

看護婦からみた臨死患者
——『死の看護事例集』にみる看護婦の
臨死患者とその家族に対する期待と現実——

黒田浩一郎

Summary

Dying Patients from Nurses' Viewpoint : Expectations and Difficulties Which Nurses Have in Caring for Dying Patients in the Case of *Shi-no-Kango-Jirei-Shu*

Koichiro Kuroda

Shi-no-Kango-Jirei-Shu is a collection of case reports by 52 nurses of their experiences of caring for dying patients. These case reports are analyzed in order to grasp the nurses' ideas of desirable death (that is, the ideals of death and the roles which the dying patients and the people around them should play in order to realize them). The assumption the analysis rests on is that a person considers a situation he is involved in as a problem or a difficulty when the situation deviates from his expectations concerning the situation. On this assumption, the analysis takes the following steps :

1. firstly, difficulties the nurses have in situations they encounter in caring for their dying patients are picked up.

2. secondly, assuming that these difficulties are considered as such by the nurses because the situations deviate from the nurses' ideas of desirable death, such ideas are sought out.

I. はじめに

本稿では、看護婦が臨死患者の看護の中でどのようなことを「問題」と感じるのか、そして、それはなぜかを、『死の看護事例集』（日本看護協会編、日本看護協会出版会、1984年）¹⁾に集められたレポートを資料としながら探っていきたい。とくに、看護婦が臨死患者またはその家族に対して期待することから、患者または家族の言動が逸脱することから看護婦によって「問題」と感じられるような「問題」について分析を加えたいと考える²⁾。

ここで人がある状況を「問題」と感じるのは、1つには、その人が、その状況やその状況にかかわる他者に対して抱く期待や理想から、実際の状況やそれにかかわる他者の言動が逸脱することによってである。このような仮定に従い、看護婦が臨死患者やその家族の言動を「問題」とみなすような状況を拾い出し、そこから逆に、看護婦が臨死患者やその家族に対して抱いている期待や理想を探り出そうというのが本稿の分析の目的である。この分析をとおして、現在の死の一般的形態である、病院における死のあり方を規定している「死の理想」（いかなる死が望ましいかという死のあり方についての理想や、死にゆく人や彼（女）にかかわる医療者や家族に期待される役割）の一端を明らかにすることができるであろう。

II. 「問題」状況

分析の結果、拾い出された「問題」状況のうち、冒頭で述べたように、看護婦が患者またはその家族に期待することから実際の患者または家族の言動が逸脱するために看護婦によって「問題」と感じられるような状況は、その内容に応じて分類すると、以下の3つになる。

1. 患者の引きこもりや患者が頻回にナースコールをすることなど、看護婦の患者に対する期待から患者が逸脱すること
2. 家族が患者の死を受容できないことや、付き添う家族が患者の面前で不安や疲労を訴えることなど、看護婦の患者の家族に対する期待から家族が逸脱すること
3. 家族の面会・付き添いが少ないか、あるいは、まったくないことや、家族に患者を案じ、いたわる気持ちがないことなど、看護婦の、患者とその家族の関係はこうあってほしいという期待や理想から、実際の患者とその家族との関係が逸脱すること

以下において、この順番で、これらの「問題」状況が「問題」と感じられる背景について分析し、それをとおして看護婦の抱く「死の理想」を明らかにしていこう。

III. 「問題」の背景

1. 看護婦の患者に対する期待からの患者の逸脱

この1.に含まれる「問題」状況としては、まず第1に、患者による検査・処置の拒否がある。患者も回復の可能性があるかと確信している間は、検査や処置の指示に従う。しかし、検査・処置を行っても、説明されたとおりに回復しないと、それらの効果を実感できないた

め、それらに耐え続けることがむずかしくなる。そのため、それらが患者に多大の苦痛を与えるようなものであればとくに、それらをいやがったり、拒否したりするようになる。たとえばケース 12 の患者は、「いろいろな処置に対しては、『せっかくおちついたところで、いつも苦しめる』」(p. 54) と言う。また、患者がすでに死を覚悟しているような場合にも、いたずらに生命を延長させる検査や処置には拒否的になる場合がある。たとえばケース 29 の患者は、看護婦が「死の前日、点滴注射を替えにゆくと、患者は、『もういい。何もなくていい』と言って手を」(p. 137) 合わせる。

この点で、とくに患者からいやがられ、拒否されやすいのは点滴である。というのは、点滴のため、患者は長時間にわたりベッドに拘束され、同一体位をとることを余儀なくされるからである。

また、患者の家族が患者と一緒にあって、あるいは、家族が患者に代わって、患者がいやがる検査や処置の中止を求める場合もある。たとえばケース 5 では、「家族にしてみれば、すでに死を覚悟しており、なんとか安らかに死を迎えさせてあげたいと思っている。苦しむ様子は見たくないと言う。だから採血などに行くと、イヤな顔になったり、『もうやめてください』と言う。」(p. 26)

家族のこうした感情は、患者の呼吸や心臓の停止に対して行われる気管内挿管や心臓マッサージなどの救急延命処置に対してとくに現われやすい。たとえばケース 1-1 では、患者の夫から「妻の息が絶えました…。」との知らせを受けて、看護婦は「走り救急トレーをもっていく。『何もしないでください』と手を合わせ妻を見守っている夫、母を見守っている子ども、安らぎを得たように深い深い眠りに入っている患者。後になって、家族が安楽な死を要求し、それが無言のうちに実現したのではないか」(p. 14) と、看護婦は思う。

以上の「問題」状況は、医療者側が、患者の 1 分 1 秒の延命をはかって、患者の状態把握のために積極的に検査を行い、その結果に応じて、処置をこれまた積極的に行うこと、そして、それに応じて、患者に対して最期まで闘病意欲を持ち続けることを期待するのに対して、患者やその家族が、そうした検査・処置が患者に与える苦痛に耐えられないことから、あるいは、これ以上苦しませないで安らかに、そしてこれ以上患者の肉体を傷つけないで死なせてやりたいという、患者の家族が抱く死の理想から、そうした検査・処置をいやがったり拒否したりするというものである。ここには、最期まで諦めないで病氣と闘うという死の理想と、できるだけ苦しまないで、しかも、できるだけ傷つかないで死ぬという死の理想との対立がある。

これとは逆に、患者が積極的に求めるのに、看護婦がその求めになかなか応じられない処置がある。それは鎮痛剤の投与である。たとえばケース 16 では、患者の「鎮痛剤の使用が頻回になり、注射後 3 時間でベルを押してくることもあり、そんなときは間に坐薬を使うことにしていましたが、患者から拒否され、不機嫌な顔をされるように」(pp. 78-79) なる。

ここで、鎮痛剤、とくにペンタジンなどの強力な鎮痛剤は、患者の延命にとっては、毒にこそなれ決して薬にはならないものとされている。そこで、患者も回復への意欲のあるうちは、その使用を我慢しようとする。しかし、症状が改善せず、回復への意欲が薄れていく中で、痛

みが強くなり、患者がとにもかくにも現在の苦痛から解放されたいと思うようになると、鎮痛剤を頻回に要求するようになる。また、鎮痛剤には鎮静作用もあって、患者に、このままでは自分はどうなってしまうのだろうかという不安や、今のところは痛みはなくても後でまた痛みに襲われはしないかという不安があるときには、それらの不安からのがれるために鎮痛剤を要求するようになることがある。さらに、強力な鎮痛剤は、その身体的、精神的副作用が強い。使用を誤れば、患者の死につながる場合さえある。そのため、医療者が1分1秒の延命を最優先させる場合、鎮痛剤の使用を極力ひかえようとする傾向がある。しかも、患者の要求に応じて鎮痛剤を投与すれば、患者に回復の見込みがないことを暗に肯定してしまうことになる。このため、看護婦は、患者から頻回に医師の指示以上に鎮痛剤の要求があると、先のケース16のように効果の弱い鎮痛剤やその他の代替的方法で鎮痛をはかるように努力する。しかし、看護婦のこの努力が、いまず苦痛を取り除いてほしいと願う患者には通じないことがある。たとえばケース12では、痛みから注射を、眠りたいから注射をとという患者の訴えに「点滴により、ホリゾン、ウィンタミン、ソセゴンのカクテルを始めたが、点滴より注射のほうが体内に入った感じがして効くからと、注射を希望する。看護婦がメント湿布やゼラップ貼用などをして、苦痛緩和をはかろうとするが、『こんなものでいつもごまかす』と言って拒否することが多かった。」(p. 55)

しかも、看護婦は自分の判断で医師の指示以上に鎮痛剤の投与をすることができない。そのため、先のケース16の場合、注射とつぎの注射の間隔が短くなっていくことに対して看護婦は、「辛抱させるのは酷だと思っけていても、いざ指示どおりでないことをするのは、何か急変でもあったときに大変だと自分の身を考えなかなかできるものでなく、看護婦の立場はくずせないものだ」(p. 79)と思う。

しかし同時に、同じケース16の看護婦が、状態がまだよかったときに患者ができるだけ鎮痛剤の使用を我慢していたことに対しては、つぎのように言う。「患者は注射薬は体に悪いから、できるだけ辛抱していると言っていました、看護婦から見ればそんな気持ちが衰れでなりません。あと1ヵ月もつかどうかというときでも、『注射は体に悪いから』と辛抱しているときがあったので、調子がよくなれば自然に注射の回数も減っていくので、今は夜楽に眠れることと、痛みをとりさり楽になることを考えていればよいのに、と言ったこともあります。今さら我慢をしてそれが何のためになるというのだろうと思ひながら、先に希望もあるようなことを言って偽善者になり、後ろめたい気持ちもありました。」(p. 78)

ここからもうかがえるように、一方で看護婦自身も、患者にできるだけ鎮痛剤を我慢させることを必ずしもよしとしていない。というのは、看護婦は、患者が安楽に苦痛なく死を迎えられるように援助することを看護婦の役割と考えているからである。

以上みたように、鎮痛剤の投与をめぐる看護婦と患者の対立にも、最期まで諦めないで病氣と闘うという死の理想と、できるだけ苦しなないで死ぬという死の理想との対立がある。

ここで、最期まで諦めないで病氣と闘うという死の理想にもっとも反する患者の行動の1つとして、患者の闘病意欲の喪失がある。たとえばケース33の患者は、「点滴をとれば、命を絶

つことができる…。みんな一生懸命やってくれるのに悪いが、もう精も魂もつき果てた」(p. 159)と夜勤看護婦に訴える。これが極端になると、患者が医療者に「早くいかせて欲しい」「早く楽にして欲しい」と安楽死を要求したり、あるいは、患者みずから自殺を試みるといった場合もある。たとえばケース 25 では、筋萎縮性側索硬化症でもはや言葉をしゃべることができなくなった患者(看護婦で、書類提出時に病名を知り、自分では発病後3年の生命と思っている)が筆談で看護婦に「シニタイ」「もう3年も生きた。楽になりたい。楽になる薬がほしい。」「心臓がとまる注射をして!呼吸のとまる薬がほしい。先生に言ってほしい。」(pp. 123-124)と訴える。看護婦はその場で、「非常に動揺し、どう対応してよいのかわからなかった。Mさんは看護婦であり病気のこともよく知っているから、ある程度死を受け入れた上で3年も生きたという言葉を行っているのだろうと、私はこのとき思った。だから、…安易にあいまいなことは言えないと思った。Mさんが、3年も生きたからもう死にたい楽になりたいという気持ちはわかって、会話の中でその気持ちを肯定することはMさんの死を肯定する、認めるようで、非常に怖かった。真実を知っているMさんに死を否定することもできないし、また肯定することもできない。いったい、私は何と返答したらよいのだろうか」と、「この会話から逃げだしてしまいたい気持ち」(p. 124)で一杯になる。

このケースでは、患者はすでに自分が不治の病いに犯されていることを知っていて、しかも、闘病意欲を喪失している。こうした状況でもなお看護婦がその事実を患者とともに認め合った上で、患者に対応するすべをまったく知らず、また、そうした事態になることにはいかに強い不安・恐怖を抱いているかがここには非常にうまく記述されている。

またケース 23 の患者は、日々悪化する症状、日ごとに強くなる痛みの中で、「死にたい」「早く楽にしてほしい」と訴え続ける。また、「腹痛が我慢できず飛び降りる」と言い残して、病室から駆けだしていったことすらあった(このときは無事に一人で戻って来る)。この患者が、最後には果物ナイフで上腹部を刺して自殺をはかる。出血は少量だったが、「スタッフは、医療の場での患者の自殺行為が大変大きなショック」を受ける。そして、この「やりにくい患者」に対して「『様子を見ましょう』『がんばりましょう』とあいまいな言葉かけだけでなく、患者に十分に自分の気持ちを出させるよう努力して、信頼関係をもっと深めるべきであった。」(p. 117)と反省する。

ここからうかがえるように、看護婦は、患者に期待する役割からの患者の言動の逸脱に接して、一般に、それらの言動を、患者の置かれた状況から判断して十分に理解できることと考える傾向がある。また、患者と医療者の関係がうまくいかなかった場合、患者を非難するのではなく、看護婦の方がもっとじょうずに対応すれば、うまくいくのではないかと、問題の原因を自己に帰属する傾向がある⁹⁾。

以上をまとめると、患者やその家族による、患者に苦痛を与えるような検査・処置の拒否と、患者からの頻回の鎮痛剤の要求は、臨死患者の看護のなかで看護婦がしばしば遭遇する状況であるが、そこには、最期まで諦めないで病氣と闘うという死の理想と、苦しまないで死ぬという死の理想の対立がある。しかも、看護婦自身が両者の死の理想のどちらを優先させるべきか

で悩む「問題」状況でもある。また、患者の闘病意欲の喪失、安楽死の要求、自殺（企図）は、すべて、患者の、看護婦その他の医療者とともに病気と闘っていかうという意欲の喪失の表れであり、かつ、看護婦が最もショックを受ける「問題」状況である。

その他に、看護婦が「問題」と感じる臨死患者の言動にはつぎのようなものがある。まず第1に、患者が看護婦の働きかけに拒否的で、引きこもりがちになることである。たとえばケース3では、症状がムンテラ（医師の説明）どおりに改善しないために、患者は医師より偽って告げられた病名に不信感をつのらせる。その頃、「腹痛・倦怠感が強く、終日ベッドに横になっていることが多く、洗髪・清拭などの働きかけに対しても、『家族がするから』と拒否し、以前のように明るい会話をもつことがなくなっていった。」(p. 20) またケース52の患者（9才の女児）は、2回目の手術よりすでに2ヵ月がすぎようとする頃、小脳腫瘍のため「うまく言えない言葉を相手が理解できないときには手のつけられないほど泣き叫ぶようになった。そして、それ以外はほとんど言葉を発することもなく、話す意欲を失った人形のように、無表情にベッドに横たわっている。」(p. 248)

第2に、患者が看護婦に対して、不機嫌になったり、怒ったりすることがある。ケース32の患者は「ときどき、不機嫌になったり、怒りっぽくなったりしていた。『頭痛がして、全身がだるくて、具合が悪いから話しかけないでくれ』『体が楽になった。熱を測らなくとも、解熱したのがわかる』と検温を拒否したりした。検脈時『いつまでも何をしているんだ』と怒り、『そばに寄れませんね』と言うと、『それならば、さっさと部屋を出ていってくれ』(p. 155) という始末である。

こうした患者の行動は、先にも述べたように、鎮痛剤の投与をめぐる最も激しく現われやすい。ケース20では、「ペンタジンの使用回数が増えてきたと申し送りがある。『疼痛が出てきたようだ』とのナースコールがある。ペンタジンを使用してから、1時間ほどしか経過していないため、『鎮静剤（フェノバル）にしましょうか』と言葉をかけると、『そんなこと、そっちで決めてくれ！なんてったって、こっちは痛んだよ！』とイライラした様子である。」(p. 99)

以上、第1と第2の「問題」状況は、患者が看護婦との援助者／被援助者という関係を、前者は消極的に、後者は積極的に拒否するものである。これらの患者の言動が「問題」となる背景は、いうまでもなく、患者が看護婦を援助者として、看護婦に協力的に、依存的にふるまうという、看護婦が患者に期待する役割であろう。そして、この役割からの患者の逸脱が看護婦によって「問題」とされている訳である。ここで、患者による役割の拒否のもっとも極端な形は、患者が治療者に不信をつのらせ、それを医療者におわせたり、おちまけることであろう。たとえばケース30の患者は、「発声困難と種々の身体的苦痛により病気に対する不安も強く、症状が思わしくないのは前回の手術の失敗であり、医療者側のせいだということをおわせるような発言をしていた。」(p. 140)

またケース11の患者は、ムンテラどおりにはいかない経過から、助からないのではないかと不安の中で、医療者への不信をつのらせ、「オレは囚人か、そうでなかったら解放しろ」「早

く解放してほしい、死刑みたいだ」と絶望的になる。さらにケース 23 の患者は、医療者に対して、ケース 11 の患者と同じように不信感をつのらせ、実際に「自己退院」してしまう。

第 3 に、以上とは逆に、患者が看護婦に援助を要求しすぎること「問題」状況として挙げられている。たとえばケース 21 では、「個室へ余儀なく移された N 氏は、…、半身麻痺のため一人で起きあがることもできず、テレビを調節することも、寝返りをうつこともできない状態であった。また食欲不振から、食事時間が定まらず看護婦へのコールが多かった。…そこで、たびたび訪室し、そのニーズを満足させてあげるようにした。しかし、N 氏からの訴えは、オーバーテーブルが曲がっているからなおしてほしい、テレビをテーブルから下ろしてほしい、…など、だんだんとナースコールの鳴る数が多くなった。5分ごとと10分ごとに鳴り続けるときもあり、看護婦の間からは、最初の目的を達せられなくなってしまうとの声もあった。」(p. 105) ここでは、患者が看護婦に援助を求めすぎ、その業務を阻害するようになることが「問題」とされている訳である。

看護婦のこうした不満は、患者がそう緊急のことでもないのにナースコールをし、しかも看護婦に対して感謝の意を示さないときにとくに強くなる。たとえばケース 26 の看護婦は、患者が「個室のときはコールが多く、言葉もきつく、少し遅れると『早くきてください』、痛みがきつときは『早く殺して』などと言うので寂しいこともあると考え、総室に移すことを好機と考えた。」(p. 126)

また、先に引用したケース 22 では、「この手術後、A さんは腰痛が強くなり、看護婦に対して、『腰が痛いよ、さすってよ』『便が出るからラパック換えてよ』『痛い、どうにかしてよ』と、つっけんどんな言葉が多く聞かれるようになった。私たちもいささか手こずり、看護婦室で『本当にわがままな患者だ』『子どもよりたちが悪い』と愚痴を言うようになった。しかし、A さんにとって今はつらい時期だから訴えを聞いてあげようと話し合った。」(p. 110) ここには、看護婦が、自分たちの援助に対して患者が感謝を返礼として返すことを期待しており、それがない場合には、激しい不満を感じるがよく言い表されている。

しかしながら、ここでもまた看護婦は、患者の行動は理解できること、状況から判断して当然のことであり、それをなんとかすることが自分たちの役割だと考える傾向が現われている。そのため、感謝しない患者に対する看護婦の不満は「愚痴」という形で内向することになる。

第 4 に、患者が、理由はなんであれ、うち沈んでしまったり、激しく動揺したり、あるいは精神的に錯乱してしまうことが「問題」とされている。たとえばケース 50 では、外泊中にどうも肝臓がらしいと察知した患者は「帰院後は、ふとんの中に顔をうずめて口もきかず、表情もきびしい。」これに対して看護スタッフは、「安易な否定やその場かぎりの慰めなどすることなく、この苦しみを乗り越えてくださるよう静かに見守り、優しい心づかいで接してゆくことに方針を決める。」(p. 235)

またケース 48 では、「11 月下旬頃より胸水が貯留し、腫瘤も増大してゆき、苦痛が強くなっていった。…同室者の鼾が大きい、酸素吸入の音がうるさくて仕方がない、イライラすると頻回にコールしてきたり、発熱が連日続いているので、看護婦が氷のう交換しようとする、突

然『わずらわしいことは、もう嫌なの、やめて頂戴』と、声高に拒否し、『私はずっと我慢を重ねて痛みと闘っているのに、また痛みが強くなってきた。熱が出ると痛みが強くなるのはなぜ!』とヒステリックな調子で憑かれたようにしゃべりだした。」(p. 224) これに対して看護婦は、「苦しい自分の現状を訴え続ける患者を前にして、…途方に暮れてしまい、逃げだしたい思いに駆られた。」(p. 226) しかし、死の直前に洗礼を受けてからは、「鎮痛剤の使用量に変化はなかったが、穏やかな表情ですごくすようになった」(p. 225) このことに対して看護婦は、「最終的には、短い時間ではあったが、精神の安定をとりもどし、安らかな死を迎えたケースであった。」(p. 226) と述懐する。

さらにケース 29 では、「つじつまの合わないことをしゃべるようになってから、疼痛の激しいときには大声を出すようになり、意識ももうろうとした状態で、うなり声とともに『痛いよう。おとうさん(夫のこと…筆者)、おとうさん。楽にしてくれ、眠らせてくれー』と口走るようになった。」(pp. 136-137) これに対して看護婦は、「家族の協力も得て、『この時期の峠を越せば必ずよくなる』と患者を勇気づける努力をした。しかし、何もできない、どう患者に接したらよいのかわからない、という無力感でいっぱいになる。」(p. 137)

こうした問題の背景には、死の恐怖に動揺し、他者とのコミュニケーションを拒否したり、逆に、他者に対して感情的になったりすることなく、さらには、精神的に乱れることなく、すなわち、通常とそれほど変わらぬ精神状態で、平静のうちに死ぬという死の理想がある。

第5に、以上の第1から第4のような「問題」がまったくみられないのに、そのことを看護婦がかえって「問題」と感じているケースがある。たとえばケース 16 では、「患者はおとなしい性格であり訴えもなく、必要な処置をするだけにおいては何の問題もなく、それだけに何を思っているのか、自分の病気についてどう思っているのかはまったくわからず、同僚に、病室へ行ったときどんな話をするのかとたずねても、話づらくて特にこみいった話もせず病室をそそくさと出ることが多い、という返事で、私の場合と同じであり、かと言って、患者が心を開き話をするにはどうすればよいのかといったカンファレンスをもつこともありませんでした。」(p. 78) 訴えが少ないために、患者の心理をつかめないことが「問題」とされている訳である。

この背景には、患者の心理状態をよく把握し、その状態に応じた適切な援助をするという看護観がある。この看護観には、相手からはっきりと依頼がなくとも、相手がしてほしいことを「察し」て、それを叶えてやるという、日本女性に期待される「心配り」という役割が看護婦の役割に投影されていると言えよう。このため、「心を開かない」患者は「問題」患者となる⁴⁾。

こうした看護婦の感情は、患者に身体的あるいは精神的苦痛が強いと予想されるにもかかわらず、患者の訴えが少ない場合にとくに強くなる。たとえばケース 19 では、「すべてに協力的な患者であるが、苦痛があると思えるので、もう少し自分からそれを私たちに訴えればよいのにと私(看護婦…筆者)は思う。」(pp. 90-91) ここには、患者が、看護婦が患者の心理状態をつかみやすいように、そして看護婦に患者から頼られていると思わせる程度に、適当に看護婦にいろいろ訴えるという、看護婦の患者に対する期待がある。

また、こうした場合、看護婦は、患者は言葉以外で自分の苦痛を表現しているのだが、それを看護婦が読み取れないのではないかと考える傾向がある。たとえばケース 31 では、死の 2 週間前に、患者は医師より、長期研修で 1 ヶ月以上出張するが、帰ってきてももう会えないと思うと、間接的な形で告知される。患者は、それから「1 週間ほどたった頃には、また身体的状況が悪くなっているのに苦痛の言葉を訴えるでもなく、むしろ私たちが苦しいのではないかと思って言葉をかけると、『そんなに苦しくない』『いつもと変わらない』と言い、ニコニコし冗談さえ言っているときもあった。」(p. 151) この患者に対して看護婦は、つぎのように反省する。「今考えると、患者の心の内は大変複雑に揺れていた様子がよくわかる。患者はずいぶん私たちに信号を送る言葉・表情・態度・状況を出していたのに、私たちがそれを察知することができなかった、あるいは感じとるだけで終わっていたために、患者への看護が身体面にだけかたよっていたり、一般的な励ましになってしまっていたことに気づく。」(p. 151)

さらに、このような患者が後で看護婦に身体的または精神的苦痛を訴えるようになると、やはり以前からそのような苦痛があったのだという事後解釈に看護婦はおちいりやすい。たとえばケース 46 では、死を覚悟してきたと冷静に語り、入院当初は比較的落ちついて、笑顔さえみせていた患者が突然に、「子どものことを考えたら、絶対家に帰りたいの。」と「いつになく興奮し流涙してしゃくりあげながら」(p. 214) 訴えたことについて、看護婦はつぎのように思う。「看護婦が、今まで患者はおちついた精神状態にあると感じていたのは大きな間違いで、表面的に明るくふるまってはいたが、患者自身の心の中では巨大な葛藤が渦をまいており、ついには、それが破裂し本音が出たようである。私たちも、彼女が悩んでいるのではないかと懸念はしていたものの、その葛藤が何であるかを見きわめることが怖くて、見て見ぬふりをしていたのではないだろうか。」(pp. 214-215)

最後に、患者にこれといった「問題」もなく、そう訴えが少ない訳でもなく、さらに、身体的、精神的苦痛があるようにも思えない患者に対してなお看護婦が「問題」を感じている場合もある。患者は、自分の死を悟りながらも、精神的には最期まで非常に安定し、家族に見守られながら死ぬ。しかし、患者は看護婦を何らかの援助、とくに精神的援助を求めるべき対象だとまったく考えていないという場合である。たとえば、ケース 42 の患者はこの典型である。この患者に対して看護婦は、「私たち看護婦の援助は、清拭や整髪、体位変換による苦痛の緩和、褥創予防などの具体的ケアに終わり、精神的ケアと呼べるものはなく、ただ見守りだけであった。家族の中に入りこめなかった。でも結果として入りこまなかったことがむしろ親切だったのではないかと思えてきた。…しかし、これでよかったとは思わない。やはり何かしたいと思う。」(p. 196) と言う。

以上のような、患者が身体的、精神的苦痛を訴えなくても、患者はそれを言葉以外の方法で看護婦に訴えている場合があり、それを読み取って援助することが看護婦の役割であるという看護観と、患者が看護婦に援助を求めているようがいまいが、とにかく、患者に頼られ、患者を何とか援助したいという看護婦の態度は、臨死患者の看護において、「問題」を過度に強調したり、患者やその家族は何の「問題」も感じていないにもかかわらず、そこに「問題」を作っ

表1. 看護婦からみて、患者の逸脱した態度や行動

<p>〔問題状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ①患者または家族からの検査・処置の拒否 ②救急延命処置の家族からの拒否 ③患者の鎮痛剤の頻回の要求 ④患者の闘病意欲の喪失 ⑤患者からの安楽死の要求 ⑥患者の自殺（企図） ⑦患者が看護婦の働きかけに拒否的で、ひきこもりがち ⑧患者の看護婦に対する不機嫌・怒り ⑨患者の医療者への不信 ⑩「自己退院」 ⑪患者の看護婦への要求が多い ⑫患者が看護婦の援助に感謝しない ⑬患者が打ち沈む／動揺する／錯乱する ⑭患者の看護婦への訴えが少ない ⑮患者が看護婦を精神的援助者と思っていない <p>〔問題状況の背景〕</p> <p>（死の理想）</p> <ul style="list-style-type: none"> ①最期まで諦めないで病気と闘う ②苦しまないで死ぬ ③傷つかないで死ぬ ④死の恐怖に動揺しないで平静の内に死ぬ <p>（臨死患者の役割）</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑤最期まで闘病意欲を捨てない ⑥看護婦を信頼し、看護婦を援助者として依存する ⑦看護婦の援助に対して感謝する ⑧看護業務を阻害するほどには看護婦にアレコレ要求しない ⑨看護婦が患者の心理状態を把握しやすいように適度に看護婦に訴える ⑩看護婦が患者から頼られていると思う程度に適度に看護婦に訴える ⑪看護婦を精神的援助者として頼る <p>（看護婦の役割）</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑫患者が死の理想どおりに死を迎えるように援助・指導する ⑬患者の心理状態をよく把握し、それに応じた適切な援助をする

いくということにつながるおそれがある。

この節で述べたことを表にまとめると、表1. のようになる。

2. 看護婦の患者の家族に対する期待からの患者家族の逸脱

つぎに、患者の家族⁵⁾、とくに患者に付き添う家族の行動や態度に関する「問題」状況をみてみよう。まず、我国では、患者ががんで予後が不良と診断される場合には、患者本人にはそのことを告げず、代わって、患者の家族にそのことが告げられるのが一般的である。そして真実を告げられた家族は、医療者と協力して、患者にそのことを悟られないように注意し、患者に付き添う際には、医療者のよき協力者となるよう期待される。また、患者が入院で不在の間、患者が発病前に果たしていた役割を代わって遂行したりして、患者の抜けた穴を補っていかなければならない。さらに、患者が理想的な死を迎えられるようにとりはからうことも期待されている。一般に、こうした家族に期待される役割は、身体的、精神的に非常に負担の多いことと考えられている⁶⁾。

そこでまず、このような家族の身体的、精神的負担が大きく、そのことに看護婦が十分に配慮ができないということが「問題」状況として浮かび上がることになる。たとえばケース1-1では、看護婦は「家族にのみ真実が告げられているのが現状で、付き添う家族の精神的・身体的負担は多大なものであると思われるが、日常の看護業務の繁忙さの中で、家族に対する配慮が欠けがちであるのもまた現実である。」(p. 13) と言う。

このことを看護婦が「問題」とする背景にはつぎのような看護観がある。すなわち、家族の負担をよく把握し、それを軽減できるように援助するのも看護婦の役割であるとする看護観である。したがって、この役割を果たすべきだったのに、なんらかの理由で十分それができなかったと看護婦が考える場合にはとくにこの「問題」が強く感じられることになる。たとえばケース32では、患者は他院で白血病と診断され、医師よりそのことを告げられた患者の妻は、患者に真実を話してしまう。患者は「それを打ち消したい、そう思いたくないために当科に入院」するが、そのことを医師は看護スタッフに伝えていなかった。また、「当科に入院してから主治医がムンテラしたが、どのようにムンテラされたのか」(p. 157) も医師は看護スタッフに伝えていなかった。患者の状態が悪化し高カロリー点滴が必要となったころ、患者の妻は医師に「治らない病気だから、楽に死なせてください。本人もそう言っていますから、先生お願いします」「注射して、楽に死なせてくださらないなら、退院させてください。畳の上で死なせてやりたい」と訴える。これに対して看護婦は、つぎのように言う。「家族、主治医、看護婦が、今後予測されることについて、心の準備について、十分話し合うことがあったら、最後になって動揺せずにすんだのでは、奥さんばかりに重荷を背負わさないで患者の言うことに耳を傾け、患者とともに死を見つめることができたら、家族の苦しみをともに苦しむことができたらと、今ふり返って思う。」(p. 157) ここには、家族の苦しみを自分の苦しみとし、家族と一体になって、家族の援助をするのも看護婦の職務だとする看護観がみられる。

ところで、看護婦はどのようにしてその援助がうまくいったかどうかを判断するのであろう

か。その基準の1つは、患者の死亡後、患者の遺族が何と言うかによってである。そして、看護婦は遺族のその言葉に一喜一憂することになる。たとえばケース51では、付き添っていた家族（患者の養女）が「夜勤の看護婦から電話連絡するのをとめられていたから（福島の弟夫婦が…筆者）間に合わなかったとか、病室に来るときは他の患者が迷惑だから静かに来よう言われたと不満を」訴える。そのことを病棟婦長から聞いた看護婦は、「私はそんなことは言っていない。弟さんという人は福島にすんでいたのか…と、ガックリした気持ちになった。それまで、吐血をくり返していたけれども、痛みもあまりなく静かに臨終を迎えられたし、家族にも十分配慮して看護していたつもりだっただけに、まさかそんな思いを家族がもっているなど信じられなかった。情けない思いと残念な気持ちで疲れまで感じ、涙が流れた。」(p. 241)

ところで、この節の最初にあげた期待に、患者の家族が従うとは限らない。そこから、そうした期待からの逸脱が看護婦によって「問題」とされる。そのような「問題」としては、まず、家族が患者の死を受容できないということがある。患者が自分は死ぬのではないかと疑問をもち、不安になると、医療者はそれを躍起になって何とか打ち消そうとするのに対して、家族が助かるかもしれない信じ続けると、医療者はその信念を何とか打ち消そうと努力する。患者ではなく家族に告知されるのが一般的であるため、家族は患者の死を受容すること（患者がおそらく近い将来死ぬであろうという事実を認め、それに基づき適切な行動をとること）を医療者から期待される。それゆえ、たとえばケース41では、患者の夫が「まだ疾病を受け入れられない様子」なので「医師側から疾病についてのムンテラを多くもち、看護婦側からは夫の不安をできるだけ聞き、少しでも病識がもてるようにした。」(p. 190)

つぎに、患者の医療・看護上、不適切な家族の態度や行動が看護婦によって「問題」とみなされる。なぜなら、患者の家族、とくに患者に付き添う家族は、患者の医療・看護の協力者としての役割を期待されるからである。これに含まれるものとしては、以下の4つが指摘できる。

まず第1に、家族が患者の様態の急変などで動揺してしまうことがある。たとえばケース51では、臨終の間際に付き添っていた養女がおろおろしてしまい、「大丈夫かしら、おばあちゃん。血圧下がっていない?」と動揺する。看護婦は、「意識があるのに困った家族だと思い、ときおりこちらを向こうとする患者に聞こえるように」、「大丈夫ですよ。Aさん! がんばりましょうね。」(p. 240)と答える。ここには、患者の家族は、患者に不安や動揺を与えないように、患者の前では努めて冷静にふるまうという期待がある。

第2に、患者の前で疲労や不安を訴える家族も「問題」とされている。たとえばケース15では、患者の妻が患者の前で「(患者が夜になると発熱して、何回も着替えをしなければならないので…筆者)私も、この汗のために起こされて、1時間ごとぐらいに起きなければならないし、疲れるし、全然眠れない。」と言うので、看護婦は「家人には、患者の前で疲れたとか眠れない等と話さないで、何かあったら相談してほしい。患者に心配をかけないように協力していきましょうと働きかける。」(p. 71) また、患者の母親が患者の前で「どうして夜になると熱が出るんでしょうねえ。毎日毎日、日中は平熱なのに…」と不安をあらわにするので、看護婦は「患者の前で家族のもつ不安を話すことは患者の不安を増すことになるのではないかと考え、患者

の前で言わないように家族に働きかけるとともに、家族のもつ不安を認識した。」(p. 70) ここでは、家族は、患者を不安にさせるような、あるいは、患者に自分のことが負担になっていると思わせるような言動を慎むことを期待されており、また、看護婦の側は、家族がそうしないように、家族の心理状態をよく観察して、家族の援助者・指導者としてふるまおうとしていることがわかる。

第3に、患者のいいなりになる家族も「問題」とされている。たとえばケース8-3では、「(患者の…筆者) 父親は残り少ない命なら息子の希望はすべて叶えてやろうと必死であった。息子は性格も加わって、看護婦の行動や態度が気にいらないとチェックしておき、それをすべて父親に報告した。すると父親は、すぐ看護婦に注意してくれと申し入れてきた。」これに対して看護婦は、「父親に申し入れされると、最初はやはり気をつけなければと思ったが、だんだん回を重ねるようになると、感情によってあの看護婦は気にいらなからなどということまで申し入れされるようになり、私たちも息子のわがままだと受けとめるようになっていった。」(pp. 36-37)

これと対照的に、付き添う家族の態度が非常によかったとされているのがケース29である。ここでは、「(患者の…筆者) 夫は入院時より24時間つきっきりで患者の精神的支えとなり、患者は看護婦に怒り、不安、不満等をぶつけずに夫にぶつけていた。それを夫はしっかりと受けとめ、『今日は妻はこんなことを言っていますよ』というふうに看護婦に伝えてくれた。」この夫について看護婦は、『夫婦ですから当然です。先にいく者と後に残る者がある。後に残る者がみるのが当然です。後悔の残らないように』一家族の疲労を心配する私たちにそう言っておとりした態度、穏やかな表情を変えない夫であった。」(p. 137) と回顧している。ここでは、家族は患者の要求をそのまま看護婦に取り次ぎ要求するのではなく、むしろ、患者を「受けとめ」て、患者の身体的、精神的状態を看護婦に伝達し、看護婦が患者の状態を把握するのに役立つ情報を提供することが期待されている訳である。

最後に、患者の家族が unorthodox medicine を信じて、医療者が効果がないか、あるいはかえって患者の死期を縮めると考える療法を病棟内で行うという「問題」状況がある。たとえばケース40では、患者(脳梗塞で脳虚血発作にて入院)の息子が「自然医学」の信奉者で、その「先生」の指示に従って、看護婦の処置にあれこれ口をはさむ。看護婦が抗圧剤の注射をしようとするれば、「梗塞なんだから、血圧を下げたら脳にいく血液が減るんだから、それだけ脳が死んでしまうでしょう。」(p. 183) と言って、注射を打たせようとしなない。その他、看護婦の処置をめぐって、看護婦と患者の息子はことごとく対立する。また、医師は、患者の息子に病院にあるものはなんでも使って好きにしていっていいと言っていたが、そのことが看護婦にまで知らされていなかった。看護婦は息子から間接的にそのことを知らされ、ひどくとまどう。さらに、看護婦は患者の息子に処置について説明しようとするが、息子は聞き入れず、結局は、医師のオーダーなら仕方がないと、息子の好きにさせるしかない。そのため、割り切れない気持ちで、「感情的にならないようにするのが精いっぱい」という状態になる。このケースを振り返って、看護婦はつぎのように言う。「結局、いろいろ話し合った結果、私はいつも家族の希望にまかせ

るよりほかなかった。この時期において、医療の中の看護婦はどんな立場なのだろう？ 看護婦の無力さのようなものを感じながら、一方ではこれでよかったのかもしれないと思いつつ、この家族と別れた。もはや意識不明の末期に当たっては、医師や看護婦のいかなるものよりも、家族のほうが強い権利をもっているように思えた。いわば、肉親のもつ権利のようなものである。」(p. 186)

ここでは、看護婦も医療者の一員として、患者にとって最善と考えられる医療を提供することだけではなく、患者の家族が納得するようにとりかはらうことも考慮しなければならないという考えがみられる。

ところで、我国では、医療者が効果がないと考える療法でも、患者本人あるいは（告知していない場合は）家族から、その療法を試みたい、あるいは試みてほしいという依頼があれば、それを行うことを許可することがよくある”。そして、この背景の1つには、患者の家族であれば、患者が助かる可能性がほとんどなくても、なお回復を信じて、必死になるべきだとする考えがある（前にも述べたように、もちろん、それが度を失して、最期まで患者の死を「受容」できないようであれば、「問題」とされる訳だが）。そこで、家族に患者をなんとかしてでも助けたいという必死さがみうけられない場合は、それが「問題」とみなされることになる。

たとえばケース 16 では、患者の両親が医師に任せっきりで、はっきり聞いたら恐ろしいからと、医師に患者の病状について説明を求めようとすらしなないことに対して、看護婦は、「私自身の子どもなら、あらゆる薬を使ってみたい、医師が少々嫌な顔をしても強引に頼みこみ、効果のほどは期待できないと言われても使いたいと思うのが親の気持ちではないかと思いました。ちょうど週刊誌にある漢方薬の話が載っていたので、切りぬいて病院へもってゆき、見せてあげようと何度も思いましたが、どのように切りだせばよいのか、看護婦からこんなものを渡してよいのだろうか、ガンに効く薬のことが載っていますと言って切りぬきを渡し、後で問題になっても嫌だしと思い、結局、白衣のポケットの中でシワだらけになってしまいました。」(p. 78)

また、ケース 11 では、患者が妻に激しい怒りを示したことに對して、看護婦はつぎのように述べた。「A さんにしてみれば、最も自分の気持ちを理解してくれているであろうと信じていた妻から、『起きれば「注射か坐薬?」なんて聞き…』と訴えているように、できれば眠っていてもらいたいというような態度を示され、それに怒りを感じていたのではないだろうか。妻をせめるつもりはないが、妻は A さんの死をすでに受容しており、妻は“A さんがまだ生きられるという希望”を失っていたところに問題があったのではないだろうか。」(p. 51) とする。

ここには、患者の家族は、患者の助かる可能性が低いという現実を受け入れなければならないが、しかし、それでもそう早々と死を受け入れてしまわずに、最初は、なお回復を信じて、医学的に効果があろうとなかろうと、必死になって、いろいろな療法を試みるこそが家族であるという死の理想がみられる。しかし、それが度を越して、医療者が「非科学的」で患者の死期を縮める可能性があると思うような療法を、独断的に病棟内で行われると、患者の死がどれほど確実でも、看護婦は感情的にそれに耐えるのが非常にむずかしいという事態になる。

なぜなら、病院は「科学的」医療の行われるべき場であり、患者の家族も、医療者の指示に従うことを期待されるからである。

以上、この節で述べたことをまとめると、表2. のごとくである。

表2. 看護婦からみて、家族の逸脱した態度や行動

<p>〔問題状況〕</p> <ul style="list-style-type: none">①家族の身体的・精神的負担②看護婦の①への配慮が足りない③家族が患者の死を「受容」できない④家族が患者の急変に動揺する⑤家族が患者の前で疲労・不安を訴える⑥家族が患者のいいなりになる⑦家族が「非科学的な」unorthodox medicine を行う⑧家族が医師に任せっきりで必死さがない⑨家族が患者の回復を諦めるのが早すぎる <p>〔問題状況の背景〕</p> <p>(死の理想)</p> <ul style="list-style-type: none">①残される家族が患者の介護、看取りに悔いを残さない <p>(家族の役割)</p> <ul style="list-style-type: none">②家族は患者の死を受容する③家族は、患者を不安にさせないようにする④家族は患者に家族の負担になっていると思わせないように注意する⑤家族は患者を「受けとめ」、患者の身体的、精神的状態を看護婦に報告する⑥家族は医療者からみて「非科学的」な療法を試みない⑦家族はそうはやばやと患者の死を「受容」しないで、なお回復を信じて必死になる <p>(看護婦の役割)</p> <ul style="list-style-type: none">⑧看護婦は家族の身体的、精神的負担を軽減するように配慮する⑨看護婦は付き添う家族がその役割を遂行できるように援助・指導する
--

3. 看護婦の患者とその家族との間の関係に対する期待からの実際の関係の逸脱

最後の「問題」状況は、患者とその家族との間の、患者が死を迎えるに当たっての関係のあり方をめぐる「問題」である。これに含まれるものとしては、まず第1に、患者と家族との間にお互いに対する思いやりに満ちた交流がみられないとか、患者が家族を批判したりするか、患者が家族に暴言・暴力を加える、といった「問題」がある。たとえばケース41では、「夫はほぼ毎日面会にきたが、夜の仕事であり睡眠も十分にとれない状況なため病院に来てもベッ

ドに伏して眠っているのが常であった。また（患者…筆者）本人は会話をするのもやっとの状態であるにもかかわらず、冗談を言ったり、当たりさわりのない世間話をしたりで、夫婦の会話はあまり見られなかった。しまいには、夫に対し本人もいらいらした状態で、夫に当たりちらす場面もあり、看護婦に愚痴をこぼすこともあった。」(pp. 189-190) これに対して看護婦は、「夫婦の会話を第三者である私たちがちょっとのぞいただけで、本当に夫婦らしい会話がなかったのか夫婦の折り合いが悪かったのか、疑問である。もっと夫婦での話し合いが必要と考えたことが本当に適当であったのか。それ以前に、本人、夫が疾病をどう考えているのか、生死についてどうかなど、もっと早くから情報収集すべきであったのではないかと考える。」(pp. 190-191) と言う。

また、ケース 8-2 では、患者は看護婦を前に、「妻は自分の気持ちをわかってくれない。それどころか、自分がしてほしくないことさえる。それは、親切の押し売りでしかない。話をしてもむだなことだ。」(p. 35) と、妻を批判する。患者はまた、妻が面会にきても、ただだまって目を閉じているだけである。そのあいだ妻は、ベッドサイドにすわり、涙ぐむことが多かった。これに対して看護婦は、「『自分の気持ちをわかってくれない』と妻を批判した彼に対し、妻がどのように援助できるのかということと妻と話し合うことが私たちに必要であったのではないか」(p. 36) と反省する。

さらに、先のケース 11 では、患者は妻に、「みんなあいつが悪い」とあたり、「起きるなり『坐薬か注射?』なんて聞き、全然気持ちがわかってもらえない」としきりに妻の悪口を言ったり、「ウソをつくから」と、妻をけったり手をふりあげたりする。これに対して看護婦は、「Aさんの怒りを受けとめ、その怒りが何を意味しているのかを探り、妻を助けたならば、Aさんは妻に感謝しつつ死を迎えることができたのではないだろうか。」(p. 52) と反省する。

こうした「問題」の背景には、患者が死を迎えるに当たって、患者とその家族の関係は円満で、お互いに思いやりに満ち、患者は家族に感謝しつつ死を迎えるという死の理想がある。また、この理想が実現されるように患者と家族を援助・指導し、家族関係の調整をはかるのも看護婦の役割であるとの看護観がみられる。さらに、以上の3ケースにもまた、こうした理想が実現しない場合に、看護婦がその原因を自己に帰属する傾向が現われている。

第2に、家族に患者のことを心から案じる気持ちがないという「問題」状況がある。たとえばケース 28 では、家族の面会の少ない患者に「少しでも満ちたりた気持ちで死を迎えさせたい」と思い、息子の夜間のみ付き添いを考え、息子の了解を得た。息子は自宅で夕食をすませたあと病院に泊まり、朝会社へ出勤するという日が死直前の数日間実現した。しかしながら、息子は私たち看護婦と協力して患者を案ずるという雰囲気は見られなかった。」(p. 134)

またケース 30 では、「家族の面会が少なく、ときどき訪れる義理の娘夫婦も、患者に義務的な態度で接するのみで、肉親の愛情に乏しかった。」(p. 140) また、この義理の娘夫婦は、患者の血圧降下や呼吸苦の出現に主治医が輸血を勧めると、「お金で血液が買えるのならお願いします。でもお金で片づかないのでしたらやめて下さい」と答える。さらに、看護婦が牧師の協力を得て、この夫婦と話し合った結果、夜間のみ付き添うことに同意したが、「いざとなると尻

込みし、結局、職業付添人が付き添うことになった。」(p. 142) このような夫婦について看護婦は、「核家族化が進んでいる今日、肉親の死をみとる態度を家族に指導することも私たち医療者の大切な役割ではないだろうか。」(p. 143) と言う。

この「問題」の背景には、家族に見守られ、心配され、惜しまれながら死ぬという死の理想がある。また、このような理想実現を援助・指導することも看護婦の役割であるとの看護観がみられる。さらに、以上の2ケースから明らかなように、家族が患者のことを心から案じているとするなら、まず、患者に頻繁に面会し、患者に付き添うことで、患者を案ずる気持ちを表現すべきだという考えがみられる。それゆえ、理由はなんであれ、家族の面会・付き添いが少ないか、まったくないことが看護婦によって「問題」とみなされることになる。

たとえばケース26では、患者が、入院当初、家族に対して、「付き添いのいない病院に入れた」「面会にもこない」と怒りを示す。これに対して、病院側では「ガンの診断がついた時点で、面会にはできるだけ来て患者が家族からも大切に思われていると感じさせてもらうように家人に伝えていた」(p. 127) が、長男の嫁は自宅で患者の夫の看病をしなければならないこともあって、「末娘さん以外の方は面会にこられないときがあり、誰も面会者のない日もあった。」(p. 127) そして、患者の状態が悪化したときには、「1週間ほど一日中家人に付き添ってもらったが、家庭の都合で付き添えなくなり、できるだけ面会にくるという条件で最後まで家人に付き添ってもらわずすごした。」(p. 128)

またケース33では、患者の妻はしばらく付き添っていたが、「仕立ての期限があるため、日中は付き添えない」と申し出る。これに対して看護婦は、「この患者さんは、特に病名を聞いてくることはなかったが、衰弱していく体で、死を判断し、覚悟していたのではないだろうか。家族の付き添いのないこともあり、個室で耐えるということは、言い表わせないものだったと思う。」(p. 160) と言う。

さらに、ケース37の看護婦(ICU勤務)は、「患者は死が予知されるとき、誰もが心細くなり、誰かに見守っていてほしいと思うのではないか。家族もまた最後まで見守ってほしいと思うのは当然であると思う。ところが、一般病室と違って、ICUは面会が制限され、患者と家族との時間が少なくなる。患者、家族の状態により、面会の回数を増やすようにはしているが、それでも一般病室のように四六時中家族が患者のそばにというわけにはいかない。」(pp. 171-172) と言う。ここには、家族が側にいないことは患者にとって非常に寂しくつらいことだという考えがみられる。

このように家族が側に付き添っていることは、患者の臨終の際にはとくに必要なことだと考えられている。そのため、その死に家族が立ち会えないことは「問題」となる。たとえばケース10では、患者が危篤状態に陥り、看護婦は、「5時40分。顔色蒼白、口唇色不良、手指チアノーゼ(+), 脈拍の不整あり、呼吸不規則。もうダメだ、家族の人が早くこないかなあ」(p. 42) と焦る。

第3に、家族と最期のときを過ごすのは、できることなら、自宅の方がよいと考えられている。そのため、医療者側は、患者の状態がいまだいうちに、患者に外泊を勧めようとする⁸⁾。

そのため、家族が患者の外泊に応じないことが「問題」となる。たとえばケース19では、看護婦は、「(患者の…筆者)調子のよい時期に、一度、妻に外泊のことを言ってみましたが、返事はなかった。本人も、一度冗談めいて、家へ帰りたいたいと言っていたのに、どうして妻から相談がないのかと思っていた。」(p.93)しかし、後で、妻は残される家族のことなどを考えるので精いっぱい、患者の外泊を考える余裕がなかったことを聞いて、「もっと早い時期に家族と話し合いをもっておくべきだったと思う。」(p.93)と反省する。

ところで、このように、家族の面会・付き添いがなく、また外泊することもなく死を迎えることは、非常に悲惨なことで考えられている。とくに、家族はあっても、面会、付き添い、患者の外泊を家族がかたくなに拒むような場合はそうである。たとえばケース2-2では、患者(56才の独身女性…筆者)の「姉妹や周囲の方の支持は見られず、病室に入られても足元にすわり、患者の視線の届く距離にはすわらない。また、訪室する方々皆さんマスクを着用していた。Hさんの腸瘻からは、悪臭のある腸液が終始流れていた。」この患者について看護婦は、「Hさんが入院前家族の方々とどのようなかかわりをもっていたか詳細はわからないが、人間は生きてきたように死んでゆくのだなあ」(p.17)と感じる。そして、「家族の方と交わることのないHさんにとって、最後にかかわりを持つ人間の一人である私たちスタッフでも、せめて、手を握ったり、背中や足をさするといような素朴な行為を通して、人間的な接触による働きかけをし、孤絶していたHさんに生へのコミュニケーションを促したい」(p.17)と願う。

ここには、家族に拒否されたままの患者の死が、非常に悲惨な死とされており、また、そうした悪しき死には悪しき生が対応する、この意味では、死は生の報いであるという考えがみられる。また、悪しき生ゆえに悪しき死を、孤独のうちに迎えなければならない患者にも最後の救いの手をさしのべるのが看護婦だという看護観がみられる。

また、家族はあっても、もう何年、何十年と交際がないような場合にも、医療者は、なんとかその家族を捜し出して、連絡を取り、患者の状態を知らせ、面会・付き添いに来るように依頼する場合がある。たとえばケース18では、患者は6年前に離婚し、一人娘は本人が育てている。また、本人の親兄弟は、北海道にいますが、交際はまったくない。この患者に対して看護スタッフは、「最初から北海道の家族に連絡をとってほしいと働きかけてはいたが、(患者の入院中、患者の一人娘の世話をしてくれている、患者の…筆者)社長夫婦はあまり積極的ではなかった。しかし、子どもに対する看護婦側の積極的な働きかけに対して社長夫婦も意をくんでくれたのか、まったく音信不通であった家族に連絡をとってくれ、ある日突然、北海道から母親と実姉が面会に見えた。面会に見えた当日は、患者は昏睡状態で何もわからなかったが、肉親の手厚い看護を受けているうちに、一時的に意識状態もよくなり、母親や姉と話すことができた。家庭的な事情もあり、母親と姉は5日間ほどで北海道へ帰られたが、精神的に安堵したのではないかと思われる。」(p.87)と言う。

最後に、これはあまり「問題」そのものとしては指摘されていないが、看護婦の患者への対応などから、患者が、彼(女)の占める役割、とくに親としての役割を最期まで果たすことが望ましいとされていることを読み取れるような「問題」状況がある。すなわち、患者が父親あ

るいは母親らしく、子供に接することができるように援助しようとするといった看護婦の対応である⁹⁾。

たとえばケース41では、「死ぬのはこわい」「今、子どものことが一番心配」と訴える患者に対して、看護婦は、「子どもの面会も多くもつようにすすめ」、その結果、患者が「苦痛の中でも子どもと一緒に寝たり、ミルクを与えたり、母親らしい姿を見せるようになった」(p.190)ことを喜ぶ。

またケース46では、患者は、「子どものことを考えたら、絶対家に帰りたいの。」と、号泣して訴える。これに対して、看護婦は、カンファレンスを持ち、「子どものことを心配しているようであるため、彼女自身、子どものために何かしているんだということを感じられるように、状態のよいときに形になって残るもの(セーターを編むなど)をしてゆくように毎日の生活にとり入れることをアドバイスする。」(p.215)ことを看護方針の1つにする。

さらにケース15では、患者に最後まで告知しなかったことを看護婦は、「39歳という年齢、ローン返済中、理容師、子ども2人、妻のことなど考えると、残された時間をもっと有効に使ってもらうことはできなかったのかと心残りである。」(pp.74-75)と後悔する。

ここにはまた、死にゆく人は、最期まで家族に経済的その他の負担や迷惑をかけることなく、しかも、その死後、残された家族の記憶の中によき思い出となって残るという死の理想がある。

この節の内容を表に要約すると、表3. のようになる。

IV. おわりに

まず、看護婦にとって臨死患者の理想的な看護とはいかなるものであるかをまとめておこう。まず、患者およびその家族は、看護婦を援助者・指導者として信頼・依存する。そして、そうした関係の中で患者およびその家族が、理想的な死を実現する。ここでは、臨死患者以外の患者の看護における看護婦/患者関係が以下の2つの点で、拡大されている。1つは、その対象領域の点で、いかに死を迎えるかという本来の医療・看護以外の領域へと拡大されている。また1つには、看護の対象者という点で、患者のみならず、その家族をも対象とするように拡大されている。

そして、看護婦の援助・指導のもとに実現されるべき理想的な死とは、まず患者にあっては、健康なときと同じ身体的、精神的状態になるだけ近い形で、しかも、彼(女)にとって生きがいとなっているような社会的役割を最期まで遂行して死を迎えることである。通常、生きがいとなるような社会的役割とは、本人がその家族の中で占める役割と考えられている。また家族にあっては、患者の死を家族にとっての重大事として、それに取り組みなければならないとされる。そして、患者に告知しないのが一般的な我国の現状では、患者ではなく、患者の家族が死の理想の実現の主体となる。ここで、患者は弱く傷つきやすい存在として扱われる。それは、患者の家族が、患者の前では、動揺や不安を与えないように、疲労や不安を訴えることを慎み、また、患者に家族の負担になっていることを感じさせるような言動を慎まなければならないほどである。また、患者は家族に感謝し、家族は患者を心から心配し、患者の死を惜しみながら、

表 3. 看護婦からみて、患者とその家族の逸脱した関係

<p>〔問題状況〕</p> <ol style="list-style-type: none">①患者と家族の間に家族らしい会話がな②患者が家族を批判する③患者が家族に暴言・暴行を加える④家族に患者のことを案じるという気持ちがない⑤家族の面会・付き添いが少ないか、あるいはまったくない⑥患者の臨終の際に家族がその場にはいない⑦家族が患者の外泊に応じられない⑧家族が患者の面会・付き添い・外泊を拒否する⑨家族がない <p>〔問題状況の背景〕</p> <p>(死の理想)</p> <ol style="list-style-type: none">①患者、家族がお互いに思いやり、円満な関係の中で死ぬ②患者は家族に感謝しながら死ぬ③家族は患者のことを心から案じる④家族に見守られ、惜しまれながら死ぬ⑤家族に看取られながら死ぬ⑥自宅で患者と家族が最期のときを過ごす⑦患者の占める社会的役割を最期まで遂行して死ぬ⑧家族に経済的、その他の迷惑をかけないで死ぬ⑨患者は死後、遺族の中によき思い出として残る <p>(看護婦の役割)</p> <ol style="list-style-type: none">⑩患者とその家族との関係において患者が理想どおりに死を迎えるように援助・指導する

最期のときをともに過ごす。そして、患者は家族に看取られながら死を迎える。ここでは、患者にとって、死を前にして、大切なものは家族以外にはまったくないかのごときである¹⁰⁾。

しかしながら、このような看護婦の期待・理想が必ずしも実現するとは限らない。なぜなら、まず、これらの期待や理想がすべて同時には達成できないものだからである。また、看護婦の抱く死の理想があまりにナイーブで、あまりに理想主義的だからである。さらに、いかに看護婦がその死の理想の援助者・指導者を自認しても、患者や家族が看護婦のそうした役割を承認するとは限らないからである。このため、本稿で分析したような、多様な「問題」状況に看護婦は遭遇することになる。しかも、看護婦の看護上の「問題」の原因の自己帰属の傾向が、こ

の「問題」状況をさらに増強することになる。

—付記

本稿の前半部分(「Ⅲ.『問題』の背景 1. 看護婦の患者に対する期待からの患者の逸脱」まで)は、下記の拙稿を若干修正して再録したものである。黒田浩一郎「看護婦からみた臨死患者(その1)」『愛媛大学法文学部論集(文学科編)』no. 22, 1989年, pp.145-159。

注

- 1) この事例集は、日本看護協会卒後教育部が昭和56年度に行った卒後教育コースの1つ、「看護と死」のコースに参加した(正)看護婦がコース受講前に提出したレポートのうち、看護婦が臨死患者または予期せず死亡した患者の看護の中で体験したいろいろな問題についてレポートしているものを集めて、それらをそのままの形でまとめたものである。レポートは全部で52あり、その内の47は1人の患者について、その他の5は2人またはそれ以上の患者について述べている。

以下において、1人の看護婦が1人の患者について述べているレポートまたはその一部をケースとして設定している。レポートが1人の患者について述べている場合は、レポート全体をケースとし、その先頭からの順番をそのままケース番号とする。レポートが2人またはそれ以上の患者について述べている場合は、レポートの先頭からの順番がNで、レポート内で、ある患者についてM番目に述べてあるとすると、その患者について述べている部分をケースとし、そのケース番号をN-Mとする。たとえば、3番目のレポートは1人の患者について述べているので、それはケース3となる。また、1番目のレポートは4人の患者について述べているので、それぞれの患者について記述してある部分はそれぞれケース1-1、ケース1-2、ケース1-3、ケース1-4となる。こうして62のケースが得られる。そのうち、ケース1-4、ケース17、ケース27、ケース34は、臨死患者(看護婦が患者の近い将来の死を予想し、その定義に基づいて特別の配慮をしているという意味)についてのレポートではないので分析対象ケースから除外する。また、ケース2-1、ケース14-1は、それぞれ直後のケース2-2とケース14-2とはまったく対照的に、看護婦からみて患者が理想的な死を迎えているものとして描かれているので、これも除外する。このようにして、最終的には56のケースを得た。

- 2) ここに報告する研究は筆者による「看護婦からみた臨死患者」に関する研究の一部である。この研究全体のテーマ、意義、方法などについては下記に述べておいたので、ここでは重複を避けて省略した。本稿と併せて御一読頂ければ幸いである。

黒田浩一郎「看護婦から見た臨死患者」生命科学振興会『昭和61年度第1回研究助成論文集-医療と人間観』平成元年2月, pp. 65-72。また、この研究に対して生命科学振興会より研究助成(昭和61年度)を頂いた。

- 3) この傾向が生じる原因の1つとなる看護業務の特徴については、下記において検討を加えておいた。黒田浩一郎「看護婦からみた臨死患者-『死の看護事例集』にみる臨死患者の看護の理想と現実-」(未発表)。この論文では、本稿で報告する「問題」状況以外の「問題」状況とその背景についての分析を行っている。

- 4) しかし、アメリカにおいても、あまりに訴えの少ない患者は医師および看護婦から‘problem patient’とみなされる傾向があることがつぎの論文に指摘されている。J. Lorber, “Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital,” *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 16, no. 2, 1975, pp. 213-225. この論文の著者が対象としたのは、臨死患者ではない外科病棟の患者だが、彼女は、訴えが少ない患者は、医師および看護婦にとって、それだけ症状の把握がむずかしくなるから‘problem patient’とみなされやすいのではないかと解釈している。

- 5) 『死の看護事例集』にレポートを寄せた看護婦たちが用いる「家族」という語の意味は社会学者が

用いる意味とは多少異なっているように思われる。前者には、配偶者、子供、両親、兄弟などが含まれるが、現在、患者と同居しているか否かは、第1に考慮されるが、必ずしも、患者の家族であることの必要条件ではない。血縁または配偶関係にある人の中から、現在の同別居の別、血縁・配偶関係の遠近、これまでの同居の時間、家族となるべき他の人の有無などを考慮して、場合に応じてその外延が定義されているようである。筆者もこの意味で「家族」という語を用いている。

- 6) このため、家族の中から誰を選んで告知するかが医療者にとって考慮を要することとなる。というのは、家族に期待されることを最も果たせそうな、そして、その負担に最も耐えられそうな人を家族の中から選んで告知しなければならないからである。筆者が試みた何人かの医師、看護婦とのインタビューの印象では、考慮されるのは、同別居の別、血縁・配偶関係の遠近、年齢、性などである。年齢の点で高齢者と、性の点で女性は、身体的、精神的負担に耐えるのがむずかしいとみなされる傾向があるように思われる。
- 7) つぎの論文には、アメリカでも臨死患者から unorthodox medicine を試みたいという依頼があれば、それが著しく患者に害をなすものでないかぎり、医師は通常それを許可すると報告されている。B. G. Glaser, "Disclosure of terminal illness," *Journal of Health and Human Behavior*, vol. 7, no. 2, 1966, pp. 83-91. 論文の著者は、医師が許可するのは、1つには、そのことで患者の闘病意欲を高めるから、また1つには、許可しないと、患者が医師に隠れてその unorthodox medicine を利用するので、かえって、それが患者に害をなすものか否かがつかみにくなるためだとしている。なお、この論文は、アメリカにおいても、患者に告知しないことが一般的であった時代に書かれたものである。
- 8) この事例集には現われないが、ターミナルケアを試みている人々の間では、自宅で家族に看取られながら死ぬことが死の理想とされる場合がある。また、死を覚悟した患者が自宅に帰りたいたいか、自宅で死にたいと訴える場合もある。そのため、ターミナルケアの実践者や患者の家族が、患者が病院ではなく、自宅で家族に看取られながら死を迎えられるように試みる場合がある（たとえば、財団法人へき地振興財団『高齢化社会における末期医療に関する研究』NRS-84-10 総合研究開発機構助成研究、昭和61年8月）。しかし、これは、いくつかの理由から、患者の家族・親族の反対に出会う場合がある。これも筆者が試みた医師および看護婦とのインタビューによれば、第1に、患者の容体の急変に対処方法を知らない家族が自宅で死を不安に思うからである。対処方法がまずかったために、患者の死期を少しでも縮めることになりはしないかという家族の不安である。第2に、家族は、病院で治療に努めたならば、もしかしたら患者は助かったかもしれないという思いを打ち消すことがどうしてもむずかしいからである。第3に、病院に入院させないことで患者を粗末にしているとみられはしないかという世間体の悪さがある。最後の理由で患者の自宅での死に反対するのは、どちらかといえば、患者と同居し、これまで患者と闘病をともにしてきた家族ではなく、患者と同居していない、患者の兄弟や子どもなどである場合が多い。
- 9) 政治家、芸術家など、その人の占める役割の社会的影響・貢献が大きいと考えられる人物の場合は、その家族外の役割を最期まで遂行することが死の理想とされる。下記の本は、そうした人々がその家族外の社会的役割を最期まで果たしたという点でいかに理想的な死を迎えたかを、そうした人々と医師としてかかわることの多かった著者が述べているものである。日野原重明『死をどう生きたかー私の心に残る人びと』中公新書、昭和58年。
- 10) しかしながら、家族にかかわることでほとんど、あるいは、まったく触れられていないことが2つある。1つは性に関することで、これについてはまったくふれられていない。もう1つは遺産相続にまつわることで、これについては1ケースでしか触れられていない。あたかも、性愛と私有財産という、少なくとも我々の社会においては、個人の人生の最重要な側面が、死に際しては、雲散霧消してしまうかのごときである。

(原稿受理1990年7月20日)