

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.1985

5.21

日英比較から考える新たな医療福祉政策／真屋尚生

10年度老人診療報酬等の改定の概要／鈴木康裕〈解説〉

米国マネジドケア考②／西田在賢

みなし末期という現実(下)／石井暎禧

医療費抑制政策下の医師・医療機関／香川嘉宏

10年度補正予算で厚生省関係は5,753億円〈ニュース〉

みなし末期という現実

(下)

広井氏への回答

医療法人財団石心会理事長

石井 咲 禧

「現状認識について」 みなし末期という現実

第二章

5. 人工透析の中止

(みなし末期の諸相2)

「家族の会」の危惧が危惧にとどまらない実例が、透析患者の会である「全国腎臓病協議会」の機関誌で紹介されている。「県立宮崎病院精神疾患患者透析導入拒否事件」の控訴審で

「精神病理理由の透析拒否は過失」との判決が出たとの記事である。「高齢や障害など透析導入を拒否される選別の動きが伝えられる中、そうした動きに対する厳しい警告になりました」と評価している。同会によれば、「透析中止に関する医療界の動きも、十分警戒していなければならない」と認識しているとのことである。それは新聞にも報道された透析医に対するアンケート調査にみられる医師の意識である。

「透析中止の死亡多発、患者の意志未

設定は二つの症例に関するものである。ケースAはアルツハイマーの七十歳の透析患者。

「彼は自分が誰であるかわからず、妻や子供さえもわからない状態です」と仮定されている。ADがあり家族が望むならば、八四%の医師が透析を中止すると答え、家族が望むだけで、約

確認も」「人工透析、家族要望あれば、「中止」と医師過半数」（朝日九六・六・一三および一四）という見出しで報道された平成七年度厚生科学研究による、「透析医に対する、透析患者の終末期医療に関するアンケート調査」である。

その意図は、「慢性腎不全に対する透析医療は、それ自体が延命治療であり、これに関わる医療従事者の意識や体験は、Advance Directive（代理人決定を含む広義のリビングウィル、以下ADと記す）を含む終末期医療の現状と将来性を考える上で、貴重な示唆を与えるものと考えられるため、本研究を企画した」とある。「結論や合議内容を出すためのものではなく、考える材料として提起するものである」と一応慎重な姿勢を見せているが、内容を見ると、「医者は延命至上主義」という通説を一枚はいでみた、現実の医師の意識が明らかになる。

六〇%の医師が中止すると答えている。家族に聞かれたら、透析中止を勧める。と答える医師も約二割存在する。ただし家族が反対したら、本人の意思に関わらず八四%の医師は透析を続行すると答えているのである。「全ては家族の都合」、これがわが国の死生観の実態であり、国民的コンセンサスの危うさを示している。ほんの一步で、家族の負担軽減という「功利的判断」が、歯止めなく登場することを示している。「みなし末期」の根底にある意識である。

さらにこの設問には痴呆患者に対する、ふつうの医師の理解程度がうかがえる。「彼が自分が誰であるかわからず」とあるが、これがなにを意味するかが判然としない、尊厳死協会のように痴呆とは「植物状態」とか「非尊厳的存在」であるとの認識のように感じられる。しかし自己認識は他人との関係においてはじめて成立する。この場合は「妻や子供さえもわからない」ということを意味するにすぎないが、このレベルの痴呆でも「兄弟姉妹」は認識しうる。ことが、しばしば見られる。私の母もこの設問のレベルの痴呆であるが、妹だけは認識できる。そして曾孫を見せられ「あなたの曾孫ですよ」といえば、「かわいいわね」と喜んであやそうとする。この私の母が「非尊厳

的存在」で、一刻も早く死なせることが幸福とだれが言えるのか、「家族の会」が、一般人の認識を嘆くゆえにあるが、医者も変わりはない。

医師もこのような老人の死を家族が望めば容認する。これがわが国の医療の現実である。横内氏が「医師の責任」を強調するのも当然といえよう。しかし家族介護の現場に接する医師は、家族の要求する「みなし末期」を容認せざるを得ない状況に置かれている、これもまた現実である。設問の回答で、透析中止を家族の負担軽減のためとする医師が多い。

この現状をどう認識するのか。広井氏は、現実を容認する「視点」から「死に場所」に医療を不要と認識し、私は現実を変えようとする「視点」から、「生活」には医療も必要と認識する。

6. 「とよころ荘」問題とNHKの制作意図(みなし末期の諸相3)

一月二十六日NHK列島福祉レポート「老人ホームでみとりたい」という番組が放映された。まず前半で、「とよころ荘」のケアの様子が紹介された。この部分をみれば、老人に整った服装をさせ、お化粧をさせるなど、要介護老人を普通の生きた人格として扱っている立派なホームである。医療に

ついては、酸素吸入も、吸引も、経鼻栄養も行っている。看護婦さんのみならず、介護者も医療知識を学び介護に生かしている。このホームを広井氏は「吸引や酸素吸入をできる限り行わず」という施設と同列に扱い、「なるべく医療に頼らず極力自然のままの死を心がける介護型施設」と紹介し、「施設長の方針」と解説するのは、そうあって欲しいと思う広井氏の我田引水が過ぎ、ひいきの引き倒し、ほめ殺しになっている。

さて問題は後半部、胃潰瘍の老人の医療にある。診断治療についてテレビから読みとれる「事実」は、横内氏と同じなので氏の要約を借用する。

「夫婦で同ホームに入居していた八十歳の男性は、ある日、突然下血します。主治医は、胃潰瘍からの出血を疑いましたが、本人は入院を拒否しました。そして、家族は、本人の気持ちと手術に耐える体力はなからうという主治医の意見によって、入院せずにホームで暮らし続けることを希望しました。『今の状態では、(大きな)検査に耐えられる状態ではないし、入院すると精神的に不安定になってしまう』のと精神的に不安定になつてしまふ」ので、「痛みだけをないようにお願いしました」と家族の一人が語っておられました。それを受けて、「症状を抑えるための治療だけを実施」することに

なりました。下血直後、五〇／＼近くまで下降し、その後は一〇〇／＼近くを維持していましたが、八日めに静かに息を引き取りました」。

番組は、老人医療に明るくない人が見れば、自分もあやかりたい最後であると理解するように制作されている。しかしわが国の標準的医療という観点でみれば、さまざまな疑問のある症例である。

胃潰瘍の出血は、通常、手術の必要がなく、入院も必ずしも必要ではない、内科的治療で治癒させることができる。この場合も手術が必要である理由が示されていない。ホームに入居のまま治療するの十分可能と考えられる。しかし画面で見ると、治療を拒否して治療が行われた形跡はない。横内氏のいう「限定的医療」でさえ行われてはいない。止血剤を混ぜた点滴が行われたとのことであるが、胃潰瘍の出血には気休め以上の効果は期待できない。明らかにこの段階で「死を予期したケア」である緩和ケアに移っている。

この番組を見る限り、末期でない患者に、緩和ケアを行った「みなし末期」であると思われる。そこで横内氏はNHKに「みなし末期の紹介を意図したのか」という質問を行った。さまざまなりとりの後、「死因は肺炎である。

みなし末期の意図はない。最善の医療を行ったと信じている」という回答が行われたとのことである。回答と画面のストーリーでは違いすぎる。突如「肺炎」と変わった病名は番組においては一度も出ず、肺炎の治療がおこなわれた形跡もない。真相は分からないが、しかし回答の通りとすれば、なぜ事実と違う「みなし末期における安楽死」のストーリーを作ろうとしたのか

が問われてくる。ともあれ書簡の往復が交わされている途上であるので、今後の展開を注目したい。公平にみて番組は、ケアが優れていることをもつて、みなし末期を容認させようとする意図が明瞭にあり、広井氏の推薦の理由も理解できる。

実はどうであったのか、ここからは、私の推論である。一抹の疑念は残るが、「とよころ荘」の方針はテレビで紹介された「できるだけ入院させずに最後まで介護する」(これは問題のない、優れた方針である)ということであって「できるだけ医療を控えて、自然の看取りを(安楽死の方針)」と広井氏が理解する合意ができていたとは思われない。しかし、その施設においてすら、「みなし末期」を作り出しているのは、担当医師の責任だけではなく、北海道の医療過疎によるのではないかと私は想像する。

町立病院から週二回の往診があるという紹介されているが、道東地域の特養にあっては、贅沢の部に属すると思われる。そして町立病院に入院したとしても、往診で提供される以上のレベルの医療が受けられるとは保証できない。日本の医療にとっては、ごく当たり前の、胃潰瘍の内科的治療ですら、手に負えないレベルの医療資源（人材・設備・機器）の状況、これが過疎地医療である。NHKは「みなし末期」は過疎地の現実と紹介すればよかったのではない。美談にしたのが間違っていたのである。NHKは明確な制作意図があったのだろうか、それともただ「みなし末期」を常識と考えていただけなのであろうか。

制度的欠陥と老人医療への無知は、そして介護環境の困難さは、過疎地に限らず、全国あらゆる場所で、日常的に「みなし末期」を生み出している。それを「幸福な死」として容認し「幸福な生」があり得ることを忘れている。広井氏の主張はこの現実を容認する役割を果たしている、と私は思う。

7. 「死の医療化」と みなし末期の日常化

「福祉のターミナルケア」という広井氏の提案の出发点に「死の医療化」

批判あるいは「死は医療のものか」という問いかけがある。これがなにを意味するのか、氏の論文を読んでも明らかでない。とりあえず「死は医療のものではない」と同時に福祉のものでもない。死は個人のものだ」と私はシンポジウムでは答えておいた。再度、同じ問いが寄せられているので、死の臨床の場について、私が現状をどう認識しているのかを明らかにしてみたい。

「死の医療化」とは、大多数の人が病院で死亡することであり、死が病院システム、医師の管理の下におかれ、個人の自由が束縛されているという事実を指していると思われる。医療の束縛を逃れるためには、医療から逃れればよい、という短絡的な感情が、「福祉のターミナルケア」の根底にあるのではない。

と、死からの生還である。死は目的の不成功と考えられている。これは外からは、「生命至上主義」「延命至上主義」とみられ、批判される。

だが、事態は全く逆ではないかと思われる。先に見たとおり医師の「延命至上主義」は見かけ倒しである。かつて医師のバタナリズムは「生命至上主義」の医療の倫理と、現実としての功利的判断を医師の内部で折り合いをつけるものとして存在した。しかし「自己決定権」が「生命至上主義」とバタナリズムを無力化させた。他方「生活の質」という観念は個人の価値観を内包するため、バタナリズムの内部には存在できない。医師がバタナリズムを捨てるとき、残されたのは功利的判断や便宜主義だけである。そのため、「生命至上主義」でもなく「生命の質」派でもない医師は、ただの医療技術者として、ひとたび末期と判断したとき、それ以降は医師の責任分野でないと、患者をまったく見捨ててしまふ。治療が可能な場合では、対応は二極化した。救命技術の高度化は、それが可能な施設において医師は、「過剰」と思われるくらいの技術を駆使し、救命に努力する。他方、その機能を持たない施設にあっては、その施設の能力に応じて、医師は「末期」を認定する。すなわち「みなし末期」

を安易に容認し、老人への救命医療の努力を放棄する。先の週刊文春誌上の、診療所医師による集中治療室医療への批判は、このような基準なき臨床医療の現状の反映である。

さらに、さきにみた中村氏のような「自己決定論者」が、環境主義的言辞を弄し、人間とペットを同一視（こうなれば安楽死の施行は容易である）し、「医療は一種の賭だ。治るものしか治らない。医療によって助かるものが死ぬことはあっても、死ぬものが助かることはない」（中村、前述論文）と無責任に言い放つのも（医者でないものが、こう考えるのは勝手だが、医者であれば廃業すべきである）、医師のよって立つ倫理的・経済的基盤が喪失したことの現象形態といえよう。病院でも診療所でも、生活基盤に立脚した老人医療の実践を志す医師は、適正な老人医療のあり方を、自己の施設の限界にとらわれず、探っている。とくに在宅医療にたずさわってきた医師が、その経験に基づき、現状の混乱に対し、適切な発言を開始していることに、敬意を表したい（「医療98」九八年四月号の太田秀樹および新田国夫の論文）。

最後に「医療と福祉の関係」

「医療と福祉」の関係において、「石

井氏が、あたかも筆者が高齢者の「医療と福祉」を分断したうえで、しかも前者を排除しているかのごとく論じているのは、まったくミスリーディングなものと言わざるを得ない」と反論されるが、私は「誤読」はしていないし、読者を「誤導」もしていない。広井氏の「高齢者の医療と福祉」を切り離すことは困難であるという主張にこそ私は批判的であり、「切り離すこと」を私は主張しているからだ。さらに広井氏の提唱する「統合」した「老人介護・医療保険制度」にも私は反対し、年齢を問わない介護保険および医療保険の別建てを主張しているのである。見事にかみ合っていると思う。

医療と福祉を切り離して理解していれば、この二つは別の問題なのであるから、一方でよい（あるいは一方を重視する）という広井氏の主張などあり得ない。医療と福祉を切り離せない一つのものと考えからこそ、どちらの割合を大きくするかという発想が成立し、「福祉施設へ医療行為を誘導すると、医療施設と変わらない」という主張にもなり、結果として二者択一になるのである。いわば広井氏の主張は一枚（医療・福祉）のバイを政府の立場に立つて、医療施設と福祉施設でどう分けるかという議論であり、私の主張は患者の立場に立つて、一枚（医

療と福祉）のバイが欲しいということなのである。

広井氏は、「医療と福祉にまたがる複合的な問題を持つため、どこに行っても適切な対応が受けられず」という現制度の欠陥を批判する。これまでの医療と福祉の縦割り行政を念頭に、広井氏の「統合」論がその是正として主張されているのは理解できる。だからといって福祉と医療を混同してよいということにはならない。両方が受けられない行政システムの不備に過ぎないからだ。厚生省は、医療と介護の両方が必要人をどのように扱うかについて、これまでとして現在も、定見を持っていない。安易に「医療と介護の両方を受けられる施設を」と考えてしまふ。これでは老人病院・社会的入院の拡大にしかない。

そのため、介護保険においても、医療と介護を区分する原則が明らかにされていない、と私は批判してきた。私の主張は次のようなものである。

「介護保険制度の根幹構造をしっかりとしたものにするには、給付サービスと費用財源の対応関係を厳密にし、予想されない問題に対する原則的な対応が容易にできるよう制度設計すべきである。医療ケアのコストは医療保険から、介護（生活ケア）のコストは介護保険から、ホテルコスト（狭義の生

活費用）は自費または年金相殺でとるべきであろう。この原則が日本の介護保険では曖昧になっている。

ところが、医療費の名の下に、介護費用を捻出してきた社会的入院の存在は、事実上の介護施設の費用の一切を介護保険でまかなうという、「現実的」ではあるが非論理的な制度設計（施設二枚のレセプトは困るなどという枝葉の議論を含め）を強行した。かくしてわが国ではケア提供機関単位で医療保険・介護保険適用を分けるという奇妙な制度になってしまった（「介護保険の持ち越された課題」新医療五月号）。生活ケアの施設における医療は、外部化してケータリングサービスとすることを考えてみればよいと思う。医療と福祉は統合ではなく、連携であるべきだと私は考える。

この問題は、全般的な医療制度論そのものでもあり、「ターミナルケア」の枠内で収まる問題ではない。私の前の論文でも「慢性疾患論」として部分的には論じたが、別個に論じなければならぬ大きな問題である。しかしこの見解の相違が、「ターミナルケア」のあり方にまで影響すると私は考えているので、いずれ稿をあらためて議論したい。