

第57回総会パネルディスカッション

医療と健康管理における意志決定の根拠

- 司会 行 天 良 雄 (NHK 医療番組担当)
- パネリスト 木 野 智慧光 (結核予防会結核研究所附属病院)
- 寺 松 孝 (京都大学結核胸部疾患研究所)
- 佐 藤 智 (白十字会白十字診療所)
- 中 村 健 一 (高知医科大学)
- 島 村 喜久治 (国立療養所東京病院)

受付 昭和 58 年 1 月 5 日

The 57th Annual Meeting Panel Discussion

BASIS OF DECISION-MAKING IN MEDICAL CARE AND
HEALTH CONTROL

Chairman: Mr. Yoshio GYOTEN* (Nihon Hosokyo, NHK)

Panelists: Dr. Chieko KINO (Research Institute Hospital, Japan Anti-Tuberculosis Association)

Prof. Takashi TERAMATSU (Research Institute for Tuberculosis and Chest Diseases, Kyoto University)

Dr. Akira SATO (Director, Hakujuji Clinic)

Prof. Kenichi NAKAMURA (Kohchi Medical College)

Dr. Kikui SHIMAMURA (National Tokyo Chest Hospital)

(Received for publication January 5, 1983)

We are now facing the following three major problems in general health care of Japan; a rapid aging of the population, a flood of informations and revolutionary advances in technology, and an introduction of financial considerations to the cost of medical care. In accordance with the rapid decline of mortality and prolongation of the average span of life, the proportion of persons aged 65 and more to the total population has been increasing rapidly. It was less than 5% in 1930 and increased to 7% in 1970, and by the year 2000, it is estimated to exceed 14%. It took 80 to 200 years in developed countries that the proportion of persons aged 65 years and more raised from 7% to 14%, while in the case of Japan, it will occur in about 30 years. Such a rapid increase of the aged population has never been experienced in any country of the world, and it directs the future medical care from "cure" of patients to "care" of patients.

A flood of informations brought out by computer and other revolutionary advances in technology involved medical care, and there has been a worry that the good human relations between doctors and patients might be lost. Doctors have to notice now that the decision-making based on several informations is a responsibility of a doctor, and he should not be ruled by a computer.

* From the Nihon Hosokyo, Jinnan, Shibuya-ku, Tokyo 150 Japan.

Based on a concept that a life of human being is heavier than the weight of earth, the increasing cost for medical care has been covered mainly by various health insurance schemes and partly by public funds. However, slow-down of the development of Japanese economy has made it difficult to meet with the rapid increase of the cost for medical care, and financial considerations have been introduced into the cost of medical care.

Future direction of tuberculosis programme must be discussed taking into account the above three major problems, and doctors have to make decision on the evaluation of real magnitude of tuberculosis problem and how much help we can give to the existing patients.

Five panelists expressed their views based on experiences of tuberculosis and other chest disease cases. Dr. Kino discussed mainly when to terminate treatment for tuberculosis and the choice of hospital and home treatment. Prof. Teramatsu mentioned that the chest surgery at present is focussed mainly for lung cancer, and discussed about the difficulties in the differential diagnosis of lung cancer and tuberculosis in the aged patients. Dr. Sato, as a general practitioner working in primary care, told about sufferings of patients and how to adjust the medical care and daily life of patients. Prof. Nakamura considered tuberculosis problem from public health aspect and discussed how to fit in tuberculosis programme into a future medical care system in Japan. Dr. Shimamura reviewed changes in the medical care structure from "cure" to "care" taking tuberculosis as an example.

After exchanging views and discussion, opinion of each panelist could be summarized as follows.

Dr. Kino insisted that the decision-making by doctors should be done on correct judgement and rich knowledge on the advances of medical science. Doctors should make every effort to collect appropriate informations on the advances in medical science, and train for themselves a necessary technique such as the interpretation of chest X-ray films. In deciding when to discharge patients, facilities of ambulatory treatment should be considered. If patients can be treated at a specialist clinic with profound experiences, he might be discharged earlier, otherwise, the time of discharge might somewhat be postponed.

Prof. Teramatsu showed relapsed cases treated 20 or 30 years ago, and such cases might be an outcome of insufficient treatment in these days. In making decision on the indication for chest surgery, not only medical factors but also age of patient and his social background are also taken into consideration.

Dr. Sato stressed a necessity of a lifelong follow-up of patients and this concept is particularly important for general practioners making practice as a family doctor. An important decision-making should not be done by a single doctor, but it should be done by amalgamating experiences and knowledges of several doctors.

Prof. Nakamura pointed out a few severe side-effects and the possible carcinogenicity of anti-tuberculous drugs, and such facts are to be considered by doctors when they give very long-term chemotherapy for tuberculosis patients, especially for bacilli negative patients. Financial consideration on the cost of medical care and health control is inevitable in the future planning of health policy. He also pointed out unnecessary long-term follow-up of tuberculosis convalescents, which sometimes give social disadvantages to patients.

Dr. Shimamura mentioned that the tuberculosis control programme in Japan has been promoted on a mass scale, and even a treatment policy for tuberculosis patients had been standardized, and the individual aspect was often neglected. However, a medical care for each patient should be given individually based on different medical and social background of each patient. How to individualise the decision-making is a role and a responsibility of doctors.

Finally, Dr. Shima, the president of the Society, stressed the importance of decision-making based on correct knowledge on advances in medical science taking into account a personal and social background of patients, thus the execution of decision is made possible. Now, it is a time to

come back to the origin of medical care and try to find out and proceed to a new direction of medical care.

The chairman urged all panelists not only to review lessons we have learnt in a long history of the fight against tuberculosis but also to reconsider these important problems and try to find out how to apply them to future medical care, and the chairman is confident that the panel discussion gave a certain impact in considering the future direction of medical care in Japan.

は じ め に

司 会 行 天 良 雄

初め、鳥尾会長から相談を受けたとき「鳥尾先生も随分新しいテーマをとりあげられたものだ。しかし、今、医師達は本当にこうした問題を考えているのだろうか。そして、そうした素地の乏しさのなかで、パネルはどのレベルで成立するのだろうか」と、疑問を抱いた。

このテーマで、私がまず思い浮かべたことは、効果の程もわからないままに、抗結核薬の使用を続けている一部の医師の存在であった。本来、私の専門は、公衆衛生をベースにした医療社会学であり、結核については、特に今取り組まれている結核については、全くの門外漢である。このテーマで、私がすぐ思い浮かべるのは、医療財源の大枠の中で混乱を続けている、保険制度、特に出来高払い維持を前提とする意志決定の重要性である。そして、マスコミの立場からみれば、治療はおろか一時的な回復の見込みさえない末期の人々に対し、どこまで高度の医療を行なうのか。その面での意志決定が課題だ。特に、この分野は、今、急速に変わり出している。一般医療の方向づけ、つまり cure から care への展開と、一方で進む在宅医療の見直しという、医療の大転換と重大なつながりを持っている。この点で話題になっている意志決定には、その要因として、まず、患者の人間としての尊厳をどう保つか、また苦痛からの解放、そして保険財政の枠の中でのコストベネフィットの考え、などがあげられる。その他、どれだけの要因を入れこんだとして

も重大なことは、一体、医師はこの決定についてどこまでタッチできるのか、またタッチすべきなのか、という点である。

話題のがんのターミナル・ケアをめぐる、私は様々な見解を聞かされていた。俗に、死の看護をめぐる見解は、延命行為の是非から安楽死、更にはホスピスの存在まで、全く多岐にわたり、しかもその一つ一つの解釈が全く違っていた。だが、本来、意志決定こそが医師の仕事であると考えてきた私にとって、このターミナル・ケアの、切実すぎる問題が、まずナースからとりあげられたことに驚いた。しかも、この物好きとさえ言われていたテーマが、世界的な医療のあり方を問うテーマに発展してきた段階で、ある高名な医師の発言が私にショックさえ与えた。「死の看護とか言っているが、ターミナルを判定するのは、医師の診断行為である。ナースが軽々に、こうした発言や行動をとることは、越権行為である。」もう一つ、別の意見もあつた。「ホスピス・ケアが人間的であるなど言われているが、欧米でこれが起こっている理由は、あげて経済的理由であつて、日本で言われているようにロマンチックなものではない。」この二つの意見は、確かに一部言い得ているところがあることも事実である。しかし、私が一番残念であり、かつ奇異にさえ考えていたことは、治療の判断という最重要の課題を、つまり医師の意志決定という重大な問題が今まで学問の、ひいては医師のあり方を問うテーマとしてとりあげられてこなかつたこと、であつた。

診断こそすべて、と言うか、何よりも診断が存在し、その判断をもとにして治療が始まる、という近代科学の定理を金科玉条として進んで来た医学体系のなかで、医師が、本当に、心から、治療の打ち切りにも近い事柄を、広い意味での医師の意志決定としてとりあげるのだろうか、と大変な疑念を抱いていた。しかも、素人なりに感じていた結核をめぐる問題点は、菌が出る、呼吸が苦しい、そして死んでいく、といったそれぞれの症状に対し、それぞれに対応してきた方策が、いかに試行錯誤は当然

一般医療の方向

技術限界

治療 → 指導管理
Cure → Care

介護の
社会対応

経済性

収容の医療 → 在宅医療

とは言え、強力なくすりの出現、生活環境の向上という、言うなれば人類の勝利の前にどのような判定を下すべきなのか、もつとも考えたいものであつた。国を挙げての結核対策のなかで、真に後世に伝うべきものは、社会対策なのか、技術なのか、または医療対応なのか……、もうぼつぼつきちんとまとめられてもよいのではないか、というような疑念が存在した。こうした、全く素人の疑問をぶつけながら、島尾会長の示されたパネラーの方々と話を進めていった。

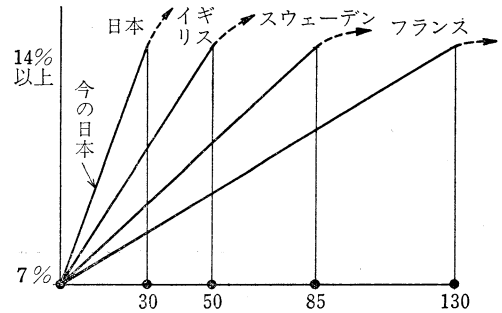
結論から言つて、私はこのパネルは実にすばらしいものであり、結核学会というより日本の医学の学会のなかで、初めて、医師のあり方を問うた、画期的なパネルであつたとさえ思っている。はつきり言つて、まだ診断こそ医師の唯一の役割りと考えられている方も多し。そして、当面の学会課題としては、技術革新に追いつてられるように出てくる判断を、激減した結核という現実のなかで、合併症、更には疫学として胸部全体への拡大というベクトルでとらえられている方々がほとんどである。勿論、そうしたとらえ方なしでは、学問の展開がありえないことは充分にわかつている。そして、今回の学会でも、その各分野ですばらしい考えや成果があげられていた。しかし、外からばかり見ている私の立場からするともう一つ、つつこんだ見方を今こそするべきではないのか。世界の医療の歴史のなかで、らい、マラリア、そして天然痘など以上に強力に、しかも系統的に行なわれた日本の結核対策を、医療を行なつてきた医師自身が正確に評価すべきではないかと……その成果が巨大であつたがゆえに強く感じていた。そして、少なくともその考え方の緒のようなものは感じていただけたと思つている。

パネラーの方々は、それぞれの分野で、日頃こうした視点での結核のとらえ方、そしてそれを通しての医師のあり方、医療へのかかわり方を考えていられる方々ばかりであつた。外から医療の流れをみていると、長い長い飢えとの闘いが、どうやら先進国では、とりあえず安定している。そして、感染症との闘いが、一つの目安を示してきた段階では、医療は今までと大分違つた発想を要求されてくるだろうと感じられる。何しろ、人類史上初めての高齢時代の出現と、これまた人類の世紀を変える情報化時代への移行がすべて現実のものとなつてきているのだ。

そこで、パネルの前説として、この人類の発想を、一体どう受けとるべきかについてふれてみることにする。

1. 空前の高齢化スピード

昭和5年の頃、6,500万の人口のなかで5%を割つてさえた65歳以上の、いわゆる高齢年代の方々の割合は、昭和45年、万博景気に湧いた1億3百万の日本人のなか



では7%を超え、徐々に、しかも急速にその%を高め始めた。その後、極めて順調にその割合を高めているので大方の予測どおりに、昭和75年前後で14%を突破するだろう。この数字だけでは、ただそれだけのことである。しかし、この図を見ていただきたい。日本は7%を超え、WHOの言う高齢化の国の仲間入りをして、今が9~10%のところであるが、14%を超えて高齢の国に仲間入りするであろう予測の年次までたつた30年しかない。欧米先進国の大半が、この高齢化から高齢に至るまで、まず80年から何と200年近い時間をかけていたのに比べ、日本は、昭和75年-昭和45年=30年、つまりたつた30年である。

正にたつた30年で、社会全体の高齢認識、高齢対応をしななければならないわけである。当然、そのなかには、医療と言うか医師自身の、高齢社会での医療のあり方、またその存在理由への考え方の確立が必要とされてくる。だが、このたつた30年という期間の短さは、当然人類最初の体験であり、中国の人口の動き以外にまず当分は考えられないものである。ところで、この変化をもたらし、更には人類史上の初体験を強制してきたものの一因は、正に結核なのである。

繰り返しになるが、人類に最大の死をもたらしているものは、今でも飢餓である。決して病気で戦争でもない。これらの2つは、実は飢餓に拍車をかけ、逆に飢餓から拍車をかけられてきたわけである。だがこれは、医療の枠をはるかに越えてしまつている事柄であり、医学の問題ではない。しかも、人類はその最大の敵、飢餓と闘いながら、着々とその子孫を増やし続けてきた。

まして、感染症という弱目にたたり目であつたものに対しても、強力な闘いを繰り広げてきた。何よりも一般生活の向上である。豊かな食糧の供給、快適な居住環境はすべて経済がもたらしてくれた。そのうえ、医学は、公衆衛生の浸透により環境を整備し続けてきた。

こうした素地の上に、まず感染源を断つ方策が、広い予防という見地から進められていった。これが、結核対策として、正に決定的とも言える大作戦であつた。早期発見、早期治療は現在のがん対策とは違うが、その戦略発想は全く同じである。そして、ご承知のように、昭

和17・18年あたりから結核死亡は、そのカーブを変え始めてきた。戦争、そして敗戦という飢餓ベースの人類環境にとって決定的な、不利な条件があつたにもかかわらず、下向きの方角を少し見せ始めてくれた結核死亡に対し、昭和24・25年あたりから続々と採り入れられ出した抗結核薬は正に決定的な力を発揮してくれた。

全体からみれば、昭和19年のペニシリン発見を機に、人類は初めて積極的に、感染症に立ち向かつたわけである。結核をはじめとして、肺炎、気管支炎などの呼吸器系感染症は当然、疫痢・赤痢・腸チフスなどの消化器系感染症その他、天然痘・マラリア・狂犬病等々は少なくとも先進国では見る間に姿を消してしまった。昭和25年、死亡原因別順位のトップにいた結核、日本の青少年をどれだけ倒し、文学にさえ強いかけを残し続けた結核は、昭和52年、ついにベスト10の座を下りてしまった。この事柄は、結核の歴史に重大な転換を迫る以上に、日本の高齢対応の必要性を迫る警鐘でもあつた。昭和の初期120万人を超えていた死者。しかもその半数以上が若年者であり、全国民のなかの2%が、悲しみのなかで家族と社会に別れを告げていた。だが、今日本では、倍以上に増えた人口のなかで、死者は0.6%、数にして70万人を割っている。数の減少と高齢者中心の死は、死を悲しみから遠ざけ出している。人間の存在という基本的な重大事を問う死が、うすらいだ感情のなかにとらえられ出してしまうと、ここに初めて、死の選択につながる治療行為の中断という、医師の意志決定が、深刻なテーマとして浮上してくるわけである。急激に死者を減らし、その死を極めて当然視し、社会化させようとする空前の高齢化現象は、ある意味で、医師のあり方、そして医療とは何かを問い始めている。

2. 情報化時代の技術革新

農業中心の長い人類の歴史の末、蒸気機関の発見を軸に、動力そして工業化時代に突入した人類は、環境汚染を通し、勿論、貧困な環境のなかで、正に感染症、特に結核を暴発させた。だが、それから150年経ち、人類は新しい世紀、情報化時代をつくり出そうとしている。人口の集中が感染源対策の必要性を生んだわけであるが、これからくる情報化社会は、集約された情報の質と量によつて評価を変えてくるので、むしろ精神衛生対策が重視されてくるであろう。だが、個々の診断分野については、コンピューターを中心とする技術革新は、大きな影響を与えている。単純なレントゲン撮影が断層を生み、総合戦力として結核対策に加わつてきたが、CTからNMR=CT、そしてDSRへと激しく移行していく限り、空洞や肺がんさえも、現実のものとして表示し出してくれる方向に動いている。妨げるものがあるとすれば、それは経済性のみと言つてよいくらい事は進み出し

ている。高度機能をもつ病院を訪ねた場合、患者がまず対面するものが、コンピューターにさえなり始めている。自分でバッジカードを入れ、診察室に入つて初めて、人間である医師に向かい合う。しかし、ここでもまた、指示されたものは診断のための検査である。血液は、現在の様相だけでなく過去の姿 2カ月前までの糖尿の有無さえ読みとつてくる。あちこちの部屋を回り、ほとんど人と話することがない。スピーカーから流れてくる声に従つて、横になり、裸になり、正に音もなく動いている機械に動かされていく……。これを進歩と言うのかどうかは別として、得られくる情報量は莫大である。

少しくどいが、情報化時代の技術革新のトップに位置する画像診断を、結核の立場で考えてみた。大手医療機械メーカーの総売り上げの70%近くは、このコンピューターに連結した画像診断であり、前述したようにその期待される明日は、90%以上にさえなろうとしている。診断こそつまり、見立てが医師の能力のシンボルであつた長い医学の歴史のなかで、これくらいすさまじい導入、利用、そしてやがては医師排除へ動いていくものはないだろう。痛くもかゆくもなく、正確な診断ができる。これが名医の条件であり、呼吸器、循環器の音を通して探る聴診器はつい先日まで医師のシンボルでさえあつた。しかし、この聴診器のみであのすさまじい結核の大波には対抗できなかつたはずである。日本が組織化し、一つの金字塔とさえ言われた集団検診システムを推進したのは当然、レントゲンであつた。昭和の初期から日本国内に普及し、これなくしては、結核対策の劇的な効果はありえなかつたものである。太平洋戦争のあと、シンチレーション・カメラ、通称ガンマ・カメラが原子力平和利用の一翼を担いつつ登場し、一部結核でもその追い打ちの対策に利用されたりした。だが大半は肝臓・心機能などであつた。結核の減少という現実の前に集団検診の経済性およびレントゲンの副作用と、検診の効率が話題となり、放射線障害を少なくするための技術革新が、進んでいた。しかし、何と言つても1972年初めて姿をみせたX線CTは、この画像診断の世界を変えてしまった。X線装置と撮影装置を仕込んだ大きな輪の間に体を少しずつ動かしながら、断面を360度の全方位から撮影し、情報を集積し、これをコンピューターによつて合成させ、1枚の画像を正に瞬時に作成する。2ミリ幅の間隔で、スライスできるので極めて精密な情報が得られるわけである。断層写真を何とかして集積し、それによつてより正確な病像を掴みたいという医師の悲願は、実は各国で持たれていた。日本でも、現愛知がんセンター高橋所長は、その発想では世界をリードしていた。

ところで、イギリスEMI技術研究所の技師ハウンズ・フィールドらによつて製品化されたCTは、エリザベス女王の来日と平行して日本に導入され、脳卒中王

国日本の診断分野を決定的に変えてしまった。出血、梗塞の差はおろか、くも膜下出血さえ、混合せざるを得なかつた世界を一変してしまった。だが、こと結核は、この大きな恩恵に浴するには、場所も悪く、それ以上に病氣そのものも消え去り出していた。肺がん分野の利用は、この場所の問題を克服した DSR が、その能力を期待されている。ところで、この CT、今、推定で日本は2,000台に近付いている。当然、世界で1,2位という導入である。そのノウハウの大半を EMI 社ににぎられていながら、これだけの導入を許したものは、あげて日本経済の豊かさであつたと思う。とすれば、追いつけ、追いこせと富国強兵に励んでいた日本が X線の集検に踏み切れたのも同じ理由からかも知れない。

今日の CT ブーム、これは世界の驚異ですらある。なぜなら、あまりの技術進歩の激しさは、その最新鋭の器械を半年も経たない内に単なる器械に変えてしまつている。純然たる経済性のうえでの判断では、危なくて導入できないと言う。そのうえ、画像はなお、人間が読まねばならない。更に放射線障害の問題も残つている。だが、とどまることを知らない情報化の大波は、少なくとも今世紀中には、立体化された画像と判断の大半を組み込んだコンピューターを出現させ、音声による診断表示の時代を出現させるだろう、と言われている。

長々と、結核集検に果たした X線の役割りから、これからの自動化と言うか、診断分野を代行していく可能性を示してきた CT の動きについて触れてきたが、私は、何も CT だけでなく、今後、診断分野に入り込んでくるコンピューター中心の情報化機器の力は、大変なものであり、昭和28年頃に言われた、コンピューターで医者はいらなくなるという、ナンセンスな誤解ではなく、第5世代は、文字通り、在来レベルの診断分野から医師を追い出してしまう方向にあるし、また動き始めたと考えている。まわりくどい発想かもしれないが、見立てこそ医師と言われた時代は終わろうとしている。そのなかで、医師が、医師という専門能力の存在を認められるものは、正に医療のあらゆる面での意志決定ではないか、と考えているからである。

3. 医療財源の枯渇

さて、この辺でもう一つの面である経済性の問題について触れなければ片手落ちであろう。しかし、この問題は、私にとっては本来のテーマではあつても、鳥尾会長の考えられている学会の狙いでは、本筋ではないと思うので、一通りだけ述べさせていただく。結核対策は、国策であると同時に、主にマスの対応であつた。検診・発見・治療さえもが国の方式にのつて進んできた。これが完成する前まで、結核は貧困と同居し、貧困が結核を作つたことは申し上げるまでもない。そして同じく、今、

国民の大半は医療保険でカバーされ、いつでも、どこでもわずかな負担でレベル以上の医療を受けることができる。これは、正に地上の楽園である。しかし、日本経済の低成長安定は、無い袖はふれないという現実を徐々に示し出している。

この25年間、皆保険をベースに、給付の質が高かつたので、医師は患者のふところ具合を診察しないで済んできた。入院したら、本人だけでなく家族さえもが食えなくなつてしまう。こうした患者の現実を見て悩んできた医師は、もう数少なくなつてしまつている。だが、いずれ、遅かれ早かれ医師は、まずとは言わないが、その診断項目のなかに、患者のふところ具合を入れなくてはならなくなるだろう。これもまた、医師の意志決定の大切な要素のはずである。効果の程も充分わからなくても、服用を続けて貰つても、あまり文句が出ないのは、まず金の問題がないからである。いたずらな長期入院にクレームが起こらないのも、入院料も、そのために失つている労働日数も、ある程度補填されてきたからである。

一人の生命は地球よりも重いというスマートなスローガンが、無条件で通つていた時代は終わろうとしている。40億の運命を委ねている地球をまず守るために、その一つの生命の価値を正確に計らなければならない時代がやってくる。これは福祉の後退ではなく、必要な医療は絶対に確保されなくてはならないが、必要性に疑問を持たせるような医療はなくしていかなくては、国が、社会が、そして何よりも、本当の病人が困つてしまうのである。では、医療の必要性を決めるのは誰であろうか……。これこそが正に医師であり、医師の意志決定がたくさんの真の病人を守れるかどうかにつながる。この場合、医師自らが、自らの能力において、治療継続の要、不要を決めるわけなので、それなりの絶え間ない判断の基礎である勉強に遅れてはならないのは当然である。

さて、大別して、

1. 人類最初の体験を余儀なくさせてくる、高齢化の異常なスピード
2. これまた、人類の世紀を変えつつある情報化の波と、とどまることなく進む技術革新
3. 収支失調を目前にして、負担の不安なく行なわれてきていた医療への経済感覚の導入

この三つについて主に触れてみた。勿論、この三つをもつて、人類史上に大きな意味をもつていた結核について断定するわけにはいかない。しかし、今、考えねばならない結核医療の総括の一つは、この変化と前提のなかで激減した結核をどう評価し、また、そのなかでとり残された患者に対して、どれだけの力を添えられることができるかという医師の意志決定であり、それを可能にさせる能力である、と思つている。

私はこの基本的な考えの中で、具体的な例証を中心に

各パネラーの方々に話をすすめていただいた。

木野氏は、内科系専門医として薬物の打ち切り、入院と外来治療の判断など、

寺松氏は、胸部外科の主力が肺がんに移っている現状と高齢者の場合、がんと結核の判別の現実上の至難さを、

佐藤氏には、第一線の実地医家として現実の患者の悩み、逆に具体的な診療行為で生活している医師とし

ての判断を、

中村氏は、結核対策の体験者として、これからの医療システムの中でどう具体的に動かしてゆくべきか、鳥村氏には、40年以上の体験の中で cure から care に向う医療構造と結核の軌跡、といった視点で語っていただくことにした。

以下、各パネラーの方々の、実際の発言をお読みいただきたい。

1. 医療と健康管理における意志決定の根拠

結核予防会結核研究所附属病院 木野 智慧 光

私は結核内科医の立場から、主として医療の要否、医療を打ち切る時期、入院要否、退院の時期などについて、日頃何を根拠に主治医としての意志決定をしているか、あるいはすべきかについて見解を述べたい。

1. 意志決定における基本的な考え方

まず初めに、私が医師としてなんらかの決断を下す場合の基本的な考え方を明確にしておきたい。

それは、「医学も科学の一分野であり、基本的には科学的に分析されたデータに基づいて意志を決定すべきだ」ということである。もちろん「医療は医学の社会的適応」ともいわれているように、病める人間の診療ともなれば、すべてが科学的、医学的データのみで決定できぬことは当然で、患者の社会的背景や性格、人生観などへの配慮なしには適切な医療行為は決定できない。ある患者に如何なる医療を行なうべきかを決定する前に、この患者には如何なる医療が受け容れられるかを考えねばならない。しかし、この当然の大前提を踏まえた上で、なおかつ私は、ある診療行為の得失が医学的に明らかにされている場合は、極力医学的データに基づいて意志を決定すべきだと強く主張したい。データが不十分で患者に対する利害得失の明らかでない場合は、患者の希望を大幅に取り入れて事を決定している。

ただし、いずれの場合でも、その決定に100%に近い完璧さを求めようとすると、医師としては安易な、しかし患者にとっては負担の多い方向へ意志決定が流れがちになるので、ある線で割り切った判断を下し、予測の誤りに対しては「経過を観察する」ことで対処し、誤りの判明した時点で軌道修正するのが合理的な意志決定の仕方だと考えている。

幸い私の専門とする肺結核医療の分野では、多数の先人の努力によつて詳細な資料が豊富に蓄積されており、その情報を承知さえしてあれば決断に迷うことが少ないのは、臨床医としてまことに有難いことだと思つている。

2. 医療の要否

理論的には、自然の経過にまかせた場合の予後—この場合の指標は主として悪化率ということになる—が医療を加えた場合より有意に高い場合を「要医療」と考えたい。肺結核を例にとれば、排菌例を放置した場合の予後の極めて悪いことはいうまでもないが、排菌のない浸潤型の肺結核（学会病型Ⅲ型）でも放置すれば約半数にやがて悪化がみられる。被包化の完成した乾酪巣を主体とする肺結核、つまり学会病型Ⅳ型の肺結核症は放置しても悪化率は年間1~2%で、新しい病変に医療を加えた場合の治療終了後の悪化率とそれほど大きな差はない。したがって学会病型Ⅲ型とⅣ型の間に医療要否の線を引いてよいと考える。

なお既往に十分な医療が施されている場合は、X線所見の如何にかかわらず、排菌のない限り、原則として医療は再開しない。

すなわち、肺結核症に対する医療の要否は、排菌の有無と、排菌のないものについてはX線所見と既往医療の有無、内容を判断の主要な拠りどころとして、専ら医学的に決定している。

3. 医療終了の時期

肺結核患者、ことに初回治療例については、極めて多数例について病状別、処方別、治療期間別に治療終了後の遠隔成績がよく調査されており、図に示すような「結核病学会の見解」がはつきり示されている。初回治療については、この図に示された標準方式に準拠すればよく、排菌の陰性化さえ確認できれば、治療打ち切りの際の迷いはほとんどない。

再治療例の治療期間については、これを決定するに足る資料が充分でない。病状、使用された感性剤の種類と数などによつて、症例ごとのより個別な判断を必要とするが、この場合、判断の拠りどころとして「排菌陰性の持続期間」が極めて重要な指標となる。個人的な見解

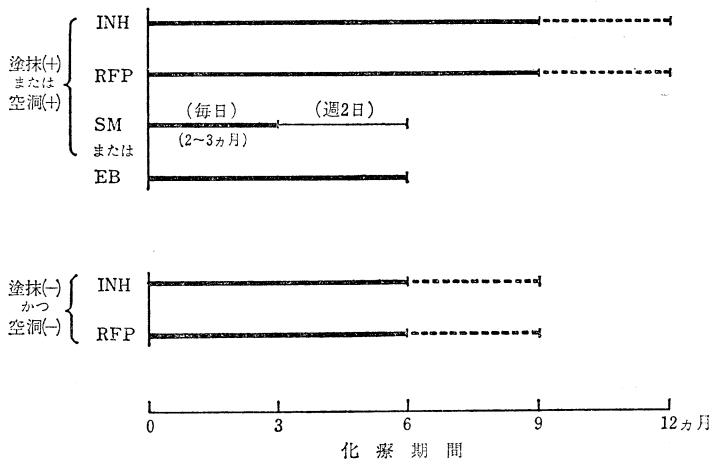


図 初回化学療法の標準方式

ではあるが、大まかにいつて RFP の含まれた処方による治療では菌陰性化後1年半～2年で、RFP を含まぬ処方でも最長3年くらい菌陰性が持続すれば、一応治療を終了してよいと考えている。

X線所見は治療開始時には判断の拠りどころとして菌所見と同等に極めて有用な情報を提供するが、治療打ち切りを決定する上ではほとんど役に立たない。余程の特殊例は別として、排菌もないのに3年以上の治療を続けることに私は極めて懐疑的であり、長すぎる医療の原因はおそらくX線写真の眺めすぎにあるのではなからうかと推測している。

なお化学療法にも限界があり、INH, RFP, SM, EB, KM, TH など、A, B クラスの抗結核薬を使用してもなお菌陰性化しない場合は、極力外科療法の適応を考慮すべきである。

「医療の限界をよく心得て、むだな医療はやらないという方向での意志決定も、委託者の信頼に応えるプロフェッションとしての医師の重要な責務だ」というのが、私の主張の第2のポイントである。

4. 入院要否、退院の条件

従来から結核患者の入院目的は隔離と医療と教育にあるといわれているが、最近では鑑別診断のための入院も増えてきた。

治療効果については入院、外来間で差なしという有名なマドラスの実験があり、他の幾つかの研究でも同様の結論が出されている。日本では、昭和40年代に国立療養所と結核予防会が共同して入院、外来別の化学療法の効果の比較実験を行なっているが、この研究では、非空洞例では入院と在宅、就労間で化学療法の効果に差なく、空洞例において入院治療がやや勝るとの成績が示され、同じ頃行なわれた結核予防会独自の研究では、軽症およ

び中等症の非空洞例、病変の範囲のあまり広くない小空洞例では、入院、在宅、就労間で差がないという結果が得られている。

入院か外来かの意志決定には、医療要否の場合と異なり、上述のような純医学的な判断以外に、患者の環境や性格などへの配慮がより重要となる。

塗抹陽性の空洞例は排菌量も多く、それに咳、痰などの臨床症状を伴うことが多いので、感染防止の点だけを考えても当然要入院であるが、空洞が認められなくても激しい症状を示す粟粒結核や広汎な肺炎型肺結核、咯血や糖尿病を合併する例、緊急に癌や肺化膿症などの鑑別を要するものも入院の適応であり、また外来治療中悪化や再排菌を認めたもの、既往の化学療法歴が長く耐性獲得の公算の大きい再発例などは、治療方針を再検討するためにも入院を勧奨すべきである。

塗抹陰性の非空洞例は外来治療の最もよい適応であるが、空洞例でも病変の範囲が狭く、塗抹陰性であれば外来でも充分治療目的を達成できる。

入院期間についても初期治療の強化によって大幅な短縮が可能となった。理論的には上述の入院適応の条件が解消すれば、つまり排菌が停止すれば原則として退院してよいと考えている。もう少し具体的にいえば、初回治療の非空洞例で3カ月、空洞例でも特に重症でなければ6カ月程度で充分入院の目的は達せられる。ただし、硬化壁空洞を有する再治療例で、B, C クラスの抗結核薬でようやく菌陰性化したものでは、菌陰性化後半年前後で再排菌をみるのがしばしばあるので、菌陰性化後6カ月くらいは排菌のないことを確認した上で退院させることが望ましく、この場合の入院期間は9～12カ月程度となろう。

最後に入院、外来問題における意志決定に関連して、今一つ強調しておきたいことは、入院要否や退院時期の

決定に際しては、患者の生活環境や性格のほか、外来診療体制との兼ね合いを充分考慮しなければならないということである。外来診療を担当する医療機関としては、少なくとも培養や耐性検査までを含めた菌検査が実施でき、また薬剤の副作用のチェック能力を備えていることが大切な要件である。もちろん検査は、当該施設でできなくても、委託して実施できればよい。菌検査が行えない、あるいは行なわない外来施設にしか患者がかかれ

ない場合は、今述べた外来治療の適応範囲は著しく制限され、またより長期の入院が必要となる。

5. 過去のX線所見との比較

最後に、診断に関連して意志決定を迫られたとき、過去のX線所見との対比が極めて有用な場合のあることを2症例について示した。

2. 医療と健康管理における意思決定の根拠

京都大学胸部疾患研究所胸部外科 寺 松 孝

今日では、肺結核に対しての外科的療法の適応は極めて少なくなっている。しかし、全く無くなつてはいないし、さらに少数の適応例であつても、適応決定や手術術式などについて、新たな問題も生じつつある。

そこで、今回のパネルディスカッションで述べたこともをまとめる形で、現状での肺結核外科的療法における意志決定の問題を論じてみる。

RFP や EB の登場以来、現在での肺結核外科的療法の適応は、

- (1) 化学療法によつても排菌の陰性化しない症例
- (2) 社会的に早期の根治が必要となる症例
- (3) 膿胸例（術後のものも含む）
- (4) 気管支拡張症、気管支狭窄等の後遺症を有する症例

等のうちから見出だされる。

これについては、現在一般的に認められているので深くは触れない。

さて、手術適応を決める問題の前に、若干、現状について述べてみる。

私どもの施設で取り扱つたここ3年間の肺結核患者は、外来患者全2,150名のうちの371名、17.2%に過ぎない。

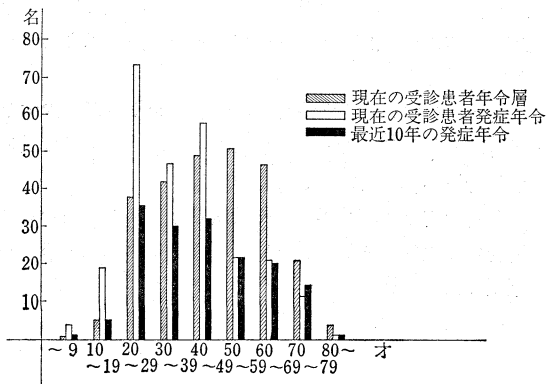


図 1

ここでは371名中既往の確実な270例について少しく詳細に検討してみる。

270例の年齢別分布をみると、興味あることには、図1および図2のように、40歳未満、とくに20~30歳代の発症例が最も多い反面、中高年での発症例がかなりにみられることである。

また、再発のため当所を訪れた症例では、図3、4のように、RFP や EB 未使用例、不充分例のうちに再発が圧倒的に多い。

これらのことから、中高年者の再発例では、RFP, EB とくに RFP の未使用例や短期間使用例に多いことが推

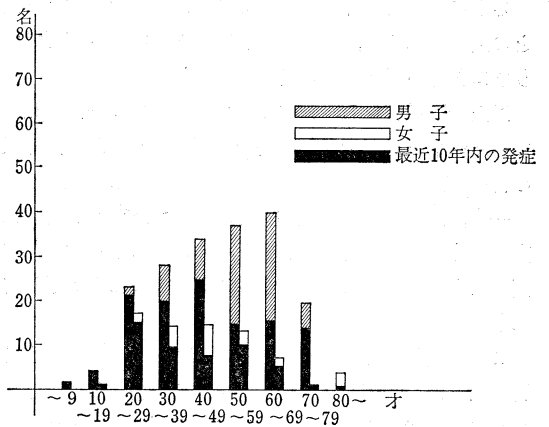


図 2

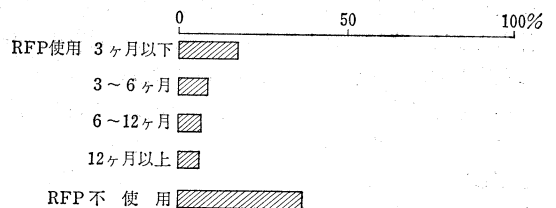


図 3 RFP 使用と再発率

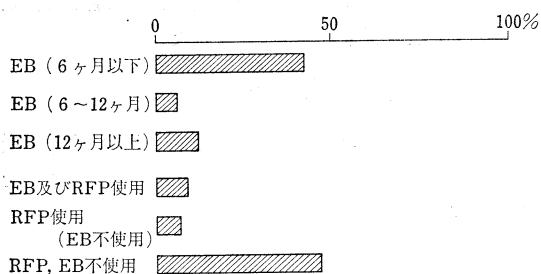


図4 EB使用と再発率

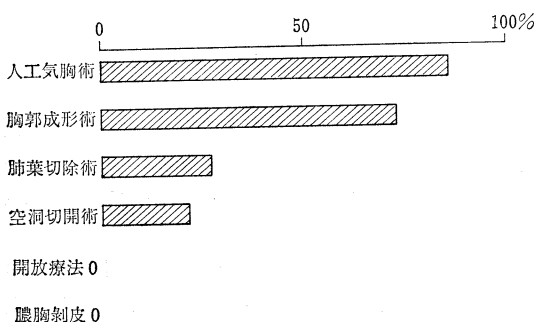


図5 肺結核手術と再発率

察されうる。

さらに、既往に外科的療法を受けた61例の術式と再発との関係を見ると、図5のように、虚脱療法既施行群のうちに再発例が圧倒的に高率にみられる。

以上の諸成績から、既往の肺結核症例のうち、不十分な治療のまま、中高年に到った症例のうちから、今後の再発例が多く出現するであろうと思われる。

一方、最近の初回発症例では、RFPかEBを含めた十分な化学療法が行なわれるために、それらが中高年に到っても、再発は大幅に減少するであろうことが予測されうる。

このことは、外科的療法の適応例に、中高年者が多く、再発でしかも排菌が陰性化しないものが主としてみられ、さらに術後晚期膿胸や重篤な後遺症を有するものが加わることを意味する。

従つて、心、肺機能や一般状態に問題がある重症例も少なくないし、加齢による責任の増加に伴い、社会的条件もより硬直化しているために、術後の労働能力や治療の程度など、留意すべきことが多いのである。

いわゆる重症肺結核に対する外科的療法については、既に昭和30年代後半から、昭和40年代の前半にわたつて、しばしば検討されてきた。私も、本問題については、数多くの報告を本学会において行なっているが、現在でも、このような重症例のうちには、空洞切開術、空洞形成術

のよい適応が多いことは明らかである。

すなわち、中高年者では、術後に肺機能が十分に温存されているか否かは、一家の経済を双肩にしている関係上、青少年の時よりもより一層切実な問題となる。従つて、空洞切開術や空洞形成術の適応は、より一層拡大されるべきものと思われる。

最近、私は、空洞を切開、開放した状態を一生継続した方がよいと思われた2症例を経験した。いずれも辛うじて机上事務を行ないうる程度の肺機能しか残つておらず、しかも大空洞があり、排菌が停止していない状態で、外科的療法の適応の有無を諮られた症例である。

開放創の二次的閉鎖が不可能とは思われないが、閉鎖にあつては、何れも上部肋骨を最低3本切除しなければならぬと思われた。そこで、閉鎖術の肺機能に及ぼす影響と開放療法の煩雑さとを比較してみて、開放療法の続行の方を選んだのである。排菌は陰性化しており、家庭にも復帰しうる状態となつているが、今後その経過をみていきたいと考えている。

どのような外科的療法を選ぶにしても、手術の結果、極端な低肺機能となり、死を早めるようなことがあつてはならない。その限界はなお判然としていないが、私見によると、60歳前後で%VC 60以上、70歳代で%VC 70以上は術後に必要なのではないかと考えている。

高齢者の心肺不全例が、ここ20年程の間の術後観察の間に出現しつつあるが、%VC 60以下で60歳を超えて元気な方はなく、70歳を超える場合は、少なくとも%VC 70以上の方が多くからである。

肺癌手術例での経験をも加味して考えると、中高年で手術により%VCが60以下になつた症例の社会的復帰への意欲は極めて弱く、結核外科の手術目標が社会復帰にあることから見て、手術後%VC 60以下になるのは問題のように思われる。

今後ともに、一応上記の値を目安にして遠隔成績をみる予定である。

最後の問題として、肺癌との鑑別がある。陳旧性の肺結核例で、末梢に結節様陰影が新たに出現した場合、それが結核の再発か肺癌の発来であるかの鑑別は容易ではない。

まず、結核の化学療法を行ない、なお陰影が拡大する場合、外科に回つてくる症例も多いが、その時点で既に手術時期が遅れていることも少なくない。

開胸手術の危険性がほとんどない今日では、疑わしき場合は可及的速やかに試験開胸下に診断を確定するのが原則であろう。

それでもなお、70歳以上の症例では、平均余命を考慮し、またその環境や御本人の意見等を参考にして慎重に適応を決定すべきであろう。試験開胸といえども、術後若干の肺機能の低下は覚悟しなければならないからであ

る。

しかし、50~60歳代の症例では、むしろ、積極的に試験開胸を奨めるようにしている。

肺癌の外科的療法の成績のなお不良な今日では、疑わしきは開胸するという方針は、止むを得ないところと思われる。

むすび

現状から見ると、今後の肺結核外科的療法の主たる適

応は中高年者の再発例や膿胸等のうちから選ばれねばならないようである。

その際、手術による肺機能の低下に、従来よりもより慎重に留意し、社会復帰への意欲を消失せしめないようにしなければならない。

また、肺癌との鑑別は将来ともに問題として残るであろうが、鑑別不能の場合は試験開胸も止むを得ないと思われる。

3. 開業医の立場から

白十字診療所 佐藤 智

東京都内のビルディングにて一般内科診療所を開業している医師の立場から、この問題について意見を述べる。

この白十字診療所は歴史的背景から、現在も比較的多くの結核患者を診療している。

(1) 過去2年間に当診療所において結核化学療法を終了した22名の患者の治療期間を年齢階層別に示したものは図1である。初回治療例では、2剤以上を用い1~1.5年で終了しているが、排菌がないのに3年以上INHを続けた人が7例あった。

その大部分は高齢者と他医から治療の途中で紹介されてきた者である。これは「INHをのみ終わると医者の方へ行くと。そして双方が顔を見て安心し、また次の薬をもらって帰る」という習慣が、医者との信頼関係を密にし、合併症の早期発見や他の病気の発見に役立つことが多く、一剤の長期投与が医療の一面を支えているという現実がある。老人の場合に、開業医は弱い降圧剤や胃腸薬など続けて出すことがあるが、これらも同様な効果を治療効果のほかに期待していることがある。

(2) 入院を決定する根拠は、感染源の隔離、手術等の集中治療などであるが、開業医として患者の家庭状況を熟知するとなかなか型通りにいかない。ここにその2例

を示す。

第1例(図2左)は排菌のないⅢ型の35歳会社員であるが、3カ月の予定で入院させた。1歳と3歳の幼児があり、本人、家族には子供に感染させるのでないかという不安があつたので、その不安を除くためと「結核という病気をよく理解してもらう教育」のためである。この患者は「入院中の読書や友人との語らいは人生勉強になった」と評価したが、忙しい社会生活から離れ自然の中で療養するプラス面もある。これは入院決定の社会的適応の一つである。

第2例(図2右)は逆に、排菌のあるⅡ型の51歳自営工場主である。結核診査協議会から「入院勧告」を受けるほどの病状であるが、この患者は子供はなく、最近結婚した妻と家内工業を始めたばかりなので外来とし、治療と検査は厳重に守ることを指示した。本人は「家庭が崩壊しなくてよかつた」と言っている。私としては、この家庭を崩壊させてまで入院させることはできなかった。

開業医は患者ならびに家族と終生の付き合いなので、自分の意志決定の評価を最後には自ら受けねばならず、慎重にならざるをえない。

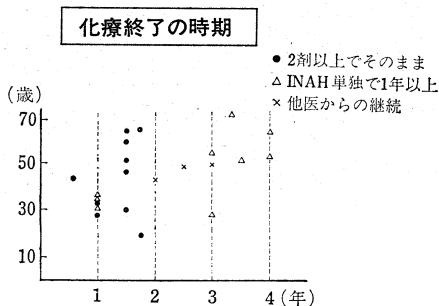


図 1

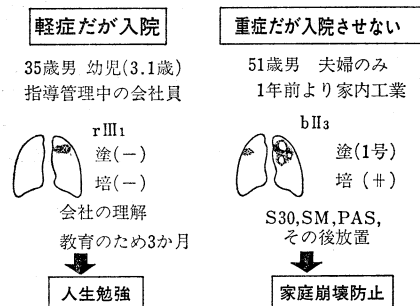


図 2

男(明37.12.12生)事務系(昭和34年初診 56年10月1日死亡)

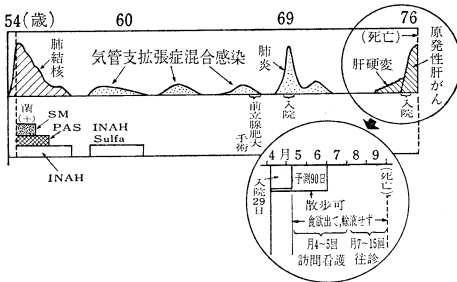


図 3

(3) また、患者の生涯を通して診るといことは、青年期は肺結核であつても、壮年期は成人病、そして老年期は老人病というような対応があり、最後は終末ケアがある。したがって開業医(家庭医)と大学病院や高度医療機関の医師との間に意志決定の根拠は異なる。

急性病や手術を要する重症病は『大病院でなおすもの』と考え、医師は患者ならびに家族の意志を考慮しないで、器質的病変の改善のための意志決定をする傾向にあるが、慢性疾患(脳卒中、癌などの末期を含む)はもつと患者側の考え方や条件を加味し、『病気は家庭で治すものである』という立場に立つべきである。

現在の日本では、家庭医制度も、訪問看護を含む在宅ケア制度も確立していないので、癌末期や慢性疾患患者を病院から家庭へ返そうと思つても、医師ならびに家族は不安で実行できないことが多い。われわれは訪問看護婦をもつ開業医(家庭医)として、積極的に終末ケアを家庭で行なう努力を重ねているが次第に可能になりつつある。そのときの意志決定の根拠は、単なる寿命の延長とか病巣の縮小とかではなく、「その人なりの生命を燃焼しつくすように、その生命の質を高めるように」患者側に協力することである。

ここにその1例を示す(図3)

昭和34年に肺結核(bⅡ₃)の初診で、菌陽性の54歳の男性。3者併用を1年間行ない、続いてINH単独を間欠的に行なつた。治療後は元気に仕事していたが、INH中止後11年で肝硬変になつた(74歳)。さらに2年して急に肝腫大、肝機能悪化、全身衰弱あり、診断確定と治療方針決定のため入院させた。シンチグラムなどにより肝両葉に大きい4個の癌腫あり、積極療法は不可能とわかつた。患者と家族は自宅療養を希望したので在宅ケアに

医療における意志決定

(前提として生命の質を尊ぶ相互信頼)

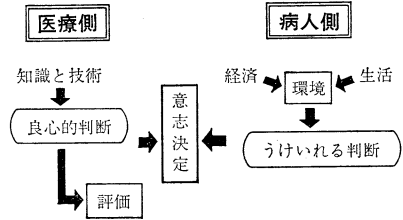


図 4

切り換えて頻回の往診と訪問看護を続けた。在宅ケアになると食欲も出て、ヘモグロビン、総蛋白は増え、腹水は減り、近所への散歩も可能になり、予測された予命より2ヵ月半の長命で家族との歓談のときをもつことができた。末期はブロンプトンカクテルにより全く苦痛なく自宅で死亡した。剖検により肺結核は治癒し、肝癌転移はリンパ節、上行結腸に及んでいることを確認した。このケースでは在宅ケアにより、在院日数、医療費を予測されるものの3分の1に節減することができた。

(4) 開業医はともすると自分の臨床経験が意志決定の根拠になりがちであるが、1人の経験には自ずから限度があるので、広範な文献や多くの人の経験、知識を吸収しなければならない。最近アメリカで“Medical Decision Making”(1981)が創刊され、オランダでも“Metamedicine”(1980)が創刊されて、この意志決定の問題は世界で論ぜられている。このような文献も十分に吸収し、何を根拠に意志決定すべきかの基本を考えていかなければならない。

(5) 結論として、図4に示すごとく「医療における意志決定」には前提として「生命の時間のみでなく質を尊ぶ」ということについての共通理解に立つて、患者側と医療者側との信頼関係がなければならぬ。そして(1)医療者側の正しい医学知識と技術に基づく良心的判断により決定され、(2)それは患者側が経済的にも、環境的にも受け入れられる判断でなければならない。(3)最終的には患者側の意志決定が明確である必要がある。(4)そして最後にその決定が正しかつたか否か評価され、記録されていくように努めるべきである。

4. 社会医学的立場から

高知医科大学 中 村 健 一

私は、臨床家である前の3人の演者とは異なつた立場から、結核の医療の問題、特に治療期間短縮の必要性について論じ、さらに集団の結核管理の場における意志決定について私見を述べてみたい。

治療期間短縮の必要性を社会医学的立場から考えると、抗結核薬の副作用、特に晩発的影響の防止および経済的負担の軽減がその重要な根拠になると思う。

まず抗結核薬の晩発的有害作用であるが、世界的に最も広く使われているINHの有害作用が最近注目されるようになってきた。従来INHは特に日本人など東洋人に対しては副作用が極めて軽度な薬剤とされてきたが、長期間服用が肝臓に有害な影響をもたらすことを示唆する成績が報告されている。

表1は昨年の本学会シンポジウムで、本郷らが報告した九州結核死亡調査の成績の一部である¹⁾。昭和54年の九州各県および政令市の死亡者について死因を調べ、それと全国の性別・年齢階級別死亡率から得られた死因別期待死亡数とを比較した。その結果、結核登録者に有意の過剰死亡が認められた死因を列挙したものである。結核死や肺病変の影響を最も受けやすい心疾患、肺炎などによる死亡が多いのは当然として、全がんが期待値の約2倍で、白血病、肝臓がん、食道がん、肝硬変など、従来の常識からは結核との関係が比較的薄いと思われる死因が並んでいるのは注目される。これが、X線曝露や抗結核薬長期使用の影響と即断はできないが、その疑いは充分考えられるので、今後慎重に検討する必要がある。

次に経済的問題を考えてみる。最近の国民皆保険下の

わが国では、医師は患者の経済的負担をあまり考慮しないで医療を行なっているが、直接医療費以外の負担、例えば入院・通院による収入の減少、付添や見舞いに際しての家族の出費や収入減など、間接的医療費を考慮する必要がある。仮に収入が保障されているとしても、社会全体からみればそれだけ経済負担が増加することになる。特に医療費の増加が国民総生産の伸びを上回っている現在のわが国では、医療担当者側で適切な自主規制を行わないと、外部から医療費に対し不当な抑制措置が加わるおそれがある。

そこで、治療期間短縮が医療費節減に貢献する程度を試算してみた。

一昨年、本学会の治療専門委員会が発表した「肺結核化学療法中の期間に関する見解」²⁾に従つて短期化学療法を行なつた場合と、従来の標準方式に従つた場合の医療費を比較した。

図1はその模式図であり、菌塗抹陽性の初回治療患者に対し、A(短期化療)は2ヵ月入院、B(従来の標準化療)は6ヵ月入院させ、菌陰性化はAが治療開始後2ヵ月、Bは4ヵ月でみられたと仮定した。治療期間中は毎月胸部X線検査(断層を含む)、喀痰検査、使用薬剤に応じた副作用発見のための検査を行なうものとして、現行の社会保険診療報酬表の甲表単価で直接医療費を計

表1 結核登録者に有意な過剰死亡がみられた死因(九州結核死亡調査より)

		観察値/予測値
全	結核	49.83
肺	がん	5.44
白	血病	2.77
肺	炎・気管支炎	2.22
(全悪性新生物)		2.07
腎	炎・ネフローゼ	1.96
肝	臓がん	1.95
食	道がん	1.93
消	化性潰瘍	1.89
肝	硬変	1.80
心	疾患	1.80

(以下省略)

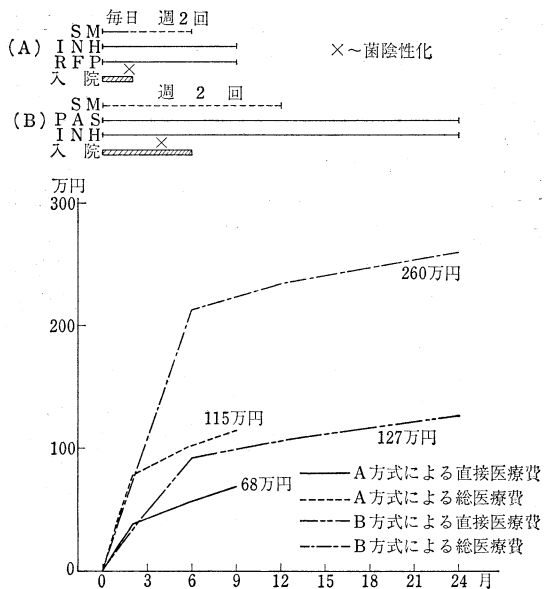


図1 2つの治療方式モデルによる医療費の比較

表2 治療終了後の再発の状況（新潟県における強化短期化療の研究，島尾他）

		総数	観 察 期 間						
			1～6月	7～12月	13～18月	19～24月	25～30月	31～36月	37月～
強 化 群	人—半年	438	121	108	83	61	39	20	6
	再 発	5(1.1) bX～1 X～4	1(0.8) bX～1	1(0.9) X～1	2(2.4) X～2	—	1(2.6) X～1	—	—
対 照 群	人—半年	136	58	40	21	10	5	2	—
	再 発	1(0.7) X～1	—	1(2.5) X～1	—	—	—	—	—

b～菌陰性化後培養で1回のみ陽性 ()内は100人—半年当りの再発率
X～陰影の増加と持続

算した。また、患者は日収8,000円の勤労者で、外来通院による労働時間損失は月1回の診察・検査を受ける日は3時間、注射や投薬のみの日は1時間、通院交通費300円と仮定して、入院、通院による損失（間接医療費）を計算した。

図1でみるように、Aでは直接医療費68万円、間接医療費47万円、計115万円であるのに対し、Bは直接医療費127万円、間接医療費133万円、計260万円で、Aの2.26倍に達する。入院期間6ヵ月というのは、比較的入院期間の短い県の実態に比べてもかなり短いから、実際は入院による直接・間接医療費は膨大な額に達していると思われる。

次に職域集団の結核管理を行なっていた経験をふまえて、結核管理における意志決定の問題について述べる。

従来、一般に職域の健康管理医は事業所側の立場に立つて、「疑わしきは斥ける」という安全・慎重を期しての決定を下すことが多かつた。しかし、安全側へと考えて下した決定が本当に患者にとつても事業所側にとつても利益の大きいものであつたか、医師自身の気休めのためでなかつたか、などを再検討する必要がある。

一例として、治療終了後の「要観察」について考えてみよう。職域集団ではこの期間が非常に長いことが指摘されているが、リファンピシンのような殺菌の効果をもつ薬剤の登場によつて、治療終了後の観察の意義も大きく変化したように思われる。

表2は、島尾らによる新潟県での強化短期化学療法研究成果の一部である³⁾。平均観察期間がRFPを加えた初期強化化療を行なつた強化群で13.3ヵ月、治療方法を

主治医に一任した対照群で9.3ヵ月とやや短いものの、いずれの群においてもX線上の再発が100人—半年対1程度、培養で2回以上陽性となるような明らかな再発は1例も起こっていない。したがつて、「要観察」という指導区分を設けて、長期間にわたり年2～4回もX線撮影を行なうことが、すべての患者について必要かどうか疑問である。

亀田らは「臨床的に重大な意味をもつ悪化では、症状の出現を伴うことが非常に多い」と述べている⁴⁾。新規発病の場合以上に、いわゆる“rapid case”が多いのであろう。したがつて、治療終了後2～3年間自覚症状のチェックを定期的に行なうだけで、再発をかなり確実に発見できるはずであり、特殊な症例を除いてはX線撮影は健康人と同じ年1回でもよいのではないかと思う。

要約すれば、結核の集団管理は「結核は伝染病である」という基本的認識に立脚しながらも、疫学像や治療方法の変化、さらに被管理者の個人特性を充分に考慮しつつ、集団および個人の経済的、時間的、精神的負担を最低にする方向で実施すべきものと考えらる。

文 献

- 1) 本郷尚史他：結核死亡の実態，九州地区死亡調査から，結核，56：540，1981。
- 2) 日本結核病学会治療専門委員会：肺結核化学療法の間期間に関する見解，結核，55：189，1980。
- 3) 島尾忠男他：未発表資料。
- 4) 亀田和彦・嶋田正廣：肺結核悪化患者の発見—患者管理の立場から—，結核，51：435，1976。

5. 慢性疾患管理の理念

国立療養所東京病院 島村喜久治

慢性疾患の管理には、それなりの理念が必要である。それは、

- (1) 一時的な cure よりも永続的な care を
- (2) 病人の個別性のまるごとの容認
- (3) 結核症の場合、感染源性の管理

といえるだろう。

(1) については、慢性疾患を歯切れよく治癒させることは多くの場合困難で、たとえ完治させせても原病に劣らぬ後遺症を残すことが少なくない。完治させないときは、当然、時間をおいて再発ないし再燃が起こる。そういう後遺症や再発、再燃(ときに急性悪化の形をとる)に対する適切な指導と対応を含んだ永続的な care が肝要である。いわば息の長い、あるいは射程の長い care である。近時の、結核症に対する短期化学療法にしても、再排菌は3年も経つて起こることが知られてきた。治療効果の遠隔成績調査を行なつて、管理を打ち切ろうという考え方は、慢性疾患の管理としては通用しないのではないか。

(2) については、病人はそれぞれ、年齢、性格、人生観、あるいは家庭的な、また社会的、経済的な条件が異なる。有無を言わせぬ一律的な、マスプロ的な、あるいは教条主義的な治療方針には、病人はついて来なくなる。ついて行けないのである。慢性疾患の多くは自覚症状が弱いために、病人にとっては、自らの個別的な条件を無視されることの方に、より強い苦痛を感じるからである。病人の個別性を容認して、病氣と共存しようような療養指導が必要となる。それは疾患の管理というよりも病人の生活管理と言うべきかもしれない。

癌の病名告知において、最近、わが国でも、漸く、病人の余命を充実させることが医療の課題とされるようになって来たが、本来、その前に、慢性疾患の管理において、病人の、余命どころではない、これからの長い人生を充実させることと矛盾しない医療が主題となるべきであった。

この点では、典型的な慢性疾患として、結核症の医療には何世紀にもわたる膨大な実績の蓄積がある。しかも近時の結核患者の老齢化は、早急な対応を迫られているわが国の高齢化社会における医療のあり方を探究する好個の舞台となるであろう。

4人の報告では、こうした主題への体当りの探究が試みられている。私も、こういう例を出してみたい。

たとえば、ここに、60歳の男性の排菌患者がいるとす。小企業の経理担当者で、家庭に幼児はいない。排菌

は塗抹陰性、培養陽性で、SM, KM, INH, RFP, EB に耐性ができている。X線写真では、右肺の上中野に陳旧性の硬化性多房空洞があり、左肺にも小撒布巣が散在している。化学療法だけでは、排菌の陰性化はもはや望みはもてない。こういう病人の治療計画はどうあるべきか。感染源性の処理をねらつて右肺の全切除、あるいは胸郭成形術なら可能かと思われるが、働いて収入を得られる人生は、長くは残っていない。主治医は、どう患者指導の意志決定をすべきであろうか。

第1に、入院させておかねばならないか。その人生を諦めさせて、社会から隔絶したままで終わらせていいのか。そういう権利が医師にあるのか。塗抹陰性、培養陽性程度の排菌なら感染源性はさほど大きくないというのに。

それにしても、結核症治療の最終目標は排菌の陰性化であろうか。有効な抗結核剤が残っていないので、胸郭成形術を行なうか、あるいは敢えて右肺の全切除を強行したとき、排菌陰性化には成功しても、のち呼吸不全が生命を脅やかさないだろうか。呼吸不全と排菌継続の予後を単純に比較することは困難で、そのデータもないが、国立療養所死亡調査班の1979年度の調査では、肺結核死の56.3%は呼吸不全が死因であつた。また死亡時培養陽性のものは41.2%であつた。このことから直ちに呼吸不全の方が培養陽性継続よりも予後が悪いとは、むろん言えないが、少なくとも、培養が陰性化しても少なくない結核回復者は呼吸不全で死亡していることは確かである。

ところで4人の報告には、重要な課題がいくつもあるが、私なりに要約すれば、次のようになるだろう。

- (1) 初診時(結核症と初めて診断した時)治療を必要とするかどうかの決定の問題
- (2) 要治療と決定した場合、入院隔離を必要とするか外来でよいか。外来の場合、休業させるかどうか。
- (3) 入院の場合はいつ退院させるか。また休業あるいは入院させた場合、復職はどんな時点でさせるか。
- (4) 治療は化学療法だけでよいか。胸部手術を行なう必要があるか。
- (5) 化学療法の場合、いつ、それを終了するか。
- (6) 退院し、社会復帰したとき、いつ要観察を打ち切るか。治癒と判定してあげられる時期はいつか。

これらの課題の回答を出すにあつては、次のような要因を考慮しなければならないだろう。

- 1) 背景となる結核疫学の最近の様相

たとえば、感染源の減少に伴つて、年齢別ツベルクリン反応自然陽性率はかなり低下しているはずである。そ

して BCG 接種率も低下している。感染源性の不注意な管理は、結核の集団発生の危険につながりうる。この場合、RFP や INH の耐性菌による集団発生は最も危険と言える。

2) 短期化学療法の臨床効果の確認

結核患者の人間性を最もそこなわない治療方式のはずなのだが、短期化学療法の普及率は、わが国では未だ充分とは言えない。短期化学療法に不安を感じる主治医には、長期療法の脱落の多さ、また不規則で断続的な服用の多さについて反省を求めたい。この脱落や不規則服用が長期化学療法の足を引張っている事実を思えば、終了後3年間の再排菌率3~5%程度の短期療法の不安は小さいものだろう。

追 加 発 言

結核予防会結核研究所

島 尾 忠 男

医師は鑑別診断、医療の要否、治療の終了、入院治療か外来治療か等、意志決定を日常のこととして行なっているが、通常は深刻に考えながら行なっているわけではない。しかし医師の行なう意志決定は大きな影響を与えるので、この重要な問題についてあらためて検討してみようということで、本学会総会に際しこのパネルディスカッションを企画した。

例えば結核患者を治療する場として、入院させて治療するか、外来で治療するか、入院させる場合でもその期間をどれくらいにするかを定める場合に、結核治療の技術の進歩によつて選択枝の数が増加し、どれを選ぶかが難しい問題となつてきた。感染という問題一つを取り上げて、排菌の程度、咳の有無と程度、治療を始める前か治療中か、耐性が有るか無いか、家族の構成等によつて、感染源としての恐れが異なり、それによつて治療方針が異なってくるからである。

医師が意志決定をする場合に、まず第1に大切なことは、科学的根拠に基づいて行なうことである。その際にどのようなデータをとつたかを明示する必要がある。例えば治療終了の時期を決める場合に、その根拠となるのは治療終了後の再発率であるが、再発が1回のみの微量排菌や軽いX線所見の悪化までを含んでいるのか、持続する排菌や重大なX線所見の悪化のみを再発としているのかによつて、再発率にかなりの差異があり、そのいずれをとるかによつて治療終了時期の判断に相当な違いが起こってくるからである。別の一例をあげるならば、肺癌の治療方針を決める際に、種々の治療法別の平均生存期間が指標として用いられる。しかし実際には多少生存期間が延長する治療法でも、その間痛い、苦しいという期間が長いのでは余り有難いことではなく、むしろふつ

この程度の再排菌率の不安のために、むだでもあり、副作用もありうる抗結核剤を95~97%の回復者に服用を強いられるだろうか。

3) 個々の結核患者のもつ人間的背景

これは前述の通りである。

4) 社会経済的には cost-benefit の問題

これも説明するまでもないであろう。必要以上に経費のかかる治療法は、社会経済を圧迫するという副作用がある。

これらの考慮すべき要因は相互に矛盾することが少なくないだろう。しかし、相矛盾する要因の接点を探り当てようと努力しない限り、慢性疾患患者の医療も健康管理も成功しないであろう。

うの社会生活ができる期間がより長い治療の方がよいという見方も成り立つであろう。意志決定の根拠に用いたデータの内容を明示する必要がある。

第2に大切なことは、医学は科学であるが、医療で対象になるのは患者なので、患者の側に立つて配慮することも忘れてはならないことである。結核は慢性の伝染病であり、治療には患者の協力が不可欠であることから、今回の討議の中で示されたように長い経験の中で、患者の側に立つての配慮も加えながら選択枝の決定がなされてきた典型的な疾患の一つといえる。この経験を他の疾患を診療する際の意志決定に活用することも重要である。

今回の討議の中では、治療期間の問題が一つの例として活発に討議された。佐藤氏は、自分の行なっている治療が非常に長いと述べているが、示された成績から推定される平均治療期間は1.5年くらいと思われ、この程度なら、現在の日本の中では最も短い方と言えよう。結核登録者についての定期報告から計算された平均有病期間は昭和55年に3,4年であり、菌が陰性化しているのにRFPを含む治療を8クールも10クールも続けている例がまだかなりみられている。このように明らかに不必要と思われる医療が、しつかりした根拠もなく、ただ漫然と行なわれていることが問題であり、これがこのパネルディスカッションを行なつた一つの理由でもある。X線所見で硬化性の病変が広い範囲にあり、それらが治療をしても変わらず、それが不安でいつまでも治療を続けるのは、患者に対しても決して親切なことではない。科学的なデータに基づき、患者の立場も考えながら意志決定をすることが、医師に課せられた重大な責任と義務であると考えられる。

このような大切な問題について真剣に検討するための初めての試みとしてこのパネルディスカッションが企画

され、有能な司会者とすぐれた演者によつて有意義な討議が行なわれたことに感謝する次第である。

お わ り に

司 会 行 天 良 雄

当初の狙いと多少の差異が生じたのは、パネルが生きものである以上仕方がないし、時間的制約にしばられた司会者の能力の問題でもあるので、特にパネラーの方々には深くおわびしたい。

司会者としての私が得た感触は、

木野氏は、基本的に医師は勉強しなくてはならない。

正確な判断なくしての意志決定は間違いである。そして入退院問題については、特に外来での受け皿の必要性を、

寺松氏は、極めて具体的な外科対応の例で、特に再発グループが目立つのは、過去の不充分治療の結果ではないか。また、手術適応は年齢・社会対応を充分考えて決定すべきである点を、

佐藤氏は、実際診療の中で生涯のフォローをしないと無理であり、また、一人の医師の意志決定は問題で、今こそ多くの経験や知識を集約し、その裏付けで行なうべきであること、

中村氏は、化学療法について副作用、特に発がん性、更に経済全体として考える必要性、そして医師の決定で行なわれてきた「要観察」についての疑問、

島村氏は、マス対策を一方に進めてきた結核ではあるが、結局医療とはすべてパーソナルな、その人だけのものである。今、歴史を振り返って個人に対しどう決定するかこそ、医師の役割であり責任だと。

そして締め括りとして、島尾会長が別記のごとき判断を示され、結核対策に携わる多くの医師に対し、今こそ、医療の原点に立ちかえり、その中で新しい道を強力に進めるべきことを力説された。

以上が、このパネルを司会させていただいた私の、当

事者として、また、外野からみた意見であり、見解である。私はこのパネルのあと、パネリストの方々に、おわびとお礼の手紙を出した。以下全く同文をのせてこの結びとさせていただく。

『よかつたよ。ありがとう。』がパネル直後の島尾会長の一言でした。あとのパーティーで、大ボスの砂原先生が「おもしろかつたなあ。もつとこつびどくやればいいんだが……。まあ、あの時間内なら、火をつけただけでいいんだ……。まあ、島尾君も満足だろうよ」と一言。同じく山本先生が「よく言ってくれました。もつともつと、言つてほしい。考えもなく100年1日という姿勢が、一部の専門医と思つている人々の問題点です。とても為になりました。」

その他数人のドクターから「実によいパネルだつた。さすが、島尾プランだな」という電話をいただきました。

お世辞半分、などとは全く考えている暇がありませんので、素直に……。足りない点、反省すべき所は一杯あつたとしても、とにかく長い歴史と財産を持つ結核対応という事実を、これからの時代に、どう医師として生かすべきか、この問題を、結核関係だけでなくすべての医師に考えてほしいと願う島尾会長の考えの50%以上は出し得たと思つています。

ひとえに時間制約のなかで、パネルの役割りを無理にこなしていただいた先生方のおかげです。

ありがとうございました。

コッホ100年という記念すべき年の、しかも島尾先生が会長の折に80点のパネルを司会させていただいた光栄に、心から各先生に、お礼申し上げます。ありがとうございました。』