

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

緩和ケア (2009.07) 19巻4号:312～316.

【緩和ケアにおける社会的痛みとそのケア】
生活から捉えた社会的痛みとケア
—入院という社会的痛み—

阿部泰之



緩和ケアにおける社会的痛みとそのケア

生活から捉えた社会的痛みとケア —入院という社会的痛み—

Social Pain of Hospitalization

阿部 泰之*

Yasushi Abe

Key words : 社会的痛み, 入院, メディカルペイン

● 緩和ケア 19 : 312-316, 2009 ●

はじめに

私にも入院の経験がある。確か小学校低学年の時であった。かなり昔のことなので、どんな治療をしたかなどまったく覚えていないが、なんともいえない居心地の悪さを感じていたことは覚えている。大部屋の環境になかなか慣れずに、カーテンを閉めてひたすら時間が過ぎるのを待っていた記憶がある。

“入院”は、われわれ医療者が思っている以上に、患者の生活を一変させてしまう出来事である。生活環境の大きな変化は、さまざまな苦痛（社会的痛み）を伴いやすく、また、異なった生活空間においては、もともと患者が抱えている社会的な問題が顕在化し、目につきやすくなる。

入院に伴う経済的な問題は無視できない事実である。また、入院環境では食事や嗜好に関して画一的な対応しかされず、自由を奪われる。今まで隠れていた家庭内や親族間の問題があからさまになることもある。一方で、入院によって家族との

大切な時間を奪う結果になることもある。病院のスタッフとは新たな人間関係を築くことになり、多くの時間やエネルギーを使う。入院させることで安心感を得る反面、自分のケアの力不足や疎外感を感じる家族の痛みにも気づくべきである。

入院は、身体的痛みや精神的痛みとの関連も深い。がん患者に関する研究では、外来患者の症状の数に比べて、入院患者の症状の数はより多いという報告がある¹⁾。また、長期入院がせん妄のリスクであることは有名である²⁾。

このように、入院によって患者はさまざまな苦痛にさらされる。むしろ入院という医療の枠組み自体が苦痛を生んでいるといってもよい。われわれの行っている医療行為や、医療システムが患者に苦痛をもたらす可能性をもっているということである。

本稿では、入院における社会的痛みを分類し、解説するとともに、印象深かった事例を紹介する。また、患者に苦痛を与える可能性をもっているわれわれ医療者の立ち位置についても考えてい

*旭川医科大学病院 緩和ケア診療室 : Department of Palliative Care, Asahikawa Medical College Hospital
(〒078-8510 旭川市緑が丘東2-1-1-1)
0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 入院における社会的痛みの分類

	physical environment	human environment
hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙, その他の嗜好の制限 ・画一的な食事 ・病院までの距離的問題 ・入院費用の問題 ・面会などの時間制限 ・医療用麻薬の自己管理制限 	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな人間関係をつくる労力 ・他患者との比較 ・管理的なスタッフ ・一方的な医療モデルの適用 ・医療に対する不信
leaving community	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会での役割の喪失 ・趣味ができなくなる ・生活の楽しみがなくなる ・休職, 離職 ・休学, 退学 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と過ごす時間の減少 ・家族の自責の念 ・相続問題 ・介護を巡って親族間の争い ・友人と疎遠になる

きたい。

入院における社会的痛みの分類

患者の抱える社会的痛みはさまざまであり、かつ個別的なものである。また、身体的・精神的・スピリチュアルな痛みと相互に関連していることも多く、真に社会的痛みだけを取り出して論じることは不可能である。精神的痛みと社会的痛みとの区別はとりわけ難しい。患者が示す心配は、家族に関するものも多いからである³⁾。しかし、本稿ではあえて、入院における社会的痛みの分類を試みた。一臨床医の思考過程を表したものであって、その妥当性が検討された分類ではない。あらかじめご了承ください。

分類は、相反している事象2組を掛け合わせて構成することにした(表1)。まずは、病院環境に入ること(hospitalization)と既存の生活環境を離れること(leaving community)の2側面を分けて考えることにした。入院は病院での生活が始まるということに加えて、本来の生活の場を離れるということも意味している。このどちらからも社会的痛みがもたらされうるという認識が必要である。

次に、物理環境(physical environment)と人間環境(human environment)の2側面から痛みを分類した。人はさまざまな環境に影響され、またそれに依存して生きている。入院は生活環境自体が変わることであるため、施設のアメニティーなどの物的環境や、経済環境、社会環境の変化

に影響を受け苦痛を生じる。また、病気が進行するほどに、患者をとりまく人間との関係性も複雑化してくる⁴⁾。

この2側面について軽重をつけずに評価することが必要である。この2側面×2組=4分類を使うことで入院患者が抱える社会的痛みを理解しやすくなると考える。ただし、他の分類がそうであるように、分類すること自体が目的ではなく、分類を使用することで患者の苦痛を多側面から捉えることが目的である。

以下、それぞれのカテゴリーについて解説する。

1. hospitalization×physical environment

喫煙や食事などの制限、病院までの距離的問題、入院にかかる費用の問題、などが含まれる。このカテゴリーに入ってくる問題を解決するには、施設や組織のルール変更が必要だったり、法的整備を待つしかないこともある。しかし、中には患者・家族の情報不足から“していない”だけのこともあるため(たとえば、食事のもちこみが可能であると知らなかった、など)、ニーズの把握と十分な情報提供が大切である。ルール変更に当たっては、施設のリスクマネージャーとの協議も必要なことがあり、留意する必要がある。

2. hospitalization×human environment

新たな人間関係形成(スタッフ・同室者)に使う労力、同じ疾患の他患者と比較をしてしまうこと、また比較されること、日々決まった質問に答え続ける苦痛(「痛みは10点満点で何点ですか?」)、一方的な医療モデルの適用、などが含ま

れる。もともと医療不信がある患者の場合には、なおさら、医療者との人間関係形成に難渋する。

このカテゴリーは、入院医療が抱えるジレンマそのものである。医療行為は基本的に善意で行われているが、善意であるからといって、すべてが患者の救いになるわけではない。その行為が的外れだったり、タイミングを逸していれば、むしろ苦痛を強める危険性をはらんでいる⁵⁾。まずは、このジレンマに気づくことが重要である。

3. leaving community×physical environment

地域社会での役割の喪失、趣味や日々の生活の楽しみが奪われること、休職や離職などに伴う痛みである。このカテゴリーに含まれるのは、施設にいる医療者が見逃しがちな痛みである。入院は病院という環境に入ることと同時に、今までの環境を離れることも意味している。

入院によって、今まで築きあげてきた社会的役割や仕事、自宅での生活などすべてから引き離される。引き離されて初めて、普段は自然としていたこと、たとえばいつもの椅子に座ること、決まった時間に新聞を読むこと、窓からみえる風景、などが大切に思えてくる。もう1度生活に戻る見込みがない場合には、この痛みはよりいっそう強くなる。入院前に患者の周りにあった環境に興味を示し、可能な範囲でそれらを入院環境にもちこむことも考慮されるべきである。

4. leaving community×human environment

愛する家族と過ごす時間の減少、親族間の問題(相続、誰が患者をみるのか)の顕在化、「力不足で家に居させてあげられなかった」という家族の自責の念、などが含まれる。コミュニティーを離れることで、患者が今までつくり上げてきた人間関係も変化を来す。患者を入院させた家族は、安心感を得る一方で、自分のケアの力不足を嘆く。それを感じ取った患者もまた苦しむ。

家族以上のつながりをもった友人の存在は、われわれが患者のことをよく知ろうとしていなければカルテの片隅にすら記載されないが、患者にとっては重要な事柄である。入院していても家族は

もちろん、患者の周囲にあった多くの人間関係を維持するような働きかけをすべきである。場合によっては、病気によって歪んだ人間関係を悪化させない、または修復するアプローチも必要となることがある。

事 例

社会的痛みが強く、印象に残っている事例を紹介する。なお、本事例提示に当たっては患者の生前に本人および家族から、匿名性に配慮したうえで、経過の提示許可を得ている。

40歳代の彼は大腸がんを患って、手術治療、術後に抗がん剤治療を受けていたが、治療効果が得られなくなり、主治医から積極的抗がん治療が困難になったことを告げられた後であった。同時期に脊椎転移による背部痛が増強し、疼痛治療のため紹介となった。背部の痛みは薬物療法と放射線療法により間もなく軽減したが、脊髄圧迫はコントロールしきれずに完全対麻痺となった。麻痺を来した後の彼は不安が強く、一方で強い虚無感を感じていた。それには彼が若かったことや、養護学校教諭という職業的な背景も手伝っていたに違いない。このような職業的背景に伴う社会的痛みはカテゴリー③「leaving community×physical environment」に分類される。

その後、ケアをどうするかスタッフでの話し合いが行われた。彼の趣味が鉄道写真であることを知っていた私たちは、意識して趣味を含む“彼らしさ”に光を当てることで、彼の心理社会的な側面を支えることにしていった。

彼の表情もいくぶん和らいだ頃、部屋に彼が撮りためた写真(すべてモノクロの蒸気機関車)を飾ろうということになった。筋を通そうとしたスタッフが病院施設課に連絡をしたところ、職員が部屋までやってきて、「感染対策上そういうもの飾れないことになってるんです」と本人の前で伝えるはめになった。その後、彼の虚無感が強まったのはいうまでもない。「こんなことなら最初から飾るなんて言わなければ」と彼は思ったに違いない(結局、施設課には届けずに写真は飾ること

にした)。

しかし、ここで施設課職員だけを責めるわけにはいかないであろう。写真を飾るということが、この時の彼にとって重要なことと判断したのであれば、われわれは(他科の医師が彼に何をいうかをケアするように)この職員が何をいうかをケアすべきであった。個人だけではなく、施設全体としてのホスピタリティーが重要であることに気づかされた瞬間である。この時の彼の社会的痛みはカテゴリー①「hospitalization×physical environment」に分類される。

彼は両親と離れて暮らしていたが、半ば飛び出すようにして実家を出てきていた。特に父親との関係性は良いものではなかったが、両親は遠方にもかかわらず、交代で看病に当たっていた。しかし、なんとなく距離感があり、彼はそれを形式的・表面的な看病であると捉えていた。この時期には、お互いに一緒に過ごす時間が苦痛であったに違いない(この時の彼の社会的痛みはカテゴリー④「leaving community×human environment」に分類される)。

彼ら家族の様子をみて、われわれは彼と両親同席の場を設けて、医療者がサポートしながら話し合いをした。「もっと僕の気持ちを分かってほしい」と本音で語った彼の思いを、両親は真摯に受け止め、その後両親のケアの姿勢は変化した。亡くなる前日、彼が「僕はずっとお母さんが1番好きだと思っていたけど、今、分かったよ、本当はお父さんも大好きだったんだ。みんなにありがとうって言わなきゃ、ありがとうお父さん、ありがとうお母さん、ありがとう…さん…」としぼり出した言葉にすべてが集約されているであろう。社会的痛みを解決しようとすることは重要なのである。

メディカルペイン

これまでみてきたように、われわれが提供している「医療」は、患者や家族のメリットになるものばかりではない。薬や治療の副作用はいうまでもないが、われわれ医療者が気づきづらいところ、

たとえばちょっとした言葉の使い方や、対応の所作、医療側のルールなどが、図らずも患者に苦痛を与えていることがある。そもそも構造的に医療は苦痛を生じさせざるをえないものようだ。“iatrogenic”よりはもう少し広い意味で、私はこれを“メディカルペイン (medical pain)”と呼ぶことにしている。前述の分類のカテゴリー①、②などは、まさにメディカルペインと呼ぶにふさわしいものである。全人的痛みの評価というと、患者側の要因を評価するだけになってしまうことが多いが、患者に影響を与えている医療側の評価を同時にしていかなければならない。

われわれの中には、患者の苦痛を取り除く可能性と、患者に苦痛を与える可能性が併存してしまっている。この paradox に早く気づき、今から行おうとしているケアや、患者とのコミュニケーションをよく考えなおす必要があるのだろう。医療側の都合だけで動いていないか、自分の理想を押し付けてはいないか、患者の本当の意向を聞いているだろうか、その医療行為は本当に妥当か…。善意の行為がメディカルペインにならないように、すべての医療者が自分自身を見直さなければならない。

おわりに

生活環境の質がその人の生活の質を決定する⁹⁾と考えると、入院のように環境が変化した場合に、患者に影響を与えている環境を十分にアセスメントしなければ、良いケアにはつながらない。アセスメントすべき環境は多くあるが、前述の分類のように、多側面から捉える工夫をすることで、さまざまな社会的痛みに気づくことが可能である。

入院という大きな環境変化に遭遇している患者を救っていくためには、社会的痛みを適切に評価するとともに、自らが入院環境の一部であり、メディカルペインを与えうる存在であることを認識する必要がある。そのうえで、患者の能力を最大限発揮できる「生活環境を一緒につくっていく」姿勢がわれわれに求められている。

文 献

- 1) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al : Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 291 : 88-93, 2004
 - 2) Stevens LE, de Moore GM, Simpson JM : Delirium in hospital ; does it increase length of stay? *Aust NZJ Psychiatry* 32(6) : 805-808, 1998
 - 3) Saunders C, Baines M, Dunlop R : Living with Dying ; A Guide For Palliative Care. 3rd ed, p.49, Oxford University Press, New York, 2003
 - 4) Roger Woodruff : Palliative Medicine ; Evidence-based symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer. 4th ed, p.66, Oxford University Press, Oxford, 2004
 - 5) EPEC-O participant's handbook
 - 6) Rapp C, Saleebey D : Environmental Context, Opportunity, and the Process of Recovery. The Role of Strength-Based Practice and Policy. The Strengths Perspective in Social Work Practice. 3rd ed, p.247-263, Allyn and Bacon, Boston, 2002
-