九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

ターミナルケアの看護人類学的研究

山崎, 不二子
県立長崎シーボルト大学

https://doi.org/10.15017/2338940

出版情報：九州人類学会報. 29, pp.56-73, 2002-07-06. Kyushu Anthropological Association
バージョン：
権利関係：

ターミナルケアの看護人類学的研究

山　崎　　不　二　子
(県立長崎シーボルト大学)

はじめに

近代医学は人間を見ずに臓器を診ることで科学となり飛躍的な発展を遂げてきた。原因と結果を一対一に対応させ、疾患や人間を要素還元主義の視点からみることで、平均からのズレを異常としそれを疾病とみなし、異常を正常に戻すための治療方法を開発してきた。このような見方は急性疾患や感染症には有効であるが、原因が単一ではなく、生活の仕方によって様々な複合した障害を生み出す慢性疾患や老人退行性疾患などには、対応できない現状にある。

ケア本来の意味は、疾患のみならず、疾病を持つ人の価値観や生き方を含めてその人の生活を支援することにある。しかし、医学も看護もそれを実践に移すための概念や方法をいまだ持ちえていない。それは、従来の要素還元主義の視点から患者を看るという方法では導き出すことができないのではないかと言われており、筆者もその意見には耳を傾けるべき意味と価値があると考えている。

そこで、本研究ではホスピス・緩和ケア病棟において患者及び家族が受けるケア内容とそれに対する満足感を明らかにし、ターミナルケアにおける看護の構造を抽出することを目的とした。

その理由は、次の３点である。①ホスピスの歴史は古く、特に西洋においては看護の発展過程と深いかかわりがあり、近代医療への批判の上にホスピスが再構築された経緯を持っている。②死に逝く者にとって必要と考えられる個人的な意味を発見し、そのことを通じて自己の存在を意味づけ、再組織し、充実した自己を実感するという患者・家族及び医療者の態度を観ることができ、そこに看護本来の姿を探ることができる。③ホスピス・緩和ケア病棟では家族もケアの対象に位置づけられていること、またボランティア、宗教家などの医療従事者以外の人々がケアに参加している。

これらのことから、人間の尊厳をもとにした、新たな看護を模索できると考えたからである。

研究方法としては専門的な医療の提供、終末期の患者の状態、家族の状態などを相互作用の文脈の中で捉え、記述し、説明することとした。これは、ターミナルケアや患者･家族の理解を深めることのみならず､臨床実践の構造化と進歩につながると考えるからである。

調査方法

1. 調査施設と対象者の特徴

調査施設を表1に示した。承認年や病床数、総合病院の中にある病棟などほぼ同じ内容を持つが、次の三点が異なる。

①宗教的基盤の有無：A 病院は、神父やシスターがパストラルワーカー（語源は pastor：「羊飼い」、精神的・霊的側面の世話をする－堤 2000）として病棟に在中し、定期的に患者のベッドサイドを訪れている。B 病院はボランティアとして牧師やシスター、僧侶が週1回病棟にきているが、患者や医療者の要請がない限り、宗教家としてかかわることはない。②ボランティアの参加状況：A 病院では、ボランティアが患者のベッドサイドに行き、お茶のサービスやマサージ、会話などを行っているが、B 病院では、患者のベッドサイドに行くには医療者の許可が必要で、患者・家族のプライバシーを考慮した仕組みを持っている。③病棟形式：A 病院は院内病棟型、B 病院は院内独立型である。

対象患者及び家族は、表2に示すようにA病院8名、B病院8名の合計16名である。性別は男性7名、女性9名、年齢は最高83歳、最少37歳、病名はがんで、手術後の再発や転移によるものが81.3%（13名）であった。平均在院日数はA病院73.0日、B病院54.3日である。対象患者が信仰する宗教はキリスト教1名、その他（仏教、新興宗教などを含む）15名である。

患者・家族の選定については病名告知がなされ、痴呆等のない会話の可能な患者・家族とした。また、調査に当たっては、調査の主旨を理解してもらい協力できる状態にある患者・家族を病棟師長及び主治医に選定してもらい、了解が得られた患者・家族を対象とした。

2. 調査期間・方法・内容

調査期間は2001年2月から9月までの8ヶ月である。調査方法としては、看護師の資格をもった調査者として、患者・家族に二日間付き添い、患者が家族、医師、看護師、ボランティア、面会者などから受けているケアの内容を観察し、診療記録からも情報収集した。ケア内容は柏木(1997)、江向(1993, 1994)、小野(1999)、森田(2000)、山本（1997）らの調査結果と、二回の予備調査の結果に基づき、Ⅰ．身体・精神症状の緩和（12項目、細項目60)、Ⅱ．日常生活の援助（9項目、細項目55)、Ⅲ．患者の気持ちや認識のあり方（13項目)、Ⅳ．患者の支え―家族・医療者（10項目)、Ⅴ．医療者による家族への援助（7項目)、Ⅵ．患者・家族の満足感の6項目とした。また、ケア時の会話内容や行動、態度なども合わせて観察した。また、看護師がケアを行う

際には、看護師と一緒にケアに参加した。

さらに、患者・家族にはホスピス病棟・緩和ケア病棟に入院した経緯、現在最も望んでいること、ケアに対する希望など、患者・家族の考えを自由に話してもらった。

3. 分析手続き

ターミナルステージの判断は一般的に時間の単位で考えられている。柏木（2000）が示した基準を参照に、前期は余命が６ヶ月から数カ月、中期は数週間、後期は数日、直前は数時間とした。生命予後を時間で判断することは困難であるが、患者のA.D.L.（日常生活行動）や全身状態、精神状態などを指標に総合的に判断するようになっている。中期では食欲不振やがん特有の全身倦怠感の出現と日常生活行動に苦痛を感じるようになり、後期ではベッド上の生活となり、薬剤の服用も困難で、意識障害などが出現することを一応の目安としている。

これらの基準や指標をもとに、患者のステージと期間を割り出し、病棟師長、受け持ち看護師、主治医に相談し確認してもらった。その上で、患者に提供されたケア内容を各ステージ別に分け、その変化を見た。

分析は、項目Ⅰ、Ⅱついては患者が受けたケア内容とその回数を、総項目数と在院日数で割り、患者一日、一人当たりのケア割合をステージごとに出し、その変化を見た。項目Ⅲについては、患者との面談結果と診療記録から、患者の疾病や状態の認識を抽出・分析しカテゴリー化すると共に、それを時系列・各ステージ別にみた。項目Ⅳ、Ⅴについては、ケア内容と回数をステージ別にみた。項目Ⅵは10段階評価とし、患者及び家族に受けているケア内容の評価をしてもらい、それを点数化した。

結果

1. 身体・精神症状の緩和

患者一人が一日に受けたケア内容の割合は、図１に示すように　前期が11.6%、中期は15.1%、後期は16.3%、直前は8.1%と、前期から中期、後期にかけて少しずつケア内容は増加し、直前には半減した。

項目別では、図２のようにステージの進行に従いケアの割合が増加する項目と減少する項目に分かれた。増加するケア内容は、呼吸困難が最も増加し、ついで発熱、浮腫、精神症状、出血傾向などの順で増加した。減少するケア内容は、痛みが最も減少し、全身倦怠感と処置は中期に一時的に増加するが以後減少し、咳、吐き気・嘔吐は徐々に減少した。

医師によるケア提供は医学的処置の細項目である検査、治療、他科受診と浮腫に対

する治療（医学的処置の 15.19%、浮腫の 6.02%を占める）、ボランティアは浮腫の細項目のマッサージを一部担当（浮腫の緩和の 1.81%を占める）していた。看護師によるケア提供は全体の 98.0%を占めた。

2. 日常生活の援助

患者一人が一日に受けたケア内容の割合は、図３に示すように前期が 13.8%、中期は 17.9%、後期は 28.4%、直前は 23.2%と中期から後期にかけてケア内容は急激に増加し、直前にやや減少した。

項目別にみると　図４のように、ステージの進行に従いケアの割合が増加する項目と減少する項目に分かれた。増加するケア内容は、バイタルサインズの測定で、減少するケア内容は食事と睡眠が最も減少し、排泄、清潔、移動、体位変換、環境整備、気分転換活動は緩やかに減少した。

ケア提供者は 99.47%が看護師であるが、気分転換活動の大部分をボランティア（気分転換活動の 73.9%を占める）が行っていた。

3. 患者の気持ちや認識のあり方

今回、病名が告知されている患者を対象に調査を行ったことから、多くの患者は病気や生活行動などの改善や悪化に伴い、死への不安、希望、怒り、あきらめなど様々な気持ちや自分の状態に対する認識に変化がみられた。それらを時系列で整理・分析すると、４つのカテゴリーに分けられた。これを次の４つにネーミングすると同時に以下、段階と呼ぶことにする。

病状や日常生活行動の改善や悪化などといった身体変化を通じて自分の状態を自覚する「身体変化の自覚」、それに伴い安心や希望の感情と死への不安や怒り、後悔などが入り交じる「終末イメージへのゆれ」、できればこの状態を脱出したいという思いと死への覚悟、一方ではあきらめの感情の「自己の生命力や生きることへの問いかけ」、そして、病気の体験や死をみつめることで、人生や価値の発見，感謝や宿命や無力感に襲われる「人生や生きる意味・価値の発見」の４つである。各段階には相反する感情が常に存在し、各ステージに出現すると同時に、ステージ内でも時間の経過と共に変化していくことが観察された。

「身体変化の自覚」では、ぐっすり眠れた、食事がとれるようになった等の日常生活行動や症状の改善・維持が自覚される場合と、痛みがとれない、歩けなくなっている、声がかすれる、検査データの悪化など生活行動や症状の悪化を身体感覚として自覚する場合に分かれた。

改善と悪化という身体変化の自覚は、次の「終末イメージへのゆれ」に大きな影響

を与えていた。身体の改善を自覚した場合、患者の多くは日常生活行動のさらなる改善や治療への希望・期待、がんが治るなどの、病気そのものに対する回復への期待を抱いていた。しかし、身体の悪化を自覚した場合は、自分の死を身近なものに感じていくことによって不安をつのらせ、寂しさや、死ぬ時に苦しむのではないかという恐怖、他患者の死に怯える、きつさがつのると安楽死を求めるなど気持ちが大きくゆれていた。

「自己の生命力や生きることへの問いかけ」では、現状をなんとかして脱したいという思いや、誰か傍にいてくれると安心などといった、現状を我慢強く耐えながら自己の生命に対する希望と期待を抱いている患者の気持ちが表現されていた。また、死ぬのは恐くない、死ぬときは死ぬ時さ、といったように、死を自然なこととして受け止めることで、冷静に現状に対処しようとしている姿勢もみられた。しかし、一方ではこんなに苦しみが続くのであれば注射で眠らせてほしい、こんな状態で生きていくのは地獄、など身体的な苦痛から生きる希望を失ったり、早く死がくることを願うなど生きることへの諦めの感情が出現することもあった。

「人生や生きる意味、価値の発見」では、病気の体験を通じて、あるいは死を前にして自分の人生や生きてきた意味を問い直し、再統合する作業を患者自身が行っていた。多くが家族に感謝の言葉や手紙を残したり、今まで当たり前だと思っていたことが恵みであったことを発見したり、日常の何気ない風景に新鮮な驚きを感じたり、神の存在を身近に感じる、など様々であった。しかし、過去に自分が行ってきたことの罰として病気になったと考えたり、何も悪いことをしていないのにという恨みや、納得できない気持ちを表現していた。

そして、これらの相反する両価的（ambivalent）な感情は前述したように、時間の経過と共に変化すると同時に、各ステージで出現し、出現する段階の内容は患者個別により異なっていた。このことは、患者の生き方や生活の仕方、人生観などにより左右されていると考えられた。

一方、宗教的ニーズについては2名の患者に神・魂の存在を信じること、宗教家や同一の信仰者による活動と儀式の遂行、具体的には、手かざしによる治療とミサへの参加が入院から死亡数日前まで見られた。2 名の患者は信じる宗教を持っていた患者であった。

また、A 病院のパストラルワーカーによる患者との会話記録からは、5 名の患者との合計 15 回の会話中、11 回が人生の意味・価値の発見に関する患者の発言が見られることから、パストラルワーカーとの会話を通じて患者が自己をみつめる機会となっていることが推察された。

4. 患者の支え

(1)家族：家族の患者に対するケア内容は、①面会や気遣い、世話などといった家族の愛情が実感できるような身のまわりのケア②患者の気持ちの代弁や安心できる言葉かけ、外出や散歩など患者の気持ちに添うようなケア③家族が傍に付き添うことで身体面での安心や孤独感の減少、甘えられるなどの安心感につながるケア④外泊や患者の好きな食べ物の準備や家族との会話など、家での雰囲気に近づけるケア、の４つに大別できた。

最も多かった①のケア内容は、前期から中期、後期とステージが進むにつれ、ケア内容と量は増加し後期でピークを迎え、直前で減少していた。内容は食事の介助、排泄の援助、水分の補給、マッサージ、体位変換など多岐にわたり、看護師とともに患者のケアを家族が実施していた。

(2)医療者：医療スタッフは、病状や検査結果、処置や治療内容の説明等が中心のケアで、その多くは医師が担当していた。また、患者及び家族への説明が中心となっており、全体としては前期に多く、ステージが進むにつれその数は減少傾向が見られ、説明する相手も患者から家族に移行していた。

5. 医療者による家族への援助

ステージによるケア提供の割合は、前期 19.7%、中期 31.6%、後期 38.8%、直前 9.9%と中期から後期にかけて増加し、直前に減少した。

項目別に見たのが図５である。家族の「看病疲れへの援助」は中期にピークを迎え、直前で減少した。「予期的悲嘆に対する援助」は患者の状態悪化が進むにつれ減少し、直前にやや増加した。予期的悲嘆とは、やがては患者が死を迎えるであろうことを予期するために家族が嘆き悲しむことを指すが、患者の状態説明が状態悪化のつど家族に行われている結果、家族はその心構えができつつあることを示していると言えよう。

一方、「気持ちの葛藤への援助」は患者を苦しませたくないという思いと、少しでも長く生きてほしいという相反する家族の感情が、患者の状態が悪化するにつれて上昇し、直前でピークを迎える。また、「身辺整理への援助」も同様に、状態の悪化に伴い上昇した。これらの感情は家族として自然な感情であり、それに対応した援助がなされていることを示していた。ケア提供者は医療者の中でも看護婦が最も多く、ケア場面を通じての援助が中心であった。

6. 患者・家族のケア内容に対する満足感

表３にケア内容に対する満足感を示した。今回、調査した時期が患者により異なるため、同一ステージでの調査比較はできなかった。さらに、家族の付き添いがない時

期に調査した患者もあり、同一の条件下で比較検討することはできない。

しかし、患者の医療者のケア内容に対する満足感は 6.5 点—8.3 点、家族のケア内容に対しては 9.0 点—10.0 点といずれも高い満足感を示したものの、家族のケアに対する評価の方が高かった。そして、家族は医療スタッフのケア内容に対して 8.3 点—9.4 点と、患者より満足感が高い傾向がみられた。

考察

今回の調査でみられた終末期の患者の特質は、病気の進行、ステージの進行による身体機能の低下と共に、自分の身体観、人生観、ひいては自らの生きてきた意味を考える、あるいは問い直すという、自らの存在や価値観が両価的にゆらいでいること、そしてそこにはある構造が存在するということである。

こらは、従来のキューブラ-ロスをはじめとする多くの先行研究が終末期の患者のありようが一つの方向に収斂していくという説とは異なるものである。そして、この終末期患者の両価的なゆらぎを基盤として家族の状態や看護支援も患者の状態に対応した特徴的な構造をもつ。さらに、この構造をダイナミックに駆動するトリガーとして、重要な他者が存在する。

1. 患者の状態とケアの構造及び機能

癌の病名告知を受けている患者の気持ちや状態に対する認識のあり方は、身体・精神症状や家族・医療者の援助が集約された患者の状態と捉えることができる。結果にも述べたように、患者の状態は①身体の変化の自覚②終末イメージへのゆれ③自己の生命力や生きることへの問いかけ④人生や生きる意味・価値の発見、の 4 つの段階が抽出された。

これら 4 つの段階は、がんという病気により日常性の破綻を身体変化の自覚を通して知覚し、終末へのイメージや自己の生命力への問いを発しながら、人生や生きる意味・価値の発見に向かって個別的な意味を生成していく過程と捉えることができる。そして、ステージ内に出現する段階は、時間の経過と共に変化し、かつ、4 つの段階の間で循環していることが観察された。

結果で述べたように、各段階では両価的な患者の状態がみられ、A：症状の改善、日常生活行動の改善、B：症状の悪化、日常生活行動の悪化、C：安心、期待、克己心、克服する意思、D：怒り、不安、恐怖、孤独、E：生きる望み、信頼感、忍従、F：死を願う、あきらめ、G：感謝、恵み、H：宿命、後悔、恨み、の 8 つが段階の構成要素とした。これを患者の両価的な状態と呼ぶ(以下、両価的状態と略す)。

ここで、患者により出現する段階と両価的状態はループ構造をなし、その循環の仕方が異なっていることも観察されている。このことは、終末期の意味を内在化する過程や能力や環境が患者により異なることを示していると考えられる。さらに、出現する各段階に８つの両価的状態が内包されている、“入れ子構造”になっていることを示している。そのことを、図６に示した。

図は、4 つの段階の内部にさらに８つの両価的状態が内在する“入れ子構造”になっており、時間の経過と共に変化し循環していることを示している。こうした“入れ子構造”は、カオス・複雑系の分野でフラクタル構造と呼ばれている。

フラクタル（fractal）とは、小さな部分が大きな部分と相似形、すなわち入れ子構造になっていることをいう（塩沢 1997)。これは終末期の患者の状態がカオス・複雑系であることを予想させる。カオス・複雑系ではフラクタル構造の他に、自己組織化という重要な概念がある。

自己組織化（self－organization）とは、構成要素が多数集まったシステムで、それぞれの要素がある一定のルールに従って行為や操作が多数繰り返される時、外的環境や内的環境によって自らに内在化されたルールによって、あるパターンを形成し構造を生み出す機能である。つまり、周囲との相互のかかわりあいを積み重ねていくうちに、系や組織が自然に形作られ予想もできない性質や秩序が生まれることを意味する。

カオス・複雑系は、システムが動態系（dynamical system)、つまり、開放系――システムと外部が物質、エネルギー、情報のやりとりが行われるシステム――であり、このことからフラクタル構造と自己組織化が一体として必然的に生まれてくるものである。そして、カオスや複雑系は、遠い将来の状態予測が本質的に不可能になるという重要な性質を持っている。

今回のデータは、終末期の患者の状態は、各ステージで４つの段階とその段階の中で８つの両価的状態が循環するという複数のループ構造をもつ。このため、最終的には患者は直前のステージに至るものの、４つの段階、8 つの両価的状態のどれに至るかは予測不可能となる。これは終末期患者の自己組織化能力の違いによるものと考えられる。すなわち、誰一人として同じ終末はないのである。これが意味する内容は重大である。

従来、死に至る患者の心理過程はキューブラ-ロスに代表されるように、一定の段階を踏んでいくと考えられていた。キューブラ-ロスは（2000）末期患者の死の受容過程を否認、怒り、取引、抑うつ、受容の五段階にわけ、これらの段階は時には重なることがあるものの、順を追って表れると述べている。

平山は（1997)、医療技術の進歩により末期患者といえども長い寛解と増悪を繰り返

す傾向を踏まえ、患者の心理過程を拒絶期、動揺期、受容期の三期にわけ、さらに各期を患者の生きる態度によって昇華相と退行相の二相から構成し、より立体的・力動的に患者の心理過程を構成している。

しかし、これらに代表される考えは、ホスピス・緩和ケア病棟におけるターミナルケアでは、患者は段階を踏んで死を受容するというあるべき姿に収斂し、それを目標とすることにつながっているように思える。

看護師の死観と末期患者への対応の関係を調査した吉田（1999）は、末期患者への対応や死に対する考えが看護師自身の理想とする死の迎え方に基づいており、患者にもそのような死を迎えることができるよう期待してかかわっていることを指摘している。看護師が理想とする死に方とは、症状がコントロールされた穏やかな死、死までの過程を有意義に過ごした死、家族が納得する死、臨終時に家族に見守られた死である。そして、それからはずれた場合患者や自分自身に否定的感情を抱きやすく、医療者の理想とする死の迎え方に患者を導いていく傾向がみられることを指摘している。

今回のデータはどの段階、どの両価的状態で患者に死が訪れようと、人生の意味や価値の発見に向けて自己を統合し、組織化している姿に変わりはない。そのような患者の個別性や多様性を包括し、人間の尊厳にもとづいて、個別の尊厳のあり方や見方をする必要性をデータは示唆していると考えることができるのである。

患者に提供されるケア内容は、①身体・精神症状の緩和②日常生活の援助③患者の支え：家族、医療者④医療者による家族の支え、の４つである。結果にも示したようにこれらの援助は患者のステージ、段階、両価的状態によりその比重は異なるものの、常時、提供されているケアである。これは患者の状態が変化していることから、それにともなって提供されるケアもフラクタル構造を持ち、自己組織化の機能が生まれることを示している。

2. 患者の状態とそれに対応するケアを結びつける機能

患者の状態とそれに対応するケアが、共にフラクタル構造と自己組織化を持っていることを述べてきた。ここでは両者を結びつける「エントレインメント(entreinment)」をキーワードとして説明する。これは子供の発達過程の中で「共鳴」という概念で説明されていることと同じ意味である。

患者のフラクタル構造と自己組織化に対応する援助を提供する際、患者と援助者(医療者と家族）との間で引き込み、エントレインメント（entreinment）が生じると考えられている。清水は（2000：161)「互いに相手の話を受け止めあっているときには、無意識のうちに互いの身体的表現を同調させる引き込み現象すなわちエントレインメントが出現する」と述べ、エントレインメントが相手との自他非分離的状態、つまり

心が通じ合っている状況をさすことを指摘している。

自他非分離的状態とは、互いの内的世界や価値観、意識や精神、つまり心を触れあわせることによって相互に影響しあい、相手の有様が伝わる状態をさす。つまり、こころが通じ合う、響き合うといった感覚である。自分の生活や価値観を相手のそれに照らし合わせ、影響を与えまた影響されながら、相手の立場に身を置きながらも、自分の内的視点に比重を置いて相手の意識や心の動きを見るという、人間理解の視点である。

こうした視点から、患者と援助者との間で相互作用を及ぼし合いながら互いの自己組織化が促進されていくと考えられる。つまり、援助者はケアとコミュニケーションを介して、患者が自己を取り巻く種々の条件の中で、どのような人生の意味・価値を見いだそうとしているのかを理解すると共に、患者の意思決定と自己選択を支えることで、患者は自らの自己組織化を促進していくことになる。このような患者－援助者の間で生まれる共鳴現象がエントレインメントである。

終末期患者の状態と援助者のフラクタル構造並びにエントレインメントの関係を図7に示した。

エントレインメントは患者のみならず援助者の自己組織化をも促進していく。調査結果のデータから考えると、重点を置くべきケア内容は、前期は医療者による患者の支え、中期には身体・精神症状の緩和、日常生活の援助、家族による患者の支え、医療者による家族への援助、後期には身体・精神症状の緩和、日常生活の援助、家族による患者の支え、医療者による家族への援助、直前には日常生活の援助であると考えられる。そして、これを実現する鍵が重要な他者である。

3. 自己組織化を促進する重要な他者

重要な他者（significant others）とは、自我形成に影響を及ぼす社会的影響の大きさを強調したG. H. Mead（1934）の言葉で、個人の生育過程で個人と深いかかわりをもち、その人格形成に重大な役割を果たす人々のことをさす。つまり、人間関係の中で最も重要な影響を及ぼす人々を概念化する言葉である。

調査結果から、家族は患者の身の回りの世話、孤独や安心感につながる援助、家での雰囲気に近づけるための援助など、患者の気持ちに添うことをを第一に考えた援助を行っている。そうした家族と医療者の援助に対する患者自身の満足感は、医療者の援助よりも家族の援助により高い得点を与えていることから、患者にとって家族は重要な身内であり、他者であると言える。

患者にとって家族が行う世話は単なる医師や看護師の代替行為ではない。別離を媒介にして、互いの気持ちのゆれ、心配、喜びを行動や言葉によってやり取りする、つ

まり、言語的・非言語的に交流することで話題となっていることに対して、その意味を内在化していくプロセスである。患者にとって重要な他者としての家族は、患者が生きてきた人生の意味を患者が内在化するための役割を担うという意味を持っている。

これは、従来の医療や看護が考えていた気持ちや苦痛を和らげるための援助というより、もっと積極的で深い意味を持つように思える。

しかし、すべての家族が常に患者にとって重要な他者になれるわけではない。重要な他者とは、人生の意味・価値の発見を志向する患者にとって、その生成を促進する触媒の作用をもつ存在である。これは重要な他者自身が自らの自己組織化を意識する過程でもある。この過程は、患者と重要な他者が互いに人間の尊厳にもとづいて相手を認め、そして、発見しあう動的な過程、すなわちエントレインメントの過程である。そして、家族がそのような存在になれない場合、家族を支えることが看護師の役割になるし、時には家族に変わって重要な他者として患者を支えることもある。

また、今回、患者個人と病棟の宗教的基盤の有無が看護行為に何らかの影響を及ぼすのではないかと考え、宗教的基盤を持つ患者、病棟とそうでない患者、病棟のケア内容を比較したが、その差は見られなかった。

パストラルワーカーが在中しているA病院では、パストラルワーカーと患者の会話に「人生や生きる意味・価値の発見」に関する患者の発言が多いことから、患者の自己組織化を促進する触媒の一つとして宗教のもつ役割があるのではないかと考えられた。

欧米での霊的ニーズ（スピリチュアルケア）の調査では、牧師を紹介する、聖書を読む、祈りなど信仰に関するニーズが存在する（森田 1999）と報告されている。神という一つのあるべき方向が示されていることにより、神と自己との関係において自己組織化が促進される宗教的風土が存在するからであろう。

しかし、今回の調査対象者には宗教的内容を発言した患者は二人だけであった。波平（1990：166）は、「現在の日本人が伝統的な信仰を失った一方で、新たな観念を見いだせないために、死後を不安に思う」と述べているが、多くの日本人が自己組織化を促進する触媒機能を失っており、それを補う観念や重要な他者が存在していないことを指摘していると考えることができる。

まとめ

今回、ホスピス・緩和ケア病棟に入院している患者、家族、医療者を対象に、ケア内容と三者の相互関係を参与観察し、それらの構造と機能を考察し、以下の結果を得た。

1．終末期患者・家族・医療者および提供されるケアの関係はカオス・複雑系と考えられる。

1）終末期患者の状態は、4つの段階と8つの両価的状態を持ち、それらは各ステージ内で循環する複数のループ構造を持つフラクタル構造である。

2）このため、患者がどの段階でどの両価的状態で死を迎えるかは予測不可能である。これは、患者の個別性、多様性によるものであり、それを保証することが必要である。

3）上記のフラクタル構造に対応し、援助者の状態も同様なフラクタル構造を形成する。

4）これらは患者自身と患者を援助する重要な他者の自己組織化能力が駆動力となって、ダイナミックな関係を形成する。

2．患者の自己組織化を促進する存在として、重要な他者があげられる。重要な他者は原則として患者の家族であり、看護師は家族を支える役割を持つ。

3．宗教は患者の自己組織化を促進するひとつの力であり、終末のあり方を規定するわけではない。

謝辞

本調査にご協力いただいた患者並びにご家族、病院スタッフの皆様に感謝申し上げます。合わせて本研究に助言いただいた福岡大学片多順教授、日本福祉大学田原孝 教授に感謝します。

参考・引用文献

江向洋子他　1993「癌末期患者の QOL の援助―看護婦の意識調査から―」『看護展望』18(4):96-105。

――――　1994「癌末期患者の自己の QOL の関する意識調査－現状と理想－」『看護展望』19(1):99-105。

小野幸子他　1999「臨床看護婦の終末期患者の宗教ニーズとケアに関する実態」香川医科大學看護学雑誌 3(2):23-32。

柏木哲夫　1996「人間の死とターミナル」柏木哲夫編集『系統看護学講座別巻 10 ターミナルケア』医学書院。

柏木哲夫他　1997「ホスピスにおける末期ガン患者の精神的安楽と家族・スタッフの関わり」『大阪大学人間科学部紀要』23:69-88。

柏木哲夫編　2000『ターミナルケアマニュアル』最新医学社。

厚生省・日本医師会編　1997『末期医療のケア』中央法規。

清水博編 2000『場と共創』NTT 出版。

塩沢由典 1997 『複雑さの帰結』NTT 出版。

田原　孝 1992 カオスアトラクトグラム・プロセッサーの開発『新医療』5:35-38。

――― 1995 臨床におけるカオスの応用『バイオメカニズム学会誌』19(2):105-116。

――― 2001 カオス・複雑系で生活リズムと健康を考える『教育と医学』49(4):70-83。

堤 賢　2000「ターミナルケアに関する調査・研究」『立正大学社会調査研究年報』2:143-155。

波平恵美子他　1990「文化人類学的研究方法の活用」『看護研究』2:146-166

平山正美　1997「末期患者の心理」『ターミナルケアのための心身医学』(河野友信編)pp.95-103、朝倉書店。

森田達也他　1999「終末期患者の実存的苦痛－研究の動向－」『精神医学』1(9):995-1002。

森田達也他　2000「終末期がん患者の希死念慮と身体的苦痛・実存的苦痛」『ターミナルケア』10(3):175-181。

山本恵他 1997 「緩和ケア病棟の看護行為分析－緩和ケア医療施設の建築計画に関する研究 3」『日本建築学会計画系論文集』494:121-128。

吉田みつ子 1999 「ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究－良い看とりをめぐって」『日本看護科学会誌』1981:49-59。

Elisabeth Kubler Ross 1969 *On Death and Dying* (鈴木晶訳『死ぬ瞬間』読売新聞社 2000)。

George Herbert Mead 1934 *Mind、Self、and Society ; from the Standpoint of a Social Behaviorist. Edited and with an Introduction by Charles W. Morris* (稲葉三千男、滝沢正樹、中野収訳『現代社会学大系第 10 巻　精神・自我・社会』1990、木書店)

Josephine A.Dolan 1973. *Nursing IN Society.* (小野 泰博他訳.『看護・医療の歴史』誠信書房)

lucy.rigely.seymer. 1957. *A general history of Nursing* (小玉香津子訳 1979 『看護の歴史』医学書院)

WHO 1990 *Cancer pain relief and palliative care* (武田文和訳 1999 『がんの痛みからの開放とパリアティブケア』金原出版)

表1　　調査対象病棟の概要

	A病院・ホスピス病棟	B病院・緩和ケア病棟
承認・届出受理年	1998年	1998年
病床数	14床	15床
設置主体	宗教法人	都道府県
病棟形式	院内病棟型	院内独立型
宗教家の有無	有	無
ボランティアの有無	有	有
看護体制	二交代制	三交代制

表2　対象患者の性別、年齢、病名等の構成

A病院・ホスピス病棟

患者		A	B	C	D	E	F	G	H
性別		男性	女性	男性	女性	男性	男性	女性	女性
年齢		75	65	57	83	63	75	48	68
病名		肺癌	胃癌	胃癌	大腸癌	肝臓癌	腎臓癌	肺癌	胃癌
ステージ	前期	78	26	43	81	0	52	0	51
	中期	10	30	17	13	0	36	18	26
	後期	8	20	7	4	6	20	21	9
	直前	1	1	1	1	1	1	1	1
在院日数		97	77	68	99	7	109	40	87

平均在院日数　73.0日

B病院・緩和ケア病棟

患者		I	J	K	L	M	N	O	P
性別		女性	女性	男性	女性	男性	女性	女性	男性
年齢		69	75	37	66	78	63	51	77
病名		直腸癌	直腸癌	舌癌	胆嚢癌	喉頭癌	乳癌	結腸癌	肺癌
ステージ	前期	8	36	42	35	0	35	20	79
	中期	25	12	23	13	2	23	11	16
	後期	3	2	4	5	13	9	3	7
	直前	1	1	1	1	1	1	1	1
在院日数		37	51	70	54	16	68	35	103

平均在院日数　54.3日

信仰する宗教：キリスト教　1名、その他15名（仏教、新興宗教を含む）

表3　患者・家族のケアに対する満足感

患者	患者の満足感								家族の満足感			
	医療者のケア内容に対する満足感				家族のケア内容に対する満足感				医療者のケア内容に対する満足感			
	前期	中期	後期	直前	前期	中期	後期	直前	前期	中期	後期	直前
A	7											
B			7								9	
C		8				10						
D	10				10				10			
E			8				10				8	
F	8				10				8			
G											9.5	
H	10				10				10			
I											10	
J			8.25									
K	0										9.9	
L	2.5				8							
M											10	
N	8				9.5				5			
O		7				7				7		
P		10				10				10		
合計	45.5	25	23.3		47.5	27	10		33	17	56.4	
平均	6.5	8.3	7.8		9.5	9	10		8.3	8.5	9.4	

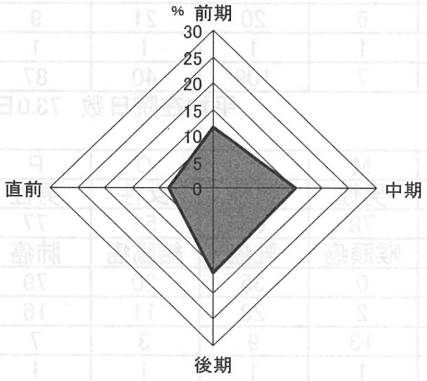

図1　身体・精神症状の緩和の割合（患者1日／1人当たり）

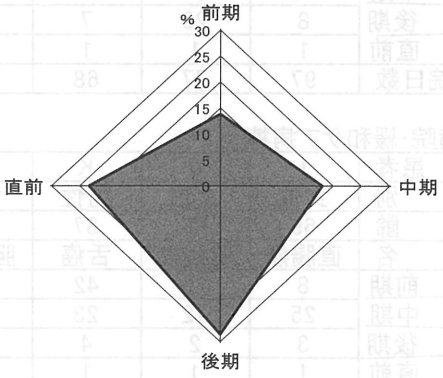

図3　日常生活の援助の割合（患者1日／人当たり）

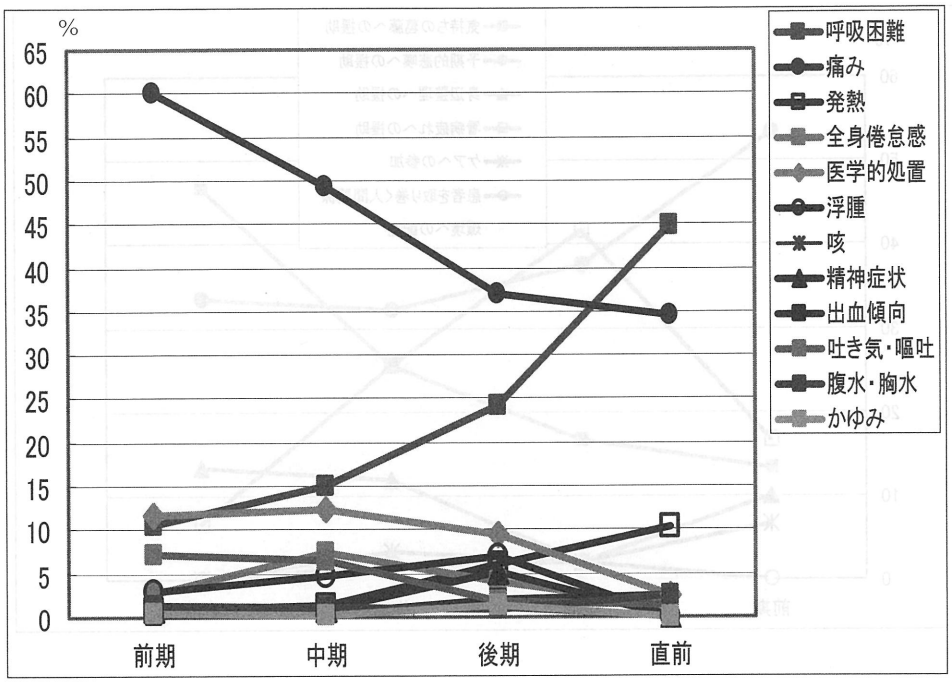

図2　身体・精神症状の緩和の項目別割合（患者1日／人当たり）

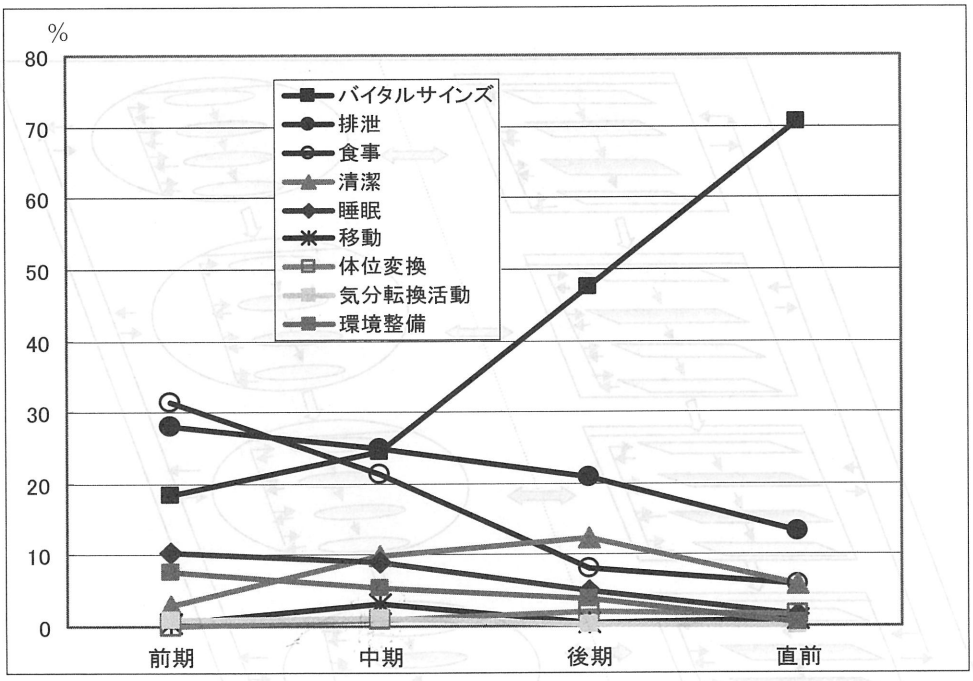

図4　日常生活援助の項目別割合（患者1日／1人当たり）

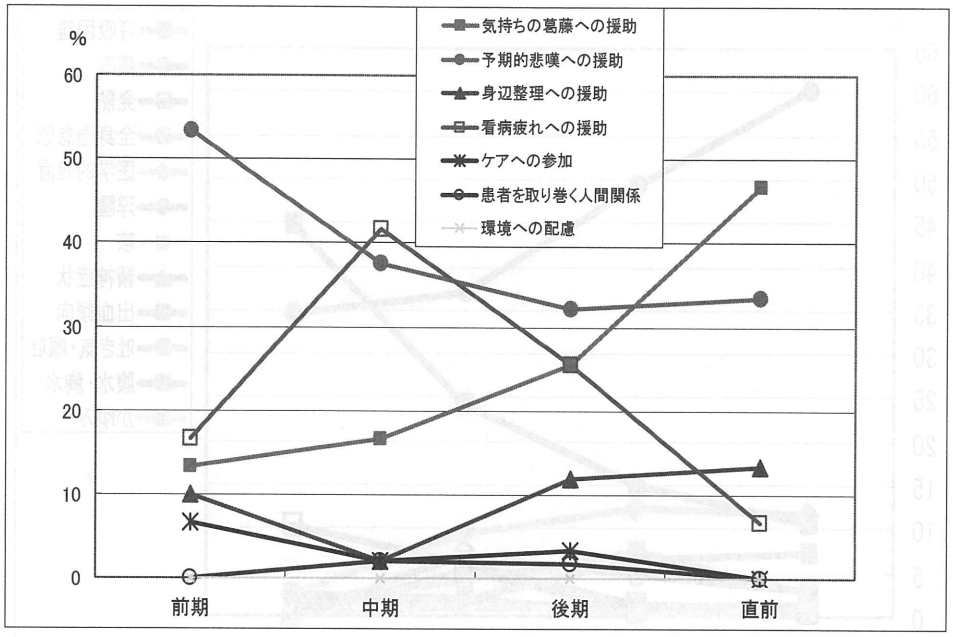

図 5　医療者による家族への援助の割合

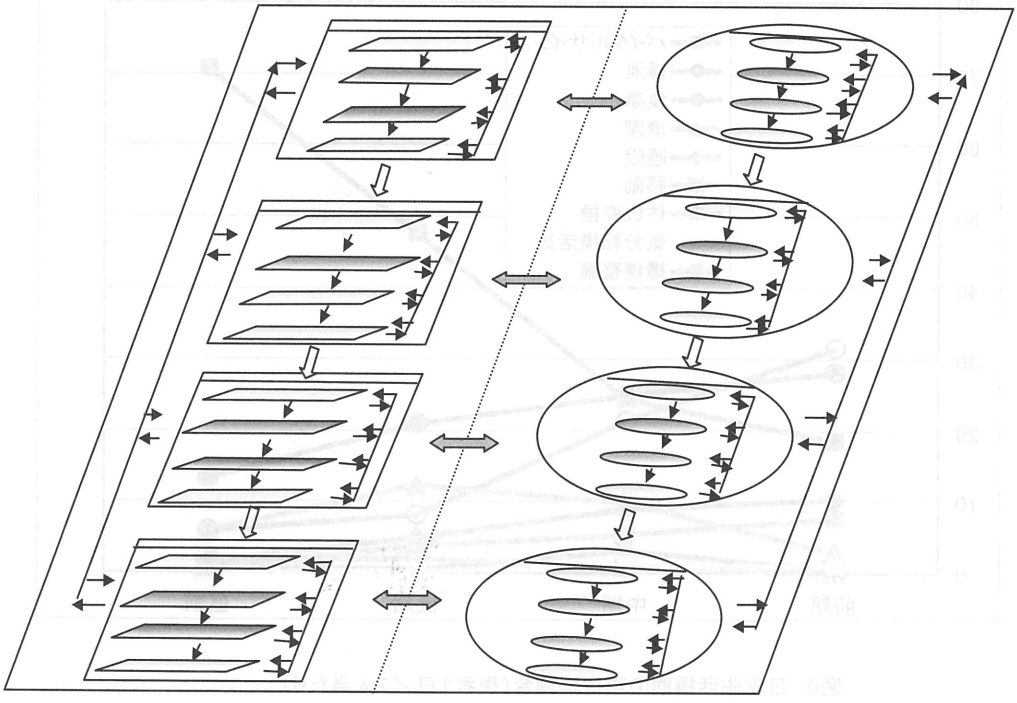

図7　終末期患者の状態のフラタル構造と援助のフラクタル構造及びそれにともなうエントレインメント

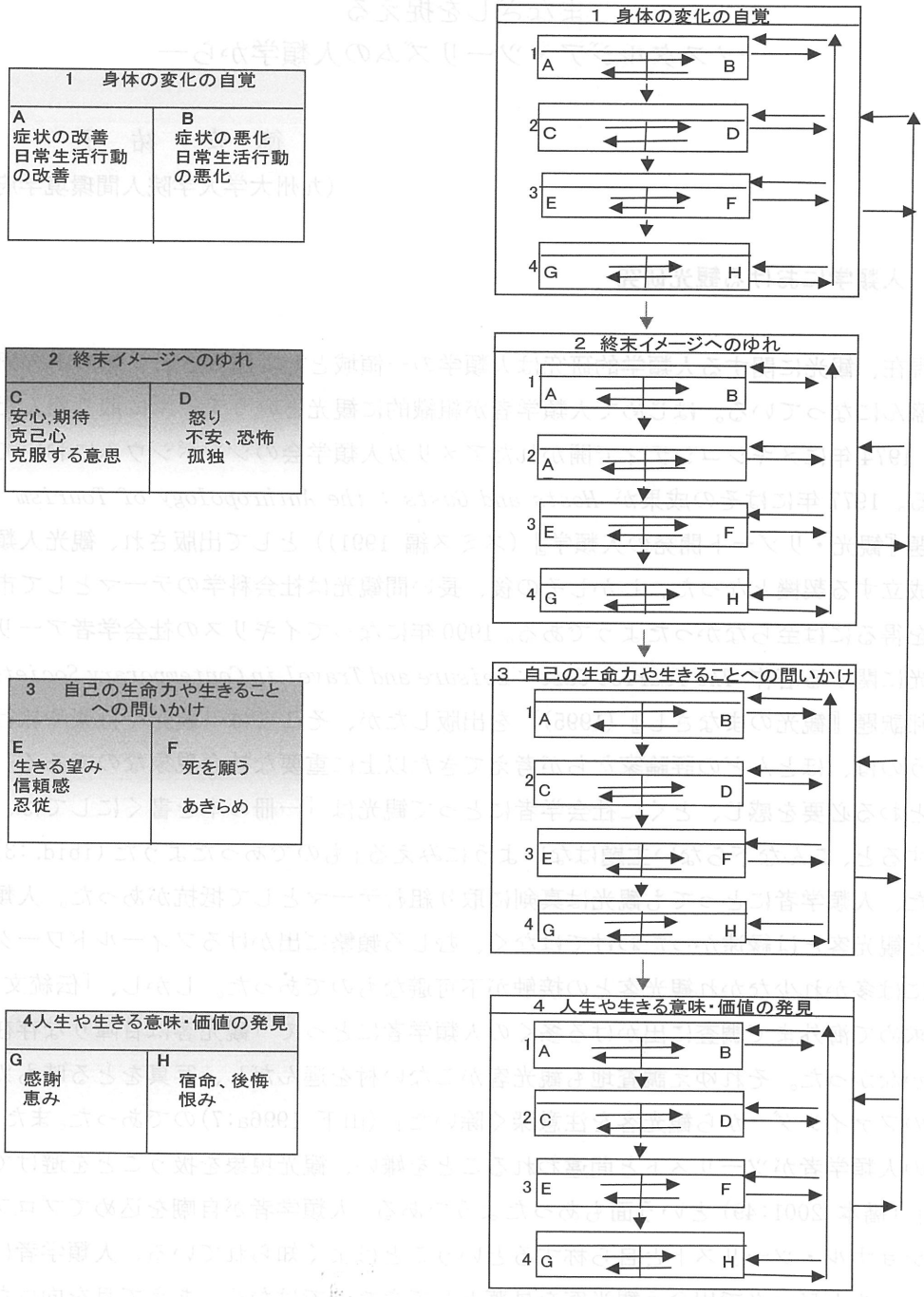

図6　終末期患者の状態のフラクタル構造