

< 原著論文 >

スピリチュアルケアにおけるナラティブの 意義について

Significance of the Narrative in Spiritual Care

宮嶋 俊一（北海道大学大学院 文学研究科）

Shunichi MIYAJIMA (Hokkaido University, Graduate School of Letters)

要旨

スピリチュアリティとは「宗教ではないが宗教的」とされる現象である。「スピリチュアル」という言葉を用いることで、死や生の意味について特定の宗教伝統にとらわれずに語ることができるため、エンドオブライフ・ケアの領域ではスピリチュアルケアへの注目が高まっている。スピリチュアリティは法則定立的／個性記述的という二側面から考えることが可能であり、後者は患者の体験を個別的・一回的な出来事として捉えていく。その姿勢はナラティブ・アプローチと共通なものである。さらに、ナラティブが持つ創造性という特徴は、従来の宗教的物語にとらわれることなく、新たな「物語」を創造する可能性を有している。

Abstract

Spirituality is a phenomenon that is thought of “not as religion itself but as religious.” With the word “spiritual” we can talk about the meanings of death and life without being bound to a specific religious tradition; thus, the attention to spiritual care is increasing in the area of end-of-life care. Spirituality can be thought of in two aspects, namely nomothetic and ideographic; the latter regards every experience of patients as being unique and non-replicable. This posture is common with the narrative approach in the end-of-life care. Moreover, the characteristic of creativity present in the narrative has the new possibility to create “a new story” without being bound to the conventional religious story.

Keywords: ナラティブ (Narrative) スピリチュアルケア (Spiritual Care) スピリチュアリティ (Spirituality) 宗教 (Religion) エンドオブライフ・ケア (End-of-Life Care)

1. はじめに（関心の所在・問題の背景・用語の定義）

近年、とりわけエンドオブライフ・ケアの領域において、スピリチュアルケアへの関心が高まっており、宗教・スピリチュアリティと医療との関わりについての議論も重ねられている（鎌田 [2014a][2014b] など）。また、スピリチュアリティと共に、「ナラティブ」というキーワードもケアの領域で頻繁に見かけるようになっている。新たなケアの領野を開く可能性を持つ考え方として、注目されているが故であろう（江口他 [2006] など）。本稿では、スピリチュアルケアとナラティブ、両者の関係に焦点を当てつつ、スピリチュアルケアにおけるナラティブの意義について考察

をしたい。確かに両者には重なり合うところも多いが、「スピリチュアル」ではない「ナラティブ」もあるし、また「ナラティブ」ではない「スピリチュアル」なケアもありうる。本稿では、スピリチュアルケアに「ナラティブ」を接合することでどのような可能性が広がるかを検討していく。

はじめに、宗教・スピリチュアリティと医療との関わりについて、概略的にまとめておきたい。近代医療成立以前の前近代社会において、今日我々が宗教的・呪術的とみなす行為と医療とみなす行為は混在していた(Ferngren [2012])。だが、ここで注意しなければならないのは、今日の我々が前提としている宗教・スピリチュアリティと科学との対立図式そのものが近代化の過程で形成されてきたという点である。すなわち、近代医療成立のプロセスにおいて、宗教的・呪術的行為と近代科学に基づく医療行為がわけられ、医療の領域から宗教・呪術的行為が排除されていったのである。

その際、2つの態度が重要な役割を果たした。第一は医療イコール科学（的）であり、宗教・呪術は非科学（的）であるという図式に基づき、前者（のみ）を重視する科学主義的態度である。そして第二に世俗主義である。すなわち医療や公教育など、公的領域から宗教は退場すべきという立場である¹⁾。

だが近年、宗教・スピリチュアリティに再び注目が集まっているのは、どうしてだろうか。その経緯を簡単に振り返っておく。地域により、また対象領域によっても異なるが、60年代頃から近代批判的な思想が登場し、また運動も起こってくる。いわゆる「脱近代」の動きが生じてくる。それは、行きすぎた近代化への反動でもあった。近代医療の領域に関して言えば、イリイチの『脱病院化社会』（英語版）が出版されたのが1975年であり、彼の「医原病」という言葉も有名になった（イリイチ [1979]）。このような近代医療批判に加え、近代的医療技術の発達により生じてきたさまざまな問題が、宗教・スピリチュアリティのニーズを喚起している面もある。例えば脳死状態とされる者からの臓器移植が行われるようになり、脳死を巡る議論が活発化すれば、死とは何かの問い直しが生じてくる。そうなれば、そこから宗教的・スピリチュアルな問いが否応なく導出されてくる。そうした観点から、宗教やスピリチュアリティへの注目が高まってきたと考えられるのである（安藤泰至 [2014]）。

なお、混乱を防ぐために、あらかじめ用語の確認をしておきたい。まず、スピリチュアリティであるが、これらの語は論者によってその定義がまちまちであり、その定義がまちまちであることがその特徴であるとすら言える。しかし「宗教的でありながら、宗教とは異なるもの」として捉えられることが多いという点で、一定のコンセンサスを得ている。その際、多くの論者は、宗教から組織や制度といった要素を除いた現象をスピリチュアリティと考えている（安藤治 [2007]）。確かに、厳密な宗教の定義もやはり困難であり、よって宗教マイナス制度というスピリチュアリティの定義も曖昧なものとならざるを得ないのではないか、という意見もある。例えば、スウィントンは「スピリチュアリティは健康に効果がある」という数々の研究成果を収集し分析したが、そもそもスピリチュアリティの定義が曖昧であったために、その効果を説得的に論じることは困難であったと述べている（Swinton [2012: 102]）。

とはいえ、多様な理解が許容されつつ、その語にある程度の共通理解が成立しているからこそ、スピリチュアリティを巡る議論が盛んになってきたとも言える。そこで本稿ではまず、宗教（religion）に関しては、作業仮設的に日常的な使用法を前提とする。（なお、クリフォード・ギアツの定義を後述する。）日常的な言語使用において、宗教とは思想的要素（世界観、人間観、究極的实在観など）、行為的要素（儀礼、修行、祈り、など）、集团的要素（教団、地域共同体）などの要素を含んだ現象であると考えることができる。それは、死や生の意味、あるいは来世や死後生などについての思想やそれと関連した行為の体系である。そしてその中でも集团的要素をあまり強調しないものをゆるやかに「スピリチュアリティ」と捉えておくこととする。

2. 医療におけるナラティブの意味づけ

前章において、科学主義的態度に対して批判が生じてきたことを簡単に論じた。その内実をより具体的に精査するなら、近代医療が前提とする還元主義的・機械論的な生命観や人間観への批判であり、さらにそれと軌を一にした科学的画一主義への批判である。その点について、NBM（物語に基づいた医療 Narrative-based Medicine）と同様の潮流にあると考えられる CAM（補完代替医療 Complementary and Alternative Medicine）を素材として「医療的多元主義」について述べた森禎徳の論考を参照する。やや長いが、わかりやすくポイントをまとめているので、引用する。

「医療とは本来、同一の治療を行っても患者によってその効果が異なるなど、不確実で予測不能な要素を内包した体系である……したがって医療の営みは、きわめて科学的であると同時に、科学が通常は対象としないような、個別的で一回性の事象と向き合わなければならない、という際立った特徴を持つ。それゆえ、現在の生物医学の範囲内に『医療』を限定してしまうことは、科学の限界や医療の不確実性からも目を背けてしまうことにつながるだろう。そして、そのように自らに対して限界を設けるような閉鎖的な医療に対しては、一人一人異なった人格を持つ患者と真摯に対峙する姿勢は望むべくもないであろう。このように考えるならば、通常医療と CAM とを問わず、あらゆる可能な選択肢を排除することなく柔軟かつ公正に見極め、何が患者にとって真に最善かを考える『医療的多元主義』の精神こそが、患者の権利や自律を尊重しつつ患者の全人格と誠実に向き合う『患者中心の医療』に不可欠の倫理的規範として、これからの医療の質を問う際の新たな指標となる、と言えるのではないだろうか」（森 [2014: 9]）。

すなわち、科学的な医療のあり方を代表する EBM（証拠に基づく医療 Evidence-based Medicine）が普遍性を目指すのに対して、CAM は個別的、一回的な側面に着目するということであり、またそうした医療のあり方を容認する「医療的多元主義」の精神こそが患者中心の医療に不可欠であると、ここでは論じられているのである。NBM も同様に、画一的な「病気」観に基づいて判断し、その判断を患者に押しつけてしまうことを避け、むしろ患者一人ひとりの「物語」を通じて「一人一人異なった患者と真摯に対峙する」ことが目指されていると言える²⁾。また、そうすることで「患者」にとっての（あるいは医療者にとっての）「病」の意味が新たに創造されるのである。

ここでさらに、「物語」（生や死の意味）という観点から、医療の場における宗教の役割について考えてみる。この点において、伝統宗教は重要な役割を果たしてきた。一例として、人類学者であるクリフォード・ギアツ（Clifford Geertz）による宗教の定義を見てみよう。「宗教とは、一般的な存在の秩序の概念を形成し、また、これらの概念を事実性の層をもっておおうことによって、人間の中に強力な、浸透的な、永続的な情調と動機づけを打ち立たせ、情調と動機づけが、独特、現実性を持つようにみえるように働く、象徴の体系である」（ギアツ [1987: 215]）。

これをスウィントンの解説に基づいて言い換えると、宗教とは、それぞれの世界の特性に基づいた一定のパースペクティブを共有する人々によって構成されたグループ内で保持されている、信念のフォーマルなシステムである。このパースペクティブは、特定の世界観（すなわち、人々が周囲の世界を見て、解釈し、その世界の中で彼らの経験を理解する方法）を作成するために共有された物語、習慣、信念、および儀式を通して伝達される。それらに参加する人々が世界を引き受けて、反応する方法を形成するのが、所与の宗教を組織する信念の構造と実践のシステムである（Swinton [2012]）。

このような宗教の側面は、個人やコミュニティが病気に気がついたとき、それに対応する方法に影響を与える。そのようなものとして、宗教は、人の病気についての理解を形成するための強力な力となる。我々は真空において病気を経験するのではない。我々が病気について信じること、またそこでどのようにふるまうべきであるかについて、我々は何らかの仮定を持っており、それ

は我々が世界について信じるものによって形成されている。その意味でスウィントンは、宗教が我々の世界の強力な「形削り盤」であると言う。またそのことに気づかないと、病気に対処する方法にとってとても重要な何かを見落としてしまう (Swinton [2012])。

ギアツースウィントンが念頭に置いているのはまだ医療が発達していない前近代社会であって、医療化の進んだ近代社会においては宗教の果たすべき役割は存在しないという批判もあるだろう。確かに、病気の原因が科学的に究明され、それに応じた治療法が確立すれば、宗教の役割は減っていくと言えるかもしれない。だが、言うまでもなく「不治の病」はいまだに存在しているし、科学に基づいた医療が万能であるわけではない。さらに、人は死を免れることはできず、それゆえ誰しもがさまざまな形で死に向き合わざるをえない以上、どこまでいっても宗教的な意味探究は止むことがないだろう。その意味では、宗教が一定の役割を果たしている現状は存在している。

だが、だからと言って、宗教がかつてと同様の影響力を持ち続けているというわけでもない。世俗化が進行する中で、伝統宗教は力を失い³⁾、それに対応するように「宗教ではないが、宗教的」というスピリチュアリティに注目が集まるようになった (Fuller [2001])。そして、特定の宗教伝統にとらわれず、従来宗教が担ってきた役割を担う（とされる）「スピリチュアルケア」に期待が寄せられると同時に、その定義の曖昧さなどから、混乱状況も存在しているというのが現状なのである。

このようにスピリチュアルケアに注目が集まる理由の一つは、宗教が含む「制約」である。例えば、生命倫理を専門とする宮坂道夫は、NBM における宗教の役割として、一つのモデルを提示するという可能性を示している。「宗教学の領域における物語論を中心にいわれてきた類比や模範も、医療倫理に応用できるかもしれない。自分の物語と他人の物語を比べ、そこに類似性を見出すことを類比 analogy と呼ぶが、特に重要なのは、他人の物語に模範 paradigm となる要素を見出すことである。重要な決断の前に立たされたときに、『あの人はこんなふうにしたのか』と、模範となる人物の物語を参照して『自分の物語』をつくるというのは、多くの人にとって身に覚えのあることだろう。キリスト教の信者にとっては、聖書に描かれている聖人の物語が模範的な物語となる」(宮坂 [2005: 76])。このような宗教的物語は、特定の宗教にコミットしている患者にとっては、意味を持ちうるだろう。だが、そうではない患者に対し、特定の宗教伝統の教えを与えることは、「布教・伝道活動」となり、病院という公的領域において好ましくないとされてしまうのである⁴⁾。そうしたことを踏まえた上で、スピリチュアルケアのあり方について考えていく。

3. スピリチュアルケアとナラティヴ

本章ではスピリチュアルケアとナラティヴの関連についてさらに考えてみたい。スピリチュアリティについての作業仮設的定義はすでに示したが、それに基づいて、スピリチュアルケアは、患者に特定の教団の教義を与えることなく、生きる意味や死の意味、さらには、死後の世界について語る活動としておく。それを別の側面から捉えるなら、「スピリチュアルケア」とは、「スピリチュアルペイン」へのケアである。「スピリチュアルペイン」とは、「身体的な痛み、心の痛み（病気が原因で不安になったり、孤独感を感じたりする、など）、社会的な痛み（家族への心配や経済的な不安など）に加え、死が接近することによってもたらされる、実存的な痛み（「私の人生にはどのような意味があったのか」「死が間近に迫った今、生きる意味はあるのか」など）であり、さらに後悔、反省、罪責感などを含める論者もいる（宮嶋 [2012: 163])。

このスピリチュアルケアについて、スウィントンは、法則定立的／個性記述的という、よく知られた2つの知のあり方に依拠しつつ、その特徴を説明する。すなわち、スピリチュアリティに

関しても、測定可能・一般化可能な側面と個性的・一回的な側面があるということである (Swinton [2013 : 100-101])。スウィントンによれば、宗教実践に参加することから得られる一定の効能は、科学的方法に従って測定可能である。例えば、延びた平均余命、低血圧、心臓移植における成功の増加、血清コレステロールレベルの減少、死亡における苦痛レベルの減少、心臓手術後の死亡の減少などがそれに当たる。しかし、これらの効能は、宗教的な実践の具体的な要素、すなわちコミュニティ、訓練されたスピリチュアルな実践、健康的なライフスタイルなど、スピリチュアリティの構造面からきているに過ぎない⁵⁾。それに対して、スウィントンは、個性記述的な「スピリチュアリティ」について論じる (Swinton [2013 : 102-103])。それは、個別的・一回的なスピリチュアリティのあり方である。スピリチュアリティのこうした側面は、ナラティヴと親和性を有すると考えられる。

ここで宗教からスピリチュアリティへの移行とナラティヴとの関わりについて確認しておきたい。宗教学者の島藺進は、スピリチュアリティを「宗教の個人化」と捉えている (島藺 [2007: 275-306])。このような「個人化」傾向と、一人ひとりの「物語」に注目するナラティヴは親和的である。つまり、「ナラティヴ」への着目と「スピリチュアリティの興隆」は軌を一にしていると考えられる。さらに言うと、スピリチュアルケアにおいて求められているのは、(既述の)伝統的・固定的な宗教的「物語」ではなく、「ナラティヴ」による、新たな意味創造ではないか。野口裕二は「物語は、語られるたびにその都度、変形され更新される可能性をもっている」と言うが、それは宗教よりもスピリチュアリティに当てはまる。野口の言葉を引用しよう。「新しい何かと出会うことで、いままでなじんでいた物語が微妙に変化し始め、しばらくするうちにかなり違ったものになることがある。……物語はつねに変化する可能性をもち、語るたびに語り直され、別の『物語』へと展開する可能性をもっている。『物語』の変化は『語り』の変化をもたらし、『語り』の変化は『物語』の変化をもたす。『ナラティヴ』という言葉には、『物語』と『語り』という二つの意味が含まれ、両者の連続性が含意されている。ナラティヴ・セラピーは『物語』と『語り』の相互的で連続的な変化を目標にしている」(野口 [2005: 24])。また、次のようにも言う。「セラピストが正解となる物語を知っていてクライアントを導くわけではない。どのような物語がうまれるのかはわからない。ただ、あくまで平等な位置から対話を進めることによって、それまでの『問題の染み込んだ物語』とは異なる新しい物語が生まれ、新しい『物語としての自己』が生まれる」(野口 [2005: 26])。

ここで述べられていることを宗教とスピリチュアリティの両者に即して考えてみたい。まず、セラピストをチャプレンなどの宗教者・信仰者として捉え直してみる。そして「物語」を伝統的・固定的な宗教的物語と考えてみると、上述の説明の前半部分が、いわゆる「回心」の物語についての説明であると言える。回心とは宗教的な目覚めと言ってもよい。ここで言われる「新しい『物語』の自己」とは、宗教的な新しい自己のことである。だが、説明の後半に注目してみよう。ここでは、「自己」の変化だけでなく、「物語」の変化について説明されている。後者に着目すれば、これを新たな宗教の創造と捉えることも可能となる。つまり、「クライアント」に特定の教団の教義が押しつけられるのではなく、「クライアント」の側がそれを自分なりに解釈し、新たな物語を生み出していくということである。それを狭義の「宗教」ではないが、宗教的という意味で、スピリチュアルと呼ぶこともできる。そしてそれは患者の多様性を尊重するという意味で、前述の「医療的多元主義」とも矛盾しない。

このようなナラティヴの創造性、相互作用性、共同性について、心理学者のやまだようこは、次のように述べている。やまだは「物語」ではなく、「もの語り」という独自の表現を用いつつ、それを「人と人とがインタラクション (相互作用、相互行為) することで、共同生成されるもの」とし、「相互作用によって生み出されたもの語りは、客観でも主観でもなく、文脈のなかで人と

人のあいだで共同生成される」(やまだ [2014: 161])。それゆえ、やまだもやはり、「もの語り」とスピリチュアルケアの結びつきを指摘し、「スピリチュアルケアを、喪失プロセスに関わるものの語りの共同生成と語り直し」という観点から見ると、医療の場を変革していくことができるだろう」し、また「葬送の場も変革できるかもしれない」と述べるのである(やまだ [2014: 175])。

4. スピリチュアルケアの新たな可能性

ここまで、ナラティヴ(物語、もの語り)をスピリチュアルケアに接合することの意義について、創造性、相互作用、共同性といった観点から論じてきた。それをさらに展開しているのが、伊藤高章である。伊藤は上述のようなスピリチュアルケアのあり方を「三次元的スピリチュアルケア」と呼んでいる(伊藤 [2014])。一次元的スピリチュアルケアとは、ケアされる側が、ケアの対象として、客観的に認識され、ケア実践者がその対象者に直線的・一方向的に働きかけるようなケアのあり方である。このケアには、合理性、分析、判断といったキーワードが当てはまる。二次元的スピリチュアルケアとは、ケア対象者とケア実践者が共通の地平としての対話の基盤を有しているような場合、具体的に言えば同じ宗教を信仰しているような場合であり、間主観性、共感、理解といったキーワードで説明される。三次元的スピリチュアルケアとは、異なる地平に立つケア対象者とケア実践者の間で、地平の対立や融合の出来事として生起するようなケアのあり方であり、創造性、喚起、決断といったキーワードで説明される。すなわち「異なる認識論的地平に生きる二者が、関係の中で自己の地平と相手の地平との差異を意識しつつ、その差異を豊かに経験し合うことを通して、どちらの地平でもない新たな場を創出する、この二人称の関係創出の営みこそがケアとなる……語りを通して新たな自己がその場で生まれ、新たな自己理解への道が発見される」(伊藤 [2014: 34])。ここで言う「自己」には、ケア対象者だけでなく、ケア実践者も含まれる。ケアのプロセスにおいて、「自分を見つめてくれる、信頼のおける目の他者」との「関係性の中で、対話を通して自らの物語を『いまここ』で紡ぎ出すことが現代人のスピリチュアリティの表現なのである」(伊藤 [2014: 35])⁶⁾。前章で論じたナラティヴの創造性がスピリチュアルケアにおいて重要な役割を果たしていくという伊藤の主張には賛同できるし、またこうした視点を生かすことで、スピリチュアルケアの可能性はさらに広がると言えるだろう。そのひとつを「つながり」という観点から考えてみたい。

5. スピリチュアルケアと「つながり」

創造的なスピリチュアルケアによって、そこに新たなつながり、連帯が生まれてくる可能性が広がる。島藺は「個人化が進む時代に、スピリチュアルな覚醒を含んだ連帯の場を生み出している」とするセルフヘルプ的な運動が確かに存在しており、かつての宗教が担っていたような実存の支えを提示しているように思われる」と述べた上で、「ターミナル・ケア」、「嗜癖者のセルフヘルプ・グループ」、「重度障害者の親の会」という三つの事例を挙げている。そして、「スピリチュアリティ」とは「死や危機に直面しながら、自己を超えたものに生きる根拠を見いだしていく経験を、『生命』や『関係』という事実性にながしかの超越性を盛り込んだ『いのち』や『つながり』という語でとらえようとするもの」であり、こうしたスピリチュアリティはかつて宗教が担っていたものであるが、「微妙な表現を伴ったスピリチュアリティが宗教教団を媒介としてではなく、個人化した形で現れ」としていると述べる(島藺 [2007])。

ただし、終末期医療に焦点を当てて考えた場合、「つながり」(共同性)に関して、それが家族などのより私的なものとなることも考えられる。実際、「ターミナルケア」に関して、島藺は柳田邦男の以下の文章を引用している。「親子・連れ合い・兄弟姉妹というものは、人生と生活を

密度濃く分かち合っている。それゆえに、家族同士には、他人とは異質の喜び、悲しみ、怒り、憎しみの感情がある。そのことは精神的ないのちを『共有』していることを示すものにほかならない」（柳田 [1995: 200]）。他方で、このような家族・親族を超えた、地域のつながりにも注目すべきであろう。ここで言う地域のつながりとは、伝統的な村落共同体に特徴的な、濃密なつながりのことではない。言うまでもなく、「ナラティヴ」は言葉による営みであり、それがどのような言葉で行われるのが重要な意味を持つ。ケアの現場においても、当然、それぞれの地域の言葉（方言）が使われるのであり、その意味で、例えば「東北」や「関西」といった言語文化圏において共有される感覚が大切になってくる。そうした地域性に、広義の「つながり」を見て取れることも可能である。

なお、「つながり」にはもうひとつ、「超越的存在」とのつながりが含まれることが多い（宮嶋 [2012: 166-168]）。三次元的スピリチュアルケアについて論じた伊藤も、ケア実践者とケア対象者の間で「地平の融合」が生じた後、「この経験は、人間関係を越えた『超越的存在』との関係を垣間見せてくれる」と述べている（伊藤 [2014: 36]）。このような「つながり」が、一神教的と捉えられることもあるだろう。例えば、窪寺俊之は、人間と、人間を超えた存在（者）との関係をスピリチュアリティにおける「垂直的關係」と呼び、次のように説明をする。「垂直的關係とは、超越的他者としての『神的存在』『神秘的存在』『人間を超えた存在』『永遠に変わらない存在』と人間は関わって生きていることを指している」（窪寺 [2014: 23]）。筆者はこれを超越志向的スピリチュアリティ（あるいはスピリチュアリティの超越志向性）と呼んでいる（宮嶋 [2012: 166-168]）。

しかし、高木慶子は、そうした超越的存在者は、いわゆる「神」に限らないとして、次のように説明する。「人間一人ひとりがスピリチュアルな機能を有していることになるが、その機能とは五感で感じ取る感性だけでなく、目には見えないものを感じ取る感性であり、人知を超えた『おおいなるもの』などを感じ取る内的感性と言えるのではないかと考えている」として、「その感性は、宗教的な感性と非常に近いものであるように思われるが、決して宗教心や信仰心と同一に考える必要もなく、すべての人が持つ感性、例えば大自然の朝日や夕日を眺めて、感動するような感性をスピリチュアリティと言うことができるのではないだろうか」と述べ、「超越的存在」の中に大自然も含めている（高木 [2014: 49]）。また、加藤周一、マイケル・ライシュ、ロバート・リフトン、『日本人の死生観』において、自己を超えた何かにつながるようとする希求を「象徴的不死観」と名付け、そのカテゴリーを生物学的、神学的、創造的（「仕事」を通じての）、自然的、経験的超越に分けている（加藤他 [1977: 13-24]）。

このように超越的存在を広く捉えていくことができれば、特定の宗教伝統にとらわれずに、宗教的な事柄について語ることも可能になるのではないか。そしてそれをスピリチュアリティと呼ぶことができるのではないか。人と人との関わりだけでなく、そのような超越的な存在に向き合うこと、そして「語り合うこと」は、スピリチュアルケアにおいて十分意味を持ちうるであろう。

5. おわりに

本稿では、スピリチュアルケアにナラティヴ・アプローチを接合することにより、特定の宗教伝統に拘束されないスピリチュアルケアが可能になることを指摘した。ただし、こうした考え方には、いくつかの批判が予想される。例えば、「スピリチュアル」といっても特定の宗教（伝統）・教団の教義とまったく無関係ということではない、という批判である。宗教性とは、ある日突然、何もないところから生まれてくるものではなく、それ以前の伝統宗教から継承されてきたものが、元の文脈から切り離され、変容したものであることが多い⁷⁾。自然崇拜もそのひとつと言えるだろう。それゆえ、「スピリチュアル」と言っても、結局は宗教ではないか、といった批判も想定

しうる。だが、そうした場合であっても、スピリチュアルケアにナラティブ・アプローチが接合することで、特定の宗教教義の「押しつけ」を避けながら、創造的なケアの現場を生み出すことができるのではないかと考える。

また、超越的存在者との対話を、「ナラティブ」と呼びうるのか、といった疑問もあろう。これまでのナラティブ論は、人と人とのコミュニケーションを前提としており、人ではない、超越的存在者とのコミュニケーションにおけるナラティブについてはあまり論じられていない。それゆえに、従来の議論からは逸脱していると思われうる。だが、そうした超越的存在者についての語りが、人と人とのつながりの中から生み出されているという側面に着目すれば、従来のナラティブ論との接続も可能となるのではないか。ただし、こうした課題についての考察は、紙幅の関係上今後の課題としていきたい。

(本稿を作成するにあたり、日本学術振興会・科学研究費・基盤研究A「生命主義と普遍宗教性による多元主義の展開－国際データによる理論と実証の接合」(代表者：星川啓慈、2013～2015年度)の一部を使用しました。)

[注]

- 1) ただし、この立場に対しても疑問が生じている。ハーバーマス他 [2014]、島藺 / 磯前 [2014] など参照。
- 2) NBM = ナラティブ・ベイスト・メディスンにおけるナラティブとは何かについては論者によって違いもあるが、本稿では第一に、ナラティブを「語り」として、またそこで語られた「物語」として捉えていく。さらには、語られた内容だけでなく語る・聞くという行為や、語り手と聞き手の関係性としても考える。(宮坂 [2005: 64-69])。
- 3) なお、高木慶子はスピリチュアルケアを行う立場から、「自身と信仰を同じくする患者だけでなく、他宗教や無宗教の患者をもケアの対象とすることについて、人によっては、既存の宗教の力が弱まっていると捉える人がいるかもしれない。しかし、筆者はそうではなく、既存の宗教が広げられていっていると実感している」と述べている(高木 [2014: 46])。
- 4) グローバル化が進む中、ムスリム、ユダヤ教徒、その他、様々な文化的・宗教的バックグラウンドを持つ「患者」に対してどこまで「配慮」が必要となるのか、というのが今後の課題であろう(小出 [2015])。ただし、本稿ではそこまで話を広げない。
- 5) 宗教・スピリチュアリティが、より直接的に、健康に役立ったり、病気の時に患者を助けたりするかについて、エリソンとレヴィンは、以下の6つの可能なメカニズムを示している(Ellison and Levin [1998: 704-709])。1. 個々のライフスタイルと健康のための行動の調整。ほとんどの宗教のシステムには行動や生活の仕方に関する禁令がある。例えばアルコール、喫煙などの禁止。2. 社会的資源の供給。例えば社会的なつながり、フォーマル/インフォーマルなサポート。精神衛生と幸福と効果的な社会的扶助ネットワークの間のつながりが認められている。社会的なサポートはサポートを与えてくれる関係のネットワークに人々をつなぐが、そのネットワークは精神の病を防ぎ、それを癒やすのに役立つ。3. ポジティブな自己認識の増大。宗教は、人々を、肯定し、受け入れる安全な関係の網に組み入れることによって自尊心を高める。4. 具体的な対処資源。すなわちストレスに対する特定の認識、または行動の供給。特定の信仰伝統を支持することで、思考を再編成し、トラウマや病気に建設的に対処可能となる。5. 他のポジティブな感情(例えば愛情、許し)の発生。宗教は健康を強化する可能性を持つポジティブな感情を生む。6. 癒やしのバイオエネルギーの存在など、

- 付加的に仮定されたメカニズム。現在は理解されていないが、治癒力を持つかもしれない、超越的な次元の存在。ただし、6.を除いて宗教に特化した特徴と言えるか疑問も残る。
- 6) このような考え方は、(伝統的な教団に属する)宗教者の公的空間での活動をやりやすくするという面があると同時に、宗教者への意識改革を迫る面もあるように思う。例えば、臨床宗教師の育成に携わっている谷山洋三は次のように述べている。「野球やサッカーのように、信者と宗教者の関係が成立する場を『ホーム』とするならば、公共空間は宗教者にとって『アウェイ』の場である。ホームにおいて宗教者は、信者に対して権威者として振る舞うよう要請されがちである。その関係性をそのままアウェイである公共空間にもちこむと、トラブルが発生しやすい。……あくまで相手のニーズに寄り添っていくことが大切である」。(谷山[2014: 131-132]) この主張は妥当であると思うが、本稿では、さらに歩を進め、野球の選手とサッカー選手が共に活動する中で、今までにないスポーツが新たに生まれてくるような場面を想定している。
- 7) 伝統的な神社が、いわゆる「パワースポット」として新たな意味を与えられ、多くの参拝客を集めているような例を想起してみればよい。

[文献]

- Ellison, Christopher and Levin, Jeffrey (1998) Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education & Behavior*, Vol.25(6): pp.700-720.
- Ferngren, Gary (2012) Medicine and Religion: A historical perspective. Mark Cobb, Christina M. Puchlaski, and Bruce Rumbold (ed.) *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford U.P., pp.3-10.
- Fuller, C. Robert (2001) *Spiritual, but not Religious: Understanding Unchurched America*, Oxford U.P.
- Swinton, John (2012) Healthcare spirituality: A question of knowledge. Mark Cobb, Christina M. Puchlaski and Bruce Rumbold (ed.) *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford U.P., pp.99-104.
- 安藤治 (2007)「現代のスピリチュアリティ その定義をめぐって」安藤治・湯浅泰雄編『スピリチュアルティの心理学 心の時代の学問を求めて』せせらぎ出版、11-33 頁。
- 安藤泰至 (2014)「いのちへの問いと生命倫理：宗教にとって生命倫理とは何か？(特集 生命倫理の問いとは何か)」『宗教哲学研究』(31), 1-17 頁。
- 伊藤高章「スピリチュアルケアの三次元的構築」鎌田東二(企画・編)(2014)『講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア』ビーイングネット・プレス, 16-41 頁。
- イリイチ, イヴァン (1979)『脱病院化社会——医療の限界』(金子嗣郎訳) 晶文社。
- 江口重幸／斉藤清二／野村直樹(編著)(2006)『ナラティブと医療』金剛出版。
- 加藤周一／ライシュ, M／リフトン, R. J. (1977)『日本人の死生観(上)』岩波書店。
- 鎌田東二(企画・編)(2014a)『講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア』ビーイングネット・プレス。
- 同(企画・編)(2014b)『講座スピリチュアル学第2巻 スピリチュアリティと医療・健康』ビーイングネット・プレス。
- ギアツ, クリフォード(1987)『文化の解釈学Ⅰ』(吉田偵吾他訳) 岩波書店。なお、初出原典は Geertz, Clifford (1966) Religion as a Cultural System. Banton, M.(ed.) *Anthropological approaches to the Study of Religion*, London, p.4.

- 窪寺俊之 (2008) 『スピリチュアルケア学概説』 三輪書店.
- 同 (2014) 「ホスピス・チャプレンとスピリチュアルケア」 鎌田東二 (企画・編) (2014a) 『講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア』 ビイングネット・プレス, 91-124 頁.
- クライマン, アーサー (1996) 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』 (江口 / 上野 / 五木田訳) 誠心書房.
- 小出泰士 (2015) 「多文化社会における医療倫理」 『医学哲学医学倫理』 第33号 60-65 頁.
- 島藺進 / 磯前順一 (2014) 『宗教と公共空間 見直される宗教の役割』 東京大学出版会.
- 島藺進 (2007) 『スピリチュアリティの興隆』 岩波書店.
- 高木慶子 (2014) 「現場から見たパストラルケアとスピリチュアルケア、グリーフケア」 鎌田東二 (企画・編) (2014a) 『講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア』 ビイングネット・プレス, 42-68 頁.
- 谷山洋三 (2014) 「スピリチュアルケアの担い手としての宗教者」 鎌田東二 (企画・編) (2014a) 『講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア』 ビイングネット・プレス, 125-143 頁.
- 野口裕二 (2005) 『ナラティブの臨床社会学』 勁草書房.
- ハーバーマス / テイラー / バトラー / ウェスト (他) (2014) 『公共圏に挑戦する宗教——ポスト世俗化時代における共棲のために』 (箱田・金城訳) 岩波書店.
- 宮坂道夫 (2005) 『医療倫理学の方法 原則・手順・ナラティブ』 医学書院.
- 宮嶋俊一 (2012) 「終末期医療におけるスピリチュアリティとスピリチュアル・ケア——『日本のスピリチュアリティ』の可能性と限界について」 『生命倫理学4 終末期医療』 丸善, 160-176 頁.
- 森禎徳 (2013) 「補完代替医療に対する規則と受容—「患者中心の医療」という観点から」 『医学哲学医学倫理』 第31号 1-10 頁.
- 柳田邦男 (1995) 『犠牲 (サクリファイス) わが息子・脳死の11日』 文藝春秋.
- やまだようこ (2014) 「喪失のものと語りとスピリチュアリティ」 鎌田東二 (企画・編) (2014b) 『講座スピリチュアル学第2巻 スピリチュアリティと医療・健康』 ビイングネット・プレス 156-177 頁.