職種の中で、心理臨床家はどのようなアイデンティティを有し支援を行っていくかについて検討を行う。スピリチュアルケアに関わる多職種の中で心理臨床家の役割をシステミックな視点から理論的に検討し、今後の支援のあり方に関する方向性について提言することを目的とする。

Ⅱ スピリチュアルケアの定義

スピリチュアルケアは、生きる意味や目的について苦悩している人々に対するケアであると前述したが、これまで様々な定義が存在している。まず、スピリチュアルケアは「スピリチュアルペイン」から回復するために行われる支援であるとされてきた。「スピリチュアルペイン」は、死に向き合う時に自身の存在に対する葛藤や苦悩のことである（窪寺, 2005）。特に、生の無意味、無価値、空虚などに苦しむことであり、自己の存在と意味の消失から生じる苦痛であると述べられている（村田, 2011）。中島（2016）は、具体的な苦痛の内容を明らかにし、「過去の人生の意味」「罪責感」「死別の悲しみ」「逝く先の不安」「死の恐怖」などで複合的に苦しむことをスピリチュアルペインと捉えている。

終末期の患者が死に向き合う時、全人的苦痛（トータルペイン）を経験するという。それらには、身体的・精神的・社会的・実存的痛みの4つの要因があることが示されている（中里, 2008）。これを図1に示す。この中で、実存的痛みがスピリチュアルペインに相当する。しかし、実際の現場でスピリチュアルケアを実践する際に、この実存的痛みに対する支援に限定することは難しいのではないかと考える。なぜならば、実存的痛みと他の痛みを分けて考えることは困難だからである（奥野, 2019）。実存的痛みは、身体的痛みや精神的・社会的痛みに向き合い続けた際に到達する痛みなのではないかと考えられる。全人的苦痛における各痛みの布置のイメージを図2に示す。

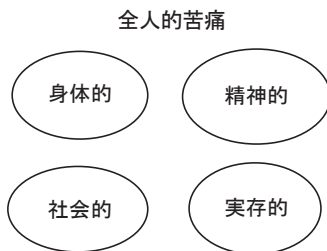


図1 全人的苦痛の分類

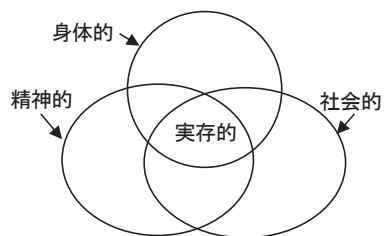


図2 全人的苦痛における各痛みの布置

このように考えていくと、緩和ケアは終末期の患者への全人的苦痛に対する支援であり、4つの要因すべてに対する痛みを緩和する援助であるが、その中でスピリチュアルケアは、厳密に言えば、その痛みが折り重なり実存的な痛み到達した時の支援といえるのではないかと推察される。また、終末期の患者に対する緩和ケアは、「患者の病気」に焦点を合わせるのではなく、「病気をもった人間」として捉える全人的視点に立った上で、患者の人格を最大限に尊重し、患者とその家族のQOLの向上が目標とされる（前滝・田村, 2004）。さらに、スピリチュアルケアは、痛みの緩和ということを超えて、人間的な成長や気づきを促すことも含まれると

考えられる。患者が、人生の最後の局面で、自分の家族や他者との関係をさらに良好にし、患者や周囲の人すべてが幸福を感じられるような支援であることが望ましいと考えられる。

Ⅲ 宗教的ケアとスピリチュアルケア

スピリチュアルケアを実践する専門家は複数存在する。その中でまず、宗教者を取り上げる。宗教者が行う終末期の患者とその家族に対する支援は宗教的ケアと捉えられてきた。窪寺(2004)は、宗教的ケアとスピリチュアルケアが混同されるとし、相違点について明らかにしている。宗教的ケアは既存の宗教がもつ教えや制度をケアの資源とし、スピリチュアルケアは特定の宗教には属さず、患者中心にケアが行われるプロセスだという。宗教には各宗派・教派の教義、礼典、団体の規則があり、その教義が教える人間論などの具体的教えがある。宗教的ケアは苦悩する患者が納得する回答を求める際に、宗教者が特定の宗教のもつ回答を伝え、信仰へと導くことであると説明されている。谷山(2006)も、窪寺(2004)と同じ立場を取り、宗教的ケアではその宗教者が拠って立つ宗教について教義的に導くことであり、スピリチュアルケアは相手の信念に寄り添うこととした。このように、宗教的ケアとスピリチュアルケアの明確な差異が打ち出されている。両者の見解をまとめるとスピリチュアルケアには宗教的教義は含まれないことになる。

一方、終末期の患者は宗教者にどのようなことを求めているのだろうか。宗教者に訴える終末期の患者とその家族が抱える苦悩は、「死んだらどうなるのか」といった死後に関する問いであるという(谷山, 2006; 福永, 2014)。自分の予測できないところに向かっていくということが死への不安として認知されるのだと考えられる。人間の命は永遠には続かず、必ず死が訪れることは科学的にも明確である。しかし、死後の世界がどうなっているのかについての疑問には、人間が判断の基準にしている「科学」では答えることができない。それでもなお、死を経験していない生前の人間にとって、死が自身の身近に迫りそれに向き合う時、自分の存在はどうなってしまうのかについて考えることが突き付けられる。たとえば、死んだ後の自分は少なくとも身体は消失するのか、意識もなくなってしまうのかといったことなどが挙げられる。このように、死に対する思考を反芻しても、死後の世界については科学的な実証が行われていないため、死は自分の意思や思考を超えたものであり、超越的な現象であると言わざるを得ない。そういった超越的現象として捉えられる死についての疑問に対して、宗教者は自身が拠って立つ教義を基に答えを発することが可能である。宗教者としてもさまざまな立場がある。たとえば、キリスト教や仏教、仏教にはさまざまな宗派によってそれらの教義は異なるとはいえ、死後の世界に関する一つの回答を提示することは可能である。

実際、死後についての明確な予測はできないにしても、我々は死や生に対してどのような見方をするかについて、ある程度考えたことがあるのではないだろうか。これらは個人がもつ「死生観」であるといえる。一方、宗教によってもその教義の中にはそれぞれの死生観がある。それらの死生観には死後の世界についての表現が存在している。たとえば、キリスト教では天国に、仏教では極楽に行けるといった信仰がある。また、仏教では因果応報を通して死後には極楽に行くのか地獄に行くのかが選択されるとも述べられている。さらに、仏教には輪廻転生という思想もあり、死後に何度も生まれ変われるといった考え方も古来から人々には受け入れられている。このように、死は終わりではなく来世が存在すると信じるような死生観は、死への不安を緩和させることが考えられる。

谷山 (2006) は、死後の様相についての信念を以下の7つに分類している。①特定のイメージを伴った別の世界に行く (天国, 浄土, 極楽, 地獄, 黄泉, 三途の川など), ②超越的存在と合一する (神仏・宇宙と一体化する, 永遠の命に溶け込む, 祖霊になるなど), ③魂が肉体から分離し, さらに他の肉体に入る (輪廻転生, 生まれ変わる, 中有など), ④特定の時期・機会にこの世に現れる (お盆, お迎えなど), ⑤この世になんらかの形で留まる (草葉の陰で見守る, 星になるなど), ⑥生きている人の記憶の中に留まる (作品を残す, 歴史に名を残すなど), ⑦無になる (自己の消滅, 遺体だけが残るなど), の7つである。⑦以外の6つのすべてが死後存続の考え方になる。こういった死後存続についての信念を宗教者から伝えることで死への不安を乗り越えられるきっかけになると述べられているが, 死の不安の内容は個人によって異なるため, 個人のニーズを把握することの重要性が指摘されている (谷山, 2006)。つまり, 宗教的ケアの援助者には拠って立つ宗教によってあらかじめ設定された方向性があるため, 終末期の患者を支援するためには, 患者の方向性に寄り添うべきだとされている。

このように, 終末期の患者の立場に寄り添うためには宗教的ケアとスピリチュアルケアは分けるべきであり, スピリチュアルケアを優先すべきといった主張がある一方で, 深谷・柴田 (2014) によれば, 宗教的ケアとスピリチュアルケアを明確に分けることはできず, 特に, 患者の極限状態においては宗教的提示が求められることがあり, 患者側の宗教の有無は関係なくチャプレンの側から宗教性を提示せずにやり過ごすことはできないのだという。深谷・柴田 (2014) は, 全国のキリスト教系病院10ヶ所に勤務するチャプレン10名を対象に半構造化面接を実施し, スピリチュアルケアのケア理念やケアの具体的場面について質問を行っている。なお, チャプレンは全員, 神学教育を受けた牧師職であった。グラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析した結果, チャプレンはスピリチュアルケアと自らの宗教性とは分離せず, 密接な関係性を持っていると捉えていることが示された。また, 布教を目的とした宗教性の提示がなされているわけではなく, 寄り添いが基調とされているということも確認された。しかし, 極限状態においては, 患者から宗教性提示を求められるプロセスがあり, それに答える形で宗教性の提示がなされているということが報告されている。このような宗教性提示のプロセスには, 患者側の宗教の有無は関係がなく, チャプレンの側から宗教性を提示しないでやり過ごすことはほぼ不可能と述べられている。この「命の瀬戸際」におけるチャプレンによる宗教的な介入をスピリチュアルケアと分離することは困難であり, むしろ, スピリチュアルケアのプロセスの重要な一部として把握されるべきであると主張されている (深谷・柴田, 2014)。

以上より, 終末期の患者への緩和ケアにおける宗教的ケアとスピリチュアルケアの布置は, 2つのモデルが考えられる。共通部分はあるものの宗教的ケアとスピリチュアルケアを独立して捉えるモデルは図3に示す。また, 宗教的ケアがスピリチュアルケアに含まれると捉えるモデルを図4に示す。

これまでの議論は, ケア提供者である宗教者が, 患者へのケアの中で宗教性を提示するか否か, あるいは, 宗教者の視点なのか患者の視点なのかに焦点を当てられてきた。終末期の患者へのケアをケア提供者側から捉えるのか被提供者側から考えるのかで異なる文脈にあることも考えられる。ケア提供者は宗教に基づいた専門性を用いるのか否かは自身で認識できるかもしれないが, 患者にとっては, 今ここで実践されているケアが宗教的ケアなのかスピリチュアルケアなのかを判別するというより, 自らの生きる苦悩が緩和されるかどうかの方が問題であると考えられる。つまり, ケアが行われているプロセスの中で, 患者と宗教者の関係性や状況によって患者の捉え方が刻一刻と変化しうることを意識する必要がある。宗教的ケアとスピリチュアルケアが独立していても一体化していても, 実際の現場で行われているケアは, そのケアに対

するニーズに合わせて揺れ動き変化することが求められるのではないだろうか。

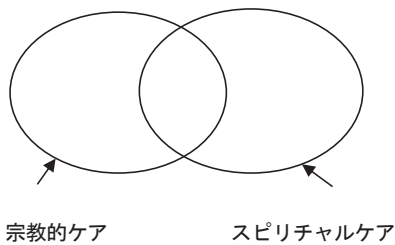


図3 独立モデル

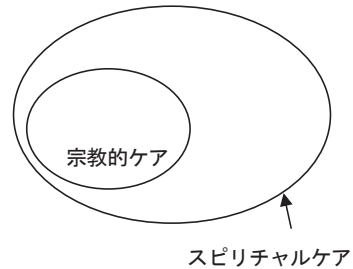


図4 一体化モデル

Ⅳ スピリチュアルケアにおける心理臨床家のアイデンティティ

これまで宗教者によるスピリチュアルケアについて述べてきた。近年になって、心理臨床家も緩和ケアの現場で支援を行っているため、実際にはスピリチュアルケアに関わっていることになる。心理臨床家の役割りは終末期の患者への心理的支援であるが、生きる意味や目的に関する苦悩に対して臨床心理学を基盤として問題解決も援助している。心理臨床家はもちろん教義による宗教的ケアを提供する立場ではない。それでは、心理臨床家は心理的ケアとスピリチュアルケアの関係性をどのように捉えたらいいだろうか。そのことを踏まえた上で、スピリチュアルケアを提供する宗教者や医療従事者の中で、心理臨床家の特徴やアイデンティティについて検討することが課題であるといえる。

上村（2013）によれば、実際の医療現場では心理的ケアとスピリチュアルケアは混在している状況が示されている。臨床心理士や公認心理師の資格を有する心理臨床家は心理的ケアの専門家とはいえ、緩和ケアの現場ではスピリチュアルケアのニーズにも対応している。つまり、生きる意味や目的に関する苦悩を扱うカウンセリングを実践しているのである。一方、宗教者による心理的ケアを中心とした支援も行われようになった。最近では、東日本大震災以降、心理学の知識と傾聴や共感を伝えるトレーニングを積んだ宗教者が医療現場に配置されるようになってきている。臨床宗教師やスピリチュアルケア師という資格が認定され、宗教の布教を目的とせず、宗教者が宗教学と心理学の基盤を併せ持った支援が公的な場所において行われている。

しかし、上村（2013）は、スピリチュアルケアと心理的ケアが本来は別の専門領域であり、その専門性の探求は領域を分けて行うべきであると主張している。加えて、スピリチュアルケアに「転移」が言及されないことも指摘している。「転移」は精神分析で用いられる専門用語であり、患者が心理臨床家に自分の重要他者を投影する反応である。たとえば、患者が自分の親や恋人に抱えていた感情を心理臨床家に対して生起させるという現象であり、陽性感情と陰性感情の双方がある。そこでは、好意的なのか敵対的なのかによって陽性転移、陰性転移と呼ばれている。ところが、生死といった究極の課題を取り上げる文脈では「転移」が具現化しないといったこともあるのかもしれない。その理由としては、宗教者が十字架を身に着けていること、僧衣を来ていること自体が、患者にとって超越性を表現する「記号」や「シンボル」として受け取られている可能性が考えられる。一方、心理臨床家は超越性を表す記号やシンボルを有しているわけではなく、当然ではあるが同じ人間として患者に対峙しているのである。

また、横山（2017）は、心理療法の知見からスピリチュアルケアのケアモデルについて理論的検討を行った。その結果、スピリチュアルケアは「望ましい状態」の実現を目的として、その望ましさを自明化する傾向にあることが示されている。これまでのスピリチュアルケア論を概観することを通してスピリチュアルケアの目的である「望ましい状態」は、以下の8つに分類されている。①他者とのつながりの回復、②自分らしさや自己同一性の回復・成長・安定化、③人生の意味や生きがいの再構築、④超越的存在・究極的次元とのつながりの回復、⑤世界観・価値観・信念体系の調整・再構築、⑥自律性や将来性の回復、⑦希望や生きる力の増大、⑧苦悩からの解放である。そこで、これらの8つの望ましい状態のうち、ケア提供者が考える患者の望ましい状態に囲い込もうとすることの問題点が指摘されている。つまり、その望ましい状態に意図的に導こうとしないことが重要であると述べられている。加えて、横山（2017）は「スピリチュアルペイン」は解消すべきという考え方にも批判的であり、その行為はスピリチュアルな次元の矮小化であるとした。痛みは取るべきという発想は医療の考え方であり、スピリチュアルケアを医療の文脈で考えることの問題点にも言及されている。このように心理療法の視点から鑑みていくと、心理臨床家はスピリチュアルケア自体をさらなる俯瞰的視座で再考してみることが求められているのではないかと考える。心理臨床家はスピリチュアルケアの方向性を患者との関係性において、終末期という時間軸の中で何度も見直していくといったスタンスが求められることが推察される。

ところで、高橋（2017）は、緩和ケアの現場における心理的支援の構造について報告している。病院内で心理臨床家が終末期の患者に出会うためには患者のもとに向くとといった「院内アウトリーチ」といった流れになる。その際に、患者と心理臨床家をつなぐ医療従事者からの動機付けが必要になる。その医療従事者は看護師であることが多く、看護師は適切なタイミングをアセスメントして、心理臨床家を患者に紹介する手続きを行っている。その際、看護師は患者の不安や抑うつ感情などをノーマライズし、心理的サポートを受けることを自然な流れとして伝えている。そこで、心理臨床家は、生きる意味や目的に関する苦悩を扱うことにはなるが、睡眠障害や適応障害、うつ病や不安障害といった精神症状が出現する場合の援助が求められている。一方、岸本（2008）によれば、心理相談室、精神科や心療内科を訪れるような通常の心理療法の対象となる患者と終末期のがん患者とでは、患者の傾向が異なるのだという。がん患者は病気に罹患する前までは心理的支援を受けた経験がなく、心理臨床家からの援助自体をどう受け止めるかといった課題があることが考えられる。したがって、心理臨床家は、今ここに終末期になった患者の生きる苦悩を支援する際には、現在の苦悩のみに焦点を当てるのではなく、患者の生育歴や状況を踏まえた文脈をアセスメントし、関わっていくことが必要であると考えられる。つまり、患者の苦悩に対する支援のあり方について、これまでの患者の人生全体を視たうえで適切な介入を選択していくことが必要になる。

さらに、心理臨床家によるスピリチュアルケアの特徴として考えられるのは、ケア対象が終末期の患者だけではなく、患者とその家族成員との「関係性」に介入する視点である。当然、他の専門家も家族成員と関わることは考えられるが、心理臨床家は患者本人あるいは家族成員と関わりながらも二者間あるいは三者間など「関係性」を変化させていくことを射程に入れる観点をもつ。この「関係性」に焦点を当てるといった視点は、「システム理論」(Hall & Fagen, 1956; Bertalanffy, 1968) および「コミュニケーション理論」(Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967) を理論的基盤として援用したことでもたらされる。事態をシステム的に捉えるということは、二人以上の人間が存在する状況において、コミュニケーションのやり取りが循環していくことに着目し、そこにあるパターンを明らかにすることになる。そこで、その相

相互作用パターンをひとつのシステムと捉えるため、そのパターンを変化させることで関係性に介入していくことが可能になる。たとえば、終末期の患者とその家族の関係性が悪化している場合は、誰のどういった行動が原因なのかを追究するのではなく、そこにあるコミュニケーションが悪循環に陥っているという見方をする。これが「円環的認識論」(Hoffman, 1981)と呼ばれる考え方である。

このようなシステム的な捉え方を支援に採用し、終末期のがん患者の配偶者の視点から二者間の関係性について検討した知見がある。高橋(2020)は、終末期を過ぎた患者の配偶者11名を対象に、パートナーががんであることについての配偶者の思い、パートナーとの会話の様子や関係性の変化などについて半構造化面接を行った。逐語録を修正版グラウンデッド・セオリアプローチによって分析した結果、患者の病状の変化によって患者も配偶者もその都度大きく感情が揺れ動き、夫婦は葛藤の話題の接近と回避を繰り返しながら結びつきを強めていることが示された。配偶者は患者を思いやるからこそ本音とは異なる言葉で相手を励ますこともあり、自身の感情を抑圧してケアに徹することもあることも確認された。これらのことから夫婦において患者優位の関係が強まるのがエスカレートしないような介入が必要であることが打ち出されている(高橋, 2020)。

最後に、心理臨床家であるからこそ重要視したいスタンスがある。それは患者やその家族のリソースに着目していく視点である。リソースとは、個人がもともと持っている資源、資質、能力、長所のことを指す。リソースに注目し活用していくという立場は、「解決志向アプローチ(Solution Focused Approach)」(de Shazer, 1985,1994; Lipchik, 2002)と呼ばれている。終末期において患者やその家族が穏やかに、あるいは楽しく生活できるような人、物、状況などを探究していく姿勢であると考えられる。たとえば、子どもや孫、友人、好きな音楽や本などの趣味、景色、香りなど、積極的に活用できるように援助していくことができる。同時に、終末期だからこそ引き出されていく「レジリエンス」にも焦点を当てることを意識したい。レジリエンスとは精神的回復力であり、「困難で脅威的な状態にさらされることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、それを乗り越え、精神的病理を示さず、よく適応している状態」(小塩・中谷・金子・長峰, 2002)である。また、レジリエンスには個人だけではなく、家族が有するレジリエンスもある。この「家族レジリエンス」(大山・野末, 2013; 高橋, 2013)は、家族が危機的状况にありながらも強さと問題解決能力を発揮し、家族の成長に寄与できるものとされている。そういった家族の力を支援の場面で言語化し、患者とその家族に伝えていくことが大切であると考えられる。

以上のように、心理臨床家によるスピリチュアルケアの特徴やアイデンティティについて述べてきた。心理臨床家は患者との関係性を俯瞰し、状況をアセスメントしながらスピリチュアルケアのあり方に関して絶えず変化させていくことを意識する必要がある。また、患者とその家族のコミュニケーションに介入し、関係性を良好に保つという視点が重要である。その際には、苦悩の緩和といった観点を超えて、患者とその家族のリソースやレジリエンスに着目し、患者が終末期であるからこそ達成しうる家族の成長をサポートしていくことができると考えられる。

V スピリチュアルケアにおける多職種連携

心理臨床家によるスピリチュアルケアについてシステム的な観点から述べてきた。本節では、それを踏まえ、スピリチュアルケアにおける多職種連携について心理臨床家の立場から検

討を行う。医療現場においてさまざまな専門家が連携する必要性についてはこれまで報告されてきた。連携を担うチームメンバーの構成のあり方（栗原，2006），そこで行われる情報交換の内容（Wittenberg-Lyles, Oliver, Kruse, Demiris, Gage & Wagner, 2013），そして，他の専門職を理解する重要性などが挙げられてきた（White & Featherstone, 2005；Louw & Myburgh, 2007）。また，連携に関する教育や研修を行う必要がある（竹林，2007；Hatano, Tsuda, Maebayashi, Shima, Kawase & Fukui, 2009），連携に関する態度形成のあり方についても示されてきた（奥野，2020）。しかし，終末期の患者に対するケアは本来，緩和ケアチームとしての取り組みの中で行われることが多いと考えられるが，スピリチュアルケアの特徴を活かし，スピリチュアルケアの特徴を尊重した連携のあり方についての検討は十分とはいえない。

終末期の患者へのケアこそが多面的な価値観が必要であり，多職種連携が必須とされるにもかかわらず（島田・高橋，2011），終末期ケアについての連携に関する教育研修は十分とはいえないことが指摘されている（上山崎，2014）。特に，多職種連携において社会福祉士や介護福祉士といった福祉系職種についての知見がないことが問題として挙げられている。つまり，スピリチュアルケアについての連携は医療現場内にとどまらず，さらに広く，施設や地域の中での実践を行っていくべきであることが方向性として考えられる。

また，スピリチュアルケアにおける多職種連携には，文化や宗教が影響を与えていることが述べられてきた。細谷（2020）は，イランにおけるスピリチュアルケアの現状を調査し，イスラム教の影響が大きいことを報告している。イランでは，宗教と政治が直接結びついていることもあり，宗教者が医療の領域に活動を広げることへの抵抗があったことも挙げられている。且つでは日本でも宗教者が医療現場に介入することで死のイメージに結びつくといった懸念を表現する医療従事者もいた。一方，中村（2011）によると，ドイツではドイツ連邦共和国基本法によって病院などの公共施設で宗教的儀礼を行う権利が保証されており，ケアの提供者が医療施設に入ることも認められているのだという。病院には礼拝堂や祈りの部屋などが確保されている。専門教育を受けたスピリチュアルケアワーカーが存在し，医療スタッフやボランティアと協同してケアを提供している。ケアワーカーには歴史的な経緯からチャプレンが担当することが多いが，宗教的な経験だけでなく，人間の実存的な意味をケアの課題としていることが示されている（中村，2011）。さらに，菅生（2018）は，スウェーデンの医療機関における周産期喪失ケアについて調査報告を行っている。ここではケアの対象は家族となる。スウェーデンでは，家族の「死」に直面する時に宗教性が必要とされることを多いことが認められている。医療機関では医療スタッフ以外に，コメディカルスタッフとしてチャプレンの存在がある。よって，宗教者が医療に入ることは当然とされていることが推察できる。

このように，スピリチュアルケアの多職種連携に関する先進国の例を鑑みると，この連携には宗教者が入ることが特徴付けられるのではないかと考える。実際，病院内で終末期の患者の対応に看護師が限界を感じた際に宗教者が要請されることもしばしばある（深谷・柴田，2014）。しかし，日本ではスピリチュアルケアの多職種連携に宗教者が介入できる医療機関は未だ限定されている。そこで，心理臨床家は終末期の医療現場に宗教者が入れるようなシステムの構築の一助となり，その連携に関するマネジメントを推進していくよう貢献することができるのではないかと考える。スピリチュアルケアには多次元的なケアが重層的に内在し，各専門家によるケアを分断して考えることが難しい。

心理臨床家は，医療という「科学」と，宗教という「超越性」を二項対立させずに捉えるべきであると考えられる。それは心理臨床家の立場がそれらの両方に関わっているからである。心理

学の専門家として、こころという目に見えないものを対象にし、それを心理検査によって数値化し、科学的なデータとして目に見える形にする科学者としての立場がある。一方、多くの人間が意識するかしないかに関わらず、人間には超越性とのつながりが本質的には存在するという「宗教性」を人間は本来持っている（河合，1997）。加えて、人間のこころについての法則や予測を100パーセントの信頼性や妥当性でもって示すことは不可能である。人間のこころは人間にとって超越的なものということになる（奥野，2019）。以上より、スピリチュアルケアの多職種連携を遂行する際には、科学と宗教といった二つの認識論を相補い合う関係と捉え（Bateson & Bateson, 1987）、スピリチュアルケアにおける様々なケアを相補的に実践していくシステムの構築が必要であると考えられる。

VIII おわりに

心理臨床家によるスピリチュアルケアの実践をテーマにシステミックな視点から論じてきた。まず、スピリチュアルケアの定義を再確認し、全人的苦痛との関係性を明らかにした。次に、スピリチュアルケアの中で宗教的ケアの位置づけについて再考したが、終末期の患者の立場から鑑みるにその布置に絶対的なモデルはなく、相対的状況的に考慮すべきであると推察された。また、スピリチュアルケアにおける心理臨床家のアイデンティティとしては、心理臨床家は患者との関係性を俯瞰し、状況をアセスメントしながらスピリチュアルケアのあり方に関して絶えず変化させていくこと、患者とその家族のコミュニケーションに介入し、患者とその家族の関係性を良好に保つことが示された。心理臨床家は、患者の苦悩の緩和といった観点を超えて、患者とその家族のリソースやレジリエンスに着目し、患者が終末期であるからこそ達成しうる家族の成長をサポートしていくことの可能性も確認された。さらに、スピリチュアルケアにおける多職種連携について理論的検討を行ったが、心理臨床家は終末期の医療現場に宗教者が入れるようなシステムの構築の一助となり、その連携に関するマネジメントを推進していくよう貢献することができるような方向性を提示した。

心理臨床家は、医療と宗教、あるいは、科学と超越性のあわいにたたずみ、どちらにもかたよらず、二項対立させず、様々な専門性を相補的に捉えていく使命があるのではないだろうか。人は必ず死に至り、すべての人にそれぞれの終末期が訪れる。終わりがあるからこそ今を生きている実感が伴われる。人生のいずれのステージでもその時々苦悩はある。人生の最終段階で経験するかもしれない苦悩は、よりいっそう、人とのつながりの中で体験し、乗り越えようと努めたいものである。

引用文献

- Bateson, G. & Bateson, M. C. (1987). *Angels fear : Towards an epistemology of the sacred*. New York : John Brockman Associate Inc. (星川淳訳 (1992). 天使のおそれ—聖なるもののエピステモロジー— 青土社)
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory—Foundation, Development, Application*. New York: George Braziller. (長野敬・太田邦昌訳 (1973). 一般システム論—その基礎・発展・応用 みすず書房)
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. NY : W. W. Norton & Co. Inc. (小野直広訳 1994 短期療法 解決の鍵 誠信書房)
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. NY : W. W. Norton & Co. Inc. (長谷川啓三監訳 2000

- 解決志向の言語学—言葉はもともと魔法だった— 法政大学出版)
- 深谷美枝・柴田実 (2012). スピリチュアルケアと援助者の宗教性についての実証的研究 明治学院大学社会学部付属研究所研究所年報, 42, 43-57.
- 福永憲子 (2014). 医療の臨床における「宗教的ケア」の必要性と可能性: その理論的検討 人間社会学研究集録, 9, 91-114.
- 古澤有峰 (2004). 医療福祉の文脈におけるスピリチュアルケア (Spiritual Care) の射程 死生学研究, 4, 295-305.
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General Systems Yearbook*, 1, pp.18-28.
- Hatano, Y., Tsuda, M., Maebayashi, Y., Shima, Y., Kawase, M. & Fukui, K. (2009). Nationwide survey on the need for psychiatric training in palliative care education: the psychiatrist standpoint. *Palliative Care Research*, 4 (1), 101-111.
- Hoffman, L. (1981). *Foundation of Family Therapy*. NY: Basic Books Inc. (亀口憲治訳 (2006). 家族療法の基礎理論—創始者と主要なアプローチ— 朝日出版社)
- 細谷幸子 (2020). イランのスピリチュアルケアの現状 グリーフケア, 8, 195-208.
- 河合隼雄 (1997). 宗教と宗教性 河合隼雄・村上陽一郎著 内なるものとしての宗教 pp.225-243.
- 上山崎悦代・篠田道子 (2014). 終末期ケアを中心とした多職種連携に関する教育・研修の現状と課題 日本福祉大学社会福祉論集, 131, 147-167.
- 小藪智子・白岩千恵子・竹田恵子・太湯好子 (2010). 看護師のスピリチュアルケアのイメージと実践内容. 川崎医療福祉学会誌, 19 (2), 445-450.
- 窪寺俊之 (1999). スピリチュアルケアの黎明 神学研究, 65-83.
- 窪寺俊之 (2004). スピリチュアルケア学序説 三輪書店
- 窪寺俊之 (2005). スピリチュアルケアとは何か こころの臨床, 24 (2), 164-169.
- 栗原慎二 (2006). 学校カウンセリングにおける教員を中心としたチーム支援のあり方—不登校状態にある摂食障害生徒の事例を通じて— 教育心理学研究, 54, 243-253.
- Lipchik, E. 2002 *Beyond Technique in solution-focused therapy*. The Guilford Press. (宮田敬一・窪田文子・河野梨香監訳 2010 プリーフセラピーの技法を超えて—情動と治療関係を活用する解決志向アプローチ 金剛出版)
- Louw, J. & Myburgh, C. (2007). The knowledge and perception of general practitioners about chiropractic as a factor that may influence inter-professional communication: A South African perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (2), 221-224.
- 前滝栄子・田村恵子 (2004). 生涯教育シリーズ ホスピスケア (2) ホスピスケアにおけるナースの役割 月刊ナーシング, 24 (6), 78-84.
- 村田久行 (2011). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア 日本ペインクリニック学会誌, 18(1), 1-8.
- 中村光江 (2011). ドイツの病院施設におけるスピリチュアルケア 秋田大学保健学専攻紀要, 19 (1), 77-83.
- 中里和弘 (2008). 終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について 臨床哲学, 9, 25-37.
- 中島美知子 (2016). がん在宅緩和医療における安らかな看取りのためのスピリチュアルケアの役割—ホスピス医師の立場から— 心身医学, 56 (3), 223-230.
- 奥野雅子 (2017). 宗教と心理臨床の関係性をめぐる—考察—仏教との重なりと差異に着目した検討— アルテス リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 101, 57-69.
- 奥野雅子 (2019). スピリチュアリティにどう向き合うか—家族療法の視点から— アルテス リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 104, 13-24.
- 奥野雅子 (2020). 医療現場におけるチーム支援についての態度形成プロセス—臨床心理士を対象としたインタビュー調査の検討から— アルテス リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 107, 1-17.
- 大山寧寧・野末武義 (2013). 家族レジリエンス測定尺度の作成および信頼性・妥当性の検討 家族心理学研究, 27 (1), 57-70.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成— カウンセリング研究, 35, 57-65.
- 島田千穂・高橋龍太郎 (2011) 高齢者終末期における多職種間の連携 日本老年医学会雑誌, 48 (3), 221-226.
- 管生聖子 (2018). スウェーデン医療機関における周産期喪失ケアへの多職種連携 大阪大学教育学年報, 23, 127-136.
- 高橋恵子 (2017). がん医療における患者・家族と心理士の「出会い方」および心理的支援の構造について 現代行動科学会誌, 33, 11-18.

- 高橋恵子 (2020). 進行がん患者とその配偶者間における葛藤をめぐるコミュニケーションに関する臨床心理学的研究 現代行動科学会誌, 36, 12-21.
- 高橋泉 (2013). 「家族レジリエンス」の概念分析—病氣や障害を抱える子どもの家族支援における有用性— 日本小児看護学会誌, 22 (3), 1- 8.
- 竹林直紀 (2007). チーム医療とバイオフィードバック—臨床バイオフィードバックセラピストの提言—, バイオフィードバック研究, 34 (1), 20-25.
- 谷山洋三 (2006). 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, 80 (2), 457-478.
- 鶴若麻理・岡安大仁 (2001). スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向 生命倫理, 11 (1), 91-96.
- 上村建二郎 (2013). 精神・心理的ペインとそのケア及びスピリチュアルペインとそのケア 先端倫理研究: 熊本大学倫理学研究室紀要, 7, 12-28.
- Watzlawick, P., Bavelas, B. J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W.Norton & Company. (山本和郎 (監訳) (1998). 人間コミュニケーションの語用論—相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究— 二瓶社)
- White, S. & Featherstone, B. (2005). Communicating misunderstandings: multi-agency work as social practice. *Child and Family Social Work*, 10, 207-216.
- Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D.P., Kruse, R. L., Demiris, G., Gage, L. A. & Wagner, K. (2013). Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: How does it affect the nature and content of communication? *Health Communication*, 28 (2), 110-118.
- 吉津紀久子・東井申雄・平井啓 (2012). がん医療において心理士に求められる守秘義務に関する考察 宗教と倫理, 14, 55-70.
- 山本佳世子 (2014). チャプレンに求められる守秘義務に関する考察 宗教と倫理, 14, 55-70.
- 横山優樹 (2017). スピリチュアルケアのケアモデルの検討: 心理療法・精神療法の知見から東京大学宗教学年報, 34, 177-196.

(付記)

本稿は、日本学術振興会・2020年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（学術研究助成基金助成金）（基盤研究（C））「スピリチュアルケアにおける心理臨床家と仏教者の役割の重なりと差異に関する研究」（課題番号20K03455 研究代表者・奥野雅子）の研究成果の一部である。