

表④ 研修の実績 (2004年9月～2007年3月)

● 医師研修	
・1日コース 2回/月	71名
・派遣コース (2週間)	9名 (総計: 23名)
● 看護師研修	
・入門コース 6回/年	651名
・専門コース (6ヵ月)	61名 (総計: 188名)
● 福祉関係者研修	115名
● 医学部学生研修	198名

心理士と事務職が各1名ずつ非常勤職員として配属されている。緩和ケア支援室のおもな機能と運用状況について表③に示した。

①情報提供

患者・家族にとって、いざというときの情報不足は深刻である。ホームページの運用、情報収集室 (図書室) の整備などによって緩和ケアに関する情報を発信することや、定期的にオープンデイ (見学会) を開いて、緩和ケアに関する利用者の理解を深めることをめざしている。

②総合相談

緩和ケアに関する地域の情報を緩和ケア支援室に集約し、専用の緩和ケアダイヤルを設置して、常時電話相談を受ける体制を整え、社会資源の活用、病状や療養生活に関する電話相談や直接面談などに対応している。

③地域連携

県内全体の緩和ケアを推進するため、緩和ケア支援室のスタッフを中心として、県内各地域に出向くアドバイザー派遣事業をおこない、事例検討会のアドバイスや緩和ケアに関する講演活動などを実施している。

④専門研修

緩和ケアを担う人材育成には、とくに力を入れて運用している。研修プログラムは、年度ごとに若干の修正を加えながら、医師・看護師・福祉関係者・医学生などそれぞれにあわせた内容の研修を実施してきた (表④)。

おわりに

緩和ケアの概念は決して正しく理解されているとはいえず、「死を待つだけのあきらめの医療」といった誤った考えをもっている人も多い。医療者だけでなく国民が緩和ケアについて正しく理解し、たとえ生命を脅かす疾患に罹患したとしても、住み慣れた地域で安心して過ごすために、それぞれ地域の状況に見合った緩和ケアセンターの設置が必要である。行政とも積極的に連携しながら運用している広島県の取り組みが参考になれば幸いである。

緩和ケア推進専門委員会

(平成 18 年度)

緩和ケア推進専門委員会事業報告書

広島県地域保健対策協議会緩和ケア推進専門委員会

委員長 本家 好文

I. はじめに

平成 6 年、広島県地域保健対策協議会の末期医療専門委員会が活動を開始し、広島県における末期がん医療の実態調査を行った。調査は平成 10 年まで継続して行われた後、平成 12 年 3 月には「広島県における緩和ケアの推進について」とする報告書を広島県に提出した。報告書では、広島県全域の緩和ケアを推進するための方策として、各医療圏域に最低一か所の緩和ケア病棟を設置することや、県民の多くが希望する在宅ケアを推進するために、人材の育成に力を入れる必要性などが提言された。

平成 19 年 3 月には、広島県内に 9 か所の緩和ケア病棟が整備され、施設数としては全国で 5 番目に多い県となっている。また、がん対策基本法が制定されたことに伴って、広島県内にさらに緩和ケアを推進するために、地域ごとの緩和ケアネットワークを構築することに取り組んできた。緩和ケア推進専門委員会では、二次保健医療圏域ごとに実施した緩和ケアに関する取り組みについて報告し意見交換を行った。

II. 第 1 回 緩和ケア推進専門委員会

(平成 18 年 7 月 21 日)

1. がん対策基本法について

平成 18 年 6 月、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策基本法が制定され、平成 19 年 4 月から施行されることが決定された。がん対策基本法の基本的施策としては、「がんの予防及び早期発見」「がん医療の均てん化の促進等」「研究の推進等」が 3 本柱となっている。このうち、がん医療の均てん化の促進に関して、具体的には「がん患者の療養生活の質の維持向上」が盛り込まれ、疼痛緩和などの緩和医療を早期から適切に実施することが明

記された。また、広島県が目指してきたのと同様に「居宅において、がん患者に対して、がん医療を提供するための連携協力体制の確保」が明記されている。

今後は、国策としても緩和医療の推進や地域における連携協力体制整備が推進されることになった。

2. がん診療連携拠点病院について

国の整備指針として、都道府県がん診療連携拠点病院を都道府県ごとに概ね 1 か所、地域がん診療連携拠点病院を二次医療圏に 1 か所程度整備することになった。広島県においては、広島二次医療圏に広島県がん診療連携拠点病院である広島大学病院以外に 3 か所、それ以外の 6 つの二次医療圏に各 1 か所ずつ地域がん診療連携拠点病院が指定された。

がん診療連携拠点病院の指定要件のなかには、緩和医療提供体制等の整備が義務づけられている。拠点病院では、緩和医療に関して以下のことが整備されていることが要件として明記されている。

- 医師、看護師等のチームによる緩和医療の提供体制整備
- 地域におけるかかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制の整備
- かかりつけ医とともに、地域がん診療連携拠点病院内外で共同診療を行い、早い段階から緩和医療が導入されること
- かかりつけ医の協力・連携を得て、退院後の緩和医療計画を含めた退院計画を立てること
- 主にかかりつけ医を対象とした緩和医療等に関する研修会を実施すること

これらについては、これまで広島県が独自に実施してきた緩和ケア推進計画と合致するものであり、今後も内容を充実させながら継続して実施していく。

3. 各圏域の緩和ケア地域連絡協議会について

各圏域から平成17年度の活動実績の報告と平成18年度の活動予定について報告があった。

①広島圏域・海田（西田：広島地域事務所海田分室 厚生推進課課長）

広島圏域は社会資源状況等に違いがあるため、合同での連絡協議会を開催するのではなく、平成18年度からは各地域保健所単位で、それぞれ緩和ケアを推進することとなった。

- ・平成17年度実績：緩和ケア推進連絡協議会（広島圏域1回）、シンポジウム（1回）、症例検討会（3回）などが開催された。
- ・平成18年度計画：症例検討会を開催予定。

②広島圏域・芸北（高野：芸北地域事務所厚生推進課課長）

- ・平成17年度実績：ワーキング会議（年4回）、講演会（2回）
- ・平成18年度計画：ワーキング会議（年4回）、シンポジウム、社会資源データマップ作成、研修派遣の助成（受講費用の助成）

③呉圏域（松井：広島県看護協会訪問看護ステーション「そよかぜ」所長）

平成18年度は、予算の都合により、規模を縮小して実施していく。

- ・平成17年度実績：
緩和ケア地域連絡協議会（年2回）
緩和ケアチーム編成運営調整会議（年1回）
研修派遣の助成（受講費用の助成）
江能医師連合会等の在宅緩和ケア研修支援（講師派遣）
- ・平成18年度計画：
緩和ケア実践者懇談会、圏域内の研修会に講師派遣、住民への広報活動

④広島西圏域（坪井：大竹市医師会長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年1回）
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会、事例検討会、研修会、実践事例の促進、関係者への普及

⑤広島中央圏域（相模：東広島医療センター副院長）

*予算が十分に無く、平成17年度をもち、圏域地对協としての緩和ケア推進活動をやめようとしていたが、事務局（地域保健所）が継続して実施したいということで、平成18年度は実施す

る。

*東広島医療センターは、がん診療連携拠点病院として推薦されており、在宅末期総合診療届出医療機関などと連携して地域での緩和ケアを推進していく。できるところから実施していくという考え。

*広島中央圏域では、固定した緩和ケアチームというより、患者の症状等に応じた多職種・多科医による連携が必要であると考えており、固定したチームによる緩和ケアは推進せず、実際に患者へケアしているチームを活用している。

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年4回）、市民講座（年1回）、研修会（年1回）、社会資源調査・報告書作成
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年4回）、市民講座（年1回）、研修会（年1回）、社会資源調査・報告書配布

⑥尾三圏域（岡崎：因島市医師会副会長）

*圏域での緩和ケア推進については、地域ケアシステムのなかで進めて行くことを検討している。

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年3回）、シンポジウム（年1回）、社会資源マップの作成配布、三原赤十字病院・三原市医師会病院における症例検討、世羅地域における在宅緩和ケア体制の整備
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、講習会（年1回）、三原赤十字病院・三原市医師会病院における緩和ケア推進、世羅地域における在宅緩和ケア体制整備

⑦福山・府中圏域（前原：前原病院長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年4回）、研修会（年1回）、事業報告書作成、深安地区及び松永沼隈地区症例検討会
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会、研修会

⑧備北圏域（高場：三次地区医師会副会長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、研修会（年2回）、社会資源マップ作成、住民の意識調査、症例検討会（年3回）
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、資源マップの配布、三次・庄原地区の活動支援、がん診療連携拠点病院との連携

圏域ごとの地域の特殊性に配慮しながら、緩和ケアを担う人材の育成、住民への啓発活動が行われていた。また、今後は緩和ケアを担う人材が、緩和ケアに関する専門的知識の吸収や技術を向上させることが課題であることが確認された。また、地域ごとに緩和ケアに関する資源調査を実施して、資源マップ作成を計画している圏域もあった。

4. 広島県緩和ケア支援センターの平成17年度実績報告及び平成18年度事業計画について

平成16年9月に運用を開始した緩和ケア支援センターの実績が報告された。大きく二つに区分される支援センターの機能のうち、20床の緩和ケア病棟を運用している緩和ケア科では、外来診療及び病棟運用を通じて地域との連携を図っている。また在宅ケアを推進するための緩和ケア病棟という位置づけで運用が開始されたが、開設当初には緩和ケアは末期がん患者が最期を迎える場というイメージも強く、在宅ケアに移行できる患者数が極めて限られているという問題点も指摘された。

もう一つの機能である緩和ケア支援室では、県民への情報発信機能の充実や人材育成プログラムが開始され順調に進んでいることが示された。また地域連携機能として、各圏域の緩和ケア推進を図るためにアドバイザー派遣やデイホスピスが継続して実施されていることが報告された。

5. 緩和ケア医師派遣研修について

県外の先進的緩和ケア病棟に対して医師を派遣し、県内医師の緩和ケアに関する専門的知識や技術を習得するための事業を、今年度も継続することが確認された。本年度は研修病院として、淀川キリスト教病院に限定して2週間ずつ派遣することが確認された。募集人員は3名とすることが決定された。

Ⅲ. 第2回 緩和ケア推進専門委員会

(平成19年3月27日)

第1回の専門委員会で確認した平成18年度事業計画の実施状況について報告するための委員会を開催し、平成18年度以降の事業計画を検討する基盤とした。

1. がん診療連携拠点病院について

国の整備指針に基づいて、全国どこでも質の高い

がん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を目標として整備する医療機関として、広島県は以下の10病院を推薦した結果、その10病院ががん診療連携拠点病院に指定された。

広島二次医療圏 広島大学病院（県がん診療連携拠点病院）、県立広島病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字・原爆病院

広島西二次医療圏 厚生連広島総合病院

呉二次保健医療圏 呉医療センター

広島中央二次医療圏 東広島医療センター

尾三二次医療圏 厚生連尾道総合病院

福山・府中二次医療圏 福山市民病院

備北二次医療圏 市立三次中央病院

今後は、これらのがん診療連携拠点病院を中心に各圏域の緩和ケアを推進していくことが提案された。

2. 各圏域の緩和ケア地域連絡協議会について

各圏域で緩和ケア研修会や講演会などの活発な地域連絡協議会が開催され、地域住民への普及啓発活動が展開されていた。各地域で具体的な事例を通じて在宅緩和ケアを学ぶ企画が増え、一般的な知識の吸収から具体的で実践的な活動が進んでいることが分かった。平成17年度事業計画にあった在宅緩和ケア資源マップは、尾三地対協と広島中央地対協で作成され実践にも用いられていた。

①広島圏域・海田

- 平成18年度実績：症例検討会（年3回）、福祉関係者研修（年1回）

②広島圏域・芸北

- 平成18年度実績：WG会議開催（年4回）、在宅緩和ケア資源マップ作成、在宅緩和ケアシンポジウム開催（年1回）

③呉圏域

- 平成18年度実績：WG会議開催（年1回）、人材育成支援及び普及啓発事業（年1回）

④広島西圏域

- 平成18年度実績：協議会開催（年2回）、症例検討会（年1回）、資源マップの作成、事例検討会（年2回）

⑤広島中央圏域

- 平成18年度実績：WG会議開催（年2回）、市民講座開催（年1回）、研修会開催（年1回）

⑥尾三圏域

- ・平成 18 年度実績：協議会開催（年 2 回）、在宅緩和ケア研修会（年 1 回）

⑦福山・府中圏域

- ・平成 18 年度実績：協議会開催（年 2 回）、症例検討会（年 1 回）、研修会（年 1 回）

⑧備北圏域

- ・平成 18 年度実績：協議会開催（年 2 回）、研修会（年 1 回）、資源マップ活用

それぞれの地域で特色を生かした活動が展開されているが、次年度への課題として地域住民への啓発活動や緩和ケアスタッフの人材育成が継続課題として挙げられた。

3. 広島県緩和ケア支援センターの活動状況について

緩和ケア支援室は、情報提供・総合相談・専門研修・地域連携支援を 4 本柱で構成され、いずれも順調に事業実績を積み重ねていることが報告された。支援室機能が全国初の取り組みであることから、雑誌やメディアに取り上げられる機会が増え、それに伴って医療機関からだけでなく行政機関からの視察件数などが急増していることが報告された。

また、地域連携事業のなかでもアドバイザー派遣についての要望が多く、圏域での関心が高まっていることが分かった。

4. 症例検討

第 1 回委員会開催時に、堀江理事より具体的に在宅緩和ケアに移行できた事例について報告し、具体

的な課題について検討する必要があるという意見があった。

第 2 回の委員会では呉地区と安芸地区の訪問看護ステーションから、がん末期を在宅で過ごした 2 事例を提供していただき、在宅緩和ケア推進のためには情報を共有する必要がある、定期的なカンファレンス開催が重要であることを認識することができた。

5. 緩和ケア医師派遣事業について

平成 13 年度から実施している緩和ケア医師派遣事業では、平成 18 年度の 3 名を加えて 23 名の医師が参加した。平成 17 年度からは、派遣医師と広島県緩和ケア支援センターとの連携を深めるため、派遣する前に緩和ケア支援センターが実施している医師一日研修に参加することを義務とすることとなった。

今年度は、桐生浩司（JA 広島総合病院）、高澤信好（JA 尾道総合病院）、樫本和樹（三次中央病院）の 3 名が参加した。平成 19 年度も引き続き同様の研修事業を実施することとなっている。

Ⅳ. おわりに

平成 19 年 4 月 1 日より「がん対策基本法」が施行されることに伴って、国としてがん医療の均てん化について、さらに積極的に進められることが予測される。また、今後は指定された広島県内 10 の「がん診療連携拠点病院」を中心として、各医療圏域にある緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所などが密に連携して、緩和ケアを推進する必要がある。

広島県地域保健対策協議会緩和ケア推進専門委員会

委員長	本家 好文	県立広島病院緩和ケア科
委員	岩木 康生	広島市安芸区厚生部
	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	岡崎 仁史	広島国際大学医療福祉学部
	岡村 仁	広島大学医学部保健学科
	河良 俊昭	広島県福祉保健部保健医療局
	小山 矩	県立保健福祉大学放射線学科
	佐伯 俊成	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	高杉 敬久	広島県医師会
	高橋 信	労働福祉事業団 中国労災病院
	豊見 雅文	広島県薬剤師会
	名越 静香	広島県看護協会訪問看護事業部
	古田 隆規	日本尊厳死協会中国地方支部
	堀江 正憲	広島県医師会
	山崎 健次	広島県歯科医師会
	善岡 雅之	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室

身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈

Different interpretations of 'withholding' and 'withdrawing' in life-sustaining treatments based on different conceptualizations of the human body or the relationship between the patient's intention and the condition

川島 孝一郎

Koichiro KAWASHIMA
◎仙台往診クリニック

伊藤 道哉

Michiya ITO
◎東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

■KEY WORDS 生命維持治療 (life-sustaining treatments) 差し控え (withholding)
中止 (withdrawing) 集合 (an assembly) ゲシュタルト (Gestalt)
関係性 (relationship) 受容 (acceptance)

要 旨

身体が存在形式を集合体としてみた場合と、単なる集合体とは異なる一つの全体的な統合体(ゲシュタルト)としてみた場合では、生命維持治療の差し控えと中止は異なる。

本人の意思と状況との関係性に着目し、本人が状況を受容した場合には、因果的過程とともに歩むことを意味する差し控えがある。そして中止は意図されない。

本人が状況を受容しない場合には、因果的過程の短縮を意図する手段として差し控えと中止がある。

本人が状況を受容した場合の差し控えと、受容しない場合の差し控えは同一な事象ではなく、内容に明らかな違いがある。

本人が状況を受容した場合の差し控えと、受容しない場合の中止は異なる。

SUMMARY

Interpretations of 'withholding' and 'withdrawing' in life-sustaining treatments becomes different depending on how we conceptualize the human body : whether we recognize it as an assembly of parts or as one holistic gestalt rather than a mere assembly of parts.

Given that we focus on the relationship between the patient's intention and the condition he is in, if the patient accepts the condition, there can be withholding which means to follow the causal process ; withdrawing is not intended in this case.

If the patient does not accept his condition, there can be withholding and withdrawal used as a means to stop life-sustaining treatments.

There is a clear difference in meaning between withholding conducted with the patient's acceptance of the condition and withholding as well as withdrawing conducted without the patient's acceptance of the condition.

【はじめに】

従来、医療内容の意思決定の立場から、死を意図する以上は生命維持治療の差し控えと中止の間には違いはないとする説¹⁾、作為・不作為の観点から差し控えと中止の間には違いはないとする説²⁾等がある。これらは、いずれも差し控えと中止の間に道徳的あるいは倫理的に違いがないとする立場である。

では、人間が置かれている状況においては、差し控えと中止に違いはないのであろうか。本論は、人間の身体的側面から【I】人間身体の存在形式を1)各臓器等の集合体としてなり立つ身体としてみたとき、2)単なる集合体とは異なる一つの全体的な統合体としてみたときの、生命維持治療の差し控えと中止の間には明らかな違いがあることを示す。

さらに、本人の意思がその置かれている状況を受け入れることができるか否かによる、人間の心理的側面からの【II】本人の意思と状況との関係性に基づく差し控えと中止の解釈をおこない、差し控えは単一な事象ではなく、3)状況を受容した場合、4)状況を受容しない場合において、その内容に明らかな違いがあることを示す。また、中止は4)状況を受容しない場合においてのみ意図されることであり、3)状況を受容した場合においては意図されない。したがって、本人の意思とその置かれている状況との関係いかんにより、差し控えと中止の間には明らかな違いがあることを示す。

本人の意向によって医師等の第三者が差し控え・中止に関与する場合には、本人の意思と第三者の意思との間に相違が生じるか否かについて、共同主観性³⁾の観点からさらに詳しく論じなければならないため、「本人の意思」に限定した設定をおこなった。

本論は、身体的側面【I】と心理的側面【II】のそれぞれに関して、独立して差し控えと中止の解釈をおこなった。これは、「生命維持治療の差し控えと中止の間には違いがない」とする従来の説に対して、【I】と【II】のそれぞれの立場から考察を加え、反証となり得る解釈があることを示すことが目的である。したがって上記1)・2)・3)・4)の項目相互の優劣や是非を問うものではない。

【I】人間身体の存在形式の違いに基づく 差し控えと中止の解釈

1)各臓器の集合体としてなり立つ身体

人間身体を各臓器の集合体としてみた場合には、その身体を機能・維持させるために各臓器の置換をおこなうことは、今日の医療において一般的に行われている。入れ歯、人工関節、心臓ペースメーカー、人工呼吸器、人工透析、臓器移植等、枚挙にいとまがない。

このような身体は「全体は部分の総和」としてなり立つ集合体である。したがって、部分はそれ自体で単体としてなり立っており、全体に対してさらに足すことが可能であると共に、逆に全体から部分を差し引くことも可能である。

人工呼吸器を付けた患者 = 患者+人工呼吸器という集合体という解釈が成り立つ。このように、身体を集合体としてみた場合に、やがて衰えてゆく行程を簡単に示すならば、

- ①身体は、状況との関係の中で恒常性⁴⁾を維持している
- ②身体は、老化・疾病・事故等により、恒常性が崩れる
- ③身体は、恒常性が崩れては持ち直し、新たな恒常性を維持する
- ④恒常性が崩れたとき、治療行為によって、身体は「治療行為を足した総和」としての身体の恒常性を維持する
- ⑤治療行為をおこなっても、やがて身体の恒常性は崩れ、最終的には崩壊することとなる。

生命維持装置を付ける場合には、身体全体に対して新たな部分を付加する(do)ことであり、あえて付けない場合には差し控える(開始しない:do not)ことである。また、中止は、治療している状態(do)をやめる(not)ことである。したがって、1)に基づく差し控えと中止は、

- 1) - 1 差し控え；身体の恒常性が崩れた状態を、治療しない(do not：開始しない)ことである。
- 1) - 2 中 止；身体の恒常性が(人工呼吸器によって)維持されている状態(do)を、治

療しない (not : 中止する) ことである。

ここでは、「(人工呼吸器によって) 維持されている」という語句が、集合体としての身体から、部分として独立している。したがって、この語句を、「身体の恒常性」という集合としての全体から差し引くことができる。結果として、(人工呼吸器を維持しない) 状態すなわち中止が成立する。

集合体としての身体の解釈に従えば、差し控えと中止は同じである。(図1)

2) 単なる集合体とは異なる一つの全体的な統合体としての身体

身体が存在形式を、ゲシュタルトに基づく「全体は部分の総和とは異なる」全体性⁵⁾とみるもの、清水⁶⁾による一つの全体的統合、鷺田⁷⁾によるあたえられた構造を超出して高次の構造をあらたに創出する能力とみるいずれもが、人間身体を集合体とは異なる全体性を持つものとして扱っている。

この場合には、人工呼吸器を付けた患者 = 患者 + 人工呼吸器 という集合体ではなく、「人工呼吸器を付けた患者」というあらたな全体としてなり立つ。したがって、患者あるいは人工呼吸器という単体として部分を分離することはできない。

身体がたどる行程においては、生命維持装置を付

けない (do not) 場合にも、身体はその時点ごとの恒常性を、常に更新しながらその全体を維持して行こうとする。治療行為を行う場合には、前述の人間が衰えてゆく行程①～⑤のうち④が変更され、

④恒常性が崩れたとき、治療行為によって、身体は「治療行為を取り入れた総和とは異なる全体」というあらたな恒常性を維持する。

2) に基づく差し控えと中止は、

2) - 1 差し控え : 身体の恒常性が崩れた状態を、治療しない (do not) ことである。

2) - 2 中止 : 身体の恒常性が(人工呼吸器によって) 維持されている状態 (do) を、あらたな介入により崩すこと (do) である。

ここでは、「(人工呼吸器によって) 維持されている」という語句は、「身体の恒常性」という「身体と人工呼吸器との総和とは異なる全体」に、再組織される語句である。したがって、この語句を全体から分離できない。

集合のように、この部分だけを独立して全体から差し引く、つまり、人工呼吸器を中止することは(ことばの遊びとしてはできたとしても)、全体と部分との関係性からして、身体が存在形式上不可能である。

結果として、「あらたな介入」という、全体に対

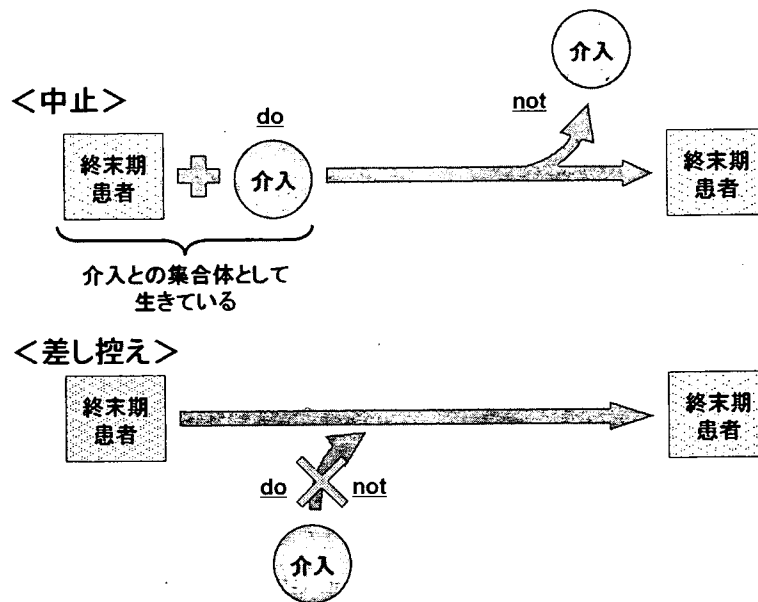


図1 身体を部分の集合と考えた場合

する能動的所作を伴う語句が必要となる。身体を一つの全体的な統合体と考えた場合には、差し控えは中止と異なる。(図2)

【Ⅱ】本人の意思と状況との関係性に基づく 差し控えと中止の解釈

常に意思は志向する対象をその内に含む⁸⁾。このような、意味付与する本人と、意味付与される本人が置かれた状況との、切っても切り離せない関係は分離不能な全体性を本質的に持つのであり、人は本来自ら意味付ける状況の内に存在している⁹⁾(状況内存在)。

この関係性は、本人にとって利益があるか否か、自律が優先するのか公平性を重視するのか、作為か不作為か等のいくつもの倫理規定に先立って、「すでにある関係性」として考えられなければならない。したがって、本人の意思と状況との関係性に基づいた差し控えと中止の解釈をおこなう必要がある。

ここでは、3) 本人の意思が状況を受容した場合と、4) 状況を受容しない場合に分けて、それぞれの関係性における差し控えと中止の違いについて検討する。

本論においては「受容」について、以下のように

解釈する。

受容とは受け入れて取り込むこと¹⁰⁾。E・キューブラー・ロス¹¹⁾は、未知なる大なるものに「受け入れられたこと」を無条件に受け入れることとしている。

鷺田¹²⁾は、正常な構造化について、「正常な構造化とは、幼児の態度が新しい態度のなかでもはや位置すべき場所を持たなくなるように、行動を根本的に再組織する構造化のことであると述べ、同時に、先行する構造を廃棄しつつ変換するという、ヘーゲルが止揚するという言葉で表現したような運動である」と位置づける。

フッサールは¹³⁾、状況との調和について、「事物や世界についての経験が、矛盾や不調和によって中断せずに調和的に進行する場合に、当の経験は調和的一致を保っている、と言われる。事物を与える外的経験は……それが調和的一致を保ち続けるかぎり、これまでの経過に動機づけられ、あらかじめ下図を描かれ予料された地平に基づいて、当の事物は端的にそこに存在するものとして与えられる」と述べている。

このように、受容とは、『直面する状況を、自らが受け入れて取り込むことであり、状況への対応を根本的に変え、自らを再組織することにより、状況

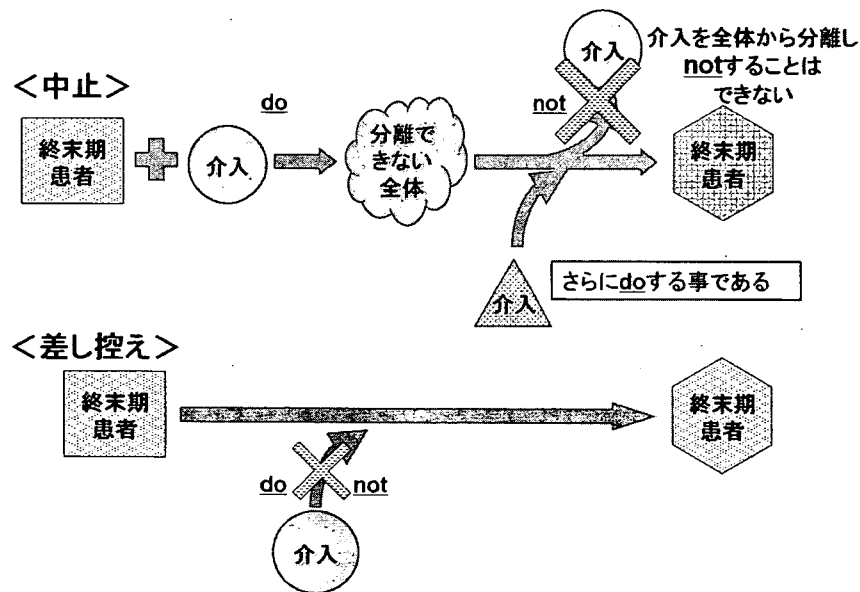


図2 身体を統一された全体と考えた場合

が調和的に経験されるまったく新しい構造を作り上げることである。そのときには矛盾や不調和を生じない。』と捉える。

他方、受容しない場合とは、鷺田によれば¹²⁾、「……その統合化が見かけのうえでしか実現されず、行動のなかに比較的孤立したある系が存続して、患者がその系を変形することもまた引き受けることも拒むといったときには、抑圧があるといわれる」ことであり、フッサールは¹³⁾また、「しかし、経験の不調和や攪乱によって調和的一致が断ち切られれば、当の事物は疑わしくなったり仮象に陥って否存在の性格を受け取ったりしうるし、また時にはさらにその仮象が修正によって解消されるということも起こりうるのである」と述べている。

人はしばしば状況を受容したかのように見せ掛ける。「やむを得ず受け入れる」「仕方なく受け入れる」という態度は、表面上は受容を装っているように見せながら「やむを得ず」という条件をつけて状況との取り引きを試みているのであり、正常な構造化・自らの再組織・状況との調和等をなし得ていない状態を指し、受容したことではないと解釈する。

3) 本人の意思が状況を受容した場合

身体が衰えてゆく行程が、特に生命維持治療を必要とする状況になったときには、老化であれ、疾病もしくは事故であれ、いずれも本人がたどる因果的過程¹⁴⁾の原因であり、そのまま放置すれば結果としての死を引き起こすこととなる。このような本人が直面する状況は、因果的過程のある断面・部分もしくは全体を構成している。

状況とは、あるときにはどうしてもならない不治の病を患った我が身であり、心情を察してくれない医師との心理的葛藤であり、人工呼吸器を付けるか否かの選択を迫られる緊迫した場面であったりする。しかし、一旦は本人の意思から離れてしまい自由にならないと思われた病気の身体、他人との葛藤、あるいは直面する場面に対して、もう一度共同的に本人が対話を始めることによって両者の垣根が取り払われてゆくその行程は、われわれの志向的生活の根源的共同化であり、他者のわれわれのうちへの、われわれの他者のうちへの相互内属¹⁵⁾をもたらし、さらに、他者とのあいだにと同様に物とのあいだに

も自己移入が起こる¹⁵⁾のである。

そのとき、我が身は慈しむべき身体となり、他人はかけがえのない隣人となり、緊迫の場面は自分がともに生きてゆく大事な道程に感じられるのである。

感覚作用（本人の意思）と感覚されるもの（状況）とを区別することができない¹⁵⁾あり方、自らが変わることによって状況を取り込み、状況との調和的な全体性（一つの全体）¹⁶⁾が形作られる正常な構造化のあり方、そして、本人の生き方がそのまま自然な因果的過程の推移と一体を成すようなあり方、のいずれもが受容のあり方である。

本人が状況を理解し、後続する因果的過程と起こる結果を受容するならば、受容とは、客観的に死を覚悟したとしても、主観的にはもはや死には囚われないことであり、因果的過程に身をゆだねる姿勢を生結実としてみることであり、死は生きた過程の結果であって目的ではない（超越された死）。

受容した場合には、因果的過程を本人との全体性から独立したものとして分離することは不可能であり、因果的過程はそのまま肯定される。

本人の意思が状況を受容した場合の差し控えと中止は以下のように解釈される。

3) - 1 差し控え：

本人の意思が因果的過程を受容した場合の差し控えの意味は、「本人の意思と因果的過程が再組織され一つの全体となる」そのものを指す。

この場合の差し控えは、本人が因果的過程にすべてをゆだねている、まさにその状態を表現している語句であり、主観としての本人が、差し控えという行為によって因果的過程を操作する、いわゆる道具や手段として表現される語句ではない。

したがって、3) - 1の差し控えは、本人が死を目的として生命の短縮を意図した手段としての行為とはならない。

本人が因果的過程を受容した場合には、因果的過程の短縮¹⁷⁾（崩壊行為等）も、更なる延長¹⁸⁾（延命行為等）も意図しない。

短縮（崩壊行為等）・延長（延命行為等）を以下のように解釈する。

本人に張り付いて本人とともにあったはずの、親しい身体や家族・状況が、本人の身体感覚や意思の

中に統合されずに部分化し、それらとの共通感覚という基礎を失ったときには、自身としての身体も家族・状況さえもモノあるいは道具的存在と化して¹⁹⁾しまう。因果的過程を自分のこととして受け入れることができない場合には、その因果的過程自体が対象化され操作されるか、または手段として利用される。短縮と延長がある。

3) - 2 中止：

すでに生命維持治療が開始されている場面では、それによって保たれている恒常性は、後続する因果的過程を形成する。本人の意思が因果的過程を受容した場合に「因果的過程の短縮—すなわち生命維持治療の中止」はそもそも意図されない。

4) 本人の意思が状況を受容しない場合

意思と状況の統合化が見かけのうえでしか実現されず、行動のなかに比較的孤立したある系（どうにもならない状況等）が存続して、本人がその系を変形することもまた引き受けることも拒むといったときには抑圧がある¹²⁾ (図3-a)。このように、状況との関係を調和的に改善することができないまま抑圧があるときには、意思と状況が一つの全体を形成できず、状況が対象化され意思の中に孤立した系としてあり続ける。

孤立した状況に対して、意思は状況を受け入れようとして再組織を目指し、その結果としての正常な構造化が達成される方向性を模索する。抑圧を打破する手段として①または②が試みられる。

① 本人の意思の変更：(図3-b)

「……受容しない」と否定している本人の意思が変更されることにより、状況が受容されること。これは、3) 本人の意思が状況を受容した場合に該当する。

② 状況の変更：(図3-c)

「……受容しない」と否定されている状況を変更することにより、「……受容する(状況)」と肯定するに至ること。そして受容がなされたならば、その時点において更なる変更は意図されない。①②はあくまで意思と状況との関係性を保ち続けようとする不断の努力の上になり立っている。

一方で、①本人の意思を変更しようとしても、②状況を変更しようとしても、試みが十分な受容を生み出し得ずに抑圧があり続ける場合には、変えることができない状況と自分との関係を絶つことにより抑圧が解消されると考え、それが可能と思われる手段に訴えることがある(図3-d)。

この場合、本質的に意思と状況は分離不能な関係にあるため、状況との関係性を絶つことは、本人と

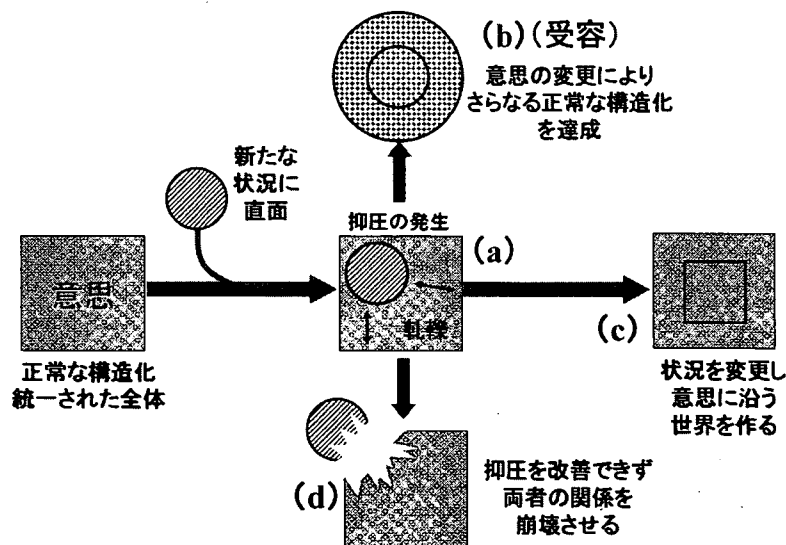


図3 意志と状況の関係に基づく形態変化

状況（生きている世界）の両者が同時に否定され消滅することとなる。

手段には4)－1 差し控えと4)－2 中止がある。

4)－1 状況を変更する手段としての差し控え(因果的過程の短縮を意図する)：

本人の意思が状況を受容しない場合に、本人と統合されずに孤立した系として存在している状況(因果的過程)を、短縮する手段として差し控えを用いる。

〈早く〉楽になりたいと祈る・〈早く〉死にたいと祈る・身体を亡きものに手段として呼吸器装着を希望しない・相手に対するあてつけもしくは相手を陥れる目的で自分の死を早めるために治療を拒否する等の、目的としての死の遂行を目指す。

この場合、意思と状況との関係性は3)とはまったく異なる。しかし、現前し観察される物理的状态や時間経過は3)－1の差し控えと何ら変わらない。

その中には、状況を短縮する手段がまったくない場合に、意識の上だけで「死にたい」という希望を叶えるために、差し控えとして因果的過程(放置する道具としての因果的過程)を利用することもあれば、あるいは、状況を長引かせる手段があるにも拘らずその手段をあえて使用しないという、意図的な生命短縮を目指す道具としての差し控えを通じて、因果的過程(目的としての因果的過程)の短縮を試みる場合もある。

4)－2 状況を変更する手段としての中止(因果的過程の短縮を意図する)：

すでに生命維持治療が開始されている場面では、それによって保たれている恒常性は、後続する因果的過程を形成する。因果的過程を本人が受容する場合には、そもそも短縮は意図されない(現になされている治療の継続)→3)－2に戻る。

因果的過程を本人が受容しない場合には、状況を変更する手段としての生命維持治療の中止をおこなうことによって、目的としての因果的過程の短縮を意図し実行する。

以上3)及び4)から、

・本人の意思が状況を受容した場合には、因果的過程

程とともに歩むことを意味する差し控え²⁰⁾3)－1がある(本人は因果的過程と一つの全体を形成するのであり、その全体が差し控えという語句そのものになる)。中止は意図されない3)－2。受容した場合には、「差し控えること」と「中止しないこと」が同じである。

- ・受容しない場合には、因果的過程の短縮を意図する手段・道具として、差し控え²¹⁾4)－1と中止4)－2が用いられる(本人から分離し対象化された因果的過程を差し控えや中止によって操作する・因果的過程自体が道具となる場合もある)。受容しない場合には、「差し控えること」と「中止すること」が同じである。
- ・3)－1の差し控えと4)－1の差し控えは同一な事象ではなく、内容に明らかな違いがある。
- ・3)－1の差し控えと4)－2の中止は異なる。

【Ⅲ】3)・4)における問題と対応

変えることができない世界に対峙するとき行動は次の三つである。①自らの意思を変える、②世界を変える＝世界との関係を絶つ(生命維持治療の中止等)、③意思と状況との間に抑圧がありながら生きてゆく。

①の場合、本人はもはや以前の世界には囚われのない境地、すなわち再組織された正常な構造化を達成した全体としてある。しかし①にも問題は起こる。まだ生き延びる手段があるにも拘らず、不十分な情報の下にまたは本人の勘違いによって、早々と差し控えを決断してしまう可能性がある。十分な情報提供によって「無為無策の死」は回避されなければならない。

②にも問題は起こる。②によって関係性の断絶が選べるとしたなら、

②－1 ②を施行する決定がなされたときに本人が「救われた」と思った場合。それが契機となり世界に対する受容がなされる可能性がある。受容した本人にはもはや実質的な②の施行は必要ない。つまり中止は意図されない3)－2にもかかわらず、②の実施によってのみ本人が救われると勘違いする施行者がいるならば危険である。世界を受容したにもかかわらず死が執行される間違いが起こる。②－1は

生命維持治療の中止を行う必要のない事例に対して、誤った判断の下に中止が行われる危険性を孕んでいる。

②-2 ②を施行する決定がなされても本人が「救われた」と思えない場合。②が実施されても、本人の生涯は「救われなかった生涯」のまま終了するので本質的な救いにはならない。これは死が持っている根本的課題である。誰しものが自分の死を知覚できない以上は、結果的に死そのものについての本人の賛否は検証不能である。②の意義が問われる。

②-3 もし、本人が救われるか否かではなく「今」救われたいという苦痛を緩和する。あるいは「死以後について本人は苦痛から解放される」というのであれば、代替として鎮静を含めた十分な緩和を行えば済むことである。緩和は間歇的に行うことが可能でありそのつど賛否の検証が可能である。

②-4 本人が世界との関係性を絶つということは、本人ただ一人が世界から消えてしまうことではない。本人に関係する世界を構成しているすべての人々・環境・その他諸々が、本人の目前から消え去ることであり、その意味では本人によって逆に「私達が抹殺される」ことである。後に残される者は無力を思い知らされる。

②-5 本人が苦痛でない（意識がない：継続的な深睡眠：昏睡）ならば、本人は状況にすべてを託しているものであり状況と一つの全体を形成している。したがって、本人にとって中止は意図されない3) -2) ので、そのままの状態を継続すればよい。

重症者の在宅移行：生活の中での看取り。人工呼吸器・IVH・酸素吸入等を装着しての在宅移行を促進することが今後必要である。看取りが居宅で行える環境整備は、医療コストの削減・集中治療室の円滑運営・人工呼吸器の人為的停止を必要としない自然経過での看取りのいずれをも達成する方策となる。2008年から5年間の医療計画の中で、「在宅医療計画」は重症者の在宅移行を重点的におこなう予定である²²⁾。

事前指示：「人間らしい死と自己決定」では²³⁾、将来の具体的な状況に対する予見可能性の欠如・患者と医師との直接的なコミュニケーションの欠如・具体的意思決定の発展過程の欠如・さまざまな人生段階で変化する価値、考え方、そして意思決定等の

各項目を挙げて、リビングウィル・事前指示の不確かさを示している。直近の身体状態を基に事前指示は幾度も書き換えが可能であり、本人の意思が不確定である場合は家族の意見を参考にしながら医療・ケアチームが判断すべきである。判断できない場合は現状維持。

説明責任：十分な説明責任が果たされた上で初めて事前指示が有効となる。疾病論・症候論に偏った身体情報の説明だけでは不十分であり、帰宅可能な知識と手段を説明する生活情報の提供が必須である。人工呼吸器を付けて帰宅可能であること、在宅療養支援診療所の機能と所在、介護保険・自立支援法・各種福祉制度・生命保険等による生活支援を、説明責任を担う医師は知る必要がある。身体情報だけの不十分な説明から誘導された不完全な事前指示を基にして差し控え・中止を行うことは拙速である。

「Loss of dignity：尊厳の喪失」。尊厳は人が人として在る人格の（内なる人間性の）尊重に対する価値感情である²⁴⁾。喪失したり価値であることは尊厳には集合のように加減が生じる。しかし、私達はそのつど状況を含みつつ乗り越える全体としてあるからには、尊厳はただ変容するだけである。その変容を許せずに世界と決別すること自体が尊厳から遠い行為であろう。ただし、本人が「尊厳が失われたかのように」誤解することを極力回避するために、生き易い関係性をともに構築する努力がよりいっそう求められる。

【謝 辞】

東北大学大学院歯学研究科・国際歯科保健学分野教授 小坂健先生にご指導賜りましたことを深謝致します。

【文献と注釈】

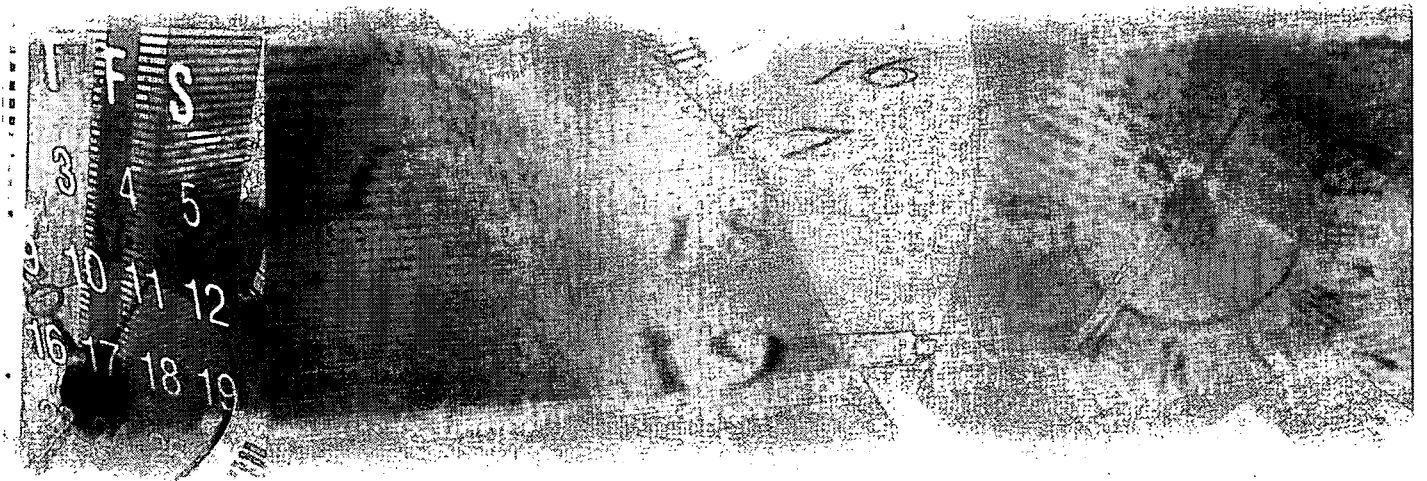
- 1) ヘルガ・クーゼ：生命の神聖性説批判。飯田亘之 訳、東信堂、東京、pp161-190、2006。
- 2) 水野俊誠、横野 恵：日本における生命維持治療の中止と差し控え。生命倫理、vol 16, pp84-90、2006。
- 3) 「共同主観性」とは、暫定的・形式的に定義しておけば、自分と他者達とが、相互に主体として出

- 会いつつ単一の世界を共有すること。廣松渉
他：共同主観性の現象学。世界書院、東京、
p6, 1986。（本来、医師が患者の希望する医療を
行うことができるためには患者の意思が“わか
る”ことが前提であり、あらかじめ両者のあいだ
に共同主観性が構築されていなければならない）
- 4) 恒常性：身体のある一定の機能的不変性が維持さ
れている状態に対して使用した。身体は老化・疾
病・事故等により恒常性が崩れてゆく。
 - 5) クルト・コフカ：ゲシュタルト心理学の原理。鈴
木正彌 訳編、福村出版、東京、1990。
 - 6) 身体+呼吸器が一つの全体的な統合を形成してい
るということになるのではないだろうか。清水哲
郎：医療現場における意思決定のプロセス—生死
に関わる方針選択をめぐって。思想、976号、
pp20-21, 2005。
 - 7) 鷺田清一：メルロ＝ポンティ可塑性。講談社、東
京、p53, 2003。
 - 8) プレンターノの記述心理学における心的現象の解
釈。現象学事典。木田元 他編、弘文堂、東京、
p177, 1994。
 - 9) 状況内存在：対自（私）は常に状況内存在として
存在している。現象学事典。木田元 他編、弘文
堂、東京、p226, 1994。
 - 10) 広辞苑。新村 出編、岩波書店、東京、p1241,
1994。
 - 11) E・キューブラー・ロス：続 死ぬ瞬間。鈴木 晶
訳、読売新聞社、東京、p295, 1999。
 - 12) 鷺田清一：メルロ＝ポンティ可塑性。講談社、東
京、pp54-55, 2003。
 - 13) フッサール：現象学事典。木田 元他編、弘文
堂、東京、p339, 1994。
 - 14) 因果的過程：因果性—原因と結果との規則的なつ
ながりをさす……一般には、超自然的なもの
の介入によってさまたげられない自然因果性を意味す
る。哲学事典。下中 弘編、平凡社、東京、pp95
-96, 1992。
 - 15) われわれの志向的生活の根源的共同化であり、他
者のわれわれのうちへの、われわれの他者のうち
への相互内属。他者とのあいだにと同様に物との
あいだにも自己移入がある。感覚作用と感覚され
るものとを区別することはできない。メルロ＝ポ
ンティ：見えるものと見えないもの。滝浦静雄
他訳、みすず書房、東京、pp254-256, 1990。
 - 16) 一つの全体：要素に分解したのでは霧散してしま
うそれ自体が一つの全体であるような性質のこ
とである。現象学事典。木田 元他編、弘文堂、東
京、p111, 1994。
 - 17) 短縮：因果的過程そのままの経過にまかせるので
はなく、その時間的長さを縮めることを意図し実
行すること。あるいは実際には縮めることができ
なくても因果的過程を手段として用いることによ
りそれ以上の延長を望まないこと。
 - 18) 延長：因果的過程をより長く持たせようとする意
図または実践。
 - 19) 統合されずに部分化し、それらとの共通感覚とい
う基礎を失ったとき、モノあるいは道具的存在と
化して。中村雄二郎：哲学の現在。岩波書店、東
京、p64, 1977。
 - 20) 因果的過程とともに歩むことを意味する差し控
え：みずからのうちに生成発展の原理をいなく生
きたものと見、その自然の自己発展の法則とし
て、自然的因果性とする場合。哲学事典。下中弘
編、平凡社、東京、pp584-585, 1992。
 - 21) 因果的過程の短縮を意図する手段・道具としての
差し控え：自由の因果性の観点（哲学事典。下中
弘 編、平凡社、東京、p672, 1992.）から、当
該因果的過程を自己の自由の手段として用いる場
合。
 - 22) 川島孝一郎：地域医療計画における在宅医療のあ
り方に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究
費補助金（厚生労働科学特別研究事業）総括研究
報告書；都道府県・市町村の在宅医療計画に関す
るマニュアル、pp39-55, 2007。
 - 23) ドイツ連邦議会審議会中間答申 人間らしい死と
自己決定—終末期における事前指示—。山本 達
監訳、知泉書館、東京、pp21-33, 2006。
 - 24) 哲学事典。下中 弘編、平凡社、東京、p877,
1992。

【原稿受理：2007年1月16日】

特集

24時間365日の 在宅ケアを実現するには



「12.2%」。これは、2005年度の自宅での死亡率である（厚生労働省人口動態統計より）。
約30年前は、病院・診療所と自宅の死亡率がほぼ半々であったことを考えれば、
驚くべき数字であろう。

2005年4月の介護保険法改正では、「在宅療養支援診療所」が制度化され、
在宅医療の大きな転換が図られた。この制度を背景として、
24時間365日の在宅ケアの実現に向かって大きく前進することが期待されているが、
人材・経済面などさまざまな要因で悩みを抱えているところも少なくないという。
本特集では、在宅ケアの実践者から、利用者・家族がいつでも安心できる在宅生活、
すなわち24時間365日のケアについて考えていく。

そして、在宅療養から看取りまで、
最期まで自宅で暮らす意義を汲み取っていただければ幸いである。

（本誌編集部）

総論

在宅療養支援診療所が実現する在宅ケア

川島孝一郎 *Kawashima Koichiro*

仙台往診クリニック

はじめに

日本の高度成長を支えてきた団塊の世代の方もいよいよ退職の時期となる。これからは、悠々自適の生活を送っていただきたいと願うものであり、悔いのない生活の結果としては、自分が希望する場所での終焉が最良のものであろう。

厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」の調査¹⁾では、どんなに虚弱になっても住み慣れた自宅に暮らし続けたいと願う高齢者が約6割である(図1)。厚生労働省保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」のうち「訪問診療の観点からの補足調査報告書(調査実施委員:川島孝一郎)」(表1)に示される²⁾ように、すでに在宅酸素療法(HOT)、在宅成分栄養経管栄養(HEN)、在宅人工呼吸療法(HMV)、在宅中心静脈栄養(HPN)を施行されているいずれの療養者も、その生の終わりを迎える理想の場所として居宅を求めている。その割合は、

表1 生の終わりを迎える理想の場所²⁾

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159 100%	36 22.6%	3 1.9%	104 65.4%	20 12.6%
HEN	117 100%	14 12.0%	2 1.7%	93 79.5%	10 8.5%
HMV	45 100%	7 15.6%	—	33 73.3%	5 11.1%
HPN	38 100%	6 15.8%	—	26 68.4%	7 18.4%
主治医	67 100%	3 4.5%	1 1.5%	52 77.6%	13 19.4%

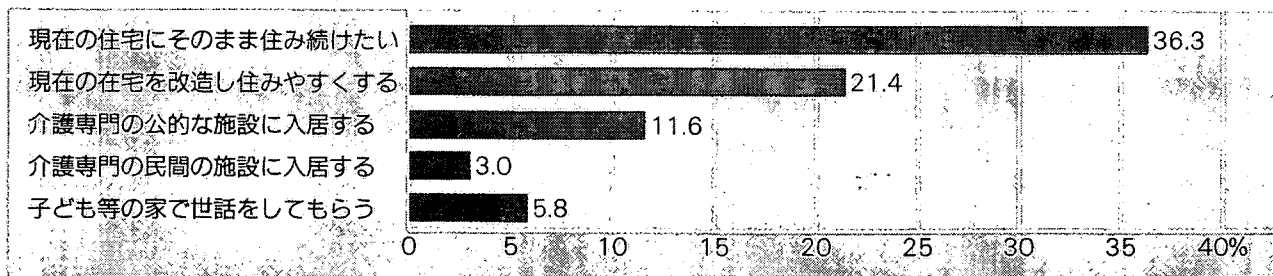
最も低いHOTで65.4%であり、最も高いHENにおいては79.5%に達する。

このような国民の希望がある一方で、年間死亡者数は年々増加の一途をたどっている。このピークは30年後の2038年で約170万人と予想されている。単純にその60%が居宅での終焉を希望するならば、およそ100万人となり、他方、病院での終焉は70万人となるであろう。

このような国民のニーズにはたして医療は十分なサプライを提示しているのだろうか。図2

図1 虚弱化したときに望む居住形態

(複数回答)



出典: 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」¹⁾

図2

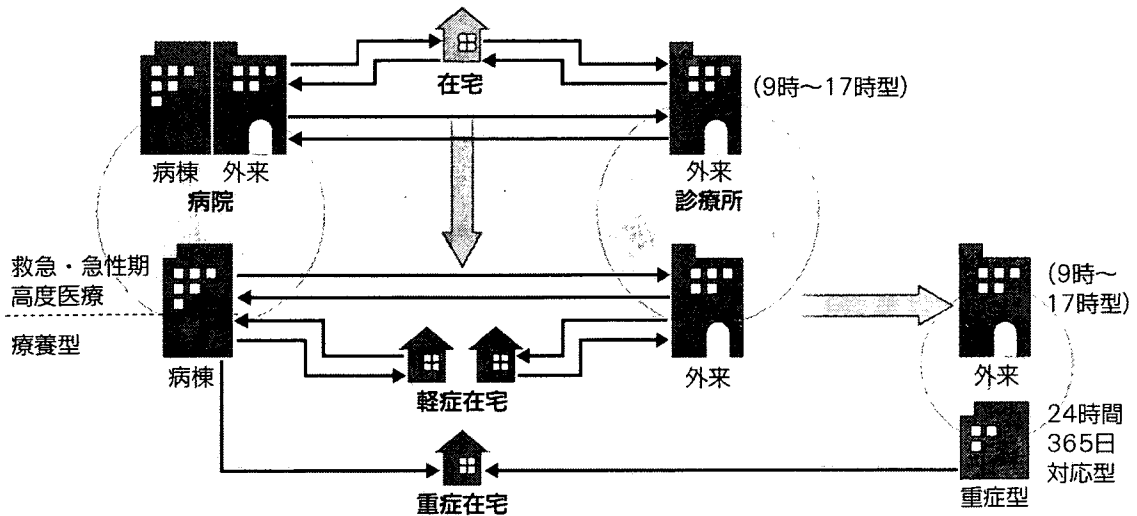


表2 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

() 内は構成割合：%

年次	総数	病院	診療所	介護老人保健施設	助産所	老人ホーム	自宅	その他
1951	838,998(100.0)	75,944(9.1)	21,511(2.6)	-	261(0.0)	-	691,901(82.5)	49,381(5.9)
1955	693,523(100.0)	85,086(12.3)	21,646(3.1)	-	402(0.1)	-	533,098(76.9)	53,291(7.7)
1960	706,599(100.0)	128,306(18.2)	25,941(3.7)	-	791(0.1)	-	499,406(70.7)	52,155(7.4)
1965	700,438(100.0)	172,091(24.6)	27,477(3.9)	-	774(0.1)	-	455,081(65.0)	45,015(6.4)
1970	712,962(100.0)	234,915(32.9)	31,949(4.5)	-	428(0.1)	-	403,870(56.6)	41,800(5.9)
1975	702,275(100.0)	293,352(41.8)	34,556(4.9)	-	193(0.0)	-	334,980(47.7)	39,194(5.6)
1980	722,801(100.0)	376,838(52.1)	35,102(4.9)	-	30(0.0)	-	274,966(38.0)	35,865(5.0)
1985	752,283(100.0)	473,691(63.0)	32,353(4.3)	-	10(0.0)	-	212,763(28.3)	33,466(4.4)
1990	820,305(100.0)	587,438(71.6)	27,968(3.4)	351(0.0)	2(0.0)	-	177,657(21.7)	26,889(3.3)
1995	922,139(100.0)	682,943(74.1)	27,555(3.0)	2,080(0.2)	2(0.0)	14,256(1.5)	168,756(18.3)	26,547(2.9)
2000	961,653(100.0)	751,581(78.2)	27,087(2.8)	4,818(0.5)	2(0.0)	17,807(1.9)	133,534(13.9)	26,824(2.8)
2001	970,331(100.0)	760,681(78.4)	27,627(2.8)	5,461(0.6)	-	19,008(2.0)	131,337(13.5)	26,217(2.7)
2002	982,379(100.0)	772,638(78.6)	27,479(2.8)	5,611(0.6)	1(0.0)	18,713(1.9)	131,379(13.4)	26,558(2.7)
2003	1,014,951(100.0)	801,125(78.9)	27,898(2.7)	5,986(0.6)	2(0.0)	19,659(1.9)	131,991(13.0)	28,290(2.8)
2004	1,028,602(100.0)	818,586(79.6)	27,586(2.7)	6,490(0.6)	3(0.0)	21,313(2.1)	127,445(12.4)	27,179(2.6)

※ 平成2年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている

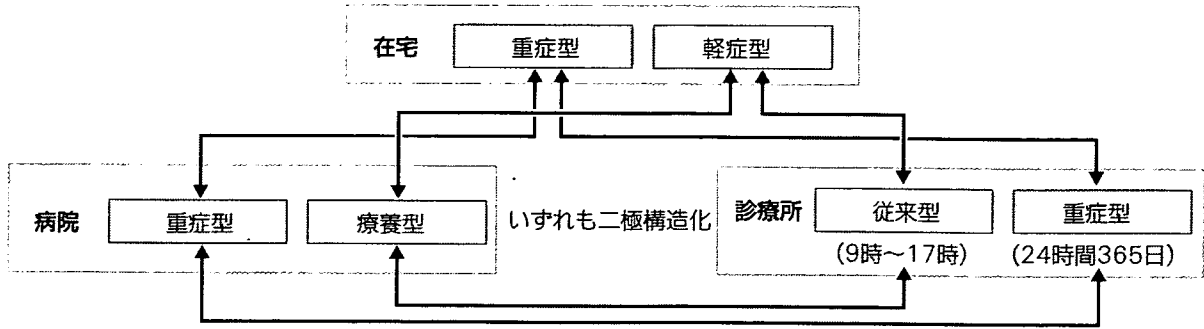
上段は2000年までの日本の医療を示す。病院は午前外来・午後病棟で医療を行い、診療所は9時～17時の外来勤務の形態であった。したがって、居宅における終焉を支える医療形態はほとんど存在せず、120万床の病院が全死亡者数の約80%を担い、他方、自宅と介護施設を合わせた広義の居宅での終焉はわずかに14.5%にすぎない(表2)。

つまり、日本の医療は国民のニーズに応えることなく、年々居宅での死亡数の減少が継続しているのである。ここにニーズとサプライのミスマッチが厳然としてあるのだ。

病院改革から診療所の改変へ

図2下段では、2000年からの病院改革により、病院機能を「治療」に集約し、60万床の一

図3



般病床と医療療養型病床15万床の計75万床とし、外来を縮小して病棟医療に専念し、入院日数の削減・DPC（診断群分類包括評価）の導入による効率的な医療を求めている。病院医に求められるものは患者の回復度によって、

- ・回復可能→治癒させて帰す
- ・現状維持→病状の平衡状態に達したら帰す
- ・回復不能→生活のなかで看取することを視野に入れて帰す

こととなる。この3点の収束するところが病院医に課せられた重要な目的であり、それは「病院死を極力回避する」ことである。

すでに病院は、重症者を治療する一般病床と、比較的安定期にある軽症者のための医療療養型病床の二極構造となった。治療がすめば重症者も退院することになり、種々の医療機器を装着した療養者・がん末期患者等が居宅生活に移行している。したがって在宅医療も重症者と軽症者の二極構造となってきた。

この在宅医療の二極構造に対応するために、2006年度から診療所の二極構造化が試みられた(図3)。在宅療養支援診療所は、自宅での終焉を希望する高齢者・がん末期療養者・重度障害者・難病療養者等の重症者が、健常者と変わらず生活を続け、その結果として希望する居宅での終焉を支援するために創設されたものである。在宅療養支援診療所は、すべての診療所

が担う機能ではない。その地域における橋頭堡としての役割を担うものであり、病院や従来型の外来診療所との密な連携を行い、居宅における重症者と軽症者の円滑な移行が行えることが望ましい。

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所は、とくに重症者の居宅生活における医療的安定と、居宅生活の結果としての終焉を支援するものである。病院から居宅への円滑な移行（在宅移行・導入期）、居宅における安心・安全な医療の提供（在宅安定・維持期）、生活に即した看取り（在宅終末・看取り期）に大別される。このいずれの時期において

表3 在宅医療

「在宅療養支援診療所」の創設（2006年）

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

- 「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実
- ・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
 - ・在宅療養における24時間対応体制に係る評価
 - ・在宅におけるターミナルケアに係る評価
 - ・特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価



も、十分な医療提供がなされなければならない。そのため表3に示すようにいくつかの要件が掲げられている。

この要件を満たす医療提供を行う診療所の質と、各地域における医療供給体制の量・数が確保されなければならない。

さらに、国民も病院医療者のいずれもが、在宅療養支援診療所とは何をしてくれるのか・どこにあるのかがわからなければならない。周知の方法が問われる。

■在宅療養支援診療所の質

2006年9月末で、全国約1万か所の在宅療養支援診療所が登録された。最終的には1万3千か所となるだろう。その多くは、外来を行いながら在宅医療を同時に行っている診療所である。

さらに、全国9万8千か所の診療所には12万人の医師が勤務しているが、この比率からしても一人診療所が大部分であることがわかる。したがって、24時間の対応義務がむずかしいと考える医師も多い。

長崎市では、医師会の51名の診療所医師が、2年前から「長崎在宅ドクターネット」を形成している³⁾。ここでは、一人の患者に対して医師2名体制を組むことが新しい。

- ①市内の病院に対して周知を行う。
- ②患者の紹介があると24時間以内に主治医と副主治医を事務局で決定。
- ③入院中に主治医と副主治医は面談・サービス担当者会議を行い退院調整する。
- ④退院後は原則として主治医が担当するが、主治医が休むときには副主治医が担当する。

この2名体制により、互いに休養をとることが可能となっている。医師一人の外来型在宅療養支援診療所における、安定した医療を供給しつつ医師が疲労しない体制の一つと言えよう。

つまり、在宅療養支援診療所も、在宅医療に

特化した診療所と、外来併用型の診療所とに大別されるのである。

■在宅療養支援診療所の適正配置

2008年度からの医療計画に、はじめて在宅医療が盛り込まれた。国民のニーズをそのままに受け入れるならば、2038年には100万人を居宅で看取ることになる。

このニーズに医療が応えるとしたなら、診療所1か所あたり年間20名(表4)を看取るとして⁴⁾、5万か所を必要とする。この数は診療所全体数9万8千か所からすると現実的ではない。仮に60%達成するためには3万か所を必要とする。在宅ホスピスケアに力を入れている特化型診療所が増えてゆくことを期待して、将来的に在宅療養支援診療所が増加したとしても、この3万か所という数が最大値ではないだろうか。

2008年度からの医療計画の5年間では、最終年度2012年には推計死亡者数は133万人となる。このうち、33万人(全体の約25%)を居宅で看取ることができるだろうか。

現在の広義の居宅における看取りの全国平均値は14.5%(2004年)である。これを25%に引き上げることを目標にした場合、最も低い北海道(9.4%)・福岡県(10.8%)と、最も高い長野県・和歌山県(いずれも20.1%)、新潟県・奈良県(いずれも18.9%)との格差は実に2倍に達する(表5)。

長野県・和歌山県はすぐに仮の目標値25%に達するだろうが、北海道・福岡県は容易ではない。さらに北海道は、在宅療養支援診療所の総数自体が全国平均値よりも低いために、地域分布は極端に片寄っている。数の確保が先決であり、さらにこの不均等分布を考慮した計画が望まれる。福岡県は対照的で、診療所数はすでに必要数に達している。しかし、実際の在宅看取り数との乖離がはなはだしい。これからの質の