

# 木 村 登 紀 子

学位の種類 博士(文学)  
学位記番号 文第215号  
学位授与年月日 平成17年3月10日  
学位授与の要件 学位規則第4条第2項該当

学位論文題目 医療の場における患者と家族の心理学的研究

論文審査委員 (主査)

教授 畑山俊輝 教授 仁平義明  
教授 清水哲郎

## 論文内容の要旨

本論文の研究課題は、次のような問いから出発している。医療の場で患者と家族はどのような体験をしているのか。それは、心理学的にはどのように理解され得るのか。そして、どんな状態にあっても、それぞれの人が十分に「その人らしく」生きられる医療の場とはどんなところか。また、それはどのようにして実現可能なのか。それにむけて、心理学の立場からはどのような役割が果たせるのか。

設問は、次の7点に分けた。

第1に、医療の場で患者や家族はどのような体験をしているのか。第2には、患者と家族はどのような理解と援助を必要としているのか。第3に、医療の場における大小さまざまな危機的な状況において、患者と家族は「人間として」どう生きようとするのか。これらについて具体的な事例を通して検討する。第4に、人間として生きようとする患者と家族に対して、どのような理解と援助の方途を探ればよいのか。以上の4つの問いについて、医療の場を、単なる病気の治療や死に逝く場所としてではなく、人間が人間らしく「生きる場」として捉え直すことによって追求する。そして、そのためには何が必要かを心理学的な側面から明らかにしようとする。第5には、研究対象として選び取られた具体的な特定の状況や体験、あるいは必要とみなされた理解と援助が、研究の目的に適っているかどうかである。これは、研究方法の妥当性の判断にかかわる問いである。また、なぜそれが援助的とみなされ得るのかを根拠づけるためには、研究者自身の前提になっている人間観、患者観、援助観の吟味が必要となる。第6には、患者や家族をはじめ医療の場に生きるさまざまな人々を理解し援助するための枠組みあるいはモデルは、どのようなものが相応しいのか。医療の場の人間理解のための概念枠組みないしは理念モデルを模索し、提言を導き出す。第7の問いでは、以上の知見を踏まえて、再び医療の場の患者や家族をどのように理解し援助するのかを模索する。

本論文は、次の6章で構成されている。章立ての概略を示すと、第1章では、研究課題と研究設問、方法論の検討と具体的な研究手続きについて述べ、第2章で、医療の場で患者や家族の遭遇するさまざまな体験について事例を挙げて検討する。第3章には、危機的状況や限界状況の中で「人間として」生きる患者や家族の理解を試み、そのときどのように支えるかについては第4章で述べる。第5章では、患者と家族の理解と援助のための理念的なモデルを探究する。また、それらを踏まえて再び医療の場の患者と家族の理解と援助の方途を探る。そして、第6章において、全体的な考察を述べ結論を導き提言を行う。

第1章の「課題と方法」では、医療の場における患者と家族を理解するための課題の設定および課題に迫るための方法論について論じた。第1節で課題の必要性・必然性の説明と具体的な研究遂行上の問いの設定を行い、次に、課題と方法をめぐって、採用すべき方法論を探りながら、方法論の全体的な位置づけを試みた。その際、研究上のトライアンギュレーションとしては、次の3点の工夫を行った。第1は、研究の手法上の多面性であり、事例として取り上げるデータ収集の方法として、①参加観察法、②面接法、③対話場面の逐語法、④患者や家族によって公刊された手記、という4つの方法を組み合わせて用いた。第2には、研究の対象とする場面採取の多様性である。①対話に適する個室での面接においては、出来事の危機が一旦終息した段階での患者ないし家族本人による報告（語り）であり、②病室や外来診察室での参加観察の場合は、その出来事がまさに生起している場面および出来事の進行中の患者や家族と筆者自身のやり取りが対象となっている。第3には、研究対象の人称性の多様化に関する試みであり、手記などによって書かれた3人称、面接法や対話場面という2人称、筆者自身の体験という1人称の事例を研究対象としている。特に、1人称の事例が研究として成り立つということについて、その正当性の論拠を挙げてこれを用いている。第2節では、研究遂行上の問1および問2に関して、心理学からのアプローチの方法を検討した。すなわち、患者と家族の理解と援助に関する既存の心理学的な方法を挙げ、その中から最終的には筆者が経験上重要と思われる人間理解の側面を、いわば恣意的に選択した。それは、次の4つの側面であった。すなわち、①意識的側面としての認知、②感情の側面、③動機と欲求の側面、および④無意識的側面である。患者と家族の意識的な体験の世界の理解には、主として、現象学的なアプローチを、無意識の世界の理解には、精神分析的な方法を、そして、感情的な側面と動機・欲求の側面については、一般心理学において論じられる多様な学派の知見を、その都度、上記の2つの学派との論理的な整合性に配慮して採用した。対人相互作用や集団行動の中で生ずるさまざまな現象の解釈には、社会心理学における知見を参照した。その基礎的な作業としては、科学としての心理学が成立する経緯からその後の発展や学派の流れを検討して、それぞれの学派のもつ心理学的な人間理解の利点・欠点を吟味し、説明や解釈に矛盾の起らないように工夫した。第3節には、研究における人間観や患者観に関して、明示的ないしは暗黙のうちに前提になっているであろうもの、すなわち、ある種の価値観を含む研究者自身の見方を、記載しようとした。結果的には、西洋哲学と東洋医学における患者観や人間観ないしは自然観を取り上げて論ずることになった。第4節では、研究データの採取の具体的方法について、採取の枠組み、上に挙げた種々の方法の適用の仕方、それぞれの対象となった場面や対象者等について示した。

第2章の「患者と家族の対処過程」では、患者と家族が医療の場において経験することを、事例を用いながら検討した。これは研究遂行上の第1の問い、患者や家族がどのような体験をしているかに該当する。第1節では、各疾患別ではなく、病気をめぐる患者心理の全般を扱った先行研究を概観し、この

種の研究が、今なぜ必要かを論じた。第2節および第3節では、実際に、「おかしいな、何だろう」と不調を意識することからはじまる病気の各局面を、「病気のプロセス」として第1相から第6相までに分け、各々のプロセスで患者や家族が、どこでどんな体験をしているのか、事例をもとに検討した。すなわち、患者や家族は、病気を意識して病院へ行き、待合室で待って診察室で主治医と会う、検査をして何でもないとわかるあるいは病名を告知されるが、この第3相までを第2節に記載した。第4相以降の通院や入院、あるいは慢性疾患や障害を抱えて生きる、ある人は、死を予感し、死に逝く過程を歩む、家族との死別を経験するなどの過程は第3節として区別し、会話体の逐語録などを挿入して述べた。各局面（相）におけるさまざまな心理を、まず、必要に応じて状況を書き添えながら患者が話す内面的な世界（意識的な側面）として記述し、次に、各局面ごとにそのとき働いている心理的な機制について説明した。特に、本人が病気をどう捉えるか、自分と病気との関連をどう位置づけるかというセルフ・イメージや病気像によって、認知的・感情的な体験内容に差異が生じる。それが心理的安定・不安定、行動の動機づけや行動の変化に対して影響することなどを例証している。そして、第4節では、第1章で心理学の知見の中から選択した認知・感情・動機と欲求・無意識という4つの側面からのアプローチの結果、各相を通じて共通に見出された心理的な機制について、「患者心理の陥穽」としてまとめて述べた。第5節には、前章の第3節で検討した人格としての患者や東洋医学的な患者観を参照して、医療の場からの対応について考察した。その内容は、第2の研究設問、患者と家族はどのような理解と援助を必要としているかに、この段階での解答を試みたものである。

第3章の「人間として生きる患者と家族」では、医療の場のさまざまな危機的あるいは限界状況の中で、人間として生きる患者と家族の姿を捉える。これは、研究設問の第3、患者や家族は「人間として」どう生きようとしているのかに対応している。第1節では、生きることへの問いがどのように生起し、それをどう理解するのかを検討し、医療の場において患者や家族が遭遇する出来事と心理的な対処について、「喪失」という鍵概念を抽出した。すなわち、医療の場では、健康の喪失、身体の一部や機能の喪失、健康なときの日常生活の喪失、ときには、趣味や職業、それらに伴う友人・知人の喪失、有能感・コントロール感の喪失、さらには生命の喪失や大切な人との死別など、常にさまざまな種類の「喪失」が起こっている。第2節では、主として死別という喪失とその後の悲嘆に関する先行研究を概観し、死とそれをめぐる反応における「喪失と悲嘆」について参照した。第3節では、「喪失における混乱」の理解と心理学的な説明を試み、「喪失における関わり合い」の項では、喪失においてはしばしば自分の心身の統合や生き方の吟味が課題となるので、各人は自己自身との関係の調整にあがくことになりやすく、自己の在り方の修復の機会ともなり得ること、また、そうした患者と、家族や友人ないし医療従事者がともに喪失の苦しみを分かち合うことの必要性を論じる。また、喪失に際しては、「なぜ、こんなことが他ならぬ自分に起こるのか」という問いが生ずる場合が多いので、往々にして、出来事の原因への問いと、罪責感、理不尽な運命への問い、その意味づけ等、さまざまな形での「生きることへの問い」と「それをどうするかという主体性」の問題を扱う必要が起こる。そこで、第4節の「超えて生きる」では、喪失を引き受ける「主体性」の重要性について述べた後、「主体性」さえも喪失している存在、すなわち、意識のない患者、主体性や責任性の欠如している乳児や痴呆老人の場合に、そのことをどのように理解し、どう関わるかについて省察する。そこでは、従来の意識性存在や責任性存在として人間を捉える「実存」だけではなく、それを超えた新しい人間観・患者観が必要となる。この問いに対しては、人間が相互ケアによって生かされる存在であることを論ずる。そして、その極限においては、人間同士の支え合いだけでは答えが見出せず、人間を超える何者かを、仮説的な概念として想定することによつ

て、この問いへの答えに至る場合があることを、一事例として筆者自身の体験を提示して述べている。

第4章の「人間として生きることへの援助」は、研究設問の第4に対応しており、上記のような状態にある患者や家族に対して、どのような援助が必要でありまた可能であるかを検討する。第1節においては、共感的な理解や相手のところに添う手法など一般的に使用可能な安全で有効とされる方法に触れた後、特に「喪失のとき」を援助する際に必要とされる基本的な態度や方法を探る。また、第2節では、人間として「どう生きるか」が問われる患者や家族を支えようとする際には、援助者自身の人間としての態度や生き方が重要であることを指摘する。そして第3節で、「どう生きるか」の選択に迫られる場合に、どのようにして相手の価値観を尊重しながら患者や家族の自己決定を援助するのか、その方法を模索的に検討する。

第5章では、「患者と家族の理解と援助のための概念モデル」を模索し、提言を行っている。これは、研究設問の第6、患者や家族をはじめ医療の場に生きるさまざまな人を理解し援助するための枠組みあるいは概念モデルは、どのようなものが相応しいかに該当する。医療の場の人間理解にとって中核的で重要であるとみなされる概念モデルとして、まず第1に、「人間としての健やかさ」を提出している。そして、「人間が生きる場」としての医療の場には、「健康」や「健康増進（ヘルス・プロモーション）」の概念の再考が必要であり、それによって患者と家族が自分自身と相手に対して「大丈夫、何とかなる」と感ずること、いわばある種の自己効力感のような感覚を抱けるようになることの大切さを述べた。また、それを含めてさまざまな心理的な援助を可能にする医療の場の構築には、その地域あるいは世界的な動向としてのヘルスケア・システムの在り方が絡んでいることに注意を払った後、第2の概念モデルとして「繋がり合ういのち」を提案している。

第1の「人間としての健やかさ」という概念モデルは、自己の生の限界において、与えられた生を精一杯に生きるとき、どんなに病気や障害が重くても、その人は、「人間として健やか」であり得るという主張である。それはまず、そのときどう生きるかという態度、主体性の問題として検討される。そしてさらに、意識性存在としてあるいは責任性存在としての限界を有する場合も、なお、他者を生かすことができ、そのことによって「健やかな」存在と言い得る。しかし、それは、生かされる他者の存在があつてのことであり、本人には自覚され得るとは限らないので、このことの正当性は、人間という存在をどう規定するかによる。2つめは「繋がり合ういのち」という概念モデルであるが、この側面は、第1章に取り上げた哲学の立場にも矛盾しないばかりでなく、東洋医学における病気観、人間観、自然観によって積極的に示唆される側面がある。自然の、あるいは宇宙の一部として人間が含まれていると考ええると、意識があろうと無かろうと、生きる責任を取れようと取れまいと、そこには、存在そのものが最初から繋がり合っているという根拠を見出すことができる。医療の場にこれを適用する際には、意識性と責任性という人間にとって重要な価値が失われてしまった患者を抱える家族に、それでも相互に繋がり合っている関係であると助言できる根拠となること、また、援助者がそのことに気づいていることによって患者と家族をどう支えるかの方途が見出しやすいことなどの利点がある。そして、また、医療従事者自身もそうした関係の一部であることを自覚することによって、ことさら何かの行為を行うことだけが援助ではないことへの洞察が可能になるであろう。人間同士の関係では、目に見える行為、何か直接的に役立つ行動を志向するだけではなく、しばしばそれ以上に必要となるのが、全存在をかけて、ともにそこに居ること、すなわち真の意味において「共生」することの大切さを、示唆する概念モデルでもあろう。そして、このような人間観や援助観に立脚するとき、用語上の問題として、誰かが誰かを

助けるという「援助」ではなく、人が相互に支え合い配慮しながら生きるという「ケア」という語の方が、相応しいということに帰結された。以降は、「援助」を「ケア」と置き換えて述べるようになった。

そこで、提案された概念モデルに沿った形で、あらためて、医療の場の患者や家族そして医療従事者を理解するための方法が問い直される。したがって、人間の存在のレベルの在り様を把握しそこへ働きかけることを標榜する心理的な理解の方法、実際には、対人関係の中で相互過程的に把握することが可能であるような心理療法の重要性が浮き彫りになる。そうした観点から既知の心理療法における人間理解を整理し直し、これらの概念モデルとの整合性を検討すると以下のことが見出された。

人間の内面的な体験に関して、精神分析療法では治療が進んで心的防衛が解除されるにつれて、自己の現実に直面できるようになるとされていた。また、現象学の流れを汲むRogers,C.R.のカウンセリングにおいては、有機体として十分に機能するようになるにしたがって、自己の身体感覚として内面のより深いところへ意識が到達する可能性が主張されていた。Jung,C.G.においては、民族によって特有な無意識が世代を超えて受け継がれることが主張されている。こうした主要な学派が、いずれも最終的にめざしているものは、心身の統合的な存在のこのころの深みにあるものの意識化、ないしは意識不能なことに対する合意であった。そして、心身統合の実存としての自己自身の、内部にあってまだ意識されない漠然とした何かを把握することを主要な目的として開発されたのがフォーカシング (focusing) という手法である。フォーカシングとは、上記のRogers,C.R.の弟子であったGendlin,E.T.によって開発された手法であり、われわれの言語化以前の漠とした感じ、感覚によってとらえられた自己の内部にあるものへ注意を焦点づける (focusする) ことによって、こころの奥にすでに存在している自分の真の動機や感情に到達することを可能にする人間理解であり、心理療法である。そして、その自己の内部には、大切な人や気になる人など他者の存在も予め感覚的には捉えられているし、周囲の自然も物的・社会的な環境も、われわれは常に自己の内に経験しており、自己の内なるものの意識化や言語化によってそれを把握することが可能となる方法である。その例は、第2章で、患者の抱えている死の恐怖を、フォーカシングによって体感したカウンセラーが、患者との対話の際にそれを役立てたことが挙げられているが、あらためて、本研究の課題を深めるために、この方法による人間理解の有効性に注目する。そして、これらの観点から「人間としての健やかさ」概念を見直すと、主要な心理療法がめざしている到達点には、個々人の内面における心理的なあるいは心身統合的な「健やかさ」であるということになる。本研究において見出された「人間としての健やかさ」は、それらの心理療法上の健やかさを包含しつつ、なおそれを超えており、個人において「健やか」と言い得るかどうかが疑問視されるような人間の状況においても成立し得る、より広くかつ中核的な概念と言い得るであろう。

最後の第6章「総合的な考察」においては、以下の諸点を取り上げた。課題と研究方法についての全体的な考察は、第1節に述べる。まず、課題に対して研究設問の立て方が適切であったか、選択された方法が適合していたか、研究手法としてのトライアングレーションが有効であったか、などの検討を行った。次に、研究の前提として示した人間観や患者観の、研究全体にとっての適切性と、それが研究において活かされているかどうかについて振り返った。その上で、研究対象の適切性、場面採取の場、そのサイズ、採取されたデータの扱い方について、それぞれの研究設問とその結果の関係において吟味した。そして、いわゆる質的研究の質の確保の成否の観点は、論者によってさまざまであるが、既知の主張を参考にしながら検討を試みた。得られた結果の全体的な考察は、第2節にまとめる。研究設問の逐一に関しては各章でその都度考察を行ってきたので、第2章から第5章の全体に関して、得られた知見についてまとめて考察した。そして、医療の場で必要な人間の見方やケアのあり方を探求してきた

が、これは、とりもなおさず、「生きている者は必ず死ぬ」という人間存在の在りようを反映しているものであり、結果的には、われわれすべての人々を包含している人間観・いのち観・ケアの指針であったことに気づくのである。本研究の歩みは結果的に、死すべき存在としてのわれわれが、それぞれその人らしく充実して生きることへの探求であり、相互ケアへの模索でもあったことに思い至るのである。

以上に見出された知見を、冒頭の研究課題に関連させて総括するならば、次の3点となろう。

第1に、医療の場で患者と家族が体験していることを、心理学の観点から理解すると「患者心理の陥穽」と言えるような現象が起こっている。本研究で視点として採用した心理学の4つの側面から見ると、それまで普通に暮らしてきた人が患者となることによって、①現実をありのままに認識することが難しい、②不安に満ちている、③葛藤とフラストレーションにさらされている、④防衛機制によって自分を守らざるを得ない、という患者（家族）に特有な心理状態に陥りやすい。第2に、患者と家族が医療の場で遭遇している経験の内容を吟味した結果、「喪失」という鍵概念が抽出された。「喪失」という苦痛な状況にあつて、それを受け止め折り合いをつけなければならぬにあらざるので、患者と家族は、人間としてそれをどうするか、「いかに生きるか」という問いに直面することになりやすい。したがって、理解とケアの方法も、喪失のときをどう支え、生きることを選択をどのように支援するか具体的な方法が開発される必要がある。開発に先立って、本研究の結果から導き出される患者と家族の理解とケアのための概念モデルを模索した。そして、最初の研究課題であつた、どんな状態にあつても、それぞれの人が「その人らしく」生きられる医療の場はどんなところか、それはどのようにして実現可能となるのかという問いとあわせて、概念モデルを探求した結果、次のことを見出された。すなわち第3に、それらの概念モデルをあげると、1つめは、どんな状態にあつても当てはめることの可能な患者と家族の理解とケアの概念モデルとして、「人間としての健やかさ」を提唱した。2つめは、「いのちの繋がり」という概念モデルであり、これは本研究で予め哲学的・東洋医学的に設定した視点に鑑みれば該当するような、いわば理念的なモデルとして提案を行った。そして、いずれにしても、患者と家族の理解とケアを実現するためには、医療従事者をも含む人間相互の繋がりやケアが大切にされる医療の場の構築が必要であり、「健康」概念の再検討や医療の場に適用可能な新しい概念モデルに関する更なる検討が要求されるであろう。

医療の場の人間尊重とは何なのかという問いを背景に研究課題を設定して、心理学の角度から接近した結果、以上のことを見出され、提言されるに至った。

## 論文審査結果の要旨

本論文は、医療の場における患者とは何かを、患者とその家族や医療従事者が形作る心理的事態にもとづいて論及し、患者と家族の理解とケアのための統合的な概念モデルを構成しようとしたものである。対象へのアプローチは、関連するテーマが多分野に亘るところから複合的ではあるものの、人間学的心理学の枠組みを基調としている。論者が力点を置いたのは、患者などの研究対象者のこころの理解であり、医療の現場での参与観察などで得た資料を、主として現象学的視点から詳細に読み解いている。医療の場を、いかに人間らしく「生きる場」として見直すことのできるケアシステムを構築できるか、その取り組みを論者は明晰な論述のもとで試みた。全体は6章で構成されている。

第1章では、研究課題と研究設問、方法論の検討と具体的な研究手続きについて述べられている。ま

ず、研究遂行上の次のような7つの問いを設定した。第1に、医療の場で患者や家族はどのような体験をしているのか。第2には、患者と家族はどのような理解と援助を必要としているのか。第3に、医療の場における大小さまざまな危機的な状況において、患者と家族は「人間として」どう生きようとするのか。第4に、人間として生きようとする患者と家族に対して、どのような理解と援助の方途を探ればよいのか。第5には、研究対象としての状況や体験、あるいは必要とみなされた理解と援助が、研究の目的に適っているのか。第6には、患者や家族をはじめ医療の場に生きるさまざまな人々を理解し援助するための枠組みあるいは概念モデルは、どのようなものが相応しいのか。第7の問いでは、以上の知見を踏まえて、再び医療の場の患者や家族をどのように理解し援助すべきなのかを検討している。次に、課題と方法をめぐる研究上のトライアングレーションを構想し、それぞれについて方法論的検討が詳細に行われた。

第2章では、医療の場で患者や家族の遭遇するさまざまな体験について事例を挙げて検討が加えられている。まず、「患者と家族の対処過程」では、患者と家族が医療の場において経験することを詳細に記述・検討した。実際には、病気の各局面を「病気のプロセス」として第1相から第6相までに分け、各々のプロセスで患者や家族が、どこでどんな体験をしているのかを検討した。そして、各相を通じて共通に見出された心理的な機制について、「患者心理の陥穽」としてまとめている。これは認知・感情・動機と欲求・無意識という4側面から見た患者の特徴といえるものであり、論者の体験も含めてそれについて逐一詳細な説明が加えられた。

第3章では、危機的状況や限界状況の中で「人間として」生きる患者や家族の理解を試みている。医療の場において患者や家族が遭遇する出来事と心理的な対処について、「喪失」という鍵概念に注目した。すなわち、医療の場では、健康の喪失だけでなく、常にさまざまな種類の「喪失」が起こっている。そこで、主として死別という喪失とその後の悲嘆に関する先行研究を概観した。次いで、「喪失における混乱」の理解と心理学的な説明、「喪失における関わり合い」、「生きることへの問い」および「それをどうするかという主体性」の問題を扱った。また、「超えて生きる」では「主体性」さえも喪失している存在の場合に、そのことをどのように理解し、どう関わるかについて検討を加えた。そこでは、従来の意識性存在や責任性存在として人間を捉える「実存」だけではなく、それを超えた新しい人間観・患者観が必要となることを指摘した。

第4章の「人間として生きることへの援助」では、さまざまな状態にある患者や家族に対して、どのような援助が必要でありまた可能であるかを検討した。はじめに共感的な理解や相手のところに添う手法など一般的に使用可能な安全で有効とされる方法に触れた後、特に「喪失のとき」を援助する際に必要とされる基本的な態度や方法を探究している。また、人間として「どう生きるか」が問われる患者や家族を支えようとする際には、援助者自身の人間としての態度や生き方が重要であることを指摘した。そして最後に、「どう生きるか」の選択に迫られる場合に、どのようにして相手の価値観を尊重しながら患者や家族の自己決定を援助するか、その方法を検討している。

第5章では、患者と家族の理解と援助のための理念的なモデルを探究するとともに、医療の場の患者と家族の理解と援助の方途を探る一層の試みが行われている。医療の場の人間理解にとって中核的で重要であるとみなされる概念モデルとして、「人間としての健やかさ」を提出した。そして、「人間が生きる場」としての医療の場には、「健康」や「健康増進（ヘルス・プロモーション）」の概念の再考が必要であり、それによって患者と家族が自分自身と相手に対して「大丈夫、何とかなる」と信頼できることが大切であるとした。また、それを含めてさまざまな心理的な援助を可能にする医療の場の構築にはヘルスケア・システムが絡んでいることに留意しながら、第2のモデルとして「繋がり合ういのち」を提

唱した。その上で、新たに医療の場の患者や家族そして医療従事者を理解するための方法が問い直される。このようにして、人間の存在のレベルの在り様を把握しそこへ働きかけることを標榜する心理的な理解の方法、実際には、対人関係の中で相互過程的に把握することが可能であるような心理療法の意義について検討を加えた。

最後の第6章では全体的な考察が加えられ、今後の取り組むべき研究への示唆が与えられている。まず、課題に対して研究設問の立て方が適切であったか、選択された方法が適合していたか、研究手法としてのトライアングレーションが有効であったか、また、それらの手法同士が相互に建設的に組み合わさっていたか、それとも矛盾が生じたかなどの検討を行っている。次に、研究の前提とした人間観や患者観が研究全体にとってどれだけ適切であったか、また、それが研究において活かされているかどうかを再検討した。こうした考察により、論者の設定した課題はほぼ検討されたと言える。

本論文では、要するに医療の場で必要な人間の見方やケアのあり方が最も重要な課題として探求されてきている。論者の言葉を借りれば、本研究は結果的に、死すべき存在としてのわれわれが、どうすればそれぞれその人らしく充実して生きることができるのか、そしてそのためのケアシステムはどうあるべきなのかを追及したものである。医療の場を、いかに人間らしく「生きる場」として見直すことのできるケアシステムを構築することができるかは、当面する少子高齢社会の重要な課題でもある。その取り組みを明晰な論述のもとで試みた本論文は、多くの関連領域に寄与するところ多大と評価される。

よって、本論文の提出者は、博士(文学)の学位を授与されるに十分な資格を有するものと認められる。