

第2部 ホスピス緩和ケアの基礎知識

第4章 死に逝く過程の身体的側面

- I 死に逝く人の基本的人権宣言
- II 愛する人が死に至る時、何を告げる？
- III 個人に合わせる痛みの制御
- IV 鎮痛以外の対症療法
- V がんの治療法
- VI 補完療法
- VII がん療養中に起こりやすい問題と食事療法
- VIII 死期に関する患者と家族への案内
- IX どうやって死亡を確認するのか？

第5章 死に逝く過程の心理面への対応

- I ケアする側へのケア
- II 支援のためのカウンセリング
- III 支援のカウンセリングと社会的訪問の対比
- IV 友人とボランティアの対比
- V 重病患者を支援する実践的ヒント
- VI 患者が安楽な時間を過ごせるように
- VII 死のストレスに遭遇したとき

第6章 たましいのケア（スピリチュアルケア）

- I “たましい”とは
- II たましいの苦痛
- III たましいの苦痛を尋ねる
- III たましいのケアの実践

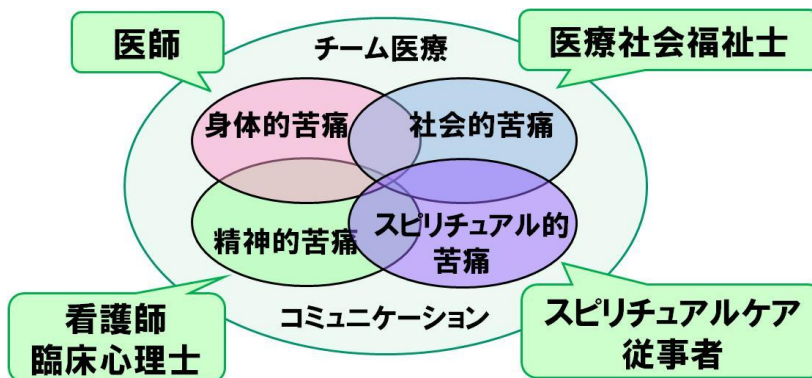


図. 健康と苦痛の4側面、対応に大切なチーム医療とコミュニケーション術

第4章 死に逝く過程の身体的側面

I. 死に逝く人の基本的人権宣言

- ・私には 死に至るまで、生ある人間として扱われる権利があります。
- ・私には どのように変わろうとも 希望を持ち続ける権利があります。
- ・私には いかなる状況でも希望を持ち続けられる人々に世話をしてもらえる権利があります。
- ・私には 私自身の死に対する感情や喜怒哀楽を自分らしく表現する権利があります。
- ・私には 私のケアに関する決定に参画する権利があります。
- ・私には たとえ安らぎや慰めへと治療の目的が変わらざるを得ない時でも、誠心誠意の治療と看護を受ける権利があります。
- ・私には 孤独の中で死なずともよい権利があります。
- ・私には 痛みから解放される権利があります。
- ・私には 私の質問に正直に答えてもらえる権利があります。
- ・私には だまされない権利があります。
- ・私には 私の死を受け容れるにあたって、私の家族から助けられ、また私の家族に手を差し伸べてもらえる権利があります。
- ・私には 尊厳の中に安らかに死ぬ権利があります。
- ・私には 私の決断が他の人の意見と違うと判断されることなく 私の個性を保ち続ける権利があります。
- ・私には 誠意と優しさが必要な知識を持ち、私の望むところを理解し、私の死を援助することで満足を得ることができる人にケアされる権利があります。

II. 愛する人が死に至る時、何を告げる？

1. 死に至る段階

死に至る過程は、キューブラー・ロスの5段階説が広く知られています。しかし、彼女のいう拒絶・怒り・交渉・抑うつ・受容は、ストレスに遭遇した時の心理的反応であり、死に至る段階ではありません。ここでは、病期をアブラムスの「初期」「進行期」「終末期」という臨床で使いやすい3段階に捉える考え方を紹介します。

表. がんの進展と患者の態様

時期	初期	進行期	終末期
がんの進展	治癒可能	再発・転移	進行性・致死性が明白
医療の目的	治癒	治療・対症療法	緩和ケア（対症療法）
患者の態様	意欲的、高揚感、楽観的、病気より治療法を懸念	防御的、受動的、回避的、不満がち、特定の件に固執	死の恐怖、抑うつ、孤独を怖がる、会話が少なくなる
医師との関係・会話	開放的、前向き、事実に基づく会話	介護者に質問、二面性（信頼感、告知希望等で）、頼りがち	依存的、頼る対象が介護者まで広がる

(Abrams RD. N Engl J Med 1966;274:317 より)

2. がんの進行による患者の入用の変化

このように段階的にみるのは、がんの進行度によって、患者の希望も変化するからです。初期は手術や放射線療法、化学療法などによるストレスが大きいので、病気より治療、特に副作用を心配します。患者は治癒に向かって意欲的で、将来を楽観的に捉え、開放的で前向きになり、患者と医師との間で事実に基づく会話ができます。

進行期は、患者が再発や進行を認識した時期です。次から次に問題が生じて、経過中、身体的問題のみならず心理的・精神的にも問題が生じる時期です。この時期になると、患者は一方で「よく知りたい」、他方では「知るのが怖い」と思うようになります。ときに、医師を避けるようになり、周り（看護・介護人）に質問を向けたりします。

終末期は、致死性が明白になり、がんが進行して死を迎えるのを待つ状態です。ホスピス緩和ケアの役割が大きくなり対症療法が選択肢となります。患者は死の恐怖を覚えたりして、抑うつ状態になります。この時期になると、患者は自分の病気についてあまり知りたいとは思わなくなり、会話が少なくなります。また、その一方で孤独を怖がり、身近な人と別れるのを恐れたりします。そして、自分の生涯や生きる意味を考えたりするなど、たましいのケア（スピリチュアルケア）の対象となります。

3. 患者に気遣った伝え方

真実とはいえ悪い情報を告げるのは、誰にとっても厭なものです。なぜなのでしょう。それは悪いニュースを伝えるにあたって、伝える人には責任がないにもかかわらず、伝えられた人が非難されたりするからでしょう。この悪いニュースを伝える方法に三つあります。一つ目は、伝えてから、さっと逃げてしまう手です。事実を伝えないという方針も同じようなものでしょう。二つ目は、伝えてから深い同情を示して、相手と抱き合っ

流すことです。しかし、これら社会的に有用な二つの方法は、医療の現場では使えません。どうしたら良いのでしょうか。

そこで、第三の方法です。それは、一言で「臨機応変」に対応することです。つまり、患者の受け止め方や反応を判断しながら、言葉を選んで話を進めていきます。がんと告げると、患者は言葉で言い表せないほどの大きなショックを受けます。頭の中が真っ白になり、その後の会話を全く覚えていない患者もたくさんいます。そんなときは、時間をかけたり出直したりするなどの工夫が要ります。

患者個人によって苦悩の表現の仕方や程度は大きく異なるでしょう。戸惑いや現実のもののできない、またはそうしたくないという気持ちもあるでしょう。心構えがあった患者は、初めは比較的冷静に受け止め、後にショックが訪れることもあります。

がんの告知は患者診療のごく一部で単なる通過点に過ぎません。その後、どうするかという重要な案件が控えています。その引き続いての診療を円滑にするために、患者に気遣った伝え方をする必要があります。

3. 告げられるということ、告げられないということ

1) 事実を告げられるということ

26歳の男性は白血病を告げられました。しかし、彼は最後の日は決して来ないと思っているかのごとく振る舞いました。彼は周りの人々を励ますように、「死は灯火を消すものではない。光を灯すようなものです。なぜなら、いつも夜明けが来るからです」と書いていました。

一時的な緩解に至ったとき、彼は病院にぐずぐずすることはせず、家族と過ごすために家に帰りました。「素晴らしい日々でした」と、彼の姉は後に言いました。「彼は私たちを幸せにしました。私たちは、些末なことは取り払い、大切なものだけを残しました。今でも、お金や着るものことしか話題にできないような人々をみると、心が痛みます。もっと大切なものがあるでしょうに。」

再発したとき、黄疸、出血、高熱が戻ってきて入院しました。家族は見舞いに通い続け、母親はよく病室に泊まり込みました。彼の姉は、「彼にとって、私たちがつらい思いをすることが負担になっていた」と言っています。「大変な苦痛を感じているときは、私たちを部屋から出しました。私たちが気遣って、かえって消耗してしまうからです。」

一度、死にかけた後で、彼は姉に言いました。「そろそろ逝かなくてはならないと感じる。それはとても美しいことだと思う。痛みもなくなる。」しかし、彼はしがみついています。もっと生きたかったのです。最期の瞬間まで「生きたい」と思っていました。

末期がん患者は心のどこかで真実を感じとっています。それは、医療の内容と医師や看護師の接し方が変わったり、家族や友人たちの笑顔の下に不安と悲しみが映っているのが見えたりするからです。このような偽りや避けるような態度は、いくら気づかせまいと努力しても、わかってしまいます。患者はこれらの状況とさりげない会話の中に矛盾を聞き取り、全てを考え合わせて、真実を感じとってしまうのです。

2) 事実を告げられないということ

末期がん患者に真実を告げることには反対の意見には、「知りたくないことを知らせるのは残酷で苦しめるだけ」とか、「感情の混乱を引き起こし自殺に追い詰める危険がある」、あるいは「患者が病氣と闘うのに必要な希望を持ってなくなってしまう」などがあります。

医療者も多くの場合、患者の死にうまく向き合うことができません。一般の人々も末期患者を無意識に避けようとします。それは、死そのものへの恐怖というより、「人が死ぬと

きの苦しみに恐怖を抱く」とされます。治癒を目指すのが医療と教育されてきた医師自身が死ぬことと死に対して明白な理念を持たず、一般の人と同じように自分の死を受容できないために「死ぬ」と告げられないのです。

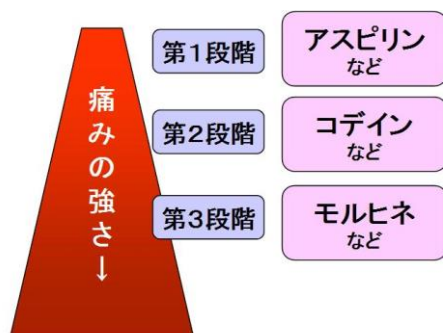
真実を告げられないと、たいていの患者はそれに気づいても胸の内にしまい込んでしまいます。そして、今まで通り知らない振りをする人が多いのです。患者も死ぬことがわかっています。医師も看護師、家族、友人、みんなも知っています。しかし、罪の意識や葛藤、恐れなどのために、患者も患者を見守る側もお互いに相手を動揺させたくないので真実を避けようとしています。

でも、ここの悲劇は、多くの患者は本当は心の内を率直に話し合いたいと思っていることです。そして、本来なら大切な時間を共有できたはずの家族や友人の輪から、事実を告げられないために“完全”に疎外されてしまうようになります。

どうやったら、素直に話し合えるようになるのでしょうか？ 望ましくなかった両極端な反応を挙げると、一方は医師が善かれと思って患者に包み隠さず話したところ精神的衝撃から立ち直れなくなった例、また他方の例では、やはり善かれと思って医師も家族、友人も患者に知らせなかったために患者は孤独に苛まれながら一人で痛みと疑心暗鬼に苦しみました。この両極端の顛末に陥らないようにするためには、患者の思いと希望などに気遣いしつつ、伝えたことへの患者の心理・情緒的反応をみながら、対話を進めていくことが大切でしょう。（「第5章：Ⅶ. 死のストレスに遭遇したとき」を参照）

Ⅲ. 個人に合わせる痛みの制御

1. 患者はそれぞれ痛みに対する反応が異なるので他の人と比較しません。各人にあった痛みの対処法が必要です。
2. 患者が痛みを訴える場合、その言葉を信じることです。ただ、全ての患者が痛み止めを必要とするとは限りません。
3. 執拗な痛みでも制御が可能です。頑固な痛みといっても、対処不能を意味するものではありません。
4. 感情的な影響を見過ごしてはいけません。不安やストレスは、痛みを増強させます。
5. 病気以外のせいで、痛みが引き起こされている可能性も考える必要があります。
6. 患者をなでたり、さすったりすることは、痛みの緩和に効果があります。
7. 可能ならば、患者の気をそらせたり、まぎらわせたりします。
8. 患者が少しでも楽なように、ベッドの角度や部屋の温度にも気を配ります。
9. 痛みを和らげるため、家族にも協力してもらいます。
10. 患者を孤独に陥らせないようにします。自宅療養中であれば、家族の姿の見える所へベッドを移動させます。
11. 患者にも治療に参画させます。医師の同意が得られれば、薬の投与量や時間なども患者が決めるようにします。
12. 痛みがあるときは、薬の常用癖への心配は無用です。この点について、質問があれば患者の担当の医師や看護師、薬剤師に尋ねます。



WHO式段階的鎮痛療法

IV. 鎮痛以外の対症療法

がん患者の痛みは全人的痛みと表現され、身体的痛みのほかに精神的、社会的、たましいの痛み（スピリチュアル的痛み）を伴います。この「全人的痛み」という言葉は、ホスピス緩和ケア領域のカリスマ、イギリスのデイル・シシリー・ソーンダース（1918～2005年）が創り出した概念です。がんの痛みは全人的痛みとして対処しなければなりません。

全人的痛みは、相互に増強し合うので、それぞれに適切に対応することが大切です。ここでは、痛み以外の下痢や吐き気、呼吸困難、虚脱や倦怠感、発熱などの身体的症状のケアについてまとめます。なお、身体的痛み以外の痛みも身体症状として表出することが多いことに留意が必要です。

1. 口腔ケア

終末期は飲食を控えたほうが患者の生の質（QOL）は高いので、末期になると補液も控えられます。そこで口腔ケアが必須となります。最近では、栄養療法とセットでケアされるようになり、介護者にはその基本的手技を学んでもらいます。

2. 便秘・嘔吐

便秘はモルヒネに必発の副作用で、その発生機序から塩類下剤と大腸刺激剤を併用します。また、モルヒネを使い始めた患者の1/3に吐き気や嘔吐が生じるので、その予防が大切です。器質的原因がある場合は、それぞれに応じて治療します。治療できない腸閉塞は多いのですが、サンドスタチンが使われるようになって生の質は改善されました。

3. 皮膚のケア

皮膚の異常は不快だけでなく、自己イメージを損ないます。したがって、褥創もそうですが、予防が第一です。がん性皮膚潰瘍は痛みと嫌気性菌感染によって臭気が発生しますが、発生したら、嫌気性菌用抗菌薬を用いて積極的に治療します。手足の浮腫も多い症状で、原因を探索しつつ、包帯や下肢の挙上、ステロイドや利尿剤を用いて制御します。

4. 精神・神経症状

頻繁に合併する症状で、死の先ぶれのこともあります。錯乱には、まず使用薬物が原因ではないかと考えます。不安や抑うつには傾聴と共感の姿勢で対応し、原則、薬物は用いません。痙攣が生じたら、検査をするより対症療法を行います。

5. 泌尿器障害

無症候性細菌尿に抗菌薬は使いません。見守りで対応します。ただ、尿失禁は褥創防止のために早急な処置が必要で、また尿閉には膀胱ドレナージを要するので、基本手技を習得してもらうことが望ましくなります。

6. その他

自宅で亡くなるが増えてくるので、ホスピス・チームはそれに備えておきます（第4章参照）。環境が整っていれば、自宅は最も適した死に場所です。

日本特有の課題に、足のケア（フットケア）があります。特に、高齢者は合わない靴を履いていたり、リハビリテーション用にきつい靴を履くことを強要されたりして、悲惨な足の状態になっているのをよくみかけます。フットケアの理解を広めなければなりません。

V. がんの治療法

1. 手術

2. 化学療法（薬物治療）

1) 投与法

- a 経口
- b 筋注
- c 静脈注射（点滴を含む）

2) 投与回数は薬の種類、投与法、患者の状態により異なります。

3) 複数の薬物が同時に投与される場合が多くあります。

副作用（有効性とは別物で、使用される薬剤で大きく異なります）

- a ほとんどの副作用は一時的なものです。
- b しばしば食欲の減退がみられます。
- c 吐き気と嘔吐（投与後、数時間の間に起こります）
対処法として制吐剤、クラッカーや炭酸飲料を与えます。
- d 下痢や便秘（頻度は少ない）
- e 口内炎（口内のただれや潰瘍）
口内が痛むときは、歯ブラシの代わりに消毒綿棒を使います。
- f 筋肉、神経への作用
筋力低下、感覚異常（疲労感、しびれ、ヒリヒリ感、手の熱感）
- g 骨髄抑制（白血球数の減少）
感染に対する危険度の増加
- h 赤血球数の減少、貧血による息切れ、虚弱感、疲労感、
皮膚下出血性紫斑、小傷で長期の内出血をおこす可能性あり。
- i 毛髪、頭髮、体毛の脱落、皮膚・爪の荒れ
治療終了後6～8週間で毛の再生がみられます。
- j 生殖機能
 - 女性 月経周期の異常、一時的な閉経
妊娠の可能性はあるので避妊するのが望ましい。
全ての症状は治療の終了とともに回復します。
 - 男性 精子の数、活動力の低下
多くの場合不妊になるので精子の冷凍保存も考慮

3 放射線：がん細胞に照射することで、その成長増殖を抑制します。

1) 役割

- a 局在がんの治療を目指すこと
- b がんの減量を図り、周囲への悪影響を減らすこと
- c 骨転移へ照射し、痛みの軽減と病的骨折の予防

2) 副作用（部位や治療法によって異なります）

- a 皮膚火傷（普通の火傷と同じように扱います）
- b 吐き気
- c 嘔吐と下痢

VI. 補完療法

これらは薬は使わずに生きる喜びで癒す方法で、たましいのケアにとっても有用です。

1. ペットを飼う
2. 音楽を聴く
3. 芸術を楽しむ

ボランティアは、自分の趣味や才能を役立てます。音楽が好きな方は、自分で音楽を演奏したり、患者と一緒に音楽を楽しんだりします。動物好きの人は、患者が長年親しんだペットを見せることで、人と動物の間の強い絆が大きな癒しの力となります。

これらの活動を奨励しましょう。患者個人だけでなく、皆の心を和ませることで、ホスピス全体に良い影響をもたらすことができます。最も重要なことは、この療法が患者にとって薬や注射を使わないで、気分が良くなり、しかも楽しい気分になれることです。患者がやりたいことをして、生きるのは楽しいと感じること、これこそホスピスの使命です。

音楽には言葉に果たしえない慰めをもたらします。しかし、その音楽の種類、音量、雰囲気、音質などは、注意深く選ぶ必要があります。音楽は筋肉をリラックスさせ、不安や抑うつを取り除くことで痛みを緩やかにします。音楽によって患者の痛みに対する感覚が和らぎ、何かしてみようかという意欲を起こさせることができます。

心理的には、音楽はムードを変え、人の感情に直接訴えることができます。音楽によって、人は素直に自己を表現でき、音が呼び起こす楽しかったことや家族との絆、友だちや人との出会いとつながりを過去・現在にわたって、思い出させてくれます。

4. 笑いとユーモア

笑いも癒しに大きな役割を果たします。ユーモアは困難に耐える力を与えてくれます。ユーモアは、ある種の未来志向をもたらし、不安に満ちた人に和らぎを与えます。

不安が少なくなれば、患者は残された日々を、より平穏な気持ちで送られるようになります。このように、笑いとユーモアは、心に余裕をもたせ、患者自身の持つ癒す力を高めたり、またつらい現実を受け入れたりするのを助けることができます。

5. 触れることによる癒し

痛みのある部位に手を当てることも、癒しに大きく役立つことが注目されています。身体に触れることで、ストレスを取り除くことができます。

身体に手を当てることで、患者とケアする人の垣根が取り除かれて、お互いの信頼関係から痛みが和らぎ身体の全体症状が良くなるのです。

一部の患者にとっては、身体に接触されることをプライバシーの侵害と感じる人もいますので、十分な配慮が必要です。特に、子どもには予め断ってから触れるようにします。

6. 身体を動かす

軽い運動をすることは、ホスピス患者に独立心と自尊心を持たせることができます。末期がん患者でも最後まで自分で身体を動かすことを望んでおり、そうすることで人間としての尊厳を保ったまま死を迎えることができます。

軽い運動は、心拍数や呼吸をあまり乱すことなく筋肉にリズムを与え、それが血管壁の刺激となって身体の循環機能を高めることとなります。

ボランティアは、患者の最善・最高の動かし方について、現実的な観点から検討します。寝たきりの患者でも、目を動かすことはできるし、刺激としての効果もあります。ベッドの上や車椅子に乗ったままできる運動も工夫して行うことが勧められます。

Ⅶ. がん療養中に起こりやすい問題と食事療法

1. 食欲減退（食欲不振は悪循環して、体重減少を引き起こす）
 - 1) 少量を何回にも分けて食べます。
 - 2) 少量で高タンパク高カロリーがとれるような食事を心がけます。
 - 3) 食事中のストレスを避けます。
 - 4) 家族や友人と一緒に食事します。一人ならラジオやテレビをつけて食事します。
 - 5) 患者の好みの食べ物を出します。
2. 膨満感（少量を口にしても、すぐに満腹感を感じてしまう）
 - 1) 少量ずつ回数を多くとり、ゆっくりと噛みます。
 - 2) 脂っこい物、体内でガスを発生させる野菜、炭酸飲料、ガムは避けます。
 - 3) 食後は、座るか少し歩くようにします。
 - 4) 飲み物は、食事中から1時間ほどあけて、食前や食後にとります。
3. 味覚の変化（味覚がなくなったり、食べ物の味が違って感じたりする）
 - 1) 少量を回数多くとります。
 - 2) 肉類は、ハーブや香辛料でマリネにするなど、味つけします。
 - 3) 卵や肉、魚が食べられなければ、牛乳やチーズ、ナッツなどで蛋白質をとります。
 - 4) 蛋白質系の食品は冷たくするか、室温のほうが食べやすくなります。
 - 5) プロテイン飲料などで蛋白質をとります。
 - 6) 甘味の強い食品は、塩を少々振るか苦味料を使います。
 - 7) 酸味、塩味の強い食品は、砂糖を少し加えると味が緩和されます。
4. 吐き気と嘔吐
 - 1) ゆっくりとよく噛んで食べます。
 - 2) 一度に少量で、しかも脂気の少ないものを食べます。
 - 3) 甘味のものより塩味のをとります。
 - 4) 水分の少ない飲食にして、食後に泡の出ない清涼飲料水を飲みます。
 - 5) 食後はくつろぎますが、少なくとも2時間位は身体を起こしておきます。
5. 口の乾き（唾液の出が悪くなり濃くなる）
 - 1) 固形の食べ物には、ソースや煮汁ドレッシングなどをかけます。
 - 2) 柔らかく口あたりのよい水分の多いものを室温か冷たくして食べます。
 - 3) 酸の物は唾液を出させるが、甘味の食べ物は減少させます。
 - 4) 砂糖の入っていないアメやガムにします。
 - 5) 人工唾液も使えます。
6. 便秘（食欲減退と膨満感を引き起こす）
 - 1) 新鮮な野菜、果物を多くとり、パンや穀類は全粒製品を利用します。
 - 2) 1日にコップ6～8杯の水分を飲みます。
7. 下痢
 - 1) 室温の飲み物から食べ始め、徐々に食物繊維の少ない食品をとります。
 - 2) その後、少量でカスの少ない食べ物を何回にも分けて食べます。
 - 3) 十分な水分をとり、カリウムを多く含んだ食物（果物など）を増やします。
 - 4) 脂っこい物、刺激物、カフェイン、食物繊維の多い食べ物は避けます。
8. 牛乳不耐症（乳糖分解酵素の不足で下痢を起こす）
 - 1) 牛乳や乳製品を避けます。
 - 2) ヨーグルト、バターミルクは製造過程で乳糖が変化しており症状を起こしにくい。
 - 3) 牛乳の代用品を使った食品をとります。
 - 4) 乳糖の含まない高プロテイン飲料を飲みます。

VIII. 死期に関する患者と家族への案内

この時期があなたやあなたの家族にとって、ことのほかつらい時期であることをよく理解しています。この時期をあなた方と一緒に乗り切るには、できるだけ正直で、前向きにならなければならないと思っています。そうすることで、重態になった家族を抱えて、差し迫った身内の死に不安を抱えている家族と何事も率直に話し合えるようになります。

私たちには「知らないことへの恐れ」をなくすことが大切です。その意味から、死期の近づいたことを予測させる症状をここに示します。それによって、その時に備えてほしいと願います。わからないことは、看護師やボランティア、医師が教えてくれます。

これらの症状は、必ずしも同時に起こるとは限りません。中には、全く出ないものもあります。これらの症状のどれか一つが突然現われても、あなたがあまり驚かないようにと、前もってお知らせしておくものです。ここに示されている全ての兆候は、身体が最後の段階に向けて自らを備えようとしていることの現れなのです。

1. 患者は食物・水分をとらなくなります。そのほうが患者は安らかなのです。このようなときは、氷を口に含ませたり、水で口を湿らせたりすると良いでしょう。
2. 患者は昼間も眠った状態になります。目を覚まさせるのが難しくなります。これは身体の代謝機能低下のためです。
3. 患者は落ち着きがなくなり、夢と現実の区別ができなくなったりします。これは脳内の酸素減少と代謝機能変化のためですが、この時期には酸素吸入は効果ありません。この時は、患者に穏やかに、明確に話しかけ、患者を怖がらせないようにします。
4. 患者は代謝機能の低下のために、時間、場所、相手がわかりにくくなります。
5. 視覚、聴覚が鈍くなります。視力が落ちたときは明りをつけます。聴覚は最後まで残るとされます。やさしく話しかけ、手や肩をさわることは意味のある心づかいです。
6. 体温が下がり、さわると冷たく感じます。顔色は青白くなり、うっすら汗ばみ、身体下の皮膚が黒ずんできます。血液循環が落ちたからで、このようなときは患者が寒がらないように毛布などでくるむと良いでしょう。
7. 通常は、死の直前まで尿・便失禁は起こりません。起こったときに備えて、腰の下に耐水性ビニールなどを敷いておきます。失禁への対応は、それまでの清拭と同じです。
8. 喉にガラガラという音がすることがあります。これは唾液や痰がたまるためです。気になりますが、ご本人は苦しんでいませんのでご安心ください。吸引は要りませんが、とれるなら綿棒などで液をぬぐってあげます。
9. 患者の呼吸が乱れ、呼吸しない時間が交じるようになります。臨終が近くなるにつれ、呼吸のない時間が長くなります。
10. 臨終の前は、顎を上げて空気をほしがするような呼吸になります。その後、顎を動かすだけになり、呼吸が止まります。この様子は本人の生きる努力と感じられて、見守るご家族はつらいでしょうけど、患者は意識がないので苦痛を感じません。

IX. どうやって死を確認するのか？

死亡したと思ったり、死にそうと恐かったりしたら、担当の看護師か医師に連絡します。彼らが死亡の確認をしてくれます。自宅で亡くなった場合、あるいは死にそうと思ったときも、同じく担当の看護師または医師、ホスピス・チームの誰かに連絡してください。警察や救急車は呼ばないでください。

ここに書かれたことは、とても恐いように思えるでしょう。しかし、私たちの最初の役目は、起こりうることに對して、あなたが準備できるように助けることです。私たちにとって、患者のケアとともに、その家族の身体的ケアと心のケアをすることも大きな役割だと考えています。

死に際して、ここに書かれた全ての症状が現れるとは限らないことを理解しておいてください。このお知らせの目的は、もしもそれが起こったときのために心づもりとして用意しました。そして、ホスピスのスタッフが常にいることを覚えておいてください。なお、記載した内容は主に自宅での看取りを想定していますが、入院中の死にも対応しています。

1. ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処法

- 1) 臨終が近づいたと思われるときは、担当の看護師または訪問看護担当者に連絡します。状況に応じて、訪問看護や訪問診察があります。
- 2) 臨終に医師や看護師の立ち会いは必須ではありませんので、いなくても心配ありません。
- 3) いつ亡くなったか、わからなくても大丈夫です。気づかれた時間を記録します。
- 4) 救急車や警察は呼びません。
- 5) 亡くなられたら、家族で十分なお別れをします。訪問看護担当者への連絡は急がなくて結構です。
- 6) 連絡を受けた訪問看護師が対応を説明します。ときに、訪問は次の朝になることもあります。
- 7) 看護師と医師が訪問して、必要な処置をして、診断書交付の準備をします。なお、条件によって医師が訪問する必要のないときもあります。
- 8) 遺体は患者と家族の意思どおりに扱いますので、看護師と葬儀関係者に伝えてください。

2. 死亡は以下の項目を調べることで確認することができます。

- 1) 呼吸が止まります。胸が動かない、呼吸音が聞こえない、鼻先に紙切れをかざしても揺れない、金属や鏡をかざしても曇らないなどから確認できます。
- 2) 心臓が止まります。左胸や首の横をふれて、心臓や動脈が動いていないことで確認できます。
- 3) 尿・大便の失禁が生じたりします。
- 4) ゆすったり、呼びかけたりしても、反応がありません。
- 5) まつ毛や眼に触れても、まぶたが動きません。眼球が動かず、瞳孔が開いたままになります。
- 6) 顎の筋肉がゆるんで、口を少し開けたままになります。

このようなときは時間を確認し、訪問看護の担当者に連絡します。救急車や警察を呼んではいけません。

第5章 死に逝く過程の心理面への対応

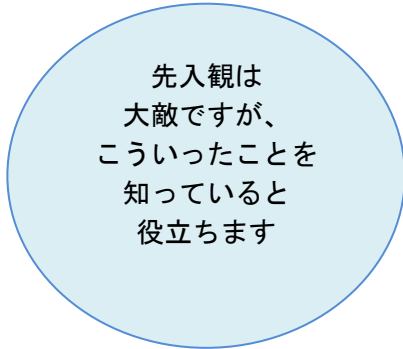
I. ケアする側へのケア

1. ケアする側のストレスの原因

- 1) 病気の進行過程
- 2) 振る舞い、行動の問題
- 3) 失禁

2. 病んでいる人の特徴

- 1) 傷つけられやすい
- 2) 抑制がきかない
- 3) ケアする人に頼らざるをえない
- 4) プライバシー喪失
- 5) 退屈
- 6) 恨み—健常者に対する怒り
- 7) 自己の喪失—自己嫌悪、抑うつ
- 8) やる気の低下



先入観は
大敵ですが、
こういったことを
知っていること
役立ちます

3. ケアする側の特徴

- 1) 疲労—ケアから逃れられない
- 2) 矛盾—ケアを終わりたい、でもケアしている人には亡くなってほしくない
- 3) 怒り—他の人が、あまり手伝ってくれない
- 4) 罪悪感—怒りを感じたことへの罪の意識
- 5) 孤立感—誰もケアすることが、どういうことかわかってこない
- 6) 主体性の喪失—ケアを引き受け、自分自身を見失う

4. あなた自身をケアする実用的な方法

- 1) あなた自身を取り戻すためには、何が必要でしょうか
- 2) あなたの残りの人生に、何が起こるのでしょうか
- 3) 答えを出すために、あなたの人生全体を見直しましょう
- 4) 他人は変えられませんが、他人の振る舞いに対するあなたの対応は変えられます
- 5) 自分の希望を変えることはできます
- 6) 答えを出す前に、深く息を吸って、4つ数えながらゆっくり息を吐きます
- 7) ケア以外で惑わされないように、他の職員に対するあなたの態度を変えてみます
- 8) 散歩などをして日常的運動を始めるのもいいでしょう
- 9) 病気の進行過程について学び、どの様な経過をたどるのかを知るのもいいでしょう

II. 支援のためのカウンセリング

1. どのようなカウンセリングを言うのでしょうか？

支援のカウンセリングを定義するには、臨床カウンセリングと区別しないといけません。

- 1) 臨床カウンセリングは振る舞いや態度の変化を対象とし、
- 2) 支援のカウンセリングは、感情面からその人を支え、その人に既に備わっている順応の術を高めていくことです

2. 支援のカウンセリングの目標は何でしょうか？

支援のカウンセリングの目標は、家族、友人よりも訓練されて目的意識を持った人のカウンセリングによって、適切な関係を得るようにすることです。末期患者との関係について言えば、死ぬ手助けをするものではありません。亡くなるまでの間、彼らの選んだ生き方を生きられるように支援することです。

3. 致命的あるいは末期の病に冒されている人たちにとって、支援のカウンセリングの目標に達する難しさとは何でしょうか？

致命的がん患者や末期患者らは、しばしば自分自身を孤立させ、物事を隠し、悲しみの感情を内面化しがちです。死そのものは、別れの時、引き際であり内面化する時でもあります。また、支えになってくれるとはいえ、新しい人と信頼関係を結ぶのは、死を間近にした人にとって不可能なほどの努力を要します。

4. どのように支援のカウンセリングは手助けとなるのでしょうか

基本的に、人は自分自身のみを助けることができます。でも、協力的な関係は、自分を助けるのに必要な思いを明らかに表出できるような雰囲気を作ることができます。

5. 末期の病でも、高齢者と若者では、支援のカウンセリングに違いがあるのでしょうか？

全く違いはありません。しかし、高齢者の死は、ある家族からは歓迎されることなので、ケアする人たちは高齢者、死、老人病、施設に対する画一的な考えや決まり文句から判断してはいけません。あまりに一般化した見方をすると、老人の死の個別性を見逃し、彼らの家族の反応をも見誤ることになります。

長生きして死を迎えるのは理想とされますが（私たちは皆若くして死ぬより長生きをして人生を全うしたいと思っている）、ケアする人は、高齢者も死に直面したとき、他の年代と同じように、精神的緊張、恐れ、絶望を持つということを認識しないといけません。

Ⅲ. 支援のカウンセリングと社会的訪問の対比

	社会的訪問の関心事	支援のカウンセリングの関心事
1	天候や世界、地域の外面的な事柄	本人
2	気さくな雰囲気を保つ	緊張する場面もある
3	嫌なことは話題にしない	直面したうえでの安らぎ
4	お互いに話題、経験を共有する	患者自身の話題を共有する
5	楽しく、楽観的	理解があり、共感的
6	どうあるべきか	今どうか（どうあるべきかの前段）
7	概括的、一般的。皆はどう言うか、人はどうするか	具体的に、あなたならどうするか、考え、感じる
8	楽しませて役に立つ	親密な共有によって役に立つ
9	宗教：教会、奉仕、牧師との違い	神と私、またあなたと神との関係
10	一般的な人々	特定の人との大切な関係

Ⅳ. 友人とボランティアの対比

	友人	ホスピス・ボランティア
1	社会的ふれ合いの過程での普通の人生経験を通してできた関係	特定の目的のために慎重に計画され進められた関係
2	関係は非常に主観的でお互いの満足に基づいている	関係は定義され、客観的で目的があり、制御されている
3	お互いの満足以上の目標や目的はない	感情的な支えとなる目標がある。これはボランティアが患者の手助けをしようという明白な意図に基づく
4	同じ立場でのコミュニケーション：それぞれの人それぞれがそれぞれの悩みや気持ちについて話せる	コミュニケーションは同格ではない：患者は話すよう促され、ボランティアは聴く。ふさわしい時だけ思いを共にする
5	関係には必要な進歩や終りはない	関係が続くかどうかは、患者の受け取り方と必要性をボランティアがどう感じるかによって決まる

V. 重病患者を支援する実践的ヒント

1. 患者からみて、どうして欲しいかをまとめたものです
 - 1) 私のことを避けないでください。友だちでいてください。以前と同じように。
 - 2) 私に触れてください。私の手を少し握ってくれるだけで、あなたが私のことを気にかけてくれているとわかります。
 - 3) 好物を持ってきてくれる時は、前もって、いつ来るか電話してください。返すことを気にかけなくてよいように、食べ物は使い捨て容器に入れてきてください。
 - 4) 私の子どもたちの面倒をみてください。愛する子どもたちと過ごす時間は今は少しでいいのです。子どもたちも、病気の私から離れる時間が必要です。
 - 5) 私が泣く時は、一緒に泣いてください。私が笑う時も、一緒に笑ってください。このようなことを私と共有することを恐れないでください。
 - 6) 私を連れ出してください。できる範囲でそうしたいのです。
 - 7) 私の買い物リストを尋ねて、私の家へ“特別”な届け物をしてください。
 - 8) 訪問してくれる前に、電話をください。でも、来てください。私には、あなたが必要です。私は孤独なのです。
 - 9) 祭日や記念日のお祝いの手助けをしてください。病室や家の部屋を飾り付けたり、花束など自然の恵みを持ってきたりしてください。
 - 10) 私の家族を支えてください。私は病気で、彼らも苦しんでいるのです。家事を休み、私の所に泊まりに来るようにしてください。彼らを外出に誘ってください。色々な所へ連れて行ってやってください。
 - 11) 創造的になってください。思索書、音楽テープ、壁かけポスター、家族や友人と一緒に食べられるクッキーなどを持ってきてください。
 - 12) 病気について話しましょう。私自身、病気について話した方がいいかもしれません。“病気のこと話したくないですか？”と聞いてください。
 - 13) 話し続けなければと思わないでください。静かに黙って一緒にいても良いのです。
 - 14) 私や子どもたちを運んでもらえますか？ 病院やお店などの交通手段が要るのです。
 - 15) 私の身なりを褒めてください。病気のことを差し引いても素敵だと言ってください。
 - 16) 方針を決める時は、私も仲間に入れてください。私は、色々なことを失いました。私の家族や私の人生について決断を下すとき、私もそこにいたいのです。
 - 17) 将来について一緒に話しましょう。

明日、来週、来年と…… 希望は私にとってとても大切です。
 - 18) 楽観的な考えを示してください。それは魅力的なことです。

2. 友人や家族へのヒント

- 1) 訪問や電話をします。
- 2) 患者に動作で応じてください。簡単に抱きしめたり、触ったり、握手は、あなたがどんなに気にかけているかを伝えます。
- 3) 関わってください。具体的な手助けを申し出てください。
- 4) 思い込まないでください。自分が行っても大した違いはないなどと、思い込まないでください。
- 5) 聞いてあげてください。あなたが与えることのできる大切な贈物の一つです。

VI. 患者が安楽な時間を過ごせるように

ボランティアは患者が痛みを耐え、楽しい時間を過ごし、いい一日となるよう助けることができます。

- 1) その患者が一人の人間だということを認めてください。
- 2) 仲間付き合いをしましょう。
- 3) できるだけ普通の生活スタイルでいられるように、患者を元気づけましょう。
- 4) いつも興味や楽しみを見つけるよう元気づけましょう。
- 5) 適切な時の笑いの大切さを思い出しましょう。
- 6) 患者に合ったリラクゼーション法を助けましょう。
- 7) 無理しないことが大切です。患者に許される負担の程度は、「後に残らない」を旨とします。すぐに回復する程度のストレスは、患者の体調を良くするでしょう。

Ⅶ. 死のストレスに遭遇したとき

1. 死に直面する患者の心理的・精神的症状

人は死に直面したとき、大きなストレスに見舞われます。そのときの主立った反応にはストレスに対して起こる現象があり、一定の「拒絶」「怒り」「交渉」「抑うつ」「受容」のサイクルを引き起こします。がん患者は大小のストレスを前にして「受容」に至るまで心理的・精神的、たましいの（スピリチュアル的に）困難な時を過ごします。

また、ほとんどのがん患者に不安や抑うつなどの精神症状が出ます。患者は、それらを身体的症状として訴えるので、身体的症状の裏の患者の思いを聞き出すことが大切です。そして、それらストレスや他の症状には、少しでもそれを和らげることが大切です。

2. 支援の基本

ストレスには、そのサイクルを経ることが順応につながります。大きいストレスの場合、一般に拒絶は数日、怒りと交渉、抑うつにそれぞれ数週間、受容に至るまで数カ月の期間を要するとされます。

1) 拒絶とその対応

致死的疾患にかかったと告げられたとき、「そんなはずない、何かの間違いだ」と、まずその情報を否定・否認します。中には、無視しようしたり、病院を変えてしまったりします。拒絶は嫌な情報に出会ったときの当然の反応で、緩衝の役割を果たします。

したがって、拒絶には「間違った」と言うのではなく、まず患者の態度が当然の反応だと、患者の思いを受け止め確認し、患者の言葉を反復したり、沈黙を入れたりしながら、患者の発言を促し、共感を示します。拒絶は通常一時的な防衛反応で、その時期が長いにせよ短いにせよ、部分的に認めたりします。

2) 怒りとその対応

情報は拒絶しがたいと分かると、次には怒りの段階に入ります。「なぜ自分が？」と自分に対する怒りとなり、それが高じると、「あの人がなってもおかしくないのに」と、他人（特定あるいは非特定）への敵意や恨みや羨望となったりします。怒りの時期は、周りの家族や医療従事者にとって困難な時期となります。

怒りは自分を認めさせるためのデモンストレーションの要素が強く、自分に家族や医療従事者の注意が向けられると怒りは静まったりします。したがって、たしなめるのは逆効果で、怒りに害がなければ止める必要はありません。また、怒るからと家族が見舞いに来なかったりすると、患者の孤立感を煽るだけで状況は悪化する一方となります。

ほかに怒りの原因がある場合には、怒りの対象を見いだすことが先決です。傾聴と共感を示して、できるだけ早く怒りの対象を見極めて、適切な説明を心がけます。ただし、言い訳につながるような説明はコミュニケーションに害毒となるので、お仕着せにならないように説明することが肝要です。患者の怒りに理解を示せば、多くは収まっていきます。

また、患者の怒りによって「怖い」と感じたら、「怖いと感じる」と素直に患者に伝えます。受け入れられる要求であればそれをそのまま受け入れ、理不尽な要求でも実害がなければ受け入れる度量も必要です。ただし、理不尽な要求で身体的な危害や反社会的なもの

であれば、毅然と対応します。

3) 交渉（取り引き）とその対応

拒絶し、怒っても、事実から逃れられないと悟ると、情報・運命と交渉（取り引き）を始めます。「これをするまでは」などと、状況を引き延ばそうと試みます。また、「そんなに悪い状況でもない」とストレスを弱めようと試みたりします。交渉の本質である状況の先送りを試みたり無視したり、事実の周りをぐるぐる廻るような対応と言えます。

対応は傾聴して共感していると示すこと、つまり患者の言葉を確認しつつ、理解を示すことです。医療では、「痛みがとればいいですね」などと、現実的な目標に取り引きの対象を求め、それを実現できるように図ります。また、神に悔いているのであれば宗教家に、家族に悔いているのであればその家族にと交渉の対象に対応してもらうことも有効です。

4) 抑うつとその対応

拒絶や怒り、交渉しても状況から逃れられないと悟ったり、状況を受けざるを得ない状況に追い込まれたりすると、それまでの反応は消失し、患者は落ち込んだ状態になります。抑うつを落ち込みや苛つき、頭痛、突然の食欲変化、不眠、倦怠感、罪の意識、優柔不断、自死のほのめかしなどで訴えます。

対応は、十分に患者の思いを聴いて、話をそらさずに患者の話題に合わせ、患者の言葉を反復したり言い換えたりして確認したことを言葉で患者に返すという傾聴と共感を示すことです。もし、「一人にしておいて」と患者が言ったならば、「また来ますね」と言うようにします。このようなとき、単純に励ますのは禁物です。「悲しまないで」ということも禁句です。本人も悲しいし、周りも悲しいと悲しみを受け入れるようにします。

なお、抑うつ全体の半数は特に対応を要せず回復します。35～40%の患者は話を聞いたりカウンセリングしたりするなどの一般的対応で回復します。残りの10～15%において精神科医の助けを要するとされます。精神科頼診のひとつの目安は、不眠などで日常生活上問題を生じているか否かでしょう。

5) 受容とその対応

抑うつの時期から受容へと達し、来るべき死を悟り、予期しています。患者は、寡黙となり嗜眠傾向を示します。外界から煩わされたくなくなり、訪問者も歓迎できなくなります。そして、非言語的コミュニケーションが言語的コミュニケーションより好まれるようになり、手を握るだけでも良いし、静かに側にいるだけで良いものです。

なお、受容には、寡黙とならない場合もあります。それらの患者は、死を受け入れつつ、対人関係や社会生活を落ち込みもなく続けていきます。これは自分がいなくとも大丈夫と理解して受容に至った患者にみられることが多くあります。これらは、悟りや覚悟という東洋的な言葉でよく表現されますが、欧米でもこのように泰然として死を迎える患者は多いとされます。

ただ、言葉に出さなくても患者はたましいの（スピリチュアル的）苦痛を覚えています。たましいの苦痛は拒否の反応から現れて、多くかつ強く表出されるのは抑うつから受容にかけてです。ケアする側からふれてみるのが大切です。

第6章 たましいのケア（スピリチュアルケア）

I. “たましい”とは

1. “たましい”とスピリチュアリティ

致死性を知ったがん患者や彼らの家族には、かなわぬ望みへの期待や死に逝く過程に関する恐怖、予期される死による別離の悲しみなどがみられます。それらは、ある意味、答のない問いかけであり、ケアする側はそれらの困難な苦痛に応えることを求められます。

患者と家族の、死に逝く過程への非現実的期待などから生じる恐怖を軽減します。そして、患者と家族の愛着を確認し、絆の強さを養います。患者およびその家族にとって慰めとなる伝統と慣例なども、それらの苦痛を和らげるのに役立つでしょう。

この課題は、今や“スピリチュアルケア”としてよく聞かれます。その元となる“スピリチュアリティ”とは「スピリット (spirit) 性」を表します。スピリットはラテン語の *spiritus* という「息」を意味する言葉が元で、日本語の「いのち」が「息の道 (いきのみち)」あるいは「息の中 (いきのうち)」から転じたことと通じるところがあります。命が危機に陥ったときに、スピリット (スピリチュアリティ) が問題になるわけです。

日本語でスピリチュアリティは霊性と訳されたりしました。しかし、伝統文化に基づいた言葉としては“たましい”がよりの確でしょう。

2. WHOによる健康の定義とスピリチュアリティ

世界保健機関 (WHO) が健康の定義に、それまでの身体的、精神的、社会的に加えて「スピリチュアル的に」を入れることを議論して、スピリチュアリティが大きな話題になったことがあります。そのときに、基礎的データをとるため世界中の人々を調査したところ、次のような因子が挙げられました。

- | | |
|------------------|-------------|
| a 絶対的な存在とのつながりと力 | b 人生の意味 |
| c 畏敬の念 | d 統合性・一体感 |
| e スピリチュアルな強さ | f 心の平安・安寧・和 |
| g 希望・楽観主義 | h 信仰 |

宗教を信じる人々は「絶対的な存在」や「信仰」といった宗教的側面をスピリチュアリティとし、宗教を信じていない人々は宗教性のない (少ない) 世俗的側面を主とした見方をしているようです。ただ、厳密な意味でスピリチュアリティを宗教的と世俗的と明確に分けられないのも事実です。

3. アメリカがん研究所によるスピリチュアリティ概念

- 1) スピリチュアリティと宗教に対する考えは個人によって異なる。
- 2) 両者は、互換的にも個別的にも用いられる (個人的・集団的にも)。
- 3) 宗教とは、集団による特定の信仰と実践である。
- 4) スピリチュアリティとは、心の安寧、人生の目的、他者とのつながりに関する個人の意識、および生の意味に関する信念である。
- 5) スピリチュアリティは宗教界や他領域にもみられる。
- 6) 臨床では患者の価値観によって「スピリチュアリティと宗教は、ともに重要」あるいは「スピリチュアリティのみが重要」「宗教のみが重要」となるので、患者中心で対応すべきである。

(アメリカがん研究所、がん患者ケアにおけるスピリチュアリティ)

II. たましいの苦痛

1. 「つながり」と「人生の意味」という視点

たましいの苦痛は、「つながり」の破綻（の可能性）と「自分の人生の意味」への疑問といった答のない問いかけから生じてきます。言い換えれば、そういった「つながり」と「人生の意味」に関する取り組みがたましいのケアにつながるでしょう。

つまり、罪悪感や後悔、和解、孤独、死・死後に関する恐れ、超越的なものについての取り組みもコミュニケーション技能による物語医療によって構築可能と思われれます。ホスピス緩和ケアでは、「いること（being）」が重視されてきましたが、それから「つながり」が実感されるでしょう。

2. 「人生の意味」あるいは「存在」に関するたましいの苦痛には次のような問いかけがあります。いずれも、容易には応えられない、あるいは正解のない問いかけです。

- 1) 私は誰か？
- 2) なぜ、私は、今、死ななければならないのか？
- 3) 私は、ここで何をしているのか？
- 4) 人生の意味とは何か？
- 5) 人生とは、なぜ、そんなに不公平なのか？
- 6) 私は、なぜ生き続けなければならないのか？
- 7) 私の居場所はこの世界のどこにあるのか？
- 8) なぜ、神はこれを許すのか？
- 9) 苦痛には何か意味があるのか？
- 10) なぜ私は苦悩しなければならないのか？
- 11) 今、私の命にどんな意味があるのか？
- 12) 私の人生で重要だったのは何か？
- 13) 死後の世界はあるのか？
- 14) 愛する人に再び逢えるのだろうか？
- 15) 私は違っていたのか？

（死と死ぬこと及び悲嘆に関する国際作業部会による）

3. たましいの苦痛に応えられるコミュニケーションの原則

コミュニケーションには、「相手のメッセージをどう受け取るかの責任は自分にあり、自分のメッセージをどう受け取るかの責任は相手にある」という原則があります。この原則は、祈りや願いに関しても同じです。共感や霊力、祈りの責任は、相手や神仏にあるのではなく自分に全責任があるのです。つまり、自分が祈りや願いをかける時点では、相手や神仏が願いを聞き届けてくれるかは重要ではありません。ただ、相手が人の場合は、その人との間に関係性（つながり）が存在するので、相手も同じ気持ちであれば双方向性の共感や霊力、響き合い、祈りや願いが結びつきます（神仏の場合は一方的ですが）。

このコミュニケーションの原則から、お互いが信じ合えば、五感では感知できない世界への途を通じてお互いの関係性が開かれたと実感できます。個人にとっては、五感で感知できる世界から五感では感知できない世界、つまり「たましいの世界」にたどり着けることを意味します。これがたましいのケアにコミュニケーション技能が有用となる理由です。

Ⅲ. たましいの苦痛を尋ねる

1. たましいの苦痛を尋ねる傾聴技能

たましいの苦痛に関して患者は語りたいと思っているが、自分から言い出すことはあまりありません。話題にすることは適当でないと思っていたり、患者自身がうまく表現できなかったりすることが理由でしょう。したがって、ケアする側から切り出さなければならないことが多いのです。

ただし、大上段に振りかざすことは適切ではありません。患者との対話の中で傾聴と共感、確認を繰り返すうちに、患者が命の危機を実感してたましいに関する事、あるいはたましいの苦痛のこと、それに関わることをあいまにでも表現したときなどに、患者の言った言葉を反復し確認する中で、たましいに関する質問を加えるようにします。

2. たましいに関する尋ね方の例

- 1) あなたが病気について最も気になることは何ですか？
- 2) あなたとあなたの家族にとって、治療はどうですか？
- 3) 病気を考えるとき、起こりそうなことで最も良いこと、悪いことは何ですか？
- 4) あなたにとって病気の何が最も難しかったですか？
- 5) あなたの将来への希望（期待、恐れ）を話してください。
- 6) あなたが将来を考えると、あなたにとって最も重要なものは何ですか？
- 7) あなたの信心(宗教、スピリチュアリティ)は今の病気に何か意味を持っていますか？
- 8) あなたの人生のほかの時点で信心はどんな重要性を持っていましたか？
- 9) 宗教について話せる人がいますか？
- 10) 誰かと宗教の話をしたいですか？
- 11) あなたは人生でこれから達成したいことは何ですか？
- 12) 今回病気になったのは何か理由があると思いますか？
- 13) あなたが今日死ななければならないとしたら、やり残すことは何ですか？
- 14) 死後に何が起こるとあなたは考えていますか？
- 15) 時間が限られているなら、あなたの家族に何を遺したいと思いますか？
- 16) あなたの子や孫にあなたの何について覚えておいてほしいと思いますか？

(アメリカ内科医会合同委員会)

これらのうち、「あなたの将来への希望（期待、恐れ）を話してください」あるいは「あなたが将来を考えると、あなたにとって最も重要なものは何ですか」の質問が入り安いようです。希望、期待、恐れのいずれも心理的・精神的側面、つながりや人生の意味などのたましいの苦痛に関連することで、これの質問を出発点として深めることができます。

そして、宗教的な話題になったら「あなたの信仰は今の病気に何か意味を持っていますか」「人生で信仰はどんな重要性を持っていましたか」「宗教について話せる人がいますか」「誰かと宗教の話をしたいですか」とつなげます。その場合は、必要あれば、宗教者に来てもらうことも念頭に置いておく必要があるでしょう。

IV. たましいのケアの実践

1. 語りから未来の物語へ

自分を理解すれば自然に力がわいてきて、心理・情緒的ケア（こころのケア）とたましいのケアに大いに役立ちます。自分を回想した文章を作ると、自分史が最終作品として完成します。自分史の中には「認めてほしい」自分がいて、それを発展させると未来の物語につながるようなことができます。これが語りを有効に使った世俗的なたましいのケアです。その点に注目したのが尊厳療法（ディグニティ・セラピー）で、世俗的なたましいのケアの有力な手法の一つです。

次のような問いかけをして、患者が自分の物語を完成させるお手伝いをします。

- ・あなたの人生の歴史を少しだけでも話してください。特に、その中でもあなたが最も重要と思うことは何ですか？ 最も生き生きしていたと感じたのはいつでしたか？
- ・あなたはご家族に伝えたいと思う何か特定のことはありますか？ そして、ご家族に覚えておいてほしいと望む特定のことはありますか？
- ・家族の中とか休暇の計画、地域ボランティアでの役割などの人生において果たしたことのうちで、最も重要な役割は何ですか？ それはなぜあなたにとって重要なのですか？ そして、その中であなたは何を達成したと思いますか？
- ・あなたの成されたことのうちで最も重要なことは何ですか？ そして、最も誇りに感じることは何ですか？ あなたの愛する人たちに話されなければならないとあなたが望んでいる特定の事、あるいはあなたが改めて時間をとって再び話しておきたいことはありますか？
- ・あなたの愛する人たちへのあなたの希望と夢は何ですか？
- ・あなたは人生について学んだところから、ほかの人々に遺したいと望むことは何ですか？ あなたはどんな助言あるいは導きの言葉をあなたの息子（娘、夫、妻、両親、ほかの人）に遺したいですか？
- ・あなたの家族が将来に備えるために家族に伝授したいと望む言葉や教授事項がありますか？
- ・この永久（とわ）の記録を作成するにあたり、ほかに含めたいことはありますか？

質問はあらかじめ渡しておいて、同時にこれは心理療法とか精神療法とかではなく、回答は全く自由であることを念押ししておきます。そして、患者に答えてもらって、文章化し、さらに患者に校正してもらって完成させます（Chochinov HM et al. J Clin Oncol 2005;23:5520）。

2. 補完療法からたましいのケアへ

芸術療法が典型ですが、補完療法は五感を刺激して脳の報酬系を活性化し、患者に癒しをもたらします。その機構は、たましいのケアにおける未来の世界観の創造にも報酬系の働きを介して一役買います。なぜなら、報酬系は知的作業を司る脳の前頭葉とつながるので、知的作業による成功や報酬は心地よい刺激となってさらに報酬系を作動させ、再びそれらの心地よい刺激を得ようと脳は努力します。

また、報酬系は脳内ホルモンを分泌させて、こころのケアとたましいのケアに大切な自己肯定感や愛情といった面で人間関係を深めるように働きます。こうして補完療法は脳の報酬系と脳内ホルモンを介して、ストレスを鎮め、さらにたましいのケアにつながる作用を発揮します。

次に、主な補完療法の実践を挙げます。

- 1) 絵画療法：アメリカのことわざ「絵は一千もの言葉と同じ価値がある」
- 2) 音楽療法：欧米にはそのためのグッズが売られている
- 3) 物語療法：自分で創作したり、朗読したりする。自分の物語を作りあげる作業は未来へとつながって、たましいのケアの成就に大きな力となる。
- 4) アロマ療法：日本には伝統的な香道がある。
- 5) タッチング：触覚の利用で、なでたり、さすったりすることが有効。ホスピスにおけるペット療法も該当する。アロマを併用することが多い。

これらは、実際は協調して働きます。例えば、音楽療法では、演奏者を見ながら聴いたほうが音だけを聴いた場合より効果は増し、適切なアイ・コンタクトが芸術療法の効果を高めることもデータに示されています。

こうして補完療法は五感を刺激して脳の報酬系を活性化し、苦痛にある患者に癒しをもたらし、いわゆる「こころのケア」になります。それをさらに展開させてたましいのケアにつながります。

3. たましいのケアの成就

たましいのケアの成就とは、本人が納得できる未来につながる物語を作りあげることでしょう。宗教は未来の世界、死んだ後どうなるかなどを教えてください。つまり、宗教的ケアではすでに未来への物語が存在するので、それを教えればよいし、患者はそれに納得すればたましいのケアの成就となります。

かつては霊力があるたましいは目に見えないので、見える玉を象徴として、現実に見えるような形にあてはめて「玉の緒を結ぶ」などを祈りの表現とした。今風にいえば「パワー・ストーン」で、日本の人々の深層は数千年前と変わっていないことがわかる。

前に、「たましいの苦痛にえられるコミュニケーションの原則」を紹介しました。そのコミュニケーションの原則から、お互いが信じ合えば、つまり共感や霊力、祈り、願いといった形而上のことに相手も応えてくれれば、五感では感知できない世界への途を通じてお互いの関係性が開かれたと実感できます。個人にとっては、五感で感知できる世界から五感では感知できない世界、つまり「たましいの世界」にたどり着けることを意味します。

ただ、世俗的なたましいのケアでは、自分の未来にまでつながる物語を作り上げるのは患者自身であり、それによって納得するのは本人です。患者が独りで一方的に考えたり反省したりしても物語はできるでしょう。しかし、相手がいたほうが癒し癒されるという双方向性が成立し、独りよりはるかに成果が高まります。こうして、たましいのケアを患者や彼らの家族に提供する意味があるのです。

そこに必要なのは、繰り返し述べてきたケア従事者が患者に寄り添い付き合うことです。そこに傾聴と共感、コミュニケーション術があり、五感を駆使することによって、そして言葉の力を借りて、脳の報酬系や脳内ホルモンを働かせて、未来へつながる物語を作りあげることを支援することができるでしょう。

このようにコミュニケーション術によって、五感では感知できないたましいの世界につながりを持てます。それによってたましいの安らぎを得るのがたましいのケアであり、たましいのケアの達成は未来への世界（致命的患者であれば死後の世界）が患者自身によって創造されることでしょう。