

看取りからの学び

本学教授

藤 田 綾 子

問 題

1 看取りの実態

ロバート・フルトン (1984)¹⁾は、『デスエデュケーション』の冒頭の章で、アメリカでは、悲しみや悲嘆を抑圧する風潮が増大していることによって「死はアメリカ社会の中で確かに死につつある」という指摘をしている。

我が国でも、多くの人の死にゆく過程が本人や家族の意思から引き離されたところで進んでいる、という意味で死が社会から死につつあるといえるのではないだろうか。例えば、我が国の死亡者の死亡場所をみると、1950年には病院・診療所・老人ホームなどの施設は11.1%、自宅その他施設以外で亡くなった人は88.9%であったが、1977年に逆転し、1990年には病院等の施設は75.1%、自宅等は24.9%となり、自宅以外で死を看取ることが当たり前ようになってきている。

このような現実は、死にゆく人や看とる者が願った結果ではなく、社会的理由によってもたらされたといえる。その主な原因は次に掲げるように、「医療側の要因」と「家族の問題」の2つに大きく分けることができる。

(a) 「医療側の要因」

- ① 大規模な病院ができ、入院できるベッド数が増えたこと
- ② 医療技術の進歩、特に延命医療などの出現で、命の終わりに医療の果たす影響力が強かかわってきたこと

- ③ 往診してくれる医者が少なくなったこと
- ④ 医者にかかってないと死亡診断書を書いてもらいにくいこと
- ⑤ 高度な医療を受けるには、設備の整った施設でないと困難なこと

(b) 「家族の問題」

- ① 核家族化になり、介護する人がいなくなったこと
- ② 女性で働く人が多くなり、介護に専念できる人が少なくなったこと
- ③ 親は子供が介護をするべきという考えが無くなってきたこと
- ④ 都市化の中で介護できる空間の確保が難しくなってきたこと
- ⑤ 死を看取することに恐れがあるようになって、看取りから逃げるようになったこと

死亡場所の第1位を占める一般病院は、本来病気の人が病気を治して社会に復帰していく場所であって、死ぬための場所でも、生活の場でもない。病を治すことに最大の目的があり、その目的を効率的に果たすべく画一的な空間と医療器具で病人を囲み、多少プライバシーが侵害されても病気を治療するという目的を第1義とする施設である。

山崎(1990)²⁾は「病院で死ぬこと」の中で、医者が病人でなく病気を治すことに全力投球する姿を描き、「死」を迎える人にとっては決してふさわしい場所ではない実情を述べ、自分の真実を知り、自分なりの人生を生き抜きたいと考えている人にとっては、最悪の場所であると指摘している。

他方、小笠原他(1994)³⁾は「家に帰りたい、家で死にたい」で、在宅で看取ったケースを紹介しながら、その死がいかに自然で人間らしいものであったかを述べている。

また、黒田他(1991)⁴⁾も在宅で看取った家族は「大変良かった」と85%が答えていて、死に場所として病院から在宅へという回帰がみられるようになってきているという。政府も1988年4月から訪問看護・在宅医療における指導を点数化して診療報酬として認めることによって在宅での看取りを奨励している。その結果「在宅療養」の普及は年々増加しており、費用の面ではこの10年間で最も伸びたサービスであるという。(厚生白書1995)⁵⁾

しかし、このような動きがあるからといっても「すべての患者をその方向にもってゆくことは大変問題があります。病院や老人ホームと同じく、在宅も望むときはいつでも選択出来るという状況を選択肢のひとつとして整えておくことが重要なのであって、在宅医療しかないといって、地域・家庭における受け皿もないままに退院を強制することは患者だけでなく、その家族の生活をも破壊させてしまうことになりかねません。あくまでも、患者の自由意思を尊重する患者本位の医療と、在宅ケアを望んだ場合の公的な保障の確立が必要であります」と新村(1992)⁶⁾が述べるように、どういう最後を迎えるかは個人の意思とその意思がかなえられる状況が整備されているかどうかである。黒田他(1991)⁷⁾の調査では、在宅で看取った経験のある人のうち「QOLが満たされれば死に場所にはこだわらない」というひとが47%で半数近い結果を示し、“家”という物理的な意味ではなく、医療と暖かい人間関係などのサポート体制の問題、つまり、「どこで」ということより「どのようにして」看取られるかが重要であることがわかる。

本人が在宅を希望しても介護するものとの意思が一致してこそ「住み慣れた場所、使い慣れた家具、暖かい人間関係」という在宅の良さが生きてくるが、意思の不一致の中ではお互いのストレスを生み出していくことになる。エリアス(1990)⁸⁾が『死に行く者の孤独』の中で述べるように「最終的な別離が去り行く者とそれを見送る者たちの双方にとって出来る限り容易でしかも出来る限り快いものになるようにすること」を達成する状況の整備、双方の精神的心構えが必要である。

佐江衆一(1995)⁹⁾は『黄落』の中で両親の介護の状況からいかに逃げ出したかったか、その気持ちをくみ取った母親は食事を拒否していわば自殺をはかってくれたことで母親の介護から解放される。しかし、痴呆状態になった父親の介護は残され、そこから早く解放されたい気持ちが押さえられないという苦悩が赤裸々に語られた、体験に基づいた小説は中年世代のベストセラーになった。(朝日新聞、1995.9.24)¹⁰⁾これは、在宅で看取っているが、決して「快い」関係ではないことを示している悲惨な例であるがそれがベストセラー

になるところに気持を同じくする人たちが少からずいることを示唆している。

藤田他(1994)¹¹⁾は痴呆性老人の介護者の態度と痴呆による異常行動の発現との関係を分析する中で、介護者とその状況から逃げたいという気持ちが強くて介護している場合と積極的な取り組みの態度をもっている場合では、知能のレベルが同じであれば前者のもので「徘徊」「異食」「攻撃行動」などが起きやすいという結果を報告している。

エリアス(1990)¹²⁾も「他人との関係がうまくいっているか否かは、ある人間の病的症状の発生および病状の経過の双方に物理的要因と同様、決定的な影響を及ぼす」述べている。

在宅介護を可能にする整備の一つが、2000年4月から導入される予定の「介護保険」制度であろうが、看取りという介護の中で介護者と看取られる者との人間関係をこの保険がどのように緩和させてくれるか期待される場所である。

他方、病院も死に場所として選ばれる可能性は消えることはない。死を迎えるひとたちにとっては勿論、介護するものにとっても安心できる場であることができるような体制の整備が求められる。

『厚生白書』(1995)¹³⁾はこれからの医療は、「治療」とともに「生活」をも重視するように変化するべきであるとし、医療機関は病院での生活が「自宅並に」できるようなアメニティの整備を、在宅へのサービスは「患者に呼ばれて」ではなく「定期的な訪問看護」「医師の定期的な往診」「困ったときいつでも相談できる体制」ように(あたかも「病院並に」)と変化しつつあるし、またしなければならないことを示唆する。

病院の取り組みの一つとして、健康を回復させて退院させていく病院機能の他に、安らかな死を掲げ、死に行く人のためのケア・プログラムをもった病棟、死をとりこんだ病棟も「ホスピス」「緩和ケア」として生まれつつあるが、まだ全国で1995年のデータで20施設(392床)に過ぎない(朝日新聞1996.1.23)¹⁴⁾。また、在宅ホスピスへの取り組みも黒田(1988)¹⁵⁾小笠原(1994)¹⁶⁾などが取り組んでいる程度で一般病院への依存度は当分高いまま続いていきそうである。

そこで、本研究の第1の目的は、まず看取る者にとって看取りの実態はどう

であったかを把握することである。

2 別れの儀式

石川¹⁷⁾(1990)は『死の社会心理』で、「アメリカの“死”の研究では、葬儀あるいは葬儀産業批判という一連の系列がある」といい、その研究全体の結論は、「この国(アメリカ)でとり行われている葬儀は根本的に変えられる必要がある。その弊害は10年どころか30年は確実に続いている」と述べている。

我が国でも、碑文谷¹⁸⁾(1994)が『お葬式の学び方』の中で、「かつて地域共同体が総出で行っていたものが、葬儀業者の手に委ねられるようになった。葬儀業者のサービス向上もあって、遺族はお客さんになって葬儀をすることができるようになって……かつては、遺族の仕事とされていた納棺などの遺体処置作業も……自らが手を下すことはほとんどない。葬儀の場所も……自宅以外が大都会では7割を超す……昭和40年代は8割が自宅で行われていた……」と述べるように、葬儀も生活基盤である家から切り離され、「別れ」の儀式としての意味を失いつつあるのではないかと考えられる。

近年の葬儀に参列して感じることは、悲嘆にくれた雰囲気は薄れていることである。この理由のひとつについて碑文谷は同じ著書で「死に具体的にかかわらないで済むようになったことにあるのではないだろうか」と述べさらに、

(1) 檀家制度の形骸化ないし崩壊ということから、葬儀を行う宗教者が故人あるいは家族との日常的な精神的結び付きが弱まったために葬儀に対して緊張感が少なくなったこと(2) 葬儀が地域共同体の公的行事という枠組みが外れたことから、会葬者にとって「仲間の死」から「他人の死」になってしまったこと(3) 高齢者の死が多くなり、「寿命だよ」「もういい年だから」と納得する死が多くなったことを上げている。

そして、葬儀という社会的儀礼というイメージのためか、ハウツー的にマナーや費用に関心が集まりがちであり、『お葬式』という伊丹十三監督の映画はそのテーマを中心にコミカルに描かれて話題となった。メカトーフ他

¹⁹⁾
(1985) は葬儀は死に対する情緒的対応を処理する儀式であるべきと主張するが、「看取る」ということの意味を確実にするため、そして「死を受け入れ」「死者を送り」「社会的な死を確認」「遺体を処理」するグリーンワーク(石川²⁰⁾1990)でもあったはずである。藤田(1987)²¹⁾は『死別 別れ事例ノート』の中で、母親との死別にあたって、葬儀という儀式を通して「物理的別れ」から「社会的別れ」最後に「心理的別れ」を受け入れていく過程を述べているが、葬儀は言われているように単なる儀礼ではなく、看取った者にとっては碑文谷の指摘するような意味付けが存在しているといえよう。にもかかわらず、葬儀業者にまかせざるを得ない今日の儀式で看取ったものにとってどのような評価になっているのであろうか。

本研究の第2の目的は、別れの儀式としての葬儀は、看取った者にとっていかなるものであったかを分析することである。

最後に本研究の第3の目的は、看取りによって“死”についての考え方にどのような影響を受けたかを探ることである。

岡本(1997)は、これまでのエリクソン以来のアイデンティティ論が「達成動機」を主軸にした自己の成長によって自己を確立することが主流になってきたことを批判し、「親和動機」も自己の成長をもたらすとして、子育てや介護を通じての成長の実態を明らかにしている。看取りという経験は、「介護」だけではなく「別れ」をも含んでいる。これらの経験が、看取ったひとのその後の生き方、特に、「死」についての考え方にどのような影響を与えていくのかについて考察を行いたい。

方 法

調査対象

「日本生と死を考える会」会員、216名

男性 32名(14.8%) 女性 184名(85.2%)

調査内容

看取りの経験 終末医療 葬儀 死生観

表1 対象者の年齢と性別

年 代	20	30	40	50	60	70	80
男 性	1 0.5	3 1.4	2 0.9	6 2.8	8 3.7	7 3.2	5 2.3
女 性	2 0.9	11 5.1	35 16.2	61 28.2	41 19.0	30 13.9	4 1.9

上段 実数、下段 %、母数(全体216=100%)

調査方法

郵送方法

調査結果

1 看取りの実態

① 対象者の特徴

調査対象となった人の所属する「日本生と死を考える会」は、昭和58年に「死の問題に関心と理解を深めるため、情報をかわし調査研究を進めて死をみつめ、死と取り組み、よりよい死(生)を考えていくこと」を目的として発足した会であり、会員はこの目的に賛同する人達から構成されている。従って、“死”に関する講演会やシンポジウム、セミナーに出席したり、あるいは「生と死を考える」という会報を手掛かりにしながら、“死”と“生”について学ぼうとしているひとたちである。入会の動機は様々であるが、身近な人の死を経験したり、避けることのできない自分の問題を考えるため、生きることの意味を考えるため、社会的事件や事故をきっかけにしたり等々である。

年齢と性別構成は表1に示したが、会員のうち最も多いのは50代女性で全体の3割、次は60代女性が2割、40代女性が1.5割で、40代から60代の女性が中心の会である。

② 看取りの経験

経験の「全くない」人は全体で15.5%であり、残り84.5%が1回以上の経験をしている。1度の経験というのは今回の対象者の場合ほとんどが自明だという

ことで、2回以上の経験について年齢ごとのパーセントを算出したのが図1である。図1でもわかるように、20代では2回以上はゼロであるが、60代を超えると8割が2回以上の経験を有している。

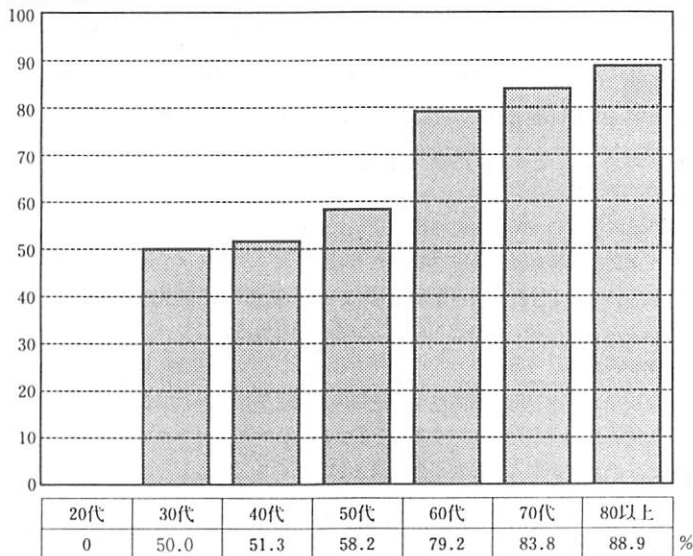
③ 誰が誰を看取ったか

表2と図1より、看取った相手は親が63.3%で半数以上を超え、年齢は50～60代で80代を看取ったケースが典型的といえる。

表2 看取りの関係

関係	実数	%
親(義親含む)	114	63.3
配偶者	38	21.1
子ども	2	1.1
その他(兄弟等)	26	14.4
合計	180	100.0

図1 看取り経験(2回以上)と年齢 (単位: %)



高齢化社会の特徴は長寿とともに若い人が死になくなったこともあげられるが、本データでも子供の死は僅かであり、老親を看取するという自然な摂理としての死の看取りが多い。

④ どこで看取ったか

看取りの場所は、53.9%が一般病院で最も多いが、全国平均と比較すると（p1参照）少ない方である。本調査の対象者の会では病院ホスピスと在宅ホスピスと連係させながら看取りをする活動も展開しているので、会員は在宅で看取りができる医療と介護者のサポート体制を利用することができる。このことも、自宅での看取りが多くなっている要因であると考えられる。

表3 看取りの場所

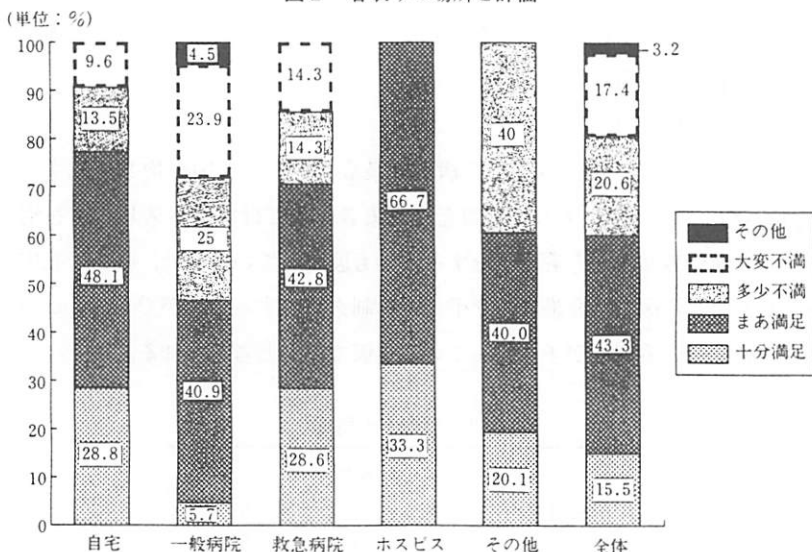
	実数	%
一般病院	97	53.9
自宅	63	35.0
救急病院	9	5.0
ホスピス	4	2.0
その他	7	4.1
計	180	100

⑤ 終末医療への評価

図2は看取りの場所別に終末医療についての評価を示したものである。図2から分かるように、満足度がもっとも高いのはホスピスである（もっともこのケースは4例だけであるが）、十分満足とまあ満足をあわせて満足とすると100%があてはまる。2位は在宅となっていて76.9%である。

逆に不満が最も高いのは「一般病院」で「大変不満」と「多少不満」をあわせると48.9%「救急病院」の28.6%より高い。不満の具体的内容を自由記述から拾ってみると、一般病院での不満は、人工呼吸器や心電図等々いわゆるスパゲッティといわれる状態で「必要以上の延命治療を行っていた」、「最後まで検査、検査で苦しめられた」という医療過剰がある一方、医者が早く諦めるようにいたり、ほとんど治療らしい治療もせず放置されていたなど両極端のこと

図2 看取りの場所と評価



が述べられている。このことは、ある人がいみじくも述べているが、「主治医と話すチャンスは全くなく、あったとしても、病気のことを詳しく説明してくれるよう頼んでも聞いてもらえなかった」医者とのコミュニケーションがないために、何故採血されるのか、何故レントゲンをとらなくてはならないのか、何故治療をしないのか理由も分からないことにいらだったりと、介護者と医療側との間に不信な関係の者が多かったことによるものと思われる。

在宅での不満足の内容は、介護に専門的知識がないため床ずれを作ってしまったたり、訪問看護や往診がなかったため、見放されたようで心細かったこと、介護以外の仕事との両立が難しく、病人に寂しい思いをさせ、十分満足させてあげられなかったことなどが上げられている。

医療を求めて一般病院へ入院したもののそこには暖かい人間関係はなく、暖かい人間関係を求めて在宅を選んだものには、医療からのサポート体制がない。これら両者の不満を解決してくれたのが、ホスピスでの看取りということになる。ホスピスでは、医者や看護婦などの医療スタッフと介護者、患者のコミ

コミュニケーションを十分行うことを重要視しているし、又、医療スタッフの構成や建物のアメニティ、ボランティアの参加などの環境が保証されている。(柏木²²⁾1983、1986 山崎²³⁾1993)。

今回の調査ではホスピスで看取った人は4名にすぎないので、統計的に云々できるケースは揃っていないが、ホスピスが看取るものにとって満足のいく看送りができたことを示唆している。ホスピスは、現代社会の家族の行く末や医療の問題を考えたとき、看取る者にとっても安心な場所として位置づき、また、医療の現場には暖かい人間関係を構築することが望まれ、在宅の場には医療のサポートを受ける保証ができれば、我々は死を迎える場所を在宅・病院・ホスピス等選ぶことができ、それぞれに満足を得ることが可能となる。

2 別れの儀式

「別れ」の儀式としての葬儀の実態の結果の主なものは次の通りであった。

- ①会場；自宅（55%）、教会・寺院（17%）、地区集会場（12%）、会館（12%）
- ②参列者；内輪だけ（6%）、故人の関係者のみ（12%）、故人+家族の関係者+地域（70%）
- ③葬儀についての生前の指示；全くなし（62%）雑談・言葉で（34%）、遺言状（2%）、その他（2%）
- ④費用の支払い；配偶者または本人のお金（58%）子供（37.3%）親、その他（5.1%）
- ⑤儀式の宗教；仏教系（88.5%）キリスト教系（8%）その他（3.5%）
- ⑥葬儀への評価；十分満足（18%）、まあ満足（30%）、かなり不満（4%）、多少不満（12%）、どちらともいえない（36%）

看取りの場所の半数が病院という施設であったのに対し、別れの儀式の半数は自宅で行われており、今回の対象者にとっての葬儀は、生活基盤である家と地域との絡みの中で行った人が多いことがわかる。では、その儀式に本人はどう参加していたのか。

「自分の葬儀をどうするか」ということについて、はっきりと事前の指示をしている人は2%と僅かである。はっきりではないが、なんとなくの会話の中では36%の人が話をしている。しかし、全くしなかった人は62%あり「自分の葬儀」について話題にすることが日常的なものでないことを伺わせる。自らの通過儀礼としての儀式への参加の仕方は、一定の形のなかで自分らしさをどう反映させていくかはその人の生き方の主張でもある。例えば成人式への参加、結婚式の形式などは他人にとってはあまり興味のないことではあるが、本人にとっては自我主張の大事なライフイベントとして存在している。

葬儀も自分のために行われる儀式と考えるなら「こうしたい」という主張があってもよいのであろうが、何故か無口になっている。しかし、費用の支払いは本人もしくは配偶者の財布からが6割近くあることは、儀式の内容については指図はしないが、儀式を行うための費用は準備していることによって、参加しているといえる。

儀式の宗教色は強く、葬儀と宗教は切っても切れない関係が強く、96%は何らかの宗教にもとづいて行われている。

自然葬や無宗教での葬儀を行う人達はまだ極少数である。

参列者から、葬儀の位置付けをみると、故人だけでなく家族の関係者をも含んだ参列者の儀式が70%あり、葬儀は故人のためだけでなく家族にとっても重要な儀式であることが分かる。

葬儀についての不満は、終末医療につての不満と比較すると大きいものでなく、「多少」と「かなり」不満を併せて16%であった。その内容を自由記述から拾ってみると、まず(1)葬儀屋に関するもので、費用と儀式の流れが一方的なペースに載せられたり祭壇のランクが豪華すぎたりと本当の別れをする雰囲気は出ていなかったというもの、(2)地域、親、兄弟の習慣に振り回されたこと(3)本人と先祖代々の宗教の違いがあった場合、家の宗教によって行われたことである。

葬儀は故人のためだけでなく家族にとっても大事な儀式であることが参列者の構成からもわかるが、本人の遺言もないことから、家族の中で影響力の強い

人の判断で行われていくこと、そのため、故人と強い心理的つながりをもった人と影響力をもつ人が異なった人である場合、不満のきっかけを生むことになる。上記の不満は、看取ったものが葬儀の中に、その看取りと別れをいやす働きを求めようとしたにもかかわらず、かなえられなかった場合に葬儀社リードのやりかたに不満を生じさせるが、儀礼的儀式を行うことで社会的けじめをつけようとしていた人には不満は少なく、そういう人が多い。

3 看取りによる死生観の変化

身近な人を看送るという体験によって得た悲しみや悲嘆をどう癒していくか、このグリーフィングの仕方に石川(1990)²⁵⁾は2通りあるという。1つは、亡くなった人の部屋や持ち物などそのままにして、極端な場合、着ていた服など匂いが消えないように洗濯もしないでまるで生きているような思いで少しづつ癒していこうとするタイプ、もうひとつは、思い出になるものをすべて自分の目

図3 死生観のクラスター分析

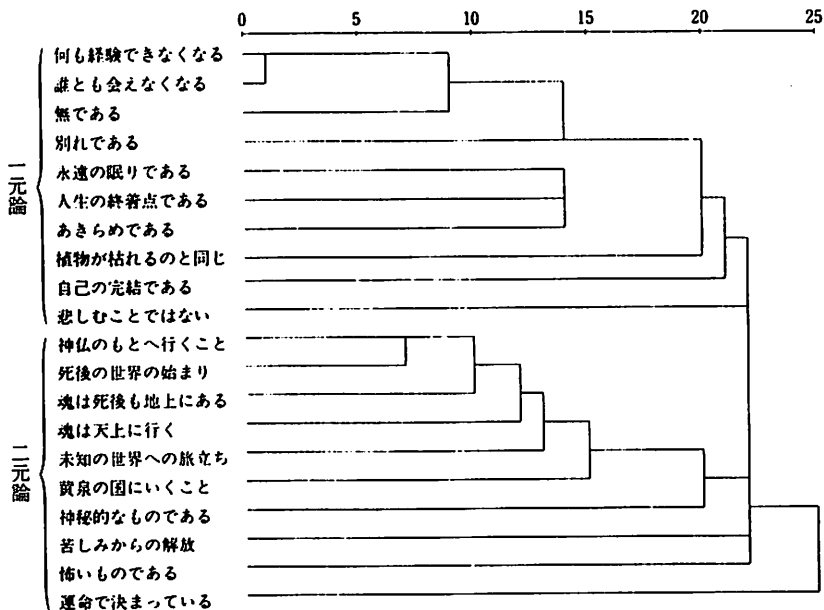


図4 死生観



#印は一元論の項目である。

の前から取り除き、新たな自分を取り戻そうとするタイプである。死生観という視点からこの2つのタイプをみれば、前者は死は肉体はあの世に行っても魂はこの世に残っているとするいわば二元論ともいべきもの、後者は肉体の消滅とともに魂もあの世に行ってしまったとする一元論といえるのではないだろうか。

そこで、本調査では、2つのタイプを測定する項目を作成し、それぞれ5段階（非常にそう思う～全くそう思わない）で答えてもらい、看取りの経験と死生観の関係を分析した。図3はクラスター分析の結果であるが、設定した20項目は2つのクラスターに分けることができることを証明している。

図4は、各項目ごとに（非常にそう思う）と（まあそう思う）と答えた人を併せて%の高い順にグラフにしたもので、#がついている項目は一元論と考え

表4 看取りの経験と死生観

		なし	1回	2回	3回以上
	N	34	28	21	121
一元論	M	35.2	32.5	36.4	36.0
	SD	7.5	8.4	5.3	6.9
	N	29	25	21	121
二元論	M	30.4	32.3	31.7	31.1
	SD	6.2	7.3	5.5	6.3
t 検定値		2.64	NS	2.76	5.76
有意水準		5%		1%	1%

※ Nの数の違いは、各々10項目に○をつけた人だけについて集計を行ったためである。

N=実数 M=平均値 SD=標準偏差値

られる項目としてクラスター分析でまとまったものである。%の高い項目の中に一元論が多く、上位10項目中7項目ある。本調査の対象者は一元論的発想をする人が多いといえる。

表4は、それぞれのクラスターの合計得点と看取りの経験の関係を表している。看取りの経験の回数ごとに一元論と二元論の比較を行うと「1回」を除いて一元論の方が有意に高い。つまり、「1回」という初めての経験をした人たちは、一元論が他の人達より低くなり二元論が高まるという興味深い結果が得られた。“死”に始めて直面することによって死生観も変化することを意味している。しかし、2度目、3度目の経験はまたもとに戻って、「経験してなかったとき」と数字の上では同じ死生観になる。本調査対象者は、仏教系で葬儀を行ったというひとたちが8割を越えていたのでこの死生観も宗教的影響を受けているかもしれないが、介護をする人のこの死生観は（一元論的発想が強い）ある意味では、自分を早く立ち直す適応機制かもしれない。あるいは、看送った相手が自然の摂理として平均寿命を全うした人が多かったことによるのかもしれない（柳田邦男著『犠牲』²⁶⁾の中の息子の看取りと佐江衆一著『黄落』²⁷⁾の中の老親の看取りを対比すると、上記の推察がより確かなものと感じる）。いづれにしても“初めて”の看取りは死によって魂と肉体は同時に亡くなって

いくと考えていたものが、魂と肉体は切り離すことができるのではという考えに変化するまでも影響を与えている。死を看取ったひとの癒しにも、初めての経験の場合と複数体験の場合とでは異なった方法が必要であろうことを示唆している。

4 要約と今後の課題

本研究は、生と死について関心を寄せ、学習している「日本生と死を考える会」の会員を対象に会員の看取りの実態、看取りの際の終末医療、別れの儀式としての葬儀、死生観について調査を行うことによって、看取りの実態を知り、看取ったものにとってその経験はどのような影響を与えたかを分析した。結果の主なもの次は次の通りであった。

① 看取りの経験は8割以上が持っており、看取りは50～60代が70～80代の老親を看取るというものが大半であった。

② 看取りの場所は、一般病院が最も多く53.9%であったが、在宅も35.0%あり、ホスピスの利用者は2%に過ぎなかった。

③ 終末医療についての不満は一般病院が最も多く、ホスピスはゼロであった。一般病院への不満の原因は医療側とのコミュニケーションが殆どとれていないことによるもので、治療についての納得いく説明がないことであった。一方、在宅での不満は医療側からのサポートがないことによる不安であり、“死”を看取るものにとっても、「医療」と「暖かい人間関係」が不可欠の条件であることが明らかになり、その条件を満たしているのがホスピスであったといえる。

④ 別れの儀式としての葬儀は、お金の準備はしているが内容について指示している人は殆どいないため、中身は家族の判断で執り行われている。また、参列者も故人だけでなく家族の関係者も多数参列して、この儀式は家族にとっての意味付けが大きいことを意味している。そして、現代の風潮としての葬儀社先導の儀式は、その儀式を精神的別れの場として考えている人にとっては不満を感じ、社会的儀礼として考えている人にとっては不満は少ない。今回の対

象者には後者の方が多く、葬儀をいやしの儀式として位置づけている人は少ないといえる。

⑤ 死生観を一元論と二元論に分けて看取りの経験との関係で分析したところ、初めての看取りは一元論を弱め、二元論を強めるという結果が得られ、“始めて”の看取りは看取るものの心に大きな影響を与えていることを示唆している。

今回の調査から、看取る側にとっての必要条件は「医療」と介護者・患者・医療従事者の間の「暖かい人間関係」であり、別れの儀式としての葬儀は、看取ったものにとっては、死者との情緒的別れより、社会的な意味合いの強いもの（パークスは『死別からの恢復²⁸⁾』の中で回復のためには、第1に「知的な受容」第2に「情緒的受容」第3に自己像、世界像を新しい現実²⁸⁾に適合させるいわば「社会的受容」と述べているが、彼の分類では第3にあたる）として認識している人が多いためか、葬儀屋への不満はそれほど多くはなかった。

(本研究は、介護福祉学1996 vol 3/1 p. 66-77 に発表したものを基本にして、書き改めたものである)

参考文献

- 1) フルトン, R. ほか: (斎藤武・若林一美訳: デス・エデュケーション, 現代出版) (1984)
- 2) 山崎章郎: 病院で死ぬということ, 主婦の友社 (1990)
- 3) 小笠原一夫・吉原清児: 家に帰りたい! 家で死にたい!, 講談社 (1994)
- 4) 黒田輝政・藤田綾子・奈倉道隆: 在宅における死の看取りについての意識調査, 大阪ガスグループ福祉財団研究・調査報告集 (1991) PP21-24
- 5) 厚生省編: 平成7年版厚生白書, ぎょうせい (1995) PP23-87
- 6) 新村拓: ホスピスと老人介護の歴史, 法政大学出版局 (1992)
- 7) 前掲報告集
- 8) エリアス: N (中井実訳: 死に行く者の孤独, 法政大学出版局) (1990)
- 9) 佐江衆一: 黄落, 新潮社 (1995)
- 10) 朝日新聞 (1995.9.24)
- 11) 藤田綾子: 痴呆性老人の日常生活機能と介護者の意識, 関西女学院短期大学研究紀要第7号 pp. 153-164 (1994)

- 12) 前掲書
- 13) 前掲書
- 14) 朝日新聞(1996.1.23)
- 15) 黒田輝政・藤田綾子:ホスピス・ホームケアの中でのケアワーカーの役割
(調査報告書)未発表,(1988)
- 16) 前掲書
- 17) 石川弘義:死の社会心理,金子書房(1990)
- 18) 碑文谷創:「お葬式」の学び方,講談社(1994)
- 19) メカトーフ,ハンティントン:(池上良正他訳:死の儀礼,未来社(1986)
- 20) 前掲書
- 21) 藤田正:「別れ」事例ノート・死別,ナカニシヤ出版(1987)
- 22) 柏木哲夫:生と死を考える,朝日新聞社(1987)
- 23) 柏木哲夫:死に行く患者と家族への援助,医学書院(1986)
- 24) 山崎章郎:(続)病院で死ぬということ,主婦の友社(1993)
- 25) 前掲書
- 26) 柳田邦男:犠牲,文芸春秋(1995)
- 27) 前掲書
- 28) C.M.パークス他:(池部明子訳:死別からの回復,図書出版社)(1986)