

東京大学大学院人文社会系研究科  
死生学・応用倫理センター上廣講座  
「臨床倫理プロジェクト」特別講演会

## 救急医療と死生学

～超高齢社会・救急医療・地域医療～

- ①超高齢社会と救急医療
- ②地域医療・水平連携～垂直連携
- ③救急医療と死生学

講演者 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長  
前昭和大学病院長・救急医学講座教授  
有賀 徹 氏

平成 28 年 8 月 27 日（土）午後 1 時～ 3 時  
東京大学本郷キャンパス 法文 2 号館 2 階一番大教室

## ① 超高齢社会と救急医療

「救急医療と死生学」をテーマとして、述べていく。

現代は、慢性疾患の時代になってきている。医療そのものも、多くの病気が治せた時代から、治すというよりむしろ生活を支える・看取る、または癒すことに重点が置かれる方向に着々と進行中である。

年代別搬送人員の推移・搬送人員の年代別増減内訳を見ると、75歳以上が大きく増加している。東京消防庁管内では毎年1万件ぐらいの搬送数の増加があり、増加数の約1万人のうち9000人以上を75歳以上の年代が占めている。救急医学を勉強している人たちは、この「お年を召した方たちの搬送」について、想像力を働かせて考える必要がある。走行している救急車のうち、約3分の1が75歳以上を運んでおり、約50%の救急車に65歳以上が乗車している計算になる。

救急車の出動件数が年間約1万件ずつ増加している中で、東京はじきに70万件に達する。特に、老年期や亡くなる直前に救急車を呼ぶケースが多い。各地の消防本部に、救急出動件数の増加要因についてインタビューした結果、1番に高齢者の増加、2番に熱中症の増加が挙げられている。去年の8月初旬の搬送件数は前年度の2.3倍で、地球の温暖化の影響も考えられる。3番目は緊急性が低いと思われる人の利用の増加、4番目は不適正な利用者の増加が挙げられている。ミュンヘンにおける分析結果（社会指標と救急需要の相関図）によると、富裕層ほど救急車の利用件数は少ないことが示されている。日本においては、こうした相関性を明確に示すデータは今のところない。社会的弱者の方たちは使わざるを得ない場合もある。3番と4番の増加理由は、実は生活格差に起因している場合があることを示唆しているともいえる。

「急病を機にさまよえる高齢者をどうするか」について、自宅での急病を機に、救急車で急性期病院に搬送後、慢性期のいろいろな施設に行く場合、例えば東京では、生活圈から出てしまうこともある。

東京都医師会の救急委員会が行った慢性期の高齢者施設への調査（全施設の32.6%、768施設から回答あり）によると、救急車の搬送数増加の中身における高齢者にとってのクオリティの問題として、二次医療圏（地域内での一般的な医療提供を目指して、地域に必要な入院ベッド数を考慮し、複数の市町村を一つの単位として設定された医療の地域圏）から一旦出してしまうと約4割が戻れないといった実態も内包されている。

例えば、肺炎、脳梗塞を主体にした脳卒中、転倒等による大腿骨骨折が65歳以上の救急搬送疾患の6割以上を占めるといった長崎県のデータからは、まずは地域密着型の病院で対応可能ではないかということも読み取れる。

「日経メディカル」（2014年5月）に掲載された、八王子市の高齢者ネットワークによる分析に基づくと、東京消防庁による65歳以上の高齢救急患者の搬送件数のうちの7%は入所歴のある療養型医療機関に受け入れられている。

東京全体の今後の予測に関しては、東京都医師会が現在トライアル的に取り組んでいるが、東京消防庁によると、10年以上前は、救急車1台につき出動時間は約1時間、現在は1時間半となっていて、受け入れ先の病院を探すのに時間を要すようになってきている。原因としては、病院自体の減少と、搬送を要する人員、すなわち高齢者の増加による。高齢者を受け入れるとその後の転院先探しに苦慮することで、受入時に難色を示す機関もあり、搬送先が決まるのに難渋する場合もある。

東京の葛飾区・八王子市・町田市の場合は、各医師会が自分たちの地域の中で救急車を持ち、救急受け入れ可能な病院を中心に据えて、主治医と連携をとり、患者の家族も医師会のルールに従って連絡をとれる仕組みをつくっている。そこでは救急車が現場に到着すると、救急救命士が病院の院長の指示に従って点滴ができる体制になっている。高齢者の増加に伴い、コミュニティの中で急性期から慢性期まで対応できるように、工夫をしている自治体もある。

現在では、病気になったら急性期病院にかかり、退院後は「住み慣れた地域でゆっくり面倒みてもらう」といった、地域包括ケアシステムの仕組みを国が考えている。そうした風潮の中で、医師の業務を看護師に遂行してもらう「特定行為」も注目されている。

患者の「人としての尊厳」を軸にした医療を提供しようとする、多診療科、多職種が協働しての「相互乗り入れ型」のチーム医療が必要になる。よく昭和大学病院で使っていた言葉だが、「患者の尊厳に照らして、倫理的側面からチーム医療を強化していく」ことが大事であり、一方で、少子高齢化と医療需要の増大といった社会状況に照らした負担軽減のために、医療供給体制の改善として看護師やコメディカルを適材適所に配置することも重要とされている。

そこで、この度、医療の質と効率を確保するための管理技法であるパス法（クリティカルパス）に則り、包括的な指示に基づいた経済的な合理性、社会的な妥当性を担保する形で、身分法が改正され、医師から看護師への職能の移譲として看護師が特定行為を行えるよう

になった。

香川県では特区をつくって、遠隔医療システムに対応できるスキルを身につけた看護師として「オリーブナース」を配置し、「ドクターコム」というシステムを活用した看護師による特定行為がすでに実施されている。直接的な対面診療なしで、遠隔にいるドクターがテレビ電話を通じて現場にいるオリーブナースに包括的に指示するような仕組みになっている。

救急隊にとってのオンライン・メディカル・コントロールのように、看護師だけでなく、いずれ薬剤師や理学療法士、栄養士、MSW、歯科衛生士等も同様に、総力戦で医師の包括的な指示に従って、自身の専門性が及ぶ範囲で主体的に動くことが必要になってくると思われる。メディカル・コントロールという言葉を置き換えた、日本医師会いわくの「医療統括体制」が、救急医療を軸にしたこれからの医療のあり方として議論され、現在に至っている。

## ② 地域医療・水平連携～垂直連携

日常的な連携を水平連携とすると、救急医療は垂直連携として日常に関わるといった、池端幸彦先生が提唱している「循環型の地域連携システム」がこれからの展開のあり方であると考えられる。また一方で、救急対応可能な機関が集中している地域とそうではない地域との格差の拡大、急性期病院の分散と集中が自然に起こってしまっているような二極化が進んでいるという実態もある。

救急システムにも、従来型の各科相乗り型の仕組みと北米型のERの仕組みとの違いがある。ER型では、救急車の受け入れと共に、トリアージナースが緊急度の高低を振り分けて、緊急度の高い患者にはドクターによる初期治療を受けさせる仕組みをとっている。他方は、従来型の仕組みで、救急外来に比較的ベテランのナースがいて、各科別に患者を振り分ける。ER型のメリットとしては、救急患者を入院させたとしても、状態が安定したら、地域の救急非対応病院に運ぶことができる。救急非対応病院も、夜間に来院する救急患者対応は困難でも、経過を把握している患者ならば診ることは可能となる。

昭和大学病院では、初療室から他の医療機関へ「即転送」する患者もいる。2012年度で85例、2013年度で86例あった。肺炎や脱水などの症状が改善し、全身状態が安定したので即転送した例が最も多く、次いで、気管挿管や人工呼吸など侵襲のある医療行為を希望

せずに内科的治療を継続していく方針という理由で即転送した。つまり、地域の救急医療における「ハブ機能」として振り分け転送も行うといった、地域の水平連携に準じた垂直連携の役割を果たすことにもなっている。

地域医療構想実現に向けての医療供給体制のイメージとして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という種別に病床機能を分けようという話があるが、先述した二次医療圏から出てしまう患者の例も踏まえて、地域密着型の病院がどのように位置づけられるかが課題である。

いずれにしても、地域包括ケアが展開する状況において、高齢者らの日常的な生活をみる連携を「水平連携」として、病院医療の必要が生ずれば、水平連携の一翼を担う「垂直連携」として、高齢者の救急医療は機能する。今後の救急医療は、地域包括ケアシステムに含まれるものであって、地域において展開する多職種にとっては、包括的な指示のもとでの「医療統括体制」として整備されていくだろうとも考えられる。そこでは、地域のコミュニティの再構築が大きく求められることになる。現在では、地域包括ケアの話を全国一律的に議論するような雰囲気もあるが、地域ごとの特性があり、同じ県内でも南北等で異なる場合もある。地域コミュニティの再構築に向けて、各地域の医師会がプラットフォームをつくることも重要である。

医療統括体制の中で中核的な役割を担う医師は、かかりつけ医ないしコンダクターとしての役割と同時に、医療資源の効果的な配分等についても、俯瞰できる専門性を具備していくことが求められるわけで、「ただ単に開業して商売やってるだけじゃないぞ!」という認識も必要とされる。また、「時々入院、ほぼ在宅」という基本的なコンテキストのもとで、地域密着型と呼ばれる中小病院の存在はきわめて大きく、その位置づけをめぐって、真摯に議論していく課題を抱えているというのが、救急医療をめぐる現状である。

### ③ 救急医療と死生学

そうした現状を踏まえ、「救急医療のこれから」ということで、門外漢ではあるが「死生学・看取りなど」について言及していく。僕たち救急医から見れば、死生学に資する多岐にわたる材料を救急医療の現場で見ることができる。

昭和大学病院救命救急センター入院患者の疾患別分類のデータによると、約3割の患者が心肺停止状態で、他は様々な症状で、搬送されてくる。そういう意味では、集中治療を

要する総合診療が、救急医学と言ってもよい。

帝京大学救命救急センターでは、搬送者全体の約 1700 人のうち心肺停止が 300 人で約 2 割（平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月）。老人ホームからの搬送のうち、心肺停止状態の患者は 28.6%。老人ホームからの搬送時にすでに心肺停止ということは、おそらくそのまま看取りをするという話になる。自宅からの心肺停止患者よりも、老人ホームからの心肺停止患者の搬送が多いことは、一体何を意味するのかということでもある。

東京消防庁が特別養護老人ホーム職員に聴取したところ、「高齢社会になった今、法律や制度の内容を再検討してほしい」、「必死に命を救う場所がある。反対に命の消えるのを見守る場所があってもよいと思う」、「緊急時にあわてないためにマニュアルがあると安心できる」といった意見が挙がった。また、直面している困難な状況として、「延命を望まないという家族は多いが、いざとなると救命してくれと言うので事前に書面には書かずに、緊急時にはその場で家族に電話して意向を確認している」、「提携医療機関との連携が悪く、緊急時の受け入れ体制が整っていない」、「そもそもご家族が高齢者を理解していない」、「夜間の巡視時に職員が心肺停止患者を発見した際に、蘇生行為をするべきかどうか、『安らかな死』として看取りたいという思いもあり、迷う」といった意見もあがっている。

つまり、119 番通報で駆け付けた救急隊員によって、少なくとも主治医が来るまでの間、患者の心肺蘇生が継続されている状況があるということは一体何を意味しているのかという話でもある。これも死生学に対する材料を提供していると言える。

2016 年 4 月 14 日の「朝日新聞」の一面トップ記事で、「救急隊の蘇生中止に基準、家族ら望まぬ場合、主治医指示で」と大きな見出しで掲載されていたが、非常に重要な結論部は、「こうした状況を受け、日本臨床救急医学会は統一された基準をつくるための委員会を設置した。救急隊からの連絡で中止を的確に指示できるよう、本人や主治医が事前に意思表示する書面のひな型をつくることも検討している」とこっそり書かれている。本人の意思が「しないでくれ」の時はよいが、逆に「してくれ」だったらするのかという話にもなる。僕ら救命医は、こうしたことを常に考えながらご家族と接してきた。「しない」に関しては、本人と接してきた人たちが本人の意思を忖度する・想像する、または主治医が本人の意思として確認することができればよいが、本人が蘇生処置を「してくれ」と言う場合をどうするか。実際、本人の選択こそもっとも倫理的だという考えがあり、僕たちの国では許されていないが、本人の選択に基づいて積極的な安楽死も OK としている国や地域がある。本人の意思や選択こそもっとも倫理的であるとして、それに従うことで良いのかと

いった深刻な問題でもある。

こうしたことを考えるきっかけになったのは、平成20年5月に早稲田大学で開催された日本医事法学会の打ち合わせでの、富山大学の秋葉悦子教授による生命倫理に関する2つの潮流の話であった。個人の選択こそもっとも倫理的で自己決定を最高原理とする「個人主義生命倫理学」と、人の尊厳こそ最高原理であるとする「人格主義生命倫理学」の2つの考え方が流れとしてあるという話で、それまでに教わってきた生命倫理における4原則（自律尊重、与益、無危害、公正と正義）よりも、臨床的に理解できた記憶がある。「人格主義生命倫理学」に基づくと、本人の意思にかかわらず、やるべき時には行うことになる。

2016年7月の「読売新聞」では、「関東労災病院では、増え続ける高齢者の搬送に対応するため、高齢者医療に詳しい医師らを集めた救急総合診療科を設けている」といった記事が紹介されていた。心肺停止患者が来たときに、高齢者医療に造詣のある総合医が、おそらくご家族と対話しながら、この患者は救命が必要なのかあるいは天寿をまっとうしたのかについて、一定の水準で判断しているのだろうと推測できる。お年を召した方たちの最終的な局面における、食欲減退や活動性の低下、呼吸状態や意識の変化、倦怠感など、「看取り期の高齢者が心肺停止に至るまでの一般的な経過」を予め把握しておかなくてはならないということである。

会田准教授が紹介された臨床フレイル・スケール等を参照して、重度のフレイル患者の末期医療、心肺停止状態での救急搬送の場合は、人としての尊厳にかんがみて、チーム医療として医療者が自律的に善行の原則に従って、その本人にとって最善の方針を選択することが重要になってくる。判断の根拠を説明できるということを前提に、医療者が主体的に考えていくという姿勢が必要なのではないかと思う次第である。

今後のもっと深刻な看取りの場という話について、現状の医療提供のままの予測では、2030年には全国で89万人が医療機関で亡くなる。東京では2030年に年間13万人が亡くなり、そのうち7万人強が医療機関、自宅で約2万として、残りの約3万7千人はどこで死ぬかわからないという計算になる。そのうち高齢者住宅が約8千として、残りの2万数千人の死に場所がどこになるかは予測できない状態である。

団塊の世代の人たちを対象とした調査で、多くの人（94.8%）が延命治療を望んでおらず、要介護となった場合に希望する生活場所は、自宅が約4割で、次いで介護施設（特別養護老人ホーム）等があがっている。自宅における看取りの場合は、直接主治医が来ると思われるが、介護施設等では主治医が来るまで約1時間、本当に心臓マッサージを継続し

ているべきなのか。先述した看護師による特定行為の中に、今のところ看取りは入っていないが、今後は誰がどう看取るかということが大きな問題になってくる。

近年、厚生労働省が新たに取り組んできた在宅療養支援診療所という仕組みにおいては、24時間365日対応を必要とする在宅医療を一人の医師が支え続けるのは困難であることから、3名以上の常勤医師が連携して在宅診療を行う体制に対して加算されることになった。この仕組みそのものは発展の余地が大いにあると見込まれているが、2012年～15年の看取り件数を見ると、老人ホーム等の施設での看取りが増えていて、診療所体制での看取り件数はかえって減少しているデータもある。地域の在宅診療の仕組みと、集団生活の中での看取り、その両方ともが今後の課題となるだろう。

一方で、法医学の先生からの報告によると、異状死の数が増加していることがわかる。平成15年から平成25年までの10年間で異状死が1.5倍に増加しており、男女比が64対36の割合で、男性のほうが孤独死が多い結果になっている。しかも、死後7日超で発見されるケースが1.7倍になっている。1日に約20人の死体を警察が確認している計算となるが、ここでいう異状死は基本的には自宅での孤独死である。これが僕らの国の現状である。

集中治療室で治療されている患者さんの最終局面における看取りについて、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会による3学会合同で、救急医療における「終末期への対応に関するガイドライン」を策定して、主治医を含む複数の医師と看護師ら等からなる医療チームが4種類位の方法を例示して検証可能な記載をすることによって終末期を看取ることも提唱している。

救急医療における終末期症例登録の解析結果について、主要臓器として最も多いのが脳で4分の1以上を占める。年齢構成としては70歳以上が多く、最終的に看取りを決める代理の意思決定はその人たちの子どもによってなされる割合が最も多い。また、集中治療室における最終的な看取りにいたる要因として最も多いのが、不可逆的な(irreversible)脳の障害、いわゆる「脳死」となっている。

救急医療従事者によるアンケート調査では、不可逆的な全脳機能不全、つまり「脳死」の患者への延命措置の中止については、概ね右肩上がり賛成とする意見が多い。「人工呼吸器の取り外しについては、まったく容認できないというわけではなく大いに賛成というわけでもないといった意見が最も多い。

また、看取りに向かわざるを得ない状況では、治療の差し控えや、人工呼吸器の設定や昇圧剤の投与などの管理方法の変更に関しての差し控えは賛成とする意見が多い。一方、



言葉は少し過激だが、水分や栄養を切るといった兵糧攻めみたいなことは、医療者の心情として大いに賛成というわけにはいかない傾向がある。

数年前の会田准教授による人工呼吸器の中止をめぐる救急医に対する調査研究によると、患者の病態生理学的な *futility* に、家族の感情としての *futility* が加わると、「もう脳死でいいよ、死んでもいいよ」といった総意としての諦めとなり、延命中止へと向かう。ここに、脳死を人の死として認めるのは臓器提供時に限られるといった前提で、移植の話が持ち込まれ、延命措置を中止して、看取りということになる。臓器提供の決定は誰が行うのかというと、ご本人の意思としてドナーカードが出てくれば、多くの場合ご家族はそれに従う形となる。しかし、今の改正臓器移植法のもとでは、臓器提供するかどうかは家族が決めることができる。家族が決定することで、本当にそれでいいのかという話にもなる。実はこの辺のことが、直球勝負で議論されて来なかったのではないか。

ならば、「脳死」はすべからく人の死としていいのか。臓器提供とは無関係に脳死の患者がいた場合、心停止の時が死亡であるが、臓器移植法のもとでは、死についての二重基準がある。二重基準があることは、果たしていいことか悪いことか。少なくとも医療チームは、死につつある脳死患者の家族の受容をサポートするという援助的側面では、患者が死んでいないことを前提とした看取りのプロセスの中でご家族に寄り添うことができる。家族が死なせる権利を行使したかどうかは別にしても、二重基準があるが故に、家族に対して患者の死への受容をいざなうような丁寧な看取りを医療者が展開することもできる。「二重基準、ナンセンス！」という方に対して、これは非常に重要なことなのではないかと、私は時々主張している。

次に、2016年2月の「読売新聞」に掲載された、エマニュエル・トッド『フランスは病んでいる』からの引用を紹介する。「啓蒙思想の時代、市民の平均年齢は30歳だった。現代は日本を先頭に未曾有の高齢化が進む。高齢化で社会は硬直する。私は「人類学的変異」と呼ぶ。社会のあり方が変質している。そして日欧に共通するのは宗教の失墜だ。個人は孤立し、利己的になり、社会は内向きになる。未来展望はない」という。一方で、我が家にあった猫の写真入りのカレンダーには、「なぜ死ぬの……生まれたから……」と書かれていた。この言は、ある意味、究極の生命倫理とも言える。

また、4人の識者による対談で、「私は、多くの死を診た経験をもつ医師が、何らかの形で在宅での死の過程へのアドバイスをすることが必要ではないかと考えています。専門職としてそのアドバイスができるのは、率直に言って医者以外にはいない」との発言を目に

して、本当にそうなのだろうかと驚いた（笑）。宗教者は一体どうなっているのだろうか。

上智大学の島菌進教授による「超高齢多死社会の到来に向け、臨床宗教師の養成に取り組む」といった雑誌掲載記事（『集中 MediCon』2016年7月号）によると、医療・介護の従事者と宗教者の双方が加わっている「日本スピリチュアルケア学会」という学会がある。医療や介護関係の会員が多く、臨床現場での心の痛みへの対処も含めたスピリチュアルケアの提供を目指している。それとは別に、欧米でいうチャプレンに似た存在として、宗教者こそスピリチュアルケアを担うべきという考えに基づいて生まれたのが臨床宗教師だそうである。私自身は、昭和大学病院の院長時に、週1回のペースで様々な宗教者が来て話をするといい企画があってもよいのではないかと提案したが、実現はしなかった。例えば、聖路加国際病院には、チャペルがあって、そこに行って静かに座って一人で涙を流すことができるといった場所がある。医療の現場の中にも、宗教に関係するような方たちが一定のことを行ってもいいのではないかと提案もできる。

科学は環境を変え、人を変える。その反面、それをどう制御していいか、人類は知らない。科学に倫理が追いつかない、いろいろなところでそうになっている。救急医療、ひいては医療全体に於いて、島菌教授の記事に書かれてある、病院においてはチャプレンのような、地域社会においては昔でいうお坊様のような、宗教者がそれなりに展開する必要もあるだろうと思われる。

それから、「明るい社会」ということについて。これからの医療資源は限られてくる。結局、そういうときの倫理は何なのか。現在は自律が重んじられているが、将来は公正や正義だという見方がある。現状でできることとして、一般市民に啓発をして、予防してもらう。それから、地域の共同体を再構築する。そして、無駄な医療はやらない。新しい技術の進歩があったとしても費用対効果を考える。資源の有効性を踏まえて、優先度を考えるといった対策が重要になってくる。

これまでの医療について、少し反省も込めて言及すると、田辺智子氏が論考「エビデンスに基づく医療政策の必要性」の中で書いておられるのだが、結局、患者さんが望むと、説得するよりも望むままに応じてしまう。患者の望みに応じるほうが結局得だということで、社会の仕組みがそうになっている。人間ドック等も要精密検査以降は、保険が適応される一般診療が行われることになる。一般診療といっても、日本は医療の標準化が未だ不十分で、医療にばらつきがある。今流行りの専門医にしても、過剰医療の是正や無駄を省くといったことも制御できるのが、本当の専門医なのではないかと思う。

例えば、集中治療に関して、先進国のなかでも日本は病床数がかなり多いにもかかわらずICUベッド数の割合が少ないといった偏りがあり、世界レベルとの比較を踏まえて、過剰と不足を考える必要がある。

「医療を巡る倫理学～過去・現在・未来～」(秋葉悦子「人工延命処置の差控え・中止(尊厳死)論議の意義と限界」甲斐克則編『終末期医療と医事法』信山社)の表によると、現代は専門職と患者とのパートナーシップが重要とされる「自律」が中心的に尊重されているが、その昔は「安寧」を与える慈悲深いパートナーリズムが重要とされていた。さらに今後は、「どの治療が資源の活用を最良にし、満足した患者を生み出すか」を考えていくのが「良い医学」のあり方で、資源の公正な分配を目指す「正義」が、各診療科を含めた国レベルのこれからの生命倫理としてのポイントになるのだろう。

現在の話題として、日本にはファミリー・メディスンが存在してこなかったことから、地域包括ケアを展開していく上でも、家庭医をつくろうというのが今度の専門医制度の狙いでもある。米国では、家庭医、すなわち総合診療医が約4割を占める。日本でも、3割から4割位が総合医として開業して頑張るといふ展開があるとよいのかなと考える。

### <質疑応答>

**司会：**有賀先生、ありがとうございました。救急医療に関わる諸問題というのは、死生学的な検討を要する、興味深い考察が可能どころが非常に多くあるということで、皆さんもいろいろ刺激を受けられるところがあったのではないかと思います。

では、ご質問おありの方、いかがでしょうか。

**質問：**救急出動件数が増加した要因と思われる項目の中で、生活の格差が拡大していることもその要因の一つとされたけれども、比較的生活水準の低い方々が救急車に頼らざるを得ない理由というのを具体的に教えていただきたい。

**有賀：**この部分に関して、日本国においてはその相関性を示すデータそのものがないが、私たちの生活感覚からすると、「何故こんなになるまでほっておいたのだろう」という印象が強い。

貧困が原因かどうかは不明だが、病気はもうずいぶん前からあるのに医療機関にかからず(かかれず)重症化してから救急車を呼んでいるという事態が考えられる。もう一方でタクシーがわりに救急車を呼ぶ頻繁利用者がいる。ズルといえばズルだが、寂しいので呼

んでしまうといった生活全般を見ると、いろんな意味で恵まれていない。例として、「肝硬変のアル中の人が頻繁に呼ぶ」という話では、働けずに医者になかなかかかれないが酒をやめられないといった状態で慢性的なアルコール中毒になっている。

日本国においても、ミュンヘンのデータと同様なことが進んでいるとも推測できる。どんなに貧しくても幸せな人はいるわけで、人生はお金だけではない。友人や話し相手がいるとか、地域社会の中で一定の仕事あるいは役割を演じている方たちが感じている幸せとは比較的距離のあるような方たちが、頻繁利用者の中に多いような印象がある。

**質問：**多摩地区の医療機関で医療ソーシャルワーカーをしている者です。

質問1点目は、療養型医療機関が65歳以上の高齢救急患者を受け入れた件数について、今勤めている急性期病院で、療養型病院に患者を送ることが、ソーシャルワーカーとして業務上とても多いが、療養型医療機関による救急患者の受け入れに関してあまり聞いたことがなく、こうした事例があれば教えていただきたい。

2点目は、医療社会資源を公正に分配する正義がこれからの組織倫理学において必要と仰っていたが、療養型の病院から急性期の専門病院に転院する患者さんがけっこうおられる。この受け入れ相談役である医療ソーシャルワーカーの立場で何か、この倫理なり、正義を実現するような助言や意見等をぜひ教えていただきたい。

**有賀** 1点目、施設の一部が急性期の対応ができるような仕組みを持ったケアミックスの療養型医療機関も含まれていると思っている。日中については、もともと慢性期の病院であっても、療養型の医療機関であっても、自分の病院、自分の施設から退院した人が急に悪くなったときには、その患者さんを受け入れることができる程度の急性期的な、救急的な機能は持つべきだというのが日本医療機能評価機構の見解なので、おそらくそういう観点で引き受けていると考えるのが良いのではないか。

それで、八王子は八高連という連絡協議会を組織していて、高齢者医療に関連するような連絡協議会の最初の発案者は八王子の消防署長さんである。消防署長がいろいろな病院の先生や施設の方たちと相談して、消防署もその一員となっているネットワークをつくっている。そこで、八王子市医師会も病院救急車を使って、患者さんを地域の中で面倒見るといった取り組みを積極的に始めているという地域である。八王子のソーシャルワーカー、MSWの方と連絡をとりながら、今回講演した議題の話を勉強されればおもしろいのではないかと思う。臨床救急医学会の中では、救急医療に熱心なMSWの方たちの勉強組織を専門的なMSWとして認めてほしいという話も今展開しはじめているので、八王子は勉強

ネタとしてのモデルケースになるのではないか。

質問2点目、公正に資源を配分するその正義について、これから先の私たちの社会のあり方を考えると、右肩上がりの経済発展をしているあの世界ではもうない。江戸時代みたいに排泄物を肥料にして地域の中で回すような循環型の社会をモデルに考えていくと、例えば、「この患者さんは急性期病院にいるけど、本当に急性期病院で診るのが正しいのか」について、普段から、どのようにすれば、その患者さんにとってよりよい医療や介護が提供できるのかを考えた社会の仕組みづくりに取り組んでいくことが正義を展開する上で非常に大事な話なのではないかと思う。

これは一人でできるわけではないから、僕らの文化・社会としてやっていかなくてはいけない。正義の話については、僕自身、日常から医師会の先生方に、総論的な部分での価値規範を共有しながら先へ進もうではないかといった提案的な話をしているという観点で聞いていただければよいのではないかと思う。

**司会**：今の議論は、私としてはプロフェッショナル・オートノミーと非常に関係があると思っている。たとえば、患者さんの側からやってくれと言われたからやる、あるいは家族から何かをしてくれと言われたら医療をするというのが、日本のドクターたちにはわりと多いと思うが、ほんとにそれでよいのか。医師として、本当に医師がすべきこと、あるいはすべきでないことは何なのか、職業倫理の問題と一面では考えられるのかとも思う。この点について、いかがですか。

**有賀**：まったくそのとおりで、スライドで紹介した田辺智子先生による論文「エビデンスに基づく医療政策の必要性」の中で、「日本の医学教育では、費用対効果への配慮や不要な検査・治療をあえて行わない選択の価値について、教えられていないことがある」と書かれているが、現場で先輩医師たちが実際行っていることを後輩が見ながら継承、広まっていく傾向がある。だから、東京大学の医学部でも教えなくてはいけないと思うが、現に今実践している日本医師会の傘下の先生たちが、医師の矜持として号令をかけてでもやらなくてはいけないのではないかと私は思っている。それが、「(患者・家族に) 言われたとおり、はい、やりました。じゃあ、お金ください」と言うのなら、「それなら、医者になんかなるなよな！」という感じでもある(笑)。

**質問**：2点あって、今、経済と医療というのはもう切っても切れない時代になっていると思っている。例えば聖路加国際病院が病院を新しく建てたときに全室個室になったために、救急で担ぎ込まれた患者さんが、その後確か1泊数万円を支払わなければならなかったと

いうケースもある。救急のほうで対応する際に、医師教育という面からすると、経済というのはどちらかというと院長先生が考えていて、現場の医師はあまり考えてないというのが現状だと思う。実際の費用対効果を考えるということは、医療現場あるいは厚労省等ですでに始まっているのでしょうか。

もう一点は、ちょうど今、昨年100歳になった母が施設に入っていて、看取り同意書というものを提出した。その提出後にいざ具合が悪くなった時について、兄から相談があった。文書では同意しているけれども、いざその時となると家族が延命治療を依頼する傾向があるということで、先ほど先生もおっしゃっていたように、このことを、制度化していくというのは非常に難しく、国民のコンセンサスというのが非常に重要だろうし、ある意味では国民自身はその辺のところの考え方の切り替えをしていかなければいけない時代にきてるのだと思う。昨年のとある学会で、費用対効果についてシンポジウムがあり、それを受けて現在も、エムスリーという、ネット上で医師のみのクローズドの議論がされていて、けっこうな数の議論がなされている。ここ5、6年くらい前から、ネット上でも個人的な医師の匿名サイト等で、本当に医療がこのままの形で続いていって良いのかといった「医療の進歩が国家をつぶす」というタイトルにおいて議論が展開されている。日本の社会を考えたときに、成り立つ限界を見据えた対処を進めていかないと、本当に間に合わないのではないかという気がする。その辺のところはいかがでしょうか。

**有賀：**最初の質問については、昭和大学もそうなのですが、たとえば、救急車で運ばれた人が個室に入るかという話の時には、私が副院長になってからだったと思うが、基本的には「もう金の話はするな」として、一切どこに入れても金はとらないと決めた。それは厚労省のルールを真摯に読むと、そうなっている。つまり、患者さんが選択できないような局面において個室に入れた場合、個室の料金はとるなという話なのである。

救急での個室数万円という話は、少し違うのではないかとも思う。ただ、費用対効果について現場の医師にどの程度考えさせるかについては、昭和大学ではその手の話をしても無駄だから一切するなとして、その代わり医療については真面目にきちっとやる方向を求めた。そのほうがはるかに大事で、費用対効果の話は管理側に任しておけという話。今の医療者に経営を考えさせる意味での中途半端な考えを植えつくと、むしろ邪念が入るといふ言い方が正しいような、そんな感覚を持っている。

後者の質問について、例えば、抗がん剤がべらぼうに高額で、このままでいけば今の日本の医療の支払い額の基本的な骨格がおそらく崩れてしまう、また日本の国そのものが危

うくなるのではないかという話は、そうかもしれない。国民もいざとなったらそのことについて考えろという話にもなり得る。少なくとも新聞やテレビなどを操っている人たちは、その程度の危機意識を持って、一定の水準で情報を発信して、関係者たちが有意義な議論ができるような方向にもっていけないのかもしれない。

それで、100歳の延命治療の是非は、それをすることで、当事者のお母様がどのようになるのかについての議論を、家族を含め主治医の先生をはじめとしたチームでやるように決めていけばいいと私は思う。何歳になったら、絶対に透析はしないと、何歳になったら、絶対輸血はしない等の話は、なんとも言いようがない。元気な人は100歳でも元気だから。

つまり、医療のこれからについての話は、やはり総論の部分からきちっと積み上げるような形で各論的などところに入っていった上で、個室の値段の話になるのはいいと思うが、そうでないときにはちょっと危ない。講演の最後に話したような、正義の観点も踏まえて、その考え方に従って、自分のジャンルにおいてどのようにしていくべきかを考えていくことが必要なのではないかと思う。まったく議論しないというのは本当に無責任で、その筋の専門家として、この国が真っ当な社会を展開する上で、どのような形で真っ当な医療ができるのかを考えていく必要があるのではないか。

**質問：**介護関係の仕事をしていて、自身も病院で入院をしたという立場からセカンド・オピニオンに関してお尋ねしたい。医師との対話では、ドクターの主流でどうしても流れてしまう。それに対して、患者側からも、納得のできるような説明がされていないという意見をよく聞く。入院経験者たちの声を聞くと、腑に落ちない点がいっぱいあって、医師から難しいことと言われて、どうしても丸め込まれてしまうといった意見もある。今の医療界におけるセカンド・オピニオンについての見解を伺いたい。

**有賀：**親戚から相談を受けるときには、ご質問のような意見と全く同じことを言われる。宣伝するわけではないが、昭和大学病院に入院された患者さんは、もう目からうろこな感じで退院していく。何が言いたいかというと、医療者のパフォーマンスというのは、環境的な素地、文化、ないし諸先輩の存在によってずいぶん変わってくる。忙しいから十分に説明ができないという言い訳をよく言うが、忙しければ、中途半端な説明せずに答えだけ言って、言うことを聞くかどうかを問うて、それで患者が嫌だと言え、違う医者を紹介すればいいだけの話である。きちっと医者の仕事をするのであれば、セカンド・オピニオンの話が必要な患者さんだということ、話をしていればわかる。ならば、どうい

人に話を聞きたいかと聞いて、そこに紹介状を書いて紹介してあげればいいだけの話。なかなか意識的に、十二分に、患者さんの思っていることにシンクロできない状態は、日本の国の医師がそういうふうな形で仕事をし続けることができてきたことの裏返しでしかない。多少医者を増やして、ダメな医者が商売できないようにする（笑）、これも一つの方法で、ダメな人は淘汰されるということをやっていくことも必要なかもしれない。ただ、現実的に今すぐそれができるかというところと困難で、もっと心して頑張ろうという号令をかけて、その号令が有意義にいくかどうか。「まあ、いいお医者さんを探してください」としか言いようがないとも言える（笑）。

**質問：**介護福祉士として特別養護老人ホームで介護の仕事をしています。経験的にはまだ10年弱、同じ施設で働いて感じる事として、どうしても看護師さんとケアワーカーとの入居者さんに対する考え方が違う。死生学という角度から見ると、メンタルな部分では私たち介護士の考えも主張できるけれども、現状だと、有料老人ホームにしてもサービス付き高齢者住宅にしても、ビジネス的な感覚が強く、ナースが常駐していない。パートや派遣のナースを雇用していてもオンコールを受けなくて、現場では、看取りとか、救急搬送する等の判断が、どうしても介護士に委ねられてしまう現状がある。緊急搬送という場合にも、一応手順が記載されたマニュアルはあるが、現状はそのようにしていない。

看取りが迫っている方を直接介助するのは主に介護士で、介護士は夜間もその方を見ているから、たとえば、朝食の美味しそうなおいがすると、本能的に口をパクパクして、自分は食べたいのだと主張する入居者さんもいる。ところが、医療的にはもう何もしなくてよいとして、何も与えない、水さえも飲ましてくれるなどといった指示を受ける。それに関しての調整なり、融合というか、医療と介護の連携について、先生のご意見を伺いたい。

**有賀：**個別の場面についてのコメントは、さすがにその現場を知らないのですが、なんとも言いようがないが、基本的にはその施設が施設として、組織として診ている。だから、状況に応じた対応についての議論を、その組織自体としてできていないと、本当の意味での組織にはなっていない。ただ単純に収容所になっているだけだという言い方もできてしまう。各個人の立場も踏まえて、施設が施設として、そこで何をしたいのかというようなところについての基本的な理念等について、ちゃんとしたディスカッションをしておかないと、それは施設にはならない。たとえば、皆さんは、昭和大学病院はいい医療をしているというように思っているかもしれない。ただ、私はこういうふうに言っていた。昭和大学病院の一義的な意義は、よい医療をすることではない。一義的な意義は学校法人の附属病院と



して、よい医者、よい看護師、よい医療者をつくる。それを果たすために病院としての道具立てとして展開しているだけなのだ。いい医療者を育てるには、いい医療をしないわけにはいかない。今流に言えば、いいチーム医療がないといけない。そういう意味では、単に一義的な話ではとどまらない。

ご質問の話では、朝食のにおいに反応する、その人に飯を食わせるか食わせないかといった話は、受け持ちの介護士さんにとってはきわめて重要です。ただ、その重要さよりもさらに重要なのは、その介護施設は何を理念とした介護施設として展開しているのか。そして、それは社会の中でどういう意義があるのか。その点を、施設として、職員が施設長から聞くべきである。施設長は施設にいる職員、病院長は病院で働いている職員と議論する重要性はそこにある。つまり、自分たちの施設をどうしたいのか、自分たちの職場がどうあってほしいのか、それが大学病院なら学校法人としての方針とどのようにシンクロできるのか等、皆さんもそういう観点で施設の一員として、施設長ないし上司、または多職種と議論する必要があると私は思う。よろしく、頑張ってくださいませよう（笑）。

**清水：**お話を伺っていて、やはり先生が長く現場の医師をなさってきたことをベースにして、実際に医療全体を見渡して、日本の医療体制が今後どうあるべきかという、お立場での見通しというか、全体的なことを仰っていただき、私どもとしては、実際の日本の医療のこれからについて、実際の現場で動かしている人の側からお話を伺えた、大変意義ある会だったと感じている。

倫理という立場から言うと、1990年代にもうすでに、たとえば、がんの患者さんが医学的な益・効果がないと思われている状況でも抗がん剤の使用を望む患者・家族に対して医療側はどうするかといった問題があり、本日先生が最後のほうで言及された正義の問題、たとえば、医療費がかさむ抗がん剤を投与していいのか等について、社会の中での医療活動という観点から何が適切かを考える正義という社会的な視点でも、倫理の側ですすでに議論がなされていた。しかし、医療者たちと話しているところでは、臨床現場で将来的にはここで医療費がかさむ、高価な抗がん剤を使うことの是非、あるいは公正性の担保等が問題になるけれども、今の時点ではそれは言えないよね、となる。これまではまだ日本は豊かだけれども、まさに今、本日先生がお話されたことを考えなければならなくなった。今までは市民は一人一人自分の財布を見て、自分にはこういうような老後が可能だなとか思ってきたけれども、これからは自分のお財布とともに国家の財布を見て、どれだけのことを我々は期待できるかを考えなければならなくなった。厳しい経済的な状況の中でどのよ

うにするのが一番国民全体にとってよいのかということを考え、実際にそれを政策に移すといったところで影響力を持っておられる方のお話が伺えたと思っている。

先ほども引用した「医療を巡る倫理学～過去・現在・未来～」の指導原理ということで、安寧・自律・正義に言及されておられた。現在でも、安寧といたら患者さんにとっての最善という問題と、ご本人が同意するかだけではなくて、ご本人を人として尊重するという意味での自律。尊厳という問題はもちろん続いており、ただ本人の意思ばかりでなく、かといって医療側が良いと思ったことを勝手にやるのでもない。両者でよく話し合って合意を目指すというような話に、今は収束している。それに加えて正義という問題がこれからは焦点になるのだということをお話しいただいた。

最後に印象的だったのは、かかりつけ医についての話で、まさにかかりつけ医は医療側が考える最善と、ご本人やご家族の考えというのをよくすり合わせるというか、話し合いの中心としての重要な存在で、私がこれから年をとった場合に、そういうかかりつけ医がぜひ欲しいと思っている。かつそれは、正義という観点で社会の医療体制をお考えになっておられる有賀先生の側から見ても、非常に大事なポイントであるといったお話だったと思う。そのあたりのことについて、まさに政策に近い方から、鳥瞰図というか、全体的な見通しというのを見せていただき、私自身が大変勉強になり、感銘を受けた次第であります。どうもありがとうございました。

(終了)