

看護・介護・高齢者医療におけるQOLの確立

終末期医療・介護の 倫理問題にどうとり組むか

目 次

はじめに	日野原重明	1
<hr/>		
講演 1		
終末期における生命への畏敬 終末期医療への倫理的アプローチ	ラックラン・フォロー Lachlan Forrow	2
<hr/>		
講演 2		
治癒からケアへ 終末期医療での安息	ジュリー・ノップ Julie Knopp	14
<hr/>		
講演 3		
わが国の終末期医療の問題点	恒藤 暁	24
<hr/>		
講演 4		
終末期ケアに関わる倫理問題への取り組み	長谷川美栄子	33
<hr/>		
患者の QOL の確立と倫理問題への取り組み		
終末期における意思決定 倫理的枠組の中で患者とその家族を支持する	ジュリー・ノップ Julie Knopp	47
<hr/>		
患者の QOL の確立と倫理問題への取り組み		
医療倫理と終末期医療	ラックラン・フォロー Lachlan Forrow	52
<hr/>		
まとめ	日野原重明	60

はじめに

日野原 重明

臨床の場における倫理的問題の取り組み

ライフ・プランニング・センターが財団設立以来つづけてきました「国際フォーラム」では、その時々合ったテーマを選び海外から斯界の第一人者を招いてきましたが、最近では、生活の質（クオリティー・オブ・ライフ＝QOL）、あるいはターミナルケア、あるいはまた倫理についての問題を取り上げるようになりました。というのも、この3つのテーマは、人間が人間として生きる上で行使すべき権利について考える根底にある問題でもあるからです。

昨年、既に私たちは「いのちの畏敬と生命倫理」というテーマで「医療・看護の現場で求められるもの」について、フォロー先生を中心に「ハーバード大学の医学・看護学における倫理教育」を具体的・実践的に学びました。この記録は『2007年 LPC 国際フォーラム』としてまとめられ、当財団から発行されています。

本年、私たちはこの問題を「終末期医療・介護の倫理問題」に焦点を当てて取り組んでみたいと考え、再度フォロー先生をお招きいたしました。フォロー先生は、ハーバード大学の附属病院であるベス・イスラエル・ディーコネス医療センター緩和ケア看護師のノッブ先生を伴われ、私たちと一緒にこの問題について論議を深めていきたいといわれました。

また、米国の実情、もっと正確に言えばベス・イスラエル・ディーコネス医療センターで取り組まれている終末期医療・介護の実情と日本のそれとの間には違いがあるのか、あるいはないのかということです。これを検証する意味で、わが国の緩和ケア医療の第一人者、大阪大学大学院で緩和医療学教授を務められる恒藤暁先生、そして東札幌病院看護部長の長谷川美栄子先生にそれぞれのお立場から日本の実情についてお話しいただきます。

医療倫理についてはいくら追求してもなかなか核心に辿りつけないほどの問題があります。とくに人生の最期——がんの末期、あるいは高齢者の末期の姿、アルツハイマーなどを含めて、倫理の問題は人

間の末期の姿と重なる部分を多くもっています。死は、当人だけでなく、家族にとっても避けることのできない経験をもたらします。その経験する場所は病院、ホスピスあるいは緩和ケア病棟、あるいはまた自宅であったりします。こういうことは、米国と日本とは非常に違いますし、また東南アジアとも違います。死の問題、あるいはそこに至る過程のケアの問題、そしてまた病名の告知、これらは日本の現場では依然として条件が不完全なままで見過ごされていることも少なくありません。たとえば病名告知についても、病名を言うとか言わないというような表在的な問題ではなしに、私たちがどのような態度と言葉と気持ちをもってやるかによって、病名告知自体が深い意味をもったり、あるいは見過ごしにされたりする。そして、日本の現状においてはまだまだ深さの追求が十分ではないのが実情ではないかと思われま。そしてこれは医学教育や看護教育と非常に関係があるわけです。

いのちをどうとらえるかということ

フォロー先生は長い間、シュバイツァー博士がアフリカのガボン共和国に開設された病院の経営管理に関係されると同時に、また核戦争防止国際医師会議の大切なスタッフとして働いておられます。シュバイツァー博士がもたれたいのちに対する考え方をもう一度とらえなおして見ることによって、倫理をただ机上の概念として論ずるのではなく、いのちにどのように対面するか、どのような態度で臨むかということを考えてみる機会にしたいと考えます。

今回のフォーラムは広く深い問題を取り扱いますが、これはただ演者の講演に耳を傾けるだけではなく、お互いの考えについて述べ合う意見の交換がなければならないと思いますので、事例をもとにしたワークショップもプログラムに加えました。

この2日間の国際ワークショップが皆さんの充実した体験となることを願います。

終末期における生命への畏敬

——終末期医療への倫理的アプローチ*

ラックラン・フォロー**

* Reverence for Life at the End of Life—Ethical Approaches to Terminal Care

** Lachlan Forrow, MD

Director, Ethics Programs

Director, Palliative Care Programs Beth Israel Deaconess Medical Center

Associate Professor of Medicine Harvard Medical School

President, The Albert Schweitzer Fellowship

はじめに

私たちもいつかは終末期を迎えます。そこでは必ず医師や看護師、ソーシャルワーカーなどの技術に依存することになります。互いに学び合い、終末期を迎える患者のケアに対するスキルが向上できることを願います。

倫理の基本としての生命への畏敬

倫理の基本としての生命への畏敬は、まさにシュバイツァー博士の考えと近いものでした。

シュバイツァー博士について説明いたします。彼は1920年代、バッハの音楽に関する専門家として有名でした。10年ほど前に、チェリストのヨー・ヨーマがバッハの音楽を録音しましたが、そのときに、シュバイツァーのバッハの音楽の解釈が自分の演奏に影響を与えると語っていましたが、そういう意味では、バッハがシュバイツァーを通して、現代の若者にも影響を与えたといえましょう。シュバイツァーはまた、新約聖書についても研究していましたが、それもまた現在、神学校で教えられており、シュバイツァーの神学理論は神学者や哲学者を目指す若い人々を教育していることとなります。

シュバイツァーにとってこれらがいちばん大切な仕事だったというわけではなく、学者として「真理」に興味をもっていました。「何よりも尊ばれるべきものは真理への畏敬である」と語っています。真理に対する畏敬はヨーロッパ文明の基礎であると考えており、それは今日の科学、技術の発展につながっており、特に医学、ひいては人類の文明の進歩にもつながっているといえましょう。そして多くの恩恵

を受けているのは科学と医学だけではなく、シュバイツァーは音楽と神学、そして哲学において大家であったにもかかわらず、30歳のときに残りのすべての人生を賭けて、人類に対して奉仕をしたいと考えました。そして、医師を志して、妻のヘレン・プレスラーとともにアフリカのランパレネで病院を開業しようとした。1930年のことでした。アフリカの無医村にいる住民に医師として奉仕しようとしたのです。「私は自分の人生を真理の追求に費やすことに決めた」と言っています。自分の人生は、世界に対して何か影響を与えていかなければいけないということです。

最初の年には、その病院で2,000人の患者を診療しました。他人に奉仕するという意味では、それだけでも大成功を収めた人生に見えました。

1914年に第一次世界大戦が勃発しました。これはアフリカから遠く離れたヨーロッパで起こったのですが、病院は閉鎖となりました。なぜかという、彼と妻はドイツの国民でしたから、病院は仏領にあったために、その地域を統治している政府にとっては敵ということになってしまったからです。武力が文明を脅かしているという事態に、シュバイツァーは絶望的になりました。そして、技術と科学に対する畏敬が必ずしも文明の向上をもたらさなかった、むしろヨーロッパの文明を暴力によって牛耳らせてしまったということに愕然としました。科学と技術が人々の生命のために使われるのではなく、人々を殺すために使われてしまったと。科学と技術に片寄ってしまうと、結局は人間の文明は破壊されてしまうのではないかと、シュバイツァーは絶望に陥ってしまいました。

ある日、オゴエ河に出ていたシュバイツァーは、移動することを許されて上流へ、宣教師の病気の妻を見舞いに行きました。そのときカバの大群を見か

けました。それを見ていると考えると、なぜヨーロッパの文明は倫理観を失ってしまったのかと悩んでいました。倫理の核心となるものは何なのだろうかと考えていました。そして、シュバイツァーの乗った小舟がカバの群れを通り過ぎたときに、カバが非常に強い力を持っていること、そして赤ちゃんのカバが非常に脆弱な様子であったことを思い出しながら、新しい生命の奇跡を感じました。つまり、真実のための畏敬も大切ではあるけれども、また不十分でもある。むしろいちばん大切な文明の中核として私たちがやるべきことは、生命に対する畏敬であるということを考えついたのです。

“Ehrfurcht vor dem Leben”、これはドイツ語で「生命への畏敬」ということです。生命の奇跡、そもそも生命が存在しているということに対して尊敬の念をもつ。そして私たちが遭遇する一つ一つの生命の形態に価値がある。私たちの目の前に生命がある。そしてそれぞれの個人の生の形態を尊敬するときに、私たちがその人たちを助けて守るという深い倫理的責任を負うのだという思いに至ったのだと、彼は後に述べています。

シュバイツァーは、倫理のみが生命の畏敬に値すると言っています。自分自身の生命に向ける畏敬と同じように、すべての生きる意思をもつ生命へも畏敬を向けたいと言っています。これこそがまさに倫理の基本だということです。

たとえば赤ちゃんという生命の形態は、両親や医師、看護師などにとって、赤ちゃんが産声を上げるそのときから、とにかく助けずにはいられない存在です。できることは全部して、赤ちゃんを守ろう、育もうと思うはずで、これは哲学ではなくて、また感情だけでもなくて、私たちの何か深い魂の求め、そのような求めによって私たちは人間的になるとシュバイツァーは言っています。リアルなもの、現実的なものだというわけです。

自分の人生を試すことで追求する、その思いを実行することで、私たちの周りのいのちを守って、信じていくのだというそういう希求です。

かわいい赤ちゃんだけが生命の畏敬に値するわけではなく、ハンセン病をわずらう人もその対象に値します。シュバイツァーは大勢のハンセン病患者と接してきました。ハンセン病はほとんど世界から消滅してしまったと考えられるに至りました。これは生命の畏敬への素晴らしい業績で、日野原先生が会長を務められる笹川記念保健協力財団が大きな

貢献を果たしています。

シュバイツァーの人間としての成長は1917年の体験にあります。戦争捕虜としてフランスに強制送還されました。病院も閉鎖され、財産もすべて没収され、戦争で多くの友人も失ってしまいました。アフリカに行く前にも、人生をアフリカのために使い尽くすのではなく、世界のリーダーとして認められているヨーロッパに残るべきだといわれましたが、それを「この病院を成功させるのが私の夢ですから」とアフリカに渡ったその夢がすべて失敗に終わったのです。1917年には、シュバイツァーは42歳になっていましたから、とても絶望していました。

戦争捕虜収容所にいたシュバイツァーは、2回も手術を受けなければならないという直腸の病気に苦しんでいました。この体験は患者の状況がよく理解できたということでもありました。

私たちも将来的にいずれは患者になります。日野原先生も話しておられますが、自分が若いときに病気に苦しんだ体験が、自分の人生に大きな影響を与えた。自分の患者に対する気持ちもそのような体験から共感することができる。人間はすべて共通の絆で結ばれています。私たちは遅かれ早かれすべてが痛みや苦しみを感じていく、経験していくのだと。これについては私たちには他の人からの助けが必要ですし、そうしなければ痛みを緩和することはできません。この共通の絆を通して倫理的に互いに助け合っていかなければいけないという責任感をもたらすことができるのも、このような痛みを感じることができるからです。

いま終末期を迎えている人たちは、すべての人たちの中でもっとも脆弱な人たちだということができます。私たちもいつかこのような立場に置かれることがあるということを考えておかなければなりません。

よい医療、よい看護を提供するための倫理の重要性

Howard Gardner は、「専門性のもつよい仕事というのは、さらに開発して向上させ、維持することができる」と言っています。

では、「よい仕事」の定義とは何でしょうか（表1）。

まず仕事に熟練していることです。法律とか医学など、その専門分野においてきちんと熟練してい

表 1

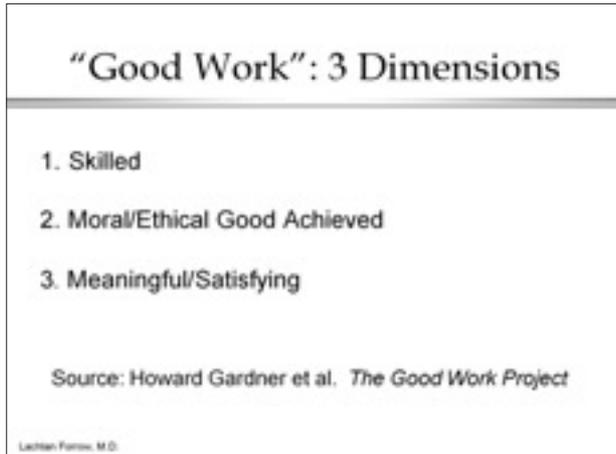


図 1

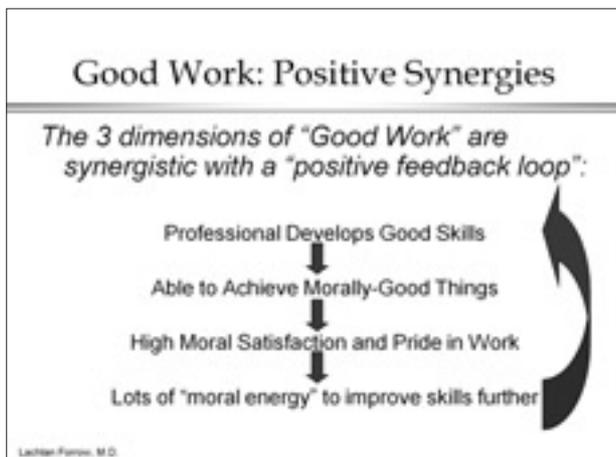
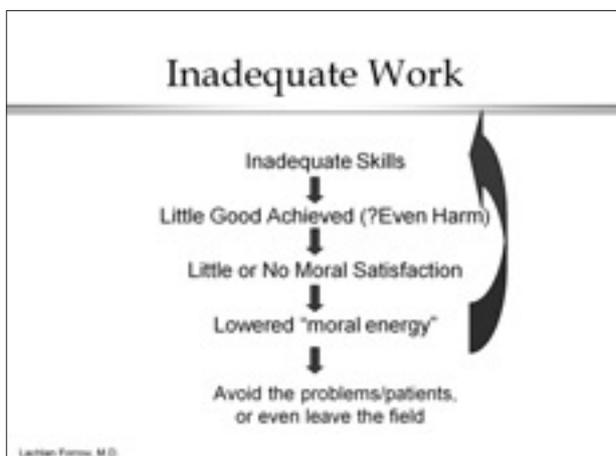


図 2



ばよい仕事ができますし、十分な道徳や倫理観のもとでスキルを実際の行動に適用して発揮できればよい仕事になるのだということです。そしてまた、それを実際にやっていると気分がよいということでもあります。有意義で、私たちにとって気分的に満足できるというものであればさらによりよい仕事ができるということです。

これらのよい仕事の3つの側面は、それぞれが互いに相乗効果を与えます(図1)。このようなことによって、倫理的によいとされるものを提供していくことができます。そして、高い道徳的満足と仕事への誇りを持ち、また道徳的なエネルギーによってさらに技術が向上するという意識をもつということで、この流れは繰り返していくようになります。よりよい仕事を提供していくことができれば、それによって医療、そして看護、ソーシャルワークなど、人に対して貢献していくことにつながっていきます。

一方、それが不十分な技術だった場合には、達成感も少なくなってしまいますし、その結果、皆無かわずかな道徳的な満足感しかもてないことにつながり、さらには道徳的なエネルギーが低下してしまい、困難な問題や患者を避けてその分野を無視したり、立ち去ってしまうことにつながります(図2)。

特に終末期の医療を考えた場合、これはアメリカにおいても日本においても、その他の国々でもそうだと思うのですが、必要な形でその患者や家族に対して奉仕をすることができなければ、やはり満足感も下がってくるものであって、患者をはじめ、ソーシャルワーカーも、とくに医師はそうかもしれませんが、やはりそのような終末期の病気で闘っている患者と対峙することができなくなるという結果にもつながってしまいます。これは非常に悲劇です。患者、そして家族が必要なケアを受けることができないということも悲劇ですが、そのみならず看護師はじめ、医師など、要は医療従事者のような専門性をもっている職業の人たちが達成感を得ることもできず、そして、脆弱な患者や家族に対して必要なサービスも提供できていないというように満足感をもつこともできなくなってきてしまうのです。そのようなことからいえば、やはり技術は必要であって、その技術を得るための学習は、特に終末期の医療において学んでいくということが、いろいろな関係者にとってメリットを享受できるようになるということになります。

医療と患者の死における歴史的概観

医療の目標は、アンブロワーズ・パレ (1510頃 - 1590) も述べているように、「時に癒すが、和めることはしばしばできる。だが、病む人に慰めを与えることはいつでもできる」というものです。これは病気で苦しむ患者の横に医師が座っているということです。昔は患者に対して医師はこのような形でサービスを提供してきました。今の世の中では、医師の役割も変わってきています。ICU ではさまざまな技術が駆使されていて、いわゆる生に対する畏敬というようなものが提供されているかといえば、必ずしもそういう状況ではありません。そうであるとしても、やはり非常に大きな課題にもつながっています。というのは、現代のテクノロジーは非常に効果を求め、そして今までの人間の軌跡の中でも最高といわれる技術が提供できる世の中になっているからです。1914年のシュバイツァーの生きてきたヨーロッパでは、このようなことはありませんでした。

多くの医師が特に終末期を迎えた患者のケアをするのはずいぶん以前までさかのぼることができます。

ヒポクラテスは、専門的な医療という世界を切り開いた一人であり、また医療の基本となる倫理というものにも着目した人物でもあります。ヒポクラテスの著書を読んでみますと、患者の診断をする科学を学ぶ際には、やはり予後も見なければならぬし、またどのようにして治療を施すかということも学ぶ場合には、やはりスキルが必要であるということにも気がつくであろうと述べています。

家族が病に苦しむ患者を連れてきた際に、この患者は先が短いかもしれないと思われる時には診察室のドアを閉じてこの患者には対峙しないという選択肢もあるのですが、そういう形でその患者が亡くなった場合には、周りからはよい医師ではないというように言われます。医師が専門的な医療の中で成功を収めるために、死にゆく患者を避けたりすることもあったということは歴史が教えています。

これは多くの人たちが苦しむゴイグルの絵です(略)。20世紀の人間による、人間が引き起こした戦争には非常に大きな悲劇がありました。この絵には、看護師や医師らしき姿は一人たりとも見当たりません。これもヨーロッパの絵画の一つですが(略)、患者がいてその周りの人たちが患者を見守っているという状況です。この人は医師です。このような人

たちは通常、神学者です。彼は実際、患者には目もくれていないということがわかります。フラスコを持っていますが、何かしらの科学的な解釈をしようとしているのではないかと思います。これはまさしく今日の医師の姿ではないかと思えます。たとえば終末期の患者がいたとしても、その人たちに対して心を払う、もしくはその人のためにそこにいるというよりは、むしろラボラトリーの中で科学的なことに注目している医師が多いということを表しているのではないかと思います。

死因の経緯を歴史的に見てみましょう(表2、図3)。

1900年代の死因を見てみますと、現代では必ずしも死に直結するような病気とはいえません。アメリカの事情はその他の先進国の状況も反映しています。年齢調整死亡率を見ていきますと、1940年に人口10万人当たり1,100名であった死亡者は、1990年には600名程度まで下がってきていることがわかります。

表 2

Causes of Death (U.S.): 1900 and 1995	
1900	1995
1. Influenza	1. Heart Disease
2. Tuberculosis	2. Cancer
3. Diphtheria	3. Stroke
4. Heart Disease	
5. Stroke	
...	
9. Cancer	

Source: Approaching Death (Institute of Medicine, 1997).

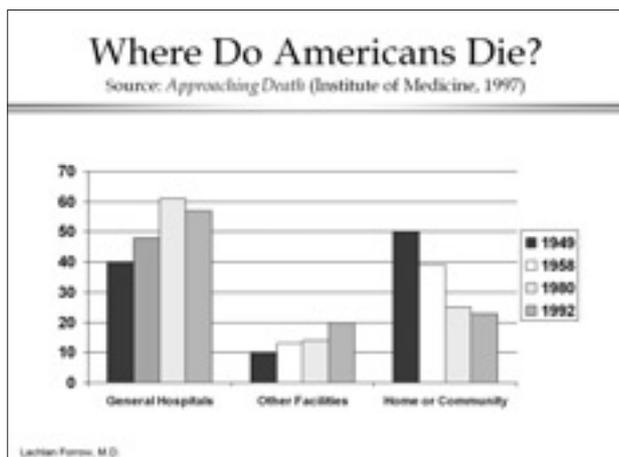
図 3



アメリカ人はどこで死ぬ

1949年、アメリカ人の50%は自宅、もしくはコミュニティで亡くなっています。今ではそれが20%を少し上回るだけです。日本でもそうですが、多くの患者は病院で息を引きとっています (図4)。

図4



Ira Byock 医師は以下のように言っています。

「病院での死：1980年代

病院で死ぬことはとてもつらい出来事である。病院で死んだ人たちは、大声で緊急コードが発動され、CPR を行うチームが呼ばれた後に、チューブ類が体の中に突っ込まれ、血液を送るために強い胸骨圧迫が行われ (場合によっては肋骨が折れることもある)、そして洞調律を取り戻すために電気ショックを心臓に施行されるのだ。」

また、ER ではさらにその死が辛いことにつながります。

Ira Byock 医師は次のように述べています。

「病棟での死が辛いことであるなら、ER での死はもっとひどいといえるかもしれない。医療システムの手中で、穏やかであるはずだった経過でさえおぞましく変化してしまう。例えば高齢者施設では、すぐに死んでしまうような状態にある患者を、光とサインで周りに知らせながら救急車で病院に運ぶということを日常的に行っている。ER にほぼ死にかけた人間を送ることにより、高齢者施設は家族や利害関係の絡んだ弁護士に証拠を見せながら死亡率はほぼゼロだったと主張しようとしている。そして、できる限りのことはすべてし尽くしたということを告げるために。」

米国などでは、場合によっては日本でもそうかも知れませんが、1980年代でこのような考え方がありました。それ以降、人間はいずれ死ぬものだということに対していろいろな対処がなされてきました。そして、私たち自身もよりよい仕事をするためにどのようにすればいいかということ学んできたわけです。

終末期における生命への畏敬

—— 臨床における医療の質の構成要素

どのようにすればよいかという「質」に目を向けることにしましょう。

終末期における「質」にはどのようなものがあるでしょうか。

患者の目標や価値観に基づいた医療

再び Byock 医師の言葉を引用します。Byock 医師がレジデント医であった時に父親が膵臓がんになった際のことです。

「終末期における生命への畏敬 (家庭内の死)

私はいつしか医学的な目で死を見ることに慣れてしまっていた。しかし、父のがんによって、私は初めて患者の家族という立場から終末期を見ざるを得なかった。更には、父を通して、私は死の淵に生きている人間の視点を覗くことができた。父の死は確かに家族として幸せとはいえない出来事ではあったが、これほど親密でオープンに互いを愛した家族であり得た瞬間はなかった……。」 (『Dying Well』より)

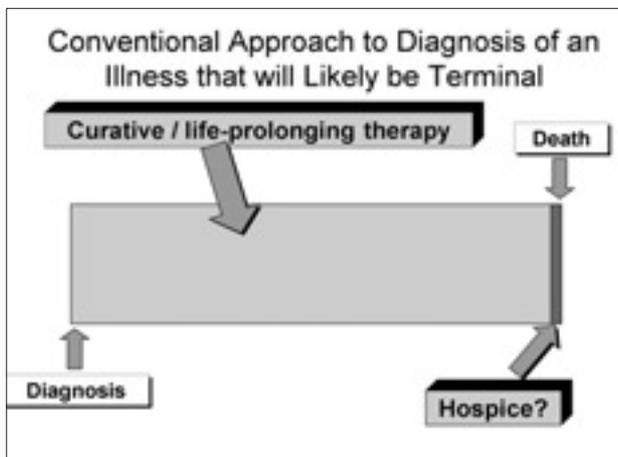
この本には非常に素晴らしいことが多く書かれています。特に終末期における患者に対してのケアという部分は非常にうまく述べられています。これは必要なことを話すということにつながっています。家族の絆の中で、今まで一緒に人生を分かち合ってきた一員としてそうした話をシェアしてきたのです。よい思い出や悪い思い出なども語り合いました。そして、泣き、笑ってきました。父の病気とその終末期を通じて、個々に、そして互いに成長してきたといっています。

実際、私たちはいずれ死ぬわけですし、それを変えることはできないのです。特に、愛する家族と離れ離れになるということも避けることはできません。

死を通して、どちらかを失ってしまうという畏れを経験することにつながります。病院やホスピスで受けたであろうケアを通して、本来であれば死というもの悲劇であり悲しくてたまらない経験であるものが、家族をつなぐ、もしくは家族としては逆によい思い出になったということにもつながります。特に大事な人を失うというその瞬間、医師や看護師、そしてソーシャルワーカーといった人々が、そういった思い出をよりよいものにしていく、悲劇の中にもこのような一筋の光があるような思い出となるようなものにするには、どのようなことができるのか、そして、そうしたことが提供できれば、これだけ悲劇的な経験も意味あるものにつなげることができるのではないかと思います。

さて、これまでの終末期に対するケアですが(図5)、まず診断があって、それから仮にこの病気が終末期のものであったとしても、ほとんどが治療とか、生命を維持するための努力に注がれます。そして本当に最後のところでようやく「これは終末期の病気である」ということに気づくのです。そして、ホスピスについてもようやくそこで考え始めるのです。

図5

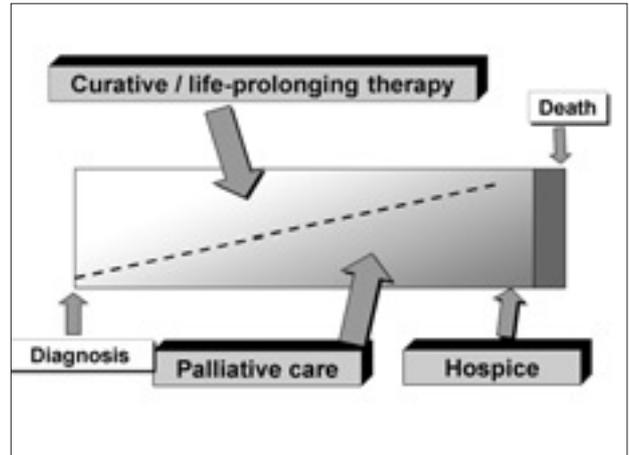


最初に病気がわかった時点で、これから何が起こるかということを考えて、それについて患者に正直に話し、家族に対して最後の数日間でそれを正直に言ったとしても、その患者と家族に、Byock 医師や家族が体験したことを感謝するような状況を作り出すことはほとんど不可能です。

ですから、これが終末期に入るだろうという病気にアプローチする場合は、治療とか生命維持だけではなく、緩和ケアについても考え始めることが大切

になってきます(図6)。つまり、死のだいぶ前からホスピスについて考えて、治療計画を立て、そして実際に緩和ケアを行うタイミングはいつかということを考え始めます。それにより緩和ケアの部分が終末期に近づくにつれてもっと広がり、患者や家族と共に十分に時間をかけて、Byock 医師が非常に熟練した医師や看護師から受けたケアと同様なケアを家族に施すことができるようになるわけです。

図6



善意からくるが、間違った同情

シュバイツァーは、「死の影に気づいてしまった人間は、それを愛する人に話したいという衝動に駆られる。それは自分の死を理解するため、そしてそれに立ち向かうためだが、彼らはそれを止めてしまう」と述べています。

みなさんは実際にこれを見たことがあると思います。

つづけて、「家族は喜劇を演じ、そんな見通しはまったく問題ではないと言い、まさに終わりの時まで嘘をつき続ける。彼にそのことを考えさせないことが彼を助けることだと信じて疑わないのだ、彼らは。しかし、それらはすべて彼を孤独にするにすぎない好意なのだ」と言っています。

実際にその家族がしたことというのは、孤独という絶望を感じている患者を孤独にただけのことなのです。自分は死ぬのだという孤独感は本当に強い苦しみですし、孤独は私たち人間が受けるべき愛を体験していないということをも意味しているわけです。

真実を伝える際の倫理的ジレンマ

日野原先生も言われましたが、真実を伝えるときには倫理的ジレンマがあります。それには2つの非常に難しい選択肢があると思います。ひとつは、実際に希望を語りながら、真実を打ち明けて患者を打ちのめしているのではないかとということ、そしてもう一つは真実を保留したがために、患者の自分で決定する力を尊重することを見失っていないか。真実を保留しながら、真のインフォームド・コンセントは行えるのだろうかということです。

終末期に近づくにつれて家族や患者がいろいろな計画を立てるといふ機会も損なってしまうのではないかとするのは、偽の倫理的ジレンマではないかと思えます。絶望させることなしに、傷つけることなしに、真実を患者に伝えることができるのでしょうか。そのようなスキルはあるのでしょうか。

言葉のメス

私の先生でもある Eric Cassell 医師はこうに言っています。

「患者を傷つけずに真実を述べるができない医師は、重篤な病気の患者をみるべきではない」と。

私たちはしっかりしたスキルを自分で培い、そしてまた看護師やソーシャルワーカー、あるいは他の医師の力を借りてきちんと真実を患者や家族に伝えて、そしてそのあと彼らのサポート態勢に回るといふことが大切だと思います。患者や家族が真実とうまく向き合えるようにすることです。先に述べたように Byock 家の人たちはそのように対処できたわけですから。

終末期に向かいますと、やはり希望が奪われていきますが、Cassell 医師は、「希望は確率論で語ることはできない」とも述べています。希望したからといって必ずしもかなえられるとは限らないので、説明したからといって必ずしも希望を奪うことにはならないといふのです。オリンピックが間もなく開催されますが、若い選手は金メダルをとる確率は少ないといふことはわかっているのですが、この人たちはやはり希望に満たされていますね。というのは自分たちが努力すべき目標や意味はわかっているのだから、たいへんなことだとしても、正しいサポートがあっ

て意義を見出すことができるのであれば、非常に満足した納得した経験ができるのです。緩和ケアでは、「患者は最善を心待ちにする一方で、同時に最悪の事態に備えましょう」という原則を掲げています。

終末期の問題提起

—— “ どうやって？ ”

どうやったら終末期の問題提起を効果的にすることができるでしょうか。箇条書きにしてみましょう(表3)。

表3

Raising End-of-Life issues: <u>How?</u>	
1. Compassionate, Honest Communication and Bicycles	clumsiness→→...→→...→comfort/skill
2. Normalize the topic	"Sometimes people in your situation worry about dying..."
3. Be explicit	You <u>must</u> use the "D" word (death, dying...)
4. Compassionate Caring	Show patient you really want and need to <u>understand</u> in order to help
5. Focus on living	Explain how you and others will <u>always</u> be there to help

Lectian Ferris, M.D.

1) 慈悲深く、真摯なコミュニケーションと自転車との関係

自転車に乗れるようになるには講義を受ければ乗れるようになるのでしょうか。実際に乗れるようになるには、自転車に乗ってみて、後ろを支えてもらうことも必要ですが、最初から急な坂に挑戦するのではなく、何度も練習して乗ってみることでないのでしょうか。同じことがコミュニケーションについてもいえます。医学、ソーシャルワーク、看護の技術を磨くに当たっては患者と生死について話すことは難しいのですが、そのスキルをきちんと磨けば、いろいろな情報を患者からうまく集めることはできるようになります。それと同じように患者の死についてのアプローチも、実際にやってみることで、それを避けていてはその技術はなかなか向上しません。

2) 論点の正常化

「あなたのような状況にあるならば、人は誰でも死を恐れるものですよ」というように、患者や家族は、正常な状況と向き合っているにすぎないということを教えましょう。

3) 明確に伝える

明確に実際に「死」という言葉を使って話していきましょう。最初に切り出す時にその言葉を使うわけではありませんが、避けられないきちんとそういう言葉を使って話しましょう。たとえば「死」とか、「亡くなる過程」についてきちんと説明しなければ、患者にはわからない可能性があります。「死」とか「亡くなる」ことについて話をすれば、もう少し患者や家族の間でも対話がしやすくなると思います。私たちが「死」という言葉を使うのが難しいように、患者と家族もその言葉を使うのは難しいのです。自分が気にしているということを明確に伝えましょう。それが基本です。

4) 慈愛に満ちた医療

患者をサポートするために患者を理解したいということ、そしてその必要があるということを患者に率直に見せることです。

5) 生を見つめる

「死」についての対話は決していちばん重要なものではありません。先ほど Byock 医師のお父さんが亡くなる時のことを話しましたが、これは実際の死亡について話したのではなく、生きることについて話をしていました。残っている時間の中でどのように生きるかという話をしたのです。あなたや他の人々が、常にすぐ側にいて手助けをしているということをよく説明することです。

終末期の問題提起 —— カバーすべき内容

死が私たちの予測よりも早くやってくるということを中心テーマにしていきたいと思います。

箇条書きにしてみましょう (表 4)。

1) 時間は過ぎていく

- a. 何をいちばんに望みますか
- b. 何が心配ですか、何が怖いですか

2) 死が近いように思われた時、あなたは最期の数時間 (数分、数日、数週間) どうありたいですか

残っている時間の中で希望とか恐れ、気になっていること、終末期に近づいた時にどのようにしてその時間を過ごしたいのか、どこに行きたいのか、どんなことを希望するのか、どうしたら自分で自分の心配や恐れ、おののきを特定することができるかということです。それを考えたことがなければ、特定

してみてください。そしてまた、患者には必ず私たちが支援することであなたが恐れていることは急速に解決するか、あるいは予防することができること、だから今の恐れを取り払ってくださいということが出来ます。

表 4

Raising End-of-Life Issues: Content to cover	
1. "In whatever time there is left..."	a. what do you most hope for? b. what do you worry about/fear?"
2. "If/when it ever seems like the end is near, what do you want those last hours (minutes? days? weeks?) to be like?"	
3. What would help you?	a. figure out the answers to 1 & 2 b. accomplish what you want/hope c. be reassured that the things you fear either will be prevented, or rapidly taken care of

LeClair-Ferris, M.D.

始める前に —— 一般原則

ひとつのケースを上げてみましょう (表 5)。

表 5

Getting Started: General Principles	
53 year old woman, tests just revealed metastatic cancer...	
1.	Is there someone you would like to be here?
2.	Allow sufficient time
3.	Sit down!
4.	Explain the news is bad, be very specific but brief, and express sorrow
5.	Wait for a response
6.	Express sympathy and understanding for whatever emotion the patient reacts with
7.	Wait again for a response
8.	Explain that there are ways to help, and that you and will always be there
9.	"What questions do you have?"

LeClair-Ferris, M.D.

53歳の女性です。この方は今、転移性悪性腫瘍が明らかになったばかりです。

医師は、「誰か一緒にこの場にいてほしい人はいますか」と尋ねます。患者が一人で病気の告知をされるということは辛いことですから、家族とか、親しい人が側にいてほしい、ただ聞くだけであっても手を握っていてほしいということがないかというこ

とです。

次は、十分な時間をあげるということです。いきなり対話を切り出して、5分後には退出しなければならないような状況で話をしないということです。

そして、必ず座ってもらいます。医師がすぐどこかへ行ってしまうかもしれないという状況ではいけません。

悪い知らせであるということを明確にしかも簡潔に伝えましょう。初めに「転移性の腫瘍です」などというように、難しい事実を伝えたら、患者にはその後はもう何も聞こえなくなってしまいますから、あとは何を追加しても相手の耳には届きません。簡潔に伝えて、そして遺憾の意を表明して、あとは静かにして患者の答えを待ちましょう。

とにかく患者の返事を待っててください。そして、患者がどのような感情を表明しようとも、怒りかもしれない、悲しみかもしれない、そして静けさかもしれない、あるいは「ああそうですか、よくわかりました」というだけかもしれませんが、それに同情を示し、理解してあげてください。「このことについてあなたは怒っているのですね」「この知らせはあなたを悲しませましたね」とか、もし静かにしているのであれば、「これはなかなか受け止めにくい状況ですよ」というように声をかけます。

それでその後また答えを待ってみてください。

それから、「必ず手助けする方法はあるのですよ」ということを表明してください。「どのようなことを思い浮かべているのですか」と尋ねて、「私はいつも側にいて、手助けしますよ」ということを伝えてください。

「質問があったら何でも聞いてください」と言います。詳しい内容を知りたい患者もいれば、詳しく知りたくないという人もいるでしょうから、それについても聞きましょう。

数値を知りたい患者もいるでしょう。私は録音テープで聞いたのですが、この方は数値を聞きたいと言いました。「あなたのような症状の人は、5年後には100人中5人は生存しています」と言って、しばらく無言の時間があって、それから「あなたもこの5人の中に入れるといいですね」「私もこの5人の中に入れてもいいのですが……」と。その後しばらく沈黙があって、「あなたを見ていても、あなたの症状からいっても、今のところこの5人に入れられないという様子はありません」と言っている。「ただ難しいけれども、私は全面的にあなたの味方をします

し、いつもあなたの側にいます。もしあなたがこれ以上の治療は意味がないと思えば、治療の効果がないと思うのであれば私たちがやれることはないのですが、もしほかの治療計画を立てて、あなたの持てる時間すべてをあなたの望みをかなえるのに使うという代案を提案させていただきます」と言っていました。

臨床における医療の質の構成要素

次は、身体的・精神的な症状への治療です。この漫画（略）で医師が患者に、「余命は6カ月ですけれども、積極的な治療をさらに長く感じさせることができます」と言っています。シュバイツァーは、「痛みは死よりも恐ろしい支配者である」と言いました。

痛みの管理に対する倫理的原則

それが呼吸抑制のリスクや、死期を早めるということを知っていながら、オピオイド、モルヒネを大量に与えるべきなのか。患者が苦しんでいるのを知りながら、オピオイド使用に制限をかけるのか。この倫理的なジレンマは、スキルがあれば苦しむことはありません。オピオイドは死を招くことなしに使うことができます。

痛みの管理に対する倫理的原則は次のようなものです（表6）。

1つは、重篤な痛みは医療的な緊急事態であるということです。

表6

Ethical Principles of Pain Management	
1.	Severe pain is a medical emergency
2.	The right dose of an opioid is the dose that takes the pain away
3.	It is almost always possible to control pain with opioids safely
4.	If prolonging life is no longer an important goal, then even if higher doses of opioids hasten death (through respiratory depression or hypotension), it is unethical to limit the doses and have the patient die in pain

LeClair, Ferris, M.D.

2つは、正しくオピオイドを処方すれば痛みを緩和することができます。

3つは、ほとんどの場合、オピオイドを用いれば痛みのコントロールは安全に行うことができます。

4つは、延命がもはや重要な目的ではなかったなら、そして大量のオピオイドが死期を早めたとしても、呼吸抑制や血圧低下によって、オピオイドの量を制限することにより、患者を苦痛のまま死なせることは非倫理的であるということです。

オピオイド処方のスキル (表7)

表7

Skilled Use of Opioids	
1.	Developing high skills in using opioids is a fundamental ethical responsibility for all doctors and nurses caring for dying patients
2.	Analogy with insulin use for severe hyperglycemia
a)	Rapidly escalating IV doses of short-acting medication, repeated/increased immediately after time of peak effect – every 10-15 minutes!
b)	When effective control is achieved, switch to longer-acting medication, with short-acting immediately available for any "breakthrough" pain
c)	Increase longer-acting medication if needed to prevent breakthrough pain
d)	Do NOT wait for pain to return before giving more medication – allowing preventable pain is unethical

Lectian Ferris, M.D.

細かくは触れませんが、1つは、オピオイド使用の技術を高めるのは、死にゆく患者に関わるすべての医師、看護師にとって基本的な倫理的責任であるということです。

次に、これは重篤な高血糖患者に対するインスリン投与と類似しているということです。高血糖患者の場合にはインスリン投与をしますが、まず少量投与して反応を見て、そしてまた少量与えるということもできるわけで、同じようなやり方が痛みを取り除く場合にも使えるということです。

短時間作用タイプの薬剤の静脈注射に関しては、ピーク効果の直後から繰り返し投与するか、あるいは増量します。

鎮痛効果が達成されたときには、長時間作用型に切り替えて、突発的な痛みには短時間作用型をいつでも使えるようにしておいて併用します。

そして突発的な痛みを防ぐためには、長時間作用タイプの薬剤量を増やします。

薬剤を追加投与する前の痛みの出現を許してはい

けません。予防可能な痛みをもたらすことは非倫理的だからです。

患者、家族が肯定的な意義を見つけるのを助ける

ニーチェはこのように言いました。

「疑問を持つ人はたいいてい方法を見つけられる」。

要は、生きることに對して目的がある人に関しては、どのように困難な状況でも乗り切ることができるということです。人が生きるということは、ただ単に物理的な生ということではなく、また苦痛がないということでもありません。人間関係や愛、尊厳などがなければ人は生きる意味を失ってしまいます。逆にこれがあるから苦痛に耐えられるということにもつながるのです。患者や家族にこういったものを与えられれば、やはり生に対して前向きになれるのです。

シュバイツァーが言ったように、孤独とは、愛もない、尊厳もないこと。これでは生きるかいもないと。

死の尊厳

この漫画(略)は神と話しています。「私は君の尊厳ある死に賛辞を呈したい」と神が言っています。しかし、死というものは必ずしもこのような形で尊厳があるわけではありません。

これはニューヨークタイムスに載った写真です(略)。転移性悪性腫瘍で苦しむ女性の写真です。これは尊厳とはほど遠い姿です。これはこの患者の初期の写真です(略)。この患者と非常に仲のよかった男性と写っています。この患者は愛した人と結婚し、それから病気と闘いました。病気と闘っていた期間はまさしくこのような壮絶なものでした。この患者が望むような尊厳も身体的な美しさも持っているわけでもありません。しかし、それでも愛に満ちた関係であるということがわかります。親しい男性が側で手を握っていてくれているということから非常に平和的で愛に満ちた状況であることがわかります。こういうことがすべての患者に対してまさしくわれわれができることなのではないでしょうか。

死別のフォロー

先ほども申しましたが、患者が亡くなった場合、それ以降の家族へのフォローアップも大切になります (表8)。

表8

Reverence for Life at the End of Life: Caring for the Survivor(s)
<ul style="list-style-type: none">● Reach out to family after the death● Validate feelings of grief – sorrow, numbness, guilt, anger● Expect and respect cultural/religious differences and practices● Show compassion● Ask about questions about the loved one's illness and death● Assess for complicated grief● Identify support systems: personal and professional● Offer additional professional support and follow-up as needed● MOST IMPORTANT: Ensure that the patient received superb and effective care through the dying process

ひとつは、患者の死後、家族に手を差し延べることが大切であるということです。私どもの病院では、10年ほど前から、患者を亡くした家族を呼びます。家族はもちろん悲嘆にくれています。死んだということすら知りたくないということです。そういう家族を連れてくることによって、あなた方は本当に自分の愛する人に対して素晴らしいケアをしたのだということを伝えます。患者が亡くなっても、その病院ですぐに次の患者を受け入れる準備に入りますが、それを見て、実際、医師は亡くなった患者に気持ちや寄せていないということがわかったといった家族もいます。そういう家族に手を差し延べ、そして悲嘆とか悲しみ、無感覚や罪悪感、または怒りといった感情を認めてあげるとのことです。これらは患者の死後、家族が必ず表明する感情です。これは病気ではありません。愛する人を失った場合に現れる自然の感情です。ですから、このような人たちに手を差し延べることによって、この苦しい時期を乗り越える手助けをすることです。完全に取り除くことはできませんが、手助けをしてあげるとのことです。

また、文化的・宗教的相違を予測して敬意を表しなさいということです。米国には多くの文化や宗教をもっている人がいます。ですから、そういう人たちに対してもやはり同情する、共感することが重要

です。いろいろと質問のある家族もいます。しかし、どうしてこのようになったのか、どうしてあのようになったのかというような疑問があると、家族は患者の死後のプロセスを乗り越えることはできません。より専門的なサポートやフォローを追加して提供することもできます。

また終末期の患者に効果的なケアを保證することが非常に重要です。特に終末期においてはこれがとても重要になってきます。われわれが素晴らしく効果的なケアを患者に提供しないと、そして症状を十分に緩和しない、手を抜いてしまうということになってしまうと、終末期における経験は本当におぞましいものになってしまいます。これは家族のプロセスも同様です。このような家族のケアをすることも不可能ということになってしまいます。

まとめ (表9)

表9

Reverence for Life at the End of Life: Summary
<ul style="list-style-type: none">● Sooner or later, each of us – and everyone we love – will die● We are thereby united as human beings in The Fellowship of Those Who Bear the Mark of Pain● We thus share responsibility for helping each other as death approaches, and for survivors afterward● Reverence for Life for everyone involved is central● Physicians, nurses, and other health professionals have special responsibilities

私たちは誰もが、また愛するものは最終的には亡くなります。それゆえに痛みや徴候に耐える人々の一員としてケアを提供していかなければなりません。また、死にいく人たち、また残された者たちのためにお互い助け合うという責任も共有していくわけです。生に対する畏敬は、あらゆる人が必要としているものです。そして、医師や看護師、そしてその他の医療従事者は特別な責任を負っていると思わなければなりません。これは私が言うことではないかもしれませんが、この週末にみなさんがここに来ているということ自体、この責任を深刻に受け止めているという表れではないかとも思われます。

みなさん自身、そしてみなさん自身が提供する仕

事がよい仕事であるということだけではなく、やはりその他の同僚の方々にもこういうことを理解してもらうことが大切ではないでしょうか。また、より倫理的、道徳的なものであるということを理解する、そしてそれに向けて腕を磨くということが大切です。それが有意義で満足できるという側面にもつながるわけであり、患者が終末期にあるということになっても、これはまさしく私たちがそのためにいるという、そういう大切な業務を提供するチャンスだと考えてほしいと思います。まさしくこのような過程に身をおくことができるということは、非常に誇り高いことでもあります。

もう一度、シュバイツァーの話をしたしたいと思います。

「毎日、すべてのやってくる時間がみなに分配されるという考えを互いに共有したとき、深く、神聖な何かが彼らの中に現れる。このような認識の中で

は、われわれは初めて死に対する不安に気づき、それによって更に深い疑問が与えられるのだ。われわれはできるはずのすべてをお互いに与えたか。われわれはお互いにあるべき状態の人になれたか。」

「もし人間同士が互いに深く向き合うような世界があったら、もし互いがいつか離れ離れになるということを忘れずにいるような世界があったら、それはなんで違った世界となるだろう。そして、死があるがゆえに、それぞれが互いに神聖なものとなる。」

「このように死について考えると、いつしか生に対する真の愛が生まれる。われわれが死を理解していくうちに、1週間や一日が贈り物のように思えてくる。われわれがそのように生命を少しずつ理解できたときにのみ、生命は素晴らしいものになっていく。」

これがまさしく私の結論でもあります。

治癒からケアへ

——終末期医療での安息*

ジュリー・ノップ**

* Moving from Cure to Care and Comfort in Terminal Illness

** Julie Knopp, RN, MSN
Palliative Care Consult Service
Beth Israel Deaconess Medical Center

はじめに

私は、ナースとして在宅ケアで脆弱な老人をみたり、病院で緩和ケアのナースプラクティショナーのコンサルテーションサービスをしてきましたので、その経験に基づいてお話ししたいと思います。

最初に患者の緩和ケアを適切に行う上で土台となるケアの目標について触れ、次いで予後について、最後に脆弱な高齢者の体力の低下と死への過程に関わるケアについてお話ししたいと思います。

私は30年前に看護師としてのキャリアのスタートを切りました。

当初、私は助産師になり、分娩、出産に関わりたいと考えていました。ところが、ナースとして学んでいたときに、死の近づいている患者とその家族にお付き合いする機会がありました。私はまだ20歳でした。人生のことなど何も知らなかったのです。そこで患者とその家族と向き合うことになり、これが私の心を動かす仕事であるということ、私の残りの人生をこれに費やしたいと考えたのです。その時の私の情熱とエネルギーは今でも変わっていません。

ベス・イスラエル・ディーコネス・メディカルセンターの概要 (表1)

私が働いているこのセンターは総ベッド数585(産科、新生児を含む)、年間3万5,000名(出産児は含まず)の入院患者があります。ICUは8床でさまざまなタイプがあります。また、毎年800名の患者が亡くなっていますが、そのうち緩和ケアサービスで300名くらいを扱っていると思います。

病院は2つの独立した大きな建物からなっています。毎日、この2つの建物を行ったり来たりして患者をみています。2つの建物が離れていることによ

て、考える時間もあるし、ちょっと深呼吸をして一息ついてから次の患者や家族に会うこともできます。

表 1

Beth Israel Deaconess Medical Center
<ul style="list-style-type: none"> • 585 beds including obstetrics/neonatal • 35,000 admissions/year (not incl. births) • 8 ICUS <ul style="list-style-type: none"> – MICU, CCU, SICU, T/SICU, C-VICU • 800 deaths in hospital each year

緩和ケア・コンサルトサービスのスタッフ (表2)

表 2

Palliative Care Consult Service
<ul style="list-style-type: none"> • Established January 2000 • First consult March 2000 • Team: <ul style="list-style-type: none"> – 0.8 FTE NP – 1.0 FTE MD – shared by two doctors – 0.8 FTE SW/bereavement – 0.5 FTE administrative support – 0.25 FTE Medical Director

緩和ケア・コンサルトサービスが設立されたのは2000年1月のことで、最初の相談があったのは3月

でした。チームの規模はまだ小さく、私はパートタイムでした。フルタイム換算にすると0.8名ということになります。

医師はフルタイム換算 1 名で、それを 2 名で担当しています。それからソーシャルワーカー、死別のスペシャリスト、管理サポートが0.5名、フォロー先生が管理指導者を務めていますが、これが0.25名に換算されます。

入院患者相談サービス

患者や家族の相談に当たるとともに、教育も行っています。これは看護に当たるスタッフや医師、ソーシャルワーカーに対する教育も含めます。また、毎月ケースカンファレンスを行っています。死別や悲嘆について特にその月に大変だったと思われるケースについてそのケアに当たったチームを呼んで話を聞きます。これは聞く側にとっては教育になりますし、また、病院のいろいろな分野で行われているケアについて知ることができますし、一方では臨床的なケアや介護を提供する側が、意味のある形で自分の仕事が話せる場ともなっています。

それから年に 1 回、一日かけてナース・スタッフに対するミーティングを行い、緩和ケアや倫理の問題について話し合います。

また、スタッフサポートも行っています。若い医師に対するサポートに加え、教育病院として医学部を卒業したばかりの医師のサポートも行っています。それから「ベスト・ケア・プラクティス」に関する管理ガイドラインも作成しています。

私たちは、ゆっくりしたペースで始めましたが、徐々にサービスは増えてきて、現在は600件近くの相談サービスを行っています(図1)。

相談内容はさまざまです。「疼痛の問題のある患者がいる。オーダーガイドラインはあるけれども、うまくいっているかどうかわからないので、ちょっと患者を見てほしい」とか、「患者のケアを改善するのにほかに何かすべきことがないか」などとナースから電話がかかってきて、患者本人を見ないこともあります。ナースに、ほかにケアの方法はないか、より快適に過ごす方法はないかというようなアドバイスをすることもありますし、また、相談によっては私たちのチームスタッフが家族と会うこともあります。

図 1

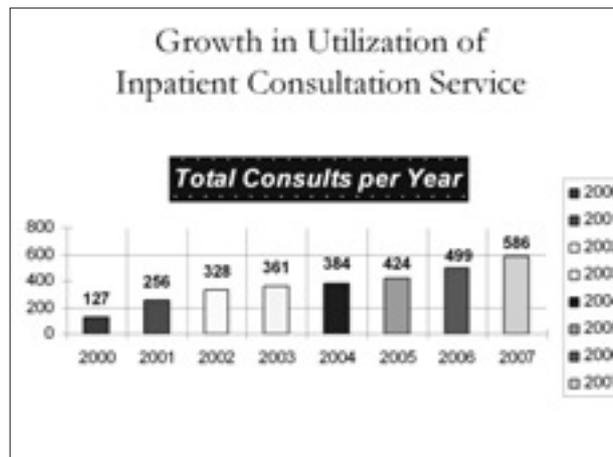


表 3

BIDMC Palliative Care Patients	
•	Approximately 50% have cancer as primary palliative care diagnosis
•	Non cancer diagnosis varies - dementia, CHF, liver disease, stroke
•	25-30% consults in ICU
•	10-20% consults on oncology unit
•	30-50% consults on medicine/hospitalist service
•	Age ranges 22-102, average 74 years

私たちが関わる患者の50%はがん患者です(表3)。しかし、がん以外の患者もいます。認知症、うっ血性心不全、肝疾患、脳卒中などです。このプログラムを始めた2000年にはICUからの相談はほとんどありませんでしたが、最近はそのがとでも増えてきて、現在、私たちの相談の3分の1がICU関係となっています。

また、相談のうち10~20%が腫瘍病棟からですが、病院の各病棟にがんの患者がいますから、実際にはもっと多いわけです。

腫瘍病棟と緩和ケアには多少葛藤がありまして、腫瘍科では全部自分たちでやりたいという傾向があるようですが、患者を日常的にみている腫瘍病棟のナーススタッフは、医師に緩和ケア・コンサルトサービスのサポートが必要ですよとってくれているようです。

また、30~50%が内科やホスピタリストからのものです。ホスピタリストというのは病院の中でアテンディングと同じような仕事をしているけれども、

開業はしていない人たちのことで、腫瘍科と緩和ケアとの間によりよい関係をもつために、1週に1回疼痛サービスや緩和ケアサービスなどを行っています。ある特定の患者の疼痛の問題について両者が合同で話し合ったり、ナースが患者のプレゼンテーションを行って疼痛評価の仕方や疼痛管理の仕方を学んで自分たちでそれに対応ができるような能力を身につけ、激しい疼痛がある場合には、早期の段階でそれに効果的に対応できるようにしています。

がん以外の患者でも、慢性疾患の人が多くいます。米国の2000年の国勢調査では65歳以上の人は1,400万人でしたが、今はもっと増えていると思います。そして、65歳以上の高齢者の85%は最低1つの慢性疾患を、50%は2つ以上の慢性疾患を患っていて、高血圧、関節炎、肺動脈疾患、糖尿病、脳卒中などがその上位を占めています。

なぜ緩和ケアを提供するのか

緩和ケアとは、痛みや症状のコントロール、最善の機能改善に重点を置いた積極的・全人的医療をいいます。そして、医療チームと患者・家族のコミュニケーションを含んだケアの目標について話し合いを行います。それには、患者と家族を一つのケアの対象にしなければなりません。ケアの目標としては、ケアがどこで提供されるのかということも含まれなければなりません。

米国では病院の在院日数は平均3～5日間ですから、どのような問題があるかをつきとめる前に、次にこの患者はどこへ行くか、リハビリテーションセンターに行くのか、療養施設に行くのか、家庭に帰るのか、ホスピスもしくは緩和病棟に行くのかということを中心に念頭に置いておかなければなりません。そして、患者や家族にもサービスとしてはどういうオプションがあるかを知らせ、家族が退院後はどこに患者を連れて行きたいかを考えることができるようにしておくことです。また死別遺族のためのケアも重要です。

図2、図3はフォロー先生も示されましたが、私たちが患者をケアするにあたっては、患者が医療システムに入ったその時から治癒的・延命的な治療と平行して、緩和ケアがすぐに行われる体制に変わっていくつあります。

図2

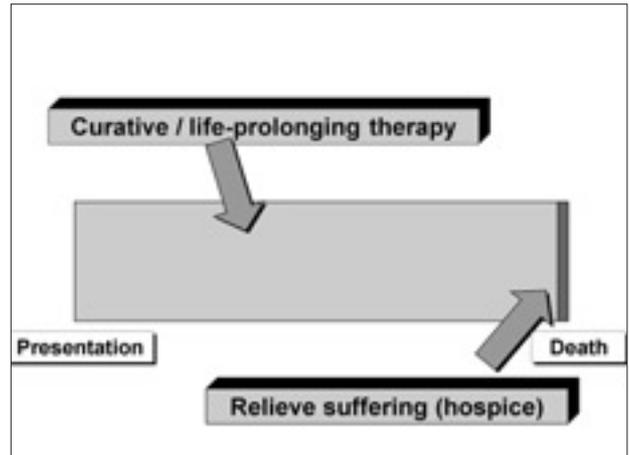
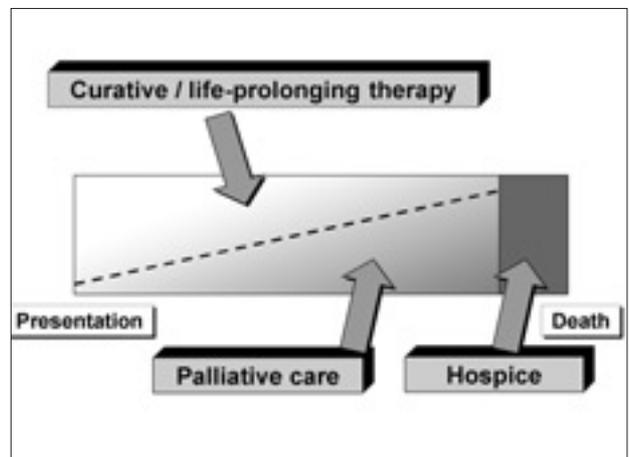


図3



ケアの目標

ケアの目標とは、よいケアをすべての患者に提供するための土台であり、患者中心のものでなければなりません。時間をかけて患者とじっくり話すことです。患者が話さない場合には家族から、患者はどんな人なのか、今までどのように人生を生きてきたのか、何がその患者にとって重要であるのか、またその人にとっての生きがいは何か、人生にとって重要なことは何かということ聞いていき、それによって私たちはケアのフォーカスを絞ることができます。それがわかればよりよいケアを患者に提供することができるからです。

私たちは、常に客観的でなければなりません。私たちが人生はこうあるべきだとか、人生の意味はこうだというような押し付けをせず、それぞれの患者のいまの位置を尊重することが重要です。

そのような議論はどこでするのがいいのでしょうか。まず、プライマリ・ケアのオフィスでそれが行われることを私たちは望みます。かかりつけの医師に定期的に診てもらっていただければそういう関係が築かれていますから、そこでまず話し合われることが望ましいのではないのでしょうか。私たちのポジションのような危機的状況について対応をするところに来る前に話ができればそれに越したことはないと思います。

プライマリ・ケアの訪問時に、病気が進行したら何が起こるかというような話をするのではなく、たいていは急性期病院で行われます。新しい問題が出てきて、機能が変わってきて入院の話になったときです。そして、患者が実際に療養施設に入ってきたときにも対話が続きます。リハビリテーションに行くのか、ケア施設に行くのかというような話し合いをするときです。このような対話をいろいろな設定ですることになりますが、医療提供者に対しては必ずこのような対話を記録に残すように言っています。そのような実際に起きたことを情報として次の施設に伝えますと、そこからまた対話がスタートできるということになります。

なぜディスカッションが必要か

(表 4)

表 4

What prompts discussion?
<ul style="list-style-type: none"> • Change in Function <ul style="list-style-type: none"> - Caregiver burden - Need for additional services • Change in mental status <ul style="list-style-type: none"> - Surrogate decision making • New diagnosis • Acute hospital admission <ul style="list-style-type: none"> - Trauma, exacerbation of current illness, progression of disease

機能的な変更があると、ケアする側の重荷にもなりますし、さらなるサービスの必要性が出てくる場合があります。その患者がベッドから出られないような状況、たとえば失禁をするようになった場合には、追加的なサービスが必要になるからです。

精神面の変化についてもディスカッションするこ

とが必要です。意思決定の代理を行う必要性が出てくる可能性があるかどうか、その場合には誰が実際に代理人として判断するかということも確かめておかなければなりません。

また、いきなり入院したけれども、新しい診断が下されることもあり、それで予後もまた変わって来ることがあります。

家族と患者が意思決定をする過程でどのようにして手助けをするかによって、最善の意思決定をしてもらうことができます。その場合には、予後、疾患の軌道、そしてさまざまな評価指標も利用するようにします。また、不意打ちの質問をしてみることで、私はよく不意打ちの質問をしてみるがあります。

ホスピスのガイドライン

米国では、がん以外の疾患については「ホスピスガイドライン」(表 5)を使います。これを使って、余命が 6 カ月以内の患者に質問をします。

認知症の場合は、補助なしでの歩行が不可能、失禁、矛盾なく意思疎通ができる言語コミュニケーションが不可能、そして 12カ月間、肺炎、誤嚥、尿路感染症、敗血症、褥創、十分な水分量を保つことができない、栄養摂取の調節ができない状態にあるかなどで、このような場合は、ホスピスに入

表 5

Hospice guidelines for Non-Cancer Diagnosis
<ul style="list-style-type: none"> • Dementia: <ul style="list-style-type: none"> - Inability to ambulate without assistance, incontinence, no consistent meaningful verbal communication, one of the following in the past 12 months: asp. Pneumonia, UTI, septicemia, decubitus ulcers, inability to maintain sufficient fluid/calorie intake • Heart Disease: <ul style="list-style-type: none"> - Poor response to optimal treatment-diuretics, vasodilators, ACE inhibitors, Class IV CHF or refractory angina, EF <20% • Liver Disease <ul style="list-style-type: none"> - INR >1.5, serum albumin <2.5 gm/ml, one of the following: ascites, hepatic encephalopathy, hx of recurrent variceal bleeding, progressive malnutrition • Non specific terminal illness <ul style="list-style-type: none"> - Recent rapid clinical decline, decline in functional status, wt loss, dpdt 2 or more ADLs, recurrent aspiration, progressive cognitive impairment, increase hosp visits

れましょうという診断になります。

心疾患の場合は、適切な治療にもかかわらず反応が悪い場合には、利尿薬、血管拡張薬、ACE 阻害薬を使い、クラス のうっ血性心不全もしくは不安定狭心症、EF が20%未満という場合です。

肝疾患の場合は、INR が1.5以上、血清アルブミン2.5未満、あるいは腹水、肝性脳症、静脈出血の既往、進行した栄養失調があるなどです。

非特定の終末期疾患は、脆弱な老人のグループに対して、最近の急速な衰弱があった機能状態の悪化があった、体重が減少した、日常生活動作ができない、2つ以上の行動が人に頼らなければ全うできない、反復する誤嚥、進行性の認知力低下、そしてまた来院が頻回にわたるような状況の脆弱な老人に対してです。

アメリカでは病院の入院期間が非常に限られていますので、何度も回転ドアをくぐってきます。入院してきて短い期間治療して、また別の機関に送られて、また別の問題が出てきたから病院に戻ってくるということになります。この人たちの病院での最期の6カ月間の記録を見ますと、7回入院していました。こういう方たちは、安定したベースラインのところまで行かないでまた戻って来てしまうのです。

疾患の経過 (表6、図4)

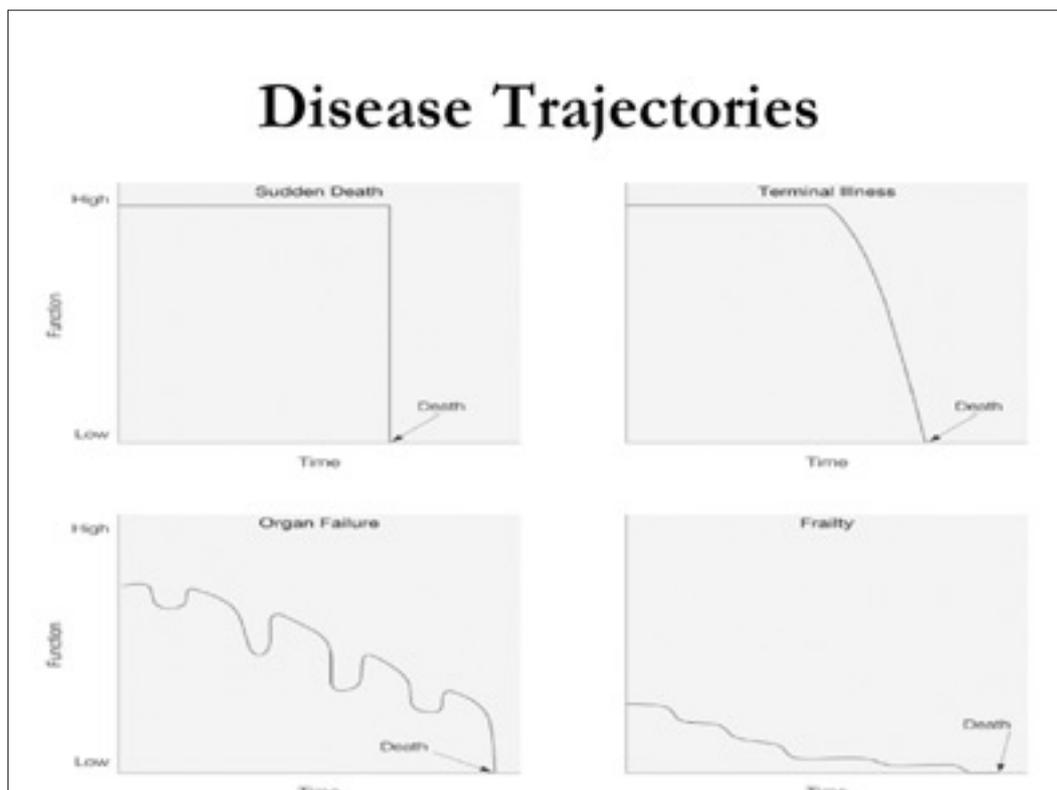
疾患の経過を見てみますと、がん患者によく見られるのですが、ある程度の水準には到達するのですが、また急速に衰弱してしまうということがあります。右上は外傷的な発現があって、突然亡くなってしまう。がんの患者は、安定するのですが、いきなり衰弱して亡くなってしまうことがあります。がん患者に接したことがあれば経験していると思いますが、2週間前は本当に仕事も精力的にしていた、

表6

Disease Trajectories	
• Short period of evident decline, typically cancer	- Wt loss, decr. Performance status, impaired ability for self care occurs in last few months
• Long term limitations with intermittent serious episodes, typically heart and lung disease	- Deteriorations generally assoc with hospital admission, each exacerbation may resolve but with declining baseline and potential for death each time.
• Prolonged dwindling, typically dementia and frailty	- Progressive disability with wt loss, decrease in cognitive function, increased need for care. Minor "misak" may prove fatal (UTI, fall, etc)

• (Morley et al, BMJ 330, April 2005)

図4



一昨日はシャワーも浴びていたのに、いきなり何もできなくなってしまうことがあります。そうすると家族はなぜこんなことになってしまったのかと非常に混乱してしまいます。家族や患者にきちんとした教育をしておくこと、あるいは診断ツールを与えて、その病気がいきなり進行したからこのような衰弱がもたらされるのだということ、患者はこの先回復はしないのだということを伝えていかなければなりません。

慢性の臓器不全、うっ血性心不全、肺気腫などはゆるやかな衰弱につづいて死に至ります。脆弱な患者は低めのベースラインから始めて、少しずつだんだん衰弱して死に至るといったパターンもあります。

ほかにも患者や家族が治療方針を決定するのに役立つ評価ツールがあります(表7)。これらのスケールの評価で患者の客観的なデータを集め、病気の進行を測ることができます。

表7

Assessment Tools
• Karnofsky scale
• Palliative Performance Scale
• Dementia assessment scale
• MELD
• Congestive Heart Failure Score

サプライズ・クエスチョン

もしこの患者があと12カ月以内に亡くなったらあなたは驚くでしょうか。

もし答えが、「私は驚かないだろう」というのであれば、何を考えなければならぬでしょうか。まず、ヘルスケアの段階では、意思決定の代理を行うための指示があります。もともと患者は自分の代理決定を行う人を指名します。これは法律的な文章で、患者に対して、「もしあなたに万が一のことがあった場合、あなたが自分で意思決定をできない場合、一体誰にその決定を委ねるか」ということを聞いて

ておきます。患者が12カ月以内に亡くなるということであれば、実際そういった話を患者の口から聞き出しておきたいわけです。リビングウィルの存在を知っているか、リビングウィルについて自分でも考えているのか、場合によっては書いてもらうかということで、その方針について話し合っていきたいと思っています。「あなたはどのように自分の残りの生活を考えているか」「どうすることが自分にとって利益があるか」「自分がその後言ったことができなくなった場合、それにどのような異議を見出すか、そして自分にとってベストケアはどんなものなのか」ということを問い質していきます。

脆弱とはどういうことか

この脆弱な老人、マックスさんは94歳で、私の友人です。彼は進行した前立腺がんで、うっ血性心不全を患っていました。妻は少し認知症になっていましたが、毎日食事も与えられましたし、掃除もしてもらいましたし、入浴なども手伝ってもらっていました。彼は少しずつ身体状況が悪くなっていましたので、彼にとっていちばんの問題はローズという自分の妻の世話をどのようにしていったらいいかということで、それを非常に気にしていました。これが脆弱な老人の例です。少しずつ衰弱していく、病気が進行していくという状態です。

私が在宅医療に携わっていたときの話です。その当時、私が相手にした方たちはまさにこのカテゴリーに入っていた方たちですが、「多様な生理学的システムの累積された衰弱の結果起こり、よくない結果を引き起こしやすくなり、ストレスへの抵抗性や蓄えの減少を伴うような生物学的な症候群」(Fried et al. 2001)と定義することができます。

脆弱な老人は以下のような問題をもっています(表8)。

ストレスと直面した際にハイリスクとなる死のリスク、転倒のリスク、自力でできることが減ることによって他者に依存するリスク、ベースラインの復帰ができなくなる、またもしくはそのベースラインの復帰が遅れる、入院自体が悪影響を及ぼすという高いリスクです。

脆弱な老人は実際に回復力が低下し、どんどん弱っていき、独立性が低下して自分で身の回りのことができなくなり、最後は臨死の状況に至ってしまうと

表 8

The Frail Elder

- The patient with high risk in the face of stressors
- Risks of
 - Mortality
 - Falls
 - Disability, dependency
 - Delayed or incomplete recovery to baseline
 - Higher risk of adverse outcomes of hospitalization

(Fried, 2008, AGS)

ということです。

健康結果に関与するものとしては、もともと持病があって、それに患者が主張できる社会的、感情的、金銭的、そして精神的健康状態や脆弱点があるということです。患者がきちんと主張できるかどうかはこの人たちの健康結果に大きな影響を与えます。誰かがこの人のために代弁できなければ、見落とされてしまうことになるからです。50代前半で2人のまだ若い子どもがいるある筋萎縮側索硬化症の患者は首を振ることも目を動かすこともできなかったので、自分の意思をきちんと伝えることができずに、1年半後に慢性病棟に移されて、栄養チューブと人工呼吸器がつけられることになったのですが、私はこの人とはまったく意思疎通を図ることができませんでした。そこで彼の妻と2人の親友が毎日通院してくれて、時間をかけて彼のちょっとした表情の変化で彼についての情報、こういうことをしてほしいと思っているなどということを教えてくれました。そういう意味では、患者の意見を代弁してくれる人がいるということは本当に助かります。

患者が入院してくる時に、非常に状態が悪いという場合には入院前の状況をなかなか想像することができません。そのような場合は家族などから情報を聞き出すということです。

どういふ人が脆弱か

どういふ人が脆弱かといいますと、臨床面では、骨格筋が減少する、筋肉がやせ細る、体重が減少する、運動神経の伝達や発現が遅滞する、そして、筋力や運動に対する耐性が減少する、平衡感覚が減退

する、身体的活動が現少する、認知力が衰える、ストレスへの耐性が低下するなどが上げられます(表9)。そして、脆弱へのサイクルが見られます(表10)。体重減少で筋力がやせ細るために、運動に対する耐性の弱体化や減少が見られ、歩行スピードも遅くなり、活動性が減少し、活発ではなくなります。また、食事の摂取量も低下して栄養不良や栄養失調になり、さらに体重が減って、筋力もやせ細っていくということで、このサイクルはさらに進んでいきます。

脆弱についてFriedは、虚弱、エネルギーの減退、歩行スピードの遅滞、身体活動の低下、そして体重減少のうち、3項目以上が存在する場合は脆弱であるといえるとしています。それがエンドステージになると、栄養や栄養失調などの栄養摂取の不良、体重現象、虚弱、骨格筋の減少、アルブミンの低下、またリハビリに参加したり、日常生活動作を行うことができなくなるという機能的虚弱、治療への反応の見込みが減ってしまい、

表 9

Who is frail?

- Clinical manifestations:
 - Sarcopenia
 - Weightloss/Undernutrition
 - Decreased strength & exercise tolerance
 - Slowed motor processing/performance
 - Decreased balance
 - Low physical activity
 - Cognitive vulnerability
 - Increased vulnerability to stressors

- (Fried, 2008, AGS)

表10

Cycle of Frailty

- Wt. loss and muscle wasting
- weakness and decreased exercise tolerance
- slowed walking speed
- decreased activity
- change in dietary intake
- malnutrition/under nutrition
- weight loss and muscle wasting

• (Fried, 1998)

ベースラインの状態への回復能力が落ちてしまうと
言っています。

症例 メイビス

私の患者の話をしたと思います。

数ヵ月前に、この患者に会いましたが、私たちが
病院で彼女をケアするのはなかなか難しいと思いま
した。

メイビスは80歳です。彼女は長期療養施設（ナ
ーシングホーム）に入って3年間経過しています。結
婚していて、4人の子どもがいて、子どもも孫も施
設の近くに住んでいます。深く関わり合っている大
家族で、少なくとも毎日誰かが面会に行きます。

彼女の既往歴は、重度の強い痛みを伴う骨関節炎
で、歩行ができません。何とか立つことはできて、
二、三歩歩いて椅子に移ることはできます。3ヵ月
前まではそういう状態でしたが、私が会ったときは
ほとんど歩けなくなっていました。うっ血性心不全、
冠動脈疾患、心房細動がありますが、転倒等の
問題がありましたので抗凝固剤は行っていませんで
した。そして、長期的にフォーリーカテーテルを使
っていました。感染などの関連がここから出てきます。
股関節の置換手術を両側で行っており、乳がんのた
め左乳房を切除しているという既往があります。

最近食欲が減退し、体重が減少しています。

この写真（略）は親戚の結婚式で撮ったものです。
私のところに来る3週間前でした。彼女はそのパー
ティーの中心人物でした。常にみんなと関わり、仲
良くなります。

そして、敗血症に伴う胆嚢炎を発症したために胆
嚢切除をしましたが、手術中に心停止が生じてしま
いました。米国では、目標がどうであれ、手術中
には完全に蘇生を行うことになっていますから、蘇
生が行われました。そして、送管した状態が予期
したよりも長くなってしまいました。彼女の場合、
うまく抜管できるかどうかははっきりとせず、また
神経的な機能がどうなるかということもこの段階
では不明でした。

娘が電話してきて、緩和ケアサービスの人と話
したい、これから母親のゴールをどのように設定
していくか相談したいということになりました。娘
には、2つ大きな問題がありました。この手術をする
前に、メイビスは常に安らかに死にたい、そして蘇

生（DNR）は望んでいないと言っていたこと。だ
けど家族側は彼女を愛していたので、もしできれば
1回か2回は除細動ショックを与えてほしい、それ
で生き返るならば生き返ってほしいと願っていま
した。彼女はどうか考えたらいいのかよくわからな
かったのです。4人の子ども、孫、そして父親から、
家族代表として彼女が決定するように委ねられた
ので、最終的には彼女がどうすべきかを言わなけ
ばならない立場にありました。

娘は疼痛についても気にしていました。容赦ない
重度の痛みがありました。緩和ケアのナースプラク
ティショナーが療養施設で薬剤の調節を行ってい
ました。入院する前には、疼痛はきちんとコント
ロールされて、定期的にメソドン、オキシコドン
を処方し、それにプラスして頓服でオキシコドン
が使われていました。娘は母親の疼痛がこれから
先もきちんとコントロールされるようにするには
どうすればいいか、送管をし、IBでペンタニール
を投与していましたが、その後どうなるかを気に
していました。

私が彼女をみたときには、まだ人工呼吸器が
ついていて、何の反応もしていませんでした。

どうやって彼女のケアをすべきかを考えるに
当たって、どういうツールがあるか、当人と家族
が話をする際のツールについて考えました。まず、
脆弱性に関するインデックス、それから先ほどの
サプライズ・クエスチョン、12ヵ月以内に亡くな
ったら驚くかという問題、死は敵であるか、これ
から先がどうであれ、死ぬということは最悪のこ
とかについて尋ねました。娘は、死自体は敵では
ない、母親にとっての敵は苦しむことだと思っ
ていました。

彼女の脆弱性を評価しました。

娘によると、体重減少に伴う食欲不振、椅子
から立ち上がるのにいつもよりも時間がかかるよ
うになったということでしたから、衰弱の傾向は、
既に急性胆のう炎が起こる前からあったというこ
とで、四肢の筋肉が弱ってきており、動くとき
に疼痛が起こり、ほとんど車椅子に座っている
というのがベースラインでした。アルブミンレ
ベルも低く、嘔気、拒食を伴う胆のう炎が原因
と思われました。しかしながら、入院したとき
には意識は清明でした。

サプライズ・クエスチョンに戻りますが、複
数の慢性疾患がある、動けない、疼痛がある、
体重が減っている、そしてフォーリーカテー
テルが入っているという場合には、1年のうち
に彼女が亡くなったとしても驚かないだろ
うというものでした。そして、

死は果たして敵であるか、最悪のことであるかについては、死自体が敵なのではないとはっきり言っていました。母親がこれ以上苦しむことこそが問題であり、そして、尊厳のない状態で苦しむのが敵である。それだけは母親に起こらないようにしてほしいというのが家族の願いでした。

第6病日に私は人工呼吸器を外すことができました。それでも意識は清明で、とても調子がよく、家族と冗談も言い、話をし、とてもいい一日を過ごしました。そしてその24時間後（第7病日）に、彼女はまた傾眠状態になりました。彼女の疼痛の評価を行い、フェンタミルパッチを使うことにしました。彼女は嚥下ができるかどうかかわからないので、経口剤でないものを使うことにしました。第8・9病日に、混乱状態、嗜眠状態、そして口からは何も入れることができなくなりました。フェンタミルパッチがこのような症状をもたらしているのかもわからないので、容量は少なかったのですが、ペンタミルパッチを外すことにしました。これを除去して24時間後（第10病日）、フェンタミルがクリアされたと考えられてからもまだ嗜眠状態でした。パッチの除去24時間後も彼女はまた嗜眠状態で、嚥下テストをしている際も起きてはくれませんでした。そして24時間後、11日目にようやく改善が認められました。そして14日目に覚醒し、意識が戻り、発語、嚥下が良好になりました。これが金曜日でした。発語、嚥下テストにパスして療養施設に戻って行きました。

しかしながら、療養施設にいたのはわずか24時間でした。退院の翌日に再入院となったのです。彼女は経口で十分な栄養をとることができなかったので、静脈ラインからの輸液が必要でした。また、必要に応じて輸液や抗生物質を投与し、4日後の水曜日に療養施設に戻りました。

ところが48時間後、彼女はまた病院に戻ってきました。彼女は吐き気があったので経口の鎮痛剤は使用することはできませんでした。また、重度の疼痛と低カリウム血症が認められました。

家族と患者はケアの目標が見えなくなりました。どうすればいいのか、この段階まであまりにもいろいろなことがあります。そして、ある程度安定させたいということで、病院で急性ケアをすることにしました。12時間で改善が認められましたが、ケアの目標について非常に長く深いディスカッションが行われました。彼女がいた療養施設からも電話がありディスカッションに加わりましたが、彼

女についてのケアは療養施設ではできないということでした。こんなに病気が重篤で、これからも彼女を安定化させることが目的であるのなら、療養施設のケアレベルでは手に負えないといわれてしまったのです。

自分が3年間暮らして、自分の家だと思っていた療養施設に戻れなくなってしまうというので、患者は非常にかかりました。ナースもナースエイドも非常によくしてくれたし、家族もいつも来てくれたのに、そこに戻れない。そこに帰れるようにしてほしい、その保証がほしいと彼女は泣き出してしまいました。自分のいる部屋が療養施設になくなってしまふのが怖いということです。

たとえ命が短くなるとしても、そしてそこではすべての問題を治療することができないとしても、そして積極的にこれから起こる問題に対応できないにしても、それで寿命が短くなくてもそれでいいのかということです。

彼女にとってもっとも大事なものは、療養施設に戻ることだと言いました。そしてそこで治療してほしい、見てほしいということでした。家族は、次のゴールを見つけなければならない。次にどのような問題が出てきたら、一体誰に助けをもらうのか、ケアの目標を決める際に誰に相談すればいいのか少し手助けが必要だと言っていました。

患者を中心に目標を考えていかなければなりません。

人生の質なのか、人生の長さなのか、宗教的なスピリチュアルの面も考慮しなければいけないというわけです。

家族と緩和ケアサービスの人たち、そして療養施設の看護スタッフと会話をし、この患者と家族のためにどのような治療方針を作成したらいいかということで、やはり療養施設に患者を戻して、ホスピスチームに相談することが必要ではないかということになりました。そしてホスピスを通じてどのようなホスピスのオプションがあるかを探ることにしました。病人に何か感染症があったら、病院に戻ってくる、疼痛がコントロールしきれなかったらホスピスの人たちが専門家としてのアドバイスを与えることにしました。正しい意思決定ができるかどうか迷った場合は、ホスピスの看護師やソーシャルワーカー、牧師などの専門家のチームに頼って、問題についての答えを出すのではなく、その考えるときのサポートをしてもらうという約束も交わしました。彼女の

衰弱や病気の進行に応じて、そういう約束を取り付けました。

6週間後に彼女が戻ってきたときの写真です(略)。これは比較的症状がよかったときです。療養施設ではよかったり悪かったり、日々変化しています。家族は、いい日を最大限に活用して、今日は機嫌がいいというときは大勢の人にお見舞いにきてもらいました。調子が悪いときには今日は来ないでください、誰か静かに座っていてくれる人だけを側におきました。ホスピスケアは非常に貴重な手伝いをしてくれました。

そういうことで衰弱をうまく乗り切っていたのです。病院には戻らないけれども、次回何か問題があった場合は療養施設に残り、適切なケアを施すことによって、安らかに死ぬことができることを感じていました。家族も完全とはいえないまでも、かなり状況がよくなっています。もちろん意思決定について悩むこともあります。実際にこのことについて相談できる人たちがいるということは安心材料だといっています。

おわりに

常に患者と家族のことを心に留めておきましょう。ベッドにいる患者と家族のことを忘れることはできないのです。医師が試験管に入っている尿を見ていただけで、なかなか患者を見ようとはしません。終末期を迎えてしまうと、まだ血圧や心拍数を測ったり、酸素飽和度の適切な数値を示しているかということで、必ずしも患者を見ない看護師もいます。患者がどうも快適ではなさそうに見える場合や、患者の状況があまりよくないという場合は、数値はあまり意味をもちません。脆弱な老人の場合には、終末

期を安らかに迎えられるように段取りをとっていくことも視野に入れ、常に患者が何を求めているかを考えなければなりません。長年このようなことをやってきましたと、比較的単純な目標のように思われるのですが、最適な機能は痛みから解放されたいということだと考えています。

家にいたいという気持ちをもつ患者も多いのですが、メイビスの場合、療養施設に来てから3年もたっていますので、彼女にとっては施設が家庭だったのです。患者は家族に迷惑をかけたくないので、その家族もまた私が助けますからというようなことを言いますと、家族もベストケアを患者に施せるようになります。

家族が望んでいることは、自分たちが愛する人のケアをしているときにサポートをしてもらいたい、医学的な情報もぜひたくさんもらいたいということです。何か問題があったときに誰に電話をしたらいいのかということも知りたいのです。病院から一度出されてしまいますとなかなか戻ってこられない、誰にも連絡をとることができないと考えてしまう人が多いのですが、緩和ケアのサービスにおいては、患者と家族が病院から一回外に出ても、ドアはいつも開放されているということ、緩和ケアのサービスは常にみなさんにとって手軽なものだということ、患者が退院した後でもいつでも連絡してくださいと伝えてあります。あらかじめ指示を出しておくことは、患者ができなくなったら家族が最終的には決断しなければなりませんので、それについて話し合っておいてくださいと言いますし、家族が安全なケアを行っていると感じ取れるということが家族にとっては価値をもつことなのです。

みなさんにこのように話ができるのも、私の友人たちのおかげなので、感謝の意を表したいと思いません。

わが国の終末期医療の問題点

恒藤 暁

大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学教授

はじめに

私がホスピスの医師として働いたのが1987年です。二十数年前のことになります。その当時、私がホスピスで働くことを決めたとき、周りの医療関係者は「ホスピスというところは麻薬漬けにしているところで、医療ではない」「終末期ケアは医師の仕事ではない」「社会復帰できない、治らない患者さんのケアは医療費の無駄遣いである」などと言われました。

「がん対策基本法」が2008年から施行されています。そこには緩和ケアを提供することが謳われています。緩和ケアがこのように注目され、発展しているというのは、時代や社会が変わったことを感慨深く感じます。

ホスピス・緩和ケアの現状

現在、ホスピス・緩和ケア病棟のある医療機関は183になりました。そして、がん対策基本法に基づくがん診療連携拠点病院が351あり、そこには緩和ケアチームがあることが要件になっています。もちろんがん診療連携拠点病院以外の病院にも緩和ケアチームができていますから、おそらく400を超える緩和ケアチームがあるような状況で、わが国でも緩和ケア病棟だけでなく緩和ケアチームができて、それぞれ医療機関で緩和ケアが行われるようになってきています。

私が勤務している大阪大学医学部附属病院では、2004年に緩和ケアチームができました。大阪大学医学部附属病院の緩和ケアチームは、緩和ケア医である私のほかに、呼吸器内科医、麻酔科医（ペインクリニック）、精神科医、それからがん看護専門看護

師、薬剤師の総勢6名からなっています。

「心にかける」ということ

ヘンリ・ナウエンが書いた随筆を紹介します。数年前にある方から教えていただいたのですが、今日お集まりの皆様を紹介したいと思います。

心にかける：すべての治療の源

ヘンリ・ナウエン

心にかけるとは、治療とは違う何か別のものです。治療は「変化」を意味します。医者や法律家、聖職者やソーシャルワーカーなどは、人々の生活に変化を起こそうと、その専門的な技能を使いたがります。どのような種類の治療をしようとも、それに対しては報酬が得られるのです。たとえ、それが望ましいものであったとしても、治療は往々にして暴力的で小手先のものになってしまいがちです。心にかけることからなされない時、破壊的にすらなってしまいます。

心にかけるとは、共にいること、共に泣くこと、共に苦しむこと、共に感じることであり、痛みを共にすることです。心にかけるとは、他の人が自分の兄弟姉妹であり、自分と同じような、いつかは死ぬ運命にある、か弱い人間であるという真理を大切にすることです。

心にかけることが第一の関心事であるなら、その結果としての治癒というものは恵みとして受け取れるでしょう。治療することが出来ない時でも、心にかけることはできます。心にかけるとは、人間らしいあり方です。

専門職の人たちに期待されることは、専門的な知識と技能を使って、必要とする人々のお役に立てる

ようにすることが期待されています。

しかし、その専門的な知識と技能を適切に使わないと、よかれと思ったことが逆に悪い結果になってしまうことがあります。つまり、不適切に使うと暴力的であり、小手先であり、その人との関係性が破壊的になってしまう危険性があります。

ではどうしたらよいのでしょうか。このタイトルにありますように、「心にかける」ということが大切なのです。十分に心にかけることをしてから専門的な知識や技能を適切に使うことができるとヘンリ・ナウエンは言っていると思います。

医療の適応と限界

医療において大切なことは、適応と限界を正しく理解することです。ある治療をするときに、その治療をしたほうが良い人と、してもしなくても差がない人と、その治療をすることが明らかに害になる場合があるように思います。それと同じように、自分にできることとできないことを正しく弁えて、できることは一生懸命励み、できないことはできる人に聞くか、できる人をお願いすることが大切です。

しかし、ヘンリ・ナウエンの文章を読んで思うことは、「心にかける」ということは、いつでも、どこでも、誰でも行うことが可能であり、治療とは違って適応と限界がないと思います。

ちなみにこの随筆は英語で書かれています。「心にかける」という日本語に訳した英語の単語は、今日お集まりの皆さんがどなたも知っている単語です。何かおわかりでしょうか。

実は、「Care」という英語です。Careという言葉が「心にかける」と訳されているのです。この随筆にあるように、「ケアの心」こそ緩和ケアの本質といってもよいと思います。

現代社会の価値観

私たち人間は社会的存在であるといえると思います。いい意味でも悪い意味でも私たちは社会の影響を受けて生活していますが、今、私たちが生きている社会の価値観をいったいどのように感じているでしょうか。

現代社会の価値観には3つあると感じています。

第一は「富」です。お金が優先されてしまう社会です。もちろんお金がなくては困りますが、経済性だけを追求することがはたして社会を構成している一人ひとりの幸せに繋がるかといえば、どうもそうではないようです。それは決して政治や行政だけの問題ではなく、私たち個人の生き方に関係していると思います。

第二は、「若さ」です。よく挨拶で「お若いですね」と社交辞令で言いますね。若さにはもちろんよさもあるのですが、それがあまりにも強調されると、年をとること、年齢を重ねることがよくないと思ってしまうのではないのでしょうか。

第三は、「健康」です。テレビのCMを見ていると、これを飲んだら、これをしたら健康になると宣伝しています。もちろん私たち人間は健康で長生きをしたいと思うのですが、それがあまりにも重視されているのではないのでしょうか。これらを裏返しますと、貧しい人、若くない人、病気の人が、今の社会では非常に肩身の狭い思いで、差別されて生活せざるを得ない社会の価値観があると思います。

健康と関係しているのは、やはり死が、まだタブー視されているように思います。近代的ホスピス運動は、1967年、イギリスのロンドン郊外にありますセント・クリストファーズ・ホスピスの設立とともに始まりました。それまでは死を語らなかつたのが語るようになり、また闘病記などがたくさん出版され、死のタブー視が薄らいだように思うのですが、再び、死がタブー視されてきているのではないのでしょうか。

私たちの命には限りがあることと、よりよく生きるためには死を意識することが重要です。

古代ローマでは、将軍が凱旋パレードを行った時に、使用人に「メメント・モリ」と言わせたそうです。たとえ今日絶頂であっても明日はそうであるかどうかはわからないことを思い起こさせるためだそうです。そして自らの死をおぼえることで、その日その日を真剣に生きることを目指したそうです。

本当によりよい社会、よりよい人生を考えるうえで、自分の死を意識することが大切ではないのでしょうか。

終末期医療の問題点 (表1)

1. 治療が中心である

終末期医療の問題点の第一は、治療が中心である

表 1

終末期医療の問題点	
1.	治療が中心である
2.	症状緩和が不十分である
3.	精神的支援が不足している
4.	チーム医療が不足している
5.	個性が重んじられていない

ことです。英語では Care に対比して Cure という言葉があり、Cure と Care とがよく比較されます。今の医療制度は、患者さんの病気を治癒させることを目指していることです。

しかし、治癒に導けない患者さんの場合、今の医療制度では十分な対応ができません。最後まで意味のない治療が行われていることがあります。それは、患者さんも家族も必ずしも希望していない場合があります。

ですから治癒できない患者さんにどのようなことができるかということが医療従事者のアイデンティティにも関係してきます。治療を自分の仕事と考えている医療従事者は十分なケアができず、患者さんは孤独と不安の中で最後を過ごしているという状況が少なくありません。

村田久行先生が、Cure と Care について、『ケアの思想と対人援助』という著書で次のように対比しています(表2)。

Cure は、生を基点とし、つまり生きることを基準としており、生の原状回復、つまり元の状態に戻すことが目的となります。それから対象の認識は客観的かつ部分的であり、命が無限であること、つまり人間は生き続けることを前提としています。そして Cure における関係は上下関係で一方的になり、関わりは治療者から被治療者への教示的また指導的になります。

一方、Care は、老・病・死を基準としており、その目的は生の意味探求、つまり生きることの意味を問うこととなります。対象の認識は主観的かつ全体的であり、命は有限であること、つまり人間は死ぬこと、死を迎えるということを前提としています。そして Care における関係は平等関係であり双方向

表 2

“Cure”と“Care”		
基 点	生	老・病・死
目 的	生の原状回復	生の意味探求
認 識	客観的 部分的 無限性	主観的 全体的 有限性
関 係	上下関係 一方向的	平等関係 双方向的
関わり	教示的 指導的	共感的 支持的

村田久行「ケアの思想と対人援助」

であり、関わりは共感的また支持的になります。

今の医療体制としては、Cure 中心の、Cure oriented system といってもいいくらい Cure の流れが非常に強い状況です。もちろん Cure は大切ですが、それと平行して Care を提供できる体制を構築していくことが重要です。Cure と Care をバランスよく行っていくことです。特に医療崩壊が叫ばれている現在、人的にも資源的にも限りがある中で、適正な配分ということが求められています。

2. 症状緩和が不十分である

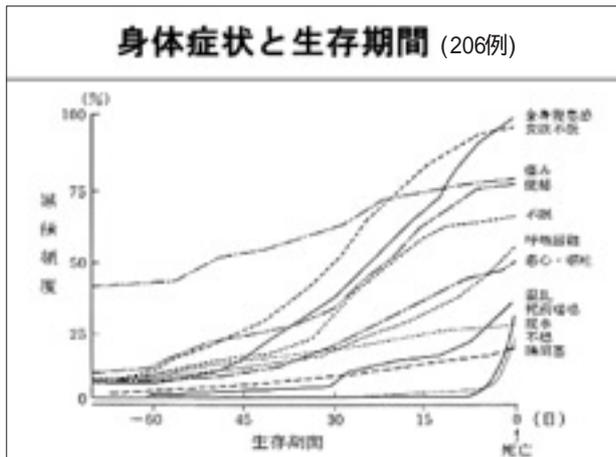
第二は、症状緩和が不十分であることです。

今の医療体制では、診断して治療する、つまり治療に導くことが最優先されます。そして、診断と治療をするなかで、治療できない場合、特に医師の場合ですけれども、対症療法といわれるように、患者さんを苦しめていて、患者さんにとって何よりもその苦痛を緩和をしてほしいと思っていることに対して、積極的に症状緩和をすることが不十分です。医学教育では診断と治療については十分に教育がなされていますけれども、症状緩和については教育や研修が十分ではありません。

図1は淀川キリスト教病院のホスピスに1年間入院したがん患者さん206名について調査したものです。縦軸が累積頻度、横軸が生存期間を表しています。具体的には、何月何日に痛みが出てきて、そしてその痛みの治療をして痛みが取れても、その人は痛みがあると考えて、お亡くなりになった日から逆算して生存期間を計算したものです。

亡くなった時点を起点に見てみますと、もっとも多い症状は全身倦怠感です。そして二番目が食欲不振、三番目が痛みとなります。ですから、そのほか

図1

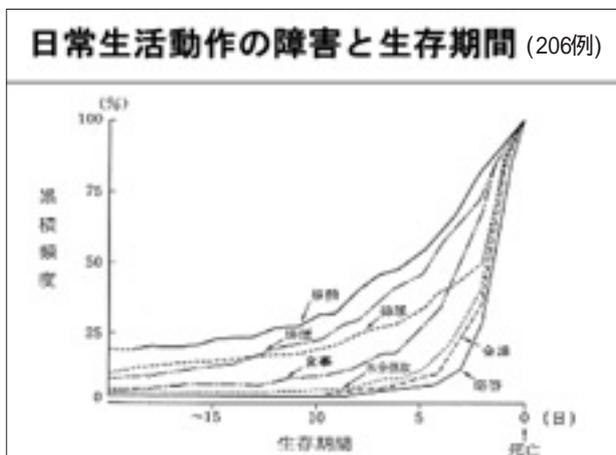


に、便秘、不眠、呼吸困難、悪心・嘔吐、混乱、死前喘鳴、腹水、不穏、腸閉塞などのさまざまな身体症状が出現してきます。そして1カ月以上生存期間がある場合は、痛みが中心です。入院せずに痛みが取れるようにできれば外来通院や在宅療養が可能となります。最後の1カ月前後には複数の身体症状が出てくるため、多くの末期患者さんは病院で過ごすこととなります。したがって、このような症状緩和を積極的に行っていくことが重要です。

それから日常生活動作について同じように調査したものが図2です。

われわれ人間は、物心ついてからは、他人に下の世話をされたくないという思いがあります。したがって、どんなに痛くてもしんどくても、頑張ってトイレに行こうとします。トイレに行けなくなるところからみていくと、亡くなる2週間前には2割の方がトイレに行けず、1週間前には半数の方がトイレに行けなくなります。同時に、排泄ができにくくなり、

図2



そして最後の1週間前後には、食べられず、水分が飲めず、会話ができず、応答がなくなって、死を迎えるという場合が多くなります。

これは206例の全体の累積頻度ですから、一人ひとりの病気、病状によって異なりますが、このような傾向は総じて見られます。

症状マネジメントとして重要なことを説明します。

第一は、痛みのマネジメントです。入院しなくても痛みを取れるようにするには薬物療法が中心になります。具体的には、鎮痛薬、鎮痛補助薬といわれる薬を適切に使用していくことになります。特定の痛みに対しては放射線治療、神経ブロック、整形外科的なアプローチが重要であるのはいうまでもありませんが、大部分の患者さんは薬物療法が中心となります。

第二は、ステロイドホルモンを適切に使用することです。倦怠感や食欲不振に対して、ステロイドホルモンは効果があるだけでなく、鎮痛補助薬、吐き気止めとしても有効です。効果と副作用がありますから、しっかりと評価しながら使用していく必要があります。

第三は、向精神薬です。それは精神の安定だけでなく、吐き気止めとしても有効ですし、精神症状のマネジメントとしても睡眠薬を含めて適切に使用していくことが症状マネジメントにおいて重要になります。

第四は、持続皮下注です。薬が飲めなくなった場合や、定期的に痛み止めなどの投与が必要になってくる場合、症状マネジメントとしては英国や米国、あるいは日本の緩和ケア病棟では持続皮下注入という方法がよく行われています。

第五は、輸液です。輸液はしたほうがよい場合と、してもしなくても差がない場合と、しないほうがよい場合があります。患者さんも家族も輸液をしたら元気になるのではないかと、輸液に対して過度の期待があるように思います。もちろんすべての輸液が悪いわけではありませんが、適切な輸液、または最期が近づいたときには輸液を減らす、場合によっては止めたほうがよい場合があります。

第六は、鎮静です。痛みは、意識を低下させずに適切に鎮痛薬や鎮痛補助薬を使えば、意識が保たれた状態で痛みをマネジメントできる場合が多いです。これに対して、呼吸不全、たとえば肺にがんが転移して酸素を吸っても酸素濃度が上がってこない状態や、肝臓に転移して肝臓が十分に機能しない肝不全

といわれる状態、または腎不全といわれる状態のような臓器不全のときには、意識が保たれた状態で苦痛のない状態を保つことが難しくなります。その場合はむしろ薬を調整して、うとうと休めるようにする、まどろめるようにする、場合によってはぐっすり休めるようにする方法が、苦痛緩和のための鎮静として重要な症状マネジメントの手段となります。

しかし、それらが適切に行われていない現状があります。また場合によってはそれが、本人や家族に説明なしに行われていたり、遅すぎたり、早すぎたりするということがあります。適切な鎮静を行うためにはチームを組んで、患者さんと家族と十分に話し合いをして、納得の上で行っていかねばなりません。

3. 精神的援助が不足している

第三は、精神的支援が不足していることです。

今の医療体制は、病気については治療をしますが、病気になった人の心に対するケアが十分ではありません。「身体をみて心を見ず」というところがあります。患者さんはさまざまな精神的な悩み、つまり不安、苛立ち、孤独感、恐れ、抑うつ、怒りなどを経験しています。特に、良くなる病気でなく、状態が日に日に悪化していくような場合においてはさまざまな喪失体験を経験せざるを得ないため、精神的負担が大きくなっていくように思います。このような場合は、前にも紹介したように「心にかける」、つまり、共にいるということが重要です。ホスピスケアや緩和ケアにおいては、何かをすること、“Doing”ではなくて、そばにいること、つまり“Being”が重要であるといわれているのはこのような状況があります。

私は淀川キリスト教病院ホスピスに14年間勤務しましたが、ホスピスに来られる患者さんや家族が希望されるひとつに、「心のケアをしてほしい」とよくいわれました。今までみてもらった病院では心のケアを十分にしてもらえなかったということがあるように思います。

では、心のケアとは一体何かということですが、それを簡単に言い表すのはなかなか難しいのですが、ハワード・クラインベルは、「心のケア、精神的支援の原理」として「Caring+Confrontation=Growth」というように言っています(表3)。

“Caring”というのは、日本語でいういわゆる「思いやり」に非常に近い言葉です。先ほどは「心

表3

精神的支援の原理		
Caring + Confrontation = Growth		
傾聴	相互検討	成長
受容	自己吟味	発展
共感	自己洞察	自己実現
ハワード・クラインベル		

にかける」と訳された“Care”ですけれども、思いやり、配慮、積極的関心といってもいい内容ですが、具体的にはその人との人間関係を築くこと、しっかりと耳を傾け、そして受け止めることです。Caringとは受容し、共感することになります。

2番目のConfrontationとは、しっかりとその人と向き合う、対峙することです。その人としっかりと向き合って、相互検討、自己吟味、自己洞察をすることです。相手の言うことに十分耳を傾けて、十分な信頼関係が築かれた上になされることであって、これが不十分だとこちらの事情もわからないのに決めつけられたとか、意見をされたというようなことになってしまうことに注意しなくてははいけません。

注意深く聞きつつ、慎重深く問うことによって、初めて“Growth”、つまり、相手と自分の両者が成長、発展、自己実現するのです。これが心のケアになると思います。

4. チーム医療が不足している

第四は、チーム医療が不足していることです。

現代医療は非常に複雑になっているために、一人ですべてを行うということが難しくなっています。現代医療にはチーム医療が必要であるといえます。しかし、このチーム医療についても、なかなか言うは易しで、行うのが難しいです。

その理由の一つには、医師がチーム医療の重要性を認識せずに協力的でないということですが、また、チームメンバーには知識や経験が不足している、力量不足ということが関係していることもあります。

そして、チームを構成するのになくしてはならないリーダー、またはコーディネーターがいなかったことがあげられます。

緩和ケアにおいては、いろいろな職種の人たちが、お互いの役割を尊重し、意思の疎通を図りながらチーム医療を実践していくことが重要です。特にこのリーダーの存在が重要です。そしてリーダーに望ましい資質としては、ギリシア語で、エトス、パトス、ロゴスといわれていますが、これがバランスよく求められます(表4)。

表4

リーダーの資質			
・ Ethos	人格	徳性	意
・ Pathos	感情	感性	情
・ Logos	論理	理性	知

エトスというのは、人格、または特性と言い換えてもいいと思うのですが、一人で行動できる、つまり一人称で、責任をもって成し遂げることです。

パトスというのは、感情、感性といわれるもので、二人称で行っていくこと、つまり、苦楽を共にするという意味で二人称で行うことで、情の部分になります。

ロゴスというのは、論理、理性ということで、第三者として三人称として問題を客観的、理性的、論理的に対処することです。

つまり、日本でいわれる知、情、意がバランスよく必要です。

あまりステレオタイプに決めつけてはいけませんが、得てしてそういう傾向があるのは、問題が生じた時に男性の医師は特にロゴスで対応することが多いのに対して、女性であるナースはパトスで対応するので、それでうまく噛みあわないということがあります。エトス、パトス、ロゴスをお互いがバランスよく持ってチーム医療に当たることが重要です。

5. 個性が重んじられていない

第五は、個性が重んじられていないことです。

終末期というのは、人生の総決算ともいえる大切な時間です。二度とやり直しのきかない大切な期間

で、特別な配慮が必要になります。

“ Unfinished business ” という英語があります。直訳すると「未完の仕事」です。これは仕事をしている人だけでなく、大なり小なりすべての人には死ぬまでにこれをしておきたい、またはこれをしないと死ぬに死ねないというものがあります。それができるように配慮し、パターン化せずに、医療従事者の価値観を押し付けることのないように、特別な配慮が重要です。

今ちょうど『The Bucket List』、日本語では『最高の人生の見つけ方』という映画が上映されています。見られた方がいるかもしれませんが、私はそれを見て非常に考えさせられました。二人の登場人物が出てきますが、二人とも末期のがん患者さんです。これまでの生き方の違う二人が同室に入院して化学療法を受けています。その二人が死ぬまでにやりたいことをリストアップします。化学療法をやめて、エベレストに登ったり、ピラミッドを見たり、これまでの人生で経験しなかったことをやっていく。そして、そのリストに上げられたことを亡くなるまでに完成するというようなストーリーです。詳しくは言えないのですが、たとえば「世界で最高の美女とキスをする」というのがリストに挙がってきます。それは見てのお楽しみとして、私が素晴らしいと思ったのは、日本の医療では、最後のやり残したことや未完の仕事のために、時間とお金を有意義に費やす方が残念ながら少なく、多くの場合は治療に期待して最後まで入院して治療を受けていることです。

治療に期待して治療を受けることが悪いとは決していいませんが、それ以外の選択肢もあるのではないかとこのことを考えていくのは、患者さんと一緒に医療従事者もしなければならないと思います。

そして緩和ケアの中心部分は、クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の向上です。QOL をどのように向上させるかということについて、ある方は「希望と現実の差が QOL に反映する」といっています。つまり、こうであってほしいという希望と、こうであるという現実、つまり理想と現実の差は、われわれの人生では絶えず経験することです。よくない現実であれば努力して現実を変えるようなアプローチです。しかし、いつも現実をよい方向に変えることができるとは限りません。その場合は、希望を現実近づけるアプローチです。患者さんと信頼関係を築きながら、より現実的な、悪い情報を適切に伝えていくことが重要です。この両方、つまり現実を変え

る努力と、しっかりとした悪い知らせを、信頼関係を築きながら伝えるということは、QOLの向上に繋がります。

ロバート・バックマンは、『How to break bad news』（『真実を伝える』）というコミュニケーションのバイブルといわれる非常に有名な本を書いています。その最後にこのように言っています。

医療従事者の任務として、「悪い知らせを伝えることは医療従事者の任務である。もしひどいやり方で行えば、患者や家族は医療従事者を許さないであろう。もし相応しいやり方で行えば、患者と家族は医療従事者を一生忘れないであろう」と。

原文で見ますと、“never forgive us”と“never forget us”とあります。forgiveとforgetは英語でいけば韻を踏んでいるということですが、よくよく見ると、似て非なるものです。文字の違いが大きな差を生む、同じようなことをしても180度結果が異なってしまう危険性があることです。つまり、適切に悪い知らせを伝えれば、感謝される存在になり得るのに対して、同じようにして不適切に行くと、うらまれる存在、または訴訟にすら発展する場合があります。両刃の剣といってもいいかもしれません。いかに私たち医療従事者が当人に誠実に適切な悪い情報を伝えていくか、つまりコミュニケーションが非常に重要になってきます。

全人的苦痛 (Total pain) に対応する

終末期医療の問題点というのは決して日本だけの問題ではなく、世界共通の問題でもあります。セント・クリストファーズ・ホスピスの創始者であるソンダース博士が近代的ホスピス運動を始めてから緩和ケアが普及してきました。ソンダースは、若い時には看護師をしていましたが、腰を悪くしてソーシャルワーカーに転じます。ソーシャルワーカーになったときに、ある末期の患者さんとの出会い、関わりを通してホスピスをつくることを目指して医師になるために医学部に行き、39歳の時に医師の資格を取ります。そしてがんの痛みの治療を研究した後、49歳でホスピスを開設しました。近代的ホスピス運動の母といわれています。

ソンダース博士は、Total pain、全人的苦痛を提唱しています。患者さんにみられる苦痛・苦悩を身体的苦痛 (Physical pain) のみとして一面的にとら

えるのではなく、精神的苦痛 (Mental pain)、社会的苦痛 (Social pain)、スピリチュアル・ペイン (Spiritual pain) も含めて総体としてとらえることです。英語で“Pain”というのは、単に身体の痛みだけでなく、心、また社会、それからスピリチュアルといわれる痛みも含むものです。ですから、患者さんには Total pain が出現してくるので、それに対して Total care を提供していく、それがホスピスです。

全人的苦痛 (Total pain) は、お互いがオーバーラップしている痛みです。身体的、精神的、社会的痛みは理解していただけだと思いますが、この Spiritual pain は理解することが難しく、宗教的苦痛、または霊的苦痛、魂の苦悩など、いろいろな訳がなされました。最近では片仮名でスピリチュアル・ペインと表記する機会が増えてきているように思います。私は「生きる意味と価値の問いかけ」と訳しています。「危機的な状況下における生きる意味と価値の問いかけ」というのが Spiritual pain を表しており、人間の根源に関わる悩みと理解するのがよいと思います。

したがって、緩和ケアの対象である Total pain に対して、Total pain の Total care を目指すためには単に身体的な医学の知識・理解では十分ではなく、精神医学と同時に、ヘンリ・ナウエンがいうように「心にかける」、または caring と呼ばれるものが重要であり、それ以外にもさまざまなものが緩和ケアには必要です。

終末期医療へのアプローチ

2007年からがん対策基本法が実施され、緩和ケアが注目されています。緩和ケアを単に身体の痛みの治療と非常に狭く浅く捉える人がいますけれども、本来はやはり緩和ケアというのは、広く深いものであると理解するのがよいと思います。

そして終末期医療のアプローチとしては、表5に掲げたことが重要です。

「H」ですが、ホスピスの語源は、Hospitality、旅人をもてなすことです。親切に患者さんをもてなすことが大切です。「O」はチーム医療ということで、Organized care。「S」は症状マネジメント、「P」は精神的なサポート、そして「I」は個性を重んじたケア、「C」はコミュニケーション、「E」

表5

終末期医療へのアプローチ
Hospitality
Organized Care
Symptom Management
Psychological Support
Individualized Care
Communication
Education
Spiritual Care

は教育、そして「S」スピリチュアルケア、これが目指すものです。そして最終的には、人間関係になるのではないのでしょうか。つまり患者さんと家族と医療従事者、その三者が十分に信頼関係を築き、人間関係を築き深めていく。そしてどうするのがよいかを、患者さん、家族、スタッフが話し合い、考えていくこととなります。

よりよい人間関係を築くために

現実療法の創始者であるウィリアム・グラッサーはこのように言っています。

「人間関係を悪くするのは簡単である。どうするかというと、その人の顔を見たら必ず批判し、責めて、文句を言い、ガミガミ言い、脅し、罰して褒美でつる。そうすればその人との関係性は悪くなる」

実際に私たちはこれをよく行っているし、これが行われています。この7つは簡単に言えば「飴か鞭か」と言い換えることができます(表6)。飴か鞭は、実は私たちは子育てのときにしばしば行っていることです。つまり、子どもが親の言うことをきかないときにとる態度としては、親は「ご褒美に何々を買ってあげるから何々をしなさい」と言ったり、言うことをきかなかったら、お尻をペンと叩いて言うことをきかせる。そしてそういうことは、一見効果的ではありますが、実は、相手を子ども扱いし、相手の人格を尊重していないこととなります。これは親子だけではなく、今の社会、われわれの働いている病院でも、飴か鞭が飛んできます。病院経営という名の下に飴か鞭がくる。またわれわれも無意識的に、患者さんや家族に使っています。人格を尊

表6

人間関係を悪くする7つの習慣
1. 批判する(criticizing)
2. 責める(blaming)
3. 文句を言う(complaining)
4. ガミガミ言う(nagging)
5. 脅す(threatening)
6. 罰する(punishing)
7. ほうびでつる(rewarding to control)
ウィリアム・グラッサー

重するケアは、飴か鞭を最大限に使わない、意識して使わないようにすることです。

人間関係を良くする7つの習慣は、表7にあるように、傾聴し、支援し、励まし、尊敬し、信頼し、受容する。そして、人間同士ですから考え方が違います。考え方、意見が違う時はネゴシエーション、話し合うことが重要です。

表7

人間関係を良くする7つの習慣
1. 傾聴する(listening)
2. 支援する(supporting)
3. 励ます(encouraging)
4. 尊敬する(esteeming)
5. 信頼する(trusting)
6. 受容する(accepting)
7. 意見の違いについて交渉する(negotiating)
ウィリアム・グラッサー

提言

最後に、このようななかで、私たちはどのようにしたらよいかということ(表8)。大切なのは、ケアをする立場ではなくケアを受ける立場にも備えることが重要です。何といたっても病気を人生の中で捉えていくことが大切です。ウィリアム・グラッサーが言っているように、日々よりよい人間関係を築き、ベストではなくベターを目指すということ、満足ではなく納得を第一にし、限られるなかで優先

順位を考えていく。また、複眼的思考を身につけるということ。これは、“Hoping for the best”、最善を期待しつつ、“Preparing for the worst”、最悪に備える、つまり両方の可能性を視野に入れていくことです。残念ながら、多くの患者さんは治療を受けている時には治療のことに専念して、治療が効かなかった場合はどうするかを視野に入れている方が少ないように思います。ですから絶えずわれわれ医療従事者はそういう可能性も事前に十分に話し合っていくことが重要です。そしてギアチェンジを念頭に置き、万一ということも考えておくことが重要です。

表 8

提 言
<ul style="list-style-type: none"> ・病気を人生の中でとらえるようにする ・日々、より良い人間関係を築くようにする ・ベストではなく、ベターを目指す ・満足ではなく、納得を第一にする ・優先順位を考える ・複眼的思考を見につける ・ギアチェンジを念頭におく ・「もし・・・」「万一・・・」も考えておく

緩和ケアの課題 (表 9)

緩和ケアの課題としては“いつでもどこでも誰でも”がキーワードです。最近、緩和ケア関係者の中では、シームレスケアが盛んに強調されます。シームレス、つまり切れ目のないケアを行っていくことです。病院と在宅、また緩和ケア病棟などの専門機関がうまく連携をとりながら、具合が悪くなったら入院し、入院して落ち着いたらスムーズに家に、また地域に戻るようになる。そして家でまた具合が悪くなったらすぐに医療機関が対応する。つまり24時間体制と医療機関の連携が重要です。

しかし、病院から在宅ケアに移行しても、今は在宅から24時間のバックアップの緊急入院を受け入れ

表 9

緩和ケアの課題
<p>何時でも 切れ目のないケア(seamless care), 予後予測, 紹介時期</p>
<p>何処でも 医療機関と在宅, 24時間体制</p>
<p>誰でも 患者: 対象疾患の拡大 医療従事者: 教育, 研修, 専門医制度</p>

てくれる体制がなかなか十分ではない状況があります。したがって24時間の体制を築くということが重要であり、がん難民といわれるように、緩和ケアの難民が増えない体制を地域ごとに組んでいく必要があります。今まで緩和ケア病棟の対象はがんとエイズの患者さんに限らざるを得ない保険診療の体制でしたが、世界では緩和ケアはがん以外の疾患にも広がってきています。そして専門家の教育と同時に、すべての医療従事者が緩和ケアを理解し、実践できるように教育・研修をしていくことが重要です。

最後に随筆を紹介して終わります。藤木正三さんの「生の通常をみる」と題した随筆です。

病気になれば癒されることを誰しも願いますが、癒されない病気もありますし、癒されたところで結局は死ぬのですから、癒しは究極的解決とは言えません。

究極的解決は、病気や死を拒むのではなくて受容する人生態度を確立することにしかありません。そういう態度は消極的な諦念と見なされがちですが、私達は与えられた命を受容して生きているのですから、むしろそれは本来の目覚めた態度と言うべきでしょう。

癒しは病気の治療ではなく、病気の中に生の通常をみることなのです。

医療従事者として、人間として、病気の中に生の通常を見ることが今求められていると思います。

終末期ケアに関わる 倫理問題への取り組み

長谷川美栄子

東札幌病院看護部長

本日は、私が勤めております東札幌病院で行っている日常の中に倫理的な配慮を定着させるためのいろいろな仕組みづくりとその取り組みを中心にお話ししたいと思います。

私は東札幌病院に勤めて緩和ケアに関わるようになってからもう17年余になります。その間に、医療法人東札幌病院が運営している老人保健施設でも仕事をしました。ここでは主に認知症の方を対象にホスピスケア、緩和ケアを行ってきました。また、訪問看護でも認知症やALSの方を見ているのですが、そこで携わってきた緩和ケアの手法がそのまま使えるのではないかと考えております。

東札幌病院の緩和ケアの概要

東札幌病院は民間の病院でベッド数は243床という地方病院です。その中に緩和ケア病棟として28床あります。北海道では最初に緩和ケア病棟として承認されました。243床の入院患者のうち70%以上ががん患者で、更に入院患者の70%近くは65歳以上の高齢者という構成です。したがって、当院では緩和ケア病棟だけでホスピス緩和ケアを行っているのではなく、病院全体がホスピス緩和ケアをしているというコンセプトで、一般病棟に入院された方も、緩和ケア病棟に入院された方も、同じようにホスピス緩和ケアが提供できるような教育をしています。緩和ケア病棟は28床しかありませんから、緩和ケアを受けたいと希望してもとても受け入れられないので、一般病棟に入院してそこで緩和ケアを受けつつ、本当にこれ以上治療の余地がないのかどうかというアセスメントをして、緩和ケア病棟に空床ができると移動したり、一般病棟ですっと過ごす方もおられます。

当院は5つの病棟があります。私は毎日夕方に、

病棟師長から報告を受けますが、師長たちの関心もそこにあるのかと思いますが、毎日のようにいろいろな倫理的課題を含んだものが持ち込まれます。

ひとつの例をご紹介します。

90歳を越えた認知症の患者さんが、手術を受けて、その後いろいろなカテーテルが入りますが、このカテーテルを抜いたりすると大変だから、医師から手足を縛って抑制しておきなさいという指示が出たというのです。こういうことにはナースたちはすごく反応します。その場のステーションだけの話し合いではなかなかいい結果が導き出せなくて、いろいろなところでしばらく話し合いをするのですが、ある時、多職種が参加する合同カンファランスを開いて検討をしました。そこでやはりナースとソーシャルワーカーが非常がんばって発言して、縛るということは論外であって、患者さんにそういう思いは絶対にさせたくないということから、最後にはこれはケアの部分ですのでナースにまかせてもらうことにし、抑制しないで管を抜かない方法をいろいろ考えてみるということでその場は終わったのです。

ナースたちはカテーテル類が入っているのが直接患者さんには見えないように、袖口からカテーテルの先を出したり、ズボンの下から出したりというような工夫をして、医師にはできるだけ早くカテーテルを取って自由にできるような方法を一緒に考えてほしいと伝え、そこが合意点になりました。

その後、幸いにうまくいきまして、早くから歩くことができ、行動範囲が広がったり、ADLもそんなに低下しないで、おそらくQOLも維持できたのではないかという評価ができました。こういうことが毎日たくさん報告されてきます。

また、他の病院から紹介されてくる方がたくさんいらっしゃいます。緩和ケアというのはもっと早い時期から行われるものなのに、大きな総合病院からは、「もう緩和ケアの時期です」とか、「もう緩和ケ

アしかありません」という触れ込みで転院してこられます。

そういう患者さんは高齢で、しかもカテーテル類がたくさん身体についています。これを抜かれたら困るというので、家族は前の病院でもそうしていましたからと、ミトンをして抑制してくださいとか、縛っておいてくださいと言うわけです。一緒についてきた前の病院のナースが抑制の道具を持ってきて、これを置いていきますということもありました。家族はその患者さんをみていて、やはり縛って管を抜かないようにすることが最善だと思っていたのです。それまでの関わりから、これは命を守るために大事なものだから、絶対に抜かれたら困ると家族は思い込んでいて、私たちがそれを使いたくないような意向を何回説明しても受け入れてもらえなかったりもしました。最終的にはもちろん使わなかったのですが、そういう事例もありました。

このようなことが毎日いろいろとあって、倫理的な配慮が定着するのは本当に大事だと常日頃から思っております。

最近ではナースの研修会や緩和ケアに関わる研修会では、倫理がテーマになっていることがとても多く、みなさんがそれに関心をもっているように思います。しかし、倫理というのは、医療従事者にとっては特別に新しいことではないと思うのです。もともと医療というのは、その人にとって人間性が尊重されているとか、患者さんや家族の意思が尊重されて物事が決定されて医療が進んでいるとか、結果として不利益になっていないかとかということを考えて進めていくもので、本来、医療は倫理的なものではないかと思えます。

医療とは

私どもの病院では三つのことを大事にしています。

一つは、医療行為の目的は何かということですが、どんなときでも、どんな医療を受ける場合でも、QOLを高めることであると思います。一時的にQOLが低下することがあっても、必ずその後向上することが大事だと思います。いかなる治療を受けるときでもQOLが維持できる、あるいは向上できるということが目的になると思います。

第二は、医療行為の進め方はインフォームド・コンセントの繰り返しだということです。インフォー

ムド・コンセントも言葉としてはよく使うようになりましたが、これは医療従事者がインフォームド・コンセントをするということではなくて、受け手である患者さんや患者さんの代わりである家族が了解するという意味だと思います。これも相手が決めることで、一回だけインフォームド・コンセントをしたからそれでいいというのではなく、長いプロセスの中で変化しますので、折に触れて繰り返しつつ、医療の目標は患者さん、家族、医療従事者が同じ方向に一致させていくのが重要ではないかと思えます。

三つめは、医療は、医療従事者が一方的に提供するものではなく、受け手と一緒に進む共同行為だということです。受け手も参加して、同じ方向に向かって、最善の方向に進んでいくということが大事ではないかと思えます。

表1は、昨年(2007年)の第12回日本緩和医療学会のシンポジウムで李啓充先生が「延命治療中止の倫理」について述べられたときのものです。現在の日本はカレン事件やナンシー事件の頃の30年前のアメリカと同じ状況だということです。カレンさんもナンシーさんも若い女性でしたが、事故で寝たきりになってしまいます。カレンさんは人工呼吸器、ナンシーさんは経管栄養の管がずっとついているのですが、それを毎日見ている両親が、これをずっと続けていくことをカレンは喜んでいない、ナンシーも望んでいなかったということから裁判になります。ところが、ドクターに話しても、訴訟になったら困るからといって拒否されて、それで裁判になってしまいます。このときの決め手になったのは、カレンさんの友達が、「カレンは元気なとき、こんなことを望んでいなかったと言っていた」と言って、それが裁判所に認められて、それでは呼吸器を外しましょうということに

表 1

延命治療中止の倫理	
・「患者の権利」	
・「自己決定の尊重」	
インフォームド・コンセント、チームアプローチ	
① 予後と侵襲の大きさのバランスで考えるべき。 回復の見込みがないのに本人の意思に反して侵襲の大きい処置を続けることは不合理。	
② 倫理委員会の設置	
第12回日本緩和医療学会 李 啓充 2007. 6. 23	

なった。ナンシーも同じです。やはり、元気なときにはこんなことを思っていなかったという両親や友達の発言が裁判長を動かして、管を抜きましようということになったのです。李先生のその話を聞いて、私はとても納得しました。会場からはいろいろな意見が出ました。訴訟になったらどうするのかというような発言がたくさんありましたが、いちばん考えなくてはいけないのは患者さんの権利と自己決定を尊重するということです。元気なときにこういうことがはっきり示されていればいいのですが、それがなくなるときもあって、そのときには家族が長い歴史をつきあっていますから、それを代弁したりすることがありますが、李先生は、「予後と侵襲の大きさのバランスで考えるべきで、回復の見込みがないのに本人の意思に反して侵襲の大きい処置を続けることは非常に不合理」だと話されました。それと、当事者だけ、あるいは取り囲む医療従事者らでなかなか合意が得られないときには、第三者的にきちんと発言できる倫理委員会が必要ではないかとお話しされました。私も本当にその通りだと思いました。

厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン」より

昨年、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン」を発表しました(表2)。これはまだ検討の余地が残っているようですが、このガイドラインにも、終末期医療のケアのあり方、ケア方針の決定の手続きについて、患者さんの意思が確認できる場合、できない場合などについて示されています。ここで触れているのは、

表2

終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン	
1. 終末期医療及びケアの在り方	
2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続	
(1) 患者の意思の確認ができる場合	
(2) 患者の意思の確認ができない場合	
(3) 複数の専門家からなる委員会の設置	
厚生労働省 2007年	

やはり一人で決めるのではなく、非常に専門性の高い知識や力を持っている医師が一人で決めるのではなく、チームで決めましようということ。これからは、専門職からなるチームでいろいろ検討して、患者さんや家族の意向を反映しながら決めていこうということでした。それが治療の目標を共有することになるので、患者の意思を尊重していろいろなことが決められていくことに繋がるのではないかと示されました。

これは東札幌病院の理念と基本方針です(表3)。

表3

東札幌病院の理念と基本方針	
「医療の本質はやさしさにある」	
この実践が最もよく遂行される形態が緩和医療であり、ホスピスはその象徴である。	
・患者さんのQOLを尊重した医療	
・チーム医療	
・根治的医療～終末期医療までの総合医療	
・施設～在宅までの総合的な医療	

東札幌病院は職員採用のオリエンテーションのときから、理念について語ります。細かなことは個人の自由に任せるのですが、根本的なところはしっかり共通認識を持っておきたいということで、この理念を大切にしています。それもシンプルに、「医療の本質はやさしさにある」ということです。誰もがわかっていて、誰もが理念を聞かれたら言えるというものになっています。開設時からの理念です。

この実践がもっともよく遂行される形態が緩和医療であって、ホスピスはその象徴であるとしています。患者さんのQOLを尊重した医療とチーム医療を大事にしています。毎日の行動の中ではチーム医療がとても大事で、定着したと思っても、メンバーが変わると少し考え方が変わってしまったり、なかなか定着とまではいかないことがあります。みんながひとつのテーブルに着いて、いろいろな意見を出し合っていて、時には患者さんや家族がその中に入っていることを決めて、合意して進めていくという形を大事にしています。

根治的な治療から終末期の治療まで行うこととか、施設から在宅までの総合的な医療を目指すというよ

うに、病院だけでは完結しないで、地域の中で病気をもちながら暮らすということも可能になってきていますし、在宅死を希望する方もいますので、そこも全部含めたケアをしよう、病院だけでなく地域全部を含めたケアをすることを方針にしています。

理念である「やさしさ」ですが、開設時に石谷邦彦院長（当時）が「人間主義」と解説しております（表4）。人として対等な関係でお互いに認め合うということです。新しく他分野から病院に採用になった人たちは、異文化の中に入ってきますから、いろいろ考え方が違うということはあって当然です。そのことをお互いに尊重しあって意見をきちんと交換していくということを「やさしさ」と表現しています。

看護師もその理念を受けて、開設当時から「ペイシエントからパースンへの挑戦～自由度を拡大しよう～」と掲げています。これはペイシエント、つまり患者さんは、我慢している人ではなくて、いつもその人であるようにするのが看護師の目標とするということです。痛みを我慢したり、家族関係でいろいろ言いたいとも言えなかったり、問題を抱えていることを我慢したりしないで、いつもその人らしさを発揮できるようにするのが私たちの目標とらえています。我慢をしている人は自由とはいえません。自由になることを大切に毎日のケアを行っています。

表4

<h2>やさしさは「人間主義」</h2> <p>人間主義とは</p> <p>「人々が互いに対等な人間と認め合って、人類共同体を構成し、そのメンバーに相応しく協力し合うこと」</p> <p>「異なる集団、異なる社会、異なる文化に属する人々同士でも、相手を自分たちと区別せずに対等な人間として認めることのできる能力をもつ」</p>

緩和ケア（ホスピスケア）の最終目標

これはWHOが示すように患者さんや家族にとっ

てできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を実現させることです。そして、ホスピスケアのベースには倫理と人権があると思います。倫理と人権に支えられてホスピスケアは成り立つものだと思っております。

緩和ケアの基本的な要件と目標（表5）

表5

<h3>緩和ケアの基本的要件と目標</h3> <p>基本的要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームアプローチ ・ケアを実施する適切な空間 ・スタッフの人間性の成熟 <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦痛症状の緩和 ・心理的ケア～良好なコミュニケーション ・家族のサポート
--

緩和ケアはチームで行うのが原則です。患者さんはやはり非常に深い問題を持っている方が大勢おられます。生きること、死ぬことに直結しているようなことが日々起こっていますので、その深い課題とか問題に対応するためには、やはり専門職の力が必要ですが、ひとつの職種では解決できないことがたくさんあります。そこを専門職に委ねるとか、共有するというを基本にしています。

また、ケアを実施するには適切な空間が必要になります。これはハード面の空間もちろんあります。アメニティがいいとか静かであるとかそういう環境として適切な空間です。

もうひとつは、ソフト面でのいい空間です。たとえば、自分が言いたいことをいつでも言える、それをしっかり聞いてくれる人が必ずいるということです。医療者になかなかものが言えない、望んでいることが言えないというような話を聞くこともありますが、自分がこうなりたいとか、こうしたいとか、今の状態で望んでいることをきちんと言えること、そして、それをきちんと聞いてくれる、どんな些細なことでも聞いてくれる人がいるという空間をつくるのが大事だと思います。

それにはスタッフの人間性の成熟が不可欠です。

これも奥が深いものですから、私たちもそれを感じとれる、思いやれる、できるだけ近づくことができるスタッフが必要になってくると思います。もちろんそれには専門職としての知識や技術がベースにあることはいうまでもありません。

専門職同士のコミュニケーションは、知識、技術がしっかりしているというところに成り立ったコミュニケーションですから、それを踏まえた上で相手の気持ちをわかってもらうものでなければなりません。

繰り返しますが、緩和ケアの大事な柱は、苦痛症状の緩和と心理的なケアですが、これにはコミュニケーションを最後まで維持することだと思います。とかく終末期の方は、時間が限られているとか、高齢者なのでみんなの輪から外れてしまうといいたまうか、家族が気遣って心配事を耳に入れないようにしているということもあるのですが、どうしても孤立してしまいがちな状況があります。しかし、それまで一家の家長であったというような方が、がんになって終末を迎えたような場合、それまでは一家の大事な決断はその方がしていたのに、耳に入れられない、相談されないというのはとても寂しいことだといわれます。そういうことは家族として心配をかけ続けてもらったほうが嬉しいのかもしれない。そういう細かいところにも配慮することが大事だと思います。

家族のサポートも必要です。患者さんよりも病んでいる状態にある家族がたくさんいます。認知症の患者の介護にあたる家族は期間が長いだけにたいへんな思いをしている状況があって、家族間でもそのことがあまり理解されていなかったり、一人だけ辛い思いをしているというようなことがあったりします。

これらの三つのことが達成されていれば、QOLが向上していくのだと思います。つまり、緩和ケア、ホスピスケアはQOLを向上させる活動であるということです。病気のどのようなステージであっても、緩和ケアのこの考え方を織り込んでやっていくべきであると特に最近強く感じています。

コミュニケーション

よいコミュニケーションを維持するにはやはり傾聴と説明が基盤になります。よく聞ける耳を持つということです。言葉で発せられることだけでなく、気持ちの中の言葉にも耳を傾けていかなければいけ

表 6

コミュニケーション
・ 傾聴と説明が基盤
・ 誠意をつくしたコミュニケーションの継続が、患者・家族の意思決定を支える

ないと思います (表6)。

説明というのは、今、聞きたいと思っていることについて、わかるように話ができるということです。いろいろと知識を披露することではなく、今聞きたい、今知りたいと思っていることにタイムリーに対応できるということです。ナースが病状の質問をされたりすることがありますが、ナースにも説明できる範囲はたくさんあるはずですから、「それはお医者さんに聞いてください」と言うのではなく、きちんとそれをわきまえた上で対応しなければなりません。たとえば夜勤のときなどは聞きやすい雰囲気になっていたりするのでこういう場面があるのですが、そのようなときなどには患者さんと家族を安心させるようなことが言えると思います。そのようなことにも責任と自信を持って、患者さんも家族も落ち着けるような、コミュニケーションがとれることが大事かと思っています。

もうひとつは、その場のやりとりだけではなく、誠意を尽くしたコミュニケーションの継続です。心を込めて、本当にその人の気持ちに近づこうとしつつ、自分も何とかしたいと思いつつも解決できない深い問題もたくさんあるのですが、一緒に悩んだり、一緒に苦悩したりすることも含めて、誠意を尽くしたコミュニケーションを継続させることが、ゆくゆくは患者さんや家族のいろいろな意思決定を支えていくことになると思うからです。意思決定をしていくにもきちんと情報がわかるように伝えられていなければいけないことですから、このような毎日の繰り返しが大事になってくると思います。

表7は、東札幌病院の臨床倫理委員会で作ったインフォームド・コンセントのガイドラインの一部です。全文はホームページに載せてありますから、関

表 7

インフォームド・コンセント	
<p><定義> インフォームド・コンセントは、次の事項をみたま承認行為である。</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者(ないしは代理人としての家族)が行う。 2. 病状及び医療方針についての適切な理解を伴っている。 3. 医療従事者に対するものである。 4. 特定の医療的働きかけを行うことを内容とする。 	
<p>インフォームド・コンセントは、医療の受け手(患者)と担い手とが医療に関する情報を共有し、合意に基づいて治療及びケアを選択していくプロセスの中ではじめて実現する。</p>	
<p>東札幌病院 臨床倫理委員会作成 インフォームド・コンセント ガイドラインより抜粋</p>	

心のある方はご覧ください。

医療における倫理原則

医療における倫理原則を4つあげました(表8)。これをもっと日常の中でわかりやすく理解するために表9のようにまとめています。

相手を人間として尊重するという事は、何もできないときがあるとしても傍にはいられるということです。傍にいて時間を共有するという事はとても大事だと思います。

相手にできる限り大きな利益をもたらすことをめざすということは、具体的にはQOLを高めるとか、命を長くとか、人生の充実を妨げないというようなことがあるかと思います。

三つ目の社会的視点で正義を実現するという事は、これは第三者に対して不公平にならないよ

表 8

医療における倫理原則	
・患者の利益になるようにせよ(善行原則)	
(beneficence)	
・患者に害を与えるな(無危害原則)	
(non-maleficence)	
・患者の自律を尊重せよ(自律尊重原則)	
(respect for autonomy)	
・正義・公平を保て(正義原則)(justice/equality)	

表 9

倫理原則の理解	
1. 相手を人間として尊重する	<ul style="list-style-type: none"> ・相手と共同で医療行為をする ・相手の傍らにある
2. 相手にできる限り大きな利益をもたらすことをめざす	<ul style="list-style-type: none"> ・QOLを高く、余命を長く(一般的価値観) ・人生の充実を妨げない(個人的価値観)
3. 社会的視点で正義を実現	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者に対して不公平にならない ・社会的資源を活用する
<p>臨床倫理検討システム開発プロジェクト：代表 清水哲郎作成</p>	

うにすることです。たとえば4人部屋にいる患者さんの一人が感染症で伝染の恐れがあるような場合には、本人が動きたくないといっても、これは同室の患者さんに迷惑をかけることになるので、当人の意思に反したことであっても病室を移動してもらうというようなことです。

社会的な資源の活用というのは、地域には老人施設がどこにあるとか、訪問看護ステーションがどこにあるかなど、高齢者の今の状態で利用できる施設、あるいは介護保険はどうすれば受けられるのかというような相談ができることについての情報を持っていて、それをよくわかるように説明していくということです。これも倫理的配慮に含まれます。たとえば、今は在院日数の関係もあって、何日か経つと退院してくださいと言われる方がいるようですが、退院しても家で暮らせるような状況ではないような場合にはどうしたらいいのか途方に暮れてしまうというような状況が結構あります。そのような場合には次に療養するところを患者さんの状況に合わせてきちんと紹介したり、家族と相談をしたり、家族と一緒に見に行ったり、案内したりするようなことをして、安心して次の療養先に移れるようにすることが大切だと思います。退院するようになると言われたただだと困っておられるケースは日常的に見聞きします。それなども倫理に反しているのではないかと思います。

日本看護協会の作成した倫理綱領があります(表10)。15条までありますが、第1条と第6条をあげておきました。私たちナースはこれに沿って日々の行動をとっていかなければならないと思います。

表10

<p style="text-align: center;">看護者の倫理綱領</p>	
<p>1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する</p>	
<p>6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する</p>	
<p>日本看護協会</p>	

表11

<p style="text-align: center;">臨床現場で 倫理的配慮が必要な場面</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 治療の選択や療養場所の選択 • 病名告知や予後などを伝える時 • 延命を望む気持ちと早く楽になりたい気持ちの葛藤に揺れ動いている時 • 家族が身体拘束を望む時 • 患者・家族と医療者間の意向に相違がある時 	

臨床倫理とは

清水哲郎先生は臨床倫理を「医療・看護の場で、医療・看護従事者が患者・家族とかわりながら医療行為をすすめてつづける個別の事例の倫理的側面について検討する営み」と規定しています。「個別の事例」というのが特徴です。こういうときにはこうすると一概に決めつけるのではなくて、一つ一つに対応していくことです。高齢の患者さんがものを食べられなくなると必ずといっていいほど「胃ろうにしましょうか」と言いますが、もうそれしか方法がないところまで個別の事例について検討することです。

ナースとして臨床現場で倫理的な配慮が必要な場面はたくさんあると思いますが、よく遭遇する問題をあげてみました（表11）。治療の選択や療養場所を選択するというのは、化学療法をするか、手術をするか、何もしないか。それから、これから病院で療養を続けたいか、あるいは在宅死も含めて在宅で暮らしたいかということです。病名告知や予後などを伝えるときにはどういう方法でどのように伝えるのがいいのだろうか、あるいは伝えないほうがいいのだろうかなど、いろいろジレンマに陥ることがあります。

また、延命を望む気持ちと、早く楽になりたいという気持ちの葛藤に揺れ動いているときというのは、本人にもあるかもしれないし、家族にもあるかもしれません。今後どういう治療をしたらいいかというようなことです。

最初に申し上げましたが、抑制するのがベストだ

と家族が思っている場合があります。それがナースの考えと合わないときにどうするかということです。

それから、患者・家族と医療者間の意向に相違があることがあります。よくよく突き詰めていったら、患者さんの思っていることと家族の思っていることが違っていたり、あるいは医療者と患者さんの考えが違っていたり、家族と違っていたりするということは結構あるのではないかと思います。その場合には一つ一つ確認するといえましょうか、日頃のコミュニケーションの中でそれを認識しあっていかなければなりません。あるところまで進んでいってから、「こんなはずではなかった」というようなことが起こったりすることがあります。

日本看護協会のホームページに「看護倫理」という項目ができました。私も検討委員の一人ですが、倫理とは何だかよくわからないということを経験にします。そのとりかかりのために、ホームページでは次のように問いかけています。

日常のケアの中で、「あれ？ おかしいな」とか、「釈然としないな」と感じたことはありませんか。

これらの感覚は、目の前の出来事が、自分のもつ価値観や倫理観に反している場合に結構生じます。

もともと医療従事者は倫理的な視点は持っているのだと思います。ところがそれをうまく表現できなかったり、明確に価値づけたりすることができていないとか、明文化されてないということがあったりするので、「おかしい」と思ったり、「釈然としない」という感覚を懐いたりするのではないのでしょうか。つまり、倫理的に問題があると思うような倫理的な感性が、日々流れて過ぎていってしまう、「あれ？」

と思ってもそのまま過ぎていってしまうというよう
なことです。

倫理的な配慮ができる風土をつくっていく上に大
事なのは、そこで立ち止まって考えてみるのだと
思います。「あれ、おかしいな」と思ったら立ち止
まって、「どうしてこれはこうなんだろう」と思う
ことが大事だと思うのです。患者さんと接してい
る中で、「これでいいのか」「どうしてだろう」とか、
「この患者さんは治療方針に納得しているのかな」
と漠然と思うことがあります。特に緩和ケアの場面
では、この処置は本当に患者さんのためになって
いるのかと頭を傾げたくなることもあります。最後
までCTを撮られたり、ちょっと侵襲があるような検
査をされたりする。そういうことも含めて、治療
方針はこれでいいのか、患者さんにとってこの処置
は今必要なのか、しないほうがもっとメリットが
あるのではないかと思うことも結構あると思いま
す。私どもの病院も、一般病棟と緩和ケア病棟の違
いはこのあたりにあります。一般病棟だからいろ
いろ検査をしてしまうということがあるのですが、
患者さんはもうそのような状況ではないという場
面があって、これもやりとりをすることになるの
ですね。先輩のやり方を見ていて、本当に正しい
のかと後輩が思ったりする。「ここではこのよう
にすることになっている」ということで進められ
ていくのですが、どうしてそのような処置をする
のか、どうしてこういう対応をするのかという
ことにあまり疑問を持たないで進んでしまうと、
内容によっては問題が生じるのではないかと思
います。「マニュアルになっているから」とか、「
決まっていることだから」とそのまま行われて
いることもあるのではないのでしょうか。

また、「医師は事実と違うことを話しているけ
れどいいのだろうか」とか、「家族と本人の望んで
いることが違う」というようなことがたくさんあ
るかと思います。それはどうにかしなくてはいい
かと思うことが、臨床現場ではとても大事だと思
います。それをやりすぎさないということです。

東札幌病院倫理委員会

東札幌病院には、1994年に倫理委員会がつく
られました。それには 研究審査委員会と、臨床
倫理委員会があります。当初は、たとえばALSの
患者さんの人工呼吸器を着けるか外すかという
議論もさ

れたことが記録には残っていますから、そういう
ことも検討されたりしていたようです。最近
は、倫理委員会です。いろいろな倫理的問題に
ついて検討するというよりも、各病棟のセク
ションごとのカンファレンスの中で「今日
の合同カンファレンスはこの方のこういう
テーマについて検討します」というように
してこれらが実施できるようになっていて、
その中に倫理的なテーマも含まれている
ことがあり、それに関心があるものにつ
いては他の病棟の者も参加します。もち
ろん私も加わります。

臨床倫理委員会の委員長は、最初は医師
でしたが、最近はずっとナースが委員長
で、今は私が委員長を務めています。臨
床倫理委員会の活動は表12に掲げまし
た。インフォームド・コンセントのガイ
ドラインを作成しましたが、これも時々見
直しが必要になってくると思います。セ
デーションのガイドラインも作りました。

表12

臨床倫理委員会の活動

- ・ インフォームド・コンセントのガイドライン作成
- ・ セデーションのガイドライン作成
- ・ 患者の権利に関する規定の作成と定着
- ・ 情報開示のガイドライン作成
- ・ 臨床倫理検討シートの普及と定着
- ・ 医の倫理セミナーの開催(QOL研究)
- ・ 臨床倫理研究会の開催

患者さんの権利に関する規程の作成と定着を
図るということでは、たとえば身体拘束に
関する当院の規程などです。情報開示の
ガイドラインも作成しました。臨床倫理
検討シートの普及と定着についても倫理
問題を検討するときのフォームを作り、
それを普及させることが委員会の活動
としています。医の倫理セミナーも開
催していますが、これはQOLの研究に
繋がります。臨床倫理研究会の開催は
院内外の方もお誘いして100名前後の
参加者を得て今年は2回から3回行
われるようになりました。

臨床倫理委員会の役割は、臨床現場で
生じている臨床倫理的問題に対して現
場のスタッフが解決できるように支
援することです。倫理委員は合同カン
ファレンス等に必ず参加していろい
ろと意見を述べ

たりします。

臨床倫理に関するスタッフや患者・家族に対する教育・啓蒙では、学習会をしたり、カンファレンスで

発言することも含まれます。

また、倫理の方針を表明したり、倫理のコンサルテーションをしたりすることも役割です。

表13 - 1

1	
臨床倫理検討シートA 記録者 [] 日付 [~]	
* 検討内容：(a)医療方針の決定 (b)医療・看護を進める上で起こっている困難（該当する項を○で囲む）。	
0-1 患者プロフィール 患者についての基本的情報。年齢・性別・家族構成など	
I 情報の整理と共有 A 医学的情報と判断	
1A-1 病状の概要 [Mg] 検討の時点までの経過と、患者がかかえる問題についての医学的診断を書く。 (ここまでは病棟カンファレンスのときなど、参加者がすでに把握している場合は省略可能)	
1A-2 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット（一般論） [Mg] (a)： 診断された疾患のタイプに対する医療の方針の候補を挙げ、それぞれについて一般的にいえるメリット・デメリットないしリスクを（患者の生活全体を視野に入れて）書く。これは、医療目標や、予後についての判断を伴う。患者の個人的事情は考慮に入れない一般的判断。 (b)：すでに決定して実行中の治療および選択しなかった治療の候補について、(a)と同様にそのメリット・デメリット（目標やリスクを含む）を挙げ、選択の理由を明確にする（ここでは患者の個人的事情が指摘されることもある）。	1A-3 社会的視点から [Sc] 医療保険等の経済的問題、 医療資源の問題（他の医療機関の協力を要する等） 治療の選択が他の人に対して不公平になる場合、 等々
1A-4 説明 [Mg→Pt, Fm] 1A-1,-2,-3 を患者や家族に説明したか。していない場合はその理由等。	

これが臨床倫理検討シート（臨床倫理検討システム開発プロジェクト：代表：清水哲郎作成）です。A4版・4ページになっています（表13 - 1 ~ 4）。

病状については一般論としてのメリットとデメリットについて触れ、それから患者さんはどのように考えているか、患者さんの意向と家族の意向、医療者

表13 - 2

2	
B 患者・家族の意思と生活	
<p>1B-3 患者の生活全般に関する特記事項 [PI]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族が示した意向や、コミュニケーションを通して得ることができた、患者の個別的事情——を書く。ことに、患者の人生観、価値観、人生計画などが、判断に影響することがある場合、重要な要素となる。 ・(a)の場合、「個別的事情」としては、特に方針についての個別化された判断に影響する可能性のある点を、また、(b)の場合は、治療・看護を進めていく上で、特別な配慮が必要と思われる点を書く。 	<p>1B-1 患者の理解と意向 [Pt]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の病状について理解していると思われるか。 ・治療についてどのような意向を表明しているか。特別の注文・オプションはあるか。(b)の場合は治療への態度（前向きかどうかなど） ・患者の意思を聞くことができない場合はその旨と理由。
	<p>1B-2 家族の理解と意向 [Fm]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態について理解したと思われるか。 ・治療についてどのような意向を表明しているか。特別の注文・オプションはあるか。(b)の場合、治療・介護に臨む姿勢（前向き、協力的かどうかなど）

の考え方を書いていきます。そうしますと、一致しているところと不一致なところがはつきして、問題が浮かび上がるという形になっています。

7月にも医の倫理セミナーを行いました。たいへん難しい事例がありました。ステージ のかなり進行した大腸がんの方ですがイレウスを起こして緩

表13 - 3

3	
II 検討とオリエンテーション	
問題点の抽出	
<p>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断 [Mi] 1A-2=Mg に 1B-3=PI を加えて、検討する。 患者の個別の事情を考慮した上で、医療側として、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (a) 患者にとってベストと判断する方針の候補を提示する（「患者（あるいは家族）の（理に合った）意向次第」という判断もありえる）。 ・ (b) 患者・家族がどのようになればベストかについてのさしあだでの判断を書く。 ・ 医療者側に意見の相違がある時には両論併記する。 	<p>2-2 当事者等間の一致・不一致 (a): 2-1=Mt と 1B-1,2=Pt,Fm をみて、食い違っているか、一致している、あるいは一致しそうであるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 不一致の場合はその要点を書く。 ・ 不一致は、医療者間で起こることもある。 <p>患者側が決断できない故の場合もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一致しているなら 2-4 へ、不一致は 2-3 へ <p>(b) 2-1 に記した目指す状態を妨げている要素を枚举する。</p>
対応の検討	
<p>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性） (a) 関係者が合意に至ることを妨げている不一致の要因を検討して見出す。 (b) 2-2 に挙げた諸要素の要因を検討する。 ・ その要因を解消する可能性はないか。解決の方向は？</p>	<p>2-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係者が一致している場合は、合意を確認する方針を書く。問題がある場合、2-3 を受けて、今後どのような方向で患者・家族に対応していこうとするかを書く。 ・ 医療者内部の問題の場合は、相互の対応の方針がここに書かれる。

和的な手術を受けました。手術後1カ月目くらいで、間もなく亡くなるだろうとは思われていたのですが、それが予想よりも早かったのです。それは夜だった

のですが、当直担当のナースと当直医は蘇生をしないで看取ったのですが、主治医である外科医が到着して、蘇生すべきだったのにどうして蘇生を施さな

表13 - 4

4	
<p>III 合意を目指すコミュニケーション *この項は検討後の経過であって、以上の検討結果にしたがって使わないこともある。また、以上の部分と併せて、次回検討会で使うこともあり得る。</p>	
<p>3-1 患者・家族との話し合い ここには、2-4 で出た方針にそって、その後実際に患者側とどのように対応したかの経過を書く。</p>	<p>3-2 社会面の対応 社会的に対応すべきことを、実際どのように対応していったかの経過を書く。</p>
<p>3-3 最終結果 コミュニケーションを通して、結局どのような結論に、どのような決定の仕方であったかを書く。</p>	<p>3-4 フォローアップ留意事項 決定に至った時点で、医療者として今後患者・家族についてどのような点に留意してサポートしていくかについての見通しを書く。</p>

かったのかと言いました。色々意見が分かれて、担当のナースもかなり傷つきました。それがなかなか解決せず、数週間にわたってちょっとくすぶっていたようで、倫理委員会の合同カンファランスの題材として話し合ったことがありました。結論は出なかったのですが、たいへん難しい問題でしたから、ドクターも大勢参加してくれましたし、他部署のナースも大勢参加しました。ところが内輪同士では言いづらいこととか、言えないような雰囲気があって、みんなすっきりしない状態で終わってしまったのです。それでそれは終わったのですが、みんな心の中に何か問題を持ち帰ることになって、やってよかった、今後もこれについて検討していかなければいけないということになりました。

最後に発言してもらったのは外科医で、外科チームでは医師とナースのチームワークが取れていないのではないかとということでした。ドクターは絶対に蘇生するべきだと言ったけれども、ナースはそうは思っていなかったのです。日頃のコミュニケーションがよければ、これから変化していったときにどうするかという話が自然にされていたのではないかと。やはりコミュニケーションが悪いということから、ドクターとナースは日頃からコミュニケーションを取りあうようにすべきだということになりました。

もうひとつは、こういった事態に陥った時のガイドラインが必要ではないかとということで、これは継続して検討していくことになりました。

このシートの目的は、フォームに沿って書いていくと、患者さんのケアのゴールをどこにおいたらいいかというのが最後に出てくることです。曖昧だったら出てこないということになります。情報が足りないとか、患者さんとの話し合いが足りなかったとか、気持ちを聞いてなかったということが見えてきます。これには患者さんや家族の意向を書き込む項目もありますから、書かれていなければ参加していない、一緒にやっていないということがわかります。

行われている治療が最善のものかどうかを検討されていき、治療をすること、あるいはしないことによるメリット・デメリットが出てきますし、不足している部分や十分に把握していない部分がわかるようになっていきます。

倫理原則と臨床倫理検討シート

倫理原則とそのシートは、ヘルスケアを支える倫理原則を表現しています。このシートを使いながら事例を考えていきますと、倫理原則に則っている事柄を見ていけるようになっていきます。定着までにはもう少し時間がかかるとは思いますが使っていきます。

理念を共有する仕組み

この倫理的な問題を組織の中で定着させていくための方策として、私どもは組織としての価値観を共有することが最も大事だと思っています。例えば抑制することはどんな場合でもその患者さんにとっては望ましいことではないという風土を定着させるには組織文化を共有することが大事だということです。

理念は思想や哲学に基づいているかどうか。理念を定着させる仕組みがあるかどうか。病棟の師長レベルがリーダーになりますが、セクションのトップが、日常のケアの中でしょっちゅうそれを言動で示しているかどうかということです。これが日常的には大事です。起こっていることについて、「これはおかしいじゃないの」という話し合いが常にできるということが大事だと思っています。

その理念を共有する仕組みを表14に示しました。東札幌病院の理念は倫理的にできていると思います。たとえば、合同カンファランスでは、優しさとか人として尊重するというのを大事にして検討していきます。管理者研修でもこれを根底に置いて研修し

表14

理念を共有するしくみ (東札幌病院の理念～倫理的)	
•	合同カンファランス(臨床倫理検討シート)
•	管理者研修
•	医の倫理セミナー、緩和ケアセミナー
•	新採用者オリエンテーション
•	看護部卒後研修、院内研修
•	申し送りやミーティング
•	朝礼・全体会
•	病棟会議
•	看護課長・主任宿泊研修
•	看護部長への毎日の報告

ます。医の倫理セミナー、緩和ケアセミナー、新採用者のオリエンテーション、看護部の卒後研修、院内研修など、これらは全部理念をベースに行います。それから、毎日の申し送りやいろいろなミーティングにおいても、特にリーダーがきちんと、「これを大事にしましょう」という発言を日々していくということです。朝礼でも管理者は毎回交代でスピーチをするのですが、そのスピーチでも病院の理念を反映した出来事や考え方について話すようにしています。病棟会議、看護課長・主任の宿泊研修でも、病院の理念を今一度自分の問題に引きつけて、改めてリーダーとしての行動の仕方を見つめるといような形にしています。看護部長の私には毎日報告があって、それもやはり理念を大事にした受け答えになっています。

倫理的行動の4つの要素

これは高田早苗先生が改編して作られたものです

表15

倫理的行動の4つの要素	
1. 倫理的感受性 (Moral Sensitivity):	臨床倫理問題が生じていることに気づく力
2. 倫理的推論 (Moral Reasoning):	倫理的に問題である理由を説明できる力
3. 態度表明 (Commitment):	様々な障害を乗り越えて、倫理的に行動しようとする力～看護職としてとるべき行動の決定
4. 実現 (Implement):	倫理的行為を遂行することのできる力
<small>Waibe, M.E. の文献をもとに高田早苗作成</small>	

(表15) が、この4つが倫理的行動を起こすときには必要といわれています。組織文化をつくっていく要になるのは、特に臨床現場の部署ごとのリーダーだと思います (表16)。日常のケアの中で理念を言動で示すとか、臨床の倫理問題をタイミングよくみんなで話し合ってみるとか、カンファレンスに取り上げるといようなことです。あまり時間をおかずにタイミングよく話し合ってみる、これは問題だということをおもんなが意識することです。

倫理的行動力を高めること、臨床倫理委員会の活用、会議等で倫理的な判断に基づいた発言をすることも、きちんと言葉で発言したり、文章で表す力がとても大事だと思います。また、インフォームド・コンセントのガイドラインや、セデーションのガイドライン、情報開示に関するガイドラインを作って、現場で活用できるように周知徹底していくということです。作ったままでどこにあるのかわからないというような状態ではなく、日常業務の中で使えるようにすることが大事だと思います。

表16

倫理的文化を定着させるために リーダーに求められるもの
・ 日常のケアの中で、理念を言動で示す
・ 臨床倫理問題をタイミングよくチームで話し合う
・ 倫理的行動力を高める
・ 臨床倫理委員会の活用
・ 会議等で倫理的判断にもとづいた発言をする
・ ガイドライン (インフォームド・コンセント、セデーション、情報開示) の周知徹底と活用

終末期における意思決定

—倫理的枠組の中で患者とその家族を支持する—

ジュリー・ノップ

ヘルスケアにおける倫理とは

倫理とは何かを私たちの立場で考えますと、「よい」ということは何か、「正しい行動」とは何かということであり、この答えは価値観によって変わり、またヘルスケアの価値観は「原則」として表現することができます。

ヘルスケアにおける倫理の原則は、患者の自己決定、つまり患者がどのような希望をもっているか、善行、危害を避けること、公正に扱うこと、真実を伝えること、守秘義務があります (表 1)。

表 1

Ethical Principles in Healthcare
<ul style="list-style-type: none"> ■ Autonomy = Patient Self-determination ■ Beneficence = Doing Good ■ Nonmaleficence = Avoiding Harm ■ Justice = Fair Treatment ■ Personal Integrity = Truth-telling, Fidelity, Confidentiality

いくつかの症例を紹介しながら、みなさんと一緒に考えていきたいと思えます。

2つの例から意思決定についてお話しすることにします。

Mさんのケース

84歳の女性で、中等度の認知症がありますが、自宅で自立して暮らすことができます。献身的に世話をしてくれる3人の息子がいて、毎日、洗濯、料理、掃除などの世話をし、彼女といろいろ話をしてくれます。その他の家族と会うこともありますが、この3人が主な人たちです。週5回保健介護士が入浴介

助にきます。彼女の夫は病気で、ここ1~2年入院をつづけていて、リハビリセンターにも通っていますが、最近では入院しています。自分で食事をとることはでき、失禁もなく、自制力も維持しています。

ある朝、彼女はベッドから起き上がれなくなりました。息子が来た時にはまだベッドにいたままだったので、息子が病院に連れていきました。診断の結果、脳塞栓症で右半身麻痺で、歩行ができなくなりました。発語は不明瞭となり、簡単な質問にも答えることができず、単純な指示にも従うことができなくなりました。座った状態でバランスをとることもむずかしくなりました。

この病態に先立ち、息子たちは母親が自宅で安らかな眠りのうちに亡くなることを望んでいました。認知症の患者は、嚥下障害が生じたり、誤飲性肺炎を起こしがちであるということ息子たちは担当医から説明を聞いて知っており、ケアにも精通していました。認知症が進行して嚥下できなくなったときには、栄養留置のチューブは行わないということも決めていました。

ところがある日突然脳梗塞になって、こういう事態が起こったのです。

1) ケアの目標

脳梗塞が発症したときに息子たちは栄養チューブを留置することを了承しました。リハビリを行って機能を回復することを願ったからです。神経内科の専門医は、家族とディスカッションし、多少の機能の回復は認められるだろうということ、そして自宅に戻ることもできる程度には自立できるかもしれないということで、ゴールを念頭に置き機能レベルの回復を期待していました。

ところが、脳梗塞が起こって5カ月たってもほとんど回復は認められませんでした。療養施設に入所したまま、発語はできず、腕も人を押しやるくらいしか動かすことができず、歩くこともできませんでした。

ある日、栄養チューブが外れて、再留置のためにERに運ばれました。

ERの医師から2つの提案がなされました。ひとつは、栄養チューブを再留置して元の病室でケアを継続すること、もう一つは、栄養チューブを元に戻さず、緩和ケアを提供し、液体を経口で与え、おそらく数日から数週間のうちに亡くなるだろうという

ことを理解してもらうということでした。

このようなことはERではよく起こることだと思いのですが、全体像をよく把握できず、目先の問題を解決するのに精一杯ですから、ERを出てからいろいろと考えなければならなくなるということです。ERの医師はこの患者のこれまでの状態を考え、家族にとって患者がこの時点で栄養チューブをつけるかどうかを判断するよい機会であると考えたのでしよう。

2) 終末期ケアの決断

ここで判断をしなければなりません。まず、息子たちに認知症や脳梗塞になる前に、患者は自分の価値観をどのように伝えていたかということです。息子たちは現時点での母親のQOLについてどのように受け止めているのか、母親の予後をどれくらい理解しているのか、脳梗塞から5カ月たってもまったく回復していない医学的予後はどうなのか、将来どうなると考えているのかということです。

3) 家族との会議

そこで家族との話し合いがもたれました。

ベッドサイドの看護師、老年病の専門医、ソーシャルワーカー、3人の息子と緩和ケアを担当する私の7名が集まりました。息子たちから十分に時間をかけて母親について話をしてもらいました。

家族と話すとき、私は最初にどのような人であるかを聞きます。既往歴を聞くのではなく、どのように暮らしてきたのか、誰と暮らしてきたのか、健康状態はどうであったのか、加齢により生活は変わってきたのか、何を楽しみにしていたのか、どのような人と付き合ってきたのかなど、その人がどのような人物であるかを知ろうとします。

病院では患者がみんな同じ寝巻きを着て、重篤で、譫妄があったり、熱があったりすると、患者はみんな同じように見えてしまい、この人は一体どのような人だったのかという見当がつかなくなります。ですから、5分か10分は時間をとってしっかりと話を聞き出します。

そして、彼女は常に自立を好んでおり、周りの人にはあまり関与してほしくないと思っていること、料理と整理整頓が好きで、大勢の人に食事をとってもらうことに喜びを感じていたということでした。

4) 代理人による意思決定

マサチューセッツ州ではヘルスケアにおける代理人を任命することができます。彼女の場合には3人の息子がチームとして互いに確認し合いながら、母親にとって何がいちばんいいかを意思決定していくというプロセスをとっていました。

そこで、「あなたの母親は今の状態についてどう思うかということについて話してください」「もしあなたのお母さんが私たちの隣に座って自分を見たら何と言うと思いますか」「あなたがどう感じたとしても、母親の言葉で話してみてください」と問いかけていきました。

愛する人が隣に座っていて、自分のこのような状態を第三者的に見たらどう思うかということを探ります。第一印象としてはこういう状態がつづくのは嫌だと思うというケースが多いのですが、これは非常に感情的な反応です。

3人の息子は私たちの前で泣きました。そして、3人とも、母親がこの状態で延命は望まないだろうと話してくれました。3人とも、もし栄養チューブを取り替えなかったらどういうことになるのか、誰がケアをするのか、そしてどのような形で対処していったらいいのかなどについて質問してきました。

もうひとつ重要なことは、家族へのケアということでした。3人の息子たちは仲良くいろいろなことについて話し合っていました。代理人に任命された人が基本的にはケアを続けるか続けないかを決定する権利がありますから、3人のうち代理人となった人がいちばんストレス下に置かれることとなります。

私はICUにいた別の家族のことを思い出します。母親が脳梗塞で器官送管され、多発性の問題を抱えていました。別な州から送られてきた患者でしたが、前の病院では、患者に送管が必要で、蘇生も行うと言われていたというのです。私たちと話し合いをした結果、妻は命を全うする時期にきたのだと言ったのです。夫と3人の娘は病院での話の内容を持ち帰って話し合い、夫を代理人に任命しました。この場合も家族全員が合意した結果ではあったのですが、それを言う立場になった人は大きなショックを受けます。そういうことも考えていかなければならないということです。

5) 倫理的な枠組み

倫理という観点から見えていくと、いろいろな選択

肢があります。栄養チューブを元に戻すのを止めるという選択もありますし、現在のケアをつづけるという方法もあります。栄養チューブは継続するけれども、快適な状態で人生の終わりを過ごすようにケアの目標を変えるということもできます。これは、これまでのケアの目標を変えるということではなく、新しい問題が出たときにはそのためのケアはしないということです。例えば新たに感染症が発症した場合は、それについて積極的な形でのケアはしないという方法です。ケアをやることはできるけれども、それをやるべきかどうかということを知るわけです。医学的には可能であるけれども、それがよい行いであるのか、あるいは悪いことなのかということの狭間で、それを果たしてやるべきかどうかということも見なければなりません。その際には、完全な利益を考慮した上で、かつ危害を加えないという原則にのっとって何が必要なのかという倫理的な結論を出すことが要求されます。また、それが家族のためになるかどうかということも必要です。

6) 終末期のケア

今回の場合は、栄養チューブを元に戻さないという決断がなされ、スプーンで栄養を与えるようにしたのですが、母親は口を開かなかったのです。そのために看護師による口腔ケアは難しくなりました。スキンケアや体位の変換などは行いましたから、患者は不快な様子を示すことはありませんでした。液体モルヒネを舌に垂らすというやり方をしたのですが、モルヒネをもっと必要とするような不快な表情を表すこともありませんでした。アセドアミノフェンも一日3回投与しました。これは体位を換えないでいるときに効果があると考えたからです。約5カ月介護施設でホスピスケアチームの介護を受け、リハビリテーション施設に戻り6日後に亡くなりました。

ホスピスケアでは、遺族のためのケアを13カ月継続することが決められています。介護施設に入ってホスピスプログラムに入った段階で、おそらくホスピスプログラムが息子たちのケアを遺族ケアの一環として提供していたと思います。

Jさんのケース

68歳の女性で、乳がんが骨や脳、肝臓に転移していました。意識はありますが、骨の痛みを強く訴え

ており、疼痛を緩和するよりは鎮静を望んでいました。彼女のこの要望は子どもたちも同意していました。看護師は24時間体制でモルヒネを投与していきました。それで疼痛管理が十分にできると思ったのです。また、必要に応じてモルヒネとロラゼパムを投与しました。

彼女は傾眠傾向になり、呼吸困難に陥り、不穏状態になりました。子どもたちは看護師に母親がより快適になるように要望しました。看護師は、患者が死にゆく状態にあることはわかっていたのですが、薬を投与すると呼吸が更に抑制されるので、彼女は自分がその死に責任を負わなければならないような状態になるのは困ると思いましたが、モルヒネとロラゼパムを投与しました。その少し後に患者は亡くなりましたが、投薬と死のタイミングが近かったということから狼狽し、動転しました。

私は経験の豊富な看護師、あるいは経験の少ない看護師などいろいろな看護師と交流してきましたが、誰であっても頭では患者が臨死期にあると知っている、薬の投与と死のタイミングとは関係がないとわかっている、薬を投与してすぐに患者が死んでしまうと非常に動転してしまうことがあります。

1) 二重効果のルール

二重効果のルールとは、「倫理的な枠組みの中で、終末期の心のこもったケアをどのように提供すればよいのだろうか」ということです。これについて話をし、自分たちが提供している臨死期のケアについてもっと理解できるようにしています。

二重効果のルールは4つあります(表2)。

第1は、その行為はよいことであり、少なくとも道徳的には中立であるということ、第2は、よい効

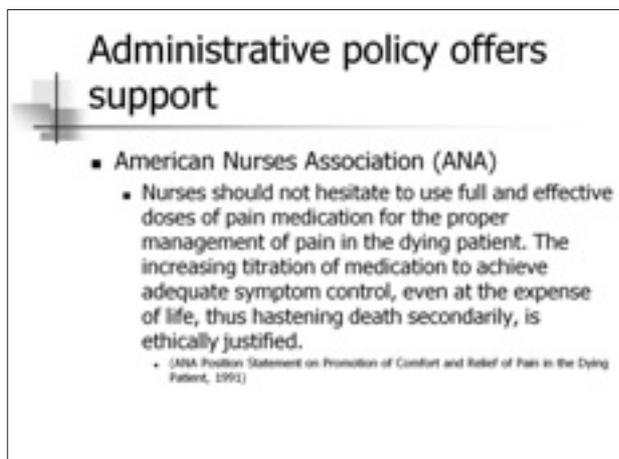
表2

The Rule of Double Effect	
■ 4 conditions:	
■ The act is in itself good or at least morally neutral	
■ The good effect is intended and while the bad effect is known, it is unintended	
■ The good effect is not achieved by the means of the bad effect	
■ The good effect is proportionate to the bad effect	

果は意図したものであり、悪い効果は知られてはいるけれども、意図したものではない。モルヒネは呼吸抑制を起こすが、モルヒネを投与して疼痛を緩和しようと考えている。つまり、呼吸抑制のためにモルヒネを使ったものではないというようなことです。3つは、よい効果は悪い効果によって達成されるものではない。4つは、よい効果は悪い効果と比例する。

米国看護師協会では、看護師をサポートするための方針を出しています(表3)。

表3



「看護師は、臨死の患者の正しい疼痛管理のために、完全に適切な量の薬剤を使用することを躊躇すべきではない。適切に症状をコントロールするために薬剤の投与量を増やすことにより、生命を対価として二次的に死を早めたとしても、倫理的に正当化される」というものです。

2) 看護師へのサポート

しかしながら、看護師は日常的に臨床でこのような状況に対応しなければなりませんし、適切なことをやっていないのではないかという気持ちが起こることがあるかもしれません。

ベス・イスラエル・ディーコネス・メディカルセンターでは倫理サポートサービスを行っています。フォロー先生がディレクターとしてまた積極的なコンサルタントとなり、そのうちの一人は看護師でICUのチームメンバーでもあります。彼女は看護師の観点から話をすることができます。もう一人はソーシャルワーカーで、弁護士でもありますから、また少し違った視点からサポートすることもできます。

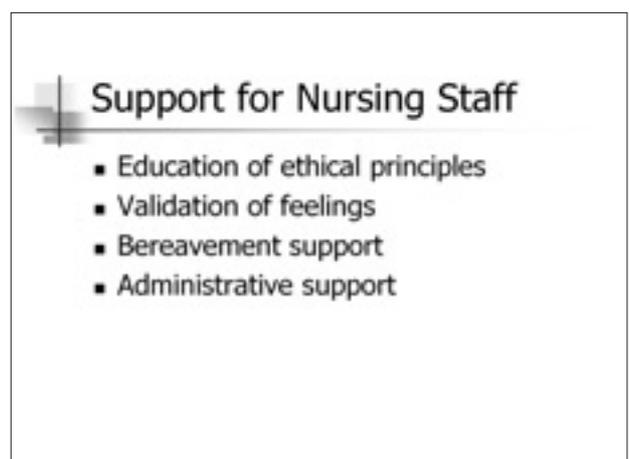
緩和ケアの倫理サービスでは、倫理原則の教育を

継続的に行っています。また、看護師に気持ちを話してもらおうようにしています。「心配しないでいいわよ」というだけでは不十分です。その気持ちを聞いてあげます。呼吸のセラピスト、理学療法士、作業療法士、嚥下療法士など、いろいろなクライシスの状況を体験してきたスタッフから意見が出てきますが、その気持ちを吐き出してもらいます。

それから死別による悲しみのサポートをします。これは正式なカンファレンスを行うこともありますし、病棟ごとに行うこともあります。今の病院でいいことは、看護師用のカンファレンスルームがあることです。ここはサンクチュアリー的な意味ももつ部屋です。

管理的・事務的サポートも不可欠です。私はいくつかの病院で仕事をしましたが、管理部門がスタッフは日常どのようなことをしているかを理解しておらず、時間をとって私たちのサポートをしてくれないとなると、私たちの仕事は非常に大変になります。ですから、事務管理部門が大変な仕事だということはおくわかっていてと言ってくると大変助かります。そして、そういう時間をスケジュールに入れて、他の病棟の看護師に1時間ほど代わりをしてもらって、自分の病棟の看護師が非常に難しい状況についてカンファレンスなどを開けるようにする。このようなこともスタッフサポートという意味ではとても重要です(表4)。

表4



自殺幫助と安楽死

米国では、オレゴン州を除いて、自殺幫助と安楽死は違法です。米国看護師協会は、「自殺幫助や安

楽死に関わることなく、終末期に心のこもったケアを提供する看護師を支持する」という意見表明を行っています。

しかし、それが不法であるからといって、家族や患者が早く死にたいと願わないというわけではありません。もう少し薬を増やしてもらえないかというように言う人もいます。苦しみが長く続きすぎているので何とかしてもらえないかと。みなさんも患者や家族から薬の量をもっと増やしてほしいと言われた方がおられるでしょう。米国のマサチューセッツ州ボストンでは80%の人は経験があると答えます。このように言われたときに、看護師がどのようにするかということについても準備ができていなければなりません。

私は看護師に次のような教育をしています。

終末期において法律的・道徳的にどのようなことができるかということをお患者や家族に教育しておくこと。患者と家族にすべてのレベル、つまり身体的・感情的・精神的サポートをする用意があるということ。そして、決して患者を見捨てるということはないということです。「臨死のプロセスがいかに長くなったとしても、私たちは患者の側に座って、家族の言うことをきちんと聞きます。何が心配なのかについても傾聴します。私たちはいつもそこにいて、ケアの一部であり続けます」ということをお話しします。

そして、家族が患者の人生を共有することに立ち会うこともあります。私たちができる限りのことをして、最期の何日間か何時間かを患者と家族が満足する時間を過ごせるかということに心を砕いています。

病室では各部屋にテレビがついています。癒される音楽や、快い風景を映し出すチャンネルもありますので、それを活用することもあります。

ケアの倫理の特徴

患者や家族との関係性を進展させ、言葉の意味と表現を重視し、孤立させないように、疎外させないように、また放棄されることがないようにします。

スタッフとしては、1カ月に一度倫理関係の緩和をして難しい症例について話し合い、その症例の倫理的問題は何かについても話し合います。死別と緩和に関する会議も行っています。10～12人くらいのジュニアドクターには月例のミーティングが看護師とソーシャルワーカーによって行われています。

なぜよりよいサポートが必要なのかということですが、看護師不足という悩みがあります。ある看護師が大学を卒業して仕事を探している場合は、その看護師のとりあいになります。私たちはその人にできるだけ長く働いてもらいたいと思っていますから、そういう意味でのサポートもできるようにしたいと思っています。新人をいかに留めることができるかに力を注ぎます。これはどの病院でも大事なことで、できるだけ魅力的なパッケージを示し、看護師をこれだけ大切にしている病院だということを伝えます。ここに就職するとききちんとしたサポートがあるということを確認することも大事です。このようなサポートがあるとモラルも向上します。具合が悪いときにはきちんと病欠がとれ、コミュニケーションがよいと職場が楽しいということにもなります。自分が楽しく、満足して仕事に臨めるということが高い留保率にもつながりますし、他の病院で働く看護師を勧誘することにもつながります。そのような意味でもモラルの向上に貢献します。

サポートがあるということによって、厳しい仕事ではあるけれども、自分たちの仕事に満足してもらいたいと思っています。患者の死に遭遇しても周りにそのことについて共有できる、相談にのってもらえるようなサポートがあるということが大切なことではないかと考えるからです。

医療倫理と終末期医療

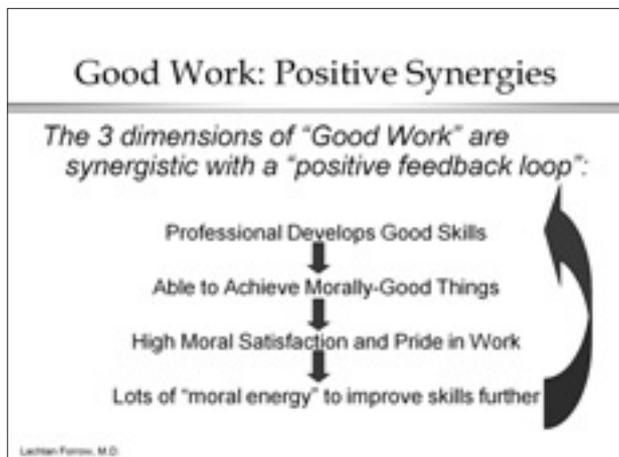
ラックラン・フォロー

「倫理」と「よい仕事」とは

スキルは倫理的な善を実行するために使います。そしてそれが私たちに納得がいくような、満足がいくようなものと、非常に前向きのフィードバックが得られます。モラルのエネルギーが充足されると自分たちの仕事も更に向上して、もっと難しい問題に立ち向かって患者と家族を支援することができるようになります。ノップさんは、あの難しい仕事でも、とてもやりがいがあると感じているそうです。

「よい仕事」のプラスの相乗効果 (図1)

図1



「倫理」と「士気」はいずれも moral で、関係性はあるのですが、まったく意味は異なってきます。ラテン語の語源はいずれも moraris から派生していますので、切り離すことのできないものです。

倫理と医学と看護は、日常の仕事と切り離すことはできません。私たちが日常やっていることの一環になっていなければならないのです。どのような考え方をするにしても、どのような行動をとるにしても価値が反映しなければいけないと考えています。

東札幌病院の長谷川さんが、「倫理は抽象的な理念ではなく、医療施設においてすべての行動の結集したもの、そこで働く人々の人格の結集したもので

あって、理念とか倫理委員会があるということではなく、そのような価値をみんなで具現化していかなければならない」と話されましたが、まさにその通りです。

生命への畏敬

米国では倫理についていろいろと限界が感じられるところもあります。倫理はルールとか義務ではないのかとか、どのようなルールに従って、何を義務として感じていかなければならないかということです。倫理とはどのような意思をもっているのか、どのようなことに私たちは満足し、誇りを感じるのかということが問われることであって、私たちが倫理的に尊敬する人たちはただルールを守っている人たちではなく、それはむしろ最低限の決まりでしかありません。たとえば、マハトマ・ガンジー師、マーティン・ルーサー・キング牧師、マンディラ元南アフリカ共和国大統領は、みなさんルールを破って収監された人たちでした。自分たちの社会や文化のルールが倫理的ではなかったので、ルールを守るといよりは、自分たちの生活を越えたモラルの理念を自分の中にもっていた人たちなのです。私たちはこのようなルールについて理解をするというより、本当に自分たちのやる行動の中に倫理を重んじていくという生き方をしていかなければならないのです。

医学における倫理的ケアを20世紀に実践したのがシュバイツァー博士でした。生命への畏敬、これはシュバイツァーによると、生命の奇跡に対して畏怖の念をもち、一人ひとりを尊重し、そしてケアをする人たちに対しても尊敬の念をもつということです。私たちの目の前に置かれる生命に対して尊重の意思をもつ、まさに私は自分の生命と同じだけの畏敬を生きようとする人たちに対して施すのだということを語っています。

終末期ケアの倫理 —— 一般原則

「自律 (Autonomy)」には、2つの意味があります (表1)。「自分」と「法律」という言葉が組み合わされています。Autonomy という言葉そのものは、「私自身」そしてまた「法律の源」、私自身が行うことの法律について私が決定する、私の人生や生命に関して私が決定するという、つまり、「自

表 1

Autonomy I
<p>"Autonomy" comes from the Greek:</p> <p>αυτονομος (autos) = self + νομος (nomos) = law</p> <p>"Autonomy" = "self-determination"</p> <p><small>Lachlan Ferriss, M.D.</small></p>

表 2

Autonomy II
<ul style="list-style-type: none"> ● People have the right to make their own decisions about their lives, according to <u>their own</u> values ● This is true even if others could make the decisions better <p>In a pure "ethics of autonomy", it is ethically wrong to do something against a patient's wishes, even when it is for their own good.</p> <p><small>Lachlan Ferriss, M.D.</small></p>

己決定」という意味も含まれています。

それではこれは医療行為においてどのような意味をもつかということです (表 2)。

第一は、人は自分の人生に関して、自分の価値観に基づいて自分で決定を下す権利を有している。患者の価値観は何か、患者の決定は何かということであって、その場合は他人の決定はあまり重きをもたないものだということです。

第二は、他人がほかのよりよい決断をできるとしても、当人が権利をもつのだ。他の人が私の人生についてよりよい決定を下すことができたとしても、自律という範囲内では自分自身が自分のことを決定するのだということです。

第三は、純粋な自律の倫理ということに限って考えますと、たとえ患者自身のためになることであっても、患者の望みに反して何かを行うことは倫理的に間違っているということです。米国では、まさに建国の精神がそれに立脚しています。当時、米国の独立戦争が起きたときに、外部から、英国、あるいは

は海外から何かを強要されることを拒んだのです。「自由か、さもなくば死を」ということが建国の精神として私たちの文化に根づいています。

意思決定能力

意思決定における倫理の大切さですが、意思決定能力のある患者というのは、いかなる治療をも拒否する権利を有しています。たとえその治療がいのちに関わる治療であっても、自律は恩恵よりも優先されます。呼吸器械とか他の治療がほかの患者のいのちを救うとしても、送管の前に告知を患者に行っていて、患者が、「私はとにかく呼吸器にはつながないでください」と、自律の権利に基づいて、そしてまた自己決定の原理に基づいて意思決定をしたのであれば、呼吸器がその患者を助けると医師が考えたとしても、この場合は自律が恩恵よりも優先されると考えなければならないのです。

意思決定というのは、患者にきちんと力があって、自己決定ができるという場合は、その人の患者としての権限は絶対です。意思決定能力を患者が有していない場合は、ほかの誰かに権限を委譲することになります。意思決定能力を有する場合は、その臨床的な状況をわかっていて、そのためには医師や看護師とともに告知の議論に加わっていただかなければならないと思います。その場合はきちんと真実を伝えなければなりません。

それからまた、自分の目標、価値について、どのような選択肢があるか考えられること、混乱したり、羨望があると、選択肢から選択することができません。そして、自分の選択を決定したら、それを伝えることができるという実際的な側面もあります。

次の中核的な考え方は症例も含めてお話しします。

代理人による意思決定 (表 3)

これについてはこれまで詳しく話しました。患者が決定できないときには、代理人に意思決定をしてもらいます。たいていは家族です。そして、患者自身がするであろうという決定をすることが代理人による意思決定です。つまり、家族の人に、「ご家族はどうしてほしいですか？」ということではないのです。患者の自己決定、自律を考えなければなりませんから、「あなたの大切な人は、私たちに何をしてほしいと思いますか？」と聞かなければなりません。

表 3

Surrogate Decision-Making
The "surrogate" decision-maker is the person making decisions when the patient cannot (usually a family member)
Goal: "Substituted Decision-making" – try to make the decision that the patient himself/herself would make
Not: "What do you want us to do?"
Instead: "What do you think your loved one (the patient) would want us to do?"
<small>Lectian Forum, M.D.</small>

ん。

家族にはこのように説明をしています。

大切なお母さんが ICU で呼吸器につながれている。継続すると苦しみはつづく。呼吸器を外すと彼女が死んだことに責任を負わなければならないと考えるかもしれない。世界でもっとも大変な選択をしなければならない、非常に大きな負担になるでしょう。「こんな難しい決定は大変ですね。でも、ちょっと話をさせてください。あなたたちは、意思決定をするのではないのですよ。自分たちで決めなくてもいいのですよ。問題はみなさんがお母さんにどういう治療をしてほしいかを選択するのではなく、私たちがわかるように、お母さんだったらどういう選択をしたかを話してほしいのです」と。あなたたち自身が決定をするのではないのです。お母さんはどういう人でしたか。お母さんがしてほしいこと、してほしくないことを教えてください。それを知ることによって、私たちみんながここでお母さんがどういうことをしてほしいかがわかるでしょう。私たちが決めるのではないのです。私たちには道徳的に選択肢は与えられていないのです。母親がどうしてほしいかということを考えるのです。

このようにして負担を軽減し、母親の代わりに声になってもらいます。

臨死期の患者に愛を表現する何よりの方法は、病気自体は私たちがコントロールすることはできない、末期であればがんをコントロールすることはできない、もしそれが致命的なものであれば脳卒中もコントロールすることもできない。だけど、この段階でお母さんにできることが一つ残されている。お母さんの人生のこの段階が望んだ状態にいちばん近くなるようにしてあげることができますよ。それが母親

に対するいちばん強い愛の表現になりますよ、という話をします。

事前の指示

意思決定能力を失う前に、患者によって作成され、患者の願いに関する重要なエビデンスやアドバイスを提供することができるようにしておきます。患者が意思決定能力を失う前に出すものですから、患者の意思がわかります。もし患者が自分でできないときに誰に意思決定をしてほしいかについても患者に聞いておきます。たとえば、長男が西海岸からやってきて自分が決定すべきだと言っているけれども、年下の娘が母親の面倒を何年もみてきて、母親のことをもっともよく知っている、そして、母親は息子より娘に自分のことを決定してほしいと思っているということもあると思います。ですから、患者に聞くということです。もし自分で意思決定ができなくなった場合に、私たちはあなたに代わって、あなたの声として発言してもらうために誰を指定したらいいかを確認します。呼吸器、栄養チューブの装着などいろいろと考えなければならないという話も出まして、それもその通りなのですが、患者自身が自分に代わって自分の声になってくれる人を誰か指定することが何よりも優先されなければなりません。これは30秒もあればできる決定です。これによって将来的に発現するいろいろな問題を予防することができます。それからあとは、患者が何をしてほしいかということです。患者はこういう状況でどのようなことを欲しているか、自分の代理になってくれる人に話して理解してもらっておくことが大事だと思います。

欧米の場合には個人主義ですから、意思決定の単位は個人で、自律と倫理に基づいています。私は何を望んでいるかということです。私の息子、私の妻は何を望んでいるかではなく、私の人生なのだから私が決めるというのが欧米の考え方です。つまり、自己は独立して、分子にはならないもので、孤立した原子のようなもので、単独で決めるものということです。しかし、他の文化では必ずしもそういうように自己は考えられていません。特に東洋の文化ではそうだと思います。人間は、実際は原子ではありません。人間は分子の一部として、つまり分子の一部の原子として存在していますが、常に妻や子どもともつながっています。私は原子として単独で存

在するのではなく、分子として存在しているわけです。他の関係を全部取り外してしまったらどうなるでしょう。もう私ではなくなるでしょう。今の私ではない、そういう関係性を全部なくしたら今の私ではなくなるでしょう。

それを理解するよい手がかりをお話します。

何年も前のことですが、パキスタンから外科の医師が1年間、ハーバード大学に公衆衛生の勉強にきました。その方は、パキスタンでは、個人の自律を示すような言葉はないと言っていました。つまり、他との関係性でしかありえないということです。他との関係を見ないで自分一人で自己決定することはないということです。私はただ私であるということはありません。私は息子でもあるし、父親でもあるし、夫でもあるし、兄弟でもある、その他のいろいろな関係性がある私なのである。だから、意思決定を行う際には、他の関係性から完全に独立させて決定させようという欧米型の自律についての倫理だけでは必ずしも好ましくないこともあります。

医療における一般的な意思決定の枠組み

歴史的に最近の1世紀における医学における意思決定を見てみましょう(表4)。

表4

General Decision-Making Frameworks in Medicine	
● Medical Paternalism	» M. Deity decides everything
● Pure Patient Autonomy	» M.D. explains; patient makes all choices
● Shared Decision-making	

Lectian-Ferris, M.D.

医療の分野でのパターナリズムは、20世紀にはかなり支配的であったと思います。医師が神のように君臨してすべてを支配し決定していました。よい患者というのは医師の指示を聞いてくれるという考えです。しかしもうそういう考え方はなくなりました。振り子が逆に揺れてきました。

現代は患者の自己決定、自律、患者が全部決める

べきである、そして、医師は患者のオーダーに従うというように思われているかもしれませんが、これもやはり誤っていると思います。意思決定を共有することが大事なのではないかと思います。患者、医師、看護師、そしてソーシャルワーカーが加わることもありますが、意思決定を共有することです。

そして、よい臨床的な決定をする2つの要素としては、どのような目標と価値観がいちばん重要か、それからそれらの中でどれが可能か、それを達成するためにはどうすればよいか。

患者や家族と医療者の役割をみてみましょう。患者や家族にとっては、「目標と価値は何か」であり、臨床チームにとっては、「そのゴールを達成することが果たして可能か、最適な方法とは何か」ということになります。患者は外科的な方法や化学療法でがんを治してほしいと思っても、最終的には医師が治らないと判定するのですから、手術も化学療法もあまり意味をなさないということになります。

倫理学 — Work-Up

私たちが最初にやらなければならないことは、まず患者とのコミュニケーションを充実させることです。場合によっては家族と話をし、とにかくいちばん大切な目標が延命なのか、安らかな死、それも在宅で迎えるのか、尊厳をもって亡くなるのか、最愛の人と過ごすのか、患者が他の人に何を残したいのかを考えることです。幼い子どもを残して死ななければならないのであれば、子どもが18歳になったら読ませてくださいというような手紙を書かせるのか、娘が結婚したとき、あるいは娘に子どもが生まれたときに渡してほしいというような何かを残すということが、終末期の患者にとって大切なかもしれません。

その患者の最終目標が何かを考え、看護師や医師はそれを達成する最善の方法をとっているかを検討します。間違っても「人工呼吸器が必要ですか?」とか、「化学療法が必要ですか?」「心肺蘇生をしますか?」などというような質問をする医師もいます。そのような決定は医学的な理解がなければ決断できないものであり、患者がいったん人工呼吸器につながったらどれくらい苦しいかわからないのです。患者は苦しみたくないし、大切なことは痛みが除かれること、そしてコミュニケーションができるようにすることです。患者や家族から、呼吸不全になっ

たら人工呼吸器をつけてほしいと言われたら、呼吸器をつけてしまうと人と話ができなくなり、苦しいということ話し、その場合は人工呼吸器をつけることを諦めさせる話もしなければならぬかもしれません。その患者にとっていちばん大切な価値を支えるのであれば人工呼吸器はつけるべきではないということも言わなければなりません。そういうことを白板に書いて家族と話をします。

意思決定についての基本的な原則は、採血とか心臓移植というような臨床介入が正当化されるのは、患者の立場からみて期待される結果と負担とを秤にかけてどちらが重いかを計って、恩恵のほうが少ないのであれば行うべきではないということを言います。治療が実際に始まってからそれをつづけることが負担を上回るものでなければ、その介入をつづける必要はありません。抗生物質が負担を減らすと考えたのに、結果がまったく負担を減らすことになっていないで、副作用ばかりが目立つというような場合は、それをつづける意味がないわけです。化学療法も同じです。

ところが何らかの理由で人工呼吸器はそれらとは違うと考えてしまうことがあります。人工呼吸器で利益が負担を上回ると考えてとりあえずつけたけれども、それが患者の立場から見てほとんど利益をもたらさず負担になっているだけであれば、人工呼吸器をつけておく合理的な理由がないわけです。その場合は、人工呼吸器を外すということになります。法廷闘争に入ってしまうこともあり得ますが、非倫理的な問題、あるいは倫理に関わる価値観についても考えなければなりませんし、倫理的な推論も重ねなければならず、正しいことをやるという意欲的な取り組みにも関わることとなります。意思決定を行うのはその場合非常に難しくなってしまう。そういう意味ではもっと卓越した手腕が必要になってきます。

実際、意思決定を行う際に複雑な事柄が関わる場合には、どのように整理して考えるかが大事です(表5)。

まず、事実について考えることです。診断、予後についてその患者がそれまでに自分にとって大切な価値観について述べている事実を集めなければ意思決定はできません。倫理的な問題で2つの価値観がぶつかってしまうのであれば、患者と家族の求めることが対立しているという倫理的なジレンマに陥ります。どれがいちばん優先しなければならない価値

表 5

"Ethics Work-Up"	
● 1. Facts	> diagnosis, prognosis, pt's views, other
● 2. Values at Stake	> "pt's autonomy" v. pt's welfare ("beneficence") > prolonging life v. alleviating suffering > what's best for pt v. what family wants > Physician/nurse's professional integrity
● 3. Possible Courses of Action	> How can you promote <u>all</u> values you are responsible for? > if not (and only then), which take priority?
● 4. "Preventive Ethics"	

Lectin Ferris, M.D.

観なのか。延命することなのか、あるいは痛みを緩和することなのか、事実を告知して相手を傷つけるのか、真実を告知しなければ患者は意思決定ができない、それらのどちらが望ましいことなのか。

第一選択肢は、まず、すべての価値観を尊重することはできないかということです。苦しみを取り除いてかつ延命はできないか。家族と患者の望みと意向を一致させることができないか。それが不可能な場合は、苦しみを和らげることが延命とどのような価値関係にあるのかを考える。これではジレンマに陥ることになります。

倫理的な挑戦

次に3つのケースを紹介して、このような原則がどのように取り扱われたかについて歴史的に見ていきたいと思えます。

植物状態で、不可逆性の完全な意識消失の場合、通常、きちんと酸素が脳に送られなかったために脳幹の意識が失われてしましますが、呼吸器などの機能は司ることができるので、患者の心臓と呼吸器は正常に機能します。しかし、脳の中では意識がまったくないということで、この30年間で3つの例がありました。これについて私たちがどのように取り組んできたかについての理解がこれを通じて高まりました。患者の立場からみて、恩恵が負担を上回るのかということが争点になっています。歴史に残った著名なのは、カレンさんのケースです。

ケース1・カレンの事例

彼女は1975年に無酸素性脳障害で呼吸器につながれました。当時は人工呼吸器を止めてはいけなかつ

たのです。彼女の家族が人工呼吸器を取り外すことを望んだのですが、医療者側はこれを拒否しました。もし法律が間違っているのであれば、法律を変えていかなければなりません。ニュージャージー州の裁判所に裁定を求めたところ、家族は呼吸器を取り外す権利をもっているという裁定を下しました。医学的に患者は回復する見込みがないという理由からです。1976年に人工呼吸器を外しましたが、彼女はそれから9年後に肺炎で亡くなりました。奇妙なことです。

9年間生きながらえた理由は、栄養をチューブで補給していたからです。家族はその栄養チューブを抜かなかったからです。というのは、父親は、「父親というものは常にご飯を食べさせなければならぬものだ」というので、栄養チューブを外してしまうことは基本的に父親が子どもにしてやらなければならない“ご飯を食べさせる”という父親としての義務を怠ることになると考えたからです。

これについては米国でもいろいろな意見の人がいます。

ケース2・ナンシーの事例

1983年1月11日、彼女は自動車事故で無酸素性の障害を受け、栄養チューブをつけました。植物状態になり、意識を回復する見込みがなくなりました。家族はミズーリ州の最高裁に、娘は栄養チューブを望まなかったと訴えました。しかし、ミズーリ州の裁判所は、栄養チューブの継続を命じました。「生活の質は重度に低下しているが、生命を優先するという州の強く主張された政策に基づき、われわれはあえて生命を尊重する立場をとる」という判決でした。

確かに彼女は栄養チューブをつけることを求めているとはいかなかったという証拠も出されましたが、それは認められなかったのです。家族は最高裁判所に上告しました。

6年後の1990年に合衆国の最高裁判所が判決を出しました。その理由は、

1. 患者はいかなる延命治療をも拒否する権利を有することを認めた
2. 人工的栄養や水分補給も、その他のどのような医学的介入とも違わない
3. 合衆国の個々の州は、意思決定能力を保持しない患者の望みを決定するために必要な証拠の基準に関して裁量権をもつ

というものでした。

3番については、このルールは州によって違います。多少の証拠で通ることもあります。ニューヨーク州の場合は、書式での文書が必要になりますし、もっと簡単なもので認められる州もあります。

重要なポイントは、もし患者が呼吸器をつけてほしくなかった、栄養チューブをつけてほしくなかったというのであれば、この患者が最初に始めなかったのと同じように、途中で中断することも同じと考えられるということです。そして、ミズーリ州の裁判所に、ナンシーはこれらを望まなかったという証拠を出して栄養チューブを抜去し、11日後、ナンシーは家族の立ち会いのもとに永眠しました。墓碑には、「ありがとう。そしてもっとも愛された娘、そして妹、おば。1957年に生まれ、1983年に事故に遭い、1990年にようやく安ら became になった」と記されています。

彼女はこのような治療を求めたはずであり、米国の最高裁まで家族が異議を申し立てていたということのおかげで、米国全土でこの権利が認められるようになったのです。

ケース3・テリーの事例

最近のケースとしてテリーの事例があります。

1963年に生まれ、1984年にマイケルと結婚。1990年、27歳の時に心停止となり、無酸素性の脳障害に陥り、PVSと診断されました。1998年の時点で回復は望みがないということで、夫のマイケルはテリーは望まないだろうということで栄養チューブの抜去を要求しました。両親はこれに異議を唱え、多くの訴訟がその後つづきました。

大脳皮質に大きな傷害を受けていても脳幹の部分は動いている、心臓も動き、呼吸もでき、また睡眠のサイクルもあります。そして時々眼球が動きます。両親にとってはこれまで多くの時間を娘と過ごしてきました。側にいると目が動き、呼びかけるとたまに目が動いたりすることもありますし、また兄弟にしてみればテリーはそこに自分たちがいるということがわかっているのではないかと思えるということです。QOLがある程度維持されているのだから、栄養チューブを維持すべきではないかと親は考えたのです。

夫のマイケルは、自分はテリーのことをよく知っているし、結婚し、死ぬまで一緒にいると誓い合い、今まで夫婦で思い通りにやってきた。結婚したので

あるからは、自分には妻の意向を尊重する義務があると主張しました。

ここで家族と夫との間には葛藤がありました。一体何が正しいのか非常に難しい状況だと思います。

まず、事実からスタートしなければなりません。

事実面で意見が一致しなかったら、結論が違ってきます。家族のほうは、彼女は自分たちとインターアクションしているから延命すべきであると言い、マイケルは医師と一緒にあって、意識はないし、彼女はこれを望んでいないから外すべきであると言っている。

このケースでは片方が正しく、もう一方は間違っているということです。CT スキャンでテリーの脳を調べましたが、構造的には神経的な活動があるかどうかはわかりません。有名な神経学者である Ronald Cranford 博士が審査して、「彼女の脳波は完全に平らだ。何もなし。だから、電気的な活性は脳の上部にはまったくなく。だから意識があるということはあり得ない」ということになりました。米国の上院やブッシュ大統領などは、医学的なことはわからず、テリーのフィルムを見て、「彼女には意識があるように見えるし、理解もできているようである」と言いましたが、それは事実としては間違っていたのです。

この場合には、裁判所は、医師が意識のないことを証明したという事実を採用したのです。証言に立った人たちから得られたことも、大半の人はこのような状態では彼女は延命を望んでいなかったということでした。そこで栄養チューブを外すことにしました。マイケルはテリーの墓碑に、「愛する妻。1963年に生まれ1990年に安らかに死去。私は約束を守りました」と記しました。

意思決定能力有無についての事例

患者の意思決定能力の有無と家族の要望

73歳の女性です。致死的な尿毒症と容量過負荷のために透析が必要ですが、断続的に混乱し、彼女は透析を拒否しています。家族は透析をしてほしい、今、死んでほしくないと言っています。

患者はこの状態で果たして意思決定能力があるのか、もしないのならばどうしたらいいのか。

シンプルな問題提起をしなければなりません。

ひとつは、もし彼女に意思決定能力があるならば、彼女には透析を拒否する尊重されるべき権利がある

ということ。

2つは、もし彼女に意思決定能力がなければ、彼女は権利を失い、家族が透析を認めることができるということです。

この2つのうち後者は間違っています。なぜかといえば、忘れてはならないことは、家族は私たちに何をしてほしいかということではなく、患者は私たちに何をしてほしいかを考えなければならないということだからです。

彼女がノーマルであれば透析を受け入れたかということですが、それが「イエス」であればやるべきですが、それは実際のオプションではありません。もし今透析をすることになったら、彼女の意に反することになりますし、彼女を抑制しなければならなくなってしまう。抑制することは米国では非人間的なことだと考えられており、これもまた実際的な問題が残ることになります。もし患者が自分の声で語れるとしたら、自分にとって透析は抑制を伴って、暴れることがあってもやるべきか、負荷よりも利益のほうが多いかということになります。そして、みんなは彼女がそれを望まないということを知っていました。そこで家族は、彼女は透析を強要されるために抑制を望んでいなかったということになり、医師の観点からは、透析を拒否するような人に透析をするのは危険であるということになりました。

そこで私たちは相談を受けました。

1. 倫理的な観点（意思決定能力を有する患者の権利、または代理人による判断でも）と実務的理由により、患者の望みに反して透析はされるべきではない。
2. もし患者の気持ちが変わったら、透析を開始すべきである。
3. 患者は家に帰り、10日間で呼吸困難がより進行し、透析を行うことに同意した。

死と自律を覆して延命をするというのではなく、この場合には非常に幸運なことに患者の意向を反映し、そして命も延ばすことができました。彼女の自律を尊重して、家で亡くなるということもできたかもしれない。この場合には自律を尊重したというケースです。

妻を失うことが耐えられないという夫をもつ83歳の女性

多臓器不全に陥った83歳の女性で、死が迫っています。彼女と以前に交わした会話から医療スタッフ

は、彼女は延命処置を望まないと確信していました。しかし、彼女の夫は延命措置を継続してほしい。彼女を失うことは耐えられないし、彼女はまだ回復するかもしれないからと言っています。

スタッフの見解は、自律を尊重して死なせるべきではないかというものでした。彼女に延命措置をすることは彼女の自律にもとることではないかというわけです。彼女にとっては、安らかに尊厳ある死が非常に大切であるということ、それを夫が覆してはいけなのではないかというのが最初のスタッフの考えでした。

しかし、もっといろいろと話していくうちに、患者にとってのもう一つのゴールは、家族への影響でした。緩和ケアの経験者は、ほとんどの場合、死にいく患者にとってもっとも大事なことは、自分のことだけではなく、自分の家族は大丈夫だろうかということでした。

そこでスタッフは、安らかに尊厳ある死も大事だけれども、自分が愛している家族がうまくそれを切り抜けることも重要であるということで評価しました。彼女にとってもっとも大事なことの一つは、自分の夫が自分の死にうまく対処できることであると。彼女が快適に過ごせるように、そしてもう少し長く生きられるようにして、彼女の死を夫が受け入れられるようにしていくということでした。

それから2、3日ソーシャルワーカーが関与したりしましたが、彼女は回復することはありませんでした。人工呼吸器は彼女が望んでいることではありませんでしたが、夫が望んでいるということがいちばんのプライオリティーになったという例です。

治療を拒否してきた72歳の女性

長年治療を拒否してきた72歳のアルメニア人の女性が呼吸不全と敗血症で入院してきました。息子は、彼女が話すことができるのであれば延命処置を拒否するだろうと言いました。ただ、彼女は自分の体調は気にかけてきませんでした。息子が病院に連れてきたことなども含めていろいろ感謝していました。これを聞くまでは、息子の話から彼女は延命を拒否するだろうということでした。彼女は望まないと息

子は言っているのだからと考えたのです。

患者が医師を必要としないという場合でも、家族は病院に行かなければならないと言い聞かせると思っています。私たちは、患者は愛する人たちに依存すると考えたのです。

私はいろいろな状況で私はこのようなケアは必要ではないと考えて、もし愛する息子が主張して、医者連れて行くから必要なケアを受けるようにと言っているのであれば、延命治療を彼女が回復するまでつづけましょうという結論を出しました。そこで1~2週間、延命治療を行って、これ以上回復は無理だと判断したときに息子と話をしました。実際は呼吸器を外さず、昇圧剤なども投与していましたが、彼女は亡くなりました。

要約と結論

シュバイツァー博士は、「私はすべての生きようとするものに対して生命の畏敬を持って生きている、自分の命に対してもそうであるように」と言っています。現在の西欧優先の医療倫理においては、自律を尊重することが根本原理となっています。しかし、人間は孤立した原子ではなく、自分個人の人生だけを気にするのではなく、そして常に肉体的生存をもっとも重要としているわけでもないということです。終末期にある人たちに対して、患者中心のケアを畏敬をもって行うことです。そして、一人ひとりの患者が自分の愛する人々の関係性の中に生きているということからすれば、慎重な個々の状態に応じた意思決定が必要となります。

私を取り上げた3つのケースは、病態は違っていても意思決定の仕方はそれぞれに異なっていたということです。

実際に生命への畏敬をもつことで、生命への畏敬に基づいて生きることでは私たちは世界と心で通じる関係にあるのです。看護師、医師、ソーシャルワーカーの仕事は、非常にエネルギーをもたらしてくれるのです。患者は私たちの提供することのできる恩恵を受け取ってくれるのではないかと思います。

ま と め

日野原 重明

倫理と人としてのあり方

終末期にある人、あるいは介護を要する高齢者へのケアの提供は、その方たちのQOLをいかに高く保つかということと密接な関係があります。

倫理の「倫」は、「人間として歩む道」という意味をもっており、「理」は道理のことですから、倫理とは、「人間として歩む道を追求する学問」ということです。日本では、京都大学文学部教授で、後に学習院の院長を務められた天野貞祐先生によって基礎がつけられました。天野先生は、「人」は一人では存在することはできない、誰かとの関係によって「人間」として存在すると、人間の関係性を強調されました。人間について論じるときには常にこの「関わり」に視点を置くことに気を配らなければなりません。私たちは一人では存在し得ないのです。何らかの関係性によって私たちは存在するのです。そして、この“関わり”がケアの中でもいちばん大切なものなのです。

私はよくハーバード大学を訪れますが、大学のキャンパスには、35歳のときにハーバードの総長になり、それから30年の間その職にあったエリオット先生の胸像があります。そこには先生がハーバード大学の総長を辞めるときに学生に語った「自分のことをあまり考えすぎないで、いつも他の人について考えられるように自分を習慣づけなさい」という言葉が刻まれています。人間の行動が反射的に他の人のために働くようになること、自己中心ではなく、いつも他の人を配慮するという愛の精神によってそれが行われることが習慣化された人間になれということです。

三十数年前、まだチェコスロバキアといわれていたときでしたが、私は家内と一緒にそこで行われた心臓病の国際学会に出かけたことがあります。まだ貧しい国でした。アイスクリームを買うのに50メートルも行列ができるような時代でしたが、満員の地下鉄に家内と一緒に乗りましたら、真ん前に座っていた7歳と9歳くらいの男の子の兄弟がパッと立ち

上がって私たちに席を譲ってくれました。私は90歳になるまでは、東京では一度も席を譲られたことはありませんでした。この頃は顔を知られるようになったためか譲られるようになりましたが、65歳の当時の私が席を譲られたということは、子どもたちにそのようなしつけがきちんとなされているからです。そういう習慣が子どもたちの身についているのです。

生活の中で体現される倫理

人の道、つまりエシックスというのは習慣なのです。ギリシア語のエートスを語源としてもつエシックスには習慣という意味もあります。倫理というのは、習慣的な行動であって、理屈ではない。そのような行動を医療従事者がクライアントを前にしたときに、わざわざ構えなくとも自然にできるようになることが繰り返される私たちの毎日の行動によっても示されなければならないのです。倫理は学問的なものではなく、生活の中で行動によって示されるパターンであるということです。そして、そのパターンがこれまで経験したことのない症例に出会ったときに、どのように体現されていくかということです。

私たちはあの医師に出会った、あの看護師長を知ったというときに、その人をモデルにすることによって、自分の努力だけではなく、もう一段と自分の枠を広げることができるのです。誰をモデルにするかということは、フォロウ先生のモデルはシュバイツァー博士、私のモデルもまたシュバイツァー博士でした。私が医師になったのは、シュバイツァー博士の自伝『生活と思想より』を読んだからでした。私もシュバイツァー博士のように医療に恵まれない土地で奉仕活動をしたいと思ったのですが、残念ながら結核になり、日本にいて発展途上国に医師を送る側に回らざるを得ませんでした。

私が医師になってからのモデルは、ウィリアム・オスラー博士でした。私がオスラーについて学ぶためには、プラトン、シェークスピア、テニソン、トマス・ブラウン等々、オスラーがどのような本を読

み、そこからどのような影響を受けたのか、それを知るためにオスラーの読んだと思われる本の軌跡を懸命に辿りました。そして、17世紀の英国の医師であり熱心なキリスト教徒でもあったトマス・ブラウンは、オスラーの言によると、「彼の持っている英知と信仰と愛」とによって、オスラーにもっとも思想的な影響を与えた人物の一人となりました。ブラウンの著書『医師の宗教』は、オスラーが亡くなったら自分の柩に載せてほしいとまで言い残しています。

私たちは、患者や家族に対して倫理をどのように具現化させるかについては、さまざまな人に接して、そこからモデルを発見し、その人の生き方を共に辿ってみてほしいのです。みなさんは実際に倫理の道を地図で見るとはではなく、その地図を辿って歩いてみます。その歩いた道が、また誰かの道になってきます。

医療における倫理は、相手のことを自分以上に大切にするとするところに根源があります。そういう意味では、自分を愛すること、それと同じように他人を愛すること、そして、その愛には犠牲が伴うということを認識したところで形を現すものだけということを理解しなければなりません。

今回は、米国という私たちとは異なった環境で異なった材料を持っているフォロー医師とノップ看護師に接して、私たちはいろいろな気づきを促されたのではないかと思います。それはひとえに人と人との出会いによってもたらされるものであり、倫理を学ぶということは、誰かとの出会いがなければならぬということです。そしてそれは単に出会うということではなく、視線を合わせなければなりません。

医療と QOL

最後にもう一度、医療における倫理に重要な価値観を与える QOL についてお話ししたいと思います。

QOL とは生き方の豊かさの本質をいうものです。

私たち医療に関わるものは4つのゴールをもっています。1つは、病気や傷害を予防すること、2つは、それを癒すこと、3つは、癒すことができなくともその人生をできるだけ長くすること、そして4つは、その人の生存をいかに質の高いものにするかということです。

QOL の歴史を振り返りますと、1960年に米国大統領が個々の人間の生活の質を考える「市民社会の幸福に関する大統領委員会」をつくりました。その

7年後に、英国のロンドン郊外にシシリー・ソンダース医師によりセント・クリストファーズ・ホスピスが開設されました。ここではそれぞれの個人のいのちの質がいちばん大切であるという医療が実践されるようになりました。たとえ末期であっても、いのちの質は高く保たなければならないということになりました。

その翌年、ローマクラブが「成長の限界」を唱えました。文明には限界があるという指摘から、私たちには QOL が大切であるということに気づきました。

1985年、抗がん剤の評価方法が変わりました。それは生存期間が延長しても、あるいは腫瘍が収縮しても、その人の生活の質が下がるようであればよい薬とはいえないということです。ここに QOL の大きな哲学が導入されたのです。そこで私たちには、いのちの質を考えるのか、あるいは延命を考えるのかが問われるようになったのです。

私は以下のように定義しました。

「QOL には、人のいのちをどう大切にするかという生命倫理に直結する問題と、今の患者または障害者にどうすれば生きがいを与え、より充実した気持ちで人生を過ごせるか、その生活の質を考えると取り上げられている。周囲のものがどのように患者もしくは障害者に配慮すれば彼らはよりレベルの高い行動ができ、身体活動や精神生活の上で疾病や障害による痛みやハンディキャップにより自らをみじめに感じるものが少なくなるのか。そして当人が短いいのちであっても生きがいのある生活ができるのか、その生活のあり方の質をできるだけ高くさせるような配慮が、患者の生活の質を高めるといふ結果をもたらすのである。QOL の中にこの両面の意義をもたせて患者ができるだけ格調高く、価値ある生を生き続けるように考えることが重要である。」

人間の尊厳を保証する

シュバイツァーが最初は、真理が大切だと考えましたが、次には真理以上にいのちが大切だと考えるに至り、自分の生涯をそれに賭けました。

米国では医師になるものには必ず「ヒポクラテスの誓い」をさせます。そこにはまず、「毒を与えない」とあります。私たちの心の奥を覗き込みますと、いかに「毒を与えてきたか」に気づかされます。いのちを安全に、そしてその質を保つこと、それは誰

のためなのか、誰が選択し、誰が評価するものなのかという客観的な評価にさらされなければなりません。

効果的な医療には目標がなければなりません。その目標とは、どれくらいの時間を費やすのか、どれだけの費用をかけるのか、そのためにはどのような資源を用いるのか、病人や家族の満足度はどうであるのか、そして、その行為が人間性に富んでいて倫理的なものでなければなりません。それをいつも考えなければならぬのです。

科学としての医学、科学としての看護学、あるいは科学としてのリハビリテーションは何であるかと考えると、「患者自身がその最期を迎えるに当たって冷静に考えることができること」ではないかと思うに至りました。私たちが最後まで考えることのできる時間をできるだけ長くもたせること、そのような存在として人生を終えることができればそれに勝ることはありません。痛みのためにそれができない

ようであってはなりません。人間の尊厳は、考え、感じられる存在であることが最期の瞬間まで許されることで、これこそが人間の特権です。これを医学や看護、その他の医療はどのようにヘルプするかということにあります。

つづいて私はこう言います。

「患者の末期、すなわち死への移行のステージにおけるいのちの評価は長さによるものではなく、生存を価値づけるバリュー・システムによって測られなければなりません。つまり、このステージは科学としてのみでは存在する意義がなくなるのです。ここでは医学は哲学や宗教を含む人文科学といわれるものと同じ枠の中で人間を扱うものであるから、私たちは人間を考えるためにはサイエンスだけを学ぶのではなく、ヒューマニストとして、いろいろな人間の価値観をつくるためのさまざまな学問を修め、技術を習得することが必要なのです。」

これを私のまとめの言葉にしたいと思っています。

発行日 2009年3月10日
編集 (財)ライフ・プランニング・センター 健康教育サービスセンター
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館5F
TEL 03-32651907 FAX 03-3265-1909