



Title	特集を読んで
Author(s)	佐藤, 眞一
Citation	未来共生学. 2017, 4, p. 110-125
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/60736
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

特集を読んで

佐藤眞一

大阪大学大学院人間科学研究科

本特集の各論文を読んで、大阪大学大学院人間科学研究科の佐藤眞一教授（臨床死生学・老年行動学研究分野所属、老年心理学、生涯発達心理学専攻）にコメントをいただいた。佐藤教授は、認知症者の事例検討や特別養護老人ホームにおける看取りケアなどについて、社会的科学的なアプローチを視野に入れながら地域の現場に軸足を置いた実践・研究に取り組んでいる¹。（文中敬称略）

一人ひとりの多様性を直視して

まず最初に、本特集を読むにあたって、未来共生という観点をもとに考えたかということを書いておきたい。

未来共生プログラムの理念には、グローバル化時代を見据えた多文化性を考える際には国籍、民族、言語、宗教といった狭義の文化的属性のみならず、性差や世代間、病・障害歴などによる社会的な背景の違いも含め、多様なアイデンティティを有する人々の間での共生の課題についても目をそらすべきではない、とある。超高齢社会をめぐる本特集を読み、考える際、私は、この「多様なアイデンティティ」に改めて着目した。例えば高齢者と若い世代という、多世代のアイデンティティの違いがあるし、例えば死を意識する生活は、後期高齢者や超高齢者の世代としてのアイデンティティなのかもしれない。若い世代の多くは死を意識する生活をしていない。高齢者であってもそのような違いはあるので、死を意識する時に過剰医療とか医療の適正化の問題が異なると考えられる可能性がある。さら

に言えば、高齢者であっても個々のアイデンティティは違う。

年齢、教育、文化、職業、住環境、夫婦、家族、親族、世代など、さまざまな多様性、そして個々のアイデンティティの違いを把握したうえでの取り組みが大事になる。事例検討の場合、一人ひとりの違いによって、逆に課題が見えにくくなるということもある。だから、さまざまな観点から研究を深めていく必要がある。

若い世代と高齢者とを比較する場合に、例えば教育歴が重要な因子になる。そのときに教育歴を、平均で何年の教育を受けたということで12年とか13年というデータを用いる。それを例えば若い層と高齢者と比較して、「この高齢者層は若い人とも遜色ないくらいの教育を受けている」「同じ12年とか13年の平均です」といっても、それは同じではない。世代によって違うはずだ。大学進学率は時代によって全く違う。その世代の平均的な教育歴の違いを踏まえた比較をしなければならない。そのようなことを頭に置きながら、一人ひとりのアイデンティティを考えることが大事である。さらに、アイデンティティは個人内でも多層的である。アイデンティティの多様性をどのように捉えるかということが、共生という課題にとって極めて大事ではないだろうか。

日本の中でマイノリティとされる人々は、外国人だったり、障害のある人だったり、性的マイノリティの人といった一つの線で分けることで、共生の問題点が浮き彫りになりやすい。ところが高齢者の場合はそういう線を引くだけで浮き彫りにするのが難しい。一人ひとりの中でアイデンティティが多層的になっているので、年齢だけで切ってもはっきりしないところがある。例えば、同じ高齢者のなかでも支援する側の人と支援される側の人がある。超高齢者が対象となる共生を考える場合には、支える側と支えられる側という意識になりがちだ。ところが現実はそのように単純ではない。この人は自立しているし、健康だし、そんなに経済的にも問題ない。そんな人が案外、心の中では生きていくことに頼りなさを感じていたりする。

「生」だけでなく「死」の問題系も視野に

こうした共生への理解の上にとって、個別の論文についての印象を述べていこう。

巻頭の伊藤論文は、日本における高齢者医療、保健、介護の社会政策の歴史の変遷を振り返っている。その中で大事だと思ったのは、家族の介護負担に関する論文の急増について、それまでは家族負担のネガティブな側面を指摘する論文が多かったのが、最近は介護を通じて介護者が人間的な成長をしたり、満足度を感じたりといったポジティブな側面に関する研究が増加しているとの指摘である。

家族にとって介護は大変なことである。介護に時間を取られ、未来展望が開けないような状況に陥ると、苦しくなるばかりだ。とはいえ、超高齢社会になり、介護される人々がますます増える状況の中で、介護の当事者たちがポジティブな生活をしていくことは大事なことだ。これまでの研究の多くは介護者の負担感や満足度の尺度による社会調査の域を出ておらず、現場での分析が足りなかった。伊藤の研究はそれを補うものだ。

超高齢社会の共生を考える時に、「生」につながる問題系だけではなく「死」につながる問題系を視野にいれて、それらをいったん分けた上で考えていくことが大事だとの指摘も貴重だ。超高齢の人々と共に生きていく。一方で同時に、人々は確実に死を迎える。各論文の視座を明確にするために有用であろう。

座談会には医療、保健の専門家が顔をそろえて、福祉を含めた、各分野にまたがるクロスオーバーの問題が見事に示された。専門性をどう確立するのか、急性期疾患の専門医と慢性期疾患をみる開業医との連携、専門看護師と一般看護師、そして看護師と介護福祉士との意識の違いや協力の必要性など、どれも重要な課題だ。そのほかケアマネジャーの資格規定があいまいで、その職業的アイデンティティはどこにあるのか、といった問題もあるだろう。がんとの共生について私は、患者はがんと共生するのではないと考えている。がんと告知された瞬間からその人の生活のルールが変わるのである。

その変化した生活のルールと共生する。生活ルールの変化には家族や同僚、関係者が多重に関わっていくのではないかと、この感想を抱いた。

病を持つ高齢者を治す、そして支える

次に、神出論文は、高齢者医療について、脳卒中や心筋梗塞の発作・発症を抑えて寿命を延ばすだけではなくて、認知症や軽度認知障害(MCI)、さらにフレイル(虚弱)の状態を含めて健康を考えるべきだと指摘している。これまでの医療は、急性期疾患の治療を使命としてきたが、それだけでは高齢者の健康寿命の延伸につながらないし、今は慢性期疾患を抱えながら生きる人が増えている。日本学術会議の高齢者医療部会が、高齢者医療は治すだけでなく、病気をもちながら生活している人々を支えていくことも大事なのだと、医療のミッションを再定義する提言を出しているが、それと共鳴する指摘だ。

神出はさらに、85歳以上の超高齢者の健康に関する研究から、高血圧や脂質異常、糖尿病などの治療の基準値を考え直さなければならない、と提言している。健康寿命の延伸が大きな課題になっているなかで、これは国家から社会、そして個人・共同体それぞれのレベルで影響が出てくる重要な提言である。国家レベルでは、超高齢者の治療基準値の見直し、医療費の削減や社会保障制度の維持に関わってくる。社会レベルでは、人生の最終段階の医療に関する意識と結びつく。意識調査とその政策への反映が課題になってくる。SONIC研究では、結果的に健康長寿の人のデータしか対象にならないため、後述するソーシャル・キャピタル、すなわち社会関係資本への介入研究が必要になる。個人・共同体レベルでは、理想の死とは何かといった死生観が関わってくる。

改めて、老いとは何かを考えてみよう。

人間は必ず老いていく。その際、慢性期疾患を抱えながら徐々に虚弱になっていくような例えば認知症を徐々に発症していくといった老い方がある。しかしその一方で、脳卒中や心筋梗塞やがんといっ

た大病を経験し、それを乗り越えて長く生きていく人がいる。この2つのタイプを分けて考える必要がある。慢性期疾患の一つや二つ持っているのは仕方ない。それとうまく付き合いながら長寿を目指すという生き方を否定する人は誰もいないだろう。一方で、大きな病気を体験して、それを乗り越えた人はその後の生き方が変わってくる。つまり、自分のなかの生活のルールが変わってくる。食事や仕事のやり方、もっと言えば歩き方さえも変わってくる。

病気に限らず、大きなライフイベントを経験して、そこから立ち直っていく生き方は誰でも経験する。それによって、今までどおりの生活ではないけれども、それでもよりよく生きていく。変な言い方だが、不健康でも長寿という生き方の人もかなりいるのではないだろうか。これは疫学的な調査で「大多数の人はこうだ」とか、あるいは、不健康で長寿という人は調査に参加できないといった問題があるために、社会調査や国の政策ガイドラインではすくい取れない。だから、もっと一人ひとりの生き方を見つめる研究や考え方が大事になってくる。

過剰医療に切り込んだ祖父江論文

祖父江論文は、医療者として言いにくいことに思いきって踏み込んだ内容だ。

がんの罹患数はどの年齢でも増加しているが、がん死亡数の増加はもっぱら75歳以上の高齢者である。このことは後期高齢者のがんを考える上での基本的情報として重要だ。しかも、後期高齢者のがん患者の場合、がん以外の問題も同時に抱えていることが多い。この時、がんによる死亡を減らすとか、がん患者の寿命を治療によって延ばすということは、75歳未満の方であれば大事な目標だが、75歳以上の後期高齢者の場合はそのようなアプローチでは通用しないということを明確に指摘している。むしろ、がん死亡者数の減少や寿命の延長ではなくて、患者や家族の苦痛低減とか、療養生活の質(QOL)を高めるということを優先課題とすべきだと祖父江は記して

いる。75歳以上の後期高齢層へのがん対策の政策目標が明示されていない現状において、極めて重要な提言である。

これは過剰診断と過剰医療の問題でもある。がん治療には利益と不利益がある。若い人であれば明らかに利益があるのだが、高齢者には不利益も多く、不利益が利益を上回る可能性もあると祖父江論文は指摘する。私も高齢者の方たちと接する時、「がんの治療をしたおかげで寿命が縮まったり、苦しんだりした」という感想を聞くことが少なくない。

医療現場で、こうしたことを感じている関係者はたくさんいると思うが、明確な証拠を持って発言する人は少ない。そういう意味では貴重だし、医療福祉連携を促進させるための議論として重要だ。

具体的には、医療中止の是非について議論を進めていく必要があると思う。その時、例えば生きる意欲のようなものは、検査では分からない。そういう質問による尺度があるのかもしれないが、なかなか本音が分かりにくい。意欲も人によって表現の仕方が違う。これをどう評価したらいいのか、極めて心理学的な問題である。

また、例えば検査から治療という医療の流れに、その人を乗せたほうが良いのかどうかという問題がある。その時に一番中心になるのはやはり個人の余命の判断をきちんとできるかどうかだ。そういう治療をしたがために、逆に苦痛も多く、長く生きられなかった可能性のある場合もある。そういうステージに乗せる前に予測できるかどうか。とても難しい問題だ。疫学調査などのエビデンスというよりも、患者さん一人ひとりに対応して積み重ねてきた専門医の経験や知識がカギになる。そういうことをもとに本人や家族と話し合うことが大事になるだろう。

他方、75歳未満のがん対策の対象になる人たちの場合は、ある程度、エビデンスに基づいて標準治療を中心に個人の状況をみた上で、幾つかの選択肢を持つことが大事になる。75歳以上の場合には、そういう形でできる人もいるし、できない人もいる。結局は、話し合いが大事になると思う。医師は「あなたは手術しないほうが余命は長

くなります」と確定的に言うことを躊躇するだろう。しかし、そのあたりの可能性を意識しながら話し合いをして、本人や家族がこれから先の人生をどう考えるかが大事になってくる。生物学的な問題とか、医学的な問題だけでは解決できない、もっとヒューマニスティックな問題が含まれてくるのではないだろうか。

判断の基準となると、検査結果などの数字的なことが重要になってくる。しかし、それで割り切ることができなくなっている状況では、人生をどう考え、どう捉えているか、といった問題になってくるのではないか。そうすると、例えば医師、看護師に限らず、もう少し多様な意見、議論のあり方があるのではないだろうか。医療者側だけでなく、患者や家族もギアチェンジをしたらどうか。この特集の参加者からはそういう思いを感じた。

ソーシャル・キャピタルの重要性

樺山論文は、現場レベルにおいて、ソーシャル・キャピタルの重要性を示している。論文は、健康維持という目標において、環境決定要因への介入が大事だと指摘している。これはとくに超高齢者や75歳以上の後期高齢者の健康決定に大きな影響を与えている。若い世代の場合、よほど衛生状態が悪い、貧困だというような状況では別だが、多くは生物学的な要因によって健康かどうかが決まっていく。一方、高齢者の健康に影響を及ぼす環境の規定要因、例えば、家族や地域、職場といった、その人が生きている場、共同体レベルの現場は多様性が大きい。その多様性をどう考え、いかに対応するのが非常に大事になるし、実はそれが未来共生学のテーマにもなるのだろう。

樺山は、ソーシャル・キャピタルと健康に関する先行研究として、社会疫学研究を挙げているが、論文が指摘しているように、ソーシャル・キャピタルの測定方法や構造、下位概念はまだ確立されていない。ソーシャル・キャピタルがどういう経路でその人に影響しているか、どういう介入実践が効果的なのかもよく分かっていない。介入実践

による研究がさらに必要だと感じた。例えば、地域住民を対象とする医療専門職である「行政保健師」について、ソーシャル・キャピタルを醸成する活動だけでなく、自身がソーシャル・キャピタルの一部となって活動する可能性を掘り下げてほしい。

このソーシャル・キャピタルの概念の重要性については、後に詳しく述べたい。

ここまでの3論文が制度や政策といった大きな枠組みにつながる話なのに対して、玉木と眞浦の論文はともに、個人の生活に直接触れてつむぎ出された研究である。高齢者や、介護する家族たちが具体的にどう生き、悩んでいるのかという姿がよく伝わってくる。

まず玉木論文は、社会的入院を再検討し、医療現場での「漂流」、要するに、落ち着いて医療を受ける場所が高齢者がないということが問題だと指摘している。

社会的入院という概念は、1980年代中ごろ、老人保健施設の設立を契機に議論された。当時、全国の20床以上の病院の半数以上を高齢者が占めていた。病院は急性期疾患を治療するところなのに、現実には、慢性期疾患の患者が多く入院している。だからといって退院してすぐ自宅に戻るのは難しい。行き先の問題と、家族の介護の問題である。その議論の末に、短期に入所して自宅に戻る準備をするリハビリ中心の高齢者施設として老人保健施設が設立された。1980年代後半には最初の施設ができた。ただ、自宅に数カ月で戻るのは難しかったり、数カ月で病院からの退院を迫られたりする問題があり、やはり介護のことを考えなければいけない、となって、結局は介護保険制度の創設に行き着いていった。

現場で求められる社会的入院の意義

玉木は、そういう流れとは別に、超高齢社会の到来と看取りという視点から社会的入院を再検討し、政策と社会のズレをあぶり出した。新しい視点であり、未来共生のテーマに通じることだ。個別の病院、老健を取り上げることで、病院の共同体としての意味（医療提

供者と医療の受け手の共同体)が浮かび上がってくる。

85歳以上の超高齢者では、余命の延伸が第一義的な目的ではないと考えられている。だが果たして、当事者、本人や家族が本当にそう思っているのだろうか。むしろ現実には、一人ひとりの高齢者や家族に個別に聞けば、必ずしも余命の延伸が第一義的ではないとは思っていない例もある。超高齢社会を我々一人ひとりがどう受け止めるのか、さらには本人が納得できるような、例えば死生観がきちんと日本にあるのかどうかという問題でもある。

75歳以上の後期高齢者、あるいは85歳以上の超高齢者では余命の延伸が第一義的な目標になりにくい。それは本特集の執筆者に共通している点だろう。政策や制度、社会調査では意見の一致がみられるのかもしれない。だが、当事者の抱える事情はそれぞれ異なる。そういう意味で、きちんとした事例研究や介入研究が必要とされていた。

玉木論文は、療養病床の看護管理職のインタビューで、社会的入院のポジティブな可能性を示唆している。療養病床に入院している間に今後のことを検討し、メディカルソーシャルワーカーが相談にのっている。時間的な猶予が得られるし、しかも病院なので安心していられる。社会的入院は悪者にされるけれども、実は意味があるのではないか。療養病床は医療施設なので、どうしても過剰医療に陥りがちだし、QOLも低下しがちだ。だが生活の場所ではなく、通過する場所だと理解した上で次の準備をする場所と考えれば意義が見出せる。これは重要な視点だろう。

アメリカでの看取りの場所は、かつて病院が大半を占めていたが、今は少なくなって、ナーシングホームやホスピスが増えている。自宅も増えている。ところが日本では病院での看取りが減らない。おそらく制度面の背景が大きいのだろう。

日本の特別養護老人ホームは生活の施設であり、健康管理が主体になる。だから、やがて虚弱になって看取りになっていくとの認識があっても、そのための方法が職員に共有されていない。嘱託医にしても看護師にしても、健康管理が基本なので、看取りへの認識と

方法が広がっていない。

ただ、私の研究グループが、看取りに取り組む特別養護老人ホームで働く人々について継続的な調査をすると、当初は、看取られた高齢者の家族と、看取った職員との間に意識の差があった。家族は「最期を看取っていただいてありがたかった」という意見が多かったのに対して、職員側からは「もっとできたはずだ」という声が目立ち、自己評価が低かった。ところが、看取りに取り組む体制を作ると、一年後には自己評価が高まった。関係者への意識づけが影響していたのだろう。生活の場である特別養護老人ホームは福祉施設なので病院との連携がうまくいかないことが多いが、職員の意識改革をしていけば、大きく変わっていく。そういう意味では医療から生活、福祉への移行をどうするかという玉木論文の指摘は大事なことだ。

在宅復帰率を追求する老健の実態についての報告も重い問いかけだ。施設からの転出に当の高齢者が関わることは少ない。また、高齢者はリロケーションによる健康リスクにさらされる。在宅復帰率とは何のための制度なのか、と考えさせられた。

眞浦論文は、終末期に人工的水分、栄養補給の導入をするかしないかという延命の問題について、口から食べられなくなった場合に延命措置の導入を差し控える選択をした家族の事例を検討している。そのなかで男性Aさんの場合、母親の面倒を長年みてきて、しっかりした考えを持って、延命措置はやりたくないと決めた。良い医師と出会って、長生きもできたけれど、最期の時にどんな介護をしたらいいかと悩んだ経緯がよく示されている。最期の時に医療者や福祉施設の職員が家族を支えることは大事なことだと改めて感じた。

平穏死や老衰死といった最期をどう受け止めるのかを考えさせるのがBさんの事例だ。本人がすごく痩せて、最期の時が近づく時に、いつも様子をみている介護家族ではなくて、親戚が現れる。食事を口から採れず、痩せて亡くなったのを見て施設を責める。「施設が餓死させたんじゃないか」と。このあたり、社会的な認識を高めていくことがやはり大事なのだろう。ただし、こうした延命措置を受け入

れる選択をした事例との比較研究が今後求められよう。

医療を中止する、治療しないという選択

各論文執筆者の共通関心事は、後期高齢者、あるいは超高齢者である。診断が下れば、それをどう治療するのかという標準の治療法は決まっている。その標準治療に乗らない人々だということを医療者はみな認識している。そういう人々のがん、そして虚弱や認知症が増えてきている。医療的に見逃せないことなのだが、標準的なガイドラインや治療法が確立されていないので、現場の医療者たちの多くが戸惑っている。そういう状況に研究や実践のメスを入れようという思いを感じた。治療を中止する、あるいは治療しないという選択が今後、後期高齢者、超高齢者に重要になる。

アルツハイマー病の治療薬、認知機能を維持する薬が次第に効かなくなってくる。その時にやめるか、やめないか。最近、そのことが課題になっている。事例報告をみると、徐々にやめていって特に問題ない人もいれば、やめた途端に状態が悪くなる人もいる。分からないことがたくさんある。やはり、事例の研究を積み重ねて、ガイドラインが必要になる。ガイドラインをもとにして、それぞれの患者の事情を加味しながら、現場で決めていくことが重要になると思う。

その点で注目したいのは、座談会の中での喜多村の「そういうふうになると、見捨てられた気になる」との発言である。治療をしない、やめるとなると、家族は「じゃあ、これからどうしたらいいんでしょう」と問いかけてくる。治療をしないと選択した時に、その代わりに何をして、何を支えるのか。患者や家族は医療に期待もするし、頼りにする。

最近の問題としてインターネットでの患者の体験談が指摘できる。そこでは、症状が重くて、大変な思いをしたという例が載りやすい。いわゆる標準的な状態の人の体験談があまり載らない。その結果、一般の人々が過剰に反応している可能性がある。そこは専門の医療

者が偏った見方に対してきちんと意見を述べるということが大事になる。そうすることが「見捨てられる」とは違う判断になる。治療の「ギアチェンジ」をするとしても、専門的な知見をもとに話し合うことは重要だ。

研究上の課題としては、健康寿命の測定について、国際的に通用する測定法をめざして研究を深める必要がある。以前はWHOが世界各国の健康寿命を示していたが、今はデータを出すことに躊躇があるようだ。国や地域によって健康寿命の示す意味が異なるということと測定が難しいという問題があるからだ。測定法については、例えば、サリバ法による「日常生活の制限」と「健康の自覚」の基準では、高齢になるほどポジティブな回答が出やすい。高齢者では毎月病院で薬をもらっていても、「私はいま健康で、何でもできる」と答える人がいる。このあたりの健康寿命の測定法がまだ未成熟だといわざるをえない。「日常生活の自立」の基準において、日本では要介護2以上となっているが、これは国際的には通用しない。

しかし、世界的に人口の高齢化が進んできた今、研究者として、健康寿命という概念を国際社会が真剣に考え直す時期にきている。この分野が成熟した研究領域になっていくことが必要だ。

個が生きる共同体こそが共生の現場

さて、超高齢社会の保健医療を未来共生の観点から考える時に改めて提起したいのは、「視点の問題」の重要性である。私たちが接する情報や社会的事象の認識を3つのレベルで考えてみる。第一は「国家レベル」、すなわち制度や政策の面である。治療のガイドラインをつくる時に関係してくる。第二は「社会レベル」、すなわちメディアを通じて接する情報だ。自分たちに関係していそうだが、直接の関係はほとんどない。例えば介護殺人が起きた、高齢者の運転者が事故を起こしたなど、身近な問題で自分のことのように考えるが、実はメディアを通じて見ている情報で、細かなことは分からない。疫学調査や社会調査のエビデンスなどもそうだ。そして第三は「共同体

レベル」、すなわち、一人ひとりの個人の問題であり、その個人が所属する家族や町内会、学校、NPO団体、地域、市区町村と広がっていく。これは自分の目で直接見たり、聞いたり、体験している現象である。

メディアを通じて見ている社会レベルで得られた知見をフィードバックして、国が制度政策にし、我々が生活しているレベルにおいてくる。医療では健康診断の問題とか薬価の問題となって、我々の生活に直接、関係してくる。その一つひとつの具体的なことは共同体レベルの問題だといえる。いま自分が考えていること、述べていること、接している情報がどのレベルのものなのかによって、理解の仕方や考え方が変わってくる。

そういう目で各論文をみていくと、必ずしも視点が明確ではない。国家レベルの話をしたと思うと、突然、個人のレベルの話になってくる。筆者たちの頭の中にはどの視点もあるのだろう。この特集の読者はぜひ、私が示した視点で改めて各論文を読み直してもらいたい。未来共生という課題を考えるにあたって、もちろん国家レベルの制度、政策は大事だし、社会的なレベルでメディアを通じて入ってくる情報も重要だろう。だが、そうしたことを前提にして自分が今生きている共同体のことを考えていくことが、やはり共生にとっては重要ではないだろうか。超高齢者社会を考えていく際、現在では家族や学校、町内会といった共同体レベルでの取り組みや考え方が不足している。医療はそもそも、一人ひとりが受けるものだ。そういう一人ひとりの課題に入っていくことが必要だろう。

人々のつながりと信頼感があればこそ

その際、樺山が論じるソーシャル・キャピタルという概念が重要になってくる。ここで使われるキャピタル＝資本は、個々の地域の、あるいは共同体の歴史とか文化の蓄積が背景になって初めて意味が出てくる。よく言われていることだが、その構造としては、ネットワークと互恵性あるいは互酬性、そして信頼感という3つが機能していく

ことが大事だ。

まず、ネットワーク。私は「つながり」と言っているが、人はそれぞれみな違う人的ネットワークを持っている。そこでは、自分がしたことが相手から直接返ってくるだけではない。間接互惠というが、自分がしたことに対して直接的な返報をしてもらわなくても、それが地域で積み重なって蓄積されていくことによって、結局は自分も暮らしやすい地域になる。そういった「支え合い」が大事になる。

次に信頼感。私がこの人を信頼する、このグループを信頼している。このような個別信頼だけではなく、そこに暮らしている人々のことを直接は知らないかもしれないけれど、「安心」できる地域だと感じる。高齢者の問題を考える時も、こうした一般信頼を考えなくてはいけない。今後、さらに深めるべき問題として、個人および共同体を意識した研究や取り組みが大事になるだろう。それを評価するための切り口とか基準、理論も整備されなければならない。

私が専門とする心理学的の視点からも信頼感の重要性を指摘しておきたい。医療者と福祉の専門家、高齢者の患者、その家族とが話し合い、議論して、「最終的に落ち着くところに持って行きましょう」といった結論になったとしよう。人間というものはそんな時に、お互いに相手を気遣ってしまう。例えば患者側の多くは、医療者という専門家に判断してほしいという期待を持っているので、言われたらそれに従うし、受け入れると言うだろう。一方で医療者側の方は、はっきりした基準値を示せなかったり、基準値があったとしても、それからの逸脱があったりするるので、最終的には「ご本人やご家族が決めてください」となる。

人生最期の看取りの時に、いくら医療者とはいえ最終的な責任をとることはできない。つまり、お互いに相手に期待をするなかで話し合いが行なわれてしまいがちだ。そこで障壁になるのはプライバシーの問題だ。医療者側はプライバシーにあまり踏み込まないようにと心掛ける。ところがプライバシーに踏み込まないと、最期の看取りにおける結論が出ないことがある。かかりつけの医者が

いて、長く付き合っていけば、それに応じたことをしてくれる、ということがよく言われるが、そういうことがやはり大事なことだろう。

医療者と患者という付き合いもあるが、その中にやはり人間としての付き合い、お互いが信頼感を持っていることが大事になる。おそらく現場の医療者はみな、患者との共生のためにはそのことが必要だと感じていると思う。

保健医療の現場における共生にとって、共感性(empathy)は必要なのだろうか。専門家としては第一の優先課題ではないと私は考える。専門家として、経験に基づく治療ビジョン、知識、技術、そしてそれを伝えるコミュニケーション能力が最優先課題であろう。その上で患者や家族に共感する態度が、患者や家族の心に染みるのである。しかし、自分が当事者ではないという限界は知っておくことが重要だ。同情(sympathy, compassion)を相手に示す必要はないが、キャリアを磨いていくなかで人間としての基本的感情を失ってはならないことは言うまでもない。

(インタビュー・構成：脇阪紀行)

- (5) 健康・介護コンシェルジュの養成と普及
一般住民のセルフケアの向上と獲得した知識や技術によって地域の高齢者を支える取り組み
- (6) 特別養護老人ホームにおける看取りケアの取り組み
介護職員の看取りケアの効力感を向上させるために
- (7) 医療ボランティア(医師、看護師、薬剤師、心理士、PT、OT、ST等)が主催する在宅がん患者および認知症者とその家族との談話会の開催
“I FOR YOU Japan”の活動。医療者のボランティアが、医療環境ではなく、地域の生活の場での語らいの場をつくる

注

1 佐藤真一が主導する主な取り組みは以下の通り。

(1) グループホームにおける認知症者の事例検討

大阪府社会福祉事業団における新しいパーソナルケア法の開発と実践。大阪府の認知症高齢者施策の一貫として、介護専門職用の事例集・リーフレットを提供

(2) 大阪大学の各部署の認知症横断プロジェクト

実践に向けての教育プログラム(EDGE)

(3) 大阪大学—大阪府保険者協議会—大阪府—豊中市プロジェクト

検診データの可視化と住民の健康に関する自立性の醸成。日常会話形式による認知症のスクリーニング検査の開発と普及
生活場面での気づきのために、軽度認知障害(MCI)および軽度認知症者の記憶愁訴とメタ記憶、および家族による訴えの問題点に関する実践研究

(4) 高齢者ケアによる色彩効果の研究

日本色彩環境福祉協会における実践的取り組み、および福祉住環境アソシエーションによる福祉住環境サミットの開催