

Title	終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について
Author(s)	中里, 和弘
Citation	臨床哲学. 9 P.25-P.37
Issue Date	2008-03-25
Text Version	publisher
URL	http://hdl.handle.net/11094/12148
DOI	
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

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

Osaka University

終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について

中里 和弘

緩和ケアの理念

ターミナルケアとは、病気の治癒・完治が望めない状態にある患者に対して行われるケアを指し、終末期医療を総称した一般的な言葉である。そこで本論では、このターミナルケアの対象となることの多い終末期がん患者への緩和ケアを取り上げ、「安楽」について論じる。WHOは2002年に緩和ケア¹⁾を「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な、魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチ」と定義している⁽¹⁾。そして緩和ケアでは、ケアの対象である患者(人間)は身体的・精神的・社会的・実存的(スピリチュアル)の4つの側面から統合された存在であり、この4つの要因がその人全体に影響を及ぼすことによってもたらされる痛み(全人的苦痛・トータルペイン)をもった存在であることを理解し、ケアを行うことが求められる⁽³⁾。この「全人的苦痛の理解」は、現代の緩和ケア概念の基礎をなすホスピスケアを提唱したシシリー・ソンドースのケア理念の中核をなす概念である⁽⁴⁾⁽⁵⁾。よって、終末期がん患者への緩和ケアにおいては、“患者の病気”に焦点を合わせるのではなく、“病気をもった人間”として捉える全人的視点に立った上で、患者の“その人らしさ”を最大限に尊重し、患者とその家族のQOLの向上が目標とされる⁽³⁾。

1) 緩和ケアとは、ターミナルケアだけに特化したケアのあり方を表す概念ではない。WHOは2002年の緩和ケアの定義において、対象を「治療不能な状態の患者および家族に対して行われるケア」としていた1990年の定義から、上記のように「疾患の早期から」緩和ケアが提供されるべきであると変更している⁽¹⁾。また、2006年6月にわが国で成立した「がん対策基本法」でも、国および地方公共団体に、「がん患者の状況に応じた疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に」(同法第16条の一部)行われるために必要な施策を講じるべきことが定められており、今後、緩和ケアの対象は着実にひろげられて

いくと考えられる⁽²⁾。

終末期がん患者の「全人的苦痛」と「安楽」

本論では、終末期がん患者の全人的苦痛を先述した4つの側面(身体的・精神的・社会的・実存的)から捉え、患者の抱える「苦痛」と「安楽」との関係性について考える。そこで、終末期がん患者が得る安楽を「全人的苦痛を構成する4つの苦痛の緩和、それに伴う苦痛からの解放」と操作的に定義し、終末期がん患者が得る4つの安楽について論じる。

身体的安楽

緩和ケアにおいては、身体症状のマネジメントを積極的かつ迅速に行うことが最も基本的かつ重要な課題である⁽⁶⁾。終末期がん患者が示す身体症状は、疼痛を始め、倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐、呼吸困難、不眠、浮腫など多岐に渡り⁽⁷⁾、これらの身体症状はEEMMA⁽²⁾といったアプローチに沿って緩和される。身体症状に関して言えば、疼痛は薬物療法を基本としたWHO3段階除痛ラダー⁽³⁾を用いた施設の80%~90%の患者で除痛がはかられており⁽⁸⁾、その他の身体症状に関して、各症状にあった薬物療法やそれ以外の治療法(放射線照射、食事療法、マッサージや指圧、心理療法、イメージ療法、リラクゼーションなど)を行うことで、身体症状を有効にマネジメントすることができるようになってきている。よって、これらの身体症状が緩和されることで、患者は身体的安楽(身体的症状から生じる身体的苦痛・苦しみからの解放)を得るといえる。ただし、この症状緩和によって得られる身体的安楽に関しては、患者にとって身体症状が緩和される以前の状態と比較し、「痛みが治まった、体が楽になった」と感じられることがあったとしても、疾患が完治し健康な状態を取り戻した場合に得られるような「元気になった、元に戻った」等の表現で示される身体的安楽とは異質なものである。また、症状緩和に伴う身体的安楽は、身体症状を緩和する以上に何か特別な快(快感・快楽)として感じられるものでもない。そして、これらの身体症状が緩和されることで得られる身体的安楽は、例えば薬物療法によるものであるとしても、それは自己関係性だけで得られるものではなく、他者関係性を前提とした自己関係性によって得られるものである。例えば、患者が疼痛を感じた場合、その疼痛は自己の身体内部で発せられる信号であり、薬物を体内に取り入れ、自己の身体と

折り合いをつけるという意味において、症状緩和のメカニズムは自己内部で完結しており、身体的安楽は自己関係性のみで得られるように思われる。しかしながら、身体症状のマネジメントのために薬物療法を行う場合でも、医師や看護師が先述した EEMMA のアプローチを取ることで初めて症状が緩和されるのであり、他者関係性をなくして成立するものではない。同様に、薬物以外のイメージ療法やリラクゼーション等でも、医師や看護師の判断・指導が前提とされ、マッサージなどに関しても、看護師（場合には指導を受けた患者の家族）である他者が適切な方法を用いて患者の身体に直接働きかけることで、患者は身体的安楽を得る。以上のことから、身体症状の緩和によって得られる患者の身体的安楽は自己関係性を核とするものの、その獲得過程においては他者関係性を排除することは不可能である。当然のことながら、症状緩和で得られる身体的安楽以外にも、患者は、看護師が日常行うケアから身体的安楽を得ることも多く、看護師が日常行うケアの重要性はいうまでもない。看護師が行う体位変換、安楽体位の工夫、清拭、タッチング、排泄や食事の援助、入浴介助、寝具や寝衣の調整、病室の環境調整等によって得られる身体的安楽は、ホスピス・緩和ケアだけに特化したものではなく、看護全般に通じた安楽といえる。

2) EEMMA：症状マネジメントを行う際の一連のアプローチ【Evaluation(診断・評価) Explanation(説明)

Management(マネジメント) Monitoring(監視・観察) Attention to detail(詳細な点にも配慮)】の略⁽⁶⁾

3) 3段階除痛ラダー：痛みの強さに従って鎮痛剤を弱い種類のものから3段階で使用する考え方

精神的安楽

次に終末期がん患者の精神的苦痛および精神的安楽について述べる。がん患者は病期に関わらず約半数で何らかの精神症状が認められ⁽⁹⁾、発現頻度の高い精神症状としては適応障害やうつ病、せん妄などが挙げられる⁽¹⁰⁾。さらに、終末期では自己の死に向き合うことで、死への恐怖や不安、いらだち、孤独感、怒りなど様々な心理的混乱が生じやすい状態にあるといえる。例えばキューブラー・ロスは、死に直面した人の心理過程に関して、その根的に「希望」「衝撃」「否認と隔離」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」「デカセクシス」の7段階モデルを提唱している⁽¹¹⁾。よって、終末期がん患者が精神症状や心理的混乱から解放され、「精神的安楽(心の平穏)」を得るためには、時に患者の精神症状に対して適切な薬物療法や心理療法を行ったり、心理的混乱に対してカウンセリング等を行うことが求められる。そして何よりもスタッフ(医師や看護師、家族、ボラ

ンティアスタッフ等)が患者に対して暖かい関わり合いを持って接することが重要といえる。

そこで、以下、患者本人から見た「他者との関わり合い」の中で得られる精神的安楽について詳述する。患者から見た精神的安楽とは何を意味し、終末期がん患者はどういったことから精神的安楽を得ているのだろうか。これらの問いに対して、坂口ら⁽¹²⁾は「家族・スタッフがもたらす精神的安楽」と題した研究を行っている。坂口ら⁽¹²⁾は「精神的安楽」を「安らぎ」や「心の平安」と同義と捉え、ホスピス病棟に入院している末期がん患者9名に非構成的インタビューを行い、末期がん患者がどのような事柄から精神的安楽を得ているのかについて検討を行っている。その結果、患者は主に「家族」と「スタッフ」から精神的安楽を得ていることが明らかにされた。以下、坂口ら⁽¹²⁾の研究で抽出された「家族」や「スタッフ」から得られる精神的安楽のテーマクラスターおよび患者の発言例(「」内の記述)を坂口ら⁽¹²⁾の論文から抜粋し、紹介する。

(1)「家族」がもたらす精神的安楽

- ①普段通りの関わり：「家族が気兼ねせずにもつもとと同じように何でも言ってくれたことが良かった。」など、家族が普段通りに接することで、患者は自分をことさら「患者」と意識することなく生活することができ、気分的に楽な状態をもたらしていた。
- ②愛情の実感：「寝てても何でもいいから、まあ家にいてくれ。」という夫の一言は、ある女性患者に夫の愛情や絆の深さを実感させ、家族の中での存在価値を伝えていた。また、言葉ではなくても、「泊まり込みで付き添ってくれる」、「一生懸命世話をしてくれる」といった関わりの中で、患者は家族の愛情を感じていた。この家族の愛情は、全ての患者が精神的な支柱として精神的安楽につながると話していた。
- ③気持ちの共有：「やっぱり自分の気持ちを素直に表して、それを聞いてもらうっていうのが一番うれしいことですね。」「もう今は淡々として、お互いにもうわかっているという感じです。」など、家族と闘病生活を送り、互いに気持ちを共有していく中で、より深い心の繋がりの実感、密着感、一体感が精神的安楽に結びついていた。
- ④そばに居ること：「黙っててもね、あの人が1人おるといのはやっぱり非常になんか安らぎになる。まあ孤独感という孤独感があまりない。」と家族がそばにいてくれるだけで患者の孤独感は軽減され、安らぎがもたらされていた。また、「安心ですね。何かあったときにすぐに連絡取ってもらえますね。」など、家族が側に常時いることは、患者にとって身体面での安心感にも繋がっていた。

- ⑤自分の死後への安心感：ある女性は、夫に対して「自分の趣味をもってね。友達を作っ
てね」と、自分が死んだ後の夫の生活を思いやり、夫が自分なしでもその後の人生を
うまく歩んでいける安心感を持てることが精神的安楽に関連していた。子どもを持つ
患者では、自分の死後の子どもの支えになるように本を残したり、「自叙伝」を書いて
残そうとしていた者もいた。
- ⑥外部からの保護：ある患者は、お見舞いが色んな面で負担になることもあると指摘し
た上で、「だから静かにしてほしいというそういう環境をね、うちの奥さんなんかが作っ
てくれてるということで、非常にありがたいなど今思ってますね。」と語っていた。キー
パーソンが外部の煩わしさから保護された静かな環境を作ることで、患者は安らぎを
得ることができた。
- ⑦子どもの成長：長い闘病生活の中で子どもを育ててきた女性は、「周りの人に世話に
なって優しくしてもらって、可愛がられて育つということが一番大切だからと思っ
て、それを一番願って育ててきたんですけれども、それがやっぱり成功してるって
いうのかな、それがうれしいと思います。」と話しており、彼女にとって子育てという親
としての責任を十分果たしたという満足感が精神的安楽に繋がっていた。

(2) スタッフがもたらす精神的安楽

- ①専門性：「こちらの苦痛とかに対してやっぱり専門やから、非常な安心感があるね。」
など、多くの患者が精神的な支えに関連して、スタッフの専門性に基づく適切な判断
や治療、処置への信頼を語っており、そのスタッフへの信頼による不安の解消は患者
に大きな精神的安楽をもたらしていた。また、看護に対しても「全てしてくれるから、
家にいるよりも体の具合はね、安心していられるというかね。」と、スタッフに身の
回りの世話を安心して任せることで、患者は気分的に楽にいられた。
- ②態度、振る舞い：「ここでは向き合ってくれるからうれしいです」というように、患者
はスタッフの穏やかな表現、同じ高さの目線、丁寧な言葉使い、迅速な対応、こまめ
に声をかけてくれるなどの態度や振る舞いの中に、自分に対する関心、スタッフが自
分に向き合ってくれていることを感じ、自分が一人の人間として大切にされているこ
とを実感し、心安らかに過ごすことができていた。
- ③患者の希望・意思の尊重：患者は様々な希望（治療や処置、外泊、食事、病気・症状・治
療の説明等）を抱いており、これらの希望に応えてもらうことで安らぎを得ていた。
また、多くの患者がホスピスでは「自分の意見を聞いてくれる」「話し合っって色んな

ことを決めることができる」と話しており、患者の意思を尊重し、話し合いによって様々な決定が行われることで、患者は自分らしく安らかに過ごすことができていた。

④情緒的サポート：ある女性は「心のケアは看護婦さんですね。家族には心配をかけるから」と、スタッフの傾聴や共感的理解といった関わりを通して精神面での助けを得ていた。患者は、看護婦の共感的理解を通して一緒に考えてもらう中で「生きていくヒント」、人生の意味を見出すきっかけを得て精神的に落ち着くことができた。

坂口ら⁽¹²⁾は、末期がん患者は、家族とスタッフの2つの次元から精神的安楽を得ていることを示し、その精神的安楽が得られる過程を次のように考察している。坂口ら⁽¹²⁾は、家族やスタッフから得られる患者の精神的安楽を支えるものは、家族との間における「心情的つながり」、スタッフの持つ「専門性と人間性に基づく患者との信頼関係」ではないかと述べている。その上で、患者の精神的安楽は、家族が心情的つながりの上に成り立つ「甘え」を受け止めること、スタッフが患者との信頼関係の基に専門性によって患者の「自律」を支えることによってもたらされているとも極言できようとして述べている。そして、この両者が相補的に機能することで、患者はより大きな精神的安楽を得ることができると考えられる。

社会的安楽

人間は、個人を取り巻く家族、そして社会といった大きなコミュニティの中で存在している。それゆえ、終末期がん患者では、仕事に関連した問題、医療費や生活費などの経済上の問題、家庭の今後の生活や将来の生活設計の変更等、様々な問題の解決が求められる⁽³⁾。そして、これら生活上の障害から生じる社会的苦痛は人間としての尊厳をも脅かす⁽¹³⁾。そこで、以下、社会的苦痛を(1)身体症状・身体的変化から派生する社会的苦痛、(2)医療費や生活費などの経済的苦痛、(3)役割喪失や変化に伴う苦痛、(4)コミュニケーションの縮小・人間関係の悪化に伴う苦痛の4つに大別して考える⁽¹³⁾。

(1) 身体症状・身体的変化から派生する社会的苦痛

終末期がん患者では、身体症状および身体症状を緩和するために行われる薬物療法の影響により、外見的な身体変化、ADL(日常生活動作)の低下などが見られることがある。そしてこのボディイメージの変化は心理的苦痛であると同時に社会的苦痛にもなる。「人に会いたくない、人に自分の姿を見られたくない、一人で外出できない」といった思いは、

患者に孤独感を募らせると同時に、自己のボディイメージの変化に対する受容を要求する。

(2) 医療費や生活費などの経済的苦痛

がんが末期に移行する前からの継続的な医療費の負担に加え、終末期がん患者では個室など静かな環境で過ごすことを希望することも多く、差額ベット代など公的保険が適用されない等の問題も生じてくる。また、本人はもとより、場合によっては家族の失業や休職から収入の低下が生じることもあり、このような経済的問題は治療の中断、介護と仕事の両立の困難、生活水準の低下、家族の生活の影響（例えば子どもの進路への影響）を招くことがある。

(3) 役割喪失や変化に伴う苦痛

長期療養・長期入院によって、職場や地域社会、家庭でこれまで担ってきた役割や地位の喪失や変化が生じる場合も少なくない。患者本人が仕事を失うことは、経済的苦痛を生じさせるだけではなく、患者自身の生きがいや目標の喪失にも繋がる。また、特に子どもを養育する段階にある家庭を持つ患者では、自分自身が配偶者、そして親としての役割を果たせていないことに対して苛立ちを覚えると同時に、家族に対して「もうしわけなさ」を感じることも多い。

(4) コミュニケーションの縮小・人間関係の悪化に伴う苦痛

入院等により、患者は住み慣れた環境から離れることで生活空間が狭められ、家族や社会とのコミュニケーション範囲が縮小される。そして入院に伴う制限に加え、住み慣れた家と違った環境（場）で行う治療や家族とのコミュニケーションは、患者・家族の双方にとって必要以上にストレスを生じさせる場合がある。また、治療方針や介護の仕方に関して、患者と家族との間で意見の違いが生じたり、親族間で葛藤が生じることもある。

これらの社会的苦痛は、患者に対して大きな自己嫌悪感をもたらすと同時に、社会的存在としての自己アイデンティティに揺らぎをもたらしうるものである。患者は社会的苦痛を多く感じることで、それまでに形成されてきた「病気にかかる以前の自己」、「症状が悪化する以前の自己」、「終末期にある現在の自己」の比較をより意識化することとなる。したがって、これらの社会的苦痛を軽減させるためには、改めて他者や社会との関係性の中で見た自己を再評価し、疾患によって変わった身体的変化、家族機能における変化、コミュニケーション範囲の変化を受容することが必要となる。しかしながら、これらの社会的苦痛を軽減するためには、患者の自己認知だけでは不十分であり、実質的な社会環境の調整が必要不可欠となる。例えば、ADLの低下に対しては物質的環境の整備、経済的問

題に対しては症状による手当てや障害年金などの社会保障・福祉制度の活用、死後の家族の生活について見通しを立てることなどが求められる。また、家族の負担を軽減したり、患者自身が社会的存在を意識できるように、ヘルパー制度や家族支援などのケア体制の充実、可能な範囲での外泊や在宅療養の選択等も考慮されなければならない。よって、終末期がん患者の社会的安楽とは、長期にわたる闘病に関連した患者と家族の社会的苦痛の軽減を通して得られる、患者と家族が別個に存在するのではなく、患者と家族が「共にそこに存在する」ことの保証、そして患者と社会が乖離することなく、患者が社会の中で「今もなお存在し続ける」ことの安心ともいえるだろう。

実存的苦痛(スピリチュアルペイン)と安楽

国立国会図書館と医学中央雑誌のデータベースにおいて「ターミナル」と「安楽」をキーワードに論文検索を行った場合、「安楽死」や「尊厳死」に関する論文が多く検出され、看護ケアにおける「安楽」を論じた論文と比較し、その論文数は圧倒的に多い。「安楽死」や「尊厳死」に関するこれらの論文では、「安楽死」と「尊厳死」に関連した裁判事例が検討されていたり、「安楽死」と「尊厳死」の違い、諸外国での実情および日本との比較などが論じられている^{(14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25)}。そして、これらの論文は、拠って立つところに違いがあるものの、「安楽死」と「尊厳死」の問題点と今後の課題に関しては、患者自身の自己決定、そしてリビング・ウイル⁴⁾の問題が共通して挙げられている。しかしながら、「安楽死」や「尊厳死」、「自己決定」や「リビング・ウイル」について論じる前提として、「なぜ、患者は(安楽)死を望むのか」、「患者が(安楽)死を望む背景にあるものは何か」について論じているものが少ないことに驚く。同様に、実際の臨床現場で「安楽死」を希望したり、「死にたい」と思う患者がどのくらい存在しているのかについて論じているものも限られている。そこで、本論では「安楽死」や「リビング・ウイル」といった問題を論じる前提の問題として、改めて実際の臨床現場において「安楽死を望む・希死念慮を有する」患者の実態を論じることを優先した。そして、この「安楽死の希望や希死念慮」の背景要因として重要視されている実存的苦痛について述べた上で、実存的安楽との関係について論じる。

(1) 臨床現場において「安楽死を望む・希死念慮を有する」患者の実態

がんの医療現場では、患者から「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせてほしい」な

どの言葉が聞かれることも稀ではない⁽²⁰⁾。日本緩和医療学会に所属する医師と看護師を対象に行った Asai ら⁽²⁷⁾の研究でも、医師の 54%、看護師 53% が患者から安楽死を請求されたことがあると報告しており、進行・終末期がん患者を対象とした国内外の複数の研究からも、安楽死を望む患者や希死念慮を有する患者は 10%～30%程度存在することが報告されている⁽²⁶⁾。また、わが国でホスピス・緩和ケアを受けた終末期がん患者の遺族 290 名を対象に行った質問紙調査では、21%の遺族で患者が希死念慮を訴えたことがあったと回答し、10%の遺族で患者が安楽死を要求したことがあったとする回答が得られたとの報告もある⁽¹⁸⁾。

(2)「死を望む」背景要因としての実存的苦痛

がん患者の自殺や希死念慮の背景には、痛みをはじめとした身体症状、うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大などの実存的苦痛、乏しいソーシャルサポートなど、複数の要因が存在する⁽²⁶⁾。しかしながら、これらの背景要因に関しては、身体的苦痛も耐えられる程度に緩和され、精神的にも正常、ソーシャルサポートも十分な患者でもなお苦痛を有し、その背景には実存的苦痛が深く関係していることがわが国でも明らかにされており、実存的苦痛のケア（スピリチュアルケア）に対する重要性が強調されている⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾。また、実存的苦痛の対概念を表す「生きる意志 (wii to live)」に関して、終末期がん患者の「生きる意志」に強く関連するのは心理的側面よりも、むしろ絶望感や尊厳、依存といった実存的側面であることが示唆されている⁽³¹⁾。

Runbold⁽³²⁾は、スピリチュアリティを「自己の経験や他者との関係を見つめ、それに応じようとすることであり、生きるための意味や目的の源になる世界観」と定義している。そして、Murata⁽³³⁾は、森田ら⁽²⁹⁾が行ったホスピス・緩和ケアの臨床で認められている実存的苦痛を検討し、終末期がん患者の実存的苦痛を「生きることの無意味、無目的、無価値、虚無、孤立、疎外等々」と表現される状態とした。さらに村田⁽³⁰⁾は、終末期がん患者の実存的苦痛を「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、実存的苦痛を次のような、時間性、関係性、自律性の 3 次元から構造化し、説明を行っている。

①時間存在である人間の实存的苦痛(時間性)：患者は死に直面した時、「もう先がない」、「終わりだ」と感じ、「もう何もすることがない。ただ死ぬのを待っているだけだ。こんなことなら早く楽にしてほしい。」と思うなど、将来の喪失が「生の無意味」をもたらす。

②関係存在である人間の实存的苦痛(関係性)：患者は自己の死を意識し、「孤独だ。自

分ひとり取り残された感じだ」、「死んでしまうと、私はどうなるの？どこに行くの？」など、他者との関係を「終わりだ」と感じ、「もう何もすることがない。ただ死ぬのを待っているだけだ。こんなことなら早く楽にしてほしい。」と思う。これら他者との関係性の喪失は「自己存在の意味喪失・虚無」をもたらす。

③自律存在である人間の実存的苦痛(自律性)：「もう自分で何もできない。人の世話にばかりなっていて迷惑をかけて生きていてもしようがない。早く死なせてほしい」など、患者の意識が不能と依存に向うことで、自律と生産性の喪失が「生の無価値」をもたらす。

(3) スピリチュアルケアの重要性と実存的安楽

以上のように、実存的苦痛が安楽死の希望や希死念慮と大きく関連しており、実存的苦痛の構造を検討することはスピリチュアルケアを考える上でも重要である。患者は実存的苦痛(自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛)⁽³⁰⁾⁽³³⁾が緩和されることで、自己の人生を過去・現在・未来(死後の世界)の3つの次元を統合した確かな連続性を帯びたナラティブ(物語)として再評価し、自分なりの「生きることの意味」や「死ぬことへの答え」を見出すことで、実存的安楽、つまり「(死を目の前にしている)にもかかわらず」の自己の再構築と再統合」を獲得するのではないだろうか。この実存的安楽の獲得過程は、「自己存在」を「死」と対峙させる点からしても、自己関係性が重要な役割を果たしていることは確かである。ただし、この実存的安楽もまた、完全な自己関係性からのみ得られるのではなく、医療スタッフ、家族、聖職者などが患者の実存的苦痛を支え、患者の実存的苦痛に対して共に向き合い受容するといった他者関係性を基礎に置くと考えられる。なお、スピリチュアルケアに対する取り組みは始まったばかりであり、標準的なマネジメントやケアの方も確立されておらず、多くの医療スタッフが、各自の方法を模索しながら手探りの対応を行っているのが現状である⁽¹⁴⁾。ただし、そういった状況の中、村田⁽³⁰⁾はスピリチュアルケアに関して、上述した実存的苦痛の3次元(時間性・関係性・自律性)を基礎に「ペインニーズ→アセスメント→プランニング→ケア→評価」の援助プロセスを導入したスピリチュアルカンファレンス・サマリーシート(SP-CSS)の活用を提唱してきている。また、実存的苦痛に対する新たな治療的取り組みとして、meaning centered group psychotherapy や dignity psychotherapy などが試みられ、現在、その有効性が検証されているところであり⁽²⁶⁾、今後この実存的苦痛に対するケアはより発展していくものと思われる。

- 4) リビング・ウイル: 尊厳死の宣言書とも言われ、病気の治癒が望めず死期が迫った状態になった際の「延命治療の拒否、苦痛の除去、植物状態になった時の生命維持装置の撤去」の3つを書面等で求めた本人の事前の意思⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾。

まとめ

本論では、全人的苦痛の視点から、それに対応した終末期がん患者の4つの安楽について述べてきた。ただし、4つの苦痛が相互に関連し合い全人的苦痛を構成していることから分るように、安楽もまた、個別に存在しているのではなく、それぞれが互に関連し合っていることはいうまでもない。なお、本論では、緩和ケアの対象である患者と家族のうち、患者の立場から見た安楽についてのみ論じてきた。よって今後は、終末期がん患者をもつ家族の苦痛および安楽についてのさらなる検討が必要であり、「患者」と「家族」を別個に扱うのではなく、二者を相互に影響し合う関係と捉えるグループダイナミックスの視点から、患者と家族の苦痛や安楽について検討することが重要といえる。

私が本論を執筆していた8月になると、ホスピス・緩和ケアで思い出す出来事が1つある。それは、あるホスピス・緩和ケア病棟が主催する「夏祭り」に参加した時のことである。本論の最後に、この夏祭りの思い出を記して終わりたい。

8月の中旬、夏の夕暮れ過ぎにAホスピス・緩和ケア病棟では、病院の屋上を借り、患者さんと家族、浴衣を着たホスピス病棟の看護師、医師、シスター、ボランティアスタッフなどが集まり、食事会、ヨーヨーすくいや手持ち花火、そして打ち上げ花火などが行われた。私は、その場で感じた個人としての安楽(「今、ここ」にいることの幸せ)、その場にいた全ての者が一体となったことで感じた全体としての「心地よさ」を今も鮮明に覚えている。私は、その場で同じ時を共有した「患者さんと家族の穏やかな笑顔」をこれからもずっと忘れないだろう。そして、その時に全員で見た空高く打ち上げられた“花”火は、スタッフ、患者さん、家族の中で永遠に咲き続けるだろう。

注

- 1 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ: ホスピス・緩和ケアとは. <http://www.hpcj.org/>.
- 2 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ホームページ: 一般情報 ホスピス・緩和ケアとは何ですか.

<http://www.hospat.org/what.html>.

- 3 前滝栄子, 田村恵子: 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (2) ホスピスケアにおけるナースの役割」『月刊ナーシング』2004; 24(6): 78-84.
- 4 阿部まゆみ: 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (1) ホスピスの理念—ホスピスマインドを学ぶ」『月刊ナーシング』2004; 24(4): 66-73.
- 5 中村洋美: 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (7) 症状マネジメントの実際 I 痛み①」『月刊ナーシング』2004; 24(11): 72-76.
- 6 土井千春, 佐々木智美, 志真泰夫: 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (4) 症状マネジメントの考え方」『月刊ナーシング』2004; 24(8): 54-61.
- 7 恒藤暁: 『最新医療学』, 最新医学社, 1999.
- 8 Twycross R: *Pain relief in advanced cancer*. Churchill Livingstone, 1994.
- 9 井村千鶴: 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (7) 症状マネジメントの実際 V 症状緩和」『月刊ナーシング』2005; 25(3): 72-76.
- 10 Derogatis L.R, Mirrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *the journal of the American Medical Association* 1983; 249(6): 751-757.
- 11 E. キューブラー・ロス, 鈴木晶訳: 『死ぬ瞬間—死とその過程について』. 読売新聞社, 1998.
- 12 坂口幸弘, 柏木哲夫, 山本一成, 他: 「家族・スタッフがもたらす精神的安楽—末期がん患者の視点を通して」『死の臨床』1997; 20(1): 53-58.
- 13 島根県県庁ホームページ: 島根の医療 緩和ケア 医療機関における緩和ケア・ターミナルケアマニュアル.
http://www.pref.shimane.lg.jp/life/kenko/iryu/shimaneno_iryu/kannwakea.html.
- 14 黒澤太平, 長谷川智華, 藤巻孝一郎, 他: 「「東海大学安楽死判決」の今日的意義」『昭和医学会雑誌』2004; 64(5): 451-455.
- 15 児玉聡, 前田正一, 赤林朗: 「富山県射水市民病院事件について—日本の延命治療の中止のあり方に関する一提案」『日本医事新報』2006; 4281: 79-83.
- 16 清水照美: 「「安楽死」「尊厳死」「自然死」の検証を 射水市民病院事件から考える」『Nursing Today』2006; 21(8): 74-75.
- 17 井田良: 「特集 超高齢化社会の終末ケア 終末ケアの法的ルール」『病院』2006; 65(2): 110-114.
- 18 市丸みどり, 日野原重明: 「緩和ケアと尊厳死・安楽死」『からだの科学』2002; 227: 58-61.
- 19 小原琢: 「生命倫理講義 (1) —カイザーリンク「生命の尊厳と生命の質は両立可能か」—」『天使大学紀要』

- 2003 ; 3 : 109-117 .
- 20 清水哲郎 ; 「医療現場への哲学的アプローチー生の価値という視点から」『日本歯科医師会雑誌』
1998 ; 51(2) : 11-16.
- 21 森岡恭彦 ; 「末期患者に対する医療の倫理 - 現状とその考え方」『日本医師会雑誌』2001;126(6): 833-
845.
- 22 小西恵美子 , デービス . J : 「医療者・生命倫理学者がみる末期ケアの倫理問題」『生命倫理』 2002 ;12
(1): 19-24 .
- 23 Christian Byk ; 「尊厳死と安楽死ーヨーロッパの比較アプローチ」『医療・生命と倫理・社会』 2007 ; 6 :
44-56.
- 24 柳堀素雅子 ; 「オランダにおける安楽死 - その背景と実態の分析」『医学哲学医学倫理』 2002 ; 20 :
16-29.
- 25 五十靖彦 ; 「公開講演 死や臨死をめぐるオランダの実情」『日本哲学医学倫理』2004 ; 22 : 127-136.
- 26 明智龍男 ; 「希死念慮を有するがん患者の治療およびケア」『総合病院精神医学』2005 ; 17(3) :
241-252.
- 27 Asai A ,Ohnishi M , Nagata S K, Noritoshi , et al : Doctors' and nurses' attitudes toward and experiences of
voluntary euthanasia;Survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical
Ethics* 2001 ; 27(5) : 324-330.
- 28 Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S and Shima Y: Desire for death and requests to hasten death of japanese
terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*
2004 ; 27(1) : 44-52 .
- 29 森田達也 , 角田純一 , 井上聡 , 他 ; 「終末期癌患者の実存的苦痛 研究の動向」『精神医学』1999 ; 41(9) :
995-1002.
- 30 村田久行 ; 「生涯教育シリーズ ホスピスケア (6) スピリチュアルケアの理念と実際」『月刊ナーシング』
2004 ; 24(10) : 72-79.
- 31 Chochinov HM,Hack T,Hassard T,et al;Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychomatics* 2005 ;
46(1) : 7-10.
- 32 Rumbold B : Spiritual dimensions in palliative care, Hodder P & Turley A (ed) : *The creative option of palliative care;*
A manual for health professionals, Melbourne City mission ,1989 : 110-127.
- 33 Murata H: Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer;Construction of a conceptual framework by
philosophical approach. *Palliative and Supportive Care* 2003 ; 1(1) , 15-21.

