

末期医療における患者の意向の把握をめぐる

—— 医師への面接調査をふまえて ——

佐伯みか

I. なぜ「末期医療における患者の意向」なのか

——「生命と現代文明論」における位置付け——

「生命と現代文明」を論じるための視点として、私は医療現場における末期患者の意向の取り扱われ方に注目したい。現代においては医療と全く関りを持たずに死期を迎える人は極めて少なく、またその医療は、現代文明特有の科学・合理主義、専門分化の多大な影響を受けているからである。

現代医療にみられる技術の進歩や専門分化は、確かに私たちに大きな福利をもたらしており、かつては見放されていた疾患や病状に対して、有効な治療方法が開発された例も多い。しかしその一方で、現代医療では治癒が期待できない病態の患者（いわゆる末期患者）に対して、「侵襲の大きな先端的医療をどこまで続けるべきか」という問題も浮上してきた。またそれに加えて「末期患者の意向をいかに尊重するのか」という問題が、告知・インフォームドコンセント・医師—患者関係・専門家支配^{参1,2)}等多様な視点から頻繁に指摘されるようになった。しかしながら、未だに医療現場では、患者の意向よりも医師の善意に委ねられた治療方針の決定がなされることがほとんどである。これらを考慮すると、「患者本人の意向がどのような方法でどこまで尊重されるべきか」、また「その意向に基づいて医療が行われるためには何が必要か」を再考することは、現代医療との密接な関わりの中で死んでいくであろう私たちにとって重大な課題である。

ところで、末期状態とは、一般に難治性の疾患を患い、現在のあらゆる医療技術を駆使しても治癒の見込みがなく死期が近いと考えられる状態である。末期状態をきたす病因（病態）は、がん、脳卒中、心臓病など幅広く、各病態に応じて個々の特徴があるが、ここでは日本人の死因第1位であるがんの末期状態を取り上げるものとする^{参3)}。

以上に述べたことをふまえて、本稿では、医療現場における末期がん患者の意向の取り扱われ方について検討したい。

II. いま、日本の「末期医療論」が直面する問題点

—— 患者の意向の尊重を視点として ——

近年、“患者の意向を尊重した末期医療の在り方”についての議論は、医療関係者のみでなく、心理学、哲学、法学、宗教学、生命倫理学、社会学や医療人類学といった多岐にわたる分

野の専門家、あるいはマスコミ関係者により盛んに行われてきた。

しかしながらそれらの議論は、実際には、欧米型モデルの紹介をして原理原則を主張するに留まる（以下「原理原則論」とする）か、反対に現場の抱える問題の複雑さを指摘するに留まる（以下「現場適応論」とする）か¹⁾、あるいはそれぞれの議論を“批判することに終始する議論”が圧倒的に多い。

「原理原則論」とは何か。それは“患者の自己決定権尊重論”や“パターナリズム批判論”にみられるような倫理・価値基準を主張する議論である。たとえば、欧米で「医師—患者関係論」として古典的地位を占めるのは、パーソンズの「患者役割論」を批判して²⁾注目されたサス等による「医師—患者関係基本モデル（能動—受動型・案内—協力型・相互参加型）」^{3, 参4)}、H. プロディによる「医師—患者関係理想モデル（技師型、司祭型、契約型）」^{4, 参5)}等である。一方、日本の議論は、これらをそのまま引用し、医師が患者に対して家父長的である「能動—受動型」や「司祭型」を単に批判するものや、パターナリズムに対抗して患者の自己決定権を強調するに留まるものがほとんどである。「インフォームド・コンセント」「告知」に焦点が当てられる場合でも、患者の権利そのものを賛美するだけの議論が多い（「インフォームド・コンセントの負の側面」^{参6-8)}）。それらは、原則を提示した後、その原則を医療現場のケースにいかにか適応させるかという点までは、論じていないのである。

従ってこの議論は、以下3点の問題をはらむことになる。

第1に、日本人の権利意識に関する文化社会的背景の吟味不足である。欧米とは異なり、契約概念に基づいた文化社会構造を持たない日本においては、唐突に自己決定権の重要性を持ち出されても、そのような権利の行使を必要と感じなかったり、拒否したりする患者が少なくない。全面的に医師に委託する方（「おまかせ医療」）が性にあう日本人は少なからずいるという事実は無視できまい^{参6, 9)}。

第2に、日本人の意思決定には、家族の影響力が大きいという事実についての吟味不足である。実際に、日本では、大半の医師が家族優先型の病名・病状告知をしている（つまりまず家族に告知をし、その内容を患者に伝えるべきかどうかのうかがいを家族にたて、彼らに反対された場合には、患者への告知は消極的にするという方針を持つ医師が多い）^{参10)}。

第3にこの「原理原則論」は、ひとつのケース結果を厳密に吟味あるいは反省し、それを次のケースの判断材料として、現場にフィードバックするという視点に立脚していない。例えば、患者による「自己決定権」の行使そのものを重視して“原則としての告知”をした場合（患者の意向や心理状況を把握せずに、患者に事実を伝えた場合）、告知がその後の患者の闘病意欲や心理状態にマイナスに働いたとしても、告知の内容あるいは方法におけるどの要因が患者に悪影響を与えたかについて、反省することが極めて難しい。従ってその後の患者への対応にも、別の患者への対応にも、そこでの成功と失敗を生かすことができないのである。（この点で村上による「段階的告知」は評価できる^{5, 参11)}。）

このように、現時点での「原理原則論」は、臨床場面での具体的な問題を解決することが難しい。確かにそれは、「密室性の医療」「医師の権威主義」^{参12)}に纏わる従来の医療問題の解決の方向性を示すという意味においては大きな役割を果たしてきた。しかし、現在はその次の段

階、即ち原理原則を現場の個別具体的場面でいかに適用させるかについて、丁寧に検討していく段階にさしかかっているのである。

それでは「現場適応論」はどうだろうか。この議論は、現場の抱える問題の複雑さを理由に、その時々状況や文脈に合わせて対応していくやり方を主張するものである。いわゆる、日本で安易に正当化されがちな“ケースバイケース主義論”はその代表例である。曖昧性を好む日本人特性を反映したこの「現場適応論」（“ケースバイケース主義論”）は日本型モデルとして提示されることが多いが⁶⁾、これもまた、複雑に要因が絡み合い判断に迷う個別具体的場面において貫かれるべき原理原則を提示してはいない。

確かに、実際の医療場面では、個人の生き方や価値観がそれぞれ異なるのと同様、末期患者のニーズも個々に異なるし¹³⁾、それへの対応が医療者（例えば担当医師）の価値観や経験に左右されやすいのも事実である^{14,15)}。従って、医療者側による患者の意向への対応の仕方は結果としてケースバイケースにならざるを得ない。

しかしながら、この「現場適応論」も、「原理原則論」同様、大きな落とし穴を内包する。それは、患者の個別性を重視する柔軟な対応を支持する一方で、医療者による“場当たりの対応”を容認する側面を持つのである。例えば、全く同じ条件の患者に対して、ある時には医師による学問的好奇心から患者の意向と乖離した延命治療が続行され、ある時には患者への共感や同情あるいは善意により延命治療が打ち切られることを容認する。そのことが患者側に大きな不利益をもたらすことは言うまでもない。つまり「現場適応論」は、たまたま患者が関わった病院あるいは医療者（担当医師等）によって患者側の最期が大きく左右されることを、「ケースバイケースなのだから仕方ない」として看過する、十分な理由になり得るのだ。それだけではない。従来の医学的知識や技術のみでは対応しきれない「末期医療」に関わることを医療者が敬遠する現象さえも容認しかねない。これは、結果的に、一部の熱心な医療者に過度の負担がかかる傾向を促すだけでなく、彼等が培った末期医療に関する知識や技術を次世代へ継承し難い傾向を促すであろう。

つまり、医療者の“場当たりの対応”を容認する「現場適応論」（“ケースバイケース主義論”）は、一見患者の個別の意向を重視しているようでありながら、実は医療者側の恣意性に委ねられた判断の「逃げ道」にもなりかねないことがわかる。

さて、「末期医療論」の最後のタイプは、以上に述べてきた「原理原則論」や「現場適応論」を批判する立場のものである。ところが、これもまた「それではどうしたら良いのか」という実践レベルの議論にまでは深まらず、具体性に欠けたものがほとんどであると言わざるを得ない。

以上のことをふまえると、今後の「末期医療論」は、「原理原則論」と「現場適応論」とが融合した、具体的な議論に発展していく必要があると考えられる。即ち現場の個別具体的な場面や、患者の個別の意向に柔軟に対応しながらも、同時に、複雑な判断を要する場面では一貫した原則が貫かれるような在り方を探るための議論である。

ここで私は、医療者による患者の意向の“把握”に議論の焦点を絞ることとする。ケースの個別性、患者の意向の個別性に柔軟に対応するための大前提が、医療者による患者の意向の

“把握”にあると考えるからである。そして、まず医療者の実践方法と問題意識を整理することから始めたい。第一線で多数の症例に携わり続ける専門家の実践方法と問題意識は、長年の経験によって導かれた現場主義的な「暗黙のルール」を反映するであろうし、このような接近方法は、「原理原則論」も「現場適応論」をも越えた議論の礎になるであろうと考えるからである。

本稿の検討対象としては、医療者の中でも特に医師を取り上げたい。従来、患者や家族、看護婦（士）については数多くの調査と検討がなされてきており、そこでは彼らが末期医療に望むこととして「医師とのコミュニケーション」を挙げる割合が高いことが示されている¹⁶⁾のに対し、医師自身のコミュニケーションに関する捉え方・認識についての研究は皆無に等しい。確かに医師はその専門性や社会的地位等により研究対象にされにくい特質を持つ^{17,18)}。しかし、医療行為の最終責任を担う立場、裁量権を持つ立場にある医師の、実際の患者への影響力の大きさを考慮すれば、患者の意向の把握に関する認識とその実践についての医師の捉え方を検討することは、現場の具体的問題の解決のために欠かせないアプローチと言えよう。

そこで次章では、著者が実施した、「医師が末期患者の意向の“把握”についてどのように認識しているか」についての調査結果の一部を紹介し、医師による患者の意向の把握の程度、またそれらの規定要因に関する医師の捉え方について検討していきたい。

Ⅲ. 末期患者の意向の把握に関する医師の認識

— 調査概要^{19,20)} —

本調査は次の3点に注目した。

医師が末期医療を行う際に、

- 1) 患者の意向・認識についてどこまで把握するべきだと捉えているか、またそれは何故か。
- 2) 実際に治療方針を決定する際に患者の意向をどの程度尊重しているか、またそれは何故か。
- 3) さらに、実際の患者の意向に関する把握程度を規定する要因がどこにあると考えているか。

また本調査では、「患者の意向・認識」の具体的内容として、次の2点を取りあげた。それは末期医療において治療方針を決定する上で医療者側の重要な判断材料となるが、実際には医師が把握しにくいと考えられる⁶⁾、

- 1) 延命治療中心から症状緩和中心の医療へと移行することに関する患者の意向⁷⁾、及び
- 2) 患者の死の受容や致死的病状に関する患者の認識

である。「意向」と「認識」は異なるレベルのものであるが、本稿は「認識」に対する医師の態度を検討することにより、そこから「意向」に対する態度をも考察していきたい。）

Ⅲ-1. 調査対象

1) 病院について

日本において、がん治療と症状コントロールを先駆的に行なっている大規模病院として、大学病院1カ所、がん専門病院1カ所を選んだ⁸⁾。本調査における対象病院としては、ホスピス、緩和ケア病棟ではなく、治療を中心に行う病院を選んだ。理由は2つある。第1の理由は、現

在厚生省により、各都道府県につき最低1カ所の緩和ケア病棟の設立が計画されているが、それらをもってしても、将来的には、死因の25%を上回るがんの患者数に充分に対応できるとは考えにくいという点である。第2の理由は、現在の日本の多くのがん患者は初めからホスピス、緩和ケア病棟を受診するのではなく、まず一般の病院を受診しており、将来的にも同傾向が続くと推測できるという点である。以上をふまえて日本の将来的な末期医療のあり方を検討するためには、特別なケア体制の整っていない一般の病院の医師を対象とする方が有益であると判断した。

2) 医師について

上記の各病院の病院長（医長）に依頼し、指導的立場（助教授・講師・医長・チーフレジデント）にある医師で、末期がん治療を行っている（治療方針決定の最終責任を担う医師）という条件に該当する医師を選出してもらった。その結果該当した医師は55名、そのうち面接協力の承諾を得たのは46名（83%）、その内訳は表1に示す通りである。

表1 調査対象

調査対象者の所属と面接実施状況			
	実施人数 / 対象人数		
	大学病院	専門病院	計
内科系	10/15	12/12	22/27
外科系	15/16	9/12	24/28
計	25/31	21/24	46/55

〈条件〉
指導的立場(助教授・講師・医長・チーフレジデント)にあり、且つがん治療を行っている医師全員

Ⅲ-2. 調査方法

1) 調査票作成のためのパイロットスタディ

調査計画前に、某大学病院と某がん専門病院の医師計18名に約2ヶ月間にわたってパイロットスタディを行い、そこでの結果を参考に質問項目を作成した。

2) 面接方法

各医師が勤務する病院内で、1対1の半構造化面接法を行った。質問内容と選択肢は1問毎にカード化し、それを提示しながら質問した。回答者には、それを参考にしながら自由に答えてもらった。その際、いくつかの質問項目に関しては、回答の意味づけや回答相互の関連について答えてもらった。平均面接時間は1人130分程度となった。記録は調査票とテープの両方を用いた。調査はすべて著者1人で行った。

Ⅲ-3. 分析方法

先に述べたように、実際の質問場面では選択肢を示したが、単にそれらから回答を選んでもらうに留まらず、回答の意味づけや相互の関連をも尋ねていった。この結果、回答内容は選択結果の集計によって捉えられる範囲を超えていた。このために一部では統計的手法も用いたが、主に回答の類型化と多様性の発見を通してそれらを質的に検討することを中心とした。類型化においては、回答者の考え方のまとまりをカード化し、KJ法²²⁾を参考に分類した。

Ⅲ-4. 結果（一部抜粋）^{9,10)}

1) 延命治療中心から症状緩和中心へと医療の重点を移行する際の治療方針決定に際しては、「患者の意向を最優先して」行うことを理想として掲げながらも、(89%：図1参照) 実際には約半数(43%)が、患者の代わりに家族の意向を優先するとした(図2参照)。

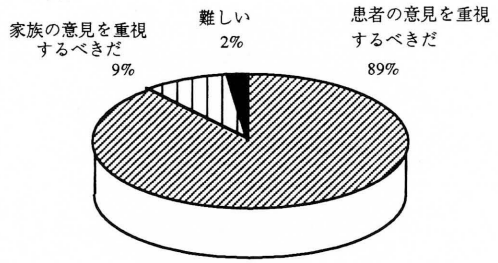


図1 延命治療を続けるべきかの判断が難しいとき誰の意見を重視するべきか

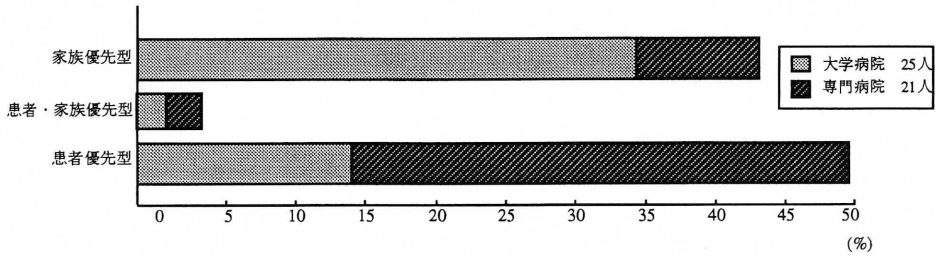


図2 実際は誰の意見を重視するか

その理由としては(表2参照、順不同)、

- ・患者の良き代弁者として
- ・患者に精神的に最も近い者として

が目立った。

それに対して、患者自身の意向を優先すると答えた人の理由は

- ・患者の当然の権利であり義務であるから
- ・患者と家族は別個の人格だから
- ・実際の患者家族関係は不明だから

と、3つに大別できた。

表2 延命治療を続けるべきかの判断が難しいときの治療方針決定方法

〈治療方針の決定や同意を主体別に分類〉

分類名	理由
患者優先型	患者と家族は別個の存在・患者の権利尊重 実際の患者家族関係不明
家族優先型	患者の良き代弁者・精神的に患者に最も近い存在 説明を何度もするのは嫌だから
患者家族優先型	患者と家族があとで真実は何かという点でもめるから 患者にも家族にも真実を言っていることを示すため

2) 家族の意向に関しては7割以上把握できていると実感する者が最多であるのに対し、患者の意向に関しては半分程度以下しか把握できないと実感する者がほぼ7割に上った(図3参照)。

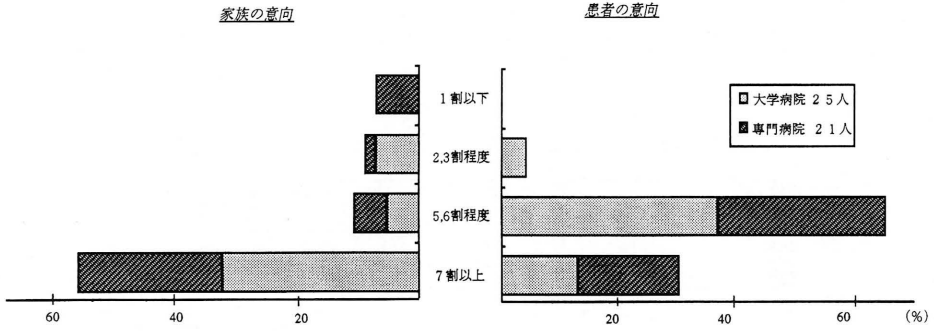


図3 それぞれの意向についてどの程度把握できているか —— 実感として ——

3) 患者の意向を把握できるか否かに関する第一の規定要因(影響要因)として、最も多い意見は、「専門家としてのコミュニケーションスキルの問題(35%)」であった。それに対して、「他のスタッフの専門家としてのコミュニケーションスキル」や「他のスタッフとの協力体制」をあげるものは1人もいなかった。(図4参照)

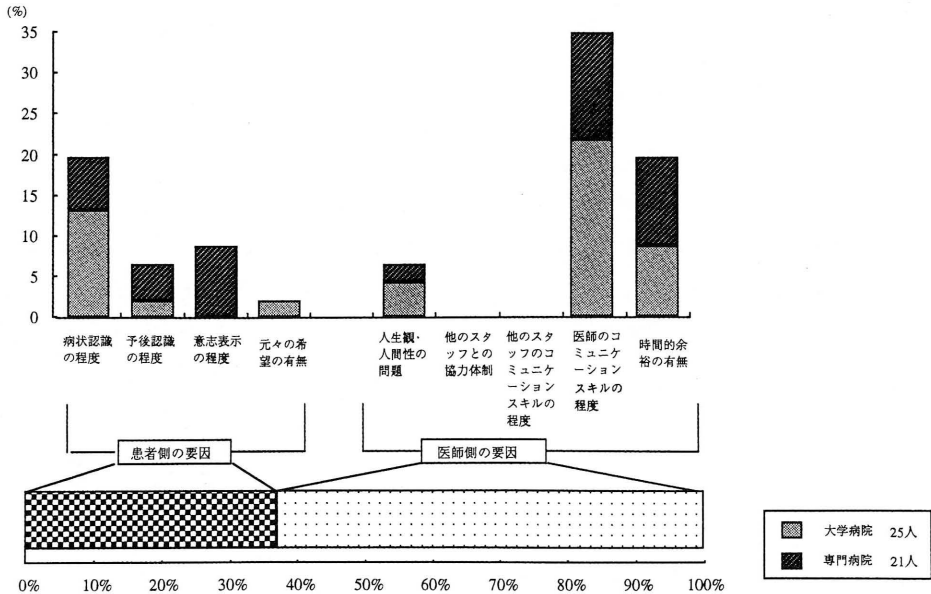


図4 患者の意向の把握の規定要因

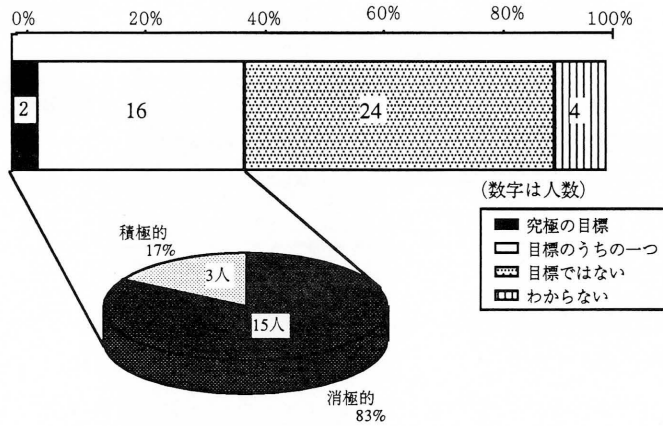
4) 患者自身の死の受容・致死的病状であることの認識を把握すること、あるいはその上で援助することは、医師自身の役割範疇ではないとする者が最も多かった(84%) (図5参照)^{11, 12)}。

その理由は、次の4つに大別できた。

死の迎え方の根幹に潜む精神性は、

- ・「個人的、宗教的問題であり、それに医師が介入するのはむしろおこがましい」から

- ・「把握すること自体難しい」から
- ・「患者も医師も死を意識したところでどう対応したら良いかわからないだろう」から



「死の迎え方の根幹に潜む精神性」を把握する姿勢

図5 「死の受容」に関するケアは医療目標か

IV. 医師の「守備範囲」から再考する医師患者間コミュニケーション

— 調査考察^{参19)} —

本調査において注目される結果は、異なる勤務環境の医師に共通してみられた2つの傾向である。2カ所の対象病院は、治療中心の病院体制であるという共通点を除くと、診療時間や患者層（大学病院は多様な疾患患者対象 / がん専門病院はがん患者のみ対象）、告知率（大学病院は平均的に低い / がん専門病院は平均的に高い）について全く異なる特色を持つ^{8,10)}。しかし、両病院とも大半の医師が、患者の意向の把握の程度を規定する要因として、自分たちの「専門家としてのコミュニケーションスキルの問題」を挙げており、更に「患者自身の死の受容・致命的病状に関する認識を把握することは医療行為の範疇ではない」とする結果がみられたのである。

〈医師の自覚—「専門家としてのコミュニケーションスキル」〉

患者の、とりわけ末期患者の意向を把握することが医師にとってかなり難しいこと、また実際に患者の意向のほぼ半分程度しか把握されていないことは大井等の調査で示されている^{参18,22)}。本調査は、それらの事実を医師自身が既に認識している可能性を示唆するものとなった（Ⅲ-4項の結果2参照）。

しかし問題は、この半分程度の把握割合を充分と見なすか否かにあるのではない。本来の問題は、大半の医師が**患者本人の意向**を把握し、それを最優先して治療方針（延命中心から症状緩和中心の医療へ移行する際の治療方針）を決定すべきだと考えていながらも、患者の意向の把握が困難であるために、実際には**家族の意向**を最優先して治療方針を決定している医師が半

数に上るという事実にある（結果1参照）。（この点に関して厳密に言えば、大学病院と専門病院とでは異なる傾向が見られ、考察の余地があると思われるが、本稿では触れない。）

それでは、医師による患者の意向の把握の程度は何によって規定されるのだろうか。本調査で医師自身が挙げた最大要因のうち最も多かったのは、医師自身の「専門家としてのコミュニケーションスキルの問題」であった（結果3参照）。この結果は一般論としてよくみられる、「告知率の高低」や「医師の時間的余裕の有無」を最大規定要因にあげる見解¹⁸⁾とは異なる。また「医師自身の態度や価値観（倫理や献身等）」を問題視するものでもない。つまり、それらよりも、彼等のコミュニケーションに関する知識と技術の熟練度合いの方がより大きな影響を与えていると考える医師が最も多かったのである。

この傾向が、患者の意向の把握程度を高く見積もる医師にも、低く見積もる医師にも共通にみられたことは興味深い。また把握程度への影響要因として、自らのスキルには言及するものの、他のスタッフのスキルや彼等との協力体制については一切言及しなかったことも、医師の独立的・孤立的特性を反映する現象として注目される。（ただし、ここで示された「医師が考える最大要因」が、必ずしも医療現場の実際を反映するものであるとは限らない。それについては後述することとする。）

それでは一体、医師の考える「専門家としてのコミュニケーションスキル」は何を意味するのだろうか。この点について検討するためには、「患者の意向や認識を把握することに関してどこまでを自らの役割としているか」についての医師自身の捉え方を、更に詳しくみておく必要がある。そこで、次節ではまずその点について触れ、「専門家としてのコミュニケーションスキル」の内容とその意味については次々節で考えることにする。

〈医師の守備範囲と患者の死〉

患者の“死の受容”の程度は、末期医療を反省するための判断基準に使われたり¹³⁾、逆に末期医療の最終目標であるかのように論じられたり²³⁾することがしばしばある。しかし本調査の対象者においては、その様な傾向は認められなかった（結果4参照）。「患者自身の死の受容・致死性病状に関する認識」の程度を把握することに対して消極的態度を示す医師が8割に上ったのである。その理由の殆どは、患者の死の迎え方の根幹に潜む精神性は、「宗教的問題であって医療ではない」「個人的問題であって医師が介入するのはおこがましい」「把握自体が難しい」あるいは「把握したとしてもどう対応したら良いかわからない」というものであった。

この結果は2つの解釈の可能性を持つ。まずひとつは、医師の理性・中立を重んじる態度としてみる解釈、すなわち医師が自分自身の価値観や宗教観を医療行為に反映させることを懸念する態度としてみる解釈である。もうひとつは、医師の自己防衛的な態度としてみる解釈、すなわち患者の死に対する不安や恐怖から目を背けたり、それらを面倒なものとして遠ざけることを正当化するために、「患者の精神性を把握する必要はない」と割り切る態度としてみる解釈である。

これら2つの解釈の可能性をふまえた上で、この傾向が、末期患者にとっていかなる意味をもつのかについて考えてみよう。例えば、中心静脈栄養や輸血などの延命治療により影響を受

ける延命効果や QOL について「微妙な判断」が要求される場合、医師は何を判断材料にして治療方針を決定しているのか、という問題を考えてみよう。

先に述べた前者の解釈を採用すれば、即ち本調査の結果を、合理的・理性的立場で患者に関わることを重視する態度として解釈すれば、そのような微妙な判断の伴う治療の方針を、把握することの難しい患者の認識や精神性に基づいて決定することに、彼らが抵抗を示す可能性は高い。そしてこの立場を明言する医師は一般に多いと考えられる。しかし、この立場をとっているからと言って、認識や精神性の代わりに意向を判断材料として重視しているとは限らないことに注意を払うべきであろう。

一方、後者の解釈による場合、即ち先の結果を、医師自身の不安や恐怖、あるいは患者の苦痛を共有する辛さから逃げようとする態度として解釈すれば、患者の意向の把握に対しても、また同じ態度で対応する可能性が出てくる。つまり、微妙な判断を要する治療方針を、患者の意向さえも判断材料とせずに決定する可能性が考えられるのである。そして、現時点では、この解釈を補強する報告が後を絶たないことに注目しておかなければならない。死の準備ができつつある（闘病意欲や回復への希望は既になく、不安を抱えながらも静かに自然な死を迎えたいと望んでいる）患者に、患者本人の意向を把握せずに無用な延命治療を行うことは慎むべきとする一般論に対して、実際の臨床では、患者の意向に反して様々な治療を行う医師が少なくないということを示す言説や報告である²⁴⁾。

効果について微妙な判断が要求されるような延命治療を行おうとする場合に、医師による患者の意向の把握を問題とする理由は、次の2点にある。第1に、医療現場は、医師がその専門知識と治療に関する全責任、そして裁量権を持っており、主治医が患者の意向を重視する姿勢を持たなければ、それが実際の治療に反映されにくい構造をもっている。従って、医師が患者の意向を十分に把握しようと考えなければ、決定された治療方針と患者の本来の意向が乖離してしまう可能性が高いのである。

第2に、近年めざましい進歩を遂げているがんに関する心理・免疫学的研究によれば、「精神的苦痛を緩和することが延命につながる」という報告や「精神的苦痛が免疫を抑制する」という報告がなされており、今後、患者の精神的苦痛を減ずるための治療努力が有効な延命治療行為のひとつとして、位置づけられる可能性は高い²⁵⁻²⁷⁾。患者の意向を把握せずに、延命治療を続行したり、逆に打ち切ったりすれば、その結果として患者の精神的苦痛が増大し、それによって身体的苦痛が増大したり、余命が短縮されたりするという危険性は、必ずしも否定できない。

以上に述べてきたように、本調査は、死期が迫った患者の治療方針を、患者の認識や精神性に基づいて決定することに対して、慎重な態度を示す医師が多いことを示唆するものであったが、彼らとその認識や精神性の代わりに意向を判断材料とするか否かについては推測の域を越えない。しかしながら、医師による患者の意向の把握が大いに必要であることは既に述べたし、「患者の意向を最重視したい」という理想を持ちながらも「それを実践するのは難しい」とする、「医師の限界」を自ら表明する医師が多いことや、現に意向を把握せずに治療方針を決定している可能性が充分あり得ることについても、調査の結果をふまえながら述べてきた。

それでは一体、医師は患者の意向をどのような方法でどこまで把握すれば良いのだろうか、また実際把握できるのだろうか。次節では、今まで問題提起のみに留まっていた、医師が考える「専門家としてのコミュニケーション」の内容とその意味を検討した上で、実際にそれが患者の意向の把握のために、現実的で効果的な道具となり得るのか、について考えていきたい。

〈コミュニケーションスキルからコミュニケーションシステムへ〉

本節では医師の考える「専門家としてのコミュニケーションスキル」を、2つの側面から検討する。第1の側面は、医師の考える「専門家としてのコミュニケーションスキル」が、患者側の考えるものとどの程度一致するのかについてである。そして第2の側面は、医師のコミュニケーションスキルが、本当に最も大きな要因となるのかについてである。

まず第1の側面、医師の考える「専門家としてのコミュニケーションスキル」と患者側の考えるものとの一致度についてだが、これを考えるにあたっては、現在のところ国内の実証的研究があまりにも進んでいないため手がかりがないに等しい。しかし本調査の結果として先に述べた、「患者をどこまで把握することを自分の役割範囲とするのか」という点に関する医師の反応は、重要な手がかりのひとつとなろう。彼らの反応の大半は、「延命治療中心から症状緩和中心の医療へと移行する際には、患者の意向を最優先すべきだ」と考えるものの、「患者自身の死の受容・致命的病状であることの認識を把握することは、医師自身の役割範囲ではない」とする傾向にあった。先述したようにここから考えると、個人的な宗教観・価値観・哲学といったものには触れない範囲内でのコミュニケーションスキルを医師が念頭に置いている可能性は高い。患者との関わりを、感情的・主観的・個人的なものでなく、極力、理性的・客観的・公的な関わりとして位置づけ、その中で患者の意思を把握しようとする現代医師の姿が、ここでは浮き彫りにされていると言って良い。

このことは我々に次のような問題を投げかける。もし、医師の考えるコミュニケーションスキルが、前述のような客観的・中立的色彩の濃いコミュニケーションスキルだとしたら、それはコミュニケーションの「マニュアル化」「パターン化」、H. プロディのいう「技師型の医師」⁴⁾を育むことになりはしないか。例えば、平成元年に厚生省により発行された『がん末期医療に関するケアマニュアル報告書』^{参28)}の中で、「患者と視線の位置を合わせて話す」「安易な励ましではなく、理解的態度で話す」「患者に質問の機会を与える」など、末期患者とのコミュニケーションのためのマニュアルが示された。しかし、このような表層的なコミュニケーションスタイルのスキル・マニュアルが、現場の医師に本当に役立つのであろうか。また末期患者が望むものと一致しているのだろうか。確かに患者の意向に関する医師の理解力、それを引き出すためのコミュニケーションスキルは重要である。その点に関する医師全体の「力」の底上げは大いに望むところである。しかし従来、可能であれば認識したいと医師が考えていながらも十分に把握できなかった微妙な内容の患者の意向を、それらのスキルによって把握できるのだろうか。マニュアルが、安易な解釈や見当違いの解釈によって使われたとき、最も害を被るのは患者である。

さらに医師の専門性（治療者）、病院内での立場や役割（医療行為の最終責任者）を考慮し

た時、またもや医師に依存したかたちのアプローチをとることは、新たなパターナリズムを再度作り出すに過ぎない。また先に述べた医師の限界を加味すると、このように患者の意向の把握に関する問題を全面的に医師に依存した方法で解決していこうとする在り方にはもともと限界があり、しかも効果的でないと考えられる。

それでは他にどのようなアプローチが考えられるか。それがまさに先に提示した2つめの側面、「医師のコミュニケーションスキルが本当に最大要因なのか」という側面と関係してくる。

医療現場において、医師が末期患者の意向をどのように把握していけば良いのか、ここでもう一度考えてみよう。今後の議論では「原理原則論」を越え、しかも多様な患者の意向に対する個別の対応を実践するための方法論を論じていく必要があること、またそれは患者がどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを、まず医療者自身が把握することの重要性を意味するものだという事は先に述べた。例えばある患者は家族を自分の治療方針決定代理人として選ぶかもしれないし、ある患者は家族ではなく友人あるいは医師や看護婦（士）を選ぶかもしれない。ある患者は「知る権利」ではなく「知らない権利」を選ぶかもしれない。つまり、医療者はまず、「1人1人の患者がどのような方法で（誰を通して何をどこまで）医療者に自分の意向を把握してほしいか」という点に関する、実に多様な患者の意向を、患者との関わりの初段階で把握しなければならないのである。

それではこの場合の「原理原則」は何になるのだろうか。まず「患者に関わる医療スタッフ全員による把握」ではないかと私は考える。医師にも限界がある。医師にも得意な患者と不得意な患者がいるのは当然であろう（本調査ではこの点についても調査したが本稿では触れない）。しかしある医師にとって不得意な患者が、別の医師あるいは他の看護婦（士）にとっては得意な患者であるかもしれない。常識的に考えても、得意でない「人（患者）」と込み入った内容の話をするのは双方にとって大変な苦痛となろう。つまり医療スタッフのうちの誰かが、必ず患者の意向を把握し、その情報を最終的にはスタッフ全員で交換し合えるようなパイプを、病院システムの中に組み込むことが「原理原則」の第1項目となる。ここでは詳細に触れることはしないが、地域医療システムとしてのネットワーク、例えば開業医との連携、あるいは在宅ケアシステムや訪問看護システムとの連携²⁹⁾も、同じ意味で重要になってくるだろう。

そうは言うものの、従来この種の指摘、いわゆる「チーム医療」の提言はずいぶんなされてきた。しかし、具体性に欠けた議論ばかりであった。「幻想のチーム医療」の提示が多かったのである。つまり、「患者に関わる医療スタッフ全員による把握」といっても、把握に関するスタッフ側の混乱が起きた場合、例えば把握の内容を照らし合わせても一致しなかった場合や、話し合っても意見が平行線のままかみ合わない場合はどうするのか、という問題がある。またそれぞれの役割分担・責任範囲は何か、スタッフの中で誰が最終責任を担うのか、という問題もある。社会がスタッフのそれぞれに何を期待しているかという問題も残されている。ますます専門分化される一方にある医療現場で、医療者が本来の役割から逃避できないかたち、例えば医師については、患者の微妙な意向をもきちんと把握した上で治療方針を決定し、且つ医療行為の最終責任をも担うかたちで、「チーム医療」の連携体制を構成していくことが必要となるのである。

そこで、スタッフ同士、病院・組織同士が患者の意向について情報交換をするだけでなく、その把握程度と内容について互いに監視し合うしくみをシステム化するという原則、いわば「原理原則」の第2項目が必要となる。それは各々の医療者が少なくとも最低限の役割を遂行しているか否かについてのチェック、例えば1人の医師の把握内容や判断根拠が偏っていないかについてのチェックが随時できるような医療環境をつくる。

以上2つの原理原則を充たした医療システムや病院システムは、医師のコミュニケーションスキル以上に、患者の意向の把握のための、より有効で且つより大きな要因になり得ると私は考える。それは例えば、スキルが不十分である医師についても、あるいは充分なスキルを持った医師が太刀打ちできないような患者についても、スタッフ間協力体制あるいは施設間協力体制の中で、患者の意向の充分な把握がなされる在り方だと言えるからである。そして同時に、医師のスキルに依存して、結果的に医師のみに権威を集中させたり負担をかけたりするような、従来ありがちだった打開策ではなく、医療現場のシステムそのものの在り方を変革するかたちでの打開策と言えるからである。

日本においては医療実践に関する体系的研究はほとんど目につかないが、米国の社会学者、Freidsonの研究によれば、医学教育とその後の医療実践との相関は、あったとしても微々たるものに過ぎない。むしろ医療行為の「組織化様態」—すなわち医師が仕事を遂行する際の組織環境—における相違の方が、医学教育よりも、医療行為の相違に多大な影響を及ぼしている^{参1,19)}とされている。

しかしながら先述したように、本調査では、他のスタッフのコミュニケーションスキルや、彼等との協力体制を重視する医師が皆無であることが示された。今後、医療現場での患者の意向の尊重、そしてその大前提としての患者の意向の把握について、「原理原則論」と「現場適応論」を越えたレベルで論じていくためには、ここで示唆された患者の意向の把握に関する医師の捉え方と、「実際の意向把握のための阻害要因」を照合する必要がある。つまり医師の「専門家としてのコミュニケーションスキル」と、医療現場の組織環境が、それぞれ医療実践（例えば医師による患者の意向把握）にどのような影響をもちますかについて、詳細な比較研究が望まれるのである。それは介入研究や参与観察法等によって行われる必要があるだろう。そのような実証研究から導かれるであろう結果は、第一線でプライベートの時間も惜しんで診療に携わる医師、常に「科学的」であろうとする医師、末期患者との意思疎通をめぐる複雑な問題に対してしりごみをしている医師たちに対して、大きな説得力を持つだろう。そして、患者の意向と乖離した医療行為の抑制に確実に貢献するであろう。

V. 最 後 に

医療現場に足を運ぶと、理想論、建て前論、いわゆる「学問」は、現場の医療者を辟易させていることがわかる。流暢なだけの言葉や論理は、彼等の切迫した問題の前に跡形もなく吹き飛ばされる。現場に確かに存在する問題を丁寧にもといていく研究、時には忍耐を要する“現場主義”的態度で対座する覚悟を持つ研究が今強く求められているのだと思う。そのよう

な意味で、今回の調査で明らかにされた「医師による患者の意向の把握に関する捉え方」についての結果は、日本の医療現場におけるい・のちの取り扱い方や末期患者の意向の取り扱い方について、「現場の論理」をふまえた議論を今後蓄積していくための、有用な基礎資料の1つになると考えるものである。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご助言ご協力いただきました埼玉県立がんセンター総長、武田文和先生、及び国立がんセンター東病院緩和ケア病棟志真康夫先生、そして東京大学附属病院東原正明先生、沢田俊夫先生、小西俊郎先生、昭和大学付属病院高宮有介先生、岡本太郎先生、天野幸輔氏に厚くお礼申し上げます。また折りにふれ、貴重なご助言ご指導をいただきました戸田中央総合病院小野充一先生、広島大学医学部横尾京子先生、近畿大学医学部宮地尚子先生、京都大学総合人間学部カール・ベッカー先生、東京大学医学部保健社会学教室川田智恵子先生、山崎喜比古先生、吉田亨先生、杉田聡先生、杉山克己氏、及び国際地域保健学教室赤林朗先生、国際基督教大学大学院田中知雄氏に心よりお礼申し上げます。そして、書き終えたばかりの修士論文を別の角度から新たに捉え直し、本稿を書くという貴重な機会を与えて下さいました国際日本文化研究センター早川聞多先生、森岡正博先生に厚くお礼申し上げます。

最後に、本調査の回答に快くご協力下さいました諸先生方に心よりお礼申し上げます。

註

- 1) 宮地は、告知の是非についての日米両国の医師の言説を分析し、米国の医師には「原則主義的態度」、日本の医師には「文脈主義的態度」がみられるとした(宮地尚子, 末期医療における真実告知—日米の医師の言説を探る—, 生命倫理, Vol. 4, No. 2, p. 94-99, 1994.)。これらと、ここで言う「原理原則論」と「現場適応論」には対応がみられるが、宮地が日米対比に両者を見出すのに対し、本稿は、医療者だけでなく研究者も含めた論者によって従来繰り広げられてきた「日本の末期医療論」そのものの中に、両者が既に潜んでいるとするものである。
- 2) 慢性疾患患者と医師との関係に注目し、パーソンズが提示した「患者役割論」では説明しきれないことを指摘した。
- 3) 患者に対して医療行為をする医師とそれを受ける患者、つまり親と幼児のような関係は「能動—受動型」、患者に対して何を為すべきか説明する医師と、それに協力する患者、つまり親と年長者のような関係は「案内—協力型」、専門家の援助を利用する患者とそれを助ける医師、いわば成人と成人のような関係は「相互参加型」として説明されている。
- 4) 医師が顧客である患者の要求に応じ、自分の倫理的価値基準を混えることなくその医療技術を提供する「技師型」、医師が家父長的役割を演じ、その命令に従わない者は「罪」を犯したことになるといった「司祭型」、患者の自律性を前提とし、医療方針や主要な医療行為について医師が適切な説明を行ない、患者はこの情報に基づいて方針の選択や医療行為の同意あるいは不同意を表明するという「契約型」の三種類。
- 5) 村上是、他の医療行為と同様、告知も医療技術の一つであるとし、告知するための目的と条件を設定し、更に五段階による「段階的告知」を提唱している。まず長期療養であることを伝える第一段階、腫瘍あるいは腫瘍の可能性があることを伝える第二段階、悪性の疑いがあることを告げる第三段階、がん(悪性腫瘍)であることを告げるものの、治癒の可能性はあることを伝える第四段階、予後不良であることを伝える第五段階、である。患者の精神状態を考慮しながら、各段階を進むこ

とを重視している。

- 6) 著者によるパイロットスタディにより確認された(Ⅲ-2. 調査方法を参照)
- 7) 延命治療の定義 延命治療と言っても、その概念の範囲は広く曖昧である。医学の見地から考えても、臨床の見地、医学の見地かその定義を限定することはできないが、次の4つに大別できる。
- ①手術、放射線療法、温熱療法、化学療法、免疫補助療法などの、原疾患の治療を目的とした治療
 - ②人工肛門増設術などの、二次的に起こる症状に対する治療
 - ③点滴、中心静脈栄養、蛋白製剤補給、輸血などの栄養、水分管理などの治療
 - ④心臓マッサージ、気管内挿管等の生命兆候を維持するための治療
- 本調査では①から③を想定して質問した。
- 8) 対象病院・対象者の位置づけ
- ◎ 前提の共通点
 - 1. 日本において指導的立場にあるという点での影響力
 - 2. 施設の有在意義
 - 大学病院：臨床・研究・教育
 - 専門病院：がん臨床・がん研究・がんに関する卒後教育
 - 3. 診療体制(構造)：グループ診療
 - ◎ 前提の相違点
 - 1. 世代(平均年齢)―経験年数が意味すること
 - 2. 時間的制約(配分)と専門性
 - 大学病院：多種多様な疾患患者を対象
 - 専門病院：がん患者のみを対象
 - 3. 受け入れ(外来・入院)患者の意識/心構え
- 9) その他の質問項目としては、「医師として把握すべき患者・家族各々の意向の具体的内容」、「患者の意向に添うための病院体制」、「医師自身の死の受容の定義」等。
- 10) 告知状況
- 大学病院では、告知積極派 28%、告知躊躇派 13%、告知消極派 44%、一方がん専門病院では、告知積極派 52.2%、告知躊躇派 18.8%、告知消極派 23.9%。
- 告知のメリットに関しては、積極派と消極派との間で差異はなかったが、デメリットに関して、積極派は「ない」「精神的に落ち込むとしても当然だし、一時的なこと」とデメリットの大きさを軽視した。また、躊躇派、消極派の多くは患者の「精神的落ち込み」をあげ、それを解決できない限り、告知には踏み切れないとした。このような「できれば積極的に取り組んでいきたいという姿勢はあるものの、実現にあたっては方法がわからず、戸惑っている医師の存在」は、大学病院に特に顕著で、「告知をするのがさも進んだ医療のように誤解している医者がいるようだけど、医療が科学である限り、告知の実際のメリットが科学的根拠で裏付けされたものとして実証されて初めて方針の中に取り入れることができる。ホスピスなんかで調べて欲しいね」等の意見が多数聞かれた。
- 11) 初めに「患者の“死の受容”に関するケアは医療目標か」と尋ねたところ、「究極の目標である」と答えた医師は2人、「目標のうちの一つである」と答えたのは16人で約3割、「目標ではない」が24人で約5割、という結果になった。更に患者自身の死の受容や致死性病状であることの認識を医師が把握することに関しての回答者個人ごとのコメントを類型化したところ、いったん「究極の目標である」「目標のうちの一つである」を回答した医師たちも消極的になり、図4の下の円グラフに示すように8割以上が消極的態度を示した。そのコメントの内容は結果Ⅲ-4. 4)の3つの理由に示したとおりである。ほとんどは、第1番目の理由。
- 12) 「本来の医療目標である『治癒』『苦痛の除去』と、死の受容は矛盾する」という意見も聞かれた。「死の受容」は末期医療の目標じゃないですよ。なぜなら医療の最大目標は、患者の延命と苦痛の除去にあるんです。それに反して“死の受容”は延命が期待できず、苦痛に悩まされた後に結果として到達できる境地でしょ。……元来“死の受容”の目指すところと医療が全く違う、矛盾している。」

参考文献

- 1) Eliot Freidson; 医療と専門家支配、進藤雄三、宝月誠訳、恒星社厚生閣、1992.
- 2) 加藤尚武; 新時代の学問「バイオエシックス」とは何か、世紀末の思想、p. 47-116、PHP 研究所、1990.
- 3) 厚生省; 「末期医療に関するケアの在り方の検討会」報告書、1989.
- 4) Thomas S, Szasz and Marc H. Hollander; The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, pp. 174-181, Dominant Issues in Medical Sociology, Howard D, Schwertz. Radford University, Random House, New York.
- 5) H. プロディ; 医の倫理—医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ、pp. 33-65、東京大学出版会、1985.
- 6) 森岡恭彦; インフォームドコンセント、pp. 33-36、日本放送出版協会、1994.
- 7) 村岡潔; 「インフォームド・コンセント」の可能性—新しい〈患者—医療者関係〉についての一検討—、医療史研究第 65 号、pp. 128-133, 1993.
- 8) 武田文和; がん診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証—質を問われる新しい医療に向けて—、太田和男、石垣靖子編著、先端医学社、1994.
- 9) 星野一正; インフォームドコンセント—特に日本になじむあり方、ターミナルケア、Vol. 3, No. 3, pp. 205-210、三輪書店、1993.
- 10) 永瀬正己; 癌の告知、日本医師会雑誌、Vol. 111, No. 7, pp. 1042-1045, 1995.
- 11) 村上國男; 病名告知と QOL、メヂカルフレンド社、1990.
- 12) 柏木哲夫; 「基調講演」より、日本のホスピスこれでいいか [在宅ホスピスへの視点]、pp. 19-22、黒田輝政編、ミネルヴァ書房、1994.
- 13) 河野友信; 末期医療のあり方、末期癌の医療、飯尾正宏、河野友信、河野博臣編、pp. 117-124、金原出版株式会社、1986.
- 14) 宮地尚子; 告知をめぐる日本の医師の死生観 (後編)、ターミナルケア、Vol. 3, No. 3, pp. 497-504、三輪書店、1993.
- 15) 上田秀夫; 臨床医学者の生死の断想、医師の生命観、吉利和編、pp. 222-232、日本評論社、1988.
- 16) 厚生省大臣官房統計情報部編集; 働き盛りのがん死、南江堂、1995.
- 17) Eliot Freidson; Profession of Medicine; A study of the Sociology of Applied Knowledge, New York, 1970.
- 18) 大井玄; 終末期医療、p. 176、弘文堂、1989.
- 19) 佐伯みか; 修士論文「医師の終末期医療観—精神的ケアを中心に」、1994. (投稿予定)
- 20) Mika Saeki; Assessment Conflicts of Physicians who Treat Terminal Cancer Patients in Japan, International Sociological Association World Congress, Sociological Abstracts, p. 265, 1994.
- 21) 川喜田二郎; 続・発想法—KJ 法の展開と応用、中公新書、1992.
- 22) Ichiro Kai, Gen Ohi; Communication between Patients and Physicians about Terminal Care; A Survey in Japan, Social Science and Medicine, Vol. 36, No. 9, pp. 1151-1159, 1993.
- 23) 谷荘吉; ターミナル・ケアと卒前教育、日本のターミナルケア—末期医療学の実践、池見西次郎、永田勝太郎編; pp. 257-271、誠心書房.
- 24) 柏木哲夫; ターミナルケアにおけるホスピスの意義、日本医師会雑誌、Vol. 111, No. 7, pp. 1052-1056, 1992.
- 25) カール・サイモントン、ステファニー・M. サイモントン; がんのセルフ・コントロール、近藤裕監訳、笠原敏雄、河野友信訳、創元社、1990.
- 26) マーティン・L. ロスマン; イメージの治癒力、田中万里子他訳、日本教文書、1991.
- 27) 河野友信; がんの心身医学的療法、CRC、Vol. 1, No. 4, pp. 158-165, 1992.

- 28) 厚生省;日本医師会編、末期医療のケア、中央法規、pp. 44 - 48, 1989.
- 29) 財総合健康推進財団; 在宅ホスピスケアモデル研究事業、在宅ホスピスケアモデル研究事業報告書 (ホスピスケアの望ましいシステムの在り方について)、1994.