St. Luke's International University Repository

A report of the bioethics study group : search for spiritual care.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 西村, 哲郎, 堀内, 成子, 伊藤, 龍子, 大迫, 哲也, 下枝, 恵子, 松村, ちづか, 射場, 典子, 青木, 美紀子, 有森, 直子, 桂川, 純子, 川地, 香奈子, 中込, さと子, 野田, 洋子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/464

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

報　告

生命倫理研究会の活動報告：スピリチュアルケアを探る

生命倫理研究会：西村　哲郎[1)]，堀内　成子[2)]，伊藤　龍子[3)]，大迫　哲也[4)]
下枝　恵子[5)]，松村ちづか[6)]，射場　典子[7)]，青木美紀子[8)]
有森　直子[9)]，桂川　純子[10)]，川地香奈子[11)]，中込さと子[12)]
野田　洋子[13)]

A Report of the Bioethics Study Group : Search for Spiritual Care

Tetsuro NISHIMURA, (Rev.) M.A.[1)], **Shigeko HORIUCHI, R.N., M.W., D.N.Sc.**[2)],
Ryuko ITO, R.N., D.N.Sc.[3)], **Tetsuya OSAKO,** R.N., M.N.[4)],
Keiko SHIMOEDA, R.N., M.N.[5)], **Chizuka MATSUMURA,** R.N., M.N.[6)],
Noriko IBA, R.N., M.N.[7)], **Mikiko AOKI,** R.N., M.S.[8)],
Naoko ARIMORI, R.N., M.W., M.N.[9)], **Junko KATSURAGAWA,** R.N., M.A.[10)],
Kanako KAWACHI, R.N., M.N.[11)], **Satoko NAKAGOMI** I, R.N., M.W., D.N.Sc.[12)],
Yoko NODA, R.N., M.W., D.N.Sc.[13)]

〔Abstract〕

The Bioethics Study Group was formed in the year of 2000 by a group of graduate students of this

1）聖路加看護大学　非常勤講師　生命倫理　St. Luke's College of Nursing　Chaplain　Bioethics
2）聖路加看護大学　教授　母性看護・助産学　St. Luke's College of Nursing　Professor　Maternal Infant Nursing and Midwifery
3）国立成育医療センター研究所　研究員　成育政策科学研究部　National Research Institute for Child Health and Development　Research Fellow
4）国立精神・神経センター国府台病院　看護師　看護部　Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry　Nurse　Department of Nursing
5）聖路加看護大学 講師　精神看護学　St. Luke's College of Nursing　Lecturer　Psychiatric and Mental Health Nursing
6）埼玉県立大学保健医療福祉学部　助教授　看護学科　家族看護学　Saitama Prefectural University　Associate Professor　School of Health and Social Service　Family Nursing
7）聖路加看護大学　講師　成人看護学　St. Luke's College of Nursing　Lecturer　Adult Nursing
8）東京大学大学院　博士課程学生　医学系研究科健康学習・教育学分野　University of Tokyo　Doctoral Student, Graduate of Medicine　School of Health Sciences and Nursing, Department of Social Gerontology
9）聖路加看護大学　講師　母性看護・助産学　St. Luke's College of Nursing　Lecturer　Maternal Infant Nursing and Midwifery
10）日本赤十字愛知短期大学　助手　基礎看護学　Japanese Red Cross Aichi Junior College of Nursing　Assistant　Fundamentals of Nursing
11）東京都立駒込病院　看護師　看護部　Komagome Hospital　Nurse　Department of Nursing
12）広島大学医学部保健学科　助教授　看護学専攻臨床看護学講座母子看護学研究室　Hiroshima University　Associate Professor　Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Maternal and Child Health Nursing
13）順天堂医療短期大学看護学科　助教授　母性看護学　Juntendo Medical College of Nursing　Associate Professor　Maternal Infant Nursing

2003年11月18日　受理

college, T. Nishimura the instructor of the bioethics course being an advisor. The Group met once a month and each participant took his/her turn presenting a case study relating one's own field of nursing.

This report, after a brief sketch of the work up to 2003, summarizes the discussions on Search for Spiritual Care the Group devoted in 2003.

In the beginning is described a view on "Spirituality" and "Spiritual Care" in general and follow the discussions based on the cases six members introduced of each one's special area.

The following are the topics of the discussions; (1) advanced medicine and spiritual care in the area related to assisted reproduction, (2) in child health nursing area, about spiritual care for a mother and her child based on literature reviews related to the growth of children, (3) in adult nursing area, about spiritual care in finding the meaning of life through diet, (4) in psychiatric nursing area, about spiritual care for a patient to regain eagerness for life, (5) in home nursing area, about a difficulty of spiritual care for a patient who lost his wife, and (6) in palliative care area, about spiritual care of a dying patient.

It is the wish of the Group to continue the study and inquiry keeping clinical developments in mind and reaffirming the importance of spiritual care to uphold the "Dignity of life".

〔Key Words〕 bioethics, spiritual care, spirituality, life
〔キーワーズ〕 生命倫理，スピリチュアルケア，スピリチュアリティ，いのち

【抄　　録】

生命倫理研究会は，2000年1月より本学大学院生の有志を中心に聖路加国際病院チャプレン・本学非常勤講師である西村をアドバイザーに始められた。その活動は，月1回の研究会において，各看護専門領域の抱える生命倫理に関連する課題を互いに持ち寄り，討議する形で学習を行ってきた。本稿では，2003年にテーマとした「スピリチュアルケア」について，事例を基に行った討議を要約し報告する。まず，スピリチュアリティおよびスピリチュアルケアの概観について述べる。次に，本研究会の趣旨を中心におき，以下の専門領域の事例に基づいた討論について述べる。すなわち，(1) いのちの始まりに関わる領域における先端医療の施術とスピリチュアルケアのあり方について，(2) 小児看護領域からは，小児に関連した文献検討を基にして，親子に対するスピリチュアルケアについて，(3) 成人看護領域からは，食事療法を通して生きる意味を見出すことにスピリチュアルケアのあり方を捉える，(4) 精神看護領域からは，患者が生きる意欲を回復するに至るスピリチュアルケアについて，(5) 在宅看護領域からは，生きがいを失った患者に対するスピリチュアルケアの難しさについて，(6) 終末期医療の領域からは，死を前にした患者へのスピリチュアルケアについてである。研究会では，このような一連の討論から「いのちの尊厳」というスピリチュアルケアの基本を認識しつつ，今後さらに臨床的展開を念頭においた研鑽を積んでいきたいと願っている。

Ⅰ　はじめに

生命倫理研究グループは，開始以来，月1回の研究会において，各看護専門領域を通して表1のような内容で学習を行った。

こうした学習を重ねた結果，看護実践に則した生命倫理の理解を深めるために，人間のより基本的な姿を尋ねる重要性を感じ，本年度は〈スピリチュアルケア〉に焦点を当てて討論した。この報告は西村がスピリチュアリティ並びにスピリチュアルケアについての考えを述べた後，研究会においてメンバー中6名が各々の領域における事例を挙げ，問題の捉え方から実践にわたって行った討論の要約である（表1）。

Ⅱ　スピリチュアリティ(Spirituality)について

スピリチュアリティそしてスピリチュアルケアは広く観念的な概念で，なかなか共通理解の得にくい言葉である。人間の精神面に着目し，いのちの根源や本質を問い，宗教色が濃い。日本語では〈魂〉とか〈霊性〉という場合もある。そのため客観的説明が難しく，あまり日常の話題にならない。しかし，近年生命科学や医療技術が深くいのちに介入することになり，改めていのちとは何か，そしてその健全さ（well-being）は何かが問い直されるようになった。したがって，スピリチュアリティの捉え方は現代的課題であるといって良い。

表1　生命倫理研究会の活動

2000年度　生命倫理全般の事例研究
・小児看護領域における倫理的問題 ・母性看護領域，ことに出生前診断並びに妊娠中絶 ・障害新生児・治療の開始、不開始並びに停止 ・訪問看護における自己決定 ・終末期ガン患者の緩和医療・ケアと倫理
2001年度前半　QOLをめぐる生命倫理
・出生前診断と人工妊娠中絶 ・障害新生児の生命倫理 ・親子関係から見た小児医療
2001年度後半　自己決定をめぐる諸問題
・医療における自己決定のプロセス ・在宅ケアにおける自己決定 ・小児医療における決定のプロセス ・出生前から後の各段階における自己決定の課題 ・人生の終わりにおける意思決定 ・精神障害者の意思決定 ・生殖補助技術と倫理
2002年度　ケアについて
・ケアの倫理 ・看護師のストレスと燃え尽き並びにその対応 ・ケアに見る人間関係 ・小児医療におけるケアと生命倫理
2003年度　スピリチュアルケアを探る
・いのちの始まりから見たSC ・小児看護領域におけるSC ・成人看護領域におけるSC ・精神看護領域におけるSC ・地域・在宅看護領域におけるSC ・終末期医療におけるSC

1．生きる意味の追求

心の発達からこの点を考察してみよう。人は物心がつき始める頃から物事を対象化する能力を獲得し，しかもそれによって自分自身をさえ対象化して観察することを覚えた。つまり〈自意識，自覚〉である。他と違う〈自分は何者なのか〉といういわゆる〈セルフアイデンティティ〉を問い続ける宿命を負ったのである。こうして本能プログラムの世界から抜け出した人間は，生業にしろ，家庭生活にしろ，良し悪しを判断し意味ありと認める生活を選んで生きることになった。人は意味のないことには耐えられない。何をやるにしても無意味と知った途端，意欲を失うのである。普段は気づかないが，人生の危機，例えば愛する人を失い，事故で重い障害を負い，あるいは苦痛や致命的病に襲われると生きる意味を見失い，意欲を喪失しかねない。新しい意味を見出せるか否かが，それからのいのちの鍵となるのである。

2．替りのないいのち

自分のいのちは自分にしか生きられない。この自明の現実は危機に向き合うに及んできわめて深刻となる。慰めや励ましは空しく聞こえるだけで，苦痛（スピリチュアルペイン）と孤独に追いやられるのもスピリチュアリティの叫びなのである。こうした不安や苛立ち，さらに死の恐怖はいのちの意味を減退させ，孤立，煩悶，絶望へと誘導しかねない。ケアの難問である。

3．時空の超越

見逃せないのは対象化能力によって，人間は時間や空間を超え，さらに自然をも超えて，動物のような即時的，即物的世界から抜け出し，目に見えない世界に思いを寄せるようになったことである。すなわち人のスピリチュアリティは超自然の世界を感じ取り，宗教に拠り所を見出すことにもなるのである。

4．いのちの証し

こうして人間は生きることの感動，喜び，悲しみのみならず，真なるものへの憧憬，あるいは逆に喪失感の痛み，また意味ないいのちの拒否など，その人独自の世界を創る人格的存在となったのである。そして，この世に唯一無二の尊いいのちの証しをするのが，その人のスピリチュアリティなのである。

以上のようにスピリチュアリティを捉えることにより，社会的・文化的背景や，宗教的違いによって起こる解釈の相違や違和感をなくし，医療がより全人的観点に立ったいのちのケアとなると考えるのである。

Ⅲ　スピリチュアルケア

ここでスピリチュアリティのケアについて，WHOの提示した健康の定義について，ひとこと言及しておきたい。1998年のWHO理事会で，その設立（1948）以来憲章の前文に示されてきた健康の定義に〈spiritual〉を加えることが提案された。案文は次の通りである（下線筆者）。

"Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

それを受けた第52回世界保健総会（2001年5月）ではしかし，その緊急必要性が認められず，実質的審議は行われないまま事務局長預かりとなって今日に至っている。この提案に関して関係者間に戸惑いのあったことは否めない。科学性を重視し，努めて主観を退ける医学界に〈spiritual〉なる言葉の導入が違和感を与えたのは無理からぬことである。

しかしながら，この提案の背景に健康であるためには，生きている意味や生きがいの追求が重要であるとの認識がある。理事会においてスピリチュアリティは人間の尊厳を確認し，QOLを高めるための本質的問いであるとの意見が述べられていたことにも注目したい。

既に述べたように，人間を綜合的に捉えるならば，その健康の定義を身体的，心理的，社会的と分けるのはあくまでも側面を言い表しているのであって，それらは総て密につながり影響し合っているわけである。その上，人間として最も本質的であるところのスピリチュアルないのちの健

康を見逃してはならない。強いていうならば，医療の目指すところが単に身体的健康に留まらず，最終的に精神的癒しにつながってこそ，人間の医療といえるのではあるまいか。

Ⅳ　各領域からみるスピリチュアルケアの事例検討

さて研究会ではこの趣旨を基本にして6名が各領域での事例に基づき討論した。1．は先端医療の施術にスピリチュアルケア（以下SCと略記）の欠けた不幸な事例である。2．は小児に関連したSCの文献検討を基に事例による親子に対するSCの討論である。3．は成人看護で食事療法を通して生きる意味を見出すところにSCの在り方を捉える。4．はまずSCに関してメンバー間の共通理解を図るため文献検討を行っている。その後，精神看護における事例を通して患者が生きる意欲を回復したSCの報告である。5．は在宅ケアで生きがいを失った患者に対するSCの難しさを物語る事例である。6．は終末期緩和ケアにおける死を前にした患者へのSCを考察する事例である。いのちの根源まで問い直させる深く難しい課題である。

1．いのちの始まりからみるスピリチュアルケア

いのちの始まりは，生殖という意図的な営みの結果であるが，外見上はいのちが始まっていることが目に見えない時期があり，他者が配慮して気づく時期よりもずっと以前から始まっている。身体的に生命を宿すことができる女性はその始まりの時を誰よりも早く認識し感じ取ることができるが，周囲の人々にそのいのちの始まりの一体感を説明することは難しい。

現代の生殖先端医療技術の革新は，人為的に受精の状態を創りだした。その結果〈人為的に生命を創ること，そしてなくすこと〉という現象だけが進んで倫理観が追いつかない問題点が浮き彫りになり，事例から学びを深めた。

周囲には妊娠を隠していた35歳の看護師のCさん。職場には若くて妊娠・産休を交代で取る同僚の看護師がいる。体外受精ではじめての妊娠をしたが，羊水穿刺による出生前診断でダウン症候群が確定した。確定診断の後，茫然とするCさんに，助産師が話を聞く。将来も入籍する可能性がないパートナーとの妊娠であった。パートナーには別の家庭があるため，子どもの認知を考えての妊娠であった。けれどもパートナーとの関係を維持するために生まれてくる子どもは〈健康な子ども〉でなければ意味がないと考えた。選択的中絶を秘密裏に行うことを希望し，職場に知られたくないので，健康保険の使用や入院ということ自体も隠してケアを受けたいと願った。地方都市の医療機関での出来事は，個人情報を守りきれないという実感が本人にはあった。

ディスカッションの中で，まず第1に検討されたことは先端生殖技術を駆使して妊娠したにもかかわらず，健常児の可能性がないと事前にわかると中絶するという矛盾についてである。〈人為的に生命を創ること，そしてなくすこと〉を当事者である女性が選択し秘密裏に行う点であった。医療の方向が人為的に生命を創る，そして剥奪するということを一連の流れの中で行っていることの不遜さを考えた。いのちの始まりに関しての倫理観の形成が不十分であること，個人的理由のみで良い悪いが決まるのではなく社会の中での倫理観の育成が問題視された。

第2に，〈健康な子ども〉だけが選ばれ，そうでない子どものいのちが剥奪され，またそれが黙認される事実である。生命の始まりが女性の身体の中で起こっていても，それが隠れた存在である点だ。胎児の意思をだれが代弁するのか，その生命尊重の声を，身体的には外界に実在していなくてもスピリチュアルな存在としての声を挙げることを誰が担うのかという点である。

第3に，背景として，生まれながらに障害をもつ者にとってやさしくない社会構造や支えるシステムが整っていない点が議論された。同様に，わが国における非嫡出子の出生を社会が排斥するシステムやシングルマザーなど多様な生き方や選択肢を受け止めていく社会の必要性を考えた。秘密裏に医療や看護行為をすすめていかなければならないこと自体が困難であり，当事者も秘密を持つという呪縛に精神的負担を自ら強いる結果となる。世間の目から守るという行為を最大限行うことは，当事者の安寧につながるのだが，しかし結果としては多様性を阻むことにつながらないかという点も指摘された。

第4に〈生命を守る〉ことが前提の倫理観を持つべき看護者自身が，人の生命の軽視を助長するような行為を選択している点である。当事者として生命倫理に反する行為がその人の中でどのように沈殿し，意味づけられるのか，今後の精神衛生に影響するのかをフォローすることが必要であろう。パートナー不在で意思決定がなされていること，ネガティブな決定から生じる責任の重さを分け合う人がそばにいないことなど，看護師であればこそ，慎重な対応やSCが必要ではないかと議論された。

2．小児看護領域からみるスピリチュアルケア

議論に先立ち，小児看護領域においてSCの定義，具体的な援助あるいは介入方法について文献の検討を行った。欧米の文献のDell'Orfanoによると[1]，その定義には第一義的に宗教的ケアが掲げられていた。他には，他者との関係をもつこと，人間の内面の強化，まわりの何かがケアしていると感じることであり，具体的な援助としては，そこにいること，尊重すること，ケアリング，他者のサポート，祈りなどが挙げられていたことを説明した。これに対して，次の議論がなされた。以前スピリチュアリティの概念構造の検討を試みた内容から，その構造は構成要素によって図式化されており，スピリチュアリティと宗教を同様に捉えない方が良いのではないかという意見があった。また，SCを考えるに当たり，宗教的ケアが前面に出ることで一層理解を難しくすることが指摘された。続いて，子どもに

とってのスピリチュアリティについて検討するにあたり，スピリチュアリティに類似すると考えられる向社会的行動について検討した。向社会的行動には，援助行動，分与行動，他人を慰める行動，愛他行動が含まれている[2)]。人間は生後，新生児期に共感的反応の前兆を表し，人間関係を通して徐々に他者に対する向社会的行動を示して他者の苦痛を共感的に理解するようになり，生後おおよそ1年ではそれらが顕著になるといわれている。このような行動がSCもしくはケアリングであり，子どもには他者に教えられるわけでもなく，生後早い時期から認められる。これに対し，子どものスピリチュアリティはそもそも潜在しているのか，それとも生まれてから環境によって形成されていくのかという疑問が投げかけられた。潜在性があり成長段階のある時点で引き出されてくるのではないかという意見と潜在するのではなく生まれてから環境によって何らかの関係性の中で現れるのではないかという2つの意見があった。しかし，スピリチュアリティは人間が人間として育っていく中で，人間関係を通して魂が宿るといった性質があるのではないかと推察された。

これらを基に，子どもとその家族に対するSCを検討するために，慢性疾患で経過が長い子どもやその家族の場合に総じて陥りやすい傾向を示していた事例を検討した。S君は5歳の時に喘息を発症してから3年を経過し，急性憎悪による入院となった8歳の男児である。入院の数日前から部屋に引きこもるようになり，夜もほとんど寝ておらず，家族に反抗して目も合わせず，他者との関わりを断ってしまっていた。家族，特に母親は，どのように対応したら良いのか，なぜそのようになってしまったのかがわからずに苦慮していた。S君は過去にも3回の入院経験があるが，今回の入院前から自分が喘息であることを拒み，入院後，医療者にも反抗し続けていた。この事例について，まず子どもが自分の気持ちを表現できるように関わることの必要性が挙げられた。次に，S君が喘息であることに加えて「他者との関わりを断つ」という適応できない状況をありのままに受け止められず，「いつもの快活なわが子でない」という母親のS君の見方に対するケアが重要になってくることが議論された。この事例を通して子どもにも家族にもそれぞれケアが必要であると考えられた。

ここで改めて，倫理とSCについて議論が展開された。そもそも人間が生きるということは選択することであり，そこにこそ倫理があり，そうしなければ私たちは人間らしく生きていくことはできないという示唆により，改めて倫理とは何か考えさせられた。さらに，スピリチュアリティという概念のわかりにくさや馴染みにくさがあるが，スピリチュアリティを考えるということは，常に〈いのちは何かということに立ち返ること〉であり，それはつまり人間の本質を問うことになり，人間の本質を問うということは，人格についての議論が展開されていくことであるという示唆がなされた。このように，SCはその状況を再構成することによって確認できるため，事例検討という形を通して吟味していくことが重要であろう。SCは，〈子どもが共感的理解によって自然に手を差し伸べるように働きかけるケア（行動）〉から，〈相手に対してどのようにするべきなのか，相手の認識をどのように判断するべきなのかを吟味した上でなされるケア〉まで幅広く存在する。しかしいずれにしても，これらのケアは人間の尊厳を最大限に考慮しようという試みであり，相手にとって適切であると考えたケア（行動）がなされることに相違はなく，既存の前提に捕われずに相手を見て考え，何が適切かを判断する，そこにケアの倫理の真髄があるのではないかと考えられた。

3．成人看護領域からみるスピリチュアルケア

SCは，生命の危機的状況が問題となる場面だけに限定されるものではないだろう。成人看護の領域においての検討にあたっては，人の生死が直接には関係してこない事例を取り扱った。

取り上げたのは，糖尿病を持つ人との看護面接場面2例である。1例目は，糖尿病を治すために健康食品を信奉する人のケースであった。この人は，知人から紹介された健康食品によって，家族も自分自身も健康を回復できたという実感を持っており，その感謝の念から，周囲の人々にもこれを熱心に推奨するのであった。専門家としての看護者（面接者）の視点からは，食事療法をほとんど放棄して健康食品にのめり込む姿勢に強い危惧が感じられた。けれども，自分を含む人々の身体の上に目に見えて具体的な効果が発現した（と信じる）その強い感動を媒介として，この人が周囲の人々との間に関係を築こうとしている様相が読み取れたことから，医療者との間に関係を構築する上でも，この人のこうした〈チャンネル（人と人を結びつける回路）〉を大切にすることの重要性が想像された。このような，人が生きていく上で他者と結びついていく際のあり方は，スピリチュアリティの表れの一面と見ることができるのではないかと考えた。

2例目は，食事療法をストレスに感じつつも頑張るという当初の段階を通り過ぎて，今は肩の力を抜いてごく自然に健康的な食と取り組めるようになった人のケースであった。この人の現在の喜びは，季節ごとの食べ物や地元で取れた食べ物を家族や友人と楽しみながら食べることにあり，食を通して自然や周囲の人々との結びつきを生き生きとしたものとしている様相が観察できた。この事例から，〈食べる〉という〈チャンネル（回路）〉を媒介に，人が自分自身を越えて自然や他者と結びついていくこれらの過程にスピリチュアリティが垣間見られるのではないかと推察された。〈食べる〉はこうした〈チャンネル（回路）〉の一例であり，これ以外にもスピリチュアリティを表す様々な〈回路〉を考えることができるだろう。けれども，上記の事例提供とその検討の過程は，研究会参加者の間に困惑を呼び起こす結果ともなった。それというのは，各人の中にあるスピリチュアリティについてのイメージが異なったまま，定義を欠いたままに議論を進めることで，その議論がかみ

合わないものとなったからである。ここで取り上げたような，人が生きていく上での周囲と結びついていく力といったものをスピリチュアリティと呼べるものであるのか，意見は一致しなかった。その一方，健康食品を介して自分自身を支える構図のような，それがあってその人がその人らしくいられる核となる部分の重要性が指摘された。これはアイデンティティの感覚として，スピリチュアリティについて議論する際の大切な観点となりうることが推察された。

4．精神看護領域からみるスピリチュアルケア

1）「スピリチュアルケア」の概念構造に関する文献学習

これまでの研究会での経過の中で，SCの概念に関する捉えかたがメンバーによって異なっており，事例を検討する上で方向性をやや見失い，混乱を生じた。そのため，次の事例に入る前に，SCの概念構造について文献学習を行った。そこで，終末期がん患者のSCの概念構造について文献検討されていた，今村ら[3]の「終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討」の文献を基に理解を深めた。

ここで，学習した内容は，「スピリチュアル」と「宗教的」とは，同義語ではなく，スピリチュアリティは人間の「生」の全体像を構成する一因であり，生きる意味や目的についての関心や懸念と関わるもの，同様に信仰や祈りの延長線上にあるもの。そして，宗教は，スピリチュアリティの要素である探求の方向性を一定の行為や儀式に結びつけて体系づけたものと考えてよいということである。さらに，スピリチュアリティが，個人と神・自己・コミュニティという対象との関係，つながりにより表現され，統合の状態には対概念で説明される両極があったということである。そして，スピリチュアリティの表現形は，統合された状態の程度（統合のレベル）によって異なり，レベルの高い／低い状態で，その人の持つスピリチュアリティがwell-beingな状態／スピリチュアルペインがある状態につながるものであること，さらに，個人が探求する対象として超越的なもの，他者／環境事象，内的自己があり，これら対象への方向性と統合のレベルを包括して検討することにより，個人のスピリチュアリティの特徴を理解する1つの視点となり得る，ということである。つまり，SCとは，個人が拠り所を見出し，つながっている（統合された）感覚を獲得するプロセスを進みやすいように援助することとして，理解した。ここで取り扱った文献は，あくまでも，終末期がん患者におけるものであり，すべての領域に適用できるか定かではないが，共通して適応できることも多くあることを学習した。

2）精神看護領域からみるスピリチュアルケア

精神障害者へのSCとはどのようなケアをいうのであろうか。精神障害者は幼少時代から生活環境の中で様々な困難や問題に遭遇し，さらに，精神障害者であることで世間から差別や偏見をもたれることも多い。それによって彼らは自分の生きる価値を見失うことがある。そんな彼らにとって，生きる意味，目的，拠り所を見出し，つながっている（統合された）感覚を獲得するプロセスを進みやすいようにしていくSCとはどのようなケアであろうか。ここでは，精神看護領域におけるSCについて，看護学生の関わりと患者の変化を中心に，自分の存在価値を見つけることができた精神障害者の事例を提示し探求した。

事例は，統合失調症で入院していた40代の男性Bさんである。Bさんは，高校時代から非行に走り両親を困らせていた。20代の頃，感情のコントロールがつかず両親から見放され，その後も仕事に就くが会社が倒産し自己破産する。さらに，結婚した妻とも折り合いがうまくいかず数年で離婚。孤独感に加え，幻聴にも左右され精神的にも疲労し，生きる意欲さらに価値すらも見失い，疲労感，倦怠感が著明で入院していた。いまだに，両親とも絶縁状態で面会に来る家族もいなかった。

そんなある日，実習中の看護学生がBさんを2週間受け持つことになった。Bさんは「この年齢なら普通は働いて，結婚し，子どもを持っている…」と，社会復帰に対しての焦りと，退院生活への不安をよく口にしていた。そのようなBさんに，学生は毎日30分時間を決めて患者との散歩と会話を取り入れた。また，彼が語る過去の話や，その頃の思い，これからの人生についての語りに，静かに耳を傾け，Bさんと一緒に喜び，一緒に悲しみ，一緒に悩みながら関わっていた。学生は「大変でしたね」，「あせらず考えていくといいですね」と，Bさんの過去の行動や人生を否定することなく受け入れ，話を聞いていた。学生と過ごす日数が増すごとに，Bさんの表情は明るくなり，活気も見え，また会話にも落ち着きが見られた。さらにBさんは生きる意味，生きる価値について少しずつ語るようになった。Bさんは学生の実習最終日に，「過去はひとまずおいて…。今は，新たに前に進んでいこうと思います」，「生きる意欲が出ました」，「この病院に来て，何かが変わった気がします」，「人を愛することがまたできそうです」，「この病気になったことで，たくさんのことを学びました」，「いろいろありがとうございました」と看護学生と指導教員にゆっくり語った。

この事例を通して，精神看護領域からみるSCについて，以下のことが話し合われた。まず一つに，〈一人の人間（存在）として受け入れること〉。学生のかかわりは2週間という短い期間ではあったが，Bさんにとって毎日30分の時間を自分のために確保してくれたことは，一人の人間（存在）として受け入れられたと感じることができたのではないか。両親からも見放され自分のために時間を割いてもらったことがなかったため，学生の関わりは，Bさんにとって生きている価値を持つことへつながったのではないのか。二つ目に〈生きてきた過程を認めること〉。学生の関わりは，30分間傍にいただけでなく，Bさんの過去の体験を否定することなく，偏見を持たずにBさんなりに精一杯生きてきた過程を認めていた。この関わりが，Bさんに自分の存在価値を感じるきっかけになったのではないだろうか。ここでの学生の関わりこそが，精神看護領域に

おけるSCではないかと話し合われた。さらに，「SCと精神科ケアとの違い」について議論がされた。精神看護領域からみるSCは，精神科ケアと分けられるものでも，特別なものでもないのではないか。つまり，SCと切り離し分けて考えるのではなく，TOTALケアとして考えてよいのではないだろうかという議論がなされた。

5．在宅看護領域からみるスピリチュアルケア

ここでは，在宅ケア現場においてSCにどのような現状があるか，具体的なケアの方向性はどのようにすべきか，訪問看護師が支援した事例に基づいて議論をした。

人工呼吸器を装着して在宅生活をする男性Mさん。もと某政党の活動家で妻と2人暮らしで子どもはいなかった。妻との関係は非常によく仲むつまじかった。Mさんは地域の医療整備や地域づくりに奔走してきた方であった。地域の中では，そのような活動を通じての友人が多かった。

Mさんは73歳の時から人工呼吸器管理のため，訪問看護が提供されるようになった。Mさんは訪問看護師にも「自分は社会の何の役にも立たない。自分の生きている意味はなんだろうか」とたびたびもらしていた。そのたびに，訪問看護師はMさんの思いを聴きながらも，「Mさんが生きていてくださることが奥様にとっても支えですし，今までMさんが数々手がけていらした仕事が今地域に根付いているのではないでしょうか」と対応した。すると，それを傍らで聞いていた妻が「そうですよ。私より先に逝かれては私の看取りは誰がしてくださるんですか」とユーモアを含めて述べられた。それを聞いていたMさんは，にこやかに微笑んでいた。看護師は，この夫婦が互いに支えあって生きているのだと実感していた。

Mさん75歳の時，妻が突然くも膜下出血で倒れ亡くなった。その後，Mさんはうつ的になり，抗うつ剤の処方を受けながら独居生活を始めた。Mさんは「妻がいなくなった今もなお生き続けなければならない自分の生の意味は何か」と訪問看護師に問うた。看護師は「人間は生かされている限り，きっと生きる意味があると思います」と答えるのが精一杯だった。Mさんは，無表情にこの看護師の言葉を受け止めていた。妻の死後は，他人と会話しなくなり友人や近隣の人が訪ねてくることもほとんどなくなり，黙々とテレビやラジオを聞いていた。看護師は，妻の死後3カ月くらいから地域の知り合いが訪ねてMさんを励ましてくれることが必要と考え，Mさんの気持ちが安定した頃，親しい人に訪ねてもらうつもりだった。しかし，妻の死後4カ月時，看護師は，家で人工呼吸器が外れ全身チアノーゼとなり意識消失したMさんを発見し，急遽病院に搬送した。危うく命はとりとめ意識も回復したが，Mさんの第一声は，「まだ生きていたのか。なぜ助けたんだ」であった。看護師はMさんの生命を救いたくて搬送したが，Mさん自身にとって本当に良かったかどうか葛藤した。

この事例から，以下の課題とケアの方向性が議論された。第一に，〈いのちは操作するべきものではない〉という点が議論された。療養者本人の耐え難い苦痛の緩和のために安楽死を支持する考え方もある。しかし，いのちは「その人の連続体としての人格を有するもの」であって，人が人のいのちを操作するべきものではないという考え方に立ち，生命は与えられるものであって，たとえ自分であっても操作してはならないものであるという点が指摘された。その意味ではMさんの生命を助けた看護師の行為は正しいものであり，Mさん本人にとって良かったかどうかと葛藤する必要はないのではないか。

第二に，〈生きていることに苦悩する人へのケアのあり方〉について検討した。Mさん自身は，本心で死を望んでいたというよりも現実に生きていくことのつらさから逃れたい気持ちによって発作的に自殺を図ったのではないか。そうであれば，妻が亡くなり生きがいを見出せない中で生きていくMさんのつらさを受け止めるケアが重要であったであろう。そのようなケアがMさんの生きていく苦しさを和らげ，現実を見つめていくプロセスに添える可能性があったかもしれない。また，ケアのあり方として，事例の看護師は懸命にMさん自身が自己の存在意義を見出せるようにと支援してきたが，生きることの意味づけを与えようとして力み過ぎ，「ただ人間としてそこにいる」という姿勢を保てなかったのかもしれない。対象者に対し，医療職側が対象者の生きる意味を見出していきたいという目的意識が強すぎると，対象者の苦痛は解放されないのではないか。ケア提供者も「人としてただそこにある」あり方が重要であり，対象者がケア提供者に自らの苦しさを表出し自己の生きる意味を見出せていけるように支援していくことが重要である等の点が議論された。

6．終末期医療の領域からみるスピリチュアルケア

終末期医療においては，早くからSCに関心が向けられてきた。人間が全人的存在であるように，終末期にあっては苦痛を全人的苦痛（トータルペイン）として捉えることの重要性が強調されている。そのひとつの局面がスピリチュアルペインであり，それは，死に直面し，死が自分のものとして意識化されることで，自己の存在が揺るがされる体験をし，スピリチュアリティを構成するような内的自己，他者，環境，超越的なものとの関わりやその在り様が劇的に変化するため生じるものと考えられる。ここでは，そのスピリチュアルペインを体験していると思われる患者の事例を提示し，そこに隠された問題とケアの可能性について検討した。

事例は，末期がんの状態で緩和ケア病棟に入院していた50歳代の女性Aさんである。Aさんは診断～治療期には治癒への強い希望を持ちながらも，医療者への不信感や，治療後に続く身体の異変からがんの転移，すなわち死への恐怖を味わった。その後，治癒を目指した治療を断念し，自分の死に場所として緩和ケア病棟を選択し，希望通り入院できたことで安心感を得ていた。しかし，入院時に見られた身体的苦痛がコントロールされると，死の覚悟で入院

したはずが，自分の死が実感できなくなってしまう。死の覚悟をもってからは家族以外の人と会うのを避け，自分を保ってきたが，一時退院が提案されたときは，日常生活に戻ることによって，死の覚悟が揺らぐのではないかと恐れていた。緩和ケア病棟に入院後Aさんは，死に向かう自分と「日常」を切り離すことで心の安定を図るかのように見えたのと同時に，Aさんは医療者とも壁をつくっているかのように見えた。結果として，Aさんは無事一時退院したが，その後疼痛が増強して再入院し，逝去された。看護者は話を聴くことでAさんを理解しようと努めたが，最期までAさんのスピリチュアルペインが緩和されたかどうかは不明であった。

この事例を通して，以下のようなことが話し合われた。まず，人は死を実感できるのかということについてである。人は脳の働きによって死ぬときの意識がなく，その恐怖を回避するようにつくられているかもしれないが，死期が近づいている実感は，身体状況の悪化・苦痛などによって身体で実感するものではないだろうか。Aさんのようにその実感と実際の死までの時間にずれがあることもある。それは緩和医療が進んでがんの終末期に見られる症状がコントロールされるようになったことによるものと考えられる。たとえ身体症状は改善しても本質的な苦悩が消えるわけではなく，SCが必要な状況といえる。では，この事例におけるSCの可能性は何だろうか。人は皆死にゆく存在であるが，終末期にあって今まさに死に直面している人は，健康な人々との間に世界の違いを感じている。Aさんは，自分にとって死を現実のものとしてそれ自体は受け止めつつも，一方で深い悲しみを抱えており，あえて他者と距離を置くことによって，自分の世界に閉じこもり孤独に死に対峙していたと考えられる。死までの経過の中でAさんとの間の壁は，現実に死を身近に迎える人とそうでない人という意味で最後まで存在したが，看護者は〈ともに在ること〉，〈聴くこと〉を通して壁の向こう側を理解しようとした関わりを行った。そのこと自体がSCといえるのではないだろうか。われわれ自身も〈同じように死にゆく存在であることを認識し，その人に心を寄せていくこと〉が何より死に対峙する人の全人的な苦痛（トータルペイン）を緩和することにつながるSCといえるのではないかと検討された。

V 考 察

以上の報告で気づいた点に若干の注釈を加えておきたい。

1）いのちの始まりの事例では報告から判断する限り，不妊治療を施した医療者が事前にSCに配慮した様子が見られず責任は重い。これは結婚を通してのいのちの継承と母親の役割という人間の基本に関わることである。しかも，妊娠した当事者自身が看護師であることは大変気になるところである。不幸な選択を強いられる結果となったが，相談を受けた助産師が援助者となれるであろう。現今，いのちの尊重はきわめて曖昧になっているが，その存廃には最大限の慎重さが求められる。中絶を選んだとしても，これからの人生で深い精神的傷の残ることを予想し事後の継続的ケア支援が重要である。

2）小児看護領域からのSCは，小児の時期から成育環境の中で人間的感性が芽生え，欠くことのできない自己の受容と他との関係性が育つことに触れている。事例では喘息という身体的疾患を引きがねにして子どもが自閉的で現実を逃避するようになったが，この場合，家族ことに母親が子どもをあるがままの姿で受容する姿勢を失わないことが大切で，そうした関係の中で母親も子どももいのちの生き方を再発見するのを支援するところにSCがあると思われる。そうした医療的関わりによって人間成長が促がされるのではなかろうか。

3）成人看護領域からの報告が特異なのは，従来からのSCに対する捉え方を拡げることで，とかく特殊なケアとした既成概念を破ろうとしていることである。事例は人と人との関わりに視点をおき，食事療法という日常的な生活にこそSCの窓口のあることを示している。そして，人が他者との関係性を深めていくところにいのちの意義を見出し，生きる喜びや勇気を得てゆく姿に人間性の成長を感じ取っているのである。

4）精神看護からみたSCでは，それまでの討論を通じて，SCの捉え方に混乱を生じていたことを指摘し，まず文献検討を行った。その概要は既述のスピリチュアリティについての項に反映されている。

取り上げられたのは精神障害者という社会的偏見や差別につながりやすい事例であるが，その人を過去をも含めて受容することからSCの出発することを理解する上でたいへん参考になる。疎外され見捨てられた存在に光が差し込んだ看護学生との2週間の体験が，それまでの長い年月の間抑止され歪められてきた人間性の回復につながったといえる。その後の継続的ケアが必要であろう。

5）在宅領域からみたSCは，重篤な症状にあっても妻との相互の支えにいのちの意味を受け止めていた患者が，妻の急逝によって生きる気力を喪失し，自ら呼吸器をはずしていのちを絶とうとした事例である。救命措置で一命はとりとめたが自殺願望は続いた。いのちの意味を喪失した上に苦痛・苦悩から逃れたい気持は強く，励ましや同情はあまり力にならない。SCは困難に突き当たるが，極力一人で孤立するのを防ぐ必要がある。ケアには在宅でも施設でも，家族も含め，信頼感をもって話を聞ける者が，患者のいのちの存在を支える思いで辛抱強く付き添うことが大切である。場合によると心を閉ざしうつ状態になる可能性もあり，精神医療の助けでチームケアが求められるのであろう。

6）終末期医療からみたSCは緩和ケアで出合う顕著な問題を持った事例であり，討議報告の中にその共通点が指摘されている。5）の場合と等しく生きる意味を失って，死と向き合わねばならない孤独は想像を絶する。死の不安

と恐怖の中にいる者とそうでない者との間には渡れない河があるようなものである。〈死の覚悟〉とあるが，死の受容ではないのであろう。がんによる最期では，症例のように疼痛は緩和されても意識は衰退せず精神的苦境に陥ることが多い。その際，心理的防衛機構として自閉や抑圧，退行，代償，現実逃避，医療拒否等々の症状を心得ておくべきで，専門家のアドバイスが必要である。人の最期にはその人の性格はもちろんのこと，生き様や人生観が深く反映するものである。SCで患者に寄り添うには〈傾聴と共感〉が最も大切で，〈いのちの存在を最後まで受け止め支える姿勢〉で臨むことである。それと共に寄り添う者が，死を忌避するのでなく畏敬の念をもって，〈大きな力に委ね見送る心〉が，いのちの尊厳に対するSCの基本であろう。

さて，以上の研究討論は断片的であり，課題の性格上必ずしも全てが同一の視点に立ったものであるとはいえない。しかし総合的に見て，とかく医療の世界で第二義的とされやすい精神的ケアに，全人的角度から光を当てるきっかけとなったと考えている。今後これらの議論が，生命倫理と，人間の健康と，さらに医療科学との整合性を追求する糸口となることを期待したい。

Ⅵ おわりに

2000年1月20日，本学大学院生の有志3名と西村をメンバーとして生命倫理研究会がスタートした。本学6階のカンファレンスルームにおいて，学習や討論が進められて今年4年目を迎えた。現在では，カンファレンスルームには入りきらない十数名のメンバーで構成されるようになった。これまでの定例会の学習や討論を通して，人間といのちに対する基本的な見方や倫理的判断の指針となる倫理原則を学び，さらに事例検討によって実践的で現実的な討論がなされてきたと自負している。医療の場には，倫理的な問題が山積していることはいうまでもない。そもそも，人間は倫理的にしか生きられないのであり，また言葉として適切かどうかは別としてスピリチュアルケアも絶対に欠かすことのできない人間の営みであり，いずれも特別なことではなく大切な人間の原点である。今回，スピリチュアルケアを模索しつつ6領域にわたって検討討論したが，広く大きい問題であることを認識しつつ，さらに臨床的展開を念頭にささやかながら研鑽を積んでいきたいと願っている。

最後に，本報告の執筆を終えて，研究会の意義を再確認することができた。本研究会は，看護職のメンバーに加え，生命倫理の立場からの示唆を踏まえて検討を続けてきたことに意義がある。今後もいのちの本質への探求を深めつつ，「いのちの尊厳」を中心に据えた看護実践に貢献するような活動を続けていきたい。

引用文献

1）Dell'Orfano, S. The Meaning of Spiritual Care in a Pediatric Setting. Journal of Pediatric Nursing. 17(5), 2002, 380-386.

2）Eisenberg, N. The caring Child. Harvard University Press. 1992. 思いやりのある子どもたち，向社会的行動の発達心理．二宮克美，首藤敏元，宗方比佐子訳，京都，北大路書房，1995.

3）今村由香，河正子，萱間真美，水野道代，大塚麻揚，村田久行．終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討．ターミナルケア．12(5), 2002, 425-434.

参考文献

Emblem, J. D., Halstead, L. Spiritual Needs and Interventions: Comparing the Views of Patients, Nurses, and Chaplains. Clinical Nurse Specialist. 7(4), 1993, 175-182.

Runeson, I. Hallstrom, I., Elander, G., Hermeren G. Children's Participation in the Decision-Making Process During Hospitalization: An Observational Study. Nursing Ethics. 9(6), 2002, 583-598.