

指示日 H16.3.1
 主治医 長倉
 ID 200-763-2
 患者氏名
 生年月日 S40.9.29
 性別 M
 年齢 38
 身長 154.5cm
 体重 72.2Kg
 体表面積 1.68m²
 診断名 CML AP
 発症日 H12.1.1
 治療 グリベック

CHOP療法 THP-COP療法
 治療予定日 4月27日
 ①ソルテム3A 500ml
 メイロン60ml DIV (140mL/h)
 ②カイトリル3mg
 生食100mlDIV (200mL/h)
 ③オンコピン 1.7mg 計算値(1.7mg)
 生食100mlDIV (200mL/h)
 ④テラルピシン 84mg 計算値(84mg)
 生食100mlDIV (200mL/h)
 ⑤エンドキサン
 生食 500mlDIV (250mL/h)

PS 0

生着日(好中球)
 生着日(血小板 20,000/uLを超える)
 生着日(血小板 50,000/uLを超える)

内服薬

- ① ガスロンN 2T 2x1
- ② シプロキサシ 3T 3x1
- ③ ソビラックス 3T 3x1
- ④ バクタ 2T 2x1
- ⑤ デバケン(200) 4T 2x1
- ⑥ メイロン60ml DIV (140mL/h) mg 分4
- ⑦

抗生剤テスト

ユナシンS	(陰性・陽性)
モダシン	(陰性・陽性)
カルベニン	(陰性・陽性)
チエナム	(陰性・陽性)
メロベン	(陰性・陽性)
シプロキサシ	(陰性・陽性)
タゴシッド	(陰性・陽性)

ID 200-763-2

氏名

生年月日 S40.9.29 性別 M

処方日 H16.4.19

長倉

- Rp) ①ムコスタ 3T 3x毎食後 7日分
②クラビット 3T 3x毎食後 7日分
③ファンギゾンシロップ 3ml 3x毎食後 8日分
④ゾビラックス 3T 3x毎食後 7日分
⑤バクタ 1T 1x朝 7日分
⑥デパケン(200) 4T 2x朝・夕 6日分
(4月19日より6日間)
⑦マブリン 290mg 分4 4日分
(4月20日より4日間)

処方箋

ID 200-763-2

氏名

生年月日 S40.9.29

性別 M

処方日 H16.4.26

長倉

Rp) ①ムコスタ	3T 3x毎食後	7日分
②クラビット	3T 3x毎食後	7日分
③ファンギゾンシロップ	3ml 3x毎食後	8日分
④ゾピラックス	3T 3x毎食後	7日分
⑤バクタ	1T 1x朝	7日分

処方箋

ID 200-763-2

氏名

生年月日 S40.9.29 性別 M

処方日 H16.5.3

長倉

Rp) ①ムコスタ 3T 3x毎食後 7日分
②シプロキサ 3T 3x毎食後 7日分
③ファンギゾンシロップ 3ml 3x毎食後 8日分
④ゾピラックス 3T 3x毎食後 7日分

処方箋

ID 200-763-2

氏名

生年月日 S40.9.29 性別 M

処方日 H16.5.10

長倉

Rp) ①ムコスタ 3T 3x毎食後 7日分
②シプロキサシ 3T 3x毎食後 7日分
③ファンギゾンシロップ 3ml 3x毎食後 8日分
④ゾビラックス 3T 3x毎食後 7日分

処方箋

ID 200-763-2

氏名

生年月日 S40.9.29

性別 M

処方日 H16.5.17

長倉

Rp) ①ムコスタ	3T 3x毎食後	7日分
②シプロキサ	3T 3x毎食後	7日分
③ファンギゾンシロップ	3ml 3x毎食後	8日分
④ゾビラックス	3T 3x毎食後	7日分
⑤バクタ	1T 1x朝	2日分

悪性リンパ腫 CHOP療法()回目

患者様記録用

氏名()様 歳 入院日(平成 / /)主治医名()担当看護師名()

月 日	入院日	1日目	2日目(退院日)~
経過	入院日	1日目	2日目(退院日)~
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ◇治療について理解できる ◇検査が滞りなく受けられる ◇不安が最小限で落ち着いている ◇感染予防対策(手洗い・含嗽)ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ◇点滴中に痛み、もれ、発赤がない ◇正しく内服できる ◇吐き気や腹痛があれば伝える 	<p>[退院基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇発熱がない ◇嘔気・腹痛がない ◇退院後の生活の注意点を理解できる
治療薬剤		<ul style="list-style-type: none"> ○点滴を確認して下さい ①最初の点滴 確認 <input type="checkbox"/> 500mLを治療が終わるまで ②吐き気止め 確認 <input type="checkbox"/> 100mLを約30分で ③オンコピン 確認 <input type="checkbox"/> 100mLを約30分で ④アドリアシン 確認 <input type="checkbox"/> 100mLを約30分で ⑤エンドキサン 確認 <input type="checkbox"/> 500mLを約2時間で 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>*生活上の注意点とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・うがい、手洗いを忘れずに ・治療後2週間位、人混みを避ける ・内服を確実にする </div>
		<ul style="list-style-type: none"> ○内服を確認して下さい ①プレドニゾン朝()錠 昼()錠 夕()錠 ②ムコスタ1錠 ③カマグ1包 ④メチコパール1錠 ⑤ノイキノン1錠 ○お薬は飲みましたか? 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ○お薬は飲みましたか? 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/>
検査	☆ 血液検査、胸のレントゲン 心電図があります		
安静度	☆ 制限はありません	☆ 点滴中はベッドで安静にしてください 点滴中でもトイレにいけます	☆ 制限はありません
栄養(食事)	○食事は何割食べましたか? 朝食() 昼食() 夕食()	○食事は何割食べましたか? 朝食() 昼食() 夕食()	○食事は何割食べましたか? 朝食() 昼食() 夕食()
清潔	○入浴しましたか? (はい、いいえ)	○入浴しましたか? (はい、いいえ)	○入浴しましたか? (はい、いいえ)
排便	○排便は何回でしたか?(回)	○排便は何回でしたか?(回)	○排便は何回でしたか?(回)
治療・服薬等の説明	<ul style="list-style-type: none"> ☆ 入院時の説明があります ☆ 治療について医師から説明があり ☆ 内服の指導があります ☆ 感染予防の説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ○うがいはできましたか? 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> ☆ 栄養指導があります 	<ul style="list-style-type: none"> ○うがいはできましたか? 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> ☆ 退院指導があります
観察記録	<ul style="list-style-type: none"> ☆ 体調を教えてください ○熱はありますか?(°C) ○身体はきついですか? (はい、いいえ) ○どこか痛いところがありますか? (はい、いいえ) 痛い所() ○便秘ですか? (はい、いいえ) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ 体調を教えてください(夕食後) ○熱はありますか?(°C) ○吐き気はありましたか? 点滴中(はい、いいえ) 治療後(はい、いいえ) ○嘔吐しましたか? 点滴中(はい、いいえ) 治療後(はい、いいえ) ○点滴部位の痛みがありましたか? 点滴中(はい、いいえ) 治療後(はい、いいえ) ○身体のきつさはありますか? 点滴中(はい、いいえ) 治療後(はい、いいえ) ○便秘ですか? (はい、いいえ) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ 体調を教えてください(退院前) ○熱はありますか?(°C) ○吐き気はありますか? (はい、いいえ) ○お腹は痛いですか? (はい、いいえ) ○便秘ですか? (はい、いいえ)

クリティカルパス名: 悪性リンパ腫CHOP療法パス

漢字氏名() 指示医()
指示受け看護師()

薬品名・規格		一回使用量	用法 投与速度	投与日 曜日	日	月	火	水	木	金	土	
1	①ソルデム3A	500mL	DIV (140mL/h)	指示医								
	メイロン	60mL		受領								
				確認								
				実施								
2	②カイトリル	3mg	DIV (200mL/h)	指示医								
	生食	100mL		受領								
				確認								
				実施								
3	③オンコピン		DIV (200mL/h)	指示医								
	生食	100mL		受領								
				確認								
				実施								
4	④アドリアシン		DIV (200mL/h)	指示医								
	生食	100mL		受領								
				確認								
				実施								
5	⑤エンドキサン		DIV (250mL/h)	指示医								
	生食	500mL		受領								
				確認								
				実施								
6				指示医								
				受領								
				確認								
				実施								
7				指示医								
				受領								
				確認								
				実施								

漢字氏名() 指示医()
 指示受け看護師()

薬品名・規格	一回 使用量	用法 投与速度	投与日 署名	調剤 薬剤師						
				日	月	火	水	木	金	土
①ソルデム3A メイロン	500mL	DIV (140mL/h)	指示医							
	60mL		受領							
			確認							
			実施							
②カイトリル 生食	3mg	DIV (200mL/h)	指示医							
	100mL		受領							
			確認							
			実施							
③オンコピン 生食	100mL	DIV (200mL/h)	指示医							
			受領							
			確認							
			実施							
④テラルピシン 5%ブドウ糖	100mL	DIV (200mL/h)	指示医							
			受領							
			確認							
			実施							
⑤エンドキサン 生食	500mL	DIV (250mL/h)	指示医							
			受領							
			確認							
			実施							
6			指示医							
			受領							
			確認							
			実施							
7			指示医							
			受領							
			確認							
			実施							

CHOP療法を受けられる患者様へ

患者様氏名:

受付室宛:

受付看護師:

項目	内容	注意	説明
1. 検査	検査について説明できる 検査が滞りなく受けられる 検査を不安なく受け入れられる 検査予約が滞りなく、手早いができる	検査中、痛み、もれ、発熱がない 正しく検体出来る 検査室や病棟を出入できる	検査室へ 検査がない 検査室や病棟がない 検査室の出入は患者様が理解できる ① 1. 痛み、平素の歩行 ② 2. 検査室へ、入退がスムーズ ③ 3. 検査室へ入室する
2. 食事	食事の準備ができています 内服薬はたくさんありますが不安をおぼえます 忘れないうちに飲みましょう 食事の準備ができています	食事の準備ができています 内服薬はたくさんありますが不安をおぼえます 忘れないうちに飲みましょう 食事の準備ができています	食事の準備ができています 内服薬はたくさんありますが不安をおぼえます 忘れないうちに飲みましょう 食事の準備ができています
3. 薬	処方された薬を正しく服用しています 副作用はありません	処方された薬を正しく服用しています 副作用はありません	処方された薬を正しく服用しています 副作用はありません
4. 生活	生活のペースに慣れています 入浴できます	生活のペースに慣れています 入浴できます	生活のペースに慣れています 入浴できます
5. 退院	退院について先生から説明があります	退院について先生から説明があります	退院について先生から説明があります

診療計画・入院期間については現時点での予定です。分かれなうことになってまいりましたら、いつでもおたずねください。

埼玉病院医療部本館センター 血液内科 2024.08 改訂

悪性リンパ腫 CHOP療法()クール目 クリティカルパス

医療者用

患者氏名()様 歳 指示日(平成 / /)指示医師名() 指示看護師名()

経過	入院日	1日目	2日目(退院可)~
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療について理解できる 検査が滞りなく受けられる 治療を不安なく受け入れられる 感染予防対策(手洗い・含嗽)ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴中、薬剤の血管外漏出がない 指示量薬剤が確実に与えられる 消化器症状(嘔気、便秘、腹痛)がコントロールできる 	<p>[退院基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活上の注意点が理解できる 発熱がない 嘔気・腹痛がない
治療処置薬剤 (注射薬・点滴薬) リハビリ		<p>○ 薬剤ライン確保</p> <p>点滴</p> <ul style="list-style-type: none"> ①ソルデム3A 500mL +メイロン60mL DIV (140mL/h) ②カイトリル3mg +生食100mL DIV 200mL/h ③オンゴピン()mg +生食100mL DIV 200mL/h ④アドリアシン()mg +生食100mL DIV 200mL/h ⑤エンドキサン()mg +生食 500mL DIV(250mL/h) <p>※④~⑤は痛痒より点滴する</p> <p>内服</p> <ul style="list-style-type: none"> ①プレドニゾン(S)()T 3×朝()T 昼()T 夕()T /5日分 ②ムコスタ3T 3×毎食後 ③カマグ1.5g 3×毎食後 ④メチコバル3T 3×毎食後 /7日分 ⑤ノイキノン3T 3×毎食後 <p>便秘時【 】プルセニド2T【 】ラキソベロン10酒</p>	<p>* 生活上の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手洗い、含嗽の励行 ・治療後2週間位、人混みを避ける ・内服を確実にする
検査	○ 検血、生化学、検尿、胸腹部X線、ECG		
活動・安静度	○ 制限なし	○ 制限なし	○ 制限なし
栄養(食事)	○ 常食 特別食名()	○ 常食 特別食名()	○ 常食 特別食名()
清潔	○ 入浴	○ 入浴 (治療前)	○ 入浴
排泄	○ トイレ	○ トイレ	○ トイレ
教育・指導 (栄養・服薬)説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時オリエンテーション ○ 入院時診療計画書 ○ 服薬指導依頼伝票提出 服薬指導(Ph) ○ 栄養指導依頼書提出 ○ 看護対策診療計画書記入 ○ 転倒転落スコアシート ○ 感染予防対策説明 	<p>感染予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ①含嗽 □ ○ △ ②手洗い □ ○ △ <p>○ 栄養指導 (Dt)</p>	<p>感染予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ①含嗽 □ ○ ②手洗い □ ○ <p>○ 退院指導</p>
観察記録		<ul style="list-style-type: none"> ①嘔気 □ (有・無) △ (有・無) ②食欲低下 □ (有・無) △ (有・無) ③倦怠感 □ (有・無) △ (有・無) ④便秘 □ (有・無) △ (有・無) ⑤手先のしびれ □ (有・無) △ (有・無) ⑥静脈炎 □ (有・無) △ (有・無) 	<ul style="list-style-type: none"> ①嘔気 □ (有・無) ○ (有・無) ②食欲低下 □ (有・無) ○ (有・無) ③倦怠感 □ (有・無) ○ (有・無) ④便秘 □ (有・無) ○ (有・無) ⑤手先のしびれ □ (有・無) ○ (有・無) ⑥静脈炎 □ (有・無) ○ (有・無)
主治医署名			
時系列記録有	□ ○ △	□ ○ △	□ ○
バランス	△ 有・無	△ 有・無	○ 有・無
担当者講師署名	□ ○ △	□ ○ △	□ ○

資料 シンポジウムの記録

シンポジウム： 患者と協働する医療を築く ―安全の向上を目指して―
日時：2004年3月20日
場所：聖路加看護大学講堂

プログラム

- ・ 開会挨拶
医療の質に関する研究会 副理事長/聖学院大学 教授 郡司篤晃
- ・ 基調講演 医療における患者の役割
国際基督教大学大学院 教授 村上陽一郎
- ・ 東京都の IA レポートから
医療の質に関する研究会 副理事長/聖学院大学 教授 郡司篤晃
- ・ 患者・家族と協働する医療を探る
船橋市立医療センター 医療安全対策室長 唐澤秀治
- ・ 「患者は医療チームの一員である」ことを具現化するための看護職の視点
聖路加看護大学 教授 井部俊子
- ・ 受け手と担い手との共同行為としての医療の定着を目指して」
東札幌病院 副院長・看護部長 石垣靖子
- ・ 患者と協働する医療を築く
東京 SP 研究会 代表 佐伯晴子
- ・ ディスカッション

基調講演「医療における患者の役割」

国際基督教大学大学院 教授 村上陽一郎

郡司先生、ご紹介ありがとうございます。既に、いまのお話でもおわかりのように、かなり長い大変重要な仕事をしてこられましたこの団体が、新しく特定非営利活動法人「医療の質に関する研究会」という形で新しく発足し直すということ、その大変大事な機会に、こういう基調講演という機会をいただきまして、大変光栄に存じております。郡司先生、ありがとうございました。

私は、実際、最近医療にかかわる発言をすることが多くなりました。私の本来の専門とどういふ関係があるのかということ、よく問われるんですが、出発点は、実は私は父親が病理の医者でございました。臨床医ではなかったんですが。

したがって、高校までは、何の気なく、別段必ずしも開業していたわけではないので後を継がなければならない必然性は何もなかったんですけれども、とにかくぼんやりと父親の職業である医師を自分も目指すつもりでいたんです。

ところが、医者になる前に患者になりまして、高校の二年生のときから、肺疾患が発症いたしました。都合四年ぐらいいしょうか、かなり…。当時、ようやく始まった外科的な手術であるプラスチック充填術というのがちょうど流行のところで、外科のお医者さんは、あれをやれば大丈夫なんだという話でしきりに誘われたわけです。

でもやはり、患者の立場からすると、何となく外科的な侵襲は怖かったこともあって、内科の先生に相談したところ、ちょうど三者併用療法が始まるころでありまして、じゃあ、まあ薬でやってみましょうかということで、最初は併用療法で、辛うじて健康を取り戻したわけではないと思いますが、67歳の今日（こんにち）まで、ほとんど何もなくて過ごすことができるような境遇を与えられました。

したがって、医学・医療に関しては、そのころから関心と、ある意味では感謝と敬意を持ち続けてきた人間であります。私の今日お話しいたしますポイントも、ある場合には日本の医療に対してやや厳しい言い方をすることもあると思いますが、それは文字どおり、むしろ尊敬を払うべき医療というものが、できるだ

けよくなってほしいという願いのしからしめるところとお考えいただければ幸いです。

今日は 患者——今は、医療機関の一部では患者様と言うようですが——と医療とが協働するということと、それから安全の向上を目指してということ、この言ってみれば、一見、必ずしも重ならない問題がテーマに掲げられております。そして、私の話もどちらかと言えば、協働というところに重きが置かれて、安全の問題に関してはあまり深入りができないかもしれないかもしれませんが、その点を最初におわびをしておきます。

日本の医療に関しては、非常に明確に二つの極端な評価がございます。諸外国と日本の医療の状況とを比較したときに、ある国の一般の人々の健康——医療は健康を管理することになるわけですが——に関する指標としてしばしば出てくる、例えば平均寿命であるとか乳幼児死亡率であるとか、そういったものを取り上げてみますと、日本は圧倒的に世界をリードする立場にあります。

では、医療費はどうかといいますと、国民全体が医療に払っているお金、これは年々高騰していった現在の保険制度に対して非常に圧迫を与えているとよく言われます。なるほど確かに高騰はしておりますが、しかし、GDP比、GDPに対する割合をとったときには、日本は決してトップクラスではありません。先進国10何カ国の後ろにつくぐらいいで17~18番目ぐらいいだと思っておりますが、せいぜいそのぐらいいで、まだ医療費に対して非常に過度にお金をかけ過ぎているというわけではありません。

したがって、そういう中で国民の健康という問題を取り上げたときに、非常にマクロな目で見るときには、日本の医療のコストパフォーマンスは非常に見事にでき上っているという評価ができますし、多くの場合、外国からもそういう評価を受けていることも確かでございます。もちろん、ベッド数が異常に多いとか、幾つかの跛行現象はあるわけですが、全体として見たときには諸外国からの評価は高いわけです。

ところが、実際に患者さん——おおむね日本の患者さんになりますが——が、日本の医療にどれだけ満足しているかということになると、いろいろな機関が満足度の調査をいたしますと、これは残念ながら決して高くはない。多分、満足度が一番高いのは、カナダだと思いま

す。これは、どういう統計をとってみても、どうやらカナダが一番高いようです。なぜそうなるかということは、分析の必要がありますが、いまここでは立ち入りません。

残念ながら、日本の医療消費者が医療に対して感じている満足度というのは、決してトップクラスでもなければ、むしろ中程度、あるいは場合によっては低いほうに属するのかもしれませんが。この落差というのが一体何であるかということ考えたときに、やはり私たちは考えなければならない問題、具体的な細かい問題もたくさんございますけれども、かなり本質的に考えなければならない問題がそこに含まれているのではないかと思うわけです。

ちなみに、必ずしも医療関係者ばかりが聴衆の中を占めていらっしゃるわけではないかもしれないので申し上げておきますが、先ほどベッド数が異常に多いということをお知らせしました。例えば安全の問題を取り上げるにしても、確かに今まで日本の医療が、先ほど郡司先生の開会のごあいさつの中にもございましたとおり、安全の問題に一体どれだけ制度的にきちんと取り組んできたかということ、私は今までにもかなり批判的な言辞を重ねてきた人間でした。

ただし、そのときに一つだけ、これはぜひメディアの方にも一般の方々にもわかっておいていただきたいことは、病院というものの持つ内容が、日本の場合、やはりかなり偏っているということです。それを是正しないのはなぜかということになるわけですが、その偏りの一つはベッド数が多いことです。

一方、大体先進諸外国の同じぐらいのベッド数を持っている同じぐらいの規模の病院で比べてみますと、例えば、医師の数は大体標準的な諸外国の病院の3分の1ぐらい。看護師さんもやはり4分の1ぐらい。そして、コメディカル、その他サポーターングスタッフにいたっては10分の1ぐらいという状況の中で、日本の病院が管理されて経営されているという事態。

これをそのまま見過ごして、いろいろな問題を医療の側に突きつけても、これはほとんど意味がないというのが、私の基本的なスタンスであります。そここのところも少しずつでもいいから、我々は変えていかなければならない。それが、現在の状況である。安全の問題をやらなければならないことは山積しておりますが、そういう状況が安全の問題に関してもやはり響いているということは、ぜひ念頭に置いておいて

いただきたいということを前提といたしまして お話ししていきます。

今日の話の基本は、現在、私たちは新しい医師・患者の関係というものに直面しつつあるのではないか、ということのポイントにしたいと思います。どうして、そうなるのか。なぜ、医師・患者関係が新しくならなければならないのかということの要素として、私は一応三つ、出発点としては二つを挙げています。その中から、どういう患者と医師との関係が望ましいのかということをお知らせしたいと思います。〈スライド1〉

最初は、疾病構造の変化であります。ある疫学者が大変おもしろい分析をしております。文明が高度に発達していけば、社会の中の疾病構造が典型的にこの四段階を経て変わっていくんだということを言っています。文明の程度がまだ初期段階にある社会の中では、消化器系の感染症が猛威を振るっている。実際、私たちの過去の歴史を振り返ってみても、江戸時代末期から明治にかけては、私たちが最も恐れたのはコレラであり、あるいは赤痢、疫痢でありました。

疫痢という言葉は、今ではほとんど全く聞かれなくなってしまったけれど、とにかく、そういう消化器系感染症が非常に恐ろしかったわけがあります。

それが、一段落いたしますと——というのは、なぜ一段落するかということ、これは医療がもちろん努力をしたこともあるわけですが、同時に社会がインフラストラクチャーを整備していく。下水道、上水道、その他もろもろが少しずつ整備されていきますと、消化器系の感染症は、とにかくある程度は制圧される——その次に来るのが呼吸器系感染症であります。

私自身もその犠牲者——という言葉は変だけれども——の一人であったわけですが。この呼吸器系感染症も、ある程度制圧される。今でも、SARSだとかインフルエンザだとか、再興感染症、新興感染症とあって、さまざまな感染症が、制圧されたところか猛威を振るっているのではないかとおっしゃるかもしれませんが、社会全体としてみたときに、その状況というのは……。例えばこの表を ごらんください。これは日本の場合です。

〈スライド2〉

ごらんいただくとおわかりになりますが、大正9年あたりまでは、胃腸炎だとかコレラだと

か消化器系感染症もかなり多かったです、昭和に入ると大体——全結核ですから必ずしも肺結核だけではないんですが、結核の中でも一番多いのが肺結核ですので、それも呼吸器系感染症に入れますと——結核と肺炎が1位、2位を占めるようになり、戦後26年から結核が2位に退いて脳血管疾患が1位に躍り出る。

そして、だんだん上に向かってきていた悪性新生物、がん、腫瘍がこの段階では2位を形成しています。そして、それが昭和57年(1982年)に1位に躍り出ますと、あとはずっとがんがトップであって、脳血管疾患は3位に後退して心疾患が2位に上がっている。

こういう状況をごらんいただきますと、この文明の発達と同時に社会の疾病構造がかなり変わっていくということが、日本の場合を例にとっても、はっきりしていると考えられます。そして、いま出てきました、脳血管疾患や心疾患、がんの一部もそうでありましょうが、これらは一般的に生活習慣病か、少なくともそれに近いものと考えられておまして、現在、私たちは生活習慣病が最大の問題になっている事態だということです。

その段階までの感染症は、外から何か悪いものが入ってくる。ですから、悪いものが入ってこないようにすること、入ってきてしまったらそれと闘うために何らかの治療をする。ワクチンを打つなり、血清を打つなり、あるいは抗生物質でたたくなり、そういう外から入ってきた悪いものを何とかしてやっつけるということで、さまざまな治療というものが存在していたわけです。

けれども、生活習慣病というのはご承知のとおり、これはポリジェネティックという言葉がしばしば使われますけれども、遺伝的な因子が多数絡んで、それにその人個人のこれまでの生活史がその発症にかかわってくる。つまり、遺伝的なたくさんの因子とそれから個人の送ってきた生活——喫煙をずっと続けてきたとか、辛いものをとり続けてきたとかいった事柄——が絡んで発症してくるのが生活習慣病であります。

ですから、その病気の原因としての悪いものというのは、実は半ばは自分の中であって、これを追い出すわけにはいかない。生活習慣も自分のものですし、遺伝的な因子も自分の中に入っているわけですから、これをやっつけて追い出すといたら、これは自分をなくしてしまう

以外にはないわけです。そうしますと、生活習慣病というのはまさしくそういう性格を持った病気として認定しなければならない。この点は、後の議論に少しかかわりますので前提にしておきたいと思います。

それから、もう一つ、最後の段階です。社会との不適合というのが第四段階に想定されているということ。これも、いささか不気味であります。 <スライド3>

この表をごらんいただきますと、これは、全世界の全障害に占める脳神経障害の割合です。脳神経障害というのは、日本語に訳すとそう訳すよりしょうがないんでしょうけれど、英語ではメンタルディスオーダーです。メンタルディスオーダーですから、要するに神経科にかかるような病気。全患者数に対して、その脳神経障害、メンタルディスオーダーが占める比率ということで、それを大陸別に分けた2001年のWHOの統計なんですが、これをごらんいただきますと、ある意味で大変ショッキングな事態が見えます。例えばアフリカでは18%。それに対して、ヨーロッパとアメリカはどちらも43%。全疾患数の40%以上が、いわば脳神経系の疾患であるとされているというわけです。アフリカの倍以上がそうだと。

アメリカ大陸は、ご承知のとおりサイカイアトリストといって、精神分析医というのが人口の数くらいあるというジョークが成り立つくらい普及しておりまして、多くの人々が必ずかかりつけのサイカイアトリストを持っているというくらいの社会ですので、そこでそういうふうに関連されて病人扱いされる患者さんがたくさんいるということは、自然わかるわけです。

しかし、考えてみますとヨーロッパはそんなアメリカのような状況ではございません。けれども、驚くなかれ、パーセンテージはぴったり一致しているというわけです。こういうわけで、先進圏ほどメンタルディスオーダーに悩む患者さんの数が多いということ、この統計はある程度示してくれていると思われまます。

実際、私たちの社会でも自殺者の数がふえ続けている。経済的な困難やリストラが問題になるわけでありまして、確かに40代の後半、50代前半の働き盛りの男性が自ら死を選んでいく事態というのは、そういう経済的な不安というのが引き金になっているとよく言われます。

けれども、これは考えてみれば冗談ではない

のであって、そんなばかなことはないんです。だって、それははっきりしているではありませんか。私は、戦前の生まれですから戦中から戦後にかけての食糧難の時代を文字どおり経験しておりますけれども、あの時代は朝起きて夜のご飯を食べられるかどうかはわからなかった。配給なんていっても……。

私はよく覚えているんですが、私の国語の教科書に宮沢賢治の例の「雨ニモ負ケズ……」が載っていました。「雨ニモ負ケズ」という詩はあまり好きではないのですが、暗唱させられました。ところが、昔ちゃんと原文で読んだ文章と違うところがあったわけです。それは何かというと、「一日玄米四合ト味噌ト少シノ野菜ヲ食べ……」という件りがありますが、教科書に載っていたのは、それが四合ではなく三合になっていました。

つまり、配給なんていっても、政府が四合なんてとても保障できない。三合だって保障できなかったんですが、それでもまあ、とにかく一合くらい減らして何とかしのぎようではないかという姑息（こそく）なことが、そこで行われていたわけです。それぐらいですから、山口判事という方が配給の米だけを食べて餓死したというようなことから言いましても、国家はとも保障してくれない。

つまり、私が今生きているのは、明らかに私の両親が法律を犯したからです。闇米を買ったから、私は今生きていられる。山口判事ではないわけですから、私は、その意味では、とにかく法律を犯して、とにかく生き残っているわけです。

そういう時代です。とにかく、あしたどころではない今晚の食べ物に苦しんでいたそのときに、人々はその不安で自殺をするか。とんでもない話です。自殺なんかしません。つまり、この社会の中で人々が経済的な不安で自殺をするというのであれば、それは具体的には一つの引き金になるかもしれませんが、何も単に経済的不安が自殺の原因ではない。本質はそうではない。

要するに、現在の私たちが今生きている社会というものと自分との間の関係というものが非常に大きな問題をはらんでいて、今生きている自分たちを取り巻いている社会と自分との関係というものに自信が持てない。あるいは、その経済的な不安がおさらそういう自信を失わせていくということを加えないと、これは全

く解釈ができないわけです。

したがって、社会との不適合というあっさりした言葉で片づけられておりますけれども、これがいかに今日（こんにち）社会の中で深刻かということは、ぜひわかっておいていただきたいと思います。これが、疾病構造の変化です。

それに対して、社会構造はどんなふうに変わっていくのか。あるいは、変わりつつあるのかということ考えたときに、現代社会はしばしば知識を基本とする社会——ナレッジ・ベースド・ソサエティーという言葉がよく使われますが、知識を基本とする社会である。そういう状況にあります。ということは、さまざまな情報をさまざまな形で手にすることができるようになりました。いわゆるITと言われているもので、情報獲得の手段が飛躍的に増大した。このことは、実は専門家に知識が独占されなくなったということの意味していると思います。

私は、最近アメリカでよく使われるようになった、レイ・エキスパートという言葉に引かれるわけですが、このレイというのは、キリスト教の中の言葉でレイ・マンというのがあります。マンで代表させるのは政治的に正しくない、といって最近マンというところは全部パーソンにするようですので、レイ・パーソン。そんならマンホールもパーソンホールにするのかと、僕はよく言うんですけども。

このレイ・パーソン、もともとレイ・マンと言っていた言葉は、clerical、clergy といいますか、聖職者——プロテスタントでいえば牧師、カトリックでいえば司祭——そういう聖職者に対して、同じ信仰を持ちながらそういうプロフェッションとしての信仰に直面していない人たちのことをレイ・マンという言葉で呼んでいたわけです。ですから、素人という言葉が、もしかすると一番当てはまるかもしれません。

その素人がエキスパートである、専門家であるということ、そんなばかなことがあるか、素人だから専門家ではない、と。これは非常に矛盾した言葉なんです。そういうレイ・エキスパートという言葉が非常によく使われるようになりました。なぜこんな言葉が出てきたのかということを示す最も適切なといいますが、非常に目立つ実例が一つございまして、それをご紹介します。

<スライド4>

アメリカにACTUP（アクトアップ）とい

う名前の奇妙な団体がごさいます。これは、今でもウェブサイトで引いてごらんになると出てきますので、ぜひ見てみていただきたいんですが。このACTUPというグループがどういうグループであったかという、これはHIV感染症の患者さんの支援グループであったわけですが。当初は、ものすごくアグレッシブという言葉がいいのか、過激な現代医学批判をやっていたグループだったんです。

これが、ある時期からかなり性格を変えてまいました。そして、どういうグループになったかといいますと、現在では、HIV感染者の患者さんがやってくると、全米の臨床医から相談を受けて、そのグループがコンサルティングする。全米の臨床医から電話がかかってきて、こういう場合はどうしたらいいか、こういう場合はどうしたらいいか、と。

どうしてそうなったかという、きっかけは大変おもしろい。一番初めにHIV感染症に対する特効薬になりうる物質ではないかといわれたAZTという物質が発見されました。これはもっと正確に言うと、実は、抗がん剤の一種として使えるかもしれない物質として治験をやったんですが、かなり副作用が高いので、ある製薬会社の倉庫に医薬品化されないままに眠っていた物質であったわけです。

このAZTという物質が、細かい作用機序は省略しますが、とにかくHIVというウイルスに効くかもしれないということになったときに、当然のことながら治験をやらなければならぬ。治験をやるときに……。

治験というのは、基本的には日本でも同じフレームで行われます。動物試験が終わった後、人間に安全性テストが行われます。そして、それをある程度クリアすると有効性テストに変わっていくわけですが、有効性テストの場合には必ずコントロールといって投与しないグループと投与するグループに分けて、しかもダブルブラインドメソッド（二重盲験法）といいますが、投与する側も受ける側も自分がどういうものを持っているかはわからないようにごちゃ混ぜにしておいて、最終的にその物質を投与したグループに著効があれば有効性が確かめられるという方法をとるわけです。

そのときに何も投与しないとわかってしまうのでプラシーボ（偽（にせ）薬）を与えるわけです。この偽薬というのは、現在の普通の治験例ですと、その時期にその疾患に対して、と

りあえず最も有効であると考えられて既に試験を済ませて一般的に使われている薬を与える、というのが基本的な姿です。

ところが、おわかりのようにAZTはHIV感染症に対しては、最初の薬でしたから、その当時にその病気に対して有効である物質はゼロなんです。ゼロですとプラシーボは何にするかということ、乳糖とか何とかおおよそ人体に何も作用を起こさないものを偽薬として使うことになります。

そうするとどういうことが起こるかということ、プラシーボを与えられているグループはその与えられている期間中は、言ってみれば一切の治療をしていないということになるわけです。しかも、治験グループというのは状況を標準化しなければなりませんので、ほかの可能な治療も勝手にやってもらっては困る。そうすると、プラシーボグループというのは、完全に、実際上はほったらかされていることになる。

これは、何とかしなくてはいかんというのが、そのACTUPグループが考えたポイントなんです。そして、アメリカの医薬品食品の管理局であるFDAといろいろな交渉を重ねた上で、ついにこの非常に単純なダブルブラインドメソッドに変わるべき新しい治験の方法をつくり上げて、それをFDAとの交渉の中で双方が認め合って実行していくことをやってのけたんです。

それをやった結果として、彼らは非常に性格が変わるわけです。そのグループを構成している人たちはだれかということ、文字どおり一般の人、レイです。医療に関係のある人は一人も入っていない。小学校の先生だとか、オペラ歌手だとか、そういう人たちでそのグループは占められている。

その人たちが、まさに自分、ないしは自分のパートナーであったり、自分の家族であったりするそういう人たちの病気について、さまざまなことを勉強していきます。そして、勉強していくだけではなくて、それを集めてくる。新しい治療法がありそうだといえ、いつもセンサーを働かせて、そういうものに対して非常に鋭敏な感覚で情報を取り寄せます。実際、ウェブサイトでそういう情報——もちろんごみもたくさんあるわけですがけれども、中にダイヤモンドが入っているかもしれない——を集めてきて、スキヤニングをしてちゃんと分類をして、その上で集めてくる。

しかも、彼らは患者さんないしは患者さんの身近な人たちですから、こういうときにどういう心理状態になるのか、こういうときに患者としてはどんなふう感じてどんなふう生きようとするのか、死にたいと思うのか。そういう患者の持っている心理、あるいは、そういうことまで全部知り尽くしているわけです。

だから、なまじっかの臨床医——まだ日本にはH I V患者を診たことのあるお医者さんの数のほうがはるかに少ないはずですし、アメリカも大差ありません。そういう一度も患者さんを診たことのないような臨床医にとっては、自分たちよりもはるかにいろいろなことが、しかもそれは薬理上の問題、病理上の問題、治療上の問題だけではなくて、いま申し上げたように患者の心理の問題まで全部ひっくるめてよくわかっている。

そういうグループの人たちの知識というものを、エキスパートのほうを利用するというような事態が、実際に起こっているわけです。こういう人たちをレイ・エキスパートという言葉で呼ぶようであります。

そうしますと、今、日本にもそういうレイ・エキスパートの人たちが出てきて、しかもその人たちが結構医療の邪魔をするというケースもあります。なまじっかの知識を持っているために、医療上大変なトラブルを発生することさえあるというデメリットも確かにあるわけですが、こういう状況の中で専門家だけに独占されていた知識というのが、現在では必ずしもそうではなくなってきたという状況を指摘することができるわけです。

実際、日本で乳がんの乳房保存術が普及していった裏には、やはり患者団体の働きかけというのがかなり大きい力になっていたと言われております。もちろん、温存術と郭清術とが疫学的に今後何十年の間にどれぐらいの差をもたらすのかというのは、実際にやってみた結果、歴史が示してくれるわけですから、今、温存術のほうが100%常にすぐれているなんてことはとても言えないわけです。また、もちろん郭清術が必要な場面もあります。

しかし、いずれにしても患者の側の持っている知識のほうが、場合によっては専門家を上回ることがあり、しかもそれが自分自身の問題であるがゆえに、より切実にいま申し上げたような患者ないしはその家族の細やかな心理のひだまで知り尽くした人たちの知識というもの

が、医療にとってどれくらい大きな貢献をするかということも、当然のことながら考えなければならぬ時代に入っているということが、このナレッジ・ベースド・ソサエティーという現代の社会の特徴から申し上げることができるのではないかと私は思っております。

レジュメの最終にも書きましたように、現代でも、もちろん医療の裁量権は当然のことながら医師にあります。この事実は動かせません。動きません。これ自体が動くことはあり得ない。専門家としての医師の裁量権というのは動くはずがないと思います。しかし、そこに、では専門家としての医師の裁量権がいわば専制君主としての医師の立場を基礎づけるのかというと、それは現代社会では、いま申し上げたような事態からして、そうではない。

先ほどの、生活習慣病というのは、なぜこういう問題にかかわるのかということも必ずしも明確に説明しなかったかもしれませんけれども、要するに、生活習慣病では、先ほど申しましたように、自分自身の中に病気の原因があるわけですから、それをいかにコントロールするかということに関しては、自分自身が主役なんです。

いくら薬をもらっても……。確かに降圧剤を常用すればそれなりに血圧のコントロールはできるでしょう。でも、そういう状況の中で、暴飲暴食をしたりさまざまなダイエット、食餌療法の中で禁じられているようなことをやっていけば、それは当然、事態は悪くなるに違いありません。

したがって、いわゆるコンプライアンスという言葉がよく使われますけれども、医師と患者の間に成り立っている信頼関係の中で、患者はみずから自分の病気と闘う、あるいは闘わないまでも一緒に生きていく、そういう姿勢をきちんと持たない限り、生活習慣病というのは実はコントロールできない。

つまり、感染症の場合は、外から来るものをたたくわけですから、これはお医者さんに任せておいてもある程度はやっていける。しかし、生活習慣病になると、これはお医者任せでは何一つ解決しないわけです。薬をきちんと飲むこと。これもやはり患者自身の自覚によっているわけです。そういう点からいいますと、この二つの側面から、もはや医師のパターナリズムが100%発揮されるというような状態の中で医療が行われていくという状況には、今日（こんに

ち)ないということが結論づけられるのではないかというのが、私の意見です。

<スライド 5>これはここの趣意書をちょうだいする前に自分でつくったOHPなんです。結局、この協働作業という言葉が図らずも趣意書とびったり一致しておりますが、実は医師と患者というのは、自立した個同士の中の協働作業である。特に、先ほど申し上げたように、生活習慣病の中ではそうです。

それから、もう一つ言えば、先ほどの非専門家である患者のほうにも医療には必要なんです。しかも医師にとってはなかなかそれが判らない。

よく、本当のよい医者になるには患者にしてみなければだめだというような言い方が行われることがございます。5～6年前ですか、一般公開された「ドクター」というアメリカ映画がありました。ごらんになった方もおありかもしれません。これは、なかなかおもしろい映画だったんですが、外科医のドクターが主人公なんですが、このドクターがたまたま咽頭に違和感を覚えて、自分の同僚の耳鼻咽喉科の医者のところへ診てもらいに行く。これは女医さんなんですが、自分に輪をかけたようなてきばき型のすさまじいお医者です。しかも、何かの手違いでたまたま一般患者扱いをされて、最初から普通の患者さんと同じような手続を踏まされて、ドクターの前に下着全部取って貫頭衣みたいなものを着せられて、ポンとほうり出されて、さあ、どうした、というような扱いを受けながら、最終的には手術を受け、声が出て、職場復帰をするわけです。そして、最初に言った言葉が、自分の医局の連中に、「おまえは今日から何々病で何々科へ行って病人になってこい」と。全員をそれぞれの病棟に患者として行かせるというところで終わるんですけども……。

まさに、そうなんです。しかし、先ほど申し上げたような患者の側からすれば、レイ・エクスパートの立場からすれば、実は、そういうことまで知り尽くしているのが、患者の側であって、それがいかに医療者と協力できるかということです。

これは、権利のせめぎ合いではなくて、文字どおり協働作業として、その専門性が尊重されると同時に、患者の側の非専門性の中にある大切な点というものも尊重され合っていくという状況の中で医療が行われていくこと、これは

何も 生活習慣病に限ったことではありません。いまは生活習慣病の立場から申し上げたんですが。

お医者さんの中にも、患者の自己決定権なんというもの、あるいは患者の参加権、あるいは協働作業なんていうものは、なかなかまだ認めてもらえない方もいらっしゃるわけです。そういう方々を説得するためには、この生活習慣病のパターンというのは、比較的論理的に納得してもらえるわけです。ここから始めて、実は医療というのはもともとそういう性格のものなんだということを少しずつ理解していただくために、私はこの生活習慣病を使わせていただくわけです。

そういう状況の中で、この知識に基礎を置く社会では、もはや患者は単なる無力な要庇護者ではないというこのテーゼを、医療側にも明確に認識していただくかなければならなくなっている。

がんの患者さんとして知られていて、また医療関係について非常に多くの発言をしてこられた、亡くなられましたけれども山内隆久さんという方がいらっしゃいました。九州の方です。最後に、この方の言葉を引いておきたいと思います。

「我々は、医師には治療を依頼したとしても、自分の人生を預けるわけではない。人生を決めるのは自分の権利だし、それは権利であると同時に自分の責任でもある。」そういう一人一人の患者というものが、医療者と一緒になって、その病気と向かい合うこと。

もちろん、つけ加えますが、こういう個人だけが患者さんではないんです。特に先ほどの精神障害の患者さんたち、あるいは子供、それからお年寄り、そういう人たちが全面的にいま申し上げたような、こういう責任と権利とを100%担える患者ではない。そういう患者さんがいることは明らかです。そのことをもちろん私たちは忘れることはできません。

ですから、インフォームド・コンセントという言葉が、これほど一人歩きをするようになって、例えば精神病患者のインフォームド・コンセントをどうとるかということは、今でもまだ非常に多くの問題を抱えておりますし、それはやっぱりまだまだ議論を重ねて深めていかなければならない面をたくさん含んでおります。

しかし、基本は、まさに患者というものは、

この山内さんの言葉にあるような存在であるということ、これが大前提の基本であります。その周辺に、これを担えない、その責任を全うできない、その権利を全うできない患者さんたちもいるということです。

しかし、それは認めなければならない事実だけれども、その前に認めなければならないのがここのところだということを前提にすると、最初に申し上げた、日本の医療の中で満足度がどうしても上がらないというところの一つのバリアは越えることができるのではないかと考えております。

それから、これからシンポジウムで問題になる安全の問題というの、やはり同じように、この患者さんたちのこういう協働作業の中で解決できる問題が幾つもあるということ、最後につけ加えさせていただいて、私の問題提起といたしたいと存じます。ご清聴ありがとうございました。

郡司 村上先生、どうもありがとうございました。5分ほど時間を残していただきましたが、貴重な機会ですので、どなたかフロアのほうから先生にご質問される方はいらっしゃいませんか。橋本先生、どうぞ。

橋本 横浜市立大学の橋本でございます。少しお伺いしたいんですが、最近、福祉のほうの世界で当事者というキーワードが随分出てきているように思います。例えば、浦河のべてるの家とか、ああいう形での。それは、先生がおっしゃったレイ・エキスパートと同じ文脈の中に入るのかなと思いますけど、その辺についての先生のお考えを……。

村上 はい。完全に同じかどうかはともかくとして、概念としては全く同じだと思います。まさに当事者であることであるということにおいて何ができるか、ということ、積極的に協働作業していこうとする点では、全く同じだということに考えております。

郡司 よろしいでしょうか。せっきくの機会でもありますから、私からも一つお願いしたいんですけど。

今、私は医療の質に関する研究会で、病院で起こるインシデント、アクシデントのデータを集計する作業に巻き込まれているわけなんですけど、それをやりながら感じることでありますけども、施設によって出し方が非常にまちまちです。

それは、好んで出せるような状況にないとい

うことだと思えます。そういうものを出せば、社会的に制裁を受けるという、そういう中でこういうことを出さなきゃいけない。ここには非常に矛盾があるといえますか、構造的な困難な矛盾がそこにあって、医療提供者は非常に悩んでいるんじゃないかと思えます。

先生は、安全学ということをおっしゃるんですが、そして価値に絡んでくると客観的な体系化は非常に難しいんだというご主張をされているように思いますが、医療技術というのは医学という学問の現場における適用をすると同時に、価値の世界にだ一と巻き込まれる。そして、命を失ったんだから最高の制裁を受けなければいけないという、そういうことになってしまうんです。

一方、事故は避けられないということがありますので、そういうことを考えると医療者は非常に今苦しい状況にある。あるいは、社会的に非常に大きな矛盾を抱えた仕組みになっていると思えます。そこで、どういう考え方をしたら、そういうことに対して乗り越える可能性というのが出てくるのかというあたりについて、先生のお考えがあれば聞かせていただければと思います。

村上 二つ問題があると思います。一つは、過渡期の問題というのがあるんです。私もある中規模の病院のインシデントレポートのシステムの立ち上げに協力させていただいたことがあります。それから半年ぐらいたって、その院長先生が、「おまえさんは、ひどい人だ」と。何とおっしゃるかということ、「私は不眠症にかかった。おまえのせいだ」と。それで、「あんた、お医者さんでしょう。不眠症ぐらい自分で治しなさい」と言ったんですが。

私のせいでしょうというのは、そのインシデントレポートの制度を立ち上げたことによって、自分の病院の中で毎日、毎日、こんなことが起こっているのかということ、ひしひしと知らされて眠れなくなったとおっしゃるんです。

これは、やっぱり管理者としてはまずい話なんであって、少なくとも自分の組織の中で何が起こっているかということについて、プラスの面もマイナスの面もちゃんと把握しているということが必要になってくるということです。

それから、それを誠実に実行していくと、場合によっては公表しなければならないケースも出てくる。そうすると、今、公表しないでい