

臨床現場における生死の理解とその超克

西岡 秀爾

(花園大学)

はじめに

筆者は数年来、仏教者として特に「いのち共育」という視点を重視しつつ臨床現場と関わってきた。本稿では、筆者の臨床現場（病院研修・病院ボランティア等）でのささやかな経験を通して、仏教者がいかなる役割を果たしうるか、またそのアプローチにおいていかなる理論が効果的であるかを考察し、仏教者の社会参加の可能性を探りたい。

まず筆者の臨床のはじまりは、米国のチャプレン養成プログラムに準じた研修を実施しているPASCH (Professional Association for Spiritual Care and Health: 臨床スピリチュアルケア協会)の専門職養成プログラムからである。二〇〇七年夏に長岡西病院ビハラー病棟（新潟県にある仏教を基礎とした緩和ケア病棟）、二〇〇八年夏に市立堺病院（大阪府）での臨床実習を修了。その後、小松病院緩和ケア病棟ひまわり（大阪府）での傾聴ボランティアを経て、現在は市立堺病院の臨床スピリチュアルケアワーカー・ボランティアとして活動の機会を得ている。

上記の臨床で学んだ大きな気づきは、自分の中にあった「援助者から相談者に」という我見ともいべき偏った意識である。それは、援助者が相談者になにかを与えたり、治したりするといった一方的な対人援助意識である。その

偏見のゆえに、相談者の自己解決力の発現を阻害していたのではないかと自省している。

一 「いのち共育」という視座から

人は生涯において一体いかにどの人に出会うのであろうか。人によってその数や質は異なってくる。一ついえることは、その一つ一つの出会いをかけがえないものとして関わっていくことができれば至極である。人は生きていくうえで、人、動物、植物、自然、ありとあらゆるものとの関わりがある。そのすべてが大切であるが、本稿では、人と人との関わりを重点的に考察する。「人間」は文字どおり、人と人の間で支えあって生きている。つまり、他人との関わりなくして生きていけないという大原則に基づいている。それは、医療・看護・福祉・教育など、人と人が密に関わる領域であればより重要である。筆者は、このような人と人との出会いが決定的な意味を持つ場では、「いのち共育」という概念が肝要であることを論じてきた（西岡 2009a, b）。「いのち共育」の定義は次のようなものである（西岡 2009b）。

いのち共育とは、解明対象となる科学的・有限的な「生命」だけでなく、普遍的で宗教的な事柄をも含む「いのち」に関して、縁起的存在である私たちが当事者の問題として真摯に考え、「生命の質（QOL）」を高め合えるよう、出会うものとの関わりを通して学び合い、成長していくことを目的とする

この「いのち共育」の概念は、臨床現場でクライアント（相談者）に関わる際にも有効に働いている。病院は、個々の人生が凄絶かつ濃密なたちで姿をあらわす場である。その中で繰り広げられる人格同士の交わりは本気である。そして、その「いのち」に関する問題は誰もが思いどおりになることはなく、絶対的な正答がない。それゆえ、

援助者も相談者も皆が悩み、心を揺さぶられることになる。その揺れ動き戸惑う感情を押し殺すことなく曝け出す機会、対話する場を設ける必要性を切に感じる。たとえ明確な答えが出なくとも相談者自らが語る中で、人生や自己を見つめ直し、振り返ることができる。そこには、援助者であろうが相談者であろうが関係なく、すべての人が「いのちの共育者（共学者）」という立場をとることにより、一生涯その学びを深化し続けることが可能となる（西岡 2009a, b）。「いのち共育」という視座は、人格同士が真剣に交わる病院においてこそ有益に働き、「生命の質（QOL）」を高め合うことに繋がると考える。

また「いのち共育」の概念は、後述する来談者中心療法、ナラティヴ・セラピー、スピリチュアルケア等のアプローチを支える基本理念である。上記の三つに共通する要点は、援助者が相談者を治療したり、指示したりするのではなく、相談者の話に耳を傾け、相談者自らが立ち上がっていくのを寄り添いながら助けるというアプローチである。つまり、相談者本人が唯一無二の人生における専門家として位置づけられる。したがって、援助者が答えを提供するのではない。あくまで相談者と援助者双方の関心から構築された共同生成としての産物である（相談者の）「語り」から、手がかりを見出すという立場である。援助者はどうしても主観的な「ものさし」で答えを提示してしまいがちだが、それは辛抱強く慎むべきである。援助者が答えを指し示したくなるのは、相談者に認められたいという願望があり、援助者側の「自己無価値観（自分は有能なカウンセラーでなければダメだ）」・「愛情飢餓感（好かれたい、尊敬されたい）」からくる心理行動に一因があると考えられることに留意したい（古宮 2007, p. 38, pp. 260-261）。また、援助者は、相談者の経験をそのまま理解することはできない。ゆえに、「可能な限り相談者の体験に近づこうとし続ける姿勢（experience-near）」が保てるか否かが鍵となってくる（吉川 2009, p. 148）。

そしてこの四半世紀以来「ナラティブ（物語）」は、医療人類学の領域、家族療法の領域、NBM（Narrative-based Medicine…物語と対話に基づいた医療）が普及してきた一次医療の領域、そして現象学的方法を導入する看護の領域などにおいて急速に関心を集めつつある。それは、筆者がボランティア（臨床スピリチュアルケアワーカー）としてではあるが臨床の場を与えられ、それを利用する相談者（患者、患者家族）がいるという事実からも推測できる。

二 臨床現場における三種の対人援助アプローチ

それでは臨床現場において、聞き手である筆者が語り手である患者に対して、その生死の悩みに寄り添い接する場合に有効と考える対人援助アプローチについて簡単に紹介してみる。

（１）来談者中心療法

わが国におけるカウンセラーの大半が影響を受けているといっても過言ではない来談者中心療法の提唱者ロジャーズによれば、聞き手（カウンセラー）は、複雑な精神分析の理論にしたがって語り手（クライアント）の言うことを解釈するよりも、語り手の言うことを受け入れ、共感的に理解することが基軸であるという。つまり、聞き手は、語り手自らが立ち上がる力、成長する力、現実に応じる力をどこまでも信頼することが要となる（Rogers 1942）。このような聞き手の非指示的な関わりは、語り手の人生はあくまで当事者が決定する権利があるという考えに基づいているといえる。

この理論には、後の二種のアプローチにも共通する問題点が潜んでいる。ロジャーズ本人も指摘しているとおり、

「自分自身の困難を解決するだけの力をもたない」ある種の精神病患者、障害者、環境からのどうすることもできないような要求に直面している子どもや大人には適用できない (Rogers 1942, p. 116)。さらには、自ら成長しようという意志のない「退行的傾向」、「破壊的傾向」、そして「死の本能」が強い人に対処する力が弱いということである (Rogers 1951, p. 166)。

この問題に関して臨床心理学者の河合隼雄は、「人間は一方で立ち上がる力を持ちながら、他方で立ち上がる力を発揮するまでには、外的な条件をよくすることを考えてやる方がいい場面もあること、などをカウンセラーが知っている、無用の反省に陥ることなく、そのとき、その場で要求される最善の方法を尽くすことができる」(河合 1976)と補完する。つまり、聞き手側が一つのアプローチにこだわることなく、いろんな引出しを用意しておくべきことを示教している。小手先の技術や手段では信頼関係を形成することは不可能である。様々なアプローチを学び続け、少しでも引出しを増やしていくことで「最善の方法」を捻出することが可能となろう。

(2) ナラティブ・セラピー

ナラティブ・セラピーでは、語り手の抱える問題は社会的に構成された現実、つまり日常の社会生活の中で作り上げられた「支配的な物語 (ドミナント・ストーリー dominant story)」にあると考える。つまりこのアプローチは、それまで語り手が信じて疑わなかったドミナント・ストーリーの問題点を対話の中から発見し、語り手自らがより生きやすい生産的な「別の新しい物語 (オルタナティブ・ストーリー alternative story)」を構築することが要点となる (White & Epston 1990)。したがって語り手の自己物語を、セラピーを構成する一つの要素としてではなく、最重要因子とし

てとらえる。

この理論の前提となるのは、「問題が問題である（人は問題ではない）」、「人々は自分自身の人生における専門性をもっている」、そして「人々は、自分自身の人生のストーリーの主たる著者である」ということである。つまり、語り手その人を「人生における専門家として位置づけ」、聞き手は語り手に対し「敬意を払い、非難しないアプローチ」が課せられるのである（Morgan 2000）。語り手は「自身の経験をストーリーだてる専門家」であり、聞き手は「（語り手が）その専門性を発揮しやすいように場を進行する専門家」となる（高橋 2008, p. 33）。両者が共に専門家と位置づけられる関係である。要するに、語り手の問題に何かの要因を仮定し、それらを探るというアプローチではない。また、このアプローチが従来のアプローチと異なるのは、隠れた物語、実際の物語を引き出し発見することで解決の糸口とするのではなく、新しい物語（「新しい語り」、「別の語り」）を共同生成し、共同理解することから始まることである（野口 2009, pp. 265-266）。

さらに、ナラティヴ・セラピーにおける聞き手の姿勢を心理学者の森岡正芳は次のように指摘する（森岡 2006, p. 183）。

語られたことの背後に問題の原因を読むのではなく、語りを通してどのような世界をクライアントは生み出そうとしていくのか、セラピストはそこについていくのです。はじめから問題や症状の背後に「もう一つのストーリーがある」と仮定してクライアントの話を聞くではありません。問題の原因を外に探すのではなく、問題とよくつきあってみようという姿勢で積極的に話し合うのです

聞き手は技術にこだわり語り手に相対するのではない。ナラティヴ・セラピーに限らず、対人援助は効果や結果を

期待するものであってはならない。聞き手の意図的な姿勢が、必ず語り手を狭い枠組みの中に追いやってしまうからである。また、聞き手は語り手を善悪で判断したり、道徳的判断で評価したりすることを戒めなければならない（野口 2002, pp. 166-168）。なぜなら日常の語りは、常に周りからの価値判断や評価に脅かされている。つまり、それを意識することで、語り手は即応的で無難な語りを強いられることになるのである。語り手は外部から評価されることのない安全な場でこそ、自己の価値体系を築き、歩んでいくきっかけを獲得するといえる。語り手の可能性（自己成長力、自己解決力）をどこまでも信頼しつつ、語り手のベースに任せることが大切となる。さらに、語り手がそれまで支柱としてきたドミナントな物語や自己を、語り手自らが破壊し、新たなもの（オルタナティブな物語や自己）を構築するうえで伴う辛さや苦しさを、聞き手が一緒になって体験し（共苦）理解していく（共感）ひたむきな姿勢こそが、語り手の自己実現をサポートすることになる。そこで初めて語り手は、物語る過程でそれまで蔑ろにしてきた出来事や自己との対話を果たし、現実統合の糸口を掴むといえよう。

（3）スピリチュアルケア

スピリチュアルケアの起源はホスピス運動にある。一九六〇年代に入り、近代ホスピスの創始者であるシシリ・ソンドースが、ターミナルケア（終末期医療）にはスピリチュアルケアが必要不可欠であると提唱したことに始まる。それ以後、欧米を始め世界各地に広まり、日本でも一九八〇年代始めに聖隷三方原病院のホスピスや淀川キリスト教病院のホスピスでスピリチュアルケアが開始されるようになる。しかし、いまだにその理論は一樣なものとして定まっていないのが現状である。

スピリチュアルケアの目的は、患者の抱える実存的な苦しみであるスピリチュアルペイン（「人生を支えていた生きる意味や目的が、死や病の接近によって脅かされて経験する、全存在的苦痛（窪寺 2004, p.43）」、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛（村田 2004, p.1027）」）を援助者が取り除くことではない。したがって、臨床現場では常に患者の主体性を重んじる。具体的には、患者が自らのペインと向き合い、人生をどのように受け止め引き受けていくのかというプロセスを支えるといった関わり方である（窪寺 2008, p.8）。

ここで論及しておくべき重要な点は、スピリチュアルケアと宗教的ケアの相違である。元淀川キリスト教病院チャプレンである窪寺俊之は「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て用いる。……これに対して、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（2008, p.6）」。³それゆえ、宗教的ケアの援助者は宗教的教理や儀式の知識と経験を持つ人（牧師、僧侶、信者など）に限られるが、スピリチュアルケアの援助者はカウンセラー、精神科医、宗教家に限らず、医師、看護師、セラピスト、ソーシャルワーカー、ボランティアなど多岐にわたると述べている（窪寺 2000b, pp.59-60）。さらに元長岡西病院ビハラー僧の谷山洋三は、スピリチュアルケア専門職は信仰の種類や有無を問題としないので、どのような相談者の「世界」にも入り込むことができると言及する（谷山 2008, p.28）。

つまり、宗教的ケアは、援助者が主体となり相談者に答えを提示するが、スピリチュアルケアは、相談者が主体となるため援助者が相談者に答えを提示することはない。援助者のアプローチはその場に一緒に寄り添い、援助者と相談者が共に私たち人間の限界を自覚し、サムシング・グレートに包まれている安心感・喜びを感じつつ、相談者自らが今ここの現実・今ここの自己を引き受けていけるような「気づきの場」あるいは「目覚めの場」を提供するので

ある。その場での関わりがどのような影響・効果をもたらすかということよりも、その場その場の一瞬、つまり「今、ここに、あなたと私」が存在していることの有り難さを、互いに実感することこそが要となろう。ゆえに、ただその場に腰を下ろし（my presence）、黙って寄り添い合っているだけで治療的效果（therapeutic silence）が現れることからある。

三 生死の理解とその超克

つぎに相談者の生死観は、援助者との対話によって生成される「語り」からしか窺い知ることとはできない。その生死観は、身体的状況や時間的経過によって変化していくものであり、決して固定的なものではない。相談者が物語るたびに、自己に対するとらえ方や生死観が変化していく。何が真実であるかが重要なのではなく、語り手がその場で物語る主観的な真実と言えるものに注目すべきである。たとえそこに見栄や強がりや混じっていたとしても、それは相談者自身がその場その場で物語り、取捨選択し、折り合いをつけた意義深い内容といえる。注意すべきは、繰り返しになるがその場に居合わせる聞き手の姿勢である。聞き手が語り手を評価することなく、あるがままに聞き入れることが必要不可欠となる。無条件の肯定的関心である（無制限の受容とは異なる）。つまり、根源的には理解不可能な他者を、援助者が操作することなくそのまま受け止める姿勢である。

また既に紹介したように対人援助アプローチの中心概念は、まず援助者が相談者を「変えよう」、「助けよう」、「治そう」、「良くしよう」と躍起になって導くのではなく、どこまでも相談者を人生における無二の専門家として位置づけるということである。さらに、援助者は相談者に内在する変貌・純化・成長の力を信頼し、相談者の話に敬意をも

って耳を傾けつつ、そのありのままの姿を尊重し、相談者自らが立ち上がっていく過程を寄り添いながら見守るというものである。ゆえに、臨床現場における相談者の生死観・人生観・価値観を握っているのも、紛れもなく相談者本人となる。援助者がそれを押しつけることは論外である。つまり、結論から言えば、相談者の然るべき生死観・人生観・価値観を構築するのは相談者自身である。それでは、援助者など必要ないではないかという反論が予想される。

確かに一人で生死観を確立できる健剛な人には必要ないかもしれない。しかし、ロジャーズの言うように、自己の生死観・人生観・価値観は経験に基づいて形成されるものであり、その経験は物語ることで自分のものとして統合し定着する。要するに、物語るという行為に意義を見出すアプローチは、「広い意味での言語行為によって、経験を秩序立てていくことによる援助（森岡 2008, p.193）」といえよう。

ここで、改めて援助者と相談者の関係性について触れてみたい。相談者が中心となって対人援助は進展していくが、語りは初めからあるものではなく、相談者に関心が寄せられて初めて生み出されるものであること、そして誰しも他者との関係によって成り立つ存在であることに注目したい。臨床のその時その場にある関係性（今ここにある関係性）に支えられてこそ、共同生成としての語りが生み出される。そこで物語られる語りの中には一人では抱えきれない感情も表出してくるが、他者に聞いてもらうことではじめて共有される出来事へと変化し、分かち合える対象となり、快氣に繋がることもある。そして、「いのち共有」を礎とするこれらのアプローチは、相談者（クライエント）自らが生きる力を育んでいくため、一見すると援助者の支援はそれほど重要ではないように考えられるが、サポート過程に関与する援助者のあり方や存在の影響力は看過できない。そこには確かに関係の質が問われる。質の高い関係性が相談者の「気づき」「目覚め」を引き起こすからである。たとえ同一の出来事であっても、関係によって意味づけを変え

たり、深めたりすることがあるからである。ゆえに、縁起的関係による共同作業の産物として、過去ならびに現在が再構築されつつ物語られ、生きやすい未来が開かれていくと考察できよう。

総括すると、相談者の生死観を理解してその人なりの「生命の質 (QOL)」を高めることや、思いどおりにならない「いのち」の問題を超越することは、その場に居合わせたものが「いのち共育」の視座でもって「心身ともに一緒にいること (寄り添うこと)」で可能になると考えられる。それを達成するには、援助者と相談者が上下関係になることなく、水平関係で対話をし、あるがままの姿で「今、ここ」に存在することが必要条件となろう。それによって、一方通行ではない、双方向の学びが生まれる。対人援助 (ケア) は、相談者に与えるだけでなく、相談者からも多くのものを得ることができるのである。つまり、援助者と相談者の双方が、援助 (ケア) を通して共に人間的成長を遂げることができる (Mayeroff 1972, p. 70)。まさに「再帰的機能を持つ「いのち共育」となるのである。

小 結

私たち各々の自己は、「自己語り」によって書き換えられていく。つまり、自己を語ることは、自己物語 (自己・価値観・生死観) を改訂し、更新していくことである。それによって、苦しみや痛みが洗いざらいなくなるわけではない。むしろ、苦しくても生きていけるように自ら請け負っていくのである。つまり、終生にわたり「自己語り」は繰り返されていく必要がある。その都度、「自己存在の意味」、「人生の意味」、「苦しみの意味」など自己存在をめぐる闘争を重ね、折り合いをつけ自己再編し続けていくしかない。「自己語りの循環 (連続)」によって、生死を充実させていく手がかりが見つかると思える。さらに、理不尽・不条理な現実 (生・老・病・死) にある自己をどう引き受

けるか、どう折り合いをつけるかが生死超克の鍵となる。よって、今ある現実をより良く生きていくため、「生命の質（QOL）」を高めるために「自己語り」は必須となる。

それでは、仏教者が対人援助を行う際に仏教信仰はどのような意味を持つのか、若干まとめて終わりとしたい。まず大前提として臨床の場では、「特定の宗教色・仏教色に染まらない姿勢（inter-faith chaplain, multi-faith chaplain）」が、相談者との有効な関係や場を可能にすることは押さえておかなければならない（窪寺 2000a, p. 148, 小西 2008, 西岡 2008）。しかし、仏教者としての視座が有効に働いていると実感することがある。まず「援助者——相談者」の関係を自他一如ととらえる縁起の理法である。次に、誰もが仏性を備えているという「悉有仏性」思想である。つまり、相談者に潜在する仏性を信じることができるよう、「語り手の声は、生きた仏の声」として傾聴できるのである。たとえ受け入れがたい話でも相談者の自己解決力の発現を信じ、祈ることができるというのが仏教者としての強みである。そして、何もできない無力感に苛まれながらも、共に苦しみ、理不尽・不条理な現実（諸行無常）を見つめていくのである。

我が国において、他宗教のみならず仏教も個人化・希薄化・空洞化が顕著になってきている。これまで培ってきた仏教の叡智を埋没させないためにも、仏教者（宗教者）は、その教理や教団に縛られることなく、現代社会のニーズ、現代人の心に呼応する時代に即した取り組みが必要である。それこそドミナントなものから解放され、社会との対話を通して生きやすい道を構築し続けていくことで、社会参加の端緒が開けると信じて疑わない。

以上、本稿では、「いのち共育」の視座による三種の対人援助アプローチを取り上げたが、あくまで理論・技術にすぎない。この理論にこだわり囚われてはならない。対人援助に正解はないと言われるように、援助者は最終的に相

談者に出会えて良かったと思ってもらえることが「良き関わり」となる。つまり、理論・技術でもって援助するのではなく、(援助者自身のもつ) 生身の人間のもつ温かさが伝わって初めて信頼関係が成り立つ。また人間は窮地に立たされたとき、なかなか冷静では居られないが、自分を支えてくれる人(家族、友人、先祖)や自然などに思いを巡らすことで、平常心を取り戻すことができるものである。よって「いのち共育」という視座に立ったアプローチが、援助者と相談者の双方にとって、無条件で「あるがままの自分」を受け入れてくれている人(またはもの)が必ず存在するということを再確認する契機になればと期待してやまない。

参考文献

- 河合隼雄 一九五『カウンセリングと人間性』創元社
- 窪寺俊之 二〇〇a「宗教的ケアと日本のホスピス——歴史的経過と評価」『神学研究』第四七号 関西学院大学神学部
- 二〇〇b『スピリチュアルケア入門』三輪書店
- 二〇〇四『スピリチュアルケア学序説』三輪書店
- 二〇〇六『スピリチュアルケア学概説』三輪書店
- 小西達也 二〇〇八「アメリカで「仏教的スピリチュアルケア」を考える」『仏教とスピリチュアルケア』東方出版
- 高橋規子 二〇〇八「ナラティヴ・セラピー…セラピーの最前線」『ナラティヴと心理療法』金剛出版
- 谷山洋三 二〇〇六「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」『仏教とスピリチュアルケア』東方出版
- 西岡秀爾 二〇〇六「死の臨床における仏教者のあり方」『教化研修』第五二号 曹洞宗総合研究センター
- 二〇〇九a「いのち共育」における宗教の必要性『宗教研究』第八二巻 第四輯
- 二〇〇九b「死生観教育再考——「いのち共育」という視座から」『教化研修』第五三号 曹洞宗総合研究センター
- 野口裕二 二〇〇三『物語としてのケア——ナラティヴ・アプローチの世界へ』医学書院

二〇元「ナラティヴ・アプローチの展望」『ナラティヴ・アプローチ』勁草書房

古宮 昇 二〇七『やさしいカウンセリング講座——もっと自分らしくなれる、純粹な癒しの関係を育むために』創元社

村田久行 二〇四「スピリチュアルケアを学ばれる方へ」『臨牀看護』Vol.30, No.7

森岡正芳 二〇六「語りを生む力」『語り』と出会う』ミネルヴァ書房

二〇八「物語としてのカウンセリング」『質的言語学講座二 人生と病いの語り』東京大学出版会

吉川 悟 二〇元「私の家族療法にナラティヴ・セラピーが与えた影響——ナラティヴを取り入れた新たな家族療法の臨床実践」『ナラティヴ・アプローチ』勁草書房

Mayeroff, Milton. 1972 *On Caring*. (『ケアの本質——生きることの意味』ゆるみ出版、一九八七)

Morgan, A. 2000 *What is narrative therapy? : An easy-to-read introduction*. (小森康永・上田牧子訳『ナラティヴ・セラピー』何々。』金剛出版、二〇〇三)

二〇〇二何々。』金剛出版、二〇〇三)

Rogers, Carl R. 1942 *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. (保坂亨・諸富祥彦・末武康弘共訳『ロジャース主要著作集一 カウンセリングと心理療法——実践のための新しい概念』岩波学術出版社、二〇〇五)

二〇〇五)

Rogers, Carl R. 1951 *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. (保坂亨・諸富祥彦・末武

康弘共訳『ロジャース主要著作集二 クライアント中心療法』岩波学術出版社、二〇〇五)

White, M. & Epston, D. 1990 *Narrative Means to Therapeutic Ends*. (小森康永訳『物語としての家族』金剛出版、一九九