

# 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

深谷美枝 柴田 実

## 1. 研究目的

現在日本におけるスピリチュアルケアの研究動向として、スピリチュアルケアは宗教的ケアと区別される傾向があり、援助者のスピリチュアリティ・宗教性を用いることのない、専らクライアントのスピリチュアリティに寄り添うケアとして概念構築されつつある。それは、欧米のクライアント・センタード・アプローチの影響を受けていることと、日本における宗教的諸事情から援助者自身の宗教性を用いることが特定宗教の布教と過剰に同一視され警戒されている結果であると推察されるが、いくつかの点において筆者たちは強い疑問を抱かざるを得なかった。

①スピリチュアルケアが、欧米のパストラルケア（牧会的ケア＝聖職者が信徒の霊的ケアをする）の対象を入院患者等に拡大して成立して来たこと、また1960年代後半以降のホスピス運動において、終末期患者に対しては全人的ケアの視点が強調され、宗教的ケアという患者の宗教的必要へのアプローチ<sup>1</sup>が重視されてきたという発展経緯から見て、そのようなことがその本質を変質させずに果たして可能であるのか。

②日本におけるホスピス医師やチャプレンの書いた手記等の二次資料（藤井<sup>2</sup>、柏木<sup>3</sup>、下稲葉<sup>4</sup>、森山<sup>5</sup>、中島<sup>6</sup>）を見る限りにおいて、宗教性の活用は大きなウエイトを占めている。ここでは患者は必ずしも入信という形を取らな

かったとしても、多くはチャプレンの祈りや院内における礼拝等によって慰めを受け、最期を迎えている。

本研究では、国内のキリスト教系病院の専任キリスト教宗教専門職（病院チャプレン）によるスピリチュアルケアに着目し、その分析を通して、スピリチュアルケアと援助者の宗教性の関係を明らかにすることを目的とする。

それはより詳細には、①チャプレンは自分の宗教性を果たして活用しているか、②活用しているとすれば、どのようなプロセスにおいてどのように活用しているのか、というリサーチ・クエスチョンを元に宗教性活用の臨床構造を解明するということになる。

## 2. 文献研究

ここではグラウンデッド・アプローチによる研究手順に従って、リサーチ・クエスチョンに関する文献研究の状況を概観し、次にスピリチュアルケアと宗教とを厳密に区別する立場を取る三人の論者の視点を整理しておく。

### （1）スピリチュアルケアと宗教に関する研究状況

現在日本におけるスピリチュアルケアの研究動向として、スピリチュアルケアは宗教的ケアと厳密に区別される傾向がある（後述の窪寺<sup>7</sup>、谷山<sup>8</sup>、村田<sup>9</sup>）。

スピリチュアルケアと宗教の関連性を主張する立場には、藤井(美和)<sup>10</sup>、藤井(理恵)<sup>11</sup>、義平<sup>12</sup>、沼野<sup>13</sup>、菊井<sup>14</sup>、沖永<sup>15</sup>、井上ウィマラ<sup>16</sup>、大下<sup>17</sup>、打本<sup>18</sup>らがいる。欧米では、スピリチュアルケアと宗教との関係について、積極的な関係性を示す立場として、D. マーレイ<sup>19</sup>、M. E. オブリー<sup>20</sup>、D. クラス<sup>21</sup>、V. B. カーソン、H. コーニック<sup>22</sup>がいる。

看護の視点から、E. J. テイラーは、スピリチュアルケアを支える宗教的儀式や祈りの機能について提唱しており<sup>23</sup>、さらに、ヘルスケアにおける宗教的実践の意義について、キリスト教、ユダヤ教、仏教、イスラム教などの各々のスピリチュアリティに即して論じられている<sup>24</sup>(残念ながら、日本語に翻訳された同書には、テイラーのヘルスケアにおける宗教的実践の意義に関する章は割愛されている<sup>25</sup>)。

災害緊急時におけるチャプレンによるスピリチュアルケアについて、T. M. ベッカー、B. G. ボーデン、A. シュミット<sup>26</sup>。また、礼拝などの宗教的儀式をコーピング(危機対処)の要素として捉え、そのような援助をスピリチュアルケアとして説明するのが、C. W. リビングストン、M. M. デーミン、B. ワラスである<sup>27</sup>。

スピリチュアルケアの一つの方法として、祈りなどの霊的資源の活用について、W. W. C. アシュレイ、R. S. サメット、R. R. デーミン、A. アリ、D. ピリングズ、R. Z. デビッドウィツォーファークスが提案しており<sup>28</sup>、C. ロンゲイカーは、無宗教患者への祈りの活用について積極的に評価している<sup>29</sup>。

近年問題となっているスピリチュアルケアと宗教の分離の問題について、C. スウィフト<sup>30</sup>、W. マクシェリー<sup>31</sup>は、人種・人口の流動による時代的社会的変化に、二者の分離の原因を見ている。また、スピリチュアリティ・スピリチュアルケアと倫理の関係については、K. レベコ

ズ、J. D. ドリスキルが論じている<sup>32</sup>。W. スミーツは、宗教を、価値観の変更に関する一つの要素とし<sup>33</sup>、世界観とスピリチュアルケアの関係がヘルスケア実践において重要な位置を占めることを説明している。

以上のような、スピリチュアルケアと宗教の関連性を説く研究者は、欧米の場合、すでに、ほとんどが実証研究によってその関連性への根拠付けをしており、その内容面は、宗教や宗教的行為を、ひとつの臨床的機能として捉えている点に特徴があると言える。たとえば、宗教的行為である祈りが、臨床的機能や、コーピング作用などとして捉えられ、日本国内の宗教や宗教的ケアに対する理解や常識をまったく超えている。

日本国内においては、複数の研究者において、スピリチュアルケアと宗教の関連性が、それぞれの視点から主張されるものの、残念ながら、プラグマティックなアプローチからそれを根拠付ける研究成果は、現在のところ若干数である。

## (2) 窪寺、谷山、村田によるスピリチュアルケアの見解について

### ① 窪寺俊之の「スピリチュアルケア」と宗教に関する見解

窪寺は、『スピリチュアルケア学序説』<sup>34</sup>のなかで「スピリチュアリティ」を、危機状況における患者の自己「防衛機能」と捉えている。それゆえ、「スピリチュアルケア」は、目に見えない世界や情緒的・信仰的領域の中に人間を超えた新たな意味を見つけて、新しい「存在の枠組み」、「自己同一性」に気付くことであり<sup>35</sup>、それを目的とする援助である。

それに対して、窪寺は宗教の特徴について次のように述べている。

「宣教する者の中に自分の文化・歴史・社会

を絶対化する場合には、宣教活動によって宣教される人々が傷を負う結果になる。その宣教活動は自己正当化になり、結果的に排他的に陥りやすい。この点、カウンセリングの目的は、クライアント自身の心や魂の苦痛を解決し、精神的・心理的・霊的に癒され、成長し、自立することである。<sup>36)</sup>

「カウンセリングでは、クライアントとの人格的信頼関係が、心の深層までを洞察させる契機となる。しかし、宣教活動では全体的・集団的・不特定多数に向けて福音が語られるので、一般的にカウンセリングで一对一の人格的信頼関係が絶対必要条件のような意味も持たない。<sup>37)</sup>

窪寺がアメリカに留学した時期は、C. ロジャーズのクライアント中心療法がアメリカに広く普及しており、前者の記述には心理療法家や精神科医の患者に対する権威構造に対する批判が、キリスト教宣教とカウンセリングの関係に二重写しにされていると考えられる。また、宣教（キリスト教の教えを伝達する行為）は、個人にではなく集団的・不特定多数に向けられるものであるとし、それは人格的信頼関係を基調とするカウンセリングとは異なるものとして定義がなされているが、実際には個人を対象としないような宣教はありえず、窪寺の宣教観自体が疑問視される。

また、宗教とスピリチュアルケアとを明確に区別する窪寺は、『スピリチュアルケア学概説』<sup>38)</sup>で、スピリチュアルケアと宗教的ケアの関係について、はっきりと次のように語っている。

「スピリチュアルケアは、宗教的ケアと混同されることが多い。～（中略）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。キリスト教的ケアは聖書やキリスト教の伝統の中で積み重ねられてきた知識や資源がケアの中心となる。このことは仏教的ケアでも同じである。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。特に患者の心理的・文化的・歴史的背景が重視され、そこにケアの資源を求める。<sup>39)</sup>

「宗教的ケアの特徴は、患者が持つところの問題や疑問に対して、宗教者が信仰の立場から援助するケアである点である。宗教には各宗派・教派の教義、礼典、団体の規則がある。またその教義の教える人間論、救済論、死後観、人生論、神仏論などの具体的教えがある。宗教的ケアとは、『なぜ、自分が苦しまなくてはならないのか』と問いつつ、納得する回答を求める患者に対し、宗教者が特定の宗教がもつ回答を伝え、信仰へと導くことである。患者はその特定の宗教のもつ教義、教理を信じて受け入れる必要がある。～（中略）これに対して、スピリチュアルケアはこの点が異なる。スピリチュアルケアでは、ケアワーカーが回答を伝えるのではなく、むしろ、納得のいく回答を患者自身がスピリチュアルケアワーカーと一緒に探し出すことに主眼を置いているのである。ケアする人は、患者と一緒に悩み苦しみつつ、患者が納得する答えを見つけ出す援助をするのである。<sup>40)</sup>

窪寺の宗教的ケアの理解は、宗教教義・礼典・団体の教えや行為のみがケアの形態として考えられているので、宗教的ケアを受ける患者は、その特定宗教がもつ答えを受け入れること、つまり入信が求められ、それが宗教的ケアの内容として限定されている。一方でスピリチュアルケアは、一切そのような宗教者発信型の形態内容はなく、患者の心理・文化・社会面が尊重され患者本人が納得いくような、患者主導のスタイルが想定されている。これもやはり、初期ロジャーズのクライアント・センタード・アプローチの視点が根底にあるように思われる。

宗教的ケアにおいて、教義や礼典による教えを教示する場合も、多くの日本人牧師は、窪寺

が提案するスピリチュアルケアの内容、つまり相手の心理・文化・社会面への尊重と本人の納得に対する重視を念頭に置いている。牧師や教会組織、教団組織が、排他的な教会主義・独裁主義へと陥らない限り、個人の意志決定と自己責任が尊重されるなかで宣教が進められることの方が、現実には多い。

窪寺の宣教や宗教的ケア批判は、主として聖書や礼拝説教のみで魂のケアが遂行できると考える原理主義的スタンスや、宗教教団の排他性などに向けられている。個人の価値観や尊厳が守られないような信仰スタイルや説教・経典解釈は、窪寺の批判を待つまでもなく、その自己正当化や排他性によって、受け手にとって、救済どころか傷になるのは自明であろう<sup>41</sup>。

## ②谷山洋三の「スピリチュアルケア」と宗教に関する見解

谷山は、「仏教を基調とした日本のスピリチュアルケア論<sup>42</sup>」「死の不安に対する宗教者のアプローチ<sup>43</sup>」のなかで、「スピリチュアリティ」について、次のように述べている。

「スピリチュアリティには実体論的定義と機能論的定義があるが、ケアを考える場合には後者を選ぶことになる。本論においてはスピリチュアリティを『人間を通して感じられる・表現される、安定・回復・成長をもたらす不可視・不可知な機能』と定義する。<sup>44</sup>」

「宗教はスピリチュアリティを表現してきた体系であるが、世俗化した現代社会においては、宗教とスピリチュアリティを区別する必要がある。<sup>45</sup>」

「一方で宗教は、その不可視・不可知なものが言語やボディワークなどによって表現されてきた体系であり、そのため、定められた『型』は伝統として受け継がれてきた。『型』は宗教の強みでもあるが、排他性にもつながる。<sup>46</sup>」

谷山によると、宗教は、「スピリチュアリ

ティ」を表現したものだが、世俗化した現代社会においては、人々は体系化した宗教には排他性を覚えている。そこで、谷山は、窪寺のスピリチュアリティ理論である「スピリチュアリティ」の超越的次元に、新たに現実的次元、内的次元を加えることで、現代人に適応した「スピリチュアリティ」の可能性を探っている<sup>47</sup>。

さらに、そのような「スピリチュアリティ」の問題提起の根拠として、「スピリチュアルペインの解消への過度な焦点化」に対する批判がある<sup>48</sup>。スピリチュアルケアの対象を、スピリチュアルペインに限定しないということである。谷山は、スピリチュアルペインへの対応が、スピリチュアルケアであるのではなく、身体的ケアというものが、身体性に働きかけ、その反応によって成立するケアであるように、スピリチュアルケアは「人間のスピリチュアルな側面」に働きかけ、その反応によって成立するケアであると説明する。

「『自然・文化・芸術によるケア』さらに、瞑想や宗教的経験によるケアも、スピリチュアリティによるケアとして了解できる。しかし、医療現場というセッティングにおいては、対人援助としてスピリチュアルケアを捉えることも求められる。本論でも基本的に対人援助としてのスピリチュアルケアを前提とし、これを、人間を通して感じられる・表現される、不可視・不可知な機能に焦点を当てながら、相互の内面の力動性によって自分らしさの安定・回復や成長を支援すること、と定義する。<sup>49</sup>」

ところで、谷山は、スピリチュアルケアの定義として、「スピリチュアリティ」をスピリチュアルケアの場所・対象とするゆえに、援助の場にある関係者の「スピリチュアリティ」の相違が、スピリチュアルケアを考える基準とされている。

宗教者が優先するべき援助方法は、対象者を

教義的に導くこと（宗教的ケア）ではなく、対象者の信念に寄り添うこと（スピリチュアルケア）であるとしたうえで<sup>50</sup>、まず、宗教的ケアについて、次のように述べられている。

「宗教的ケアは、相談者が宗教家の世界観・価値観・宗教観に共感する。もしくはそれらを是認することが前提となる。相談者の多くは宗教家の信仰・所属宗派の教義を信仰もしくは支持している人たちであり、信仰を同じくする者同士において相談関係が成立する。相談者は、援助者である宗教者を基軸とする『世界』に入り込むことになる。<sup>51</sup>」

「宗教的ケアは、『宗教的伝統における作法に従いながら、人的交流や不可視・不可知な機能によって、教義的に定められた究極に向けての成長や安定・回復を支援すること』とする。ケア対象者は、主として信仰に悩みや迷いを持つ人であり、援助者は同じ宗教的伝統に属する指導者や仲間が担うことが多いだろう。<sup>52</sup>」

続けて、スピリチュアルケアについて、次のように述べられている。

「スピリチュアルケアは、相談者（患者など）との関係性は全く異なる。スピリチュアルケアは、相談者の世界観・価値観・宗教観を尊重することが前提となる。医療・福祉の臨床でトレーニングを受けたスピリチュアルケア専門職（チャプレン、ビハラー僧、スピリチュアルケアワーカー）は、その相談者の『世界』に入り込むので、信仰の種類や有無に関わらず、どのような相手にも対応できる。このように、援助者（宗教者）と対象者（相談者、患者など）との関係性が両者の決定的な違いである。<sup>53</sup>」

「スピリチュアルケアは、『人間を通して感じられる・表現される、不可視・不可知な機能に焦点を当てながら、相互の内面の力動性によって自分らしさの安定・回復や成長を支援すること』とする。ケアの対象者は主として、人

生の再考を迫られるような苦悩を抱えた人であり、援助者は宗教家のみならず医療・福祉関係者も担うことが多い。<sup>54</sup>」

谷山においては、宗教的ケアは、相談者が宗教家の世界観・価値観・宗教観に共感し、是認することが前提となり、相談者は、援助者である宗教者の「世界」に入り込む。反対にスピリチュアルケアは、相談者の世界観・価値観・宗教観が尊重され、専門職は相談者の「世界」に入り込むので、信仰の種類や有無に関わらず対応が可能であると考えられている。

しかし、以上の見解を検討してみると、例えば宗教的ケアにおいて、宗教家に相談に訪れる相談者の多くが、信仰を同じくする者同士として相談関係が成立し、相談者が宗教家の世界観・価値観・宗教観を共感または是認するといことが、どのようにして、またどの程度可能とされているのか、筆者の伝道牧会の経験からは疑問を呈せざるを得ない<sup>55</sup>。

また、同様にスピリチュアルケアについても、患者のニーズを中心に考えてみると、訓練を受けたスピリチュアルケア専門職が、具体的にそれほど自在かつ柔軟に、相談者の「世界」に入り込むことが可能なのか、という疑問がある<sup>56</sup>。

また、谷山は、スピリチュアルケアと宗教的ケアの相互の関係について論じている。

「端的にその違いを示すならば、宗教的ケアの援助者の脳裏には、あらかじめ設定された方向性があり、スピリチュアルケアの援助者にはそれがなく、対象者によって選出される方向に寄り添っていく、という点が大きいだろう。<sup>57</sup>」

「スピリチュアルペインへの宗教的言説による対応は、日本に spiritual care が輸入される以前から実施されていると思われるが、これはスピリチュアルケアではなく宗教的ケアである。<sup>58</sup>」

宗教的な伝道や宣教を行う者は、そのための専門的な視点を持って活動を行うことは言うまでもないが、総じて設定された方向へと対話相手を動かすことは極めて困難な現実がある。人間は皆、自由意志を有しており、選択による自己決定を持って人生を歩んでいるからである。この点から見て、ケアという次元で見た場合、宗教的ケアとスピリチュアルケアとが結果的に見てどれほどの差異が生じるのか、疑わしい。

また、宗教的言説によるスピリチュアルペインへの対応は宗教的ケアであり、宗教的言説が臨床の場で一旦表出されてしまうと、その時点でスピリチュアルケアから宗教的ケアに変容してしまうというが、患者のスピリチュアルペインに対して宗教的言説で対応しようとする場面を想定するとすれば、臨床経験のまったくない牧師・僧侶などの宗教者が、患者に対して無配慮に自分の専門知識を中心に関わったか、あるいは、宗教的な言説や思想をもってしか対応ができないような、人間の限界を越えるスピリチュアルペインが患者から発せられたか、いずれかではないかと考えられる。後者のケースをスピリチュアルケアから切り離し排除することは、スピリチュアルケアを著しく限定し、狭めてしまうことになりはしないだろうか。

### ③村田久行の「スピリチュアルケア」と宗教に関する見解

村田は、「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア—アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築—」において、スピリチュアルペインを、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛であると定義している。そのような存在論に関わるスピリチュアルペインを、村田は、次の三つのベクトルにおいて分類する<sup>59</sup>。

- ・時間存在を失うスピリチュアルペイン (将来の夢を失う苦しみ)
- ・関係存在を失うスピリチュアルペイン (関

係の支えを失う苦しみ)

- ・自律存在を失うスピリチュアルペイン (自己決定できる自由を失う苦しみ)<sup>60</sup>

村田が、スピリチュアルペインを、上のような時間存在、関係存在、自律存在などの喪失の苦痛として捉える背景には、M. ハイデッガーの実存哲学の影響がある<sup>61</sup>。時間存在を失うスピリチュアルペイン、関係存在を失うスピリチュアルペイン、自律存在を失うスピリチュアルペインは、いずれも喪失の痛みとして捉えられている。この喪失の痛みは、患者の「非本来的自己」の苦しみであるとされ、本来の自分の在り方から遠ざけられた状態の苦しみである。つまり、自分の将来の夢、人や社会との関係、自分が自分らしく生きることの決定権が剥脱された状態の痛みである。

そのようなスピリチュアルペインに対するスピリチュアルケアとは、村田によれば、「非本来的自己」が、「本来的自己」(時間、関係、自律等の痛みからの回復)へと変化するようにケアすることだと定義される。『ケアの思想と対人援助』<sup>62</sup>において、次のようなケアの在り方が語られている。

「もはや客観的状況を好転させることが不可能な場合、逆に、患者自身の主観的な思い・願い・価値観がその客観的状況に沿うように変わるのを支える『ケア』という援助がある。<sup>63</sup>」

「ケア概念による対人援助の最終の目標は、患者・クライアントの気懸りや憂い (care) をともに担い、それから離れること、その土台となっている価値観の転換に援助すること、といえるだろう。<sup>64</sup>」

「われわれが緩和医療の目的に患者・家族のQOLの向上を掲げるのならば、『スピリチュアルケア；生きる意味への援助』こそが、その核とならなければならない。<sup>65</sup>」

つまり、村田の提唱するスピリチュアルケア

とは、時間・関係・自律の諸要素を失った患者の苦痛に対して、患者自身が喪失後の状況に対して、理性的に適応できる・馴染めるようにサポートすることである。

その援助においては、患者の理性的な意思決定が、援助の軸となる。患者は、時間・関係・自律のそれぞれの喪失において、自分自身の価値観の転換によって、それらの喪失の苦痛を今ここで相対化し、現在の自己をそのまま受容できるようにすることが求められる。

ここで問題となるのは、「理性的な意思決定」の問題である<sup>66</sup>。時間・関係・自律に関する人生の大きな喪失の痛みに対して、どの程度において、患者は理性的な意思決定を行使することが可能なのだろうか。

患者から吐き出される深いスピリチュアルペインに対して、援助側においても、理性的な傾聴、共感、受容がベースとされるであろうし、患者においても、喪失のスピリチュアルペインに対して、価値観の転換を意志の力において実行することが求められる。

「人間存在が自己の有限性を知り、受容して、『憂い』を離れたとき得ることのできるものは『喜び』である。しかしこの喜びは、なにかを得ることで感じる喜びではなくて、むしろ、なにかに固執し、得ようとすることから離れることで、また、自らの行為が清浄であることから与えられる喜びなのである。<sup>67</sup>」

「この喜びはまた、気懸り・憂慮・不安が人間存在のうちから生まれるのに反して、おそらく死を前にして、自己の有限を思い知らされて気づく人間を超えた無限なるものから与えられるものなのかもしれない。自己の有限性を回心とともに知ったものには、無限なるものからの呼びかけを受け取る余地が生まれるのではないだろうか。それゆえ対人援助のケア概念においてわれわれが目指すべき目標は、患者・クライ

エントの『憂いを払い喜びをもたらす』ことであるといえるかもしれない。<sup>68</sup>」

このような価値観の転換を目的とするケアは、患者の誤った思考や価値観への認知修正という範囲において、適切な対人援助といえるだろう。しかし、「人間存在が自己の有限性を知り、受容して、『憂い』を離れたとき得ることのできる『喜び』」へと導くために、心身ともに衰弱し、不安と恐れの中にいる患者に対して、どの程度と範囲まで、理性的な価値観の捉え返しを求めることが可能なのか。

村田の実存哲学的なスピリチュアルケア理論においては、スピリチュアルペインへの理性的、認識論的な意味付け作業が、スピリチュアルケアとして捉えられているために、患者のスピリチュアリティや援助者のスピリチュアリティの問題は扱われない。

しかし果たして、実存哲学の直接的な臨床への適用により、どの程度と範囲で、理性的な捉え返しのサポートが可能なのかと思う<sup>69</sup>。宗教やスピリチュアリティといった要素を用いない、宗教的次元を含まないレベルで、そのスピリチュアルケア・スタイルはどの程度有効だと言えるのか、その点に関する分析が今後求められるように思われる。

### 3. 対象と方法

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（全員、神学教育を受けた牧師職）を対象に、一人2時間程度のインタビュー調査を実施した<sup>70</sup>。インタビューは半構造化面接であり、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、比較的自由に語ってもらった。インタビューは、逐語化を経て、ストラウスのグラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析された。分析は、オープン・コーディングから、一部軸足コーディング

に達している段階である。信頼性妥当性に関しては分析結果を本人に見て貰い、意味内容を正確に捉えているか確認を行った。

#### 4. 結果

ここではまず(1)見出されたカテゴリーやサブカテゴリーとその関係性を大筋において示し、(2)そのうち幾つかの重要なものについて、少し詳細に解説する。(表中太字のもの。)

##### (1) 見出されたカテゴリーとその関係性

チャプレンは、①宗教性を自らのケアの基本的スタンスを形作るものとして用い、②患者の極限状態において提示し、また③患者の死後の祈りや葬儀の形で、家族や職員へのケアに用いていた。(以下文中、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを【 】で提示する。)

##### ①ケアの基本的スタンスを形成する宗教性(大カテゴリー)

チャプレンの基本的スタンスとして、患者の関係を《神がリードするという信念》があるゆえに、チャプレンと患者の関係が《相互成長》するものとなり、チャプレンが患者を一方的に変えようとなさない《非変化志向のケア》が作り出される。

《神がリードするという信念》はまた、痛みや苦しみを持つ《患者から逃げない姿勢》を創り出し、それは病状の変化につれて変化する患者の心に柔軟に寄り添いつづける《チャプレンのダンス》となる。また、宗教は、チャプレンが患者に向かって《死生観を言語化する》助けとなる。

##### ②患者の極限状態において提示される宗教性(大カテゴリー)

患者の心身の状態が【看護師の判断による限界点】に達したとき、または【患者による申し出】により、《チャプレンの関わりが要請され

表1 ケアの基本的スタンスを形成する宗教性

カテゴリー	説明
神がリードするという信念	チャプレンの祈りによって患者との関係が神によって導かれ、形成されるという信念
患者との相互成長	患者とチャプレンは互いに癒しあい、成長し合う関係であり、一方的な援助関係ではないという意味付け
患者から逃げない姿勢	患者がどんなに苦しんでも、患者から逃げないで寄り添い続けるという姿勢
チャプレンのダンス	患者の病状の変化につれて柔軟なスタンスを作り、対応していく姿勢
死生観を言語化するものと宗教	宗教を持つことによって、自らの死生観を言語化することが助けられているという意味付け

る》。チャプレンは《宗教性提示の姿勢》として改宗を目的とした【伝道目的の否定】と患者のニーズがあって初めて宗教性を提示する【受け身の踏み込み】を持つが、この切迫した状況では《宗教性提示をする場面》に遭遇せざるを得ない。

患者にとっては《神の代理人としてのチャプレン》という宗教的シンボルであるが故に、【患者の求めがある場合】には本来神にぶつけられるような怒り、問い、赦しへの求め等を驚くほど直接的にぶつけられ、信仰に基づいて一定の答えを出すよう求められる。また《ケアとしての祈り》によって、患者の限界にかかわり、関係性をベースとして患者を支えると共に、患者に希望を確認する。患者はこれらの介入によって【心身の状況が安定】し、チャプレンの宗教性を採用して【結果としての改宗】に至る場合もごく少数ではあるが存在する。

【患者の求めが顕在化しないがニーズが痛感される場合】にもチャプレンは多くはないが踏み込む場合がある。その場合には患者の多くは



家族や医療者に対して心を閉ざしている場合で ③患者の死後に用いられる宗教性（大カテゴリー）あり、チャプレンの介入を拒否して、【心身の安定はなされない】。

宗教性は患者の死後において、死後の祈りに関わり、また葬儀をすることによって【職員と

表2 患者の極限状態において提示される宗教性（大カテゴリー）

カテゴリー	サブカテゴリー	説明	
1、チャプレンによる宗教性提示の姿勢	①伝道目的の否定	改宗を目的とした積極的な宗教性提示の姿勢に対する強い批判がある	
	②受け身の踏み込み	患者のニーズがあって初めて宗教性を提示してゆこうとする姿勢がある	
2、チャプレンの関わりが要請されるプロセス	①看護師の判断による限界点	患者の精神的状態がひどくなり、限界点に達したという判断を看護師がし、関わりをチャプレンに要請する	
	②患者による申し出	患者が極限状態に達して、自ら関わりを要請する	
3、チャプレンが宗教性提示をする場面	①患者の求めが顕在化しないが、患者のニーズが痛感される場合	極限状態において、家族や看護者を拒否して抑鬱状態や怒りのうちに自らに閉じこもった患者を相手にする場合	
		怒りをぶつける	本来神にぶつけるべき怒りを、チャプレンにぶつける
	死の問題を問う	死や死後の問題を問う	
	神の存在を問う	神の存在を問う	
	病や苦しみの意味を問う	自らの病や苦しみを問う	
	②患者の求めがある場合	罪悪感の存在	患者が自らの罪悪感を解決できない場合、赦しを求める場合
		手術前に祈りを求める	手術前に不安を解消するため、チャプレンに祈りを求める
		信仰を求める	直接的に信仰を求める
		霊的指導を求める	クリスチャンが信仰の深まりのための指導を求める
葬儀の話をする		患者が自らの死を巡って葬儀の話をもちかける	
4、「神の代理人」としてのチャプレン	チャプレンは宗教的シンボルであり、神と接触するための媒体、ツールとして捉えられている		
5、ケアとしての祈り	祈りは患者の限界にかかわったことの「しるし」となるケアであり、関係性をベースとして実践され、関係性によって患者を支えると共に、患者に希望を確認する役割がある		
6、患者の状況	①患者の心身の状況が安定しない場合	チャプレンが踏み込んでも、患者が拒否し続ける場合、患者の心身は安定しない	
	②患者の心身の状況が安定する場合	チャプレンの介入がありケアが提供された場合、心身の安定がある	
	③結果としての改宗	ごく少数であるが、チャプレンによって提示された宗教性に慰めを覚え、患者自身がそれを採用した結果、キリスト教の受洗に至ることがある	

家族とのケア】をするツールとして機能している。

## (2) 重要なカテゴリーについて

### ①患者の極限状態において提示される宗教性 (大カテゴリー)

末期患者には、死が近づくとつれて限界を意識するプロセスが存在することが、分析の結果判明した。末期に近づいた患者が、死の問題において極限状態に置かれた時に、チャプレンに対して、チャプレンが信仰や宗教性を語ることを求めるというプロセスを、多くのチャプレンが経験していた。特に注目すべきことは、全チャプレンに共通するが、チャプレンに対して、信仰や宗教的な対話を要求する患者は、宗教を持つ患者に限定されていないことである。極限状態においては、宗教を持たない患者からも、チャプレンは、宗教的な対話を数多く要求されている。

### ②チャプレンによる宗教性提示の姿勢 (カテゴリー)

インタビューを通して、全てのチャプレンは、患者に対して強引な伝道をすることに批判的で、日本人が一般にキリスト教牧師に対して想定するような、死の前になんとしてでも改宗させなければいけないという考え方は持っていなかった。

チャプレンが患者に対して宗教を提示する場合はあくまでも、患者の人生観を尊重し、患者側から求められれば応じていくという「受身の踏み込み」(ホスピスケア実践に関する柏木哲

表3 患者の死後に用いられる宗教性 (大カテゴリー)

カテゴリー	説明
死後の祈りや葬儀による職員と家族とのケア	死後の祈りや葬儀をすることによって、職員や家族をケアするツールとなる。

夫の臨床哲学)を基本的な方針と考えられていた。チャプレンが自分の信仰を語る必要がある場合、それは押し付けではなく自己開示の形で語っており、患者から求められたときに初めて、信仰の提示に応じていくというスタイルをすべてのチャプレンが守っていた。

「私たちはあくまでも、患者さんから信仰の導きの求めがあれば、応えていきますけれども、いわゆる牧師として強く信仰を押ししていくということは、いたしません。一般の教会とは違った意味で、病院では、一人一人がどこまでそれに対して受け入れる気持ちが備えられているか、ということまで見なければいけないと考えています。ホスピスで、残りの命の時間がないからというだけで、信仰をがんがん押しつけていくとか、信じてくださいとかっていうのを、私はあまり好みません。」(Kチャプレン)

### ③患者の求めがある場合 (サブカテゴリー)

患者の求めがある場合の事例としては非常に様々な事例があげられていた。以下概要を記す。

「怒りをぶつける」患者がチャプレンを相手に普段は使わないような汚い言葉で、自分が病気になることの恨みをぶつけ続けた。チャプレンはその言動は自分でなく神に向けられていると察知し、一時間黙って聞き続けた。

「死の問題を問う」患者はどんなプロセスを辿って死に向かうのか聞いたり、死の壁を超えていくと言うことについて一緒に考えて欲しいと求めたり、来世の問題について質問されたり、不安や恐怖が投げかけられたりする。この質問は相当に数があり、バリエーションも豊富であった。

「神の存在を問う」「病や苦しみの意味を問う」この二つは同時に発せられるケース多かったが、自分の苦しみが何故与えられたのか、そこに神がどのように関わっているのか、という

問いが発せられていた。多くは無宗教者である。

「罪悪感の存在」患者は今までの人生で罪と感じることを抱えており、そのせいで自分が病気になる、神の罰である、と意味づけていることがある。あるいは今まで自分のしてきたことは赦されることではないから、地獄に行くという恐怖を抱いている場合もあった。そのような罪悪感からチャプレンが患者を解放し、慰めを提供することで、多くの患者は心身の安定を取り戻していた。この役割は宗教的シンボルであるチャプレンの役割機能と深く結びついていて、対象となる患者は無宗教である場合もそうでない場合も見られた。無宗教者であってもチャプレンは宗教的シンボルとして機能していた。

## 5. 考察

本研究で明らかになったことは、①まず病院チャプレンのスピリチュアルケアにおいて、スピリチュアルケアと自らの宗教性とは分離して考えられてはおらず、密接な関係性を持っていることである。②また、一般に想定されるような、布教を目的とした宗教性の提示はなされておらず、寄り添い相互に成長するケアが基調とされているということである。③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である。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考えられた。

つまり、見出されたプロセスにおいては窪寺の主張するような、納得のいく回答を患者自身がスピリチュアルケアワーカーと一緒に探し出す余裕もなければ、谷山のように患者の世界

観・価値観・宗教観を尊重し、専門職が患者の「世界」に入り込む形を取ることも困難であり、村田のような「理性的な捉えかえし」も不可能であるということである。そこにおいては宗教的シンボルとしての「神の代理人」たるチャプレンが患者から直截的に問われて、答え、自らのスピリチュアリティを基盤とする祈りにおいて患者を包み、支え、希望を提供することにおいてのみ、患者と共に限界点をこえていく作業が成立しているのであった。

無論、全ての末期患者にチャプレンの関わりが要請されるわけではないので、看護師が限界と判断したケースの範囲に限定されるのではあるが、この「命の瀬戸際」におけるチャプレンの介入をスピリチュアルケアと分離し、排除？する方向性で理論形成することに対しては強い疑問を感じざるをえない。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し、理論形成がなされるべきであると考ええる。

ここではサブカテゴリー「心身の安定」や「結果としての改宗」としてしか表現されてはいないが、このようなプロセスの結果、患者のスピリチュアリティが覚醒、深化されることが想定される。それは、患者の世界観の意味付けが、チャプレンの宗教的存在を通して変更・修正されていくというものである。しかもそれは、臨床の文脈において患者の中で問題となっている意味付けの修正を意味している。

若干の文献照合を行うとすれば、これまでほとんど注目されてこなかったスピリチュアルケアと宗教的ケアの間に連続性があること、その連続性において患者の変容があることはW. スミーツによって主張されている。スミーツは、スピリチュアリティを世界観と呼び、専門職が相手の世界観に入るということを問題にはせず、対人援助の臨床構造において、患者にとっては他者のものである世界観＝スピリチュアリ

ティを通して、患者本人の健康度を上げていくという捉え方をする。宗教であっても、それはひとつの世界観として捉えられている。そこでは、患者のなかで問題となっている世界観が、認知修正されるべきであるという、臨床的な視点がある。

「我々は、スピリチュアルケアの主要な活動を、〈導き〉として考えている。それは、世界観を基礎として〈選択するよう〉人々を導くことを意味している。このようにして、彼らの自律的な霊的機能を養うのである。<sup>71)</sup>

「世俗化の社会プロセスのゆえに、我々は、宗教や信仰よりも、いっそう抽象度の高い概念を用いようとしている。それは、世界観という用語である。この語は、宗教の意味よりもより広い領域をカバーする。<sup>72)</sup>

「世界観は、人生や苦しみや死の意味についての諸信念を含む。それは、感情を生起させ、それを表現する。そして、人々にそれらの感情を体験させ、それらと和解させることのできる儀式がある。これらの信念や感情や儀式は、人生のカオスにおいて秩序を創造するものであり、ヘルスケアの文脈において、世界観は、本質的な価値を持っている。<sup>73)</sup>

スミーツの、健康度をあげるという合理的な捉え方には違和感が多少残るが、チャプレンによる世界観＝スピリチュアリティの提示を通して、患者の世界観が修正されうるし、場合によっては修正されるべき、という論点は注目に値する。ここには寄り添いや傾聴を超えた指導や教育(スピリチュアル・ディレクション)といったチャプレンの役割の方向性が見えるからである。

## 6. 今後の研究課題

残された課題は大カテゴリー「患者の極限状態において提示される宗教性」に絞り込んだ形

(選択的コーディング)で分析を進めることである。最後の調査となるが九州・沖縄地区の調査結果を加えた上で(地域性もあり、異なったデータが出てくる可能性もある。)文献照合を進め、最終の報告としたい。

※尚本論の執筆は1、3、4、5、6を深谷が、2の文献研究を柴田が分担している。

※また、本論は2010年度社会学部一般プロジェクト研究の報告である。

## 【注】

- 1 柏木哲夫、「死にゆく人々のケア」末期患者へのチームアプローチ、医学書院、1998年、p.58-77。シャロン・フィッシュ、ジュディス・シェリー、窪寺俊之・福島千恵子訳、『看護のなかの宗教的ケア』、すぐ書房、1994年(Sharon Fish, Judith Allen Sherry, Spiritual Care, Inter Varsity Press, 1978.)。
- 2 藤井理恵、藤井美和、『たましいのケア』一病む人のかたわらに一、いのちのことは社、2000年。
- 3 柏木哲夫、『死にゆく人々のケア』。
- 4 下稲葉康之、下稲葉かおり、『癒し癒されて』栄光病院ホスピスの実録、いのちのことは社フォレストブックス、2003年、『幸福な死を迎えたい』一栄光病院ホスピスの現場から一、いのちのことは社、2009年。
- 5 森山健也、『ホスピスでの語らいから』、いのちのことは社、2001年。
- 6 中島修平、『ホスピスの窓から』一生みの痛みの中の神学一、キリスト新聞社、1993年。
- 7 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学序説』、三輪書店、2004年。『スピリチュアルケア学概説』、三輪書店、2008年。
- 8 谷山洋三編、『仏教とスピリチュアルケア』、東方出版、2008年。
- 9 村田久行、『ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から—』、改訂増補、川島書店、2003年。
- 10 藤井美和、「生命倫理とスピリチュアリティ—死生学の視点から—」、p.21-23  
『生命倫理における宗教とスピリチュアリ

- ティ』、晃洋書房、2010年。
- 11 藤井理恵、「ターミナルステージでスピリチュアルペインにどう寄り添うか」、p.411-414 (『緩和ケア』Vol.16 No.5、青海社、2006年)。
  - 12 義平雅夫、「スピリチュアルケアとチャプレンの働き—宗教性・超越性に着目して—」、p.99-120、窪寺俊之、平林孝裕編著『続・スピリチュアルケアを語る—医療・看護・福祉への新しい視点—』、関西学院大学出版会、2009年。
  - 13 沼野尚美、「チャプレンのスピリチュアルケアの実際」、p.455-458、『緩和ケア』Vol.15 No.5、青海社、2005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—宗教者の関与に視点を当てて—」、p.83-88 (『死の臨床』Vo29. No.1、日本死の臨床研究会、2006年)。
  - 15 沖永隆子、「末期がん患者への宗教的アプローチによるスピリチュアル・ケアの可能性」『ホスピスケアと在宅ケア』Vol.11 No.3、日本ホスピス・在宅ケア研究会、2003年。
  - 16 井上ウィマラ、『看護と生老病死—仏教心理で困難な事例を読み解く—』、三輪書店、2010年。
  - 17 大下大圓、『癒し癒されるスピリチュアルケア—医療・福祉・教育に生かす仏教の心—』、医学書院、2005年。
  - 18 打本弘裕、「医療臨床における僧侶の役割についての—試論—」、p.14-19 (『印度学佛教学研究』第58巻第1号、日本印度学佛教学会、2009年)。
  - 19 Murray, D., Faith in Hospice: Spiritual Care and the End of Life, Society for Promoting Christian Knowledge, 2002.
  - 20 O'brien, M. E., A Nurses Handbook of Spiritual Care: Standing on Holy Ground, Jones And Bartlett Publishers, 2004.
  - 21 Klass, D., 'Spirituality, Protestantism, and Death', p.51-73, *Doka, K. J., Morgan, J. D., Death and Spirituality, Baywood Publishing Company, 1993.*
  - 22 Carson, V. B., Koenig, H., Spiritual Caregiving: Healthcare as a Ministry, Templeton Foundation Press, 2004, Koenig, H., Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet, Templeton Foundation Press, 2008. (ハロルドG.コーニック、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。)
  - 23 Taylor, E. J., Spiritual Care, Nursing: Theory, Research, and Practice, Upper Saddle River, 2002, p.201-227. (E. J.テイラー、江本愛子、江本新監訳『スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践—』、医学書院、2008年。)
  - 24 同p.228-261。キリスト教、ユダヤ教、仏教などのスピリチュアリティを通したスピリチュアルケアの考え方について、p.233-239を参照。また、無宗教におけるスピリチュアルケアについて、p.241を参照。
  - 25 E. J.テイラー、江本愛子、江本新監訳『スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践—』、医学書院、2008年。
  - 26 Becker, T. M., Bodin, G., Schmidt, A., 'Impact and Heroic Phases: Disaster Chaplains and Chaplaincy', p.86-105, *Roberts, R. S. B., Ashley, W. W. C., Disaster Spiritual Care: Practical Clergy Responses to Community, Regional and National Tragedy, Skylight Paths, 2008.*
  - 27 Livingston, C. W. V., DMin, M. M., Wallace, B., 'From Honeymoon to Disillusionment to Reconstruction: Recognizing Healthy and Unhealthy Coping Mechanisms and Encouraging Resiliency', p.119-138, *Roberts, R. S. B., Ashley, W. W. C., Disaster Spiritual Care: Practical Clergy Responses to Community, Regional and National Tragedy, Skylight Paths, 2008.*
  - 28 Ashley, W. W. C., Samet, R. L., DMin, R. R., Ali, A., Billings, D., Davidowitz-Farkas, R. Z., 'Cultural and Religious Considerations', p.237, *Roberts, R. S. B., Ashley, W. W. C., Disaster Spiritual Care: Practical Clergy Responses to Community, Regional and National Tragedy, Skylight Paths, 2008.*
  - 29 Longaker, C., Facing Death and Finding Hope: A Guide to the Emotional and Spiritual Care of the Dying, Broadway, 1997. p.114.
  - 30 Swift, C., Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century: The Crisis of Spiritual Care on the NHS, ASHGATE, 2009.
  - 31 Mcsherry, W., The Meaning of Spirituality and Spiritual Care within Nursing and Health Care Practice: A study of the perceptions of

- health care professionals, patients and the public, Quay Books, 2007.
- 32 Lebacoz, K., Driskill, J. D., Ethics and Spiritual Care: A Guide for Pastors, Chaplains, and Spiritual Directors, Abingdon Press, 2000.
- 33 Smeets, Wim., Spiritual Care in a Hospital Setting: An Empirical-theological Exploration, Leiden-Boston: Brill, 2006.
- 34 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学序説』、三輪書店、2004年、p.4。
- 35 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学序説』、p.79-87。
- 36 窪寺俊之、「宣教とカウンセリング」(三永恭平、斉藤友紀雄、平山正実、深田未来生、『講座現代キリスト教カウンセリング第1巻』)、日本基督教団出版局、p.145、146。
- 37 窪寺俊之、「宣教とカウンセリング」、p.151、152。
- 38 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学概説』、三輪書店、2008年。
- 39 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学概説』、p.6。
- 40 窪寺俊之、『スピリチュアルケア学概説』、p.60、61。
- 41 筆者自身、既存の諸宗教が、傷付いた人間の意味付けに貢献する力をもはや失っていること、傷付いた人間の魂の痛みを救う力を失っていることを、宗教者として日々感じている。日本に生きる人々の苦しみや傷が、なぜこれほど深いまま残されているのか、と思う。宗教の形骸化と無力さについて、筆者も同様に痛みを感じる。しかし、そのような痛みを理由として、単純に合理的に宗教が切り離されることが、この国の深刻な問題に対する解決の答えだと結論付けることは、論理的な無理があるように思われる。
- 42 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」(谷山洋三編著、『仏教とスピリチュアルケア』、東方出版、2008年。p.23。
- 43 谷山洋三、「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—、p.457-478 (『宗教研究』80 [2]、2006年)。
- 44 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.23。
- 45 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.239。
- 46 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.239。
- 47 谷山洋三、「スピリチュアルケアの構造」、p.82-86 (窪寺俊之、平林孝裕編著、『続・スピリチュアルケアを語る』—医療・看護・福祉への新しい視点—、関西学院大学出版会、2009年)。
- 48 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.22。
- 49 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.23。
- 50 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.457。
- 51 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.28。
- 52 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.460。
- 53 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.28
- 54 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.460。
- 55 筆者は、日本で宗教者人口が1%弱であるキリスト教牧師の一人であり、また大学の協力牧師の経験もあるが、教員や学生との関わりにおいて、相談者が、援助者の宗教の世界観・価値観・宗教観に入り込むという喜ばしい話は、実を言えば、これまでほとんどなかった(悲しい話であるが)。むしろ、援助者の世界観・価値観・宗教観を横に置いて、あるいは犠牲にして関わりを継続することのほうが数多い。
- 56 たとえば仮に、宗教者ではないスピリチュアルケア専門職が、偶然にも宗教的ケアへのニーズを抱えた患者に対して関わる時、患者にとって、その関わりは、自分の「世界」に入ってもらえたという実感を得られるものとなるであろうか。
- 57 谷山洋三、「死の不安に対する宗教者のアプローチ」、p.460。
- 58 谷山洋三、「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、p.28。
- 59 村田久行、「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア—アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築—」、p.157-165 (『緩和医療学』、5 (2)、2003年)。
- 60 小澤竹俊、『医療者のための実践スピリチュアルケア』、日本医事新報社、2008年。
- 61 M.ハイデッガー、桑木務訳、『存在と時間 (上)

- (中)(下)』、岩波書店、1960年、1991年、1963年。
- 62 村田久行、『ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から—』、改訂増補、川島書店、2003年。
- 63 村田久行、『ケアの思想と対人援助』、p.97。
- 64 村田久行、『ケアの思想と対人援助』、p.95。
- 65 村田久行、『臨床看護』第30巻第7号、へるす出版、2004年、p.1029。
- 66 村田自身が、ハイデガールの哲学思想をそのまま対人援助に適用することには、問題があることを指摘している。村田久行、『ケアの思想と対人援助』、p.73-74。
- 67 村田久行、『ケアの思想と対人援助』、p.75。
- 68 村田久行、『ケアの思想と対人援助』、p.75。
- 69 そもそも、後期のハイデガールの哲学は、合理的理性の思惟枠組みを超えた、スピリチュアルなものを描こうとする傾向が強くなる。実存思想は前期ハイデガールの特徴であり、その時期の思想を臨床に適用することは、ひとつの困難を生むように思える。そこに、実存哲学の臨床活用上の問題がある。
- 実存思想の臨床構造における有効性は、その現象学的分析の部分と、倫理的な部分にこそある。患者の自己覚知や洞察のために、村田の三つのベクトルのような現象学的分析は有効だと筆者も思う。しかし、分析レベルでは良いにしても、それを臨床へ用いる場合に、やはり困難さを覚える。沖野政弘、『現代神学の動向—後期ハイデガールからモルトマンへ』、創文社、1999年。
- 70 調査対象は首都圏六病院、関西圏四病院である。(うち2010年度関西の三病院の訪問調査が実施された。)
- 71 Smeets, Wim., *Spiritual Care in a Hospital Setting: An Empirical-theological Exploration*, Leiden-Boston: Brill, 2006. p.7.
- 72 Smeets, p.4.
- 73 Smeets, p.122.