

# 人生の終わりを<sup>みまも</sup>看護ること

小山千加代

新潟大学医学部保健学科

## How to Care the People Who Face Death

Tikayo Koyama

School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata University

### <要旨>

人生の終わりの迎え方は、人々が最期に搬送された場所や暮らしている場所の「看取りの文化」に左右されると思われる。本稿では、病院と自宅・施設での看取りの特徴を整理して、人生の終わりの看護について考察し、共感することの大切さについて述べている。

### < Abstract >

"How to care the people who face death" can be affected by the "end-of-life care culture" at the place where they live in their final moments.

The article describes what is the difference between "hospital care, home care and nursing home care" and that "taking care of the terminally ill patients with heartily empathy" is important.

#### キーワード

看護	nursing
看取りの文化	end-of-life care culture
ターミナルケア	terminal care
共感	empathy
生と死	living and dying

## I. はじめに——生と死の問題が取り上げられるようになった背景

1960年代後半から、人間の尊厳という視点で終末期医療や看護の在り方について、医療関係者はもとより一般の人々の間でも議論がされるようになった。

1969年にキューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross) が著した「死ぬ瞬間」は、末期患者が死を受容するに至るまでを5段階の心理過程として示したものであったが、医師が「末期患者と対話する」という試みそれ自体が、人々に衝撃を与えたことを記憶し

ている。当時、わが国では医療の分野にもコンピューターなどの情報技術が導入され、診断・治療のための医療機器を備えた国立・公立病院の医療が大規模化する一方、技術革新に遅れた個人病院は医療機能の低い「収容型の病院」となって、福祉施設を利用できない高齢者の「収容」に使われ始めた頃である。さらに病院では、人々が医療機器に囲まれて死亡するという状況も見られるようになった。キューブラー・ロスの「末期患者との対話」が人々に衝撃を与えたのも、人間の尊厳という視点で終末期医療

や看護について議論されるようになったのも、このよう  
な当時の社会的状況が影響している。

その後、1980年代から90年代になると、生と死に  
関連した研究会や学会等が次々と創設され(図1)、  
「生」のみならず「死」までもが研究対象とされる  
ようになった。同時に市民の間では、「生と死を考  
える会」が全国的な広がりを見せて、ホスピス設立運  
動も始められた。それは、生き物としてのヒトの生命  
が「医療技術の対象としてとらえられ、人工的に生  
かされていたとでもいうべき時代」から、ヒトが人間  
として誰しも等しく「人生最期の時を人間らしく生きら  
れるように看護(ケア)されたいと望む時代」<sup>1)</sup>になっ  
たと理解されよう。

ヒトが人として生まれ、生きて、死ぬという営みのな  
かで、「どう死ぬか」という問いは、死に至るまでの  
生を「どう生きるか」と問うことである。人としての  
生を「どう支えるか」についても、まず、人生の終わ  
りを迎える場所と、そこでの人生の終え方について、  
考えを整理し、その次に、看護師としての筆者の忘  
れられない体験をとおして、「人生の終わりを看護  
ること」について考えてみたいと思う。

**II. 人生の終わりを迎える場所と人生の終え方**

2013年度総務省統計によると65歳以上高齢者  
人口の割合は25.1%(前年24.1%)となり、4人に1

人が高齢者という社会になった。一方で、高齢者数  
の増加は死亡者数の増加にもつながっており、人生  
の終わりを迎える場所と人生の終え方の問題は、今  
まで以上に深刻さを増している。「住み慣れた自宅  
で亡くなりたい」と希望しても、病状の変化等によ  
って自宅もしくは施設から病院に搬送されて亡くなる人  
は多い。現状では依然として病院死が約8割を占  
めている。ただ、2006年の介護保険法改正によって、  
介護保険施設に「看取り介護加算」「重度化対応  
加算」が認められ、介護老人福祉施設いわゆる特  
別養護老人ホームにおいても看取りが行われるよう  
になったことは、人生の終わりを迎える場所の選択肢を  
増やすことになったと思う。老人ホームでの看取りは、  
少ないながらも増加傾向にある。

図2は、自宅・病院・介護老人福祉施設での高  
齢者の看取りの現状を、筆者が、「治療の場」と「生  
活の場」という機能の違いを意識しながら、その特  
徴を要約したものである。人生の終わりの迎え方は、  
その人が最期に搬送された場所や暮らしている場所  
の「看取りの文化」に左右されると思われる。例え  
ば、治療が主体の病院ならば、終末期であっても胃  
腸の造設から人工蘇生に至るまでの医療処置が可  
能である。患者・家族には、どのような治療をどこま  
で受けるかの選択が求められる。また、病院では、  
治療と症状緩和が主体の看取りが志向され、臨死

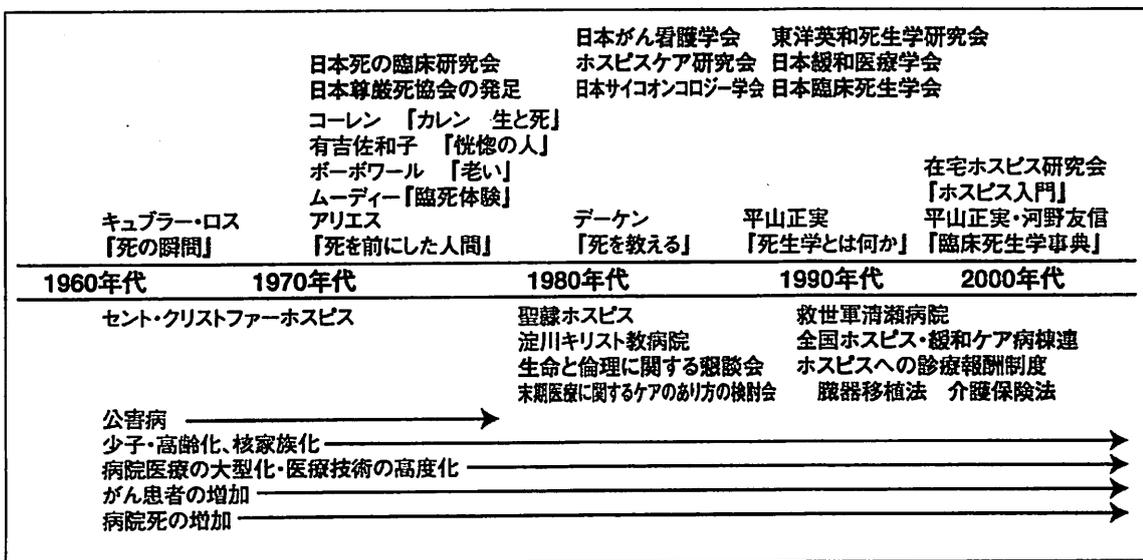


図1 生と死に関連した著作の発表や研究会、学会の始まりと、社会の動き  
(小山・黒須 臨床死生学11(1) 84頁 2006年より)

	自宅	病院	福祉施設
ケア	(療養のための) 訪問看護・訪問介護・訪問診療	(治療のための) 医療・看護	(生活するための) 介護・看護
高齢者の終末期医療	内服薬, 注射, ペインコントロール 褥創処置, 酸素療法, 吸引・吸入, 胃ろうの処置, 導尿, 浣腸など	IVH, 点滴, 経管栄養 (胃ろう, 経鼻), 内服薬, 気管切開, 吸引・吸入, 尿留置 カテーテル, 浣腸, 褥創処置, モニター の装着, パルスオキシメーターの装着, 昇圧剤の注入, 人工呼吸器の装着, 心 マッサージなど	内服薬, 注射, 点滴, 褥創処置, 胃ろうの 処置, 吸引・吸入, 導尿, 浣腸など
保険	介護保険, 医療保険	医療保険	介護保険
ターミナルケア加算	有り	無し	有り
説明と意思の確認	本人と家族	主に家族	家族と本人(認知症の人が多い)
高齢者の意思の尊重	◎	△	○
自己決定および家族 の決定場面	■病状悪化の際に入院するか否か の判断が求められる	■どこまで治療を行うかの判断が求めら れる	■病状悪化の際に入院するか否かの 判断が求められる
看取り方	QOL重視 (自然に安らかに)	治療と症状緩和	QOL重視 (自然に安らかに)
課題	■家族への介護負担 ■在宅診療の不足 ■在宅福祉サービスの不足	■治療に傾きやすい ■臨死期に至っても何らかの検査と治療 は継続される ■機器による監視がされる ■在院日数の短縮化により, 経口摂取困 難患者には胃ろうが造設され, 退院, 転 院, 施設入所が進められる	■施設数が少なく, 利用待機者が多い ■医師が常駐していない ■看護師が少ない(100人にNs.3人.) ■看取りの経験の蓄積が少ない ■病状悪化によって職員も家族も気持ち がゆらぎ, 救急で病院受診後, そのまま 病院で亡くなるケースが少なくない

図2 自宅・病院・施設での高齢者の看取られ方  
(小山 医学哲学と倫理10号 24頁 2012年)

期に至っても何らかの検査と治療が継続される。そのために、時として、患者にとっては負担となるような治療に傾きやすいという問題を抱えている。一方、自宅や介護老人福祉施設は、病院のような医療機能を持たないため、むしろ毎日の暮らし方、過ごし方を重視した介護・看護が行われる。従って、利用者・家族には、病院に入院するか、それとも最期まで自宅や施設で過ごすかの判断が求められる。その際、自宅においても施設においても、人が亡くなる時にたどる自然な成り行きを、利用者の家族が納得できるように、丁寧に説明することが必要となる。終末期に出現するさまざまな症状にのみ人々の関心がいくと、「病院搬送」という「救急対応」の発想しかできず、本来、利用者が望んでいた人生の終え方に添うことができなくなる可能性が大きいからである。このように、人生の終え方は、このように人生の終わりを迎える場所に特徴づけられた「機能別」・「専門別」という体系化された分類によって、ある種の制限を伴うことになる。

### Ⅲ. 人生の終わりを看護すること

先に述べたように、人生の終え方が、終わりを迎え

る場所の「看取りの文化」によって影響されるのならば、人々が終末期に搬送された場所や、暮らしている場所により、当人や家族の希望通りには進まないことも、少なからず存在するかもしれない。しかし、ここでは、終末期を迎えた人と看護師の関係性という視点から、「人生の終わりを看護すること」について省察する。

なお、ここで用いる「看護すること」という言葉には、看護の専門的な知識や技術のみならず、肉親の情感を媒介とした家族介護があるように、援助を必要としている人の痛みや苦しみに共感して、それを少しでも和らげたいという「介護すること」あるいは「看護すること」人の中に存在する人間としての本質的な要素が含まれている。人生の終わりを看護するためには、「介護すること」と「看護すること」の両方の概念を含め、用語は、個々の場合により「介護すること」に比重のおかれた「看護すること」になったり、また「看護すること」に比重のおかれた「看護すること」になったりすると考えて、あえて同じ語を使用している。

病気で苦しんでいる人の傍らにいて看護師としてできることは、「その人の生きようとする力」への小さな助力であり、看取りの場合にも「その人自身の生き

よとする力」を支えることで、臨終に至るまでの寿命をまっとうできると筆者は考えている。

それは1970年代に「人工的に生かされている生命<sup>いのち</sup>」という見方がされている人たちを、「生かされている生命<sup>いのち</sup>」ではなく、「生きようとしている生命<sup>いのち</sup>」と感じながら看護<sup>みまも</sup>った筆者の個人的な体験に拠っており、非常に情動的なもので、私的な体験の域を超えられないが、人間として忘れてはならない大切な体験であったと思われる。

脳外科病棟に入院していた患者の中には、当時、「植物状態」と呼ばれて、自分の全てを看護者に委ね、看護がなくては生きていけない人たちがいた。意思表示が十分にできない患者の看護は、患者からの訴えがないがゆえに、特に注意深い観察が求められた。しかし、患者に触れた手から、その人のあたたかな体温を感じ、そこから言葉にならない声を聞き、喜びや辛さまで感じとることができたと思われるような感覚があった。看護<sup>みまも</sup>る人が、聞こえないであろう人に話しかけ、応えられないであろう人に問いかけをするのは、その人が「何かを見つめ、何かを聞いて、何かを言おうとしている」と感じられるからである。

そのように看護<sup>みまも</sup>るなかで、いわば患者の身体をとおして、生かされている生命<sup>いのち</sup>ではなく、生きようとしている生命<sup>いのち</sup>を実感するようになった。それは、介護老人福祉施設の介護士が、病院から変わり果てた姿で施設へ退院してきた利用者を見て辛く思う気持ちや、家族でもないのに「私が看取りますから」と最期を引き受ける気持ちになっていくのと、似たような状況の感覚かもしれない。

ただ、急性期の病院では長期療養ができないため、脳外科病棟に入院していた人たちも転院をして療養を続けることになる。筆者が勤務していた病棟からも、ある時、5名の患者が同じ個人病院に転院したことがあり、転院して1カ月もたたない間に患者の死亡が次々と報告される出来事があった。転院後に十分な看護を受けられなかったことは容易に想像できたが、何よりも「患者は生きる希望を失った」と思った。死亡された人たちは、人間らしい看護を受けられず、悲しく思ったのではないか。周囲の人から「このような状態で生きていても仕方がない」と言われて希望を失ったのではないか。一方、家族は肩の荷を下ろされたのであろうか、それとも、最期の日々

を悲しみと怒りをもって過ごされたのであろうか、などと種々考えたことであった。

救命救急では、「やってみないとわからない」側面があることに加え、人によって延命のための医療技術を使うか使わないかの判断をすることも難しい。死亡した人たちは、経管栄養、気管切開、膀胱留置カテーテルなどの医療処置を受けて「寝たきり」の状態であった。それは決して本人や家族の望んだ姿ではなかったかもしれないが、それでも「生きようとしている生命<sup>いのち</sup>」であった。

石牟礼道子の『苦界浄土』という書物の中に、視力、聴力、言語、意識障害が著しく、寝返りも起立も歩行もできない少女の話があり、作者はその少女の母親に次のように語らせている。「ゆりはもうぬげがらじゃと、魂はもう残つたらん人間じゃと、新聞記者さんのかいとらすげな。大学の先生の診立てじゃろかいなあ。そんならとうちゃん、ゆりの吐きよる息は何の息じゃろか。草の吐きよる息じゃろか。・・・ゆりが魂のなかはずはなな。そげん話はきいたこともなな。木や草にあるほどの魂ならばゆりにも宿っておりそうなもんじゃ・・・」<sup>2)</sup>

母親にとっては、決して人工的に「生かされている生命<sup>いのち</sup>」ではなく、辛くても自ら一所懸命「生きようとしている生命<sup>いのち</sup>」なのである。我々は、このような母親の深い悲しみに寄り添うことができるであろうか。

患者の傍らで相手の辛さを感じながら寄り添うことについて、ミンコフスキーが「LE TEMPS VECU (生きられる時間)」の中で、人生を大きな舞台にたとえて次のように記している。「舞台では、さまざまな衝突、出来事があり、羨んだり憐れんだり、賛美したり、愛し合う人々がいる。それは個人的あるいは集団的な歴史の一こま一こまとなる。そして幕切れがくる。人生の幕切れは死である。舞台の主人公と共に過ごした観客は一つの幕切れによって独りの人間の人生を心に刻む」<sup>3)</sup>

舞台では作者が伝えたいことを、役者を介して訴え、その訴えが役者の演技をとおして観客に伝わったときに、役者には観客の反応が伝わるという。それは、舞台の登場人物が悩んでいるとき、観客は何も手を差し伸べることはできないが、観客席から共感を持って見守ることで登場人物の悩みを受け止めている、ということではないか。すなわち、人と人の心がつ

ながるためには、同じ時間と空間を共有することが欠かせないということであろう。

これを病む人と看護する人との関係に置き換えて考えた場合、すでに差し伸べる手立てが見出せなくても、傍に居て苦しみを共に分かち合うことでお互いに心を通い合わせることができる、と理解されよう。

人々の人生の終わりにおいては、看護する人が同じ人間として相手の痛みや辛さを自分のこととして共にしながら寄り添うことが求められているのであり、そうすることで、多少なりとも、安らぎのある人生の終わりになるのではなかろうか。

#### IV. おわりに

山本周五郎の「赤ひげ診療譚」の中で、小石川養生所の医者である主人公、新出去生が若い医者に対して、すでに現代の医学の限界すら見通して回答していると思われる部分がある。「この病気に限らず、あらゆる病気に対して治療法などない」「医術がもっと進めば変わってくるかもしれない。だが、それでも個体のもっている生命力を凌ぐことはできないだろう」「病気が起こるとある個体はそれを克服し、別の個体は負けて倒れる。医者はその症状と経過を認めることができるし、生命力の強い個体には多少の助力をすることもできる」<sup>4)</sup>。

医学が発展しても治療には限界があり、たとえ健康を回復しても、やはり、人間は死すべき存在である。障がいを持ちながら生きなければならないし、加齢に伴う老化も阻止できない。一生を他人の世話にならずに終える人はおらず、いずれ他人の優しさに頼って生きなければならない時が必ず訪れるのである。それゆえ、弱い人を疎かにしておくのではなく、社会全体として、どう看護することができるかを考えたいと思う。

「どう生まれ、どう生きて、どう死ぬか」という問いは、結局のところ、人生が終わる、もしくは人生を終えるまでの「生」を「どう生きるか」と問うことであり、それは、その「生」を「どう看護するか」という問いにもつながってくる。そして、現代社会においては、「どう看護するか」という問いは、個人的な問題である以上に、極めて社会的な問題として、捉え、取り組んでいかなければならない問題なのである。

#### 参考文献

- 1) 小山千加代：ホスピス・緩和ケア，吉岡斉編『日本の科学技術第4巻』第7部，医学と医療，334, 2011
- 2) 石牟礼道子：苦界浄土，講談社文庫，1972
- 3) E. ミンコフスキー（中江育成，清水誠 訳）：生きられる時間，みすず書房，1993
- 4) 山本周五郎：赤ひげ診療譚，新潮社，1985