

全人的対応と行動の5段階 —ターミナル期を迎えた患者さんの事例—

和田美夫* 依田佳子** 横山知美** 大谷輝子**
太刀川房技** 河崎紀代美** 依田州引**

I 事例背景

産業社会の成熟化に伴い、医療モデルは「おまかせ」医療から「自己決定」医療へ、大きく変わりつつある(宗像1996, 1997)。また、科学技術を偏重する現代医学への反省として、21世紀の医学は「もっと人間性のあるものへ」という動きがある。治療目標も、延命処置から Quality of Life (QOL) へと比重が変化している。ゆえに、ターミナル期の患者ケアは、全人的(身体的・精神的・社会的・霊的)に対応するチーム・アプローチへ変遷して、地域ケアシステムへ拡大している。また、ターミナル期におけるキュア・ケア領域の比重も変化し、それに対してフレキシブルに対応する必要がある(日野原1983, 1998, 福富・山下1995, 前野1996)。

II 事例報告

事例A・Bは、我々がケア・チームの一員として、一般歯科医療に参加したものであり、意図的に全人的対応をして、コントロールを試みたものではない。

*和田歯科医院 **依田歯科医院

1. 事例A

大正8年生まれ的女性で、卵管がんにて平成6年9月入院・手術後、翌年6月家族のもとに退院した。平成8年3月、一般病院にて子供に最後を看取られた。歯科医療は、がん発症前から某歯科にて継続的に行われ、平成6年4月の義歯異常感が、がん発見の契機になった。がんによる諸症状の発現後も、平成7年9月頃、義歯調整や caries 処置のため、退院中歯科を来院した。彼女は、2人の子供をもつ主婦であった。夫婦間の亀裂により37～38歳の頃から別居生活のまま、母子家庭にて子供が独立するまで育ててきた。別居のままの夫を天に送ったが自業自得だと夫を許せないままであった。35年前、苦しかった時に信仰にふれ、心の支えとしてきたが、問題の解決ができないまま今日まできた。ターミナルを目前にして求めたことは「私は、このままでは天に帰れない！」という呻きの中で、夫への魂の解決であった。縋る思いで信仰の師に内なる苦悩を告白した。師は語った。「敵を愛し、迫害する者のために祈れ。こうして天にいます、あなたがたの父の子となるためである……」聖書マタイ伝5：43～48の箇所が引用された。その瞬間、閉ざされていた魂が天に開かれて自由自在となり、歓喜の世界に入った。そして、天に送った夫との和解がなった。宗教家による来世への引導であった。その結果、患者さんの安心立命がなり、残された家族へ魂の遺産が分けられた。

2. 事例B

明治42年生まれ的女性で、平成2年脳梗塞で入院・治療・リハビリテーションの後、介護を受けて在宅にて生活していた。それから3年後、平成5年5月腸管閉塞、検査の結果大腸がんで入院・手術後、在宅ケアに入った。口腔のケアに関しては、家族の歯科医療従事者が行った。平成5年12月容体急変、平成6年6月在宅にて最期を看取られた。彼女は、5人の子供をもつ主婦であった。50歳頃から、ご主人の道楽で、夫婦間に亀裂が入っていた。その頃信仰にふれ、心の支えとして生きてきた。その奥さんが81歳で脳梗塞、半身不随により緊急

入院した時、ご主人は我に返り、結婚生活55年間の人生が走馬燈のように脳裏に映った。明るく力強く一家を切り盛りしてきた奥様の、あまりにも変わり果てた姿を目の前にして、「ああ！わしが悪かった。わしがすべて責任をもつ……」とベッドの下に崩折れて泣いていた。心に悔いが迫ってきた。そのことが、30年間の夫婦の亀裂を氷解させる契機となった。4年後、大腸がんによるターミナルを迎えるまで、両者の魂は成長を続けた。その間、身体的・精神的・社会的にも多くの苦悩はあったが在宅ケアの中、突き抜けた明るさで、時には甘えたりしながら、周囲の人達をいつも笑いの渦に巻き込んで乗り越えていった。ターミナルに近づく頃、患者の霊的な問題は、夫の宗教は仏教（禅宗）であったが、患者はキリスト教の影響を受けてきたため、自分の靈魂をどこにゆだねるかであった。つまり宗教・宗派を超え真の生命の光に出会うことであった。その頃キリスト者である家族に一言「私はお父さんのお墓に入ることに決めたからね。生命の光だね～」と、小さな声であったが深い悟りの言葉を語った。ターミナルを目前に夫の宗教心と宗教家の援助により、恵心僧都源信の心を語らいつつ（手島1972）、宗教・宗派を超えた生命の光を見い出して来世への引導がなされた。その結果、患者は安心立命を得、残された家族の心が平安になり、告別式では奥様が浄土に旅立つのにあたり、それまでのことを来会者に感謝するご主人の姿は感動的であった。

III 検 討

ターミナルにおいてQOLを左右するものは、その時々数々の苦悩に対して、的確なケアがなされたかどうかにある。ソングース（1990）の分類（図1）を参考にして、ターミナルにおける苦悩を身体的・精神的・社会的・霊的痛みに分類し、苦悩とそれに対するケアのかかわり方を（図2）に示す。図2より、事例A・Bにおいて、ターミナル期の4つの苦悩に対して、それぞれケアが行われたことが確認できた。また、日野原（1998）が述べているターミナル期のケアの比重の移行については、ターミナル前期に比重の大きな身体性が、後期

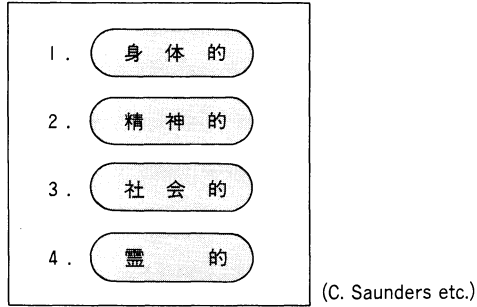


図1 ターミナルケアにおける痛みの分類

[事例 A]

年齢	H. 5	H. 6	H. 7	H. 8
痛み	74	75	76	77 Y
身体的 ☆婦人科			[卵管癌] 9 ← 6 → 9	3
☆歯科	2	4 8	6 7	
精神的	★口腔内が渋い			
社会的			[恐れ]	
靈的			[来世へ引導]	

[事例 B]

年齢	H. 5	H. 6
痛み	84	85
身体的 ☆病院管理 ☆在宅ケア〔脳硬塞・半身不随〕		[大腸癌] 5 ← 6 → 入院手術
内科医 歯科医	6	12
[和解]		1 6 (下血) (輸血)
精神的	容体急変	
社会的	家族介護	
靈的	[来世へ引導]	

図2 ターミナルケア

には精神性へ移行するのが見てとれ、ケアもそれに合わせてスムーズに移行し、QOLの高いターミナル・ケアが行われたことがうかがえる。では、これらのケアを可能にした要因に関して考察するのに、全期間を通して、精神的支援を必要とするターミナル期には、各チーム間および患者との間の精神的つながりが、ケアの根底にあり、後期に移行するに従い、その精神的つながりは深まっていくと考えられるため、ターミナル・ケアの質を大きく左右するものの1つに、精神的支援の充実があると思われる。そこで、ケア・メンバーを4つのチームに分類（M1：医療・看護，M2：社会福祉・保健，M3：家族・友人，M4：心理・宗教）し（図3），次にエリクソン（1980）のライフ・サイクル，マズロー（1971）の欲求水準の段階説や，キューブラー・ロス（1971）死にゆく過程のチャートに，死生観（手島1969，1972）を加えた，精神的支援と心の成長の度合いを見る，全人的対応と行動の5段階モデル図《図4；第1期〈邂逅〉患者さんとの出会い；第2期〈対話〉身体的・精神的・社会的な痛みへの対話・対応；第3期〈社会化〉病院・家族・地域社会で共存・共栄；第4期〈使命への啓発〉使命に覚醒し，自律・自己実現の達成；第5期〈来世への引導〉死の解決（霊的・宗教的解決）により安心立命》を用いて，事例とチームのかかわ

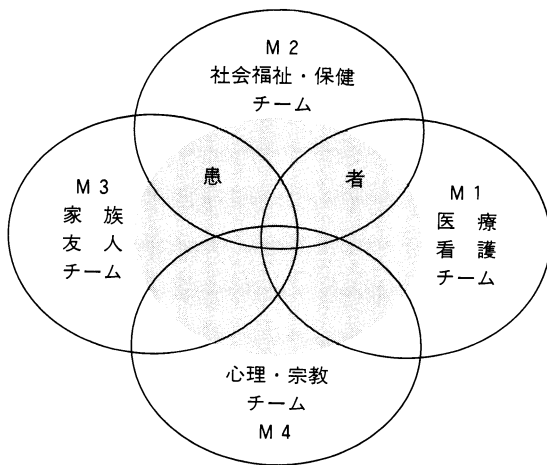


図3 チームアプローチのモデル図

り方をターミナル全期間に関して見てみる（図5）。

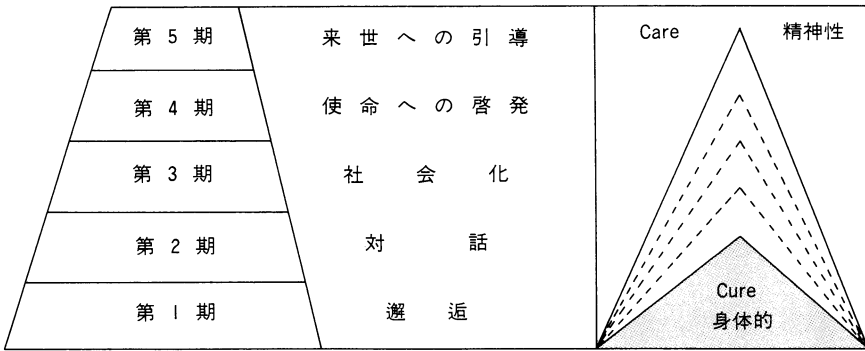
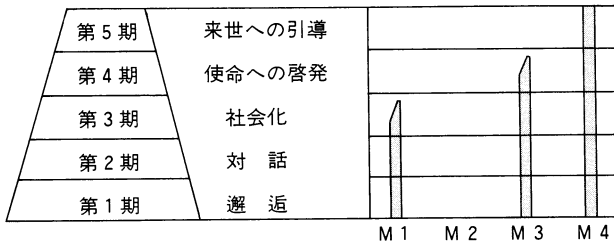


図4 全人的対応と行動の5段階モデル

(A)



(B)

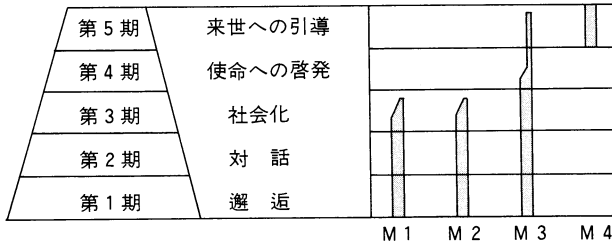


図5 患者とチームの支援関係

IV 考 察

1. 全人的対応と行動の5段階

事例Aにおいては、宗教家のM4が、第1期から第5期までを貫いて、患者さんを精神的に支援している。数々の苦労を患者さんと共にし、彼の全人的支援がターミナル期を揺るがないものにしていった。途中退院の3か月間には、患者さんは第4期に至り、身の回りの整理を行い、多くの友人を訪問し、時には人生へのサジェスションを与え励まし、自分の最後にしなければならないことを語っていかれた。その姿はとても美しく、周囲の人達をそばにずっといたい気持ちにさせた影響力は、使命の達成感と思われる。しかし、再入院後、ターミナル期の6か月間の霊的苦悩は「このままでは天に帰れない!」という痛みという言葉に全て表されているように、先に天に送った夫との魂の和解である。信仰をもちながら、夫を許せない自分に対する罪に泣く心と、1人残され生きてきたという強い思いが共に存在する両極性（アンビヴァレンス）も、宗教家の援助により霊的解決がなされ、第5期・安心立命を得た。事例Bにおいては、過去を悔いたご主人が、献身的に奥様を支え、過去と和解し、共に魂の成長をなした。ターミナル期の患者の霊的苦悩は、衰弱する肉体と戦いながら、時には意識を失うなか、生命の光に出会い、宗教・宗派を超えて己の靈魂を何にゆだねるかであった。夫の深い宗教心と卓越した宗教家の援助により第5期・安心立命を得た。つまり、事例A・Bともに、ターミナル全期間を通じて、患者さんを精神的に支援する人が存在していた。

2. 宗教的かかわり

事例A・Bは、宗教的環境にあったためにかん発症時点で死の準備教育（A.デーケン1986）が、自然のごとくに開始したと考えられる。また、日野原（1983）は、「大切なことは病者に死が訪れるまでにまだ少し時間のある間に、どうすれ

ばその人になにか本当の生命を与えるようなこと、またはそのためのお手伝いでもすることが私たちにできるでしょうか」と述べていて、ターミナル期における精神的援助に関しての宗教的かわりに触れている。事例Aとは、同じキリスト者としての交わりがあり、事例Bとは精神的に苦難な時期、宗派を超えて真の生命のことを語り合い、助け合ってきた。また宗教家は、我々の心の師として学んでいる。そのことが、スムーズな今回のチーム・アプローチを可能とし、5段階：来世への引導を達成したと考える。

3. ターミナル期における歯科治療のケア

事例Aと歯科治療の関係は、平成1年～8年の8年間であったが、平成5年義歯作成後、口腔内の異常感（渋柿を食べたように渋い、口腔乾燥感、食欲減退等）を訴え、全身との関連に気付いた。その後、精神的対話へと発展していった。家族とも交わりがあるため、途中退院の時には何度も来院し、破折した歯、虫歯でギザギザの部位、前歯の見える部位はとくにきれいにしてほしいと頼まれた。最初は「そんなにまでして、なぜ！」という気持ちもあったが、第4期の限られた時間の中で、Q. O. L. を高め使命の達成を果たしていこうとされる心が理解できる。

事例Bと歯科治療との関係は、20年ほど前に主治医として担当していたが、その後脳梗塞で入院するようになってから、口腔内管理にたずさわった。在宅においては、家族が歯科医療関係者のため、分担して行った。ターミナル期には、食事を通しての語らいの場などが失われることが多く、口腔内ケアまで手が回らずおろそかになりがちである。しかし口腔内の清掃・義歯管理などは容易に可能であり、Q. O. L. の大事な要素と思う。ぜひ心の近い方がケア・チームに参加して援助されるように希望する。

V 結 論

個人は弱く、人生の苦悩は深い、我々はいつかターミナル期を迎える存在

である。今回は、全人的苦悩を通してターミナル期におけるケアの対応と、その結果および全人的対応（柏木1997）と行動のモデル図を用いて、各チームがどこでどのように生命を与えるケアを行い、QOLを高めたかを検討した。気付いたことは、精神的問題解決の大きさであり、過去との和解や苦悩を通しての魂の成長が、ターミナル期の質を大きく左右すると思われる。そして、全期間を通して精神的支援を行ってくれる人が存在すれば、ケアの比重の移行にフレキシブルに対応することが可能であり、QOLの高いターミナル・ケアを行えると思われる。

文 献

- 1) アルフォンス・デーケン編集（1986）死の準備教育，メヂカルフレンド社，第1巻・第2巻・第3巻。
- 2) 柏木哲夫（1997）死を看取る医学，NHK出版，114-130。
- 3) 手島郁郎（1969）来世への架け橋，キリスト聖書塾出版部，第1巻，1-6。
- 4) 手島郁郎（1972）来世への架け橋，キリスト聖書塾出版部，第2巻，23-57。
- 5) 日野原重明（1983）延命の医学から生命を与えるケアへ，医学書院，122-149。
- 6) 日野原重明（1998）医学はもっとヒューマンなものへ，デンタルハイジーン，第18巻・第4号，305-311。
- 7) 福富昌城，山下憲昭（1995）ターミナルケア，川島書店，103-116。
- 8) 前野宏（1996）末期癌患者の緩和ケア，日本保健医療行動科学会年報，第11巻，40-50。
- 9) 宗像恒次（1996）行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，233-269。
- 10) 宗像恒次（1997）新行動変容のヘルスカウンセリング，ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，1-6。
- 11) Coles, R. 鏑幹八郎訳（1980）エリック・H・エリクソンの研究，ペリかん社，上巻，186-191。
- 12) Kübler-Ross, E. 川口正吉訳（1971）死ぬ瞬間，読売新聞社，289-292。
- 13) Maslow, A. H. 小口忠彦監訳（1971）人間性の心理学，産業能率短期大学出版部，89-292。
- 14) Saunders, C. and Baines, M. 武田文和訳（1990）死に向かって生きる，医学書院，48-64。