



Ⅱ章

悲嘆と家族・遺族のケア

悲嘆の概念と理論

死別後の遺族へのケアは、緩和ケアの主たる要素の一つとして位置づけられている¹⁾。死別後の悲しみは、多くは自然な形で現れ、時間とともに軽減する通常の悲嘆反応であり、多くの遺族は自分自身の力でその悲しみから回復していく。一方、悲嘆による心理的・身体的症状が強く継続する場合は、日常生活に支障が出たり、死別後の健康状態に大きな影響を与えることがある²⁾。健康上の問題が生活や仕事など社会的にも深刻な影響を与えることがあり³⁾、その場合は適切なケアが必要とされたり、一部は、悲嘆の遷延化や抑うつ、心身症などに対する専門的な治療が必要となる場合がある²⁾。そのため、遺族の支援にあたる人たちは、通常の悲嘆を治療が必要な病態として扱ってはならないし、逆に、適切なケアや専門的な治療が必要な場合は、それを見逃さないようにすることが重要となる。

遺族のアセスメントや適切な介入を行うためには、悲嘆に関する知識と、その知識を実際の介入に応用する実践力を養う必要がある。悲嘆についてよく理解しておくことで、遺族が置かれている状況や、遺族がもつニーズやかかえている問題を早く察知し、より適切に対応したり、遺族に望ましい対処行動を促したりすることが可能となる。そこで、本項ではまず、遺族へのケアを行ううえで知っておきたい悲嘆の概念とその理論について整理する。

1

喪失・悲嘆・愛着

愛する人や物など、かけがえのない対象を失うことを「喪失」といい、喪失に対する心理的・身体的・行動的・スピリチュアルな反応を「悲嘆 (grief=グリーフ)」という⁴⁾。一般には、悲嘆という用語は、喪失のなかでも「死別後」の悲しみという意味で使われるが、「死別前」に喪失を予期して出現する悲嘆は「予期悲嘆 (anticipatory grief)」と呼ばれる。この予期悲嘆は、終末期の患者自身にも出現することがあるが、通常は家族の悲嘆を表す言葉として使用されている⁴⁾。

人生において、人は転居や別離など何度も喪失を体験しているが、愛する人との死別 (bereavement=ビリーブメント) は、自分のコントロールの範囲を超えた衝撃的な出来事となる場合がある。例えば、Holmesら⁵⁾の研究では、ライフイベントをストレスの強度で順位づけしており、「家族の死」はそのなかでも上位を占めている(表1)。

一方、恋人や友人、同僚、医療者が担当患者を亡くした場合などにも、強い悲嘆が生じる場合がある。このように、悲嘆は、家族に限らなくとも「重要他者 (significant others)」を失った人に現れる自然な反応である。ただし、家族の悲嘆が社会的に認知されやすいことに比べ、そのような社会的に認知されにくい悲嘆 (「disenfranchised

表1 ライフイベントとそのストレス強度

順位*	ライフイベント	ストレス強度
1	配偶者の死	100
2	離婚	73
3	配偶者との別居	65
5	近親者の死別	63
8	失業	47
10	定年退職	45
11	家族の健康の変化	44
20	多額の借金	31
30	上司とのトラブル	23
32	転居	20

*Holmesら(1967)の原著⁵⁾では43項目のライフイベントを順位づけしているが、主だった10種類のライフイベントのみを引用した

[Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8より引用改変]

grief(公認されない悲嘆)」と呼ばれる)は、悲嘆の表出が制限されやすく、悲嘆過程においても負の影響を及ぼしやすいといわれている⁶⁾。そのため、支援の際にはそのような人たちの悲嘆を軽んじないように留意すべきである。

遺族にとって、死別は愛するその人を失う体験というだけでなく、それまであった家族の日常、団らん、描いていた未来、自分の心の拠り所や安全基地など、いくつもの喪失を経験している場合が多い。そしてその悲しみの根底には、亡くなった人への「愛しさ」があり、その人への思いや関係性が深いほど、悲しみも深く、強くなる。悲嘆をかかえた人への支援はそのような「愛着理論*1」がベースとなっており、その意味では、他のストレス反応とは異なり、遺族の体や心に現れる変化や症状だけでなく、その背景にある愛しい人への思いや思い出などを、支援のなかで扱うことも非常に重要となる⁷⁾。

2 悲嘆反応

愛する人の死別後に起こる情緒・身体・行動面の変化は「悲嘆反応(grief reaction)」と呼ばれる。悲嘆反応は、死別直後に非常に強く出現することがあるが、その時期は急性悲嘆の状態であり、多くの悲嘆反応は時間の経過とともに自然に減弱・統合さ

*1: 愛着理論

この理論を最初に提唱したBowlbyは、幼児と養育者の間に形成される愛着行動の観察研究から、自らの安全を確保するために、特定の対象との近接を維持しようとする行動を「愛着」と呼び、それが社会行動や人間関係などの内的ワーキングモデルの基礎となると考えた⁸⁾。基本的信頼感で結びついた母親の存在を断たれた乳児が激しく泣き叫ぶように、死別は愛する対象との関係性のなかで築かれた安心感や親近感が断ち切れ、遺された者に深刻なダメージを与えると考えられている。

れ、次第に生活自体も日常が戻り、他のことへの興味や関心も回復していく。

悲嘆反応には、情動的反応として、否認、絶望、悲しみ、気分の落ち込み、寂しさ、孤独感、怒り、罪責感といったさまざまな感情が生じ、それらは大きな苦痛を伴うことがある。これらは、死別後に「悲嘆の波 (emotional shock wave)」と呼ばれる大きな振幅をもった感情の起伏となって繰り返されたり、自分の感情をコントロールできないほど、遺族を圧倒する場合もある⁹⁾。

ふと気がつくとうなくなった人のことを考え、会いたい気持ちで心がいっぱいになる「思慕」、その人が死ななくてはならなかった運命や原因などに対する「怒り」、もっとあの人にこうしておけば良かったという「後悔」や「罪責感」、自分だけがたったひとり取り残されてしまったように感じる「疎外感」は、悲嘆反応の代表的なものである。また、悲嘆反応が、不眠や食欲不振、極度の疲労感などの身体的な症状として出現したり、家の中にひきこもったり、逆に休む間もなく過活動になるなど、行動面の変化として現れる場合もある。このように、さまざまな悲嘆反応があり、その現れ方も、それが落ち着くまでの期間も、非常に個人差がある。しかし、悲嘆反応の多くは自然に軽減していく正常反応であり、時間の経過とともに悲嘆反応が和らぐ場合は、専門的な介入が不要な場合も多い。また、遺族自身があらかじめこのような悲嘆反応の特徴について知っておくことで、死別の悲しみに対処しやすくなる。

一方、亡くなった原因や経緯などを繰り返し考え、悩み続ける「反芻」^{はんそう}は、不安や怒りなどの悲嘆反応を持続させ、抑うつ症状を強める場合がある¹⁰⁾。また、悲しみが強くなるため故人が使っていた部屋に入れず、故人の写真を見ることができない、亡くなった時の場面が想起されると強い恐怖感に襲われる、といったトラウマ反応が持続すると、そのような回避行動のために日常生活に支障が出たり、悲嘆のプロセスが進まず、症状が持続したりする場合がある¹¹⁾。このような場合は、精神保健の専門家による診断や介入が必要とされており、悲嘆反応の状況や悲しみへの対処行動を適切にアセスメントしてもらうことが重要となる。

3 悲嘆のプロセス

「悲嘆 (grief)」とよく似た用語に、「喪/悲哀 (mourning)」がある。一般的には、喪失に対する反応を「悲嘆」、時間の経過に伴い変化する喪失後の心理過程を「喪」といい、後者には社会的・文化的慣習に基づく悲しみの表出の意味が含まれている⁴⁾。また、通夜・葬儀などの儀式は、公に遺族が悲しむことができる場として、遺族の悲嘆のプロセス (喪の過程) に重要な役割を果たしている (Ⅱ章 コラム1「宗教的儀式とケア」参照)。

遺族がたどる悲嘆のプロセスは、通常はある程度予測可能なものであり、遺族は泣いたり、人に悲しみを話したり、仏壇に手を合わせたりといった「喪の作業 (mourning work)」を行い、自分の悲しみに折り合いをつけていく。このプロセスには、遺族が「どうしてあの人は逝ってしまったのか」という死別の意味や、「あの人なしで、この後どうやって生きていけばよいのか」といった、故人と共に生きてきた失われた自己

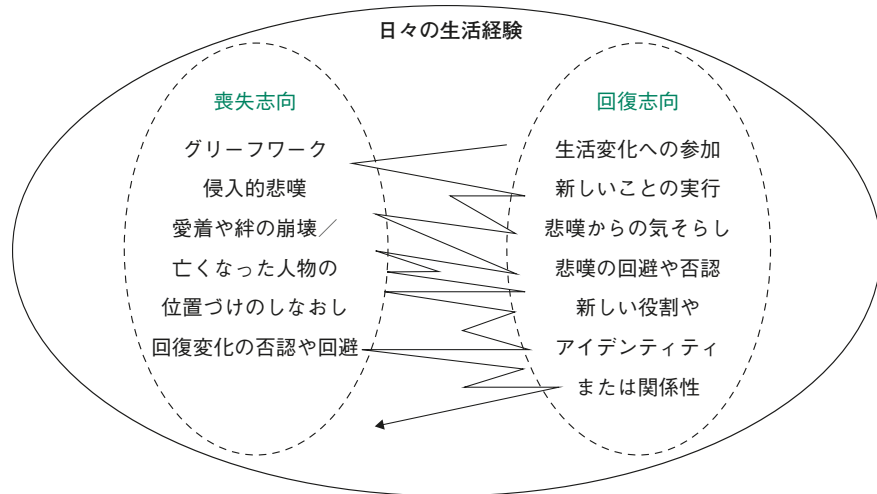


図1 死別へのコーピングの二重過程モデル

(Neimeyer RA 編. 富田拓郎 他訳. 喪失と悲嘆の心理療法. 金剛出版, 2007 より引用)

のなかで、死別後の新たな生き方やアイデンティティを探求する過程が含まれている¹²⁾。喪の作業を通して死別の意味を見出すことは、その人の心身の健康、レジリエンス*2、未来への希望に深く影響するといわれている¹³⁾。

悲嘆のプロセスは、通常、山あり谷ありで進行し、少し回復してきたように思っても、何かの誘因ですぐに深い悲しみに沈みこむこともある。特に、命日や故人の誕生日、家族の思い出の日などには、記念日反応 (anniversary reaction) として、悲嘆が強く現れる場合がある。しかし、たとえ悲嘆が再び強くなったとしても、以前と同じ状態に戻るわけではない。多くの遺族は、自分なりの喪の作業を行いながら、少しずつ死の現実を理解し、故人との思い出を偲びながら、大切な人がいないなかでも新しい生活や役割、人間関係に目を向けるようになっていく。

Stroebe らが提唱した「二重過程モデル」¹⁴⁾は、死別への対処のプロセスを示しており、悲嘆の支援を考えるうえで重要な理論である。このモデルでは、悲嘆過程において悲しみや心の痛みを経験しながら喪の作業に取り組むこと (喪失志向) と、新しい人間関係や家事・仕事など、現実の生活や新しい役割に向かうこと (回復志向) の両方が、バランスよく交互に行われることが重要とされている (図1)。喪失志向と回復志向の間を揺らぎ (oscillation) ながらも、この両者を行き来できること自体が、その人のレジリエンスや適応を示している。一方、他のことは何も手につかず嘆いてばかりいる状態や、仕事などの活動に没頭し続けることで悲嘆を回避している状態は、悲嘆過程が進みにくいとされる¹⁵⁾。このモデルは、遺族の対処パターンがどちらか一方

***2: レジリエンス**

「ストレスに対する復元力・回復力」という意味で用いられる概念。もともと物理学の分野で使われていた用語が、現在は医療・福祉などさまざまな分野で、「vulnerability (脆弱性)」と対極の意味をもつ「その人自身も持つ回復力」「健康に生きる力」「良好な適応力」を示す用語として広く使用されている。

表2 喪の過程における4つの課題

第1の課題 喪失の現実を受け入れること

- ・その人が逝ってしまい、もう戻ってくることはないという事実直面する。
- ・知的に、そして情緒的にも、喪失の現実を受け入れるためには、時間がかかる。

第2の課題 悲嘆の苦痛と向き合うこと

- ・悲嘆の苦痛を回避したり、抑圧したりすると、喪の過程を長引かせることがある。

第3の課題 故人のいない世界に適応すること

- ・亡くなった人との関係や、亡くなった人が担っていた役割によって、新しい環境への適応は一人ひとり異なった意味をもつ。
- ・自らのアイデンティティや世界観の問い直しが迫られ、喪失や人生の意味、自分の役割を探ろうとする。

第4の課題 新たな人生を歩み始める途上で、故人との永続的なつながりを見出すこと

- ・その人を追悼し、心のなかに亡くなった人を新たに適切に位置づける（その人はずっと一緒である、そばで見守ってくれている、など）。
- ・この課題を完了していない場合、再び前に進むことや、人生を楽しむことができない。

[Worden JW. Grief Counseling and Grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. 4th edition, Springer Pub Co, 2008 より作成]

に固着していないかをみることで、悲嘆の回復のアセスメントの一つとしても用いることができる。

4 悲嘆のプロセスのゴール

悲嘆のプロセスのゴールは、愛する人のことを忘れることでも、悲しみが起こらないようにすることでもない。死別から何年経過しても、涙がこぼれることはあり、大切な人は亡くなった後も遺族の心の支えであり続ける。歴史的には、悲嘆を乗り越えるためには故人との絆を断ち切るべきか、それとも絆を維持すべきか、という論争もあったが、現在は、死別後も愛する人との「継続する絆 (continuing bond)」を保ち続けることが重要であると考えられている^{7,16)}。

Worden¹⁷⁾は、悲嘆のプロセス（喪の過程）のなかで遺族が取り組むべき4つの課題があると述べている（表2）。悲嘆過程は、時間が経てば自然に癒える受け身的なプロセスというよりも、むしろ、つらくともその人自身が表2のような課題に能動的に取り組むプロセスであると考えられている。

5 二次的なストレス

死別後には、悲しみ以外にも、さまざまな二次的なストレスがかかる。例えば、故人に関わる死亡届の提出や保険・年金などの手続き、相続、身辺の整理など、法的な手続きも含め、死別後の遺族はさまざまなことを行わなくてはならない¹⁸⁾。これらの手続きは、愛する人の死を受け入れる一助となることもあるが、その一方で、大きなストレスとなることもある。

また、周囲との人間関係が悪化したり、ぎくしゃくしたりすることは、死別後にしばしば見受けられる。友人や親戚など周囲の人たちからの支援は、うまく機能すればソーシャルサポートとして、死別後の悲嘆過程の大きな支えとなるが、一方で、故人のことを話そうとすると困った顔をされたり、お墓や遺産などのことでトラブルが起こったり、安易な励ましを受けて余計に遺族が傷ついたりする場合がある¹⁸⁾。

そのため、近年、社会全体が死別への理解をもち、死別後に互いを支え合えるような社会を目指す取り組みも行われるようになってきている(II章コラム2「社会/コミュニティ全体で遺族を支える」参照)。

また、多くの人にとって家族は安全基地となる場であり、それぞれが役割をもち、何らかのバランスを保って家族機能を維持している。しかし、死別によってそのなかの一人がいなくなると、それぞれの役割や家族機能、コミュニケーションなど、家族の力動が大きく変化する。また、悲しみ方の違いや対処の違いなどからも、死別後に家族が支え合うことが難しくなる場合がある。

家族や周囲との関係性は、時間の経過とともに少しずつ改善していくことも少なくないが、それが死別の悲しみ以上に、遺族に負担や大きなストレスとなる場合もある。そのため、遺族の支援を行う際は、そのような家族機能の変化や二次的なストレスにも配慮し、時にはその調整が必要となる場合があることを知っておく必要がある¹⁹⁾。

6 悲嘆を長引かせる要因

死別後、多くの遺族は通常の悲嘆の経過をたどるが、表3²⁰⁾のような要因は、悲嘆が複雑化・遷延化する危険因子とされている。また、がん医療のなかでも、悲嘆が複雑化・遷延化しやすい遺族の危険因子に関する研究も増えている^{21,22)}(III章2「メンタルヘルスの専門家に紹介すべきハイリスク群の特徴」参照)。危険性が高い場合は、死別前後からの周囲の人たちも含めた支援が重要となる。

死別後6カ月以上経過しても、遺族に極度の心理的苦痛や身体症状が続く場合には、メンタルヘルス上の問題や健康への悪影響、アルコールや薬物依存、希死念慮などが心配となる。また、そのような場合は、喪の作業や対処行動がうまく遂行できていなかったり、重い抑うつ症状やトラウマ反応などが、正常な悲嘆のプロセスを妨げている場合もある。死別後の悲嘆のプロセスや回復にかかる期間は人それぞれであり、その人の回復のペースに合わせる事が重要であるが、そのような心配な状態が長期にわたって続いている場合や希死念慮がある場合には、悲嘆の支援に詳しい精神保健の専門家の支援や介入が推奨される。そのため、遺族へのケアに関わる人は、そのような場合に備えて、前もって遺族の支援に詳しい専門家との連携体制を整えておくことが望ましい。たとえ、その遺族が専門家の介入を望まない場合でも、ケアに関わる人たちが支援方法を相談できる専門家をもっておくことが重要なのである。

表3 通常の悲嘆と複雑性悲嘆の主要な危険因子

リスク要因	調査対象となった研究の数	統計的に有意な研究の数	統計的に有意な研究の割合(%)	割合による順位	危険因子の種類 ^a
遺族の年齢（より若年）	20	(5)	21	10	P
女性	19	(8)	42	7 ^b	P
暴力的な死	17	(6)	35	8	P
故人の年齢（若年・高齢の両方）	12	(5)	42	7 ^b	P
予期せぬ突然の死	12	(5)	42	7 ^b	P
教育水準	12	(2)	17	11 ^b	P
故人の配偶者や親（特に母親）	11	(7)	64	5	C
白人以外	8	(4)	50	6	P
社会的支援の低さ	7	(6)	86	2	C
低所得，過去の喪失体験，故人との関係，喪失の頻度が高い	6	(2)	33	9 ^c	P
家族の結束力の欠如	6	(1)	17	11	P
不安・回避・不安定な愛着スタイル	5	(4)	80	3	C
暴力的な死の死亡確認に関する問題（遺体の発見，目撃，または確認）	3	(3)	100	1	C
生前の夫婦間の依存度の高さ，神経症傾向	3	(2)	67	4 ^c	C

[備考]

a：Cは確認されたリスク要因，Pは潜在的なリスク要因

b：リスク要因のシェアランキング

c：ランキングは複数のリスク要因を示す

(Stroebe M, et al., eds. Complicated grief. p149, Routledge, 2013 より引用改変)

(瀬藤乃理子)

■ 文 献

- Hudson P, Remedios C, Zordan R, et al. Clinical Practice Guidelines for the Psychological and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. Centre for Palliative Care, St Vincent's Hospital Melbourne: Melbourne, Australia, 2010
- 瀬藤乃理子, 村上典子, 丸山総一郎. 死別後の病的悲嘆に関する欧米の見解 病的悲嘆とは何か. 精神医 2005; 47: 242-50
- Becker CB, Taniyama Y, Kondo-Arita M, et al. Unexplored costs of bereavement grief in Japan: patterns of increased use of medical, pharmaceutical, and financial services. Omega (Westport) 2021; 83: 142-56.
- Rando TA. Grief, Dying, and Death: Clinical Interventions for Caregivers. Research Press, Illinois, 1984
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8
- Doka K, ed. Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice. Research Press, Illinois, 2002
- Hedrke L, Winslade J. The Crafting of grief. Routledge, London, 2016. (小森康永, 奥野光, ヘミ和香 訳. 手作りの悲嘆. 北大路書房, 京都, 2019)
- Bowlby J 著, 黒田実郎 訳. 母子関係の理論 3: 対象喪失. 岩崎学術出版社, 東京, 1991
- Bowen M. Family reaction to death. In Walsh F, McGoldrick M, ed. Living Beyond Loss: Death in the Family. W W Norton & Co Inc, New York, 2004
- Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping and adjustment to bereavement. In Stroebe MS, Hansson

- RO, Schut H, et al. eds. Handbook of Bereavement Research. Consequences, coping and care. American Psychological Association, 2001.
- 11) Shear K, Monk T, Houck P, et al. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 453-61
 - 12) Davidsen-Nielsen M. *Healing Pain*. Routledge, 1991 (平山正実, 長田光展 監訳. 癒しとしての痛み. 岩崎学術出版社, 東京, 1999)
 - 13) Boss P. *Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. WW Norton & Co Inc, New York, 2006 (中島聡美, 石井千賀子 監訳. あいまいな喪失とトラウマからの回復: 家族とコミュニティのレジリエンス. 誠信書房, 東京, 2015)
 - 14) Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999; 23: 197-224
 - 15) Stroebe M, Schut H. 死別体験へのコーピング(対処)の二重過程モデルから見た意味の再構成. In Neimeyer RA 編. 富田拓郎, 菊池安希子 訳. 喪失と悲嘆の心理療法. 金剛出版, 東京, 2007
 - 16) Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, et al. eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. American Psychological Association, 2008 (森茂起, 森年恵 訳. 死別体験. 誠信書房, 東京, 2014)
 - 17) Worden JW. *Grief Counseling and Grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 4th edition, Springer Pub Co, New York, 2008 (山本力 監訳. 悲嘆カウンセリング. 誠信書房, 東京, 2011)
 - 18) 坂口幸弘. 悲嘆学入門: 死別の悲しみを学ぶ. 昭和堂, 京都, 2010
 - 19) Kissane DW, Parnes F. *Bereavement Care for Families*. Routledge, London, 2014
 - 20) Burke LA, Neimeyer RA. Prospective risk factor for complicated grief. In Stroebe M, Schut H, Van den Bout J, eds. *Complicated grief*. p149, Routledge, London, 2013.
 - 21) Neimeyer R, Burke L. Complicated grief and the end-of-life: risk factors and treatment considerations. In Werth JL, ed. *Counseling clients near the end of life*. Springer, New York, 2013.
 - 22) Thomas K, Hudson P, Trauer T, et al. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 531-41

コラム 1

宗教的儀式とケア—死者と共に生きる—

あなたは何か信仰や信じている宗教はありますか？と聞かれると、多くの人はないと答えるでしょう。ところが、お正月に初もうでに行きますか？お墓参りをしますか？何かお願い事をしに神社仏閣に行くことがありますか？と聞かれれば、いくつもの体験が思い浮かぶことでしょう。安産祈願、病気回復祈願、合格祈願、結婚式、お葬式等々、私たちは生と死に関する節目や人生の節目に神や仏の力に頼ってきました。特別な信仰をもってなくても、自分の力だけではどうにもならない行く末を神仏に祈る・願うといった経験は誰しも持っていると思います。宗教的儀式のなかで、私たちに最もなじみが深いのが、この願う・祈るという行為です。願うことや祈ることは、一見、自分が主体となって物事を動かすことを後押しするように思われますが、自分の思いを自身の身体から離し他にゆだねるという能動性と受動性が交差する主客一体のものでもあります。自分の力だけではどうしようもない、人間の力が及ばないことを自分の手元から手放し、神仏にゆだねることは、物事の成り行きを他者と共有し、そこに出来上がる物語を共につくっていくという意味をもちます。

エンド・オブ・ライフケア (end of life care) の場においても、生と死の境を生きる者やその家族が回復を祈る、^{がん}願をかける姿を目にすることも少なくないことでしょう。自分が、あるいは自分の大切な人が生と死の境を生きる状況にあっては、この手放すという作業は、私たちの心の安寧を保つうえで重要な役割を果たします。自分が置かれているどうしようもないこの状況を他にゆだねるという、能動性と受動性の交差、主客一体の状況は「ケア (care)」の本質と一致します。医療の場において、患者やその家族は、キュア (cure)・ケアを受ける側、客としての側面が表立つことが多いと思います。他者が自分のことを思い、手厚く心身のケアをしてくれる状況は患者や家族にとっては心強いものであることは間違いありません。しかし、その一方で、主体としての思いが表しにくいということもあるでしょう。ケアは、助けを必要としている人を助けること、世話をすることといった一方向の行為のように受け取られがちですが、ケアという言葉は気遣うことを指し、本来は、身体的精神的に世話をする者も受ける者も互いを気遣う思いが交差する主客一体の行為です。私たちは、自分ではどうにもならない状況に置かれた時、無意識のうちに日常生活のなかで、ケアの本質に触れているのです。

医学、医療の発展が目覚ましい現代であっても、人の生死については、人間の力が及ばない領域であることはいうまでもありません。私たちの生活のなかで、宗教的儀式が大きくクローズアップされるのは、新しい命が誕生する時と命が終焉を迎える時です。こと人が亡くなった時には、宗教的儀式である「葬儀」によって、亡くなった人とお別れをすることが大半ではないでしょうか。近年では、葬儀の形式も多様化し、「告別式」や「お別れ会」といった形式で宗教的な意味合いをもたせないことも増えています。さまざまな別

れがあるなかで、宗教的儀式がもつ意味にはどのようなものがあるでしょうか。大切な人を亡くした混乱のなかで執り行われる「葬儀」は、亡くなった人を悼み、^{いた} 弔うという2つの意味合いがあります。葬儀は、この世に共に生きてきた人とのこの世での永遠の別れを意味するもので、どの宗教においても重要視されています。また、その形式と内容には、各宗教の来世観が反映されています¹⁾。それゆえ、宗教的な葬儀の中核にあるのは、亡くなった人を弔うこととなります。弔うとは、死者の霊、魂をなぐさめるといふ意味と遺された者をなぐさめるといふ両面があります。死者の霊、魂をなぐさめ、次の世界に送り出すという一連の流れは、別れには違いありませんが、死者が死後、どのような道を歩むのかという行く末を確かめ、形は変わっても儀式を通して、あるいは場所（お寺や教会など）やモノ（お墓や仏壇など）を介して、絆は継続されていくという、両面を持ち合わせるものです。この宗教的儀式は、近年、悲嘆研究、遺族ケアにおいて重要視されている「継続する絆」理論のもととなったものです。かつて、グリーフケアでは、故人との関係を断ち切ることでその悲嘆から立ち直ると考えられてきました。しかし、例えば、葬儀後の周忌ごとの儀式、お盆、お彼岸、お墓参りといった宗教行事を通じて関係性を保ち続けることによって、新しい形で故人と共に生きること、受け入れがたい事実を受けとめられるようになっていきます。「あの時、一体どうしていたらよかったのか」、遺された者は出口のみえない、答えのない問いをかかえていることも少なくありません。

そんな時は、学問の立場からの解答はあまり助けにはなりません。遺された者は、宗教がもつ教義に、なぜ自分の大切な人と別れなければならなかったのか、死後の世界の存在について、その答えを託すことがあります。もちろん、宗教と一口に言っても、教義、組織、信者に求められる態度は様々ですが、手放し、立ち止まり、緩やかに動くことを任せられる主客一体の場として宗教には大きな役割があります。医療の場では、医療者と患者や家族はケアする者とケアされる者に切り分けられがちですが、主客一体の関係性で、両者が生きることを共有することが、ケアにおいては重要な視点です。遺族と医療者という二者関係ではなく、時には宗教的儀式が内包しているケアの叡智を借り、たゆたうなかに、ゆっくりと道筋を共につくっていく支援ができればと願っています。

(近藤(有田) 恵)

■ 文 献

- 1) 小林栄. 日本人と葬儀. 神学研究 1974; 22: 66-87