

医学のなかの生と死

ホスビス及び死の臨床研究について

河野博臣

はじめに——科学技術と医学

デカルトに始まる現代科学は対象を分析分割し続けることによって細菌学や病理学の進歩をもたらした。それによって人間が常におびえ、死に追いやられていた伝染病を克服することができるようになった。これは人間の歴史の中ではパスツール、コッホ、北里などによるすばらしい快挙であった。科学は、驚く程の新技術を次々と開発すると共に、技術は技術を生み、一人歩きする時代になっている。プロメテウスの時代より、技術は人間の

生活の向上のみに使われるべきものであったのが、人間の抑制力を越えた動きを始めて、今日、科学技術は人類の将来に暗い影を落すこととなった。

地球の部分的な核による汚染や戦争は、地球を越えた宇宙的問題となり、また、遺伝子組替などの開発は従来の生命観を変え、神の領域を人間がおかすことになった。プロメテウスが毎日、肝臓をえぐり食われる程の苦しみで人間の幸福のために行った愛が、かえって人類自身を滅ぼすことになってきた。

一方、現代医学も、科学技術中心の時代に入っている。



医学生は大学では科学技術の教育が主で、コンピューターの導入によって知識、科学情報はあふれる程になっている。しかし、科学の長所といわれる部分化は生きた人間を細分化し続け、臓器から組織・細胞・分子へと進み専門化が極度に進み、左と右の肺の臓器さえ専門医は別々になる時代である。

人間の心身にとって部分化は病氣・障害であり、治療(Cure)は部分化されたものを統合するための援助をすることにあり。医学教育が科学技術中心であるために、現代の医師は人間を知ることができなくなり、臓器をわずらった病氣についての知識はわかっていても、病氣を持った人間を理解し、その苦痛を共感することには関心がなくなつた。

感情・心は科学技術中心の医療では論理性を疎外し、思考を乱してしまうとして排除されてしまう。特に外科手術では論理性が強調され、癌治療における化学療法や放射線療法は、副作用の苦痛などは考慮せずに攻撃的な治療を繰り返すのである。

現在の科学技術を中心にした医療は延命中心であると

同時に、臓器中心であり臓器の生が中心であつて、臓器を持った人間の心・気持はほとんどいいほど無視されてきた。

科学技術の進歩には終わりがなくにみえたが、対象化・数字化できない暗在系としての心・魂・感情・痛み・不安・不快・悲しみ・苦しみについての対処はまことに貧困であつた。部分化された人間、苦痛と共に歩かなければならない難治性患者、重度心身障害者、癌患者、さらにはエイズ患者などには科学技術はまったくお手上げの状態である。

また、心身症、うつ病、神経症など精神的ストレスが主とした原因による病氣が急増し、登校拒否、出社拒否の患者が増加して社会的問題となっている。

二十数年前に私は自分の子供を交通事故で死なせてから、死が私の問題となり、死に際したターミナルケア(看護)など、今日の問題に取り組んできた。子供の死という事実は、いやおうなしに私(医師)に深く突きささり、私は自分の中の死を体験する中で、このことが病者にどれほど大きな意味を持つかを私自身の内的宇宙的なこと

として体験しなければならなかつた。

それ以前の私の中には「死」はなく、「生」だけが存在し続けた「死は敗北」の思想であり、死と闘うことが医師の使命と思つた。

私の中になかつた「死」が子供の死を通して初めて「患者の死」に目が向くようになった。患者の死の苦悩について初めて気がついたとき、私の中の人間性と患者の中の人間性が初めて出会うことが理解できたのである。

死の臨床研究とホスピスの誕生

現代医学が視覚中心であり、論理性、科学技術であるとき、病氣を持った患者の心は常に不安と孤独、焦燥の中にいて、医療者にそれを訴え続けてきた。患者が不安、うつになると病状は悪化し、患者は希望を失っていく。しかし、医師やナースが深い愛を持ってケアをすると患者の心は安定し、たとえ臓器の癌が悪化しても病氣と共に生きる勇氣を持つようになる。現代医学の中に欠けていたものは心理精神的な要素、社会的家族的問題が病氣と病者に関わる問題、倫理的・宗教的な要素が個別的に

統合的に関わる全人的医療(ホリスティックメディスン)のあり方の不足が明確になつていった。

人間の根本、基礎であると考えられる心や魂を知るためには、最も嫌がる苦悩、痛み、孤独、不安の背後をさぐる必要が叫ばれてきた。癌自身の中に心や魂を見出すことはできない。癌によって痛めつけられている肉体を通して心は苦しみ、悩み、うつになり、他との交流を失つてしまう。そして、意識的自我はその苦しみから逃走しようとするし、本能的に死から逃げようとする。癌による今日の思想はメタファー(陰喩)としての病であるということである。メタファーの病とは、それが必ず死ぬということに対する絶対的不安・恐怖である。

現代文化の中心は生・生産中心であつて成熟・成長し、そこに死はない。それ故に死は敗北になり、心(魂)の死は問題にはならない。現代の癌患者は肉体の癌にやられてる前にすでに心(魂)の癌にやられてるといういわざるをえない。

末期癌で治療不可能な場合、現代医学は施すべしを失つた。それは、心や家族や魂は科学技術の対象にはなり

えなかったためである。しかし、末期患者は副作用の強い治療で苦しみを増加させる治療よりは、心の救済を求めるものであり、死のふちに立ったとき、生と死をつなぐイニシエーター（通過儀礼者）を患者は求めるものである。ここに立つて全人的立場からのケアの必要が叫ばれるようになってきた。キュア（治療）よりはケアを、患者と家族、患者と医療者の交わりの医療の必要性和時に医療者自身の死生観を問われる死の臨床研究が全人的医療の立場より臨床の場で実践され研究される会のニーズが高くなった。そして死の臨床研究会が一九七七年に生まれた。

延命の医学から患者の Quality of Life

病院のターミナルの患者には何本ものスバゲティのような管がつながれて外から生命（組織）を生き永らえるような処置がなされている。生きてはいるが、患者は意識もなく意志も語ることできない植物人間や、脳の機能はすでに破壊されているが、心臓は心肺機能器によって機能させられている脳死状態などが出現する状態にあ

る。患者の意志・自己決定の権利・自律性は問題にならなかった。

キリスト教主義国は現実的には心身二元であり肉体の死は魂の解放を意味する。それ故に脳死は容易に認められる。しかし、日本では元来、心身一如の一元論でありながら、キリスト教を背景にした科学技術の医学が入ってきたとき、視覚中心の合理的数的に還元できる肉体に集まり心は無視されてきた。

意識・感情のない状態の患者の出現は患者・家族より心や社会的要因を大切にしたい医療への要求が高まったといった方がよい。しかし、日本では医師の権利意識は強く、強固な社会保険制度に保護されて、今日でも医師中心の医療が中心であり、世界的レベルの患者中心の医療を叫ぶ勢力は相変わらず劣勢である。

クオリティ・オブ・ライフ Quality of Life（患者の生命の質・生活の質）を高める医療のあり方は欧米においては、フランス革命などを初めとして人権尊重への運動、患者権利、知る権利などの社会的な運動の中で延命よりは生命の質を大切にしたい医療が叫ばれたのである。

一九六九年から一九七〇年代にかけて、西ドイツ、米国の医事法学会での論文の中で、インフォームド・コンセント＝informed consent（知らされた上での同意）に関する精神と運動が高められると同時に、患者の自己決定権の尊重、患者の自主性の尊重が求められる方向に動いてきた。

一方、日本の癌患者、特に救命困難である人達は、自分の欲求は聞かれず、治療や検査、予後に対する情報はほとんど知らされず暗黒の状態の中にあるといっている。癌告知という言葉は日本で古くて常に新しい問題としてジャーナリズムに上ってくる。

死の臨床とホスピス

末期癌患者のニーズは身体的な問題と精神的問題と社会的問題と宗教（倫理）の問題である。

身体的には苦痛・呼吸困難・排尿排便・食事・食欲・不眠などの問題であるが、癌のマイナスイメージの中で最大の苦しみは疼痛である。死の苦しみよりは、しばしば痛みに対する苦しみにさいなまれる。痛みさえなければ

ば死ぬのは怖くないという人は多い。最近、とみに増加の傾向にある肺癌は痛みと呼吸困難など、患者にとって地獄の世界である。これを解放して平安の時を保証することこそが医療者のつとめである。

精神的ニーズは、内科医や外科医が関心を示さない部分であるが、病氣を持った患者は常に精神的苦痛にさいなまれる。不安・孤独・死への恐怖・離別など、個別性の強いものであり、これは心身相関が強く、うつや不安は疼痛を増強するものである。同時に家族や社会的問題は患者を不安にしたり、うつにしたりする。社会的関係が克服され家族との争いの和解ができれば、心身相関はよい結果に進み疼痛は軽減される。

社会的ニーズの多くは日本では男性の社会的責任、自己実現の問題と関係する。仕事のやり残しや、責任の実践不足などは患者の不安と不満をつのらせ幸福を疎外する。例えば社会的な高官などは、その責任性をあまえた上での配慮が必要となる。この配慮ができないと、しばしば患者をうつにしたり不安にしたりして、心身相関の上でマイナス効果を与える。

家族問題は患者にとつては大変非常に大切なことで、医療者がチームを組むときにも家族をまじえて、家族の希望や意見を取り入れることが大切である。家族は患者のコーディネーター（調整する人）であつて、患者の希望や意見を聞き、それを医療者に伝える役割を果たす。家族は患者がナースや医師にいけない不安や怒り希望などを聞き、これを受容していかなければならない。

日本では医師が癌告知をしないので、家族は患者に秘密を持つことになる。逆に家族のほうが、一層精神的不安と葛藤^{かつち}を持つことになり、ストレスにさいなまれる。そのために家族は常に悲嘆に苦しまなければならない。ホスピスケアの中で重要なケアは家族のグリーフワーク（悲嘆に対する対処）である。患者にとつて家族の重要さは医療にとつても重要である。このような家族のグリーフをサポート（支援する）するのは医療のつとめである。家族が看護の疲労で倒ればケアは失敗する。家族の訴えに耳を傾けることは、医療者の重要な問題となる。

一、知らせることの目的と意義

病名を知らせるためには何のためにどのように誰が行

うのかという的確な判断の上に立つた理由が大切である。癌という病名を知らせることによつて、これから先の生活・残された生をその人らしく十分に生きることができかどうかを知らなければならぬ。むやみに意味のない病名告知は患者にとつても家族にとつても意味がない。癌告知は「癌イコール死」というようなマイナスイメージに支配されている現代人にとつては大変なショックで、告知されたあとの患者の苦悩を引き受ける治療的自我と、これを支える医療チームが必要である。人は誰でも重大な秘密を知ったとき、その重みを自分一人ですえ持つことは困難で誰かに打ち明けることになる。日本の医師はさしたる理由もなく癌告知を患者にしない場合が多い。しかし、医師は一人で持ちこたえることができず家族に病名を打ち明け知らせることになる。打ち明けることによつて精神的な負担を無意識に軽減することになる。知らせるためには、覚悟とサポートする能力を問われることを忘れてはならない。

二、癌告知の現況・日本と欧米

日本では昔から医師から医師への伝承では「癌は告知

しない方がよい」というようなことが知らず知らずには広がっているような感じがする。これさえも、有名な名僧が癌にかかり、病名を知らせてもショックを受けることではないという判断で知らせたところ、思いの外、大変なショックを受け力を落して間もなく死亡した。このエピソードも明確ではないが、とにかく知らせない方がよいというような思想が支配的である。これらもあいまいな理由である。癌告知を積極的に行う医師は1%前後に過ぎないというデータがある。できるだけするが10%である。

このようなデータは日本の医師の一般的な癌告知を表していると思う。しかし、自分が癌にかかったとしますとあなたは癌告知をしてほしいですか、の問いには、してほしいという医師は五五%前後ある。して欲しくない人は二〇%前後に過ぎない。興味深いのは、あなたの家族が進行癌にかかったときは、しないが五五%前後、するは八%前後に過ぎない。

このデータを見ても、論理性はほとんどなく感情的な要因が大きなウェイトを持つことが特徴である。

一方、米国では一九六〇年代では癌告知は日本とあまり相違がなかったが現在では九七%以上の医師が癌告知をするといわれる。日本と違って社会的に医療過誤で法廷闘争にすぐに持ちこまれるので、医師も証拠立証のため告知をする人が多い。このために米国では告知を過ぎ、そのあとサポートに力が入ってなくて患者が何のために告知されたか、かえって不安と葛藤^{かつち}に苦しむ人も多い。

癌告知の現況を考えると、その国の習慣・文化・宗教・精神構造・社会環境などが関係を持つているので、これらを統合して判断していく必要がある。

三、インフォームド・コンセント（知らせた上の同意）と患者の自己決定権

患者中心の医療を考えると、患者と医師との間にできるだけ、それが介在したものであつてはならないと思う。医師―患者関係における信頼は真実の関係が必要のように思う。医師の判断だけで癌告知をしないということはこの関係を破る関係である。

先に一九六九年から一九七〇年の初めに、西ドイツや

米国の医事法の論文の中に、インフォームド・コンセント

トという言葉がしばしば見られたことを述べた。当時の日本では誰もがこのような言葉やその意味も知らない時代であった。この内容の精神は、癌告知を行うときだけ知らされた上での同意を行うということではなく、日常臨床において行う治療や検査には必ず、患者にわかりやすく説明して了承をうる必要があるということである。このことは非常に重要なことを意味しているわけである。すなわち、この言葉と精神の背後には、患者の自己決定権を尊重するという考え方があろう。これはあくまで人権尊重の精神であって患者だけの問題ではない。

自己決定権を尊重するということは患者と医師の関係が、大人—大人の関係であって、小人—大人というような上下関係ではないのである。医師も患者も強者—弱者の関係であってはならず人間的には同等であり援助関係であるべきであるということの意味している。

より強調したいのはインフォームド・コンセントは癌告知だけでなく医療全般において行われなければならないことである。

で不利益と思えても話さなければならない。

④ 他のふさわしい治療法の代案……主たる治療法が患者の意向に添うことができなかった場合など、その主たる治療法に代わる、他のそれにふさわしい治療法についても話をする。例えば、化学療法を主たる治療法とすると、副作用に比べて治療率が患者の希望メリットに反するとしたら、他の治療、例えば放射線療法、温熱療法など、代替りの治療法の案の提示が大切である。

⑤ それらの治療法が行われる場合の予後などについて患者に伝える責任と義務を持つ……インフォームド・コンセントをするには、必ずその内容を提示する必要がある。治療によるメリットだけを強調するのではなく、デメリットや予後について想像できる確実な提示が必要である。患者はこれらの情報によって、その治療法を決定するので、そのよりしやすいサポートを行うようにする。

これらインフォームド・コンセントを行うのは、癌告知だけではなく、現代の進歩した医療技術の中では、特に遺伝子組替などによって、生命を人間の手によって左

四、インフォームド・コンセントの内容

インフォームド・コンセントの内容の大切なものは、次のことが挙げられる。

① 診断の正確な内容……これは専門用語ではなく誰でもわかりやすく十分に理解される言葉と方法で行われなければならない。

② 予定される治療法の内容、性質、目的、副作用……どんな治療法であっても予定されている治療法について、患者、家族にわかりやすく、その目的、何のために、どんな内容で、それはどんな性質を持ったものか、副作用についても話し合っ了承をえることが必要である。

③ その治療法の成行の可能性とそれによる患者のメリットとデメリット……その治療法はどのように行われて結果はどのようなになり、その治療法によって患者はどのようなメリットをうるか、いわゆる治療の成功率はどの程度あるのか、また、その治療によって起こるデメリット、主として副作用の内容を詳しく話しをする。また、その治療法によって、場合によっては結果的に悪くなるような可能性があれば、それが医者にとって使用する上

右できるようになり、高度医療機器の導入によって、脳死や植物人間ができるようになり、ターミナルにおいても終末期に人工呼吸器の装着によって自然死が困難になり、生命倫理がおびやかされる状況になり始めた。

生命倫理への理解と、これにもとづいた医療行為が大切になる。

五、生命倫理の四つの原則

次に生命倫理を考える上で、私なりに四つの原則を挙げてみたい。

① 恩恵の原則

患者のためにという医療チームの社会的責任は、生命が神秘的な時代も、今日のように生命科学等によって、生命が人間の力によって左右される時代でも少しも変わらない。何といっても医療は患者本人のためにということが原則でなければならない。学問の進歩とか、同じような病気で苦しむ人のためにとか、患者本人の意志とはかけはなれた理由で、患者本人のための恩恵の享受が医師によって疎外されたとき、患者の人間としての尊厳さは無視されることになる。

②自己決定権の原則

自分の生命についての判断と決断は、自らの生命の主権者である自分自身が責任を持つということである。医師は、しばしば患者は病気に對しての医学的知識と判断ができないという医師側からの判断だけで、患者の決定権を侵害することはできない。

③公正の原則

個人の判断基準、道徳的、倫理的基準をふまえながら、その患者が生活している社会的な合意、判断の上に立つた公正な立場からの判断が必要である。

④平等の原則

治療や診療などの医療サービスや人体実験などに関して人種や性別などによって差別をしないこと、平等の原則に立つことが必要である。臨床の場合では、しばしば患者の持参する札金の差違によって、時に平等の原則が破られるような低次元の問題があるので留意すべきである。

こうした恩恵の原則・自己決定権の原則・公正の原則・平等の原則の四つの原則を全く機能させるためには

人権尊重、共感的理解などの上に立つて行動することが

大切である。今日では医師の医学的知識、技術だけでなく、患者の苦悩を受け容れ、共感できる治療的自我的向上が叫ばれている。

これらの生命倫理の上に立つことができれば、次の全人的医療を行う基礎が理解できる。

六、全人的医療の基礎

全人的医療の基礎として考えられるのは、次の四つだと私はとらえている。

①医療責任の明確化

癌医療など今日の成人病、慢性病に対する治療やケアに対する医療チームは複雑で、治療を受ける患者は、自分の病氣、医療の責任は誰が持つてくれるのかという不安にさいなまれる。医療責任は主治医にあるように思えるが、患者にとってはニーズを主治医に訴えても、それが実行されなければ患者は責任者の存在を疑うことになる。

②真実の告知（情報の公開）

情報の公開は人権尊重の上では欧米では当然と考えら

れている。情報の公開といっても患者自身のプライバシーは絶対に守らなければならない。癌告知だけが問題

ではなく、患者自身の情報は患者自身のものであるという原則である。

③患者の自律

患者の自律は基本的に患者—医師の信頼関係と大人—大人の援助関係というのほすでに詳述した。医師だけの判断で治療やケアをすることは患者の自律性、自然治療力を活性化することにはならない。

④患者の社会的差別の克服

癌が二十世紀のメタファーとしての病であることによる差別の問題に對しては、その克服が大切である。癌イコール死というマイナスイメージが癌患者に對して社会的差別を受けるのである。十九世紀は結核であった。癌の問題の克服ができない前に、すでに癌よりはマイナスイメージのエイズが人類を襲おうとしている。米国においても日本においてもエイズ患者への社会的差別は抑制しようもなく、その恐怖のために無意識に差別をするところになる。意識的に論理的に抑制できないところに、差

別の問題は人間の深層心理の中で生き続けることに気がづかなければならない。

エイズが①伝染する、防ぎようがない②治療する方法がない③性的な問題と関わる。これに比べれば癌のイメージはまだ優しい。それは①治療可能②伝染しない③性的とは関わない④癌とは十分に聞える、からである。

今後、人類が対処できないような病原体の出現が考えられる。癌のマイナスイメージにやられていては人類は救われられないかもしれない。その意味で医師として自分の自己分析を行う必要が問われるのである。

七、癌を知らせる条件

次に癌を知らせる条件として以下を挙げておきたい。

癌を知らせる条件としては①癌に對するイメージ②日本人の精神特性③癌患者の性格特性、生活史④チーム医療の原則⑤いつ誰が告げるか⑥患者の希望、などの条件が考えられ、これらを総合的に判断した上で告知を考慮する必要がある。

すでに詳述したが、癌イコール死というイメージは相変わらず支配的であるので患者や家族がそのショックに

対して耐え、闘っていきけるだけの人間力があるかどうか、また、患者家族の苦悩をサポートする人がいるかなどの条件が必要である。

日本人の精神構造は無意識的交流ができる民族のように思える。「以心伝心」というようないわず語らずお互いの心が通じ合う場合がある。言葉に言語化しないで交流することができる。また、相手にとってその内容がショックを与えるものであればあるほど、相手の心を思いはかつて納得し合うことさえある。癌患者の多くは癌告知されないでも、癌ということを知っている人が多くあるということは日本人であるためと思う。この日本人の美しい思いやりの心も大切にしたい。

癌患者の性格傾向もある程度参考にする必要がある。

西ドイツの臨床心理学者のバルト・ランユーや私達の研究では癌患者の性格傾向が次のようなものであることがわかった。

きまじめで、よく働き、規則をよく守るが遊びがない。きまじめであることは、よい性格であるが、融通がきかない。よく働く、ワーカホリック（働き中毒）といわ

だけでなく、精神的・社会的な訴えを受容するためには全人的医療を行うための医療チームである。医師一人では患者の訴え全部を受けるのは容易ではない。

次に⑤いつ誰が告げるか、については、基本的に患者が希望したときに伝えることが原則である。本当に知りたいかということの判断は前述してきた。癌が確定したとき、術前・術後・退院前など、患者が告げられてもこれを受容できる心構えができたとき、医師が一人で告げるのではなく、医師と対診医、指導医、専門医、ナース、家族と相談して、医師団とか医師団とナースなど複数が好ましい。また患者側には家族が信頼している人と一緒の方が一人よりは好ましいと思う。

八、誰が患者の苦悩を引き受けるか

重大な秘密を握った人間は誰でもその重さに耐えられないものである。癌告知を医師がすることは、告知することによって、その重さを分かつことに気づく必要がある。病名を知った患者は苦悩する、これを引き受けるのは告げた医師である。その医師は患者の苦悩を引き受けるために中心になってチーム医療を機能させなければなら

れるほどで、会社や社会的な規則はきちんとももる。日本社会を作りあげてきた中年以上の人々は、ほとんどこの傾向になるのではないか、特に遊びがない、遊びが下手であるというのは、まじめな日本人の特徴のように思える。よく働くが、休みには家でゴロゴロしてテレビをみるぐらいいかできない人達である。このような性格傾向は心身症になる人達にも似ている。精神的ストレスをどう発散し、どのように身体化から逃れることができるかは、現代人の大切な問題であるように思える。癌や心身症やうつなどの心身相関は外的環境、現代文化と文明と深く関わっているように思える。

また、癌患者の生活史、病歴なども大切である。緊急な事に遭遇すると、神経症的になったり、うつ傾向になったり、分裂症になる生活史をもっている患者さんには、インフォームド・コンセントをする上では配慮が必要である。その中で特に④のチーム医療の原則について述べてみたい。

患者の苦悩を引き受けるためには、チーム医療の原則が必要である。癌告知したあとでも、単に身体的な訴え

らない。しかし、苦悩を最も引き受けるのは家族である。告げることは患者の苦悩を引き受けるという前提に立つことは当然である。

家族が引き受けて苦悩すれば医療者が患者をケアをすることは当然である。誰が苦悩を引き受けるかは、患者が信頼し、何でも話すことができる人が引き受けることになり、引き受け人の苦悩を、チーム医療全体で引き受けることはチーム医療の原則である。

九、癌告知と社会的差別の克服

癌のイメージが死を意味する間は、けがれたものとして嫌悪する人間心理の理解が大切であると同時に医学的な正しい判断に立った社会的差別の克服を行うのは医師の勤めである。癌告知がもたらすインパクトは身体的、心理精神的、社会的、倫理的な面に及ぶことを、前もって知る必要がある。診断書、傷病手当、などを作成する場合、病名が及ぼす影響をよく理解し家族や所属の責任者などとの話し合い、そして患者のQOL (Quality of Life) が最も高まるあり方を選ばなければならない。

社会的責任性の高い人などが癌という病名によって、

その最終的な活動が抑制されるようなことがあると患者のQOLは保たれない。

また、社会的活動に生きがいを持っている人が、会社や所属の人の善意の配慮で活動ができなくなるようなことは、差別を意味する。患者のQOLの立場から配慮したケアが大切である。

十、癌患者のQOL（生命・生活の質）を高めることと癌告知

癌告知をするときに、患者のQOLを高めるための前提が必要である。生命・生活・余生などの質を高めるということであるが、その内容を端的にいうと次のことがいえると思う。

①患者が、満足しているか、幸福であると思っているか、家族治療者などの周りの人達と精神的調和がとれているかどうか、などのチェックと評価が大切である。

②家族に対しても、満足しているか、幸福であるか、調和がとれているか、悲嘆に対する十分なケアを受けているか、などのチェックと評価が必要である。

QOLのチェックと評価は、生命の質、人格の質、生

活の質、人生の質、について行われなければならない。次に癌告知・治療・ケアの評価を誰がするか、という問題がある。

もちろん患者自身、家族の評価が必要である。同時にチーム医療内での評価、自己評価が必要である。この状態で、この時期にこのスタッフではこれが限界などという自己評価は問題であろう。

癌告知、治療、ケア、あらゆる患者、家族と関わるものは、医師―患者関係、医療者―患者関係がベースである。信頼関係がなければ、失えば、もちろんよいケアもケアも行うことは困難であろう。医療者は常に患者の側について（Being）話を聴くことによって信頼関係を保たなければならない。

十一、患者―医師（医療者）関係

患者と医師の関係については次のことがいえると思う。

①信頼関係

真に信頼関係ができれば医療者は患者を援助していることは、同時に自分自身が患者から援助されていること

に気づくと思う。終末期における患者は、最後の自己実現と、同時に周りの人に対してもすばらしい教育を与えるものである。これは相互援助と相互変容を意味するものである。医療者は、今後は自己分析と治療的自我的向上に自分自身について知る訓練も必要となると思う。

②医療者の死生観

現代の生命観は科学技術主義の傾向が非常に強いが、医療者は患者の生命・人格・生活・人生の質を高めることを援助するものであれば、よりの確な死生観を持つことが大切である。

これは科学技術の進歩、臓器移植、人工臓器の開発などが進んでも、人格・生活・人生を持った生命は死ぬ存在であることは必然であり、医療者は的確な死生観を持つことは大切である。しかし、死生観を患者に押しつけることはさけるべきである。ケアとは個人の個性化を援助すべきことである。

十二、患者の自己決定とインフォームド・コンセントと尊厳死

患者中心の医療の中で、患者の自己決定権を尊重する

ことをベースにしてインフォームド・コンセントを行い、うそのない真実の治療関係を持つことによって、治療を望みえないときも、患者は平安な人間らしい、その人の人生を全とうする尊厳死を望むことも可能であると思う。これらの関係のベースは愛による奉仕であると考ええる。

十三、傷ついた医師像（終りに）

病名を告げる問題について、その背後にある問題について、主として人間関係を中心にのべてきた。どのような状況においても、その人の生命はその人の意志によって決定する権利と尊厳があるということは、人類が長い歴史の間に、「人間すべて神の前で平等である」という信条の下に闘いとった結果であると思う。この間、人間は多くの血を流し、傷つきそして癒されてきた。

患者についても同様であり、傷ついたものとして尊敬され暖かいケアと治療が与えられるようになったのも、歴史的にはまだ新しい。戦前までは、心身障害や精神病患者はひどい社会的差別を受けてきた。病者は弱者とし保護されるべきものが、社会の片隅に押しやられていた。

このような関係は常に上下関係の中にあつたためである。治療関係とは援助関係であるべきだというのに長い時間が必要だった。日本では相変わらず医師はすばらしく健康であり、患者はあくまで弱く患者らしくなければならぬことになっている。

しかし、ギリシャ時代の癒しの神は、自分の中に永遠によくならない病氣を持っているといわれる。実は医師（治療者）は自分の中の患者すなわち病に気づくことが大切で、同時に患者の中の健康な部分（医師の部分）を活性化するような関係を持つことが治療関係である。

治療とは常に傷ついた医師の元型への気づきがなければ癒しは起こらないと思う。患者が生きていることのよるこびを持つためには単に身体だけの癒しではなく、心の癒しを持つことが重要だ。この癒しにあずかるには、医師は傷つき泥まみれになったときはじめて患者は癒しのよるこびに全てをゆだねると思われ。

痛みに見られる人間像

癌に見られる疼痛は患者の最大の苦しみである。痛み

つて死んだというエピソードがある。癌疼痛が巨人フロイトを押し倒した感じである。

欧米では癌疼痛に対しては初回から一〇ミ以上の塩酸モルヒネを使用する。しかも大量投薬が原則になっている。

日本では痛みに対する感じ方は医療者の中に相違を見いだす。医師は痛みを敵とは思わず耐えることに意味を感じている人が多いように思う。そして、患者が痛みを訴えると塩酸モルヒネは少量から始め注射を主とする場合が多い。癌疼痛に対する鎮痛には内服を主とするのが原則である。麻薬という言葉が患者にとっては不幸である。

麻薬はできるだけ使用したくないという日本の医師の願いは、痛患者にとっては耐える必要のない痛み耐えなければならぬ不幸を背負うことになる。そして医師の思想・考え方を知らぬまに、患者に押しつける結果になっている。肺癌の患者で一回五ミを一日四回、塩酸モルヒネを服用している患者が来院して、痛みを苦しんでいる。そしてどうしたらよいかという。主治医に今のモ

さえなければ、死んでもよいという患者は多くある。WHO（世界保険機関）も早くから癌患者の疼痛救済治療指針の作成を急ぎ疼痛からの解放に努力し、昨年その指針が発表された。除痛としては三段階方式を取っており、最初是非麻薬系の鎮痛薬や補助薬を使用し、効果がなければ弱麻薬性鎮痛薬＋非麻薬鎮痛薬＋補助薬を使用し、これがだめであれば、強麻薬鎮痛薬＋非麻薬鎮痛薬＋補助薬を使用するようにしている。補助薬には精神安定剤・抗うつ薬・抗けいれん薬・副腎皮質ホルモンなどがあげられている。

埼玉がんセンターの武田副院長の癌患者の疼痛治療によれば、WHO方式によれば八七%の望しい除痛効果がえられるといわれる。欧米先進国では痛みは敵であり悪魔であるという思想がある。癌疼痛は全身を打つ痛みで健全な思考能力を失うものである。

フロイトも上顎洞癌に長い闘いをいどんできたことは有名である。しかし、痛みが人間的思考を失うほど癌の進展が進んだとき、モルヒネを大量に主治医に処方（これは末期になる前から主治医との約束であった）をしてもら

ルヒネの量だったら少ないということをいつて増しても良かったら？ というと、そんなことをいつていいのですか、という。聞いている私が当然のことなのに驚いてしまう。日本では医師の処置には文句のいえない厳然とした力のようなものがある。

主治医は患者のあなたの話を聞いて処方を変えるものですよ、といっても理解できない。患者は理由のない痛み耐えなければならない。

病者のことを耐える人（ペインエント）、痛みを持った人などと、痛みと耐えることが患者の役割になっているのでは不幸である。

疼痛閾値を緩和する因子

すでに述べてきたように癌の痛みは単なる臓器的痛みだけではない。心理精神的・社会的・宗教的な因子と相關する。痛みの閾値を低下させるものは、臓器の癌の浸潤の増大と共に、不快感、不眠、心配、疲労感、恐怖、怒り、抑うつ、孤独、内向である。これが相乗すれば痛みは増大する。反対に、症状の緩和、休息、睡眠、共感、

理解、気分の高まり、鎮痛剤、抗うつ剤、精神安定剤などは痛みの閾値を上昇させて痛みの緩和が起るのである。

ナースの多くは、鎮痛剤を自分の手からやさしく与えることで鎮痛効果を増大することを知っている。優しいナースが当直した夜は痛みを訴える患者は少ない。反対に怖いナースが当直した夜は痛みを訴える患者が増加するという事実がある。このように痛みは深く心に関わっている。

四十五歳の肺癌の男性は家族と特に妻との関係が悪かった。頻繁な疼痛には、ブロンプトン（モルヒネ水溶液）の投薬も効果がなかった。ナース達もあまりの頻繁な痛みの訴えにお手上げの状態であった。訴えて私が患者と面接してみると、ナースも家族も患者の話しを聞こうとせず、ただ薬だけを服用させていた状態であった。ゆっくりと患者の側に腰を下して訴えを聞いている内にわかったことは、胸痛は自分の罪の結果と思うようになっていた。今までの生涯の中で家族をかえりみず癌になったときも、家族との交流も悪くそのために孤独になりそれ

が痛みを増大していた。私は家族にこのことを話し、理解をさせることによって痛みは緩和した。

死にゆく人の心理特性とケアの問題

死にゆく患者の心理的特性については種々の書籍に書かれているので詳細には記さないが、私は数多くの死にゆく人のケアに当たりながら、何か特性のようなものはないかと考察してきたのでそれを記してみたい。

日本人の癌患者（多分他の患者も）は医師に対しては非常に従順である。運命の糸に引かれてるように医師の指示に従う。苦しくても化学療法を指示されればよほどのことがないかぎり従う。左肺癌の四十五歳の女性は退院後左上腕の強い浮腫とヘルペスになり再入院した。抗癌薬の点滴（大変な副作用がある）を受けて病状は好転して退院した。

ところが三カ月目に激しい咳の発作で再入院をさせた。入院の再検査で肺への癌転移を指摘された。抗癌剤の点滴のみが唯一の治療法だという。夫は、その成功率はいくらあるのかと聞いても、やってみないとわからない

いという。主治医は治療をやるつもりではないかと疑い

を持つような態度であったという。そして治療を受けなければ、もう病院ですることは終ったので退院して欲しいという。夫は、どうしたらよいかと癌告知を受けていない妻にも相談できなくて一人で苦悶する。できたら今の痛まないままで死なせたいのに、点滴の苦痛をもう一度弱っている妻に味あわせたくないと思うのだが、それを通すには退院しなくてはならない。この夫は医師から見離されることを恐れて泣きながら点滴を受けさせる結果になり、患者は苦しみながら死んでいった。

病院は治療をするところであって、ケアをするところではないと医師はいう。患者や家族の苦痛や悩みは無視されていく。患者や家族はあまりにも医者を怖れすぎているのではないかと思う。患者が自律性を持ち家族と力を合せて、その人らしい生き方をして死ぬこともできるように思うのだが……。

「怒り」を出せない末期癌患者

二十年前頃、末期癌患者が痛みと苦悩に耐えられなく

なって、主治医の私にくっついてかかっていたことを覚えて

いる。患者から一度も怒られたことのなかった若い私は、どう対応してよいか、狼狽（ろうばい）してしまった。しかたなく患者の訴えを辛抱してじっと聞いた。驚いたことにはその患者は、自分が出した薬を指示通りに少しも服用していなかった。副作用でとても服用できるものではないという。先生は一度、この薬を飲んだことがあるのですかとえらいけんまくだった。私は予期していなかったのであわててしまった。

このように怒りを出す患者は日本では少ない。怒りは罪なこと、いけないことというのが日本人の中にあるのかも知れない。死ぬときにこそ、抑圧した感情を発散したら、楽になって死ぬるものと思うが、発散できないためにそれがうらみとなって残っていくように思う。家庭でも会社でも「和をもつて尊しとなす」という感情は強い。怒りがマアマアとおさえられてしまう。感情の出どころがない。

五十八歳の胃癌のサラリーマンは死を前にして、私の一生は家と会社との往復で終わりました。その間、私は

したいこともあったし、腹だたしいこともあったが、家庭を平和にするために怒りを抑えてきました。しかし寂しいですねと語っていた。この患者は死ぬときもおとなしく、治療に対しても食事に対しても何一つ不足を言わずに死んでいった。

怒りを出せる患者は幸せである。その幸せを充実させるには、誰かが受容して聞いてあげることである。聞き手は医者であつたりナースであつてもよい。しかし、結局は妻や家族が引き受けることになる。

癌患者の抑うつを示すもの

ダイイング（死にゆく）の患者のケアの中で一番とまどいを感じるのは患者さんが抑うつになって自分の中に閉じ込められてしまったときである。

周りの人達・家族も医療者もすべてが生き生きと健康に見え自分だけが死ななければならぬ。日夜苦痛に耐えながら、希望のない瞬間瞬間を生きなければならぬ。そう思った時から健康なこの世から目をつぶりたくなる。家族やナースがどんなに優しい言葉をかけても返事をしない。自分の腕の中に頭をかかえてベッドの中でじ

つと呼吸をこらえている。絶え間ない吐気、恐ろしいような痛み、それを上廻る死への恐怖と不安が身体全体に覆いかぶさってくる。

これをはらいのける力は、日毎に落ちてくる。無意識から湧き上ってくるような死の恐怖、これとの闘いは始めから勝ち目がないような気持ちで身体全体を覆ってくる。食事も人の言葉も膜の外の世界のできごとのように聞こえてくる。

このような世界に入り込む癌患者は日本では多い。これをどのようにして防ぎ、どのようにして周りの人達と交流しながら「私は一人ではない」と平和な時を少しでも与えることができるかが私達医療者のつとめである。

患者は病状の悪化と共に死の影はどんどんと大きくなる。患者を孤独にしないようにすることが一番大切なことである。私はこのような患者の身体をさすり、頸部をマッサージし、腓腸筋をほぐしていきながら話しかけた。「いかがですか」、私はもむ手に力を入れる。「いいですよ」、患者は小さな声で応えてくれる。

患者は治療の点滴をただけで、すぐに看護詰所に逃

げ帰るナースや医師よりは、点滴はしなくても、やせ細った手を握り足をマッサージして話かける治療者の方がうれしい。doingよりはbeingを患者は切に願うのである。医療者でなくても一度病氣して、眠られぬ夜に優しく話しかてくれる治療者は何よりの慰めであることに気づくのである。側に腰をおろして話を聞き、スキンスリップをすることはサービスであり、奉仕であり愛である。医療の中にあつて奉仕する愛こそは患者の孤独を救うものである。

終りにかえて——死の受容と生と死をつなぐもの

死にゆく患者の多くは現実の痛み、嘔吐、悪心、呼吸困難、便秘、食欲不振など、ありとあらゆる身体的な苦痛と、不安、孤独、悲嘆などの精神的苦痛にさいなまれながら、早くこの苦痛から逃げ出したい、開放されたいと思う。こんな苦痛にさいなまれるのであれば今でも死にたいという。しかし、いつでもどんなときでも、その苦痛の背後には希望が大きな顔を出す。患者の苦しみの

訴えと、いつでも死んでもよいというような態度で訴える。死の受容をしたのかと思う。心もすんだように見える。痛みの訴えも少なくなった。しかし、また苦しみや痛みが起ると生きたいという。人は何度も死の苦痛から逃れたいために死の受容を行うように思う。しかし、苦痛がいやされれば生の希望は再び顔を出す。死と生の闘いである。

ある六十七歳の食道癌の患者は食道は破れ、食べたものが食道から洩れてしまう。しかし、のどをちよつとも通して食事をしたいという。「先生といつしよにコーヒを飲んでね」といって奥さんが枕もとで作ってくれたインスタントコーヒを一口と飲むと「あっおいしい」とたえなる声を出したと思ったら、コーヒは食道から外に流れでた。それでも患者は先生と飲めたからといって感激する。この患者はよく夢を見て話してくれた。ある冬の早朝、電話があつて急いでいくと大下血をしたと奥さんはあわてている。本人は平気で「子供をたくさん生んだ」という。みると肛門の近くには大量の血液と石のような便の塊が四―五個転がっている。私は出血と子

供を生むということを聞かされて死と再生のイメージを持ったすばらしい再生と思った。しかし、患者はその後一カ月は生きた。

この患者が死の一週間前に、マージャンをして自分の手に四ソウが来た。それを捨てて五ピンで上りたいのだから誰も捨ててくれないという。患者はこの話を私に一時間もぐりかえし話をしてくれる。死ぬことの困難さをひしひしと知らされる。しかし、患者は死ねないのである。

その後、子供の時両親が離婚し、母親は外に嫁に行つてしまい、自分は父親のもとに残っていたが、お前がいると後添いが来ないといつて里子に出される。里親の裏山に毎夕のぼつて嫁に行つた母親のいる方角を見て泣いた。ある日、里親の母親が母に会いに連れていってくれろというので、前の晩は一睡もせずに、朝を待つて母親のところに行つた。母親は優しい声一つかけてくれずに「早く帰れ」という。主人に気がねしたのだという。この話を苦しい呼吸の中で話し、そして終つたら意識がなくなった。そしてそのあと十二時間後に死亡した。

C・G・ユングの言葉に、「無意識はいつでも死を受

容しているのに意識はそれを知らない」という意味の言葉があったと思う。生と死をつなぐものは何度も何度も通過儀礼を行わなければ生から死へとは移れない。身体の不癒しない末期患者でも、魂が癒されれば喜んで死の受容をうけるのではないかと思う。

この魂の不癒しに生と死のイニシエーターになりうるものは宗教に外ならないように思う。現代の宗教を排除した日本の医療の中では、魂の不癒しと救済は困難に思われしかたがない。

参考文献

- (1) 河野博臣著「死の臨床―死にゆく人々への援助」一九七四年、医学書院
- (2) 河野博臣著「生と死の心理―ユング心理学と心身症」一九七七年、創元社
- (3) 河野博臣著「ガンの人間学」一九八三年、弘文堂
- (4) 木村利人著「いのちを考える―バイオエシックスのすすめ」一九八七年、日本評論社
- (5) 井上洋治著「人はなぜ生きるか」一九八五年、講談社

(かわの ひろおみ・河野胃腸科医院院長)