

表② 広島県緩和ケア支援センターの機能

● 緩和ケア科
・ 緩和ケア科外来
・ 緩和ケア病棟 (20床)
● 緩和ケア支援室
① 情報提供: 情報収集室(図書室)、ホームページ運用
② 総合相談: 緩和ケアダイヤル、面談
③ 地域連携: アドバイザー派遣、デイホスピス
④ 専門研修: 医師、看護師、福祉関係者など

表③ 広島県緩和ケア支援センターの運用実績  
(2004年9月1日～2007年3月31日)

緩和ケア科	
【医師2名、看護師17名、音楽療法士1名など】	
● 緩和ケア外来	外来新規患者数 559名
● 緩和ケア病棟	新規入院患者数 357名
	死亡退院 312名
	在宅退院・転院 59名 (15.9%)
緩和ケア支援室	
【看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務1名】	
● 情報提供	一般見学会 529名、視察 949名
● 総合相談	電話相談 739件、面談 136名
● 地域連携	地域へのアドバイザー派遣事業 59回
	デイホスピスモデル事業 246回
	(86名: 延べ1,029名)
	(2005年4月～2007年3月)

### 1) 緩和ケア支援センターの機能

当センターを整備するにあたり、その必要性について在宅緩和ケアを中心とした緩和ケアの推進のための拠点となるような機能をもたせることが提示され、県内各地域におけるネットワークシステムづくりを重要な役割としている。

当センターの具体的な機能として、在宅緩和ケアの重点的な支援、施設緩和ケアの推進、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築、緩和ケアを担う人材の養成、緩和ケア診療機能を有するセンターを設立することになった。

具体的な運用については、表②に示すような緩和ケア病棟の運用および外来診療をおこなう診療機能である「緩和ケア科」と、①情報提供機能、②総合相談機能、③地域連携機能、④専門研修機能の4つの機能をもつ「緩和ケア支援室」を柱とすることが決定され、2004年9月から運用を開始した。

### 2) 緩和ケア科の診療機能

当センターは701床の総合診療機能をもつ県立広島病院内に併設され、病院内の診療科である緩和ケア科として、2名の専従医師と17名の看護師、非常勤職員の音楽療法士などにより、20床の緩和ケア病棟と外来診療機能を運用している。緩和ケア病棟はレスパイトケア、在宅ケアをおこなっている患者に対する後方支援診療機能をもたせ、また支援室に配属されている専従の医療ソーシャルワーカー (MSW) による在宅支援を積極的におこない、在宅緩和ケアを推進するための病棟と位置づけて運用している。しかし、実際には当センターに紹介されてくる患者の多くが、最後まで緩和ケア病棟で過ごすことを求めてくるため、入院後に地域に戻った患者は入院患者の約20%にとどまっているのが現状であり、さらに積極的に地域と連携を図ることは今後の課題である (表③)。

### 3) 緩和ケア支援室の機能

緩和ケア支援室には2名の看護師と1名のMSWがスタッフとして常勤しているほか、臨床

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アルを設置して、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。

## Ⅱ. 地域緩和ケアネットワークの現状と課題

### 1. 〔広島県〕緩和ケア推進体制と広島県緩和ケア支援センターの取り組み

本家 好文

(広島県緩和ケア支援センター)

#### はじめに

がん対策基本法が施行され、がん診療連携拠点病院を中心としたがん診療均てん化に向けた取り組みがはじまっている。2007年度中に、各都道府県から「がん対策推進計画」が立案されることになっている。今後、地域の緩和ケア推進のためには行政との緊密な連携をはかることが必要である。

広島県では、2004年9月「広島県緩和ケア支援センター」(以下、支援センターと略す)を開設し、県民それぞれが希望するところで緩和ケアサービスが受けられる地域づくりを目指して運用してきた。本稿では、緩和ケアに関する広島県の取り組みの経緯と、3年あまり経過した支援センターの運用実績について述べる。

#### 緩和ケア推進体制整備の経緯と現状

2006年10月時点での広島県人口は2,873,737人であり、2006年度の全死亡者数は25,579人、そのうちがん死亡者数が7,551人と、死因の29.5%という状況であった(表1)。

広島県には県民の健康保持増進を目的として、広島大学、広島県、広島市、広島県医師会で構成される「広島県地域保健対策協議会」(以下、地対協と略す)が設置され、保健・医療・福祉に関する調査や協議を行い、県に対して具体的な提言を行っている。

#### 1] 緩和ケア推進体制整備の経緯

1994年、地対協に「末期医療専門検討委員会」が設置され、患者・家族・医師・訪問看護師などを対象とした末期医療に関する実態調査を実施してきた(表2)。その調査結果から、広島県民はがんになった場合でも80%近い人が病名・病状を知りたいと考えていることや、治癒不能ながんに罹患した場合には、半数近い人が自宅での療養を希望していることが分かった。1999年、こうした調査結果をまとめて、広島県に対して「末期医療のあり方」に関する提言が示された<sup>1)</sup>。

この提言を受けて、2000年には緩和ケア推進の基本方針策定のため「広島県緩和ケア推進会議」が設置され、「在宅緩和ケア推進モデル事業」や「緩和ケア専門看護師養成研修」「緩和ケア専門医師養成研修」が具体的な取り組みとして予算

表1 広島県の二次保健医療圏統計資料(2006年度)

二次保健医療圏	人口	死亡者数	がん死亡者数	がん死亡率(%)
広島(8市町)	1,333,953	10,031	3,094	30.8
広島西(4市町)	145,809	1,167	357	30.6
広島中央(3市町)	224,323	1,800	504	28
呉(2市町)	280,942	3,388	945	27.9
尾三(5市町)	273,287	3,178	934	29.4
福山・府中(4市町)	515,865	4,544	1,329	29.2
備北(2市町)	102,463	1,471	388	25.4
総計	2,873,737	25,579	7,551	29.5

化され実施してきた。また「在宅緩和ケアシステム部会」が設置され、医師会と訪問看護を中心とした在宅緩和ケア推進のための具体的方策を検討した。

さらに、2001年には地域の緩和ケア推進を目指して、二次保健医療圏ごとに最低1カ所の緩和

表2 広島県の緩和ケアに関する取り組み

広島県地域保健対策協議会に末期医療専門委員会が設置され、医師会員、訪問看護師、県民の意識調査、がんの実態調査を実施した。

1994年	医師の末期がん医療に関する意識調査
1996年	患者・家族の末期医療に対する意識調査
1998年	在宅療養中の末期がん患者への医師の関わりに関する調査
1999年	1 在宅緩和ケアを行っている患者家族の現状調査 2 医療機関における緩和ケアへの取り組み調査 3 訪問看護ステーションにおける在宅緩和ケアの実態調査 4 在宅介護支援センターにおける在宅緩和ケアの実態調査 5 広島県に対して末期医療専門委員会から「末期医療のあり方」について提言
2000年	1 広島県緩和ケア推進会議の設置 2 在宅緩和ケアシステム部会の設置 3 在宅緩和ケア推進モデル事業開始 4 緩和ケアに関する専門看護師の育成研修開始
2001年	1 施設緩和ケアシステム部会の設置 2 緩和ケアに関する医師研修開始 3 緩和ケアに関する啓発パンフレットの作成および配布
2002年	広島県緩和ケア支援センターの設置が決定

ケア病棟設置に向けて「施設緩和ケアシステム部会」が設置された。

2003年には、県内7つの二次保健医療圏（図1）に「緩和ケア地域連絡協議会」を設置して、在宅緩和ケアと施設緩和ケアの連携をはかりながら、地域の実情に応じた緩和ケアネットワークづくりを開始した。運用に際しては、各地域の保健所内にある地对協事務局を窓口とすることで、行政との連携体制を築いた。

## 2) 支援センターの運用

2004年9月、県立広島病院内に広島県緩和ケア支援センターが開設された。「緩和ケア科」と「緩和ケア支援室」で構成している支援センターの運用実績を表3に示した。

### 1. 緩和ケア科

緩和ケア科では、20床の緩和ケア病棟の運用や緩和ケア科外来診療に加え、2006年12月から緩和ケアチーム診療を開始した。

緩和ケア病棟運用の目標として、在宅緩和ケア推進のために「在宅ケアに移行するための症状緩和」「在宅ケア患者急変時の後方支援病床」「在宅ケアにおける家族のレスパイトケア」「在宅ケアチームへの円滑な移行」などを目指してきたが、実際には88.2%が死亡退院という結果であり、在宅に移行できた患者が少ないことが今後の課題である。

### 2. 緩和ケア支援室

広島県全域の緩和ケア推進に向けて、支援セン



図1 広島県の二次保健医療圏

表3 広島県緩和ケア支援センターの運用実績（2004年9月～2007年8月）

1. 緩和ケア科（医師3名、看護師18名、音楽療法士1名など）		
①緩和ケア科外来：外来新規患者数	691名	
②緩和ケア病棟：新規入院患者数	433名	
	(死亡退院数 382名 (88.2%))	
2. 緩和ケア支援室（看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務2名）		
①情報提供：一般見学会	562名、視察	1,052名
②総合相談：電話相談	870件、面談	43件
③専門研修：医師研修	1日コース	77名
	派遣研修	9名
	看護師研修 入門コース	719名
	専門コース	61名
	福祉関係者研修	159名
④地域連携支援：アドバイザー派遣		60件
	デイホスピス事業	280回 (89名、延べ1,080名)

ター内に「緩和ケア支援室」を設置して、情報提供・総合相談・専門研修・地域連携支援を4つの柱とした事業を実施してきた<sup>2)</sup>（表4）。

#### 1) 情報提供・総合相談

「情報提供・総合相談」事業は、がん対策基本法の施行やがん診療連携拠点病院の整備などに伴い、各医療機関に相談センターが整備され、積極的に情報提供が行われ始めている。今後は、各拠点病院に設置された相談センターと、緩和ケア支援室の「緩和ケア相談」機能との連携や役割分担について、県民が利用しやすい方法を検討する必要がある。

#### 2) 育成研修

緩和ケアを担う人材の育成研修事業は、広島県内だけでなく県外からの研修希望者などが増加する傾向にある。増加の原因として、緩和ケアチームの運用を開始した医療機関が増えていることが考えられる。

2000年から広島県独自で実施してきた「緩和ケアに関する専門看護職の育成研修」は、2007年9月に広島大学医学部保健学研究科附属先駆的看護実践支援センターに開講した「緩和ケア認定看護師教育課程」にバージョンアップした。そのため2007年度は、支援センターの看護師育成研修プログラムの一部を変更し、「初級コース」と「中級コース」の2コースとした。また、新たに「地域連携研修」「ヘルパー研修」などを加えて、在宅緩和ケアを推進するプログラムを強化した。

表4 広島県緩和ケア支援センターの機能

1. 緩和ケア科	
①緩和ケア科外来	
②緩和ケア病棟 (20床)	
③緩和ケアチーム	
2. 緩和ケア支援室	
①情報提供：情報収集室 (図書館)、ホームページ運用	
②総合相談：緩和ケアダイヤル、面談	
③専門研修：医師、看護師、福祉関係者、ボランティア	
④地域連携：アドバイザー派遣、デイホスピス	

最近の傾向として、拠点病院緩和ケアチームを担う医師の研修希望者が増加していることが特徴的である。

#### 3) 地域連携支援

地域連携支援事業として、支援室のスタッフが県内各地域に向向いて、事例検討会や研修会の講師として参加して、全県的な緩和ケアの啓発や推進を図ってきた。

また、在宅緩和ケアを推進するための取り組みとして「デイホスピスモデル事業」を実施した。デイホスピスは、2006年4月から介護保険制度のなかで「療養通所介護」として運用されることになった。医療保険での運用が認められなかったため医療機関で実施することが困難であり、今後検討すべき課題と考えられる。

表5 二次保健医療圏ごとの緩和ケア関連資源

二次保健医療圏	がん診療連携 拠点病院	緩和ケア チーム	緩和ケア病棟	在宅療養支援 診療所	24時間対応 訪問看護ス テーション
広島	4	6	4	195	47
広島西	1	2	1	20	4
広島中央	1	1	0	38	11
呉	1	3	1	42	7
尾三	1	2	1	52	9
福山・府中	1	2	2	75	11
備北	1	1	0	16	5
総計	10	17	9	438	94

## 今後の課題と方策

2006年8月、広島県に7つの二次保健医療圏に10カ所のがん診療連携拠点病院が指定された。2007年10月に広島県内の医療機関225に対して実施したアンケート調査結果をみると、がん診療連携拠点病院以外で7カ所の医療機関に緩和ケアチームが組織され、総計17の緩和チームが運用されていることが分かった(表5)。

しかし、運用方法、スタッフ数、診療内容などが異なっていることや、運用実績に関する詳細は不明瞭なことも多い。今後は緩和ケアチームの診療機能を充実させ、地域にある緩和ケア病棟と連携して、現場実習を含めた実践的な研修を行う必要がある。

国の「がん対策推進基本計画」で重点的に取り組むべき課題のひとつとして「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が明記されたことから、国策として緩和ケアに関する人材育成や地域ネットワークの構築、啓発などの事業が行われる予定である。

広島県では、行政が積極的に協力して、緩和ケア推進のための人材育成や地域連携を実施してきた。行政と医療の現場が積極的に協力していくことによって、地域に緩和ケアを広げることが円滑になったと感じる。今後も支援センターでの医師、看護師、薬剤師、福祉介護関係者研修を継続

するだけでなく、二次保健医療圏にあるがん診療連携拠点病院と緩和ケア病棟が協力して、基幹病院の医療者や在宅療養支援診療所医師に対する実践的な教育を実施していく予定である。

## おわりに

在宅緩和ケアを推進するためには、小回りの効く実践的なネットワークを構築する必要がある。現在は地域によって、医師会が中心的役割を担っているところもあれば、訪問看護ステーションが中心となっている地域もある。また、がん診療病院の緩和ケアチームが中心となっている地域や、行政機関が中心となっている地域など、さまざまな形態で地域の活動が行われている。中心的な役割を果たす機関や職種が異なっても、利用者に正確な情報が届き、地域の資源が十分に活用され、地域のネットワークが円滑に機能することが重要である。

## 文献

- 1) 広島県地域保健対策協議会末期医療専門委員会：広島県における緩和ケアの推進について、2000
- 2) 本家好文，小原弘之，奥崎真理：緩和ケアの多機能ネットワークによる療養方法選択のための支援，緩和ケア 16 (3)：209-213，2006

# 重症在宅医療を中心とした地域連携

川島孝一郎

仙台往診クリニック(宮城県)

## SUMMARY

重症者とは重度の障害を持った人である。しかし、直面するどのような状況とも調和した生き方を成し得るならば、もはやその人は障害者ではない普通の人である。いろいろな生き方がどのような障害を持つ人の前にも提示可能であり、現在のわが国では「すべての重症者は生き続けられる」医療と介護の制度がすでにある。そして、状況との調和を保ちながら迎える終焉には終末期はない。最期まで支えあう関係性を築くことが求められる。

## はじめに

重症者が居宅で生活することができるのは当然である。重症者は必ず何らかの障害を持っているので、障害を持つ人すなわち障害者として位置づけることができる。したがって、重度の障害を持つ人が本人の希望する場所で生活を営むときに、そこが居宅であっても何ら不思議はない。むしろ、本人の希望が叶わないほうがおかしいと考えなければならない。在宅医療はこのように、重度の障

害を持つ人が希望する居宅における生活を支えるための医療を展開するのである。

在宅生活を最期まで継続できたことの証しが居宅における終焉である。在宅で看取ることができたということ自体が、すなわち最期まで在宅生活を支えることができたということである。生きている以上、いつかは迎える人生の終焉に寄り添う医療が重症在宅には必要とされている。

## I ICF (国際生活機能分類)

障害を持つことに関してはすでに平成13年にWHOがICFを発表している<sup>1)</sup>。人が「生きる」こと全体のなかに障害を位置づけて、「生きることの困難」として理解することにより、この困難の克服を目標とするものである。

ICFが注意すべき医学の問題点としてあげているのは基底還元論<sup>2)</sup>である。医学が科学である以上、最も基本的な論理を骨子としてさらに次の論拠を積み上げてゆく。これがエビデンスの成り立ちである。しかし、この手法では必ず結果に対して原因が求められることとなる。一方向の原因究



図1 ICF (国際生活機能分類) モデル

(文献1)より

明に陥ることにより、常に障害そのものに対する是正のみが求められ、現在行われている障害者の生き方そのものがなおざりにされてしまう傾向になる。

ICFは図1のごとく、心身機能の原因-結果型

## II 生き方の表現

医師の話はたいいてい基底還元論に基づいた比較論である。図2のように健康を100%とした場合に現在の状態は50%、さらに障害が進行すれば5%、だから、現在の50%をどのように改善するかという原因探索・原因是正型の説明となる。

確かに医学の発展の多くはこのような欠陥是正型の研究によるものだが、この論理に終始した場合には医学の限界に位置する重症な人々は救われない、がんの末期・難病・高齢者の多くは現代の医学では解明されないか、あるいは治療不能であり対象から外れるのだ。

しかしその人たちは今生きている。欠陥是正型の表現に馴染まなくとも、異なる表現が十分に当てはまるのである。それは、その人間個人やその身体そのものの状態に固執する表現ではなく、人が生きる状況とその人との関係性によって生まれる関係重視型の生き方である。

図3はそれを表現している。人と生きる状況との関係性が保たれていれば、人はその状態を継続する。またさらに変化した身体になったとしても、それを受け入れる状況が作られたならそこでまた

の因果論から脱却し、活動・参加とともに、環境因子・個人因子などを織り交ぜた循環型の「生き方の提示」をもくろみたまのである。重度障害者の在宅医療を考えるとときにICFの概念を抜きにすることはできない。

平衡状態を維持することができる。このような状況においては、たとえば脳死状態の人でさえ、単に重度の障害を持つ明らかな人間であり、人工呼吸器をつけながら残された日々を有意義に生きることができるのである。

図4を見てみよう。縦軸は比較論であり原因-結果型である。状況を見出し身体に固執するならば、この表現においては人間には必ず「終末期」が生じる。

横軸の表現を見てみよう。どのように身体が変化しても、その人が置かれた状況との関係性を保つことができれば、その生き方の形態が変容するだけであり、常に100%の調和した生き方を歩む、したがって横軸にはいわゆる「終末期」はない。

人は死ぬ直前までは生きていたのであり、よりよい生き方をした結果が「たまたま死ぬ」ことなのである。よりよい生き方は最期まで継続されるのであり、もはやそれはあらかじめ運命づけられている「終末期」ではない<sup>1)</sup>。



図2 集合的身体(孤立した身体)



図3 ゲシュタルト的身体(関係性の身体)



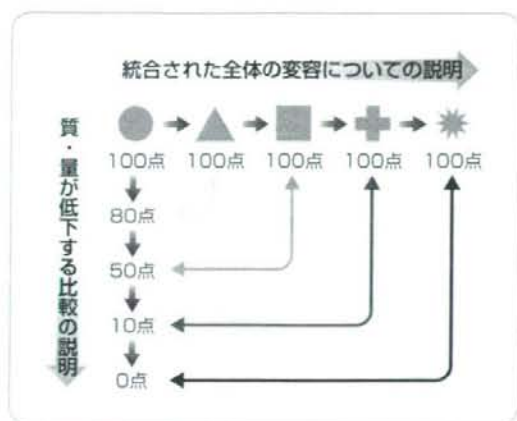


図4 2つの説明責任

もの見方によって、ある事態や状況に対する表現方法やその結果の意味づけがこのように変わる。1つの状況に対しては無限の表現ができるのだが最低2つの表現が求められる。それは相反する表現でありこれによって初めて選択肢が生まれる(図5)。

そしてその表現は同時に「生き方の表現」でなくてはならない。医師は疾病論・症候論を唱えるの



図5

ではない。病気やその治療によって変化した身体が、今後どのような生き方が可能となるのかを生き方の側面から提示しなければならない時代になったのだ。

注1) 終末期の概念は、図2に示すように健康を100%と見立てた場合の比較論に依拠する。しかし図3のように、たとえ五体不満足であっても、死を迎える瞬間まで状況との調和的全体性を維持する場合には終末期という概念は生じない。死は生きた結果であって終末期における目的にはならない。

### III 説明責任と退院計画

図6は医師の説明が今後ICDに基づく疾病・傷病の説明と同等あるいはそれ以上に、ICFに基づく生活情報の提示が必要になってゆくことを示す。さらにその内容を医療関連職種のみならず、在宅ケアに参加するすべての人々と協議することによって、初めて多くの選択肢が提示できるのである<sup>3)</sup>。

本人は、そこで自分の生き方を一時的に決定してもよいし、決定しなくてもよい。次の瞬間に変更してもよい。人の意思は瞬時に変わる。個人の「意思決定」＝「瞬間瞬間の意思の変化」であり有機的な生ものである。意思決定は石版に彫った固定した文字ではないことを医師はよく分かっているなければならない。

具体的にはどのような生きる工夫があるのだろうか。例として人工呼吸器を見てみよう。

- ① 東京周辺や福島県などでは、それぞれの地域において独居の人工呼吸器装着ALS(筋萎縮性側索硬化症)の方々が24時間介護体制で支援されている。
- ② 栃木県の小山城北クリニックでは、一歳の在宅人工呼吸器を最年少としてほかに10人ほどの小児人工呼吸器を扱っている<sup>4)</sup>。
- ③ 仙台往診クリニックでは36人の在宅人工呼吸器を扱っており、13歳の脳死状態の男児を在宅管理<sup>5)</sup>している。

このように、現行の医療制度と介護制度の範囲内で、わずか一歳であっても、脳死状態であって

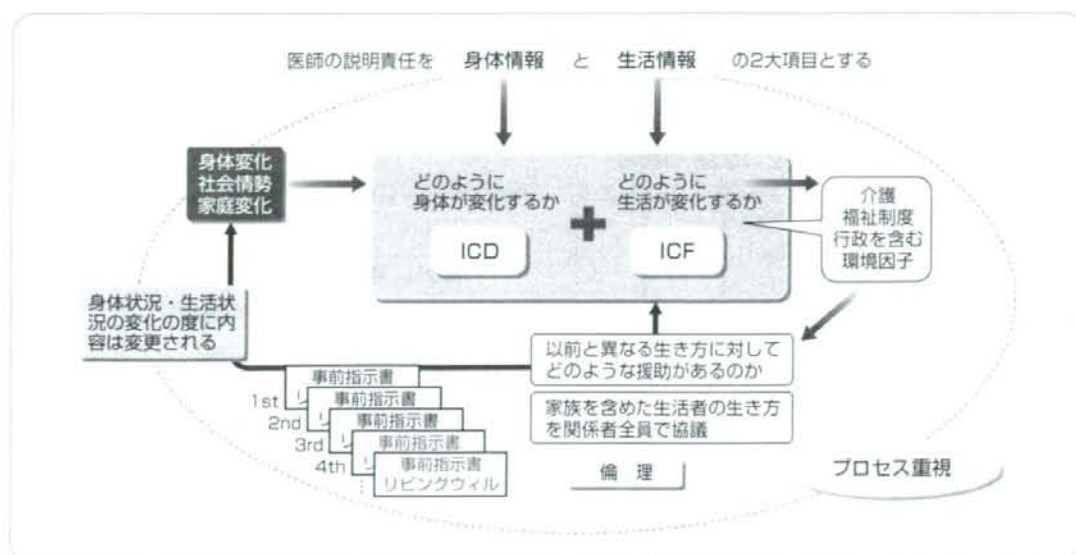


図6 生き方のプロセスを重視した説明責任

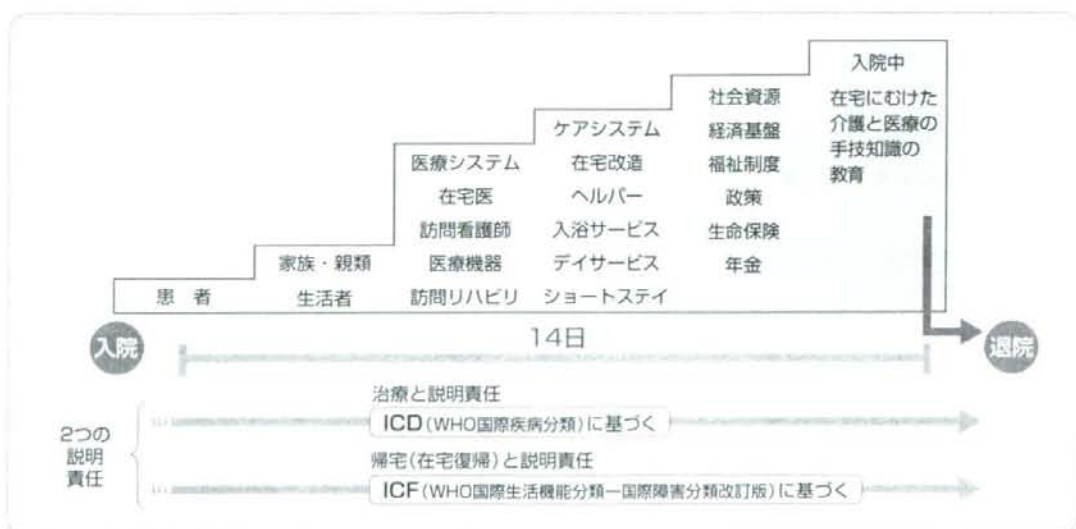


図7 退院計画と説明責任(生活情報)

も、独居であっても人工呼吸器を装着して在宅生活を行うことが可能である。

図7は入院から退院までの説明責任と退院計画について示したものである。患者と呼ばれる人も家に帰れば名前と呼ばれる。生活のなかに生きる人は皆生活者でありもはや患者ではない。在宅で機能する医療のシステム・生活に必要なケアのシ

ステム・生活を支える社会資源などについて、在宅ケアに携わるすべての人が入院期間中に集合し、退院の計画を立てなければならない。これが「サービス担当者会議」であり、重症者の退院の場合には数回開催されることもある。

それぞれの役割分担を確認し状況が整ったところで退院となる。

表1 日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計(触読式・音声式)、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計(音声式)、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置(サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む)、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽(湯沸し器を含む)、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具(住宅改修費) ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害 (一部言語機能障害を含む)	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消火器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者の知的障害 重度～最重度	動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) ※平成15年度より給付開始
色字は18歳以上が対象	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消火器

## Ⅳ 必要な制度

- ① 介護保険制度。
- ② 身体障害者自立支援法：介護保険によるケアが受けられない場合には、これによる居宅・通所・施設介護制度が行われる。在宅医療の適応になる人々は、原則的には「疾病・傷病による通院困難者」であり、身体障害者手帳が交付できるはずである。がん末期も途中で必ず身体障害となる。
- ③ ②による重度障害者等包括支援：本制度はとくに重度な障害を持つ①人工呼吸器装着者、②知的障害者、③精神障害者の三者に対して、時間数無制限24時間365日で支えるものである。ただし、自治体の経済状況に左右される場合がある。
- ④ 身体障害者手帳による諸制度：表1は身体障害者手帳の交付によって使用できる種々の給付品目である。身体障害者医療費助成制度は多くの自治体で行われている。医療費の減額・免除が可能となる。
- ⑤ 各自治体に特有な制度：宮城県では人工呼吸器装着者に対して「介助人派遣事業」を行っている。
- ⑥ 生命保険：どの生命保険の基礎部分にも必ず「高度障害」の項目がある。重症者はもちろん高度障害に該当するのであり、「生きている今、死亡時と同じ金額を本人の見舞金として全額受け取ることができる」しかも、見舞金扱いとなるので税金がかからない特典がある。

## V 地域連携

### ① 病診連携

表2は筆者が厚生労働省保険局の「在宅療法の

普及および技術評価に係る調査」実施委員会の委員であったときの調査結果である。在宅酸素・在

表2 生の終わりを迎える理想の場所

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

在宅経管栄養・在宅人工呼吸器・在宅中心静脈栄養のそれぞれの在宅療養者、およびその方々を往診している医師に対して、「療養している方々が最期を迎える場所の希望」を聞いている。いずれもが居宅を希望する割合が圧倒的に多い。ここに示される療養者も医師も昔は病院医療を受けていたし病院医師であった。しかし今は在宅医療を受け、そして在宅医師である。この療養者も医師も、病院医療と在宅医療の両者の経験者であり、ここで初めて選択肢が生まれるのである。その結果は在宅での終焉を希望する割合が圧倒的に多い。つまり、選択肢がない患者と医師には選択の余地がなく「調子が悪ければいつでも病院に來な

さい」といわれるがままに「病院に救急搬送される」のである。昨今の救急搬送率の上昇は、その一部は在宅医療の知識に乏しい病院医が作り出している現象ともいえる。まず、在宅医療の周知が必要である。病診連携の第一は「病院医の在宅医療に対する理解」が欠かせない。

## ② 診診連携

在宅療養支援診療所は全国10,700カ所である。全国の市部の在宅死数・在宅死率のいずれもが増加している反面、郡部の数は減少している。適正分布がなされていないのであり、今後当該診療所の質の向上・数の増加・適正分布が求められる。表3は、拠点型の在宅療養支援診療所のみで重症者を含めた死亡総数の25%を在宅で看取る場合に必要な診療所数を、人口配分で換算したものである。既存の在宅死亡率を差し引いた場合には、この1/2～1/3の数で十分機能すると考えられるので、在宅医療を専門にしている拠点型の当該診療所と、外来主体の従来型の診療所との連携が今後重要となってくる。

## ③ 医科-歯科連携

表4は人口配分による在宅歯科診療所数である。歯科は①摂食・嚥下機能の保持による食事の

表3 人口規模×在宅看取り×医師に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡例	10,600人	5,300人	3,180人	1,060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2,600人	1,300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
医師数	2110人	1055人	633人	211人	106人	21人
診療所の タイプ	医師5人 100名看取り (医師数130人)	26カ所 (医師数65人)	8カ所 (医師数40人)	3カ所 (医師数15人)	1カ所 (医師数5人)	
	医師3人 50名看取り	52カ所	26カ所	6カ所	3カ所 (医師数9人)	
	医師1人 20名看取り	130カ所	65カ所	39カ所	13カ所	2カ所 (医師数2人)
	従来 医師1人 2～3名看取り	?	?	?	?	45カ所? 9カ所?

注： 示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるため注意が必要。

(仙台往診クリニック 研究部門)

表4 人口規模×在宅看取り(推計)×歯科医師に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万	
2011～2015年の平均 総死亡数	10,600人	5,300人	3,180人	1,060人	530人	106人	
最大25%在宅看取り	2,600人	1300人	780人	260人	130人	26人	
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人	
歯科医師数(平成16年)	740人	370人	222人	74人	37人	7人	
歯科診療所数(平成17年)	520件	260件	156件	52件	26件	5件	
在宅歯科診療に必要と される歯科診療所数(40%)	208件	104件	62件	21件	10件	2件	
診療所の タイプ	II型訪問 歯科診療所 (週2回終日)	104カ所	52カ所	31カ所	10カ所	5カ所	1カ所
	I型訪問 歯科診療所 (週1回半日や昼休み)	104カ所	52カ所	31カ所	10カ所	5カ所	1カ所

注：示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるため注意が必要。  
(仙台往診クリニック 2007)

楽しみを作り出すとともに、必要以上の胃糲・経管栄養造設の増加に歯止めをかけることができる。②口腔ケアにより肺炎の発症率が1/2になることがすでに分かっている。在宅療養者の重度化・悪化を未然に防ぐ働きが歯科に求められており、全身管理の一翼を担う歯科、生き方に沿う歯科医療が今後要求される<sup>注2)</sup>。

#### 4 医師-看護師連携

看護においても、在宅看取りを視野に入れ拠点となる看護ステーションの広がり期待される。従来の少人数の看護では24時間体制を敷くことが困難であることも多い。地域における大規模型の訪問看護ステーションが必要である。

#### 5 医科-調剤連携

図8に示すように、療養者が重度化すると訪問薬剤の頻度と重要度が増す。麻薬・IVHの調剤・訪問薬剤指導が的確にできる調剤薬局の増加が期待される。

注2) ①ALSのたんの吸引については老振発第0717001号(平成15年7月17日)付けで、②ALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引については医政発第0324006号(平成17年3月24日)付けで、③吸引以外の行為についての解釈は医政発第0726005号(平成17年7月26日)付けで、当該行為に関する了承が発令されている。

#### 6 在宅ケア

すでにホームヘルパーが行うことのできる種々の手技がある。体温測定・血圧測定・パルスオキシメータによる酸素飽和度測定・吸引・浣腸・座薬挿入・皮膚創処置・点鼻・点眼・軟膏の塗布・湿布の貼付・薬の内服援助・爪きり・耳垢取り・口腔清拭・人工肛門の便の除去・自己導尿の介助が認められている<sup>8)</sup>。重症であるほど身体の可動制限が起きやすい。自らは動けない本人の代わりにケアの担当者が率先して行動することが望まれ

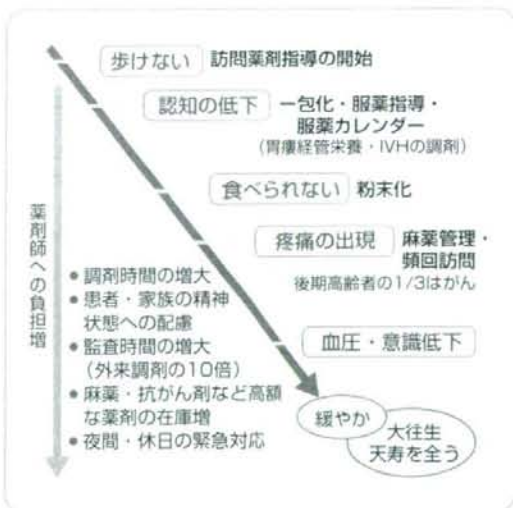


図8 後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局

る。また、吸引指導などを含めた種々の行為についての安全な施行のために、医師がケアの担当者に

十分な知識と手技の指導を行うことが望まれる。

## おわりに

重症在宅医療を中心とした地域連携にとって重要なことをまとめた。

- ① どんなに重度であっても在宅に帰すことができるということ
- ② 独居の人工呼吸器装着者にも在宅生活可能な制度が、すでに完備されていること
- ③ すべての医療が苦痛の除去にあるので、緩和の概念がすべての医療に必要なこと
- ④ ICFの概念が重要であり、どの項目にも偏ら

- ず全体を見落としなくとらえること
- ⑤ 生き方を軸とした十分な説明責任が必要であり、生きる選択肢が提示されること
- ⑥ 意思決定が重要ではなく、関与する皆で真剣に考え続けるプロセスこそが重要なこと
- ⑦ すでにある利用可能な医療とケアの実際についての知識と技術を習得すること



## 参考文献

- 1) 上田 敏：ICF(国際生活機能分類)の理解と活用、きょうされん、東京、5、2005。(図1は同著p15に掲載されている)
- 2) 上田 敏：ICF(国際生活機能分類)の理解と活用、きょうされん、東京、40-41、2005。
- 3) 川島孝一郎：後期高齢者に求められる「真の医療」を論じるためには、医師による十分な「生き方の提示」が重要である、GPnet、29-37、2008。
- 4) 川島孝一郎(分担研究)：ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究、利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究(主任研究者：濃沼信夫)、厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)。
- 5) 川島孝一郎：生き方を支える歯科医療の未来、日本歯科医師会雑誌、60(11)：44-45、2008。

# 終末期の判断と終末期医療の方針決定

川島 孝一郎 (Kawashima Koichiro)

仙台住診クリニック院長

／終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会委員

本稿では、意思決定に内在する二面性に着目し、その判断をめぐって医療者が取るべき態度や行動についての考察を論理的に提示する。

## 終末期の概念

生老病死の概念は二大別される。

- ①健康を100点と見立てた各臓器の集合体と考え、その質・量の低下とともに身体全体が衰えるものと解釈する「身体集合論」による比較評価。価値が高い・低いなどの価値論はこの類である(図1)。
- ②身体は部分の集合ではない有機的な全体性を持つものであり、身体構造の質・量にかかわらず、どのような状態であっても、生きられる世界との関係性を保っていれば

その状態を認める関係論である(図2)。

①によって身体状況を考えるならば、臓器の劣化の程度によって採点することが可能となる。各細胞・臓器等は単体で評価されるものであり、これら部分の集合が身体全体となるからである。ここに標準化された身体像が浮かび上がる。人間は画一的に評価され、ある採点基準以下になると仕分けられ、処理される。例えば、脳死の診断基準のように。

一方、②によって判断される場合には、交通事故のために半身不随となった人の不随の部分さえも、その人の全体を支えるために寄与している必要不可欠なものとなる。身体がどのような状態であっても、人は等しくこの世界で生きられることを認める。

「終末期」の判断を求められる時に、①の概念を持ち込め

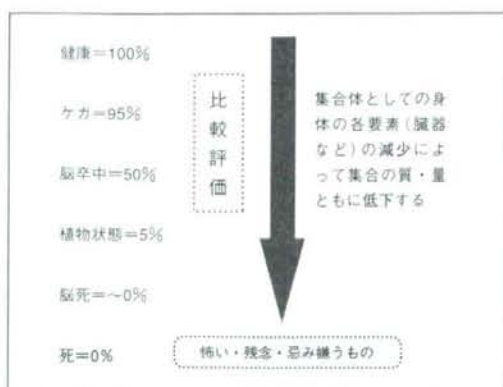


図1 集合体としての身体：医者が考えるロボット人間

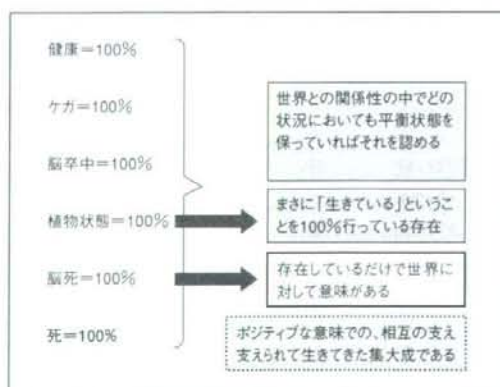


図2 一つの全体としての身体：関係性に生きる人間

ば生きることは死ぬことが前提となる、「死という目的に向かって生きる」のであり、後は基準を決めるだけである。

しかし、②に基づくならば「死は生きた結果であって目的ではない」。主観としての私かもし死を感覚できたならば、それはまだ死んでいない状態である。はたまた、私が死んだら、私の感覚はすでに消失しているから、私は死を感覚できない。客観的な私の死が誰かの目に映ったとしても、主観の私には私の死はわからないのであって、荒っぽく言えば、「私は死なない」のである。

私にはよりよく生き続けた「生」があるのであって、死は結果である。とすれば、原則的には「終末期」を明確に定めることは困難である。

①と②どちらが勝っているとも劣っているとも判断するものではなく、同一事象でありながら、もの考え方によってこんなにも異なるのだということが重要なのである。②の見方がある以上、終末期を断定的に決定することは危険である。

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会<sup>11)</sup>において、終末期を断定しなかった理由には、画一的な基準を求めることに躊躇する委員の判断があったと言えるだろう。

## 決定プロセスとは何か

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にとって大きな目標の一つは、おそらく「人の心は瞬時に変容する」ものであり、したがって「決定は覆される」ものであるということを確認することであつたらう。帰結するところは「なるべく決定を遅らせる」ことであり、「決定は常に変更可能」であり、さらに「決定しない」ことも十分な決定プロセスの成果として認めるということである。

人の心、あるいは意思は、一つの全体として常に外的・内的世界に志向的に働く。次の瞬間の刺激はたちどころにその人の意思の全体を変容させ、全く別の決定を行うことが可能となるのが「人の心」である。ある時期の、ある決定に固執しないことが肝要である。事前指示の不確かさについては、ドイツ連邦議会審議会中間答申<sup>12)</sup>にも言及されている。

次に、「なかなか人の心はわからない」ということである。人の心が「わかる」ということを説明する場合には、共同

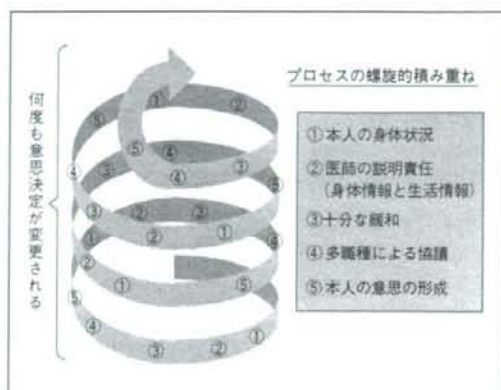


図3 終末期医療の決定プロセスの仕組み

主観性<sup>13)</sup>(自分と他者たちが、相互に主体として出会い一つ単一の世界を共有すること)に言及しなければならない。医師と患者の間に共同主観性が芽生えることによって、本来なら両者が納得した医療が行われるはずである。

しかし現実には、そこまで相手の心を理解し得た関係性が構築されていることは稀だろう。「死にたい」と言ってもわざとであったり、偽りの受容「やむを得ず受け入れる」場合などは、「やむを得ず」という条件をつけた(受容に見せかけた)取り引きであったりすることもあるからである。

表面的な意思表示と深い内面における意思とは異なる。十分に面接を行い、かつ両者が本当に心をつかち合ったとしても、次の瞬間に決定が覆されてもよいのである。

医師は長年医療に携わり、常に100点を取るように義務づけられてきた。ついつい結果を出さなければならないという義務感から事を急いでしまう傾向にある。しかし、意思決定は100点を取るのではなく、かつ結果を出すことではない。意思決定を行うに当たっての「決定に至るプロセス」こそが問われるのであり、そこに集う人たちの意見の集約・あるいは集約しないこと、決定したかのように見えたものについての変更、破棄さえも幾度でも十分に許されるのである。

図3に意思決定のプロセスを示す。多様な段階を経ながら本人の決定に行き着いたとしても、すぐに覆されてよいのである。人の意思は固定化された石像のような物体ではない。意思は私たちの本体であり、生き方そのものであり、「生もの」である。有機的に瞬時に変容するのであって、ア



メーパのようにその形を変える。

自由な人の心を客観的に評価しようとするこの尊大さに警鐘を鳴らすことが最も重要なことであり、同時に、いつまでも寄り添いながら、結果を求めずにわかり合おうとする心の触れ合いを最も重視するのである。

## 生き方を支える医師の説明責任

いずれは迎える死があるにしても、今生きていることを支えることによって、結果として本人の終末期を支えることができる。図4は、本人の身体状態の変化に伴う生き方のプロセスを重視した「説明責任」を示す。

- 1) やがて最期を迎える人も含め、医療機能はすべて生活復帰を目的とする
- 2) 生活復帰のためには、次の二大項目を必要とする
  - a. 疾病論・症候論に基づく身体機能についての身体情報提供
  - b. 個々の生活形態に基づく生活情報提供
- 3) a. の疾病論・症候論についてはICD (WHO国際疾病分類) に基づく

従来、医師は病気について観察(検査)し、把握(診断)し、操作(治療)を行ってきた。

したがって、今までの医師の説明と言えば、「疾病論・症候論に基づく身体情報」に限定されていた。

しかし、現在の医療体制においては入院させることイコール退院させることである。退院させるということは生活の場に戻すことであり、身体状況が検査や治療によって変化を受けたなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる。

つまり、今や生活者が求める説明は、単に疾病論・症候論に基づく身体情報以上のものである。それは、変わってしまった身体が安心して最期まで生活できるための「生活情報」を意味する。

ところが、未だに医師は疾病論・症候論に基づく身体情報の説明だけで説明責任を果たしたと勘違いをしている。「不十分な説明」しかなされていない状況では選択する余地が限られることになる。不十分な説明から誘導された本人の意思決定によって作成された事前指示・リビングウィルなどは、不適切極まりないものであり危険である。

説明には生き方の側面から最低限、相反する2つの説明

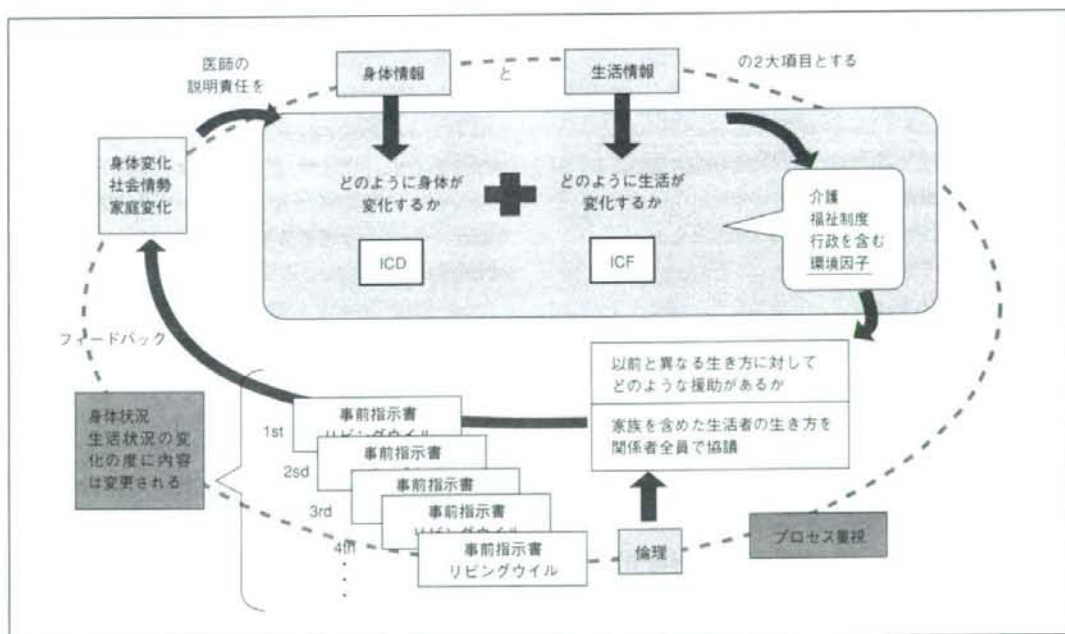


図4 生き方のプロセスを重視した説明責任

(選択するためには最低限の数が必要である)がなされなければならない。例えば、胃ろう増設は、絆を持って皆で支える積極的な生き方と言えるが、他方では強制的に生かされる無理な生き方とも表現される。

さらに冒頭で示した、生老病死の説明に必要な①と②の表現が求められる。医師は身体を集合的に評価しがちであり、特に②に関する説明責任を必要とする。

- 4) b. の生活情報は生活機能の整備に関わる本人の介護・家族の支援・福祉制度の活用・行政情報を含めた生活一般に及ぶ人的・社会的支援である。WHOが示すICF(国際生活機能分類-国際障害分類)の「環境因子」の中に説明しやすい内容がある。ただし、生活は国によって大きく異なる。日本においては国情に合った環境因子の再構成が必要である。
- 5) 3) と 4) の十分な説明を行った後で、家族を含めた生活者の生き方を関係者全員で協議することが望ましい。病院内では主として医療・ケアチームがその任務を行う。在宅復帰であれば、在宅医療・看護・介護・行政を含めた多彩な顔ぶれが必要となる。
- 6) 最も改善されなければならない問題点は「医師の説明責任の不備」である。この改善がない限り、終末期医療の決定プロセスは進まない。すなわち、
- ・ものの見方は多様であること
  - ・その多様性の適切な表現力が求められること=説明責任を果たすこと
  - ・説明によって初めて生き方を選択し決定できること
  - ・決定しても変更可能なこと
  - ・決定できない場合にはそのまま継続すること
  - ・無理に結果を求めないこと
- などが重要である。

## 「生命維持治療」と「死ぬ権利」

次に、生命維持治療としての人工呼吸療法について(1.~3.)と、死ぬ権利について(4.)、それぞれがものの見方によって全く異なる解釈が生まれることを提示する。

### 1. 人工呼吸器を外すことは単なる中止ではない。人を死なせることである

厚生労働省がまとめた「終末期医療の決定のプロセスに

関するガイドライン」の委員を筆者が務めた観点から、ガイドラインの中にいくつかの重要な文言とその解釈がある。

- ①「生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」
- ②「終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、医学的妥当性と適切性を基に、……慎重に判断すべきである」
- ③「患者本人による決定を基本としたうえで……」「患者の意思確認ができない場合には、……推定意思を尊重し」「家族の判断を参考にして、……」の3つの文節である。

①における積極的安楽死に該当する事例は、東海大学医学部付属病院事件の判決の本文に記載された「安楽死4要件」を満たした場合<sup>1)</sup>である。

要件の4番目「肉体的苦痛の除去、緩和のための他の代替的手段の不存在」に当てはまる事例は、鎮静を含めた緩和医療の発達した現代医学においては、日本では一例もあり得ない。最終的に、鎮静によってあらゆる苦痛を取り除くことが可能だからである。ガイドラインには、「可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、……」と明記されている。

それゆえ、決定プロセスを積み上げていくことに重きを置いた本ガイドラインでは、積極的安楽死をわざわざ対象とする必要性がないということが①に記載されている。

①において積極的安楽死は今日の日本ではあり得ないにもかかわらず、一方では、②に記載されている「医療行為の中止」を拡大解釈して、「人工呼吸器を外す行為等の生命維持治療の中止」による患者の死を意図的に行おうとする考えが医師の中にある。

②に「医療行為の中止等は、医学的妥当性と適切性を基に、」と記載されている以上、人工呼吸器を外す行為が医学的妥当性と適切性を基にしているか吟味される必要がある。すなわち、

- 1) 直ちに死ぬことが意図されているにもかかわらず、人工呼吸器を外すことを考慮できるのは「安楽死4要件」に該当する時だけである。肉体的苦痛に対する鎮静を含めた十分な緩和が可能である現代医学において該当例はない(苦痛があれば鎮静する)。
- 2) 人工呼吸器を着けている本人が苦痛でない(意識がない・継続的な深睡眠・昏睡)ならば、鎮静されている状

態と同等であり、「安楽死4要件」に該当しない。したがって、そのままの状態を保てばよい(苦痛はないので現在の状態を継続する)。

医学的妥当性はこの2つで完了する。人工呼吸器を外す必要はない。

ところが、人工呼吸器を外してしまう事例が出るということは、医学的妥当性以外のところに理由を求め、その理由が正当であると錯覚している医師がいるからである。

3)「つらそう」「かわいそうだから」という理由は言語道断。

これは1)と2)で改善される。

4)今生きていることをおろそかにして、“死”に活路を見いだそうとする姿勢になる原因は、医師の現状把握の甘さ・説明責任の乏しさ・打開する方策に対する無知による。医師自身が原因となっていることに気づかず、責任転嫁の結果として患者に死を選択させる悪循環がある。

5)③「患者本人による決定・推定意思を尊重・家族の判断を参考」という自己決定・近親者決定がすべてに優先すると勘違いし、認められていない「死ぬ権利」を行使させることが許されると、さらに取り違えをして、その結果人工呼吸器を外す医師がいる。殺人あるいは自殺補助と同等である<sup>33)</sup>。

直ちに死ぬことが明らかに意図される以上、人工呼吸器を外す行為の解釈は中止という範疇で考えるものではなく、「安楽死4要件」に該当するか否かによって判断されなければならない(ただし、筆者は安楽死を容認しているのではない)。

## 2. 生命維持治療の差し控えと中止は異なる<sup>34)</sup>

生命倫理の分野では、生命維持装置を着けない“差し控え(不開始)”と着けた生命維持装置を外す“中止”は倫理的な違いがないという意見がある<sup>4)・5)</sup>。いずれも人間の成り立ちを、①各臓器を足した集合体として捉えることによって示される。

人間を、各臓器の集合体として捉えた場合には、人工呼吸器は本人に付加された付属物である。差し控えは人工呼吸器を着けない(do not)ことであり、中止は着けた(足した:do)人工呼吸器を止める(引く:not)ことである。足し算引き算されてゼロになる両者の間に違いはないという論理である(図5)。人間身体はロボットと同じ集合的身体で「全体は部分の総和」となる。

しかし、人間の成り立ちはロボットのような単純な構造

物ではない。人間を、②単なる集合体ではない、その人特有な一つの全体的な統合体<sup>35)</sup>であると捉えた場合には、生命維持治療の差し控えと中止の解釈は明らかに異なる。

人間は自分に付加される種々の物体を単に足すのではない。自らの中に取り込み、内部にあるもの、外部にあるもののいずれをも自分の身体に統合して全体性を保って生きてゆく。「全体は部分の総和とは異なる新たな全体」に組み変わる<sup>36)</sup>のであり、それが他の誰でもない「私の意識」であり「私の身体」である。

内部にあるものとは人工関節・入れ歯・ペースメーカーなどであり、外部にあるものとは全盲の人の杖(杖の先に目があるという)・車椅子・人工呼吸器などである。これらは、いずれもその人が生きていくために欠かせない。

人は変わる。身体もその時々々の状況を含みながら変わる。単なる集合体ではない、その人特有な全体性を人工呼吸器を含んだ形で保つ。人工呼吸器の着脱が人の生死に直結する以上、人工呼吸器の影響はその人のすべて、手足のすみずみに達するのである。

この場合には、人工呼吸器を中止する行為は単純に足したものを引くのではない。身体は人工呼吸器と密着・融合した新たな全体として生きているのであり、この一体化した状態から人工呼吸器を単独で引きはがすことはできない。

ところが医師は、自分が着けた人工呼吸器と患者の身体が、今や一体化した全体として生きているということを理解しないままに、人工呼吸器を足した患者の姿形に感わされ、患者+人工呼吸器という集合体と見なし、足したものは容易に引くことができると勘違いをするのである。

しかし、人工呼吸器を外す行為は引き算ではない。

図6に示すように、人工呼吸器を外す行為は単なる中止の域ではなく、呼吸器を着けて(do)一体化した生命を保っている患者の全体性を一挙に崩す(さらにdoする)行為である。生命全体に対して行われる「新たな介入行為である」とともに「全体に対する崩壊行為」である。

人間の存在を、単なる集合体ではない一つの全体的な統合体と考えた時には、人工呼吸器を付けない“差し控え”と、付けた呼吸器を外そうとする“中止”は明らかに異なり、同じ範疇に入れてはならない。

## 3. 中止概念の再構成・「崩壊行為」を新設

少なくとも人工呼吸器を外す行為のように、直ちに生命

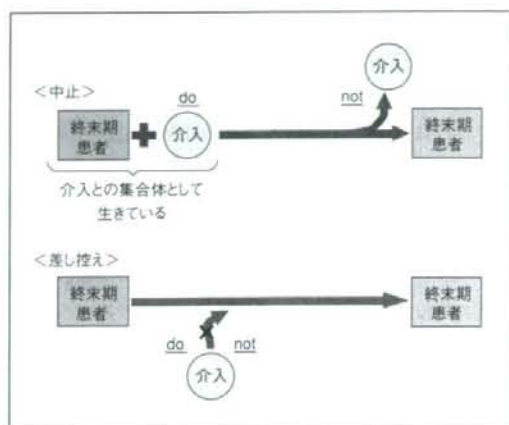


図5 身体を部分の集合と考えた場合

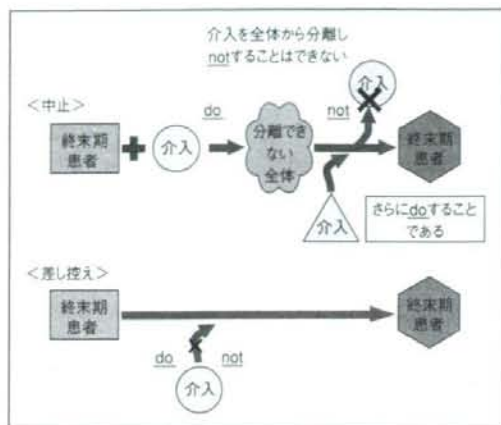


図6 身体を統一された全体と考えた場合

表1 身体の状態に基づく分類

今まで	中止行為				
	行っている治療を止める		呼吸器を中止する(足したものを引く)		
これから	中止行為			崩壊行為 統一された生命全体を一挙に崩す	
	代替治療あり	止めても現在の状態を継続可能	継続すると治療以上の悪化がある	意図的	瞬時性 全体波及性 再現不能性
実際	点滴から管の栄養に変更	治った場合 リハビリのゴール	透析すると血圧低下し危険 透析の中止	積極的安楽死の要件で評価する (呼吸器を外す行為)	

に対する危険が及ぶ行為については、表1に示すような整理が必要である。

人工呼吸器を外す行為は、従来中止行為の範疇にあるものと解釈されていた。しかし、2.の②で示したように、人工呼吸器を外す行為は、統一された生命全体を一挙に崩す行為であり、安楽死4要件によって判断されるべきものである。

したがって当該行為は、

- 1) 死を意図する行為である
- 2) 数十秒から数分で確実に死ぬことが明白な瞬時性がある
- 3) 身体全体に一挙に影響が及ぶ全体波及性がある
- 4) 行った行為の是非を本人が検証できない再現不能性がある

る

以上のことから、中止行為の範疇に入れるべきものではない。人工呼吸器外しのように瞬時に生命を絶つ行為は『崩壊行為』という別のカテゴリーが必要である。

清水<sup>10)</sup>は人工呼吸器を外すことについて、「肺を移植することによって生き延びた人が、その肺を除去するというにに近い」という例を挙げている。これも崩壊行為であり呼吸器を外すことと理論上変わりはない。

人工呼吸器は外してはならない。崩壊行為である。

中止行為とは表1に示すように、

- 5) 代替治療がある場合
- 6) 中止しても現在の状態を維持できる場合