

新しい患者・医療者関係の考察

松田陽介

Abstract

How to make the new patient-medical person relationship? In the present situations the medical persons take the lead, the patients are not dealt as the subject, but the medical donor. If the patients participate in medical treatment positively, how grows out the new patient-medical person relationship from the present relationship? I will examine several conditions for the development of the new patient-medical person relationship.

キーワード.....医療参加 患者主体の医療 患者・医療者関係

目次

はじめに

第1章 現代医療の問題点

現代医療の様相

医療の不均一性

現代医療7つの問題

第2章 既存の患者・医療者関係

患者・医療者関係の大衆化

既存の患者・医療者関係

患者側が抱える問題

第3章 新しい医療のあり方

患者主体の医療

適切な医療

第4章 新しい患者・医療者関係

受容と共感

患者側の積極的な意思表示

医療への市民参加

市民の組織化

結論

はじめに

日本国憲法 13 条は「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と規定し国民の幸福追求権を保障している。また、ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言 1.3 はヘルスケアにおける人権について「すべての者は身体的精神的に完全である権利及びその人格の安全を保障される権利を有する。」¹⁾と表明する。その意味は、医療は人間が健康的な生活を営む権利の実現に寄与するものであり、何よりも人間の尊厳を尊重するものであり、患者の主体性の下でなされるものでなければならないということである。

医療や患者の介護に従事するものは医療の専門職であって、医師・看護職、その他の医療従事者といった専門性をもった立場から患者と向き合うのであるが、患者との関係は人間性と人間の尊厳を基盤とする「人間関係」でなければならないと思う。近年の医療は、多数の患者を限られた時間で診察しなければならないためにスピードが求められ、医療収支バランスを保つために生産性といった考え方も導入され、ますます現場は管理され画一化される傾向にある。したがって患者との関係は対「人間」という基本的なものが抜け落ち、医療専門職と患者、つまり医療技術と疾病が向き合うという様相を呈している。もちろん医療技術には医学的な理論というものがあり、それによって発展してきたわけで、それ自体は有用であるが、しかし、理論や技術を前面に押し出し患者に向かうのではなく、患者の不安や心理的ストレスを和らげ、互いの人間としての尊厳を認め合い理解しあうという人間関係を重視する視点が必要ではないか。今後の患者と医療関係には他者の痛みや苦しみ不安を医療技術の単なる対象として、分析や考察をくわえるのではなく、あるがままに受容し共感のある人間関係が必要になってくると思う。現代医療の現状は、患者が医療の主体であるとは必ずしもいえる状況ではなく、医療の提供者である医療者側が中心となる、患者・医療者関係が形成されているのではないか。患者側が積極的に医療に参加することにより、患者が主体者となる新しい患者・医療者関係へと変化させることができると思う。本稿では患者が医療の主体者となり、医療に参加する方法を考察し検討する。

第1章 現代医療の問題点

患者・医療者関係を良好にし、良い医療を患者が受けたいと思うならば、患者となる可能性を持つすべての者は現在の医療の様相をよく理解して接近していかなければならない。これは、患者・医療者間の相互理解を向上させるための必要条件のひとつであると考えられる。ここでは、現在の医療がおかれた環境を中心に考察し、われわれが理解しておかなければならない現代医療の問題を考察する。

現代医療の様相

国民皆保険制度²⁾によって、個人負担がわずかで誰でも医療を受けられるようになった。保険診療は出来高払い制度³⁾を採用したために、医療機関は施設を整え開業することにより保険収入が得られ、病院の運営が行い易くなり、中小さまざまな規模やさまざまな特性を持つ病院が多数設置されるようになったのである。医療サービスを受ける場合、費用に拘束されることがなくなり、また日本経済が発展していくことにともない国民に経済的な余裕が生じ医療や健康に関する関心が高まってきた。患者側は、検査や投薬が多いと丁寧な診療だと思い、医療機関側は保険の出来高払い制度に保護されるため両者の関係は、医療の質よりも医療行為の量という状況を作りだし、薬漬け検査漬けと揶揄される過剰診療を招く結果になった。

一方行政側は保険を出来高払い制度として運用しているにもかかわらずその管理体制は十分といえるものではなかった。行政による監査行為は保険請求に関してよほどの問題を生じさせなければ、指導監査もなく⁴⁾、質の高い医療を促進する対策がとられてこなかった。またこれまでの数々の薬害事件等で指摘されたように、医療の分野は、政界・官界・業界と医療界の癒着や馴れ合いが続いたとされる。また、医科大学の増設が医師の増加を促進し、医療の質が変質したとも指摘されている⁵⁾。他方市民側は安易に医療を受けているが、医師や病院等の医療機関の格差や診療レベルの違いがあるにもかかわらず、正確な情報を知ることができないのが現実である。医学に基づき医療技術は進歩し、医師はたえず新しい医学知識や医療技術を習得し、患者に対し誠意をもち患者の尊厳に最大の配慮を持って診療にあってくれるものという潜在意識が強力で、自己の疾病の治療に自ら参加し医療を評価し選択しようとする行動はなく、医療側に任せきりになる傾向が医療実務の現場では強い。それでは、ここでもう少し日本の医療の問題点について整理してみたい。

医療の不均一性

日本全体の医療を近年の医療事故などの報道から観察してみれば、提供される医療の質は様々で、本来医療の現場にあってはならない現実もある。医療機関や医療者を慎重に選んで適切な医療に接近できれば、高水準の医療を保険制度により少ない個人負担で享受できる。しかしながら、医療機関や医療者の提供する医療が均一であると安易に判断して医療サービスを受けると、先に示した事例のように現代医療とはいいがたい医療を受ける可能性がある。

また、日本の医療機関の関係、特に病院と診療所の機能分担が明確でないことにも問題がある。大規模病院と診療所や小規模病院の役割が患者側に理解されていないのではないかと、患者側は軽度な病状であっても、大規模病院を直接受診するということがあり、診療所が病態や疾病の程度に応じて患者を適切な専門医療機関に割り振るといった機能が弱い。また、入院設備のない無床診療所であってもさまざまな医療検査機器を保有し、本来ならば認定医等の専門医が行う事が望ましいとされる各種の検査を行っている。そしてまた、本来ならば、当然に大規模

医療機関の専門医に転送すべき患者を専門医外の医師が診療し、または非常勤の専門医に十分な医療設備が整っていない環境で診療にあたらせるといった状況が生じていることもある。

このように、必ずしも均一に提供されるとは限らない医療の良否を判断する情報が患者側からは分からない、ということが問題として存在している。患者側は大学病院や国公立の大規模病院であるということをよりどころに受診するのであるが、必ずしも適切な医療者にめぐり合えるという保障もなく、逆に研修医等の経験の浅い医療者の治療を受けることになるかもしれないのである。また地域の開業医にいたっては、その地域にある程度生活しなければ医師の人格や能力の正確な情報の入手は難しい。日本には、病院や診療所の実情や医療者の医療水準を患者が簡単に調べ判断し利用できる制度がないのである。

現代医療 7 つの問題

上述した問題を含めて、別な視点から整理し日本の医療に存在する多数の問題点のなかから、要約された 7 つの問題⁶⁾を選んで市民側が医療を考察する際の着眼点としたい。

第 1 に、日本では、医療においても経済効率が最優先している。美容形成手術・審美を求める歯科医療、新しく登場したばかりのある種の新薬・検査・処置などは非常に高額でかつ利潤追求型のものであることがある。

第 2 に、医療の高度化・複雑化・大規模化にともない、記録記入作業等の事務量が増大し、多くの医療者には本来患者に配分すべき時間が減少してきている。保険点数に基づいた、現物給付医療は規則が細かく事務手続きに翻弄されることがある。

第 3 に、医療行政や保険政策による統制がますます強化され、医療者の間には、絶望感までが漂い始めている。その結果、医療者はサラリーマン化し、医療や医学以外に関することや、極めて基礎的な研究などに、生き甲斐を見出そうとするものも少なくない。医療者が行う診療行為や報酬は健康保険制度により統制される。

第 4 に、医療者の偏在が、地域的にも専攻する専門分野においても進む一方である。

第 5 に、救急医療は不採算部門としてその普及が遅れている。日本では、救急医療、終末医療などは民間の医療機関に依存している。

第 6 に、医療はいかにあるべきか、医療の正義はなんであるか等について医療者全体のまとまった議論は真剣になされない。医師や医師会の対社会的な発言は意外に少ない。日本では、医師会は「圧力団体」のように言われてきたが、自分たちの利益擁護のため以外のことで発言することはあまりない。例えば、全国民的な立場や全地球的な立場からの発言が非常に少ない。これに対し、欧米諸国の医師とその集団は、人権擁護、公害問題、核兵器問題、戦争防止などで、非常にしばしば発言している。欧米諸国においては、医師とその集団は、尊い人命を守るという立場から、社会や政府に対して発言するのである。例えば、ノーベル平和賞を 1985 年 12 月に授与された「核戦争防止国際医師の会」(International Physicians for the Prevention of

Nuclear War, IPPNW) などがその良い例であるといわれる。

第 7 に、「医療における人間性の欠如」や「医療行政官僚主導型医療」の傾向に拍車がかかってきている。

第 2 章 既存の患者・医療者関係

患者・医療者関係の大衆化

患者と医療者の関係は、医療者が患者の健康上の障害から生じる訴えをまず理解することから始まる。患者は医療の主体者として、健康上の解決しなければならない問題がなんであるのかを説明し、そして医療者に理解させなければならない。次に医師はこれまでは、視診、触診、聴診、打診といった患者と対等な人間の五感を用いて診療に当たってきたのであるが、近年科学的な医療検査技術が発達し、患者と医療者という人間対人間が向き合う関係に、医療検査機器という人工物が介入してきている。

また、19 世紀の欧米社会に始まり 20 世紀の後半から一般化する医療の病院化は、人間と人間が向き合う伝統的な患者・医療者関係の転換を進めることになった。日本においても近代の工業化と都市化は人口の都市への集中と伝染病の蔓延をもたらすことになり、近代国家は伝染病患者の収容と治療のために病院化を推し進めたのである。

医療保険制度の整備、それに加えて急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化、医療技術や検査技術の発達は、患者と医療者の関係を転換させてきたのである。日本では貧困のため医療を受けることができなかった階層の人々も、先述した健康保険制度により、家庭の所得に依存することなく医療を受けることができるようになった。

発症する疾病が急性疾患中心である時代は患者が病院に入院している期間は短期間であったが、生活習慣病を背景とした慢性疾患中心の時代になると、入院期間は長期化してきた。さらに、医療技術や検査技術の進歩にともなって、患者の医療に対する期待の程度は上昇し、より客観的な診断と治療を求めて医療設備の整った医療機関に集中するようになった⁷⁾。このように、患者が医療機関で医療を受ける機会が増大してきたのである。

もう少し、具体的に病床数の増加からみると、1960 年以降 3 つのピークが見られる。1966 年が第 1 のピークであり、総計 50 万床に及ぶ公的病院の増床があった。これはまさに国民皆保険のための増床と考えられる。つぎに、1982 年をピークとする第 2 の増床ブームでは 30 万床が増床された。それは主として民間の医療機関であって、それも老人病床が中心であったと推定されている。それにつづく、1988 年をピークとする第 3 の増床では、約 20 万床が増床された。これは医療計画制度創設にともなう駆け込み増床と考えられている。この結果 1960 年には約 30 万床に過ぎなかった一般の病床は、1990 年には 126 万床となり、約 100 万床の増床を見たのである⁸⁾。つまり、病床数を見ただけでも、100 万都市の人口に相当する病床が出現し、患

者・医療者関係は大衆化してきたのである。このような背景のもとに出来上がった既存の患者・医療者関係とはどのようなものだったのかを、次にみてみよう。

既存の患者・医療者関係

これまで患者は、特に医師に対しては医療を施すものとして敬意を払い、「お医者様」と呼ぶ場合が多かった。「お」という尊敬を表す接頭語をつけ「様」とう人名に添えていう敬語⁹⁾まで付くのである。これには、病気という弱みをもった患者が医療技術や医学知識といった強さをもった医師に従うという姿勢である。これまでは、患者側からの、病気の正確な情報収集や患者主体の医療に変化させようという国民レベルの動きはなかったために、医師を中心とした医療の専門家に依存しなければならなかったのである。そのため診療の現場では、医療者が患者より優位に立ち、医療を施すという姿勢がみられた。よって患者に詳しく説明し、患者を医療の主体者として尊重し、患者と対等に向き合うよりは、医療者は患者に指示や制限を課し、それを健康の回復という名目のもとに遵守させればよかった。

医師の指示を守らぬ患者に対し、医師が一方向的に患者の責任を問い、強圧的に指示を守らせ、守れない場合には突き放すような言動をとることを、加藤良夫弁護士は「懲罰医学」と定義している¹⁰⁾。この「懲罰医学」は、患者・医療者関係が不平等で、医療者側の「医療父権主義（メディカル・パターナリズム）」が存在し、患者の人権が尊重されないときに発生するとされる。この「懲罰医学」には強権的な性格があるので、患者のなかには、これに力強さ、頼もしさという期待感をもち治療に寄与できると考える人がいるかもしれない。しかしそのように考えるかぎり、患者は、医師をはじめとする医療者に遠慮し服従してしまい、本来の姿である医療の主体者とはなりえないのである。また、この懲罰医学のもとでは、医師以外の看護婦等の医療専門職が医療の主体者である患者よりも強権的な医師の方を医療の中心として医療実務に当たる可能性があり、医師を含めた医療専門職同士の自由な協議は成立しにくく、患者を中心としたチーム医療が本来発揮できる有意義な機能が制限される恐れがある。

以上、既存の患者・医療者関係を概観してきたが患者・医療者関係が抱える問題はどこから発生するのであろうか。そこには医療に対する不信感の存在も関係するものと指摘できるかもしれない。医療不信が、個人レベルやマスコミの論調などで取り上げられるようになったのは、最近のことではない。医療の実務についている者として日常の医療現場から状況を判断すると、医療不信が存在するからといって医療機関を受診する患者が減少するわけではないので、医療不信だけがその原因とはいえないと考える。

医療不信という問題がありながら医療機関を受診する患者が減少しないのは、たとえば医療を受ければ必ず疾病が治癒するといったような期待、または医療者というものは患者の病状を親身に聞き、誠心誠意患者の疾病の治癒に向けて行動するものであるという期待感が国民のなかに来て上がっているのではないか。つまり医療に対する「過度な期待感」が患者側には存在

し、医療者側には医療専門職としてこの患者側の「過度な期待感」に答えようとするところから、これまでの患者・医療者関係が抱える諸問題が生じてきているのではないか。

患者側は医療を理解して医療の主体者として医療に参加し、医療者側は患者の病苦を、共感をもって理解し、患者の人間性を尊重したうえで、患者・医療者間に相互理解が成立し適切な対応がなされれば問題は生じてこないのではないか。

患者側が抱える問題

それでは、これまでの患者・医療者関係において、患者はどのような問題を抱えてきたのだろうか。患者自身が治療の担い手からはずされている、あるいは、はずれていることこそが問題の中心をなすものとする。つまり患者が医療の主体者として医療に参加しない、または参加できないことが問題の本質なのである。これを具体例として示すとすれば、以下のような8つの場合があると指摘される¹¹⁾。

(患者が医療に参加しない事例)

- 1 健康診断により、高血圧、心臓病、または糖尿病などの成人病が早期に発見されても、治療せず、患者としてやらなければならないことを怠る患者。
- 2 リハビリテーションの知識や技術がないまま寝たきりになってしまう患者。
- 3 病状が悪化し、仕事ができなくなると、むしろ病気に埋没し、医療従事者や家族に全く依存してしまう患者。
- 4 自分の病気について全く理解していない患者。

(患者が医療に参加できない事例)

- 5 入院生活に順応できず、治療に支障をきたしている患者。
- 6 身体の損傷、副作用、あるいは、生活に大きな変化をもたらす可能性のある治療法を、それと知らずに受け入れ苦悩している患者。
- 7 検査の目的を知らされることなく、検査の反復に体力と苦痛の限界を感じながらも、じっと耐えている患者。
- 8 末期疾病の患者。

(患者が医療に参加しない事例)

早期に病気が発見されれば治療のための、医療行為による侵襲も少なく治癒も早いはずであるが、病状の進行を放置してしまうのは患者である。この病状の進行を放置することが真摯な考えによる自己決定ならば尊重されなければならないであろう。しかし、医療を適切に利用し健康の回復を願う患者という立場に立つのであれば、どのように行動すべきであろうか。病状を正しく認識し、最適な医療を受けるため患者としてどのような行動をとらなければならない

かを理解し、患者としてやらなければならないことを自己決定に基づき実行して医療に参加していかなければならないものと思う。

病状の進行を食い止めるうえで、自己管理できる部分に関して関心を持ち、健康のセルフコントロールをしていかなければならないのではないかと。必要な健康管理に関する情報については、患者には知る権利があるから、主治医やその他の医療実務者と積極的に意思の疎通を図り、医療の利用者としての権利を行使し、病状の進行を食い止めなければならない。たとえ病状が進行し予測していた結果が到来しなかったとしても、患者は自己の主体性を放棄して医療の主体者としての立場から離脱してよいのであろうか。一時的に病状の進行により逃避することは仕方がないであろうが、治療全般に渡り医療の主体者としての地位を放棄することは望ましくない。

精神疾患やその他病状により自己決定できない場合は例外として、患者は自己の病状の厳しい現実を知りたくないときは、「知りたくない範囲」をできるだけ明確に限定し、自己の病状を知り理解し、医療に参加することが求められるのではないかと。いずれにせよ、患者が医療の主体者であるということを認識し、積極的に医療に参加することが望まれる。

（患者が医療に参加できない事例）

医療には専門性・密室性・封建性といった超えることの難しい3つの壁¹²⁾があるといわれる。患者側からみれば、医療を理解して医療に参加しようとするうえで障害となる壁があり、さらに医療者側からのスピード・生産性・管理化・画一化といった、たとえば、早くしなさい、がんばってやりなさい、しっかりしなさい、みんなと同じにやりなさいと言った医療者側からの働きかけがある¹³⁾。このため、医療機関に入院した患者は、私生活とは異なる就寝時間や食事内容の制限といった、全く異質の管理や規制を受けるのであるが、必ずしも順応できるとは限らない。患者が医療に主体者として参加できるようにするためには、この管理や規制はできるだけ患者主体のものに改めていかなければならないであろう。次章ではここで示した患者が医療の主体者となりえない既存の患者、医療者関係を転換させる新しい医療を考察したい。

第3章 新しい医療のあり方

患者主体の医療

旧来の、本来医療の主体者であるべき患者が医療者の支配下に置かれる形である「お任せ医療」や、先に示した「懲罰医学」といったことに象徴される既存の患者・医療者関係は緩やかに患者側を尊重する方向に向かいつつある。このような主張はこれまでほとんど公然化していないのであるが、たとえば脳死移植立法の議論の中にも存在した。それは、平成3年6月14日臨時脳死及び臓器移植調査会・脳死及び臓器移植に関する重要事項について（中間意見）の

なかに見ることができる。具体的には同意見書の(2)の部分であり、そこには、「人間性に富む医療、医療倫理に基づいた問題と医学界の責任」として述べられ、患者の人権、その家族の心情等にきめ細かく対応することの重要性が訴えられている。さらに、本来の患者主体の医療の原点に立ち返ることが求められている。そしてそれらは、医療実務の現場に再度ヒューマニズムの見地に立った取り組みの重要性を認知させたのである。

私は、医療者側だけの意識改革や制度の変更では、従来の患者・医療者関係が改善されて患者主体の医療に変化していくことは難しいと考える。患者となりうる国民全体が自分たちの健康や医療のありかた、患者・医療者関係などについて日頃から自主的に関心を持ち、医療の主体者として積極的に医療に関与し参加していくことが必要だと考える。

適切な医療

患者主体の医療が医療現場に定着していくためにも、適切な医療を受ける権利、それに医療の質を確保し向上させることが必要であろう。患者が適切な医療を受けるためには、医療機関には医学的知識や医療技術の応用を人間性に基づいてできる医療者が存在すること、そしてさらに医療施設や機器からなる物的な面の充実が求められるであろう。それではここで、適切な医療についてその最低限必要とされるものについて考えよう。

(人的な側面から考えられること)

第1に、患者を尊重した医療であること

第2に、医学的な知識・技術・人間性といったものが総合され整った医療者集団であること。

第3に、各医療者の機能が有機的に患者中心のチーム医療として機能すること。

第4に、患者側への情報公開・インフォームドコンセントと患者の権利擁護のための委員会などの、システムを保障し情報のフィードバックがあること。それに加えて医療の安全や質の確保のための委員会が有意に機能していること。

(医療設備・機器・医薬品等の物的な側面)

第5に、性能や安定性・安全性にすぐれた医療検査設備・医療機器が適切に運用されること。

第6に、薬理作用が正確で副作用の少ない、薬効の高い医薬品類が常備され、適切に処方されること。

第7に、診察室・病室・検査及び手術室等が清潔で快適な環境で維持されていること。

以上のように理想を掲げたところで、国の財政難にともない、ますます厳しくなる医療経済のもとで具体化できるのであろうかという懸念もあるであろう。ここでは、組合立諏訪中央病院¹⁴⁾を具体例として考察してみたい。

諏訪中央病院は、2市1村の公立の病院で、ベッド数2000床の総合病院を中心に、東洋医学

センター、地域ケア室、家庭復帰モデル室等で構成される保健・医療・福祉の総合施設である。開設の位置付けは「地域に開かれた病院」であり、開かれたとは、時間的、空間的、内容的にも開かれたものであることである。すなわち、時間的に開かれた病院とは、24時間いつでも質の高い医療が受けられること。空間的には、病気になった人だけが病院を利用するのではなく、健康な人が、より健康でいつづけるための学習の場であり、健康な人が障害のある人に介助する場であり、あるいは介助法を学ぶ場であることである。また内容的に開かれた病院とは、検診活動、退院後の継続看護、さまざまな患者会活動など、多様な活動を積極的に行うことを意味している。

また、医療のレベルアップを図るために、院内の研修会、自主学习グループ、院内学習委員会があり、院外とは地域医療研究会という形で連携がある。また医療者の技術習得は、多分に医療者個人に属する部分があり、すべてが病院内で蓄積されるものではないが、そのための国内研修制度も用意されている。

では、医療施設や医療設備においては、どのような施策がとられているのであろうか、一見ホテル風に見える建物を見て視察・見学者は「広くつくった。お金をかけてつくった」という印象をもつそうであるが、自治体病院としては、ほぼ標準の面積（1床あたり55.9平方メートル）標準建築単価（一平方メートル当たり26万円）で作られている。しかしここには、職員参加による種々の工夫がなされ、その特徴は、第1に患者本位の面積配分を工夫したことである。通常病院づくりにおいては、各部署の要求面積が合算されて発言力の大きい部署、大きな医療機器のある部署が面積を占有し、患者のための面積配分、とくに病棟部分が狭くなる傾向があるのである。しかし、この病院は、各臨床科が医学系大学の縦系列支配ではなく、マスタープラン委員会が統制して患者中心の面積配分がなされたのである。外来受付はオープンカウンター方式とし、共通診察室・共通処置室を設けて複数科共有により、面積の有効配置を図ったのである。他方、患者スペースを重点的に配分し、病棟の複数床部屋については4床室を基本とし、各病棟に食堂や患者相談室。広いデイルームを配置してある。

第2に、アメニティ¹⁵⁾のある建物にしたことにある。単に快適で美しい環境といった表面的なことではなく、「病院らしくない病院づくり」という考え方から種々の配慮がなされている。慢性疾患の時代をむかえて、「病院にきただけでホッとする」ような環境をつくりだすこと、健康づくりが重要視される今日、気軽に訪問し相談できる「健康の公民館」的な意図があるのである¹⁶⁾。

このように患者を医療の主体者として尊重するために、医療者側や医療機関を変化させていくことは、十分に可能なのである。

第4章 新しい患者医療者関係

患者がよりよい医療を受けるためには、医療機関や医療者の医療行為に対して苦情申し立てをし、改善を求めることも必要であろう。しかしその前に、患者自身が医療をうまく活用するために、お任せにするのではなく、医療に参加していくことが是非とも必要なのである。ここでいう医療に参加するということは、患者側が医学や医療を学び、医療専門職者と学問的に対等なレベルで参加することまで要求するものではない。このことはもともと医師であって医学・医療の勉強を続け自分の身体のこととは自分で判断できるように努力をした人であっても、ひとたび患者という立場に立てば、毎日医療にあたっている第一線の医師たちには頭が下がる思いがし、学問的レベルや経験からいって、とても対等に対話ができるものでない、という経験談からからも理解できる¹⁷⁾。このように、医師と対等に対話する目的で、医療専門職に相当するような医学・医療の知識を理解することには意味がない。しかし、患者や患者以前の健康人が広く医学的知識を理解し医療に近づき参加し関与することは、公衆衛生の向上及び進進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保することにつながるものであるから、医療への関心と医療の主体者であるという認識はたえず持ちつづけなければならない。

受容と共感

患者の苦しみや痛みの分かる医療者であるよう努めることは、医療者として必須条件であろう。医療者は患者の立場を理解すべく医療実務に当たっている。自分自身は大きな苦痛をとまなう病気を体験したことのない医療者であっても、患者の病状について医学的に理解し、病気に苦しむ患者の苦しみを軽減してあげたいと考えて長期間医療の実務に携わることで、患者への思いやりや配慮を身に付けた、経験豊かな医療者として成長するものである。この「患者の苦しみや痛み」には、患者の肉体的な苦悩だけでなく、患者の精神的な苦痛、心の悩み、悲しさ、辛さ、悔しさ、羞恥心、やるせなさ、寂しさなどが総合された感情などの心の内面にある痛みが含まれるため、担当の医療者であろうとも、患者本人ではないために、完全に理解することは不可能なのである。

このように、医療者は、患者の「痛み・苦しみ」が理解できたと思ったとしても、その理解の範囲や深さは患者ではない医療者が考えたことであるので、患者の考えたこととは一致しないのだと考えなければならない。「痛み・苦しみ」それ自体の正確な理解よりも、その「痛み・苦しみ」のなかで患者が何を求め、何を望むのかを理解し、それが実現可能な要望なら達成可能のように手助けをすることが重要であると思われる¹⁸⁾。

患者側からの積極的な意思表示

医療者側が患者の「痛み・苦しみ」を理解しようとして接近することが望まれるのであれば、

患者側も医療者側に対して患者の「痛み・苦しみ」に関して理解し易くなるよう、医療者の立場や役割を考慮しながら積極的に働きかけることが必要であろう。医療者に、患者の「痛み・苦しみ」について患者の立場に立った理解をしてもらうには、どのような方法が必要となるのか患者側はよく考慮しなければならない。たとえば、急を要しない事項に関しては、事前に整理して要領を押さえ、重要な部分が確実に伝わるようにしておくといよい。さらに、医療機関や医療者には多忙な時間帯や急患対応等により、患者の訴えに対して十分に時間を取り、聞き入れることができない時がある。この医療現場の特性を理解し適切な時間帯での話し合いの申し込みが必要である。

患者は苦情や不満があっても、医療者に世話になっているという思いがあり自分の意思とか希望を直接医療者に伝えない傾向がある。さらに、改めて言わなくても患者の気持ちを医療者は理解してくれるものだという期待感もあるのである。

しかしながら、納得した医療を受けようと願うのであれば、「痛み・苦しみ」は患者自身の抱えるものであるから、既存の患者・医療者関係の枠組みを意識的に超えて、医療者任せにしないで、患者が医療の主体者であること認識して、積極的に患者の「痛み・苦しみ」を伝えて療養上必要な事項を医療者に伝えなければならない。この積極的な行動なくしては、既存の患者・医療者関係は改善できないであろう。つまり、患者の思いや要求の実現を保障する社会的な仕組みが必要となってくるのである。

医療への市民参加

従来は、医療の提供を受けるという受け身の姿勢であった患者や家族も、自助努力の精神を生活の中に築いていく必要がある。これは、近年われわれの日常生活におけるセルフケア能力の喪失に対する回復をも意味する。また、患者が医療の主体者として、自己の意思により医療を活用して、自己の身体に備わった自然治癒力を発揮させる意識を持つことが必要なのである。更に、患者の発生源である市民が医療の問題解決へ歩み出すことはそれ自身が1つの活動なのである。ここでは、地域の中で生活の支えになるグループづくりについて述べたい。これらのグループづくりや組織化は、セルフケア能力の回復と維持を図ることの1つの資源としたい。市民参加型医療においては、存在する資源を活用するだけでなく、資源となりうるものを生み出していく（資源化）ことも重要であることを忘れてはならない。

先に示したように患者は、現代医療の特徴を理解して現実を直視し、固有の問題点を理解したうえで積極的に医療に近づき、関与していかなければならない。ここでは、市民の医療参加について考えて見たい。市民参加型の医療とは、市民（患者となる可能性のあるすべての人間）が、日常的に病気の治療と病後の社会復帰について必要な知識を獲得し、治療と社会復帰のために必要な自己決定のための能力を獲得すること、および患者（保護者を含む）が自ら病気の治療と社会復帰に積極的に取り組む意思と実行力を獲得することがその本質であると考えられる。

それでは、市民参加の医療を実現していくために具体的にどのようにすればよいのかを健康教育¹⁹⁾の手法を参考にして考察してみる。

第 1 に、診断、治療方針、患者役割行動の意義を正確に把握すること。

保健・医療行動の形成であるが、これは、一生涯続く過程(保健的社会的過程)において、保健行動の主体性を育てることである。すなわち、市民がその本質的にもっている可能性を十分に引き出し、素人でもできる保健行動を発見し、それを出発点として順次最適のレベルへ向かっていくことである。自己の病状、治療の内容や方向を可能な限り理解し健康の回復を医者任せにするのではなく、医療の主体者として役割を認識し行動していくということである。

第 2 に、患者役割行動にともなう行動様式を習得すること。

医療の主体者としてどのようにすべきかの行動の習得である。これは、市民が保健・医療活動の場の中で医療提供者と face to face の関係において、具体的な保健・医療情報の交換を行うことによって医療を受けるなかで主体性をもつことにより達成されるであろう。その保健・医療情報の交換を行う道具は、書かれているものであったり、話であったり、また身振りであったりするかもしれないし、またビデオやコンピュータをはじめとする電子機器の応用も期待できる。

第 3 に、患者は、医療の主体としての役割を踏まえうえでの、医療者側と対等で良好な関係の形成すること。

保健・医療行動の実演や模倣からも医療に接近できる。市民は、医療専門家の行動を真似ることによって、その行動を習得し医療を理解していくものである。それは、ちょうど子供が母親の真似をすることによって育っていくのによく似ているかもしれない。例えば、手洗い・歯磨き・睡眠・休養・栄養などに関する日常的かつ習慣的なものから、保健・医療施設の利用の仕方、各種の保健活動への参加といった広範なものである。この保健・医療行動の実演や模倣を利用することにより、医療の主体者としての役割や現在の医療の改善すべき点を理解し患者が医療の主体者となる環境を整備していかなければならない。

第 4 に、患者役割行動を実行するための動機づけが必要である。

それは、保健・医療行動のガイディング(guiding)とフェーディング(fading)である。これは、市民が行う保健・医療行動を支えたり、その障害を取り除いたりすることによって保健・医療行動を強化することである。これはセルフケア能力を強化することである。自己の健康管理は、自分が主体となって行うという意識やその方法を身につけることが、医療を受ける際に医療の主体者として行動する支えとなるのである。

第 5 に、患者役割行動の実施である。

保健・医療行動の統合である。これは、市民が参加している暗黙の場・表明の場・活動の場における自らの保健・医療行動が個別ばらばらなものではなくて、連鎖しているということ、市民に自覚させることによってその連鎖をより強固なものにすることである。すなわち、保健

行動における主体形成の働きが、個人レベルのセルフケアだけでなく、集団的に行われる保健活動と結合することによって、市民が相互にどのような関係を結び直し、どのように市民自身の健康福祉に働きかけていっているのかといったことの連鎖を重要視しているのである。この連鎖は市民の組織化という方向に向かい既存の患者・医療者関係を変える原動力になるであろう。

市民の組織化

問題解決のために市民の結束が果たす役割は大きく、それを通してある種の市民の主体的参加がなされるのである。このように市民に共通した苦痛や苦情を取り除くための組織化が図られ、問題解決へと進む力になることが多数ある。しかし、一般的には問題が潜在化している場合や、対象者が少ないとき、地理的に分散している場合の市民の組織化は困難をとまなうことが多い。さらに、日常的な健康問題となると、市民の意思を反映した組織化は容易ではない。本来なら市民の自助組織は共通の苦痛や苦情の除去のみでなく、さまざまな活動を生むことが望まれるが、現実的にそれに多くを期待することはできない。しかしながら、活動によって市民の組織化を図ることがあるので、1つの資源として位置付けておく必要があると思う。

さらに、地域グループの資源化ということも期待できる。地域には自治会、老人クラブ、婦人会、青年会といったグループが存在する。またロータリークラブ、ライオンズクラブやその他のボランティアグループも存在する。これらも患者主体の保健・医療活動を展開する際に重要な資源として、その活用を検討する必要がある。活動によっては、それぞれの団体の機能が創造的な働きをして、1つのエネルギーとして患者を主体化する作用が期待される。

近隣による相互援助もまた同様に期待できる。遠くの親戚より近くの他人を大切にする、といったことは1つの生活の知恵であろう。日常的には市民の間で生ずる種々の問題は近隣の相互援助で切り抜けていることが多いが、新興住宅地では住民同士の親密の程度が低く、これらの間の相互援助は困難となっている。いずれにしても、保健・医療問題に限らず、近隣者、ボランティアなどの非専門家の力も1つの資源として必要な役割を果たすことができるのであるが、さらにこれらの人々を組織化し、訓練することによって、既存の患者・医療者関係を改善する大きな資源として活用することができるのである。

現在の医療実務においては、患者が人権侵害を疑ったときや、または患者が医療者との相互理解の関係を維持するために対等な対話を望むとき、さらに受ける医療の質の評価や公平なサービスを望んだとしても、患者自身が主体的に行動することはあまりない。現に治療を受けている医療機関に苦情を申し立てることも困難な状況にある。そこで、行政と市民の間に立ち問題の解決を図るオンブズマン²⁰が必要となってくるであろう。さらに、患者の人権が侵害されていないか、医療を監視するシステムや患者の権利を擁護するシステムが必要となるであろう。これらは、行政にたよることなく、市民の自発的な行動による NGO 的な市民レベルのものが望ましいであろう。権力や権威といった官僚的なものが入ればそれは、既存の患者・医療者関

係の延長となってしまうからである。

結論

最終的に現状の患者・医療者関係を改善するものは、第 1 に、市民が医療の主体者であると認識すること。第 2 に、市民が医療の主体者としての役割に合致した行動をとること。第 3 に、市民は医療の主体者として連結することと思われる。 (以上)

<注>

- 1) 監修河野正輝、翻訳責任者久保井撰『ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言 原文対訳』患者の権利法をつくる会全体事務局、1996 年、34 頁。
- 2) 健康保険法(大正 11 年 4 月 22 日法律第 70 号)、国民健康保険法(昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号)。
- 3) 国民健康保険法 45 条。
- 4) 健康保険法(第 43 条の 7)で指導・監査が規定されている。なお問題があれば、診療報酬・不正請求等の調査を行う。国民健康保険法にも(第 114 条)指導・監査が規定されており、同様に問題があれば診療報酬・不正請求等の調査を行うことになっている。
- 5) 小野寺時夫『治る医療、殺される医療 医者からの警告』読売新聞社、1998 年、11 頁参照。
- 6) 編者高嶋学司『医療とバイオエシックスの展開』法律文化社、1994 年、品川信良担当部分、20 - 40 頁参照。
- 7) 田口宏昭『病気と医療の社会学』世界思想社、2001 年、4 - 5 頁参照。
- 8) 監修厚生省健康政策局計画課、編者代表北川定謙『地域保健法による新しい地域保険事業の進め方』財団法人日本公衆衛生協会、1997 年、253 頁参照。
- 9) 『新総合国語辞典』旺文社、1978 年参照。
- 10) 医療過誤・患者の人権をライフワークとして患者弁護士の立場から医療訴訟や講演活動などに取り組んでいる名古屋市の弁護士である。加藤良夫『医療過誤から患者の人権を守る』ぶどう社、1993 年、117 頁。
- 11) 監修木村登、編集池田義雄・中村治雄『健康教育・食事療法・生活指導の臨床医学』ライフ・サイエンス・センター、1998 年、38 頁。なお、医療に参加しない事例と、参加できない事例の分類は筆者によるものである。
- 12) 加藤良夫『医療過誤から患者の人権を守る』ぶどう社、1993 年、21 頁。
- 13) 吉川武雄『ケアのための患者理解』関西看護出版、1995 年、57 頁。
- 14) 所在地長野県茅野市玉川 4300 番地。運営茅野市、諏訪市、原村による一部事務組合。管理者茅野市長原田文也・院長鎌田寛。
- 15) アメニティは、プレザントネス(快適さ)と同義語で、アメニティ発祥の地イギリスでは、都市計画や農村計画の目標概念とされてきた。また西欧社会では、古くからアメニティが環境を考える上での根底的な価値観として定着しており、住宅、都市、環境といった町づくりの基本理念として広く認識された。一方、我が国においては、環境庁がアメニティを公用語として「快適環境」と規定しており、ほぼ物理的な側面に限定して使用されているようである。
- 16) 編者鎌田寛『医療がやさしさをとりもどすとき 地域と生きる諏訪中央病院の実践 第 2 版』医歯薬出版株式会社 1996 年、参照。
- 17) 星野一正『医療の倫理』岩波書店、1998 年、114 頁参照。
- 18) 星野一正『医療の倫理』岩波書店、1998 年、118 頁。
- 19) 監修木村登、編集池田義雄・中村治雄『健康教育・食事療法・生活指導の臨床医学』ライフ・サイエンス・センター、1998 年、39 頁参照。及び、編集丸地信弘『保健活動<見直し>の理論と実際』医学書院、1983 年、156 - 157 頁参照。
- 20) オンブズマンとは国民に代わって行政苦情の解決や行政の適正運用の確保を図るために行動する人のことである。制度の発祥はスウェーデンで「行政監査専門員」などと訳される。第二次世界大戦後の

新しい患者・医療者関係の考察（松田）

行政機能の拡大を背景に、デンマーク、ニュージーランド、イギリス、フランス、オーストリアというように普及した。オンブズマンは、従来の行政救済制度では十分に確保できない措置を行うことで公正・適正な行政を実施し、国民の行政に対する信頼を確保することを任務としている。類型としては、設置場所や任命権限が国会か行政府か、苦情申したてが直接か間接かなどによって分かれる。わが国でも、1970年から注目され既存の行政監視・救済制度の活性化を図りつつ、十分に機能しえないそれらの制度に代わって役割を担う行政オンブズマンの導入が検討された。また、オンブズマンは国際的には公職の呼称でありながら、日本では市民団体の呼称として理解されるようになってきた。なお、近年は「マン」が男性のみをいうことから、これをとってオンブズとかオンブズパーソンというようになった（『情報・知識 imidas1999』集英社、321 - 322 頁、574 頁参照）。