

## 2014 年度 第 4 回 全体研究会

■報告者・報告題目：医療と仏教が臨床で出会う

早島 理（龍谷大学文学部教授）

「いのちの終わりをみつめ合う」

長倉伯博（浄土真宗本願寺派善福寺住職）

「臨床僧侶の立場から」

■コメンテーター：桂 紹隆（龍谷大学文学部教授，BARC センター長）

■開催日時：2014 年 11 月 10 日（月） 17:00～19:00

■開催場所：龍谷大学大宮学舎西翼 2 階大会議室

■参加者：27 人

### 【報告のポイント】

終末期緩和医療とは、患者を長生きさせるためではなく、そのクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善するアプローチである。そのために医療者だけではなく、患者の様々な苦痛をケアする人材が求められ、そこに宗教者も参画している。

早島理氏は、その終末期医療の問題について、日本の仏教学者のなかでも早くから関わった人物であり、長倉伯博氏は 20 数年、悪戦苦闘しながら「僧侶」として医療の現場に立ち会うという、新しいジャンルを切り開いた人物である。本報告は、その二人から、「終末期医療に仏教がどのように関わることができるのか」ということについて、「考え方」と「実践」の双方から見解が示された。

### 【報告の概要】

終末期医療は、予後およそ 3～6 ヶ月行われる。日本では、「徹底的に抗癌治療をして、ダメになったら緩和医療に移る」という、従来の医療のイメージを引きずっているが、実際、抗癌治療と緩和医療はほぼ同時に始まり、その境目がない。また、従来の緩和医療には含まれて

いなかった「遺族へのケア」も、WHO（世界保健機構）が2002年に出した緩和医療の定義に明記されるようになり、その重要性が問われている。

早島氏は、まず、終末期緩和医療現場の現状を捉えた基本的考え方である「三慢」を紹介した。「医者 of 傲慢」・「坊主 of 怠慢」・「患者 of 迷慢」の三つである。

「医者 of 傲慢」とは、医療者自身が死の現場に関わる中で、「死」への対応が十分に出来ているという傲りを持つことである。医者だけでは患者の死んでいく苦しみや辛さに対応出来ないとき、「宗教者・僧侶と協働する」という意識が不足している。

「坊主 of 怠慢」とは、僧侶が葬式や法事にかまけ、生きている人間の苦悩に対する取り組みを疎かにしていることを指す。スピリチュアルケアは、普通のお説教とは全く違うため、専門的育成が必要であるが、それが大幅に遅れている。

またこれら二つの怠慢を助長してきた原因の一つともとれる「患者 of 迷慢」は、患者自身が、「医療が進展すれば死ぬことはない」、「不老不死を享受することができる」という幻想・迷妄のただ中に居り、現実をみないことである。「死」という当たり前のことを受け止められなくなっている。

早島氏は、これら三つが日本の緩和医療をうまく進めない原因になるのではないかと位置づける。

WHO が定義している患者の苦しみは、身体的苦痛（痛み・食欲不振・嘔気・嘔吐・全身倦怠感）、精神的苦痛（死んでいく恐怖・絶望感）、社会的苦悩・不安（経済的問題など）のほか、根源的（スピリチュアル）苦悩（人間として生きていくことへの根源的な疑問）がある。このなかで、根源的苦悩は潜在的なもので、身体的・精神的・社会的苦悩が引き金となり顕在化してくる。終末期の患者の場合、その苦痛も含めてケアしていく必要がある。一方で、医療現場は「生きている時のこと」しか扱わないため、根源的苦悩に対応仕切れない。

この根源的苦悩は、突き詰めると安楽死や尊厳死といった「生命<sup>いのち</sup>の尊厳性」の問題に行き着く。「生きることの質」を求めることは、「死ぬことの質」を求めることと表裏一体であり、終末期緩和医療にあたって「死ぬことの質」というのをしっかりと捉えないと、「命を最後まで生きる」ということの意味を捉えることができない。早島氏は、そこに宗教者・仏教者の存在が求められてくる、と説く。

早島氏は、これからの終末期医療を成り立たせるためには、医者が扱う「生命」とは別な「いのち」のあり方を考えていくべきだと強調する。

「どうして人が亡くなってしまったのか」という問いに対し、医者であれば「悪性の癌だったから」などと答える。一方、仏教であれば、釈迦が説いたように「生まれてきたからだよ、生まれてきたらかならず死んで逝くよ」という答えになる。このふたつは全く異なる回答であるが、どちらも正解にあたる。生命科学でいう「生命」の問題と、釈迦が説いた、たとえ一日のいのちでも生きていることの意味、その両方の面からの総体的なサポートが求められるのである。

そこで、早島氏は、岡部健氏の「送り届ける先があるから、緩和ケアがある」という言葉を紹介した。岡部氏の言葉が意味するのは、「自分の行き先があるから、安心して命の限りを生き抜くことができる」という終末期緩和医療が持つ二つの要素、「死後の旅路の道標」と「死の看取り」である。つまり、死んでいくことが分かっているが、「死んだら終わり」とすると緩和医療は成り立たない。早島氏は、そこに終末期緩和医療において医療者と宗教者が協働して活動する理由がある、とする。

早島氏は、最後に、終末期緩和医療をめぐる現在進行形の取り組みについて、その見通しと課題について紹介した。

ひとつは、医療教育についてである。氏は、前任校である滋賀医科大学で、10年ほど前から授業の一環として、医学生も含めた医療関係者と、医療チームで信頼される僧侶を目指す人とのディスカッションを行い、相互理解をすすめる活動を行っている。また、東北大学・龍谷大学では、臨床宗教師の講座を設け「臨床宗教師育成」が進められている。

しかし早島氏は、そのような若手育成の取り組みが行われているものの、いまだ医療者・宗教者間のギャップを埋め切れてはおらず、協働できる気風を作り出すまでにはもう少し時間が必要である、と述べた。

もうひとつは、新たな包括的地域医療についてである。滋賀県には、近江商人の文化「三方良し（売り手良し・買い手良し・世間良し）」という考え方があるが、「患者にとっても良い」、「医療者にとっても良い」、「地域にとっても支えになる」、という新たな地域医療が行われている。そのモデルとも言える東近江市永源寺診療所は、花戸貴司所長が中心になり、そこに

地域の寺院・僧侶も加わって、今までにない新しいやり方で包括的地域医療・地域の活性化が行われている。

このように、「患者良し」、「医療者良し」、「地域良し」、という新たな包括的地域医療を確立していく意味でも、医療者と協働できる宗教者・念仏者をどうやって育てていくのか、この活動の拠点として、寺院がどのように参画していくのか、それがこれからの仏教の課題であるとして、報告を締めくくった。

もう一人の報告者である長倉氏は、自身の持つ経験をもとに緩和医療の現場について報告した。

氏は 20 年ほど前から緩和医療に携わり、現在は主に鹿児島南風病院の緩和病棟にて患者とその家族のケア、医師と看護婦の相談を受ける役割を担っている。その活動の当初は、医療者との間に大きな溝があったが、勉強会などを長く続けてそれを少しずつ埋めながら、お互いの信頼関係を構築してきた。

氏は、医療と仏教の出会いの前提条件は、「医療というのは手段である」という理解を共有出来るか、ということであると言う。医療手段を通して、病気（痛み）を取る、そして人生を深く味わうチャンスを作る、ということではじめて医療と仏教が会える前提が出来上がる、と述べた。

その点からすると、医師・看護師と僧侶、あるいはビハラー活動者がともに活動する現場は、救急病棟や心臓・循環器系の病棟は治療の方が優先されるため難しく、必然的にホスピス・緩和医療、という場所に限定されていく。

長倉氏が関わっている鹿児島南風病院は、一昨年 6 月、緩和病棟を作った。南風病院は全体で 338 床余りの病院であるが、緩和病棟は 14 床である。オープン後 1 年間で 100 人余りの患者を看取った。その間、緩和医療チームが一生懸命、患者とその家族に対してケアする。

氏の役割は、そこでのスピリチュアルケアであるが、患者と接する際に氏がどういう表情であるのか、というのは、その患者家族の安心に繋がっていく。また、同時に、氏の存在が、医師・看護師にも安心を与えることにもなる。氏は、日によっては 1 日に 4、5 人の方が亡くなっていく現場に直面する医師・看護師のケアも宗教家の大事な勤めのひとつである、と強調する。

WHO の 2002 年の緩和ケアの定義では、「緩和ケアとは、……（患者や家族の）痛みその他の肉体的、心理的、精神的な問題を早期に識別し、誤りなく評価して処置する……」とあり、「早期に識別」・「誤りなく評価」という言葉が出てくる。しっかりと緩和医療について学び、科学的根拠に基づく医療（EBM, Evidence-Based Medicine）をしていかねばならない。緩和治療だからといって、外科的、内科的治療の方法とは何ら異ならない。

今すぐ亡くなるような状況でない人でも、病気を告知された瞬間から、せつなさ、悲しさが始まる。なぜこの日に痛み・苦しみが増強していったのか、なぜこの日は治まっているのか、その理由を探って必要なケアをしていく、そして患者・家族の苦痛を軽減させることを目指すのである。

全人的苦しみ（トータルペイン）を抱えている患者に対しては、緩和医療チームで取り組んでいく。病院で患者が発する訴えとして「死にたい」・「死んだほうがましだ」・「死なせてくれ」という訴えがある。それを単に「希死念慮」と決めつけず、その言葉がいかなる理由で発せられるのかを確認し、それに応じた対策が求められる。例えば、痛みや倦怠感の増強が原因であれば、医師が疼痛コントロールをする、いらいらや精神的落ち込みが原因であれば、臨床心理士やカウンセラーが対応する、経済的な問題や家族の問題、仕事の問題が原因であれば、ソーシャルワーカーの領域である。その原因が人生観や死生観の悩みに求められてはじめて、宗教者の活動となる。

つまり、患者がなぜこの言葉を発するか、を聞き、判断するという、傾聴する態度が求められるのである。

ついで長倉氏は、自身の経験を踏まえながら、緩和医療に際しての自身の基本的態度（「感謝」・「傾聴」・「受容」・「響感」・「促進」）を紹介した。

氏は、患者から辛い訴えが出てきた時というのは、心の「好機の窓」が開きかけた時であるという。そのため、「この方なら自分の苦しみを分かってくれるのではないかと、患者がわざわざ自分を選んで告げてくれた、ということに感謝の気持ちを持つべきだ、と強調する。

そして、傾聴するときは、事実ではなく気持ちに焦点を当てる。氏は、傾聴した後に、回答者になる必要はなく、宗教者として何か答える必要もないと述べ、自身の患者に対するスタンスは「患者さんと一緒に泣いて、笑える、伴走者」と紹介した。

人はそれぞれ病気によって、「親としての役割が果たせない」、「夫・妻としての役割が果たせない」といった役割喪失感、罪責感、死生観などを抱えている。患者の訴えの背後にあるものを傾聴のなかで判断し、その苦しみを理解していく。その相手の持っている物語に応じた医療（NBIM, Narrative Based Medicine）が必要となる。氏は、患者自身が自分の人生の物語を語っているうちに、柔和な顔になっていくのがよく分かる、と述べた。人は自分の気持ちを共感してくれるひとがひとりいるだけで強くなれるのである。緩和医療の現場にいる僧侶はそういう役割も担っている。

それに加えて、家族のケアも僧侶の重要な仕事である。たとえ患者の子供が小さくても、その子に合わせた言葉を使って相手をしてあげないといけないし、そこでは仏教教義を用いることはできない。

最後に長倉氏は、自身の取り組みに対する覚悟を述べた。

氏は、患者を「かわいそうな人」としてではなく、「病気を抱えながら一生懸命生きている人」という視点を持てるかどうかが問題である、とする。病気をみるから治療が行われるのであるが、その現場に宗教者が入ると、「四苦八苦を抱えながら懸命に自分のいのちを生きている人」という目線を持つことが可能となる。相手の症状を科学的に把握して治療をすると同時に、その人の人生の物語に基づいた医療をすることも意識していく必要がある、と説いた。

また、我々が思っている以上に医療者が多忙である現状を紹介し、宗教者として一緒にチームとしてやっていくには、医療者の中に入って理解していく柔軟な姿勢も必要だということを述べて、報告を終えた。

#### 【議論の概要】

桂紹隆氏は、アメリカでは患者のために病院が宗教者に連絡をし、自然な形で宗教者が緩和医療に参加している事例を挙げ、どうして日本では医療現場のなかに宗教者が入り難いのか、アメリカの事例には、キリスト教の文化などが関係するのか、ということを疑問として提示した。

長倉氏は、アメリカでは「怪我をして落ち込んでいるから」という理由で宗教者が呼ばれる事例もあるほど、宗教者が病院に入ることが身近であることを紹介し、日本とは感覚が異なる、

とした。またそのきっかけとなるのが、カトリック教徒が臨終の前に行う終油式であり、そのため、早い時期に宗教者が病院に出向く習慣ができた、とした。

一方、日本でも、臨終説法、臨終勤行があり、臨終前に宗教者を呼ぶ事例が各地である。ただしそれはあくまで在宅の状況が多く、いまだ「僧侶が病院に入る」ということに対しては、相互理解不足などの理由から抵抗がある。ある日突然、僧侶の扱いが変わる、ということではなく、時間がかかるため、僧侶と医療関係者との関係を深め、お互いが支え合うような関係性を作る必要がある、とも述べた。

早島氏は桂氏の疑問に対して、現状では、病院から「僧侶を呼びましょうか？」ということとはできないが、患者が要求すれば、僧侶も病院に行くことが可能である。そのためには医療者と仏教者だけでなく、「患者」になる可能性を持つ一般の方々にも理解が必要である、と述べた。

長倉氏は補足として、長倉氏が 2000 年頃にテレビで取り上げられた時、テレビ局に 1 週間で 600 件の問合せがあり、どれも「近所にビハラー僧がいるかどうか」という質問であったと紹介し、「患者やその家族、さらに医療機関からの要望はある」とした。ただし、そのような状況のなかで赴いた僧侶がどう接するか、その発言・振る舞いも重要になる、と述べた。

藤能成氏は、自身のホスピス奉仕活動の経験から、どのタイミングまで患者に「がんばって」と言っているのか、どのタイミングから患者と「死後の話」ができるのか、その切り替えが難しいのではないかとコメントを求めた。

長倉氏は、患者とお付き合いしていくと、患者から「先生の信じているものは何？」と聞かれる場合がある。そのような「死を語る時を待つ」ことが基本的なスタンスであると答えた。そしてこのような「死を語る」ということ以外にも、「患者の死」、あるいは「患者と僧侶との関係・会話」を患者の家族に見せることで、「『死』に対する問いを残す」ということも、「死んでいく者の役割」である、と述べた。

福島重氏は、田舎では病院の統廃合により、病院がなくなる、あるいは病院に対する信頼が揺ぐ、という事態が発生していることを紹介し、その状態にあって、包括的地域医療というのがどうなっていくのか、と意見を求めた。

早島氏は、さきに挙げた「三方良し」の活動も、これまで10年、20年の年月をかけて活動しており、地域を巻き込んだ活動を行うに際して重要になってくるのは、やはり医者との存在である。これからの地域医療は、ますます「医者の覚悟」、「地域の覚悟」が必要となる、と答えた。

長倉氏は、群馬県のある過疎地で行われている地域医療の事例を紹介し、町の人たちにも覚悟・許容が必要であるということ、そして医者、あるいは地域の中心にいる僧侶との信頼関係がなければならない、と述べた。また、現在は、各地域で様々な包括的地域医療の取り組みがなされているので、その情報を交換していくことも重要である、と答えた。

