

# 宗教心理学研究会ニューズレター

第30号 2020.3.31

## 宗教心理学研究会

*Society for the study of psychology of religion*

### 目次

|  |          |    |
|--|----------|----|
| 第16回研究発表会報告  | 報告 石井賀洋子 | 1  |
| 高齢者を対象とした「生命倫理における宗教」に関わる実証的研究                       | 大橋 明     | 10 |
| 僧侶の視点から考える生命倫理と宗教心理学研究                               | 平子泰弘     | 14 |
| 宗教心理学と「いのち」への問い, 「いのち」からの問い<br>—再度日本心理学会シンポジウムに参加して— | 安藤泰至     | 15 |
| 日本心理学会第83回大会公募シンポジウム:<br>宗教心理学的研究の展開(16)宗教と生命倫理に参加して | 森定美也子    | 16 |
| 日本心理学会第83回大会における宗教心理学研究会<br>公募シンポジウムを聴講しての感想         | 藤井修平     | 20 |
| コラム 関西地区勉強会だより NO.5—新しい企画を実施して思うこと—                  | 中尾将大     | 26 |
| 事務局からのお知らせ   |          | 28 |

## 第 16 回研究発表会報告

日本心理学会第 83 回大会公募シンポジウム:宗教心理学的研究の展開(16)

—宗教と生命倫理—

報告 石井賀洋子(元愛知県臓器移植コーディネーター)

2019年9月11日から13日にかけて大阪で開催された日本心理学会第83回大会において、宗教心理学研究会による企画として、公募シンポジウム「宗教心理学的研究の展開(16)—宗教と生命倫理—」が行われました。16回目を数えるシンポジウムに、私自身10年前、4年前、そして今回と、3度目の話題提供者として参加したので、その様子を報告させていただきます。

### 1. 趣旨説明 松島公望(東京大学)

話題提供に先立ち、松島先生による趣旨説明が行われました。松島先生から発表のお話をいただいたとき、現場で起きていることを、みなさんにありのままにお伝えしたいという気持ちを強く持ちました。そんな気持ちにさせてもらった企画趣旨を紹介します。

「現代において、医学、医学技術、生命科学の発展のもとで、生命の操作可能性が飛躍的に増大している。それらは、出生前診断による人工妊

娠中絶，着床前診断による選別，脳死・臓器移植，安楽死・尊厳死などの形で現れている。これらの事柄は，自己決定権の問題を絡ませながら，私たちに『いのちとは何か』『生とは・死とは何か』との問いを突きつけるものである。そして，これらの問いは深く宗教に結びついたものでもある。ゆえに，生命倫理の問題は，宗教と時に交わりながら，時に対峙しながら，様々な領域で検討され，議論されてきた。しかしながら，心理学界においてはほとんど行われていない。そこで本シンポジウムでは，宗教と生命倫理の問題について真正面から検討・議論したいと考えている。宗教学者，老年学者，僧侶，臓器移植コーディネーターから話題提供を行ってもらうことにより，研究と現場の両面からこの問題について深く考える機会としたい。」

まずは，みなさんの話題提供から報告させていただきます。

## 2. 話題提供「高齢者を対象とした「生命倫理における宗教」に関わる実証的研究」大橋 明 (中部学院大学)

お一人目は，中部学院大学大橋先生です。老年学の立場からの話題提供です。大橋先生からは，生命倫理に関する研究，特に高齢者を対象とした実証的研究がどの程度あるのか，行われているとしたら，どのような結果があるのか紹介がありました。大橋先生は，老年学という心理学領域がご専門で，生命倫理は門外漢とのこと。今回のテーマで，生命倫理について考えられたということでした。

大橋先生は，心理学で取り扱われる 15 種類の「生命倫理」研究領域を紹介されています。私たちの身の回りにおいては，認知症患者の拘束についての是非，ACP (アドバンス・ケア・プランニング: 自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて，前もって考え，医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取り組みのこと) についての是非，臓器移植の問題等を扱っています。2040 年には高齢者の人口がピークを迎えますが，いろいろな死のとりえ方，生とは何か，死とは何かを考えざるを得ない状況にある中

で，老年学，生命倫理，宗教学をキーワードとして検索してみると，文献が出てこないという事態となったそうです。それでもいくつか関係するものを紹介されました。

AD (アドバンス・ディレクティブ: 将来自らの判断能力が失われた事態を想定して，自分に行われる医療行為への意向について医師へ事前に意思表示をすること) は以前より知られており，治療についての望み等を事前に指示しておくものと理解されてきました。医療者が主導という面がありましたが，昨今では ACP へと発展し，患者本人・家族と医療者が思いを共有することの重要性が説かれるようになりました。大橋先生は (1) AD，ACP と宗教，(2) 認知症患者への医療，自殺ほう助と宗教，(3) 代理人 (家族等) の宗教，(4) 日本の研究状況についての研究をまとめてくださっています。

### (1) AD，ACP と宗教について

Alano et al. (2010) は，高齢者の AD 準備に影響する要因を検討しています。入院中あるいは地域に暮らす高齢者に面接するという手法で，ユダヤ教信者 (73.6%) やカトリック信者 (66.7%) は無宗教の者 (47.6%) より AD を所有していたという結果を導き出しています。Kim et al. (2017) は，地域に暮らす韓国人高齢者を対象とした研究から，信仰する宗教のある高齢者は延命治療を求めないという結論を導き出しています。Hong et al. (2017) はホスピスケアを受ける，AD を準備することに対する意欲の程度，その割合と関連要因を検討しています。いろいろな要因が意思決定に影響を与えており，信仰する宗教の有無は関連がないという結論を導き出しています。Karches et al. (2011) は，宗教性・スピリチュアリティと終末期ケアの選択の関係を検討しています。一般内科を受診する患者 8,308 名に面接し，AD，蘇生禁止指示を有していたかどうかを調査した結果，AD，蘇生禁止指示は宗教性およびスピリチュアリティと必ずしも関連があるとは言えないという結論を導き出しています。

### (2) 認知症患者への医療，自殺ほう助と宗教について

Clarfield et al.(2006)は、終末期の認知症患者における経管栄養・胃ろう等実施の有無について調査しています。調査の結果、宗教、居住地によって治療選択が異なることが示唆されています。Braun et al.(2001)は、医師による自殺ほう助に対して賛成か反対か、その要因は何か、人種によって異なるかを検討しています。白人、中国人、フィリピン人、ハワイ人、日本人の計202名を対象に面接をした結果、高齢者(60代の成人した子どもと比して)、フィリピン人、ハワイ人は宗教的助言を得ることが多く、そのことによって自殺ほう助の反対につながっていたことを示唆しています。

### (3)代理人(家族等)の宗教について

Sonnenblick et al.(1993)は、延命措置の意思決定をする要因を検討しています。末期症状の高齢者の子108名を対象とした調査から、親との関わりが深い者は(親の希望はともかく)延命治療の継続や開始を希望する傾向にあり、無宗教の者は延命治療の継続や開始を希望しない傾向にあることを導き出しています。Allen et al.(2003)は、老人ホーム居住者のAD所持と関連する要因の検討を行った結果、代理人の主観的な信心深さが弱いほど、居住者はADを有していることがわかっています。Schmid et al.(2010)は64組の高齢者一家族(代理人)ペアに対してACPについて調査しています。ACPの高い家庭は意見が一致する傾向があり、ACPの低い家庭は、白人代理人は過剰医療に、黒人代理人は過小医療医療へとなる傾向があることがわかっています。

### (4)日本の研究状況について

松井・森山(2004)、Matsui(2007)は日本人高齢者のADへの見方、ADへのポジティブな姿勢に関連する要因を検討した結果を報告しています。向宗教性(toward religious)、靈魂概念(sense of the soul)が高い者ほどADに対して肯定的であったことがわかっています。Akabayashi et al.(2017)はADを選択する要因を検討しています。425名を対象(うち60歳以上は76名)とした調査で、年齢、教育年数、主観的健康、宗教の有無は関係していなかったこと

がわかっています。荒木他(2010)は60歳以上の高齢者を対象に、終末期における希望と準備について調査を行っています。信仰のある人はない人よりも「終末期の過ごし方に関する希望」を子どもや配偶者に伝えていたことがわかっています。

### (5)まとめとして

宗教・信仰があることは①ADやACPの準備に向かわせる、②ADやACPの準備を妨げる、③ADやACPの準備には関係ない、④延命措置の受け入れへ、⑤延命措置の拒否へといったように、さまざまな答えとなって表れていることが示唆されています。ADやACPの決定や利用は、宗教だけの問題ではないといえそうです。

大橋先生は、今回調べてみて、宗教はいろいろな影響を与えている、一概にこれという結果が出てこないところが宗教の、信仰の奥深いところであり、非常に惑わせるところであるなど思ったりしますと話されています。また、ADやACPの準備に向かわせることもあれば、抑制するなど、宗教が大いに影響しているのではないかということが見えてきた半面、宗教だけではなくてさまざまな要因がそこにはかかわっていて、宗教だけの問題ではないということも注意していかなくてはならないと話されています。一方で、私たちが生きていく上では宗教を信じたいという人たちも多くおられます。特に死を迎える高齢者に信仰心が増大するということは、日本人にも多いといわれます。その中で、各宗教が生命倫理に対してどのような立ち位置を取っているのかということ調べておかないと、研究結果も曖昧になってしまうと指摘されています。

大橋先生は、心理学においては今回調べてみて生命倫理に関する研究が少なく、生命倫理は扱いにくい、わかりにくい、というところがあるようだと言及されています。意思決定については心理学ではかなり研究が積み重ねられているので、こういった知見を上手に使っていくことが生命倫理と宗教の関係を考えていく上で必要ではないかと話されました。

私自身、医療の現場において、病を抱える人々の思いの複雑さに困惑することが多々ありま

す。同時に医療者の背景も様々で、お互いを理解しあうことの難しさに打ちひしがれ、心が折れるような思いをすることもあります。大橋先生のお話は、私自身が肌で感じる現場の思いを心理学の側面から説明していただいたものであると感じたのと同時に、多くの方々にご理解いただきたい現状であると思いました。

### 3. 話題提供「臓器移植コーディネーターの立場から」 石井 賀洋子(元愛知県臓器移植コーディネーター)

続く話題提供者は、この報告書の執筆者である石井です。松島先生からこのシンポジウムの依頼を受けたとき、現場で起きていることをぜひこの機会に伝えてみませんかという力強いメッセージを感じました。私はこれまで教員として「臓器移植」を取り上げ、生と死に関する講義を担当してきました。医療者としての知識と経験、文化人類学や宗教学を学んだ知識はありました。さまざまなメディアで取り上げられたものを教材として活用してきましたが、思いがけず臓器移植コーディネーターという職に携わることになり、臓器移植医療の実際を机上の知識としてではなく身をもって体験することになりました。現場で何が起きているのか、みなさんに知ってもらうことで臓器移植医療を社会としてどう考えるか、倫理的に問題はないのか、といったことをともに考えていきたいと思います。

「臓器移植」とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療とされています。臓器提供の種類には、腎臓や肝臓に代表される生体移植(健康な方からの臓器提供)、脳死下での臓器提供、心臓が停止した後の臓器提供があります。臓器移植医療には、提供をしてくださる第三者の存在が必要です。この第三者の存在があるかないかで、「臓器移植」を必要とする人の「いのち」が左右されてしまう現実があります。

臓器移植の歴史は 1963 年にアメリカで行われた世界初の肝臓移植、肺移植に端を発しています。日本では 1968 年に初の心臓移植が札幌

医科大学で行われました。この心臓移植が脳死判定、移植患者選定などで社会の強い不信感を生んだ経緯があります。日本の臓器移植医療は慎重な歩みとなり、1980年に角膜・腎臓移植法施行、日本で初めての心臓移植が行われてから約30年が経過した1997年に臓器移植法施行という流れになりました。臓器移植法が施行されたことで、日本で脳死臓器提供が可能となっています。この臓器移植法は、脳死後の臓器提供には、本人の書面での意思表示を必須とするなど厳しい制約のある法律でした。そのため、臓器の提供件数は増加せず、移植のために海外渡航を目指すケースが多くありました。その後2010年に改正臓器移植法が施行され、本人の意思が不明な場合は家族の承諾で臓器の提供が可能となり、15歳未満の脳死臓器提供も可能となりました。しかし実際には、全体の臓器提供件数は増加していません。横ばいの状況が続いています。なぜ提供していただけないのか、どこに課題があるのか、社会全体で考え続けていく必要があると思っています。

臓器移植コーディネーターという職業については、みなさんもお存じかと思います。移植コーディネーターの仕事は、移植医療において提供者(ドナー)と移植者(レシピエント)を調整することとされています。ドナーコーディネーターは主として「公益社団法人日本臓器移植ネットワーク」に所属する約30名程度と、日本臓器移植ネットワークから委嘱を受けた「都道府県コーディネーター」が各都道府県に1～3名配置されており、全国で約80名程度がコーディネーター業務に携わっています。臓器提供家族からの意思確認に関しては、コーディネーターの有資格者が説明することと規定されており、そのために24時間365日待機を求められる現状です。レシピエントコーディネーターは医療資格を有しており、主に病院内で移植を受ける患者さんやその家族の間に立って、両者の支援を行う役割を担っています。手術後の療養にも大きく関わり、その役割は大きいといえます。ドナーコーディネーター、レシピエントコーディネーターとともに活動するのが、院内コーディネーターといわれる病院に勤務するスタッフ

で、その存在も大きいものがあります。病院内で提供希望者が現れた場合は、院内コーディネーターや主治医を通してドナーコーディネーターに連絡が入ります。多くの関係者の働きがあって、臓器移植医療は成り立っているといえます。

「臓器移植医療を受ける」とはどういうことなのか、「臓器を提供する」とはどういうことなのか、臓器移植医療の現場に立ってわかった感情があります。手術を受けなければ助からないのちがあります。脳死臓器提供が可能な患者さんがおられたとして、その方が提供してもいいという意味を示されていた場合、ドナーコーディネーターとして何をしなければならぬのか。手順はあります。誰の心も傷つけないよう、細心の注意を払いながら進めることが求められています。ある県の脳外科医が講演会で思いを話されました。「脳死判定をするということは、治療を中止するということだ。そういう医者気持ちを考えているのか？」と。私には、医療者の叫びのように聞こえました。なぜかという、私も同じような気持ちを抱いていたからです。臓器提供のために、いのちを操作しているような感覚にとらわれることがあります。提供がスムーズに運んで喜びを感じるというあるコーディネーターの発言に、違和感を持ってしまった自分がいました。そんな自分の思いはコーディネーターの態度としては相応しくないのではないかという葛藤を抱えつつ、それでも必要としている誰かのためにと気持ちを奮い立たせる日々を過ごしました。ドナー、レシピエント、またその家族一人ひとりに物語があります。倫理的感覚もみな違います。私は、今もこの複雑な問題を考え続けています。

ドナー家族の思いについて触れたいと思います。現在の法律では、家族の同意があれば脳死臓器提供は可能です。家族から提供を申し出られるケースはありますが、医療者に意思を確認されるケースもあります。家族の総意がなければ提供には結びつきません。昨年11月、厚生労働省が終末期の医療やケアを家族らで話し合うことについて「人生会議」と名付け、普及啓発のためPRポスターが作成されました。大橋先生の話題提供にもありました ACP (アドバンス・ケア・プラ

ニング:自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取り組みのこと)を、寄り馴染みやすい言葉となるよう「人生会議」とされたわけです。臓器移植医療を終末期医療として考えようという動きもあります。人生の最期をどう迎えたいかと考えることは、生き方を考えることになります。伝えたい人、相談したい人がいるなら、行動を起こしてみることも大切だと思います。残された人たちのためにも。

レシピエントとして生きることについても触れたいと思います。脳死臓器提供を受けることができ、元気に社会復帰ができたこと、感謝の気持ちを伝えていきたいと精力的に講演活動をされている方がおられます。それでも、健康不安を払拭することはできません。移植を受けて終わりではないのです。誰かが亡くなったことによって、助かるのちがあります。そういった重い現実を抱えながら、レシピエントの方々は生活しておられるということも、忘れてはならないと思っています。

臓器を提供するかしないかは、最終的には個人が決めるものです。自分の意思で決められるよう、社会の仕組みを今以上に充実したものにしていく必要があるのではないかと考えます。そのためにも、社会全体が自分のこととして考えられるような素地づくりが重要であると思っています。

最後に、宗教によって左右されるものはあるのか？ということについて触れます。大橋先生のお話にもありましたが、人生の最期を考えたとき、宗教の役割は大きいと予想されます。しかし、現実には意思決定にはさまざまな要因が関係しており、臓器移植医療の現場に立っていると、宗教という言葉を意識することは多くはありません。しかし、日本で暮らす外国籍の方が提供を申し出られたり、様々な背景の方が希望を持って移植を待っておられたりする状況を考えると、臓器移植医療に関わる医療者として宗教や倫理を意識することは重要です。人びとの決断の拠り所となる宗教という存在を、もっと意識していくべきだと考えています。

目に見えること、目の前にあることに関心を寄せることは自然なことではあります。しかしその背

景にある人びとの思いに寄り添うために、医療者としてなができるか。臓器移植医療に携わる医療者として、終わりのない学びの世界が広がっているのだと改めて感じています。

#### 4. 話題提供「宗教教団の生命倫理への取り組み」 平子 泰弘(曹洞宗総合研究センター)

続く話題提供者は、曹洞宗総合研究センターの平子先生です。平子先生は僧侶として、またさまざまな宗教教団に設置されている研究所に所属されています。平子先生の立場からは、「宗教教団の各研究者が生命倫理にどう取り組んできたか」という視点で報告していただきました。

平子先生は、まず宗教教団と生命倫理の関わり合いについて話されました。各教団が生命倫理を課題に掲げた歴史は古くないこと、臓器移植に伴う脳死の問題に際して、1992年「脳死臨調(臨時脳死及び臓器移植調査会)」の「脳死は人の死である」とする最終答申に対して起きた議論の中で、宗教教団・宗教者としての見解が示されていたこと等を提示され、このころから少しずつ関わりが始まっていったと説明されました。1997年の臓器移植法制定後、実際の臓器移植の実施やそれに伴うさまざまな意見が出される中で、各宗教教団においても「死」をどのようにとらえているかを論じる動きが大きくなっていきます。社会全体に対して倫理学や哲学者だけでなく、宗教の立場からも意見表明をする、もしくは求められるようになっていったとのこと。このころ、私自身は看護専門学校で教員という立場で、看護学生の基礎教育に携わっていました。「脳死は人の死なのか」ということについて、さまざまな意見がメディアを通して出されていた記憶があります。

平子先生は、各教団の見解資料を提示されています。①天台宗「脳死及び臓器移植についての見解」(1995.12.20「脳死及び臓器移植」に関する特別委員会)②天理教「「脳死」をめぐる」(2004.10.1『道と社会－現代事情』を思案する－』天理やまと文化会議編)③浄土真宗本願寺派『生死を問う－医療現場をめぐる－』(2001.10.5 教学研究所ブックレット No.5 教学

シンポジウム記録)④大本「脳死・臓器移植問題に関する大本の見解文」(1991.12.3 発表声明, 1992.1.20 コメント)⑤大本「臓器移植法改正に対する要望」(2005.2.16 自党内調査会宛)⑥浄土宗「脳死・臓器移植問題に対する報告」(1992.9 浄土宗総合研究所), 「脳死と臓器移植を考える」(1997.7.1『浄土宗新聞』)⑦真宗大谷派『脳死が問いかけるもの』[増補版](1991.8 真宗大谷派教学研究所ブックレット No.2)⑧真宗大谷派「「臓器移植」法案の衆議院決に対する声明」(1997.4.25 真宗大谷派宗務総長)⑨真宗大谷派「初めての脳死臓器移植についての見解」(1999.3.16 真宗大谷派宗務総長)⑩立正佼成会「臓器移植法改正案に対する提言」(2005.3.11 自党内調査会宛)⑪曹洞宗「「脳死と臓器移植」問題に対する答申書」(1999.4.1 曹洞宗現代教学研究センター)

これら11の見解資料から、宗派として「脳死」をどうとらえるか、その取り組みの一端がわかります。2002年には、教団付置研究所懇話会が発足しています。宗教・宗派を超えて宗教者・教団に共通する課題について、各教団付属の研究所の研究者が集い、情報の交換と相互理解を深め、問題の解決や活動を増進していくことを目的として、年1回の研究発表・懇親を続けておられ、会員数は27研究所・団体(オブザーバーを含む)となっています。2005年には生命倫理研究部会が発足しています(懇話会下部組織としてテーマ毎に研究部会が設置され、希望する研究所が参加して運営が行われている)。参加は現在約11研究所、年間で1～2回の講演会や報告検討会などを実施し、生命倫理に関する情報の共有と討議を続けておられます。

実際にこの生命倫理研究部会では、次のような作業と議論がされています。①各教団発表の「見解」内容の説明、質疑応答を通して理解を深める作業②医学・生命倫理学の研究者から詳細な知識を教示していただき、問題点を確認する③各教団の見解を理解した上で、現代を生きる宗教者として共有できる点や、互いに尊重すべき考え方などを見出していく④宗教者として考えるべき問題、視点の置きどころ等です。では、各教団

はどうやって生命倫理を論じていったのでしょうか。前提として、教団毎に全く異なる世界観や生命観を持っていること、脳死・臓器移植問題についてもそれぞれの教義によって賛・否・その他の意見があること、先進医療についての知識を十全に具えていないことを念頭に置かれています。その上で①「脳死・臓器移植」に対する各教団の考え方の学びあい、②医師や生命倫理研究者を招聘し講演から深い知見を得るとともに、生命倫理の課題や宗教者として考えるべき問題点を共有していく作業に取り組んでおられます。

臓器移植に伴う脳死の問題について、「大本教学研鑽所」「金光教教学研究所」「浄土宗総合研究所」「浄土真宗本願寺派総合研究所」「真宗大谷派教学研究所」「曹洞宗総合研究センター」「玉光神社」「智山伝法院」「中央学術研究所」「天台宗総合研究センター」「天理大学おやさど研究所」「日蓮宗現代宗教研究所」が、見解・意見書を出されています。その傾向をまとめると、脳死・臓器移植について賛成反対の二者択一的立場の表明には慎重な内容が多数であること（教理からの判断ができないこと）、臓器提供そのものへの賛否は分かれること、「脳死を一律に人の死」とする考えには否定的な内容が多数であること、となっています。

議論を通して挙げられた論点の主なものとして、「命／いのち」の概念規定、日本人の身体観について（肉体と精神と峻別するような二元的考え方が成り立つか？）等があり、今後は各見解・意見の共通点と相違点を見極めること、「脳死≠人の死」と考える理由はどこにあるのかを考えていくことが課題とされています。各教団の共通点と相違点については、「生命の生まれてくる構造にはそれぞれの教義による違いがある」「いのちは与えられたものという考え方は大方共通である」「人の命と他の命（山川草木）に区別を持たないことも共通」「いのちを継承・つなぐことの正しい受け止め方」を挙げられています。脳死を人の死とすることへの違和感については、「死を時間の経過のなかで受け入れてきたのではないか」「遺体を傷つけることへの嫌悪感があるのではないか」「みたま（み霊、魂）の存在」を挙げられていま

す。教義による生命観の検討と同時に、現代を生きる宗教教団として目の前にいる苦しむ者に対して、どのような救いができるかを考えていく必要があるとまとめられています。

平子先生は臓器移植に伴う脳死の問題についての議論のアウトプットの状況についても紹介されています。1997年の臓器移植法施行までの議論は、マスコミにもたくさん取り上げられていた記憶があります。しかし、改正臓器移植法施行から10年、「脳死は人の死なのか」という議論は取り上げられることは少なくなったように思われます。今一度、自分自身のことととらえ、考えてみる必要があるのではないかと感じています。

平子先生は、脳死臓器移植問題以降の今日までのテーマとして、「自死問題（自殺問題）」「尊厳死・安楽死問題」「生殖医療問題、体外受精、代理母問題」「再生医療、ES細胞、iPS細胞」「慢性病へのサポート」「エンディングノート」「出生前診断」を挙げられています。これらは、医療が高度化する中で、今まさに医療現場が取り組み、喫緊で対応しなければならぬ課題といえます。そして、宗教教団（宗教者）の生命倫理問題への取り組む姿勢についても提示されています。「その時々人びとの生き方を悩ませる"生命倫理問題"に対して宗教の立場から"とらえ方""考え方"を提示していく」「社会問題に対して常にアンテナを向け、知識を具えるとともに宗教者としてそこに感じる問題について検討する」「教理だけでなく、医学・法律・人権・民族なども含めて、現代に生きる人びとの問題として、何をできるかを考えていく」「教団として生命倫理への関心を失わないように、継続して研究者を育成していく」、これらの姿勢は、医療者として共感できるものであり、私自身考え続けていきたいと思っています。

最後に心理学に期待するところとして、例を挙げてお話しされています。例えば、改正臓器移植法施行後も移植数が大きく伸びていない事実、宗教・宗派に拘らず「脳死」に対して肯定しにくい現状があることについてです。そこには、日本人固有の生命観や遺体への感覚があるのではないかと。平子先生は、宗教教団の協働レベルでは

測り切れない、宗教や倫理で説明できない何かを、日本人の持つ身体観・霊魂観等を、心理学を用いて明らかにしていけるのではないかと話されました。

平子先生のご発表から、医療と宗教のかかわりをテーマとして学んできた私自身、多くの気づきを得ました。私事です、宗教教団が運営する医療施設の比較研究で学位を取得しています。天理教、PL教、キリスト教、立正佼成会のみなさまのご協力のもと、医療施設での調査をさせていただいた経緯があります。その際に、教義と生命観についての観察が非常に不十分であったと、自分の気づきの浅さに反省するばかりです。

松島先生からは、「我々が実証する調査データ、実験データを通して数字を示す。数字を示すことだけが全てではないけれど、やはり数字を示すことによってひとつの物差しとして、比較であったり検討できるという努力というか、私たち自身としても心を砕いていく必要があるのかなと思います。実際こんな活動をしていらっしゃるということ、みなさんご存じなかったですね。私も知りませんでした。そういうことを知るとということも、今回のシンポジウムを通して大切なんだということを感じました。」とコメントがありました。シンポジウムに参加することで、私自身も思考の深まりを実感することができました。

##### 5. 話題提供「スピリチュアルな問いとしての生命倫理—宗教と医療のはざままで—」 安東 泰至 (鳥取大学医学部)

最後の話題提供者は鳥取大学の安藤先生です。安藤先生は医学部に勤務される宗教学者と自己紹介をされていますが、大学では生命倫理を担当されています。大橋先生の発表で、「生命倫理 (bioethics) とは、生命諸科学とヘルスケアの道徳的諸次元を、学際的に多様な方法論を用いながら取り扱う体系的な学問とその実践」(掛江, 2010) と紹介がありました。哲学、倫理学、法学、社会学、医学、看護学、文化人類学等の研究者が、いろいろな形でかかわっている領域であるといえます。安藤先生は、生命倫理学という言葉を使わないようにしていると話されます。生命

倫理学といってしまうと、倫理学の一部門のように誤解されることがあることを理由として挙げられています。また、生命倫理・バイオエシックスはアメリカで起こっていて、その設定自体がとても狭いものになっていること、近代医学に関する倫理問題を扱っているため、本来の生命倫理からすると狭い領域になるっていると説明されました。

安藤先生は、「生命倫理学」への疑問を3つ挙げられました。①自分の人生を棚に上げた、論理的なパズル解きをしてしまうような哲学・倫理学系研究者が多い、不遜ではないか、②現場に役立つ議論を！現場のことは現場の人間が最もよく知っていると言ってしまう医療系研究者、問題のとらえ方に偏りがあるのでは？外に出て初めてわかることもあるのではないか、③患者の権利や人権を強調する法学系研究者、臓器移植・生殖医療の問題でもそうだが、生命倫理の問題は、ある人の人権を守るとは別の人の人権を軽視しなければならない、そういう構造を持っている、生と死というのは基本的には解決できる問題というよりは、むしろ私たちがその問題を自分で生き抜くことによってしか答えを出せない、そこを法学系の研究者は割り切っている、そこに疑問がある。つまり、どの立場をとっても生命倫理の問題の根本にあるような「いのちの問い」が棚上げされているようにしか思えなかったと話されました。

安藤先生は、「倫理とは何か」について、次のように話されました。一つはある程度社会の中で共有されているルールのようなもの、そういうものがなければならない、もう一つは個人の内面的な良心、人が「人である」「人であり続けること」の本質にかかわるものだと考えている。「人を人として遇する」「人を人として見る」ことに根本があるのではないかと。医学・医療の中には、本質的に「人を人として見ない」まなざしが含まれていると指摘されています。私自身が臓器移植医療の現場で感じたことは、安藤先生が指摘される「人を人として見ない」という点に重なるものがあります。医療者自身に自覚がない、人に対する興味がないと感じることもあるのです。目の前で起き



ていること、助けなければならないいのちがそこにあることに気持ちが強く動き、その向こう側にあることに目を向けないようにする心理が働くのではないかと感じてしまうのです。だからといって、責められることはありません。ただ、その場において違和感を覚える医療者も存在するのです。いろいろな分野の専門家が協働することで、助けられる気持ちがあります。こういったシンポジウムを通して、お互いの立場を共有できれば強く思いました。

臓器移植医療の現場では、免疫抑制剤の進歩により積極的な治療に向かうことが可能になってきています。また、出産・誕生をめぐる生命操作といわれる生殖医療の技術は、目覚ましい発展を見せています。長期化する不妊治療をあきらめることができず、先の見えない努力を重ねておられる方も多くおられます。価値観の問題と片付けられないくらい複雑な問題となっています。安藤先生は、この「生命操作」ともいえるシステムには、見える部分と見えない部分があると指摘されています。いのちの連続性から考えると、性行為→妊娠→出産(誕生)→子育てという一連のプロセスが浮かびます。しかし、現代医学ではその一部だけを切り取って管理・操作する事態となっているように思える。見える部分と見えない部分があるという安藤先生の指摘は、医療現場に立つ身として、胸が締め付けられる思いがします。臓器移植医療の現場に置き換えると、家族の決断で可能になった臓器提供ですが、家族の抱える負担にどう寄り添うか、寄り添う立場の臓器移植コーディネーターとしてどのような意識を持つべきか問われているのだと思います。

安藤先生は、現代の生命操作のシステムには二つのベクトルがあると話されました。一つは「死なせないベクトル(不死へのベクトル)」で、私たちの欲望をあおって推進されていく治療であり、より健康に、より長命に、より高い能力を求めていくもの。もう一つは「死なせるベクトル」で、それが尽きたところでさっさと死なせる(あきらめさせる)もの。この2つは一体のものであり、一見生き死には自分で決められる(自分のいのちは自分のもの)、もう一つの考え方は優生思想(生の質に

よる選別)、こういったものが生命操作の根本にはあると。安藤先生のお話を聞いて、この事実には多くの人は気づいているのだろうかという思いが私の中に生まれました。障害の有無や人種などを基準に人に優劣をつけようとする優生思想は、日本において「優生保護法」(1948年～1996年)という法律の制定につながっています。現在は「母体保護法」となっており、優生保護法から優生思想に基づく規定が削除されています。母性の生命健康を保護することを目的とした母体保護法ですが、出産・誕生をめぐる生命操作に大きく関係しています。自分のいのちをどう考えるのか、いのちの選別についてどう考えるのか、私たち一人ひとりが問われているような気がしています。

宗教と生命操作の関係はどうなっているのかという点について安藤先生は、宗教は一般に「人の生命操作への流れにブレーキをかけるもの」として想定されていると話されています。しかし、そう単純なものではないことも指摘されています。特定の宗教や宗教的教義から個々の生命操作技術への見解が一義的に出てくるわけではないこと、人の生命操作を積極的に礼賛するような立場も存在すること、特定の文化・社会における生命操作技術への態度に影響を与える要因は多数であること(文化や宗教への還元論は危険)。では、宗教の役割はどのようなものなのか。安藤先生は、平子先生のご発表にあったように、「教義から生命倫理に対する一定の解が導かれるわけではないのではないかと話されています。「むしろ、いのちをめぐる問題を抱えた当事者の悲しみ、苦しみを一緒に受け止めるところに宗教者本来の活動がある、合理的に割り切る科学・科学技術に対しての別のまなざし、割り切れないものをそのままに受け止め、支えるまなざしというのが宗教に求められる」と。

最後に宗教の中の生命観について触れられています。生命倫理の中の言説にはいろいろあります。宗教的な言説もあれば、そうでないものもあります。その中で生命といったものがどうとらえられているか、あるいは医療の中で、例えば医療者個人が持っている生命観、いろいろな医療に

関する言葉の中からの生命観、そういったものを突き合わせる作業と一緒にできないものかなということを考えていると話されました。今日の生命操作システムのなかで、それだけでは有効な歯止めにならないどころか、医療や生命科学における生命操作の全体に無知なまま、こうした言説が説かれた場合には、むしろ生命操作システムを補完しさえするとも話されました。安藤先生のご発表を聞きながら、改めて自分の心境と向き合ってみようと思いました。

## 6. 最後に

松島先生は、このシンポジウムを企画した趣旨として、宗教性、スピリチュアリティ、本当に複雑で深淵でとらえるのが難しい、果たして実証的に心理学ができるのかという問いがあったと話されました。人文科学で掘り下げる深いところのすべてが実証できるわけではないけれども、その中からどういうところが実証できるか、心理学、社会学、老年学というところで扱っていかねばならないこと、それだけではなく現場、その社会に

生きる人たちの声に耳を傾けていくことの大切さを伝えてくださいました。様々な分野の方々と協力して難しいテーマに取り組んでいくこと、今回の生命倫理の問題については一人ひとりが問い続ける、どのような形でこの問題に取り組んでいくのか考え続けていくことが重要なのではないかとまとめられました。

今回のシンポジウムへの参加は、私自身の思考の整理に、重要な役割を果たしてくれました。臨床現場では、考え続けることが許されないと感じる場合があります。目の前の出来事に対応することが精いっぱい、疑問を持つことが躊躇わってしまう。そんな空気は、心に大きな負担となっていきます。スピードと結果を求める医療現場では、立ち止まって考えられる環境を作ることは容易ではありません。しかし、様々な分野の方々と協働は、医療現場の空気を換えていくことができるものだと信じています。

最後になりますが、本シンポジウムを企画いただいた松島先生、参加していただきましたみなさまに厚くお礼申し上げます。

## 高齢者を対象とした「生命倫理における宗教」に関わる実証的研究

大橋 明(中部学院大学:非会員)

「宗教と生命倫理」を日本心理学会のシンポジウムで扱う、については老年学の立場から実証的研究についてまとめてほしい、というのが今回の私に与えられたテーマでした。

「生命倫理」について右も左もわからない門外漢が、「宗教」というこれまた扱うことが困難なテーマと絡めて、さらに「高齢者」を対象とした実証的研究を「心理学会」で報告する……四次元(?)の複雑怪奇な状況に、頭を抱えたものです。その結果、企画者の松島先生には『「マインドフルネス心理療法」の効果が(中略)報告されている』などと記した抄録をお届けしてしまいました。宗教の知見が心理学に援用されており、高齢者を対象とした支援方法として採用されていること、生命の最期の時期なので生命倫理に関わ

りがあるだろうと、苦し紛れに紡ぎ出したものです。論文集やネット上に永遠に残ることになってしまったことを今は恥じ入るばかりです。

### 1. 生命倫理とは何か

私が最初に行ったのは生命倫理の定義を確認することでした。さまざまな生命倫理に関する事典がありますが、『新版増補生命倫理事典』によると、生命倫理は『生命諸科学とヘルスケアの道徳的諸次元を、学際的に多様な方法論を用いながら取り扱う体系的な学問とその実践』(掛江, 2010, pp.728-731)と定義されます。つまり、命や健康に関わる行動や選択・判断について、その良し悪しをさまざまな学問を通して考えていく領域であると考えられます。

さっと思ひ浮かぶのは、人工妊娠中絶や出生前診断などかもしれません。これらの事象には新たな命をつなぐのか絶つのか決断することが伴いますが、これらの判断や行動の良し悪しやこのような選択をすること自体が許されるのかなどを考えていくことは生命倫理の範疇でしょう。またシンポジウムの内容をまとめている最中には、3,000万円以上した白血病新薬や、足の血管を再生する遺伝子治療薬にそれぞれ保険が適用されるようになりました。自己負担額が抑えられることにより、治療を受けやすくなったわけですが、一方で生命や健康を医療によって操作できてしまうということでもあります。このように考えますと、これらの問題も生命倫理の領域に入るのかもしれない。

先述した掛江は、Reich, W. T.によって分類された生命倫理に関わる研究領域を紹介しています。いくつか抜粋すると、①医療従事者－患者関係、②ヘルスケア、③精神保健、④死と死にゆく人のケア、⑤臓器・組織移植と人工臓器があります。

これらを、老年学という視点から例を考えてみると、①医師の指示にただただ従ってしまうこと、②医療費の自己負担増、③認知症患者の拘束などが挙げられるでしょう。また④については、アドバンス・ディレクティブ(AD)やアドバンス・ケア・プランニング(ACP)などが当てはまるかと思えます。ADは自らの判断能力が失われた事態を想定して、自分に行われる医療行為への意向を医師に事前に伝えておくこととされ、リビングウィル(LW: 意思決定できない状態になった場合の受ける医療についてあらかじめ要望を明記すること)や、蘇生措置拒否(DNR: do not resuscitate)、医療判断代理委任状(DPAHC: durable power of attorney for health care)などが含まれます。一方ACPは、最終段階において自分が望む医療・ケアを前もって考え、医療チームなどと繰り返し話し合い共有する取り組みとされます。

⑤については、今回のシンポジウムでご一緒させていただいた石井先生ご発表の臓器移植が該当すると思われます。ちなみに腎臓は70歳代

で提供された事例があるようで(日本移植者協議会, no date)、補助人工心臓を高齢者に応用していく必要がある(許, 2014)とする論も挙げられていることから、臓器移植という問題も高齢者と切り離せないでしょう。

日本は世界一の長寿国となりました。その一方で、望まない医療を受けて延命するよりはと、積極的な治療を選択しないという意思も主張されるようになりました。国も、終末期医療の決定プロセスや人生の最終段階における医療やケアの決定プロセスにどのように関わっていくか、ガイドラインを策定しています。このように、「高齢者」という対象においても生命倫理は密接に関わり、かつ極めて広範囲の内容を扱うものであることを認識しました。

## 2. 高齢者を対象とした生命倫理と宗教に関する実証的研究

高齢者を対象とした生命倫理と宗教に関わる実証的な研究にはどのようなものがあるかを整理すると、①AD・ACPと宗教の関連、②認知症患者への医療や自殺ほう助と宗教との関連、③代理人(家族等)の宗教に概ね分類することができました。その他として④日本の研究状況を整理しました。

まず①と②ですが、ユダヤ教やカトリックの信者は無宗教の者よりもLWや代理人などに関する意思を表明する(Alano et al., 2010)ようです。ただし、信仰する宗教のある人は信仰のない人と比べて延命治療を求めるADを準備しない(Kim et al., 2017)、「死は神がコントロールする」という考えが強い者はDPAHCの準備することが少ない(Carr et al., 2011)などの報告も見られました。また、経管栄養・胃ろうを選択する認知症患者の割合がユダヤ教徒とキリスト教徒では異なる(Clairfield et al., 2006)という研究がありました。加えて、宗教的助言を受けることが多い環境にある者は「医師による自殺ほう助」に対する不支持を表明していました(Braun et al., 2001)。

つまり、宗教や信仰の有無や種類がADやACPへの関わりに差をもたらすという状況が見

て取れますし、信じる宗教や信仰がある者は、自分の生命の操作に対して踏み込んだ選択をしない(あるがままにする?)ことが窺われます。もちろん、AD等の準備に宗教は関係しない(Garrido et al., 2013; Hong et al., 2017; Karches et al., 2011)という研究も見られるため、明確な結論を出すことはできません。

③は、高齢者の家族が代理人となった場合、その代理人の宗教・信仰の有無が高齢者の終末期医療や意思決定に関係するかを検討するものです。それによると、信心深い子ども(成人)は終末期にある親の延命治療を求める傾向にあること(Sonnenblick et al., 1993)や、代理人の信心深さがADの提案を弱めること(Allen et al., 2003)が報告されています。つまり、家族(代理人)の宗教観が高齢者の受ける終末期医療やその意思表示に影響を及ぼすことが考えられます。

ちなみに、④日本人を対象とした研究を概観すると、ADへの肯定的な評価や選択に宗教性が関係しているという指摘(Matsui, 2007; 松井・森山, 2004)もあれば、関係がないという指摘(Akabayashi et al., 2017)もありました。また、信仰がある者ほど終末期の過ごし方に関する希望を配偶者や子どもに伝えるという報告(荒木他, 2010)もなされています。

### 3. 実証的研究に関する課題

「宗教と生命倫理」という領域を実証的に研究していく上で、留意すべきと感じたことが2点ありました。それは、宗教や民族の考え方の背景などさまざまな領域の知識が必要だということ、生命倫理に関する意識や行動に宗教自体が大きな意味を持つことを示すために他の要因をいかに統制するか、ということです。

各宗教の教えや考え方によって、生命倫理に関わる物事の考え方にも差が出現する可能性は十分にあります。各宗教それ自体がどのような考え方をもち、生命というものに対してもどのような思想を持っているのか、ということを検討することは避けて通れません。加えて、各民族・各国の住民が連綿と紡ぎ続けてきた体験や文化、歴史な

どの背景を押さえることも不可欠だと思います。例えばClarfield et al.(2006)の研究では、終末期認知症患者における経管栄養法の実施の有無を検討しています。対象施設は3種に分類され、1つはカナダの非ユダヤ系病院に入院している者で、キリスト教徒82.4%、ユダヤ教徒8.8%で構成されています。2つめはカナダにあるユダヤ系病院で、96.2%がユダヤ教徒、3.7%がキリスト教徒、3つめはイスラエルにあるユダヤ系病院であり、96.7%がユダヤ教徒で3%がイスラム教徒でした。その結果、認知症のキリスト教徒の場合は経管栄養や胃ろうを使用する患者が数%に過ぎないところ、カナダのユダヤ系病院では20%弱、イスラエルの病院では50%が使用していたということです。

この差についてClarfield et al.は、ユダヤ教ではいかなる犠牲を払ってでも命をつなぎとめ、延ばすことに価値を置いているとし、カトリックのターミナルケアでいう「過度の治療」とは考えないため、ユダヤ教徒では延命治療を選択する者が多いのではないかと論じています。しかし、このユダヤ教の考え方やカトリックの考え方の基本について私は理解しておりませんので、Clarfield et al.の指摘を批判的に捉えることが困難です。ちなみに、カナダでのユダヤ系病院に関する結果はどのように考えればいいのか、私は頭を悩ませています。

Garrido et al.(2013)によると、African AmericanとHispanic AmericanはCaucasianと比べてACPへの取り組みが少ないようです。しかしながら、African AmericanとHispanic American、そしてCaucasianでは、歴史的背景や思想、信仰する宗教、信仰の程度が異なります。それらが複雑に絡み合い、それぞれの人生の最終段階における選択に大きく影響している可能性があると考えられます。

Braun et al.(2001)の研究では、フィリピン人高齢者とハワイに住む高齢者は、白人・日本人・中国人高齢者と比べて医師による自殺ほう助を支持していないことが示されています。その理由として、フィリピンやハワイの高齢者は宗教的助言を得ることが多いために、医師による自殺

ほう助に対して反対の考えを持っているとのことでした。後から調べてみますと、ハワイに居住する人の半数はアジア系なのだとことを知りました。

このように整理しますと、宗教はもちろん、文化、歴史、地理などたくさんの領域に関する知識が必要だということが見えてきます。

今回は特に AD や ACP の研究を収集して整理しましたが、AD や ACP と大きく述べてしまいがちで、各研究で扱う変数はその中身や程度も異なっています。例えば AD すなわち事前指示書とは、自分の判断能力がなくなった折に意思を伝えるものです。そこには延命を求めない・心肺停止後の蘇生を拒否する (DNR) もあれば、延命を求める AD も存在すると思われれます。DPAHC や、経管栄養の実施も含まれるでしょう。つまり、ただ AD を準備しているかどうかのみならず、どのような AD を求めるのかという視点も必要でしょう。

対象者個人や家族の背景も見過ごすわけにはいきません。今回は老年学の立場からということでお話をいただきましたが、高齢者が現在どのような状況にあるか、ということも考慮に入れる必要があります。健康で地域に在住している、入院しているということはもちろんのこと、慢性疾患にある者、認知症患者などによっても異なるでしょう。また、Schmid et al. (2010) によれば、LW や DPAHC を準備したり終末期医療について家族と話をしたりしている場合、その高齢者と家族とが求める医療選択の意見の一致度は高いのですが、そのやり取りが少ない Caucasian の家族は老親が求める以上の医療を望み、African American の家族は老親が求めるより少ない医療を望むようです。この研究では信心深さと ACP との間に関連は見られなかったようですが、家族とのやり取りの程度や家族の理解、関係性も考慮しなければなりません。

以上のことから、生命倫理にまつわる問題には多くの要因が関わっていることが窺われます。したがって、宗教と生命倫理の関係性を心理学という立場で実証的に考えるとすれば、宗教の種類や信仰の程度のみならず、国(居住地)×民族×歴史×個人的経験×個人の年齢×個人の疾患の有無や種類×家族(代理人)の思い×家族(代理人)の宗教×家族との関係性……といったさまざまな変数を考慮しなければならないと思います。これらをどのように扱っていくかが非常に大きな課題となるように感じました。

今回、宗教と生命倫理という大きなテーマをいただきました。私は心理学と老年学を専門としていますが、先述したように宗教、文化、歴史、地理などさまざまな学問領域について造詣を深めておくことが必要であることを嫌というほど思い知らされました。また、宗教も生命倫理も大きく手に余る内容だからこそ、自分の持つフィルターだけを通して見がちです。物事への考え方に関する良し悪しの認識はその時代や文化によって大いに異なります。自分の倫理観や価値観が正しいものなのか、正しいと思い込んでいないかと疑う姿勢も必要かと考えます。心理学という基礎を持ちつつも、さまざまな領域に関心や好奇心を持ち、疑い、問い続けることが重要だと感じました。

「五里霧中」という事態に陥り、またその状況を楽しむことができた、とても有意義な時間でした(振り返ってみると、ですが)。

#### 引用文献(シンポジウム報告に記載のないもの)

日本移植者協議会 (no date). 臓器移植 Q&A Retrieved from <http://www.jtr.ne.jp/isyokutoha/qanda.html> (2020年1月1日閲覧)

許俊鋭 (2014). 高齢者に対する補助人工心臓の応用 日本老年医学会雑誌, 51, 203-209.

## 僧侶の視点から考える生命倫理と宗教心理学研究

平子泰弘(曹洞宗総合研究センター:非会員)

9月開催の日本心理学会シンポジウム「宗教心理学的研究の展開(16)ー宗教と生命倫理ー」に宗教者という立場から参加させていただきました。昨年3月に松島先生からお誘いを受けたときに、二つ返事で参加を表明させていただきましたが、私にとって今回のテーマ、「生命倫理」と「宗教心理学」は結びついていませんでした。脳死・臓器移植問題で社会問題となった生命倫理の課題に対し宗教者がどのように考えていくかは、教団の研究所に属する者の研究テーマの一つとなっています。一方で、教団内の教勢調査を通して、心理学の技法を用いることの有意義さや、宗教心理学研究の今後の可能性を感じ、関心深く学ばせていただいていた。それぞれに別分野の研究テーマとして認識していた両者を結びつけたこともなかったので、今回新鮮な思いで受け止めました。また両者をつなげることで広がる可能性を考えるきっかけをいただきました。

シンポジウムで発表させていただきましたが、宗教教団に付置する各研究所有志が集まり、生命倫理についての研究会を開催しています。伝統仏教教団が多く参加している状況ですが、神道系やキリスト教、新宗教系の教団も参加して教義の枠を超えた議論を行っています。二十五年前ほどから臓器移植法が議論されるなかで教団毎での議論が起り、改正臓器移植法案を契機に平成十七年より研究者が集い、情報収集と意見交換が続けられ、その成果は各教団からさまざまな形で発表されています。社会問題に対して宗教者が発言していく、あるいは意見が求められるという走りだったのではないかと感じています。

教義も異なる宗教者が「生命のあり方」を議論すること自体、難しいであろうことは、想像に難くないことと映るでしょう。そこを敢えて一歩踏み出し、参加者たちは各教団での生命のあり方を認めつつ、それを学ぶことを前提とし、そこからの議

論を行いました。異なる世界観が存在するなかで幸いにも見えてきた共通する見方として、「いのちを疎かにしないこと」「いのちを単体のみの存在と見ないこと」が挙げられます。そして誤解を恐れずに言えば、誰もが今生存する身体だけをいのちの対象として見ていないことと、それを総称してひらがなで「いのち」と呼ぶうのではないかと言うことでした。ここに行き着くまで多大な時間を労しましたが、残念ながらこの「いのち」観がどこから来るのか？背景はどこにあるのか？までは及んでいません。

上記のように研究会では互いの世界観を学び、そこに共通する見方を見いだすに終わり、その後は生殖医療問題、代理母問題、クローン技術などの生命と宗教観が関わる問題に対応することに追われてきています。現在も細々と研究会を継続していますが、一つの課題として継続しての研究体制と研究者の養成があります。上記のような大きな社会問題として取り上げられた時期には、社会からも教団からもその研究の要請がありますが、一定期間を過ぎるとプロジェクトが解散されていく状況が、どの教団にも垣間見られます。

今回のシンポジウムで宗教心理学への問い掛けとさせていただいたのは、上記の「いのち」観への分析の可能性でした。教義色を脱した「生命観」として、どの教団にも共有できたものは、極めて日本的な生命観や自然観なのではないかと考えています。この表現しづらいつい感覚を、もしかしたら心理学的なアプローチで明らかにできるのではないかと期待しています。いのちに対する尊厳・神秘性・先祖からつながっている感など、各宗教の影響は否定できませんが、日本人がもつ感覚がどこかにあり、生命倫理にもつながっているように思えるのです。それは例えば、生命倫理に関する医療行為のニュースに対し、それをストレートに喜ばず、どこかに違和感を覚えます。その背景には私が宗教者であることからではなく、日

本人がもつ感覚なのではないかと考えています。

今回、各先生方からの知見も大変勉強になりました。宗教心理学において生命倫理を扱っていくことは端緒についたばかりと感ずります。これまでの成果や課題を集めながら、心理学的なアプロ

ーチの方向性を見いだしていくことを期待しております。今後も先生方からのご教示をお願いすると共に、労を惜しまず協働していけることを願っております。

## 宗教心理学と「いのち」への問い、「いのち」からの問い —再度日本心理学会シンポジウムに参加して—

安藤泰至(鳥取大学)

60年近く生きていて、たいていのことには驚かないものだが、今回の松島さんからのシンポジウム登壇のお誘いには心底驚いた。その5年前(2014年)に日本心理学会のシンポジウムに登壇したときも、松島さんの「宗教心理学とできること」というテーマに乗せられてしまったのだが、会員でもなく心理学研究者でもない私が、参加費を自分で払ってまで日本心理学会に参加するなどということは、もう二度とないだろうと思っていた(ちなみに、私の知る人文社会系の学会で、会員企画のいわゆる自主シンポジウムに登壇する非学会員から大会参加費を徴収するところは、日本心理学会の他には皆無である)。ところが、二度目が「あった」のだ。

何はともあれ、心理学の学会で「宗教と生命倫理」などというテーマのセッションを開くということは、松島さん以外の誰にも思いつかなかったに違いない。私はまたしても、まんまと乗せられてしまったのである(笑)。「宗教と生命倫理」って、そもそも私が宗教心理学を離れていたつもりでいた、ここ20年ほどに考えてきたことのすべてにまたがるものではないか(拙稿「戻ってきたつもりが、共にいた!—日本心理学会シンポジウムに参加して—」、『宗教心理学研究会ニューズレター』21号参照)。どうにもこうにも断る理由がないのでお引き受けしたものの、一体「心理学」の学会で、私が何を発表すればいいのだろう、と途方に暮れてしまった。

私が大学医学部に勤める宗教学者として、生命倫理や死生学の研究・教育に携わるようにな

った時期と、宗教心理学から離れているつもりでいた時期とはほぼ重なっている。「宗教」と「医療」、そしてそれをつなぐものとしての「生命倫理」というのが、私のこの間の研究テーマの基本にあるが、私は特定の宗教の信仰者でもなければ、医師や看護師などの医療者でもなく、(よくそのように紹介されてしまうが)いわゆる「生命倫理学者」でもない。一昨年「西本願寺 医師の会」という浄土真宗本願寺派の僧侶や門徒で医師でもある方々が集まる会で講演させていただいたときにも、「僧侶ないし信者であり医師でもある」人たちに「ないないづくし」の私が一体何を話せばいいのか、と自問自答した。

そのときに私がよりどころにしたのは、2011年に私が編集して出した『いのちの思想』を掘り起こす』(岩波書店)という本のなかで私自身が取り上げて書いた上原専禄(1899～1975)という思想家の医療批判・宗教批判だった。上原は晩年、長年連れ添った妻が納得できない死をとげたことに大きな衝撃を受け(上原は医療過誤だと考えていたようだが、治らないとわかった患者に対する冷たい医療であったとは言え、過誤は特に見当たらない)、医療のあり方と宗教のあり方を鋭く批判した。「いまの日本人は、一方ではお医者さまに殺されて、他方では坊さんに、簡単に浄土や極楽に持って行かれている」「医者と坊主のなれ合いだ」。上原がこう言ったのは、まだ日本に「インフォームド・コンセント」という概念はもとより、ターミナルケアやホスピスといった言葉も知られていなかった1970年代の初めである

が、この言葉は、現代の私たちにもほとんどそのまま当てはまっているのではないかと、いうのが、長年、現代のさまざまな生命倫理問題についての、医療者特有の狭く偏った見方と宗教界の無知や鈍感さを見てきた私の率直な印象であった。

生命倫理問題に対する私のスタンスは、最初に生命倫理についての論文を書いた 2001 年ごろから 10 年ぐらいの間に徐々に固まってきたものだが、上原のこの言葉に出会ったとき、それを一言で言う術を見出した。つまり私のスタンスは、「私たちのありのままの生と死の全体としての『いのち』から、宗教を、医療を、そして生命倫理(学)を批判的に問い直す」立場だということだ。宗教も医療も生命倫理(学)も人の「いのち」に関わり、「いのち」についてある種の問いとそれに対するそれぞれの答え(のようなもの)を差し出そうとする。しかし、そのいずれもが、現代の生命倫理問題が私たちに投げかけている「いのち」への問いを十分には受け止められていない。そのことを逆に「いのち」の側から照らし出してみようということである(先に挙げた拙編著『いのちの思想』を掘り起こす』の序のタイトル「いのちへの問い

いのちからの問い」はこれをワンフレーズで表現したものだ)。

今回の日本心理学会シンポジウムについても、結局私には「これしかない」ということで、時間的な不安はあったものの、直球で攻めることにした。具体的には、日本心理学会シンポジウム当日に行った私の発表スライドが宗教心理学研究会のホームページにアップされているので、そちらをご覧ください。そして、興味をもっていただいた方は是非そこで挙げている私の最近の著書や論文のいくつかを読んでいただければ、たいへん有難い。その上で、では、「心理学」は、どのように「いのち」を問うことができるのか、「いのち」から心理学はどのように問われるのか、について、特に心理学系の宗教心理学研究者の方々に考えていただけるならば、さらに嬉しく思う。そこから議論の次の一歩が始まるのではないだろうか。

簡単な報告(と挑発?)になったが、今回の驚くべき場を設定していただいた松島さんと、一緒に登壇させていただき、刺激をいただいた各発表者の方々に、深く御礼を申し上げたい。

## 日本心理学会第83回大会公募シンポジウム： 宗教心理学的研究の展開(16)宗教と生命倫理に参加して

森定美也子(和歌山信愛女子短期大学)

2019 年度の日本心理学会は 9 月 11 日から 13 日までの 3 日間、立命館大学茨木キャンパスで行われ、13 日に「宗教心理学的研究の展開(16) - 宗教と生命倫理 -」のシンポジウムが開催された。

企画者の松島公望氏(東京大学)によるシンポジウムの趣旨は、以下のような内容である。「生命倫理の諸問題、すなわち、出生前診断による人工妊娠中絶、着床前診断による選別、脳死・臓器移植、安楽死・尊厳死などの問題は、『いのちとは何か』、『生とは・死とは何か』との問いを突きつけるものであり、深く宗教に結びついてい

る。この問題は、これまでの心理学界では議論されてこなかったテーマである。この宗教と生命倫理の問題について真正面から検討・議論すべく、宗教学者、老年学者、僧侶、臓器移植コーディネーターからの話題提供を受け、研究と現場の両面からこの問題について深く考える機会とした。

### 1. 話題提供 大橋明(中部学院大学)『高齢者を対象とした『生命倫理における宗教』に関する実証的研究』

高齢者を対象とした生命倫理に関するテーマ



は、インフォームドコンセント、看取りにおける意向の確認(医療意思の決定)等が挙げられるが、これらに宗教がどのような意味をもつのかを直接的、実証的に示した研究はいくつか見られる。

看取りにおける意向の確認(医療意思の決定)の方法としては、AD(アドバンス・ディレクティブ)とACP(アドバンス・ケア・プランニング)の2つが挙げられる。ADとは、将来自らの判断能力が失われた事態を想定して、自分に行われる医療行為への移行について医師へ事前に意思表示することであり、医師対本人や家族との話し合いによるもので、医療者主導で行われる。一方、ACPは、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取り組みであり、本人と周囲が話し合うもので、本人らしさが強調される。

ADとACPと宗教との関係についての研究については、関係が認められるとするものと、認められないとするものがある。関係が認められるものとしては、Alano et al.(2010)の「ユダヤ教信者(73.6%)やカトリック信者(66.7%)は無宗教の者(47.6%)よりADを有していた」、Kim et al.(2017)の「(地域に暮らす韓国高齢者を対象として)信仰する宗教のある高齢者は延命治療(心肺蘇生、人工換気、経管栄養法)を求めない」という研究が挙げられる。

一方、関係が認められないものとしては、Hong et al.(2017)の「韓国に居住する48~64歳を対象としてホスピスケアとADの意欲について聞いたところ、ホスピスケア希望者80%、AD希望は74.5%であったが、信仰する宗教の有無は関係がなかった」、Karches et al.(2011)の「一般内科の患者8308名に宗教性、スピリチュアリティと終末期ケアの選択の関係を検討したところ、宗教性やスピリチュアリティが強いものは代理人を持っていたが、AD、蘇生禁止指示は、宗教性やスピリチュアリティと関連がなかった」、Garriodo et al.(2013)の「信仰している宗教やその重要性などがACPに影響するかを55歳以上の305名に

聞いたところ、ACPの所持率に宗教は関係がなかった」などが挙げられる。

日本の状況は、松井・森山(2004)、Matsui(2007)が、日本人高齢者のADへの見方を検討しており、向宗教性、霊魂観念が高いものほどADに対して肯定的であった。また、荒木(2010)は、60歳以上の高齢者に、終末期における希望と準備について聞いたところ、信仰のある人はない人よりも「終末期の過ごし方に関する希望」を子どもや配偶者に伝えていた。その一方で、Akabayashi et al.(2017)が、425名を対象としてADを選択する要因の検討したところ、宗教の有無は関係していなかった。

大橋氏によれば、ADやACPと宗教との関連について、関連がある結果とそうでない結果の両方が見られる背景には、人種や民族の宗教の影響、高齢者の喪失体験や指向などを考慮しなければならない点があるからであると述べている。このような視点は高齢期における重要なテーマであり、生命倫理における宗教の意義についての研究は今後も増えることが推測されるところであった。

## 2. 話題提供 石井賀洋子(元愛知県臓器移植コーディネーター)『臓器移植コーディネーターの立場から』

臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療である。日本では1997年に臓器移植法が施行されたが、脳死後の臓器提供には本人の書面での意思表示を必須とするなど厳しい制限のある法律であった。2010年の改正臓器移植法では、本人の意思が不明な場合は家族の承諾で臓器の提供が可能となり、15歳未満の脳死臓器提供も可能となった

心停止後でも提供できる臓器は、腎臓、脾臓、眼球である。脳死後であれば、これに心臓、肺、肝臓、小腸が加わる。世界の臓器提供数(人口100万人当たりドナー数)を見ると、スペインが最も高く35.9人であるが、日本はかなり低く、0.72人となっている。また、改正法施行後は本人の承

諾はないが、家族が承諾したケースが 78.4 % となっており、提供の意思を示す第三者の決断が大変重要であることが分かる。

臓器移植コーディネーターとは、移植医療において提供者と移植者を調整する仕事である。提供者やその家族にとって、臓器提供をすることは、治療の中止を意味することになる。提供者の家族が、医師や病院、コーディネーターに勧められ、臓器提供を決断する過程には様々な葛藤が存在する。一方、法改正後も提供者の数は伸びておらず、いちばん待機時間が長い腎臓においては、移植者は 14 年 8 か月も待機されている。コーディネーターは、このような提供者と移植者のはざままで「誰かが亡くなったことによって、誰かが助かる」という過酷な現実にも常に直面する大きなストレスを抱えている。そのうえ、いつ呼び出されるかわからないという、24 時間拘束の中で勤務されるという大変なお仕事であるにもかかわらず、それに見合う報酬ではなく、コーディネーターの「善意の搾取」で成り立っているといえる状況であるという。石井氏のお話を伺って、社会として臓器移植医療をどう考えていくか、個人としてどのような決断を下すかということと共に、コーディネーターの待遇の改善や心のケアなどのサポートの必要性についても、関心を持って声を上げていかねばならないと深く考えさせられた。

### 3. 話題提供 平子泰弘氏(曹洞宗総合研究センター)『宗教教団の生命倫理への取り組み』

宗教界、特に各宗教団体において生命倫理の問題は、1992 年の「脳死臨調」の「脳死は人の死である」という最終答申に対して起きた議論の中で、脳死・臓器移植の問題を通して取り上げられるようになった。

2002 年に仏教の宗教・宗派を超え、宗教者や教団に共通する課題について、各教団付属の研究所と研究者が集い、情報交換と相互理解を深め、問題の解決や活動を進めていく「教団付置研究所懇話会」が設立された。その下部組織として「生命倫理研究部会」が 2005 年に発足した。この部会には仏教系の 11 研究所が所属し、講演会や検討会を通して生命倫理に関する情報の共

有と討議を続けている。医師や生命倫理研究者の講演を通して、生命倫理の課題や宗教者として考えるべき問題点を共有していく作業を行っている。

検討の過程について、脳死や臓器移植については、賛成・反対の二者択一的立場の表明には慎重な意見が多数あり、「脳死を一律に人の死」とする考えには否定的な内容が多数あるという。議論を通して、「生命」の概念、日本人の身体観、死の自己決定権などの論点が挙げられている。平子氏は、脳死臓器移植法改正後も移植数が大きく伸びていないこと、宗教、宗派にかかわらず「脳死」に対して肯定しにくい現状の背景には、日本人固有の生命観や、遺体への感覚があるのではないかと推察されている。このような日本人の身体感や靈魂感を心理学の観点から明らかにできないか、という心理学への要望が語られた。

### 4. 話題提供 安藤泰至(鳥取大学医学部)『スピリチュアルな問いとしての生命倫理—宗教と医療のはざままで—』

宗教と医療のはざままで、私たちが「いのち」からその両方を問い直す営みとして、生命倫理をとらえる視点が語られた。「いのち」から医療と宗教を問う一視点として、歴史学者上原専祿の「死者・生者」(1974)における医療・宗教批判が、取り上げられた。上原は、妻の利子さんを亡くしたことを契機として、現代の医療体制と宗教界の在り方に対して厳しい批判を行っている。安藤氏はその上原の批判の目が、深く生命倫理に通じる視点であるとして紹介している。上原は「死者・生者」(1974)において、「いまの日本人は一方ではお医者様に殺されて、他方では坊さんに簡単に浄土や極楽に持っていかれている」と述べている。インフォームドコンセントの概念もない時代、治る見込みのない患者や家族が放置される状況があった。上原の妻は、人間としてあることへの配慮を欠いた扱いを受けたために、生きながら抹殺されたような苦悶に満ちた死に追いやられてしまった。また、上原は亡くなった人を簡単にあの世に送ってしまう葬儀の在り方は、命の蹂躪なのでは

ないかと考え、妻の葬儀に僧侶を呼ばなかったという。

そこで安藤氏は、「医療や宗教は私たちが人として生きる(いのちを生き切れる)ように、支えることができているのか？」と問うている。安藤氏によれば、生命操作技術について宗教がどのように捉えるかという点について、同じ宗教や宗派でも多様な見解がある。宗教の教義は、ほとんどの人々が「自分が無宗教」と見なす日本では、あまり影響力を持たない。宗教者の活動で大切なことは、命をめぐる問題を抱えた当事者の悲しみ、苦しみを一緒に受け止めることである。それは「合理的に割り切る」科学・科学技術に対して別のまなざしを持ったものとなる。割り切れないものをそのままに受け止め、支えることが大切であると安藤氏は述べている。

また、上原にとっての供養や回向は、亡くなったものをあの世に送ってしまうのではなく、死のところにとどまって死者の声を聞き、死者と共に生きることであった。それは、亡き人が生きてきたその続きを残された人が生きていくという側面がある。安藤氏によれば、遺族を支えるグリーフケア等で扱われてきたのは、「自分と人生の時間を共有してきた大切な人がいなくなった世界にどのように適応していくのか」、「喪失をどう生きるのか」ということである。さらに、「その人が生きたことをどう繋いでいくか」が大切になるということが語られた。このプロセスは、グリーフケアにおいて、残された遺族が亡くなった方への思いを言語化し、時間をかけて気持ちを整理していくうえで大変重要な視点であると実感した。

## 5. 全体的総括 松島公望(東京大学)

以上のように4名の様々な立場の話題提供者によって、それぞれの視点からの「宗教と生命倫理」が提示された。最後に松島氏により、4名の話題提供を受けて、以下のような論点が提示された。

『宗教と生命倫理』という難しいテーマだからこそ、『新たな連携・協働』が必要である。しかし、その『新たな連携・協働』も、私たち心理学では、調査、実験をベースにしているの、構成概念の

検討は調査、実験ができる範囲でしかできない。

しかし、宗教性の概念はもっと複雑で深遠であることから、実証ベースでの検討ではどうしても浅くなってしまふ。その複雑で深遠な部分を宗教学、仏教学、神学、哲学等の研究分野で検討し、その中で、心理学は実証できるものを取り上げて、実証につなげていくことが必要である。さらに、「生命倫理の現場で何が起きているのか」という視点も加味して、概念、実証に活かしていかなくてはならない。今後、その領域の人たちがそれぞれ連携し、協働することによって、この難しいテーマに挑んでいくことが望まれる。

さらに、松島氏は、この新たな連携・協働をこのシンポジウムで示すとともに、「宗教と生命倫理」のテーマは、「問い続けること」が重要であると述べる。私たち一人一人が、他人事ではなく自分自身の問題として「この問題を問い続けること」、思いを持ち続けることが、「宗教と生命倫理」のテーマが進展していくために必要となる。松島氏は、「概念、実証、現場のそれぞれの領域の人たちが集まり、このような形でシンポジウムが行われたこと」を契機として、ここから新たな一歩、これからの土台を作っていきたいと今後の抱負を提唱され、シンポジウムの締めくくる言葉となった。

今回、大橋明氏によるこれまでの実証的研究のまとめ、臓器移植コーディネーターの直面する問題を赤裸々に語ってくださった石井賀洋子氏、宗教教団の生命倫理への取り組みについて発表してくださった平子泰弘氏、最後に、「いのち」の問題の深遠さを提示してくださった安藤泰至氏のそれぞれの発表を通して、生命倫理という広かつ深い領域の外観がおぼろげながらとらえられたように思う。日々進歩していく医学の領域を、生命倫理的にどのようにとらえていったらよいか視点は今後ますます重要になってくることは想像に難くない。このような「いのち」についての問いを、それぞれの視点が共同しながら問うていく礎となったという点、今回のシンポジウムの意義は大きいといえよう。

<引用文献>

- ・Akabayashi A et al. ( 2017 ).  
BMC Medical Ethics ,4(5),ES
- ・Alano GJ et al. ( 2010 ).  
Palliative Supportive Care ,8,267-275
- ・荒木亜紀ら ( 2010 ).  
日本在宅ケア学会誌 ,14(1),78-85
- ・Garriodo MM et al. ( 2013 ).  
The Gerontologist ,53(5),801-816
- ・松井美帆ら(2004).病院管理 ,42(2),137-176
- ・Hong M H et al.( 2017 ).  
Journal of Hospice Nursing ,19(5),452-459
- ・Karches KE et al . (2011). Journal of Pain  
and Symptom Management ,44(6),843-851
- ・Kim S et al.( 2017 ).  
Holistic Nursing Practice ,31(4),234-242
- ・Matsui M ( 2007 ). Journal of Nursing  
Scholarship ,39(2),172-176
- ・上原専禄 ( 1974 ).「死者・生者」未来社

## 日本心理学会第83回大会における宗教心理学研究会 公募シンポジウムを聴講しての感想

藤井修平(宗教情報リサーチセンター)

2019年9月11日から13日にかけて大阪で開催された日本心理学会第83回大会において、宗教心理学研究会による公募シンポジウムとして「宗教心理学的研究の展開(16)—宗教と生命倫理—」が行われた。今回はこのシンポジウムに話題提供者として参加させていただいたが、今回は聴講者としてその内容をうかがうことができたので、その様子を報告したい。

今回の話題提供者は4名で、心理学、宗教学、医療の現場、宗教界と非常に幅広い領域から発表者が集まり、多様かつ濃密な議論を行うことができたように感じられる。以下にその内容を記述しよう。

### 1. 趣旨説明 松島公望(東京大学)

はじめに、松島先生による簡潔な趣旨説明が行われた。先生によると、ここで取り扱う「宗教と生命倫理」というテーマは重く考えさせられる難しいテーマであり、そうした主題に対して深い議論を行うために、現場と学問分野それぞれから専門家を募って実現したのが今回のシンポジウムだということであった。また留意点として、今回は結論を出すのが目的ではなく、宗教と生命倫理に対してわれわれが何をできるのかを議論する

のが趣旨であると述べられた。各話題提供者の紹介の後、一人目の発表へと移った。

### 2. 話題提供 大橋明(中部学院大学)「高齢者を対象とした『生命倫理における宗教』に関する実証的研究」

最初に登壇したのは、中部学院大学の大橋先生である。先生は老年学の専門家であり、老年学の立場から、生命倫理における宗教に関する実証的な研究が行われているのかどうか、行われているとしたらどのような研究が存在するのかを紹介するというのが発表の目的であると述べられた。

まずは、「生命倫理」とは何かということについて説明がなされた。一つの定義としては、「生命諸科学とヘルスケアの道徳的諸次元を、学際的に多様な方法論を用いながら取り扱う体系的な学問とその実践」が生命倫理であり、医療従事者と患者の関係、死にゆく人のケア、臓器移植などさまざまな研究領域が存在している。そして今回議論される重要な概念、「アドバンス・ディレクティブ(AD)」と「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」が提示された。前者は、将来自らの判断能力が失われる事態を想定して、自分に行わ

れる医療行為について医師に意思表示をすることを意味している。しかしこれは医療者が主導で行うものであり、本人の意向が十分に反映されないのではないかと批判が見られた。そこで導入されつつあるのが ACP であり、こちらは自らが望む人生の最終段階における医療やケアについて周囲と繰り返し話し合い、考えを共有するという活動を指している。

次に、AD や ACP と宗教の関係についての実証的研究が紹介されたが、大橋先生によるとこれらと宗教を扱った研究は非常に少ないという。数少ない例として紹介されたものは、宗教の信者は無宗教者よりも AD を有しているとしたものや、信仰のある高齢者は延命治療を求めない傾向にあるという結果を示していたが、他方で信仰の有無と AD の準備は関係ないとした研究も紹介された。また別の研究では、信仰している宗教ごとに AD などの作成にかなりの違いが見られ、ユダヤ教が最多、保守派プロテスタントが最小であった。逆に、保守派プロテスタントは宗教的信念が医療の決定に強く影響すると最も多く考えており、ユダヤ教はその反対であった。続いて、認知症患者へ経管栄養等の医療を行うかどうか、医師による自殺ほう助に賛成するかどうかと宗教との関係についての研究も紹介されたが、宗教的助言を受けている人は自殺ほう助に反対する傾向にあるなど、宗教が治療等への賛否に影響しているという結果が得られている。第 3 の群は、高齢者の意思を代わりに伝える代理人の有する宗教的信念に関する研究である。ある研究では親が延命治療を望んでいない場合でもその子供は望む傾向が見られ、なおかつ無宗教の人は延命治療の継続をあまり希望しなかった。また別の研究では、代理人の信心深さが患者の AD 作成を妨げるという考察が行われていた。最後の群は日本で行われた研究についてである。宗教の有無は AD 選択に関係しないという研究も見られたが、他方で向宗教性や霊魂観念が AD への肯定を増すという研究も存在していた。

以上のまとめとして語られたことは、宗教の生命倫理への影響は多様であり、単一の影響を想定することはできないということであった。実際

に、宗教が AD や ACP の準備に向かわせることもあれば、それを抑制するという結果も出ており、延命措置に関しても受け入れと拒否の双方に影響しているという研究が存在していた。最後に今後の展望として、宗教は生死に関して異なった選択をもたらすと考えられるために、各宗教が生命倫理に対してどのような立ち位置をとっているのかを把握する必要があること、人種や民族など他の要因との関連性も考える必要があることが示され、また死を迎える高齢者は総じて宗教心が増大するため、その際に宗教者ができることは多く、同時に心理学的視点もその助けになるのではないかということが語られた。とりわけ「意思決定」についての研究は多数積み重ねられているので、その知見を上手に使っていくことが、生命倫理と宗教を扱う際に必要となるだろうという結論であった。

大橋先生の発表は老年学の分野において宗教の関わる局面を広範かつわかりやすく紹介されたもので、非常に有意義だった。宗教が生命倫理に関わることは周知の事実であり、ゆえに宗教学者も死生学や応用倫理の分野と交わっているのだが、実際にどのように生命倫理に関わるのかということを知ることは容易ではない。教義からトップダウンに何々をしてはならないという原則を導き出すことは可能だが、そのような原則が人々の行動にどう影響するのかと言われると、データを示すのは難しい。そのような状況で、大橋先生は多数のデータを示してくださっている。その内容は、発表でおっしゃっていたように特定の結論を出すのは難しいようである。ある研究は宗教と AD 等には関係あるとし、別の研究はそうではないとしているからだ。また、宗教間で大きな差異があることも明らかである。このような結果になったのは、今回生命倫理的な問題として注目した AD や ACP の性格も影響しているように思われる。つまり、一般に言われているように宗教が死生観を変化させるとしても、死を受け入れる態度などは端的に影響を受けるかもしれないが、どのような治療を望むかに関わる AD・ACP を推進するかについては一概に言えないからだ。ここで求められているのはメカニズムの解明、すなわち

特定の宗教観を有する人がどのような考えに基づき、AD・ACPの肯定や否定に至るかという宗教性と行動の結びつきを明らかにすることだろう。こうした意思表示は非常に実際的な問題であるが、これまでの宗教学的研究ではあまり重視されてこなかったゆえにこうした不足に繋がっていると思われるので、今後の発展に期待したい。このことは、最後に述べられていた各宗教が生命倫理に対してどのような立ち位置をとっているのかを吟味するということと結びついているが、これは医療の現場においても重要となるのではないと思われる。『Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality』第2版 (Paloutzian and Park 編, Guilford Press) の30章に記されているが、APAの2005年の「ヘルスケアの標準としてのエビデンスベースの専門実践」の採択では、医療従事者が「内的志向」として患者の宗教性・スピリチュアリティに配慮するように求められるようになったという。これは、患者の宗教性やスピリチュアリティが何が適切な治療方法かということに影響することが明らかとなっているため、それらを把握して治療方法を選択することが必要とされている。これは主に心理療法の領域でのことだが、終末期医療にも同様のことが当てはまると思われる。つまりACPの一環として患者の宗教性も考慮して話し合いを進めることでより意思表示がスムーズに進むであろうし、そのためには各宗教の生命倫理への姿勢を把握することが大いに助けになるのではないだろうか。

### 3. 話題提供 石井賀洋子(元愛知県臓器移植コーディネーター)「臓器移植コーディネーターの立場から」

2人目の話題提供者の石井先生は、以前臓器移植コーディネーターをされていた方である。臓器移植コーディネーターとは、移植医療においてドナーとレシピエントの間に立ち、調整を行う職業である。そのようなコーディネーターとしての長い経験を有しておられる石井先生のお話は、生々しい事例も豊富でなかなか衝撃的だったが、その分重要な視点を提供してくれたように思われる。発表ではまず、臓器移植について解説され

た。日本では1997年に臓器移植法が施行されたが、その時点では脳死後の臓器提供のためには本人の書面による意思表示と家族の承諾が必要で、それゆえ臓器提供は非常に限られた数しか行われていなかった。そこで改正臓器移植法が2010年に施行される。これは本人の意思が不明な場合にも家族の承諾により臓器提供が可能としたもので、これまでに比べて大幅に制限が緩められたといえる。こうした形での臓器提供は脳死下で行われるものと心肺停止後の2つの状況が存在し、提供できる臓器がそれぞれ異なる。また臓器提供の意思表示は現在では運転免許証などでも行うことができる。ただしこの際には家族の意向が重要であり、本人が同意していても家族が承諾しなければ移植は行えない。さらに、改正臓器移植法の施行後にも移植数は大きく増えてはおらず、世界的に100万人当たりのドナー数を見ると、日本は0.72でほぼ世界最下位であり、多くが20を超えているヨーロッパ諸国とは十数倍の差がついているという実情である。

続いて、石井先生のコーディネーターとしての経験からの実情が多く語られた。前述の通り臓器提供コーディネーターはドナーとレシピエントの間を繋ぐもので、臓器移植ネットワークの下で活動するドナーコーディネーターと医療資格を有するレシピエントコーディネーターに分かれている。その内の前者として働く過程でさまざまな困難に直面し、考えさせられたという。そこでは臓器移植を受けるといことはどういうことなのかや、コーディネーターはどのように振舞うべきなのか、ドナー家族の思いを知ることがいかに難しいか、レシピエントが喜びを感じながら悩みを抱える様子などについて複雑な心情が語られた。困難な事態に直面して「もやもやした」という表現がしばしば使われていたのが印象的で、移植を進めたい医師や簡単には承諾できない家族の間で板挟みになる状況が伝わってきた。またコーディネーターが治療の中止を勧めることの罪悪感や、コーディネーターに対する待遇の問題についても率直な意見を述べられていた。とりわけ宗教に関しては、臓器移植の場面では宗教はあまり出てこないし医師も関心がないとした上で、キリスト教

徒だから臓器提供を承諾するとみなされるといった短絡的理解が行われている状況が言及されていた。そのため、今後は患者の宗教的な側面にもっと目を向ける必要があると提案された。

石井先生の発表はまさに現場の声、それも医師と患者の間で普段は看過されがちな声を伝えてくれるものであった。聞いていて理解できたのは、臓器移植コーディネーターの立場は多くの困難を抱えているということである。生命倫理で主題となる事柄の中でも、延命治療のように「生命」を重視するか他のものを重視するかという問題と異なり、たとえ脳死や心肺停止の状況とはいえ、複数の「生命」が対立する局面で選択を迫られるのが臓器移植であり、それゆえに困難が生まれるのだと思われる。ここでは生命倫理学で議論されているような事柄と現場の状況との乖離が見て取れるのだが、それはしばしば起こることである。以前東京大学の応用倫理の授業に出ていることがあり、そこでは倫理学者や哲学者に加え医療従事者も招いて講演が行われていたのだが、前者の側がどんなに倫理綱領といったものを考え出しても、現場の側からはそれは実態に即していないとして反発が起こることがたびたびであった。そのため両者の連携を十分にとることが必要とされているといえるが、今回のシンポジウムはその一例としても有意義だったといえるだろう。加えて、こうした現場と宗教との関わりも複雑である。石井先生は経験上、日本ではほとんどの臓器移植の場面で宗教は登場しないとわれ、なおかつ宗教に基づいた理解がステレオタイプになっている例も挙げられていた。また何らかの宗教が反対意見を表明することで、結果的に臓器移植の妨げとなる場合も考えうる。それは各宗教の立場に基づいた意見だとはいえ、やはり現場の人間としてはより困難が増す結果となるのではないだろうか。そのことも含めて、臓器移植コーディネーターは非常に苦しい立場に立たされているのではないかというのが感想である。

#### 4. 話題提供 平子泰弘(曹洞宗総合研究センター)「宗教教団の生命倫理への取り組み」

続いて、曹洞宗総合研究センターの平子先生

による発表が行われた。その主目的は、各宗教教団の生命倫理への取り組みの歴史やその内容について包括的な視点で提示することである。各教団が生命倫理の問題を取り扱うようになったのはそこまで古くないとされ、とりわけ 1990 年代の臓器移植法の成立やそれに伴う脳死の扱いについて議論するようになったのがきっかけだという。臓器移植法の成立の前後には、脳死を人の死とみなしてよいかや、どのような状態を「死」とみなすべきかについてさまざまな方面から意見が交わされたが、その中で宗教者も社会に対して意見を表明することが求められた。その過程で提示された各教団の見解資料が多数挙げられたが、そこには天台宗や曹洞宗、真宗大谷派などの仏教教団や、大本や立正佼成会などの新宗教が含まれている。その中でもとりわけ重要なのが、2006年に発表された日本宗教連盟の「臓器移植法改正問題に対する意見書」である。その内容は本人の意思表示を不要とする臓器移植法改正案に異議を唱えるものであり、法改正に対して宗教界からの意見も含めて慎重に議論を重ねよう求めている。これに加え宗教教団の生命倫理への取り組みに大きな役割を果たしたのが、「教団付置研究所懇話会」の生命倫理研究部会である。同懇話会は曹洞宗総合研究センターや日蓮宗現代宗教研究所など教団が設ける研究所の研究者が協力し、宗教・宗派を越えて特定の問題の解決を目指していくために 2002年に発足したもので、その中でも生命倫理は主要な論題となっている。そこで行われてきたことは、各教団が発表した見解の内容を説明し、相互に理解を深めることや、医学および生命倫理学の研究者を招き、問題点を論じること、さらには各教団の見解を理解した上で、共通の見解を見出すことなどである。

加えて、教団付置研究所懇話会の生命倫理研究部会でこれまで議論されてきた内容が詳細に語られた。まず前提として、各教団ごとに全く異なる世界観や生命観を持っており、生命倫理の問題についてもそれぞれ異なる意見を有していることが確認され、また先進医療についての知識は十分でないので、専門家等から学ぶ必要がある

ことが理解された。その上で、各教団が提出した見解や意見書の内容が検討された。全体として、臓器移植に対しては教理から一概に判断ができず、慎重な姿勢を取るように求めているが、脳死を人の死と認めることについては否定的な意見が多数であった。また議論の過程で持ち上がったこととして、問題に対してすでに姿勢が決まっており、その根拠を得るために経典にそれを支持する記述を探し求める傾向があることや、肉体と精神を区別する二元的な考え方で日本人の生命観をとらえてよいのかという疑問が挙げられた。また各教団の間では、いのちは与えられたものと考え、人の命と動植物の命の間に区別を設けていないことが大まかに共通していることが明らかとなり、脳死を人の死とすることへの反発の背後には何らかの共通の生命観があることも推定されたが、他方で各教団の意見の相違点を見極める必要があることも示された。こうした議論の成果の公表の場として、臓器移植に関して厚生労働委員会で見解陳述を行ったり、参議院の集会において「宗教界からの緊急提言」として見解発表が行われてきた。最後に、宗教者は生命倫理問題に対して、常に関心を維持するとともに情報を収集して議論を行い、宗教の立場から考え方を提示し、社会問題に対して何ができるかを考えていく必要があると述べられ、また心理学に期待することとして、脳死への根強い反対の背後に存在していると思われる日本人のもつ身体観・靈魂観について、心理学的研究で明らかにできるのではないかと提案がなされた。

平子先生の発表は、何より宗教界の生命倫理に対する取り組み方が詳細に理解できた点が興味深かった。とりわけ重要だと思われるのは、こうした取り組みが個別ではなく、教団間の共同により行われてきた事実である。こうした試みは宗教間対話と呼ばれるもので、その重要性はしばしば指摘されているが、そのような宗教間対話が十全に行われてきたことが本発表で示されている。教団付置研究所懇話会の生命倫理研究部会の活動は拙論「現代日本における仏教と科学の関わり」(『中央学術研究所紀要』45)でもごく簡潔に触れたことがあるが、社会問題に対して

意見を表明するという面でも、科学や科学技術に対して宗教が積極的に関わっていくという面でも、現代社会における宗教の役割を十分に発揮できる場ではないかと考えている。その議論の過程で明らかになった事柄として、各教団の見解には共通点が存在し、それは日本人の身体観・靈魂観に由来していると考えられることにも注目すべきだろう。

他方で、直前の石井先生の発表内容も踏まえると、こうした活動が新たな問題をもたらす可能性もあるのではないとも思われる。というのも、各教団の生命倫理の見解、とりわけ脳死に対する意見は総じて否定的なものであり、臓器移植については主に反対の見解が示されているからだ。そのような意見が臓器移植コーディネーターにとっていかに役に立つかと問われれば、難しいと答えざるを得ないだろう。無論これは立場の違いに起因するものであり、両者の立場は対立するとすら言える。これまでの意見表明は主に法案や法改正に対してのもので、そうした状況での意見は有意義であることは理解しているが、やはり現場の状況を見ると手放しで賛同することはできなくなってしまった。ただしこれは問題点というよりは、生命倫理の領域に内在する困難に起因するものであろう。

##### 5. 話題提供 安藤泰至(鳥取大学)「スピリチュアルな問いとしての生命倫理—宗教と医療のはざままで—」

最後の発表者は安藤先生である。安藤先生はこれまで、宗教学者として生命倫理に関して多くの著作・論文を書かれている。そのような立場から、今回は宗教と生命倫理、医療の関係に対して幅広い知見を示していただいた。はじめに先生は、「生命倫理学」におけるさまざまな研究者の意見に対して当初疑問を抱いており、「いのちへの問い」が棚上げされていると語る。そこで宗教哲学的な立ち位置から、この領域に取り組むことになったのだという。ゆえに根本的な姿勢は「いのちを問う」ということにあり、それが何であるかをさまざまに考えることが重要だとする。また倫理とは人が人であることの本質に関わるもので、



そこでは「人を人として見る」ことが根本となる。そのように見ると、現代の医療にはそうした倫理から逸脱する側面があることが見えてくる。つまり人を人として扱わず、さまざまな操作が行われる。これに疑問を呈することが「いのちへの問い」である。

そのような視点に立って医療を見た際に登場するキーワードが「生命操作」である。これは人間の生命の過程に介入する動きのことを指しており、不妊治療などの生殖補助技術、人工栄養補給による延命技術および臓器移植などがそれにあたる。すなわち 20 世紀後半に発達した先端医療は、この生命操作を率先して行うものなのだ。それに加えて「生命操作システム」と「言説システム」というキーワードも提示される。前者はこの生命操作を推進させる一連の制度を指し、後者はそれをさらに外側から支える社会的な言説空間がこう呼ばれている。例として、脳死とそれに伴う臓器移植においては、「脳死」という新たな状態が作られたこと、「いのちの贈り物」といったフレーズで人体の道具化が覆い隠されること、よりよい「死の受容」に関する言説が組み合わせられ、人々を死なせないベクトルと死をあきらめさせ、死なせるベクトルの双方が働いているという。ここで主に批判されているのは、脳死臓器移植や安楽死・尊厳死を取り巻く言葉の政治性である。

そうした状況下での宗教の役割についても考察が行われている。ここで注意すべきは、個々の宗教や教義が直ちに生命操作技術への反対や賛成に結び付くわけではなく、他の要因も考慮すべきだということ、および宗教によって多様な見解が存在していることである。そのような中での共通の宗教の役割は、合理的に割り切る傾向にある科学と科学技術に対し、割り切れないものをそのままに受け止め、支えることだと述べられている。最後に今後の方向性として、医療と宗教の言説それぞれで「いのち」というものがどのように考えられているかを明らかにし、両者を突き合わせる必要があると語られた。

安藤先生の発表は、宗教哲学的な立場から生命倫理に対して幅広い視点を提供してくれる点がとりわけ貴重であると感じた。根本となる「生命

操作システム」と「言説システム」の概念は、フーコーの「生権力」を想起させるもので、彼が問題視した近代知の特徴とまさに一致するものであるように思われる。思うにこうした指摘の重要な点は、個々の医療者や技術ではなく「システム」に目を向けていることだろう。すなわち、どこかに「諸悪の根源」がいるのではなく、個々の要素が組み合わさったシステム自体が、望ましくない方向に人々を向かわせているということである。このような視点は、より広い視野での問題解決策を提供してくれるもののように思われる。一方で同時に、そのような大局的な視野に立つと、個々の問題をすくい上げきれないのではないかという疑問もある。たとえば問題視されている不妊治療においても、たとえその内部で人々が「技術に使われて」おり、全体として不都合な影響が多いとしても、個々の治療で現に救われている人はいるのではないかという疑問が挙げられる。そうなることや論点は学問と現場の間の対立や、個人の幸福と社会全体の幸福どちらを取るかといった問題へ移ると思われる。

## 6. 全体ディスカッション

今回全体討議において寄せられた意見は以下の2つであった。1つは僧侶として訓練を受けている学生からのもので、宗教に対して関心をもたない人々には必ずしも教義がそのまま響く保証がないという点が重要であり、安藤先生が述べられていた、割り切れないものをそのまま受け止めるということが宗教者にとって必要だと認識したというコメントであった。それに対して平子先生は、葬儀の際には形式だけになってはならず、個人のパーソナリティを反映した内容にするべきだとアドバイスをされた。もう1つは死について考えることに忌避感がある状況で死生観を涵養するためにはどのようにすべきかという質問で、安藤先生の答えは自分の死については身近な人の経験がないと難しいが、他者の死から考える機会は十分にあるというもので、石井先生は思っているよりも若い人は死についてよく考えているが、常に考えることが必要だと答えられた。また平子先生は、エンディングノートなどを利用して、

死ぬことと生きることを同時に考えることができると回答された。

以上がシンポジウムの内容報告となる。最後に全体を通して感じたことを簡潔に述べさせてもらおうと、何より今回の内容は心理学、医療の現場、宗教者、宗教学それぞれの領域における生命倫理との関わりについての研究状況を概観し、今後のための基盤を固めるという点において非常に有意義だったように思われる。宗教学の分野では生命倫理は近年注目が集まるテーマとなっており、安藤先生も執筆されている『現代宗教 2003』（国際宗教研究所編、東京堂出版）をはじめとして、多くの研究が刊行されてきた。海外においても同様で、例として『The Routledge Companion to Religion and Science』（Haag, Peterson, and Spezio 編, Routledge）の 39 章から 55 章にかけては、バイオテクノロジー、動物の倫理、延命技術、身体拡張技術に対してさまざまな宗教がどのような姿勢をもつかが示され

ている。しかし、こうした成果が十分に受け入れられるためには、心理学も含めたより幅広い分野に開いていく必要があるだろう。そうした必要を満たすものとして、今回のシンポジウムでは既存の研究やこれまでの経緯を十分に把握できただけでなく、さまざまな領域から参加者が集まることで、各々の立場を理解することができた。この成果を踏まえれば、今後の連携の際にもスムーズに進めることができるのではないだろうか。他方で、そうした連携の実際に関する議論は尽くされていないように感じた。たとえば医療の場では宗教はほとんど登場しないという石井先生の指摘があったが、大橋先生や安藤先生の発表では宗教はそうした場面で重要な役割を果たせるといふ。それならば、宗教はどのように医療に関わっていくことができるのかということはさらに議論すべきだろう。こうした点はむしろ、今後の可能性や課題として残されているのであり、さらなる研究の進展にますます期待がもてるのではないかと思う。

## コラム 関西地区勉強会だより NO.5

### —新しい企画を実施して思うこと—

関西地区勉強会世話人 中尾将大(大阪大谷大学)

今年は元号が「令和」に変わり、初めての勉強会を開催しました。前回のコラムでお知らせしておりました「ワークショップ」という試みを発表と議論とを抱き合わせる形で実施してみました。すこし「実験的企画」と申せるのかもしれませんが。以前から関西地区勉強会は座学だけでなく、体験や遊びから学ぶということを重視してまいりました。今年は体験と座学をドッキングさせる形でお寺を会場として発表およびディスカッションを行うことができました。このスタイルも関西勉強会独自のスタイルではないかと思いました。細々と継続して勉強会を開催させていただいてきましたが、ようやく、理想の形態がひとつ出来たのではないかと思いました。

最近、Facebook、Google、Apple などアメリカの大手 IT 企業が「フリー」ということを職場で導入しています。特に Facebook は創業者・CEO はたいへん若く、会社に普段着で現れ、広い敷地内を移動するのに折りたたみの自転車やセグウェイに乗るそうです。また、社員食堂も洒落ていて、栄養バランスの良い内容で、全てビュッフェ形式で、3 食全て社員食堂で取る社員もいます。驚きは就業時間中にゲームをしたり、スマートフォンをいじったり、など仕事の合間に自由に遊ぶことも OK なのです。Google も同様の形態で、「20%ルール」というものを導入し、仕事の 20% は仕事とは関係ないことをせよというルールを積極的に社員に課しています。我々がよくお世話になる「グーグル・マップ」も 20%ルールによって

生まれたコンテンツなんですね。

日本の上場企業と比べても随分と異なることがお分かりになると思います。日本の企業はいわゆる「管理野球」と言われる形態で会議中にやおら、ゲーム機を取り出して遊ぶものなら・・・という空気ですよね。しかし、近年、日本企業が世界で業績を落としていることはご存知のとおりです。一部の企業はそのことを危惧し、少しずつですが、業績を上げているアメリカ企業に倣い「フリー」という概念を職場に導入しつつあります。服装を自由にしたり、快適な仮眠室を設けたり、社員食堂をおしゃれで快適な空間にしたりなど・・・まだまだアメリカほどではありませんが、改善を始めているようです。

「フリー」は決してサボタージュや手抜きではなく、言わば、仕事しながら、時々頭を休めてまた、仕事にエネルギーを傾けるものではないかと思えます。「楽しい職場で楽しく、肩の力を抜いて継続して仕事ができるようになる」のではないかなと筆者は思っております。そのような環境から自由な発想が生まれ、新しいビジネスモデルが生まれてくるのだと思います。

勉強するにもそのような「フリー」という部分があっても良いのではないかと思います。我々は少なからず、宗教や宗教的事象に関心が高い集団でありましょう。論文や書籍を徹底的に学ぶだけでなく、時折、宗教的な施設を会場として、例えば、会場のお寺のお庭を眺めてみんなでくつろいだり、休憩時間に和尚さんのお話を聴いたりということも良いことではないかと思えます。経典や聖書を読むだけでは見えてこなかったものに気がつき、「あ！あの部分に書かれていたことはこういうことではないのかな？」というようにいわゆる「A, HA」体験もあるのではないかなと思えます。また、宗派の祖師方ゆかりの地を訪れ、「開祖様はこのような思いでこの一節を書かれたのかな」と想いを馳せてみる事もありましょう。

関西勉強会は今後も「フリー」という概念を大切に楽しみながら、遊び心を忘れずに細々と継続してまいりたいと思えます。一人でも多くの方々に足をお運びいただき、楽しく充実した時間を提供したいと願っております。

来年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

## 事務局からのお知らせ

宗教心理学研究会ニューズレター第30号が発行されました。今回の内容は、日本心理学会第83回大会公募シンポジウムの報告および発表者・参加者からの感想となっております。

日本心理学会にて「宗教と生命倫理」のシンポジウムを行うというのはチャレンジでもありました。実際に開催してみて感じたことは、「心理学会ではまだ時期尚早だったかもしれない」といったことでした。と同時に「心理学だからできることがある」「心理学が関わることによって新たな形が作れるかもしれない」といったことも感じました。実際、今回のニューズレター原稿では心理学への期待や連携・協働の可能性が語られています。

さらに、今回のニューズレターを通して、会員の皆さまが「宗教と生命倫理」について知り、かつ考える機会となれば幸いです。そこからさらに新たな展開が生まれるならば、今回のシンポジウムはまさに種蒔きの時となったのではないかと思います。

ニューズレターを始め、これからも研究会に対する会員の皆さまからのご意見、ご感想をお待ちしております。(K.M)

### [宗教心理学研究会の今後の予定]

2020年9月8日(火)～10日(木)

日本心理学会第84回大会公募シンポジウム(第16回研究発表会)開催

発行: 宗教心理学研究会

編集: 宗教心理学研究会事務局

研究会事務局

担当: 松島公望 [ psychology-religion@office.so-net.ne.jp ]

研究会ホームページ管理・運営

担当: 藤井修平 [ yrsk.f@nifty.com ]

研究会ホームページ

[http://www.geocities.jp/psychology\\_of\\_religion\\_japan/](http://www.geocities.jp/psychology_of_religion_japan/)