

第4章 総括

第4章 総括

《はじめに》

平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業『高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究』を行った。

本事業は、高齢者等が望む生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、生活者やその人を支える各医療・介護職種間において、共通の言語と認識の下に行われているか否かを検証するために行われたものである。

特に医師の説明と行動が、高齢者等の生き方に沿った内容となっているかが問題である。そのために、本調査では、

- 1) 在宅医療提供者としての診療所医師の「高齢者等の生き方」に関する自己認識と自己評価
 - 2) 1) と行動を共にすることが多い訪問看護師による、1) 医師に対する評価
 - 3) 病院医師の「高齢者等の生き方」に関する自己認識と自己評価
 - 4) 3) と行動を共にする病棟看護師による、3) 医師に対する評価
- に分けて分析を行った。

《アンケート調査内容の特長》

ICD（国際疾病分類）は主に患者に関するマイナス面を強調し、低下した機能をいかに戻すかについて検討されてきた。

医師は要素還元主義に基づき、患者の身体を比較評価する（図1）。それにより患者は標準化され分類される。疾病・傷病により点数が低下した身体機能をより満点の健康体に近づけることが目的であった。

この思想の利点は、**治る見込みがある患者**に対しては、

- ① 下がった点数を上げることが可能である。
- ② 患者にとっては健康体復帰への身体的・心理的原動力となる。
- ③ 医師にとっては医療提供の満足感につながる。
- ④ EBM が行いやすい。標準化しやすい。マニュアル・ガイドライン等を作成しやすい。等である。

しかし、**治らない患者**は比較する対象から外れるために

- ⑤ ある点数以下の群は無視される、放って置かれる → 末期がんの難民化。
- ⑥ ある点数以下の群は一律に処理される可能性がある → 臓器提供法における脳死認定基準の一元化等。
- ⑦ 身体の比較評価に限定され、治らない患者の悲嘆、医師の無力感を生み出す。

医師が考える要素還元主義による科学的身体
 身体の状態を科学的に表現すれば終末期という概念が生じる

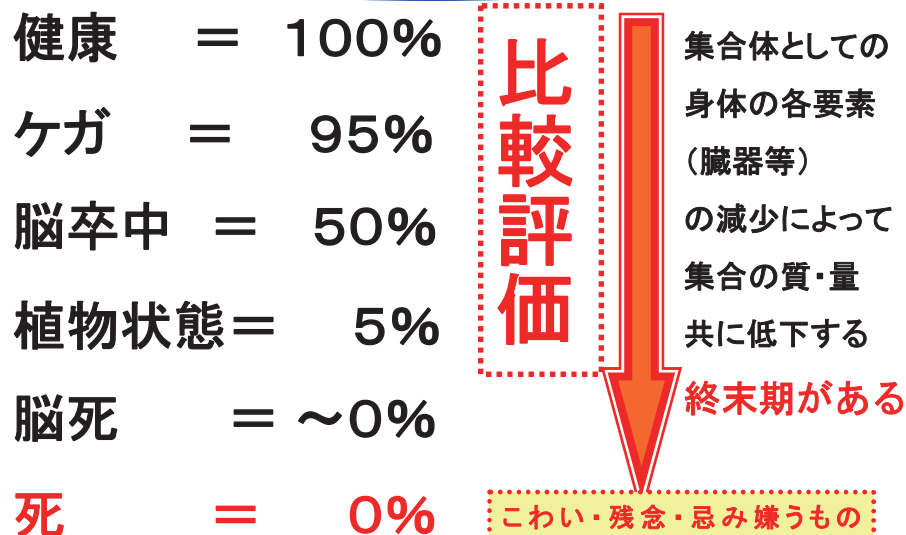


図 1

このような ICD に基づく諸問題を解決するために、すでに 2001 年 WHO は ICF（国際生活機能分類）を発表している、ICF では患者の身体評価のみにこだわらない。マイナス面ではなくプラス面を探し出し評価する。患者が生きている環境・社会・個人特性等を含めて「患者の世界を再構築する」ことにより、患者の生きている世界が安定するように一体的な支援提供を行うものである。

図 2 が示すように、「五体不満足」であっても生きている世界との調和した生き方が構築されれば良いのである。例として、

- ：健康体のときは勿論のこと 100 点である。
- ▲：半身麻痺においても介護保険等により生活継続を可能とし 100 点の暮らしを営む。
- ：嚥下困難の際には胃瘻増設によって形を変えた食生活を行い、これも 100 点の生き方。
- ✚：人工呼吸器を装着。生きる形態が変容するだけであり自立支援法に支えられた 100 点。
- ＊：脳死状態でも 100 点。在宅医療と介護のシステムに支えられ生活した事例がある。

ICF の概念と在宅医療及び介護提供体制が十分に機能することにより、最後まで在宅生活を行うことが可能となる。同じ状況であるにもかかわらず、図 3 のように概念の違いによってまったく異なった世界に見えてしまうことになる。従来型の ICD からだけの説明ではなく、ICF を土台とした調和した生活支援が求められている。

調和した関係性 ならどの状態も満点

終末期は思考が作り上げた構成概念であり実体ではない

健康 = 100%

ケガ = 100%

脳卒中 = 100%

植物状態 = 100%

脳死 = 100%

死 = 100%

世界との関係性の中で
どの状況においても
平衡状態を
保っていれば
それを認める

「生きている」という仕事を
100%行なっている存在

今その人を世界が存在さ
せていることを認めよう

相互に支えあって生きてきた集
大成 → 終末期はない

図 2

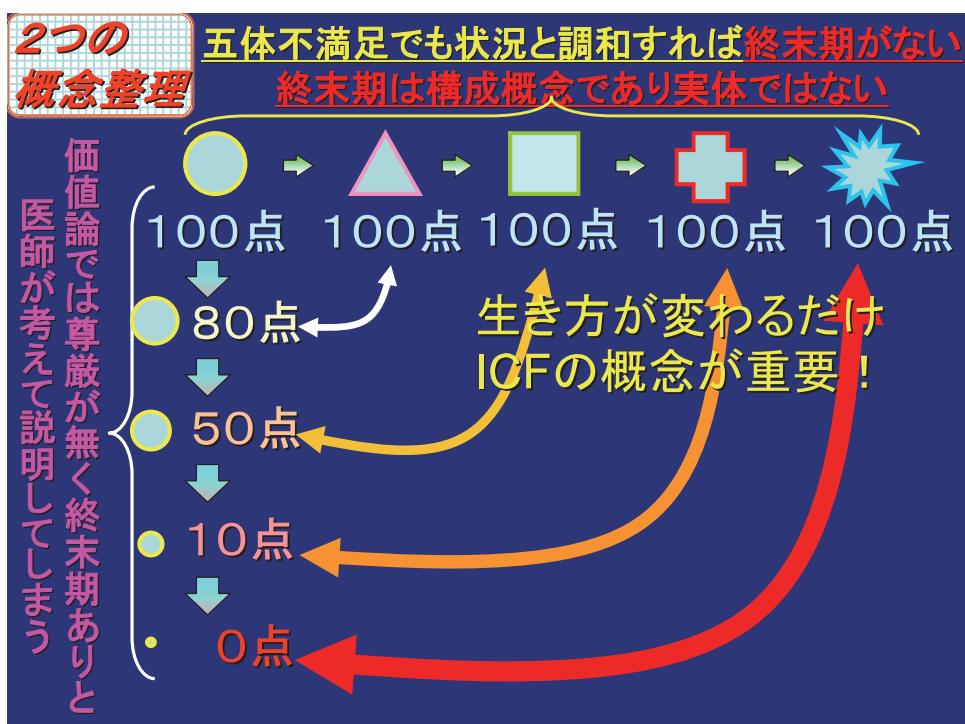


図 3

このような提供体制が国民に周知され活用されるためには、第一に国民に対して十分な説明がなされなければならない。

本アンケートは、以上の問題提起を足がかりとし、

- 1) 人口構成の変化による少子・高齢化に伴う日本の実情と未来について、医師が現状把握しているか否かについての問
 - 2) 国民の多くに共通する「疾病・傷病を持っても居宅生活を希望」、「最後を迎える場合には居宅」の希望について。および、医療提供の実状は「病院死」であるという、国民のニーズと医療のサプライのミスマッチについて、医師が認識しているか否かについての問。さらに、この希望を医師が患者に確認しているか否か。
 - 3) ICF についての認識に関する問。
 - 4) ICF を土台とした説明の有無についての問。
 - 5) 在宅生活に欠かせない在宅医療に関する知識・認識・具体的内容についての問。
 - 6) 在宅生活に欠かせない在宅介護・福祉制度等の知識・認識・具体的活用についての問。
 - 7) 在宅生活が円滑に行われるための、在宅医療・介護・福祉・行政等の連携に関する問。
 - 8) 病院死・在宅に移行させないまま転院させてしまう病院の実状についての問。
 - 9) 8) を改善する策についての問。
 - 10) 意思決定についての問。
 - 11) 2) 国民のニーズと医療のサプライのミスマッチについての問。
- 等を行った。

本研究事業の重要点は、

- (1) 要素還元主義に基づく ICD に偏った医療提供を行ってきた医師に対して、「生き方に沿った概念」への変更を提示することによって、ICF を含めた包括的生活支援を認識してもらう啓蒙的要素を含んでいる。
- (2) 同時に、(1) を認識することにより医師の意識の変更が目論見られている。

《結果と考察》

在宅医師と病院医師で大きく異なる内容は、

- 1) 在宅医療について病院医師は知らない比率が大きい。したがって、帰宅させる際の医療提供体制についての説明が不十分となる。
- 2) 在宅療養支援診療所を病院医師は知らない。当該診療所の機能を知らない。
- 3) 病院医師は、心身障害者手帳の交付によって患者が受けるメリットを知らない。
- 4) 病院医師は、介護提供の具体的内容を知らない。
- 5) 病院医師は、在宅緩和ケアよりも緩和ケア病棟を患者に勧めている。

各組共通で問題であると認識されている内容は、

- 6) 人口動態に基づくこれからの少子高齢化の実状。
- 7) 患者が希望している「在宅での最後」がかなえられていない実状。
- 8) ICF を踏まえた「生き方の支援」が整備されていない事実。
- 9) 患者が安心して生活できるための説明に在宅医療に関する説明が必要である。
- 10) ICD に基づく身体情報はよく説明している。
- 11) しかし、ICF を含めた生活情報の説明と、在宅生活が円滑に行われるための、在宅医療・介護・福祉・行政等の連携に関する体制整備が十分に提供されていない。
- 12) 説明責任を果たし、連携体制整備を行うことによって在宅復帰は推進される。
- 13) 生き方の支援に関する十分な説明がなされない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性。

医師と看護師での認識に差が多く、

- 14) 病院看護師は、病院医師は患者希望の「最後を迎える場所」を聞いていないとする。
- 15) 看護師から見て、医師は ICF のような「生き方の支援」に関する説明をしていない。
- 16) ニーズとサプライのミスマッチが起こる原因について、医師はどちらかというと患者・家族側に問題があると考え、看護師は逆に医療者側に問題があると考えている。

以上から、医師特に病院医師の

- ① 実状認識の甘さ
- ② 生き方に関する知識の無さ
- ③ 生き方に関する説明不足
- ④ 生き方を支えるための在宅医療についての知識の無さ・認識の甘さ
- ⑤ 生き方を支えるための在宅介護体制整備に関する知識の無さ・説明不足
- ⑥ 以上から生じる『不十分な説明に基づく意思決定』

等が浮き彫りにされた。

そして、

- ⑦「生き方を支える」ための自分の知識が未熟なために、在宅復帰をさせない医師の実状
- ⑧したがって、転院し続ける患者のために病床削減不可能な負の連鎖が生じていることとなる。

《おわりに》

図4に示すように在宅医療は医療界というエンジンを潤滑させるオイルの役割である。このエンジンのどこかが停滞しないように回り続けることが必要であり、そのためには病院医師の意識改革・機能分化・在宅医療の充実が欠かせない。

図5・6がそれを示している。

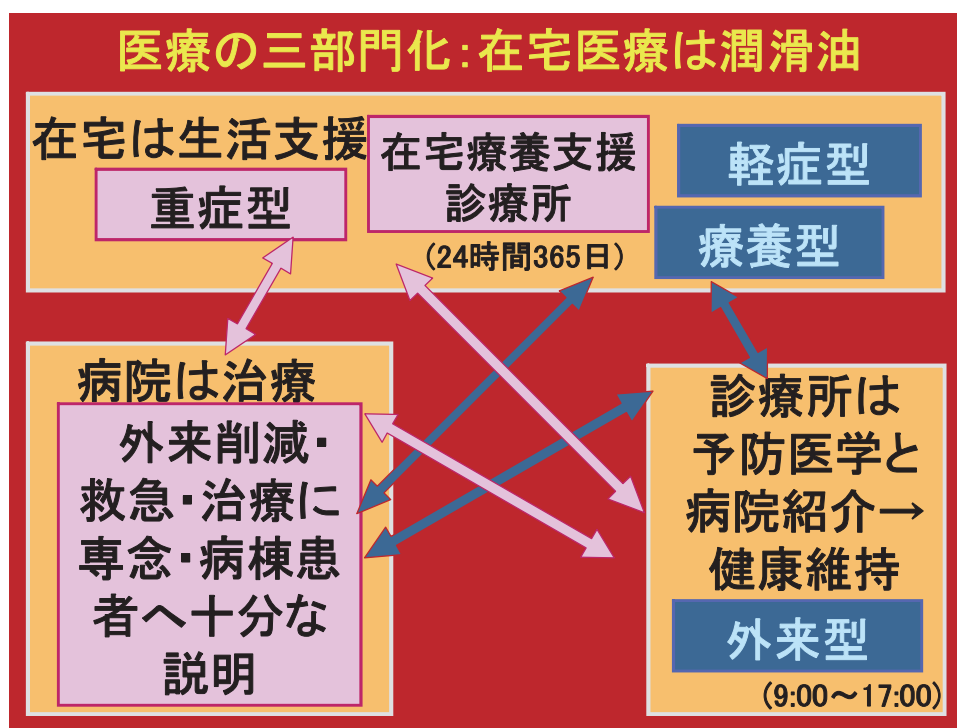


図 4

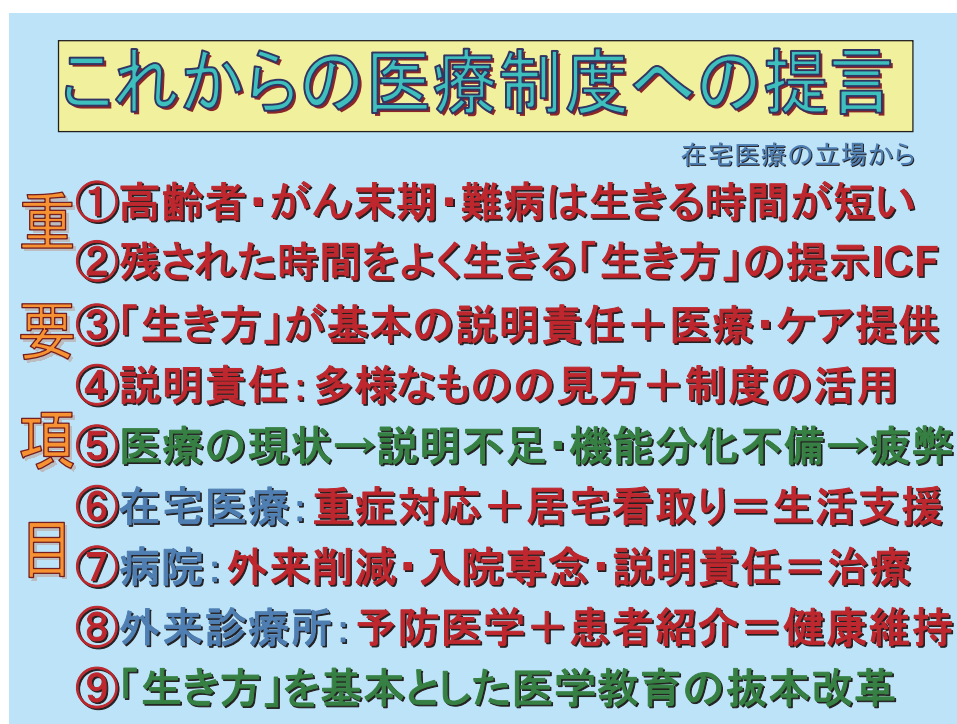


図 5

これからの医療制度への提言

在宅医療の立場から

- 重**①病院改革の不徹底がある(これが全ての原因)
要②病院外来の更なる削減 → 廃止
項③朝から病棟診察 → 時間の余裕・十分な説明
目④説明責任:生活の視点から説明 → 家に帰す
⑤歩行可→外来通院 ・ 歩行不能→在宅ケア
⑥在宅医療:重症対応＋居宅看取り＝生活支援
⑦病院:外来削減・入院専念・説明責任＝治療
⑧外来診療所:予防医学＋患者紹介＝健康維持
⑨機能分化が医師の適正な移動と配置を促進

図 6

