

ホスピスケア：その理論的枠組み*

藤井 美和**

はじめに

日本でもホスピスが言われて久しい。ホスピスは、治る見込みのない人の残された人生を支えるプログラム、言い換えれば「生」を支えるプログラムである。しかしながら、まだホスピスが死を迎えるための「場所」と誤解されたり、医学的治療が全く施されない、「生」に対して消極的なプログラムであると誤解されることが多い。ホスピスは消極的な生を支えるプログラムではない。終末期の人が限られた時間をいかに有意義に過ごすか—そのより高いクオリティーオブライフを実現するための積極的なプログラムである。簡単にホスピスの哲学を紹介すると次のようなことになる。

- 1) 死は生の一部であり、生の中のノーマルな形である。
- 2) ケアの目的は、身体的、社会的、経済的、心理的、そして霊的痛みを緩和することである。
- 3) 患者とその家族がケアの単位である。
- 4) ホスピスケアは、患者の死後の悲嘆ケアを含む。
- 5) 医師、看護婦、ソーシャルワーカー、宗教家、ボランティアを含むチームが患者と家族に必要なサービスを提供する。

現代のホスピス運動は、医師であり、看護婦であり、ソーシャルワーカーである Cicely Saunders によって始められた。1967年、Saunders は末期患者の全人的なケアのため、ロンドンにセントクリストファーホスピスをつくり、この哲学を具体的に実現した。以来、終末期の人を支えるプログラムとしてのホスピスは徐々に広がり、アメリカでは1974年コネティカットに、初のホスピスが設立される。Cure (治療) から Care (ケア) をか

かげたホスピス運動に大きな影響を与えたのが Elizabeth Kubler-Ross の著書 “死ぬ瞬間” (1969) であったことは言うまでもない。癌患者を対象に始まったホスピスも、現在はエイズや子供のためのホスピスへとその対象を広げている。1991年には、23万人の患者と家族がホスピスケアを利用し、その数は年々増加している。当然、ホスピスケアに対する一般市民の親密感も日本とは比べものにならないほど高い。電話帳をめくっても、ホスピスというカテゴリーがあり、そこには、その地域のホスピスが名を連ねている。最先端の医学の中で逆方向に進んでいるかのようにみえるこのホスピスケアは、どこにその理論的根拠を置くのか——ヘルスケアの1つとして次第に市民権を得てきたホスピスではあるが、その理論的枠組みはこれまで明らかにされてこなかった。本論文は、ホスピスケアをサポートする理論的枠組みを探ることを目的とする。

I. 3つのアプローチ

そもそもホスピスケアという概念は、人間は身体的存在としてだけでなく、その全体としてとらえられなければならないという考えを基本として発展してきた。これまで展開されてきた、病気を持つ人や死にゆく人を理解するための理論やモデルは、その対象者の全体性（トータルな存在としての人）、クオリティーオブライフ、システムの中の人という面を強調したものである (Dobkin and Morrow, 1986; Kubler-Ross, 1993; Freedman, 1995)。これらの理論やモデルは、医学の中で支持されてきたモデルに対する批判と見直ししか

*キーワード：ホスピスケア、終末期医療、理論的枠組み

**Washington University, George Warren Brown School of Social Work

ら生まれ、ホスピスムーブメントの理論的根拠を与えるものとなってきた。しかしながら、ホスピスケアの発展は、その理論的根拠が医学の持つそれと異なるために、多くの困難を強いられてきた。

ホスピスムーブメントに影響を与え、ホスピスケアの概念をサポートする理論的見地あるいはそのモデルには3つのタイプがあると筆者は考える。1つは、そのシステム全体から死にゆく人をとらえ、その環境や医療のあるべき姿を検討するシステムアプローチである。2つめは、死にゆく人個人に焦点を当て、死のプロセスにおける心理的变化やその総合的ニーズを検討するマイクロターゲットアプローチであり、3つめは、死にゆく人個人に焦点をあてながら、その周辺の身近なシステム（ケアシステム）を検討するメゾアプローチである。

この異なる3つのアプローチは、ホスピスケアという新しい概念に統合されてきた。バイオサイコソーシャルモデルは1つめのアプローチであり、死の研究（Study of the Dying）は2つめのアプローチ、そして、死にゆく人の役割理論が3つ目のアプローチである。

II. システム論から見た人の死

A. パラダイムシフト：メディカルモデルからバイオサイコソーシャルモデルへ

1) メディカルモデル

Weber, M (1919) がその著書“プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神”で主張しているとおり、手段と結果は合理的にリンクするものであるという合理化の名のもとに生じた16世紀のRevolutionは、西洋に於ける世界観、宇宙観を大きく変えた。このScientific Revolutionはニュートン物理学やコペルニクス宇宙をはじめ、医学、科学、芸術、経済活動などあらゆる分野に広まった。現代医学を支配するモデル——メディカルモデル——もこの西洋の合理主義のプロセスから生まれている。その基本的考えは、還元主義（ひとつの原因がある結果を起こすというリニアモデル。従って体を細胞レベルあるいはもっと細かいレベルまで細分化することによって、病気の

原因を突き止めることができる）と二元主義（肉体と魂は別のものであり、病気の原因は肉体にある）である。したがって、メディカルモデルは病気を次のようにとらえる「病気は身体の様々な部分の機能障害の結果である」(Hewa and Hetherington, 1995, P. 133) (訳筆者)。言い換えるなら、病気は生物学的基準によって診断されるものであり、そういった病気のない状態が健康な状態と定義される (Hewa and Hetherington, 1990)。

ここで明らかのように、メディカルモデルが焦点をあてるのは、患者の症状であり、メディカルモデルの最終目的は病気の治癒である。病気は機能しない部分を交換したり、身体というシステムの中に薬を投与することによって治癒するというのがメディカルモデルの主張である (Syrjala, 1995)。このモデルは、患者の心理的あるいは認知的側面から病気を理解する余地を与えていない。Dubos (1959) はメディカルモデルは生物体として人間の身体をどう理解するかを示しているが、それは同時に、人間の全体——例えば、心理的、文化的、社会的側面——を考慮しない見方を提示したと批判している。メディカルモデルに乗っ取った研究は、常に病気を治癒するためのより高度な技術や新しい薬の開発を目的とする。そしてその結果、治る見込みのない病気を持つ人は、その対象からはずされることになる。

2) 新しいパラダイムの必要性

Weber (1958) は現代西洋社会の行く末を悲観的にとらえ、次のように言う。「この文化発展の最後の段階では、次のようなことが真理となるだろう。精神を持たない専門家、心を持たない享楽主義者、こういった無なる人は、かつて達したことのない文明化のレベルにまで到達したような気になるのである」(p. 183) (訳筆者)。WeberのRationalization理論は、その果てが行き詰まりであるかのような印象を与える。しかし、Weiss (1987) はRationalizationの限界を理解したとき、問題を解決する新しい道が見えて来るのだと論じる。またKhun (1962) は、これまで社会を支配してきたパラダイムが、新しく生じてきた問題を解決できなくなったとき、社会変革が起こると主張する。そして、このとき、科学的ものの見方

に新たなパラダイムが登場することになる。Duhl (1986) は、高度な技術社会の中において、ヘルスケアは危機にさらされていると指摘し、メディカルモデルがヘルスケアにおいて妥当なモデルといえるかどうか再検討する必要があると述べている。実際多くの医療専門家が認識しているように、もはやメディカルモデルでは、全ての病気を説明することはできないのである (Freedman, 1995)。そこで、現代医学、医療の中に根本的なパラダイムの変革をもたらす新しいモデルが必要となってくるのである。

3) バイオサイコソーシャルモデル

バイオサイコソーシャルモデルはメディカルモデルにチャレンジするモデルとして、1977年 G. Engel によって提唱された。還元主義や二元論をその拠り所とするメディカルモデルと異なり、バイオサイコソーシャルモデルはその根拠をシステム論に求めている (Engel, 1980)。事実、身体の不調や病気は、生体臨床学とは無関係の複数の要因によって生じており (Hewitt and Hetherington, 1995)、病気はメディカルモデルに含まれていない要因を無視して理解することは困難である。

バイオサイコソーシャルはこれまでメディカルモデルから排除されていた一連の包括的な要素を取り込み、病気そのもの、あるいは病気によって起こる身体的変化を、病気を持つ人に関わる要因—例えば、その人のライフスタイル、社会関係、経済的状况、生活環境、信条、情緒的安定等—によって説明するのである。従って、メディカルモデルを症状に焦点をあてる Disease-Oriented モデルとすれば、バイオサイコソーシャルモデルは病気を持つ人に焦点をあてる Person-Oriented モデルといえる。

B. バイオサイコソーシャルモデルのとらえる“病気”

バイオサイコソーシャルモデルでは、“病気”あるいは“健康”を、システムを構成する各要素がうまく機能しているかどうかによって判断する。Engel (1978) はこのモデルの構成するシステムのレベルを次のように表している。生物圏、ホモサピエンス、国家と社会、文化、下位文化、コミュニ

ニティー、家族、行動し経験する主体である人、身体システム、臓器、組織、細胞、小器官、分子、原子、原子構造内の粒子。それぞれのシステムは他のシステムの構成要素と相互に影響しあっているため、あるシステムの中でその秩序が妨害されることがあれば、それは他のシステムに影響を及ぼすことにな。Engel は“harmony (調和)”という言葉を用いて、健康を次のように説明している。健康は、システム間、システム内の調和のレベルを表したたものである。そして、この調和というのは、たとえば細胞レベル、臓器レベル、人間全体あるいはコミュニティーのレベルというように、どのレベルでも不調和を起こす可能性を持っている。従って、健康か病気かの区別は、その人に関わる全ての要因—文化的、社会的、心理的要因—を考慮に入れない限り判断することはできない。

これまで述べてきたことから明らかなように、メディカルモデルのゴール「病気の治癒」と異なり、バイオサイコソーシャルモデルは「新しいレベルのシステム間の調和を作ること」をそのゴールとしている。従って、病気を持つ人への介入や医学的治癒は、その人が、以前と違う環境の中で新しい調和を作ることができるよう手助けするものなのである。例えば、ある人が病気になったとする。当然、病気によってその人の身体や気持ちに変化が生じる。しかし、病気はその人だけでなく、その人と家族の関係、職場や所属するコミュニティーにもなんらかの影響を与える。家族の収入を支えるため家族の中の誰かが働きに行く場合や、職場でその人に代わって仕事をするための人事異動が起こったり、病気を持った家族がサービスを利用するためのアレンジをコミュニティーに依頼すること等はその例である。このように、病気はその本人だけでなく、家族、職場、地域社会に変革や修正を求める。新しいシステムの調整のためには、医療、保健、福祉に携わる専門家の知識と技術が必要となる (Engel, 1978)。

C. バイオサイコソーシャルモデルのとらえる“死にゆく人”

死にゆく人をどうとらえるか—この点において、メディカルモデルとバイオサイコソーシャル

モデルは決定的に異なる。メディカルモデルはあくまで症状に焦点を当て病気を治すことをその目的とするので、“死”は現代医学の敗北を意味するものとなる。それ故、治癒不可能となった患者は、もはやメディカルモデルをその拠り所とする現代医学の関心の及ばないものとなる（藤井、1993）。こうして現代医学が“死”に対して目を伏せてきたことが、現代社会の中で“死のタブー化”を生み出す結果となった（Despelder and Strickland, 1996）。

一方、バイオサイコソーシャルモデルは、“死”を医学や医療の世界の出来事としないで、その人の持つ社会関係の中での出来事と理解する。従って、たとえ治療法がなく、死にゆく過程であっても、その患者を社会心理的苦痛を持つ“人”と見る（藤井、1993）。死にゆく人も家族、地域社会、経済の仕組みの中の一部なのである（Engel, 1979）。このモデルでは、ヘルスケアに携わるものは、死にゆく人のトータルな苦痛（身体的、社会的、心理的、霊的苦痛）を和らげるという重大な役割を負うことになる。そしてそのケアは、死にゆく人の死後もそれまでと同様、その家族に対して行われる。なぜなら、バイオサイコソーシャルモデルにおいてケアの対象は、患者だけでなく患者に関わる人達を含んでいるからである。

このように、バイオサイコソーシャルモデルはケアの対象を、従来のメディカルモデルのもっていた対象から拡張し、さらに患者の持つ痛みや症状を身体的側面からだけでなく、心理社会的、精神的側面から説明することを可能にしたのである。

先に述べたように、ホスピスケアは患者と家族をひとつの単位としてケアするプログラムである。そしてその目的は、患者のトータルなニードを満たし、クオリティーオブライフを向上することを目的とする。メディカルモデルからバイオサイコソーシャルモデルへのパラダイムシフトはホスピスの本質を支持するものとなった。

これまで述べてきたようにバイオサイコソーシャルモデルは、原因-結果というリニアモデルではなくそれぞれのシステム、要因が相互に影響を及ぼしあう相互関係（reciprocal）モデルである。従ってバイオサイコソーシャルモデルにたて

ば、死にゆく人へのインターベンションが、その人の内面、家族、社会システムにどのような影響を与えているかという複数の次元で、その効果を検討することができるのである。例えば次のような質問が可能となるだろう。「ペインコントロールは患者の精神的情緒的安定に役立っているか」「カウンセラーや宗教家の訪問は患者の精神的霊的な側面を支えるのに効果があるのか」「ホスピスケアを利用することで、患者はそれまでの社会関係を維持することがたやすくなるのだろうか」「ホスピスケアの悲嘆プログラムは残された家族がその悲嘆に対処することの助けになっているのか」などである。

バイオサイコソーシャルモデルは、ホスピスケアに理論的根拠を与えると同時にそのプログラムの評価——なにを評価するのか——についてその方向を明らかにするものである。

III. マイクロターゲットアプローチから見た人の死：死に至る過程の研究

システム論と並んでホスピスケアに理論的枠組みを与える別のアプローチはマイクロターゲットアプローチ、つまり死にゆく人個人に焦点を当てたアプローチ“死の研究”である。1950年代の後半から、心理学者や精神科医は“死”についての研究を始めた。当時多くの研究者は、死というトピックは心理学にはなじまないものだとして批判した（Fiefel, 1995）が、Kubler-Rossの死ぬ瞬間（1969）が出版されるに至って“死の研究”は科学者だけでなく一般の人々にも多くの注目を浴びることになった。

大きなセンセーションを巻き起こしたKubler-Rossの“死ぬ瞬間”は、そもそもシカゴ神学校の4人の神学生が、彼女に、“人生における危機”というプロジェクトの助けを求めてやってきたことに始まる。この学生たちは、死を人生の危機と考えたのだが、いったいこのテーマにどのようにアプローチすればよいか全く見当がつかなかったのである。Kubler-Rossは、その唯一の方法は末期の患者に先生になってもらい、彼らから学ぶことだと提案する。ここから、末期患者へのインタビューが始まることになる。200人以上のインタ

ビューから Kubler-Ross が類型化した死のプロセスは、否認と孤独、怒り、取引、抑鬱、そして受容の5段階である。Kubler-Ross のこの研究は、各段階の描写にとどまることなく、それぞれの段階で患者に接する者の態度についても言及している。

第1段階「否認と孤立」は、予期していなかった出来事の衝撃を緩和するための防衛機制である。その人のパーソナリティによってその現れ方に差はあるが、どの人も一時的な防衛として経験する段階だという。Kubler-Ross はこの否認がショッキングな出来事に対処する1つの方法として患者に必要であることを、医療スタッフは十分に理解しなければならないと主張する。Parry (1989) もまた医療に関わる専門職者は、患者の否認は、「ここに、私のことを気使ってくれる人がいる」ということを知ったとき軽減されるということを常に心に止めておかねばならないと述べている。

第2段階の「怒り」は、第1段階の否認と比べ、家族にとっても医療スタッフにとっても対応の難しい段階である。というのは、怒りはあらゆる対象にアットランダムにぶつけられるからである。患者と関わる医療スタッフは、その怒りが個人に向けられたものでないことを理解しておかねばならない。一番大きな問題は、家族やスタッフが患者を訪問するのを止めてしまったり、たとえ訪問してもすぐに切り上げて帰ってしまうというケースである。この患者の怒りは、尊厳をもって扱われることによって、また自分が非常に傷つきやすい存在であることを認識できたときおさまっていく (Parry, 1989)。

第3段階の「取り引き」は、期間としては短く、余りよく知られることがない。死にゆく過程における取り引きは、大抵の場合「神 (God)」との取り引きである。神に対し「自分のこれからの人生を捧げる生き方を約束しますから、もう少し命を延ばしてください」というような場合、この約束は罪の意識と深く関わっていることが多い。医療スタッフは、こういった患者の態度に敏感でなければならない。そして過剰な罪の意識から来る不合理な恐れを取り除くことをしなければならない。Kubler-Ross は、このような場合、あらゆる

専門家が総合的にケアに関わるチームアプローチ (Inter-disciplinary Care) が効果的であるという。病院付き牧師や宗教家がこのような訴えを聴く場合が多いからである。

第4段階「抑鬱」段階は、症状が悪化するにつれ患者の怒りが喪失感に変わって行くときに見られる。喪失感とは身体的なものだけでなく、社会的、経済的なものも含んでいる。Kubler-Ross は、患者はこの世に永遠の別れを告げるための準備の時期として、この段階を迎える必要があると述べている。自らの死の準備をしているものに対して、「大丈夫」とか「悲しまないで」というような励ましは避けなければならない。それは患者の感情に反するものだからである。この段階では、どんな言葉も役に立たない。言葉よりむしろ手を握ったり、ただベッドサイドに座り時間を共にする方が患者の気持ちに添うのである。

最後の段階は「受容」であるが、すべての患者がこの段階まで到達するわけではない。受容というとハッピーエンドのように受け取られやすいが実際にはそうではない。Kubler-Ross はこの段階を「長い旅へ出発する前の最後の休息の時」と表現している。彼女はその著書の中で2つの事例を取り上げ、患者との深いコミュニケーションを通してのみ、患者がこの段階に到達したことを判断することができるということを述べている。

死に至る過程は、この5つの段階が順を追って現れると誤解されることが多い。しかし、Kubler-Ross は1つ1つの段階は、人によって長かったり短かったりし、またこの順の通り起こらないこともあれば、同時に2つの段階が現れることがあると述べている。

Kubler-Ross の研究以降、死のプロセスについての研究は脚光を浴びるようになる。Pattison (1977) は死のプロセスの3段階を唱え、それぞれ1) 死が間近に起こることを知ったときの危機段階 2) 長期にわたって生と死の間の不安に揺れ動きながら過ごす段階 3) 終末期のひきこもりと分類した。最初の危機段階は、不安がピークに達する時期である。しかしその危機的状況は長くは続かない。もっとも長く続くのは第2段階であり、この段階では、患者は症状の変化によって希望と失望を繰り返す。最後の段階では、体が弱っ

ていくにつれ患者は引きこもっていくと説明している。

しかしこのモデルに対しては、医療者の側から患者を見たモデルにすぎないという批判がある (Parry, 1989)。Parry は診断を受けたときの患者の反応は必ずしも Pattison のような強い不安とは限らず、弱い不安や否認として現れることもあると反論する。強い不安というのは、むしろ病状が悪化したり再発したときに繰り返して現れる反応であり、その強さやその表現の仕方は、パーソナリティーによって異なると説明する。「そして、死が近づくにつれ、そういった不安を軽減する方向で人生のしめくりをする人と、死の恐怖のためより不安を強めて人生を終わる人がいる」(訳筆者) (p. 30)。Parry のモデルは Pattison の段階的モデルと異なり、死のプロセスを繰り返すとらえている。それぞれ死に至る過程のとらえ方は異なるが、そのモデルに含まれる患者の心理的变化——否認、怒り、ひきこもり等——については Kubler-Ross の死のプロセスに描写されているものと重なっている。

死のプロセスについての研究で最後に注目したいのは「希望 (hope)」である。Kubler-Ross は、死に至る過程のすべての段階を通して患者が持っているもの、それが希望であり、この希望によって、患者は困難な時期を乗り越えていこうとすると説明している。患者にとって希望を持つことが必要な時期に、家族やスタッフが「もう希望がない、見込みがない」という感情を表すことは、患者を悲劇のどん底に落としかねない。また反対に、患者がさよならを言う準備ができていのに、家族がかなわぬ希望を持ち続けていると、患者と家族のコミュニケーションはかみ合わない。Vaillot (1970) と Lynch (1974) は希望を次のように説明している。強い希望はその人に困難な状況を乗り越える強さを与え、弱い希望は諦めにつながると。そして、1つのゴールに到達するには強い動機が必要であり、希望なしにはその目的に到達することはできないと言っている。希望は症状によっても変化するものである。例えば、癌の患者を例にとれば、癌であると診断された時点と、死が近いことを悟ったときの希望は、前者が治ることに対する希望であるのに対して、後者は

愛する人たちに囲まれて尊厳ある死を迎えることへの希望となる。

死のプロセスの研究より、死にゆく人の内面が次第に明らかにされてきた。Kubler-Ross に始まる死に至る過程の研究は、終末期の患者の病気ではなく、その内面を理解することの重要性を強調した。そして、これらの研究は家族や医療スタッフが死にゆく人にどう関わりサポートしていくのかという、これまで扱われなかった分野を生み出したのである。

IV. メゾアプローチ：死にゆく人の社会的役割理論

死を迎えるという個人の特殊な状況に焦点を当てながら、同時にその周辺システムとの関係を明かにしていく役割理論——これがメゾアプローチである。

Parsons (1851) が病人の役割理論 (the theory of the sick role) を唱えて以来、病人の持つ特別な社会的役割については知られるようになったが、死にゆく人の役割理論については、Noyes と Clancy が1977年に死にゆく人の役割理論 (the theory of the dying role) を唱えるまで注目されることはなかった。死は病気の最終段階として考えられ、その特殊性は考慮に入れられなかったからである。Noyes と Clancy の死にゆく人の役割理論を理解しやすくするために、まず Parsons の病人の役割理論について述べてみたい。

A. Parsons の病人の役割理論 (The Theory of the Sick Role)

すべての社会的役割——配偶者、親、子、学生、会社員等——と同様、病気の人役割も、権利と義務の2つから考えることができる。病気の人には、まずその人の割り当てられた仕事を免除される権利がある。病気になれば、学生の場合学校に行かなくてよいし、親の場合子供の世話をすることからしばらく離れることが当然許される。この社会的義務の免除のほかに、病人は特別なケアを受ける権利を有している。一方、病人は、病気がよくなることに対してある種の努力を払う義務を持つ。忘れずに決められた量の薬を飲むことや、

医師の指示に従って診察に行くこと等がそうである。この意味で、病人は治療の過程においては医師や家族に依存することになる。そして病人はある責任をもって、権利を行使し義務を遂行しなければならない。その責任とは病人は必ず回復することを望まなければならないということである。

B. Noyes と Clancy の死にゆく人の役割理論 (The Theory of the Dying)

死にゆく人は確かに病を持つ人である。しかし、Noyes と Clancy は病人の役割理論は、死にゆく人にはあてはめることができないと主張している。なぜなら、死にゆく人の持つ病気は一時的なものではなく、もはや治る見込みがないという点で、病人の持つそれとは根本的に違っているからである。死にゆく人も病を持つ人も、その社会的役割が免除されるという点、特別なケアを受ける権利があるという点は同じである。しかしながら、病人が、病気を治す目的で医師や家族と協力関係を持たなければならないのに対し、死にゆく人は、自分の人生を自分のものとして生きるため、その人をケアするひとたち——家族や介護者——と協力関係を持つのである。さらに、死にゆく人は、医師の治療に依存せず、自分の人生は自分で決めるという責任を持っている。この点で、死にゆく人は、ある一定の限度の中で医師に依存しない自律した生き方が求められる (Twaddle, 1972)。また、病気の人がその病気を治すために多少の苦痛を我慢しなければならないのに対し、死にゆく人はそういった苦痛にたえる必要はなく、できるだけ身体的、精神的苦痛が少なくなるように求めることができる。

ところが実際の医療現場では、死にゆく人には未だ治る病気を持つ人と同じ役割が期待されている。そのため常に2つの点で混乱が生じる。1つは、死にゆく人を誰がケアするのかという点、もう1つは、どこで死を迎えるか—最後の場所—という点である。病院というシステムは、そもそも病気を治すためのものである。死にゆく人にとって、身体の健康はもはやそのトータルな存在の一部に過ぎない。したがって、死にゆく人をケアするのは、身体だけをケアする人ではなく、彼らの総合的なニーズを満たすことを助ける全ての人に

よるべきである。最後の場所についても、病院は患者を治療する場であり、患者はその中にいる限り、病院というシステムのルールに従わなければならない。起床時間、就寝時間、決められた食事、面会時間の制限などがそのシステムのルールである。こういった環境の中では、死にゆく人はその自律性を主張することはできないし、また残された時間を好きなように使いたいという願いも叶えられない。死にゆく人は、「彼らにふさわしい場所で彼らのニーズを最優先に考えてくれる人たちによってケアされるべきである」(筆者訳) (Noyes and Clancy, 1977)。しかしながら、現代の医療システムは死にゆく人の役割に気づいているとは言い難い。

C. 理想的なケアシステム

死にゆく人の役割理論は、ヘルスケアの中に伝統的見方と異なる新しい視点をもたらした。それは、1) 死にゆく人はヘルスケアスタッフに何を期待しているか、2) 死にゆく人はもはや苦痛を伴うケアに無条件に従う必要はない、3) 死にゆく人がそのプロセスの中で協力関係を持つのは、治療に関わる医師ではなく、彼らをケアする人たち(家族や介護者)である、4) 死にゆく人は、ケアの中心に置かれるべきである。

図1、2は、それぞれ患者に関わるヘルスケアシステムの伝統的モデルと理想的モデルである (Flexner, 1977)。医師 Flexner は、医療スタッフの中で一番権威を持っている自分が、患者と関わる時間が最も少ないことに気づき、全ての専門家が患者のニーズを満たすために協力し共に働くのが理想的なケアのモデルだと主張した。図に示されているように、伝統的モデルは常に医師が中心に置かれ、その他の医療スタッフは医師を取り囲む形で配置されている。患者と家族は、この円形の外に置かれ、医療スタッフに依存して治療を受けなければならない。反対に理想的モデルでは、中心に置かれるのは患者である。家族が患者のまわりに位置し、そのまわりに全てのヘルスケアスタッフが等しい距離で配置され、その距離は伝統的モデルよりも近い。この2つのモデルは、そのまま末期患者に対する伝統的ケア(病院での高度な医療によるケア)とホスピスケアを表わしてい

伝統的モデルと理想的モデル

出典：David Barton 編 *Dying and Death: A Clinical Guide for Caregivers*
(Baltimore: Williams & Wilkins, 1977, p. 181)

図1 伝統的モデル (The Classic Caring Situation)

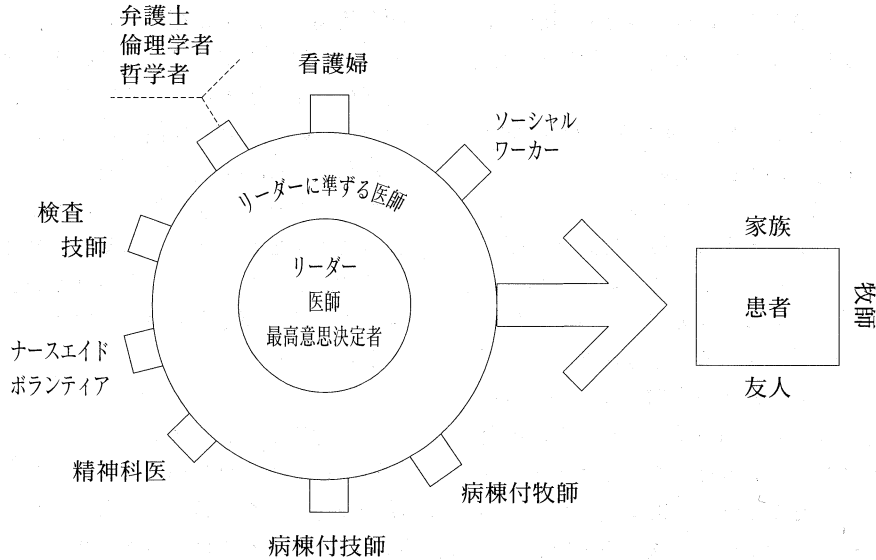
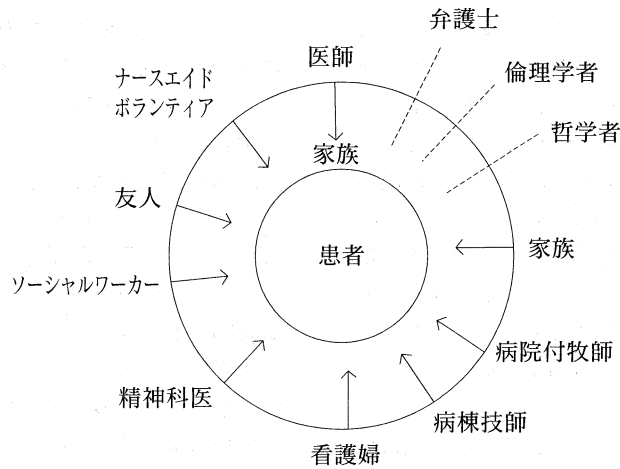


図2 理想的モデル (The Ideal Caring Situation)



るといえる。ホスピスケアというチームアプローチは、この理想的モデルを実現するものである (Despelder and Strickland, 1996)。

このように、死にゆく人の役割理論は、伝統的モデルがそのケアには不適當であること、死にゆく人がその役割を果たすためには、理想的モデルが必要であることを示したものである。

V. まとめ

人はその最後まで外と内の両側面からサポートされなければならない。「外」はその人の持つ社会関係やシステムであり、人はそういった関係ができるだけ維持していくことで、人としての役割を果たし、またそこから自分自身のサポートを得る。「内」は、死にゆく過程で起こる心理的・精神的変化である。初めて経験する「死」に直面して起

こる様々な苦痛は、常にコミュニケーションとその人を中心にしたケアによって支えられる。ケアする側の誰もが経験したことのない「死」をまさに迎えようとする人たち。ケアする側は、彼らに対して尊厳と謙虚さを持って接しなければならないだろう。この内と外の両方を支えるのがホスピスケアである。環境という大きなシステム、死にゆく人を取り巻くケアシステム、死にゆく人個人の内なるシステム——それぞれが統合されていくとき明らかになってくるのが、死にゆく人をとらえるユニークな視点である。そして、それはホスピスケアにおいて実現されている。この意味でシステムアプローチ、マイクロターゲットアプローチ、メゾアプローチの中で展開されているそれぞれの理論はホスピスの哲学を理論的に支持する枠組みといえる。

おわりに

筆者がこの3年余り、アメリカでのヘルスケアシステムを見て感じたのは、次のようなことである。アメリカは、臨床においても研究においても高度な医療技術、医学研究を進めている国である。そのために費やされる努力も研究費も膨大なものである。しかしながら、一方で、治る見込みのない人にはホスピスケアという選択肢が用意されている（具体的には、医師が余命6カ月と診断した時、このまま治療を続けるかホスピスケアを受けるか患者に尋ねることになっている。もちろん、インフォームドコンセントがその基本にある）。高度な医療とホスピスケア、そのゴールを異にする2つのものがコンフリクトなく共存しているのがアメリカの終末期医療である。

筆者はここで、インフォームドコンセント→ホスピスというプロセスが、どんな文化や価値観を持つ人にも最善であると言っているのではない。日本には、日本の文化があり、死に対する日本の態度がある。終末期ケアについては、それぞれの文化にあった選択肢が多数用意されるのが最も好ましいだろう。しかしながら、現在の日本の状況は、決して日本人の文化にあった状況であるとは言いがたい。自分の最後をどのように迎えるか、その自己決定ができないことの方が多いためであ

る。これまで自分のものとしてその人生を歩んできた人に、少なくとも最後をどう締めくくるか、その選択肢は与えられて然りるべきではないか。死は生の一部であることを常に念頭において、これからの終末期医療を考えてゆきたいものである。

引用文献

- Feifel, H. (1995). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45, 4, 537-543.
- 藤井 美和 (1993). ターミナルケアにおける福祉の視点: 福祉は人の「死」をどうとらえるか. *ソーシャルワーカー*, 3, 125-131, 1993.
- Despelder, L. A. and Strickland, A. L. (1996). *The Last Dance: Encouraging Death and Dying*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Co.
- Dobkin, P. L. and Morrow, G. R. (1986). Biopsychosocial assessment of cancer patients: Methods and suggestions. *Hospice Journal*, 2, 3, 37-59
- Dubos, R. (1959). *Mirage of health*. New York: Harper and Rowe.
- Duhl, L. (1986). *Health Planning and Social Change*. New York: Human Science Press. Inc.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals New York Academy of Science*, 310, 169-181.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 534-544.
- Freedman, A. M. (1995). The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 6, 397-406.
- Hewa, S. and Hetherington, R. W. (1990). Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics*, 16, 4, 179-184.
- Hewa, S. and Hetherington, R. W. (1995). Specialists without spirit: Limitations of the mechanistic biomedical model. *Theoretical Medicine*, 16, 2, 129-139
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*, McMillan Co., New York, N. Y.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of science revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lynch, W. (1974). *Image of hope: Imagination as healer of the hopeless*. Notre Dame: University of

- Notre Dome Press.
- Noyes, R. and Clancy, J. (1977). The dying role: Its relevance to improved patient care, *Psychiatry*, 40, 41-47.
- Parry, J. K. (1989). *Social work theory and practice with the terminally ill*. New York: Harworth Press.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*, New York: The Free Press.
- Pattison, E. M. (1977). *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Syrjala and Chapko (1995). Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain, *Pain*, 61, 69-79.
- Twaddle, A. C. (1972). The concepts of the sick role and illness behavior. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 162-179.
- Vaillot, N. (1970). Hope, the restoration of being. *American Journal of Nursing*, 70, 2, 268-273.
- Weber, M. (1958). *The Protestant ethic and the spirit of capitalism*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Weiss, J. (1987). On the irreversibility of western rationalization and Max Weber's alleged fatalism. In Lash S. and Whimster S. (Eds.), *Max Weber, Rationality and Modernity*. 75-91. London: Allen and Unwin.

Hospice Care : Theoretical Framework

ABSTRACT

Hospice is not an institution but a program which was created out of a desire to improve the quality of life for patients with incurable illness. Hospice professional support and care for patients' social, financial, psychological and spiritual needs as well as physical needs. Although hospice care has become popular, researchers have not paid much attention to the theoretical basis of the care. This paper examines the theoretical framework that supports hospice care as a program for terminally ill patients and their families. Reviewing theories and models which apply to dying patients, the author categorizes those theories in three types of approach—the systems approach, the mezzo approach, and the micro-target approach. The model provides a perspective that a terminally ill patient is not a patient but a person who has relationships with his or her environment. Theories which are categorized in mezzo approach are the role of the dying and the ideal care situation. Both theories focus on patients and the immediate environment. The study of the dying, categorized in the micro-target approach, examines the "inner sight" of dying patients. [Those three types of approach reveal the following perspectives: the dying which is are the living and the dying should be considered as normal people, the dying need special care which is not provided at hospitals, the dying have special pain and special needs have to be met.] Discussing the theories and models in the three approaches, the author concludes that effectiveness and adequacy of hospice care for the dying is supported by those theories.

Key words : Hospice Care, theoretical framework,
needs of terminally ill patients and their families