

仏教看護学の実践的教育課程の 構築に向けて

佛科大学保健医療技術学部看護学科准教授

中 島 小乃美

はじめに

平成 16 年に仏教看護ビハーラ学会が設立され、継続した活動の積み重ねによって仏教看護という言葉も定着しつつあるように思われる。看護学科をもつ仏教系大学 7 校・短期大学 1 校では、仏教と看護、または仏教看護として、あるいは仏教学として仏教を学ぶ時間を作っており¹⁾、その意図するところは建学の理念に基づき、仏教精神をもった看護師を育成しようとするものであることが窺われる。

情報検索ツール CiNii で「仏教看護」をキーワードとして検索すると 36 件、医中誌では会議録も含め 12 件であった。検索数の違いは、「仏教看護」をテーマにする研究が、看護学科を持つ仏教系大学や短期大学で行われていること、さらに、宗教系や仏教福祉の雑誌に投稿されたものを含むかどうかに関因すると思われる。この中、大澤らの研究では、看護系大学の宗教文化教育に関する意識についての調査がなされ「仏教看護論」への展望について考察しており、「仏教における基本的な智慧や教えを、看護を実践していく上で求められる基本姿勢に照らし合わせながら教授し、より身近に感じられるような体験ができる機会を提供していくことが求められているのではないか」(大澤ほか 2014)と考察している。さらに伊藤ら(2016)は、仏教を基調にした緩和ケア病棟で実践されている看護師たちにインタビューした調査の結果をまとめ、ビハーラ僧らとの他職種連携によって効果を上げていることが示された。また鮫島らの研究では、1 年から 4 年までかけて行われた仏教看護に関わる授業の内容が紹

介され、看護教育の中で仏教を学ぶ意味について考察されている。この試みの中で卒業生たちに少しずつ仏教精神が熏習され、その心をもって看護が実践されているという（鮫島ほか 2018:100）。筆者も、2018年に4年次の講義の一端を担ったところ、授業後のレポートの中に「自分が抱いた感情は分別であったと実感することができた」などの記載が多く見られた。患者との関わりの中で沸き起こった自身の感情を振り返ると、相手を思う前に自分の感情が先に出ていたことに気づき、それを「分別」として捉えていたというこのことから、この「分別」は、「道理をわきまえる」という意味ではなく、「我にとらわれた物事の捉え方」という仏教の文脈で捉えられていたことが示され、この4年間の仏教精神をもって看護を考えるという取り組みが一定の成果をあげていると考えられる。今後、レポート記述などからその学びの具体的な変化を追跡していくことを課題として、本稿では看護教育の中でより実践性のある仏教看護教育をめざすための方向性を模索してみたい。

1. 仏教看護の周辺

第1回の仏教看護ビハラー学会が開催されて平成30年で13年が経ち、この間、社会情勢も大きく変わった。IT化が進み、人工知能も導入され始め、スマートフォンの爆発的な広がりとともに益々個別化がすすみ、人と人との関係性の希薄さが懸念されるようになってきた。

医療においては、依然として先進国では西洋医学が主流ではあるものの、伝統医学をはじめとする様々な療法が注目され始め、アメリカにおいては1992年に国立の代替医務局（Office of Alternative Medicine）が設立され、2014年に名称変更し国立補完統合衛生センター（National Center for Complementary and Integrative Health: NCCIH）³となり、エビデンスを含めた様々な情報提供が行われている。この背景には、1960年代のアメリカのカウンターカルチャーの流れがあり、死を敗北ととらえる延命や救命医療が主流となっていることや、大量の薬を使う西洋医学に疑問を感じた人々が、人間がそもそももっている本

来的な治癒力（自然治癒力）を活かした治療を求めたことに始まり、現在も多くの人々の関心を集めている（日野原ほか 2002）。

このアメリカの潮流もあり、仏教看護ビハーラ学会の設立とほぼ同時期に日本においても統合医療学会⁴や、ホリスティック医学協会⁵が設立され、西洋医学を踏まえつつ、それ以外の治療を試みる医師やセラピストたちも増えている。また、看護においても 2002 年文部科学省、2003 年の厚生労働省の検討会報告を経て、卒業までに修得する看護技術の中に、以前から技術の中に含まれていたマッサージに加えてリラクゼーション法が導入されるようになった。これに関しては小坂橋（1995）、荒川（1996）、尾崎（2003）らが早くから注目して地道に活動を続け、2011 年に日本ホリスティックナーシング研究会を発足し、2018 年よりホリスティックナースの認定制度も導入された⁶。2016 年にはエンドオブライフケア学会が設立され「人権としてのエンドオブライフケアを具現化」、「市民と多様な分野のケアの実践者・教育者・研究者の参画と協働」を理念に学会活動を行なっている⁷。このような動きは、従来の医療以外の多様なケアの必要性を感じて実践する人たちが増えてきたということであり、喜ばしいことではあるが、方法論だけを導入することの危険性を懸念している。

かつて政治学者の丸山真男氏が『日本の思想』のなかで、日本文化の受容形態を根っこのない蜻壺のようだと指摘したが（丸山 1961:129）、日本の看護界においても同じ状況が見られるように思われる。ケアにあたる者たちは、個々の臨床経験から苦しむ人をなんとかしたいという切実な思いでより効果的な方法を模索している。しかし、それが方法のみを求め歩くようになっては、丸山が指摘する蜻壺化を招き、結果として現在引き起こされている個々の問題や症状のみに目をむけ、「病に苦しむ人」の根源的な苦しみに目を向けたケアにはならないことになってしまう。本稿の問題意識はまさにこの点にある。つまり、看護実践がケアされる人を全人的に援助する基盤として、死や様々な限界を有する我々がいかにかこの人生を生き死んでいくかを 2500 年に渡って考えてきた仏教という思想、および宗教文化から捉えようとするものである。したがって本稿では、仏教が生老病死の痛みからの解放を目指し、どのように生

きるのかを問うた宗教であるという原点に立ち返る。そして仏教看護を、仏教精神をもったあらゆる看護実践と位置付け、仏教が看護実践において果たし得る役割の確認と、それをどのように看護教育のなかで具現化するのかということを考えていく。

インドに起こった仏教は、長い年月をかけて発展したことで複雑化したが、その中で思想自体がもつ様々な課題を乗り越え、多くの方便（衆生が苦しみを乗り越えられるよう導く方法、手段）をもつに至った。筆者は、看護実践の現場で自身が葛藤したことから、無謀ながらも仏教学研究の末席に身を置き、仏教の発展過程の最後の形である密教に仏教看護の可能性を見た。そのため本稿では、仏教の中でも特に密教の視点から、看護の教育の中でより実践性のある仏教看護教育を目指して、看護者自身の内省による自己研鑽と他者へのケアを両立する（自利利他円満）の看護実践を考察してみたい。

2. 看護は仏教に何を求めているのか

第二次大戦以降、アメリカの医学に大きく依拠してきた日本の医療は、それ以前に日本社会のなかにあった生と死の文化を病院に持ち込むことはなかった。それでも1960年代頃までは、各家庭や地域にその文化や風習は残され、伝統的なお盆やお彼岸、村祭りなどが行われていたが、高度経済成長に伴い都会へ若者人口が流動し核家族化が進み、村落共同体の結びつきは弱まり、伝統的な日本の価値観や生死の文化は変化を余儀なくされた。生活形態においてはこのような近代化が進む一方で、なおガンの告知はタブーとされ、自分の病名を知らないままに亡くなっていく患者は多く、1980年代になってようやくターミナル・ケアの必要性やホスピスの必要性が叫ばれるようになった⁸。1990年代に「患者の知る権利」が注目されるようになり、病名や病状の説明が詳しくなされるようになったが、それまでは死に繋がる病名の告知はタブーとされており、その中でも看護師たちは悩みながら看護を提供してきた。

このような時代背景の中で1986年頃から仏教とターミナル・ケアを考える

画期的な試みが佛教大学で始まり（水谷 1996）、仏教看護ビハーラ学会への設立の追い風となったと認識している。この仏教とターミナル・ケアに関しては、当時のシンポジウムでの議論が一冊にまとめられており（佛教大学 1993）、この時期に仏教看護の根本的な考えは示されていたといえる。特に中心であった水谷幸正氏の捉え方は、釈尊の悟りに始まり、仏教の発展を踏まえた柔軟な仏教観であり、示唆されるところが多い。しかし、1点だけ残念な点がある。書中にも 1992 年の第一回のシンポジウムの際に会場にいた看護師の発言によって補われたとあるが（佛教大学 1993: 153）、看護師たちが臨床の様々な場面で患者と向き合う際にどのようなことに悩み苦しんでいるのか、という視点で論じられた箇所が極端に少ないことである。当時、患者のベッドサイドで死を語ることがタブーであったことを考えると、仏教と医療をつなぐにはまず生死観（死生観）の提示が必要だと考えられたことも理解できるし共感するが、実際にケアを行っている看護師に焦点が当たらなかったことは少し残念な思いがする。注目すべきは、コメントをした小西医師が、仏教医科大学ではなく仏教看護大学の構想を語り「なぜ仏教医科大学ではなく、看護大学かと言いますと、ターミナル・ケアというのは文字通りケア（care）であって、キュア（cure）ではないからです。（中略）私はいつも看護学校の学生さんに“あなたたちは素晴らしい仕事をやろうとしている。なぜならば、医療では治せない病気はいくらでもあるけれども、看護できない病気は一つもないんだ”と言っておりますが、決して彼女たちをおだてるつもりで言っているのではなくて、心底そう実感しています。仏教界でもより積極的に看護という問題に取り組んでいただいて、具体的拠点づくりを促進される中で、ビハーラ活動が現実の力となることを心から願っています」と講演を結んでいる点である（佛教大学 1993: 101-102）。このときにすでに仏教思想をベースにした看護大学の構想があったことに驚くとともに、看護とは何かということをよく表している。すなわち、看護師は人の生まれるところから病み、老い、人生を終え、さらに仏教思想に基づくならば、次の段階へ移行するまでケアし続けているということである。またこの中では、平安時代に生きた源信（942-1017）によって記さ

れた『往生要集』の影響を受けた看取りの作法の研究が紹介されている。そこに描かれる看取りの作法は、患者と看病者ともにお念仏を唱え、阿弥陀如来の来迎を信じておだやかに死を迎えるという理想的な死のありかたであり、これらが平安末期から鎌倉期にかけての大きな時代の変化の中で生まれてきたことは興味深く、宗教をタブー視しがちな日本の社会の中で、安楽で人間らしい死を迎えるあり方を検討するために仏教からターミナル・ケアを考えることを試みたシンポジウムの意義は大きい。同時期にこのシンポジウムの中でもコメンテーターをしておられた長谷川匡俊氏や神居文彰氏らの長年にわたる研究成果が、仏教看護学会の創設に尽力された田宮・藤腹氏らとともに『臨終行儀－日本のターミナル・ケアの原点－』という形で出版された。当時、臨床から再び大学で学ぶことを選択した筆者は、大学の講義を通してこの書籍に触れ、大きな衝撃を受けたことを覚えている。この中に、良忠による『看病用心鈔』が紹介され、“お念仏を唱え阿弥陀如来の浄土に生まれるよう願うこと”に患者が集中できるよう、苦痛を与えず臥床したままで排泄の世話を行うことや、痰や吐物の処理、病床を清潔にすることがすでに説かれており（神居ほか 1993：145, 157；玉山 1980, 1986）、これらはまさに看護援助である。また看取りの看護者である“善知識”については、「善知識とは極楽浄土の教えによく通じ、阿弥陀仏の本願のすぐれた功德を十分知ったうえで、かつ病人の容態のすべてをよくわきまえている人のことである」（神居ほか 1993；136, 137）という定義とともに、看護者のあるべき姿を読み取ることができる。しかし、ここで言うところの“看病”とは、やはり臨終を見据えての看病であり、死にゆく人に対して仏教者が行う看病である。当時は、床に臥すということは多くの場合、死の直前であったことであろう。それを考えると臨終と看病を同義的に捉えたことも不思議ではない。しかし、現代社会において仏教看護を考えるとき、看護は看取りの場面だけに関わっているのではなく、そこに至るまでの予防を含む長期間の療養過程の折々に関わっていることに注目する必要がある。病気と診断され治療が始まり、身体上の様々な症状や治療からくる苦痛や喪失を体験し、受容しきれない思いを抱えて患者は苦悩する。当然このような状況の患者

は、冷静さを保てるはずもなく、一人悩む人もいれば周りに影響を及ぼす人もいる。そのような状況が生じるのは夜間であることが多く、24時間患者の傍らにいる看護師が対応しているのが現状である。このような時、看護師は患者の傍らにあって、その患者の苦痛を軽減させる方法はないだろうかと思悩むのである。さらに、疾患を抱えて慢性的な状態に移行し、病をコントロールしながら生きていくことを余儀なくされ、やがて終末期をむかえる。この過程の全てにかかわるからこそ、仏教看護でなければならない重要な一面を見いだすことができる。

1983年にアメリカの社会学者 A. R. ホックシールド (Hochschild, A. R.) が“感情労働”という概念を提唱し (Hochschild, A. R., 1983、石川ら訳 2000)、1989年にパム・スミス (Pam Smith) により『感情労働としての看護』が著され (Smith, 1989、武井ほか訳 2000)、看護の中でもこの概念が驚きをもちながらも共感をもって受け止められた。看護は肉体労働であると言われてきたが、生死の現場は常に緊急性の高い状況にあるため、的確な判断を求められる高度な頭脳労働でもある。そこに加えて感情労働でもあることから、20代初めの新人看護師に耐え難いほど過酷な現場であるにも関わらず、それが具体的にどのような状況であるのか、看護師の心身にどのような変化が起こっているのかということについては、仏教者側から提唱されるターミナル・ケアの中にはあまり表に出てこなかったように思う。看護師はその受け止めきれない状況で自分を責め、また思いを寄せるあまり共感疲労を起こしてしまう (武井 2006)。そこに患者の暴力まで加わることもあるのである。当然、患者の言い分もあるだろうが、心の病で治療を受けている看護師の中で、44%が患者などから暴力を体験していると答えている⁹⁾。

筆者は京都光華女子大学の「仏教看護論Ⅱ」の授業で、学生たちが看護を行った際にどのような場面でマイナスの感情を抱いたのか、ということテーマにグループディスカッションをした。この時「患者に対してマイナスの感情など持ったことはない」また「具体的にどのような感情をいうのかわからない」と答える学生が少なからずいた。詳しく話を聞くと、「患者さんに対して悪

い感情を持ってはいけないと思った」と語った。緊張して我慢していたのかと問うと、少しずつ「排泄物の匂いにはどうしても慣れることができない、できるなら触れたくないと感じた。でもそのようなことを思ったらいけないから手早く交換することを考えた」ことや、「難しい患者の反応にどのように対応してよいかかわからず、できれば関わりたくない」と思ったことや、「暴力を振るわれるのではないかと恐れた気持ちなどを語ってくれた。学生時代は患者に対してこのようなことを思っただけで、心を奮い立たせて患者の前に向かうものの、やがて看護師として臨床で働くうちに“業務”となり、仕事として“上手にあしらう”ことを覚えていく。それで自分は仕事ができる看護師だと満足している者は悩むことはないだろうが、看護とは何か、その人の最善の看護とはどのような状態かを考えて援助しようとする者にとっては、看護実践の中でマイナスの感情が生じることによって自己矛盾を抱え葛藤することになる。これ以外にも様々な職場の悩みから、感情労働に疲弊して退職や転職へと追い込まれていくことは想像に難くない。このような看護師にこそ仏教がその思いをあるがままに受けとめ、ともにあって欲しいと願う。

光華女子大学の取り組みが一定の成果を上げたと感じられたのは（鮫島ほか2018）、1年から4年次にかけて段階的に仏教教育に取り組みされたことと、担当者の中に早くから病院に出向いて終末期の患者に寄り添い続けた僧侶の存在がある（長倉2015）。彼の語りには患者との壮絶な関わりがあり、そこに看護学生たちはやがて自身もそのような場に立ち会う者として共感し、仏教思想を通して患者に向き合うことの意味を確認するからである。つまり、仏教が看護に提供し得るものは、死を目前とした終末期の患者に対してのみではなく、病と共に生き身心の苦痛や喪失を体験し、受容しきれない思いを抱えて苦悩する患者の傍らにあって、患者と同じく一人の人間として様々な感情に揺れ、苦悩する看護師自身にとっても、仏教を通して患者と向き合う経験が自身を成長させ、看護実践に変化をもたらすという確信である。患者（対象者）と看護師双方に仏教が必要だということはこれまでも既に指摘されており、藤腹は「仏教看護では、仏教の教えや価値観を看護の基本的な考え方や実際に取り込んでお

り、それは、看護の主体、対象の双方に対して意味をもつものであると考えている」と述べている（藤腹 2012: 112）。しかし、患者と向き合うその時、その場で揺れる看護師の心を見つめ、そのような思いを抱く看護師自身も同じく救済される存在であることにもう少し注意を向ける必要がある。このような状況を踏まえて、仏教の発展過程を活かしつつ、既存のカリキュラムとの関連を視野に入れた実践的な仏教看護教育を進めていく時期が来たのではないかと考えている。

3. 実践的な仏教看護教育の構想

実践的な仏教看護教育は、看護師一人一人に仏教精神が浸透し、生老病死のあらゆる場面でその看護師が行う看護実践を仏教看護として位置付け、そのための学びであるとともに、現場の看護実践へと繋がることを意図している。その実践とは、自身の感情や分別に偏ることも、とらわれることもない「無自性空」に徹した実践であり、そのような境地から向かう他者への救済活動は慈悲の実践であり、そのような実践者として研鑽し、一人の人間としての完成を目指す（すなわち菩薩道を歩む一人の人間存在）その人が看護という方便（方法、手段）をもって実践していくということである。このような看護師が行う看護は、仏教の生死観を踏まえ、予防、病や障害の受容、疾病からの回復など対象者の願う生への援助であり、死によっても奪われることがない生きる価値を見出した「安心^{あんじん}」とともにある死への援助である。ここで言う「安心^{あんじん}」とは、仏教思想において信仰（教理の理解や修道の体験）によって、心を揺らぐことのない境地に安住することである。多様な価値観をもつ看護師と患者にあっては、信仰をもつとまではいかないまでも、仏教看護を学ぶことによって死を受け入れ、生をまっとうできるような援助を目指すことができる。

したがって、このような仏教看護には常に二つの方向性がある。一つは、看護師自身の内面の成熟に向かう方向性（自利）と、患者（対象者）への直接的なケアと患者の気付きのプロセスに寄り添う関わり（利他）である。そのた

め、仏教看護学の実践的な教育では、1) 習慣的な捉え方を大きく揺さぶり、その弱点を知ることで視野を広げ、多様な価値観を理解する、2) 仏教の人間観と、生死観の理解、3) 看護教育で導入されているリフレクションを仏教の視点から行う、4) 呼吸法や瞑想法、イメージ療法、エネルギー療法などの仏教的根拠を理解することで、現在の看護教育のなかで行われている看護技術と仏教の学びを統合的に理解する、5) 世界の仏教文化圏での体験実習や、伝統医療などに触れ、生活の中でどのように病とともに生きているのかということを考える。さらに欧米の伝統的な医療や、統合医療の試みなどに触れ、見識を深めるという5つの方向性を考えている。このようにして自分自身の満足だけでなく、患者の満足のためだけでもない、互いの自利利他円満のために、現在の自分をありのまま認識し、進んでいく方向性を調えることができると、周囲との相互関係を大切にして、互いを活かし合う関係性を築けることができると看護の質はより向上していくのではないかと考えている。そしてこれらは、トラベルビーが、看護とは対人関係のプロセスであり、患者が病気や苦難の体験に立ち向かうことができ、それらの体験のなかに意味をみつけさせるように、個人や家族、あるいは地域社会を援助するとする“人間対人間の看護”としても(Travelbee 1971 長谷川／藤枝訳 1974)、ワトソンが、看護学を“ヒューマンケアリングの科学”とし、看護におけるケアのプロセスを、人間性重視の立場に立った・倫理的・哲学的・認識的行為であり、鍛えられた実践であると捉えていることや(Watson 2012 稲岡ほか訳 2014)、メイヤロフが、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。(中略)他の人をケアすることをおして、他の人々に役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きているのである。この世界の中で私たちが心を安んじていられるという意味において、この人は心を安んじて生きているのである。それは支配したり、説明したり、評価したりしているからではなく、ケアし、かつケアされているからなのである」(Mayeroff 1971 田村／向野訳 1987: 13-16)と述べる“ケアリング”という観点からも矛盾なく、むしろ、仏教を理解していることでよりその理解

を深め、豊かな実践に繋がるのではないかと考えている。以下、これらをどのように行なっていくのかについて考えてみたい。

1) 習慣的な考え方を揺さぶりその捉え方の弱点を知る

仏教は今をどう生きるかを追求した宗教であり、苦しみの根源を自分自身の中にたどっていくと、そもそも生を得たことに行き着き、再び生まれることがないよう輪廻の輪から抜け出る解脱を目的にしている。その点において、今を生きる我々一人一人の内面に問いかけて、その習慣的なものの見方に固執している自分に気づき、その進むべき方向性を見出しその道を行じていくことを教えている。

仏教では自身という存在は、五蘊が仮に和合することで成り立っていると考える。五蘊とはすなわち、色蘊は感覚器官を、受蘊は苦・楽・苦でも楽でもない3つの感覚、想蘊は認識対象から姿形から心にそのものを思い描く、行蘊は能動的に意思するはたらき、或は衝動欲求、識蘊は認識判断をいい、これら5つが仮に和合したものを人間存在と捉えている。一人一人異なった認識で目の前の事象を捉え、思い考え、我を第一に考える。仏教の捉える人間は、貪・瞋・癡という根本煩惱を具した存在であり、今ある苦しみの根源がどこにあるのかをみつめて、それを乗り越えることを目指している。これはすなわち、看護する私も対象者とともに煩惱を具した存在であるということである。さらに自分の周囲の存在も全て煩惱を具えた人であり、それぞれが我を立て、我がものとする捉え方（我執我所執）をしているということである。誰もが自分の都合の良いように物事を捉える特性をもっているため、認識の不一致は起こって当然のことである。このような私の習慣性を仏教では“習気が熏習する”^{じっけくんじゅう}ととらえ、この習慣化し無意識のレベルにまで染み付いた自分の思考や振る舞い、志向性を改めてくことに仏教の実践（修行）の本質がある。すなわち、この我を立て、我がものに捉われ執着しているこの“私”という存在をしっかりと認識することから実践が始まるのである。

したがって、仏教看護学の教育においてこの実践は、1年次より看護技術の

演習の際、学生同士で患者役・看護師役となって他者に触れることで、看護という仕事が家族以外の他人の身体に密接に接するのだということを理解していくことから始まる。現代の、個別化が進み他者との関係性が希薄になった社会に生まれ育った若者にとって、現場にいる看護師にとって当たり前の患者との距離の近さも、彼らの認識を超えたものだと言える。その点にアプローチして、彼らの習慣化した物事の捉え方の枠組みを揺さぶるのである。また臨地実習においても入院中の患者を担当することから、年代の異なる病の只中にいる人々に直接関わることになるので、感情が揺さぶられる経験をする。この時、対象者である患者のことを真っ先に考えるのではなく、自分の学習上の課題のことが前面に出る学生も少なくない。このような時に、まず自分のことが先になっていることを伝え、対象者に思いを寄せることがどのようなことであるかを考えるよう促すことで、関心が自分に向いていることに気づくことが多い。このような場面ごとに振り返りを行うことで、自身の狭い視点と物差しで対象をみていたことに気づいていく。

また、病の只中にある患者は、自分自身のことを受容しきれないまま学生を受け入れることも多く、一旦は受け持ち患者になることを承諾しても、しばらくすると辞退することも少なくない。その時に多くの学生は拒否された、否定されたと受け止め、衝撃を受ける。このような時に、自分がいけなかった、悪かったと反省するだけではなく、一度、患者の状況と、患者に対して行った自分自身の行為も客観的に俯瞰的に見ることで、自分中心に、あるいは極端に狭い視野で物事を見ていたことに気づくことができる。

このような関わりは、我に捉われ煩惱に覆われた状態から離れ、「この私がこの者を」という執着性（所取能取^{しよしゆのうしゆ}）を越えた正しい見方（正見^{しやうけん}）で状況を観察し、本質を見極めること、すなわち偏りのない中道としてのものの捉え方を促しているということが出来る。さらに、この中道としてのものの捉え方は、看護師や患者の心理面のアセスメントにのみ効果的なのではなく、一度、自身の心を落ち着け、中道にあることをイメージして身体の観察（フィジカルアセスメント）に臨むならば、患者の現状を客観視することに繋がり、言語的

コミュニケーションが難しい患者においても観察から多くを気づくことが可能となる。

このようなことを習慣化するためには、各学年での臨地実習や学内での学習の場面で、良い意味でも悪い意味でも印象深かった出来事を書き留めておく、またはできればプロセスレコードなどに起こして、実習の後に仏教的な視点で振り返りを行えると良いのではないかと考えている。これについては、3) でもう少し詳しく述べたい。

2) 仏教の人間観と生死観の理解

仏教における人間観は、1) でも述べたように自身という存在は、五蘊が仮に和合することで成り立っていると考える。仮に和合した存在にもかかわらず、我ありと執着する習慣的な捉え方を離れることを仏教は目指した。そして、そこから仏教が発展していく中で、全ての人は仏になる可能性、仏性をもつとする如来蔵 (tathāgata-garbha) 思想へと発展した。さらに密教では、全ての人は本質的に自性清浄 (svabhāva-śuddha¹⁰) と捉えている。人間存在をこのようにとらえるならば、患者である対象者も看護師である自分もともに煩惱を具えた存在ではあるけれども、ともに仏性をもつ存在でもあり、その本質は清浄だということになる。

このように衆生 (生きとし生けるもの) が本質的には清浄であり、仏性があると諸経典が高らかに宣言する背後には、衆生済度の特徴を強く出す経典の編纂がある。大乘経典は、釈尊の悟りにとどまらず多くの仏の存在を示し、慈悲あるがゆえに涅槃にとどまらず衆生済度に向かわれるという救済の象徴として如来 (tathāgata, tathā + āgata)¹¹ という存在を示した。筆者が研究対象とする 8 世紀の経典 (yogatantra) である『悪趣清浄儀軌』には、「おおよそ如来方あって救済されない存在はない」と説かれており (中島 2012: 16)、この他にも大乘経典で多くの如来方の衆生済度のありようが説かれている。例えば阿弥陀如来や薬師如来、大日如来などは日本にも馴染み深い如来である。これらの如来方はどのように衆生を救済するのかという誓い、すなわち誓願 (samaya) を

もつ。その誓願を我が誓願として衆生済度に臨むものが菩薩 (bodhisattva) であり、菩提 (覚り) をもとめる人を指す。この中、空性の智慧に重きを置く場合は智慧薩埵 (jñāna-sattva)、慈悲を重んじる場合は三摩耶薩埵 (samaya-sattva) と呼ばれ、その両方の特性をもつ者を金剛薩埵 (vajra-sattva) として菩薩の理想像とする。それはまた自利利他円満を目指す理想の修行者像ということもできる。

このように、インドを源流とする仏教の中で人間は煩惱をもった救済されるべき存在であるとともに、他者の救済を志す存在でもあるという面を強く押し出す構造で説かれるようになっていき、日本の仏教各宗派もこの延長線上にある。筆者は、このような救済されるべき存在であり、救済を志す存在でもあるという構造が、ケアの実践者である看護師の理想であると考えている。したがって他者を救済するために、自身の感情や分別に偏ることなく、とらわれることのない無自性空の実践者として、「この私がこの者を」という対立概念を超えた慈悲の実践を行う時、「私の実践」は如来とともに行う実践になるということが出来る。『金剛頂経』には、如来方は常に我々に寄り添う存在であり、我々はその加護 (rakṣana) を受ける存在であると説かれている (北村 2016: 206-217)。このことから、患者である対象者にも、その患者に手を差し伸べている看護師にも仏の存在がともにあるということであり、これほど大きな^{あんじん}安心はない。そして、やがては患者自身が如来の加護の念に包まれて、病と向き合い、生きる力を発揮していく姿や、または心おだやかに死を受け入れられるとき、看護師と患者という関係を超え、人間対人間として畏敬の念をもってその旅立ちを見送ることができる。このような状態は、先述した理論家たちが述べた“ケアリング”という概念と共有することができ、矛盾はないはずである。そして究極的には仏教ということ意識することなく、このような関係性を築くことができるようになることこそが仏教の本意であると思う。

生老病死の現場で仏教看護実践を行うためには、近代的な死の捉え方を見直すことが必要となる。特に、まだまだ死を語ることに抵抗を感じる人が多い中で、宗教文化というフィルターを通して死を見ることは、死を語る抵抗感を少

し和らげることができるのではないだろうか。例えば長倉が「あなた往く人、私も少し遅れて往く人、共に浄土で会いましょう」(長倉 2017: 92) を彼の医療チームのスローガンとしていることも浄土真宗、あるいは浄土教の死生観が、患者のみならず、患者を支える医療者たちをも支えていると言えるであろう。

筆者自身は、仏教における救済とは何かを知りたくて『悪趣清浄儀軌』の研究を行なった。この中には、様々な生きる苦しみや、その苦しみに繋がる兆しから衆生済度するために、ヒンドゥーの神々をマンダラの中に入れ、金剛名号を授けて仏教の部族にしてその折々の働き手となっていく様子が説かれている。現在でもチベットではこの経軌の中心尊である普明ヴィルシャナ (Sarvavitvairocana) の尊像が制作されているし (中島 2018)、またこの経軌に説かれる荼毘護摩儀礼だびごまぎれいに基づいて、西チベット・ラダック地方では現在でもこの形式による火葬が行われている。この一連の葬送儀礼は河村らによって、『チベット死者の書』(河村/林 1995) として 1995 年に NHK のドキュメンタリーとして紹介され、注目を浴びた。筆者が研究した経軌とは密接な関係があり、この詳細は別稿に譲るとして、この『チベット死者の書』は生前から死を学び、死後には死者を導くために説かれた經典であり、死んで中ちゅうう有にある死者の意識が次の生に向かうまでの 49 日間、僧侶が經典を読み続け、死者の意識に向かってどこに向かうべきかを説き聞かせるのである。この中antarā-有 (bhava) とは、仏教では亡くなってから迷いの世界を流転し次の命として生まれるまでの間を指す。日本でも四十九日の中陰ともよび、その間 7 日ごとに僧侶による読経が行われているが、その意味や修法は十分伝えられておらず、最近では簡略化されて葬儀の時にその場で済まされることも多い。このドキュメンタリーでは、『チベット死者の書』がアメリカのターミナル・ケアの現場で死を学ぶ技法としてこれを導入して活用している様子も紹介された。筆者は、これをそのまま活用するというのではなく、“死を学ぶ”、“死を語ることを恐れない” ために、このような書に触れ、患者も看護師もやがて死を迎える存在として、共に死を学ぶことができるのではないかと考えている。臨床の現場では死につながる病を告知されるようになったとはいえ、患者はその後、どのよ

うにその事実を受け入れていったらよいのだろうか。死を身近に感じる事がなくなった現代社会においては、患者はこのときに初めて自分が死ぬ存在だという事実を突きつけられるのである。もちろん、このような場合は専門の医師やカウンセラー、臨床宗教師、宗教者などの関わりが望まれるが、特に入院治療中、患者は夜間に一人考え込むことも多い。このような時に傍にいるのは看護師であることから、この『チベット死者の書』の学びを通して得た死を語ることを怖れない姿勢は、我々に一歩踏み出す力を与えてくれるように思う。仏教は難解な教理を追求するばかりではなく、この經典のように一般の人々に寄り添い示唆を与えてくれる側面をもち、現在でも西チベット・ラダック地方の人々の信仰の姿にそれを見ることが出来る。これについては、拙論で若干の考察を試みたが（中島 2018）、人々の切実な思いを汲み取り、人々に生きる示唆を与え、安楽な死を迎えられるよう導くのも仏教の一つの在り方である。

死後、どのようになるのかということは、現代医学の中では長い間、扱われることはなかったが、どのような形にせよ、なにか形を変えても繋がっていく感覚は、患者に安心を与えることができるのではないだろうか。これは輪廻や死後の世界を積極的に認めようというのではなく、そのように思いたい、思うことで救われると感じる患者の心に寄り添い、共に祈ることができるのではないかということである。死を語り、死の瞬間まで生を全うし、その過程の中で死の後の生を共に語り、祈ることも看護の一つの在り方だと言えよう。そして、そのためには死をも内包した世界観、生死観を学び、自身もやがては死ぬ存在であることを踏まえて患者と向き合うことが必然的に求められるということになる。

3) 仏教的なりフレクシオン（内省）により、自分自身と向き合い他者と向き合う

看護師は患者（対象者）を援助する瞬間瞬間に強い緊張に晒され、常に自身の心を揺さぶられる。慣れない経験の中で、自分を守ろうとするのは本能であり、それを看護師だからといって無理に押し殺しては、心が疲弊して心身

ともに病んでしまう。自分自身に起こっていることを客観的に、俯瞰的に見つめ、それを越えていく必要がある。そのような時、長い時間をかけて心をつめめることを追求してきた仏教は多くの方途をもつ。釈尊自身が難行苦行をしても心身を衰えさせるだけで効果がないと、菩提樹下で瞑想をして心の内奥を明らかにすることで悟りを得たと言われており、ここに仏教の基本的な性質が示されている。また大乘仏教へと発展していくなかでとくに唯識思想として深層心理にあたる第七識、第八識までを追求した壮大な仏教哲学がある。ここでは筆者が取り組んできた密教の諸経典からみた仏教のリフレクションと看護教育の接点を論じたい。

8世紀の経典で、胎蔵界マンダラを説く『大日経』（中島1999, 2000）という経典は、その第1章が「住心品」という心のおきどころと、心をどのように転じていくのかを説いた章である。そこで示される心のあり方は、単に心の状態を分析するのではなく、自身がどこに向かったらよいのか、すなわち執着を離れ、空性を体得することを目指している。そしてその過程は自分だけで進むのではなく如来の加持力（*adhishthāna*）との縁によって完成すると説く。看護教育の中でもリフレクションを取り入れて行っているが、内省（*reflection*）と反省（*regret, sorry*）とを一緒に考え、自分が悪かったと反省するということになりがちである。あるいは、できない自分を認めなくなかったり、できていないという事実をもって自身を否定したりすることもあり、リフレクションをすること自体がなかなか難しい。そこに仏教の教えである自分も相手もともに救済される存在であり、仏性をもつ存在であり、如来の加護を受ける存在であることの自覚に基づいて、偏りや捉われ、執着がどこから来るのかと考えることによって速やかに気づきを促すことができるのではないだろうか。また『大日経』の中で説かれる百六十心は、自身の心を様々な事象や動物、環境にたとえることで、心を一旦突き放して眺める具体的な方法が示されており（中島1999, 2000）、この方法であれば瞑想よりも場所や時間を選ばず、自身の心を客観的に見つめることができる。これらの経典や註釈が文字で残されているということは、何度も読むことができるということであり、理解につながってい

く。瞑想により心をつめ、経典や註釈でその意味を理解し、暗唱して自分の体にその考え方を刻み込んでいくことができた時に、我（自ら）の執着性を越えた行為となっていく。最近では、ダライ・ラマ 14 世の著作を翻訳したのも多く出版されているので、これらを活用することも一つの方法であるし、経典でなくても個人が心に響く言葉や心を揺さぶられた言葉を書き出して繰り返し読むことで、あたかも経典を読んでいるような効果をもたらすように思う。

4) 既習の看護技術や様々なケア技術がそのまま仏教看護の実践となる

藤腹氏は、仏教の教えである縁起、四諦、四正勤、七覚支、八正（聖）道を踏まえて看護過程に取り組む看護を提唱され、「その人自らがその苦を引き起こしている原因や条件に気づくような”方法であり、“その苦を減するための正しい方法を行じること”によって、仏教看護の目的が達成される」と述べている（藤腹 2010: 96）。それは仏教看護学の実践において先駆的な試みであるが、筆者はこの提唱を一步深めて、仏教の視点で看護師自身の変化へと働きかけることで、看護師自身の視野を広げ、物事の捉え方を整え、心を調える方法として違和感を覚えることなく、仏教が看護学に必要なものとして理解されてくると考えている。つまり、看護師自身が仏教の人間観や救済観に基づいている以上、実際に行われている一つ一つの患者への関わりは仏教精神で行われる看護実践であり、さらにそのことによって、患者自身が自らの心と向き合い、患者自身の内面の変化が起こるような関係性を築くことができることを意図している。

具体的には、看護は手を使ってケアを提供する仕事である。この手は言葉以上に雄弁に看護師の感情を物語る。相手の皮膚に触れるため、その感覚で対象は微妙に看護師の感情を感じ取る。筆者は毎年、1年生の非言語コミュニケーションの演習の一つとして、相手に触れることを感じ取る演習を行っている。入学して間もない学生同士が相手の体に直接手を触れる体験を通し、触れることの重みを感じ取ってもらうことを意図しているが、この中で学生たちは、「手の暖かさや思いやりの気持ちが伝わった」、「人の手ってこんなに暖かくて

気持ちよいということを初めて感じた]、「乱暴に扱われると不快だった」などの感想を述べている。このことから、清拭や足浴、車椅子移送の時など、特に密に相手に触れる時の触れ方に心を配り、相手に思いを寄せ、祈りの心をもって相手に触れることを意識づけられるようになれば仏教看護実践へと繋がっていく。

また最近では看護のテキストにリラクゼーションとして、呼吸法や漸進的筋弛緩法、イメージ法、瞑想法などが取り入れられている。これらは元を辿ると仏教をはじめとするインドの宗教文化に行き着く。欧米、とくにアメリカの看護学がインドの宗教文化を起源とするリラクゼーションを導入する背景には、欧米とインド世界の接点を理解する必要がある。まず一つにはナイチンゲールとの接点である。インドの植民地化とともにヨーロッパ諸国へインド思想が伝ったことでインド学や仏教学の研究が始まり、その流れの中でナイチンゲールも仏教を知っていたという事実を指摘しておく (Nightingale 1994、竹内ほか訳 2005)。

次に、19世紀以降、日系移民がアメリカに渡ることによってアメリカに仏教寺院が作られ始め、戦後、徐々にアメリカ社会に影響し、ティック・ナット・ハンの活動や、さらに最近ではダライ・ラマ14世のアメリカ訪問やチベット人亡命者のアメリカでの布教活動などによって現在のナイトスタンド・ブディズムと言われるような現象へと発展していった (タナカ 2010)。このような流れは、先述した西洋諸国の統合医療への関心の高まりとほぼ同時期にあたり、西洋諸国で従来の西洋文化にはない東洋の精神文化に多くの関心が集まっていった経緯を知ることができる。ダライ・ラマ14世も科学者との対話を好み (Dalai Lama & Goleman 2003、加藤訳 2003)、積極的に活動しておられることも大きな影響と考えられるが、科学者や心理学者の中でも瞑想を実践している人は少なくない。科学と矛盾しない、むしろ仏教的な発想から示唆されることが多いという興味深い示唆を示している (タナカ 2010: 205-264)。一例をあげると、タナカは B. アラン・ウォレス (B. Alan Wallace 1950-) の紹介の中で、「従来の“宗教”という固定概念から離れて仏教を見ることを促し、それによ

ってまた“科学”とその根底にある原理との関係すら問い直すことが必要になると主張する」(タナカ 2010:215)と指摘している。そのほかにもこの著書のなかでタナカは、仏教に関心を持つ人たちの傾向として、日本の仏教に見られるような宗教集団としてはなく、より個人の実践(プラクティス)を重んじる風潮があることを指摘し、個人の内面に向き合い、心を調える個人の実践としてアメリカ人に好まれていることを紹介している(タナカ 2010:156-179)。これらのアメリカの宗教文化の背景を踏まえて、改めてアメリカの看護理論家の著作を読むとまた理解が深まるものと考えられる。またマラヤ・スナイダー氏らが看護に役立つ補完代替療法として出版したのも、アメリカで仏教の実践が盛んになる時期とほぼ同じであり、その中にはヨーガや瞑想などが含まれていることから(Lindquist et al., 2014、尾崎/伊藤訳 2016)、当然、アメリカの仏教実践者の動きは知っていたものと考えられる。

これらのことから、仏教やインドの宗教文化は、従来の看護教育の中に矛盾なく浸透することが可能であると考えられると同時に、さらに自身の心を見つめ、患者の心と向き合い、思いを寄せて関わる看護師の育成にとっても大きな助けになってくれると考えている。

このように個人の実践としてヨーガ、すなわち瞑想が注目を浴びているが、ヨーガ(yoga)とは、サンスクリット語の動詞√yuj から派生した語で、馬を軛に繋げるという意味をもつ。したがってヨーガとは、意識を集中し、特に密教では仏と繋がることを意図している。これらから考えて看護の中で実践していくには、先ず呼吸法を用いて、自身の思考を見つめ、心に浮かぶことを客観的に見つめることから始める。さらに最近では、呼吸法により横隔膜が動かされると迷走神経が刺激され、副交感神経が優位になるというエビデンスも紹介されており、科学的にもリラックス効果があることが明らかとなっている(小坂橋 2013)。またドライ・ラマゴ自身も積極的に瞑想の科学的根拠を求められ、瞑想に長けた僧侶により実験がなされた。その結果、リラックスした時にでるα波よりもさらに深いθ波が出現し、幸福を感じる前頭前野が活発な状態であったことや、免疫力が向上する状態が明らかになったことが紹介されている

(Dalai Lama & Goleman 2003、加藤訳 2003 : 276-281)。これらからも呼吸法を入門として、呼吸に意識を向ける数息観^{すそくかん}を入りに、心に浮かんだものをありのままに観察し、それを後で書き出し、客観的に自身の心を観察する。このときプロセスレコードの手法を併せるとより効果的だと考えられる。さらに具体的なイメージに意識を集中させる(阿字観^{あじかん}など)、仏の姿をイメージする(観仏)、空性観念など、少しずつ発展させていくと良いと考えている。

仏教を理解した上で呼吸法や瞑想法を活用してリフレクションを行うメリットは、そこに仏というものを介在させることにより、自身の良い部分も悪い部分も含めて全てを一度、仏に預け、頑なな自己防衛を解き、安心して自己をさらけ出せる点にある¹²。それは如来の誓願を信じることにより、どのような自分であっても必ず救済されるという安心の元に自己を見つめることができることが大きいと考える。そしてそのような存在である私(我)がまた、無自性空に徹し、看護という実践を行っていくのである。

また日本においては、仏教の視点で習慣的な捉え方の見直しを行うことや、仏教の捉える人間観と生死観を各宗派の共通項目として、それぞれの所依の経典をベースに説明可能にしておく。釈尊の悟りを根底に据えつつも、それぞれの拠り所とする経典をベースにすることで日本における超宗派性を保ちつつ、むしろ各宗派の得意とするところを活かせるのではないかと考える。それは仏教の発展と成熟の歴史であり、様々なオプションを備えていることが仏教の強みだからである。実践面においても各宗派独自の方法を使う。実践面とは内省のための行である。浄土宗、浄土真宗であれば「南無阿弥陀仏」を唱え、阿弥陀の浄土に生まれ変わって、仏教を学ぶことをイメージするであろうし、真言宗であればマンドラや阿字観などを使った瞑想や、チベット仏教の瞑想やヨーガの実践。禅宗は坐禅などを方途とすることができるし、現在、仏教系大学の看護学科で行われている授業とも矛盾なく行えると考えている。

5) 世界の伝統医療と人々の生活を知ることで、ケアの視野を広げる

筆者は、インドやチベットに調査に訪れ、伝統医療が行われている場に足を

運び、その様子を調査するとともに、自身も治療を受けたことがある。この中で感じることは、人々の生活の中に信仰も医療も矛盾なく存在し、そのような在り方が本来の人の生活というものであると実感した（中島 2017）。看護師は、患者にとって入院生活が非日常的な経験となることを踏まえて、少しでも普段の生活に近い状態で過ごせるよう援助しようとしているものの、病院の中で日々働く看護師自身にとってはいつの間にかその場が看護師である“私の普通の場”になってしまう。だからこそ、“生活”とはどのようなことを言うのかを改めてしっかり認識しておく必要があるのではないだろうか。生活形態や生活感は個人差が大きい。一度、それを意識化する必要があると考えている。人が生活するということが、食事を作る（食物や家畜を育てるところから）、活動、排泄、睡眠、社会生活を営むということを含めて、様々な国々の状況を体験する機会を作る必要がある。幸い、仏教系大学では、インド、タイ、スリランカなどの仏教国への現地研修を行っているし、アメリカや欧米諸国での語学研修も行っていることから、そこに参加し、宗教と文化を体験する機会を作り、広い視点で人間の営みを理解する試みを導入していくことが大切であると考えている。

おわりに

仏教看護学の実践的な教育の方向性は、「この私がこの者」という執着性を越えた境地での看護実践を理想とし、その実践と教育、研究、研鑽を積むことを目的とする。ケアを受ける人の最善は何かを、本人を中心に多くの関係者がその専門性を活かし取り組むことは、まさにマンダラの世界観の実現とも言えよう。ケアする者とケアされる者が、「この私がこの者（患者）を」ということを越えたところの関係性によって生み出される瞬間は、ケアリング以上の関係性となり得るであろう。

社会経験が少なく、対人関係に苦手意識をもつ学生が多くなっている昨今、自身の心と向き合うことで患者と向き合い、共に影響し合う存在となるために

は、死を怖れずに語り合える関係性を作り出すことも大切である。そのような時にこそ、仏教が長い年月をかけて様々な宗教活動を行ってきた経験が活かされることであろう。そして、医療スタッフだけではなく、宗教者も含めて情報共有し合うことで、医療者も患者も周囲の人々も互いの関係性の力が活かされるケアの形が作られて行くことを願っている。今後は学生の学びを分析し、この構想が実現するような授業・演習、または大学院での教育研究などへ発展させていけるよう取り組んでいくとともに、多くの仏教系大学の看護学部・学科と連携して取り組み互いの経験を活かし合う関係性を構築していく必要がある。

文献リスト

- 荒川唱子(1996)「看護介入としてのリラクゼーション技法」『臨床看護の進歩』8、pp.28-35。
- 伊藤奈津子／塩田久美子(2016)「仏教を基調とした緩和ケア病棟で提供されている看護援助の構成要素について－仏教と看護が紡ぐ援助－」『淑徳大学看護栄養学部紀要』8、pp.31-79。
- 大澤千恵子／塩田久美子／伊藤奈津子ほか(2014)「仏教系大学の看護学生の「宗教文化教育に関する意識」と仏教看護論への諸相」『淑徳大学看護栄養学部紀要』6、pp.33-40。
- 神居文彰／田宮仁／長谷川匡俊ほか(1993)『臨終行儀－日本的ターミナル・ケアの原点－』北辰社。
- 河村厚徳／林由香里(1995)『チベット死者の書－仏典に秘められた死と再生－』NHK出版。
- 北村太道／タントラ仏教研究会訳(2012)『全訳 金剛頂大秘密瑜伽タントラ』起心書房。
- 北村太道(2016)『初会金剛頂経概論『タントラ義入』の研究』起心書房。
- 源信／岩田瑞磨『往生要集〈上〉』、『往生要集〈下〉』岩波文庫、2003年。
- 小坂橋喜久代／大野夏代(1995)「不眠症患者を呈する入院中の癌患者へのリラクゼーション法指導の試み」『日本看護科学会誌』15(3)、pp.12-02。
- 小坂橋喜久代／荒川唱子(2013)『リラクゼーション法入門』日本看護協会出版会。
- 鮫島輝美／小澤千晶／早島理(2018)「仏教思想が看護学に問いかけるもの－本学の看護学科における仏教の授業の歩みから－」『京都光華女子大学・京都光華女子短期大学研究紀要』56、pp.87-102。
- スミス、パム(1982)、武井麻子／前田泰樹訳(2000)『感情労働としての看護』、ゆみる出版。

- 高崎直道 (1983) 『仏教入門』 東京大学出版会。
- タナカ、ケネス (2010) 『アメリカ仏教』 武蔵野大学出版会。
- 田口玲子／渡辺岸子／尾崎フサ子 (2003) 「看護療法としてのマッサージに関する検討」 『新潟大学医学部保健学科紀要』 7(5)、pp.653-668。
- 武井麻子 (2006) 『ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか』 大和書房。
- 玉山成元 (1980) 『中世浄土宗教団史の研究』 山喜房佛林書。
- (1986) 「良忠上人著『看病用心鈔』について」 『良忠上人研究』 大本山光明寺。
- ダライ・ラマ／ゴールマン、ダニエル (2003)、加藤洋子訳 (2003) 『なぜ人は破壊的な感情をもつのか』 アーティストハウスパブリッシャーズ。
- トラベルビー、ジョイス (1971)、長谷川浩訳 (1974) 『人間対人間の看護』、医学書院。
- ナイチンゲール (1994; 2005) 『真理の探究－抜粋と注解－』 M. D. カラブリア編、竹内喜ほか訳、うぶすな書院。
- 長倉伯博 (2015) 『ミトルヒト－終末期の悲嘆に寄り添う一人の僧侶の軌跡－』 本願寺出版社。
- (2017) 「臨済僧侶の経験から」 『真宗文化』 26、pp.57-96。
- 中島小乃美 (1999) 「密教経典における仏教福祉－『大日経・住心品』 諸説「百六十心」をめぐって－」 『仏教福祉学』 1、pp.119-144。
- (2000) 「密教経典における仏教福祉－『大日経・住心品』 諸説「百六十心」をめぐって (2)－」 『仏教福祉学』 3、pp.45-64。
- (2012) 『『一切悉趣清浄儀軌』の研究－Buddhaguhya の註釈を中心に－』 起心書房。
- (2018) 「西チベット・ラダック地方の葬送儀礼にみる命 (1)－zhi khro の儀軌と無量寿如来の関係について－」 『佛教大学宗教文化ミュージアム紀要』 14、pp.1-23。
- (2019) 「チベットの宗教文化にみる命－宗教文化とホリスティックケア－」 『佛教大学宗教文化ミュージアム紀要』 15、pp.47-64。
- 中島小乃美／ダシュ・ショバ・ラニ (2017) 「インドにおける日常生活と伝統的健康管理法に関する研究－インド・バナレスを中心として－」 『佛教大学保健医療技術学部論集』 11、pp.23-35。
- 中島小乃美／井内真帆 (2019) 「東チベット・アムド地方の伝統医療と寺院」、『佛教大学保健医療技術学部論集』 13、pp.75-90。
- 日野原重明／井村裕夫監修 (2002) 『看護のための最新医学講座 33 alternative medicine』 中山書店。
- 藤腹明子 (2010) 『仏教看護の実際』 三輪書店。
- (2012) 「仏教看護のめざすもの」 『宗教研究』 85(4)、pp.846-945。
- 佛教大学 仏教とターミナル・ケアに関する研究会編 (1993) 『いのちの看取り－仏教的ターミナル・ケアへの展望－』 四恩社。
- ホックシールド、A. R. 著 (1983)、石川准／室伏亜希訳 (2000) 『管理される心－感情が商品になるとき－』 世界思想社。

丸山真男（1961）『日本の思想』岩波新書。

水谷幸正編（1996）『仏教とターミナル・ケア』法蔵館。

メイヤロフ、ミルトン著（1971）、田村真／向野宣之訳（1987）『ケアの本質－生きることの意味－』ゆみる出版。

リンクイスト、ルース／スナイダー、マラヤ／トレシー、メアリ、フラン著（2014）、尾崎フサ子／伊藤壽記監訳（2016）『ケアのなかの癒し－統合医療・ケア実践のためのエビデンス－ 第7版』看護の科学社。

ワトソン、ジーン（2012）、稲岡文昭／稲岡光子／戸村道子訳（2014）『ワトソン看護論－ヒューマンケアリングの科学－ 第2版』医学書院。

萩原雲来博士記念会編（1938）『萩原雲来記念文集』萩原博士記念会。

註

- 1 web で開講を確認できた大学は、5 大学、1 短期大学であった。この中、淑徳大学（千葉）では4 年次に看護の専門発展科目の中で選択として「仏教看護論」が行われ、駒澤大学では「仏教学Ⅰ」を必修、Ⅱを選択とし、東北福祉大学では1 年次に「禅のこころ」という科目を必修としている。飯田女子短期大学では、2 年次に「ヒパーラケア論Ⅰ・Ⅱ」が開講されている。京都光華女子大学では、1 年次から4 年次にかけて必修科目として仏教系の授業が導入されている。1 年次の全学必修「仏教の人間観」（4 単位）の他に専門科目として、2 年次前期必修の「仏教看護論Ⅰ」（2 単位）、4 年次後期必修の「仏教看護論Ⅱ」（1 単位）となっており、他に2 年次後期必修の「ターミナルケア」（2 単位）は僧侶として緩和ケアに携わる長倉伯博氏が担当している（長倉氏の活動については、長倉 2015、2017 参照）。鮫島ほか（2018）では、「仏教看護論Ⅱ」が必修化される以前（2014 年度入学生まで）の仏教系授業に関しての振り返りがなされている。佛教大学では、全学共通科目として1 年次の前期・後期に「釈尊のおしえ」「法然のおしえ」を必修、2 年次後期に「仏教看護論」を必修、3 年次前期に「仏教看護演習」が選択科目となっており、2019 年度より新カリキュラムとともに、1 年次前期全学共通科目「ブッダと法然」が必修、「仏教看護Ⅰ・Ⅱ」が1 年次必修、「仏教看護論Ⅲ・Ⅳ」が3 年次前期に選択科目となる。
- 2 「薫習」については鮫島ほか 2018、注 1（pp.100-101）参照。
- 3 国立補完統合衛生センター（National Center for Complementary and Integrative Health）<https://nccih.nih.gov/>
- 4 日本統合医療学会 <http://imj.or.jp/>。
- 5 日本ホリスティック医学協会 <http://www.holistic-medicine.or.jp/>。
- 6 日本ホリスティックナーシング研究会 <http://www.jhna.jp/>。
- 7 日本エンドオブライフケア学会 <http://endoflifecare.jp/>。
- 8 1973 年に淀川キリスト教病院で柏木哲夫医師らによるチームアプローチが開始されたが、ホスピス病棟の開設は1981 年の聖隷三方原病院まで待つことになる。なお、厚生省が「緩和ケア病棟入院料」を診療報酬に位置付けたのは1990 年、緩和ケア病棟の認可は1992 年からである。この年に仏教系で初めての緩和ケア病棟として長岡

西病院に「ビハーラ病棟」が開設されている。

9 朝日新聞 DIGITAL 2018年10月26日 <https://www.asahi.com/articles/ASLBV247FLBVUBQU002.html>

- 10 『初会金剛頂経』には、「奇哉自性淨 随染欲自然 離欲清淨故 以染而調伏」とあり、自性清淨を偈頌の関係から自性淨としている (T 18.No.865. p.209 b)。この部分の Skt は堀内寛仁『梵藏漢対照 初会金剛頂経の研究 上』密教文化研究所、1983年、§52「svabhāva śuddha, rang bzhin dag pa」とあり (Tib.D.No.479.7 b, P.No 112.8 a)、この他にも同様の表記が散見される。また、J. S. Negi: *Tibetan-Sanskrit Dictionary* vol.14, Central Institute of Higher Tibetan Studies Sarnath, Varanasi, 2004, p.6148にも rang bzhin gyis dag pa は svabhāva śuddha とある。
- 11 インドの古典語であるサンスクリット語の特性として、複合語 (語と語を格変化させずに結合させる) をしばしば用いることがあげられる。結果、結合された語の関係や語をどこで切るかで様々な解釈を許すこととなる。tahāgata という複合語の場合、tathā (如、あるがままに) + gata (理解した者) が原義であろう。しかし、それぞれの語の意味、さらに tathā + gata だけでなく、tathā + āgata という分割も可能で、それを活用し様々な解釈を提示することで種々のブツダ観が示されている。萩原 (1938:884-886) は Buddhaghosa の解釈として、tathā + gata と、tathā + āgata と捉える場合があり、前者は如去 (全ての煩惱を減して去る者)、と如来 (一切を知る智慧に到達したもの) という。高崎 (1983:49) には、「ā-gata (来る) という動詞は日本語とはちがひ、ある地点への到達を示す。したがって視点の置き方によって、こちらとあちらのいずれにも用いられる」とある。また、密教経典である『金剛頂大秘密瑜伽タントラ』には、「〔まず〕法そのもの (如、tathā) に安住され再び他に転変して、真実の道を説示される、かの者が如来 (tahāgata) と言われる」(北村/タントラ仏教研究会 2012:33) とある。
- 12 アメリカで流行し、近年日本でも注目される瞑想やマインドフルネスも当然のことながら、インドの宗教文化、特に仏教のそれをベースにしている。しかし、ここにも本論の1で指摘したように、有用であるから導入するものの、その本質が忘れ去られる“蛸壺化”が見られる。たとえば、仏教の瞑想 (マインドフルネス) は簡潔に述べるなら、事実と感情を切り分ける作用をもつ。当然それは仏教の修行体系の一部であって、それを通し、感情に振り回されることなく、そして他者を傷付けず、むしろ他者を温かく迎え入れながら、自らの人生をまっとうすることが目的とされている。しかし、現代のアメリカでは、本来の目的を顧みることなく、事実と感情を切り分ける効用を軍事利用している可能性が指摘されている (ネルケ無方「禪の立場から指摘する「マクマインドフルネス」の問題点」(別冊サンガジャパン 3、2016、pp.352-355))。これは極端な例であるが、何のための“マインドフルネス” (mindfulness, あるいは awareness) か、その実践の意図することを幾度も仏教に立ち戻って確かめることによってこそ、有用性のある実践となろう。