

報告と討議 1

## 死生のケア

——わが国の緩和ケア臨床での経験

河 正子

はじめに

欧米に始まったホスピスムーブメントが一九六〇～七〇年代に世界に波及するなかで、わが国にも一九八〇年代にホスピスケア病棟が誕生した。その背景には、病院で死に逝く人になされてきた過剰な延命治療、本人に対して正確な病状を伝えない方針、痛みなどのケアが不十分であること等への疑問があった。厚生省（当時）も末期医療に関する調査を実施し、また検討会を設置していた。その検討会の報告や一九八六年のWHOによるがん性疼痛治療に関する報告、同じく一九八九年の緩和ケアに関する報告を受けて、一九九〇年に診療報酬における緩和ケア病棟入院診療料の制定という形で、わが国の緩和ケア、すなわち死生をめぐるケアに一つの方向が示された。<sup>1)</sup>

今回の報告では、筆者が一九九〇年に認可された緩和ケア病棟の一つで非常勤ナースとして勤務した経験を基に、現代日本人の死生のケアについて考えてみたい。

## 平和な死の実現を支えるケアの試み

筆者が大学で学んだ看護の基本は、Henderson, V.による看護の定義「看護婦の独自の機能は、健康、不健康を問わず各個人を手だすけすることにある。どんな点で援助するかというと健康生活、健康への回復、(あるいはまた平和な死への道)、これらは、もしその本人が必要なだけの強さと意志と知識とを兼ねそなえていれば人の手を取りなくともできることも知れないが、とにかくその本人を助けてできるだけ早く自立を得られるよう寄与する活動が看護婦の仕事である」に集約されるものであった。

しかし、一般病院に就職してみると平和な死とはいえない状況に直面し続けた。その後時を経て、平和な死への道を最も援助しやすい環境であろうと期待して勤めた緩和ケア病棟においても、平和な死の実現は容易ではなかった。終末期の患者さん達は身体的にも心理社会的にも個別に多様な苦痛を有していたからである。

たとえ疾患の治療をめざす治療がなく病状の進行した状況であっても、人間らしく快適な生活ができるように、緩和ケア病棟では身体的な苦痛、すなわち痛みや呼吸困難、嘔気・嘔吐、全身倦怠感などに対して詳細な情報収集、アセスメントがなされ、チームで治療・ケアの具体的な方法が検討される。モルヒネに代表されるオピオイド製剤や、各種鎮痛補助薬の使用法も進歩しており、ガイドラインも作成されている。具体的な日常生活ケアの内容を示したマニュアルや入門書もある。これらをチームケアによって提供したとき、一般病院では得られにくかった心地よい状況が実現されたことも多い。ある男性は、長く苦しめられていた痛みが軽減したとき初めて微笑まれ、「外に連れて行って欲しい」という希望を述べられた。ある女性は、消化管の通過障害がステロイドの点滴によって緩和されたことで、それまで食べられなかった好物のお菓子を口にすることができるようになり、それを契機として寝たきりの状態から一人で病棟内を歩行できるまでに回復された。

一方で、緩和ケア病棟に入院してあらたに苦痛を得てしまうということも起こった。たとえばある女性は、モルヒネの服用の調整によって痛みを緩和することができた。しかし痛みという苦しみから解放されたとき、病を得る以前のものとは違っているご主人との関係に気持ちが悪くなることになり、そのつらさを訴え続けた。夫婦間の気持ちのずれを修復することは医療者の関わりだけでは困難であり、彼女の心理社会的、あるいは霊的苦痛の

緩和は最期まで達成できなかった。

わが国の緩和ケア病棟入院患者に入院時から定期的に「希望」の内容について尋ねた調査結果がある<sup>(4)</sup>。それによれば、入院時には症状の緩和希望を求める人の割合が非常に高いが、時間経過とともに減少している。逆に亡くなる前に割合が高くなっていくのは、人間関係に関すること、人生の意味や宗教に関する実存的なことからであった。緩和ケア病棟で症状の緩和が得られたのちに、実存的な問いかけが発せられていることを示す結果と考えられ、興味深い。

### 死を意識した状況下での苦痛・苦悩

筆者らは、わが国緩和ケア病棟入院患者のスピリチュアルペインを把握するためにインタビューを実施し質的に分析した<sup>(5)</sup>。その結果、死生をめぐる苦痛の原因は大きく四つのカテゴリから成っていた。①本来の自分のあり方が損なわれる、②他者との関係が損なわれていく／終息する、③死および死への過程についての覚悟／予測と現実とが異なる、④死が間近であるということ、である。

①と②は死までの過程で自分のそれまでの在り方を維持できなくなる苦悩、すなわち自分の拠りどころが揺らぐ苦悩につながっていく。④は死そのものに対する恐れといえる。③は死を覚悟して自分のあり方の一部となすことで、自分のあり方を維持できなくなる苦悩や死の恐れに対処しようとしたが、結局その覚悟を維持できなかったが故の苦悩と考えられる。

これらの苦悩に対するケアの可能性を考えてみる。もちろん緩和ケアの基本である苦痛症状を和らげる努力や苦痛の表出を肯定する姿勢は大前提である。まず自分のあり方を維持できない苦悩に対しては、拠りどころとなるものを再構築すること、すなわち、現実には到達可能な喜びを見出すこと、家族や大切な人との関係を維持すること、あるいは絆を強化することなどが考えられる。死そのものへの恐れに対しては、何らかの宗教、信仰を明確にもっている場合はそれによって平安を得られるような援助が有効であろう。しかし、多くの日本人がそうであるように、明確な宗教、信仰を有していない場合には、その人と時間を共有しながら、生きてきたことに意味

を見出す、他者の記憶に残って生きること、希望をもつ、自分のいのちを続けていくいのちの流れに譲り渡すと考える、などのことを支えとし、死によって自己の全てが消滅するのではないことを受け入れられるようにすることが考えられる。

### つながりのなかでの平和な死

上記のような苦悩とそのケアを考えていく過程で示されたことを述べてみたい。緩和ケアの基本には個人の意思を尊重することが含まれている。そこでこれまでわが国の緩和ケア従事者は、個人の人生の完成という意味でも個人のものであるという視点を強調してきたように思う。しかし、わが国の終末期がん患者が死を意識したときの苦悩には、他者とのつながり、特に家族や親しい人たちとの絆、その人たちに自分が役割を果たせるか否か、負担を与えていないかといったことが関連していた。自分の生の意味を他者との関係なしに語ることは困難であると推察される。死の恐れに打ち負かされない、あるいはそれを乗り越える力の多くは他者との良好な関係から生み出されているようである。死の体験そのものは確かに個人のもので、その個人にしかわからない。だが、個人の死も他者とのつながりのなかにおかれている。他者と共有されて初めて死も本当の意味をもつものになるのではないだろうか。平和な死は個人のものとしては完結し得ない。個人だけの屹立した死を支えようとするケアでは大切なものを失うことになるのであろう。つながりの視点でのケアは、遺される人々のうちにもグリーフケア以上の何かを生み出し、そのことが逝く人のうちにも平安をもたらし、ケアの連環にいたるのではないだろうか。

### おわりに

シシリー・ソンダース女史の手紙のなかに次のような一節があるという。

ホスピスのケアは、一つのコミュニティの働きですから、「どうすれば私がこの患者を理解でき、どうすれ

ば私がこの患者をたすけられるのか」という思いで打ちのめされる危険性や、いま自分達が行いつつある事柄について、どうしても自意識が強くなるという欠点など、これら二つの問題点から私たちは救われるといえます。それよりも私たちは、「これはセント・ジョゼフ・ホスピスとこの人との出会いである」ということを、絶えず思い起こさざるを得ません<sup>(6)</sup>。

いつかは同じく死をむかえる者同士、助け合い、分かち合う気持ちはホスピスケアの原点である。ホスピスというコミュニティと、そこを利用する個人が属しているコミュニティとの連携、統合により、あらたに生れるコミュニティ、そこに死生のケアの希望があるように思う。

文献

- (1) 新村和哉、岩澤和子「健康政策のなかのホスピス・緩和ケア」『ターミナルケア』二〇〇〇：一〇(6)、四二九—四三二頁。
- (2) Henderson V. Basic principles of nursing care. 1960. 湯横ます、小玉香津子訳「看護の基本となるもの」日本看護協会出版会(東京)一九六一、九頁。
- (3) Kawa M, Koyama C, Imamura Y, Miyashita M, Ashiya T, Kasahara Y. Physical state and psychological expression of terminally ill patients with cancer in a palliative care unit. *Japanese Journal of Clinical Thanatology* 2002;7(1):18-25.
- (4) 中恵美子、三輪尚子、東美香、市川明未、工藤晶子、田村恵子、平井啓、柏木哲夫「末期がん患者の希望に関する研究：希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点をあてて」『死の臨床』一九九八、二二(1)、七六—七九頁。
- (5) Kawa M, Kayama M, Maeyama E, Iba N, Murata H, Imamura Y, Koyama T, Mizuno M. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. *Journal of Supportive Care in Cancer* 2003;11:481-490.

(6) 岡村昭彦『定本 ホスピスへの遠い道』春秋社（東京）一九九九、二六五頁。

（かわ・まさこ 東京大学大学院医学系研究科講師）