



Title	緩和ケアにおける点と線 : ある末期がん患者のセッションを巡って
Author(s)	比嘉, 陽子; 藤本, 啓子
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2011, 10, p. 79-94
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/11450
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

緩和ケアにおける点と線

——ある末期がん患者のセデーションを巡って——

比嘉陽子

(がん性疼痛看護認定看護師)

藤本啓子

(患者のウェル・リビングを考える会)*

はじめに

2007年に施行されたがん対策基本法¹は、緩和ケアをがん治療の重要な一翼として位置づけた。本論は、がん対策基本法によってもたらされた緩和ケアをとりまく現状と問題点について、ある若い末期がん患者の鎮静を通して考察するものである。

緩和ケアを巡る動きの1つ目は、がん対策基本法の成立であり、その趣旨の主なものは、

- 1 疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行なわれること
- 2 居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること
- 3 医療従事者に研修の機会を確保すること
- 4 がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずること

などが挙げられている。

また、がん対策基本法に基づき策定されたがん対策推進基本計画は、長期的視点に立ちつつ、平成19年度から23年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向を定め、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。基本方針は、10年以内にすべてのがん診療に携わる医師が研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得すること、原則として全国すべての二次医療圏において、5年以内に緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること、緩和ケアチームを設置している拠点病院等を複数個所整備することである。

各都道府県に設置されたがん診療連携拠点病院の目標は、以下のとおりである。

- 1 治療の初期段階から緩和ケアを実施するとともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施する
- 2 身体症状の緩和だけでなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的緩和ケアを提供する

その要件としては、

- 1 専門的な緩和ケアチームを配置していること
- 2 専門的な緩和ケアを外来で実施可能であること
- 3 退院後の緩和ケアを含め、他の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること

が挙げられている。

緩和ケアを巡る動きの2つめは、緩和ケア診療加算の導入である。

医療制度の改訂により導入された包括医療制度は、結果的には患者の在院日数を短縮させ、長期入院患者を抱える病院の経営を困難にした。そのようなとき2008年緩和ケア診療加算に関する施設基準が改訂された。緩和ケア病棟診療加算に関する動きについては以下の表1のとおりである。また、1990年から2010年までの緩和ケア病棟入院料届出受理施設の合計と推移を表すグラフは図1、緩和ケア診療加算届出受理施設数の合計と推移を表すグラフは図2のとおりである²⁾。

緩和ケア病棟診療加算に関する動き（表1）

1990年	緩和ケア病棟入院料 新設
2002年	緩和ケア診療加算 新設 緩和ケア専従チームによる診療
2008年	緩和ケア診療加算に関する施設基準 改訂 診療加算 保険点数 300点／日
2010年	緩和ケア診療加算に関する施設基準一部改訂 診療加算 保険点数400点／日

図1

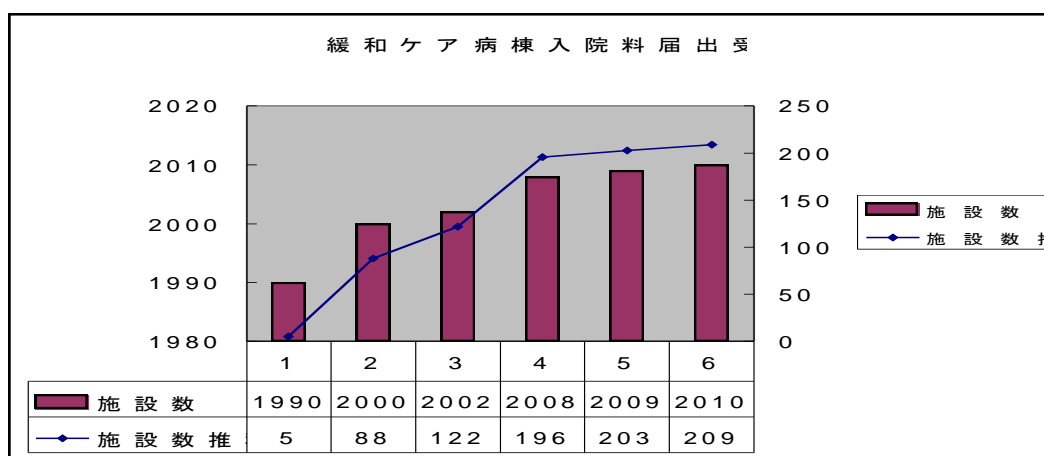
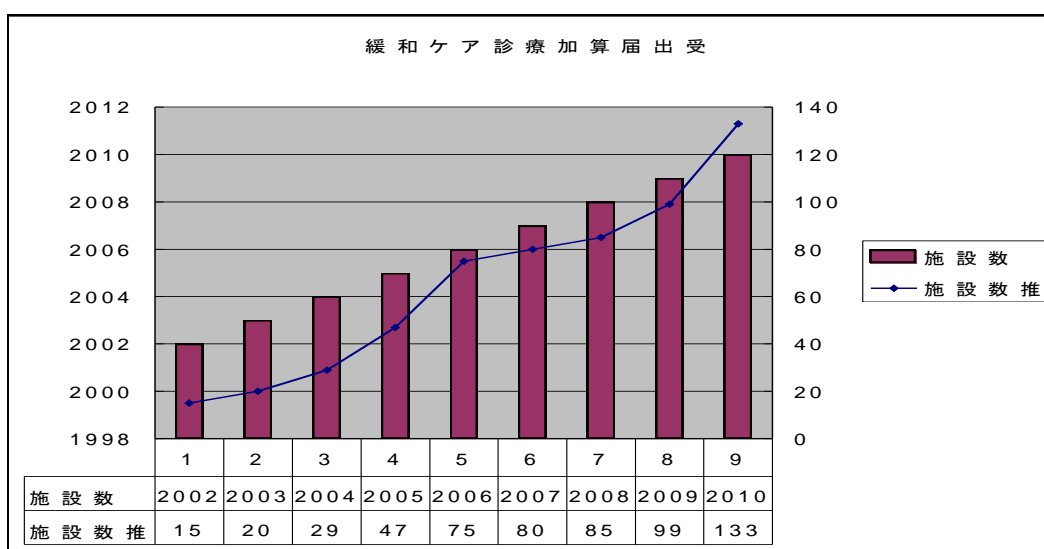


図2



2010年における全国の緩和ケア病棟の数は209施設、病床は4173床であり、今回事例としてとり挙げた施設のある兵庫県では施設数は9施設、病床は181床である。

全国の緩和ケア病棟の数は、緩和ケア診療加算が導入された2002年前後に増加しており、がん拠点病院には緩和ケアチームが組織されてはいるが、緩和医療の質は必ずしも一定とはいえない。さらに緩和ケアチームができたことによる利点とあわせて弊害も生じていることは否定できない。

以下は、ある若い末期がん患者の鎮静を巡っての看護師のジレンマと、それらを通して見えてくる緩和ケアをとりまく現状と問題点について論じるものである。事例に関しては、清水哲郎氏をリーダーとする「臨床倫理検討システム開発プロジェクト」による倫理検討シート³を使用して検討していく。

1. 事例とその検討

1) 事例：緩和ケア病棟をとりまく事情

X年O月、K病院のソーシャルワーカー（SW）よりH病院緩和ケア病棟にA氏のホスピス入院の電話相談がある。キーパーソンは婚約者で、病状説明には婚約者が同席し、二人で相談して決めているとのこと。電話相談の3か月前、膀胱がんと診断され、抗がん剤の治療を開始。治療への期待は大きい。相談当時、肝臓、肺、骨髄に転移がみられ、抗がん剤治療をするが下肢の痛みの訴えが強く、イレウス（腸閉塞）を起こしており、バイパス手術をするか胃ろうを造設するかを検討中。痛み止めはフェンタニル（オピオイド系鎮痛薬）を使用。

当初面談日は電話相談から約1か月後のO月+1月であったが、痛みが強く、モルヒネによるペインコントロールも開始され、セデーション（鎮静）も検討されていたため、面談日はキャンセルがでたことにより10日ほど早めた。

緩和ケア病棟への入院は、施設によって異なるが、H病院では入院面談終了後が原則である。面談を希望する場合、ホスピス電話相談で面談日を予約するが、面談予約の枠は当時2か月先まで埋まっているのが現状であった。したがって、A氏のように早急に入院が必要な患者のケースについては、緊急枠を設けて予約を早めることで対応している。それでも今日明日というわけにもいかず、結局A氏の場合は、電話予約から面談まで20日近くかかっている。入院は病状とベッドの空き状況から面談の翌日の緊急入院となった。このケースは緊急入院の中でもかなり早いケースである。それでも、緩和ケア病棟への入院の時期は適切であっただろうか、との思いは否定できず、転院前の施設でもう少し早いシフトチェンジができていればと思った事例である。

緩和ケア病棟への入院予約状況に関していえば、治療元の施設が早めに面談予約を勧めるケースが増えている。それはひとつには患者の予後や急変を考えてということがあるが、今ひとつは、病院側の転院先確保という防衛策であることも否めない。その中にはまだ治療中の患者や、入院がそれほど緊急でない患者も含まれている。そのためそうした患者が早期に入院の必要な患者の面談枠を埋めてしまい、結果的に電話相談から面談までの期間が短くて1か月、通常は2ヶ月以上となってしまうことがある。これはどう考えても尋常で

はないが、現実である。治療元の施設でインフォームド・コンセントが十分かつ適切に行なわれている場合はよいが、インフォームド・コンセントが不十分なまま、緩和ケア（ホスピス）という選択肢を唐突に提出されたり、ぎりぎりまで治療を行ない、治療効果がなくなった段階で突然緩和ケア（ホスピス）という選択肢を提示されたとすれば、患者は、治療への希望を抱きながら、ホスピスへの予約を強いられることとなる。末期がんであり、治療という選択肢がなくなったという現実を受容するまでの時間があまりにも短いと、緩和ケアに対する認識や理解の不十分な患者を産み出すこととなる。そうした背景には、医療制度改定に伴う急性期医療の在院日数の短縮がある。急性期の病院では、治療対象とならない患者の長期入院は、施設の赤字につながり、転院先確保のためにがん患者に早めのホスピス予約を進めなければならないという事情がある。さらに療養病床の削減により、介護を必要とするがん患者は、行き場がなくなり介護難民となってホスピスに流れて来、がん疼痛で急遽入院が必要な患者の病床を埋めてしまうという弊害を産み出している。

2)「臨床倫理検討シート」による事例検討

【ステップ1】

1-1 本人のプロフィール

A氏、30歳代。膀胱がん、骨盤内再発、肺転移、肝転移、がん性腹膜炎。職業は医療関係。家族構成：両親、三人兄弟の末っ子、婚約者あり。出生時先天奇形があり、手術、治療を受けてきた。

1-2 経過

X年に発症する数年前より、難治性尿路感染のため近医通院加療していたが、その頃より骨盤の左半分に神経障害性疼痛を疑う疼痛があった。

〈X年〉

精査目的でK病院に入院。検査で膀胱内腫瘍が見つかり経尿道的腫瘍切除術を受ける。病理検査では、尿路上皮がん4期であった。直腸浸潤の疑いあり、リンパ節転移なし、遠隔転移なしであった。腫瘍縮小目的で、化学療法を行うが、効果は不十分だった。

〈X年+7月〉

K病院の主治医から根治を目指すならば手術をするしかないとの説明があり、本人、家族の同意のもと、骨盤内臓全摘、尿管膚瘻、人工肛門造設術を受ける。術後も化学療法を受けていたが、肛門部痛、殿部痛が出現し、疼痛が強くなる。

〈X年+9月〉

骨盤内再発あり、化学療法を続けるが、その後もさらに腫瘍の増大があった。

〈X年+10月〉

緩和ケアへの移行、サードラインの化学療法を提示され、化学療法を希望し開始するが、腫瘍の小腸浸潤によるイレウスを併発。「まだこの年で死にたくない。食べられないのは嫌」との思いから、手術を希望。空腸・横行結腸吻合術を受けるが、治癒が遅延し、術後解放創となる。

〈X年+11月〉

疼痛コントロール不良となり、H病院緩和ケア病棟へ転院となる。

転院5日前の言葉：「何のために入院しているのか分らない。目標は何にしたらいいのか…
…。この痛みは永遠に続くのですよね。もう話せなくてもいいから眠りたい。起きている
意味がないのでつらい。もう死なせてほしい。」

〈緩和ケア病棟入院時〉

フェンタニル、モルヒネ、キシロカイン、ケタラール+セレネースの4台のシリンジポン
プを使用しながらの入院であった。表情は仮面様で「痛い」と何度も訴え、看護師の処置
に対する不安の訴えも強かった。(tr (分岐点) 1) 全身状態は易感染状態ではあったが、
食事もとれており、るい瘦はなく予後数ヶ月はあると考えられた。カンファレンスを重ね、
薬剤調整を行いルート整理することで、少しでも動きやすくし、気分転換を図れるように
した。時に、車椅子散歩や歩行介助で笑顔も少し見られるようになったが、痛みは強く一
日に何度も痛み止めを希望され、対応をするが、満足いくものではなかった。マッサージ
等の薬剤使用以外の方法は「してもいっしょ。痛みは変わらない」と望まれず、「死にたい、
眠りたい」と繰り返し訴えていた。(tr2) 入院翌日より鎮痛補助薬として、少量のドルミ
カムの持続皮下注を開始するが、徐々に使用量が増えていった。薬剤はほぼ最大量を使用
しており、疼痛時の薬剤使用の選択が困難であり、何が効果があり、何が効果がないのか
評価できない状態であった。また、短距離ながら歩行は出来ていたが、徐々に痛みと筋力
低下の進行があり、「動けなくなっています。もう先々動けなくなるようなら殺してくださ
い」と訴えることもあった。

〈入院6日目〉

強い痛みを訴え続け、家族、婚約者も見えていられない状況であった。痛みを一度止めなけ
れば、薬剤や痛みの評価が出来ないこともあり、持続的浅い鎮静が開始される。(tr3) そ
の後は、うわ言のように痛みを訴えることはあるが、以前のように強く訴えることはなく
なる。少しの会話や飲水は出来ていたが、夢と現実が混同している言動があり、徐々に眠
っている時間が増えていった。眠っている姿に家族は、安心した表情をされていた。

〈入院23日目〉

本人は傾眠がちで、時に唸り声が上がる状態。

母の言葉：「上の兄弟とは違って小さい時から手術したりで過保護に育てた。上の兄弟たち
には、我慢させたこともあった。この子とは密度の濃いつきあいをしていた。だから早く
逝く運命だったのかな。」

父の言葉：「この子は普通の仕事が出来ないだろうから、とコンビニを始めたけれど、本人
は嫌がって医専にいった。彼女は先に（医専に）行っててね。彼女の両親には申し訳なく
て……。 (本人は) 死にたくない、治るつもりで我慢してきた。こんなに早いなんて。若い
からがんも活発なんやね。手術して楽になったことはなかった。痛いだけだった。“殺して、
死にたい。死にたくない生きたい”と言ったりね。何度も覚悟させられた。」

〈入院28日目〉

鎮静下ではあるが、高Ca血症、貧血の進行があり、スタッフカンファレンスを行う。家族
とも相談をし、高Ca血症の補正と輸血を行う。その後も発熱が続き、抗生剤の効果は乏し
かった。

〈入院35日目〉

敗血症、呼吸不全のため旅立たれる。

1-3 分岐点

tr1：精神科医への相談の必要性

表情は仮面様であり、看護師の処置に対する不安の訴えがあった。うつの可能性があったものの、がん患者には誰しも起こる精神的不安が強い状況であり、また環境の変化に伴うものであると考え、精神科医への相談は行わなかった。

tr2：耐えがたい苦痛への対応

緩和ケア病棟入院前より強い疼痛に苦しみ、絶望感から「もう眠りたい、死にたい」との訴えが続いていた。一日の中で何度も痛みを止めてほしいと訴え、考えられる様々な方法を試すが、効果の評価が出来ず、患者自身も満足できなかった。

tr3：持続的浅い鎮静の開始

治療開始時から長期間強い痛みさらされ続け、絶望と悲しみの中強い痛みを訴え続けた。痛みを一度ゼロにしなければ、何も対応ができず、何も始められないとの判断から持続的浅い鎮静を開始

[ステップ2]

I 情報の整理と共有

A 医療・介護情報と判断

2A-1 選択肢の枚数とメリット・デメリットのアセスメント

持続的鎮静

〈メリット〉

- ・強い苦痛の緩和を目的としており、意図的に意識を低下させることで、苦痛が緩和される。
- ・浅い鎮静であれば、会話や飲水などが可能である。

〈デメリット〉

- ・浅い鎮静であっても、状況により会話が出来なくなり、生命予後が短縮されることがある。しかしながら QOL が低下した状態での生命予後の延長は希望されないことが多い。
- ・覚醒時、耐えがたい苦痛が再開する可能性がある。

2A-2 社会的視点から

鎮静が開始されても、患者、家族が希望した場合いつでも中止出来るが、中止する判断は誰が行うのか。どのような判断基準で行うのかについてはガイドラインがあるが、それらは臨床的、学問的に満たすべき一般的な基準でしかない。個々の患者への適応は、医療チームが判断することであり、ガイドラインを満たせば済むということにはならない。

2A-3 説明

本人に対して：「眠らせて」という訴えが入院時よりあったので、眠れる薬を使用することを説明した。

家族に対して：あまりに強い苦痛があり、眠れることを希望されたので、「ウトウトできる薬を始めます」との説明がされた。

B 本人・家族の意思と生活

2B-1 本人の理解と意向

病状の理解、鎮静については十分理解できていたかどうかは不明であったが、とにかく痛みを取ってほしい、この痛みが取れないならば、死にたい、眠りたい、との訴えが続いていた。鎮静が開始されても、うわごとのように「痛い……」と訴えていた。

2B-2 家族の理解と意向

鎮静しか苦痛を取る方法はないとの理解があり、入院当初より鎮静もやむを得ないとの言葉があった。痛みをとることに全力を注いで欲しいとの思いであった。

父「(眠っている様子を見て) それはもうやっと眠れてるとほっとします。ずっと痛がっていたから……。」

母「死にたくない、治るつもりで我慢してきた。こんなに早いなんて。若いからがんも活発なんやね。手術して楽になったことはなかった。痛いだけだった。“殺して、死にたい。死にたくない、生きたい”と言ったりね。何度も覚悟させられた。」

〈鎮静後〉

母「こうやって眠れるようになったのもここ数日でしょ。手術してからずっと痛い痛いって。その時間が長かったから私も今はほっとする。今日はいい夢見てるみたいだし……。」

両親ともに「治療を始めてから、初めて安らかな顔をしている」と穏やかな顔で眠っている姿に安心したとの言葉があった。

2B-3 患者の生活全般に関する特記事項

鎮静が開始され、時々声が上がるが一日のほとんどを傾眠で過ごしている状態であった。覚醒時は、好きな飲み物を飲むことはあったが、うわごとのように「痛い……」と訴えていた。時に夢と現実が混同している言動があり、ベッドサイドでの転倒が何度かあった。面会は、父母がほとんどで、兄弟の面会は少なく、友人の面会もなかった。前病院ではキーパーソンは婚約者であったが、緩和ケア病棟入院後は、面会も少なくなり、そのことを両親は知らなかった。また、前病院での本人と婚約者とのかわりについての情報はスタッフにはあまり知られていなかった。

【ステップ3】 検討とオリエンテーション

3-1 問題となっていること・問題を感じていること

- ・苦痛の緩和には鎮静という方法が最善であったのか。
- ・あまりに強い苦痛に「死にたい、眠りたい」という言葉があったが、それは持続的な鎮静を希望するものであったのか。
- ・鎮静が開始された時、鎮静に対する理解と鎮静への希望に乖離はなかったか。

3-2 問題の倫理的性質の分析

「患者にとってできるだけ利益になるようにする」という観点で：

- ・想像を絶する強い苦痛を抱えて苦悩していた患者にとって、鎮静という方法は、生命予後を短縮することにつながる可能性はあったものの、患者自身が望む QOL が保てない以上、患者の苦痛を引き延ばすという害の回避にはつながったと考える。

・患者自身の言葉は、「痛い」「眠りたい」「死にたい」がほとんどで、何を想い、何を考え、何を求めているのか、患者自身の気持ちや価値観を確認出来なかったため、鎮静は患者の意思によるものとは断言できなかった。

・患者の意思確認は十分とは言えなかったが、家族の鎮静への希望は確認がとれていたもので、鎮静という方法は妥当であったと思われる。

3-3 問題点の検討

・患者は、強い痛みさらされ続けていたため切迫感があり、家族、婚約者、医療者共に患者の痛みには目がいかず、患者本人の価値観を見出す会話が出来なかった。そのため患者が何を大切に、何を求めているのか知ることができなかった。

・患者に対して、痛みが取りきれないこともあること、その中でスタッフは、患者が生きることを支え、患者のために何が出来るかを見つけていきたいことなどを、患者へ伝えることができなかった。

・皆が、患者を中心に痛みを何とかしたいと一生懸命だったがゆえに、患者の言葉に振り回され、患者のペースに巻き込まれてしまった。

3-4 今後のコミュニケーションの方針

鎮静が開始されるときスタッフ間の話し合いは、現在のようなガイドラインに沿ったフローチャートがなく、確認すべき情報が明確になっていなかった。そのため単なる情報交換でしかなく、客観的、公正、忌憚のない意見交換であったと言い難かった。以上から、今後は、フローチャートをもとに、問題を感じた場合は、そのたびにカンファレンスを行ない、スタッフ間のコンセンサスを深めていく必要がある。

その他の問題点

かなり切迫した状態で緩和ケア病棟に転院してきたことで、患者とかかわる時間が短かったため、患者の人としての価値観や死生観などを理解するだけの信頼関係を築くことはとても難しいことを痛感した。患者と十分なかかわりのない中での看取りは、看護師の疲弊の原因となり、ひいては燃え尽き症候群の原因となる。

II 今後どのように対応していくか

3-5 医療・介護チームは、今後どのように対応していくか

- ・早い時期に患者の心のケアについて精神科医への相談を依頼する
- ・看護師は、鎮静のガイドラインの理解とシステム作り、病状、病態への理解などについての学習を行なう。
- ・スタッフ間のコンセンサスを深めるためにカンファレンスの時間を十分にとる。
- ・家族の思いを理解し、家族にねぎらいの言葉をかけ、共に患者を支えていくことを伝え、家族のケアも合わせて行なう。

3-6 病院・病棟のシステム／制度の問題点と改善策

・社会情勢の変化を理解し、緩和ケア病棟として今後どうあるべきか、面談予約のあり方からケアに至るまで、患者の受け入れに関して今後何を見直していくべきかなど話し合いの機会をもつことが必要である。

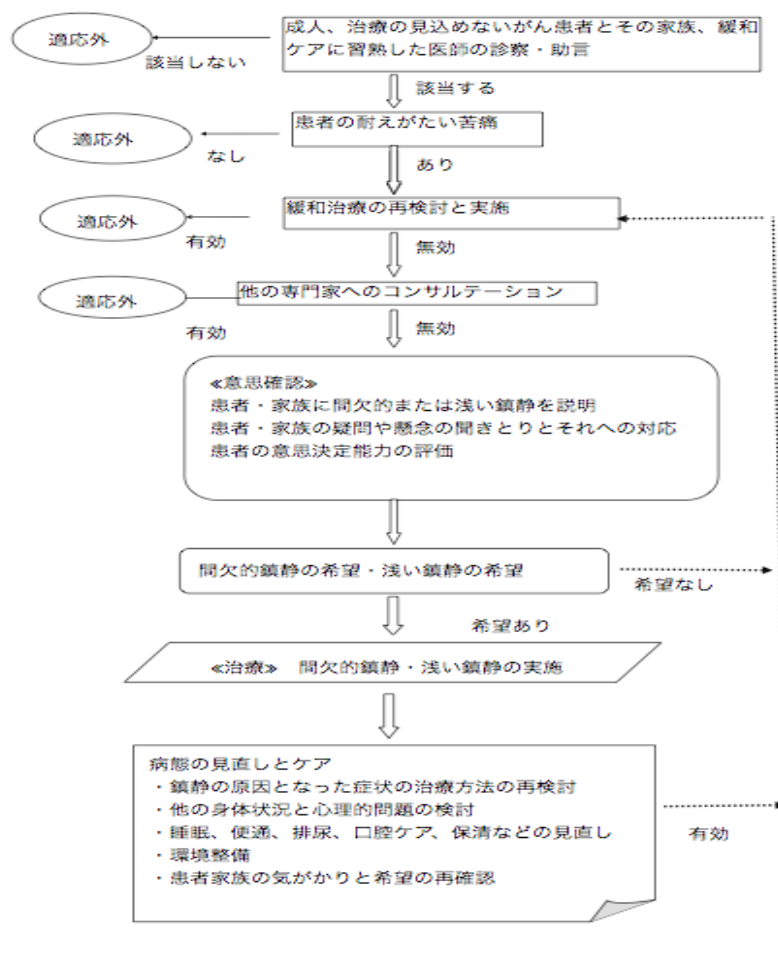
3-7 医療制度その他、社会的視点で改善が望まれる点

- ・いつでも、だれでも、どこにいても緩和ケアを受けることができる環境をつくるために、急性期から中間ケア、緩和ケア、在宅ケアへの機能分担と連携のあり方を検討する。
- ・病院間の連携とコミュニケーションを紙面だけでなく、共に話し合える環境をつくるのが望まれる。

2. 苦痛緩和のための鎮静のアルゴリズム

A 氏のような、緩和が非常に困難な苦痛に対する手段のひとつである「鎮静」に関して、日本緩和医療学会が 2010 年に「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」⁴ を作成し、出版に至っている。そこに記載された「苦痛緩和のための鎮静における評価・意思確認・治療・ケアのフローチャート」を以下に示し、それに基づき A 氏の鎮静の必要性について検討する。

苦痛緩和のための鎮静における評価・意思確認・治療・ケアのフローチャート



1 医学的適応の検討

A 氏の鎮静の適応については、A 氏が緩和ケア病棟に入院しており、緩和ケアに習熟した医師の診療があること、以下 A から C までについて十分検討がなされたことから、適応と考える。

A 患者の耐えがたい苦痛

患者自身が「痛い、死にたい」と表現し、鎮静の対象となる苦痛の内容が、強い神経障害性疼痛であり、易感染状態であり、発熱、感染時は疼痛閾値が低下し、発痛物質が産生されることでさらなる痛みに苦しむ状態であった。薬剤治療での反応が乏しく、長期間強い痛みにさらされ続けたということもあり、患者の苦痛を「耐え難い」と評価した。

B 治療抵抗性の評価

上記 A で示した通り、痛みを除去するすべての治療が無効であり、患者の希望と全身状態から考えて、予測される予後まで有効でかつ合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がないと考え、A 氏の苦痛を治療抵抗性と評価した

C 全身状態、生命予後の評価

入院当初は、痩せもなく、血液データ上明らかな生命予後を左右する値はなく、疼痛緩和が図れることで予後は数カ月あるとの考えであった。しかし、鎮静が必要であると判断した時期は、強い苦痛に晒されていることから、予後に関わらず鎮静は必要であるとの判断となった。

2 緩和治療の再検討と実施について

神経ブロック、十分な夜間の睡眠の確保、うつ等の精神的治療についての検討が不十分であったと考える。医師は、自己の経験、知識から緩和治療の再検討について適応の有無を判断していたが、看護師は例えば神経ブロックがなぜ行なわれないのか、精神的治療の必要性はないのか、など疑問を抱きつつも、その思いについて医師と納得できる話し合いが出来なかった。その理由として、日本人独特の「こう言えば分かるだろう」「医師がそう言うなら」という感覚があったのではないかと考える。医師も含めたスタッフ間で十分な話し合いが出来ていなかったことが、看護師の「果たしてこれでよいのだろうか」「他に何かすることがあるのではないか」という不安と戸惑いを引き起こし、看護師のストレスとジレンマを増幅させることとなった。

がん医療は患者の QOL を重視し、倫理的問題を含むことが多く、患者にとって適切な医療・ケアを行い患者に最善を尽くすためには、チーム医療が必要となってくる。チーム医療は緩和ケアから生まれたが、価値観や倫理観が人それぞれ違うことや、日本人はディスカッションが苦手であること、ヒエラルキーの構造が出来てしまっていることなど、チームとして十分に成熟していない現状がある。これらのことから、看護師は患者の代弁者となれるよう医師に働きかけ、感情論ではなく、フローチャートを活用しつつ自分たちの考えを伝えることができればならない。

3 患者・家族の希望の確認

「患者・家族に間欠的、浅い鎮静について説明」したかについては、家族には説明されていたが、入院時に患者と話し合う状態ではなかったため、患者への説明が十分なされていたかは疑問である。また、前の施設で鎮静に関してどの程度説明がなされていたかも分

からなかった。以上から、「患者・家族の疑問や懸念の聴き取りとそれへの対応」については、重要であると感じつつも不十分であったといえよう。「患者の意思決定能力の評価」については、患者に意思決定能力は備わっていたが、痛みがはげしくその中で適切に判断する力があつたかどうかは疑わしい。そこで、A氏の「死にたい、眠りたい。」と訴えた言葉から、耐えがたい苦痛があり、鎮静が必要と医療者は判断した。しかし、鎮静の開始に際してA氏は何を想い、何を感じていたのか、恐怖や不安はなかったのか、心配や希望はなかったのかなど、もっと話し合う必要があつたと考える。

4 鎮静の開始

A 間欠的鎮静・浅い鎮静

鎮静について、患者は入院前より「眠りたい」「死にたい」と懇願していたため、鎮静の希望があると判断した。患者の苦痛は強く、治療抵抗性は確実であつたが、死亡が数時間から数日以内に生じるとは思えなかつたので、間欠的浅い鎮静を優先的に行なつた。しかし、入院当初から激しい痛みを訴え続け、痛みがエスカレートしていく中で、鎮静開始の説明や鎮静を開始する前にしておきたいことなど、患者の気持ちをきくだけの余裕が患者はいうまでもなく、看護師の方にもなかつた。本来なら医療者側から病態の見直しとケアを行い、その都度状況について評価し説明していくべきであつたが、スタッフ間で評価すべきポイントが明確になっていなかったこともあり十分な評価、説明ができなかつた。

B 持続的深い鎮静

痛みが強く、よつんばいになり、「痛いです、こんなだったら死んだ方がましです」「痛い、眠りっぱなしでもいいから、眠らせてください」「早く殺して、強い薬で殺してほしい」「モルヒネの効果がない」など痛みの訴えがすでにかん疼痛の対応を越えたものではないかと思われる言動が多々あつた。しかし、時に覚醒し、水分補給や少しの会話は可能であり、浅い鎮静で睡眠もとれ、それ以上の鎮静への希望はなかつたため、持続的な深い鎮静に至ることはなかつた。時間の経過と共に病状が悪化し、結果的には敗血症、呼吸不全のため死亡に至つた。

3. 考察

鎮静に際しては、フローチャートを介して一つ一つ疑問や問題を明らかにしていき、その都度必要な情報をスタッフ間で確認しながら進めていかなければ、場合によっては患者を置き去りにしてしまうことがある。それはたとえ、患者が鎮静を強く希望していたとしてもである。特に看護師は苦痛にあえぐ患者の姿を目の前にしたとき、患者に共感し、巻き込まれてしまうことが多々ある。患者を「痛みに苦しむ人」という単なる知覚的な像としてみるのではなく、痛みを体験している一人の人という「他者体験」として、相手の身になって感じたり、相手の心中を思いやるという「了解」としてとらえるからであろう⁵。看護師が患者の痛みという他者体験を了解としてとらえるとき、両者は「間主體的（相互主體的＝共同主體的）な協力的存在」⁶の関係にあると廣松渉は言っている。

今回の事例を振り返ってみると、30歳代という若い患者の「痛い、苦しい、死にたい」という言葉に看護師はたじろぎ、患者の苦しみに寄り添えず、何とかならないか、何か出

来ることがあるのではないかと、患者の痛みに関わり込まれ、あがいていた。痛みとは、人間にとって最も脅威であり、生活を一変させ、生きることを意味を変えるほどの体験である。痛みとは、「本人にしかわからないわたしだけのものである。そしてこの『わたしの痛み』は他人に伝えることも、他人から理解されることもできないし、また他人に代わって痛んでもらうこともできない」⁷。このことから〈わたしたちはいかにして他者の痛みを痛みうるか〉という問いが生じてくる。

そのような問いの中で医療者は患者の鎮静の時期を判断しなければならない。その際、看護師は痛みを訴える患者を「表象」として捉えるが、「患者は鎮静を必要とするほどの痛みを訴えている」という説明は、「言葉に表し得ない理解」⁸に拠る。この『言い表すことのできない理解』は常に存在しているが、ときに表象を表さないこともあり、我々が作り上げた表象が意味をなすことができる文脈を提供するのみ⁹である。〈よつんばいになって「痛い、痛い」と訴え、もがき苦しんでいる患者〉を前に、〈この患者は激しく痛み苦しんでいるのだから鎮静が必要だ〉と理解できても、その〈理解そのもの〉を言葉で表現することはできない。言えることは、〈よつんばいになって激しく痛みを訴えているから鎮静が必要なのだ〉という文脈だけであり、それは理解そのものの表現ではなく、鎮静が必要であると判断する根拠にすぎない。だがこの理解は、ただ患者の様子を見ているだけで生じるものではなく、患者の訴えを聞く、患者を診る、触れる、痛みを和らげようとする医療者の能動的な行為から生じたものであり、同時に患者からの訴えを受けるという受動的な行為から生じたものである。能動的であると同時に受動的であるこの〈行為〉を、中村雄二郎は『臨床の知』の中で、「西田幾多郎の『行為的直観』に極めて近いもの」¹⁰と述べている。臨床現場での患者に対する理解とはこうした〈行為する〉ことから生まれるものではないだろうか。これはフッサール現象学でいわれているノエシス（意識の志向作用）がノエマ（意識の志向対象）を構成するというものではなく、「行為的直観の立場に立てばノエシス的な面がノエマ的な面を産み出すと同時にノエマ的な面がノエシス的な面を限定する」¹¹というものである。だから、そうした言葉にならない〈理解〉を強引に言葉にして意味づけると、理解はときに観る者の解釈となり主観的となり、場合によっては一人よがりともなる。あるいは、解釈の裏には解釈する人の別の何か、たとえば、苦しむ患者を見たくない、治らないということを認めたくないなどといった別の思いが潜んでいるかもしれない。そこに鎮静を判断する難しさがあり、鎮静の決定に際して、多様な目、客観的な根拠としてのガイドラインが必要となる所以がある。

A氏にとって取りきれない激痛は、身体的な痛みだけで終わらない。痛みで体が思うように動かず、逃れることも、それを超えることも、支配することもできずに自己のコントロールを喪失していき、未来や希望を見出せないまま死に直面するだけの体験となる。「人は激しい痛みや苦しみに遭遇し、自分が自分として機能しなくなったとき、わたしはわたし自身でなくなり……、そのとき『わたし』は、わたしの内で『内なる他者』としての自己と出会い、また同時に他者と出会う」¹²。そのようなA氏の身体的だけでなく、同時に非身体的な苦痛について、種村は、「誰もが避けることが出来ない死を間近にした終末期がん患者は、非身体的苦悩と身体的苦痛を体験しているのである。われわれが終末期患者を目の前にしてなすべきこととは、死を避けようとするのではない。死の看取りをするこ

とでもない。非身体的苦悩と身体的苦痛からの解放、言い換えれば、全人的苦痛からの解放を望み、それを共に実現していくことである」¹³ と言っている。

確かに痛みは患者だけの痛みであって、他者である医療者にはわからない。しかし、看護師は、患者を痛みから解放するために、患者の痛みに触れ、患者の痛みを共に痛もうとすることによって患者の痛みを体験しようとするのである。この共に痛む体験を、石井誠士は、「共同的、共苦的」¹⁴ と言っている。また、木村敏は、痛みの〈現前〉というリアリティに対し、痛みを共に痛むということは、「眼差しを交わし、言葉を交わし、触れ合うという行為によって場を成立させるアクチュアルな関係」¹⁵ を築くことであると言っている。「観察とは、対象者と観察者がバラバラに存在するところではなく、両者の関係が生じたところでのみ可能」¹⁶ と考えると、共同的、共苦的体験は、決して観察者（医療者）の主観的な解釈に終わるものではない。

死にたいと思うほどの苦悩を抱える患者が、生きることの意味や自己の存在の意味を見出し、生きることの価値観の変容を助ける関わりがケアリングであろう。だが、A氏のように希望の見出せない患者を支えることは容易なことではない。ときに「喪失や苦しみを認め、防御や免疫性の限界を受け入れなくてはならない」¹⁷ とベナーは述べている。看護師は苦しみながらも死を前にした人を全身で受けとめようと常日ごろ思っているし、苦しむ患者を前にその都度揺れながら、患者や家族の価値観を尊重しつつ共に歩いていくこと、決してあきらめない覚悟や、どんなに時間がかかっても患者が希望を見出せるそのときを待つことができる忍耐力をもつこと、そのためには揺るぎのない自分自身の価値観や死生観に自分自身の存在の意義を見出していくことが必要であると思っている。しかし、今回のように苦しみから死を懇願する患者を前にすると、看護師自身死と向き合うことが出来ず、「苦しまず穏やかな死」や「安らかな死」を求めてしまった。

田村は、「いのちを託された者として“安心して苦しんでください。最後まで寄り添い続けます。”と応えられるようにいつも準備しておくことが必要である。」¹⁸ と言っている。この事例を振り返り、看護師にはその覚悟が足りなかったと反省した。

医師であろうが看護師であろうが、医療にかかわる者は、治らない疾病・障害にも対処せねばならない。にもかかわらず、「病気は治しうるもの、治せぬまでも軽快を目指して対応することが支援者の責務」と教えられており、「看護者が治療志向的であり、不治の病いの人を避ける傾向にあるなら、その無力感、絶望感はやがて病者にも伝わり」¹⁹、そのことが疾病・障害の本質から目をそらせる原因となることがある。患者の中には痛みがとれず生き続けなければならないという人もいる。そうした患者を目の前にしたとき、医療者は、苦しむ患者を〈今、ここ〉の実存としてまろごと引き受け、彼ら固有の生から目を背けることのない「実存的視線（生の意味の探求という見方）」をもつことが大切となる。「実存とは、かけがえのない唯一無二の存在として自己の現実を引き受ける人間の姿」のことを意味し、それ故に孤独は避けられない。だからこそ「人間は他者なしには生きられない」し、「生きる意味とは時間を共有する他者の存在によって支えられる」のである²⁰。臨床の場が、ただ病気を治すこと、苦痛を取るだけの場ではないと言える所以である。

では、現実問題として死を引き受ける姿勢とはどのようなことであろうか。人は〈死ぬために生まれてきた〉という根源的な矛盾、スピリチュアルな苦悩をかかえて生きている。

ただ、そのことは日常生活の中では覆い隠され、忘れられている。しかし、治らない病いや止むことの無い苦痛を前に、死と向き合わなければならなくなったとき、その〈根源的な苦〉が私たちの前に露わになるのである。死を引き受ける姿勢というのは、人間は生まれながらに死ぬことを運命づけられている、という事実から目を背けないことかもしれない。ただ、それは、どうせいつかは死ぬのだからあきらめて死を受け入れよ、というものではない。死を受け入れることを無条件に「よし」とすることでもない。「支援の究極には『治らない人』と『滅びゆく人』への支援がある」²¹ という根源的な課題があるということである。そして、臨床現場とは、そうした患者に対してどうかかわるかが問われる場と言えよう。ケアとはそのような厳しい現実の中で患者がわずかでも希望を見出すことができるように支援してはじめて成立するものだ、ということが言いたいのである。

だが、痛みのためにただ「死にたい、死なせてくれ」と懇願する A 氏にとっての「希望」は何だったのだろうか。死のみであったのだろうか。田村は「いのちをおわりにしてほしい」との患者の訴えを〈希望〉と捉えるべきであろうか、とすればわれわれはその希望をかなえることはできない、と自問する。そうした自問の末、患者がホスピスで繰り返される日常生活の営みの中で徐々に穏やかさや喜びを感じていたという事実を読み返し、日常性を保つことに患者の希望の可能性を見出した体験をつづっている²²。しかし、本事例の患者はそうした希望さえもてなかった。

確かに「がん」の対処モデルとして「希望をもつこと」はよい方法であるかもしれない。しかし、「希望（をもつ能力）を、人がどういう状況に置かれていようと所有する、状況と無関係な特質」とし「希望はよい対処の前提条件」とするとき、「ある人間とその人の世界とその人の置かれた状況の間の関係、一言でいえば、その人が状況の内にどのように身を置いているかは見過ごされてしまう」。こうしたアプローチは、「外在的な視点を内在的な視点にすりかえる」という見方につながり、場合によっては、「希望をもっている人は、がんにかかっても粘り強く巧みに何とかやっていける」というような幻想を生み、それが「希望をもてない時に非難される」²³ ことにもなりかねない。A 氏にとって痛みから解放されたほんのわずかな時間も長続きはしなかった。看護師は、死ぬこと以外に眠ることしか希望がもてなかった患者を前に、生かすことが苦痛を引き延ばすばかりか、さらなる苦しみを与えるのではとのジレンマに苦しみ、ただ祈ることしかできなかった。そのようなとき、ケアする者の死生観とか価値観が一体どれだけの意味をもつのだろうか。本事例は、看護者自身の死と向き合う姿勢、自らの死生観、自分自身の有り様が問われた事例であった。

おわりに

今回経験したような強い苦痛にさらされ、緩和治療に難渋した事例や、鎮静が必要であり、残された時間が少ないと考えられる事例や、家族の悲嘆が強く死を受け入れるのが困難な事例などについては、転院前に転院先のスタッフも集合し、情報共有することで一人の人への連続したケアを行なうことが理想と考える。A 氏の場合も、例えば、前医より最大限の疼痛緩和の方法がとられていたのか否かなどもっと情報共有がなされていれば、取りきれない苦痛がある中で、患者、家族、スタッフが共にどのように過ごしていくかとい

う話し合いの方向性がもっとみえたのではないかと考える。患者は「まだ何かできるはず」「緩和ケア病棟に行けば、苦痛が取れるはず」という思いの中で転院したが、実際に苦痛が取りきれず、そのことで患者、家族の辛さや絶望感は増大し、スタッフの無力感ややりきれなさにつながった。そのようなことをできるだけ少なくするには、早期から紹介先の病院との連携をもつことが必要である。

患者へのがん医療に関する相談支援及び情報提供の目的として配置された相談支援センターやがん対策情報センターであるが、現実的にはその機能が十分に発揮されていない。それらのほとんどが、自施設の患者の退院と、それに伴う転院先確保の対応に追われ、患者の身体的症状の緩和だけでなく、精神心理的な支援を含めた全人的緩和ケアの提供が十分に行われていないのではと推測される。また、専門的な緩和ケアチームが配置されたことで、ホスピス（緩和ケア病院）への転院が遅れ、緩和ケア病院に紹介されてくる末期のがん患者の多くは、すでにかなり悪い状態で入院してくるという現実是否定できない。また、提供される患者の情報も、紹介状に同封された診療情報提供書と画像のみで、患者を知りうる情報は十分とはいえない。

以上から、ホスピス（緩和ケア病棟）としては、がんという疾患の早期から末期に至る緩和ケアの「線」上で患者と向き合うことができず、「今ここ」の「点」としてしか向き合うことができないケースが多い。確かに、「今ここ」の唯一無二の存在として患者と向き合うことは重要であるが、医療者が一人の患者と向き合うためには、医学的な情報や知識（エビデンス）だけでなく、患者の価値観や死生観などひとりの患者の生全体を総合的に理解することによってはじめて緩和ケアにおける点と線がつながり、十分なケアが提供されるのではないだろうか。

全人的医療を行なうためには、内的には、様々な立場、視点、考え方、価値観を持ったスタッフそれぞれが意見交換できる環境を作っていく、チーム医療の充実を早急に確立していくことが必要であろう。さらに、外的には、いささか理念的ではあるが、がん拠点病院をはじめとする病院の患者支援相談室のスタッフと、在宅医療者、緩和ケア病院のスタッフとの連携を通して日ごろから情報交換ができるような環境を作っていく地域連携が望まれる。ただ、がん医療における連携は、脳卒中などのように発病から在宅復帰というシンプルな連携図が描けないという難点がある。その理由としては、兵庫県などのように複数の拠点病院、緩和ケア病棟を有する地域は、連携が複雑となり、個別の連携で対応するしかないこと、さらに患者のケアに対する思いなど個別性があることなどが挙げられる。そうした中でのがん医療の地域連携が、患者の転院ルートづくりに終わって患者を置き去りにしてしまうことがないよう、医療者のための関係づくりだけではなく、一人の患者を支えるためのシステム作りとなることを今後の研究課題としたい。

〈註〉

* 患者のウェル・リビングを考える会 http://www.geocities.jp/well_living_cafe/

¹ がん対策基本法ならびにがん対策推進基本計画については、国立がん研究センターHP http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/cancer_control/index.html 参照

- 2 日本ホスピス緩和ケア協会資料 <http://www.hpcj.org/> 参照
- 3 臨床倫理検討シート：清水哲郎、臨床倫理の考え方と検討の実際、2009 年度冬版、臨床倫理検討システム開発プロジェクト、東京大学大学院人文社会系研究科
- 4 『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』2010 年版、特定非営利活動法人日本緩和医療学会、緩和ガイドライン作成委員会編、金原出版株式会社、2010 年、p.20
- 5 高崎絹子『看護援助の現象学』、医学書院、2006 年、p.106
- 6 廣松渉『世界の共同主観的構造』勁草書房、1976 年、p.184
- 7 藤本啓子〈ワーキングペーパー〉安楽のすすめ―〈生きにくさ〉をほぐす、臨床哲学安楽班、『臨床哲学』第八号（2007 年）大阪大学大学院文学研究科臨床哲学研究室、p.46
- 8 ベナー『解釈的現象学』序文 xix、医歯薬出版株式会社、2006 年
- 9 同上
- 10 中村雄二郎『臨床の知』、中村雄二郎著作集 2、岩波書店、2000 年、p.120
行為的直観は、西田幾多郎、「行為的直観」、西田幾多郎全集 8、1965 年、p.541
- 11 木村敏『偶然性の精神病理』、岩波現代文庫、2002 年、pp.46-47
- 12 藤本啓子〈ワーキングペーパー〉安楽のすすめ―〈生きにくさ〉をほぐす、臨床哲学安楽班、『臨床哲学』第八号（2007 年）大阪大学大学院文学研究科臨床哲学研究室、p.47
- 13 種村健二郎『終末期がん患者の非身体的苦痛（苦悩）からの解放』、武蔵野大学看護学部紀要第 1 号、2007 年、pp.99-114
- 14 石井誠士「痛み」、『人間の存在』第 5 章、東方出版、1990 年、pp.150-161
- 15 木村敏『偶然性の精神病理』、岩波現代文庫、2002 年、p.73（痛みのリアリティとアクチュアリティに関しては前掲の筆者拙論『臨床哲学』第八号、pp.53-54）
- 16 高橋照子『人間科学としての看護学序説 看護への現象学的アプローチ』、医学書院、1991 年、pp.174-175
- 17 パトリシア・ベナー、井上智子監訳、「重症患者を安楽にすること」、『看護ケアの臨床知』第六章、医学書院、2005 年、p.329
- 18 田村恵子『緩和ケアの現場で死生観を考える』、緩和ケア Vol.20.No.5、2010 年、青海社、pp.448-450
- 19 高橋照子『人間科学としての看護学序説』―看護への現象学的アプローチ、医学書院、1991 年、p.192
- 20 佐久川肇編著、植田嘉好子、山本玲菜著『質的研究のための現象学入門』、医学書院、2009 年、pp.24-26
- 21 同上、p.25
- 22 田村恵子『尊厳と希望―がん患者のスピリチュアルケアの現場から―』、緩和ケア Vol.17、No.5 SEP. 青海社、2007 年、p.419
- 23 ベナー／ルベール、難波卓志訳、「癌への対処」、『現象学的人間論と看護』第八章、医学書院、2009 年、p.298