

コロナ禍で重要性増す「患者経験価値」

「人間中心医療」から取り残される日本

神戸市議会議員・元国会議員政策担当秘書 岡田裕二

新型コロナウイルス禍が世界にもたらしたもので、注目すべきものがあるとするれば、それは日常生活の中に莫大な数の「患者」を生み出したことだ。職場で責任ある人が突然患者になり、自宅や医療機関に収容され、姿を消すということが日常に起こるようになって久しい。

7月末現在で、1日の感染者数が20万人を超える日が続いている。彼らが1週間だけ患者に分類されるとしても、1週間後には140万人の患者が新たに誕生する計算になる。20年度の厚生労働省「患者調査」によれば、現在およそ120万人余の入院患者が国内に存在するとされるが、現在のコロナ禍は1週間足らずで、全国の入院患者よりも多い新たな患者を生み出していることになる。

ここまで書けば、読者の皆さんも疑問に思うだろう。果たして患者とは、いったい誰のことを指すのか。小学館『デジタル大辞泉』によれば、患者とは「病気やけがの治療を受ける人」すなわち病人だ。例えばある人は、筋骨格系疾患に苛まれ、肩は慢性的に、腰はときどき痛みが発生する。隣で誰かがかすかな音を出しただけでも目が覚める睡眠障害もある。長年放置された虫歯があり、皮膚アレルギーもあることを忘れてはならない。だが、このような人は患者とは定義されないだろう。これらの症状はいずれも日常の範囲内に許容されるものだからだ。

逆にコロナ感染者はどうか。彼らが患者に位置付けられるのは、喉の痛みや咳、鼻水など、さまざま症状とともに肺炎に発展するリスクもあるからだ。何よりも日常からの隔離が必要とされるためである。

無症状であってもPCR検査で陽性が確認されれば、病院に収容されなくとも自宅療養者として隔離される。逆にならぬように、喉の痛みや咳、鼻水など、さまざま症状とともに肺炎に発展するリスクもあるからだ。何よりも日常からの隔離が必要とされるためである。

なぜ病気は患者の体内に起こることであるにもかかわらず、日常から隔離され、「早く治ること」「他人に迷惑をかけること」「痛くても辛くても努力をすること」などの役割ばかり厳格に要求されるのか。彼らの心、烙印と負い目、医療機関での経験、病人としての体験は、彼らが課せられる役割に比して、随分と軽視されてきたのではないか。

15年6月に策定された厚生労働省の提言「保健医療2035」は、柱のひとつに「キユア中心からケア中心へ」を掲げた。村田久行・京都ノートルダム女子大名誉教授によれば、病気の苦しみは患者の

か。小学館『デジタル大辞泉』によれば、患者とは「病気やけがの治療を受ける人」すなわち病人だ。例えばある人は、筋骨格系疾患に苛まれ、肩は慢性的に、腰はときどき痛みが発生する。隣で誰かがかすかな音を出しただけでも目が覚める睡眠障害もある。長年放置された虫歯があり、皮膚アレルギーもあることを忘れてはならない。だが、このような人は患者とは定義されないだろう。これらの症状はいずれも日常の範囲内に許容されるものだからだ。

逆にコロナ感染者はどうか。彼らが患者に位置付けられるのは、喉の痛みや咳、鼻水など、さまざま症状とともに肺炎に発展するリスクもあるからだ。何よりも日常からの隔離が必要とされるためである。

無症状であってもPCR検査で陽性が確認されれば、病院に収容されなくとも自宅療養者として隔離される。逆にならぬように、喉の痛みや咳、鼻水など、さまざま症状とともに肺炎に発展するリスクもあるからだ。何よりも日常からの隔離が必要とされるためである。

「客観的状況」と「主観的な思い・願い・価値観」のズレから生ずるとし、このズレを減少させるために患者の客観的状況を是正するのが「キユア」、患者の主観を重視し、それを患者の客観的状況に近づけるのが「ケア」であると定義する。すなわち、キユアとは患者の現実を変え、ケアとは患者が現実を受け入れる支援であるとも言える。

医療サービスのみなならず「医療の質」までも、臨床の効果ではなく「患者中心」で評価する試みが、OECD（経済協力開発機構）を中心に活発に議論されている。こうした患者中心の概念が発展してきた背景には、がんや生活習慣病など長期間にわたって付き合う疾患の割合が増えたという疾病構造の変化と、患者の体験や健康情報を機械的に収集・可視化できるようになった技術革新の波が挙げられる。

17年1月にパリで開かれたOECD保健大臣会議では、「人間中心医療」を未来の人類の保健医療の主軸に据えたとする宣言文を採択。5〜6年後に開かれる次期会議までに「患者の経験と評価」を測定する統計指標を算出することなど

離され、患者となり、外出が禁じられる。ならば患者の定義とは、何らかの治療が必要とされる病人であると同時に、「日常から隔離された」人だということになる。

「患者の役割」とそれへの批判

患者と隔離の関係について、近代の医療社会学は注意深く検証を重ねてきた。代表的なのが「患者（病者）の役割」(The Role of the Sick)という概念を見出した、米国の著名な社会学者、タルコット・パーソンズだ。彼曰く、患者は病気という不運な状態にあるので、普段課せられている義務が免除される。代わりに患者は医療従事者と医学的アプローチに最大限協力し、早く病気を治す義務が課せられる。

この患者の役割の概念は、一方で批判の対象ともなった。カナダの社会学者、アーヴィング・ゴッフマンが唱えた社会的「烙印」(Stigmata)が各国に課題として提示された。以来、OECD各国は知恵を絞りながら「患者経験価値」を医療の質に反映させる取り組みを続けているが、残念ながらこの分野でまったく進展がないのが日本だ。

現在OECD全加盟国のうち24カ国が患者経験評価を導入し、医療の向上に努めている。米国では06年から、メデイケアによる入院患者を皮切りに、郵便・電話などを通じて毎年4000カ所以上の医療機関から集計した患者経験評価を公表しており、評価の高い医療機関にはインセンティブが支給されている。

韓国も17年から入院患者による患者経験評価を導入した。医療スタッフと話す機会が十分なのか、説明は理解しやすいか、治療過程に患者が参加する機会があったのかなどに関する電話アンケート方式で、入院中に経験した医師・看護師のサービス、投薬・治療過程、病院環境、患者の権利保障など6つの領域、合計24の質問からなる。

患者経験評価がより重要になることを理解し、別途専任チームを

ティグマ)を克服できないからだ。ゴッフマンの言う烙印とは、人が社会のなかで低く評価される「固定観念」を生み出す装置だ。言い換えれば、誰かが性別、肌の色、年齢、性的指向などによってほかの人より低い評価を受けるようになるれば、それが烙印だ。

そして患者は日常から隔離された瞬間に、烙印を押される。現在でも、コロナ感染者がどのような扱いを受けているかを顧みれば一目瞭然だ。そもそも「患」という漢字は心が貫かれた(串)という形状をしており、病と心の両方が苛まれた状態を表す。

また医療人類学、医療人文学は、「早く病気を治す」という患者の役割が、すべての患者を包括し得ないことを問題視してきた。例えば、不治の病気の患者は病気を治したくて仕方がないが、それがかなわない。ならば彼らは患者の役割を正しく果たしていないのだろうか。

構成し、自発的に備える医療機関も増えている。回診予告制、夜間や週末回診も可能なテレビ会議サービス、患者が手術経過を確認できるスマートフォンアプリの活用などが一例だ。

医療スタッフのモチベーション向上にもつながる。患者は「最高の手術でした」と医師をほめるだけでなく、治療のすべての過程に参加し、世話をしてくれたすべての人について評価することになるからだ。

コロナ感染症のような治療が困難な疾病にこそ、患者経験価値の議論は重要だ。まして患者本人だけでなく同居家族や濃厚接触者まで、苛烈な行動制限の対象となり、患者の一部は寛解後も後遺症に悩まされる。これまでの医療の本筋であった「治療中心」から最も遠いところにある疾病が、日本のみならず世界を席巻し、その蔓延は未だ終わりが見えないのだ。

日本だけが世界から取り残されている。いまこそ患者経験評価の確立のため、医学のみならず社会学や政治からも、知恵を結集させるときだ。



「人間中心医療」を掲げるOECD