

## 論文要旨

氏名 橋口玲子

論文題目（外国語の場合は、和訳を併記すること。）

看取りとしての看護のあり方

— 一般病棟における終末期ケアの構築 —

論文要旨（別様に記載すること）

- (注) 1. 論文要旨は、A4版とする。  
2. 和文の場合は、4000字から8000字程度、外国語の場合は、2000語から4000語程度とする。  
3. 「論文要旨」は、フロッピーディスク（1枚）を併せて提出すること。  
（氏名及びソフト名を記入したラベルを張付すること。）

# 看取りとしての看護のあり方

## — 一般病棟における終末期ケアの構築 —

橋口玲子

### 序

本論文の目的は、看取りとしての看護、特に終末期ケアとしての看護に関する一般病棟における現状を踏まえながら（第1章）、日本人の看取りのあり方を歴史的に概観することを通して（第2章）、臨床現場における実践へ向けて、一般病棟における終末期ケア、特にスピリチュアルケア構築の可能性を明らかにすることである（第3章）。

死は人間の自然な営みのひとつである。以前は、大家族や地域社会の中で看取る風習があった。他方で、医療にとっては、次第に「死は敗北である」と考えられるようになった。現代の死は、医療の介入によって人工的なものになり、死の医療化が進行してきたが、しかし、積極的な治療を行う段階の後に、治癒が困難な状態になってからの医療があると考えられる。医療者は、マニュアル化できないそれぞれの個別的な死に、いかに寄り添っていけるか。それを考えることが、看取りとしての看護について考えることであろう。

「看取り」とは何か。看取りとは、一般に「病人の世話をする。看病する」ことであるが、ここでは、「終末期ケア」<sup>1</sup>と理解する。

日本における終末期ケアの再構築は、超高齢化社会における最重要課題であろう。医療技術の進歩、急速な高齢化の進展、国民生活や意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化している中、回復の見込みがない終末期の患者の医療をどう充実させるか、社会の関心も高まってきている。近年、医療制度改革が進んでいく中で、がん対策推進基本計画において、緩和ケアが重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけられた。地域における緩和ケアの連携医療体制の構築とその質の確保が求められており、緩和ケアの普及が不可欠なものとなってきている中で、一般病棟<sup>2</sup>における緩和ケアに関心が集まってきつ

---

1 終末期ケアとは、緩和医療学の臨床実践をいう。緩和医療学（緩和医学） Palliative Medicine とは、1980年代からイギリスで緩和ケアを支える学問領域として発展したもので、国際的にも緩和ケアを学問的に裏づける医学や看護学等の専門領域のひとつとして確立している。終末期とは、医師によって不治の病であると診断をくだされ、それから先、数週間ないし数カ月（およそ6ヶ月以内）のうちに死亡するだろうと予期される状態になった時期をいう。終末期前期・中期・後期とは、前期とは、余命6ヶ月～数カ月と考えられる時期、中期とは、あと数週間と考えられる時期、後期とは、あと数日と考えられる時期、そのあとは、死亡直前期という。（「老人診療マニュアル」日本医師会から抜粋）

2 一般病棟とは精神・結核・感染症・療養各病床以外の病床と定義されている。

つある。

WHO (World Health Organization) (世界保健機関) は、平成 14 (2002) 年、緩和ケアを「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし、解決することにより苦痛の予防と軽減をはかり、生活の質 (QOL) を向上させるためのアプローチである」と定義した。スピリチュアルという語は理解が難しく、日本語に訳す際に「霊的」と訳されることが多いが、そう訳すとその意味合いが別のものとなるように思われる。つまり、日本古来の宗教的なイメージが強く、理解がかえって困難になるように思われるのである。そこで、ここではそのまま「スピリチュアル」という言葉を用いることにする。日本におけるスピリチュアルケアの研究は、スピリチュアリティ<sup>3</sup>やスピリチュアルペインに関する概念的探求から一歩踏み出し、実践の体系化と検証を目指す段階に入ったと思われる。スピリチュアルペインとは、「自分が生きてきた意味は何か」、「自分は死んだらどうなるのか」という自己の存在への根元的な問いにさらされた人の痛みであろう。病気という危機的状況において強く意識されてくるが、スピリチュアリティを人間は根源的に有しているという前提に立ち、特定の宗教を持たない人達にも、スピリチュアルケアは必要であると筆者は考える。

人間が死にゆくときに、スピリチュアルケアを受けながら死んでいくということは、人間存在にとって非常に重要なことである。西洋社会では、チャプレンなどの宗教者がスピリチュアルケアを担っているが、日本における一般病棟においては想定しがたい。一般病棟においては、確かに、治療や延命が優先される傾向にある。しかし、筆者は、スピリチュアルケアは看護の基本であると捉え、一般病棟においても実践可能であると考え。スピリチュアルケアの医療体制を、ホスピスや緩和ケア病棟に入院中の一部の医療施設にある患者に対してだけでなく、一般病棟においても普遍的に提供できる体制が求められていると思うのである。

## 第 1 章 終末期ケアの現状

わが国が直面する少子高齢化社会は、多くの死を看取る宿命を負った社会でもあり、どのようにしたらより良い死を迎えられるのか、それをどのように支えていくのかという問題がある。まず第 1 章では、終末期医療を取り巻く社会的背景、終末期にある患者の痛みなどを中心に、終末期ケアの現状について論述した。

1.1 では、終末期ケアを取り巻く社会的背景を取り上げ、1.1.1 高齢化社会の問題、1.1.2 医療制度の問題、1.1.3 スピリチュアルケア・緩和ケアの現状について論述した。スピリチュアルペインは、病気という危機的状況において強く意識されてくるが、スピリチュアリティそのものは、人間が根源的に有していると考えられる。日本におけるスピリチュアル

3 スピリチュアリティの語源は、spirit (スピリット) であり、意味は息、風、生气である。WHO 専門委員会報告書では、spiritual を「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉」と定義している。また、罪悪感、死後の生命への不安、生きる意味の喪失がスピリチュアルペインだとしている。

ケアの考え方としては、キリスト教、仏教に由来する考え方もあるが、特定の宗教を持たない人達にもスピリチュアルケアは必要であろう。

1・2 では、終末期にある患者の痛みをめぐって、まず1・2・1 一般病棟における終末期にある患者の現状について分析した。一般病棟において、終末期にある患者の置かれている現状は厳しいものがあり、どのようにして個々の患者・家族を支えられるかが問題である。患者・家族の様々な想いにどのように応えることが、患者にとって最善のケアになるのか。医療技術の進歩や人々の権利意識の高まり、価値観の多様化等によって、医療関係者は多くの倫理的問題をはじめとする困難に直面するようになってきている。

1・2・2 では、一般病棟における終末期ケアの現状について述べた。患者・家族・医療者の価値観が多様化している中で、相互の関係性をどのように構築するか、またどのようにコミュニケーションをとるかが重要であることが明らかになった。

医療費の抑制を目的とする、国による医療制度改革が加速している中、特に死亡の8割が終末期医療に当たる一般病棟で発生している状況を考えると、スピリチュアルケアを含む終末期医療体制を、ホスピスなどの特別な施設に入ることができる患者に対してだけでなく、普遍的に構築することが強く望まれる。

## 第2章 日本における看取り（終末期ケア）の文化

ところで、日本人は死をどのように捉えていたのか。筆者は、「スピリチュアルケアは、古来日本において行なわれており、時代の変遷と共に次第に行なわれなくなってきた」という仮説を立て、論証することとした。第2章では、日本の伝統と文化に根付く日本人の看取りの文化について歴史的に概観することを通して、現代日本において看取り（終末期ケア）の文化をどのように再構築できるかについて論述を試みた。

2.1 では、日本的な看取りの文化を取り上げ、日本人は死をどのように捉えていたのかを概観した。日本の風土と歴史が生み育ててきた文化に学ぶべきことがあるのではないだろうか。日本人には、四季を感じながら育ててきた伝統的な文化があり、日本の風土と歴史が生み育ててきた文化の中に、日本固有の看取りの文化が存在していたと考えられる。以下、日本人の看取りの文化をめぐって、2・1・1 日本古来の霊魂観、2・1・2 江戸時代以前、2・1・3 江戸時代、2・1・4 明治時代以降と、歴史的に概観した。日本的な看取りの文化として、特に鎌倉時代の「臨終行儀」や江戸時代の在宅介護、日本における看護の歴史を知ることにもつながる「病家須知」の考え方などを中心に論述した。

古い日本人の風俗習慣には、霊魂というものが大変重要な位置を占めていた。日本人の他界観を形作った要因としては、単に仏教的なものだけではなく、日本古来の自然霊崇拝の他、儒教的な祖先崇拝などの影響もある。そして、6世紀中頃、日本に仏教が渡来した後、鎌倉時代には、日本的な看取りの文化「臨終行儀」が成立し、より徹底した「死と向き合う」看護がなされていたという歴史的事実がある。江戸時代になると、おおむね漢方医学に基づく医療が行なわれ、看護としては、儒教の教えに基づく家庭看護が行われていた。

儒教の影響や封建体制の中で、江戸時代の看病人は在宅看護を行っていた。

仏教の考え方を中心とした看取りの文化は、明治時代に大きな変質を遂げる。この時代は、富国強兵を急ぐ明治政府が「健康であることが親や国家に対する義務」とする訓導を積極的に展開した時代であり、戦争、伝染病などが引き続いたという背景がある。明治 3 (1870) 年、政府は西洋医学としてドイツの医学教育を導入し、西洋医学をもって日本医学の基本とした。明治 7 (1874) 年、「医制」を制定し、その第 45 条により医師が死を確認するように法で定めた。明治 21 (1888) 年頃より、看護婦養成所を出た看護婦が、看護婦会より病院や家庭に派遣される体制ができ、この派出看護婦が近代医療を影で支えた。この制度は、明治・大正・昭和の 3 代を通して、日本の近代医療史の底辺にはかり知れない足跡を残していった。日清戦争を契機に富国強兵の気運が高まった時代は、家を守る「良妻賢母」が求められる時代でもあった。高等女学校では、家政学の中で看取りの教育が実施されるなど、女子教育の場で「看病」が教えられた。しかし、大正 4 (1915) 年に「看護婦規則」が発令され、病院数が急速に増えると、しだいに病院での看護へと変化していく。

昭和時代になると、引き続き看取りは家政学の中で教えられ、家庭看護としてその方法は伝えられていったのであるが、しだいに亡くなる人への身体的な関わりが中心となり、亡くなる人の心構えやそのための儀式などは強調されなくなっていった。

昭和 25 (1950) 年以降になると、看護は医学の一部ではなく、看護婦自身が教育に携わるようになる。昭和 52 (1977) 年以降は、病院死が在宅死を上回る状況となり、しだいに医療の場は家から病院へと移っていった。

以上を踏まえて、2.2 現代における「看取り」の現状、2.2.1 ホスピス・緩和ケア病棟の現状、2.2.2 一般病院の現状、2.2.3 在宅ケアへ向けた取り組みについて分析した。

日本には、古来より死について考えてきた歴史があり、日本人は、看取り看取られるという死の文化を持っていた。日本人のスピリチュアリティの特徴は、自然や人間関係に強い影響を受けているということである。日本人は一般に明確な神観をもっていないと言われるが、日本人は、人間の生命を生み出した何かが存在すると、漠然と信じているのではないか。そして、鎌倉時代には、たとえば源信が 986 年「二十五三昧会」を創設したが、このように「生を支えあう」関係を重要視してきたことが指摘できる。それに対して、現在のホスピスにおけるケアは、痛みのコントロール、症状緩和が中心であり、鎌倉時代の考え方とは大きな相違がある。

結論として、スピリチュアルケアに当たるものは、古来日本において行なわれてきたが、時代の変遷とともに、次第に行なわれなくなってきたと言えるように思われる。日本の風土と歴史が生み育ててきたこの日本の文化にはスピリチュアルケアそのものと言えるようなものが含まれており、スピリチュアルケアは一般病棟においても可能であると筆者は考える。

### 第3章 看取りとしての看護のあり方

この第3章では、第1章、第2章を踏まえて、一般病棟における看取りとしての看護のあり方について、主題である「一般病棟における終末期ケアの構築」に向けて、臨床現場に立つ者の視点から論述した。

3.1では、一般病棟での看取りはどうあるべきかについて論じた。3.1.1では、具体的に終末期患者のスピリチュアルペインに対する心理的变化とその援助方法を、村田理論に基づいて明らかにするという目的で、事例研究を行なった。3.1.2では、一般病棟における緩和ケアチームの組織化へ向けた一歩について論述した。一般病棟においては、緩和ケアチームの立ち上げが重要であるが、チームを継続するためにはメンバーのモチベーションの維持が不可欠であり、組織的な支援体制が必要となる。また、終末期にある患者を現状分析するため、データ化し可視化していくことが、緩和ケアチームの有効性の検証につながることを論じた。

3.1.3では、一般病棟におけるスピリチュアルケアの目標を述べるとともに、特に、ともに創るという医療者の意識改革、スピリチュアルペインを受け止める存在、静かな環境などが求められることを述べた。3.1.4では、基礎となる日常の身体的ケアや日々の会話が重要であること、また、ナラティブ・アプローチ<sup>4</sup>、患者から逃げないで側にいることについて述べた。

次に、3.2では、これまでの考察を踏まえて、看取りの教育について医療現場に立つ者の視点から論じた。終末期ケアにおいては、今まで生きた社会の歴史や文化の中で、患者その人の独自の個性を理解していくことが重要となる。要するに、人間理解が求められるのである。これこそが、看取りの原点であると筆者は考える。この点に関わる、個々の医療者の内面的成熟が求められるのではないだろうか。

3.2.1では、看取りの教育にとって、長期的な視野に立った人間理解の取り組み、死の準備教育、シンクロシティ<sup>5</sup>に気づく感性、価値観の根底をなすもの、自己認識、コミュニケーションのスキルが重要であることを述べた。3.2.2では、特に、看取りの看護における実践的なコミュニケーションのスキルについて述べた。

最後に、現在の一般病棟に最も求められる看取りとしての看護あり方について、また、臨床現場での実践へ向けた一般病棟における終末期ケアの構築について述べた。特に、1) 患者が自分の人生を振り返る、2) 旅行、3) 患者とともに笑う、4) ともに祈る、5) 季節の行事、誕生日を祝う、6) 音楽、7) 読みたい本、8) レクリエーション、9) 死について語り合える、などの重要性に触れつつ、患者が穏やかな感謝の気持ちを持って最期の時を迎えられるように、できるだけその人らしく生きる可能性を提示することが重要であること

4 ナラティブは、日本語では、「物語り」「語り」などと訳されている。基本姿勢はまず「患者の主観的体験を尊重する」ということ。

5 シンクロシティとは、スイスの心理学者カール・グスタフ・ユングによって生み出された言葉であり、ユングの定義によれば、体験者あるいは、悟りといった感覚に近いものが得られる現象ということになる。

を述べた。

## 結語

一般病棟において終末期の患者のおかれている現状は厳しい。しかし、これからは、一般病棟においても、その人が最後まで自分らしく「尊厳ある死」を迎えられるように、個人の死生観を大切にできるケアが提供される時代となるであろう。

日本人は、古来より死について考えてきた歴史があり、看取り看取られるという死の文化を持っていた。日本の風土と歴史が生み育ててきたこの文化には、スピリチュアルケアそのものが含まれていると言えよう。その考え方に従えば、患者から逃げ出さないで側にいることが大切であり、基礎となる日常の身体的ケアや日々の会話を大切にしつつ、互いに支え合う関係の場を構築すること、そしてそれが自然体であることが鍵となるのではないかと筆者は考えている。また、スピリチュアルケアは看護の基本であり、現代における一般病棟において、スピリチュアルケアは可能であると結論づけたい。

現在の医療現場に最も求められている一般病棟におけるスピリチュアルケアの具体的なあり方について、筆者は以下のように考える。

- ①基礎となる日常の身体的ケアや日々の会話とともに行われる一つひとつのケアを大切に、信頼関係を築き、最期までその人らしく生きられるように援助する。
- ②傾聴すること、ともにいることが最も重要であり、患者の想いに焦点を当てたコミュニケーションが求められる。言語的コミュニケーションだけでなく、表情や視線、動作などの非言語的コミュニケーションも重要である。
- ③「何かをしなければいけない」という考えからの脱却が必要である。近代ホスピスの母と呼ばれるD・C・サンダースの言葉に、「終末期ケアの真髄は何かをすることではなく、患者とともにそこにいること (not doing, but being)、患者と家族のそばに何も答えられないまま留まっていることである」とある。
- ④スピリチュアルケアは、スピリチュアルペインをケアすることであり、患者自身の中にそれに立ち向かう力は内包されている。医療者の役割は、患者のサイン・メッセージを受け取り、サポートすることにある。
- ⑤村田理論<sup>6</sup>は、チームとしてケアの方向性を共有できるという点で大変優れている。
- ⑥一般病棟における緩和ケアチームの組織化を図る必要がある。また、チームを継続するためのメンバーのモチベーションの維持が不可欠であり、組織としての支援体制が必要となる。
- ⑦看取りに関する看護力の強化、チームとして活動するための能力開発に関する医療現場での教育は避けて通れない。スピリチュアルケアに関して、指導の中心となる人材育成

6 村田は、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」がスピリチュアルペインであると定義し、その構造を人間の時間存在、関係存在、自律存在の3次元において考察している。

が必要である。

- ⑧看取りの教育において、長期的な視野に立った人間理解の取り組み、死の準備教育、シンクロシティに気づく感性、自己認識、コミュニケーションのスキルが重要である。看護の基礎教育の中で、人間理解のために、心理学、哲学、宗教、倫理、社会学などが必要である。看取りの教育のための人材育成が急務である。
- ⑨患者が自分の人生を振り返る、旅行、患者とともに笑う、ともに祈る、季節の行事、誕生日を祝う、音楽、読みたい本、レクレーション、死について語り合うなどを行うことによって、穏やかな感謝の気持ちを持って最期の時を迎えられるように、できるだけその人らしく生きる可能性を提示することが重要である。
- ⑩若いや病の経験が少ない医療者が、果たしてどこまで死にゆく人を理解できるのか。「死にゆく人の心の声を聴く」という、その体験の積み重ねこそが、医療者と死にゆく人の距離を近づけるのではないだろうか。それは、医療者がどこまでその患者を大切に思い、理解しようとする態度で接しているか、あるいは、どこまでその人らしく生きられるかということをとともに考える姿勢を持てるかによる。

これから、かつての自宅で迎える死から画一的病院死の時代を経て、死はどのように多様化していくのか。少子高齢化の時代が進み、家族介護力の著しい低下を余儀なくされている現状の中で、どこまで個人の決断を支えることができるか。生まれ育ったその地域の文化の中で、子供から高齢者までを対象として、命について考える機会を作っていくことが必要である。

スピリチュアルケアを病院の基本的なサービスとして位置づけ提供できる体制を作るためには、ホスピスの医師・看護師や日本看護協会が認定するがん専門看護師やホスピス認定看護師だけでは絶対数が明らかに足りない。そこで、質の高いスピリチュアルケアを提供するために、スピリチュアル・ケアワーカーを養成する必要があると筆者は考えている。日本的なスピリチュアルケアを含む医療体制を普遍的に提供できる体制を構築するためには、「生を支えあう」関係をどのように作るかが重要であり、このように考える姿勢が日本のスピリチュアルケアの基本となると筆者は考える。

具体的には、現段階では、団塊世代の退職予定の看護師が候補に考えられる。彼らは多くの人生経験を積んでおり、その経験された知恵を活かせないものか。今まで勤めていた病院などの現状を熟知しており、その地域の環境や社会資源にも精通し、何よりもその地域での人的ネットワークを持っているという強みがある。彼らに、スピリチュアル・ケアワーカー養成教育を受講してもらった上で、認定制度を設けることが必要となろう。

スピリチュアル・ケアワーカー養成のための教育内容は、現在行われているがん認定看護師や緩和ケア認定看護師教育におけるスピリチュアルペイン援助に関する教育内容が考えられる。

医療とは、単なるサービス業ではなく、また医療者の奉仕的な精神に頼るべきものでも



なく、国民が知的に構築すべきものであり、文化的レベルを表す財産でもある。死を自然の営みとして受け容れられるよう、人生の最後の瞬間に真摯に向き合えるように、死についてともに語り合う時代を迎えているのではないだろうか。

「よりよき死を迎えられないということは、社会の問題であり、社会全体での解決策を要する。それは、健康政策の構造と経済の反映であり、また我々の文化と価値観によるものである」という木村<sup>7</sup>の言葉を引用し結びとする。<sup>8</sup>

---

7 木村利人は、1934年東京生まれ。早稲田大学第一法学部卒業。同大学大学院法学研究科博士課程修了後、サイゴン大学、ジュネーブ大学大学院教授、ハーバード大学研究員等を経て、ジョージタウン大学医学部客員教授、早稲田大学教授。著書に『バイオエシックスとは何か』等多数がある。

8 アメリカ ヘースティングセンター、2006年3月

ニューヨークにヘースティング・センターという世界で最初に設立されたバイオエシックスの研究所がある。(http://mag.gto.ac.jp/cat8/cat11/2-4.html#h4-4)