

2013 年 2 月 22 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職： 武藏野大学仏教文化研究所 研究
研究代表者氏名： 平原 憲道 

2012 年度研究助成に係る
研究報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

- 1 研究課題 ホスピス/ビハーラ緩和ケアに対する仏教僧侶の意識および緩和ケア医療者の仏教僧侶の参加に対する意識のギャップに関する実証的研究～課題と解決に向けてのモデルの提案
- 2 研究期間 2012 年 4 月 1 日 ~ 2013 年 2 月 15 日
- 3 研究報告書 別紙のとおり

検了		
事務局長	担当	
年	月	日

〔様式3-別紙(A)〕

2013 年 2 月 22 日

2012年度笹川記念保健協力財団

研究報告書

研究課題

ホスピス/ビハーラ緩和ケアに対する仏教僧侶の意識および緩和ケア医療者の仏教僧侶の参加に対する意識のギャップに関する実証的研究～課題と解決に向けてモデルの提案

所属機関・職 武藏野大学仏教文化研究所 研究員

研究代表者氏名 平原 憲道



ビハーラ研究報告書

■ table of contents/目次 ■

I. 研究の目的・方法

- 1] 問題意識
- 2] ビハーラとは
- 3] 研究の目的
- 4] 研究の方法

II. 研究の内容・実施経過

1. 質的研究(インタビュー調査)の実施

- 1] 対象としたビハーラ施設
- 2] 質問項目の内容

2. 量的研究(質問紙調査)の実施

- 1] 対象とした回答協力者
- 2] 質問項目の内容

III. 研究の成果

1. 質的研究(インタビュー調査)の成果

- 1) 長岡西病院
 - i) 観察された発見
 - ii) 質問項目に沿って
- 2) あそかビハーラクリニック
 - i) 観察された発見
 - ii) 質問項目に沿って

2. 量的研究(質問紙調査)の成果

- 1) 概要・回答協力者
- 2) 分析結果
 - i) 知識評価尺度「理念」
 - ii) FATCOD-Form B-J 短縮版
 - iii) 死生観尺度

3. 米国の僧侶チャプレントレーニング内容(参考)

IV. 今後の課題

- 1. 質的研究(インタビュー調査)から見えてきたもの
- 2. 量的研究(質問紙調査)から見えてきたもの
- 3. 全体的な課題

V. 研究の成果等の公表予定(学会・雑誌等)

I. 研究の目的・方法

本研究は、「ホスピス/ビハーラ緩和ケアに対する仏教僧侶の意識および緩和ケア医療者の仏教僧侶の参加に対する意識のギャップに関する実証的研究～課題と解決に向けてのモデルの提案」と題されて1年間に渡って行われた。

以下、本研究の概要について、1)研究の背後にある問題意識；2)「ビハーラ」という言葉の説明；3)研究の目的；4)研究の方法、とに分けて詳述する。

1] 問題意識

宗教の背景を持つプロフェッショナルたちが、「死は(生命現象の)終わりである」と考える医学の現場で、どのように活躍できるのか…?このテーマに研究代表者は長らく興味を持ってきた。特に、仏教の思想が深く文化に根を下ろすわが国が、「大量死」時代を迎えるにあたり、「ビハーラ」(後述)的なサポートが、緩和ケア・ホスピス医療にとって大きなヒントを提供できるのではないかと考えるに至っている。例えば、死へ向き合うことの不安や家族を残していくことの悲しみは、医学・生理学の視点だけで解決は困難であることは想像に難くない。

ただ、こうしたニーズはあるけれども、終末期医療の活動現場に入り込むことは容易ではない。緩和ケア病棟のある医療機関(ここでは診療報酬の加算を厚生労働省に申し出している施設)は全国に約250施設あるが、チャプレン(宗教的ケア従事者)を常設設置する施設となると急激に数が減ることになる。さらに、常勤のビハーラ僧侶を抱える病棟となると、片手で数えられるほどに限られてしまう。

ビハーラ活動自体は、日本の仏教界によって1980年代中旬から地道ながらも行われてきた。だが、この活動が浸透し認知されているとは言いかたい。それは何故なのか？そこに、医療者と仏教者との大きな意識のギャップが、終末期医療について存在するのではないかと考えた。そのギャップを炙り出すことが本研究の目的となった。

2] ビハーラとは

仏教系の緩和ケアやホスピス医療を語る際に「ビハーラ」という語を使うことは、ホスピス緩和ケアの医療者の間では随分と馴染みのあるものになってきた。だが、いわゆるキリスト教系のホスピスと比べれば、まだその呼称も概念もマイナーな存在であり、一般に普及していない。「ビハーラ/vihara」はサンスクリット語またはパーリ語の単語だが、日本語の定訳では「精舎」となっている。平家物語の冒頭の名文句で名高い「祇園精舎」も、このビハーラである。

少し起源を書いておく。紀元前5世紀前後の原始仏教の時代、釈尊が採った基本の生活スタイルは遊行、つまり、一箇所に定住せず僧侶集団が移動を続けながら各地の人々に説法して生活するものであった。しかし、雨期になるとその移動が困難になる。特に、一挙に膨張した教団では何千・何万という僧侶が集団生活を行っており、その大集団が森の中を移動するには多くの不都合が発生したと言われる。そこで考え出された工夫が、その期間だけは定住する「雨安居(うあんご)」と呼ばれる仕組みであり、その際に使われた心身を休めながら修行を行う定住施設が、「精舎(ビハーラ)」である。

つまり、雨安居のときに限り遊行スタイルを放棄し、身体を休めるための場所を設けたのが、定住できるように整備された精舎/ビハーラとなったのだ。無論、衣食住に必要な設備のみならず、瞑想の

設備や学究の設備なども整えられることになった。当時の仏教教団の僧侶メンバーの多くがバラモン階層の改宗者であったため、彼らが保持する当時の科学・医学的知識を活用する場所でもあったろう。つまり、現在の感覚で言えば、医学部付属病院も併設された、寮完備の総合大学キャンパスの如きものであろう。

ここから転じて、仏教の教義を中心として医療文脈(特に終末期医療の現場)において心理的またはスピリチュアルなケアを提供する活動を「ビハーラ」と呼び、そこに携わる僧侶を「ビハーラ僧」と呼ぶことになった。この用法の発案者は、本研究でインタビュー調査に協力してくれた病院の1つである長岡西病院のビハーラ病棟設立者の1人でもあった、田宮仁である。

3] 研究の目的

終末期医療のQOL向上に、仏教的な生命観とビハーラ僧侶の育成が急務であるにもかかわらず、なかなか活動が広がらない要因が何であるのか。このテーマを探索することに本研究は挑んだ。ビハーラに興味を持ちながら現場に赴けない仏教僧侶と、ビハーラ僧に期待をかけながらもどう協働すべきか分からぬ現場医療者との意識のギャップをデータで示そうとする萌芽的な研究である。

これまでにも、ビハーラ活動に関しては先駆的な研究が、主に質的なインタビュー調査の形で行われてきたが、それほど体系的なものではなかった。本研究は、インタビュー調査で現在のビハーラ活動を抽出する一方で、ホスピス医療に関して利用可能な妥当性・信頼性の高い尺度を合わせることで量的研究もを行うことを目指したものである。

4] 研究の方法

研究目的を達成するために2種類の方法論を用いることにした。

1つ目は質的(定性的)なインタビュー調査である。対象は主に、自下ホスピス施設を持つ医療機関で活動する僧侶および医療者(医師・看護師)とした。インタビューでの詳しい聞き取り内容は後述するが、患者や医療者がビハーラ僧に求めるニーズや要望に加え、実際の活動内容としてビハーラ僧がどのように医療者と連携できているかの評価である。そして、現場の観察の中で研究代表者が発見した点を記述した。

2つ目は量的(定量的)な質問紙調査である。対象は、やはりホスピス医療に携わる医療者および僧侶である。が、ここでの回答協力者は、インタビュー調査とは異なり、実際にビハーラ僧に触れる機会を持たない医療者(医師・看護師など)、および、ホスピス医療に携わった経験のない僧侶である。目的は、終末期医療に関する両者の意識ギャップを把握することである。

II. 研究の内容・実施経過

1. 質的研究(インタビュー調査)の実施

1) 対象としたビハーラ施設

ビハーラ施設を持つ医療機関を2箇所選定し、インタビュー調査を行った。共に、共同研究者である高宮医師が顧問医師として活動する医療機関である。

1) 長岡西病院ビハーラ病棟での見学とインタビュー調査

仏教の伝統における「ビハーラ」の概念を、文化的な背景が異なるキリスト教における「ホスピス」文脈の中で新しく問い直し、わが国で20年前に「ビハーラケア」として打ち出したパイオニアが、看護分野の研究者である田宮仁であった。彼の兄が、新規改修する際に建てた病院が長岡西病院であり、新潟県の地方都市・長岡に位置する私立中規模病院である。思想としての医療ビハーラを、実践としての病院で行うというこの両輪の回転力が、大きな魅力となっている。ビハーラが看護や緩和ケアの文脈で書かれるときに、ほぼ必ず登場する著名な固有名詞である。

ここで、ビハーラ病棟に勤務する医療者にインタビュー調査を行った。対象は病棟長である医師と、ビハーラ看護の責任者である看護師長であった。常勤のビハーラ僧にもインタビューを行ったが、僧侶は1ヶ月前に着任したばかりでほぼ未経験であったため多くの情報は得られず、下記のあそかクリニックでのビハーラ僧へのインタビューに期待することになった。

2) 京都あそかビハーラクリニックでの見学とインタビュー調査

「あそかビハーラクリニック」は長岡西病院と異なり、遙かに規模の小さい有床診療所である。京都府城陽市という市内から離れた場所にあり、滋賀や奈良との県境により近い。また、その出自も、長岡西病院が「超宗派」であるのとは異なり、明確な「宗教立」である。浄土真宗(西)本願寺派が、宗門の社会貢献活動の一大事業として行っている。ただ、ビハーラ活動においては宗教色を前面に押し出すことは全くない。

ここでも、勤務する医療者にインタビュー調査を行った。対象は院長でもある担当医師と、ビハーラ看護の責任者を務める看護師長。一方、常勤ビハーラ僧侶はここには3名いるが、その全員に聞き取りを行った。

2] 質問項目の内容

ビハーラ僧、医療者双方に対して下記の内容を質問し、詳しく述べることで、現在のわが国のビハーラ活動の典型を記述することを心がけた。

1) ビハーラ僧のニーズとして求められていることは何か(理想)

- 患者は僧侶に何を求めていている(と思う)か?
- 医療者は僧侶に何を求めてている(と思う)か?
- ビハーラ僧自身は何ができるか(と思っている)か?

2) ビハーラ僧の活動の実際の評価はどのようなものか(現実)

- 傾聴は上手くできているか?
- 医療者との連携は上手くできているか?
- 仏教に関する話題はどれくらい患者から出るか?
- 他に要望や問題点などはないか?

2. 量的研究(質問紙調査)の実施

1] 対象とした回答協力者

質問紙調査での対象は、実際ビハーラ僧に触れる機会を持たない医療者(医師・看護師)、および、ホスピス医療に携わった経験のない僧侶である。ここから、両者のホスピス医療に対する意識のギャップを把握することを狙った。

2] 質問項目の内容

インタビュー調査の内容を踏まえて、心理・社会・スピリチュアルケアの評価や意識について計測することの出来るツールおよび尺度を幅広く精査し、本研究で用いるものを選定した。結果、以下の合計31項目の量的尺度を用いた。

- 1) 緩和ケアに関する医療者の知識評価尺度のうちから「理念」に関する2項目(Sasahara, Miyashita, et al., 2003): 緩和ケアに関する最も基本的な医療上の理念を尋ね、それに正答するか誤答するかを見るもの
- 2) FATCOOD-B-J(Frommeltの医療者のターミナルケア態度尺度日本語版)より、6項目を抽出した(短縮版)(中井, 宮下, 他, 2006): 死に行く患者および家族に対しての主觀的な意識を5件法で尋ねるもの
- 3) 死生観尺度(平井, 坂口, 他, 2000)より、質問の文脈に合わない「第5因子・人生における目的意識」を除外した23項目: 死後の世界観や死への恐怖などを尋ねるもの

III. 研究の成果

1. 質的研究(インタビュー調査)の成果

1) 長岡西病院

i) 観察された発見

長岡西病院のビハーラ病棟において、まず最も痛烈に感じたことは、「いのちの永続性」が認知されていることであった。「死が終わりではない」というメッセージが方々で見受けられた。常勤のビハーラ僧侶が1名、朝と夕の15分の勤行を仏堂で行い、法話もする。もちろんこれへの参加は強制ではない。患者に求められれば病室で法話をすることもあるという。近所の寺院から非常勤ボランティア僧侶が15名ほど登録しており、これは超宗派となっている。

そこで過ごした患者たちの作品が壁に展示されている。12日間を過ごした患者の水彩画は大変に凜々しく素晴らしい出来栄えで胸を打たれた。多くの遺族が、病棟の患者のためにボランティアを行っていることも特徴的と映った。そこには「連環のコミュニティー」とでも呼べるものがある。

次に「ケアの拡張性」が目に付いたことも特記できる。病院内でのケアだけがケアではない、という強い意志が感じ取られた。ボランティアや常勤のビハーラ僧そして非常勤のビハーラ僧がドライブして、近所の植物園や美術館へ患者を遊びに連れ出すことも、普通に行われていた。また、「ライフレビュー」という患者の人生の振り返りを促す活動も、高宮医師によれば「立派なケア」であり、積極的に行われていた。これをビハーラ僧がじっくりと傾聴する。そして、医療者との連携により、それは健康チェックも含めた有機的なケアに昇華していた。

「一緒に寄り添う」ことの徹底も強調されていた。仏堂に設置された「本尊」はミャンマー(ビルマ)由来の「釈迦菩薩」。世界各国を放浪し、最後は世界的なオークションの場で落札されてアジアに戻ってきた

たという謂れがある。この仏堂での勤行には入院患者の約3割、家族の2割弱が参加しているという。

研究代表者の訪問時に、母親がビハーラ病棟にいる高齢者の娘自身にがんが発見されて同じ病棟に入院していたのが急死し、「お別れ会」が仏堂で急遽執り行われていた。病と死が一寸先のことであるという釈尊の言葉を感じながら、病院スタッフと共に手を合わせる機会を持った。

ビハーラ僧侶との関わりに関して聴き取り、観察したことは、これまで読んで来た関連論文や報告書の中には書かれていなかった深い内容であり多くを学ぶことができた。

ii) 質問項目に沿って

1) ビハーラ僧のニーズとして求められていることは何か(希望)

- 患者は僧侶に何を求めている(と思う)か？

- * 「1人の人間」としての暖かさであり「僧侶」ではない【看護師長】
- * エホバ証人の患者が仏堂は避けたが僧侶とは親しかった【看護師長】
- * 「死後の世界」について患者は無頓着【看護師長】
- * 「死後の世界」に興味を持つ患者は多い【病棟医師】
- * 患者によって千差万別である【病棟医師】
- * やはり宗教者としての「位」の持つ効果は周囲に伝わる【病棟医師】

- 医療者は僧侶に何を求めている(と思う)か？

- * 「高尚な宗教者」は期待していない【看護師長】
- * 医療行為以外のことは「全て」やって欲しいとすら思う【病棟医師】
- * 患者の「宗教的な質問」や不安に答えて欲しい（例：葬儀）【病棟医師】
- * 患者が医師に「遠慮」して聞けないことを傾聴して欲しい【病棟医師】

2) ビハーラ僧の活動の現実的な評価はどのようなものか(実際)

- 傾聴は上手くできているか？

- * ほどほどである【看護師長】
- * 個人差が大きい（「技術」である）【病棟医師】

- 医療者との連携は上手くできているか？

- * ほどほどである【看護師長】
- * 重要なので医療者は意識して行っている【病棟医師】
- * 患者によって「僧侶だけに話す」話題もあるため口外厳禁【病棟医師】

- 仏教に関する話題はどれくらい患者から出るか？

- * ときどき出る程度だろう【看護師長】
- * かなり頻繁に（法事、「お迎え」など）出ていると認識【病棟医師】

- 他に要望や問題点などはないか？

- * とにかく「人力」として動いて欲しい【看護師長】
- * 常勤僧侶にはボランティア僧の「橋渡し」になって欲しい【看護師長】
- * 超宗派なので、他宗派との連携が悪い場合があり問題【看護師長】
- * 「医療スタッフのケア」には経験豊かな僧侶が必要【病棟医師】
- * 個人的なこと（例：看護師の水子供養）へのケアも重要だ【病棟医師】

2) あそかビハーラクリニック

i) 観察された発見

これは長岡西病院でも病棟長の医師から少し聞き及んでいたことであったが、あそかビハーラクリニックにおいて明確な発見となった。それは、ビハーラ僧の存在が患者のみならず、職員(特に看護師)に対しても大きな意味を持つということであった。看護師が悩みを打ち明け次の活動へのエネルギーを充電できる、まさに「駆け込み寺」的なポジティブな役割を、ビハーラ僧が持っているという事実は驚きであった。

さらに、ここでの興味深い点は、ビハーラ僧自身はこの点を特に強調していなかったことだ。インタビュー調査でも、患者さんとの関わりについては多くの言葉を用いて語る僧侶たちであったが、それと比べると、看護師や他の職員への自分たちの働きについては敏感ではなく、「そういう効果もあれば嬉しいですね」という慎ましさに終始していた。しかし、看護師や医師へ聞き取りを行うと、医療者は必ずこの「副効用」へ多くの言葉を割いたのだ。この「非対称性な関係性」というのは、非常に興味のある現象に映った。

なぜこういうことが起こるのか。ヒントになるのは、ビハーラ僧も医療者も、立場は異なりながらも、共に「患者へ向く」という共通したベクトルを第一義として動いていることだろう。医師、看護師、PT・OTなどの医療技師職、そして事務職、さらにビハーラ僧…置かれた立場で大きく異なるが、彼らの、そのばらばらな地点からの仰角は、極めて近くなるはずだ。それは、患者のため、という共通した目的である。この点がぐらつくと、立っている場所が異なるため、皆が向く方向も、見える景色も完全にずれてしまい、現場は混乱してしまうだろう。

この視点を手がかりに、看護師とビハーラ僧との仕事を見てみる。前者は、言うまでもなく濃密に患者のケアにかかりっきりであり、そこに患者以外のことを差し挟む余裕がほとんどない状態である。それに対して、ビハーラ僧は患者を中心に働くとはいえども、施設の花の水遣りから仏堂での勤行の執行まで、携わっている役割は幅広い。求められれば患者のベッドサイドに向かい何時間でも話を聞くが、これは、呼ばれなくても医療処置のため病室に入る看護師とは随分と異なる役割となるだろう。

要するに、この二者はすいぶんと異なる立場から、すいぶんと質の異なる作業をしているのだ。だが、持っているベクトルが「患者」で統一されている。ここが共通しているからこそ、見えている山の景色が、異なる登山道から頂上を見るように異なっているにもかかわらず、同じ土俵で大いに情報交換ができる、また相談しあえるのではないか。この相手が医師であれば、なかなか実のある癒しの語らいはできないだろう。同じ医療者として両者の登山道は近過ぎて、腹を割って語り合えと言われても、立場や意識の違いばかりが目に付いてしまい、頻繁に衝突してしまうからである。ともに「仕事」から抜けられず、さらには、医師を頂点とする現場のピラミッド構造から抜けられず、結局は本音も出てこなくなる可能性が高い。

この点が、ビハーラ僧では大きく異なる。彼らは登山する際に「医療道」を通らず、「仏道」という独自の登山道を歩きながら頂上を目指すため、通るコースが大きく看護師や医師たちと異なるのだ。ここで、もし目指す頂上も違うのならば話がずれしまうが、そこが同じであるため、意思疎通が可能となる。そして、医療現場にどうしようもなく発生する権力構造にはまらないのだ。いわば「ねじれの位置」である。が、この「ねじれ」が大変重要なとなる。故にこそ、看護師たちが話しかけられる存在となりうるのではないか。

加えて重要な点は、ビハーラ僧が「暇」を持っていることである。これは、「やることかなくてぶらぶらし

ている」という意味での「暇」ではなく、もっと「積極的な、意義のある暇」という意味である。作業スケジュールでガチガチになり、突発的に何かが入ってくる余裕がない状態の対極にある「暇」のことを指す。これが、少ない人数で医療現場を切り盛りする医師や看護師にはないものであり、しかし大変に重要なものであると今回の観察で気付かされた。この発見は、「ビハーラ僧は医師や看護師と比べ時間に余裕があり」と述べた村瀬(2012)の観察と合致している。

入院経験のある患者と話をすれば必ず出てくるのが、忙しそうに働いている看護師さんを煩わせてはいけない、と声をかけることを何度も躊躇したという話である。同様に、看護師も患者に自身の相談を持ちかける訳にはいかない。しかし、「暇そうに見える」ビハーラ僧には、声がかけられるのではないか。ちょうど、莊子が齊物論にて説く「環中」のようなものか。車輪というものは、その中心部に「空き」があるからこそ上手く働く。この、一見役立たずに見える「何も詰まっていない」ことがもたらす迅速応答の妙を彷彿とさせた。

事実、研究者がインタビューしたビハーラ僧たちが身に着けていた、「暇そうに見える」ための自然なテクニックには舌を巻いた(特にベテランたち)。裏方で八面六臂の働きをしているのだが、不思議と廊下を歩く姿は優雅で暇そうに見える。これは聖職者特有の空気なのか。彼らが理想とする姿は、息つく暇もないほど衆生の救済に動きながら、決してそうは見えなかつたと説明される菩薩たちの働き方なのかも知れない。参拝者が絶えた夜の間に地獄で亡者の苦悩を救い、日が昇る前には何事もなかったかのように厨子に戻るがうっすらと汗の跡が見えるという、地方に伝わる「汗かき地蔵」のように。全ての仏像が「暇」そうに見えるのには、実はきちんと意味があるのだと新しい気付きがあった。

こうした、「職員のための『グリーフ・ケア』」は、英国や米国でとても積極的に取り組まれていると聞くが、不可欠な視点だと感じる。インタビューしたビハーラ僧たちも、「看護師が『ちょっとと思いを吐き出したい』と思ったときに、きちんと応対できる『タイミング』が大事」と、常駐することの意味を語っていた。

ここでの発見では、医療現場における「非医療者」の役割を知られたような気がする。医療に関わりながらも医療者でないのは、実は研究者の私も全く同じである。だが、ちょっと「ねじれた位置」にいるからこそ、また、「(現場を観察する)暇を持つ」からこそ、「患者 QOL の向上」という頂に向かって貢献できる役割があるのかも知れない。

ii) 質問項目に沿って

1) ビハーラ僧のニーズとして求められていることは何か(希望)

– 患者は僧侶に何を求めている(と思う)か?

- * 「死んでからのこと」の相談(例: 葬儀・戒名) 【僧侶 A・B】
- * 医療者でない話し相手として【僧侶 A】 【院長】 【看護師長】
- * 宗教的なニーズに関しても極めて個別的で共通項はない【僧侶 A】
- * 「死にたい」という患者の痛みへの対応は医療者では困難【僧侶 A・B】
- * 僧侶としての特殊な安心感は、ボランティアには出せない【院長】

– 医療者は僧侶に何を求めている(と思う)か?

- * スタッフのカウンセラーの役目【僧侶 A・B】 【院長】 【看護師長】
- * 「ケアする人をケアする」という役割 → 患者のケア向上【看護師長】 【僧侶 C】
- * 「臨床心理士」のようなものだが、彼らは掃除はしない【院長】
- * 「空間を整える」役目を持つ【院長】 【僧侶 C】
- * 「チーム医療」を支えるチームメイト【院長】 【看護師長】 【僧侶 B】

- * 「日常の延長として話せる」（個別アポではない）関係性がよい【院長】【看護師長】【僧侶C】
- * 常勤であることは必須である【僧侶A・B】【院長】【看護師】

- ビハーラ僧自身は何ができるか？

- * 「生きる『意味』」を支えるお手伝いで、「死後」ではない【僧侶A・B】
- * 仏教の根本である「生死の同一性」を伝える（遺体は正面玄関から）【僧侶A】
- * 「願われている命（自分だけのものではない）」を伝えたい【僧侶B】
- * 僧侶のやりたいことと現場ニーズはマッチしていると思う【院長】【僧侶C】
- * まだまだポテンシャルは高いが医療者が引き出していない気が【看護師長】
- * 「来世があったらいいな」と患者に感じてもらえば【僧侶C】

2) ビハーラ僧の活動の現実的な評価はどのようなものか（実際）

- 傾聴は上手くできているか？

- * 医療職ではない「素人」のよさが發揮できている【僧侶A・C】
- * 高いレベルで教団も評価（過去3年間は僧1人）【僧侶A】【院長】【看護師長】
- * ただ、「話す」のは上手いが「聞く」のが下手な僧侶が多い【僧侶A】
- * 特別養護論人ホーム（若い話す僧侶が好まれる）とは全く違う【僧侶A】

- 医療者との連携は上手くできているか？

- * コンファレンス、申し送りがスムーズ【僧侶A・B・C】【院長】【看護師長】
- * スタッフとの信頼感は強いが、看護師とは合わない人も【僧侶A】
- * 回診にも同行することがある【院長】

- 仏教に関する話題はどれくらい患者から出るか？

- * 個人差が大きいが全体としてはかなりある【僧侶A・C】
- * 数%ほどではないだろうか【看護師長】
- * 「死がタブーでない」存在は心強い【院長】

2. 量的研究（質問紙調査）の成果

概要・回答協力者

先のインタビュー調査を整理する中で、量的研究を行うために必要な質問紙の選定を行った。研究の探索的な性質にのっとり、緩和ケア/ホスピス医療の中で既に用いられている多くの尺度を吟味し、適した3尺度を選定した。

調査は研究者の周囲に声をかけ、医療者では緩和ケアに携わる/携わったことのある医師および看護師、僧侶ではビハーラ活動に興味を持つが実際に関与したことはない寺院関係者、となった。結果、医療者は12名（医師3名、看護師7名、コメディカル2名）、僧侶13名（住職2名、副住職8名、職員3名）の合計25名から回答協力を得た。職位（医師、看護師、住職、副住職…など）の内訳ごとのN数が微少なため、分析は「医療者」および「僧侶」でまとめて行った。平均年齢は医療者が39.92歳（SD: 11.01）、僧侶が36.92歳（SD: 5.62）であった。

1) 知識評価尺度「理念」

この尺度は、緩和ケアに関する医療者の知識を評価する尺度のうちから「理念」に関する2点のみを抽出したものである。本尺度の妥当性・信頼性はともに検証済みである(Sasahara, Miyashita, et al., 2003)。内容は、緩和ケアに関して興味を持つ者であればほぼ必ず知る重要な項目であるため、両者の知識を問うのに適切だと判断した。尺度の他のドメイン(「疼痛・オピオイド」や「せん妄」など)は全て具体的な医療知識に関するものであるため、僧侶に問うことは無意味と考え割愛した。

具体的な項目は、「緩和ケアの対象は根治的治療法のない患者のみである」および「緩和ケアはがんに対する治療と一緒にには行わない」の問い合わせであり、共に誤答である。これに1-2-3(順に「正しい」-「間違っている」-「分からぬい」)の3件法で回答してもらい、正答であれば1点を、誤答であれば0点を加え、合計得点を比較する。

結果、平均点は医療者が1.50(SD: .67)、僧侶が.62(SD: .77)となり、大きな差を示した。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = 3.05$, $p = .006$ となり、有意差が認められた。即ち、緩和ケアの理念に関する知識において、医療者と僧侶とでは大きな差があるということになる。

2) FATCOD-Form B-J 短縮版

この尺度は、Frommeltらが作成した「医療者のターミナルケア態度尺度」(30項目)から6項目を抽出した短縮版を日本語化したものであり、2因子構造を持ち、妥当性・信頼性が共に確立している(Sasahara, Miyashita, et al., 2003)。医者やコメディカルなど、死に行く患者に関わる全ての医療者に対して利用が可能だとされている。

内容は、「死にゆく患者をケアすることに価値はある」、「家族は患者が残された人生を最良に過ごせように関わるべきである」といった、死に行く患者および家族に対しての主観的な意識を5件法(1が「全くそうは思わない」、5が「非常にそう思う」、3が「どちらとも言えない」)で尋ねるものである。評価は、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と「患者・家族を中心とするケアの認識」という2ドメインごとに合計点で算出する。

その結果、平均点は「ケアの前向きさ」において医療者が11.83(SD: 1.90)、僧侶が11.92(SD: 1.32)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = -.14$, $p = \text{n.s.}$ となり、有意差は認められなかった。即ち、このドメインに関しては、医療者と僧侶とでは差がなく、両者は終末期医療の患者に対して同様の前向きさを示す、ということになる。

「患者・家族を中心とするケアの認識」に関する結果は、平均点は「ケアの前向きさ」において医療者が11.75(SD: 1.29)、僧侶が10.46(SD: 1.45)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = 2.34$, $p = .028$ となり、有意差が認められた。即ち、医療者は僧侶と比べて、ケアに家族を関与させることについてはより積極的な姿勢を示すということになる。

3) 死生観尺度

この尺度は、回答者の「死生観」について、死後の世界への意識や死への不安などを7因子構造で尋ねる尺度であり、妥当性・信頼性がともに確認されている(平井, 坂口, 他, 2000)。この7因子は、第1因子:死後の世界観、第2因子:死への恐怖・不安、第3因子:解放としての死、第4因子:死からの回避、第5因子:人生における目的意識、第6因子:死への関心、第7因子:寿命観である。本調査にはそぐわないため、第5因子は割愛した。

それぞれの因子ごとに4設問があり(第7因子のみ3設問)、7件法(1:「当てはまらない」~7:「当てはまる」)で回答する。ドメインごとに合計点数を出して評価することになる。

分析の結果、第1因子の平均点は医療者が18.25(SD: 6.12)、僧侶が19.85(SD: 3.56)となった。医療者の内部でのばらつきが大きい。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = -.81$, $p = n.s$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、死後の世界観に関する意識に差が見られなかっことになる。

続いて第2因子の平均点は医療者が20.08(SD: 4.94)、僧侶が16.31(SD: 5.77)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = 1.75$, $p = n.s$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、死への恐怖・不安に関する意識にも差が見られなかっことになる。

次に第3因子の平均点は医療者が20.58(SD: 2.35)、僧侶が21.08(SD: 2.36)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = -.52$, $p = n.s$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、解放としての死に関する意識にも差が見られなかっことになる。

次に第4因子の平均点は医療者が16.92(SD: 6.75)、僧侶が14.38(SD: 4.72)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = 1.10$, $p = n.s$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、死からの回避に関する意識にも差が見られなかっことになる。

次に第6因子の平均点は医療者が18.42(SD: 6.53)、僧侶が22.23(SD: 2.52)となった。またもや医療者内部でのばらつきが目立つ。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = -1.96$, $p = ns(.06)$ となり、(有意傾向にはありながらも)有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、死への関心についても差が見られなかっことになる。

最後に、第7因子の平均点は医療者が13.83(SD: 3.33)、僧侶が15.15(SD: 3.89)となった。両者の平均値の差をt検定すると、 $t(23) = -.91$, $p = n.s$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、寿命観についても差が見られなかっことになる。

まとめると、死生観については、6つの因子どのドメインにおいても、医療者と僧侶との間に差が見られなかっことになる。

3. 米国の僧侶チャプレントレーニング内容(参考)

インタビュー調査を準備する過程で教示され、仏教系チャプレン活動を展開するジョアン・ハリファックス博士(僧侶でもある)が主導する「Upaya Buddhist Chaplaincy Training」を語る京都での会合に参加する機会を得ることができた。この活動は、本研究で言うところの「ビハーラ活動」を実際にフルスケールで運営し、大きな社会的インパクトと成功を収めているものである。

直接的な調査の結果ではないが、ここで得られた情報も本研究の成果の1つであると思われる。わが国の遅々としたビハーラ活動と比較すれば、遙かに先を行くパイオニアの活動内容ではあるが、活動の実施に際して大きな参考となるため、詳述せずに重要な点のみを記しておく。

最大の発見は、「因縁」や「無常」という仏教独自の観点が、西洋医療の現場における聖職者の活動(チャプレン活動)に無理なく活用されているという点である。そこでは、終末期医療におけるチャプレン活動が従来のキリスト教の枠組みではなく、仏教の中身と整合した形での活動形態があった。しかも、その活動は西洋医学の枠組みから乖離せず、現場にシナジー効果を生んでいるようであった。

具体的には、仏法の本質や儀式のプロセスの活かし方など踏み込んだものが多い。そして、心理学的にも安らぎの効果があると検証されている瞑想実践の取り入れ方など、参考になるプログラムが多い。今後の日本におけるビハーラ活動には大いなる先達の資料となつた。

同時に、現在のチャプレン活動において見受けられる「聖職者の陥りかちな罠」についても、ビハーラ活動実践において注意すべきものとして参考となる。それは6つに分けて説明されていた。1)関与過多(入り込みすぎること); 2)バーンアウト状態; 3)PTSD状態から来る患者の放棄; 4)倫理的葛藤(宗教と医療とのはざまで); 5)水平的攻撃性(処理しきれぬストレスや怒りを同僚へ発散); 6)構造的暴力(立場の弱い患者への差別)。そして、それらを解決する手段としても、仏教的なものを準備している: 無批判的な(nonjudgmental)注意; 慈悲の心の維持; リジリエンス(復元力)の開発。

IV. 今後の課題

1. 質的研究(インタビュー調査)から見えてきたもの

今回の調査対象であった長岡西病院のビハーラ病棟および京都あそかビハーラクリニックの現場では、ビハーラ活動が概して良好に運営されていた。もちろん、両者共にこの分野ではパイオニア医療機関であり、10年以上に渡りこの実験的な取り組みを追求している実績の表れである。しかし同時に、これはどりもなおさず、ビハーラ活動が決して突飛なものではなく、実際に機能しうる大きな可能性を秘めている証左ともなっている。

「患者がビハーラ僧に求めているもの」に関して、両現場とも看護師長は「仏教的なニーズ(死後のこと、死への不安、葬儀など)」を低く見積もる傾向があった。一方で、担当医師はニーズの多さを把握していた。これは、患者が「若い看護師」と「経験豊富な医師」とに対して、意識的に異なったコミュニケーションの内容とスタイルを選んでいることを示唆している。つまり、「ニーズがない」のではなく、「隠れている」だけなのである。この隠れたスピリチュアルなニーズは、ビハーラ僧が登場することで一気に顕在化する。真に患者QOLの向上を目指そうとすれば、このような隠れたニーズやウォンツへのケアが、今後は重要となってくるだろう。

ただ、スピリチュアルまたは宗教的な患者からのニーズは極めて「個別的」である。これは、どちらの医療現場でも、医師およびビハーラ僧によって強調されていた。ゆえにこそ、「体系化」を前提として合理的に動く西洋医学の枠組みの外でこそ、ケアできる可能性がある。まさに、(医療措置を行う現場の中で)「暇」を持つゆえに患者とじっくりと個別的に向き合えるビハーラ僧の役割がここにある。

また、患者に対してだけではなく、医療者をケアする存在としてのビハーラ僧の大きな役割は、研究者が全く予想していなかったものであったため、優れた発見となった。この「ケアするものをケアする」機能は、特に看護師にとって有用と認識されていた。京都あそかビハーラクリニックにおいて看護師長が発言した「背中があたったかく感じる」という言葉は、うまくこの点を捉えている。おそらくは臨床心理士(たいていは非常勤である)でも代替不可能と思われるこの機能は、医療機関でのビハーラ活動を推進する際に、大事な補助輪になると感じられた。

最後に、直接的な質問項目にはなかったが、インタビューの中で医療者・ビハーラ僧の両グループから挙がった声を記したい。それは、ビハーラ活動が施設ホスピスよりも、在宅ホスピスの環境においてより大きな威力を持つのではないかという示唆である。その理由として、スピリチュアルなニーズは極めて個人的であるから、医療機関を飛び越して個人的に寺院と個人とが既に繋がっている場合は、その(付け焼刃ではない)信頼感を土台により質の高いビハーラ活動が行えるだろうというものだった。ここでは寺院の大きな体質変化が前提とされるだろうが、今後の在宅での看取りの急増を考えるに、非常に重要な視点であろうと感じられた。

2. 量的研究(質問紙調査)から見えてきたもの

研究の方法論的な観点からは、回答協力者の少なさが課題として残る。結果として予備調査的分析のみであり、企画していた構造方程式での分析まで及ばなかった。引き続き、十分なN数の確保を目指して追加調査を行う準備をしている。今回の研究を跳躍台としたい。

その方法論的な限界がありながらも、調査からはいくつか興味ぶかい点が見えてきた。それらは、緩和ケアに関わる医療者と関与の意図を持ちながらも未体験な僧侶とで、1)緩和ケア知識の理念に関して大きな差がある、2)患者ケアへの前向きさに関しては差がない、3)家族の緩和ケアへの参加に関して僧侶は医療者より消極的、4)死生觀に関しては全ドメインで両者に差はない、という結果である。

予想通り、僧侶は緩和ケアの理念に関してまだ不案内(上記1)であり、それが、最近の医療界では推奨されている家族のケアへの関与に関して、医療者よりも消極的な傾向を示している(上記3)可能性がある。だが、これは教育を行えば解決できる問題である。それよりも大事なのは、ケアの態度やスピリチュアルなものに対して両者に大きな差がないかという点である。そして、それはなかった。

僧侶は医療者同様に終末期の患者ケアに対して前向きであり(上記2)、心の準備は整っている。そして何より、「医療者と宗教者とでは死生觀などに大きな差がある」と思い込まれ、それが宗教者を医療に近づけない1つの詭弁とされてきたものが、データによって棄却された。現代日本に生きるという共通した要素、および世代が共通する回答協力者が多かった背景がそうさせるのだろうか、両者の死生觀に差は見られない。ビハーラ活動において、医療者と僧侶とは「違う業界の連中」ではないのかも知れない。(註:前述のように小さいN数という方法論上の綻びがあるため結論めいたことは追加調査の際にすべきだろうが、これは小さな福音である。)

3. 全体的な課題

上述の本研究での成果総括を受けて、今後探求する必要のある研究課題を2点挙げておく。

1) 日本の終末期の患者が示す宗教者への低いニーズの原因を探る

欧米では宗教者による終末期医療への介入は盛んであるが、日本ではまだまだ少ない。もちろん、ホスピスは日本でも市民権を獲得しつつあるが、その宗教的基盤はキリスト教である。仏教の根本テーマである「一切皆苦」では「生老病死」を強調するが、「老病死」はそのまま終末期医療のテーマと極めて親和性が高い。よって、この現状を「文化が違う」という言い訳で済ますことは許されない。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の調査(「ホスピス・緩和ケアに関する調査」, 2005)では、「死に直面したときに心の支えになる人」の回答は、「配偶者」が7割程度だったのに対して、「宗教者」はわずか4.2%だった。加えて、他の調査(臨床仏教研究所, 2009)では、「信仰する宗教があることは死に直面したときにこころの支えになると思うか」への回答では、「そう思う」と「まあそう思う」を足すと約7割となつたが、「お坊さんが心の支えになってくれるか」への回答は、両者を合わせても2割半ばという低い数字であった。これは明確に、「仏教」や「宗教」へのニーズが低いのではなく、「僧侶」や「宗教者」への、市民からの信頼不足に起因すると言えよう。

この理由を調査することには喫緊の必要性がある。もちろん、回答者は本研究のように医療者や僧侶ではない。この国の大多数を占める、患者および市民である。この意識の把握と理由の考察なしには、いくらビハーラ僧をトレーニングして量産しても、医療現場には歓迎されるが、肝心の患者からはそれほどでもない、という悲劇が発生してしまう。我々は、「医療者-僧侶」を近づける努力と並行して、「患者/市民-僧侶」とを近づける工夫を求められているのだ。ここでは、寺院による抜本的な意識及び行動変容が期待されている。

2) 登場した「臨床宗教師」とビハーラ僧との協力およびトレーニング体制の整備

だが、市民の側に僧侶へのニーズがないわけでは断じてない。それを国民が痛感したのは、2011年3月に発生した東日本大震災後の、現地での僧侶の活躍と市民からの熱烈な歓迎である。(膨大な行方不明者という)まさに生と死との境目が曖昧になる極限状況において、現地で活動する僧侶は読経をはじめ多くのスピリチュアルな活動を行い、迎え入れられた。終末期の医療もまた、生死の境目の薄い極限状況とは言えまいか。

そこで、東日本大震災から生まれた構想が拡張して、東北大学に2012年度から3年間の予定で「実践宗教学寄附講座」が開設されている。この活動は「超宗派」を特徴とするが、ビハーラ活動の今後を考える際にも大いに参考となる。この講座で中心的な役割を担う谷山洋三准教授は真宗大谷派僧侶であり、かつ、本研究のインタビュー調査の舞台となった長岡西病院で、長らくビハーラ僧として勤務した現場の人でもある。

同時に、トレーニング体制においても、宗教・宗派の別はあれ、「臨床宗教師」とビハーラ僧との教育に共通する部分も大きいのではないかと推測する。医療および災害現場での実現可能性を中心に、どのような点で教育における共通項目が整備されるかについても、異なる宗教者に調査することは、大きな意味を持つ。このエリアでの積極的な研究もまた、次の課題となるだろう。

V. 研究の成果等の公表予定(学会・雑誌等)

本研究での成果に加え、本研究で浮上した「在宅ホスピスでのビハーラ活動の可能性」を探る目的で現在準備している別の研究(2014年3月終了予定)の成果とを合併し、「ビハーラ活動の可能性を探る実証的研究」として、発表の機会を持ちたい。日本死の臨床研究会および日本緩和医療学会学術大会の年次大会での発表を計画している。同時に、両学会の投稿論文誌への掲載も目指している。

VI. リファレンス

- 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 他. (2000). 死生観に関する研究. *死の臨床*, 23, 71-76.
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 他. (2006). Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版(FATCO D-Form B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで. *がん看護*, 11, 723-729.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & et al. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*, 17, 520-526.