いのちを考える —宗教という視座から—
仏教とターミナルケア ……ビハーラ、その来し方を振り返って……

Buddhism and terminal care —It thought through the experience in a vihāra.—

田宮 仁
Masshi TAMIYA
（仏田女子短期大学）

■KEY WORDS ビハーラ（vihāra） 仏教（buddhism）
日本的ターミナルケア（Japanese terminal care）

はじめに

日本生命倫理学会第15回年次大会シンポジウム1「いのちを考える—宗教という視座から—」において、司会の藤井正雄先生から求められたのは、1に仏教を背景としたターミナルケア施設である「ビハーラ」の全体的な概要報告、2に死に瀕している状況のなかで患者は死をどう捉えているか、3に施設・組織上の問題点、4に提言があれば、という四つの事項であった。したがって、今回もこの順番にしたがいながら4の提言の部分に替えて「楽にしてほしい」という依頼の問題を取り上げて述べたい。

ところで、日本に新たな情報が入り、それが定着するのには三段階を経るように思われる。第1段階は情報の移入であり、第2段階はその実態の移植であり、最後の第3段階は日本的な定着・根付きである。日本におけるターミナルケアの問題も、全国紙での報道や日本死の臨床研究会が発足した1970年代が情報の移入期であり、実際にホスピスが各地に開設され始めた1980年代が移植期と捉えられる。それでは、1990年代以降が日本的な定着・根付きの段階に入ったと考えている。その理由の要因として緩和ケア病棟の入院料が新設されたことや、緩和ケア病棟の施設基準やケアプログラムの基準等の整備が挙げられる。

しかし、この日本の定着・根付きには、当然日本的なという独自性や個別性が特徴として加わってこそ、その定着・根付きが確かなものとなるはずである。情報の移入や実態の移植期においては、その情報の発信源からの直訳の情報や実体の先駆例をより忠実に紹介し見習うということが大事にされる。しかし、それらの新たな情報や実態が日本という場に定着し根付くには、所謂日本的という言葉に包含された風土や習慣、習慣、風俗、価値観、ひいては歴史的な社会的な条件等々が織り込まれ、踏まえられるはずである。そのような日本的なものを形作る要因としての日本人の宗教観に影響を与えた仏教に注目し、日本のターミナルケアの在り方を探りたいとしたのが「ビハーラ」である。

1. ビハーラの概要

「ビハーラ」は仏教を背景としたターミナルケア施設の呼称として1985年に提唱されたものである。そして、1992年5月に新潟県長岡市に所在する長岡西病院開設とともにビハーラ病棟22床（現在27床）が開設された。1993年3月に全国で9番目の緩和ケア病棟として認可を受けた。以来、この12年間の間に延べ1千名弱の方々が利用された。

長岡西病院ビハーラ病棟は、医療機関としての緩和ケア病棟として他と何ら変わることはない。しかし、キリスト教関係の病院における緩和ケア病棟がホスピスを名乗るように、仏教を意識し背景とし
たターミナルケア施設ということを明確にすることからも「ピハーラ」という言葉を使用したのである。

長岡西病院ピハーラ病棟は当初の緩和ケア病棟認可の目安に沿った設備を用意しているが、病棟内に仏像を安置した仏堂があり、チャプレンにあたるピハーラ僧がスタッフの一員として勤務し、ボランティアの僧侶と連携した活動を展開していることなどは「ピハーラ」ならではの特徴である。なお、2001年現在からは専任スタッフとして上記のピハーラ僧の他に医師2名（1名は麻酔科専門医）、看護師（施設基準通り）を加えた福祉士1名、看護助手4名が在籍している。他に個別欄の業務のスタッフとしてMSW、心理カウンセラー1名がおり、他に非常勤の外科医1名、精神科医1名とボランティアの方々が関わっている。

長岡西病院ピハーラ病棟の利用者は緩和ケアの対象である末期の癌患者であるが、日本人の年齢別の死亡者の比率そのままに高齢者の利用が多いことが特徴である。
「ピハーラ」はその提案の理念、一つの基本姿勢を掲げている。

「ピハーラ」の理念
1) 限りある生命の、その限りの短さを知られた
人が、静かに自身を見つめ、また見守られる場である。
2) 利用者本人の願いを豊に看取りと医療が行われ
る場である。そのためには十分な医療行為が可能
な医療機関に直結している必要がある。
3) 覚えた生命の尊さに気づかされた人が集う、
仏教を基礎とした小さな共同体である（たと
して、利用者本人やそのご家族がいかなる信仰を
もたれていても自由である）。

「ピハーラ」の一つの基本姿勢
仏教の一宗一派の教義に偏らない、超宗派の活動
である。
なお、平成16年4月より東京都中野区弥生町に
所在する仏成病院に全室個室で12床の仏成病院ピハーラ病棟が開設されたことを付記しておく。

2. 患者は死をどう捉えているか

「患者は死をどう捉えているか」という課題を司
会者から与えられたが、患者本人に取り代わること
ができるようなことから、本来ならば答えようのない課
題である。まして臨床家でない筆者は多くの経験が
あるわけではないので、僅かに経験と病棟スタッフ
からの情報を基に答えるしかしようがない課題である。

ターミナルケアや緩和医療に関心を示す人の多く
が、どのようなケアが可能かという方向に関心を向
けがちであるように見受けられる。そのようななか
で、ターミナルケアにおける対象理解の一環として
、この「死をどう捉えているか」ということ
に関心が向けられるのではないかと考えている。

このような方針が進んできたときには、全ての人に必ず生じると
いうのではないが、共通するものがあるように推察
される。

それは、「生きもの」というの人間が、人間とし
ての「生きもの」が、その自身の死を自然なことと
して、静かに見つめている姿である。

確かに誰もが死にたくないのは当然である。そし
て、何としても「生きよう」と努力することも当
然である。しかし、死にたくない、生きたいの方
で、それらとは違った思いが生じているように推察
されるのである。そこで違った思いについて的確な表
現を持ち合わせないので、次に挙げる有名な言葉に
意を託したい。

「死ぬる時節には死ぬがよく待つ」（良寛（1758～
1831）の当時の三条地震の被災者への見舞い状よ
り）

「なごりおくおしもえども、姿綺麗の縁ついて、ち
からなくしておわるときに、かの土へはまるべき
なり」（観覚（1173～1262）『感風抄』より）

これらの余りにも有名な言葉に託そうとしたこと
には、普通の日本語として使われている「論議」や
「受容」では言い表せない、自然さやある種の積極
性の存在、さらには救いのことまでを含めているか
らである。死を極めて間近にしている人には、「死
をどう捉えているか」という、ケアする側（極端すれば自分が死に直面していることを体感するか、考えてもいない）からの問いかけの次元とは異なる思いがあるように推察されるのである。そして、そのような思いに対してケアという名の行為が、時には無礼なものとなり、少なからず控えるべきものであるということに心したいと考えている。

3. 施設・組織上の問題点

3番目に与えられた課題は「施設・組織上の問題点」ということであった。ここでは、複数の緩和ケア病棟の知見のなかから問題点と思われることを指摘したい。なかでも、院内病棟型の緩和ケア病棟の場合に、病院全体の運営管理と病棟の特殊性に基づく運営上のバランスの問題に目を向けたい。

基本的に医療施設は患者の患者・病院の治療回復と社会復帰を目的としているが、周知のように緩和ケア病棟はあらゆる集学的治療を以てしても治癒困難と診断とされた方を対象とし、治療よりもケアに目的が移行している場である。その目的の違いは、当然、医療施設としての病院全体とは異なる病棟運営や求められる人材の違いを生じさせているはずである。

その病棟運営の違いや求められ人材の違いを考慮せずに、病院全体の運営管理の仕方を機械的に適用した場合には、せっかくの緩和ケア病棟の機能を半減させることも有りうる。院内病棟型の緩和ケア病棟は、他科との連携の取りやすさ等の長所を本来多々持ち合わせているはずであるが、一方でその特殊性に留意した運営や人事がなされないと、最終的に利用者の期待を裏切ることになる。

これらのことを、実際がそうだろうとのほかないが、ピーハラ病棟ということで考えてみたい。スタッフの個々人の信仰は自由であるが、仮に仏教を批判し論する者がスタッフとして関わったとするとならば、利用者は戸惑うはずである。利用者の方には緩和ケア病棟であると同時に「ピーハラ」と名乗っていることへの期待を持って入院して来られる方がおられるはずだからである。また、ピーハラ病棟にはゆったりとした空気があってほしいが、ビリビリとした気分が瀕していたら如何なものであろうか。適材適所という言葉があるが、緩和ケアということだけでなくピーハラ病棟ならではの人材を選出し活躍させることが、利用される患者さんに対することになるはずである。そのためにには、緩和ケアとは何か、ピーハラとは何かということをしっかりと理解して運営管理ができる責任者の有無が「施設・組織上の問題点」を生むかどうかの分かれた目といえよう。

ところで、「施設・組織上の問題点」という場合に、一般的にはその施設・組織の内部で問題とするところのものであろう。外部のマスコミ等で問題を指摘される事態が起こるとするならば、その施設は社会的存在が難しい状態となっているはずである。

内部での問題という場合、そこには経営・管理側と被雇用者側との問題意識の違いが双方の不満として浮上するように思われる。その両者どちらの側の問題であろうと、概してその施設を利用する患者側からの見点を忘れた、患者不在の論理が展開していることが多いように見受けられる。言い換えるならば、施設・組織上の問題の多くは、医療の専門家としての自負や論理、価値観を離れて、その問題を利用する患者側に立って見直すならば、その多くに解決の方法や手掛かりが見えてくるはずの問題と考えられるからである。

まして、ターミナルケアや緩和医療においては、ケアに関わる側の誰一人として死んだことも、末期患者に成り代わられる人もいないのである。だからこそ、患者中心ということがより重要となり、また他科において徹底できる世界ははずであるからこそ、常に対応中心ということに立ち戻るならば、問題解決への道が開けるはずなのだ。

4. 「眠らせてほしい、楽にして（やって）ほしい」という依頼

上記の「施設・組織上の問題点」ではないが、今回とりわけ問題と感じているのは、少数であるが、時に主治医に対して利用者やその家族から「眠らせてほしい、楽にして（やって）ほしい」という依頼が出ていうことである。

先に、患者に成り代わることはできない、と述べた。家族に対しても同じことである。その患者と家族が辿った歴史ともいえる時刻の経過を共有しなお
すことも、完全に解るということも本来不可能である。ただ解ろうと努力することはできる。したがって、「眼をよろしい、楽にして（やって）ほしい」という依頼が、個々の理由は別として、一つのまとまった希望として何故も発せられるかについては推察の域を出ない。推察できたからとしても、その依頼を実行に移することは医療者ならばできないはずである。

このような依頼が出されたとなろうどう答えるかと問われたことがある。そのときに「そんなに急がなくても、ちょうど良い時に仮様がお迎えに来させてから」と、解ったような答えをしたことを覚えている。その問いかけがなされたとき、どう答えるか以下に問題と感じ、ある種の悲しみを感じたのは、そのような依頼を発せざるを得ない苦悩の溝の中にその人が在るということである。さらには、その苦悩の解決方法として、そのような依頼が余りにも素早く用意されたとしたら、その素早さに問題というよりも悲しみを感じるのである。

また、そのような依頼が、家族から発せられる場合があるという。繰り返しになるが、患者本人にも家族にも承知することはできない。したがって、その家族ゆえの患者への思いを徹底して斟酌することはできないが、もしも、その家族が患者の苦しみを見ておられないという、本人ではない家族の側の情や理由が優先してのならば、それがどれほど苦悩と考えた結果であろうとも、後々の家族の煩雑さも重ね合わせで悲しみを感じるのである。

このような依頼が、本人からであって、家族からであって、発せられるとこの背景に、「いのち」を自分自身の考え（望むこと）でどうしたい、こうしたいと安易に発想してしまう現代日本の風潮が、少なくない影響を伴えて存在しているように思われる。そして、この「眼をよろしい、楽にして（やって）ほしい」という依頼が、本人や家族からのものであるうちは未だ救いもあるが、もしこの依頼の内容を医療者側が発したとしたから、という恐ろしい想像さえも持つことがある。なにしろその依頼を叶えられる知識も、方法も、技術も所有していない存在だからである。とりわけ、緩和ケアというこのような専門家を以て自信と自負を有して、患者さんや相手に成り代わることのできない悲しみを忘れた人に出会った後では。

おわりに

今回のシンポジウムが日本生命倫理学会の年次大会のプログラムであり、「いのちを考える－宗教という視点から－」というテーマがあったことを思い、「仏教とターミナルケア」という演題が求められたことを思い合わせると、改めて「教育」と「宗教」の問題についての戦後処理が終わっていないということを痛感する。半世紀に及ぶ所謂「戦後教育」の在り方が、このようなテーマや演題を必要としたと考えられないであろうか。

このようなシンポジウム・テーマが設けられることは自体に、宗教教育（宗教についての知識を教えることであり、決して信仰を勧めたりするものではない）の放棄だけでなく、人間が人間にあらゆるという教育の本来の目的が疎かにされたことの悲しみが表れているといえよう。参加者のなかには、生命を大切でない方で「いのち」なのか、科学としての生命倫理学で何で宗教が登場するのかと、素朴に疑問を持たれた会員もおられることがあると思われる。そのような疑問を持つ自分自身を問い、見つめなおすことができるが、このシンポジウムの目的の一つであったのではなかろうか。

さらに、資格取得を目的とした教育の弊害が今回の大まめなケアや緩和療法の場だけでなく、様々なところで顕在化しているように思われる。資格は本来最低限の品質保証のはずである。資格取得は、業務独占であれば、名称独占であれば、その仕事をやほしいいいという最低限の条件であって、目的はさらに先にあるはずである。その仕事に関われば関わるほどに学びや研鑽の必要が迫ってくるはずである。それよりも広く、深く、豊かにしていく必要が、である。

とりわけターミナルケアにおいては、その専門性を支え活かす教養が必要になるはずである。人間として、日本人としてわきまえておくべき事情を踏まえがターミナルケアに関わるスタッフにとって大切だと思うている。そこで、ようやく日本的なターミナルケアが展開していくものと考えている。

【原稿受理：2004年7月26日】