

苦痛緩和のための鎮静

森田 達也

内科診療に役立つ 国内外のガイドライン

苦痛緩和のための鎮静(palliative sedation therapy)は、1990年代前半から導入された概念である。ほかの手段で十分に緩和されない苦痛に対して、睡眠薬や麻酔薬の全身投与によって患者の意識を低下させることによって苦痛緩和を得る手段を指す。概念の導入前後では、安楽死(euthanasia)との医学的、倫理的、法的異同について国際的に大きな議論となったが、2000年からは各国で蓄積された実証研究にもとづくガイドラインが整備された。現在、緩和治療の1つのオプションとして位置づけるものが多い。

複数のガイドラインが提示されている(表1)¹⁻⁵⁾。いずれも推奨度は設定されておらず、用語や概念の定義、frameworkを明確化するように記載されている。

最も早く学会・全国レベルで出版されたもの

は日本で作成されたガイドラインであり、現在の日本緩和医療学会による「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」の初版となった^{1,2)}。エビデンスをすべてレビューしたうえで、緩和医学、看護学、腫瘍学、麻酔学、精神医学、ソーシャルワーク、倫理学、法学などの多職種チームによるコンセンサス法(デルファイ法)を用いている。緩和医療学会のホームページから閲覧可能であり、書籍は市販されている。対象は、緩和ケアに習熟した医師のもとで診療を受けているがん患者とされているため、専門家向けのガイドラインではあるが、一般医師が苦痛緩和のための鎮静を行う状況においても指針とすることができる。

その後各国で、学会や国の設置した専門家委員会が中心となってガイドラインが作成された。オランダは、安楽死が合法化されている国として有名であり、安楽死と苦痛緩和のための鎮静の位置づけを明確にするためにいち早く多くの全国調査を行い、ガイドラインを整備した³⁾。内容的に他のガイドラインと差はないが、

表1 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン¹⁻⁵⁾

発行年	国	ガイドライン名	作成者
2005年	日本	Clinical guideline for palliative sedation	日本緩和医療学会・厚生労働省研究班
2007年	オランダ	National guideline for palliative sedation	Royal Dutch Medical Association
2009年	ヨーロッパ	Framework for the use of sedation in palliative care	European Association of Palliative Care
2010年	米国	Position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients	National Hospice and Palliative care Organization
2012年	カナダ	Framework for continuous palliative sedation therapy	Canadian Society for Palliative Care physicians

もりた たつや：聖隷三方原病院緩和支援診療科 ☎ 433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

0025-7699/13/¥500/論文/JCOPY

治療中止を含む終末期の意思決定を家庭医がモニタリングするシステムを継続して運用しており、ガイドライン通りの診療が行われているかどうかのモニタリングが行われている。

ヨーロッパでは、国際的に最大規模の緩和ケア学会である European Association of Palliative Care が包括的なガイドラインを示し、米国ではホスピスの最大規模の協会である National Hospice and Palliative care Organization が statement paper を出版した^{4,5)}。内容はほかのガイドラインと大きな違いはない。

通常の医師としては、日本のガイドラインを通読したのちに、英文で出版されている European Association of Palliative Care (ヨーロッパ) と National Hospice and Palliative care Organization (米国) のガイドラインに目を通すとおおむね同じ観点から記載されていることがわかれると思われる。

診療ガイドラインの活用方法

苦痛緩和のための鎮静のエッセンスはフローチャートとしてまとめられている(図1)¹⁾。診療の流れに沿って組み立てられているのでフローチャートに沿って説明する。

大枠の流れ

大きな流れとしては、まず、患者に耐え難い苦痛がある、ほかの方法で緩和できないことが、最初に苦痛緩和のための鎮静を考える入口になる。患者・家族に間欠的鎮静や浅い鎮静の意向を聞き、希望があれば実施する。間欠的鎮静・浅い鎮静が効果のない場合、予測される生命予後を評価し、多職種チームで持続的な深い鎮静が妥当であるかを検討する。合意を得たなら、患者・家族に持続的な深い鎮静の説明を行い、

実施する。鎮静を開始した後も、確実に苦痛緩和ができていることのモニタリングや患者・家族のケアを継続して行う。

患者の耐えがたい苦痛

「耐えがたい苦痛」(intolerable suffering) も、「治療抵抗性の苦痛」(refractory suffering) も学術用語である。

「耐えがたい苦痛」とは、「患者自身が耐えられないと表現する。あるいは、患者が表現できない場合、患者の価値観にてらして、患者にとって耐えがたいことが家族や診療チームにより十分推測される」苦痛を指す。苦痛は主観的なものであるため、ある患者にとっては医療者が「もう耐えられないだろう」と思えるほどの苦痛であっても耐えられる苦痛であることがあり、逆に、医療者が「これくらいは耐えられるだろう」と考える苦痛が患者にとっての「耐えがたい苦痛」である場合がある。いずれの場合も、患者の主観的判断が重要であり、医療者の見込みで「耐えがたい・耐えられる」という判断をしてはいけない。

「治療抵抗性の苦痛」とは、refractory に対応する言葉である。「すべての治療が(実際に行ってみて)無効である。あるいは、患者の全身状態と希望から考えて、合併症の危険性と侵襲を許容でき、かつ、予測される生命予後までに有効な手段がないと考えられる」状況を指す。この定義からわかるように、苦痛が治療抵抗性であると判断するためには、すべての「可能性のある」治療を実際に施行する必要があるわけではない。患者の全身状態や希望をふまえた専門家の予測に基づいて、治療抵抗性であると判断することは可能である。

間欠的鎮静・浅い鎮静の実施

一般的に、鎮静が意識に与える程度は短いほ

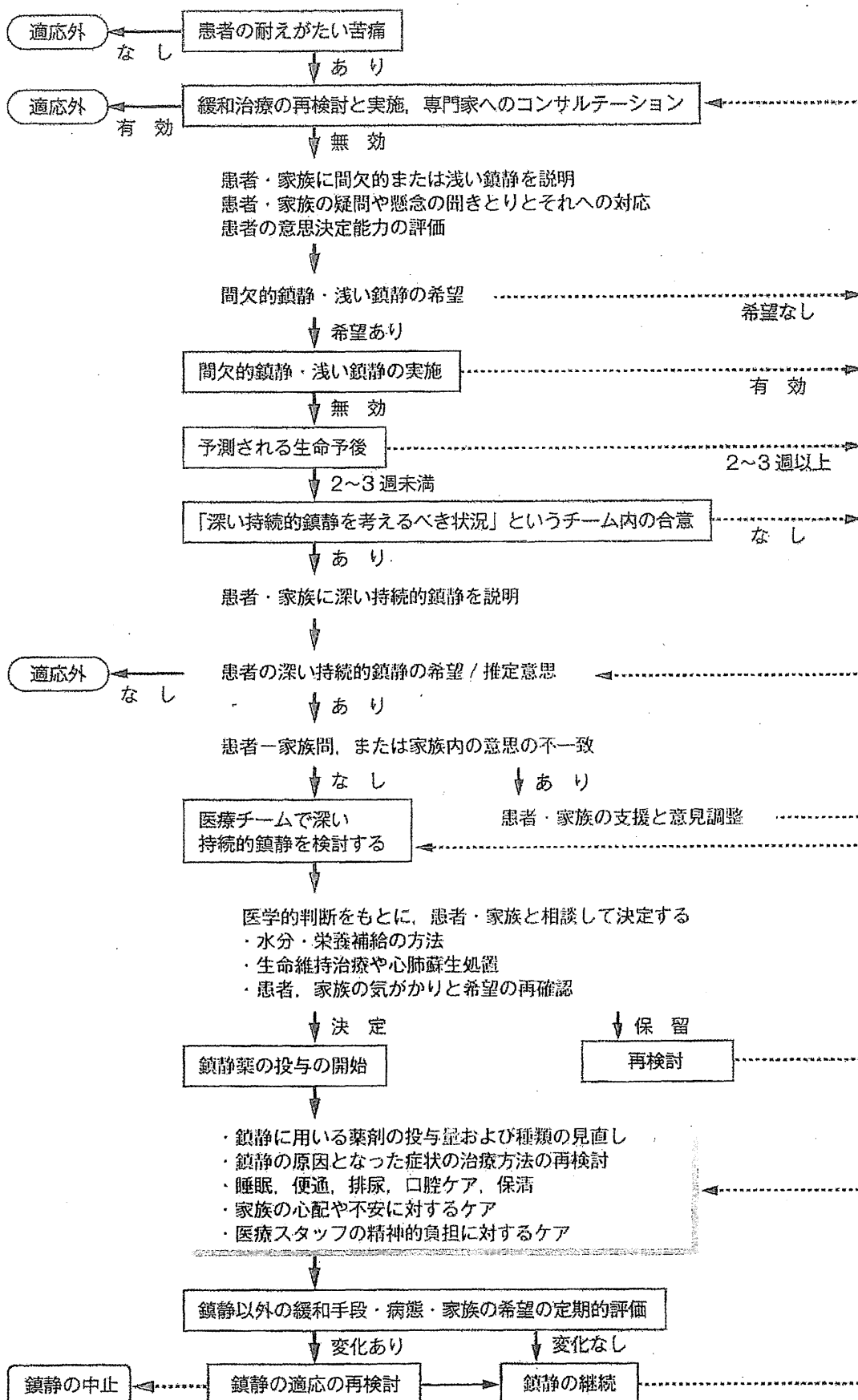


図1 苦痛緩和のための鎮静のフローチャート(文献1より改変)

表2 鎮静を受けた患者の家族のケアに対する満足度とつらさに関係する要因(文献6より筆者作成)

	満足度	つらさ
苦痛が緩和されなかった	-0.38	0.26
説明頻度が不十分だった	-0.58	
寿命が短くなったと思った	-0.22	
緩和するほかの方法があると思った	-0.23	
決める責任を負うことが重荷だった		0.16
気持ちをくみ取ってもらえなかった		0.25
気持ちがついていかなかった		0.19

鎮静を受けた患者の家族の満足度と負担感に関与する要因(Odds比)を示す

ど、少ないほどよいとされている。間欠的鎮静(間欠的に鎮静薬を投与したあと中止することによって意識の低下しない時間を確保する方法)や、浅い鎮静(コミュニケーションが可能な軽度の意識の低下をもたらし方法)によって、苦痛緩和が可能であればそれらを優先する。Proportional sedation と呼ばれるが、苦痛緩和のための鎮静は苦痛緩和のために行うのであり、意識の低下が目的ではない。すなわち、鎮静薬を開始した後、意識が予測ほど低下しなくても苦痛が緩和した場合には、それ以上鎮静薬を増量せず苦痛緩和の得られた投与量で維持する。

予測される生命予後

終末期がん患者の生命予後は、Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index, Palliative Performance Scale といった指標で一定の確度をもって予測することが可能である。例えば、Palliative Prognostic Index は、簡便な理学所見や症状だけで患者の生命予後が3週間以上か否かをある程度予測できる。苦痛緩和のための鎮静では、持続的・深い鎮静を行う場合にはこれらの指標から予測される生命予後が3週間以下であることを求めている。

「深い持続的鎮静を考えるべき状況」というチーム内の合意

苦痛緩和のための鎮静が妥当であるという判断には、相応性の原則(principle of proportionality)をよりどころとする。臨床的には、上記のごとく、耐えがたい苦痛がある、苦痛は治療抵抗性である、生命予後が3週間以下と予測される、の3つの条件がある場合に、「鎮静は苦痛緩和を得るためのほかの方法のなかで(相対的に)最善の方法である」と考えて、許容される。

医療者のこの合意を得るためには、主治医のみならず、問題となっている苦痛に関する専門家を含めた多職種チームで合意が得られることが望ましい。緩和治療医、疼痛であれば疼痛専門医(ペインクリニシャン)、せん妄であれば精神科医など、その治療環境で得られる最大限の苦痛緩和の努力が行われた保証が求められる。

患者・家族への深い持続的鎮静について説明

患者・家族への説明・ケアとしては、実際に鎮静を受けた患者の家族を対象として家族の満足度・つらさに関係していた要因を明らかにした研究が示唆を与えてくれる⁶⁾。すなわち、鎮静を受けることで寿命が短くなるわけではないこと、緩和するほかの手段がないことを明確に説明することが重要である(表2)。鎮静は生命予後を短縮するかについては大きな研究課題であったが、複数の観察的研究やメタ分析が鎮静そのものは平均として生命予後を有意に短縮しないことが明らかにされている。

また、家族は、患者の代わりに決定しないといけないという負担感を感じるが多いため、「どうするか(家族で)決めてください」のように家族に意思決定をゆだねるのではなく、「患者さんの価値観や、もし患者だったらこう

いうだろうということを教えてください」とい
うように、患者の意思を医療者に伝える役割を
家族に求めるほうがよい。

鎮静薬の投与の開始

持続的な深い鎮静の標準治療薬はミダゾラム
である。1.25~2.5 mgの追加投与を行いながら、
0.2~1 mg/時間の持続皮下・静脈投与を行うこ
とで90%の患者で鎮静を得ることができる。
鎮静を得るまでに必要なミダゾラムの投与量は
20~40 mg/日である。持続的な深い鎮静を受け
た日本の終末期がん患者を対象とした多施設研
究の結果が効果・副作用の目安として理解しや
すい。有効率は83%で、呼吸抑制・循環抑制
が20%、鎮静によるとみられる死亡が3.9%に
生じた。患者の状況が非常に重篤であることを
考えると一般的にこの合併症の頻度は許容でき
るものであり、安全な方法であると考えられる。

ミダゾラムが効果ない場合の鎮静薬の選択に
ついてコンセンサスはない。フェノバル、ク
ロルプロマジンなどが用いられる。

診療ガイドラインの限界

終末期の患者の状況は個別的である。患者と
家族の意思の一致しない場合、苦痛が治療抵抗
性か判断できない場合、輸液についての決定を
行う場合など、通常臨床でしばしば出会う状況
についての指針をガイドラインは与えてくれ
る。しかし、患者の個別な状況に対応するには
個々の状況での多職種チームでの検討が最も重

要である。

診療ガイドラインから見た 日本と海外の診療の相違点

国際的にも最初に作成されたガイドラインが
日本からのものであるなど国内外のガイドラ
インでの相違点はあまりない。日本のガイドラ
インにおいて、意思決定上家族の合意が必要とさ
れているのは、文化的な背景を重視したもので
あるといえる。国内では、フェノバルが鎮静
に対する薬剤としてしばしば用いられていた
が、近年ではミダゾラムを第一選択とすること
でコンセンサスが得られている。

文献

- 1) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会
(編)・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン
(2010年版)、金原出版、2010
- 2) Morita T. et al : Development of a clinical guideline
for palliative sedation therapy using the Delphi meth-
od. J Palliat Med 8 : 716-729, 2005
- 3) Verkerk M. et al : A national guideline for palliative
sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage
34 : 666-670, 2007
- 4) Cherny NI, Radbruch L : Board of the European As-
sociation for Palliative Care : European Association
for Palliative Care (EAPC) recommended framework
for the use of sedation in palliative care. Palliat Med
23 : 581-593, 2009
- 5) Kirk TW, Mahon MM : Palliative Sedation Task
Force of the National Hospice and Palliative Care Or-
ganization Ethics Committee : National Hospice and
Palliative Care Organization (NIHPCO) position state-
ment and commentary on the use of palliative sedation
in imminently dying terminally ill patients. J Pain
Symptom Manage 39 : 914-923, 2010
- 6) Morita T. et al : Family experience with palliative
sedation therapy for terminally ill cancer patients. J
Pain Symptom Manage 28 : 557-565, 2004

患者・遺族の緩和ケアの質評価・quality of life, 医師・看護師の困難感と施設要因との関連

森田 達也^{*1} 佐藤 一樹^{*2} 五十嵐美幸^{*3} 宮下 光令^{*2}

*Influence of Institutional Factors on Patient-/Family-reported Quality of Palliative Care and Quality of Life
and Physician-Nurse-Reported Difficulties about Palliative Care*

Tatsuya Morita, Kazuki Sato, Miyuki Igarashi and Mitsunori Miyashita

Key words : 緩和ケアチーム, 評価, 調査

●緩和ケア 23: 497-501, 2013 ●

背景・目的

緩和ケアの推進が国の施策として行われており、緩和ケアチーム（以下、PCT）を含む緩和ケアリソースが患者・家族・医師・看護師にどのような影響を与えているのかを評価することが求められている。緩和ケアチームが患者・家族の症状、quality of life、診療に対する満足度に良い影響を与えることは、個々の患者を対象とした臨床研究において示されている¹⁻³⁾。しかし、国際的にも、臨床研究の範囲外で実際にPCTが患者・家族・医師・看護師にどのような影響を与えているのかを明らかにした調査研究はない。本研究の目的は、病院の施設要因、特に、PCT、緩和ケア専従医師などの緩和ケアリソースと、その病院の患者・遺族の緩和ケアの質評価・quality of life、医師・看護師の緩和ケアに関する困難感との関連を明らかにすることである

対象・方法

本研究は、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model; OPTIM-study）の二次解析である。OPTIM-studyは、2007年から2010年にかけて鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域で実施された地域を単位とした緩和ケア介入試験である。介入前後で地域のがん患者・遺族・医師・看護師からアウトカムが取得された。研究のプロトコール、主要な結果は別に示す⁴⁻⁶⁾。

①対象

調査の対象となった病院は、4つの地域でがん診療を行っている34病院（11,033床）のうち、23病院（8,964床、81%）であった。対象患者の適格基準は、①成人のがん患者で、原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳

^{*1} 聖隷三方原病院 緩和支援診療科: Palliative and Supportive Care Division, Seirei Mikatahara Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453) ^{*2} 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

^{*3} 同 老年保健看護学分野

0917-0359/13/¥400/論文/JCOPY

腺、泌尿器、子宮卵巣のいずれかのもの、②再発または遠隔転移があるもの、③調査対象病院に外来受診しているもの、④がん告知を受けているものとした。

遺族調査の適格基準は、①原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣の死亡したがん患者の遺族、②がん告知を受けているものとした。

医師調査の適格基準は、①がん診療に携わるすべての常勤医師（内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科）、②臨床経験年数が3年以上のもの、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。

病院看護師の適格基準は、①がん診療に携わるすべての常勤看護師（内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科）、②臨床経験年数が3年以上のもの、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。

本研究では、施設間の比較を行うことから、患者調査では1施設当たりの対象患者が20名以上の病院、遺族調査では1施設あたり17名以上の遺族からの回答のある病院を対象とした。医師調査は1施設あたり5名以上、看護師調査は1施設あたり20名以上の回収が得られている病院を対象とした。解析対象となったのは、患者調査1,628名（15病院）、遺族調査1,365名（19病院）、医師調査1,027名（27病院）、看護師調査4,209名（25病院）であった。

②調査項目

患者・遺族による緩和ケアの質評価（Care Evaluation Scaleの緩和ケアに関する9項目の合計得点）、quality of life（Good Death Inventoryの苦痛がないことのドメイン合計得点）、医師・

看護師の緩和ケアに関する困難感（Palliative Care Difficulties Scaleの合計得点）を解析した。

Care Evaluation Scaleは、利用者からみて身体的・精神的苦痛に対する医師や看護師の対応にどの程度改善する必要性があったかを定量するものであり、信頼性・妥当性が確認されている⁸⁾。質問項目は、医師による苦痛緩和3項目（「医師は、あなたのからだの苦痛をやわらげるように努めている」「医師は、あなたのつらい症状にすみやかに対処している」「医師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」）、看護師による苦痛緩和3項目（「看護師は、あなたのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応している」「看護師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」「看護師は、あなたの毎日の生活がなるべく快適になるように努めている」）、精神的ケア3項目（「あなたの不安や心配をやわらげるように、医師や看護師は努めている」「あなたの気分が落ち込んだときに、医師や看護師は適切に対応している」「あなたの希望がかなえられるように、医師や看護師は努力している」）の9項目からなり、「改善すべきところが大いにある(1)」～「全くない(6)」の6件法で答える。得点は1点から6点に分布し、得点が高い方が「改善の必要性がない」すなわち、利用者からみて苦痛緩和の質の評価が良いことを示す。

Good Death Inventoryは、日本の進行がん患者の quality of life を測定する尺度であり、信頼性・妥当性は確認されている⁹⁾。10のサブドメインからなり、「苦痛がないこと」のサブドメインは、「痛みが少なく過ごせる」「からだの苦痛が少なく過ごせる」「おだやかな気持ちで過ごせる」の3項目について、「全くそう思わない(1)」～「とてもそう思う(7)」の7件法で尋ねる。点数が高いことが患者のQOLが高いことを示す。外来患者の quality of life は患者自身が評価し、終末期がん患者の quality of life は遺族による代理評価を行った。

Palliative Care Difficulties Scaleは、医師・看護師の緩和ケアに関する困難感を評価するもので

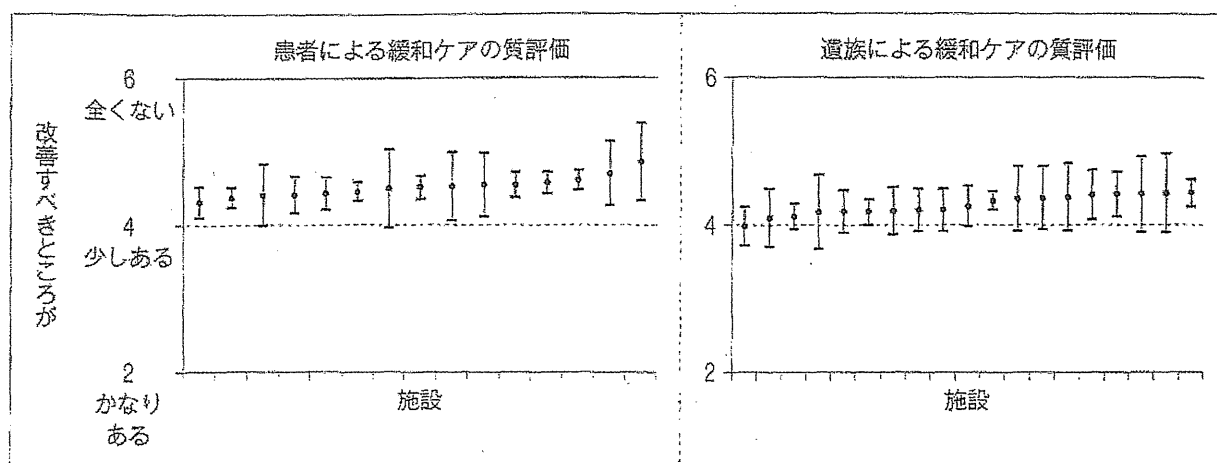


図1 緩和ケアの質評価の施設差
施設ごとの平均値と95%信頼区間を示す。

あり、信頼性・妥当性は確認されている⁹⁾。症状緩和、専門家の支援、医療者間のコミュニケーション、患者・家族とのコミュニケーション、地域連携の5ドメインに関する困難感をそれぞれ3項目の計15項目について「思わない(1)」～「非常によく思う(5)」の5件法で尋ねた。それぞれの下位尺度ごとに得点を合計して合計得点し、それぞれ得点が高いことが緩和ケアに対する困難感が高いことを示す。

③解析

最初に、施設を群分け変数として、各施設ごとのアウトカム数値に対して一元配置分散分析を行い、95%信頼区間を図示した。次に、施設要因として、緩和ケアに関する項目（PCTの有無、身体症状緩和の専従医師の有無、緩和ケアを標榜する診療科の有無、がん看護専門看護師・がん性疼痛・緩和ケア認定看護師の有無、精神症状緩和の専従医師の有無、臨床心理士の有無、医療ソーシャルワーカー3名以上、宗教家の有無、放射線治療の有無）、一般的な施設属性（病床数400以上、病床数600以上、平均在院日数14日以下、年間がん死亡数250名以上、100名以上、大学病院、日勤帯の1病棟あたりの看護師数10名以上、準夜帯の1病棟あたりの看護師数3名以上、深夜帯の1病棟あたりの看護師数3名以上）に分け

て、各アウトカムをStudent *t* 検定で比較した。有意水準は $p=0.01$ とした。有意差があった項目について、患者背景での補正を行うために、患者年齢・性別・遺族年齢・性別で補正した各施設要因の回帰係数、 p 値と R^2 を線形回帰モデルで計算した。

結果

①患者・遺族の緩和ケアの質評価

緩和ケアの質評価では、施設間差は患者・遺族とも認められなかった（患者による評価： $p=0.31$ 、遺族による評価： $p=0.52$ 、図1）。

② quality of life

quality of life では、外来患者の quality of life で施設間差を認める傾向が（ $p=0.063$ ）、遺族の評価による終末期がん患者の quality of life では有意差が認められた（ $p=0.004$ 、図2）。

具体的な施設要因を探索した結果は、遺族による終末期がん患者の quality of life は、緩和ケアチームのある施設、がん性疼痛・緩和ケア認定看護師のいる施設、精神症状緩和の専従医師のいる施設、放射線治療のある施設、病床数400以上、年間がん死亡数100名以上、大学病院で低かった（data not shown）。しかし、患者背景で補正するとモデルの寄与率は10%未満であり、緩和ケア

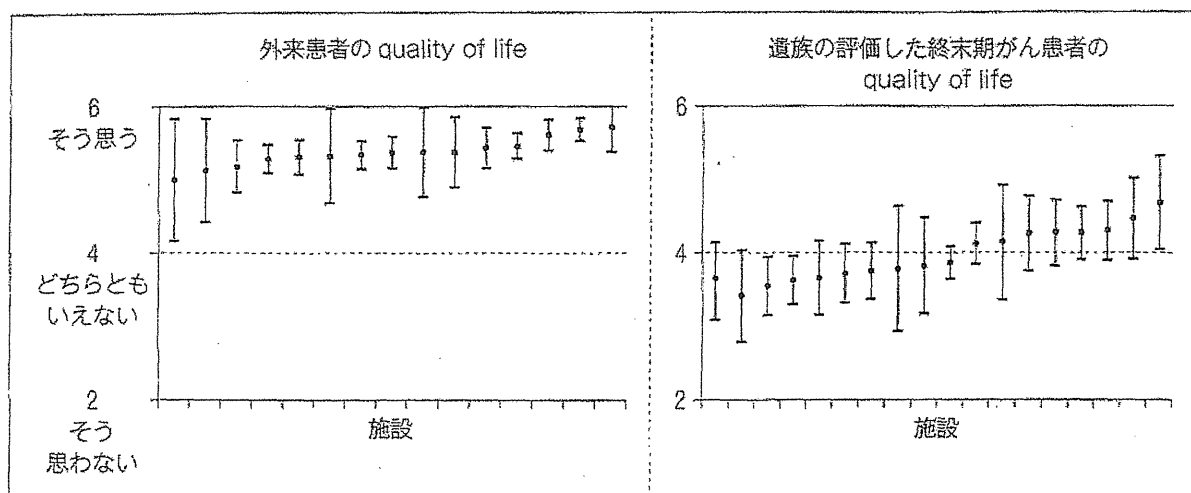


図2 quality of life の施設間差
施設ごとの平均値と 95 % 信頼区間を示す。

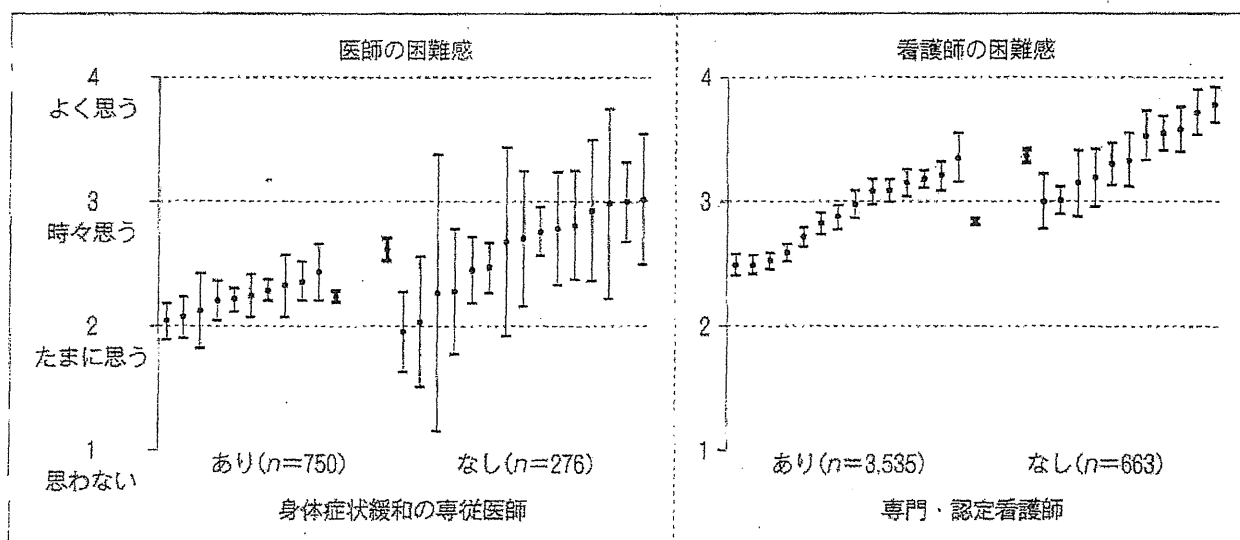


図3 医師・看護師の緩和ケアに関する困難感
細いバーは施設ごとの平均値と 95 % 信頼区間、太いバーはすべての施設を合計した平均値と 95 % 信頼区間を示す。

に関する施設要因の影響もそれぞれ有意でなくなるか、有意水準前後まで低下した (data not shown)。

③医師・看護師の緩和ケアに関する困難感

医師・看護師の緩和ケアに関する困難感では、有意な施設間差が認められた ($p < 0.001$, $p < 0.001$: 図3)。

背景要因については、緩和ケアチームのある施設、身体症状緩和の専従医師のいる施設、緩和ケ

アを標榜する診療科がある施設、がん看護専門看護師・がん性疼痛・緩和ケア認定看護師のいる施設、精神症状緩和の専従医師のいる施設で困難感が低かった (data not shown)。これらの背景要因は、相互に相関が高かったため、多変量解析によるモデルの作成は行わなかった。身体症状緩和の専従医師の有無による差の効果量は 0.60、がん看護専門看護師・がん性疼痛・緩和ケア認定看護師の有無による差の効果量は 0.71 であった。

考 察

PCTの有無などの緩和ケアリソースと、患者・遺族からみたアウトカムに有意な関係はなく、むしろ、PCTが設置されている大規模病院や大学病院ほどアウトカムは低い傾向があった。しかし、患者背景で補正するとこの差は小さくなったことから、もともと、大規模病院や大学病院では若年者や症状緩和が困難な患者を多く見ていると考えられた。したがって、対象としている患者背景が異なることから、緩和ケアに関する施設要因でアウトカムの比較をした結果の解釈は、慎重に行うべきであると考えられた。

一方、医師・看護師の緩和ケアに関する困難感については、PCT、専従医師、専門・認定看護師がいるほど困難感が少ない結果であった。この他の緩和ケアリソース（緩和ケアチーム、緩和ケアを標榜する診療科、精神症状緩和の専従医師の有無）についても、同じ結果であった。専門緩和ケアリソースは、症状緩和や精神的ケアの複雑な事例に対して専門性を踏まえた治療・ケアを行うことで、医師・看護師の困難感の軽減に役立っていると考えられる。

本研究の限界として、全国の4地域からの病院の解析であるため、一般化できない可能性がある。

PCTなど、緩和ケアリソースの効果を臨床試験ではない集団を対象としたデータから推定する

場合には、患者・家族アウトカムについては施設の診療している患者の背景の違いを調整したうえで case-mix classification を行うなど、慎重な解釈が必要である。PCTは、症状緩和や精神的ケアの複雑な事例に対して専門性を踏まえた治療・ケアを行うことで、医師・看護師の困難感の軽減に役立っていると考えられる。

文 献

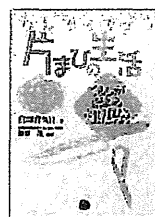
- 1) Higginson IJ, Evans CJ: What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 16: 423-435, 2010
- 2) Hearn J, Higginson IJ: Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 12: 317-332, 1998
- 3) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al: Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 23: 96-106, 2002
- 4) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (<http://gankanwa.umin.jp/index.html>)
- 5) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al: Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14: 638-646, 2013
- 6) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11: 2, 2012

なんでもできる 片まひの生活

—くらしが変わる知恵袋—

◆著 白田喜久江
◆編著 藤原 茂

どこの家庭にもある日用品を使い、住宅改修などを行っているわけでもないのに、不自由のない生活を送れるのはなぜか。障害のある方が自分を取り戻し、生きがいのある人生を送れるように、当事者とりハビリの専門家がくらしを変える知恵袋の紐を解く。



●定価(本体2,400円+税)
送料290円 A5判 150頁
ISBN4-902249-01-4

株式会社 青海社

〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 郵便振替 00140-4-258811
<http://www.tcn-catv/seikaisha/>

ソーシャルキャピタルの立場から

大規模実証試験からみた地域緩和ケアを改善する顔のみえる関係

森田 達也

Summary

- ・ 教育、専門サービス、啓発、ネットワークからなる地域緩和ケアプログラムは患者アウトカムを向上させる。
- ・ もっとも重要な介入はネットワーキングである。
- ・ 医療福祉従事者のネットワーキングはソーシャルキャピタルの一部である。

OPTIM-study (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model; 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)が終了し、成果がまとめられた¹⁻⁴⁾。国際的にももっとも最大規模の緩和ケアプログラムの地域介入研究であり、近年とくに政策研究としての見地から進められている、「何が変わるか」(アウトカム研究)と合わせて、「変化はなぜ生じたのか」(プロセス研究)を行う mixed-methods study であることが特徴である。本稿では、研究知見を踏まえて、「最後までよい人生を支える」ために取り組むべきことをまとめる。

担も増えない)。緩和ケアサービスの利用の増加、患者・遺族の評価した緩和ケアの質の改善、医師・看護師の困難感の改善がみられた(図1)。もっとも変化の程度が大きい領域は医師・看護師の地域連携やコミュニケーションに関する困難感であった。

「どうしてそのような結果が得られたのか」のプロセスの分析で、もっとも効果があったと評価されたものは、「つながりができネットワークが広がった」ことであった。「緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した」ことも重要な点としてあげられたが、地域緩和ケアプログラムのもっとも大きな貢献はネットワークの構築であった。多くの参加者が、プロジェクトによる医療福祉従事者間のネットワークがよくなったこと、顔のみえる関係ができたことを何より大きな成果だと述べた。この研究では、量的研究の結果を質的研究が深さをもって裏づけ、質的研究の知見を量的研究が代表性をもって裏づけるという mixed-methods の研究手法の得意技が生かされた。

さらにこれは、この数年諸外国で行われて評価され始めている地域緩和ケアプログラムでも

本研究では、鶴岡、柏、浜松、長崎の4地域を対象として緩和ケアプログラムを実施し、介入前後で評価項目を取得した。介入は、教育、啓発、ネットワーキング、専門サービスの構築を行った。アウトカムとしては、自宅死亡の増加(しかも、患者の希望に沿って家族の介護負

キーワード：地域緩和ケア、在宅、ホスピス、がん、ネットワーク
もりた たつや：聖隷三方原病院緩和支援診療科

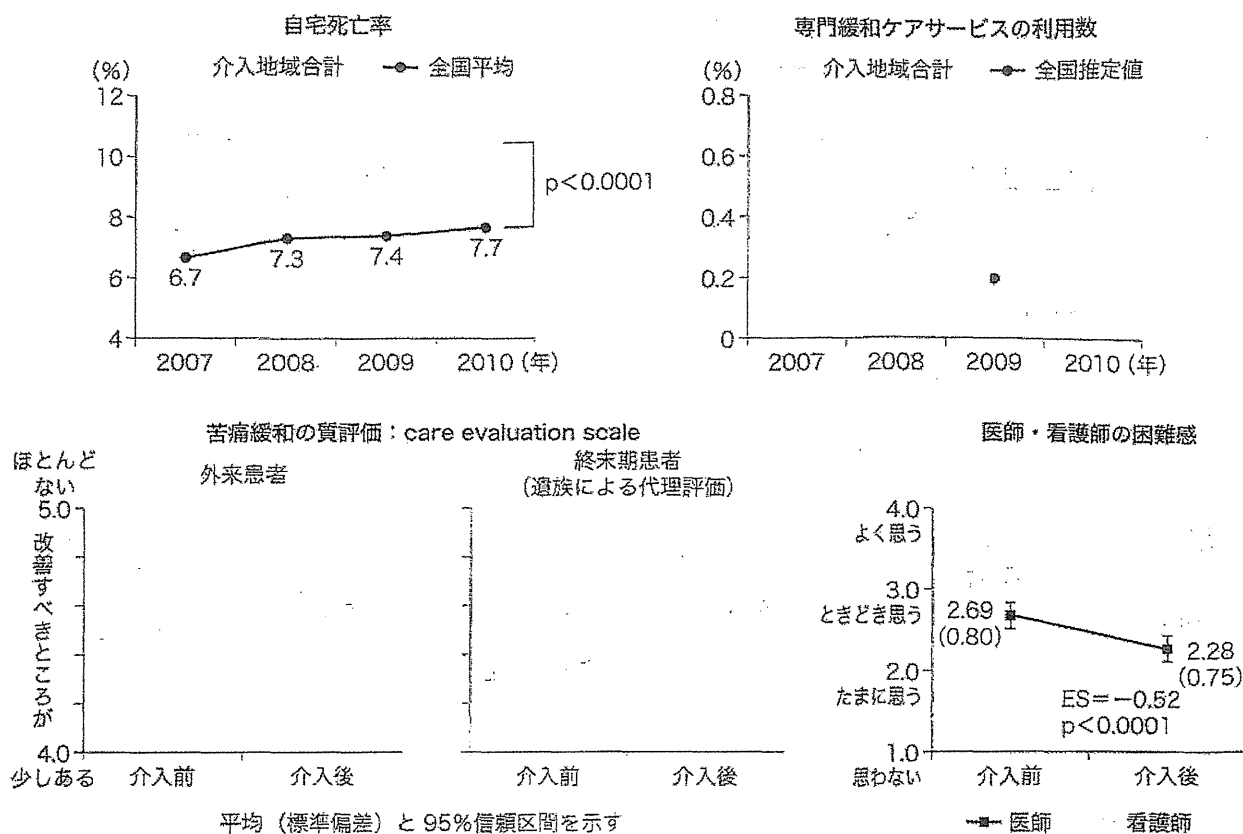


図1 OPTIM-study の主な結果

きっかけとなる事象

- ・多職種カンファレンスでのグループワーク
- ・多職種カンファレンスなど各ミーティングでのちょっとした話し合う機会
- ・患者と一緒にみる経験

【つながりができネットワークが広がる】

- ・名前と顔、人となりがわかるようになり、安心して相談ややりとりができる
- ・これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり、選択肢・ケアの幅が広がる
- ・互いの役割やその重要性がわかるようになり、チームを組む
- ・互いの考え方や状況がわかるようになり、自分の対応を変える
- ・みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができる
- ・職種や施設間の垣根が低くなり、躊躇せずに相談ややりとりができる
- ・窓口や役割がわかるようになり、誰に相談すればよいかかわかる
- ・生の声を聞き本音のやりとり、インフォーマルな相談ができる
- ・責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになる
- ・同じことを繰り返すことで効率がよくなる
- ・地域の他職種・他施設、他地域の状況を知り、地域全体を意識した緩和ケアの実践を考える
- ・連帯感・信頼感が高まる

想定される患者への影響

- ・対応が迅速になる
 - ・選択肢が多くなる
 - ・多職種で対応するようになる
 - ・工夫・無理がきく
- より広範な患者のニーズを満たせる

図2 ネットワークが患者に及ぼす影響: プロセス研究

おおむね同じ結論が得られている。しかも、日本以外の国では地域緩和ケアというがんのことではなく、認知症、呼吸器疾患、高齢者、神経疾患などすべての疾患の終末期ケアを含むため、この結果は、がん患者の緩和ケアということだけでなく、地域医療、高齢者医療、プライマリケアのすべてに共通した知見であるといえる。

本研究で、ネットワークはどのようにつくられ、それは、「どうして」患者のケアを改善させたのだろうか、「つながりができネットワークが広がった」直接のきっかけは、多職種・多施設で集まる機会であった(図2)。どの地域でも、先進的に緩和医療を行っていると言われた地域でも、緩和ケアについて未整備と言われた地域でも、地域全体の医療職から福祉職までの異なる施設で、現場の人と管理の立場のいる人とが、お互いの考えや事情を自由に話せる場はほとんど設けられていなかった。プロジェクトで設置された多職種多施設でのグループワークによって、初めて「名前と顔、人となりがわかるようになり、安心して相談ややりとりができるようになった」、「互いの考え方や状況がわかるようになり、自分の対応を変えるようになった」、「みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになった」といった変化が得られた。ネットワークが構築されたことにより、対応が迅速になる、選択肢が多くなる、多職種で対応できるようになる、工夫・無理がきく、といった変化によって、より広範な患者ニーズを満たせることが示唆された。

本研究では、自宅で患者が過ごすための概念枠組みを実証研究から構築したことも大きな特徴である(図3)⁴⁾。どのような介入であっても、どこに働きかければ何が変わるのかの概念枠組みをもって行われることが必要であるが、これまでに国際的に実証研究から得られた概念枠組みがなかった。

今回の介入地域では、病院の医師や看護師が、「在宅で行われる実際の診療・ケアを具体的に知る」ことをきっかけにして、それまではただ自宅で過ごしますか、と聞いていただけであったものが、実際に自宅では誰がどのようにみてくれるのかを自分の言葉で実感をもって説明できるようになった。「在宅の視点」という言葉がキーワードであった。一方、地域では、基本的な緩和ケアの知識・技術の向上や専門家からの支援によって、これまでであれば症状が悪化していたら入院していたことが、あらかじめ方策を考えておくことにより「変化を予測して対応できるようになる」ことが述べられた。この概念枠組みは在宅医療の推進を考えるうえで重要であろう。

一方、「既存のリソースを最大化する」だけでは限界があることも示唆された。がん患者の自宅死亡率の政令指定都市での経年推移をみると、全国に先行した仙台市の自宅死亡率は15%前後で横ばいである(図4)。OPTIMプロジェクト前後で自宅死亡率が増加した浜松市においても、やはり15%程度で横ばいである。これは、既存のリソースの最大化利用だけでは、多くの地域によってこれ以上の増加は見込みにくいことを示す。推定されているがん患者が希望する自宅死亡の割合が30%であることから¹⁵⁾、もし、この達成を目標とするならばプライマリケアに関する構造的な対策がとられるべきである。現実的には、英国・オーストラリ

きっかけとなる事象

- ・退院支援プログラム・教育プログラム
- ・在宅で行われる実際の診療・ケアを具体的に知る

きっかけとなる事象

- ・基本的な緩和ケアの知識・技術の向上
- ・専門家からの支援、入院リソースの容易な利用
- ・患者の情報交換が容易になる
- ・在宅チーム内の多職種間の連携

病院の変化

- ・自宅での生活を意識した診療やケアを行う
- ・受けられるサービスを具体的に説明できる
- ・病院から退院するときの支援が充実する

在宅の変化

- ・終末期がん患者を受け入れやすくなる
- ・患者・家族の気持ちや希望、病状を共有し、変化を予測して対応できるようになる
- ・訪問看護でできることが増える

認識の変化

- ・療養場所や最期の場所を意識し、患者・家族の希望を聞くようになる
- ・自宅で過ごすことができると思うようになる

自宅で過ごせる患者の増加

- ・よい時期にスムーズに在宅移行ができるようになる
- ・自宅で過ごせる患者が増える

図3 終末期患者が在宅で過ごせるための枠組み

アのようなGP制度、または、米国型のワンストップの在宅サービスのいずれかの選択になるのではないだろうか。

OPTIM-study から得られたことは、がん緩和ケアにとどまらない。参加者からは「顔の見える関係が重要である」という言葉が次々と聞かれた。「顔の見える関係」はいまや医療福祉にかかわらずほとんどの領域のキーワードである。近年のソーシャルキャピタルも類似した重要性を意味している^{6,7)}。

私たちは、個々の能力、個々の技術を向上させることには一生懸命に取り組んでいる。しかし、個々の能力・技術が実際にその社会で効果があるためには、たとえば、「どういう人が何ができるのか」が、「必要としている人にしっかりと届く」ことが必要である。それを可能にするためには、社会構造が複雑で多様な情報手

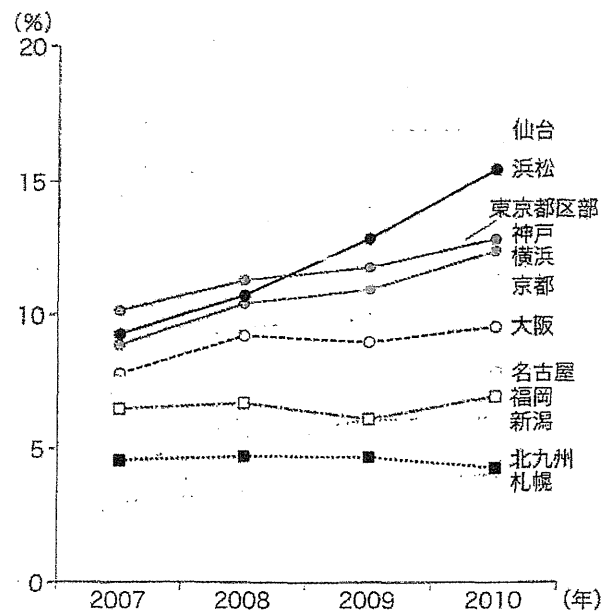


図4 がん患者の在宅死亡率の推移

段のある今日では、多くの多種多様なネットワークが地域に重層的にあることが重要である。

地域のネットワークはどうやって達成されるだろうか。「ソーシャルキャピタルの育成は制度化することによって価値を失う」との古典的な見解を踏まえると、個々の臨床家が(あるい

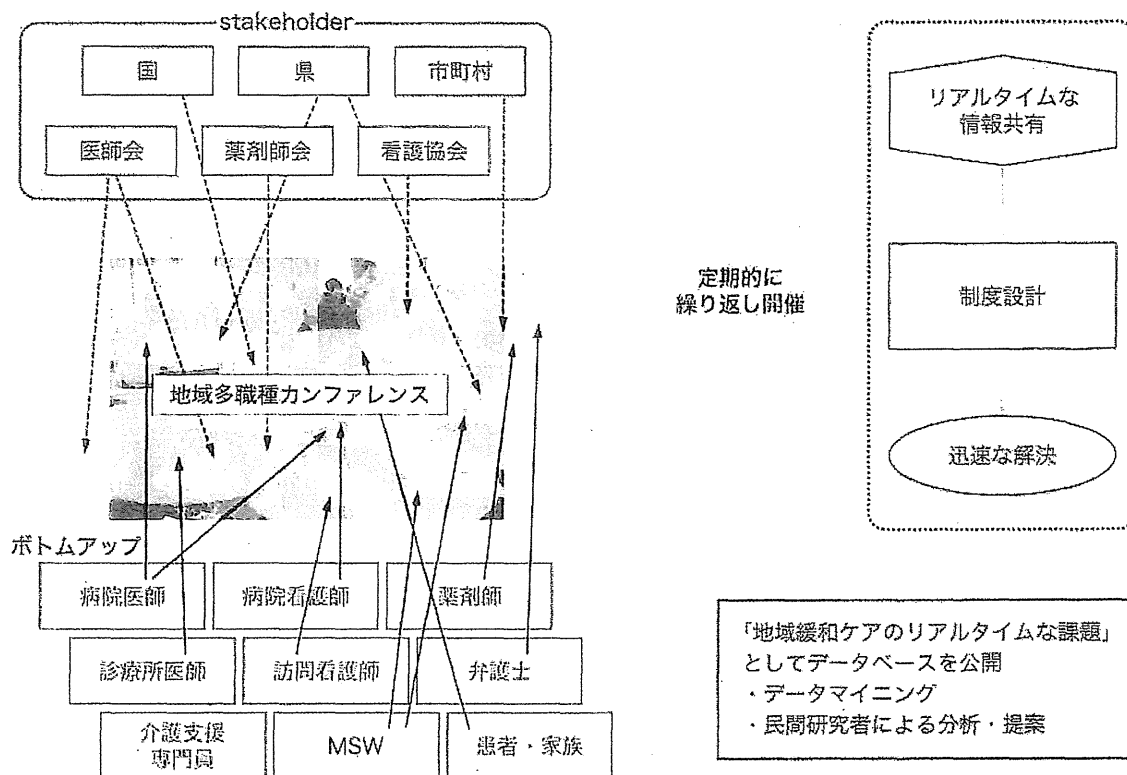


図5 患者・家族からみた課題がリアルタイムに解決される仕組み

は市民一人一人が) ソーシャルキャピタルの価値に気がつくような制度に依存しない公民を問わない活動の連続が重要なものかもしれない。

並んで、既存の資源の最大化では解決できない課題をリアルタイムで解決していく仕組みもある程度有効だろう。たとえば、日本中のあちこちの臨床現場で生じていることを、現場関係者と制度設計担当者が迅速に共有できる仕組みを全国で構築することによって、リアルタイムに現状を共有し、全国の状況を分析することが可能になる(図5)。現代では、散発的に開催される「〇〇審議会」や「〇〇協議会」による効果は限定されている。日常的に行われているさまざまなネットワークが自動的により広範囲なネットワークになる仕組みを構築することによって、今日の課題の少なくとも一部を解決することができるだろう。

文献

- 1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト。
<<http://gankanwa.umin.jp/>>
- 2) Morita T et al: Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14: 638-646, 2013
- 3) Morita T et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11: 2, 2012
- 4) Imura C et al: How and why did a regional palliative care program lead to changes in a region?: a qualitative analysis of the Japan OPTIM-study. *J Pain Symptom Manage*, epub ahead of print, 2013
- 5) 森田達也ほか: 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. *Palliat Care Res* 7: 403-407, 2012
- 6) Lewis JM et al: A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. *J Pain Symptom Manage* 45: 92-103, 2013
- 7) 森田達也ほか: 「顔の見える関係」とは何か? : 顔がわかる関係, 顔の向こう側が見える関係, 顔を通り超えて信頼できる関係. *Palliat Care Res* 7: 323-333, 2012

緩和ケア

The Japanese Journal of Hospice and Palliative Care

Volume 24 Number 2

死と正面からむきあう —その歴史的歩みとエビデンス—

特集にあたって

企画担当

森田 達也
竹之内 裕文

聖隷三方原病院 緩和支援診療科

静岡大学大学院農学研究科 生命環境倫理学研究室

近年の緩和ケアは、患者が「生きる」ことを支えることを重視する傾向にある。WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002年）やがん対策基本法（2007年）とともに、「早期からの緩和ケア」の重要性が広く認識されるようになった。たとえば、「早期からの緩和ケア」により生命予後が延長されること、終末期を見越した話し合いを早期から始めることにより患者の quality of life が向上することが示唆され、その延長線上でアドバンス・ケア・プランニングの意義が強調される。がんサバイバーに対する積極的な支援にもみられるように、総じて「生きることへの援助」に重きがおかれているといっていよう。

しかし、ホスピスケアは、死が忌避されていた時代に、死と正面からむきあうことから出発した。患者が「生きる」ことを支えることと、患者と共に「死」と正面からむきあうことは、ホスピスケアのいわば両輪であるといっていよう。その意味で「死」と正面からむきあうことは、ホスピスケアや緩和ケアの根幹に関わる課題である。

確かに、死と正面からむきあうことは、ケアする者に対して、「こわい」「何もしてあげられなかった」「良かったかどうか分からない」といった負の感情を呼び起こすことがあるだろう。ここからも、「死ぬこと」と正面からむきあうことは容易ではないと考えられる。しかし、医療外部の動向に視線を転ずれば、エンディング・ノートの普及や「終活」の盛り上がりにもみられるように、死とどうむきあうかは、多くの市民の関心事であり、社会的な課題になっている。

およそ、以上の見通しのもと、本特集では「死と正面からむきあうこと」を主題化する。冒頭の論文で、歴史的な経緯を振り返りながら、「死と正面からむきあうこと」の意義を展望する。次に、臨床現場で日常的なケアに従事する医療者が死とむきあうための一助として、看取り期の医学治療、ケアに関するトピックスを紹介する。医学治療やケアの裏づけを知ること、ケア専門職が死と正面からむきあう一歩を踏み出すことを願ってのことである。さらに遺される子どものケアについて実践報告を紹介し、終末期のお迎え体験について、臨床実践にとっての意義を踏まえつつ、臨床家が携えておくべき知見を提供する。最後に、私たちは死とむきあうことにどうして苦しみを感ずるのか、死と向き合いながら、どのように希望を抱き続けられるか、これらの点について哲学的に考察し、読者各位の価値観や考え方を整理する助けとしたい。



死と正面からむきあう—その歴史的歩みとエビデンス

死と正面からむきあう —その意義と歴史的背景—

Facing Death and Dying ; Historical and Current Implications

竹之内 裕 文* 森 田 達 也**

Hirobumi Takenouchi and Tatsuya Morita

Key words : 早期からの緩和ケア, ホスピス運動, 死に対する開かれた態度

● 緩和ケア 24 : 86-92, 2014 ●

この運動は、私たちの時代の大きなタブーである死と正面からむきあう用意をしてきたし、死にゆく人たちとその家族、そしてこれらの人たちをケアするすべての者に対して、死と正面からむきあう勇気を与える用意をしてきた¹⁾。

1980年6月、英国のセント・クリストファー・ホスピスにおいて第1回ホスピス国際会議が開催された。同ホスピスの創設13周年に際して、それまでのホスピス運動の歩みを検証し、そこから将来的な展望を描くため、日本を含む16カ国から68名の参加者が出席し、真摯な討議をくり広げたのである。冒頭の引用は、その会議での報告からの抜粋である。

終末期ケアのあり方は、20世紀後半に大きな変貌を遂げた。19世紀半ばのアイルランドに蒔かれたホスピス運動の種子は、まず英国のC. ソンダースによって育てられた。次いでカナダでは、同じ種子が「緩和ケア palliative care」とし

て成長し、ホスピス・緩和ケアは今や、世界中で豊かな実りをみせている。ホスピス・緩和ケアは、終末期ケアの改善に貢献しただけでなく、標準的なケアプログラムに波及的な効果を与え、ヘルスケアの質的な向上に広く影響を及ぼしてきた。

しかし、緩和ケアの確立と普及とともに、ホスピス運動を主導してきた問題意識は、希薄になりつつあるようにみえる。それは「死と正面からむきあう」という態度である。ホスピス・緩和ケアをさらに発展させていくため、私たちはその出発点を確認しつつ、前進していかなければならない。

この展望のもと、本稿では、最新の知見と歴史的な遺産とともに学びながら、死とむきあうことの意義を見定めていく。

「早期からの緩和ケア」その後…

2010年、Harvard大学のオンコロジーチームが『New England Journal of Medicine』に「早

*静岡大学大学院農学研究科 生命環境倫理学研究室 : Laboratory of Environmental Bioethics, School of Agriculture, Shizuoka University (〒422-8529 静岡市駿河区大谷 836), **聖隷三方原病院 緩和支援診療科 0917-0359/14/¥400/論文/JCOPY

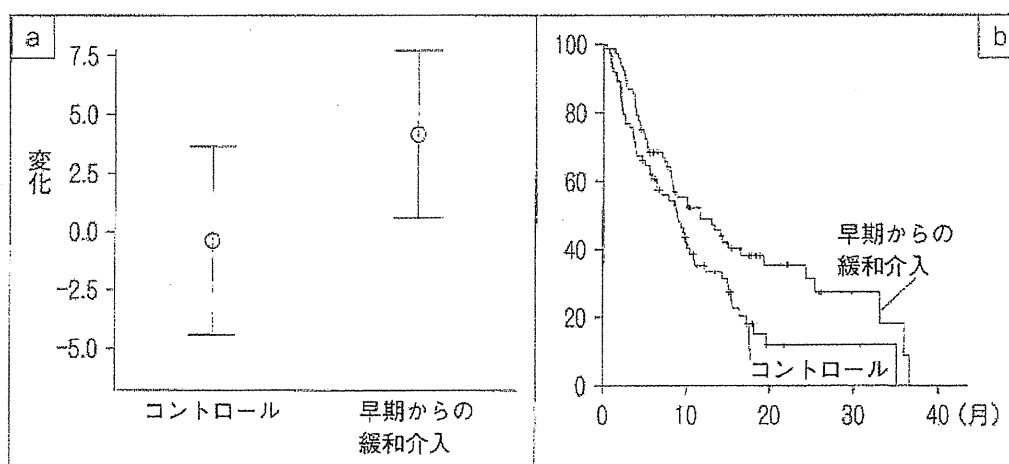


図1 「早期からの緩和ケア」の効果²⁾

a: QOL (FACT-L)*, b: 生存期間

*functional assessment of cancer therapy-lung

期から緩和ケアを受けると生命予後が改善する」という報告を寄せ、国際的な注目を浴びた^{2, 3)}。

遠隔転移のある肺がん患者を対象に、緩和ケアチームが（コンサルテーションではなく）初診から定期的にアセスメントを行うことにより、患者の症状と quality of life（以下、QOL）のみならず、生命予後も延長された（図1）²⁾。

ただし「生命予後の改善」は主要評価項目ではないため確証的な知見とはいえず、今後くつがえされる可能性がある。にもかかわらず、医療関係者の関心は非常に高かった³⁾。

それを受けて、改訂版のがん対策推進基本計画（2012年）には、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられることになった⁴⁾。しかし、「がんと診断された時からの緩和ケア」とは何をいうのか、その内容は曖昧なままにとどまっている。

「早期からの緩和ケア」の本質は 終末期の意思決定？

そこで Temel ら²⁾の研究のその後の展開をみておきたい。生命予後の延長は、精神的サポートや副作用のコントロールにより、より適切な化学療法が行われた結果ではないか、この仮説を検証するため、彼女らは、患者の受けた化学療法の内容を比較検討した⁵⁾。しかし、患者に提供された

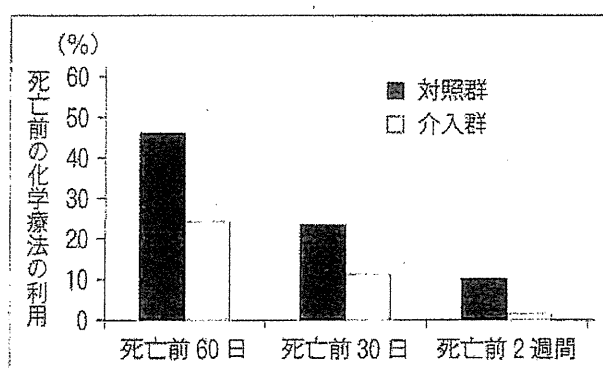


図2 「早期からの緩和ケア」による死亡直前の化学療法の実施の低下⁵⁾

化学療法に大きな差はなく、緩和ケアチームの介入群では、むしろ死亡直前の化学療法が減少し、患者の病状認識が改善されていた（図2）⁵⁾。

どうしてこのような結果になったのだろうか。診療記録をもとに緩和ケアチームによるケア内容を分析したところ、症状マネジメントやホスピスに関する話し合いは、腫瘍医と緩和ケアチームの別なく実施されていた（図3）⁶⁾。両者の相違は、腫瘍医が主として治療レジメンの相談とがん治療に伴う副作用に対応していたのに対して、緩和ケアチームは、患者の現在の課題にどう対処し、いかに意思決定していくかについて、家族を含めて相談することに重点をおいていた点にある。つまり、両者ともに症状マネジメントを行いつつも、腫瘍医はレジメンの相談を通して、おおま

れに応じて生命維持のための諸手段も、所定の目的を達成する「有効性」という観点からのみ評価されることになる。終末期患者の「死」とそれを前にした「生」が視野の外におかれることで、生命維持という手段が自己目的化されてしまうのである。

こうして、慢性・終末期疾患の患者に対して延命措置が無際限に適用され、「死にゆく自然な過程」や「死にいたる通常の病態」が極端に少なくなる¹⁵⁾。寝たきり、スパゲティ症候群、植物状態など、「不自然」で「痛ましい」状態が常態化し、これに対する拒絶感から人々は、死に際して「自らの身体的・精神的苦痛を最小にする」ことを願うようになる。また、人々の支持を背景に、延命至上主義に対する反動として、安楽死運動が台頭する。

際限のない延命治療を選択すること、それは「死」を先延ばしすることを意味する。これに対して「安楽死」は、「死」を遠ざけようとするのではなく、むしろこれを一挙に到来させようとする試みといえる。その点でこの2つの態度は、一見したところ正反対に映る。しかし両者は、米国の精神医学者、H. ヘンディン¹⁶⁾が指摘するように、「死を受け容れることができない」「私たちのコントロールが完全に及ばない生の事実として、死を認めることができない」という点で共通している。それとともに死に直面した生の営み、つまり死にいく (dying) というプロセスの意義が看過されてしまうのである。

④ ホスピス運動の2つの柱

際限のない延命か、それとも安楽死か、という究極の二者択一を打開する試み、それがホスピス運動にほかならない。その柱の1つは、死に対する開かれた態度である。冒頭でふれた第1回ホスピス国際会議において、C. ソンダースその人が語るように、「セント・クリストファー・ホスピスの設立は、〔人は死にゆくという〕真理に対して、私たちが患者と共にいかに対処したかという証」なのである¹⁷⁾。

もう1つの柱は、医学的な症状緩和の本格的な導入である。耐えがたい身体的苦痛に苛まれる時、人はその苦しみから一刻も早く逃れ、楽になりたいと願うだろう。安楽死では、死亡という手段により、この願いを叶えようとする。それに対してホスピスケアは、苦痛そのものを軽減することにより、患者を苦痛から解放しようと試みるのである。

疼痛管理は、あらゆるケアの基礎といってよい。耐えがたい身体的苦痛が軽減されて、初めて「生きよう」という意欲も湧いてくるからである。この認識のもとC. ソンダースは、よく知られているように、がんの疼痛を緩和すべく奮闘し、モルヒネなどの鎮痛薬を恒常的に投与する系統的方法を確立する。これを礎石として、症状管理に関わる緩和ケアの技術レベルは、飛躍的な向上を遂げていく。QOLの改善を目標に、終末期患者とその家族に対する身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな面での全体的な (total) 支援とともに、やがて疾患の早期からの介入の意義が強調されるようになる。

⑤ 緩和ケアにおける「死」の位置

しかし、ホスピス運動の2つの柱に照らせば、その後の緩和ケアの歩みにおいては、症状緩和が前面に押し出され、それとともに「死」と正面から向きあうという課題は後景に退いていったように映る。WHO (世界保健機関) による「緩和ケア」の定義¹⁸⁾をみても、そこでは「死」をどのように受け止めるかという課題より、むしろ「治療的措置に反応しない not responsive to curative treatment」「疾患」(1990年)ないし「生命を脅かす病 life-threatening illness」(2002年)に専門職としてどのように対処するかという課題が強調される。

「死」と正面から向きあうこと、それは専門職としての衣を脱ぎ、1人の人間として「死」という共通の制約の前に立つことを意味する。死を前に「何もできない」ことがあるという事実を受け容れることを要請する。確かに緩和ケアは、苦痛

(pain) や苦悩 (suffering) の諸次元を視野に取
め、それらを緩和する技術を向上させることで、
ケア専門職として「できること」の領域を格段に
広げてきた。しかしそれとともに、死を前にして
「何もできない」という事実を受け止めることが、
かえって困難になっているのではないか。

延命至上主義において医療者は、「できないこ
と」を直視することができず、治療という「でき
ること」に傾倒した。かりにケア専門職が症状緩
和による QOL 改善という「できること」にだけ
注視するとしたら、「できること」の内実が変
わったとしても、「できないこと」とむきあえな
いという点では延命至上主義と変わらないことにな
る。

「患者とその家族にとってできるかぎり良好な
QOL を実現する」という緩和ケアの理念は、死
と正面からむきあうことを要請する。QOL の基
盤が「個人の生活する文化や社会的枠組みを背景
とした個人の基準、期待、認識による自分自身の
人生に対する評価」にあるかぎり、QOL 評価に
は、死にゆくこと (dying) も含め、生全体に対
する患者自身の評価が考慮に入れられることになる
からである¹⁹⁾。患者とともに死にゆく歩みに意
味を見出すためには、死と正面からむきあう態度
が欠かせないのである。

結 語

—共に死を受け止める—

死に対する否認的な態度は、規範的な医療文化
(特有の語彙、仕草、暗黙の了解、医療神話など)
という「非公式のカリキュラム」ないし「隠れた
カリキュラム」を通して受け継がれてきた²⁰⁾。死
に対する態度は、経験を通して受け継がれていく
のである。だからこそ患者とその家族から学ぶと
いう経験が大切になる。現にホスピス・緩和ケア
の先駆者たちは、死にゆく者を教師として、当事
者から学ぶことを通して、「死」に対する開かれた
態度を獲得した。死に対する恐れは、死に対し
て開かれた態度をとり、死にゆく者から学ぶこと
によって、初めて克服されるのである。

こうして私たちは、「死」を共に受けとめると
いう課題の前に立たされる。私たちは、1 人の例
外もなく、「死すべき定め mortality」のもとにあ
るからである。それはこの途方もない課題から逃
れる術がないという事実とともに、「死」とい
う重荷をつながりの中で受けとめる可能性を示し
ている。共に死すべき者として、互いにどのよう
に学び合い、支え合うか、それを私たちは問われ
ているのである。

死にゆく者から私たちは、死すべき者として生
きる課題とともに、生きる喜びや知恵を学ぶこと
ができるだろう。その生きた証から、「死は恐ろ
しい」という暗黙の前提を吟味する——死の何
が、どのように恐ろしいのか考える——ことを通
して、死すべき者として生きる知恵と勇気を身に
つけることができる。その学びと支え合いの輪が
臨床現場の外部にまで広げられるならば、それは
看取りの社会的・文化的な基盤を再構築していく
足がかりとなるはずである。

スウェーデンの経済学者 G. ミュルダール²¹⁾ は、
福祉国家の形成過程の累積的かつ不可逆的な性格
を指摘していた。福祉国家の形成に伴う社会構造
の変化は、人々の思考様式と制度に不可逆的な変
化を生み出すから、多種の困難に直面したとして
も、福祉国家の伝統はたやすく失われることはな
いというのである。ホスピス運動についても、こ
れと同様のことがいえるのではないだろうか。ホ
スピス・緩和ケアの価値観と制度は、今や世界中
に普及し、日本社会にも確実に根を下ろしてい
る。「死と正面からむきあう」という原点さえ見
失われないならば、ホスピス・緩和ケアは、より
豊かな実りを私たちの社会にもたらしてくれるは
ずである。

付記 本稿は、医学的内容に関する森田の記述を
踏まえて、主として竹之内が執筆・構成したもので
ある。

文 献

- 1) Saunders C, Summers DH, Teller N, eds :
Hospice ; the Living Idea. p.l, Edward Arnold