

グリーフケアにおける流動的諧調性 — ケアリングの倫理からのアプローチ —

坂本 淑江

はじめに

看護学の領域においてケアリングは中核的概念として位置づけられており（西田 2015, p.35）、また、看護師にとってケアリングは、単にケアの対象となる人への援助だけを指すのではなく、人に寄り添い支えることで人々の健康な生活の実現に貢献するという看護職の使命でもある（日本看護協会 HP「看護者の倫理綱領」）。

しかし、ケアリングの実践は看護の本質とされながらも、ケアリングの概念規定の吟味・検討は不十分であり、本質的特性の曖昧さが指摘されている（西田 2018, p.8）。そしてこの指摘は、看護の実践におけるケアリングが、心的・感情的な主観的行動によって生起するものであり、人との関係性から成り立つことから、個別的で多様性のある概念であり、客観化しにくいことが要因の一つと考えられている（佐藤 2010, p.19）。看護の実践においても、ケアとケアリングを同義語として用いられることがある（日本看護協会 2007, p.13）。しかし、「ケア」は、ケアされる人の状況や、ケアする人の置かれた立場にあわせて行為するものであり、また、「ケアリング」は、ケアする人と、ケアされる人との相互関係から成り立つものであるため、「ケア」と「ケアリング」を分けて論じる必要がある。本稿では、ケアする人の他者に対する直接的な行為を「ケア」、また、ケアする人とケアされる人との相互関係からの成り立ちを「ケアリング」と使い分けることとする。

わが国で、世間にグリーフケアという言葉が知られるようになったのは 2000 年代に入ってからのものであり、まだ歴史は浅い。その後、大規模な自然災害や事故などの発生により、さらに認知度は高まってきた（島蘭他 2019, p.48）。医療・看護・介護・葬儀社や宗教家など、人の死に関わる職業においてもグリーフケアに関する研究が進み、グリーフケアの重要性が語られるようになる。しかしその一方で、グリーフケアの定義に関する認識は専門家によっても異なることから、ケアの実践の場においては「何をすればいいのか分からない」という戸惑いが生じている。

グリーフケアは一般的に、大切な人を亡くした悲しみや苦しみへのケアという捉え方がされる。しかし、「グリーフ」＝「悲しみ」という連想により、死別による心理的影響のみに焦点を当ててしまいがちだが、グリーフケアは死別悲嘆へのケアのみを意味するものではない（坂口 2010, p.118）。では、医療現場で多くの人との死別を経験する看護師は、どのようなグリーフケアが求められるのか。このことを考えたとき、ケアという本質的な基盤に立ち返って考える必要がある。なぜなら、グリーフという人間の自然な感情に対して、看護師にケアしたいという自然に沸き起こる感情が生まれたとき、看護師とケアされる相手との受容的な関わりが成立しなければ、ケアするという行為は生まれなからである。そのため、ケアリングという観点からグリーフケアを考えることにより、ケアの実現につなげることが可能となる。しかしながら、グリーフケアは、ケアの一種であるが、必ずしも看護におけるケア一般とは同一視できない。

そこで本稿は、ネル・ノディングズ (Nel Noddings) の著書『ケアリング 倫理と道徳の教育—女性の観点から』によるケアリングの倫理の視点を手がかりにして、看護におけるグリーフケアとは何かについて考察することを目的とする。ノディングズはケアの倫理を専門としている教育哲学者であり (西田 2018, p.9)、看護の分野におけるケアリング論の研究においても数多く引用されている (佐藤 2010, p.11)。

その結果明らかになったのは以下の二点である。まず、ケアリングの関係性におけるグリーフには、「重い」「軽い」という程度が存在し、そこには常に双方の要素が混じりあう流動的階調性という特性がある。また、ケアリング自体にも同様に、流動的階調性という特性があるため、「倫理的ケアリング」のなかに「自然なケアリング」が流れ込むというケアリングが可能となる。

I. グリーフ・グリーフケア・ケアリング

わが国でも「グリーフケア (grief care)」という語をよく耳にするようになっただけでなく、専門書のみならず一般書、雑誌などにおいてもこの語を目にすることが多くなった。坂口幸弘によると、1995年の阪神・淡路大震災から死別に関する関心が少しずつ広がり、2011年に起きた東日本大震災によってさらに広がりを見せるようになる。この死別に関する社会的関心の高まりや活動の広がりをみせた要因として、潜在していた遺族や関係者のニーズの顕在化や、死別という困難な事態に対処するためのよりどころを求める遺族側の需要の増加による反映の可能性を指摘している (坂口 2012, pp.28-9)。

現在、看護の分野におけるグリーフケアは、在宅看護、終末期 (がん) 看護・ホスピス・緩和ケア看護、周産期看護、家族看護、災害看護、難病ケア、訪問看護など幅広い領域において実践と研究が報告されている。

1. グリーフとは

グリーフをもたらし誘因となる喪失は、大切な人との死別による悲しみだけではなく、他にも長年住み慣れた自宅の自然災害や火事などの事故による崩壊や消失、あるいは失業などさまざまである (島藺他 2019, pp.1-2)。また、人物や環境といった実際に失われる経験としての外的対象喪失のみならず、失恋、失望、子どもの巣立ちといったその人の心のなかだけで起こる内的対象喪失も含み、これらの対象喪失には悲しみの感情以外にも憎しみ、怒り、罪悪感、自責の念、孤独感などといった感情も含まれる (小此木 2005, pp.35-8)。また、このような喪失に伴う感情の多様性や個性性は、死別の状況などによっても異なる。小島操子は死別による悲嘆の過程に影響を及ぼす要因を7つ挙げている。① 死別した対象との関係、② 死別のタイプ、③ 死因、④ 死の状況、⑤ 残された人の特性、⑥ 残された人に役立つ資源、⑦ その他 (宗教、民族性、文化、法律の関与など) (小島 1991, p.376)。このように、喪失は単なる悲しみの感情のみを指すのではなく、その人物それぞれが心の中に抱く複雑で、多様性のある、差異の大きい感情だといえる。

ところで、深い悲しみを表す言葉には、「悲嘆」「悲哀」「喪」という用語が存在する。喪失と悲哀の先駆的研究者であるジークムント・フロイト (Sigmund Freud) が、悲しみを表す言葉をドイツ語で“Trauer”として採用したが、その後に英語に翻訳される際に、学問領域によって訳され方が異な

り、悲しみを“mourning”と“grief”の2つの言葉で表すようになる。主に精神分析や臨床心理学の領域では悲哀(mourning)が採用され、その他の領域では悲嘆(grief)の言葉を多く使われるようになった(山本 1996, p.6)。

「喪」という用語は、英語で表すと「悲哀」と同じく“mourning”である。「喪」は死者を悼み、その気持ちを形にして表し、自らの行為をつつしむことを意味する(島蘭他 2019, pp.20-1)。「悲嘆」と「喪」について、坂口によると、「悲嘆」は喪失に対する個人的な反応であるのに対して、「喪」は社会規範に基づく悲嘆の社会的な表現であり、儀礼的であると区別している(坂口 2010, p.9)。また、小此木啓吾は、「悲哀」と「喪」を同義として示したうえで、「悲嘆」と「悲哀(喪)」について、「悲哀(喪)“mourning”」とは、対象喪失によってひきおこされる一連の心理過程であり、この悲哀の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒体験を「悲嘆“grief”」と述べている(小此木 2005, pp.44-5)。

本稿では、死別による喪失に伴う深い悲しみを表す言葉を「悲嘆(grief)」とし、坂口の示した意味を用いて論じていく。また、本稿は、医療施設における看護師という立場から論じているため、ときに大切な人を喪いグリーフの状態にある人を遺族として例に挙げることがある(本来であれば、グリーフの対象は遺族と限定できない)。さらに、多田羅竜平が、「悲嘆」と「グリーフ」は同じ意味ではなく、厳密にいうと「悲嘆」は喪失の有無に関係なく嘆き悲しむこと(sadnessまたはsorrowの意味に近い)であり、「グリーフ」は悲しみだけではないさまざまな心理状態が含まれると指摘している(多田羅 2009, pp.3-8)。本稿においても、多田羅の指摘に基づき、また、用語の混乱を避けるために、グリーフという言葉に統一して論じる。

大切な人との死別によるグリーフは、身体や心にさまざまな症状が生じることがある。だが、多くの場合、ホメオスターシスの働きによって健康状態を維持できる。そのため、グリーフは正常なストレス反応であり、基本的には病気ではないと理解されている。しかし、グリーフの反応や程度、期間が通常範囲を超える場合(このようなグリーフのことを「複雑性悲嘆」という)や、病的に発展するような場合は、状態に合わせた専門家による介入が必要となる(坂口 2012, pp.71-2)。では、グリーフはどれくらいの期間、どのような経過をたどるのだろうか。これは、親を亡くした人、配偶者を亡くした人、子どもを亡くした人、災害、事件や事故、自死、死産や流産といったように、グリーフの対象との関係性や状況はさまざまであり、また、グリーフの当事者の特性なども関係することから、当然ながら個人差は大きいといえる。

グリーフについて、多くの研究や理論が提唱されているが、例えばグリーフのプロセスに関する理論には、段階モデルや課題モデルがよく知られている。段階モデルは、主に死別後のグリーフの時間経過に伴う心理や行動などについて示したものである。いくつかの段階モデルのなかでも、精神科医のエリザベス・キューブラー・ロス(Elisabeth Kübler Ross)は、患者の死にゆく過程について臨床研究の成果を示し、患者の理解と死の恐怖をどのようにして和らげるか、という問題を考えるための手がかりを提供した。彼女は著書『死ぬ瞬間』のなかで、死にゆく人の心理プロセスを①否認と孤立、②怒り、③取り引き、④抑うつ、⑤受容の5段階に分けて論じている。また、司祭であり哲学者のアルフォンス・デーケン(Alfons Deeken)は、12段階(①精神的打撃と麻痺状態、②否認、③パニック、④怒りと不当感、⑤敵意と恨み、⑥罪意識、⑦空想形成・幻想、⑧孤独感と抑うつ、⑨精神的混乱と無関心、⑩あきらめ-受容、⑪新しい希望-ユーモアと笑いの発見、⑫立ち直り-新しいアイデンティティの誕生)のプロセスをたどると論じている(デーケン 1992, pp.261-5)。

示した2つの段階モデルは、いずれもノーマルなグリーフ（複雑性悲嘆ではない通常のグリーフ）と呼ばれる心理プロセスの経過である。他にも多くの段階モデルがあるが、どの段階モデルでも共通して言えることは、あくまでも一般的な経過であって、すべての人がこの段階の順番通りに経過するのではない。行きつ戻りつする流動的なものであり、また、グリーフの表出には個人差がある、ということである。

課題モデルは、死別後に適応するまでに行うべき一定の課題を示したものである。ウィリアム・ウォーデン（William Worden）は、課題という概念を、遺された人が何かしらの行動を起こす必要があり、またそれを実行する力を有する能動的な考え方だと説明している（ウォーデン 2011, p.36）。子どもの成長過程において「発達課題」が存在するのと同じように、喪失の適応にはグリーフの過程における4つの基本的課題（①喪失の現実を受け入れること、②悲嘆の悲しみを消化していくこと、③故人がいない世界に適応すること、④新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的な繋がりを見出すこと）が存在すると論じている（ibid., p.37）。

他にもロバート・ニーマイヤー（Robert Neimeyer）が提唱した、悲しみに向き合う過程である喪失志向と新しい生活に取り組む回復志向が、どちらかに偏ることなく、バランスよく交互に行き来することで回復に向かうとする「二重過程モデル」などがある。

2. 看護におけるグリーフケア

1976年、米国のカリフォルニア州で「リビング・ウィル：Living Will」（人生の最終段階を迎えたときの医療の選択について事前に意思表示しておく文書）が権利として法制化された。わが国も同年に、安楽死協会（現・日本尊厳死協会）が設立され、その後、1981年に施設として初めてのホスピスが聖隷三方原病院に誕生し、続いて1984年に大阪・淀川キリスト教病院でもホスピスケア病床が設置された（加藤 2012, p.90）。ホスピスや緩和ケア病棟の広がりによって終末期にある患者へのケアが進み、ケアの内容によって、ホスピスケア、ターミナルケア、緩和ケア、エンドオブライフケアなどといった用語が使われるようになる（小笠原 2018, p.16）。

WHO（世界保健機構）は、2002年に緩和ケアの定義を「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」（日本緩和医療学会 HP 2002）とした。ケアの時期についても末期になってからではなく、治療の早期からケアすること、さらに家族に対するケアの必要性についても示されたことにより、看護の分野においてもグリーフケアが注目されるようになる。

現在、看護師によるグリーフケアは、病院、在宅、施設といった場所や、病院のなかでも緩和ケア病棟、周産期病棟、救急外来など病床区分によってケアの内容は異なる。主なケアの内容としては、定期的な電話、手紙やグリーフカードの送付、遺族訪問・遺族会の開催、知識やサポートグループなどの情報提供、エンゼルケア（遺体へのケア）、精神的ケアなどがある。家族は、死にゆく人の病気の進行や死期が近づくことによる身体上的変化に戸惑うことがある。例えば、よく眠るようになる、会話が成立しなくなる、食事や水分を摂取しようとしめない、意識レベルの低下、呼吸の乱れ、尿量の減少など、経過に伴う状態に変化がみられるようになる。看護師は、家族や介助者に対して、死の過程で起こる状態変化と余命についての判断を丁寧に伝えていく。このような最期を迎える際の心の準

備を支えることもグリーフケアのひとつとして含まれる（福井 2018, pp.8-9）。

3. ケアリングについて

看護において「ケアリング (caring)」の概念は、1980 年代に米国で提唱され始めた（西田 2018, p.8）。この「ケアリング (caring)」という語は、哲学者のミルトン・メイヤロフ (Milton Mayeroff) が、1971 年に出版された彼の著書『ケアの本質 (On Caring)』のなかではじめて用い、これまであまり語られてこなかった「ケアするという行為は何か」について概念化した、ケアの先駆的研究者である。メイヤロフや心理学者のキャロル・ギリガン (Carol Gilligan) の影響を受けながら、新たなケアリング論を構築したのが、教育学者のネル・ノディングズである（深谷 2014, p.29）ノディングズは、普遍的な原理や論理という男性的な視点を拒絶し、長年にわたり女性の役割とされてきたケアリングを、女性の観点から「ケアリングの倫理」として体系化した。

看護の分野においては、1978 年に看護師で人類学の博士号をもつマデリン・レイニンガー (Madeleine Leininger) によって、はじめてケアリングの理論が公表された。レイニンガーの看護論は、人類学を基盤にして文化的ケア論のなかでケアリングを論じている。レイニンガーは、ケアリングを看護学の中心概念として認め、この概念を看護理論まで発展させている（レイニンガー 1995, pp.219-220）。その後、1979 年にジーン・ワトソン (Jean Watson) が著書『看護—ケアリングの哲学と科学』を出版し、看護学の主要概念としてヒューマン・ケアリングを提唱した。1980 年代にはパトリア・ベナー (Patricia Benner) や、マーガレット・ニューマン (Margaret Newman) がケアリングの理論家として登場する。

わが国では、1989 年と 1992 年に開催された看護学の国際学術集会において、ケアリングに関するセミナーが開催されたことによりケアリングの概念の普及が進んでいく（西田 2018, p.8）。また、1990 年以降、ケアリングの著名な理論家であるワトソン、レイニンガー、ベナーの来日によって、ケアリングへの理解に深まりをみせる（筒井 2018, p.140）。

筒井真優美は、看護におけるケアリングの研究は、ケアリングの中心となるワトソン、レイニンガー、ベナー、この 3 名の理論を使用している研究が多いと分析している (ibid., p.148)。また、佐藤聖一は看護の分野における代表的なこの 3 名のケアリング論の要点を次の 4 点にまとめている。「①ケアリングは患者—看護師間に存在する、②ケアリングは看護において重要であり、なくてはならないものである、③患者の目的達成を目指す過程で発揮される。そこでは看護師の成長も達成される、④ケアリングは、その過程や発揮された場面が非常に見えづらく、わかりにくいものである」（佐藤 2010, p.19）。この④に示されているように、ケアリングの過程や発揮された場面が見えづらく、わかりにくいものという特徴は、ケアリングが看護の中核的概念と認識されながらも、本質的把握は十分でないという西田の指摘とも一致する（西田 2018, p.8）。また、西田が、ケアリングは看護実践の一部ではなく、行動と心情が複合的に絡み合う一連の行為であると述べるように (ibid.)、ケアリングは互いの目に見えない心情をケアリングという形に創り上げていく行為であるといえる。そのため、ケアされる人とケアする人が互いに影響し合う関係である必要がある。

グリーフは、喪失に対する個人的な反応である。そこには故人と遺族だけにしか分からない関係性があり、その関係性のなかにある目に見えない心情が存在すると推測できる。仮に、関係性のない第三者がグリーフの状態にある人の心情を理解しようとするとき、相手の反応だけに頼って理解を試み

たとしても、おそらく十分な理解につながらないだろう。では、看護師がグリーフの状態にある人へのケアを考えるとときはどうか。この場合も同様に相手の反応だけに頼っていても、心情を十分に理解することにはつながらない。しかし、ケアリングは互いの目に見えない心情をケアリングという形に創り上げていく行為であるため、ケアリングという関係性の構築によって、相手の心情を理解することにつながると筆者は考える。

このことにアプローチするために、ケア論者であるノディングズに着目する。ノディングズは、関係性という視点からケアリングを論じている。このケアリングの視点からグリーフを捉えることで、グリーフの特性を考えるための手がかりとなると考える。

次章では、ノディングズのケアリングの倫理の基盤となる2つの心情「自然なケアリング」と「倫理的ケアリング」について説明する。

II. ノディングズのケアリングの倫理について

ノディングズのいう「ケアリング (caring)」に含まれる必要不可欠な要素「専心没頭 (engrossment)」(ノディングズ 2012, p.27) は、ケアする人の自然に溢れ出す感情を骨幹として、相手の反応へ応答することである。ケアリングにおいては、相手がどのような人であっても、ケアする人が自分自身の中に相手を受け容れ、そのひとと共に見たり感じたりすることによって、相手を気づかう動機づけとなる (ibid., p.46)。

ノディングズはケアリングにおいて、倫理的な行動の源には2つの心情を必要とすると述べている (ibid., pp.124-6)。1つは、「自然なケアリング (natural caring)」の心情である。これは、子どもに対して母親が「何かしたい」と思うように、必然的に「よい」ものとして確認する、自然に溢れ出す感情である (ibid., p.78)。と同時に「何かしなければならない」という倫理的な感情も生じてくる(「責務 (obligation)」。しかし、この「ねばならない」は、倫理的な「すべき」とは異なり、「したい」という自然な欲求から生まれ出るといった特徴がある。したがって、「自然なケアリング」は、「したい」という感情と「すべき」という感情の両方を含む心情である (ibid., p.130)。

そしてもう1つは、「倫理的ケアリング (ethical caring)」の心情である。これは他者に対し、「自然なケアリング」が「最初に湧き出ない」、あるいは「したくない」と感じるが、それでもケアしなければならないときがある。このようなとき、ケアする人はこの感情を払い除けるのではなく認め、受け入れることによって、自分自身がケアし、ケアされたという最善の瞬間の記憶を呼び起こし、そして、なにがそのあとに起こったのかを思い起こすことで自分の行為を導くことができる (ibid., p.125)。「わたしはしなければならない」という感情は、自分自身に対するケアでもある (ibid., p.129)。

例えば、自分にとって大切な人が困っていたとしたら、「どうにかしてあげたい」「何をしてあげられるだろうか」という感情が自然に湧き起こるだろう。しかし、まったく自分の生活に関係のない見知らぬ第三者が困って自分に助けを求めてきても、最初から「どうにかしてあげたい」という感情が湧き起こるといっても、「なぜ私なのか」「私は何かをすべきなのか」という疑問や葛藤のようなものが生じるだろう。しかし、よく考えた結果「すべき」「しなくてはならない」という感情に導かれ、あるいは、そのように考えるよう努力することで、行為につながる可能性を生む。行為につながら

い場合もあるが、そうであったとしても、そこに責務はない。ノディングズのいうケアリングは、こういった相手との応答がケアリングを成立させる要素となり、「したい」「関わりたい」という感情のもとで関係性が確立するのである。

1. 「自然なケアリング」についての問い

ケアリングの目指すべきは「自然なケアリング」であるが、「自然なケアリング」ができないときは、「倫理的ケアリング」の能力に頼る。しかしノディングズの議論では、「倫理的ケアリング」に関する詳細については曖昧になっている。たしかにノディングズはケアリングについて、直接、外から観察できるような行いが必要か、どのようにケアされる人のもとへ伝えられるのか、という問いを立て (ibid., p.18)、これに対し確実に答えるつもりはないと明言しており、明確な基準も示していない (ibid., pp.18-9)。ノディングズは、人間の本質をケアリングする存在と前提して、ケアする人の倫理的理想が、「自然なケアリング」を生み出し、また、ケアする人の倫理的理想が高まらないとき、ケアする人はケアリングの対象であるということを明確に述べている (ibid., p.20)。だが、ケアリングはケアする人とケアされる相手との受容的な関わりによって生まれるものである。そのため、ケアする人の立場からの説明だけでなく、関係性の観点からの「倫理的ケアリング」についても論じる必要がある。この点についての指摘はすでに多く存在するが、筆者はこの指摘に加え、ノディングズは、「自然なケアリング」についても十分に述べていない部分があると考えられる。

先述したように、ケアされる相手のために何かを「したい」と感じることや、この人が良い状態であるために何かを「しなければならない」という感情が沸き起こるものが「自然なケアリング」であった。だが「自然なケアリング」には2つの理想がある。その1つは単純に、自然もしくは限りなく自然といえる1) 自然に近いタイプの理想である。そしてもう1つは、ケアする人が倫理的理想を高めることによって生み出される「自然なケアリング」のタイプ、つまり2) 意識的に高められたタイプの理想である。この2つの理想を「自然なケアリング」という1つの枠で括ってしまうのは問題がある。なぜかという、1) 自然に近いタイプの理想は、自然な現象としてのケアリングであるのに対して、2) 意識的に高められたタイプの理想は、過去における自身の、ケアされ、ケアしたという記憶をイメージすることが求められる。この過去の記憶のイメージは、その時の具体的な状況の違いや、そのイメージに至るまでの過程も違ってくるはずである。そのため、個人によって抱くイメージは異なり多様であるため、自然な現象としてのケアリングと全く同じとは考えにくいからである。

ここで、誤解のないように補足しておくが、筆者は「自然なケアリング」を、1) 自然に近いタイプの理想と2) 意識的に高められたタイプの理想の2つに区別しようとしているのではない。「自然なケアリング」にも多少の程度の違いはあり、画一的なものではないということを指摘しているのである。

2. 「自然なケアリング」の境界について

ノディングズは、ケアする人の倫理的に応答すべきという判断があって、次第に自然なケアリングへと導かれていく、というケアリングのもつ流動性について次のように述べている。「わたしたちは、自分たちのケアするという応答が自然的なものであるのか倫理的なものであるのかを、必ずしも確実

に決定できるというわけではない」(ibid., p.132)。そうすると、ケアする人にとって「自然なケアリング」よりも「倫理的ケアリング」の感情が多くを占める場合もあれば、その中間に位置する場合もある。もしくは、ケアされる相手との関係性のなかで次第に「自然なケアリング」に近づき、気がつく限りなく「自然なケアリング」に近い感情が生まれるかもしれない。単純にケアされる相手のために何かを「したい(行いたい)」というベースがあったとしても、ケアする人は時にそう強く感じるときと、あまり強く感じないが、それでもケアするという倫理的行為に達するときがあるのだ。

つまり、「自然なケアリング」は、ケアの対象がどのような相手であっても、その人のために何かを「したい」というケアする人の感性や感受性によって支えられている。何かを「したい」という感情は、強くそう感じるときと、そこまで強く感じないときがあるように、常に一定とはいえない。仮に相手のために何かを「したい」という感情が弱まった場合、自己の感情の調整を必要として、2) 意識的に高められたタイプの理想 を高めることが求められる。このように、少なくとも相手のために何かをしたいという感情を呼び起こすための自己の感情調整という精神的エネルギーを要することから、1) 自然に近いタイプの理想 と 2) 意識的に高められたタイプの理想 を同等とみなすことはやや不自然であると筆者は考える。

ここまでケアリングは流動的であるということ述べたが、ケアリングは常に一定しない捉えどころのないもの、と受け止められる可能性があるため、ここで少しだけ説明を加えておく。たしかに『広辞苑』によると流動的とは、「流れ動いていること。状況・情勢が一定せず変わりやすいこと」(新村 2008, p.2957) と解説されている。しかし、ケアリングは状況によって変化するという多様性があり、また、ケアする人、ケアされる人の応答によって成立する。たとえ状況が変化したとしても、ケアする人の相手への気づきや思いが留まることなく常に変動しつづけるとは考えにくい。ケアリングが捉えどころのないものだとすれば、相互の関係性は成立できないということにもなってしまう。

これらのことから、「自然なケアリング」を一括りに捉えるのではなく、「自然なケアリング」は、1) 自然に近いタイプの理想と、2) 意識的に高められたタイプの理想、この2つの理想を含み関連しあっていることを理解し、細かく分けて捉えていく必要があると考える。

Ⅲ. 看護におけるグリーフケアーケアリングの流動的諧調性

ここからは、看護師の立場からケアの倫理(「倫理的ケアリング」と「自然なケアリング」)、およびグリーフケアをみていく。看護師は「倫理的ケアリング」と「自然なケアリング」この2つのケアリングの概念をどのように見極めるべきかを考察する。さらに、この2つのケアリングの概念から遺族のグリーフという特定の場面におけるケアリングの特性を考察する。

1. グリーフケアにおける「自然なケアリング」の限界

ノディングズは、単に倫理的な役割を果たすことの義務に押し潰されて、ケアを重荷と感じている状況や、何らかの決まった規則に従った型通りのケアなどは、本来「ケア」と呼ばれるに値しないと断言している(ノディングズ 2012, pp.20-1)。さらに、ノディングズのいうケアリングは、普遍的なケアリング(万人に対するケアリング)という考え方を拒否し、また、どのようなひとでもケアすることを可能とすること、そして、この必然性を多くの人が倫理的な責務であると考えていることを

指摘する (ibid., p.29)。

では、看護師が一切の私的感情を除いた職業人として、人の心の奥底に触れるまで共感することは可能だろうか。グリーフの渦中にある遺族は、時に「生きる意味」さえも見失うほどの悲しみや、大切な人を失ったことによる喪失感、先の見えない不安感や絶望感に陥ることもある。ノディングズのいう「専心没頭」とは、ケアする人が単に相手の感情をくみ取るだけでなく、相手の気持ちを受け入れることでもある。看護師が、この「専心没頭」によって遺族のグリーフを共感することは、遺族に対して抱く肯定的な個人的感情、あるいは利他的な感情（自己犠牲とは異なる）を必要とする。遺族のグリーフをそのまま自分も感じることができれば、遺族に対して何かを「したい」という動機づけが生まれる。しかし、少しでも他の患者や他のナースの様子が気になったり、あるいは残っている業務や時間を気にしたりした場合、それは完全なる「自然なケアリング」とはいえない。

看護師の業務は、人命にかかわる仕事である。そのため、医療行為の場面に限らず、そうした場面以外でも患者を危険からまもるための注意力を必要とする。特に入院中の患者の場合、住み慣れた自宅の環境とは異なるため、疾患による身体の状態や環境の変化による転倒・転落といった危険リスクは自宅に居るとき以上に高くなる。

例えば、ベッドから車いすへの移動を介助する場合、疾患・症状によっては、めまい、ふらつきなどが生じて転倒につながる危険性を予測しておく必要がある。そのため、看護師は移動介助する際にはあらかじめ検査データや症状の程度、筋力の程度、まひの有無、意識状態、睡眠状態、視覚障害の有無などといった身体の情報を得ておき、さらに心理的状态として、本人の意欲や過去に転倒の既往はないかなどの情報も得ておく必要がある。こうした情報を統合して、患者にあった移動介助の方法を考えることで、はじめて患者が意欲的かつ安全に移動できる介助技術の提供につながる。このように看護師は、一つひとつの看護行為に対して細かい分析や判断、注意力、配慮が求められるなかで1日に複数の患者の援助を行いつつ、時間指示された診療の補助も行うことになるため、分刻みのタイムマネジメントを要求されることも多い。また、扱う医療機器・材料・薬剤などによる被爆、感染、外傷、アレルギーなど看護師自身の身体的リスクの危険回避にも注意を払わなければならない。このような現状において、わずかでも業務中であるという職業人としての感情や患者以外にとらわれる事象がある場合、完全なる「自然なケアリング」の感情になることは困難であり、たとえ、一時的に業務のことをわきに置き、専心没頭できたとしても、すぐに現実に引き戻されるのである。ただし、組織の体制によっては、グリーフの状態にある人とのかわりにおいて、業務や周りを気にせず遺族と十分に向き合う時間の確保が可能な場合もあるかもしれない。だが、労働者という自分の立場を完全に切り離すこと、あるいはコントロールすることは、これも相当なエネルギーを要することになる。

2. 看護師とグリーフの状態にある人との関係性におけるケアの職業的境界

遺族が大切な人を喪ってグリーフの状態にあるとき、第三者の視点からは、単にその人が悲しんでいる姿、その現象のみを捉えていることがほとんどであろう。しかし、実際は遺族の内部環境におけるさまざまな事象との関係性のなかにあることが推測できる。例えば、遺族が故人を偲ぶとき、それは遺族と故人の関係性のなかにある。または、遺族本人が専ら悲しみ、自分の世界観のなかで、自問自答しながら過去や未来の自分と対話しているかもしれない（「これから私はどうしたらいいのか」「もっとあのときああしていればよかった」など）。あるいは、この場で大声を出して泣くことはでき

ない、と周囲の環境にいる人たちとの関係性を配慮しているかもしれない。このように人の心のなかには、その本人にしかわからないことがあるのは当然であり、他者が勝手な憶測だけで決めつけることは、とても危険である。それは相手を傷つける結果を招くことになりかねないし、看護師はケアの方向性を大きく誤ることにもつながる。確かにいえることは、遺族には遺族の世界があり、何かしらとの関係性のなかにある、ということである。そこへ第三者の立場である看護師が少しでも関わるということは、責任が生まれるということでもある。

看護師と患者の関係性について考えたとき、看護師が、職業的な境界を越えて、患者との距離が近づきすぎてしまうと、看護職の信頼を損ねかねない。看護師と患者の関係性が職業的な境界を超えないよう、カナダ・ブリティッシュコロンビア州（BC州）の看護協会（British Columbia College of Nursing Professions : BCCNP）では、「看護師－患者の関係と職業的境界線」という「治療的境界」の概念を示したガイドラインがある（Boundaries in the Nurse-Client Relationship）。このガイドラインによると、看護師の個人的な利益のために、患者を犠牲にするような言動をとること、例えば、恋愛関係や性的関係、金銭の授受、あるいは高齢者に対して尊敬のない友達に語るような言葉遣いなどが示されている。また、基本原則の8番目に、「看護師は時に家族や友人をケアしなければならないときがある。そのような場合、可能であれば全般的な責任を他の医療提供者に委ねるべきである」と示している。さらに、基本原則10番目にも「看護師が2面的役割をする場合、患者に対して、プロとしての行動か、個人的な行動かを患者に明らかにしなければならない」とあるように、看護のプロフェッショナルとして、私的感情を一切入れないことを明文化している。

わが国にこのようなガイドラインはないが、看護師としての態度・行動の規範、看護専門職者としての責任の範囲を社会に示すものとして「看護者の倫理綱領」がある。この条文7に「看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ」（日本看護協会2020, p.73）と示されている。これは看護師の業務に関する法的責任の範囲と実施した結果責任について示しているが、看護師と患者との関係性については触れていない。また、厚生労働省「医療機関における外国人患者受け入れ環境整備事業」の標準テキストには、すべての患者（利用者）へ、いかなる場合でも個人的な利益や感情に流されることなく、客観的に判断、行動ができることを求め、たとえそれが自分の家族や親しい友人、知人であっても、中立・公平性を守ることが記されている（高嶋ら2009, p.106）。医療の現場ではこのような対応を求められるが、医療者と患者・利用者との関係性におけるケアの職業的境界について明文化されたものは今のところ見当たらない。

3. 看護の職業的の視点からみたケアリングの境界について

看護師は人命を扱う医療専門職者として、自律的な判断が求められる（ibid.）。そのため、自律した看護職の担う責任は、「法的責任」と「倫理・社会的責任」この2つのレベルに分けて考えられている（綿貫2004, p.51）。看護師の業務における「法的責任」は、「保健師助産師看護師法」（以下、「保助看法」と略す）に条文として規定された内容である。「保助看法」第5条に示されている看護師の業は、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことである。与薬や医療機器の管理といった医療に関わる行為だけでなく、食事や入浴の介助、移送といった医療に関連しない行為においても法的責任を問われることになる。また、看護師としての品位を損するような行為（「保助看法」第14条）や、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らした場合（「保助

看法」第42条)なども法的責任に含まれる。一方「倫理・社会的責任」とは、たとえ法による規定や罰則がなくとも、人として、あるいは専門職として果たすべきことを求められる責任である(平野2016, p.99)。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」は、看護実践を行う看護者の行動指針であり、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである(日本看護協会2020, p.72)。

石原逸子は著書『看護倫理』のなかで、患者への対応の場面において看護師が「倫理・社会的責任」を果たさなかった事例を次のように示している。夜間勤務中のA看護師は、複数の患者から同時に依頼を受け、その中の1人に身体の苦痛を訴える患者も含まれていた。A看護師は優先順位の判断に迷ったが、最終的に自分が親近感を抱いていた患者の依頼を優先させた。

この事例で石原は、幸いにも他の看護師が、A看護師の優先した患者以外の他の患者の依頼に対応をしていたため、「看護者の倫理綱領」にある看護師の責任「苦痛の緩和」に関して法的責任を問われることはないが、看護師としての「倫理的責任」は果たせていない、と指摘している(石原2018, p.110)。つまり、この事例における「倫理・社会的責任」とは、A看護師の私的感情のみを判断基準としてケアを優先させたという、看護師としての自律的な判断に対する責任である。なお、この点について、看護師のケアは法的責任を最優先させるべきか、という意見が生じるかもしれないが、ここではケアリングという関係性について述べている。関係性において法的規制はないことから、ここでは詳しく触れない。

このように、A看護師の判断を誤った要因は、看護の倫理原則の1つである「正義の原則」にあるケアの公平性と、身体的苦痛を訴えているとわかっていながらも、自身の感情を優先させた、自律的判断能力の未熟さにある。しかし、A看護師の判断をケアリングの視点に変えて考えるならば、これは、自分が親近感を抱いている患者を優先的に「ケアしたい」という「自然なケアリング」に導かれた行動、と捉えることもできる。また、A看護師に生じた判断の迷いは、職業人としての「倫理的ケアリング」の必要性和責任によるものだといえる。つまり、A看護師のなかで「自然なケアリング」と「倫理的ケアリング」のせめぎ合いの状態だったといえる。このように、看護師は判断に葛藤が生じるだけでなく、看護師の「自然なケアリング」が強いか弱いかといった程度によって、この2つのケアリングの度合いが変わる。したがって、「自然なケアリング」と「倫理的ケアリング」に明確な境界はない、ということがいえる。また、看護師は、「自然なケアリング」に導かれるままの行動や判断のみに頼り、限局してしまうと、「倫理・社会的責任」を追及されることもつながってしまう。

4. グリーフケアに影響を与える看護師の感性

看護師は遺族によって異なる悲しみに対してどのように応答し、ケアしているのか。看護師によるグリーフケアにおいては、遺族の悲しみに対するケア(解決)に決まったアルゴリズムは存在しない。そのため、大切な人の命を喪った遺族の感情を推察しつつ、遺族の反応からニーズの有無とケアの必要性を判断している。つまり看護師は、直感や経験則といった感性に頼りながら、今やるべきケアと、そのケアへの介入の優先順位や手段を判断している。

しかし、遺族の悲しみは、家族間の関係性、あるいはその場の状況や環境・空間などとも深く関係するため、多面的で個人差がある。例えば、病室が個室であれば、遺族は周りの人たちに対して気兼

ねなく向き合えるが、大部屋ではそうはいかない。あるいは、大切な人が息を引き取る瞬間の状況が緊迫していたり、騒々しい煩雑な状況下であったりした場合、遺族は混乱したり、呆然となったりすることもあるだろう。だが、反対に穏やかな状況下であれば、たとえ平常心ではないにしても、故人としっかり向き合えることができるだろう。さらに、もう長い期間、殆ど顔をあわせていなかった親族同士が集まった場合などでは、そこに流れるよそよそしさや気まずさといった空気感が生じるかもしれない。このように、遺族の悲しみは周りの環境に少なからず影響を受けるといっても過言ではない。しかし、アメリカの心理学者ウィリアム・ジェームズ (William James) は、身体と感情の関連について、環境の変化に即して身体に変化が先行して生じ、そのあとに感情が伴うと主張している。つまり、泣くという事実の知覚に引き続いて起こる身体的変化 (生理学的変化) によって悲しみの感情を自覚するのである (James 1884, p.190) (「ジェームズ=ランゲ説; James-Lange theory」)。また、1964年、アメリカの社会心理学者スタンレー・シャクター (Stanley Schachter) とジェローム・シンガー (Jerome Singer) による「二要因説 (two-factor theory)」について、藤永保が「環境変化によって生じた生理的覚醒と状況が照合されて生ずる認知的解釈が、感情経験のバリエーションを生じさせる」と説明している (藤永 2013, p.90)。

これらの説からも、遺族のグリーフ (悲しみ) は周りの環境と深く関与しているといえる。単に大切な人を喪うという事実 (刺激) に対する人の反応に、流涙する自分を知覚し、なおのこと悲しい気持ちを増強させる。さらに、悲しい気持ちは泣いている自身のみならず、周りからの「悲しいですね」「つらいですね」といった反応が加わることによっても増強されることになる。つまり、遺族の側にいる看護師もその要因となりうるだけでなく、看護師の「死別」に対する認識や感性によって、相手に与える影響も異なるということになる。また、これは看護師の認識や感性のみならず、遺族の気持ちを理解しようとする共感能力や、感情のセルフコントロールによっても異なってくる。いずれにしても、その場にいる看護師自身がどのようにその事象を捉えたか、このことによって後の看護師の行うケアは、大別すると客観的なマニュアルに沿った職業的行動を選択するか、あるいは主観的な自身の感性に従う自然な行動をとるか、といった判断による選択になる。

5. リジリエンスの視点からみたグリーフの境界について

前項で筆者は、看護師によるグリーフケアは、遺族の悲しみに対するケア (解決) に決まったアルゴリズムは存在しないため、看護師の直観や経験則といった感性に頼りながら、今やるべきケアと、そのケアへの介入の優先順位や手段を判断している、ということ述べた。また、周囲の環境によってグリーフは変化する特徴があり、看護師も遺族の身近に存在する環境因子となるため、影響を及ぼすことを指摘した。

そこで、グリーフケアの場合においても「自然なケアリング」と「倫理的ケアリング」と同様に、程度や境界の違いはあるのか。これをケアされる人の立場 (グリーフの状態にある遺族) から考察していく。

大切な人を喪った遺族の悲しみの程度は、当然ながら個人差があるため、他者から明確に判断することはできない。しかし、アメリカの心理学者ジョージ・ボナーノ (George Bonanno) は、「幸い、わたしたちのほとんどにとっては、悲嘆はけっして圧倒するようなものでも、終わりのないものでもない。喪失体験のもたらす苦悩は恐ろしいものではあるかもしれないが、私たちのほとんどにはリジ

リエンス (resilience) があるのだ」(ボナーノ 2014, p.19) と述べているように、悲嘆においてもホメオスタシスが働くため、本人の能力を発揮できることについて、多くの事例に基づき実証的な考察をしている。

ボナーノは、これまでの悲しみに関する研究の歴史から示されてきた「悲しみは乗り越えるべき」という概念や、悲しみを乗り越える作業(グリーフワーク)の代表的な概念モデルである「段階モデル」などについて、十分な検証がなされていない古い精神医学モデルとして批判的な見解を示している。ボナーノはこのような疑問から悲嘆や死別に関する臨床研究調査をはじめ、長年にわたる自身の研究結果から「レジリエンス」について科学的根拠に基づき論じている¹⁾。

遺族の悲しむ姿は一見すると、もう立ち直れないのではないかと誰の目にも映るかもしれないが、実は遺族の内部では、レジリエンスという力が働いていることも看護師は理解すべき重要な視点となる。これらのことから、遺族が喪失体験に伴う苦悩について、次の2つに表現することができる。1つは、グリーフが遺族を圧倒する場合、それは「重いグリーフ」と表現することが可能である。そしてもう1つは、遺族が高いレジリエンスをもっている、あるいは遺族のこれまでの人生のなかで、故人との関係性によって深い悲しみを感ぜない人、そもそも恵まれない環境によって悲しみをあまり感ぜない人、周りの環境に気が散ってしまっている人、このように様々な条件によって、あまり悲しみを感ぜていない場合もあり得る。このような場合のグリーフを、「軽いグリーフ」と表現できる。1つ目の「重いグリーフ」は、遺族と故人との「自然なケアリング」と同様に専心没頭の状態であり、また、2つ目の「軽いグリーフ」は、遺族の倫理・社会的立場を含んでいることから、「倫理的ケアリング」と同様に位置すると考えることができる。これらには明確な境界はなく、また、二極化しているものでもない。グリーフの「重い」「軽い」、ケアリングの「自然なケアリング」「倫理的ケアリング」は、常に双方の要素が混じりあう。つまり、ケアリングという関係性においては法的規制がないため、濃淡のある流動的諧調性になっており、常に一定ではないということがいえる。

ここで筆者がケアリングの関係を「流動的諧調性」という言葉で表現したが、ケアリングが流動的であるということは先に述べてきた。もう一つの諧調性という用語は『広辞苑』によると「画像の明部から暗部までの明るさの段階。また、その変化の度合。グラデーション」(新村 2008, p.466)と解説されている。ケアリングにおける諧調性とは、例えば、看護師が患者とのケアリングにおいて、その時々に関わる内容や状況によって、ルーティンの日常業務を中心とした関りの場面もあれば、一刻を争う生命の危機的状況などでは、気がつくや自然なケアリングの感情になっていることもある。したがって、必要されるケアの程度や、関係性の構築状態などによって、ケアリングには度合い(諧調性)が生じ、その度合い(諧調性)によって流動的に変動するということがいえる。

このように、ケアリングの倫理(「自然なケアリング」「倫理的ケアリング」)と看護におけるグリーフケア、この双方は、ケアリングの関係性という本質の部分は同じである。そして、グリーフの「重い」「軽い」という程度による諧調性と、看護師の「自然なケアリング」が強いか弱いかといった程度によって、「自然なケアリング」「倫理的ケアリング」の度合いが変化し、双方の要素が混じりあう。これらのことから、ケアリングの倫理とグリーフケア、これらには、共に流動的諧調性という特性がある、ということがいえる。しかし、看護におけるグリーフケアは、遺族との関係性の構築のための時間や相手と向き合うための時間を必要としたり、感情管理を求められたりすることがある。これは、グリーフケアが看護師のルーティンのケアに位置していないとも考えられるため、看護師に

とってグリーフケアはケアの一種であるが、必ずしも看護におけるケア一般とは同一ではなく、特別なケアであるといえることができる。また、かなり倫理的ケアリングの方に重心が向いていると考えられることから、そもそもケアリングのはじまりの位置も、通常のケアの場合とは異なると考えられる。しかし、倫理的ケアリングに位置するからといって、決して重心を置く方向に向かっているのではない。流動的諧調性という特性があることから、倫理的ケアリングに自然なケアリングが流れ込むことが可能となるのである。この流れ込むというのは、ノディングズがケアリングの本質的な要素とする「動機の転移」の説明において、次のように示している。「動機の転移」とは、他の人のために何かをしようとするときに動機づけるエネルギーであり、このエネルギーは、他の人や、その人の目的に流れ込む（ノディングズ 2012, p.51）。また、深谷は、「動機の転移」の説明を次のような例を挙げて説明している。あるひとが見知らぬ A に声をかける。その人は A に対して、自分の荷物をロッカーに預けたが、その場所が分からなくなり、このままでは帰宅できないと主張してくる。はじめは自身自身の問題や課題ではなかったが、話を聞くにつれて、相手とその課題にエネルギーが注がれていく。そして、ケアする人の相手を助けたいという思いや、相手への共感へと意識が転移する（深谷 2014, pp.31-2）。このように、本稿における流動的というのは、エネルギーが相手に注がれて混じり合っていく、という表現にかなっている。

看護師は、たとえ「自然なケアリング」ができなくても、職業人としての意識と責任から「倫理的ケアリング」によって補完できる。しかし、「ケアリング」「グリーフケア」を一定の枠組みのなかでのみ捉えてしまうと、どのように関わるとよいのか悩み、あるいは普遍的なケアに頼りがちになるためジレンマが生じてしまう。また、看護師として「倫理的ケアリング」を高め、または維持しようとするなか、多重業務によってそれが阻害される、あるいは、倫理的判断を強いられるとき、ストレスが生じてしまう。そのため看護師は、相手とのケアリングにおいて、ケアする相手が職業人としての看護師との関係性を求めているのか、あるいは人間としての関係性を求めているのか、これらを見極め対応できることが重要となる。そのとき、これらの流動的諧調性という特性は、ケアする相手が看護師にどのような関係性を求めているのかを見極める際に役立つと考えられる。また、ケアリング自体にも同様に流動的諧調性という特性があるため、「倫理的ケアリング」のなかに「自然なケアリング」が入り込むというケアリングが可能となる。

おわりに

本稿は、ネル・ノディングズのケアリングの倫理を手がかりにして、看護におけるグリーフケアとは何かについて考察した。その結果明らかになったのは以下の二点である。まず、ケアリングの関係性におけるグリーフには、「重い」「軽い」という程度が存在し、そこには常に双方の要素が混じりあう流動的諧調性という特性がある。また、ケアリング自体にも同様に、流動的諧調性という特性があるため、「倫理的ケアリング」のなかに「自然なケアリング」が流れ込むというケアリングが可能となる。

注

¹⁾ ボナーノの著書では『レジリエンス (resilience)』と訳されているが、他の著書では「resilience」を「レジリエンス」と表記されていることがある。これは、単に英語とフランス語の発音の違いからくる日本語表記の違いであり、どちらも意味は同じである。本稿ではボナーノの著書にある「レジリエンス」を採用している。また、「レジリエンス」はさまざまな分野で少しずつ異なる意味で使われるため、厳密に定義することは難しく、それぞれの分野で定義に僅かな差異はある。

<引用・参考文献>

和文

- ・石原逸子 (2018) 「看護倫理とはなにか」、宮坂道夫 (他) 編『看護倫理』、医学書院、pp.95-118
- ・ウォーデン・W (山本力監訳) (2011) 『悲嘆カウンセリング―臨床実践ハンドブック』、誠信書房 [Worden W. [2008] *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, Springer Publishing Company]
- ・小笠原知枝 (2018) 『エンドオブライフケア看護学―基礎と実践』、ヌーヴェルヒロカワ
- ・小此木啓吾 (2005) 『対象喪失―悲しむということ』、中央公論新社
- ・小島操子 (1991) 「末期患者の近親者への悲嘆への援助」、デーケン・A (他) 編『ターミナルケア』、Vol.1 No.6、青海社、pp.375-8
- ・加藤雅志 (2012) 「診療報酬の変遷と現状 1. 病院・緩和ケア病棟」、志真泰夫 (他) 編『ホスピス緩和ケア白書 2012』、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、pp.90-3
- ・キューブラー・ロス・E (鈴木晶訳) (2009) 『死ぬ瞬間 死とその過程について』、中央公論新社 [Kübler-Ross, E. [1969] (1971) *On Death and Dying*, Scribner Macmillan]
- ・坂口幸弘 (2010) 『悲嘆学入門』、昭和堂
- ・坂口幸弘 (2012) 『死別の悲しみに向き合う―グリーフケアとは何か』、講談社
- ・佐藤聖一 (2010) 「看護におけるケアリングとは何か」、『新潟青陵学会誌』、第3巻 第1号、pp.11-20
- ・島藺進他 (2019) 『グリーフケアの時代―「喪失の悲しみ」に寄り添う』、弘文堂
- ・新村出編 (2008) 『広辞苑』、第六版、岩波書店
- ・高嶋愛里・重野亜久里・井出みはる著 (2009) 「医療通訳者の行動規範 (職業倫理)」、重野亜久里・前田華奈・横山志都子・徳岡香奈子・緒方典子編『医療通訳』、一般財団法人 日本教育医療財団、pp.95-115
- ・多田羅竜平 (2009) 「小児緩和ケア概論」、『育療』、日本育療学会、第42号、pp.3-9
- ・筒井真優美 (2018) 「ケアリングの概説」、『KEIO SFC JOURNAL』、慶應 SFC 学会、Vol.18 No.2、pp.136-155
- ・デーケン・A (1992) 「悲嘆のプロセス―残された家族へのケア」、『死を看取る』、メヂカルフレンド社、pp.255-274
- ・日本看護協会 (2007) 「第Ⅱ章 看護 2. 看護ケア・ケア・ケアリング」、井部俊子 (他) 編『看護にかかわる主要な用語の解説―概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈―』、日本看護協会、pp.13-4

- ・日本看護協会編 (2020) 『看護に活かす基準・指針・ガイドライン集 2020』、日本看護協会出版会、pp.72-8
- ・日本看護協会 HP 「看護者の倫理綱領 (2003)」、
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (2020年8月31日アクセス)
- ・日本緩和医療学会 HP 「WHO (世界保健機関) による緩和ケアの定義 (2002)」定訳、
<https://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html> (2020年11月14日アクセス)
- ・西田絵美 (2015) 「メイヤロフのケアリング論の構造と本質」、『佛教大学大学院紀要・教育学研究科篇』、佛教大学大学院編、第43号、pp.35-51
- ・西田絵美 (2018) 「看護における〈ケアリング〉の基底原理への視座：〈ケアリング〉とは何か」、『日本看護倫理学会誌』、vol.10 No.1、pp.8-15
- ・ニーマイヤー・R (富田拓郎・菊池安希子監訳) (2007) 『喪失と悲嘆の心理療法—構成主義からみた意味の探究』、金剛出版 [Neimeyer, R. [2001] *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Amer Psychological Assn]
- ・ノディングズ・N (立山善康他訳) (2012) 『ケアリング 倫理と道徳の教育—女性の視点から』、晃洋書房 [Noddings, N. [1984] (1997) *Caring - A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*, University of California Press]
- ・平野互 (2016) 『看護倫理—より看護・よい看護師への道しるべ』、南江堂
- ・深谷友里香 (2014) 「ネル・ノディングズのケアリング論についての一考察—「行い」と「関与」に着目して—」、『武庫川女子大学大学院 教育学研究論集』、第9号、pp.29-35
- ・福井小紀子 (2018) 「看取りケア：その背景と考え方」、福井小紀子編著 『病院からはじまる在宅看取りケア—地域包括ケアシステムのなかで病院・在宅・施設をつなぐ』、メヂカルフレンド社、pp.2-9
- ・藤永保監修 (2013) 『最新 心理学事典』、平凡社
- ・ボナーノ・J (高橋祥友訳) (2014) 『レジリエンス—喪失と悲嘆についての新たな視点』、金剛出版 [Bonanno, J. [2009] *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us about Life After Loss*, Basic Books]
- ・山本力 (1996) 「死別と悲哀の概念と臨床」、『岡山県立大学保健福祉学部紀要』、第3巻1号、pp.5-13
- ・レイニンガー・M (稲岡文昭監訳) (1995) 『レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性』、医学書院 [Leininger, M. [1991] *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*, New York: National League for Nursing Press]
- ・綿貫恵美子 (2004) 「看護職の法的責任認識とその関連要因に関する研究」、『日本看護研究学会雑誌』、27 (1)、pp.51-8

欧文

- ・Boundaries in the Nurse-Client Relationship, British Columbia College of Nursing Professions (BCCNP),
https://www.bccnm.ca/Standards/RN_NP/PracticeStandards/Lists/GeneralResources/RN_NP_

PS_Boundaries.pdf (2020年8月31日アクセス)

- ・ James, W. (1884) : What is an Emotion?, *Mind*, Vol.9 No.34, Apr, pp.188-205

Fluid Gradation in Grief Care – An Approach from Ethics of Caring

SAKAMOTO, Yoshie

In clinical settings, nurses may be required to provide grief care to those experiencing bereavement. Although grief care is a part of care, it cannot always be equated with general care in nursing. In this article, we discuss what grief care is in nursing, using Nel Noddings' ethics of caring as a reference. The following two points were clarified: first, grief in relationship with caring, had different levels, such as 'severe' and 'mild', and is characterised by fluid gradation that is always formed by a combination of elements on both sides; second, as caring itself is also characterised by fluid gradation, it is possible to practice caring wherein 'natural caring' streams into 'ethical caring'.