

全人的苦痛を癒す緩和ケアの必要性

がん性疼痛は病状の進行に伴い次々に新しい痛みが加わり、患者さまの80%は痛みを経験します。また痛みには人間がもつ複雑な因子（精神的、社会的、霊的苦痛）が影響するために全人的苦痛（トータルペイン図1参照）として考えていかなければなりません。全人的苦痛に対応するためには、病気に焦点を合わせるのではなく、「病気を持った人間」として、医療スタッフがそれぞれの専門性を生かした協働体制を組み、総合的なアプローチを実施することが重要です。

1. 身体的苦痛

身体的苦痛とは、痛み、全身倦怠感、食欲不振、便秘、不眠、呼吸困難、悪心、嘔吐、嚥下困難、吃逆などの身体症状です。耐え難い身体的苦痛は、人間としての尊厳性を奪い、周囲の人たちとの関わりを困難にします。また麻痺



や全身衰弱により、移動や排泄などの日常動作が障害されると、他者の援助や介護が必要となります。身体機能の喪失を受け入れ、どのような援助をなすべきかを本人と家族と医療者が話し合うことが大切です。

2. 精神的苦痛

身体的苦痛が十分に緩和されない場合やまた病気が長期になると環境、地位、役割、愛情の対象、自分の身体などに対する喪失体験が積み重なり、不安、いらだち、孤独感、うつ状態、怒りなどの深い精神的苦痛が加わります。精神的苦痛を緩和するために、家族や医療者は、苦痛を感じている人の感情に焦点を当てて寄り添うことが重要です。



3. 社会的苦痛

患者さまは、身体的、精神的問題に加えて、入院に伴う経済的な問題（医療費、入院費、生活費）や家族、親族、仕事の間人間関係に悩むことがあります。また葬儀や遺産などの問題へも援助が必要です。

4. 霊的苦痛

霊的苦痛は、spiritual pain の日本語訳で、実存的苦痛、あるいは自己存在への苦悩と言いかえることができます。死と直面する体験の中で、人間は、心の奥底にある根源的な叫びを意識的、無意識的に感じとります。霊的苦痛と呼ばれるこの叫びは、「生きる意味」「人生の苦難」「死後の世界」「真の愛」「希望」についての問いや、「死の恐怖」「罪責感」などが挙げられます。がんとともに生きる意味を見出すことで、自分らしく生きることができるとも言われていますが、一人では解決できない問題です。介護者（家族）は、本人の苦悩を聴く忍耐力、相手に共感できる能力、確固とした人生観と死生観、また本人の価値観を尊重して配慮する謙虚さと包容力が要求されます。また、ご家族も同じように痛みと苦しみを抱えています。さまざまな職種の医療スタッフがチームを組んで、話し合い、患者さまとご家族の思いを支え、患者さまの中にある生きる力を引き出すように援助をすることが各専門職が集まる緩和ケアチームの役割です。

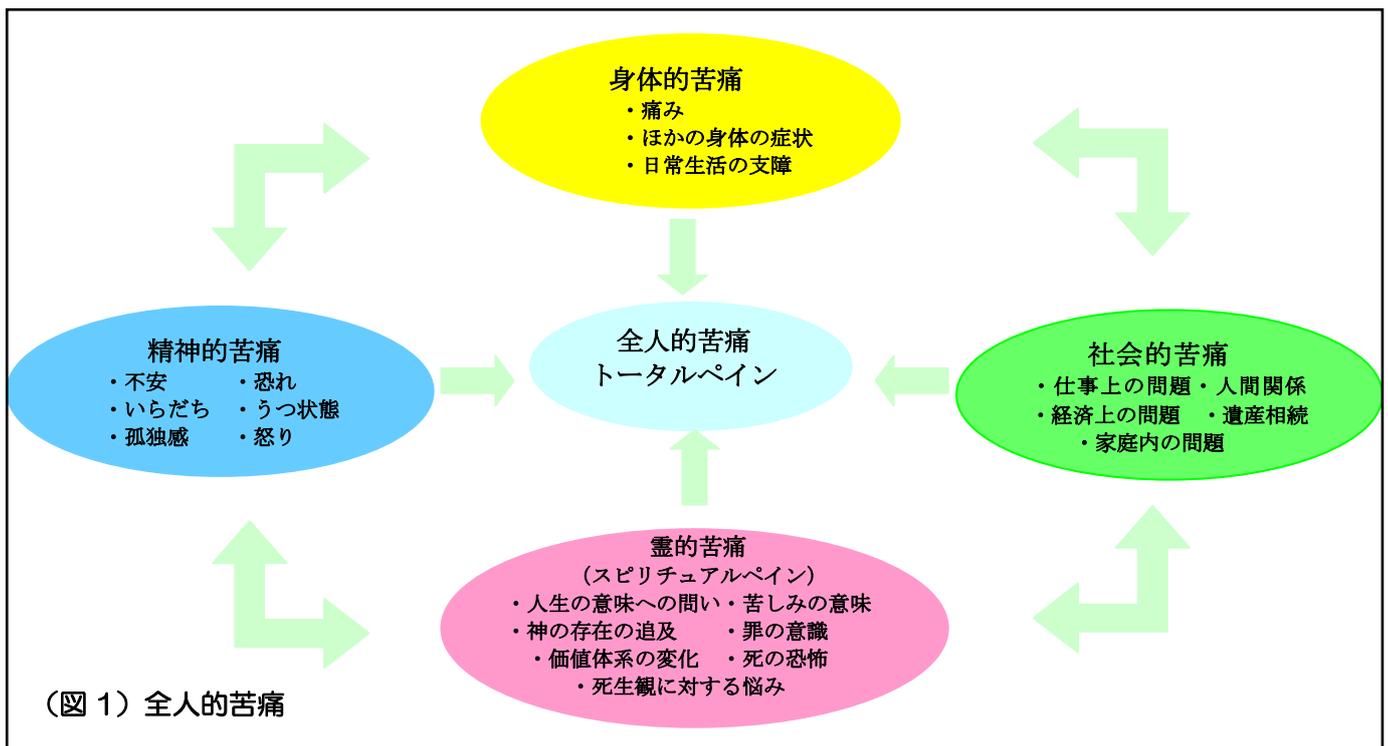


事例7 消化器内科の事例

1. 患者さまの気持ち

ご主人が広島に単身赴任中の患者さま（52歳の女性）は、成人した娘さん2人と暮らしていました。2002年、腹痛で近くの病院を受診しました。症状が良くならないため2002年末に別の病院の検査で、すい臓がんを疑われて、当院を紹介されました。検査の結果、すい臓がんは、十二指腸に浸潤している進行がんと判明し、ご本人に病名と病状の告知が行われました。

2003年1月、十二指腸はがんによって狭くなり、食べた物が通りにくくなっていたため姑息的バイパス手術（すい臓がんは切除せずに胃と



小腸をつないで食べ物を通す手術)が行われました。その後はジェムザール®という抗がん剤の点滴で治療を行いましたが、徐々に副作用が強くなり、5月からユーエフティ®という抗がん剤の飲み薬に変更して治療を続けました。

2. T医師との出会い

6月、主治医が転勤で交代しました。その頃ユーエフティ®による副作用で食欲不振、下痢、脱水症状が出現したため、一時、ユーエフティ®の内服を中止することを提案しましたが、患者さまは、「治療の中止は、病気に対して何ら手を打たないこと。腫瘍がただ大きくなるのを待つような状態に耐えられない」と話され、内服を続けました。背部痛に対してロキソニン®（非麻薬系鎮痛薬）を使用していましたが、痛みが治まらないため、MS コンチン®（持続して痛みを和らげるモルヒネの飲み薬）を内服しました。しかし「ふあふあんと身体に力が入らない」と訴えられ、MS コンチンの服用は中止となりました。他の医療用麻薬系鎮痛薬の服用を勧めると、痛み止めは「こわいから飲まない」と言われました。次第に痛みが強くなり、家事ができなくなり、T医師の勧め

で、9月に痛みのコントロール目的で入院となりました。

3. 良好なコミュニケーションの確立

入院後、輸液やブスコパン®（腹痛止め）を併用して症状は改善しました。脱水の原因となった嘔気、食欲不振は、ユーエフティ®の副作用と考えられ、「治療薬が身体を苦しめていれば何の意味もない。現状では体力の回復を心がけることが一番で、痛みを取ってよく眠ることが大切です」と時間をかけて話し合うと、ご本人も納得され、ユーエフティ®を中止しました。またリン酸コデイン（体の中で代謝されてモルヒネになる薬）を試してみたところ、痛みは軽減され、食事を摂ることもできるようになり、退院して外来通院することになりました。

4. 患者さまの希望

12月下旬、腹痛と下痢の症状で再入院されましたが、帰宅の思いが強く、病状をよく説明し、患者さまとご家族は納得されて退院しました。12月31日に吐血とタール便で入院となり、輸血や止血剤の使用、点滴でのモルヒネ投与を行い、食事でも少量であれば摂ることができるようにな

りました。病状は徐々に厳しくなり、黄疸（総ビリルビン値が20以上）も強くでてきました。いつ倒れるともわからない状況でしたが、患者さまは、「家族と過ごしたい」「できるだけ娘のそばにいてやりたい」という強い気持ちがあり、ご家族と相談して、毎週土日外泊を行いました。患者さまは、週に1度の帰宅を心待ちにして続けられ、帰院した際には脱水が進行していましたが、「家はええなあ」といつもつぶやいておられました。3月13日に意識が低下し、3月16日に永眠されました。

5. T医師の振り返り

患者さまは最初、病気による身体の痛みがありました。しかし、痛み止めに対する誤解があったことや、診断がつくまでに3箇所の病院を受診したこと、抗がん剤の服用と副作用の説明不足、治療半ばでの主治医の交替、信頼関係が浅い段階での治療方法の変更に伴う精神的苦痛がありました。また、家族に対して母として妻としての役割が十分に果たせないことも、悩みの背景にありました。

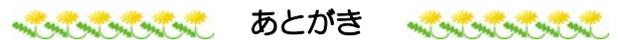
主治医交替後の初めての入院で、痛みや脱水が速やかに改善したことや、ゆっくりと話す時間が持てたことで信頼関係を深めたと思います。

患者さまは年齢が若く、自分でチャキチャキと仕事をこなし、「知らないということ」に対して強い不安を抱く性格の方でした。出会ったばかりの頃、下痢や腹痛で困っていたにもかかわらず、頑なにユーエフティ®を飲み続けたいといった背景には、病状が進行して、今までなかった「痛み」が出現したことに怯えていたこと、また病状の進行に死の影を見ていることが感じられました。

患者さまの不安をできる限り少なくするために、新しい薬を使う前には作用機序とその必要性を十分説明しました。さらに患者さまの思いを聞き、共通の趣味の話なども心の安寧に有効でした。良好なコミュニケーションは、患者さまの身体の痛みだけではなく、心の痛みもケアし、それが身体の痛みを緩和していると



実感しました。



あとがき

教育、福祉、医療の現場では、全人的ケアということで、「癒し」、「癒し系」などの言葉がブームになり、「スピリチュアリティ」、「スピリチュアルケア」という概念が広まりました。スピリチュアリティへの関心の発端は、大きく3つ。1967年のシシリー・ソングス女史のホスピスの開設、1969年のキューブラー・ロス博士の「死ぬ瞬間」の出版、1998年のWHO（世界保健機構）の健康の概念の改訂です。WHOの執行情事会で、スピリチュアル・ウエルビーイング（霊的な健全性）ということを経済の概念に加えてはどうかという提案が上がり、総会に提出されましたが、時期尚早とのことで採択されませんでした。しかしこれを機にスピリチュアリティが、世界中で注目されるようになりました。なおWHOの定義では、スピリチュアリティには、宗教のように拘束性、排他性がなく、宗教とは別個のものと考えられ、人間が死に直面した時にスピリチュアリティの探求は最高に達するといわれています。スピリチュアリティとは、人間が人間であるための根源的な問いであり、人間らしさ、その人らしさ＝自分らしさを保障するもの。そしてスピリチュアリティの根底には、生きる拠りどころを求めて、人間らしさの回復、あるいは生きがいの再発見というテーマが横たわっています。スピリチュアリティとスピリチュアルケアは緩和ケアの現場でも今後さらに注目されていくことでしょう。



編集後記

今回の話題は、心の痛みや霊性の痛みのケアにまで話が及びました。宗教とモラルがすたり、家庭や学校、社会が荒れて、悲惨な事件が増える一方、「純愛」が社会現象になったように、魂の安らぎ、生きる意味づけを求めて、本来持っていたけれども崩壊したもの、喪ったものを再び取り戻そうとする運動、自分探しや癒しが流行っています。そして時代の潮流は、医療の現場にも及び、

これからは人間らしさ、自分らしさを重視し医師にすべてをまかせるのではなく自分でどう生きていくかを選択する時代に入っていくと考えられます。

 窓口 

このレターに対するご意見や感想がありましたら、下記連絡先までお寄せください。

原 恵里加

通院治療室 内線:2680 PHS:3767

E-mail: es5976@kchnet.or.jp

発行元：財)倉敷中央病院

編集委員長 小笠原敬三

編集委員

庭野元孝（外科医師）

徳田衡紀（薬剤師）

里見史義（作業療法士）

谷妃美恵（医療相談）

光島モト工（看護師長）

原恵里加（認定看護師）

