

医療介護施設における看取り時の スピリチュアルケアについての実態調査研究

一般社団法人 北村山地区医師会

柴田 健彦、八 鍬 直、清 治 邦 夫

<はじめに>

超高齢社会が進行する我が国では看取りのニーズが高まってきている。人生最期の生活をどこでどのように迎えるか、死の受容過程における否認、怒り、取引、抑うつ、受容、死への恐怖、自分の人生への自問自答など様々な看取り時に対処すべき問題がある。身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛そしてスピリチュアルペインなどのいわゆる全人的苦痛を取り除き、死の質（QOD：quality of death）を向上させることが理想とされる。このような時代を迎え、厚生労働省は『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』¹⁾を平成30年3月に改訂した。医療・ケアの決定時には本人、家族の人生観や死生観が影響することが少なくない。医療介護の現場では、これまで全人的苦痛の中でもスピリチュアルペインに対する対処は他の苦痛に比べ遅れてきた。本人や家族が満足して人生の最終段階を迎えられるようにするためには医療介護施設における看取り時のスピリチュアルケアを重視する必要がある。しかし、これまでその実態が把握されていなかった。本研究では山形県北村山地区の医療介護施設における看取り時の死生観の把握やスピリチュアルケアに関わる実態調査を行い、文献的考察を含め、分析、検討したので報告する。

<方 法>

令和元年5月14日から同年6月30日まで山形県北村山地区管内（東根市、村山市、尾花沢市、大石田町）の医療機関や介護施設に対し、個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意の記載があるアンケート調査（北村山地区医療介護施設アンケート用紙）を行い、58施設から回答を得た。アンケート用紙を回収後、回答結果を集計、分析した。尚、本研究は一般社団法人山形県医師会倫理審査委員会において承認されたものである。

<結 果>

アンケート回収対象施設背景

アンケートに回答を得た58施設の医療・介護施設の所在地と医療介護施設の種類をそれぞれ図1と図2に示した。

「看取り」、「死生観」について

図3は施設で看取りを実施しているか否かを示している。64%の施設が看取りを実施していた。

平成30年度の年間看取り件数は1～5件という施設（15施設）が多かった（図3A）。『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に沿って看取り体制が確立している施設は40%であった（図4）。図5は患者や入居者の「死生観」を把握した医療・介護の実施をしているかを示した図である。41%の施設が患者や入居者の死生観を把握した上で対応していた。

「スピリチュアルケア」について

「スピリチュアルケア」を実施している施設は12%と少なかった（図6）。「スピリチュアルケア」時に利用・導入しているものは、医師や看護師など自施設スタッフによるケア5件、音楽療法1件、アロマセラピー2件・アニマルセラピー1件であったが、臨床宗教師、臨床心理士、ディグニティセラピー（Dignity therapy：終末期の患者のスピリチュアルケアのひとつで、患者の尊厳（dignity）を維持することを目的とする精神療法的アプローチ。2005年にカナダのマニトバ大学精神科教授チョチノフ博士によって考案²⁾、エンディングノートなどを利用・導入している施設はなかった（図6A）。

「臨床宗教師」について

「臨床宗教師」については22%の施設が認知していたに過ぎなかった（図7）。

<考 察>

著者らは2017年から山形県北村山地区の医療介護施設や「北村山看取りシンポジウム」参加者から人生最終段階における看取りに関するアンケート調査を実施し、看取りに関する実態や問題点を報告してきた^{3) 4)}。

医療介護の現場では、これまで全人的苦痛の中でもスピリチュアルペインに対する対処は他の苦痛に比べ遅れてきた。患者や家族が満足して人生の最終段階を迎えられるようにするためには医療介護施設における看取り時のスピリチュアルケアを重視する必要がある。しかし、これまでその実態が把握されていなかった。本研究では山形県北村山地区の医療介護施設における看取り時の死生観の把握やスピリ

チュアルケアに関わる実態調査結果について文献を参考にして考察する。

「看取り」について

アンケート調査から北村山地区で看取りの実施は64%であった(図3)。2018年の著者らの調査⁴⁾では68%であったことから60~70%の医療介護施設では、近年、看取りを実施していることになる。1施設で実施した年間の看取り件数は1~5件が最も多かった(図3A)。

著者ら⁴⁾は、2018年、北村山地域の医療介護施設では人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に沿った看取りの体制は33%とまだ体制が十分とはいえないことを報告した。今回の調査(図4)では40%とやや増加しているものの本ガイドラインに沿った看取り体制が未整備な施設がまだ多かった。

「死生観」について

我が国は超高齢社会、多死社会を迎え、人生の最終段階における医療やケアの決定をどのようにすればよいのか。平成30年3月、厚生労働省は従来の『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』⁵⁾を『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』¹⁾に改訂し、その手順を示した。このガイドラインに沿った看取り体制を整備することが、診療報酬や介護報酬のターミナルケア加算等の諸加算を算定する上での要件にまでなったのである。医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを繰り返し行った上で、患者本人による決定を基本とすること、人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれている。そして、心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであるため、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うことなどACP(Advanced care planning)⁶⁾の取組みの重要性を強調した。ACPは一般国民には分かりにくく認知されにくいことを著者らは指摘していた⁴⁾が、平成30年12月5日、厚生労働省はACPの愛称を「人生会議」、平成31年4月24日にはロゴマークまで作成し、国民に親しみやすいようにした。この「人生会議」において、人生の価値観、死生観が治療・ケアの決定プロセスに大きな影響を与えるのである。

医療・ケアチームは何度も患者や家族と話し合い、人生観や死生観を共有することが大切であるため、本調査では「死生観」を把握した医療・介護の実施の有無について質問した。その結果、「死生観」を考慮して医療・介護を実施している施設は41%で

あった(図5)。約6割の医療介護施設は個々の「死生観」を考慮せず、死亡までの期間を機械的業務に終わっているに過ぎない実態が推測された。

「死生観」を理解するには死生学(thanatology)という学問分野を学ぶことが必要である。ひとつの学問分野として死生学が構想されたのは1960~1970年代の欧米においてである。日本には1970年代半ばに死生学が入ってきた。Thanatologyはギリシャ神話に登場する死神タナトス「thanatos」(「死」の意)と「論、理、言葉」を意味するギリシャ語「logos」に由来する合成語で、「死についての学問」である。医療・ケア従事者が患者本人や家族とコミュニケーションを保ちながら医療・介護を行う場では「臨床死生学」と呼ばれ、臨床現場における医療・ケア従事者の視点と本人・家族の視点の双方に立って死生の理解や評価を探究していく学問である。

さて、「サナトロジー(thanatology)」は直訳すれば「死学」である。しかし、日本に入って来た時、「死学」と訳さず、「死生学」とした。日本には当時すでに「死生観」という言葉があったからである。では何故「生死観」ではなく「死生観」となったのか。「生死」は通常「せいし」と読むが、仏教用語では「しょうじ」と読むため混同を避ける意味合いもあったのかもしれない。死を単独で考えるのではなく死と生を併せ考えること、生と死を対にして考える傾向がもともと日本にはあったため「死生学」と命名したのではないかと清水⁷⁾は述べている。

「スピリチュアルケア」について

図6は「スピリチュアルケア(spiritual care)」の実施の有無を尋ねた結果である。「スピリチュアルケア」を実施している医療介護施設はわずか12%にすぎなかった。「スピリチュアルケア」は日本ではターミナルケアのうち「身体的ケア」、「心理的ケア」、「社会的ケア」とともに2000年代以降注目されるようになった。「スピリチュアルケア」の定義は非常に曖昧である。キリスト教神学者の窪寺⁸⁾は、社会的存在としての意味を失い、人生の無意味さに苦しむというスピリチュアルペインを抱える末期患者が、死んでもなお残る「人生の意味」と「死後のイメージ」を形成するのを支え、ケアすることと述べている。また、島藺は働きかける側とかけられる側、双方のスピリチュアリティ(spirituality)が良好に現出することを目指すようなケアと述べている⁷⁾。そして、スピリチュアリティは宗教を人間の側の特性や経験に即して捉えようとする言葉であり、人間の統御できるものを超えた、聖なるものと関わるような、人間の経験や資質や特性を指すものとしている。谷山⁹⁾は自身の超感覚的な体験を意味づけるはたらきによって、自分の支えとなるものを(再)確認・(再)発見し、さらに生きる力を獲得・

確認する援助もしくはセルフケアと定義している。では「スピリチュアルケア」と宗教はどのような関りがあるのか。「スピリチュアル (spiritual)」という用語は「霊的」と訳されることから「スピリチュアリティ」を伝統的な宗教に関係していると考えられがちだが、20世紀最後の四半世紀になって、宗教とは独立したものとして捉える新しい考え方が広がってきた。「スピリチュアルケア」の担い手の観点からは、①宗教的指導者として訓練を受けた人、すなわち宗教者が信徒でないがスピリチュアルペインを抱える患者をケアする方向、②医療・介護・福祉・災害支援の分野で対人援助に携わる立場の人達がスピリチュアルケアを実践していく方向がある⁷⁾。本調査では図6 Aに示すように「医師や看護師など自施設スタッフによるケア」が多く、「スピリチュアルケア」の担い手は後者の②であった。前者の①に該当する「臨床宗教師」の利用はなかった。

「臨床宗教師」について

図7は「臨床宗教師」についての認知の有無を示している。22%の医療介護施設では認知していたが、78%の施設では認知していなかった。約8割の施設では「臨床宗教師」を認知しておらず、認知度はまだ低いといえる。「臨床宗教師 (interfaith chaplain)^{9) 10) 11)}は被災地や医療・介護施設などの公共空間で心のケアを提供する宗教者である。1980年代からキリスト教のホスピスケアと仏教を背景としたビハーラ活動(「生・老・病・死」の苦しみや悲しみを抱えた人々を全人的に支援するケアであり、「願われないのち」の尊さに気づかされた人達が集う共同体を意味する。1987年に浄土真宗本願寺派が始めた。)、2011年の東日本大震災における宗教者の災害復興支援活動、2012年、東北大学大学院文学研究科実践宗教学寄附講座の設置、諸大学の臨床宗教師養成プログラムの開設、2016年、日本臨床宗教師会¹¹⁾の設立に至っている。「臨床宗教師」は欧米の聖職者チャプレンに対応する言葉として、2012年に岡部健医師が提唱した。伝道や布教活動を目的とせず、ケア対象者の価値観、人生観、死生観、信仰を尊重し、宗教者としての経験を活かして、苦悩や悲嘆を抱える人々に寄り添い、宗教宗派を超えて、様々な専門職とチームを組み、「スピリチュアルケア」や「宗教的ケア」を行うのである。日本臨床宗教師会の「臨床宗教師倫理綱領」(2016年2月28日制定)¹²⁾には、1. ケア対象者の人間としての、個人としての尊厳を尊重する 2. 人種、性、年齢、信仰、国籍等によって差別しない 3. ケア対象者の信念、信仰、価値観の尊重 4. 臨床宗教師自身の信仰を押し付けない(ケア対象者の信念・信仰、価値観の尊重) 5. ケア対象者に関する情報の守秘義務 6. アドボカシー(ケア対象者のエンパ

ワメント) 7. 情報の適切な扱い 8. 臨床宗教師としての適切な振舞 9. 所属組織の規律順守 10. 同僚との良好な関係の維持 11. 他の組織との良好な関係の維持 12. 宗教間での良好な関係の維持 13. 自立的かつ持続可能な体制の構築 14. 自己向上義務が謳われている。

「人生会議」では、個々人の人生観、死生観、宗教観が医療・ケアの決定プロセスに影響を与える。日本医師会の日医ニュース¹³⁾に尊厳ある終末期を迎えるために医療と宗教の関わりについて、宗教者との対談が掲載されている。人生の最終段階において、身体的苦痛の緩和の他にスピリチュアルケアや宗教的ケアの力にも注目が集まっており、臨床宗教師が患者や家族の心のケアにも大きな役割を果たしている。ACPなどを作成する上で、人生観、死生観を宗教家と共に考え、解決に向かうことも超高齢社会における医療には大切なのではないだろうか。

2015年、英国誌「エコノミスト」の調査機関が調べた「死の質」ランキングでは日本は80カ国中14位であったという。今後、『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に沿った看取り体制が整備され、「スピリチュアルケア」が充実することで、「生活の質」とともに「死の質」も向上することが期待される。

<おわりに>

山形県北村山地区の医療機関や介護施設に対する看取り時のスピリチュアルケアに関するアンケート調査を行った。充実した看取りを行う上では、「スピリチュアルケア」を充実させるとともに、臨床宗教師、臨床心理士、音楽療法、アロマセラピー、アニマルセラピー(動物介在療法)、ディグニティセラピー²⁾、エンディングノート等の利活用も課題である。本研究が『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に沿った看取りにおいて、個々の対象者の人生観や死生観を考慮した医療・ケアを行う上での参考資料のひとつとなることを期待する。

<文献>

- 1) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」2018年3月改訂
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf#search=%27E4%BA%BA%E7%94%9F%E3%81%AE%E6%9C%80%E7%B5%82%E6%AE%B5%E9%9A%8E+%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%27>

- 2) 小澤竹俊：死を前にした人にあなたは何かができますか？ 2017 (医学書院)
- 3) 柴田健彦、八鍬直、工藤邦夫、小室淳、清治邦夫：参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける終末期医療に関する意識調査の検討. 山形県医師会会報 2017；795：30-48
- 4) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：北村山看取りシンポジウム2018における『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』と「ICT (情報通信機器) を用いた死亡診断」に関する実態調査研究. 平成30年度 山形県医師会学術雑誌 2019：第56巻：122-134
- 5) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007年5月 (2015年3月改訂)
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf>
- 6) 日本医師会：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える. 2018年4月
- 7) 清水哲郎、会田薫子 (編)：医療・介護のための死生学入門. 2017 (東京大学出版会)
- 8) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門. 2000 (三

- 輪書店)
- 9) 谷山洋三：医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア. 臨床宗教師の視点から. 2016 (中外医学社)
- 10) 玉置妙憂：死にゆく人の心に寄りそう. 医療と宗教の間のケア. 2019 (光文社新書)
- 11) 日本臨床宗教師会ホームページ：<http://sicj.or.jp/>
- 12) 日本臨床宗教師会倫理綱領：<http://sicj.or.jp/ethics/>
- 13) 日本医師会：尊厳ある終末期を迎えるために一医療と宗教の関わり一. 日医ニュース2018；No1361：1-2

<謝 辞>

大場卓恵氏 (北村山第一医療介護連携センター)、齋藤真紀氏 (北村山第二医療介護連携センター)、大貫哲子氏 (北村山地区医師会事務局) にはアンケートの準備、配布等で大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

<著者のCOI (conflict of interest) 開示>

本論文発表内容に関連して特に申告なし

No. 1

北村山地区医療介護施設アンケート用紙

各質問から最も適切なものをひとつ選択し、○で囲んで下さい。

- 質問1 貴施設の所在地を選んで下さい。
(東根市・村山市・尾花沢市・大石田町)
- 質問2 貴施設の種類を下記からひとつ選んで下さい。
(グループホーム・有料老人ホーム・小規模多機能施設
老人保健施設・介護医療院・特別養護老人ホーム・無床診療所
有床診療所・病院・訪問看護ステーション・その他 ())
- 質問3 貴施設では「看取り」は行っていますか。
(はい・いいえ)
- 「看取り」を行っている施設の場合、平成30年度 (平成30年4月1日から平成31年3月31日まで) の実績を下記の看取り件数欄にチェックして下さい。
0 1~5 6~10 11~15 16~20 21~25
26~30 31~35 36~40 41人以上
- 質問4 貴施設は厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(平成30年3月改訂) に沿って「看取り」を行う体制ができていますか。
(はい・いいえ)
- 質問5 貴施設では、患者もしくは入居者の「死生観」を把握した上での医療・介護を実施していますか。
(はい・いいえ)

No. 2

質問6 貴施設では「スピリチュアルケア」を実施していますか。
(はい・いいえ)

質問6で「はい」とお答えした場合には貴施設で具体的に何を利用・導入しているかお答え下さい(複数回答可)。

(医師や看護師など自施設スタッフによるケア・臨床宗教師・臨床心理士・音楽療法・アロマセラピー・アニマルセラピー・ディグニティセラピー・エンディングノート・その他())

質問7 「臨床宗教師」を御存知ですか。
(はい・いいえ)

北村山看取りシンポジウム2019(令和元年8月31日(土)午後2時30分～開催)についての御意見・御要望などお気づきのことがありましたら当日のシンポジウムの参考致しますので自由にお書き下さい。

アンケートに御協力下さり、誠にありがとうございました。

尚、このアンケート調査結果は、個人情報保護法に従い、また、個人・法人が特定できないように統計処理して利用する場合があることを御了承下さい。

本調査結果の利用に同意できない場合には下記の 内に X を入れて下さい。

X のチェックがない場合には同意したものと致します。

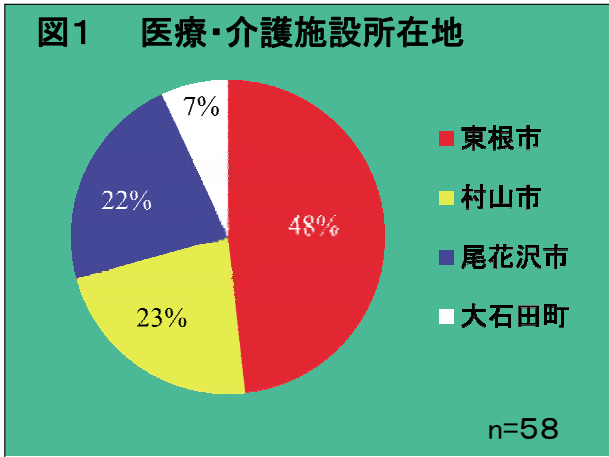


図 1

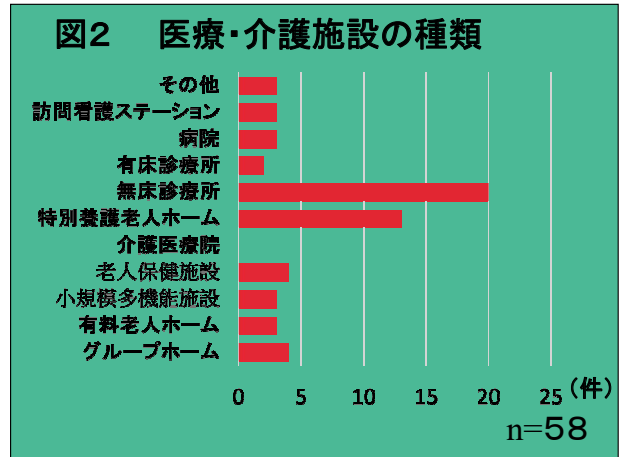


図 2

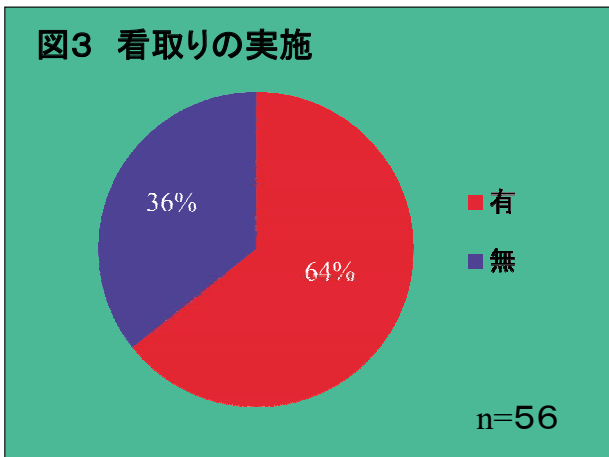


図 3

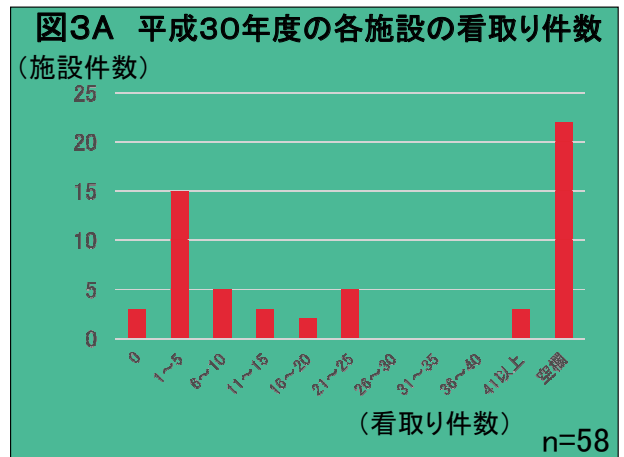


図 3 A

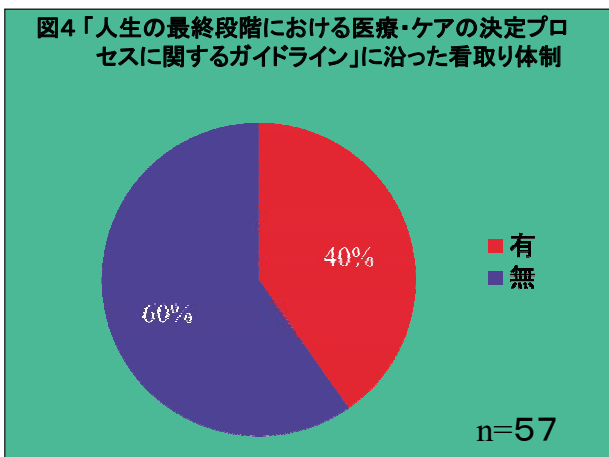


図 4

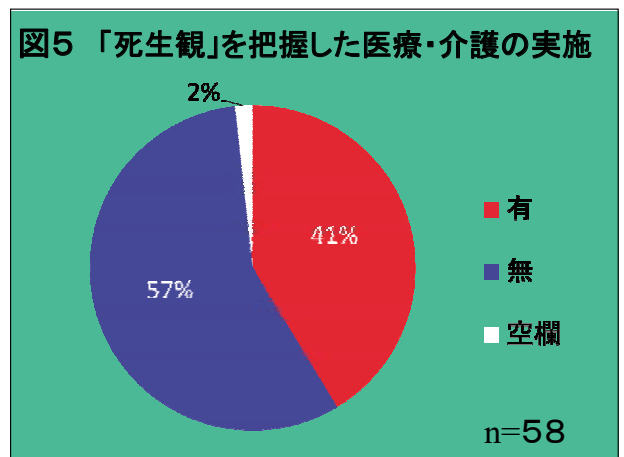


図 5

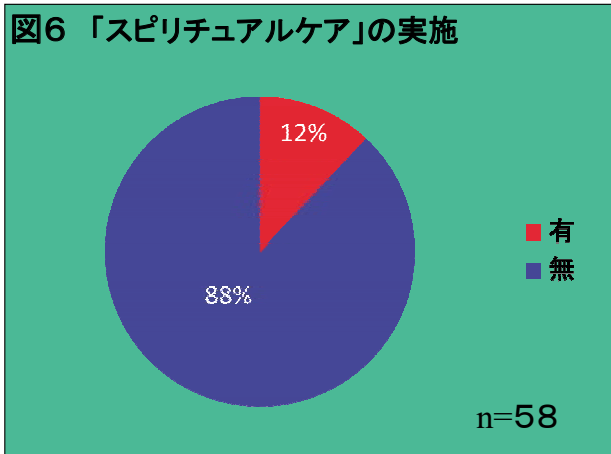


図 6

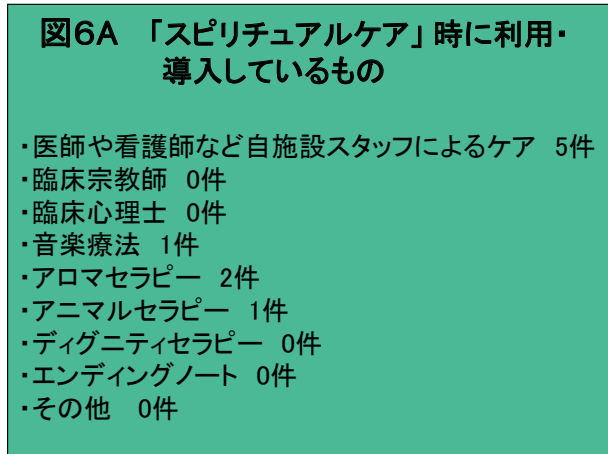


図 6 A

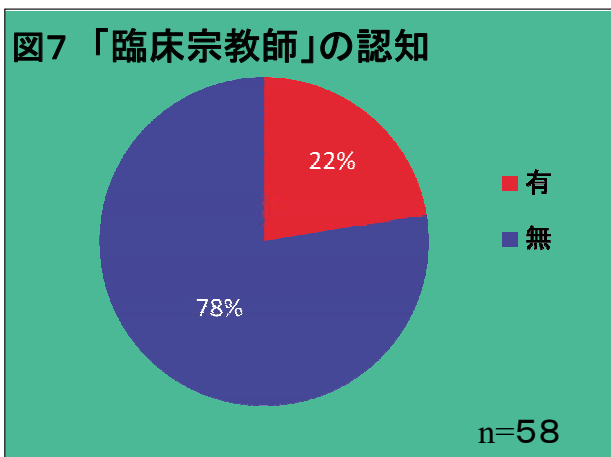


図 7