

ホスピス (Hospice)

今世紀における医学と医療技術は、飛躍的な発展を遂げた。さまざまな病気に治療の道が開け、救命や延命の可能性も格段に増した。しかし他方では、こうした進歩が新たな問題をもたらしている。例えば、治癒 (cure) ばかりを目指す医療の努力が、かえって患者や家族の苦痛をつのらせるとか、家族その他の親しい人々にかこまれて死にたいという素朴な願いをよそに、病院の隔離された環境の中で人生の終末を迎えざるをえないとか、あるいは、現代医学の手の及ばない末期状態に至ると医療者の足が鈍り、患者や家族は苦しみの中でとかく孤立しがちになる……などの問題が生じている。

ここにとりあげるホスピス (Hospice) も、こうした現代医療の状況から発生した問題の一つである。

癌の末期状態とか治癒の見込みのない進行性の疾患の患者は、先進的な医療環境の中で濃厚な医学治療の処置を受けながら苦しみつつ死を待つか、あるいは医療者から見放されやすい。そしてまた、そうした患者をかかえる家族は、患者の看病に心身ともに疲れはて、経済的な破綻にも見舞われて、家族の崩壊の危機にも陥りやすい。そこで、このような末期患者やその家族に対する適切な医療のあり方が、あらためて問われるようになり、イギリスの Cicely M. Saunders によってホスピス運動の名のもとに実践されるようになった。医師であるばかりでなく看護婦でもありソーシャルワーカーでもあった彼女は、1967年にセントクリストファー・ホスピスを発足させて、末期患者が人間的な尊厳を保持して人生の終末期を平安に過ごせるように、医療援助を始めたので

ある。

ホスピスという言葉は、中世ヨーロッパにおける巡礼者や旅人のための避難所・休息所を意味した。旅人が食料を補給したり宿泊して心暖まる世話をうけ、その疲れを癒す所であった。このような施設は、すでにローマ時代にまで遡ることができ、時代によって、健康な巡礼者の世話をしていたり、病人や死にそうな人を受け入れていた。しかし医学の発展に伴って、病人の治療は専らホスピタル（Hospital）の役割になり、ホスピスの活動は一部の慈善家の手にまかされたまま衰微した。この意味で、Saundersによるホスピスの実践は、キリスト教的博愛精神の伝統を、現代の科学的な医療によみがえらせたものといえよう。

Saundersに始まるホスピス運動は、地元イギリスにおいて発展したばかりでなく、アメリカ合衆国を初め、世界の多くの国々に普及している。もちろん、わが国でも実践されつつあるが、イギリスやアメリカ合衆国に比べれば、まだその数は少ない。およその数を見ると、イギリスが約120ヶ所、アメリカ合衆国が約1569ヶ所（全米ホスピス協会—NHO—の1987年度ホスピス名鑑に記載されている数であるが、この他にも開業している模様である）、わが国が約13ヶ所（筆者らの調査による）である。ただし、わが国ではホスピスが制度化されていないので、確実な数の把握が困難であり、ホスピスを標榜する施設の他にも、日常的な医療活動の中でホスピス的な内容を実践している開業医や医療・看護機関があるものと思われる。

一般にホスピスといえば、特殊な病室や病棟と考えられやすいが、これは末期医療に関する基本的な理念を意味している。NHOの定義に従うと、ホスピスは「不治の病の終末期にある人々ができるだけ十分かつ安楽に生きようるように、支援とケアを提供するために存在し、死にゆく患者とその家族に対して、身体的、心理的、社会的、宗教的（信仰的）ケアを提供するプログラム」である。そして、この理念のもとに、患者が家族に看取られて充実した日々を送れるように、1日24時間の年中無休のホームケア体制を理想にしている。そこで、入院ケアは、痛みや症状のコントロールおよび家族休養のための一時預

かりの場とみなされている。もちろん、患者によっては入院のまま死を迎えざるをえない場合もあるが「できるだけ親しい環境の中で家族にかこまれて死ぬることが人間にとって自然である」と考えられているのである。家族のない患者についても、家族に代わる援助体制の確保がホスピスの基本業務の一つになっている。

ホスピスを実践するためには、多種類の専門家の協力が必要である。NHOのホスピス基準によれば、ホスピススタッフとして、医師、看護婦、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、宗教関係者などの各種専門家、そして看護補助者やボランティアが含まれている。医師や看護婦やソーシャルワーカーなどが、医療ディレクターとかコーディネーターとしての中心的な役割を担うが、ボランティアも含めてすべての専門家が対等の立場でチームワークを組んで仕事を行うのである。

アメリカ合衆国のホスピス・プログラムは、NHOのかなり厳しい基準によって、その水準が確保されている。それは17項目におよぶが、その主なものには、次の内容が含まれている。「州や連邦の医療関係法令に準拠すること」、「在宅ケアと入院ケアとの継続性が保証されること」、「患者と家族とを一体にしてケアすること」、「スタッフの種類とその現任研修について」、「症状のコントロールについて」、「遺族に対して少なくとも1年間の支援サービスを提供すること」、「ケアの質の保証や向上の措置について」、「記録の保管について」、「入院施設の設備について」などが、こまかく決められている。

また、欧米のホスピス・プログラムは、地域社会のボランティアな活動を基盤にして作られる傾向がある。NHOのガイドブックの中にも、その指針が盛り込まれている。ホスピスケアの必要性を痛感する人々が自由意志で集まり、専門家の意見を参考にしながら作業委員会や実行委員会を組織して、ボランティア的な活動を開始し、やがて常勤専門職を雇えるケアチームに発展するというのが、ごく一般的なスタイルのようである。

それでは、このようなホスピス活動がわが国においても、同じような形で展開できるだろうか。たしかに、末期患者と家族の「生きる質の向上 (Quality

of Life)」を目指すホスピス運動は、われわれにとっても緊急な課題である。しかし今のところ、欧米のホスピス運動をそのままわが国に当てはめてよいわけではない。そこには、わが国の現状に即して検討しなければならない問題が、いろいろとあるだろう。つぎにそのいくつかを取り上げておこう。

アメリカ合衆国のホスピスの普及の陰には、膨大な医療費を抑制するための強力な入院日数制限政策（DRG）によって、ホームケアが促進されたという事情がある。医療費の増大は、わが国でも同様だが、ここ当分はアメリカほど厳格な医療制限の政策は実現しないであろう。

また、医師以外の医療者がどこまで独立して在宅ケアに従事できるか、あるいは社会の認知を得ることができるかも、問題が大きい。在宅ケアをベースとしたホスピスケアの普及には、まだ時間がかかりそうである。

アメリカ合衆国のホスピスでは、いわゆる「病名の告知」が基本的な前提になっているが（ただし、東部ではそれほど積極的ではないともいわれている）、わが国では、まだ一般にその抵抗感が強い。Saunders は告知を必要とはみなしていないようだが、アメリカのホスピスにあるような「ノーコード（人為的な救命蘇生措置を受けないという意志表示）」の署名は、病名を知っていることが前提にならざるをえないだろう。わが国でも、ホスピス入院患者は、一般の病院の患者よりも病名を熟知している場合が多いと思われるが、ここ当分は、病名を伏せたままホスピスケアを行うというむずかしい課題を背負うことであろう。

ホスピスケアは、痛みと症状の緩和処置（palliative care）が医学的処置のベースになるわけだが、具体的にどの種類の治療までを実施するのか、まだ議論が多いものと思われる。さらに、患者や家族の要望をどう評価するかにも、困難な問題が含まれている。アメリカでは、患者や家族が治癒の処置を要望すれば、ホスピスケアの契約から外され、一般の医療に戻ることになるが、わが国では、もっと柔軟に対応することになるだろう。

宗教家の医療場面への関与についても、彼我の文化的相違が大きいと思われる。わが国でも最近では、仏教の若い僧侶が、ホスピスケアに積極的に参加し

はじめているので、やがて、宗教的(信仰的)援助が活発に行われるだろうが、これには各種の宗教家の地道な実践の積み重ねが重要であろう。もちろん、医師や看護婦やソーシャルワーカーなどの医療者が、末期医療に対して大いなる関心を抱き経験を積むこと、そして、特に人間生活と(あるいは生と死と)宗教・信仰について見識を深めることが重要である。

最後に、ボランティア・スピリットについても、わが国の現状はあまり積極的ではない。ボランティア活動がもっと日常的なものとして人々に受け入れられるようであれば、その持続性は乏しいであろう。今のところ、わが国のホスピススタッフの中にボランティアを必須なメンバーとして数えるのは困難であろう。

冒頭にも述べたように、現代の先進的医療がキュア(cure)とケア(care)との分離をもたらしたことを思えば、ホスピスケアの探求と実践は、まさしく医療を人間的な営みに立ち帰らせる現代的課題に沿うものである。ホスピスという言葉には何か特殊な響きがあるようだが、実は、医療一般の原点を改めて問い直しているといえよう。

(長谷川 浩/東京女子医科大学看護短期大学教授)
