

# 欧米社会における「ホスピスの医療化」研究の動向と展望

株本 千鶴\*

## 要旨

本稿の目的は、欧米社会における「ホスピスの医療化」を扱った先行研究において「ホスピスの医療化」がどのように理解されているかを考察し、日本の「ホスピスの医療化」の実態を探求するにあたっての示唆を導き出すことである。

社会学の「医療化」概念をもとに「ホスピスの医療化」を扱った先行研究を「専門化」、「制度化」、「商業化」に分類し、「ホスピスの医療化」がどのように理解されているかを考察した。その結果、研究が不十分な「商業化」については確認できないものもあるが、「専門化」と「制度化」による「ホスピスの医療化」を扱った研究では、ホスピスの理念の変容や、それによって導き出される否定的帰結および肯定的帰結の内容が示されていることが確認された。日本の「ホスピスの医療化」の実態を明らかにした実証研究はないため、これら先行研究から導き出される示唆を生かした研究による解明が望まれる。

キーワード：ホスピス、医療化、専門化、制度化、商業化

## 1. はじめに——研究の背景と目的

「医療化」は現代社会に通底する特徴のひとつである。また、社会の「医療化」は常に批判の対象となっているが、医学や医療技術のさらなる発展に伴って、新たな「医療化」問題が継続して生成されてゆくものと推測される。本稿が主題とするホスピスは、このような「医療化」という特徴をもつ現代社会において、死にゆくこと（dying）が「医療化」する<sup>1</sup>

---

\* 梶山女学園大学 人間関係学部 教授

<sup>1</sup> 市野川容孝（2006）は、死の医療化を「人間の死が（宗教その他から）医学の管轄下に移されること」と定義し、「日本では、たとえば、戦後、死に場所が自宅から病院等の施設に移行していく動向をもって「死の医療化」とする解釈が一部で流通しているが、これは不適切である。この現象は、死の「病院化 hospitalization」ないし「施設化 institutionalization」とよぶべきであって、死の医療化そのものではない」と解釈している（市野川 2006, 51）。市野川の定義する意味での死の医療化は、西洋社会では 18 世紀後半から 19 世紀初頭にかけて起きている。そこでは 2 つの事実への注目が必要である。一つは、「患者をその死の瞬間

という事実に対抗するものとして 1960 年代後半に登場した。

第 2 次世界大戦後以降、医療技術の進展や病院死の増加などによって、死にゆくことの「医療化」が進み、一方で治療不可能な患者は劣悪な療養生活条件に置かれるという状況が生まれた（早坂 2001, 122）。「医療化」の志向性をもつ医療実践の中では延命が優先され、医療者が患者や家族よりも優位に立ち、主に身体や精神に対する治療が病院などの医療機関で行われるという傾向が見受けられる。

このような人生の最期の過ごし方に批判を唱え、死を間近にした人びとにとって望ましい最期を積極的に創り出すことを目的としたのがホスピス運動であり、欧米で 1960 年代後半に始まった。1967 年にシシリー・ソンドースによってイギリスに作られたセント・クリストファー・ホスピスは、ホスピスの量的拡大と理念普及をめざすホスピス運動をけん引する近代ホスピスの嚆矢であり、後発の多くのホスピスのモデルとなっている（Cohen 1979=1982; Stoddard 1992=1994）。

ホスピスは歴史的には中世ヨーロッパでキリスト教者による慈善活動として始まったものであり、宗教の領域で宗教者が自発的に傷病者や死にゆく人をケアする活動であったが、本稿が対象とするのは、ホスピス運動を背景とする近代ホスピスのほうである。

近代ホスピスは、以下のような考えから構成される総体的な理念に基づき（Sofka 2009, 581）、従来の医療実践とは異なる「脱医療化」の志向性を伴っている。

- ① 死は生命の自然な過程であり、生命の終わりに近づいた時に成長の可能性があるともみなし、個人の QOL を延命よりも重要とする。
- ② 患者と家族はひとつのケアの単位であり、ケアプラン作成過程への患者や家族の積極的な参加や、患者の自己決定が促進される。
- ③ 高い QOL を達成するために、身体面、精神面、スピリチュアル面での快適さ、患者の尊厳の保護、最期の時期におけるできるだけ自由な環境での生活が重視される。
- ④ 家庭でのホスピスケアの提供が望ましいが、不可能な場合、ホスピス施設や病院、ナーシングホームで提供される。

このような理念に基づくホスピスケアの目的は、死を直視し、患者と家族の主体性を尊重しながら、全人的ケアとして身体的ケア、精神的ケア、社会的ケア、スピリチュアルケアを、家庭的な環境の中で提供することである。提供する主体はそれぞれのケアを専門とする専門職とボランティアであり、チームとして働く。

しかし、ホスピスケアを提供するという行為は、「脱医療化」の志向性をもちながらも身

---

まで見守ることを医師の義務とする医療倫理の誕生とその制度化」であり、もう一つは、「死の厳密に医学的な定義・判定基準の確立」である（市野川 2006, 51）。

体的ケアや精神的ケアのために医療行為を伴う。そのため、医学知識をもつ医療専門職によって当該社会の医療制度内で運営されることで、必然的に「医療化」の影響を受け、「ホスピスの医療化」という現象がみられるようになった。この「ホスピスの医療化」現象については、主に批判的な観点からの議論が展開されてきているが、それらのほとんどは欧米社会におけるホスピスを対象としたものである。また、その多くは「ホスピスの医療化」によってホスピスの本来の理念や機能がどのように変容したかを分析し、評価している。

欧米社会よりも遅れて1970年代後半からホスピスが導入され始めた日本社会においても、「ホスピスの医療化」現象が起きているとみられるが、管見の限りでは、その実態を実証的に分析した研究はない。しかし、ホスピスの理念や機能の変容を分析し評価する作業は、現実のホスピスの理解や今後のあり方を考えるうえで、日本社会においても必要である。そこで本稿では、その予備的作業として欧米社会における「ホスピスの医療化」を扱った先行研究において「ホスピスの医療化」が具体的にどのように理解されているかを確認し、日本の「ホスピスの医療化」の実態を探求するにあたっての示唆を導き出すことを目的とする。

欧米社会における「ホスピスの医療化」を扱った先行研究では、ホスピスの「医療化」そのものに言及しているものもあれば、ホスピスあるいは緩和ケアのルーティーン化、官僚制化、専門化、世俗化などを分析する中で、結果として「ホスピスの医療化」へと至る変容を明らかにしているものが多い。したがって、本稿ではこれら「ホスピスの医療化」へと至る変容を明らかにした文献のすべてを「ホスピスの医療化」を扱ったものとみなし、後述するように、社会学における「医療化」の概念に基づいて設定される3つの具体的な過程に分類し、整理することを試みる。

以下ではまず、社会学における「医療化」の定義と特徴、「医療化」の理解のしかたを確認する。次に、「ホスピスの医療化」の定義と特徴を把握したのち、「ホスピスの医療化」に関する先行研究を、その具体的な3つの過程である「専門化」、「制度化」、「商業化」ごとに考察する。そして最後に、先行研究から得られた示唆をもとに日本の「ホスピスの医療化」の実態を研究する際に勘案すべき点を検討する。

## 2. 社会学概念としての「医療化」

### 2.1. 「医療化」の定義と特徴

「医療化」の定義は様々あるが、市野川は、「医療化とは、従来、他の社会領域（宗教、家族、法など）に属するとされていた事象が、医学の管轄下に置かれていくこと」と簡潔に定義している（市野川2000,47）。また、「医療化」について体系的に整理したP・コンラッ

ドは、「医療化」とは「従来は医療以外の問題であったものが、医療の問題（一般的には病  
気や障害）として定義されたり扱われたりする過程」と定義している（Conrad 2013, 194）。  
コンラッドは加えて、過程と定義の重要性を強調している。市野川もその定義を「置かれて  
いくこと」と締めくくっていることから、過程に注目する点ではコンラッドと同様である。

両者の定義を参考に、社会的行為の観点を加えて再定義するならば、「医療化」とは、医  
療の範ちゅう外にあったものが、関係する人びとの社会的な相互行為をへて、医療の範ちゅう  
内で扱われたり、医学的な説明や定義が与えられたりするようになる過程のことである。  
したがって研究対象となるのは、その過程の歴史的経緯と過程における社会的行為の意味  
や特徴となる。

元来、医療の範ちゅう外で扱われているもので「医療化」の対象となる問題は4つに区分  
できる（Conrad 2013, 197-198）。それらは、①逸脱行為、②自然なライフイベント（出産、  
月経、更年期、老化、死、死にゆくことなど）、③日常生活の問題（心配、悲しみ、肥満な  
ど）、④健康な人の生活状況の向上・改善（美容整形外科、認知機能の増強など）、である。

これら問題が医療の範ちゅう内で扱われたり、医学的な説明や定義が与えられたりする  
ようになる「医療化」の過程は、現実には「専門化」、「制度化」、「商業化」という具体的な  
過程をたどると考えられる<sup>2</sup>。本稿ではこれらを、「医療化」を上位概念とした下位概念に相  
当するものと解釈し、「医療化」の概念に包含されるものとみなす。

3つの過程のさらに具体的な内容を確認しておく、と、「専門化」の具体的現象は医学知識  
化や医学教育化、資格制度化などにみられ、その主体は医療専門職（医師と医師以外の医療  
従事者）であり、主な目的は治療である。「制度化」の具体的現象は医療や薬剤などに関す  
る制度化や医療保障制度・政策化などにみられ、その主体は行政、政策立案者、医療制度・  
政策専門家、当事者、社会運動・利害団体であり、主な目的は社会保障である。「商業化」  
の具体的現象は医薬商品化、民間医療保険の商品化、営利病院サービスの商品化などにみら

---

<sup>2</sup> 「医療化」の具体的過程の分類についてはコンラッドの医療化過程の事例分析を参考に  
した（Conrad 2007）。コンラッド（2007）では、「医療化」の事例として伸長の事例（男性  
の更年期、脱毛症、勃起不全）、拡張の事例（大人の注意欠陥多動性障害）、エンハンスメ  
ントの事例（ヒト成長ホルモンや生物医学的エンハンスメント）、が取り上げられてい  
る。これらの具体的事例の「医療化」過程で作用するのが、医学知識、医療や薬剤に関す  
る制度、製薬会社であり、これらによって「専門化」、「制度化」、「商業化」が展開され、  
「医療化」現象が起きている。例えば、脱毛症に関しては医学的関心による医学的説明が  
試みられる一方で、より積極的に対処法を開発していったのは製薬会社である。そして、  
育毛剤であるロゲイン、治療薬であるプロペシアは米国食品医薬品局の認可を受け、市場  
に広まった。いずれの過程が「医療化」に強い影響力を持つかは事例によって異なるが、  
「専門化」、「制度化」、「商業化」が「医療化」の具体的過程として存在することは確かだ  
るため、それらを「医療化」の下位概念として設定した。

れ、その主体は製薬会社、民間医療保険会社、営利病院、消費者であり、主な目的は営利である。

「医療化」の過程や結果については、次の5つの特徴があげられる (Conrad 2013, 197)。  
①中心となる問題は定義である。先述のように、ある問題がどのような過程をへて定義されるかが注目されなければならない。②程度が多層的である。ほぼ完全な医療化状態に達しているものもあれば、部分的に医療化されているものや、論争中の医療化もある。例えば、死や出産はほぼ完全に医療化されているが、アヘン嗜癖や閉経は部分的に医療化されている (Conrad 2007, 6-7)。③範ちゅうに融通性があり、拡大や収縮の可能性がある。例えば、ADHD (注意欠陥多動性障害) は子どもの障害とみられていたが、現在は成人も含む生涯にわたる障害とされている。④医師の介在が多様である。直接的な介在もあれば、最小限の介在もある。⑤「医療化」と「脱医療化」の両方向性をもつ。

## 2.2. 「医療化」の社会学的理解

医療社会学の領域では、政治的な批判精神が充満していた1960年代、70年代に社会問題や社会的統制、専門職支配、医師によるコントロールなどに焦点が当てられた「医療化」が議論の的になった (Bell and Figert 2012, 777)。「医療化」に対しては批判的な見解が多かったが、対照的な立場をとったのがI・イリイチとM・フーコーである。

イリイチは「医療化」を批判するために「医原病」という概念を用いている。「医原病」とは医療や医療専門職の行為によって引き起こされる病気のことで、「臨床的医原病」、「社会的医原病」、「文化的医原病」の3種がある。「臨床的医原病」とは副作用や医療過誤などをさす。一方、「社会的医原病」とは社会生活の「医療化」によって、人間が健康をコントロールする能力を弱化させることで、「文化的医原病」とは痛みや損傷、老衰、死といった問題の「医療化」によって、人間がそれらを受容する能力を衰えさせることをいう。イリイチは、これらの現象を医療専門職の専門性による社会や文化の支配現象として批判した。そして、個人が医療に依存することなく自律的な対処能力を発揮できるようにすべきであり、医師ではなく素人が、広い視野と有効な力とをもつべきであると主張した (Illich 1976=1979)。

これに対してフーコーは、「医療化」を近代医学の形成を基盤とした歴史的産物であるとの視角から説明し、医学の技術的發展と経済的、政治的機能との関係性に注目した。フーコーによれば、18世紀末と19世紀初頭に発達した資本主義は、労働者としての個人の人間の身体や健康、生産力というレベルを問題視するようになり、医学がそれらに興味を示し、その存続を手助けした。「貧困階級がより労働に適し、富裕階級にとってより安全になるよう

に、貧困階級の健康と身体を管理するのが主たる目的であるような医学が、19世紀に、とりわけイギリスで生まれた」のである（フーコー 2000, 299）。

現代では「医療化」が無際限にあらゆる領域に広がり、経済との関係も変化した。医学は単に「労働力を再生産できるからだけではなく、健康であることがある者にとっては欲望であり、またある者にとっては贅沢なのだ」というかぎりにおいて、医学は直接的に富を生み出すものとなる。そして「製薬研究所や医者たちによって生産され、他の人々潜在的な病人や実際の病人—によって消費される対象になった健康が、経済的な重要性をおび、市場のなかに入って」きた（フーコー 2000, 64）。

「医療化」の現状が必ずしも良い結果を生まないことをフーコーは承知していたが、イリイチのように「医学か反医学か、医療出費の中断か継続か、自然衛生学や反医学的なユートピア主義に回帰するか否か、といった観点から状況を考察」することには異論を唱えた（フーコー 2000, 67）。フーコーが必要としたのは、医学が18世紀以来、どのような歴史的機能を果たしてきたのか、そしてその機能をどこまで変えられるのかを知るために、医学史を再検討することであった（フーコー 2000, 67）。

フーコーによれば「医療化」とその要である医学の両方が人間社会の歴史における必然の産物である。したがって、「医学をそれ自体として拒否したり支持したり」することは否定される。また医学史の検討に関しては、「医学はひとつの経済システムと権力システムの一部であり、どの程度まで発展モデルを変更したり適用したりできるのか決定するために、医学と経済と権力と社会の関係を明らかにする必要がある」と考えていた（フーコー 2000, 68）。

1980年代および90年代には、「医療化」の研究において構築主義によるアプローチが取られるようになり、21世紀に入った近年では、「医療化」の研究者たちは、医療専門職の権力や権威よりも個人あるいは集団からなる患者・消費者・利用者が医療に積極的に参加する動向に目を向けるようになってきている（Bell and Figert 2012, 777）。

また、「医療化」の新たな「動力」も視野に入れられるようになった。コンラッドによれば、「医療化」を促進する新たな「動力」要素には次の3点がある（Conrad 2013, 204-205）。

1点目は、バイオテクノロジーである。主に製薬会社と遺伝子学が広範な拡張を見せている。2点目は、消費者としての患者による具体的な治療や診断の要求である。広告やインターネットによる情報が後押ししている。3点目は、公的・私的医療保険におけるマネイジドケアである。医療保険の対象になるかどうかは現実の「医療化」の程度を左右する。そしてコンラッドは、実証データはないとしながらも、4点目として医師をあげている。

医師は「医療化」において元来から存在する不可欠な「動力」要素であるが、現在は他の3つの新たな「動力」要素に比べて「医療化」の拡大や縮小のゲートキーパーという位置づ

けになってきている。しかし、それを十分認識しながらもコンラッドはあえて4点目の「動力」として医師を掲げている。「医師の主要な目的と使命は個人の苦痛を軽減させること」であるため、医師はたとえ医学的な原因が不確実であっても、眼前の患者の身体や精神に問題があると自らの判断によってみなすことができれば医療的診断や措置を与えられるという点で、現在でも重要な位置に存在しているからである。

### 2.3. 「医療化」の現実的帰結

1960年代以降の「医療化」を対象とした社会学的研究の流れを概観したが、どの時代においても、どのような研究アプローチがとられるにしても、「医療化」によって引き起こされる社会的な帰結に対しては、常に批判的な視線が注がれている。

まず、「医療化」の肯定的帰結からみていこう。逸脱行動の「医療化」の場合に限定された肯定的帰結は次のようなものである（Conrad et al. 1992, 246-248=2003, 466-477）。①人道主義的・非懲罰的なサンクションの創出。逸脱問題が医学的定義によって人道的なものとして受容されやすくなる。②病人役割の逸脱への拡張。逸脱行動に対する個人的責任、非難、スティグマの軽減。③楽観的な治療イデオロギー。問題の軽減や改善、治癒への希望がもたれるようになる。④威信の高い医療専門職による治療。逸脱の認定や治療を通じて医療専門職の威信が保持される。⑤社会統制のためのより柔軟かつ効果的な方法の有効化。司法によるよりも医療的統制は柔軟で効率的である。

これら肯定的帰結は、逸脱行動以外の「医療化」の対象には該当しないものが多い。それらに適用可能な一般化を試みれば、肯定的帰結とは、ある問題が医療の範ちゅう内で扱われることによって、その問題が社会的に受容されやすくなる、軽減・改善される、軽減・改善への希望が生じる、医療専門職の威信が後ろ盾となる、柔軟かつ効率的な措置が普及する、ということの意味するといえる。

「医療化」の否定的帰結としては、コンラッドの分類に従えば次のようなものがある（Conrad 2013, 207-208）。①あらゆることが病理とされる。人間の様々な違いが診断や治療の必要な病理とみなされる。②正常が医学的に定義される。何が正常であるかについての規範は社会ではなく、医学が規定する。③医療による社会のコントロールの拡大。医療関連のテクノロジーによる医学的検査や監督が増加する。④社会問題の個人化。複雑な問題に関する社会的・環境的影響が無視・軽視される。⑤医療の消費化。医療の商業化や医療市場の隆盛と並行して消費化が拡大している。

これらの否定的帰結は、「医療化」による社会や文化の影響力の弱化を懐疑的にみる視点から生まれている。①から④までの否定的帰結からわかるのは、「医療化」は医療の範ちゅう

う外にあった問題を社会に受容させやすくする反面、医学による規定、判断への盲目的信頼が医療の社会統制機能を拡張させる危険性をはらんでいるということである。またそれが医療を商品とする経済に及んだ場合、医療の消費が煽られるという⑤のような結果が生まれる。

否定的帰結が生じた場合、それは批判されると同時に、肯定的帰結への志向が主張されることがある。しかし、肯定的帰結への志向がかえって違う形態の否定的帰結を引き起こす可能性もある。

進藤雄三(2006)は「医療化のポリティクス」を論じているが、肯定的帰結への志向が否定的帰結を引き起こす過程の分析は示唆に富む。彼は分析対象としてパーソンズの「病人役割」概念を取り上げ<sup>3</sup>、「医療化のポリティクス」の議論で重要な点を2つあげている。それは、「パーソンズがこの概念を通して、『病気』を『逸脱』の一類型として明確に定位し、『医療』をその『社会的統制』制度とした点」と、「『医療化』とは『病人役割』の社会的拡張過程であり、『医療化』の諸帰結は『病人役割』の構成要素からその過半は導出可能だという点」である(進藤 2006, 34-35)。

「病人役割」概念では、病気とされた患者は一時的に通常の役割遂行を「免責」される。また、「免責」は主体が責任をとれない状態であるため、「脱主体化＝客体化」をはらんでいる。したがって、「『医療化』が『病人役割』の拡張過程であるとするれば、『医療化』は『免責』領域の拡張過程を意味し、「この文脈における『医療化』批判は『責任』の回復と『再主体化』という主張を含意する」。つまり、ここでの批判の対象は「免責」と「脱主体化」という「医療化」の否定的帰結であり、それに対して「自己責任」と「主体化」という肯定的帰結への志向性が主張されることになる(進藤 2006, 38-39)。

問題は、この志向性が現実にとどのような帰結を迎えるかである。例えば、「自己責任」と「主体化」は、「医療消費の抑制を目的とする政策的志向性」(進藤 2006, 42)や、医療産業の新自由主義的な市場原理と親和的である。そのため、医療を媒介とした政治や経済における新たな統制理念として利用され、結果として否定的帰結が導かれる可能性がある。この帰結はコンラッドが否定的帰結の一つとする社会問題の個人化に相当する。

肯定的帰結への志向性が否定的帰結へ転換される可能性は、現実の「医療化」と「医療化」批判の文脈を正確に読みとることでは理解できない。その必要性を自覚すること、「医療

---

<sup>3</sup> 「病人役割」概念は、「(1) この状態に対して本人の責任が問われない、(2) 通常の役割遂行からの一時的免除という2つの免除特権と、(3) 病気を望ましくない状態として認め、この状態から「回復」する義務、(4) 専門家の援助を求め、これと協力する義務という2つの義務から構成される」(進藤 2006, 34)。



化」論のもつ政治性への自覚を、進藤は強調している（進藤 2006, 42-43）。

### 3. 欧米社会における「ホスピスの医療化」研究

#### 3.1. 「ホスピスの医療化」の定義と現実的帰結

近代ホスピスの嚆矢であるセント・クリストファー・ホスピスでは全人的ケアが目指されたが、創設当時は宗教性を強く帯びたものであったため、ホスピスが従来の宗教の領域から医療の領域に移行したとはいえない状況であった。つまり、セント・クリストファー・ホスピスの創設をもってそれ以前のホスピスが完全に「医療化」されたとはいえないのである。

しかし、セント・クリストファー・ホスピスでは、従来の宗教的ホスピスとは明らかに異なり、患者の疼痛をやわらげる科学的療法が重視された。また、シシリー・ソンドースはホスピスにおける医学的基盤や専門性を強く求めてもいた（Du Boulay and Rankin 2007, 182-185）。これらのことから、コンラッドが「医療化」の特徴として程度の多層性をあげていたように、従来のホスピスが部分的に「医療化」した形態が創設当初の近代ホスピスであるといえるだろう。

セント・クリストファー・ホスピスが創始されてから40年以上が過ぎ、この間、世界の各地に成立したホスピスを対象とした研究が各学問領域で蓄積され、ホスピスの様々な現実的な特徴や問題点が発見されてきた。なかでもイギリスにおけるホスピスの変容の特徴を社会学的アプローチによって明らかにしたN・ジェームスとD・フィールドによる論文はすでに古典的価値を有しているが、そこで「ホスピスの再医療化」という表現が用いられている（James and Field 1992）。

（ホスピス運動のルーティーン化や官僚制化以外に：筆者注）ホスピスの再医療化への潮流がある。それは、緩和医療の専門医の発展に基づく正式なキャリアになったことや従来の労働の一分野になったこと、専門用語として位置づけられたことに含意されている。また、社会的ケア、心理的ケア、スピリチュアルケアより身体的ケアが優勢であるような状況にも示されている。（James and Field 1992, 1373）

近代ホスピスの登場以前にホスピスが「医療化」した事実はないため、ジェームスとフィールドが用いる「ホスピスの再医療化」は、近代ホスピスは「脱医療化」の志向性をもって出発したが、そのベクトルが「医療化」に向けられるようになったことを意味していると解釈できる。それはホスピスが「専門化」し「医療化」の程度を強める現象のことであり、そこには身体的ケアが優勢になるという特徴がみられる。かれらが指摘するように、1987年、

イギリスで緩和医療（palliative medicine）が医学の専門領域として確立されたことは、ホスピスが「専門化」した一つの証左である。しかし、ジェームスとフィールドは「ホスピスの医療化」の現状を特に否定することはなく、ホスピスの発展のかたわらで必然の状況が起きていることを確認している。

一方、看護師としてホスピスでの勤務経験がある B・ビスワスは、明らかに批判的意味を込めて「ホスピスの医療化」の状況を説明している。

最近のホスピス運動の拡大がホスピスケアの医療化の増大という様相を見せるようになってきているということを示す証拠はある。（中略）緩和ケアは配慮の対象を死から遠ざけるものであり、真に恐れるべきことは、緩和について話すこと、それに焦点が当てられることによって、人びとが、ある人が死に向かっているという事実について話したり、立ち向かわなくなったりするということである。（Biswas 1993, 132, 135）

緩和ケア（palliative care）は 1970 年代にカナダで提唱されたもので、その後の WHO での定義が普及している。2002 年改訂後の定義では、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ」とされている（WHO 2014）。この定義はホスピスの定義と区別しにくいだが、違いがあるとすれば、症状が末期に到達しない早い段階から開始できることや、症状緩和に重点が置かれやすい点などがホスピスとは異なる。緩和ケアは全人的ケアの基本的な方法として、病院やホスピス（施設・在宅）で実践されている。

ビスワスも、ホスピスが緩和ケアを取り入れ「専門化」し「医療化」の程度を強める現象を「ホスピスの医療化」とみなしている。そこにみられる特徴は、患者の死に対する人びとの関心が弱まるということであるが、それは死を生命の自然な過程とするホスピスの理念に相反する。彼女はこのような変容をホスピスの理念の希薄化を招くものとして批判的にとらえている。換言すれば、ホスピスの理念が「専門化」の目的より軽視される傾向が生じることを憂慮しているといえよう。

しかし、「ホスピスの医療化」はホスピス運動での意図的な戦略でもある。シシリー・ソンドースが近代ホスピスを創設した時期には、不十分にしか提供されていなかった疼痛緩和を充実させることを意図として医学的基盤や専門性が希求され、実際に医療的な疼痛緩和を積極的に実施するホスピスが成立した。しかし、このような意図とは異なる意図によっ

てその後の「ホスピスの医療化」は進展していった。社会学者であるD・クラークと社会学者であり看護師資格をもつJ・E・セイモアは、これについて次のように述べている。

(ルーティーン化に次ぐ2つ目の議論は: 筆者注) 現代のホスピス・緩和ケアはますます医療化してきているということである。部分的にはヘルスケアの主流へ再編入された結果であるが、ホスピス・緩和ケア運動が「治療」文化の形式による普及力のある発展に取り込まれることを明らかに求めた結果でもある。(Clark and Seymour 1999, 104)

クラークとセイモアもまた、ホスピスが「専門化」によって「医療化」の程度が強まる現象を「ホスピスの医療化」としている。しかしそれは不可抗力によるものではなく、ホスピス運動がホスピスの普及のために自発的に「専門化」を求めた結果であった。ホスピス運動の初期の頃、運動に関わる医師は医療界では二流と感じていたが(Olivet 2009, 795)、緩和ケアや緩和医療が医学専門領域として「治療」文化の形式の一つになったことがかれらの立場を向上させ、ホスピスの普及と発展の一助になったと思われる。

実際に「ホスピスの医療化」という用例が記述されている文献のみをここでは取り上げた。それらから確認できる「ホスピスの医療化」とは、ホスピスが「専門化」をつうじて「医療化」の程度を強めるということである。前章で確認した「医療化」の定義を用いれば、従来、部分的に「医療化」していたホスピスが、さらに「専門化」をつうじて、緩和医療の専門医や関連する医療者の関与によって、医療の範ちゅう内に確固とした位置を与えられるようになったと言えるだろう。

「ホスピスの医療化」による変容としては、身体的ケアが優勢になる、患者の死への関心が弱められるなどのホスピスの理念の希薄化が指摘されており、現実的帰結についてはピスワスの文献のみがホスピスの理念が「専門化」の目的よりも軽視される事態を否定的帰結として批判している。肯定的帰結への明白な言及はなかったが、ホスピス運動の推進主体が戦略として「専門化」を用いたことがホスピスの普及と発展をもたらしたと考えられるため、この点は肯定的帰結とみなすことができるだろう。

では次に、ここで確認された「ホスピスの医療化」の定義を用いて、「専門化」、「制度化」、「商業化」によってホスピスの「医療化」の程度が強まる過程や現実的帰結について、先行研究ではどのように理解されているかを考察する。

### 3.2 「専門化」による「ホスピスの医療化」

「専門化」はホスピスが医学の一分野として確立しその知識をもってケアが提供される

過程であり、そこでは医学知識が原理とされる。具体的現象の例としては、先述の緩和ケアや緩和医療の成立がある。「ホスピスの医療化」の定義を試みる際に取り上げた文献がすべて、具体的な過程としては「専門化」を示していたように、ホスピスの医療化は「専門化」と同義にとらえられることが多い。

緩和ケアが成立した後、さらに「医療化」の側面が強まっていったことを示す事実として、C・A・フロリアーニとF・R・シュラムは次の6点をあげている (Floriani and Schramm 2012, 300-301)。これらは「専門化」の具体的事実とってよいだろう。

- ① 1987年、イギリスで緩和医療が登場したこと。
- ② 緩和腫瘍学 (palliative oncology) や緩和神経学 (palliative neurology) などの準専門領域やこれらの領域を扱うテキストが登場したこと。
- ③ 緩和的治療の正当化を目的としてその有効性を導き出そうとする試みと、それによって終末期に関する研究が過度に強調されるようになったこと。
- ④ 治療の早い段階での緩和ケアのニーズがより重視されるようになってきていること。
- ⑤ 医療的なガイドラインの重要性が強調されるようになったこと。
- ⑥ 基金解散や病院認定の過程で医療監査システムによってホスピスが調査されること。

ホスピスの「専門化」については、前節で扱ったジェームスとフィールドおよびビスワスの考察が早い時期に登場している。ジェームスとフィールドは、ホスピスがヘルスケアシステムの主流に吸収されるなかで生じている状況の一つとして、ターミナルケアの再専門化を取り上げている。かれらは緩和医療の専門医が正式なキャリアになったことや専門職が従来 of 労働の一分野になったこと、専門用語として位置づけられたこと、身体的ケアが優勢になったことを認めつつ、ホスピスが何も達成していないわけではなく、ターミナルケアの構造と相互に影響を与えあっていると述べている (James and Field 1992, 1373)。

これに対してビスワスは、「医療化」を「例えばフルタイムのメディカルディレクターの職のように、ホスピス運動における医師の支配が増えること」を意味するとしており、「医療化」と「専門化」を同一視している (Biswas 1993, 134)。そして先にもみたように、死を生命の自然な過程とは見ない「専門化」は、ホスピスの理念の希薄化を招くものとして批判されている。

また、緩和医療について批判的に検討したD・フィールドは、問題点を以下の5つに整理している (Field 1994, 60-61)。

- ① ターミナルケアや緩和ケアと比べて、専門領域としての独自性が不明確である。
- ② 臨死期のケアよりも早い時期での症状緩和を始めることへと焦点が移行している。
- ③ 医療技術を過度に使用する傾向があり、全人的ケアが徐々に失われる危険性がある。

④ 医師以外の医療従事者が自律的に働くことを制約している。

⑤ 医療中心の効率的な思考の進展や遺族ケアの軽視などが懸念される。

フィールドはホスピスの理念や目的と相いれない緩和医療の性質、すなわち「専門化」の性質を問題視している。ホスピスの理念にしたがえば、臨死期に焦点を当てたケアや全人的ケア、家族へのケアが提供されることはもちろん、多職種が同等にチームとして働くことが重視されるが、緩和医療の実践ではそれらが達成されない可能性があると考えているのである。

初期のホスピス運動で医学的基盤が求められていたことからすれば、「専門化」による「ホスピスの医療化」はその目的が果たされた結果とみなすことができ、肯定的な帰結をもたらすものといえるかもしれない。より正確に言えば、死にゆく人の QOL の向上の一環として医学知識にもとづく疼痛症状緩和を目的とする「専門化」は、「ホスピスの医療化」の肯定的帰結につながる。

しかし現実には、「専門化」によってホスピスの理念が希薄化する変容が生じる可能性があり、その変容はホスピスの理念が「専門化」の目的よりも軽視される傾向を生むという否定的帰結につながるものとして、批判の対象になることが多い。

例えば、「医療化」を主たるテーマとはしていないが、世俗化という概念を用いて「ホスピスの医療化」の過程を描いた A・ブラッドショウの研究は否定的帰結を批判的にとりあげている。ブラッドショウによれば、ルーティーン化や官僚制化の結果として、緩和ケアでは専門的技術を用いた専門職によるケアが蔓延する。そこではホスピスの当初の理念は変容し、死が直視すべき真実として捉えられるのではなく、管理される過程と理解されるようになった。その過程を支えるのは、心理学や社会科学に由来する世俗化された志向であり、緩和ケアは従来あった宗教性やスピリチュアルな精神を失った。この状況をブラッドショウは危機と表現している (Bradshaw 1996, 418)。

「ホスピスの医療化」への批判的論調に対してクラークとセイモアは、「専門化」による「医療化」の先行研究を整理しながら、それを画一的に批判する見方をするのではなく、根拠に基づいた多様な現実を理解することを提案している。現実の緩和ケアの実践では患者と医師の間での十分なコミュニケーションによって賢明で適切な治療が行われる場合があることや、小規模なホスピスなどホスピスの形態によっては適切な緩和ケアが実行されている場合もあるからである (Clark and Seymour 1999, 118-124)。

同様に、「専門化」による「ホスピスの医療化」の肯定的側面に注目しているのが D・クラークで、イリイチの「医療化」批判を妥当と判断しながらも、近年の緩和ケアの貢献を肯定的に評価している (Clark 2002, 907)。緩和ケアによって疼痛緩和や他の身体的苦痛のコ

ントロールという患者の要望が現実的に叶えられるようになったからである。彼によれば、患者の希望を叶える「専門化」による「医療化」は有用であり、医療化社会を医療帝国主義であるとか、われわれが失った世界と見るのは間違いである。医師は死にゆく患者に対する技術的介入と人間的な対応のバランスをどうとるかという問題に直面しているのであって、それに取り組むことこそが重要であるとする彼の評価の視点は、ホスピスの理念と「専門化」の目的の両立に向けられている。

フロリアーニとシュラムも、緩和ケアの実践の中でもホスピスの理念は尊重されており、肯定的帰結がみられると主張している (Floriani and Schramm 2012)。かれらは、ホスピスや緩和ケアなどの終末期ケアに関するこれまでの研究を批判的に検討し、ルーティーン化や「専門化」による「医療化」によってどのような現実が生み出されているかについて議論を展開した。ホスピス運動では当初のカリスマ性が失われ、現実の実践においてルーティーン化や「医療化」が進展したことは事実であるが、ホスピスの患者は医療が提供される環境や医師や看護師の対応に満足しているし、患者は医療専門職とコミュニケーションをとりやすくなっている。緩和ケアの効果に関する研究には未だエビデンスが不十分ではあるが、緩和ケアでホスピスの理念の実践のための努力が行われていることは確かである。患者中心の方針と専門職の基準が両立できるような戦略の提案が試みられているのが現実であって、これはルーティーン化や「医療化」の自然な帰結である。このような認識に基づけば、ホスピス運動が当初の純粹なままのものであると信じるのはナイーブであって、現実の制度と生物医学的な医療を前提とした現実的实践を肯定的に理解すべきであると述べている (Floriani and Schramm 2012, 301-302)。かれらもクラークと同じく、ホスピスの理念と「専門化」の目的の両立に注目しているといえる。

では、医療専門職はホスピスの理念にしたがって、「技術的介入と人間的な対応のバランス」や「患者中心の方針と専門職の基準の両立」をどのように実践しているのであろうか。参考になるのが B・マクナマラらによる研究である (McNamara et al. 1994)。かれらはオーストラリアのホスピスで働く看護師にインタビュー調査を実施し、ホスピスの中心的思想となるよき死の理念がホスピスケアの組織化と両立しているかどうかを分析した。そこで明らかになったのは、死にゆく人びと個人の期待に応えることとホスピスという組織の中で働くということとの間で生じている、看護師たちの葛藤である。医療実践が優先される組織のなかで、看護師たちは患者個人のためのよき死を叶えることは困難であると実感していた。

その後、マクナマラはオーストラリアのホスピスでの参与観察と医療専門職へのインタビュー調査の結果を用いて、ホスピスで働く医療専門職が医療制度の枠内で自らの専門性

に忠実に、患者の自律を尊重したケアの実行に専念していることを明らかにした。彼女は、伝統的なよき死ではなく、患者や医療専門職がそれぞれの理由で納得する十分な死（good enough death）がホスピスに存在することを描出している（McNamara 2004）。各自が納得する十分な死は、よき死のように患者や医療専門職たちの共同体が共有する死ではない。各自の価値観によって死にゆく過程は選択される。したがって医療専門職の仕事は、患者が自己の選択によって納得する死を迎えられるように、自分たちの専門性を生かし、医療的に十分快適な終末期を過ごせるようなケアを提供し、自分たちの貢献できる範囲での good enough death の構築に努めることなのである（McNamara 2004, 933-936）。これらマクナマラの分析の中には、ホスピスの理念が「専門化」の目的と両立している状況が見出される。

「専門化」による「ホスピスの医療化」を扱った先行研究では、それらをホスピスの理念を遜色させる変容を引き起こすものとする批判的見解に対して、「専門化」による「ホスピスの医療化」がある状況下でもホスピスの理念が生かされた実践は可能であるといった、反批判的な立場からの主張がなされるようになってきたといえる。

### 3.3. 「制度化」による「ホスピスの医療化」

「制度化」はホスピスが制度、政策が取り扱う事象となる過程を指し、その過程では、行政の原理が働く。ホスピスは元来、現実の医療では提供されないものを生み出すことを目的としていたため、反体制的な性質をもっていた。しかし、ホスピスのスタンダードが定まっていなかったことや、寄付やボランティアに依存する財政的な不安定さから、制度と手を結ぶことになる。

「制度化」による「ホスピスの医療化」を丹念に辿っているのが、E・K・エイベルの研究である。エイベルはアメリカの3地域のホスピスの管理職に対するインタビュー調査の結果を用いながら、反体制的だったホスピスが次第にヘルスケアシステムの支配下に編入され、個性を失っていく過程を描いている（Abel 1986）。具体的には1983年にホスピスがメディケアや民間保険の給付対象になったことが、ホスピス変容の発端となった。

ホスピスの創始者たちは公的助成、民間助成いずれのプログラムの対象も医療専門職による急性期のケアや治療処置に偏向しており、ホスピスの内容とは相反することを知っていた。しかし、運営を持続させるためには財源の安定が必要だった。1983年には主にホスピスの在宅ケアがメディケアの給付対象になり、主要な民間保険会社もそのモデルを取り入れた。メディケアは主に65歳以上の高齢者を対象とした公的医療保険である。メディケアでは、本来のホスピスでは提供される情緒的サポートや付き添いのみを必要とするような患者は対象にならない。また、メディケアも民間保険会社も、遺族のカウンセリングやボ

ランティアの募集や教育にかかる経費を給付の対象外とした。給付カヴァレッジが狭いため、当時のホスピスは持ち出しでサービスを追加していたという (Abel 1986, 78-79)。

受給対象となる事業者は認定条件を満たさなければならない。認定は政府によって行われ、メディケアが免許を与える。認定にあたっては従来の医療の枠組みが用いられ、ホスピスで重視される心理的・社会的サービスは軽視された (Abel 1986, 82)。

エイベルはホスピスが「制度化」する過程を描いた後に、現代医療の技術や治療が注目される傾向は、個別の提供者の認識や態度からだけでなく、ヘルスケアシステムの構造に組みこまれた財政的なインセンティブからも生じる、と指摘している (Abel 1986, 83)。エイベルのいう財政的なインセンティブはメディケアの場合、メディケアの財政削減であり、そのインセンティブに基づく制度設計がされたといえる。

「制度化」によってホスピスは財政的基盤を得ることができた。また、急激な量的増加も果たした。アメリカで初のホスピスが誕生したのは 1974 年であるが、1985 年には 1,545 か所まで増加したのである。これらはホスピスにとって社会的普及効果の面で肯定的帰結といえる。しかし、ホスピスの本質ともいえる精神的ケアや遺族ケアが制度の対象にならないことや、認定の基準は医療であって全人的ケアでないことなど、制度の規制によって実践には制約が設けられた。これらはホスピスが「医療化」の程度を強めたことを示している。また同時に、ホスピスの理念が「制度化」の目的よりも軽視されるという否定的帰結が生まれる可能性も予測された。

イギリスのホスピスでは 1980 年代から NHS (国民保健サービス) によって資金が援助されているが、やはり使用目的が限定されているため、NHS とホスピスや緩和ケアの運動は「不安定な関係」にあった (Clark and Seymour 1999, 138-140)。1990 年代に NHS の改革が実施されたが、改革後の制度では契約、監査、質の保証の実行が基本事項となり、利用者の参画、ニーズアセスメント、アクセスの公平性が強調され、これらはホスピスにももちこまれた。

ジェームスとフィールドもルーティーン化のひとつとして、ホスピスがヘルスケアシステムに編入される過程を分析している。なかでも制度としては監査について触れられているが、それはホスピスの財源に対する NHS からの間接的な圧力であり、ホスピスに脅威を与えるものであると述べている。ホスピス運動のなかでは、これらはサービス給付を質と費用対効果の面から評価するヘルスサービス全般からの圧力とも感じられていた。ホスピスは財源の正当性を政府や地方当局に示さなければならない。しかし、例えば「効果的なコミュニケーション」の質や「共感」の質などを定義し評価することは困難であったし、そのような行為自体、ホスピスの中心課題ではない。監査による規制は、否定はされなかったが、



ホスピスの実践が損害を被ることや身体的ケアが他のケアに比べて優位になる傾向の強化が危惧された (James and Field 1992, 1370-1371)。

ジェームスとフィールドの指摘から、イギリスでもアメリカの場合と同じく「制度化」という過程をつうじてホスピスが「医療化」の程度を強めていることがわかる。加えて、制度の規制によって実践に制約が設けられたことで、ホスピスの理念が「制度化」の目的より軽視されるという否定的帰結が起こるのではないかとの危惧も生じている。

近年の文献で制度の歴史や政策とホスピスケアの実践との関係性などを扱ったものはいくつかあるが (Buck 2009; Buck 2011)、これらの研究では「ホスピスの医療化」やそれによるホスピスの理念の変容、現実的帰結にまで行き届いた議論を見出すことが難しい。

しかし、医療制度や政策と無縁ではいられないのがホスピスである。関係性があるかぎり、必ず財政の制限を背景にもつ制度や政策の方針がホスピスに影響を及ぼす。また制度や政策の根拠には医療や医学の基準がもちいられ、「制度化」が「ホスピスの医療化」につながるという傾向が生じやすい。特に行政の経済的動機は、制度を媒介として自らの目的達成のために「医療化」を利用する蓋然性が高い。このような実状を勘案すると、豊富な蓄積がある「専門化」による「ホスピスの医療化」の研究に比べて注目度が低い「制度化」による「ホスピスの医療化」に関する研究への取り組みが増えることが望まれる。

### 3.4. 「商業化」による「ホスピスの医療化」

「商業化」はホスピスがビジネスの対象になる過程であり、市場原理が中心原理となる。具体的現象としてあげられるのは、アメリカの営利ホスピスや民間保険会社である。

2013 年におけるメディケア認可のホスピス事業者の種別は、非営利 (Not-for-profit) が 30%、営利 (For-profit) が 66%、政府運営 (Government) が約 5%と集計されている (NHPCO 2014, 9)。非営利の数は 1990 年代後半から現在まで微減しているが、営利の数は 2000 年代に入って約 3 倍近くまで伸びている。メディケアという確かな収入源が営利ホスピスの増加に加担していると思われる。このように急増している営利ホスピスに関する研究も集積されている (Perry and Stone 2011; Hunt et al. 2014)。

M・W・ウォッチャーマンは、アメリカのホスピスを退所した患者 (退所理由の約 8 割は死亡) のデータを収集し、営利ホスピスの特徴を分析した (Wachterman et al. 2011)。調査ではまず、米国疾病管理予防センターによる 2007 年の National Home and Hospice Care Survey を利用し、サンプリングの結果、4,705 人の退所患者が調査対象として抽出され、次にその患者に関係していたスタッフへのインタビューによって患者の情報データが収集された。分析の結果、非営利ホスピスより利用期間が長い患者が多い、ケアのニーズの低い非がんの

疾患が多いという特徴が発見された。疾患については、営利ホスピスの患者の3分の2は認知症か非がんの疾患者と見積もられている。一方、非営利ホスピスでは約半分がこれらの疾患患者である。

このような営利ホスピスの現状は、1日単位の包括支払制度から高いマージンを得るためにケアの質を低下させているのではないかという懸念を生じさせる。しかし、営利ホスピスが利益を目的としてケアの質を低下させていると容易に判断することはできない。ホスピスケアの対象である患者や家族が満足していればよいからである。したがって、正確な判断のためには、営利ホスピスの特徴と患者や家族の満足度の双方から現実を検討する必要があるとされている (Hunt et al. 2014, 21)。

営利ホスピスの原理は市場原理である。市場原理は否定的にとらえられることもあるが、患者のニーズに柔軟に応えるという点は、社会で受け入れられやすい市場原理の肯定的な側面である。患者のニーズに応えるホスピスケアとして、ここではオープンアクセスという方法を取りあげて「商業化」と「ホスピスの医療化」との関係を考えてみたい。

オープンアクセスは、患者が治療を目的としない通常のホスピスケアと積極的治療のどちらも利用可能とするケアサービスである。メディケアでは症状緩和ケア以外の治療は給付対象ではない。しかし現実には治療技術が進化し緩和的治療と積極的治療の境界があいまいになってきていることもあり、末期患者の中にも受けられる限りの治療を望む者がいる。患者のニーズに応えるサービスであることから利用者の満足度は高い。また、ケアの選択について事前に患者と十分な話し合いが行われることで、患者はかえって不必要なケアを利用することがなくなり、費用は削減される傾向にあるという (Furman et al. 2010, 88-90)。

オープンアクセスを提供できるのは主に大規模なホスピスや保険会社である。また、オープンアクセスに最低限必要とされる1日当たり400人以上の患者を抱えるホスピスは、全体の2.5%であるともいわれる (Wright and Katz 2007, 327; Furman et al. 2010, 88)。大規模ホスピスのほとんどは営利ホスピスであるから、オープンアクセスの主たる提供者は営利ホスピスである。実際に、小規模のホスピスには高額の治療を提供できる余裕はあまりない。

オープンアクセスの内容や特徴は、「商業化」という過程をつうじてホスピスが「医療化」の程度を強めていることを表している。オープンアクセスの利用者は自己決定によってケアを選択できる。この特徴はホスピスの理念にかなうものであり、ホスピスの「商業化」の肯定的帰結である。これに対して、積極的治療がホスピスケアの選択肢に入るということはホスピスの「医療化」の程度が強まるということであるが、この現象が否定的帰結をもたらすかどうかは容易に判断できない。患者のニーズに応じていることからすれば、否定的帰結が生じる可能性は低いといえそうである。しかし、ホスピスの理念が「商業化」の目的より

も軽視される傾向が生じないと判断できるだけの十分な根拠が用意されていないため、否定的帰結が生じないと断定することもできないだろう。

アメリカのホスピスは成長産業である医療産業の影響を受けざるを得ないため、「商業化」を通じて必然的に「ホスピスの医療化」に至る。医療産業や市場原理がホスピスに及ぼす影響や帰結についての実証的な研究は途についたばかりであるが<sup>4</sup>、問題の焦点は営利と非営利の本質の違いに当てられるのではなく、「真の目的」を知ることによって当てられるべきであろう（Connor 1998, 118）。「ホスピスの医療化」と「商業化」の関係性を分析するためには、その「真の目的」が営利なのかホスピスの理念なのかを明らかにすることが必要なものであって、そうしてこそ現実的帰結の真意を見定めることが可能になるからである。

#### 4. 日本社会における「ホスピスの医療化」研究に向けて

欧米社会における「ホスピスの医療化」に関する先行研究を「専門化」、「制度化」、「商業化」に類別して整理し、それぞれの過程において「ホスピスの医療化」がどのように理解されているかを確認した。「商業化」による「ホスピスの医療化」研究では、現段階ではホスピスの理念や現実的帰結について詳細な分析が行われていないため、主に「専門化」と「制度化」による「ホスピスの医療化」研究が指摘するホスピスの理念の変容と現実的帰結について整理しておきたい。

ホスピスの理念の変容として確認されたのは、「専門化」においては死への関心が弱まる、死を自然な過程と見ない、臨死期に焦点を当てたケアや全人的ケア、家族ケアの提供が達成されない、というものであった。「制度化」においては、家族ケアや全人的ケアが基準とされない、身体的ケアが優位になる、といった点が指摘されている。「商業化」においては研究が未成熟なこともあり、現段階では確認されていない。

これらの変容を批判する議論に対し、「専門化」を扱った研究では、「ホスピスの医療化」とホスピスの理念の両立の可能性を主張する見解も存在する。

肯定的帰結としては、ホスピスの普及発展とホスピスの理念が各過程の目的と両立する傾向が生じることがあげられていた。これらの帰結は社会的に利益となる帰結であると同

---

<sup>4</sup> 例えば、非営利ホスピスでの参与観察とインタビュー調査のデータを用いて従事者の特徴を分析した E・G・ウォードと A・K・ゴードンは、営利ホスピスの市場原理的な運営方針が非営利ホスピスの運営に浸透しつつあることを明らかにした（Ward and Gordon 2006）。R・リーヴンも同様の方法によって、財政抑制という経済的目的が医療の手控えを肯定するホスピスの方針と合致することを実証している（Livne 2014）。また、S・ハラビィは、アメリカ最大のホスピス供給主体である Vitas Innovative Hospice Care を事例として営利ホスピスの拡張過程とその特質について文献による分析を行っている（Halabi 2014）。

時に、医療の領域や行政の領域でのホスピスにとっての利益となる帰結でもある。

否定的帰結は、「商業化」においては現段階では不明であるが、「専門化」「制度化」においては、ホスピスの理念が各過程の目的よりも軽視される傾向が生み出されることとみなされている。こちらの場合も社会的に不利益な帰結と医療や行政の領域での不利益な帰結の両方を含んでいる。

先行研究での「ホスピスの医療化」は以上のように理解されているが、先行研究によって見出された「ホスピスの医療化」によるホスピスの理念の変容や現実的帰結の内実は、いずれも日本社会のホスピスを研究する上で示唆的である。なぜなら日本においても現実のホスピスは医療者によって医療制度や政策の下で実施されているため、欧米と同様の「専門化」や「制度化」による「ホスピスの医療化」現象が存在し、それによるホスピスの変容や否定的あるいは肯定的帰結が生じていると考えられるからである。

日本では1980年代前半からホスピスの施設が設立されはじめ、1990年に「緩和ケア病棟入院料」が診療報酬として新設されたことが、ホスピスの量的拡大に貢献している。また、2006年のがん対策基本法制定後には、がん対策推進基本計画に則った緩和ケアの普及政策が展開され、その量的質的発展に拍車がかかった。つまり、日本のホスピスは、その名称を「緩和ケア」とされ、主に病院の入院サービスとなり、また、がん対策の一部と位置づけられるという「制度化」によって普及されてきた。一方、日本緩和医療学会は存在するが、緩和医療専門医の数は未だ少ないなど「専門化」は微弱であり、「商業化」の現象も可視的には確認されない。これらのことから日本社会の現実では「制度化」が顕著な現象といえる。

したがって、日本の現実を探求するにあたっては、「制度化」に関する先行研究の考察から得られる結果が、最も示唆的な意味を有している。それらは、特徴としては財政の制限を背景にもつ制度や政策の方針がホスピスに影響を及ぼす点や、制度や政策の根拠に医療や医学の基準が用いられことで、「制度化」が「ホスピスの医療化」につながるという点である。また、現実的帰結としては、ホスピスの量的増加という肯定的帰結と、規制による制約が「医療化」の程度を強めることやホスピスの理念が「制度化」の目的よりも軽視されるといふ否定的帰結が起こる。

では、日本でも「制度化」による「ホスピスの医療化」現象が認められるとすれば、先行研究に示唆されるような特徴がみられるのだろうか。また、それはどのような否定的帰結あるいは肯定的帰結を引き起こしているのだろうか。本稿の目的はそれらを検証する研究を行うにあたっての予備的作業であるため、具体的な分析は今後の課題として残される。

ただ、日本の「ホスピスの医療化」の分析でも同様の結果が得られるかどうかの可能性について推測することはできる。日本のホスピスの推進主体である医師の言明のなかに、その

可能性を探ってみよう。

淀川キリスト教病院でホスピスを立ち上げた日本のホスピス運動の第一人者である柏木哲夫は、「わが国の公的支援は緩和ケア病棟への入院という形で制度化されました。それは緩和ケア病棟の数を増やすことに貢献しましたが、その一方で、ホスピスの病院化を招いている点も見逃せません」と述べている（柏木 2006, 300）。そして、日本のホスピスの現状について、次のように評価する。

日本のホスピスはケアのソフト面から始まって、その後、ケアのハード面（医学・医療的なもの: 筆者注）も重要だということで緩和医療学会が立ち上がりました。（中略）現状はハード面がやや強くなりすぎているというか、いびつな感じになっています（中略）したがって、ソフト面（ケアや社会・コミュニティ的な支援: 筆者注）、特に介護の世界の人たちとの連携を強めることが必要でしょう。もう一つは、ボランティアの充実です。（柏木 2006, 298-299）

柏木はハード面の必要性和効果を否定はしない。診療報酬の設定がホスピスの発展に貢献したことも認めている（柏木 2006, 136-138）。しかし、ホスピスが医療制度や政策の対象になることによって、ホスピスの目的である全人的ケアのすべてが実践で十分に提供されるわけではない。現実の制度や政策では医療専門職が担当する身体的ケアの部分が比重を増し、他の部分はなかなか顧みられない。柏木は、このような日本のホスピスの現状を「いびつな感じ」と表現している。

以上のような柏木の見解から、日本においても「ホスピスの医療化」現象は確かに起きており、否定的帰結と肯定的帰結も生じていることがわかる。彼の見解は実際の経験から生まれたものであり、その発言内容は有用な資料である。しかし、日本の「ホスピスの医療化」の実態を知るには、さらに学術的な方法によってそれを検証することが必要であろう。日本の社会学領域で「ホスピスの医療化」を扱った研究はいくつかあるが（奥山 2000; 早坂 1995; 早坂 2001; 福島 2010; 庄司 2013）、その実態を実証的に分析したものはない。「医療化」研究を土台とした社会的アプローチを用いた実態の解明が待たれる。

## 引用文献一覧

- Abel, E. K. 1986. The hospice movement: Institutionalizing innovation. *International Journal of Health Services* 16, no. 1: 71-85.
- Bell, S. E., and A. E. Figert. 2012. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine* 75, no. 5: 775-783.
- Biswas, B. 1993. The medicalization of dying. In *The future for palliative care: Issues of policy and practice*. ed. D. Clark, 132-139. Buckingham: Open University Press.
- Bradshaw, A. 1996. The spiritual dimension of hospice: The secularization of an ideal. *Social Science & Medicine* 43, no. 3: 409-419.
- Buck, J. 2009. I am willing to take the risk: Politics, policy and the translation of the hospice ideal. *Journal of Clinical Nursing* 18, no. 19: 2700-2709.
- Buck, J. 2011. Policy and the re-formation of hospice: Lessons from the past for the future of palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association* 13, no. 6: S35-S43.
- Clark, D. 2002. Between hope and acceptance: The medicalisation of dying. *British Medical Journal* 324: 905-907.
- Clark, D., and J. E. Seymour. 1999. *Reflections on palliative care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Cohen, K. P. 1979. *Hospice, prescription for terminal care*. Germantown, Md.: Aspen Systems Corp. (＝斎藤武・柏木哲夫訳 [1982] 『ホスピス——末期医療の思想と方法』、医学書院。)
- Connor, S. R. 1998. *Hospice: Practice, pitfalls, and promise*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. 2013. Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts. In *Medical sociology on the move: New directions in theory*. ed. W. C. Cockerham, 195- 214. Dordrecht: Springer.
- Conrad, P., J. W. Schneider and J. R. Gusfield. 1992. *Deviance and medicalization: From badness to sickness: With a new afterword by the authors*. Expanded ed. Philadelphia: Temple University Press. (＝進藤雄三・杉田聡・近藤正英訳 [2003] 『逸脱と医療化——悪から病いへ』、ミネルヴァ書房。)

- Du Boulay, S., and M. Rankin. 2007. *Cicely Saunders: The founder of the modern hospice movement*. Updated ed. London: SPCK.
- Field, D. 1994. Palliative medicine and the medicalization of death. *European journal of cancer care* 3: 58-62.
- Floriani, C. A., and F. R. Schramm. 2012. Routinization and medicalization of palliative care: Losses, gains and challenges. *Palliative & Supportive Care* 10, no. 4: 295-303.
- フーコー, ミシェル、久保田淳ほか訳、小林康夫・石田英敬・松浦寿輝編 (2000) 『ミシェル・フーコー思考集成VI セクシュアリテ／真理——1976-1977』、筑摩書房。
- Furman, C. D., D. J. Doukas. and W. Reichel. 2010. Unlocking the closed door: Arguments for open access hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 27, no. 1: 86-90.
- 福島智子 (2010) 「ホスピス」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』、世界思想社、135-155 頁。
- Halabi, S. 2014. Selling hospice. *Journal of Law Medicine & Ethics* 42, no. 4: 442-454.
- 早坂裕子 (1995) 『ホスピスの真実を問う——イギリスからのレポート』、文眞堂。
- 早坂裕子 (2001) 「ホスピスの臨床社会学——主流医療への合流が作りだしたもの」野口裕二・大村英昭編『臨床社会学の实践』、有斐閣、111-139 頁。
- Hunt, M. et al. 2014. Medicare hospice payment reform: A review of the literature (2013 Update) . Cambridge: Abt Associates Inc, <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/Hospice/Downloads/MedicareHospicePaymentReformLiteratureReview2013Update.pdf> (accessed December 28 2014).
- 市野川容孝 (2000) 『身体／生命』、岩波書店。
- 市野川容孝 (2006) 「医療化の再検討——歴史的視点から」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』、学文社、47-63 頁。
- Illich, I. 1976. *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. New ed. London: Boyars. (=金子嗣郎訳 [1979] 『脱病院化社会——医療の限界』、晶文社。)
- James, N., and D. Field. 1992. The routinization of hospice: Charisma and bureaucratization. *Social Science & Medicine* 34, no. 12: 1363-1375.
- 柏木哲夫 (2006) 『ホスピス・緩和ケア』、青海社。
- Livne, R. 2014. Economies of dying: The moralization of economic scarcity in U.S. hospice care. *American Sociological Review* 79, no. 5: 888-911.
- McNamara, B. 2004. Good enough death: Autonomy and choice in Australian palliative care. *Social Science & Medicine* 58, no. 5: 929-938.

- McNamara, B., C. Waddell, and M. Colvin. 1994. The institutionalization of the good death. *Social Science & Medicine* 39, no. 11: 1501-1508.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). 2014. NHPCO's facts and figures: Hospice care in America—2014 edition. National Hospice and Palliative Care Organization, Alexandria, Virginia,  
[http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2014\\_Facts\\_Figures.pdf](http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2014_Facts_Figures.pdf)  
 (accessed December 28 2014).
- 奥山敏雄 (2000) 「ホスピス、緩和ケアにおける全人主義の意味」『社会学ジャーナル』25 号、51—70 頁。
- Olivet, L. 2009. Palliative care. In *Encyclopedia of death and the human experience*. eds. C. D. Bryant and D. L. Peck, 795-798. Los Angeles: Sage publications.
- Perry, J. E., and R. C. Stone. 2011. In the business of dying: Questioning the commercialization of hospice. *Journal of Law Medicine & Ethics* 39, no. 2: 224-234.
- 進藤雄三 (2006) 「医療化のポリティクス——「責任」と「主体化」をめぐる」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』、学文社、29—46 頁。
- Sofka, C. 2009. Hospice, contemporary. In *Encyclopedia of death and the human experience*. eds. C. D. Bryant and D. L. Peck, 581-585. Los Angeles: Sage publications.
- Stoddard, S. 1992. *The hospice movement: A better way of caring for the dying*. Rev. ed. New York: Vintage Books. (=高見安規子訳 [1994] 『ホスピス病棟から』、時事通信社。)
- 庄司俊之 (2013) 「ホスピス運動と死の医療化」『茨城県立医療大学紀要』18 号、71—80 頁。
- Wachterman, M. W., E. R. Marcantonio, R. B. Davis, and E. P. McCarthy. 2011. Association of hospice agency profit status with patient diagnosis, location of care, and length of stay. *Jama-Journal of the American Medical Association* 305, no. 5: 472-474.
- Ward, E. G., and A. K. Gordon. 2006. Looming threats to the intimate bond in hospice care? economic and organizational pressures in the case study of a hospice. *Omega* 54, no. 1: 1-18.
- WHO. 2014. WHO definition of palliative care. WHO,  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (accessed December 2 2014).
- Wright, A. A., and I. T. Katz. 2007. Letting go of the rope: Aggressive treatment, hospice care, and open access. *New England Journal of Medicine* 357, no. 4: 324-327.



## **A Review of Research on Medicalization of Hospices in Western Society**

### **Abstract**

This paper examines how previous Western research understands the medicalization of hospices, to derive implications for understanding the medicalization of hospices in Japan.

I classify hospice medicalization into the three processes of specialization, institutionalization, and commercialization, and analyze their characteristics and consequences. Research on commercialization remains inadequate, but research on specialization and institutionalization shows changes in hospice ideals and their negative and positive consequences. Negative aspects of medicalization include the danger of subordinating the ideals of hospice to the aims of each specific process, whereas positive aspects include the use of medical processes to further the ideals of hospice.

The lack of empirical research on medicalization of hospices in Japan suggests a need for further investigation of this topic.

Keywords: hospice, medicalization, specialization, institutionalization,  
commercialization