

ビハーラ病棟での実践に基づく 理論構築に向けての第一歩

谷 山 洋 三
(東 北 大 学)

1. はじめに

ビハーラ病棟は、仏教を背景とした緩和ケア病棟（末期のがん・エイズの患者を対象とした医療施設，ホスピス）である。筆者は、2000年3月より医療法人崇徳会長岡西病院ビハーラ病棟にビハーラ僧（チャプレン）として勤務している。常勤のビハーラ僧として、患者さん・ご家族・医療スタッフと接する中で、日本仏教の問題点を肌で感じている。その問題点について述べる前に、ビハーラ・ビハーラ病棟・ビハーラ僧についての説明をしておきたい。

2. ビハーラとは？

ここでは「ビハーラ」という言葉およびその使用について議論するつもりはない。すでに活動として成立している事柄について、その正否を問うのは無意味だと思うからである。「ビハーラ」について、提唱者である田宮（1996: 229-234）の説明を以下に要約する。

「ホスピス」は、キリスト教との深い関わりの中で育ってきたものである。この「ホスピス」という言葉を尊重しつつ、一方で宗教的立場の違いを明確にするために、「ビハーラ」という仏教用語を用いている。「仏教ホスピス」という木に竹を継ぐような表現に代えて、仏ビハーラ病棟での実践に基づく理論構築に向けての第一歩（谷山洋三） —195—

教の主体性と独自性を求めようとする意図も含まれている。

ビハーラの理念

理念① 限りある生命の、その限りの短さを知らされた人が、静かに自身を見つめ、また見守られる場である。

理念② 利用者本人の願いを軸に、看取りと医療が行われる場である。そのために、十分な医療行為が可能な医療機関に直結している必要がある。

理念③ 願われた生命の尊さに気づかされた人が集う、仏教を基礎とした小さな共同体である（ただし利用者本人やそのご家族がいかなる信仰を持たれていても自由である）。

ビハーラ僧については、自身の存在を主張せずに、部屋の片隅に置かれた屑籠のような存在として、辛いこと、汚いこと、何でも放り込まれて、話す人の心が整理されていくことが期待されている。

基本姿勢としては、一宗一派に偏らない超宗派の活動であり、特定の宗派⁽¹⁾の布教活動ではなく、ビハーラに関心を持った人が一人でも参加できるものである。⁽²⁾

長岡西病院ビハーラ病棟は1992年5月にベッド数22床で開設され、93年4月に国内で9番目の厚生省の認可を受けた。01年6月に5床増床し、計27床になった（4人部屋2室、3人部屋1室、2人部屋2室、個室12室）。それ以外に家族室2室、談話室、仏堂（本尊は釈迦菩薩像）、一般浴室、特別浴室、ファミリーキッチン、コインランドリー、テラスなどがある。喫煙・飲酒も可。01年12月現在のスタッフは、常勤医2名、非常勤医1名、看護婦21名、介護福祉士1名、看護助手4名、常勤ビハーラ僧1名、ボランティア約30名。必要に応じてソーシャルワーカー、臨床心理士も関わる。

病棟での常勤ビハーラ僧の活動は——朝勤行（8:30～8:45）に始まり、病

棟内にある植物の世話など病棟環境の整備，患者や家族の話相手（主に聴き手），入院相談や患者・家族への状況説明への同席，ミーティングやカンファレンスへの参加，茶話会（14:30～15:30）の準備・後片づけ，夕勤行（16:00～16:10），17:00まで勤務する——。常勤のビハーラ僧は1名。他にボランティアのビハーラ僧が10数名（ビハーラ病棟開設前から協力関係にあるボランティア団体・仏教者ビハーラの会の会員）が日替わりで来棟する。

月1回の法話会と坐禅会や，花祭り・彼岸会・涅槃会などの仏教行事は，ボランティアのビハーラ僧が担当する。患者さんの死亡後には，ビハーラ僧によってお別れ会が執り行われる。

3. スピリチュアルペインと宗教的ペイン

近年，医療の世界では（特にターミナルケアにおいて），spiritual について注目が集まっている。“スピリチュアル”という語は「霊的」「実存的」「宗教的」「精神的」などと訳されるが決定的な訳語はなく，カタカナ語として定着しつつある。WHO の定義を抜粋すると——「スピリチュアル」とは，人間として生きることに関連した経験的一側面であり，身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。生きることの意味と価値に関わることである。

具体的なスピリチュアルペインとしては，例えば，「こんなに苦しいのに生きなければならないのか？」「早く死にたい」「死んだ後どうなるのか？」「バチが当たった」などのように表現される。スピリチュアルケアの基本は，共感と傾聴であると言われる。共感することによってスピリチュアルペインを表出させ，それを援助者が傾聴することによって，そのペインを抱えている本人が自分でこころを整理していく。周囲の者はそれをサポートするのが精一杯である。ビハーラ僧としてもこれを基本線として

いる。

スピリチュアルペインと宗教的ペインとは、筆者は区別して捉えている。その違いはペインの表現方法で区別することができる。そこに関わる基本姿勢はどちらでも同じである。それぞれのペインに対してケアが設定される。スピリチュアルケアと宗教的ケアである。ただし、本来“ケア”は、医療者（もしくは健康な人）から患者に対する一方通行的なアプローチであるとは思わない。スピリチュアル“ケア”，宗教的“ケア”とは言っても、薬を与えるようなかのように、短時間で癒しが与えられるようなものではない。“ケアを受ける”側もまた“ケアをする”主体である。と同時に、“ケアを与える”側も“ケアをされる”対象である。

我々日本人の多くが持つ「死のイメージ」「死後の世界」には、仏教的要素がかなり含まれている（そうでない人もいる）。末期の状況でも、死に関わるニードは顕在しているとは限らないが、（死のイメージを背負った）仏教者であるからこそ、対象としては表出しやすくなるのではないだろうか。大阪の淀川キリスト教病院のチャプレンであった窪寺（2000:84）は、

死後の世界をイメージするのを助けることで、患者は将来への希望を見出すことが多くあります。日常の世界では非合理と排除されますが、死後についてのイメージを育てることは死に直面している人を支える場合には大切なことです

と述べている。「死後の存在」を肯定的に認めること、もしくは spiritual-ity を正しく認識することは、死に対して積極的に向き合う助けとなるのである。⁽³⁾ ここには、必ずしも宗教や信仰という明確な形態は必要ないが、「死後の存在」を説いている宗教・宗教者が関わりやすい部分である。

スピリチュアルペインを宗教的アプローチによって解決しようとすることも、一つの方法である。しかし宗教的ケアをするという状況は、経験的

に、数としては決して多くはない。⁽⁴⁾ ニードの表出が少ないからである。普段はスピリチュアルケアをする体勢をとりつつ、状況・ニードによって宗教的ケアに移行するように心掛けている。基本的にスピリチュアルケアの援助者は特定の職種に限定されないが、スピリチュアルペインを持つ人が神仏・絶対者からの赦しもしくは贖罪・懺悔を望む場合には、宗教者の存在が不可欠である。

4. ビハーラ僧の基本姿勢

ビハーラ僧としての基本姿勢は、こころを友情で満たして [慈]、相手の苦悩により沿うように努め [悲]、楽しいときには喜びを共にし [喜]、ありのままの姿を尊ぶ [捨] ことと考えている。もう一つ大切なことは、「あなたも私も同じいのち（生死）をいただいているということ」である。この基本姿勢は、コミュニケーションをする相手と信頼関係を築くために不可欠なことである。ただし、これはあくまでも自分自身の問題であって、相手に伝えることではない。

前述したように、これは布教活動ではない。部屋の片隅の屑籠のように、仏教者としての存在をやんわりと示しながら、ニードが表出する時をじっと待っている。筆者の普段の接し方は「訪室して世間話をする事」である。しかし、いつどのようなかたちでペインが表出しても対応できるように、心構えを忘れないようにしている。

医療的に考えるまでもなく、人間として、表面に現れる苦痛を緩和することこそが優先されるべき課題である。ビハーラという緩和ケア病棟を利用する第一の目的は、苦痛の緩和、特に身体的苦痛の緩和である。さらに、栄養の摂取、排泄、清潔という、人間として最低限の状態を保持することも大切な目的である。このような条件が整った上でこそ、人間という生き

物は、自らを省み、人生を振り返り、生きる意味・価値について考えることができるのである。ビハーラ僧は、そのお手伝いをすることができる。

患者さんの中には、最初はビハーラ僧を見るのもいやだと拒否していたにもかかわらず、時が経つにつれて何か思うところがあったのか、毎朝の勤行の参加するようになった方もいる。ありのままの姿を尊ぶ姿勢のたまものであろう。

5. 現場で実感する問題点——信仰が尊重されない社会

熱心な仏教者から、「どうしてもっと積極的に法を説かないのか?」「そんな消極的な姿勢では、患者さんは救いを得られない」と叱咤されたこともある。そこには、大きな誤解がある。“利用者の全てが、仏教的なものを求めてビハーラ病棟に入院しているわけではない”という事実を理解していただきたい。

単に“仏教的な何か”を求めるのなら、病院ではなくお寺に行くはずである。たとえ入院中であっても、本気で宗教を求めるなら、宗教者を呼び寄せるであろう。“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、国立ソウル大学付属病院に仏間とチャペルがある。台湾の国立台湾大学付属病院も同様である。病い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、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。⁽⁵⁾

仏教に付加されている「死のイメージ」や、戦後教育がもたらしたと思われる「宗教アレルギー」を、利用者や医療スタッフとの交流の中で日々感じている。個人の信仰が尊重されにくい現代日本の社会において、信仰

という奥深い世界を「仏教嫌い」の人々にいかにして理解してもらうかということも、今後の仏教学が担うべき課題であると考ええる。

“利用者の全てが、仏教的なものを求めてビハーラ病棟に入院しているわけではない”という事実について、さらに説明を加えたい。長岡西病院がある新潟県内には、緩和ケア病棟承認届出受理施設が2つしかない。仮に、一つの地域に仏教系、キリスト教系、そして宗教色のない緩和ケア病棟の3種が存在するならば、市民は3つのうちから選択可能である。しかし、長岡市を中心とした中越地区⁽⁶⁾には、長岡西病院以外に緩和ケア病棟はないのである。

宗教的なものを（意識している、していないに関わらず）求めていない方に、積極的に宗教的アプローチをとるならば、その方にとっては迷惑千万である。これも（特定の信仰がないという）信仰を尊重していないことになるのではなかろうか？

6. 仏教用語が作る壁

医療を利用する立場としては、医療者が用いる専門用語や、医療者の常識を押しつけてくるような態度に違和感を感じている方も少なくないだろう。これと全く同じことが、仏教者と一般の人々との間にも存在するように思える。ただでさえ難しい仏教用語をかみ砕いて説明したとして、理解ができる人がどれほどいるのだろうか。たとえ頭で理解できても、それを納得することができるのであろうか。悩める人のこころの叫びを聴こうとせずに、一方的に法を説こうとするならば、それは押しつけに他ならない。

その難しい世界に自ら入り込んでくる人に対しての法話はできても、そうでない人にはどのように対応するのだろうか。仏教に何の興味も持たない人、仏教はおろか宗教に対しても拒否的な反応を示す人が、今の日本に

は決して少なくない。そのような人々に対して、今の仏教界は世間に対応できる言説を持っているのだろうか。

このような状況の中で、筆者は仏教者なりの応用を考え、実践している。つまり、スピリチュアルペインに対する宗教的アプローチ（宗教的ケア）である。あくまでもケアの主体はペインを持つ本人だが、サポートの方法がスピリチュアルケアとは異なる。仏教者の場合は、仏教的ケアということになる。そこでは仏教用語を、仏教用語を用いずに表現することが第一に必要なことであり、その言葉をどのタイミングで用いるかが鍵になる。

繰り返しになるが、悩める人のところに寄り添うためには、あくまでもその人のありのままの姿を尊ぶことが大切である。悩める相手に対して「何かしてあげよう」「何かしてあげなければならない」という能動的な姿勢では、相手にとって重荷になりやすい。筆者は、受動的な姿勢の奥底に、能動的な意識を潜ませておいて、必要なときにその意識を呼び戻すという体勢（心構え）をとっている。

7. 新しい理論構築に向けて

仏教の専門知識をもつ者（もしくは仏教的な人生観・死生観をもつ者）がより多くの苦悩を抱える人々と関わることによって、そして仏教（及び宗教）に消極的な人々と関わることによって、理論（もしくは教義）と実践を交差・結合させ、現代社会に直接的に貢献するための研究が可能になると考える。筆者自身、上述したような環境の中で試行錯誤しながら、様々な言説を開発しようと努力を続けている。

対機説法として、それぞれの宗派観に応じた言説ももちろん可能であり必要である。しかし特定の宗派についての知識のない人、そして特定の宗教観を持たない人にとっては、それは受け入れにくいものである。経験的

には、仏教の基本的・根本的な思想——例えば、四諦、四無量心、四摂事、自他不二、縁起、福田、四苦八苦など——が有効である⁽⁷⁾。もちろんこれらの単語をそのまま説明するようなことはしない。僧侶や篤信者でなくてはその場で理解することは極めて難しいからである。そうではなく筆者は、その内容を日常的な言説で話している。相手のペースに沿いながら、相手が必要としている（本人は無自覚な場合もある）メッセージを、自分のところから相手のところに伝える。

言説は媒介に過ぎない。自分自身がその思想内容を理解しているだけでは、相手のところには届かない。まずは自分自身がその思想を確信していなければならない。相手のところを大切に、共感しようと努めることが大切である。そして、相手のところに沿った言説を工夫しなければならない。

これはまさに実践を通じて得られたものである。仏教福祉学もしくは仏教社会福祉学の研究者によって、理論上（もしくは理念上）、上記の諸思想は有効であろうと述べられているが、それを生身の人間に伝えるためにはさらに工夫が必要なのである。ましてや仏教に興味を持たない人に伝えるのは、容易なことではない。実践を通じた試行錯誤が不可欠である。

このような試行錯誤を脇に置いたとしても、ターミナルケアの現場は宗教者としても、一人の人間としても多くのことが学べる魅力的な現場である。より多くの仏教者の実践を強く勧めたい。

参考文献

柏木哲夫『ターミナルケアとホスピス』大阪大学出版会、2001

柏木哲夫・藤腹明子編『系統看護学講座別館10 ターミナルケア』医学書院、2000

窪寺俊之『スピリチュアルケア入門』三輪書店、2000

谷山洋三「癌患者の total pain に対する支援 ②スピリチュアル」『月刊

田宮 仁「仏教ターミナル・ケアの方法論—仏教福祉学の立場から」『仏教とターミナル・ケア』水谷幸正編, 法蔵館, 1996

鷲田清一『「聴く」ことの力—臨床哲学試論』TBSブリタニカ, 1999

注

- (1) 長岡西病院ビハーラ病棟および、仏教者ビハーラの会は、超宗派の活動を続けている。浄土真宗本願寺派のビハーラ活動とは直接のつながりはない。また、病院長の田宮崇および提唱者の田宮仁、さらに現在の常勤ビハーラ僧である筆者も、真宗大谷派の寺院の出身であるが、同派の教義・教説をビハーラ活動に直結させてはいない。
- (2) 伝統仏教の僧侶・信者であっても、いわゆる新興宗教の信者であっても、仏教以外の宗教者であっても、特定の信仰をもたなくてもビハーラ病棟入院することはできる。そして実際にそのように利用されている。自分の信仰や宗教観に応じた宗教者・聖職者を自室に呼んで、対話をしたり儀礼を行うこともできる。しかし、他の利用者に迷惑が及ぶような行為（儀礼や布教を含む）は、社会的常識の範囲において慎んでいただいている。
- (3) 本来、スピリチュアルケアという文脈にも「死後の存在」が肯定的に捉えられるはずなのであるが、現状としては、そこまで深く理解されていることは少ない。「死後の存在」という概念が、医療という「科学」の文脈にはそぐわないからであろう。
- (4) 「御輪を鳴らしてほしい」「お経をあげてほしい」というニーズも稀にある。
- (5) 利用者に宗教的ニーズが表出したときには、医療者に宗教者の介入を補助する義務が生じるはずであるが、実際に医療者がそれを保持することはまれである。病気には治るものと治らないものがある。治らない病気を得た人とその家族が、祈らずにはいられなくなるという状況は容易に想像できる。病苦の多い場である病気に（布教を前提としない）祈りの空間がないということは、とても不幸なことである。現在の医療現場では避けられやすいようであるが、普段から宗教者が関わっていることを利用者に感じられるようにすることは、利用者のニーズを引き出しやすくなるだけでなく、お互いのアクセスが容易になるという利点がある。その地域である程度の信者数を持つ宗教が複数関わっているのであれば、国公立の病院であっても問題はないと思われる（ただし、布教活動をしないという前提が不可欠である）。
- (6) 新潟県は北から下越、中越、上越と呼ばれる3地区に区分される。
- (7) それぞれの語について、詳しくは稿を改めて発表します。