

社会保険旬報

昭和22年7月15日第3種郵便物認可(毎月1・11・21日発行) ISSN 1343-5728

1998 No.1983

5.1

社会保障と社会保険の原理を考える／堀勝洋

みなし末期という現実／石井暎禧

健保組合の高額医療費は1千万円以上が72件〈潮流〉

全国介護保険担当学会議開く〈潮流〉

9年度の要介護認定モデル事業の結果〈潮流〉

点数表改正等に伴う実施上の留意事項〈通知〉

みなし末期という現実

(上)

広井氏への回答

医療法人財団石心会理事長

石井 暎 禧

広井氏は「私たちは、終末期における医療が、「少なければよい」などと言っているのではないし、ましてや医療を否定ないし排除しようとしているのではない」と主張されているが、そうであれば、医療を否定している「報告書」を書き直すべきである。しかし氏は「同時に、やみくもな延命医療には深い疑問を持っている」と続け、ただちに「医療を否定しない」という弁明を撤回している。

「『福祉のターミナルケア』に関する報告書」(以下「報告書」と略す)に対する私の批判(本誌二月一日号)に対し、筆者の一人である広井良典氏より、反論が発表された(本誌二月二十一日号)。それは「私たちの主張をあまりに誤解、場合によっては曲解するものであり、多くの論点がすれ違いのままに終わっていると思われる」としながらも「報告書」と同じく、超高齢者への医療の否定を繰り返している。しかし氏の弁明と反論こそ、我々の批判への

第一章

広井氏の「意図するもの」について

「ターミナルケアと死生観」

1. 「みなし末期」は「医療の否定」報告書の「意図するもの」について、

の「誤解」「曲解」が積み重ねられ、論点をほかし、ケアのあり方を死生観の問題にすり替えている。そこで広井氏の論旨に沿って再批判をしようと思う。

なか、率直に表明すべきであり、私の主張のどこが「安易な」であるのか、具体的な批判をされたい。

「できる限り医療は控え自然な死を」というのが広井氏らの主張であるのは、この反論でも否定していない。これを「医療の否定」と我々が受けとめたのは、広井氏らが「みなし末期」を肯定しているからにはかならない。一月に開催された「高齢者に生きる権利はないのか」というシンポジウムにおいて、横内氏の「みなし末期」批判を基調講演(本誌三月一日号論文と同意旨)とし、開催の呼びかけ文においても、「終末期でない状態にまで終末期を拡大解釈し」と、我々の批判の基軸を明らかにしている。私の論文も横内氏の「みなし末期」論を基礎にしながら論理を展開した。もし本気で「医療を否定していない」というのなら、誤解・曲解を言う前に、広井氏は「みなし末期」を明確に肯定している共著者の竹中氏と見解が同じであるのかどうか、末期の定義を改変する意図があるかを明らかにすべきである。

「できる限り医療はひかえ自然な死を」というのは、「消極的安楽死」の主張そのものである。広井氏が真の終末期における緩和ケアを主張するのであれば、その主張は普通の安楽死肯定論の一つにすぎないし、私もあえて批判

する気はない。脳死をめぐる論争において多様な立場があるように、死生観の問題を含め、容易に国論の一致を見ることがにはならない問題だからである。

しかし報告書で広井氏が提起した問題は、これまでのターミナルケア論争とは、問題の次元を異にしている。通常の尊厳死・安楽死論とくらべてみると一目瞭然である。尊厳死論争は①不治の病の末期②耐え難い苦痛③自己決定の三要件を全て満たすことを前提にした論争であった。そして①および②の客観化できる条件に比べ客観化の困難であった③自己決定の意味および確認が論争の核心であった。ところが「福祉のターミナルケア」という「報告書」の主張は位相を異にする、このい

ずれをも満たすべき前提にはしていない。広井氏の場合は、かろうじて「選択」を不明確な形で要件にした主張(死に場所の選択論)に自己決定の痕跡を見ることができ、「報告書」の冒頭を飾る竹中論文に至っては、自己決定をも必要としない安楽死(痴呆老人への医療の否定)である。さらに報告書の筆者全では、耐え難い苦痛は要件にしていけない。そして肝心の末期を拡大解釈し、これをも要件から外し医療を否定するのが、報告書の画期的な問題提起であると我々は理解した。

福祉施設で介護されているというだけで、末期でない老人に「できる限り医療をひかえる」のは、「医療の否定ないし排除」であると理解するのは、「誤解」でも「曲解」でもないごく当たり前の判断である。この我々の批判への反論として、「医療を否定していない」と主張するのであれば、「みなし末期」に言及せざるをえないはずである。広井氏が、私の批判を読み、シンポジウムに出席した上で、「みなし末期」にふれない以上、「みなし末期」肯定論者であると判断できる。

くりかえすが問題は終末期の判断である。ところがこれを問題にしているときに、「終末期」ということの判断はそれ自体困難なものであるけれども、いずれにしても「自然な死を」と終末期の判断をさけて論ずる広井氏は、ターミナルケアと単なる老人ケアとの差異など、もともと気にはしていないのが本音ではないかとさえ思われる。ここでも反論はせず、結論を無媒介的に維持するという氏の論理の特徴があらわれる。

広井氏の理解する老人の末期像は、「徐々に衰弱して死んでいくようなターミナル」であり、こんな死は脳血管障害の一部などにしかみられない。このような一部の病像を老人全般の末期の病像として一般化するのは間違いで

ある。個別の後期高齢者の死を、基本的に老衰死としてとらえる広井氏の末期像は、われわれ医療現場の真実とはかけ離れている。この点に関しては横内氏の論文で詳細に分析されているので省略したいのだが、横内氏の紳士的な批判だけでは、広井氏には理解されないようなので、私はあえて直言してみたい。広井氏の考えるようながんのターミナルケアと同一概念でのターミナルケアは「老人のターミナルケア」では存在し得ない。死期の告知、死の受容への精神的サポート、残されたものの精神的ケアなどと言った医療的ケア(死の臨床)は、がんのターミナルケアにおいて、中心的課題となるが、老人のケアにおいて、必ずしも重要なものではない。

「老人のターミナルケア」の用語は、広井氏のいう狭義のターミナル(数時間から数日前)に用いられる場合はこれとさら問題はないが、氏が適当と考える「ターミナルケア」の定義である「死期が近づいていることを予見した上で……ケア」と定義されると問題がある。「特養で行われているケアはすべてターミナルケアである」とする広井氏の「最良義」の定義と実質が変わらないからである。まず死期は予見できないし、予見がかなりの確率で可能となるのは、狭義のターミナルにお

いてのみであり、それすらよく失敗する。広井氏は明らかに末期の定義を改変しているのだ。

結局、広井氏は死期の予見という根拠のない主観を導入し、単なる老人ケアをターミナルケアと呼び、医療を行わないことを正当化する道を開いた。

末期の拡大解釈を根拠づけるものとして、「八十歳以上の死は天寿」とする広井氏の考えがあり、これを「健康転換」(公衆衛生学上で使われる、健康概念の歴史的变化)と言う耳慣れない概念を使い体系化している(広井良典「ケアを問い直す」ちくま新書)と思われるが、これには大きな疑問がある。感染症を中心とする急性疾患構造(健康第一相)から、慢性疾患を中心とする時代(健康第二相)への転換は事実であるが、だからといって第三相への転換を慢性疾患から「老人退行性疾患」中心へと疾病構造が変わったという広井氏の判断は肯定できない。この段階の特徴は高齢者の増加に伴い、むしろ感染症等の急性期疾患の再登場と慢性疾患の増大である。第一相における感染症は、社会環境の近代化、公衆衛生の発展、医療環境の近代化、医療技術の発展により、第二相において医療に占める重要度は減少したが、第三相では、高齢者の結核の増加、肺炎での死亡などが、老人医療で大きな問題

となつてゐる。慢性疾患もその性質上、全く減少してはいない、当然増加している。医療技術の面から見て、慢性疾患においても、急性疾患においても後期高齢者と前期高齢者を本質的に区別するものではなく、程度の問題にすぎない。「慢性疾患」と違つて「治療は本来的に困難」な「老人退行性疾患」とはなにを指すのか医療人には理解できない。老化が進めばいかなる病気に對しても抵抗力は低下し、回復力も低下するのは当然で、慢性疾患と異なる病氣にかかるわけではないので、ぜひその概念の由来と定義を教えていただきたい。

第三相が、高齢化が進み、医療的ケアでは不十分な、生活援助を必要とする患者が増えると言ふ意味であるならば、理解できるが、その場合は医療がいらなくなるではなく、医療のほかに介護が必要になることを意味する。「慢性疾患を生活習慣病と呼ぼう、慢性疾患は解決済みの病氣であり個人責任である」という厚生省の「悪名高い」プロバガンダに悪のりして、「老人退行性疾患」は生活習慣病でないから、慢性疾患でないと言つのも行き過ぎたプロバガンダである。

老人のターミナルケアを論ずる人の中で、老衰こそ本質、慢性疾患はその現象形態と言ふ人は存在する。しか

し、それはマクロの見方であつて、個人への医療行為からみれば、慢性疾患のケアがあるだけで、老衰のケアがあるわけではない。広井氏の独自性は老衰を疾患とみなし、個別ケアの問題として、医療の無効性を論証しようとするところにある。

氏の「みなし末期」肯定論は老人医療の実際を知らないためであると、前回の私の論文では好意的に誤解していたが、「ケアを問ひなす」を読んで認識を変えざるをえなかった。医学的認識において氏の誤謬は一貫性を持ち「体系的」である。かくして年齢によつて終末期を定義して良いとする理論は成立し、八十歳以上の老人には治療すれば良くなるような疾患は存在せず、「みなし末期」は存在しない、全ては真の末期であるということになり、氏の論理の一貫性は保たれる。老人医療の理解が「医学的に」異なつてゐる横内氏に對して、自らが依拠する老人医学論の所在を明らかにし、横内論文へ反論すべきであらう。

2. 末期ケアは医療の論理で決められないのか

広井氏の「みなし末期」論には、老人医療論のほかにも一つの仕掛けがある。「治療すれば回復する老人患者に對して、適正な医療を受ける権利を

否定している」という私の批判に對して、「適正な医療」を「適切な医療」と言い換えて、次のように反論している。「終末期における『適切な医療』というものが、医学上の判断のみでひとつに定まるか、というところでない」と私は考える」と広井氏は言う。これををなげなく読むと、一見もつとも主張であるようだが、反論されたような主張をする医師を私は知らない。

「適切な医療」の判断とは、この場合末期医療の問題であるから、末期であるかどうかの判断を含む。すると「ターミナルケアを受ける者の価値観、生命観が入つて来るを得ないし、なによりもそれが尊重されるべきである」とし、それが「死に場所の選択」の問題として「医療の論理または医師の裁量ですべて決められるとするのは全くの誤りである」という広井氏の主張が、末期であるという判断まで医師に任せるな、と主張しているのかどうか問題なのである。判断という言葉が、診断と治療のいずれを意味するのかを明示しない広井氏の主張は、治療方針の決定にいたるまでの、順序・仕組みを考えず、自己決定の優位性の原則だけで医療の論理の単純否定に行き着く可能性があるからである。

「治療の実施に当たつて、患者の意

向を無視せよ」という主張を私がしていないのは、すでに私の論文を読んでいる広井氏は分かっているはずであるから、前記の主張は終末期であるかどうかの判断を「医療の論理で決めてはならない」、すなわち「死生観によつて末期の定義は異なる」と理解するほかにない。ところで人は死生観や価値観を、つねに一般論として自覚しているわけではなく、具体的状況に直面し自覚するものである。どのような疾患であり、どのような治療があり得て、どのような予後であるかということが示されることなく、患者は死に立ち向かい、人生を決定する事はできない。

「適切な医療」とは、患者に示される一定の幅を持つ医療の論理・患者の個別性・社会性を客観的に前提とするが、あらかじめ死生観や価値観を与件とし（ない）に基づくオプションの提示のことであり、患者はこれを選択する。診断・治療法の提示以前に死生観・価値観の介入が可能であるとするなら、医師の価値観も介入する可能性が出てきて、医療の科学性・中立性は保たれない。死ぬべき人間かどうかを医師は判断しない。医師の職業的な倫理は人の生死に関する価値観への中立によつて成立しうるのである。

しかも臨床の現場では、死生観はむき出しで語られるのではない、「酒を

飲めないなら、死んだ方がましだ」「輸血をされたら、未来永劫の生を否定されたことになる」「周りの人に迷惑をかけるから死にたい」「これ以上このおぼれにお金をかけるのは世間様に申し訳がない」「生きる氣力がな

い、死にたい」。これらの言葉の中に、死生観があり、患者の置かれた社会状況の反映があり、疾病の症状があり、患者の弁明がある。必要なのは、死生観と患者の置かれた状況・症状との区分けであつて、死生観を混入させることではない。

「生きられるか」の判断は医療の論理により、「生きるべきか」の判断は本人の死生観による、両者の混同は許されない。「適切な医療」とは前者に関わるものである。「適正な医療」「適切な医療」の幅・境界がどこにあるのか、医師も悩むことは現場で日常的に

みられるが、医療の論理を否定する根拠にはならない。

ただし医療的な末期判断はそう簡単ではない。横内氏の指摘するように「高齢者の末期の診断は、高齢者医療の経験を積んだ医師にとつてもたいへん難しく、基本的に、治療してみないとわからない」という事情が存在するからである。

広井氏の理論は末期判定に死生観を持ち込むことにより、「自己決定」の名の下に、終末期を医師が判断できないとして、末期概念を無意味にし、「みなし末期」を正当化しようとする試みである。

3. 「死に場所」の選択

ターミナルケアに関する広井氏の考へは、「死に場所の選択」という言葉

の独特な使い方にも現れる。これまでのターミナルケアや老人介護・老人医療に関する多くの人の発言にも、「死に場所」への言及が散見する。それらはいずれも死によつて逆照射された生き方の問題であつた。死そのものを問題にしているわけではない。広井氏のように「たましいの帰つていく場所」を見つめるなどという死そのものを問題にする議論ではなかった。老人ケアの増大が社会的に問題視されるときに、老人の「生」でなく「死」を政策の中軸に置くとする立場の特異性をまづ指摘しておきたい。

通常ターミナルケアと呼ぶのは、人生の終末期における「よりよい生」の実現を意味する。「住み慣れた場所で死ぬ」ととらえるか、「住み慣れた場所ですべて生活する」ととらえるか、広井氏と私とは「求められる視

点を異にする。老人ケアの重要課題を、私は「生き方の選択」ととらえ、広井氏は「死に場所の選択」ととらえる。この意見の差異は価値観の差異である。

しかし、選択を求められた老人にとつて、「死に場所の選択」は抽象概念や「視点」ではない。広井氏が「死に場所の選択」でなく「死に場所の選択」としたのには意味がある。横内氏が「死に場所の選択」でなく「死に場所の選択」として治すための治療をしないという選択肢もあつてもよいのではないかと、言うべきところであるが、それを死に場所の問題に巧みにすり替えているからである。「死に場所の選択」とすると尊厳死論に直結し、安楽死三要件が問われ、要件を満たさない広井氏らの「福祉のターミナルケア」が危うくな

社会保険のてびき

社会保険庁 監修

A5・四三二頁

本体価格一七〇〇円(税別)

健康保険・厚生年金を中心に、社会保険のしくみと給付をくわしく、わかりやすく解説した定本。適用関係は二色刷にし、初心者でもわかるように工夫して作成した。国民健康保険・退職者医療制度・老人保健・児童手当・労働保険、社会保険の保健福祉事業、年金積立金の還元融資など日常業務に必要なすべての事項を網羅。

社会保険研究所

東京都千代田区内神田2-4-6
WT C内神田ビル ☎03(3522)7901

わが国唯一の月刊年金総合誌

年金時代

- ① 専門知識がないと解らないといわれる年金問題を、誰にでも解るように読みやすく編集。
- ② 年金問題とは不可分な関係にある老人福祉、高齢者問題も深く追求。
- ③ もちろん、年金・老人対策にたずさわる実務家、そして社会問題に取り組む人に必要な専門状況をのがさず提供。
- 発行日／毎月1日
■規格・体裁／B5・52頁
(うちグラビア8頁)・表紙カラー
■価格／1部495円(年間5,940円・税込)

— 5月号の主な内容 —

〈特集〉

国民年金空洞化の解消を目指して
— 全員参加が国民年金の基本

〈随筆〉

塩沢由典／眉村 卓

〈この人にきく〉

年金評論家・村上清さん

〈シリーズ〉

出瀬子往来 林家木久蔵
評伝日本人(岡田嘉子) 井出孫六
年金入門講座「加給年金額と振替加算」
挑む・祭りばやしがきこえてくるよ

〈グラビア〉

不思議な感覚を呼び覚ますく養老天命
反転地>
懐かしの昭和歌謡 島のブルース
につぼんの祭 左義長祭り

社会保険研究所

東京都千代田区内神田2-4-6WTC内神田ビル

するもの」が抽象的でなくビジュアルに示され宣伝されることとなった。ところで「とよころ荘」については、「介護型は、なるべく医療に頼らず極力自然のままの死を心がけているというもので、北海道のとよころ荘では施設長の方針」と広井氏により紹介されている(シルバー新報平成九年九月二十五日号)。

私も録画してもらったテープをみて、広井氏への批判が正しかったことを改めて実感した。①「とよころ荘」の老人ケアは内容的にきわめて高く、特養でできる限りの医療・看護も提供するという方針で行われていると思われること、②にもかかわらず、このケ

ースは「みなし末期」であると推定されること、③以上の二点が感動のドラマとして描かれている、という構成だからである。

この報道番組の意図をめぐって、現在、横内氏とNHKとの間で書簡のやりとりが行われていると聞く。いずれその経緯はつまびらかに明らかにされると思うが、それを待たずして、政治問題化がはじまった。衆議院厚生委員会において山本(孝)議員により「とよころ荘」問題がとりあげられ、小泉厚生大臣が、答弁したからである。

「わたしは、その患者さんの判断を重視すべきじゃないかと思えます。治る可能性があるんだというお医者さんから十分な説明を受けたとしても、治療をしたくないとも主張されるのだったら、その患者の意志というものが最大限尊重されるべきじゃないかというふうに私個人としては思っております」。

こゝまでは、いちおう「自己決定権」の認知にすぎない。しかし、簡単にこういつてしまつては、「愚行権」が、宗教的信念(エホバの証人の場合でも、治療拒否ではなく、限定医療の要求にすぎない)がなくとも、確認の手續きもなくとも、無条件(自殺未遂者への治療の中止を含め)で認められ、「みなし末期」が容認され、そして医師の消極的自殺補助も認められることを、

る。他方「死に場所の選択」(施設の選択)といえは、生活の場所を選択したつもりで老人も、死に方の選択をしたことになり、「自己決定」による安楽死の選択を行ったことになる。「死に場所の選択」論は、容易に広範な安楽死への誘導を可能にする政策理論である。

これを区別せず単なる「選択」論・「自己決定」論の提唱であると読んでしまうと、このことが見えなくなる。直裁にいえば、「報告書」の「選択」は生命倫理でいう「自己決定論」ではなく、むしろそれを否定するものである。「死に方の選択」であれば、病院であれ、老人ホームであれ、いかなる場所であれ、そこでの介護と医療がともに選択の対象である。「死に場所」の選択でそうはいかない。場所によって医療と介護の可能性と制約性が異なるからだ。限定付き選択である。だが現実にはもつと厳しい。現状は場所の選択がそもそも可能でないからだ。どの特養ホームに入所するか選択できない(介護保険下でどうなるかは未定だが)。かりに建前上は選択できても供給不足では、選択は機能しない。

このような自己決定の限界を示す現実だけではなく、わが国の場合、意思の成立自体、場の論理に左右されやすい。

このように「死に場所の選択」(施設の選択)といえは、生活の場所を選択したつもりで老人も、死に方の選択をしたことになり、「自己決定」による安楽死の選択を行ったことになる。「死に場所の選択」論は、容易に広範な安楽死への誘導を可能にする政策理論である。

これを区別せず単なる「選択」論・「自己決定」論の提唱であると読んでしまうと、このことが見えなくなる。直裁にいえば、「報告書」の「選択」は生命倫理でいう「自己決定論」ではなく、むしろそれを否定するものである。「死に方の選択」であれば、病院であれ、老人ホームであれ、いかなる場所であれ、そこでの介護と医療がともに選択の対象である。「死に場所」の選択でそうはいかない。場所によって医療と介護の可能性と制約性が異なるからだ。限定付き選択である。だが現実にはもつと厳しい。現状は場所の選択がそもそも可能でないからだ。どの特養ホームに入所するか選択できない(介護保険下でどうなるかは未定だが)。かりに建前上は選択できても供給不足では、選択は機能しない。

いという事情が、「死に場所の選択」に、一層の問題を付与する。先に見た「意思確認の困難性」を倍加させるのは、場によって本人の意思や価値観、そして希望は異なつた表現をとり、医療者や介護者のこれを解析しうる能力を要求するからである。

4. 「死生観の空洞化」と「社会保障のあり方」

「死生観の論議を深めるべき」との問題提起における、広井氏の特徴は二つある。

一は「現在の日本では、死生観ともいべきものがほとんど「空洞化」してしまつており、これがターミナルケア論議をめぐる混乱の最大の背景のひとつと考へている」という現状認識である。二にこれがただちに、「社会保障全体のあり方の「選択」を問う」とに続くという論理構成になっていること、すなわち死生観から政策を導き出すことが、当然と考えられていることの特異性にある。

一について、広井氏は「ケアを問ひなおす」において、詳しく論じられているが、「仏教的な」「伝統的な死生観は急速に風化し」たという氏の認識は、「キリスト教の文化や死生観が圧倒的に根をおろしている欧米に比べ」て見て言えることであつて、一神教的

死生観(死後の世界の存在する)の社会への根のよろしかたと仏教の死生観(死後の世界を方便としてしか説かない)の社会的あり方とは、比べること自体が間違っている。さらに戦前の死生観こそ国家に強制された、表面的なものであり、現在はメッキがはがれただけで、「空洞化」も「混乱」もないし、根本的な変化もそれほどないと私は思う。いずれにせよ死生観は各個人によって多様であり、多様であることが混乱ではない。そして人がそれなりの死生観を持っているものである。

私は現状を混乱とは思わないので、広井氏が、憂国の志士風に「死生観の空洞化」への危機感をあおり、「議論を深める」ことを提唱するのには、やや違和感を持つ。議論を深めるのはよいとしても、「再構築」して「社会保障のあり方」の結論を求めるのだとする、これにははつきりと反対せざるを得ない。死生観について、社会的合意を形成し、ターミナルケアを政策とすることが氏の主張だとすると、その内容は老人の医療を否定する広井氏の政策提言であるため、「医療費抑制を狙つたもの」以上に、老人ジェノサイドを目指す結果をもたらすであろう。

5. 広井氏らの「意図するもの」——ターミナルケアの政策化

このような死生観に基づく政策の提言と広井氏のいう「選択の多様性」とは矛盾する。もし選択の多様性と自己決定を結論にしたいのであれば、死生観が「現世的」なものに限定、集中することを喚ぶ必要もないのではない。それも多様性の一つであり、そもそも死生観の議論も必要ない。

社会保障のあり方は、すなわち政策問題は、一般的価値観と功利的判断が折衷された社会的合意に従つて、現実主義的に決定されるが、個人の権利を制約することを本質とする。そのため政策は立ち入るべきでない領域に留意して立案されなければならない。それでもなお政策と個人の死生観・価値観はときに鋭い緊張関係を形成する。死生観と社会保障を直結させる考えは、政策が立ち入るべきでないところまで政策が関与することになる。

こう見てくると、「死生観の論議」の提唱が、個人の自己決定をからめ手から否定するための政策誘導手法であることが明らかになる。

シンポジウムの席上、広井氏から「私の考える「福祉のターミナルケア」の実例が、NHKの報道番組で紹介される。この「とよころ荘」の取り組みをみれば、私への批判が誤解であることがわかるので、ぜひみてほしい」という発言があつた。広井氏らの「意図