

仏教ホスピスにおける相互行為の技法

—宗教的資源という装置—

崎山 治男*

本稿は、日本における仏教ホスピス運動の定着と、そこでの宗教者やケア・ワーカーと患者とのターミナル期の相互行為のあり方を分析するものである。そこではまず、仏教という「宗教的なもの」が必ずしも強く顕在化せず、かえってその宗教性を弱める形で運動が展開されたからこそ地域やケア・ワーカーに受容され、設立された過程を明らかにする。しかしこのことは、必ずしも「宗教的なもの」が無意味であることではない。宗教者、ケア・ワーカー、患者との相互行為の中でターミナル期の想いや各々の位置を調整する象徴的な資源として用いられ、それを通して仏教ホスピスが維持されるのである。

キーワード：仏教ホスピス、緩和ケア、ケア・ワーク

1 はじめに

本稿は、北日本にあるA病院緩和ケア病棟における看取りの場での看護師・僧侶と患者との相互行為に定位しつつ、緩和ケアという場における宗教の果たす役割を考察するものである。

周知のようにホスピス運動は、英国のシシリ・サンダースが、死の医療化に抗すべく提唱した、終末期ケアにおける痛みの区分、具体的には実存的な痛みと形容しうるスピリチュアル・ペインをあえて重視することに端を発する。そしてそれは、スピリチュアル・ペインをやわらげる存在として、キリスト教をベースとした宗教並びに宗教者を位置づけた。そのことで医療的措置に一元化する死の医療化としての

病院での延命医療へと死生が囲い込まれることへのアンチテーゼとして¹⁾緩和医療における患者のQOLを重視し、限りある生の中で死生を見つめ直す場として宗教的なものを基盤としたケアを試みるものであった。

日本におけるホスピス運動もまた、その初期には基本的にはこうした理念をそのまま持ち込む形で展開されたといえる。それは、スピリチュアル・ペインへの対応を強調しつつ、それを縮小する存在として宗教者を位置づけ、死生を見つめる場としてホスピスを打ち立てようとしてきた。またそれは、当初は英国と同様にキリスト教的な死生観をベースに据えたものであり、またそのようなものとしてさまざまなホスピス設立へと結びついてきた〔柏木、1978、2006等〕。そしてそれが日本におけるホスピスの標準的なものと位置づけられながらも、他方で宗教意識の低下や相違があるため、受け入れ

*立命館大学産業社会学部准教授

がたいものとし、さまざまな工夫・改良が試みられてきた。A病院の緩和ケア病棟も、そのような問題意識に支えられ日本に適合的なものとして仏教を基盤としたホスピスを目指す運動の中で建設・運営され現在に至っており、またそのようなものだと議論されてきている。

だが、その中で必ずしも十分な議論がされて来なかったことが二点あると考える。第一には、スピリチュアル・ペインに対して宗教的なものが具体的な実践の中で果たす役割である。これまでの議論では、スピリチュアル・ペインへのケアの役割を果たすものとして宗教を大前提の基盤とした上で、それがキリスト教に起因することの是非のみが問われてきた。それに対して仏教を基盤とすることの意味づけとして、日本人の宗教観に適合的なものとしてただ仏教をキリスト教の対として位置づけ、その効果を仏教という宗教独自の死生観に求めることが提唱されたりもした。

そこで自明の前提とされていることは、大いなる聖なる天蓋としての宗教がある一方でそれが衰退しているということであったり、キリスト教と仏教という二項対立図式であったりする。多くの議論が、この構図を前提として設定されており、具体的な相互行為場面でのホスピスにおける宗教の役割の実態は必ずしも明確に示されていない。本稿は第一にこの点に照準する。ホスピスにおいて宗教的なものがどのように作用しているのか、あるいは作用できるのか、その実態と可能性についてA病院緩和ケア病棟の実践を通して明らかにすることを目指す。

第二には、実際にスピリチュアル・ケアを行う際に宗教が果たしうる役割である。これまでの議論では、それこそが宗教が担うものであ

り、だからこそホスピス運動やチャプレンがいる意味があるという見方が所与の前提とされてきた。だが、果たして実存的な苦悩と形容しうるスピリチュアル・ペインへの対処、解消については、傾聴と応答といった基礎的な事柄が「模範解答」として語られる一方で、その実態が分析されてこなかったといえる。本稿が照準する第二の点はここにある。スピリチュアル・ケアは具体的な相互行為過程においてどのように達成されているのか／いないのか、それに宗教性がどのような役割を果たしているのか、といった点について、A病院緩和ケア病棟での諸実践を通して考察を加える。

いうまでもなく、ホスピス運動における宗教の教義・まなざしの内容は、必ずしもそれ自身にあるのではなく、それがもってきた／もっている実践的な効果の中ではじめて現れるものである。この点を忘却することでこれまでホスピスは語られてきたのではないだろうか。本稿はこの基礎的な問いを基盤としつつ、宗教的なまなざしに基づく相互行為、並びにその装置がいかに機能していたか／しているかを、筆者が2008年6月から試みている数回の宗教者・看護師に対する定性的調査から明らかにするものである²⁾。

2 相互行為実践における教義の位置

A病院の緩和ケア病棟における宗教（仏教）の意義は、既存のそれをただ引用することによるものではない。むしろ、「仏教」をいわば記号とし、それを象徴的資源としながら時空間の意識を活性化・更新するものとして位置づけられるものである。

それは、宗教者・看護職と患者との相互行為

の中にもみられる。A 病院の緩和ケア病棟に携わる宗教者・看護職にとって、教義そのものを前面に押し出した相互行為は、自明なものでさえなく、むしろ忌避されるべきものである。

この点について、A 病院・緩和ケア病棟に携わるある僧侶は以下のように語っている。

【事例 1】押し売りはできないということがありますし。何かこう私が宗教とと思っているこれが昔からの宗教だと思っているのは、本当にそれこそさっきの宗教的なものの本当の始まりの自覚を促す宗教なのかどうか。命令者の説教といわれることのような形としての宗教ですね、私が勝手につけているんですけど。要するに我慢してなきゃならないというか抑圧する思想というか、そういうことを私が勝手に名付けたんですけど。

ここである僧侶が語っていることは、単に仏教の教義だけを患者に唱えることは、患者の死の受容やスピリチュアル・ペインの減少を促すものではないという思いであり、逆に、それらに対して抑圧的な働きをもってしまうことへの危惧である。

それは、「抑圧する思想」として語られるように、患者の死生観の多様性を抑圧させることにしかつなげていかない。なぜならば、A 病院のさまざまな看護職・僧侶が「モデル通りに行かない」と語るように、死の受容プロセスは必ずしも段階論的な形ですすむわけではない³⁾。それを無視する形で単に仏教の教義を説くことは、患者にとって無意味なばかりではなく、自らの死生観・受容のプロセスを一元化してしまう形で抑圧的に働く。それによって、宗教者・看護職と患者がただ死を前にしつつも自らの生のありように対し相互行為を停止させる

方向にしか向かわない。

それでは、宗教性を示すことや教義を語ることが全く無意味なのであろうか。この点について、A 病院・緩和ケア病棟に携わるある僧侶は以下のように語っている。

【事例 2】（若い不慣れな僧侶は）うまく解凍できないというか、だからがちがちのものをいっても分からないことが自分の中で分からないんじゃないでしょうか。うまく解凍できれば、何気ないことが実は仏教色になっていることが多いと思うんです。そこをうまく活用して今の世間話が、実はこれは仏教のこうした教えから来ているんだよといううまくまだ説明できないんだと思います。

ここである僧侶が「解凍」という比喩を用いて語るように、実際の A 病院における朝夕の勤行や説法での僧侶の会話の内容は、必ずしも仏教的な説話にとどまるものではない。当然個人差はあるが、日常の何気ない事柄についての説話がほとんどである。

それが宗教的な意味をもってくる理由は、二通りのものがあると考えられる。第一には、患者自身の宗教者・僧侶の受容へと結びつくことである。A 病院緩和ケア病棟での朝夕の勤行への参加や、ベッドサイドのケアに僧侶を参加させるか否かは患者の選択に委ねられている。こうした状況に際して、宗教性を薄めた説話を行うことは患者が積極的に勤行への参加や、ベッドサイドのケアに僧侶を受容しようという方向へと向かう。それにより、「お、じゃあ話をもっと聞いてみようかな」という患者の意識を生み出しうるのである。

それを通して僧侶自身がさらに深く宗教性を発揮できることもある。A 病院緩和ケア病棟で

特に僧侶が関わりをもてない理由としては、主として僧侶が日常の業務との兼ね合いで時間を取りにくいことや、患者のニーズが定かでない中でただ患者のそばに「いる」ということの難しさがある。それに対して、特に宗教的なニーズがみえてきた際に「そこをもって関われる」と語られるように、場合によっては宗教者が対応した方が良いスピリチュアル・ペインを始め患者・僧侶が同時相即的に気づき、関わることができることがある⁴⁾。

このように、相互行為レベルでみるならば、必ずしも仏教という教義そのものが大きな効果を与えているのではない。むしろ、教義をそのまま患者に押しつけることは慎まれる。だがそれを翻訳し、患者の実存的な苦悩に適合的であった場合にはじめてスピリチュアル・ペインとされる患者のニーズの側面が明らかになる。このように、教義そのものは、その意味体系を変更させる象徴的な相互行為の資源として作用しているのである。

3 「生活の場」としてのホスピス

次に、このように仏教という宗教をも相互行為の装置とするA病院の緩和ケア病棟の時間・空間の編成についてみていこう。

A病院の緩和ケア病棟で強調されるのが、病棟は必ずしも死にゆく場ではなく、生ある患者の生活空間であるという点である。もちろん、病棟であるがゆえのさまざまな制約から完全に自由な空間を作り出すことはできないが、例えば季節ごとの「そうめん流し」や「浴衣会」といった催し、あるいは院内での居酒屋パーティーといった形で、死にゆく患者に対して、病棟という制約が許す範囲の中で、生活感をもって

もらえるだけのさまざまなイベントも行ったりしている。

その効果は、もちろんまず第一には、患者との関係の親密化であろう。例えばA病院の緩和ケア病棟に携わる僧侶は以下のように語る。

【事例3】居酒屋という、そういう提灯とかをつり下げて、お金300円とかを取って患者さんが食べたいのを何種類か聞いて、それでみんなです。そうやって、結構和気あいあいするとか。そういう、みんな家庭的なる場というのはすごく好きですし、いいなあと。やっぱり色々な顔がみられるし。そういう感じになっていける関係ならいいけど、やっぱりまだまだ僧侶と患者さんみたいな感じになっちゃうと、やっぱり本当に人間対人間ということまで来ないと（死について特定の患者と語ることが）難しいのかなと思うし。

ここである僧侶が語っている事柄は、A病院緩和ケア病棟独自の取り組みの紹介にとどまるものではない。むしろ死にゆく患者と死生を語る磁場として、僧侶という役割を一度解除したような関わり方が必要であること、そしてそれを肯定的なものにとらえるものの見方である。

このようなイベントに参加すること、そして僧侶という役割を一時解除したような関わり方を取っていることによる効果は、必ずしも僧侶と患者との関係の深化という側面にとどまるものではない。看護職や医師たちに対して、宗教者が医療施設にはいることへの抵抗感を減らす。それは、A病院・緩和ケア病棟が開設された当時は、いわゆる葬式仏教への忌避感から、僧侶が袈裟をまとして病棟にはいることには利用者だけではなく、他職種にも「縁起が悪い」ものとみなされてきたのとは対照的な方向性へ

と相互行為を向かわせる。一例として、A病院緩和ケア病棟のある看護職の語りを挙げよう。

【事例4】僧侶というのを超えて、Xさん、Xさんになっているのだと思います。患者さんもそれぞれで、特にお坊さんという「お坊さん=お葬式の人」というのが強いし、患者さんでもお坊さんが寄ってくると自分は死が近いんだと思う人もいるぐらいだから、難しい時でもあるのかもしれないけれど、できれば唯一違った医療者じゃない人だからこそ、自分の話もできるだろうし宗教者だからこそ返せる返事もあるだろうし、話をしてもらえたらいいなと思います。

この語りにみられるように、第一には、もちろんさまざまな行事に僧侶が参加する中で、僧侶—患者という役割関係が一時停止し、両者の中での親密化がおこる。

それ以上に大きな効果としてあるのが、医療者—僧侶間での違和感を解消するということがある。ここで看護職が述べているように、A病院の看護職の多くは、自らが勤めて時間が経過すれば——あるいは緩和ケア病棟以外の病棟に勤務した経験があれば——宗教者が宗教者の姿のまま病棟に居ることへの違和感がない、と語るものの、当初は違和感があると語る人々が多い。それに対して、さまざまな行事を通して病棟を「生活の場」として作り上げる（これはA病院緩和ケア病棟の理念の一つでもある）ことに僧侶が積極的に参加することを通して、僧侶が病棟という生活の場に朝夕の勤行や仏堂といった病棟における聖なる時空間以外の場にあることへの違和感が解消されるのである。

このように、僧侶・宗教が病棟に関わることは、患者の日常生活への積極的な参加を通し

て、僧侶という役割を緩やかにすることによってはじめて成り立つことでもある。それが、宗教性をあえて全面に押し出さないという僧侶の説話の技法と相まって、僧侶たちが病棟に関わることを可能にさせてもいる。

4 死生と向き合うということ： 「お別れ会」という相互行為

それでは、A病院・緩和ケア病棟は死生という問題と直面しないこと、それを回避することによって相互行為を営んでいるのであろうか。答えは否である。

第一にはもちろん、緩和ケア病棟であるがゆえに、ストラウスらが述べるように常に死生という文脈が潜在化しており、それを患者・家族・医療者のいずれかが顕在化させることへと開かれているということがまずある [Strauss, A. L. & Glaser, B. G., 1965=1988]。そしてそのことは、多くの看護職、僧侶にとって「ただそばにすることが苦痛になる」ことがあると語るように、死生への問いが顕在化することによる相互行為の困難へと開かれている可能性をもつ。

それがあるからこそ、死にゆく人々へのケアは、「究極の感情労働」と呼ばれるように、患者に応答が困難な問いに始終さらされている。それにも関わらず患者に応答せざるをえない中で自らの死生観や感情をマネジメントすることの困難を生み出す [Smith, 1992]。

筆者はその問いへの解答として、通時的な感情規則の変化といった概念を用いて説明した。具体的には、ある患者Aへの死生にさらされる中でのケアと、それに伴うままならない自己感情をマネジメントすることを、「次」の患者

へのケアの向上につながっていくあり方である [崎山, 2005]。

A 病院の緩和ケア病棟は、その前段階として、特定の亡くなった患者への思いを語り合う場として、「お別れ会」といったものを開催することを重視している。それは、亡くなった患者——場合によっては遺族も共に——最後の入浴を終え、手厚いエンゼル・ケアをまず行うものである。その上で、その場に居合わせうる僧侶がお経を唱え、スタッフ全員、さらには亡くなりゆく病棟にいる他の患者もが参加し、故人との思い出や思いを語り合う空間として設定されている⁵⁾。その場が自己に対してもつ効果について A 病院のある看護職は以下のように語る。

【事例 5】私、お別れの会って今思えばやっぱりうちの病棟ではとても大事なところなんです。いくらい看護を生前に行って、いくらい関わりをもったとしても最期のお姿があまりいいお姿ではなく、お互いにつらい思いをもって亡くなったということになると「ああ、こうもしてやれば良かったな」「ああもしてやれば良かったな」って、やっぱり後悔の念って、そこでもあると思うんです。多分、そんなのもあって一つの整理ができたのかなって。

典型的にはパーソンズが述べるように、近代の医療においては感情中立性を保持することが医療職に求められているとされている。そしてその理由として、感情中立的な態度を取らなければ全ての患者にその属性に関わらず公平に接すべきとする「普遍主義」に抵触することが語られるとされている [Parsons, 1951=1974, 1964=1973]。

だが、この事例にみられる相互行為は、それとは全く別のベクトルに向かっているといえる。それは、個々の患者への思いを優先させた語りを行うものであり、個性性を重視した集いであるからである。

また、A 病院の緩和ケア病棟で「お別れ会」が実際に機能的に働く理由としては、ここで「一つの整理ができる」と語られていると述べているように、一時的にある特定の患者への思いを優先させることによって、かえって他の時空間・相互行為へと親しい患者の死が影響を与えないように努められていることがあるだろう。このように、一時的な志向性の変化を、一時的かつ濃密に深めていくことで保つものであるといえよう。さらには、「お別れ会」は他の患者にも希望があれば開かれた場であるがゆえに、死にゆく他の患者をも巻き込んだ死生のとらえ直しの場としても機能しているのである。

そして、「お別れ会」において、死生への考えを見つめ直すことや「一つの整理」を行う資源として、仏教と僧侶が機能している。A 病院緩和ケア病棟のある看護職はこの点を以下のように語る。

【事例 6】（宗教の影響は）多分あると思います。看護師が一番携わっているわけですから、お別れ会っていうとみんな「ご焼香だけはさせていただきます」ということで、それこそ業務をしますから入れ替わり立ち替わりなんですけど、お経を読んでいると、みんながタッチをして。お互いに誰が何がといわなくとも、タッチをして「行ってきたよ」ということで、次のナースが来てお別れをするというようなことをやっていますので、多分、気持ちの中にはそれはすごく、大切な場面であるのとらえていると思いますけど。

ここで僧侶や一連の仏事は、ゴッフマンがある場面における関わり方の戦略として描いた「関与配分」[Goffman, 1963=1980]の戦略的な分配を支えるツールとしての役割を果たしているといえるだろう。一連の相互行為の中で、亡くなった患者への深い関与を一見する限りではサブの関与とし、焼香やお経という関与を一見するとメインの関与とすることによって、メインの関与を行う中で患者への思いを整理する時空間が担保されている。そしてその関与の逆転の内実として、実は患者への思いをメインの関与としていることが「ハイタッチ」といった暗黙の行動によって他の看護職に伝わる。このようにして、看護職は宗教を相互行為の資源として、亡くなった患者への想いを現したいという共通の考えと業務との調整を行っていると考えられよう。

このように、A病院の緩和ケア病棟の大きな特徴である「お別れ会」においても、決して宗教性が全面に出てくるわけではない。むしろそこで行われている相互行為は、宗教的な儀礼を、相互行為の意味や「適切」なあり方を測るためのツールとして利用する中でとり行われるものである。

だが、それは宗教性の不在を意味するのではない。A病院の緩和ケア病棟ではあえてお別れ会のような行為を通して、宗教者・看護職・患者が故人との関係を回想する空間・時間を作り出す。そのことによって、死生と向き合うことをただ回避するのではなく、向き合う相互行為が、教典や儀礼を相互行為装置として利用する中で演出される。また同時に、死生を日常の相互行為の延長線上にとらえ直す場を作り出すことが、仏教ホスピスとして可能となるのである。

5 宗教者としての関わり： 相互行為資源としての宗教性

これまで述べてきたように、A病院の緩和ケア病棟においては、宗教性が後景に退くことによって、逆説的に死生を見つめる相互行為が可能となっている。そこではまず、宗教性が前面に出ることによる忌避感の回避が目指された。むしろそれそのものは後景に退きながら、相互行為を支えるツールとして機能することが重要であった。

だが他方で、僧侶たちが存在していることの意味が希釈されることはない事柄もある。それは、僧侶たちが袈裟をまとい病棟に入り込む点である。

彼らがなぜあえて袈裟をまとうのか？という点についてはA病院緩和ケア病棟設立の際に僧侶たちが関わってきた経緯という背景がまずある。病棟の設立当初に僧侶たちが関わってきた大きな背景として「葬式仏教」と揶揄されるような仏教のあり方への疑問、そこから生じる「胸を張って僧侶でいたい」という意図があった。そのため、あえて宗教性を保持する形で病棟に出入りするということがなされた。だが、設立当初には袈裟=死を意味するもので「縁起が悪い」ものと受け止められ、A病院緩和ケア病棟が広く一般に受容されたとはいいがたい状況でもあったという。それに対して「坊さんの格好をして堂々と来れる」という意味は確かに大きい。

だが、そうした状況から脱した現在でもA病院緩和ケア病棟に出入りする際に、あえて袈裟を着るということは続けられている。これは何を意味するのだろうか。A病院緩和ケア病棟に

携わる僧侶は以下のように語る。

【事例7】 すごくお坊さんは、ものすごく強いと思うんですよ。衣をつけている力って私あると思います。これ、ただ私が普通のジーパンとTシャツで来て「坊さんです」なんて行って来たって何にもならないと思うんですよ。そこでお坊さんという見かけが、すごく力があると思うんですよ。お坊さんはある程度、聖域の部分も持ち合わせていないといけないな、と思います。それも、言葉、行動、何をするにつけ、そういう目でみてくださるわけですよ。

ここで語られていることは、袈裟という衣装がもつ象徴的な効果であり、それが聖なる天蓋としての相互行為を作るという見方である。それはゴッフマンが述べる意味での、自他の区分を示し、かつ自己像をそれとして維持する「アイデンティティ・キッド」として効果を発揮している [Goffman, 1961=1983]。

では、なぜ僧侶たちがこうしたアイデンティティ・キッドとしての袈裟を重視するのだろうか。もちろん、前述したように「胸を張って僧侶でいたい」という自己像の保護・強化という効果もあるだろう。だが、実際にはこのアイデンティティ・キッドの使い分けが意図的になされている——A病院の緩和ケア病棟に携わる僧侶には、作務衣のようなユニフォームもある——側面もあるのである。A病院の緩和ケア病棟のある僧侶は、以下のように語る。

【事例8】 ガチッとお勤めをする時はお勤めの僧侶としての姿を色濃く出していると思うんですよ。その時は、他の専門職みたいに医師、看護師、そういう方々と同じように「私は僧侶です」

というような構えでいますし、またその辺が明確にしない方がいいと思う時はふらふらしている立場がいいなというように、どっちかという使い分けをしているといった表現が適切かもしれないです。

このように、袈裟をまとい「僧侶」として患者と対面する場面と、そうではなく「僧侶」の色彩を薄めた関わりとが意図的に使い分けられている。それが向かう先にあるのは、患者のニーズであり、またスピリチュアル・ケアを担う役割としての僧侶への自負でもある。

前述したように、A病院の緩和ケア病棟に携わる僧侶たちは、強い宗教性をもった関わりを最初から開始することはない。それは、見知らぬ他者への違和感を引き出すと同時に「縁起が悪い」とされる僧侶へのイメージに自覚的であるからでもある。

だが他方で、多くの僧侶は死生に関する語りを担うことこそが自らの役割であることに自覚的でもある。ある僧侶が「俺は仏教なんてどうでもいい」といって、はっきりいえば死から逃げている人もいっぱいいる」と語るように、死と向き合うことを回避させないことこそが根源的な役割であると意識している。

こうした死生との向き合いを避けていくことを防ぐために、これまで述べてきたようにある相互行為では宗教性を出さずに患者との親密化を図ること。ある場面では袈裟をまとい死生へと向き合うことを導き出すこと。それらを通してA病棟の聖なる時空間と俗なる時空間とを取り仕切るためにこそ、袈裟というアイデンティティ・キッドの使い分けがなされるのである。

6 おわりに

本報告では、A病院の緩和ケア病棟での実践に定位しながら、仏教ホスピスの可能性を指摘してきた。その要点として、以下の三点が指摘されるだろう。

第一には、当事者の意図を超えた形で、単にキリスト教をベースとしたホスピスへのアンチテーゼにとどまるものではなかった点である。これまで述べてきたように、A病院における実践は必ずしも仏教を前面に押し出すものでもないし、また既存のホスピスへのアンチとして試みられているものではない。むしろ、その宗教性が後景に退くことによって、死生をめぐる相互行為を活性化させている。

だが、第二にはこれは必ずしも仏教という宗教性が消滅することを意味しない。A病棟にある仏堂や勤行といった装置やさまざまなイベントが行われる。それが必ずしも宗教的とのみ言い切れない形での緩やかな死生をめぐる相互行為へと続いていく。いわば宗教的・仏教的なものが後景に退くことによって、そこから死生にまつわる相互行為を可能とする相互行為装置、時空間が逆に作り出されているのである。

それに支えられて、第三には「お別れ会」に象徴されるような出来事、袈裟をまとった僧侶との対面といった死生を隠蔽するのではなく、逆にそれとあえて向き合う場・相互行為がはじめて可能となる。

アリエスらの言を待つまでもなく、近代・現代社会は死を隠蔽することにより成立してきた。それはまた、ホスピス・ムーブメントやデス・エデュケーションなどにみられるように、死生にまつわる相互行為を「スピリチュアル・

ペイン」といった形で、特権的な苦痛として特権化する言説を生み出してもきた。それに対してA病院の仏教ホスピスの実践は、必ずしも仏教という宗教、死生にまつわる事柄に超越的な位置を与えるものではない。

それはある見方からするならば、現代日本における仏教の位置、ないしは宗教性の後退による限界とみることができのかもしれない。だが、逆に死生にまつわる事柄や宗教性に特権的な地位を与えないことにより、それらに死生にまつわる相互行為装置の資源という位置づけを与えている。そのことによって、死生にまつわる相互行為を隠蔽するわけでもなく、また一定の枠組みに回収させるのでもなく、その多様性へと開かれる可能性があるのではないだろうか。

註

- 1) 例えば死が共同性から個人的なものへと移り変わってきた社会史的研究としてはアリエスの研究 [Aries, 1975=1983]、死の個人化ということについてはエリアスの研究 [Eliias, 1982=1990]、宗教的なものが次第に薄れていくということについてはバーガーの研究 [Berger, 1967=1979]、現代において病院という場に囲い込まれるプロセスを論じたものとしてはサドナウの研究 [Sudnow, 1968=1992] を参照されたい。
- 2) A病院での調査研究は、2008年6月から2009年7月にかけて、筆者と出口剛司氏によって行われた。A病院は北日本にある医療法人立の病床240床の中規模病院であり、他の病院と並んで、周辺地域の病院群の中核病院、並びに高度医療を施す病院としての機能をもつ。地域の中でも緩和ケアにいち早く取り組んだ病院であり、緩和ケア病棟は1989年に日本で9番目のものとしてできた。現在、緩和ケア病床数は27である。

A病院では、経験年数3年以上の看護職のべ11名、僧侶12名に対して1時間程度の聞き取りを行った。調査回数はそれぞれ異なり、看護職のうち9名には1回、2名には2回行っている。また僧侶は、12名のうち2名の方には1回だけ、8名には2回、2名には3回行っている。これらの看護職の方々は、こちらの調査依頼によって看護師長から紹介された方々である。また僧侶の方々は、こちらの調査依頼により常勤の僧侶・医長から紹介を受けた方々である。

これら全ての調査時において、第1回目の調査は、実際に行っている業務、患者との相互行為、宗教と死生観について質問紙に沿って伺い、第二回目以降の調査はその前の回での調査での回答の詳細を伺う形で行った。聞き取り調査の内容はICレコーダに録音し、後日書き起こした。特に断りが無い限り、本文中でのA病院の看護職・僧侶の発言は、テープの内容を書き起こしたものを指す。()内は、インタビューの文脈を踏まえた筆者の補足説明である。

- 3) 死にゆくことを受容という点については、例えばキューブラー・ロスが段階論モデルで論じたように [Kuebler-Ross, 1969=1971等], 受容から安寧へとといった単線的なモデルがあるだろう。だが、実際にはA病院緩和ケア病棟の看護職・僧侶が「究極の問い」と語る死や死後の事柄は、必ずしもこの段階を踏みがたく、予期せぬ形で発せられる。
- 4) 他方で、特定の患者の精神世界にただ同調すれば良いというものではない。それはしばしば「巻き込まれ」(involvement)の問題として語られる、バーンアウトや他の患者との公正性を損なうおそれが必ず付きまとう [Meerabeau & Page, 1998]。実際にA病院緩和ケア病棟の僧侶たちが「病棟から足が遠のく」契機として、自らの僧侶としての役割との調整の他に、特定の患者への死に深く関わってきたことが語られてもいる。
- 5) ここで述べられたA病院緩和ケア病棟の「お別れ会」の独自性は、当初から本文中で述べたような効果を予期して設計されたわけではな

い。ある看護職が「きれいにしてあげたいって要望があって始めた」と述べるように、当初は患者の死後のエンゼル・ケアだけが目的であったようである。

文献

- Aries, P. 1975 *Essaie sur l'histoire de ls mort en occident du moyenade a nos jours* E'ditions du Seuil, =1983 伊藤見・鳴瀬駒男訳『死と歴史：西欧中世から現代へ』みすず書房
- Berger, P. 1967 *The Sacred Campany—Elements of a Sociological Theory of Religion*, Doubleday Campany. =1979 藪田稔訳『聖なる天蓋—神聖世界の社会学』新曜社
- Dunlop, N. P. 1986 “Is a Science of Caring Possible?”, *Journal of Advanced Nursing*, 11, pp. 661-670
- Ellias, 1982 *Uber die Einsankeit der Sterbenden*, Surkamp. =1990 中井実訳『死にゆく者の孤独』法政大学出版
- Goffman, E. 1961 *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday & Company. =1984 石黒毅訳『アサイラム：施設収容者の日常世界』誠信書房
- 1963 *Behavior in Public Places: Note on the Social Organization of Gathering*, The Free Press. =1980 丸木恵祐・本名信行訳『集まりの構造：新しい日常行動論を求めて』誠信書房
- 柏木哲夫 1978『死にゆく人々へのケア：末期患者へのチームアプローチ』医学書院
- 2006『定本ホスピス・緩和ケア』青海社
- Kuebler-Ross, E. Q. 1969 *On Death and Dying*, Ross Medical Association. =1971 鈴木晶訳『死ぬ瞬間：死とその過程について』読売新聞社
- 1974 *Questions and Answes on Death and Dying*, Ross Medical Association. =1975 川口正吉訳『死ぬ瞬間の対話』読売新聞社
- Meerabeau, L. & Page, S. 1998 “Getting the Job Done: Emotion Management and Cardiopulmonary Resucitation in Nursing”, Bendelow, G. & Williams, S. J. (eds.)

- Emotions in Social Life: Critical Themes and Contemporary Issues*, Routledge., pp. 295-312.
- Parsons, T. 1951 *The Social System*, Free Press. = 1974 佐藤勉他訳『社会体系論』青木書店
- 1964 *Social structure and Personality*, Free Press. = 1973 武田良三監訳『社会構造とパーソナリティ』新泉社
- 崎山治男 2005 『「心の時代」と自己：感情社会学の視座』勁草書房
- Smith, P. 1992 *The Emotional Labour of Nursing: How Nurses Care*, Macmillan.
- Strauss, A. L. & Glaser, B. G. 1965 *Awareness of Dying*, Aldine Publishing company. = 1988 木下康二訳『死の Awareness 理論と看護：死の認識と終末期ケア』医学書院
- Sudnow, D. 1968 *Passing on the Social Organization of Dying* = 1992 岩田啓靖他訳『病院でつくられる死：「死」と「死につつまることの社会学』せりか書房

Interactional Arts Strategies at Buddhist Hospices

SAKIYAMA Haruo *

Abstract: The aim of this paper is to analyze the interaction in palliative care at Buddhist hospices. At first, many monks tried to import and improve the ideas of the hospice movement without revealing any overt religious significance. Then, their ideas were accepted by care workers and clients. Secondly, religion has been used as a symbolic tool at the interactive level. For example, some monks use the “kesa” (monastic robes) as an “identity kit.” In this way, they try to divide the sacred place and non-sacred space through the use of kesa. Thus, this paper shows that the religious meaning of Buddhist hospices has been a hidden symbolic source in interaction.

Keywords: Buddhism Hospice, Palliative Care, Care Work

*Associate Professor, Faculty of Social Sciences, Ritsumeikan University