

死生観がスピリチュアルケアに与える影響についての一考察 —患者と心理臨床家との対話に着目して—

奥野 雅子

I はじめに

「死生観」とは、「死あるいは生死に対する考え方」(村田, 2013; 友居, 2021)とされているが、死生観は曖昧な概念であり、様々に定義されている。たとえば、より詳細な記述では以下のように述べられている。「生きようとする生命の機能そのものが、自然に衰え、死へ向かっていくその生命の在りようはどう向き合えるかという思い」(久保田, 2004)、「死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方で、感情や信念を含む」(丹下, 1999)などがある。本稿では、死生観を「生死に対する考え方や態度」と捉えることにする。

死生観は年代や性別、個人の体験によって異なることも指摘されている(富松・稲谷, 2012)。自分自身の死の受容の高さに関する性差については一義的な結果が出ていないが、子や孫の存在が死の受容を促すことが示されている(村田, 2013)。また、島菌(2012)は、自身が体験する死に向き合う状況について具体的に以下のことを挙げている。自らの死を予期してそれに備える、死を間近にした経験を支えとして生きる、死後の生についてまとまった考えをもつ、死者とともにあることを強く意識する、他者との死別の悲しみを重く受け止めて生きるなどである。こういった状況に向き合う態度が死生観を生み出す要因になると考えられる。

死に対する考え方や態度は、死に向かう対象と自分との関係性によっても変化する。たとえば、死の対象が自分の死、大切な人の死、他人の死のいずれかによって死との距離が異なる。柳田(2005)は、「死の人称性」に言及し、一人称の死(私の死)、二人称の死(あなたの死: 家族や恋人など)、三人称の死(彼・彼女の死: 友人や知人、職業的に関わった人の死、戦争や災害で亡くなった人の死など)によってその死の意味が異なると述べている。終末期の患者にとっては一人称の死として死と向き合う現実がある。また、患者に関わる専門職は三人称の死として向きあうことになる一方で、一人称や二人称の死として死への態度を模索して苦悩する患者やその家族をケアする使命もある。

特に、一人称の死や二人称の死に向き合う状況下では、生きる意味や目的に関する苦悩を伴うことが多い。そのような苦悩は「スピリチュアルペイン」と呼ばれている(窪寺, 2005)。そこで、それらを緩和するためにも当事者は死について思うことを表現することが必要になる。しかし、一般的には死について公に語ることはあまり好ましいと思われていないという側面がある(天沼, 2002; 海老根, 2008)。さらに、終末期の患者は自身の家族に死生観を語れないことが報告されている(京田・神田・加藤・中澤・瀬山・武居, 2010)。したがって、終末期の患者と関わる専門職は、患者やその家族の死生観について語る機会を提供し、その語りを聴くことが求められる。そこで、患者やその家族の生きる意味や目的に対するケア、つまり、

スピリチュアルケアを行う中で、患者やその家族の死生観への着目が必要になる。加えて、専門職自身が抱える死生観が意識的にも無意識的にもスピリチュアルケアに影響を与えることが予想される。

これまでの死生観に関する研究では、文学や歴史の領域から多くのアプローチがなされてきた。代表的なものとして、宮沢賢治の作品が描く死生観（島菌，2012）、遠藤周作や三島由紀夫が提示する死生観（鎌田，2017）などがある。たとえば、宮沢賢治の『銀河鉄道の夜』には法華思想が背景にあり、生と死が表裏一体でありつつも永遠の生に対する憧憬が感じられる。遠藤周作の『死について考える』では、キリスト教の立場から死はあの世への旅立ちであり、死は一つの通過儀礼であることが述べられている。一方、三島由紀夫は大義名分のために死ぬことに言及し死が美になるという思想を表現している。天沼（2002）によれば、戦前・戦中は死が称揚され、戦後には死を考えることは忌避されたという。死生観は個別性を超えたところでの共有性があり、それは時代相の表現であるとされている。また、五来（2012）は、武士道や信仰する宗教の影響を受けて死生観が醸成されると述べている。このように、死生観は時代や地域、文化によって大きく異なることが示されている。

しかし、終末期の患者がどのような死生観をもっているかについての検討は少ない。村田（2013）によれば、安定した死生観をもつことで人は生きる意味を失わないのだという。患者がどのような死生観をもつかによってはスピリチュアルケアのあり方が異なることが予想される。また、死に直面した患者が余命を豊かに生き抜くためにも死生観を語る場所が必要とされていることは推察されるが、周囲にいる専門職がどのような対話を行ったらいいいのかについては未だ議論の余地がある。そこで、本研究では、死生観のあり方について整理し、スピリチュアルケアに関わる専門職として、心理臨床家に着目する。終末期の患者の苦悩を緩和し、生きる意味や目的を維持するために、心理臨床家と患者との間で死生観に関する対話をどのように行っていけば有効なのかについて検討することを目的とする。

II 不老不死から「死ぬ」ことへの進化

死生観を論じる前に、「死ぬ」という現象について科学的に再考したい。人間は死ぬことが必然であるがすべての生物が死ぬわけではないことが確認されている。つまり、不老不死の生物が存在する。高木（2014）によれば、自然界では寿命をもつ生物よりも、もたない生物の方が圧倒的に多いのだという。たとえば、ヒドラ、イソギンチャクなどは死ぬことはなく、老化の兆候も未だ見えないことが報告されている（Weiner, 2010）。生物の中では、細胞内にDNAが存在する核がない原核生物は寿命をもたず、動物、植物、菌類、原生動物など、身体を構成する細胞の中に細胞核をもつ真核生物は寿命をもつものともたないものが混在している。よって、生物は寿命を持たない生物から寿命をもつ生物に進化したことになる（高木，2014）。この進化を通して生殖細胞が卵子や精子となり、両者が融合する有性生殖によって新しい環境に適応する多様な個体を生み出せるようになった。

加藤（2016）は、有性生殖という利益を得るために不老不死を失ってしまったことを指摘したうえで、有性生殖をすることではじめて生物に個体差が発生したと述べている。そのため、世界の人口79億人の誰一人として同じ人間はいない。一方、細胞を1つのみ有する単細胞生物である原核生物は無性生殖を行い不老不死ではあり、すべての個体に差はない。たとえば、大腸菌に差はなくみな同じである。

このように、有性生殖を行う個体は必ず死ぬことになったのは進化によってもたらされた現象である。細胞に死のプログラムを組み込むことで老化や衰弱を引き起こし、必ず死という結果を引き起こす。生物の進化は恣意的ではなく自然現象の一部であるといえる。加藤（2016）は、科学的知見を鑑みれば、自然界に「永遠なるもの」は存在しないと述べている。つまり、すべての天体は、地球を含めて発生から消滅への歴史の過程の中にある。こういった経緯で我々は死ぬ運命になってしまったことが科学的に証明されている。

そこで、必ず訪れる死に対してどう考え、どのような態度を取るかが課題となる。科学的な態度であるのか宗教的な態度であるのか、その両者なのか。Bateson & Bateson（1987）は、科学と宗教といった二つの認識論は相補い合う関係と捉えるべきであると主張している。筆者も、その主張を援用し、死生観をめぐるさまざまな考え方において両者を相補的に捉える立場で論じていきたいと考える。我々は遅かれ早かれどういった死生観を形成するかという課題に向き合わざるを得ない。特に、終末期の患者を支援する心理臨床家は科学者として、自身の死生観を意識して理解し、患者の死生観と交錯するプロセスに着目して関わるが必要になる。一方で、心理臨床家はスピリチュアリティにどう向き合うか（奥野, 2019）、宗教的教義と心理的支援の相乗効果の可能性についても考慮し（奥野, 2017）、患者と共に死に向き合っていくことが求められる。

Ⅲ 死後の世界

死生観における中心的話題のひとつに、「死んだらどうなるのか」という問いがある。つまり、死後の世界は有るのか無いのか、もし有るならばいかなるものなのかという問題提起である。こういった疑問は特に宗教者に向けられることが多く（谷山, 2006；福永, 2014）、死後についての予測のできなさが死への不安とつながっている。森岡（2005）によれば、「死後の世界の存在について肯定も否定もできないことはよくわかっている」と述べた上で、「自分が死んだ後に行く世界があるとは信じられない」という。当事者が死後の世界を「無」と捉えている場合、看取りの際のケア者が死後の世界や永遠の命を信じている場合は強烈な疎外感を感じるかもしれない。よって、スピリチュアルケアにおいて両者の間できわどい断絶を作り出すリスクがある（森岡, 2005）。このように、死後の世界をどう捉えているかを知ることがスピリチュアルケアを行う上で重要な観点となる。

しかし、死後の世界に関する論議において、必ず死が訪れることは科学的にも明確でありながらも人間が判断の基準にしている「科学」では答えを導き出すことができない。それは、死を経験していない生前の人間にとって、死に対する思考をいくら反芻したとしても、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からである（奥野, 2021）。そこで、死に直面した人間が「自分が死んだらどこの行くのか」についての信念を持っていない場合に陥る孤独感をどう乗り越えたいのかという課題がある（鎌田, 2017）。このように考えていくと、近々訪れる死に向き合う際には、死後の世界に対する自分なりの考え方が必要になることが予想される。もちろん、死後が無という考え方も否定されない。あるいは、宗教観やスピリチュアリティを意識することを通して死後の世界についての信念を形成することも限りある命を生きるうえで大切な観点なのではないかと考えられる。

谷山（2006）は、人々が抱える死後の様相について整理し7つに分類している。その中で「死んだらどこに行くのか」に対する明確な答えは4つ含まれていることが示されている。一

つ目は天国や浄土、極楽などの別世界に行く、二つ目は神仏などの超越的な存在と合一する、三つ目は輪廻転生によって他の肉体に入り生まれ変わる、四つ目が無になることである。死後の世界についてはさまざまな宗教や宗派がその教義の中で提示してきたが、それらは死後存続に関する信念であり、死んでも終わらないという捉え方である。広井（2004）も、キリスト教や仏教が「永遠の生命」といった言葉で表現していると述べている。

一方、鎌田（2017）は、日本人が主にイメージする死後の世界の特徴について述べている。たとえば、キリスト教徒が「天国に行く」と言う場合には、キリストのもとで救われることを意味するが、キリスト教では「現実世界」と「天国世界」の二元論が成り立っているという。しかし、日本にはこのような明確な二極構造がなく、「あの世」と「この世」は隔絶せず、両者は一体となって往来していると受け止められている。「あの世から先祖様が見守っている」という考え方はこの構造から発せられており、死後に行く絶対世界のようなものが存在しないことになる。「千の風になって」の歌にあるように、死んだら自然に帰り、風や雲、光や雪の中に溶け込んで存在することが示されている（鎌田、2017）。また、河合（1993）も、日本人は無意識の中で輪廻を信じているため、生と死はつながっていると受け止め「生と死の世界」の隔壁を弱く捉えていることを指摘している。このように、生死を循環的に捉えるという世界観が日本人の特徴ではないかと考えられる。

以上より、死後の世界に関する信念は、信仰する宗教の有無やそれぞれの宗教の捉え方、文化的要因によって異なることが示されている。

Ⅳ 終末期の患者の死生観

前節では、死生観の中で死後の世界について述べ、日本人の特徴的な捉え方についても示してきた。本節では、終末期の患者に焦点を当て、死が近いことを自覚した際の死生観がどのように形成され、変化するのかについて考えてみたい。人は皆いつか死ぬことは必然ではあると十分理解してはいるが、将来自分に死が近いような状況に陥ることをなかなか想像できない。よって、日常生活の中で自分の死と向き合うという機会は少ないのではないだろうか。しかし、実際に近い将来に自分が死ぬことが明確になったとき、死に対してどう考え向き合うか、残りの人生をどう生きるかが喫緊の課題となる。

まず、高齢者がどのような死生観をもっているかについて検討されている（高岡・紺谷・深澤、2009）。そこでは、高齢者は死を考えることで不安や恐怖に結びつくことがあること、また、死の迎え方に関する希望は多岐にわたることが報告され、高齢者自身死の準備が必要であることを認識していることが示されている。また、高齢化率の高いルーラルエリアにおける住民の死生観は「周囲に迷惑をかけない死」であることが報告されている（浅見・中村・伊藤・彦・浅見、2016）。しかし、実際に死が間近となり近い将来に現実を訪れることを確信した時には生き方に関する態度変化が起こることが考えられる。河合（1994）によれば、死が近づくと自分の人生の中で何が良かったのかの判断基準が変わるのだという。たとえば、経済的に裕福になったことよりも友人関係が良好なことの方に価値を置くことが例として述べられている。このような価値観の変容はどの時点で起こるのであるだろうか。自分が余命を宣告されたとき、どのように死を受け入れるのが課題ではあるが、死を受容した際に生き方に対する考え方が変化する可能性がある。

Kubler-Ross（1969）は、人が死に逝く過程において死を受容する段階について報告してい

る。第1段階は「否認」であり、大きな衝撃を受け、自分が死ぬことを否認する段階、第2段階は「怒り」であり、なぜ自分がこんな目に遭うのかという怒りを周囲に向ける段階、第3段階は「取引」であり、死なずにすむような取引をして神にすがろうとする状態、第4段階は「抑うつ」であり、取引が無駄と認識し、運命に対し絶望する状態であり、第5段階で「受容」の段階が訪れ、安らかに死を受け入れることになる。第1段階から第4段階までは、死に対するネガティブな思いや考え方が基準になる反応である。第5段階では死を肯定しているかどうかについては明確には言えないが、少なくとも死に対する否定的態度ではなくなっているといえる。よって、それぞれの段階ごとに終末期の患者の死生観は変容していくことが考えられる。患者に関わるケア者は当事者の死生観が変化していくことをあらかじめ理解していることが重要である。

また、終末期の患者の死生観は時代と共に変化していることも報告されている。イエール大学で23年間連続して行われている「死とは何か」という著名な講義がある。その授業を担当するKagan (2012) はその講義をまとめた書の中で、輪廻転生に基づき何回も生まれ変わるわけではなく、人生は1回限りだと捉える人が増えていると述べている。このような現象は、アメリカ文化を背景にした限定的なものではなく、加藤 (2016) も、死はあの世への旅立ちではなく、肉体の消滅と同時に魂も消滅すると考える人が増加していることを指摘している。加えて、久保田 (2004) も、私という意識が私の生まれる以前にも死後にもないとするれば、私の生はすべての生の壮大な時間空間の中の1点ということになると述べている。つまり、生まれ変わるといったような生と死の循環的な現象の有無はわからないが、我々の意識としては死ぬことで無になるという捉え方をしていることが示されている。

ところで、死が近い将来訪れることが明確になった時、死への態度として死への恐怖をいだくことが多い。死を恐れることは死を「悪」として受け止めていることになる。つまり、死後存続に関して懐疑的であり、死ぬことで無になり自分の人生が終わりならば、死ぬことは悪いと信じていることになる。Kagan (2012) は、「死は悪い」という命題に対して、古代ギリシャの哲学者エピクロスの文章を引用し以下のように論破している。「死は今、私にとって悪いはずはない。私は生きているからだ。そして、私が死んでいるときに私にとって悪いはずがない。なぜなら、その時点で私はもう存在しないのだから」(Kagan, 2012) と示され、死が本人にとって悪くないと結論すべきと述べられている。さらに、Kagan (2012) の論は続き、死が悪いとするならば今ここで死に至らなければ、もう少し生きていたなら良いことを享受できなくなる点であると主張している。つまり、死は我々から良い経験をするを剝奪している可能性がある。そうであれば、「不死」を手に入れたいかというと、果てしない退屈が訪れることで不死は望ましくないとなる。今死ぬことで剝奪されるのは生きていれば良いことを経験できるときに死ぬことである。しかし、死によって剝奪されるのが本人にとって悪かった未来であれば、結局は死は悪くないことになる。このように考えていくと死を評価することは非常に難しいことが考えられる。

以上より、終末期の患者の死生観は揺れ動くことが考えられる。実際に死と直面しなければならぬ状況となり、終末期の患者が死をどのように評価するかによって感情や行動が左右される。どのような考え方が前提になったとしても、自身が余命を宣告されたとき、残された時間をどう生きたいか、何をしたいかということを知ることができ、それらを実際に行動化し有意義な形で人生を終えられるかが課題である。そのような課題を一緒に向き合う支援が必要である。

V 死生観の多次元的側面

前節では、終末期の患者の死生観について述べてきたが、死に対する評価によって感情や行動が影響を受けることが推察された。また、死が近いことを自覚してから死に至るまでの時間軸によっても変化するといえた。このような縦断的な死生観の捉え方の他に横断的な死生観の検討もある。つまり、死生観についての量的検討である。

死生観には生死に対する態度の中で、多くの次元が存在する。死生観の次元には、死後の世界に関する事、死に対する恐怖や不安に関する事、解放としての死に関する事などがあるとされている（海老根, 2008）。そこで、実際にはどのような概念が存在するのであろうか。死生観の多次元性を検討するために死生観尺度を作成することが試みられてきた。死生観は Spilka, Minton, Sizemore, & Stout (1977) の邦訳が検討され、その内容は「浄福な来世」「挫折と別離」「苦しみと孤独」「人生の試練」「未知」「虚無」の6つの下位尺度から構成されている（金児, 1994）。「浄福な来世」と「人生の試練」は死に対する肯定的因子であり、他の4つの下位尺度は否定的因子とされている。

また、平井・坂口・安部・森川・柏木（2000）は日本人の文化的特徴をふまえて死生観尺度を構成し、「死後の世界観」「死への恐怖・不安」「解放としての死」「死からの回避」「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」の7つの下位尺度を抽出している。一方、丹下（1999）は、尺度の命名を死に対する態度尺度として「死に対する恐怖」「生を全うさせる意思」「人生に対して死がもつ意味」「死の軽視」「死後の生活の存在への信念」「身体と精神の死」を提示した。

これらの知見から、死に対する恐怖や解放感といった「感情的側面」、死が終わりであるか否かという「予測的側面」、今をどう捉え生きるかという「認知行動的側面」の3つの軸があることが考えられる。また、死生観の多次元的側面には、「スピリチュアルペイン」の次元と重なる部分があることが推察される。スピリチュアルペインは生きる意味や目的に関する苦悩であると前述した（窪寺, 2005）。中島（2016）が明らかにしたスピリチュアルペインの具体的内容は「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」であることから、不安や恐怖、悲しみといった感情的側面は死生観尺度の概念と重複していることが考えられる。しかし、村田（2011）はスピリチュアルペインを、生の無意味、無価値、空虚などに苦しむことで自己の存在と意味の消失から生じる苦痛とし、その認知的側面を強調している。終末期の患者と関わる心理臨床家は、死生観の感情的側面や認知行動的側面に着目することで、当事者が納得した死生観を再構築することを援助できるのではないかと考えられる。そういった支援を通して、結果として患者のスピリチュアルペインの緩和を目指すことが可能になるといえるかもしれない。

V 死生観の変容と死への準備

死生観には多くの次元があり、多くの人に共通する感情的側面と、人によって異なる予測的側面、意識して選択できる認知行動的側面があることを述べてきた。実際、余命が宣告されてから死に至るまでの期間に死への準備がなされることになる。そこで、終末期の患者は否応なく自己の死と生とを見つめ、残された時間をどのように過ごすかを考えることで新たな死生観

を確立していくのだという（京田・加藤・中澤・瀬山・武居・神田, 2009）。そのような時間の中で自分の体験や苦悩を見つめることや家族などの周囲との関わりを考えることを通して見えてくる死生観があることが示されている。また、逃れられない死への恐れと孤独感をもちながらも、生かされていると感じながら最期まで精一杯生きたい、周囲との関係性を大切にしたいという思いがあり、逃避したい、希望を持ちたいという両方の願いがあることも報告されている（京田・神田・加藤・中澤・瀬山・武居, 2010）。このように、死生観をめぐる葛藤の中で、終末期の患者が自身の感情や考え方、行動を絶えず変容させながら死への準備期間を過ごしていることが推察される。

ところで、死の準備を行う上での死生観はいつから形成され始めるのだろうか。早坂（2010）は死生観についての教育が必要であると述べている。実際、死に直面する当事者になる前に、死について考えるための「死の準備教育」という活動が行われるようになってきた。つまり、死生観を育成するための教育であり、「デス・エデュケーション」や「いのちの教育」などと呼ばれている。死の教育の考え方として、死と向き合うことで生のあり方を見つめ直し、人生を充実させることができることが提示されている。塩崎（2016）は、大学生を対象にいのちの教育を行ったところ、「人生に対して死がもつ意味」「死後の生活の存在への信念」が向上したことを報告している。その後、塩崎・小南（2021）は、大学生を対象にいのちの教育の効果に対して検討を行ったところ、いのちの教育は死が避けられない人生ならばどう生きるべきかを考えさせ、そこに意味が見い出せることにおいて一定の効果を確認している。

一方、山本（2017）は、幼児期の死生観の生成に着目し、親子の対話の事例を通して「死生観の涵養」について検討を行ったところ、子どもは親の価値観を共有し、死やいのちに対する理解の発達に応じた死生観を形成することが示唆された。その際、家庭内で共通した死生観もっていること、地域に残されている伝統的な価値体系と合致していること、子どもの死生に対する問いに親がごまかさずに向き合い応えられることの必要性が示された。

さらに、村田（2013）は、患者に関わる専門職者が患者やその家族から死生観に触れるような問いかけを受け、対応を求められる場面では、専門職者自身の死生観の涵養が必要であると指摘している。また、早坂（2010）は、介護や看護職員の死生観を一般人と比べたところ、死後に浄福な来世があるといった信念が高く、死後に対して肯定的に捉えていることが報告されている。

このように、死への準備に関して死生観が変容しうることや死生観の育成のための教育の効果について述べてきた。また、患者に関わる専門職は死に対する肯定的意識が高いことも示されている。生死に対する考え方や態度はひとりで構築されるものではなく、家族や周囲の人、あるいは、医療従事者のような専門職など、他者との関わりの中で死生観のあり方が影響を受けることが推察される。

VI スピリチュアルケアにおける死生観をめぐる対話

死生観が他者との関わりを通して影響を受けることは終末期の患者をケアするうえでは重要な観点である。スピリチュアルケアは患者やその家族の生きる意味や目的に対するケアであり、そこでは、患者やその家族の死生観への着目が必要になることは前述した。スピリチュアルケアは、痛みの緩和ということを超えて、人間的な成長や気付きを促すことも含まれる（奥野, 2021）。また、村田（2013）は、終末期にある患者の死の受容には、治療に対する満足感

と人生の振り返りが必要であると述べている。実際、患者とどのような対話を行うことによって患者自身の振り返りを促し、人生の満足感が向上することを援助できるのだろうか。本節では、実際に心理臨床家が死生観をめぐる対話をどのように患者や家族と行って行けばよいかを考えたい。

まず、心理臨床家は患者に一人称の死として自由に自身の死生観を語れる場所を提供する必要がある。その際、自身の死についての患者の語りを傾聴していくことが望ましいと考えられる。余命宣告を受けるという経験は心理臨床家自身には、その時点では未経験であるため、患者からその体験を教えてもらう立場にある。患者の語りの中に、「死に対する感情」、「死後の予測」、「現時点での行動選択の希望」がどの程度話されているかに注目することが重要である。その理由はこれらが死生観を構成する3つの軸だからである。

次に、患者の家族との対話についてである。前述したが、患者の家族が患者の死を否認、あるいは受容に至っていない場合は患者が家族に対して死を語ることは難しくなる。実際、患者は家族に自身の死生観を語れない場合があることが報告されている（京田・加藤・中澤・瀬山・武居・神田, 2009）。こうなると、人生の最後の局面で、患者とその家族の心理的距離が遠くなってしまいうリスクが考えられる。そうならないためにも、心理臨床家は患者の家族には二人称の死としての死生観を傾聴することが必要である。患者とその家族との関係を良好に保つことを念頭に、関係性への支援であることを意識して行うことが重要であると考えられる。

さらに、心理臨床家は患者やその家族の話をどのように傾聴し、どうやって対話を進めていくかが問題である。スピリチュアルケアの現場では「オープンダイアログ」(Seikkula & Olson, 2003)を通して死生観について対話することが可能だと考えられる。オープンダイアログの特徴は3つあり、1つ目は結論に執着せず、曖昧な状況に耐え不確実性を許容すること、2つ目は話を聞き応答しながら対話すること、3つ目はさまざまな立場や価値観をもつ人の意見を大切にすることである。つまり、死生観を語るオープンダイアログでは、死後にどうなるかといった不確実性を受け入れて対話を続けることになる。心理臨床家の立場は、生死に対するいかなる態度が語られたとしても、そういった思いを受け止めて認めていくということが求められる。そこで、そのような対話の中で患者の死生観が変化する可能性があるのではないかと考えられる。生きる意味を失うような苦悩を抱える患者は、死生観が変化すれば生きることの苦悩が緩和する可能性がある。したがって、スピリチュアルケアを行う心理臨床家は、患者やその家族の死生観を傾聴したうえで、対話を通してお互いの死生観を動的に捉え、死生観が変容していくプロセスを共有することに注目したいと考える。

こういった共有プロセスでは、患者やその家族と心理臨床家がひとつの「システム」(Hall, & Fagen, 1956; Bertalanffy, 1968)を形成していることになる。つまり、システムとは、システムを形成する要素が複数人いるにもかかわらず、ひとつのまとまった動きをするといった現象が起こることを指す。このシステム内で行われているコミュニケーションは、患者やその家族と心理臨床家の中で生起する相互作用であり、そこに満足感をもたらす死生観を醸成する良質な「相互作用パターン」(Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967; Hoffman, 1981)として意識する必要がある。したがって、心理臨床家のコミュニケーションのあり方によって、患者の死生観が結果として変容する可能性がある。もちろん、逆のプロセスもあり、患者の死生観が心理臨床家の死生観に影響を与えることにもなる。

最後に、患者やその家族が死生観を語る中で、心理臨床家は当事者らの強みや長所、能力に気付くことができると考える。これはスピリチュアルケアにおいて「解決志向アプローチ」(Solution Focused Approach) (de Shazer, 1985, 1994; Lipchik, 2002)を用いることであり、

患者やその家族のリソースを活用する立場である。患者やその家族が最終的にどう行動したいのかを支える他者、状況や環境を明らかにする援助が求められる。これまでの人生で好きだった人や物、状況を振り返り、慈しむことで当事者にとっての死生観の完成になるのではないかと考えられる。また、「死生観の涵養」(村田, 2013; 山本, 2017)ということが指摘され、患者に関わる専門職が自己の死生観を確立していくことが必要であると述べられているが(二渡・入澤・碓井・大澤・加藤・野口, 2003)、患者や家族との対話を通して心理臨床家の死生観が涵養されることが推察される。さらに、そのことがスピリチュアルケアに活かされ、さらなる対話が続いていくのではないだろうか。

VIII おわりに

死生観がスピリチュアルケアに与える影響について論じてきた。まず、死ぬという現象を生物学的に再考し、生物は不老不死から死ぬことへと生物の進化の過程で死がもたらされたことを概説した。よって、本稿では科学的立場から議論を始めた。次に、死生観の中心的話題である死後の世界について宗教的教義を援用して述べた。死後の世界の有無は科学的に実証できないが、その世界観の日本人の特徴については、あの世とこの世を往来できるといった考え方があり、「生と死の世界」の隔壁を弱く捉えていることを指摘した。そこで、死後の世界についての自分なりの信念をもつことが死の不安や恐怖を緩和できることが推察される。

さらに、終末期の患者の死生観の形成のされ方とその変化について示してきた。終末期の患者が死をどのように評価するかによって感情や行動が左右されることが示唆されていた。ここでは、残された時間をどう生きたいか、何をしたいかということに気づき、実際に行動化し有意義な形で人生を終えられることが重要であることを提示した。

また、死生観は量的な研究によって尺度として構成されていることが示されている。死生観という概念は多次元であり、感情的側面、予測的側面、認知行動的側面があることが考えられた。加えて、死生観はスピリチュアルペインと重複する部分があることも確認された。このような死生観が変容しながら死への準備が行われていることを論じた。

心理臨床家は患者が死生観を変化していくことに伴走し、死への準備の時間を共有し対話を継続させていくことが使命であるといえる。心理臨床家は終末期の患者と死生観をめぐるオープンダイアログを行うことで、死という未経験で不確実な現象に対して洞察し、自分なりの満足のいく死生観を形成できるのではないだろうか。心理臨床家は患者やその家族とのコミュニケーションによって、お互いの死生観を涵養させていくことができると考えられる。

引用文献

- 天沼香 (2002). 日本精神史としての「死生観」研究序説 東海女子大学紀要, 22, 1-11.
浅見洋・中村順子・伊藤智子・彦聖美・浅見美千江 (2016). ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容—秋田・鳥根の中山間地における経時的調査より— 石川看護雑誌, 13, 33-43.
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)
- 海老根理絵 (2008). 死生観に関する研究の概観と展望 東京大学大学院教育学研究科紀要, 48, 193-202.
- 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.
- 五来重 (2021). 日本人の死生観 講談社学術文庫
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General Systems Yearbook*, 1, pp.18-28.
- 早坂寿美 (2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理—看護師との比較から— 北海道文教大学紀要, 34, 25-32.
- 平井啓・坂口幸弘・安部幸志・森川優子・柏木哲夫 (2000). 死生観に関する研究—死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証— 死の臨床, 23 (1), 71-76.
- 広井良典 (2004). 死生観そして「たましいの帰っていく場所」—自然のスピリチュアリティをめぐって— 死の臨床と死生観 シンポジウム報告論集, 東京大学大学院人文社会系研究科21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる〈死生学〉の模索」13-19.
- 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)
- Kagen, S. (2012). *Death: The open Yale courses series*. CT: Yale University press. (柴田裕之訳 (2016). 「死」とは何か—イェール大学で23年連続の人気講義— [日本人縮約版] 文響社)
- 鎌田東二 (2017). 日本人は死んだらどこへ行くのか PHP新書
- 金児暁嗣 (1994). 大学生とその両親の死の不安と死観 大阪市立大学文学部紀要, 46, 537-565.
- 加藤尚武 (2016). 死を迎える心構え PHP研究所
- 河井雄雄 (1993). 魂のケア 吉本隆明・河合雄雄・押田成人・山折哲雄著 思想としての死の準備 三輪書店 pp. 83-125.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Scribner. (鈴木晶訳 (2020). 死ぬ瞬間—死とその過程について— 中央公論新社)
- 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.
- 久保田展弘 (2004). さまよう死生観 宗教の力 文芸春秋
- 京田亜由美・加藤咲子・中澤健二・瀬山留加・武居明美・神田清子 (2009). 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題 群馬保健学紀要, 30, 49-58.
- 京田亜由美・神田清子・加藤咲子・中澤健二・瀬山留加・武居明美 (2010). 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究内容の分析 北関東医学, 60 (2), 111-118.
- 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)
- 森岡正博 (2005). 死後の世界が信じられない者の死生観 死の臨床と死生観 シンポジウム報告論集, 東京大学大学院人文社会系研究科21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる〈死生学〉の模索」21-23.
- 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.
- 村田真弓 (2013). 看取り期の死生観に関する研究動向と今後の課題 人間関係学研究 (大妻女子大学人間関係学部紀要), 15, 27-32.
- 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.
- 二渡玉江・入澤友紀・碓井真弓・大澤純子・加藤直子・野口亜希子 (2003). 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討 がん看護, 8 (3), 241-247.
- 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 (2021). 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—システム的な視点からの検討— アルテス リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 108, 1-11.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and

- micropolitics. *Family Process*, 42 (3), 403-418.
- 島蘭進 (2012). 日本人の死生観を読む—明治武士道から「おくりびと」へ—朝日新聞出版
- 塩崎麻里子 (2016). “いのちの教育”を受講した大学生の死生観の量的・質的な変化—近畿大学総合社会学部紀要, 4 (2), 57-68.
- 塩崎麻里子・小南文人 (2021). “いのちの教育”の受講が大学生のレジリエンスと死生観に与える影響—生や死と向き合うことに対する準備性の違いに着目して—近畿大学総合社会学部紀要, 10 (1), 1-12.
- Spilka, B., Minton, B., Sizemore, D., & Stout, L. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16 (2), 169-178.
- 高木由臣 (2014). 有性生殖論—「性」と「死」はなぜ生まれたのか—NHKブックス
- 高岡哲子・紺谷英司・深澤圭子 (2009). 高齢者の死生観に関する過去10年間の文献検討—死の準備教育に向けての試み—名寄市立大学紀要, 3, 49-58.
- 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.
- 丹下智香子 (1999). 青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討—心理学研究, 70 (4), 327-332.
- 友居和美 (2021). 日本の死生観に関する研究知見と課題—世代継承性概念による考察—社会問題研究, 70, 81-93.
- 富松梨花子・稲谷ふみ枝 (2012). 死生観の世代間研究—久留米大学心理学研究, 11, 45-54.
- 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)
- 山本佳世子 (2017). 幼児期の死生観の生成・涵養—親子の対話の事例を通して—いのちの未来, 2, 120-140.
- 柳田邦男 (2005). 「物語を生きる人間」医学—「生と死」の人称性の視点から—死の臨床と死生観—シンポジウム報告論集, 東京大学大学院人文社会系研究科21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる〈死生学〉の模索」25-28.
- Weiner, J. (2010). *Long for this world: The strange science of immortality*. NY: Harper Collins Publisher. (鍛原多恵子訳 (2012). 寿命1000年—長命科学の最先端—早川書房)

(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。