



## 医療を行う上で考えてほしい事



光クリニック 院長 金城 光世

若い研修医へのアドバイスを書くようにとの依頼で一筆啓上、但し良く了解されていて屋上に屋を架すことになるかもしれませんが大事なことは繰り返し述べても良かろうと愚考。

御存じのように医療は患者に対する利他主義 (altruism) が基本理念です。敢えて言えば患者にとっては医療提供側の博愛 (philanthropy) の有無は問題とはならず、患者の益になる医療が望まれる事になります。その目的を達成するため医療行為は①医学的見地以外に、②患者の quality of life (QOL)、③患者本人の意思、④家族の意思や社会の状況の4点を鑑みた上でなされます。

ともすれば医師は①の医学的見地のみで判断し、②③④が時として等閑にされがちです。医師であれば医学的見地・知見を磨くのは当然ですが、実際の医療に際しては患者個人の病歴だけでなく家族歴や患者本人を取り巻く状況をふまえた医療であれば患者・家族に容認されやすくなります。

在宅医療や終末期医療は特に②③④が考慮されます。私も開業に際し在宅医療も行っていますが、開業前から病院へ出勤前や勤務終了後に看取りのために患者宅を訪問する機会もありました。これまでの経験をふまえ今回は①以外の事でこれまで感じてきたことを記します。

### ② QOL

医者になってまだ2年目の頃私の父が肝癌から骨転移をきたし、東京の名のある病院で治療していましたが、脊椎転移より対麻痺となった状態で沖縄に戻り介護する事になりました。元気に歩いていた父でしたが急に寝たきりにな

り、下の世話まで他人の厄介にならざるを得ない状況に本人はどうかならないのかと焦燥する日々でした。介護する方も大変で、最近のエアマット式ベッドも無いので体位変換をまめにやらないと褥瘡ができてしまいますし、摘便や、尿道留置カテーテル交換が必要でした。30年も前の事ですが、当時から癌による cord compression の放射線治療は oncological emergency とされており、緊急に放射線治療すれば最期近くまで自力歩行でき、排尿排便についても介護の負担がいらぬはずでした。当時最新医療の病院でさえ QOL の保持に無頓着だったといえます。残念なことに昨年開業後に癌の脊椎転移から対麻痺となった方3人の訪問診療に関わり、依然として改善されていない現状を経験しました。そのうちの一人は脊椎の放射線治療もなされていますが治療が遅きに失して対麻痺に至ってしまいました。癌患者を診療する以上は癌治療だけでなく最期まで患者の QOL を保つ事、自分のことは自分ででき、できるだけ快適な余生を送れる事も含めて留意すべきです。転移部の放射線治療については沖縄では可能な施設が限られており、また早急な対応が難しい施設もあって、今のところ紹介する側の主治医の努力で解消せざるを得ない点もあります。ともあれ患者さんの訴えを傾聴して原疾患だけでなく QOL 保持を心がけ、必要なら早急に他科に相談して下さい。

QOL を大事に考える処に緩和治療の意義があります。生きる価値は個人個人で異なり、QOL と生命予後とを考える医療行為が相反する場合もありますが、QOL を考えるというこ

とは患者さんの生き方、人間としての尊厳を大切にすることに通じます。

### ③患者の意思

本人の意思が医療を提供する側から客観的にみて不条理、ないし誤っている場合もあります。医学的見地から最善と思われる医療を提供するために患者・家族に時間をかけて説明しても最終的な意思決定はあくまで患者本人ないし認知症や精神科的に問題があれば家族が決定することになります。

エホバの証人の診療などが具体例になるのですが、患者が望む医療が医療を提供する側にとって本意でない医療であっても行う事があります。患者の意思を尊重するとしても医師は自分の意思を曲げたくなければ事情を説明して診療をお断りする事もあるでしょう。

### ④家族・環境

アラブの大富豪であれば、メイヨークリニックに自家用ジェット機で乗り付け、Kehler Hotelのワンフロアを貸し切り手術してもらいます。アフリカの難民や戦災孤児たちは医療設備がないために脱水、栄養障害やちょっとした肺炎で死んでいきます。医療行為は患者環境での最善を考え、経済状況が許せばよりよい医療の為本土や外国の病院へ紹介するでしょうし、逆に患者や家族の経済状態や地域の医療状況よりグローバルには最善でない治療を行う事もあり、医学的見地だけで一律に提供する医療は決定できません。

厚生労働省は最近積極的に在宅医療を勧めようとしています。在宅で見る場合、介護できる

家族が少なければ、特に介護が長期に及ぶと介護者の負担が大きく、本人の希望があっても在宅医療ができないケースが多々あります。私の母も認知症を患い一時家で見ておりましたが、徘徊や昼夜逆転、あらぬ処での排泄などとても平静な精神状態では介護が続けられなくなり、グループホームでお世話頂きました。家族だけでは到底看続けることはできませんでした。介護にしろ、看取りにしろ、世話をする家族の負担を考え、家族が精神的、肉体的に参ってしまわないよう留意する必要があります。外来に通院の患者でも家でどなたが世話をしているのか、その方の負担はどうかを考慮し、必要なら病院のケアマネに相談してみてください。訪問診療、訪問看護、ヘルパーを含む在宅医療で患者さんをフォローするオプションも含め判断して下さい。

しかし癌患者で家での看取りを希望し、訪問看護、訪問診療やヘルパーを利用して在宅でみていても、手のかかる終末療養が長期になると家族の介護力が足りないため結局最期は病院での看取りになる場合もあり、この点は総合病院にも御理解いただきたい処です。

以上4つのポイントを踏まえた医療を心がけて下さい。その為には問診上家族歴や患者環境も必要な情報である事に気づかされます。また地域でどんなサービスが提供できるのかについてはケアマネなどの情報が重要な事も理解できると思います。



光クリニック院内風景