

「死ぬ瞬間」 死にゆく人々との対話 E・キューブラー・ロス / 川口正吉訳
読売新聞社発行 昭和 46 年 4 月第 1 版、昭和 55 年 7 月第 37 版による。

著者であるキューブラー・ロスは、シカゴ大学付属病院団の精神医学コンサルテーション及びリエゾン・サーヴィス部長補佐、シカゴ大学医学部助教授。スイス生まれ、1957 年チューリッヒ大学卒、今はシカゴ大学を辞めて、イリノイ州サウスクック郡の家族精神衛生センターの医学部長、シカゴ・ルーテル神学校のコンサルタント。神経生物学者である夫と二児の母でもある。(昭和 55 年当時)

第一章 死の恐怖について

我々は、無意識下に自分自身について、決して死は起こり得ないとする基本的な思いを持っている。無意識下では、我々の生命がこの地上で終わるなどとは想像もつかない。もしこの生命が終わらなければならないとすれば、それは常に誰か他の人によって外部から不当に加えられた干渉によるものだと思っている。我々は殺されて初めて死ぬのである。自然に又は老齢のために死ぬとは考えられないのである。だから死とは、報復と処罰とを招かずにはいられない何かと関係して考えられている。

無意識では、願望と行為との区別がつかない。誰かを殺したいという願望と実際の殺人行為とを区別できない。幼児もこの区別がつかない。自分の思うとおりにならなくて、怒って「お母さんなんか死んでしまえ」と願望する幼児も、母親が実際に死ぬと精神外傷を受ける。「僕が悪いのだ。僕の責任なんだ。だからマミーは僕のところから去って行ってしまったんだ。」離婚・別居・家出などで片親を失った場合も同じような反応をする。此れは、愛する人の死の責任を彼が負っており、予測される処罰を避けるなり、軽くするなりしようとする“自己処罰”の試みなのである。

第二章 死と死ぬことへの態度

我々が科学的業績と技術的成果を医学生に教えながら、同時に“医者”対“患者”という人間関係にも同じ位の力点を置かねばならない。対人接触より新知識のみ力点を置く事は真の進歩とはいえないだろう。人間個人より数と量に重点を置く社会は末恐ろしい。昔は自然に任されていた分娩でさえ、今は痛みと苦しみを避けるため産婦に鎮痛剤を注射する。誕生日をコントロールする為に陣痛を誘発する。母親の多くは、赤ちゃんが生まれてから数時間たってからしか覚醒しない。薬を施されすぎて朦朧として、わが子の誕生を喜ぶまでに至らないのである。

(1 P)

宗教が与えていた死の否認（天国において報いられる地上での苦）は希望と目的をもたらすものであった。しかし、社会の与えた死の否認は、我々を不安にさせ、破壊と攻撃性を強めただけであった。我々は宗教が捨てた死の否認を社会変化によって拾ったのである。そこで、人々は機械とコンピューターで“生かされる”ようになる。多くの若い医者は延命術は学んでいるが“生”の意義を説くことには、殆ど訓練を積んでいないし討論の機会にも恵まれていない。患者を非人間的、植物的に生かすのではなく、人間的に生きるよう助けることによって、彼等を死なせてあげる事が出来るのが医者なのである。

これ等を解決する為の一助として、末期患者に我々の教師になってくれるよう頼んでみようという事になった。重篤患者を観察し、彼らの反応と要求（ニーズ）を調べ、彼らが許してくれる限り、ぎりぎりの所まで彼らの懐に近づけるかということである。

ガン宣告は難しい問題である。悪性腫瘍と診断された後、患者との対面は何時も難しい。医者によっては、近親に告げるが患者には情動的爆発を恐れて秘匿する人もいる。ある医者は患者のニーズに極めて敏感であって、重篤な病気である事をあからさまではなく、だが巧みにはっきりと自覚させ、同時に希望の窓は必ず開けておく。著者は「告げるべきか？」ではなく「如何にして、此れを患者と分け持つべきか」と主張する。余命については、誰にも予想できないと率直に告げてやるべきで、何ヶ月とか具体的数字を示すのは、しっかりした患者でも特別な事情が無い限り、拙劣な扱い方と言えるだろう。熟練の医者ならば、元気なうちにぼつぼつ家事を整理しておいた方が良くだろうと忠告するにとどめるだろう。

医師が冷静に死を直視できなくて、どうして患者の助けになり得るだろうか。当たり障りの無い日常会話でごまかし、外の天気が良いね などと言う。敏感な患者は医師に調子を合わせ、来年の春があり得ないことを知りながら、来年の春はどうかと話すのである。医師自身が患者との対決が無かったことに安堵しており、医師自身が患者をそういう非対決反応へ誘導したのだという事を自覚していないのである。

対決を躊躇わない医師は、彼らの患者も又躊躇わない。否認の必要度は、医師自身の否認の必要度と正比例するのである。患者は、医師や親戚が病気の真相を話せないでいるとき、知らぬ振りをする。だが、患者は、進んでそれを語って呉れる誰かを待ち望んでいる。何故なら、患者に自己防衛が必要である限り、最後の際までそれを維持して呉れる誰かを求めているのである。病気の重大さに立ち向かわせてくれない医者に対して信頼感を持ってないのである。私の患者全て、廊下なので教えられるのではなく、小さな個室で、こっそりと（2P）

告げられた場合、教えられたことに感謝していた。又。患者にとって“見捨てられない”という確信“治療方法がある”という確信が何より大切である。

末期患者の最終期に於ける対処メカニズムについて、私達が死に行く人々から学び取った事の要約を以下に述べる。

第三章 第一段階 「否認と隔離」

インタビューした臨死患者 200 名以上の殆どの人が、末期疾患の知らせに対し初めは「違います。そんなはずは無い。何かの間違いです」という反応を示す。この当初否認は、病気の初めに言われた人も後になって自分で知った人も、全く同じであった。少なくとも部分的否認が行われる。これは人間にとって健康的な対処方法である。否認は、予期しない衝撃的ニュースを聞かされたときの緩衝装置として働く。否認によって、崩れようとする自らを取り纏め、やがて別のより緩やかな自己防衛法を動員する事が出来るようになる。200 人の末期患者の内、最後まで死の近づくのを否認し続けた患者は、わずか 3 人であった。3 人とも女性であった。

第四章 第二段階 「怒り」

否認という第一段階がもはや維持できなくなると、怒り、憤り、恨みなどの感情がこれに取って代わる。「何故、私なの？」である。この怒りは看護師にも向けられる。悲しそうな顔をして接するか、又患者を見舞う事を避けるかどちらかを選択する看護師に対して、患者は不快感と怒りを募らせるのである。尊敬され理解され、チョツとした時間を割いて世話をされる患者は、まもなく声を低め、怒った要求を減らすようになるだろう。O 氏は金持ちのビジネスマンであり、統制欲の強い、タイラントであった。いわゆる VIP である。人間は皆、最後は同じである。裸で生まれ、裸で死ぬ。しかし、彼はそれを認めようとはしない。最後の最後まで戦う。そして最終段階の謙虚な受諾する態度への到達機会を失う。拒絶と怒りを撒き散らす。あらゆる末期患者の中で、最も絶望的に孤独なのは彼らである。

看護する立場から言うと、患者が苦しんでいる時、知らん顔をして見ているより、何か気休めを言うよりも、ただ「苦しいのね」といった共感の一言だけが千金の価値がある。今の自分の苦しみを誰かが分かってくれている、それだけで良いのです。

第五章 第三段階 「取り引き」

樵の斧は、この柄を木に乞い求めた、木はそれを与えた。タゴール (3P)

「迷える小鳥」71節より

第三段階の「取り引き」の段階は、期間は短いが患者にとって同じような助けになる。もし我々が第一段階で、悲しい事実に対視することが出来ず、第二段階で、人々と神に対して憤りをぶつけたとすれば、次は人々や神に対し、何らかの“申し出”をし、何らかの“約束”を結ぶ事を思いつく。つまり「取り引き」である。我々は子供を見る時、こうした反応に常に出会っている。子供は最初は要求し、後で好意を求めるのである。子供達は友人の家に一晩泊まりたいと言い、親のダメを受容できずに、怒り、地団太を踏んで、自分の部屋に閉じこもり、親を拒絶する。しかし、思い直して別のアプローチを考える。家の周りの用事を進んで実行し、「今週お利口にして、毎晩皿洗いをするから行かせて」と言う。親は取り引きを承諾し、子供は前に拒否されたものを獲得する。末期患者も同じ手を使う。痛みと肉体的不快及び延命が願望である。取り引きは何かを先延ばしする為のあがきなのである。“良い振る舞い”への報酬としてこの延期を手に入れようとする。取り引きでは自ら“期限”を付け加える。(長男の結婚式への出席等)そして一度の延期が達成されたら、再度の延期はないという患者側の約束を含んでいる。しかし約束を守ったものはいない。「もう二度と妹と喧嘩しないから今度だけ許して」とせがむ幼児と同じである。幼児は又妹と喧嘩する。心理学的には、約束は秘めた罪責感と関係があると考えられている。罰せられたいと言う願望を解放してあげることが大切である。

第六章 第四段階 「抑鬱」

末期患者が自分の病気を容認できなくなり、二度三度の手術、再入院さらに症候が幾つか現れると、大きなものを失くしたという喪失感に取って代えられる。この喪失は幾つかの切子面を持っている。乳がんの女性は容姿への喪失、長引く入院による経済的負担による重圧、幼い子供の世話を誰に頼むか。これ等の罪責感が患者を襲う。末期患者が、世界との決別を覚悟する為に経験しなければならぬ準備的悲嘆(preparatory grief)である。乳がんの手術を受けた患者が、もはや自分は女性ではないと悩んでいるなら、その人の女性的な特徴をほめてあげ、立派な女性であると自信をつけさせてあげる。人工乳房補装もかなり自尊心を改善するのに役立つ。又、ソーシャル・ワーカーは家庭内の子供や老人などの最終的処置に大きな力となる事が出来る。

こうした重大な問題が処理されると、患者の沈んだ気分はいっぺんに明るくなる。もう一つの抑鬱は、過去の抑鬱ではなく、差し迫った喪失を思い悩むことから生ずる。最初にすることは、気を引き立て、物事を暗く絶望的に見ないように言うてあげることである。だが此れは我々自身のニードの表現でもある。長期に亘って打ち沈んだ顔を見るのに耐えられないからである。(4P)

しかし病人に悲しむなと言うのはむしろ禁忌である。患者に悲しみを表現する事を許してやってこそ、最終的受容がはるかにやりやすくなる。ただ黙って傍に居てくれる人達に、患者は感謝することが出来る。第一の抑鬱は他人との関係することが多くあるため、医療関係者から、頻繁に話しかけ、積極的な干渉を必要とする。第二の悲嘆は言葉は要らない。むしろ手を握るとか、髪を撫ぜるとか、ただ黙って傍に座っているだけの方が望ましい。H氏は、死ぬ心構えが出来ているのに、生きるために闘う事を強制されるのが悲しいと言っていた。患者が受容と平和のうちに死ぬ為には、この第二の抑鬱が必要なのであり、且つ、為になるのである。苦悩と不安を苦しみながら耐えた患者だけが、受容と平和の段階にいたることが出来る。

第七章 第五段階 「受容」

闘争は終わり、長い旅路の前の休息のときが来た。

自分の運命について抑鬱も無く、怒りも覚えない、ある段階に達する。彼は疲れきり、殆どの場合衰弱しきっている。その後、ウトウトとまどろむようになる。頻繁に、短い間隔をおいて眠るようになる。受容に至る時、殆どの感情がなくなっている。この時期になると、患者よりその家族のほうが、より多くの助けと理解と支えを必要とする。最後まで闘い、この受容段階に達する事が出来ない患者も居る。この人々もやがては闘いをやめる日が来る。「私はもうこれ以上頑張れない」という。私達は、患者が斬進的デカセクス（周囲対象からの執心を引き離す）へ進み、この受容段階へ到達する為に、どれほど凄まじいタスク（課業）を通過しなければならないかを、十分認識しておかなければならない。このゴールに到達するには二つの道がある。周囲環境から殆ど助けを借りずにこのゴールに達する人達が居る。彼らは一生涯働いて、苦勞を積み、子供を育て、自分の責務の全てを成し遂げ、人生の終着駅に向かっていると感じている中老年の患者である。彼らは働いて来た一生を振り返って、自分の人生に意義を見出し、充足感を得ている。もう一つの種類の患者は、それほど幸運ではない。しかし十分な時間が与えられれば、同じような心身状態へ達する事が出来る。

第八章 「希望」

人々が悲劇的なニュースを突きつけられてから経過する幾つかの異なる段階、つまり、防衛機制（自分の置かれている困難な状況を、どう対処するかの方）について論じて来たが、これ等と交替、時には相並んで並存する諸段階を通して常時維持している一つの流れは、希望である。どんな患者でも何らかの治療法の可能性を諦めていない。

こういう万が一と言う希望が、末期患者に特殊使命の感覚を与え、気力を維持させ、万事が耐え難い限界に達しているのに、さらに加えられるテストにも耐えさせるのである。時にはこの気持ちは苦しみの合理化である。患者が希望を口にしなくなった時、通常の場合、死が近づいている事の徴候である。「もうこの辺だと思います」とか「先生、もう十分苦しみました」と口にした患者は、24時間以内に死亡している。

第九章 「患者の家族」

家族を含めなければ末期患者を真に助ける事が出来ない。家族の反応は患者の病気に対する反応へ大きく影響する。患者の家族にも息抜きが必要である。崩れ折れるほど、張り切らないようにすべきである。又、病気が致命疾患と診断された家族は自分達のせいではないかと自問する場合が多い。「もっと早く気がついて居れば」「もっと早く医者に行くことを勧めていれば」等である。家族も患者同様な適応段階を通過する。事実を否認し、誤診であることを期待して、医者から医者へと渡り歩く。彼らは占い師や信仰治療師へ助けを求める。又家族も怒りの段階を経験する。診断をした医者に怒りを感じ、病院従業員にも怒りを投射する。怒り、憤り、罪責感を清算すると、家族は次に死にいく患者と同様、準備的悲嘆の段階を経験する。家族が患者と状況の分け持ちを得るならば、患者と共に別離の受容に達する事が出来る。しかし最も耐えられないのは、患者が家族からゆっくりと自分自身を引き離して行く最後の段階であろう。自分自身の死に、平安と受容を見出した臨終の人は、一步一步と最愛の人々を含めた環境から、自らを引き離して行かなければならない。それを家族の人は理解できない。此れはどんな最愛の人でも代替が利かないものである。今風に言えば「お独り様」なのである。しかし、此れは近親者にとって“拒絶”と解釈されてしまう。でも患者は平安と威厳のうちに死ぬ権利があるのである。

患者が死んだ直後、心の準備が無いうちに先立たれた我々は怒り、絶望にいきり立つ。死後数日は忙しい日々を送らざるをえないが、空虚と落莫がひしひしと感じられるのは葬式の後、親しい人々が帰った後である。家族の人達が話かれる親しい相手の来訪を最も感謝するのはこの時期である。遺された子供、特に3歳までの子供は、別れるということしか関心を注がない。彼等にとって死は永久的なものではない。それは秋に球根を植えて、春に芽を出してくるような一時的なものとして映っていない。5歳以降では、死はしばしば擬人化され、お化けの姿をとる。9歳~10歳になると、ようやく現実的概念が芽生え、死は永久的な生物学的プロセスと思うようになる。この時期、大人が子供の心理を理解せず、叱ったり訂正したりすると、子供は自分の悲嘆方法を（6P）

内部に保持する。それが他日、情動障害の根になることも決して稀ではない。子供のいう事を聴いてやり、その感情が何であれ自由に表出させてあげることが望ましい。子供であれ大人であれ、家族を一番助けられるのは、死の前に彼らの感情を分け持ってやり、たとえそれが不条理な感情でも、それを吐き出させてあげる事が大切なのである。

第十一章 死と死ぬ事に関するセミナーへの反応

我々のセミナーに対し、病院スタッフは強い抵抗や、時にはあからさまな敵対意識すら示した。たった一人の患者とのインタビューでさえ、看護スタッフの許可を取る事が出来なかった。レジデントはインターンより難しく、医学生より抵抗が激しかった。医師は教育が上がるほど、この種の仕事に巻き込まれるのを嫌うように見えた。一旦セミナーが創設され、セミナーに出席するようになると、抵抗の態度に変化が生じて来た。最後には、彼らの方から患者を見てくれと頼むようになった。看護スタッフの反応も、初めは医師と同様に怒りを見せ、一部の彼女達は私達を“ハゲタカ”と呼び、病棟へ一歩も近づけまいとした。だが私達を期待を持って迎えてくれた看護グループも居た。彼女達は一部の医師に対し、患者にその病気の重大性を知らせる時の告げ方と態度に憤っていた。大切な問題を回避する医師、回診のとき、末期患者を素通りする事に怒っていた。又患者にとって不必要なテストを命じることを憤っていた。彼女達は末期患者の家族達が受けている不快と不便と無秩序に無性に気がかりであったのである。又このような患者に対する上からの指示も無かった。これ等に対する内部葛藤を彼女達は自認していたのである。従って、彼女達は期待を上回って自ら進んでセミナーに参加した。ソーシャル・ワーカーは、残された子供の世話、私設療養院への手続き、経済面での役所への働きかけ等、非常に積極的に取り組んでくれた。彼らは直接死に行く患者を自分の目で見ることがあまり無かったからでもある。病院牧師も、祈祷書か聖書の一部を読むだけで満足していたのが、患者の要求に耳を傾け“死と死ぬ事”に四つに取り組み始めた。以前は、医師の「患者には言うな」と言う命令を楯にとっていた。それを言い訳にしていた。

一方、患者達は我々の訪問を好意的に積極的に歓迎してくれた。セミナー出席を拒否した患者は全数の 2%にも満たなかった。退院させられた患者の内又何か重大な事が起こった時、彼らの方から我々に電話で接触して来た。

末期患者は少数のつながりだけを残して、他のもろもろの人間関係から自らを解放したいのである。解放されること事で、残された少数のつながりと最終的な断ち切り(死)に直面したいが為である。これ等の悩ましい人間臭い葛藤を誰か外部の人に打ち明け、分け持ってもらい斡旋してもらわなければ、 (7P)

解放は不可能だと考えているのである。患者がコミュニケーションを打ち立てたいというのは実は此処にあるのである。

死に行く過程のチャート

[致命疾患の自覚による「衝撃」「否認」「怒り」「抑鬱」「取り引き」「受容」] 最後まで何らかの形で「希望」を持ち続ける。

著者は経験的にインタビューする前にこの患者の防衛機制がどのくらい強いが弱いかを予期できるようになった。一般的に言って、教育程度が低く、社会的、職業上の義務の少ない単純な人の方が、物質的豊かさ、快適な生活、多くの人間関係を失う富裕階級の人々より、この最終危機に困難なく直面する事が出来た。一生を苦勞と激しい労働のうちに過ごした人、子供を育て上げた人、自分の成し遂げた仕事に満足している人達のほうが、平安と威厳を持って死を受容することがより容易である。此れに対し一生を野心的に周囲環境を支配して来た人、物質的な財を蓄積して来た人、社交的な付き合いを多数の人達として来たにも関わらず、生の終わりに当たって助けとなるような有意味な人間関係の少ない人達は、死の受容が容易ではないようである。宗教心の篤い人も宗教を持たない人とたいして違いは無いように見えた。強い信仰を持った宗教心の篤い人は極めて少数であった。その少数の人は、其の信仰に助けられ、無神論者とは対照的な態度であった。患者にとって死そのものは問題ではなく、“死に行くこと”が恐ろしいのである。

死について

「人生は一つのエネルギー的現象である。エネルギー現象ははっきりとある目標を目指している。その目標とは“静止状態”である。過程とはいわば永遠の静止状態を少し阻害したに過ぎない。静止状態は何時も原状に戻ろうとしている。」(ユング)人間は死の恐怖を克服する為に宗教と哲学を生み出し、死生観を考え出した。しかし、死とは何かがわからず、人にとって死は未だ未知の世界である。プラトンは死を靈魂の不死の世界への移行とした。キリスト教は、死は精神の肉体からの解放であり、神のもとへの昇天であると考えた。ヤスパースやハイデッガーは死を悲惨な絶望的限界情況とし、来るべき死に先立ち、常住死を生きることによって真実の自己の実現を図ろうとした。禅は一切の論理的分析を断絶し生死を超えることによって、死の不安を克服しようとした。又死を無意味な偶発事故として無視するサルトルのような立場もあり得る。メラノームという悪性腫瘍に罹り、10年間壮絶な闘いを、明朗に生きた宗教学者岸本英夫氏は、死は“別れの時”であるとふっと気づき、 (8P)

この考えに目覚めてから、死を直視できるようになった。「死を無だと考えていた時は、自分が死んだらこの世界も無くなってしまふような錯覚から脱する事が出来ないで居たが、死とはこの世に別れを告げるときと考えた場合、当然この世は存在する。(死を見つめる心) 岸本英夫著 講談社

医学博士中村正堯氏は、死を眠りと考えて大往生を遂げた。ガンで死期が迫りながら、そう言い切っている。(ガンかて笑って死ぬるもんや) 講談社 死は個人の自覚の問題であり、主観であり、千差万別の考え方があり得る。健康な状態で考える死と比べ、致死的状況に置かれた人々の死の見方には、死生観とは別の深刻な即時性がある。

感想

本書は、末期患者をどう扱うかという問題について医療従事者達が止むに止まれぬ気持ちで、実行したセミナーの記録である。我々日本人にはなんとなく違和感が残るのは、患者に許可を得て話をする時に、「病気の重い、死に掛かっている患者 (very sick and dying patients) についてもっと知りたいと思っている。」又「医療従事者は、そのような患者にどう振舞ったら、患者にとって助けになるか教えて欲しい」と切り出す。小生にはとても言い出せない。しかし誰かがやらねば成らない。死ぬ人は平和と威厳を持って死ぬ権利があると言っているが、此れは日本人の“極楽往生”という事であろう。しかしこのように平和と威厳を持って死んでいった人は何人居るだろう。此れには日頃からの鍛錬と覚悟が必要だと思われる。

江戸時代に入り、今までと異なり戦争が無くなり武士がその本来の使命を果たせなくなり、官僚的武士しか生き残れなくなった時、「葉隠」がアングラで武士に読まれた。戦ったら喧嘩両成敗でお家断絶という法のもとで、武士がやもおえず刀を抜く時、死を覚悟している。武士道としては戦わなければならない矛盾を、お上からお咎めを受ける前に、自主的に腹を切ってしまうのである。主家に迷惑を掛けない為である。

著者が亡くなったとき、どのような態度であったか興味がある。