

ターミナル・ケアにおけるクオリティ・ オブ・ライフ

石垣 靖子*

Quality of Life in the Terminal Stage Care

Yasuko Ishigaki, R. N. : General Head Nurse, Higashi-Sapporo Hospital

Those dying of cancer account for approximately one fourth of annual mortality, that is in fact a little over 190,000, the percentage of which grows increasingly year by year in this country.

Pain is what the patient feels. Yet, in case of terminally ill patient such as cancer, it is always one associated with number of components, not only physical but emotional as well. Patient suffers more from fear of death and anxiety.

Nothing is thus more important than symptom control in order to enhance the quality of life for the cancer patient. It is therefore absolutely necessary to ensure the patient should end his life as painless, peaceful as possible.

This is the only way in which he can “be himself” with much dignity and on his own as human being. To make it possible, multidisciplinary team approach is needed more than anything else, including communications among patients, families, and medical staff who cares.

* 東札幌病院看護部長

キー・ワード

全人的苦痛 Total Pain 症状コントロール Symptom Control 個別性 Individuality その人らしさ Be Himself チーム・アプローチ Multidisciplinary Team Approach

はじめに

現在、ターミナル・ケアもホスピス・ケアも一般的にはほとんど同義語として使用されている。ターミナル・ケアとは末期患者のケアであり、岡安氏は「末期 termiral」をこう定義している。「もはや治癒の見込みがなくなった患者の状態であり、疾患の種類にもよるが、悪性腫瘍などでは、根治療法がもはや無効あるいはかえって悪影響を及ぼすことが考えられ、予後数ヶ月以内と推定しうる状態である。」¹⁾

そして永田氏によると、末期患者に対する「ケア」はそれ以外の患者に対するケアと本質的にはなんら異なるものではない。「ケアの目的は、臓器の病変にとらわれることなく、全人的に患者をとらえ、その患者の個別性 (individuality) を尊重しつつ、人間らしく生きられるように援助してゆくことにある。近年の全人的医療の基本的概念はまさにここにあり、人間と生理学的、社会学的、生命倫理的 (bio-psycho-socio-ethical) 存在としてとらえられるところにある」²⁾ と述べている。

すなわち、ターミナル・ケアとは末期患者の肉体的な苦痛、痛みよりの解放を初め、死の恐怖や不安からの解放のためのサポートであり、社会的な役割が果せるように助け、残された命の価値を拡大し、人間としての尊厳を保つための援助である。

それはすなわち、末期患者のクオリティ・オブ・ライフを高めるためのケアにほかならない。

I ターミナル・ケアとホスピス・ムーブメント

昭和56年、がんによる死亡は全死亡者の一位となり、その数は年々増え続けている。昭和61年の統計では全死亡者の25.5%にも達した。4人に1人は確実にがんで亡くなる時代である。

医療テクノロジーの急速な進歩は、この40年余の間に人間の平均寿命を30年も延ばし、不治といわれた多くの病を克服してきた。私たちはあたかも永遠の生命を求めるかのように、高度に技術化、細分化する医学に依存するようになった。そして、日々進歩する高度先進医療の恩恵にどっぷり浸り、大きな期待をよせ続けている。医療テクノロジーの高度の技術化、細分化はこれからも医学の一つの必然的な方向であろう。

他方、限りある生命の終りを人間らしく、自分らしく過したいと、人間性の尊重に基いた医療を求める趨勢がおきてくることもまたきわめて自然なことである。

この2つの方向を調和させるにはどうしたらよいのか。人々は「ハイ・テック＝ハイ・タッチ」の到来に注目しはじめた。「ハイ・テック＝ハイ・タッチ」の現象の中でも特に強烈な事例はといえば、病院に生命維持装置が導入された際に起こった反応であろう。われわれは、この高度の技術が、傷つきやすい“生命”の分野へ侵入するという事実に接して、人間的な心のよりどころを求めずにはいられなかった。したがって人々は、死の本質に大きな関心を寄せたが、それが今アメリカ各地で起こっているホスピス運動へと発展したのである³⁾。すでに1983年、ジョン・ネイスビッツはその著書“メガトレンド”でこう述べている。

死の本質を考えるということは、といもなおさず生きることを意味を追求することであり、それはひとりひとりの一回限りのかげがえのない現存性の意味を問うことでもあろう。

今日の医学は、一方ではテクノロジーの高度化を進める義務と、他方では現

実として存在する人間の死に対して、謙虚にその限界をわきまえ対応するという2つの課題を同時に達成することが求められるようになってきた。

がんによる死亡者が19万人をこえた現在、ターミナル・ケアといえ、がん末期患者のケアを意味するといっても過言ではない。がん末期患者の人生の最後のとき、人間性、個々が尊重され、クオリティ・オブ・ライフがたかめられるケアができるよう、今私たち医療者の専門家としての取りくみが問われている。

現代の英・米の多くのホスピスは英国の聖クリストファーホスピスがモデルとなっている。その創設者であるシシリー・ソンドース博士は、ホスピス・ケアの中心課題は症状のコントロールと質の高い看護であると述べている。人々のニーズに添って米国では現在、その数は1800にも増加した。

Ⅱ クオリティ・オブ・ライフと“その人らしさ”の尊重

クオリティ・オブ・ライフを適切な日本語に訳すのは難しい。“生命の質”とか“生活の質”と訳されることが多いが、日本語としてはどことなく無理がある。しかし、クオリティ・オブ・ライフとは、人間の個性を尊重した全人的な概念であることは確かであろう。

人は、生まれ育つ過程で、様々な環境の中から“その人”としての生き方を培っていく。そしてそれは、日々くり返えされる生活の中に表われるものであり、トータルなものとしてその人の生き方“その人らしさ”になる。例えば身体を清潔にするニーズの違いや、食事の好み、排泄の習慣など、きわめて日常性の濃いものであろう。

がんの末期状態の患者でも、症状のコントロールがよくなされ、自覚症状が軽減すると、好きな音楽がききたい、愛読した作家の小説を読みかえしてみたい等、“その人らしい”自己実現の欲求があらわれる。自分が他の誰とも異なる独自の存在として認められたい、尊重されたいと望むのは人間としての自然な欲求である。その個性の違いはその人のそれまでの生活の中で馴染んでき

た習慣であり、時にはその人のクオリティ・オブ・ライフを左右する価値観にもなる。

筆者が看護学校の教師としていた時、学生の受け持った患者に胃がん末期のAさんという60代の女性がいた。Aさんはいつも身だしなみに気を配る人で、がんの進行に伴い悪心や嘔吐、腹部膨満などの苦痛症状が強くなっても、髪を整え、寝衣をいつもきちんとしていた。病状が重くなってくると、Aさんは学生に“お髪を……”と弱々しく整髪を頼んでいた。そんな時にもAさんらしく髪や寝衣の乱れを気にしていたのである。最後まで身だしなみを整え、清潔にしたいというAさんのニーズは、Aさんの価値観である。Aさんらしさの尊重ということは、Aさん自身にかわって医療者がその価値観をどれだけ尊重できるかにある、という学生のレポートがあった。これは今も私の心に残っている。

また乳がんのIさんは50代の女性、排泄だけは最後までトイレにいったと望んでいた。病状が進行したある夜、これ以上身体を動かすことは無理と判断したナースは、Iさんに床上排泄を促した。反応のないIさんに便器を挿入したその直後、Iさんは無意識のうち、やにわに便器を投げつけた。Iさんにとってこの行為は、自分らしさを守る最後の抵抗だったのだと思う。

自分の生活のしかたは、自分の好みに応じて、自分がつくりあげた価値観に基づいている。自分の力でそれができなくなった時、例えば身だしなみを整えたり、排泄へのニーズなどに“その人らしさ”が凝縮してあらわれるものであろう。がん末期のケアにおいては“最後までお風呂に入りたい”、“最後まで口からものを食べたい”という患者のニーズにしばしば出会うことがある。そのニーズを充そうとするのは、その人らしさの尊重であり、クオリティ・オブ・ライフをたかめることにつながるのではないか。

また、“その人らしさ”を尊重するためには、その人がそのとき持っている力を存分にひき出すための援助が必要になる。例えばアメリカのあるホスピスでは、苦痛症状がコントロールされると、予後数週間の末期がん患者には新しい楽器を習ってみたいという希望があるときく。人間は最後まで成長したい、

自己実現をしたいと望む存在なのである。

筆者の病院に昨年入院した食道がんの男性Yさんは、アコーディオンとバイオリンの演奏が趣味で、ベッドの傍にいつも楽器をおいていた。ボランティア・グループのメンバーの企画でYさんの演奏会が企画された。病棟のディ・ルームでYさんの素朴な演奏が始まると、車椅子の患者を含め各階から患者や家族が集ってきた。60代のYさんの年齢にふさわしく、“誰か故郷を思わざる”や“湯の町エレジー”の演奏に合わせて和やかにナツメロ大会がすすんだ。

肺癌で呼吸困難が続いていたOさんも奥さんと一緒にうたい、前夜、状態が悪く親類を集めたMさんも手拍子で参加した。予定のプログラムが終っても去りがたい人たちのためにYさんはアンコールに応えていた。“こんな機会をつくって下さって、本当にありがとうございます”と演奏が終ったYさんは深々と頭を下げた。この会のあとOさんはしばらくの間酸素吸入をしないで経過し、Mさんも小康を得た。何よりもYさん自身が、自分の演奏がこんなに多くの人を集め、歌の輪が広がったことに感動していた。

自分が誰かの役に立つということは、人間にとって基本的に大切な欲求なのである。その人がそのとき持っている生命力を最大限に発揮でき、同時にそれが自己実現につながるように工夫する。これは医療者にとって大切なことである。特に音楽は、歌ったり、聴いたり、演奏したり様々な形で参加でき、しかも私たちの日常生活に密着している。楽しい思い出をよみがえらせてくれたり、緊張や不安を軽減したり、仲間意識をはぐくんだりする。音楽をもっと患者の生活の中にとり入れられないだろうかと思っている。

“その人らしさ”の尊重は、個々性にもとづいたその人の生活のしかたを尊重することであり、その人らしく自己実現するために援助をすることである。

Ⅲ クオリティ・オブ・ライフと症状のコントロール

クオリティ・オブ・ライフをたかめるためには、“その人らしさ”が発揮できるように個々性を尊重することだと前項で述べた。がん末期の患者には痛み

を初め、嘔吐、食欲不振、呼吸困難など様々の苦痛症状がある。特に痛みは1人の患者が原因の異なる数種の痛みに苦しむことがある。腫瘍による痛みであり、骨転移による痛みであり、同一体位による圧迫痛であったりする。がん性疼痛は人間としての存在を脅かすほど苛酷なものが多い。

末期がん患者のクオリティ・オブ・ライフの向上は、痛みを初めとする様々の苦痛症状のコントロールがなされて初めて考えられることである。患者自身が感じる自覚症状が和らぐと、自己実現の欲求が生まれ、希望のなかに生きることも可能になる。そして、患者の苦痛症状を何とか緩和しようと努力するプロセスが、患者と医療者とのコミュニケーションを良くし、信頼関係を築くプロセスにつながる。

乳がんのMさん（54歳）は、肺転移、骨転移があり、いつも口渇を訴えていた。痛みがコントロールされているMさんにとって口渇は最も辛い症状の一つだった。氷片の工夫やシナモンドロップ、人工唾液などいろいろの試みがなされたが、Mさんの口渇は続いた。パイナップルの小口切りが良いとある本に書いてあったとMさんにすすめたとき、Mさんは“口が渇くのが辛いということを見守ってくださる方がわかって、いろいろ工夫してくれるのがうれしい。口がかわくのもずいぶん楽になりましたが、それよりも辛い気持ちがうすらぎました”と話していた。

シンリー・ソンドース博士は「“心に向けていて欲しかった”——終末期に至った多くの癌患者が、自らのニードを簡潔に表わした言葉である」⁴⁾と述べている。

末期がん患者の痛みは身体的・心理的・社会的な様々の要因によって、“患者自身が感じる”ものである。

1982年、WHOは、癌疼痛治療暫定方針（WHO Draft Interim Guidelines on Relief of Cancer Pain）を作成した。この方針に沿い1984年、ジュネーブで開催された「癌疼痛の包括的治療に関するWHO会議（WHO Meeting on Comprehensive Management of Cancer）」は、「がんの痛みからの解放」（Cancer Pain Relief）というレポートをまとめた。このレポートは、トワイ

クロス博士による「末期癌患者の診療マニュアル——痛みの対策と症状のコントロール」(Therapeutics in Terminal Cancer) とともに臨床で大いに参考になっている。なお、後者は1987年出版された。(武田文和訳, 医学書院)

がん性疼痛のコントロールにあたっては、医療者がまずモルヒネを初めとする鎮痛薬、鎮痛補助薬に対しての正しい知識を得ることが先決である。モルヒネは死にかけている人だけに使うものだという医師や看護婦の誤解は、がん患者の疼痛緩和を著しく困難にし、患者の人間としての尊厳をも損うことになりかねない。

例えば進行がんにおけるモルヒネの効果的な基本原則は、

- ① 経口的に投与すること。
- ② 4時間ごとに投与すること。
- ③ 個々の患者の必要度にあわせた投与量を用いること。
- ④ 予想されるおもな副作用(嘔吐, 便秘)を防止すること。
- ⑤ 必要に応じて「鎮痛補助薬」を併用すること。
- ⑥ 鎮痛効果と副作用をよく監視すること。
- ⑦ モルヒネの単純な水溶液は投与に便利な方法である。たとえば10ml 中10mgを溶いておく。投与量の多い患者には、もっと濃度の高い液を用意してもよい⁵⁾。

などである。

筆者の病院でも、多くのがん患者は、30mg/日から120mg/日のモルヒネ水溶液で痛みから解放されている場合が多い。時に400mg/日から600/mg日ほど服用する患者もいるが、便秘や嘔吐などの副作用のコントロールがその患者に合わせてなされると、患者は見ちがえるような生命力を発揮することを日常経験している。経口摂取が困難な患者にはモルヒネ坐薬(当院で作成)や持続皮下注射(シリンジ・ポンプ)、静脈内持続点滴等を実施するなど適用方法を工夫することが大切である。

進行した食道がんのKさん(68歳の女性)は、痛みのコントロールのためモルヒネ水溶液を服用していた。食道の狭窄はかなり強かったが、痛みが緩和する

とアイスクリームやスープなど少量ずつの摂取が可能になった。いよいよ経口摂取が困難になったとき、水分補給のための輸液の中に塩酸モルヒネ 30mg を入れ、24時間点滴とした。Kさんのモルヒネの量は微調整をしながら 200mg/日の維持量が続いたが、気分のよい時は散歩をしたり、病棟内のデイ・ルームで好きなテレビの番組をみてすごすこともあった。Kさんは最高 300mg/日の持続点滴をしたが、モルヒネによる意識の混濁や呼吸抑制が起こるようなことはなかった。

痛みは末期がん患者の生命力を消耗させ、“その人らしさ”を損なう最も大きな要因である。痛みを初めとする症状のコントロールがよくなされると、患者は様々な欲求を表出できる。そして自分の人生の総決算をしようとする意欲をもったりする。そのような患者の状況をみることは、ケアにあたる医療者にとっても大きな達成感につながることはいうまでもない。

症状のコントロールは患者の病態生理を把握し、原因を分析し、それに基づいたケアをすることである。同時に、そのことを十分に患者に説明することが患者の自覚症状の緩和につながる。患者自身が感じる苦痛症状は、身体的刺激に加えて、不安や恐怖などの情緒的要因によるものが大きいからである。この症状は何故おこり、今どう改善しようとしているか、最善をつくしてとりくむことを、患者にわかるように説明することである。特に痛みについては、かなりコントロールできることを保証すると患者は大きな安心を得る。

すなわち、患者とのコミュニケーションをよくすることは、症状コントロールの基本的原則の一つであり、医療者との信頼関係を築く大切な要素である。

聖クリストファーホスピスの創設者、シシリー・ソンドース博士は、末期癌患者の症状コントロールは医療者の“やってみよう。そうすればできる”の姿勢であると言っている。この言葉は、末期がん患者のクオリティ・オブ・ライフの向上につながる医療者の基本的な key 概念とさえ思えるのである。

がん末期だから仕方がないと諦めてしまえば、患者のクオリティ・オブ・ライフの向上はあり得ない。がん末期だからこそ患者の残されたひととき、ひとときをどのように大切にできるか、専門職としてのとり組み方で決まることで

ある。

症状コントロールのための professional skill の向上は、いま、ターミナル・ケアで最も要求される課題であろう。

IV クオリティ・オブ・ライフとチーム・アプローチ

がん患者の痛みは、図1に示すように、身体的のみならず、怒りや不安、うつ状態などの情緒的要因が重なりあって、トータル・ペイン（全人的苦痛）として患者自身が感ずるものである。

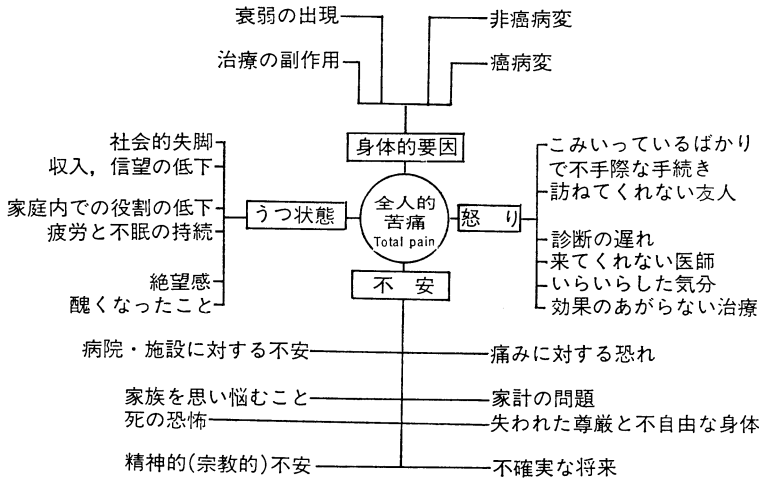


図1 痛みの認知に影響する因子の相互作用 (R.G.トワイクロス他, 武田文和訳: 末期癌患者の診療マニュアル, P.187, 医学書院, 1987)

不眠や疲労、怒りや悲しみは、不安や恐怖と共に痛みの閾値を低下させる大きな因子である (表1)。それは効果の上らない治療に対する怒りであり、家計の問題や家族について思い悩むことであり、収入や信望の低下によるうつの

表1 痛覚閾値に影響する因子

低下させる因子	上昇させる因子
不快感	症状の緩和
不眠	睡眠
疲労	休息
不安	共感
恐怖	理解
怒り	人とのふれあい
悲しみ	気晴らしとなる行為
うつ状態	不安の減退
倦怠	気分の高揚
内向的心理状態	
孤独感	鎮痛薬
社会的地位の喪失	抗不安薬
	抗うつ薬

(R.G.トワイグロス, 他, 武田文和訳: 末期癌患者の診療マニュアル, P 10. 医学書院, 1987より)

な状態であったりする。

患者が感ずるこのトータルな痛みのコントロールには、当然のことながら、多職種によるチーム・アプローチが必要になる。チームの構成メンバーは医師、看護婦を初め医療ソーシャル・ワーカー、栄養士、時に宗教家などが加わろう。それは、各職種がその専門性を尊重し合い、有機的なつながりをもって共通の目的、すなわち“その人”の全人的苦痛のコントロールに向けて、力を出し合うことである。言葉をかえると、患者“その人”への包括的な医療を行なうことであり、医師や看護婦の独善を防ぐことにもなる。

個々の患者のクオリティ・オブ・ライフの向上を旨とした症例検討会は、患者を中心とした医療者間の共通の目標を確認する手段であり、同時にスタッフ同志の相互理解の場ともなる。この“対話”は上下の関係ではなく、対等の立場での専門家としての知識や技術、思想を交換する場であることはいうまでもない。多職種間の合同症例検討会、医の倫理セミナー、症状コントロール学習会、全職員による研修会、そして合同廻診などによるチームのアプローチは筆者の病院でも行なっている。私どもはこれらをもっともっと充実させたいと願っている。

ターミナル・ケアに携わるスタッフのストレスの一つに、医師や上司または同僚スタッフとのコミュニケーションの不足による緊張がある。様々なかたちでのこの“対話”の場は、メンバーの相互理解の場にもなり、スタッフ間のス

トレスを緩和する手段にもなり得る。スタッフ間のコミュニケーションのよい場は、よいケアの場へとつながるはずである。

チーム・アプローチというのは、一部で言われている専門分野の異なる医師の集団によってチームを組むという意味ではない。職種 of 異なるメンバーによって構成されるが、チームを組む職種が多くなるほどリーダーとなる医師の各職種への深い理解が不可欠となる。チーム・アプローチは患者のトータル・ペインの対応に必要なことであり、クオリティ・オブ・ライフの向上には欠かせないことだからである。

なかでも医療ソーシャル・ワーカーはターミナル・ケアには欠かせない職種の一つである。患者や家族の社会、心理そして経済的な問題に関する相談が主な仕事であるが、様々な問題をもつ末期がん患者や家族にとっては、頼りになる重要な医療スタッフの一員である。筆者の病院では250名の入院患者に63年4月現在、5名の医療ソーシャル・ワーカーがおり、患者や家族からの入院相談、入院時のインターク・インタビューから入院中の相談、そして患者の死後の家族へのサポートなどを積極的に行なっている。

末期患者をもつ家族は様々の苦痛をもつ。患者の病状と共にゆれ動く家族へのケアは、ターミナル・ケアにおいては省くことはできない。家族が安定した状態にいることは、患者にとっても心安らぐことである。離別という家族にとっては大きな危機をのりこえる援けも必要になる。家族に対して、医師やナースの説明やサポートが大切であることはいうまでもないが、医療ソーシャル・ワーカーの果たす役割は大きい。ゆっくり時間をかけて、家族のやり場のない悲しみや怒りを受けとめ、支え、時には共に喜びを分かち合うことは、ターミナル・ケアではなくてはならないことである。

またボランティアも大切な役割を果たす。筆者の病院では20数名で構成されたグループが開院以来活動している。5000冊に及ぶ患者図書の整理や管理、四季おりおりの行事の企画、運営が主であるが、それらの行事は患者の社会性をよみがえらせ、自己実現の機会になることも多い。同時に行事への参加を通して患者と医療スタッフを近づけ、医療者間のチームワークをよりよくする役割も

果たしている。

患者の個々性を尊重し、全人的に対応しようとするほど、多職種によるチーム・アプローチの重要性が高まるのである。

V クオリティ・オブ・ライフと Amenity（快適さ）

近年、私たちの生活環境と意識は大きく変化し、より快適さを求めるようになってきた。そんな中で病院だけがその例外ではない。むしろ病気になった時はいっそう快適な空間、より人間的な温かいサービスを求めるのは当然のことである。

従来、病人は patient（耐える人）であった。病苦に耐えることだけでも大変なことなのに、病院での生活を強いられる中で耐えねばならないことが多い。

日常生活の質の向上はそのまま、病気になった時のより良い医療サービスを求めるニーズにつながる。現代の病院には、したがって、施設・設備のハードの面でも、医療サービスのソフトの面でも、従来の病院のイメージを破る発想の転換が必要である。ニュー・ヴァリュ（New Value）の時代がやってきた。

“病院らしさ”を越えた医療環境づくりが必要なのである。

人生の終りという重要な時期を、明るく清潔な病室で、信頼できる医療者や愛する家族に看とられ、できるだけ苦痛から解放され自分らしく過ごしたいと願う——これは極めて自然な欲求である。このあたりまえの素朴な願いを充たすことがターミナル・ケアのめざすクオリティ・オブ・ライフの実現につながることだと信じている。

おわりに

「看護の仕事は、これこそが人間らしさであるという種類の美しさを、かすかにでも見ないかぎりには、しばしば日常茶飯事的な平凡な仕事に見えるものである」⁶⁾ とリリアン・ウェイマウスは“ヒューマニスティック・ナーシング”の序で述べている。看護者としてがん末期患者のクオリティ・オブ・ライフを

考えるとき，“人間らしさであるという種類の美しさ”という表現に日常の体験が重なる。

苦痛症状が緩和し、その人らしさが尊重されたケアがなされると、人はみな“いのち輝く”ときをもつ。それは人としての温かさであり、思いやりであり、やさしさである。その想いが交い合うとき、ターミナル、ステージにある人も看とる人も、ともどもにクオリティ・オブ・ライフが高められたといえるのではないだろうか。

参考・引用文献

- 1) 岡安大仁編：総合援助としてのターミナルケア，p. 3，チーム医療，1983.
 - 2) 永田勝太郎，他：死の臨床；わが国における末期患者ケアの実際，p. 4，誠信書房，1982.
 - 3) J. ネイスビッツ，竹村健一訳：メガトレンド，p. 66，三笠書房，1983.
 - 4) R. G. トワイクロス，武田文和訳：末期癌患者の診療マニュアル痛みの対策と症状のコントロール，p. 18，医学書院，1987.
 - 5) 同上，p. 157.
 - 6) J. G. パターソン，長谷川浩，他訳：ヒューマニスティックナーミング，p. 8，医学書院，1983.
 - 7) 石谷邦彦：医療における人間性の回帰にむけて，東札幌病院 5 周年記念誌，1988.
-