



メディカルタウンの  
“本人中心の合意づくり”

30年後の医療の姿を考える会 編

## 合意形成

二〇〇七年二月に「三〇年後の医療の姿を考える会」の第一回シンポジウムで「在宅」に関して話をする機会をいただきました。それ以来、いつの日か、三〇年後の医療の姿を考える会の皆さんにも知っていただきたいと構想を温めてきたのが、今回の「合意形成」についてです。コアメンバーによる準備段階で、「本人中心の合意づくり」というテーマになりました。

複雑化する医療の現場で仕事をする中で、この数年、医療だけでなく、地域についても住民主体に課題をみつめて、その土地の文化を大事にして、解決していく手段が求められていると痛感してきました。桑子敏雄先生が実践されてきた「社会的合意形成」こそが、ひとつの方法論であることが、私の中で確信になり、桑子先生に特別講演をお願いして、心ある仲間で議論を尽くしたいと思ったわけです。

偶然とはいえ、八年前に第一回の三〇年後の医療の姿を考える会の礎いしなとなった「人

生いばらの道にもかかわらず宴会」——がん哲学から見通した視点——というテーマの富士山セミナーが開かれた場所へ、私が向かっていった二〇一三年八月に秋山正子さんから、第八回の開催日時について連絡がありました。とてもうれしく思い、多くの仲間たちと準備を積み重ね、多彩なシンポジストの方々にお集まりいただけるようになりました。

## 空間の履歴から読み解く

今回の第八回の打ち合わせをするために、二〇一四年一月一〇日に秋山さんと一緒に、大岡山の東京工業大学・桑子教室に伺いました。話題は多岐に渡り、あつという間の楽しい時間であったとともに、桑子先生が執筆され、二〇一三年一二月に岩波書店から出版された『生命と風景の哲学』をいただきました。「空間の履歴」から読み解く」という副題がついています。東日本大震災を経て、桑子先生の思索の集大成を、領きながら読ませていただきました。

その著作のはじめに、二一世紀になってから「哲学には現場が必要だ」として「幸福とは何か、正義とは何か」というような哲学的問題について考えるときには、幸福を脅かされ、正義が失われようとする現場に身を置くことが必要だ。その上で思索する

のでなければ、問題を切実に考えたことにはならない。現場なくして思索なし、これが私にとっての「地を這う哲学」の意味である」と記されました。そして、「地を這う哲学者」として現場性と当事者性という二つの条件が不可欠と述べられています。

地域空間のガバナンスの問題は、医学や看護学のもつ現場性と共通の点とされ、医学が普遍的な原理・原則に軸足を置くのに対して、看護は、より一層患者の個別性と特殊性に積極的に関わることを指摘されています。EBM (evidence-based medicine) はもちろんのこと、柔軟にNB M (narrative-based medicine) も求められる昨今、まさに時機を得た考え方であると私は思うのです。

### 感性の哲学

さて、ここで、哲学者である桑子先生と私の接点をご紹介します。二〇〇一年に国立がんセンター東病院を辞して出身大学のある熊本に戻る頃に、第一回日本緩和医療学会の会長をされた石谷邦彦先生が、東札幌病院の院内誌に、緩和医療での倫理学や哲学の重要性を書かれた文章が目にとまりました。そこに、東工大の桑子敏雄先生のご紹介があり、手に入れたのが『感性の哲学』(NHKブックス)でした。「感性とは何か」まず、そこからこの本は始まります。

山ふかく さこそ心は かよふとも すまでははれは 知らんものかは

短歌など、なかなか頭の中に入ってこない私のはずなのに、なぜかこの歌は、すんなりと記憶することができました。西行法師の思想がこの和歌に詠われていると桑子先生が紹介してくださっています。「どんなに頭の中で思い描いても、山深く住むことがなくては、そして、そこに住んで心を澄ますことがなければ、ほんとうの『あれ』は分らない」という意味だそうです。

医師として、熊本に帰って新たな診療に従事しようとしていた時期だったので、現場性や当事者性を考えたり両親の出身地である熊本という「空間」に思いを寄せ、人の生死や最後に生き切る場所について、思い悩んでいた自分の精神状態にピタッとはまったのかもしれない。自然を大切にしてきた日本人にとって「空間」の持つ意味が「身体」との関係性において、日本人独特の「感性」を育んできたのではないでしょう。

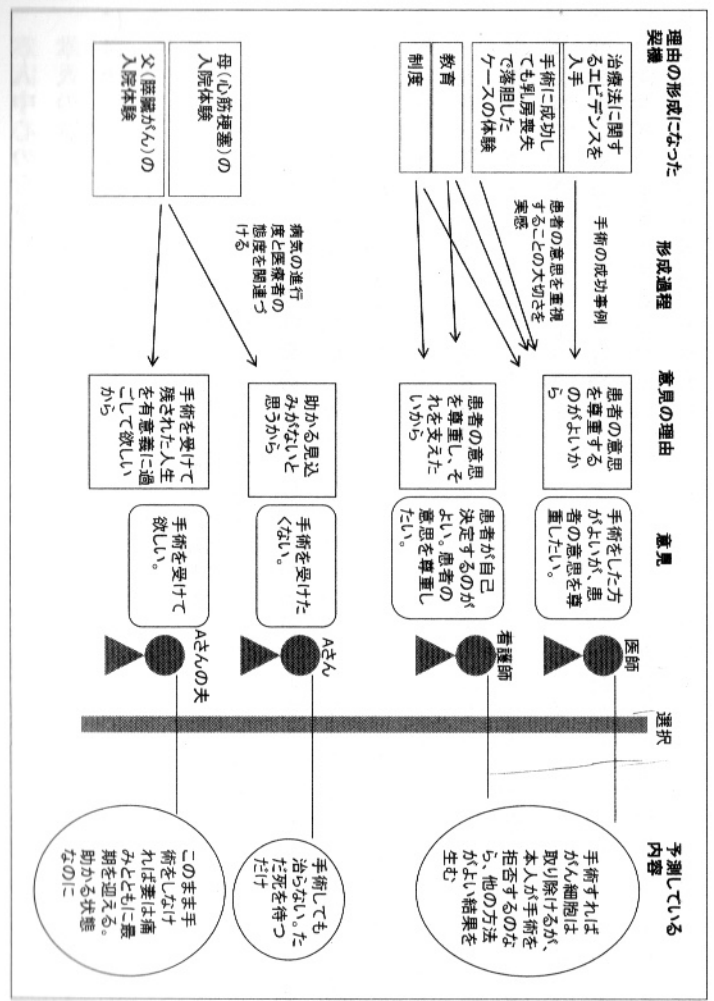
桑子先生は、「主観と客観という二元的な図式の成立しない親密な経験、そこが感性の豊かな領域である」と述べられています。白か黒かという二項対立で、物事を考える時代ではありません、多様な在り方、生き方をお互いに尊重しながら、第三の道

を模索していく術を得るために、合意形成を身につけていくことは、今後の市民社会では必須と考えます。

### 医療の合意形成と「理由の来歴」

その後、福岡で開催された日本生命倫理学会で初めて桑子先生にお会いし、数回ご教示をいただく機会を得ました。今回、シンポジストとして登壇いただいた吉武久美子先生にも桑子教室の中での医療関係に関する専門家として多くを教えていただきました。

その吉武先生の論文(医療の合意形成と「理由の来歴」, 医学哲学医学倫理29, p.63~72, 2011)には、医師、看護師、メディカルスタッフと患者さん、その家族といったステークホルダー(利害関係者)の間で治療方針等を決めていく際に、意見の理由として理由の来歴を知ることの重要性が、分かりやすく紹介されています。この論文では、六〇歳代の乳がん患者さんの治療方針を決めていくことを例としています。次ページの図に示される「理由の来歴に含まれる要素」(図説文 p.67)という視点で、終末期医療を考えていくと、ナラティブ・アプローチの必要とされる場面において有用であると考えています。



理由の来歴に含まれる要素 (吉武久美子、医療の合意形成と「理由の来歴」、医学哲学医学倫理 29, p.63~72, 2011)

## 本人中心の合意づくり

本人の意思決定支援として、歴史的に考えれば、インフォームド・コンセント抜きには語れません。星野一正先生が書かれた『インフォームド・コンセント―日本に馴染む六つの提言』（丸善ライブラリー）の第4章「日本の文化的環境におけるいわゆる告知の難しさ」に「病状説明」の提言があります。

私自身今でも「病名告知」という表現に違和感を持っています。「告知」というと上から下という一方的な印象を与えるし、医療者が、患者さんに対して何でも伝えればいいというものでもないでしょう。「今後の治療方針や生活をどうするか一緒に考えていく」ために「情報を共有する」ことが必要です。ゆえに、「病状説明」という表現を用いるのが妥当であると考えます。

一九九〇年代前半に「説明と同意」という誤訳が一人歩きしてしまった時代がありました。本来は、患者さんが主語で「説明を受けて、十分に理解して、納得した上で同意する」というのが正確な訳でした。「インフォームド」という受け身の、つまり受動態であることを示すために「インフォーム」ではなく「ド」がついていることに医療者側の配慮が求められています。そして患者さんの理解と納得のためには、「些細なことでも、大切なことかもしれないから、遠慮なく聞いてください」と医療者

側から問いかけることから始まるでしょう。

医療者が患者や患者家族となった経験を記した『患者の目線』（関根伸吾、2014）を是非、参考にさせていただきたい。

推定余命を患者さんに言うべきか、については議論のあるところですが、少なくとも家族にとつては、一番知りたい情報の一つという場合もあります。お一人おひとりの状況に応じて、幅をもった表現で、最悪の場合の短い期間から、希望的観測で最大の期間まで工夫した表現が医療者側にも求められています。

その中で、「本人中心の合意づくり」がなされていくと思うのです。残された時間によって、やるべきことの優先順位は変わります。どこの「空間」に身を置くかも、その情報なしに「本人中心にはならない」ことは、自明でしょう。ただ、その情報の不確かさを、患者さんやご家族にも理解していただき、医療者側も丁寧に説明することが大切でしょう。

## チームにおける合意形成

最後に、チームにおける合意形成についても述べたいと思います。

緩和ケア病棟や緩和ケアチームで働いてきた経験から、多職種連携におけるチーム



医療、そしてその合意形成のあり方を考えてきました。本当の意味での「チーム」ができているのか？ 今まで常に自問自答してきたテーマです。

国立がんセンター時代に『なぜ会社は変わらないのか』（日経ビジネス人文庫）という本を通じて、柴田昌治さんから組織のあり方について教えていただきましたが、二〇一三年には金井壽宏さんと共著で『どうやって社員が会社を変えたのか』（日本経済新聞出版社）を出されています。その本から、「チーム」の定義を再確認しました。まず、大前提として「真のチーム」というのであれば、目指すべき目的の共有と、日頃からの信頼関係は不可欠です。信頼関係には二つあると考えており、形而上学的なことも含めた人間としての信頼と生業なりわいをきちんと言う上での職業人としての信頼です。前者はなかなか難しいですが、医療者である以上、後者のプロとして信頼を得るべくそれぞれの職種の不断の努力が求められるでしょう。

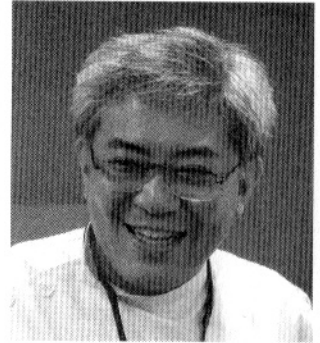
多職種連携が問われる今、医師は医師としての役割を果たしつつ、他の職種とのフラットな関係を構築しながら、メンバーが安心して発言し、活動できる場づくりをしなければなりません。従来の医療者サイドに立ったコミュニケーションではなく、患者本人を中心に据え患者さんや家族を支えるコミュニケーションを行っています。合意形成こそが二一世紀に私たちが取り組むべき道筋だと思います。

「本人中心の合意づくり」という、一見簡単なようで奥深いテーマは、今後、認知症が増える超高齢社会では、「事前指定書」や「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」という場面でも大切となります。自分で意思表示できるときから、命を大切にすることで社会や地域における、お互いさまの関係を維持できるような「場づくり」に取り組んでいきます。

### 来年もまた「三〇年後の会」

今回もまた「愉快に」「過激に」しかしながら「品性を持って」語り合う「三〇年後の医療の姿を考える会」の一員として、そして市井の一医師として、研鑽を積んでいきたいと強く再確認できました。

大雪に見舞われた二〇一四年二月一五日（西行法師の命日、かつ桑子敏雄先生の知人の命日）に上智大学で開かれた第八回シンポジウムに関わることができたことに感謝します。改めてありがとうございました。



**松本 武敏**（まつもと たけとし）  
秋津レークタウンクリニック・内科医師、熊本大学非常勤講師。東京都生まれ。両親の出身県にある熊本大学医学部を卒業後、1992年国立がんセンター東病院で肺がん診療や緩和医療に従事。2001年熊本で呼吸器全般の診療をした後に、06年東京で在宅ホスピス、三井記念病院での緩和ケアチームに取り組んだ。07年、第1回30年後の医療の姿を考える会「メディカルタウンの青写真を語る」で「在宅」を発表。その後、熊本に戻り、09年～11年宮崎市内の三友会・いしかわ内科副院長、14年2月から現職。訪問診療や生活リハビリテーションを柱に、熊本県内の小中学校で防煙授業にも取り組んでいる。