



Title	緩和医療の現場：QOL と方針決定のプロセス
Author(s)	清水, 哲郎
Citation	臨床哲学ニューズレター. 1998, 2, p. 60-67
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/81742
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

緩和医療の現場—— QOL と方針決定のプロセス

清水哲郎

札幌の病院の医療スタッフとの話し合い 私は10年ほど前から、医療の現場、臨床の現場におられる医師、看護婦、メディカル・ソーシャルワーカーたちと話し合う機会をもって、対話を続けて来ました。きっかけは、私の妻が20年ほど前甲状腺のガンを煩って、何回もの手術をしたことです。仕事をしながら手術の日程を入れていくなかで、患者が単に自分の体を「修理」をするために修理工場に入るという意味での「医療」と、現実生きていて有意義な生を営みたいということを、どのように調和させていくのかについて、患者の家族としていろいろと考えさせられました。

そのうちにスタッフの方たちがやっていることを見て、自分なりに医療とはこういうものであるのかを個別の問題について提示する、あるいは彼らがこういう問題についてはどう思うのかと問われるのに対して、こうじゃないかと言ってみることを通じて、これからお話するような考えが紡ぎだされてきました。

私にとって、哲学の専門家として医療の現場にどのように関わることができるのかいつも問題でした。私がやりたくないことと言えば、倫理学、アリストテレスやカントの原理原則を医療の現場に持ち込んで、その原理に照らせばこういうことになるから、医療の現場はこうなるべきだというようなやり方です。そういうことをする人を横で見ていると恥ずかしいと思います。例えば、「相手を人として扱いなさい」ということは、現場の人たちはよく分かっているのです。その人たちは言葉で分かるというよりむしろ直観的に分かっている。それより先の話が現場の人たちにとって問題なのです。

「言葉の専門家」という立場で医療の専門家と対話すること 私が研究している中世哲学は、現実の現場から離れたテキストを読んで、著者は何を考えているのかについて対話するという基礎作業をする学問です。ここでは、そうした書かれたテキストの代わりに、現場の医師や看護婦たちの語る言葉をテキストにして現場の人たちと対話をします。現場の人たちの概念は曖昧であることが多いし、直観的に良いことを言っている、それらの間が論理的に組み立てられているかという点に

について弱い点があると思うことがあります。そこで、私が「おっしゃることは実はこのように整理できるのではないか」とか、「この概念はこのように整理される」と提唱するのです。

私のしていることは、問題を整理する、あるいは、現場の人たちの言葉を、より正確な言葉で言い表すという役割を担うことだと言えるでしょう。それは、いわば「書記」や「従軍記者」の役割、あるいは鏡の役割であるとも言えるかもしれません。例えば、こちらの鏡がゆがんでいれはうまく映し出すことができないはずですが、「鏡」として「みなさんのやっていることはこういうことなのでしょう」と言ったときに、それがうまく自分のことを映し出しているかどうかは現場の人たちが決めることです。そのようなかたちで言葉を紡ぎだして現場に返すとき、場合によっては、それが現場の人たちに大変よく役立つこともあれば、問題の整理ができると言ってくれることもあるわけです。

目的とプロセスという二つの座標軸 私が医療現場を把握するときに考えたことは、二つの座標軸を設定することによって問題を整理できるということです。それは「目的」と「プロセス」という二つの座標軸です。「目的」に関しては、もちろん患者にとっての再生を目指すというのは医者なら誰でも言うことですが、具体的に詰めていくとQOL（quality of life）がキーワードになると思いますし、そのQOLと並んで患者個人の価値観とか価値選択とかがキーワードになると思います。「プロセス」ということで言われているのは、新聞などでよく出てくるものとしては「インフォームド・コンセント」、「患者の自己決定」というキーワードが出てきますが、私としては「共同行為」、それから「現実の相手を受容する」という二つのキーワードを考えています。この二つの座標軸は、「ケア」ということを把握する二つの座標軸と言ってよいかもしれません。

緩和医療 私は、東札幌病院という病院を中心に、10年くらい医者、看護婦、メディカルソーシャルワーカーたちと話をしてきました。そこは北海道において民間としては最初のPCU（緩和ケア病棟）を導入した病院です。ここはその導入の前から、ターミナルケア、終末期のガンの患者にどのように対応していくかを非常に深く考えてきたところです。ターミナルケアを特別なこととして行うのではなく、ターミナルケアにおいてなされていることをモデルにして、一般の医療を考えている病院です。

緩和医療というのは、従来であれば、ホスピスケア、ターミナルケアと言われていた事柄をもう一度捉え直したものです。「緩和」というのは本人にとって不快な症状を和らげるという言葉です。WHO（世界保健機関）の定義によると、緩和ケア、緩和医療は、単に痛みなどの個別的な身体的な不快や症状をコントロールするという問題だけではなくて、人間をトータルに見るという人間の把握の仕方をして、その結果、その人のトータルな QOL をできるだけ向上させることを問題にする、そのような医療です。たしかに歴史的には、それは抗ガン剤とか手術など通常の積極的な医療が有効でなくなった人たち、即ち、死に近づいた人たちに対して医療としてできることはないか、ということから導入されました。しかしその後、WHO の定義の最後にもあるように、単に末期の患者だけではなく、もっと早期の患者に対しても有効であると考えようになりました。というのは、緩和ケアとはトータルな人間を相手にするからです。

もちろん、死に直面した人たちにとっては、自分が死ぬということに伴って、いろいろなこと、単に自分の身体だけの問題ではなくて、家族との関係、社会のなかでの自分の地位、自分が死んだら自分の経営する会社はどうか、あるいは自分の親子や妻の面倒は誰が見るのかといった問題が出てくるわけです。しかし、もっと初期の患者たちも、ガンと言われれば、治るかもしれないし、もしかすると治らないかもしれない、というような心理的な問題を抱えますし、あるいは、治療とこれからの社会的な活動をどのように取り合わせていくかという問題も入るわけです。そういうものをトータルに見ていくのが緩和医療というものの理念ですから、単に終末期の患者だけが問題になるのではないと WHO は定義しているのです。

QOL について 結局、何を指すのかということのキーワードとして QOL という言葉が登場します。しかし、その QOL とは一体何かということについては、医療の現場ですら必ずしも意見が一致していません。しかしその一方で QOL の評価表というのはたくさんできていて、厚生省が作っていたり、世界的に通用するような QOL を評価する質問表が提案されたりしています。その元になっている QOL とは何かについては、あまりはっきりとした本質的な見解がなく、人によって「生き甲斐」のことであったり、「本人の満足度」の問題であるとか、いろんなことを言います。

しかしそこで私は、先ほど申しました立場から、QOL とは一体何であるのかということをはっきりさせることは大事なことだと思いました。ことに医療関係の学

会や研究会に行くと、そこにはホスピス、患者のケアということを専門的にやっている医療の専門家がやって来る一方で、抗ガン剤によるガンの化学療法をやっているガンの専門家がやって来ます。最近では、抗ガン剤による化学療法についても QOL が一つの評価のポイントになっていて、それは単に腫瘍が小さくなるとか、延命効果があるということだけではなくて、抗ガン剤を投与している間に患者がどれだけ苦しい思いをする（例えば、髪が抜けるとか、吐き気がするとか）のかを QOL として評価するのです。そしてただ単に治療から延命効果が得られることだけではなく、投与による QOL の低下をなるべく少なくする、つまり副作用の少ないような薬がよい薬というかたちで、QOL の評価をするようになっていきます。

ガンの化学療法の専門家たちの考える QOL の具体的な内容と、ホスピスをやっている人たちの考える QOL とがずれることがあります。大体の傾向としては、ホスピスをやっている人たちから見れば、ガンの化学療法をやっている人たちの言う QOL は、身体のことばかりに集中し、人間を全体として捉えることに対しては不十分であるという感触を持つと思われます。その一方で、ホスピスの人たちは、どんな死生観をもつか、死に臨んで死を受容しているかどうか、ということも QOL の話としてするわけです。ある宗教的な人などは、永遠の生命を信じていることができると QOL が上がるのではないかという話をします。ガンの化学療法をやっている人たちはそれを聞いて、違和感を感じるようです。

私はそのようなやりとりを見て、やはり QOL という言葉の基本的な意味をきちんと決めた上で、それぞれがその使い方を明らかにすることが必要だと思いました。そのことは、専門家同士の対話というものがスムーズに行くためにも、大事なのではないのでしょうか。その他、用語の問題で、医療の世界だとそれぞれの分野によって同じ言葉を使っているけども違うことを考えているということはいくらでもあるわけです。その中にいて、私はどちらの側にもコミットしていない人間ですから、傍目八目と言うのでしょうか、問題がよく見えて言葉の整理をするという役割を果たすことができると思います。

環境評価としての QOL 結局、QOL というと、「満足度」ということを考えることが多いのです。しかし「満足度」というのは、つまり、ある置かれた状態があって、その状態の中で生きていて、その結果、満足するかしないかという問題です。「置かれた状態」というのは、つまるところ環境の問題として捉えることができるでしょう。こうしたことから結局、QOL は、環境がそこで生を営む人の人生

のチャンスないし可能性（選択の幅）をどれほど広げているか、つまり環境がその人をどれほど自由にしているか、あるいは自由を与えているか、についての評価である、と考えるべきであると思います。

では医療の場合はどうなのかを考えてみましょう。医療と医学を区別するとすれば、医学という関心のもとで人を見たときには、その人を取り巻いている外の環境ではなく、その人自身の身体をその人の生きる環境として評価していると見なせるわけです。そうすると、それを身体環境と呼べば、身体環境がその人にどれだけ自由度、選択の幅を与えているか、ということが医学的な QOL 評価の内容になると思うのです。実際に医療の場で QOL の評価をするとすれば、例えば抗ガン剤による化学療法を行う場合にはそれによって身体がだるくなって動きにくくなる、あるいは、老人の場合にはどれほど身体を動かすことができるのか、寝たきりなのか、自分で動けるのか、あるいは軽い労働ならできるのか、という身体の動きの可能性というのも QOL 評価の一つの要素です。とくに大事なのが「痛み」「吐き気」などの不快感ですが、これもやはり、その人の自由を縛りつけるものとして捉えることができると思います。

逆に、自由度、選択の幅をどれだけ広げているかという点に QOL を限定することによって、「これは QOL の話ではない」というかたちで切り捨てる部分もでてきます。例えば、ある人がどういう宗教的な信念を持っているかという問題がありますが、ある宗教的な立場からホスピスケアをする人からすれば、永遠の生命を信じることができればその人は安らくなるということになります。けれども、少なくとも公共的にはそういう信念をもった方が自由度が高まるとか、選択の幅が広がるという判断はできない。ですから、これは QOL から外すという仕方でも QOL の評価内容を与えていくことになります。

医療においては、QOL 評価の対象となる環境はそれぞれの医療の性質によって違ってくるはずですが、それはそれでよいのではないのでしょうか。確かに化学療法というある医療の一部分を評価するときには、その人の身体（あるいはせいぜいその人の心理）という環境を中心として QOL 評価の対象となる環境を限定することができます。しかし緩和医療という医療の場では、まさに医療の場というものはその患者が生きている場そのものなのです。在宅であれ、病棟であれ、そこでその人が生きているのですから、その生きている環境自体は医療が設定するしかないのです。そうすると、例えば、終末期の患者の QOL 評価をするときには、単に身体的な問題だけではなくて、その人の社会的な問題であるとか、あるいは「霊的（スピリチ

ュアル)」な問題についても一つの環境として設定していく必要がでてきます。ただし、「スピリチュアル」ということについては、その人がどういう宗教的信念をもつのかということを問題にするのではなく、もしその人が、その人の実存の問題や超越の問題を考えたければ、きちんと考えることのできる環境を提供するというかたちで、QOL の評価の対象である環境を考えていく、ということです。

QOL の積分としての健康状態 QOL をこのように押さえてみますと、従来の緩和医療というものの、例えば、終末期医療についての言われた「キュアからケアへ」というスローガンも少し考え直さなければなりません。「キュアからケアへ」というスローガンは、まだ従来の医療観を引きずったものであると言えます。身体環境がその人にどれだけ選択の幅を与えているかという問題として QOL を考えるとなると、例えば医療が健康の保持と増進、あるいは健康の回復を目的とするというときの「健康」というのも、QOL という概念を使って書き直すことができるでしょう。

私は何も QOL を定量的に考える、つまり一次的に QOL の量を表すことができるという立場にコミットしているわけではありませんが、分かりやすさのために QOL をグラフにして考えてみたいと思います。

医者がある患者をみて、例えばガン病変が見つかったとします。そこで医者がなぜガン病変が見つかったということがその人にとって悪いと思うかと言えば、それは、その人は自覚症状がまったくなく健康だと思って生きているけれども、だんだんいろんな不快や都合の悪い状況が起こってくるだろう、そしてそう遠くない将来死に至るだろうということを予測しているからだと思います。その人の健康状態を悪いとか良いとか判断するとき、医者は、ある基本的な価値評価、つまりその人の QOL がどのように推移するか、そして死がどのくらい手前に迫ってきているかという問題を考えます。グラフで示すと、QOL を縦軸、時間を横軸にとればその斜線で囲った面積が小さければ健康状態が悪い、大きければ良いという評価を行っているのだと言えます。つまり QOL の評価というのは、QOL の時間に関する積分として理解することができるわけです。

「健康を回復する」ことを目標にすると、健康を回復することができないと分かっている患者に対してどうするのかという問題が起こります。例えば、医者が「この人はもう助からない」「自分にやることはない」と思いしまうと、その患者のところから足が遠のくということがあります。それは単にその医療者の人間的な資

質の問題ではなく、その医療者が自分の使命は健康を回復することだと認識していることに問題があるのです。つまり、健康を回復しなければならないのにそれができないとすれば、何もすることがないわけです。しかし QOL の積分をできるだけ大きくするという目標を定めれば、たとえ完全に治らなくとも、QOL の積分を少しでも大きくできるために何かできるのではないか、というように発想を変えることにつながるのです。

以上のように医療の一般的な目標を設定すれば、緩和医療というものもやはりこの一般的な目標のなかに位置づけることができるのです。決して従来の医療に対して、別の考え方をもったものとして緩和医療が入ってくるのではありません。QOL という言葉を使って書き換えると、従来の医療、治癒的医療（キュア）は、QOL の積分を小さくしている原因を取り除くことによって QOL の積分を大きくしようとしします。これに対して緩和医療は、患者の現在の QOL ということをずっと考え、その QOL をその時点、その時点で大きくするというのを積み重ねることによって、やはり QOL の積分をできるだけ大きくすることを考えるのです。このように、QOL という概念で従来の医療の目指していることをもう一度考え直すことによって、緩和医療というものがこれからの医療のあり方を考え直すきっかけになるのです。ただし、QOL の積分を大きくすることが医療者の目指すことであるからといって、医療者は「こちらの治療方針の方が面積を大きくします」と言ってそれを患者に押しつけるのではなく、充実した生についての患者の価値観にも優先性があることを認め、患者が充実した生を送ることを妨げてはならないのです。

方針決定のプロセスについて 「説明と同意」「インフォームド・コンセント」について、現在、どこまでが医師の裁量権であり、どこまでが患者の自己決定権であるのかについての考え方が、日本医師会などにおいて出されています。しかし私はそれは現場に相応しくないと思います。もちろん、医療と患者とが対立している状況においてはそのような考え方を使うことが必要であるとしても、日々の個別の医療のプロセスとしては、ここからここまでは医師の裁量権、ここから先は患者の決定権という考え方は相応しくなく、むしろ「共同で決定する」ということを私は主張しています。

つまり、「患者のインフォームド・コンセント」というけれども、医療者だって実はインフォームド・コンセントしているのだ、あるいはするべきなのだ、ということです。その場合、医療者のインフォームド・コンセントとは、例えば医療者が

「この治療方針が QOL の積分を大きくするのだ」と提案するとき、患者の側が「自分の事情はこうである、だからこうしてはどうか」と逆提案したり、あるいは逆提案がなくとも医者の提案でよいと言うことがあります。その場合、患者の側から患者の事情についてのインフォメーションが医療者側にわたっているはずなのです。そこで医療者は患者の情報を受けて、医療者の方も「ではこれでいきましょう」とコンセント（同意）するということが理想的な意思決定のプロセスであると言いたいのです。

ただ、「自己決定」というときには、あくまでも患者を自律した一個の人格、それも対応能力のある人格であると思なしているわけですが、これでは、患者も自律しなければならない、これからはこうでなければならない、というようなかたちで話を進めることになってしまいます。長い目で見ればそうですが、現実にはここにあるお年寄りがいて、その人が「さあ、どうですか」と言われて困ってしまった場合、そのお年寄りに向かって、「あなたは自律しなければならない」というのは、正しいかもしれないけれども冷たい対応なわけです。だから、現実の患者のあり方を受容するという配慮がもう一つここに伴っていなければならないと思います。患者を自律した人間、対等な人間と見なすということは、現実の患者の「弱さ」を受容することでもあるのです。

（記録：本間直樹）