

## &lt;学会レポート&gt;

## 日本医学哲学・倫理学会 第37回大会

中澤 武 (明海大学)

日本医学哲学・倫理学会の第37回大会が、北海道大学（人文・社会科学総合教育研究棟）を会場として2018年10月20日（土）～21日（日）に開催された（大会長：船木 祝）。今回の大会テーマは「地域とともに歩む医療」。超高齢化社会の到来とともに少子化が進み、とくに地方では産業の衰退、医療スタッフの人員不足、医療経済の困難が深刻化している。他方、都市部では人間関係の希薄化、コミュニティの機能低下が指摘されている。このような現状のなかで、長期的視野に立ちつつ、地域の実情に見合った医療・福祉の仕組みを再構築することは、いまやわが国にとって喫緊の課題である。こうした問題意識のもとで全国から医療・福祉・哲学・倫理・法律学などの研究者が集い、活発な議論が交わされた。

大会プログラムの実施内容は、特別講演（清水哲郎「臨床倫理 事始めの頃——札幌1988～93年およびその後」）、ワークショップ（「研究倫理の現状と課題——効果的な研究倫理教育の方法論とその評価尺度の検討」）、公開シンポジウムの他に、個人研究発表が両日合わせて21件であった。この中でも、大会2日目に行われた公開シンポジウムは、「地域高齢者とともに生きる社会——身体と心を支え合うために」と題され、大会テーマに直接かかわるものである。このシンポジウムは、人間を自律した個人と見る「強さの倫理学」に対し、「脆弱性」をかかえた依存的存在こそが人間であるという「弱さの倫理学」を立脚点として、地域高齢者のQOLおよび高齢者の暮らしを支援する地域の医療・福祉のあり方を多角的に考えるという興味深い企画であった。以下では、特にこのシンポジウムの模様を詳しく伝え、本大会のレポートとしたい。

さて、前記のシンポジウムでは、まず司会者（船木祝、小山千加代）からの趣旨説明があり、続いて4人の専門家が登壇した。

まず、山田康介（北海道家庭医療学センター副理事長）は、「北海道十勝地区の人口3300人の農村唯一の公的医療機関に勤務する総合診療専門医」（大会プログラム・予稿集、p.14）としての立場から、行政・診療所・特養・グループホーム等の連携と日々の実践のなかで直面する「地域の高齢者のケアに関する課題」（ibid.）について述べた。高齢者を対象とした医療サービスは、「単純に年齢、余命のみで検討されるべきではない」（ibid.）。個々人の「個別性」をないがしろにした画一的な医療では、うまくいかないのだ。むしろ、高齢者ケアにおいては「医学的狀態、身体機能、認知機能」だけでなく、これまでの「人生で培われてきた価値観、家族、家族以外の人間関係など」を考慮して、個別に判断する必要がある。たとえば、75歳以上の高齢者が大腸癌検診を受ける必要はあるのだろうか。そのような判断をする場合には、ご本人の体力や価値観などを考慮しつつ、よく相談したうえで「個別に判断するしかない」。要するに、高齢者のケアは、対話を重視した「人中心の医療」であるべきなのだ。そのような医療の実践を支える有力な方法

論として、山田は、PCCM (Patient-Centered Clinical Method 患者中心の医療) の有効性を強調する。PCCMによれば、患者との面談のなかで、(1) 医師はまず「診断としての病気」についてきちんと説明する。同時に、病をかかえたことによる患者の「感情」、医師に対する「期待」、患者による症状の意味解釈、症状による影響、価値観、健康観などを患者からしっかりと聴き取る(統合された理解)。(2) その人が置かれている状況(家族、職業、生活文化)を全て理解した上で(全人的理解)、(3) 患者のかかえている問題を共有し、今後の方針と目指すべきゴールについて患者と一緒に決める。患者と医師のそれぞれが果たすべき役割を決める(共通基盤の発見)。そうして一緒に決断する(Shared Decision Making)。このように、(4) 患者も医師もお互いに納得の上で意思決定することを積み重ねるなかで、しっかりとした継続的な信頼関係が醸成される(患者-医療者間における信頼感の増進)。とくにプライマリ・ケアの分野では、人の持つ個性を重視して、人を中心に据えた医療こそが大切なのであり、そのための対話に力を注ぐ必要がある。

このような山田の提言を受けて、2人目の報告者である秋山正子(白十字訪問看護ステーション統括所長)は、「自分の考えを表出できる地域高齢者を育てるために——医療的知識を持った友人のように傾聴するとは」と題して、大都会(東京都新宿区)における訪問看護の実践(「暮らしの保健室」)について語った。現在「地域包括ケアシステム」の構築が推進されているけれども、本当に大切なのは高齢者が暮らし慣れた地域で最後まで暮らし続けられるように支援することである。そのために、医療・介護・生活支援・介護予防がある。障害者に対する生活支援、子育て支援までふくめた「まるごと地域共生社会」を実現することが重要なのだ。その土台となるのが「本人の選択と家族の心構え」である。

患者にとって最善の選択をするために必要なことは、まず患者本人の意思を明確にすること。次には本人の最善に関して家族および多職種チームの意見を合わせ、本人の意思を中心として全員で合意を目指すことである。ところが、実際の事例では、本人の意思確認が後回しになっている場合が多い。最初の「本人の意思」が考慮されず、家族と多職種チームの意見だけで意思決定がなされる事例がしばしば見られるのである。そのような事態を避けるためには、山田の言うような「対話型の意思決定」が大切であり、患者や家族の意思決定に寄り添い、「添え木」のように支えるガイド役が必要である。ところが、専門職の立場から患者や家族に対して「友人のように」支援するのは、実はとても難しいことである。意思決定はプロセスであり、その途中でよく話し合うことが大事であり(「雑談のなかにその人の人生が見える」)、それを支える仕組み作りが大切なのである。

こうして、秋山が強調した「仕組み作り」の重要性に関連して、3人目の報告者として登壇した橋爪幸代(東京経済大学現代法学部准教授)は、まず、地域高齢者と共に生きる社会を作るためにこれまで構築されてきた法制度・医療制度の変遷を振り返った。高齢期においては医療サービスや福祉サービスへのニーズが高まる。それゆえ、地域で安心した生活ができるためには、これらのサービスへのアクセスを確保しておく必要がある。たとえば、在宅医療の充実が求められる。これに関して特に重要なのが2006年の医療法改正である。この改正では、医療機関完結型から地域完結型へと医療提供体制の転換が図られた。その際とくに重要なのは「かかりつけ医」の役割である。かかりつけ医は、「患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担う」とされている。さらに、この医療法改正を経て「地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供」するための「在宅療養支援診療所」が創設されている。

2012年には「機能強化型在宅療養支援診療所・病院」が設けられた。そのような施設では「複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携し

て対応することも可能)が往診や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う」とされている。同年3月30日に示された「在宅医療の体制構築に係る指針」によれば、「多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢になっても病気になっても自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築することは、国民の生活の質の向上に資するものである。また、超高齢化社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受け入れにも限界が生じることが予測される中で、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。」この指針では、(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、(2)日常の療養支援が可能な体制、(3)急変時の対応が可能な体制、(4)患者が望む場所での看取りが可能な体制の構築が求められている。多くの患者は、在宅医療を可能にする条件として「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」を望んでいる。高齢期においては、自宅での療養が可能な場合でも、日常生活を援助する介護や生活支援が重要なのである。

そこで、介護をめぐる制度の変遷を見ると、1989年の「ゴールドプラン」における在宅福祉事業の積極的な推進に始まり、急速な高齢化に伴う介護ニーズの高まりに対応するため、2000年には社会として高齢者の介護問題を支える仕組みとして「介護保険制度」が整えられた。この制度が掲げていた「自立支援」や「在宅重視」という理念を実現するために、2005年には「予防重視型システム」への転換が図られ、「地域密着型サービス」が創設された。その後、介護保険サービスの利用者数は増え続け、2011年改正では、高齢者が地域で自立した生活を営むことができるようにするため、医療・介護・予防・住まいおよび生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の実現を図ることが必要とされ、介護と医療との連携強化や、高齢者の住まいの整備等に関する見直しがなされている。

地域包括ケアシステムとは、公式文書(2009年5月の「地域包括ケア研究会の報告書」)における定義づけによれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏)で適切に提供されるような地域での体制」である。その後、2013年5月に成立した法律(社会保障改革プログラム法)の中で、地域包括ケアシステムは初めて法的に定義づけられた。すなわち、同法の第4条4項によれば、地域包括ケアシステムとは「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」。

従来地域医療計画では施設の配置に重点を置いていたため、どちらかという提供側側の視点で考える傾向があったのに対し、地域包括ケアシステムは、地域ですでに生活している利用者を中心に様々なサービスのあり方を考える方向に転換している。具体的には、2015年の介護保険法改正において法制化された「地域ケア会議」を活用する必要がある。

高齢期において地域で安心して生活をするためには、必要が生じてからサービスを受けるといった受動的な姿勢だけではなく、高齢期を迎える前および迎えた後にも、様々なかたちで地域活動に主体的にかかわり、医療や介護のニーズが高まるにつれて本人の状況に応じたサービスを受けられる生活に移行できるような体制を整える必要がある。

以上のような橋爪の報告を受けて、最後に、4人目の報告者となった宮島光志(富山大学大学院医学薬学研究部教授)は、高齢者をめぐる「地域格差」の問題を考える際に「地域社会の幸福度」という視点が重要になるという。

「地域社会の医療格差」が顕著に表れるのは、地域による「老衰死亡率」の違いである。この事実を紹介したのは日本経済新聞であるが、その記事の中で「長生きの秘訣」として「運動(転倒しない体づくり)」「絆(地域とのつながり)」「医療(医師や介護職連携)」が紹介されている。



ここに「栄養」を加えると「フレイル予防」の考え方になる。「フレイル」とは、日本老年医学会が2014年に提唱した、健康と要介護の中間を表す概念であって、多面性を有する。心、身体、社会性のそれぞれについて「フレイル」が問題になるのだ。「包括的フレイル予防」への取り組みとしては、「栄養、身体活動、社会参加」を「三つの柱」として「健康長寿」の実現が目指されており、全国の自治体レベルで具体的な取り組みが展開されている。

「包括的フレイル予防」と「地域包括ケアシステム」との関係については、「地域包括ケアシステム」の核心的部分に「四助」（自助・互助・共助・公助）の考えがあることに注目すべきである。都市部では「自助」が大切になり、都市部以外では「互助」が大切になる。

最終的には「統合性 integrity」という概念に着目して、「緩やかな統合」と「風土的な安らぎ」を考えることが大事になる。統合性は、「心身の統合、人生の物語の統合、社会（小宇宙）との統合、自然（大宇宙）との統合」という四つの場面で考えられる。その際に最も基本的なものは、地域的特性を風土的な側面からとらえることである。古代からの「エレメント」（地水火風）の思想は、ヒポクラテスの誓いに始まりナイチンゲールの「看護覚え書き」にもつながる、人間の生存と「癒やし」の基本条件である。このようなエレメントの大切さを今一度考える必要があるのだ。

——人は誰も老病死と無縁ではいられない。また生活の場が都市部であれ地方であれ、高齢者に関わる医療や福祉のあり方を考えるには、地域コミュニティのあり方を軽視することはできない。そのため、地域における高齢者の医療や福祉を問うことは、われわれ一人ひとりの人生の質を問うことにもつながるのである。このような問いの根本性に鑑み、本シンポジウムでは、以上のように、医療およびケアの実践、法律制度、さらには倫理学の立場から、高齢者支援の問題が多角的な視点から議論されたのであった。