

◆シンポジウム◆

受け手に開かれた医療を保証するには

看護の専門性にスポットをあてた問題提起

ナイチンゲール看護研究所

日本社会事業大学 金井 一 薫

「看護の専門性」は病気を看護の視点で見つめることから始まる

“受け手に開かれた医療を”というこのシンポジウムのタイトルは、これまでの医療が患者サイドに立った実践をしてこなかった、あるいはなかなか患者サイドに立てないできた現状があることを物語っています。

看護界は長い間“患者中心の看護”を叫んできたはずなのに、なぜ今だに患者サイドに立った実践を展開できないのでしょうか？

私はその大きな原因のひとつに、看護者はこれまで病気を医学の眼で見えてきており、看護の眼で見つめることができなかったからだと考えています。つまり、看護界は今まで長い間、主に病気の症状に対応してどうするのかといった、小手先の方法に頼って発展してきたきらいがあるのです。例えば、発熱時の看護とか、疼痛時の看護などというように、症状や病状のみに眼が向いてしまっていました。この傾向は近代医学の発展の方向軸と大きな関連をもっています。看護はこれまでずっと医学と二人三脚で歩んできておりますので、医学が高度かつ複雑になるにつれて、看護もその中に巻き込まれ、高度医療の担い手の一翼を引き受けて、次第に看護本来の姿から遠ざかってしまった向きがあると思います。世間一般からみれば、看護婦は医療助手屋さんであり、医師の指示どおりに動く助手といったイメージが強いはずですが。

そしてもう1点。病院という施設はいつでも治療の場であり、患者の生活の場や療養の場としては整備されてこなかったことが、看護者に患者を見えにくくしてきた原因があるように思えます。患者の生活を支えるべき看護が医師や治療業務にばかり眼を奪われていたのですから、患者不在の内容になってしまうのも無理はありません。

さて、こうした傾向をかかえた看護の実態では、高

齢化社会を迎え、しかも疾病構造の変化に伴って、家庭の中にも専門的な看護が要求される時代に突入した現代にあって、看護はまともに他の専門職と組んでその専門性を発揮できるのでしょうか？ なかなか患者サイドに立てないできた看護が、いったい何を外の患者に向けて提供できるのでしょうか？ 看護界は今、病院の内と外の世界から、二重の意味で本来の看護実践を要求されている時代に入っているのです。したがって、患者の生活を重視する実践を積んでこなかった看護は、今、いろいろなところに散らばって働いている看護婦たちを一度全部呼び集めて、単一職種としての意志統一を計らなければなりません。そして現代の国民のニーズに対応できるような内容と形に再編成し直さなければならないと思います。

そのためには、原点に戻って“看護とは何か”という共通の視点の確認をする必要があります。そして「看護婦はいったい何をやる人なのか」という国民の問いにきちんと答えていく責任があると思います。

そこで、看護の専門性について考えてみます。このテーマに接近するのに最短の道は、先にも述べましたように、病気を看護の視点で見つめられるようにすることです。医学や医師のものの見方ではない、看護の視点で病気を見つめてみるのです。それができるようになれば「看護の独自性」は自ずと定まってくるはずだからです。

病気の看護的見方とは？

1. 病気は生活過程の乱れから引き起こされる生命過程の乱れ現象である
2. 生命体をバランスのとれた元の姿に戻そうとして、体内での回復（修復）過程が始まる
3. 生体における回復（修復）過程を順調に進めるために、生命体は生活過程を改めることを要求する。

その結果、生命体はその生活過程を何らかの形で制限することを余儀なくさせられる

4. 制限された生活過程は、その時々レベルに合わせて、誰かが代行して補ってやらねばならない。
5. その人に課せられた制限に応じて、その生活過程を代行という形で創りあげていくのが看護的援助の姿である

このように病気を看護的に見つめることができれば、看護本来の姿が自然に浮かび上がってきます。つまり「看護とは、生活過程を創造的に創り変えることによって、生命過程の乱れを整えること」と考えるのです。この視点を導入しますと、生活援助という具体的な事例こそが、看護婦の独自の働きであると見えてきますから、このところに働く判断こそ、看護が責任をもって行なうべきだと思います。

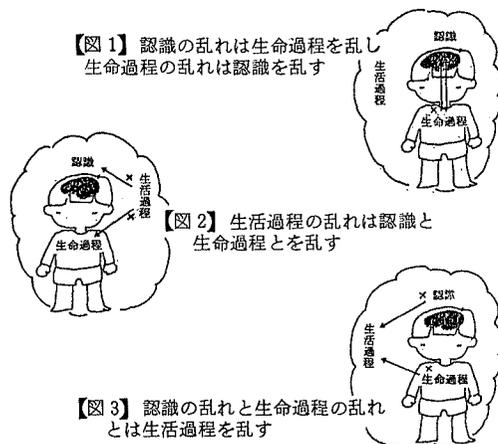
このばあい、生命過程に直接働きかける医師の存在も患者の回復過程を助けるのですが、患者に代わってその生活を代行する看護の働きが同時に展開されなければ、生命体は順調にその（終末期を含む）回復過程を経過させることはできないのです。

もう少し医師の視点との違いを述べてみます。近代医学の基本は、人体を形成している約60兆個の細胞のどこに、どのような異変や病変がおきているかを探求することにあります。そしてその異変や病変を速やかに取り除くことでその専門性を発揮しているのだと思

います。しかし看護のばあいは、その同じ人体の細胞をその角度では見つめません。看護は病的細胞を対象にするのではなく、そこに残された健康な細胞や、これから再生されてくるであろう細胞に眼を注ぎ、これらの細胞が健康に維持されていくように管理することに、その独自性を求めます。具体的にはどうということかと言いますと、細胞の健康に寄与するような取り組み方をするには、まず、細胞の作り替えに必要な材料（栄養素）の確保であるとか、細胞生成にとって適切な条件づくりに力点をおかなければならないと考えていきます。例えば、部屋の空気や食事や運動や休息や人とかかわり等がうまく適切にしているかどうかを気に配るところから出発させるのです。

したがって、看護はどうしても患者の生活の実態と直接結びつかざるをえません。ここに看護が生活を重視する基本的な根拠がありますし、患者個々の生活過程をととのえる、あるいは生活をケアするという点にこそ、看護の専門性は存在するという明確な理由を見つけることができます。そして、患者に代わって、その生活過程を健康的に創造していくのが看護なのです。看護者は絶えず患者サイドに立ち、患者の思考と一体化していくことが求められるのは必然の成り行きであると結論づけられるのです。そうなれば、患者不在の看護の姿はきれいに消滅するはずで

看護の視点で人間と生活を見つめる



ととのえるべき生活過程

- (1) 新鮮な空気 (Ventilation)
- (2) 陽光 (Light)
- (3) 家屋の清潔 (Cleanliness)
- (4) 暖かさ (Warming)
- (5) ベッドと寝具類 (Bed and Bedding)
- (6) 食物と水 (Food and Clean Water)
- (7) 食事 (Taking Food)
- (8) 排泄 (Excretion)
- (9) 身体の清潔 (Personal Cleanliness)
- (10) 衣と身だしなみ (Clothing)
- (11) 運動と姿勢 (Exercise and Position)
- (12) 睡眠 (Sleep)
- (13) あらゆる音の質 (Noise)
- (14) 変化 (Variety)
- (15) 会話 (Taking Hopes and Advices)
- (16) 役割 (Role)
- (17) 小管理 (Petty Management)
- (18) 受診・受療 (Consult)
- (19) リズム・スピード (Rhythm・Speed)

・金井一薫著：ナイチンゲール看護論入門 現代社 P.66より

◆シンポジウム◆

受け手に開かれた医療を保証するには

医療の質の保証という側面での問題提起

東札幌病院理事長

石谷 邦彦

1. 背景

20世紀は近代自然科学とそれに基づくテクノロジーなくしては語ることはできない。しかし「科学の進歩は正義である」といった楽天的期待の中で世紀末を生きてきた我々は、それに対し楽天的気分をもって、来るべき世紀を迎えられないことを十分予感している。確かに医学・医療は近代自然科学の一領域として大幅な変化と革新を経験してきた。最新の医学テクノロジーは華麗でさえある。それにもかかわらず先進諸国の医療は今深刻な危機に直面している。医療システムに対する大衆的な不満あるいは批判、その核となる問題は現代医学における費用対効果の極端な不均衡にある。医療従事者は終始その科学的、技術的卓越性を主張してきた。しかし一方では過去30年間医療費が怖るべき増加を示しているにもかかわらず健康者の比率は有意な改善をみていない。となれば「医学・医療はどこまで科学なのか」という基本的な問いを提示する。

2. 生物学的医学モデル

この問いに対する答えは現行の医療システムの欠陥は医学の理論と実際を支える概念的枠組み、科学的医学すなわち生物学的医学モデルに由来するということである。生物学的モデルのゆるぎない基盤はデカルトの思想にある。すなわち機械論的生命観である。

フレデリクソンがいうように「人間と病気を理解するために生命の複雑な形態をすべてある基本要素に還元し再合成すること、それが生物学的医学の主要な関心事」であり、それ故病気は機械の故障に還元され医療は技術操作に還元される。この方法はこれまで多くの成功を収めてきたため医療者集団や一般大衆の健康観、医療観を歪めてもきたのである。ほとんどの人は現在ある諸問題の主因が医学の狭量な概念基盤にあることに気づいてはいない。それどころか生物学的医学

モデルは広く受け入れられ一般の人々の意識の上でも病気の基本モデルとなっている。それ程深く文化に浸透しているのである。

3. 医学の4つの側面

そもそも古くから医学は4つの側面から構成されていた。それは①生物学②精神・心理学③社会学④倫理学である。これまで述べたように生物学的医学のあまりにも著しい進歩のため、それが健康に関するすべての問題を解決するという錯覚に陥り後三者が等閑視されてきた。今日あらためて他の3分野を医療システムの上で取り上げることが求められている。

4. 「医療の質」

このような歴史的認識を踏まえつつ「医療の質」とそれを「保証する」という問題の今後について展望する。「医療の質」という用語は現代の医療をめぐるキーワードのひとつとなっている。しかし具体的に何を意味するのか、かつそれはいかに測定ないし評価することができるのか、など内容についての議論は不十分な状況である。ときには「医療の質」の意味がきわめて矮小化され医療周辺にあるアメニティをめぐる議論に限定される場面もしばしば見受けられる。(およそこれは「Quality of Life」の歴史的展開と酷似している)

「医療の質」に関する研究は1960年代から米国で盛んとなった。現在もその基本的な事柄が応用されている Donabedian の論文によれば「医療の質」とは① Structure : 施設・設備, スタッフ配置・教育など ② Process : 診療パターン, 患者・家族とのコミュニケーションなど ③ Outcome : 生存期間, 患者満足度 (QOL) などを保障することである。これらの核レベルで先の4分野の視点から検討されなければなら

ない。すなわち、「医療の質」論議において本来中心をなすのは先の4分野の総体である。

5. 「医療の質」の研究と「保証」のための問題提起

(1) Assessment and accountability

近年米国において盛んとなりつつある「成果研究(outcome research)」や「診療ガイドライン(Practice guideline)」はきわめて示唆に富んでいる。これまでの生物学的医学の科学性、客観性の常識ないし前提に疑問を投げかけるものである。

(2) Informed consent

こうした「医療の質」をめぐる問題は日常診療のレベルから治療成績など専門分野のレベルまでの「情報開示」の問題と不可分である。

(3) チーム・アプローチ

ひとつは医学の4分野のより成熟した専門家集団の

効率的なアプローチである。真の専門家は各々が世界共通の認識基盤、共通の価値観を持つはずである。ひとつはボランティア・イン・スピリットである。すなわち医療者もグローバルな視野を持ちローカルに行動する市民として存在している。チーム・アプローチはコミュニティ・ケアへと進化する。

6. 明日へ

「本来の科学としての医療」の確立、「情報開示とinformed consent」「医療についての客観的、公共的な評価」の推進など、これらは皆同じ事象の異なる局面である。生物学的モデルの超克は不可能なことではない。もし我々に医学以外の分野を変革する意思があれば可能である。結局のところ社会、文化の総体を変革することに他ならない。

◆シンポジウム◆

受け手に開かれた医療を保証するには

開かれた医療を求める市民の立場からの問題提起

ささえあい医療人権センター COML

代表 辻本好子

1 はじめに—COMLについて

COML (コムル) の活動は、この秋で満5年。「いのちの主人公」「からだの責任者」である市民が、自分たちの生きざまを大切にしたいという気持ちを横つなぎにして、小さな活動を積み重ねています。そして、患者自身が医療の主人公であることを自覚し、自らが果たすべき役割に気づくために“あえて”医療にも消費者の目を向けようと呼び掛けています。また「いのち」の問題を社会やひとのせいにならず、自分自身の問題として捉えるために他者の意見に耳を傾け、それぞれが思いを語り合う「対話」を繰り返しています。

違った意見を聞き合う中で、単に妥協するだけでない揺るぎない自分自身の考えを持つことも活動の大きな目標です。例えば、毎月開かれている患者塾(大阪、札幌、東京、新潟、狭山の各地)では、テーマごとの体験談を聞いてディスカッションする中で、「自分だったらどうしたいか?」という自分の思いに気づいていくことの努力をしています。まずは自分の思いを言語化すること、つぎに医療者にきちんと伝える努力。つまり医療者とのよりよいコミュニケーションの一翼を担えるような「賢い患者になりましょう」が合言葉です。

COMLが目指す賢い患者とは、悪知恵の働くずる賢さでもなければ、利口ぶった小賢しさを言うものではありません。ましてや医療者を困らせるような患者になろうと言っているわけではありません。罹患した現実を現実としてしっかり受け止めたうえで、自分自身の医療姿勢をつねに冷静に批判できるようなバランス感覚をいかに併せ持っているかどうかということの問題にしているのです。

一人ひとりの医療に対する思いを社会化し、そして、再び自分自身の問題に引き寄せて考えてみる。受け身

のまま待っているだけでなく、積極的に問題に立ち向かい自分たちも参加して解決のための努力に挑戦する。そんな大きなことを小さくしてしまう活動でもありません。活動の内容は、情報紙「COML」の発行、電話や手紙による医療相談、ミニセミナー「患者塾」と医療フォーラムの開催、SP研究会(SP: Simulated Patient: 模擬患者による医療者とのコミュニケーショントレーニング)、病院探検隊、ナース研究会、健康ノート研究会などですが、それぞれの活動を詳しく説明させていただくスペースがありませんので、機会を改めさせていただきたいと思います。

2 COMLに届く患者や家族の「なまの声」

患者や家族から届く不平や不満は、「主治医が話を聞いてくれない」「詳しい説明もないうえに質問すると嫌な顔をされる」「叱られそうで何も言えない」など、医療者とのコミュニケーションギャップの訴えです。中には「主治医はいつもカルテばかり見ているので正面の顔を見たことがない」あるいは私の主治医は単語しか話せない人なんです」という、信じられないような話を聞くこともしばしばです。

COMLの電話相談に届いたり、毎月開催の患者塾で交わされる患者の本音は、たしかに一方的で被害者意識に陥った内容ではありますが、おそらく医療現場には届きようのない痛烈な批判でもあります。「誰かに聞いてもらいたかった」という、切ないまでの苦しみももった本音が毎月100件ほど届きます。こうした相談を受けているCOMLのスタッフは、医療にはまったくの素人です。

COMLの電話相談は専門家による「答えを与える式」でなく相談者の話を十分に聞いて混乱した気持ちを整理し、一緒に問題点を探り出します。そして、結局は「どうしたいのか?」という本心を引き出すお手

伝いをしています。誰かが助けてくれるわけではない、さいごは自分自身が問題解決の主役なんだと気づいていただくように働きかけて、知恵や工夫をアドバイスする“応援団”でありたいと思っています。

5年前に相談活動をスタートした頃は、ほとんどが不平や不満を訴えるばかり。COMLのアドバイスを耳を貸す心の余裕などまったくなく、患者が主体性を持つことなんて「できるはずがない！」と諦めきっているようでした。ところが最近、患者の権利意識が台頭してきたことでCOMLの提案も多くの人たちの胸に響くようになりました。「質問したっていいんですよ」「遠慮しなくてもいいですネ」と、いきいきとした意思を持った声が返ってくるようになりました。受け身でなく自分のことは自分で決めたいという患者参加型の医療の新しい時代の幕開けが訪れようとしています。

3 病気は患者の「持ちもの」

なによりも病気は患者の持ちもので、決して医療者に預けたり「お任せ」するものではありません。がんや成人病などの増加によって、日常生活における患者の果たすべき役割や責務の範囲が大きく広がってきました。また人生観や価値観、生活様式の多様化の流れの中で、それぞれが「私らしさ」を大切に生きたいと思うようになっています。だからこそ医療の中で、患者と「ひとくくり」にされたくない、あくまでも私の気持ちを尊重して欲しいと願うようになってきたのだと思います。

一方、医療者に対する期待も大きく変化し、なによりも医療現場の知識や判断を一方的に押しつけないで欲しいという気持ちが心の底からわきあがっています。質問のできる雰囲気の中で、知りたいと思っている情報や適切なアドバイスをわかりやすく説明して欲しい。さらには患者が理解し、納得したうえで、自分の治療を自分で決めたいと思えるような医療であって欲しいことを願っています。とくにナースの方々への期待は、患者自身のがんばろうという気持ちを引き出すこと、その気持ちをさいごまで支えきって欲しいという思いです。時代の変化と共に、患者が期待する医療者の役割も大きく変化しています。

4 問題提起にかえて「患者からの三つの願い」

まず第一に日常の看護を「医療サービス」の視点で見つめ直していただきたいと思います。

すでに欧米では患者がPatientでなくClientあるいはConsumerと呼ばれ、イギリスの看護論文の中ではPeopleと記されているそうです。ところがCOMLが“あえて”医療消費者を名乗ることについても、医療現場から驚くほど過剰な拒否反応が届くのが日本の現状です。理屈では解決しきれない現実の中で、果たして本当に看護をサービスとしてとらえ得るのか否か。現場でのおおなる議論を期待したいと思います。

二つ目はインフォームド・コンセントの理解において、患者にも「理解と選択」の責務のあることを認めていただきたいと思います。

かつて「説明と同意」と訳されたインフォームド・コンセントには、限りなく患者の不在感を感じてきました。医療が患者と医療者との共同作業であり、患者の権利意識の向上から「私らしさ」を大切にしたいという願いが大きくなればなるほど、当然に患者にも責任と義務が伴ってきます。そこで私は「説明と同意」を医療者側の責務と位置づけ、患者にも同様の責務として「理解と選択」の努力をすべきだと思います。

もちろん十分な説明がなされたうえで本人の意思によって「お任せします」という選択も認めていただく必要があらうかと思います。しかし一方で、不本意ながら甘えの構造に陥ってしまった患者には、ときには厳しい言葉で自立を促し、患者が「医療の主人公」であることを認識させ、自覚を持ち続けていけるような医療者の支援がほしいと思います。

医療者からの説明を理解するための努力をすることもさることながら、リスクも引き受けたうえで最終的に自分の責任において治療法を選ぶインフォームド・チョイスは「患者の自立」に不可欠です。インフォームド・コンセントを「説明と同意&理解と選択」と解釈することで患者と医療者の横並びの関係を示し、双方向のコミュニケーションのキーワードを捉えたいと思います。

第三番目の願いとして、ケアのプロフェッショナルである看護婦の方々のインフォームド・コンセントにおける役割は、「仲介者」でなく「支援者・同伴者」であっていただきたいと思います。

権利意識に目覚め始めた患者たちが、それぞれに「どうしたいか」という意思を持ち、自分のことを自分で決めることを望むようになれば当然に情報を必要とします。医療者から一方的に与えられるだけでなく、患者が自分の思いをきちんと伝えることも重要になってきます。つまり患者と医療者が互いにそれぞれの情報を「やりとり」する対話の共同作業の中でこそ、患者が安心し、納得できる医療が築けるのではないのでしょうか。

残念ながら COML に届く看護への不満の中には、医療側の論理を振りかざされたり、わがままと決めつけられ、患者の思いが抑え込まれてしまったという訴えも少なくありません。たとえば主治医への要望に対しても、看護の立場が最初から「無理なこと」と決めつけて教え諭すのではなく、まずは患者自身が勇気を出して自分の言葉で主治医に直接伝えられるように背後でしっかりと支えていただきたいのです。

5 もっと対話を //

たしかに医療現場における患者意識の現実、自立にはほど遠いものかもしれません。自分がどういう医療を受けたいのか、それさえも考えていないような人がたくさんいることも事実です。しかも看護を受ける

側とそれを提供する側は、言ってみれば異文化圏あるいは異分野の存在です。それだけに、考え方や感じ方に当然“ズレ”も起り、知らず知らずのうちに人間関係に深い“溝”が生ずることもあるでしょう。例えば、私が言わんとする「仲介者」というキーワード一つをとってもシカリです。

また、看護の「ありよう」そのものも大都市と地方とでは違っているでしょうし、大学病院や国公立、中小の私立病院と開業医レベルの「看護の質」は違って当然です。そうした中で、「受け手に開かれた看護」のありようを一律に語ろうとしても、無理が生じてくるのは必然です。

まずは、そうした現実を踏まえたうえでお互いの“溝”を埋めるべく、それぞれが率直にお互いの思いを交わすことが必要ではないのでしょうか。本音の語り合い、つまり「対話」をすることによってお互いが「気づきあう」ことがあるはずです。そうすれば一歩ずつ「歩みよる」こともできるのではないのでしょうか。

受け手に開かれた医療とは、患者が安心でき、希望を持ち続けることのできる医療です。21世紀の医療の中では心の問題がもっと重要になってくるでしょう。ご一緒に本音を語り合いながら模索していこうではありませんか。

受け手に開かれた医療を保証するには

多様な価値を認める医療

北海道医療大学基礎教育部

柘植 あづみ

私は医療の場における新しい技術の応用過程、医者－患者関係、医師集団の先端医療技術に対する意識や態度、患者の医療における選択過程などの調査研究を行っています。今までに、出生前診断や不妊治療に関して医者と患者双方への個別のインタビューや患者の会などでの参与観察を行ってまいりました。病院や診療所はある意味で通常の社会や文化とは異なる「異文化」だといえます。入院患者の生活時間や外部との接触の制限は治療上必要な場合もありますが、そうではなく、病院ではこうするのが当然なんだからそれに従ってくださいという面がいくつかあります。このような医療を「異文化」とみなしてフィールドワークをしている研究者の立場から「多様な価値を認める医療」というテーマで、問題提起をさせていただきます。

医療人類学では「病い (illness)」と「疾病 (disease)」を区別して用います。簡単に説明すると「疾病」とは医学的に見た「病氣」を指しますが、「病い」とは身体的な症状だけではなく、文化的・社会的な要因と関わった「病氣」を指します。S. ソンタグの著名な研究である『隠喩としての病い』で指摘されているように、ガンやエイズという言葉はその疾患の症状だけでなく、文化的・社会的な「意味」をも伴って用いられています。また、私が研究の対象としている不妊も、医療者には不妊症と呼ばれて「疾病」として扱われておりますが、これが「病い」であることは誰でも容易に気付くことができます。

医療における意識や行動は患者のみならず医療専門職であっても、医療以外の文化的・社会的要因に規定されています。いうまでもなく、その文化・社会的要因は、同じ日本の「いま」に生きていても、似通ったものである場合とまったく異なっている場合があります。また、国や民族が違っていても似通っている場合とまったく異なっている場合があります。海外で

患者として医療機関にかかった経験のある方が「カルチャー・ショック」を受けたという話も、よく見聞きます。

医療専門職に就いている個人が持っている価値観と患者の価値観が大きくズレている場合に、現場ではどのような対応がなされているにでしょうか。それについて患者はどう評価しているのでしょうか。

看護職の方々には「患者のニーズ」に応えよう、「患者のため」に尽くそうと努力されておられる方が多いのではないかと思います。その患者のニーズ自体が多様化している状況の中で「思い違い」を防ぐにはどうしたらいいのでしょうか。2つの卑近な事例をご紹介します。

はじめに産婦人科の内診台のカーテンの例をお話します。私がいままでにインタビューした方のうちで、欧米の産婦人科にかかった経験のある方は大抵、日本の内診台のカーテンをいやがっておられました。誰(医療者)がどのような処置をしているのかまったくわからないので不安だというのがその理由です。突然、器具を挿入されて驚いた、恐かったとか、屈辱的な気がしたという方もおられました。そのうちの一人(フランスから戻った日本人)が担当医に「カーテンを開けてもらえませんか」と言ったら、「何をわがままいってるんだ」と叱られて萎縮してしまったそうです。逆に日本の産婦人科しかかかったことのない方にカーテンについて尋ねると、カーテンがあった方が医療者と顔を合わさずに済み、恥ずかしくないのでもいいという方が多くなります。ただし、その方たちの中にも最初からカーテンが閉じていることからくる不安を話される人もいます。どのような処置をするのかを前もって説明して欲しいとか、患者の顔も見ないで処置をはじめるので患者を間違ったりしないのだろうか……。医療者から見れば取るに足りないことかもしれませんが

不安を持った人にはいくら「大丈夫ですよ」と言っても不安は解消されません。なぜ大丈夫と言えるのかの根拠が示されないのに、その言葉を信用できるわけがありません。

日本の内診台のカーテンは、患者さんが恥ずかしいだろうという配慮から付けられたのだと思います。患者のニーズを汲み取ったものかもしれません。でも、カーテンが開いている方を好むか閉じた方を好むかは、人によって違います。せめてカーテンひとつくらい最初に開けておいて、内診台に上がるときに患者が閉めたければ閉める、開けておきたければ開けておくという選択が許されないのでしょうか。

次にいい介助者の条件についてのお話をします。私の友人に車椅子を使っている人がいます。札幌に来たときに空港に迎えに行きましたところ、彼女の介助者として15才の少年が付き添って来ました。私が意外そうな顔をしたのでしょうか、彼女が「彼は私の介助をしてくれている大勢の人の中でも、とても有能なんだよ」と言いました。私が「有能ってというのはどんなところが？」と尋ねると、「何かをするときに、その都

度、必ず私がどうしたいのかをきいてくれるから」と答えました。私もその言葉を聞いて反省したことがいくつもありました。あの人はこれが好みだとか、つい知っているつもりで押しつけていたのかも知れないということがあったからです。

価値観の多様化がいわれる今日、医療において多様な価値を認めるというのは何を意味するのでしょうか。

如何なる要求にも応えられるような施設・設備・人材・システムを準備するのが無理なことは素人でもわかります。つまり、個々の施設、医療者がすべての多様な価値に応えなくてもいいのではないのでしょうか。むしろ個々の医療機関がその個性や特色を出して、患者やクライアントが選択するために必要な情報を公開・提供することこそが必要とされているのではないのでしょうか。多様な価値を認める医療のキーワードは、(a)医療及び医療機関に関する情報公開 (b)医療的措置（主に治療）に関するインフォームド・チョイスではないのでしょうか。その基本を支えるのが、「思い込み」ではなく相互理解を可能にする努力だと思います。