

末期患者看護の一考察

いよいよのときに備えての老人看護

片 山 信 子

1. はじめに

すべての人は必ず死を迎える存在であるにもかかわらず、現在の進歩した科学・技術は人を不老不死の錯覚に押し込めていく。臓器移植・集中治療・延命装置により一時期生の延長はなされても、やがて終りは必ず来る。それでも尚現代社会は死をタブー視し、死とは無縁の生活を続けている。このように平素目をそむけていた**自分の死**に直面しなければならなくなったとき、人はこの**未経験の事実**にどのような対応が出来るであろうか。

「日野原¹⁾は、この未経験の事実をいつ迎えてもよいように、常日頃から**平静の心**をもって備え、ここまで良く耐えたことを感謝する生活を1日1日送ると心構えを述べている。この1日1日を大切に**する姿勢**はとりもなおさず**充実した生と死**を全うする鍵となるようである。

今日のように老・死が我々の日常性から遠ざけられているからこそ、自分自身の生の充実と納得のいく終末を迎えることができるため、また死に臨む人の良き同伴者となり、ともに成長して離別^{2) 3) 4) 5)}することができるためにも死に備えての学びの課題に取り組むことは重要なことである。

この点では完熟期である老年期は必ず死をもって終結されるため、死の問題は老年期に集約されているともいえる。

そこで本稿は、老年者の終末期看護のあり方を死生観を含めて考察した。

尚、末期とは、あらゆる治療の効果が期待できなくなった時期とする。

2. ライフステージにおける老年期とは

(1) 老いとは

すべての生あるものは成長・完熟し、やがて枯れる。人の一生を樹木に例えると、芽吹き、若葉・青葉を茂らせ、結実・紅葉し、次第に一葉一葉を大地に帰す。

四季折々の木々のうつくしさと様はそれぞれに異なる。また紅葉した木々は僅かのストレスにも傷つき、葉を落とす。時ならぬ強風や環境の変化はその営みのサイクルを狂わせてしまうという特徴は人の老年期に似ている。

「白髪は榮の冠である。正しく生きることによってそれが得られる」⁶⁾ともいわれるように、長生きは神からの祝福であり、栄誉の印しであるといわれ敬意をはられるとき⁷⁾でもあると思う。しかしこうしてすべての人が老年期を全うできるわけでもない。人は歳を重ねることにより、心身の諸機能も青壮年期に比し低下する。それに伴い社会的な役割も変化してくる。この変化の程度からアメリカでは老年期を区分⁸⁾している。即ち65～70歳をヤング・オールド、75歳以上をオールド・オールドとよび、この75歳を境にした理由には、心身の機能や社会対応の仕方が、これを節目として顕著な変化を来すことがある。そして一般社会が捉える老人のイメージ⁹⁾は、身体的独立、精神的独立、経済的独立さらに社会的独立を失っか高齢者を指している。その上今日の社会は青年中心の社会であり、健康な働けるものを中心に組織され展開されている傾向から、老人のもつネガティブなイメージは一層強められている。

加えて、社会的な趨勢としての扶養義務の変化、私的扶助の減退¹⁰⁾、住宅の狭小化、生活圏の都市集中化、女性の社会への進出、情報化社会、高学歴社会および高齢人口の増加などは、生産能力の低い老人を家庭からはみ出させ、社会の片隅に押しやってしまう結果を招来させる。形としては老人のみの単独世帯の増加と家族からの疎外、入院の長期化など老人の孤立化がおこっている。

このような我が国の社会構造は「老いて身体が不自由になった人が、姥捨山病院に大量放棄されている」と西欧の大臣¹¹⁾に言わしめ、「鉄格子、疑惑の高治療費、これでも医療施設なのか…(中略)病院というより、大型の薄汚い山小屋といった雰囲気¹²⁾と大きく

国内に紹介されたように、こうした老人を金儲けの餌食とした惨事もおこっていることもまた、経済国といわれる我が国での、老人対応の一面である。

また筆者らの身近に、生きがいを失った老人をよく見かける。その原因の1つに家庭内での家事の電化・省力化・合理化などによる役割の喪失と変化がある。今までは働くことしか知らなかった老人が老年期を迎えたときに、今更趣味は持てないし、友人は次第に少なくなってくるなどから「健康な身体で長い一日一日を迎えなければならない」¹³⁾ 悩みをもつに至る。

しかし、実際には老人のすべてが老人の性格的な特徴から日常生活に障害をきたして、社会のお荷物的な様相を呈しているわけではない。ほとんどの老人は立派に社会生活を営んでいる。この点について柄澤¹⁴⁾は「たとえ80歳以上の高齢に達したとしても、すくなくとも日常生活の上で心身に目立った衰えが現われないのが普通…(中略)、歳をとることは経験の蓄積とその活用、性格における円熟、全人的調和・統合というポジティブな可能性が含まれる」と説明している。そのことから殆どの人は自分自身の生活の有り様を制御することにより、充実した天寿を全うできるはずである。根本的な老いを迎えた人の共通した心情に、残り少なくなった砂時計を見る寂寥とした思いがある¹⁵⁾と言われているが、そうしたことに真正面から取り組み生き抜いたひとは、やがて実り多い終焉を迎えているように推察される。

(2) 実り多い老いと死とは

人は歳をとただけで希望がなくなり、生きがいがなくなるとはいえない¹⁶⁾、むしろその人の今までの生き方に負うところが多いと考えられる。老いても尚豊かな生を営むことが可能であるとすれば、それは内実の豊かさであり、明日への希望であろう。

老いの迎え方をオスラー博士¹⁷⁾は「未来は今日である」と教え、ダ・ヴィンチ¹⁸⁾も「老年の欠乏を補うに足りるものを青年時代に獲得しておけ、老年に栄養不足にならぬよう、若いうちに努力せよ…」と勧めたという。これら先輩の訓戒からも、若い世代からの生きることへの取組が、いかに老年期を支えるかに大きく影響するかが示唆されている。

老人自身のセルフイメージは、ともすれば働き盛りの目で自分を見るために否定的になりがちと言われているが、古来から¹⁹⁾老人には老人にしかできない素晴らしい役割があるとされている。より円熟したものとしての豊かな生きざまと、完熟した死へのプロセスの場面をもって、若者に人間の真価を見せていくことが重

要な課題となる。人が人生の目的を得て、なすべきことを見だし、一日一日を有限のものと意識して生き続けることこそ、周囲の人に静かであるが、強い感動を与え、人間の素晴らしさを示す結果となる。これは健康であるか否かの問題ではなく、心がいかに生きているかの問題である。

老いと病と死について見方を変えてみたとき、それらは共に人生の意味を考えさせるために用意されたものであり、人間の成長のために課せられた大いなる試練・挑戦であるといえる。

3. 末期における宗教のかかわり

(1) 生と死のとらえかた

死のとらえかたについて、レイモンド²⁰⁾は先史時代の遺跡に、「死とは別の世界に移り住むこと」と考えられていたような事実を紹介し、またチベットの死者の書と20世紀の米国の研究報告に驚異的な類似性が見られるとのべている。キリスト教にみる死生観は²¹⁾²²⁾²³⁾、創造主により日々生かされ、死により肉体は塵に帰り、魂は別世界に移り住む、やがて永遠の生命あるいは滅びのために復活するとしている。

また岸本²⁴⁾は死生観を、ア.肉体的な生命の存続を希求するもの、イ.死後における生命の永続を信ずるもの、ウ.自己の生命をそれに代る限りなき生命に託するもの、エ.現実の生活のなかで永遠を感得するもの等の四つに分類している。

死後のとらえ方について中村²⁵⁾は現代の日本人の傾向を「人生を苦痛に感じたり、不満に思っている人も、中世の人間のように、あの世に行って償われるものとは願っていないようだし、この世を快適に生きている者も、肉体が消滅したらその快楽は持続しないと信じているようである」と説明している。上本²⁶⁾は自分の死に直面して「生の延長が死であり、死は断続ではなく永遠の生命への継続と考えたい。…(中略)・死は迎えるもの」と述懐する。筆者はキリスト教にみられる死生観、即ち上本の死のとらえ方を採りたい。

現代医学は進歩し、宗教の影響も弱体化して、物質文明は人間をますます死から遠ざけたため、生命の尊厳さを見失い、生の質の充実をはかることが困難になっていく時代である。

(2) 末期患者と宗教のかかわり

老人の気質は若年者とは相当の異なりを見るようである。例えば癌告知という場面でも、原因を追求しないでマアマアでいこう²⁷⁾という具合である。宗教観についても65歳以上になると相当変化をするであろう

と推察される。

相良²⁸⁾は生と死の断絶は恐怖感というより悲愴感が根底にあると述べながらも、死の恐怖については、「人々が発狂することなく死んでいったのは…(中略)死んでいく有限な自分と何らかの無限なものとの関わりが基本においては、ある共通性をもって捉えられていたにちがいない」と説明している。この点からもすべての宗教は死後に何らかの無限なものとの関わりを有していることから、死を迎える人と宗教のかかわりについて述べてみたい。

高橋²⁹⁾は自分の死に直面して「とても淋しく不安だ、いてもたってもいられない気持ちだ、ひょっとすると…(中略)気が狂うかも知れない…」というような心理状態に陥った。その後キリスト教に入信した彼は、今までの不安・寂寞・恐怖・虚無の感情はいのちと喜びに輝くに至っている。このような現象は筆者も度々出あっている。例えば「クリスチャンの死にざまを見て頂戴」と90歳間近の婦人が脳梗塞のため眠り続けていたにもかかわらず、死の間際に目を開き、にこやかに顔を輝かせて最期を迎えた様はあたかも凱旋將軍の勇姿を想わしめたという。こうした老婦人の如くに、信仰により平安のうちに周囲に感謝しつつ死に臨んだ者は筆者の祖父・母、叔父等にもある。こうした心の安らぎを宗教によって得、死に臨んだ知名人達の例は枚挙にいとまがない。自らも不治の病のため病床にある柳沢³⁰⁾も、信仰をもった人は、死さえも安らぎのうちに受容することができると思うと述懐している。

E・マキューセン³¹⁾も「宗教は伝統的に、死とその生との関係を解釈するための主要な源であった。しかし…(中略) 科学には、その本質からみて、死と超越の神聖なる神秘に光をあてることはできない」と死後の世界の宗教的考察を行っている。以上のことから筆者は死と生との問題について卒直に話しあえる場づくりの宗教を無視して、「終末期」や「死」という難問に取り組むことは片手落ちなことだと考える。現に死に臨むとき人間は霊的な存在としての部分が大きく影響していることを、平素から経験するからである。信仰のあつ人には、老いも死も問題ではないと信じるのである。

こうして、老人問題が永遠の望みを絶たれた今を如何に生きるかにある³²⁾とするならば、信ずるものを得て日々精進して老年を迎えている者には死の問題はないということも当然のことといえる。

4. 末期患者の心理とアプローチ

人は誰しも死から逃れられない状態に直面したとき、

激しい生命飢餓の状況に陥るといわれる。この体験を岸本³³⁾は「生命に対する執着、死に対する恐怖が筆舌を越えたすさまじさで、心の中に起ってくる…(中略)肉体的の苦痛は如何に激しくとも、生命を断たれることに対する恐怖はそれよりもっと大きい」と、他から一方的に死を迫られたときに生じる強烈的な恐怖と悲しみと無念さに掻き乱される心理を述懐している。

患者の迎える死までの心理経過を河野³⁴⁾がキュブラロス³⁵⁾のものを参考に作成し、あわせて家族の心理過程を示したものが図1-1である。また病名告知のされていない患者の心理過程³⁵⁾を示したものが図1-2である。以下患者の心理過程とその支援のあり方についてその概要を述べる。

(1) 否認の段階

患者は病名あるいは予後不良を宣告された場合あるいは何らかの形で病名が分かった時、まず「これは違う、真実であるはずがない」という否定的な心理反応を示すといわれ、否認することによって崩れようとする自分を持ち堪えようとする。ショックに対する健康的な対処法であると考えられている。生きることに関限がついたことによる心理的反応で、宗教の有無にかかわらず、人は誰でも同じように反応を示すといわれている。

この現象にどのように対応すればよいのかと周囲の者は非常に不安を抱く、こうしたことから、一般に不治の病の代表とされる癌の告知の問題にしても、世論調査³⁶⁾のように、癌にかかった場合自分の場合は告知して欲しい(64.6%)が、家族の場合には告知しない(66.9%)などの立場による顕著な相違を示している。言いかえるならば、癌=死の観念が強い、自分は死に備えておきたいが、愛する者には告知により苦しめたくない、告知後におこる心理変化への対応がわからない・不安がある等の理由が推察される。病名を知ったことによる心理的動揺の経過について上本³⁷⁾は「不治の病気について知ったとき、確かに数日自分の死について真剣に悩んで考えられます。しかし、ものの2週間もすれば、たぶん疲れ、その後は生の問題、つまり、いつ来るにせよ、死の瞬間までの生をいかに全うするかという問題に目を向けざるを得ない」と説明した後、「患者の生を**ブレイサイド**でして欲くない」、もっと患者の能力を信じて治療に参加させてほしいと訴えている。この点について千葉³⁸⁾も「闘う相手の正体が分らなければ闘いようもない。事態の深刻さは胸にどすんとくる重みを持っているが闘う相手ははっきりしたので、やがて私のファイティング・スピリットも戻ってくるだろう」と窮状に追い込まれた時の人間の

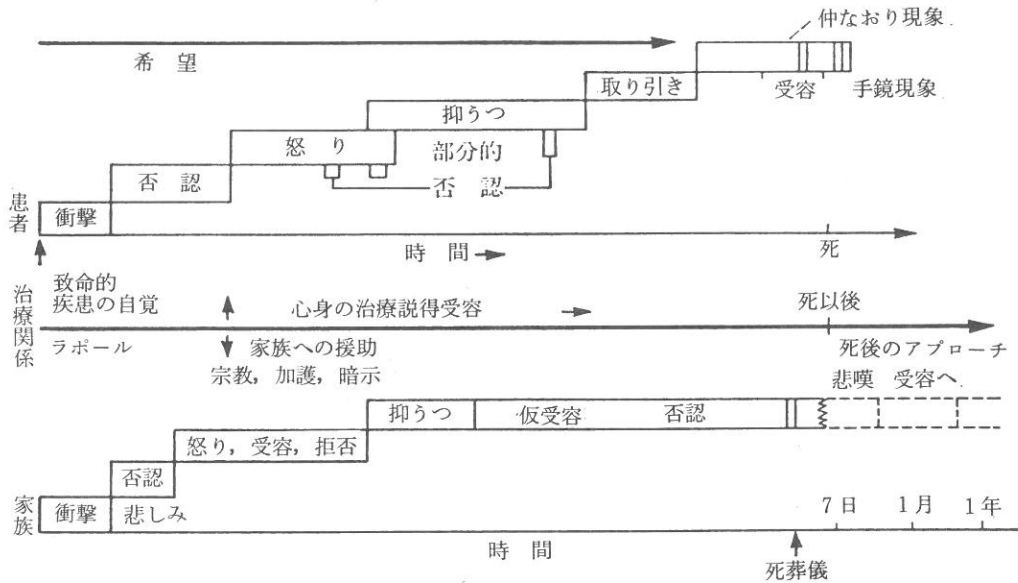


図1-1 死にゆく患者の心理と家族へのアプローチ

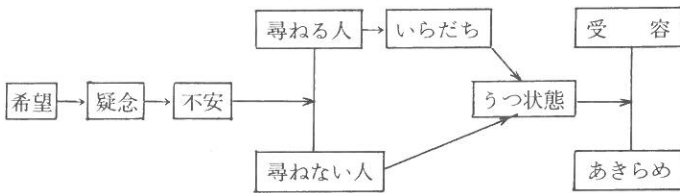


図1-2 死にゆく患者の心理プロセス（病名を告げられていない場合）

自ら礼儀正しく振舞い、はっきり告げられたくない、やわらかく知らせてほしい、マアアアほどほどにと考えている老年期の人ほど、周囲の価値観による操作は受け易いと考えられる。

その結果告げられていない者の疑念と不安と孤独は続くのである。

（図1-2）

したたかさを述べている。これは「人が本当に苦しむとき、その精神的エネルギーは内部に向けて作用し、深く考え自己と対決することを可能にする」³⁹⁾ことを物語る。

即ち人は自分の死に積極的にかかわるとき、闘う気力が生まれてくるということであろう。

日本に於て病名（予後）告知をされていない背景について岡安⁴⁰⁾は、患者側に自我・個の確立がなく、医療者にも家族にも個の尊重が少ないことと、曖昧なままでやっていける国民性があると指摘する。石井⁴¹⁾も患者自身の、あなた任せの療養態度は病気と闘う動機づけを不足させる結果となっていると患者体験から提言している。

いったん予後不良の疾病をもつと、患者は社会的にも弱者として扱われてしまうことから、患者は自分自身の病気との闘いからは外されてしまう。自分の生でありながら外部操作によって医療のコンペアーに乗せられて個の存在感は希薄となってしまう。この現象は

(2) 怒りと抑うつ

続いて怒りと抑うつが始まる。日本人ではうつ状態がはっきりと現れるといわれていて、この時期は死への闘いが最もはげしく行われると考えられている。

次第に衰弱がみえ始めると、やり場のない不満・無念さが募り、見るものすべてが怒りの種、羨望の的となる。家族や周囲の者が恐れて訪問を遠のいたり、悲しそうにみていると、またそれが怒りとなるといわれる。

こうした時の心境と支援を石井⁴²⁾は次のように訴える。「患者の心は串刺しになっている。病者が強く耐えるためには、しっかり説得して下さる温かさが欲しい。見守る心と共感性が欲しい……（中略）、患者を本当に思っ下さる気持の表現は、その共感性が串刺しになった心から串を抜く、つまり救う役目となる」というのである。反対に、医療者の心ない言動、説明のない否定的な態度は、患者の心を全くの失望の淵につ

き落すことになる。

筆者の身近かで出会った末期看護の体験から、人は苦痛に苛まれている時でさえ、その**孤独感に手を触れ**られることにより、肉体的苦痛は変らなくても、心が**安らぎ慰められる**ことがわかった。即ち胃癌末期である73才の義母は、医療者への不信、同室者への不満、予後への不安などのストレスから、附添の娘以外の者にケアをさせなかった。その時一看護学生が受持ちとなり、未熟ではあったが一生懸命の身のまわりの世話を受けた。次第に義母の心は和み、安心して体のケアを任せるまでになった。2人の間には笑顔で会話が交わされをようになり、2週間目の受持最終日、衰弱が強く大きな声でも話せなかった義母は「また会う日まで」の賛美歌を独唱して、学生に感謝し励ました。それは死の僅か3週間前のことであった。このように人の温かい真実な心は相手の内面に光を燈し、力を沸き上げらせる源のようである。また、末期といえども患者は相手に様々なことを与えることができるし、そのことがお互いにどんなにか喜びになっていたかを示すものである。

この時期には、気分を引き立たせようとする過度な干渉は好ましくない。一方的に医療者の価値観を押しつけるのではなく、患者が選べるとするような援助が重要となる。人間の存在そのものの悩みを解決するくすり、生甲斐、生きる勇氣・自信というようなものを与えられるのは人の心ではないだろうか。

(3) 受容、あきらめ

やがて闘争は終わり、長い旅路の前の休息のとき、ほとんど感情は無くなり比較的静かに自分の死を見つめる心境になる⁴³⁾といわれる。

その時期や程度には個人差があると思われ、筆者の祖父と叔父は3日前、義母の場合は2週間前に個室に転室となった時からと察せられる。白昼に満天の星と美しい場所を、あるいは傾眠すると心はどこか楽しいところに行っていたと話すようになった。

しかし死の受容も総ての人ができる訳でもないようである。家族や社会に思い残すことや、やり残したことがある場合には、むつかしいと言われる。

ここで日本人の場合の死の受容について調べてみたとき、樋口⁴⁴⁾は死に臨むときに3つの型があるとする。**諦め型**(80%)、**格闘型**(20%)と僅かに**突破型**があるという。諦め型は自己を放棄した悲しみが伴い、中でも諦めを積極的に自己制御に持ちこんだ覚悟の死⁴⁵⁾は強烈な悲壮さを伴う一種の心理的終結といえる。この結果は日本人の国民性、人生観に加えて、病名告

知の少ない現状から、諦め型がその大部分を占めるようになっているとも推察できる。受容してか、諦めて死に臨むかの両れにせよ、まさに生を終結しようとする人々の共通する願望に、「人間として可能な限り、きれいな精神の健康の勘定書を手に入れておきたい⁴⁶⁾」とする思いがあるとするを考慮した支援が求められる。例えば人との愛の交流(親子・夫婦、周囲の人々との信頼関係)と感謝の別れを可能にすること、また宗教観・人生観の尊重と完遂が計れるための支えの必要等である。

このように人は生の諦めくくりまでに、否認、疑念、怒り、抑うつ、諦め又は受容の心理を辿る。その経過中にも種々の要因により、希望と失望、落胆、受容と否認などの気持の動揺は最後まで繰り返されるという。患者同様家族もまた類似の心理過程を辿るとされている(図1-1)。看護していく上で患者のみならず家族の心理を理解するように努力することはいうまでもない。そして患者と家族の心理状態はその人々の人生観・宗教観に大きく彩られることを銘記して、生の質ができる丈充実されるような関わりを追求しなくてはならない。

一般的には宗教をもつ人には宗教生活の充実を、無宗教の人にはライフワークの完成あるいは仕事に全力投入する環境づくりなどの支援が望まれると筆者は考える。

5. 老年期にある人の末期看護

老年期は死をもってその終結を迎える。死は人間が必ず一度は通過しなければならない節目であり、決して特殊な存在ではない。それだからこそ共に続く先輩・後輩として互いに支えあい、学び合って歩む姿勢が求められる。そこで、我々が「老年期にある人の終末期をどう支えていくのが好ましいのか」について以下の要点を述べてみる。

(1) 人生の締めくくり方は、人それぞれに異なっていることを尊重する。

人生の営みは全くの個人的なものであり、唯一無二のものである。例えいかなる者といえども代理は不可侵事項である。

我々は日常よく、予後の芳しくないことを知ると、本人には事実を隠し続ける。老人の方も「あまり露骨にいわないで欲しい」というような気持ちが働き、周囲のものはショックを与えないように、ひたすら有効な如き顔をして延命治療に専念する。しかし一方世論からは「自己決定能力のなくなった人間の扱い」に対する不満、「過剰医療による苦しみから解放」などの

患者抜きの医療・看護、価値観の一方的な押しつけに対する批判があがってきている。

患者と支援者との間で共に同じ現実を見つめ合えてこそ、人間同志の支えあいも可能となるはずである。いずれ自分も体験する生の終りは、充実したものとして迎えたいと願わない者はいないであろう。だからこそ今その立場にいるその人にも、生の充実のための力添え（支援）をする努力は必要であろう。

今日までの歴史の中で、人生の最後の日々を豊かに生きた人は、それを見た周囲の者に驚異的な感動と感化を与えている事実を我々は十分考慮しておく必要がある。

近年、Quality of Life（以下QOLとよぶ）に関して様々な提唱がされているが、永田⁴⁷⁾の「身体的にも心理的にも社会的にも、そして実存的（生命倫理的）にも充実された状態とはいえ、具体的にこれを示すと、よく食べられ、よく眠れ、排便・排尿または咯痰などの排泄に支障がなく、疼痛のために苦しむことなく、心理的に安定し、社会生活、家庭生活が幸福に営め、生き甲斐をもって日々送れることである」という考え方を筆者はとりたい。そこで末期状態にある老人の支援は、QOLの充実を最優先とした姿勢が基本であると強調したい。こうしたQOL充実のための心得が米国の政府刊行物⁴⁸⁾に発表されているので以下に紹介し、老人の末期看護指針としたい。

a 1日ずつをできるだけ充実させて、できるだけ正常に生きるようにする。これは家族、地域の中でADLも充足され、精神活動も不十分でない状態の中で、その人の生きてきたように生活を保つことである。

b 患者の心配や死は、医学的技術や精神的な支え、知識、信仰や愛によって和らげられるものである。

c 限りある時間を最もよく使おうとする決意は、末期（癌）患者が生きるのに役立つ。

以上のようなことは、1日ずつを生きる心得の要点である。「患者はどうあることを望んでいるのか」を知った上で、前記のa, b, cが満たされるように手助けすることが肝要である。

病名を聴き出したその時点から、衰弱した身体に鞭打って仕事の仕上げを急ぐ岡本正の姿を見た大渡⁴⁹⁾は、「意余って時間足らず」「無念さを作った周囲の配慮のなさ」と後悔している。人が最期まで十分生きるためには、そのことに専念できる環境作りが大切である。即ち温かい愛の感じられる静かさ、精神的、肉体的、霊的、社会的に苦痛が感じられず自由さがある状態であろう。具体的には、(a)今までの生活習慣にできる丈近い環境が保たれる。(b)気持が自由に表出でき、かつ

尊重される。(c)家族間、医療者間にトラブルがなく、一致協力した支えがされる。(d)医療に参加できること、少なくともプレサイドの扱いをうけない、等があると筆者は考える。

(2) 患者と家族の悲しみと苦しみを支える。

イ 肉体的な苦痛に対して

老人に多い癌の場合、末期癌ともなると痛み、呼吸困難、嘔気、便秘、全身倦怠感などの不快症状に悩まされるようになる。そのことから心理的なおちこみ、精神活動、生活行動は妨げられるようになる。それでも一般には老人の痛みによる苦痛は若年者に比して軽いといわれていて、医師が余分なことさえしなければ、安らかな最期を迎えられるとも考えられている。

しかし現実の医療場面では、これ以上回復させることが不可能な段階に至っていても、尚延命を優先させようとする体質が多分に存在する。重症筋無力症で苦しんでいるある老女⁵⁰⁾は「殊になすべきことはみなして、自分でもう死んだ方がよいと思うのに、なお毎日苦しい思いをさせても、いずれは分っているのに、なぜ延すことに御医者さまは努力なさるのですか…（中略）、生まれる時は医師は手を借して、無痛出産までもあるのに、なぜ死ぬ時は、足を引っばって、お留めなさるのですか」と医療者に対して、抵抗の叫びをあげる如き現状がある。

こうした事態は、生死の問題を含めた患者の自己決定権を尊重していない我が国⁵¹⁾では、しばしば起こる。これは拡大され、疼痛や呼吸困難などの苦痛のコントロールの場面にさえ多くの制約が付加されていく。結果的に苦痛は軽減されるところか、無効と思える延命のための諸装置などのために、患者の苦痛は倍加されている。

こうしたときに末期を迎えた老人が家族のいる・または住み慣れた地域でその最後をすごすことは有意義となる。なぜなら、家族が患者の身体に触れ、手を握り、時に患部を擦るこの種の行為が疼痛の軽減に少なからぬ役割りを果たし、且つ延命につながっていることは、我々がよく経験するところだからである。

苦しみも心理的条件に大きく影響され、例えば次々と他患の悲報が耳に入ってくる入院生活に比べて、在宅で終末期を迎えた場合の方が痛みの訴えが少なくなるとの報告⁵²⁾も多く見られる。医療者と家族は共にこの点に注目して、家庭医との連携を確立することにより、自然な形で死を迎えることができるような意識の変革と対策が早急に望まれる。

また、種々の事情から病院でその末期を迎えなければ

ばならない場合にも、周囲のものにわずらわされない生活の場としての環境が準備されて、生命力の高揚はかれる働かしかけが重要となる。加えて老人は僅かのストレス検査、処置、副作用の強い薬剤の多剤投与、合併症、悲しみなどで予備力を使い果たし生命力を低下させ、生命を縮めてしまうことの予測をもった予防的看護は特に留意して施行されなくてはならない。

ロ 肉体が次第に衰弱していくことに対する悲しみに対して

次第に食事が食べられなくなってくる、自分の細かいことができなくなる、あるいは気力がなくなっていくことなどから、自分の身体が衰弱していくことを実感するようになる。この実感は人の心を憂いで満ちた。これを予測した澤野⁵³⁾は「願わくば、私は私の思考が、知能が正常であるうちに死にたい。さらに言えば肉体的にも人さまの監護（看護）を受けないですむ間に死にたい」と衰弱から来る種々の悲しみを先取り恐れている。

人にとって基本的欲求が苦痛なく満たされることが生き甲斐の必要な条件であるとする、衰弱して自身で管理、調整することが困難となっている日常生活動作の補充は末期ケアの基盤といえる。患者の気持ちを大切にしたい満足の得られる看護ケアを創り出し、マスターすることが必要である。

ハ 離別の悲しみに対して

死に臨むものの苦悩の多くは、家族との分離の恐怖に関係すると日本でも古来から思われ⁵⁴⁾ていて、未練の尽きないものようである。

ある妻と息子を先に亡くした77才の老人について高森⁵⁵⁾が「『順当にゆけば、わしから逝くのが普通ですが、どうもうちは逆さになってしもうて…（中略）、しかし考えようによっては女房、子供に想いを残さんと逝けるというのは、正直私としてはホッとします』と一家の長としての責任感を全うした満足感が漂っていた」と紹介しているように、人は残される家族に問題がなくなって初めて自分の身体のことを考える余裕が生まれると察せられる。然しどのように素晴らしい離別を果たしたとしても、親しいものとの死別は誰にとっても悲しみと喪失感を伴うものである。死後2～3年間位は家族は立ち直れていないとも言われる。できる限り悔いのない末期を共に過ごすために、満足のいくお世話と楽しい思い出をつくっていくことも大切である。看護する者は患者と同じ心理過程を辿りながらも耐えている家族の大きな悲しみと、死後には悲しみを背負って生きなければならない家族の存在に

対して、悲嘆のプロセスへのかかわりを継続しなければならない。

ニ 死による自分の消滅の悲しみと死後の問題の悩みに対して

日本人の若年者には無宗教とするものが多いと言われているが、老年期になるとその宗教観にも変化を示して、死後の恐怖に対応しようとする生き方をとるようである。

また、詩歌、芸術の創作活動をするなどの方法で死の現実の苛酷な状況から、別の世界へと逃げ出し⁵⁶⁾て、悲しみ、悩みの世界を直観することを避けて生きようとする人達があるといわれる。

後者の生き方は結果的にこの地上から自分の姿が消えた後も、文化遺産や子孫の意識の中に名を残して生き続ける死生観となる。

一般に人が死に近づくとともに真実に宗教的な生き方をするようになり、心や身体をこえた魂とか、霊とか呼ばれる大きな力によって動かされ一生のまとめをしているように思われる⁵⁷⁾といわれている。この死に臨んでの作業は死の諸問題を解決しようとする人に備えられた能力であると筆者は信じたい。

しかし現在の医療場面では、患者のもっている死による悲しみや死後の悩みに対応することには無策であり、そのような患者の問題には目をつむって、ただ肉体と精神との関わりの方に終始しているという不備な状況である。

(3) 看護者への期待と老人の課題

自分のエネルギーを自分の望んだ人生を生きるために十分費すことのできた人ほど、死に臨んだとき失望することがないと言えよう。

こうしたことから老人自身、「老いの自覚、終末の自覚があったら尚更のこと、体力・能力・気力、その他一切の持物の現在高を確認」⁵⁸⁾し、その上で選ぶ道を決めるという可能性をできる丈上手に活用することに心がけるなどの平素の準備が大切である。それは自分の生命の有限性と医学の限界を知っておくこと、だれの人生を生きているのかを意識した日々であることなどでQOLの充実のための努力を怠らないことにつながる。

一方看護者も究極は患者の立場に立ちきれないことを認識した上で、理解しようとする努力のプロセスを大切にしていくことである。

やがて同じ道を続いて歩む後輩として、個人的な死に付き合うということは、その瞬間誰かが共に居て、苦しみや悲しみを分かち合いたいと願う患者の「そこ」

に「いる」ことで、患者の訴えに耳を傾け、願いが叶うように努力すること、途中で手放さないで最後まで支援し続けることが望まれる。

患者の訴えや苦しみを理解しようとする際言語によるコミュニケーションは身体的衰弱、苦痛の激しくなっている場合は患者を疲れさせる、苛立たせること等からも非常にむづかしくなってくる。

人は身体語といわれる身体から出るメッセージで本心の半分位は伝えていると言われることを十分認識して看護者は患者から出された身体語やイントネーション、語調などの些細なことも見逃がさないこと、看護者の気持も手によるタッチ・表情動作を通して患者に伝えられることなどの繊細な心情と忍耐・技術の育成が求められる。末期看護にあたる人の資質と訓練について、サー・マイケル・ソーベルハウスのアン・コードリック⁵⁹⁾は次のように提示している。末期看護にあたるものの不可欠な資質は、1) 専門的能力、2) 熟練度、3) 仕事と私生活における落ちつき、4) ユーモア感覚、5) より深く学ぼうとする意欲である。そのような登録看護婦をホスピスに於て、毎日現場教育し、a) コミュニケーションの技術、b) 死別についての理解、c) 痛みを段階的に制御する方法、d) 錯乱状態の対処法、e) 嘔気と嘔吐の処置を補完することと、自分自身の研究に取り組むこと等で、末期患者と家族の精神的援助、痛みなどの症状の緩和が適切に駆使できる能力をもって共に歩むチームづくりをしているというものである。

我が国においても、末期患者の医療者に求める時期は、最初は専門技術者としての医師、次の段階では隣人としての医師であり、好ましい関係とは、“より親しい関係”の形成である⁶⁰⁾という。そこで先ず医療者は患者の生命を救うためあるいは苦痛の除去・軽減のために、あらゆる専門的知識と技術を駆使できなくてはならない。基本には患者の治療参加が原則であるため、患者の判断材料を患者個々の特性に応じた方法で提供し、自律するための援助は必須である。しかし医療者は医の限界を受け入れ、生と死に謙虚に取り組まなくてはならない。現実の医療は未だ死を敗北とみなし、医療者にとって死学は無縁の学問であった。こうしたことから、医療従事者の死生観は甚だ貧困であると言わざるを得ない。

しかし末期患者の期待する“隣人としての医師(看護者)”の役目を十分にこなすためには、医療者自身が死を「敗北」、「忌うべきもの」、「排除すべきもの」として目を背けることをやめ、死と生について積

極的に学び、死生観を育成して、医学的知識、看護技術を活用しながら、患者と肉体的、心理的、霊的、社会的に支えあい、共闘ができる力量をもつことが必須となる。

6. 要 約

老年期は死をもって完成される成熟した年代ともいえる。しかし人は誰しも自分に残された生の限られていることを知ったとき、少なからず動揺し、できるだけその終末から遠くに自分を置いたところで生きていたいと願望する。

しかし、如何に科学万能の力を駆使しても、生けるものの終りは必ず訪れる。その時に備えてどのように歩んでいくかは個人個人の価値観、人生観に大きくかかっている。そして、人が死から目をそむけずに完熟を目指した備えをもって日々歩んでいくことが即ち、その人の生を充実させ、死に立ちむかうことができる要素であることも明らかにされた。そこで宗教(信仰)の働かしは死の問題を直視させるに有効な役割となっていることも判った。

また、現代の生き方、(延命)医療優先のなかでは、末期看護は十分機能し得ないことも再確認され、末期ケアの焦点の重要な部分である、QOLの充実のために種々の研鑽を重ねていくことの必要性が明確になった。

次に、老年期にある人の末期ケアの要点の幾つかの筆者の見解をまとめた。

(1) 体力を消耗させるような苦痛は避ける。できるだけ不快症状を軽減したり、合併症の予防対策などが的確に行える看護・医療の確立をはかる。患者に余分な負荷をかけないこと。即ち無用な検査、処置、装置が行われないようにチェックされる。

(2) 生を終える場所は生活の場所であること。先端医療技術の駆使を最優先させている場所はさける。特に老人にとっての終末は、無用の医療の加えられない場所が好ましい、できるだけ住み慣れ、親しんだ環境で、親しい人、愛しいものに囲まれて、自由に死とその後のことについて語りあえ、感謝をもった別れができるように、ホームドクター制の確立と訪問看護の充実が望まれる。仮に在宅で末期を迎えられないときには、ホスピスケアが十分機能できる場所とスタッフの提供が必要である。騒がしい、暗い・孤独ななかでは、生のしめくりに専念することはできない。

(3) 人格的な豊かな交わりが備えられること。孤独な死と生は人生を心理的に未定のまま終結させる。そ

こには患者を常に支え共に歩む人が必ず居ること。こうした交わりによって周囲のものへも生きる確かな知恵が与えられる。

(4) 宗教的欲求への配慮を怠らないこと。しばしば宗教により死を安らぎをもって受け入れることができることを熟知する。

(5) 老人を弱者として扱わないこと、また周囲の価値観を強制することはさける。

続いて**老年期となる人の死への備え**について私見を以下にまとめた。

① 長寿が即、幸福とはいえない。いかに1日1日を充実させて生きているかが問題である。残された時間を「これしか無い」でなく、「まだこれだけもある」と考える気持で、老年期をとらえる。また老齢になってできる余暇の上手な活用、自由になったことへの備え、経済的な備えを怠らずに行うことなどがある。

② 老人の4分の1は生き甲斐を見失っているといわれ、自殺率も年令と共に増加し、世界のトップレベルにある。

「その人の中で伸び伸びと生きていけるような、その人独自の世界をもつこと⁶¹⁾」が生き甲斐であるならば、生き甲斐は自分でつくり出すものである。これは青壮年期から、自分の生き方をもち、深め、培って老後に備えていくことが肝要となる。

③ 老年期を余生、すなわち余った命ととらえるのではなく、老年期の課題を達成することに専心し、自分の人生を最後の日まで生き抜くことに努力する。日々生きる喜びを感受し、楽しみをつくる努力をすることであろう。そのことを通して周囲の者に“生きる”“老い”“死”についての貴重な教育を行なうことになるのである。老人は自分自身のいのちの尊さを

自覚し、生かされている限り、必ず「使命」があるということを認識する。そして「**する人生**」よりも「**ある人生**」の重みを重視することである。周囲の者の老人親もまた**存在の価値を重視**したものでありたい。

④ 老人もできるだけ社会に進出し仲間づくりをする。特に若い年代との交流を活発にし、知恵の受授に努め、共に学ぶ姿勢をもちつづけること。

⑤ 自分の生命を他人任せにしない。医療のうけ方もセルフサービスの精神で対応するなど自律性を失わないようにする。また日頃から信頼のおける家庭医を得ておく。

これからの社会について石井⁶²⁾は「病名も告げられずに、ガン人形になって家族の大きな負担に甘える時代は核家族の今、もう不可能になっている」と予見していることは、老人自身にも十分該当する事柄である。

長寿社会を迎えた現在「人はいかに生きべきか」について切実に考えなければならない時といえる。死を社会から遠ざげた結果、その近くに存在している老人までも排除しようとしてしまい、自分達がその老いと死の時点に立たされたとき、慌ててみても、その時には余りにも準備不足の状態となっている。

翻えて考えてみると病いと老いと死とは、共に人生の意味を考える絶好のチャンスである。このときをていねいに取りくみ、扱うことにより、QOLの充実の糧とすることは人間にとって有益なことにちがいない。

ある医師⁶³⁾の「医学の最も大事な課題は、人を健康にすることではなく、その人に与えられた使命を医療を通して助けることである」の言葉の如く、謙虚な心でその患者や老人の生命にかかわっていくことが医療者の基本姿勢であると信ずる者である。

引 用 文 献

- 1) 日野原重明：朝日新聞，(1988. 6. 1)
- 2) 金森美弥子：生命果てる日までーガンと闘い演劇に燃えつきた夫へ，講談社，238，(S.56)
- 3) 吉岡昭正：吉岡昭正遺稿ーガンと向きあった365日ー死の受容，毎日新聞社，204～205，(S.56)
- 4) ゲルタ・ラーナ，木山純一訳：終止符は愛とともにーガン宣告，それでも見つめた生と死ー，ノンブル社，269，(1983)
- 5) 岡本 正：病上手の死下手，保健同人社，173，(S.55)
- 6) 旧約聖書，箴言16章32節
- 7) 小助川次雄：シリーズ現代に生きる，老いを日々新しく，いのちのことは社，42，(1988)
- 8) 日野原重明他：老いの発見2，老いのパラダイム，岩波新書，18，(1987)
- 9) 山下 章他：看護MOOK 8，老人の看護，金原出版，9，(1984)
- 10) 森 幹郎：老人問題とは何か，ミネルヴァ書房，71～92，(1978)
- 11) オーセ，オーセン・アンナホルム他：安心できる老後，AERA，朝日新聞社，No.19，21，(1988)

- 12) 大熊一夫他：告発，武蔵野村の老人収容所，AERA，朝日新聞社，№13，16，（1988）
- 13) 永井迪子：最期まで自立続けたい，朝日新聞，（1988. 9. 8）
- 14) 9)に前掲，29
- 15) 日野原重明：死をどう生きたかー私の心に残る人びと，中公新書，25，52，85，93，（1983）
- 16) 福武尚武他：＜対談＞，老いの心と身＜1＞，看護展望，13，№7，79，（1988）
- 17) 日野原重明他訳：平静の心，医学書院，431，425，255，256，（1983）
- 18) 8)に前掲，38
- 19) 新約聖書，テトス書，2章2・3節
- 20) レイモンド・A・ムーディ・Jr，中山善文訳：かいました死後の世界，評論社，23，160，（S. 62）
- 21) 6)に前掲，詩篇49篇10節～15節
- 22) 19)に前掲，テサロニケ人への第一の手紙4章13節～17節
- 23) 22)に前掲，ヨハネの黙示録20章～21章
- 24) 岸本英夫：死をみつめる心ーガンとたたかった十年間，講談社，101，（S. 58）
- 25) 中村真一郎：死を考える，筑摩書房，4，（1988）
- 26) アルフォンス・デーケン，平山正美他：身近かな死の経験に学ぶ，春秋社，178，（S. 63）
- 27) 日野原重明：死と老いと生への道，中央法規，100，（1987）
- 28) 相良 享：日本人の死生観，ベリかん社，16，4，（S. 59）
- 29) 15)に前掲，113，110
- 30) 柳沢桂子：死をみつめて生きる，続愛をこめて，いのちをみつめて，主婦の友社，87，（S. 62）
- 31) ロバート・フルトン編 斉藤武也訳：デス・エデュケーション，一死生観への挑戦，現代出版，120，（1984）
- 32) 18)に前掲，43
- 33) 24)に前掲，13，15
- 34) 14)に前掲，15
- 35) 柏木哲夫：臨死患者のケアの理論と実際ー死にゆく患者の看護，日本総研出版，67，（1982）
- 36) 読売新聞，本社全国世論調査，（1987. 6. 15）
- 37) 26)に前掲，185～186
- 38) 千葉敦子：よく死ぬことは，よく生きることだ，文芸春秋社，195，（S. 62）
- 39) 30)に前掲，132
- 40) 岡安大仁：日本におけるがん告知の現状，第13回医療と教育に関する国際セミナー，末期患者への全人的アプローチ，13，（1987）
- 41) 37)に前掲，205
- 42) 41)に前掲，208～209
- 43) E・キューブラス，川口正吉訳：死ぬ瞬間ー死にゆく人々との対話，読売新聞社，146～147，（S. 47）
- 44) 武田文和他：癌患者の生を考える，有斐閣選書，107～108，（S. 60）
- 45) 28)に前掲 112～113
- 46) アーノルド・トインビー他，橋口 稔他訳：死について，筑摩書房，372
- 47) 永田勝太郎：高血圧管理におけるQOL，メヂカルヒューマニティ，8，№3，37，（1987）
- 48) 38)に前掲 170
- 49) 5)に前掲 2
- 50) 鈴木千秋：平眠ーわが母の願った「安楽死」，新潮社，121，（S. 53）
- 51) 河野博臣：QOLをめぐる患者のコードとinformed consentとしての自己決定権とは，月刊ナーシング，8，№11，33，（1988）
- 52) 方波見康雄：モルヒネ処方と心理効果の両輪で，的確な疼痛対策で安らかな最期を，在宅医療の末期癌患者をどうケア，日経メヂカル，23，（1987. 7）

片 山 信 子

- 53) 澤野久雄：がんのあとさき，主婦の友社，202，(S. 62)
- 54) 小池長之：人の死後の話－日本人の来世観，学芸図書，22，(S. 46)
- 55) 鶴見俊輔：老いの生き方，筑摩書房，20，(1988)
- 56) 42)に前掲，146
- 57) 河野博臣：第3領域の問題と死の臨床－心身医学の立場から，死の臨床，5，No. 1，19，(1982)
- 58) 55)に前掲，143
- 59) 56)に前掲，26～29
- 60) 44)に前掲，35
- 61) 神谷美恵子：生きがいについて，みすず書房，61～62，(1966)
- 62) 59)に前掲，213
- 63) 32)に前掲，125

平成元年 2 月 17 日受付

平成元年 3 月 16 日受理