

『海の向こうから考える桜ヶ丘キャンパス』 フランス緩和ケア研修の現状と課題

塚田 澄代

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 健康科学専攻
社会・行動医学講座 心身歯科学分野

Hommages à Madame le Docteur Guillemette LAVAL,
Responsable médicale de l'équipe pluridisciplinaire,
Equipe Mobile de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support
et à Madame Noëlle CARLIN,
Cadre de Santé de l'Unité de Recherche et de Soutien en Soins Palliatifs,
CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble

この度機会があって、フランス南東部のグルノーブル大学病院で、2度にわたり緩和ケアの研修を行う機会を与えられた。2010年2月22日から26日の5日間と、8月24・25日及び9月6日から8日の5日間の合計10日間である。同病院は多分野チームとして3様のサービスを行っている。サポートケアコーディネーター、緩和ケア移動チームおよび緩和ケア病棟施設である。

1. 緩和ケア組織

サポートケアコーディネーターは、院内外の患者が苦痛、栄養、心理・社会的支援等に関して専門家のサービスへのアクセスを円滑にする部門である。院内では移動チーム・病棟ケアのコーディネーターに関わる。院外では、他の医療機関の医師の紹介による患者を診療し、家族をも含めて現状を把握し、通院か在宅ケアか入院かを決める。その際、他の機関で患者を診療した医師、その後在宅緩和ケア患者を訪問診療している医師等と電話・書面において密に連絡を取っている。更に必要に応じて受け入れ態勢を整えている。構成メンバーは、医師2名とソーシャルワーカー1名である。医師は、多分野チームとして統轄する総責任者50代半ばの女性医師ラヴァル氏が兼任するほか、他の2部門を兼任する32歳の男性医師が従事している。

移動チームは、病院内に緩和ケア科を構えながら、自らの部署には入院患者を有しない。他局の医師の依

頼に応じて、チームが移動して各々の仕事をする事になっている。構成メンバーは、主任医師(30代女性)のほか、前記の2人の医師、診療補助部門のスタッフとして看護師長(50代前半)、看護師2名(30代男性、40代女性)、マッサージ・運動療法士2名(出会った人は50代後半)、臨床心理士2名、ソーシャルワーカー(50代後半女性1名)、秘書2名(40代前半と30代半ば女性)である。この移動チームは、緩和ケア病棟よりも古い伝統がある。20年ほど前に創設したそうである。

緩和ケア病棟は、同病院では、2009年12月に10の病棟を開設したばかりである。病棟の責任者は前述の32歳の医師である。その他の医師は総責任者ラヴァル氏と非常勤の50代の女性勤務医の2人である。診療補助部門スタッフは各1名で非常勤の心理士を除いては移動ケアと兼任である。

このほかにもボランティア活動の人々が関わっており、親身になってメールによる質問に答えてくれた移

動ケアの看護師長によれば、10人ほどではないかとのことである。正確には把握していないとのことである。彼女によれば、フランス人たちは、ルソーの社会契約論の影響もあって、ケアを含めた恵まれない人への援助は国家の任務だと思っている。ボランティアは国家によってその報酬を支払われるべきであり、失業者の仕事であると考えている人が多いとのことである。その点、国家が国民生活に介入することを望まず、善意の人たちが慈善団体を創り、寄付によって私的に運営している英米とは大きく異なっている。

2. フランスの緩和ケアの歴史

ここでフランスの緩和ケアの歴史と理念を簡潔に振り返っておこう。フランスは上記の実情からか、1967年に自らホスピス病棟を開設したソングースの活躍したイギリスに比べて後れを取っており、ガルニエという若い女性が、不治の病に冒された人々を受け入れる会をリヨンで創設したのは1842年のことである。1847年に、その会の後援を受けて、ジュッセという女性がパリにホスピスを創り、それが現在80病床あるフランス最大のジャンヌ・ガルニエ緩和ケア病院へと受け継がれている。また1973年にはヴェルスぺレンという神父がソングースの開設した聖クリストファー病院へ研究に行き出版した書籍が大評判となり、保健省も終末期の患者の支援の必要性を認識するようになり、諮問機関を設置する。しかしこの機関は、公式には苦痛緩和に賛意を示すという結論を出したものの、継続審議を行わなかった。1970年代末に終末期の苦痛の治療に関するイギリスの業績がフランスの雑誌に掲載されると、多くの医療従事者たちは、臨床医学研究・看護研究・倫理的考察・ボランティア制度・在宅介護が非常に進んでいるカナダのケベックへ研修に行く。その後1984年にグルノーブルでは、癌学者が中心となって「死まで生の支援を (JALMALV)」という協会を設立し、末期患者に対して最後の一息まで尊厳をもって接するために教育・交流・支援の場を提供すると運動がおこり、後に全国組織の連盟となるが、これは病院内でのケア機関の枠外の運動である。病院に初めて緩和ケア病棟を導入したのは、1987年のパリにおいてである。医療法によって全ての病院に緩和ケアの導入を決めたのは1991年である。更に又2005年には、過度の延命措置を中断する患者の権利、患者の治療拒否の意思を尊重する義務、苦痛緩和のため生命が短縮される危険性がある治療を行う可能性など尊厳死を法的に保障するレオネッティ法が成立した。(間接的安楽死とし

て、日本では実際には認められていない。)研修先の緩和ケア部門のホームページでは、この法に則るとともに、1996年に緩和ケア学会の以下に様な定義を掲載し、その行動原理を示している。「緩和ケアとその支援は、患者を死にゆく人としてではなく、生きている人として、その人の死を自然な過程とみなす。(…)ケアに携わる者は死まで最良の生活(生命)の質を守りその近親者の喪の支援を提供する」。

3. 緩和ケア研修実体験

1) 移動ケア

さて私がまず2月に体験したのは、移動チームにおける研修である。この研修に至る経緯は次のようなものである。私が多少なりとも研究対象にしている20世紀フランス哲学者のガブリエル・マルセルの死生観・希望論をなんとか具体的に役立てる方法はないかと模索しているうちに、緩和ケアに応用できないかと思いついた。そして昨年度過去の留学の地であり、精神医学の伝統からして、精神的ケアが発達しているに違いないフランスの病院で研修できないかと思いついた。可能性が高いと思われたのは、私の留学先で殆ど毎年滞在する友人宅のあるグルノーブルの病院での研修であった。インターネットで調べたところ大学病院と医院の2か所が出てきた。フランス出発2週間ほど前に双方に手紙を出して、研修願を出したが梨のつぶてであった。友人に事情を話したところ、大学病院の秘書課に電話してくれて、前述した主任のラヴァル医師と会う約束を取り付けてくれた。指定の日に友人と8時半ごろに行ったら待たされたが、快く1時間近くも対応してもらえた。その後、積極的に親切な指導を受けることになるきっかけとなったと思われたのは、私が訪問の直前にフランス人の旧友に勧められて中部フランスで1週間の黙想会に参加したことであった。それは脳炎の後遺症で半身不随になったマルト・ロバンという女性が、28歳から1981年に亡くなる79歳まで51年間キリストのご聖体以外のものを食さず生き、愛と祈りに身を捧げることによって苦しみを光に変えるために建てた黙想の家での共通の経験である。ラヴァル医師は、公立病院において宗教色を出してはならぬという義務感から患者に聖人伝などに興味があると言われても直接貸したりできないということに対して、すっきりとしないものを感じていたのが、周りのスタッフに信仰に関心のある人が少なく淋しく思っていたのか、私の次年度の研修に対してすぐに受け入れる意向を示してくれた。その他、自分は元々は胃腸科の医師

であったが、患者の苦痛を和らげる仕事を中心にしたいと緩和ケアに転身したと語った。また『緩和ケア：命のケア』¹⁾という題名で、医師と言語治療士が対話し、緩和ケアについて網羅的かつ簡潔に説明している本を下さった。

こうして2010年2月にまず移動ケアの研修に参加することとなった。初日は10時に来るように言われたので行くと、カンファレンスルームで看護師を始め各メンバーが昨日の患者訪問の時の患者の病状などを報告し、その後ラヴァル医師が当日のスケジュールをスタッフに言い渡した。カンファレンス後、彼女が医務手続きの仕事をする間、奥の6番目ほどの部屋に通された。2人の心理士が冬のヴァカンスに出かけているので、コンピューターも含めて自由に使っていいとのことであった。また廊下の棚には書庫があり、自由な閲覧もコピーも許された。そこには、心の防衛機構によって病気の現状を認めようとしぬい実情分析と対策についての患者・ケアスタッフ・家族向けの心理・精神分析的書籍や哲学的に生の終末を考察し、人間のもろさ、自律と尊厳、安楽死、死の諸様相などを取り扱った書籍などが揃っていた。ラヴァル医師も患者さんと向き合うに当たって精神分析を学んだことが役立ったと言っていた。

しばらくすると、彼女が患者の入院病棟に診察に行くと言ってきた。オピオイド系鎮痛剤の一覧用量表とそれに伴う患者と家族向けの副作用としての便秘対策のための食物と飲料水の丁寧な説明パンフレット等くれた。移動中に患者の姓名・症状等について教えてくれた。急いでノートにメモした。5日間の移動ケアの研修中14人ほどの患者さんに平均2回は会うことができた。回診は2人の移動ケア専門の看護師を伴うこともあった。先に手当てを依頼することもあった。まず呼ばれた科の詰所に行って、カルテを見なおし、その科の医師・看護師と短時間ではあるが、患者の症状・経過などを話し合った。その話し合いは、看護師とのほうが回数が多いように思われた。医師とは既に了解ができているのか、廊下での立ち話の時もあった。その後、病室を訪れた。患者は、大抵ベッドに横たわっていて、午後は家族がいる場合が結構あった。医師が私を日本から来た研修生であると紹介してくれ、同席する許可を取ろうとすると、皆心もち願ってくれた。特に印象に残る4人について記したい。各々がその個性を見せてくれた。

1人目は65歳の肉づきのよいC夫人である。糖尿病の併発症腎不全で透析をしているとのことであった。

知的障害があり、自己の症状についての理解ができていないとのことであった。傍らには面倒見がよさそうな夫がいた。フェンタニルパッチの張り替えや痲皮などの治療中は退室し、その後再入室すると、彼女の子供たちを面会に呼ぶことが話題になった。ラヴァル医師の話によれば、あと1週間持つかどうかかわからないということであった。子供達は、若い時に別れた前夫との間の子で、息子はC夫人が引き取って育てたが、娘は前夫が育てたとのことであった。2人とも成人し家庭をもっているが、ほとんど会いに来なかった。特に娘は9年も会いに来ず、現在の夫が何度連絡を取っても、明らかに嘘とわかる言い訳をして来ないとのことであった。ラヴァル医師は「あなたを見捨てることにはないですよ、C夫人。私たちはいつもあなたと共にいますよ。治療をしていますからね」と言い残して退室した。その後ソーシャルワーカーが子供たちに連絡を取って2日後子供たちが面会に来ることになった。その前に医師と私が行ってみると、C夫人は私を見て「私たちは知り合いね」と言ってくれた。医師は「今日お子さんたちがいらっしゃるから、いつもよりしっかりしていますね」と声をかけると、彼女は「当たり前ですよ。子供に会えてうれしくない母親なんていません」ときっぱりと言い切った。知的障害のある人には思えなかった。また昨日母親の夢を見たと言ったので、医師が「お母さんのところへ会いに行く準備ができていますか」と問うと、「はい」と自然な感じで答えた。不安そうだったのは、むしろ中年になってから出会って50代でこの夫人と正式に結婚した主人の方であった。誠実な人柄に心を打たれた。

2人目は悪性黒色腫の45歳の男性P氏であった。機械工であったが辞めたようである。骨や脳に転移して腹部にも痛みがあると医師が会う前に説明してくれた。化学療法も行っているが、いずれは激痛に苦しむかもしれないと気の毒がっていた。心を揺さぶられたのは、妻の泣きやまない姿と、14歳の1人息子も父親の病気を知っていると聞いた時の患者の平静な態度であった。

3人目は、1人目と対照的な60歳のB夫人。元歯科医師で、夫はワクチン接種医とのことで、知的でおしゃれでヴァカンス中に着る外出着のようなワンピースを着ていた。20キロやせたという。この人も悪性黒色腫であった。肺の感染症を引き起こし息苦しかったとのことであるが、訪れた時は物静かな様子で、医師に不具合を聞かれると、おなか痛いと言った。鎮痛剤の副作用の結果であるということ、リラックスす

るために後でマッサージ師を呼んでクリームでリラクゼーション・マッサージをすることとなった。この人は何も隠している様子ではなく、パリに生まれて42歳の時に夫の仕事の関係でグルノーブルに住むようになり、多くの土地を旅したと語るが、薬によって不安を抑えているのか、活気が感じられなかった。

4人目は一番ドラマティックであった。この人の場合は、夕方6時近くになって、突然ラヴァル医師が老人科病棟へ呼び出された。半身不随で、腸炎で直腸に亀裂が生じ腹膜炎を起こしているとのことであった。行ってみると患者が「死にたい」と大声でわめいていた。81歳とはとても思えない声であった。居合わせた看護師がパン屋を経営して比較的裕福な人で、経済的な悩みもあるわけでもないとか、娘さんたちがいるから連絡したと説明してくれた。医師が話しかけても、わめき続けた。医師は鎮めるために、自ら直接的にはパッチか経口薬でしか手当できないので、その科の看護師に鎮痛剤の注射を指示した。そして彼女はすぐに退室し、別の建物の緩和ケアに用事があると言ったので付いて行った。再度病院に戻る途中で、放心した様子で、「あの人はもう今頃亡くなっているかもしれない」と漏らした。どうしてですかと聞くと、注射後、触った様子で分かったと言った。でもそれしかできなかったと、自分に言い聞かせるようにして病室に戻ってみると、まだ生きていた。

2) ケア病棟

次はケア病棟の2日間の経験についてである。ここでは死がもっと間近であった。32歳の主任医師に会った時は多少緊張した。というのは、半年前の2月の研修の時にラヴァル医師について挨拶に行くと、にこやかにほほ笑んでくれたのに、突然彼女に向かって「あなたはいろいろ僕に押し付けすぎる」と怒りを爆発させたのを見てしまったからである。少々せっかちな気性であったが、親切も示してくれた。ただ初めは非常勤の女性医師の方が気を配ってくれて、朝のカンファレンスの後、患者のところへ連れて行ってくれた。この医師はラヴァル医師のカトリック関係の教会活動を通じての仲間で、毎日数時間は出勤していた。10人の患者中6人を訪問できた。

中には見かけは元気そうな人もいて驚いた。太って赤いTシャツを着た62歳の男性は病室で立っていた。前立腺がんであるが、以前の激痛は治まり病態が安定しているから3度目の退院を勧められた。ただ妻は面倒見が悪く、子供達も遠くにいてあまり会いに来ないので、医師は老人ホームへ行くことを以前家族に勧め

たが、眼前で本人の受諾を求めた。医師は「生活の負担が軽くなりますよ」とか「私達はあなたを愛しているのですよ」と励ました。

このような人は例外で、後は厳しい状況に直面した。1人は転移性直腸癌の64歳の男性K氏であった。痩せたインド人風の物静かな人であったがポーランド人で母親はイタリア人だと言っていた。移民者としての生活適応に苦勞したのか、アルコール中毒の既往症、現ニコチン中毒という記載があった。浮腫・腹水症でお腹が腫れているのが分かったが、嘆く様子もなかった。後にリクールが書いた、彼の妻の緩和ケア医師の証言「まさに死に向かっている患者たちの意識が明晰である限り、自分を瀕死の人、まもなく死ぬとは感じず、まだ生きていて感じており、死の半時間まえまでそうなのである」²⁾を読んでなるほどと思った。この人の6日後の死を私は後に医師がくれたカルテで知った。

イスラム教徒と思われるF夫人の場合は、主任医師と詰所にいたとき「Fさんは亡くなりました」と看護師が知らせにきた。彼女は59歳で、前年度乳癌で肝臓・骨転移しホルモン療法次いで化学療法、今年脳への転移が見つかりX線治療を受けた。ひたすら眠っていた。主任の医師が20歳前の女性とその兄を控室へ呼んで明日までもつかどうか確かでないと言った。彼らのすすり泣きを聞いて、私も思わずもらい泣きした。退室後、医師が辛いねと漏らした。翌日医局へ看護師が医師を呼びにきた。医師の予告通り亡くなった。イスラム教徒に特有で一族15人近くが集まった。昨日出会った若い女性は、私を見て、共に涙を流したからか、ほほ笑んだ。

後の主任医師へのインタビューで、ケア病棟の入院は平均9日で、50%はその間に死亡、25%は在宅ケア、25%は療養所に行くとのことであった。

3) 哲学者との出会い・講義受講

9月初めラヴァル氏の紹介で、彼女の友人でグルノーブル大学病院にも講演に来たことがあるリヨン・カトリック大学の哲学者ペロタン女史を訪ねて対話し、彼女の論文について質問をした。彼女の論文の1つは、医師が死にゆく患者に対し、死を根本的な喪失として緊急な対応を取ることへの警告、患者の自律とは他者の世話にならない自足ではなく、共通の状況を分かち合うことによって生に意味を与えることであるということ等について論じている。死後の生の問題について聞くと、あくまでも宗教ではなく、倫理の範囲で書いたと答えた。

9月の3日間の研修期間には、看護師長の救急隊員向けの講義を病院の隣接教室で受けた。親近感を抱かせる人で、パワーポイントで緩和ケアなどについて定義・歴史・法・地域活動・哲学など多角的なアプローチで分かりやすい授業を行った。生徒は一見放任主義家庭に育った集団のようであったが、リラックスして質問や意見を述べて、意外に熱心であった。看護師長の哲学の知識に驚いたが、リール大学で実践哲学を専攻したようだ。

更にラヴァル氏が心理士と共同で行った医学部4年の講義も受講した。安楽死を望んだ入院患者の症例のプリントを配布し、学生との対話による授業であった。家族が抱く自己のイメージを壊さないことに固執する72歳の婦人の心理とそれからの解放について活発な議論があった。38名中31名が女子学生で驚いた。

以上の研修で学んだことは、スタッフの献身、患者にかける温かい言葉、患者を心理・社会面も含め全面的にサポートする姿勢、自己の個性を患者との対話に生かして作る絆、スタッフ間の名前で呼び合うフレンドリーな関係等多くある。患者の全人的苦痛に対し、身体的・精神心理的・社会経済的なケアは比較的充実しているように見受けられた。

ただこの分野が比較的新しく、全体の医療の中で認められるための努力に力を傾けるのに精一杯のゆえに、患者のスピリチュアルケア 人生の意味・自己の存在の価値などについての再発見の機会 はまだ十分に与えられていないように思われた。2人の医師に筆者がベニスの国際学会で発表したばかりの「マルセルの《希望》は現代人の死生観に影響を及ぼしうるか」の原稿を渡したが、1人は多忙故返事無し、1人は読ん

ではくれたが、この分野で、4年目で、まだ経験が浅く、関心はあるが、そこまで考察する余裕がないとの答えであった。その希望論とは、人間の本質は現状に満足せず、希望することであり、生きる意味を創造的に解釈することである、という考えである。人間には死後に生存したいという願望があるが、それを断念する必要はない。なぜなら、人間には現状の心理・身体の構造を超えた目に見えない力があり、目に見える身体が死しても更にもっと完全な世界で亡くなった人たちと交流できる希望もてるからである。この点に関して、前述した『緩和ケア：命のケア』のガイドブックを担当した緩和ケア医師も、純粋に医学的な観点を超えて、人間とは何かという人間の本性についての哲学的でスピリチュアルな問題があることを認めている³⁾。ただし、この問題は各人の信念に自由に任せるとしているが。

また宗教的ケアに関しては、移民国家であるがゆえに、ヨーロッパでも特異といえる厳格な政教分離政策下の不自由さも見えた。しかしその中でも、時には自分の宗教観からの言葉を患者にかける個性ある医療スタッフの存在を確認できた。これは長期展望で考察すべき課題である。

参考文献

- 1) Blanchet V. & Brabant A. : Les soins palliatifs, Paris, Spinger, 2009
- 2) Ricoeur, P. : Vivant jusqu'à la mort, 42, Paris, Seuil, 2007. ポール・リクール, 久米博訳: 死まで生き生きと, 42, 東京, 新教出版社, 2009
- 3) Blanchet V. & Brabant A. : Les soins palliatifs, 120-121, Paris, Spinger, 2009