

---

 総 説
 

---

## 緩和医療の新しい展開

渡 辺 正\*

緩和医療（ケア）は、多くの医療分野の中で現在最も目覚しく発展している分野といえます。その背景として高齢化、独居・核家族の増加に伴うケア型医療の必要性、約3人に一人という癌死の増加、終末期医療の不備に対する市民運動の高まりや、癌告知や緩和ケアに対する人々の意識変化などがあげられます。医療者側にとっても、よりよい症状コントロールの提供が病院の質の評価につながることで、また一般病棟の在院日数の制約など医療経営の面からも無視できない状況が出てきています。

今回は、緩和医療をめぐる最近の発展を踏まえ、Ⅰ．緩和医療の新しい展開、Ⅱ．緩和医療（ケア）の実践、Ⅲ．緩和医療の今後の方向、Ⅳ．ホスピス・緩和医療の歴史、の4つの課題について検討しました。読むにあたっては、いずれの項目からでもよいようにしました。

### Ⅰ．緩和医療の新しい展開

緩和医療はこの2年間に、緩和ケアチーム診療加算が新設されたこと（2002年）、および新しいオピオイド製剤の導入によりオピオイドローテーションが可能になったことなど、注目すべき大きな発展が認められた。そこでこれらを含めた最近の緩和医療の発展の状況を、施設、診療、および教育・研究の面から概説する。なおわが国の緩和医療の発展にとって重要と思われる項目、および最近の緩和医療をめぐる新しい展開を、それぞれ

表1、表2に示した。

表1 わが国のホスピス・緩和医療の発展

1976	日本死の臨床研究会発足
1981	聖隷三方が原病院、淀川キリスト教病院にホスピス
1986	WHO Cancer Pain Relief Programの紹介
1987	日本サイコンコロジー学会
1990	緩和ケア病棟入院料（3,780点/日）
1991	全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（現在、日本ホスピス緩和ケア協会）発足
1996	日本緩和医療学会発足
2002	緩和ケア診療加算（250点/日）

表2 緩和医療の新しい展開

1. ホスピス・緩和ケア病棟の増加（2004年11月138施設）  
緩和ケア診療加算の新設
2. 薬剤の開発  
オピオイド製剤：フェンタニルパッチ、オキシコンチン→オピオイドローテーションが可能に  
NSAID：Cox<sub>2</sub>インヒビター  
神経因性疼痛への対応
3. 終末期の病態生理の解明（癌悪液質など）
4. 非薬物療法  
代替療法、リハビリテーション
5. スピリチュアルペインなど全人的ケアへの理解

緩和ケア病棟入院料の設定（1990年）による経済的裏づけにともない、ホスピス・緩和ケア病棟が急速に増加し、現在138施設（2004年11月）と増加の一途を辿っている（図1）。この流れは愛知県も同様で、現在緩和ケア病棟として認可されている施設は6施設であるが、この2、3年以内に12～13施設と倍増する計画になっている。さらに2002年には、一般病院の緩和ケアを進めるために、緩和ケアチーム加算が制度化された。表3および表4に、緩和ケア病棟および緩和ケアチーム加算に伴う施設基準を示した。緩和ケアチームは、

---

\* 愛知県厚生連海南病院 緩和ケア病棟部長  
（わたなべ ただし）

精神科医師を含む医師2名と看護師1名の人員構成の割には診療加算が低いため、まだ全国的な普及にはいたっていないが、わが国の緩和医療の発展に次のような意義があると思われる。

1) 癌患者の約90%が一般病院で亡くなっている現状から、一般病院における緩和ケアの充実は急務であり、その状況に応える体制が出来たこと、

図1 緩和ケア病棟承認施設数と病床数の年次推移

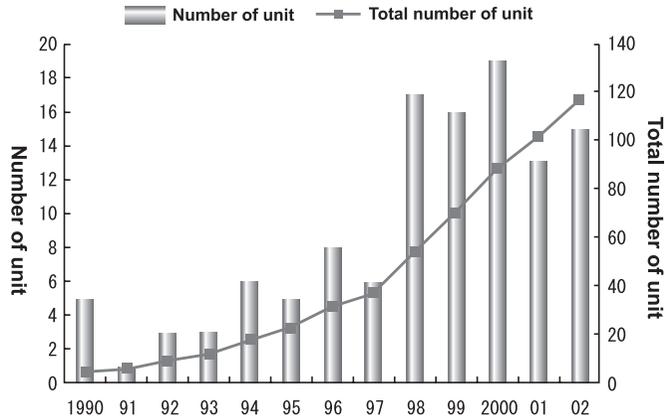


表3 緩和ケア病棟入院料と緩和ケア病棟の施設基準

■入院料の趣旨

末期の悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者に対し、手厚い看護体制と適切な療養環境の下、緩和ケアを行う病棟

■診療報酬点数の設定

緩和ケア病棟入院料(1日につき) 3,780点(包括)

■施設基準(おもなもの)

- ・病棟に緩和ケアを担当する医師が常勤していること
- ・看護師数は1.5:1以上、夜間は複数配置であること
- ・一人につき病棟床面積30㎡以上、病室床面積8㎡以上
- ・家族控え室、台所、面談室、談話室を備えていること
- ・入退棟に関する基準の作成と、その判定委員会の設置
- ・財団法人日本医療機能評価機構などが行う医療機能評価を受けていること

表4 緩和ケア診療加算と緩和ケアチームの施設基準

■入院料の趣旨

一般病床に入院する悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛等の身体症状または不安、抑うつなどの精神症状を持つものに対して、患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診察が行われた場合に入院基本料に加算する。

■診療報酬点数の設定

緩和ケア診療加算(1日につき) 250点

1日当たりの算定患者数は、1チームにつきおおむね30名以内

■施設基準(おもなもの)

- ・身体症状の緩和および精神症状の緩和の担当医師および緩和ケアの経験を有する看護師から構成される専従チーム
- ・看護師は5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事し、緩和ケア病棟などにおける研修を修了していること
- ・診療計画書の作成と患者への説明と交付
- ・財団法人日本医療機能評価機構などが行う医療機能評価を受けていること

2) 緩和ケア病棟では終末期患者が対象になるのに対し、一般病院では診断あるいは再発時から、長期的視野に立った継続的なケアが可能になること、

3) 緩和ケアはトータルケアを最もその特徴としているため、病院全体に全人的医療のあり方が浸透する一助となること、

などがあげられる。

このように制度や施設の面での体制が整ってきている一方、緩和ケアで重要な症状コントロールの面でも大きな進展がみられた。WHOの癌疼痛に対する3段階除痛ラダーが1982年に紹介されて以来、最初はなかなか増加しなかったモルヒネの消費量も、図2に示すように急速に増加している。そしてオキシコンチン®、デュロテップパッチ®（フェンタニルパッチ）など、オピオイド製剤の種類が増え、オピオイドローテーションが可能になったことは大きな意義があると思われる。またNSAIDでは、COX<sub>2</sub> inhibitor、抗うつ剤ではSSRI、SNRIなどの選択性の高い薬剤の開発、ビスフォスフォネートなどの骨転移痛や高カルシウム血症への適応、消化管閉塞に対するサンドスタチン®の保険適応など薬剤関係の進歩は著しく、症状コントロールの発展に大きく寄与している。

つぎに教育、研究の面では、日本緩和医療学会、日本死の臨床研究会などのホスピス・緩和医療関係の学会の会員数が3,000名を超え、さらに日本

癌治療学会を含む癌関連の主要な学会で、緩和医療についてのテーマが頻繁に取り上げられるなど、急速に関心が高まっている。また看護師側ではすでにホスピス認定看護師などの認定看護師制度が発足し、多数の認定看護師が生まれているが、医師の側でも現在認定医制度が検討されている。認定医制度を含む教育の進展により、緩和医学・医療の専門性の確立と、緩和医療全体の質的向上が図られることは、緩和ケアに対する社会的な要求に十分応えられていない現状を改善するのに大きな役割を果たすものと期待される。

## II. 緩和医療（ケア）の実際

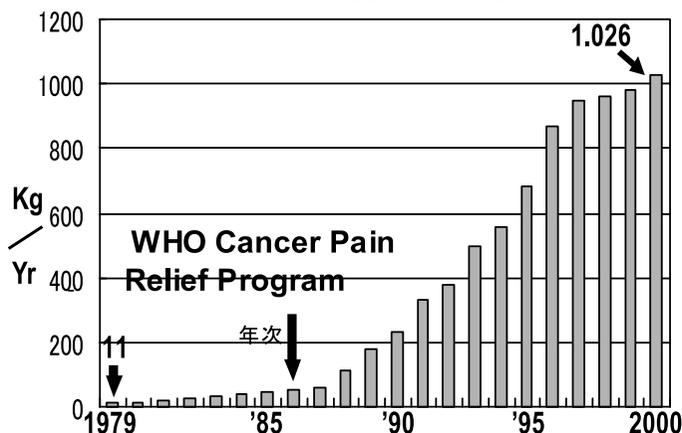
### 1. 緩和医療（ケア）の「定義」と事例

緩和医療（ケア）について、WHOが1990年に出した定義は、

「緩和医療（ケア）は治癒を目指す治療行為に反応しない患者に対する積極的、かつ全体的なケアである。痛みやその他の身体的症状のコントロール、心理的、社会的、スピリチュアル（霊的）な問題への対応を最も重要視する。その目的は患者および家族にとって最もよい生命の質の達成である。」

"Palliative Medicine (Care) is the active, total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and psychological, social and

図2 モルヒネ消費量の年次推移



spiritual problems, is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families."

この定義では、緩和医療（ケア）の最も重要な特徴である、患者をトータルにみる、すなわち身体的側面に加え、心理的社会的側面の重視と、家族ケアの必要性が強調されている。またここでいわれている生命の質（quality of life）は、病状悪化により制限されていく日常生活能力（ADL）に対応した、最もふさわしい生活形態を見出していくという動的、実践的内容を含んでいる。したがって緩和医療（ケア）は、「死」ではなく、「生」を支点にしたケアであり、終末にいたるまで病状評価とケアプランを立てて行われる医療実践である。また特に終末期においては、身体的な苦痛のみならず、心理的社会的問題や、家族の問題も大きくクローズアップされるため、チーム医療の体制は最も重要で、各職種間の情報交換とそれによるケアプランの作成が必須となる。この定義について付け加えるならば、最近の緩和医療（ケア）は、癌の診断あるいは再発の時点から長期的視野にたった継続的なケアを提供していく方向に向かっているため、比較的終末期に限定した定義といえる。

さてここで1事例を通して、緩和医療（ケア）の理解を深めるとともに、そのケアプログラムについて検討する。

#### 【事例】肺癌、骨転移 40歳（男）高校教師

胸背部痛のため整形外科に受診したところ、脊椎に変形が認められたためCTガイド下に生検し、腺癌と判明。その後胸部CTにより肺癌と診断された。脊椎全体と骨盤部におよぶ骨転移のため、下肢麻痺と耐えがたい痛みが生じ、さらに頸椎カラー、腰部コルセットの装着により、身動きできない病状で緩和ケア病棟へ入院された。

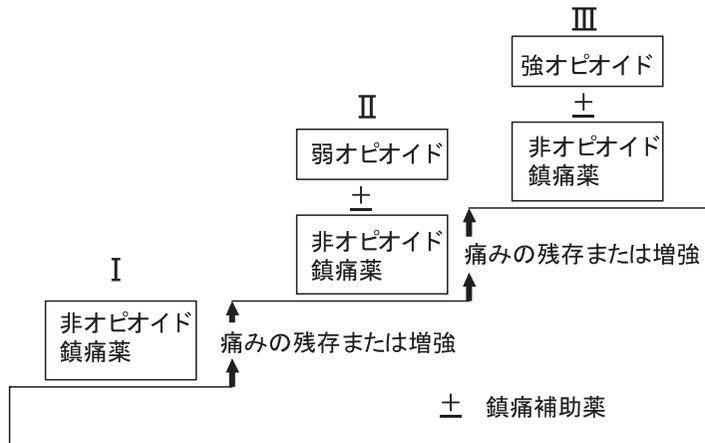
緩和ケア病棟入院時の患者の希望は、「痛みを取ってほしい。少しでも座りたい。残された日々を悔いなく過ごしたい。」というものであった。下肢のしびれるような痛み（神経因性疼痛）が発現したため、モルヒネ徐放剤に加え塩酸メキシレ

チンを投与した。さらに傾眠傾向が出てきたため血清カルシウム値を測定したところ、Ca 11.2mgとやや高値を示したため、高カルシウム血症と考えビスフォスフォネートを投与した。眠気、痛みなどの症状が改善しリハビリを開始したところ、60度まで座位が可能になった。痛みがとれ、座れるようになったため、患者の初期の希望がかなえられたかと思っていたところ、「食べられることはうれしいが、もう死ぬのが分かっている、こんなことで喜んで自分が情けない。ほかの人はどうやって乗り切っていたのか知りたい。」と精神的苦痛を強く訴えられた。看護師は傾聴と共感の姿勢で対応を続けていたところ、10日ほどして「もう泣くのにも疲れました。自分も少しは成長しましたよね。」と言って、病室内でインターネットおよび家庭教師を行うことを依頼された。そして子供や教師仲間とメールを交換したり、寝たきりのまま家庭教師をするなどして療養された。2週間ほどして全身倦怠感、下肢の浮腫、意識混濁などの症状が発現したため、輸血、アルブミン、ステロイドなどを投与し症状の改善に努めた。病態の悪化につれて「眠らせてほしい」との要望が出されたため、家族とも相談し、ハロペリドール、続いてミダゾラムの持続投与による鎮静（セデーション）を行った。鎮静後2日目に永眠された。

当事例から、緩和ケアにおいて対象となる身体的、心理的社会的問題をまとめると、まず身体的症状としては以下のような症状が発現する。

- 1) 癌性疼痛：侵害受容性、神経因性
- 2) 骨転移：疼痛、四肢麻痺、ADLの低下、高カルシウム血症
- 3) 全身倦怠感（おもに悪液質症候群による）
- 4) 呼吸困難
- 5) 食欲不振
- 6) 吐気、嘔吐
- 7) 胸水、腹水
- 8) 腸管、尿管、胆道などの閉塞
- 9) 高カルシウム血症、高ナトリウム血症
- 10) 低蛋白血症
- 11) 貧血

図3 癌性疼痛に対するWHOの3段階除痛ラダー



つぎに心理的社会的問題についていえば、当事例から身体的苦痛の下に隠されていた精神的苦痛が、身体症状の改善に伴って逆に顕著になったことが伺われる。精神的苦痛には、情緒的・感情的苦痛（エモーショナルペイン）と「生の意味、価値」を問う霊的・自律的苦痛（スピリチュアルペイン）の2つに分けられるが、これらの苦痛は生きるうえでより本質的な苦痛と思われる。したがって症状コントロールの目的は、痛みなどの不快な症状を取るにとどまらず、「自分の主体はまだ自分にある」、「自分には自分をコントロールする力が残されている」という自律性の感覚の保持のためでもある。また不適切な薬物の使用による副作用（眠気、吐気など）によって、患者の自律性を無くさないように配慮することも非常に大切である。緩和ケアでは効率だけを求めるのではなく、それによる弊害、すなわち副作用についても、前もって十分に配慮することが求められる。

緩和医療（ケア）の定義にそって、緩和ケア病棟におけるプログラムをまとめると、

- 1) 身体症状(疼痛、呼吸困難、全身倦怠感など)のコントロール
- 2) 心理的・感情的・情緒的苦痛（エモーショナルペイン）に対するケア
- 3) 霊的・自律的苦痛(スピリチュアルペイン)に対するケア

- 4) 家族のケア
  - 5) 悲嘆に対するケア
  - 6) スタッフケア
- などがあげられる。

## 2. 症状コントロール

### 1) 痛みのコントロール

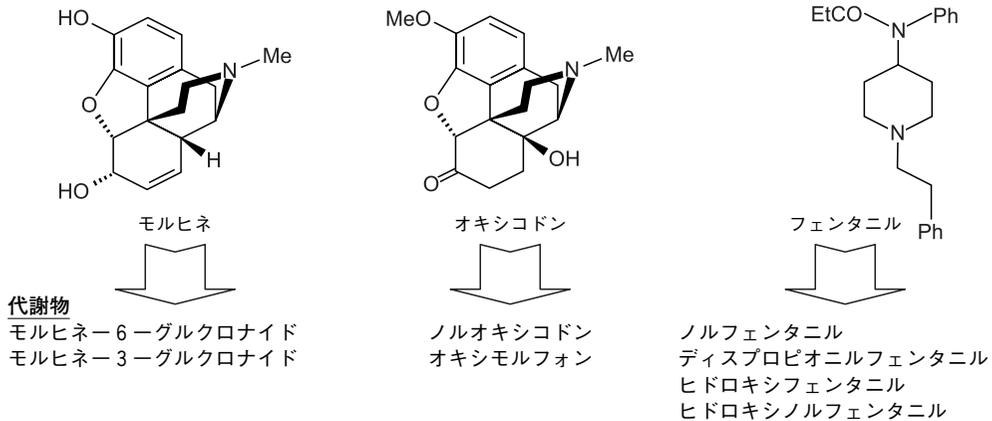
癌の浸潤に伴う痛みのコントロールは、図3に示すWHOの提起した3段階の除痛ラダーが最もエビデンスがあり標準的な方法である。まずNSAIDから始め、2段階目には弱オピオイド（燐酸コデイン）、ついでモルヒネなどの強オピオイドの順に使用する方法である。NSAIDはオピオイドと除痛機序が異なるため、2および3段階においても使用したほうがよく、また鎮痛補助薬として、ステロイドホルモン、抗うつ剤、抗痙攣剤などが使われる。さきにオピオイド製剤としてオキシコンチン®（オキシコドン）およびデュロテップパッチ®（フェンタニルパッチ）が加わったことを述べたが、各々の薬剤についての構造と特徴を表5に示した。なお疼痛コントロールについての具体的な方法は一般の専門書にゆずり、ここでは日常診療において留意している点を述べる。

#### (1)モルヒネなどオピオイドとは？

—患者説明の参考に一

モルヒネなどオピオイドは癌性疼痛の除痛に最

表5 モルヒネ、オキシコドンおよびフェンタニルの構造と特徴



<b>長所</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長年の使用経験</li> <li>・天井効果がない</li> <li>・多くの剤形がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活性代謝物がほとんどない</li> <li>・嘔気・嘔吐が弱い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活性代謝物がほとんどない</li> <li>・副作用が少ない</li> <li>・脂溶性が高い</li> </ul>
<b>短所</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・便秘、嘔気・嘔吐、眠気などの副作用</li> <li>・神経因性疼痛</li> <li>・活性代謝物</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・便秘、眠気などの副作用</li> <li>・神経因性疼痛</li> <li>・速放錠がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経因性疼痛</li> <li>・速放錠がない</li> </ul>

表6 オピオイド系薬剤の初期投与ー徐放剤・パッチに向けてー

	力価(モルヒネ注10mgに対し)	特徴
リン酸コデイン	60~100	モルヒネに対する誤解を取るため
塩酸モルヒネ®		
モルヒネ末(水)	30	5~10mg(頓用)の回数/日にて1日量を決める
モルヒネ錠(10mg)	30	
オプソ®(5,10mg)	30	
注射剤	10	
アンベック®(10,20,30)	20	経口できない患者に3~10mgの頓用、または少量(例10mg)の皮下持続
オコシコンチン®(5,10,20,40mg)	20	肝代謝受けず、20分で吸収開始
フェンタニル注(フェンタネスト)	0.1~0.2	WHOのラダーⅡ段階にも使用可能
ペンタゾシン	60	少量(例0.1mg)の皮下持続
ブプレノルフィン	0.4	K受容体で習慣性
		舌下(注射薬1/3Aも有効)

もよく使用されるが、投与にあたって患者のオピオイドに対する誤解と偏見をどのようにとるかは、日常診療においてよく悩むところである。そこで患者説明の参考に、オピオイドの生体における役割について略述する。以前より東洋医学における針治療は、脳内オピオイドであるエンドルフィンやエンケファリンを誘発することによる除痛

法であることはよく知られているが、最近では、炎症などの障害部位に遊走してくる白血球、リンパ球、マクロファージなどがオピオイドを産生し、末梢神経に発現したオピオイドレセプターと結合することが明らかにされている。すなわち身体には、長く続く痛みによるストレスから身体を守るために痛みを止める機構が備わっており、その防

御の役割をしているのがオピオイドであり、またそれが身近な白血球やリンパ球から産生されていることがわかっている。針治療に加え、このような事実を説明すれば、ほとんどの患者はオピオイドの投与を安心して承諾される。

### (2)モルヒネの初期投与を慎重に

モルヒネの副作用である眠気、吐き気などによって患者が服薬を拒否するようになるとその後のコントロールの障壁になるため、初期の投与には特に慎重さが要求される。なおオピオイド系薬剤の初期投与方法について表6にまとめた。

さてオピオイドの使用の前に、ブプレノルフィン（レパタン<sup>®</sup>注の1/3 A舌下なども有効）などを投与する場合もあるが、オピオイドの使用にあたっては少量投与を原則に、たとえば塩酸モルヒネ錠5～10mg（オプソ<sup>®</sup>5 mgなども使用）、あるいは経口出来ない人には塩酸モルヒネ注3～5 mgを頓用で開始し、その1日量を決めてから徐方剤に切り替えていく。また鎮痛効果を1とした場合のモルヒネの量の1/50の量で便秘、1/10の量で吐き気などの副作用が出るといわれているため、初期から緩下剤などの投与が必要になる。よくモルヒネの副作用のひとつとして恐れられている呼吸抑制は、鎮痛効果の10倍量ではじめて現れる症状であり、日常診療で問題になることはほとんどない。ただし、肝・腎障害や最終末で代謝が低下している際には、モルヒネが蓄積するため慎重な投与が必要になる。

### (3)オピオイドローテーションについて

デュロテップパッチ<sup>®</sup>（フェンタニルパッチ）、オキシコンチン<sup>®</sup>が臨床に使われるようになって、オピオイドローテーションがようやく可能になった。表5に示すように、モルヒネは、吐き気、便秘などの副作用があるのに対し、オキシコンチン<sup>®</sup>は活性代謝物が少ないため、吐き気などの副作用が軽微であるとともに、モルヒネの1.5倍の力値を有している。またフェンタニルは消化管の輸送を抑制する $\mu$ 2レセプターと結合しないため、便秘にならないなどの特徴を持っている。

オピオイドローテーションは、使用中の薬剤に

よる副作用が出た場合、投与経路の変更（例えばモルヒネを経口投与から皮下持続に変えることによって、モルヒネの肝代謝による活性物質が減少するため、副作用が減るばかりでなく、経口の1/3量の投与でよい）、便秘、眠気などに対する副作用対策、また神経因性疼痛の際に使用される薬剤などの追加使用によって対処するが、それらの試みが奏功しない場合には、患者の状態を観察し他剤に変更する。

### (3)全身倦怠感

全身倦怠感は、「身の置き所のないだるさ」と表現されるように、ADLを低下させるばかりでなく希死念慮のもっとも大きな要因になっているが、死亡直前には大部分の患者にみられる症状である。倦怠感の原因は、図4に示すように、病状悪化による身体的要因のほかに、うつなどの精神的な要因もあり多元的である。特に問題になるのは、インターロイキン6（IL-6）、腫瘍壊死因子（TNF）、インターフェロンなどの炎症性サイトカインによるもので、図5に示すように、食欲不振、低蛋白血症、悪性貧血、浮腫、高カルシウム血症などの原因となり、悪液質症候群といわれている。現状では適切な治療がなく、薬物療法でステロイド、プロゲステロン、メチルフェニデート、NSAIDなどが有効といわれているがその有効性には限界がある。非薬物療法には、アロマセラピー、マッサージ療法、運動療法、針治療などがあるが、なかでもマッサージ療法は、タッチングにより癒しの感覚を与えるばかりでなく、ドーパミン、セロトニンなどの神経伝達物質を誘発するため、有効性が高いと考えている。

## Ⅲ. 緩和医療の今後の方向—地域に開かれた緩和医療（ケア）をめざして—

### 1. 地域に開かれたホスピス・緩和ケア

ホスピス・緩和ケア病棟を「死にゆく患者の収容所」とみなしたり、「癌の告知がされていないと入院できない」と、入院の条件を厳しく限定するなどして、緩和ケア病棟を特殊な病棟として扱う傾向がある。今後は患者の在宅療養を助ける在

図4 全身倦怠感の多元的要因

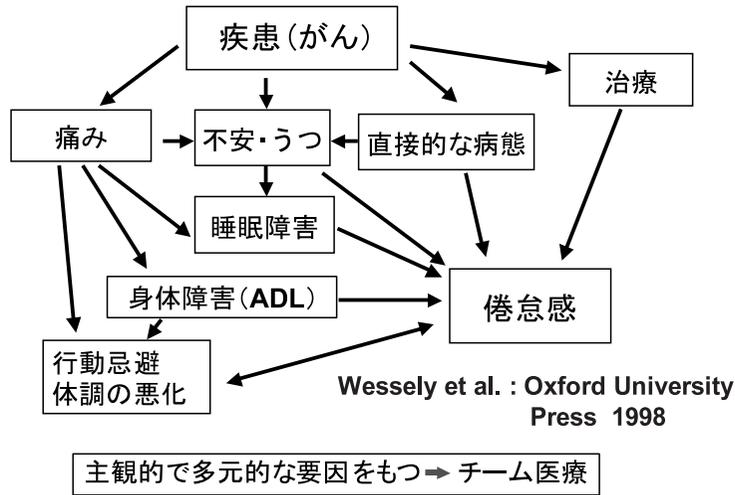
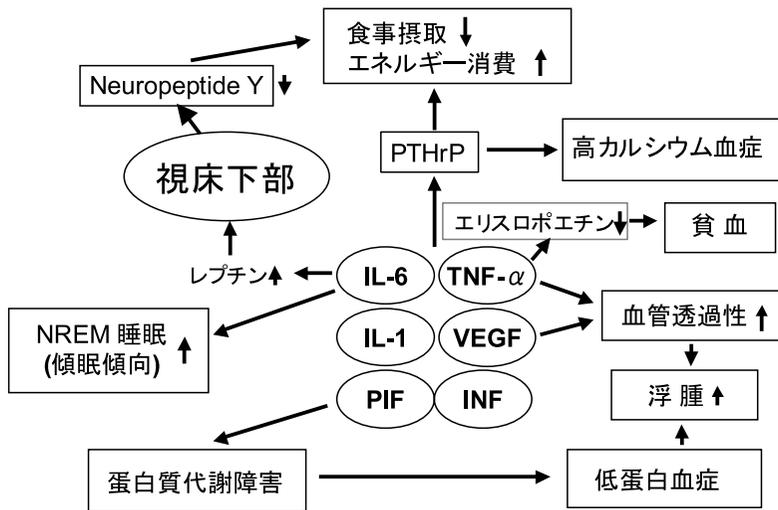


図5 炎症性サイトカインの生体への作用（癌悪液質の成因）



在宅療養支援の機能や、病院と在宅療養をつなぐ施設として、図6に示すように在宅、病院などとの連携の中で地域にしっかりと根付いていくことが求められている。わが国のがん患者の死亡場所は、一般病院87.3%、ホスピス・緩和ケア病棟3.4%、在宅6.2%（2002年）であるのに対して、英国はそれぞれ47.5%、15%、27%と終末期の療養環境の選択肢が幅広くなっている。これをSt.

Christopher's Hospiceなどのホスピスが在宅と連携して行くと、在宅での死亡が60%、ホスピスが30%ほどになり、一般病院での癌死亡は約10%と極端に少なくなっている。疼痛コントロールのため、あるいは家族の介護疲れによる一時休暇のための短期入院など、在宅とのスムーズな連携を行いながら、地域に開かれた施設になっていくことが望まれる。

図6 病院、在宅、緩和ケアを柱とした地域のネットワーク

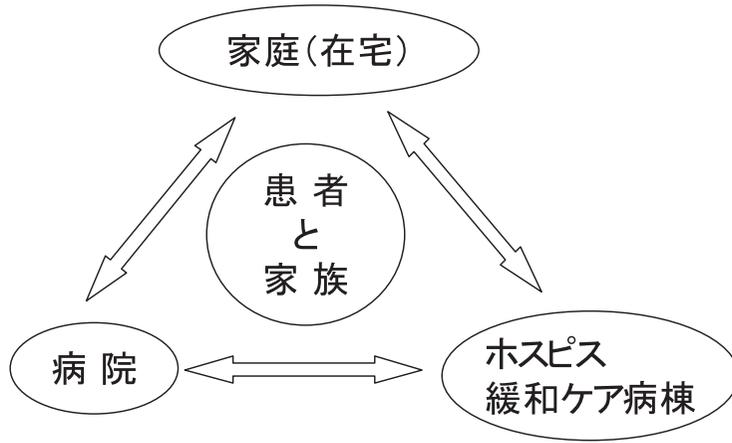
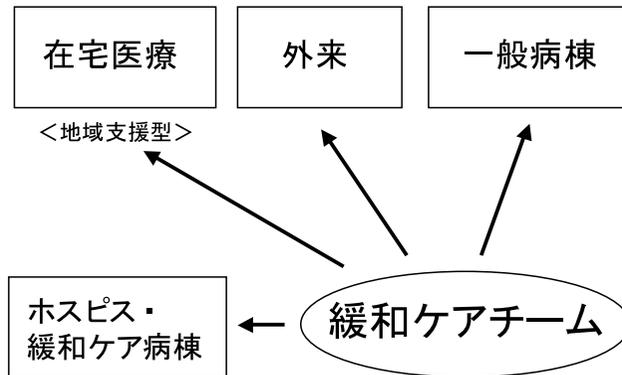


図7 長期的視野にたった継続的なケアにおける緩和ケアチームの役割



2. 長期的、継続的ケアの保障と、緩和ケアチームの役割

緩和ケア病棟に入院するのが緩和ケアではなく、癌の診断や、再発した時点から長期的、継続的なケアが受けられるようにしていくことが大切である。そのためには図7に示すように、緩和ケアチームは病棟での疼痛コントロールなどのコンサルテーション、緩和ケア外来、ホスピス・緩和ケア病棟との連携、在宅との連携などのネットワークの中心的な役割を果たすことが要求される。また将来的には米国のように、癌に限らず心・腎不全など多くの疾患の終末期のケアや、倫理的問

題への対応など幅広い活動が要求される。このような体制やネットワークが広がるにつれ、地域とのつながりが益々密接になり、患者本位、住民本位のトータルケア中心の医療の実現が図られると思われる。

IV. ホスピス・緩和医療の歴史

ドイツ、ボン大学医学部附属病院の緩和ケア病棟を視察した際、若い医師が「緩和ケアは人権の医療である」と述べていたが、なぜ人権の医療であるかを、ホスピス・緩和医療の歴史から振り返って考えてみたい。

近代ホスピスは、19世紀末の1879年にメアリーアイケンヘッドの修道女子会が、アイルランドのダブリンに設立したのが最初であるが、実はこの当時の医学の興隆は目覚しく、例えばリスターの消毒法(1867年)、ビルロートの胃切除の成功(1881年)、コッホによる結核菌の発見(1882年)、レントゲン線の発見(1895年)、キュリー夫人のラジウムの発見(1898年)など、20世紀の医学を準備する歴史的な発見が相ついだ時でもあり、ホスピスと医学上の偉大な発見というまったく異質に思われる潮流が同時進行していることは大変興味深い事実である。これは産業革命後の近代化が、科学技術の急速な発展を生み出すとともに、他方では工業化と人口の都市集中、さらに失業者の群れなどを生み出すという社会状況から理解される。この当時の社会状況をエンゲルスの「イギリスにおける労働者階級の状態」では次の様に述べている。

「家には地下室から屋根裏まで人が住み、家の内も外も汚く、こんなところに人が住んでいるとは思えないほどである。家と家のあいだの隠れた通路を入れてそこに入ると、その汚さと荒れ果てた状態は想像を絶する—完全な窓ガラスはほとんど一枚もなく、壁は崩れ、入り口の柱や窓枠はこわれてがたがたになり、ドアは古板を寄せ集めてうちつけてあるか、あるいはまったくついていない—この泥棒街では盗むものはないのだからドアは不必要なのである。ゴミや灰の山がいたるところにちらばっており、ドアの前にぶちまけられた汚水が集まって水溜りとなり悪臭を発している。ここには貧民のなかでももっとも貧しい人々、最低の賃金しか支払われていない労働者が、泥棒や詐欺師、売春の犠牲者と一緒に住んでいる—たいていはアイルランド人か、その子孫であり、自分自身はまだ自分を取り巻いている道徳的墮落にまきこまれていないが、毎日毎日深く沈んでいって、

窮乏や不潔や劣悪な環境の退廃的影響に抵抗する力を日に日に失いつつある一。」(浜林正夫訳、新日本出版社、p56)

このような悲惨な状況の中で、1905年にロンドンにSt. Joseph Hospiceが建てられるが、先のメアリーアイケンヘッドの修道女子会がアイルランドから数名のシスターを派遣している。これは「あなたがたが、これらの私の兄弟たち、しかももっとも小さな者たちにしたのは私にしたのです。」(マタイによる福音書25章4節)という聖書の聖句にしたがって行われたものであるが、当ホスピスを視察した際、将来何が起こるかわからないスラムに勇躍して飛び込んでいったシスターたちの気概の中に、真のホスピスマインドを感じ感動を覚えた。これは同時に、「死を前にした平等」という信念が基盤になっているともいえる。

さて現代のホスピス・緩和ケアは、1967年にシリー・ソンドースによって作られたSt. Christopher's Hospiceに始まるが、ソンドースは先のSt. Joseph Hospiceにおいて癌性疼痛に対するモルヒネの効果の研究を行うとともに、患者を看取る上でトータルケアの大切さを述べている。現在よくいわれている全人的医療、トータルケアはホスピスケアの中から生まれたものである。ホスピス・緩和医療が人権の医療であるという背景には、60年代が公民権運動に象徴されるほか、ヘルシンキ宣言(1964年)、WeedによるPOSの提唱(New England Journal of Medicine, 1968年)、また日本老年病学会(1958年)やリハビリテーション学会(1963年)など、高齢者、障害者に関連した学会がこの当時設立されたことから伺える。このように緩和医療は「人として尊重され、尊厳を持って生きる」ことを願うあらゆる人々に提供されることが望ましく、そのために医療者としての努力が望まれている。