

このミニコミ誌はボランティアグループ
「クリエイール」が発行しています。

CLAIRIERE

2008年 7月号

No. 424

毎月発行 2000部

発行元／クリエイール*

連絡先／代表者宅FAX:0463-81-5385

郵送先：〒257-0054 秦野市緑町16-3

秦野市保健福祉センター内 秦野市社会福祉協議会

はだのボランティアセンター・クリエイール

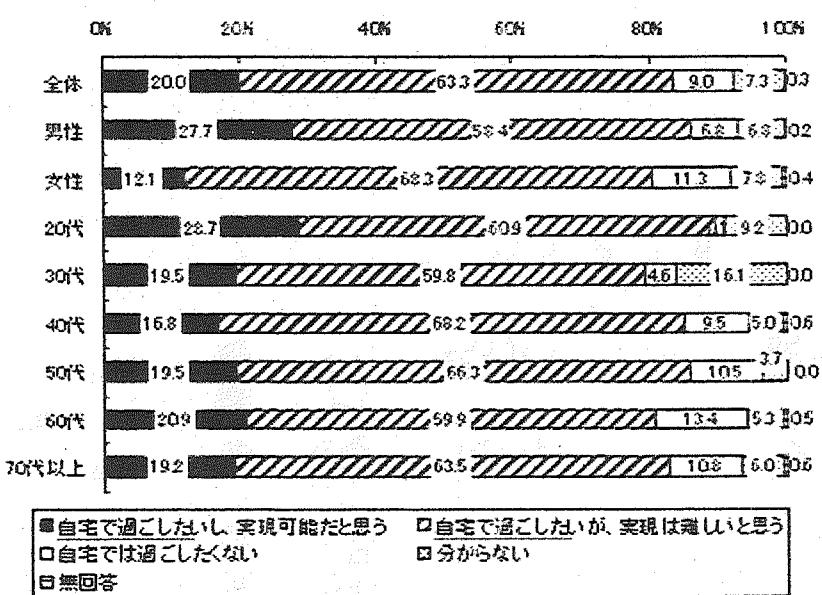
医師の説明責任と生き方の提示

少子高齢化が避けられない今後の見通しの中、社会保障費の大枠についてはその増減等についての大上段に振りかざす議論はさておいて、医療費の適切な運用については、現場の医療はまだ改善の余地を残しており、且つ国民のニーズに叶う内容を提示できるものがあると考える。

それは『医師の説明責任』を果たすことによる『生き方の提示』である。

日本の医療は健康達成度世界一である。治す医療に長けた側面を持つ一方で、図1に見られるように人生の終焉を居宅で過ごしたいという国民の希望にはまったく応えてこなかった30年間がある。日本の医療は老化・がん末期・難病・重症者等の治らない人達を支える医療に疎いのだ。

図1 余生が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別、年齢層別)



2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

ここに、「80%が自宅で最期まで過ごしたい」という住民のニーズと、「実際には病院で80%が死亡している」という医療のサプライのミスマッチが厳然としてある。

人はいずれ最期を迎える日が来る。しかし自分の死は感覚できない。感覚できるのは直前までの生きている今であり、その今こそが本人にとって大事なことである。

より良い死に方ではなくより良い生き方が、尊厳死ではなく尊厳ある生き方が提示されなければならない。



仙台往診クリニック 川島孝一郎

【医師の説明責任】

たとえば、図2に示すように、身体状況の変化に基づいて説明される生きてゆく行程は大雑把には二つしかない。ひとつには、(1)疾病・事故等が影響しながらも、身体の緩やかな衰えによって自然に最期を迎えるものである。一般的には大往生あるいは天寿を全うすると表現される。

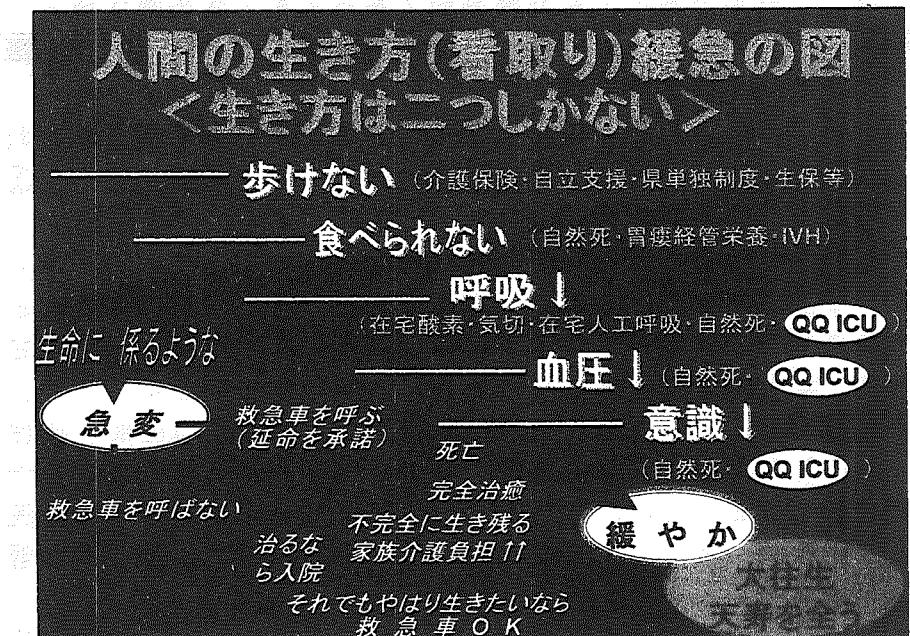


図2

大往生に向かう道筋の途中にはまったく歩けなくなる・まったく食べられなくなる時期が必ず来る。なぜなら体力が自然に低下すれば歩行・嚥下の筋力も衰えるからである。まったく歩けないことが当たり前である以上悪化でも危険でもない。この変化に対して適切な医療の選択と生活支援が提示され運用されればよい。体力が低下するたびに状況に合わせた医療と生活支援が行われるのである。

「先生、うちのじいちゃんは寝たきりになったが、おれはいつまでも足腰丈夫でスタスタ歩いて大往生したいなあ。」と息子さんが話す。しかし、スタスタ歩きながら死んだら大往生ではなく急死である。同じように、「いつまでもおいしいものを食べて天寿を全うしたい。」という言葉も実は急死を意味する。

「それは大往生ではなく急死だよ。大往生というのはね。。。」と図2にしたがって十分な説明をしている医師が何人いるのだろう。

大多数の国民は大往生と急死を取り違えているのであり、こんな単純な状況の違いを説明するのでさえ、医師が十分にその役割を果たしていないことが推測される。

この取り違えは何を引き起こすだろうか。

①大往生の行程を医師が説明していないため、体力の自然な衰えによる歩行困難・嚥下困難・呼吸低下・血圧低下・意識低下の各状態を、家族はすべて悪化・危険・病気・障害とみなしてあわてて医療にすがるのである。

②急変時の対応についての十分な打ち合わせを医師が怠っているために、急変すると（延命治療とは知らずに）すべて救急車に委ねるのである。昨今の救急出動数増加は、その一因として、医師自らの説明責任がなされていないことを物語る。

「ホスピスと在宅医療どちらを選びますか。」という言葉も不十分である。治療の限界に達した患者にとっては、残り少ない時間をどう生きるかが求められる。よりよい生き方を考えるなら第一選択は在宅医療であり、独居・介護力低下等によって在宅生活が難しい場合について、家族の代わりを担うホスピスが第二選択となる。はっきりした序列があるのであって決して同等ではない。これを分かっている医師がどれほどいるのだろう。

呼吸の低下によって呼吸苦が生じる場合には酸素吸入等により緩和し、血圧の低下が起これば（脳循環が保たれる限界の血圧は収縮期圧60mmHgであり）次第に意識は薄れる。それ以前から体力の低下に応じて無駄な体力の消耗を防ぐために睡眠時間が増加する。

意識低下は継続的深睡眠であり悪化でも危険でもない。眠るように安らかに最期を迎えるということはまさにこのことであり、あわてる必要はまったくない。

気をつけなければならないのは、本人はもっとも安らかな時を過ごしているが、周囲に集う親族縁者はつらい思いを抱いているという、両者の心理状況に乖離がある点にある。親族縁者は呼びかけても応えない本人を見ると、悲しい・つらい・不安等の自らの心理を本人に投射して、あたかも本人がつらい状態であるかのように錯覚する。親族縁者に対して、この取り違えをしないように説明することが終焉に向けて最も重要である。

以上の説明により周囲が落ち着いていれば終焉の場は病院である必要はない。自宅であっても介護施設であっても人生の集大成としての看取りが可能となるのであり、後は希望する人のために在宅医療と介護の体制整備を行えばよい。

他方、（2）命にかかる急変によって死亡することも考えなければならない。命にかかる急変のときには二つの選択肢がある。①救急車を呼ぶ、②救急車を呼ばない、である。

①を選択する場合に行われる行為は延命治療であることを、本人・家族が事前に知っておくことが重要である。救急車を呼ぶことと延命治療であることが結びついていない住民が多数である。搬送された後で「延命治療は望まなかったのに・・・」という声が多い。

②を希望するのであれば、事前にいつでも往診を行う医師を確保しておくことが必要であり、日頃、どこまでの医療を望むのかを十分に話し合っておかなければならない。②は往診するかかりつけ医が行う在宅医療によって、最終的に自宅・介護施設での急変後の看取りが可能となる。

医師は病気について観察（検査）し、把握（診断）し、操作（治療）を行う。したがって、今まで医師の説明といえば「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=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のなら、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なのである。それは、変わってしまった身体が安心して以前のように生活できるための「生活情報」を意味する。

ところが、いまだに医師は疾病論・症候論による身体情報の説明だけで説明責任を果たしていると思い違いをしている。「不十分な説明」しかしていない状況においては、当然選択する余地が限られることになり、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・リビングウイル等は不適切極まりない（図3）。

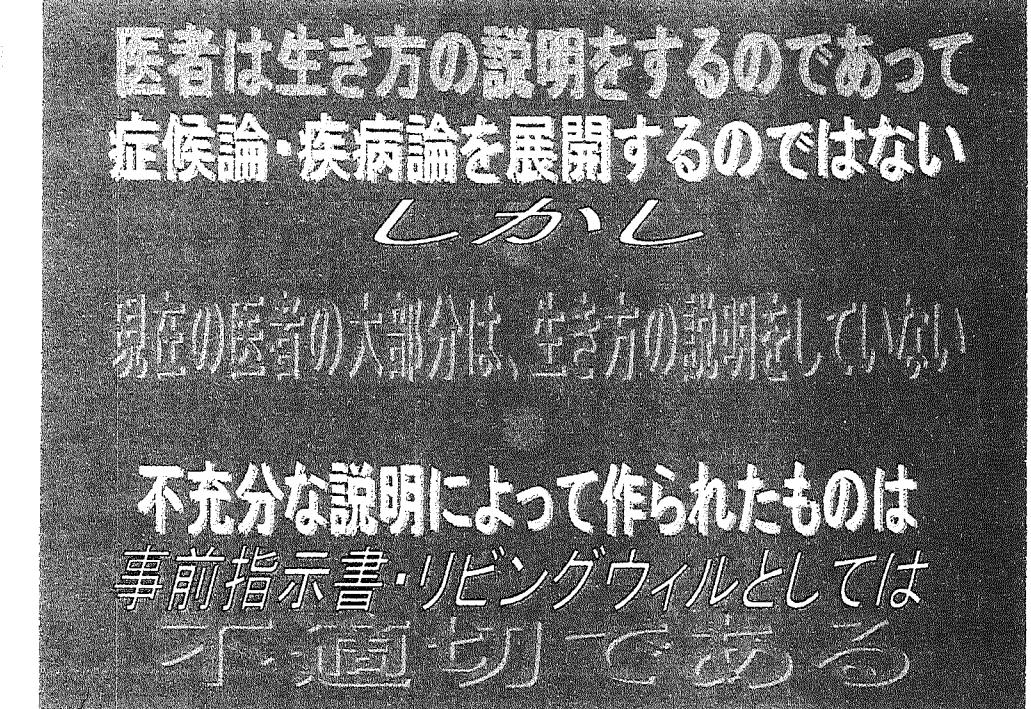


図3

本人は自分の生き方を一時的に決定しても良いし決定しなくても良い。次の瞬間に変更しても良い。人の意思は瞬時に変わる。私の「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良く分かっていかなければならない。

自己決定というよりは、むしろ、「生き方の再構築」を常に、しかも有機的に行っているのが人間であると考えたほうが妥当であろう。

【ものの見方の違いによる生き方の表現の違い】

医師の話はたいてい基底還元論に基づいた比較論である。図4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・欠陥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。高齢者・がんの末期・難病・重症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。

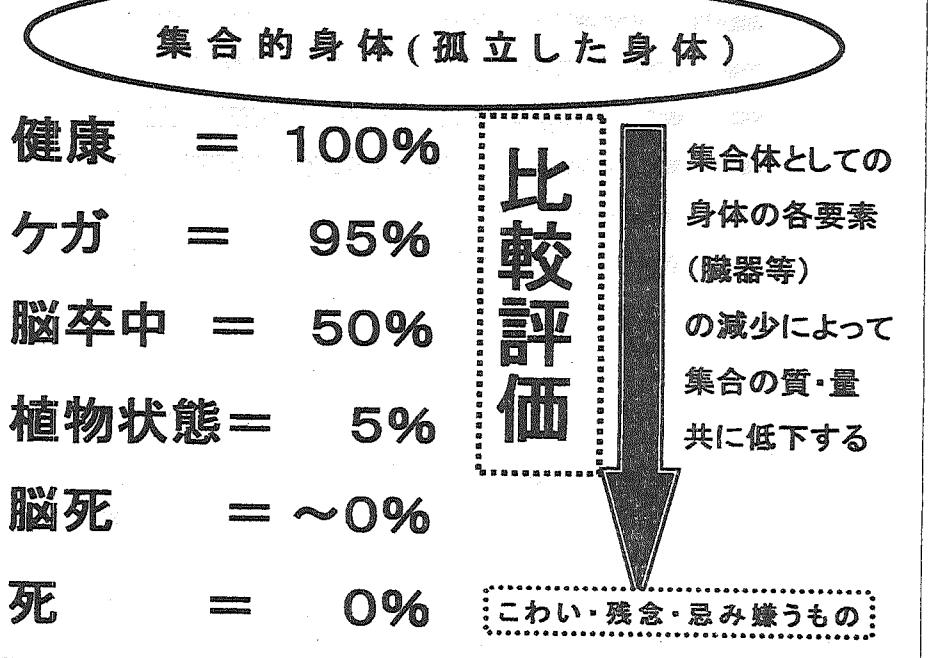


図4

図5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ます。

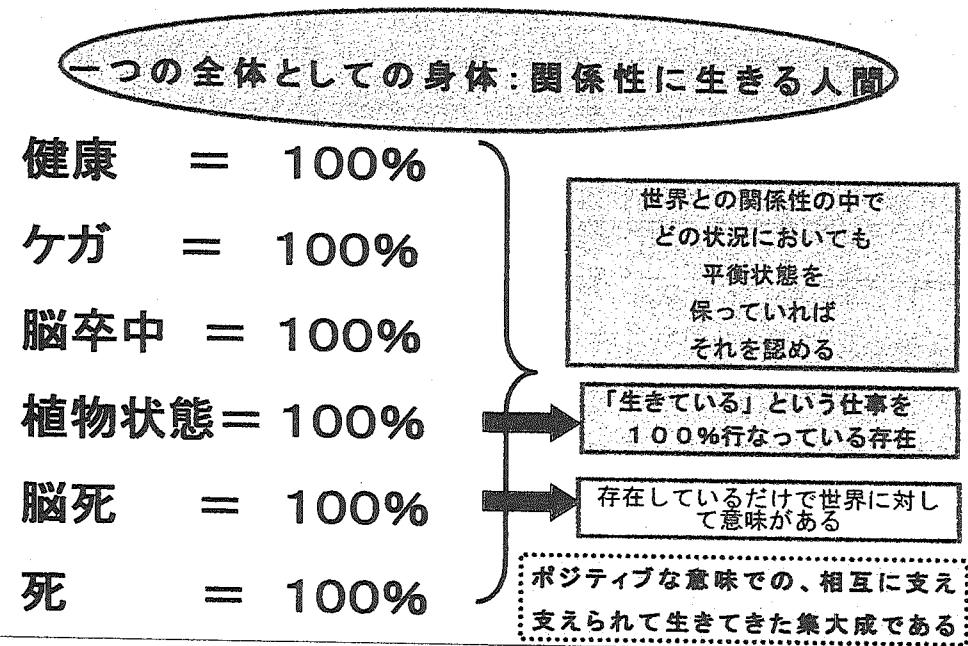


図5

図6を見てみよう。縦軸は比較論であり原因一結果型である。状況を無視し身体の衰えに固執するならば、この表現においては人間に必ず「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るのであり、より良い生き方をした結果が「たまたま死ぬ」ことなのである。より良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。

ものの見方によって、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。一つの状況に対しては無限の表現ができるのだが最低二つの表現が求められる。それは相異なる表現でありこれによって初めて選択肢が生まれる。

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。

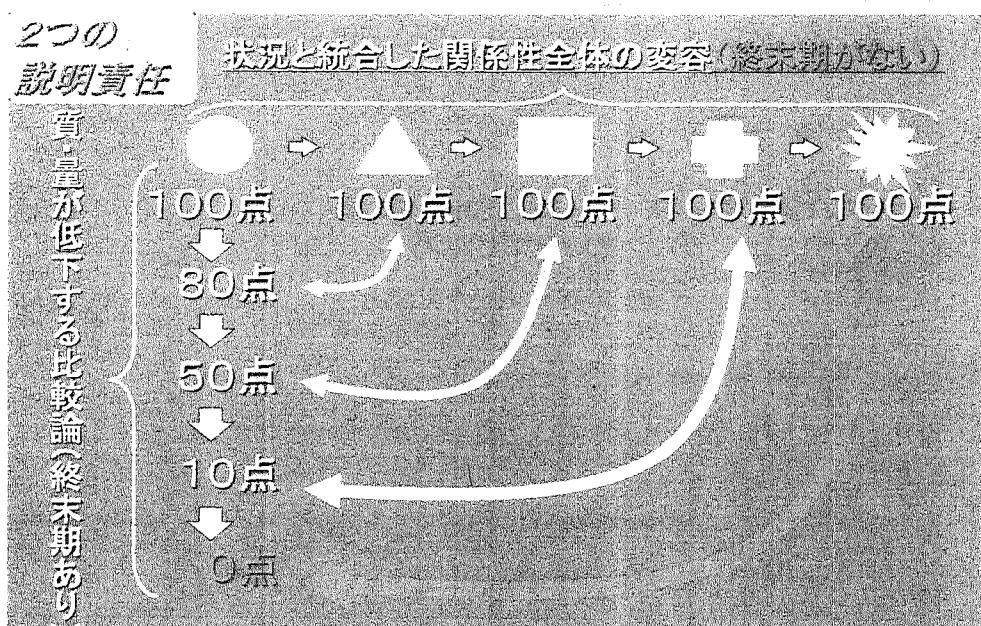


図6

【5】ICF（国際生活機能分類）

障害を持つことに関する2001年にWHOがICFを発表している¹⁾。人が「生きる」こと全体の中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が注意すべき問題点として挙げているのは医学の基底還元論²⁾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こととなる。一方の原因究明に陥ることにより、常に障害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7のごとく、心身機能の原因一結果型の因果論から脱却し、活動・参加とともに、環境因子・個人因子等を織り交ぜた循環型の「生き方の提示」をもくろんだものである。重度障害者の在宅医療を考えるときにICFの概念を抜きにすることはできない。

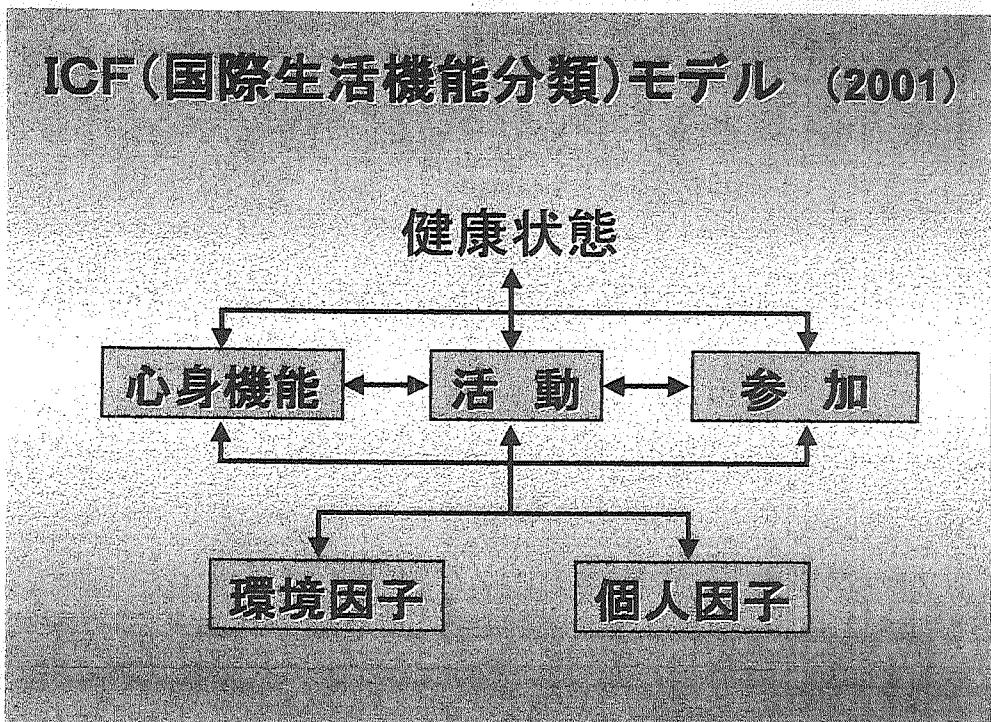


図7

【6】生き方の再構築：医師の説明責任と選択

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³⁾。

生き方の提示によって生き方の再構築が本人によってなされる。図8に示すように、

- 1) 医師によって、疾病・傷病による身体変化が起こる身体情報の提供がなされること (ICD: WHO国際疾病分類に基づく検査・診断・治療の説明)
- 2) 本人・家族を含めた生活者に対して、介護・福祉制度・生活に精通する生活支援のすべてに関する生活情報の提供がなされること (ICF: WHO国際生活機能分類の主に環境因子に基づく退院支援=在宅復帰の説明)
- 3) 生活者と、生活を支える医療・介護・行政等の生活支援の人々との全体によって、今後の生き方のすべての選択肢が提示され全体で協議されること
- 4) 3) を参考にして本人の生き方の再構築がなされること
- 5) あらたな生き方に沿って、今後変わってゆく生活をどのように支えるかという生活支援体制の具体的な提供がなされること
- 6) 身体状況・生活状況の変化ごとに、1) ~ 5)までの行程が、何度も変更可能であること。

人の意思や生き方は周囲の状況・刺激によって一瞬に変化する「生きもの」なので、一度構築した内容を固定したり、ひとつに固執してはいけない。関係する全員が寄り添って話し合い考えながら、本人の意思が変化するたびに新しい生き方をそのつど関連職種全員と本人が再構築してゆくのである。

ICFは、国によってその生活状況が大きく異なるため、日本の現状を十分に考慮した内容とならなければならない。

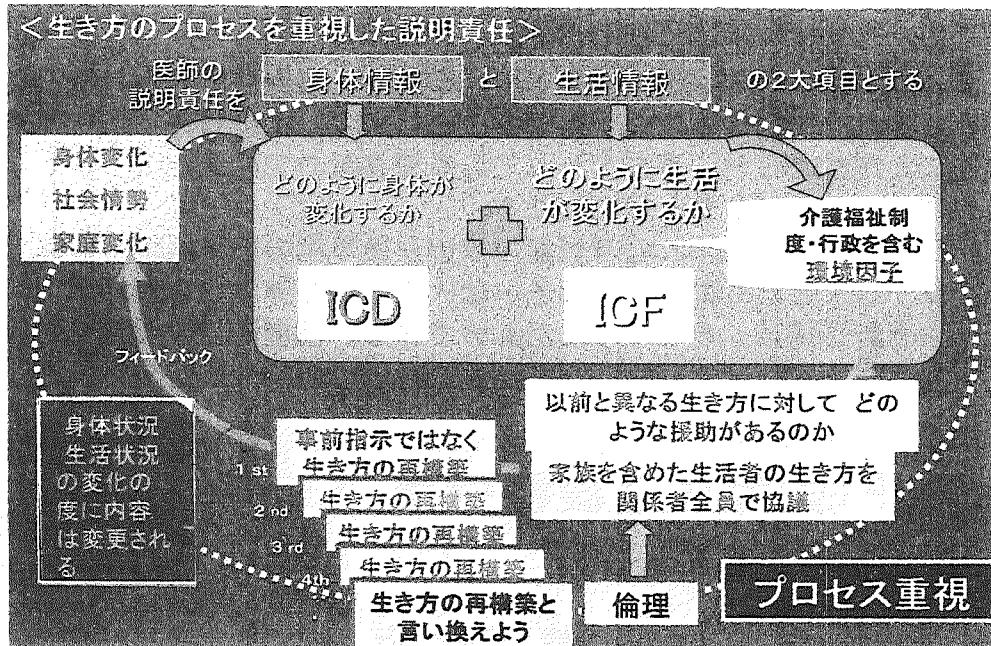


図8

【おわりに】

- 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は治すことから支えることへの転換を予感させる重要な概念であること。
- 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) 意思は決定するものではなく、常に再構築されるものであること
- 8) 医療と介護の関連職種全体で生活者の生き方に寄り添うこと。
- 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

最期まで自宅で暮らしたいという住民のニーズに医療が応えてこなかった30年間のつけに対して、今後総力でサプライしなければならない。そのためには、まず医師が自らの説明責任を果たすことが第一である。その説明には十分な生き方の提示がなされなければならない。疾病論・症候論による説明で済んだ時代は当の昔に終わっているのだ。十分な生き方が提示できないことが医師の過重労働に繋がっている側面があることを知らなければならない。

在宅医療が適応される居宅療養者にとって、在宅こそが最も希望する終焉の場所である以上、最期を迎える直前までのより良い生き方が提供されなければならない。

院長プロフィール

院長 川島 孝一郎
1954年生まれ

厚生労働省委員

- 1) 保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」実施委員会 委員
- 2) 医政局「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

厚生労働省研究事業

【主任研究】

- 1) 医政局 厚生労働省科学特別研究事業
「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」
- 2) 老健局 老人保健健康増進等研究事業
「地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略」
- 3) 社会・援護局 障害者保健福祉推進事業等研究事業
「重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療-介護連携体制構築と運用戦略」
- 4) 健康局 難治性疾患克服研究事業
「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」
- 5) 医政局 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「患者の視点に立った緩和ケアのあり方とその普及に関する研究」

厚生労働省ヒアリング

- 1) 保険局 後期高齢者医療のあり方に関する特別部会
- 2) 健康局 がん対策の推進に関する意見交換会
- 3) 医政局 新健康フロンティア戦略賢人会議

東北大學

東北大學医学部臨床教授(総合診療部)
東北大學サイクロトロン・ラジオアイソトープ研究教授

理事・幹事

日本在宅医学会幹事
日本プライマリ・ケア学会評議委員
NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク理事
宮城県神経難病医療連絡協議会幹事
在宅医療を推進するための会委員
宮城県地域保健医療計画策定懇話会委員

仙台往診クリニック

www.oushin-sendai.jp

お知らせ

5/13 在宅医療のグランドデザイン
12/28 ホームページ開設しました。

HOME | 医院・院長紹介 | 理念 | 研究 | 教育 | 実践 | お知らせ | 職員の募集

院長・院長答申

院長プロフィール
クリニック沿革
学会主催
総説
取材・番組
講演会・報告会

理念

在宅医療の概要

研究

カリキュラム例
教育に参加したい
教育を受けたい

実践

診療内容・実績
スタッフ紹介
生命保険について
一緒に働きたい

お知らせ

HOME | 医院・院長紹介 | 理念 | 研究 | 教育 | 実践 | お知らせ | 職員の募集・問い合わせ | クリニック | リンク集

このサイトの著作権は仙台往診クリニックが有します。引用する場合には、必ず著作権表示をしてください。また、無断で内容の改変を行うことはできません。
Copyright (C) 2007 Sendai Oushin Clinic. All Rights Reserved.