

# 生存科学研究ニュース

VOL.27, No. 4 2013. 3 発行

発行 公益財団法人 生存科学研究所

〒104-0061 東京都中央区銀座4-5-1

tel 03-3563-3518 fax 03-3567-3608

[seizon@mx1.alpha-web.ne.jp](mailto:seizon@mx1.alpha-web.ne.jp)

<http://seizon.umin.jp>

## ひと・つながり・ネットワーク



今回は公益信託武見記念生存科学研究基金の運営委員であり、生存科学研究所の会員でもある笠貫宏先生にお話を伺いました。笠貫先生は、平成25年12月に

開催予定の高桑基金シンポジウム責任者として、企画・立案にご尽力下さっています。

### 生存科学研究会に入会されるきっかけは？

私が日本医師会で、武見太郎先生の下で社会医学を学んだのは昭和48年から7年間で、故三藤邦彦先生、故江見康一先生等々人文社会科学各領域の指導者方々の薫陶を得て、医師としての人間学の基盤が形成されたと思っています。

東京女子医科大で臨床研修に専念した後も、「医療は医学の社会的適応」という武見先生のお教えを体現できる医師を目指したいと考え、「生存科学研究所」開設時から入会させていただきました。

### 生存科学とは？

東京女子医科大学循環器内科学主任教授退任まで、多くの人の命そして人間の在り様の極限に接して参りました。また、早稲田大学でレギュラトリーサイエンスの学問体系を図る過程で、21世紀において科学技術と人・社会の新たな関係を構築するためには、自然科学と人文社会科学との学際的活動を進め、学の融合が不可

欠だと実感しました。

古希近く、私がようやく辿り着いたのが武見先生が提唱された「生存科学」のように思えてなりません。

今、文明社会において、医療の領域でも、解決すべき問題が山積していますが、東日本複合大災害を経験したわが国において、最も求められている科学ではないでしょうか。

私は、健康医療の観点から、人間生存の目的と意義を考え、改めて、武見先生と研究所の先達の書を学び、自ら、「生存科学」の理念を求め、その方法論を模索し、科学としての枠組みと学問体系の構築に挑戦したいと願っています。それが「生存科学とは」に対する現時点の私の答えと言えらると思います。

### 今後、「生存科学研究所」に望むこと？

生存科学研究ニュース、機関誌生存科学を拝読して、壮大且つ難解な課題に対して、研究所が地道な活動を続け、成果をあげられたことに敬意を表します。多次元からの多くの議論がなされてきましたが、それらを統合して、会員が「生存科学」への位置づけを共有することが必要だと思えます。

武見記念生存科学研究基金との合同シンポジウムは一つの試みになるのではないのでしょうか。そうした過程で、課題が抽出され、整理され、問題解決を探ることで、学問体系の枠組みが見えてくるように思います。



## 第2回 地域口腔医療研究会報告

2012年9月10日(月)生存科学研究所において、第2回研究会が開催された。今回は、わが国における訪問歯科診療の現状に関する議論がなされた。

わが国は未曾有の高齢社会を迎えつつあり、2012年3月1日現在、全人口の23.96%が65歳以上であり、少なくともその約15%が要介護認定とされている。わが国は男女ともに長寿であり、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度が確立している。ところが、その生活は入院・施設介護が中心であり、欧米と比較すると入院・滞在期間は3～5倍である。したがって、住み慣れた自宅等で最期を迎える人は約12%であり、国民の60%以上が自宅療養を望んでいるながらも、ほとんどは病院等の施設で亡くなっているのが現状である。また、死亡者数は2040年にかけて現在より約40万人増加することが予測されており、国民の多くが望む最期を迎えるために訪問歯科診療を含む在宅医療・介護の重要性が増々大きくなっている。

現在、わが国の訪問診療の事業形態は①一般診療所(外来診療の合間に訪問する)、②訪問専門診療所(小規模、大規模があり訪問診療に特化している)、③個人開業医の集合体(登録した一般診療所の中から派遣)に大別される。各事業形態は機動力、対応エリア、治療適応範囲、拡張性、継続性、採算性等において一長一短であるが、われわれは特に③の行政の支援を伴った訪問歯科診療センターに注目している。

東京都豊島区の『あぜりあ歯科診療所』は発足当初から障害者診療、休日応急診療、在宅訪問診療に関して行政から委託費が支払われ、地域歯科医療に貢献している。『あぜりあ歯科診療所』の収支関係は一般的な委託事業の収支関係とは異なり、収入は行政からの委託事業費と診療報酬からなる。これらの収入は、人件費や管理費等に支出するほか新規事業への投資に充てられており、年々事業の規模は拡大して地域の需要も増加傾向にある。この際立った特徴は、透明性が担保されている公益社団法人であることに加え、行政と歯科医師会が地域医療に貢献するという心構えがしっかりなされていることが事業形態として成功した理由と考えられる。現在は、摂食嚥下機能訓練も一部委託費が支払われており、その他にも防災の拠点、警察歯科活動、区内各施設への講演会、老健施設訪問診療、特養ホーム訪問診療、居宅管理指導、訪問口腔衛生指導、介護予防事業など多岐

にわたる地域医療を担っている。これらの事業に行政からの委託費は使用されておらず、診療所の収入だけで十分に診療が継続できる程規模が展開されているのは驚きである。また、『あぜりあ歯科診療所』における常勤歯科医師の具体的な業務内容は上記に加えて、医科病院との退院時カンファレンスや共同療養指導への参加など医科・介護分野と歯科の橋渡し役、コーディネーターとしての役割がありチーム医療の一員として業務にあたっている。

高齢社会において訪問診療の必要性は増々大きくなっている。われわれも歯科医療を担う立場から歯科訪問診療を再検証する必要がある。『あぜりあ歯科診療所』のようなセンター方式の利点は、診療の継続性が見込め、地域における患者のデータ管理がしやすいことがあげられる。地域口腔医療を継続させる上で、このような成功例のシステムを大いに参考にし、医師や薬剤師など他の医療職とともに歯科医師もチーム医療の一員として連携することが重要である。(中島)

## 第1回～5回患者・医療者・社会の権利に附随する諸問題について考える研究会

2012年5月21日(月)に順天堂大学を会場とし、顔合わせを兼ねた研究計画の打合せからスタートした当研究会の勉強会、第2回は6月22日(金)に生存科学研究所で、第3回は9月4日(火)に順天堂大で、第4回は10月15日(月)に生存科学研究所で、第5回は11月19日(月)に順天堂大学で勉強会を実施し、1月25日(金)の勉強会で6回目を迎える。

研究計画は、初年度(平成24年度)は、メイン資料である「リスボン宣言」を深く読み込み、そこに謳われている医療従事者が知っておくべき11種類の権利について学ぶ。各権利の本質がどこにあるのか、世界医師会が発信し、日本医師会が訳文し普及に努めた権利宣言が日本の医療機関でどのように映り、医療現場でどのように実行されているのか、それに伴って各々の権利に関してどのような問題が新たに生じているのかなども踏まえながら、条文ごとに一言一句を追うなど丁寧に掘り下げ考察する。それと並行して、英語原文と和訳の対比を行い、翻訳の加筆・修正等も検討する。また、研究会の名称が示すように患者だけでなく医療者や社会全体の、権利・義務、そして医療倫理に係る資料(ジュネーブ宣言・ヘルシンキ宣言・医の国際倫理綱領ほか)も併せて見て

いく。

第2回勉強会は、有賀・大西・白木・長村・山本・坪内（シニアメンバー）と内田・大塚・吉田（ジュニアメンバー）、さらに研究会事務の佐藤に加え、生存研の小林事務局長にもご参加いただき11名で行った。これまで本財団とは無縁であったメンバーに対して研究の方向性の統一を計る目的で、小林事務局長より財団設立の経緯や理念、さらに武見先生等財団自体が目指す活動などについてご説明いただき、その上で、引き続きワーキンググループA班によってリスボン宣言の条文解説や問題提起等が行われた。

グループAの発表では、まず各大学附属病院へのリスボン宣言の掲載の状況の説明があり、その後日本の医療機関における患者の権利及びリスボン宣言の位置付けについての考察が順次行われた。その結果、ほとんどの国立の附属病院では、患者の権利とともに「義務」も明記されていた。なかには、「患者さんへの御願い」というような柔らかな印象の言葉に置き換えているところもあった。公立では全ての機関で権利について示されていたがリスボン宣言の記載は見られず、さらに私立ではリスボン宣言の記載があるのは1機関だけで、法人の種類による差異が認められた。

本来権利と裏表の関係にある義務は「御願い」では意味が変わってしまう。権利と義務のセットで扱わなければ、患者と医療者の信頼関係は築きにくく、医療においても不都合が生じるなどの指摘があった。また、患者の権利は、各機関のホームページの「患者さんへ」もしくは「病院案内」に掲載されていることがほとんどで、せいぜいパンフレットや掲示板での掲示に留まり、医師から患者への口頭での説明は非常に稀で、医療関係者への教育の機会もほとんどないため、仮に質問されても適切に回答できる者がかなり限定されるなどの問題点も挙げていた。

世の中には全く同じ医療機関は存在しない。病床数が同じであっても、医療者の構成メンバーが異なれば診療科の数も異なる。しかも、総合病院か専門病院か、地域によって患者層が大きく変わってくる。それにも関わらず、リスボン宣言を各自の特色に沿って加筆・修正することもなく医師会のホームページ(<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>)をリンクとして貼付けてあるだけだったり、医師会の翻訳文をそのまま掲載しているところがほとんどである。リスボン宣言は、患者の権利宣

言とも言われるように、もともとは「患者としての権利」を無視されがちな発展途上国の状況を踏まえつつ、約30年前に世界医師会から出された宣言であって、それをそのまま用いることには無理がある。しかも、リスボン宣言は法的拘束力を持たないため、患者の権利を保障するものにはなっていない。それどころか、単に安心・安全のアピールという病院の宣伝文句として形式的に掲載されている場合も少なくないこともわかった。

現在は、これらの状況を意識しつつ、宣言の内容と現状との乖離によって生じる問題点について討論し、修正案や対策についても言及し、序文並びに原則を読み込んでいる段階である。

第2回では、後半は、序文、1) 良質の医療を受ける権利のなかのaからdまでの考察を行った。第3回もグループAが担当し、1) 良質の医療を受ける権利の続きのeとfの考察後に、再度「医療の質」が何を指すのかなどを中心に1)の条文全体について討論した。第4回では、学生メンバーが宿題になっていた災害時のトリアージ並びに高度医療としての臓器移植について解説し、発表や資料をもとに討論を行った。後半はグループBが、医師のメンバーが不在でもあったため、2) 選択の自由は後回しとし、3) 自己決定権について、憲法13条（個人の尊重、幸福追求権及び公共の福祉）とニュルンベルク綱領等も参考にして歴史的背景を含めて概要の説明を行い、その後エホバ事件を例として挙げ討論を行った。第5回では、グループBによる3) 自己決定権の中のaからcについての解説がなされた後、自己決定が可能な状況か否か（意識がない場合、20歳未満の場合、緊急な場合）や「医学研究」の意味合い等について討論がなされた。第6回ではグループBが前回の補足とエホバ事件の解説等を行う。

今後は、11月のヒヤリングで示された提案に沿って、開業医、看護師、行政等の先生にメンバーに加わっていただき、学生メンバーも増員し、各項目をより深く掘り下げ、漏れのないよう修正案を作成し、最終的には当研究会の提言としてまとめ、日本医師会や世界医師会に示していきたい。（坪内）





## 第6回患者・医療者・社会の権利に附随する諸問題について考える研究会

2013年1月25日（金）に順天堂大学研究基盤センター分室内において、第6回の研究会が開催された。今回は、既メンバーである長村（東大医科研）、山本（東京女子医大）、坪内（順天堂大学）、大西（三羽総合法律事務所）、有賀（MS&AD 基礎研）、吉田、内田に加え、平成25年度から新メンバーとなった篠木（中央大学）、土屋（順天堂大学）、柳元（神奈川県税務署）と新ジュニアメンバーである坂入、荒井、百瀬が報告論議に参加した。

前回に引き続き、グループBから「リスボン宣言第2条」に関する報告を行った。第2条は、「患者が医師・医療機関を選択する自由」と「セカンドオピニオンを求める権利」の保障を規律している。

「医師・医療機関を選択する自由」を、日本で言う「フリーアクセス」と解するならば、欧米先進国においても患者に選択の自由を保障していないことになる。つまり、選択の自由に対して、どの程度までの制約を課すことが許されるのかは争点と考えられる。今後の日本では、内在的、あるいは外在的な自由の制約の有無をふくめ、医療制度改革の方向性と関連して論議をしていく必要もあると思われる。更に、規律を立案するに際しては、制約の有無や制約を課した場合の程度について、明文化の適否を含めて検討が必要と思われる。

セカンドオピニオンについては、多くの病院で「セカンドオピニオン外来」を設けている。また、独立行政法人国立病院機構では、中期計画において「セカンドオピニオン制度の充実」を掲げ、積極的に進めているように見える。同機構の事業報告書によれば、セカンドオピニオンの提供者数は平成23年度で3,278名であり前年と比較して554名増加し、他の医療機関へ情報提供数も平成23年度で1,838件と475件増加しており、セカンドオピニオンが普及傾向にあることがわかる。

一方、厚生労働省の「平成23年度受診行動調査の概況」では、セカンドオピニオンに関する患者意識等の結果が掲載されている。同調査によれば、セカンドオピニオンを必要と思わない患者が外来では52.8%、入院では42.3%と、必要と思う患者を上回っている。必要性への認識を反映するように、外来患者の63.9%、入院患者の61.8%がセカンドオピニオンを経験

していないという結果となっている。しかし、経験者の満足度をみると、外来の79.3%、入院の82.0%が良かったと回答しており、セカンドオピニオンが患者にとって有効であったと考えられる。

但し、論議では、セカンドオピニオンが患者ではなく医師や医療機関の都合で行われることへの危惧や、所謂「はしご受診」をセカンドオピニオンと考えている患者も多いとの意見が出された。現在でも多忙を極める医師への負荷に関する問題を含め、継続的な制度の検討の必要性があると思われる。

第2条に関する論議に引き続き、グループAから「患者の自己決定権」に関する具体的課題として、輸血拒否に関する報告が行われた。「宗教的輸血拒否に関する合同委員会」が作成した「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」に沿って、輸血の同意あるいは拒否を確認する方法・手順について説明が行われ、ガイドラインの作成の契機となった裁判例も紹介された。同ガイドラインによれば、判断能力の基準を児童福祉法、民法第797条、同第961条、臓器の移植に関する法律の運用に対する指針、を斟酌して、20歳ではなく、18歳としている。その上で、個々の事案に応じて「自己決定能力」の有無等の多段階に渡るチェックを実施の上、「輸血同意書」「免責証書」の作成を求めている。但し、裁判では「免責証書」の存在を根拠として、輸血をしなかった結果に対する責任を免除した事例がないことは注意を必要がある。また、こうしたガイドラインが運用されている一方で、倫理義務として輸血を実施することを明示している医療機関もある。

議論の中では、人格権とは言っても法的に保障すべき程度は具体的な権利に応じて様々であることや、外国との違いに関する意見が出された。医療と人格権との関係については、社会的にも様々な視点からの継続的な議論が行われていく必要があると思われる。

当研究会は、次回も引き続き「リスボン宣言」を題材として報告論議を行う。今後の議論を通じて、日本の医療制度や医療現場の実態に沿った患者・医療者・社会の権利に関する規律について検討を進めていく予定である。

（有賀）