

〈研究ノート〉

地域緩和ケアに関する一考察

～医療関係者とのインタビューに基づくチェコ共和国の 緩和ケアの現状～

熊澤利和 郷堀ヨゼフ

A Discussion on Local Palliative Care

—The Current State of Palliative Care in the Czech Republic through the Interview
with Medical Professionals—

Toshikazu KUMAZAWA · Josef GOHORI

要旨

今回の調査報告では、「地域緩和ケア」という用語を使用した。その理由は、チェコ共和国でのヒアリング調査で示唆された、患者中心の緩和ケア（がん、非がんを問わず）に対して緩和ケアが展開される環境が重要だと考えたからである。今後は、「地域緩和ケア」の展開が重要になると思量されよう。

チェコ共和国でのヒアリング調査では、①緩和医療におけるターミナルセデーション¹と安楽死は、相互に排他的なものではないとされるが「その違い」が見えにくい。②ターミナルセデーションの実施について、「人としてどう考えるか」「その人にとって何が必要なことか」ということが指摘された。また、③インフォームド・コンセントについての聞き取り結果から、わが国（日本）では、緩和ケアの場面において、いわゆる「悪性新生物」に対する治療モデルの枠組みからのアプローチや指向により答えが得られにくい側面である「死の臨床」や全人的な「緩和ケア」研究において、人類学や哲学等のアプローチによる研究が不足していると考えた。さらに、④「スピリチュアルケア」のとらえ方について、学問としての進展に重きをおき宗教性を排除する方向で発展してきたアメリカと、チェコ共和国で調査を行ったキリスト教系緩和ケア病棟では、本質的に異なる文脈でケア実践が展開されていた。

Summary

This research report uses the term “local palliative care” because the author thinks through the hearing survey conducted in the Czech Republic such an environment as the patient-oriented palliative care is provided is necessary regardless of being cancerous or not. Development of “local palliative care” will be important in the future.

The results of the hearing survey in the Czech Republic showed (1) terminal sedation and euthanasia in the palliative care were not exclusive each other, but it is difficult to tell the difference, and raised the question (2) what you personally thought about implementation of terminal sedation and what was necessary for the person undergoing terminal sedation. The results of the interview about informed consent showed (3) clinical researches on death and dying, and on holistic palliative care were difficult to get an answer in Japan due to an approach or an intention based on a healing model of so-called “malignant neoplasm” and those studies seemed not to be fully done through an anthropological or philosophical approach. In addition, the research showed “spiritual care” interpreted by the Czech Christian palliative care ward subject to the survey was substantially different from the American interpretation excluding religiousness for development.

はじめに

近年、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン等、終末医療における意思決定に関するガイドラインや治療の差し控えまたは中止に関する情報が多くなってきている。その一方で、2010年以降、終末期医療における医療訴訟はおきていない。²終末期医療における患者本人の意思による治療の差し控えに対して遺族から民事訴訟が起こされた判例は、終末期医療において、誤嚥性肺炎に対し人工呼吸器を装着しないことの是非（東京地方裁判所平成21年12月10日判決）がある。判決は、「裁判所は、患者が人工呼吸器の装着を拒否していたと認定し、このような意思決定は人格権の一内容として尊重されるべきであるとした上で、病院は人工呼吸器を使用しないという制約下で最大限の治療を行っていたとして遺族の請求を棄却した。」³とある。これらのガイドラインや判例等は何を意味しているのであろうか。一般的に言われていることは、これまでは「医師に任せておけばよかった」、「最後まであきらめず治療を行うことが是であり、治療を中止することは医療における敗北である」等であろう。しかし、わが国のがんの罹患数は1985年以降増加の一途をたどっていることや、非感染性疾患（NCDs：Non-Communicable Diseases）に対する取り組みから、医療の限界を理解しつつも、人間の寿命に向

かって生きることを考えることが必要とされているのではないだろうか。1986に世界保健機関（WHO：World Health Organization）から「がんの痛みからの解放（第1版）」が出版された。痛みからの解放であり、苦しみからの解放ではない。仏教における人間の四苦は、人の苦しみ、思い通りにならないことを意味する。症状緩和にめざましい進歩があることは事実であるが、たった数十年の歴史しかない。今、私たちに突きつけられていることは、科学の進歩とその限界を前提とし人間の寿命、医学の限界を考えに含め、生きること、終末期の治療／ケアを考えることなのだ。そのために、ひとりひとりが、終末期の治療／ケアのあるべき姿を他人に委ねるのではなく、人としての生き方を考える必要がある。そのような意味において「地域緩和ケア」をいう語を用いた。

本報告は、チェコ共和国において先駆的な緩和医療・緩和ケア・研究・教育に携わる医師等の専門家に①ターミナルセデーションについて、②アドバンス・ケア・プランニングに関するヒアリング調査を行った内容である。チェコ共和国を調査対象として選択したかは、ヨーロッパの中で無宗教の国というとチェコ共和国があげられることから、緩和医療において我が国と共通した課題を抱えているのではないかと考えたことからである。

1. 研究の方法

(1) ヒアリング調査

1) 対象：先駆的な緩和医療・研究・教育に携わる専門家

医師 4名

心理学者 1名

社会学者 1名

看護師 2名

2) 期間：2015年9月3日～9月13日

3) 場所：チェコ共和国

①プラハ 緩和ケアセンター（Centrum paliativní péče）

②ブルノ マサリク大統領記念がんセンター（Masarykův onkologický ústav (MOÚ)）

③チェルチャニ ホスピス・ドブレーホ・パステイージェ（Hospic Dobrého Pastýře）

④プラハ 在宅ホスピス ツェスタ・ドムー（Domáci hospic Cesta domů）

⑤プラハ カレル・ボロメイスキー病院（Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze）

2. 結果

(1) 所属：プラハ 緩和ケアセンター (Centrum paliativní péče)

インタビュー対象：ロウチュカ氏 (PhDr. Martin Loučka Ph. D.)

インタビュー結果：

- ・緩和ケアを受ける（対象となる）人は、チェコ全国で3%程度の患者である。
- ・インフォームド・コンセントについて、形式的な同意でしかない場合がある。アドバンス・ケア・プランニングにおいても、同様である。患者が同意したことになっているけども、形式的で本当の同意ではない場合がある。
- ・チェコでは、法律（アドバンス・ケア・プランニングに関する法律）ができたけども、臨床医は、これをどうやって使えばよいかわからないことが現状である。
- ・セデーションについて、形式的なら問題あるが、痛みをとり、患者が安心するならば、よいのではないか。安楽死とセデーションの違いがわかりづらい。外からみて、同じように見えてしまう場合がある。そのため細心の注意が、必要である。

(2) 所属：ブルノ マサリク大統領記念がんセンター (Masarykův onkologický ústav (MOÚ))

インタビュー対象：スラーマ氏 (医師、マサリク大学教員 MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.)

インタビュー結果：

- ・緩和医療、緩和ケアが正しく理解されていない。人によって変わる。
- ・ターミナルセデーションは、病院型モデルとホスピス型モデルとして考えられる。
- ・病院型では、身体的に捉える医師が多い。一方、ホスピスでは、終末期とはいえ、まず「人間としてはどうか」と考える医師が多い。
- ・深い鎮静は極端な治療であり、自分を行わない。人間として考える以上、コミュニケーションを優先し考え、できるだけセデーションの施行を避けたい。簡単な解決方法がない。セデーションは、緩和ケアの方針とマッチしない。セデーションにより、症状ゼロという状況を作れるけども、緩和ケアではない。マニュアルが作れないし、簡単な解決方法が存在しないし、医療（医学）だけでは何もできない。
- ・医学、医療ではなく、哲学、人類学、宗教、文化などの領域において、「ひとりの人間」として考える必要がある。人間としてどうあるべきかを問うべきだ。
- ・ターミナルセデーションだからといって、痛みをコントロールすることができるが、セデーションは、安楽死ではない。
- ・緩和ケアは、セデーションに注意すべきある。緩和ケアの哲学・人類学が必要だ。マニュアル可ができない。

- ・インフォームド・コンセントやアドバンス・ケア・プランニングは、イギリスやアメリカの社会にマッチしているが、世界中のすべての国々・文化にはなじまない。

(3) 所属：プラハ 緩和ケアセンター (Centrum paliativní péče)

インタビュー対象：ホウスカ氏 (医師、専任スタッフMUDr. Adam Houska)

インタビュー結果：

- ・アドバンス・ケア・プランニングは、2年前に制度として導入されたが、病院では定着していない。一方、ホスピスを意識し、アドバンス・ケア・プランニングの考え方を盛り込んだ。しかし、利用者・ケア提供者の両者共にもっている情報が少ない。アドバンス・ケア・プランニングに関する法律が施行されても、方法を知らない、どうしたらいいかわからないことが多い。法は、2011年から施行された。
- ・アドバンス・ケア・プランニングは、入院後、説明されて、立会人のもと記録される。病棟の記録も、入院前、市役所の承認が必要である。いずれにしても第三者の立ち会いが必要である。
- ・利用者は、アドバンス・ケア・プランニングの重要性を感じていない。医師は、患者の指示に従って行ったとして、裁判になると困ると思っている。患者と医療者がパートナーではないと捉える人が多い。医師の考えを優先としてとらえている。

(4) 所属：プラハ 在宅ホスピス ツェスタ・ドムー (Domáci hospic Cesta domů)

インタビュー対象：ウフリージュ氏 (施設長Mgr. Marek Uhlíř)

インタビュー対象：ザーヴァドヴァー氏 (医師、医療チーム長MUDr. Irena Závadová)

インタビュー結果：

セデーションについて：

- ・チームで判断する。予測できる場合 (例えば、肺がんの場合)、症状がどう変わるか予想できる。それにそって家族に今後のケアの展開を予め示すことができ、セデーションを使うかどうかについては、考えることができる。家族とコミュニケーションを取りながら、家族と一緒に考えて判断することが重要である。
- ・予測できない場合：看護師は、患者及び家族と関わりが深く、意思決定プロセスにおいて看護師が主役である。医師はそれほど関わらない。関わるのは、チャプレンや心理学の専門家の意見を伺うことが多い。
- ・セデーションと安楽死の問題について、安楽死は、チェコでは認められていない。セデーションを実施する場合、氷の上を歩いているように感じる。
不穏の場合：病院に搬送されて、自分の望んでいない死に方をすることが多い。
- ・なぜチームで意思決定できるか。試行錯誤の結果である。

1. 病院だと、権力は病院側。在宅なら患者が主であり、考える上で環境が一番多い要素である。

2. 理念 患者には30%、家族には70%を向ける。
 3. 患者の（生活の）領域に入っている。
- ・「お任せします」というのは、こちらが家族に言う言葉であり、本人、家族の意向を最大限大切にしている。

(5) 所属：カレル・ボロメイスキー病院 緩和ケア病棟

インタビュー対象：マルコヴァー氏（医師、病棟長MUDr. Pavlína Marková）

インタビュー結果：

- ・平均入院日数は、29から30日くらい（幅は、1日から数ヶ月）
- ・70%の患者はターミナルケアで、死亡まで入院できる。
- ・身体的なケア、家族のケア、社会的なケアを実施している。
- ・他のところ（他の緩和ケア病棟）と変わらないことを行っている。緩和ケアといいながら、特別なことはしない。患者が治療してくださいと言ったら、（無駄だと思っても）治療を考える。
- ・インフォームド・コンセントは、入院時に書いてもらう。
- ・アドバンス・ケア・プランニングについて、今まで例がない。
- ・プラハ市内から患者が入るけども、アドバンス・ケア・プランニングを知らない患者がほとんどである。しかし、アドバンス・ケア・プランニングをして来なかった患者のありかたを否定できない。積極的やりましょうと、なかなか言い出せないことが現状である。
- ・キリスト教とケアについて「体で体験したこと」「愛」「患者のところに働きかける」ことが大切である。これは日々のケアの根底に流れる。
- ・スピリチュアルケアとはいわない。「魂のケア」と言っている。目に見えないが、入院時、患者に不安があるが、ケアにより徐々に穏やかになっていく＝これは魂のケア。数値では表せない。
- ・入院時から洗礼を受ける患者はいない。シスターもいるが、シスターではない看護師もいる。

3. 考察

チェコ共和国の聞き取り調査において示唆されたことは、インフォームド・コンセントについて「形式的な」インフォームド・コンセントとなる場合があることが課題としてあげられた。十分な説明と同意が行われていない、形ばかりの同意で、必要な書類にサインを求めることがおこる。問題は、どういうときにこういった“miscommunication”が生じるかである。

現在の緩和ケアにおけるインフォームド・コンセントは、医師によって予定された死または治療に対してプログラムされた通りの医療が行われることが暗黙として医療者間で共有されているのではないと思われる。例えば、終末期における治療の差し控えについて、「終末期」とはど

の時期／状態を指すのか、それは医療者、患者、家族、市民のコンセンサスが得られていると言えるのだろうか。認知症、神経難病等、コンセンサスが得られていないことの方が多々あるのではないだろうか。患者の意思を尊重するというための方法は、どのように組み立てられて標準化されているのだろうかまだまだ検討課題が多いと思う。

この調査の前提となる国内における聞き取り調査では、緩和医療をどのようにとらえるのかということについては、「治療／ケアにおいて『無意味』ということを再考すべきである。人が『寿命に向かって生きる姿』として、『耐え難い苦痛』を『耐えられる』ようにすることが緩和医療であるならば、『耐え難い苦痛』を『耐えられる』ようにするためにターミナルセデーションを行うかを考えてはならない、『耐え難い苦痛』を取り除くということに、医療による解決方法のみに答えを求めてきたことを考え直す必要がある。」ということが緩和ケアを専門とする医師から示唆された。一方、インフォームド・コンセントに関連する調査では、米国内の調査では、「自分の症状、余命、可能な治療に関する情報を理解している末期がんの患者は5%であった (Epstein, et al, 2016)」⁴。我が国の調査では、「がん治療について余命を知りたいと思っていたが、医師から聞いていない人が、進行がん患者の4割に上ることが、厚生労働省研究班の調査で分かった。」ということが公表された。⁵ SHAREとSPIKES⁶というような医師のコミュニケーション能力を高め、患者に「真実を伝えること」の取り組みは行われているが、医療者のコミュニケーション能力ということだけでなく、医療を取り巻く環境から考える必要がある。

今回の調査報告に際して、「地域緩和ケア」という造語を使った。理由は、ザーヴァドヴァー氏から、在宅なら患者が主役であること、本人、家族の意向を最大限大切にすることでの関わりが構築できることが重要であり、それを実践で展開することの難しさを学んだ。緩和ケア（がん、非がんを問わず）が展開される環境が重要だと考えたからだ。そしてその中心にいるのは患者であり家族でもある。在宅ケアだからこそ可能になる意思決定プロセスがあると考えた。人が生きることによる「痛み」や「苦しみ」は、どのような状況であっても軽い／つらいという差こそあれ、無くならないものだと思う。家族の迷惑になりたくないという言葉も相手を思いやってくることだと思うが、所詮、人は、どの発達段階においてケアを誰かから受けなければ生活ができない存在なのだ⁷。だから「痛み」や「苦しみ」を取り除き楽になることが人の尊厳ではなく、どのように生きるかについて、もっと身近な人と語り合う必要があると考える。

なお、在宅ホスピス ツェスタ・ドムーのザーヴァドヴァー氏は、インタビューを受けていただいたときに、「私たちが行っていることは、チェコ共和国内で標準的に行われていることではないことに注意してほしい。」と話していた。チェコ共和国内で先駆的な取り組みを行っているという意味である。

おわりに

今回の調査において、一番に感じたことは、ブルノ マサリク大統領記念がんセンターのスラーマ氏をはじめ緩和ケアの専門家が、医学以外からのアプローチが緩和ケアにおいて重要だということをも誰かが言葉にされていたことが、大きな学びであったと思っている。また、信仰の発露としての行為としてケアについてもあらためて考えさせられた。今年度中に、再度チェコ共和国において、継続して、アドバンス・ケア・プランニングに関して、調査研究をすすめる予定である。最後になりましたが、本調査は、研究協力者の郷堀ヨゼフの協力を得て実施した。感謝申し上げます。また、調査にご協力いただきました方々に、衷心より拝謝申し上げます。

本調査は、科研費 挑戦的萌芽研究（2013年度～2016年度）課題番号：25670247により実施した。

（くまざわ としかず・高崎経済大学地域政策学部教授）

（ごうほり よぜふ・淑徳大学アジア国際社会福祉研究所准教授／上席研究員）

注・引用文献

- 1 A medical approach reducing consciousness using sedatives to relieve pain 苦痛を緩和するために鎮静剤により意識を低下させる医療的方法として使用している。
- 2 安楽死六要件については、次の名古屋高等裁判所の判例がある。
事件番号 昭和37(う)496 事件名 尊属殺人被告事件 裁判年月日 昭和37年12月22日
裁判所名・部 名古屋高等裁判所 第四部
高裁判例集登載巻 第15巻9号674頁
全文 http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/053/023053_hanrei.pdf
http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail3?id=23053（2017年7月31日 閲覧）
また、その後、東海大学安楽死事件において、横浜地方裁判所平成7年3月28日判決は、被告人を有罪（懲役2年執行猶予2年）とした。さらに、医師による積極的安楽死として許容されるための4要件を司法が示した。その後の刑事事件は、下記の事件がある。
 - ・2002年12月 川崎市協同病院で患者の気管内チューブを抜管し、筋弛緩剤を投与したとして主治医が殺人罪で逮捕された。2009.12.9 最高裁第三小法廷（田原睦夫裁判長）は、被告の上告を棄却する決定 延命中止、有罪確定へ 懲役一年六月、執行猶予三年とした二審東京高裁判決が確定した。
 - ・2006年3月25日 富山県射水市民病院で、人工呼吸器をはずした事件が、発覚。7名が死亡。2009年12月不起訴。
 - ・2007年1月 和歌山県立医大付属病院紀北分院で、脳死状態の患者の人工呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検、不起訴
これ以降、刑事訴訟は起こされていない。
 - ・テレビ放送では、2017年6月5日(月) 人工呼吸器を外すとき ～医療現場 新たな選択～ NHK クルーズアップ現代+ <https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/3985/>（2017年8月17日 閲覧）
- 3 医師であった患者（男性・90歳）が、発熱、脱水等に対する入院加療中に誤飲性肺炎（判決文の記載。以下同じ）による急性呼吸不全で死亡した。担当医は、人工呼吸器による治療を希望しないとの患者名義の書面が入院中に作成されていたことから、できるだけ人工呼吸器を装着せず抗生剤投与を中心とする治療を行った。本件は、患者遺族の一部が、同書面は患者自身が署名したものではない、書面作成当時は認知障害（いわゆるまだら呆け）の状態であったから明確に治療を拒否する意思を持っていたわけではないなどと主張し、遅くとも誤飲性肺炎と診断された時点から人工呼吸器を装着しての治療を行うべきであった等として病院の責任を問うた損害賠償請求訴訟である。
裁判所は、患者が人工呼吸器の装着を拒否していたと認定し、このような意思決定は人格権の一内容として尊重されるべきであるとした上で、病院は人工呼吸器を使用しないという制約下で最大限の治療を行っていたとして遺族の請求を棄却した。

地域緩和ケアに関する一考察

Medical Online http://www.medicalonline.jp/pdf?file=hanrei_201605_01.pdf (2017年8月17日 閲覧)

- 4 Andrew S. Epstein, Holly G. Prigerson, Eileen M. O'Reilly, and Paul K. Maciejewski: Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients with Advanced Cancer. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY, No.20, Vol.34:2398-2403

- 5 聞きたいと思ってるのに 余命「告知なし」4割 読売新聞社 2017.08.05 東京朝刊 34頁 (全515字)

がん治療について余命を知りたいと思っていたが、医師から聞いていない人が、進行がん患者の4割に上ることが、厚生労働省研究班の調査で分かった。人生の最終段階における医師と患者のコミュニケーションの難しさが改めて浮き彫りとなった。

◇進行がん患者

調査は2009年～14年、国立がん研究センター中央病院（東京）、東病院（千葉）に通院・入院中で、1週間以上前に抗がん剤治療の中止を伝えられた192人に、医師とのコミュニケーションに関する質問を行い、106人から回答を得た。

余命告知については、有効回答の96人のうち41%が、聞きたい意向はあるが、医師から伝えられていなかった。一方で、余命を聞きたくないという患者も27%おり、3%は聞きたくないと思っていたにもかかわらず余命を伝えられた。

また、調査対象は、抗がん剤治療の中止を伝えたと医師が認識している患者だったが、31%が中止自体を「伝えられていない」と答えた。

研究代表者で、同中央病院の内富庸介・支持療法開発部門長は「医師は伝えにくい話を先送りする傾向にある。患者と家族が終末期の過ごし方を考えることが先延ばしにならないよう、医師がコミュニケーション能力を高める必要がある」と話している。

G-search:<https://dbs.g-search.or.jp/aps/RXCN/main.jsp?ssid=20170808050731864gsh-ap04> (2017年8月6日 閲覧)

- 6 参考文献

- ・バックマン, ロバート 恒藤 暁監訳 真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針 診断と治療社 2000
- ・メイナード, ダグラス・W 榎田 美雄/岡田 光弘訳 医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか 勁草書房 2004
- ・内富庸介/藤森麻衣子 がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか 医学書院 2007
- ・藤森麻衣子/内富庸介 がん医療におけるコミュニケーション・スキル 〈続〉 医学書院 2009
- ・第三次対がん総合戦略事業研究費「QOL向上のための各種支援プログラムの開発研究」としての取り組みがある。

- 7 キテイ, エヴァ・フェダー 岡野 八代/牟田 和恵訳 『ケアの倫理からはじめる正義論—支えあう平等』白澤社 2011