

川越 前回(第10回/第3142号)、澤先生が指摘されたのは、日本では医療化が進んでいる印象があるということでした。そして患者をアドボケート(支援・擁護)する役割を、意識的にいう医師が増えることでその状況は良い方向に変わっていくのではないかと、そのように提起していただきました。

澤 そのとおりです。医療化に関して、川越先生はどのようにお考えですか。

川越 まず申し上げたいのは、日本の医師は「過度の医療化」を志向しているというわけではないということです。

医療の究極的な目的を考えると、患者の幸せを最大化することにあるのだと思います。その実現のために、医療という技術を使用する場面もあれば、使用を避ける判断がベストな場面もある。しかしながら専門家の性なんでしょうか、「自分の知識・技術で患者のために何ができるのか」という思考から医療介入がどうしても優先され、それを複数の医師が幾重にもかかわっていくことで、結果的に医療化が進行してしまう。このようなことが、日本のあちこちで起きているのではないかと思います。ある意味、医師たちが「職能に真面目であるから」とも言えるのかもしれませんが。

澤 専門家としての役割を發揮しようと取り組んでいるからこそ、と。

川越 そうです。でも、「真面目にやった結果だから」といって正当化されるものではありませんよね。

社会的な議論にも発展した、胃ろうの問題もわかりやすい例ではないでしょうか。「口から食べられないと死んでしまう。栄養確保の方法は胃ろうくらいしかない」という医師の説明により、患者家族は胃ろう造設に同意せざるを得ない事態が数多く発生しました。確かに食べられないと死んでしまうのは事実としては間違っていない。でもその対応がベストとは限らない。実際、患者・家族の意向、胃ろう造設後の患者の生きざまや本人にどのような意味をもたらすのか、そうした部分への配慮の抜け落ちた対応も散見されていたわけですね。

### かかりつけ医の意識変容が必要だ

川越 医療化の問題を複雑にさせている要因もあります。一つは、医学や医療技術の進歩に伴い、国民全体の医療に対する期待自体が過度に高まってきた状況。それに加え、一次医療と高次医療がそれぞれ別なものとして機能しているかのような状況です。

特に後者の影響は大きいものです。“一見”の救急病院当直医や病棟を担当する医師も、その日たまたま診ることになった患者が、どんな健康状態でこれまでを過ごし、どのような価値観を持ち、どんな生き方を志向する人なのかを知る術があまりに少ない環境にあるわけですから。そうした中では、自分が有する知識・技術でどう対応す

# クロストーク 日英地域医療

## 川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

## 澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所  
General Practitioner

企画協力：国際医療福祉大学大学院 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。  
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、“地域に根差す医療の在り方”を、  
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

第 11 回

## 「患者中心」であるということ②

るかという視点に偏るのも、無理からぬことなのかもしれません。

澤 急性期の病院で患者を「人」としてとらえるのが難しいのは、英国も同様です。非日常かつハイリスクの問題を扱う二次医療の性格上、どうしても患者とのかかわりが低頻度、かつ臓器別の対応になる傾向にありますから。英国でも一次医療と二次医療間でのスムーズな連携がより重要視されるようになり、かかりつけの診療所で一括管理された患者情報を病院側に伝えたり、病院医師がGPに連絡をとり、病棟患者の背景について助言を求めたりするなどの対応をとっています。

川越 患者中心の医療を実践するためには、日本ではまず、医師の意識変容から必要そうです。医師、特にかかりつけ医においては、患者の健康問題のうち、自分の専門領域のみを担当するという発想からの脱却が求められます。専門外も含め、その人の健康問題を丸ごと引き受け、予防・健康増進にもかかわるべきと自覚する。患者本人だけでなく、その家族の健康・社会背景や、地域社会との関係性にも関心を払い続けるスタンスをとる……など、臨床に臨む姿勢を地域包括ケアの文脈で再整理する必要がありそうです。

澤 同様に、現場から一歩下がって医療制度全体を見渡し、「どの人材をどこに配置すると、システムがより良く機能するのか」という巨視的な視点を持つことも大事かもしれません。

スペシャリストはおのずと医療化を進めるものです。が、それは悪いことではない。その特性を發揮するための適切な「配置」こそが重要なのだと思います。そう考えてみると、健康な人が比較的多い一次医療の環境であれば、相談者が医療を必要としない人なのか、あるいは医療を必要とする人(病人)なのかの見極めに優れたジェネラリストを。一方、病人がより多くなる

二次医療であれば、スペシャリストを配置するのが、システムの機能をさらに強化する方策の一つかもしれない。いずれにしても構造的な観点を持って各環境で發揮すべき力や、医療提供体制の在り方を振り返ることも重要ではないかと思うのですね。

川越 少なくとも、「スペシャリストは医療化を進める」という考えそのものは、日本の医師が冷静に受け止めるべきものだと感じました。特に日本の場合、ジェネラリストであることが望ましい地域の開業医も、その多くはスペシャリストを経て開業した医師であり、「スペシャリスト的」な医療を提供してきた経緯があります。病院医師だけでなく、地域の医師もまた、その言葉を心に留めておく必要があると思います。

### 継続的にかかわる体制が鍵

澤 医療へ過度な期待を抱く患者・家族が一定数いるという指摘がありました。例えば、終末期に際しても同じような状況があるのでしょうか。英国では、人生の最終段階において輸液を望む方はあまりいない印象なのですが。

川越 日本でもさすがに「1秒でも長く生かしてほしいから、とことん延命治療を行ってください」と希望するご家族に出会うケースはごくわずかだと思います。しかし、明らかに回復は難しいとこちらが判断している状況であっても、「手を尽くしたという形を取りたい」という思いから、入院させたいと強く希望する患者家族は時々いらっしゃいます。そこには死生観のようなものが影響するのかもしれませんが。

例えば、患者家族が身内の死を受け止める体制が整っていないケースでは、輸液などによる侵襲性の低い医療を提供する場合があります。医師側から推奨するわけではありませんが、家

族側の「何かできることはないだろうか」という思いに対応するため、あくまで患者に著しい苦痛を与えない範囲の処置を、家族の受容のプロセスに要する時間を少し稼ぐために行うというわけです。なお、こうした医療を日本では「悪質で無意味な医療」と見なすことはありませんが、英国ではこのような実践を行うことはありますか。

澤 そのあたりは日本と似た状況です。終末期における輸液に関するエビデンスは十分でなく、いわば診療の指針がない状況です。もし希望する家族がいれば話し合っ、ケースバイケースの対応をとるようにしています。

川越 なるほど。先のお話では、英国は輸液を望まない方が多いということでしたよね。声の大きな家族の希望によって、患者本人が希望していた以上の医療が投入されてしまうといったケースも少ないのですか。

澤 いえ、やはりありました。そうした背景もあり、近年英国では、不幸な転帰をたどる事態を防ぐために、「Mental Capacity Act」という法制度が設けられました。

これは認知症を有する高齢者、知的・精神的障害者など、判断能力が不十分な状態でも可能な限り自己決定を実行できるよう、支援するための制度です。例えば、当人の意思表示が難しい状況にあって、医療行為に対する同意/拒否などの意思決定が必要な場合は、家族や後見人など、本人に関する情報を持つ人らが情報を持ち寄る。そして本人の過去・現在の希望、心情、信念や価値観、その他に本人が大切にしてきたことを考慮し、議論の末に患者にとっての「ベスト・インタレスト」(最善の利益)を追求する。GPは、その議論に参加することも多いので、仮に患者の希望に反するような親族の声があった場合でも、患者の希望を守る立場を取ることが出来ます。

川越 そうした実践を聞いても、英国は権利擁護、そして継続した意思決定支援を保障してきた歴史があるのだと感じます。そこでGPが意見を求められるという点も、地域に根付き、定期的・継続的に患者とかわって来た立場だからこそなのでしょう。

澤 そうですね。かかりつけ医として、患者に寄り添う“伴走者”としての役割が期待されているのだと思います。

川越 日本も超高齢社会が到来した今、医師は医療・介護・福祉や住まいの問題など、あらゆる角度からの支援を、地域の多職種の協力を得ながら患者に提供していくことが求められるようになってきました。われわれも、患者一人ひとりと継続的にかかわるように関係性を構築せねば、適切に対応することが困難なのではないかと気付かされる思いです。個人レベルで見れば、日本でもすでに実践する医師は数多くいます。今後の課題は、個々の優れた実践を標準化し、医療全体の質向上へと結びつけるために必要な“仕掛け”を考えることなのでしょう。(つづく)

もう苦手とは言わせない。本書でバイメカ(生体力学)がきつと身につく

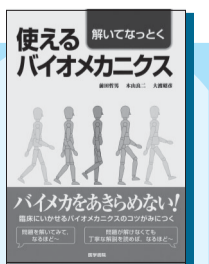
## 解いてなっとく 使えるバイオメカニクス

どうしても苦手意識を持ちがちな生体力学。物理はもう勘弁、とあきらめてしまう前にぜひとも本書をひも解いてほしい。問題を解き解説を読めば、なるほどと生体力学の助所がわかる、本書はそんなテキスト。分かりやすい図に平易な解説により、臨床に役立つ生体力学の知識がきつと身につく。教科書、副読本、演習書としても最適。

**前田哲男**  
鹿児島大学 学術研究院医歯学域  
医学系基礎理学療法学講座 教授

**木山良二**  
鹿児島大学 学術研究院医歯学域  
医学系基礎理学療法学講座 助教

**大渡昭彦**  
鹿児島大学 学術研究院医歯学域  
医学系基礎理学療法学講座 助教



B5 頁208 2015年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-02161-6]

医学書院

**ぱっと見て、さっと理解、ベテランも納得の力強い味方**

**新刊 ビジュアル 麻酔の手引**

The Anesthesia Guide

▶ 広範な麻酔科学領域のうち臨床現場で真に必要な知識のみを厳選抽出し、実用的にまとめ上げ、豊富な図表、画像と簡潔な文章による簡潔な文章でわかりやすく説明。全13Part、223章、各章数頁の構成で麻酔の基本を網羅しつつ、薬物投与量、注入ルート、モニタリング、合併症、術中に起こりうる問題の対処法についてもコンパクトに解説。加えて術後の急性痛やクリティカルケアに関する項目も充実。若手からベテランまで麻酔科医にとって頼りになる書であり、周辺領域の医師、看護師にも有用。

監訳：大畑めぐみ 武蔵野赤十字病院麻酔科  
本田 完 新潟医療生活協同組合木戸病院

定価：本体11,000円+税  
B5 頁848 図246・写真143 2015年  
ISBN978-4-89592-828-1

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp