

北村山看取りシンポジウム 2019 における死生観と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、多死社会という時代を見据え、人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援のため平成30年3月、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⁾に名称変更し改訂した。意思決定支援を行う際には患者本人や家族の価値観、人生観、死生観を把握することが求められている。しかし、患者の価値観、人生観、死生観は各人各様である。そして、医療・ケアの意思決定の根底には現代の日本人の死生観が影響しているのではないかと推測される。北村山看取りシンポジウム2019(主催：一般社団法人 北村山地区医師会)では臨床宗教師を迎えて、日本と海外、各宗教・宗派の死生観や看取りの考え方の相違について、各宗教・宗派の代表、海外出身者代表、グループワークメンバー代表を交えて討論し、人生最終段階における理想的なスピリチュアルケアについて考えていくことにした。本研究では北村山看取りシンポジウム2019参加者に実施したアンケート結果をもとに、死生観やスピリチュアルケア等に関する実態調査を行い、全体の、場合によっては医療介護職群と非医療介護職群に分類し、文献的考察を含め、分析、検討した。

<方 法>

テーマ：日本人の死生観とスピリチュアルケア
～臨床宗教師を迎えて～

上記をテーマとし、2019年8月31日に甌葉プラザ甌葉ホール(山形県村山市)を会場にして北村山看取りシンポジウム2019を開催した(主催：一般社団法人 北村山地区医師会)。以下に座長、ファシリテーター、グループワークメンバー、シンポジストの所属、役職、氏名を示す。

<第I部>

北村山看取りシンポジウム2018のアンケート結果報告

北村山地区医師会 理事
(在宅医療介護福祉担当) 柴田 健彦

<第II部>

基調講演 「臨床宗教師について」

東北大学大学院文学研究科

実践宗教学寄附講座 教授 高橋 原

<第III部>

シミュレーション症例で考える多職種によるグループワーク

A. 悪性腫瘍終末期例(スライド6~16)

B. 認知症終末期例(スライド17~30)

<グループワークメンバー>

大石田町区長会

会長 三浦 崇(大石田町)

ハイマート福原在宅介護支援センター

主任介護支援専門員 奥山 裕巳(尾花沢市)

訪問看護ステーションむらやま

所長 須藤 京子(村山市)

山形ロイヤル病院

医局長 門田荘一郎(東根市)

<第IV部>

シンポジウム

「日本人の死生観とスピリチュアルケア」

<座 長>

北村山地区医師会 会長 八 鍬 直

山形県医師会 副会長 清治 邦夫

<ファシリテーター>

北村山地区医師会 理事

(在宅医療介護福祉担当) 柴田 健彦

<コメンテーター>

東北大学大学院文学研究科

実践宗教学寄附講座 教授 高橋 原

<シンポジスト>

仏教代表 浄土宗総合研究所

研究員 東海林良昌

神道代表 山形県神社庁 副庁長 林 保彦

キリスト教代表 山形南部教会

牧師 岡 撰也

海外出身者代表

イラン出身 Parisa Fardad

イギリス出身 Sam Wilson

グループワークメンバー代表

山形ロイヤル病院 医局長 門田荘一郎

本シンポジウムは参加型問題解決型のシンポジウムである。回答方法は2017年と2018年に開催した本シンポジウムの方法に従った^{2) 3)}。

第Ⅰ部では昨年の北村山看取りシンポジウム2018のアンケート結果を報告するとともに、参加者の背景を知るための質問（＜質問1＞～＜質問5＞を含む）を行い、参加者各個人にアンケート用紙（北村山地区医師会 看取りシンポジウム2019アンケート用紙）に回答記入を求めた。

第Ⅱ部では東北大学大学院文学研究科 実践宗教学寄附講座 教授 高橋 原先生による「臨床宗教師について」の基調講演により臨床宗教師についての理解を深めた。

第Ⅲ部では、悪性腫瘍終末期と認知症終末期のシミュレーション2症例（AとB）の治療・ケアの方針決定を多職種でグループワークし、その結果を代表者がまとめて発表した。グループワークメンバーは山形県北村山地区3市1町にそれぞれ所在地のある団体、医療介護施設から多職種を選抜し、チームを形成した。同時にファシリテーターが会場の参加者に同症例を提示し、参加者各個人にアンケート用紙への質問（＜質問A-1＞～

＜質問A-3＞、＜質問B-1＞～＜質問B-5＞）の回答記入を求めた。

第Ⅳ部では「日本人の死生観とスピリチュアルケア」についてシンポジウムを開催した。

人生最終段階における治療・ケア方針の希望や看取りには本人や家族の価値観、人生観、死生観が影響する 경우가少なくない。また、日本と海外、各宗教・宗派の死生観や看取りの考え方の相違について、各宗教・宗派（仏教、神道、キリスト教）の代表、海外出身者（イラン、イギリス出身）代表、グループワークメンバー代表を交えて討論し、人生最終段階における理想的なスピリチュアルケアについて考えていくことにした。

グループワークメンバー、シンポジストと参加者に配布した本アンケート用紙は個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意の記載欄を有しており、218名から回答があった。回答結果をMicrosoft® EXCEL®2019に入力し、全体の、場合によっては医療介護職群と非医療介護職群に分類し、回答結果を集計、分析した。

尚、本研究は令和元年8月21日に一般社団法人山形県医師会倫理審査委員会承認された。

アンケート用紙

北村山地区医師会 看取りシンポジウム 2019 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。

年齢（ ）歳、性別（男・女）

職業（無職・農業・自営業・行政職員・警察官・消防救急隊職員・医師・歯科医師
看護師・薬剤師・介護福祉施設職員・教職員・宗教家・会社員・会社役員
法律家・建設業・サービス業・学生・その他（ ））

市町村（村山市・東根市・尾花沢市・大石田町・天童市・山形市・河北町・寒河江市
その他（ ））

＜質問1＞ これまで「北村山看取りシンポジウム」に参加したことがありますか。 (①・②)
 ＜質問2＞ 「スピリチュアルケア」を御存知ですか。 (①・②・③・④)
 ＜質問3＞ 「臨床宗教師」を御存知ですか。 (①・②・③・④)
 ＜質問4＞ あなたの実家での宗教は何でしたか。 (①・②・③・④・⑤・⑥)
 ＜質問5＞ あなたの信仰する宗教は何ですか。 (①・②・③・④・⑤・⑥)

＜質問A-1＞ (①・②・③・④)
 ＜質問A-2＞ (①・②・③・④)
 ＜質問A-3＞ (①・②・③・④)

＜質問B-1＞ (①・②・③・④・⑤・⑥)
 ＜質問B-2＞ (①・②・③・④・⑤・⑥)
 ＜質問B-3＞ (①・②・③・④・⑤・⑥)
 ＜質問B-4＞ (①・②・③・④・⑤・⑥)
 ＜質問B-5＞ (①・②・③・④・⑤・⑥・⑦・⑧)

今回の北村山看取りシンポジウム 2019 についての御意見・御感想、御要望などお気づきのことがありましたら次回の参考に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ります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 を御記入下さい。
 X のチェックがない場合には同意したものと致します。 □

＜結果＞

アンケート提出者背景

シンポジウム参加者から当日アンケート用紙218件を回収した。年代、性別、職業、住居地（市町村）、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフをそれぞれ示す（図1、2、3、4、5）。当日アンケート用紙提出者の平均年齢は54.3歳であった（図1）。性別では男女比は2：3であった（図2）。職業では介護職、看護師がそれぞれ21%、18%と多かった（図3）。アンケート用紙提出者の住居地は北村山地区の参加者が約8割であり、東根市が39%と最も多かった（図4）。医療介護職と非医療介護職の比率はほぼ同じであった（図5）。

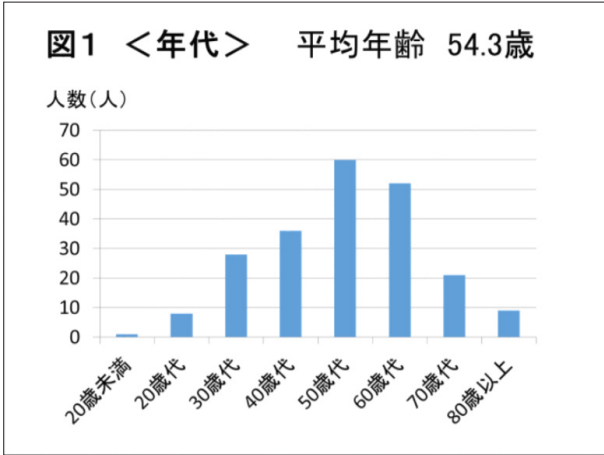


図1

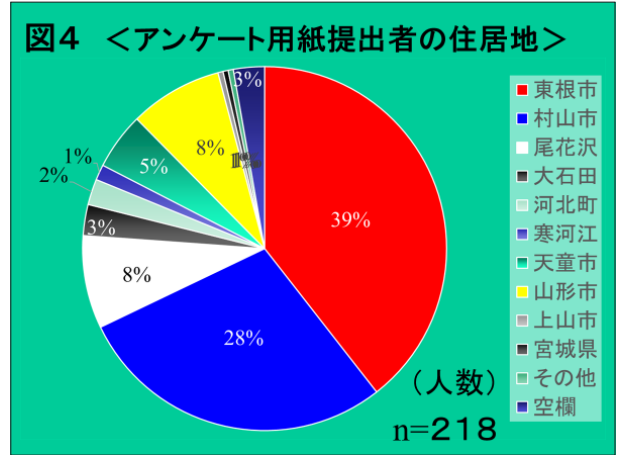


図4

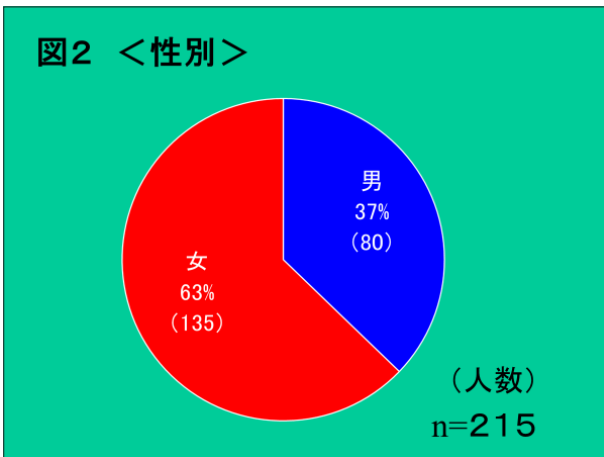


図2

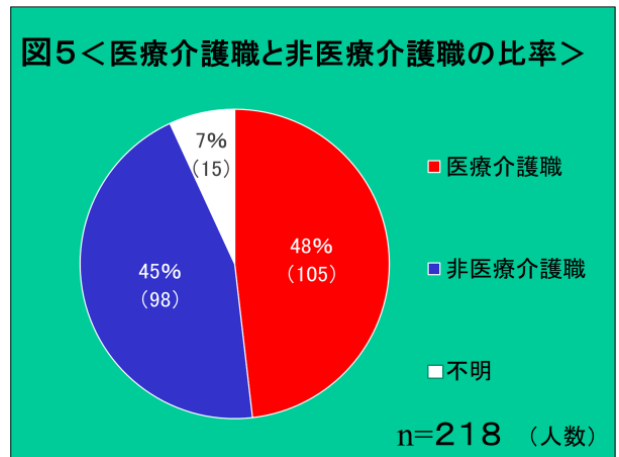


図5

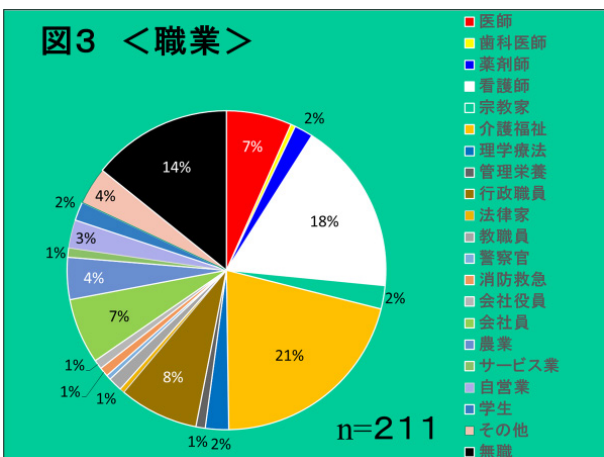


図3

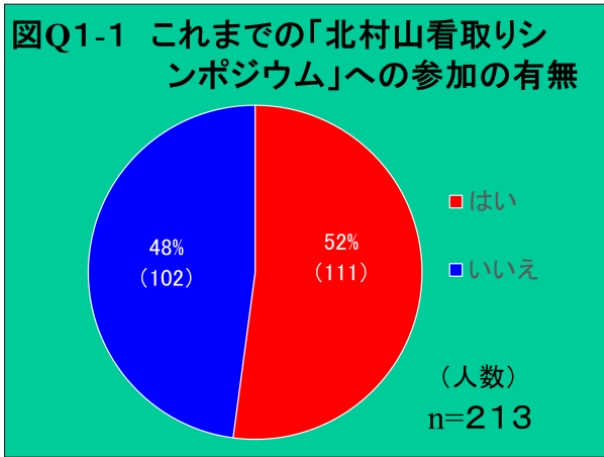
<質問1> スライド1

これまで「北村山看取りシンポジウム」には参加したことがありますか。

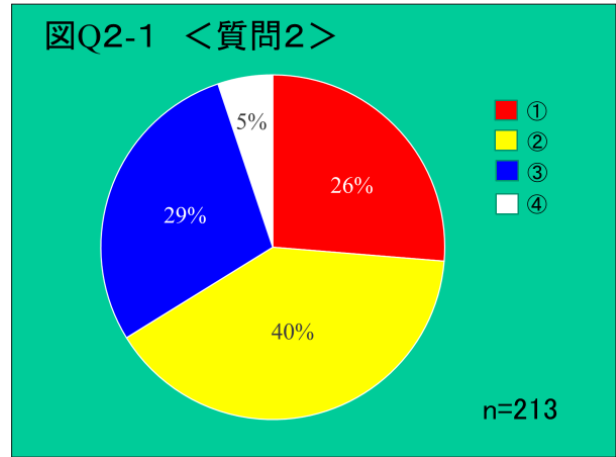
①はい

②いいえ

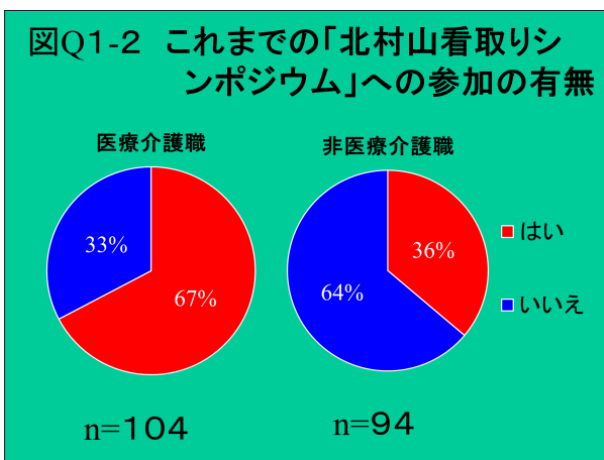
質問1 (スライド1)



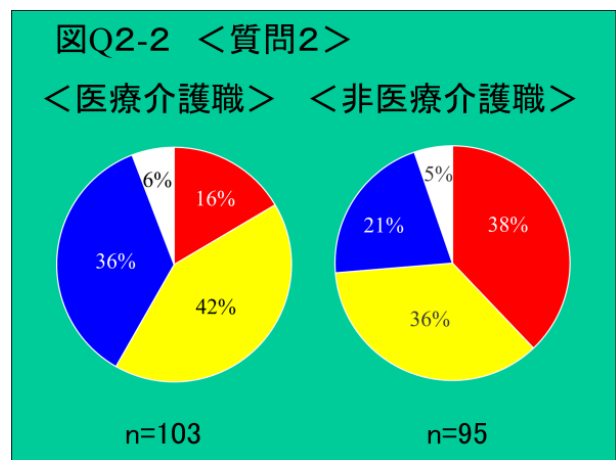
図Q1-1



図Q2-1



図Q1-2



図Q2-2

これまで「北村山看取りシンポジウム」に参加した者は52%（図Q1-1）、医療介護職群と非医療介護職群別ではそれぞれ67%、36%で、非医療介護職群より医療介護職群でリピーターの比率が高かった（図Q1-2）。

「スピリチュアルケア」という言葉・内容の認知度を調査した。「言葉も内容もよく知っている」のはわずか5%に過ぎなかった（図Q2-1）。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると、「言葉も内容もまったく知らない」のはそれぞれ16%、38%で、非医療介護職群で認知度が低かった（図Q2-2）。

医療介護職群においても「言葉も内容もよく知っている」のは6%に過ぎず、「言葉は知っているが、内容は知らない」42%、「言葉も内容も少し知っている」36%であった。

スライド2

<質問2>

「スピリチュアルケア」という言葉・内容を知っていますか？

（一つ選択）

- ①言葉も内容もまったく知らない。
- ②言葉は知っているが、内容は知らない。
- ③言葉も内容も少し知っている。
- ④言葉も内容もよく知っている。

質問2（スライド2）

スライド3

＜質問3＞

「臨床宗教師」という言葉・内容を
知っていますか？（一つ選択）

- ①言葉も内容もまったく知らない。
- ②言葉は知っているが、内容は知らない。
- ③言葉も内容も少し知っている。
- ④言葉も内容もよく知っている。

質問3（スライド3）

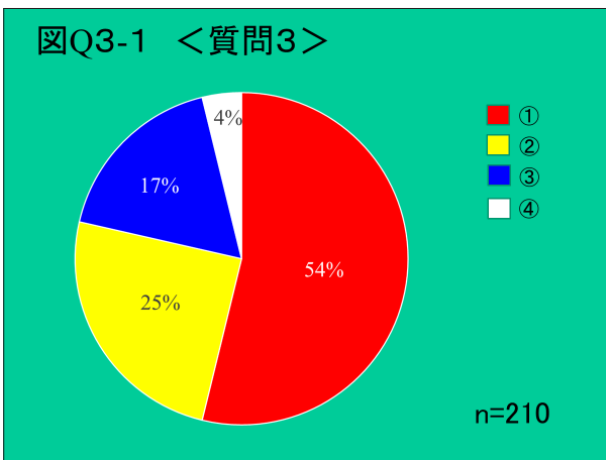
スライド4

＜質問4＞

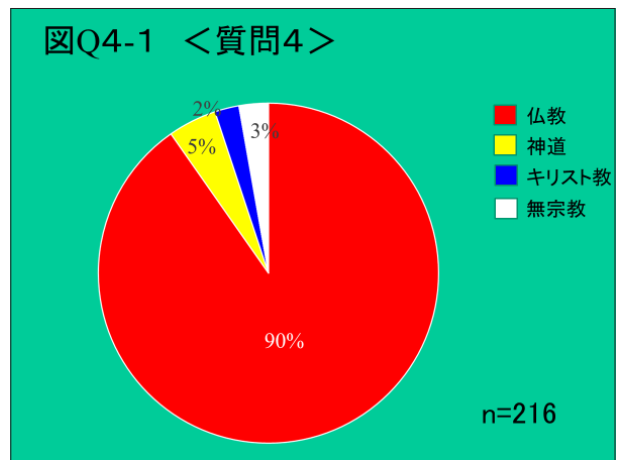
あなたの実家での宗教は
何でしたか？（一つ選択）

- ①仏教
- ②神道
- ③キリスト教
- ④イスラム教
- ⑤その他の宗教
- ⑥信仰する宗教はない（無宗教）

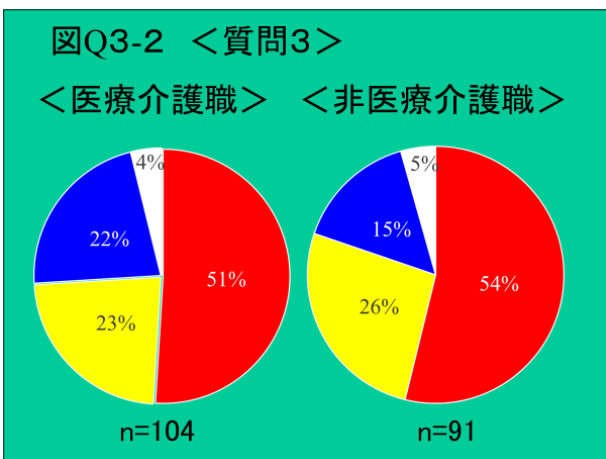
質問4（スライド4）



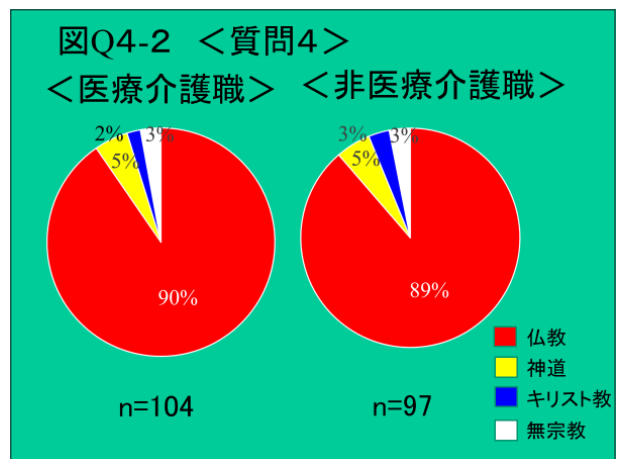
図Q3-1



図Q4-1



図Q3-2



図Q4-2

「臨床宗教師」という言葉・内容の認知度を調査した。「言葉も内容もよく知っている」のはわずか4%に過ぎなかった（図Q3-1）。「言葉も内容もまったく知らない」のは54%と過半数に及んだ。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた（図Q3-2）。

実家での宗教を尋ねた。90%が「仏教」であった（図Q4-1）。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた（図Q4-2）。

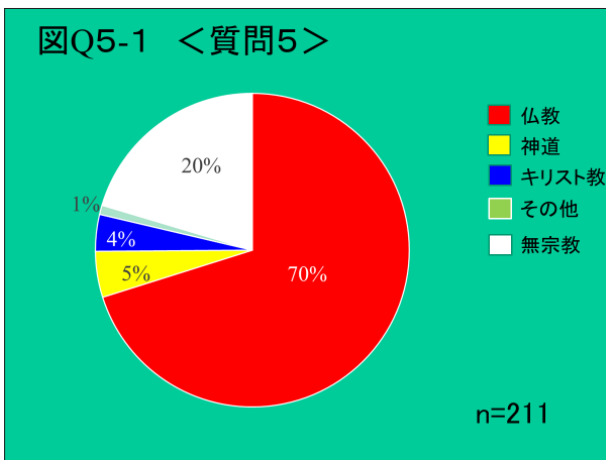
スライド5

＜質問5＞

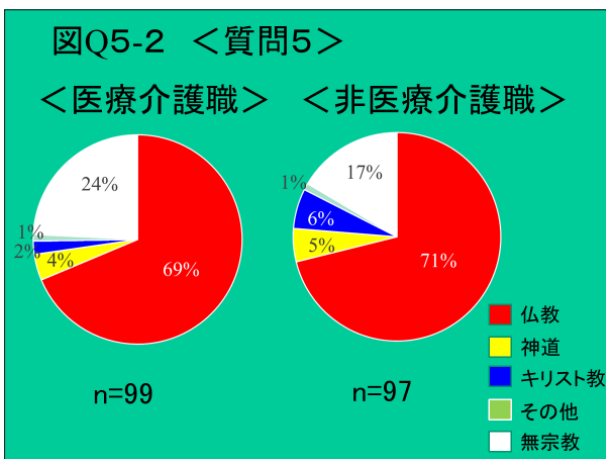
あなたの信仰する宗教は何ですか？ (一つ選択)

- ① 仏教
- ② 神道
- ③ キリスト教
- ④ イスラム教
- ⑤ その他の宗教
- ⑥ 信仰する宗教はない(無宗教)

質問5 (スライド5)



図Q5-1



図Q5-2

個人の宗教を尋ねた。70%が「仏教」であったが、＜質問4＞と比較して「無宗教」が20%と増加していた（図Q5-1）。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「仏教」と「神道」はその傾向は類似していたが、医療介護職群では「キリスト教」2%、「無宗教」24%、非医療介護職群では「キリスト教」6%、「無宗教」17%であった（図Q5-2）。「信仰する宗教」について、

＜質問4＞と＜質問5＞では家単位と個人単位との違いを尋ねたが「キリスト教」、「無宗教」では異なっていた。

シミュレーション症例 A. 悪性腫瘍終末期例について（スライド6～16）

スライド6

シミュレーション症例A

～悪性腫瘍終末期症例～

スライド6

スライド7

＜症例A＞ 45歳、男性

(臨床診断)

1) 胃癌終末期 2) 肝臓転移 3) 癌性腹膜炎
 (既往歴) 3歳の時、右そけいヘルニアの手術
 (家族背景) 妻(42歳)、長女(高校3年生)
 長男(中学1年生)の4人暮らし
 (職業) エンジニア(今年4月、設計担当課長に昇進)
 (嗜好品) アルコール: 機会飲酒
 喫煙: 1日10本、14年間(3年前に禁煙)
 (宗教) 本人は特定の宗教は信仰していないが、
 実家ではキリスト教(プロテスタント)を信仰

スライド7

スライド8

＜症例A＞ 45歳、男性

(経過) 学生時代にはバスケットボール部のキャプテンで、就職してからもこれまで健康には自信があり、自覚症状はなかった。
 今年春の人事で設計担当課長に昇進し、仕事上のストレスは感じていた。また、長女が受験生になったこともストレスであった。
 今年春の会社の定期健診で、胃の異常を指摘された。かかりつけ医で胃の内視鏡検査をうけたところ、総合病院の消化器内科を紹介された。様々な検査をうけた結果、悪性度の高い胃癌ですでに肝臓などの臓器に転移しており、手術はできない状態であった。

スライド8

<症例A> 45歳、男性 スライド9

(経過) 担当医は妻に病状、余命半年の見込みであることを説明し、妻と相談して本人に病名の告知をすることにした。

3日後、担当医はAさんに病名と今後の治療方針の選択について説明した。

病名を告知されたAさんは、「本当に癌なのか、何かの間違いなのではないか」**否認**「なぜ自分だけが癌にならなければならないのか」**怒り**と病気を受け入れることができなかった。「仕事はどうするか」、「自分が死んだら子供たちの将来はどうなるのか」、「何のために生きているかわからない」、「死ぬ時は苦しいのか」など様々なことが頭に浮かんできた。

スライド 9

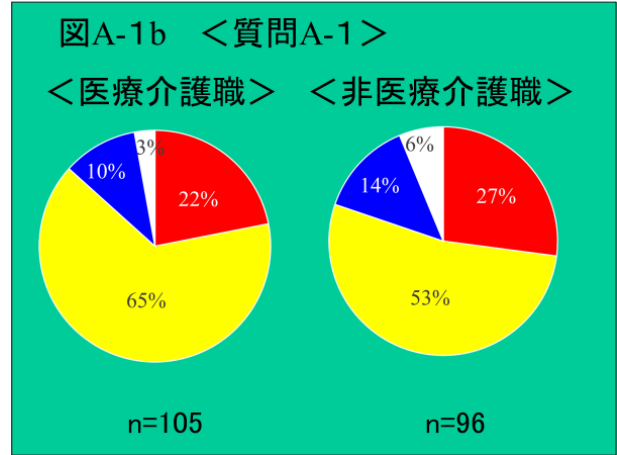


図 A - 1 b

シミュレーション症例 A では、まず悪性腫瘍終末期患者が医師から病名の告知を受けた後の患者の治療選択を質問した。その結果、約 6 割が「セカンドオピニオンを希望する」を選択した (図 A - 1 a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた (図 A - 1 b)。

<症例A> 45歳、男性 スライド10

<質問A-1>

あなたがAさんなら今後の治療の選択をどうしますか？

(一つ選択)

- ①抗癌剤などの化学療法。
- ②セカンドオピニオンを希望する。
- ③治療はしないで自然にまかせる。
- ④その他

質問 A - 1 (スライド10)

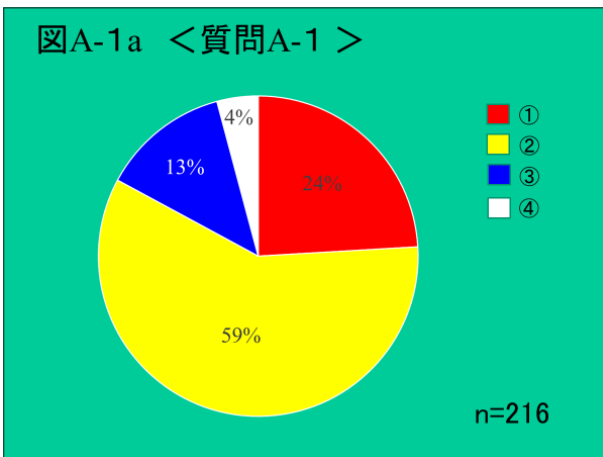


図 A - 1 a

<症例A> 45歳、男性 スライド11

(経過) Aさんは、他の有名総合病院でのセカンドオピニオンをうけることにした。

その結果は前病院と同じであった。

「病気を治すためならお金はいくらかかってもいい」**取引**とも思ったことがある。

しかし、父を胃癌(手術や抗癌剤使用)で亡くしており、副作用で父が苦しんだ経験を踏まえ、抗癌剤での治療を拒否した。自分はできる限り仕事を続け、自分らしく生きたいとの希望であった。病状が進行し、出勤できない時には、自宅からメールで部下に指示が出せるようにかかりつけ医による在宅医療をうける選択をした。

質問 A - 2 (スライド13)

<症例A> 45歳、男性 スライド12

(経過) 3ヶ月後、癌性腹膜炎を併発し、かかりつけ医による訪問診療が開始された。妻は介護休暇を取り、介護することにした。かかりつけ医は介護保険の申請、訪問看護ステーションの利用などケアマネージャーにケアプランの作成を依頼した。

在宅療養生活1ヶ月後、Aさんは次第にトイレにも自分で行けなくなり、食事量も減り、ベッド上での生活となった。「末期癌だからもう何をしてももうダメだ」**抑うつ**と言うようになった。

スライド12

＜症例A＞ 45歳、男性 スライド13

＜質問A-2＞

このような時、あなたならAさんにどのような対応をしますか？

(一つ選択)

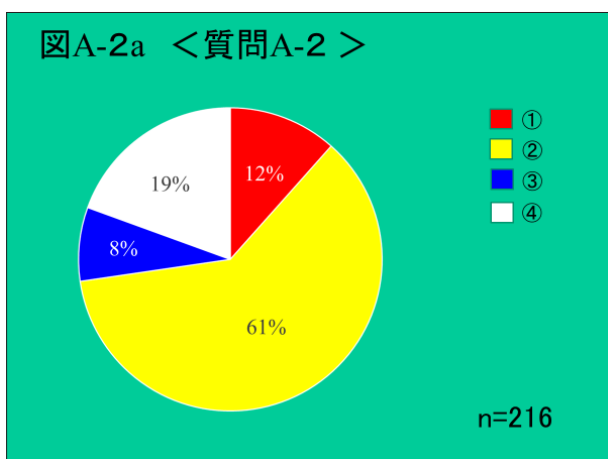
- ①「まだ大丈夫、がんばれ」と励ます。
- ②これまでの人生の思い出を語る。
- ③死後のことを話し合う。
- ④その他

スライド13

＜症例A＞ 45歳、男性 スライド14

(経過)在宅療養生活3ヶ月後、Aさんはますます衰弱し、体重も減少してきた。もう自分で寝返りもできなくなった。
 「死は誰にでも訪れる自然なことだから…」 受容と思うようになった。

質問A-3 (スライド15)



図A-2a

＜症例A＞ 45歳、男性 スライド15

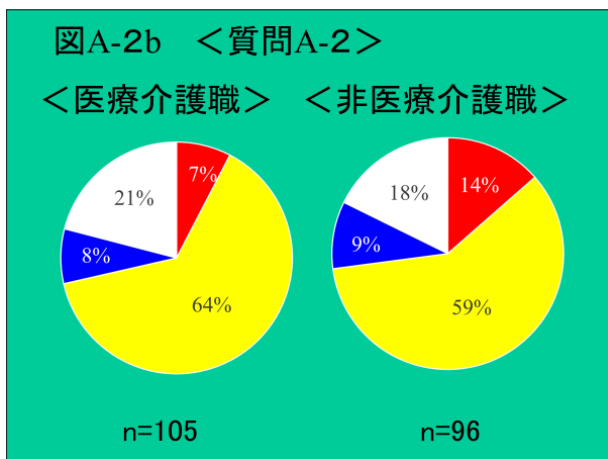
＜質問A-3＞

このような時、あなたならAさんにどのような対応をしますか？

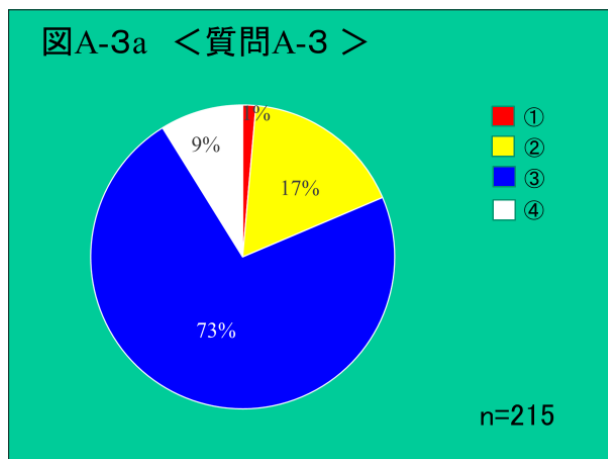
(一つ選択)

- ①「まだ大丈夫、がんばれ」と励ます
- ②知り合いを呼んで合わせる
- ③共感し、手を握り、側に寄り添う
- ④その他

スライド15

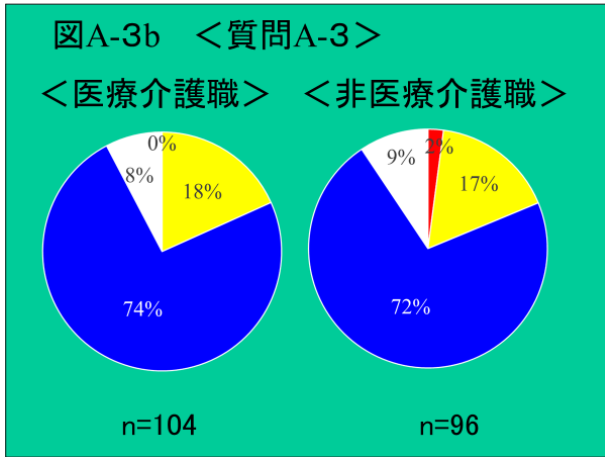


図A-2b



図A-3a

在宅療養生活に入り、抑うつ状態の過程でのAさんに対する対応の質問である。「これまでの人生の思い出を語る」の選択が約6割であった(図A-2a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた(図A-2b)。



図A-3b

<症例B> 81歳、男性 スライド18

(臨床診断)
1) 高度アルツハイマー型認知症 2) 高血圧症

(既往歴) 半年前に誤嚥性肺炎で入院

(家族背景) 妻(80歳)とふたり暮らし
長男(55歳、東京在住)
次男(53歳、名古屋在住)

(職業) 元教員

(嗜好品) アルコール: 2合週6日
喫煙: 1日8~10本、25年間
(10年前に禁煙)

(宗教) 仏教(曹洞宗)、毎年正月には神社に参拝

スライド18

<症例A> 45歳、男性 スライド16

(経過) 在宅療養生活3ヶ月後、Aさんはますます衰弱し、体重も減少してきた。もう自分で寝返りもできなくなった。
「死は誰にでも訪れる自然なことだから…」 受容と思うようになった。

在宅療養生活4ヶ月後、Aさんは家族に見守られ安らかに息を引き取った。

スライド16

<症例B> 81歳、男性 スライド19

(経過)
10年前にアルツハイマー型認知症と診断された。近親者や介護士が呼びかけても目を動かす程度であり、一般的な意思疎通は困難である。半年前に誤嚥性肺炎で入院し、以後は嚥下障害のため点滴による薬剤と栄養剤の投与をしている。口からの栄養摂取が不可能であるため近い将来に人工栄養摂取が必要となるが、この治療を行ったとしても余命は長くないと診断されている。

スライド19

在宅療養生活での、受容過程でのAさんに対する対応の質問である。「共感し、手を握り、側に寄り添う」の選択が73%と一番多かった(図A-3a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた(図A-3b)。

シミュレーション症例B. 認知症終末期例について (スライド17~30)

スライド17

シミュレーション症例B

~認知症終末期症例~

スライド17

<症例B> 81歳、男性 スライド20

(現況)
妻とふたり暮らし。
妻(80歳)は在宅での生活の継続と看取りを希望している。また、少しでも長い時間をいっしょに過ごしたいと希望しているものの、妻自身の介護力は低い。
近隣に近親者はいない。
ふたりとも宗教(仏教や神道)に対して、信心深く、神仏にすぎる気持ちが強い。

スライド20

＜症例B＞ 81歳、男性 スライド21

＜質問B-1＞

Bさんのケースへの対応の基本方針として最も望ましいのはどれですか？

あなたが医療介護の専門職としての立場になって一つ選んで下さい。

質問 B - 1 (スライド21~22)

＜症例B＞ 81歳、男性 スライド22

＜質問B-1＞

- ①人工栄養補給(経管栄養)の実施
- ②漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- ③嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施
- ④現状を維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない
- ⑤特に何もしない
- ⑥その他

スライド22

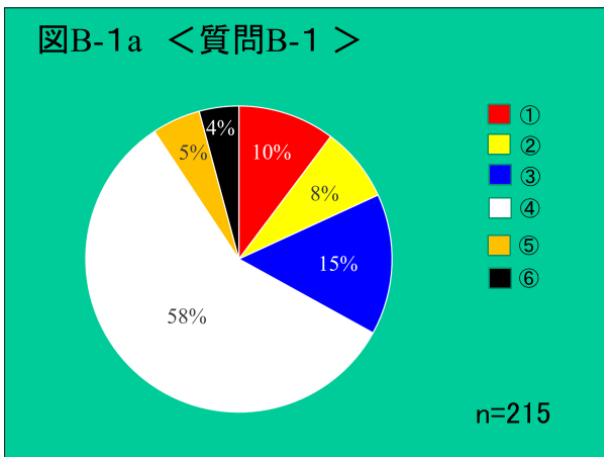


図 B - 1 a

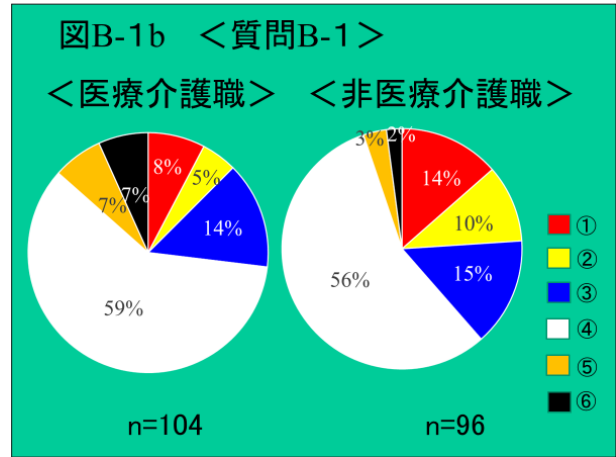


図 B - 1 b

シミュレーション症例Bでは、介護力の低い老々介護の認知症終末期患者を取りあげた。＜質問B-1＞は医療介護の専門職の立場になって対応の基本方針を選択する質問である。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが約6割であった(図B-1a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」と「嚥下訓練等(リハビリテーション)の割合はそれぞれ約60%、約15%と類似していた。しかし、医療介護職群では「特に何もしない」7%、「その他」7%が、非医療介護職群では「人工栄養補給(経管栄養)の実施」14%、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」10%がそれぞれ他の群より多い傾向にあった(図B-1b)。

<症例B> 81歳、男性 スライド23

<質問B-2>
 あなたがBさんの家族なら、対応の基本方針として最も望ましいと考えるのはどれですか？
 一つ選んで下さい。

質問 B - 2 (スライド23~24)

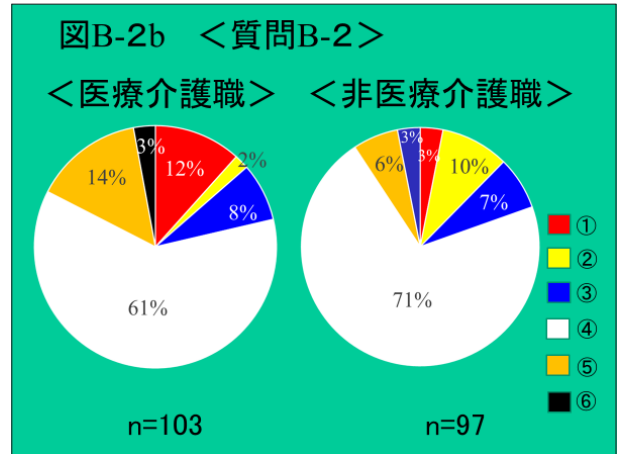


図 B - 2 b

<質問 B-2>は視点を変え、家族の立場に立って対応の基本方針を選択する質問である。「現状維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが66%であった（図 B-2 a）。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「現状維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない」を選択したのはそれぞれ61%、71%と非医療介護職群では約7割と増加していた。「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」の選択も非医療介護職群では10%と医療介護職群2%より多かった。一方、医療介護職群では「人工栄養補給（経管栄養）の実施」12%、「特に何もしない」14%で、非医療介護職群（それぞれ3%、6%）に比較すると多かった（図 B-2 b）。

<症例B> 81歳、男性 スライド24

<質問B-2>

- ①人工栄養補給（経管栄養）の実施
- ②漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- ③嚥下訓練等（リハビリテーション）の実施
- ④現状を維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない
- ⑤特に何もしない
- ⑥その他

スライド24

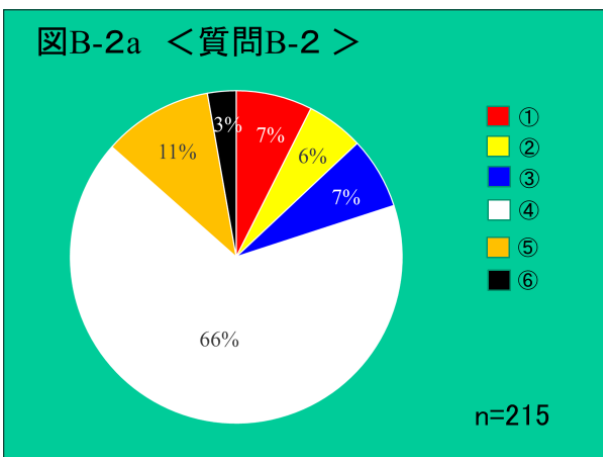


図 B - 2 a

<症例B> 81歳、男性 スライド25

<質問B-3>
 あなたがBさん本人なら、対応の基本方針として最も望ましいのはどれですか？
 一つ選んで下さい。

質問 B - 3 (スライド25~26)

＜症例B＞ 81歳、男性 スライド26

＜質問B-3＞

- ①人工栄養補給(経管栄養)の実施
- ②漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- ③嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施
- ④現状を維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない
- ⑤特に何もしない
- ⑥その他

スライド26

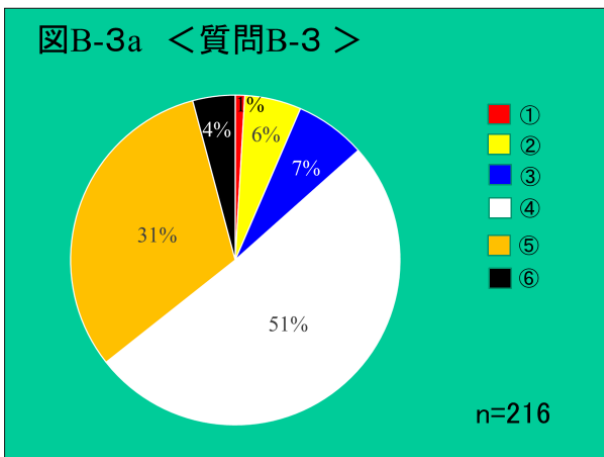
＜症例B＞ 81歳、男性 スライド27

＜質問B-4＞

Bさんのケースへの対応の基本方針として実際には、どのような選択をすることになると考えますか？

これまでの経験も踏まえて、一つ選んで下さい。

質問B-4 (スライド27~28)



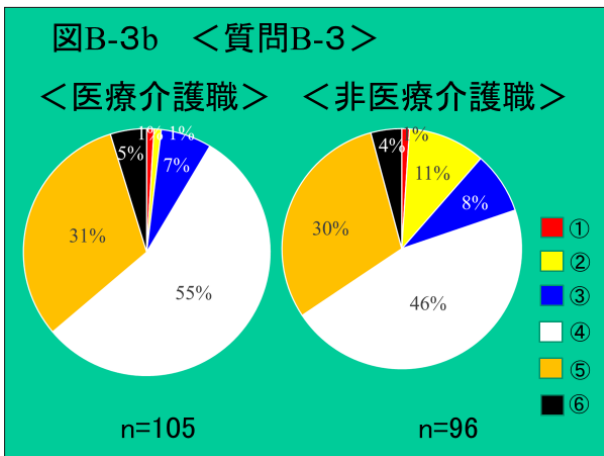
図B-3a

＜症例B＞ 81歳、男性 スライド28

＜質問B-4＞

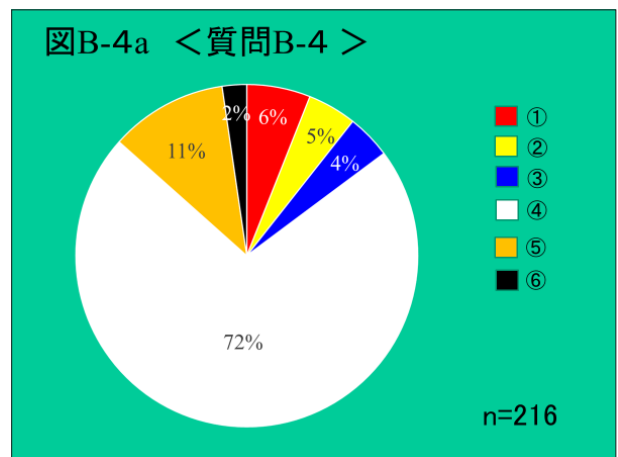
- ①人工栄養補給(経管栄養)の実施
- ②漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- ③嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施
- ④現状を維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない
- ⑤特に何もしない
- ⑥その他

スライド28



図B-3b

＜質問B-3＞は患者本人の立場に立って対応の基本方針を選択する質問である。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが51%と約半数であった(図B-3a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」を選択したのは非医療介護職群では11%と医療介護職群1%より多かった(図B-3b)。



図B-4a

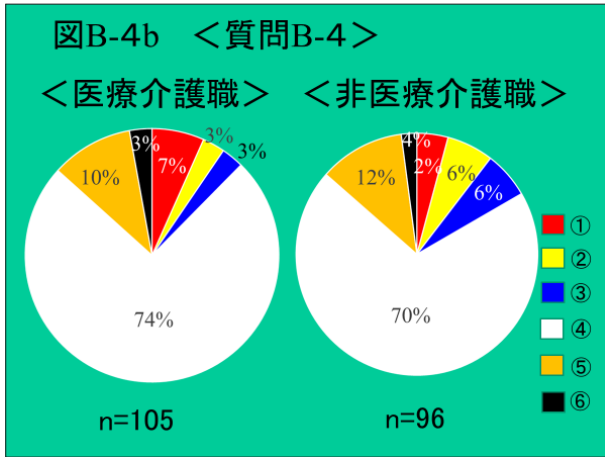


図 B - 4 b

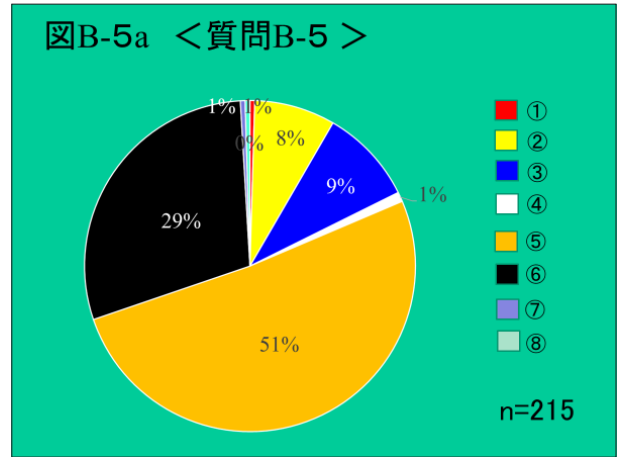


図 B - 5 a

<質問 B-4> は実際には最終的に対応の基本方針はどのようになるかを選択する質問である。「現状維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが72%と約7割であった（図 B-4 a）。医療介護職群と非医療介護職群別にそれぞれの選択肢を比較してもその傾向は類似していた（図 B-4 b）。

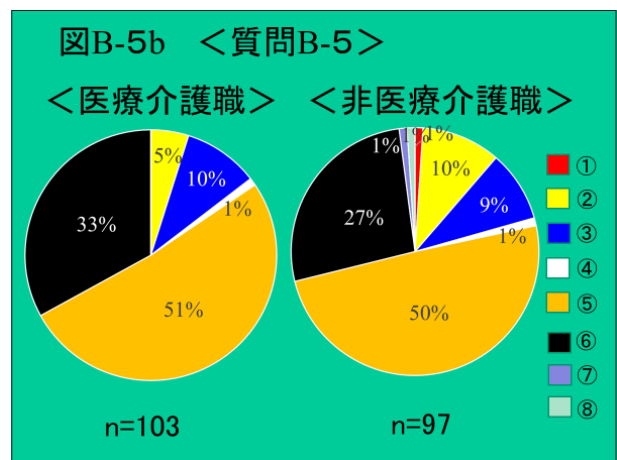


図 B - 5 b

<症例B> 81歳、男性 スライド29

<質問B-5>
 その方針を選択する上で、最も重視する理由を一つ選んでお答え下さい。

質問 B - 5 (スライド29~30)

<症例B> 81歳、男性 スライド30

<質問B-5>

- ①完治の可能性
- ②生存時間の延びる可能性
- ③QOL向上の期待
- ④経済的
- ⑤本人の尊厳の保持
- ⑥家族の意向に合致
- ⑦国や施設のガイドライン
- ⑧その他

スライド30

<質問 B-5> は<質問 B-4> の基本方針を選択する上での最重視した理由の質問である。「本人の尊厳の保持」が51%と最も多く、次いで「家族の意向に合致」29%であった（図 B-5 a）。両選択肢を合計すると80%であった。医療介護職群と非医療介護職群別にそれぞれの選択肢を比較してもその傾向は類似していたが、「生存時間の延びる可能性」については医療介護職群5%、非医療介護職群では10%であった（図 B-5 b）。

<考察>

シミュレーション症例AとBについての調査結果を解説して、日本人の死生観や宗教観と海外との違い、スピリチュアルケアについて文献的考察を述べる。

シミュレーション症例 A. 悪性腫瘍終末期例について (スライド6~16)

シミュレーション症例Aは悪性腫瘍終末期例で本人の意思決定可能例である。ドイツの精神科医エリザバス・キューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross; 1926~2004年) の死の受容過程の5段階 (『死ぬ瞬間 (On death and Dying)』、

1969年)の経過を辿っている。すなわち、第1段階「否認」、第2段階「怒り」、第3段階「取引」、第4段階「抑うつ」、第5段階「受容」である。

働き盛りの男性が突然、終末期癌の宣告をうけ、否認、怒りの過程での治療選択を<質問A-1>で尋ねた。約6割が「セカンドオピニオンを希望する」を選択している(図A-1a)。グループワークメンバーの回答も「セカンドオピニオンを希望する」であった。残される家族のこと、仕事のこと、心配で、延命のため一刻も早く最新の「抗癌剤などの化学療法」を希望との意見もあった。

<質問A-2>では「取引」から「抑うつ」の過程での患者への対応を尋ねている。「これまでの人生の思い出を語る」の選択が約6割であった(図A-2a)。グループワークメンバーの回答は「その他」であった。「患者本人が一番したいことをすることで精神的な落ち着きを期待する」「現状でできることを探して家族との共同作業をすることで家族との時間を大切に絆を再確認する」などの意見があった。

<質問A-3>では「受容」過程での患者への対応を尋ねている。「共感し、手を握り、側に寄り添う」の選択が73%と最も多かった(図A-3a)。グループワークメンバーの回答は「その他」であった。「これまでの人生の思い出を語りこれまで共有した時間を再確認する」、「誰かに会いたい、気に入った映画や音楽の鑑賞など希望を最大限実現できるようにすることをして死への準備をさせたい」「今後予想される症状なども可能な限り伝えて不安を取り除く努力をしたい」などの意見があった。

<質問A-1>～<質問A-3>において注目すべきは医療介護職群と非医療介護職群別に比較しても選択した割合の傾向が類似していたことであった(図A-1b、図A-2b、図A-3b)。悪性腫瘍終末期で自己意思決定可能例においては、患者本人の意思が優先され、治療・ケアの選択は医療介護の専門知識や、技術とは関連が少ないのかもしれない。

<質問4>と<質問5>では家と個人の信仰宗教について尋ね、比較した。両者とも「仏教」の選択が最も多かった(それぞれ90%、70%)。しかし、個人単位では「仏教」が90%から70%と20%減少しており、「無宗教」が約20%増加していた(図Q4-1、図Q5-1)。実家では信仰宗教はあるが、個人単位では特定の信仰宗教を持たない人が増えているといえる。医療介護職群と非医療介護職群別に比較した図Q5-2では特に医療介護職群でその傾向が強い。本シミュレーション症例Aも実家はキリスト教であったが、患者本人

は特定の宗教は信仰していなかった。無宗教者へのスピリチュアルケアのアプローチの仕方をどのようにするか考えなければならないであろう。

本例の質問項目では「その他」の選択が比較的少なかった。患者や家族の話や苦悩を傾聴し、心のケアをすることやエンディングノートの作成、デイグニティセラピー等のスピリチュアルケアをすることも対応方法として検討の余地があったのではないだろうか。

シミュレーション症例B. 認知症終末期例について(スライド17～30)

シミュレーション症例Bは認知症終末期例で本人の意思決定不可能例である。『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』に沿って、患者本人の立場、家族の立場、医療介護関係者の立場などの多角的視点から状況に応じて、治療・ケアを選択・決定し、現実的にはどの立場が尊重され、どのような理由で実行されていくかを問うものである。

<質問B-1>では医療介護の専門職での立場から患者への対応を尋ねている。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが約6割であった(図B-1a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると医療介護職群では「特に何もしない」7%、「その他」7%が、非医療介護職群では「人工栄養補給(経管栄養)の実施」14%、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」10%がそれぞれ他の群より多い傾向にあった(図B-1b)。医療介護職群は認知症終末期例の多くの体験があり、意思表示のできない状態での単なる延命が患者の利益になるか疑問としているのかもしれない。「その他」の方針を選択しているのも医療介護職の専門知識があつてのことであり、多様な考えがあることが示唆される。一方、非医療介護職群では「人工栄養補給(経管栄養)の実施」や「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」が医療介護職群より多く、代替え医療による積極的な治療や人工栄養補給(経管栄養)の実施で、一日でも長く延命をする手段になるのではないかと予想している。

グループワークメンバーの回答は患者負担の少ない「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」であった。嚥下訓練をしながら同時に食形態を工夫し、経口摂取を模索する意見もあった。

<質問B-2>では家族の立場から患者への対応を尋ねている。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」

を選択したのが66%であった(図B-2a)。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのはそれぞれ61%、71%と非医療介護職群では約7割と増加していた。家族の立場からは現状維持を望む場合が多いことがわかる。「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」の選択も非医療介護職群では10%と医療介護職群2%より多く、質問B-1>と同じ傾向であった。一方、医療介護職群では「人工栄養補給(経管栄養)の実施」12%、「特に何もしない」14%で、非医療介護職群(それぞれ3%、6%)に比較すると多かった(図B-2b)ことから、「人工栄養補給(経管栄養)の実施」か「特に何もしない」かを家族は望むのではないかと考えている医療介護職が非医療介護職群より多いことがわかる。家族の立場からの患者への対応では、医療介護職者と非医療介護職者には治療・ケアの決定において考えの異なる点があることが明らかとなった。

グループワークメンバーの回答は「人工栄養補給(経管栄養)の実施」であった。家族の立場からは少しでも長く生きることを望むのではないかと理由である。

<質問B-3>は患者本人の立場に立って対応の基本方針を選択する質問である。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが51%と約半数であった(図B-3a)が、<質問B-1>や<質問B-2>に比べると、選択の割合は51%に減少していた。これとは逆に「特に何もしない」が31%に増加していた。医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」を選択したのは非医療介護職群では11%と医療介護職群1%より多く(図B-2b)、非医療介護職群では代替医療による積極的な治療を期待していることがわかった。

グループワークメンバーの回答は「特に何もしない」であった。患者本人の立場では延命によりかえって苦しむ期間が延長すること、認知症終末期で反応も低下し自然経過が望ましい等の意見があった。

<質問B-4>は最終的に対応の基本方針がどのようなかを選択する質問である。「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」を選択したのが72%と約7割であった(図B-4a)。医療介護職群と非医療介護職群別にそれぞれの選択肢を比較してもその傾向は類似していた(図B-4b)。このことから医療介護関係者、家族の立場、患者本人の立場な

どの多角的視点からは選択は各々異なるものの、「現状維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない」という選択を予想するのが最も多かった。

グループワークメンバーの回答は「その他」であった。グループワークメンバーの回答は各メンバーとも異なる選択肢を選択したが、嚥下訓練をしながら同時に食形態を工夫し、経口摂取を模索する意見もあり、「その他」を選択したようであった。グループワークメンバー間でも各々の意見が異なり、一つに決定することが困難であったようである。

<質問B-5>では<質問B-4>の基本方針を選択する上での最重視した理由を尋ねた。「本人の尊厳の保持」が51%と最も多く、次いで「家族の意向に合致」29%であった(図B-5a)。両選択肢を合計すると80%であった。医療介護職群と非医療介護職群別にそれぞれの選択肢を比較してもその傾向は類似していたが、「生存時間の延びる可能性」については医療介護職群5%、非医療介護職群では10%であった(図B-5b)。非医療介護職群では医療介護職群より認知症末期でも「生存時間の延びる可能性」を期待している場合が多いことがわかる。同様の経過の実症例を数多く経験し、学習している医療介護職群との違いといえよう。

グループワークメンバーの回答は「家族の意向に合致」であった。

本人の意思決定不可能例では、本人の尊厳の保持と家族の意向が人生最終段階における治療・ケアの選択・決定に大きく影響することがわかった。本例は仏教、神道への信仰が深く、死生観とスピリチュアルケアの観点から考慮すると、宗教的ケアを含め、スピリチュアルケアを臨床宗教師に依頼するのも一つの方法であったのではないだろうか。家族に対する臨床宗教師によるスピリチュアルケアにより患者本人の人生最終段階における意思が推測できる可能性があり、治療の基本方針の選択にも影響を与えたかもしれないからである。

上記シミュレーション2症例のアンケート調査結果から人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定には、患者本人や家族そして医療介護者の価値観、人生観、死生観が影響する。選択する治療・ケア方針が患者にどのような影響を及ぼし、その後の生活をどう変化させるのかという視点で判断を下すことが大切である⁴⁾。

次に日本人の死生観、宗教観、海外との相違、人生の最終段階におけるスピリチュアルケアについて文献的考察をする。

西行などの死生観、日本人の死生観

「願わくは花の下にて春死なむその如月の望月のころ」

平安時代の歌人西行が辞世の句として詠んだ有名な和歌である。死をめぐるアンケートで「最期をいつ、どこで迎えたいか」「どんな死に方ができればよいか」など死ぬ時期、死に場所（病院、介護施設、自宅）、臨終までの状況を尋ねる場合がある。西行の場合は、死ぬ時期は如月（2月）の望月（満月）のころ、すなわち、旧暦の2月末（現在の3月末）の春、死に場所は花（桜）の下であった。春3月に満月を振り仰いで桜の下で死にたいという西行の往生願望である。苦しまないで安らかにでも家族に囲まれてでも、念仏を唱えてでもない。臨終までの状況は詠んでいないのである。西行の死生観は、花と月につきるのであり、ある意味で日本人の死生観の原点でもあると立川⁵⁾は述べている。西行の死生観は宗教や哲学的な死生観ではなく、美しく死ぬ、すなわち、死の美学であった。武士道に見る潔い死に通ずるものがある。

日本人の死生観も変遷してきている。民俗学者の柳田國男は日本人の死後の理想を子孫の先祖となり、子孫の信仰対象となることに言及している⁶⁾。そのためには生前に「家」をしっかり守り、功績を残すことであった。日本では先祖への尊敬の念から先祖崇拝が行われてきた。しかし、社会や産業構造が複雑化し、「家」についての考え方も功績を残すことも大きく変質した。墓は家の象徴であったが、現代ではももとの墓を引き継がず、納骨堂に入ったり、散骨したり多様化している。宗教観も変化してきているのである。核家族化が進行し、高齢者が自宅でなく、病院や介護施設で亡くなることが多くなった現在では、老いや死が見えにくくなってきているのである。社会的にも「無縁社会」が広がってきている。「無縁社会」は2010年1月にNHKスペシャルで放映されたタイトルである。単身世帯が増加し、人と人との関係が希薄になりつつある日本の社会の一面を言い表している。現在の日本社会では「死生観の空洞化」の現象が起こっていると広井⁷⁾は述べている。すなわち、死の意味ひいては生きることの意味やリアリティが見えなくなり希薄化しているというのである。超高齢社会となり、人生100年時代を見据えた人生戦略の構想を行っている現代において、養老⁸⁾は本来の人間は変化するものであるが、保存されて変化しない情報に囲まれて、自分も変化するはずがないと考えるようになった結果、自分が死ぬという実感が薄くなってきたと述べている。このように日本人の死生観

は社会や産業構造の変化に伴い、時代とともに変わっていくのである。

社会共同体としての死

従来、日本では氏神を中心とした農村の地域共同体、祖霊を中心とした家が社会共同体を形成して死を受け入れてきた。氏神や祖霊の存在感が希薄化し、死についての考え方も変化してきている。

養老⁸⁾は、死は科学によって決められるものではなく、社会的に存在するものであると述べている。すなわち、他者との関係によって死の意味が変わるということである。フランスの哲学者ウラジミール・ジャンケレヴィッチ⁹⁾は死を「一人称の死」、「二人称の死」、「三人称の死」に分類した。「一人称の死」は自分の死、「二人称の死」は家族や非常に親しい人の死、「三人称の死」は赤の他人の死である。「二人称の死」はその人との記憶やその人に対する感情によって、残された人に大きな影響を与える。極めて社会的な現象である。「三人称の死」は自分にはほとんど関係のない人の死で、情報通信機器の発達により現代の日本人はニュースなどで「三人称の死」に触れる機会が多くなった。社会環境の変化によって人間関係が変化し、死の受け取り方も変化してきている。柳田國男が述べるように死は個人だけでなく社会も含めたもの、共同体としての死も存在する。「一人称の死」、「二人称の死」、「三人称の死」などのように立場によって死の受け止め方が異なるのと同じように「患者」、「家族」、「医療介護関係者」の立場からもそれぞれ死生観や人生最終段階における治療・ケアの意思決定は異なってくるのである。シミュレーション症例B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』に沿って、患者本人の立場、家族の立場、医療介護関係者の立場などの多角的視点から状況に応じて、治療・ケアを選択・決定し実行されていくかを問うものであった。各々の立場により死生観が多様であるように治療・ケアの基本的な対応も立場による違いがあったことは注目すべきである。

各宗教・宗派の死生観や看取りの考え方の相違

宮本らは欧米には日本より寝たきり老人はいないと述べている¹⁰⁾。欧米と日本では死に対する考え方が異なる。欧米では人間の尊厳を尊重し、神、自然の摂理に従い、無駄な延命はこれらに反する行為であるとするキリスト教が影響している可能性がある。また、終末期の患者に不必要な医療を行うと医師が罰せられる法律のある国もある。一方、古来、仏教や神道信仰の多い日本は死をタ

ブー視し、死ぬことは医療の敗北であり、死は宗教の領域としてきた。また、終末期の患者に対する医療は各医師の判断に委ねられており、尊厳死の法制化はされていない。仏教、キリスト教、イスラム教は一神教で、神道は多神教であることを考慮すると、宗教宗派の違いが死生観や看取りの考え方に何らかの影響があるのではないかと予測された。

本アンケート調査では各宗教・宗派の死生観や看取りの考え方の相違について検討する予定であった。しかし、〈質問4〉と〈質問5〉で家単位と個人単位との違いを尋ねた結果、「仏教」信仰が過半数以上で圧倒的に多く、他の宗教はそれぞれ10%以下であったため人数に差があり宗教宗派の違いによる比較検討はできなかった(図Q4-1、図Q5-1)。本シンポジウムでは宗教宗派の死生観や看取りの考え方を議論したが、宗教的儀礼は異なるものの宗教宗派によって死生観や看取りの考え方の違いは認められなかった。

日本と海外の死生観の相違

「死生学」、「死生観」については既に先の著者らの論文で記述した¹¹⁾が、「死生観」という言葉は1904年に刊行された加藤咄堂の『死生観』(井冽堂)から使われ始めていた。「生」の文字より「死」の文字が先にくるのは日本では江戸時代から明治にかけて、武士道の影響が大きかったのではないかと島藺は述べている⁶⁾。武士道の源は、仏教における運命を穏やかに受け入れ、運命に静かに従う心、すなわち、生に執着せず、死と親しむこと、神道における主君への忠誠、祖先崇拜、親に対する孝心、儒教における道德律が根底にある¹²⁾。主君への忠誠のため死を覚悟して戦ったり、責任を取って切腹したり、武士道では死を強く意識して生きるという考えが強かった。それ故に「生死観」より「死生観」という言葉の方が広まったのではないかと推測している。一方、海外では死生とするか生死とするかは国によって異なる。台湾や韓国では死後より生きている間のことを大事にすべきという考えが古来よりあり、「生死観」ということが多いのは興味深い。

死生観は国によって異なり、西洋には世界あるいは個人の人生に終末があるという時間感覚がある。死に向かって生きる、死んだ後に何かあるのかなど生と死を切り離して考える傾向がある。一方、アジアには、生きている者は死あるいは死者とともに生きているという循環的な時間感覚がある。死を切り離さず、生と死が入れかわる、あるいは生と死が同時に存在しているという考え方である⁸⁾。

日本と欧米の死生観の違いは文化や価値観の違いを比べてみるとわかりやすい。集団において、他の人と同じであること(同調)を重視する日本、他の人と違うこと(個性)を重視する欧米との対比、自然観においては、人と自然を共存しようとする日本と、人が自然を支配しようとする欧米、言語、コミュニケーションに関しては、あいまいな言い方で相手に察してもらう日本、考えを明確に言葉で主張する欧米、文化に関して、間や余白を大切にしている日本、それらを埋めようとする欧米といったものの対比がある。日本では古来より神道の影響を受け、自然のあらゆるものを八百万の神と崇める自然崇拜、多神教が主であるが、自然を破壊、支配してきた欧米では一つの神しか認めない一神教の宗教が主であった。このように日本人と欧米人の自然観、言語、コミュニケーション、文化の違いが、それぞれの宗教観や死生観に影響している可能性が推測されるのである。

日本人は特定の宗教信仰の有無に関係なく、お盆、クリスマス、正月の参詣など特定の宗教的行事も受け入れる、いわば宗教音痴ともいえる。人生最終段階における治療・ケアの意思決定時にも他人任せになることがあるのは、確固とした死生観、宗教観がないことが影響しているのかもしれない。

本シンポジウムでは日本と海外の死生観や看取りの考え方について議論したが、大きな違いはなく、個々人の考え方によることが多いとのことであった。但し、日本と海外とは医療制度や政治社会状況が異なるため死生観や看取りの考え方も違って来る可能性が示唆された。

人生の最終段階におけるスピリチュアルケア

〈質問2〉の「スピリチュアルケア」という言葉・内容の認知度調査では「言葉も内容もよく知っている」のはわずか5%に過ぎず、医療介護職群と非医療介護職群別に比較すると、「言葉も内容もまったく知らない」のはそれぞれ16%、38%で、特に非医療介護職群で認知度が低かった(図Q2-1、図Q2-2)。医療介護職群においても「言葉も内容もよく知っている」のは6%に過ぎなかった。北村山地区の医療介護施設を対象とした著者らの調査では「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¹¹⁾。

〈質問3〉では「臨床宗教師」という言葉・内容の認知度を調査した。「言葉も内容もよく知っている」のはわずか4%に過ぎなかった(図Q3-1)。「言葉も内容もまったく知らない」のは54%と過半数に及んだ。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた

(図Q3-2)。

人生の最終段階におけるスピリチュアルケアを考えると、「臨床宗教師」¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾の存在が最近注目されていることは先に報告した¹¹⁾。公益社団法人日本医師会では人生の最終段階の医療の在り方において、死生観を踏まえながら議論する必要性、ACP (advance care planning) の重要性、医療と宗教の関わり、医療における宗教者の役割について言及している¹⁶⁾¹⁷⁾。北村山地区の医療介護施設を対象とした著者らの調査では「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¹¹⁾。臨床宗教師と臨床心理士（もしくは公認心理師）との違いは何か。臨床宗教師は死前死後、患者本人と家族を対象にし、両者のグリーフケアを含めた心のケアを行う。一方、臨床心理士（もしくは公認心理師）は死前の患者個人を対象にし、心のケアを行うのである。臨床宗教師も臨床心理士も民間資格であるが、公認心理師は国家資格（公認心理師法、平成27年9月16日公布、平成29年9月15日全面施行）となった。

古来、僧侶、神主、牧師などの宗教家は医学の未発達な時代にはセラピストとして病人に宗教的ケアをしていた。現代のような治療薬がない時代には祈禱をはじめとする心のケアが患者や家族への治療の中心になっていた。本アンケート調査において、〈質問4〉と〈質問5〉で家と個人の信仰宗教について尋ね、比較した結果、実家では信仰宗教はあるが、個人単位では特定の信仰宗教を持たない人が増えていた。特定の宗教を信仰しない人が多くなり、宗教的ケアを受ける機会が減ってきている。医師、看護師は医療看護業務に忙殺され、十分な心のケア、スピリチュアルケアをする時間が不足している。スピリチュアルケアをするためには十分に時間をかけて患者の話すことを「傾聴」することが最も重要である。それ故に患者のみならず、家族を含めて死後も心のケア、スピリチュアルケアをする臨床宗教師への期待が大きいのである。

<おわりに>

本実態調査を行い、日本人の死生観や宗教観と海外との違い、スピリチュアルケア等に関して文献的考察を含め、分析、検討した。「スピリチュアルケア」や「臨床宗教師」についての認知度が低いことが明らかになった。患者本人や家族の価値観、人生観、死生観を把握するためには、時間をかけて十分に傾聴することが大切であり、臨床宗教師によるスピリチュアルケアもひとつの方法である。看取りや人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援をする上で、医療介護職

自身の死生観が影響することが少なくない。超高齢社会、多死社会という時代を迎え、人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援のため各地区でACPを啓蒙する研修会の実施や人材育成のため医療介護職が厚生労働省委託の「人生の最終段階における医療体制整備事業」の「患者の意向を尊重した意思決定支援のための研修会相談員研修会」を受講する取り組みなどが必要である。

<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=%27%E4%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) 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
- 3) 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
- 4) 小村一左美：最良の逝き方．特別養護老人ホームで見た生死の決断．2019(潮出版社)
- 5) 立川昭二：日本人の死生観．2018(ちくま学芸文庫、筑摩書房)
- 6) 島藺進：日本人の死生観を読む．明治武士道から「おくりびと」へ．2012(朝日新聞出版)
- 7) 広井良典：持続可能な医療．超高齢化時代の科学・公共性・死生観．2018(ちくま新書)
- 8) Newton別冊 死とは何か.死ぬとき、私たちの体に何が起きているのか．2019(ニュートンプレス)
- 9) ウラジミール・ジャンケレヴィッチ、(訳) 仲澤紀雄：死．1978(みすず書房)
- 10) 宮本顕二、宮本礼子：欧米に寝たきり老人はいない．自分で決める人生最後の医療．2015(中央公論新社)
- 11) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：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

- ての実態調査研究. 令和元年度 山形県医師会学術雑誌 2019: 第57巻: 91-97
- 12) 新渡戸稲造、(訳) 岬龍一郎: いま、拠って立つべき「日本の精神」. 武士道. 2005(PHP文庫)
- 13) 日本臨床宗教師会ホームページ: <http://sicj.or.jp/>
- 14) 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)
- 15) 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)
- 16) 日本医師会: 尊厳ある終末期を迎えるために - 医療と宗教の関わり -. 日医ニュース2018; No1361: 1-2
- 17) 日本医師会: 終末期患者の医療. 日本医師会雑誌 2019: 第148巻・第1号: 63-66

<謝 辞>

北村山看取りシンポジウム2019に参加し、アンケート調査に御協力頂いた方々、御助言を賜りました高橋 原氏 (東北大学大学院文学研究科 死生学実践宗教学専攻分野/実践宗教学寄附講座)をはじめ、グループワークメンバーの三浦 崇氏 (大石田町区長会)、奥山裕巳氏 (ハイマート福原在宅介護支援センター)、須藤京子氏 (訪問看護ステーションむらやま)、シンポジストの東海林良昌氏 (浄土宗総合研究所)、林 保彦氏 (山形県神社庁)、岡 撰也氏 (山形南部教会)、Parisa Fardad氏 (イラン出身)、Sam Wilson氏 (イギリス出身)、門田荘一郎氏 (山形ロイヤル病院)には本シンポジウムの運営に際し、大変お世話になりました。また、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。諸先生、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