がん患者 こころのケアの 現在地

2025年11月6日 於 山梨大学医学部キャンパス 臨床大講堂

自治医科大学附属さいたま医療センター メンタルヘルス科 岡島美朗

自己紹介

1988年 山梨医科大学卒業 "昭和最後の医者" 自治医大に入局、精神科医に。

ずっと同じ病院で、精神科医として勤務

2008年 腫瘍センター精神腫瘍部へ異動 *肩たたき?* 臨床腫瘍科内で"こころのケア外来"

2010年 (なぜか)緩和ケア病棟の病棟医に! 抗うつ薬、抗精神病薬よりもオピオイドを処方する日々 精神科外来、こころのケア外来も継続

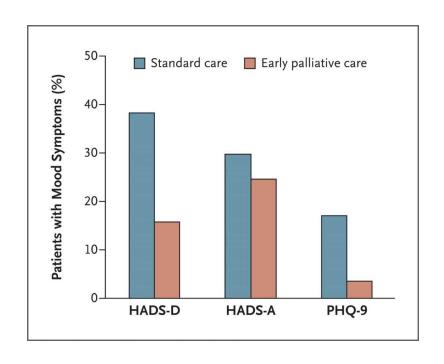
2015年1月 さいたま医療センターに赴任 メンタルヘルス科、緩和ケアチームを担当

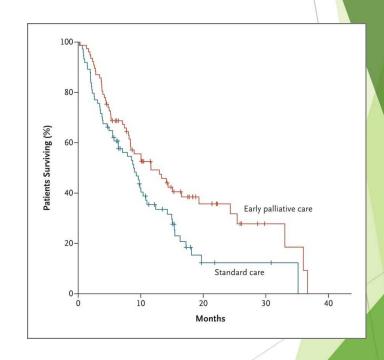
本日お話しする内容~4つの疑問

- ①"緩和ケアを受けると、寿命が延びる"か?
- ②"インフォームド・コンセントによって、治療の選択は患者の自己責任となる"か?
- ③"がん患者には自殺が多い"か?
- ④スピリチュアル・ペインは、全人的苦痛の一部か?

①"緩和ケアを受けると、寿命が延びる"か?

転移のある非小細胞肺がん患者に対する早期緩和ケア (N Engl J Med 363(8): 733-742, 2010)





エビデンスの構造: PICO/PECO

P: Patients 何に対して

I: Intervention どのような介入を行うと

E: Exposure 何にさらされると

C: Comparison 何と比較して

O: Outcome どういう結果になる(客観的指標)

この論文のエビデンス

P:107人の転移のある非小細胞肺がん患者 肺がん以外ではそうならない?

I: MGHの緩和ケアチームの介入

ほかの緩和ケアチームが介入したら?

C: 同じ病院で、通常のケアを受けた患者

O: 介入群の方がQOLのスコアが高く、抑うつ症状が少なく、 終末期にAggressive careを受けた患者が少なく、平均余命が 長かった

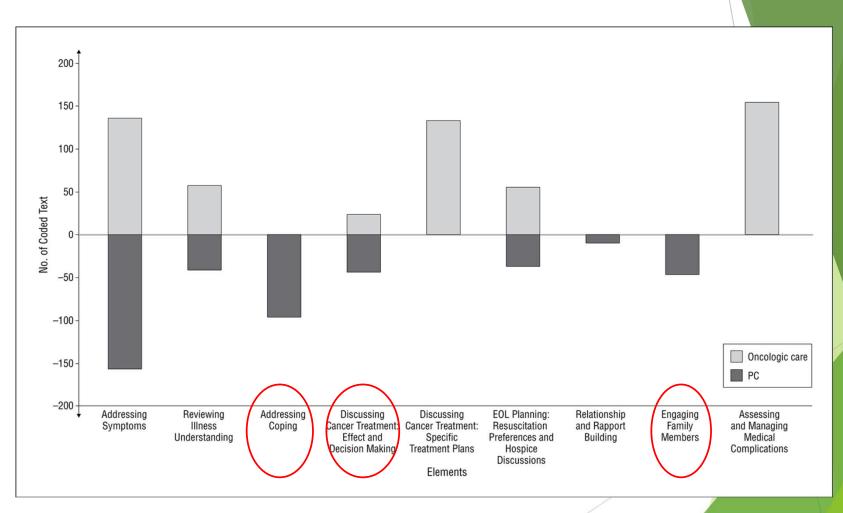
そもそもなぜ早期緩和ケアが有効なのか?

"Aggressive care"

- ・死の2週間以内の化学療法
- ・ホスピスケアの不使用
- ・死の3日以内のホスピス入所

標準治療群は早期緩和ケア群に比して、Aggressive careを受ける人が有意に多く(54% vs. 33%)、心肺蘇生に関する意向が記録に残っている人が少なかった(28% vs. 53%).

Early Palliative Care in Advanced Lung Cancer. A Qualitative Study (JAMA Intern Med 173(4):283-290, 2013)



早期緩和ケアの追試

2009~2021で生存をアウトカムにした研究は9本。そのうち生存期間の改善あるいはその傾向を示したものが3本、対照群と差が認められなかった研究が5本、生存期間が短縮していた研究が一本だった。

"無益な医療"

「医療のゴールとは、最低でも、人が病院の外で生きることを可能にするのに十分な健康を取り戻させることであるべきである。それを達成できないような治療は、私たちの定義に照らせば、質的に無益なものである」

シュナイドマン、ジェッカー「間違った医療 |

無益な医療をなくすことが、生存期間の延長につながる?

がんと診断された時からの緩和ケア?

参考資料5

第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月9日閣議決定) (概要)

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診 (2次予防)

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん (それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7) 小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん (※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 6. 目標の達成状況の把握
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 7. 基本計画の見直し

4. 患者団体等との協力

早期からの緩和ケア ≠ がんと診断された時からの緩和ケア

それぞれの時期で必要とされる緩和ケアとはなにか?

②"インフォームド・コンセントによって、治療の選択は患者の自己責任となる"か?

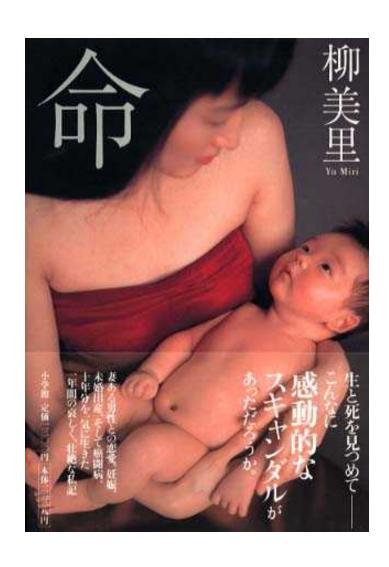


江藤淳 「妻と私」

戦後を代表する保守の論客。 「成熟と喪失」「漱石とその時代」などが代表作。 平成10年に妻を肺癌で亡くし、闘病する妻との日々を綴った書。本書が雑誌に掲載された翌月脳梗塞に倒れ、その翌月自宅で自死した。

さのにのしすっは散 い点そ結や。奥書歩ち をの果い明さ斎は よこをま後んか連っ くと説す日のられ おを明ねに御院て 考告い。は病長出 え知たそ、気にたま にすしのごは電ので なるまと主転話を つかすき人移を確 てどが詳も性か認家 おう `しいのけし内 いかごくら腫たてが て、本検つ瘍 下そ人杳 私を

有しと事知かりのだは家 意かがお」。にでけな族こ 義あで見のそみきをいにれ にりき通責のじな負かとは おまるし任反めいわ゜っ患 過せ。のは面と家さして者 ごんあ絶一医い族れかもに しよな対切者うにても残と く。た者家はほい だまのの族とかた患っきて さあ余立にいなっ者告わは い、命場任えいてを知まも ・せはにせばでは救느るち ・い何立て `は `うの方ろ ・ぜケつ、一なあこ責法ん い月こ万告いまと任で



柳美里「命」

1997年「家族シネマ」で芥川賞受賞。時代のさまざまな事象を題材にした作品で知られる。家庭ある男性の子を身ごもりつ、かつての恋人とともに暮らし、彼が食道がんで終末期を過ごすのに寄り添いながら、出産した体験を描いた書。

生きられるんでないで、このも /でしょうか_のまま放置し

で食事ができな しし 状態

一意い一に一東ら 八味生そなおがど治 かできれるそ訊の療 月すらででらねくを はがれはしくたら受 てますか?普通の生は治療をしたとしてしょう」 だし <u>ر</u> 生活でと تلے の

いじょうぶでしょう」

通ばっ ら一繰 なかりく月返 /なります。どうしま/で食道が塞がって食返しますが、もし治療 ま食療 すべを か物し ?がな 喉け をれ

えにしを_「 さな副受ご せる作けく てん用る普 くだに意通 だっ苦味に さたしは一 いらんあ年 わ寝うれ なたんる ない。少れです。 し状し治 考態か療

だら「心あほいのたま治生て さ、そのまうのよ。す療活、わいみれ苛りがだう室よをでせた しなで立にいろな先と受きめり さはち率いう物生嘘けなてん、を直と。いもでれけー でわ隠過判こいおもばれ年東相たせぎ断のをそい一ば間が 談しなはし患すらい年意 しはかした者るくか間味いひ て席っまのにとどらはがや月 結をたいかはいん言普な三に 論は、かも嘘うなっ通い年わたず、しをわ患てにと問た出し、とれ吐け者ほ生思はる しればいるほ生思はる 私なかでにしきっ普闘 はいなけまから しま てす 内がいなこつれ。にを くか

インフォームド・コンセントをめぐって

"ICする" (←ムンテラ)

インフォームド・コンセントとは、医師が治療やケアなどの医療行為について説明し、それを聞いた患者さんが説明を受けた医療行為を受ける意思を示すことをいいます。今日では、治療の選択肢がいくつかあることも多いので、単に同意するだけではなく、選択することも含みます。日本語では「説明と同意」と訳されることが多いのですが、内容を考

日本語では「説明と同息」と訳されることが多いのですが、内容を考えれば「医師の十分な説明を受けたうえでの患者さんの理解、納得、同意、選択」といえるでしょう。

患者・市民のための膵がん診療ガイド 2023年度版

患者が自己決定を強いられて苦しんでいるほど、 と、 医師は患者に真実を伝えているか?

がん医療における悪い知らせとは

「悪い知らせ」とは、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えて しまうもの Buckman 1984

難治がんの診 断 がんの 再発・進行 積極的抗がん治療の 中止











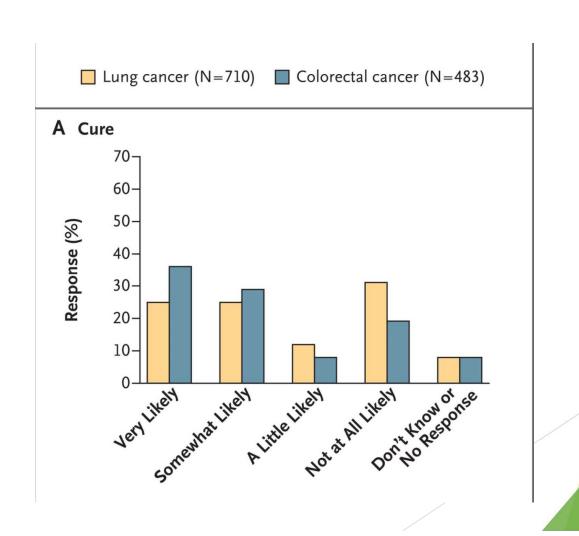
52万人/年

闘病者300万人

32万人/年

Fallowfield 2004

進行がんに対する化学療法への患者の期待 (N Engl J Med 367(17): 1616-1625、2012)



患者が不正確な回答をすることと関連していた要素は、大腸がんであること、非白人、統合的ヘルスケアネットワークで治療を受けていること、 **医師との関係が良好であると自覚していること**だった。

医師が化学療法に関して楽観的な見通しを告げるほど、患者は医師を いい話し手だと感じるかもしれない。

患者と医師の"共謀(Collusion)"

差し迫った死についての医師―患者関係における共謀

BMJ 2000: 321:1376-81

がんの回復に関する誤ったオプティミスムは、治療に関する医師の積極性と 患者の真実を知ることへの恐れとが結びついた結果である。

- ・よくある経過:がんの回復に関する誤ったオプティミズムは、化学療法の最初のコースで膨らみ、腫瘍が再発した時に消え、そして次のコースで、程度は弱いものの、再び膨らんでいく。
- ・予後の隠蔽: 医師は治ることはないとは伝えても、予後はほとんど伝えない。

- ・治療の強調:患者ががんであると伝えられるとき、悪い知らせの**伝達** から治療への話し合いへすぐに転換される。
- ・あいまいさ:"治療"という言葉は、患者には医師がもつよりはるかに ポシティブな意味をもっている。
- ・知ることと知らないこと:病が進み、患者が衰弱した時、患者は予<mark>後</mark>が悪いことに気づきながら、明らかには認めない。
- ・後悔:回復の物語とオプティミスムは患者と家族が治療期を持ちこた えるのには役立つが、のちにそのオプティミズムが幻想によるものだと いうことが明らかになった時、それは極めてつらいものである。

IC:

「がんが急速に進行して、骨転移、肺転移を起こしている。DICと呼ばれる病態になっており、貧血、血小板減少が進んでいる。がんに対する治療ができない状態だと予後は数ヶ月と考えられ、急変も十分にありうる。まずは放射線や整形外科治療を検討する。全身状態が改善したら、抗がん剤の投与は考えているが、いつから行えるかは不明し



患者:「足が動くかどうかもありますけど、病気が治るのかど<mark>うか心配</mark>です」

共謀(=医師と協働した否認)した患者・家族は、みな後悔するのか?

知人から聴いた話

70代の男性。背中の痛みが続くため、総合病院で検査を受けたところ、膵癌と診断され、余命は3ヶ月と告げられた。男性は、自らインターネットで検索し、ある免疫療法を受けることにした。病院では、そうした治療は許可されないため、体力が弱まって入院してからも何度か外出を装って、免疫療法を受けに行った。診断から5ヶ月後に亡くなったが、「あの治療のおかげで、3ヶ月のところを長く生きられた」と満足そうだった。

③"がん患者には自殺が多い"か?

自殺(希死念慮)と関連する要因は何か?

T. Akechi, et. al. 2002

切除不能非小細胞肺がん89例の検討。13例(15%)ががん 診断後6か月で希死念慮を示し、それを予測する因子は、痛み、 PSの悪化、うつ病の発症であった。

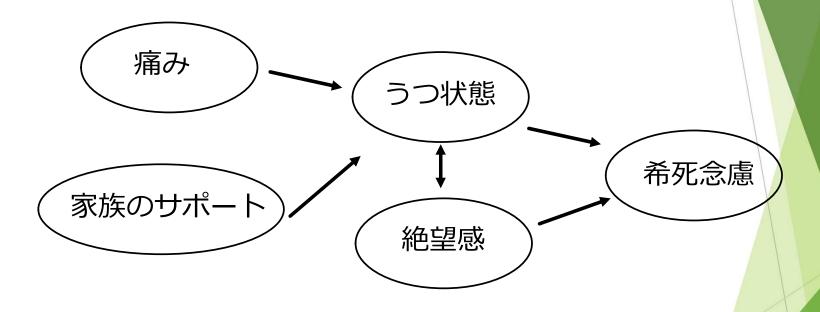
T.Akechi, et.al. 2003

緩和ケア病棟に入院し、評価後6か月以内に亡くなった患者 の検討。

希死念慮の要因は、身体的苦痛、将来における疾患の成り 行きに関する不安/恐怖、絶望感、家族への負担感。統計的に 有意に関連したのはHADS得点のみで、うつ病の診断は関連し なかった。

HM.Chochinov et. al. 1995, 1998

終末期がん患者の希死念慮に関連する要因



絶望感の方が、うつ状態よりも希死念慮との相関が強い

Demoralization Syndrome (D.Kissane, 2001)

- ・終末期患者の絶望(Hopelessness)、寄る辺なさ (Helplessness)、意味のなさ、実存的苦痛を中核とした症候群。
- ・絶望により特徴づけられるため、希死念慮につながりやすい。
- ・現在における興味・喜びの消失が目立たないことから、うつ病と区別される。

Demoralization Syndromeの診断基準案

- A. 絶望、人生における意味と目的の喪失を含んだ実存的苦痛 としての情動症状
- B. 悲観性、寄る辺なさ、囚われの感覚、自分の失敗や価値ある将来がないなどの認知的態度
- C. 物事に対応する欲動や動機の欠如
- D. 社会的孤立、孤独、サポートのなさなどの合併
- E. 情動症状に変動はあるが、2週間以上は持続する
- F. 大うつ病や他の精神障害は存在しない。

がん診断後の自殺と心血管死 (NEJM 366:1310-1318, 2012)

スウェーデンの住民約600万人を対象としたcohort study

がん診断後、一週以内の自殺は、非罹患群に比して相対危険度 12.6、一年以内では3.1。

心血管死は、がん診断後一週では相対危険度5.6, 4週以内では3.3。

そのリスクは最初の一年を過ぎると急速に低下する。

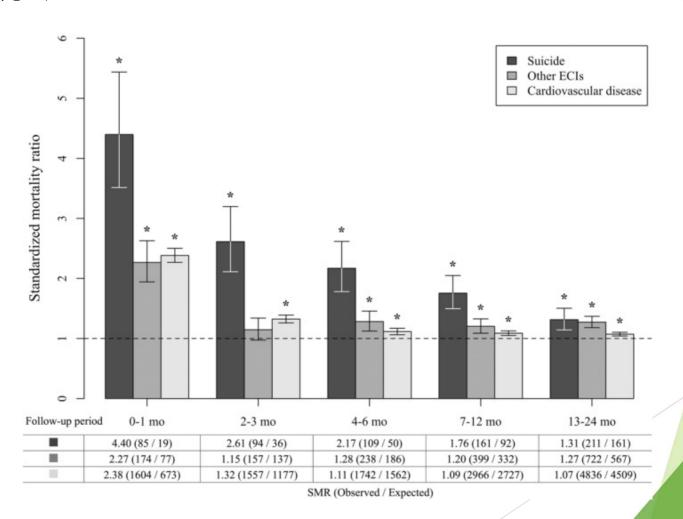
リスク上昇は特に予後の悪いがんでの場合、著しい。

がん診断後2年以内の自殺、その他の外因死、および心血管疾患による死亡:日本における全国的人口基本調査 Cancer Medicine 12: 3442-3451, 2023

日本のがん登録制度を利用し、がん罹患後の自殺、外因死、心血 管疾患による死亡を調査

自殺は、がん罹患後2年間で標準化死亡比で1.84、外因死は1.30、心血管疾患死は1.19。発症直後がもっとも自殺が多かった。多因子分析では、相対危険度は食道がんで高く、前立腺がんで低く、原発巣に限局したがん以外で高かった。

自殺は罹患後1か月以内がもっとも多く、24か月まで多い 傾向が続く



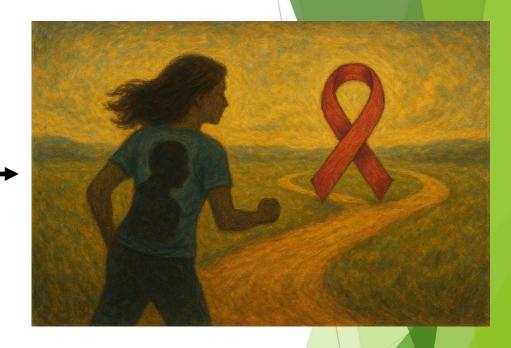
Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instrument A.M.H.Kewbber, et. al. Psycho-Oncology 2013

- ・診断面接によるものより自己記入式調査の方が有病率が高い。 (24% vs. 13%)
- ・診断面接による調査の有病率は、乳房11%, 頭頸部13%, 肺3%、血液 8%など。
- ・有病率は急性期に高く、治療の一年後にはかなり低下する。 (14% vs. 8%)

がんにかかることのイメージの変化



"がんとの闘い"



"がんの旅路 (Cancer Journey)"

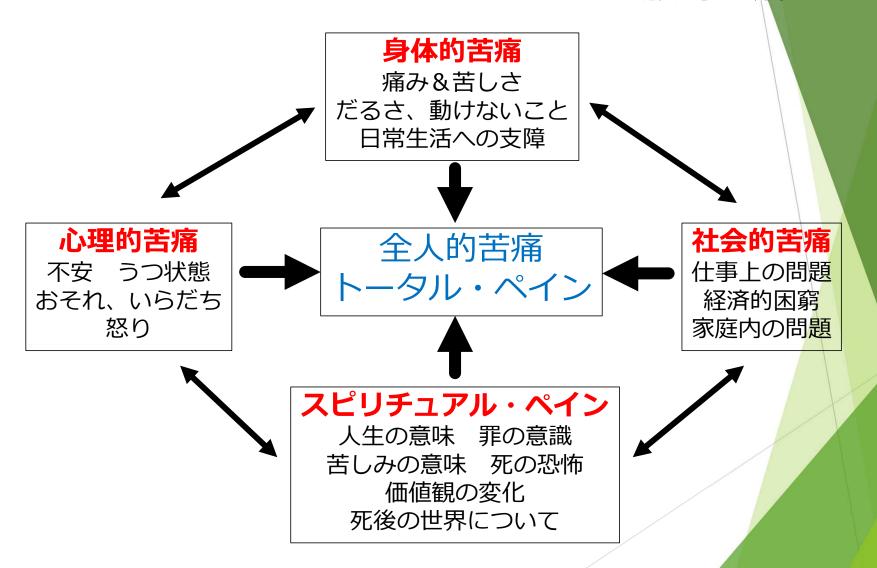
旅路のところどころの苦難に差し掛かった時、自殺の危険が生じる?

①~③から思うこと

- ・真実を伝えることは大事だが(そしてその伝え方も大事だが) 現実を適度に否認することも尊重されるべき。
- ・否認しきれなくなったところで精神的危機が生じ、自殺が起こるのではないか。
- ・診断時からの緩和ケアは重要だが、その内容は個別性があり、 患者の置かれた状況や病期を十分に検討する必要がある。

④スピリチュアル・ペインは、全人的苦痛の一部か?

スピリチュアル・ペインの一般的理解



包括的アセスメントとは

苦痛のアセスメント

- ·身体的苦痛
- ·精神的苦痛
- ·社会的苦痛
- ・スピリチュアルペイン
- 全人的苦痛を系統的に評価することが大切・ 苦痛についてさまざまな側面 から検討し,評価するアプ ローチが包括的アセスメント である
 - 包括的アセスメントは患者だ けでなく家族も対象となる

意向・目標

患者・家族の意向・価値観を探り、目標を共有する

- 質問例:「今、一番気がかりなことはなんですか?」 ・現在の気がかり
- ・大切にしたいこと 質問例: 「一番大切にしていることはどのようなことですか?」

家族の評価

家族構成

それぞれの家族の役割・機能

中心的な役割(キーパーソン) 家族のつらさを評価

霊的(spiritual)という言葉の定義

「霊的」とは、人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多く人々にとって「生きること」がもつ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、「霊的」は「宗教的」と同じ意味ではない。霊的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の「生」の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などと関連していることが多い。

WHO「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」(1990)

宗教者からみたスピリチュアリティの定義

窪寺俊之:

「スピリチュアリティとは人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われてしまったとき、その危機状況で生きる力や、希望を見いだそうとして、自分の外の大きなものに新たな拠り所を求める機能のことであり、また、危機の中で失われた生きる意味や目的を自己の内面に新たに見いだそうとする機能のことである」

スピリチュアリティの構造(窪寺2000を一部改変)

外への無限への欲求

神・仏への信仰 超越者・絶対者の希求 神秘体験・超能力・占いへ の関心 自然の威力・偉大さへの感 不思議な現象への関心 自己の人生への関心 自己の生きる意味・目的・ 価値への関心 自己の人生との実存的出会 しし 自己の人生の受容

内への無限への欲求

スピリチュアリティを構成する要素としての信仰と意味 (W. Breitbart, 2001)

信仰(Faith):大いなる超越的な力を信じること。超越的な力への信仰は、外にある存在としてのこの力を人間の精神に一致させるか、あるいは内在化する。

意味 (Meaning): その人が、人生において唯一無二の役割と目的に満たされていると確信すること。

スピリテュアリティ把握に関する2つの観点

・超越者との関係のなかで、人間・人生を支えるもの

・人生の目的や意味にかかわる、人生の内部から導き出されるもの

Cicely Saunders (1918—2005)



イギリスの看護師、ソーシャル ワーカー、医師。最初の近代的ホ スピスと言われるセントクリスト ファーホスピスの創始者。緩和ケ アに関して数多くの著作を残して いる。

始めての「トータルペイン」の記述

疼痛は、私たちの施設への入院患者の70%以上に認められる主訴であるが、患者がそれだけを理由に受診することや治療されることは稀である。それを描写しようと試みる患者は、「わたしのどこもかしこもが悪いみたいなんです」という言葉を使い、他の症状について語るだけでなく、自分たちの心のつらさや社会的ないしスピリチュアルな問題に関する描写もそこに含めるのである。この「トータルペイン」のほとんどは、鎮痛剤なしでも消すことができる。同時に、体の症状に対して注意を払うことにより多くの不安や抑うつを軽減できる。

C. Saunders 1964

死は、キリスト教のフロンティアにおける主要な関心事であるが、そのことは、しばしば忘れられがちである。そこは、体と心、およびスピリチュアルなものが出会う未開拓分野である。だから、ある患者は自分の痛みを表現しようとして、単にこう言った。「それは背中から始まったのですが、今では私のすべてが悪いようです」。この種の「トータル」ペインには、身体的、精神的、社会的、そしてスピリチュアルな要素がある。患者はその言葉において、そして私たち医療従事者はそのアプローチと治療において、どちらも、これらを別々に取り扱うことはできないのである。

C. Saunders 1966

Saundersの主張の変化

患者の苦悩を「トータルペイン」と名付けるのは誇張などでは なく、苦悩を身体的、感情的、社会的、そしてスピリチュアルな 構成要素に分けて考えることが、患者と彼らの気持ちをよりよく 評価し、理解し、治療するために役立つかもしれないのである。

C. Saunders 1981

それ(トータルペインという概念)は身体的要素だけではなく、 心理学的、社会的、そしてスピリチュアルな要素を含んだもの として構成されている。全体的で圧倒的な経験に関する幾分人 工的な分割は、私自身の理解においても、そして増えてきている教育の機会においても、役に立った。

C. Saunders1988



痛み以外の症状 がん治療の副作用 不眠と慢性的疲労感

全人的な痛み

精神面

診断の遅れに対する怒り 効果のない治療への怒り ボディイメージの変化 痛みと死に対する恐怖 絶望感

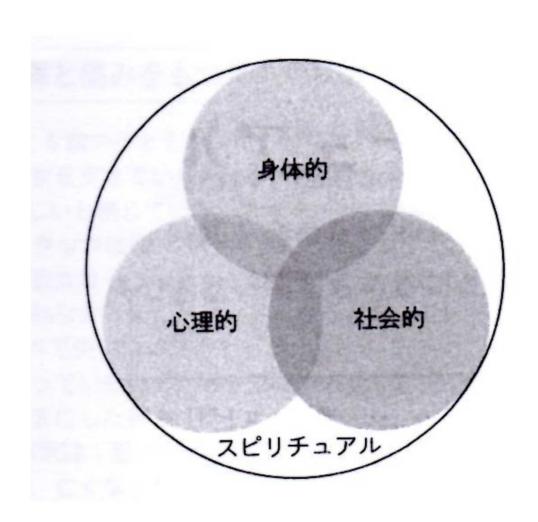
社会面

家族と家計についての心配 職場での信望と収入の喪失 社会的地位の喪失 家庭での役割の喪失 疎外感,孤独感

スピリチュアルな面 なぜ私に起こったのか なぜ神はこんなに苦しめるのか いったい、何のためなのか 人生にどんな意味と目的があるのか どうすれば過去の過ちが許されるのか

図7 トワイクロスによる図式化: 2002 (Twycross, 2002)

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント



トワイクロス先生の緩和ケア: QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア

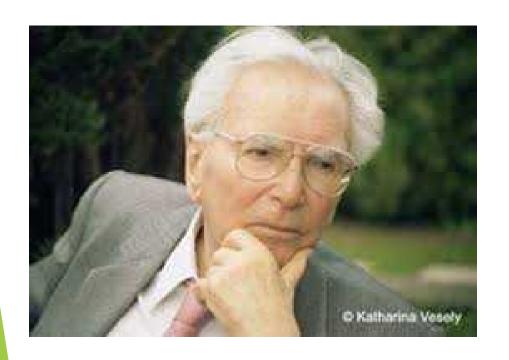
Saundersにとって、スピリチュアルペインとは・・・

Spiritual Pain (1988)

人生はもうじき終わりそうだという理解は、大切なものを優先し、真実であり価値のあると考えられることを達成したいという願望を刺激するだろう。そして、できはしない、する価値もないという気持ちを引き起こすだろう。そうなれば、今起きていることの不公正さや過去の出来事の多くにつらい怒りを感じ、そしてなによりも無意味というみじめな気持ちが湧く。ここにこそ、スピリチュアルペインの本質があると私は信じる。

フランクルの「意味への人間の探求(心理学者、強制収容所を体験する)」についての記述

ナチの強制収容所という極限的な状況の記述において、彼は「我々の状況が絶望的であっても、尊厳と意味は減ずることはない」と述べている。彼の妻に何があったか、彼は知らなかったが、彼女のことを考えると、深く満たされることを彼は見出した。彼が、妻が生きているかどうか知らなかったにも関わらず、である。こうした愛は、彼の内面でとても深い意味、スピリチュアルなありようを見出し、常に消えることはなかった。彼は、そうした愛に意味を見出すだけでなく、成し遂げたことや苦しみにおいても意味は見出されると信じた。



V. E. フランクル (1905~1997)

オーストリア出身の精神科医。ユダヤ人であったためナチスの強制収容所に収容され、奇跡的に生き残った。戦後、その体験を出版し、世界的な名声を得た。





「夜と霧」の当該箇所

・・愛する妻がまだ生きているのかいないのか、まるでわからなかった。知るすべがなかった。だが、そんなことはどうでもよかった。愛する妻が生きているのか死んでいるのかは、わからなくてもまったくどうでもいい。それはいっこうに、私の愛の、愛する妻への思いの、愛する妻の姿を心のなかに見つめることの妨げにはならなかった。もしもあのとき、妻はとっくに死んでいると知っていたとしても、かまわず心の中でひたすら愛する妻を見つめていただろう。心のなかで会話することに、同じように熱心だったろうし、それにより同じように満たされていただろう。あの瞬間、私は真実を知ったのだ。

Franklの"人生の意味"の基本概念 (W.S.Breitbart, S.R.Poppito, 2014)

1. 意味への意志

自分の存在に意味を見出そうとすることは、人間の行動を形成する原始的なモチベーションである。

2. 人生には意味がある

人生には意味があり、生まれた瞬間から終焉に至るまで、意味 (の可能性)を失うことは決してない。"生きる意味"は、置かれた 状況によって変化しうる。

3. 意志の自由

私たちには、自分の存在に意味を求め、苦しみや限界にどのよう な態度で向き合うかを選択する"自由"がある。

「意味」と「価値」

意味が一回的かつ独自の状況の意味として限定されたものであるのに対して、それをこえた普遍的な人間の条件に関わる意味一普遍性(普遍的意味)というものが存在する。この包括的な意味可能性は、価値と呼ばれているものである。

フランクル「人間とは何か」1955

人生における価値の3つのカテゴリー

- ・創造価値・・・活動を通して、自分の使命を果たしていること
- ・体験価値・・・世界を受容すること、たとえば自然や芸術の 美しさに没入することによって実現される。
- ・態度価値・・・運命を担い、いかに引き受けるかということ 苦悩における勇気、没落や挫折においてもなお 失われない品位など

フランクル「人間とは何か」1955

胆のう癌で入院された60代の女性。徐々に病状は進行していき、体力が低下する中、自分の葬儀や遺影についても家族と話し合って決めていた。死の前日、倦怠感が強い中、子供、孫など親族が集まると、きちんと化粧をし、車椅子でデイルームへ出てこられ、みんなで写真を撮った。

直腸癌、肝転移の60代女性。次男の結婚式を控え、それに出席することを目標に自宅で過ごしていたが、痛みが強まってその10日前に入院した。それでもなんとか出席を望んでいたが、病状が悪化して式の3日前に断念。「自分に何があっても式は挙げてほしい」とはっきりと語った。それ以降急激に痛みが増強し、意識も曇っていったが、ちょうど式が終了する時間に息をひきとられた。

精神の自由

そこ(強制収容所の生活)からは、人間の内面にいったいなにが起こったのか、収容所はその人間のどんな本性をあらわにしたのかが、内心の決断の結果としてまざまざと見えてくる。つまり人間は一人一人、このような状況にあってもなお、収容所に入れられた自分がどのような存在になるかについて、なんらかの決断を下せるのだ、典型的な「被収容者」になるか、あるいは収容所においてなお人間として踏みとどまり、おのれの尊厳を守る人間になるかは、自分自身が決めることなのだ。

かつてドストエフスキーはこう言った。

「私が恐れるのはただひとつ、わたしがわたしの苦悩に値しない人間になることだ」

積極的自由と消極的自由

ところで、この自由そのものには二重の側面、消極的側面と積極的側面があります。消極的側面の自由とは《何かからの自由》であり、積極的側面の自由とは《何かへの自由》です。つまり、自由とはSoseinからの自由であるとともにDaseinへの自由なのです。そしてこの人間の現存在とは結局のところ、責任存在ということであります。

「意味への意志」(1972)

このように、人間は人格として、自分の性格からも自由であり、あるいは少なくとも自由でありうるのです。どんな場合でも「・・・からの自由」が「・・・への自由」でもなければならないように、性格「からの自由」も「・・・への自由」でもなければなりません。人格の自由は、性格からの自由であるばかりでなく、人格性への自由でもあるのです。

「制約されざる人間」(1949)

積極的自由=理性的な自己支配? (I. Berlin)

"あらゆる理性的存在者の目的は必然的に一つの普遍的な調和的な型にはめ込まれなければならず、しかもこれはある人が他の人よりもより明晰に識別しうることがあるということである"

"人格性への自由"が、なんらかの規範(型)になってしまう危険

医療者の望むあり方を強制することになりはしないか?

ご清聴ありがとうございました。



yoshioka@jichi.ac.jp