

終末期の判断と終末期医療の方針決定

川島 孝一郎 (Kawashima Koichiro)

仙台往診クリニック院長

／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

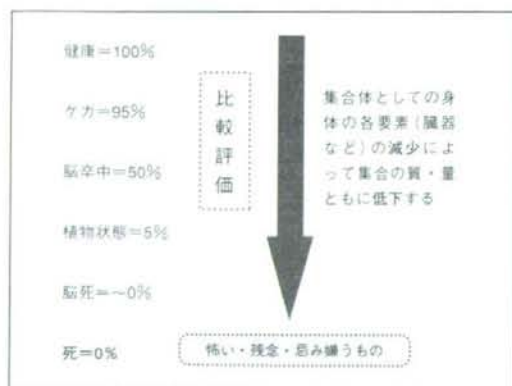


図1 集合体としての身体：医者が考えるロボット人間

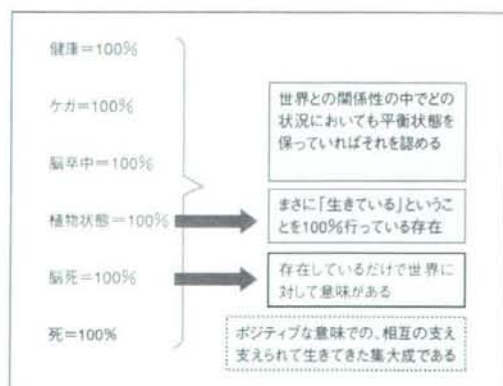


図2 一つの全体としての身体：関係性に生きる人間

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」。主観としての私が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、私が死んだなら、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¹¹⁾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」とし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ったろう。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¹²⁾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¹³⁾（自分と他者たちが、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）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

メーバ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も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・リビングウイルなどは、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

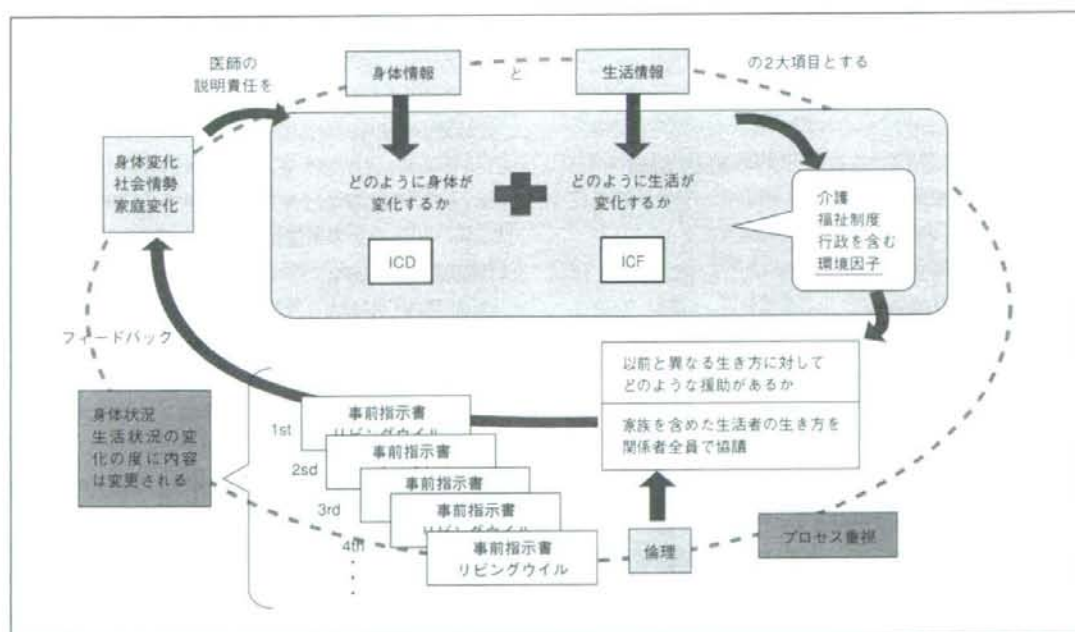


図4 生き方のプロセスを重視した説明責任

(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¹⁾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に、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。殺人あるいは自殺幫助と同等である³¹⁾。

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³²⁾

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³³⁾。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成的身体で「全体は部分の総和」となる。

しかし、人間の成り立ちと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³⁴⁾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³⁵⁾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惑わされ、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

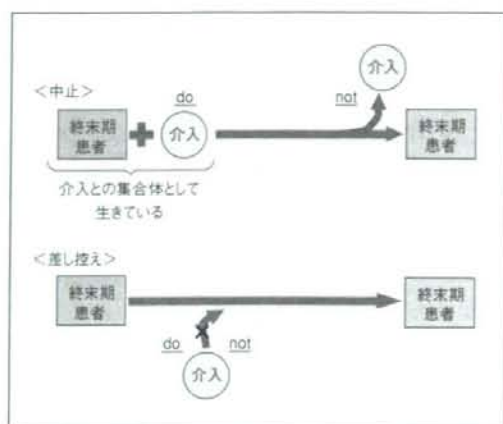


図5 身体を部分の集合と考えた場合

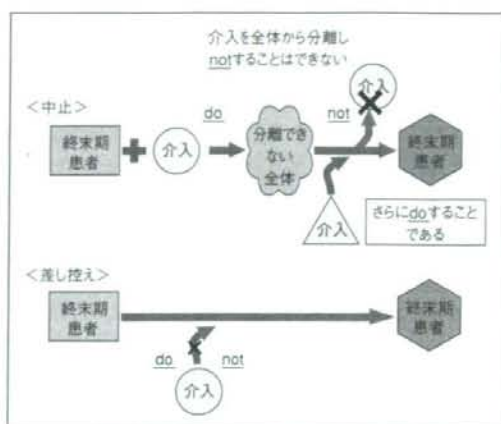


図6 身体を統一された全体と考えた場合

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	積極的な安楽死の要件で評価する (呼吸器を外す行為)	

に対する危難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¹⁰⁾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、その肺を除去することによって近い」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

7) 継続すると治療以上の悪化がある場合(悪化が急激な場合は直ちに中止)に限定される。

4. 生きる権利と死ぬ権利についての小考察

我が国の法律においては、殺人・自殺の救済・補助は厳しく罰せられる¹²⁾。年間3万人の自殺者は結果であって、それが法律上権利として認められているものではない。少なくとも現在の法制度では死ぬ権利は認められていない。

しかし、もし「死ぬ権利」が認められたら権利には必ず「死ぬ義務」が生じる¹³⁾。

- ①「死にたい人」のために、医師は死なせる条件と方法を考え出す義務が生じる。
- ②医師は致死量の薬を処方し、薬剤師は致死量の薬を調剤しなければならない¹⁴⁾。
- ③教育の現場では、義務教育の小・中学校の授業で、死ぬ権利の正当性を語り死ぬ方法とその技術について学ばせることが、国の当然の義務として生じることになる。
- ④死ぬことが可能なので、子どもは勉強が嫌だから「権利として死んでやる」と言い出す。
- ⑤ある一定の条件に達した人には死ぬ義務が生じるので、一律に処理される集団が出る。例えば、脳死状態になった場合の一律な臓器提供の案などの危険性。これが、ある条件を設定したホロコーストとどう違うのか。
- ⑥DVの親は、「子どもが死にたいと言ったから殺した」と言い張るかもしれない。
これで国は成り立つのか。

権利は、人格としての人間同士における相互主体性に立脚することによって倫理的に成立する¹⁵⁾。「生きる権利」は相互主体性に立脚することから生まれる。なぜなら、相互の関係性を継続し続けることが前提となるから。

しかしながら、「死ぬ権利」という語句は、権利という言葉を使いながら、権利を生み出す源となる相互主体性、すなわち人格相互の関係性それ自体を根底から崩壊させる。意図して死ぬことは、相互の関係性を意図して崩壊させることであり、本人だけがこの世から消滅するのではない。本人と関係したすべての人々・環境・その他が本人の目の前から消え去るのであり、逆に本人によってすべてが抹殺されることである。

死ぬ権利を主張する人は、権利という言葉に修飾語

に利用して死にたい・死なせたいだけである(権利的に死にたい)。

死ぬ権利: Right to dieとは「権利の基盤を崩壊させるもの」という意味であり、それはもはや権利: RightではなくLeft: 左道¹⁶⁾である。

以上から、生きる権利と死ぬ権利は、同じ基盤の上に乗った上での対極にある2つの論理なのではない。生きる権利と死ぬ権利は、全く別の基盤・論理構成から生まれた異なる文脈であり、たまたま両者が「権利」という文字を使用しているにすぎないのである。このカラクリに気づかなければならない。

- 1) 生命維持治療の差し控えと中止は異なること
- 2) 生きる権利はあっても死ぬ権利という権利は認められていないこと

の2点を強調し、医療現場の「なし崩し自己決定万能論」に強く注意を喚起するものである。

おわりに

生命倫理の4原則(自律尊重原則・善行原則・無危害原則・公正原則)は独立した個人が独立した自己決定を成し得る自律性⇔反する他律、善行=正義があるという前提⇔反する悪の存在、善⇔無害という背反、公正性という基準⇔反する不公正、に示されるように、すでにそれぞれの原則が二項対立を内在している特長がある。

しかし、このような「個の独立存在」を基本とする論理による思考過程を経て最終的にもたらされるものは、「どちらかの正しさ」という、すべてか無か(勝者と敗者)という結果、あるいは誰しもが納得しない平均値と標準化に行き着く。

ところが、実際的意思決定は、本人と本人が置かれた状況との関係性の中で行われるものなので、その関係性もたらす「本当の納得」や「真の受容」が本来の決定内容であるはずである。それは平均値ではない中庸を求める作業であろう。

おそらく、私と私が置かれた状況とが互いに影響し合いながら全体性を形づくり、「全体は部分の総和とは異なる全体」として、私と状況との共同作業によって、その全体がよりよい生き方へと導かれていく決定の仕方が今後模索されることになろう。

意思決定に内在する二面性に目をつむり、単純な二項対立を際立たせ、すべてが無かを選択させようとするある種の運動は、推測かつ危険であると考えなければならない。

注1) 厚生労働省「終末期医療の法定プロセスのあり方に関する検討会」13回開催資料を詳した。本人の意思決定・医学的妥当性・決定に至るプロセス等を重視する内容となっている。本論は筆者の意見であり検討会の委員の意見を反映しているものではない。なお、著者が執筆した類似の提説が日本救急病棟協会機関紙「JIC」に掲載されている。

注2) 安楽死(4要件)と積極的安楽死(苦痛から解放するために意図的に死を招く行為)の適法要件の概略

1. 耐え難い肉体的苦痛の存在

2. 死期の切迫

3. 推定的なものではない、患者の明示の意思表示の存在

4. 肉体的苦痛の除去、緩和のための他の代替手段の不存在

注3) 刑法 第二百一十二条「人を殺害し若しくは脅迫して自殺させ、又は人をその脅迫を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。」

刑法 第二百一十二条(未遂)前条の罪の未遂は、罰する。

注4) 左道「お前(主)ひとりに左道を学びて回家を加ねむす。」『徳川本紀』天平元年(179年) 2月辛未、左道とは正式に認めない方法のこと。当時非合法とされた処罰を指す。Left Handは「脱走しい・狡猾な・不誠実な・同僚の、などを意味する。

●参考文献

1) ドイツ連邦議会審議会中間報告「人間らしい死と自己決定 終末期における事前指示」。山本建設監訳、知泉書館、p.21-33、2006。
 2) 横山洋一郎「共同主観性の現象学」世界書院、p.6、1998。
 3) 川島洋一郎「身体存在形式または、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」生命倫理、17(1)、p.198-206、

2007。

注1) 人間の身体的構造・心理的構造のそれぞれの立場から、生命維持治療の差し控えと中止の間には違いがあることを論じている。

4) ヘスゲ・ワーズ「生命の神聖性説批判」和田信之助、東信堂、p.161-190、2006。

注1) 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違いはない。

5) 水野俊誠・横野孝「日本における生命維持治療の中止と差し控え」生命倫理、16(3)、p.84-90、2006。

注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。

6) テルト・コフカ「ゲシュタルト心理学の原理」鈴木正樹訳、福村出版、1980。

注1) 心理構造や身体存在形式を、集合体ではなくゲシュタルトに基づいて「全体は部分の総和とは異なる全体性」とみる空間。

7) 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、97(6)、p.20-21、2005。

注1) 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。

8) 葛川浩一「あなまられた構造を超越して高次の構造をあらたに創出する能力、メタメタボシヤイ可塑性」講談社、p.53、2003。

9) 前掲書10)

10) 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、No.97(6)、p.20、2005。

11) 権利と義務：下中弘編、哲学事典、平凡社、p.458、1982。

注1) 自然的権利(自然権)は法定法よりも高い自然法から導かれた要求のない自由で、生きている権利、労働する権利、幸福の追求、自己を発展させる権利などがそれとされる。ハーゲルによれば「普遍的意志と特殊の意志との人倫的同一性において義務と権利は一つになり、人間は人倫的なものを通して義務を有するかぎり権利を有し……」。

12) 久山重昭子・若田太「尊厳死と自己決定権—オレゴン州尊厳死法を題材に—」智識学論集、47(2)、p.219-236、2003。

注1) 少数ながら尊厳死法によって自死する患者は……前述のように、自死を希望し医師から致死薬の処方を受けた患者のすべてが……。

13) 新田孝彦「入門講義—倫理学の視点」世界思想社、東京、p.151、2005。

一般病棟でできる！

がん患者の看取りのケア

あなたの疑問にがん看護専門看護師が答えます

濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・
高橋美賀子・大谷木靖子 編
B5判 194頁 定価2,520円(税込)

がん看護専門看護師が一般病棟の看護師に向け、看取りのケアの基本や全時期に共通するケアのポイントを紹介。患者の予後で時系列ごとのケアのポイントをQ&Aで分かりやすく解説しました。



日本看護協会出版会

コールセンター(ご注文) TEL.0436-23-3271 FAX.0436-23-3272

主な内容

第1章 総論：看取りのケアの基本

1. 看取りの文化的意味/2. 医療の中の看取り/3. 一般病棟での看取り

第2章 各論：看取りのケア 全時期に共通するケアのポイント

1. 意思決定/2. 予後予測/3. 症状緩和/4. 生を支えるケア/5. 親を亡くす子、子を亡くす老親へのケア/6. スタッフのストレスマネジメント

第3章 各論：看取りのケア Q&A時系列ごとのケアのポイント

1. 予後1〜6カ月と予測される場合/2. 予後が週単位と予測される場合/3. 予後が日単位と予測される場合/4. 予後が時間単位と予測される場合/5. 看取り/看取り後

在宅医療

執筆 ▶ 英裕雄 ● 新宿ヒロクリニック院長

在宅でのターミナル・ケア その1

家族の気持ちの整理を優先し、
本人の生活をチームで支援する



がん患者さんとがん以外の人のターミナル期は大きく違う

ターミナル(終末)期とは、どういう時期を指すのでしょうか。

同じように自宅で療養している患者さんでも、がんの患者さんの場合はターミナル期への移行が比較的判断しやすく、一般的には有

最期まで自宅で自分らしく暮らしたいと思っている患者さん、また、そうさせてあげたいと願っている家族はたくさんいます。そのために、医療者、介護者は何ができるのでしょうか。今回は、ターミナル期にある患者さんやその家族が安心して幸せな時間を過ごせるようにするための、医療・介護スタッフのかかわり方を考えます。

効な治療法がなくなった時点からターミナル期に入ると考えられています。治療法がないといっても何もできないわけではなく、この時期にはおもに緩和医療、緩和ケアが行われます。患者さんにしっかりした意識がある場合が多いので、症状コントロールを行いながら、人生の終わりの時期をより有意義に過ごしていただけるようにするのが医療・介護スタッフの役割です。

一方、がん以外の病気や障害で自宅療養を続けている高齢者の方々の場合には、一体いつからがターミナル期なのか明確でなく、施される医療やケアの内容も人それぞれです。多くの場合、本人の意思確認は難しいものです。1つの考え方として、食事が取れなくなったときから緩やかにターミナル期に移行するのだととらえることはできます。

この場合も、経腸栄養法や中心静脈栄養法といった補助栄養療法を行いながら生活を続けることが可能です。中にはこうした療法によって状態が維持され、以前と変わらない生活を楽しんでいるようにみえる人もたくさんいますので、その意味では医学の発達によって、よりターミナル期が認識しにくくなったともいえます。

実際に、食事の取れなくなった高齢者をみている我々医療者や介護職が、その人がターミナル期にあるというはっきりした共通認識をもつのは、かなり死期が近づいてからです。病気や障害の進行、体力低下などをどうにも阻止できない時期に至って初めて、誰かみてもターミナル期にあると認識できるのです。家族によっては、死の直前になってやっと死が近いという現実を受け止めるようになるケースもあります。実際の在宅医療の現場では、患者さんと家族、それを支える人たちとのかかわりの中で、徐々にターミナル期を意識していくというのが現状です。



ターミナル期に人生最高の幸せを味わったWさんのケース

80代後半のWさん(女性)はパーキンソン病を長く患い、手足が屈曲拘縮した状態で、寝たきりの生活でした。家族は娘さんが2人。2人とも仕事を持っているため平日は介護にかかわることができず、Wさんの介護は基本的にヘルパーが行い、娘さんたちは仕事が休みの週末だけ、身の回りの世話をするとした状況でした。



英 裕雄 (はなぶさ ひろお)

1993年、千葉大学医学部卒業。3年間の病院勤務を経て、96年、「曙橋内科クリニック」を開業し、在宅医療に着手。99年、ケアマネジャーの資格を取得。2001年、「新宿ヒロクリニック」開設。NPO法人「在宅がかりつけ医を育てる会」監査役。ケアマネジャーの現任研修講師なども多数務める

通常、1人暮らしで寝たきり、しかも手足が拘縮しているような場合、肺炎や脱水、床ずれなどいろいろな合併症を繰り返すことが多いのですが、Wさんは軽い発熱や軽度の誤嚥がときどきみられる程度で安定した状態が続いていました。

ところが、あるときから頻繁に高い熱を出すようになりました。これを機に、医療・介護スタッフが折りに触れて集まり、2人の娘さんも交えて今後のことを話し合うようになりました。もっとも重視したのは、娘さんたちに自分の気持ちを吐露し、整理してもらうことでした。

2人は初めのうち、「できる限り家にいさせてあげたいけれど、最終的には入院も仕方ないです」と言っていました。しかしその後のカンファレンスで長女が、「母は今、人生で一番幸せなときなのではないかと思う」と言いました。聞けば、Wさんは昔から内向的で、いろいろなことを耐え忍んで生きてきた人。楽しみは読書くらいで、時間があれば本を読んでいたと言います。そんなWさんがときどき童謡を口ずさんだり、ヘルパーに好きな食べ物を聞かれて「イクラ」と答え、イクラをお皿いっぱい食べてみたりと、昔よりも楽しそうだと話してくれました。「だからこの生活を続けさせてあげたい。でも、自分たちは仕事があるので無理なら入院も仕方ない」と言うのでした。

ところが、それを聞いたあるヘルパーが「入院するなんて私たち

が淋しい」と言い出したことで、話の方向が変わりました。そのヘルパーは何年もWさんを担当しており、家族のような気持ちが芽生えていたのでしょうか。愛情のこもったその言葉に引っ張られるように、スタッフの中にも、なんとか在宅生活を支援したいという気持ちが膨らんできたような気がします。

私は医師として、発熱や誤嚥、床ずれを予防しながら、苦しむことなく自宅で生活してもらうことは可能だと話しました。娘さんたちは不安を口にはしてはいましたが、家族の生活もWさんの生活も維持できるとわかると、最期まで家で看ることを選択しました。そして全員で、これから身体の状態は低下していくが、それは自然な経過として受け止めること、これまでのやり方は大きく変えないことを確認したのです。「ご本人がそばにいてほしいとおっしゃったり、あなた方がWさんと一緒に過ごしたいと思うときは、どうぞ、そうしてください」と話すと、娘さんたちはほっとした表情でうなずいておられました。

その約2週間後、Wさんは静かに息を引き取りました。娘さんたちは「いい看取りができました」と言ってくださり、かかわったスタッフも満足感でいっぱいでした。



ターミナル期のケアマネジメントから逃げないで

このケースからもわかるように、

高齢者のターミナル期というのは、本人以上に家族が現実を受け入れ、本人の幸せを考えながらその現実はどう対応するかが問われる時期といえます。そして、家族が意思を固めたら、ケアマネジャーを含めた介護スタッフ、さらに医療スタッフがチームとしてこれまで行ってきたことを振り返り、その後どうすることが一番よいのかを話し合い、実行していくことが重要です。

ところで、ターミナル期ではどうしても医師や看護師のかかわりが前面に出がちですが、支援方針をコーディネートするのはケアマネジャーです。病状が常に変化するなかで、医療が必要なのかそうでないのか、また、食事は無理でも入浴は可能というようにできることがあるのか、あるならどうすれば実現できるのかななどを素早く判断し、生活を維持するためのサービスを提供し続けます。といっても、もちろんケアマネジャーがターミナル期の全責任を負うということではありません。必要なサービスを提供できるチームを整えることが大きな役割なのです。

ターミナルと聞くとどうしても腰がひけてしまう人も多いと思いますが、ターミナル期のケアマネジメントには学ぶべき点が多くあります。多くの人が自宅で幸せな最期を迎えることができるよう、ターミナル期の経験が豊かなケアマネジャーがどんどん出てきてほしいものです。

(つづく)

在宅医療

執筆 ▶ 英裕雄 ● 新宿ヒロクリニック院長

在宅でのターミナル・ケア その2

がん患者の在宅生活を支える
早めの対応で



初期の不安を支える 介護保険の申請は早く

在宅医療を受け始める頃のがん患者さんの状態は、医学的には有力な治療法がなくなった状態、つまり命の期限が迫っている状態です。多くの場合、自力歩行の機能は残っているものの、体力的に難しいため移動には車いすを要しま

がんの患者さんの在宅医療は、入院や外来通院による治療を経て、体力の低下などから通院が困難になってきた頃に、本人の明確な意思表示があって始まるのが一般的です。療養期間は1~2ヵ月と短い場合が多く、その間にはさまざまな症状変化が見られます。在宅生活の流れと、その支え方についてお話しします。

す。それでも、その時点で自分の死を意識している人は少数で、民間療法などを始める人も少なくありません。

患者さんも家族も、自ら選択した在宅医療ではあっても、最初は自宅での生活が成り立つのか、十分な医療が受けられるのか、家族はどうかかわったらいいいのかなど、さまざまな不安を抱えているものです。とくに始めの1週間は本人・家族とも精神的に不安定です。この間、医療スタッフは、家族の介護力や療養環境を見極めながら、最適な医療的サポートをすることに努めます。サポート体制が整うのに伴い、本人や家族も落ち着きを取り戻し、笑顔が見られるようになります。

早い人は在宅生活を始めて1~2日で、遅い人でも2週間くらいすると、「もう一度、趣味を復活させよう」、「外出してみよう」といった意欲が出てきます。ここからのしばらくの間が、がん患者さんの在宅ターミナルでもっとも良い時間かもしれません。病状が安定していれば遠方に出かけることもできます。会いたい人に会えるのもこの時期です。

しかし、いつかは病状が急変する 때가来ます。胃がんの患者さ

んなら吐き気や胃痛、大腸がんの方ならお腹が張る、呼吸器がんの方なら呼吸が苦しいといった明らかな症状が出てきます。医師は、予めこうした症状変化を予測し、変化のあったときには速やかに往診して対応します。ケアマネジャーは、状況に応じて姿勢を楽にするマットなど福祉用具をうまく取り入れ、療養環境を整えていくことなどが重要な役割となります。

現在のところ、がん患者さんの場合、退院時からケアマネジャーが決まっているケースは少なく、多くは途中から入っていただくのですが、療養環境の整備や精神的サポートを病状の進行に遅れることなく進めるためにも、病院の退院支援の段階で介護保険の申請を済ませていただけるとありがたいと思っています。



症状急変を機に 最期の迎え方の意思確認

急変時に忘れていけないのは、ある程度落ち着いた段階で、その後の療養希望を確認することです。症状の変化を経験し、「死」を現実のものとして意識するように



英 裕雄 (はなぶさ ひろお)

1993年、千葉大学医学部卒業。3年間の病院勤務を経て、96年、「環境内科クリニック」を開業し、在宅医療に着手。99年、ケアマネジャーの資格を取得。2001年、「新宿ヒロクリニック」開設。NPO法人「在宅かかりつけ医を育てる会」監査役。ケアマネジャーの現任研修講師なども多数務める

なった時期が意思確認を行うタイミングとしては適していると思います。私の経験からいうと、痛みなどの症状をとりながら、最期まで自宅で過ごすことを選ぶ人が大多数です。

一方、家族は自宅で看取ることを意識したとき、大きな不安を抱きます。私は、家族の不安が強い場合には、「ご本人が希望しているのだから、今日一晩だけ自宅で見てみたらどうですか？」と話します。この「一晩だけ」という言葉に家族の緊張は和らぎます。急変後の1日をなんとか乗り切ると薬も効き、症状が落ち着きます。するとまた1日、自宅で過ごせます。患者さんにしても家族にしても、この「もう1日」「もう1日」という積み重ねが、結果的に最期まで自宅で過ごす結果につながるように思います。

死が近づくと、患者さんは寝たきりになります。この頃には親族などが頻りに訪れますので、医師やケアマネジャーがサポートしながら本人の意思をきちんと伝えます。さらに臨死期といって死の直前の時期になると本人の意識は薄くなります。この後は事前に聞いておいた希望を尊重し、それに沿った最期を支えることになります。



86歳・肺がんの夫を 自宅で看取った90歳の妻

がんの場合、病気の特性や介護

保険申請のタイミングの関係から、介護的対応よりも医療的対応が主になるケースが多いのですが、もともと何らかの病気や障害で介護を受けていた高齢者ががんを発病した場合には、介護的対応が主となることもあります。

86歳のYさんはもともと要支援(旧)で介護保険のサービスを利用していました。あるとき肺がんを発病して入院。すでに手術は不可能な状態と診断され、退院しました。その時点で受けている医療は、麻薬の貼り薬と在宅酸素療法でした。在宅での主な介護者は90歳の妻1人。高齢で糖尿病もあり、十分な介護は難しそうでした。

Yさんの場合、要支援のときから担当しているケアマネジャーがおり、なじみのヘルパーもいました。ケアマネジャーは退院に合わせて介護用のベッドなど福祉用具を導入。貼り薬を貼ったりはがしたりすることもままならない妻の手助けができるよう、ヘルパーの訪問も手厚くしました。

一方、医療スタッフは病状の管理や何かあったときの往診が主。ときどき看護師がボランティアに立ち寄って様子を見たりしていました。点滴など介護負担の重くなる医療は、妻やケアマネジャーと相談のうえ、導入しませんでした。Yさんは夕方になると呼吸苦に陥ることを繰り返していましたが、なんとか在宅生活を続けました。

【症例の概要】

名	前	Yさん
年	齢	86歳
性	別	男性
同居家族		妻
要介護状態区分		要支援(旧)
病気・障害		肺がん末期

当初は、妻が介護に対して大きな不安を抱いていたこともあり、自宅で看られなくなったらホスピスへの入院を考えることにしていたのですが、しばらくすると妻自身から、「これだけみなさんに親身になって手伝っていただけるなら、ずっと家でも大丈夫だと思う」という言葉が出てきました。この日から、Yさんの呼吸苦はほとんどなくなりました。「悪くなったら入院」という精神的不安が呼吸苦を引き起こしていたと考えられます。その後、大きなトラブルもなく、Yさんは退院して2ヵ月後、自宅で妻に見守られながら静かに亡くなりました。

このケースのように、在宅で療養している高齢者ががんを発病することは珍しくありません。ケアマネジャーの皆さんには、担当しているお年寄りががんになったとき、どんなサポートができるのか、必要な医療をどう確保するのかなどを

日頃からシミュレーションしておく、いざというときに早め早めに対処していただけると、本人や家族の希望に沿った最期を迎えるための大きな力になると思います。

(つづく)



都会で行う在宅医療連携

英 裕雄

新宿ヒロクリニック（東京都）

SUMMARY

東京では、今後も後期高齢者の増加が続くことが予想されている。一方で療養病床や介護保険施設も少なく今後も増加は期待しづらい。また在宅療養支援診療所や在宅医療を主たる業務とする医療機関は少なくないために、これらが機能を発揮しつつ病院や施設などとのように連携していくことが今後の中心的課題となると考える。本稿ではこれら社会事情に合わせた現在の連携課題について新宿区の試みを中心に論じたい。

はじめに

人口が首都圏や大都市圏に集中してきている結果、高齢者人口もこれら地域において非常に増加することが予想されている。このような地域では地価の問題から施設整備が困難である一方、核家族化や住宅の狭小化などが進んでおり、高齢者夫婦の単独世帯や高齢者の独居世帯は非常に増加しているため（図1）、家庭療養も必ずしも容易でないという特徴がある。一方で介護が必要になった

場合自宅での対応を望む人は66%に達すると考えられている（図2）。したがって今後さらに進展する高齢者療養の問題は大都市地域においてはさらに大きくなることが予想される。また地域コミュニティも希薄化しているために隣人同士の支えあいや見守り機能なども弱いなど課題は大きい。行政・民間・医療介護提供者さらにはボランティアなどが一体となった対応体制作りが求められて



図1 高齢者単独世帯／夫婦のみ世帯の増加

（資料：厚生労働省提供ワークシートによる推計）

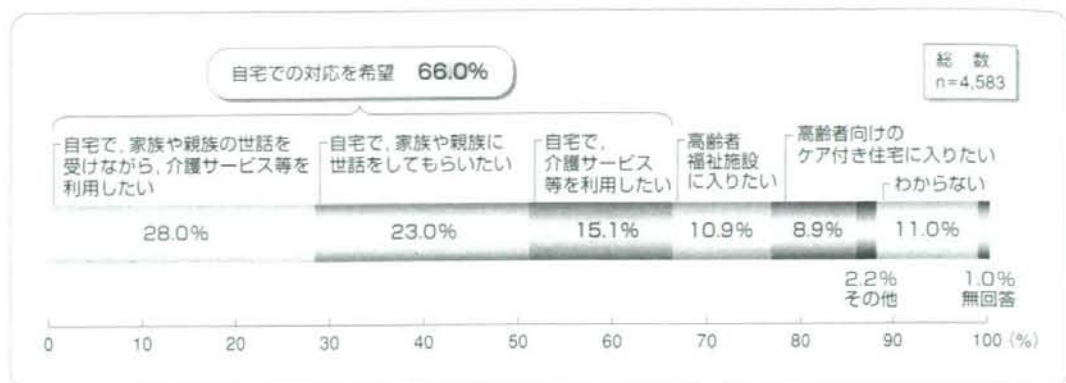


図2 介護が必要になった場合に望む対応 (資料：平成17年度東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」(東京都))

いる。その意味でも高齢者医療においては、施設内のみでの医療提供ではなく、地域のさまざまな状況を理解しつつ、地域全体と協働する医療形態への転換が不可欠になるのである。したがって在

宅医療を通じて医療者が地域の実情や高齢者の生活状況を理解することは、必須といえる。本稿では東京とくに新宿における実情と連携を模索する状況について概説する。

I 東京都の状況—量的整備から連携整備へ—

東京では、平成32年ごろまで総人口が増加し、1,200万人強(平成17年)の人口が1,300万人程度になると予測されている。一方で高齢者数は実数でも人口比率でも増加し続け、平成17年に230万

人(高齢化率18.3%)、平成27年には342万人(高齢化率24.2%) (実数で49.2%増)に増加し、平成32年には高齢化率は実に25.2%に達すると考えられている(図3、4)。



図3 東京都の人口推移 (資料：平成12、17年総務省「国勢調査」、平成22年以降厚生労働省提供ワークシートによる推計)

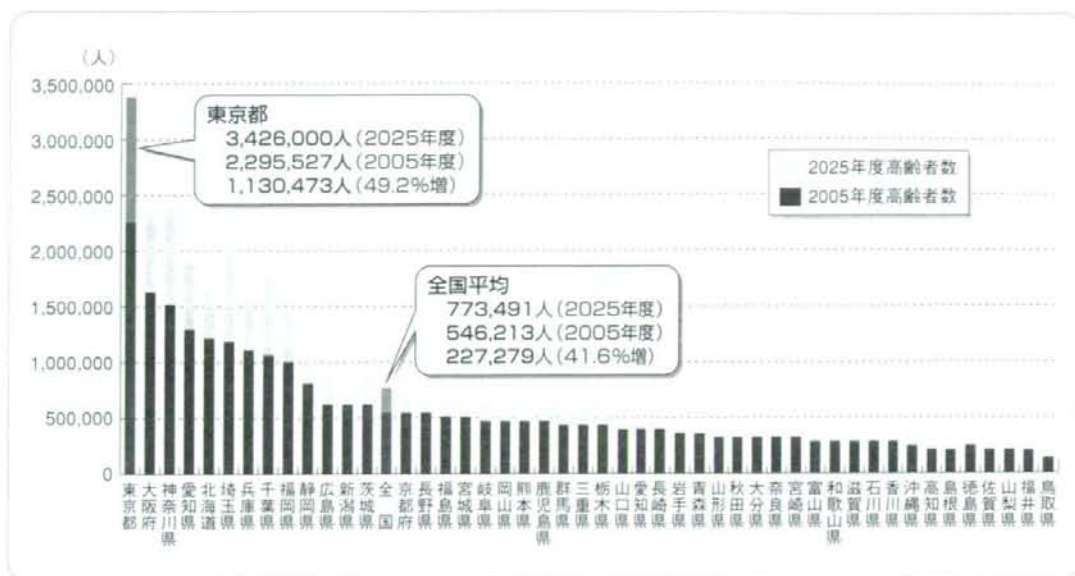


図4 都道府県別 高齢者数(65歳以上)の推移
 (資料: 2005年 総務省「国勢調査」, 2025年 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」)

とくに後期高齢者の増加が著しく、平成32年には前期高齢者数を上回ることが予測されている。また高齢者の単身や夫婦のみの高齢者単独世帯の増加も著しく、家庭介護力が乏しい中で療養を余儀なくされる後期高齢者が著しく増加することが予想されることから、在宅サービス・施設サービスともに拡充させる必要が生じている。

一方で在宅医療の中心を担うと期待される「在宅療養支援診療所」は平成19年7月時点で、都内約12,000カ所の医科診療所のうち約1,100カ所が届出を行っており、平成18年に東京都が行った医療機能実態調査において、診療所の6.4%が在

宅医療が主たる業務であると答えるなど、在宅医療とくに訪問診療の提供体制は比較的整っている地域といえる。しかし在宅療養支援診療所の多くは単独の医師によるものが多く、都内訪問看護ステーションのほとんどは小規模な訪問看護ステーションであるが、24時間365日体制を維持することが困難であると指摘されるなど課題がある。

そこで今後、東京都では、在宅療養支援診療所同士や訪問看護ステーション同士、さらにはこれら多職種同士の連携など縦横の連携をいかに構築するかが課題となっている。

II 医療連携の縦断的側面・横断的側面

医療連携という場合、われわれはどうしても医療を提供する側としての連携を考えがちである。しかし、在宅療養者にとっての最適解を探す方向としての連携を考えなければならない。

医療連携を構築するうえで2つの軸で構築

される必要がある。一つは在宅療養者が抱えるさまざまな身体的問題を解決・サポートするために、地域医療資源がいかに有効に無駄なく組み合わせられた連携を目指すこと。在宅療養者の多くは、多科的問題、たとえば内科・眼科・耳鼻科・皮膚

科・精神的問題など実にさまざまな問題を抱えている。これら在宅療養者が抱えるさまざまな問題をそれぞれの専門科がいかに連携して支えるかという、横の繋がりとしての連携、横断的連携といえる。もう一つが、地域住民がその地域で生活し続けるために予防医療から一次医療、二次・三次急性期医療さらに急性期リハビリから回復期リハビリそして慢性期療養へと続くトータルな療養が保証される必要がある。そのためには病期や病状によって異なる医療提供主体がかかわっていか

ざるを得ないが、それらが有機的に連携しなければならぬという縦のつながりとしての連携、縦断的連携である。

このように縦断的連携と横断的連携が複合的に絡み合った姿は、一つの織物にたとえることができる。縦糸（縦断的連携）と横糸（横断的連携）を1本1本つむぎ、美しい模様ができ上がるように、さまざまな医療が縦横に組み合わせられて、患者それぞれに適した療養を形作っていく必要がある。

Ⅲ 横の医療連携—とくに診診連携について—

新宿区医師会が平成19年9月に行ったアンケート調査では、回答118施設のうちで訪問診療を行っている医療機関は43、さらに夜間往診をしている医療機関は26あるにもかかわらず在宅療養支援診療所として届けられている医療機関は14にしかならず、条件さえ整えば申請を行いたいとする医療機関が15施設あった。夜間往診を普段かかりつけの患者には提供しても、大々的に24時間対応を行うことの不安や患者の費用負担の増加を心配することなどから、申請を見合わせている医療施設が多いことが伺えた。現在24時間対応を行っている医療機関もその対応を長期的に継続していくことの不安の声も多く、単独診療医での24時間365日対応は訪問診療を行う医療機関にとって架せられた使命とはいえ、負担感が強いことが

伺えた。

そこで、診療所間連携は不可欠であり、有志の医師同士の連携や複数診療医を抱える在宅療養支援診療所を核とする連携など、さまざまな方法があるなかでも、新宿区医師会では、医師会診療所を中心とした連携を試みることとなった。本システムはあくまでも主治医の指示に基づき当直医が往診代行を行うという形であり、主治医は電話対応は24時間余儀なくされるが、在宅患者の療養一貫性を担保し、主治医がある程度の吸息と取れるためには不可欠なシステムとして、医師会および行政から支援を頂き、平成20年6月より実施する方向となった。当初は夜間対応のみとするが、将来的には休日や正月や盆などの連続休暇への応用も検討されている(図5)。

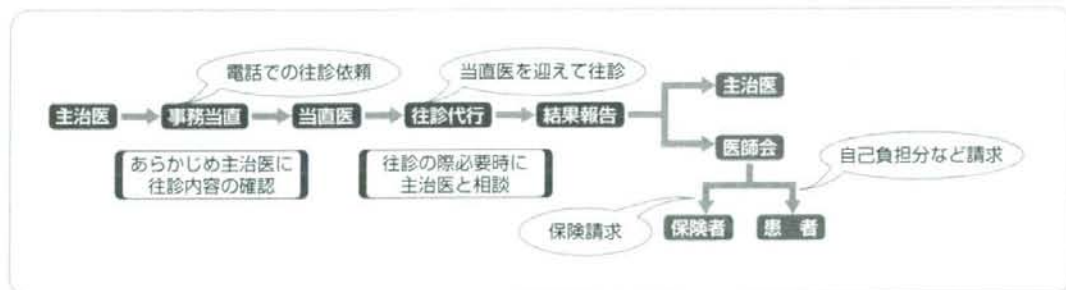


図5 新医師会診療所における夜間往診代行の流れ

また一方で在宅主治医同士の連携と同様重要なのは、適切な専門医の往診が保障されていることでもある。東京都皮膚科医会では、床ずれ110番と名して、皮膚科専門医の往診医紹介制度を作っており、床ずれに限らず在宅療養中の患者が罹患する皮膚疾患を在宅で対応できるように整備している。また東京都内では神経内科専門医による定期的な神経難病患者訪問事業などを行っており、ALSを代表とする神経難病患者の在宅療養に役

立っている。また平成6年より新宿区医師会では眼科や耳鼻科・泌尿器科・精神科などの実にさまざまな診療科の開業専門医の往診を紹介する制度などが、作られていることから患者の抱えるさまざまな診療科の問題を在宅療養を行いながら解決する方策が講じられている。このような専門医往診制度は、定期的もしくは必要に応じて提供されているが、在宅療養がより円滑に行われるために不可欠な仕組みといえる。

Ⅳ 縦の医療連携—病診連携を中心に—

新宿区では、3大学病院、4総合病院を擁しており、急性期ベット6,000床以上とほかの地域に比べると急性期入院環境は非常に優れているといえる。もちろんこれら多くの病院は専門診療・高度先端医療を行う施設であるため本来は在宅患者の誤嚥性肺炎などによる一般的入院ニーズと合致しない場合もあるし、夜間や休祭日などには緊急入院先を探すことは容易ではないが、平日日中などはもともと密接な連携を結んでいる病院は在宅患者の受け入れを融通してくれることは少なくない。しかしともすると入院期間が長期化しやすかったり、入院による生活機能低下が進行しやすい高齢者在宅患者では、いかに急性期病院への入院が容易であっても、適応を厳密に検討し、入院の目標などをきちんと家族や本人などとあらかじめ共有化しておくことが好ましい。またこれら病院で専門的治療や検索の結果在宅療養が適切であ

るという判断から直接退院し在宅療養をする患者も多く、急性期病院・在宅療養支援診療所間連携はかなり密接に構築されている場合が多いといえる。その一例として在宅療養計画研究会の活動があげられる。本会は区内4総合病院と10数人の一般開業医がより円滑な退院支援を目指すために、平成14年より活動している有志の会であり、医師会との関係なども密接に、最近増加しつつある在宅療養支援診療所の医師と病院主治医との連携の場として役立っている。

一方で介護力不足などから在宅療養の開始や継続が不可能な場合の受け皿としての療養病床は介護保険・医療保険両方合わせても、新宿区内では45床しかないことから、区外施設の利用や従来医療的対応をあまり得意とはしなかったような介護保険施設への往診医療の提供などでカバーする必要が出てきている(図6)。

V 医福連携

平成12年の介護保険制度の施行以来、区内では介護サービス事業者が急速に増加し、訪問介護・訪問看護などの訪問系サービスと同時、デイサービスやショートステイなど通所・短期入所系のサービスは非常に増加した。しかし一方で特別

養護老人ホームやグループホームなど比較的長期に入所できる施設は限られており、昨今増加しつつある有料老人ホームをあわせても区民の長期入所ニーズをカバーするには至っていない。在宅で比較的重症もしくは重介護状態を支える在宅療養

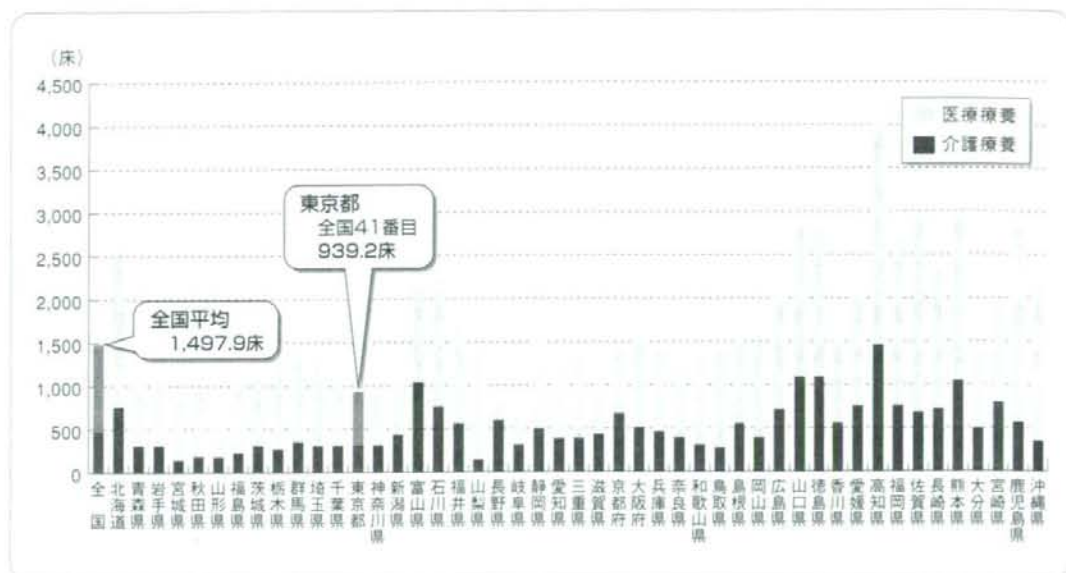


図6 都道府県別に見た65歳以上人口10万人当たりの療養病床の病床数
 (資料：65歳以上人口—総務省「国勢調査」、病床数—病院報告(平成18年3月分概数))

支援診療所としては、訪問系サービスとの連携や通所系サービスとの連携により、今後増加する老人単独世帯など家族介護力が乏しい在宅患者の療養をいかに支える工夫をするかが今後喫緊の課題となっている。現在区内介護サービス事業者協議会では年に一度連携医師との連絡会を行っており意見交換の場を設けたり、積極的にケースカンファレンスを利用して個々の患者における個別連

携をより充実することと同時に、従来のフォーマルサービスだけに頼る介護ではなく、さまざまなインフォーマルサービスの拡充やいたずらに重度要介護状態を引き伸ばさないための医療的配慮、とくに高齢者自らのリビングウィルに基づいた医療構築と同時に、区外や都下などの比較的施設が充実している地域との連携などを目指す必要がある。

教育システムを包括した在宅医療

和田忠志

あおぞら診療所(千葉県)

SUMMARY

高齢化が進むわが国で、在宅医療の担い手を養成することが強く要請されている。この状況のなかで第一線の開業医が教育を行うことはきわめて重要である。われわれは、診療のなかに学生や研修医を教育するシステムを組み込み、患者への負担を最小にしつつ、教育活動を行っている。とくに、研修医に対して、その場でコンサルテーションに応じながら体験的学習をしてもらうことが活動の特徴である。教育を行うことは、われわれの学ぶのプロセスでもあり、ひいては医療活動の水準向上に役立つと信じている。

背景

急速な人口構成の高齢化に伴い、在宅医療が注目されている。病院死亡を大きく増加させないとすれば、2037～2040年には、国内在宅看取り数を現在の4～5倍程度に増加させることが必要であり、長期的視野に立って国内システムを整備し、在宅医療の素養をもつ医師を量産する必要が

ある。また、プライマリ・ケアに従事する医師は、十分な在宅医療の能力をもつことが望ましい。

一方、自宅死亡率は、上記のように、現在なお減少を続けている。また、厚生労働省資料を分析すると、「在宅医療費」は増えているが(図2)、「医師の訪問サービスとしての在宅医療」は増えてい

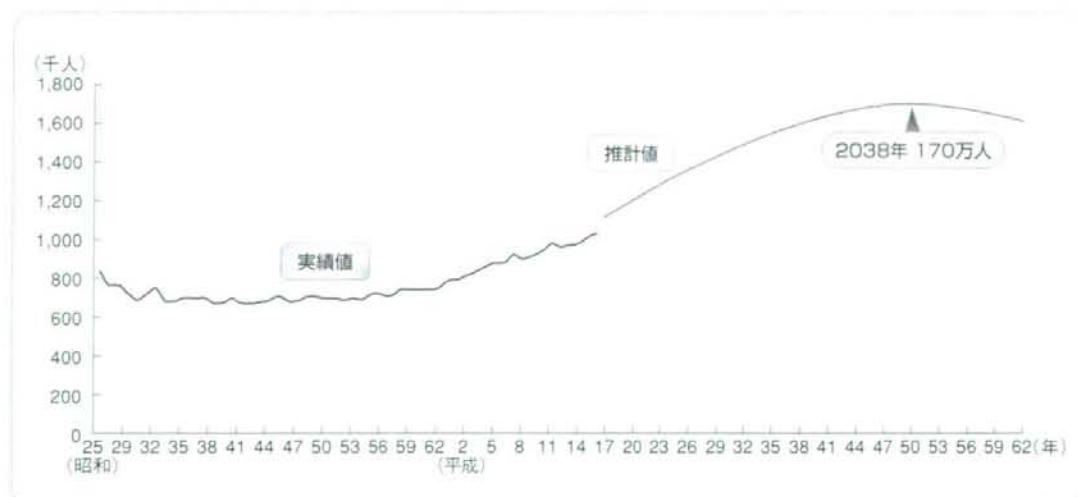


図1 日本人の死亡数の推移とその予測

資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

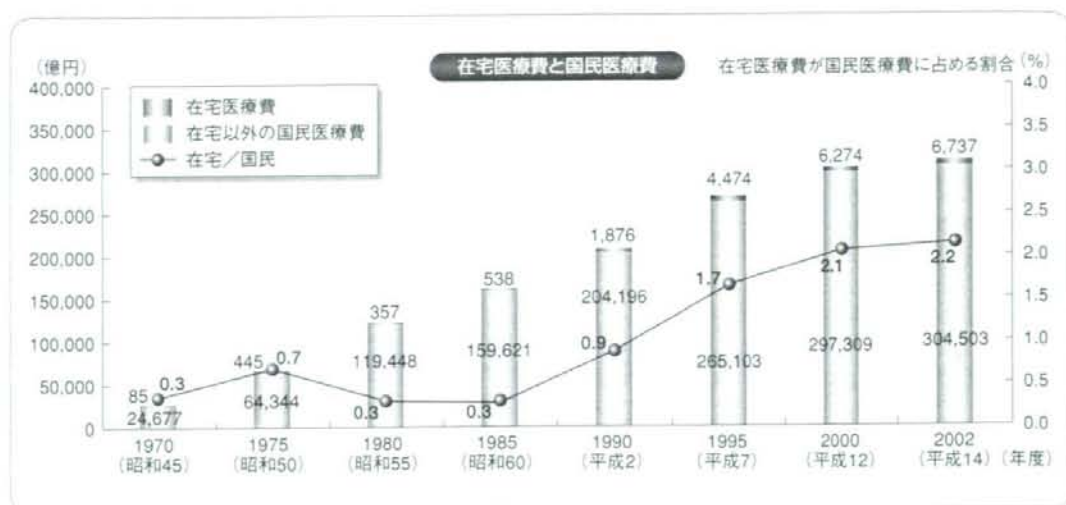


図2 在宅医療費の推移

(国民医療費、社会医療診療行為別調査(いずれも統計情報部)をもとに算出)

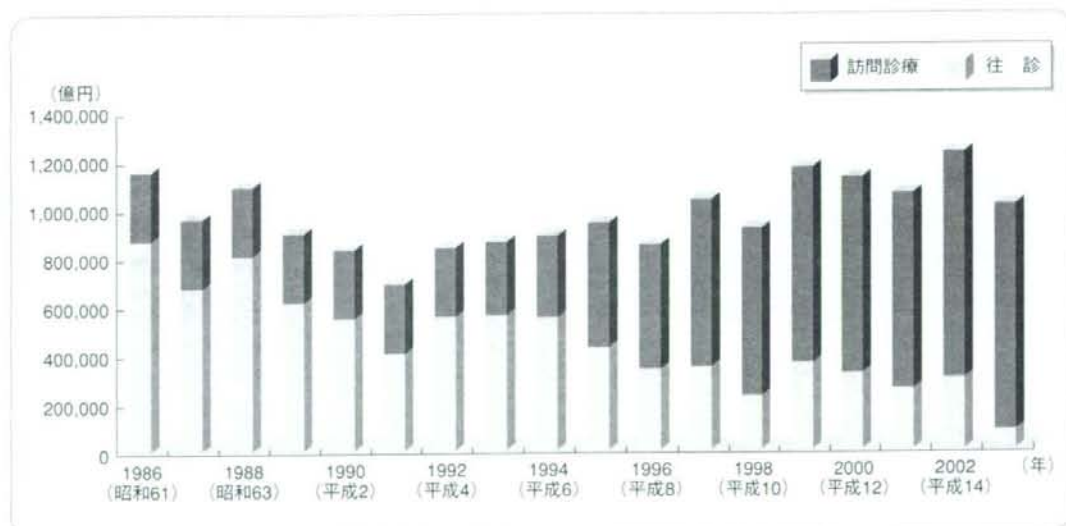


図3 医師の患者自宅への訪問回数(1ヵ月当たり)

(厚生労働省 社会医療診療行為別調査 分析 藤井博之 和田忠志2005)

ない(図3)。つまり、保険診療での在宅医療「費」は増えているが、医師訪問実数は増えず、高齢者やがん患者の増加を鑑みると、相対的には医師の訪問を受ける患者の割合は減少している。この意

味で、在宅医療推進のためには、在宅医療を行う医師を増やすことが非常に重要であり、そのためには、「教育システムを包括した在宅医療」を行う医療機関が増えることが重要である。

I 在宅療養支援診療所と教育活動

筆者は、国立長寿医療センターの平成19年度

在宅医療推進会議の「新たな在宅医等の人材養成