

在宅緩和ケアへの僧侶の関与に関する
実証的研究
～ニーズと意識のギャップからの提案～
報告書

平原憲道
武蔵野大学仏教文化研究所 研究員

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2012 年度後期助成研究

2014 年 4 月 30 日提出

質的調査（構造化インタビュー）その1

2013年6月5日実施

インタビュアー： 平原憲道・和田ちひろ（共同研究者）

遠矢純一郎医師（桜新町アーバンクリニック院長）

■クリニック概要

- ・ 医師9名（うち非常勤5名）、看護師5名、薬剤師1名。
- ・ 患者数は一般150人（うち30～40人ががん患者。他は脳卒中後遺症など）、老人ホーム80人。一般の紹介患者のうち、6割はがん患者で年々増加傾向にある。がん患者の多くは一ヶ月半くらいで亡くなる。
- ・ 病名、余命の告知率は8割程度。90代の患者への告知はしないこともある。

■スピリチュアルケアに向き合うのが課題

- ・ 近年、がん患者が増えていることもあって、在宅医が緩和ケアを行うことは必須になっている。当然、関わりが深くなるので「スピリチュアルな部分」にも関わらざるを得なくなる。
- ・ 医師はモルヒネの使い方や痛みの緩和については技術を持っているが、死後の世界などについては専門的な教育や研修を受けているわけではないので、他の医療者同様、十分に対応しているとは言いがたい。講習を受けるなどして傾聴のスキルやスピリチュアルケアの基本などを学習してはいるが、まだまだ十分とは言い切れない。
- ・ 現在はスピリチュアルな相談をされて悩んだことなどは同僚内で話し合うなどして解決につなげているが、もしかするとそういう場に僧侶がいるとよいのかもしれない。ただ、僧侶の活動自体を十分に把握しているわけではないので、何を期待してよいか具体的に分からない。
- ・

■患者は相談相手を選んでいる

- ・ 患者は僕らのことは「医者」と考えているので、薬や病気の相談はされるが本質的な不安をぶつけてはこない。「これは医者に言うことではない」と患者も分かっている。患者は医師には表出できていないと感じる。
- ・ 看護師、ケアマネ、家族にはそういった本質的な話をしているかもしれない。医師は聞いたとしても家族からの又聞きが殆どだ。

■在宅緩和ケアに入る時期を見直して欲しい

- ・ 治らないがんを誰がみていくのかが大きな課題だ。がんで亡くなる方が年間30万人、

うちホスピスで亡くなる方は 1%に過ぎない。殆どの患者は多忙を極める一般病棟で亡くなっている。在宅の体制は整いつつあるが、在宅医の関わりは最後の 1.5 ヶ月に過ぎない。一緒に死を支えたいという気持ちはあっても、会う回数も限られているため、人間関係を築くことすら難しい。現場としては、もう少し早い段階で自宅に帰ってきてくれればという気持ちが強い。緩和ケアに入り始めた時期から声をかけてもらえればよい関係性を築きながら「伴奏」することが出来る。

■家族と患者とのギャップに悩む

- ・ 本人と家族との狭間に立つとき、難しいと感じることがある。例えば、家族は「気弱いお母さんには告知しないで」というが、本人には「どうしてこんなに具合が悪いんだろう」と聞かれるとどう答えてよいか迷うことがある。
- ・ 家族へのケアに全エネルギーの 7 割程度を使う。家族と患者とで死生観が違うことが少なくない。例えば、本人はこのまま自然な形でと望むが家族はもうひと踏ん張りして欲しいなど。

■そもそも私たちは仏教と日常的なつながりがない

- ・ この地域はキリスト教の人が多いので、週 1 回、神父が自宅を訪問してくれたり、教会の仲間が来て一緒に賛美歌を歌うなどしている。
- ・ 一方、現代では仏教とは日常的なつながりが殆どない。仏教との接点は葬式か法事なので、「死」を連想させてしまう。
- ・ 今ほど医療が進歩していない時代は皆、「神頼み」をしたので、終末期を宗教がカバーしてきた部分も大きかったのだろう。
- ・ 同じ生死に関わっているのに、医療と宗教は違う業界だと思っている。

以上

質的調査（構造化インタビュー）その2

2013年8月21日実施

インタビュアー：今村美都（研究協力者）

内藤いづみ医師（ふじ内科クリニック院長）

■ 質問（1）実際のケアの体制

医師は1人で、看護師が3名という体制。24時間体制で動いている。

以前は医師を1人頼めたが、医師不足になってからはいない。ただし、講演等で不在にする場合には連携する病院から。あとは在宅でがん患者をみる場合は、仲間と認める訪問看護ステーションと連携している。

現在在宅で診ている患者さんは25名、内グループホームが1名。在宅緩和ケアは日本ではがん患者だが、緩和ケアをどう捉えるか。外国では緩和ケアというとがん患者以外にもみる。私がみている患者さんは老衰の人もいれば認知症の人もいる。全部。ただし、お年寄りを多くみているとがんの方は自然発生的にいます。定期検査をしていて末期だったということもある。がんの患者さんが常に2～3名おり、月に1名は看取っている。

クリニックの外来に通ってきている進行がんの方が10名以上。そういう方が流れで入院せずに在宅となる場合もある。一般診療も行っているが、ホスピスの啓蒙もやってきたのでどうしてもターミナルという印象は強い。いのちの最期でなければ来ちゃいけないと思っている方が少なくないが、進行がんなら早めに相談に来てほしいと皆さんには伝えている。両方の病院で仲良くみてもらっていいんだよと。

ギリギリであと1日、2日というのは私たちがやりたいことではない。最短3日という方もいた。ただし、そういう方々に痛みがうまく取れていなくて、疼痛の薬を使うのは至難の業。あたかもモルヒネを上げたから死んだみたいに見える。でもモルヒネを使わなければ苦しむ。大事なものは信用してくれるかどうか。親を看取ってよかったからと強引に親戚を紹介したりするとすごくずれる。それで困る場合もある。

告知に関しては、認知症の方以外は前の病院で告知されている。告知されていないのは例外。

■ 質問（2）スピリチュアルな課題の実際

●男性のがん患者 A さんの臨死体験

臨死体験を語り出した A さんに、いわゆる三途の川に渡し舟のような小さな舟だろうと勝手にイメージして、内藤先生がそのイメージを伝えると、「違うよ、先生。フェリーのような大きな船で、3日前に葬式に出たいところに乗っていた。渡し場から乗ろうとするんだけど、揺れて乗れなかった。乗ろうとした時においしそうなお酒の匂いがして、そこで目が覚めた」と A さん。

→ちょうどその時娘さんが鼻先にワインを近付けていた。

その後、「先生、飲んででもいいよね?」「お父さんはお酒を飲むために帰ってきたんだね」とのご家族とのやり取りがあり、酒盛りがスタート。いろんな方が訪れての酒盛りが続き、1週間後に亡くなった。

●今日か明日にもかという危篤状態の 93 歳の女性 B さん。取材日は訪問診療をされた直後で、その日、「誰に、どこについていけばいいの?」との問いかけがあった。B さんは耳も遠く、認知症があり、普段はインプットができないが、今日はインプットができた。私は、「迎えに来た人にしっかりついて行くんだよ」と、看護師さんは「明るいほうへ」と答えた。この看護師さんには生まれてきた時の「暗いところから明るいところへふわんみたいな」という体験の記憶がある。普段はほとんど話がわからない方だが、その2つはわかった。「うん、そうか」と答えられた。この4~5日迎えに来ている人がちらちら見えている。周りに黒いものが見えている。

認知症で壁がなくなっている人でないとういうストレートな質問はしない。

●ホスピスと在宅を行き来しつつ、1年かけて看取った 40 代のスキルス女性 C さん。本当によく出来た女性で、自分でいろんなものを準備し、娘や夫にも死んだ後にどうするのかということも言い残し、乗り越えているようにみえた。周りの友人たちも彼女は悟っているのだろうと、段ボールでお棺やお棺の中に入る際に履くハイヒールを作ったり、きゃあきゃあしていたが、平然とされていた。しかし、段ボールでできたハイヒールを持った時、C さんの顔がとても怖かった。死んでこれを履いて喪されるのは嫌だと感じられたのだろうと思った。

キューブラー・ロスの「死後の真実」という本があったので、それを朗読してテープに撮って、彼女にあげた。いまにして思えばあれば嫌だったのではと思う。恐らく受け入れていなかったと思う。彼女が聞いてくればなにかしてあげてよかったけど、彼女はそういう方向に行っているのだと思って勝手にしてしまった。もう7~8年前のことだけれど、あれはいらなかったかなと。一瞬悟っているように見えるほうが注意したほうがいい。特に

若い患者さん。

■ 質問（3）実際のビーハラ活動への思い

宗教家の知り合いも私のホスピス活動では、お手伝いに来てくれたり、知り合いになったりしたこともある。こういう分野にお手伝いしてくれる人たちとも知り合いになっているので、受け入れる時もあるし、井上ウィマラさんのように自らお願いした場合もある。

しかし、宗教家を受け入れるには相手とそのパートナーにかなり文化力がないと今の日本では難しい。

過去に、ある患者さんに、医師としては、痛みを緩和して、できるだけの緩和をしてあげて、最後のスピリチュアルケアが必要だと思ったので、松本のたかしさんという神宮寺のすごい方を連れて来て、会ってもらった。結果は、本人と家族から「オウム真理教か」と拒絶反応を示され、「お金もかからない医療でこんないいことをいろいろしてくれておかしかったら、宗教を押し付けるつもりか」と信頼関係を失った。その時は手を引いた。信頼関係がないと在宅で診ることは難しいと判断し、施設型の病院に戻ってくださいと。最終的には、病院で亡くなったのだらうと思う。相手の文化力や本当にそれが必要かと思極める力がなかった。

日本人の信仰心は残っているが、特定の宗教で勉強した人のお話を聞きますかという拒絶感が強い。警戒感が強い。特に緩和ケアで宗教家が行く場合は、前提として医療チームがその人の痛みを緩和していて、ある程度落ち着いているということが原則的に必要。それがあやふやで宗教家で痛みを緩和するということはあり得ない。力のあるチームがいて、というのであればいいと思うけれど、なるべく宗教家っぽさは消してもらいたい。見た目もあるので難しいとは思いますが・・・。

日本人は宗教家と付き合いなれていない。日本は移植されたような宗教も多いので、日本人本来の信仰心、自然を崇高する、祖先を敬うといった信仰心の方向で教育を受けたスピリチュアルケアという人だったら受け入れてくれるのではないか。自然の中に連れていったり、私たちがやっているようにプラネタリウムを一緒にみたり、教義や狭い理論ではなくて、そういう中での宇宙のつながりだよということを伝えてくれるような人だったら、私はオッケーだと思う。

私たちはそこまでやらざるを得なくて、そういう活動をホスピス活動でもやっているが、本当は宗教的。そういう視点の人がいれば関わってくれてもいい。でも滅多にいない。だ

から、私たちが越権行為でやらざるを得ない。でも患者さんが求めているのは医者なので、なるべくそういうものが出過ぎないように注意している。私の内容としてはあるが、それが見えるようにあまりにもカラーが強くなってしまうと、やはり患者さんは医者を求めて会いに来ているので、医者としての存在感ということは大切にしないとイケない。

シシリー・ソンドースが日本に来た時に言った言葉が印象的で、「もし自分ががんの末期になって痛みを苦しんでいたら、誰を呼ぶか。その時は心理療法してくれる心理士でもないし、手を握って私たちにスピリチュアルケアをしてくれる宗教家でもない。まず来て、的確にモルヒネの量を決めて、一刻も早く痛みを緩和してくれる医者と看護師だ。それがなければほかのものは二次的なもの。苦しむ人に、一番先に助けるのががんの痛みであって、医者である」と。そこを押さえなければ、スピリチュアルはまったく意味がない。

世界的標準からモルヒネの消費量をみると、まだまだ日本の患者さんは苦しんでいる。受動的に生きていると最後のこういう部分まで受動的にならざるを得ない。がんになって積極的な人間になれるかと言うと、そういうものでもないのだから、いまを生きているということ、いまを生きるということに目覚めさせることが仏教の仕事ではないか。

最後のところで癒しというのがメインの仕事ではない。仏教の仕事は、いまを瞬間を生き抜くということへの働きかけではないかと理解している。ホスピスケアの部分で働けると言うのは自分たちの働く分野を明確化するうえで一つ大事かも知れないが、がんの患者にはまずは身体の痛みであると同時に、お坊さんにはもっとやるべき仕事があるのではないか。

ホスピスケアにすぐ来るというのは、もちろんお坊さんはいままでお葬式をやっていたのだから入りやすいだろうが、その前の仕事ができるのかと言ったらすぐには難しい。日本人のいろんな精神構造や死生観、いろんな文化が変わらない限り、お葬式ばかり扱っていた人がその一歩手前に来てどれだけ働けるかは難しい。

お坊さんたちと会う機会も多いが、一緒に組めると思える人は少ない。厳しい意見だけれど、マイナスになるのではないかという人もいる。まずは基本のレベルを上げるところから。

お坊さんでも有名な方たちはいるが、医者にも医者臭さがあるように、お坊さんにも生臭さがある。あの生臭さが気になる。医師はそれでも現場で血の涙を流すこともあるし、医療保険や介護保険、1割にしろ2割にしろ支払いがあつて、お金をいただいてみるというものもある。お坊さんたちには日常でそういう厳しい場面をくぐりぬけた感じが無い。医師

は医師臭さがあるとはいえ、大人の社会できちんと体験を潜り抜けながらやっているが、聖職者は税金も納めないし、もっと社会の一員として参加をしてほしい。医者も世間知らずだが、それ以上に世間知らず。

こういう分野はうまくヒットすればお互いにカタルシスがあるので、そういうところに入り込んでしまうと人間的に成長しない。まずは、もっと普通の世界の中で苦しむ、四苦八苦の人たちに向かい合ってもらいたい。この分野を聖職者で僧侶の服着ているからといって、甘い気持ちで入ってほしくはない。素直に仲間として働けるお坊さんたちともっとすれ違えればよいのだろうが、あまりその体験もない。

いずれにせよ、社会人として、それ以前の修練が足りないと感じる。それ以前の体験をお坊さんとしても個人としてもやってもらいたい。その上でのホスピスケア。

だから、ホスピスケアをやりたいという医者の方には、まずは一般の医学にもまれてから来てくださいと話す。普通の医学の光と闇を体験してください、と。その中でなぜホスピスケアが必要なのか。本当にホスピスケアをしたいのか。卒業してすぐにホスピスケアというと非常に幅の狭い脆弱なホスピス医になりそうな危惧がある。

私がホスピスケアに入ってきたのは、医療の問題点、「なぜ」から入ってきたわけだから、「なぜ」がなくて入ってくるのは弱い。そのくらいのモチベーションがないと乗り越えていけない分野。そういう専門分野がない時にやっていた人間だから、そういうふうにするのかも知れないが、どこかにそういう思いを持って取り組んでももらいたい。

以上

量的的調査その 1 (質問紙による予備調査)

概要・回答協力者

量的研究の際に用いる質問項目の選定は、先行研究を参考に、また、我々研究班が過去に類似する調査（「施設ビハーラ」向けのもの）を行った際に用いたものを精査して行った。まずは探索的な調査の性質にのっとり、緩和ケア医療において用いられてきた尺度から、適した 3 尺度を選定し、予備調査を行うことになった。

予備調査は、研究チームと関わりを持つ医療者（何らかの形で緩和ケアに携わる/携わったことのある医師および看護師など）、そして僧侶（ビハーラ活動に興味を持つが未だに関与したことがない寺院住職および副住職）となった。募集の結果、医療者は 9 名（医師 3 名、看護師 5 名、コメディカル 1 名）、僧侶 7 名（住職 2 名、副住職 5 名）の合計 16 名から回答協力を得ることができた。職位（医師、看護師、住職、副住職...など）の内訳ごとの N 数が微少なため、予備調査の分析は「医療者」および「僧侶」でまとめて行った。平均年齢は医療者が 40.44 歳 (SD: 10.96)、僧侶が 35.57 歳 (SD: 5.35) であった。

1) 知識評価尺度「理念」

この尺度は、医療者の緩和ケアに関する知識を評価する既存尺度のうちから「理念」に関する 2 点のみを抽出して構成された。本尺度の妥当性・信頼性は共に検証されている (Sasahara, Miyashita, et al., 2003)。質問の内容は、緩和ケアに興味を持つ者ならばほぼ必ず知っている重要項目であり、両グループの知識を問うのに適切だと判断した。本尺度の他のドメイン（「疼痛・オピオイド」や「せん妄」など）は全て詳細な医療知識に関するものであるため、僧侶に問うことは無意味と考え割愛し、2 項目のみとした。

項目は、「緩和ケアの対象は根治的治療法のない患者のみである」とおよび「緩和ケアはがんに対する治療と一緒にには行わない」という 2 問であり、共に誤答である。これに 1-2-3 (順に「正しい」-「間違っている」-「分からない」) の 3 件法で回答を求め、正答には 1 点を、誤答には 0 点を加え、合計得点を比較する。

その結果、平均点は医療者が 1.67 (SD: .50)、僧侶が .71 (SD: .49) となり、大きな差が見られた。両者の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = 3.82, p = .002$ となり、有意差が認められた。即ち、緩和ケアの理念に関する知識において、医療者と僧侶とでは大きな差がある、つまり、医療者が緩和ケアの理念に関してはよりよく理解していることになる。

2) FATCOD-Form B-J 短縮版

この尺度は、Frommelt らが作成した「医療者のターミナルケア態度尺度」(30 項目) から 6 項目を抽出した短縮版を日本語化したものである。この尺度は 2 因子構造を持ち、妥当性・信頼性が共に確立している (Sasahara, Miyashita, et al., 2003)。医師や看護師、コメディカルなど、死に行く患者に関わる全ての医療者に対して利用が可能とされている。

項目内容は、「死にゆく患者をケアすることに価値はある」、「家族は患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである」といった、終末期の患者および家族に対しての主観的な意識を 5 件法 (1 が「全くそうは思わない」、5 が「非常にそう思う」、3 が「どちらとも言えない」) で尋ねるものとなる。評価は、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と「患者・家族を中心とするケアの認識」という 2 因子/ドメインごとに合計点で算出する。

その結果、平均点は「ケアの前向きさ」において医療者が 11.56 (SD: 2.19)、僧侶が 12.43 (SD: 1.72) であった。両者の平均値の差を t 検定した結果、 $t(14) = -.87, p = n.s.$ となり、有意差は認められなかった。つまり、このドメインに関しては、医療者と僧侶とでは差がないことになる。両者は終末期医療の患者へのケアに対して同様の前向きさを示す、と言える。

「患者・家族を中心とするケアの認識」に関する結果は、平均点は「ケアの前向きさ」において医療者が 11.33 (SD: 1.12)、僧侶が 11.43 (SD: 1.99) となった。両者の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = -.12, p = n.s.$ となり、有意差が認められなかった。これは、医療者と僧侶とでは、ケアに家族を関与させることについての姿勢に差が見られないことを示している。

3) 死生観尺度

この尺度は、回答者の抱く「死生観」について、死後の世界への意識や死への不安などを尋ねる尺度であり、7 因子構造でまとまることが知られている。その妥当性・信頼性はともに確認されている (平井, 坂口, 他, 2000)。この 7 因子は、第 1 因子: 死後の世界観、第 2 因子: 死への恐怖・不安、第 3 因子: 解放としての死、第 4 因子: 死からの回避、第 5 因子: 人生における目的意識、第 6 因子: 死への関心、第 7 因子: 寿命観である。本予備調査からな内容が外れるため、第 5 因子は割愛した。

それぞれの因子ごとに 4 つの項目があり (第 7 因子のみ 3 項目)、7 件法 (1: 「当てはまらない」 ~ 7: 「当てはまる」) で回答を求める。解釈においては、ドメインごとに合計点数を出して評価することになる。

分析の結果、第1因子：死後の世界観では、平均点は医療者が 19.33 (SD: 5.83)、僧侶が 20.71 (SD: 2.43) となった。両者の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = -.59, p = n.s.$ となり、有意差は認められなかった。つまり、医療者と僧侶とでは、死後の世界観に関する意識に差が見られなかったことになる。かたや医療者、かたや宗教者であることを考えると、この結果は興味深いと言えるのではないだろうか。

続いて第2因子：死への恐怖・不安の平均点は医療者が 20.44 (SD: 4.74)、僧侶が 18.86 (SD: 5.40) となった。両者の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = .63, p = n.s.$ となり、ここでも有意差は認められなかった。医療者と僧侶とでは、死への恐怖・不安に関する意識にも差が見られなかったことになる。本調査においては、「なぜ不安なのか/不安でないのか」を尋ねることで、その背後にある構造を精査したい。なお、他の項目と比較すると標準偏差が開いており、この項目が「個人差が大きい」ものと評価することも可能だろう。

次に第3因子：解放としての死の平均点は医療者が 21.44 (SD: 2.96)、僧侶が 22.00 (SD: 1.91) となった。両群の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = -.43, p = n.s.$ となり、ここにおいても、有意差は認められなかった。医療者と僧侶とでは、死を解放として見るかいないかの意識においても、差が見られなかったことになる。

次に第4因子：死からの回避の平均点は医療者が 19.67 (SD: 3.39)、僧侶が 14.71 (SD: 4.46) となった。両群の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = 2.53, p = .024$ となり、有意差が認められた。この結果が示すものは、医療者の方が、僧侶と比べると死を回避しようとする意識が強いことである。葬儀やその後の家族ケアなどで、死を正面から扱うことの多い僧侶の方が、この点に関しては苦手意識を持っていない可能性がある。

次に第6因子：死への関心の平均点は医療者が 21.67 (SD: 4.33)、僧侶が 23.14 (SD: 2.34) となった。ここでは医療者内部でのばらつきが目立っているため、個人差の大きさを示す可能性がある。両群の平均値の差を t 検定すると、 $t(14) = -.81, p = n.s.$ となり、有意差は認められなかった。即ち、医療者と僧侶とでは、死への関心については差が見られなかったことになる。

最後に、第7因子：寿命観の平均点は医療者が 14.33 (SD: 3.46)、僧侶が 16.57 (SD: 3.36) となった。両群の差を t 検定すると、 $t(14) = -1.30, p = n.s.$ となり、有意差は認められなかった。医療者と僧侶とでは、寿命観についても差が見られなかったことになる。

まとめると、死生観については、6つの因子/ドメインのうち、医療者と僧侶との間に差が

見られたものは、「第 4 因子：死からの回避」のみであったことになる。大きく異なる活動の場そして職務内容を考慮するとき、この小さい意識の差は興味深い。

その中で敢えて言えば、仏教における重要な概念である「四苦」に照らすとき、両者はともに「(生)老病死」に深く関わる職業であるが、昨今のトレンドとしては、医療者がより「老病」に、僧侶はその後に来る「死」に重点を置いて活動を行っているとも言える。この差が、「死を回避するか・否か」という点にだけ有意差が見られた理由だろうか。

いずれにせよ、今回述べたものは、N 数が十分ではない予備調査レベルでの結果にしか過ぎない。ここでの結果を参考にして、より意識の構造が見えるように設問を増やして本調査に臨みたいと考えている。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の 2012 年度後期助成によりサポートされた。財団の援助に深く御礼を申し上げます。

この時点での感想としては、極めて探索的な性質が強く、先行研究もほとんどない調査研究であったため、意義のある回答を抽出できそうな質問項目の切り口を見つける作業に困難が伴ったという印象を持つ。本研究班は、「施設ホスピス」に関しての探索的調査を過去に行ったのだが、そこでの質的調査のインタビューで得た背景情報が、「施設」と「在宅」では予想以上に大きく異なっていたと感じる。その点を踏まえての本調査を引き続き行い、より広がりや深みのある成果を残したいと考えている。