

## 医療・仏教・死の現場

### ～海外の事例が日本に示唆するもの～

ジョナサン・ワッツ

小川有閑（通訳）

浄土宗総合研究所

#### 1. 仏教者による終末期ケアと遺族ケア：過去と現在

現在、仏教はアジアの枠を超えて、世界中に広まっています。特に仏教の「死」に関する教えや行、具体的には、チベット密教の「死者の書」、死に関する禅語、上座部仏教の死体の瞑想、そして、阿弥陀如来の臨終来迎の教えなどが欧米人をひきつけています。たとえばインターネット書店のアマゾンで「Buddhism (仏教)」と「Death (死)」で検索をすれば、543冊もの本が該当し、その多くは自他の死に直面した時に仏教をどう活かすかについて書かれています。

1980年代から、ホスピスなど「死」を迎えるための専門施設や専門家が増え、仏教者でも終末期の患者やその家族に対してケアを行なっている人たちがいます。でも、なかなかマスメディアに取り上げられることもないので、広く知られているとは言えません。「ホスピス」と言えば、キリスト教に源流を持つ<sup>1</sup>というイメージを持たれる方も多いでしょう。そのため、日本では、仏教者の手によるホスピスをという運動のなかで、キリスト教色のある「ホスピス」を「ビハーラ」という言葉に置き換えるようになりました。「ビハーラ」はサンスクリット語で寺院を意味しますが、「ホスピス<sup>2</sup>」と同様に貧しい人たちに社会福祉と医療ケアを与える場所、旅人が休息する場所という意味も持っています。実際、仏教にはビハーラの歴史があり、お釈迦様が建てた祇園精舎（Jetavana Vihara）には、精神的ケア、経済的ケア、医療ケアの包括的センターとしての役割があったと伝えられます<sup>3</sup>。また、インド亜大陸を初めて統一したアショーカ王（紀元前270-232）は、仏教寺院を通じて薬草生産・調剤を普及させたことで知られています。日本でも、593年創建の四天王寺は、最

---

<sup>1</sup>アイルランドの尼僧マザー・メアリー・エイケンヘッド（Mother Mary Aikenhead 1787-1858）とその教会のシスターたちが原型をつくり、シシリー・ソンドース（Cicely Saunders）が最初の近代的ホスピス（1967年、セントクリストファーホスピス、ロンドン）を建てました。特に、ソンドースは世界中の仏教ホスピス運動に多大な影響を与えたと言われます。

<sup>2</sup>「ホスピス」には、ラテン語の「hospes」に直接の起源を持ち「宗教的使命により運営される旅行者、若者、恵まれない者たちのための宿」という原意があります。Merriam-Webster Dictionary

<sup>3</sup> 谷山洋三

初の官立寺院でしたが、病院や貧者救済、薬草栽培もする施薬院の機能も備えていました<sup>4</sup>。このように、最初期の寺院は病人や終末期のケアセンターでもあったのです。

お釈迦様の教えの中核をなす四聖諦が、苦を病気にたとえて、その原因、治癒、治療方法を解き明かしていることから、お釈迦様を「偉大なる医師」が形容することがあります。しかし、そういった喩えとしての「医者」ではなく、現実にお釈迦様やその弟子たちが、出家・在家を問わず終末期にある信者たちを悟りに導いた例は多くあります。元来、僧侶は死にゆく者に対しての導き手であったのかもしれませんが<sup>5</sup>。さらに、次の二つのエピソードは、お釈迦様が介護ケアやグリーフケア<sup>6</sup>のカウンセラーでもあったことを示しています。出家者プティガッタ・ティッサは重篤な状態に陥り、身体は膿み、仲間の僧侶が近づけないほどの悪臭を放っていましたが、お釈迦様は、他の僧侶たちに彼を看護することをただ命じるだけでなく、まず彼の身体、衣、部屋を清めること、さらに今後の看護計画を立てるよう指示したと伝えられます。また、在家信者のキサ・ゴータミーは、子どもを亡くし悲しんでいましたが、お釈迦様は、子どもを生き返らせたのなら、家から一人も死者を出していない家を見つけてみるように彼女に求めます。当然、そのような家は見つかりませんでした。お釈迦様は、生の非永遠性と死の現実を彼女に悟らせると同時に、死を経験した多くの人たちに接せさせることで、彼女をコミュニティによるグリーフケアにつなげたのでしょう。

仏教には、時代を問わず、終末期の患者と悲しみに沈む遺族への献身的サポートの実例が多く残っています。現在、同様の活動を行ない、さまざまな問題に直面しながらも努力している仏教者たちは、活動のモデルを伝統のなかに見出そうとしています。私たちは、これからの仏教的ケアのあり方を探るべく、国内外の以下の施設を訪問、また、講師として招き、調査をしてまいりました。本論はその分析を行うことを目的とします。

## 2. 日本：医療界の問題・仏教界の問題

異なる地域の事例を共通のテーマのもとに結びつける前に、まず、日本が現在直面している死の問題を概観してみましょう。日本は、近代以降、アジアのなかで特殊な地位を占めてきました。タイをのぞいて、欧米の植民地にならなかった唯一の国でありながら、同時に、G7に加盟している唯一のアジアの国であることが示すように、他のアジア諸国よりも高度な近代化と経済成長を成し遂げた国でもあります。しかし、この2,30年の間で、欧米諸国と同様に、その高度な発展ゆえの諸問題が各分野で生じ、医療も大きな問題に直面しています。医療の問題には二つの側面があります。

---

<sup>4</sup> 田中雅博

<sup>5</sup> 源信の二十五三昧会では、終末期にある僧侶を仲間の僧侶たちが世話をし、念仏を唱えながら看取ったとされ、その仲間こそ「善智識」とされました。

<sup>6</sup> 本論での、「グリーフ」とは、大切な人を亡くした際に生じる心の変化や葛藤のこと。グリーフケアとは喪失ケアとも言われ、喪失による悲嘆に苦しむ人へ手を差し伸べ、寄り添うことを意味します。

一つには、医療システムの構造的問題。つまり、現在の医療システムでは、医療費として点数化される手術などの治療や投薬に重点が置かれ、心のケアや治る見込みのない患者への終末期ケアが点数化されないゆえに、放置されています。その結果として治療に当たる医者や看護師に仕事が集中し、疲弊を招いてもいます。また、高齢者福祉や国民皆保険制度を現行の税込システムでは支え切れなくなっていることも挙げられます。もう一つは、死を敗北とみなすような文化的問題です。その価値観のもとでは、我々が死すべき運命にあるということ、死にゆく者であるということは完全に無視されてしまうし、患者が亡くなった時、医療従事者も、遺族も、深刻な精神的トラウマを受けることになるでしょう。これらの諸問題は、現在、アジアの仏教諸国も、医療の産業化・近代化が進む中で、直面し始めています。

日本は、急速かつ先進的な近代的発展ゆえに、欧米諸国がそうであるように、世俗化された社会、つまり、公的な場所から宗教が排除される傾向にある社会となっています。このように高度に近代化・世俗化した文化のなかでは、日本人が終末期の心のケアを自分たちで創り上げようとする時、もともとある仏教の伝統資源を活用することが、他のアジア諸国に比べて非常に困難になっています。しかし、私たちは調査のなかで次のようなことを発見しました。今、日本の仏教は、「葬式仏教」として商業化され、揶揄されているわけですが、日本の仏教者そして一般人も、終末期の患者と遺族をケアするために、仏教が非常に有益であることに気づき始めています。そして、いわゆる「葬式仏教」によって弱められてきた仏教本来の力を解放しようと努力しているということです。

また、他の仏教国にとって、日本が今経験していることはとても貴重なものとなるはずです。なぜなら、現在、日本の仏教が直面している諸問題は、近年、近代化のすすむ他のアジア諸国の仏教もいずれ直面するであろうことが予想されるからです。なかでも、現代社会における僧侶のアイデンティティや役割は、近代化による大きな変化の一つであり、仏教国全体に通じる差し迫った問題と言えます<sup>7</sup>。アジア諸国では、かつて、僧侶はもっとも高い教育を受けた知識人階級であり、社会のリーダーでしたが、今や一般の教育レベルが、伝統的な僧院教育を追い抜き、その結果、一般信者の多くは、僧侶と同じ、もしくはより高度な教育を受けるようになり、多くの国で僧侶の教養や知識の質が相対的に下がってきていると言えます。世俗化と近代化は教育以外にも僧侶の生活様式に大きな影響を与え、日本では、僧侶は儀式の時だけ法衣をまとい、アルコールをたしなみ、結婚をし、家族を持ち、世襲制が常態化しています<sup>8</sup>。他の国の仏教徒は、日本の僧侶を墮落していると言いますが、彼らが時代の変化に順応しようともがくなかで直面せざるを得ないものは何かという非常に重要な前例を、日本は提示しているのです。

---

<sup>7</sup> Watts,Jonathan.ED.(2010) *Rethinking Karma:The Dharma of Social Justice*. University of Washington Press

<sup>8</sup> およそ 74%の男性僧侶が寺院に生まれ、父の跡を継いでいる。Covell,Stephan G.*Japanese Temple Buddhism: Worldliness in a Religion of Renunciation*.Honolulu:University of Hawaii Press,2006,82

その他に日本が示すことができる大きな問題としては、寺院・僧侶と檀信徒の関係が、伝統的な親密なものからより都市化された希薄なものへと移行していきことがあげられます。この変化は、寺院を中核とする親密な地域共同体が崩壊し、かわりにショッピングモールを中心とする人と人との関係が希薄な都市型社会へと社会全体が移行することと軌を一にしています。変わりゆく仏教への最終的な評価はまだできませんが、その移行過程には、多くの問題が生じるでしょう。たとえば、マーケティングと利益優先に基づく仏教の商業化も避けて通れません。特に都市型仏教の重要な一側面に、葬式産業の進展があげられますが、それは日本において他にないでしょう。しかし、同様の傾向は、経済発展と都市化が高度に進むタイなどの他の仏教国でも現れてきています。こうした問題についても、日本は、他のアジア諸国の仏教が歩むこれからの道筋に、重要な視点を与えてくれるはずで

### **3. 死にゆく者と遺族への仏教的ケアの本質的な課題**

私たちの調査は、仏教の伝統について包括的に明らかにし、また、アジア、ヨーロッパ、北米の仏教文化に基づかない社会と同様、仏教徒も多種多様な活動をしていることを紹介することを目的としています。取り上げる各事例の実践者たちは、お互いに知識を共有し、影響を与え合っていますが、多くの人達は、独自に活動を発展させてきています。たとえば、日本の僧侶や信者たちは、国外の仏教徒の活動についての知識をあまり持っていないことがあります。しかし、チベット仏教に基づくリグパ精神ケアセンターとアメリカの禅センターは、お互いの活動内容をよく知っているものの、協働はせず、独自のプログラムを開発しているし、カンボジアで HIV 患者のケアに当たっているベス・ゴールドリングはタイのパイサン氏のもとで指導を受けていますが、両者は異なるスタイルでそれぞれ活動しています。台湾も、イギリスのホスピスをモデルとしながらも、全く異なった独自のスタイルとなっています。本論では、外面はバラバラに見える各事例を、共通するテーマに分けて、分析を進めていきます。それぞれの違いやその文化への適応形態を見ていくことは、成果を得るためには重要です。なぜなら、他の地域の活動をただ模倣しようとしても失敗することがしばしばあるからです。もう一方で、共通点を見ていくことは、それぞれに共通する智慧を示してくれます。その智慧とは、ある事例を他の社会的・文化的文脈に適応させるために必要な鍵となるはずで

#### **3-1. 死にゆく人のための仏教的ケア**

冒頭にもふれたように、仏教は死に関する教えや行の伝統を長きにわたり、進化させ、有してきました。ここで紹介する各事例に共通する目的は、現代社会、特に現代医療のなかに、かつての仏教の実践を復活させ、適用することにあります。たとえば、仏教者のなかには、臨終における穏やかで瞑想的な精神状態の重要性を強調する人がいますが、これは、来世への意識の輪廻という救済の観点（臨終時に穏やかな方がよい来世に生まれ変わ

れるなど) から重要なだけでなく、安らかな「良き死」というシンプルな願望を叶えることも重要であるのでしょう。上座部仏教や禅では、この点をもっとも強調しています。一方、東アジア仏教における浄土信仰は、「良き死」および極楽往生という死後救済を確信するために、死にゆく者と遺族の双方が阿弥陀仏の名前を唱えるという念仏行を発展させてきました。チベット仏教では、これら瞑想による安寧と浄土信仰の念仏、その双方を実践しつつ、他の要素——菩薩の誓願の成就として、他者の苦しみを自発的に我が身に引き受ける瞑想をするトングレン瞑想など——を加えています。

仏教者の死への基本的姿勢には大きく二種類あり、一つの事例に同時に混在し、ある種の緊張状態が存在します。臨終における精神状態は一番の重大事であり、それゆえ、遺族が人目もはばからずに嘆き悲しんだり、死後一定の時間内は遺体を動かすべきではないという考え方、それは厳粛で、統制された儀式的な「死」を重視します。そこでは、プロの宗教家が、死にゆく者をサポートする案内人として登場し、平安な「良き死」は間違いなく成就されるとされます。本論で紹介する現代の事例に関して言えば、このような死への姿勢は、チャプレンに強くあらわれています。チャプレンとは、患者や遺族、介護者たちに生じる諸問題に適切に対処できるよう、高度な訓練を受けた宗教者であり、全くもって、お釈迦様の時代の「死にゆく者への導き手」と同じと言えます。また、この姿勢は、特別に様式化された仏教的施設という形でもあらわれます。たとえば、国立台湾大学病院では、臨終間際の患者のために、阿弥陀仏と極楽浄土の大きな絵が描かれていて、読経をし、遺体を安置するための静かな部屋が用意され、アイルランドのリグパ・スピリチュアル・ケア・プログラム (Rigpa Spiritual Care Program) では修行者の瞑想場所に隣接してケアセンターを建設しています。他にも、特に日本において強い傾向ですが、この死への姿勢に基づき、遺体の組織提供は死者を冒瀆するものとして拒否する仏教者もいます。

死に対するもう一つの姿勢は、カルマや意識の輪廻を確信し、死の前後の様態にこだわらないタイプです。たとえば、台湾では、死者の意識が献体等で乱されることはない、遺体提供を菩薩の慈悲行として仏教者が盛んに促している例があります。ケアという観点においては、このタイプは、形式を超えて、介護者がそばに寄り添い、共感しながら傾聴することを重視する現代の仏教ホスピス運動も含むでしょう。仏教ホスピス運動では、患者にチャプレンの宗教を押し付けるのではなく、むしろ患者自身が自分のスピリチュアリティにきづけるよう手助けをするのだと強く主張されています。この姿勢は、おそらく、イーサン・ドルシー (Issan Dorsey) の活動にもっともよくあらわれています。ドルシーは1980年代後半に、サンフランシスコにマイトリー・ホスピス (Maitri Hospice) を建設した曹洞禅の僧侶で、「あなたは理想的なことを願うのではなく、あなたとともにいる人・場所を大事にしてください」と言います。この姿勢は、「良き死」を患者が望んでいたとしても、「良き死」を最優先するわけではありません。現実的には、このタイプは、患者ケアを、チャプレンよりも、各種のトレーニングを受けたボランティアに任せていることが多く、これは、サンフランシスコのマイトリー・ホスピスや禅ホスピス (Zen Hospice)、台湾の

慈済会教団のホスピスなどに明瞭に示されています。

あまり形式にこだわらないこのタイプは、「人は生きてきたように死ぬ<sup>9</sup>」と考えていますが、多くの場合、それは難しく、そして、逆に、死にゆく者に瞑想指導などをして、もう一つのタイプに近づくこともしばしばあります。このことは、ブラーマビハーラ／カンボジア・エイズ・プロジェクト (Brahmavihara/Cambodia AIDS Project) や倭成ビハーラ<sup>10</sup> など、我々が調査した多くのグループに共通する経験でした。一方で、病気になる前にスピリチュアルな志向を育てていた人はより良い死を迎えるようだとは、多くの実践者に共通する意見でもあります。こうした見解は、全人的・包括的ケアとしての心のケアの重要性を経験的に理解している科学者や医療者の世界で、仏教者が重要な取り組みをしていることにつながっています。代表例として、マサチューセッツ医学大学のジョン・カビットジン (Jon Kabat-Zinn) のマインドフルネス心理療法、マインド・アンド・ライフ・インスティテュート (The Mind and Life Institute) でダライ・ラマ (Dalai Lama) の思想と西洋科学を取り入れているジョン・ハリファクス (Joan Halifax)、ムニッヒ大学病院 (Munich University Hospital) のインターディシプリナリーセンター (Interdisciplinary Center for Palliative Medicine) のジャン・ボラーシオ博士 (Dr. Gian Borasio) の研究チームなどを挙げておきます。

このように、我々が調査した事例のなかには、二つの考えが共存していますが、患者は布教の対象ではなく、死およびその向こうに希望を持って進んでいけるような生き方を提示されるべきであるという共通理解があります。また、各事例を検討していくなかで一つの驚くべき結果として、仏教者の活動は、患者に対してよりも介護者<sup>11</sup>に対して有効であるということに行き着きました。患者に対して仏教の教えや実践をどの程度に提供すればよいのかということは、各事例によりさまざまですが、介護者が仏教徒であろうとなかろうと、仏教が介護者に必要な資源 (姿勢・哲学) を提供するという点では合意が得られるでしょう。みんなで瞑想する機会を大事にするサンフランシスコの禅ボランティア、チベット仏教に基づくリグパ・ウパヤ・プログラム (Rigpa and Upaya program) を受けてセルフケア理論を学んだ世俗的志向の持ち主であるクリスチャンのドイツ人とアメリカ人の医者、現場でインターンとして働くことで僧侶としての宗教性を体得した台湾とアメリカのチャプレン僧侶、彼らに共通する意見は、「死にゆく人とともにある」という意識を持ち続けられるよう、精神性を磨くことが介護者には必要だということでした。

### 3-2. 「インフォームド・コンセント」と「告知」の問題

<sup>9</sup> Sengoku, Mari. (2011). "One Dies as One Lives: The importance of Developing Pastoral Care Services and Religious Education." In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

<sup>10</sup> 本書「日本の事例」参照

<sup>11</sup> 本論では、患者を支える医療従事者、宗教者、遺族などをまとめて「介護者」とする。

「インフォームド・コンセント」と「告知」は、現代の医療システムから生まれた奇妙な専門用語です。前者は通常、主治医が患者に対して治療の状況、要するに診断を説明するプロセス、後者は、医者が患者に回復の見通しや死が不可避であることなど、予見を説明するプロセスです。きっと、患者と直接関わり、その家族からの相談も受けてもいる医療者や介護者たちから生まれた言葉なのでしょう。しかし、アジアの社会、特に集団を非常に重んじる東アジアの伝統的な社会では、「インフォームド・コンセント」も「告知」も西洋の個人主義の反映だとして、賛同されていないのではという批判的な声が欧米などから聞こえてきます。たしかに、その見方は、東アジアの文化・精神風土を見れば、理解しうるものですが、仏教国という観点からはあてはまりません。なぜなら、仏教はしばしば、神の介在より個人の努力を尊ぶ個人主義と同様に、個人の救済や悟りに焦点を当てることを批判され続けてきたのですから。

死を否定するような価値観、そして、その価値観ゆえに、患者に差し迫る死を伝えられずに沈黙をしてしまうという悲劇は、ことに日本の場合、集団と沈黙を重んじる東アジア固有の性格というよりは、近代化の結果であるということが調査を通じて分かりました。イギリスの浄土教徒であるキャロライン・ブレイザー（Caroline Brazier）の調査では、死について沈黙をするイギリスの文化を生んだものは、次の3点であると示します。第一次・第二次世界大戦を通して多くの死者を出したトラウマ、フロイトの「死を忘れよ」という警告に基づく現代心理学の発展、死を敗北とみなす現代医療に蔓延する科学的物質主義であると<sup>12</sup>。我々のドイツ調査でも、何人かの医療者が、ここ最近まで死について沈黙をする文化があったこと、今も東欧からの移住者達にはそれが根強く残っていることを証言しています。京都大学の死生学の専門家、カール・ベッカー（Carl Becker）は、日本がこの50年ほどの間に、死を安楽な世界ととらえていた文化から、死を恐れる文化に様変わりしてしまったと指摘するとともに、墓参りや年回法要を通じて先祖に敬意を払う仏教文化によって、日本人は、死は常に存在するものとして抵抗なく受け入れていたのだとも指摘しています。

今日の社会、なかでも医療者たちは、悩みながら「死」に直面しているように思われます。「良き死」をどう成就するか、死に関する仏教の実践をどう活用するかという点から考えると、介護者、家族、患者が「死を認める」という一歩目から拒否するようでは、どうにもなりません。とても難しく微妙な問題であり、家族が干渉することなく、患者が自分の診断や予見を直接に聞けるべきであるという合意はなされないでしょう。本調査のリーダーである戸松義晴、ハワイと日本でチャプレンを務めた浄土真宗本願寺派の千石真理とともに、告知はするべきであるが、もし家族や介護者の支えがないまま、死の予見を伝え

---

<sup>12</sup> Brazier, Caroline. (2011). "The Birth of New Culture of Active Dying: The Role of Buddhism in British Attitudes and Practices Towards Death". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

るといふことであれば、そのような告知は、破壊行為以外のなにものでもないと言います<sup>13</sup>。不幸なことに、今の都市社会では、死にゆく者は、治療の対象から外れ病院の寂しい一角に移されるか、家族の見舞いがしにくい遠隔地に転院せざるを得ず、それが、告知の標準化をもたらした結果となりかかっているのです。病院のチームケアシステム、ホスピスのボランティアや患者仲間による助けあい、自宅や寺院での看取りをサポートする人たちなど、その形態はさまざまであれ、本論で紹介する事例の多くは、患者と家族をケアするシステムをいかに築きあげているかを示してくれます。また、アメリカの病院では、患者それぞれの置かれた環境の違いに応じて「インフォームド・コンセント」と「告知」をどう実施するかを慎重に議論するための倫理委員会を設置しています。<sup>14</sup>

### 3-3. 医療従事者や宗教者のコミュニケーション能力

介護者と患者、そしてその家族のコミュニケーションがうまく取れなければ、致命的な問題に直結します。「死にゆく人とともにある」仕事に従事する医療者・宗教者も同様で、文化的背景に関わらず、「インフォームド・コンセント」と「告知」告知を妨げる要因の一つには、医師の対人コミュニケーション能力の乏しさが考えられます。戸松義晴は医学部で、患者に寄り添いながら告知をする能力を向上させる授業を試みっていますが<sup>15</sup>、コミュニケーション能力の欠落は、日本の医療従事者全般に言えると指摘しています。本調査においても、話をうかがった医療従事者・宗教者は、現代の医学は、治したい・癒したいという医療者の基礎的動機を伸ばすような教育を行っていないという認識を持っていました。そういった現状への対策として、ウパヤ・ビーイング・ウィズ・ダイイング・プログラム (Upaya Being with Dying Program、死にゆく人々を支えるためのプログラム) やリグパ・スピリチュアル・ケア・プログラム (Rigpa Spiritual Care Program) では、医療従事者の対人コミュニケーション能力と寄り添う心を磨く教育プログラムを行なっています。

そして、医療者だけでなく、宗教者のコミュニケーション能力にも同様に問題があることも明らかになりました。たとえば、教会牧師であったアントン・T・ボイソン (Anton T. Boisen) が入院した時、そこで出会った聖職者は彼を一人の人間として見るのではなく、布教の対象としてただ教義をまくしたてるだけだった。ボイソンはその苦い経験をふまえて、1920年代にアメリカでチャプレン養成のための最初のプログラム、クリニカル・パストラ

---

<sup>13</sup> Tomatsu Yoshiharu(2011). "Tear Down the Wall: Bridging the Pre-Mortem and Post-Mortem Worlds in Japanese Medical and Spiritual Care". & Sengoku, Mari. "One Dies as One Lives". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

<sup>14</sup> Hanada, Julie. (2011). "Listening to the Dharma: Integrating Buddhism into a Multi-Faith Healthcare Environment". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

<sup>15</sup> Tomatsu Yoshiharu. "Tear Down the Wall".



ル・エデュケーション (Clinical Pastoral Education、略：CPE)を作りました。同様の問題は仏教国、特に日本で顕在化しています。日本の僧侶は、父親の職業を義務的に継いでいることが多く、宗教的使命に基づく天職ではなくビジネスとして考えている人も少なくないと社会から見られる傾向があります。仏教国の僧侶教育は、得てして説教者を養成することに力点が置かれ、僧侶の本分である寄り添う者、慈悲に基づき支え合う仲間という視点が弱くなっていると言えます。

### 3-4. 仏教チャプレンとチームケア

本論で取り上げた文献の多くが、仏教チャプレンの養成を緊急の課題とし、しっかり訓練された僧侶が必要であると訴えています。見方を変えれば、宗教者が現代社会の中で役割を失いつつある現状への危機感のあらわれであり、社会に再び関わりを持つようとする試みであるとも言えます。アメリカの浄土真宗本願寺派僧侶で CPE の指導員であるジュリー・ハナダ (Julie Hanada) は、もし、僧侶教育が檀信徒と付き合うためのものだけでなく、社会のあらゆる階層の人たちと関わっていくためのものであるなら、わざわざチャプレンが必要とされることはないだろうと書いています。<sup>16</sup>しかし、多くの仏教国での僧侶教育は、経典を機械的に暗記し、教義の宗派的解釈、儀礼の教育、寺院の運営ノウハウなどに限定されていて、この幅の狭さは医療者教育とあまり変わりません。

チベット仏教徒でカリフォルニアのジョン・ミューラー病院 (John Muir Medical Center) で指導員をつとめるトマス・キルツ (Thomas Kilts) が言うように、CPE では、寺院をどうするか、ではなく、人との関係性や危機的状況にどう対応するかという問題を取り扱っています<sup>17</sup>。危機的状況にある人は寺の中にいるのではなく、いたるところにいます。これは、チャプレンがまず初めに必要とされる能力です。チャプレンは、説教をするのではなく、耳を傾け、傍らにいたいことが大事であり、イサーン・ドルシーが言うように、寺という限られた場所ではなく、いたる所で人と出会うのであり、そこでさまざまな方法でコミュニケーションをとることを学ばなければなりません。私たちが出会った実践者たちは、こうした経験はとてもやり甲斐があるのだと話します。初めに医療現場に順応することが求められ、次に自分の精神性の知識を人との関係性を構築する中でどう用いるかを学ぶ。そのため、CPE では、チャプレンに特定の宗派・宗教に偏らないことを強く求めます。つまり、患者がいかなる信仰を持っていようとも平等に接しなければなりません。宗教教団がチャプレンに資金を提供しながら養成するとなると、教団はどうしても自宗派を重視してもらいたくなってしまうので、チャプレン養成はとても面倒な事業になります。したがって、アメリカでは、チャプレン養成は病院が請け負い、チャプレンは患者に対してプロとして偏見なく向き合う医療チームの一員としてみなされるようになります。

---

<sup>16</sup> Hanada

<sup>17</sup> Kilts

これはボランティアとチャプレンの重要な違いです。チャプレンは医療機関（しばし公的機関）の有給職員として働くこととなります。この点で、チャプレンは大きな責任を負い、病院の臨床チームの一員として働き、医療チーム全体の精神の安定をはぐくむよう務めなければなりません。チャプレンが医療チームの一員ということは、従来の医療システムに対する批判的な新しい取り組みといえます。今までは、ソーシャルワーカーや精神科医、セラピストやチャプレンはほとんど顧みられることなく、医者と看護師からなる医療の専門家の支配のもと、医療ケアシステムは排他的に築かれてきました。しかし、WHOが健康の定義をメンタルとスピリチュアルの分野にまで広げたことで、全人的ケアを拡充していく方向に医療界も向かうようになったのです。くわえて、ジョン・カビットジン（Jon Kabat-Zinn）のような先駆者たちは、心のケアの能力だけでなく、心のケアが予防医療として早期治療と同様に、医療機関や医療行政の財政負担を軽減させることが可能であることを示してきました。ジュリー・ハナダはチャプレンの役割を次のように要約しています。「チャプレンは入院期間の短縮化を助け、医療チームと協力し、患者や家族が不満を持ち訴訟を起こしたりしないよう、その話に耳を傾け、皆が死や医療倫理について話しあう手助けをする<sup>18</sup>」と。

チャプレンに求められるもう一つのもは、チャプレンとは患者と家族だけではなく、医療施設の介護者や医療者たちのためにも働くということである。ジュリー・ハナダは、自身の経験から、チャプレンは、医療チームの一員として働くことや、厳しい業務のなかで医療者たちを悩ませる諸問題に関わることに自分の時間の50%を使うことになるだろうと言います。この点では、チャプレンは患者や遺族の同伴者以上の役割を担い、医療チーム全体の精神状態を見渡し、健全な方向に育むということも求められるのです。これは、特殊な能力なり技術を要する極めて重要な仕事です。ジョン・ハリファクスがアメリカで創設・運営しているウパヤ・ビーイング・ウィズ・ダイイングプログラム（The Upaya Being with Dying Program）は、仏教の教えを上手に医療現場に適應させ、医療チームや施設のなかで知識や技術を活用するチャプレンを養成するシステムの好例です。

### 3-5. 施設について：病院・ホスピス・在宅ケア

この問題は、既存の医療施設をどう改革するか、心のケアが欠かせない全人的ケアをどう推進するかという二つの問題が重なり、我々の調査での大きな課題の一つでした。既存の医療施設の改革という問題は、非常に難しい問題です。なぜなら、現代の医療施設は、死を敗北として否定的にとらえる価値観、科学的物質主義に覆われており、仏教的ケアが含まれる全人的ケアの流れとは相容れないからです。調査した各事例は、こうした医療文化をなんとか変えようと、心のケアの有効性を証明しようとしています。実際には、全人的ケアに共感を示す医療者側のリーダーなり行政担当者があるかどうか、変革の大きな鍵となっていきます。台湾とドイツでの調査では、仏教に理解のある医師が病院の上層

---

<sup>18</sup> Hanada, Julie. "Listening to the Dharma".

部において、彼らが病院への進歩的・全人的ケア導入の道筋を作っていました。皮肉なことに、おそらく仏教国とみなされるであろう日本の医療者や行政官僚が、仏教や心のケアに対する理解がもっとも欠けているように思えます。しかし、医師でもある僧侶の存在——ほとんどは僧侶であることを隠して医師をしているのだが——は、社会の仏教や宗教への態度を変えることができるのではないかという僅かな希望を与えてくれます。

他方、仏教徒が、わずかではあるが、草の根から革新的な取り組みを始めていることも分かってきました。終末期の患者と遺族への仏教的ケアは、サンフランシスコのマイトリーホスピスと禅ホスピスプロジェクト、タイのプラバット・ナンブ寺院 (Phrabat Nampu Temple) にあるタマラック・ニウェット・ホスピス (The Thammarak Niwet Hospice)、カンボジアのブラーマビハーラ／カンボジア・エイズ・プロジェクトなどエイズ治療の現場から始まりました。こうしたプロジェクトは、慈悲に基づくケアという真の宗教的理想の実現にあたって、大きな意味を持ちました。キャロライン・ブレイザーは「文化の質や特徴というものは、その社会のもっとも弱い立場の人たちへのケアのあり方、関心の持ち方にあらわれるものです<sup>19)</sup>」と言います。かつてエイズ患者たちは、家族からの支えも、金銭も、自分自身の価値も失いがちで、彼らを支援するということが自体、大きな困難でした。しかし、誰も彼らに関心を払わないからこそ、仏教者たちは創造性を発揮し、自分たちが良いと思うことを自由に試みることができました。既得権益を守ろうとする病院・医療システムと違い、周縁領域での活動は仏教の理念に合致するプログラムを生み出す自由な創造性を持つことができるのです。

洋の東西を問わず、キリスト教・仏教を問わず、ホスピス運動は、ボランティアによる在宅ケアから始まっています。チャプレンを含む全人的ケアの導入を通じて医療制度の改革がなされていることは、たしかに希望のある展開です。しかし、巨大な中央集権化した現在の医療システムを維持するために必要な経済的負担を考えた時、私たちは、このシステムにどのような未来が待っているのか、また、私たちは人間として、より地域に密着した全人的ケアを受けるべきではないのかという疑問を抱くし、日本で活動する人たちの多くが同様の見解を持っています。たとえば、曹洞宗僧侶で緩和ケアの看護師である飯島恵道は、在宅ホスピスケアを超えたものを切望しています。それは、つまり、そこで死にゆく者はケアを受けるだけでなく、「死」に対する新たな視点を仲間を示す、そのような地域によるケアが行われることを描いています<sup>20)</sup>。また、真宗大谷派僧侶でビハーラチャプレンの谷山洋三は、ビハーラ運動の将来は、死にゆく者のケアから社会福祉へとその範囲を拡大していこうと予想しています<sup>21)</sup>。谷山も戸松も、心のケアの重要性を認めると同時に、

---

<sup>19</sup> Brazier, Caroline. "The Birth of a New Culture of Active Dying."

<sup>20</sup> Iijima, Keido. (2011). "Amans: A Buddhist Nun's Efforts to Unite the Medical and Religious Worlds in Death". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

<sup>21</sup> Taniyama, Yozo. (2011) "The Vihara Movement: Buddhist Chaplaincy and Social

地域のなかで関わる人たちを増やしていくことが、瀕死の「葬式仏教」を再生させる鍵となるだろうと考察しています。この理念はサンフランシスコの真ん中に位置し、地域の住民がボランティアとして活動するマイトリー・ホスピス (Maitri Hospice)、欧米を中心に展開するチベット仏教系の新興教団リグパ (RIGPA) がアイルランドで修行道場の隣にホスピスを運営する Rigpa Spiritual Care Program などにもっともよく現れているでしょう。そこは、たんにケアをするだけではなく、釈迦の四苦の教えが日常生活にほかならないと社会が認識していくよう働きかけているのです。

### 3-6. グリーフケア

最後の論点は、大切な人の死後に何が起こるか、つまりグリーフケアです。この部分は、我々が調査した各事例でも、まだあまり手が着けられていないのが現実で、終末期ケアとは異なるものとして考えられているようです。戸松は、日本における生の世界と死の世界の分離、つまり、死ぬまでは医療の分野、死んでからが宗教の分野という断絶を詳細に指摘し<sup>22</sup>、調査で出会った多くの専門家たちも、いかに死を敗北とみなす文化が、死にゆく者を病棟の片隅に押し込め、見捨ててしまっているかということを論じています。全人的ケア導入やチャプレン運動によって、死にゆく者が見捨てられることのないように努力がなされていますが、まだグリーフケアは、病院や終末期病棟で対応すべきものとはなっておらず、そのため、遺族は新たなサポートコミュニティ<sup>23</sup>を見つけ出して、移らなければならない状況にあります。

各事例も遺族ケアに取り組もうとしています。終末期ケアの比重が大きいため、なかなか遺族ケアにまで手が回らないでいます。だが、Rigpa Spiritual Program は、生老病死の全てに対応する宗教的コミュニティを作ろうというビジョン、生前・死後を通じて人々が助け合い、支え合うことの可能性を私たちに示してくれます。そして、これこそ、日本仏教が特に大きな可能性を持っていると言える分野なのです。日本の実践者達が論じるように、日本仏教は死者のために年回法要を、毎年、何百と行なっており、それこそ、高度に築きあげられた遺族のグリーフケアのシステムであり、親族や地域などによる遺族への支援ともなっているのです。葬儀・法要の持つ遺族ケアの可能性については、自殺学・死亡学で著名なエドウィン・S・シュナイドマン (Edwin S. Shneidman) の「事後予防」の概念<sup>24</sup>や、デニス・クラス (Dennis Klass) の「継続する絆」の概念<sup>25</sup>など、西洋の研究者によって世界に紹介されてもいます。このことは仏教ホスピス運動が、今後、さらに築き

---

Welfare in Japan". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

<sup>22</sup> Tomatsu, Yoshiharu. "Tear Down the Wall".

<sup>23</sup> たとえば、遺族が悲しみを語りある分かち合いの集いなど。

<sup>24</sup> Shneidman, Edwin S. (1974) *Deaths of Man*. Baltimore, MD: Penguin Books Inc.

<sup>25</sup> Klass, Dennis; Silverman, Phyllis R.; Nickman, Steven L. Eds. (1996). *Continuing Bonds: A New understanding of Grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

あげていける分野であり、日本の仏教徒はそこに大いに貢献できるものと思われます。ホスピス運動に流れる全人的ケアの精神は、終末期ケアだけでなく、遺族ケアにまで広げることができるでしょう。それは、死とともに生きるという文化の構築にとどまらず、そうした文化を反映した施設や社会の構築へとつながると思われます。

#### 4. 訪問した施設

##### ・台湾・仏教系ホスピス施設調査

日時：2008年5月6日～9日

場所：仏教慈濟総合医院 (Buddhist Tzu Chi General Hospital)

台湾大学付属病院

##### ・仏教慈濟総合医院

台湾の仏教教団慈濟会が運営する私立病院。世界最大のボランティア団体ともいわれる慈濟会では、ボランティア活動を大乘菩薩道の修行実践と捉え、各国の信者が積極的にボランティア活動に取り組むことで有名。台北市と花蓮市の2ヶ所に総合病院を運営し、総合病院のなかにホスピスが設置されている。訪問した台北の総合病院は2005年に創設。ホスピスは25床。独自のプログラム（宗教的な心のケアなど）は組まれておらず、一般的なホスピスとなっていて、心のケアは僧侶ではなく、ボランティアスタッフがつとめる。（ボランティアスタッフはほぼ教団の信者）看護師とボランティアスタッフがいて、チャプレン僧侶はいないものの、臨終行儀の部屋があり、亡くなる時にはそこに移動、念仏を唱えるという。患者は信者に限らず、看護師と医師も宗教観は特になく、一般人と変わらない。一週間に一回くらい、僧侶が来るようになっている。キリスト教徒用の部屋も用意している。

##### ・台湾大学付属病院（略：NTU）

台北市にある国立台湾大学医学部の附属病院。日本でいえば東大病院にあたる。ホスピスの病床数は17床。1995年創設。1998年から臨床仏教宗教師の養成システムを持っている。臨床仏教宗教師とは、NTUと臨床仏教研究協会が協同で開発した養成プログラム（5年）を修了した僧侶に与えられる資格で、取得後、僧侶は全国のホスピスに派遣される。僧侶は医学知識も習得した医療チームの一員として扱われる。つまり、僧侶は医者、看護師、ソーシャルワーカーと同じレベルで協力し、患者に対することになる。当時の副院長・陳榮基が台湾に適応したホスピスの創設を目指し、陳慶餘・台湾大学医学部教授、釋惠敏・法鼓仏教学院院長、宗悼法師、●（女へんに兆）建安台湾大学病院医師らと協力し、イギリスや香港のホスピスを参考としつつ、仏教文化と融合したホスピスを考案。一般人のボランティアもいるが、心のケアは、おもに臨床仏教宗教師が担当する。公立病院なので、患者の信仰は不問だが、臨終行儀の部屋を用意している。また、霊安室は往生室と呼ばれ、仏教用・キリスト教用がある。養成にあたっては、資金の面で苦慮している。

医療界の側からの要請で生まれたことが注目すべき特徴である。

#### ・サンフランシスコ・ホスピス施設調査

日時：2009年7月21日～26日

場所：ラグーナ・ホンダ・ホスピタル (LAGUNA HONDA HOSPITAL)

マイトリー・ホスピス (MAITRI HOSPICE)

・ラグーナ・ホンダ・ホスピス (LAGUNA HONDA HOSPICE)

サンフランシスコ州立の公立病院。1988年にホスピス創設。病床数は26床。ホスピスと緩和ケア病棟がある。ラグーナホンダ病院と禅ホスピスプロジェクトの協同運営。禅ホスピスプロジェクトは、サンフランシスコ禅センター（鈴木俊雄が1960年代に創設した禅の専門道場）の内部に組織されたもので、病院側は身体のケア・ソーシャルケア、禅ホスピスプロジェクトは心のケアを担当。心のケアを担当するスタッフは、禅ホスピスプロジェクトでトレーニングを受けた一般人ボランティア（仏教徒）。3分の1は禅の信者、他の信者はチベット系・上座部系。キーポイントは、患者に布教をしない。寄り添い、傾聴する人が求められる。公立病院のため、患者は貧困層が多く、病床は古い。1つの大きな部屋に26床ある。ボランティアは毎週、集まって、瞑想をする。ボランティアは強い宗教観は持っているが、仕事をするなかでは、宗教色は出さない。禅ホスピスプロジェクトは、禅センターが財政を負担。以前は病院でチャプレンを雇用していたが、財政的な要因で、雇用ができなくなった。その結果、禅センターと協力することになった。また、創設当時、エイズ患者が多く、この病院にもエイズ患者が多く入院していたことも禅センターとつながる要因であった。

・マイトリー・ホスピス (MAITRI HOSPICE)

1987年創設。ハートフォードストリート禅センター（イサーン・ドルシーが創設）が母体となる。エイズ患者専門のホスピス。病床数は15床（15部屋、すべて個室）。年収が31,950ドル（約250万円）以下の患者が入院を認められる。心のケアはスタッフ、ボランティア（地域住民が中心）が中心。ボランティアは特に禅信仰は問わず、一般に門戸を開く。トレーニングは宗教的な要素無し。施設には瞑想の部屋もあるが、宗教色は薄い。保険は受けず、寄付者により支えられている。

#### ・スタディツアー（1）

日時：2009年2月25日～26日

場所：西明寺・普門院診療所（栃木県益子町）

案内：田中雅博（真言宗豊山派西明寺住職、普門院診療所医師）

#### ・スタディツアー（2）

日時：2009年2月27日

場所：みやざきホスピタル（茨城県稲敷市）

案内：宮崎幸枝

・台湾・仏教系ホスピス施設調査Ⅱ

日時：2009年9月27日～10月1日

場所：花蓮仏教慈濟総合医院（花蓮市）

国立台湾大学附属病院（台北市）

台湾臨床仏学研究協会（台北市）

・ドイツ（ミュンヘン、ベルリン）・仏教系ホスピス施設調査

日時：2010年9月27日～30日

場所：国立ミュンヘン大学病院緩和医療学際センター（ミュンヘン市）

→案内 Dr. Gian Domenico Borasio 主任教授、Traugott Roser 先生

リグパ精神ケアセンター Rigpa-Zentrum, Soorstr（ベルリン市）

→案内 Almut Göppert 先生

・国立ミュンヘン大学病院緩和医療学際センター（ミュンヘン市）

1階が研究所、2階が緩和ケア病棟となっている。病床数は10床。1999年創設。プロテスタントとカトリックのチャプレンがいるが、医療従事者には仏教徒が多い。（カトリック教徒だけど、禅センターに通うなど、仏教に造詣が深い者、チベット仏教徒など。）Rigpa スピリチュアルケアプログラムと合同でワークショップを開催、仏教の瞑想の効能を科学的に研究するなど、心のケアに仏教を取り入れる試みを行なっている。

・リグパ精神ケアセンター（ベルリン市）

RIGPA はヨーロッパを中心に展開するチベット仏教系教団。ベルリンの寺院に、スピリチュアルケア事務室がある。施設はなく、現在、ベルリン市周辺に寺院、信者用住居、学林、ケアセンター（ホスピスを含む）を建設中。

・RIGPA 精神ケアセンター（アイルランド）

ゾグチェンベラ（専門道場）・デッシェンシャイングスピリチュアルケアセンター（ホスピス）が隣接。RIGPA ケアプログラムは、医療従事者の心のケアを行う。心のケアを学ばずに医師となったものが、終末期ケアに関わると、バーンアウトしやすい。RIGPA はワークショップなどを通して、医療従事者に死に対する態度のヒントなどを提供する。ホスピス自体は一般と変わらないが、専門道場と隣接していることが特色。生老病死の包括センターを目指す。

・ブラーマビハーラ（カンボジア）

1999年開始。施設はないが、5、6人のスタッフが各病院・刑務所・スラム・個人宅に派遣される。心のケアだけでなく、医療相談、ソーシャルサポートを行う。アメリカ人

の曹洞宗女性僧侶ベス・ゴールドリングが、エイズ患者のケアをきっかけに始める。スタッフの仏教実践は重視するが、患者に布教活動を行うわけではない。

・タマラック・ニウェット・ホスピス

タイのプラパット・ナンプ寺院にあるホスピス。僧侶アロンゴットが1992年に開始。エイズ患者専門病棟で、病床数は200床を超える。患者はお互いに心のケアをする。一般ボランティアはいるが患者もボランティアである。寺院のなかにあるので、仏教色は強い。患者は勤行や瞑想に自由に参加できる。

・終末期ケアネットワーク（タイ）

2004年、僧侶パイサンが、医療従事者と僧侶の交流ネットワークを作成、終末期ケアの情報をシェアしている。

・UPAYA ウパヤ禅センター・終末期ケアチャプレン養成プログラム

アメリカのニューメキシコ州に、女性僧侶ジョン・ハリファクスが1996年に創設したウパヤ禅センター内に設けられたプログラム。医療従事者が、ワークショップを受け、現場に戻る。ワークショップでは、患者・遺族への対応、セルフケア、病院運営の改善を学ぶことになる。

・CPE プログラム（クリニカル・パストラル・エデュケーション・プログラム）

臨床スピリチュアルケアと訳される。1920年代にキリスト教牧師アントン・T・ボイセンが作成した教育制度。受講者は宗教者に限らないが、宗教専門教育（宗教学・神学の大学院修了、キリスト教以外でも可）を受けていることが求められる。1年間の教育課程を経て、卒業すると1年間は医療現場でインターンをしなければならない。修了者はチャプレンと称される。チャプレンは病院の職員、チームケアの一員となるので、布教活動は認められない。チャプレンの活動は、患者、家族、他のスタッフと施設の精神的ケアに責任を負う。CPEの指導員になるには、さらに4～6年が必要で、仏教徒の指導員は現在3名いる。

ラウンドテーブル

日時：2006年1月12日・13日

テーマ：「浄土の意味と実在感」「現代の終末期における浄土教・その他仏教の実践」「終末期ケアにおける仏教の役割」

登壇者：カール・ベッカー（京都大学）

ケネス・田中（武蔵野大学）

篠崎通夫（立正佼成会）



マーク・ブラム (ニューヨーク州立大学)  
リサ・マイアー (ウィスコンシン医科大学)  
田中雅博 (西明寺)  
今井崇史 (武蔵野大学)

日時：2006年10月30日・31日  
テーマ：「終末期の身体的ケア・心のケア」「死への準備」  
登壇者：藤井正雄 (日本生命倫理学会)  
パイサン・ウィサロ (タイ)  
今井崇史 (武蔵野大学)  
板倉珠子 (慶応大学病院)  
露木久美子 (慶応看護学校)

・特別講演

日時：2006年12月14日  
テーマ：「チベット医療」「チベット仏教における死への準備」  
講師：ツェリン・パルモ医師 (チベット伝統医療医師、チベット仏教尼僧)

・特別講演

日時：2007年4月23日  
テーマ：「英国におけるターミナルケアの問題」  
講師：デイビット・ブレイジャー氏 (英国阿弥陀教団主席)

・研究会

日時：2008年3月8日  
テーマ：「日本における仏教者の終末期医療に対する取り組みの現状と課題」  
講師：柴田寛彦氏 (日蓮宗ビハーラプロジェクト主任、本澄寺住職・医師)  
谷山洋三氏 (四天王寺国際仏教大学専任講師)

・研究会

日時：2008年3月15日  
テーマ：「終末期医療の現状と宗教者の役割」  
講師：福井光壽氏 (元東京医師会会長 繁成寺住職)  
岡野ジェイムス洋尚 (慶応義塾大学准教授)

・特別講演

日時：2008年6月9日  
テーマ「長岡ビハーラの経験を通じて学んだもの (仮)」  
講師：中下大樹 (真宗大谷派僧侶、寺ネット・サンガ代表)

・特別講演

日時：2009年2月16日

テーマ「地域医療の現状と寺院僧侶の役割」

講師：色平哲郎（JA長野厚生連、佐久総合病院医師）

・特別講演

日時：2009年3月31日

テーマ：「仏教チャプレンの育成」

「日本の医療及びホスピスケアに関するアメリカ仏教界のもつ可能性」

講師：ジュリー・ハナダ氏

（ハーバービュー・ワシントン大学総合病院スピリチュアルケア科部長）

・特別講演

日時：2009年5月29日

テーマ：「医師として、浄土宗僧侶として」

講師：与芝真彰（浄土宗僧侶、せんぼ東京高輪病院長、昭和大学客員教授）

・特別講演

日時：2009年6月17日

テーマ：「ホスピス、終末期医療の問題点について」

「看護師の立場、僧侶の立場、その狭間の立場に関して」

講師：飯島恵道（曹洞宗僧侶、東昌寺副住職、看護師）

・特別講演

日時：2010年6月3日

テーマ：「地域医療の現状について」

講師：風間龍（医療法人 風間内科医院、浄土宗僧侶）