

# 統合された全体としての在宅医療

川島孝一郎

はじめに

医学部四年生と看護学科の学生への講義、そして数年前まで明治大学の法学部学生に在宅医療の講義を行ってきた。

「君たちが恋愛をして互いに好きになるだろう。そのとき一瞬でも二人の気持ちは同じになるか」と質問すると、同じと答える者は医学部では五パーセント、看護は二〇パーセント、法学部は四〇パーセントを超える。理系・文理系・文系でこの開きが生じる。

理系に近づくほど世界を構成する要素はそれぞれに独立し、集合体としての世界があるように思っているようだ。身体は臓器の集合で、臓器は細胞の集合、さらにDNAや分子生物学で説明しようとする。要素還元主義。科学の「科」が意味する枝分かれが基本となる世界観では、あらゆる事物の自体存在が自明であるかのごとくに思っているのだろう。「私とあなたは異なる人間だから同じ気持ちにはなりえない」と。

相容れることができないなら、せめて互いに違うことを認め合う

ことはできないのか。違うことを認めるといふことは決して両者が対立し続けることではない。相反する意見という二者の対立ではないもの。「違う」ということを互いに納得することなのだ。そこには理解などという言葉とは異なる状況が生まれ、表現された双方の主張が納得という実感のなかにある。形を変えた共同主観。

共同主観性——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(1)——がいかがかはともかく、同じと思つた両者にとつては同じである。同じと実感している。確信という一つの全体のなかに両者がいる以上、内部から外に出て客観的に証明することは不可能なだから(2)。

違うことを互いに納得した場合にも同じことが言えるのではないだろうか。納得には確信がある。受容であり無条件、そのためには自他の境界を越えた、さらにあらたな地平が要求される。

同じと確信しても、違うと納得しても、確信や納得の一つの全体の中にある両者として、互いに相手によって有らしめられる自分があるのだ(3)。

病者に寄り添う医師にこんな関係性が生まれることを望んでいるのだが、教育が大きく災いしている。コミュニケーションを技法と称し、ツールとして用いる。手段化された人間関係の構築は、相手を対象として冷ややかに見つめる観察者、対象を操作する技術者を育てるだけで、生の付き合いを遠ざけてしまう。これに嫌気がさしたのは私だけではない。

在宅療養を支援する意味

平成一六年、厚生労働省保険局医療課と在宅医療の今後のシステムについて勉強会を開催し、協議をおこなっていた。国民の六〇パーセント、がんの方は八三パーセントが最期の日まで家で暮らし看取られたいと考えている。しかしながら医療体制は治すことに重点が置かれ、支える医療に乏しく、希望に沿わない結果となっていた。在宅看取り率は年々低下。在宅看取り率の低下とはすなわち、最期の日まで家で暮らすことがさらに不可能となってゆくことである。平成一七年には日本における過去最低の在宅看取り率一四・四パーセントとなった。医師は国民の希望に沿わない結果を漫然と積み上げていたのである。

当時二万二〇〇八ヶ所の診療所が、在宅寝たきり老人総合診療料(在総診)を算定した上に二四時間連携体制加算までつけていた。六六六一ヶ所が在宅時医学管理料(在医管)を、五五〇〇ヶ所ほどが在宅末期医療総合診療料(在医総)を算定していた。しかし、二四時間連携体制といっても、連携先の病院や訪問看護に頼んで、結局のところ入院させてしまう。最期まで家で暮らしたいという希望

とは対立する対応となる。

この事態を打開するために最初に協議を行ったのは、従来の医療と在宅医療の違いについての議論であった。病院医療の在宅版ではないのか、医師が在宅に必ず行かなければならない理由があるのか、二四時間の体制が必要なのか等が問われた。

勉強会では平成一五年の日本在宅医療研究会学術集会における要旨(4)を参考資料とした。その内容とは、はじめに、「近代的認識論に基づいた科学としての医学は、主観である医療者が客観としての患者を対象としてとらえ、観察、操作を行うことで病気から健康に変化させることに終始してきた。確かに医学の発達はこのような過程の蓄積であるし、実際に貢献している。しかし、従来の医学的理論や手法のみが果たして在宅医療においても主要な位置を占めるのだろうか。確かに在宅医療はどの医療者にも開かれてはいる。しかし、どの医療者にもできるものとは限らない。なぜなら、病気それ自体や病人のみを扱うのではないところに、あるべき在宅医療の照準が合っているからなのである。求められているのは何か。従来の主客分離型の対象の把握とは異なる、患者を中心とする生活者と医療者の双方が融合した有機的な全体、すなわち一つの全体の形成と維持こそがその答えとなるだろう」。

さらに、システムを構築する場合の具体的な要点については以下の記載を参考資料とした。

- ① 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。
- ② 同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業

体に任せると生活者はその影響のみによる変容しかなされない。影響の単一化は変容の単一化を招き、生活世界（現実）に生活している世界を固化してしまう。自由度の制限につながる。

③ 医療を含めたすべてのケア提供者の基本姿勢は「対象の把握ではない、他者経験を自分の経験とする」(3) 実感を伴うものでなければならぬ。

④ したがって医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、在宅訪問しない医師は在宅医療をしたことにはならない。

⑤ 生活世界の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて出向くことが当然であり、二四時間対応することになる。

⑥ 在宅看取りが当たり前となる。

⑦ 医師一人では身体がもたない。複数の医師による全体把握が基本となるだろう。

⑧ 在宅ケアにかかわる職種がそれぞれに生活者との全体性のなかで得たものを、生活者とともに披露して生活者の自由度（変容）を知るための場、すなわちサービスマン担当者会議が最も重要である。これが最も真に近い情報の共有化となるだろう。

⑨ 同時に情報の開示と保護の両立が求められる。

⑩ 生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、さまざまな努力（全体性のなかでの義務）も必要であり、この両立が求められる。

結びには、「近代的認識論に基づいてきた医療はその性質ゆえに、主観の医療者と客観の対象である患者がもとより独立分離している

#### 地域包括ケアの医療提供

二〇二五年にむけて地域包括ケアが構築されつつある。地域ケア会議、サービスマン担当者会議、他職種連携等を駆使し、地域における住まいの確保、医療と介護の充実、介護支援、公的・民間の生活サービスにより、住み慣れた地域で最期の日まで暮らせることを目標としている。目標値のひとつが在宅看取り率だ。平成二四年に全国平均が一七・五パーセントであるこの数値はまだ国民の希望からは程遠い。

臨床研修指定病院に対する調査(7)では、退院して在宅医療の対象となる患者の①四八・八パーセントが退院させられずに転院を強いられている。②二一パーセントはとりあえず退院して帰宅するのだが入院していた病院への通院を余儀なくされている。病気による通院困難者が対象であるにもかかわらずである。状態悪化があればまた当該病院への搬送となる。最大値で①②をあわせて在宅医療適用者の実に七〇パーセントが病院死する可能性があるのだ。

当該病院の地域連携室の調査では、在宅医療を知らない医師が七三パーセントに達することが判明している。これでは帰宅可能な生活者がむぎむぎ入院し続けることになる。在宅医療と地域包括ケアを軸とした在宅生活環境整備についての知識と具体的な支援策の提示が病院医の頭のなかにはない。このことが在宅医療適用者を入院させ続けることになっている。

在宅医療の検査では、採血・心電図はもちろんのこと、レントゲン撮影・超音波エコー・血液ガス・呼吸機能検査・内視鏡・気管支

ことを前提としていた。一方で対象は観察され操作されてきたのである。そして他方では、独立分離の原則ゆえに全体は部分の集合であるという集合論が成り立つため、標準化や合理化が行われてきた。人は数値化されてきたのである。しかし、人の気持ちが変わるということの根底には、現象学的な自己未分の前客観的地平がある。患者の意思は対象として把握されるのではなく、彼と医療者がその全体性のなかで、なるほど、とわかり合うことなのである。全体は部分の総和とは異なるこの全体性こそが、心理構造の特殊性であり、科学以前の最も根源的なところから生まれてきたものである。生活者とともに行動する在宅医は、特にこのことに秀でていなくてはならないだろう」と記載された。

勉強会を経て実質的な作業が開始された。当初在宅医療をおこなう医師その人に対して、十分な素養を持つことを確認して「在宅医」という名称を与え規定することが考えられた。しかし医師自体に新たな名称を付与することが問題となる可能性が指摘され変更された。医療保険上の制度として在宅療養支援診療所が登録制で発足することとなり、平成一八年度の診療報酬改訂から当該制度が開始された。以来在宅看取り率は年々上昇し平成二四年度は一七・五パーセントとなった(8)。

システムに理念を付加することはとても難しい。具体的な要点のなかには現行制度に組み入れられたものがある一方、観念論の部分については組み込むことは困難であり、将来的に医学教育のなかに盛り込んでいかざるを得ない内容が多々残された。

鏡が可能である。治療については、人工呼吸器・胃腸経管栄養・中心静脈栄養・点滴・輸血・腹膜透析・人工透析・がん緩和医療等が在宅で可能である。これさえも病院医には知られていない。だから帰せないというのだ。

在宅における医療手技の知識のみではなく、どのように地域で暮らしてゆけるかについての地域資源の種別・内容・地域内の分布・利用法・そして連携等が病院においても理解されなければならない。要するに地域包括ケアを導入した帰宅計画書（退院計画書ではない）が作成できなければならない。連携バスなるものについても問題がいつまでも生きられるかのようなものである。要するに死ぬことを想定していないのだ。クリニカルパスには「人生の最終段階」(9)といわば集大成期が描かれなければならないことに医師は気づかなければならない。

在宅医療はどうか。地域包括ケアの住まいの大半に在宅医療は訪問可能である。自宅・小規模多機能施設・グループホーム・ショートステイ・通所施設・特定施設（有料老人ホーム等）・サービス付高齢者住宅等が該当する。では十分な医師確保が可能かというところも限りである。

まず在宅医の絶対数が不足している。独自の算出(9)による今後の在宅医必要数は、国民の希望には達していないものの総死亡者の四〇パーセントが在宅で看取られる場合を想定すると、在宅医療に特化している医師だけで在宅療養された方を年間三〇名看取るならば、二〇三八年においては医師総数の約八パーセント、二万五〇〇

○人が必要と考える。ただし現在すでに一七・五パーセントが確保されているので、二二・五パーセントの希望をかなえたとすれば一万四〇〇〇人ほどの特化型在宅医が必要となる。

平成二九年からあらたな専門医制度が発足することとなり、一九の専門領域のなかに総合診療専門医が認められた。総合診療専門医は在宅医として機能するだろうか。疑問がある。元々家庭医療学会・総合診療学会・プライマリケア学会等がこの領域を担ってきた。そしてそれぞれに長年相当数の認定医や専門医を輩出してきている。ところが、在宅寝たきり老人総合診療科（在総診）、在宅時医学管理科（在医管）、在宅末期医療総合診療科（在医総）、在宅時医学管理科（在医管）、在宅末期医療総合診療科（在医総）が一九九二年から完備され、当時の診療報酬が最も高額であったにもかかわらず、ほとんどの医師がこの制度を積極的に利用しようとしなかった。つまり家庭に訪問しようとしなかったのだ。結果として年々在宅看取り率は低下し平成一七年に最低値一四・四パーセントになったのである。これが私の不安の原因となっている。

将来にかけて日本に本当に必要なのは総合診療専門医ではなく「訪問診療専門医」だ。

医療保険点数の内訳も、現在の入院・入院外の二区分ではなく、入院・外来・訪問の三区分が必要である。在宅ではない。「訪問」である。

医療費総額に占める「在宅」と名のつく医療費は非常に少ない。平成二〇年の総医療費三四兆円の内、医科の医療費二六兆円の二・五パーセント、六五〇三億円である。そのなかでも、実際に患者を訪問して算定される在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療

更された国際生活機能分類が受け持つ。

日本人が障害者になる確率はどの程度だろう。データによれば日本人の男女ともに九〇パーセント以上の確率で、年齢と共に健康から半介助（車イス程度）を経過し、全介助（臥床）となった後に死亡することが分かっている。元元なまままで亡くなるいわゆるピンピンコロリ（衰を返せば急死）は厳密にはわずかに五パーセント未満である。日本人の多数は障害者となった後に死亡する。在宅医療を担う医師がICFを知らなければモグリなのだ。

生活機能とは「生きることの全体」である。在宅で療養する障害を持つ本人の心理的、物質的、社会的な生きていく世界の全体を指す。障害を持ちながらもより良く生きられるように、生きるための全体を支えられるための十分な説明と具体的な支援が求められるのだ。

#### ICFの統合された全体

ICFでは、健康状態を心身機能・活動（生活活動等）・参加（社会参加等）の統合された全体とみる。統合（integration）の解釈が重要である。統合がなぜ部分の集合（assembly of parts）ではないのか。人それ自身が単なる物質的の身体ではなく、内的・外的環境さえも取り込んだ一つの全体的ゲシュタルト（one holistic gestalt）を形成しているの他ならないからだ。

健康状態も身体機能のみで評価されるものではない。たとえ半身不随でも、胃瘻から毎日お酒を晩酌して楽しい食生活の活動をおこない、選挙の時には車イスに乗りヘルパーさんとともに投票をして

料、在宅末期医療総合診療科、訪問診療科、往診料等の総額はさらに少なくわずか〇・六パーセント、一六四四億円にすぎない⑩。

現在の在宅医療点数の内訳のなかにみずから訪問しなくても算定できる在宅自己注射指導管理料や在宅酸素指導管理料等がある。この二つだけで在宅医療点数の四〇パーセントを占めている。この多くは外来だけで算定しているものであり、本来の在宅医療に訪問診療とは異なるものだ。内容の論議が必要である。

様々な問題を内包しつつ地域包括ケアにおける医療提供を在宅医療として担ってゆくにあたっては、地域包括ケアというシステムすなわち木彫りの仏像を作っても、魂が入らなければ十分ではない。魂に該当するのが生活機能に生きることの全体である。

#### 在宅医療と生活機能

生活機能の概念は在宅医療に必須である。WHOは国際障害分類（ICIDH）を変更し、二〇〇一年、新たに国際生活機能分類（ICF）として提唱した。各国に対しこれを実践・研究することにより、それぞれの実情に見合つて利用することを推奨している。

ICFに関する講義は医学部ではおこなわれていない。看護学、リハビリテーションの学生には講義が開始されている。実践においては小児・精神・リハビリテーション等に利用されているが、十分に内容を理解している医師は少ない。

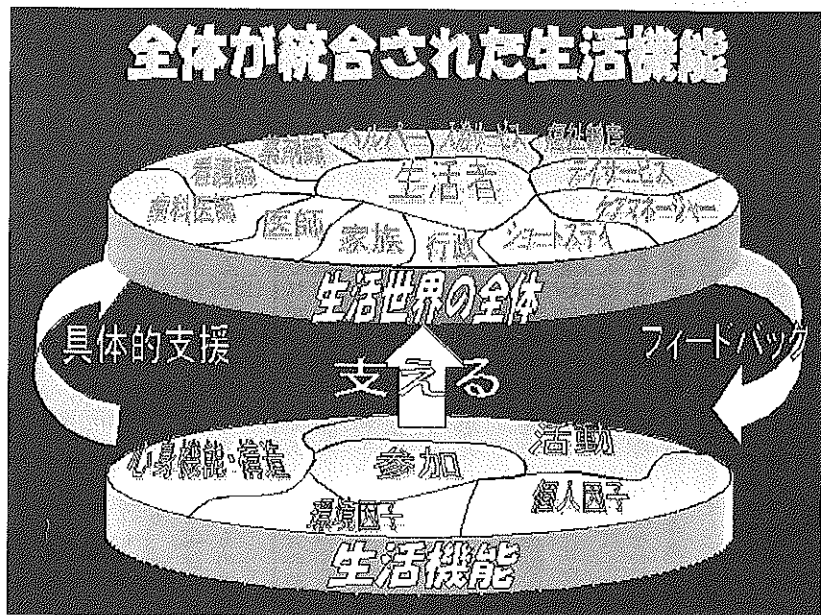
在宅医療に生活機能が必須な訳がある。在宅医療は原則として疾病・傷病による通院困難者が対象となる。すなわち心身障害を持つ人々を主に診察する。関係する分類と対応は、国際障害分類から変

くる社会的存在なのだ。不自由なりの精一杯の活動・参加の統合された全体により新たな（二つの全体としての）健康状態を作り出していると言える。健康●から半介助■そして全介助▲と変わることには、時には胃瘻を付け人工呼吸器のお世話になりながらも生きるその営みは、●から■そして▲と生きることの全体構造の形態（ゲシュタルト）が変容しても、内的・外的環境と調和することにより新たな全体としての新たな健康状態をそのたびに作り上げているのである。

胃瘻・人工呼吸器はしばしば「無駄な延命治療」と称される。これは間違いであり、危険で身勝手な解釈である。そもそも胃瘻・人工呼吸等は単なる医療的処置であり、無駄・延命という解釈が初めからついているわけではない。医療的処置の解釈や意味づけは人によって異なる。ある人は胃瘻を新しい食器を使った楽しい食生活ととらえる。人工呼吸器を最期の瞬間まで自分の傍らにいる愛しい伴侶と称する人がいる。胃瘻も人工呼吸器も彼の身体を形成しているかけがえのない統合された全体なのだ。

人の解釈は千差万別であり標準化されるものではない。人の心は解釈は変更可能だからこそ、胃瘻や人工呼吸器を忌み嫌う人にさえ最期の瞬間まで解釈の変更が起り得る。生きられる世界と共に歩む解釈の変更が本人に起こるように不断の努力が周囲に求められる。解釈だけではない。胃瘻や人工呼吸器は実質的な身体それ自体に關してさらに重大な意味を持つ。

胃瘻や人工呼吸器の中止を要求する人がいる。同調する医師がいる。胃瘻や人工呼吸器がその人に付加された集合体と見えているの



図

だろう。集合体であるなら足された付加物を差し引くことができ、語句として中止・はずす・止めるなどと称することになる。

しかし、頭のとっぺんからつま先まで栄養や酸素が絶えずゆき渡る胃腸や人工呼吸器と一体となって統合された全体として生きている身体は単なる集合体ではない。一つの全体として生きているのだ。このあらたに再構成された身体に対して、中止・はずす・止めるという語句自体がそもそも真の意味を成していない。もし統合された全体に対して胃腸や呼吸器を中止しようとするれば、その行為自体が統合された全体を一挙に破壊する行為となる。単純に全体から差し引くのではなく、統合された全体に対してさらに新たな破壊行為として殺人をおこなう(付加する)ことになる。この解釈に基づけば、中止ではなく、破壊する(殺す)と宣言しなければ道理に合わない。

統合された全体としての身体論は臓器移植にも適用される。胃腸や人工呼吸器(という物体)が中止できるなら、仮に小腸移植や肺移植した臓器(という物体)をはずす(殺す)ことも可能になるのか否である。移植臓器を取り除けば死に至る。要請があったとしても、胃腸や人工呼吸器の中止は明らかに当該患者を死に至らしめることが十分に予測されるのであり、医師はくれぐれも安易に行動してはならない。人間身体は有機的に外部や内部環境と融合して統合された全体として生きている。

生活機能(生きる)ことの全体は国・民族・家族・個人によって異なる。イスラームの生活習慣を単純に日本に当てはめることができないように、それぞれの違いを認め納得することだ。納得はそれぞれに異なるもの同士が、それぞれを支えてくれる全体構造のなかに

いて初めて実感するものといえる。

それゆえ在宅医療をおこなう医師もまた、野球をする生活者のプレーを外野席から批評したり指令するのではなく、内野に下り立ち生活者とともにプレーを実感するものだ。在宅医は生活者の生活機能(生きる)ことの全体に組み込まれ、中から外部環境等に向かって全体構造を維持することになる。

地域包括ケアに集う生活者・あらゆる職種・行政・福祉制度のすべてが統合された全体の内部構造としてそれぞれの生活者ごとに形成される。問題が起こるたびに心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子を賦活することによって循環型で双方向性の支援を継続してゆくのだ。ICFはそれゆえ原因結果型の対処法ではない。めぐりめぐって最期の日まで生活機能が永遠に維持されてゆくプロセス重視型なのである(図)。

なるべく標準化しないことが鉄則である。一般にオーダーメイドといわれるその人に合った医療提供は、実はそれぞれ異なる生活機能の(中からの)把握(実感)がなければおこない難い。ナラティブの持つ意味も似ている。生活史を探索する医師もまたかわりを持った瞬間から、対象であったはずのその人の生活史の部分形成することになる。医師はその人の物語の登場人物の一人となるのだ。できるならその物語が悲劇にならないように、物語自体が壊れないように、演じてゆくことが肝要である。

#### 終末期から人生の最終段階へ

日本人の大半はピンピンコロリ(健康なまままで大往生はできない

ことが判明している。障害者となってから一生を終えるのだ。人生の最終段階を誰もが迎えるそのときに、急死しない限り必ず障害者となつていく私たちに最期の日までより良い生き方が提示される説明責任と具体的支援策が提示されなければならない。終末期などという特殊な話ではなく、障害者の待遇改善、自立支援、意識の向上、社会制度の整備が十分におこなわれる障害者論として協議されなければならない。

そのためには言葉の解釈(構成概念)が重要である。

一般に多用される尊厳という語句は元々日本になかった。江戸時代にはこれに代わることばとして「尊重する」があった。日本人は関係性の濃い民族であるがゆえに、互いがそれぞれを尊重する関係の上に成り立つものだった。明治になり独立した人格としての個人に対してあなたも付加物のように尊厳なる形容詞が与えられたのだ。そして、*high status* (尊厳・高貴・威厳・高位の意味も持つ)がもてはやされるようになる。高貴の対極にはみずほらしいが、威厳はある。ないが、高位の反対には低い位がある。比較論や価値論の尊厳になつてしまう。したがって、人は簡単に「私は尊厳がない」などというようになるのだ。この尊厳は人に序列を作り出す。低い尊厳の人は生きている価値がないのか。尊厳が高ければ偉いのか。違うだろう。尊厳は危険な語句なのだ。低い尊厳の人が抹消されないように、高い尊厳の人が優遇されないように注意しなければならない。

尊厳にはもう一つ *sanctity* (尊厳)がある。これは誰もが尊厳そのものであるという意味であり、比較や価値で決まる *dignity* (尊厳)とは異なる。人間誰しも尊厳そのものの比較できないし、尊厳が低か

ったりなくなったりしないのだ。人の尊厳は sanctity であり dignity ではない。

終末期に關して明確な定義を提供するエビデンスはない(17)。特定の時間枠で定義すべきでないといふNIHも表明している。

この世界のあらゆるものは、たとえ夢であつても、そのときには現前している知覚された実体と見えている。そして実体には必ず解釈・意味が付与されている。私が知覚するすべてのものは解釈つきの実体なのだ。

たった一つを除けば、それが自分の死である。自分の死は決して実体として知覚できないものであり、完全なる解釈(構成概念)にすぎない(18)。解釈はいくらでも変更可能である。生きることがいやになって死にたいと思つても、死は知覚される実体には絶対になりはしない。死ぬことを願うよりも解釈を変更することによって今生きていることを見つめなおし、いやに思える世界を良かったと思える解釈に変更することが必要だ。

アドバンス・ダイレクティブがひとつの場所ではやされた。しかし私たちは実体と解釈が融合した世界に住んでいる。自分なりの世界。意思決定するためにはそんな世界がこんな風に見えていて、心変わりでも変更できることを知っていなければならぬ。世界の見え方、解釈が変更されるたびに本人に關与するあらゆる人々、あらゆる環境、制度の影響が含まれた新たな解釈をして決定なのだ。単純な「本人の決定」ではない。

ライフが示されなければ決定できないのは言うまでもないことだ。生活機能が生きることの全体であるように、意思決定も生きることの全体から考えてゆくようになってきた。

どのように死にたいのかではない。死が経験されない以上、最期の瞬間まで経験される生こそがより良いものであるように努めるのが、生きることの全体に含まれるすべての人に共通の理念なのだ。平成二八年より施行される障害を理由とする差別の解消の推進に關する法律も視野に入れながら、地域包括支援というシステム、生活機能という概念、単なる意思決定ではないライフを支えた全体決定としてのALPを有効に活用することが必要である。

おわりに

実態は希望からはまだまだ遠い(20)。

⑤ 介護保険・障害者総合支援法等の具体的支援策の説明と提示ができない医師

④ 八〇パーセントの医師が緩和ケアを知らないために、心身の苦痛が十分に除去されない

③ IC Fに基づく生活機能を基本とした説明、心身機能・活動・参加の統合された全体である健康状態の説明、心身機能・活動・参加について環境因子・個人因子を組み入れた支援(地域包括ケア)の提示のいずれもできない医師

② 解釈(構成概念)と実体を取り違え、用語の説明ができない医師

① しばしば信頼を築けない医師―患者關係があること

- ⑥ ①⑤のままに意思決定を迫られる患者
- ⑦ 不十分な説明に誘導された意思決定はもとと不完全であること
- ⑧ ⑦の元凶が自分にあることに気づかない医師
- ⑨ 自分の至らなさを法制化やマニュアルでしのごうとする医師
- ⑩ ①⑨の原因のひとつは要素還元主義に偏重した医学教育である可能性

等の問題が山積みしている。医療と医学教育の制度疲労とも言えるだろう。

困ったことに、上に立つ人ほど共に歩むことを忘れ、要素還元主義的に人を対象化し、標準化した規定を作り出して当てはめようとするものだ。一方で、共同主観の甘い民にはまり、共感と誤認して多数に迎合した行動に走る人々がいる。

この二つが重なり合うことが恐ろしい。共同主観のなかにいる

人々は、その全体特性から外に飛び出して冷静に判断することができず、全体特性の内部に幽閉されている自分の立場を客観的に理解することができない。その全体を、上に立つ人は外から客観視しながら、自由に操作することが可能になるのだ。後者のほうが罪深いだろう。

そんなふうになりかねない過度な客観視はそろそろ御免だ。医師はいやというほど、そのように教育されているのだから。だから、少なくとも共感できる医療提供を目指すことが、今の医学教育には必須なのである。

註／文献

- (1) 「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、p. 9, 1986。
- (2) 妄信や迷信、全体主義に陥る可能性がある一方で、共感なるものを支えるはたらきもある。確信している本人たちは確信の外部に抜け出て、確

### 「医」の倫理とは

明日の医療と哲学

アンドレ・グアゼ  
森岡恭彦 訳

四六・278頁・2600円+税

### 生命ある限り(新装版)

生と死のドキュメント

エリーザベス・キューブラー・ロス 文  
マール・ワルショウ 写真  
霜山徳爾、沼野元義 訳

四六・208頁・1900円+税

### 生命尽くして

生と死のワークショップ

エリーザベス・キューブラー・ロス 文  
マール・ワルショウ 写真  
霜山徳爾、沼野元義 訳

B5変型・190頁・3000円+税

### 生命倫理学入門(第3版)

今井道夫

A5・212頁・2400円+税

### 新医学概論

森岡恭彦、村上陽一郎、養老孟司 編著

A5・274頁・2700円+税

### 産業図書

東京都千代田区飯田橋2-11-3  
電話 03-3261-7821

信それ自体を客観的に正しいとすることも間違いとすることも不可能なのだ。ただ、そうだと思っている。確信すること、納得することは受け入れることであり、客観的な正しさ(証明可能)とは異なる。

(3) それらが全体的に集まり、相互に関係し合うことによりて持統の全体を生み出すのでなくてはならない。各場所の状態と出来事は原則上、系のあらゆる他の領域の諸条件に依存する。メルロー・ポンティ：行動の構造(滝浦静雄・木田元訳)、みすず書房、東京、p. 82, 1989。

(4) 川島孝一郎：在宅医療の基本概念と近未来、痛と化学療法、Vol. 30 (suppl. 1)、pp. 10-13, 2003。

(5) 高崎節子：看護援助の現象学、医学書院、東京、p. 3, 1997。

(6) 平成二四年政府統計の人口動態調査データより自宅+老人ホーム総計を算出。

(7) 平成一九年度老人保健事業推進費等補助金「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」(老第1210001号)事業実績報告書、p. 186, p. 211。

(8) 平成二四―二五年厚生労働省終末期医療に関する意識調査等検討会報告書において、「終末期」の文言が変更され「人生の最終段階」とされた。

(9) 二〇三八年の年間総死亡予想数に対して算出。医師数は現在数を適用。

(10) 国民医療費・医科医療費は平成二〇年医療費の動向から、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅末期医療総合診療料、訪問診療料、往診料、及び在宅自己注射指導管理料や在宅酸素指導管理料は平成二〇年社会医療診療行為別調査から割合を算出。

(11) 急病として搬送され死亡となった割合。死亡とは初診時における医師の診断に基づき、死亡が確認されたものをいう。総務省消防庁「救急・救助の現況」平成一八―二二年。

(12) 川島孝一郎：「生きることの全体」を捉える「統合モデル」とは何か、ICFを誤用しないために、訪問看護と介護、Vol. 19, No. 2, pp. 140-145,

2014。

(13) 川島孝一郎：平成二二年度厚生労働科学特別研究事業「終末期の生活者を支える相談・支援マニュアル策定に関する研究」(H20-特別-指定-004)総括研究報告書、pp. 12-15。

(14) 結果として「あらたな介入」という、全体に対する能動的所作を伴う語句が必要となる。川島孝一郎：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、Vol. 17, No. 1, pp. 198-206, 2007。

(15) 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近い……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る、思想、九七六号、pp. 20-21, 2005。

(16) 川島孝一郎：平成二二年度厚生労働科学特別研究事業「終末期の生活者を支える相談・支援マニュアル策定に関する研究」(H20-特別-指定-004)総括研究報告書、pp. 15-16。

(17) 同、p. 20。

(18) 同、p. 15：私の死は、私にとって絶対に実体にはなりえず、完全なる解釈(構成概念)にすぎない。それを実体と誤認して、学会マニュアルや法制化(尊厳死等)で対応することは本質を見失っている。

(19) 伊藤博明：事前指示と事前ケア計画——「想定外」に対応する方法の考察。医療、Vol. 68, No. 4, pp. 172-173, 2014。

(20) 川島孝一郎：平成二二年度厚生労働科学特別研究事業「終末期の生活者を支える相談・支援マニュアル策定に関する研究」(H20-特別-指定-004)総括研究報告書、p. 63。

(かわしま こういろう・医師/仙台往診クリニック)