

# 現代の看取りにおける〈お迎え〉体験の語り —在宅ホスピス遺族アンケートから—

諸岡了介  
相澤 出  
田代志門  
岡部 健

## はじめに

本誌『死生学研究』の刊行（2003年）自体が象徴的に表しているように、近年の日本社会では、死が医療制度に取り囲まれてきたことへの反動として、さまざまな領域で「死の見直し」をはかる動きが盛んになってきたと言われる<sup>1)</sup>。しかし、死の問題に対する関心が高まってきた一方で、まさにそうした死の制度的な医療化のために、医療・看護専門職の立場から離れたところにある現在の死の実際に迫った研究は多くない。こうした状況にあって、2007年に筆者たちは、在宅緩和ケア（在宅ホスピス）を利用し在宅で終末期患者の看取りを行った遺族を対象に、大規模なアンケート調査を行った。この調査は、故人と遺族との関係に焦点を当てながら、在宅における看取りの実際を探った希少な研究であるとおもわれる<sup>2)</sup>。

その調査結果の中でも本稿で特に取りあげるのは、終末期患者が自らの死に臨んで、すでに亡くなっている人物や、通常見ることのできない事物を見る類の体験である。本稿共著者のひとりである岡部は、1997年に在宅緩和ケアを専門とする診療所を開業して以来、多くの在宅死患者がこうした体験をしていることを臨床経験の中で観察してきた。さらに岡部は、こうした体験をもった患者がほとんど例外なく穏やかな最期を迎える印象をもったことか

ら、この種の体験を、患者や家族の間でもっとも一般的な呼称を用い「お迎え」現象として概念化するとともに、厳密に実証的な調査研究を行う必要を感じるにいたった。こうした関心を受け、まず2002年に清藤ら同診療所のスタッフによる最初の調査が行われた<sup>3)</sup>。今回はその成果を踏まえ、より規模の大きく本格的な調査を試みたものである。

本稿ではまず、この種の体験の分布について調査結果を紹介する。そのあとでこの種の体験の語りや、従来からの宗教的解釈や、臨死体験研究からの解釈、それに医療的解釈からは捉えきれない意義をもっていることを論じ、これを〈お迎え〉体験と呼ぶ意図を明らかにしてゆく。なお本稿は〈お迎え〉体験の実際を報告するにとどまり、〈お迎え〉体験が穏やかな最期と結びついているという仮説の統計的検証は別稿に譲る<sup>4)</sup>。

## アンケートの概要

ここで紹介する調査は、相澤を研究代表者とする共著者4名が、宮城県の診療所の協力の下に行ったものである<sup>5)</sup>。仙台市近郊に位置するこの診療所は、1997年の開業以来、2007年までに1000人を超える終末期患者の看取りを行った実績をもっており、在宅緩和ケア（在宅ホスピス）の実践について日本では先駆的な医院である。また、非がん患者のケアにも携わってきた点も緩和ケアとして特徴的である。なお、調査時点における当診療所のスタッフには心理療法士が含まれるが、チャプレンなどの常勤の宗教専門職はいない。

本調査は、2003年1月1日から2007年1月31日の間に協力診療所の緩和ケアを利用し、在宅で看取りを行った遺族を対象とした悉皆調査である<sup>6)</sup>。自宅療養者の他、グループホームなどの利用者も若干含んでいる。2007年6月に682票の調査票の郵送を行い、366票の回収を得た。転居先不明などの理由から返送されてきた45票を除くと、回収率は57.5%であった。

アンケートの回答は、看取りの際主に介護を担当し、故人（患者）の在宅療養生活をもっともよく知る成人に依頼をした。回答者の属性は〔表1〕のとおりである。回答者は73.6%が女性で、50.0%が故人の配偶者に当たる。

年齢の平均は61.0歳、標準偏差は12.4となっている（無回答を除く）。

表1 回答者属性

表1-a 性別および故人に対する関係

	男性	女性	無回答	関係別合計 (%)
配偶者	51	132	0	183 (50.0%)
子供	37	63	2	102 (27.9%)
婿・嫁	3	59	0	62 (16.9%)
親	2	6	0	8 (2.2%)
兄弟姉妹	1	3	0	4 (1.1%)
その他	2	5	0	7 (1.9%)
性別合計 (有効 %)	96 (26.4%)	268 (73.6%)	2	366 (100.0%)

表1-b 回答者の年齢分布

年齢	%
20～29歳	0.8%
30～39歳	3.8%
40～49歳	11.5%
50～59歳	30.3%
60～69歳	28.1%
70～79歳	18.6%
80～89歳	6.0%
90歳以上	0.5%
無回答	0.3%
合計 (実数)	100.0% (366)

[表2] は、看取られた故人の属性を示したもので、59.6%が男性、年齢の平均は74.2歳、標準偏差は13.4になっている。主な居住地は、協力診療所の位置する宮城県内で87.3%を占めるが、終末期にだけ近縁者の家に身を寄せていたケースなど、他地域を主な居住地としていた患者も含まれている。がんと診断を受けていた患者は87.8%、非がん患者は12.2%である（不明・無回答の5件を除く）。

表2 故人属性

表2-a 性別および年齢分布

	男性	女性	年齢別合計 (%)
39歳以下	4	3	7 (1.9%)
40～49歳	4	2	6 (1.6%)
50～59歳	28	18	46 (12.6%)
60～69歳	44	19	63 (17.2%)
70～79歳	70	37	107 (29.2%)
80～89歳	52	40	92 (25.1%)
90～99歳	13	29	42 (11.5%)
100歳以上	3	0	3 (0.8%)
性別合計 (%)	218 (59.6%)	148 (40.4%)	366 (100.0%)

表2-b 故人の主な居住地

居住地	有効%
仙台市内	54.4%
宮城県・仙台以外の市部	17.4%
宮城県・町村部	7.7%
宮城県内・場所無回答 (宮城県内合計)	7.7% (87.3%)
東北地方(宮城県以外)	6.6%
関東地方	4.1%
その他の地方 (宮城県外合計)	1.9% (12.7%)
合計 (実数)	100.0% (362)

\*不明 3・無回答 1

## 〈お迎え〉体験に関する質問項目

アンケートの質問項目は、回答者属性、故人属性、故人の宗教性、回答者によるケアの評価に関する諸項目の他、看取りの際の経験について「あるとき、患者さま本人が、自分の最期に近いことを悟ったようだった」という質問と、「患者さまが、他人にはみえない人の存在や風景について語った。あるいは、見えている、聞こえている、感じているようだった」という質問を設け、それぞれ有り・無し・不明の選択肢を用意した。このふたつの質問にはさらに、最初に気づいた人・時期・場所と、故人の様子と回答者自身の受けとめ方について尋ね、「みえない人の存在や風景」については、見えた（あるいは、聞こえた、感じた）と語った内容についても答えてもらった。

本稿ではそのうち、「患者さまが、他人にはみえない人の存在や風景について語った」ことに関する質問の結果を紹介したい。まず、こうしたことが「あった」という回答は42.3%、有効パーセントでは45.6%であった（〔表3-a〕）。

見えた（あるいは、聞こえた、感じた）と語ったものの内容に関する質問（複数回答可）は、〔表3-b〕のような結果になった。見えたものの「その他」の回答48件のうちには、猫や虫などの動物が16件を占めた他、「ふるさとの風景」・「故郷の田舎に帰り、着いた、着いたと言った」といった回答もあった。「すでに亡くなった家族や知り合い」と「そのほかの人物」は87.1%で現れているが、そこで見えた人物の内訳は〔表3-c〕のとおりである。この表の「死者」とはその時点ですでに亡くなっている人物、「生者」とは健在だがその場にいるはずのない人物が見えているようだったとの意である。回答者にとって、故人（患者）が見えている人物が死者か生者かの判断ができない場合は「それ以外」として生者に分類されるので、生者の「それ以外」22件が死者のそれよりも高く出ている点には注意が必要である。それにしても、すでに亡くなっている家族・親戚の出現は延べ100件に上り、有効パーセントで言うと、見えたらしい人物数の内60.2%、見えたらしい死者数の内78.1%を占めていることが注目される。

表3 「他人にはみえない人の存在や風景」に関する体験について

表3-a 体験の有無

	度数	%
そういうことがあった	155	42.3%
そういうことはなかった	128	35.0%
よくわからない	57	15.6%
無回答	26	7.1%
合計	366	100.0%

表3-b 故人が見えた、聞こえた、感じたらしいもの

	度数	%
すでに亡くなった家族や知り合い	82	52.9%
そのほかの人物	53	34.2%
お花畑	12	7.7%
仏	8	5.2%
光	8	5.2%
川	6	3.9%
神	1	0.6%
トンネル	1	0.6%
その他	48	31.0%

\*複数回答可：%の分母は 155

表3-c 故人に見えたらしい人物の内訳(延べ)

	死者	生者
父	21	0
母	28	1
夫・妻	13	0
兄弟姉妹	19	3
息子・娘	5	3
その他親戚	14	4
友人・知人	16	15
それ以外	2	22
無回答	10	4
合計	128	52

表3-d 故人の体験に気づいた時期と場所

体験の場所	体験の時期					場所別合計
	亡くなる直前	亡くなる数日前	亡くなる数ヶ月前	その他	無回答	
自宅	3.9%	43.9%	29.0%	9.0%	1.3%	87.1%
福祉施設		1.9%	1.9%			3.9%
一般病院		0.6%	3.2%	1.3%		5.2%
緩和ケア病棟			0.6%			0.6%
その他		0.6%				0.6%
無回答		0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	2.6%
時期別合計	3.9%	47.7%	35.5%	11.0%	1.9%	100.0%

\*総数 155

表4 「他人にはみえない人の存在や風景」に関する体験に対する反応

表4-a この体験後の故人の様子

	%
普段どおりだった	40.0%
不安そうだった	29.0%
悲しそうだった	15.5%
落ち着いたようだった	14.8%
安心したようだった	10.3%
苦しそうだった	9.0%
よくわからない	8.4%
怒っているようだった	5.2%
その他	14.8%
合計	147.1%

\*複数回答可：%の分母は 155

表4-b この体験に対する回答者の感じ方

	%
故人の死が近いと感じた	47.7%
幻覚だと思った	40.0%
悲しかった	30.3%
おどろいた	28.4%
不安になった	28.4%
死後の世界に思いをさせた	14.2%
気にしなかった	8.4%
治療が必要だと思った	5.2%
安心した	3.9%
その他	6.5%
合計	212.9%

\*複数回答可：%の分母は 155

[表4] は、こうした体験があったあとの故人の様子と、故人の体験に気づいた際の回答者自身の感じ方を尋ねたものである。[表4-a]を見ると故人の様子は「普段どおり」が40.0%で、「落ち着いた」・「安心した」がそれほど多いわけではないが、必ずしも苦痛を伴っているわけでもない。あえておもいきった単純化をして、故人の感じ方をポジティブな選択肢とネガティブな選択肢に分けてみると<sup>7)</sup>、ポジティブな回答が45.8%、ネガティブな回答が36.8%、その両方への回答があったのが5.2%、不明や無回答が12.3%となり、むしろポジティブな感じ方が多くなっている。他方 [表4-b]を見ると、回答者（介護者）の側の方が、こうした出来事にマイナスの印象をもちがちである様子がうかがえる。「幻覚だと思った」という回答は40.0%に上っているが、「治療が必要だと思った」は5.2%にとどまった。

以上、本稿では概要を報告することで満足し、詳細な分析や報告は別稿に譲らねばならないが、以上の分析からは次のことが明らかになった。① 在宅療養生活をおくる終末期患者が、他人には見えない人の存在や風景について語ったケースは45.6%に上り、けっして少数派ではないこと。② その語りの中でも、他の事柄より人物（87.1%）、生者より死者（71.1%）、特に家族や親戚（死者の内78.1%）が現れるケースがきわだって多いこと。③ 患者はそ

うした体験から必ずしも苦痛を受けるわけではないこと。むしろ、どちらかと言えば、介護者の側が驚き悲しむようであること。

さて、今回のアンケート調査では、自由記述の欄に予想をこえた質と量の回答を得ることができた。引きつづき、そうした自由記述回答も引きながら、このような体験の具体的内容を確認めるとともに、この体験の語りの意義を考察したい。つまり、なぜこの種の体験を〈お迎え〉体験と呼ぼうとするのかを論じたい。

### 「お迎え」の語について

この調査で明らかになった体験の地域性については、他地域での比較調査を待たねばはっきりしたことは言えない。しかし、松谷みよ子が収集した「現代民話」の中には、すでに亡くなっている親類や友人が死にゆく人を訪れてきた話が数多く収録されており<sup>8)</sup>、こうした体験が宮城県や東北地方に例外的に見られるわけではないことが示唆されている。こうした体験の呼称についても、宮城・栃木・群馬・埼玉・千葉・愛知・鳥根・佐賀・鹿児島<sup>9)</sup>の事例について「迎え」あるいは「迎えに来た」という表現がなされている他、福島・東京の事例では「お迎え」ということばが用いられている。

実際、今日の日本において、「お迎え」ということばが死と結びついた意味で用いられることはめずらしいことではない。「お迎え」の語はもちろん正式な医学用語ではないが、医療の現場でも、特に患者の間でよく用いられている。板垣恵子・小林淳子は看護師としての臨床経験を紹介する中で、「老人患者から「いつお迎えがくるかもしれないからその心構えをしておかなくちゃ」となどという言葉をよく聞く」<sup>9)</sup>と述べている。傳田昌子らは、病院の患者の51.9%が「お迎え」という言葉から「死という印象」を受けることを明らかにし、そのために医療関係者が「送迎」という意味でなにげなく使った「お迎え」ということばが、患者やその家族に対して誤解を招くことがあると指摘している<sup>10)</sup>。このように、死の訪れそのものや、死の訪れを象徴する人物の訪問を「お迎え」と呼ぶ用法はひろく人口に膾炙しており、

ここで問題にしてきた体験を〈お迎え〉体験と呼ぶことは、こうした用法に合致している。

「お迎え」という語はまた、仏教的な浄土信仰と結びつけて理解されることがある。浅見洋は、在宅の終末期高齢者のケアに携わっている訪問看護師を対象にした調査を通して、患者の間でもっとも多く使われていた「宗教用語」が「お迎え」であったことを紹介しているが、その理由を調査地域が奥能登の真宗地域であることに求めている<sup>11)</sup>。しかしながら、「来迎するものは必ずしも阿弥陀仏や大日如来ではなく……逆縁の子や、先立った配偶者の場合もあった」<sup>12)</sup>と浅見自身が報告しているとおり、実際に用いられている「お迎え」ということばの含意や、このことばの下に語られている事象は、浄土信仰の枠組みに収まるものではない<sup>13)</sup>。

清藤大輔・板橋政子・岡部健が行った本研究の先行調査にあたるアンケート調査では、やはり遺族を対象に「お迎え」という語から連想される事柄を尋ねて114の有効回答を得ているが、「浄土宗」を連想するといった回答が1件あった他、「成仏」・「おしゃか様」など「仏」関係が5件と「極楽」が1件にすぎず、「阿弥陀」は0件であった<sup>14)</sup>。これに対して「天国」や「先祖」という回答が各6件ずつあり、「黄泉の国」や「キリスト」といった回答も含まれていた。

今回の調査から〈お迎え〉体験の内容を見ると、人物が現れた事例が87.1%に上っていたのに対し、仏が現れた事例は8件で5.2%に過ぎなかった（〔表3-b〕）。しかも、仏だけが現れたのはその内3件で、5件までは家族や知り合いが現れた体験もしている。このような体験の内容からすると、現代の〈お迎え〉を短絡的に浄土信仰の阿弥陀や聖衆の「来迎」と結びつけることは誤りである。もちろん〈お迎え〉の歴史的形成に浄土信仰が与えていることは疑いないが、親や祖父母などが現れる頻度の高さなどからは「先祖」観念の影響の大きさをうかがわせる。むしろ、いったいいつから家族や友人が〈お迎え〉に来ることになったのか、現代の〈お迎え〉と、中世・近世における「往生伝」的浄土信仰との間の隔たりの大きさの方が興味ぶかい問題とおもわれる<sup>15)</sup>。



また、今回調査をした〈お迎え〉体験の中では、死んだ先の世界に関する記述はほとんど見られず、それよりも〈お迎え〉体験の中で現れた人物や、それを語った故人との関係に焦点が当てられている。亡き娘に会った終末期の祖母の体験に対し、「スピリチュアルな世界があるんだと思いました」（39歳女性）といった感想もあったが、往生伝の物語などとは異なり、死者の行く先やその世界に対する関心は希薄である。たとえば次の〔事例1〕においても、なにか「奇瑞の紫雲」といった解釈はされていない。

【事例1：故人 88歳男性／回答者 57歳嫁<sup>16)</sup>】

数日前 目の前に紫色の光の粒がだーっとおりてひろがっている ありがとうよ と【\*故人が回答者に向かって】いつてくれた

〈お迎え〉体験の語りにおいては「他界」の様子の記事はせいぜい副次的なものにすぎず、したがって〈お迎え〉は、浄土宗や浄土真宗の場合に限らず、明確な「他界観」に特徴づけられる種のどんな特定の宗教的解釈からも定義することはできない<sup>17)</sup>。このことはことばの用法の面でも示されていて、「阿弥陀仏がお迎えに来た」とは言っても「亡き両親が来迎した」とは言われないように、〈お迎え〉は、阿弥陀の「来迎」やこれに類する宗教的観念を含むことができるが、それよりも広い概念である。

## 「臨死体験」とのちがい

〈お迎え〉体験は、いわゆる臨死体験（near death experience, NDE）とも区別される。通常臨死体験は、生命の危機とそれに伴う意識レベルの低下があり、そこからふたたび蘇生するという条件の下での体験とされる<sup>18)</sup>。〈お迎え〉体験は、大部分がこうした条件を充たさない。たとえば次の〔事例2〕は、コミュニケーション可能な意識レベル下での体験である。

**【事例2：故人 89歳男性／回答者 63歳娘】**

へやのすみにだれかいるって言うのでだれなのって聞くと“母ちゃんだ” 迎えにきたのかって会話してました。なくなる1ヶ月ぐらい前です。

また、夢を通じた〈お迎え〉の例も多い。次の〔事例4〕では、夢と覚醒状態とにまたがった〈お迎え〉体験であり、そのときどきの意識状態の区別が第一に重要なのではないことがよく分かる。

**【事例3：故人 55歳男性／回答者 52歳妻】**

〔故人のことばとして〕あと、2、3日で、〔\*病状は〕どっちに転ぶんだろう。親父が夢の中に出てきた。あの世で親父に会えると思うと楽しみだ。今までは死ぬのが、怖いと思っていたけど・・・。

**【事例4：故人 90歳女性／回答者 44歳孫の嫁】**

夢の中で、亡くなった友達が、おいでと言っていると、何度か話しをしてました。さっき、ここに来て話した、という時もありました。

こうしたちがいを反映し、一般的な臨死体験に比べて〈お迎え〉体験は生じる期間にも幅があり、本調査では亡くなる数ヶ月間にはじまった体験が35.5%を占めていた<sup>19)</sup>（〔表3-d〕）。

また、臨死体験と〈お迎え〉体験とでは、そこに向けられる関心のあり方も異なっている。津城寛文によれば、臨死体験研究は「死」の定義の問題と、「死後生存」仮説・「霊魂」仮説の問題に収斂するものだという<sup>20)</sup>。それらの問いにどのような答えを与えるにせよ、臨死体験がそれとして問題とされるときに向けられるのは、人間意識や世界の一般的なしくみを探ろうという知的な関心である。他方、同じく死を前にした際の特異な体験であっても、〈お迎え〉体験における関心の焦点は、死にゆく人を中心とした個別の人間関係にある。つまり端的に、死にゆく人本人や、すでに死別したその家族や友人、あるいは後に遺す・遺される家族や友人のことが関心となっている。

こうした関心のあり方のちがいがから、両者の語られ方も異なってくる。一般の問題に差しむけられている臨死体験は、否定的な見解を含め、一般的な土台の下で語り論じることができるが、〈お迎え〉体験の語りは、死にゆく人・死んでしまった人に対する話し手・聞き手の関係性によって大きく左右される。〈お迎え〉体験はつまり、その都度ごとの個別の「語り」というかたちでしか捉えられない。このように〈お迎え〉体験は、死にゆく人との関係性に応じて（本人を含め）人それぞれにその意味するところが異なってくるが、それだからこそ〈お迎え〉について誰かと語ることは、死にゆく人・死んでしまった人との関係性の確認と再創造としてコミュニケーション上の意義をもちうると考えられる。

次の〔事例5〕では、直接の体験者は死にゆく人本人ではなく、本人の孫娘である。しかし、わざわざこのエピソードを書き記してくれたことから推測できるように、故人の家族にとっては故人を想うよすがとして、故人本人が〈お迎え〉体験を語った場合に劣らぬ意義をもっているように見えるし、もしそうなのだとすれば、これもまた一種の〈お迎え〉体験と呼びうるだろう<sup>21)</sup>。〔事例6〕は、故人とのやりとりや看取った側の解釈によって〈お迎え〉体験にそれとしての意義が与えられ、そこから物語が紡がれていることがよく分かるケースである。

**【事例5：故人 81歳女性／回答者 56歳嫁】**

本人が、何かが見えると語った事はありませんでしたが、当時16才だった本人の孫娘が、最期の日に、背広姿の男性と着物姿のおばあさんが来ていると語りました。亡くなった本人の母と息子だねと家族で語りました。枕行の時、この風景を少し前、夢で見たとも言っていました。当時この娘には靈感があるかの様な発言をしていました。うそをつく様な子ではないので、そんな事もあるのかと・・・。

**【事例6：故人78歳男性／回答者 52歳息子】**

本人もお迎えが来たような事を言っていました、母が（本人の妻）

迎へに来るまでは行かないように本人に言ったところ、本人もうなづいていました。ですので亡くなった時は母が迎へに来たものと思っています。

これとは逆に、次の〔事例7〕は、故人の「仏さまが来ている」という体験が妻には「幻覚として」解釈されており、その内容について語りが接がれていない。つまりこの体験のコミュニケーション上の意義は薄くなっているが、ここには「早く追い払ってくれ」という故人の感じ方も影響しているのだろう。

**【事例7：故人 49歳男性／回答者 50歳妻】**

痛告知されてから3カ月位の命と言われていましたが 1ヶ月頃に1回目の頃に幻覚として「仏様が来ている 早く追い払ってくれ」という言葉でびっくりし お迎えが来ているのかしら と非常に不安になり、先生や看護師さんに話したら 脈拍測定不能になっているし 結滞も時々あるので覚悟してほしい とのことでしたが あまりに早いし そのような覚悟が出来ていなかったの で 非常に不安とおどろきで 私自身がパニックになりました。 死はその3週間後でしたので 悲しかったが 落着いて最後は受止めることが出来たと思う。

今度の〔事例8〕は、回答者が先の例と同じように「幻覚」と解釈しながらも、故人の体験を「共有」しようとしたという話である。

**【事例8：故人 93歳女性／回答者 年齢無回答 嫁】**

はじめて、幻覚のような症状が現れたのは 約死期の1ヶ月前頃だと思ふ。家族が「誰れ」と聞くと「男の人、とか女の人」とか具体的な名前は言わず、ただ、一瞬にここにこしているようだった。だから家族が「おじちゃん（夫）が来たの」と聞くといなくなるとかで、穏やかな幻覚が多少あったようだった。幻覚で苦しめられるようすは感じられな

かった。

ある時などは、嫁である私は「おばあちゃん おじいちゃんだったら、いっしょにお茶を飲みましょうか。」声がけして二人で笑ったこともあった。私の中に何事も共有したいということがあったからだと思います。

このように、〈お迎え〉体験を語る人々の関心はそこに関わっている個別のその人にあり、したがってその体験としての性質や「真理性」を明らかにしなくとも、十分にコミュニケーション上の意義をもつことができている。このことは、先に述べたように、明確な「他界観」を備えた教義的な解釈をむりに必要としないことと同様の事情である。

## 「せん妄」診断の問題

死期が近づいた終末期患者がしばしば他人には見えない人の存在や風景について見えている・感じているようにふるまう現象は、医療や看護の現場でも広く知られていることである。医学的には、そうした患者のふるまいや語りは、「幻覚」を伴った「せん妄」（譫妄、delirium）として診断される。病院死が80%を超える現在の状況では、こうした診断すなわち意味づけのしかたが支配的な影響力をもっていると考えられる<sup>22)</sup>。

「せん妄」とは、もっとも一般的には「軽度ないし中等度の意識混濁に錯視、幻視、幻聴などの妄覚や異常行動が加わり、特徴ある臨床像を呈する意識変容の代表的な形である」と説明される<sup>23)</sup>。「せん妄」はアルコール依存、薬物の投与や中止、術後の他、入院患者一般についてもよく見られるとされており、終末期に限られた診断ではない。精神科医一瀬邦弘は、「患者の家族へ「せん妄」について説明するのに、われわれはよく「『ほけ』の一つです」と説明する。「ほけ」は脳機能の失調によって起こり、急性発症のものをせん妄、ゆっくり慢性的に「ほけていく」のが痴呆であると説明する<sup>24)</sup>と解説している。「せん妄」の精神医学的診断基準にとって「幻覚」や「妄想」は必ずしも重要ではないが<sup>25)</sup>、看護の現場になると「幻覚」自体が「せん妄」

の主要な症状と認識されている<sup>26)</sup>。

このように、精神医学的診断基準においては諸種の「せん妄」における体験の内容は問題にされないし、「認知障害」的側面については「せん妄」と「痴呆」とが必ずしも区別されない<sup>27)</sup>。しかし、今回調査をした終末期患者の事例の中には、医学的には「せん妄」とされるだろう体験の間であって、はっきりとそれと分かる特別な体験が見てとられたケースがある。たとえば次の「事例9」では、認知症の「幻視・幻聴」の中でも特別な体験をしている瞬間が回答者に分かり、強い印象を残している。

**【事例9：故人 79歳女性／回答者 55歳息子】**

認知症の傾向が進行していたし、精神的にも以前からストレスが溜っていたようだったし、幻視・幻聴がおこっていたので、ストレートに会話を成立させる事が殆んどできない状態だった。母に対して何をどのように対処する事が最善なのか判断がとても難しかった。そんな状態でも、母の表情が看護や食事などでハッキリ変化するので、何かすばらしい情景を視ている事は十分判断できた。とてもすばらしい人間の輝きのある表情だった。

終末期患者に関しては、森田達也らがホスピス医院で行った調査によれば、36.3%の患者について死亡の平均8.2日前に「せん妄」が現れたという<sup>28)</sup>。ただし、一般に「せん妄」は一般病棟・緩和ケア病棟・自宅といった環境のちがいに左右される部分大きい。たとえば高齢入院患者の「せん妄」は、家族の写真や慣れ親しんだ食器など、身の回りになじみのものを置くだけでも予防が可能だとされており、しばしば入院それ自体が「せん妄」の発症因子になっているという<sup>29)</sup>。在宅緩和ケアに関する調査研究の乏しさも背景にあることだが、そのように医原病的な性質をもつ病棟での症状と、在宅での体験をすべて同じ「せん妄」という範疇で括ることは再考の余地がありそうである<sup>30)</sup>。

いづれにしても、これまで確かめてきた〈お迎え〉体験に注目する立場か

らすれば、「せん妄」との診断は、そのコミュニケーション上の意義を損なうように働く。「せん妄」と診断し意味づけることは、その限りで、当該の患者のふるまいや語りを「治療」されるべき逸脱状態と見なすことであり、そこから語りを接ぎ抜けてゆく可能性を奪うことになるからである。さらに今回の調査では、〈お迎え〉体験が必ずしも患者やその家族に精神的苦痛を与えていないことが確かめられたが<sup>331)</sup>、このデータは、この種の体験を「治療」の対象と捉えることの必要を問うものであろう<sup>32)</sup>。近年では終末期医療・看護の領域でも、「患者の言動を意味あるものとして捉え、どのようなメッセージが込められているか」を考え<sup>33)</sup>、「せん妄患者の体験世界に寄り添う」ことを重んじるケアのあり方が探られはじめているが<sup>34)</sup>、「せん妄」という診断（概念）そのものはそうした志向とは相いれない。

### 〈お迎え〉体験の意味するところ

〈お迎え〉体験の語りを通して知ることができるのは、一見幻覚や妄想のようにもおもわれる体験の中に、その人の人となりや来歴、周囲の人間との関係性を含めた、まさしく「その人自身」が集約的に表現されることがあるということである。また、介護にあたる人は、しばしば次第にコミュニケーションの取りにくくなる中で、死に近づいた人の気持ちを酌みとろうとし、死去の後は故人の生前のこころや臨終時の感じ方を推しはかろうとする。とりわけ、家族介護が中心を占めるべきと考えられている現在の在宅療養生活においては、後から故人との接し方や介護のしかたについて思い悩むことが多い。回答の中にあつた表現を拾って言えば、生前の故人との接し方については「自問自答」を続けながら「後悔」をしたり「自己満足の現実」とどまらざるをえない部分がある。こうしたとき〈お迎え〉体験の語りは、看取った人にとって、生前の療養生活における故人が見せた印象的な表情やしぐさ、臨終時の姿などともに、あらためて故人と向きあうためのよすがとしてかけがえのない意味をもっているようにおもわれる<sup>35)</sup>。実際のところ、それはよい印象を残すものばかりとは言えないが、それもまた故人との関係の継続・

再創造のかたちのひとつであることもたしかである。

ここに〈お迎え〉体験として挙げたものは、いずれかの宗教伝統に結びつけて解釈することが難しかったり、臨死体験研究の立場からは扱いにくいものが含まれており、ともすると見逃されてしまう。またこれらを「幻覚」や「せん妄」と斥けて、その物語としての側面を顧慮せずにすませることも可能ではあるだろう。しかしこれらの体験には、内容面での真偽や解釈可能性とはまた別の次元で、故人の人となりや、すでに亡くなった人を含めた周囲の人間との関係性が現れており、したがってこれを語り、聴くことがかけがえのないコミュニケーションを成り立たせているのではないだろうか。今回、〈お迎え〉という概念の提案を試みたのは、アンケート調査を通じて見えてきた、それとしては否定できず、無視することのできないこのような体験の次元に光を当てたいと考えたからなのである。

- 1) 島菌進「死生学試論（一）」（『死生学研究』2003年春号）、29頁。
- 2) 在宅の終末期患者の死生観については、訪問看護師21名に対する聞き取り調査に基づいた、浅見洋「在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察」（『宗教研究』349号、2006年）がある。
- 3) 清藤大輔・板橋政子・岡部健「仙台近郊圏における「お迎え」現象の示唆するもの」（『緩和医療学』4巻1号、2002年）。
- 4) また別稿では、在宅ホスピスケア利用者の家族構成の問題や、宗教帰属と宗教行動について分析を行っている（相澤出・諸岡了介・田代志門・岡部健「現代の看取りと「家（イエ）」、『文化』、東北大学文学会、近刊）。
- 5) この調査は「在宅ホスピスケアにおける終末期の精神的苦悩の緩和に関する調査研究」との題の下、在宅医療助成勇美記念財団の2006年度助成を受けて行われた。
- 6) 調査にあたっては社会調査士資格認定機構の定めた「社会調査倫理綱領」を遵守した。また、アンケートへの回答が遺族に精神的な負担をかけることのないよう、看護スタッフとの検討を含めた質問項目の吟味を行った。
- 7) 「普段どおり」・「落ちつき」・「安心」をポジティブに、「不安」・「悲しみ」・「苦しみ」・「怒り」をネガティブに分類した上で、「その他」を



記述の内容に応じて振り分けた。

- 8) 松谷みよ子『現代民話考IV・V』（立風書房、1986年）。なお蛸島直は、日本民俗学について、葬送儀礼や靈魂觀念に関しては膨大な研究蓄積がある一方で、実際の死そのものをめぐる人びとの意識や行動に関する研究が意外なほど少ないことを指摘している（「危機と変化の民俗」、小松和彦・香月洋一郎編『講座日本の民俗学2 身体と心性の民俗』、雄山閣、1998年）。
- 9) 板垣恵子・小林淳子「死を看取って」（渡邊喜勝・諸岡道比古・渡辺義継編著『死のエコロジー』、金港堂、1994年）、21頁。
- 10) 傳田昌子、山田歩美、酒井愛子、樋口裕子「病院における「お迎え」という言葉の印象」（『第36回日本看護学会論文集 看護総合』、2005年）。
- 11) 浅見前掲論文。
- 12) 浅見前掲論文、276頁。
- 13) すでに清藤らの前掲論文を前提してのことではあるが、谷山洋三もビハラ僧としての臨床経験の内に見られた、知人や先祖による「お迎え」現象について述べている（「スピリチュアルケアにおける死後存続の信念とその意義」『四天王寺国際仏教大学紀要』2004年）。なおこの谷山の論考は、それがビハラ実践の文脈上のものである点はもちろん、「死後存続の信念」に焦点を当てている点において本稿の立場とは異なっているが、「お迎え」の物語的側面に注目している点は共通している。
- 14) 清藤・板橋・岡部前掲論文の他、調査票の再検討を行った。
- 15) ここで日本宗教史の問題を論じる用意はないが、ここに現れているのは、先祖や死者と教典仏との複合という橘正弘の議論（「庶民信仰のカミ觀念」、東北大学文学部日本文化研究所編『神觀念の比較文化論的研究』、講談社、1981年）や、「ほとけ」觀念における「仏」と「靈」との重層化という佐々木宏幹の議論に通じる問題であろう（『「ほとけ」と力』、吉川弘文館、2002年）。

「往生伝」的浄土信仰については、華園聰麿「「往生伝」的浄土信仰における心の問題」（楠正弘編『解脱と救済』、平樂寺書房、1983年）を参照。往生伝に関する文献は枚挙に暇がないが、概説的なものを中世・近世それぞれについて挙げておくと、田村圓澄「「往生伝」について」（『日本佛教史5 浄土思想』、法蔵館、1983年）、笠原一男「近世往生伝の世界」（教育社、1978年）。
- 16) 「嫁」とは、故人に対する回答者の関係である。また、引用文中のアスタリスクのついたカッコ内の文章は、筆者による注記。以下この書式に従う。
- 17) 〈お迎え〉のこのようなあり方は、池上良正が、人々が死者イメージをもつことについて「かならずしも整合的・反省的な言語で解説されるような体系的な「他界（来世）観」や「靈魂観」を前提にする必要はない」と述べて

いることに通じるものとおもわれる（「日本における「死者の身近さ」をめぐって」『死生学研究』2006年秋号、314頁）。より一般的な議論としては、教典的なものと非教典的なものの動態的なかかわりを特徴とする「庶民信仰」の構造を論じている橘正弘「動態信仰現象学序説」（橘編『宗教現象の地平』、岩田書店、1995年）を参照されたい。

また、真宗教学の側からの先祖祭祀の問題に対する動きについては、大村英昭、金児暁嗣、佐々木正典『ポストモダンの親鸞』（同朋舎、1990年）が参考になる。

- 18) 日本では数少ない医学的アプローチからの本格的な臨死体験研究を行った山村尚子は、意識状態が Japan coma scale で300の昏睡に陥った例を対象としている（「臨死体験－終末医療における意義の検討－」、『日本老年医学会雑誌』35巻2号、1998年）。「意識レベル300とは、いかなる刺戟をしても反応しない昏睡状態で、多くが心停止ないし呼吸停止あるいは、それに準じた重篤な身体的状態にあり、救命的蘇生術を施行しなければ死亡する状態である」（104頁）。山村は38の事例について蘇生回復後に問診をし、14例37%にNDEを認めた。
- 19) カール・ベッカーは覚醒状態の中で死が差しせまる前に起こる臨死体験の例を挙げており、臨死体験を特徴づける際に意識レベルの差異を重要視しない立場もありうる（『死の体験』、法蔵館、1992年）。
- 20) 津城寛文「臨死が問いかけるもの」（池上良正他編『岩波講座宗教7 生命』、岩波書店、2004年）。また、脇本平也『現代の宗教3 死の比較宗教学』（岩波書店、1997年）も参照。
- 21) 本稿では深入りできないが、ここでは「体験」をもっぱら個人に帰する理解のしかたまでが問われていると言えよう。
- 22) 2006年の病院死亡率（診療所含む）は82.6%である（平成18年厚生労働省人口動態調査）。
- 23) 石黒健夫「せん妄」（『新版精神医学事典』、弘文堂、1993年）、492頁。
- 24) 一瀬邦弘「せん妄の診断・治療」（『日本医事新報』4139号、2003年）、90頁。
- 25) DSM-IV-TR診断基準を参照（『カプラン臨床精神医学ハンドブック第二版』、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2003年）。
- 26) 米島美晴らによる調査によると、看護師（終末期患者担当に限らない）が認識する「せん妄」の症状は「チューブ類の抜去（37.5%）」に続いて「妄想・幻視・幻覚（31.7%）」・「まとまらない、意味不明の会話（29.7%）」である（米島美晴、西谷恭子、赤坂政樹「せん妄状態患者に対する看護の現状と課題」『看護学雑誌』69巻6号、2005年）。

- 27) 「せん妄」の「認知障害」的側面のスクリーニングツールとして現在よく用いられるMMSE (Mini-Mental State Examination) は「痴呆」のそれと同一のものである (DSM-IV-TR)。
- 28) 森田達也、井上聡、千原明「終末期せん妄の緩和ケア」(『精神医学』38巻4号、1996年)。
- 29) 中村純「看護師のためのせん妄のアセスメント・予防・治療」(『看護学雑誌』68巻6号、2004年)。
- 30) 本稿の議論の範囲を超えてしまうことだが、共著者のひとりで在宅緩和ケアに携わってきた医師の岡部健によれば、終末期での体験内容を左右する一要因として、輸液の多寡が病棟と在宅で観察される症状の差異につながっている可能性があるという。
- 31) たとえば森田・井上・千原前掲論文は、ホスピス病棟での調査から「終末期せん妄は患者・家族に大きな苦痛を与える状態」と結論づけているのであるが(360頁)、ASCO (米国臨床腫瘍学会) の公式カリキュラムにはすでに、「明らかに多くの患者がせん妄の期間中に幻覚や妄想を経験しているが、それは実際楽しく心地よいものであったりすることがあり、多くの臨床医はそのような事例では薬物療法による介入の目的に疑問をもつことがある」という議論が紹介されている(『がん症状緩和の実際』、ヘスコインターナショナル、2002年、「せん妄」19頁)。
- 32) もっとも、精神的苦痛がゼロである状態が理想なわけでもないはずである。
- 33) 井村千鶴「家族の物語を紡ぎ出すケア」(『緩和ケア』16巻2号、2006年)、122頁。
- 34) 難波美貴、森田達也「終末期せん妄のケア」(『緩和ケア』16巻2号、2006年)、109頁。この号の『緩和ケア』誌では、前掲の井村論文を含む「せん妄—ナラティブな世界からみたケア」という特集が組まれている。
- 35) 〈お迎え〉体験を介するものをはじめ、死者を想うことは単に生者が現在から過去を振りかえるという意味に尽きるものではない。竹之内裕文の所論を引けば、それは「死者の記憶」といった生者の主観的・心理的な現象に還元されるものではなく、生者の意志や思惑を超えて死者が立ち現れる、その都度新たな「出会い」である(「「間」の出来事としての死」『文化と哲学』24号、静岡大学哲学会)。

(もろおか・りょうすけ 東北大学文学研究科専門研究員)  
(あいざわ・いずる 爽秋会岡部医院研究員)  
(たしろ・しもん 日本学術振興会特別研究員)  
(おかべ・たけし 爽秋会岡部医院理事長)

---

# Exploring the *Omukae* experiences of terminally ill patients: a survey report on the bereaved carers of hospice at home in Japan

Ryosuke Morooka  
Izuru Aizawa  
Shimon Tashiro  
Takeshi Okabe

---

This paper is to show quantitative and qualitative data of *Omukae* experiences in which a dying person meets the already dead relatives or acquaintances; and then to consider the communicative significance of *Omukae* that resists any previously prevalent interpretation.

In the questionnaire survey we asked the bereaved carers about the experiences of terminally ill patients receiving home hospice service. We got 366 responses (response rate is 57.5%), and 45.6% of them report *Omukae* experiences. These experiences are not necessarily painful for the dying; actually 45.8% seemed to react positively while 36.8% did negatively and 5.2% showed mixed reactions toward the experience.

Although *Omukae* is usually interpreted in terms of the Buddhist concept of Pure Land, this survey makes clear not only that there are elements of ancestor worship but also that *Omukae* doesn't need to involve any well-defined religious worldview.

In addition, *Omukae* is different from near death experience which happens only in a decreased consciousness level. Near death experience is the experience received as offering clue for life after death or the other world; in contrast, when narrating an *Omukae* experience, people are concerned directly and primarily with the dying (died) patients. This is the reason why *Omukae* experiences take the form of personal narratives which meaning depends on the teller and listener's relationship with the dying (died).

In the current situation of Japan, the medical diagnosis as delirium is perhaps the most authoritative interpretation for *Omukae*. However, the diagnosis of delirium qualifies *Omukae* as just a pathological hallucination, so the experiences are deprived of communicative significance as rich and valuable stories with which people reconfirm and recreate mutual bonds.

To the dying (died) and his/her caregivers, *Omukae* offers an irreplaceable episode. Previous interpretations for *Omukae* tend to miss its communicative significance because it does function as the source of story regardless of “veridicality” or “objectivity” as an experience. The concept of *Omukae* is to indicate the unique dimension of the experiences.