

宗教と終末医療

井上ウイマラ

Vimala Inoue

林 茂一郎

Motchiro Hayashi

田中雅博

Masahiro Tanaka

藤腹明子

Akiko Fujihara

中央学術研究所 編



アーノスの森新書

001

第一章

緩和ケア・ビハータ病棟の五年間

——患者さんとともに歩む現場づくり

林 茂一郎 (宗教法人立正佼成会附属佼成病院院長 緩和ケア科担当医)

●臨床としての緩和ケア

産婦人科医として長く生命の誕生にかかわってきた私が、緩和ケア科・ビハータ病棟という施設で、人の「死」にかかわるようになって五年が経ちます。私が勤務している立正佼成会附属佼成病院では、かなり前から地道に終末医療に関する研究会が続けられてきました。宗教立病院であるからには、ホスピスといった分野も担っていかねばならないという声と、古くなった看護師寮をどのように改修するかという議論が重なって「ホスピスを立ち上げよう」ということになりました。その建設委員に私が任命され、平成十六（二〇〇四）年の「ビハータ病棟」開設とともに、専門外ではありましたが担当医を務めることになりました。

この仕事に就いてから「ビハータやホスピスって何ですか？」という質問をよく受けるようになりました。そもそもホスピスあるいは緩和ケアというのは、イギリスのシシリー・ソンドース（Dame Cicely Saunders, 1918-2005）という女性のお医

者さんが最初に始めた取り組みです。彼女は一九六七年、ロンドン郊外に病院を造り、がん終末期の痛みに耐えかねて生活が乱れている人達を集めました。そこではモルヒネ（アヘンに含まれるアルカロイドの主成分で、鎮痛薬としてがんなどの疼痛に用いられる）による痛みの緩和ケアが行なわれました。痛みを緩和することで患者さん達が自分を取り戻し、最期まで自分自身として生活ができることが大切——それが彼女の信念でした。このように、終末医療では、通常の医療の場で行なわれるような病巣の治療よりも、いろいろな不快な症状を取り除くことを大切にします。

また、我々の施設の名称に冠している「ビハータ」という言葉は、サンスクリット語で「癒しの場」「憩いの場」「僧院」を意味します。日本の僧院は古くから病院・福祉施設の役目も担っており、病気の人に薬を与え、また仏の教えを伝える場でした。現代においてのビハータとは、がんなどの終末期を迎えた患者さんに対して仏教の理念を基盤とした生死観に立ち、緩和ケアをする場所とされています。私

のいるビハラー病棟もやはり、その範疇^{はんちゆう}に入ります。ですから、日々おつきあいする患者さんは、今まさに死に赴こうとしている方達ばかりとなります。

産婦人科の現場にいた時にも、私は人の「死」と無関係でいたわけではありませぬ。長く勤めてきた産婦人科では、フロアの南側に産科、北側に婦人科を分けて設けています。ですから、南から呼ばれてお産をすませたかと思うと、すぐさま北に向かつて子宮がんの患者さんを診に行くというように、向き合う患者さんの病気も会話の内容もがらりと変わる二つの診療科を慌ただしく行き来する毎日でした。生命の誕生と人の「死」という両極端のことに、日常的に遭遇してきたわけです。ですから、当時も自分なりに「死」について一生懸命考えて、患者さんにふれあってきたつもりでした。しかし、ビハラー病棟にかかわり始めて五年が過ぎた今、人が生きるといふこと、死ぬといふことについての考え方が、かなり変わってきたように感じています。

ビハラー病棟開設以来、四年間で三六〇件近くの症例をお預かりしてきました。

それは、否応なしに「死」とかかわらざるを得ない、「死」が日常であるという体験でした。そうした日々を送るなかで私は、以前の自分は本当に患者さんの立場に立って物事を考えていただろうかと、昔を振り返って疑問を抱くようになったのです。それから、私は緩和ケアの場で必要とされる、さらに言えば広い意味での医療現場における臨床医としての自分のあり方を、以前にも増して強く意識するようになりました。

私は年に数回、看護学生を対象に医学概論を講義する機会があります。その際、「私は臨床医です」と自己紹介をし、学生達に「臨床」とはどういうことかを考えてもらう時間を必ず持つようにしています。その時に私はいつも、このようなたとえを用います。

まず、学生達に紙を配り、その紙に「四」という数字を書いてもらいます。そこで、皆に自分の書いた「四」がどういう「四」なのかを考えてもらうのです。すると「二+二の四です」と答える学生もいれば「六-二の四です」答える人、そのま

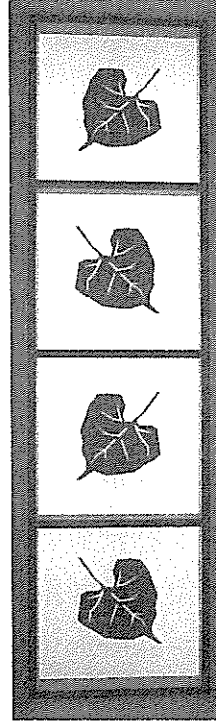
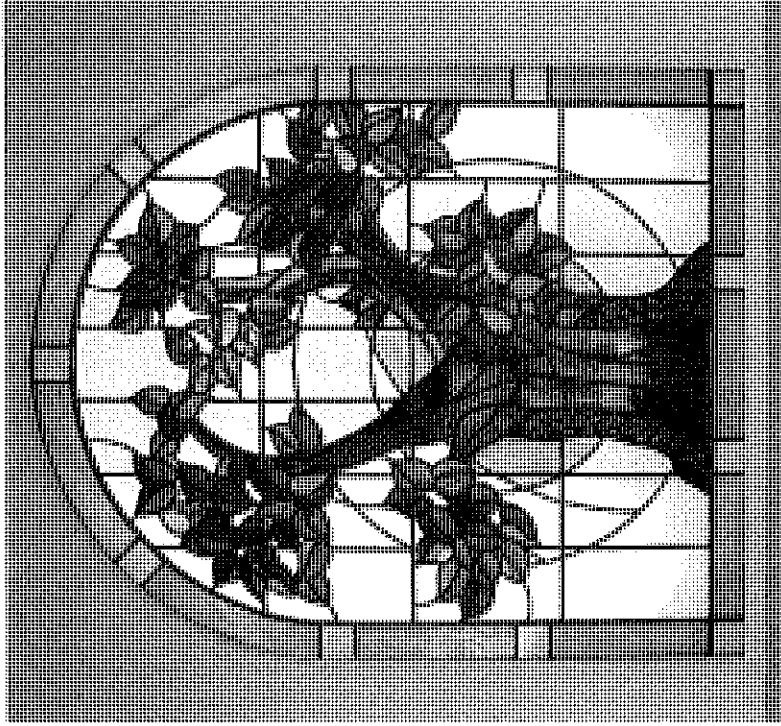
た隣は「二×二で四」と答える人もいます。私自身も「一〇〇一九六、これも四ですね」などと言ったりして、多くのいろいろな答えが出てきます。

単純に考えると「四」はどこをどうとつても「四」でしかありません。しかし、視点の持ちかたによって、じつは「四」にもさまざまな「四」があることが見えてきます。たとえば、患者さんの病気の進行度合いや症状を医学書に照らし合わせ、それぞれ「四」だの「五」だのといった数字をあてはめることはできます。しかしその時、そうした「四」や「五」が患者さんの人生でどのようにして形作られてきたものなのかを考える。こうした視点を持つことが、医師や看護師といった臨床の場にいる者に求められます。ことに緩和ケアの場では、そうしたスタンスが何より大切です。

私はこの五年間、このような臨床医の視点で、ビハラー病棟の「生老病死」を見つめてきました。今日は、日々の医療活動を通して自分が何を感じてきたか、患者さんとのかかわりを通して生まれる疑問、病棟ではこうしたことが起こっていると

いうことなど、臨床の立場にいなればわかり得ないことをお伝えし、終末期の医療のあり方について考えるきっかけになればと思います。「生老病死」といっても、難しい仏教的な意味については、私は語るできません。しかし、緩和ケア病棟での生老病死の実際——患者さん方の日々の思い、ご家族の悩みやスタッフとのふれあいなど——を、そこに臨む私が語り、また専門に研究されている他の先生方の考察を交えていただくことで、今の日本では一般的にまだ語られる機会の少ない「この世に誕生し、生きること」「老い」「病氣」「死」というものについて、またそれらと宗教とのかかわりについて、多くの方々に考える機縁としていただけたら幸いです。

第一章 緩和ケア・ビハラー病棟の五年間



センター内にはステンダグラスが飾られるなど、無機的で冷たい雰囲気にならないよう配慮されている。これらのモチーフは、この樹下で釈尊が悟りを開いたといわれる菩提樹



2004年4月に開設された立正佼成会附属成病院扶友センター。1階に腎センター、2階～3階に療養型病棟を擁するこの建物の4階に、緩和ケア・ビハラー病棟がある

●日本における緩和ケアの今

二〇〇八年四月の時点で、全国の緩和ケア病棟の総病床数は三四六八床です。そのうち、東京都にあるのが三三一床。佼成病院のすべての病床数が三六三床ですから、仮に佼成病院を緩和ケア専門病棟とした場合、東京都で緩和ケアが受けられる病院は一つしかないという計算になります。現在、都内で末期がんに向き合っておられる方の数を考えると、非常に不足していると言えるでしょう。こうした現状では、今後のより良い緩和ケアについての論議を十分にすることは、まだ非常に難しいのではないのでしょうか。

日本ホスピス緩和ケア協会が、ホスピス緩和ケア施設における基本理念や施設の設置基準を「ホスピス緩和ケアの基準」として定めています。日本の緩和ケア施設は、この基準に基づいて設置されています。

この基準には、緩和ケアの施設で行なう処置は、痛みやその他の不快な身体症状

を緩和するのみにとどめるということが明記されています。ですから、我々緩和ケアに従事する者は、一般病棟で通常行なわれているような、死を遅らせるための治療はせず、単に痛みなどのつらい症状を緩和する処置のみにとどめます。しかし実際に、一般的な治療がどれだけ患者さんの死期を遅らせているのかというと、疑問です。というのも、最後まで病巣への積極的な治療を施された患者さんと、緩和ケア病棟で人生の流れを大切に守ってもらえた患者さんとは、じつは、緩和ケア病棟の患者さんのほうが平均して約一か月も長生きすると言われているからです。このようなデータを見ると、終末期を迎えた患者さんに対して延命治療を施すことは、かえって患者さんの身体に負担をかけるのではないかと考えられます。

緩和ケアの現場では、痛みやつらい症状を緩和する際の処置にはモルヒネを用います。日本ではまだ麻薬という印象が強いモルヒネですが、じつはがん終末期の痛みの緩和に高い効果を発揮します。ところが、現在モルヒネをがん終末期の痛みのケアに用いている病院は、一般の病棟を含めて全体の四、五割しかないと言われて

います。ということは、残り五、六割の末期がんの患者さんは、どうにもならないその痛みを「我慢できますか」という医師の一言でいまだに我慢させられているというのが現状です。

絶え間なく痛みがあるというのは、非常につらいことです。患者さんの人間性までもが侵されていくと言っても過言ではありません。痛みが強くなると、たいていの患者さんが「もう死にたい」と言い出されるのです。また、痛みがあるとよく眠れませんかから、眠る薬を処方され、日がな一日とろとろとして過ごすことになります。そんな状態では食事もままなりません。たとえ諦めずに最後まで治療することを選んでも、「食べたい」という意思すら患者さん自身が持てない状況では、それが患者さん方の死期を早めてしまうことにもなりかねません。先に記した一般病棟での闘病生活を送る方と緩和ケア病棟で過ごされる方との予後期間の差の奥には、そんな構図も見えてくるような気がします。

このように、患者さんが痛みと日々闘っているような状況では、精神的、社会的な援助も何も始まりません。まずは、適切な処置によって痛みを取り、一息ついていただく。人としての尊厳を考えるのは、それから先の話です。

ですから、医療現場、特にがんにかかわる医療者の方々も、医療を受ける側の人にも、ぜひ、モルヒネについての誤解を解いていただきたいと思うのです。モルヒネ＝麻薬というイメージがいまだに強く、またモルヒネが呼吸障害を起こすのではないかという懸念を持っていたりする方も少なくないようです。しかし、定められた基準にのっとって正しく使えば、呼吸障害を起こす心配もなければ、薬物依存のように人間性を損なうこともない、非常に有用性の高い薬です。こうした認識が浸透し、末期がん医療の現場でモルヒネが適正に用いられる状況に一日も早くなつてほしいものです。

この基本方針では、患者さんのご家族、つまり遺された人の心の立ち直りをどう支援していくかという点にも触れ、これも緩和ケアの一環と定義しています。最近、学会なども立ち上げられ、グリーンケアという言葉で盛んに研究がされているよう

です。このグリーフケアについては、横文字で言わずに日本語で「死後の援助」と言えばいいのではないかと、個人的には考えています。しかし、おそらく「死」という言葉があるだけで拒否感を覚える方が多いことでしょう。社会全体で「死」について考える場合、こうした拒否反応をなくしていくことが一番難しい問題です。逆に、この既成概念が薄まれば、もっと社会のさまざまな場面で「理想的な死」について話し合う機会も増えるのではないのでしょうか。

●緩和ケアを始めるために

日本ホスピス緩和ケア協会では、緩和ケアを受けるための基準を以下のように定めています。

- 一、悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群（AIDS）などに罹患し、医師が治癒困難と判断した患者、または自ら積極的治療を希望しない患者を対象とする。
- 二、患者と家族、またはそのいずれかがホスピス緩和ケアを望んでいることを原則とする。
- 三、ホスピス緩和ケアの提供時に患者が病名・病状について理解していることが望ましい。もし、理解していない場合、患者の求めに応じて適切に病名・病状の説明をする。
- 四、家族がないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別はしない。

当院のビハラー病棟では、この基準に基づき、独自の入棟基準を以下のように定めています。

- 一、医師が積極的治療により治癒が望めないと判断した、悪性腫瘍の患者様を対象とする。（エイズ患者は入院体制が整っていないため対象とせず）
- 二、患者様・ご家族らが当病棟での緩和ケアを理解し、入棟を希望されていること。

- 三、入棟時において、病名・病状が患者へ告知され、理解されていることが望ましい。しかし、告知されていない場合は、患者様の求めに応じ、真実の病名・病状の説明がなされる。この事を、ご家族も納得し、了承されていること。
- 四、宗教的にも社会的にも経済的にも差別をしない。
- 五、余命は他のホスピスと同様に6ヶ月以内とする。

この第一項が、この施設に入棟するにあたっての大前提となります。悪性腫瘍の患者さんを対象とする、という項目です。エイズや進行性筋無力症など、やはり発症すると死に至る病気があり、そうした疾病にかかった患者さんを当院で受け入れられるかどうかは、現在も検討中です。ことにエイズのように感染の危険性がある病気の場合、感染に対する態勢が整っていない我々のビハーラ病棟では、現在受け入れられないのが現状です。現在、こうした基準は協会の基準をベースとしている

ものの、詳細は個々の施設に委ねられています。

第二項は、緩和ケア病棟でのケアを始めるにあたって非常に重要な項目です。患者さんやそのご家族が、緩和ケア病棟でのケアの内容を理解したうえで、入棟することを望んでいるかどうか。これは、医者が決めることではありません。患者さん自身が、自分は人生の最後にこういう生活を送りたい、その望みに適している場所が緩和ケア病棟ならば、自らそこに入りたいと決断することが大事です。

ところが、緩和ケア外来へ入棟の相談に来られる方で「今診てもらっている先生に勧められたので、こちらに入ろうと思います」とおっしゃる方が意外に多いのです。「あなた自身は、どうしたいのですか？」とじっくり話を聴いてみると、ご本人が積極的に望んでいるわけではなく、じつは本当の望みは違った形であるケースが多くあります。そのような場合は、無理をして緩和ケア病棟には入らなくてもいいのです。入る、入らないという決断は、やはり自分でしていただき、いざ入棟されたら私達スタッフが最大限援助する、これが緩和ケア病棟の本来の姿です。患者

さんの望みによっては、在宅での緩和ケアなど他の方法を選んでもいいでしょう。いずれにしても、患者さんの望みを第一に、適したケアの手段を現実的に話し合うべきです。

患者さんが入棟されるにあたって浮上するもう一つの問題が、告知です。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が調べたがん告知に関する意識調査では、日本人の約八割が「もし自分が悪性腫瘍ならば病名をはつきりと告知してほしい」と望んでいるそうです。一方で、身内の立場としては告知をためらう人のほうが多いのが現状だといいます。実際に「本人の意思はどうだろうか」「本人に話すと生きる力をなくしてしまうのではないかと、すぐ告知に踏み切れないご家族が多いと感じています。しかし、日本人の八割が「自分が患者なら告知してほしい」と思っているのですから、できる限り、話し合いがなされるべきでしょう。

先の二項目、つまりご本人が自分の病名や病状を了解し、そのうえで入棟を希望しているかどうかということは、入棟後、スタッフ側がどのようにご本人をサポート

トするかという態勢づくりに大きくかかわってくる問題です。

救世軍ブース記念病院の緩和ケア科は、入棟にあたって告知を必須条件としています。担当の関茂樹医師が「予後（がんの場合は生命予後、いわゆる余命をさす）についても本人にはつきりお伝えして、時間の使い方やケアの方法、サポートについて丁寧に話し合いをする」という確固たる方針を持っておられるからです。彼はいつも「残された時間は誰の時間か」と、医療従事者に問います。「残された時間は患者さん本人の時間であって、医療従事者のための時間ではない。我々がその時間を奪ってはならない」と、彼は訴えます。最期まで積極的に生きることを目ざして、患者さんの貴重な一日を共に過ごさなければならない。そのために、今日やるべきことは今日やる。患者さんと我々が一緒になって、その日々を乗り越えていこう、という姿勢です。そのためにも、告知や予後の了解は大切だと考えておられるわけです。

私自身はといえば、関医師よりはもう少し緩やかにとらえており、もし患者さん

本人が尋ねてきたらお伝えしようか、というぐらいの考えでいます。とはいえ、できれば知っておいていただけたほうが良いという考え方が基本にあり、ご本人が知りたいと言った場合には、包み隠さずにお伝えします。それはやはり、緩和ケア病棟というものはそもそも、昨日は元気だった患者さんが、今日急に具合が悪くなるという状況が常に起こり得る、いわば誰もが士儀際で暮らしているような場であることは間違いないからです。患者さんと家族、そしてスタッフとの双方の了解があることが、貴重な今日一日を精いっぱい過ごすために必要な援助をする土台となります。

その他、当院では「余命6ヶ月以内ぐらいの患者さんに限る」と記しています。これについてはなぜそう定めているかという点、まずは悪性腫瘍で予後6か月以内になると体のあちこちがしたいにがたがたし始めて、日常生活を送りにくくなる、という点があげられます。加えて、病棟のベッド数が足りないという現状もあげられます。これは、どこかの病院も同じ状況でしょう。先ほどもお話したように、ホ

スピスのベッド数は東京都全体でわずか三六〇床余しかなく、全国的にも絶対数が足りません。このベッド数でやりくりするには、一人の患者さんがあまり長くベッドを占有しては回らなくなります。そうしたこともあって、6か月という予後期間の目安が定められています。