

近代日本における死と看取りの変遷：
明治期から昭和初期に焦点をあてて

Changes in Death and End-Of-Life Care

from the Meiji Period to the Early Showa Period

in Modern Japan

大川 美千代

Ohkawa, Michiyo

2016年度 博士（看護学）論文

指導教員：高田 早苗

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科

抄録

I. 研究の背景と目的

現代の日本では、80歳以上の高齢者が死亡率の約半数を占めるなど、高齢化のスピードは極めて早く、高齢化は必然的に医療や介護を必要とする人々を増加させた。また、全死亡の8割が病院や施設で死を迎えるなど、人の死は医療とは無関係には済まされないプロセスとなっている。政府は高騰する社会保障費対策として、在宅療養を強力に推進しているが、病院や施設で死を迎える人がほとんどであったこれまでの経緯から、地域での看取りには様々な困難があるであろうことが指摘されている（新村, 1998）。

死と看取りの変遷を探究した代表的な研究には、Aries (1975/1983) の死のタブー視、Ilich (1976/1979) の死の医療化に関するものがあり、死について語りことや人が医療の介入なしに死ぬことが難しくなった歴史が述べられている。19世紀、西洋では正規の教育を受けた看護婦が登場し、修道女とともに看取りを行ったこと（Nolte, 2009）、日本の死と看取りは、明治期の神仏分離令による仏教看護の崩壊、臨終の場への医師の立ち会い、伝染病の流行によって変容を被ったこと（小稗, 2007）、また戦前までは家庭看護書にも職業看護に匹敵する内容が記されていたものが、戦後は臨死期のケアに関する情報が少なくなったことを明らかにした研究がある（大出, 2013）。

本研究では、近代的看護が始まった明治初期から日中戦争が始まる前の昭和初期の時代的背景をもとに、死と看取りの変遷を明らかにすることを目的とした。西洋の看護婦養成に倣って、近代的な看護婦養成が始まったこの時期に、死にゆく人と看取りに関わる人びとが死をどのように捉えて向き合ってきたのか、人びとは瀕死の状態と死をどのように見極め、遺体をどう扱ったのか、どのような看取りが行なわれ、看護婦と看護を担う一般の女性には何が期待されていたのか、医師はどのように死と看取りに関わるようになったのか。以上の課題について時代とともに変化していったプロセスを探求する。

日本は高齢社会であるとともに長寿国となり、医療技術やシステムの発展は、本人や家族の希望により長く生きる機会をもたらした。その一方、ひとの死が深く医療に支配されるようになったことで、いつか来るはずの死が見えにくくなり、さらには自己決定が困難な認知症患者の治療選択や、脳死による臓器移植など、ひとの生や死はいったい誰のものなのかという問題も提示されている。死と看取りの変遷とそれに影響した要因を歴史的かつ構造的に把握することを通じて、看取りの時代的変遷を明らかにし、その本質と看護師

の役割を考察したい。

II. 研究方法

研究デザインは社会史のアプローチを選択した。対象とする時代は、明治維新が行われた 1868（明治元）年から日中戦争勃発前の 1937（昭和 12）年までとした。

史料は、人の死にかかわる法令を定めた行政資料と、病院、医師、看護婦に関する統計資料や二次文献を検討した。死と看取りについては看護テキスト、家庭看護書、家政学書、女性雑誌、新聞記事などの二次史料を対象として調査した。一次史料の補足として、この時代に書かれた小説、随筆、ルポルタージュなど、事実に基づいて書かれたと思われる作品を分析に含めた。この時代にはまだ看取りは家族中心に行われたことから、看護婦による看取りと併せて、一般女性が家庭で行っていた看取りも含めて検討した。

史料分析では対象期間における人びとの死と看取りの実態を、それらに影響を及ぼした要因のもとに解釈し、時代を通じて、死と看取りに関する内容に変化が見られた期間を区切り、それぞれの時代区分の特徴に応じたテーマをつけ、記述した。これらの解釈の過程においては、誤読や解釈の飛躍を避け、史実の解釈における妥当性と信頼性を確保するよう、研究指導教員のスーパーバイズを受けながら実施した。

本研究で収集する史料は、著作権を遵守して史料を所蔵する各施設・機関の規則に則り取り扱った。また本研究で得られた史料は、出典を明確にし、史実を故意に歪めるような解釈をしないように心掛けた。

III. 結果

死と看取りの変遷は、その特徴に応じて 3 つの区分に分けられ、その前史である「家長の責任としての死と看取り」、「法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り」、「生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り」、「医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り」の 4 つの区分のもとに記述された。

一つめの「A. 家長の責任としての死と看取り」は、前史としての江戸時代における死と看取りである。看取りは自宅で、家長を中心とした家族により行われた。覚悟のできていない病人に告知をして心を乱したり、臨終で親しい人が嘆き悲しむことで死にゆく人を煩わせたりしてはならないとされていた。滝沢馬琴の孫、太郎の看取りにみられるように、家族は一体となって死を引き受け、死にゆく人のそばを片時も離れず、交代で寝ずの看病

を行い、看取りを行った。

二つめの「B. 法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り」は、1868（明治元）年から1894（明治27）年までの期間の死と看取りである。戸籍法の整備、医師による死亡届の義務付け、伝染病対策としての避病院の設立と埋葬法の制定などの近代的な制度の介入によって、死と看取りは変容していった。正規の看護教育が始まったが、看護婦による看取りはまだ一般的ではなかった。海外を参考に編纂された看護テキストには、医師が不在の場合の死の判定のための死の徴候の観察や伝染病対策としての遺体の処置などの内容が掲載されるとともに、死に際しては臨終を妨げず、安らかに終命させる看護の重要性が示され、その後の看護テキストに引き継がれた。

三つめの「C. 生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り」は、1895（明治28）年から1912（明治45）年までの期間の死と看取りである。派出看護婦が増加し、伝染病が猛威を振るう中、人びとの死と看取りに立ち向かった。良妻賢母の育成のため、高等女学校でも死と看取りの看護が教えられるようになり、一般家庭の女性にも自宅で死を看取るための覚悟と専門的な知識が求められるようになった。個人として死に向き合い、自分の言葉で死について語る人も現れた。彼らが重要としたのは医療よりはむしろ看護の良し悪しであり、看護を担う女性には病人の心情を察し、闘病生活を支えることが期待された。臨終ではそれまでと同様、周囲の人びとが嘆いたり、引き止めたりせず、病人が死を遂げるのを静かに見守るといった厳かな死の看取りが行われた。

最後の「D. 医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り」は、1912（大正元）年から1937（昭和12）年までの期間の死と看取りである。医師と看護婦の増加により医療の利用が進むが、同時に医療の地域格差も生じた。医療を受けることなく死を迎える状況がある一方で、ひとの死への医療の介入が見え始めた。本人や家族が死を覚悟しつつある場面に医師が登場し、医療介入を勧めるようになって、家族も命が助かるあるいは延命の可能性に賭けるという考えを受け容れていった。女子教育の充実により、看護書の死と看取りの記述は家庭での実際をふまえた内容となり、普及した。死にゆく人にとっての看護の重要性に変わりはないと考えられるが、医療の背後に隠れ、前の時代よりも見えにくくなった。

VI. 考察

明治の初期から中期にかけて、西洋医学が導入されたが、医療の技術や体制は発展途上

にあり、ひとたび急性感染症が発生すると有効な治療もなく、多くの場合は死に至ったこともあり、人々はあきらめざるを得ない状況を多く経験していたと考えられる。個人として死と向き合い、生を全うしようとする人も現れたが、多くは家族で死を受け、死にゆく人を中心に看病をし、看取ったと考えられる。医師の往診体制が十分ではなかったことも幸いし、患者や家族が医療の利用を選択できる状況があった。

大正期から昭和期にかけて医療技術の進歩が見られると、少しずつではあるが死を免れたり、延ばすことが可能になり、医師は終末期の医療を提案し、家族もそれを受け入れるようになった。医療の発展は福音となったが、同時に医療に依存させることで、彼らが苦痛に対処し、死と向き合う力を無力化していったと考えられる。死のタブー視についても以前から存在していたが、医療の発展により、さらにその傾向が強くなったと考える。

一般家庭での病人の看護や死の看取りは、家族の中でも女性に求められるようになり、看取りに関する性別分業が進んだ。家庭での看病は容易なものではなかったが、看病の日々を経て、終着点となる死の瞬間には、人びとは死は避けられないものと覚悟し、静かに息をひきとるのを見守った。加藤他（1977/1977）は「一般に日本人の死に対する態度は、感情的には宇宙の秩序の、知的には自然の秩序の、あきらめをもつての受け容れ」と述べた。またその背景には「死と日常生活上との断絶、すなわち、死の残酷で劇的非日常性を強調しなかった文化」があると述べる。死は家族にとってはつらい別れであるが、宇宙の秩序とあきらめをつけ、死後も故人とつながっている感覚を持ち続けることで受けとめようとしてきたと考えられる。

今日の終末期医療では、死のコミュニケーションの難しさがあり、患者が治療に希望を持ち続け、侵襲の大きい治療を希望し、あるいは予後に見合った現実的な希望を叶えられないなどの困難な状況がある。また今日では社会での女性の活躍が求められるようになり、地域での死と看取りには困難がともなうことが予測されている。人びとが医療や誰かの世話を必要とするようになってから死を迎えるまで、長期の視点にたって生や死と向き合えるような支援が必要であるといえる。また医療技術は死にゆく人にとってもっとも妨げとなる身体的な苦痛を和らげはするが、それだけでは「安然の終命を遂げさせる」ことはできないという認識が重要である。死のときまで精一杯その人の人生を生き、安らかに亡くなれるように、死にゆく人と共に死の時を迎えることが求められているのであり、死にゆく人に寄り添う看護、このことが看取りの本質として受け継がれていると考える。

Changes in Death and End-Of-Life Care from the Meiji Period to the Early Showa Period in Modern Japan

Objective

The purpose of this study was to clarify changes in death and end-of-life care from the Meiji period to the early Showa period.

Method

This study used the social history approach. Administrative and statistical documents, nursing texts, home economics texts, women's journals, essays, reports and novels considered to have been written on a factual basis from 1868 to 1937 were studied. Data were extracted by focusing on death and end-of-life care by nurses and women in regular households, and interpreted on the basis of the historical context.

Results

Death and end-of-life care from 1868 to 1937 were divided into four periods that included their prehistory. Four themes of the periods are shown below.

A. End of life care as the responsibility of the head of the family

During the Edo period (1603-1868), terminally ill persons at home were cared by their family with the head of the family in charge. A person not ready for death should not be perturbed by being informed. At the dying moments, a person should not be upset by grieving relatives and friends at the bedside.

B. Changes of death due to legislations and infectious control: 1868-1894

The Family Registration Act made it obligatory for a notification of death issued by a doctor, and burial methods were prescribed against epidemics of infectious disease. Formal nursing education started. Nursing texts included observation of actual or apparent death when a doctor was not present and aseptic treatment of corpses. Texts also indicated the importance to end-of-life care quietly watching over the patient so that the patient could meet their end peacefully.

C. Dying at home and care by nurse and women in households: 1895 - 1911

Visiting nurses fought against infectious diseases and provided end-of-life care. As a good wife and mother, women in households were required to be ready and to have the knowledge to provide end-of-life care in the home. Patients nearing death relied on nurses and women more than on doctors, and nurses and women were expected to judge the feelings of patients and support their fight against illness in end-of-life care.

D. Death moving away from the person due to medical intervention: 1912 - 1924

Medical treatment became more widely available but regional differences appeared. Doctors began to recommend medical intervention for a person who had become resigned to death, or to their families. The importance of nurses to people nearing death did not appear to change, but became less apparent than in previous times because of the context of medical treatment.

Discussion

For the early Meiji period, the decision on providing medical treatment was made by the patient and their family, but eventually doctors began suggesting terminal medical care. As a result, death became harder to accept and was treated as a taboo for patients and their families. It is suggested that the essence of end-of-life care is honest relationships based on recognition that death is unavoidable and communication with consideration of the acceptance of death by the patient and the grief of the family, as well as calmly drawing near until the last moments of the patient so that death can be met with tranquil equanimity.

Keywords: death, end-of-life care, modern Japan, changes

目次

I. 序論	1
A. 研究の背景	1
B. 研究の目的	4
C. 研究の意義	4
II. 死と看取りに関するこれまでの研究の概観.....	5
A. 死のタブー視	5
B. 死の医療化	7
C. 西欧と日本の宗教による看取り	10
1. 西欧の宗教による看取り	10
2. 日本の宗教による看取り	11
D. 19世紀以降の死と看取りに関する看護歴史研究.....	12
III. 研究方法	15
A. 研究デザイン	15
B. 研究期間	16
C. データ収集	16
D. データの分析	18
E. 倫理的配慮	19
IV. 結果	19
A. 前史としての近世：家長の責任としての死と看取り	21
1. 家長の役割として認められていた看取り	21
2. 家制度の中での家族による死と看取り	22
3. 現世と別れるために心の整理をして迎える死と看取り	22
4. 死後もなおひととしての尊厳を求める	23
B. 開国から明治 27 年：法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り	24
1. 西洋医学の採用と衛生行政の整備.....	24
2. 医師・産婆による死亡届の義務付け.....	25
3. 伝染病の恐怖.....	27
4. 宗教から科学へ—遺体の取扱いと埋葬の変化.....	28
5. 西欧の教育を受けた看護婦の誕生.....	29

6. 派出看護婦会の立ち上げと看護婦養成のはじまり	30
7. 初期の看護テキストと家庭向け看護書にみる死と看取り	32
a. 正規の教育を受けた看護婦に求められた看取り	32
b. 家庭向け看護書における看取りの記述.....	36
C. 明治 28 年から明治 45 年 :	
生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り	37
1. 西洋医学を学んだ医師の開業.....	37
2. 派出看護婦会による看護婦養成と看護の質の低下.....	38
3. 派出看護婦による伝染病看護.....	39
4. 看護婦により執筆された看護テキストにみる死と看取り	42
a. 米国の看護テキストから導入された死と看取り	42
(1) 瀕死かどうかを見分ける意味.....	42
(2) 死後の遺体の変化と取り扱い.....	43
(3) 日本の看護テキストに使用されなかった宗教的理解に基づく死と看取り	44
b. 死に際して看護婦に求められた看取りの技と態度.....	45
(1) 瀕死の際に医師の来訪を求めること	45
(2) 死に対する看護婦の態度への言及.....	46
(3) 伝染病予防に重点を置いた死後の処置.....	47
5. 主婦と女子生徒に向けた死と看取りに関する知識の普及.....	47
a. 医師の来訪を求め、家族で安らかに看取る死.....	47
b. 真死と仮死の区別.....	48
c. 死後の処置	48
6. 死にゆく人が語る死.....	49
a. 主観的に感じる死と客観的に感じる死.....	49
b. 生きることは苦楽の問題.....	51
c. 哲学・宗教・小説から死を探求する	52
d. 病む人に寄り添い「心事を察する」看護を求める	54
7. 最期の一息を見守る看取り.....	55
a. 病気の経過とともに人目から遠ざかる	56
b. 息が絶えるその時まで家族全員で見守る	57

D. 大正元年から昭和 12 年 :	
医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り	58
1. 医師や看護婦の増加による医療サービスの一般化と地域格差	58
2. 雑誌記事などからみる派出看護婦の看取り	59
3. 日本の文化や宗教をふまえた看取りの記述	62
4. 女子教育の充実により普及された家庭での死と看取り	63
5. 医療技術が人の死に介入しはじめる	64
a. 死を覚悟して自分の生を全うする	64
(1) 医師の往診を依頼し、母の回復を祈る子どもたち	65
(2) 毅然とした態度での家族との別れ	65
b. 医療の介入によって延長させられた死	66
(1) 病む人の性質を熟知した家族による看護	66
(2) 可能性のある治療を勧める医師	67
(3) 本人の覚悟と子どもたちや門弟、友人に囲まれての別れ	67
c. 病いと闘った後に受け容れた静かな死	68
(1) 貧しいなかでの精一杯の看護	69
(2) 死を宣告されても持ち続ける希望	69
(3) 息づかいの変化に死を覚悟して静かに看取る	70
(4) 寒くないように揺れないように子を棺に納める	71
d. 死にあらがって手術に望みを託した後の死と看取り	71
(1) 人となりを変えてしまうほどの激しい苦痛	72
(2) 下肢切断という治療にかける	72
(3) 痛みから解放された僅かな時間での別れ	73
V. 考察	73
A. 時代とともに覆い隠される死の主体	74
1. 死の主体	74
2. 医療化による死への向き合い方の変化	75
B. 家庭の主婦や女性による看取り	76
1. 社会が女性に求めた看取り役割	76
2. 一般家庭の女性たちによる看取り	77

3. 「あきらめの死」—家族による死の受け容れ.....	78
C. 死にゆく人と家族にとっての看護.....	79
1. 死にゆく人とのコミュニケーション.....	79
2. 死にゆく人の家族に対するケア.....	80
3. 寄り添う看護.....	81
D. 本研究の限界と今後の課題.....	82
VI. 結論.....	83
謝辞.....	84
文 献.....	85

表目次

表 1. 明治中期以降に出版された死と看取に関する記述がある看護テキスト.....	32
表 2. 明治中期以降に出版された死と看取に関する記述がある家庭向け看護書.....	36
表 3. 大正から昭和初期に出版された死と看取に関する記述がある看護テキスト.....	91
表 4. 大正から昭和初期に出版された死と看取りに関する 記述がある家庭向け看護書・家事教科書.....	92

I. 序論

A. 研究の背景

死は、健康の如何にかかわらず誰にも必ず訪れるものである。古来、日本には不浄を意味する“けがれ”の思想があり、ひとの生き死には“けがれ”のひとつとして取り扱われ、忌み嫌われる対象であった。室町時代の末まで、人びとは死人に関わることを恐れ、臨終間際のひとを敷地内にある母屋とは別の小屋に隔離したり、道端や河原、寺などに遺棄する光景が見られたという（新村, 2006）。

538年に伝来した仏教は、国家の振興とともに全国に広まった。仏教は、極楽浄土¹への往生を遂げるため、臨終間際のひとに念仏を熱心に唱えることを説き、臨終に立ち会う者には、死に関わる不浄やけがれを厭うことなく最期まで看病することを求めた。医療や看病の場には、僧でありながら医者役割を担う僧医や、看病を中心に行う看病僧が出現し、死にゆく人の看護が行われた（新村, 1989）。キリスト教は平安時代に日本に紹介され、中世²になって次第に国内に根づき始めていった。キリスト教は繰り返し弾圧を受けながらも、仏教と同様に信徒による救済事業を盛んに行った（亀山, 1984a）。

江戸時代に入ると、幕府はキリスト教を禁止し、オランダと清国以外の外交を断つことになる。そのため日本の医療は、漢方薬を扱う漢方医が主体となり、蘭学を修めた蘭医が外科的分野で活躍した。江戸時代の中期になると、現在の病院に相当する「小石川養生所」が出現し、貧困層を収容して療養する施設として幕末まで運営された。病床は男女合わせて40名程度であり、7～8名の医者と約10名の下男・下女が看護にあたったものの規模は小さく、江戸時代、多くの場合は、自宅療養している病人を医者が訪問して診療を行った（福永, 2014）。当時の看取りは基本的に家庭において、家族を中心として行われていた。特に家長は、家族の看取りを責務として、死にゆく人の世話をした（柳谷, 2011）。

明治維新以降、日本では政治・社会の変革が推し進められ、人びとの生活様式は大きく変化した。ひとが生まれたときには出生届を提出し、死亡したときには死亡届を提出することで、戸籍を明確にすることが規定され、遺体の埋葬には医師による死亡診断書の届けが義務付けられて、ひとの生死が社会的に定義され、制度化された。また開港や鉄道などの交通網の発達にともない、疫病が頻繁に流行するとともに、明治政府が経済的発展を目

¹ 浄土教の理想とする仏の国で、念仏を唱えれば阿弥陀仏の本願力によってこの浄土に往生すること。

² 日本史では、鎌倉幕府成立（12世紀末）から室町幕府滅亡（16世紀末）までをいう。

指し急速に資本主義化を進めた結果として、都市部への人口集中、工業化による環境汚染が進み、結核が蔓延し、流行病の被害を拡大する要因となった（立川, 2007）。

1874（明治 7）年の医制の発布は、西洋医学への転換を推進した。帝国大学医科大学を頂点とし各府県に広められた西洋医学教育と、従来開業医のための移行措置を含む医師免許の登録制度が整えられ、各府県に教育と施療の場としての病院が整備されていた（菅谷, 1976）。看護においても、ナイチンゲール方式に則って、日本最初の近代的な看護教育機関である有志共立東京病院看護婦教育所が発足、外国人教師を招聘しての、あるいは海外の看護婦養成事業を参考にした本格的な看護婦養成が開始された。卒業した看護婦³は当初、病院がいまだ少数であったこともあり、派出看護婦会を発足させ、会に所属して、家庭や病院に出向いて看護を行い、さらに独自に看護婦養成を開始していった。大正期には、看護婦の資格条件を定めた登録制度が制定され、看護の資格制度が整えられた。こうして明治から大正、昭和にかけての近代化を通じて、日本における死の制度化、医療化、そして近代看護教育を受けた看護婦による看取りが行われるようになったと考えられる。本研究の関心もここにある。

現代をみても、65 歳以上の人口割合は、1990 年に 12.1%であったのが 2016 年には 27.2%まで増加し（総務省統計局, 2017）、日本の高齢化のスピードは極めて早く、高齢化は必然的に医療や介護を必要とする人びとを増加させた。また、人口 80 歳以上の高齢者が死亡率の約半数を占め（厚生労働省, 2015）、全死亡の 8 割が病院や施設で死を迎えるなど、ひとの死は医療とは無関係には済まされないプロセスとなっている。政府は高騰する社会保障費を問題としてとらえ、在宅療養を強力に推進、2006（平成 18）年には自宅、グループホーム、特別養護老人ホームなどでの看取りに優遇措置がとられるなど、自宅で死を迎えられるような制度を整備しつつある。しかしながら病院や施設で死を迎えるひとがほとんどであったこれまでの経緯から、地域での看取りには様々な困難がともなうであろうことが指摘されている（新村, 1998）。Ilich（1976/1979）は西洋における死の歴史を概観し、人びとが健康と長寿を志向するにつれ、死が避けられるべきものとなる一方で、高度な医療技術を駆使する医療システムにひとの死と看取りが取り込まれ、ひとが自然に死ぬこともできなくなってしまった現状を批判し、「死の医療化」と呼んだ。今日、日本が抱えている困難もこれと起源を同じくしている可能性がある。

日本の死と看取りの医療化には、もちろん戦後の保健医療改革、医療産業やテクノロジー

³ 看護師の名称は、その時代に表現されていた呼称を用いている。

一の進歩と疾病構造の変化、核家族化などが大きく影響している。しかし本研究では、明治期から昭和初期の日本の近代化が進む中での死と看取りの変遷に焦点を当てて探求することにした。その理由の一つは、諸外国と同様、日本においても近代における医療や看護は、まず病院において行われる前に家庭で訪問診療、あるいは訪問看護という形で行われていたことがあげられる。病院での死が一般的になる前の看護の看取りについては既存の研究が少ないうえ、この時代における死と看取りを明らかにすることは、今後、在宅や施設における死が増えてくると予測される現代の日本にとって示唆が多いと考えられる。もう一つの理由としては、時代の範囲が広がれば、当然のことながら詳細な調査が困難になることがあげられる。戦後の病院施設の増加と病院死の増加は、同じ関心のもとに探求されるべき課題ではあるが、今回は研究で焦点をあてる時代の範囲外とした。

本研究では、このテーマの解明に向けて、明治初期から昭和初期における死と看取りについて取り組むことにする。明治期は、近代国家としての体制づくりがなされた時代である。この時代の出来事として、西洋医学を主とした医療システムの構築（医制の発布を含む）、開国後にさらに猖獗を極めたコレラやチフス等の伝染病対策の一環としての検死システムの導入（死亡診断書提出の義務づけ）、そして看取りの文化に影響を及ぼした要因として神仏分離令があげられる。西洋の看護職に倣って、近代的な看護婦養成が始まったのもこの時期である。これらの社会的な変革が、家族がこれまで行ってきた死と看取りにどのような変化をもたらしたかを明らかにする。

また明治中期から大正期にかけて、今日でいう訪問看護すなわち派出看護婦会が隆盛を極めた。昭和初期ではまだ病院は一般的ではなく、看取りは各家庭や病院に派出看護婦が訪問して、病者の看護を行うことが一般的であった。この特徴を踏まえ、近代国家としての体制づくりがなされた明治期より昭和初期にかけて、各家庭において、また派出看護婦により看取りがどのように行われたのかを、女性を対象として発行された雑誌や看護書などから明らかにしたいと考える。

現在の日本は、高齢社会であるとともに長寿国となり、医療技術やシステムの発展は、本人や家族の希望により長く生きる機会をもたらした。その一方、ひとの死が深く医療に支配されるようになったことで、いつか来るはずの死が見えにくくなり、さらには自己決定が困難な認知症患者の治療選択や、脳死による臓器移植など、ひとの生や死はいったい誰のものなのかという問題も提示されている。今後、人びとはどのように死と向き合い、看取りを行っていくのか。看護職はどのように看取りにかかわっていくのか。死と看取り

の変遷とそれに影響した要因を歴史的かつ構造的に把握することを通じて、看取りの時代的変遷を明らかにし、その本質と看護師の役割を考察したい。

B. 研究の目的

本研究の目的は、近代的看護が始まった明治初期から日中戦争が始まる前の昭和初期の時代的背景をもとに、死と看取りの変遷を明らかにすることである。

本研究では、以下の課題について取り組む。

- ① 死にゆく人と看取りに関わる人びとが死をどのように捉えて向き合ってきたのか
- ② 人びとは瀕死の状態と死をどのように見極め、遺体をどう扱ったのか
- ③ どのような看取りが行なわれ、看護婦と看護を担う一般の女性には何が期待されていたのか
- ④ 医師はどのように死と看取りに関わるようになったのか

以上の課題について時代とともに変化していったプロセスを探求する。

C. 研究の意義

本研究は、明治初期から昭和初期における死と看取りの変遷を明らかにする。本研究を通じて現在の看取りが過去からどのように移り変わってきたのか、その時代の特徴を捉えながら看護を振り返ることで、人びとの死への向き合い方や看取りの変遷とそれに影響した要因、さらには看取りにおける看護の本質を明らかにすることができると思う。

Christy (1975) は「歴史から学ぶことにより現在の私たちが失いがちな平衡感覚と方向感覚を回復し、新たな看護の未来を展望することができる」と述べる。今日、死と看取りの場が病院から在宅へと移行しつつある時代にあって、かつて日本における死と看取りがどのようにあったのか、看護婦は家庭のなかでの死と看取りにどのように関わっていたのか、医療はどのようにしてひとの死や看取りに介入するようになっていったのかを明らかにすることは、過去、現在、未来を通じた相対的な視点から今日の課題を捉えなおすとともに、明治初期から昭和初期における日本の死と看取りの変化のなかで、今日に受け継がれてきた看護の本質を明らかにし、今後の方向性を考える上での示唆をもたらすものと考えられる。

Ⅱ. 死と看取りに関するこれまでの研究の概観

人類の歴史のなかで死と看取りがどのように変化してきたかを探究した研究はいくつかある。なかでも中世から現代にいたるまでの「死」に対する人びとの信念や態度を探究した歴史家 Aries (1975/1983) の『死と歴史』、人びとの死がどのようにして医療技術の管理下におかれていったかを探究した Ilich (1976/1979) の『脱病院化社会』は、本研究のテーマとも関係が深い主要な著作と考えられる。

死や看取りについては文化・宗教的な観点からの検討も必要である。人びとの死に対する思想や信念は、宗教や文化に依拠するところが大きい。死と看取りの実践についても、多くは信仰に基づく慈善活動を通して行われてきた。また死と看取りの儀式や作法、死後の遺体の取り扱い方などの様式についても文化や宗教の色彩が濃く表現されている。さらに明治期の日本は西洋諸国に学び、新しい国づくりに向けてさまざまな知識や技術、制度や文化を取り入れた。このように日本における死や看取りは、従来からこの国に根付いていた宗教・文化とともに、西洋から学んだ知識や技術、制度や文化が相まって変容していったと考えられるため、諸外国からの影響も加味しながら考える必要がある。

最後に、日本と海外の看護歴史研究が、死と看取りというテーマにどのように取り組んできたかを検討する。西欧とは社会制度や文化的に異なるが、同時代、西欧の看護婦がどのように人びとの死と看取りに関わっていたかを知る数少ない研究である。本研究で死と看取りを検討するにあたって考慮しなければならない視点を提供するだろう。

A. 死のタブー視

フランスの歴史家である Aries (1975/1983) は、西欧社会の人びとの死に対する態度を歴史的にたどり、現代社会において、いかにして死がタブーの対象となっていたかを論述している。

Aries (1975/1983) によると、中世⁴において、人びとは己の最期が近いのを知ると、その準備を整え、死を迎えたという。中世という霊異⁵に満ちた世界にあって、死は人びとの

⁴ 世界史では、5世紀の封建制度以降から15世紀までをいう。

⁵ 人智でははかりしれない不思議なこと。

あいだで、ごく自然なプロセスとして受けとめられていた (p. 19) 。このように死をなじみ深く、身近で、和やかで、大して重要ではないものとする昔の態度を Aries は「飼いなされた死」 (p. 25) と呼んだ。この態度は、現代の死に対する私たちの態度、すなわち「死がひどく恐ろしいもので、その名をあえて口にするのもさしひかえるようになっていくわれわれの態度」 (p. 25) とはかけ離れていた。中世まで、人びとは自分の死を自覚しても、逃れることなく死と向き合っていたという。

死が大っぴらに語れないもの、すなわちタブーの対象となったのは、Aries (1975/1983) によれば 19 世紀の後半である。その時代、人びとのあいだには、死にゆく人に対するいたわりの気持ちから、本人に危篤状態にある事実を隠しておこうとする感情が見いだせるという。Aries は、これを「偽り」の感情と呼び、その最初の動機づけは、周囲の人びとの「病者をいたわり、その試練を肩代わりするという望み」 (p. 70) であったと分析する。こうしてひとの死は、周囲の人びとの側においては「他者の死についての耐えがたい気持ち」から死を告げる勇気をもてないことによって、また死にゆく人の側においては、社会や周囲の者たち自体に、死の苦しみの醜さや幸せな生のさ中に死がみられることで生じる混乱や耐え難い動揺を免れさせてやろうという感情によって、蔽い隠されてしまったと述べる (p. 70) 。

さらに Aries (1975/1983) は、死のタブー視の直接の原因は、「幸福の必要性、悲しみや歎きのあらゆる原因を避け、悲歎のどん底にあってもつねに幸せそうな様子をして、集団の幸福に貢献するという倫理的義務と社会的強制」であり、「悲しみのしるしを示したりすれば、幸福にそむく罪を犯し、幸福を疑問視することになり、社会はそうなるとその存在理由を失いかけないのだ」 (p. 75) と述べる。言い換えれば、死にゆく人の家族や周囲の者は、どのような状況であっても死に関わる要素から背をそむけ、これまで通り幸福な時間の継続を信じるのが社会全般に広がり、義務に感じるようになっていった。

アメリカで 20 世紀の初め頃に生まれたエンバーミングは、死を前にしての現代的態度、すなわち幸福を維持するための死のタブー視を体現していると Aries (1975/1983) は述べる。南北戦争において、遺体の防腐処置のために始められたものであり、現在のアメリカではエンバーミングが 95% 以上に施されている (佐藤, 2003, p. 65) 。イギリスをはじめとするヨーロッパでは、18 世紀に遺体の防腐処置の流行がみられたが、19 世紀にはすたれて戦争があっても遺体の防腐処置は復活しなかった。Aries は、このアメリカ式死に方の意味、すなわちエンバーミングについて、「死は認めないという、ある種の拒否の意味合いかも

しれない」 (pp. 76-79) と述べる。アメリカでは遺体を見て最期の別れとするが、イギリスでは遺体を見ないことから、この背景には死者の弔いに関する各国の価値観や文化が影響していると考えられる。

このように Aries (1975/1983) は、主に死にゆく人を目の前にしたときの周囲の人びとの心理的な側面に着目しながら、現代につながる死のタブー視の歴史を明らかにした。死のタブー視が進んだとする十九世紀後半は、医療技術が発展した時期でもある。おそらくそれまで治癒が困難であったさまざまな病気が治療可能になるなかで、医療に対する人びとの期待が高まったと考えられる。それによって人びとの健康回復や延命への希望と、そして意識下では死への恐怖が増大し、また周囲も生きる希望を損なうことに対して恐怖を抱くようになったと考えられる。

B. 死の医療化

哲学者であり社会評論家である Ilich (1976/1979) は、著書『脱病院化社会』において、専門家が医療をコントロールすることにより医原病を流行らせているという批判とともに、現代の医療システムが人びとの死を医療技術の管理下においていった歴史について述べている。

Ilich (1976/1979) によると西欧の「自然の死」、すなわち医療的ケアのもと健康な老年期に訪れる死のイメージはごく近年のものであり、死のイメージは現代社会の死の肖像として進化し、医療的な性格を獲得してきたという (p. 136)。Ilich が述べる死の肖像は、第一段階から順に「死者の敬虔な舞踏」、「死の舞踏」、「ブルジョアの死」、「臨床的死」、「労働組合の自然死への要求」、「集中治療装置のもとの死」の六段階からなる。

Ilich (1976/1979) によると、原始社会では、死は誰かの悪意に満ちた結果として訪れるのであり、死が個人の身体の中にある何らかの原因によって引き起こされるという考えはもっていなかったという。4世紀から14世紀の間、異教徒たちは死者が出ると墓の上で剣を振りかざして乱舞することで生きていることの喜びを確認した (pp. 137-138)。これを「死者の敬虔な舞踏」の段階と呼んだ。この間、死は神の配慮に満ちた個人への干渉の結果であると考えられてきたが、15世紀になると人びとに「自然の死」のイメージが出現し、死は神のお呼びではなく、自然の力によって必ずやってくることとして受け止められるようになった。

死の医療化の第 2 段階として Ilich (1976/1979) は、死は「一生の間対面すべきものであったのが、一瞬の出来事」に化し、「一つの全体の終わりでなくなり、連続の途絶えとなった」と述べる。すなわち、人びとは死後も神のそばで生き続けるという生命の継続の通過点として死を捉えていたが、16 世紀の間に死は次の世界への通過点ではなく、人生そのものの終りとして考えられるようになり、死に対する恐怖や不安が生まれてきたという (pp. 140-142)。また「自然な死」がもたらしたものとして、Ilich は医師の医療行為の変化を挙げている。中世では、死にゆく人の傍には聖職者がいたが、15・16 世紀においては、死亡確認は医師の義務となり、医師は医療により治癒を助けることもできるし、逆に速やかに死を迎えさせる助力もできるようになったという。17 世紀になると、神聖なものとして捉えられていた人体 (死体) の解剖が許可された (p. 145)。

18 世紀になると、産業革命により、ブルジョアとプロレタリアの死の迎え方に大きな差が生じた。生活に余裕のあるブルジョア家族は、死を遠ざけるべく金を払い始めるようになり、十分な医療を受けられないプロレタリアは治療不可能な病気になれば命を落とした (Ilich, 1976/1979, pp. 148-151)。この時代を Ilich は「ブルジョアの死」と呼んだ。そしてこれまで部署や地位に関係なく訪れていた死は、ブルジョア家族の興隆とともに死における平等は終わった (p. 147)。

産業革命は、人びとに雇用の機会を与え、生活状態や労働条件を改善させた。その一方で、貧富の差は大きくなり、ブルジョア家族は少しでも長く生きるために己の健康に気を付け始め、疾病による死を避けるために医療を受けるようになった。そして、患者として死ぬ余裕のあるブルジョア家族には、「自然の死」を死ぬ能力が与えられた (Ilich, 1976/1979, p. 151)。

第 4 段階は「臨床的死」である。かつて神のお呼びであった死は「自然」の事件となり、「自然の力」へと変化した。Ilich (1976/1979) は、『時宜をえた』死がブルジョアジーの階級意識の形成とともに生じたが、『臨床的な』死は、新しい、科学的訓練を受けた医師の職業意識の形成から生まれてきた (p.153) と述べる。18 世紀ではまだ、死期の見込みは医師ではない者により決められていたが、19 世紀には死は医師によって証明されたある特定の病気の結果となった。こうして臨床症状とともに病院で迎える死は、中産階級の医師の理想となり、次の段階へと進んでいった。

20 世紀に入り、「労働組合の自然死への要求」の段階となる。20 世紀では、臨床的訓練を受けた医師の治療を受けながら死ぬことが、市民の権利であると認められ、制度的に医

療ケアを受けられるようになった。社会は各個人の死を防ぐ責任をもつようになり、効果に関わらず治療が義務となった。医学的治療を受けずに死亡した場合は検死官が問題とし、自殺をしそこなった患者に対しては、医療技術を駆使してその命をとりとめることが行われた (Ilich, 1976/1979, pp. 153-155)。

そして、Ilich (1976/1979) が「いまや医師が死と闘うようになった」(p. 175) と述べるように、時代は次の段階である「集中治療装置のものの死」へと進んだ。20世紀は「集中治療装置のものの死」の時代であり、まさに医療化された死の時代である。Ilichによると、医療化された死は、産業社会の内部では、健康と死に関する支配的イメージを変えずに、むしろそのイメージをふくらませ、消費者に死の社会的政治的イメージを押しつけるという。看護婦や医師は、病院における死が理想であると説き、国際的に記述されるよき死を永遠に追求することを促す。死の医療化によって、健康ケアは一体化した世界宗教になり、その教義は義務教育で伝えられる。死に対する闘いは、患者の生活様式を支配するものであり、その倫理的ルールは貧しい者も守らなければならなくなった。Ilich は今日では、社会が医療システムを通して、いつ、いかなる侮辱的待遇、虐待を課してから患者を死なせるか決定する、と厳しい表現で死の医療化を批判する。そして、社会の医療化は自然死に終焉をもたらしたと述べる (pp. 160-162)。

このように、人びとが受けとめてきた死は、神のお呼びから自然の出来事へと変化し、人びとは自分の健康が死にかかわることを理解すると、死に臨む方法や死に方を模索するために医療を受けるようになっていった。この背景には、宗教革命や産業革命も影響したと考えられるが、医療テクノロジーの発展が最も大きく影響を与えたのではないかと考える。医療テクノロジーは、人びとの健康を守り、救命に大きく貢献した。一方でそれは、なんらかの手だてがある限り全力で死をくい止めることが本人と家族の望みであり、医療者の使命であり、抗うことなく死を受け容れることを敗北とする考えを持ち込んだ。医療化された社会では、医療の介入を受けずに自分らしく死ぬことは「尊厳死」と呼ばれ、介入を望まないという本人の明確な意思表示がない限り、自然な死は困難になっている。

米国では1960年代から70年代にかけて、日本ではさらに遅い時期まで、死のプロセスにあるかどうかは関係なく、重篤患者に生命維持装置をつなぐことがごく普通に行なわれていた時代があった (Schemmer, 1992/2001, p. 230)。アメリカでは、生命維持装置の取り外しを要求する裁判 (1975年のカレン事件) を契機として、カルフォルニア州で1976 (昭和51)年に自然死法が制定され、以後40州以上の州議会で自然死法案が可決されている。1993

(平成 5) 年には、オランダで「自らの死を決めるのは個人の権利である」という意見が審議され、積極的安楽死法が可決されているなど、ふたたび死を自分たちのもとに取り戻そうとする動きもある。

C. 西欧と日本の宗教による看取り

1. 西欧の宗教による看取り

西欧における看取りは宗教に基づく慈善活動に端を発した。その起源は古代ローマ時代に行われたキリスト教徒の貧民救済にみることができる。古代ローマ時代には、病者を収容する施設はなく、巡礼者が旅の途中で体を休め、体調を崩した際に滞在する宿泊所（ホテル）が、病院（ホスピタル）の役割を担った。これが病院の起源である。キリスト教徒は信仰の証として、巡礼者や貧困者、病者を問わず、すべての助けを必要とするひとたちの世話をし、死にゆく人びとの看護も行った（山形, 2000, p. 33 ; Dolan, 1973/1978, p. 69）。

時代が下り、16 世紀に起こった宗教改革によりカトリック修道会が弾圧されると、修道院で行われていた慈善活動も一時的に衰退することになった（楠本, 2000）。しかし、貧困と伝染病が社会問題化すると、ふたたび裕福な婦人たちが立ち上がり、貧しい病人への奉仕を行う修道会が組織された。そこでは病人の看護のための教育プログラムが運営され、十分な教育を受けた修道女を看護婦とし、慈善活動が行われた（Dolan, 1973/1978, pp.130-140）。現在の訪問看護と同じように、修道女たちは病人の家庭を訪問し、身体や衣類を清潔に保つだけでなく、瀕死の者も助け、亡くなった時には身体を洗って埋葬の用意までした。

19 世紀になると、アイルランド慈善修道女会の創設者であるメアリー・エイケンヘッドが末期患者のためのホスピスを創設した。これが近代ホスピスの誕生である。エイケンヘッドがホスピス設立に至った背景には、宗教による対立や人びとの貧困、そして不平等な社会があった。アイルランドでは人びとはカトリックを信仰し、神の教えとして修道女による慈善活動が活発に行われていた。しかし当時のアイルランドは、プロテスタントを国教とするイギリスの植民地であったため、カトリック信者であるアイルランド人は下級階層に位置づけられ、彼らの日々の生活は空腹と死と隣り合わせの過酷な生活を強いられていた（宮坂, 2010）。エイケンヘッドは、各家の戸口で救いを求めて死んでいく同胞の姿

をみて、何とかしなければいけないと考え、そのひとたちのために、たとえ短期間でも死を迎える前に人間らしく世話を受けられる家庭を提供する仕事を続けた（山崎, 2011）。

宮坂（2010）は、近代ホスピス運動誕生の背景には、この世に生を受けた者は宗教や経済・社会状況に左右されることなく、誰もが平等に看取られるべきだという理念が存在したことに注意を促している。また山形（2000）は、このような末期患者を支える近代ホスピス運動を担ってきたのは、「どちらかといえば医療界の主流に属さない修道士・修道女や看護師たちの献身的奉仕であった」（p. 48）と指摘する。治療の手立てがなく、死に瀕した状態の患者の苦痛に向き合い、寄り添ったのは、むしろ家族であり宗教など、医療とは関係のない人びとによる看護であった。

このようにキリスト教によって、それまで見捨てられ亡くなっていたひとに関わることが宗教的な価値をもつようになり、これらの宗教的慈善活動をすることが神に捧げる信仰の証とされるなかで、西洋の看取りは広まっていった。やがてキリスト教による看取りは、宗派に限らず人道的であるという点において普遍的な価値をもつものとなり、ホスピスも終末期を安らかに迎えるための医療施設へと変容していった。

2. 日本の宗教による看取り

仏教は538年に伝来し、儒教の影響をうけながら国家の振興とともに全国に広まった。985年に源信によって書かれた『往生要集』⁶には、念仏を唱えることで死後の極楽浄土を願うことができると説かれている。仏教による看取りは、1240年頃に良忠によって書かれたとされる『看病用心鈔』⁷にみることができる。この書物は、先の『往生要集』の「臨終行儀」の影響を強く受けており、終末期においては尊厳ある死のための作法に基づいて、僧や同じ信仰者が集い、安らかな死を迎えさせるようにと説いている（大西, 2007）。

新村（1989）は、中世では、死にゆく人が日常的な生活の場から隔離された「無常院」という場所に送られ、僧医や看病僧による看取りを通じて、生への執着を断ち切り、忘れさせ、安らかな死を迎えられるように配慮されたと述べている。そして、そこではケアはなくケアのみがなされ、死と闘うのではなく、死を受容する能力を高める看護がなされていたと解釈する。このような中世において定型化された死と看取りは、近世仏教における死と看取りに多くの部分を継承したと考えられる。

⁶ 源信（942～1017）により著された。病人を往生安楽させる方法をやさしく丁寧に説いたものである。

⁷ 良忠（1199～1287）により1240年ごろに書かれた、日本で最初のホスピスに関する書物である。臨終の際の看護の方法が浄土宗の立場から具体的に説かれた仏書である。

一方、キリスト教は 1549 年に日本に伝来し、布教活動が行われたが、江戸時代に入ると禁止され、一部の地域で細々と信仰が継続された。大西（2007）は、医療と緩和ケアとの関係を探ることを目的に、ホスピスやターミナルケアの成り立ちを概観した結果、日本におけるキリスト教の看取りの始まりは、1593 年に天草で出版された『病者を扶^{たす}くる心得』に見ることができると述べた。この書は全九章で構成されており、司祭がいない場合の病人に対する霊的救済のための諸準備や、切支丹が臨終時においてとるべき行動が詳述されている（海老沢・チーリスク・土井他, 1970, pp.4-101）。切支丹は病人に安らかな死を迎えさせるため、カトリックが命じるところの死の作法をできるだけ忠実に行うことを求めた。切支丹は「慈悲の組」という現在でいうボランティア組織をつくって臨終看護に携わり、人びとの救済にあたった（大西, 2007）。

大西（2007）は、中世においては看取りは仏教であれ、キリスト教であれ、西欧と同じく宗教の信者によって行われたと述べる。死にゆく人に対して、仏教では生への未練を残さず旅立てるように最期まで念仏が唱えられ、キリスト教では慈善を神への愛と考へて、献身的に看取りが行われた。そこには宗派に関係なく、死にゆく人が死を全うできるための関わりがあった。

D. 19 世紀以降の死と看取りに関する看護歴史研究

19 世紀以降の日本の死と看取りに関する看護歴史研究について、医学中央雑誌 Web 版を用いて検索した。1977 年から 2013 年を検索期間とし、検索のキーワードは「看取り／ターミナルケア」、「歴史」と「看護」、「原著」を含む文献を検索した結果、17 件がヒットした。そのうち、研究課題に該当する文献は 1 件であったことから、原著以外の文献も広く検索して抽出した 2 件と関連する書籍を検討した。

また海外の歴史研究については、PubMed を用いて「historical」、「research」、「death」、「nursing」をキーワードに設定し、1946 年から 2014 年までを検索した。検索の結果ヒットした 85 件のうち、目的に該当する文献は 2 件であった。前述の通り、看取りに関する歴史研究が少ないことから、関連する書籍も含めて近代以降の死と看取りについて検討した結果を記述する。

小稗（2008）は、看護に関する書物を用いて、中世から近代までの終末期の看護の変遷について調査した。小稗によると、中世では僧医や看病僧による看取りと極楽浄土を願う

臨終の儀式が記されていたのが、近代では「真死と仮死の判別、死後の処置の方法、死の徴候の観察、環境整備、四肢の保温」(p. 110)が記されるようになったと報告している。当時の家庭向け看護書には、危篤者の身体変化として、「呼吸が緩徐となり脈拍は疾速し、顔貌変異して四肢の冷却」をあげ、そのような身体変化が現れた場合には、直ちに医師に確認をするようにと記されており、看病を担う主婦にとって、「死の徴候を確認し、いつ医師を呼ぶのか」の判断が重要であったと小稗は推察する(p. 33)。また、大正時代の看護の教科書には、真死と仮死の違いが記され、死の徴候については、呼吸、心拍、脈拍の停止、顔貌の変容、眼球の散大・混濁が記述されており、現在の死の徴候と類似すると指摘する(小稗, 2008, p. 34)。

これらの結果から小稗(2007)は、この変化に影響を及ぼした要因として、①神仏分離令により廃仏毀釈運動がおこり、仏教看護が崩壊したこと、②臨終の場には僧医でなく医師が立ち会うように変化したこと、③伝染病が流行したことの3点を挙げている。明治政府は、日本古来よりある純粋な神道国家にするために神仏分離令を出し、これにより廃仏毀釈運動がおこったが(吉田, 1998)、それが人びとの仏教離れをおこし、仏教による看取りを衰退させたと小稗は述べる。

また大出(2012)は、明治期から現代までの約100年間において、家庭向け看護書を分析して在宅での看取りの変遷を明らかにしている。その中で、戦前期の明治から昭和初期までは家庭看護とはいえ、応急手当法や人工呼吸法など職業的看護教育に匹敵すると思われるほどの広範囲の疾患についてその看護が記されていたものが、第二次世界大戦後は「(1)臨死期のケアについての具体的情報が提供されないこと、(2)死にゆく人へのかかわりは情緒性が強調され、具体的なかかわりの仕方、いいかえると身体に向かう作法については記述されなくなる」(p. 29)という2点をあげている。これらの研究は、看護書を対象としているという限界はあるものの、戦後、病院が多く建設されるなかで、看取りが家族から医療者へと受け渡され、臨終の場が家庭から病院へと移っていったことを示すと考えられる。

その一方で、明治期には仏教系看護婦養成施設での看護婦教育が開始された。小野(2001)によると、仏教系看護婦養成施設3カ所の諸規則と関連記事に注目した結果、仏教的側面と近代西洋医学的側面に見られる特徴について考察している。

仏教的側面として、①看護婦を志す者に仏教についての教養や仏教への信心を求めた、②仏教精神を基調とした看護活動を目指した、③臓器の治療に対する面だけでなく病者へ

の慰めという看護活動を強調した、④仏法を示すことが看護の方法の一つと考えられた、⑤看護活動を病にあるひとのためだけではなく、活動を行なう人自身のためのもので捉えた、という5点をあげた（小野, 2001）。

近代西洋医学的な側面としては、履修科目に政府が認可した近代西洋医学を中心におき、教育を受けた西洋医が教育に携わったことをあげた。3校とも責任のある役職に僧侶を配置し、仏教が授業で取り上げられていた。

死後の処置について行われた研究もある。古川（2012）は、死後の処置の変遷を調査するために、明治期から第二次世界大戦後に至るまでの期間の看護テキスト、家庭向け看護書、家政学書、民俗学の成果、礼儀作法書、そして小説を分析した。古川は、明治初期に伝染病が流行し、多くの死者を出したため、伝染病の蔓延を防ぐべく、遺体の消毒や詰め物といった伝染病遺体に対する死後の処置が行われるようになり、やがてそれが一般的な遺体への処置へと拡大していったと述べる。当時、参考にされた西欧諸国の看護の方法が、家庭向け看護書や看護教育を通じて普及されたことで、明治20年代に伝染病者以外の遺体にも同様の処置が行われるようになったと考察する（p. 85）。

海外の看護歴史研究には、19世紀後半ドイツの一般家庭における死と看取りを明らかにしたものがある。Nolte（2009）はドイツの婦人奉仕団から家庭に派遣されていたシスターとその監督の往復書簡と、正規の資格を有する自営看護婦とその母親の往復書簡を分析、比較した。その結果、奉仕団のシスターたちに期待されたのは、死にゆく人に寄り添うことと、定期的に体を洗って汗にまみれた体を乾かし、患者の向きを変えて体位変換することであり、そのねらいは死へのプロセスでの苦痛の緩和であったと述べる。

一方、正規の資格を有する自営看護婦は、家庭医と共に病家に住み込んで、裕福な家庭で看護を行っていた。一般家庭では、病人を看護するために専門的な教育を受けた正看護婦を雇うことはほとんどなく、貧困な家庭には婦人奉仕団員か教区の看護婦による訪問が行なわれていた（Nolte, 2009）。

興味深いのは、婦人奉仕団の書簡には死体の取り扱いに関する記述がほとんど見られない一方で、自営看護婦の書簡からは、検死を補助し、遺体を洗浄して横たえる看護を行ったこと、医師が終末期の患者に死が近づいていることを知らせるべきではないと看護婦に指示していたことである（Nolte, 2009）。1900年頃の医学ガイドブックでは、医師の大部分が告知に反対であった（p. 151）。

Krisman-Scott (2000) は、アメリカの 1930 年から 1990 年までの終末期ケア、とりわけ病名の告知について調べるために、看護・医学・社会学・心理学・死生学と多領域にわたるデータベースを検索し、149 の記事と 22 冊の本を選定し、分析した。その結果、医療の分野で病名の告知をしないことが伝統となってきた歴史を明らかにした。

先述した Aries (1975/1983) によれば、死がタブーの対象となったのは 19 世紀の後半であり、疫学や細菌学が発展し、有効な治療法が見出された時代である。Nolte (2009) の研究が対象としたのも 19 世紀後半であり、それ以降も引き続き告知をしない方針が続いたと考えられる。Aries は、死がタブー視される背景に、周囲の人びとが死にゆく人に対するいたわりの気持ちから、本人に危篤状態にある事実を隠しておこうとする感情が見いだせると述べているが、Nolte の研究結果では、医師が死の告知をしないのは、診療の妨げになるからという理由であり、両方の理由があったものと考えられる。

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

歴史研究の目的について、南 (2008) は「過去の出来事や状況が研究課題とする現在の状況にどのような影響をもたらしているのか、またどのような原因により現在に至っているのかを明らかにし、現状の説明や今後の状況を予測することである」と説明する (p. 213)。同じく Carr (1961/1962) は、歴史から学ぶことについて「現在の光に照らして過去と学ぶということも意味」し、一方的な過程ではないこと、「歴史の機能は、過去と現在との相互関係を通して両者をさらに深く理解させようとする点にある」ことを述べている (p. 97)。明治期以降の人びとの死と看取りの変遷を理解しようとする本研究の最終的なねらいも、歴史研究を通じて過去の様々な要因のもとに生じた事実注目することで、死と看取りの状況を構造的に理解し、今日の問題と課題を明確化することにある。

Polit & Beck (2004/2010) は、歴史研究とは「歴史的なできごとを系統的に収集し、批判的に評価し、解釈する」(p. 262) ことであり、個人の歴史や経験に焦点を当てて研究する個人史や、当時流布していた価値観や信念でのちの発展に寄与したものを理解しようとする社会史などの形態がみられると述べる。本研究では Polit & Beck (2004/2010) が歴史研究の一形態として紹介している社会史の観点から、死と看取りというテーマにアプローチすることにした。Lewenson (2007) は、「看護は本質的に、全人的に人間を理解しようと

するため、個々の人間に影響している多様な要因を理解する必要」(p. 255)があると述べる。本研究のテーマである死と看取りも同じく、全人的な人間の現象である。ひとの生死は、社会情勢や衛生環境、疾病構造、医療技術により左右され、それらは常に一定ではなく、さまざまな要素の影響を受けながら変化していく。死の受けとめ方や葬送儀礼などは、宗教的・文化的要素が大きく関わり、諸外国のみならず国内においても地域により差異が見受けられる。それゆえに、その時代の歴史や文化的な視点を含めた多様な要因の理解が求められる。

社会史は、いわゆる正統な歴史学が文献史料に重点を置き、特定の人物や国家、経済政策などを扱うのと異なり、あらゆる階層の人びとを対象として、家族、性、出産、育児、衣食住、貧困、犯罪、心性といったテーマと、それに関する事象を生み出している社会構造そのものの変遷を解き明かそうとする。その際にさまざまな情報を駆使し、必ずしも一次史料にのみ依拠しない。本研究のテーマである死と看取りについても、こうした社会史の観点を採ることによって多様な要因を含めた構造的な理解がもたらされるものと考えられる。

B. 研究期間

データ収集期間は、2014年10月から2016年10月であった。歴史研究という研究デザインの特性から、検索・収集した史料の内容を精読し解釈しながら、さらなる史料の収集を行ない、史料の収集と分析は交互に進めた。

C. データ収集

歴史研究において収集する史料は、主に書き残された記録文書や写真・映像のような視覚的史料、音声などである。これらの史料は、一次史料または二次史料に分類される。一次史料は、歴史上重要な看護婦の日記、著述、会議録などのように、記述された出来事に直接関与するひとにより、その時、その場で著されたものであり、二次史料は教科書、他の参考文献、新聞記事など、それに直接関与するひとが後から記述したものやそれに参加しなかった個人によって書かれた出来事の記述である (Polit & Beck, 2004/2010, p.263)。

本研究では、明治維新が行われた1868(明治元)年から日中戦争勃発前の1937(昭和

12) 年までをデータ収集の対象期間をとした。明治期から昭和初期を対象とする理由については死と看取りを含め、看護が家庭において行われていたことが主な理由である。昭和12年までとしたのは、日中戦争から太平洋戦争終結まで、日本では国民を総動員するために死が特別な意味づけをもって取り扱われていたことがあげられる。戦時中の死と看取りについての探究は、新たにテーマを設定して取り組む必要があると考えたからである。

ただし、明治初期は国家としての制度づくりが急速に進んだ時期であり、明治期における人びとの死と看取りの変化を理解するには、前史である江戸末期の死と看取りを押さえておく必要がある。そのため結果には、前史としての江戸時代における死と看取りに関する概要の記述を含めた。

収集した史料は、ひとの死にかかわる法令を定めた行政資料であり、また死因や流行した病い、当時の人びとが利用できた医療資源、すなわち病院、医師、看護婦に関する統計資料や二次文献である。これらは国立国会図書館と国立公文書館で確認し、官報や法規をまとめた書籍、統計データから収集した。

死と看取りについては、そもそも看護婦に日ごろの実践をこと細やかに記録して残す慣習がなかったため、残念ながら看護婦の手による一次史料はほとんど入手困難であり、その代わりに看護テキスト、家庭向け看護書、家政学書、女性雑誌、新聞記事などの二次史料を調査した。書籍は「死」、「臨終」、「看護／看病」、「衛生」、「医療／医者」、「療養／養生」をキーワードとして検索し、次いで目次より、「重篤者／危篤者／瀕死」、「看護／看病」、「伝染病」、「避病院／病院」、「派出看護婦／看護婦」、「死体の取り扱い／死後の処置」、「真死」「仮死」、「埋葬」の用語が使われている章に着目し、死と看取りに関連する記述を抽出した。

家庭向け看護書は、その書籍が誰を対象として出版されているのか確認し、看護テキストと家庭向け看護書に選別した。これらの対象とする史資料の検索は、国立国会図書館・国立公文書館・東京都公文書館・公立図書館・看護系大学図書館等で収集可能なものとし、閲覧可能な史料とマイクロフィルムから、死と看取りに関する記述を複写にて収集した。

また、一次資料の不足を補うために、この時代に書かれた小説、随筆、ルポタージュなどのなかで、なるべく事実に基づいて書かれたと思われる作品を選んで、分析対象に含めた。脚色が加えられている危険性があるにもかかわらず、これらの作品を含めたのは、そこで死や看取りについて取り上げられる仕方に、当時の人びとの見方や価値が示されている可能性が高いと考えたからである。後で述べる史料批判と同じく、これらの作品では、

①実際にあった出来事に基づいて書かれたもの、②著者になるべく本人であり、そうでない場合には亡くなったひとの親あるいは子、配偶者、婚約者など身近な人物によって書かれたもの、③執筆時期や場所については一次史料に準じて、なるべくその時、その場で書かれたもの、そうでない場合には著者の記憶が鮮明であることが明らかである程度に記述が詳細であるものを選択した。

また本研究では看護婦による看取りだけでなく、家族による看取りも含めて扱うこととした。明治期から昭和前期までに徐々に病院が増え、派出看護婦も一般化していったため、従来の家族による看取りの中に少しずつ看護婦が立ち会うようになっていったと考えられるが、本格的に病院で看護婦による看取りが行われるようになるのはむしろ戦後である。この時代にはまだ、看取りの中心は家族であったことから、看護婦による看取りと併せて、一般家庭の女性が行っていた看取りも含めて、データを収集した。

D. データの分析

データの分析は、収集した史料の中から、死と看取りの観点から研究課題に沿った記述内容を抽出し、事象を裏付ける史料が適切に選択されているか、常に自問自答するとともに、史料の選択に偏りや不足がないことを確認しながら進めた。具体的には、①死にゆく人と看取りに関わる人びとが死をどのように捉えて向き合ってきたのか、②人びとは瀕死の状態と死をどのように見極め、遺体をどう扱ったのか、③どのような看取りがされ、看護婦と看護を担う一般の女性に何が期待されていたのか、④医師はどのように死と看取りに関わるようになったのか、4つの研究課題に関する記述内容を含む部分を抽出した。

抽出したデータは内容の正確性を確保するために、外的評価と内的評価を行った。まず外的評価として、記述されている言葉の表現および字体、破損の状況などからデータの信憑性と真正性を確認した。また、その時代の当事者や関係者によって事実に基づき書かれているかに気を付けて、その時代の内容を示したものであるかどうかに関するデータの正確性と真実性を問うことで、内的評価を行った。

分析ではまず、対象期間における人びとの死と看取り、看取りの看護に焦点をあてて、その実態を明らかにした。次いで、明治以降の死に関する法令・制度、主要な疾病や人びとの死因の変化、利用可能な医療資源の発達(医師や看護婦などの人的資源や施設を含む)、女子教育、看護教育の実際などが、死と看取りにどのような影響を及ぼしたかを分析した。

最後に、研究対象とする時代を通じて、死と看取りに関する内容に変化が見られた期間を区切り、それぞれの時代区分の特徴に応じたテーマをつけ、影響要因を含めてどのようなことがあったのかを記述し、解釈した。

これらの解釈の過程においては、研究者の認識がバイアスとして影響することを認識し、誤読や解釈の飛躍を避け、史実の解釈における妥当性と信頼性を確保するよう、研究指導教員のスーパーバイズを受けながら実施した。特に時代を超えて過去と現在を比較する場合には、現代の基準で判断しないように心掛け、時代背景を加味して当時の歴史的な文脈をふまえた解釈と考察がなされるように注意を払い実施した。

E. 倫理的配慮

本研究で収集する史料は、著作権を遵守して史料を所蔵する各施設・機関の規則に則り取り扱った。また、本研究で得られた史料は、出典を明確にして、史実を故意に歪めるような解釈をしないようスーパーバイズを受けながら実施した。

IV. 結果

結果、分析対象となった史料は、死と看取りに関する看護（一般女性による看護を含む）に関するものでは、女性雑誌 27 種類、看護系雑誌 1 種類、新聞 2 件、看護テキスト 24 編、家庭向け看護書 49 編など計 83 件であった。これに、この時代の人びとの死と看取りが描かれた随筆 2 編、エッセイ 4 編、小説 1 編、計 8 編を分析対象に加えた。また死と看取りに影響した要因を分析するために、この時代に定められた戸籍・医療に関する法令や規則、死因と伝染病の発生状況、医師や看護婦、病院等の統計資料、そして関連する二次史料などを分析対象とした。

収集したデータの分析を通じて、死と看取りの実際とそれに影響した要因についての理解と、それらの時代を通じて変容を明らかにした。その変容のプロセスを本研究では、3つの区分に分けた。1つは明治政府が国家としての制度づくりに取り組み、死と看取りに関連する法制度を概ね整えた時期であり、2つめは、死と看取りが家庭の中で家族により行われていた時期、そして3つめは、死と看取りに医療の介入が見え始めた時期である。

以下、この3つの区分に前史を含めて4区分として、それぞれの期間の概要を述べる。

一つめの「A. 家長の責任としての死と看取り」は、前史としての江戸時代における老いの看取り、病人の死と看取りである。死と看取りは自宅で、家長を中心とした家族により行われた。覚悟のできていない病人に告知をして心を乱さないよう、臨終では親しいひとが嘆き悲しむことで死にゆく人を煩わせることのないように、死にゆく人本人を中心として、周囲が配慮する看取りが行われた。

二つめの「B. 法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り」は、1868（明治元）年から1894（明治27）年までの期間の死と看取りである。戸籍法の整備、医師による死亡届の義務付け、伝染病対策としての避病院の設立と埋葬法の制定などの近代的な制度の介入によって、死と看取りは変容していった。正規の看護教育が始まったが看護婦による看取りはまだ一般的ではなかった。海外を参考に編纂された看護テキストにより、死の徴候の観察、伝染病対策としての遺体の処置とともに、死に際しては臨終を妨げず、安らかに終命させる看護の重要性が示され、その後の看護テキストに引き継がれた。

三つめの「C. 生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り」は、1895（明治28）年から1912（明治45）年までの期間の死と看取りである。派出看護婦が増加し、伝染病が猛威を振るう中、人びとの死と看取りに立ち向かった。良妻賢母の育成のため、高等女学校でも死と看取りの看護が教えられるようになり、また一般家庭の女性にも自宅で死を看取るための覚悟と専門的な知識が求められるようになった。一方で、病人が頼りにしたのは医療よりむしろ看護の良し悪しであり、看護を担う女性には病人の心情を察し、闘病生活を支えることが期待された。臨終ではそれまでと同様、周囲の人びとが嘆いたり、引き止めたりせず、病人が死を遂げるのを静かに見守るという厳かな死の看取りが行われた。

最後の「D. 医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り」は、1912（大正元）年から1937（昭和12）年までの期間の死と看取りである。医師と看護婦の増加により医療の利用が進むが、同時に医療の地域格差も生じた。医療を受けることなく死を迎える状況がある一方で、ひとの死への医療の介入が見え始めた。本人や家族が死を覚悟しつつある場面に医師が登場し、医療介入を勧めるようになって、家族も命が助かるあるいは延命の可能性に賭けるという考えを受け容れていった。女子教育の充実により、看護書の死と看取りの記述は家庭での実際をふまえた内容となり、普及した。死にゆく人にとっての看護の重要性に変わりはないと考えられるが、医療の背後に隠れ、前の時代よりも見えにくくなった。

凡例

- ・本論文で用いる医療職者の名称は、使用されていた時代の名称をそのまま用いた。特に「看護師」の表現は、当時の著者が記述した通りに用いたため、「看護婦」「看護者」「看病婦」などとなっているが、すべて「看護師」を指す。
- ・引用した史料は、できる限り忠実に記述したが、常用漢字として変換できない旧字体は、現在使用されている新字体に変換して使用した。
- ・本文中で引用した史料の下線は、その内容を強調するために研究者が付記した。

A. 前史としての近世：家長の責任としての死と看取り

1. 家長の役割として認められていた看取り

先にも述べたように、かつて儒教の影響が強かった日本では、家長が中心となり親や祖父母を看取る責任があった。この家父長制のもと、家長は看取りに真剣に取り組むよう養老の教えや、看取りの方法の啓蒙が行われた。武士階級には、自宅にて身内の看病をしたり、臨終の際に休みをとって付き添うことができる「看病断^{ことわり}」という制度があった。また一般市民では、裕福な家庭では老親の介護を夫婦の他、親類や下男・下女が行った。奉公人を多く雇用できる富裕層では、夫婦そろって親の介護に専念できたが、使用人のいない中下層の家庭では、夫婦で家業と介護を分担するか交代制で行うかなどの態勢をとった。

貧窮家族の跡取り息子は自身の家庭を持つことなく、老いを迎えることもあった。そのような場合、家族のいない老人の世話は五人組の負担で、菩提寺が看取りを引き受けたり、養子縁組により家族を設ける方法もとられた。そして面倒を見る者がいない場合は、小石川療養所⁸のような救済施設に世話になることもあった。このように看取りの体制には差があった（柳谷, 2011）。

⁸ 小石川療養所は、貧困な患者を救済する目的で設立された。施療を受けられる者の資格は、①極貧で薬も買えない者、②身よりもなく看護のいきとどかない者、③家族全員が病気で手のまわらない者、に限られていた。養生所には、患者の世話をするために下男・下女の看病人がいたが、専門的な知識と技術を持ち合わせた者ではなかった。

2. 家制度の中での家族による死と看取り

江戸時代の医療を知る手がかりとして、鈴木(1996)は滝沢馬琴の孫、太郎(1828~1849)の看病と死について考察している。滝沢馬琴(1767~1848)の『馬琴日記』と母の路(1806~1858)による『滝沢路女日記』は個人の記録というよりも、滝沢家の記録として書かれ受け継がれたものである。

太郎の父は藩主の江戸屋敷出入り医師であり、母方の祖父が藩の家老に仕える医師であった。馬琴もまた、戯作者として成功を収める以前に一時医学を学んだこともあり、副業として自ら薬剤を製造販売していた。

資格や免許制度のない時代には、医師でないひとも薬剤を扱うことができた。江戸に多数いた医師は、自ら薬を持参して病家にご機嫌伺いするなど、競合していたようである。母親は、大名家に出入りした「御殿医」であること、そして巷で名医と評判のあることを基準に太郎の医師を選んだ。一方で、母親は占いに頼ることもあった。

太郎が不治であると診断した医師は、本人にそのことを告知することなく、家族にのみ伝えた。また臨終の時は、家族の希望にそって死の直前まで苦痛緩和を行った。主に母親と妹が寝ずに病人の身体をさするなど、献身的に看護を行った。臨終の半月前には、家族の疲労も顕著となり、親戚のみならず隣人、知人までもが徹夜の看病にあたったという。死にゆく人の側には片時も離れることなく、必ず誰かが存在し、旅立つそのときまで、家族を単位として献身的な看護が行われていた。

3. 現世と別れるために心の整理をして迎える死と看取り

臨終時の看取りや看病の心得を説く書物は、鎌倉時代に遡ってその存在を確認することができる。良忠の『看病用心鈔』、天台宗の僧により著わされた『看病手引歌』⁹(1827年：文政10年)がそれに該当する。

江戸時代における看取りを知る書の一つに、医家である平野重誠が1832(天保3)年に刊行した医書『病家須知』^{びょうかこころえぐさ}がある。この書には、死期が近い病人に対する看護が書かれている。新村(1991)はこの書の内容を、以下3つの点に集約する。

1点目は、告知と意思決定の問題である。この書では、医師と看病人が病人の状態を末期と判断した時は、病人の意思を尊重してその後の対応を決める。ただし死の覚悟が出来

⁹ 『看病手引歌』：著者は尾張萩白山の沙門(僧侶のこと)靈應である。看病の高徳と方法、臨終時には静かに念仏を勧めることが内容として書かれている。

ているか否かにより、医師の診察や与薬を検討すべきであり、覚悟の定まらない病人に告知をして、心を乱すようなことはしてはいけないこと。

2 点目は、死にゆく人に死を全うさせること。死に臨んでの看護で最も大切なことは、死にゆく人に一切の心残りを起こさせないこと。それゆえに親しいものの悲嘆の声は、臨死の苦痛を増加させるとして、血縁者と面会させることは好ましくないこと。

3 点目は看病人に理性的・合理的な対応を求めていること。看病に必要なものは「至誠の心」とし、祈祷や護符・神符の類を排して、その心をもって死にゆく人の親族に対応することが大切であること。

ここには先の滝沢馬琴の孫に対するのと同じで、告知をしないあり方がある一方で、看取りまでの看護は家族や知人が当然のこととして引き受け、最期は静かに終命させ、看取っていたことがわかる。

4. 死後もなおひととしての尊厳を求める

医家の下で医術を学び、その後の医学に貢献した医師の一人に山脇東洋（1705～1762）¹⁰がいた。山脇は、日本で初めて人体解剖の観察記録を出版した人物である。従来の中国医学が解く解剖生理説に疑問を持った山脇は、実際はどのようになっているのか知りたいと考え、その当時、人体の構造に近いとされていた川獺^{かわうそ}を解剖して知識を得た。この頃はまだ、人体を切り開くことは医師でも許されておらず、許可が出た場合の検体は罪人の死体であった。また刑が執行された後、執行人が腹部を切り開き、医家が五臓六腑を観察するという順で行われた（吉村, 2002, pp. 14-30）。

人体解剖については同業の医家からも批判をあげた。しかしながら、その後も人体解剖を希望する医家は続き、刑死者の解剖見学が許される機会も多くなっていった。1756（宝暦 9）年には、山脇の門下である医家が日本で初めてとなる女性の解剖を行った。田英仙という長崎の外科医によるもので、医家が行う最初の解剖となった。1854（安政 2）年には、ポンペの執刀により 3 日間の解剖が行われ、神経系統や血管、脳など人体の細部まで解された。

この解剖では、死をもって罪を償っているのに、死んでさらに体を切り刻まれることは耐えられないと、罪人の間から不満が出た。正確な解剖知識を得ることで、医学の発展に

¹⁰ 宝永 2 年（江戸中期）に丹波亀山の医家清水立安の子として誕生した。22 歳の時に、実父清水立安の師である京都の医官山脇玄脩の眼にとまり、山脇家の養子に入った。山脇家は由緒ある医学界の名門であった。

寄与できるとはいえ、罰を受けた遺体を傷つけるということは一般の人びとには受け容れがたいことであった。解剖に同席した松本良順¹¹が、今にも暴動を起しかねない罪人たちに、検体となった遺体がどれほど今後の医学に役立つか、また解剖した後は丁重に法要することを説明するとおとなしくなったという（吉村, 2002, pp. 229-231）。罪人たちは、死んだ後にも人並みの扱いを受けられることを望んでいた。この時代の人びとには、生命を失ったからといって死者が単なる物体になるのではなく、生前と変わらぬ一人の人間であるという遺体観があった。

B. 開国から明治 27 年：法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り

新政府が成立した明治元年から職業としての看護婦が誕生する 1894（明治 27）年までの死と看取りである。265 年以上も続いた幕藩体制が崩壊した後、新たに発足した明治政府は、近代国家の設立を目指して、積極的に欧米文化を取り入れながら国づくりを進めた。ひとの生死に関する営みには、古くからの風習、儀式などが密接に結びついているため、明治期の諸改革がすぐさま決定的な変化をもたらしたとは言い難いが、それでもこの時期の日本が、自然科学の方法論を基盤とする西洋医学を採用したこと、医師による死亡診断書の記載を義務づけ、埋葬法に関する規則を定めたこと、そして神仏分離令を公布したことの影響が大きかったのではないかと考えられる。

1. 西洋医学の採用と衛生行政の整備

明治政府が、西洋医学が日本の医学の採るべき道であることを明確にしたのが明治初年である。この時代、西洋では近代兵器の開発が進んで、破壊力を増し、それに応じるべく創傷治療のための外科学が発達した。産業革命や都市の人口増加により、頻繁に流行病が発生したことにもなって公衆衛生の思想や方法論が生み出され、国の重要な施策とされた。日本も諸外国に倣って、それまで主流であった漢方医学、そしてわずかながら日本にて外科的治療を担っていた蘭学のかわりに、西洋医学を採用した。

日本で西洋医学による医学教育が始まったのは、維新前の 1861（文久元）年であり、維新後にはイギリス医学からドイツ医学の採用へと変更し、本格的な医学教育を進めた。大

¹¹ オランダ医学の知識と技術を持ち、徳川慶喜の侍医にあっていた。明治 6 年に初代陸軍軍医総監に就任した。

学の卒業生である医学士は、地方の府県立病院の院長として雇われ、地方での医学教育を展開した。病院については、1875（明治8）年の時点ですでに45府県のうち38府県に設置されていた。1877（明治10）年の一般病院数は146施設であり、東京や大阪では私立の病院も設立され始めたが、まだまだ庶民が利用可能な施設ではなかった。病院は西洋の場合と同じく、当初は貧しい人びとの救済目的で、市民の慈善寄付により設立されたところもあったが、やがて中流階級以上の人びとが利用する施設となった（猪飼, 2010, p.68）。

西洋医学は漢方に比べて、外科的消毒法やクロロホルム麻酔をはじめ、膿の切開・排膿・洗浄、病巣の切除や吻合、四肢切断など、華やかな治療技術をもっていたが、19世紀はまだ細菌が発見されたばかりでワクチンや抗生剤などの治療も開発途上であり、流行病には消毒・隔離しか有効な手段はなく、衛生環境や栄養の改善などの予防策があるにすぎなかった。

1874（明治7）年には、医療制度や衛生行政に関する規定を定めた日本で初の医事衛生法規「医制¹²」が公布された。76条からなるもので、文部省より東京・京都・大阪の三府へ達せられた。目的は「国民の健康を保護し、疾病を治療し及びその学を隆興すること」と書かれた。ここで医師の資格制度、医師により記載された死亡届の提出、産婆の業務などが明確にされた。

2. 医師・産婆による死亡届の義務付け

1874（明治7）年医制の公布により、死亡の際には医師および産婆による死亡届の提出が義務付けられるようになり、法律上は医師・産婆の介在なしに死の確定ができないことになった。下記の引用の通り、治療を受けたひとが死亡した場合は、治療に当たった医師が3日以内に死亡届を書くこと定められている。

以下は1875（明治8）年に改正された医制の第24条である。

第二十四條 施治ノ患者死去スル時ハ醫師三日内ニ其病名経過ノ日敷及ヒ死スル所以ノ原由ヲ記シ虚脱痙攣窒息等ノ類ヲ謂フ醫師ノ姓名年月日ヲ附シ印ヲ押シテ醫務取締及ヒ病家ニ出スヘシ

（医制改正，文部省より東京京都大阪三府へ達，1875年5月14日）

¹² 法令名「医制ヲ定メ先ツ三府ニ於テ徐々着手セシム」の中に記載されており、1874（明治7）年3月12日に太政官により作成、公布された。

原因（死亡理由）として例示されている「虚脱、痙攣、窒息」がいわゆる病名ではなく、死にゆく人の様子の記述であるところが興味深い。まだ死因を明確に特定できるだけの診断技術がなかったことをうかがわせる。また、1875（明治 8）年の改正では、届出先が医務取締だけであったのが、病家が追加された。医制の第 8 条には、「醫務取締ハ醫師薬舗主等ヨリ出ス所ノ書類ヲ集メ毎年兩度二月七月中衛生局ニ出スヘシ」とあり、医務取締が医師や薬舗主等から提出された書類をまとめて衛生局に提出した。目的は死因の情報収集であり、衛生統計に使用されたと考えられる。また、病家に診断書を手渡すのは、埋葬の手続きと死亡者を戸籍から除籍する戸籍管理が目的であったと考えられる。

産婆¹³についても同様の規定があった。1880（明治 13）年の東京府甲第 75 号死亡届並埋葬証規則において、4 か月以上の流産あるいは死産に関して、取り上げた医師または産婆が届を書くことが決められた。

第四條 流産四ヶ月以上或ハ死胎分娩ノ者醫師若クハ産婆ノ届書ヲ請求シテ區ハ區役所郡ハ戸長役場へ差出シ埋葬免許証ヲ受ケテ之ヲ墓地監者（寺院ニテ監者ヲ兼ル墓地ハ其寺院）へ差出スベシ
（東京府布達, 1880 年 7 月 14 日）

日本最初の戸籍制度は、奈良時代の大宝律令のなかに確認される（田代・平野・福富, 1971）。この戸籍制度は、奈良朝末期まで続いた後、廃止され、その後は地方の領主が人別調べを行って領民を登録した帳簿である人別帳が用いられ、それが戸籍に相当するものとなっていた。

現代につながる戸籍法は、1871（明治 4）年に公布され、翌 1872（明治 5）年 2 月 1 日より実施された¹⁴。戸籍には、戸主を筆頭にして、尊属・戸主の配偶者、兄弟姉妹その他の傍系親の順序で記載し、その戸籍内の出生・死亡・婚姻縁組等による出入りは、戸主より「戸長」に届出ることにして、戸籍の出入りを明らかにするものとした。戸籍法のねらいはそもそも徴税、徴兵であり、家族単位で国に登録することによる家制度の存続であったが、死亡届を提出することを義務づけることで、社会の制度や医療がひとの生死に関与するようになった。

¹³ 医制の中で、産婆も医師と同様に免許制（知識と実地の證書が必要）により資格の付与が規定された。従来からいた産婆は、履歴書を申請することで假免状を受けることができた（文部省布達, 1874, 医制, 第 50 条）。

¹⁴ 太政官布告第 170 号、全 33 則から成る。この後、戸籍法は数回の改正を繰り返すことから、年号をとって明治五年式戸籍とよばれる（壬申戸籍）。

3. 伝染病の恐怖

日本では開国以来、痘瘡や赤痢、チフスなどがたびたび流行していたが、1877（明治 10）年に上陸したコレラは、1879（明治 12）年にかけて各地へ蔓延して大流行となり、罹患者約 16 万人、死者約 10 万人に及ぶ被害となった。

政府は 1879（明治 12）年には「虎列刺病予防仮規則」を、翌年には「伝染病予防規則」（明治 13 年）を發布し、伝染病対策に乗り出した。しかし政府として出来る対策は、伝染病者の隔離が唯一の方法であり、警察を介しての避病院や村落丸ごとの徹底的な隔離対策であった。1877（明治 10）年 8 月に公布した「虎列刺病予防心得」には、下記の記載がある。

第 6 条 避病院において死亡した者の埋葬地は（検疫）委員がこれを定め、むやみに埋葬してはならない。但しこの地方に墓地を有するものは、（検疫）委員の許可を得、消毒法を行なった後は埋葬してもよい。

（石黒,乙第 79 号布告, 虎列刺病予防心得,1877, p. 2）

避病院で死亡したひとは、むやみに埋葬してはならず、墓地を有している場合でも、埋葬する際には消毒法を行い、検疫委員の許可が必要とされた。埋葬は死亡の確定後から 24 時間経過しないと行えなかった。遺体の消毒法は伝染病の有無に拘わらず、衛生管理の面においても重要な要素となり、伝染病収束後も引き続き実施されていったと考えられる。

また政府は、1880（明治 13）年に「伝染病予防規則」を公布し、避病院等での伝染病患者の取扱い手続きについて細目を定めた。危篤から死亡までの規則は次の通りである。

第 5 条（危篤）入院患者が危篤に陥ったときは、速やかにその旨を親戚（知人）に報告しなければならない。

第 7 条（死亡）死体は速やかに死体室に移し、消毒薬を注いだ白衣を覆い、親戚の来るのを待ってこれを示さなければならない。但し、24 時間を経過するときはこれを棺に納める。

第 13 条（死者の携帯品）死者の携帯品はさらに消毒法を行なって、これを親戚又は知人に引き渡す。

（内閣官報局, 太政官第 34 号布告, 伝染病予防規則, 1880）

避病院への入院は、伝染病の蔓延を防ぐための隔離であり、たとえ家族であっても必要以外の見舞いは許可されなかった。しかしながら患者が危篤の際には、「速やかにその旨を親戚（知人）に報告しなければならない」とされた。3日で死に至るコレラでの入院を考えると、家族の死への受けとめへの配慮と、家族がいない場合の知人への連絡も想定していたことが考えられる。遺体は、24時間は死体室に安置されたが、これ以降は感染の暴露を予防するために棺に納められたと考えられる。

当時、東京で衛生行政を担当していた警視本署は、「コレラ死者の葬儀は、なるべく人家の密集した道路を避けて棺を運搬し、棺の装飾品等はその寺院で焼却しなければならない。」という布達（甲第28号、明治10年9月21日）を出した。また、コレラ患者の死体に限り、警察官吏が検査した上で納棺し、寺院に送る前になるべく火葬にするようにした（乙第30号、明治10年9月26日）。折しも、1873（明治6）年に火葬は神道派の主張により禁止されていたが、2年後には火葬がふたたび解禁された（明治政府が死者の埋葬法について出した法規については後で述べる）。

コレラ患者の遺体や身に着けていたものを介しての伝染を予防するために、1887（明治20）年の『防疫必携』では、伝染病者の身に着けていたものの焼却や、伝染病者のいる家の門戸への病名票の貼付が定められた。しかしこの病名票が嫌忌され、患者を隠蔽することにつながったため、病名票の貼付は中止となった（林, 1887, p.77）。人びとにとってコレラに罹患することは死と直結する出来事であり、当時の避病院は生きて戻ることが少なかったことから、死病院と恐れられた。伝染病患者が発生すると、社会から疎外される恐れがあることから、患者が体調が悪くても医師の診察を受けなかったり、身内で患者をかくまったりが見られた。

4. 宗教から科学へ—遺体の取扱いと埋葬の変化

時代は遡るが、江戸時代においては、葬儀は仏式で行われていた。当時の火葬場は寺院が経営しており、たとえ神社に勤める神職であっても、葬儀のときだけは寺で執り行ったという。キリスト教は禁止されていた。

明治政府は、廃仏毀釈に見られるように、天皇を頂点とした立憲君主制をめざして、神道を擁護する政策を採った。葬儀に関しても、戸籍を明確にする目的で1872（明治5）年に自葬禁止の法令（太政官布告第192号）を出し、さらに神官による神葬祭への支援を指示した法令（太政官布告第193号）を出して、仏教・神道以外の宗教にもとづく葬儀を行

うことを禁止した（勝田, 2012）。さらに火葬は仏教的な方法であるとし、1873（明治6）年に出された「火葬ノ儀自今禁止候条此旨布告候事」（太政官布告第253号）によって禁止してしまった。

その背景には、焚焼による煙と悪臭がひどく、人びとの健康を害するだけでなく不潔であるから禁じて欲しい、適切な場所に火葬場を設けて欲しいという伺いが出されるなどの事情もあった（勝田, 2012）。しかしながら、火葬が禁止となり土葬が中心となると、広い埋葬地が必要となるという問題が生じ、1875（明治8）年には火葬が解禁となった（太政官布告第89号、「火葬禁止ノ布告廃止」）。

勝田（2012）は、火葬は当初、神道を擁護する観点から禁止されたが、解禁となる段階では宗教的な意義はそれほど考慮されなくなり、むしろ公衆衛生上の観点から土葬を取り締まるように転換されていったと解釈する。火葬場については、1875（明治8）年の「火葬場取締心得」（内務省乙80号）により規則が設けられ、1877（明治10）年と1879（明治12）年のコレラ大流行後には、「火葬場取締規則」（1884年）、「墓地及び埋葬取締規則」（1884年）が発布された。

最終的には伝染病対策の重要性から、火葬の方法を取らざるを得なくなったが、ここでの方針の度重なる変更は、それまで死と看取りに影響力をもっていた宗教や文化よりも、公共の利益と、医学的観点からみた対策の科学的妥当性が優先されるという考えを知らず知らずのうちに浸透させていったのではないかと考えられる。

5. 西欧の教育を受けた看護婦の誕生

日本初の正規の看護婦養成は、1885（明治18）年の有志共立東京病院看護婦教育所（後の慈恵看護専門学校）で始まった。それまでも従来看護婦¹⁵と呼ばれる教育を受けていない人びと（看護人¹⁶、看病人とも呼ばれた）が、当時は数少なかった病院で勤務していたが（亀山, 1984b）、諸外国に倣って日本でも本格的な看護婦養成が行われるようになった。

有志共立東京病院看護婦教育所は、英国のセントトーマス病院でナイチンゲール方式の看護婦養成を知った海軍軍医であり同医院長である高木兼寛が始めたもので、養成期間3年、その内の6か月を慈恵医院での見習いとする内容で、米国婦人リードを招致して教育を行った。最初の入学生は6名であり、1888（明治21）年に初めての教育訓練を受けた看

¹⁵ 亀山（1984）によると、従来看護婦とは、規則制定前における未教育のまま業務に従事する看護婦をさす。

¹⁶ 当時は看護人、看病人などの用語が使用された。特に男性をさすわけではなく、女性の看護人もいた。

護婦 5 名が卒業した。養成期間中は病院で患者の看護を行い、卒業生は上流家庭の求めに応じて派出看護を行った。

続いて 1886 (明治 19) 年には、京都看病婦学校 (同志社病院) と桜井女学校付属看護婦養成所が設立された。修業年限はともに 2 年であった。京都看病婦学校は、ナイチンゲールの教育を受けたアメリカでの最初の訓練看護婦リンダ・リチャーズ (1841~1930) を学校長に迎え、当時の欧米の最新のプログラムで教育を展開した (岡山, 2010)。リチャーズ後任である Fraser は、『実用看護法』(1896) を著し、テキストとして使用した。これは母校のベルビュー看護学校で用いられていた教科書等から必要な項目を選び、日本人向けに編纂したものである。

桜井女学校付属看護婦養成所は、女学校内に開校された看護婦学校で、アグネス・ヴィッチが教師として招かれ、キリスト教精神に則った教育を行った。1906 (明治 39) 年には閉校となったが、20 余名の卒業生を輩出し、その中には看護の質を確保するために活動した大関^{ちか}和や、最初の派出看護婦会を設立した鈴木雅らがいた。

1888 (明治 21) 年には帝国大学医科大学附属第一病院が、1890 (明治 23) 年には日本赤十字社病院で養成所を開設した。当時の看護教育に携わったのは、医師、外国で看護学を修めた看護婦¹⁷、女子教育の専門家などであり、養成期間は帝国大学医科大学附属第一病院では学業 1 年と実務 2 年からなる全 3 年間、日本赤十字社病院では学業 1.5 年と実務 2 年からなる全 3.5 年間の看護教育が行われた (亀山, 2004)。

医師の数がまだ少なかった時代であり、専門的な知識と技術を身につけた卒業看護婦の存在は、医療を担う一員として大きな期待が寄せられた。

6. 派出看護婦会の立ち上げと看護婦養成のはじまり

派出看護とは、「病人と個人契約のもとに看護婦が病人のいる家庭や病院に出向いて病人に付き添って看護する」(平尾, 1999, p. 9) ことをいう。先に述べたように、有志共立東京病院看護婦教育所を卒業した第一期生 5 名は、病院内の看護ではなく、裕福な特権層を対象とした家庭派出看護を行った (高橋, 1976)。

その後、病院からの派出ではなく、卒業した看護婦たちが独自に派出看護婦会を開業、運営するようになっていった。日本で最初となる派出看護婦会は、1891 (明治 24) 年に鈴木雅により設立された慈善看護婦会である (松田, 2007)。会長を務めた鈴木雅は、桜井女

¹⁷ 日本赤十字社病院などでは外国人看護婦の指導者を招致できなかった場合もあった。

学校の看護婦養成所（明治 19 年開設）の第一期卒業生であった。鈴木は 2 年間の修業を終えて卒業した後、帝国大学医科大学で内科看護婦取締としての 2 年の勤務を経て、慈善看護婦会を開設した。有志共立東京病院の派出看護は、裕福な家庭を対象としていたが、慈善看護婦会は庶民に対して看護婦を派出しており、貧困者には無給で看護にあたった¹⁸。

同様に、東京で慈善看護婦会が誕生した後、時期を少し遅れて京都、大阪でも看護婦会が誕生していった。京都では、京都看病婦学校を卒業した富永ハル（第 3 期生）により、京都看護婦会（明治 26 年）が設立され、その 4 年後には信仰上の同士たちにより共愛看護婦会（明治 30 年）が設立された。京都看護婦会は、患家から厚い信頼を受け、関西ではリーダーシップをとるほど大いに発展した（看護史研究会, 1983）。大阪では、富永の同期生である宇佐美キサによって、京都看護婦会支部（明治 27 年）が設立された。このように、派出看護は、系統的な訓練を受けた看護婦によって始められた。

一方、桜井女学校付属看護婦養成所で鈴木と同期だった大関和は、卒業後に帝大付属病院外科婦長として勤務し、新潟県の女学校生徒取締や病院婦長などを務めた後、鈴木の後任として慈善看護婦会の会長となった。大関は、満足に教育を受けられていない従来看護婦の状況を知って、系統的な教育を通じて正確な知識と的確な技術を身につける必要性を感じ、日本看護婦人矯風会を創立、従来看護婦や家庭の主婦向けに看護の知識の普及を図っていった。

鈴木雅は、東京看護婦会を運営すると共に、東京看護婦講習所を設立（明治 29 年）し、会で派出する看護婦の養成を開始した。1899（明治 32）年に発刊された風俗画法の臨時増刊号（第 193 号）には、その様子が以下のように紹介された。

本所は。婦女に。病者を看護する方法を講習せしめ。善良にして。敏腕なる看護婦を養成し。以て。一は。自家に病者あるとき看護を司らしめ。一は病院及び病家の需めに應し。派出せしめ。醫療の完全を謀るを目的とす。本所の講習生たらむと欲する者は。年齢二十歳以上四十歳未満にして。且つ三年間は家事に關係を有せざる者にして。讀書。片假名文、算術。加減乗除、作文。往復文等を爲し得る學力を有するものに限る。

（記者不明、「東京看護婦会」，風俗画報, 1899,p.41）

¹⁸ 1892（明治 25）年 6 月 4 日の女学雑誌（第 320 号）に慈善看護婦会の看護婦派出広告が掲載されている。その一文に、「貧困者には無給のこと」と記されている。

東京看護婦講習所では、女性を対象に看護の方法を講義し、善良かつ敏腕な看護婦を養成して、自宅での看護を担い、病院及び病家の依頼により派出され、医療を補完する人材とすると説明している。入学には年齢制限があり、一定の学力を必要とする他に、3年間は家事に携わる必要のないことを条件として求めた。

7. 初期の看護テキストと家庭向け看護書にみる死と看取り

a. 正規の教育を受けた看護婦に求められた看取り

正規の教育課程による看護婦の養成は始まったが、看取りは家庭において家族により行われており、まだ卒業した看護婦による看取りはなかった。しかし日本での看護婦養成のため、欧米より看護テキスト¹⁹が輸入され、翻訳、編纂されて用いられるようになった。これらの看護テキストは、後の時代のテキスト編纂の際にも参照され、その後の看取りに影響したと思われる。表1に、明治期に出版された死と看取りに関する記述がある看護テキストを示す。

表1 明治期に出版された死と看取りに関する記述がある看護テキスト

No	発行年	書名	著者
1	1889 (M22)	看護法教程	足立寛
2	1896 (M29)	實用看護法	Fraser, H. E./成瀬四寿訳
3	1899 (M32)	看護婦派出心得	大関和
4	1900 (M33)	速成看護法摘要	南二郎
5	1900 (M33)	普通臨床看病法	關藤治郎
6	1901 (M34)	看護学全書	春野廉平
7	1901 (M34)	私宅看病法	下平文柳
8	1907 (M40)	看護婦の友看護日誌摘要字引	山上歌子
9	1908 (M41)	實地看護法	大関和
10	1908 (M41)	新撰看護学	清水耕一

この時期に出版された看護テキストは、1889(明治22)年の足立寛による『看護法教程』がある。足立寛は陸軍軍医総監であり、日本赤十字社の篤志看護婦人のための教科書としてこの看護テキストを作成した。その後の赤十字での看護婦養成にも使用することも想定

¹⁹ 教科書は、文部省(現在の文部科学省)による検定を受けて学校教育で使用される図書である。本研究で取りあげた看護書が、当時使用された教科書であるかどうかを確認することは困難なため、本論文では、「教科書」をいう用語を用いず、「テキスト」として明記した。また、看護婦を対象に発刊された書は「看護テキスト」、一般女性や主婦を対象に発刊された書は「看護書」として、区別して明記した。

して作成したものと考えられる。篤志看護婦人会は正規の看護婦ではなく、皇族妃や華族など上流家庭の婦人などに月1回の講習会を通じて看護教育を施し、看護婦という職業の普及や地位向上に役立てようとする会であった。ドイツ人医師ルートヴィヒ・パイペル (Ludwig Pfeiffer) が1888 (明治21) 年に出版した看護テキスト『Taschenbuch für Krankenpflege』などを参考にしたと考えられている (吉川, 1989, p.54)。

『看護法教程』第一教 第一章 看護法 (十九) 瀕死及死後処置には以下のように述べられている。

(一) 死亡ハ卒然來ルアリ或ハ一時苦惱ヲ發シテ徐々ニ來ルアリ而シテ死亡ノ徵候ニ
 二アリーハ知覺、心動、脈搏、呼吸等ノ如キ生活機能廢絶シ四肢軟癱シ面貌憔悴
 シテ鼻形尖突、眼球陷没、眼瞼不合及ヒ口吻弛開シ皮膚及ヒ殊ニ口唇蒼白ニシテ
 面色汚穢、眼球混濁シ次テ身体冷却ス但シ胸腹等衣服ヲ被フ所ハ尚ホ數時間温氣
 ヲ保ツ但シ此ノ如キ症状ハ失血症、虎列刺、痙攣、破傷風、窒息、沈醉、雷擊、
 凍沍、墜落等ニ因テ急ニ假死ニ陥ル者ニ於テモ之ヲ發スルコト往々之アリハ死
 亡ノ確徵ニシテ初メハ所謂死後強直ヲ發シ次テ軟化シ背部、股及ヒ上膊ノ後面ニ
 青色ノ斑ヲ生ス之ヲ死斑ト云フ更ニ少時ヲ過クルトキハ小腹、腰側等ニ綠色ヲ發
 シ腹部膨滿スル等ニシテ是腐敗ニ傾クノ徵ナリ其遲速ハ病症ト氣候トニ随テ
 甚ター様ナラス

(二) 病者ノ死ニ歸セントスルトキノ景況ハ看護人タル者ハ常ニ熟知シ時ニ臨テ醫士
 ニ申報スルノ機會ヲ誤タサラシコトヲ要ス則チ病者ノ呼吸緩徐トナリ甚タ困難
 ニシテ雷鳴様トナリ脈甚タ疾小、面色蒼白或ハ青色面貌變異、鼻形尖突、下瞼及
 ヒ下顎垂下シテ面部ニ冷汗ヲ流シ兩便失禁、手足ノ運動力ナク、身体動モスレハ
 褥外ニ滑轉シ及ヒ四肢厥冷スル等ナリ (足立, 1889, pp.63-65)

長い引用であるが、(一)、(二) は真死と仮死の区別、そして死にゆくプロセスの記述と時宜を見定めた上での医師への報告の必要性を述べている。特に (一) では、死は突然に来るか、苦悩が生じた後に徐々に死に至るかであり、死亡の徴候には仮死状態と死が確定された真死がある。仮死状態とは、知覚、心動、脈拍、呼吸等の生活機能が停止し、四肢弛緩と面貌憔悴して鼻形尖突、眼球陷没、眼瞼は閉じず口唇弛開して、皮膚と口唇にチアノーゼが見られ顔色不良、眼球混濁し、続いて身体が冷却することである。但し、衣服に

より被われている胸腹部等は、死亡後の数時間は温かさを保っており、これらの症状は仮死状態（失血症、虎列刺、痙攣、破傷風、窒息、沈酔、雷撃、凍死、墜落等による）でも出現するとある。

死亡の確実な徴候は、死後硬直の後に身体が弛緩して背部、大腿部と上腕後面に死斑が出現し、時間の経過とともに腹部・腰側等の皮膚に緑色の変化と腹部膨満等を生じて身体の腐敗が進むとある。老衰や疾病による長期療養の末に迎えた死であれば間違えることはないだろうが、急変によって生じた死は、仮死状態と見誤る危険性が高かったと推察される。それゆえに仮死と真死の区別が必要であり、死後の遺体の変化により、死亡の確定につなげたのであろう。

一方、(二)では瀕死時の状態では、呼吸は緩徐な状態から次第に雷鳴様と変化して呼吸困難となり、脈拍微弱、面色蒼白、鼻形尖突、下脛と下顎の下垂、冷汗、両便失禁、体動減少、四肢冷汗を生じるとある。

『看護法教程』は、篤志看護婦という上流夫人のための看護テキストであり、たとえその後の正規の看護教育で使用することを想定していたにせよ、その記述の詳細さは際立っている。女性の識字率もそれほど高くはなかったことから教養のある女性に対して書かれたとも考えられるが、その内容は医師が学ぶべきものであったことは容易に推察できる。

この時代、医師の数は多くはなく、死にゆく人のいる家庭に医師がすぐに駆けつけることは難しかった。看護婦や家族には医師の代わりに死亡診断を行うことが期待されたと考える。法律で医師が死亡診断書を作成するとの規定は設けたが、実際には診断を行うべき医師は臨終の場面に立ち会えるほどいなかった。

下記の(三)には、(一)(二)とは異なり看取りの看護が書かれている。ここでは死の兆候を見極めるのは、医師を呼ぶためではなく、看取りの看護を行うためである。

(三) 以上述ルカ如キ症状ヲ呈^{あら}ハストキハ^{ろうばいそうじょう}狼狽騷擾シテ臨終ヲ妨ク可ラス静カニ屏風
ヲ繞ラシテ可及的他人ヲ遠サケ臥褥ヲ整理シテ適宜ニシ炎熱ノ日ニ在テハ扇子ヲ
以テ静カニ清氣ヲ送^{めぐ}リ蚊蠅等ヲ驅逐^{なるたけ}シ數々乾布ヲ以テ冷汗ヲ拭去リ冷却セル四肢
ヲ温保シ冷水或ハ藥汁ヲ與フル等^{せいき} 都^{くちく}テ極^{しばしば}テ友愛ノ情ヲ旨トシテ懇切ニ看護シ以
テ安然ノ終命ヲ遂ケシムヘシ ^{すべて} (足立, 1889, p.65)

瀕死の症状が出現するときは、看護者は狼狽騒擾することなく、病者が心地よく静かに過ごせる環境を整え、出現している症状に対して清拭や保温、冷水や薬を与えるなどを通じて看護する。死の間際には冷水を与えるのは病者の口渴を癒すためであり、やがては死に水を与えることにもなった。与薬は、積極的な治療行為というよりもむしろ、苦痛の軽減を目的としていた。この終命に至るまでのプロセスで苦痛な症状を和らげ、友愛の情をもって懇切に看護を行うことが求められた。

臨終場面の「臨終を妨げるべからず」「安然の終命を遂げしむべし」との教えは、以後の看護テキストでも繰り返し現れる記述であり、その後の看護テキストにも影響を与えたものと考えられる。これらの言葉が示すのは、死はそのひとが生きてきた人生の集大成であり、死を引き留めようとする周囲の狼狽や喧騒によって臨終を妨げないようにして、そのひとが最期を遂げるのを厳かに見守るということである。

以下は、死後の処置についての記述となる。

- (四) 患者全ク死ニ陥ルトキハ直ニ之ヲ醫士ニ報シテ更ニ検定ヲ乞ヒ其眞死タルコト
確然タルニ及テ始テ之ヲ屍室若クハ別室ニ移シ衣服ヲ脱除シ消毒薬ヲ以テ全身ヲ
拭ヒ身体ヲ直伸シ或ハ腰ト膝トヲ屈曲シ徐ニ眼瞼ヲ閉合セシメ暫ク輕壓シテ再
ヒ開カサル様注意シロ中ヲ清拭シ下顎ヲ壓シテロヲ閉鎖セシメ或ハ布條ヲ以テ暫
時繃縛シ置クヲ要スルコトアリ其他耳鼻等ノ如キ孔穴ヨリ液汁ノ流出スルコトア
ルトキハ消毒綿ヲ以テ之ヲ填塞シ消毒薬ニ漬シタル布片ヲ全身ニオオフヘシ而シ
テ夏日炎熱ノ時ハ窓戸ヲ密閉シ冬日嚴寒ノ時ニハ微シク室内ヲ暖メ置クヲ良ト
ス
- (五) 俄ニ死亡セル者ハ死後二十四時間ハ尚ホ病室ニ留メ置キ其眞ニ死亡タルコト
ヲ確定スルニ及テ始テ前條ノ処置ヲナスヘシ
- (六) 病者ニ用ヒタル一切ノ物品ハ夫々法ニ随テ消毒法ヲ行ヒ或ハ焼却スルヲ要ス殊
ニ傳染病者ニ用ヒタル者ニ於テハ必ス焼却スヘシ (足立, 1889, pp.66-67)

死後の処置については、死後、遺体は24時間は病室に留め、死亡の確認が済むまでは行うべきではないとした。1884(明治17)年に公布された墓地及埋葬取締規則(太政官布達第25号)の第3条では、「死體ハ死後二十四時間ヲ経過スルニ非サレハ埋葬又ハ火葬ヲナスコトヲ得ス」とある。これが看護テキストの記載にも反映されたと考える。

身体各部の孔からの汚液流出の対策として、消毒綿を充填し、さらに消毒薬に浸した布で全身を覆うというように、伝染病患者の対策も含まれた処置となっていた。また、夏冬の温度差の激しい時期には、温度調節することを勧めており、寒い時期には室内を暖めるとよいと記すなど、単なる遺体の腐敗防止だけではなく、遺体への思いやり、あるいは仮死の後の蘇生の可能性を考慮したと思われる記述もある。

b. 家庭向け看護書における看取りの記述

まだほとんどの病人が自宅で療養していたこの時代には、家族が中心となって看病や看取りを行っていた。江戸時代には家長である男性も看取りに加わったが、明治期では女性に役割が移行していく。知識の普及は婦人雑誌、新聞等に、病人の看病については家庭向け看護書に掲載され、広められた。表2に明治期に出版された死と看取りの内容が記述されていた家庭向け看護書を示した。

表2 明治期に出版された死と看取りに関する記述がある家庭向け看護書

No	発行年	書名	著者
1	1891 (M24)	通俗家庭療法	服部道之
2	1894 (M27)	家庭衛生	垣田純朗
3	1894 (M27)	通俗急病救助法	Esmarch／飯高芳康訳
4	1895 (M28)	看病人	村上純祥
5	1896 (M29)	看病の心得全	平野鑑
6	1898 (M31)	家事教科書下巻	後閑菊野, 佐方鎮子
7	1899 (M32)	通俗看病學	有終会々員編
8	1901 (M34)	家事衛生	三宅秀述 他
9	1902 (M35)	家事教程上	星常子, 中島よし子
10	1902 (M35)	通俗看病学 (初版 1899)	岡隆太郎
11	1904 (M37)	袖珍看護寶函	富永勇, 川村舜治
12	1905 (M38)	家庭衛生及看護法	山田謙次
13	1905 (M38)	通俗救急看護法	鈴木昌平
14	1906 (M39)	實用家庭看護法	大八木幸子
15	1908 (M41)	臨床看護法	吉井素雄
16	1908 (M41)	素人看護法新書	関東八

すでに、家庭向けの看護書には、死を看取することは「^{むつかしく}六ヶ數もの^{かくご}と覚期、決して^{あわて}狼狽ることなかれ」と看護する者に覚悟を求める文章が記載されている。また専門の看護テキストと同様、瀕死時の状態が「顔面蒼白或ハ青色、面貌恍惚、鼻端尖り、眼瞼下垂て一方を直視、少く口を開きて呼吸緩徐且困難となり咽喉雷鳴、脈微細して糸に触るか如く、顔面

冷汗、大小便自利^{しまりなく}、手足の運動力なく四肢厥冷」（服部, 1891, p. 27 ; 垣田, 1894, p. 115）と記された。家庭においても医師が不在の際に、死を見極めることが求められたと考えられる。

Esmarch による『通俗急病救助法』（1892/1894）では、危篤時においては、病人の希望にまかせて飲みにくい薬を無理に飲ませなくてもよいこと、病人の覚悟次第では薬を中止してもよいと記された。それとは逆に、病者に覚悟ができていない場合は、「死ぬるまでは醫も迎へし、薬も用」い、死期が近いことを伝えることは避け、静かな環境を整えることを説いた。医療を利用するかどうかは、本人が決めることであり、死を覚悟した上での薬や治療の拒否があれば、周囲は無理強いしてはならないことが記されている。医療の利用がまだ本人や家族に任されていたことがわかる。

死までのプロセスにおいて看護者は、「病者ハ可及的安静^{なるたけ}」にして「命の終を俟つ」とように示されていた（服部, 1891, p. 27 ; 垣田, 1894, p. 115）。また瀕死の状況で死にゆく人のそばで家人が泣くことは、「子たるもの大なる不孝」として心得、「一切心の繁引ぬやうにする」ことが大切とあり（Esmarch, p. 170-171）、先の看護テキストと同様、日本では死にゆく人の最期を厳かに、静かに看取ることに価値が置かれていたことがわかる。

C. 明治 28 年から明治 45 年 :

生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り

この節では 1895（明治 28）年から明治という時代の終わりとされる 1912（明治 45）年までの期間をとりあげ、死と看取りを記述する。

1. 西洋医学を学んだ医師の開業

先の明治初期から 27 年までと比較しながら、この時代の日本における医療資源の発達状況について確認しておく。明治初期、東京の医学校にて西洋医学に基づく医学教育が始まり、その卒業生が地方の府県立病院の院長として高い給与で雇われていき、地方での医学教育が始まった。しかし府県立病院及び医学校の経営は、税制もまだ十分に整わない府県にとってはかなりの負担であり、行き詰まりの様相を呈していた。社会全体の不況ともあいまって、1887（明治 20）年に勅令 48 号が発布され、これにより府県立医学校の費用は翌、明治 21 年度以降、地方税をもって支弁できないことになった。この勅令 48 号は医学校についてしか規定していなかったが、各県では病院についてもこのまま存続させるかど

うかが議論となり、結局、多くの府県立病院が閉鎖した。1888（明治 21）年には 223 あった公立病院は 1908（明治 31）年には 96 と、20 年間に半分以下に激減した（猪飼, 2010,p.80）。なお、公立医学校の数のピークは 1884（明治 17）年であり 30 校であった。

それまで地域医療を担っていた漢方医が高齢となり、跡を継ぐものがないまま徐々にいなくなる一方で、医学士の数が急増した。1890 年代には年平均 26.8 人を輩出していたのが、1900 年代には帝国大学の卒業生自体が倍増し、京都帝国大学や九州帝国大学が新設されたことにより、その 5~6 倍にあたる年平均 149.5 人が輩出されるようになった。そうした背景のもと、正規の教育を受けた医師たちが徐々に府県立病院を離れ、地方で開業していった。私立病院は 1890 年代には 400 程度であったのが、1900 年代には 800 へと増加した。都市部では府県立病院は、私立病院の経営に利害をもたらす存在となっていった（猪飼, 2010）。とはいえ、この時代の人びとにとって病院で治療を受けることは、まだ一般的なことではなかった。

2. 派出看護婦会による看護婦養成と看護の質の低下

1894-5（明治 27-8）年の日清戦争における活躍が、新聞雑誌などのマスメディアで取り上げられることにより、看護婦という存在が人びとに知られるようになった。戦争での急な需要に応じるため、あるいは戦争や災害での看護婦の活躍を知って、看護婦の養成に着手した府県立病院もあった（養成期間は 3 か月~6 か月など短いものもあった）。

病院付属の看護婦養成機関を卒業した看護婦のほとんどが、依然訓練を受けた病院では勤務せず、派出看護婦会に属して患家の依頼に応じて看護を提供した。府県立病院は、派出看護婦会が支払うほどの給与を卒業看護婦に支払うことができなかった。病院は主に、従来看護婦と呼ばれる無資格者、そして生徒の労働力で看護をまかなっていた（川原・鷹野・山崎他, 2012）。

派出看護婦会の中には、独自に看護婦を養成し始めるところも現れ、看護婦の数が飛躍的に増えた。なかには営利を目的として短期間の訓練で労働に従事させる派出看護婦会が現れたため、看護の質を担保することが困難になるケースもあった。戦争ではその活躍が注目を浴び、賞賛された看護婦であったが、平時ではそもそも女性が職業をもつことに対して偏見があった上に、一部の看護婦の素行の悪さが知られるようになり、世間からは看護婦を取り締まるべきとの声があがるようになった。

東京府はいち早く対策を講じ、全国に先駆けて「東京府看護婦規則」（1900, 府令第 71 号）を発令、この規則により看護婦試験に合格したひとが免状を授けられることになり、はじめて看護婦の資格制度が設けられた。これに続いて各府県でも同様な動きが起こり、東京を除く 28 府県が看護婦規則や看護婦試験規則を定め、看護婦の取締りを行った。1915（大正 4）年に全国の統一規則である看護婦規則が制定された。

3. 派出看護婦による伝染病看護

明治期の諸対策により、コレラの罹患率並びに死亡者数は減少傾向を示したが、依然、数年毎に流行が見られた。1897（明治 30）年には伝染病予防法（法律第 36 号）が公布され、それまでのコレラ、腸チフス、ジフテリア、赤痢、発疹チフス、痘瘡の 6 疾患に加えて、猩紅熱とペストが対象となる伝染病に追加された。

以下は、死について子供たちに尋ねている珍しい記事である。1900 年代はコレラや赤痢、腸チフスといった消化器系の伝染病が蔓延していたこと、人びとにとって伝染病がまだまだ死と直結していたことを示している。

「死ぬ」と云ふことに就て五才以上十才以下の院児に問うて見ましたら左の通り答へました

重太郎（九才）御飯を澤山に食べたから死ぬ。死んだら身軀がやせる。

武吉（七才）オナカに虫がワイテ死ぬ。死ぬと軀が泥になる。

熊市（八才）身軀がつめたくなるから死ぬ。死ぬと腹がつぶれる。

明（八才）腹が痛くなると死ぬ。死ぬと顔が蒼くなる。

清（十才）身を大切にしないから死ぬ。死ぬと魂が逃げて行く。

源太郎（七才）死ぬと御飯が食べられなくなる。

ふみ（八才）病気になつて罪を犯すと死ぬ。死ぬとものが云へなくなる。

（東京孤児院月報転載、「幼児の死の観念」, 婦女新聞, 第 99 号, 1902, 3 面）

子供にとって食べることは生きていくことであり、食べられないことはすなわち死を意味したと推察される。子供たちは、「身体がつめたくなる」「腹がつぶれる」「顔が蒼くなる」など、遺体の状況を具体的に表現していることから、実際に死にゆくプロセスや遺体を身近で見っていたことが推察される。8 歳の少女は、「病気になつて罪を犯すと死ぬ」

と語っており、病気になることを罪と捉えるなど、死や病気に対する忌みの一端も認められる。

コレラ病患者は法令に基づき避病院に入院となった。避病院に派出された看護婦のなかには、伝染病に罹患して命を落とすひともいた。

日赤の看護婦 伝染病が猖獗^{しょうけつ}する中、看護を行い成果を収めた

(記者不明,「看護婦の亀鑑」, 花の園生, 第 82 卷, 1897, pp.34-35)

この記事は、埼玉県秩父郡に赤痢が流行した際に、日赤の看護婦が熱意をもって周到な看護を行ったことで死亡率の減少につながったというものである。記事によると、役員が人びとに対して熱心に赤痢蔓延の予防法を説いて消毒法を実行したが、当時の人びとは衛生法自体を理解していなかったため死亡率は全く改善しなかった。この地では、医師は十里離れたところしかおらず、看護婦という職業も知られていなかったため、はじめのうちは看護婦は人びとから拒絶されたが、熱心に衛生教育と看護を行うことにより伝染病の死亡率が低下すると、看護婦の帰省が惜しまれるまでになった。このように派出看護婦は各地へ赴き、看護を通じて伝染病の死亡率低下に大きく貢献したと考えられる。

伝染病患者に対する看護を正しい知識のもとに行えるよう、看護婦自身の手によるテキストも現れた。京都看病婦学校の第 7 回生の田中定は、看護婦講習会用テキストとして『赤痢虎列刺病看護法』(1895)を著わし、その後、伝染病対策の対象となる疾病が追加されたことをうけて、新たに『八種伝染病看護法』(1897)を発行した。この 2 冊はともに非売品で、田中が講師を務める講習会(滋賀県甲賀郡)で用いられた。田中の活躍は、内務省衛生局から評価され模範とされた。また、日本赤十字社の看護婦であった油川太嘉も 1901(明治 34)年に『八種伝染病看護法』を発行した。

大関が派出看護婦のために執筆した一般の看護テキストの前書きには、避病院での看護の不十分さについて記述されている。

近年近懸^{きんけん}に於て悪疫大に流行し看護婦の不足を生し爲に諸處の隔離所に出張し同業の姉妹等に接する事あり。中には規律正しく病舎を守るものあれども多くは其順序を誤り病舎の混雑消毒の不完全を見る是によりて大に感ずる處あり

(大関,『看護婦派出心得』の序文, 1899, pp.1-2)

大関は、伝染病が流行すると都内だけでなく、地方の隔離所まで出張して看護や指導に当たった。避病院には少なからず看護婦が従事していて、消毒法が適切に行われていない状況も多かった。このことが、大関が看護テキストを著す契機となった。

看護婦が患者へのケアのみならず、地区住民の伝染病予防にも活動を広げていたことを示す記事もある。

天然痘を防ぐに牛痘を種^{うゆ}るが如く虎列刺病も豫防液を注射して之を免^るかる、事近年發明せられ先頃北里傳染病研究所にて其方法を傳習せしが下谷區にては生駒男爵丸茂文良氏等の主唱にて八月三日より區内各所に於て此液の注射を實行し其消毒法は神田錦町三丁目の東京看護婦會にて擔任し今日まで既に數千名に實施したるが神田區も去^{にじゅう}廿四日神田中學校にて注射を試行せしに受術者僅に二百名にも足らざりければ兩區衛生思想の差違を見るべしとて私^{ひそか}に喟嘆する人もある由

(記者不明,「虎列刺予防液注射」, 婦女新聞, 第 121 号,1902, 2 面)

天然痘予防のための種痘と同様に、コレラの予防注射をするようにと北里傳染病研究所が各区に通達すると、下谷区（現在の台東区）では既に数千名が予防注射を受けたが、神田区では僅かに二百名にも満たない数であったと報道している。記事にある通り、情報を発信しても、地域住民の衛生思想によっては、接種率にも差が見られた。下谷区では、予防注射に派出看護婦会が関わり、地域を巻き込んだ衛生思想の普及にも関与していた可能性がある。

結核もまた、1900（明治 33）年以降から伝染病を除いた死因の 1 位・2 位を占めていた。結核の死亡は常に約 7 万に以上を越え、1918（大正 7）年には約 14 万の死亡者を出した。それにより、翌年には結核予防法（大正 8 年）が制定され、結核の撲滅に乗り出すが大きな成果は見られず、約 10 万人前後の死亡数を維持しながら昭和時代へと推移した。

以下は、大関和が結核の原因について人びとに啓蒙している記事である。

結核^はハ傳染病と同一視し、黴菌^{ばいきん}が塵芥と共に鼻口より入りて發生すると云ふことハ^は
明^{あきらか}

(大関,「肺結核の話」, 女子之友, 第 129 号, 1902, p.11)

当時の人びとの間には、結核が「癩病の如く血統に依ると（する）流言」（大関, 1902, p.11）があった。大関は、小児結核予防法の講義から学んだ知識を、広く一般の人びとに知らせることを願った。

この時代には、派出看護婦会が次々と設立され、家庭での看護や地域での衛生教育を含め、伝染病看護がさかんに行われた。そのなかで有能な看護職がリーダーシップをとり、職業全体の技術向上や自主規制などを始めていったと考えられる。

4. 看護婦により執筆された看護テキストにみる死と看取り

1895（明治28）年以降、看護婦によって書かれた伝染病看護のテキストが現れたように、明治の終わりである1912（明治45）年までには医師ではなく、看護婦によって執筆された看護のテキストが現れるようになった。そのなかで、死と看取りに関する記述が確認された看護テキスト9冊（表1）から、1896（明治29）年に出版されたFraserによる『實用看護法』と、大関による『看護婦派出心得』（1899）と『實地看護法』（1908）を検討する。

a. 米国の看護テキストから導入された死と看取り

『實用看護法』（1896）は、京都看病婦学校の二代目外国人教師として招かれた Fraser によるもので、アメリカの看護婦によって書かれた看護テキストを参考に、日本の看護婦のために執筆され、成瀬によって翻訳された看護テキストである。参考にしたアメリカの看護テキストは、『A TEXTBOOK OF NURSING』（Weeks, 1885）及び『Nursing. Principles and Practice for Hospital and Private Use』（Robb, 1893）であった（平尾, 1994）。

先に紹介した足立寛による『看護法教程』（1889）が、ドイツの医師による看護テキストを参考に、上流家庭の婦人や正規の看護教育を受ける女性を対象として、日本の医師により書かれたものであると比較すると、Fraser の書は伝道活動の一環として来日した外国人看護婦によって書かれたものであり、元となったアメリカのテキストも家庭と病院で療養する患者の派出看護のために記されたものという違いがある。

（1）瀕死かどうかを見分ける意味

Fraser は『實用看護法』の〔死骸取扱法〕の項において、死は「心臓、肺臓、^(ママ)脳髓官能の閉止此等の内何れか原因」で起こるとし（Fraser, 1896, p.336）、瀕死の状態について詳しく記述した。

四肢冷却し容貌鋭く顔面爪等は紫藍色に變じ冷汗を發し不眠症を呈し筋痙攣し而して
混迷の有様となるなり角膜は光澤を失ひ下顎は重量に因て下垂し呼吸息迫し或は緩慢
となり又横隔痙攣により吃逆を發す (Fraser, 1896, p.336)

原本となったアメリカの看護テキストと較べると、ここにはアメリカのテキストには記
載されていない角膜・呼吸の変化、下顎の下垂が含まれており、瀕死の状態がより詳細に
書かれていた。

さらにこれらの徴候を認めた場合は、看護婦は家族を驚かせないように、死が近づいて
いることを伝えると教える。また、亡くなる時も臨終のタイミングを逃さず知らせ、正
確に時間を記録し、医師に伝えるようにと著した。

直に其家族に告ぐべし然れども明らかに其徴候を認むる迄は漫りに家族を狼狽せし
むるの要なし固より此の如き際と雖ども病人の爲め及ぶ限りは心から盡すべしされど
も最早生くるの望絶えたるときは寧ろ静かにすべし

(Fraser, 1896, pp.336-337)

患者が亡くなったときも死亡時刻を記録し、医師が往診中であれば医師の指示に従うと
する。この記述は、むしろ臨終に医師が間に合わない場合が多かったことをうかがわせる。
死の兆候が見られたときに、看護婦が臨終の近いことを家族に伝えることが望ましいとす
るのは、家族が死にゆく人と別離できるよう支援するためである。

Fraser は死の徴候に気づいても、それが明らかになるまではみだりに伝えて家族を狼狽
させてはならないこと、瀕死の状態であっても最期まで患者に心から尽くして、もはや生
きる望みがなくなったときには静かにするようにと伝えた。そして死者のいる場所では、
「常に静肅に又嚴肅に其言行舉動をなすべし」(p. 338) と、死を厳かに受け容れるという
看護婦としてあるべき態度を記した。

(2) 死後の遺体の変化と取り扱い

遺体に関しては、死後に一時体温の上昇がみられるが、これは化学的作用によるもので
時間の経過とともに冷却すると説明された。また、死後硬直という用語を使用しないまで
も、遺体が固くなった後に再び弛緩するとの具体的な記述を行った。

死後は埋葬に備え、30 倍の石炭酸で洗い、眼や口を閉じて四肢を伸ばすなど棺に納めやすい体位に整え、肛門陰部には綿を詰めて腰巻で腰部を包む。衣服は白色の軽薄な物が良く、温かく厚い物で遺体を包むことは好ましくないとした。そのねらいは、遺体の腐敗を防ぐことであつたと考えられる。大きな病院では、遺体に姓名を附すことがあげられた。患者が使用していた病室や寝具を消毒することを勧めるなど伝染病患者の対応も含まれた。

先の死についての記述の中に敢えて死の原因（「心臓、肺臓、^(ママ)脳髓官能の閉止此等の内何れか原因」など）を著したように、死後硬直の理由（化学的作用）が書かれている点も特徴的である。

（3）日本の看護テキストに使用されなかった宗教的理解に基づく死と看取り

なお、『實用看護法』（1896）には、参照とされたアメリカの看護テキスト『A TEXTBOOK OF NURSING』（Weeks, 1885）には存在するが、日本のテキストとして編纂するにあたって含まれなかった部分が存在する。宗教的死生観ともいうべき内容である。

Death-bed scenes are rarely either edifying or agonizing, though always solemn. The friends of the dying might be spared much anxiety if they realized how seldom the severance of soul and body is attended by any agony.

If the patient expresses any wish to see a clergyman or a priest, he should be sent for, especially if there is any apprehension of death.

If he is very sick, it is no time for religious exhortation, and any excitement should be avoided; but, if the clergyman has any tact and sense of propriety, his visit may be a comfort to the patient, as well as to his friends.

(Weeks, 1885, p.307)

このテキストは、臨終場面はつねに厳粛ではあるが、啓示的でも、苦しみに満ちたものでもないとする。そして死の際に起こる魂と肉体の分離には、ほとんど苦痛はともなわないとし、そのことを理解すれば、死に瀕する人の友人たちはそれほど不安に思わなくてすむだろう述べる。また、患者が聖職者や司祭との面会を望み、死について不安に思っているようであれば、その希望に沿うが、すでに危篤の状態にあるときには宗教を勧める時期ではなく、患者を興奮させるどのような出来事も避けるべきである。聖職者が何らかの気転と適性をもっていれば、彼の訪問は患者にも友人にとっても安心できるものになるかもしれないと書かれている。

アメリカのテキストには、死は苦しむ人にとって重荷からの解放であり、死すなわち魂と肉体が分離する瞬間は、穏やかで痛みを伴わないという宗教的な死の捉え方と、それに基づき周囲の人びとが恐れずに死にゆく人を看取るためのケアが描かれていた。また宗教については、必ずしも必要ではなく、死にゆく人の求めに応じて、聖職者や司祭の支援を受けることができるとした。

Fraser は『實用看護法』(1896) に、看護婦のとるべき態度を示したが、その根底となる死生観、さらには宗教的な死の理解や、信仰に関連した看護については採用しなかった(大川, 2016)。魂と肉体の分離などは、日本人に理解し難い内容であったことも理由として考えられるが、日本の宗教に即した死の理解や看取りについての記述が、初期の代表的な看護テキストに含められなかったのは残念であるように思われる。

b. 死に際して看護婦に求められた看取りの技と態度

大関の記した『看護婦派出心得』(1899) は、伝染病とくに赤痢に関する看護について書かれた看護テキストである。その後出版された『實地看護法』(大関, 1908) は、より一般的な看護について書かれたもので、附録として『派出看護婦心得』²⁰の全文が収録された。前述したように、大関は伝染病が蔓延する中、各避病院で適切な消毒法が行われずに看護婦までも命を落とす状況を嘆いて、適切な知識と技術の普及を目指し、2冊の看護テキストを著した。

(1) 瀕死の際に医師の来訪を求めること

大関は 1899 (明治 32) 年の著書『看護婦派出心得』の〔死体取扱方〕の項で、死と看取りについて触れている。

直に醫師に申告し時機を誤らざる様になし、怠りなく親切に看護を盡し閑靜になし、假りにも高聲を發する等の事なき様注意すべし。醫師の命ぜらるる時は藥を與へ、注射を爲し、冷水を與ふる等、出來得る丈け親愛を盡し、安然の終命を遂しむるべし。

(大関, [死体取扱方], 1899, pp.43-44)

ここには瀕死の状態についての記述はあまりない。看護婦は死が訪れる時期を誤らずに見定め、医師を呼ぶようにと書かれている。病む人が瀕死の状態になったときには不足な

²⁰ 初版は『看護婦派出心得』(1899)であるが、以降に現存し確認できる書籍は『派出看護婦心得』として出版されている。記述されている内容は同じである。

く親切に看護を尽くすという内容とともに、医師の指示により与薬や注射を行うという内容が含まれるようになり、足立や Fraser の書とは異なり、徐々に医師が臨終場面に立ち会い、医療技術の介入もみられるようになっていった様子がうかがえる。そして親切をもって患者の看護にあたり、最期は患者が「安然に死を迎えられるように」と書かれている。

これ以降の看護テキストでも、瀕死時の看護は同様の内容が記述された。『速成看護法摘要』（南, 1900）でも、瀕死の状態に陥った場合には、医師に報告しなければならないため瀕死かどうかを見誤らないようにすることが必要であると記された。しかしその徴候には、呼吸や顔貌の変化の他に両便失禁と四肢の脱力があらたに加えられた。死に瀕した状態を看護婦が落ちついて見極めるためと考えられる。

（2）死に対する看護婦の態度への言及

同じ著者の 1908（明治 41）年の『實地看護法』には、看護婦が患者に病状が悪いことを悟られてはいけない、ましてや看護婦自身の同情心やつらさを相手に悟られてはいけないなどの態度への言及がなされた。また死にゆく患者の看取りについて、宗教的な観点からも死が場合によってはあらがえないものであると諭すように書かれている点も注目される。

- 一 病状^あ悪しき時は患者に向て話す事は勿論、挙動によりて悟られざる様いたさねばなりません、若し患者の之を知る時は大に失望するものであります。
- 一 假令^{たとへ}死期迫るとも決して屈せず、憂情を呈せず情に制せらるゝ事なく天與の責任を全ふすべきであります。
- 一 人命は人力の及ぶ^{ところ}處でありませぬ、天の祐助を仰ぎ献身職を全ふしても、尚ほ薄命にして靈^{れい}の天に挙げらるゝ時は如何ともする事は出来ませぬ、主宰者の御手に任せ奉る外ありません。 （大関, 1908, pp.14-15）

大関が『看護婦派出心得』（1899）でも述べたように、臨終の看取りにおいて大切なのは、死にゆく人本人が安らかに死を迎えられるようにする事であり、静かな環境を整えることには、周囲で物音をたてないようにするだけでなく、看取る側が悲しんで泣くなどの感情的な態度で病む人の心を乱さないことも含まれた。キリスト教者である大関は、命は人の力の及ぶところではなく、主宰者の御手に任されていると教えて、どれだけ懸命に看護を行なったとしても、そうなる場合には死が訪れるし、避けられないことである、神の御心に沿うしかないと伝えた。

(3) 伝染病予防に重点を置いた死後の処置

大関が1899(明治32)年に記した『看護婦心得』には、患者の死後には、医師の死亡診断を受けさせることが記載された。死体は納棺に適した体位を整え、全身を石炭酸水で清拭した後、陰部肛門部に消毒綿花を充填して、衣服の上から撒布した石炭酸が乾かないようにするなど、消毒法を丁寧に行うとした。死者が伝染病者であることから、「衣類夜具等は勿論破損せざる者は熱氣消毒なすべし陶器金物類は熱湯を以て消毒すべし。塗物護謨製の者(ママ)は昇汞水或は石炭酸水を以て消毒すべし。」と消毒方法が具体的に示された(大関, 1899)。

この2年前に滋賀県の看護婦講習用に書かれた『八種傳染病看護法』(田中, 1897)では、死体は嘔吐の激しかった患者の場合、口内、耳・鼻に消毒薬を含む綿花を充填し、消毒薬を含ませた衣か敷布で全身を包むとある。死体からの病原菌拡散を予防することに重点が置かれていたことが分かる。その後も徹底した消毒法は継続されたが、単に消毒薬を含む布で死体を包むのではなく、消毒薬で全身を清拭する行為へと移っていった。

5. 主婦と女子生徒に向けた死と看取りに関する知識の普及

この時期の特徴として、女子教育の充実があげられる。良妻賢母となる女性を育てるため、1899(明治32)年、高等女学校令が発令され、高等女学校の教科目に家事が必須として位置づけられ、育児や養老と並んで看護(伝染病対策や危篤時、絶息時の看護を含む)が教えられるようになった(野田・車谷・新副, 1995)。1895(明治28)年の高等女学校の数はわずか15校、生徒数は3,000人程度で、10年後の1905(明治38)年には100校、32,000人に増加した(文部省, 1972)が、限られた数であることに変わりはない。

高等女学校向けの家事教科書では、「病者の死に頻せる時及び死後の處置等は看護人たるものゝ心得置かざるべからざる」(後閑・佐方, 1898)と家庭で看護に携わる者にとって死にゆく人の看護と看取り、そして死後の処置は心得ておくべきことと記された。

a. 医師の来訪を求め、家族で安らかに看取る死

1895(明治28)年以降の家庭向け看護書においても、瀕死かどうかの見極めは重要であり、「頬骨顛れて小鼻の落つる等變異」(星・中島, 1902, p. 198)などの死相についても触れられた(富永・川村, 1904, p. 28)。『袖珍看護寶函』(富永・川村, 1904)は一般人を対象にした看護書であるが、「シヤインストツク氏の呼吸をなす、又多くは呼吸に因り鼻翼

運動し、又絶息に至れば下顎運動をなす、此の状態を死戦（アゴニー）と云ふ」（p. 28）と専門用語を用いて書かれた。

最期は「直に醫師に通報」して、「最も懇切に看護し安然に其命を終らしむ」よう「臥褥を整理し周囲を静」にする、そして「醫師の検定を受けて其眞死たると否らざるとを確定す」と示された（後閑・佐方, 1898, p. 130）。

b. 眞死と仮死の区別

仮死と眞死の特徴も記された。眞死の死亡徴候は「死後強直と死斑、腐敗臭氣等に因りて確め得る」こと（富永・川村, 1904, p. 30）、仮死と眞死の鑑別項目として、脈拍の「絶止」、紐で縛った示指の末端に鬱血がない、封蠟などで其周囲に発赤がない、呼吸がない、眼球の反応がないことがあげられた（鈴木, 1905, pp.76-77）。

『素人看護法新書』（関, 1908）には、死後の遺体の変化について「一時熱度の昇ることあり之れ化學的作用に基くものなり暫時を過ぐれば全く冷却す其後筋肉中の蛋白質溶解して柔軟となる」と科学的に説明された。

c. 死後の処置

『家事教科書下巻』（後閑・佐方, 1898）では遺体の処置が、「消毒薬を以て全身を拭ひ身體を整へ眼及び口を閉鎖せしむべし」（p. 130）と記載され、伝染病患者と同様の処置が紹介された。さらに同書では「急病患者に在りては死亡後凡そ二十四時間を経るにあらざれば其手續を施さざる」（p. 130）と、家庭においても死の確実性がない場合を考慮した記述が行われた。他に「湯棺などひいて餘り身體を動かすは、よろしからず」（星・中島, 1902, p. 198）と、一般的に行われていたと推測される方法を加味したものや、「傳染病者は成規の消毒を行ひ死體の處置は醫士又は警吏の指揮に従ふべし」（富永・川村, 1904, p. 29）と、消毒の方法は紹介するものの、具体的な消毒の方法を記載していないものもあった。

『家庭衛生及看護法』では、「口中ヲ清拭」すること、「綿花ヲ以テ填塞シ、醜状ヲ呈セザル用注意シ、防腐シタル布片ヲ以テ身體ヲ被ヒ、嚴寒ノ候ナレバ少シク室内ヲ温メ、夏日ナレバ戸ヲ閉ジ、十二時間後ノ後入棺ノ手續ヲナス」というように、死後の遺体の変化を最小限にし、尊厳を保つ具体的な方法を記述したのもあった（山田, 1905, p.159）。

いずれも、一定の教育水準にある女性を対象としていたとは考えられるが、家庭向けの看護書にかかわらず専門的なレベルで記述されていた。医師が不在の中でも、死を判断できる知識が家族にも求められていた。

6. 死にゆく人が語る死

それでは当時の死にゆく人にとっての死がどのようなものだったか、そしてどのように死を迎えていたのかを、正岡子規による随筆『仰臥漫録』、『病牀六尺』、『死後』と近藤常次郎による『仰臥三年』、『続仰臥三年』から検討する。

a. 主観的に感じる死と客観的に感じる死

正岡子規は、明治時代を代表する俳人である。新聞記者として日清戦争に従軍し、後の1895（明治28）年より結核を発症して、療養生活に入った。長期間の療養をしたが病状は好転せず、脊椎カリエスにより1902（明治35）年9月19日に34歳という若さで死去した。子規の文筆活動は、寝たきりの状態になっても衰えることなく続けられ、亡くなる前年に出版された『仰臥漫録』と『病牀六尺』には、子規の日常や日々感じ、考えたことがありのままに記されている。同時期に著わされた随筆『死後』には、子規が日々の生活で感じる死についても語られている。

子規は母親と妹の3人暮らしで、子規が一家の主であり唯一の稼ぎ手であった。自宅で療養する子規の看病を担っていたのは、母親と妹であった。子規の身体は脊椎カリエスに加え、長期間寝たきりが続いたことで褥創を形成し、腰部にはポケット状の穴ができていた。

八時半大便、後腹少し痛む

同 四十分 痲痺^{まひ}剤を服す

十時 繃帯取換にかかる 横腹の大筋つりて痛し この日始めて腹部の穴を見て驚く 穴といふは小さき穴と思ひしにがらんどなり 心持悪くなりて泣く (略)

夜 牛乳 煎餅 蜜柑 飴等 左千夫歌の雑誌の事を話す 九時頃去る それより寝に就く 睡眠善き方なり この頃の薬は水薬二種（一は胃の方、一は頭のおちつくため）

(正岡, 1927a, p.130)

往診時には瘻孔の状態観察と処置がなされ、加えて毎日、妹の律により瘻孔の包帯交換が行われていた。消毒や軟膏による治療というより、瘻孔より出てくる膿や浸出液を交換することが目的で、子規自身が「がらんどなり」と表現しているように瘻孔は相当大きく、排泄部位とも近いことから便で包帯が汚れることもあって、交換は容易ではなかったと考えられる。

疼痛には「麻痺剤」が使用された。1日1回だけでなく、その後の経過の中では1日に1～3回服用することもあり、文中には「このごろはモルヒネを飲んでから写生をやるのが何よりの楽しみ」（正岡, 1927b, p. 140）とも書かれるなど、薬のコントロールは概ね本人の手に委ねられていたと考えられる。与薬による対症療法を中心とし、積極的な治療は行われなかった。

子規は体調の優れないときや眠れないときには、死について思いをめぐらす時間が多かった。彼の『死後』という著作には、死を主観的に感じるときと客観的に眺めるときの違いが記されている。

死を主観的に感ずるというのは、自分が今死ぬ様に感じるので、甚だ恐ろしい感じである。動気が躍って精神が不安を感じて非常に煩悶するのである。これは病人が病気に故障がある毎によく起こすやつでこれ位不愉快なものは無い。客観的に自己の死を感じるというのは変な言葉であるが、自己の形体が死んでも自己の考は生き残っていて、其考が自己の形体の死を客観的に見ておるのである。主観的の方は普通の人によく起こる感情であるが、客観的の方は其趣すら解せぬ人が多いのであろう。主観的の方は恐ろしい、苦しい、悲しい、瞬時も堪えられぬような厭な感じであるが、客観的の方はそれよりもよほど冷淡に自己の死という事を見るので、多少は悲しい^{はか}果敢ない感もあるが、或時は寧ろ滑稽に落ちて独りほほえむような事もある。

（正岡, 2009, p. 86）

主観的に感じる死は、結核による喀血や呼吸苦など、子規の体験に基づいた感情であろう。「恐ろしい、苦しい、悲しい、瞬時も堪えられぬような厭な感じ」であると述べている。それは「動気（ママ）が躍って精神が不安を感じて非常に煩悶する」というように、身体的な苦痛をひき起こすほどのリアリティをもっていた。

一方、客観的に感じる死は、自分の身体の中から抜け出た精神が、身体の外から死にゆく状態をみているようなもので、悲しく儂い感じと滑稽さもあると述べた。他の小説では、死んだ後の自分の埋葬法について悩む自分自身を楽しみつつ描き、そうして生きているうちから死を想像し、あれこれ考える自分を客観的にみて、苦笑さえした。

子規は死を見据えて生きる人間の心情を掘り下げ、そして、きめ細やかに記述した。志半ばに病に倒れた文筆家の執念とも解釈できるが、彼にとって死は探求すべき重要なテー

マであり、随筆の中とはいえ死について語ることが全く躊躇することではなかったことを示している。

b. 生きることは苦楽の問題

脊椎カリエスにより動くことができない子規にとっては、病床が彼の世界のすべてであった。病床で過ごす時間は、食欲のままに好きな食事をとる、歌を詠み、書画を書く、義太夫²¹を聞く、友人らの訪問を受けるなどにより満たされることもあったが、一方で、その苦痛はすさまじいもので、解放されるためであれば発狂し、死んでしまいたいと考えるほどの煩悶を引き起こした。

下記は子規の病床での苦しみを表現した有名な一節である。

病床に寝て、身動きの出来る間は、敢て病気を辛しとも思はず、平気で寝転んで居たが、この頃のやうに、身動きが出来なくなつては、精神の煩悶を起し（略）この苦しみを受けまいと思ふて、色々に工夫して、あるいは動かぬ体を無理に動かしてみる。いよいよ煩悶する。頭がムシヤムシヤとなる。もはやたまらるので、こらへにこらへた袋の緒は切れて、逆に破裂する。もうかうなると駄目である。絶叫。号泣。ますます絶叫する、ますます号泣する。その苦その痛何とも形容することは出来ない。むしろ真の狂人となつてしまへば楽であらうと思ふけれどそれも出来ぬ。もし死ぬることが出来ればそれは何よりも望むところである、しかし死ぬことも出来ねば殺してくれるものもない。 (正岡, 1927b, p. 69)

このように苦痛に苛まれつつ生活する一方で、子規は食事を楽しみとし、そのこだわりは強かった。経済的に余裕のない彼は、死期を正確に知ることができれば、これが最後だからと贅沢な食事ができるのに、とまで考えた。食事は子規にとって生きる楽しみであると共に、病苦を紛らわす方法であったのだろう。

もう三か月の運命だとか半年はむつかしいだらうとか言ふてもらひたい者ぢや それがきまると病人は我儘や贅沢が言はれて大に楽になるであらうと思ふ 死ぬるまでに

²¹ 浄瑠璃の流派のひとつ。貞享年間（1684～1688）に竹本義太夫が始め、のち竹本・豊竹二派に分かれた。物語の節、せりふに三味線の伴奏で節をつけ語るもので、操り人形劇と結びついて発達。非常に流行したため、浄瑠璃といえばこれをさすようになった。

もう一度本膳で御馳走が食ふて見たいなどといふて見たところで今では誰も取りあはないから困つてしまう もしこれでもう半年の命といふことにでもなつたら足のだるいときには十分按摩してもらふて食ひたいときには本膳でも何でもの望通りに食はせてもらふて看病人の手もふやして一挙一動 悉く^{ことごと}傍より扶けてもらふて西洋菓子持て来いといふとまだその言葉の反響が消えぬ内西洋菓子が山のやうに目の前に出る かん詰持て来いといふと言下にかん詰の山が出来る 何でも彼でも言ふほどの者が畳の縁から湧いて出るといふやうにしてもらふ事が出来るかも知れない

(正岡, 1927a, p. 84)

また『病牀六尺』と『仰臥漫録』には、友人や門弟の誰が来て何時に帰ったとか、何もすることがないと誰かに来てもらい、慰めとしたことなどが詳細に記されている。門弟の中には、子規が寝るまでの時間を一緒に過ごして夜遅く帰る者や、病人の気持ちを和ませる話をする者がいた。

子規は、「死生の問題は大問題ではあるが、それは極単純な事であるので、一旦あきらめてしまへば直に解決されてしまふ。それよりも直接に病人の苦楽に関係する問題は、家庭の問題である、介抱の問題である。」(正岡, 1927b, pp. 106-107) と述べた。死がいずれ訪れるという事実よりも、今日一日をいかにして生きるかが彼にとっては重要だった。

c. 哲学・宗教・小説から死を探求する

近藤常次郎は東京大学医学部の前進である医科大学で学び、大学病院の小児科の助手を経て、日本生命保険株式会社に入社した医師である。近藤は保険医学を研究するためドイツに留学し、1899(明治32)年に帰国した後に病床に臥した。療養と再発を繰り返して1904(明治37)年9月に40歳で死去した。

著作『仰臥三年』(1903)は、「世の病者、殊に慢性難治の病者に対して忍苦、遺憂、消閑、清娛の良友たること」を願って執筆された。自身の療養生活を通じて研究した死や仰臥禅、そして病院制度に対する提言、終末期看護についての患者の思いが、病者の立場から述べられている。『続仰臥三年』(1904)はその続編である。近藤は死を意識しながらも、生ある時間を執筆することで生き、療養読本として『続仰臥三年』をまとめた。

近藤の病気は脊髄病である。詳細は不明であるが、両脚にしびれが出現して歩行困難となったが、快復期に十分な療養をとらず仕事に復帰したことで再発し、長期に病床に就くことになってしまったと友人への手紙に記している(小山・五十子, 2010)。動けない状態

で長期に仰臥した近藤の身体には、褥瘡や肩甲部から脊椎にかけて腫瘤がひろがり、その疼痛に対してモルヒネを服用していた。病床に臥して2年後には下半身の麻痺により、尿閉症を起こし、1日3回の導尿による排尿を余儀なくされた。一人で排泄できないことはもちろん、カテーテル挿入による尿道の疼痛や下の世話を受けることは精神的な恥辱を伴った。医師であるが故に、病状の進行や予後の理解も比較的容易であったと考えられ、精神的な苦痛も大きかったと推察される。

余は久しく篤疾^{とくしつ}を抱きて病苦と不平とに悩むもの。その甚だしき時に当っては意地にも我慢にも辛抱なり難く、静に仰臥の俛にて軽く眼を閉ぢ、手を額上に当てて頻りに脱離を試むるも、精心(精神)愈よ冴へて苦痛愈よ加はり、思はざらんと欲する程、ますく^{ます}思ひの種となり、四苦八苦の果ては、全身尽く不平と苦痛とに喰ひ破られたらんが如く、そのうち悩むこと久しく劇しくなるにつれ、悶へ苦しむこと深くして、身体の措きどころもなく、呻めき泣き叫びてただ死の来ることの遅きを^{いか}忿り嘆く等誠に目もあてられぬ有様とや言はん。(近藤, 1903, pp. 44-45)

病状が好転しない中で理性を保つことは困難であり、「病魔とは即ち此等没分曉漢²³也腐敗漢の跳梁跋扈²⁴する一大地獄」と記すほどに、身体的にも精神的にも地獄のような苦しみであり、死こそこの苦しみから救ってくれる手段であるとまで考えた。近藤は子規と同様、モルヒネを使用し、医師の立場から疼痛コントロールにモルヒネを使用することを推奨したが、十分な疼痛コントロールではなかったであろう。

そうした苦しみのなかで、近藤は哲学における死とは何か、宗教における死はどういう意味を持つのか、医学による科学的説明だけではなく、哲学・思想、宗教や人間心理から見た死について考えた。

死は、誠に人生の一大事也。理に於いて諦め易くして、情に於いて諦め難きこと、死に如くものなし。嗚呼、吾人は科学に於いて既に死の事実を究め、哲学に於いて既に死の原理を尋ね、宗教に於いて既に死の神秘を探れり。然り而して死の諦め難きこと、

22 重い病気のこと

23 ものわがりの悪いことの意(広辞苑)

24 悪人などがわがもの顔にのさばることの意(広辞苑)

今猶ほ昨の如し（現在も過去も変わりはない）。誠に不可思議なれども、而も実は理の当然なり。（近藤, 1903, p.21）

彼は枕頭の宝典としたい書として、『一年有半』、『子規随筆』、『周易』、『莊子』、『法華経』、『新訳聖書』、『夜船閑話附贈病僧書』、『基督信徒の慰』、『西洋哲学史』、『天人論』の10冊をあげた。医師としての彼が探究したのが、医学の範囲を超えて、人間の死を考えるさまざまな学問であった点が興味深い。この時代の知識人が科学一辺倒ではなく、宗教や哲学にならぶ一つの学問として医学を見ていたことがわかる。

文筆家としての子規、そして医師であり学者であった近藤のいずれもが、臨終に向かうまでの間に死について考える時間をもった。いくつかの書物を指して「枕頭の宝典としたい」と述べる近藤の言葉からは、その時間が苦しみばかりではなく、知的好奇心を満たす充実した時間であったことがうかがわれる。個人として死を受けとめ、探究し、それを他者に対して表現した人は、この時代それほど多くはなく、彼らがいわゆる知識人という階層に属する人びとであったことは間違いない。しかしこれらの人びとが現れたことがこの時代の特徴であり、ここに現代の死の迎え方にもつながっていく流れをみることができる。

d. 病む人に寄り添い「心事を察する」看護を求める

正岡子規の療養生活を支え、最期まで看取ったのは母親と妹の律であった。子規は収入が少なかったためか看護婦を雇わなかった。子規の病状は重く、療養生活は長期にわたり、生活の一切の面倒をみていた律の苦労は相当のものであったと思われる。子規は律のことを自身の看護婦であるとともに雑用係・秘書であるとし、律が行う看護を認める一方で、律に対する不満を書き著わした。

子規は、身体的な苦痛がなく状態が落ち着いている場合でも、一人でいること自体に淋しく心細いと感じる時に、側にいて誰かが慰めてくれることを望んだ。気の利いた話ができなくても、病人の気持ちを理解し、接してほしいと考えた。単に身体的なケアに当たるだけでなく、病人の気持ちを察して、苦しみを和らげ、楽しみを与えることが、子規にとっての看護の良し悪しであったのである。

直接に病人の苦楽に関係する問題は、家庭の問題である、介抱の問題である。病気が苦しくなった時、または衰弱のために心細くなった時などは、看護の如何が病人の苦楽に大関係を及ぼすのである。殊にただ物淋しく心細きやうの時には、傍の者が上手

に看護してくれさへすれば、即ち病人の気を迎へて巧みに慰めてくれさへすれば、病
苦などは殆ど忘れてしまふのである。(正岡, 1927a, p. 107)

子規は、無教育ゆえに病む人の気持ち理解できないと律を酷評する一方で、自分が望
む看護についても多くのことを述べた。一方で、医師に対する意見や期待はまったくと
いってよいほどに書かれていない。このことが意味するのは、まだこの時代、死にゆく人
が期待したのは薬や治療などのいわゆる医療ではなく、そのプロセスを生きていくのに
しっかりと寄り添ってくれるよい看護であったと考えられる。

一方、近藤常次郎は、日本赤十字社京都支部が設立した平安看護婦会より教育を受けた
看護婦を雇い入れた。この看護婦は夏枝という名前の20歳前後の女性で、その後の戦争で
救護員として召集されるまでの2年間、近藤の看護にあたった。

しじょ
斯女や終日終夜余が病褥ごうに侍して毫も倦怠の色なく、其状あたか恰も病みたる父若くは兄の
(ママ)
監護に従事するに似たり。艷陽四月の春にして而かも一回だも嵐山祇園の花を観ざる
に依り、人の其何故なる乎を問ひ若くは其無聊ぶりょうを慰むれば即ち曰く、願くは妾しょうの事を
意に介する勿れ。唯病人さんの心事を察せよと。然り而して如此かくのごときは余一人に対して
のみ然るには非ざる也。彼の看護す可き憐れむべき病者は彼に取りては尽く是れ父也
母也兄也姉也弟也妹也。其間に貴賤尊卑の差別を見ざる也。

(小山・五十子, 2010, p. 48)

上記にあるように、近藤は夏枝を自分の病状と性癖をよく理解して同情の精神と熟練の
技術で看護してくれると褒めたたえた。近藤は、技術の熟練はもちろんのこと、夏枝の病
人の心情を察する力や献身に感銘を受けた。夏枝が雇われたからではなく、自分の父や兄
のように親身に、すなわち誠心誠意、看護を行ってくれていると感じていた。

近藤は医師として、自分の病気の進行や予後のこととともに、自らの病気に特別な治療
法がないことについても十分に理解していたのだろう。彼が最も頼りにしていたのは子規
と同様、医療ではなく病人の心を察するよい看護であった。

7. 最期の一息を見守る看取り

この時代の死と看取りや臨終場面での家族の様子を、志賀直哉の『母の死と新しい母』

から検討する。

志賀直哉は、1883（明治16）年に宮城県牡鹿郡石巻町（現石巻市住吉町）に二男として生まれた。兄は志賀直哉が生まれる前に、満2年8ヶ月で亡くなった。志賀直哉が2歳の時、父親の仕事の関係で東京市麹町区内幸町にある父方の祖父母の家で一家で転居し、その後も東京で生活を送っていた。1910（明治43）年には、有島武郎らと同人雑誌『白樺』を創刊し、以降小説家として活躍した。

『母の死と新しい母』は1912（明治45）年、志賀直哉が29歳の時に『朱櫻』^{ざんぼあ}に発表した短編である。本作が収められた短編集のあとがきには、自身により「少年時代の追憶をありのままに書いた」と記されている（志賀, 2002）。志賀直哉の母親は12年ぶりに懐妊するが、ひどい悪阻により自宅の病床に就いていた。症状は回復することなく神経症状まで出現し、1895（明治28）年に33歳で死去した。

先に紹介した子規や近藤と異なり、死を看取った家族としての記録である。

a. 病気の経過とともに人目から遠ざかる

志賀直哉の母親が療養していたのは自宅であり、最初に病室として使用していたのは、十七畳もある西洋間の隣の部屋であった。その西洋間は、普段は箆箆や長持を置く部屋であったが、このとき、志賀家で受け入れた日清戦争の予備兵十数人が滞在していたこともあり、隣の部屋で療養するには賑やかな場所であった。

病気は段々と進んでいった。絶えず頭と胸を氷で冷やした。

これも理由を知らないが、病床はまた座敷の次の間へ移された。で、二、三日するといよいよ危篤となった。（志賀, 2002, p.68）

母親の療養場所は、病状に応じて茶の間へ移り、座敷の次の間へと順次移動していった。志賀直哉は、子供ながらに母親の部屋が落ち着かないことに気の毒さを感じていたと記している。症状に苦しむ病人にとっては家の中の賑やかさが不快に感じられるのではないかという配慮、そして迎え入れた若者たちに対して病人への配慮を強いるようなことはしたくないという家族の考えがあったと考えられる。やがて母親は吐気を訴え、誰かが分からない意識の朦朧とした状態になった。胸や頭を冷やすなどの症状に対する看護が行われた。こうして部屋を移動していく中で、少しずつ病人の死が、家族にも意識されていったと考えられる。

b. 息が絶えるその時まで家族全員で見守る

志賀直哉は母親の死を目の当たりにしたときの状況を次のように記している。彼が 12 歳の時のことである。

汐の干く時と一緒に逝くものだと話していた。(略)

座敷へ来ると、母はもう片息で、皆が更る更る紙に水を浸して唇を濡らしていた。

一髪をかった母は恐ろしく醜くなってしまった。

祖父、祖母、曾祖母、四つ上の叔父、医者^の代診、あと誰がいたか忘れた。これらの人が床のまわりを取巻いていた。私は枕の直ぐ前に坐らされた。

(志賀, 2002, pp. 68-69)

「汐の干く時と一緒に逝くものだ」というそばにいた大人の言葉で、志賀直哉は母親の死がいよいよ差し迫っていることを知った。母親は恐ろしい姿へと変わってしまっていたが、人の死を自然の営みの一つだと諭して、枕の直ぐ前に座るよう促した大人たちによって、彼は家族とともにひたすら厳粛に、母親が死にゆくのを見守ろうという覚悟をしたと考えられる。

以下が、子どもの目を通して記憶に残った母親の臨終の様子である。

吾々が三つ呼吸する間に、母は頭を動かして、一つ大きく息をひいた。三つ呼吸する間^が四つする間になり、五つする間になり、段々間があいて行く。蹠^こんで、脈を見ている代診は首を傾けて薄眼を開いている……。もう仕なくなった。こう思うと、暫くして母はまた大きく一つ息をひいた。その度に頭の動かし方が穏やかになって行った。

(志賀, 2002, p. 68)

子供時代の記憶を思い起こして書かれたものであるにもかかわらず、最後の一息までが丁寧^に描かれている。誰ひとりとしてその間、騒ぎ立てるものもいなかった。死に対する恐怖や悲嘆の感情はみられず、12歳の子どもが死をどのように受け止めていたのかは分からない。ありのままの事実として受け止めざるをえなかったのではないかと推察する。死を迎えるプロセスを克明に思い出せるほど、死は印象的な出来事であり、志賀直哉をはじめ、家族のみな^が臨終を真剣に見守っていたことが示されている。

D. 大正元年から昭和 12 年：

医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り

1. 医師や看護婦の増加による医療サービスの一般化と地域格差

第一次世界大戦（1914 年～1918 年）終戦後の経済不況により、労働者や小作人などの低所得者は、生活の困窮に追い込まれた。都市部では大量の失業者が生まれ、富裕層と貧困層との間に格差が生じた。

この時期の死因別死亡率（人口 10 万対）の年次推移をみると、胃腸炎、肺炎や結核を死因とする死亡が多く、死亡率自体は明治期よりも増加した。1918（大正 7）年のスペイン風邪の流行時には肺炎や結核による死亡率が増加し、1923（大正 12）年の関東大震災の後では胃腸炎による死亡率が増加した。

伝染病の種類別にみると、明治期には日本の死因別死亡率の第 1 位を占めていた結核は、大正・昭和初期には胃腸炎や肺炎より少しは下回ったものの、主要な死因の一つであった。時代が下るにつれて都市化が進み、工業の発展の影には低賃金で重労働を強いられ衛生的ではない劣悪な環境で仕事に従事する者もいた。工場などの集団で結核が蔓延し、結核を患った者が地元に戻って、さらにその地域で拡散するなどの問題が起こった。

明治期に猖獗を極めたコレラは、罹患者数が多い年でも 1 万人程度（大正 5 年：当時の総人口は 5～6 千万人）に減少し、罹患者率は 1 割以内に抑えられ、その発生に減少傾向がみられた。しかしコレラに罹患するとその半数以上は死に至った。赤痢は罹患者数の急激な増加は見られず、常に罹患者数は 1～2 万人で推移した。同様に腸チフスは、明治時代から罹患者数 2～3 万人で、減少傾向が見られないまま横ばいで推移した。

肺炎や胃腸炎による死亡には、乳幼児も多かった。1917（大正 6）年、より国際比較が可能な統計調査が行われるようになり、日本の乳幼児死亡率が諸国に比べて高いことが明らかになった。日本の乳児死亡率のピークは 1918（大正 7）年の 188.6 人（出生 1,000 対）で、1937（昭和 12）年には死亡率 105.8 人（出生 1,000 対）まで下降した。

1912（大正元）年の病院総数は 2,562 で、その内訳は、伝染病院 1,535 に対して一般病院はわずか 873 であった。一般病院が伝染病院の数を越えたのは 1923（大正 12）年で、病院総数 3,184 のうち一般病院 1,500 まで増加したが、病院はまだ多くなかった。結核療養所は、1918（大正 7）年には 2 施設であったが、1938（昭和 13）年には 153 施設まで増えた。継続して、結核は死因の第 1 位であった。入院対象は一部の人に限られていたと考え

られる。

1912（大正元）年の医師数は40,088人であった。昭和に入っても医師数は急増することではなく、1937（昭和12）年に約6万人を超える程度で、当時の総人口と併せて考えると非常に少なかった。無医町村の数は1923（大正12）年に1,960であったのが、1930（昭和5）年には3,231まで増加した。医師は都市に集中していた。農村漁村では貧困により医療を受けることが困難である上に、診察を受ける医師さえもない地域があった。

1888（明治21）年に教育を受けた看護婦が世に出て以来、看護婦の人数は1912（大正元）年には13,925人まで増加した。このように、大正期から昭和初期にかけて、医師と看護婦の人数は増加したが、決して十分な数ではなかった。教育水準も一定ではなく、なかでも十分な教育を受けた看護婦の人数は少なかったと考えられる。1915（大正4）年によく全国統一規則としての看護婦規則が制定され、看護婦の資格や業務の水準が統制される途上にあった。

1928（昭和3）年には、国際看護婦協会への加盟に向けて、日赤同方会が中心となり、在京の看護婦達に呼びかけて日本看護婦協会を設立した。1930（昭和5）年には、アメリカで公衆衛生を学んだ保良せきが、大阪朝日新聞社会事業部の援助を受け公衆衛生看護婦協会を設立した。彼女は訪問看護事業を展開して市民の衛生状態の改善に努める一方、昭和5年からは機関誌「看護婦」を発行し、看護界の啓発に取り組んだ。

2. 雑誌記事などからみる派出看護婦の看取り

看護婦規則（大正4年）が制定され、一定の水準が設けられたが、いまだ不十分な設備の中で勉学に励み、看護婦の資格を取得した者もいた。1931（昭和6）年の婦人公論に投稿された手記に、その状況を見ることができる。

^(ママ)
始めて見る看護婦学校、まアどうでせう。私の空想がめちやくちやに破壊されてしまった。狭苦しい部屋に、巾一尺長さ五尺位の、板を張っただけの机が並んでゐる。その一つに生徒は四五人腰かけて、熱く上気した様な、真赤な顔をして、授業を受けてゐるのであつた。 (篠原、派出看護婦の手記、婦人公論、1931, p.342)

この投稿者は、派出看護婦会の生徒募集広告を見たり、看護婦会の会長からの説明を聞いて、理想を抱いて入学したのであろう。幅約33cmに長さ約165cmの机とは言い難い机

に、4～5人の生徒が向かって勉強しているのである。狭い部屋に詰め込まれた状態で、熱気を帯びた様子で勉強する姿は一種、異様にも受け取られた。環境の整わない中での懸命さが伝わってくる。

派出看護婦は、病家の依頼によって病院または自宅に出向き、看護を行った。依頼によっては、宿場に滞在して看護を提供する場合もあった。以下は、派出先で医師に見放された患者の看護を続けたところ、患者が再び回復に向かったある派出看護婦の経験を記したものである。

もうだめだ。と医師にも見放された患者が、看護の甲斐あつて、再び生命に火をともしよるときは大きい。 (篠原, 派出看護婦の手記, 婦人公論, 1931, p.347)

患者の状態やいつの時代かは不明であるが、看護の力で奇跡的な回復をもたらした出来事が喜びとともに紹介されている。医師に見放された患者が、献身的な看護によって患者の命を救ったケースは、現在ほどには医療的介入が有効性をもたなかった時代には少なくなかったと考えられる。

保良せき²⁵ (1893～1980) は、大正7年卒の東京慈恵会看護婦教育所の卒業生で、1921 (大正10)年に渡米した後、日本人では初めてとなる登録看護婦の資格を取得して帰国した。自宅における看取りの看護について、自身が発刊した雑誌「看護婦」の中で次のように述べた。

危篤及び死亡の際の心得

危篤或は臨終に際しては、決して狼狽することなく愛憐懇篤なる氣持で接し、すべて爲すべきことを行ひ盡せば病人の側をはなれ、家族の人々を近づかせる。病人が死亡しても、病院に於ける如くその後の始末を急いで行ふ必要は無く、家族の者が自ら病室を去る迄はその人々の意志に任せ、既に去り終りたる後諸事を処理すべきである。此の際温和を第一とし、殊に死体を暴露することなく注意すべきである。病者は既に死去すといへども、我が爲すべきことがあるか無きかを判別したる上でなければ病室を去つてはならぬ。病室衣服等は總てよく整頓し、薬餌その他病人に使用せる物品は

²⁵ 保良せき (1893～1980) は、コロラド病院看護学校を経て、コロンビア大学で公衆衛生看護を学び、日本に戻った後に厚生省医務局看護課の初代課長を務めた。「看護婦」は、保良が拠点を置いて活動した大阪において発行された雑誌である。

相當の處置をなし、寢具手拭衣服等は洗濯屋に送り、部屋が若し不要ならばその窓を開放して空氣の流通をよくすればよい。(保良, 1934, pp.3-4)

看護がなすべきことを中心に述べられおり、医師に関する記述は見当たらない。最期まですべきこととは、これまで看護テキストに記述されてきたような静かな環境を整え、薬や水分を与えること、冷感のある四肢を保温することなどがあげられよう。自宅での死の場合には、亡くなった後の始末を急ぐことはないと説明されており、既にこの時代、病院では、家族が死を悼む時間をもつことが難しくなりつつあったと推測される。

保良は、患者が死亡した後であっても、看護婦としてやるべきことが終わるまでは退室すべきではないとし、遺体の尊厳を保つとともに家族への配慮の必要性を説いた。

さらに保良は、死の告知について以下のように述べている。

病者に死期の近きを告ぐこと

時として看護婦は病者に死期の切迫してゐるのを告げねばならぬ場合がある。これはもとより醫師の承諾なくてはすべきことではない。又親戚僧侶の如き死亡の時期を告ぐるに適當な人のある場合は看護婦は決して自ら之を告げてはならぬ。自己の外に適當なる人なければ極めて温和にせねばならぬ。永い間病床に臥して身体の衰弱してゐる苦痛の甚だしき者は却て死を望むことがあるが、こういふ場合には病人を慰めるやうに努めねばならぬ。(保良, 1934, pp.3-4)

病者への告知については、これまでの看護テキストにはなかった記載である。医師の承諾が必要とは述べているが、看護婦が自分以外に適當な人がいなければ、看護婦が伝えなければならぬと看護婦の責任を明示した。歴史家 Aries は周囲の人びとが憐れに思つて死が差し迫っていることを本人に伝えない、本人も周囲を狼狽させてはならないと死について語らないことで、死のコミュニケーションが成り立ちにくい現状を分析したが (1975/1983, p. 70)、保良は病人への告知は必要な場合には行わなければならないとする。ここには「きわめて温和に」行うという方法も含めて、死のタブー視を超えて、より専門的な知識をもつものとして患者の自己決定を支援するという現代につながる視点が含まれている。

またこの項目では、苦痛を抱える患者が死を望む場面がとりあげられている。患者はと

きに苦痛に耐えかねて死を希望するとしても、その根底には生きたいという希望があること、したがって身体的な苦痛の緩和を図るとともに、患者を慰める看護が必要であることを説いている。

3. 日本の文化や宗教をふまえた看取りの記述

大正期から昭和前期に出版された看護テキストを概観すると（表 3）、死と看取りの記述に明治期に出版されたものと大きな差は見られなかった。昭和時代に入っても、死の徴候や真死と仮死の鑑別方法は取り上げられ、瀕死時または危篤時の看護の項に記載がない場合は、救急法の中で取り上げられた。ただしこれらの専門的な知識はよりわかりやすい表現に変更され、詳細な記述が少なくなり、まずは医師を招いて相談することを勧めるようになった。又、死と看取りが家庭で行われている実際をふまえて、死の受けとめ方、死者を敬う作法、死後の届け出の方法などがあらたに追加された。

高芝とらをは、東京市本所病院と大邱慈恵医院の婦長を務め、看護婦として 40 年の経験があった。高芝は、『自修用参考用 看護学講義 全』（1932）の冒頭で、「獨習者が案外に多く、専門的の事柄でいづれも頭を悩ましてをるのには、少なからず同情させられました」と著書出版の動機を述べた。一般に用いられている看護テキストには立派なものもあるが物足りなさを感じるとし、看護婦長の立場から看護テキストを著わそうと考えた。理解が困難な専門用語には簡単な説明が加えられ、初学者の理解の助けとなるように努めた表現になった。以下に、危篤患者の介輔についての記述を示す。

- (1) 狼狽して臨終を妨ぬやうに注意し、如何なる人ものかれる事のできない此最大の不幸に同情して本人は素より、遺族の人達にも満足を與へるやうに、できうる限りの手をつくさねばならぬ。
- (2) 危篤の容體を醫師に報告し、患者の家族にも通知すること。看護婦一人の時は付添人か、又は軽症患者を頼んで醫師に報知すること。
- (3) 看護婦は必ず患者の傍に侍し、最も静肅にして全く絶命するまで看侍する事。
- (4) 患者は別室に移すか、又は屏風にて遮り、他人との交通をたつこと。
- (5) 臥床を整理し、夏期なれば徐々に扇ぎて涼しい風を送り、蚊、蠅等を追ひ、冷汗を流す時は乾布にて拭ふこと。
- (6) 口唇は冷水にて潤ほし、厥冷した四肢は毛布、湯婆などにて適當に温めること。

(7) 患者の面前にてさ^きやき合ひ、又は病状を話して危篤に迫つてゐることを知らせてはならぬ。患者を慰め励ましてして幾分なりとも苦痛を和らげるやうに努め、親切丁寧に看護し安然の終命を遂げしむること。 (高芝, 1932, p.54)

高芝の「遺族の人たちにも満足を與へるやうに」という記述は、これまでの看護テキストにはなく、看取る側になる家族を視野に含めて看護が語られている点で、新しい内容である。これまで瀕死の状態であることを家族に伝える際に、動揺を与えないように告げなければならないという記述はあったが、看取りのすべてのプロセスにおける配慮として述べられている点が注目に値する。

また医師への報告の際には、看護婦が一人の場合は他の人に依頼し、看護婦は患者の側を離れるべきではないとした。死にゆく人、そして亡くなった人を決して一人にしないと教えるには、一人の人間が生を全うし旅立つ瞬間を大切なものとして敬意を示し、皆で厳粛に見送ろうとする姿勢が見える。

高芝は、死後の看護について以下のように記した。

両手は胸部にて合掌させ、強直のため納棺に差つかへぬ位置を取つておくこと。

薄き被衾を被ひ、面部には白布をかけ、枕元には水、其他有合せの草花等を備へ、冥福を祈りて最後の別れを告ること。 (高芝, 1932, p.56)

これまでも、死後に遺体の両手を合掌させることは行われていたと考えられる。しかしながら、従来の看護テキストにあげられている内容は、瀕死や死の瞬間に観察される生体の徴候や、死後の遺体の変化についての科学的な知識と、伝染病対策のように公衆衛生上、必要とされる実践が大部分を占めてきた。高芝は、死と看取りに関わるこれらの知識と実践を示しながら、看護者のとるべき態度を示し、日本の風習をふまえた死にゆく人への作法を示した。日常的に実践されていた看護と亡くなった人への敬意を示す方法を具体的に記したのである。

4. 女子教育の充実により普及された家庭での死と看取り

家庭における看護の役割が女性に移譲され、性別分業が進むと、女性は最も看病に適した存在であり、その重要性が「一に看護、二に薬」とうたわれるようになった。家庭のな

かで療養する病人や年老いた家族を看護する者の覚悟が、「病の爲に命を終るものは大抵苦悶のある」ものであり、「死は人の一代にとって最も大切な場合であるから、何事も思ひ置く事更になく心を案じて世を去らせるが、残つて居る者の大切な勤め」（家事教授研究会, 1915）であると説明された。

家庭向け看護書や家事教科書も多く出版され、活用された（表 4）。1915（大正 4）年の高等女学校は 223 校で、女子の進学率は 5%に過ぎなかったが、1936（昭和 10）年には 800 校を超え、進学率は 16.5%になった。高等小学校でも女子に対する家事の教育が行われるようになり、家事という教科目や家庭向け看護書を通じての死と看取りの知識が、以前より、広く普及されたと考える。

家庭向け看護書と家政学書で取り扱う死と看取りの内容は、これまでの看護テキストとほぼ同様の内容であり、実際に参考にした看護テキストを明示した書籍も確認できる。家庭の看取りにおいても看護婦と同様に、真死と仮死の区別が求められ、適切な方法で死後の処置を行なうよう教えた。これらの書にあって看護テキストに記述されていない内容には、死後の処置を行なった後の遺体の取り扱いと、医師による死亡診断を受けた後の役所への死亡届の提出である。その内容は、1914（大正 3）年に発行された『新撰実用家政学』（美島, 1914）の中に確認できる。以降、家政学書の中には同様の内容が記された。

明治時代後期の看護書と比較すると、同じ内容であっても、女子生徒でも理解しやすいように平易な言葉が用いられた。また、医師による死亡診断を受けるだけでなく、遺体の埋葬までに家族が行う法的手続きが明示され、いずれ家庭の主婦になることを想定して、より広く知識の普及を図ることを目的としたと考える。

5. 医療技術が人の死に介入しはじめる

当時の人びとがどのように死を迎えていたのか、医療が人の死にどのように関わりはじめたのかを、ノンフィクションや小説などから検討する。

a. 死を覚悟して自分の生を全うする

山室機恵子は、1874（明治 7）年 12 月 5 日に陸中国花巻町に生誕した。子どもの頃から多岐にわたる分野の書籍を読む中で神の存在を認めるようになり、18 歳のときに洗礼を受けた。20 歳で明治女学校を、22 歳で高等文科を卒業するなど勉学に勤しんだ女性であった。救世軍が日本に初めて入ったのは 1895（明治 28）年であった。山室機恵子はその頃唯一の日本人士官（中尉）であった山室軍平と出会い結婚した。

山室機恵子は、脳膜炎にて 1916 (大正 5) 年、42 歳で亡くなった。『山室機恵子』(1916) は、機恵子のキリスト教伝導と社会事業、日本救世軍における最初の一女士官として、また一家の主婦としての貢献に感謝の意を表して、夫である山室軍平により出版された。本書は亡くなった本人によるものではないため、機恵子の死は理想化されている可能性があるが、当時の人びとが死にどのような理想を描いていたかを知るためにも見てみたい。

(1) 医師の往診を依頼し、母の回復を祈る子どもたち

妊娠中の山室機恵子は、亡くなる一か月前より全身に浮腫が生じ、数日間の高熱や頭痛が続いた。医師からは腎臓炎と診断されていた。機恵子の容態が悪化したとき、付き添っていた医師も親戚も帰ったあとで、家には子どもたちだけしかいなかった。以下は 17 歳になる長女が、母親が倒れた場面について語ったものである。

十一時頃に、急にけたましい聲で、「頭がいたい」と叫びましたので、私はあはて^て参りましたら、其時はもう脈も切れ、呼吸もなく、全身は血の気も見えず、体温もないのです。(略) 生か、死か、いづれともつかぬ母の前にすはつて、私は只父を待ちました。(山室, 1916)

長女は出張で不在の父親に代わって、医師の往診を頼み、父親に電報を出し、他の子ども達を起こして母親の容態の観察を続けた。医師による 2 度のカンフル注射で、呼吸と体温が確認できた。父親から明朝にならないと帰れないと返信があると、子ども達はしくしくと泣いたが、長女は「泣いてはいけない、お祈りしなさい。」と兄弟に告げ、とにかく神に祈ることで母親の命をつなぎとめようとした。

(2) 毅然とした態度での家族との別れ

臨月を迎えた機恵子は、産科婦人科病院に入院した。ほとんど嗜眠状態で、絶えず頭痛と蛋白尿が認められたが、入院 3 日目には無事に男児を出産した。意識が鮮明なときには、「どうか赤ん坊の生まれた感謝をして下さい」、「私は何も彼も悉く感謝です、一つも不足はありません」と話した。

その後再び、高熱が出て半身不随となり、脳膜炎と診断されて、あと 10 日はもたないと言われる状態になった。夫は子ども達に告別させることを決心した。妻の意識が明瞭な時に、6 人の子供たちを病室に呼び、別れの機会をつくった。家族が集まると機恵子は自分の終りを覚悟していたようで、両親、兄弟、子ども一人ひとりに言葉をかけた。

医師が「餘り覚悟を定めてしまふのは宜しくない」と引き留めるような言葉をかけたとき、彼女は次のように返事をした。

私は生きると思うても、死ぬると思うても、そんなことに關係はないのです。

(山室, 1916)

機恵子は敬虔なクリスチャンであり、夫が評するに人の役に立つことを願ひ生きてきた人物であった。機恵子は闘病生活の中で、自分の身体がこれ以上もたないことを知り、死の覚悟を決めた。医師は覚悟するには早いと伝えたが、機恵子は残された時間の中でできることは何かを考え、家族に別れを告げることを選択した。

b. 医療の介入によって延長させられた死

『漱石の思い出』は、夏目漱石の妻である鏡子が語る内容を、長女の夫である松岡譲が1929（昭和4）年にまとめた書である。漱石は、神経衰弱症状と胃潰瘍で入院治療と自宅療養を繰り返した後、1916（大正5）年の11月、自宅で2度の胃内部出血を起こし、同年12月9日に50歳で死去した。本書には、亡くなるまでの18日間の漱石の病状とその看護が、妻を通して詳細に記されている。

（1）病む人の性質を熟知した家族による看護

漱石は知人の結婚披露宴に出席した翌日に体調を崩した。排便がないため本人の希望で浣腸を行った後、苦しみ始めた。複数の医師が治療にあたっており、そのうちの一人である懇意の医師の往診を受けたが、鏡子はそれまでに胃潰瘍で治療を受ける場面を見てきた経験から、漱石の「何となく具合が悪い」という様子が気にかかった。

万一の事を考えて、夜も交替で看護を行い、漱石が昼も夜も眠れずにいることが数日続くと、看護婦を依頼して看病に当たらせた。夜間、漱石が寝むれない状況では睡眠薬を浣腸もした。しかし看護婦の働きについての記述はほとんどない。

鏡子は漱石の状態を観察しながら背中をさすったり、食事を制限されている漱石の欲求を満たせるよう、アイスクリームや果汁を少量ずつ与えたりするなどした。そして、いよいよ衰弱していく夫の姿を見て、死を予感したときには、鏡子は口から入るものをあげたいと医師に相談もした。

胃の出血により容態が急変すると、自ら口移しに水を飲ませ、頭から水をかけて刺激を与えたり、熱い湯で絞ったタオルで身体を温めたりした。脈をとり平常の半分も打っていないことを確認して、猶予がない状況だと判断した。

(2) 可能性のある治療を勧める医師

漱石は医師や消化器病の専門医による治療を受けていた。二度の胃内部の出血により禁食を指示され、二日に一度の食塩注射と胃の癒着を目的としたゲラチンの注射を受けていた。

鏡子は、医師より死の宣告を受けると、「どうせ絶望ときまった以上、このうえ注射で無理に長いこと苦しい思いをさせることもないから、安楽に死なしてやりたい」と医師に申し出て、その意を汲んだ真鍋医師は注射を控えていた。しかしそこへ別の医師がやってきて、医療を続けることを勧めた。

そうこうしているところへ宮本博士がいらっしゃいまして、今から絶望してこんなにほうておいてはいけない。先の大患の時にも注射で助かったのだから、医者としては命のあるうちはもう一度闘ってみて、それでもいよいよいけなかったらあきらめようとおっしゃるので、そこでまたもや皆さん気を取りなおしになって食塩注射をなさいました。
(夏目・松岡, 1994, p. 408)

命が助かる可能性があるのなら、医師としてはその可能性に賭けてみたいという主張が通り、安らかに死を遂げさせたいという妻の思いは見送られた。

(3) 本人の覚悟と子どもたちや門弟、友人に囲まれての別れ

漱石が死を口にしたのは、体調を崩して床に入る時である。

人間もなんだな、死ぬなんてことは何でもないもんだな。おれは今こうやってくるしんでいながら辞世を考えたよ。
(夏目・松岡, 1994, p. 392)

漱石の苦しみがどのようなものであったか、この言葉から推察することは困難である。その苦しみのなかさえ、辞世を考えることができている自分を客観的にみて、その淡々としたありように驚いているかのように感じられる。

鏡子は、漱石の亡くなる約1週間前の姿について語って残した。漱石は香を聞きながら胸の上に手を合わせていた。「ほんとうに静かなものを漾わせながら、いつまでもいつまでもじっとしている」とその静けさがいかに際立ったものであったかを表現した。

以下は鏡子が死を覚悟したときの言葉である。

死相とでも申すのでございましょうか、そういう感じが現れておりまして、これはとても助かりっこない、もうあきらめるよりしかたがない (夏目・松岡, 1994, p. 403)

そして亡くなる日、鏡子は子どもたちを学校から連れ戻し、別れをさせた。子どもたちが父親の様相を見て泣きだすと、漱石は「いいよいいよ、泣いてもいいよ」と声をかけた。また皆を集め、「水筆を取って、次々にわかれを惜しむ方々へお渡し」した。そうして死にゆく人と家族や門弟・友人との別れを取り行った。死の1時間ほど前、高浜虚子が漱石の名を呼ぶと返事をして「ありがとう」とはっきり述べたという。

漱石の様子は断片的にしか書かれていないが、死を覚悟し、最期には死を受け容れて感謝を述べて息を引き取れたのではないか。

漱石の死後、鏡子は故人の遺志により、解剖を申し出た。解剖の目的は、漱石の脳を研究することと死因となった消化器系統を調べることであり、脳と腹部の解剖が行われた。この結果は、一週間後に執刀者の医師による講演を通じて世間に発表された。

c. 病いと闘った後に受け容れた静かな死

吉野せいは1899(明治32)年、福島県小名浜(現いわき市小名浜)に誕生した。高等小学校卒業後、検定で教員資格を取得し、小学校教員を務め、1921(大正10)年、結婚を機に農業に従事した。著者は70歳を過ぎてから筆をとり、1975(昭和50)年『涙をたらしめた神』で第6回大宅壮一ノンフィクション賞、第15回田村俊子賞を受賞した作家である。その中に、わが子の死と看取りを綴った「梨花」が収められている。

1921(大正10)年頃、吉野夫婦は好間村(現在のいわき市好間町)北好間の菊竹山で新しい生活に夢を抱き、土地の開墾者として生きた。夫婦そろって朝から晩まで働いても家庭は貧しく、幼い娘、梨花の面倒は3人の姉兄が交代で見っていた。この著作は、1930(昭和5)年12月30日に生後8か月で亡くなったわが子の様子を忘れまいとして、三七日(昭和6年1月19日)の日に著者が引き裂いたノートの紙片に鉛筆で書き残した内容をそのまま記したものである。

(1) 貧しいなかでの精一杯の看護

梨花は手のかからない子どもであった。12月25日の夜半に幾度か泣き、翌日には咳嗽と鼻汁が見られた。その後、梨花は多彩な症状を呈するようになった。母はつきっきりで看病を行った。梨花に発汗がなく、体のしんに熱がこもっていると感じると百姓の療法である大根のすり汁をうすめて頭につけ、下痢が続くと焼塩をつくって腹部にあて、息づかいが荒くなってくると湿布を行った。なかなか熱がさがらないため六神丸²⁶を飲ませ、濡れ手拭いで頭を冷やし、さらには父親（以下、「混沌」とは父親の名前である）が沢のあたりから見つけてきた薄い氷の破片を氷のうに入れて、解熱に努めた。

梨花の状態が悪いため、父親は医者に診察を受けてはどうかと母親に提案したが、母親は村に一人しかない老医者への往診を受けること、しかも夜間となれば高い料金がかかると、生活のことを考えて「黙って耐えるより外なかった」。

財布の底にいくらしかないかを知っている私は、黙って耐えるより外なかったのだ。せめて夜があける明日を待とう。それまでどうかしてわが手で癒したい。十分に汗をとって、湿布をしてやったらなおらぬことはないとは私は信じていた。

(吉野, 2012, p. 54)

貧しかった吉野夫婦は子どもが病気にかかってもすぐに医療の手助けを得ることはできなかった。梨花の回復する力を信じ、土着の療法をあれこれと試した。

結局、医者への往診を依頼することになったのだが、それを待つまでの間にも、母親は解熱に効果があるというみみずの煎じ汁とにんにくの汁²⁷を薄めて飲ませ、自らの手で治そうと力を尽くした。母親はさすがの思いでこれらの民間療法を用いたと考えられる。

(2) 死を宣告されても持ち続ける希望

梨花は医師による初回の診察で、「胃腸はぐずぐずになり、その小さな両肺はやけて背中まで痰がからまっ」た状態であり、死は免れないとの宣告を受けた。その時の母の思いとその後の梨花の様子は、次のように語られている。

²⁶ 漢方薬の一つ。麝香（じゃこう）、牛黄、熊（ゆう）胆（たん）、蟾酥（せんそ）、沈香（じんこう）、人参などを含む。鎮痛・強心・解毒などの効がある。

²⁷ 1915（大正4）年出版の『日本内科全書』には東西の民間薬が紹介されている。腹痛に対して塩を煎じて布に包んだものを痛む部位にあて暖めるとよい、間歇熱にはミミズを黒焼きにて酒にて用いるもよしとある。

お前は汗ばんで流れるようであった。こんなに汗ばむならたとえ医師に見放されても助からぬとも限らぬ。混沌もこのまごころがお前のからだに通じぬことがあるものか。どんなにしても癒してみせる。

乳も水も思うように飲めなかった。泣き声もしわがれていた。始終眼を閉じて、ぼったり汗をかいて、小鼻がはげしく動いていた。夜半が過ぎて午前三時頃、お前はぼっかり眼をあけた。(略) 便の色が少し赤茶けて来た。水薬も散薬もらくらくと飲んだ。水薬のびんを口にもってゆくと、可愛い唇をとがらせて探るようにした。これはあるいは信じられぬ奇跡が起こるかもしれない。いい。いい。息づかいさえ昨日よりはいくらか静かだ。医者のことなんぞ当てになるものか。手当てだ。まごころだ。持ち直すか知れない。不遜にも私はそう信じた。(吉野, 2012, pp. 55-56)

医師から死の宣告を受けても、母親は希望を捨てなかった。何としてでも生き続けてほしいという強い願望が勝った。それまで湿布をしても汗ばむ程度であったのに激しい発汗が見られるようになったという梨花の変化にさえ、母は希望を見出した。まごころが通じれば子どもは元気になる、医者のことにはあてにならない、自分たちの手当てとまごころがわが子を癒すのだと強く信じ、看病を行った。

(3) 息づかいの変化に死を覚悟して静かに看取る

梨花は一時、呼吸もいくらか楽になり、薬も飲めるまでになったが、回復はしなかった。死の間際、母は梨花の「喉の奥からコクリとつき上げるような」という、わずかな呼吸の変化を捉え、死の瞬間が訪れたことを落胆とともに覚悟した。父親が手を握り、母親が末期の水を一滴飲ませた。そのまま眠るように梨花は亡くなった。

リーコリーコ、二三次呼んでみたがお前は瞳を動かさなかった。咽喉の奥からコクッとつき上げるような息を吐き始めた。駄目か！私は大声をあげた。駆け込んで来た彼はお前の右手をつかんだ。お前は父親の指をかすかに握った。お前のあの可愛い眼は幾分まぶたがこわばって来た。私はその眼を撫でて閉じてやった。(略) 混沌は水を急須に汲んで来た。私はそれをお前の口へしずかに一滴たらしこむと、こくりとのんだ。次に父が注いだそれは口元から流れてしまった。すうっとまるで引潮のように、いつもお前が私の乳首をはなして眠る時のように永眠した。ごく静かであった。これが死というものか。これが、梨花お前の、否人間一人の最後というものか。あらしは過

ぎてぴったりと静止したかたち、右手を私に左手を父親につかまって、お前は眠るよ
うに死んで行った。(吉野, 2012, p. 58)

著者は梨花が息をひきとるときを「すうっとまるで引潮のように」「眠る時のように永眠」
したと表現した。梨花の死はごく静かなものであった。

前述のように、死の宣告を受けた後、梨花の状態は一時良くなった。その状態を見て母
親は望みをもったが、梨花は回復しなかった。そして母親は自分の無知を悔いたのであっ
た。

(4) 寒くないように揺れないように子を棺に納める

梨花の埋葬は、伯父・伯母が準備した柩(新しい小さい白木の箱)と経かたびら、線香、
ろうそく、菓子、煮物の材料などで行われた。話し合いの結果、父親の実家の墓地に土葬
となった。死後の処置は母親の手により行われた。梨花の体を湯でよく拭きとったあと、
洗いさらした肌襦袢、少し破けたメリンスの胴着、赤いネルでやせた腹を包み、花模様
のナフトル染めの袴と、その上に一枚しかないメリンスの晴れ着を重ねて着せた。五穀の袋
をとき色のつけ紐に結んで下げ、赤い足袋を足首にくくりつけ、母親は梨花をしっかり抱
いて夢中で部屋の中を一巡りした。葬送儀礼のひとつであった。

また、棺となる箱の中に、綿入れてくるんだ梨花が寒くないように、揺れないように、
梨花の古着を隅々まで敷いて重ねて、上下から風の入らないようにして、一輪のすみれと
色紙を備えて整えた。亡くなった子どもを生前と同様の愛情を向けて、送り出した。

d. 死にあらがって手術に望みを託した後の死と看取り

先の吉野せい作品が、昭和初期の貧しい農村での看取りを描写しているとするならば、
谷崎潤一郎による『細雪』(1950)には昭和10年代の芦屋を舞台とした上流家庭での看取
りが描かれている。同じ昭和初期であるが、看取りの様子や医療との関わりは大きく異
なっている。

『細雪』という作品自体は、蒔岡家の四人姉妹、鶴子、幸子、雪子、妙子たちの人間模
様を描いたものである。長女は結婚して実家を出て暮らし、次女の幸子が夫と共に実家
を守り、そこに雪子と妙子が一緒に生活していた。蒔岡の家は、住込みのお手伝いと下働き
の下女がいるという屋敷であり、子どもが猩紅熱に罹った際には、離れを病室にあてがい、
そこで看護の素養がある雪子が消毒法を行いながら、子どもの看病を行うなど、教養も備
えていた。

以下、四女の妙子が結婚の約束をしていた板倉という男が、耳の手術後に脱疽を発症し、下肢切断の手術を受けたが、翌朝、急変して亡くなった場面である。

(1) 人となりを変えてしまうほどの激しい苦痛

耳の手術²⁸を行った翌日から出現した板倉の下肢の痒みは、やがて痛みになり、耐えがたい激痛へと変化していった。院長は耳の手術の痕はきれいになっていると病人の訴えには取り合わず、術部のガーゼ交換を行うのみで病人を放ったらかしにしていた。看病には岡山から出てきた両親と兄嫁、妹があたり、妙子も付き添った。板倉は足の疼痛を訴えたが、外見上は何の変化も見られず、周囲の人には何が起きているのか理解できなかった。

板倉は、以前に起きた台風による大災害のさなかでも、濁流の中に飛び込んで妙子を助け出すほどの強靱な肉体と意志をもち、常に温厚で節度をもって生きてきた男だった。そのような人物である板倉が、見舞いに來た蒔岡家の人に挨拶もせず、ただ痛みを訴え続けていることに、周囲の人は不思議に思うしかなかった。

見舞いに行った妙子は、「平素あれほど我慢強い、泣き言など洩らしたことのない板倉が、あんな（ママ）意気地のない声を出して、『痛い痛い』と云い続ける様子は、見ても恐ろしいような気がする」と述べた。

院長からは何の説明はなく、家族には「患者が苦しみ出してからは、逃げを打って成るべく寄り付かないようにしている」ように感じられた。家族は素人ながらも、看護婦が洩らした言葉から「手術時に菌が入ってその毒が足に回ったのだろう」と推測した。

(2) 下肢切断という治療にかける

その後、院長からは下肢を切断せざるをえないとの治療方針が説明された。板倉の両親は下肢切断には反対した。特に母親は、「どうせ助からないものならそんなむごたらしいことをしないで、満足な体で死なしてやりたい」と述べた。しかし妹は「助からない迄も出来るだけの手段を尽くしてみるのが当然」と述べ、意見が分かれた。

両親と妹の意見の対立には、親世代と子ども世代における死生観・身体観の違いがあらわれている。下肢切断という身体を大きく傷つける治療を「むごたらしいこと」と表現し、死に抗おうとしない両親に対して、妹はたとえ死の間際においても救命のためなら積極的に治療を行うべきとした。そして死は免れないと理解した上で、両親は死後も五体満足で

²⁸ 急性乳様突起炎の手術を受けた。急性乳様突起炎は、急性中耳炎の炎症が中耳の奥に繋がる乳様洞に広がったもので、放置しておくとうつ頭蓋の中にまで炎症が及ぶ。手術して膿を取り除かないと生命に関わる（『細雪（中）』注解より引用）。

いることを希望したが、妹は手段を尽くすことを優先すべきであり、遺体を大きく傷つけてもやむをえないと考えた。

人間の生死は自然の摂理であり、死後も霊魂と身体は不可分であるとする伝統的な死生観・身体観のもとでは、人間の力ではあらがいがたい自然の摂理を受け容れようとし、ひとは想像するしかない死後の世界へと向かっていく大切なひとへの思いやりを示した。一方で若い世代である妹は、死を敗北とみなし、その間際まで積極的な治療を行い、身体を傷つけるのもやむを得ないとした。

(3) 痛みから解放された僅かな時間での別れ

ようやく下肢切断の手術が施行され、麻酔から覚めた板倉は、「ああ、僕は跛足^{びっこ}や！」と悲痛な声をあげた。妙子は板倉の病状を冷静に観察し、既に手遅れの状態であろうとあきらめており、尋常とは思えない疼痛に苦しんでいた板倉から、「痛い」という訴えがなくなり、楽になった様子を見て安心した。

実際に板倉が苦痛から解放されて安静にできた時間は、2～3時間ほどであった。たとえ数時間であっても、激痛に耐え呻いていた病人にとって、痛みからの解放が大きな救いとなった。そのことが妙子や両親兄妹にとっても救いとなったのだった。

その後、板倉は再び容態が悪化し、妹や友人たちが代わる代わる輸血をしたが効果はなく、病毒に侵されていった。板倉の意識は臨終間際まではっきりとしていて、枕頭に見守る家族や友人等一人ひとり、さらには妙子の家族とお手伝いにまで別れを告げ、言い残したいことだけを伝えて息を引き取った。

大正期から昭和初期にとりあげたノンフィクションや小説には、吉野せいの「梨花」の場合を除いて、すべての看取りの場面に医師が登場した。彼らは安らかな死を望むことは、生をあきらめることだと論じ、終末期における医療を提案し、そのための身体の損傷はやむなしとし、家族もそれを受け容れた。

V. 考察

近代化が推し進められる中で、人びとの死が社会的に制度化され、医療が介在するようになった。考察では、この時代における背景的要因のもとに死と看取りに生じた変化とその意味を考察し、現在の関心事とも関連させながら看取りの本質と看護師の役割を検討す

る。

考察の1点目は、死にゆく人本人が死についてどのように語り、死を迎えるまでにどう生きたのかをもとに、死にゆく人と家族が主体であった時代から、その主体が覆い隠されていったプロセスを考察する。2点目は、看取りを行う人が家長であった時代から、家庭の主婦と女性が看取りを行うことが期待される時代へと移りかわっていくプロセスと、その中で一貫して看護書に記載されていた「臨終を妨げない」、「安然（全）の終命を遂げる」の実際と意味を考察する。3点目は、死にゆく人と家族が、死を迎えるまでのプロセスの中でどのような苦痛を感じ、看護に何を求めたのかから看取りの本質と看護の役割について考察する。

A. 時代とともに覆い隠される死の主体

1. 死の主体

江戸時代では、死にゆく人の看取りは、家長を中心として家族により行われていた。覚悟のできていない人には告知をして心を乱すのはよくないことであり、告知の有無を問わず、家族一体となって死にゆくまでの苦痛を引き受けることで、献身的に看病し、看取りを行なったと考えられる。このような姿は滝沢馬琴の孫、太郎の看取りに見ることができる。家族のみならず親戚、隣人、知人までもが加わって、片時も太郎のそばを離れることなく、寝ずの看病を行った。

明治期に入ると、子規と近藤のように、個人として死と向き合うひとが現れるようになった。彼らは自分の言葉で死について語るとともに、苦痛に耐え、生きるための楽しみを求め、生を全うしようとした。また療養生活だけでなく、医療に関しても、自分で治療を選択し、主体としてふるまった。子規は、痛みに応じて自分でモルヒネを調節し、内服していた。死を悟った山室機恵子は、医師から勧められた治療を拒否し、子どもたちに別れを告げたいという自分の意思を貫いた。明治期、日本は諸外国の制度を採り入れ、その過程でさまざまな文化や思想を吸収していった。そのことは子規や近藤、山室などの当時の知識人たちの内面にも変化をもたらしたと考えられる。しかしこの時代には、このような個人としての主体性をもつ人は一握りにすぎなかった。

柏木（1991）は、これら知識人とは違って地位、名誉、財産などから縁遠い生活をしている人びとを庶民と呼んで、庶民の死の一つに「舐めあう死」というものがあったと述べ

る。舐めあう死は、死を個人のこととして見つめるのではなく、家族的なものとして引き受けるもので、本人を思いやるあまり、病名を告げて死と対決させるのは酷だと考えるが、家族は患者を大事に、大事に舐めるようにして世話をし、最期を看取る。一方で患者は家族に甘えきってこの世を去るという (p. 89)。舐めあう死は、滝沢馬琴の家族が総出で、太郎を看取る姿にも重なる。こうした看取りは長く、日本の伝統として行われてきたのであろう。

明治期は、西洋医学が導入され、西洋医の養成も開始されたが、医療の技術や体制は発展途上にあり、ひとたび急性伝染病が発生すると有効な治療法もなく、多くの場合、死に至った。そのため清潔や消毒による伝染病対策、そして病人が発生した場合の看護に頼るところが大きかった。この時代の人びとは現代のわれわれに比べて、はるかに多くあきらめざるを得ない状況を経験したであろうし、すぐには医療に頼ろうとはしなかったと考えられる。個人として、あるいは家族としてという違いはあるが、人びとにとって重要だったのは死までの日々をどのように過ごすかであり、生を全うすることであったと考える。

2. 医療化による死への向き合い方の変化

時代の経過とともに医療技術の進歩が見られると、少しずつではあるが死を免れたり、延ばしたりすることが可能になっていった。人びとは治療の効果を期待し始め、医師も病者を助け、死を引き延ばすための治療を勧めるようになった。夏目漱石の場合も、死を覚悟した妻がこれ以上は必要ないと治療を控えていたにもかかわらず、あらたに訪れた医師の勧めにより、死の間際になってカンフル注射が行われた。ほぼ助かる見込みがない状態であった板倉にも、激痛を取り去るためには身体を傷つけるのもやむを得ないと、下肢切断の手術が行われた。漱石も板倉も、最期には周囲の人びとに別れを告げて、死を迎えることができたが、ここに死にゆくプロセスへの医療の介入が見え始めた。

死に医療が介入するようになって、患者や家族が医療に希望をつなぐようになった。医療の発展は、終末期の患者、家族にとって福音となったが、それと同時にそれらの医療に依存させることによって、彼らが苦痛に対処し、死と向き合う力を無力化していったように思われる。医療への依存という側面において主体性を失うだけでなく、自らの生と死の意味を問い、生を全うするという、人生という側面においても主体性を失っていったと考えられるからである。

現代では、患者は医師や医療を頼りに、終末期のかなり死が差し迫った時期まで、治療

を受けている。終末期の治療は、必ずしも患者の心身にとって楽なものではなく、かえって苦痛をもたらす場合もあるにもかかわらず、それまでの治療を中断し、看取りケアに移行することに抵抗を感じるものも少なくない。治療に希望を見出し、あきらめずに努力を続けてきた患者にとって、治療中止は医療者に見放されること、そして死を意味するからである。

死のタブー視についても、以前から日本に存在していたと考えられるが、大正期から昭和初期にかけて医療が発展することにより、さらにその傾向が強くなったと考えられる。医師や家族は患者への思いやりから、治療に希望をもたせ、患者を励ますようになり、患者は真実を知らされないまま治療に励んだり、死が差し迫っていることに気づきながらも周囲への思いやりにより、黙したりするようになった。

患者が自分で死に向き合うだけでなく、他者と死について語ることが難しくなった状況については、20世紀のアメリカにおける死の臨床を研究した社会学者 Glaser & Strauss (1965/1988) によっても明らかにされた。彼らは、医療職と病者は、死が避けられない事実であることを知りながらも、お互いに知らないふりをし、一方で自分の死を疑う病者が、医療者から何らかの情報を引き出そうといった駆け引きに反応がない場合には、医療者の複雑な気持ちを察知して、その後は沈黙を決め込むと述べた (p. 68)。

Smith (2000/2006) は終末期のコミュニケーションの難しさの背景には、医療者の側の「回避」が存在するという。彼女は「医療従事者は『治癒』指向性で教え込まれていて、死にゆくことに対する準備はほとんど行なわれていないので、多くの医療従事者は、患者の面前で非常に居心地が悪いと感じる。その結果、高いレベルでの回避が存在する。患者は、他者の不在によって身体的に孤立し、人びとが患者にオープンになれない時に感情的に孤立し、そして、彼らの基本的なニーズが満たされない時に困惑させられる。これらは、患者を見捨てることのすべての形である」(p.24) と述べる。

B. 家庭の主婦や女性による看取り

1. 社会が女性に求めた看取り役割

明治期の国内・国際情勢の危機に直面した日本は、男性に富国強兵の役割を求める一方で、女性には良妻賢母であることを求めた。日本は諸外国にならって、女性の特質を活かした分野で女性の積極的な協力を求め、女性たちもそれに応じるようにして特有の役割に

において活動することを受容していったと考えられる（田村, 1998, p. 122）。看取りに関しても、高等女学校令によって、将来家庭をもつ女性が身につけるべき内容として、教育課程に採り入れられた。また、看病に必要な態度や衛生に関する知識は、婦人雑誌や新聞等により広く普及が図られた。こうして看取りが一般家庭の女性の役割として定着していったと考えられる。

事実、家事教科書や家庭向け看護書には、看取りは難しいものであるから十分に覚悟してあたるようにと書かれている。看取りは女性の「心得ておくべき事項」であり、「大切なつとめ」であると表現された。病気で亡くなる場合には苦痛がともなうことが多いため、その世話は容易ではないこと、死はひとの一生にとって最も重要な局面であるため、死にゆく人が思い残すことなく安心してこの世を去れるようすべきことなどをあげて、めざすべき良妻賢母の姿とした（後閑・佐方, 1989；服部, 1891）。

家事教科書や家庭向け看護書には、医師の不在時にも対応できるような真死と仮死の区別についての知識や、伝染病対策に必要な遺体の処置が記載され、看護婦に求めるのと同等の知識が記された。しかし家庭向け看護書が多く発行されるようになった大正時代には、危篤時には医師を呼ぶことが強調されるようになり、それまでの専門的な記述は少なくなり、代わって自宅での看取りに必要な内容として、死亡届を提出する法的手続きなどが添えられた。その背景には、医師の数の増加もあったものと考えられる。

2. 一般家庭の女性たちによる看取り

一般家庭での病人の看護や死の看取りは、女性にとって容易なことではなかった。たとえば子規の病気は重く、全く身動きがとれない上に、療養生活は長期にわたった。生活のほとんどの面倒を見ていた律の苦労は想像に難くないが、その律を子規はときに病者の気持ちに分かれないと酷評した。漱石の妻も、昼夜を分かたず懸命の看護を続けつつ、気難しい漱石の性質を理解して、本人の求めに応じた。吉野せいは母親として、子の命を救おうとあらゆる手を尽くした。その記述には、読む者の胸に迫るような悲壮感さえ漂っていた。

死と看取りを引き受ける家族には、それぞれの家庭が紡いできた歴史、体験、物語によってさまざまな様相がある（Smith, 2000/2006）。本研究でも、女性たちは死にゆく人との関係のなかで精一杯の看護を行なったが、つねに冷静に温和に接したわけではなく、ときには狼狽し、苦悶し、涙を流し、あるいは反発して死にゆく人と距離を置いたりもした。

それは看護書や家事教科書に書かれているような理想的な姿ではなかったかもしれない。

しかしながら看病の日々を経て、終着点となる死の瞬間には、この時代の人びとは死は避けられないものと覚悟し、静かに息をひきとるのを見守った。漱石の妻は夫の死を悟ったときのことを「これはとても助かりっこない、もうあきらめるよりしかたがない」と語った。吉野せいはい、子のわずかな呼吸の変化に死を覚悟し、大きく落胆したが、その後は嵐が去ったような静けさのなかで、子が息をひきとるのを見守った。

志賀直哉の母の看取りは、まさに厳粛な死を象徴している。母親の死が差し迫っていることに気づいた者が、汐の満ち引きに喩えながら、直哉やほかの家族にそのことを知らせた。誰もが焦らず、騒がず、死にゆく母親の枕元に集まった。居住まいを正し、頭を垂れて、母親がひとつ、またひとつ、と息をし、こと切れる瞬間を、全員が真剣に見守った。これこそが明治期から看護テキストに繰り返し記述され、強調されてきた「臨終を妨げない」、「安然（全）な終命を遂げさせる」看取りと考えられる。

このような看取りは日本に受け継がれている文化であり、1つの価値を示すものと考えられる。現代では家族の多様化が進み、臨終の場で泣きすぎる家族の姿もあれば、医療介入を求める家族の姿もみられ、家族のあり方に応じた看取りとならざるを得ない状況がある。しかし死にゆく人本人をあくまでも尊重し、臨終を妨げることなく死を遂げさせ、死後もひとりの人格としてその人を大切に扱う看取りは、看護固有の価値であり、それを持ちつづけ、個々の患者・家族に応じていくことが、ひいては患者・家族にとっての満足のできる看取りにつながると考える。

3. 「あきらめの死」—家族による死の受け容れ

柏木（1991）は専門家と比較しながら、一般の人びとがどのように死が迫っていることを感じ、受けとめるかについて述べた。彼はそれを「あきらめの死」という言葉で表現し、多くの日本人は「いろいろの状況を庶民の知恵を働かせて、直感的に悟り、事態が自分に不利に展開しそうだと理解する」（p. 85）と述べた。多くの場合、人びとは病名を知らされなくても、次第に弱っていくことを体感し、終末が近づいたことを知る。同じことは、漱石の妻の語りにもあるように、看取る側の家族にもいえる。療養生活のなかで徐々に衰弱していくひとの姿を見ることで、家族もあきらめて死を受け容れた。

あきらめの死は、加藤他（1977/1977）によって著された『日本人の死生観』にも描かれている。彼は「一般に日本人の死に対する態度は、感情的には宇宙の秩序の、知的には自

然の秩序の、あきらめをもつての受け容れということになる、その背景は、死と日常生活上の断絶、すなわち、死の残酷で劇的非日常性を強調しなかった文化である」と述べる。人びとは日々の生活を通して直感した死のおとずれを、宇宙の秩序のもとにあって人間には逆らえないものと自分であきらめる。そして日本のお盆や迎え火・送り火などの慣習に見るように、その人とは死によって完全に分かれたるのではなく、どこかでつながっているという感覚を持ち続けることによって、自分を慰め、受け容れようとしたのだろう。

吉野せい、亡くなったわが子を「寒くないように、揺れないように」と棺に収めるくだけりがある。ここには死してなお、子が生き続けているかのように寒くないか、揺れないかと心配し、思いやり、そうすることで自らを慰め、納得させようとする母の姿が描かれている。

C. 死にゆく人と家族にとっての看護

1. 死にゆく人とのコミュニケーション

本研究では、医療化によって死のタブー視が強められ、患者との死のコミュニケーションが難しくなっていたプロセスを明らかにした。しかし今日では、治療の開始や中止に際してのインフォームドコンセントがなかば義務となっていて、患者家族への病名や予後の告知が当然のように行われている。とはいえ、実際の場面では、告知といえども患者に配慮してあえて核心的な部分には触れないことも多く、それまで告知のあり方によっては傷つき、トラウマとなっている患者家族もいる。

明治期の看護テキストには、覚悟ができていないひとには死の告知をしてはならないこと、告知をしないと決めたのであれば周囲の人が取り乱したり、自分のつらさや同情を相手に悟らせたりしてはならないと書かれている（大関, 1908）。その反対に、本人が告知を希望しているのであれば、医師に依頼して、本人に死が迫っていることを告げるべきであるし、ほかに適切な人がいない場合には、医師の承諾を得て看護婦が告げなければならないこともある（保良, 1934）。

長江（2014）は現代のエンド・オブ・ライフケアのなかで、告知をめぐる「現在の病状について十分な情報提供を受けて取り組みたいと思う人もいれば、病気や死を意識しないで過ごしたいと願う人もいる」と述べる（p.11）。子規は、貧しく贅沢ができないまま、病人として過ごす日々を煩わしく思い、いつ死ぬかが分かれば好きなものを存分に食べら

れると、死期を知りたいと考えた。その一方で、先に述べた舐めあう死のように、互いに思いやり、癒しながら終末の日々を過ごしたいと考える人たちにとっては、あえて死に直面させるような会話は不要であるかもしれない。

Smith (2000) が述べるように、「患者が対処法として敢えて否認を選んでいる場合には、その選択を尊重すべき」(p. 49) という意見もある。知らないでいる権利を尊重するということであろう。その一方で、告知というものを病名や予後といった狭い範囲に焦点化せず、死にゆく人や家族とのコミュニケーションの一つととらえることを勧めるものもいる。『死ぬ瞬間』の著者である Kübler-Ross は、私たちが投げかける質問は「告げるべきかどうか」ではなく、「私は自分の患者とどのようにこのことを共有するか」であるべきだと述べる (Kübler-Ross, 1969/2001, pp. 64-65)。告知をしないとすれば、何としても隠し通すということではなく、相手に応じたコミュニケーションが求められている。

患者の権利やインフォームドコンセントなどの考えが普及するようになって、患者が死期を知ることによってこそ、現実的な希望を見出すことができるし、周囲もその希望を叶えるのを助け、よい死を迎えることができるという考えが一般に認められるようになった。しかし本研究でも明らかになったように、最後の日々の過ごし方を決めるのは本人であり、そのためにどのような情報を必要とするかは人によって違う。インフォームドコンセントでは、治療の開始や中断を目的とした情報提供に限定されがちであるが、それを超えて、患者が希望する生活を自ら考え、その実現が可能かどうかを相談できるような場をつくること、そのための患者と看護師の双方向的なやり取りが必要である。患者が病気や老いが自分の生活にどのような意味をもち、どう生きていくかの見通しをたてることだからである。

2. 死にゆく人の家族に対するケア

近年では医療者のなかからも、医療の介入をなるべく少なくし、自宅で看取りを行うことを推進する者も現れた。彼らは穏やかな死に医療は不要であるとし、穏やかな死を迎える場所として自宅ほどふさわしい場所はないとする (萬田, 2013, p.147)。確かに自宅で看取りを行なうことは、死にゆく人を中心とした看取りに適している。しかし看取る側の家族の負担も大きいことも予測される。

明治期の看護書には当初、死にゆく人を中心とした内容しか書かれていなかったが、時代が下ると「家族も満足するような看護を行う」と家族を配慮した記述が含まれるように

なるなど、看護の対象が家族へと広がっていった。先に述べたように、一般家庭での病人の看護や死の看取りは、家族だからという理由で女性たちが引き受けていたものであり、容易なことではなく、病者から不満が寄せられることもあったが、一方で近藤に雇われた看護婦、夏枝については、正規の教育による専門的な知識や技術だけでなく、病者に対する親身な関わりにおいても高く評価されていた。レイ（1992/2000）は「人生でもっとも重要な人びとは、同時に大きな不満の種にもなる。私たちは往々にして自分をいちばん愛してくれる人びとに誰よりも辛く当たる。たとえこちらが礼儀正しくなかったり不機嫌であったとしても、見捨てられるはずがないと信じているのだ」と述べる。まさに子規と律がこのような関係にあったと思われる一方で、夏枝の親切さは家族という関係にないからこそ距離にも支えられていたと考えられる。ここに家族以外の人や専門職として看護が関わる意味もあるのだろう。

病者が亡くなった後への家族ケアについて保良（1934）は、看護婦はそばを離れて家族を近づかせ、家族がそこから離れるまで時間をとるようにと述べた。死後、家族が心置きなく別れができるような配慮である。また、死後は水や草花を供えて冥福を祈ることなど、日常生活のなかで行なわれていたであろう死を悼む営みもとりあげられた（高芝, 1932）。現代でも患者が亡くなった後、故人がおだやかな表情で、生前と同様な配慮や扱いを受けられるようにという家族の思いにこたえて、看護師が死後の処置を行なっている（山脇・森田・清原他, 2015）。これはかつての伝染病対策としての死後の処置とは意味が異なるが、死後もなお人としての尊厳を保ち、故人との別れを十分に行えるようにすることが、失った家族にとっての慰めになるという考えが現代のケアへとつながっていったものと考えられる。

3. 寄り添う看護

今日の緩和医療の発展により、医師と同様、看護師も患者の身体的な苦痛を取り除くことを目的としたさまざまな医療的処置を駆使している。しかし終末期患者が抱えているのは身体的な苦痛だけとは限らない。また患者が治療に希望を持ち続けて、侵襲の大きい治療を希望したり、あるいは家族が告知を拒否するため、予後に見合った現実的な希望を患者が叶えられなかったりなどの困難にも出会う。そうした状況に看護師は葛藤し、患者の病室を訪れる足が遠のく、あるいは無力感を抱き、ついにはバーンアウトするなどの実態もあるという（垣本・増木・生天他, 2006）。

医学的な処置や治療で改善できるものは、身体的な「苦痛がない」ことのみであり、終

末期の苦悩に対して医療が行なえることは限界があるという認識をもつこと、そして彼らの苦悩に関心を寄せ、わずかなサインに気づくことが大切である。また、大関（1899）が宗教の教えを引用しながら、死は人の力の及ばないものであり、神の手に任されていると論じたように、看護師自身が患者の死を避けてしまわないように、死を恐れすぎないようにする必要がある。Deeken（1996）は「医療関係者が自分自身の中に、死に対する過剰な恐怖を抱えたままだったら、末期患者のニーズに的確に対応することなど、とても無理な話（p. 154）」だと述べる。

子規が病状の良くないときにこそ誰かに傍にいてほしい、気持ちを汲んで看護をしてほしいと望んだことが思い出される。気の利いた話があれば、気持ちが癒され、病人の慰めにつながることも考えた。医師であった近藤は、自分の家族のように献身的に接する看護婦を通して、精神看護の重要性を主張した。子規も近藤もいずれも、主観的に感じる死は、耐えがたいほどの恐さであり、受容することはできないと述べ、死を意識しつつ、苦痛を抱えながら生きる生活で、誰かの支えを必要とした。死にゆく人びとが望んだのは、死にゆく人の気持ちを汲み、死に立ち向かうなかでの孤独を和らげ、寄り添う看護であった。

死に瀕した状況の病者が望むことは、何かをすることではなく、誰かに自分の側にいてくれることだという（Croushore, 1976/1985, pp. 63-65）。Callari（1986/1989）は「瀕死の人の状況をしっかり考え深く見つめていけば、おのずとやさしく触れること、おだやかな声、気軽に用事を足してあげること、心からの尊敬が最大の贈り物となる」（pp. 185-186）と述べる。

医療技術は確かに死にゆく人にとってもっとも妨げとなる身体的な苦痛を和らげはする。しかしそれだけでは「安然の終命を遂げさせる」ことはできない。死のときまで精一杯その人の人生を生き、安らかに亡くなれるように、死にゆく人と共に死の時を迎えることである。死にゆく人に寄り添う看護、このことが看取りの本質として受け継がれていると考えられる。

D. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、明治初期から昭和初期にかけての、現存する収集可能な史資料を基に、死と看取りを明らかにすることにとりくんだ。当時の状況を把握するべく、看護以外の分野も含めて新聞や女性雑誌等、幅広い範囲での史料収集と解説に努めた。手に入る限りのあ

らゆる資料を用い、出所による特徴をふまえ、飛躍のない解釈を心掛けたが、資料の範囲が限られていることによる限界があることは否めない。今後さらなる資料の収集、発見に努めるとともに、背景となる社会情勢や医療状況の理解を深めることで、死と看取りについて総合的な理解を深めていきたい。

また昭和13年以降の戦時体制における死と看取り、戦後からの死と看取りの変容も、現代の看取りの看護を考えるうえで避けては通れないテーマであり、課題であるとする。

VI. 結論

本研究は、近代的看護が始まった明治初期から日中戦争が始まる前の昭和初期までの死と看取りの変遷を明らかにすることを目的とした。

その結果、死と看取りの変遷は、その特徴に応じて3つの区分に分けられ、その前史である「家長の責任としての死と看取り」、「法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り」、「生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り」、「医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り」の4つの区分のもと記述された。

一つめの「A. 家長の責任としての死と看取り」は、前史としての江戸時代における老いの看取り、病人の死と看取りである。死と看取りは自宅で、家長を中心とした家族により行われた。覚悟のできていない病人に告知をして心を乱さないよう、臨終では親しい人が嘆き悲しむことで死にゆく人を煩わせることのないように、死にゆく人本人を中心として、周囲が配慮する看取りが行われた。

二つめの「B. 法整備や伝染病対策によって変容する死と看取り」は、1868（明治元）年から1894（明治27）年までの期間の死と看取りである。戸籍法の整備、医師による死亡届の義務付け、伝染病対策としての避病院の設立と埋葬法の制定などの近代的な制度の介入によって、死と看取りは変容していった。正規の看護教育が始まったが看護婦による看取りはまだ一般的ではなかった。海外を参考に編纂された看護テキストにより、死の徴候の観察、伝染病対策としての遺体の処置とともに、死に際しては臨終を妨げず、安らかに終命させる看護の重要性が示され、その後の看護テキストに引き継がれた。

三つめの「C. 生活の中での死と看護婦／一般家庭の女性に求められた看取り」は、1895（明治28）年から1912（明治45）年までの期間の死と看取りである。派出看護婦が増加

し、伝染病が猛威を振るう中、人びとの死と看取りに立ち向かった。良妻賢母の育成のため、高等女学校でも死と看取りの看護が教えられるようになり、まだ一般家庭の女性にも自宅で死を看取るための覚悟と専門的な知識が求められるようになった。一方で、病人が頼りにしたのは医療よりむしろ看護の良し悪しであり、看護を担う女性には病人の心情を察し、闘病生活を支えることが期待された。臨終ではそれまでと同様、周囲の人びとが嘆いたり、引き止めたりせず、病人が死を遂げるのを静かに見守るという厳かな死の看取りが行われた。

最後の「D. 医療の介入により死にゆく人から離れ始める死と看取り」は、1912（大正元）年から1937（昭和12）年までの期間の死と看取りである。医師と看護師の増加により医療の利用が進むが、同時に医療の地域格差も生じた。医療を受けることなく死を迎える状況がある一方で、ひとの死への医療の介入が見え始めた。本人や家族が死を覚悟しつつある場面に医師が登場し、医療介入を勧めるようになって、家族も命が助かるあるいは延命の可能性に賭けるという考えを受け容れていった。女子教育の充実により、看護書の死と看取りの記述は家庭での実際をふまえた内容となり、普及した。死にゆく人にとっての看護の重要性に変わりはないと考えられるが、医療の背後に隠れ、前の時代よりも見えにくくなった。

謝辞

本研究の全過程におきまして、時間を惜しまないご指導と、叱咤激励によるご支援をいただきました高田早苗教授と川原由佳里准教授ならびに、丁寧かつ貴重なご意見とご助言をいただきました先生方に心より感謝申し上げます。

また、史料の収集過程におきまして、ご助言とともに参考となる史資料の提供や史料に関する情報を提供していただきました先生方ならびに、史料の検索にご協力いただきました北海道大学図書館、国立国会図書館、日本赤十字看護大学図書館の皆様へ深く感謝申し上げます。

今回、研究を進める過程におきまして、様々な面で大学院博士課程の皆様のごサポートと、家族の協力を得て進めることが出来ました。深く感謝致します。

文 献

- 足立寛 (1889). *看護法教程*. 報文社. 国立国会図書館所蔵.
- Aries, P. (1975)/伊藤晃・成瀬駒男訳 (1983). *死と歴史*. みすず書房.
- Callari, E. (1986)/重兼芳子・森文彦訳(1989). *おだやかな死心暖かな介護のために*. 春秋社.
- Carr, E. H. (1961)/清水幾太郎訳 (1962). *歴史とは何か*. 岩波新書.
- Christy, T. E. (1975). The methodology of historical research: a brief introduction *Nurs Res.* May-Jun ; 24(3). 189-192.
- Croushore, T. (1976)/早坂泰次郎役者代表 (1985). *死と向きあうことの難しさ. 死とともに生きる看護—続・死の床にある患者たち—*所収 (pp. 63-65). 現代社.
- Deeken, A. (1996). *死とどう向き合うか*. NHK 出版.
- Dolan, J. A. (1973)/小野泰博・内尾貞子訳 (1978). *看護・医療の歴史*. 誠信書房.
- 海老沢有道・チーリスク.H・土井唯夫・大塚光信 (1970). *日本思想大系 25 キリシタン書排耶書*. 岩波書店.
- Esmarch, F. (1892)/飯高芳康 (1894). *通俗急病救助法*. 国立国会図書館所蔵.
- 福永肇 (2014). *日本病院史*. PILAR PTESS.
- Glaser, B. G.& Strauss, A. L. (1965)/木下康仁 (1988). *死のアウトエアネス理論と看護 死の認識と終末期ケア*. 医学書院.
- 後閑菊野・佐方鎮子 (1898). *家事教科書下巻*. 成美堂. 国立国会図書館所蔵.
- Fraser, H. E. (1896)/成瀬四寿訳 (1896). *実用看護法*. 警醒社.
- 古川早苗 (2012). *看取りの変遷 明治期以降の看護職による死後処置を中心に*. 大出春江編, *看取りの文化とケアの社会学*所収(pp. 36-92). 梓出版社.
- 服部道之 (1891). *通俗家庭療法*. 小川尚栄堂. 国立国会図書館所蔵.
- 林茂香 (1887). *防疫必携*. 忠愛社. 72-77. 国立国会図書館所蔵.
- 平尾真智子 (1994). *実用看護法*. 坪井良子編, *近代日本看護名著集成 解説*所収(pp. 45-52). 大空社.
- 平尾真智子 (1999). *資料にみる日本看護教育史*. 看護の科学社.
- 星常子・中島よし子 (1902). *家事教程上*. 六盟館. 国立国会図書館所蔵.
- 保良せき (1934). *看護法 (二)*. *看護婦*, 七月號, 4(36). 日本公衆衛生看護婦協会大阪看護婦協会. 日本赤十字看護大学所蔵

- 猪飼周平 (2010). *病院の世紀の理論*. 有斐閣.
- Ilich, I. (1976) /金子嗣郎訳 (1979). *脱病院化社会 医療の限界*. 晶文社.
- 医制 (1874). 医制ヲ定メ先ツ三府ニ於テ徐々着手セシム. *太政類典 2 編*, 134(4), 国立公文書館所蔵.
- 石黒忠恵 (1877). *虎列刺病予防心得*. 谷田富吉郎. 国立公文書館所蔵.
- 垣本尚美・増木菜美子・生天目晶子・堀孔美恵・増渕孝子 (2006). ターミナル期患者の病室から足が遠のく看護師の実態. *第37回看護総合*. 304-306.
- 垣田純朗 (1894). *家庭衛生*. 民友社. 国立国会図書館所蔵.
- 亀山美知子 (1984a). *近代日本看護史 III 宗教と看護*. ドメス出版.
- 亀山美知子 (1984b). *近代日本看護史 IV 看護婦と医師*. ドメス出版.
- 亀山美知子 (2004). *新版看護学全書 別巻7 看護史*. メヂカルフレンド社.
- 看護史研究会 (1983). *派出看護婦の歴史*. 勁草書房.
- 柏木哲夫 (1991). ターミナル・ケアと庶民の死. 多田富雄・河合隼雄編者. *生と死の様式 - 脳死時代を迎える日本人の死生観所収*(pp. 84-96). 誠信書房.
- 勝田至 (2012). *日本葬制史*. 吉川弘文館. pp. 248-253.
- 加藤周一・Reich, M. Lifton, R. J.(1977) /矢島翠訳 (1977) . *日本人の死生観下*. 岩波新書.
- 川原由佳里・鷹野朋実・山崎裕二・高橋朋子・吉川龍子・川嶋みどり (2012). 明治期における日本赤十字社京都支部の看護婦養成と派出看護活動—京都支部選出看護婦『高木ハル』の個人史から— . *日本看護歴史学会誌*, 25, 58-73.
- 家事教授研究会 (1915) . *小学校女学校家事家政教材集成*. 隆文館. 国立国会図書館所蔵.
- 記者不明 (1897). 看護婦の亀鑑. *花の園生*. 82. 文明社. pp.34-35. 国立国会図書館所蔵.
- 記者不明 (1899) . 東京看護婦会. *風俗画報*. 臨時増刊 193. p.41 国立国会図書館所蔵.
- 記者不明 (1902). 虎列刺予防液注射. *婦女新聞*. 121. 2面. 9月1日. 婦女新聞社. 国立国会図書館所蔵.
- 小稗文子 (2008). 中世から近代の終末期の看護. *秋田大学医学部保健学科紀要*, 16(2), 107-115.
- 近藤常次郎 (1903). *仰臥三年*, 博文館. 国立国会図書館所蔵.
- 近藤常次郎 (1904). *続仰臥三年*, 博文館. 国立国会図書館所蔵.
- 厚生労働省 (2015). 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課「人口動態統計」 www.stat.go.jp/data/nenkan/back64/zuhyou/y0226000.xls [2016/12/12 閲覧]

- 小山文雄・五十子敬子 (2010). *仰臥の医師 近藤常次郎 終末期医療への提言*. 批評社.
- Krisman – Scott, M, A. (2000). An historical analysis of disclosure of terminal status. *Journal of Nursing Scholasip*. 32(1). 47-52.
- 楠本耕之 (2000). *ホスピス入門 その“全人的医療”の歴史、理念、実践*. 日本ホスピス、在宅ケア研究会.
- Kübler-Ross, E. (1969) /鈴木晶(2001). *死ぬ瞬間 死とその過程について*. 中央公論新社.
- Lewenson, S. B. (2007). *Historical Research Method*. Helen J. Streubert, Dona Rinaldi Carpenter. *Qualitative Research in Nursing (4th ed.)*. Advancing the Humanistic Imperative.
- 萬田緑平 (2013). *穏やかな死に医療はいらない*. 朝日新聞出版.
- 正岡子規 (1927a). *仰臥漫録*. 岩波書店.
- 正岡子規 (1927b). *病牀六尺*. 岩波書店.
- 正岡子規 (2009). 死後. *ちくま日本文学 正岡子規所収* (pp.85-98). 筑摩書房.
- 松田誠 (2007). 慈恵病院派出看護婦考. *東京慈恵会医科大学雑誌*, 111(1), 109-122.
- 南裕子 (2008). *看護における研究*. 日本看護協会出版会.
- 南二郎 (1900). *速成看護法摘要*. 福島県警察部. 国立国会図書館所蔵.
- 美島近一郎 (1914). *新撰実用家政学精義*, 啓成社. 国立国会図書館所蔵.
- 宮坂いち子(2010). 近代ホスピス誕生の原点ーメアリー・エイケンヘッドの確信と活動ー. *生涯学習研究所紀要*, 8, 63-68.
- 文部省 (1972). *学生百年史*. ぎょうせい.
- 長江弘子 (2014). *看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア*. 日本看護協会出版会.
- 内閣官報局 (1880). 太政官第 34 号布告 染病予防規則. *法令全書明治 13 年*. 国立国会図書館所蔵.
- 夏目鏡子述, 松岡讓筆録 (1994). *漱石の思い出*. 文藝春秋.
- 野田文子・車谷真紀・新福祐子 (1995). 明治後期家事教科書の分析ー高等女学校・実科高等女学校・高等小学校の比較 - . *生活文化研究*, 35, 17-38.
- Nolte, K. (2009). Dying at home: nursing of the critically and terminally ill in private care in Germany around 1900. *Nursing Inquiry*. 16(2). 144-154.
- 大出春江 (2012). 家庭看護書からみるターミナルケア. 大出春江編. *看取りの文化とケアの社会学*所収(pp. 3-35). 梓出版社.
- 大川美千代 (2016). 明治初期の日本における欧米の看取りの看護の受容ー日本と欧米の

- 看護書の比較を通して－. *日本看護歴史学会誌*, 29, 114-127.
- 岡山寧子 (2010). 同志社病院・京都看病婦学校ではじめられた看護教育－リンダ・リチャーズの日本での活動から－. *京都府立医科大学雑誌*, 119(2), 89-98.
- 大西奈保子 (2007). 緩和ケアの歴史～死の看取りと医療のかかわりを中心として～. *感性福祉研究所年報*, 8, 81-90.
- 小野尚香 (2001). 近代日本における仏教看護活動 仏教系看護婦養成施設にみる特徴 (その1). *佛教大学総合研究所紀要*, 8, 217-229.
- 大関和 (1899). 死体取扱方. *看護婦派出心得*. 吐鳳堂. pp.43-44. 国立国会図書館所蔵.
- 大関和 (1902). 肺結核の話. *女子のとも*, 129, pp. 11-14. 文友社. 国立国会図書館所蔵.
- 大関和 (1908). 看護婦の心得並に特に慎む可き事. *實地看護法*. pp. 3-15. 東京看護婦会. 国立国会図書館所蔵.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004)/近藤潤子監訳 (2010). *看護研究原理と方法*. 医学書院.
- Ray, M.C. (1992)/菅靖彦監訳 (2000). 死にゆく人への援助 ホスピスワーカー・ハンドブック. 雲母書房.
- 佐藤喜宣 (2003). エンバーミング (遺体衛生保全). *Nursing Today*, 18(1), 64-67.
- Schemmer, K. E. (1992)/恩田威一訳. 飯沼和三監訳 (2001). *医療倫理の依りどころ*. 日本看護強化出版会
- 関東八 (1908). *素人看護法新書*. 井上一書堂. 国立国会図書館所蔵.
- 志賀直哉 (2002). 母の死と新しい母. *小僧の神様 他十篇所収*(pp.64-76). 新潮文庫.
- 新村拓 (1989). *死と病と看護の社会史*. 法政大学出版局.
- 新村拓 (1991). *老いと看取りの社会史*. 法政大学出版局.
- 新村拓 (1998). *在宅死の時代 近代日本のターミナルケア*. 法政大学出版局.
- 新村拓 (2006). *日本医療史*. 吉川弘文館.
- 篠原文子 (1931). 派出看護婦の手記. *婦人公論*. pp. 338-349, 中央公論新社. 国立国会図書館所蔵.
- Smith, S.A. (2000)/高橋美賀子監修 (2006). *ホスピス・コンセプト 終末期における緩和ケアへの手引き*. エルゼビア・ジャパン.
- 総務省統計局 (2017). 人口推計－平成 29 年 1 月報－.
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201701.pdf> [2017.1.23 閲覧]
- 菅谷章 (1976). *日本医療制度史*. 原書房.

- 鈴木則子 (1996). 江戸都市社会における病と死—滝沢太郎の場合—. *現代生命論研究*, 9, 51-61.
- 鈴木昌平 (1905). *通俗救急看護法*, 岡山県教育会. 国立国会図書館所蔵.
- 高橋政子 (1976). 明治期の派出看護婦について. *医学史研究*, 128-136.
- 高芝とらを (1932). *自修用参考用 看護學講義 全*. 南山堂書店. 国立国会図書館所蔵.
- 田村雲供 (1998). *近代ドイツ女性史. 市民社会・女性・ナショナリズム*. 阿吽社.
- 田中定 (1895). *赤痢虎列刺病看護法*. 滋賀県甲賀郡看護婦講習会. 国立国会図書館所蔵.
- 田中定 (1897). *八種傳染病看護法*. 滋賀県甲賀郡看護婦講習会. 国立国会図書館所蔵.
- 谷崎潤一郎 (1950). *細雪 (中) (下)*. 新潮文庫.
- 田代有嗣・平野文則・福富富男 (1971). *戸籍制度創設100周年記念 日本の戸籍制度*. 日本加除出版株式会社.
- 立川昭二 (2007). *病気の社会史 文明に探る病因*. 岩波現代文庫.
- 富永勇、川村舜治 (1904). *袖珍看護寶函*. 南江堂. 国立国会図書館所蔵.
- 東京孤兒院月報転載 (1902). 幼児の死の観念. *婦女新聞*. 99. 3月31日. 婦女新聞社. 国立国会図書館所蔵.
- 東京府布達 (1880). 医制. 7月14日. 国立国会図書館所蔵.
- 山田謙次 (1905). *家庭衛生及看護法*. 半田屋医籍. 国立国会図書館所蔵.
- 山形謙二 (2000). 古代ローマから現代へ. 楠本耕之編, *ホスピス入門 その“全人的医療”の歴史、理念、実践*所収(pp. 33-50). 行路社.
- 山室軍平 (1916). *山室機恵子*. 救世軍出版及供給部. 国立国会図書館所蔵.
- 山崎章郎 (2011). ホスピスケアと緩和ケア—歴史から見た違いと共通点—. *緩和ケア*, 21(4), 378-381.
- 山脇道晴・森田達也・清原恵美・清水恵・恒藤暁・志真泰夫・宮下光令 (2015). ホスピス・緩和ケア病棟におけるご遺体へのケアに関する遺族の評価と評価に関する要因. *Palliative Care Research*, 10(2), 101-107.
- 柳谷慶子 (2011). *江戸時代の老いと看取り*. 日本史リブレット 92. 山川出版社.
- 吉田久一 (1998). *近代仏教の歴史*. 筑摩書房.
- 吉川龍子 (1989). 日本赤十字社看護学教程. 坪井良子編, *近代日本看護名著集成 解説所収*(pp. 53-58).
- 吉村昭 (2002). *新装版日本医家伝*. 講談社文庫.

吉野せい (2012). 梨花. 涙をたらした神所収 (pp.46-62). 中央公論新社.

Weeks, C. S. (1885). *A TEXTBOOK OF NURSING*, New York, Garland Pub.

付 録

表 3 大正から昭和初期に出版された死と看取に関する記述がある看護テキスト

No	発行年	書 名	著 者
1	1914 (T3)	看護学	下平文柳
2	1914 (T3)	最新看護學 全	岡垣松太郎
3	1915 (T4)	看護婦須知新書	福島喜市
4	1917 (T6)	新撰看護學全書 上巻	確居龍太監修
5	1923 (T12)	看護学教科書 上巻	井口乗海
6	1925 (T14)	近世看護學教科書 上巻	田中武助編
7	1925 (T14)	小児看護学	
8	1926 (S1)	實地看護法	大関和
9	1926 (S1)	看護学下巻	
10	1926 (S1)	看護学下巻 家庭看護学	
11	1928 (S3)	簡明看護學 前篇	石川信男
12	1928 (S3)	日新看護學 上巻	中川知一ほか
13	1929 (S4)	簡明看護學教科書 (上)	星川長之助
14	1932 (S7) (T3 初版)	最新看護學 改稿 22 版	岡垣松太郎
15	1932 (S7)	自修用参考用 看護學講義 全	高芝とらを
16	1932 (S7)	最新看護學 T3 初版	岡垣松太郎
17	1934 (S9)	新看護学 上巻	平井文雄
18	1935 (S10)	新看護學 上巻	石田次郎ほか
19	1935 (S10)	看護學 上巻	佐藤邦雄監修
20	1937 (S12)	模範看護学上巻	懸田克躬編

表4 大正から昭和初期に出版された死と看取りに関する記述がある家庭看護書・家事教科書

No	発行年	書名	著者
1	1912 (T1)	学校及家庭に於ける救急療法と看護法	柴田新助
2	1912 (T1)	學理實驗 看病法全書	秋谷玄、小松原次郎
3	1913年 (1922年)	看病人	村上純祥
4	1914 (T3)	新撰実用家政学精義	美島近一郎
5	1915 (T4)	小学校女学校家事家政教材集成	家事教授研究会
6	1915 (T4)	通俗小学家事教授書	教育調査会
7	1916 (T5) 初版 1911年	高等女学校用家事教科書下巻	佐方しづ、後閑菊野
8	1917 (T6)	家事教科書女子師範学校下巻	佐方鎮、後閑菊野
9	1918 (T7)	応用家事教科書下	大江スミ子
10	1919 (T8) (1925年, 1930年)	家庭看護法	越智キヨ
11	1919 (T8)	実用家事教科書	家事研究会
12	1921 (T10)	家庭看護學	左座金蔵
13	1923 (T12)	家庭衛生	土肥衛
14	1925 (T14)	小児の家庭看護と応急手当	長尾美知
15	1926 (S1)	現代に於ける實際的家事下巻	川上紫峰
16	1926 (S1)	家庭看護学	原田隆
17	1926 (S1)	現代家事 下の巻	甫守ふみ
18	1927 (S2)	現代家事資料集成後篇	家事教授研究会
19	1927 (S2)	現代家事備考	甫守ふみ
20	1928 (S3)	家庭看護法提要※確認"	井口乗海
21	1928 (S3) 初版 1926年	現代に於ける實際的家事下巻	川上愛二
22	1929 (S4)	家事教材研究案看護篇	家事教授研究会
23	1932 (S7)	現代家事敷衍資料輯成	家事教授研究会
24	1934 (S9)	家事新講	越智キヨ
25	1934 (S9)	実用家事下巻	甫守ふみ
26	1935 (S10)	帝国青年学校教本家事教科書下巻	河口愛子