

エンド・オブ・ライフケアにおける看護

田村 恵子

I. はじめに

平成25年版高齢社会白書では、2011年10月1日現在、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は23.3%であり、おおよそ4人に1人が高齢者であることが報告されている（内閣府，2013a）。また、今後も高齢化は加速度的に進行することが示されている。こうした高齢多死の時代を迎えて、いつかは死すべき存在である人が自己の死との対峙を余儀なくされたとき、死から生を見つめなおして、自分であることを大切に生きていくことができるように支えることが看護の重要な働きである。

本稿では、特別講演の内容であるがん医療における緩和ケアの役割、エンド・オブ・ライフケアにおける看護の実際、エンド・オブ・ライフケアにおける今後の課題について概観し、患者と家族の「生ききる」を支える看護のありようについて述べる。

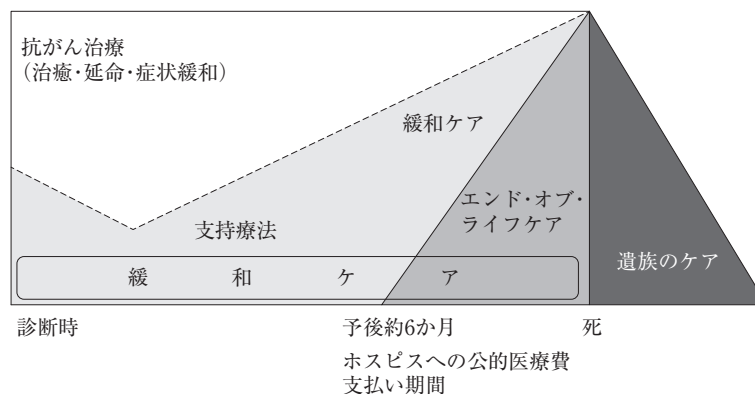
II. がん医療における緩和ケアの役割

がん治療本来の目標は治癒である。しかし、どうしても治癒が困難な場合には、可能な限り予後を延長するとともに、患者のQOLを向上させることが目標となる。

一方、緩和ケアの目標は積極的に苦痛の緩和を図り、QOLを向上させることであり、その結果として予後により影響を与えることである。すなわち、がん治療と緩和ケアの目標は一致しており、互いが補うことで、よりよいがん医療を実現することが可能となる。この考え方が包括的がん医療モデル（図1）であり、わが国においては、がん対策基本法（2006年6月23日法律第98号）の基本となるコンセプトとされている。このため、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画では、重点課題のひとつとして「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられ、緩和ケアの推進に向けてさまざまな取り組みが行われている。

がんを患うことにより、患者は身体的苦痛だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みを感じるようになる。これらの苦痛は互いに関連しあって、その患者の苦悩として現出される。患者が体験している複雑な苦悩は全人的苦痛（total pain）とよばれ、患者が自分らしくあることを阻害する脅威となる。緩和ケアにおいては、患者の体験している痛みや苦しみを、全人的苦痛の視点からまなざすことが求められている。

がん患者のQOLは、図2に示したように、がんの罹患が生命を脅かされるきわめて衝撃的な体験であること



(Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology (2005) : Figure 3 : Comprehensive Cancer Care. Plenary 2 Models of Comprehensive Care. 13) 一部改訂

図1 包括的がん医療

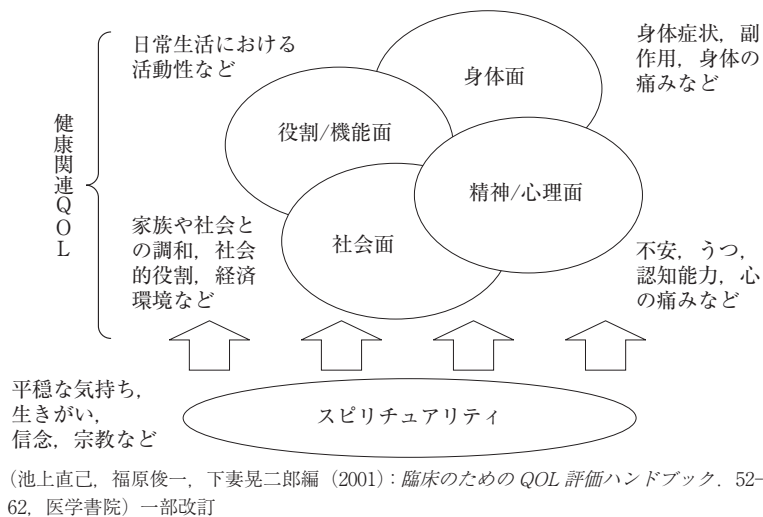


図2 がん患者の包括的 QOL

から立ち現れるスピリチュアリティが、身体面、役割/機能面、精神/心理面、社会面から構成される健康関連 QOL に影響を及ぼすと考えられている。すなわち、がん患者の QOL は、多次元的で包括的であり、その患者が望む生活やその人であることを表現しているといえる。QOL を評価するのはがんを生きる患者自身であり、ケアの実践に際しては、個々に独自の基準をもっていることを念頭におく必要がある。

したがって、緩和ケアにおいては、がんを単に医学的な疾患 (disease) としてとらえるのではなく、患者が病 (illness) としてのがんをどう生きるかを支え、寄り添うケアが重要である。

Ⅲ. エンド・オブ・ライフケアにおける看護の実際

現在、がんは長い経過をたどる慢性疾患として位置づけられている。がんの進行は避けることができず、いずれかの時期で、患者はがんの再発・転移、積極的な抗がん剤治療の中止の局面におかれる。しかもこの局面は、患者に「私の死」との対峙を余儀なくさせるものである。筆者は、ホスピスや緩和ケアチームメンバーとして、このような窮地にある患者とその家族の看護に長く携わってきた。筆者の経験に基づいて、エンド・オブ・ライフ (end-of-life; EOL) ケアにおける看護の実際について記述する。なお、筆者のことを「私」と記す。

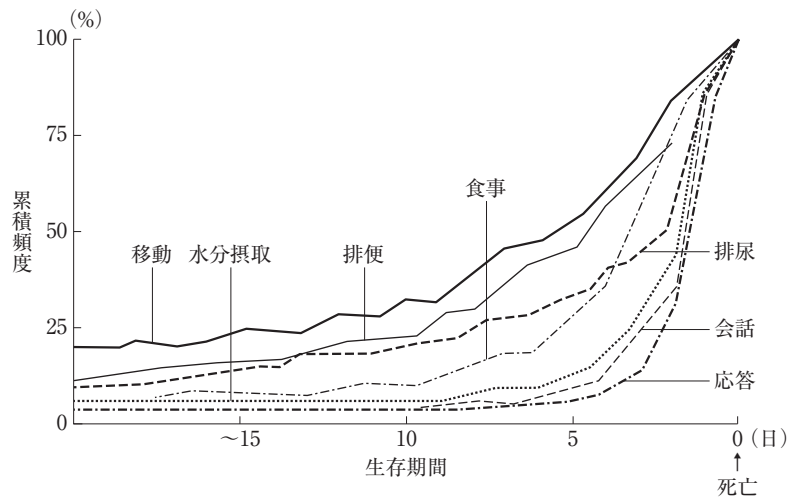
がんの進行に伴って、患者は身体的痛みを感じる事が多くなり、自分の身体とは思えない身体に結びつけられていることに違和感を覚える。日常生活が制限を受け、生活スタイルの変更が求められる。この時期、積極的な症状マネジメントが最優先課題となる。症状マネジメントとは、症状を軽減するという一方向の考え方ではなく、「患者にとってちょうどよい具合」にマネジメントするという意味を含んでいる。看護師はそれぞれの症状の個人的意味に焦点を当てた詳細な検討を行い、苦痛緩

和のための方策を立案する。患者と看護師が話し合いながら、協力してマネジメントを進める。しかし、がんは絶え間なく進行し続ける。患者の身体は徐々に衰え、機能は低下し、自己に課せられた役割が果たせなくなる。さまざまな喪失が連続的に生じる。患者の自己のアイデンティティは揺らぎ、自分自身への信頼が失われていく。そばで見ている「私」には失うというよりも、剥ぎ取られるという感が強い。

がんという病いを生きて、患者は自立と自律が失われてゆく瞬間を感じ、ほかならぬ「私の死」が迫っていることを自覚する。患者のうちに、さまざまな苦悩、不安、恐怖、絶望感、喪失感が生ずる。「どうしてこの私なのか……」と、患者のまるごとの身体が悲鳴をあげて、もがき続ける。悲鳴を伴うもがきの前で、看護師である「私」は微動だにできず立ち竦む。次の息を吸うことにさえ躊躇を覚える瞬間である。深い沈黙ののち、互いがかろうじて息することを取り戻して行く。疼きともいえる互いの息づかいから、「私」は確かに患者にかかわっていると感じ取っていく。立ち竦むことしかできなかった「私」が、その場にとどまることができる可能性を実感する。ケアが開かれてゆく。

「私」はケアを必要としている患者の成長の方向をみて、その患者にとってなにが適切かを決めるのに役立つような応答をする。がんを生きる人 (患者) のそれぞれの人生の文脈で生ずる問いを共に探し、患者とともに問いに向き合う。

さらなるがんの進行に伴い、周囲の人びとへの依頼や依存がますます増えていくなかであっても、患者は自分のことはできる限り自分で行いたい、いまの自分の状況をコントロールしたいと願っている。とくに、死亡までの約 2 週間の間に、図 3 に示したように、身体機能は著しく低下し、一挙に日常生活を営むことがむずかしくなる。看護師は、その日の患者の日常生活を営むセルフケア能力 (行動するのに十分なエネルギー、知識、技術、



(恒藤 暁 (1999) : 最新緩和医療学, 20, 最新医学社)

図3 日常生活動作の障害の出現からの生存期間 (206例)

表1 日本人における望ましい死

日本人の多くが共通して大切にしていること	人によって重要さは異なるが大切にしていること
<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦痛がない ・ 望んだ場所ですごす ・ 希望や楽しみがある ・ 医師や看護師を信頼できる ・ 負担にならない ・ 家族や友人と良い関係にいる ・ 自立している ・ 落ち着いた環境ですごす ・ 人として大切にされる ・ 人生を全うしたとを感じる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ できるだけ治療を受ける ・ 自然な形ですごす ・ 伝えたいことを伝えておける ・ 先々のことを自分で決められる ・ 病気や死を意識しない ・ 他人に弱った姿を見せない ・ 生きている価値を感じられる ・ 信仰に支えられている

対象：一般市民2584人、緩和ケア病棟遺族513人

(Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al. (2007) : Barriers to providing palliative care priorities for future actions to advance palliative care in Japan : A nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (2) : 390-399)

意思決定など) をアセスメントし、そこを起点として、患者にとって適切な援助を考え実践する。生の営みが続けられるように、過不足ないケアの実践が求められる。看護の力が試されるときである。

援助を受け続ける営みを通して、患者は<私の死>を意識し、それに備えつつも、日々を営み続ける。

「明日の朝はどんなことができなくなっているんだろう……。夜はいつもそう思っています」(女性, 50歳代)

<私の死>に向き合う患者へのケアにより、看護師である<私>もまた自己を見つめ続ける営みが続く。

<私>とはなにが者か、生きるとはなにが。ありのままの自己の思いや感情、考えに気づいていく。<私>自身を理解し、受け止めることを通して、<私>の生の意味を生きることができるようになる。

EOLケアにおける患者のいのちに寄り添うケアとは、

人生のもっともむずかしい旅路をたどる患者が、自らの意思と選択に基づいて終焉のときまで生きることを支えることであり、ケアする<私>が、患者の望む自己実現が可能となるように支援し、死それ自体にもその人なりの意味をもつことができることを信じて、寄り添い続けることである。それは、互いが自己の生の意味を生き抜き、生きることへと開かれていくものであろう。

IV. エンド・オブ・ライフケアにおける今後の課題

緩和ケアの目標である包括的 QOL を最善の状態に保つことにより、患者は人間として尊厳をもって最期を迎えることができる。表1は、日本人における望ましい死 (good death) のあり方についての研究結果である (Miyashitaら, 2007)。多くの人が共通に大切にしている

ことと、人によって重要さは異なるが大切にしていることの2つの側面から示されており、前者はEOLケアの実践に際して必ず念頭においておくべき事柄であり、後者は個別性の高い事柄であり、患者の希望や意向の確認が必要である。それぞれの方にとって、大切な人と、将来に備えて大切にしていることや、今後の治療や療養についての意向をあらかじめ話し合っておくAdvance Care Planning (ACP) についての取り組みを早急に進めることが重要である。

また、高齢者の死因となった疾病をみると、死亡率(高齢者人口10万人当たりに対する死亡者数の割合)は、2010年において、「悪性新生物(がん)」が967.5ともっとも高く、ついで「心疾患」576.8、「肺炎」391.2の順になっている(内閣府, 2013b)。このことから、がんの緩和ケアやホスピスケアで蓄積された知識や技術をがん以外の疾患の治療やケアへと生かすことができるよう教育を行うことも課題である。

V. まとめ

EOLケアにおける看護とは、人生のもっともむずかしい旅路をたどる患者の苦悩を和らげ、安全で安楽な暮らしができるように適切な援助を行い、終焉のときまで自らの意思と選択に基づいて生きることができるように支え、寄り添う全人的なケアである。この看護の営みは患

者と看護師のケアリング、すなわち、両者が相互に支え合うというかわりにその中心があると考えられる。

高齢多死の時代を迎えてEOLケアにおける看護の充実がのぞまれる。

引用文献

- Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology (2005) : Figure 3 : Comprehensive Cancer Care. *Plenary 2 Models of Comprehensive Care*. 13.
- 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎編 (2001) : 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 52-62, 医学書院.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al. (2007) : Barriers to providing palliative care priorities for future actions to advance palliative care in Japan : A nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (2) : 390-399.
- 内閣府 (2013a) : 第1章高齢化の状況 第1節高齢化の状況 1 高齢化の現状と将来像. 平成25年版高齢社会白書, <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s1s.pdf> (2013.11.4).
- 内閣府 (2013b) : 第1章高齢化の状況 第2節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 3 高齢者の健康・福祉. 平成25年版高齢社会白書, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s2s_3_1.pdf (2013.11.4).
- 恒藤 暁 (1999) : 最新緩和医療学. 20, 最新医学社.