

# 牧会カウンセリングと医療の相補性

## ——スピリチュアルケアの観点から——

杉岡 良彦

### (和文要旨)

スピリチュアルケアは日本の緩和医療で注目されてきたが、その充実はこれからの課題である。一方、すでにプロテスタント教会では牧会カウンセリングとして、スピリチュアルケアを含む活動が行われてきた。本論の目的は、牧会カウンセリングのこれまでの展開や問題点を整理し、医療との共通点や相違点を明らかにし、今後のスピリチュアルケアとの関係について論じることである。

牧会カウンセリングはスピリチュアルケアを含むが、対象、治療根拠、治療目標を医療とは異にする。牧会カウンセリングと医療は相補的關係にあると考えられ、両者の協力によって、よりよいスピリチュアルケアが提供できる可能性がある。両者の相補的關係は、身体的、心理的、社会的およびスピリチュアルな生の諸次元とその次元間の相互作用という事実によって支持される。今後は予防医学的観点から、緩和医療や教会内に限定されないスピリチュアルケアが重要になる。

**キーワード：**牧会カウンセリング、スピリチュアルケア、緩和医療、相補性、次元間の相互作用

### (SUMMARY)

In Japanese palliative medicine, medical staff have started to recognize the importance of “spiritual care,” but there remains a need to improve this kind of care. At the same time, Protestants have developed pastoral counseling as a means to respond to the various problems faced by church members. The purpose of this article is to clarify the historical

development and problems in pastoral counseling, sort out the differences and similarities between pastoral counseling and medicine, and discuss how pastoral counseling and medicine can cooperate in spiritual care.

Pastoral counseling includes spiritual care, although it has different kinds of clients, different sources for healing, and different goals in healing. Pastoral counseling may also have a complementary relation with medicine, and through the collaboration of pastoral care and medicine, clients may receive improved spiritual care. The theoretical basis for this complementary relation is supported by the ideas of both the multi-dimensional unity of life and the mutual interaction of the physical, mental, social, and spiritual dimensions of the human being. From the perspective of preventative medicine today, too, there is a need for palliative care and also for a form of spiritual care that goes beyond something practiced only within the Church.

**Key words:** pastoral counseling, spiritual care, palliative medicine, complementarity, mutual interaction of human dimensions

## はじめに

医療と宗教（以下では主としてキリスト教を指す）は、特に自然科学の進歩に支えられた近代医学の発展以降、大きくかけ離れてしまったと一般には考えられている。現在の多くの医療者は、宗教が医療に関与できる領域があるとは通常考えないし、むしろ宗教の教理に起因した医療ネグレクトによる幼児死亡のニュースなどは宗教への疑念を強める。こうした現状のなか、緩和医療ではスピリチュアルケアの重要性が明示されている。スピリチュアルケアは、乖離した医療と宗教両者の関係を再び結びつけ、新たな関係を構築するための重要な領域となる可能性があると思われる。

緩和医療とは別に、キリスト教教会（特にプロテスタント）では牧会カウンセリング（pastoral counseling）を中心に信者たちの悩みや苦しみに向き合ってきた。ここにはスピリチュアルケアが含まれている。しかし、これまでは教会におけるスピ

リチュアルケアの実践やその健康影響への貢献が過小評価されてきたのではなかろうか。スピリチュアルケアの観点から宗教と医療の関係を考えるとすれば、まずこれまで実践されてきた牧会カウンセリングを見直し、次に牧会カウンセリングと医療の関係を考察する必要があるだろう。

本稿ではこうした問題意識のもと、(1) 牧会カウンセリングのこれまでの展開や問題点を整理し、続いて(2) 牧会カウンセリングと医療の関係を論じる。最後に、(3) 医療現場のスピリチュアルケアと牧会カウンセリングの関係と今後の展開について考察する。

## 1. 牧会カウンセリング

### 1. 1. スピリチュアルケアの区別

スピリチュアルケアとは緩和医療でどのように定義されているのだろうか。そこでは全人的苦悩として身体的、心理的、社会的、およびスピリチュアルな苦悩（スピリチュアルペイン）が区別される。スピリチュアルペインは「生きる意味」、「苦しみの意味」等に関わる苦悩であり、この苦悩に対するケアがスピリチュアルケアであるとされる<sup>1</sup>。本稿ではスピリチュアルケアをその実践される状況から二つに分類する。一つは、緩和医療で使用される場合の「スピリチュアルケア」であり、本稿では括弧つきで表す。もう一つは、医療現場や病気の有無に関係なく生きる意味等に関わる苦悩へのケアとして使用される広義のスピリチュアルケアであり、前者の「スピリチュアルケア」はここに含まれる。

さらに、このスピリチュアルケアはその内容からも二つに分類できる。W.キッペスは、スピリチュアルケアを、哲学的ニーズが満たされない場合に生じる苦悩へのケアと宗教的ニーズが満たされない場合に生じる苦悩へのケアに分ける<sup>2</sup>。前者の苦悩は、生きる意味、苦しみや悲しみの根拠が見出せない苦悩等であり、後者は神などの超越者との関わりの中で生じる罪の意識や神の存在への疑念などに由来する苦悩である。もちろん両者の苦悩は密接な関係にあり、神の存在（あるいは愛）を認識する中で、哲学的苦悩が軽減あるいは解消されることもあれば、神の存在へ

の疑いや深い罪意識のゆえに深刻な哲学的苦悩にいたるケースもある。

### 1. 2. 牧会カウンセリングとスピリチュアルケアの関係

さて、牧会カウンセリングとはどのようなカウンセリングあるいはケアであり、スピリチュアルケアとどのような関係を有するのだろうか。プロテスタント教会において、牧会 (pastoral care) とは羊飼い (牧者) の働きに由来し、牧師の重要な務めの一つで、「教会を強め、支え、整え、建て、とりなし、癒し、一つにする働き」<sup>3</sup>である。そして牧会カウンセリングとは、「人生において出会うさまざまな苦痛に際して、それと取り組むために、牧師に牧会的な助けを求めている個人・夫婦・家庭に提供される牧会配慮の特別な一つのタイプ」<sup>4</sup>であるとされる。また、この領域の第一人者の一人とされるヒルトナー (Seward Hiltner) は牧会カウンセリングの目的が教会それ自体の目的と同じであることを指摘し、「ひとびとをキリストとキリスト者との交わりに連れ来たり、彼らが罪を認めて悔い改め、神の自由な賜物である救いを受け入れることを助け、また彼らが兄弟の交わりと愛とをもって仲間と共に生きるように助力し、以前の疑念と不安とに代わって信仰と確信とをもって行動できることを得させ、不和が支配していたところに平和をもたらすことを目的とする」<sup>5</sup>と明記した。

よって、牧会カウンセリングはキリスト者において行われるケアという制限はあるものの、相談者の病気の有無にかかわらず、またその苦悩の内容も宗教的ニーズやそれが満たされない苦悩へのケアを中心とするだけでなく、あらゆる生の側面に関わるものである。つまり、牧会カウンセリングは広義のスピリチュアルケアを含むものである。

### 1. 3. 牧会カウンセリングとそれに関わる活動の問題点

歴史的に見れば、フロイト (Sigmund Freud) に代表される精神医学 (精神分析学) や心理学の理論と、特にカウンセリングという具体的な実践方法を取り入れながら、牧会活動の充実を目的として、牧会カウンセリングが発展してきたと言える。特に

日本では、その導入においてカール・ロジャーズ (Carl Ransom Rogers) によるカウンセリングの技法が大きな影響を与えたことはよく知られており、それは非指示的 (non-directive)、あるいは来談者中心 (client-centered) のカウンセリングであると言われる<sup>6</sup>。牧会カウンセリングは悩みをもって教会を訪れる人々に対応する際に不可欠な考え方と技法であり、実践神学の一部として、神学校でも教えられている。病める人々に真摯に向き合おうとするとき、諸科学の理論と実践方法を取り入れて問題を解決しようとする牧会カウンセリングは、医療者側から見てもメンタルヘルスに対する重要な教会内での取り組みであると思われる。

だが、現実の教会や諸宗教内でのあり方に目を向けると、宗教者が必ずしも人々の救いに十分に関与できていないのではないかという問題がある。その理由は、いくつも考えられようが、例えば以下のような二つの問題点を指摘することができるだろう。一つは、説教を中心とし、本人の問題点を聖書等に基づいて指摘する、いわゆるパターナリスティックな態度あるいはそのような相談者との関係が、過去には主となっており、その伝統が多かれ少なかれ様々な仕方で現在も持続している可能性が挙げられるだろう。医療においては、医師患者関係を表す言葉として、「パターナリズム」という表現がかつては用いられたが、現在では医師患者関係（あるいは患者医療者関係）は、パートナーシップに基づく関係が望ましくとされている。医療現場でのパターナリズムの背景には、専門知識をもつ者（医療者）ともたざる者（患者）という前提があるが、それはかつての神父と信者という関係も同様である。前者は神の言葉である聖書を読み、理解することができ、神学的知識を豊かにもつが、後者はそうではないと考えられていた。もちろん、プロテスタント教会はこうした聖職者の特権に対して異議をとなえてきたし、カトリック教会も、特に第二ヴァチカン公会議（1962-65年）を経て、神父と信者の関係が大きく見直された。しかし、現実に目を向ければ、パターナリスティックな関係は、程度の差こそあれ潜在的に教会内に認められ、そのことが牧師や神父が信者の悩みに十分応えられていない原因の一つになりうる。宗教内へのカウンセリングの導入や牧会カウンセリングの創設には、こうした力関係への反省があることは否定できない。このことは次の第二の理由にも関連する。

宗教者が必ずしも人々の救いに十分に関与できていないのではないかという問

題の二つ目の理由として、ロジャーズの来談者中心と呼ばれるカウンセリング方法（より正確には、その不十分な理解に基づく導入）に由来する問題がある。ロジャーズの来談者中心療法が教会においても受け入れられ、「受容・傾聴・共感」に基づくカウンセリングの方法が広まった。「受容・傾聴・共感」は、現在のあらゆる心理療法の基本的な態度になっているといえる。非指示的な関与は、先に見たパターンリズムとは対照的であり、実際にこうした関わりにより、改善に向かう人たちはたくさんいる。しかし、それは心理療法の基本あるいは入口であっても、すべてではない。河合隼雄は日本の心理療法にロジャーズが与えた役割について、（1）日本人特有の説教好きな傾向に大きな衝撃や反省を与えたこと、（2）それ以前の精神分析の難解な理論を学ばなくても、極論すれば素人でも来談者を受け入れることで効果を得られる点を提示したこと、を挙げる<sup>7</sup>。また、その一方で、西洋人の言う意味での自我がそれほど確立していない日本人にとって、クライアントを「受容する」程度が無制限なものとなり、カウンセラーの自我を崩す可能性がある、と指摘する。

今から約 40 年前の心理療法の現状に向けられた河合のこの指摘は、現在の牧会カウンセリングの現状にも当てはまる。特に、ロジャーズの技法が有する上記の二番目の特徴（2）によって、カウンセリングが専門家だけに限られた方法ではなく、「その意志のある人なら誰にでも」広く門戸が開かれる可能性が出てきた。つまり、牧会カウンセリングは、元々長期間にわたる神学をはじめとする多くの勉強と研鑽を積んだ牧師に任されていたが、次に信者たちにも可能となってくるのである。つまり、ここで教会内で行われるカウンセリングの担い手の拡大（牧師から信徒へ。牧会カウンセリングからキリスト教カウンセリングへ。）という事態が生じる<sup>8</sup>。もちろん、信者たちは熱心にカウンセリングの基本的な勉強を行う。それは「イエスが苦しむ人々や病める人々を無条件に受け入れた」という観念が、彼らキリスト者を突き動かす大きな動機となるからである。そして、こうしたイエスの態度に対する憧れが、教会内のカウンセリングにおいて「受容・傾聴・共感」という態度をさらに強化する。だが、その無条件の受け入れという態度が、時として来談者そのものの自己愛と依存を増長させる可能性をもつ<sup>9</sup>。一方では、カウンセリングの不十分な学びと無条件の受容という宗教者としての義務感が複雑に絡み合い、他者への

奉仕や隣人愛の実践が、結果的に牧師や信者自身を疲弊へと至らしめる可能性が生じる<sup>10</sup>。

## 2. 認知療法

以上のような問題点があるとはいえ、牧会カウンセリングは教会に通う多くの人々のスピリチュアルなあるいは心理的健康に主として貢献してきた。ところで、こうした牧会カウンセリングは現代の精神医学的な理論とは、まったく接点をもたない営為なのだろうか。牧会カウンセリングと医療の関係を論じる本稿では、両者の接点を探究することは重要な課題となる。この問題を考察するにあたり、まず現在精神療法として広く採用されている認知療法を取り上げたい。1970年代からアメリカの精神科医であるアーロン・ベック（Aaron Temkin Beck）が主としてうつ病患者を対象に始めた認知療法（現在では行動療法を合わせて認知行動療法と呼ばれることも多い）は、世界中の臨床現場で広く応用され、現在では精神療法の中心的な役割を担っている<sup>11</sup>。日本でも、2010年4月から認知療法の「うつ病」に対する保険適用が認められるなど、非常に注目を集めている精神療法である。以下では認知療法の基本的な考え方を、うつ病を例に挙げながら考える<sup>12</sup>。うつ病では、物事を悲観的に考えてしまう。仕事の些細なミスや上司からの叱責も、うつ病患者では、例えば、「自分はもうこの仕事を続けていけない」、「自分は何をやっても駄目だ」という否定的な考えが浮かんでしまう。こうした頭の中に瞬間的に浮かんでくる考えを認知療法では「自動思考」と呼び、この自動思考を生み出す考え方のクセ（あるいは枠組み）を、「スキーマ」と呼ぶ。自動思考は、われわれの気分・身体・行動に影響を与えるが、好ましくない自動思考によって影響された「気分・身体・行動」は、さらに好ましくない自動思考（あるいは状況）を強化するというように、悪循環が生じる。認知療法の目的は、「認知（見方・考え方）を変えることで悪循環（状況・認知・反応）を解消すること」、および「柔軟で、現実的な対応ができるようになること」であると言える。

このように認知療法は、相談者が現実の生活の中で何に悩んでいるのかを具体的に明らかにし、相談者自らに「自動思考」と「認知の歪み」に気づかせ、その「認

知の歪みの修正」によって、その問題が対処可能になるようにさせる。その意味で認知療法は、極めて現実的な問題を、現実に対処可能な方法で扱う。それでは、こうした認知療法と牧会カウンセリングの関係をどのように考えればよいのだろうか。

### 3. 牧会カウンセリングと認知療法の関係

#### 3. 1. 牧会カウンセリングと認知療法の共通点

認知療法でいうところの「認知の歪みの修正」とは、「自動思考を生み出すスキーマの修正」である。そして、そのスキーマとは、「物事を認識する際の思考の枠組みやフィルター」と考えることができる。通常、認知療法では、日常生活で生じる自動思考をノートなどに記入することによって、その背後にあるスキーマに患者自らが気づくように促す。一方で、宗教的な救いの一つのメカニズムも同様に、スキーマの修正が生じることによると考えることができるだろう。それによって世界に対する見方が大きく変えられる。そこでは、「パウロの回心」(使徒9・1－19)にあるような、突然の劇的な変化もあるかもしれないが、多くの場合には、牧師や神父の支援の下で、祈りや兄弟たちとの交わりを通じてもたらされると考えられる。例えば聖書を通じて知ることのできるイエスの言葉や生き方、さらに使徒たちの行いが、われわれの好ましくないスキーマを修正する豊かな資源となる。

#### 3. 2. 牧会カウンセリングと認知療法の相違点

牧会カウンセリングと認知療法が、スキーマの修正という機序を共有するとしても、両者には明らかな違いもあり、その点を明らかにしておく必要がある。

##### 3. 2. 1. 対象の違い

牧会カウンセリングは、基本的に同じ教会のキリスト者を対象とするが、認知



療法の対象者は、多くの場合（特に日本において）キリスト者ではない。また、牧会カウンセリングでは相談者は何らかの精神医学的な疾患名がつけられているわけではないことが多いが、病院やクリニックで行われる認知療法では様々な疾患を患った人々が対象となる。

### 3. 2. 2. 治癒的根拠の違い

牧会カウンセリングと認知療法が結果的にスキーマの修正に至り、本人の苦しみの解決につながるとしても、前者の治癒的根拠<sup>13</sup>が神にあるとする点は、忘れられてはならない。「『わたくしは植え、アポロは水を注いだ。しかし、成長させてくださったのは神です』（Iコリント3・6）とパウロの言う通り、牧師と信徒のカウンセリングのプロセスも、それを祝福し、良い結果を与えてくださる神との関係が無ければすべては空しくなるのである」<sup>14</sup>と、指摘されている通りである。筆者がこの点を特に重視したいと考えるのは、牧会カウンセリングにおける様々な心理学や精神医学の理論と技法の導入は、病める人々の効率的な援助を提供できる可能性を開く一方で、こうした既存の理論と技術の導入が牧会カウンセリング自体の世俗化・脱宗教化につながり、結局はいくつかの精神療法の中に吸収されてしまう可能性を危惧するからである。

### 3. 2. 3. 治療目標の違い

認知療法の場合には、あくまでも現実的な問題を、誰もが実行可能な方法を用いて対処しようとする。たとえば「根拠のない決めつけ」（小さなミスでも、自分には仕事を続ける能力がないと考えてしまう）、「べき思考」（～すべきだという考えにとらわれ、実際そのように出来ない自分を責めてしまう）、さらに「白黒思考」（与えられた課題は100%完璧に行わなければならないと思い、自分を過度に追い込んでしまう）などの「認知の歪み」を自覚的に修正することで、結果的にうつ病をはじめとする精神疾患を治療する。つまりこうした治療では、あくまでも「平均からの逸脱」（ここでは、個人がそれまで通常実行可能であった能力の低下等を

意味する)を、元のレベルまで回復させることが目指されているといえる。しかし、牧会カウンセリングでは、こうした「平均からの逸脱の回復」は、結果としてもたらされることがあっても、決してそれが第一の目標となるものではかろう。なぜなら本来牧会カウンセリングでは、キリスト者がよりキリストに似たものとなること、その霊的成長が目指されているからである<sup>15</sup>。ここでは、そうした霊的成長の結果として、平均からの逸脱という病的状態が癒されると考えられる。

## 4. 牧会カウンセリングと医療の相補性

### 4. 1. 協力による諸問題の解決

以上の考察をふまえ、牧会カウンセリングと医療の協力に関し具体的に検討する。牧会カウンセリングにおける無制限な受容や共感によって、相談者の自己愛を肥大化させるだけでなく牧師や信者も疲弊してしまう可能性を指摘したが、これは相談者がどのような疾患あるいは性格傾向を有するのかを明らかにすることにより回避できる可能性が高い。例えば、妄想を抱く統合失調症患者の体験を傾聴し続けることは、場合によっては妄想の内容を強め症状をより悪化させてしまうこともある。現在では、幻覚妄想に有効な薬剤がいくつも使用可能であり、抗精神病薬の使用は多くの場合不可欠である。

特に問題となりやすいのは、いわゆるパーソナリティ障害を患った人々の場合であろう。彼女（あるいは彼）らは、統合失調症の人々と比べ、病気であるという判断が一般に難しい。しかし、こうした人々は、安定した人間関係を構築することが困難で、時にリストカットなどの自傷行為や大量服薬による自殺企図を行うこともある。彼女らはある時は非常にカウンセラーを持ち上げ、理想化してくれるので、専門家ではない教会の信者は自分の関わりを少し誇らしくさえ思う。そして彼女の改善を神に感謝する。しかし、その後、ささやかな問題がきっかけで（あるいは思い当たる問題が無くても）、「私は貴方を信頼して教会に来たのに、あなたに見捨てられた」、「神にも愛されていない！」と突然敵意や攻撃を向けることもあるのだ。そして彼女に関わった教会の信者自身が無力感にさいなまれる。「彼女が良くなら

なかったのは、私の受容が、共感が、傾聴が、不十分だったからだ」、「私が真剣に神に祈っていなかったからではないか」などの自責感が、信者に押し寄せる。こうした例は、どの教会内でも程度の差こそあれ観察されることであろう。

これらの問題に対処するには、精神医学的診断が大きな助けとなる。もし、その相談者が統合失調症や境界性パーソナリティ障害の可能性が高いのであれば、「受容・傾聴・共感」は最初の信頼関係構築においてはもちろん有用であるが、それだけでは最終的に相談者の期待に応えることは難しいだろう。前者においては特に抗精神病薬が、後者においては認知療法や弁証法的行動療法<sup>16</sup>の有効性が知られている。つまり、「精神医学的な診立て」が、牧会カウンセリングにおいても重要となる場合がある。つまり、相談者という対象がどのような疾患あるいは性格傾向を有するのにかにより、治療者側が主として用いる方法論の変更が迫られる。この意味で、牧会カウンセリングに精神医学の協力は実践上も有用である。

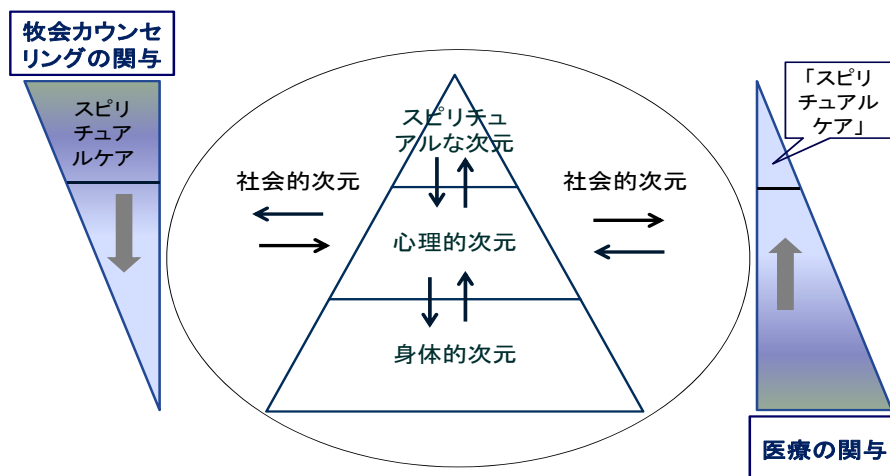
#### 4. 2. 次元間の相互作用に基づく牧会カウンセリングと医療の関係

上記のように、牧会カウンセリングと医療の協力が必要なのは、両者が同じ対象者を別の視点から眺め（観察し）、対応するという方法論的立場の違いによるだけでなく、そもそも人間が身体的、心理的、スピリチュアルな次元を有し、また他者との交わりにおいて生きる社会的な存在でもあるという、存在論的な理由に由来する<sup>17</sup>。人間の生が諸次元を有するならば、それぞれの次元に対するケアも当然必要となる。ここにスピリチュアルケアが要求される根拠がある。しかしもう一つの問題がある。それは、スピリチュアルな次元が他の諸次元と何ら関わりをもたないのかどうかである<sup>18</sup>。

現実はこの点について何を示しているだろうか。スピリチュアルペインは生きる意味や人生の意味の喪失に伴う苦悩を含むとすれば、そうした意味の発見は単なるスピリチュアルペインの癒しに終わるのではなく、その人の心理状態も変え、他者との関わりをはじめとする社会的関係も変化させ、さらにその結果として身体の状態にも変化を与える可能性がある。こうした実例は、日常生活においても臨床現場においても広く観察されることである。つまり、われわれの日常の観察は、スピリ

チュアルな次元が、身体的、心理的、社会的な次元にも影響を与えることを示している。一方で、大きな心理的苦しみだけではなく、重い身体疾患や他者との関係の悪化も、その人のスピリチュアルペインの原因（あるいは誘因）となりうる。このように、スピリチュアルな次元と他の次元は互いに直接的あるいは間接的に影響を与えあうと考えるべきである。

この点をふまえるなら、生の諸次元と牧会カウンセリングおよび医療の関与の程度は【図】のように示ことが出来るだろう。先に見たように、牧会カウンセリングの対象は宗教的苦悩に限定されるものではなく、その範囲は信仰を中心としたあらゆる生の側面に及ぶ。さらに、次元間の相互作用を考慮するなら、その苦悩の軽減によって、心理的、身体的、社会的苦悩にも影響を与えうる。その意味で、牧会カウンセリングは身体的苦悩とも無関係ではない。一方、医療は身体的苦悩の軽減や解決を主な目的とするが、その軽減によって心理的、社会的さらにスピリチュアルな苦悩も改善されることがある。



**【図】生の諸次元と牧会カウンセリングおよび医療の関与の程度**  
 注) 牧会カウンセリングのスピリチュアルケアは信仰を中心とし、身体的次元へと拡大する。  
 医療は身体的次元への関与から、「スピリチュアルケア」へと拡大する。医療の「スピリチュアルケア」は非宗教的・哲学的である。詳細は本文参照。

このように牧会カウンセリングと医療はその主な対象とする生の次元は異なるが、そのケアやキュアは程度の差はあるにせよ、あらゆる生の次元に影響をあたえる。両者の協力により、両方がお互いの欠けたところを補い、相談者へのより適切な対応が可能となる。われわれはこのような両者の関係を、後に述べる内的相補性に対し、外的相補性と呼ぶことができる<sup>19</sup>。一方で、医療は牧会カウンセリングを

通じて人間存在の霊的側面や患者の隠された宗教性（Unbewußte Religiosität）<sup>20</sup>などを学ぶことにより、医療そのものがより全人的な医療を実践するように促される。また牧会カウンセリングは医学的診断や身体的心理的な知識を学ぶことで、宗教者が提供できるケアの本質をより明らかにし、より適切な牧会カウンセリングの在り方を発展させることが出来るだろう。つまり、牧会カウンセリングと医療はお互いから学ぶことによって、自らの在り方自体を反省し、さらなる改善が可能となる。これは内的相補性と呼ぶことが出来る。このように両者は、先に見たように治療的根拠や治療目標において違いを有しながらも、相補的關係にある。両者は協力し合うことでより良いケアを提供できるし、実際それは相談者にとって有益なのである。

最後に、医療現場のスピリチュアルケアと牧会カウンセリングの關係、および今後の課題について考える。

## 5. 医療現場の「スピリチュアルケア」と今後の展開

### 5. 1. 緩和医療での「スピリチュアルケア」への牧会カウンセリングの関与

先に、スピリチュアルニーズは哲学的ニーズと宗教的ニーズに区別されることを紹介したが、日本の「スピリチュアルケア」ではそのほとんどが哲学的ニーズが満たされない場合の苦悩に対するケアであり、その対象者もキリスト者でない人たちが大多数である。こうした事実から、日本では牧会カウンセリングが緩和ケアに関与できる範囲は限られたものとならざるを得ない。牧会カウンセリングはそもそも患者がキリスト者である場合に限られるからである。

しかし、緩和医療の「スピリチュアルケア」の担い手を考える時、牧会カウンセリングあるいはキリスト教カウンセリングを実践してきた牧師や信者たちは、臨床現場での適切なトレーニングを積むことで、大きな役割を果たすことが出来る。その理由は、少なくとも三点挙げられるだろう。一点目は、彼らがたとえ宗教的な教理を積極的に語らないとしても、生きる意味、病気の意味、死後の在り方等について教理に裏づけられた多くの知識を有している点がある。それらは必要に応じ、一つの参考となる物語として患者と共有される。二点目は、例えばキリスト者であれ

ば、祈りを通じて神を賛美し、神の声に静かに耳を傾けるなど、人格的交わりに親しんでいるので、臨床場面で患者のニーズにじっくり耳を傾けること、あるいはただ寄り添うことにも長けている点が挙げられる。三点目は、多くは無宗教と言われる日本人であるが、実際の現場では、互いの信頼関係が深まるにつれて、それまで語られなかった死後の世界への関心、病気と罪の関係など、先に言及したような患者自身の隠された宗教性が顕わになってくることも少なくないからである。

このように、緩和ケアにおいて牧会カウンセリングそのものの関与は極めて限定的に見えるが、そのケアの担い手や資源<sup>リソース</sup>として、牧会カウンセリングは大きな貢献を果たし得る。

## 5. 2. 「スピリチュアルケア」の拡大——医療現場から日常へ——

現在の医療では、スピリチュアルケアは緩和医療の現場に限られることがほとんどである。その対象となるスピリチュアルペインは死に直面した際に顕在化しやすいとはいえ、緩和医療現場に限定されるべきものではない。生きる意味や神の存在を問い、疑い、そしてその答えを見出すことができずに深い苦悩にいたることは誰もが程度の差こそあれ体験する。それは、フランクフルも指摘するように人間であるが故の苦悩であり、人間がスピリチュアルな次元を有することの証でもある。このように、緩和医療の中に投げ込まれたスピリチュアルペインという一つの概念は、これまでの諸学説の助けを借りながら、ゆっくりと周囲に波紋を広げて拡大していく。しかし、このゆるやかな波紋を受け止める概念を医療は有しているのだろうか。

医療を治療という観点だけから眺めるならば、その可能性は期待できない。しかし、医療には治療医学だけではなく、予防医学も、さらに健康増進を目指す医学もある。そして、少子高齢化と医療費の増大という現実、予防医学や健康増進医学の発展を促す大きな要因となる。すでに、スピリチュアルケアが心身の健康に影響を与える可能性に関する科学的研究は多くある<sup>21</sup>。また、わが国の死因第一位である悪性新生物（がん）の多くは、様々な要因が関与しているとはいえ、加齢に伴う遺伝子異常の結果であり、一種の老化現象であるとの認識も広まりつつある。こう

した認識は、がんとへの対決ではなく、がんとへの共生という考えを導く。後者の考えは、自らの人生の意味や残された生命の過ごし方を改めて深く問い直す契機となる。

このように、本来スピリチュアルケアが必要とされる様々な局面があるにもかかわらず、今日までその重要性が十分認識されてこなかったのである。それは現在、医療と宗教が乖離したものとなっており、両者の関係に対する考察が積極的に行われてこなかったことも一因であろう。本来、スピリチュアルケアは緩和医療や教会内に限定されるべきものではない。そして、むしろ現在の社会的状況がその変更を要請している。

牧会カウンセリングは今後緩和医療を超えて広まる可能性のあるスピリチュアルケアのひな型となりうるものである。よって本稿では、牧会カウンセリングの有する問題点や課題、医療との相違点、両者の相補性という関係を考察した。われわれは人間の生の諸次元とその相互作用に関する事実に立脚しつつ、医療と宗教のそれぞれが提供可能なケアの本質と相違点、両者の相補的な関係を明らかにし、スピリチュアルケアを含めた全人的でより適切なケアの提供を今後さらに追求していく必要がある。

### 〈注〉

1) WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care, *Cancer pain relief and palliative care*, (Geneva, World Health Organization, 1990), p.11. 武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために』金原出版株式会社、1993年、5頁。

2) W.キッペス『スピリチュアルケア』サンパウロ、2005年、72-78頁。

3) 森野善右衛門「牧会」(『岩波キリスト教辞典』岩波書店、2002年) 1041頁。

4) 西垣二一「教会史における牧会カウンセリングの歴史」(『講座 現代キリスト教カウンセリング 第1巻 キリスト教カウンセリングとは何か』日本基督教団出版局、2002年)、39頁。

この中で西垣は、カウンセリングという言葉が聖書にも多く用いられている事を指摘している。ya'ats というヘブライ語は、旧約聖書では「王を助けて、神のみ旨を実行する大層重要な役割をする働きや人を指している」が、英語の名詞では counselor、動詞では counsel と表現されている

点に注意を促す。牧会カウンセリングは、世俗のカウンセリングよりも古い歴史を持ち、元来カウンセリングは「人間の心の働きを越えた、神から出た、神の働きに属する事柄」として用いられていた点を強調する。

5) Seward Hiltner, *Pastoral Counseling* (New York, Abingdon Press, 1949), p.19. 西垣二一訳『牧会カウンセリング キリスト教カウンセリングの原理と実際』日本基督教団出版局、1969年、21-22頁。

6) 保坂亨、浅井直樹「日本におけるクライアント中心療法」(村瀬孝雄・村瀬嘉世子編集『ロジャーズ：クライアント中心療法の現在』日本評論社、2004年) 222-233頁。

7) 河合隼雄「日本における心理療法の発展とロジャーズ理論の意義」(『教育と医学』慶応義塾大学出版会、第18巻 第1号、1970年)、11-16頁。

8) 現在では、担い手の拡大によって、牧師が主体となるのが牧会カウンセリングであり、信者(その中には専門的訓練を受けた臨床心理士なども含まれる)によってもおこなわれるカウンセリングは広く「キリスト教カウンセリング」とよばれる。例えば2002年に『講座 現代キリスト教カウンセリング』全三巻が、2009年からは『キリスト教カウンセリング講座ブックレット』(キリスト新聞社)が順次出版されている。いずれも「牧会カウンセリング」ではなく、「キリスト教カウンセリング」と表記されている。

9) 自己愛(あるいは自己愛性人格障害)とうつ病(気分障害)との関係、またこれまでの(古典的な)メランコリー型うつ病と新たなタイプのうつ病の出現などが最近指摘されているが、こうした自己愛の治療的扱いにおいて、非指示的療法はあまり有効ではない。いわゆるカウンセリングの講義で教えられる「受容・傾聴・共感」は、患者と治療者との最初の信頼関係の構築において当然必要とされるものであるが、治療が進むにつれて必要に応じ、より指示的な対応も必要とされる。

10) 森田喜之「現場からの報告」『癒しの神学』キリスト新聞社、2009年、129-142頁。

11) Beck AT, Dozois DJ, *Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. Annu. Rev. Med.* 18:62, 2011, pp.397-409.

12) 大野裕『こころが晴れるノート うつと不安の認知療法自習帳』(創元社、2003年)は実践的入門書として定評がある。うつ病を取り上げた理由は、現在日本で最も患者数が増加している精神疾患であり、その病態の解釈や対応を含め社会的にも大きな問題を投げかけているためである。以下は分かりやすい入門書である。中嶋聡『新型うつ病のデタラメ』新潮新書、2012年。



- 13) 牧会カウンセリングがそもそも医学的意味での治療を目指さないとしても、相談者の悩みを解決に導く点で、ここでは治療的と表現する。
- 14) 三永恭平「牧会カウンセリングとは何か」(『講座 現代キリスト教カウンセリング 第1巻』、20頁。傍点は引用者による。
- 15) Howard J. Clinebell, *Basic types of Pastoral Care* (Nashville, Abingdon Press, 1984), p.67. 佐藤陽二訳『牧会カウンセリングの基礎理論と実際』聖文舎、1980年、70頁。クラインベルは、牧会カウンセリングを一般のカウンセリングや精神療法と比べた場合、その特徴は、「霊的成長があらゆるケアとカウンセリングにおいて本質的な目的となっている」点にあると指摘する。彼は、初期の牧会カウンセリングがロジャーズやフロイトの理論に基礎を置いていたことを指摘し、新たに修正モデルを提唱した。
- 16) Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD005652.
- 17) Frankl V. E., *Man's Search for Ultimate Meaning* (Basic Books, 2000), pp.31-38. 以下も参照。教皇庁国際神学委員会 岩本潤一訳『人間の尊厳と科学技術』カトリック中央協議会、2006年。
- 18) Tillich P., "The Meaning of Health," in *The Meaning of Health: Essay in a Existentialism, Psychoanalysis, and Religion*, ed. Perry LeFevre (Chicago, Exploration Press, 1984), pp.165-173. 相澤一訳「宗教と健康の関係——歴史的考察と倫理的諸問題」『宗教と心理学の対話——人間精神および健康の神学的意味——』教文館、2009年、65-79頁。
- 19) 澤瀉久敬は科学と哲学の関係を内的相補性、外的相補性としてとらえた。澤瀉久敬『哲学と科学』NHK出版、1967年、127-151頁。
- 20) Frankl V.E., *Der unbewußte Gott* (Wien, Amandus-Verlag, 1949) pp.89-108. 佐野勝利、木村敏訳『識られざる神』みすず書房、2002年、78-95頁。
- 21) 以下は2010年までのこの領域の集大成である。H. G. Koenig et al., *Handbook of Religion and Health, Second Edition* (New York, Oxford University Press, 2012)