

身体の痛みに寄りそう

——在宅で終末期を過ごす単身高齢者の疼痛ケアに寄せた一考察

西 真如*

<要旨>

本稿は、在宅で終末期を過ごす単身高齢者の疼痛ケアにあたる訪問看護師が、患者の痛みの経験をどのように理解し、痛みの情動に介入するのかという問題について考察する。その過程は、医療のことばでは「痛みの評価」とか「痛みの管理」という用語であらわされるのが通例である。しかし実際には、患者がどのような痛みを抱えているかを客観的な指標によって把握することはできないし、オピオイド（麻薬性鎮痛薬）を用いた痛みへの介入は、患者の情動の変化と結びついた繊細な実践である。疼痛ケアは、痛みを訴える患者と、それを聞く医療者、そして患者の身体に介入する鎮痛薬とを巻き込んだ、一連のコミュニケーションの過程として把握される。この過程に接近するため、本稿ではまず、痛みとは何であって、それは何を意味するのかという問いについて考える。この問いは一方では、痛みは単に外的な刺激の感覚ではなく、複雑な情動の過程であるという医学上の「発見」と関わっており、もう一方では、痛みの意味は言語によって正確に表象されることはなく、痛みの経験を表現することは、常に不完全な翻訳の過程なのだという人類学的な（および関連領域の）考察と関わっている。そして本稿の後半では、訪問看護師が身体の痛み「寄りそう」過程について、耐え難い疼痛を訴えながら在宅療養を選ぶ患者に対するケアの文脈や、オピオイドを用いた痛みへの介入といった側面に着目した記述をおこなう。

275

キーワード：オピオイド，情動，疼痛評価，訪問看護，翻訳

*NISHI Makoto 京都大学 nishi.makoto.7u@kyoto-u.jp

1 はじめに

痛みは誰もが否応なしに経験するものであり、その意味では普遍的な感覚である。人間は他人の痛みを直接に経験することはできないが、神経科学でいうところの共感（empathy）の能力によって、他人の痛みをあたかも自らのことのように感じ取ることができる¹。しかし、たとえば耐え難い疼痛を常に訴える末期がんの患者と常に接している看護師のことを考えてみよう。その疼痛の激しさ、耐え難さ、そこから生じるであろう不安や恐怖といった感情の際限ない高まりを、無防備な共感の作用でもって「自らのことのように感じる」ことが、その看護師にとってどれほど危険なことであるかは想像に難くない。またそのことを考えれば、医療者が痛みの問題を扱うとき、「痛みの評価」とか「痛みの管理」のように、やや突き放したことばづかいを好むのも無理はないと思える。だが痛みは、がんのような病変組織とは違って目に見えないし、血圧や血糖値とは違って客観的な数値であらわすこともできない。医療者にとって痛みは、共感によって接近するには危険すぎ、病態生理学的な実体として扱うには曖昧すぎる何かなのである。

本稿では、在宅で終末期を過ごす単身高齢者の身体の痛みのケアにあたる訪問看護師が、患者の痛みの経験をどのように理解し、痛みの情動に介入するのかという問題について考察する。疼痛ケアは、痛みを訴える患者とそれを聞く医療者、そして患者の身体に介入する薬剤とを巻き込んだ、一連のコミュニケーションの過程だというのが本稿の立場である。臨床医療の現場で実践される、患者と医師、そして治療薬を巻き込んだ繊細なコミュニケーションの過程は、すでにモハーチ・ゲルゲイが糖尿病治療の事例で詳細に検討している〔モハーチ 2008〕。モハーチが代謝という生化学的な過程によって媒介されるコミュニケーションに注目したのに対して、本稿では神経学的な情動（emotion）の過程に焦点をあてることになる。この過程に接近するため、まずは痛みとは何であって、痛みの訴えは何を意味するのかという問いについて考えてみよう。この問いは一方では、痛みは単に外的な刺激の感覚ではなく、複雑な情動の過程であるという医学・心理学上の「発見」と関わっており、もう一方では、痛みの意味は言語によって正確に表象されることはなく、痛みの経験を表現することは、常に不完全な翻訳の過程なのだという人類学的な考察と関わっている。

2 痛みの意味

耐え難い痛みを繰り返し訴える患者を目の前にした医師が、最初にすべきことは何だろうか。世界保健機関（WHO）が1986年に公表したがん疼痛治療指針には、「患者の痛みの訴えを信じよ」と記されている²。このことばだけを取り出すと、何か崇高な、そして

1 本稿では共感という語を、他者への同情（sympathy）を表現するコミュニケーション上のスキルに関する概念ではなく、他者の苦しみや痛みを模倣的に経験する神経生物学的な過程〔Decety 2011〕を指し示すものとして用いる。

2 この文書は、疼痛緩和の指針を「疼痛評価」「治療方針」「継続的ケア」の順で示しており、「患者の痛みの訴えを信じよ」ということばは、8項目からなる「疼痛評価」指針の最初の項目として記されている〔WHO 1986: 14〕。この位置づけを素直に解釈すれば、指針の立案者にとって「痛みの訴えを信じる」ことは、少なくとも疼痛評価の技術と不可分な問題であったことになる。

医療技術そのものとは無関係な理想を述べているようでもあるし、また見方によっては、患者の訴えに無頓着な医師たちを責めているようにも思える。だがこのことばは、単にお説教とか警告の意味でそこに置かれたものではない。それどころか、20 世紀の臨床医学における重要な出来事——痛みの再発見とでも記されるべき一連の出来事が、このことばに結実したのだと考えても良いだろう。

2-1 痛みの経験

痛みの訴えを信じよということばの背景には、痛みを医学的にどう理解するかという問題が横たわっている。WHO の指針に先立つ 1979 年、国際疼痛学会は痛みを「感覚および情動経験」の一種だとする定義を公表した³。ここで痛みを単なる感覚ではなく情動でもあると定義したことが、臨床医療における痛みの理解と治療の実践に与えたインパクトは計り知れない。というのも、近代科学の一分野としての医学にとって、痛みを純粋な感覚の一種として扱うことはデカルト以来の伝統であった。つまり痛みの感覚は、身体的な刺激によってのみ引き起こされるという考え方であり、これを文字通りに理解すれば、すべての痛みの感覚について、一対一で対応する身体の異常が特定されねばならない。このような直線的な理解は、一方では痛みの生理的機序を解明する基礎研究に役立ったに違いないだろうが、他方では患者の痛みの訴えに直面する臨床医療の現場にたいへんな混迷をもたらしていた。神経科学者のパトリック・ウォールは、医学生であった 1940 年代を回想して、当時の教員たちが痛みを訴える患者に与えていた説明は「明らかにでたらめだった」と回想している。彼らは患者や医学生に対して、「神経の拘扼、頸肋、筋緊張亢進、遊走腎といった気まぐれな説明を、根拠もなく示していた」。医師たちがこうした説明に納得できない場合には、患者の「性格上の問題」へと飛躍して、ノイローゼ、心気症、ヒステリー、詐病といった説明を使うこともあった [Wall 2002: vii]。

痛みを情動として定義しなおすことは、この混迷から医師を救い出し、患者の訴えに目を向けさせることに役立った。国際疼痛学会は上述の定義に加えて、「すべての痛みは主観的である」とも説明している。痛みを訴える患者の中には、組織の異常など病態生理学的な原因がみあたらない場合も多い。だが痛みが単なる感覚でないとすれば、組織の異常との結びつきは絶対的なものではなくなるばかりか、「患者が自らの経験を痛みとして捉え、組織の異常による痛みと同じようにそれを訴えるならば、医師はそれを痛みとして認めるべきである」ということが可能になる [IASP Subcommittee on Taxonomy 1979: 250]。つまり病態生理学的な裏づけがあってもなくても、医療者は患者の訴えを信じ、その痛み介入することで患者への義務を果たせるという緩和治療への道筋が、ここに示されたのである。

3 国際疼痛学会は痛みを “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (組織の実質的あるいは潜在的な障害に伴う、あるいは、そのような障害をあらわすことばで表現される不快な感覚あるいは情動体験) として定義した [IASP Subcommittee on Taxonomy 1979: 250]。

2-2 痛みの言語

本稿でいう痛みの再発見は、国際疼痛学会による再定義によって突然にもたらされたものではない。文化史家のハヴィエル・モスコソは、欧州における痛みの文化的表象史をまとめた著書の中で、国際疼痛学会の再定義は無数の痛みの証言にもとづくものであり、その背景にあるのは、不治の病いや終末期の病いに伴う痛みの歴史のすべてなのだと述べている [Moscoso 2012]。痛みの再発見が医学史上の一連の出来事として生じた経過は、20 世紀のアメリカ合衆国において痛みがどのように測定されてきたかを跡づけたノエミ・トゥジノーの科学技術社会論 (STS) 研究から確かめることができる。それによれば、20 世紀半ばに至るまでの痛覚測定の研究においては、情動は取り除くべき要因と見なされるのが普通であった。研究者は刺激への反応を数量的に示すため、痛覚計 (algometer) のような機器を好んで用いた。痛覚計とは、皮膚に異なる値の圧を加えてゆき、被検者が痛みを感じる閾値を知るための器具である。痛覚計が示すのは、痛みの感覚そのものというよりも刺激に対する被験者の感受性であることに注意する必要がある。当時の合衆国では、人種や性別によって痛覚への感受性がどのように異なるかといった問題が関心を集め、刺激への反応に影響するさまざまな要因、たとえば被験者の気分や注意力、気質といった要因から、感覚の要因だけを取り出して計測することが重要だと考えられたのである。しかしその一方で 20 世紀半ばという時代は、鎮痛作用を持つさまざまな化学物質の発見を背景に、痛みの治療効果をどう計測するかという問題への関心が高まった時期でもあった。鎮痛剤の効果を確かめるための治験の方法が確立される過程で、鎮痛剤によって痛みがどれほど寛解したかという患者の報告を、有効なスケールに落とし込むための試行錯誤がおこなわれた。その試みは結局のところ、痛みを客観的な知覚ではなく個人の経験として扱うことであったし、また治験から得られたデータは、情動にまみれた痛みの経験についての主観的な訴えを、現に測定することができるという根拠になったのである [Tousignant 2014]。

客観的な計測の対象となる痛覚ではなく、主観的に経験される情動としての痛みが問題であるからには、その情動を患者にどう表現してもらおうかということが、臨床の現場において問題となるのは当然のことである。患者の痛みの訴えを医療的に評価する試みのひとつの到達点として、カナダの心理学者ロナルド・メルザックが 1975 年に公表したマギル疼痛質問票を挙げることができるだろう [Melzack 1975]。この質問票は四つの質問で構成されている。最初の問いは「どこが痛むか」であり、患者は紙に描かれた人体図に印をつけることで痛みの部位を示した上で、その痛みが身体の表面か内側かを答えるよう求められる。二つめの問いは「どのように痛むか」であり、回答欄には痛みに関する 78 の語が、20 組にわけて示される。たとえば 5 番目の組には「ひっぱられるような」「ひきぬかれそうな」「ひきちぎられそうな」の 3 語が割りあてられており、20 番目の組には「しつこい」「むかつくような」「もだえるような」「おそろべき」「拷問のような」の 5 語が割りあてられる。患者は、それぞれの組から自らの痛みを説明するのに適当な語を見つけ出して印をつけるよう求められる。三つめは痛みが時間とともにどう変化するか、つまり痛みの持続性や周期性についての問いであり、四つめは痛みの強さに

関する問いである。

マギル疼痛質問票は、痛みの量的な側面（痛みの強さや持続時間）と質的な側面（どのような痛みか）とを総合的に評価する手法として知られている。質的評価の核心はもちろん、二つめの問いにある。質問票の作成に先立って、メルザックらは痛みに関連した英語の語彙を、既存の文献を用いて収集、分析し、その過程を「痛みの言語について」と題した論文として発表している [Melzack and Torgerson 1971]。彼らが語彙を収集する過程で、アルファベット順に並べられた語彙のリストは、当然のことながら「無意味なジャングル」にしか見えなかった [Melzack and Torgerson 1971: 51]。そこで彼らは、それぞれの語彙が痛みのどのような側面と関連づけられているか、被験者を用いて検討した上で、痛みをいくつかの意味のカテゴリーに分類する作業をおこなったのである。この論文でメルザックらは、痛みのメカニズムについての従来の仮説——外的な刺激が神経細胞の「痛み受容体」を経て、脳の特定の部位で知覚される単線的な過程として痛みのメカニズムを説明した仮説を批判している。そして、痛みの質的な差異を強調した別の仮説——痛みの感覚は、おびただしい数の刺激のパターンが中枢神経において選別され抽出された結果であって、限りなく多様な「質」を持った感覚が「痛み」という単一の言語で表現されているにすぎないのだという仮説を提示することによって、痛みを「質的に」分類する自らの試みを擁護している [Melzack & Torgerson 1971:50]。

2-3 情動と表現

哲学者のエレイン・スカリーは身体の痛みについて論じた 1985 年の著書でメルザックの試みを評価し、彼は痛みに関する新たなことばを発見したわけではないけれども、その代わりに既存の限られた語彙の中に存在する「構造」を明るみに出したのだと述べている。また人間の発することばは決してあてにならないのではなく、ことばにしがたい物質的現実さえ「正確に」あらわすことができるのだという想定をメルザック自身が持ち合わせていたために、このような発明が可能になったのだろうと述べている [Scarry 1985: 8]。

しかし、次のように問うこともできるだろう。メルザックの 78 の語彙は、痛みの経験を正確に伝えるのに十分だろうか。「いや不十分だ」と答えるとしたら、いったいどれほどことばを尽くせば、痛みを訴える側とそれを聞く側の双方が、その経験が正確に伝えられたことを納得できるのだろうか。この問いについて考える前に、次の二つのことを確認しておこう。第一に痛みは、ことば以外のやり方を含む、さまざまに異なる経路で伝えられる。歴史学者のロブ・ボディスはこのことを、「叫びから沈黙まで、歯ぎしりから涙まで」と表現した上で、ことばの説明だけに頼って痛みの実相を得ることは難しいと述べている [Boddice 2017: 3]。激しい痛みの経験は単に言語であらわしづらだけでなく、言語を「破壊する」のだということを考えれば [Scarry 1985: 4]、これはたいへん重要なことである。第二に、痛みの表現を理解するためには、痛みの歴史文化的な意味を知らねばならない。つまり苦しんでいる者と、その苦しみが起きている場所を共有する者たちとの双方について、「痛みが何を意味するのか」を問うことが必要になる。

ボディスは痛みの文化的意味について、「痛みとの出会い、とりわけ他者の痛みとの出

会いは、常に情動との出会いであり、その出会いが起きるのは、常に痛みの文化の中、つまり痛みをどのように、どんな理由で、そしてどんなときに表現して良いのかを提示する、予め与えられた無意識の慣習のセットの中なのである」と記している〔Boddice 2014: 5〕。これは情動と文化との関係を端的に表現した文章である。しかしボディスがこのように述べたからといって、人間の情動は単に文化によって規定されるのだと結論してはならないだろう。非言語的な表現を含む痛みの多様な表現に十分な注意を払い、その表現を規定している文化的な意味を知り尽くしている聞き手は、情動の意味をいつでも「正しく」理解することができるのだと理解すべきではない。

文化人類学者のウィリアム・レディによれば、情動の表現が正しいか、正しくないかというような問いは意味をなさない。というのも発話者にとって情動を表現するということは、他の誰にも観察することができない何かについて、何がしかの翻訳を差し出そうと試みるからだからである。これはもちろん、人が社会生活を営む上で必須の試みであり、その人のアイデンティティにとっても、周囲との関わりにおいても、逃れることができない一面である。しかし情動には「内的な」面があり、それは決して、ことばや行為によって単に「表象される」ようなものではない。情動は、意味の体系としてのことばとは異なるやり方で人を世界に結びつけるのであり、情動の経験が、その表現にぴたりとあてはまることはない。情動を表現へと翻訳する試みはいつも、多かれ少なかれ失敗に終わらざるを得ない〔Reddy 1997: 331〕。

ここでレディは失敗ということばを用いているが、それは決して、他者の情動を理解することは不可能だと主張するためではない。第一にレディは、情動は不完全ながらも表現に翻訳することができるという前提に立っているのであって、情動の表現可能性そのものを疑っているのではない。翻訳の困難さについて述べることに、強い懐疑主義の立場を取ることは同じではない。ここで重要なのは、翻訳の部分的な失敗こそが、文化的な規範やことばの意味によって予め規定された世界とは別の世界の存在を私たちに、教えてくれるという点である。別の言い方をすれば、翻訳の失敗という事態をとおしてのみ、私たちは他者の情動に寄りそう手がかりを得るのである。

2-4 痛みの翻訳

以上の議論を踏まえた上で本稿で強調したいのは、情動の翻訳という過程は、単に情動を経験している本人が目目の誰かに向けてその経験を翻訳し表現するだけにとどまらないということである。臨床医療の現場を想定するならば、痛みの経験が翻訳され、表現されて伝えられてゆくチャネルは、直接の聞き手を経由して、さまざまな人やモノや出来事を巻き込んでゆくことが期待されているはずである。たとえば末期がんの患者をケアする看護師は、さまざまなやり方で患者の痛みの表現を受け取るだろう——その大半は、声にならない表現かもしれない。看護師はそれを医療のことばに翻訳して医師に伝えるだろうし、それを受け取った医師は、具体的な処置を指示するだろう。こうした一連の翻訳をとおして、治療にあたる人や、痛みを緩和するための薬剤やツールなどが動員されるのである。

本稿では以下、単身高齢者を在宅で看取る訪問看護師からの聞き取りにもとづいて、彼女らが患者の身体の痛みにどのように寄りそってきたかを考察する。大阪市西成区の「訪問看護ステーションひなた」は、種々の生活困難を抱えながら在宅で終末期を過ごそうとする単身高齢者を積極的に受け入れている。訪問看護とは、病気や障害を抱えて生活する患者の自宅を看護師が訪問して、病状の観察や看護、助言をおこなうことである。また患者の主治医と連携して投薬などの処置をしたり、患者の自宅に置かれた医療機器の管理もおこなう。ひなたの患者には、末期がんに伴う激しい疼痛を訴える者が多い。疼痛とそれに伴う不安の緩和は、ひなたのスタッフと患者との関係を規定する中心的な問題のひとつである。筆者は2013年7月から現在まで、ひなたのスタッフに対して看取りの経験を中心としたインタビューを実施しており、本稿の執筆時点では21名の患者さんとの関わりについて話をお聞きした。いずれの患者さんも聞き取りの時点ですでに他界した人たちであり、その意味ではこの聞き取りは、ひなたのスタッフと筆者とでおこなった「デスカンファランス」である。したがって以下の記述は、終末期の患者さんがどのように痛みを表現したかを記録したものであるというより、訪問看護師がどのように彼らの痛みの表現を受け取り、翻訳したかを振り返ったものである。

3 身体の痛みに寄りそう

「患者に寄りそう」ということばを、ひなたの看護師はよく口にする。たとえばひなたの患者さんの中に、医師や看護師に暴言を吐いてしまうくせがあつて在宅療養を余儀なくされた人がいた。彼は重度の慢性拘束性肺疾患（COPD）を患い、ひとりでは疼痛と息苦しさに耐えることができず、夜間にたびたび救急車を呼んだ。そして入院するたびに暴言を吐いてアパートに舞い戻った。彼は対人関係で抑えきれない怒りと、病いの苦痛や恐怖との板挟みになり、どうしても折り合いをつけることができなかったのである。「その患者さんには、どんなふうに接したのですか？」という私の質問に、ひなたの看護師のひとり「寄りそうだけでした」と短く答えた。地域の病院はどこも、この患者さんの受け入れを拒むようになっていたが、ひなたのスタッフはこの患者が入院したいと訴えるたびに、さまざまなツテを頼って、引き受けてくれる病院を探し続けた。それは患者が亡くなるまで続いた。ひなたの看護師が患者に「寄りそう」ということばで指し示す実践は幅広く、医療の文脈だけで語り尽くすことはできないのだが⁴、それら実践の中には間違いなく、患者の身体的な苦痛の表現を聞き届けることが含まれている。ここでは、誰かの身体的な苦痛の表現を受け取り、具体的なケアに結びつける翻訳の過程を、「身体の苦痛に寄りそう」ということばであらわすことにしよう。以下では、末期の大腸がんを患ったひとりの患者さんの事例に寄せて在宅療養患者の疼痛ケアの文脈について検討したい。

4 ひなたの看護師による看取りの実践については別稿も参照〔西 2018〕。

3-1 ヨシさん

ヨシさん（仮名）は九州で生まれ育ち、18歳で自衛隊に入隊して北海道で数年を過ごしたあと、退職して大阪にやってきた。それから半世紀にわたって関西の建設現場で働き続けた。ずっと独身で生活してきたようだ。大阪市内の病院で横行結腸にできたがんを切除する手術を受けたとき、ヨシさんは70歳になっていた。手術のあと、主治医は化学療法を勧めたが、彼は承諾しなかった。ヨシさんはおとなしい人で、病院のスタッフや他の患者とトラブルを起こすようなことはなかったが、入院生活を嫌った。

ヨシさんは手術の翌月に退院し、西成区内のアパートに入居した。同時に、ひなたの訪問看護が始まった。ヨシさんは寡黙な人で、当初は自宅を訪れた看護師や介護士が会話に困るほどであった。自身の生い立ちについても多くを語らなかった。人と関わることの少ない人生を送ってきたことがうかがわれた。通院のたびに主治医は化学療法を勧めたが、彼は「しんどいのは嫌や」と言って承諾しなかった。「生きていても仕方がない」というようなことばをよく口にして、酒も止めようとしなかった。投げやりに見えるかもしれないが、実際にはヨシさんは自身の人生や周囲の他人に対して、さまざまな感情を抱いていたに違いない。ただその感情を、ことばで表現するのが苦手だったのであろう。訪問を重ねるにつれ、ヨシさんは徐々にひなたの看護師と打ち解けるようになった。彼は朝の決まった時間、道端に座って新聞を広げた。ひなたの看護師たちは毎朝、事務所に出勤するときに彼のアパートの前をとおり。顔見知りの看護師たちにあいさつするのを、ヨシさんは内心、楽しみにしていたようだ。

ヨシさんの腹部に強い痛みが出るようになった。本人が「手術の傷口が痛む」と訴えたため、実際には腸管が狭窄して通過障害を起こしていたことを医師が突き止めるまでに時間を要した。通過障害とは、口から摂取したものが消化管を通過しにくくなることであり、それ自体が腹部の違和感や痛みの原因となり、嘔吐による苦痛も伴う。狭窄は腫瘍が大きくなったためと思われたが、本人が化学療法を承諾しない以上、痛みの緩和が治療の中心となる。しかしヨシさんは、鎮痛剤の服用も拒絶した。なぜ鎮痛剤を飲まないのか尋ねると、「痛いのは天罰や」と答えた。痛いのは自身の過去の悪行のせいだというのである。何をしたのかと尋ねると、「んー、悪いことしたんや」と答えるだけで、それ以上のことは話さなかった。その一方で、ひなたの看護師の訪問はヨシさんの心の支えになっている様子があった。ヨシさんは亡くなる2ヶ月前にいったん入院したが、「あんたたち（ひなたの看護師）が来てくれるなら」と言って退院し、もとのアパートに戻っている。

強い痛みを訴える終末期患者にとって、居宅生活は過酷な経験となりうる。とりわけ同居者のいないヨシさんは、看護師や介護士の訪問がない夜間や休日、ひとりで終末期の不安に耐えねばならなかった。終末期のヨシさんはうとうとしながら片手で、あるいは両手でベッドの柵を握りしめていることが多かった。そうしていないときがあると、「今日はベッドの柵を握っていませんでした」と訪問日誌に記されたほどであった。それでもヨシさんが自宅で最期を迎えることを選んだ背景には、訪問看護師や介護士への信頼があったのだろう。

3-2 オピオイド

ひなたの看護師は、ヨシさんの身体にマッサージをほどこして痛みを和らげたり、ヨシさんの好きな相撲の話をして苦痛から気をそらせようとした。ヨシさんがようやく鎮痛剤を使うようになったのは、亡くなる3ヶ月前のことである。ひなたの看護師が記憶する限り、何か特別なきっかけがあったわけではないが、この頃からヨシさんの身体の状態が目立って悪くなり始めていた。痛みを「天罰」だと解釈することでなんとか我が身の苦痛を受忍しようとしたヨシさんのやり方が、ついに限界を迎えたのであろうか。

終末期の苦痛を緩和するために医療の現場でよく用いられるのは、オピオイド系の鎮痛剤である。これはモルヒネのような麻薬性物質、あるいはそれに類似した作用を有する合成（または半合成）化合物のことであり、神経細胞内の情報伝達系に働きかけて強力な鎮痛作用を発揮する。オピオイドが人体に作用する機序はたいへんに複雑であり、多くのオピオイド系化合物には、鎮痛作用のほかにも消化管の運動を抑制したり、呼吸を抑制したりする作用があることが知られている。前者は便秘、後者は呼吸困難のような副作用として発現することがある。オピオイドはまた、強力な鎮静作用を併せ持つ。これは終末期の患者にとっては、不安や恐怖を緩和してくれるという意味を持ちうると同時に、患者の「意識のレベルを下げる」作用でもある。患者を「傾眠傾向」（うとうととまどろむような状態が続くが、呼びかければ反応するくらいの意識のレベル）にしたり、あるいはさらに「深く眠った」状態にすることは、オピオイドの作用のひとつである。苦痛の中でも、患者が訪問者と会話したり、何かを表現したり、知覚したりすることに喜びを見いだそうとする場合には、意識の低下は厄介な副作用として認識される。しかし耐え難い苦痛を訴える患者に対しては、身体的な痛みとそれに伴う不安や恐怖を感じなくてすむところまで、あえて意識のレベルを下げるという使い方もありうる。

ヨシさんにまず処方されたのは、12時間ごとに服用する錠剤型のオピオイドで、これは持続痛を緩和することが目的であった。がん患者が経験する持続痛とは、一日の大半を占める持続的な痛みのことであり、これに対して急激にあらわれる一過性の痛みのことを突出痛と呼ぶ。緩和医療の現場では、主に持続痛の緩和を目的として時間を決めて使用するものを「ベース」の薬剤と呼び、突出痛など一時的な痛みの亢進に対する頓服薬（時間を定めず、症状に応じて服用する薬）として用いるものを「レスキュー」と呼ぶ。ヨシさんに処方された錠剤はベースの鎮痛効果を意図したものであったが、通過障害のあるヨシさんは薬を吐き戻してしまうことがたびたびあり、12時間ごとの服薬をスキップしてしまうことも少なくなかったため、貼付剤（貼り薬）に切換えられた。これはテープ状の薬剤を患者の皮膚に貼り付けると、有効成分が皮膚をとおして徐々に吸収されるというものである。ヨシさんに処方されたのは、72時間ごとに貼りかえるタイプの貼付剤であった。加えてヨシさんには、内服用の散剤（粉薬）も処方されていた。これは突出痛が出たときや、貼付剤の効果が十分でないときのレスキューとして意図されたものである。起き上がることも困難になっていたヨシさんが必要なときに散剤に手が届くよう、ひなたの看護師はベッドの柵にいつも決まった数の薬包を貼り付けておく工夫をした。さらにヨシさんの通過障害を考慮して、座薬型の鎮痛剤も用意された。ヨシさんの場合、自身では座薬

の挿入ができなかったため、看護師が訪問したときに必要に応じて挿入する使い方を取った。

図1は、ひなたの看護師がヨシさんのために作成した服薬確認票をもとに筆者が再構成したものである。亡くなる2週間前のヨシさんは、オピオイドの貼付剤に加えて散剤を手放せなかったことがわかる。「眠気」と「排便」は、いずれもオピオイドに典型的な副作用の有無を確認するための項目である。ただしこの時点では、ヨシさんは日中も傾眠傾向が続くようになっており、それは耐え難い痛みや不安を和らげる意味があった。また排便がないのは、食事をほとんど摂れなくなっていたためであった。

日付	鎮痛剤 (貼付)	鎮痛剤 (散剤)	鎮痛剤 (座薬)	訪問者	痛みの強さ (5段階)	痛みの 部位	眠気	排便
X-18 10:00	10 時交換 左胸	2 包		I		おなかの 奥のほう	(+)	(-)
同 16:00	OK	2 包 残 19		T	4	〃	(〃	(-)
X-17 10:00	OK	2 包 残 17		T	4	〃	(〃	(-)
同 15:30	OK	2 包 残 15		T		〃	(+)	(-)
X-16 9:00	OK	2 包		I		腹部	(-)	(-)
同 10:30	OK	2 包		I			(+)	(-)
X-15 9:00		2 包		S				(-)
X-15 10:30	10 時交換 右胸		10:45	N		腹部		(-)
X-15 13:30	OK	2 包		N				(-)

図1 服薬確認票

図は筆者が模式的に作成したもので、実際のもとは異なる。たとえば本図では日付の代わりに、亡くなるまでの日数を示している。X-18は、亡くなる18日前の意。また実際の確認票では薬剤の用量が記入されているが、本図では省略した。

3-3 痛みを評価する

ヨシさんが亡くなる数日前の訪問日誌には、苦痛の抑制が困難となったためであろう、「もう死にたい、何とかしてほしい」と訴えたとある。眠れているときは、なるべく起こさずに様子を見ていますとも書かれている。他方で、日によっては「イチゴアイスクリームを少量食べた」「マッサージをすると気持ちよさそう」「表情はおだやかで、痛みは大丈夫と言っておられます」という記述も見える。オピオイドを用いることは往々にして、苦痛を抑制することで得られる安堵と、意識を下げてしまうことで失われる別の感情とを天秤にかけながら、そのときそのときの患者の「生活の質」をなんとか保てるように、薬剤の使い方を細かく調整していく過程になる。

鎮痛剤の使い方を決めてゆく上で欠かせないのが、疼痛評価と呼ばれる作業である。



図2 5段階式フェイススケール
出典：「痛みの治療の診断」慶応義塾大学病院緩和ケアセンター、2018年9月30日閲覧
[<http://www.keio-palliative-care-team.org/patient/hope/diagnosis.php>]

服薬確認票で「痛みの強さ」とある項目がそれにあたる。X-18日とX-17日に「4」とあるのは、5段階評価で「4」の痛みをヨシさんが訴えたということである。この数字は、「フェイス・スケール」と呼ばれる評価ツールを用いて得られたものである。このスケールは、さまざまな苦痛の程度を表現した「顔」を紙の上に一列に並べたものであり（図2）、患者は「顔」のひとつを指し示すことで、自らが感じている痛みの程度を伝えることができる。ここであたかも、患者の痛みを何らかの「客観的な」指標に換算しているかのような用語（スケール、評価）があらわれるのは、おそらく医療分野におけることばづかいの「くせ」のようなものであろう。実際には、このツールの使い方を正しく理解している医療者が、そこから得られる情報を痛みの客観的指標として用いることはない。表情尺度スケールの「顔」には「0」から「5」までの整数が付与されているが、これは決して、痛みの感覚を客観的な尺度に置き換えるためのツールではない。たとえば患者Aが「4」の顔を指さし、Bが「5」を指さしたとして、BがAよりも強い痛みを知覚しているとは判断する根拠はどこにもない——Bのほうが痛みを「大げさに」表現する傾向があるというだけのこともかもしれない。表情尺度スケールから直接に汲み出すことができるのは、ひとりひとりの患者の情動の変化である。ひとりの患者が指し示す「顔」の変化を追ってゆくことで、医療者は——医療のことばで言えば——「痛みの管理」が適切におこなわれているかどうかを知る手がかりとする。「管理」ということばは何か、機械的な手続きの連鎖を思い起こさせるかも知れない。しかしひなたの看護師が「痛みの管理」ということばを使ったとしても、それは患者との繊細なコミュニケーションの一部としての医療介入について話している、つまり患者の痛み「に寄りそう」ということを言っているのである。

ヨシさんの場合、亡くなる2ヶ月前まではフェイス・スケールを見せると「2」か「3」を示していたのが、亡くなる直前の時期には「4」を示すこともあった。空欄となっている日が多いのは、終末期の患者にとってはフェイス・スケールのような単純なテストでも心身の負担になりうるという配慮から質問を控えた日が多かったためである。ひなたの看護師にとってフェイス・スケールによる疼痛評価は、患者の痛みの訴えや感情をくみ取るためのさまざまなコミュニケーション手段のひとつにすぎない。患者の苦痛を理解すると

いう意味では、会話や表情の観察こそが重要であって、フェイス・スケールは補助的な手段にすぎないとさえ言えるだろう。それでもこのツールが疼痛緩和の現場で欠かせないものだとすれば、それは患者の情動の訴えを、別の「言語」に翻訳するための橋渡しの役割を果たすからである。鎮痛剤を用いて患者の疼痛に介入するためには、医療者は患者の訴えをいったん薬剤の形態や用法用量の数値へと還元する必要がある。たとえば、患者Cのレスキュー薬としてX mgの薬剤Yを一日にZ回まで服用してよいというような指示がなされねばならない。患者の苦痛の訴えを用法容量の数値に落とし込む翻訳の過程を橋渡しするのが、フェイス・スケールの役割である。それは一見すると単純極まりないが、情動の本質的な曖昧さと整数の明晰さとをつなぎ合わせた構造を持つ特別なツールなのである。

3-4 処方を引き出す

投薬の指示をおこなえる（処方箋を書くことができる）のが法規上、医師に限られることは、患者が在宅療養を選んだ場合も同じである。通院に耐える体力が患者に残っているあいだは病院外来に出向いて医師の診察を受ける場合もあるが、そうでなければ往診を依頼することになる。いずれの場合も、医師が患者の診察に費やす時間は限られており、投薬の判断についても看護師からの報告に頼る余地が少なくない。そこでひなたの看護師にとっては、患者から受け取った痛みの表現を医師に対して疎通性のあることばに翻訳し、適切な処方を「引き出す」ことが、ひとつの腕の見せ所ということになる。

前節でフェイス・スケールは患者の情動を数値へと落とし込むためのツールだと述べたが、それはたとえば、「患者Cの訴えが「3」から「4」になりました」と看護師が医師に報告すれば、それを聞いた医師が薬剤の用量を2X mgに増量するとか、1日にZ+2回まで許容するというような指示を機械的におこなうという意味ではない。実際には看護師は往々にして、薬を飲んでも痛みが取れないと訴える患者と、呼吸抑制などの重大な副作用を心配してオピオイドの増量に慎重になりがちな医師との間に立つことになる。疼痛評価が本質的な曖昧さを抱えていることは医師も承知の上であり、フェイス・スケールの数値だけで機械的に薬剤を増量するようなことはまれである。さらに言えば、目に見える病変とか客観的な検査値のようなかたちで表現されることのない痛みの問題に、あまり関心を持たない医師も少なくない。ひなたの看護師にとっては、痛みの問題に関心を持ち、患者の痛みの訴えや看護師の説明に耳を傾けてくれる往診医との関係づくりが重要となる。疼痛緩和の現場で必要とされているのは、痛みは複雑な情動の過程であって、オピオイドの投与は、知覚としての痛みを緩和する病態生理学的なプロセスの一部であると同時に、痛みに寄りそってゆこうとする一連の繊細なコミュニケーションの一部であるということ、何らかのかたちで了解してくれる医師である。患者の身体の痛みに寄りそうことを目的とする一連の翻訳のプロセスに地域の医師たちをどれだけ巻き込んでゆけるかどうかは、訪問看護師たちにとっては患者の訴えを受け取ることに劣らず重要な課題なのである。

4 おわりに

ヨシさんが亡くなる前日、ひなたの看護師は5回にわたって部屋を訪問し、意識レベルとバイタルサイン（血圧、脈拍数、呼吸速度、体温など患者の生命維持と密接に関わる指標）がともに低下していることを記録している。その日の朝の訪問日誌には、次に訪問する者への伝言として「〔ベッドの〕 柵にはつかまらず、手は布団の中に入れてます。〔ヨシさんの手を〕 握ってあげてください」と記されている。その翌朝、介護士が訪問したときには、ヨシさんは左手でベッドの柵を握りしめたまま亡くなっていた。

患者との関わりを振り返るひなたの看護師の語りから筆者が学んだことのひとつは、終末期を迎えようとする身体の痛みに介入しようとする看護師に求められるのは、患者の苦痛に共感する力というよりも、共感を抑制しながら患者に接近するスキルなのだということである。これは看護師の主観に立てば、「職業者としての冷静さを保つ」ことだと表現することもできるだろう。だがそのことは——少なくともひなたの看護師の実践に即していえば——患者から距離を置くとか、患者の痛みを客観的に眺めるということではない。本稿で繰り返し確認したように、痛みは感覚であると同時に情動であり、その内容を客観的に評価するには曖昧すぎる。本稿では、患者の身体の痛みに関わってゆく過程を、一連の翻訳の過程として提示した。その過程は、当の患者自身でさえ表現することが困難な情動の世界を扱うと同時に、生物医療の還元主義的な側面に呼びかけるものであり、全体として患者の身体の痛みに関わりそう実践を構成するものなのである。

287

<参考文献>

西真如 2018 「痛みを抱えた者が死ぬための場所——訪問看護ステーションひなたの看取りの経験」 田中雅一・松嶋健編『トラウマを生きる』京都大学学術出版会、pp. 577-595。

モハーチ ゲルゲイ 2008 「差異を身につける——糖尿病薬の使用にみる人間と科学技術の相関性」『文化人類学』73 (1): 70-92。

Boddice, Rob 2014 Introduction: Hurt Feelings? In Rob Boddice ed. *Pain and Emotion in Modern History*. London: Palgrave Macmillan, pp. 1-15.

——— 2017 *Pain: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Decety, Jean 2011 The Neuroevolution of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1231 (1): 35-45.

IASP Subcommittee on Taxonomy 1979 Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage. *Pain* 6 (3): 249-252.

Melzack, Ronald & Warren S. Torgerson 1971 On the Language of Pain. *Anesthesiology* 34 (1): 50-59.

Melzack, Ronald 1975 The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods.

Pain 1 (3): 277-299.

Moscoso, Javier 2012 *Pain: A Cultural History*. Translated by Sarah Thomas and Paul House. London: Palgrave Macmillan.

Reddy, William M. 1997 Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions. *Current Anthropology* 38 (3): 327-351.

Scarry, Elaine 1985 *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford: Oxford University Press.

Tousignant, Noémi 2014 A Quantity of Suffering: Measuring Pain as Emotion in the Mid-Twentieth-Century USA. In Rob Boddice ed. *Pain and Emotion in Modern History*. London: Palgrave Macmillan, pp. 111-129.

Wall, Patrick 2002 *Pain: The Science of Suffering*. New York: Columbia University Press.

WHO 1986 *Cancer Pain Relief*. Geneva: World Health Organization.

Caring for bodies in pain: Visiting nurses providing home-based treatment for terminally ill single elderly patients

Makoto NISHI

Keywords : emotions, opioids, pain assessment, translations, visiting nurses

This article explores how some Japanese visiting nurses comprehend and address the complaints of prolonged physical pain that trouble terminally ill single elderly patients being treated at home. Medical professionals often refer to this process as “pain assessment” or “pain management,” although they are aware that there is no objective indicator to assess the patients’ experience of physical pain. Moreover, the administration of opioids for terminally ill patients suffering emotional turbulence is an extremely delicate practice. This means that the practice of pain relief is better understood as a process of consecutive translations involving patients, medical professionals, and analgesic agents, than the practice of clinical management in its ordinary sense. The first half of this article concerns the definitions and meanings of physical pain. The medical definition of pain underwent a considerable shift when researchers and practitioners of medicine discovered the fact that pain was not a mere sensory experience but also an emotional one. Such redefinition of pain was embraced by researchers in the humanities who explored pain experiences in different social, cultural, and historical contexts. The latter half of this article elaborates the process in which some visiting nurses who are stationed in a neighborhood of Nishinari, Osaka, address their patients’

complaints of physical pain. The process is characterized by a chain of translational practices to understand the patients' pain expressions and to address them through the administration of opioids.