

【論文】

緩和ケアにおけるケア哲学とリハビリテーション概念

林部 博光*, 中俣 恵美**, 和田 光徳***

The philosophy of Care and the Concept of Rehabilitation in Palliative Care

Hiromitsu Hayashibe, Emi Nakamata and Mitsunori Wada

要 旨

緩和ケアにおけるリハビリテーションは、まだまだ認知度は低い。運動機能やADLの向上が見込めない患者へのリハビリテーションに意味はあるのかという疑問をもつ人も多いただろう。そこで、リハビリテーションの根幹を成すノーマライゼーションの理念とホスピス・緩和ケアの理念を整理し考察することにより、終末期におけるリハビリテーションの意義を明確にしたいと考える。このような観点に基づき、緩和ケアの現状を整理し、必要な支援のあり方について考察し、その基盤となる概念や実践哲学について述べる。

Abstract

Rehabilitation in palliative care still has a low degree of recognition. Many people likely have doubts whether there is any meaning in rehabilitation for patients with no hope of improvement in motor function or ADL. Therefore I would like to clarify the significance of rehabilitation in the terminal stage by examining and considering the principle of normalization which constitutes the foundation of rehabilitation, and the principles of hospice and palliative care. Based on this perspective, this paper examines the current state of palliative care, considers the best approach for necessary support, and describes the concepts and practical philosophy which serve as the basis.

● ● ○ **Key words** 緩和ケア Palliative Care / ケア哲学 Philosophy of Care / リハビリテーション概念 Concept of Rehabilitation / 実存 Existence / ソーシャルワーク Social Work

I. はじめに

2002年世界保健機関（WHO）は、緩和ケアを次のように定義している。「緩和ケアとは、生命を脅かす

疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないよう

受付日 2011.9.14 / 受理日 2011.10.26

* 関西福祉科学大学 保健医療学部 助教 / ** 関西福祉科学大学 保健医療学部 講師 / *** 市立岸和田市民病院 地域医療センター 職員

に予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質：以下 QOL と略す）を改善するためのアプローチである¹⁾。また、2003年には、欧州閣僚委員会によって「加盟国への緩和ケアに関する欧州閣僚委員会勧告24号」が採択され、ガイドラインにおいて緩和ケアは一部の（がん）患者だけに提供されるべきものではなく、すべての患者に対して提供されるべきものであり、またそれぞれの国の医療保健システムの重要な部分として位置づけられるべきであるとした。

以上のことより、緩和ケアでは、治療・延命という身体的な命の追求という視点のみではなく、「いのち」を全うすることへの多角的視点を持ち、制度・政策の整備を含め保健・医療・福祉でのチームアプローチが必要であると理解できる。つまり Cure を前提とした発想から Care の概念を組み入れた発想への転換が求められているといえる。

しかし、日本では未だ、緩和ケアと言え、がん患者を対象とした疼痛緩和としての意味合いが強く、政策面でも実務面でも未成熟な状況であるといわれている。2010年シンガポールの慈善団体リーエン・ファンデーション（Lien Foundation）により、死を迎える人に施されるケアの質を、基礎環境、普及度、費用などの指標をもとに調査した結果がクオリティー・オブ・デス（死の質：以下 QOD と略す）として報告された。²⁾ ここで日本は OECD 加盟国30カ国を含む40カ国のうち23位であった。また報告書では QOL という言葉は広まったが QOD は立ち遅れた状態であることを指摘し、医療政策に緩和ケアを組み込んでいる国は最先端医療システムを要する富裕国を含めてほとんどないと批判している。これはわが国も例外ではなく、現在の医療・保健・介護のシステムは Cure を前提として発展したシステムである。したがって「住み慣れた場所で最期を迎えたい」と願う人は、多いといわれるが、現実には終末期には本人の意思とは関係なくとりあえず病院に送り込まれるという構図が生まれている。これに併せ日本においては、文化的側面として死に対する認識やタブーが緩和ケアの発展に障害となっていることも考えられる。

このような背景のなか2009年の診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料（1単位につき）200点新たに加えられた。これはリハビリテーションの目

的を自己実現という観点よりとらえれば、当然必要なことであろう。また、医療において Cure から Care の発想への転換を図る好機ともとらえることができる。つまりリハビリテーション理念に基づく緩和ケアを具現化することが求められているといえるだろう。それには、原理・原則を導くための基盤となる哲学を明確に示すことと、その哲学を基盤とする実践方法を確立することが重要であると考えられる。

そこで本論では、①緩和ケアの実状と課題を整理するとともに、②緩和ケアとリハビリテーション概念、哲学の関係、③実践哲学に基づく緩和ケアの方法について考察する。（中俣恵美）

II. 緩和ケアの状況

1. 緩和ケアの経緯

ホスピスのルーツは中世ヨーロッパで、当時の修道院が疲れた旅人に一夜の宿と暖かい食事を提供したことであるといわれている。そしてホスピスが死に行く人々に提供されたのは、マザー・メアリー・エイケンヘッド（Mother Mary Aikenhead）が北アイルランドにカトリック修道会を創設し、イギリスの植民地で苦しんでいる死にゆく同胞に、死に至る直前に人間らしく世話を受けられる安息の場を提供したことに始まるとされている。³⁾ そして近代ホスピスの原型は、1967年にシシリー・ソングース（Cicely Saunders）がロンドン郊外に開いたセント・クリストファー・ホスピスであるとされている。これらの経緯より、ホスピスの考え方の根底にあるのは、患者とその家族の日常生活の質を高めることであり、それによって人間の尊厳を大切にし、人権を守るといえることであるととらえることができる。そして、ホスピスは死そのものを見つめるというよりむしろ、死から生をみつめることである。また、尊厳死は同時に尊厳生を全うする考え方であり、ホスピスはあくまでこのような生を対象とするケアプログラムといえる。⁴⁾

一方緩和ケア病棟（palliative care unit）はバルフォア・マウント（Balfour Mount）が、1975年にカナダのマギール大学付属ロイヤル・ビクトリア病院に設立したことに起源する。カナダのフランス語圏では、ホスピスに「老人を隔離する」という意味合いがあるとい

うことで、ホスピスの代わりに palliative の名称を使用したといわれている。palliative に語源は pallium で、「暖かくマントで包み込む、質を高める」という意味がある。緩和ケア病棟の誕生によりホスピス理念と医療が密接に結びつくようになり、1987年にイギリスで開催されて王位内科・外科学会でホスピスケアについて palliative medicine (緩和医療) という名称を採用した。これによりホスピス・緩和ケアが医学界にも支持されるようになったといわれている。⁵⁾ そしてホスピスでおこなわれる末期患者と家族に対するケア (ホスピスケア) が緩和ケアという言葉に派生した。治療目的というよりも、治癒が不可能な疾患に伴う不快な症状のコントロールを目的にするケアが緩和ケアと呼ばれるようになってきたと考えられる。

以上のことより、緩和ケアにとって身体的な苦痛の緩和は日々安らかに過ごせるための必要条件ではあるが、それだけではなく患者と家族の苦悩への精神的・社会的・スピリチュアルな面への支援も非常に大切なものになるといえる。末永は、ホスピス緩和ケアの原点は目の前の悩める人にいかに手をさしのべるかという哲学であり、私たち1人ひとりがいただいた「いのち」をその人らしく生きぬくことであり、医療をはるかに超えた「いのち」の尊厳を大切にすることにあると述べている。⁶⁾ これらのことを実践していくには、ホスピス緩和ケアの根源的な意味を明確化しチーム全体として共有していく必要があるだろう。

2. 緩和ケアの現状

現代医療ではホスピス緩和ケアの必要性を認識しながら、検査・診断・治療・治癒・延命という「身体的ないのち」の追究において圧倒的に進歩・発展しており、ホスピス緩和ケアの理念が普及・浸透していない現状があった。このような中 WHO は、1990年に現代医療をもってしても治癒しない患者と家族に対する緩和ケアの推進を全世界に呼びかけている。そして1989年と2002年に緩和ケアの定義を公表している。志真は、これらの定義に共通する3つの基本的概念を以下のように示した。⁷⁾

- ①生命を脅かす病気とともに時間が限られた人生を生きることの多面性と多次元性を認識すること
- ②苦痛を緩和し QOL を高めるために、チームとし

での優先度をもってアプローチすること

③患者と家族を一単位としてサポートすること、すなわち緩和ケアは「病むこと」を病態生理学的な異常としてのみとらえるのではなく、患者は苦悩し、家族は打撃を受けているという視点からもとらえて実践する医療でありケアであること

わが国においても1990年健康保険で、緩和ケア入院料が認められ、これを節目に緩和ケアが発展してきた。2007年にはがん対策基本法が施行され、がんの予防および早期発見の推進、研究の推進などと並んで、がん医療の均てん化 (全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術などの格差の是正を図ること) の促進があげられ、専門的な知識および技能を有する医師など医療従事者の育成、医療機関の整備など、がん患者に対する療養生活の質の維持向上を行うことが、国、地方公共団体などの責務として明確にされた。また、2006年には日本ホスピス緩和ケア協会が、全国どこでも質の高いケアが受けられるよう「ホスピス緩和ケア基準」を示している。⁸⁾ (表1)

表1 ホスピス緩和ケア基準⁸⁾ (一部筆者省略)

1. ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL (人生と生活の質) の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2. ホスピス緩和ケアの基本方針

- 痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。
- 生命を尊重し、死を自然なことと認める。
- 無理な延命や意図的に死を招くことをしない。
- 最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。
- 患者が療養しているときから死別した後にいたるまで、家族が様々な困難に対処できるように支える。
- 病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。
- 患者と家族のQOLを高めて、病状に良い影響を与える。

5. ホスピス緩和ケアで提供するケアと治療

- 1) 提供するケアと治療は、患者あるいは家族の求めに応じて相談の上で計画・立案する。
- 2) ケアや症状緩和のための治療に関して、かならずインフォームドコンセントを得る。
- 3) 痛みなど苦痛となる症状は、適切なケアと治療で緩和する。

- 4) 提供したケアと治療については、適切に記録する。
- 5) 症状緩和を行った上で患者と家族がもつ身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズ（要求）を確かめて、誠実に対応する。
- 6) 患者との死別前から家族や患者にとって大切な人へのケアを提供するように計画を立てる。
- 7) 家族が患者と死別した後、強い悲しみのために日常生活が普通に送れない状態になった場合、適切な医療の専門家を紹介する。

このような背景のなか2011年2月1日現在、公認のホスピス・緩和ケア病棟は210施設、4183床となっており、この10年間で倍以上に増えた。患者には病状、

進行度に合わせてその時点で最適な治療を受ける権利があるとうたわれてはいるが、現実には、がん難民という言葉に代表されるように、医師や病院によって薦められる治療法が異なり、治療成績に格段の差があったりすることがいまだ日常的に起こっている。⁹⁾

緩和ケアには「抗がん治療偏重のがん医療」から「抗がん治療に緩和ケアを組み入れた包括的がん医療」への転換が求められている。つまり、診断・治療に合わせて早期から緩和ケアが患者・家族に提供され、これまで抗がん治療一辺倒であったがん医療から在宅医療の推進も含めた系統的な切れ目のない質の高い医療サービスへの転換が必要である。

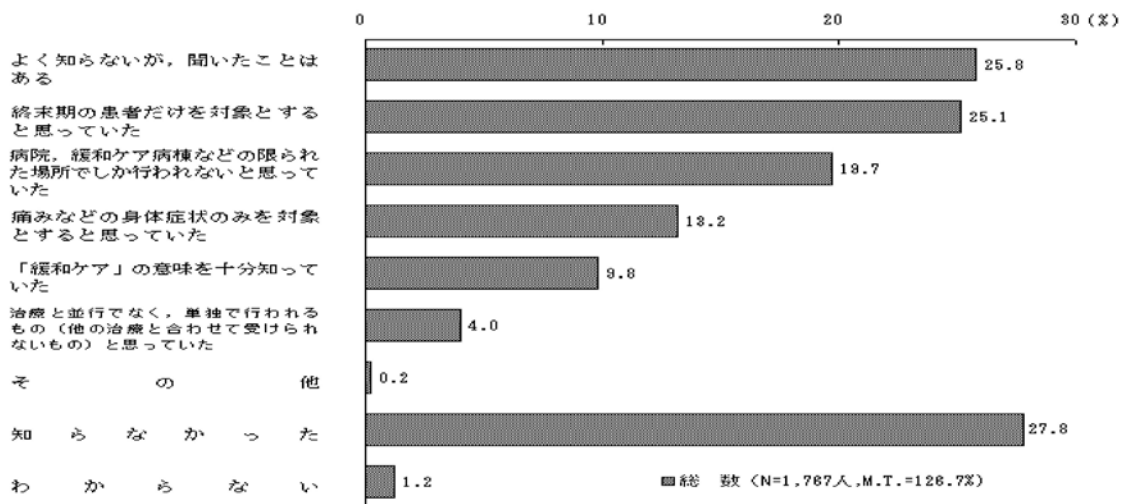


図1 がん対策に関する世論調査：緩和ケアに対するイメージ
(世論調査報告書 平成19年9月調査)¹¹⁾

3. 緩和ケアの課題

2002年、WHOによる緩和ケアの定義が示され、また2007年にはがん対策基本法が施行された。これにより緩和ケアが目指すべきところは、「質の高いがん医療の均てん化」「抗がん治療に緩和ケアを組み入れた包括的がん医療への転換」であることは明白となった。また、早期診断・早期治療など医療技術の進歩に従って、がん患者の半数以上が治る時代になってきているともいわれている。わが国においては、がんの治療を終えた、あるいは治療を継続しているがん生存者は、1999年末の時点で298万人であるが、2015年には533万人に達すると予想されており、がんが不治の病

であった時代から、がんと共存する時代になったといわれている。¹⁰⁾

一方、2004年に行われた「がん向き合った7885人の声」による悩みや負担の割合の調査において、「不安や心の問題」が61.1%と圧倒的に多い。また悩みや不安の変化において、診断時より現在の方が大きくなったものとしては、「症状・副作用・後遺症」とともに「就労・経済的問題」があげられた。これは、ホスピス緩和ケアにおける系統的支援の重要性を示唆するものとする。また、2007年のがん対策に関する世論調査¹¹⁾ (図1)によると、緩和ケアについて「よく知らないが、聞いたことはある」と答えた人が25.8%と、緩和ケアに対する理解はまだまだ低いことがうか

がわれた。「がん対策推進基本計画 平成22年中間報告」¹²⁾には、自宅療養への不安の報告もあり、家族への負担、急変時の対応、経済的負担など多くの問題が指摘される。¹³⁾そして、一般市民、緩和ケア遺族を対象とした調査「がん医療における望ましい終末期医療のあり方」¹⁴⁾において、ホスピス・緩和ケアについての情報が少ない、安心して自宅で療養できるようサポートしてほしい、医療者としての緩和医療のレベルを向上させるための教育をしてほしい、患者を尊重し、患者の尊厳を守ってほしいなどの要望がみられ、ホスピス緩和ケアの発展には課題が山積していることがわかった。

以上のことより、緩和ケアの基本概念と実践の間には、乖離があると推察できる。このような状況を生みだしている課題の整理をすると以下のように考えられる。

①緩和ケアを実践していくうえでは、「いのち」という命題に向き合う必要がある。身体的生命が消えようとする事実と直面している患者・家族に対し、現実を理解し受け止め自分の「いのち」の終焉をその人らしく迎えることができるよう支援すること。

②QOL改善を目指すうえで、数値化された客観的な指標ということだけでなく、患者・家族の主観に基づく質的な指標を重視すること。QOLを評価するのは支援者側ではないということ認識すべきである。

③苦痛の緩和という観点において、苦痛を多面的・多次元的のとらえアプローチする必要がある。この苦痛・苦しみとは、患者・家族の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルなど様々な次元における全人間的苦痛であり、これに対し総合的・チーム的全人間的ケアを行うこと。

④緩和ケア施設の増加に対し、再度ホスピスの根源的な意味を再考すること。こうあるべき関わり、こうあるべき看取り、こうあるべき死の受容など「べき論」は時に支援者側の傲慢さやパターンリズムを生む危険性がある。緩和ケアにはマニュアルも決まった型もないことを重視しなければならない。

これらの課題の背景として、ホスピス緩和ケアにおけるケア哲学の未確立が関係していると考えられる。(中俣恵美)

Ⅲ. 緩和ケアにおける実践哲学

1. 緩和ケアにおけるリハビリテーション概念

内山らは、がん患者、特に終末期がん患者へ日常的に関わっているリハビリテーションの専門家は少なく、わが国では、十分に受け入れられていない現状を指摘し、その理由を、リハビリテーションが一般的に社会復帰を目標としているためであると述べている。¹⁵⁾

リハビリテーションの語源は、「再び適した状態にする」という意味でとらえられることが多い。歴史的には、戦傷者を税金消費者から納税者にするという目的でリハビリテーションが行われたといわれる。つまり、戦傷者が病院や施設に収容されていた生活（税金消費者）から、再度仕事に就ける生活（納税者）へと変換するという目的で医学としてのリハビリテーションが生まれたのである。¹⁶⁾このような歴史的事実から、リハビリテーションの目標が「社会復帰」であるという認識が広がったと考えられる。

しかし、その後リハビリテーションの概念は、人間の平等、人権の保障の概念を得て更に大きく発展してきた。特に大きな契機は、デンマークで知的障害者の親の会とバンク・ミケルセン (N.E.Bank-Mikkelsen) が人権侵害を改善しようとして立ち上がったノーマライゼーションの運動である。^{17) 18)}また、1950年代には世界的にも、不当な人権への運動が進んだ。アメリカの独立宣言 (1776年)、フランス革命の人権宣言 (1789年) など多くの形で、人間の平等、人権への関心が深められてきた。¹⁹⁾このような時代背景の中で、リハビリテーションの概念は発展を遂げてきたのである。つまり、単なる社会復帰という目的だけでなく、ノーマライゼーションと基本的人権を軸とした全人間的復権が目的であることが定着していった。

このように考えると、リハビリテーションの目標は自己実現に向かう自由、すなわち人間としての普通の権利である基本的人権を再獲得することであると考えられる。つまり、リハビリテーションはノーマライゼーションを基盤とするものであり、そしてノーマライゼーションは、自己実現の条件としての基本的人権を意味するものである。また、自己実現は、自己を知り、受け入れ、自らが望む自己に向かうということである。これは、生活活動の自立度さえ向上すれば良い

という単純な考え方ではなく、自ら望む自己を実現するためには、可能な動作や活動であっても家族の介助という方法を選択しても良いのである。選択権は患者自身にあるということである。

以上のことより、人生において終末が近い人においても、自らが望む自己に向かう自由があり、その点においては他の患者と何ら変わりはないのである。したがって、緩和ケアにおけるリハビリテーションの意義は、選択の自由と権利を保障し、最期までその人がその人らしく生きることを支援しつづけるところにあると考えられるのである。つまり、医学の敷いたレールを歩ませるような方針は没人間的であり、患者を中心にすえたその人らしさを実現させるための方針が真のリハビリテーションといえるのである。

2. 緩和ケアと哲学の関係性

ホスピスという言葉があるが、その意味は、ただ単に施設自体を指すのではなく、「人がその人らしく最後まで生きることを援助する概念（考え方、理念、哲学）やケアプログラム」である。²⁰⁾

黒田によると、ホスピスの起こりは、「11世紀半ばのヨーロッパで、パリやローマなどから聖地エルサレムへ巡礼する旅人たちや、聖地巡回をめざす十字軍の兵士たちに宿を提供し、食事を与えて、病み、行き倒れた人をもてなしたのが修道院の尼僧たちで」あり、これがホスピスの起源であると述べている。²¹⁾つまり、黒田は、ホスピスの原型となる理念は、キリスト教世界が基盤となっていると指摘している。これは、ヨーロッパの戦争続きの時代において、ホスピスというよりむしろ当時の病院としての機能を果たしていたのは、修道院であるという見方もできるだろう。

このように、宗教的活動として始まったホスピスであるが、自然科学である医学そのものは哲学・宗教とどのような関係をもってきたのか、医学の歴史を通して考えてみたい。古代医学では、ギリシャ（紀元前420年頃）の「医学の父」と言われるヒポクラテスの「ヒポクラテス集典」が有名である。この論文には、「予後学」、「骨折」、「脱臼」、「医師の心得」、「誓い」などが記されている。²²⁾この論文以外にも、メソポタミア、古代インド、古代エジプト、古代中国、そして日本においても、それぞれの医療が既に存在していた。²³⁾し

かし、未開社会では、宗教、呪術（魔術）、医療が一体となっており、病人の治療には、呪医、巫医あるいは祈祷師があたっていたとされている。²⁴⁾つまり、医学と哲学・宗教は一体であったのである。

日本における医療と宗教・呪術の分離は、西洋医学との出会いによるところが大きい。この最初の出会いは、1549年のフランシスコ・ザビエル（Francisco Xavier）の来日によるものであり、宣教師によるライ患者の救済を布教と合わせて行ったことから始まる。²⁵⁾そして、16世紀の終わり頃には、医書の出版に伴い、医者という職業もが急速に増えたといわれている。²⁶⁾更に1774年には杉田玄白の解体新書が出版され、²⁷⁾西洋医学の自然科学が、医学と哲学・宗教の分離を進展させてきたのである。

このように、もともと哲学と自然科学は一体であったものが、世界的な自然科学の発展にともない、医学が哲学より独立していったという経緯が理解できる。この医学の独立は、哲学の地位が科学によって奪われることも意味した。²⁸⁾このような経緯により、医学の世界では、医師がほとんど全面的な主導権を握ることとなった。そして、その主導権は、患者を柔順に従わせるという医師の過度な優越が生じるに至ったと考えられる。²⁹⁾つまり、患者は、科学的な方針として提示されたレールを走るという義務を負うことになったのである。一方、砂原は、患者の立場から次のようなことも指摘している。「医師は万能であって病気のことを何でも知っていて、迷うことなく直ちに最善の治療を選択し実施してくれることつまり病気に対するマスター・キーの持主であることを期待します。それを期待しているからこそ、二つとない大切な生命をあずけることができるというわけでしょう。」と述べている。³⁰⁾つまり、これは医学の万能を信じ込み、それがまるで一種の信仰のように働くことで、自らの意思決定を自ら進んで放棄し、自分の幸福が自分以外の外部に委ねてしまっていることを意味している。

言い換えると、自らの価値観を空洞化し、哲学的な意思決定までも科学に委ねてしまっているといえる。科学は客観的な事実を提供するだけであるにも関わらず、本人の意思決定も自動的になされるという思い込みが生じている。この状況は、その人がその人らしく最期まで生きることを支援するという緩和ケアの概念に対して逆行するものである。その人らしく生きる

いうことは、どこに価値を見出し、また重点をおくのか、そしてどのような意思決定を導き出すのかという問題であり、この問題は科学ではなく哲学が担っているのである。

価値とそれに伴う意志決定には、自己責任が伴うものである。患者・利用者には、自らの価値意識に沿った選択の自由があり、いわゆる自己決定の権利が存在するが、その帰結には、自ら責任を負うことになるということである。究極的には、病気になっても病院に行くことさえも強制されることはないが、自らの決定に基づいた行動の結果の責任は全て自分にあるという

ことを意味する。

3. 緩和ケアでの実践哲学の必要性

現在、日本における死亡数は70～94歳で顕著で、これは死亡原因別で見ても大差はない。団塊の世代といわれる1947～1949年のベビーブームに生まれた世代は、2011年現在64～66歳であり、このまま行けば、5～6年後（2016～2017年）から死亡者数は急増することとなる。（表2、図2）

表2 死因順位（第3位まで）別にみた年齢階級別死亡数（単位：人） 平成22年³⁴⁾（一部筆者省略）

年齢階級	全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
総数	1 197 012	353 499	189 360	123 461
50～54	22 014	8 690	2 636	1 946
55～59	39 326	17 815	4 674	3 185
60～64	66 096	31 925	8 069	5 180
65～69	83 087	39 677	10 232	6 615
70～74	110 248	48 049	14 244	9 741
75～79	163 088	60 681	23 432	16 421
80～84	211 257	61 822	33 939	23 735
85～89	207 287	44 223	37 908	24 831
90～94	151 959	21 811	30 749	18 672
95～99	75 386	6 996	15 541	8 541
100歳以上	17 513	856	3 353	1 590

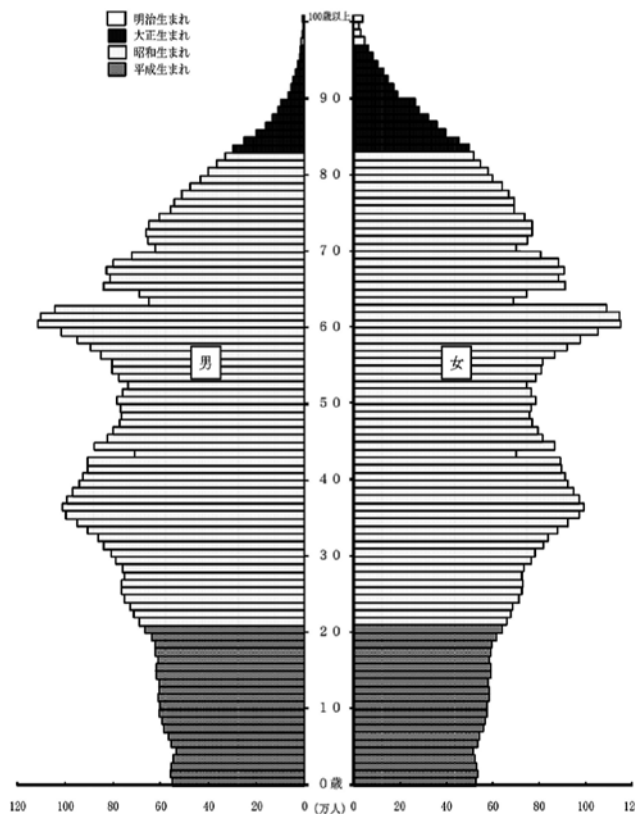


図2 日本の人口ピラミッド
(平成21年10月1日現在)³²⁾
(一部筆者省略)

このような死亡者急増時代は、我々にとって死が身近で日常的な事柄となっていくことを意味する。³³⁾ このような社会では、各個人それぞれが自分なりの死生観をもつことがより強く求められると考えられる。しかし、広井良典は現代社会において「死生観そのものがほとんど『空洞化している』」と述べている。そして、「団塊の世代前後の人々は、戦争直後の物質的な欠乏の時代感覚をベースにもちつつ、経済成長を目標に突っ走る、という時代で育ち、死についてあれこれ考えることは意味のないことであり、今の生を充実させることが全てである」と認識していることが多いと指摘している。³⁴⁾ つまり、高度経済成長には死生観は必要でないばかりか、邪魔な存在であったともいえるのである。そして、このような経済中心の思想は、いわば信仰のようにはたらき、日本の社会を支えてきたともいえる。

資本主義の文化を受け入れ、高度経済成長が日本社会の生活と文化の量的発展に大いに貢献したことは、間違いないことである。しかし、その発展もプラトリーな状況となりつつある現在においては、新たな時代に即した思想が求められてきているのである。いずれにせよ、結果的には、死生観が空洞化してしまった今日、日本社会は死亡者急増時代に突入し、死をどのように理解するのかという人生の質的問題に直面しているのは間違いない。

がんに対する緩和ケアのリハビリテーションはこのような問題の最たるものである。終末期においては、一分一秒でも長く生きるという量的価値観と、時間的には短くてもより充実した生き方を求める質的価値観がぶつかり合うことになるのである。また、脳血管疾患においても、再発を繰り返し機能低下し、場合によっては遷延性意識障害へ移行してしまうこともあり、胃ろう、中心静脈栄養、気管切開、心臓マッサージ、昇圧剤の投与など、医療行為をどこまで行うべきなのかという価値意識の伴う哲学的な選択を強られる。したがって、リハビリテーションの方針決定には、哲学的な視座が必要不可欠といえるのである。(林部博光)

IV. 緩和ケアと生活支援

1. 生活と実存性

生活という用語は、一般には“日々の暮らしや営み”を意味するが、実際には単なる具体的な活動だけとはいえない。具体的というより、むしろ自覚的、意識的なものである。^{35) 36)} 衣食住や労働、家計などの実体などのように自覚し意識するかという側面がある以上、人間の生活は固有なものとなる。

このような生活のとらえ方として、太田は生活コスモスという言葉を使用し、次のように定義している。「生活とは、生物としての生命、基礎条件としての生活経費を大前提に、生活の価値意識からさまざまな生活活動を通じ、生きざまとして表示される概念」³⁷⁾ と定義している。状況をどのように認識するかという自覚的・意識的な概念は、価値意識と表現している。また、具体化される実体としての生活概念は、生活領域、生活内容、生活関係という範疇から整理を図っている。³⁸⁾

太田は、生活を普遍的な側面だけではなく、“唯一無二の固有な、その人の存在”という側面からもとらえ、構造化していると考えられる。このような、今、ここにおける主体的自覚に基づいたかけがえのない人間の現実存在は、実存と表現される。³⁹⁾

この実存という言葉は哲学用語であり、ハイデッガーやサルトルなどの哲学者の著作にその言葉が読み取れる。広辞苑においては、実存とは「現実的な存在。普遍的な本質ではなく、時間・空間内にある個体的存在。」「自己の存在に関心をもつ主体的な存在、絶えざる自己超克を強いられている脱目的存在をいう。」⁴⁰⁾ とある。

サルトルは、人間は最初から人間ではなく、自分の行動により自分をつくっていく存在であり、またその自由をもっているとした。そして、自由に基づく行動の帰結には、その人自身が全責任を負うことになるが、その責任を恐れず、積極的に自分の人生に関わるべきだと主張した。つまり、自分が現実の自己にどのように関わるのかということの問題としたのである。

一方、ハイデッガーは、モノや道具は人間が意味や目的を与えるが、人間そのものは意味や目的を与えられていない存在であり、意味や目的を自らの未来の可能性に見出そうと考えた。そして、未来の自己のため

に今の自己と闘うことの重要性を説いた。

このように見ると、「実存」という言葉は、「自己が現実の自己にどう関わろうとし、どう生きるのか」⁴¹⁾という人間として根源的な範疇をとらえているといえるだろう。

ここまで、緩和ケアのリハビリテーション実践において重要な、人間理解とその生活理解に通じる実存の視座について述べてきた。この実存の視座は、「自分はどう生きたいのか」という極めて固有な価値意識に基づくものであり、自己の人生に主体的に関わるためのリハビリテーションには不可欠な哲学的視座といえるのである。

2. 緩和ケアにおける生活支援での専門職の役割

がん緩和ケアにおけるリハビリテーションが、実践対象として注目されだしたのは近年のことである。⁴²⁾ 2007年より文部科学省の「がんプロフェッショナル養成プラン」が開始され、2009年度からは、がんを専門とする療法士の養成が始められている。ここ10年を経て緩和ケアにおけるリハビリテーションは、思想的側面の強調や「スピリチュアルケアの一環」とした時代から、施策的インセンティブと相まって、科学としての緩和ケアリハビリテーションの時代へ入ったといえる。すべてのがん患者のすべての病期に、リハビリテーションが科学化として導入される意義は大きい。(図3)しかし、一方でこうした科学化は、数値化することの価値を増大させ、新しい知見や情報量の蓄積は、専門技術をさらに専門分化させる。その過程において、いつのまにか数値の向上自体が価値として置き換わることが生じる。つまり、価値の問題や実存の様態など数値化できない事柄が忘れ去られることが生じるのである。

このことは、当然人間理解とその生活理解と遠ざかることを意味する。数値化できることとできないことを、生活を理解していく枠組みとして整理すると、下記の表のようになる。(表3)緩和ケアリハビリテーションを実践するうえでは、この両者を理解することは重要であるが、ただ単に対比させて考えるだけでは不十分といえる。

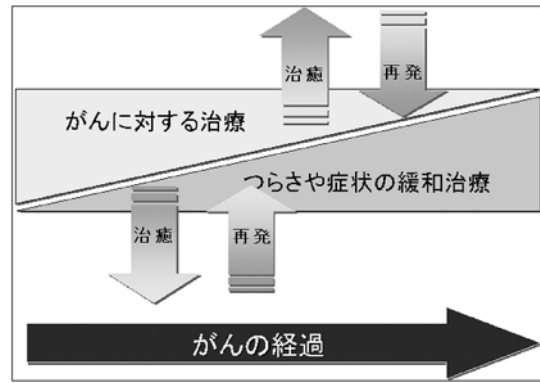


図3 がんそのものへの治療と緩和治療の関係⁴³⁾

表3 生活に対する理解の枠組み

枠組みの種類	数値化できること	数値化できないこと
一般的理解	実体	構成概念
認知的理解	構造的理解	様式的理解
支援者的理解	西洋科学の知	臨床の知

安井は、実存的世界としての生活理解には、「西洋科学の知を個人の実感にもとづいた臨床の知からとらえ返す」⁴⁴⁾ ことが必要であると指摘している。つまり、極めて個人的なかけがえない価値から、一般化された既存の価値や社会のあり方を問い返すという思想的接近と統合の作業の必要性を説いているのである。この統合の作業とは、数値化できないことを可視化していくことと、数値化できることにこの可視化したものの価値を織り込み、融合させていくというものである。いわば、科学的視点と哲学的視点の両輪の思考である。このような対比的理解ではない融合的理解が、科学化された緩和ケアリハビリテーションの利点を伸ばし、欠点は最小限にすることにつなげることができるのである。

次の問題として、緩和ケアのリハビリテーション専門職において、科学と哲学の融合的理解をどのような対象に向けるべきかという点がある。緩和ケアのリハビリテーションは「その人らしく生きること」を支える支援である。これを具体化する視点の一つにLIFE（統合的生）がある。LIFEという言葉は、生命、生活、人生といった意味を包摂している。人間とは、全体的・統合的存在であり、不可分なものである。その“統合的生としての存在”が抱える問題は、当然生命・生活・人生の全体的問題のはずである。緩和ケアにおけるリハビリテーションに必要なのは、LIFEを分断するような各層ばらばらの視点ではなく、統合的な視点なの

である。(図4) そのためには、支援者側の論理やケア管理を支援の基準にするのではなく、「今、ここ」の世界に、固有で、あるがままの主体的存在として実在する者の、独自の空間と社会関係性を含む世界」を

基準にする、つまり実存性をもった存在としての利用者主体と、その生活の連続性を理解（実存的生活理解）することが求められるのである。



図4 LIFE (統一的生) の分断化と統一的視点

3. 緩和ケア実践方法の示唆

緩和ケアの実践において重要なことは、身体的な機能低下が防げない中、限られた命の時間の中でも、人間は最後まで成長し続けることができるという観点である。この観点にはこのような人間の成長に焦点をあてることのできるリハビリテーション概念が有効に働くと考えられる。

自己の人生に主体的に関われる支援のためには、一般化された事実を提供する科学と、固有な価値意識に基づいた意思決定を導く哲学の融合が必要である。あくまで科学の奴隷となるのではなく、客観的な事実を認識し受容した上での主体的な自己決定へ導く観点が重要なのである。そして、仮に身体の機能が低下しても、人間としては死が訪れるその日まで成長しつづけるという人間理解とその生活理解が求められる。自己決定には自己責任が伴い、この主体的な意思決定が人間としての成長を生むのである。

また、死は人を成長させる大きな力でもあることを忘れてはならない。癌の告知を受けた後や、脳卒中で片麻痺などの障害をもってから、社会貢献に積極的になる人は非常に多い。死は個人的で主観的な代わりのきかないものであるため、向き合うことが強要される。これは、苦悩とともに生きることを意味し、また、限られた体力、時間の中だからこそ、その人が虚栄や傲慢などから解放され、本当の自己に迫り、自己実現に向かうことができるという側面もあることを忘れてはならず、むしろ、これを目指すのが、緩和ケアリハビリテーションなのである。そのために必要な視座は実存であることは、すでに述べた通りである。

実存の視座は人間理解・生活理解に有用であるが、そのためには統一的生の観点が重要である。この観点

は、人間存在を分析、つまり分けて考える科学的視点ではない。人間を要素に分けると、その要素もまた要素に分けることができる。⁴⁵⁾ いわば永遠に分けることができるだろう。そして、そこには生を見出すことは困難となり、逆に統一的生の観点は、生を見出すためのものなのである。

さらに、人間理解を実践するにあたり重要な観点は、相手の立場になって考えることである。これは、患者・家族が表現したものを表面的に理解するのではなく、その背景や理由などを想像する深層的な理解である。直接的に表現されたものと、それによって表現された実存的なことは異なっていることも多いのである。⁴⁶⁾ 「表現されたもの」から「表現されたこと」を深く想像し、実存的に生活や人間を理解することで、相手の立場になって考えることが深化され、最期まで自己実現に向かう生き方を支援することができるのである。

相手の立場になって考えることは、患者・家族中心の医療であることを意味するが、このためには、専門職としてのエゴを一度捨て去る必要がある。ここでいうエゴとは、専門職としての技術の提供が目的化し、知らず知らずに患者へ押し付けてしまうものである。これでは、患者中心の人間理解・生活理解にはとても近づくことはできないのである。各専門職が集まりチームを形成するが、このような患者中心の視点は共有する必要がある。これは、チームの仕事の目的、つまり到達点を示すものであり、それを一致させないで実践するということは、行き先を決めずにそれぞれが異なった方向へ出発するようなものだからである。

現状のチームは、医師を頂点として、看護師、薬剤師、栄養士、リハ・スタッフ、MSW、心理士などで組織されていることが多い。各専門職の専門性の高さから、multi-disciplinary という分業として役割がはっきりし

ているチーム形態となってしまうのである。各々の専門職文化から、患者・家族の状況を問題として認識し、それをニーズや解決すべき課題として、各専門職が自己中心的に意味を与える。そして、ひとりの患者に対してのアセスメントが専門職の数だけ存在することとなり、アプローチにチームとしての一貫性がなくなってくることになるのである。そこで、一貫した方針決定のため、マニュアル作成にエネルギーを注ぐのは誤りである。そこに、その人らしきをつかむためのヒントは存在しないからである。

幸福は「その人固有の価値意識」に基づくものであるが、決して不幸の絶頂が死でもない。死の前に幸福が訪れることを目指して実践することこそが、自己実現を目的にしている緩和ケアリハビリテーションの意義なのである。(和田光徳、林部博光)

V. おわりに

ドイツ語の「死ぬ」には、「sterben」と「verenden」がある。前者は人の死に使用され、後者は動物の死に使用される語である。「verenden」には、ただ消え去ることを意味しており、「sterben」は人間らしく生を全うすることを意味する。^{47) 48)}

緩和ケアのあり方を端的に示すと、「verenden」ではなく「sterben」である。また、生を全うするのは自分自身であり、それは「死」に主体的に関わることを意味する。つまり、「死ぬ」のは患者自身であり、どのように「死」に向き合うのかを決定するのも、患者自身である。

今日本では、1分間に2.3人、つまり30秒に1人以上死をむかえており(表2 平成22年の死亡者数より算出)、更に急増していくことが予想される。このような「死」が身近な時代には、患者自身の生活世界を中心おいた実存的生活理解が必要不可欠であり、これは、緩和ケアのケア哲学でもあり、リハビリテーションの概念にも共通する概念と考えられる。

【参考文献】

- 1) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編「ホスピス緩和ケア白書2011」2011年2頁
- 2) Economist Intelligence Unit, Lien foundation, The quality of death; Ranking: End of life care across the world; 2010年
- 3) 辻 哲也他 編「がんのリハビリテーション」金原出版 2006年 503-507頁
- 4) 黒田 輝政「在宅ホスピス入門」ミネルヴァ書房 2001年 19-20頁
- 5) 飯塚 真之「ホスピス・緩和ケア運動の原型－英国－」建築資料研究社 2001年 4-7頁
- 6) 末永 和之「緩和ケアの課題と展望」理学療法ジャーナル 40(11) 医学書院 2006年 897-903頁
- 7) 志真 泰夫「がん対策基本法とホスピス緩和ケア」ホスピス緩和ケア白書(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2011年 1-5頁
- 8) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ2011年9月確認 <http://www.hpcj.org/what/kijyun.html>
- 9) 辻 哲也「がん治療の現状」理学療法ジャーナル 42(11) 医学書院 2008年 915-924頁
- 10) 同論文
- 11) 志真 泰夫「わが国におけるホスピス・緩和ケアの歩み－現状と展望－」ホスピス・緩和ケア白書2004(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2004年 4-5頁
- 12) 厚生労働省ホームページ「がん対策推進基本計画 中間報告」2011年9月確認 11頁 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku04.pdf
- 13) 前掲書 11) 4-5頁
- 14) 内富庸介「がん医療における望ましい終末期医療のあり方に関するアンケート 厚生労働省科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」より抜粋 2005年
- 15) 理学療法ジャーナル・第40巻第11号・2006年11月 917頁
- 16) 椿原 彰夫「リハビリテーション総論」診断と治療社 2007年 4頁
- 17) 同書 4頁
- 18) 花村 春樹 訳・著『「ノーマリゼーションの父」N・E・バンク・ミケルセン その生涯と思想』株式会社ミネルヴァ書房 1998年 78-88頁
- 19) 岩崎武雄「哲学のすすめ」講談社現代新書 1966年 第1刷発行 1999年第71刷発行 23-24頁
- 20) 黒田 輝政「家で死にたい・死なせたい在宅ホスピス入門 介護福祉からのアプローチ」ミネルヴァ書房 2001年 14頁
- 21) 同書 15頁
- 22) 梶原 博毅「医学の外観」六法出版社 1994年 39頁

- 23) 同書 14-51 頁
- 24) 同書 11 頁
- 25) 酒井 シヅ 「日本の医療史」東京書籍株式会社 1982 年
183 頁
- 26) 同書 193 頁
- 27) 同書 293 頁
- 28) 前掲書 19) 31 頁
- 29) 砂原 茂一「医者と患者と病院と」岩波新書 1983 年
40-45 頁
- 30) 同書 124 頁
- 31) 厚生労働省ホームページ 平成 22 年人口動態統計年報
2011 年 9 月確認
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>
- 32) 厚生労働省ホームページ 平成 22 年国勢調査抽出速報
2011 年 9 月確認
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hqtl-att/2r9852000001hqxb.pdf>
- 33) 広井 良典「ケア学 越境するケアへ」医学書院 2000 年
136 頁
- 34) 広井 良典「死生観を問いなおす」ちくま新書 2001 年
11-12 頁
- 35) 三木 清「人生論ノート」新潮文庫 1954 年初版 2004 年
99 刷発行 31 頁
- 36) 永井 均「西田幾多郎〈絶対無〉とは何か」NHK 出版 2006
年 24 頁
- 37) 太田 義弘 著「ソーシャル・ワーク実践とエコシステム」
誠信書房 1992 年 54 頁
- 38) 同書 55 頁 図 3-1
- 39) 濱井 修 監修 小寺 聡 編「改訂版 倫理用語集」山川出版
社 2009 年 233 頁
- 40) 新村 出 編「広辞苑 第 5 版」岩波書店 1998 年 1151 頁
- 41) 安井 理夫 著「実存的・科学的ソーシャルワーク」明石書
店 2009 年 13 頁
- 42) 阿部 郁代 ら「緩和ケア病棟における理学療法の意義に
ついて」理学療法学 32 巻 2 号 304 頁 2005 年
- 43) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報セン
ターホームページ 2011 年 9 月確認
http://ganjoho.ncc.go.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html
- 44) 前掲書 43) 43 頁
- 45) 前掲書 37) 60 頁
- 46) 宮川 敬之 著「再発見 日本の哲学 和辻哲郎-人格から問
柄へ」講談社 2008 年 18-23 頁
- 51) 松井 富美男「安楽死と人間の尊厳」HABITUS 西日本応
用倫理学研究会 2004 年 18 頁
- 47) 城岡 啓二「日本語とドイツ語の多義語の対応をめぐっ
て」静岡大学教養部研究報告 人文・社会科学篇 31 1995 年
120-121 頁