基調講演「賢い患者になりましょう」

ＮＰＯ法人ささえあい医療人権センターＣＯＭＬ理事長　　辻本　好子

皆さん、こんにちは。ご紹介いただいたコムルの辻本です。私たちの活動は、17 年前にスタートしました。当時、グループの名前に「人権」という二文字を載せたことで、随分、医療者から嫌われました。活動を始めて５年ぐらい経つと、ある大きな病院の院長が、『君、悪いことは言わないから、グループ名から「人権」という文字をとった方がいいよ』と、アドバイスしてくれました。

私は、その時に少し震える思いでしたが、胸を張ってこんな生意気なことを言いました。「患者の人権が守られることも大事だけれど、医療現場で働く医療者の人権も守られなかったら、私たち患者に良いお仕事は提供していただけない。私は、この『人権』の二文字には患者と医療者の両方の人権を大切にしたいという大きな夢を抱いているんです」と。

17 年前、電話相談を始めた当初に届いた電話は殆ど愚痴ばかりでした。私たちはその頃から、「あなたがいのちの主人公、からだの責任者です。そこまで悩んでいるのなら、きちんと悩みをお医者さんに伝えて、やり取りに参加することが患者にも必要です。お医者さんとの関係は与えられるものではなく、自分でも築いていくものなんですよ」と、言い続けてきました。

それでも 17 年前の相談は「いいえ、いいんです。聞いてもらっただけで、胸のつかえがおりました」と、今までどおり、受け身のまま医療現場に戻っていかれる方が殆どでした。私たちも「相談を聴くことで患者の自立支援につながるのだろうか」と、ジレンマに陥ったこともありました。

ところが、時代とともに相談に届く声も変化し、特に２、３年ぐらい前からは、私たちも驚くほど過度な要求をする相談が増えてきました。そのため、「そこまで日本の医療に期待しても無理です。日本の医療は社会保障で、制度、仕組みの枠の中でおこなわれています。ですから、あなたが望む医療は、アメリカにでも行ってお金をかけないと受けられないかもしれません」などとお伝えするような電話が少しずつ増えてきたのです。

同じ患者の立場でありながら、こんなことを申し上げるのは躊躇しますが、17 年前にコムルに届き始めた相談内容を例えて、「言葉を持たないヨチヨチ歩きの幼子」だったとすると、今、コムルに届く電話相談は、まるで、「反抗期・思春期」のような患者さんに思えます。私たちも胸が詰まるような思いで耳を傾けさせていただいております。

患者の意識がそのように変わり始めてきた頃から、医療現場の悲鳴も届き始めました。そして、医学生も「小児科医は嫌だ」「産婦人科医には絶対なるものか」と過酷な科を避け始めています。

その問題は、結局、私たちの所にかえって来ます。だからこそ、今、改めて、患者も冷静にならなければならない。そして、医療現場も患者の声に耳を傾けて、半歩ずつお互いが歩み寄る事で、今までと違う、新しい人間関係作りが大切ではないかと考えています。

「医療者のホンネと悩みホットライン」

今日ご参加の皆様に活動を理解していただく為に、資料をお配りしています。そのなかのニューズレターに、たまたま 10 月半ばに開催した初の試み「医療者のホンネと悩みホットライン」の結果報告を掲載しています。３日間行いましたが、わずか 26 件しか届きませんでした。26 件の内の 10 件が「困った患者さんの対応に疲弊している」という医療者の悩みでした。

コムルの事務所は大阪にあるので、大阪大学や神戸大学の医学部附属病院などの外部委員なども務めています。そのような会議に出る度に、「困った患者さんの扱い」が話題にのぼります。関西に限らないと思いますが、一年くらい前から大きな病院では、困った患者さんの対応マニュアルを作ったり、元警察ＯＢを雇って医療者を守っているという、そんな事態に陥っています。このような状況では良い関係が作れる筈もありません。

だから今日は、患者の立場ではありますが、皆さんと一緒に日本の医療を崩壊させない為に何が必要か。そんなことをご一緒に考えたいと思っています。

「ホットラインから見えてきたこと」

このホットラインから見えてきたことですが、わずか 26 件という件数を考えたとき、やはり、医療者はなかなか悩みを口に出さないと言えます。プライドが許さないのかも知れません。「コムル如きに悩みを話しても何にもならないよ」とはなから諦めていたのかも知れません。けれど 17 年間、コムルはささやかながら、声にならない患者さんの声を少しずつ社会化してきました。そのことで、良くも悪くも、患者も少しずつ意識を変えてきたように思います。そして医療現場も胸襟を開いて、「患者の声を聴かないといけない」という気持ちになってくれたのです。

ならば今、崩壊を食い止める為にも、今度は、私たち患者が、医療現場ではいったい何に悩んでいるのか、何に困っているのか、そういったことを学ぶことも大切な情報ではないかと思います。そのために、医療現場の本音や悩みをこれからも社会化していきたいと考えています。その第一歩が、10 月に行ったホットラインです。どうぞ、家に帰ってから、しっかり、目を通していただけたら有り難いと思います。

「ＣＯＭＬとは」

コムルは活動を始めて 17 年目です。ＮＰＯになって５年経ちました。コムルというのは、Consumer Organization for Medicine & Law の頭文字を並べた「ＣＯＭＬ」という造語で、いわば愛称のように呼んでいただいています。合言葉は「賢い患者になりましょう」、まさに今日も頂いたテーマです。

もう一つ、「コミュニケーション」について挨拶の中でも語られていましたが、私たちも電話相談を受けながら、この「コミュニケーション」がとても大事だと、17 年間の電話相談から教えられてきています。月に 300 件、年に 4,000 件近い電話相談がコムルに届いています。神奈川、東京辺りから届く相談には、正直、私たちもビックリします。いっぱい、情報集めています。そして、権利意識も高く、主張されます。そのように、今はまだ地域格差もそれなりに見て取れます。ただ、ごく近い将来に、日本国中の患者さんが、神奈川、東京並になる日が遠くないと思っています。なぜなら、確実に患者の世代交代が始まっているからです。

そして、もう一つは「情報」です。来年の４月１日から、自治体が都道府県下の全ての医療機関、病院はもちろん、診療所も、薬局、助産院、歯科クリニックなど、全部の情報をインターネット上に情報公開するシステムが始まります。先の医療法の改革で決まったことです。

今、私も厚生労働省が項目を決める議論のメンバーに参加しています。その報告をする時間はないのですが、それ一つをとっても、私たちはもう「情報がない」と甘えていられない時代になってきたのです。そんな中で、私たちが、どう行動したら良いか。そのことが、賢い患者としての五つの提言のなかに盛り込まれているので、しっかりと受け止めていただきたいと思います。

月に 300 件届く電話相談のなかで増えているのが、聞いてもいないのに、病院名から語る相談です。私たちは、個別の病院や医療者の名前に全く興味を持っていません。でも、「ちょっと、聞いてください。こんな目に遭ったんです」と語られる開口一番、病院名から相談が始まるのです。しかし、よくよく話を聴くと、何ということはない。たった一人の医師の対応に腹を立てているだけだったり、たった一人のナースの言動に不満を感じておられるだけだったり、なのです。最近では、「医師も看護師もとても対応はいい。でも、会計のカウンターの中に居る事務職員、本当に偉そうなのですよ」と、そんなことまでも電話をしてこられます。

つまり、患者の気持ちは「100－１＝0」なのです。けっして「100－1＝99」ではない。そんなことを電話相談で教えられています。

医療が「サービス」であると謳われたのが 1997 年です。医療現場も「サービス」と言われて「さて、どうしよう。とりあえず、患者様とでも呼ぼうか」と、「患者様」呼称が始まったのも丁度この頃からです。

私たち患者も、ちょっと反省してみましょう。「患者様」などと、おだてられるようになって、何やら大切なものを忘れてはいませんか。何やら、つけあがるような気持ちになってはいないでしょうか。まず、「ありがとう」と感謝する言葉を、患者の方から殆ど聞くことができなくなりました。感謝を忘れた患者たち、それが、ひょっとすると、今の私たちなのかも知れません。

そして、「マイナス１がどこにあるのだろう」と、医療現場にそんな眼差ししか向けていない。そういう患者の行動で、本当に良い医療と出会うことができるのか、良い医療を一緒に築き上げていくことができるのか。そんなことも振り返る時期でもあるのではないでしょうか。厳しいようですが、電話相談をやっていて、最初に報告させていただきたい印象のひとつです。

つまりは「コミュニケーション」をどうとり、どう向き合うかが問題です。相談者はマイナス感情があって電話をしてこられます。最終的に患者や家族が何を望むかというと、「この地域にこの病院があってくれて良かった」「この人に出会えて良かった」「私は安心できた」「納得できた」という気持ちです。

300 件届く電話相談は、一本の電話が平均 40 分かかります。長い場合は１時間、１時間半以上になる。その話をじっくり聴いていると、どなたからも見えてくる基本的なニーズは、勿論、安全であって欲しい。医療事故に遭いたくないという当たり前の要求です。

そして、電話で語られる一番大きなニーズは、「安心と納得」です。厚生労働省の会議に出ていると「安全と安心」というキーワードは、毎回、会議の度に耳にたこができるほど聞こえてきます。でも実は、私たち患者は「安心と安全」だけでは不十分なのです。「そうですか。よく判りました」と、「納得」することが大切です。その「納得」の為に、何が必要かというと、お互いの「一言」なんですね。今日の私のキーワードは「一言」という、そこに尽きます。

この間、小児看護という、小さな子どもの看護に取り組んでいるナースの勉強会に呼んでいただき、若いナースからこんな話を聞きました。たとえ、２歳、３歳の小さな子どもでも、納得するときちんと約束してくれる。私は、「納得」の必要性を力付けていただいたようなエピソードを聞かせてもらいました。

ところが一方で、この「納得」を得られない医療現場の現実もあります。

少し余談になりますが、先日ハンセン氏病の患者さんの療養所にお招きいただき、スタッフの方たちに講演させていただきました。その後、入所者の方とお話をさせていただく機会を作っていただきました。いろんなことを学んできましたが、その中で、こんなお話が印象に残っています。

70 代の小柄な患者さんでした。町に買い物に行きたいと５、６人で相談して、出掛けることにしました。実は彼女は顔の半分が崩れていて、髪の毛も眉毛もありませんでした。指もありませんでした。そんな姿で街に出ると、人々に時々ギョッとされるとい

うことで、帽子を被ったり、カツラを被ったりしていたのですが、眉毛が無いということに心を砕いていました。そこで、介護員さんの所に行って、「指がないから上手に描けないので、眉毛を描いて欲しい」と頼んだのです。そしたら、その時に介護員さんが、「エッ、またなの？」と言って、手元にあったマジックインキで眉毛をぎゅっと描いた。「これで、しばらく消えないよ」と。「それでも、私たちはありがとうと言わないといけないのですよ」とおっしゃる話を聴いて、私は胸がつぶれる想いをしました。

私も４年前、乳癌の手術をしました。手術の後、髪の毛が全部抜けるような化学療法を受けました。体力が少し回復したところに私を待ち受けていたのは、放射線治療 25 回でした。毎日病院に通って、ほんの数分間なのですが同じ所に放射線をかけます。その初日でした。真冬に入っていて、病院のリニアックの部屋はがらんとして、とても寒い。底冷えのする部屋でした。背の高いベッドがあって、背中は鉄板です。そこに私は上半身をさらけ出して、横になるわけです。寒いのと冷たいのとで、ぶるぶる震えていると、いきなり、４人の男性が私を取囲むように、上から見下ろしました。そして、何やら議論をしているのです。その間、「お願いだからバスタオル１枚掛けてよ」と思うのですが、こんな生意気な私でも、患者になってベッドに横になるとその一言が言えないのです。そして、震えながら待っていました。すると、やおら私の胸にマーカーで何本ものラインが引かれたのです。「マーキングで胸にラインを描かせていただきますからね。風呂に入って消さないでくださいね」と、事前の説明はありました。でも、実際に、男性４人に取り囲まれ、胸にインクで何本も何本も線を描かれていく。その内に不甲斐なくも涙がスーと流れてしまったのです。これが医療なのだということも実感しました。

更にもう一つ、昨年、初めて受診した病院で採血を受けました。背の高い若いナースが私の担当で、座ろうと腰を下ろそうとしたその瞬間に、頭越しに「お名前は？　生年月日は？」と聞かれました。正直、カチンと来ました。しかし、こんな所で喧嘩しても仕方ない。電話相談でも「あんなに、何度も何度も、人に名前を言わせるんだ」という苦情はよくあります。ここで何が足りないかというと、「一言」なんです。「患者さんの間違いがあってはいけないので、お名前お願いします。生年月日お願いします」と言われたら、言わせられるという意識ではなく、「自分の身を守る為にきちんと名前を伝えるんだ」と理解できます。ですから、「一言」ということが、今ほど大事な時代はないと思います。

でも、考えてみてください。彼女は、朝からずっと、何人もの人の採血をしているわけです。すると、できるだけ言葉を省きたい。面倒臭いという思いはなくとも、忙しいとつい一番短い言葉を使う。でも、彼女が採血をするのはその日何十人かも知れませんが、してもらう私は、たった一人のナースから受けるのです。これもまた医療です。

日常、非日常性、不特定多数。そして、私の問題。そこには深くて渡り切れない大きな河が、立場と役割の違う者同士の中に流れています。

でも、私たちは、やはり、安心したい、納得したい。そして安全な医療を受けたい。その為に、深くて渡り切れない河に、患者の側から架け橋を架けることが必要です。

日本の医療を良くするのも、地域を良くするのも皆さんです。そのキーワードは「一言」。判った振りをしない、判ったつもりにならない。質問があったら質問しましょう。その代わり、「一言」が人間関係を悪くする場合もあります。真に大人になっていく患者、成熟していく私たち患者、そこに、どんな「一言」が必要なのでしょう。

「賢い患者になりましょう」

「賢い患者になりましょう」というのが、私たちの合言葉です。まず、賢い患者の五つの定義を最初に理解していただきたいと思います。

私は病気の持ち主です。乳癌というこの病気は、誰かに預けることもできません。そして、残念ながら、特に乳癌においては、５年生存したからもう治ったということになる類の病気ではないと主治医から言われています。おそらく、棺桶に入るまで、自分の持ち物として、持ち続けていかなければならない。つまり、私は、病気の持ち主であるという自覚が必要なのです。今日ここに集まっている方も病気をお持ちの方もいると思います。賢い患者の第一歩は、「自覚」するということです。

そして二つ目は「私はどういう医療を受けたいか」を、自分の問題として考えること。これを「意識化」と言っています。

私は乳癌と言われた直後、何を考えたかというと、「仕事を続けたい、まだ仕事がしたい。仕事を続ける為には、どういう医療を受けなければならないか」ということでした。ところが、丁度一年ぐらい後、学校の先生をしていた友人が乳癌と言われて、それを機会に教職を辞めました。そして、医療を受けず、生活のなかで病気とつきあうことにしたのです。それくらい、「私は、どういう医療を受けたいか」に違いがあります。そして、病気を持ち物とした時には、人生観を振り返る機会にもなります。

三つ目が「言語化」。「私は、こういう医療を受けたい」という気持ちを医療者に伝えなければ、「一緒に歩きましょう」と協働作業に参加していただけません。ドクターの顔を見て、にっこり笑ったからといって、気持ちを全部透かして見てくれるような人はいません。伝えなければ伝わらないのです。だったら、「私はこういう医療を受けたいと思っているのです」と、その気持ちをきちんと伝える。気持ちを言葉に置き換えるという「言語化」を努力しましょう。

そして、四つ目が、何度も言うように、対立する人間関係の中に、良い関係は生まれません。協働作業となれば、患者もドクターとどう付き合ったらいいのか、ナースにどんな風に語り掛ければ良いのか。付き合いの方法を身に付けていく必要があります。今は、そういう時代です。「コミュニケーション能力を患者も身に付けようよ」とずっと言い続けています。

ところが、こういうことを一人で考えていると、どんどん不安になってきます。どんどん被害者意識に陥っていく。だから、本当は、五番目の「一人で悩まない。相談できる人を探しましょう」を賢い患者の第一番目に私は持っていきたい。事の流れとして五番目になっていますが、静岡でも保健所が相談の活動を始めています。

今日、皆さんにお持ち帰りいただきたい「賢い患者」の一番のキーワードは、「一人で悩まないでください」ということです。相談できる人を見つけるということ。それは、決して簡単なことではないかも知れません。今は、幸いにも、行政や各病院が窓口を開設しなければならないという時代に入っています。だから、決して一人で悩まないで、そのことを、先ず、「賢い患者」の定義として心に留めていただけたら有り難いと思います。

「電話相談件数の推移」

さて、電話相談ですが、1990 年から始めました。このグラフは 17 年間で電話相談がどんな勢いで増えてきたのか、単純な和の推移を表したものです。1995 年に小さい山がありますが、阪神大震災の時の問い合わせです。大阪にある事務所も、本棚の書籍などが全部ひっくり返りました。丁度、震災４日目だったと思いますが、小さなビラをリュックに詰めて、途中までしか電車が動かなかったのですが、その先は歩いて、各避難所に「医療について、困り事があればお電話ください」と、ビラを配って回りました。そして、医療費の減免の情報を提供したときは、次の日から一日 200 件ぐらいの電話が集中しました。ほかにも「夫は薬がないと死んでしまうんです。どうやって、薬を手に入れたらいいでしょう」と奥さんからの電話でした。「何の薬を飲んでいるのですか」と聞くと、「白い錠剤で真中に黄色のマークです」。

あの頃は、患者さんが自分の飲む薬の名前すら知らない人が多かったのです。そんな事もついこの間のことと思い出します。その後も相談件数はずっと右肩上がりです。この右肩上がりの後ろから見えてくることとして、患者さんの心の変化が大きく二つあります。右肩上がりの如く高まってきている権利意識と、1997 年ごろから加わった「コスト意識」です。

先ほどの薬の話で言うならば、薬の名前を知るのに 10 点、100 円です。その３割を払って、自分の飲む薬の名前を、情報を買う時代に突入しました。1997 年第三次医療改革によって、サラリーマン本人１割負担が２割になりました。この頃から、医療費に関する相談が加わって、グラフの右肩上がりに一気に勢いがついています。ただ、私たちも、疲れ切ってしまうような相談が増えてくる。これがこのまま突き進んでいったら、壁を突き破ります。そして、天井も突き抜けるという勢いだと感じているのです。

いったい、患者さんのこの気持ちの裏側に何があるのだろう。勿論、色んな要素が考えられると思います。その中の一つということで、このグラフを見てください。

「医療事故に関する報道記事件数」

これは、４大紙が一年間に医療事故の報道をどれくらいしたかと調べたデータです。コムルが立ち上がった年、1990 年は、４紙合わせて 87 件の報道でした。以後、ほぼ 10 年間くらいは、100 件から 200 件レベルの横這い状態。そして、1999 年に、見事に４倍に跳ね上がっています。

それは、１月 11 日、横浜市立大学附属病院で患者取り違え事件が起きました。それが一つの契機になって、マスコミが聖域だった医療現場に足を踏み入れるようになったのです。毎日のように新聞に、これでもかこれでもかと、医療事故の報道がなされたことが今も印象に残っています。そして、その翌年、勢いは止まりませんでした。その翌年、さらに倍ということで 1,730 件に増加し、以後 1,500 件前後のところで横這い状態に推移しています。

私たち国民、患者は、このデータ・記録から大きく学ぶものがあると思います。一つは、「そうか、医療は完璧なものではない。人間がやることだ。やはり、起こそうと思って起こすわけでなくても、事故というものはあるのだな」という不確実性と限界を孕んでいる問題だということを冷静に受け止めることです。その次に、患者国民の私たちは、ならば、自分はどうすべきかと、内側に心が動けば良かったのですが、現実には「やはり、医療現場はおかしいぞ」と、何やら、こぶしを振り上げて、医療現場を批判する勢いにつながってしまいました。

コムルに届く電話相談件数のグラフを報道件数に重ね合わせると、見事に符合します。ということは、いったい何だろう。その辺りを、冷静に、ご参加の方に考えていただきたいと思います。

このように、一気にマスコミの報道が増える現象を「マスヒステリー」と呼ぶのだそうです。大衆が怒っている、そんな意味合いだと思います。今年の秋口でしたか、公務員の飲酒運転についてヒステリックに情報がなされていました。その後は、子どものいじめの問題、今や、連鎖反応のように自殺という報道が次々となされています。そして、その間には、高校の履修不足問題が一気に火がついた頃もありました。そうした状況をマスヒステリーと言う。そのマスヒステリーを起こす背景にいったい何があるのか。

三つの要因があると言われています。一つは、鬱積感です。それまで、誰もが「何か変だぞ」と、ずっと思ってきた鬱積感。

二つ目が情報の遮断性だそうです。確かに、1999 年まで医療事故がなかったわけではありません。報道がなかっただけです。

そして、三つ目は、そもそも、その業界が持つ体質。公務員の体質、教育委員会の体質、医療現場の体質。何やら、似ていると思うのは私一人でしょうか。

しかし、私たちはここから、大きく学ぶべきことがあります。医療は完璧ではない。

だから、患者の私たちも自分の身を守る為に、主体的に医療参加をして、いいコミュニケーションでお互いが、「この人に会えて良かった」と思える人間関係を作っていくことの必要性を、こうした側面からも改めて強く感じている次第です。

究極の不信感として「医療訴訟にしたい、弁護士を紹介してください」という相談は、10 数年前は月に１～２％だったのですが、現在、毎月 10 数％届きます。単純に 10 倍の勢いで増えています。私たちは、決して訴訟推進派ではありません。弁護士を個別に紹介できる機関でもありません。しかし、その方たちのお話をじっと聴いていると、初期対応のまずさ。そして、「一言の説明があれば」と思うような相談ばかりです。

この間、「70 代の母が」と、息子さんから相談がありました。20 年来のリウマチで手足が不自由、家では車椅子生活、殆ど寝たきりで握力も殆どないのです。その母が、血糖値が上がったということで、インスリンという治療が必要になって病院に入院した。「実は昨日のことなんですが」と、息子さんから電話がありました。若いナースが「シーツ交換をします」とやって来て、他の患者さんは歩いて、自分の身を処すことができた。しかし母親は動けません。ナースが車椅子を持って来て移動させ、親切な人だと思うのですが少し離れた談話室までお連れして、「ここで待っていて下さい。お迎えに来ますから」と大急ぎでシーツ交換の業務にあたったのです。ところが、２時間後、他の患者さんが談話室でテレビを見ようと入って行ったら、車椅子からずり落ちそうになって、泣いているお母さんを見つけて大騒ぎになった。

実は、シーツ交換をしている途中で連絡が入り、そのナースは急いでシーツ交換を済ませ、ナースステーションに戻ったのです。彼女がすぐに取り組まなければならない仕事が待ち受けていて、すぐに取り組んだ。そこで、お母さんを談話室に置いたままということを忘れてしまったようです。

こともあろうに、このことを息子さんは、お隣のベッドの患者さんから報告を受けました。息子さんは、毎日、夕方に病室に顔を出していました。「おたくのお母さん、今日、大変だったんだよ」と針小棒大に語ってくれたのかも知れません。その場でブチッと切れて、息子がナースステーションに飛び込んで行きました。対応したのは、主任ナースだったそうです。残念ながら、実にお粗末な対応です。「えー、そんなこと、何も聞いていませんよ。そう言えば、患者さんを怒らせてしまったという報告を、さっきチラッと耳にはしていましたが。談話室に２時間も放置するなんて、そんなことあり得ません。絶対そんなことはありません」。お仲間を庇うのは、とても大切なことです。若いナースを生け贄のように差し出して「私は知らないよ」という態度をとられることを、私たち患者が望んでいるわけでもありません。

しかし、それにしても、院内の情報の共有のまずさ、そして、初期対応のまずさ。この息子さんも「裁判にしたい」と、すごい勢いで電話を掛けて来られたのですが、「残念ながら、それは裁判にはならないと思います。担当する弁護士も探せないと思いますよ」ということで、この方の場合も１時間、それまで、溜りに溜まったという思いを吐

き出していただきました。そして、電話を終わる時には「胸のつかえが下りたような気がします。聴いてくれて、ありがとうございました」と、本来の冷静さを取り戻して電話が切れたことに、ほんの少し、私たちも救いを感じた相談でした。

「項目別相談件数、比較」

昨年 3,715 件届きました。左の項目、これを見ていただくと、参加の皆さんも「そうそう、私も今、そのことに悩んでいるのよ」という今日的な患者にとっての課題が見て取れると思います。このグラフ１枚から聴いていただきたい話は山ほどあるのですが、時間がありません。一つだけ、見て下さい。トップ３は全部ドクターへの苦情です。電話相談を聴いていて、患者さんや家族が、何もかも 100%全てのことをドクターに期待しているということが見えてきます。

私見ですが、その患者や家族が医療に期待することで、ドクターが担うのはせいぜい３割です。あとの７割はチーム医療なのです。病院という所は、実に 20 何種類もの国家資格を有する専門家が機能する集団だそうです。日本の医療を語る中で、チーム医療という言葉が使われるようになったのは、もう 10 年以上前です。でも、残念なことに、私たち患者には、チームの姿が何も見えないのです。ご主人が入院中の奥さんが電話を掛けてきて、「ナースは、いったい何を期待していい人ですか？」。そもそも、「看護のインフォームドコンセントが足りない」と、私は、医療現場に苦言を呈しています。

薬の相談があったときに、「薬剤師が病室に来るでしょう、あれは診療報酬になっていて、私たちも 350 点、つまり 3,500 円の３割を支払っている業務なんですよ」とお伝えすると、「えっ、そうなんですか。病室に来ていたのは、薬剤師さんだったのですか」と、薬剤師の顔も見えていない。そんな声が、未だに届いてくるのです。

つまり、患者にはチーム医療という姿が、何も見えてないのが現実なのです。見えているのは、目の前にいるドクターだけです。すると、全てのことをドクターに期待してしまう。これが、患者・家族の側の正直な想いで、残念ながら減ってなくて、むしろ増えているのです。今、日本の医療を崩壊に導かない為に、チーム医療の再構築が必要だと厳しく要求しています。そこで皆様に、お願いしたいのは、逆のことです。何もかも期待するのは止めましょう。家での生活のことなら、ナースが専門家なのです。薬のことだったら、ドクターの知らない詳しい情報は薬剤師がお持ちです。リハビリのことなら理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、そういう専門家が病院にはいるのです。

そうした意味で、「一人で悩まないで、誰かに相談しましょう」というキーワードをここに持って来るなら、何もかもドクターに期待しないで、それぞれの専門家の力をいい意味で利用する。そうすると、医療スタッフは患者さんの為に働きたいと思っている善意の人達です。声を掛けてもらうと、俄然張り切って、一生懸命向き合っていただける人達だと、私はそう信じています。ですから、皆さんが遠慮しないで、一言。そして、

何もかもドクターに期待しないで。そんなことを、このグラフから受け止めていただけたら有り難いと思います。

「医療に期待すること」

昨年、いったい患者家族が医療にどのようなことを期待するのか、私たち集いの中でアンケートを取らせていただきました。実は、「５年後、10 年後の医療看護に何を期待なさいますか」という設問でした。ところが、ここに表れたように、５年後、10 年後ではない。「今も、満たされていない」そんな患者さんの気持ちが、一杯、並んで出てきました。これを一つひとつ説明する時間はありませんが、皆さん、目を通していただきたい。どなたもが望んでいることではないかと思います。

「患者と医療者の深い河・異文化圏」

医療を提供する側のドクター、ナース、病院のスタッフの方々にとっては日常の業務であっても、私たち患者は非日常です。別に医療というサービスを望んで受けているのではない。できれば、病院には行きたくないのです。

私は、自分が病気になって思いました。病気というのは、人生の時間を奪われるものだと実感したのです。できれば行きたくないが、自分ではどうすることもできない。仕方がないから病院に行く。そこで出会うことごとくは、患者の私たちにとっては非日常なのです。

「母が危篤状態の時に、ナースステーションからナースの笑い声が聞こえてきた。もう腹が立って」という電話がありました。息子さんがナースステーションに飛び込んで行ったら、ナースたちがお茶を飲みながら、おしゃべりをしていた。

その後も、延々とナースたちの苦情が続いたのですが、私は、お聞きしながら、「ちょっと待って、ナースだって人間よ。そういう時間があったっていいじゃない」と思いました。でも、今、目の前で母親が息を引き取らんとする家族にしてみれば、クスクスと漏れて来る笑い声、それも不謹慎と腹が立つ家族の気持ちも、私は、痛いほど判ります。それが深い河なのです。立場と役割が違うのです。違うから、向き合えるのです。

しかし、ゴールは一つです。目的は一緒のところに歩んで行く。その長いプロセスを二人三脚、息を合わせて、こけないように一緒に歩んで行きましょう。それが、これからの医療や看護に更に必要になってくる「コミュニケーション」で、その為には「一言」お互いが言葉を掛け合う、そういうことが大切な事だと思います。

「患者の不安の裏にあるもの」

電話相談で、患者さんが平均 40 分、長い場合は１時間という電話の中で、いろんな

お話を聴かせてくれます。そこで一番大きく見えてくるものは、「不安」ということなのです。では、その「不安」の裏側に何があるのか。

ここに「知識」「情報」「経験」と書いています。以前は、「知識、情報、経験がない。だから不安になる」と書いたのですが、今は「ない」と言えない。情報は嫌というほど入ってくる時代です。逆に情報の海に溺れてしまって、「私、どうすればいいでしょう」と電話を掛けてくる方もいるくらいです。だからあえて、「知識」「情報」「経験」が、あってもなくても、患者さんは不安になるのだということをお伝えしたいと思っています。そして、やはり、まだまだ自分の身を守りたいという遠慮もあります。

この間、「70 代の夫が S 状結腸癌の手術を受けました」という相談がありました。早期発見だったので、「長い入院にはなりません」と言われたにも関わらず、手術の後、ＭＲＳＡに院内感染してしまい、結局、長い入院を余儀なくされたということでした。『たまたま私が病室にいたら、看護師さんがやって来て、「ご家族の方、看護室に来て下さい」と言うので、何だろうと思って看護室に行ったら、主治医がそこで、カルテの書き込みなど作業をしている。その前に丸椅子をすすめた看護師が「はい、ここで、ちょっと待つように」。しばらく待たされたんですよ』とおっしゃっていました。そして、カルテの書き込みなど仕事が終わったのでしょう。やおら検査結果を手元に引き寄せて、「ＭＲＳＡ腸炎が・・・」と説明がそこで始まったのだそうです。その説明を聞いて、帰る道すがら「病院の公衆電話から電話しています」と、怒りの電話だったのです。

最初に何をおっしゃったかというと、「ナースステーションと言う空間が、私たち患者家族にとって、どんなに威圧感がある空間かということを、あの人達には判らないのですか」。「たくさんのナースがいました。若いドクターや皆が耳をそばだてているのではと思うと、聞きたいことも聞けなかった。言いたいことも言えなかった」その悔し紛れのお気持ちを、電話で吐き出されました。なんと答えのしようもないようなお電話です。でも、聴いて欲しいと言うお気持ちは痛いほど判りました。

確かに、そこで一言、「もう少し静かなところで説明していただけませんか」言えればいいのですが、なかなか言えないのです。私はその話を聴きながら、そこにいたナースが誰か一人くらい、奥さんの様子を見て、「いけない、奥さんが緊張している。ここは場所が悪い」と、隣の部屋やカンファレンスルームが空いていることを確認して、主治医に「先生、カンファレンスルームが空いています。私も手が空いたので、ご一緒させていただきますから、そちらで説明してあげていただけませんか」と言えないのかと思いました。電話を聴きながら、少し震えるぐらい怒りを感じたのです。だから、ナースの研修会でこの話をするのですが、決まってナースが「辻本さん、そう言っても、私たち看護師って、そんなこと先生に言えないんです」とおっしゃいます。

そんな病院ばかりではないと思いますが、やはり、いろんな所で「一言」が足りない。ものが言えない。皆、「保身の遠慮」と言うことで、それぞれが「一言」を語らない事で、今の医療の不信感というものが膨らんでしまっているのではないか。だから、半歩

ずつ歩み寄ると、今までよりも一歩分近しい新しい人間関係ができるのではないか。私は、そういうことを皆さんに受け止めていただきたいと思います。

そして、三番目に孤独と苦痛。私も乳癌になり、特に化学療法の時にひしひしと感じました。誰も替わってくれません。そして、自分で引き受けるしかないのです。そんな、孤独感、いわれのない苦痛、そういったものが、どんどん押し寄せてくると前が見えなくなってきます。すると人は、不安な気持ちになるのです。高齢の男性の患者さんが電話を掛けてきて、「私はもう癌の末期だと悟っています。しかし、家族、皆、先生までそのことを話してくれない。判ってはいるけれど、今更、問いただすのもなんなので、判っていても口にしないというのが、最後にできる私の家族孝行かも知れませんね」。

だけど、きっと、そのことを誰かに話したかったのでしょう。そんな電話を聴きながら、患者は孤独なのだ、誰も替わってくれない苦痛を引き受けていると不安にもなると感じさせられています。

「患者の意識」

患者さんの気持ちが、二極化し、厳しいことをおっしゃる方がいるかと思うと、遠慮する患者さんもいる。そのような患者さんの二極化も勿論ですが、実は、お一人のお心の中にもこの二極化、二つの気持ちがせめぎあっているなということが、30 分、40 分、話をお聴きしていると判ってきます。

いまだに「手術の前にお手渡した方がいいですか、あとでいいのですか」という付け届けの相談が届きます。言ってみれば、依存を象徴するような相談です。勿論、「必要ありません」と、私たちはアドバイスさせていただくのですが、そんな相談の舌の根も乾かないのに、次に出てくる言葉が、「なんか変です。隠されているみたいです」という不信の言葉です。

いわれのない不信感、この「依存と不信」という気持が、お一人の心の中で無意識、無自覚の状況でせめぎあっている。そして、どんどん不満や不安が膨らんでしまっているなと、電話で毎日のように聴かせていただいているのです。

しかし、私たち患者も意識を変えないといけない。最初にそのことを御提案いたしました。では、どう意識を変えていったらいいのか。賢い患者になったらいいのか。最終目標は「自立」と「成熟」です。ただ、最近、医療現場でも患者中心の医療、患者が医療の主人公、と私たちの耳に聞こえのいいようなキーワードでいっぱい語り掛けてくれます。

でも良く考えてみてください。

患者が主人公、患者が中心になる医療。その大前提は、私たち患者が自立してなければいけないということです。「成熟した判断ができる筈だから、患者中心の医療にしましょう」という話です。でも、自立なんかできるでしょうか。成熟した判断なんかできる

でしょうか。私はできないと思います。お医者さんだって６年間必死に勉強して、そして、２年の研修を終えて、それでもなお、日々、研鑽を積んで、そうした方でも悩んでいるような問題を、病気をもったから、多少、インターネットで勉強したから、患者が自立したり、成熟した判断ができるなんて、あり得ないと私は思います。果てしないゴールです。

でも、今、私たちは、そこに向かって、おずおずと、一歩、二歩と歩みを始めなければならない厳しい時代に直面しているのです。

今日は医療制度の話はまったくテーマが違いますが、私も厚生労働省のいろんな検討会に出て、ほんとに厳しいな、私たちの命はもう国が守ってくれるわけじゃないのだと実感しています。その厳しさの中で、一歩でも二歩でも「自立」「成熟」に向かって歩を始めなければならない。

その時に何が必要かといえば、後ろからしっかり支えてくれる支援です。それが出会った医療者の支援であったり、あるいは保健所の機能にある相談業務であったり、あるいは、コムルのような顔も見えない、そんな中で本音が語れるという相談であったり。今、本当に社会が成熟していく為に何が必要か。思春期の反抗期の私たちが大人になっていくために何が必要か。私は第三者機関という、そうした支援ではないのかと思っています。そのことをいかに、うまく利用活用できるかという、そういう知恵を持つことが賢い患者に近づく為に欠かせないことだと思っています。

では、ここで患者が「自立」「成熟」するとは、いったいどういうことなのか。具体的に私の経験から語らせていただきたいと思います。

最近、病院の玄関、入口に、「患者の権利」といったものが貼ってあります。そこに必ず、「自己決定権を尊重します」という項目があるのです。今、私たちは、自分で決めなければいけない時代になったのです。でも、決めるなんて本当に難しいことです。

手術が終わった後、化学療法という治療に進む、その時です。私の主治医は、もう充分過ぎるほどのインフォームドコンセントで化学療法、つまり抗癌剤治療の説明をしてくれました。

しかし、私は、その場で同意することができなかった。「一週間、時間をください。悩ませてください。迷わせてください。自分で考えてみたいのです」と猶予を頂いて、そして、こういう仕事に片足突っ込んで 20 数余年、あちこちに、乳癌専門の友人、知人がいてくれます。その人たちにも意見を求めてみました。たまたま、私が参加してみようと考えていた治療が、ある種の臨床試験で、1.6 倍量の抗癌剤を入れるという厳しい治療だったのです。手術のときに採取した組織の病理標本が、その臨床試験にピッタリの症例でもあったということで、主治医のインフォームドコンセントには、何やら、参加して欲しいと言う気持ちが透けて見えてくるような、そんな話でもありました。でも、決して、誘導ではありませんでした。一週間考え悩んだ末、主治医に、もう一度、時間をとってもらいました。私は治療中、出張しようと考えていましたから、「高熱で

も出して倒れた時、私はどうすれば良いのか、その時、あなたは何をやってくれるのか」と生意気にも、自分が納得できるまでの質問を色々用意して、わずかな時間でしたが、その質問を全て主治医に突きつけたのです。

彼は、ひるみませんでした。そして、きちんと私の問いに真摯に答えてくれました。その姿勢を見て、私は、この先生が一生懸命取り組んでいる研究に協力する、ボランティアで参加したいという思いで、臨床試験の同意書にサインしました。

しかし、誰が誘導したわけでもない、私自信が自分で決めた、化学療法に参加するという自己決定だったのですが、三週毎６クール点滴を受け、自宅で治療と向き合いました。その五回目の時だったのです。実は、血液検査で白血球の成分である好中球がひどく数値が落ちて、主治医が「今日はできない。日を変えよう。無理だ」と、散々言ったのに、「予定が狂うので、やります。頑張ります」と無理強いして打っていただいた点滴でした。後から何をがんばるのだろうと思いましたが、そのときは必死でした。初日は制吐剤が入っていたので大丈夫だったのですが、案の上、三日目に非常に激しい副作用に見舞われて、初めて泣きました。乳癌と言われた時、涙は出てきませんでした。二人に一人が癌になる時代、神様は私だけを避けて通ってくれるはずがないだろうと思っていました。それに、さっきも言ったように、仕事をするためにどういう治療を選んでいったらいいだろうと考えることが忙しく、泣いている暇はありませんでした。化学療法で髪の毛が全部抜けた時、鏡に映った異様な姿を見ながら、十二分のインフォームドコンセントで納得ができていただけに、こんな経験を二度と人生の中ですることはないだろう。この時の気持ちをしっかりと自分のものにしておこうと思うと、涙など出てこなかったのです。

でも、五回目の化学療法の二日目、三日目は、どうすることもできませんでした。今でも、思い出して、ぞっとするほど、死んだほうがましという苦しみは生まれて初めてでした。涙が止まりません。その時に考えたこと「断ればよかった。化学療法など受けるのではなかった」という後悔です。でも、あとの祭です。その時に学んだことは、自分で決めたことには、必ず自己責任も伴うものだということでした。賢い患者になれず、後になって、そんなことに気付いたのです。

そして、学習といえば、インターネットで乳癌のガイドラインを検索すると、50、60種類が飛び込んできます。私もここ２年くらい、一切、ガイドラインは読んでいません。玉石混交です。ガイドラインによって、言っていることが微妙に違うではないかというのもあります。それよりも、三ヵ月に一度のわずかな時間ですが、信頼関係を一緒に構築してきたと思う主治医の診察の折に、今聞いておきたいこと、もう一度確認しておきたいこと。そして、近い将来の治療を選択するために、今から考えておきたいことなどを私は遠慮なく質問します。そして、彼は、私が理解できる判りやすい説明、そのことを一生懸命努力してくれます。インターネットよりも、よほど信頼できます。「安心と納得」、その為には人間関係です。信頼というのは神様が与えてくれるものではない。

一緒に築き上げた結果に生まれるものです。しかし、信頼できていても「一言」がガラガラと崩す場合もあります。「そんなつもりで言ったんではないよ」とあとで言い訳しても、言葉というのは一人で走って相手の胸にグサッと刺さる。そういう意味でも、コミュニケーションが大事なポイントだと感じます。

信頼関係について、私はよく学生さんに、「恋愛関係と一緒でしょ。お互いに求め合わないと成り立たなくて、片思いでは成就しない。そして、一度できたものをお互いが大切にしていこうと、継続を考えていかないといけない。そして、甘えているだけではダメ」。

役割分担、その為には、私たちも患者としての役割を認識していくことが大事なことだと思う訳です。

「信頼関係に必要な条件」

かつて、患者の私たちに医療者から注がれた眼差しは、上から下でした。パターナリズム医療といって「悪いことは言わない、私に任せておけばいいんだよ」とういう医療が横行したのは、日本に限りません。

しかし、10 年前、1997 年厚生白書が「医療はサービス」と謳った時からです。「様」と妙に下手に出られたり、あるいは、腰が引けてしまったような若いドクターたち。上から見下ろされるのも、もう、私たちは嫌です。でも、下から見上げるような、そんな関係を望んでいるわけでもありません。逆転した上下関係を望んでいるわけではなく、横並びです。お互いに、この人に出会えて良かったと思える関係づくりなのです。ナースもよく「私たちは、患者さんや家族から学びます。この人に出会うことで私の看護観が深まりました」というお話を聞かせてくださいます。

お互いに出会えて良かった。その為に、まず、患者さんが期待することは、私が知りたいことを大切にして欲しい。私が理解できる判りやすい説明をして欲しい。勿論、遠慮なく質問できる関係であって欲しいということが前提です。そして、昨年の４月１日、個人情報保護法施行以後、患者さんがこのプライバシーということに、随分気を使うようになってきました。しかし、医療現場は、なかなかそこまでいかない。

「こんな医療に出会いたい」

「手術を受けます」と答えたものの、やはりよくよく考えたり情報集めたりすると、開腹しなくても、内視鏡という方法があるらしい。私の病気がそれに当てはまるかどうか判らないけれど、「一旦、はいと言ったことが、前言撤回できるのでしょうか」という相談も届きます。やはり、そうした迷いが患者さんの気持ちを不安にさせるのです。私たちは勿論、「お話して下さい」と言うのですが、そういった意味で要望が高くなっ

ているのが「セカンドオピニオン」ではないでしょうか。

「セカンドオピニオンを求めますから、資料をお願いします。紹介状を書いてください」と言うと、情報提供が病院の収入になるようになりました。だから、遠慮なさることはないのです。私たちも 500 点（5,000 円）の３割である 1,500 円を払って情報を受け取るというシステムになりました。ただ、情報を持って、どこに行けば良いかという受け皿を調べる方法がない。未成熟な状況にあることは一つの問題だと思います。

「インフォームドコンセント」

ここにお集まりの皆さんは、「インフォームドコンセント」というキーワードはもう耳にしている方だと思います。今から十数年前に育った「インフォームドコンセント」を日本に直輸入して、「日本医師会生命倫理懇談会」が「説明と同意」と訳して、日本の医療現場に普及推進と発表しました。実はその発表の直後から、私はあちこちで文句を言っていました。説明と同意では患者不在ということで、文句ばかり言っていたのです。そしたら、医師会のある理事の方に「辻本さん、批判するんだったら、代替案出してから批判しなさい」と怒鳴られました。確かにそうです。それで代替案になるかどうか判りませんが、私たち患者は、こんな「インフォームドコンセント」と願っていることを報告しました。

説明していただくことと、最終的に患者の同意を取り付けていただくことは、医療者の責務です。その代わり、私たち患者も、今は「インフォームドコンセント」に半分の責務を引き受ける、それが、「主体的参加」で賢い患者の第一歩だと思っています。一生懸命説明してくれる内容を理解する努力、これは、一重に私たちの責務です。

そして、納得しないと次の第一歩の足が踏み出せないのですが、納得する為に何が必要かというと、判った振りをしないことです。判ったつもりになってもいけません。判らなかったら聞くのです。確認するのです。質問する勇気が必要です。私が医療現場でお願いしているのは、特にナースに「判らないことがあったら聞いてください」と一言言ってくださいということです。一言で私たちは小さな勇気が支えられる。そうして、質問することで、「それが判らなかったんですね。そのことが不安だったのですね」と医療者に伝わります。医療者は、情報を山ほど持っている人達です。持ち過ぎているから、どこから何を説明していいのか、判っていないのです。だったら、聞きたいことを質問すれば、「そのことにお答えすれば良いのですね」とわかります。

そして、今、私が医療現場にお願いしているのは、家に帰ってから、「こういう風に先生から説明を受けてね」と、家族にも見せながら説明できるための文書作りです。メモでもいいので、何度でも読み返すことのできるものが患者の理解を助けます。

納得すれば、つぎは「自己決定」です。「インフォームドチョイス」、「インフォームドディシジョン」というカタカナの言葉も副えられています。ということで、「セカン

ドオピニオン」についての患者の願いが大きくなっているのですが、それは、今日のテーマではありませんので詳しくは触れません。自己決定のためには、そこに誰の誘導があってもいけない。本当に自分が納得できて迷ったあとで、同意しますという意思表示を受けて、初めて、医療者が「判りました。そのゴールに向けて、長くなりますが、ご一緒に、歩きましょう」と同意を得るわけです。

このぐるぐる回りの人間関係、勿論、「インフォームドコンセント」は法の理念です。裁判の中でも、今や第一義に大切にされています。しかし、これは法理であると共に人間関係だということを抜いて語ることはできないと主張しているのです。医療の始まりがあって終わりがある。ピリオドが打たれる、それまでのプロセスが、どの部分を切っても医療者は「説明と同意」、患者の私たちは「理解と選択」、その横並びの人間関係をどのように作っていくかが必要だと思います。その為にも、賢い患者になっていただくことです。

「賢い患者になりましょう」

もう一度、ここで「賢い患者」の定義をご覧下さい。「自覚」「意識化」「言語化」です。そして、「コミュニケーション能力」、「一人で悩まない、相談する人を見つけよう」。このことを、私たち患者側の大切なキーワードだと普及していきたいと語り続けています。

「自己決定と自己責任」

さて、先ほどの「自己決定と自己責任」ですが、少し、整理してみたいと思います。皆さんもこれから「自己決定」を迫られる場面に、いっぱい遭遇すると思います。そして、そこには必ず「自己責任」が伴うという、ある種の心構えもしていく必要があることと思います。では、「自己決定」「自己責任」を自分の問題として考えていく為に、まず第一歩、何が必要か。情報と複数の選択肢をたくさん持っているのが専門家です。医療者にそれをしっかりと求めてください。そして、やり取りに参加してください。先ほども「インフォームドコンセント」の半分の責務が患者にあるとお話しました。妥協も必要です。私も、化学療法の時、髪の毛が抜けるという副作用は引き受けたうえで、抗癌剤が私の体内に残っているであろう癌細胞を叩いてくれるのだという妥協もしました。そして、髪の毛が抜けるということ一つとっても、それなりの覚悟が必要でした。妥協をして覚悟して、そして、「自己決定」。「エイ、ヤッ」と、思い切ることも私には必要だったのです。

そんなことを一人で考えていると不安になるのです。そんな時にも、どうぞ、相談する人を見つけてください。電話相談だと、顔も見えないので何でも語れる、語っている

うちにあなた自身も語ったことのない、お腹の奥の方に残っている本音が見えることもあります。私はこうしたいのだと、自分自身がきちんと向き合う過程を歩むことにもなってきます。

今までは、お任せしていました。甘えて依存していました。そして、今は、なにやら不信感を高めています。「依存と不信」、いつまでも患者はそこにいてはいけません。

「患者に求められる意識改革」

「協働」という文字は、「互いの足りなさを補い合う関係」と辞書に書いてあります。互いに足りないのです。医療者も完璧ではありません。神様ではありません。そこに患者が、主体的医療参加をしていくために何が必要か。ゴールは「自立」です。成熟した判断ができる患者になる。そこに向かって、第一歩、賢い患者になりましょう。

「医者にかかる 10 箇条」

「医者にかかる 10 箇条」の冊子は、保健所が資料として配ってくださっています。これは、1998 年、当時まだ厚生省と言っていた国の仕事で私たちが作ったものです。1998 年、その頃のある厚生省の職員の方が、インフォームドコンセントに患者さんが参加するために、「何か支援になるものを作りたいけれど」と提案がありました。そこで、私たちが、提案して「医者にかかる 10 箇条」を作りました。

まず「伝えたいことは、メモして準備」。メモすると整理することもできるのです。この間、広島の医師会で「賢い患者になりましょう」の市民講演があった時に、パネルディスカッションで市立病院のある医師が、「意見やメモをレポート用紙 10 枚ぐらい持ってくる患者がいて困っているんだよ。コムルさんが悪いんだよ」と、言われました。それはメモではないです。メモというのは、せいぜい３項目ぐらいの「今日はこのことを確認しよう」「今日はこのことを確かめてみよう」という内容留めてください。ただ、「このメモを患者が握り込んでいない方がいいよ」と、ある集まりで開業医の方から意見を示していただきました。市民集会でしたが、「辻本さん、あなたがメモをもって受診すると、カンニングペーパーよろしく勇気が出ますよと言われたが、実は、患者さんが握り込んでない方がいいのです。できれば、外来受付けでナースに渡してもらうと、それを先にカルテに挟んで、僕のところに届けてくれる。先に目を通すことで、この人は今こういうことを聞きたいのだと、その心の準備ができます」と、素敵なアドバイスをしてくださった方がいました。

そして、挨拶をしない医師がいると文句を言う患者さんがいっぱいいます。それは、アメリカのように一日数人の患者を診るだけなら、ハグをして、握手をして、自己紹介して、とできるかもしれません。しかし、日本では電子カルテになっていると、殆ど横

顔しか見られない状況です。「横顔しか見られなかった」「目を合わせてもらえなかった」という患者さんがいます。でも、患者さんが最初に挨拶して、ドクターに目を合わさせてしまうのです。私も長い付き合いの主治医ですが、「おはようございます」と最初に言ってしまう。そう言ってしまえば、必ず挨拶してくれます。人間関係は挨拶からです。だから、挨拶させてしまいましょうよ。そういうことを患者さんから働きかけていきましょう。

そして、相身互い、相性というものが患者と医療者の間にはびこっています。でも、恋人になるわけではないのです。亭主にしようとするわけではないのです。百点満点でなくてもいいではないですか。どのみち私だって、百点満点ではないのですから。相身互い、お互い様、少しは、ここで妥協だって必要なのです。ただ、そこに何が必要か、良い関係を持ちたいと思い合う関係は必要だと思います。

そして、自覚症状と、これまでどういう病気を病んできたか、そんなことは、貴方しか持ち得ない情報です。今は、外来で問診票のような物を書いたりしますが、このことだけは判って欲しいと横にメモしたっていいのです。自覚症状や病歴は貴方が伝える大切な情報です。

私は、いったいどこへ行くのか、見通しの立たないことほど不安なことはありません。でも、医師が見通し全部立てられるとも限りません。できない場合の方が、医療は多いのです。けれど、当面、例えば、この薬は、いったい、いつまで飲むのですか。私もホルモン剤を服用して、多少、副作用に悩んでいます。しかし、あと一年と見通しが立っているから、飲んでおこうと自分で決めているのです。見通しが立っていると、本当に安心します。

そして、例えば、薬を飲んだ後、どんな変化があったか。よく開業医の方が、「ひどい熱で来て、それきり来なくなった。私は名医ですよ」「いいえ、その人は別の所に行っているのです」という、こういう事の報告もないわけです。それを、いちいち言っていく必要があるかどうかは別問題として、私たちは、その後どうしたか。例えば、別の病院でお父様が亡くなったことを娘さんが「かかりつけに報告した方がいいか」と聞いてこられます。勿論、「報告してあげてください」と、私たちはアドバイスします。更に、ドクターは悪気はないのですが、忙しい中で、ついつい知らずに専門用語を使うことがあります。だったら、そのことをメモにとって、コムルや保健所に電話して聞いたり、自分で調べることも賢い患者に繋がっていくことだと思います。

そして、「納得できない時は、何度でも質問を」。一人でドクターを 30 分も 40 分も独り占めしたら、他の患者さんに迷惑です。あなたも前の人がドクターを独り占めしたら待っている時、イライラするでしょう。だったら、薬のことなら薬剤師さん、家に帰ってからのことの相談ならナースに。そうした意味で、ドクター以外にも質問できるということを了解して、判った振り、判ったつもりで帰らないで下さい。

そして、9 と 10 番目、私たちが申し上げたい、一番重要なことです。医療にも不確

実なことや限界はあるのです。だから、完璧を期待するよりも、自分も自分の身を守る主役だという主体性を自覚していただきたい。受け取った薬が、いつもと違っていたら、先生が薬を変えたと勝手に判断するのではなく、薬局や病院に確認をとる。もしかしたら、「最初の３つのカタカナが一緒だったので、クリップする時に間違えました」ということも起こりかねません。患者が医療の利用者ということで、最終的に私たちが気付くことを医療現場に伝えることで、あなたの身の安全ということを守っていく第一歩にもなります。

そして、治療方法を決めるのはあなたです。あなたの人生であり、あなたのいのち、からだです。さあ、あなたは、どんな医療を受けたいのか。どんな患者で、どんな医療と向き合うのか。一人ひとり、他人と違って良いのです。同じ必要はありません。だから、自分で考えて、自分で言葉にしなければいけない。そういったことが、今日、更に、一歩前に進む機会になったら嬉しいと思います。

質疑応答

＜会場から＞

私も乳癌の経験があって、同じようなことをやってきたので、とても感銘しました。私は、15 年くらい前でしたので、10 年という期間だったので、「もう、来なくていいよ。」と言われましたので安心しました。辻本さんはもう少しあるので、頑張ってください。

質問ですが、風邪等ちょっとした病気をした時、近くの小さい病院に行った方が良いのでしょうか。

＜辻本＞

このあと語られると思いますが、これからの医療政策の中で、かかりつけ医が大事になってくる方向付けがなされています。かかりつけ医との関係があれば、不安が強くなった時、そこで相談することで、しかるべきところへ紹介を繋いでもらうことが充分に可能です。その代わり、信頼できる人を選んでいただきたいと思います。

＜会場から＞

医療訴訟に取り組んでいる弁護士です。話の中で、主旨違うんだけれども、解釈の中でどうかと思った。二点ほど。まず、治療方法決めるのは、患者だと思うのですが、医療機関を選択することもパンフレットされるのであれば、きちっと言われるべきではないかと私は思う。言われたように各病院ごとにレベルはばらついていて、そういう中で、いくら賢い患者になっても、受け手、医療機関がある水準を達していない場合はどうしようもない。そうした場合、医療機関を選ぶというのも、公正に告知すべきだと思う。

もう一点、「ナースにも相談しましょう」それ自体は良いことだと思いますが、私が扱っている件で、２件ほどナースの不適切なアドバイスで死亡事故が発生してしまった。やはり、ケースバイケースでそういったことを言っているのではないことは良く判りますが、専門家としての医師にアドバイスを受けるというのが、本筋なのではないかと私は思います。

＜辻本＞

実は、国の会議で、手術件数や５年生存率などの一般情報を情報開示することに後ろ向きでした。でも、私は、それらは今、患者が求める情報だから、後ろ向きで許される筈がないと主張して、二点だけ獲得したのが、そういう情報を出せる準備をしている病院であるかないか。それから、もし、情報を出せる準備をしている病院であると答えた時に、患者が問うた時に開示してくれるかどうか、これは、項目に加えてもらえています。そのあたりで、選ぶということ、考えていかないといけないと患者の責務だと思っています。

ただ、データの出し方において、アメリカでもきちっとしたエビデンス（根拠）がないのです。根拠に基づいた数字が無い研究中ということです。日本でも、ようやく、聖路加国際病院あたりが、その数値について根拠に基づいて出せる方法を開発中というレベルくらい、日本の医療でデータを私たちがどう読み取るかが、これからの問題です。読み取る能力を、全部の患者が持っているわけではないので、開示して数字が一人歩きするという危険も考えていかないといけないと思います。勿論、医療機関を選ぶことも患者の選択ですから、とても大事なことを含んでいただきました。

それから、ナースへの相談ということについて、今日はナースの方達ではないので、申し上げなかったのですが、実は、医療事故が医療機関の中での情報共有できていないところに医療事故が起きています。つまり、何でも話し合える、開かれた組織文化ができていないところで、事故が起きているのです。そのことは、医療機関で研修に招かれた時には厳しく要求させていただいているので、今日は視点が違うので充分に言い尽くせなかったと思います。むしろ、会場から教えていただく形で、有難うございました。