

## 大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

## 「"いのちの限り"と向き合う人に寄り添うケア」(田村恵子先生の講演から)

小野 さと子 Satoko Ono

大分県立看護科学大学 基礎看護学講座 基礎看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2009年12月29日投稿, 2010年1月20日受理

## キーワード

ターミナルケア、緩和ケア、がん、死

## Key words

terminally ill patient care, palliative care, cancer, death

## 1. はじめに

日本における高齢者は、諸外国に比べて死の不安や恐怖が高く、死そのものより、死ぬ際の苦しみについての恐怖が大きいという調査報告がある。このような状況からも、日本では特に死の恐怖の引き金となる苦痛を和らげ、その人らしく最期のときまで過ごすことができるように支援するターミナルケアの発展が望まれている。今回の看護国際フォーラムでは、患者、家族の納得のいくターミナルケアの実現をめざして、「ターミナルケア」をテーマに開催された。淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長、及びがん看護専門看護師として活躍中である田村恵子先生からは、「"いのちの限り"と向き合う人に寄り添うケア」と題し、最前線のターミナルケアの実践に基づいた講演をいただいた。その概要を紹介する。

## 2. がん対策基本法と緩和ケア

## 2.1 がん対策基本法

日本人のがん死亡数は、平成20年は前年に比べ6,495人増加し、34万2,963人(厚生労働省2008)で、日本人の約3人に1人ががんで死んでいる状況であり、死因順位は昭和56年以来第1位である。また、男性の2人に1人、女性の3人に1人は生涯の内にがんに罹る可能性があるとされている。さらに、がんは加齢とともに発症のリスクが高まることから、今後もがん死亡者数は増加していくと推測される。このよう

な状況に対し、これまでも国はがん対策に取り組み成果を収めてきているが、依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題であることは変わりがない。そのため、がん対策の一層の充実を図ることを目的に、がん対策基本法が2007年4月1日に施行された。

この基本法は、2007年度から2011年度までの5年間を対象として、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。具体的には、がん予防および早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進等、研究の推進等により「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を総合的かつ計画的に推進することである。そのために「がん対策推進基本計画」の策定を行い、「がん死亡者の減少」、「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上」を全体目標として重点的に取り組むべき事項を明らかにしている。

## 2.2 緩和ケアのあり方

がん対策推進基本計画における重点的に取り組むべき事項の一つとして、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」がある。がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするために、緩和ケアが治療の初期段階から行われること、診療、治療、在宅医療などの様々な場面において切れ目なく実施される必要があることが述べられている。そ

のために、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟や在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく必要がある。

緩和ケアは、身体的な苦痛だけでなく精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の診療場所を問わず提供できる体制を整えていくことをねらいとしている。そのため、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。原則として全国すべての2次医療機関において、5年以内に緩和ケアの知識及び技能を習得している医師数を増加する。緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等、がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備する。がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加する。以上を個別目標として取り組まれている。

### 3. いのちの限りと向き合う人に寄り添うケア

#### 3.1 がんを病む人

「疾患 (disease)」に対しては、医学の中で症状・診断・治療という枠組みが確立している。一方「病い (illness)」は、人間が病むという主観的な体験に焦点があてられている。そのため、対象には「がんを病む人」としてのまなざしが重要である。このような「がんを病む人」は、痛みや息苦しさなどの身体的苦痛、仕事上の問題や人間観的、経済的問題などの社会的苦痛、死の恐怖や価値観の変化などのスピリチュアルペイン、不安やうつ状態など精神的苦痛という4つの側面から全人的苦痛としてとらえなければならない(WHO)。人にとってのQOLは身体、精神、社会的な健康、スピリチュアルな満足から満たされるものであることから、まさに、全人的な苦痛はQOLを脅かすものであるといえる。そのため、初期の段階からのケアが重要となる。

#### 3.2 症状マネジメント

終末期がん患者(淀川キリスト教病院206例)が体験する症状として、全身倦怠感(97.6%)、食欲不振(94.7%)、痛み(76.7%)、便秘(75.2%)の順で計16項目が示された。このうちがんによる痛みの9割以上は薬剤で解決できることから、薬の種類選択は、予後ではなく痛みの強さで選択すべきである。また、前述された様々な症状は、人の身体を脅かし、

生活を脅かし、人生を脅かすものであるが、同時に病気という事態を知らせ対処することを可能にする重要な役割も持っている。そのため看護者にはこれらの症状を察知し、マネジメントすること(症状マネジメント)が必要となってくる。この症状マネジメントとは、単純に症状を軽減するという一方のものではなく、患者にとって「ちょうどよい具合」にマネジメントするという意味を含んでいる。症状を体験しているのは患者本人のみであるという事実を前提とし、常に症状を体験している患者を中心としたマネジメントを行うことが重要である。このため、症状をマネジメントするには、それぞれの症状の個人的意味に焦点をあてた詳細な検討が必要となる。

患者が抱える様々な症状のマネジメントに関する考え方の指針となる枠組みの一つに「症状マネジメントのための統合的アプローチ」がある。これは、看護者が直接的に症状をマネジメントしたり、患者が症状をセルフケアできるように指導したりする上で必要となる症状の定義や機序、患者の体験を理解することなどに関する知識がその枠組みの中に加えられている。さらに看護介入としては、患者が主体的に症状マネジメントを行っていただけるように、基本的知識・基本的技術・看護サポートを提供することに重点を置いている。このアプローチは、看護者が患者の持つ症状をマネジメントするために何をしていけばよいかを示しているガイドラインである。

#### 3.3 いのちの限りと向き合う人の心理

がんの進行に伴う心の変化として、「がん告知」から「治療への不安」、「手術に伴う身体機能の喪失、ボディイメージの障害」、「化学療法や放射線療法による副作用と予期不安」、「がんの再発・進行、積極的抗がん治療の中止」、「病気による社会的機能の喪失」、「病状進行に伴う日常生活機能の低下」、「死への恐怖」がある。がんの再発・進行に関しては、「元気な人にはわからない…」といった孤立感が増強したり、「痛みがどんどん強くなっていく、どうなっていくんだろう…」といった恐怖、喪失、絶望が出現する。また、喪失は連続して体験するものであり、目に見える喪失と目には見えない喪失がある。目に見える喪失とは、身体や機能の変化、社会、地域、家庭での役割、仕事や学業がある。目には見えない喪失とは、自己のイメージ/アイデンティティの揺らぎ、家族、友人、同僚などとの関係性、夢や希望、価値や信念

がある。

自分のいのちの限りを知った人は、死との対峙を余儀なくされる。初めは、「この私が存在する意味は何か…」、「どうしてこの私なのか…」、「何のために生き、死んでゆくのか…」、「神は存在するのか…」等の"問い"が生まれる。しかし、徐々に「この病気になるってそんなに悪いことばかりじゃないなって思ってます」の言葉のように"問い"に対し意味を見いだしたり、意味をつくりだしたり、希望を紡ぐようになるなど向き合うようになるという。また、「喪失や悲しみを嘆く一方で、今ここにあるもの、手にすることができたことに感謝する。」、「希望を望みつつ、この先に待ち受けていることを受け入れる。」、「手放す一方で、つかまろうとする。」、「終わりにしたいと思いつながら、急ぎたくない、ゆっくりと、と願う…」という言葉から、死の準備をしながら生を営む姿がある。つまり、患者は死と対峙しつつも、死に囚われることなく、普段通りの生活を営み続けたいと願っている。

社会的な痛みとして、経済的問題、子供の養育などの家族についての悩み、仕事についての悩み、家庭内での役割の変化、複雑な家族関係調整、在宅療養の調整などがあり、これらに対してはメディカルソーシャルワーカーを中心に役割分担をしていくことが重要である。

以上のように、患者は病により生ずる様々な痛みで囚われて、痛み以外の事に関心を注ぐことができない状態に追い込まれる。また、痛みは人を現在に閉じ込め、人は前にも後ろにも身動きができず窮地に立たされる。このような人々が痛みから解放されたとき、患者は心身の自由を取り戻し、本来のその人の在り様に立つことができる。実際、淀川キリスト教病院での調査で、入院時ほとんどの患者は「症状」に対する希望を多く持っているが、この希望は入院後のケアにより1週間後には、半分以下に減少し、死亡前にはさらに減少した。逆に、症状の緩和と共に「実存」と「人間関係」に関する希望が、入院時から死亡前では時間経過とともに上昇していた。また、Miyashita et al による日本人にとっての望ましい死の調査についても、多くの人が共通して「苦痛がない」、「臨んだ場所で過ごす」、「希望や楽しみがある」、「医師や看護師を信頼できる」、「負担にならない」、「家族や友人とよい関係でいる」、「自立している」、「落ち着いた環境で過ごす」、「人として大切にされる」、「人生を全うしたと感じる」といった「実存」や「人間関係」

に関する項目が多く含まれていた。

患者は病状の進行に伴い日常生活で不自由さを感じながらも、自分のことはできる限り自分で行いたいと願っている。そのため、日常生活を援助するには、現在の患者の日常生活を営むセルフケア能力、たとえば行動するのに十分なエネルギー、知識、技術、意思決定などをアセスメントし、現在の状態を起点として、必要な援助を過不足なく実践することが重要である。

キューブラロスは、悲劇的な知らせに直面したときに体験する段階について述べている。各段階は、継続する期間も様々であり、順序を変えて現れることもあれば、同時に現れる場合もある。しかし、大抵の場合、各段階を通してずっと存在し続けるものが一つある。それは、希望である。末期患者は、どんなに現実を認め、受け入れることのできる人でも、新しい治療法や新薬の発見、あるいはぎりぎりまでに合う研究プロジェクトなどの可能性をあきらめていないことである。こうした一筋の希望が、何日も、何週間も、時には何カ月も続く苦痛の中で患者たちを支えている。このことから、われわれは、患者が希望を紡ぐ小さな成功を体験し積み重ねていくよう支援していくことが重要であるといえる。

#### 4. おわりに

講演の中で、先生が関わってこられた多くの方の実際の声を語ってくださった。患者が語ったそのままの言葉は、本人の辛さや変化する気持ちが直に伝わると同時に、その場面がイメージでき直接自分に投げかけられている思いがした。なんとか理解しようと聴きいるばかりで、確信をもった"応え"を見出すことは困難であった。しかし、最後に引用したSaundersの「あなたは"あなたのまま"でたいせつです。あなたの人生の最後の瞬間までたいせつな人です。ですから、私たちはあなたが安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで生きられるように全力を尽くします。」という言葉をはじめ、先生の講演から"いのちの限り"と向き合う人は個々によって様々な側面の苦痛を持ち、それは様々に変化すること、そして、看護職者であるわれわれには、"あなたのまま"で最後まで生きられるように、その様々に変化する人と共に揺れ動きながらも寄り添い続けることが求められているという大きな示唆を得ることができた。

### 引用文献

厚生労働省 (2008). 平成20年人口動態統計(確定数)の概要. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei08/index.html>



### 著者連絡先

〒870-1201  
大分市大字廻栖野2944-9  
大分県立看護科学大学 基礎看護学研究室  
小野 さと子  
[onosatoko@oita-nhs.ac.jp](mailto:onosatoko@oita-nhs.ac.jp)