

## 〈死の痛み〉を癒す医療—ホスピスとビハーラ—

鶴見大学 子島 潤

【はじめに】自分が死ぬことに対する恐れには、死ぬときの肉体的苦痛に対する恐れと、親しい人たちと永遠に会えなくなる悲しみ、死後の世界がどんなものかわからない不安など精神的な苦痛に対する恐れがある。一方、家族など極めて親密なひとの死に際しても、悲嘆の痛みがある。では、誰にでもいつかは訪れる死に際し、どのように〈死の痛み〉に向き合えばよいのだろうか。ここでは、〈死の痛み〉とその癒しについて、国民の死に対する意識を踏まえ、医療の観点から述べたい。

【日本人の「死」の意識】理想の死の方について「ある日、心臓病などで突然死ぬ」が70%、「寝込んで、病气などで徐々に弱って死ぬ」が23%であったという(1)。その理由として前者では「家族に迷惑をかけたくない」(80%)、「苦しみたくない」(69%)を挙げ、後者では「死ぬ心づもりをしたくない」(76%)、「少しでも長生きしたい」(30%)を挙げている。さらに死期が迫ったとき残された時間をどう過ごしたいかについて、過半数は「家族と過ごす時間を増やしたい」(57%)、「家族や周りの人に大切なことを伝えておきたい」(55%)、「趣味や好きなことをして過ごしたい」(31%)と希望したという。このことから、家族に迷惑をかけず、苦しまなければ、少しでも長生きして、家族と過ごす時間を増やしたい、このことから、家族に迷惑をかけず、というのが本音かもしれない。大半の国民の望む最期を実現するために日本の医療とその制度が実現すべき目標はここにある。

【日本の「死」の現状】わが国の平均寿命は平成二十三年度(作成基礎期間)で男74歳、女80歳、六十五歳以上の割合は総人口の23%である(2)。日本の平均寿命は世界のトップを占め、全人口に閉める65歳以上の割合は二位以下の国に大きく差をつけている。このことは低い周産期死亡率と相俟って、日本の高い生活・医療水準を示している。平成二十三年度の死因別死亡率は、表1に示すとおりで悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患が上位を占め、三人に一人ががんで死に、六人に一人が心疾患、十人に一人が肺炎と脳卒中で死ぬことを示す。ここでいう心疾患や脳卒中は必ずしも「急死」を意味しない。一方、自殺による死

亡は韓国、ハンガリーに次ぎ世界第3位を占め、年間約3万人、一日平均九十人あり、日本社会の問題点を暗示している。

【終末期医療】「終末期」とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」(3)とされる。英語で終末期医療は terminal care な(し) end of life care と呼ばれ、前者は主として悪性疾患の場合に用い、後者は慢性疾患や老衰を含めて用いられる傾向にある。終末期医療の対象として、急性型(事故、心筋梗塞・脳卒中急性期など)、亜急性型(がん、心不全、呼吸不全など)、慢性型(高齢者、植物状態、認知症など)があるが(4)、この中で本人の苦痛が甚だしいものは亜急性型、とりわけ、がんである。がん以外で終末期医療の対象となる疾患としては、呼吸困難を伴う心不全や呼吸不全、後天的免疫不全症候群 AIDS、筋萎縮性側索硬化症 ALS などの神経疾患、先天性疾患などがある。このような患者さんにおいて延命治療を行うべきか、心停止に対し心臓蘇生術を行うべきかなどが議論となる。終末期医療を考えるうえで欠かせないものが、生死学 Thanatology と生命倫理である。一般に表2のような四原則が示されている(5)。不治の病になったとき病名や余命を知りたいという国民は77%、このうち病名や余命の告知を医師から直接受けたいという国民は93.7%に上る(6)。同様にかんにかかったら「治る見込みがあってもなくても知りたい」ひとは全体で74.9%、七十歳以上で80.3%との報告もあり(1)、大半の国民は自身の病気や余命について知りたいと考えている。自主性の尊重について、医師の立場から治療方針の決定に際しては、「患者本人の状況を見て誰にするかを判断する」(59.1%)、「家族の意見を聞く」(21.6%)、「患者本人の意見を聞く」(18.5%)の順であり(6)、必ずしも患者の希望を直截に聞くというものではなく、これは患者にとって何が最もよいことであるかを考える上で検討すべき点であろう。公平の原則からすれば、地域差や経済力の差によって受けられる終末期医療が異なることは避けるべきであるが、緩和医療には経費がかかるため、現実には差が生じているといわざるを得ない。

【緩和医療】人は自分が現代医療では治療できない病期にかかったら、どんなことを望むか。厚生労働省の調査(6)

によれば、一般国民の235%が医療に対し「自分の病気を治すことができるよう可能な限りの医療を受ける」ことを望み、66%が「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる」ことを希望している(図1)。自分の生活を優先できない最大の要因である「疾患に伴う苦痛に対応する医療」が緩和医療である。世界保健機関WHOでは、緩和ケアを「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者さんとその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、霊的(スピリチュアル)な問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことにより、苦痛を予防し、和らげること、クオリティ・オブ・ライフQOLを改善するアプローチである。」と定義し、表3に示すような具体的方策を挙げている(7)。すなわち、がんなどに伴う問題を単に病気に対する医療としてだけではなく、体と心、社会生活や家族などのことまで含めて全人的に支え、人間らしく安らかに人生を全うすることをたすける医療が緩和医療であるといえる。ただし緩和医療は必ずしも不治の病のみを対象とするものではない。がんが見つかった時点で多くの人は精神的ショックを受け精神的苦痛をうけるとともに、身体的苦痛を伴うこともある。また緩和医療は、病気の完治をめざす根治療法や延命療法と並行して行うこともある(図2)。対象疾患も、がんばかりでなく、耐えがたい呼吸困難を伴う心不全や呼吸不全、徐々に体が動かせなくなる筋委縮性側索硬化症などの神経疾患など幅広く、年齢も乳幼児からお年寄りまで多様である。このような医療を受けるうえで最も大切なことは、病気の種類と予後、可能な治療法の選択肢や、本人・家族の希望、社会的・経済的状況などを医療者(緩和ケアチーム)側と本人の双方が充分理解し納得したうえで方針を決定すること(shared decision making)である。したがってわれわれも、このような状況になったときのために普段から自分にとって何が大切か、何をしたいのかを普段から考えておく必要がある。iPhoneやiPadなどを発案したアップル社のスティーブ・ジョブズ氏は二〇一一年十月、膵癌で五十六歳の人生を閉じた。禪に深くかかわった彼は、二〇〇四年膵癌の手術を受けたが、余命三〜六カ月と宣告されたとき、「自分の死期が迫っていることを意識したことが、人生の重大な選択をするときにもっとも大切な判断材料になった。」と述べている(8)。

緩和医療の三原則は、疼痛管理、栄養管理、精神的支援である。その実践のために、身体医学、精神医学、ケアが必要

となるため緩和ケアの経験を有する複数の職種の医療従事者、すなわち身体症状の緩和を専門とする医師、精神症状の緩和を専門とする医師、歯科医師、看護師、薬剤師、栄養士、宗教家、音楽療法士、ソーシャルワーカー、ボランティアなどで構成する緩和ケアチームが患者・家族を支援する。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームなどによる緩和医療の提供体制の整備が義務づけられており、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合には、地方社会保険事務局長に届け出たうえで、緩和ケア診療加算を算定することができる。緩和ケアチームは緩和ケア病棟と外来を行き来し患者の状況に応じたケアを提供する。米国内科医学会による「終末期における緩和医療に関するガイドライン」では、緩和医療の対象となる主たる症状として、疼痛、呼吸困難、抑うつを挙げている(9)。

【疼痛管理】痛みに対しては非ステロイド性消炎鎮痛解熱薬(NSAIDs)、オピオイド(医療用麻薬)、ビスフォスフォネート(骨を強くする薬)を用いる。これらの薬を駆使して疼痛治療の三つの目標、第一目標「夜ぐっすり眠れる」、第二目標「じっとしていれば痛くない」、第三目標「体を動かしても痛くない」を目指し漸次ステップアップする。疼痛管理のための鎮痛薬選択は世界保健機関(WHO)三段階除痛ラダーに従って行う(図3)(10)。まずNSAIDsを投与(腎障害や胃腸障害がある場合にはアセトアミノフェンを選択する。必要に応じ鎮痛補助薬を併用するが、NSAIDsでは痛みが取り切れない場合にオピオイドの使用を開始する。基本は第Ⅱ段階のコードインから開始するが、必ずしも第二段階から始める必要はなく、痛みの強さによっては第三段階の薬剤から開始する。患者さんの生命予後の長短にかかわらず、痛みの程度に応じて躊躇せずに必要な鎮痛薬を選択する。痛みの強さによる鎮痛薬の選択、治療にあたって守るべき五原則(表4)に従った使い方で90%の痛みを取り除くことができる。

呼吸困難に対しては、酸素療法など通常の治療で緩和されない場合にはオピオイドの使用を推奨している。かつては、モルヒネなどの麻薬は「依存症や呼吸障害がおこるため」可能な限り使用を避けた。実際、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の意識調査(1)によれば、麻薬は「最後の手段である」(50%)、「副作用がある」(49%)、「寿命が縮む」(37%)、「中毒になる」(18%)などと考えられている。しかし痛みがある場合には麻薬を使っても依存が生じないこと、痛みを抑える量では吐き気や便秘はおこるが呼吸不全を悪化させないことがわかり、現在では早期から積極的に麻薬が

使われる。痛みが出現した初期の段階から医療用麻薬を使うことで患者さんは痛みからより早く解放されるため、普段通りに近い生活を送ることができる。一方、痛みがひどくなった段階で麻薬投与を開始すると、鎮痛の域値が高くなっているためより多くの医療用麻薬を要し副作用も出現しやすくなる。副作用としては便秘・吐き気が主で、呼吸抑制や依存は生じにくく、命を縮めることもない。同一麻薬の連用により麻薬の効果が薄れた時は別の種類の麻薬を使うなどの方法（オピオイドローテーション（図4）も確立した。さらに最近では「患者自己管理鎮痛法 PCA = Patient control analgesia」すなわち医療者があらかじめ鎮痛薬（医療用麻薬）の投与量を設定し、その範囲内で患者さん自身が、鎮痛薬を少量ずつ分割して静脈内や硬膜外に注射することができる医療機器が普及しつつある。これによって、患者さん自身が必要に応じて自分で安全かつ簡便に麻薬を使用できるようになり、迅速な痛みコントロール、複数の薬剤使用、投与履歴によるきめ細かな投薬管理などが可能になる。さらに患者さんに「自分で痛みをコントロールできる」という安心感が生まれさらに鎮痛効果が高まる。このように疼痛・呼吸困難の管理は、技術や運用の面で大きく進歩している。

【栄養管理】栄養管理は自分の希望に沿って生活するために極めて重要である。消化管の閉塞がない場合には、病気や治療薬に伴う痛み、吐き気、口腔乾燥などの症状を取り除き、可能な限り経口摂取を維持することを原則とする。食べ物や外観や味はそのままに柔らかく加工した「保形軟化食品」も開発されている。必要に応じ胃管挿入・胃瘻造設、静脈内輸液や中心静脈栄養を行うが、これは必ずしも延命のみを目的とするものではなく、本人や家族の希望をつなぐなどの効果も考え合わせて実施するか否かを決定する。静脈路の確保が難しい場合には皮下に輸液をする方法も選択できる。

【精神的支援】自分の死が近いと感じた時、死に至るまでの苦痛、死後の世界、家族・友人との別離、残された家族の将来などに対する様々な不安や心配事が生まれる。緩和ケアではこのような精神的苦痛、抑うつ状態に対処することも重要である。その際、前述の shared decision making、すなわち病気の種類や予後、可能な治療法の選択肢、本人・家族の希望、社会的・経済的状况などを医療者（緩和ケアチーム）側と本人の双方が充分理解し納得したうえで方針を決定することが最も大切である。精神的支援の基本は、心理社会的介入と薬物治療、すなわち本人や家族の話に傾聴、受容、共感し不安を和らげ、リエゾンナース、

心療内科医、精神科医、音楽療法士、宗教家、訓練を受けたボランティアなどがかわり、必要に応じ抗不安薬、抗うつ薬を用いることである。精神的支援は患者さん本人ばかりでなく悲嘆する周囲の人々にも行う（グリーフケア）必要がある。

宗教に関し、「意識調査」（1）では対象者の八割が特定の宗教や宗派の信仰を持たなかったが、死に直面したときに宗教が心の支えになると思うと考えた人は54%と半数を超え、信仰を持たなくても宗教の役割を否定はせず、死に直面したひとへの宗教的支援（スピリチュアルケア）の必要性がうかがわれるとしている。また二〇〇八年の調査結果に比べ、宗教が心の支えになると思うと回答した人が38%から54%と大幅に増加し、調査の半年前の東日本大震災が影響した可能性があるとしている。終末期を迎えた人々の宗教に対する想いは日本に限らない。表5に宗教ごとの「想い」の一例を示した（11）。

【療養の場】一般市民に対する「意識調査」では、「自宅で療養し、必要になれば、『ホスピス病棟』や『緩和ケア病棟』に入院したい」と回答した人が37%と最多であった。ホスピスは、中世に疲れた旅人の宿泊のために修道院などが提供した施設を起源とする。一九六七年、英国ロンドン郊外に終末期患者への緩和ケア施設として聖クリストファー・ホスピスが設立された。日本では一九八一年に聖隷三方原病院に、一九八四年に淀川キリスト教病院にホスピスが設立された。一方ビハーラとは、古いインドの言葉で、「寺院」「休養」「安住」などを意味する言葉で、海外のキリスト教ホスピスに対して仏教を背景とした活動を目指すものとして提唱されたが、法話や、会話、傾聴を通して精神的な安心を導くとともに終末医療施設での緩和ケアなど幅広い活動をしている。日本では一九九八年に新潟県にビハーラ病棟が開かれた。終末期医療においては精神的ケアがきわめて重要であることを踏まえ、仏教者（ビハーラ僧）と医師、看護職ないしソーシャルワーカーなどによる緩和チーム医療を目指している。平成十九年四月より施行されたがん対策基本法は「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」としているが、現状では残念ながらホスピス、ビハーラ、癌拠点病院など緩和ケア病棟のある医療施設は少数にとどまり希望者すべてを収容することは到底できない。在宅緩和ケアについては、本人は本心は自宅で過ごしたくても家族に過度の負担をかけたくないとの思いも強く実現困難と感じている（6）。その普及には家族を含めた介護者、往診を含めた日常診療

を担う在宅医療を支援する診療所や訪問看護ステーション、病状の急変に二十四時間対応する基幹病院などの存在が不可欠である。さらに安心して緩和医療を受けるためには実務を支援するケースワーカー、ケアマネージャー、ホームヘルパーや、精神的支援をするボランティアや宗教者なども不可欠であろう。鶴見区では緩和ケア病棟を持つ病院を中心に、相互に連携をとりながら在宅療養を支える「緩和ケア連携往診施設」を組織し在宅緩和ケアを整備する動きもある。

【おわりに】「死の痛み」を最小限にして人生の最期を好きなことをしつつ安らかに迎えたい、との願いを叶えるべく身体と精神の両面から支援することが終末期医療における緩和医療の目標である。ホスピスやヒーリングを含む緩和医療の普及により、本人だけでなく家族・友人を含め多くの人が安らかな心をもって誰にでも訪れる「死」を迎え、あるいは見送ることができると期待される。

#### 【参考文献】

1. (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 意識調査実行委員会：『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』報告書要約。全国の男女二〇〇〇名に聞いた『余命が限られた場合、どのような医療を受け、どのような最期を過ごしたいか』： <http://www.hospat.org/research1-3.html> (二〇一二年六月閲覧)
2. 厚生労働省人口動態調査結果の概要： <http://www.mhlw.go.jp/foukei/isy/81-1a.html> (二〇一二年六月閲覧)
3. 日本老年医学：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」二〇一二年。 [http://www.jpngeriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_tachiba2012.pdf](http://www.jpngeriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_tachiba2012.pdf) (二〇一二年六月閲覧)
4. 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：(対外報告)終末期医療の在り方について(平成二十年二月十四日)。 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-151-2.pdf> (二〇一二年六月閲覧)
5. Beauchamp, T. L. & Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1st ed. 1979, 6th ed. 2009.
6. 終末期医療のより方に関する懇談会：「終末期医療に関する調査」結果のごとく(平成二十二年十二月)。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/ryou/zaitaku/dl/07.pdf> (二〇一二年六月閲覧)
7. WHO Definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (二〇一二年六月閲覧)
8. 「ステューブ・シンプソンと禅」伝説のスピーチにみる禅の思想」『日経おとなのOFF』二〇一二年六月、No.132、十六～二十一頁。
9. Qaseem A, et al: Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2008;151:148:141-146.
10. WHO's pain ladder <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.htm> (二〇一二年六月閲覧)
11. Salmaszky DP: Spiritual issues in the care of dying patients. JAMA 2006; 296: 1385-1392.

表1 平成23年度の死因順位と死亡総数に占める割合

死 因	死亡総数に占める割合 (%)
悪性新生物	28.5
心 疾 患	15.6
肺 炎	10.0
脳血管疾患	9.9
不慮の事故	4.7
老 衰	4.2
自 殺	2.3
腎 不 全	2.0
慢性閉塞性肺疾患	1.3
肝 疾 患	1.3

表2 生命倫理の四原則 (Tom Beauchamp and James Childress)

自律性尊重 autonomy の原則

自分の健康や命に関係することを他人にまかせず、自分で決めるといのは生命倫理の基本である。ただ、子供、痴呆老人、精神障害者などの生死に関わる問題は、本人が自己決定できないため、特別の倫理的配慮が必要になる。

無危害 nonmaleficence の原則

病名の告知がなされないまま、苦痛を伴う積極的治療が、患者抜きで、医師と家族の合意で進められるようなことは好ましくない。

恩恵 beneficence の原則

医師や家族にとってではなく、患者にとって何が最もよいことであるかを常に考える姿勢が重要である。具体的には、推測を避け、患者に直接問いかけることが重要となる。

正義 justice の原則

地域差や、経済力の差によって、受けることができるターミナルケアの質が異なるようであってはならない。何人も最小限のケアを受ける権利がある。

表3 緩和ケア (世界保健機関)

- ・痛みやその他の苦痛な症状から解放する
- ・生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ・死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ・患者のためにケアの心理的、霊的側面を統合する
- ・死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える
- ・家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える
- ・患者と家族-死別後のカウンセリングを含む-のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する
- ・QOLを高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ・病気の早い段階から、延命を目指す化学療法・放射線療法や、臨床的に不快な合併症状の原因をよりよく理解し対応するために必要な検査と並行して、適用してもよい。



表 4 鎮痛薬使用の 5 原則：世界保健機関が推奨する鎮痛薬使用法

(参考文献 10 より引用)

1. 経口的に (by mouth)
2. 時刻を決めて規則正しく (by the clock)
3. 除痛ラダーにそって効力の順に (by the ladder)
4. 患者ごとの個別的な量で (for the individual)
5. そのうえで細かい配慮を (attention to detail)

表 5 終末期患者の各宗教に特有の欲求 (参考文献 8 より引用)

仏 教	念仏を唱える、あるいは他者の念仏を聞く
キリスト教 (カトリック)	病のサクラメント (宗教的儀式) (聖職者が行う) 臨終の聖餐 (聖体拝受)
ヒンズー教	花輪の使用 (祈りの数珠) 自宅での死を強く望む
イスラム教	聖地メッカの方向を向く 愛する人々に囲まれて死ぬ
ユダヤ教	告解 信仰告白

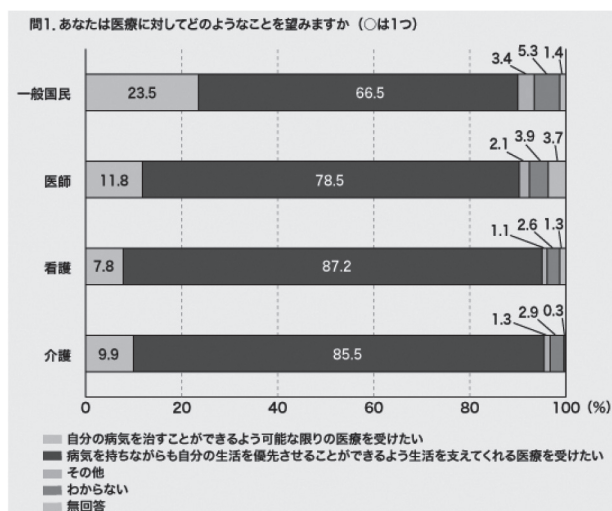


図 1 終末期医療に関する意識 (厚生労働省調査) (参考文献 6 より引用)

〈死の痛み〉を癒す医療—ホスピスとビハーラー

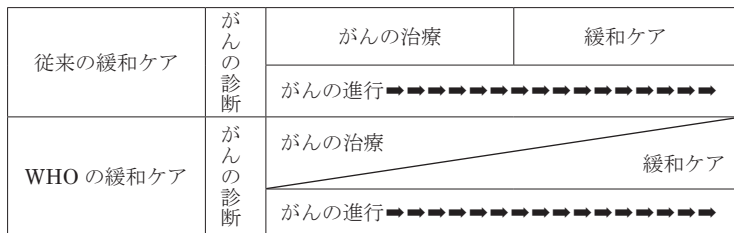


図2 緩和ケアの概念：いつから開始するのか

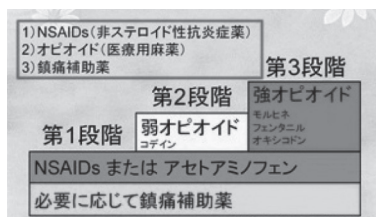


図3 世界保健機関による3段階除痛ラダー (参考文献4より引用改変)

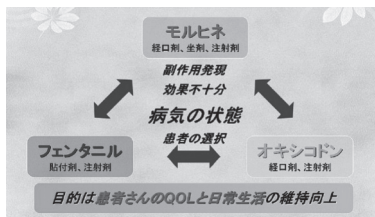


図4 オピオイドローテーション (参考文献4より引用改変)

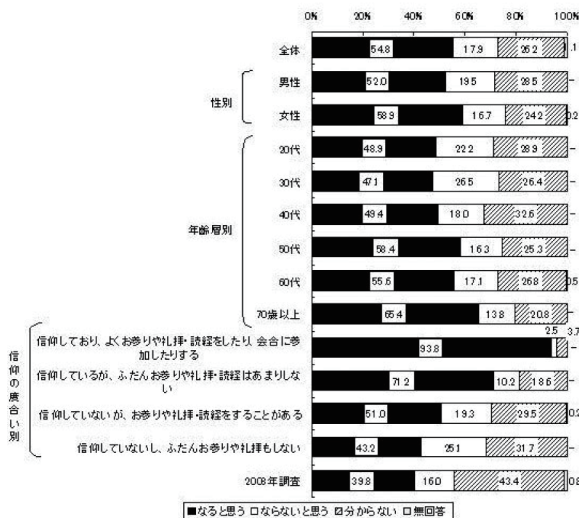


図5 死に直面したとき、宗教は心の支えになるか ((公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 意識調査実行委員会：『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』報告書要約 (参考文献1) より引用)