

特集 精神科医療におけるスピリチュアリティとレジリエンス

スピリチュアルケアの役割とレジリエンス

島藺 進

病む人自身の力を引き出すこと、これがスピリチュアルケアの主要な目標とあってよいだろう。かつて宗教者は、自分自身の力を超えた神や仏や霊的なものの力を信じることを勧め、それによって病む者、苦しむ者を支援しようとした。ここでは立ち直る力もつばら向こう側からやってくることになる。例えば、かつての病院付きのキリスト教チャプレンは病む者、苦しむ者ととも神に祈ることを役割とした。そこに当事者のレジリエンスが期待されていたとしても、まずは向こう側の超越存在に委ねる姿勢をとることがめざされた。だが、現代のスピリチュアルケアにおいては、たとえ向こう側からの力こそが回復をもたらすと信じていても、まずは病む者、苦しむ者自身のレジリエンスを信頼するという姿勢をとることが優先される。向こう側の存在はとりえず焦点化せずに、こちら側の人間に現れ出るものに注目しているのだ。レジリエンスとはそのようにして意識されるものであり、ケアする側にとってはレジリエンスの現れが、希望であり支えともなるものだ。とはいえ、なかなかレジリエンスが現れてこない場合も想定できる。死にゆく人のケアにおいても、悲嘆にくれる人のケアにおいても、むしろスピリチュアルペインに向き合うことが常態となるだろう。そして容易に克服することができない事態をそのままに受け入れることを学びとっていくプロセスが必要になる。ここで弱さこそが力の源泉になるという逆説的な事態が経験されることが多い。これは、スピリチュアルケアにおいて重要なプロセスの1つだが、レジリエンスのある局面を照らし出すものだろう。弱さから力を得るという経験について、現代のケアの現場から語られる例は少なくない。病む者こそが自由を経験させてくれるという経験に基づくものだ。それは、例えば東日本大震災の支援の現場において、在宅ホスピスのケアにおいて、「治そう」という強迫から自由になった精神科医療において経験されてきたものではないだろうか。

<索引用語：スピリチュアルケア，チャプレン，スピリチュアルペイン，ACT，東日本大震災>

はじめに

病む人自身の力が引き出されるとき、合理的な手段を超えた「いのちの働き（霊的な力）」と捉えられることが多い。「いのち」という語は生物学的な「生命」を超えた領域に触れ、総合的・超越的次元を含んだ生命的なものを指すときに用いられる。そのような「いのちの働き（霊的な力）」に向かう姿勢が「スピリチュアリティ」と呼ばれる。そこに注目しそれを作動させようとするケアが「スピリチュアルケア」である。

このようなスピリチュアリティの作用を、「人間・共同体・社会の側の柔軟な回復力」と理解すればそれは「レジリエンス」と呼ばれることになる。レジリエンスはスピリチュアリティなしにも作動するが、スピリチュアリティが促進することも多いのではないだろうか。レジリエンスは病む人をはじめとして弱い立場にある人々が、新たな力を得て弱い立場から立ち上がってくる働きである。逆に言うと、弱い立場にある人々が立ち上がってくる場面を捉えれば、そこにレジリエンス

が見てとれるはずだ。

I. セルフ・ヘルプとスピリチュアリティ

そのような事例の典型的な例として、アルコホリック・アノニマス (AA) を挙げることができる。1935年にアメリカ合衆国でビル・ウィルソンとボブ・スミスによって創始されたもので、アルコール依存症患者の自助組織だ。一人ひとりの患者の力を引き出そうとするもので、組織的な拘束や上下関係はない。

この AA では日々の生き方を導く「12ステップ」の指針をもっている。そのいくつかを紹介しよう。

1. われわれはアルコールに対して無力であり、生きていくことがどうにもならなくなったことを認めた。
2. 自分自身よりも偉大な力が、われわれを正気に戻してくれると信じられるようになった。
3. われわれの意志と生命を、自分で理解できる神、ハイヤー・パワーの配慮にゆだねる決心をした。
4. 探し求め、恐れることなく、生きてきたことの棚卸表を作った。
7. 自分の短所を変えてください、と謙虚に神に求めた。

これは「神」に頼るようではあるが、それは「自分で理解できる神」であって、「ハイヤーパワー」とも呼ばれている。

AAやAAにならって12ステップの指針を尊んでいるもろもろのセルフヘルプ(自助)グループでは、最後に祈りが唱えられる。それは「セレニティ・プレイヤー(平安の祈り)」と呼ばれるもので、以下のような内容だ。

神さま私にお与えください

自分に変えられないものを受け入れる
落ち着きを変えられるものは変えていく
勇気を
そしてその二つのものを見分ける賢さを

これはキリスト教の神学者であるラインホルド・ニーバーによって案出された祈りで、「神さま」に向って唱えられているようだが、キリスト教徒でなくてもひかれる人は多い。それは神よりも、自分自身の方へ眼差しが向いており、自分自身の力を引き出そうとするものだからだ。レジリエンスを意識した祈り、あるいはスピリチュアリティといえるだろう。

12ステップを指針とするセルフヘルプ・グループは、1980年代以降に欧米諸国で、1990年代以降に日本で大いに発展したとされている。集団に帰属して組織的な活動を行うような宗教集団よりも、個々人の自律性を尊ぶセルフヘルプ・グループが苦しむ人々を支える集団として目立つようになってきた。これは、宗教集団の集団活動に親しむよりも、個々人としてスピリチュアリティに親しむ人々が増えてきたことと歩調を合わせている。そして、精神医学においてレジリエンスが強調されるようになる潮流と、宗教周辺でスピリチュアリティが尊ばれるようになる潮流とは重なり合っている。

II. 東日本大震災後のレジリエンスとスピリチュアリティ

東日本大震災では、宗教者の支援活動が目された。仙台では、宗教・宗派を超えた支援組織として、「心の相談室」が立ち上がった。その活動で注目を集めたものに、「カフェ・デ・モンク」がある。僧侶を中心に、宗教者が避難所や仮設住宅を訪れ、傾聴活動を行うものだ。栗原市の曹洞宗寺院の住職、金田諦応氏がそのマスターだ。知人のパティシエに頼んで作ってもらったケーキ、テーマ音楽はセロニアス・モンクのジャズ、愛称は《ガンジー金田》と遊び心も織り込まれている。車から降りして立てる小さな案内板には、こう書かれている。

“Café de Monk”はお坊さんが運営する喫茶店です。/Monkは英語でお坊さんのこと。/もとの平穏な日常に戻るには長い時間がかかると思

います。「文句」のひとつも言いながら、ちょっとと息つきませんか？/お坊さんもあなたの「文句」を聴きながら、一緒に「悶苦」します。

この「カフェ」では、例えばこんな会話が行われる。「娘《あれ（訃報が届く寸前に窓辺にきた鶯）はじいちゃんが最後の別れを言いに来たんじゃろうか》金田住職《その通りだよ、じいちゃん。命は皆、つながっているんだから、今度はトンボになって来るかもしれん。だから寂しがらんとね》」（p.272-273）²⁾。

多くの被災者がここで心慰む時を過ごした。金田住職は伝統仏教の底力を示したともいえる。だが、そのやり方は創意に満ちていてユニークだ。けっして上から既存の教えを説くのではない。「傾聴」の姿勢で寄り添う。曹洞宗固有の教えは話の中に出てこない。また、宗教・宗派を超えて「心の相談室」に集う宗教者が協力する。ともに祈りの行脚もする。

宗教・宗派を超えるということは、「寄り添う」という姿勢と密接にかかわりあっている。苦難を被っている人たちの求めるものにそって応答する。こちらからすでにある教えを伝えてわかってもらうというのではない。相手の気持ちに近づいて、それをできるだけ理解し、ともに感じ受け止めるようにする。導くのではなく、相手の力を引き出す。レジリエンスを信頼する接し方だ。

「手のひら地蔵」もそのような意図にそってできたもので、地蔵を通して仏教の教えを説こうというのではない。これは金田住職が栗原市の僧侶たちと相談しながら作られるようになったものだ。栗原市の陶芸家が滋賀県信楽産の粘土の無償提供と上薬がけ、窯焼きで協力、僧侶たちが主に10センチ前後の陶製地蔵を作る。子どもや乳児、野球少年、仙人など個性豊かな地蔵を作り、津波で亡くなった故人の形見にしてもらおうというもの（『河北新報』2012年5月26日）だ。僧侶の手作りの「手のひら地蔵」がカフェ・デ・モンクで被災者に手渡される。

瞬時に故人を思い浮かべ涙にくれる人もいる。

死者の霊を身近に如実に感じる人もおり、死者の霊を慰めるための祈りのよりどころともなる。心にわだかまっていた思いが表現の場を見いだす。グリーフケアとして抜群の力を発揮する。これを仏教の教えで説明することもできるだろう。それは宗教者の側の課題だが、被災者が今求めていることではない。

金田諦応住職らのカフェ・デ・モンクは、被災者の心を解きほぐし、悲しみに耐えるのに貢献した。レジリエンスを引き出す新たなあり方を指示したといえるだろう。手のひら地蔵を手にする、にわかに思いがこみあげて涙ぐみ、死者との心の交流がよみがえる。そこに死者が顕現する。それを自宅の居間に置いておけば、死者の霊が身近にいるように感じられる。死者の霊を慰めるための祈りのよりどころともなるだろう。大切な同伴者や親子を喪った方々に、手のひら地蔵は大きな力となった。グリーフケアの場として、カフェ・デ・モンクが果たした役割を象徴するアイテムだ。

Ⅲ. 死の看取りの医療とスピリチュアリティ

「心の相談室」は宗教側と同時に、医療側の創意とリーダーシップにも多くを負っている。

とくに重要なのは、仙台周辺で在宅での死の看取りに取り組んできた故岡部健医師の貢献だ。岡部医師は死の看取りに取り組む中で、宗教の役割を重んじるようになっていった。そして、その思いははからずも自らががんを病み、死を見すえざるをえない境遇に置かれたことによって一段と深まっていった。

1950年生まれで岡部医師だが、2010年1月に胃がんが見つかり、やがて肝臓への転移がわかり、2年半余りで亡くなった。岡部医師のその最後の2年半の中ほどに東日本大震災が起こっている。そして、「臨床宗教師」構想に向けた岡部医師の最後の力がそこに注がれた。

幸い、2012年1月から息を引き取るまで岡部医師へのインタビューを重ねた奥野修司氏による『看取り先生の遺言——がんで安らかな最期を迎

えるために』⁴⁾が、岡部医師の歩みを本人の語りの言葉を通してまとめてくれている。岡部医師は死の看取りに携わる医師として、現代日本の宗教者に大きな期待をもった。死を間近にした人たちが、穏やかな安らぎとともに死んでいけるために宗教者こそが力になると信じ、そのことを社会に発信した。それだけではなく、その期待を具体的な形にすべく臨床宗教師の教育プログラムの実現に大いに貢献したのだった。

では、岡部医師はどのようにして、宗教者に大きな期待を抱き、宗教者を通して日本の医療現場を変えたいという願いをもつようになったのか。呼吸器系の外科医となり、とにかくがんと闘うことに情熱を傾けていた岡部医師だが、次第に患者から安らかに死を迎えるあり方の重要性を学ぶようになっていった。とりわけ在宅で最期を迎えることが、本人にとって、また周りの人々にとってどれほど望ましいことであるかを教えられる機会があった。

岡部医師は学びとったことの核心をこう語っていた。「在宅医療というのは、私は文化運動だと思っている。最期まで在宅で過ごしてもらえるような条件をつくっても、最終的に家族や近親者が看取りを支えるのだから、看取りを支える文化基盤がなければ「つらさ」ばかりが残る。だから土壇場で救急車を呼んでしまうのである。これは、日本から看取りの文化が失われたからだろう」

東日本大震災で仏教者や寺院が大きな役割を果たすようになる背景には、仏教が看取りの医療にかかわっていく動きがあった。それはまた、宗教側の支援を求める医療側の姿勢の変化ともかかわっている。仙台の心の相談室やカフェ・デ・モンの活動は、スピリチュアルケアを求める医療側の協力に支えられたものだった。

1997年、岡部健医師は呼吸器外科医として勤務していた宮城県立がんセンターを退職し、在宅の看取りを専門とするクリニックを始める。すでに同センター在職中も入院期間の短縮に努めていた。検査や治療をやりすぎる現代医療のあり方に限界を感じていたからだ。

しかし、それにも限界を感じるようになった。がんセンター（大病院）と開業医が連携をとりながらがん患者の看取りをするというやり方は、今、広島や尾道がよく取り上げられる例だ。同じような試みは宮城県立がんセンターでも進めていた。だがその場合、開業医の診療も往診より外来が主となる。医師が主体となると、「患者のニーズから」考えることを徹底できなくなるのだ。

家族に断らずに突然、がんセンターをやめたというのも岡部医師らしい。また、「貸家」の張り紙のある廃屋同然の元美容院を診療所にし、機械も購入しなかったという。設備にしばらくすると、望むところの本来の看取りの医療ができなくなったからだ。患者の立場に立つのを徹底しようとして、そんなやり方になった。

もう一つは、「死」をテーマとした医療にこそ取り組もうという気持ちが高まっていったことだ。なかでも28歳で亡くなった女性を看取る経験が大きかった。医療だけでは世話をしきれない、地域の介護系の機関との協力が必要だということを感じたことも大きかったが、死に向き合うこの女性の姿勢から学んだことも多かった。

この女性は致死的ながんで病んでいることを知らされると、すぐに「子供と一緒に過ごしたいから」と在宅を決意した。やがて病状が進み失明するようになると、その女性はこう語ったという。「先生、あたし、在宅で過ごせてほんとによかった。目が見えなくなっても、家にいたら下で子供たちが騒いでも、どの部屋で何をしてるか手に取るようにわかる。暗闇の中でも周りを想像できる。病院にいたら、本当に怖かったと思う。…安心だっって言われても、知らない人に触られて脈とられて、おっかねえだけだよ。うちに帰ってきて本当によかった」と。

その後、在宅の看取りをよりよいものにするために、岡部医師が行ったことの一つは、共同で利用できるくつろぎのスペースを作るということだ。それも屋内ではない。5千坪の森を安く買って、そこに小屋を建て、露天風呂を作り、調理場を作りピザ窯も買った。これが「岡部村」だ。春

には「花見の会」、秋は「芋煮の会」を開き患者を招待する。患者にとってはあきらめていた希望の灯がともることになる。家族には大切な思い出の場ともなるだろう。

晩年の岡部氏が死の看取りの中で培ってきたケアのあり方は、スピリチュアリティとレジリエンスの双方を尊ぶものだった。そして、そのようなケアのあり方が、東日本大震災後の「心の相談室」やカフェ・デ・モンクの活動に受け継がれていくことになった。

IV. 精神障害者の包括的地域生活支援

ここまでみてきたような事例は、精神科医療の領域にも対応するものがいろいろありそうな気がする。直ちに思い出すのは、「べてるの家」や「ヒアリング・ボイシズ」³⁾の動きだが、ここでは、ACT (Assertive Community Treatment: 包括的地域生活支援) を瞥見したい。

ACT 全国ネットワークのホームページ¹⁾によると、ACT とは「重い精神障害をもった人であっても、地域社会の中で自分らしい生活を実現・維持できるよう包括的な訪問型支援を提供するケアマネジメントモデルのひとつです。1970年代初頭にアメリカで生まれてから多くの国に普及し、効果が実証されています」とある。そして、その特徴として以下の諸項目が挙げられている。

- ・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・精神科医からなる多職種チームアプローチであること。
- ・利用者の生活の場へ赴くアウトリーチ（訪問）が支援活動の中心であること。
- ・365日24時間のサービスを実施すること。
- ・スタッフ1人に対し担当する利用者を10人以下とすること。

そして、「私たちの考え方」というページには、「ACT 全国ネットワーク規約（案）」が掲載されている。そのIは「哲学・理念」と題されていて、次のように記されている。

- ・わが国において、重い精神障害をもつ人々はさまざまなニーズがあるにもかかわらず、適切な治療や支援を受ける機会がないまま、長期入院や頻回の入院をしているのが現状である。また地域社会で生活している人の数多くは、ひきこもりの状態で孤立している。私たちはACTの実践を通じて、常に彼らに寄り添い、可能性を信じ、長所を最大限に伸ばすような、医療や生活支援、就労支援をふくんだ包括的なコミュニティケアを展開し、彼らの希望に即した充実した地域生活を可能にすることを、活動の第一義とする。
- ・これまで精神障害をもつ人々は障害者となることで、権利、自己決定、可能性、人々からの支援などのさまざまなものを失ってきた。さらに精神科病院への長期入院や頻回の入院は、地域であたり前に暮らそうとする人々の社会生活力を奪ってきた。今、単なる脱施設化だけを求めるのではなく、精神障害をもつ人々の権利の確保、地域社会での自己実現、生活の質の向上などが図れるコミュニティケアを実現していかなければならない。また、そのために良質な人材や資金がより一層投入できるシステム作りが必須である。
- ・私たちは、本来精神障害者は地域に生き地域で暮らせる存在であるという揺るぎない価値観・原則に立脚したうえで日本の精神科医療の現状を見据え、ACTの制度化を含むコミュニティケア・システムの創出に関与することを通じて、入院中心から地域生活中心への精神保健医療福祉のパラダイム・シフトに貢献せんとするものである。

浜松市でACT専門の精神科クリニック「びあクリニック」の院長を務める新居昭紀医師のインタビュー記事を引こう⁵⁾。私個人がうかがった話だが、新居医師は60歳代になってからACTにかかわるようになり、これまでの精神科医療とはまったく異なる経験をし、その魅力にとりつかれているという。

インタビュー記事で新居医師は、「訪問先の患者さんの表情は、病棟や診察室とはまったく違う生活者としてのものです」と言う。病院や外来では閉ざされていた心が、在宅では開かれる可能性が高い。レジリエンスを引き出そうと思えば、医療側は「ホーム」に患者を迎えるのではなく、「アウェイ」で、つまり患者の「ホーム」で迎えられなければならないのだ。

まず患者さんの人間不信・医療不信をといていかないことには、治療に進めません。ですからスタッフには「治療はさておいて、関係づくりから始めよう」と伝えます。もちろんスタッフも最初のうちは患者さんに拒絶されますが、ここでひるまず繰り返し訪問します。毎週数回、本人に恐怖を与えず、喜びそうな工夫や提案をして、根気よく言葉がけをしていく。外出や食事に誘ったり、プレゼントを渡してみたり。もちろんプレゼントの費用はクリニック持ちです(笑)。

スタッフの工夫や努力は、医師よりはるかに優れていますよ。僕ら精神科医は重篤なケースを診ると「関係作りは無理かも知れない」と悲観してしまうのですが、それがスタッフにはありません。彼らはその患者さんの症状でなくストレンクスを中心に見るので、本人が興味・関心のあることや、喜ぶことを見つけるのが非常に上手い。

この医療では、もはや医師が主体ではない。患者に対して上位に立つ医師ではなく、医療サービスの提供者として患者と対等の視線で寄り添おうとするスタッフ(看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士ら)が、大きな役割をもつ。そして、そこで起こることは「人の心が開かれ気持ちをとにもする」ということであり、それは患者側にとって力の回復の手がかりとなるとともに、医療側にとっても大きな喜びとなる。

そうして何十回、何百回、半年、一年と繰り返

返し訪問していく。とにかくひたすら通って、友好的に接触を続けていると、向こうもだんだんわかってくれるんですね。こちらが有害な存在ではない、つかまえて注射をする怖い人でもないし、入院させるわけでもない。するとふとした話題に返事をしてくれたり、煙草を一本くれたり、交流の糸口をつかむことができる。スタッフミーティングでそんな報告を受けると、われわれは飛び上がって喜ぶ。これがスタートです。ようやく治療的な関係に入っていける端緒に到達するわけです。

患者さんはそのうち訪問を待っていてくれるようになります。こんなに嬉しいことはありません。相変わらず幻覚妄想はあるし、独り言も多いし無為だけど、訪問を拒絶しなくなります。もう感激です。訪問を繰り返しているといつか実を結ぶ。苦勞すればするほど、得難いやりがいいになります。それを何度も経験しているから、訪問支援にのめり込んじゃうんですよ。

ぴあクリニックのスタッフで精神保健福祉士である山田創氏は、そのケアのありようを次のように語っている。

僕たちは患者さんと気負わず自然に接しています。治療に向かわせることがゴールではなく、その人が希望する人生に寄り添っていくことを目指しています。そこで症状が障害になるのであれば、お薬を飲んでもらう選択肢もありますよというスタンスです。だから患者さんと食事に行くこともありますし、学会の発表へ一緒に行ったりもします。そうそう、先日は患者さん10人と一緒に浜名湖へ釣りに行ったんですよ。

僕らの仕事の成果は言葉では上手く言い表せませんが、訪問先の患者さんの表情を見てもらえればすぐわかっていただけるはずです。すごくいい顔をしていますよ。生活の場で笑って、泣いて、怒って。無表情なんかじゃありません。こんなにいい顔をして地域で暮らしている姿

を、ぜひ医療従事者の方に知ってもらいたい。見学が多くて大変ではあるのですが、一緒に訪問してぜひ見ていただけたらと思います。

びあクリニックには「虹の家」が併設されているが、そのホームページには「何をしてもいい場 何もしなくてもいい場」との句が掲げられている。

おわりに

ACTの医療はとりあえずスピリチュアリティとのかかわりは薄い。だが、このようなチーム医療に宗教者がかかわるとしても何の不思議もないだろう。最初の3つの事例で見てきたものとACTの共通点は、当事者に寄り添うこと、また当事者の「ホーム」でその人々に接しようとする事だろう。宗教の側がそのようなケアのあり方に目ざめつつある。他方、精神科医療の方もそうしたケ

アに活路を見いだしつつある。私はそこに、レジリエンスを引き出す場があり、スピリチュアルケアが大きな役割を果たす可能性があると考えている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) ACT 全国ネットワークホームページ：<http://assertivecommunitytreatment.jp/>（参照 2014-9-10）
- 2) 北村敏泰：苦縁—東日本大震災 寄り添う宗教者たち。徳間書店、東京、2013
- 3) 日本臨床心理学会編：幻聴の世界—ヒアリングボイシズ。中央法規出版、東京、2010
- 4) 奥野修司：看取り先生の遺言—がんで安らかな最期を迎えるために。文藝春秋、東京、2013
- 5) びあクリニックホームページ：<http://www.peerclinic.jp/>（参照 2014-9-10）

Resilience and the Role of Spiritual Care

Susumu SHIMAZONO

Institute of Grief Care, Sophia University

One of the main goals of spiritual care is to elicit the patient's own power. Previously, religious professionals encouraged people to believe in God, Buddha, or spiritual beings and helped those who were suffering. The power to recover was believed to come from outside human beings. For example, the foremost role of hospital chaplains in the past was to pray to a transcendental being (s) with those who were suffering. When resilience was expected, the first thing to do was to rely on the transcendental being (s).

In contrast, the priority in contemporary spiritual care is to trust the resilience of those with difficulties, even when the concerned believe in a transcendental power. The emphasis is on human beings and things which can be seen, rather than transcendental beings. Through this kind of expectation, resilience is to be expected and becomes a source of hope.

However, there may be cases in which resilience does not grow. On caring for the dying or those with marked grief, just facing spiritual pain may be the prevalent situation. Care workers need to accept the reality that overcoming spiritual pain is not easy. Then, the paradox is that facing weakness itself can become a source of power. This may be experienced in spiritual care, and it helps elucidate an aspect of resilience.

The author's position is that there are many cases in which power is elicited from weakness. Examples are found through the activities to provide aid following the Great East Japan Earthquake, in the spiritual care of dying persons at home, as well as in the care of psychiatric patients who are liberated from the obsession that they must be cured.

<Author's abstract>

<**Keywords** : spiritual care, chaplain, spiritual pain, ACT, Great East Japan Earthquake>
