

# がん治療の実状と終末期の対処

宮 坂 和 男

(受付 2000年5月9日)

## 1. 『患者よ、がんと闘うな』の衝撃

近藤誠（慶応大学病院放射線科医師）の著書『患者よ、がんと闘うな』（以下『がんと闘うな』と略記する）がベストセラーになり、大きなセンセーションを巻き起こしたことは記憶に新しい。注目すべきことは、その内容が衝撃的だったこともさることながら、それが1996年に出版されたということである。決して遠い過去ではない。われわれはこれほど最近まで、がん治療の現実について真摯に考えることがなく、漫然と医学の進歩に期待していた節がなかったであろうか。また、この書を日本人全員が読んだわけもなく、さしたる根拠もなく医学の進歩に期待する風潮は、いまだ一般的となっているように思われる。

いまや三人に一人ががんで死ぬ時代である。がんを経験する人は当然それ以上であり、日本人が今後さらに長命になれば、いつか半数以上の人のがんを経験する時代が来るかもしれない。

ところが、これほど多くの人々の死に関わる事柄について、われわれは無知なのである。といっても、これは単にわれわれ一般人の知的怠慢によるものではない。『がんと闘うな』は専門のがん治療医にも多大な反響を呼び、様々な論争を引き起こした。つまり、医師の間でも確たる学説や治療法が確立していないのである。しかもそれは、医療技術の日進月歩の進歩に追いつけない医師がいるということではない。「がん」という病をどう捉えるか、という根本的な了解に関して見解が一致していないのである。

『がんと闘うな』で近藤が提示した有名な理論として「がんもどき理論」がある。近藤によれば、一般に「がん」と見られているものは「本物のが

ん」と「がんもどき」とに分かれる。区別の指標は転移があるかないかである。「本物のがん」は、原発巣の発生から程なく（例えば一ヶ月後）他臓器等に転移し拡大してゆく。それをくい止める術はない。それに対して「がんもどき」は転移しない。それは「がんに似て、がんにあらざる病変」であり、「みたところ本物のがんにそっくり」だが、転移しないという点で「本物のがん」とは決定的に異なる、と近藤は言う（近藤（1996），p.193）。そして、それは放置しておいても命取りにはならないという。

また近藤は、今日手術等で治ったとされている「がん」は、すべて「がんもどき」であり、「本物のがん」はいかにしても治らない、とも述べている。例えば乳がんに関する統計を検討してみると、早期発見・早期治療する件数は年々増加しているにもかかわらず、乳がんによる死亡率はほとんど変わっていない、という（近藤（1996），p.194ff.）。したがって、早期発見・早期治療されたのは実は「がんもどき」であり、放置しておいても構わないものであったことになる。これは、これまで行われてきたがん治療をすべて無効と見なす、衝撃的な説である。

「がんもどき理論」を突きつめれば、がんを治そうとする試みは一切必要ない、という極めて単純な結論に行き着く。発見されたがんが「本物のがん」である場合には、それを治療する方法はない。治らないのに手術等の治療を受ければ、徒らに苦痛を味わうだけである。したがって放置する以外にない。また他方、「がんもどき」の場合には、放置しておいても命とりにはならないのであるから、これまた何ら治療を施す必要はない。いずれにせよ、がんが発見されても治療する必要はまったくない、ということになる（近藤（1996），p.200）。また早期発見・早期治療も無意味であり、検診も必要ない。とにかく何もしなくてよいことになるのである。

「本当だろうか」と思うのが大方の反応ではないだろうか。あらかじめ言っておけば、「がんもどき理論」を受け入れるのはやはり難しい。この理論を鵜呑みにすると、治るがんも治らなくなる、というのが実状であろう。ただ、近藤の諸説がすべて無意味でまやかした、というわけではない。近

藤が世に与えたインパクトは、まさに功罪相半ばしており、その「功」と「罪」とを整理することが、がんに対する然るべき対処を考えるための端緒となろう。

## 2. 近藤理論の功罪

まず近藤理論の「功」から見て行こう。それは一言で言えば、QOL（生命・生活の質）への着目を促した点にある。がんが発生したとき、それを根絶しようとして積極的治療を施すのは、必ずしも有効ではない。とりわけ抗がん剤の副作用は凄まじく、それを投与することに本当に意味があるかはかなり疑わしい。抗がん剤によって腫瘍が縮小するとしても、投与の間苦しみ続けなければならず、結局のところ治らないのであれば、一体何のために投与するのか、ということになる。極端なところでは、抗がん剤によって腫瘍は完全に消えたが、そのかわり患者も死んでしまった、というケースも報告されている（近藤（1994），p.138f.）。また近藤の説では、抗がん剤によって治るのは、急性白血病などの主として液状のがんで、それはがん全体の10%にとどまるという。固形がんにはほとんどの場合抗がん剤は効かない、と近藤は言う（近藤（1996），第1章）。

抗がん剤がどの程度有効かについては諸説あって、議論が絶えないところである。近藤とは違って、抗がん剤が年々改良されていることを強調し、近年では副作用が著しく軽減されていると主張する医師もいる（平岩）。私見では、抗がん剤については近藤の主張のほうが説得力があると思う。というのは、副作用の苦痛を本当に知ることができるのは、患者本人以外にいないからである。医師の立場から「副作用は軽減されている」といっても説得力はない。どこかの諺で言われているように「他人の痛みは百年我慢できる」のである。私が個人的に聞いた話では、抗がん剤による治療を受けたところ、筆舌に尽くしがたい副作用に襲われて驚き、迷わず治療を中止してもらって民間療法に切り替えたという。かなり最近（1999年）本人から直接聞いた話である。

助からない場合でも「できる限りのことをしよう」と考えるほうが一見良識的に思えるし、実際にそのような方針でがん治療が行われてきた。本人には告知せずに、医師が家族と相談して治療することが習慣化したため、このような風潮がより強まったのであろう。だが、このような考え方の誤りが近藤によって明らかにされたのである。「できる限りのことをしよう」という一見良識的な判断は、患者本人の立場からすれば明らかに間違っている。治るわけでもないのに副作用に苦しまねばならず、自分が思うように限られた時間を使うことができないというのは、患者にしてみれば理不尽以外の何ものでもない。患者自身の立場に立てば、まず考えねばならないのは、できる限り高いQOLを維持することである。何よりこのような考え方の転換をもたらしたところに、近藤の功績はあると言えよう。

次に近藤がもたらした「罪」について見ておこう。先にも触れたが、「がんもどき理論」がもたらした罪は大きい。確かにこの理論は興味深く、真理の一面を突いてはいるが、これを真に受けると取り返しのつかない誤りを犯すことにもなる。治るがんも治らなくなるのである。実際にそのようなケースが近年増えているという指摘もある(中島, p.280)。「がんもどき理論」をわれわれは修正しながら理解しなければならない。がんの種類は極めて多様であって、どのような対処の仕方をすべきかを一筋縄で決定することはできない、というのが真実であろう。がんの性質は何より発生した部位によって異なるし、また個体差がかなりある。例えば胃がんの患者が100人いれば、同じ胃がんでも100種類の異なるがんが発生したと考えるべきである。竹中文良(元日赤医療センター外科部長, 日本赤十字看護大学教授)の言い方を借りれば「がんには個性がある」(竹中(1997), p.29)のである。

近藤に限らず多くのがん専門医は、「がんもどき理論」を唱えたいくなるような経験を経るようである。甲状腺がんの世界的権威である某医師が、竹中に次のように打ち明けたことがあるという。

「甲状腺に小さなしこりを見つけて、がんと診断する。それを二週間ほど観察しているとおよその予後は見当がつく。その二週間で急に大きくなるものならば、どんな治療をしてもまずダメだろう。逆に、あまり変化のないがんはきちんと手術すれば助かる。外科医も年をとると過激なことを言い始められるかもしれないが、最近、私は外科医が自分で治したと思っているがんは、もともと治るがんを治しているだけで、ダメながんはどんなに医者が頑張ってもダメではないか、そんな気がしている……。」(竹中(1997), p. 94f. また竹中(1991), p. 139にもほぼ同様の記述がある。)

この打ち明け話の内容は「がんもどき理論」にまったく合致している。ここで「過激なこと」と言われているものを学説として大胆に提示したものが「がんもどき理論」にほかならない。近藤とはまったく別途に「がんもどき理論」と同様の着想が見られることは興味深い。この打ち明け話が「がんもどき理論」を裏付けるかということ、そうは言えない。

上記引用箇所の中で「そんな気がしている」と言われているように、原理的に「がんもどき理論」はせいぜい仮説にしかなりえない。それは確固たる理論としては成り立ちえないのである。難しい話ではない。手術によって治ったとされるがんが、もし放置されていたらどうなったか、を確かめる術はない。それは現実ではなく仮想の事柄になってしまうため、どうあっても確かめようがないのである。また逆に、手を打たずに放っておいたため死に至った場合、もし手術等の治療を施しておけば治ったかどうかも確かめようがない。ただこの場合には、「やはり治療してみるべきだった」、「延命だけでも図るべきだった」という後悔は残るのではないか。両ケースどちらをも考慮に入れば、やはり手術等の治療はしてみるべきだ、という結論になる。がんを根治しようとする治療はまったく無意味だという主張には、やはり無理がある。

がんがいかに多様であり、したがって、「本物のがん」と「がんもどき」という単純な二分法にいかにも無理があるか、を見るために、さらに別の事例を挙げてみよう。それは膵臓がんのケースである。

膵臓がんは質の悪いがんの筆頭格で、まず治らないがんとしてよく取り上げられる。近藤はもちろん、竹中も1991年の時点ではそのような取り上げ方をしている（竹中（1991），p.70ff.）。私自身もかなり長いことそう思いこんでいた。手術等によって膵臓がんを治療しようとする、治らないのに苦痛ばかり感じなければならない。膵臓がんの場合には根治を諦め、QOLを向上させる処置をもつばら講じるべきだと思いこんでいた。ところが竹中は、1997年には先年の叙述に解説を加えながら、そう単純なものではないと述べている。すなわち、手術によって膵臓がんが治ったケースを竹中は紹介しているのである（竹中（1997），p.12）。

私もこれには少々驚き、がんがいかにも多種多様なものであるか、あらためて思い知らされた。膵臓がんでもおとなしいタイプのものは治療可能なのである。ただ、治療可能なタイプのがんであるかどうかは、手術前には原則として判定不可能である。手術によってがん細胞を採取し、病理検査をしてはじめて判定できる。手術すべきかどうかは手術してみなければわからない、というジレンマにわれわれはまたしても行き当たる。

では、手術するかどうかを実際にはどのように決定するのか。竹中は、当該の膵臓がんの手術を決断した際、「さまざまな腹部レントゲン写真を検討して、治療可能ながんだと直感した」（竹中（1997），p.14）と述べている。「直感」に基づいて判断するというのは一見乱暴に思えるかもしれないが、確かにそれしかないであろう。「直感」といっても、正確には、様々なデータに基づいた総合的な判断のことである。熟練の医師が「おとなしいタイプのがんだ」、「手術すべきだ」と判断したら、やはりその判断は尊重しなければならない。

手術等の治療に踏み切るかどうか決断しなければならないとき、患者自身が考慮に入れなければならない諸要件については、後ほどあらためて整理しよう。その前に「がんもどき理論」の難点にもう一点だけ触れておきたい。

近藤の叙述は明らかな矛盾を含んでいる。近藤の説によれば、「本物のが

ん」の特徴は、転移する、という点にあった。だが近著（1999年）の中で近藤は、大腸がんが肝臓に転移した場合、腫瘍が一つだけならば、手術によって3割程度的人是は治る、と述べている（近藤（1999），p.111）。これは「本物のがん」でも治るケースがあると言っているわけで、「がんもどき理論」とは整合しないケースがあることを近藤自身が認めているのである。同様の矛盾は、近藤の著書の様々な箇所に見られる。治療法を誤ると「治るがんも治らなくなる」というのは近藤自身も言っていることなのである（例えば、近藤（1996），p.227，近藤（1999），p.126）。

転移しても治る場合があるとなると、「本物のがん」と「がんもどき」との単純な二分法はいよいよ成り立たない。とにかくがんは多種多様なのであり、単純な区分を許さないのである。今日がんに関してわれわれがまず銘記すべきことは、何よりその多種多様性なのである。

### 3. がん対処の諸要項

がんがこれほど多種多様であるならば、その対応が単純な一筋縄のものになるはずはない。今日われわれがまず銘記しなければならないのは、がんに対していかなる対処をとるべきかは簡単には決められない、ということである。だが、かといってがんになって何も手を打たないというわけにもいかない。以下、五里霧中の中で指針となりえる諸要件を探ってみよう。

#### (1) セカンド・オピニオン

すでに見てきたように、がんは専門医による諸説も食い違うほど多種多様である。したがって、医師の所見を単純に受け入れるのは危険だと言わざるをえない。「ああ、そうですか」と言って、医師が薦める治療法に安易に従っていたら大変なことになるかもしれないのである。そこでよく指摘されるのが、別の医師の意見を訊くことの必要性である。それを「セカンド・オピニオン」という。内科医と外科医とでは、がんに対する見方がかなり異なっているというし、放射線科医になるとさらにまた違うであろう。

いずれにしても、がんと診断されたら、まず複数の医師に意見を求めるべきである。近藤も竹中も、一ヶ月くらいならがんもさほど広がらないので、その間セカンド・オピニオン、サード・オピニオンの収集に努めるべきであると言っている。

化学療法（抗がん剤治療）を薦められた時は特に要注意である。先にも述べたように、医師の立場では患者の苦痛を理解できない。特に化学療法を薦められたときには、副作用に関する情報を多くの医師に求めるべきである。化学療法がすべて無意味だとはもちろん言えない。根治できなくても症状がかなり緩解することはあるようである。ただ、副作用との兼ね合いの問題がどうしてもつきまとい、判断はかなり難しいようでもある。化学療法に踏み切るのは、複数の医師が強く薦めるときに限るのがよいのではないだろうか。

すでに医師の中には、別の医師の意見も訊いてみるように自ら薦める人もいるようである。もちろん良心的な対応なのであるが、むしろ患者が失望することも多いと聞く。医師に見放されたような気分になったり、判断を下せない医師に失望したりで、心細くなるということではないか。この点では患者の側の意識改革が必要である。医者に預けてしまうのではなく、医療の主演は患者である自分なのだとすることを銘記しなければならない。

判断力を備えた者が、本人のためになるからという理由で、無知な者に代わって決定を下してあげる父権的行為を「パターナリズム」と言う。多くの病気の場合、医師によるパターナリズムはもちろん有効である。だががんに関しては、パターナリズムが有効な局面は他の病気よりも限られていると考えなければならない。患者は医学のプロではないのだから、正しく判断できないことももちろん多い。医師が強く説得する場合には、十分な説明を受けた上で、医師の薦める治療法に従うのが賢明であろう（インフォームド・コンセント）。だが、その上でもなお、別の可能性も考慮に入れておくべきである。がんに関しては、医師による判断がそれほど異なっているのである。



(2) 告 知

上記の方策には、すでに前提されている条件がある。それは、患者本人にがんを告知するという条件である。もちろん非常にむずかしい問題であるが、今日では原則として告知するのが医師の間では常識になりつつあるようである（近藤（1995）、笹子）。理由は幾つか挙げられる。

①治療法・対処法を患者自身が決定しなければならないとなると、患者が自分の病気のことを知らなければならないのは当然である。がんであることを告げられないまま化学療法等の治療を受け、耐え難い副作用に見舞われたのではたまったものではない。告知しなければ、患者と医師が一体となってがんに対処することはできない。事情が説明されていてこそ、きわめて辛い副作用にも耐える覚悟ができるのである。家族が本人に代わって判断することはできない。「他人の痛みは百年我慢できる」という諺はこの場合にも当てはまる。先にも触れたように、むしろ家族が「できる限りのことをして欲しい」と望むばかりに、患者本人にとっては理不尽でしかない治療が行われてしまうことにもなるのである。

②また今日のようにがんに関する情報が氾濫している状況下では、隠し通すのは実際には無理だ、という事情がある。告知されていない場合でも患者の9割は気づくという統計もある（近藤（1995）、p.38）。薄々気づいているのに告げられないと患者はかなりいらつき、疑心暗鬼の中で憎しみや怒りをふくらませてゆくようである。そして、周囲はそれに正面から対応できずに困惑するばかりだという（笹子、p.13）。また患者の中には、身内の者を悲しませまいとして知らないふりを装い、心理的な負担を負う者もいるという。病の中であって患者のほうが気を使わなければならない状況は、まったく不自然だと言わざるをえない。

③告知しないとすると、医師や看護婦、身内は嘘をつき続けていなければならず、その心労は想像以上のものようである。患者の前でうっかり本当のことを口にしないように、絶えず用心していなければならないから

である。医師や看護婦は患者との接触をつい避けてしまい、最小限の対応だけしてそそくさと立ち去ってしまうようになるという(笹子, p.14)。特に身内の者は、陰で涙にくれながらも患者本人の前では笑顔を作っていない状態となる。このような歪んだ形態の交流は、維持することができたとしても心労が絶えないし、そもそも維持すること自体がむずかしい。実際には、ついどこかでほころびが出てしまうのではないだろうか。となると交流の歪みは増す一方であり、心理的な負担も増えるばかりであろう。

④成人4000人を対象に行われたある世論調査によれば、「治る見込みがないときでも知らせてほしい」と答えた人が59%いたという。「残された時間を真剣に生きたい」、「自分の身体のこととは自分で知る権利がある」といった理由である(近藤(1995), p.50)。治る可能性があるときには、さらに多いはずである。何にしても、やはり本人にしてみれば真実を知りたいのである。

がん告知がためられるのは、言うまでもなく、患者が受けるショックがあまりにも大きいと考えられるからである。がんを告げられてショックを受けない人はもちろんいない。だが、それにもかかわらず告知は必要なのである。笹子によれば、告知によるショックは通常一時的なもので、立ち直りは以外に早いという(笹子, p.85)。これには誇張もあるかもしれないが、少なくとも治る可能性のあるがんの場合には例外なく告知しなければならない。この場合には、上記の理由から告知の必要性はすでに明らかであろう。

問題は、治る見込みのないがん(末期がん)である。予め言っておけば、この場合にもやはり告知はしなければならない。ただこれは日常的な判断では対処しきれないケースである。これについては後に別途に論じることにはしたい。

### (3) QOL 評価

告知によって患者が真実を知り、自ら治療法の選択にも与る必要があるのは、何より QOL との兼ね合いの問題があるからである。積極的治療によって腫瘍が縮小しても、その間耐え難い苦痛に見舞われて通常の生活が送れないとなると、そもそも治療することに意味があるのか、ということになる。QOL の低下を最小限にとどめることを前提に、治療法が講じられねばならないのである。

QOL という用語は近年かなり普及しており、その基本的な意味は一般に了解されているようである。だが、いかなる状態をもって QOL が高い状態と見なしうるかを考えようとする、われわれはしばし困窮するのではないか。QOL を漠然と理解することは容易であるが、その具体的内実を示そうとすると存外難しい。

ここでは、QOL に関わる具体的諸要項を、哲学者清水哲朗の叙述に依拠して整理してみることにしたい。清水の論究は、この難しい問題にかなり首尾よく答えているように思われるからである。私なりに整理すれば、QOL に関する清水の議論は以下の諸論点にまとめられるように思われる。

① 公共的に認められる人間の基礎的欲求が満たされているとき、QOL の値は高いと言える。例えば、痛みや吐き気、だるさ等が少なければ少ないほど QOL の値は高い。それに対して、個人的な欲求が満たされているかどうかは QOL 測定に関係しない。「羽が欲しい」とか「アメリカ人に生まれたかった」という欲求が満たされなくても、QOL が低いとは言えない。

② QOL は、単に現時点における値によって測定されるのではなく、死に至るまでに見込まれる総和によって測定されなければならない。がんが見つかったとき、現時点では自覚症状がなく QOL が高くとも、それでよしとするわけにはいかない。必要ならば手術等の治療を受けなければならない。手術を受ければその前後の QOL は低下するが、回復すれば高い QOL がその後も維持されることになる。それに対して、手術を受けなければ

QOLは次第に低下して、死期も早まり、本来見込まれる期間を生きることができなくなる。後者の場合、前者の場合よりも QOL の総和値が低いことになる (表 1, 清水, p. 45)。

もちろん、がんが見つければ必ず手術等の治療を受けなければならない、というわけではない。回復が見込めないのに単なる延命目的で治療を受けるのがよいかどうかは、簡単には判断できない。QOL をできるだけ高く維持して寿命の短縮を受け入れるか、低い QOL でも延命を図るか、は患者自身が決定することであろう (表 2)。特に、どちらを選んでも QOL の総和値に大きな違いが見込めない場合は、患者本人が決定する以外にない。そ

表 1

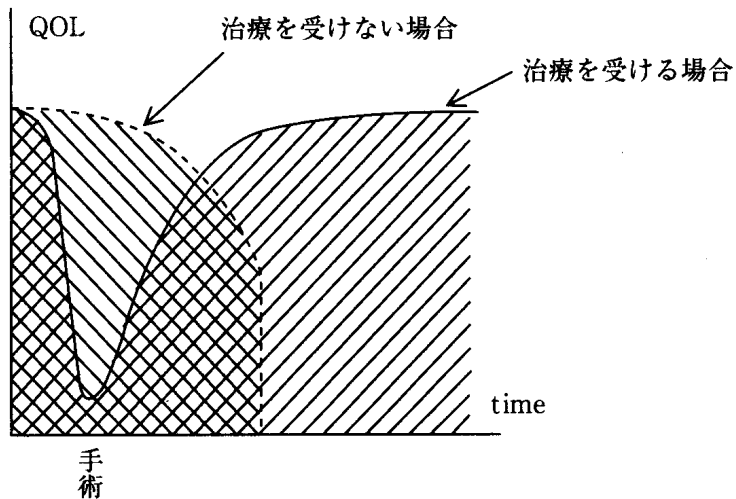
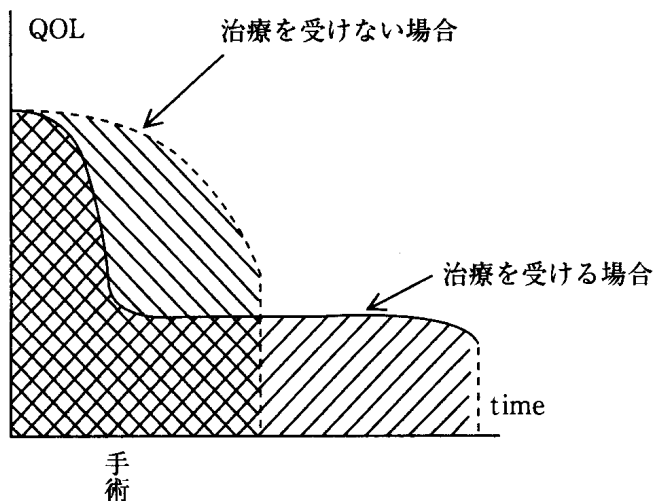


表 2



の場合には、その人のライフ・スタイルや人生観が関わってくるからである。このことは、とりわけ化学療法を受けるかどうかを決定する場合に当てはまる。副作用がどのようなもので治療がどの程度見込めるか等々をよく確かめてから決定しなければならない。だからこそ、告知とインフォームド・コンセントの手続きが欠かせないのである。

③QOLを測定する際にチェックすべき具体的事項としては、次の諸項目が挙げられる。

・情態

身体的不快感：痛み、吐き気、不快感等々

心理状態（気持ち）：病気にまつわる不安、おちこみ、闘病の気力等々

・作業能力：立居振舞い、身の回りの世話といったことの自立度等々

・人間関係を維持する能力：身内との交流の可・不可、友人との交流の可・不可等々

これらの事項はすべて独立しているわけではなく、相互に関連している。気持ちのあり方によって痛みの感じ方はかなり違うようである。また痛みを感じれば、それは当然立居振舞いに影響する。

#### 4. がんが治らないときどうするか

治る可能性のあるがんの場合には、以上に示した方策によって対処できるであろう。繰り返すが、がんはかくも多種多様なものであるから、多くの専門医に相談して治療法を決定すべきである。その際、治る可能性はどの程度か、再発・転移が見つかる可能性はあるか等、今後の展開について予測を立てなければならない。その上で、上に示したリストに照らし合わせてQOL測定を行い、QOLの総計が最大となるような選択をするべきである。

さて問題は、治る見込みのないがんの場合である。とりわけ転移・再発

が見つかった場合、多くはもう治癒が期待できない。事態は絶望的であり、打つべき手が見つからない。かといって何もしないわけにもいかない。とりわけ身内の者は「一体どうすればよいのか」と困惑するばかりであろう。その心痛は察して余りある。

これまで見てきた要件に即して、この場合の対処法を検討しよう。まず告知の問題である。

### (1) 告 知

先に結論を言ってしまうと、「余命以外の事柄はすべて本人に知らせるべきだ」というのが、現在の私の考えである。

治る見込みのないがん患者に事実を知らせることは、たしかに辛い。それは死刑宣告と変わらない。ショックの大きさは本人にしか分からないであろう。だが、だからといって告知を避けるのは安易にすぎると言わねばならない。むしろ逆に、もう治る見込みがないからこそ告げなければならぬのである。もはや長くは生きられないのであれば、だからこそ、本人が残された時間を自分の本意に従って生きることができるようになるために、真実を告げなければならぬのである。

告知推進派の急先鋒である笹子三津留（国立がんセンター中央病院外科医長）の主張は、明快で曖昧なところがない。いかなる場合でも真実を告げ、今後見込まれる病状の進展や治療法（緩和・延命治療）に関する情報をすべて開示して、患者の同意を得ながら対応すべきだ、と笹子は言う。様々な選択肢を示し、それぞれの利点もリスクもともに説明して、患者の選択に任せるということである。治療しないという選択をすることもあるという（笹子、pp. 155-157）。

このような単純な割り切り方をしてよいかどうかについては、専門医の間でも違いがある。例えば竹中は、具体的な対処法について患者に事細かに説明する必要は必ずしもない、と言う。竹中によれば、患者には「あまり露骨に伝えてくれなくてもいい。そっとしておいてほしい」という感情

があり、「先生がいちばんよろしいと思われる方法で、お任せします」と言う患者も多いという。このような場合には、治療法に関する事細かな説明は患者の不安や迷いを増幅させるばかりで意味がない、と竹中は言う（竹中（1991），pp.126-127）。

これに対して笹子は正反対の立場をとる。医師の説明を遮って「もう結構です、おまかせします」と言う患者は多いが、そこで説明を諦めてしまうと後で患者が後悔することになるという。このような場合には、時期をずらしながら何回も繰り返して説明してゆく必要がある、と笹子は言う（笹子，p.149）。

この点については笹子の言い分に利があると思う。理由は、先にも述べたように、残された時間をどう過ごすのかを決めるのは本人以外にない、ということに尽きる。がんを告げられたときのショックや情緒の乱れは、もちろん分かってあげなければならない。できるだけがんのことを考えずにいたい、逃避したい、という気持ちにもなるであろう。捨て鉢な気分で「話をしたくない」と言うこともあるだろう。だがやがて、限られた期間を自分の意のままにできないことが、やはり不本意に感じられるようになるのではないか。笹子が言うように、気持ちが落ち着いてきた頃を見計らってあらためて話をするという段階を幾つか踏むようにして、徐々に説明を積み重ねてゆくべきであろう。

確かに、ただ告知すればよいというものではない。告知するのが次第に一般的になりつつある今日、思いやりを欠いた言葉で威圧的に告知を受けたという信じがたい話も耳にする。当然のことながら、告知の際には細心の注意を払わなければならない。患者が受けるショックを考慮し、がんが治らないからといってすぐに死ぬわけではないことを強調しながら、注意深く知らせるべきであろう。現在の状態、今後の見込み、対処法等々を一度に説明するのは適切ではない。患者の情緒面を顧慮しながら何段階にも分けて漸次説明してゆくべきである。そのあたりの機微を読み取ることができるとするには経験の積み重ねも必要となろう。

ただ、知らせるのが適切とは思えない事項が一つだけある。それは余命である。あとどれくらい生きられるかという見込みまで医師が話すべきであろうか。笹子はこの点に特に問題を感じていないようである。余命については笹子は次のような知らせ方をしているという。

「大変きびしい話になりますが、

『治る確率は1～2パーセントあまり、余命は早い場合は数か月のこともありますが、1～2年のことが多くなかには3年の人もいるかもしれません』

などと伝えます。ただし、

『実際には、個々の症例で予後を正確に予測することは難しいことが多く、ほんとは神様しかわからないのだけれども……』

と付け加えております。」(笹子, p. 106)

これは何かを知らせていることになるだろうか。数か月かもしれないし3年かもしれないというのでは、判断のしようがないのではないだろうか。このことは先に見たがんの多様性に関係している。がんはあまりにも多種多様であるため、ある人のあるがんが以後どのような経過を辿るかは予想がつかず、余命を正確に予測することも不可能なのである。「あと数か月」と言われてから数年経つがまだ生きている、といった話は実際よく耳にする。ともかく余命の告知はかなりの幅をもったものにならざるをえず、そもそも事実の問題として意味がないのである。これと同様のことを近藤も指摘している。

「ですから私は、『あと数ヶ月かもしれないが、十年生きられるかもしれない。確実なことは、今日は生きているし、明日も生きているということでしょう。何かやり残したことがあれば、毎日精一杯こなししていくしかないのではないのでしょうか』と伝えるようにしています。」(近藤 (1995), p. 252)

このように、あとどれだけ生きていられるのかは断言できないから、とに



かく今現在と近未来を精一杯生きることには専心してはどうか、と言うのが適切な助言ではないだろうか。

このことに関連して銘記しておくべきことがある。それは、「がんが治らなくてもすぐに死ぬわけではない」ということである。このことを強調することが告知の際には重要ではないだろうか。上で見たように、これは決して欺瞞ではなく事実なのである。がんが治らなくとも、できる限り高いQOLを維持するための工夫をこらしながら、自分の本意に従って生きてゆくことはできるのである。時間が限られているではないか、と反問されるかもしれないが、それはがんでなくとも同じである。われわれは誰もいつかは死ぬのだから。

ただ、「誰でも最後は死ぬのだから……」といった言葉はがん告知の際には発すべきではない。そんなことは言われなくても分かっているのだ。このような否定的な言葉はやはり投げ遣りであり、徒らに絶望感を助長するだけであろう。そうではなく、これからどのように「生きる」か、に関する積極的な助言を努めて与えるようにすべきである。もともと、具体的に何をしてどのような生活を送るかはあくまで本人の問題であり、周囲の者がそこまで立ち入るべきではない。周囲の者にできるのは、本人が本意に行為することができるように間接的な援助を行うことだけである。何よりQOLの向上を援助してあげることが、周囲の者の義務であろう。

## (2) キュアとケア

がんが治らない場合、がんを根治しようとする積極的治療は原則的に意味をもたない。残されているのは、QOL向上のための緩和治療のみではないかと思えてくる。それを実践する施設として、実際ホスピスがある。がんが治らない場合には、よく言われるように「キュア（治療）」から「ケア（看護）」に移行すべきだ、と単純に考えたくなる。

だが事はそう単純ではない、と竹中は指摘する。竹中は、ホスピスに移った患者からの次のような手紙を紹介している。

「なすすべなくただ死を待つということが、こんなに辛いこととは思いませんでした。やっぱり先生のところにいて駄目でもいいから何か治療をしてもらいたかった。」(竹中 (1997), p. 175)

そう簡単に割り切れるものではないをわれわれは思い知らされる。治る見込みがないといっても、患者はもう何もしないという気持ちにはならないのである。希望がもてないような場合でもつい治癒を期待するのが、患者の心情なのである。周囲の者はそれを汲んであげねばならない。そして患者が希望する治療は施してあげねばならない。化学療法も、一時的な緩解の可能性があり、副作用のことも考慮した上で患者が希望するならば応じるべきである。この場合には、無意味に思える治療でも施してあげることがむしろ QOL の向上に役立つであろう。

通常の医療に希望がもてなくなったとき、多くの人々が期待するのが民間療法(代替療法)である。漢方薬、針、灸、気功、丸山ワクチン、野菜スープ、健康食品、種々のキノコ等々、がんに効くと巷で言われている療法は数多い。本当に効くのかどうかは疑わしいが、まったく効かないとも言い切れないところが難しい。

患者の心情を汲めば、このような民間療法を控えさせることはできない。自身が悪性の脳腫瘍に倒れた脳外科医岩田隆信(元昭和大学病院神経外科医師)は、霊媒師や超能力者にまで頼ったことを告白している。そして「それは本人の選択ですし、試してみても、ひょっとすると効果があるかもしれないと希望を抱くことはけっして悪いことではないと思うのです」と述べている(岩田, p. 175)。医師として自らの絶望的な状況を知っている者の正直な気持ちであろう。また医師仲間たちは岩田に「西洋医療だけが医療ではない」と助言していたという(岩田, p. 201)。専門医でも民間療法を無下には否定しないというのは以外な感じもするが、それが現実だということでもあろう。また竹中も、末期がん患者が丸山ワクチンを希望する場合には拒絶しないと言っている(竹中 (1997), p. 104)し、近藤も、民間療法に対してかなり否定的な見方を取りながらも、患者が望む場合には止

めないと言っている（近藤（1999）， p.126）。

QOLの観点から見れば，民間療法は有益だと考えられる。少しでも効果があるかもしれないとなれば，患者にとってどれだけ心強いかわからない。周囲の者も，少しでも良さそうなものがあれば患者に情報を提供すべきであろう。もちろん問題がないわけではない。岩田も述べているように，悪徳業者や新興宗教が心隙に入り込み，法外な額の金銭を巻き上げることがしばしばあるからである（岩田， p.176）。そのようなものが明らかな詐欺行為であることを知らせ，手を引くように説得することも周囲の者の義務である。このような悪質なケースもあることを承知した上で，民間療法を試してみることはむしろQOLの向上に役立つ。末期においても，少しでも良くなるかもしれないとなれば，それにすがらない者がいるであろうか。常識的に合理性が認められる範囲内で民間療法を試してみるのは，むしろ健全なことではないかと思われる。

いずれにせよ，末期においてはキュア（治療）からケア（看護）への移行が図られるべきだ，と単純に言うことはできない。竹中が言うように「ケアを主体として，そこに医療が伴走する必要がある」（竹中（1997）， p.176）と考えるのが実状に適っているであろう。

### （3） 死の受容

治らない以上，遅かれ早かれ死が訪れる。確かにそれに対して準備をしなければならない，ということにはなる。

だが一体どうすればよいのであろうか。何をすべきなのだろうか。慄然と悟って死を淡々と迎えることができる人はどれくらいいるのだろうか。上で見たように，やはり最後まで改善の可能性を探り，少しでも延命を図ろうとするのが普通ではないだろうか。周囲の者はその手助けをし，最後までとにかく患者のQOLの向上に協力してあげなければならない。「死を覚悟せよ」といった類の言葉は口が裂けても言ってはならない。死を覚悟しなければならないのが事実だとしても，それは本人の問題であって他人

が口を挟むべき事柄ではないのである。そのことを踏まえた上で、もはや死を受け容れるしかない状況とはどのようなものか、患者本人は何をするべきか、周囲はどう応接するのがよいか、等々を可能な限り考えてみよう。

自分の病気がもはや治らないことを知ったとき、患者はどのような心理状態になるのか。多くの患者に面接してそれを調査・記録した古典的著作に、E・キューブラー＝ロスの『死ぬ瞬間』がある。まずこれに即して、患者の心理状態の変遷を列記することにしたい。キューブラー＝ロスによれば、死を迎える患者の心理は次のような五つの段階を辿るという。

#### ①否認の段階

ほとんどの患者は、自分が不治の病に侵されているのを知ったとき、まずそれを何とか心理的に否定しようとする。「自分に限ってそんなことがあるわけではない」と考えようとするわけである。例えばレントゲン写真を見せられても、「それは別の人の写真だ」と考えようとする。だが、このような否認はふつう長くは続かない。否認している一方で、やはり事実が動かし難いことも理解しており、患者の気持ちは両極の間を揺れ動く。そのような過程を経た後、患者は徐々に事実を受け容れてゆく。

#### ②怒りの段階

次に現れるのは怒りの感情である。動かし難い事実をすでに認めてはいるが、今度は「どうして自分が……」という気持ちになるのである。「よりによってどうして自分がこんな目に会うのか。何の役にも立っていない○○氏ではなく、なぜ私なのだ」のように考え、その○○氏が元気に歩いているのを見かければ立腹してしまう。万事そんな具合で、健康な人が快活に笑っているのを見ればまた腹が立つ、とにかく何かにつけて腹が立つ、といった状態になる。そして神を憎む。怒りは見当違いにありとあらゆる方向に向けられ、あたりかまわずぶつけられるので、この段階は医者も看護婦も家族も最も対応が難しいようである。周囲はこの怒りを受け容れることを学ばねばならないが、なかなか難しいこともまた事実である。

### ③取り引きの段階

怒りの段階において神を憎んでいたのとは打って変わって、神に懇願し、神と取り引きをしたいという気持ちになる時期がくる。患者は「少しでも命を延ばしてもらえらば、神に人生を捧げたい」とか「教会に奉仕したい」と考える。患者は、程なく命が絶えることは諦めているが、少しでも長く生きたい、そのためだったら神への奉仕を厭わない、という気持ちになるのである。ただそれは長くは続かず、短期間で終わる。

### ④抑鬱の段階

闘病の疲れと病状の悪化に伴って、患者の気分は当然落ち込んでゆく。抑鬱を引き起こす要因は二つある。一つは、自分がいなくなった後に残される問題に対する危惧である。自分がいなくなってから家族はどうやって生活してゆくのか、自分がしてきた仕事はどうなるのか、誰かが引き継いでくれるのか等々と思いを悩むわけである。これに対しては、周囲が然るべく準備していることを伝え、不安を除くようにすれば、抑鬱はとたんに軽減するという。

問題はもう一つの要因である。それは、この世から永遠に別れなければならないことから来る、深い苦悩である。これに関しては、明るい話題を提供することによって抑鬱を晴らそうとすることはまったく意味がないとキューブラー＝ロス<sup>1)</sup>は言う。何に関してであれ、明白な嘘は白々しく慰めにならない。それは却って逆効果を与えるだけである。ではどうすればよいのか、については追って述べることにしたい。

### ⑤受容の段階

最後に、自分の死期が近づくのを静観する段階が来る。ただ、キューブラー＝ロス<sup>2)</sup>が言うには、この段階を「幸福な段階と誤認してはならない」(キューブラー＝ロス, p.170)。この時期の患者は衰弱もすすんでおり、感情がほとんど欠落した状態になるのである。世間の出来事や問題にも無関心になって、一人になりたがることが多い。話もしたがらない。当然のことながら周囲も、通常とは異なる対応をしなければならない。

キューブラー＝ロスの叙述を辿ると、われわれがすでに見たのと一致する見解も多い。例えば、告知において「あと〇年」、「あと〇ヶ月」といったように具体的に余命を告げることはまったく意味がないことを、キューブラー＝ロスも力説している（キューブラー＝ロス、p. 50）。

またキューブラー＝ロスは、患者は最後まで何らかの仕方で希望を持ち続けるものであることを、事あるごとに強調している。ある日特効薬が開発されて自分がその最初の治験者になるといったことを、患者は漠然と期待しており、しかも、このことだけは受容の段階に至っても変わらないという。このことは、先にわれわれが竹中の指摘に即して見たところと一致している。周囲の者は、やはり最後まで患者の期待に沿うように努めなければならない。医師が「私の知識がおよぶ限り、なすうることはすべてやっただつもりです。でも今後もあなたができるだけ楽に過ごせるよう努力を続けます」と言ってあげることが、患者にとっては何より励みになるという（キューブラー＝ロス、p. 209）。

以上のことはすでにわれわれが見たところと重なっているが、それ以外のところでキューブラー＝ロスに教えられることは非常に多い。怒りの段階において、患者がありとあらゆることに怒りをぶつける状態になることは、周囲の者があらかじめ知っておくべき事柄である。実際さまざまな闘病記を読むと、このような状態について書かれていることが多い。怒りの段階はほとんど例外なく訪れるもののようである。周囲の者はこの困難な段階を乗り切らねばならない。周囲の者は、こらえて患者の怒りを受け止めてゆく以外にないであろう。キューブラー＝ロスによれば、怒りは、いずれ死を受け容れるようになるために避けることができない感情なのである。

次に来る難題は、抑鬱の段階において周囲の者がどのように患者に対応すればよいか、という問題である。キューブラー＝ロスは「励ましてはいけない」（キューブラー＝ロス、p. 132）と言う。まもなくこの世から去らねばならず、悲嘆に暮れている人に向かって、われわれは発すべき言葉を

もつだろうか。そこで「がんばれ」などと言ったとしても何の意味があるうか。またキューブラー＝ロスは『『悲しむな』などと絶対に言ってはならない』（キューブラー＝ロス，p.132）とも言っている。悲しみや抑鬱もまた、死を迎える準備をするために必要な感情なのだという。つとに述べてきたように、生きていられる時間が限られていることが分かった場合、何より重要なのは、患者が自分の本意に従って行動することである。本人が悲しくて仕方がないのであれば、それにまかせなければならない。もはや言葉は必要ない。髪をなで、手を握ってやることによって、感覚を通じて患者の感情を受け止めてあげることが必要である。黙って一緒にいてやるという方法もある。また、こちらからは何も言わず、一方的に患者の悲嘆に耳を貸してあげるのがよいのではないか。周囲の者にできるのは、少しでも患者の気持ちを受け止めるように努めることだけである。

受容の段階においても基本的な方針は変わらない。ある患者は「長い旅路の前の最後の休息」の時が訪れたかのように感じたという（キューブラー＝ロス，p.170）。周囲の者がすべきことは、やはり患者の気持ちを受け止めてあげることである。ただ、この段階においては患者の衰弱もはげしく、話もしたがらない。そっと一人にしておいてほしいと思うことも多い。このような状況においては、言葉はいよいよ必要なくなる。周囲の者にできるのは、やはり、時に髪をなで、手を握り、患者が望む場合には黙って一緒にいてやることである。窓の外の鳥のさえずりに耳を傾けることもある。患者には「無理にしゃべる必要はない」と言ってあげるのがよいであろう。キューブラー＝ロスによれば、この段階でも患者は、自分の気持ちを受け止めてくれる人を必要とするという。周囲の者は黙って、ただ黙って見守ってあげなければならないのである。

受容の段階において最悪なのは、周囲の者が「できる限りのことをしよう」と考えて、患者に負担のかかる積極的治療を施そうとすることだという。そのために半狂乱の状態に陥った患者の例をキューブラー＝ロスは紹介している。また、治ることを期待したり、いつまでも生き延びることを

望むようなことを言われて、却って患者が負担を感じる人が多いという。周囲の期待と衰弱した患者の希望との間に齟齬が生じることが、多くの場合害をもたらすことをキューブラー＝ロスが強調する。患者はもう、一人で安らかに逝きたいと思っている、というのである。

キューブラー＝ロスの主張は、要点を言えば、怒り、抑鬱等々の感情の発露を促し、周囲の者はそれをそのまま受け止めてあげなければならない、ということである。そうすることによって患者は死をすんなり受容できるようになるものだという (キューブラー＝ロス, p. 177)。

### 5. 「実存的なものの次元」——終末期の境地

キューブラー＝ロスの功績は医療関係者の間ではつとに知られており、教えられるところが非常に多い。ただ、『死ぬ瞬間』が書かれたのは1969年とかなり古く、今日の状況に当てはまらない点も多い。アメリカでもまだ告知が一般化していなかった状況が窺えたり、末期患者に対するモルヒネ使用がためらわれていることを示す記述が見られたりする。そのため、「受容の段階」における患者としてキューブラー＝ロスが挙げているのは、衰弱して気力が萎えている者ばかりである。そして皆一様に激しい痛みを訴えている。

ただ今日では状況がかなり変化しており、キューブラー＝ロスの説く対処法がそのままでは当てはまらないケースも増えているようである。その大きな要因として、新型のモルヒネが開発されたことをはじめとして、ペイン・コントロールの技術が格段に進歩した点を挙げる事ができる。笹子は「現在では痛みの問題はほぼ解消したといってよい」(笹子, p. 126)とまで言っている。これについて諸医師の見解はほぼ一致している。またついでに言うおけば、モルヒネの使用が命を縮めるという説が世間一般ではいまだに常識になっているが、これはそもそもがデマであり、そのような事実はまったくない。これも諸医師が一致して述べているところである。



したがって今日では、末期を楽に過ごせるケースも増えている。末期においてすべての患者が息絶え絶えになっているというわけではないのである。竹中は「キューブラー＝ロス女史の言う『死の受容』という状態が、絶望や無気力とどう違うのか、私にはよくわからない」（竹中（1997）、p. 174）と言っているが、それはこのような時代による状況の変化にも起因しているのではないか。今日においては、末期における死の受容ということを別様に捉える必要があるのではないだろうか。

佐藤智（ライフケアシステム代表幹事・水道橋東口クリニック医師）は、1960年という昔に自分の父にがんを告知して看取ったといい、そのときの経験を様々なところで語っている。たしかにキューブラー＝ロスが言うような諸段階を経て、最後は死を受容する状態になったが、その最期はきわめて明るいものだったという。「今はまったく悟りきった禅坊主のような心境だ」と言い、テープレコーダーを持ってこさせてそれに遺言を吹き込むと「ほんとに明るい顔」になっていたと佐藤は言う。「ほんとうに明るく亡くなりました」と佐藤は繰り返し語り、自分の父が最期を迎えたときの表情が晴れ晴れとしていたことを強調している（佐藤、p. 240）。

このような記述に出会うと、われわれは再考を促される。キューブラー＝ロスが示している死の受容の状態は、竹中が言うように、絶望や無気力、諦念と区別がつきにくい。だが佐藤の父のように、本当に明るく最期を迎えるケースも実際にあるのである。それは単なる諦めとはとても思えない。死を受け容れるとはどういうことなのか、われわれはキューブラー＝ロスとは異なる視点から考える必要があるのではないだろうか。

ここでわれわれは、一旦看取る立場を離れて、自分自身が死に臨む場合を想定して考えてみよう。自分のがんはすでに末期段階であり、残された時間は限られている。自分は一体どうすればよいのか。何をどうするべきなのか。

「ユング派の外科医」を自認するB・S・シーゲルは、患者に向かって「その病気は、あなたにとって何を意味していますか」と問いかけるという

(シーゲル, p. 81)。類似の問いかけや提言は、闘病記などにしばしば見られる。例えば、A・ワイルが紹介している寺山心一は、腎臓がんから奇跡的に回復した経験をもつが、彼は講演などの機会があるごとに「自分のがんを愛さなければならない、敵として攻撃してはならない」、「がんはありがたい贈り物です。がんは新しいあなたに、新しい命に通じている道なんです」と語りかけるという (ワイル, p. 173)。これらの問いかけや提言は何を意味しているのだろうか。

一つには、それまでの生活や心の姿勢に問題がなかったかどうか、振り返ってみよ、ということである。だがこれらの人たちが言いたいことは、そのような陳腐な事柄だけではない。この人たちは、病気をも人生の中に取り込み、位置づけ、その上で自分の人生を生きることが提言しているのである。がんになったとき、われわれはそれを引き受け、その上でいかに生きてゆくかを考えなければならないのである。

ジャーナリスト高橋ユリカは、大腸がんの手術を受け、その後の抗がん剤治療の副作用に悩み続けた経験をもつ。自然治癒力を活かす途を探し求め、近藤の講演を聴いて抗がん剤治療の中止を決断した。そのような過程を経て高橋は、「自分自身の物語を紡ぐ」ことが「癒し」になる、という洞察に到達している。これもやはり、病気をも引き受けた上で自分の人生を生きることが提言するものである。そうすることによって患者は、たとえ治らなくても癒されることは可能だというのである。

「どんな状態に陥っても、自分の物語とみなすことができるようになることが『癒し』なのである。……もしも治ることが出来ずに死に向かう道筋をたどるとしても、患者自身に死を受容するきっかけを与えることになり、患者自身の物語として紡がれていく。」(高橋, p. 189)

人間は誰も、各自の人生という物語の主人公である。われわれは皆、自分の物語を自分の意志に基づいて生きることが欲していよう。その際われわれは、その物語から、つらいこと、悲しいこと、苦々しいことを、一切

除き去ろうとするだろうか。われわれはしばしば悲劇を好まないだろうか。悲劇に感動さえしないだろうか。いや、そもそも悲劇でなくとも、忌まわしい要素をまったく含まないような物語は考えられるだろうか。われわれは実際、悲しみを自分の人生の中に取り込みながら生きているのではないか。

治らないがんに冒されることも、もちろん忌むべき事柄の一つである。がんが治らないことを知らされて絶望しない人がいるであろうか。だが、「極端なことを言えば、たとえ絶望でさえも、それは、その人の大切な感情なのではないか」(高橋, p. 203)。

だから、やはり告知は必要なのである。がんが治らないことを知って絶望しない人はいない。だがその絶望もまた、人生の残された期間を生き抜くために必要な感情である。死を意識してこそ本当の意味で生きることができるといふ逆説を、われわれは理解しないだろうか。それはたしかに真実なのである。

がんが治らないことを告げられて、すぐにそれを受け容れられる人は、まずいないだろう。多くの人には、キューブラー＝ロスが示したような段階を辿るに違いない。ただ「受容の段階」に関しては、キューブラー＝ロスが言うのとは異なる在り方があるはずだ。それは、がんで死ななければならない悲しみ、絶望を引き受け、自分の人生の中に取り込み、位置づける、ということである。その上で、その人は残りの人生をいかに生きるかを考え抜き、そして実際に生き抜くであろう。「物語を紡ぐ」のである。そして、それが「癒し」となるのである。

精神分析医であり実存思想家でもあるV・E・フランクは、よく知られているように、ユダヤ人としてナチスの強制収容所に収監され、そこから奇跡的に生還した。極限的状况における人間の精神の在り様を観察したフランクもまた次のように言っているのは、単なる偶然であろうか。

「もし或る人間に彼の不幸な恋愛の体験を無に帰してしまつてよい

か、すなわち、不快感の強い苦悩に満ちた体験を彼の生活から抹殺する用意があるか、と聞いたならば……彼はおそらく否というであろう。すなわち、苦悩に充ちているということは人間にとっては充ち足りていないということではない。反対に人間は苦悩の中に成熟し、苦悩において成長するのであり、恋愛の成功が彼に与えたであろうものよりもより多くのものを苦悩は人間に与えたのである。」(フランクフル(1952), p. 122)

すなわちフランクフルもまた、われわれが経験する苦々しいもの、忌むべきものを人生の中に取り込み、位置づけることを説いているのである。このように考えるフランクフルが、病気に関してわれわれと同様の見方をとるとしても、それはもはや不思議ではないであろう。フランクフルは「リトル病(脳性小児麻痺)」という難病にかかった患者の例を取り上げ、その人の精神的境地を次のように記している。

「わたしはリトル病にかかっている。そしてこの病気はわたしに課せられている。わたしはこの病気からなにをつくるのか。この病気でもってなにを始めるのかという問いの前に立たされている。」(フランクフル(1951), p. 117)

不治の病気に冒されたとき、人はそれを引き受け、その上で何をするべきか、何を始めるべきか、を考える精神的境地に達する。それをフランクフルは「実存的なものの次元」と呼んでいる(フランクフル(1951), p. 117)。

心境の決定的な変化というものが、たしかにあるのである。これは想像でしかないが、先に紹介した、「ほんとうに明るく亡くなった」という佐藤の父は、フランクフルが「実存的なものの次元」と呼んでいるような精神的境地に達していたのではないだろうか。

## 6. む す び

ここで、がんで死んでゆく人を看取る立場に戻って考えよう。目指さなければならないことはすでに明らかである。それは、上に見たような、真

の意味で望ましい「受容の段階」に患者を導き、患者を「癒す」ことにはかならない。

ただ早まってはならない。真の意味での「死の受容」が、フランクルの言うような「実存的なものの次元」への到達であるとしても、われわれは迂闊にそれを患者に説くことはできないし、まして強いることはできない。当事者でない者が一体何を語ることができるだろうか。新たな境地への到達は患者自身が実感をもって体験するものであり、周囲の者が理屈でもって教えるようなものではない。周囲の者がしなければならないのは、黙って基礎的なQOLの維持・向上を手助けしてあげることである。そのような間接的な援助を行いながら、患者自身が新たな境地に至るまで支えてあげるのである。そのためには、キューブラー＝ロスが言うように、常に患者の気持ちを受け止めてあげることが肝要であろう。

限られた期間内で何をすべきかは、患者各人の問題であり、他人が言うべきことではない。例えば、先にも挙げた脳外科医岩田隆信は、自らが不治の悪性脳腫瘍に冒されていることを知った後、今度は患者の立場から病状を書きとめ、患者の立場に立って治療法のあり方を検討することに最後の使命を見出した。その記録は貴重な資料として、今後の医療に大いに役立っていくはずである。

ただ誤解されてはならないが、死を受容する境地に至った人は、何かしら崇高で禁欲的な生き方をするというわけではない。シーゲルが紹介している或るエイズ患者は「ときにはカウチポテト族になる必要を感じることもあります」と言っている。この患者は「いずれ死ぬのだという事実直面すると、残りの人生の生き方を見直すことになります」と言っている傍らで、同時に、時にはカウチポテト族になりたいと言っているのである(シーゲル, p. 381)。死を見据えた極限的状況、「実存的なものの次元」にある人でも、だらけるときはだらけるのである。むしろそれが人間の真実というものではないだろうか。

このことは却って、周囲の者が何をすべきかを教えてくれる。繰り返す

が、周囲の者がすべきことは、患者の基礎的な欲求をできる限り充たし、QOLをできる限り高く保つことである。基礎的な欲求やある種の本能的な欲求を軽視してはならない。人が生きるのは、結局のところ日常なのである。

《死》にはつねに逆説がつきまとう。誰もが行き着くところでありながら誰にも分からないもの、それが《死》である。死を受け容れなければならぬという非日常的な状況が、却って日常の不可欠さを浮かび上がらせるということも、《死》の逆説の一端なのかもしれない。

〔引用・参考文献一覧〕

- 岩田隆信 『医者で末期がん患者になってわかったこと』(角川文庫, 1998年)  
E・キューブラー＝ロス(鈴木晶訳) 『死ぬ瞬間』(読売新聞社, 1969年)  
近藤 誠(1994) 『抗がん剤の副作用がわかる本』(三省堂, 1994年)  
近藤 誠(1995) 『「がん」ほどつき合いやすい病気はない』(講談社+α文庫, 1995年)  
近藤 誠(1996) 『患者よ、がんと闘うな』(文藝春秋, 1996年)  
近藤 誠(1999) 『ほくがすすめるがん治療』(文藝春秋, 1999年)  
笹子三津留 『家族がガンにかかったとき』(築地書房, 1992年)  
佐藤 智 「在宅医療 生命倫理から考える」, 斎藤隆雄(監修)・神山有史(編集) 『生命倫理学講義 医学・医療に何が問われているか』(日本評論社, 1998年), 所収。  
B・S・シーゲル(相原真理子訳) 『シーゲル博士の心の健康法』(新潮文庫, 1989年)  
清水哲朗 『医療現場に臨む哲学』(勁草書房, 1997年)  
高橋ユリカ 『キャンサー・ギフト ガンで死ねなかったわたしから元気になりたいあなたへ』(新潮社, 1995年)  
竹中文良(1991) 『医者のがんにかかったとき』(中公文庫, 1991年)  
竹中文良(1997) 『がんの常識』(講談社現代新書, 1997年)  
中島みち 『奇跡のごとく 患者よ、がんと闘おう』(文藝春秋, 1999年)  
平岩正樹 『副作用のない抗がん剤治療』(二見書房, 1999年)  
V・E・フランク(1952) (霜山徳爾訳) 『愛と死』(みすず書房, 1952年)  
V・E・フランク(1951) (真行寺功訳) 『苦悩の存在論』(新泉社, 1951年)  
A・ワイル(上野圭一訳) 『癒す心, 治す力』(角川文庫, 1995年)

## Zusammenfassung

### Gegenwärtige Krebsbehandlungen und die Situation im Endstadium

Kazuo Miyasaka

Es gibt viele Probleme über Krebsbehandlungen, weil sie viele schmerzhaftige Nebenwirkungen ergeben. Man diskutiert heutzutage besonders über das Problem der QOL, die durch die Behandlungen vielmehr geschädigt wird.

Es ist das größte Thema über Krebs, wie man sich mit den Kranken beschäftigen soll, die von Krebsen nicht mehr geheilt werden können. Auch in diesen Fällen ist es nötig, den Kranken die Wahrheit zu sagen. Damit können die Kranken ihre letzte Leben aus ihren eigenen Willen leben. Diese unalltägliche Situation nennt Frankl "die Dimension des Extenzielles".