OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	死を見つめて : ホスピスの窓から
Author(s)	山本, 一成; 柏木, 哲夫
Citation	大阪大学人間科学部紀要. 1995, 21, p. 199-221
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/7862
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

死 を 見 つ め て

—ホスピスの窓から—

山本 一成・柏木 哲夫

目 次

はじめに
1 ホスピスとは
2 ホスピス開設後10年間の基礎的データのまとめ
3 死にゆく人の精神的問題
4 死亡時の患者の態度
5 ホスピス・ケアにおける全人的アプローチ：音楽療法
6 家族の「死の受容」とその援助
7 まとめおよび考察
おわりに

死を見つめて

－ホスピスの窓から－

山本一成・柏木哲夫

「世の中が平和でも、戦争がなくても
人は死にます
必ず死にます
その時に　生まれてきてよかった
生きてきてよかったと思いながら
死ぬことができるでしょうか
そう思って死ぬことを
大往生といいます」

永　六輔著「大往生」より

はじめに

永六輔著の「大往生」という本がベストセラーになっている。このようなタイトルの本がよく売れるということは、多くの日本人が「大往生」に憧れているからだろうか。「大往生」という言葉の響きのなかには、老年になり人生でなすべきことを立派に果たし、住み慣れた家で子供や孫たちに見守られながら、この世に悔いを残さず、苦しむことなく眠るようにあの世に旅立つようなイメージがある。1977年（昭和52年）に病院死が家庭死を上回って以後、病院死が増加し続けている。1981年（昭和56年）には癌が日本人の死因の第１位となり、およそ４人に１人の人が癌で死亡している現在、癌による死亡者の90％以上は病院で死を迎えている。しかし、残念ながら現在の日本の病院は、死を迎えるのにふさわしい場所とは言えない。病院は、病気を診断、治療して延命することを最優先するようなシステムのもとに運営されている。そのために多くの末期癌患者は、病院で最期まで検査や治療を受けながら、医療器械に囲まれて死を迎えるか、あるいは多忙な病院の治療システムのなかで取り残され、不安や孤独の中で死を迎えることになる。誰でも苦痛のない安らかな死を迎えたいと願っているが、「大往生」は古き良き時代の話になりつつある。

近年、病院でのこのような末期医療のあり方が問われ、ホスピスやターミナルケアの重要性が浮かび上がってきている。特にここ数年、日本においてホスピスのことが人々の注目を引いている。医学や看護の分野のみならず一般の人々の関心も高い。その理由にはいろいろあるが、ホスピスケアが目指しているものが人々の希望に添うからであると思われる。

1．　ホスピスとは

ホスピスとは何かを的確に定義することは難しいが、ホスピスの根本精神とでも言えるものをいくつかあげてみると次のようになる。すなわち、治療中心の病院と違って、ホスピスは末期にある人が、人間としての尊厳を保ち、最後まで生ききるのを援助する。ホスピスは死を誰にでも必ず訪れる人生の自然な出来事として受けとり、死を否定的にとらえることをしない。ホスピスは末期患者とその家族のためのプログラムである。ホスピスは患者と家族とスタッフがお互いに支え合う共同社会である。

ホスピスもホスピタルも、もとは同じホスピティウム（Hospitium）というラテン語から出ている。もともと、この言葉は、中世ヨーロッパで、巡礼や旅人たちを休ませたり泊めたりする施設を指すもので、多くの場合、各地の修道院がそれにあたっていた。

近代的ホスピスの始まりは、1967年イギリスのロンドンに、シシリー・ソンダースによって設立されたセント・クリストファー・ホスピスである。その後ホスピスは世界中に広まってきている。現在、アメリカに約2000、イギリスにも約200のホスピスがあり、それぞれ独自の活動を行っている。

日本に初めてホスピスが紹介されたのは1977年であった。専門施設はもたなかったが初めてホスピスプログラムがスタートしたのは1973年（淀川キリスト教病院）であり、施設としての第1号は1981年（聖隷ホスピス）であった。その後徐々にホスピスがつくられてきているが、目下建設中、もしくは準備段階のところを含めても、まだやっと20カ所くらいしかない。

ホスピスがケアの手をさしのべてきた人々はその時代時代によって異なる。ハンセン病が猛威をふるっていた時代には、ハンセン病で亡くなる人々に援助の手を差しのべた。また結核がまだ死に至る病気であったときは、結核で亡くなる人々をケアした。近代的なホスピスがそのケアの対象としているのはおもに末期の癌患者である。さらに最近エイズが世界的な問題になりつつあるが、英米ではエイズ専門のホスピスがあり、21世紀のホスピスの動きは癌からエイズに移っていくかもしれない。

2．　ホスピス開設後10年間の基礎的データのまとめ

淀川キリスト教病院にホスピスが開設されたのは1984年4月で、今年（1994年）で10年余り経過した。このたび過去10年間の基礎的データをまとめた。

1984年4月から1994年3月までの10年間に淀川キリスト教病院ホスピスで死亡した患者1656名を対象とした。調査内容は、性別、年齢、病名（癌の原発巣）、転移部位、入院経路、入院時主訴、入院時の病名およびホスピス認知、結婚歴、宗教、在院日数についてであり、それらの集計を行ったので、その結果を以下に示す。

1）ホスピス開設以来、死亡患者数は次第に増加し、90年以後は年間200名を越えるようになった（図1）。性別では男女ほぼ同数である。

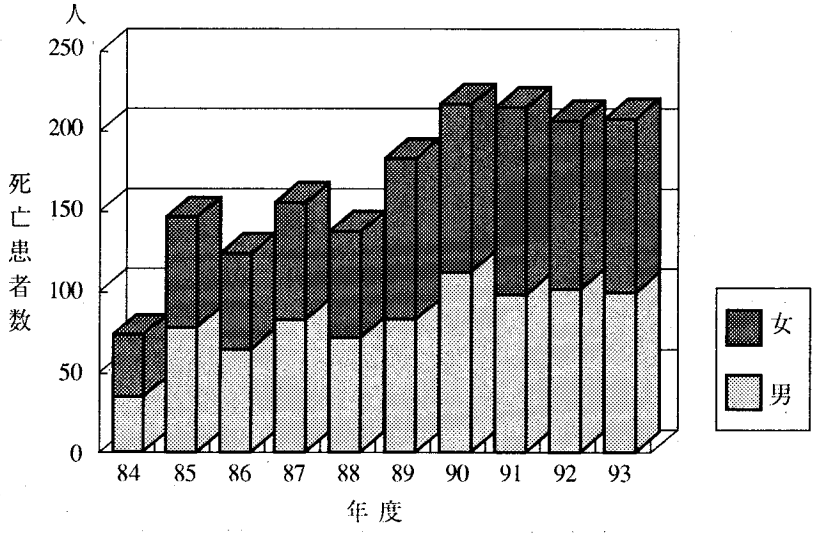

図1　死亡患者数の10年間の推移

2）年齢は、最年少が9歳、最年長は96歳で、60歳代を中心にほぼ正規分布している（図2-1）。

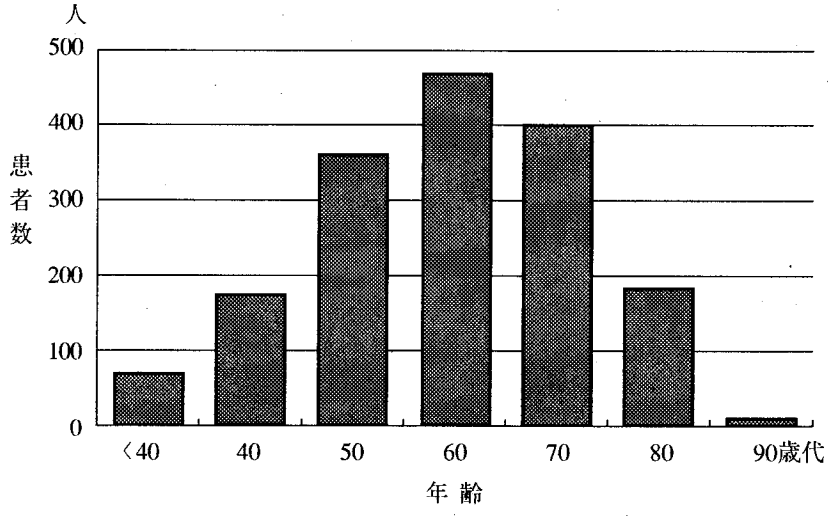

図2-1　患者の年齢分布

平均年齢は64歳前後（男64.3歳、女63.1歳）で、この10年間あまり大きな変化はみられない（図2-2）。

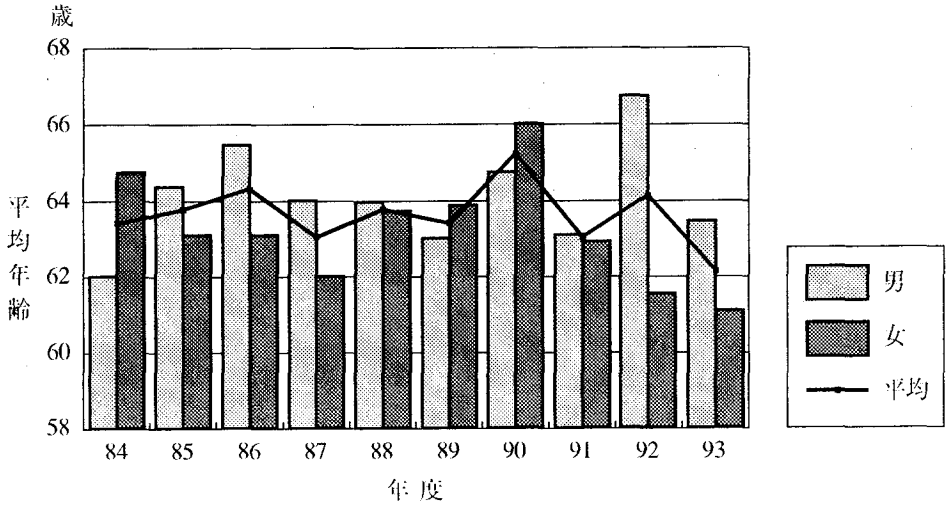

図2-2　平均年齢の推移

3）癌の原発巣は、男性では、胃、肺、肝、大腸の順に多く（図3-1）、女性では、胃、乳房、大腸、肺、子宮の順に多くみられた（図3-2）。

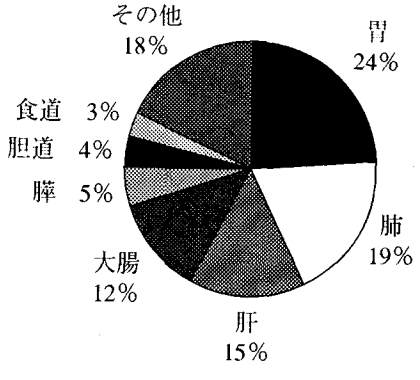

図3-1　癌の原発巣（男性）

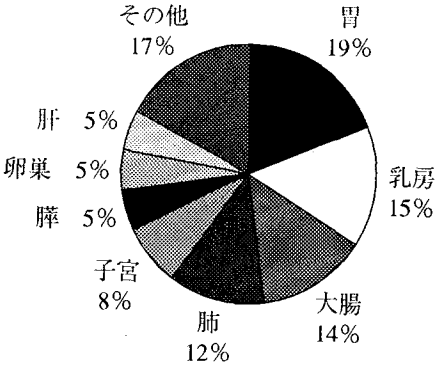

図3-2　癌の原発巣（女性）

ホスピスで最も多い癌である胃、肺、大腸、肝、乳房について、10年間の推移を調べると、図3-3のように、肺、大腸、乳房は増加傾向、胃、肝はやや減少傾向が見られる。

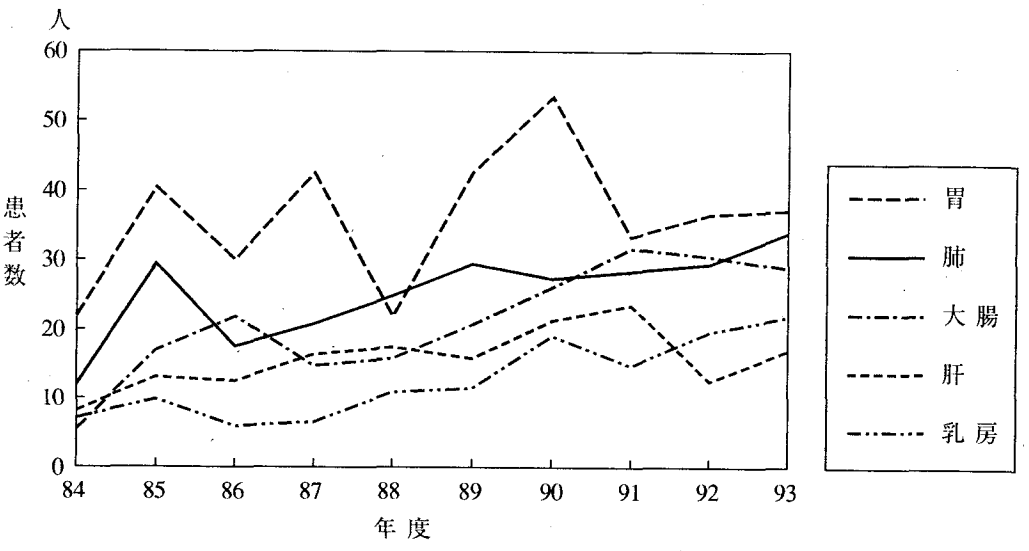

図3-3　癌の原発巣の推移

4）転移部位は、骨、肝、肺、腹膜、脳の順で多かった（図4）。

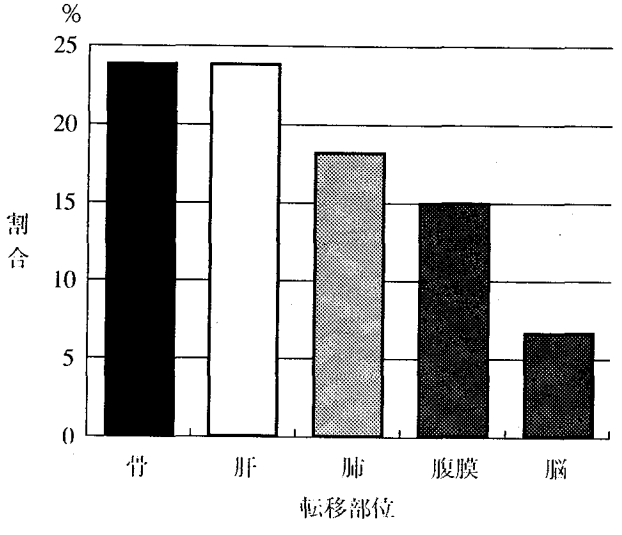

図4　癌の転移部位の割合

5）入院経路については図5のように、初期には他院からが比較的多かったが、最近は自宅からが増える傾向にある。ホスピスを一度退院してから再入院してくる人が増えているのがその理由と考えられる。

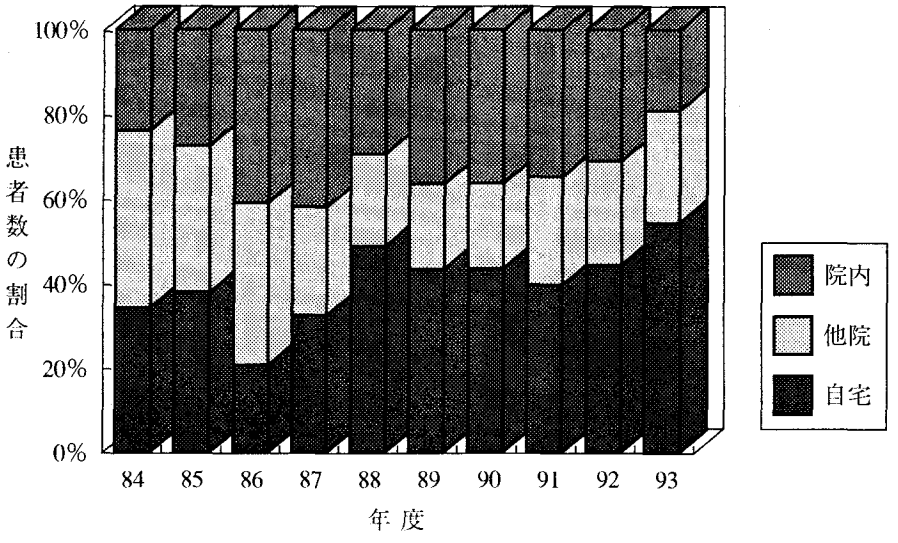

図5　入院経路の推移

6）入院時主訴では、痛みが一番で約60%に見られた。次いで、食欲不振、全身倦怠感、腹部不快・膨満感、悪心・嘔吐、呼吸困難などの訴えが多かった（図6）。

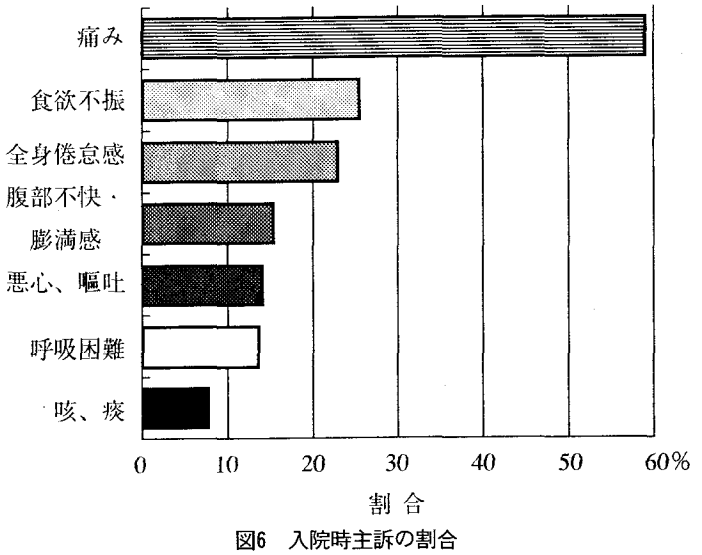

図6　入院時主訴の割合

7）入院時の病名およびホスピス認知に関しては、どちらも年々増加傾向にあり（図7-1）、初期の頃はおよそ30％であったが、最近は60％近くになってきている。

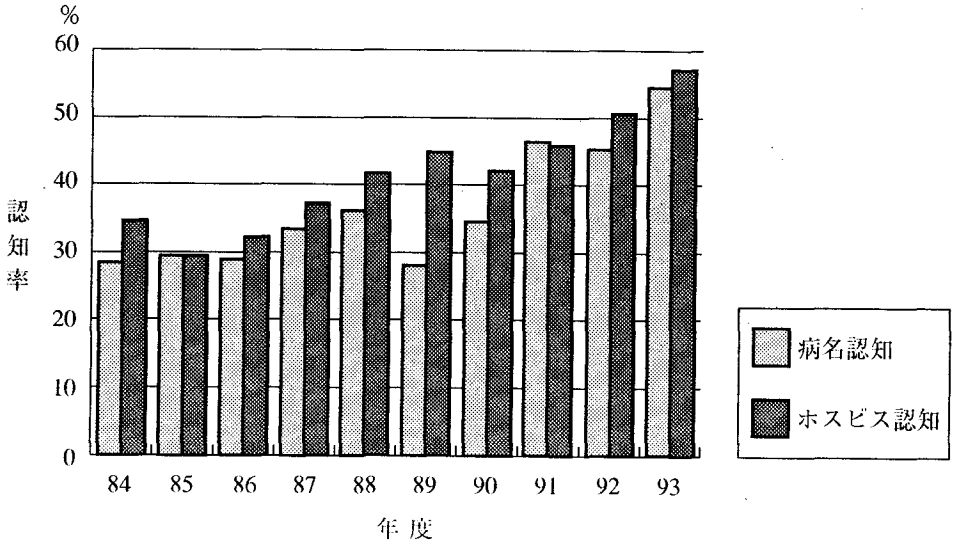

図7-1　入院時の病名およびホスピス認知率の推移

原発巣と病名認知の関係は図7-2のように、乳房が飛び抜けて認知率が高く80％近くであった。それに、子宮、卵巣と続き、女性に特有のがんに病名の認知率が高い。逆に胆道や膵では認知率は低かった。

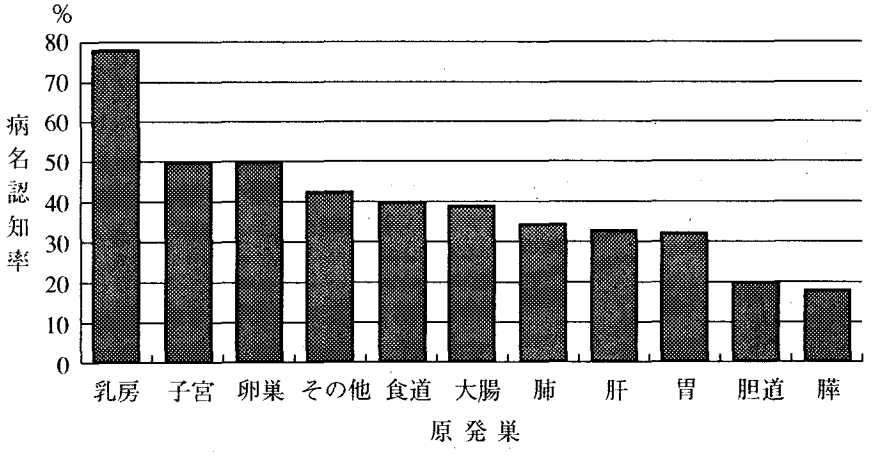

図7-2　原発巣と病名認知率

入院経路と病名認知の関係を調べると、自宅からが認知率が高く、その次が他院からで、院内からの認知率が一番低かった。そして図7-3のように、他院からと院内からは、年々、病名認知率が上昇してきている。

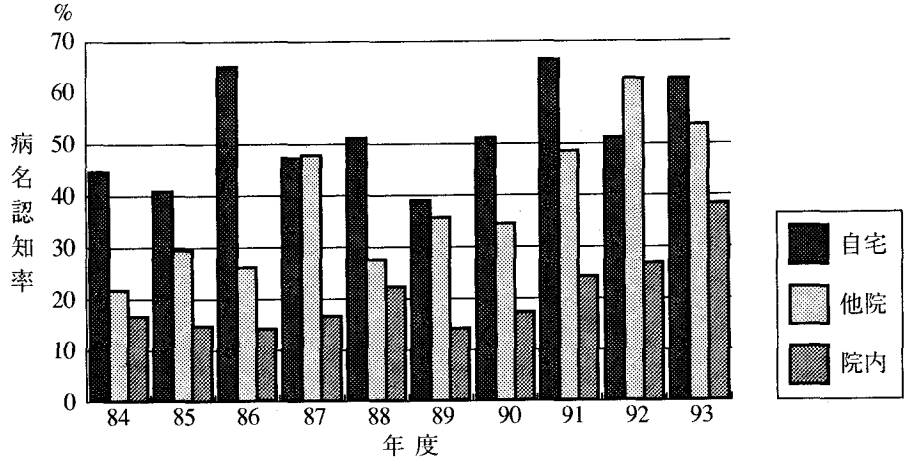

図7-3　入院経路別病名認知率の推移

8）結婚歴では、男性は結婚が78％と大部分を占め、死別が10％であった。女性の場合は、結婚が45％に対し死別が35％と多かった（図８）。

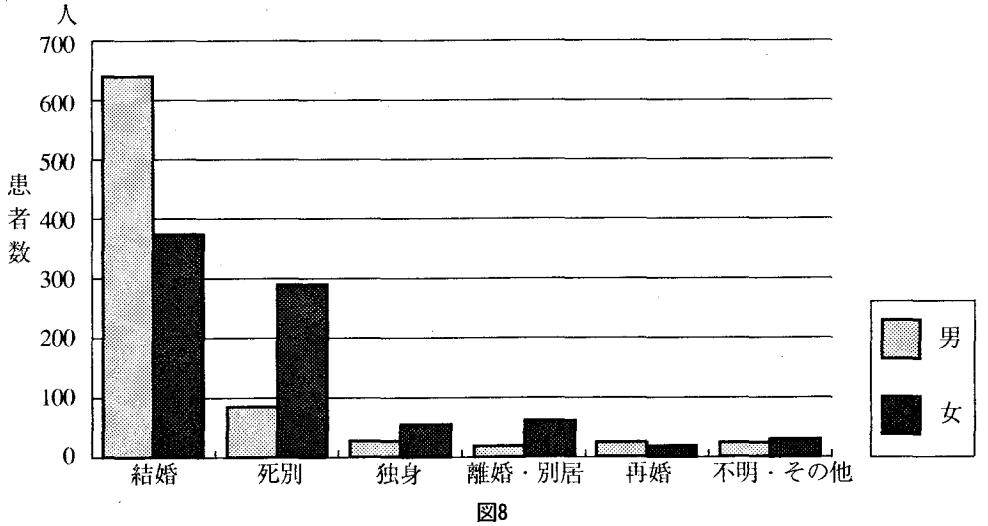

図8

9）宗教は、特になしが最も多く、次いで仏教、キリスト教の順であった（図9）。

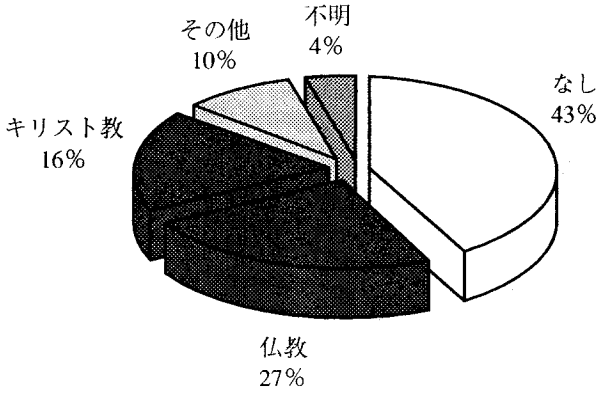

図9　宗教

10）平均在院日数は図10-1のように、初期の頃は約50日であったのが年々短くなってきており、最近は30日前後である。男女別にみると、女性のほうが男性より10日あまり長い（男32.0日、女42.6日）。

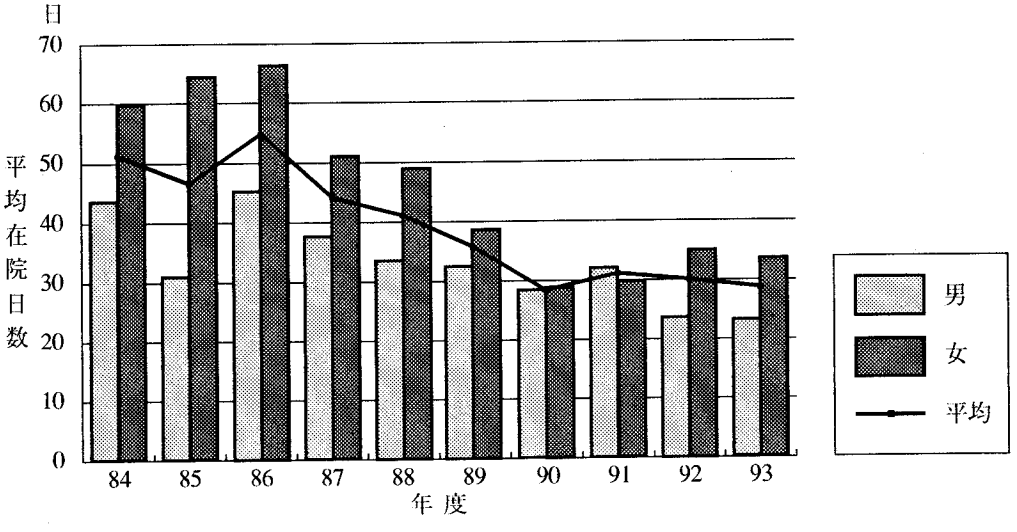

図10-1　平均在院日数の推移

その理由はいろいろ考えられるが、図10-2のように子宮、卵巣、乳房のような女性特有の癌の平均在院日数は他の癌に比べ長く、またそのほかのほとんどすべての癌においても、女性の方が平均在院日数が長いことがその理由の一つと考えられる。また先に、女性特有の癌に病名認知率が高いことを示したが、病名を知っているためぎりぎりになってではなく、むしろすこし早めにホスピスに入院してくるのではないかとも考えられる。結婚歴でも、女性の場合は配偶者を亡くした人や離婚、独身者が割と多く、世話をしてくれる人がないため早めに入院してくることも考えられる。

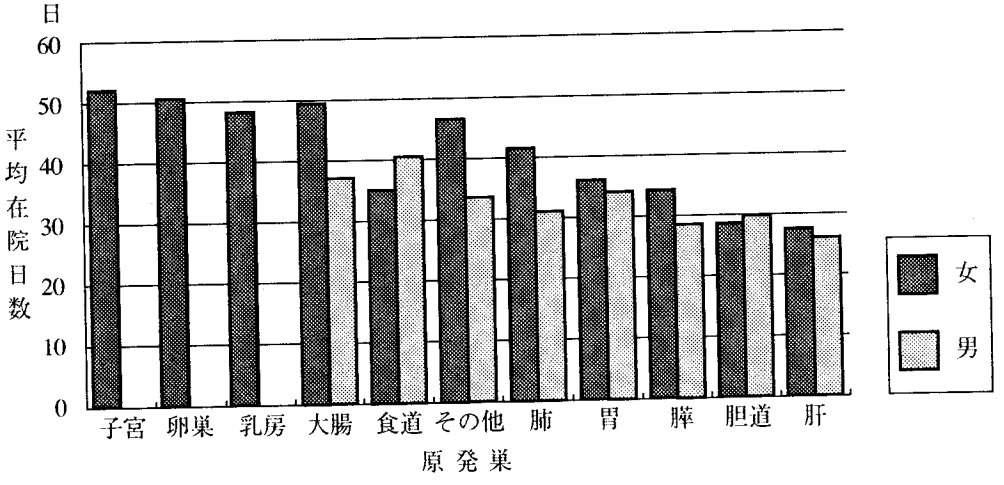

図10-2　原発巣と平均在院日数

入院経路と平均在院日数の関係を調べると、自宅からと院内からが、他院からに比べ平均在院日数が短い（図10-3）。これは、自宅からの場合は、ぎりぎりまで家でがんばることと、院内からの場合は、病名の認知率が低いため、患者の理解を得てホスピスに移すのがどうしても遅くなることが関係していると思われる。

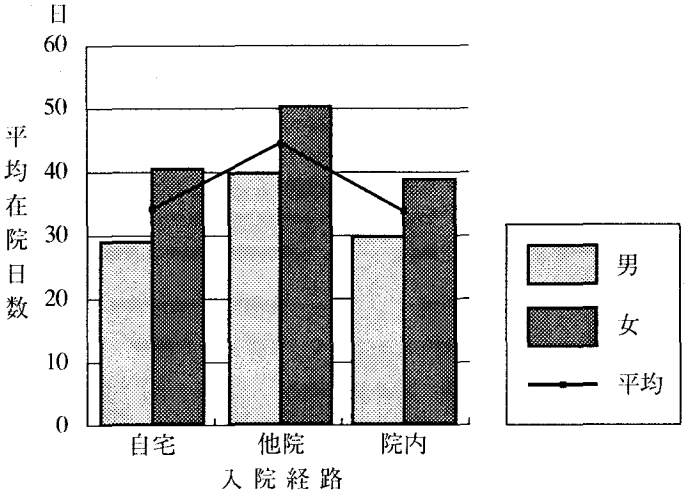

図10-3　入院経路と平均在院日数

3．　死にゆく人の精神的問題

前述のように、入院時主訴の大部分は身体的症状であり、精神的なことが出てくることは少ない。しかし、痛みその他の身体的症状が適切にコントロールされると、患者の精神的問題が現われてくる。

患者66名を対象としホスピス入院中に現れた精神症状を調査した結果を紹介したい。

表1に示すように、精神症状特になしは19.7%で、約80%の患者に何らかの精神症状が見られたことになる。最も多かったのがいらだちで37.9%、次が不穏で25.8%、3番目が不安で24.2%、以下、混乱、さびしさ、ぼけ、孤独感、ひきこもり、幻覚・妄想、うつ、怒りの順番であった。従来、欧米の研究によると癌末期患者は、不安、うつ、怒りが多いとされているが、我々の調査結果では、うつと怒りは比較的少なかった。

表1　ホスピス入院中の精神症状

いらだち	37.9%	うつ	12.1%
不穏	25.8	怒り	12.1
不安	24.2	恐れ	9.1
混乱	22.7	拒絶	3.0
さびしさ	19.7	躁状態	1.5
ぼけ	16.7	自殺念慮	1.5
孤独感	13.6	退行	1.5
ひきこもり	13.6	その他	6.1
幻覚・妄想	13.6	特になし	19.7

精神症状の出現率と性別の関係を図11に示す。いらだちと不安は男女間に大きな差はみられなかったが、不穏に関しては女性にくらべ男性に多かった。その理由の一つは、男性には肝癌が多く肝性脳症などが現れやすいためではないかと思われる。

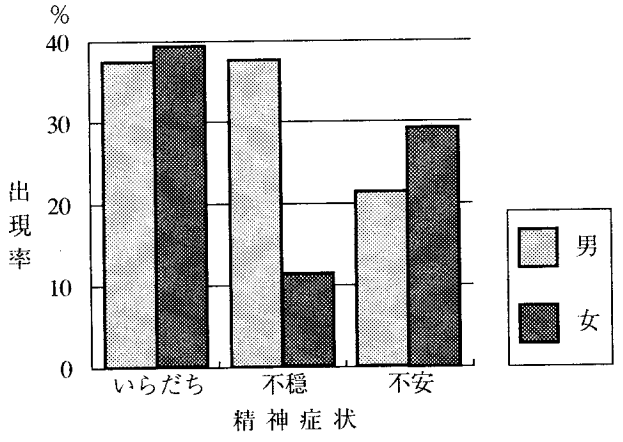

図11　精神症状の出現率と性別

年齢別にいらだちの出現率を調べると、図12のように、50才代に最も多く、その55%にみられた。社会的責任が最も重い年代である50歳代の人にとっては、他の年代の人に比べ、死の受容が困難であることなどが関係しているのではないかと推測される。

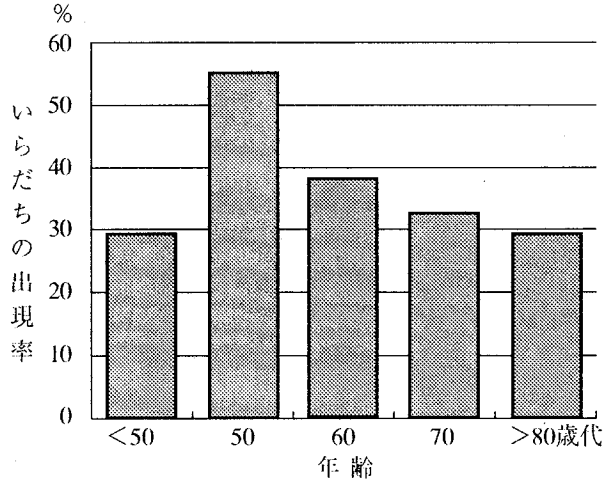

図12　年齢といらだちの出現率

病名認知といらだちの関係を調べると、図13のように、病名をある程度知っている人の63%にいらだちがみられ、病名をほとんど知らないかあるいはよく知っている人に比べ多かった。これは、ある程度知っている人は癌ではないかとの疑念をもっていて、それがいらだちと結びつくためと考えられる。

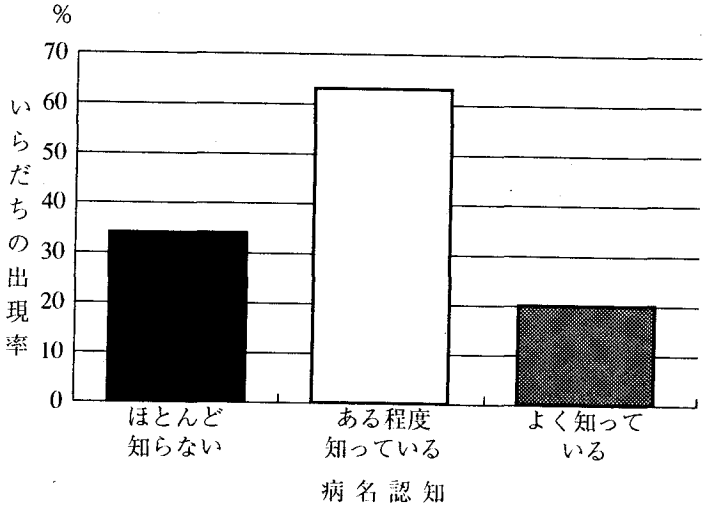

図13　病名認知といらだちの出現率

4．　死亡時の患者の態度

患者が死をどのように受けとめたか、すなわち、どのような死に方をしたかを判断するのは難しい。患者の死を次のように5つに分類し、79名の患者につき死亡時の態度を判定した。

1. あきらめの死：あきらめて亡くなった場合
2. 受容の死：かなり平静に死を受け入れて亡くなった場合
3. 闘いの死：病気と最後まで闘って亡くなった場合
4. 否定の死：死ぬことを否定しながら亡くなった場合
5. その他：長期の意識障害や急変などのため、死亡時の態度の判断ができなかった場合

表2　患者の死亡時の態度

あきらめの死	31名(39.2%)
受容の死	25　(31.6　)
闘いの死	4　(　5.1　)
否定の死	2　(　2.5　)
その他	17　(21.5　)

表2のように、あきらめの死がいちばん多く39.2%であり、ついで受容の死の31.6%であった。闘いの死と否定の死は比較的少なかった。

どのような死を「受容の死」とし、どのような死を「あきらめの死」とするかはむずかしい問題である。受容には死を受け入れるという積極性がみられる。その状態は看取る者に何か温かさを感じさせる。受容して亡くなった患者の死後、これでよかったのだという、一種さわやかさに似た心の澄みが残る。あきらめとは絶望的な放棄といえる。受容には積極性がみられるが、あきらめとは消極的な態度である。あきらめは、看取るものに患者の心の状態から、何か

冷たさを感じさせる。受容は人間的連続性があるが、あきらめは人間的非連続性とでもいえる感じである。あきらめの死を迎えた患者の場合、その死後何かもやもやした、やるせない心の濁りが残る。しかし、受容とあきらめはそれほどはっきりとわかれるものではなく、受容ともあきらめともつかない状態で死を迎える患者もあることはもちろんである。

死を受容するということと、病名を知っているということにはどのような関係があるのであろうか。受容の死をとげた25名の患者について、死亡時に病名を知っていたかどうかを調べたのが表3である。この表からわかるように、受容の死をとげた25名の患者のうち、病名をほとんど知らなかったのは2名にすぎない。あとの23名（92.0%）は程度の差こそあれ、病名を知っている。このことから、死を受容するためには病名を知っていることが必要であるといえる。

表3　受容の死と病名認知

よく知っている	15名
かなり知っている	5
少し知っている	3
ほとんど知らない	2

死の受容と宗教との関係を調べてみると、何らかの宗教をもっていた患者38名のうち、死を受容した患者は16名（42.1%）で、宗教をもっていなかった患者36名のうち、死を受容した患者は9名（25.0%）であった。人数が少ないので断定的なことはいえないが、死の受容のために宗教が大切な役割を果たしていることは確かである。

5．　ホスピス・ケアにおける全人的アプローチ：音楽療法

セント・クリストファー・ホスピスを創設したシシリー・ソンダースは、末期癌患者の持つ痛みを全人的痛み（Total Pain）と呼んで いる。すなわち、末期癌患者は身体的痛みだけでなく、不安、うつなどの精神的痛み、孤独や人間関係などの社会的痛み、そして、人生の意味や死への恐れなどの霊的痛み（Spiritual Pain）を持っている。これら4つの痛みが複雑にからみあったのが全人的痛みである。

ターミナルケアにおける音楽療法の目的は、このような末期患者の全人的痛みをやわらげ、最後まで充実して生きられるよう援助することである。

ホスピスでは、医師、ナース、ソーシャルワーカー、牧師、理学療法士、作業療法士、ボランティアなどからなるチームを組んで、ケアに携わっている。欧米のホスピスでは、特別の訓練を積んだ音楽療法士がチームのメンバーとして参加し、大切な働きをしている。淀川キリスト教病院ホスピスには、専門の音楽療法士はいないが、定期的に催されるお茶会や音楽会で合唱したり、カラオケ大会で歌ったりする機会がある。またベッドサイドで、患者さんの好きな曲を一緒に歌う場合もある。音楽のカセットテープやCDを利用することも多い。

ホスピスでの経験をもとにして、ターミナルケアにおける音楽療法の効用を、全人的な視点

からまとめると以下のようになる。

1）まず身体的には、からだをリラックスさせ、痛みを減らし、身体的活動を促進する。

2）次に精神的には、気分を落ち着かせ、不安やうつなどの症状を軽くする。言葉では表現しにくい感情でも音楽によって相手に伝えることができる。あるいは音楽は対話の糸口となり、コミニュケーションの改善にもつながる。また、なつかしい音楽は過去のいろいろな思い出をよみがえらせ、人生をふりかえるきっかけを与えてくれる。

3）社会的には、みんなと一緒に歌うと連帯感を生じ、他の患者たちと親しくなりやすい。孤独になりがちな患者を助け、また家族や他の人々との心の交流が生まれる。さらに、家族の悲しみを癒し、彼らが立ち直っていく上でも大切な働きをする。

4）霊的には、音楽は人の無意識にも働きかけ、人生の意味を見いだす手がかりを与えてくれる。また音楽によって魂の平安を取り戻すことが出来、死の恐怖が和らげられる。さらに、永遠性への希望にもつながることがある。

このように音楽療法は人に全人的に働きかけるので、ホスピスケアにおいても注目されるようになってきている。

6．　家族の「死の受容」とその援助

末期癌患者をかかえた家族は、様々な問題と直面している。看病疲れ、患者をとりまく人間関係、経済的問題、延命を望む気持ちと早く楽にしてあげたいという気持ちとの葛藤、予期悲嘆、病名告知などである。精神的問題として、不安、いらだち、怒りなどが見られる。家族のなかには、患者の死を、特に大きな問題なく受容する家族と、なかなか受容できない家族とがある。そのような家族を比較検討し、どのような要因が、家族の「死の受容」に関するかということと、また受容を援助するにはどのようなケアが必要かということについて、調査検討を行った。

患者101名とその家族を対象とし、患者について、a）年齢、性別、b）癌の発病からの期間、c）ホスピス在院日数、入院回数、d）入院時の病名認知、ホスピス認知、e）入院中の病名告知、予後認知、f）急変の有無、など患者背景を調べ、また主な家族については、a）患者との続柄、b）年齢、c）問題となった性格特性、など家族背景や、さらに、d）主な家族の「死の受容」、e）死の受容への援助、について検討した。主な家族とは、患者にとって精神的支えとなり、介護や病状説明において中心となる人（いわゆるキーパーソン）を指す。

主な家族のうち78名（77.2%）は、ホスピス入院時すでに患者の死を受容しいた。このように受容率が高いのは、家族がホスピス入院を決意するまでに、さまざまな精神的葛藤や悲嘆を経て、それらを乗り越えてきているためではないかと思われる。

入院時まだ「死の受容」ができていなかった主な家族は23名（22.8%）であったが、そのうち22名は最後には受容し、1名は最後まで受容できなかった。

家族の「死の受容」に関連があったのは、癌の発病からの期間で、期間が短いほうが一般に受容が困難であった。すなわち、死を受容していた家族の場合、癌の発病からの期間は平均27.5カ月（中央値13.5カ月）であり、死を受容していなかった家族の場合は、平均14.7カ月（中央値7.0カ月）で有意差が（$P<0.05$）が認められた。また、統計的有意差は認めなかったが、患者の年齢の若いほうが「死の受容」が困難である傾向がみられた。患者との続柄では、夫婦の方が親子より受容しにくい傾向があった。

「死の受容」ができていない家族に対する援助のなかで、大切なことは、「症状のコントロール」（82.6%）、「家族との十分なコミュニケーション」（69.6%）、「家族間の調整」（39.1%）、「家族の患者ケアへの参加」（34.8%）などであった。このことから、末期癌患者が苦痛の中で死を迎えるか、あるいは苦痛なく安らかに息をひきとるかということは、家族の「死の受容」に重要な意味を持っていることがわかる。さらに、家族と十分なコミュニケーションをはかり、家族のかかえる様々な問題に援助の手をさしのべることも必要である。

7．　まとめおよび考察

以上、ホスピスの10年間の基礎的データならびにホスピスケアについて示した。それらをもとに考察を行ったので以下に述べる。

1）症状のコントロール

末期癌の患者は、痛み、食欲不振、全身倦怠感、腹部不快・膨満感、悪心・嘔吐、呼吸困難、不眠、便秘など多くの不快な症状に悩まされる。ホスピスへ入院してきた患者がまず望むのは、不快な症状のコントロールである。痛みをはじめとする不快な症状のコントロールは、ホスピスケアにおいて非常に重要な位置を占める。癌末期の身体的痛みに対しては特別の鎮痛法が工夫されている。ホスピスでは、経口のモルヒネ剤の定時投与が疼痛管理の中心となる。経口投与が不可能な場合は、持続皮下注という便利な方法がある。このような鎮痛法により、副作用、習慣性、依存性などほとんどなしに満足すべき鎮痛効果が得られる。冷たい機械類に囲まれて、ただ肉体的に長く生き続けるよりも、最後まで意識と尊厳を保ち、充実した人生を送りたいと考える人にとって、症状のコントロールは欠かせない。

2）全人的アプローチ

癌の末期に何らかの精神症状を示す患者は約80%もあり、患者を精神的に支えることは、ホスピスケアの中で身体症状のコントロールと同じく非常に大切である。その場合、安易な励ましを避け、理解的態度で、ベッドサイドに座り込んで、十分な時間をとって、患者の言葉に耳を傾ける必要がある。精神症状が重いときは、向精神薬を用いることもある。

いくら身体的症状がコントロールされ、精神的にいらだちやうつ状態から開放されても、死を受容していくことはむずかしい。前述のデータでも示したように、死を受け入れる上で宗教は大切な役割を果たしている。ホスピスでは、宗教的、霊的ケアの重要性にしばしば気づかさ

れる。また、末期になってからはじめて死をみつめるのでは少し遅いので、もっと早い時期から生と死について考えておくことが大切である。そのためにも死への準備教育の普及が望まれる。

死にゆく患者への全人的アプローチとして、音楽療法が期待されている。欧米のホスピスのように、今後わが国においても、音楽療法士が患者の魂にふれる音楽を提供できるような日が早く来ることを願っている。

3）訪問看護の充実

ホスピスで死亡する患者数が年々増加して、4年前に年間200名を越えてから、その数は横這いである。一方、平均在院日数は年々短くなってきており、その理由の一つとして訪問看護の充実が考えられる。末期と思って入院してきた患者が、症状のコントロールが適切になされると、退院できる場合が少なくない。

癌患者が自宅で死を迎えることができるためには、種々の条件が満たされなければならない。患者の希望、家族の受け入れ体制、苦痛のコントロールが自宅で可能であること、緊急時に専門家の介入が可能であること、などが必要である。訪問看護がシステムとして確立されれば、家庭での死は増加していくと思われる。

4）家族のケア

末期癌患者を持つ家族は、肉親を失なうという悲しみ、患者が痛み苦しむことへの不安、看病疲れなど多くの苦悩をかかえている。そこで、ホスピスにおいては、患者のケアとともに家族のケアが重要になる。

家族のケアの中心は、（1）悲しみを十分に表現できるように援助すること、（2）患者の死を家族が受容できるように援助することの2点である。末期患者の家族は予期悲嘆のプロセスを経験する。患者の死を予期して悲しい想いを抱くわけである。この時期、悲しいのは当然で、その悲しみを十分表現していいのですよということが、家族に伝わるような接し方をする必要がある。時には家族が十分泣けるように、部屋を用意してあげることも大切になる。

死の受容を援助することは、それほど容易なことではない。ホスピスのスタッフがいくら努力しても、なかなか患者の死を受け入れられない家族が存在する。患者の死が受け入れられるかどうかは、癌の発病からの期間、患者の年齢、それまでの患者と家族の関係などに大きく依存する。しかし、家族とのコミュニケーションを重視し、「つらいことですが、残り時間が短いようです。心の準備が必要のようです。」というような言葉かけを情を込めてしていくことにより、家族の受容が進むことも経験している。

死の受容ができた家族は、死別後の悲嘆のプロセスも乗り越えていることができると考えられる。一方、死の受容ができなかった家族は、死別後の悲嘆からなかなか立ち直れなかったり、身体的および精神的に問題が出てくる可能性があるので、死別後の援助も必要である。欧米のホスピスでは、患者の死後、遺族を続けてケアしていくことが、ホスピスの働きの中でかなり重要視されている。淀川キリスト教病院ホスピスでも、定期的に遺族へ便りを出したり、電話

をかけたりする。時には訪問することもある。患者の死後もホスピスを訪ねてくれる遺族もある。また、年に一度、ホスピスで亡くなった患者の遺族をホスピスに招待し、スタッフの手作りの食べ物を囲んで、思い出を語り合う会が開かれる。これも大切な家族のケアである。

おわりに

癌で死亡する人が年々増加している中で、一般の人々はホスピスの必要性を強く感じている。今、日本の各地で、ホスピス設立の動きが着実に進んでいる。ホスピスの普及により、人生最後の時を苦痛なく、その人らしく過ごせるようになることが望まれる。

一方、癌になろうがなるまいが、死は誰にでも必ず訪れる、避けられない現実である。したがって私たちは、いつかは自分自身の死に直面せざるを得ない。そのため、日頃から死を身近な問題として捉らえ、死への準備をしておきたいものである。

参考文献

永　六輔　1994　大往生　岩波書店

柏木哲夫　1989　臨死医療　糸魚川直祐・北原隆編　生命科学と心理学　福村出版

山崎章郎　1990　病院で死ぬということ　主婦の友社

山本一成，柏木哲夫　1988　ホスピスという施設における終末期ケア　Pharma Medica　6（5）：41－44.

Kenneth P.Cohen　1979　HOSPICE　Aspen Systems Corporation　斎藤武，柏木哲夫訳　1982　ホスピス　医学書院

山本一成，斎藤淳子，柏木哲夫　1987　ホスピスにおける末期患者の精神症状　淀川キリスト教病院学術雑誌　4（1）：10－11.

柏木哲夫　1983　生と死を支える　朝日新聞社

Elisabeth Kübler-Ross　1969　On Death and Dying　Macmillan Company　川口正吉訳　1971　死ぬ瞬間　読売新聞社

山本一成，柏木哲夫，石森携子，浅井由美子，今村美智子　1986　ホスピスケア1年半の総括と今後の展望　死の臨床　9（1）：32－34.

柏木哲夫　1986　死にゆく患者と家族への援助　医学書院

山本一成，斎藤淳子，柏木哲夫　1988　ホスピスでケアした患者の実態－3年間の基礎的データー　死の臨床　11（1）：52－54.

Cicely M.Saunders Ed.　1978　The Management of Terminal Disease　Edward Arnold

山本一成　1993　ターミナルケアと音楽療法　心身医学　33（1）：25－28.

柏木哲夫，山本一成　1993　末期癌患者と家族の精神問題－家族の「死の受容」とその援助－　平成4年度「終末期がん患者の集学的・総括的医療に関する研究報告書」（主任研究者　村上國男）厚生省がん研究助成金（課題番号　3-36）109－119.

山本一成，林章敏，恒籐暁，柏木哲夫　1993　モルヒネ長期使用（6年7カ月）の一症例　ターミナルケア　3（1）：35－38.

柏木哲夫　1994　末期癌患者の治療におけるホスピスとその意義　臨床成人病　24（8）：1092－1095.

アルフォンス・デーケン　1986　死への準備教育　第一巻「死を教える」　メヂカルフレンド社

Looking at the Dying Through the Window of a Hospice

Kazunari YAMAMOTO and Tetsuo KASHIWAGI

In our country over two hundred-thousand people die of cancer each year. Over 90% of all cancer patients die in general hospitals. There are limitations to giving appropriate care to terminally ill patients in the atmosphere of general hospitals for acute illnesses. Hospices provide an environment developed specifically to meet the needs of the dying patient and his or her family.

It has been about 10 years since a hospice was opened in 1984 at the Yodogawa Christian Hospital. The total number of deaths in the hospice was 1656. Almost all the patients had advanced cancer. The most common origin of the cancer was the stomach, followed by the lungs, large intestine, liver, breast, etc. Awareness among patients of their diagnosis and that they are in a hospice is increasing. The average length of stay has become shorter year by year.

Terminal cancer patients have many symptoms: pain, loss of appetite, general fatigue, abdominal discomfort, nausea and vomiting, dyspnea, and so on. So pain control is very important in hospice care. Most pain is relieved with Morphine given orally. Symptom control is indispensable for the terminal patient to live fully keeping his or her dignity.

At the terminal stage about 80% of all patients show some psychological symptoms such as irritability, agitation, anxiety. So psychological care is as important as symptom control is. In psychological care, it is necessary to listen to the patient carefully sitting at his or her bedside with sympathetic and understanding attitude.

Even if symptom control and psychological care are done well, it is hard to accept death. Religious and spiritual support play important roles. It is little late to face one's own death at the terminal stage, so it is necessary to consider death from an earlier time. To the end the spread of death education is hoped for.

Hospice care is total care of body, mind, and spirit. It offers pain and symptom control, psychological care, and spiritual support. Music is essential in caring for terminally ill patients. Music affects patients totally: it relaxes muscles, lessens anxiety or loneliness, and inspires hope.

In the hospice, family care is important no lees than patient care. The central points of family care are (1) to help the members of family to express their feelings of sorrow thoroughly, (2) to support the family and help to the members to accept the patient's death.

The number of patients who received home care service has been increasing little by little. Home care service in our country will become very important in the future because people basically would like to die at home.

It is hoped that every person will be able to choose the best care when he or she becomes terminally ill in the near future.