

## キューブラ・ロスを基軸とする死にゆく患者ケア ーアメリカと日本の文献から考察するターミナルケアー

西 村 伸 子

大学院総合学術研究科総合人間・文化博士課程 人間学講座  
e-mail: nobu17@image.ocn.ne.jp

### 〈要 旨〉

キューブラ・ロスの*On Death and Dying*は1969年に発表され、アメリカの医療界だけでなく世界中に衝撃を与えた。アメリカでは、それ以後、死にゆく患者へのケアの取り組みが始まった。ロスの発表から30年以上を経て、この著書の中に示されている死までの5段階プロセスは、アメリカではどのように評価されているのだろうか。さらに、死にゆく患者への取り組みが直ぐに推し進められた背景にはどんなことがあるのか。一方、日本ではロスの5段階プロセスをどのように捉えてきているのか。日本が死にゆく患者への取り組みに遅れた理由は何か。これらを論証するために、ロスの5段階プロセスを基軸にしてアメリカと日本の文献から検討し、論じることとした。

ロスの5段階プロセスについては、アメリカではこの30年間に各方面からの研究者によってその妥当性が論じられ研究が重ねられてきている。アメリカでは1960年代、活発な公民権運動が医療の分野にも波及した。さらに1970年代では、人格の尊重が医療倫理の指導原理となった。このような時代の流れの中で*On Death and Dying*は発表され、アメリカでは死に対する反省の契機となった。以後、死にゆく患者のケアは急速に進んだ。

日本では1972年に*On Death and Dying*が翻訳されている。以後、ロスの死にゆく患者の5段階プロセスが医学書や看護の書籍で紹介され始めた。それは、2000年以後も記述にはあまり変化なく紹介されている。

日本は、大戦後アメリカ医療への遅れを取り戻すための努力が継続され、先端医療の導入が最優先された。1990年代から少しずつ患者の人権尊重が意識され始め、2000年頃から、死にゆく患者へのケアが急速に論じられるようになった。死にゆく患者への取り組みとしては、アメリカに比較して約30年の遅れを生じることとなった。

## 緒言

キューブラ・ロスの*On Death and Dying*は1969年に発表され、アメリカの医療界だけではなく世界中に衝撃を与えた。アメリカでは、それ以後、死にゆく患者へのケアの取り組みが始まった。それには、患者の人権を尊重することを初め、ターミナルケア、ホスピスの設立、Thanatologyの研究などがある。また、ロスの*On Death and Dying*の中に記されている死にゆく患者の心理プロセスの5段階については、アメリカでは各方面からの研究者によってその妥当性が論じられ研究が重ねられてきている。*On Death and Dying*以降のアメリカでは、死にゆく患者に対する医療界の変化をアメリカの文献から知ることができる。特に、ロス自身が1972年に生の言葉で語っている論文からは、*On Death and Dying*には載せられていないロスの見解を見ることが出来る。

日本では1972年に*On Death and Dying*が翻訳された。以後、彼女が提起した死にゆく患者の5段階プロセスが医学書や看護の書籍で紹介され始めた。しかし、日本では死にゆく患者のケアへの取り組みは直ぐには始まっていない。本格的な取り組みは2000年頃から急速に広まっており、アメリカの取り組みの時期に比べて約30年の遅れがある。しかも、ロスの5段階プロセスは今なお、*On Death and Dying*に記載されたままが紹介されている。

アメリカで*On Death and Dying*以後に、死にゆく患者のケアへの取り組みや死を議論し始めた背景には、どのような状況があったのか。アメリカでは既に、ロスの5段階プロセスはクラシックなものとして、それを基盤にした多くの研究が発表されている。しかし、日本においては、今もなおロスの5段階プロセスが紹介され続けているのはなぜか。

これらの疑問について、なぜアメリカの医療界と日本の医療界において死にゆく患者のケアに対する取り組みに違いが生じたのか、文献を通して検討しながら、論考する。

## 第1章 アメリカにおけるロスの*On Death and Dying*に対する評価および死にゆく患者を取り巻く状況

### 第1節 *On Death and Dying*に関するロス自身の意見とアメリカ医療界の状況

*On Death and Dying*の発表から3年後、アメリカの医学雑誌JAMAに*On Death and Dying*に関するロスへのインタビューを含む論文が掲載された<sup>(1)</sup>。この論文には、ロスがワシントン大学医学部の教授などが主催するカンファレンスにゲストとして招かれた時のディスカッション内容が記載されている。論文内容は、ロスが死にゆく患者にインタビューするまでの経緯や、1972年の時点での*On Death and Dying*に関する意見を自身の言葉で述べたものである。この論文は、彼女自身が死の受容に対して自分の生の言葉で語っているがゆえに、書籍の行間を埋める思索を直接垣間見ることができるといふ点から興味深いものである。

ロスは最初にアメリカ社会の死に対する認識について述べている。彼女は1960年代のアメリカ社会を“*Our Death-Denying Society*”としており、その社会の特徴について説明している。アメリカでは死者に化粧をし、綿花を使って顔を形成しあたたかも眠っているかのようにみせかけることは一般的であった。このように死者を生きているかのように見せかけることは、ヨーロッパではほとんど行われていなかった。スイス出身のロスにとっては、アメリカ社会で行われている死者に対する行為、葬儀が衝撃的に感じられ、死を否定するものであると彼女がそれらを捉えたと考えられる。「死を否定する」とはロスにとって死の意味づけを忌避する、すなわち、死と向かい合うことを避けていることを意味したと考えられる。死を否定しているアメリカ社会では、病院の中で死にゆく患者が医師や看護師から見過ごされていることに、ロスは患者へのインタビューを通して気づいた。死を否定するアメリカにおいて、ロスが精神科医として死にゆく患者にインタビューすることに対し、内科医たちは非協力的で閉鎖的であった。

このディスカッションでは「今、私たちはワクチンや抗生剤、古いタイプの死を征服することができるすべての方法を発展させてきました」、「私

たちはこのような多くのことを習得しているので、死もまた習得できるであろうという幻想の中に生きています」と述べ、ロス は人間が命までも操作しようとしていることを指摘している<sup>(2)</sup>。1960年前後のアメリカは結核やポリオなどの治療方法が確立され、致命的であった感染症を制服し、心臓病やがん治療法においても飛躍的な進歩を遂げていた。医療は臓器移植をはじめ集中治療や先端医療を駆使して、患者の延命を目指していた。この意味ではアメリカの医療は世界の最先端にいたといえよう。

しかし、医療の専門化や細分化が医療を大きく変化させたことによって、医師と患者の距離も大きく広がっていた。医師は特定の臓器や臓器系を機能させるための集中訓練を受け、その医療を実践することに集中しており、患者の存在そのものが見えないという時代であった。アメリカの医師たちは、積極的治療が必要な患者の治療で忙しかった。また、医師たちにとっては患者の死は失敗や敗北に思えたために、死にゆく患者の部屋を訪問することにためらいがあったことも語られている。アメリカ社会・医療界は死に対して否定的であり、積極的治療が可能な患者のみが医療の対象とされていた。このような時代には、おそらくタブーであったろうと思われる「死にゆく患者へのインタビュー」をロスが実施したいと内科医に申し出たことになる。ロス は医師たちの協力が得られないまま、約200名の死にゆく患者へのインタビューから得た情報をまとめ*On Death and Dying*を発売した。医師として初めて死にゆく患者に焦点を当て、患者の心理を捉えたその著作は、患者の尊厳を重んじていた。その著作が、臓器医療や最新鋭の医療に焦点を当てていたアメリカの医療界だけでなく、世界中の医療界に衝撃を与えたことは既に周知のことである。

ロス は1972年までに400名の死に行く患者にインタビューした。その結果に基づき、死に到るまでの患者の心理について「患者は厳しい病気であると気づいたときから死までの間に4つのステージDenial, Anger, Bargaining, Depression, を通り抜け最終段階のAcceptanceに至る」ことを、このディスカッションでも説明している。しかし、このディスカッションの中で注目すべき点は*On*

*Death and Dying*で述べていることとの違いである。

*On Death and Dying*では「多くの患者は周囲からの何の助けがなくても最終的な受容に到達したが、尊厳のうちに安らかな死を迎えるために、これらの諸段階を経るのに助けを必要とした患者もいた」とある<sup>(3)</sup>。しかし、それに対してこのディスカッションで注目すべき点はロスが「もし、内科医が彼の怒りとうつ状態を表現するのを手伝うことができ、取り引きのステージを通り抜ける彼を心から手助けできれば、ほとんどの患者は受容のステージに到達することができるでしょう」と受容の段階に到達するためには、医師の手助けが重要であることを述べている点である<sup>(4)</sup>。さらに「本当に信心深い人はほとんどいませんでした。ほんの少しの人々—深い本当の信仰をもった人たちのことですが—は極めて簡単に受容しました。しかし、彼らは極端に少ない。何も信じない本当の無神論者はもっと少数でした。そして、彼らもむしろ簡単に受容しました。約95%はその間のどこかにいます。彼らは最後に非常に絶望的にもがいているが、ジブラルタルの岩山のような堅固なものを持ちたいと思っています。彼らは藁を1本持っているだけなのですが」とロスが述べている<sup>(5)</sup>ことである。*On Death and Dying*では時間の経過とともに患者が5段階を通過して死に至るまでに受容できること、何の助けがなくても多くの患者は死を受容したことが記載されている。しかし、このディスカッションでは多くの患者はもがき苦しんだことが説明されている。従って、この時、かなりの患者は受容に至っていないことが推測される。

*On Death and Dying*は、出版社からの依頼があり多忙な仕事と家事・育児の中で睡眠時間を割いて2ヶ月という短期間に書き上げる必要に迫られ完成したものである。従って、時間をかけて得られた情報を分析、考察する余裕はなかったと思われる。むしろ、ロスの主観的な捉え方で死にゆく患者の心理プロセスが述べられていると考えられる。

*On Death and Dying*の発表以後、ロス はアメリカ国内だけでなく世界中の病院や医師たちからゲストとして招待されカンファレンスに参加したり公演を行った。このカンファレンスにも、ゲストとして大歓迎を受けていた様子が記載されてい

る。アメリカ国内でロスが死にゆく患者へのインタビューを申し込んだ時、医師たちはこれまでと違って積極的に協力したであろう。そのため、死にゆく患者にインタビューすることは容易になり、情報整理も以前よりゆとりをもってできたと思われる。このように考えると、*On Death and Dying*発表までの200名から得た情報・結果にさらに200名の情報が加わったこと、ロスの置かれた環境が1969年までと変化したことが、*On Death and Dying*の中に述べられている内容と、このディスカッションでロスが語った内容との違いを生じた要因と考えられる。

1969年以後も、死を受容できず苦しむ患者も多かったのではないだろうか。さらに、死にゆく患者は時間の経過とともに自ら5段階を経て死を受容できるのではなく、医師が死にゆく患者に最後まで寄り添うことが、患者の心理的な安らぎにとって重要であると気づいたと思われる。ロスはこの新たな見解をこのディスカッションで述べたと考えられる。

彼女は、患者自身が病名を告知されていても、されていなくても患者はそれについて知っていたと説明している<sup>(6)</sup>ことにさらに注目したい。*On Death and Dying*の中で、患者同士が病院のサロンなどで、お互いの病気について話し合ったり、慰めあう姿も見られ、告知されていなくても患者同士の会話から重い病気であることに気づくことも多いことが述べられている。すなわち、*On Death and Dying*が出版された時期には、既に病名告知されている患者もあり、告知されていない患者もいたことになる。1960年代のアメリカ医療界では、患者へのインフォームド・コンセント（以下ICと略す）をどのように行うべきかが討議されていた。ヴィーチは「1960年代後半から1970年代前半にかけて、劇的な変化が起こった。この時期は、人格の尊重という考え方が医療倫理学の指導原理として脚光を浴びるようになった時期である」と述べている<sup>(7)</sup>。そして、1961年と1979年にアメリカの医師たちに、末期がん患者に対して真実を告げることにに関して通常どのような方針をとっているかについて調査した結果を示している。1961年では、調査した医師の88%は、悪性と診断された患者には真実を告げないのが通常の方針であると答えて

いる。しかし、1979年に行われた同じ質問に対しては98%の医師が真実の告知を通常の方針としていたという結果であった。この結果を踏まえてみると、ロスがインタビューした患者が告知を受けていた割合は不明であるが、かなりの割合で告知されていたと推測できる。

この時期、アメリカではホスピスの設立が始まった。ロスの*On Death and Dying*発表以後、アメリカではホスピスに対する関心を持つ人たちが増加し、ホスピスの設立が1970年代から始まっている。アメリカ医療界においてターミナルの患者にも焦点をあて、患者を全人的に診るという姿勢の契機になったと思われる。

ロスの*On Death and Dying*から受けた影響について、スミスは次のように述べている。「死と死にゆくことの影響についての研究である死生学の分野が、死を平然と無視する社会の中央で花をさかせ始めた。死について語ることを促進した先駆者は、エリザベス・キューブラー・ロスである」<sup>(8)</sup>。「1960年代と1970年代の20年間に於いて、非常にたくさんの重要な研究と出版によって、死と死にゆくことについての社会的な認識が高められた」<sup>(8)</sup>。このように*On Death and Dying*の発表以後、死生学の分野が脚光を浴び、多くの研究がなされ始めた。伊藤はアメリカの医学について「キューブラー・ロスの著書が流行し、各医大に医の倫理、あるいはターミナル・ケアの課程が設けられ、死の臨床の学会誌・単行本の数は、1970年あたりを境にして爆発的に増加した。これと平行して、死を看取る医療についての研究・教育も急増した。『死学』（サナトロジー）に関するアンソロジーを集めた文献を調べたところ。1965年では400篇にすぎなかったのが、1973年版では2,600篇あまりに増加している」と述べている<sup>(9)</sup>。ロスの*On Death and Dying*がアメリカ医療界に与えた衝撃の大きさを十分窺うことができる。

ロスが*On Death and Dying*を発表した1960年代はアメリカでは物質的に裕福な時代となった反面、薬物依存患者や離婚の急増など社会問題が生じてきた。そのようなアメリカ社会の中で、公民権運動や障害者の自立運動が始まり、この運動に重なって「ホスピス運動」が起こってきた。*On Death and Dying*はアメリカ社会が変革している流

れの中で発表された。それゆえ人々の注目を一層集め、死にゆく患者に対する関心の目を向けさせたと思われる。

## 第2節 *On Death and Dying*以後の死にゆく患者心理に関する研究者の評価および死にゆく患者を取り巻く状況

ロスの著作公刊から4年後に既に賛同を送りながらもその基本的図式に対する反省が始まっていることに着目したい。

1973年にシュナイドマンはロスの*On Death and Dying*について彼の著書の中で意見を述べている。「このセミナーは死を目前にした患者にインタビューし、彼らの恐れや希望、夢や悪夢を語ってもらうものであった。前例のないこの公開の対話は、心の憩いの場所を必要とする死にゆく患者と病院スタッフの両者にすばらしい益をもたらしてくれた。」とロスの功績をたたえている。しかし、彼はロスの5段階について全面的には支持していない。「どれほどの患者が五つの段階に到達したか。また、最終段階に到達することなしに死ぬ場合にはどうなったか、について述べていない。最も重要な点は、人はどのようにして最初の四つの特徴である否定的感情から受容の段階へ移行するかである」と述べている。シュナイドマンの研究から、彼は死にゆく人々に孤立、羨望、取り引き、抑うつ、受容は存在するがこれらの心の動きが必ずしも死にゆく過程の「段階」だとは思わないこと、これらの心理段階が孤立－羨望－取り引き－抑うつ－受容の順序で起こることはさらに思わないこと、一定の順序があると思っていないこと、それらは五つの段階に限定されるものではなく、種々の心理状態が自由に飛びかいつつ、あるいは出現しあるいは消失する状況とでも表現すべきものであり、いずれの感情にも不信と希望の相互作用が常に含まれていることを述べている<sup>(10)</sup>。シュナイドマンの研究は、ロスの提唱する5段階を基盤にして、さらに発展させたものと考えられる。

さて、1999年ヒューストンは“The Angry Dying Patient”のタイトルでアメリカの医学雑誌*Primary Care Companion J Clin Psychiatry*に死にゆく患者の心理的ケアについて述べている。ヒューストンは30年前に示されたロスの死にゆく患者の心理プロセ

スの5段階のうち、特に「怒り」に注目している。

ロスは、死にゆく患者の5段階プロセスの中でステージの一つとして「怒り」を挙げている。ヒューストンは、ロスの5ステージの中の患者の怒りを拒否せず受け入れることが患者の苦悩を解決へ導くとしている。しかし、「怒り」の段階にある患者は、内科医に対して挑戦的であり、内科医が「怒り」の患者に関わることは大変な困難を伴う。そのため患者の怒りを受け入れる方法として、コミュニケーションのスキルを医師が獲得する必要があると彼は述べている<sup>(11)</sup>。「死にゆく患者が臨床において怒ったとき、コミュニケーションのすべてのタイプは不自然にピリピリになる。内科医は10通りの関わりを使うことによって、この困難な時を通る怒った死にゆく患者を手助けすることができる」すなわち5段階の心理プロセスの中で、死にゆく患者の怒りをケアすることが、最も患者の苦しみを軽減できると彼は述べているのである。ヒューストンはコミュニケーションのスキルを進化させるための方法論として10通りのコミュニケーションのルールを提示していた。この10通りのルールは、死にゆく患者にどのように関わると患者の怒りが軽減できるかを詳細に説明している。さらに、怒った死にゆく患者への関わりだけでなく、家族システムの再検討についても言及している<sup>(12)</sup>。「ロスの仕事は、死にゆくことに対する患者の正常な感情的反応への価値あるロードマップである。臨床医は治療上の方法として、このマップを使うことができる」と述べており、彼はロスの5段階プロセスの説を肯定的に捉えている。

さらに、2002年K・A・ブルースは“The Grief Process for Patient, Family, and Physician”という論文をアメリカの医学雑誌*JAOA*に掲載した。ブルースは、患者が病気になって死に至るまでを悲嘆のプロセスであると論じている。この悲嘆のプロセスは患者本人だけでなく、患者に関わる家族や内科医においても始まること。彼は「griefのプロセスとmourningの行為の両方を理解することが大切である。人間の悲嘆は、どのようなものであれ重要な喪失に対する正常で必然的な精神神経学的な反応である。哀悼は外面的で経験を分かち合った表現である。悲嘆は普遍的な現象である」と述

べてる<sup>(13)</sup>。すなわち、悲嘆は内面的なものであり普遍的な現象であるが、哀悼は外見的なものであり表現方法は文化によって異なる。医師は患者の悲嘆に関する兆し（非人格化、疑惑、怒り、罪悪感、自責などの反応）に気づく必要があり、患者の悲嘆だけでなく、患者の家族の喪失に対する衝撃についても考える必要があることを提起したのである。ブルースが提示した悲嘆のプロセスは、ロスの5段階プロセスですら悲嘆のプロセスであるモデルの一つとして捉えなおしている点で、アメリカの医療界における死、あるいは死にゆく人間に対する視座の変化を示したものであるといえよう。

ブルースはこの半世紀にさまざまな悲嘆のプロセスが提案された中から、最も著明な悲嘆のモデルとして4つを紹介している。それらはロス、ボウルビーとパークス、ワーデン、ウルフェルトによるモデルである。このうち、ロスについては「1969年に*On Death and Dying*のタイトルで彼女の根本的な学問を出版した。第1版についているカバーには『死にゆく人々が医師、看護師、聖職者、彼ら自身の家族に何を教えなければならないか』というサブタイトルを含んでいた」と第1版のサブタイトルを紹介している<sup>(14)</sup>。ロスのこのサブタイトルを取り上げている研究者は少ないが、このサブタイトルには注目したいと考える。

1960年代のアメリカはパターンリズムの時代であった。それにもかかわらず、「患者が医師や看護師などに教える」サブタイトルを付けている。このサブタイトルは、ロスが*On Death and Dying*の中で患者に教師になって教えてほしいと依頼したことを受けたものであろう。このサブタイトルは、ロスが患者の意思を尊重した態度として重要である。また、「死にゆく患者から教えてもらう」という表現から、この時代には死にゆく患者の心理について十分配慮されていなかったと推測される。

ブルースは、ロスのモデルについては、ロスの提示している5つのステージは時にはオーバーラップしたり共存したが、それが「否認」から「受容」へと進展していることなどを指摘し、既にクラシックなパラダイムであると述べている<sup>(15)</sup>。

次にブルースは1980年代のボウルビーとパークスの共同研究を挙げている。彼らの研究はロス

のモデルを基礎に5段階を4つの位相に分類して述べたものであるとされている。

ブルースが紹介した次のモデルはワーデンの研究である。ワーデンは、『悲嘆のカウンセリングと悲嘆の治療』というタイトルの書物を出版している。彼のモデルの対象は患者の家族である。彼は死別した家族の悲嘆のケアについて、4つの基本的作業を示したとされている。

最後のモデルとしてブルースは、ウルフェルトのモデルを挙げている。その中で彼は、死学の分野でもっとも最近のメジャーな声であると紹介している。ウルフェルトも、患者の家族の喪失悲嘆に焦点を当てている。ワーデンが患者の家族ケアを4つの位相に分類したのに対して彼は、7つの要素を述べている。ブルースが紹介した悲嘆のモデルはロスのモデルを基礎として発展させた研究であり、患者家族のグリーフケアが中心になっている。

アメリカがん治療学会で論文を発表し注目されているロバート・バックマンは*How to Break Bad News, A Guide for Health Care Professionals*を1992年に出版している。彼はロスについて「彼女は死へのプロセスに関する新たな側面を見出した。このモデルは医療従事者や一般の人々の間で急速に広まり、世界中で利用され受け継がれている」と評価している。しかし、ロスの5段階プロセスの欠点として、受容以外はどれも真の死へのプロセスではないこと、人間はこのプロセスの中で順を追って経験するわけではないこと、「取り引き」は段階というよりも個人的な対処方法であると指摘している。彼は死へのプロセスの3段階モデルを示し最終段階は受容としている。バックマンは患者に真実をどのように伝えるかが重要とし、SPIKESという6段階のコミュニケーション方法を示した。彼は「受容は大部分の患者で認められ、有益であるが『普通』の死と直面するうえで必ずしも明白に患者が死を受け入れる必要はないと思っている」「患者の隠れた苦悩を医療従事者が見つけ出すために真剣に努力して—中略—苦痛の徴候が見られず患者が明白に死を認めていなくても、死の受容を強要することなく援助することで差し支えないと思われる」と述べている<sup>(16)</sup>。

バックマンが提示したSPIKESは、Bad Newsを

伝えるにあたり、いかに衝撃を小さく、且つ、衝撃を受けた後の患者のケアを十分に行う方法を示したものである。医療者が患者の苦悩を真剣にケアすれば患者は大部分で受容することを示したものと考える。

さて、アメリカでは1960年代から公民権運動が活発となり、それと相まって患者の権利も主張され始めた。患者の人権の尊重としてICは必然的なことである。このICが定着した背景には、病名を告知された患者のケアシステムの存在を見逃せない。既に1960年代のアメリカの病院にはチャペルがあり、チャプレンが常駐していた。患者の苦悩をサポートしてくれるシステムは、ICを進めるうえで大きな役割を担っていたといえるであろう。がんが進行しターミナルケアが必要な患者が全人的ケアを受けられるようなシステムがホスピスである。バイオエシックスが成立した1970年代にホスピスが設立され急速に増加した理由は、アメリカ社会の人権尊重の意識やケアシステムが機能した結果と推測できる。*On Death and Dying*以後アメリカでは医師、看護師、ケースワーカー、チャプレン、セラピストがそれまでバラバラに関わっていたケアを、お互いに協力して患者と家族の援助を行うようにシステムが構築されている。がん罹患しICを受けた患者はセラピストたちによってケアされ苦悩を分かち合い、ターミナルに至った場合はホスピスによってその人らしく死を迎えられるようシステムが確立している。

アメリカでは、1980年代から患者の家族ケアにも注目している。ロス以後の研究者が家族の悲嘆や喪失ケアに注目したのも、患者を含めたファミリー・ケアという視点からではなからうか。バ

ックマンのSPIKESもアメリカのケアシステムが構築され機能しているうえに立って示されたものであるといえよう。

## 第2章 日本におけるロスの5段階プロセスに関する捉え方および日本の医療界の変遷

### 第1節 ロスの5段階プロセスに関する日本国内書籍の分析

ロスの*On Death and Dying*が発表された2年後、日本では川口が『死ぬ瞬間』と題してそれを翻訳した。『死の臨床』の中で河野博(1974)はキューブラ・ロスについて「死を前にした患者の心理的パターン」をめぐってと題し『死ぬ瞬間』で述べられている死にゆく患者の5段階心理について説明している。この中で、日本では告知されていないために、ロスの5段階プロセスをたどることは少ないと述べている<sup>(17)</sup>。ロスの5段階プロセスについて述べた著者としては、河野博が日本では初めてであった。

他にも告知率が低いために、ロスのプロセスを必ずしも経ないとする研究者は1980年代には、永田ら<sup>(18~22)</sup>がいる。

河野博(1983)は図-1のロスの患者のプロセスをモデルにして日本人の死のチャートについて分析しており、ロスの説とは「取り引き」と「抑うつ」の順が入れ替わった図式を示した。その理由として永田らと同様に日本での告知率の低さを問題にしている。また、河野博が診た患者は5つの段階すべてを通過していたように思うと述べており<sup>(23)</sup>、ロスの5段階を肯定的にみている。

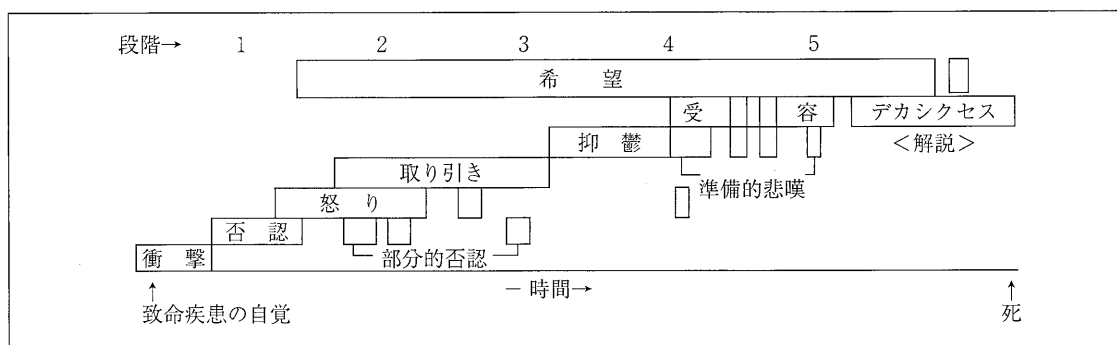


図1 ロスの死にゆく患者の心理

(出所) キューブラ・ロス (1969) 著、川口正吉訳、『死ぬ瞬間』読売新聞社、290頁。

吉森 (1989) は、「この5段階説が日本人にどのくらいあてはまるか検証されなければならない」と述べている<sup>(24)</sup>が検証はしていない。村上 (1990) は、「日本においてロスの提唱する心理的経過をたどらない患者が多いことが専門家の間で話題になった」と述べている<sup>(25)</sup>。しかし、どのようにロスの説と異なるのかについては触れていない。他にも、ターミナル患者11名を対象にした、大池ら (1995) の研究がある<sup>(26)</sup>。

柏木 (1998) は、告知されない日本人の場合として、死に至る患者の心理である「柏木の説」を示している<sup>(27)</sup>。1990年代には、他にも田村など<sup>(28~33)</sup>がロスの心理プロセスを現在でも重要であるが、すべてがこの通りではないといった見解を展開した。1990年代にロスの5段階プロセスについて記述した書籍には1980年代のものとは大きな違いが見られない。

平山 (1991) は死を受容できない患者が多い現実を述べている<sup>(34)</sup>。さらに治療法の発達によってがん患者の経過や予後が20年前とはかなり変わってきているために、ロスのチャートを見直す必要性があることを指摘している<sup>(35)</sup>。

2000年以降の書籍をみると菊井・竹田<sup>(36)</sup> (2000)、秋元<sup>(37)</sup> (2003)、高内<sup>(38)</sup> (2005) 奥山<sup>(39)</sup> (2003)らは2000年以前にみられたロスの5段階に対する記述と大差がないといえる。

2001年から出版されている看護学科の教科書として使用されている4社の書物から<sup>(40)</sup>、ロスの5段階プロセスに関する記述を考案する。柏木・藤腹<sup>(41)</sup> (2001)、濱口<sup>(42)</sup> (2001)、平山<sup>(43)</sup> (2002)、内布<sup>(44)</sup> (2005)はいずれもロスの5段階プロセスを示し、誰もが順序どおりに経過するわけではないが、患者の心理を理解するための道具としては価値あるものと述べている。ロスの5段階プロセスについては、今までと同様に記載され現在も使用されている。4社の教科書は2000年前後に初版が出版された。各看護大学・看護学科では、これら4社の教科書に依拠して2000年頃から、看護教育カリキュラムの中に、ターミナルケアに関する科目を取り入れ始めている。

1970年代から2005年まで、ロスの5段階プロセスが日本でどのように記述されてきたのかを書籍から見たが、約30年間、ほとんど変化は見られな

かった。これらの書籍からは、ロスの5段階プロセスを全く否定するものは見当たらなかった。また、ロスの5段階説に独自の研究を加えて展開した書籍も見当たらなかった。多くはロスの5段階説を肯定的に捉えている。ロスの5段階説と異なる場合は、日本における病名告知率の低さを要因として挙げている。これを図式化したもの (図-1) も30年間変わらず、多くの書籍に記載されている。日本の医療は30年前より明らかに進歩してきている。それにもかかわらず、ロスの5段階プロセスを変化させることなく取り上げている背景としては、日本におけるターミナル患者への注目度が低かったことが考えられる。日本において死にゆく患者の心理的なケアに取り組む研究者がほとんどいなかったということである。ロスの5段階プロセス以外に、死にゆく患者の心理プロセスのモデルを見出す研究がなされていないといえる。他にモデルが見出せないために、日本ではロスの5段階プロセスが30年間変わらず取り上げられたのであろう。

## 第2節 医療界におけるICに対する認識の変化

日本の医療界において、ICが患者に対してどのようにすすめられてきたかについて年代を追って述べる。

1970年代の日本での死因の第1位は脳血管疾患であり、一般の人たちはがんよりも脳出血や脳梗塞ほうが死に至る疾患という認識を抱いていたと思われる。加えて、治療の主導権は医師にあり、パターンリズムが当然の時代であった。病名告知は全くされておらず、がんは患者には嘘の病名で説明され、治療されるのが一般的であった。

岡安は自身の経験から患者に偽病名を告げていたことを述べている<sup>(45)</sup>。さらに、岡安は「1974年には世界医師会総会が東京で開催され、宣言の改訂がなされたが、ICについての関心は、我が国の医療者間ではほとんど示されなかった」と述べている<sup>(46)</sup>。河野博 (1974) は『死の臨床』のなかで、日本では絶対に告知しないという意見が強いと述べている<sup>(47)</sup>。

村上 (1986) は、アメリカにおける病名告知の状況について、1950年代は告知しないのが当然であったが、1986年の時点では90%以上告知されて



おり、日本はアメリカと比較してこの時点で20年遅れていると指摘している。また、吉森(1989)は医師へのアンケート調査の結果から、医師が患者に病名告知することに対して意識が低いことを述べている<sup>(48)</sup>。

1980年代では村上<sup>(49)</sup>、飯野・河野<sup>(50)</sup>(1989)らは告知すべきか否か、告知するならどのような状況で告知するかを問題にしている。このことから病名告知はまだ実施されず、告知に対する医師の認識が極めて低かったことが窺える。

1990年に日本医師会はICについて検討するために「日本医師会倫理懇談会」を設置し、「説明と同意」についての報告を日本で始めて公表した。村上<sup>(51)</sup>は、「ICは医療従事者として当然果たすべき義務であるとする考え方が徐々に広く浸透した」と日本でのICの認識に関して述べている。一方、岡安は、「この報告会では医師の説明義務が強調され、患者の自己決定権は重視されていない」と指摘している<sup>(52)</sup>。

村上<sup>(53)</sup>(1990)、平山<sup>(54)</sup>(1991)は、現実には病名告知を進めていくことがいかに困難かについて述べている。河野友(1992)は医師へのアンケートの結果について「49.7%は癌告知が難しいと考えており、52.8%が癌告知を積極的にする方向へ持っていくべきだと考えている。47.2%は、よほどのことがないかぎり告知しないほうがよいと思っている。告知への態度が積極派と慎重派とに二分されている」と報告している<sup>(55)</sup>。千賀(1995)はがん告知のアンケート調査を22歳から55歳までの健康な男性を対象に行った。その結果を、全体の6割以上が末期がんでの告知を希望し、さらに全体の3割が余命告知まで希望していたと示している<sup>(56)</sup>。河野友(1999)はがん告知ががん患者全体数に比較すると少なく、緩和ケアの患者さえ告知されていないことがあると述べている<sup>(57)</sup>。

医師を対象に今手(1997)はがん告知に関するアンケート調査を行った。この結果、患者の半数以上に病名告知を行っているのは3割(告知積極派)、告知する患者が半数以下の医師が7割(告知消極派)を占めていた。がん告知を行わない理由について、告知積極派は「家族の反対」「本人の精神的ショック」を、消極派は「医療側の協力態勢不備」「告知方法が分からない」を挙げてい

た。「家族・医師ともにたてまえとしては患者の立場に立っている。しかし本音では告知後のマイナス面に対する恐れや煩わしさのために、告知に消極的になっている面を否定できない」「患者自身の告知希望する割合が確実に増加してきている現実から、がん告知を積極的に進めるべきであろう」と彼は結論づけている<sup>(58)</sup>。また、三浦は1997年から入院時に、患者と家族に別々に病状告知を希望するか否かのアンケート調査を行っていた。この結果について「患者の91%が病名告知を希望し、家族の52%が患者に病名告知することに反対であった。病名告知を希望する91%という数値は患者意識の高まりを示している」と述べている<sup>(59)</sup>。

1990年代になり、医師の病名告知に対する認識が、徐々にではあるが、高まっている。患者の病名告知に対する意識の高まりも相まって、病名告知を積極的に行う方向に医療界が動いているといえるであろう。

濱口(2001)は、時代の変化に伴って患者自身が告知を希望するケースが増加してきており、告知しないのは間違いであると意見を述べている。さらに、厚生労働省が1996年からICに対して診療報酬を付け、医療従事者からの病状説明を定着化する方向にあったこともその誘因であったと述べている<sup>(60)</sup>。

2006年に出版された看護学科の教科書の中に「悪性疾患の場合の告知については、徐々にではあるが告知する例が多くなってきている」と記されている部分<sup>(61)</sup>、同じ教科書の同じ箇所では、2007年の改訂版では「原因がんの場合には、最近ではほとんどの場合、病名告知がなされている」と変更されている<sup>(62)</sup>。

さらに、2007年の某大学病院消化器内科のホームページには「『がん』の診療に際しては、患者様ご本人に病名告知が行われない場合、検査や治療に支障を生じる場合が多々あります。そのために消化器内科では『がん』の診療に際しても、原則として患者様ご本人に病名を告知させていただきますので、ご了承下さい」と、患者にがんの病名告知をすることを載せている<sup>(63)</sup>。

これらからすれば、2000年を境にして、病名告知に対する記述は消極的から積極的へと変化してきていることがわかる。1990年に日本医師会がIC

についての報告を公表したことを機に徐々にではあるが、病名告知に対して医療者の認識が広まってきたと考えられる。さらに、厚生労働省の診療報酬が付けられたことも、変化の要因のひとつといえる。また、がん患者の増加とともに、一般人向けの医学書やテレビなどメディアによって、告知の問題や治療など報じられるようになった。このようにがんが社会的関心事となってきたことによって、患者の認識が高まったと考えられる。

### 第3節 ターミナルケアへの取り組み

1977年に柏木、河野博、季羽らが「日本死の臨床研究会」を発足させ、医師や看護師、宗教家、患者家族などが参加した。この研究会は現在まで、活発に活動が続いている。しかしながら、1970年代の日本では、死にゆく患者へのケアに関心を持ち、ロスの死までのプロセスに影響された医療者が出始めてはいるが、医療界全体から見れば極めてわずかの人数であったといわざるを得ない。

1981年にがんが死因の第1位になった。1970年代には極めて少なかったがん末期患者のケアに関連した書籍が、1980年代では増加し始めている。また1981年、日本で初めてのホスピス病棟が聖隷福祉事業団・聖隷三方原病院に設立された。1984年には第2号が宗教法人・淀川キリスト教病院に設立されたが、以後1980年代ではホスピスの設立は進んでいない。池見（1984）は、この時期に既にターミナルケアのポイントを指摘している<sup>(64)</sup>。しかし、1980年代にはまだターミナルケアは医療界に浸透していなかった。

1991年には「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」（現・日本ホスピス緩和ケア協会）が設立された。この協会は厚生省から認可された5施設から始められたものである。この協会は、ホスピス・緩和ケアの啓発・普及に重点を置いて、まだ厚生省から承認されていないホスピスや緩和ケア病棟、諸団体に参加を呼びかけた。そして、質の確保と向上のためにプログラム基準づくりを行い、活動の評価基準づくりなども行った。協会のこのような努力が徐々に成果となって結成から5年後には、厚生省から承認されるホスピス・緩和ケア施設は全国に30棟を超えるまでになった。さらに、厚生省が1990年から、末期がん患者に「緩

和ケア病棟入院料（1日入院につき2万5千円）」を保険制度に採用したことも緩和ケア施設が増加していった要因であろう。1994年には「在宅末期医療総合診療料」が新設となり、自宅での療養を支えることも可能となっている。同年、ホスピス、緩和ケア施設の承認が厚生省から各都道府県に移り、承認を得やすくなったことも増設の要因のひとつであろう。大学病院においても1996年から「日本緩和医療学会」を発足し、緩和ケアに取り組み始めている。1998年には、緩和ケア病棟入院料は3万8千円に値上げされており、経営面においてもより設立しやすくなっている。

しかしながら、現実にはターミナルケアを受けることができた患者は極めて少ない。河野友は、1999年の時点で年間約27万人ががん死しており、それに対して緩和ケア病棟に入院できる患者は年間8,000人しかいない現状を述べ、緩和ケアへの取り組みの遅れを指摘している<sup>(65)</sup>。

2000年以降、ホスピス・緩和ケア施設は急速に増加している。2003年には123施設2,352床、2006年には158施設2,990床にまでなった。1996年に30施設であったことと比較すれば、10年で激増したことになる。さらに、在宅で終末期を迎える患者のために、在宅医療も進み訪問看護ステーションと共に24時間対応する施設も増えつつある。

医療者の教育については、医学・看護教育にも2000年以降カリキュラムにターミナルケアが取り入れられるようになってきた。卒後教育にも組み込む病院は増加している。また、1990年代後半から、地域病院間でターミナルケア勉強会も各地で開催されている。

野沢（2006）は「低いホスピスの社会的認知度」と題し、一般の人々がホスピスについて認知度が低いことを指摘している<sup>(66)</sup>。

1990年を境に、日本ではターミナルケアに対する医療者の関心は徐々に高まっている。1990年代から法的に整備が整ってきたことや、日本ホスピス緩和ケア協会などの働きかけが、徐々に波紋を大きくし医療者の意識を変えてきたためと思われる。特に2000年以降は医療現場にいても、医療者の意識の変化を直接感じる事が出来た。2000年頃までは、大学病院でターミナル期になった患者にホスピス・緩和ケアという選択肢はなかった

が、2000年以降、医師は患者のQOLを考えるようになり、積極的にホスピスと連携を取り患者に情報の提供をするようになった。看護師も医師とのカンファレンスで、患者のQOLを考慮してどこで積極的治療から緩和治療へギアチェンジするのか検討する場面が増えた。

この節では、1970年代からの、日本におけるターミナルケアへの取り組みをみてきた。その結果、日本で終末期の患者のケアが広く医療界に認識されたのは2000年頃からと考えられる。日本では、ターミナルケアに取り組み始めた時期は、アメリカに比して約30年遅れたわけである。

### 第3章 まとめ

ロスの*On Death and Dying*がアメリカで脚光を浴びた理由は、その独自性ではなかった。*On Death and Dying*が発表された1960年代のアメリカ社会の風潮の中に、ロスの著書に注目する重要な背景があった。1960年代のアメリカでは、消費者運動が活発であった。その一つとして、1962年にケネディーが「消費者の利益保護に関する大統領特別教書」を発表したことを挙げることができる。その中の保障されるべき消費者の権利として、①安全を求める権利、②知らされる権利、③選択する権利、④意見を聞いてもらう権利、の4つがあった。この4つの権利はICに相当する内容である<sup>(67)</sup>。

アメリカで1970年代に確立されたバイオエシックスは、パターナリズムを否定的に捉えている。大西は1960年代のアメリカの公民権運動が医療の分野にも波及したと述べている。さらに大西はアメリカのパターナリズムを解体する流れの中で倫理委員会が設置されたことも述べている<sup>(68)</sup>。アメリカの医療界においても、1960年代から病名を告知しない方針から病名告知をする方針へと急速に変化した。1972年のアメリカ病院協会による「患者の権利章典に関する宣言」では、告知についての新しい考えが明確にされたと小阪は述べている<sup>(69)</sup>。さらに、1970年頃、人格の尊重という考え方が医療倫理の指導原理として脚光を浴びるようになった時期であるとヴィーチも述べている<sup>(70)</sup>。このような時代の流れの中で、死に対する反省の契機となったのがロスの*On Death and Dying*であ

ったと考えることができる。彼女の問題提議が、医療者が死にゆく患者に対して人格を尊重したケアを提供する契機となったわけである。

ロス以降、アメリカではそれまでタブー視されていた死についての論議が始まった。そして、ロスの5段階プロセスを手がかりに、死にゆく患者の心理やケアが研究されてきた。

日本では、ロスの*On Death and Dying*が1972年に翻訳されて以後、現在に至るまで、その5段階プロセスは形をほとんど変えることなく死にゆく患者の心理モデルとして紹介されている。現在もロスの5段階プロセスがそのまま応用されている理由としては、医学、医療技術の遅れ、患者の人格を尊重する意識の希薄さ、死にゆく患者のケアへの取り組みの遅れが指摘できるであろう。

医療の学問的、技術的遅れについては、その原因を大戦による経済の混乱に求めることができるであろう。大戦後、GHQによる改革が始まりアメリカ型医療が導入され、「科学的で適正な医療」を行う機関として病院が設立された。日本は敗戦からの復興のために経済の建て直しが図られ1970年代から高度経済成長期に入った。アメリカの医療は既に1960年代から先端医療が実施され、1970年代には臓器移植や抗癌剤の開発、手術の技術など目覚しく発展を遂げた。日本の医療界は、戦後、アメリカの医療に追いつくための努力が継続されている。1970年代以降、経済成長した日本でも、しかし医療はアメリカに比してかなり遅れをとっていた。医師の多くはアメリカに留学し、学問的、技術的知識を身につけていた。日本の医療現場でも医薬品、医材、医療器械、技術のほとんどをアメリカに依存していた。日本の企業の製品が、医療現場で広く使用されるようになってまだ日が浅い現状がある。そのため、日本の医療界ではアメリカに追いつくために医学的知識・技術の習得が最優先されてきた。

人格の尊重については、日本では1984年、市民団体による「患者の権利宣言（案）」が出された。その後、患者権利の法制化へと市民運動は発展してきている。1991年、「患者の人権を考える会」は「患者の諸権利を定める法律要綱案」を出した<sup>(71)</sup>。これらの権利運動の動向を受けて医療が患者の人権の尊重へと変わり始めた。

例えば、1999年に「NPO法人患者の権利オンブズマン」が設立され、患者・家族の調査申し立てに応じて、苦情の適正な解決を促進、支援する取り組みが全国各地で行われた<sup>(72)</sup>。同年、「患者の権利法をつくる会」が医療記録の作成、保管、開示手続き等を定めた「医療記録法要綱案」を発表するなど、市民運動が展開されている<sup>(73)</sup>。また、「患者と医療従事者が診療情報を共有し、患者の自己決定権を重視するICの理念に基づく医療を推進するため、医療従事者が患者の権利を十分に理解し、医療機関は患者に診療情報を積極的に提供するとともに、患者の求めに応じて原則として診療記録を開示するべきである」と厚生労働省の議事録に記されている<sup>(74)</sup>。

1999年、日本医師会が「診療情報の提供に関する指針」を制定した。2000年から、その指針に基づき、各医療機関で診療情報の提供が行われ始めた。同年、日本医師会は「診療に関する相談窓口」を全国の522ヶ所に設置している。しかしながら、厚生労働省の会議録には「日本医師会の『診療情報の提供に関する指針』に基づいて、会員病院に対して開示を指導したにもかかわらず、これが公然と拒否される事態が起こった」と記されている<sup>(75)</sup>。2000年には医師にICに関する認識がまだ十分ではなかったことが窺える。

このような状況ではあったが、日本においても医師の意識変化が起きてきた。その例として、2003年「日本の医療界がカルテは一切秘匿するという態度を捨てて、原則として開示すると大きな転換を図られたことについて、歴史的な変化として評価している」と厚生労働省の会議録に記載されている<sup>(76)</sup>。

ホスピスの設立については、アメリカでは1960年代から1970年代に公民権運動の一つとして「ホスピス運動」と称されて始まっている。この時期にロスの *On Death and Dying* が発刊され、社会から覆い隠されようとしていた死にゆく人々に世間の目を向けさせ、一般の関心呼び起こした<sup>(77)</sup>。日本におけるホスピス運動は、1991年に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が設立され、この協議会による参加の呼びかけに始まったといえる。既に述べたようにホスピス・緩和ケア施設の数 は2000年以降に急速に増加している。しかし、

ホスピス・緩和ケア施設への取り組みもアメリカと比較して30年の遅れがあると考えられる。

日本において、ターミナルケアへの関心の高まりをみる一つの指標として、論文数を挙げるができる。そこで、国内のターミナルケアに関する論文の投稿の推移を国立情報学研究所に収録されている中から検証した。図-2は年代別に医師が投稿した論文と医師以外の研究者によるものとに分類したものである。この表からは、年代とともに医師による文献が増加しているが、1995～1999年に論文数が急速に増加している。医師以外の研究者による論文も増加し、2000年以降に急速な増加がみられる。表-2はターミナルケアに関する論文が掲載されている学会・専門誌を、医学、看護、ターミナルケアなどの分野ごとに分類集計したものである（ex日本麻酔科学会誌→医学）。表-1から年代ごとに投稿された分野が広がっていることが分かる。掲載誌のうち、ターミナルケア関連の学会・専門誌の数は増加していないが、論文数をみると、1980年代は6篇、1990～94年は78篇、1995～99年は88篇、2000年以降は444篇が収録されている。医学関連誌数は増加していないが、ターミナルケア関連誌に収録されている444篇のうち医師の論文は130篇あり、医師がターミナルケアに大きな関心を持っていることが推測できる。国立情報学研究所の2000年以降の論文数からは、ターミナルケアに関する学会・研究が医療分野を越えて活発になっていることが確認できる。

表-2に示すように2000年以降は医師の文献の増加だけでなく他部門の文献の増加が目覚ましいことが分かる。宗教、社会、芸術、建築関連など医療以外の分野からの文献も数多く収録されている。このことは医療界だけでなく、一般社会からのターミナルケアへの関心の高さを物語っているといえる。

日本の医療界はアメリカに比較して学問、技術、人格の尊重、ターミナルケアの取り組み時期が30年遅れていると考える。日本ではターミナルケアはまだ始まったばかりともいえる。この30年の遅れを取り戻すために、死にゆく患者の心理については、これから研究されるべき分野である。

日本では、死にゆく患者のケアシステムが構築されていない。アメリカのように、チャプレンや

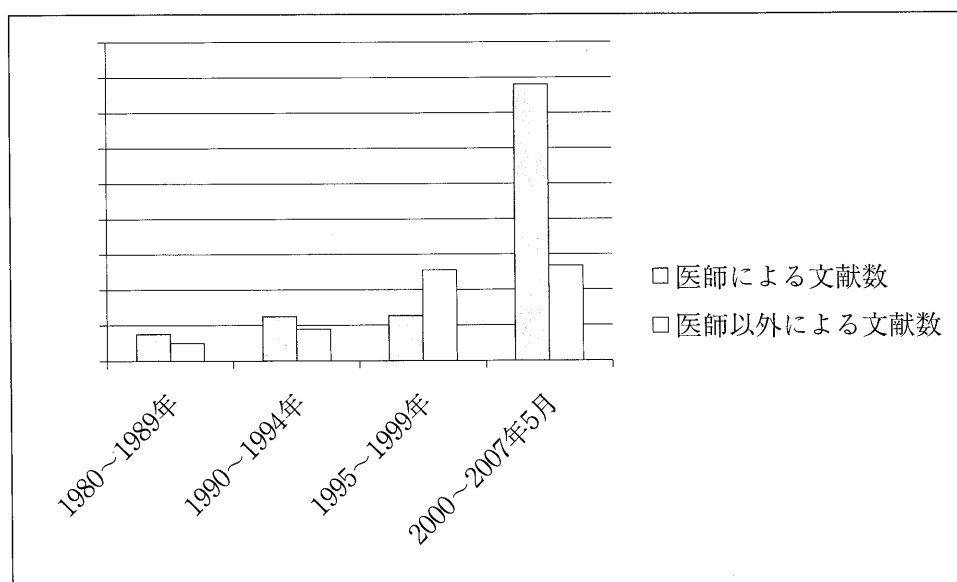


図2 国立情報学研究所に収録されているターミナルケアに関する文献数

(注) 表の数値は年代毎の医師と医師以外の論文数を示したものである。

(出所) 国立情報学研究所 (2007) のデータより筆者作成

表1 国立情報学研究所に収録されているターミナルケアに関する文献の掲載誌の分類と数

関連学会・専門誌 1980～89年	数	関連学会・専門誌 1990～94年	数	関連学会・専門誌 1995～99年	数	関連学会・専門誌 2000～07/5	数
医学	12	医学	23	医学	39	医学	34
ターミナル	4	ターミナル	8	ターミナル	11	ターミナル	8
看護	2	看護	12	看護	19	看護	53
福祉, 保健	2	福祉, 保健	3	福祉, 保健	4	福祉, 保健	14
薬学	1	薬学	1	薬学	2	薬学	0
社会その他	2	公衆衛生	2	公衆衛生	1	公衆衛生	2
		心理	2	心理	3	心理	4
		理学・作業療法	3	理学・作業療法	2	理学・作業療法	3
		宗教	2	宗教	5	宗教	7
		生命倫理	1	生命倫理	1	生命倫理	2
		社会一般	1	診療管理等	2	医療・厚生	5
		一般大学	2	社会一般	7	社会一般	13
				歯科医学	4	歯科医学	3
						介護	4
						一般大学	19
						音楽療法	2
						芸術	1
計	23	計	60	計	100	計	174

(注) 2007年に収録されている論文を年代別, 分野別に分類したものである。

(出所) 国立情報学研究所 (2007) のデータより筆者作成

表2

年 代	医師による文献数	医師以外による文献数
1980～1989年	79	49
1990～1994年	126	90
1995～1999年	131	257
2000～2007年5月	783	267

チャペル、メンタルケアの専門家、ボランティアなどが、日本には馴染まないこともある。ICについての認識も三浦が述べているように<sup>(78)</sup>、医師の自己防衛的な思考で行っていることも否めないかもしれない。ターミナルケアを充実させたいと医師や看護師がどんなに望んでも、医師や看護師不足というマンパワー不足という壁もある。これらの課題を今後どのように解決していくかが問われる。

この数年、がん治療方法の発達によって、治療は医師だけでなくコ・メディカルを含めたチーム医療が必要になってきた。医療は以前のように医師を頂点とする図式ではなくなってきた。医療界も社会も患者中心の医療を求めるようになってきて、全人的ケアの必要性が認識されてきた。ターミナルケアへの関心も高まってきている。

ターミナルケアに関する学会・研究会としては、1976年に柏木らが「日本死の臨床研究会」を設立している。以後、1992年に「日本ホスピス・在宅研究会」、1994年「生と死を考える会」、1996年に「日本緩和医療学会」が発足した。2000年頃からは、ターミナルケアに関する研究会、学会の広がりが急速になった。全国の多くの県でホスピス研究会や緩和ケアを考える会などの名称でターミナルケア関連の研究会などが開催されている。ターミナルケア・ネットワークに登録されている研究会・考える会の数は90余りである。実際には登録されずに活動しているグループも数多くある。

ターミナルケアへの高い関心の中から、ロスの5段階プロセスに対する批判が出始めており、日本独自の心理モデルがこれから構築されることが予想される。インターネットの急速な普及によって、ラジオ、テレビの時代とは比較にならないほど情報が広がる。従って、日本独自の心理モデルが構築されるまでには多く時間はかからないと考える。

## 〔注〕

- (1) Elisabeth Kübler-Ross, Stanford Wessler (1972), On Death and Dying, *The Journal of American Medical Association*, vol.221, No.2:174-179
- (2) *Ibid*, p.175
- (3) キュブラ・ロス (1969) 『死ぬ瞬間』鈴木晶訳 (2001) 読売新聞社：431
- (4) Elisabeth Kübler-Ross, Stanford Wessler (1972) *op.cit*, p.177
- (5) *Ibid*, p.179
- (6) *Ibid*, p.179
- (7) R・M・ヴィーチ (2000) 『生命倫理学の基礎』品川哲彦監訳 (2003) メディカ出版:116
- (8) S・A・スミス (2000) 『ホスピス・コンセプト』高橋美賀子監修 (2006) エルゼビア・ジャパン：13-14
- (9) 伊藤幸郎 (1984) 「医学概論におけるターミナル・ケア」『日本のターミナル・ケア末期医療学の実践』池見西次郎・永田勝太郎編, 誠信書房：251
- (10) E・S・シュナイドマン (1973) 『死にゆく時そして残されるもの』白井徳満他訳 (1980) 誠信書房：5-8
- (11) Robert Houston (1999), The Angry Dying Patient, *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 1(1):5
- (12) *Ibid*, p.6
- (13) Christine A. Bruce (2002), The Grief Process for Patient, Family, and Physician, *The Journal of the American Osteopathic Association*, Supplement3 (102):528
- (14) *Ibid*, p.529
- (15) *Ibid*, p.529
- (16) ロバート・バックマン (1992) 『真実を伝えるコミュニケーション技術と精神的援助の指針』恒藤暁監修 (2000) 診断と治療社：30-96

- (17) 河野博臣 (1974) 『死の臨床 死にゆく人々への援助』医学書院：124-125
- (18) 永田勝太郎 (1982) 『死の臨床—わが国における末期患者ケアの実際』池見酉次郎・永田勝太郎編「癌告知の問題」誠信書房：11-12
- (19) 池見酉次郎 (1984) 『日本のターミナル・ケア 末期医療学の実践』池見酉次郎・永田勝太郎編「ターミナルケアの概念」誠信書房：19
- (20) 大原健士郎・上野郁子 (1984) 「ターミナル・ケアの現状と展望」『医療と人権』加藤一郎・森島昭夫編有斐閣：133-135
- (21) 岡堂哲夫・鈴木志津枝 (1987) 『危機的患者の心理と看護』, 中央法規出版：77-73
- (22) 松尾典子 (1984) 「ターミナル・ケアと看護教育」『医療と人権』加藤一郎・森島昭雄編 有斐閣：274-275  
岡安大仁 (1989) 「ターミナルケアの基本的な考え方」『ターミナルケア医学』日野原重明監修医学書院：8-9  
金子仁郎 (1984) 「リエゾン精神医学とターミナル・ケア」『日本のターミナル・ケア末期医療の実際』誠信書房：42-43
- (23) 河野博臣 (1983) 「末期患者の心理」『ターミナルケア〈看護MOOK3〉』季羽倭文子・岡安大仁編 金原出版：19-21
- (24) 吉森正喜 (1989) 『ターミナルケア—109のアプローチ』中外医学社：46-47
- (25) 村上國男 (1990) 『病名告知のQOL』メディカルフレンド：173
- (26) 大池美也子・南野亨子・岡本陽子 (1995) 「がん患者の心理的プロセスと課題」『九州大学医療技術短期大学部紀要』：7-10
- (27) 柏木哲夫 (1998) 『ターミナル・ケアマニュアル』淀川キリスト教病院ホスピス編：198
- (28) 田村恵子 (1998) 「心理的苦痛とその対応」『がん看護学』季羽倭文子・石垣靖子・渡辺孝子監修 三輪書店：71
- (29) 長谷川浩 (1991) 「死にゆく人の体験過程」『ターミナル・ケアのための心身医学』河野友信編 朝倉書店：30-31
- (30) 平山正実 (1991) 「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 朝倉書店：101
- (31) 河野友信 (1992) 「末期患者とその家族の心理プロセス」『ターミナル・ケア』河野友信・荒井蝶子出版研：20
- (31) 長谷川美栄子 (1994) 「癌の告知を受けている患者の家族への対応」『これからの癌告知をどうするか インフォームド・コンセントと心のとまどい』末舛恵一監修 医学ジャーナル社：107
- (33) 吉松和哉 (1999) 『医者と患者』岩波書店：202-204
- (34) 平山正実 (1991) 「患者の心理状態とヒューマン・ケアリングの必要性」『ターミナルケアのための心身医学』河野友信編 朝倉書店：49
- (35) 前掲書：101-102.
- (36) 菊井和子・竹田恵子 (2000) 「『死の受容』についての—考察—わが国における死の受容—」『川崎医療福祉学会誌』10(1)：63-70
- (37) 秋元典子 (2003) 「ターミナル期の理解とその特徴」『ターミナルケアを生きる—患者と家族のこころを支える看護—』秋元典子監修 学習研究社：12-14
- (38) 高内正子 (2005) 「E・キューブラー・ロスと死の教育」『関西教育学会紀要』：111-115
- (39) 奥山敏雄 (2003) 「『死の受容』と『人生の意味』—終末期医療における2成分の矛盾—」『社会学ジャーナル』28)：97-98
- (40) 柏木哲夫・藤腹明子編 (2001) 『系統看護学講座 別巻10 ターミナル』医学書院  
氏家幸子監修 (2001) 『成人看護学 終末期にある患者の看護』廣川書店  
平山正実編 (2002) 『新体系看護学 生と死の看護論』メジカルフレンド  
鈴木志津枝・内布敦子編 (2005) 『緩和・ターミナルケア看護論』ヌーベル・ヒロカワ
- (41) 柏木哲夫・藤腹明子 (2001) 「死のプロセスへの援助」『系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア』柏木哲夫・藤腹明子編 医学書院：24-25
- (42) 濱口恵子 (2001) 「死の受容のプロセス」『成人看護学 終末期にある患者の看護』氏家幸子監修 廣川書店：63-64
- (43) 平山正実 (2002) 「死の受容に至るプロセス」『新体系看護学 生と死の看護論』平山正実編

- メジカルフレンド：13-15
- (44) 内布敦子 (2005) 「死と死にゆくプロセス」『緩和・ターミナルケア看護論』鈴木志津枝・内布敦子編 ヌーベル・ヒロカワ：61-62
- (45) 岡安大仁 (2001) 『ターミナルケアの原点』人間と歴史 t 社：7-8
- (46) 前掲書：138
- (47) 河野博臣 (1974) 『死の臨床 死にゆく人々への援助』医学書院：30-41
- (48) 吉森正喜 (1989) 『ターミナルケア-109のアプローチ』：50
- (49) 村上國男 (1986) 「病名告知の問題」『末期癌患者のケア』河野博臣他編 金原出版：29
- (50) 飯野正宏・河野博臣 (1987) 『がん死ケアマニュアル』医学書院：25
- (51) 村上國男 (2003) 『ターミナルケア・ガイド』関西看護出版：163
- (52) 岡安大仁 (2001) 『ターミナルケアの原点』人間と歴史社：138
- (53) 村上國男 (1990) 『病名告知とQOL』メディカルフレンド社：12-13
- (54) 平山正実 (1991) 「精神的ケアのあり方」『心の科学35-死を生きる』日本評論社：77-78
- (55) 河野友信 (1992) 「病名の告知」『ターミナル・ケア』河野友信・荒井蝶子著 出版研：44
- (56) 千賀孝治 (1995) 「がんの告知」『ターミナルケアへの提言-いま、何が問われているか-』方波見康雄他編金原出版：108-110
- (57) 河野友信 (1999) 「ターミナルケアの周辺課題」『現代のエスプリ』378：36-37
- (58) 今手祐二・遠藤史郎・大上研二・高橋正紘 (1997) 「癌告知について」『山口医学』46(3)：159-161
- (59) 三浦剛史・松本常男・田中伸幸・松永尚文他 (1999) 「IV期肺癌患者に対する病状説明の問題点」『肺癌』39 (4)：365-366
- (60) 濱口恵子 (2001) 「病状説明」『終末期にある患者の看護』氏家幸子監修 廣川書店：60
- (61) 松田明子他著 (2006) 『系統看護学講座 専門9 成人看護学5』医学書院：269
- (62) 松田明子他著 (2007) 『系統看護学講座 成人看護学〔5〕消化器』医学書院：295
- (63) 京都大学大学院医学研究科消化器内科講座教授からのメッセージ「がん」の告知について [http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~gastro/gannkokuti\(original\).html](http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~gastro/gannkokuti(original).html)
- (64) 池見西次郎 (1984) 「ターミナル・ケアの概念」『日本のターミナル・ケア 末期医療学の実践』池見西次郎・永田勝太郎編 誠信書房：19
- (65) 河野友信 (1999) 「ターミナルケアの周辺の課題」『現代のエスプリ』至文堂：38
- (66) 野沢一馬 (2006) 『いま患者が求めるホスピス緩和ケア』ぱる出版：92
- (67) 市野川容孝 (1999) 「医療倫理」『医療社会学を学ぶ人のために』進藤雄三・黒田浩一郎編 世界思想社：180-181
- (68) 大西正人 (1999) 「倫理委員会」『生命倫理のキーワード』曾我英彦・棚橋實・長島隆編 理想社：73-74
- (69) 小阪康治 (1999) 「告知」『生命倫理のキーワード』曾我英彦・棚橋實・長島隆 理想社：180
- (70) ロバート・M・ヴィーチ (2000) 『生命倫理学の基礎』品川哲彦監訳 (2003) メディカ出版：116
- (71) 石井トク (1999) 『医療事故-看護の法と倫理の視点から』医学書院：1-2
- (72) 厚生労働省「診療に関する情報提供の在り方に関する検討会」報告書<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0623-151.html>.
- (73) 前掲書
- (74) 前掲書
- (75) 厚生労働省 医療情報の提供等の状況把握のためのヒアリング概要<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0227-11b.html>.
- (76) 前掲書
- (77) 隈崎行輝 (2000) 「ホスピス運動の広がり」『ホスピス入門』日本ホスピス・在宅ケア研究会編 行路社：72-73
- (78) 三浦剛史・松本常男・田中伸幸・松永尚文 (1999) 「IV期肺癌患者に対する病状説明の問題点」『肺癌』39：365-366



## 参考文献

- ・上野 薫 (2000) 「終末期患者と死の受容」『病気と痛みの心理』至文堂
- ・E・K・ロス (1969) 『死ぬ瞬間』鈴木晶訳 (2001) 中央公論社
- ・笠原英彦 (1999) 『日本の医療行政 その歴史と課題』慶応義塾大学出版
- ・ケネス・p・コーヘン (1979) 『ホスピス』斎藤武・柏木哲夫訳 (1982) 医学書院
- ・小谷みどり (2004) 「緩和ケアの現状」『Life Design REPORT』：27-29
- ・斎藤弘子 (1999) 「アメリカに学ぶ終末期の在宅ケア」『ナーシングカレッジ』3(6):67-77
- ・島田洋子 (2002) 「生きる意味と価値を求めて (ターミナル・ケアにおける死の受容)」『場所』(1):43-58
- ・終末期医療に関する調査検討会編集 (2005) 『今後の終末期医療の在り方』中央法規
- ・進藤雄三・黒田浩一郎編 (1999) 『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想
- ・關戸啓子・内海滉 (1997) 「がん患者の心理」『川崎医療福祉学会誌』7(1):103-112
- ・曾我英彦・棚橋實・長島隆編 (1999) 『生命倫理のキーワード』理想社
- ・大学病院の緩和ケアを考える会編 (2004) 『臨床緩和ケア』青海社
- ・デヴィッド・ロスマン (1991) 『医療倫理の夜明け』酒井忠明監訳 (2000) 晶文社
- ・日本医師会編 (2003) 『国民医療年鑑 21世紀の日本の医療 (その3)』春秋社
- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会編 (2000) 『ホスピス入門』行路社
- ・平田聖子・野島一彦 (2003) 「緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程に関する研究」『九州大学心理学研究』4:335-342
- ・フィリップ・アリエス (1983) 『死と歴史 西欧中世から現代へ』伊藤晃・成瀬駒男訳 (1983) みすず書房
- ・フルトン・ロバート (1996) 「現代社会における死の諸相」齊藤武訳 (1996) 『桃山学院大学キリスト教論集』
- ・星野一正 (1997) 『インフォームド・コンセントー日本に馴染む6つの提言ー』丸善ライブラリー
- ・米沢慧 (2002) 『ホスピスというカー死のケアとはなにか』日本医療企画

# Care for the Dying Patient Based on K·Ross —On the Terminal Care Analyzed Both by American and Japanese Documents—

Nishimura Nobuko

Graduate School of Integrated Science and Art Division of Integrated Humanistic and Cultural Studies

E-mail nobul7@image.ocn.ne.jp

*On Death and Dying* of Kubler-Loss was announced in 1969 and gave a shock all over not only the American medical care world but also the world. Since then, in American, an action of the care to the patient who went for death began. About 30 years later how will five stages of processes to death shown in this book be evaluated in American by publication of Loss? Furthermore, is there the thing that how is it in the background where an action to a patient going for death was promoted immediately? On the other hand, how do you catch five stages of processes of Loss in Japan? The reason that was late for an action to the patient whom Japan is wasted, and go is anything. I examined from American and Japanese documents with five stages of processes of Loss as a key to prove these and decided to discuss it.

The validity is discussed in American between these 30 years by the researcher from the various quarters, and, about five stages of processes of Loss, a study has been repeated. The civil rights exercise that was active in 1960's spread to the medical field in American. Furthermore, by 1970's, respect of the character became the guiding principle of the medical ethic. *On Death and Dying* was announced in the flow of such times, and American was an opportunity of the reflection for the death. The care of the patient who went kept dying afterward rapidly.

*On Death and Dying* is translated in Japan in 1972. Five stages of processes of the patient who went for death of Loss afterward have begun to be introduced with a medical book and the book of the nursing. It is introduced to a description without a change too much after 2000.

In Japan, an effort to catch up to the American medical care was continued after the Great War, and the introduction of the tip medical care was given top priority to. The human rights respect of the patient began to be conscious of little by little from 1990's, and care to the patient who went for death from about 2000 came to be lectured on rapidly. I compare it in American and, for an action to a patient going for death, will produce a delay of about 30.