

# 医療需要者としての市民と医学教育\*1

佐伯 晴子\*2

## 1. わが国の医療のすがた

昨今、国民の医療に対する目は厳しい。医療費の自己負担増と医療事故の顕在化のもと、「お医者様にお任せしていれば治る」とは誰も考えなくなっている。当然といえば当然のことである。にもかかわらず、医療現場では忙しさと専門知識における非対称性を理由に、患者が理解し納得するという本来のインフォームド・コンセントはなかなか進まず、医療者の判断で診療がとり行われるのが通常である。これまで「お任せ」していた患者の態度も問題であろうが、クリニカルパス、レセプト、領収書など患者のための情報提供が極めて乏しい現状からすると、「お任せ」せざるを得ないというのが事実だろう。

しかし、長年にわたる国民・健康保険料納付者の願いがついに2006年の医療法改正で日の目を見ようとしている。筆者はこの医療法改正に深くかかわる厚生労働省社会保障審議会医療部会で2年間、患者・国民の立場で検討に参加してきた。患者の立場でもあるが、むしろ現在健康な国民として、あるいは納税者として、社会の重要な基盤（インフラ）としての医療が、国民の総意を反映したものであるのか、安全が確保されているのか、サービスは利用者のニーズを満たしているのか、そこに従事する専門家が能力を十分に発揮できる環境が整っているのか、財源の配分は妥当であるのか、持続可能なコストバランスが保たれているのかなどに大きな関心を寄せてきた。

社会保障審議会医療部会での一貫したテーマ

は、「患者・国民にわかりやすい医療」および「安全で安心できる医療」である。そのため医療提供体制という制度・組織の枠組みも、従来の形に留まらずに、よりよい医療づくりのためには部分的な撤廃も創設も行われる。

また、わが国の医療が現在どのような状況にあり、その背景には何があるのかをまず国民に知らせることから始める必要があると部会で私は主張した。なぜなら個々の医療の中で問題と感ずることの何割かは、個々の医療者と患者との関係以前に、制度上の障害や問題が横たわっていると考えられるからである。

患者や国民から信頼されるため最初に行うべきは情報提供であり、また実際に行った医療についての説明責任を果たすことであるという考えには、国、行政、医療者側、患者側のすべてが賛同した。患者・国民が必要とする情報を提供するのには当然のことだろう。当初日本医師会の抵抗があったものの、情報開示は一般社会では常識であり、皆保険制度の存続のためには国民の理解と納得が欠かせないと判断があったのか、医療制度、医療機関、診療内容とすべてにおいての情報提供が基本的になされるようになる。これは大きな前進であると評価したい。

## 2. 問題の原因はどこにあるのか

ただ、現在、わが国の医療で何が起きているのか、ということを実は誰も把握できていないのが事実である。ある疾病について、全国でどの程度の診療が行われているのか、施設ごとの治癒率、治療方法、治療期間、使用薬剤、費用など、横断的な調査はこれからということである。疾患ごとに医療水準を設けることが、なぜ今までできなかったのか、要因はいくつかあるだろうが、水準がないために、結局は患者からすると「場当たりの」な診療がなされているように思われる。つ

\*1 How Japanese Medical Education Meets Citizens as Stakeholder of Medical Services

キーワード：medical services, stakeholder, accountability, communication, simulated patient

\*2 Haruko SAEKI 東京SP研究会代表、厚生労働省社会保障審議会医療部会委員

い最近も「がん治療」についてのNHKテレビ特集が放映されたが、全国各地で、各医療機関でいかに治療内容にバラつきがあり、患者にとっては「当たり外れ」に近い状態であるかが生の声として伝えられた（2006年1月7日，8日放映NHKスペシャル「がん治療」）。

このような医療の実態には、患者や家族として体験して初めて気づき、やみくもに立ち向うことになる。そしてかなりエネルギーを消耗した段階で、当事者として抱えている問題は個別の特殊なことではなく、わが国全体で起こっている状況らしいとわかり、愕然とするのである。がんの疼痛緩和ケアひとつとっても、WHOプログラムが20年経っても実践されていない、地域内での紹介連携がない、院内での連携がない、医師が知らない、医師の考えが患者の訴えより優先される、など「患者中心の医療」とは程遠い現実であることがわかる。その番組内で国立がんセンター総長の垣添氏は、「今まで医師は科学的な数値を患者さんの主観に優先させてきた。しかし医療というのは実は患者さんの主観に共感することである」と発言し、ほかの医師も「学校では痛みに対処することは教わらなかった」と医学教育の不備を語った。

「がん治療」は医療全体の中では一部にすぎないであろう。しかし、高齢化とともに、がんを患う人は確実に増えている。ある程度生きていってがんを患うと考えてもあながち間違いではなさそうである。その意味では、誰もがかかる病気、誰もがかかえる問題として、多くの国民がこの番組を見たであろうし、家族をがんで失った人たちは、わが国の医療の実態が20年でさほど変わっていないことに驚きと嘆きを覚えたであろう。私もそのひとりである。1988年から1993年まで暮らしたイタリアのミラノでは、ごく普通に緩和ケアが行われており、緩和ケアのためのボランティア医療チームと市民グループが組織されていた。北イタリアにおいて90パーセントのがん末期の痛みを緩和するのが常識であったのが、すでに20年以上も前である。その間わが国は何をしていたのか。医療部会に参考人として出席された川越厚医師も、私の疑問に「緩和治療が医学教育

の中にないから」と無念の表情で答えられた。

### 3. 医療と医学教育

医師の価値観は医学教育で決まる。その医学教育の内容に踏み込まないと、実際の医療は「患者中心」のものになるはずもないのである。「患者中心の医療」の標語はどの医療機関でも掲げているが、そこに従事する医療者、とりわけわが国の医療において裁量権をもつ医師がどのような教育を受け、その成果としての価値観がどうであるかには、今まであまり光が当てられてこなかったように思う。しかし、医療面接教育などで模擬患者をしていると、実はこの点について敏感に感じ取ることができるのである。

医療面接教育に一般市民が模擬患者として参加し始めてから10年余りとなった。参加の形態も大学の臨時雇いや下請け業者扱い、医学知識を得ることを報酬と考えさせボランティアさせるもの（ボランティアさせるという日本語はそもそもおかしい）、医療機関の利用者の立場として依頼するものなどさまざまである。わが国全体でどのような模擬患者活動があり、自分の住む地域では何があるのかを知らないうちに、遭遇したものがそれぞれの模擬患者活動であるのが現状とも言える。医療の地域間でのバラつきとみごとに相似している。

その大学で医療面接、つまり患者さんとのコミュニケーションを教える立場の人がどのような医療の価値観をもっているかで、市民との「模擬患者」を媒体としたつきあい方が決まる。そのつきあい方は、その人の患者さんとの関係のとり方とも共通している。自分の相手となる患者の主観を重視し声に耳を傾ける姿勢があるかどうか、あるいは、患者が理解できることを第一に考え、誠実に説明する努力を怠らないかどうか、相手がどう感じたかをつねに気にかけるかどうか、そのあたりが問われてくる。

### 4. 医学教育をする人が価値観と態度に影響を与える

そして、面白いことに（当たり前であるかも知れないが）学生はその教えた人のコピーとしてその

ままの価値観、態度で研修医となり、患者の前に出てくるのである。学生時代の「問診」場面中心の医療面接ではさほど違いは出てくることはないが、研修医の「説明」場面の医療面接を行ってみると、その患者への態度や医療の価値観が如実に表れてくる。

知識不足や技量不足は今後いくらでも努力しだいで補えるから、さほど心配にはならない。

問題なのは、患者が理解し納得することを最重要に考えないことである。挨拶やアイコンタクトが教科書どおりであっても、患者の安心を考えた上での挨拶や、目を合わせることでなければ何の意味もない。

実際に、誠実に対応しようとする研修医は自分の知識が足りないことを嘆き、落ち込み、申し訳ないと下向くことが多い。そんな研修医に出会うと思わず励ましエールを送りたくなる。そうやって悩んでくれただけで嬉しいのだと伝える。おそらくその研修医を育てた人は悩む姿、誠実に努力する姿をさらけ出していたのではないだろうか。その姿は決して優雅でもスマートでもなく、だからこそ意図的に見せていたわけではないはずだ。だが学生はそんな生きた先輩の姿から、医療の仕事の温度を感じ取り、魅力に思っていたのではないだろうか。

かたや、「習っていない」「わからない」と説明の課題設定に不満を強く述べ、医療面接実習を放棄し、無関心を装う研修医もいる。あるいは「質問はないかと訊いたら患者が何も言わなかったから」と説明が十分理解できなかったとの模擬患者の感想に対して堂々と責任転嫁する研修医もいる。コミュニケーションは相互作用であり、質問せよと詰問されても威圧感で何も言えなくなるといことが理解できない。Aのボタンを押せば必ずBの結果が出てくると単純な図式を患者という人にもあてはめているのだろう。どうしてこのような考えに至ったのだろうか。しかも、模擬患者との医療面接教育は経験済みとのことである。教育の段階で訂正が加わらなかったということは、やはり、教育の立場にある人がもつ価値観や態度から受けた影響であると考えるのが自然であろう。

## 5. 国民に信任される医学教育であるために

医療は急速に姿を変えつつある。医療が信頼できなければ健康保険を離脱する国民が出てきてもおかしくない。国民皆保険がわが国の医療の大前提であるなら、何としても存続させねばならない。わが国の医療は患者・国民の信頼にかかっているのである。個々の診療における説明がわかりやすいこと、態度が失礼でないこと、これだけでも満足に行えるように早急にすべきことは何か。医学教育をする人自身が一般市民と普通に接して、普通に対話する態度をもつことだと私は考える。医学のアカデミズムで医療を行おうとする限りは、対話自体が困難であろう。医療は相手があって初めて行えるのである。しかも、相手に、社会に信頼されてこそ意義がある。

ノーベル賞受賞者の野依良治氏は科学技術は公共性重視が必要であるとの趣旨で、日本経済新聞に（2006年1月6日）「国民の十分な理解と支援を得るためにも、研究者には、いま一度自らの公共的使命の確認を求めたい。（中略）公共的利益が公的機関自らの利益を決定して初めて、社会における正統的な存在でありうるからである」と書いた。医療とそれを担う医学教育にも当てはまることである。公共性というキーワードを医学教育にみることは今までなかったように思うが、これが「患者中心の医療」と同じくらい多くの場で見ることができ、つねに意識されるようになれば、おそらく日本の医療は国民の信頼を取り戻すことができるであろう。

今それを始めるのに一番近く位置しているのが、一般市民の模擬患者とのつきあいであり、模擬患者との医療面接教育とも言える。一部の医学教育者が唱えるような一般市民を「材料」扱いしては元も子もない。そのような価値観や態度は次世代の医療者に伝えてはならない。医療において物として扱われることに異を唱える国民と対話するきっかけが、一般市民とのつきあいで実現できるのである。これだけ不信が強くなっている医療に対して、建設的な態度で接する市民は、過去を忘れ現状には目をつぶり将来を見据えているのである。医学教育はこの好機を逃さず、一般市

民と誠実につきあう努力をすべきであろう。

文 献

- 1) 厚生労働省社会保障審議会医療部会. 医療提供体制に関する意見. 2005年12月8日.
- 2) 藤垣裕子. 専門知と公共性. 東京大学出版会, 東京, 2003.
- 3) 小林傳司. 公共のための科学技術. 玉川大学出版会, 東京, 2002.