

ターミナル・ケアと緩和医療

—— 一般病院における緩和医療の可能性 ——

「めんどろをみた相手には、いつまでも責任があるんだ。」

(サン=テグジュベリ, 堀口大學訳)

箱石 匡行*

(1999年10月27日受理)

はじめに

〈かつて癌といえば死病と考えられていたが、今日ではその治療法も不断に進歩しており、癌はもはや死に至る恐るべき病ではない〉と言われる。確かにそう言えるのかも知れない。実際、それは医学の発達之恩恵と言ってよいのであろう。しかしながら、例えば手術によって癌の病巣部が切除されて、いったんは回復したが、癌が再発転移し進行せる癌を持っている患者の場合、あるいは様々な治療を試みたが、もはや癌に対する積極的な治療法がないといった患者の場合、今日の病院はそうした患者に対して、実際にどのような医療サービスを提供しているのだろうか。癌専門病院あるいは大病院が、再発転移した癌患者に医療サービスを提供するどころか、むしろ「癌専門病院として出来ることはもう何もありません」と言って、入院中の癌患者を他の中小規模の病院に転院させるということも、珍しいこととは言えないのかも知れない¹⁾。またこれまで病院に入院し治療を受けていたといっても、癌が再発転移すると、その患者の再入院を拒否するという病院も決してないとは言えないのかも知れない。

転院を強いられた患者たちは、転院先の病院で痛みの治療も、さまざまな症状に対する適切な治療も十分に受けることができないままに、末期癌の激しい痛みに苛まれるということになるのだろうか。転院を強いられるなかで、患者は、自分が頼りともすべき医師や医療機関から見離され、遺棄され、惨めな思いをしながら死を迎えているということも、無いとは言えないのではなからうか。こうした場合には緩和医療を中心にした治療が行われるべきであって、これによって患者の終末期の〈生きることの質〉(Quality of Life, QOL)を高めることが大切なのではなからうか。

それというのも、癌の末期患者に対して、多くの病院は〈姑息な〉治療を行っているだけではなからうか、とも思われるからである。ここで〈姑息な〉と言ったのは、末期癌患者に対する積極的な緩和医療を行っていないという意味においてのことである。緩和医療は、何か自分

* 岩手大学教育学部

の専門とする分野の診療活動をしている医師が、いわば片手間に出来るようなものではないのではあるまいか。

さらに考えるべきことは、患者の治療を最終的にどの診療科が担当するべきなのかという問題である。例えば消化器癌の患者は、いったん消化器外科医による手術を受けると、もはや外科的な治療法がなくなった段階になっても、多くの場合、死の転帰をとるまで消化器外科の患者とされているのではなからうか（もっとも、転院を強いられるということもあるのかも知れない）。このことについて、外科医たちはしばしば、〈患者たちが外科医に絶対的とも言える信頼を寄せている〉ことを理由にあげる。しかし、今日の診療システムからして、消化器外科で手術を受けた患者はそれ以外に行き先がないのであって、だから、患者は外科医に信頼を寄せる以外にないのではあるまいか。

近年、多くの人々がホスピスに関心を寄せているというのも、終末期患者に対して多くの病院が行っている処遇の仕方がひろく知られるようになってきたからではないのだろうか。こうした事態は患者にとってはもちろん、医療従事者にとっても不幸なことであると言すべきではないのだろうか。

末期患者に対するこうした処遇は、癌専門病院とか大病院のそもそもの設置理由からして当然のことであると言すべきことなのだろうか。末期患者の入院を拒否するという対応の仕方は、当然のこととは言わないまでも、止むを得ないことであると言わなければならないのだろうか。もしそうだとするならば、末期癌患者のための独立したホスピスあるいは緩和ケア病院を作ることが必要ではないのだろうか。しかし、それに先立って、まず差し当って当面は、一般病院にホスピス病棟あるいは緩和ケア病棟を作ることが課題となってくるのではなからうか。

われわれがここで主張したいことは、次の二点である。第一は、癌専門病院であれ、一般病院であれ、緩和医療病棟を設けて、病気の積極的な治療法の適応外となった患者の終末期の〈生きることの質〉を高い状態に保つよう努めるべきであるということ、そして第二は、一般病院においても、その施設設備と医療システムを有機的に活用するならば、緩和医療は十分に可能であるということ、これである。ターミナル・ケアと緩和医療に係わる諸問題を検討しながら、われわれはこのことを示したいと思う。

I ホスピス・ケアと緩和医療

1 「ターミナル・ケア」と「ホスピス・ケア」

ターミナル・ケア（終末期医療）に係わってさまざまな言葉が用いられる。ここではまず「ホスピス」「ホスピス・ケア」そして「パリアティブ・ケア（緩和医療）」という言葉を取り上げて、こうした言葉がそれぞれ何を意味するのか、見ておくことにしたい。

まず「ターミナル・ケア」(terminal care) とは、終末期を迎えている患者を対象とする医療を意味する。つまりターミナル・ケアとは「対象となる患者を限定する概念」²⁾なのである。

そして「ホスピス」(hospice) とは、まず第一に、癌患者などが人生の最後の日々を過ごす場所を意味する。

ホスピスの原初的なイメージとしては、マザー・テレサの「死者の家」を思い描くとよいのではなからうか。マザー・テレサは、路傍に倒れたまま誰からも見捨てられ、ただ死を待つて

いる人々を、「死の家」に連れていき、彼らの死を看取ってあげるのである。

ホスピスとはもともとは、巡礼者が心身の疲れをいやす場所を指す名称であった。長い年月にわたる巡礼の旅の途上において病気にかかり、こうした場所でそのまま亡くなる人も珍しくはなかったことであろう。こうして、ホスピスは死に行く人々を看取る場所という意味をもつようになったのである³⁾。

ホスピスという言葉は、第二に、ホスピスにおいて行われる医療すなわち「ホスピス・ケア」(hospice care)の意味において用いられることもある。したがって「ホスピス・ケア」とは「ケアが行われる場所の規定を核として成立」⁴⁾する概念であり、「治癒的医療をしないという含意を元来は含む概念」⁵⁾なのである。

ホスピスという語は、第三に、もっと積極的な意味、つまり「ケアの哲学」⁶⁾という意味をもつものであるとも言われる。すなわち「癌や難病など現代医学では救うことができない病気の患者さん、または死ぬことが時間的に予測できる人々に対して、限りある生をその人が思い残すことなく、人間らしく生きる生き方を選択できるように、援助するという理念を表す言葉でもある」⁷⁾。

ホスピスの対象となる患者といえ、それは終末期に入った患者（多くは癌患者）である。したがって、ホスピスといえ、普通には、死期の迫った癌患者の終末期医療の場という意味において理解されることであろう。こうしてホスピス・ケアという言葉はターミナル・ケアという言葉と同じような意味において使われてきたのである。

2 「ホスピス・ケア」と「パリアティブ・ケア」

近年、ターミナル・ケアという言葉はあまり使われなくなってきた。それというのも、この言葉は文字どおり、その人生も終着駅に近づいてきた患者、死に臨みつつある患者を対象とする医療という意味に理解されるものだからである。そしてターミナル・ケアとかホスピス・ケアといった言葉に代って、「パリアティブ・ケア（緩和医療）」(palliative care)という言葉が多く使われるようになってきた。この言葉は、ごく大まかにいえば、癌の末期の疼痛緩和を目的にした対症療法といった意味で用いられている⁸⁾。

ところで、小野ツルコはホスピス・ケアを、治療の場所や医療の体制を指す言葉としてだけでなく、もっと積極的な意味を持たせて、「死を意識した人が人生最期の時をより充実した生き方ができるように、その人だけでなく家族を含めて援助するプログラムであり、理念である」⁹⁾と理解する。このように理解されたホスピス・ケアというものは、これは世界保健機関が提唱しているパリアティブ・ケアという考えと大きく重なっていると言ってよいであろう。

さらに小野は、ホスピス・ケアあるいは緩和ケアにおいては、看護の働きが重要であると指摘する。死に行く患者が看護の対象ではないなどということは、決してないのである。看護とは健康増進や疾病の回復への援助であるが、さらには平和な死への援助もまた看護なのである¹⁰⁾。そしてこのことは、看護理論家ヴァージニア・ヘンダーソンも、看護の定義の中で述べていることなのである¹¹⁾。

したがって、パリアティブ・ケアという考えはホスピス運動の中から生まれてきたものであると言うことができる。世界保健機関編『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア——がん患者の生命へのよき支援のために——(WHO専門委員会報告書 第804号)』(以下、『報告書』と略記)の中にも、「パリアティブ・ケアはホスピス運動の中から芽生えてきたもので」¹²⁾ある、と述べられているのである。

それではパリアティブ・ケア（緩和医療）とは、どのような医療をさしているのでしょうか。これは、「何を目標とする医療かを規定する概念」¹³⁾であって、その目標とは緩和である。緩和とは「すなわち人（患者）にとって好ましくない症状を除去ないし軽減すること」¹⁴⁾を言うのである。ここで注意しておくべきことは、緩和的医療は治療的医療から区別されるということである。つまり、治療的医療が病気そのものを治療するのに対し、緩和的医療は苦痛の原因を取り扱うことなしに、苦痛を和らげる（苦痛という患者にとって好ましくない諸症状を軽減することを目指す医療であるということである¹⁵⁾。

II 緩和医療の理念と実践方法

1 緩和医療の理念

緩和医療（パリアティブ・ケア）の理念はホスピス運動の中から生まれてきたと言われる¹⁶⁾。それでは緩和医療とはどのような医療なのであろうか。そして緩和医療とホスピス・ケアとの間には、どのような差異があるのだろうか。

緩和医療とは、病気の積極的な治療ができなくなった患者、死が近付いている患者、そうした患者の痛みや苦痛を緩和することを目的とするものである。したがって緩和医療とは、差し当たり、〈生きることの質〉を重視したターミナル・ケアと理解しておくことができるであろう。しかし決してそれだけではない。

緩和医療という新しい医療について注目すべきことは、患者という存在についても従来の医療における患者の捉え方とは異なった見方を提出していることである。つまり患者を一個の全体として捉えるのである。これに対応して、一個の全体としての患者に対する治療についても、新しい考え方が示されているのである。

世界保健機関編『報告書』は緩和医療を次のように規定している。「パリアティブ・ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の諸問題、霊的な諸問題（spiritual problems）の解決がもっとも重要な課題となる。パリアティブ・ケアの最終目標は、患者とその家族（注：本報告書における「家族」とは、患者と血縁関係にある人、あるいはその他の人々で、患者にとって重要な鍵となる人を指す）にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフを実現させることである。このような目標を持つので、パリアティブ・ケアは末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても癌病変の治療と同時に適用すべき多くの利点を持っている。」¹⁷⁾

したがって、緩和医療は次の三点を特徴とする、とすることができる。

「(1)緩和医療は治癒的医療が適応ではなくなった終末期の患者を対象とすること」¹⁸⁾。

「(2)単に医学的に観察される身体症状のみならず、患者の全体を視野におくこと」¹⁹⁾。

「(3)緩和医療の目的は、可能な限り高いQOLを実現すること」²⁰⁾。

まず、第一に、終末期の患者の場合には、病気の原因そのものに対する治療はもう適応ではなくなっている。したがってそうした患者には緩和医療だけが行われることになる。緩和医療がホスピス・ケアの中から生まれてきたものであることを考えるならば、〈緩和医療が治癒的医療が適応ではなくなった終末期の患者を対象とする〉ということは、あらためて説明する必要はないであろう。

第二に、緩和医療は患者を一個の全体として見る、あるいは患者の全体を見る医療である、ということである。このような考え方は従来の医学には見られなかった点であると言えるであろう。今日、一般に行われている医療は、様々な診療科が同一の患者をそれぞれの専門分野の視点から診察し、治療するものであって、複数科の医師が同一の患者について、よく連絡をとって、患者を全体的に捉えて治療するということが、ほとんど行われていないのではあるまいか。

確かに、従来の医療においても〈緩和措置〉というものは行われてきた。例えば疼痛や吐き気にはそれに対応した措置がとられてきた。しかし、緩和医療においては、そうした疼痛や吐き気が患者の〈生きることの質〉という全体的な観点から質的な評価がなされ、この評価にしたがって医療が進められる。こうした点において、〈緩和措置〉と〈緩和医療〉とは、はっきり区別されることになる²¹⁾。

したがって、第三に、緩和医療は終末期の患者だけがその対象ではない。緩和医療はそれ以前の病期においても行われるのである。病気の原因そのものが治療可能であるような患者の場合には、病気の治癒的医療と併せて緩和医療が行われることになる。緩和医療が発達するにつれて、〈緩和医療は決して終末期の患者だけを対象とするものではなく、もっと早い病期の患者にも癌病変の治療と同時に適用されるに相応しい多くの利点を持っている〉ことが次第に理解されるようになってきたのである²²⁾。

緩和医療において大切なことは次のことである。すなわち、終末期であれ、それ以前の病期であれ、当の患者が〈人間らしく生きる〉という視点から見て、患者の〈生きることの質〉を全体として、出来るだけ高いレベルに引き上げていくこと、そしてそれをできるだけ高いレベルに保っていくこと、これである²³⁾。

それでは緩和医療が治療的医療から区別されるのは、どのような点においてなのであろうか。

まず治療的医療は、対象となる患者の現在を含めて将来にわたる〈生きることの質〉の状態を悪くしている原因、そして患者の余命を短くしてしまうような原因、そうした原因を出来るだけ除去しようとする。そうすることによって、治療的医療は、患者のその後に残された人生における〈生きることの質〉が全体として出来るだけ高いレベルに維持されることを目指すのである²⁴⁾。

これに対して、緩和医療は、対象となる患者の現在の〈生きることの質〉を出来るだけ高めることによって、今後に残された人生における〈生きることの質〉の全体を出来るかぎり高めようとするものなのである²⁵⁾。

このように緩和医療はおもに現在の〈生きることの質〉の状態に関心をもつが、これに対して、治癒的医療はおもに将来にわたる〈生きることの質〉に関心をもつということになる。両者はどの時間の〈生きることの質〉に関心を持つかによって区別されると言うてよいであろう²⁶⁾。

緩和医療というものを狭い意味に理解するならば、治癒的医療の適用外となった終末期の患者を対象とする医療であると言える。こうした理解から、「ターミナル・ケア」という言葉に代わって、「パリアティブ・ケア（緩和医療）」という言葉が広く用いられるようになってきた、と考えてよいであろう²⁷⁾。

そしてこのことと共にわれわれが改めて注意しておくべきことは、緩和医療はあらゆる段階

の患者に対して治療的医療と併用され得る医療活動であるということである²⁸⁾。

2 臨床的医療の倫理的基本原則とその具体的実践内容

(1) 臨床的医療の倫理的基本原則

緩和医療は臨床的なケアのひとつである。したがって緩和医療においても、他の臨床的医療と同様に、臨床的ケアの倫理的な原則が妥当するものでなければならない。世界保健機関の『報告書』は、臨床的なケアに関する五つの倫理的基本原則を認めている。それは次の通りである。

- ①「良いことを行うこと」²⁹⁾。
- ②「危害を最小限にとどめること」³⁰⁾。
- ③「生命の尊重」³¹⁾。
- ④「患者の自主性の尊重」³²⁾。
- ⑤「限られた資源の公正な使用」³³⁾。

この五項目が臨床的なケアの倫理的基本原則とされている。つまり、これが世界保健機関の提唱する〈現代の医療倫理〉なのである。①と②そして③は、言ってみればヒポクラテース以来の伝統的な医療倫理でもある。そして④と⑤は今日のバイオエシックスの基本的な思想である。

緩和医療においても、これらの倫理的原則が等しく適用される³⁴⁾。緩和医療に即して①から⑤までの内容を纏めるならば、次のようになるであろう。

すなわち、医療スタッフは、医療を行うにあたって、患者に対して「良いことを行う」（つまり利益や恩恵をもたらす）と共に、その治療によって患者が被るであろう「危害（つまり不利益や負担）を最小限にとどめる」のでなければならない。治療は、患者にとって恩恵の方が不利益よりも大きいものでなければならない。そして終末期患者の緩和医療においても、患者の生命が尊重される。したがって緩和医療は患者の生命を短縮すること（例えば安楽死）に与するものではない。そして緩和医療においても、患者の自主性が尊重されるのでなければならない。これは患者の基本的な権利である。さらに、どのような医療資源であれ、限られた資源を人は公正に使用するのでなければならない。このことは、緩和医療についてもそのまま妥当するのでなければならない。

(2) 緩和医療の具体的実践内容

世界保健機関の『報告書』は、緩和医療の基本的内容として、次の六つのことを挙げている。

- ①「生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして死に行く過程にも敬意を払う。」³⁵⁾
- ②「死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。」³⁶⁾
- ③「痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う。」³⁷⁾
- ④「心理面のケアや霊的な（spiritual）面のケアも行う。」³⁸⁾
- ⑤「死が訪れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。」³⁹⁾
- ⑥「患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。」⁴⁰⁾

この六点について考えてみることにしたい。

①従来の治療的医療においては、患者が終末期にはいって、もう病気の原因を治療できないという段階に入ると、痛みなどについての不十分な処置だけで〈放置〉されていたのではなからうか。これに対して、緩和医療においては、終末期に入っている人、しだいに死に近付いて

いる人であっても、その人が生きているということを尊重すると共に、死に行く過程にも敬意を払うというのである。

②緩和医療は、いわゆる安楽死術を施して患者の死期を早めることは決して行わない。緩和医療は患者の痛みに対する適切な治療を行うのであって、これにより患者は激しい痛みから解放されることになる。したがって、患者を痛みから解放するために安楽死術を行う必要はなくなるのである。一方、緩和医療は、さまざまな医療技術によって患者の死期を引き伸ばすこともしない。この意味では、緩和医療は人が自然な死を迎えられるよう援助するものである、と言えることであろう。

③従来の医療においては痛みや痛み以外のさまざまな苦しみに対して、不十分な緩和措置を行ってきただけではなからうか。これに対して、緩和医療は痛みや痛み以外のさまざまな苦しみを積極的にコントロールする。これは、患者の〈生きることの質〉を高める上で、重要な意味をもつ。

④緩和医療は、身体的なケアだけでなく、心理的なケア、霊的な（spiritual）面のケアを積極的に行う。緩和医療の対象となる患者は死を間近にしているのであるから、患者にはその身体と心と霊的な面のケアが必要となる。このような多面的なケアには、医師の働きだけでなく、他の医療スタッフの働き、とくにナースの働きが重要となる。

霊的な面へのケアを行うに当たって大切なことは、患者が自分の人生観、自分の宗教的信仰に従って生きていくことが出来るように、医療スタッフが援助していくことである。医療スタッフの人生観や宗教観を患者に強いる（無意識的な仕方であろうと）ことのないよう、十分に注意しなければならない。

⑤緩和医療は、死が訪れるその時まで、残されている人生の時間を患者が積極的に生きていくことが出来るよう、支援する体制をとる。緩和医療とは、人生の時間を最期までその人らしく生きていくことが出来るように支援するものなのである。

⑥緩和医療は、患者だけではなく、その家族へのケアも行う。患者が病気で苦しんでいる間、その家族も、様々な苦しみに悩まされる。さらに患者と死別した後も、家族はさまざまな苦難に曝されるのである。こうした家族の苦しきは、従来の医療ではケアの対象とされてはいなかった。これに対して、緩和医療は、家族の苦しみや悲しみ、そして苦難への対処もケアの対象としているのである。

3 緩和医療の実践方法

世界保健機関の『報告書』は、緩和医療の実践にあたっての諸注意ともいうべき事柄を指摘している。これは次のように五点に纏められるであろう。

①緩和医療が実践されるためには、従来の治療的医療において用いられている諸方法も併用される。例えば、放射線治療や化学療法、外科治療も患者の様々な症状をコントロールする上で有益であって、不利益をもたらさない限り、緩和医療として一定の役割を果たすのである⁴¹⁾。

また、研究目的の治療が行われる場合もあろうが、それは最小限に抑えられなければならない⁴²⁾。そしてそれが実施されるに当たっては、患者のインフォームド・コンセントを得るのなければならない。

②緩和医療は医学の専門分野のひとつとして世界的に認知されるようになってきた。そして緩和医療が普及し始めている国々が徐々に増えている。英国では、緩和医療が医学の専門分野のひとつとして認められるようになった。また、オーストラリア、カナダ、英国などでは、こ

の専門分野の教授ポストが用意され、全国規模の学会が組織され、専門的な雑誌が定期的に刊行されるようになってきた⁴³⁾。

③緩和医療は患者を、様々な要素に分解して捉えるのではなく、一個の全体として捉える。緩和医療は、例えば〈患者は病気による様々な苦悩のただ中にあり、また家族も様々な痛手を被っている〉というように捉える。したがって緩和医療はたんに患者だけではなく、家族をもケアの対象とするのである。こうして家族を支えると共に、家族が患者のケアに積極的な役割を果たすことが出来るように配慮するのである⁴⁴⁾。

④緩和医療はチーム医療である⁴⁵⁾。今日の医療はチーム医療であると言われるが、このことは、とくに緩和医療については大切な点である。チーム・アプローチなしに緩和医療を行うことは出来ない。つまり緩和医療を実践するためには、医療チームが必要なのである。この医療チームは、様々なメンバーから構成される。このメンバーは、各人がそれぞれ果たすべき役割を持つ。このチームのリーダーシップをどのような職種のメンバーがとるのであろうか。それは、患者が持つ問題の特殊性や地域の特殊性によって異ってくる。或る場合には医師がリーダーシップをとるだろうし、また或る場合にはナースがとることであろう。

この医療チームのメンバーには、患者に関する守秘義務が課せられる。メンバーは自分と同じチームの他のメンバーに対しても、患者に関する守秘義務を負うのである（患者が承認した場合は、この限りではない⁴⁶⁾）。

⑤緩和医療におけるナースの役割は大きい。従来の医療においては、医師が中心となっている。これに対して、緩和医療においてはナースが大きな役割を果たす。というのは、患者の側にいることが多いのはナースだからである。その果たすべき責務とは、例えば、ケアについての様々な情報の提供、患者や家族のカウンセリングや指導、入院ケアと在宅ケアの継続性の維持などである。さらにナースの立場は、痛みやその他の様々な症状のコントロールについての評価（アセスメント）や監視を行うのにもっとも望ましいものである。そして痛みを初めとする様々な症状のコントロールを最も適切な仕方で行い得るためには、患者が必要とする程度に応じて与薬量を、医師が指示する範囲において、調節することが出来るという権限を、ナースが持っているのではなければならない⁴⁷⁾。

III 痛みの問題

1 痛みの治療を阻害する要因

緩和医療の中心問題は痛みである。これまで多くの末期癌患者が激しい痛みで苦しめられてきた。癌が人々に恐れられてきた理由のひとつは、この激しい痛みである。現在、世界全体で、四百万人以上の癌患者が痛みで苦しんでいるといわれる⁴⁸⁾。これは、痛みの治療が十分に行われていないからであろう。

それでは痛みに対する有効な治療法がないというのであろうか。決してそうではない。痛みの治療法がすでに確立されているのである。WHO方式疼痛緩和治療法に従って治療を行うならば、大多数の患者の痛みは著しく緩和され、また完全に消失すると言われているのである⁴⁹⁾。

それでは痛みの治療が十分に行われていないのは、なぜなのであろうか。世界保健機関の『報告書』は次の二つの要因を指摘している。第一は「癌患者の痛みのほとんどすべてを満足に治療できる方法が、すでに確立している事実を多数の医療従事者が知らないこと」⁵⁰⁾、そして第

二は「鎮痛薬、ことにモルヒネの医療目的の使用に対する法的、その他の制約があること」⁵¹⁾である。痛みの治療を阻害しているこの二つの要因を、われわれは早急に克服しなければならない。

2 終末期癌患者の痛みの因子

世界保健機関の『報告書』は、癌患者の痛みについて、身体的因子、心理的因子、社会的因子、霊的 (spiritual) 因子を挙げており、さらにこうした諸因子を包含した「全体的な痛み (total pain)」⁵²⁾という新しい概念を提唱している。

①身体的な痛み⁵³⁾。

(a)癌そのものが原因となっている痛み (これは、腫瘍の軟部組織浸潤、内臓転移、骨転移、神経圧迫、神経破壊、および頭蓋内圧亢進などによって生じる)

(b)癌に関連した痛み (例えば、筋攣縮痛、便秘や褥瘡による痛み)

(c)癌治療が原因となった痛み (例えば、手術性瘢痕の慢性的な痛み、化学療法後の口内炎による痛み)

(d)併発疾患による痛み (例えば、変形性脊椎症、関節炎)

②心理的な痛み (例えば、患者の実存的な苦悩、絶望感、死への恐怖)

③社会的な痛み (例えば、社会的な失脚、収入の減少、職業上の信望の低下、家庭における役割の低下や喪失)

④霊的な痛み (その患者の人生観や世界観を、その患者の存在の根底において支えているような領域の痛み)

何よりもまず、患者の身体的な痛みに対する治療を最大限に行い、痛みの緩和を図らなければならない。そして痛みの強度は、身体的な因子だけによるのではない。身体の痛みには、心理的な因子も少なからぬ影響を及ぼしているのである。

しかし、それにも拘らず、われわれは〈何よりもまず、身体的な因子による痛みを最大限、治療すべきである〉と言いたい。身体的痛みを緩和するためには、正確な身体医学的診断が行われなければならない。まず身体的な痛みに対する的確な治療を行うこと、それでも消失しないような痛みがあれば、その時になって他の要因を考えるべきであろう。

3 トータル・ペイン (全体的な痛み)

癌患者の疼痛を論じるとき、しばしば「トータル・ペイン (total pain)」という言葉が用いられる。これは世界保健機関の『報告書』の中で提起されている痛みの新しい概念と言ってよいのかも知れない。これは「全人的な痛み」と訳されることが多いが、われわれは「全体的な痛み」という訳語を使用することにしたい (理由は以下に述べる)。

世界保健機関の『報告書』は、この「トータル・ペイン」を次のように説明している。「痛み治療を適切に行うには、身体的因子と非身体的因子とを検討することが必要であり、すべての関連因子を包含した『全人的な痛み (total pain)』という考え方が役立つ。この考え方には、侵害的な身体的因子のほか、心理的、社会的、霊的な (spiritual) 諸因子が包含されている。」⁵⁴⁾

癌患者の痛みには、身体的な因子だけでなく、心理的な因子、社会的な因子、霊的な因子も影響している。いわゆる身体的な痛みといったものでも、そうした要因をすべて包含しているのであって、だから「全体的な痛み」と呼ばれるのである⁵⁵⁾。

したがって患者の痛みを分析するならば、そこには身体的な因子、うつ状態、不安、怒りな

どといったものが入り混じっていることが分かるのである。身体的因子には、痛み以外の症状、治療の副作用などが挙げられる。うつ状態は心理的反応、つまり〈社会的失脚、収入の減少、職業上の信望の低下、家庭での役割の低下、疲労と不眠の持続、絶望感、醜くなったことなど〉への心理的な反応と理解される。不安の念が生じるのは、〈病院や施設に対する恐れ、痛みに対する恐れ、家族や家計についての悩み、死の恐怖、精神的（靈的）不安、不確実な将来など〉といったことが患者の心の中に存在するからであろう。そして怒りは感情的反応、つまり〈複雑で手際な手続き、診断の遅れ、来てくれない医師、説明不足の医師、効果のあがらない治療、訪ねてくれない友人など〉といったことに対する感情的な反応として理解することが出来るであろう⁵⁶⁾。

このように、〈トータル・ペイン〉の考えによれば、痛みというもの、そして痛みの度合いは、身体的な因子によるだけではなく、心理的な因子、社会的な因子、靈的な因子といったものも大きな影響を及ぼしているのである。こうした意味で、痛みとは「全体的」なものだ、というのである。したがって、痛みを十分にコントロールするためには、患者の身体的な状態だけではなく、心理的、社会的、そして靈的な状態を全体的に捉えることが必要となってくるという訳である。

世界保健機関の提起する〈トータル・ペイン〉の概念とは多少とも異なった意味において、〈トータル・ペイン〉という言葉が用いられる場合がある。つまり、痛みには、身体的な痛みの他に、心理的な痛み、社会的な痛み、靈的な痛み、というような痛みも存在する。したがって、終末期患者のケアを行うに当っては、患者の様々な痛みを全体的に捉えることが必要なのだ、というものである。こうした意味における〈トータル・ペイン〉という語の用法は、宗教的背景をもってターミナル・ケアを実践している人たち（例えば柏木哲夫）に見出される⁵⁷⁾。

このように〈トータル・ペイン〉という語は、二つの意味において用いられている。しかし両者を明確に区別することは、必ずしも容易ではない。そこで清水哲郎は〈トータル・ペイン〉と〈トータル・サファリング〉(total suffering)という言葉とを区別して使用することを提案している。〈トータル・ペイン〉という語は、〈身体的な痛みには身体以外の諸因子も影響しているという意味で、痛みというものは「全体的な」ものである〉という意味に限定して用いる。一方、〈トータル・サファリング〉(全体的な苦痛)という語は、〈緩和医療が対処すべきなのは、身体的な面、心理的な面、社会的な面、靈的な面にわたる当の患者の人間全体の苦痛である〉という意味を表す場合に限って使用する。こういう提案である⁵⁸⁾。終末期患者のケアを考える時には、こうした区別は有効であるに違いない。

IV 死と向き合う

1 靈的側面へのケア

終末期の患者の〈生きることの質〉を出来るだけ高い水準に保つためには、身体的な側面、心理的な側面、社会的な側面、靈的な側面、こうした諸側面へのケアが適切に行われなければならない。終末期患者のケアについて、とくに靈的なケアの必要性が説かれる。これは、緩和医療がホスピス運動から芽生えてきたものであるということからからも理解されるであろう。

それでは、靈的なケアとはどのようなものなのであろうか。世界保健機関の『報告書』は、

「靈的」という言葉を次のように説明している。「〈靈的〉とは、人間として生きることに関連した経験の一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である」⁶⁰⁾。

人間が生きているということには靈的な側面が含まれており、「靈的な側面には宗教的な因子が含まれている」⁶⁰⁾。しかし「〈靈的〉は〈宗教的〉と同じ意味ではない」⁶¹⁾。宗教的なものは、あくまでも靈的な側面の一因子とされているのである。「靈的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の〈生〉の全体像を構成する一因子とみることができ〔る〕」⁶²⁾というのである。したがって靈的な因子は、人間の生という全体を構成している諸因子（身体的、心理的、社会的因子）のひとつとも考えられている訳である。

しかし靈的な因子というものは、「生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。とくに人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などに関連していることが多い」⁶³⁾というのである。してみれば、〈靈的〉な側面というのは、われわれ人間の存在をその根底において統合している領域であると言えることであろう。

それでは、このような靈的な領域に対するケアというものは、可能なのであろうか。それは不可能だとは言わないにしても、極めて困難なことであろう。そのために、一般病院に緩和ケア病棟を設置することが困難なのだ、と人は言うのかも知れない。このことについては、エリザベス・キューブラー＝ロスの言葉が示唆に富む。山崎章郎が伝えている所によれば、彼女はこう語ったという。「宗教的な背景はなくても、もし、われわれが患者さんに対して十分なケア、それはいろいろな症状コントロールも含め、心理的、情緒的なケアもすべてうまくいくなら、患者さんも自然に宗教的なニーズを満たすことができるようになるということなのです。ですから、特定の宗教的背景がなくても、ホスピス・ケアは大丈夫ですよ」と⁶⁴⁾。

2 一人称（わたし）の死、二人称（あなた）の死

患者の死はひとり患者だけの死ではない。確かに末期患者は自分の死への不安に心を悩ませていることであろう。しかし心に不安を抱き心を悩ませているのは、死を前にしている患者本人だけではない。家族もまた自らの大切な存在の死を予期しつつ不安な時を生きているのである。患者の配偶者、患者の子供たち、それぞれが己れの掛け替えのない者の死を前にして、不安と喪失の感情に捉えられているのである。したがって緩和ケアの対象は患者本人だけでなく、予期不安や抑鬱感情に囚われている配偶者や子どもといった患者の家族もまた、ケアの対象となるのである。

患者には死が到来しつつある。この患者は、あるいは妻にとって掛け替えのない夫であり、あるいは夫にとって掛け替えのない妻であることであろう。そしてこの夫あるいは妻の心の中では次のような想いが去来していることであろう。

——間もなく〈わたし〉の手の届かないところへ往こうとしている〈あなた〉は、〈わたし〉にとって他の誰によっても替えられはしない。〈わたし〉の心と〈あなた〉の心の中に生きている多くの共通の思い出がある。〈わたし〉と〈あなた〉はさまざまな困難な時間を二人で共に生きてきた。ときには〈わたし〉と〈あなた〉は仲違いもし、そして〈わたし〉と〈あなた〉は仲直りもしてきた。〈わたし〉と〈あなた〉とは互いに心のときめく想いをしたこともあったのだ。この掛け替えのない〈あなた〉に誰が替わり得るというのであろう。どんな人であろうと、決して〈あなた〉に替わり得るなどということはないのだ。それというのも、〈わたし〉と〈あなた〉は二人でひとつの共同の人生を生きてきたのだから。〈あなた〉を失うことは、〈わたし〉

にとって、自分の存在の半分が奪い去られることにも等しいのだ。――

愛し合っているとは、このようなことなのであろう。だから、妻が、あるいは夫が、自分にとって掛け替えのない相手の死を予期しつつ不安の念に囚われたり、抑鬱状態に陥ったりすることは、当然のことなのである。

それでは、このような患者と家族に対して、医療スタッフはどのようなケアを提供し得るのであろうか。まず否定的に言わなければならないことであるが、医療スタッフは自分の死生観を患者に強いることがあってはならないということである。また医療者自身の死生観を語るということも避けなければならない。医療スタッフは己れの職分のみ自己を限定すべきであらう。

医療スタッフに対して求められることは、死を前にして在る患者やその家族への共感的な態度であらう。それは、死と向かい合っている患者と共に在るということ、患者とともに同じ方向を見つめるということである。これは可能なのである。なぜなら、人間は誰であっても、死へ臨む存在だからである。その意味において、人はつねに他の人と一緒に結ばれて在るのだ。人は、誰であれ、死へと結ばれて在ることによって、他のすべての人と結ばれて、パートナーとなることが出来るのだ。死への方向を共に見つめること、これは患者を愛するということでもあるだろう。患者はそうした関係性に支えられることによって、耐えられない孤独感から解放されることであらう。

3 安楽死および尊厳死の解決

進行癌の激しい痛みのために、患者自身が、またその家族が医師に対し、患者を安楽死させてくれるように依頼することもあったことであらう。また患者側からの明確な依頼がないにも拘らず、医師が患者を「安楽死」させたという事件も生じているのである。

また尊厳死を主張する日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書」には、「私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば、麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません」という文言が見られるのである。

こうした安楽死や尊厳死の問題は、いずれも緩和医療が普及していくことによって次第に解決されていくことであらう。WHO方式癌疼痛治療法に従って痛みの治療を行うならば、痛みの大部分が解決されると言われているからである⁶⁵⁾。

VI 一般病院における緩和医療の可能性

最後に、一般病院における緩和医療の可能性と限界を考えるために、われわれは緩和医療の母体ともいべきホスピス・ケアに立ち返って、次の四点を取り上げることにした。すなわち、第一はホスピス・アプローチの特徴、第二はホスピスにおけるナースの役割、第三はホスピスにおける医師の役割、第四は一般病院における緩和ケアあるいはホスピス・ケアの可能性と限界、これである。この四点を考えることによって、一般病院における緩和医療の可能性と限界が自ずから明らかになることであらう。

1 ホスピス・アプローチの特徴

アルフォンス・デーケン⁶⁶⁾はホスピス・アプローチの特徴を次のように捉えている。それは、われわれがこれまでに緩和ケアについて見てきた所から理解できる事柄なので、その項目だけを挙げることにしたい⁶⁶⁾。

- ①チーム・アプローチによるケア
- ②ペイン・コントロールの重視
- ③生命の質（Quality of Life）の改善
- ④環境への配慮
- ⑤宗教家の役割
- ⑥患者の家族と遺族へのケア
- ⑦医療従事者への教育

2 ホスピス・ケアにおける医師の役割

このことについて、柏木哲夫は次の点を挙げている。簡単にその項目だけを示しておくことにする⁶⁷⁾。

(1)患者に対する医師の役割

患者に対する医師の役割として、次の二点が挙げられる。

- ①患者の身体症状のコントロール⁶⁸⁾
- ②患者の精神的な支え⁶⁹⁾
 - ・医師は医学的な情報を患者としっかり共有すること。
 - ・医師は患者の訴えの背後にある感情に敏感であること。

(2)家族に対する医師の役割

- ①医師は、家族に対する「十分な説明」⁷⁰⁾を行うこと。
- ②医師は、家族に「悲しみの表現を十分にさせてあげる」⁷¹⁾こと。
- ③医師は、家族が患者の死を受容できるよう援助してあげること⁷²⁾。

(3)チーム・メンバー相互の協力

- ・チームを構成するメンバーが相互に協力し合うこと。

(4)一般の人々に対する医師の役割

医師は一般の人々への〈死の準備教育〉(death education)を行うこと。

そして柏木はHOSPICEという語に即しつつ、ホスピスの特徴そして医師の役割について次のような説明をしている⁷³⁾。

Hospitality——親切なもてなし

Organized Care——組織的なケア，チーム・アプローチ

Symptom Control——症状のコントロール

Psychological Support——精神的支え

Individuality=Individualized Care——個性の尊重，個性を重んじるケア

Communication——十分なコミュニケーション

Education——教育

3 緩和ケアにおける看護の役割⁷⁴⁾

緩和ケアにおいてはナースが中心的役割を果たすと言われる。それ程に、緩和ケアにおける看護の役割は大きい。死にゆく人の看護も、看護という仕事のなかで大切な働きのひとつなのである⁷⁵⁾。

看護において大切なことは次のような事柄である。

- ①基本的な看護技術。
- ②疼痛緩和のための看護技術。

ナースは痛みの強さとその性質、痛みの部位、痛みによる日常生活への影響など、痛みのアセスメントを行い、疼痛緩和の方法を計画し実行する。したがって、そのための看護技術を習得していることが必要となる。

③積極的傾聴。

これは相手の言葉に十分に耳を傾けるということの意味する。つまり、自分の方が変わっていくかも知れないと思われる程まで、相手の言うことにじっと耳を傾けることである。

④家族へのケア、遺族へのケア。

患者と長い間、人生を共にしてきた家族にとって、その患者が死を迎えつつあるということは、家族自身にとって大きな喪失の予感、予期感情を引き起こす。また患者が死亡すると、家族は大きな喪失感に捉えられる。その悲しみから心が癒されるためには、悲嘆の作業が家族の心の中で十分に行われることが必要なのである。したがって家族が悲しみから癒されていくためには、家族へのケアが必要なのである。

4 一般病院における緩和ケアあるいはホスピス・ケアの可能性

一般病院における緩和ケアあるいはホスピス・ケアは十分に可能である。緩和ケアあるいはホスピス・ケアにおいて重要なことは、徹底した症状のコントロール（その中心は痛みのコントロールである）、コミュニケーション、家族への援助であろう⁷⁶⁾。こうしたことは、医療に対する基本的なニーズである。そして一般病院は基本的な医療サービスを提供しているのだから、一般病院においても緩和ケアあるいはホスピス・ケアは十分、可能であるはずである。

緩和ケアの本質は、終末期の患者への全体的な支援のプログラムである。すなわち、緩和ケアあるいはホスピス・ケアの目標は、患者の人間全体を対象とした〈生きることの質〉を高めることである。そしてこのことは、すべての医療の本質をなしていることである。それゆえ、緩和ケアはあらゆる一般病院において十分、可能なのである。

医療スタッフは、こうした緩和ケアにおいて提供すべき基本的な医療技術を習得して、どのような病院においても、そうしたニーズを持つ患者に対して、緩和ケアという医療サービスを提供していかなければならないであろう。

残る問題は、一般病院において霊的ケアをどうするのか、ということであろう。この点において、一般病院における緩和ケアには限界があると言われるのかも知れない。しかしこの問いに対しては、先に紹介したエリザベス・キューブラー＝ロスの意見を思い出すだけで十分であろう。つまり、身体的ニーズ、精神的ニーズ、社会的ニーズが満たされると、患者の霊的なニーズは自ずから患者自身によって満たされていくものである、ということである。このことは、一般病院において緩和ケアを推進していくための支えとなるに違いない。

このように、一般病院においても、緩和ケア、ホスピス・ケア、あるいは〈ホスピス・マインディッド・ケア〉(hospice-minded care、ホスピス精神を持った医療)というものが十分に可能なのである。病院が〈患者の病や苦しみ、そして痛みを癒す〉という医療の基本的な精神を持ち続けているかぎり、一般病院でも〈ホスピス精神を持った医療〉つまり緩和医療は十分に可能なのである。

註

- 1) 例えば、1999年（平成11年）7月6日付、朝日新聞に掲載された投書「転院し二週間 夫は死を迎えた」（主婦 原田真貴、千葉県 39歳=仮名）。
- 2) 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』（勁草書房、1997年、初版）、134頁。
- 3) 小野ツルコ「第10章 看護」（箱石匡行・内田詔夫編著『ホスピスの理想』金港堂、1997年、初版第1刷）、202頁。
- 4) 清水、前掲書、134頁。
- 5) 同前。
- 6) 箱石・内田編著『ホスピスの理想』、203頁。
- 7) 同前。
- 8) 同前。
- 9) 同前、203-204頁。
- 10) 同前、198頁。
- 11) ヴァージニア・ヘンダーソン（湯楨ます・小玉香津子共訳）『看護論』（日本看護協会出版会、1983年、改訳版初版）、23頁。
- 12) 世界保健機関編（武田文和訳）『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』（以下、『報告書』と略記）（金原出版社、平成6年〔1994年〕）、6頁。
- 13) 清水、前掲書、134頁。
- 14) 同前。
- 15) 同前、135頁。
- 16) 前掲、世界保健機関編『報告書』、6頁。
- 17) 同前、5頁。
- 18) 清水、前掲書、136頁。
- 19) 同前。
- 20) 同前。
- 21) 同前、137頁。
- 22) 同前。
- 23) 同前、137-138頁。
- 24) 同前、139頁。
- 25) 同前。
- 26) 同前、140頁。
- 27) 同前、137頁。
- 28) 同前、140-141頁。
- 29) 前掲、世界保健機関編『報告書』、49頁。
- 30) 同前。
- 31) 同前、50頁。
- 32) 同前。
- 33) 同前。
- 34) 同前。
- 35) 同前、5頁。
- 36) 同前。

- 37) 同前。
- 38) 同前。
- 39) 同前。
- 40) 同前, 6 頁。
- 41) 同前。
- 42) 同前。
- 43) 同前。
- 44) 同前。
- 45) 同前。
- 46) 同前。
- 47) 同前。
- 48) 同前, 13-14 頁。
- 49) 同前, 16 頁。
- 50) 同前, 14 頁。
- 51) 同前。
- 52) 同前, 16 頁。
- 53) 同前, 14 頁。
- 54) 同前, 15-16 頁。
- 55) 同前, 15 頁。
- 56) 同前。
- 57) 清水, 前掲書, 146 頁。
- 58) 同前, 146-147 頁。
- 59) 前掲, 『報告書』, 48 頁。
- 60) 同前。
- 61) 同前。
- 62) 同前。
- 63) 同前。
- 64) 山崎章郎「一般病院におけるホスピス・ケアの可能性と限界」(A. デーケン, 飯塚眞之編『日本のホスピスと終末期医療 (生と死を考えるセミナー 第4集)』春秋社, 1997 年第 8 刷), 79 頁。
- 65) 安楽死と尊厳死の問題については, 箱石匡行「安楽死と尊厳死との間」(『フィロソフィア・イワテ』第 29 号, 岩手哲学会, 1997 年 11 月, 34-45 頁, を参照願いたい。
- 66) アルフォンス・デーケン「ホスピスの思想と歴史」(前掲, A. デーケン, 飯塚眞之編『日本のホスピスと終末期医療』), 14-18 頁。
- 67) 柏木哲夫「ホスピスにおける医師の役割」(同前『日本のホスピスと終末期医療』), 21-48 頁。
- 68) 同前, 22-23 頁。
- 69) 同前, 23-29 頁。
- 70) 同前, 30-32 頁。
- 71) 同前, 32 頁。
- 72) 同前, 32-33 頁。
- 73) 同前, 37 頁。なお, 柏木哲夫『死を看取る医学 ホスピスの現場から』日本放送出版協会,

- 1997年11月第1刷, 74頁, も参照されたい。
- 74) 小野ツルコ「第10章 看護」(前掲, 箱石・内田編著『ホスピスの理想』), 202-211頁, に依る。
- 75) 看護理論家ヴァージニア・ヘンダーソンはこう述べている, 「看護婦の独自の機能は, 病人であれ, 健康人であれ, 各人が, 健康あるいは健康の回復(あるいは平和な死への道)の一助となるような行動をするのを援助することである。」(『看護の基本となるもの』——但し, 訳文は前掲, 箱石・内田『ホスピスの理想』, 198頁, による。)
- 76) 石垣靖子「ホスピスにおける看護の役割」(前掲『日本のホスピスと終末期医療』), 96-98頁。