

# 医師-患者関係プラスアルファ

## —臨床に第三者を加えよう！

著

埼玉医科大学総合診療内科教授

木村琢磨

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

- CASE① 木を診て森を考える！？ p1
- CASE② 待合室へ宝探しに出かけましょう！ p7
- CASE③ 医師がはじめる伝言ゲーム！？ p12
- CASE④ 草刈りやゴミ拾いで臨床が発展する！？ p17
- CASE⑤ 主役はどっちだ！？ p22
- CASE⑥ ご家族は病気知らず！？ p27
- CASE⑦ 電話やメールで呼び寄せる！？ p32
- CASE⑧ 多職種からの漠然とした臨床情報 p38
- CASE⑨ 家族のライフステージを意識した食育について考える p43
- CASE⑩ 「患者と特定の家族の関係性」に医師が巻き込まれることを防ぐ p49
- CASE⑪ カンファレンスでの判断について考える p55
- CASE⑫ 独居高齢者の増加について考える p61

▶HTML版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

<b>CASE 1</b>	木を診て森を考える!?	<b>CASE 7</b>	電話やメールで呼び寄せる!?
<b>CASE 2</b>	待合室へ宝探しに出かけましょう!	<b>CASE 8</b>	多職種からの漠然とした臨床情報
<b>CASE 3</b>	医師がはじめる伝言ゲーム!?	<b>CASE 9</b>	家族のライフステージを意識した食育について考える
<b>CASE 4</b>	草刈りやゴミ拾いで臨床が発展する!?	<b>CASE 10</b>	「患者と特定の家族の関係性」に医師が巻き込まれることを防ぐ
<b>CASE 5</b>	主役はどっちだ!?	<b>CASE 11</b>	カンファレンスでの判断について考える
<b>CASE 6</b>	ご家族は病気知らず!?	<b>CASE 12</b>	独居高齢者の増加について考える

## はじめに

### (1) 増え続ける「複雑な臨床問題」にどう対応するか

筆者は同僚医師達とチームで、外来・病棟・訪問診療、施設での診療、産業医業務などを行っているが、近年は「何が問題なのか分からない」「どうやって解決するべきか不明」などの、複雑な臨床問題が増加していると感じている。おそらく、地域で日々忙しい臨床を実践なされている先生方も同じであると考えられる。

これには、近年の高齢者の増加をはじめ、社会の多様化など様々な要因が関係していると推測される。今後、医師として、このような臨床問題にどのようにして対応していくかは大きな課題であるが、医師のみで解決することは到底不可能であり、「多職種連携」や「家族との協調」が鍵であろう。

### (2) 多職種連携

最近介護保険の利用が一般的となり、医療・介護・福祉職による「多職種連携」が不可欠となった。そして、地域では患者を中心に、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、リハビリスタッフ、栄養士、事務職員など多くの専門職が複雑に機能して

いることが多い。

「多職種連携」による質の高い診療やケアのためには、良好なコミュニケーションが必要であることは言うまでもないが、多忙な臨床を行いつつ、それぞれの職種の立場や状況を尊重して医師として行動することは、一筋縄ではいかないのも事実である。筆者自身、「ボタンの掛け違い」のようなことが生じた苦い経験も多く、読者の先生方にも、そのような経験がありうるのではないかと考えている。多忙な臨床現場において、より円滑な「多職種連携」が行われるための具体的なコツについて考えていく必要がある。

### (3) 家族との協調

もともと家族間の結び付きが比較的強い我が国においては、高齢患者の増加と相俟って「家族との協調」に基づいた意思決定がますます重要である。また、在宅療養の推進により、患者を介護する家族を含めたケアが求められる側面もあろう。

しかし「患者の家族に、どのような際に、どのような方法で関わり、臨床を発展させるか」という情報は「症状や疾患へのアプローチ」「目の前の患者にどのように対応するか」という情報に比べて、少ないと考えられる。これらについての、具体的なコツについても考えていく必要がある。

## 患者周囲の第三者を意識して臨床を 発展させる

以上のように、今後ますます高齢者が増加し、社会が複雑化する我が国においては「多職種連携」や「家族との協調」が臨床の鍵と考えられる。しかし、実際には「多職種連携」や「家族との協調」には様々な困難が生じうる。これには、多様な原因があると考えられるが、筆者は「これまで我々医師が、臨床事象を“患者と医師”のみで捉えがちな側面があり、実際に医師の目の前にいないことも多い“多職種”や“家族”をイメージする術に乏しいこと」に起因する側面があると考えている。

多くの患者、特に昨今の高齢患者のほとんどの場合「医師の目前には不在だが、臨床やケアの上で重要な役割を担っている“多職種”や“家族”が存在しているのが一般的である。そのため、臨床事象を患者-医師のみで捉えることは、もはや幻想であり<sup>1)</sup>、今後は、患者周囲の第三者である“多職種”や“家族”も意識して、臨床事象を捉えることが重要である。本来、地域は「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」に満ちていると思われる。

## 本コンテンツの主眼

先生方の多くは、地域の患者と継続的に関わり、その家族をも診療されていると考えられる。そのため、すでに「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」を実践されている側面も当然多いと言える。

しかし筆者は、その多くは言わば“アート”や“暗黙知”として行われているに過ぎず「患者周囲の第三者と、どのような際に、どのような方法で円滑に関わり、協調して臨床に活かすか」については理論化されておらず、具体的な情報が少ないと考えている。

本コンテンツでは、複雑・多様化している昨今の臨床現場における様々な臨床事象を「患者周囲の第三者を意識して臨床を発展させる」という視点で捉えることについて考えることを主眼とし、これを「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」と名づけた。そして「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」を現場に役立てるための術を、地域で臨床を実践されている読者の先生方とともに考えたい。さらに「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」を通して、ソロプラクティスであることも多い我が国の実地医家の先生方の臨床に役立つような、有益なコンテンツを目指したい。

## 医師-患者+ $\alpha$ の臨床とは

「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」は、言わば「患者と医師に加えて、家族や多職種の“考え”“立場”“役割”などを踏まえる臨床」と言える。これにより、臨床を発展させることが本コンテンツのねらいである。実際「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」のような3人以上の体制のほうが「医師-患者の臨床」などの2人体制よりも、様々な状況への適応能力が高いことが言われている<sup>2)</sup>。

一方「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」においては、医師に様々な葛藤が生じる可能性もありうる。一般にコミュニケーションを行う人数が増えると、より高度なスキルが必要とされる<sup>2)</sup>。そのため「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」においては、様々な人間との関係性を適切に保つため、複雑に絡み合ったコミュニケーションを適切に処理する必要がある。また「一般に、ある関係を持つ2つの個体の結びつきは、二者の場合においてのみ理想的な状況となる可能性を持っている。第三者を入れるということは、問題を複雑にし、その成立の可能性をぐっと低めてしまう」とさえ言われている<sup>3)</sup>。

つまり「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」には有益な面だけではないと言える。そのため、ある臨

床状況を「医師-患者+aの臨床」で処理するか否かは、その意義や注意点を十分検討して判断することが肝要である。

そこで、本コンテンツでは、臨床で意識する第三者が“誰なのか”を明確にしつつ、

- ・医師の前にはじめから存在している第三者との関係性を踏まえた診療が求められる場

合

- ・医師の目前には不在の第三者を意識する必要がある場合
- ・新たな第三者を診療に加えるか否か検討すべきである場合

の3つの捉え方に分け、常に事例に基づいて考えていきたい。



## 木を診て森を考える!?

82歳、女性。

今井さんは、高血圧で小倉医院へ長年通院中である。最近は変形性膝関節症のため杖歩行であるが、近所に住む娘さんの付き添いにより元気に通院中である。

本日は「足の熱傷」のため予約外で外来を受診された。

今井さん：「先生、大したこと、ないですよ」

娘さん：「アンカを当てていてなってしまったんですが、大丈夫でしょうか」

小倉医師：（診察しながら）「今井さん、これはヒリヒリするでしょう。でも、ご家族に毎日洗ってもらえば、大丈夫ですよ」

その後、小倉医師から娘さんへ処置法の説明がなされ、今井さんは帰宅となった。医学的には浅達性Ⅱ度の熱傷であった。

### 症例の経過

#### 今井さんが受診した3日後

小倉医師が外来中に今井さん担当のケアマネージャーから電話があった。「小倉先生、ヤケドの処置法が分からないのでデイサービスは3日間休んでもらいました。家族の意向で再開する予定ですが、ヤケドはどう対応すればよろしいでしょうか？ 本人やご主人に聞いても分からないですし、ご主人もできていないようなんです。心配した娘さんからご連絡をいただいたんです。一時的な訪問看護も検討しているんです

が」という内容であった。小倉医師は、訪問看護指示書を早急に作成することと、デイサービスでの処置法をとりあえず説明し電話を切ったものの「デイを休んだ!? わざわざ外来中に電話をかけてくるような処置でもないのに…」と腑に落ちない点があった。同時に「処置を娘ではなく、ご主人がすることになるとは…」と驚いた気持ちもあった。

#### 数週間後

小倉医院へやはり長年通院中の今井さんのご主人が受診した。86歳で元気が年齢相当の衰えは最近出てきている。ご主人は「いやあ先生、女房のヤケドではえらい目にあいましたよ。は

じめデイは見てくれないって言うし、ほら、そうすると風呂も入れないでしょ。娘も仕事があって傷を見てくれないし、先生の言ったやり方を言われたけど、オレにはどうしたらいいかわからないし、女房はヒリヒリするってうるさいし。年寄り二人暮らしにゃこたえましたね。まあ、ヤケドなんてするもんじゃないね」と笑顔で話しながら診察室を出て行った。

小倉医師は、今井さんの熱傷のことをはじめ忘れていたほどであったが、ご主人の話にただただ相槌を打ち、苦笑いをするばかりであった。そして小倉医師はご主人の帰宅後「あの熱傷でご主人まで大変なことになっていたとは…」といろいろ考えさせられてしまった。

※症例は実際の症例を基にしたフィクションです

## 今回の事例で結果的に生じたことを振り返り今後活かす

### ▶患者に生じたこと

第一に、直接的な臨床問題である熱傷に対する処置が不十分となった可能性がある。これは、娘から夫への説明法に起因する面もあるが、それ以前に「そもそも小倉医師は、高齢の夫が処置をすることを念頭に置いていたのか」「小倉医師の説明は、娘から夫へスムーズに説明がなされるように配慮されていたのか」についての省察は、後方視的とは言え、今後活かすポイントとなる。

第二に、患者はデイサービスに行けなくなり、入浴が不可能となるなど生活パターンの変化が生じた。今回はそこまで至らなかったものの、高齢者の場合には短期間の生活パターンの変化で、認知機能やADLへの悪影響も懸念される。

### ▶患者周囲の第三者に生じたこと

第一に、夫に負担がかかってしまったことがある。これは先述の通り、デイサービスに行けなくなったことによることが大きい。また、結果的に処置はできなかったものの、処

置を期待されたこと自体がストレスとなった可能性もある。

第二に、娘は仕事で忙しい中、母親の熱傷の処置を巡って、母親はもちろん、父親の心配もせねばならなくなった。第三に、デイサービスのスタッフやケアマネージャーにも混乱が生じた。これらには「娘だから当然」「ケアマネージャーだからこそ、様々な調整を行うべき」という考え方もあるが、本当に避けられなかったのであろうか。

### ▶医師に生じたこと

第一に、多忙な外来中に電話でやりとりすることを余儀なくされた。第二に、今回のように、ケアマネージャーなどが患者本人や、夫の視点で解決策を示してくれることがなければ、患者マネジメントはもちろん、通院中である夫との関係が悪化したことも懸念されよう。



以上は、あくまで結果論ではあるが、今後、高齢者や「老老介護」がますます増加する我が国では、しばしば起こりうる内容と考えられる。

## 今回の事例を「医師-患者+αの臨床」で捉え、発展させる

### ▶患者周囲の第三者として、夫を念頭に置く

夫を念頭に置くことは、本事例をより良い臨床とする鍵である。まず、医師にとっては軽症の熱傷でも、患者本人により処置が不可能な場合には、患者周囲の第三者のうち誰が処置を行うのかを考える必要がある。この点、小倉医師は、処置は「患者自身ではできない」ことを踏まえ娘に処置法を説明しており「医師-患者+αの臨床」で捉えていた。ところが「患者が夫と二人暮らしであること」や「通院に付き添う娘は近くに住んでいても毎日仕事で多忙である」というイメージが足りなかつ

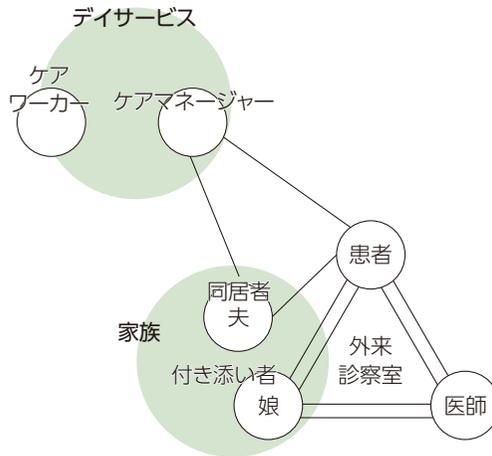


図1 本事例の構造

た可能性がある。

もともと、今井さんの夫も小倉医院へ通院中であり、もっと具体的な生活のイメージを持つことができれば「二人暮らしの小倉夫婦における熱傷の処置」についてより良い指導ができていたことであろう。

▶ デイサービスのスタッフやケアマネジャーを意識する

「処置を夫にも娘にも負担をかけずに行うこと」「デイサービスを継続すること」は、本事例でより良い臨床を行う根幹である。しかし、今回、夫やケアマネジャーに処置法の情報がかまく伝わらなかったことにより、これらができなかったばかりか、問題は複雑化したと考えられる。

もし、夫に処置の具体的な役割を担ってもらうのであれば、小倉医師がまず娘に「娘さんから見て、患者の夫が患者の処置をすることが可能か否か」を聞く方法があった。その上で、娘から夫へ、説明しやすいように「処置法を紙に書いて説明する」などの方法も考えられたであろう。

次に、医師が直接行う必要はないが、何らかの方法でデイサービスへ熱傷が生じた報告

と処置法を伝えることも理想であった。例えば「娘は同居していないため、ケアマネジャーと直接の接点がない可能性を踏まえ、メモなどに処置法などを簡単なメッセージ程度でも記載し、娘からデイサービスの連絡帳などに入れてもらう」など「娘からケアマネジャーにどのような方法で処置法を伝えてもらうか」を外来診療中に相談する余地があったと言えよう。

以上のような「医師-患者+aの臨床」で、小倉医師が「今井さんのケア全体の中における熱傷」というイメージでマネジメントを行えば「今井さんがデイサービスに行けた上に、処置もしてもらえ、夫や娘の負担も少なく、ケアマネジャーの負担も減り、問い合わせにより小倉医師に手間がかかることもなかった」可能性がある。

● 今回の状況 (図1)

医師の目前には不在の第三者を意識する必要がある場合

● 今回の第三者

患者の夫、ケアマネジャー、デイサービスのスタッフ

## 今回の教訓

今回のような事例は、後方視的に考えれば「誰もに気づきがあるはず」と考えられるものの、多忙な臨床現場においては、しばしば生じうる状況と考えられます。「木を見て森を見ず」ならぬ、「木（患者）を診て、森（患者周囲）を考えない」では、不十分な臨床状況となることが珍しくありません。「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」においては、たとえ患者が一人で来院しても「木（患者）を診て、森（患者周囲）も考える」診療を目指したいものです。極端な話、医師は一人の患者を診ていても、実は、家族はもちろん、ケアに関わる多職種を含めた“診察室に入りきれないくらいの人々”を相手にしているのかもしれない<sup>4)</sup>。昨今の医療現場では、このイメージーションが求められているのではないのでしょうか？



Q

「医師-患者+ $\alpha$ の臨床」を実践する上で最低限必要なことは何でしょうか？

(東京都 診療所医師)

A

まず、患者さんを診療したら、家族や介護サービスなどにも目を向けましょう。読者の先生方の多くは継続的な関わりをされていると思いますし、特にベテランの先生方の中には「家族背景など、すべて頭の中に入っている」という方も多いでしょう。それでも、家族図や使用している介護サービスをコツコツと記載して、診療録の一角所に患者背景として一元管理しておけば、正確な情報を必要時に臨床に活かすために有用であると思います。

### ●文献

- 1) 飯島克己：治療 75：2905, 1993.
- 2) 中根千枝：適応の条件，講談社，東京，1972，p137.
- 3) 加藤秀俊，他：講座現代の心理学7 個人・集団・社会，小学館，東京，1982，p149.
- 4) McDaniel SH, et al：家族志向のプライマリ・ケア(松下 明 監訳), シュプリンガー・フェアラーク東京，東京，2006，p1.