

<特集「医のプロフェッショナリズム」>

新たな患者 医療者関係の中での医療者の役割

尾 藤 誠 司

国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室*

Role of Medical Providers in Changing Relationship with Patients

Seiji Bito

National Hospital Organization Tokyo Medical Center, Division of Clinical Education

Division of Clinical Epidemiology

Division of General Internal Medicine

抄 録

近年患者 医療者関係は大きく変化している。まず医療行為の決定を医師がすべて行う状況から、患者の意思・同意が尊重されるようになった。次に医療内容の治療選択肢が増え病院を中心とした医療が中心となって、医療者は地域社会や患者と距離をとるようになった。その結果、医療者は専門性の高い技術者と位置づけ、パターンリズムを否定してきた。また一般向け医療情報が増え、患者が医療によって安心を得たい反面、本質的にリスクを伴う医療行為とのはざままで、医療者は自己防衛的になった。このような中、患者との合意をはかることが困難になっている。どこまで微細に至る説明が必要なのか、患者希望に従い医学的に正しくないことをするのか、という葛藤の中、専門的立場での価値を出さずに羅列的に治療選択肢をあげるだけ、という態度に終わると、むしろ専門家としての責任放棄である。臨床エビデンスの示す医療限界を批判的に意識する態度、患者と医師がお互いの無理解を自覚する態度が必要である。そして医療行為の意図についての共通認識を確認し、医学的正しさについての謙虚さと、患者が持つ世界に対する敬意をもって患者との関係を構築することが重要である。

キーワード：患者医療者関係、インフォームド・コンセント、医療行為の意図、共通の認識。

Abstract

Relationship between patients and medical providers has been changing. Importance of patients will be emphasized, and hospital-based medical practices keep providers far from patients. Medical providers recognize themselves as technical skill providers, and tend to practice defensive medicine. This situation made it difficult to make appropriate consensus for medical treatment between patients and providers. Doctors feel conflict when a patient requests them to explain every detail, or insist to take a treatment that is medically incorrect. It is not a right thing that doctors leave medical decisions only in patient's hands. Doctors should evaluate medical evidence critically and apply to the patient appropriately. They should respect patient's own view. This attitude would help build positive relationship between doctors and patients to share a medical decision for the patient treatment.

Key Words: Patient-provider relationship, Informed consent, Mutual respect, Cooperative relation.

はじめに

最近10年で、患者と医療者との関係性は大きく変化している。その変化とは、端的に言うのであれば、患者が医療者から一方的に守られる存在から、クライアントとしてより自立した存在に変化しつつある、ということである。私は、個人的にこの変化を大いに歓迎するものの一人ではあるが、一方でこの変化は患者側にも医療者側にも大きなとまどいを生んでいることも確かである。さらには、実際の医療の場面において、患者と医療者間のコミュニケーションに不具合も見られている。本稿では、変わりつつある患者 医療者関係において、その変化の背景となった要因、変化に伴い表出されている問題点について考察すると共に、新たな患者 医療者関係のモデルと、その中で医療者が担うべき役割、そして、実際のコミュニケーションの在り方について論考を行う。

患者 医療者関係の何が 変化したのか？

かつて、医療行為に関する意思決定のほとんどは医療者、とりわけ医師にゆだねられていた。手術を行うかどうかや、治療方法の選択について、患者には膨大な専門的知識に裏付けられた高度な判断を行うことは不可能であるとの認識が医療者の中にはあり、そのような中で、専門家の勧告にも近い提案を患者はそのまま受け入れるしか選択肢がない、というような状況が、過去に見られた医療判断のスタイルであった。その後、リスボン宣言（注1）に見られるような、患者の権利擁護に関する世界的な意識の高まりとともに、わが国においても患者の意思を尊重しない医療に対する倫理的な観点からの反省が行われるようになってきた。患者の権利擁護に対する積極的な社会の意識の変化は、それまでのパターナリズム（注2）を基盤とした患者 医療者関係に対して、大きな変革を促

す主要なきっかけとなっている。そのような時代の変化に関連して、医療者が患者の同意を得ずに行った実験的医療行為などにより、患者に対して重大な不利益事象が発生したことがいくつか新聞等で取り上げられたことで、医療者側にも今までの自らの診療スタイルに対する反省が必要となってきた。

患者 医療者関係の変化に影響を与えたもう一つの大きな要因は、医療内容そのものの複雑化と、それに付随する医療情報の複雑化である。医療の複雑化には医療側の事情と、医療をとりまく社会の事情があるであろう。医療側の事情としては、専門性の細分化、さらには医療を受ける対象である患者の高齢化に伴い、一人の患者が同時に数種類の医療機関、もしくは診療科を訪れることが日常化することとなった。さらには、検査方法や治療方法などの発達は、医療に対して多彩な選択肢を生むようになった。医療を提供する基盤についても、診療所などの地域に密着した医療基盤から、検査機器などが充実した比較的規模の大きな病院を基盤とする医療提供スタイルに変わっていった。病院を中心とした医療は、地域生活と医療との分断を生み、そのような中で、医療者は患者と距離をとるようになり、より専門性の高い技術者として自らを位置付けるようになってきたといえる。

一方、医療を取り巻く社会の変化としては、医療に関する情報が、主に専門職である医療者自身から患者に伝えられるだけではなく、マスメディアなどを通して伝えられる度合いが強くなってきたことがあげられる。医療に関する情報のほとんどは病気や危険などについての情報であり、それは必然的に人を不安に向かわせる。その中には、「こんな病気が怖い」とか、「放っておくと大変なことになる」など、医療への需要をむやみに高めてしまう情報もあれば、医療事故や院内感染に関する報道など、医療によって患者にもたらされる不利益に関する情報

もある。マスメディアを通じて、個人個人に発せられるものではないそれらの情報によって人はより不安を増大させることとなり、その結果、医療に対して安心を求めるようになる。しかしながら、本質的にリスクを伴う医療および医療行為が、人に十分な安心を提供することは甚だ困難なことである。医療者は、患者に対して病気や健康に対する不安に対し医療という手段を持って介入を行うとともに、医療自体がもたらしうる有害性への不安に対しても対処しなければならない。そのような状況において、医療者は患者に対して次第に防御的になり、免責を求めるようになってきた。

(注1) リスボン宣言は、1981年にポルトガルのリスボンで開催された世界医師会総会で決議された患者の権利に関する宣言文である。宣言文には、患者は良質な医療を受ける権利を持つとともに、提供される医療行為に対して選択する権利や、自分自身で医療の内容を決定する権利、自らの尊厳を保持する権利などが盛り込まれ、各国の医師会がリスボン宣言に同意した。

(注2) 「父権主義」「家父長的温情主義」などと翻訳される。立場的に強い立場に立つものが、より弱い立場に立つものに対して、本人のためになると考え、本人の意思や選好を超えて干渉・介入する態度のことを言う。典型的な関係としては、小さな子供に対する親の態度や、高い専門性を持つ人間がその領域の素人に対して持つ態度などがあげられる。

パターナリズムとプロフェッショナリズム

図1に、基本的な患者と医療者の関係性に関するモデルを示す¹⁾。わが国の患者-医療者関係は、かつての「医療者によるパターナリズム」によって保持されていた関係性から、「クライアントと技術提供者」という契約的關係に変化しつつあり、この変化は主に医療者の意図によって促されていると私は考えている。パターナリズムを基礎とした関係性の中では、医療サービスを受給する側である患者は、医療者に従属する関係となりがちである。そして、そのような関係性における医療者の姿勢は、「何も知らないあなたのために、技術を持つ私があなたにとって一番良いことをしてあげる。だからだまって私の言うことを聞いていればよい。」というようなものである。パターナリズムによって保たれている関係性においては、強い立場に立つものの独善的な価値判断がなされることがしばしばある。そして、そのような価値判断から行われた介入は、患者の権利を侵害するばかりでなく、患者の期待に反した重大な不利益を生むことも少なくはない。また、パターナリズム関係のなかで医療者が考える「患者のため」とされた意図は、外部からの批評にさらされず密室性の高いものとなる。そのため、本当は患者の利益に寄り添っているのではなく、自分の

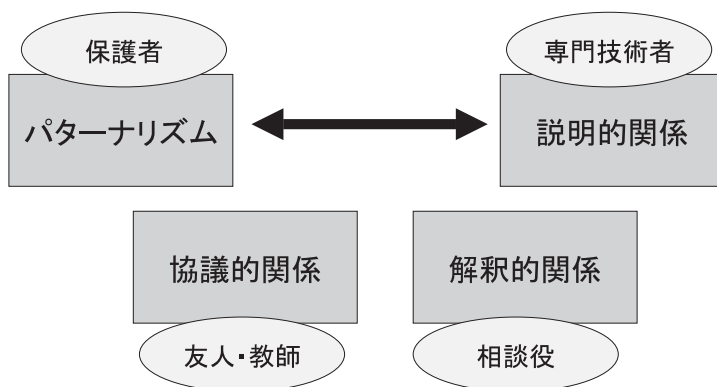


図1 患者-医療者関係の4つのモデルと、それぞれの関係における医療者の役割

技術を高めたい、自分が専門職として新たな挑戦をしたい、という意図を「患者のため」としてすり替えてしまっていることに医療者自らが気付かないまま、患者にとって最善とは言えない医療が提供されるということもありうる。医療者が持つパターンリズム的な態度は、以上のような理由から、患者の権利を侵害し、患者に不利益を与える態度であるということで、社会から激しい批判を浴びるようになった²⁾。そのような批判を受け、医師を中心とした医療者は、自らが保持していたかつての関係性を改め、専門的技術を持つ技術者として、患者との関係を位置付けようとしている。

パターンリズム的態度には重大な倫理的問題点を持つ一方、悪い点ばかりではない。たとえば、「親が子を思うような態度」は、専門職としてクライアントを守りたいという義務感を促進させる。上から目線で患者を守りたいという感覚は、ある意味医療職、とりわけ医師の使命感や利他的行動、自己犠牲的行動の原動力になっていたことはおそらく間違いがない。わが国の医療が、他の先進国に比較して圧倒的に安価で質が高く、さらには公正なアクセスが確保された上で提供されていた基盤には、パターンリズムを基盤とした医師の自己犠牲感が大きく影響していると私は考える。

いわばパターンリズムの否定は、我が国の医療者にとって患者に向き合う基本的態度の否定でもあり、それは患者に対する使命感の崩壊に直結している。医師のプロフェッショナルリズムを考える上で重要となる基本的な問題は、パターンリズムの視点で患者に向き合うことを否定された医療者が、どのように専門職としての意識を位置付け、新たなパラダイムの中で患者と向き合うことができるのか、という問題に他ならない。

患者 医療者関係における 新たなパラダイムと問題点

では、患者 医療者関係における新たなパラダイムとはどのようなものなのであろうか？簡単に言ってしまうと、患者自身の最善の利益

を尊重する医療であり、患者にとっての最善は患者自身が知るということを尊重した上で行われる医療である。従来にあったような、医療者が独善的に患者に対してよいことだと考えた提案を、患者が丸のみするというような意思決定スタイルから、いくつかの選択肢の中で、患者にとって最善と考えられる医療提供について交渉し、合意を図るという意思決定スタイルへの変化が望ましい変化であるといえるであろう。しかしながら、この変化に医療者は実に苦悶していると言ってよい。特に、合意形成の矢面に立つ役割をしている医師の多くは、患者とともに考え、合意形成に向かうというプロセスに対して折り合いをつけることができないために苦しんでいる。では、何が大きなハードルなのであろうか？

第一のハードルは、患者の同意を得るためには、病気や医療に対する患者側の十分に理解がなされなければならない、そのために十分な説明を行わないといけぬ、という部分であろう。中でも、診断や治療に対する不確実性や、想定外の事象、あるいは、想定内ではあるが医療の介入によって起こりうるさまざまな有害事象等について患者側への説明を細部に至るまでおこなわなければならない、と医療者側が考えているところにある。理想的には、意思決定に必要な情報が患者と医療者の中でしっかりと共有されるべきである。しかしながら、医療に対する専門的知識は膨大であり、専門家と患者との間には医学的知識に関しては圧倒的な情報量の差がある。専門家と患者との情報量の圧倒的な差を完全に埋めることはおそらく不可能であろう。さらには、微細に至る説明が返って患者を混乱させ不安を助長させることも医療者は経験的に知っている。そのような状況の中で、医療者は何についてどの程度患者に伝えるべきか、患者に理解してもらふ必要があるのかについて途方にくれることがしばしばある。

もう一つのハードルは、意思決定が合意というプロセスを踏んで行われるということそのものに対する医療者側の心情的なストレスであると私は考える。たとえば、医学的には強く推奨

される治療に対して患者が拒否的である場合、逆に、医学的には勧められない検査や治療を患者が求める場合、そこには医学的な推奨と患者の嗜好との間に折り合いをつけなければならない。異なる情報や価値を翻訳し、共有するための最も効率的な手段は、お金の換算することである。市場においては、クライアントとサービス提供者はいくらクライアントがお金を払うかで合意形成を行うことが一般的な手段であり、合理的な方法である。たとえば、素人には理解困難な何らかの高度な専門技術を購入する際、技術提供者が行う説明は「通常サービスならXXX円で、プレミアムですとこれとこれのサービスが上乗せでXXX円です。」程度のことである。サービスの内容がクライアントに対してどれほどの利益になるかという個別の相談を行わない代わりに、お金で選択肢を提示し、個別化を図るということが普通の交渉手段である。

一方、医療においては、サービス提供者とクライアントと交渉を行う際に、お金の話をほとんど行わない。なぜなら、患者側も医療者側も基本的には「患者にとっての最善」を考えており、お金という量的な尺度で価値の折り合いをつけるべきではないと考えているからである

う。医療サービスにおいて、お金は価値判断の要素として無視できるものではない。しかしながら、少なくとも我が国においては、医療において社会保険制度が適用されていることから明らかのように、お金を主体に価値判断の交渉を行わないことを支援する構造的な枠組みも存在する。やはり、患者も医療者も、「患者にとっての最善」を考え合意に向かう必要があるのだ。

「患者にとっての最善」に向けた合意形成を行う上での医療者が持つバリアは、「医学的な観点からみた最善 = 患者にとっての最善」という枠組みから、医療者側が抜け出すことができないことにあると私は考える。実際の医療現場で見られる臨床判断のプロセスを図2に示す。臨床判断の根拠となる要素としては、図の左側にあるような自然科学的見地から見た有効性や効率、病態生理学的な妥当性ととともに、右側に見られるような患者本人の主観的な感情や、患者を取り巻く社会的な状況などを総合的に判断したうえで決定される。しかしながら、医師の中では図の左側の情報こそが医学のテキストに書かれてある「正しい根拠」であり、右側の情報はむしろ医学的に最善と考えられる判断に抵抗する根拠である、という認識が根強い。医学的に

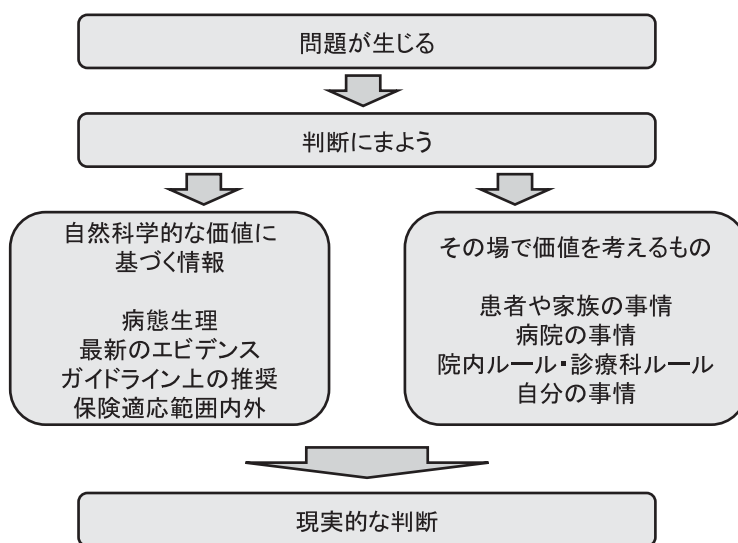


図2 実際の臨床判断のプロセス

正しくなければ、自分は正しい行為を行っていないのではないか、不誠実な事を行っているのではないか、という感覚が、特に医師の中には確かに存在する。

以上のような相反する価値の中で、医師は、医学に対する忠誠を選ぶか、それとも患者の立場に身をゆだねることを選択するかについて二者択一を迫られるような困惑に陥っているのが現代医療の問題点の一つなのではないだろうか？ その上で、パターンリズムの態度を否定された医師は、専門的な立場からの価値を患者に表出することすら躊躇するようになってきている。しかし、「Aという治療があります。Bという治療もあります。治療しないという方法もあります。どれもそれぞれ予測される利益と不利益があります。どうされますか？」と医師に問われたとしても、患者はより不安になり、専門職に対する信頼はより希薄になるばかりなのだ。

新たな患者 医療者関係の中での 専門職の在り方と 医療コミュニケーション

現代の医療に携わる医療専門職は、以上のようなパラダイムの変化に対し、どのように対応してゆけばよいであろうか？ 前述の、「Aという治療があります。Bという治療もあります。治療しないという方法もあります。どれもそれぞれ予測される利益と不利益があります。どうされますか？」という医師の患者への問いかけは、患者の意思を尊重する態度である一方、専門職としての職責の放棄とも解釈されうる。私は、専門職は専門職の立場を忘れるべきではないと考える。「患者の立場に立って医療を行うべきだ。」という意見はあるが、専門職の立場からクライアントに適切な推奨を行うのはむしろ専門職としての責務であろう。変化するべきところはそこではないのだ。

新たな患者 医療者関係におけるプロフェSSIONALが変化するべき重要な点の一つは、我々医療者は、自分たちが今まで忠実に正しいと信じてきた価値観に対してもっと謙虚である

べきだ、ということである。たとえば、臨床エビデンスが提示する情報は、医療行為が患者に与える恩恵の大きさではなく、むしろその限界である。医療が自らの限界を自己批判的に意識することは、専門家としてどの程度自分の持つ技術を推奨するか、ということと直結する。EBMがもたらした臨床現場へのもっとも重要なインパクトは、教科書に「この行いは正しい行いである。」と書かれていた様々な医療行為について、もういちど自省を行い、それらの行いが患者の何に対して、どの程度有益な事をもたらすのかについて批判的に考える目を医療者に持たせたことである。

新たな関係性において重要となるもう一つのポイントは、患者・医療者がお互いに対する無理解を自覚し、無理解を共有することからコミュニケーションを始めることの重要性である。医療を受ける際、患者が医学的な知識や医療の内容に対して理解していないことはそのとおりである。そして、同じように医療者は患者のことについてまるで理解していない。お互いがお互いに対して無理解を自覚するとき、はじめてお互いの持つ情報や価値観に対して敬意を払うことができるのではないだろうか？ 患者にとっての最善をともに考える上で、おそらくもっとも重要な情報は患者自身についての情報であろう。いままで我々医療者は、自分たちが患者のことを理解していない、ということに関する認識が欠如していた。医療者は、医学や医療について患者の理解を促進することと共に、自らが患者を理解しようという姿勢、理解したことを尊重したいという姿勢を持つことが、「患者にとっての最善」を目指す合意を考える上でなくてはならない基本的な態度であると私は考える。

以上を踏まえた上、もういちど「インフォームド・コンセント」の持つ意味について最後にまとめてみたい。インフォームド・コンセントの本質は、侵襲性を伴い、通常であれば犯罪行為にもなりうる医療行為に対して、その行為を行う医療者および医療行為がもつ意図と内容を理解した上で、その行為を受けることに対し許

可を与える，というものである³⁾。インフォームド・コンセントの手続きにおいて，医療者は，説明を行うこと自体にあまりにも重点を置きすぎている。より患者の利益に寄り添った合意形成を目指すのであれば，インフォームド・コンセントのプロセスにおいて重視すべきは，伝えることそのものではなく，医療行為の意図に対して共通の認識を確認することであろう。その中で患者が考える不安や迷い等に対して，適切に対処し，相談を行っていくことがこのプロセスにおける医療者の役割であるといえる。その意味からは，現在のインフォームド・コンセントのプロセスにおいて最も足りないものは，患者が医学的な知識を理解することではなく，いかに医療者が患者の持つ事情や心配などについて理解をしようとするか，ということにあると私は考える。その上でも，専門職は自らの職責や専門的技術について意識的であると共に，

医学的な正しさについての謙虚さと，患者がもつ世界に対する敬意をもった上，患者との関係を構築することが重要であると考える。

かつての医師像は，あたかも王国の騎士のようなたたずまいであった。弱き患者を病気という悪から守る武装した騎士は強者であり尊敬の対象であったが，同時に畏怖の対象でもあった。鎧で身をまとった王国の騎士と気軽に相談したいという市民はあまりいないであろう。不確実性と情報の複雑さとともに歩まなければならない現代の医療において，医療専門職は鎧を脱ぎ棄て，患者と共に悩むよき相談相手へと自らの役割を緩やかに変化させていくことが必要であろう。そのような関係性の中で医療者が自らの役割を適切に行うことができれば，患者への健康利益ばかりではなく，医療者自身も専門職としてより楽しく，やりがいがある自らの姿を見つけることができるかもしれない。

文 献

- 1) Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992 Apr 22-29; 267(16): 2221-6.
- 2) 山本 聡. 医療における自己決定権とパターンリ

- ズム 生命倫理と法的効力の面から 笹氣出版 1999.
- 3) 谷田憲俊 インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解. 医業ビジランスセンター 2006.

著者プロフィール



尾藤 誠司 Seiji Bito

所属・職：国立病院機構東京医療センター臨床研修科医長・臨床疫学研究室長

略 歴：1990年 岐阜大学医学部卒業

1995～1997年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校公衆衛生大学院（医療サービス学修士）

その後，国立病院機構本部などを経て2008年度より現職

京都大学大学院医療疫学・非常勤講師 熊本大学・非常勤講師

文部科学研究費補助金「ともに考える医療」のための新たな患者 医療者関係構築を目的とした実証・事業研究」主任研究者