

〔論 説〕

医療契約法の再構築（４）

北 山 修 悟

はじめに

序 章 課題と方法論の提示

第1節 残されている課題の確認

第2節 1つの事例から学ぶ——新しいリハビリテーション医学

第1章 エビデンス・ベイスト・メディスン（EBM）

第1節 EBMとは何か

第2節 EBMに対する日本の医学界内での評価

第3節 EBMに基づく診療ガイドライン

〔第1章の小括〕 (以上第67号)

第2章 ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）

第1節 NBM登場の背景

第2節 NBMとは何か

第3節 EBMとNBMの統合 (以上第70号)

第3章 EBM・NBMと医師 - 患者関係

第1節 医療行為のプロセス

1. 医療面接

2. 身体診察と検査

3. 診断の確定の過程 (以上72号)

4. 治療方法の決定過程

(1) 治療選択肢の決定過程

①「決断分析」というモデル的手法

医療契約法の再構築（４）

- ② 第 1 ステップ——問題と目的
- ③ 第 2 ステップ——選択肢、帰結、トレードオフ
- ④ 第 3 ステップ——統合、価値、解析と評価
- ⑤ 決断分析の実際

（２）医療行為の不確実性

- ① 医療における不確実性の不可避性
- ② 複雑系とEBM
- ③ 臨床現場と医療の不確実性

（３）不確実性と価値観の多様性への対応策

- ① 意思決定におけるバイアスの問題
- ② 治療方法の決定過程におけるコミュニケーション
 - (a) コミュニケーションの手法
 - (b) コミュニケーションの内容
- ③ 予後の告知という問題 （以上本号）

第 2 節 医療行為の目的——キュアとケア

第 3 節 EBM・NBMに基づいた医師と患者の協働

第 4 章 新しい医療契約法の理念と構造

おわりに

第 3 章 EBM・NBMと医師 - 患者関係

第 1 節 医療行為のプロセス（承前）

4. 治療方法の決定過程

（１）治療選択肢の決定過程

① 「決断分析」というモデル的手法

患者の疾患について診断が確定した後は、その疾患に対する治療法の選択が問題となる。この治療法の選択は、日常臨床では、医師が1つまたは複数の選択肢を患者に提示し、患者がその中から選択する、というプロセス（いわゆるインフォームド・コンセント）によることになる。それでは、その際に医師はどのようにして選択の対象となるべき選択枝を決めるのであろうか。この点を検討するための有用な素材を提供してくれるのが、「決断分析」（decision analysis）というモデル的手法である。

日常の多くの決断と違って、医療の分野における決断の多くは重大な結

果をもたらし、不確実性やトレードオフを伴う。不確実性は、診断や診断補助検査の正確さ、病気の自然歴、患者個人での治療の効果、ある集団における治療介入の有効性等について存在する。こうした複雑な決断において、すべての選択肢を余すところなく頭に置いて、頭の中だけでそれらを比較するのは困難である。決断分析の主な目的は、問題になっている事項の理解を助け、どのような臨床上の変数や特徴が決断に影響を与えるのかを明確にすることにある（ヒューニクほか2004：4）。

医学上の決断は、常に何らかの形で行われなければならない、しかも不確実な状況下で行われることが多い。患者の現状についての不確実性は、誤った観察や不正確な記録、医師の間違ったデータ解釈などによって起こる。また、不確実性は、データそのものの不正確さや、同じ情報についても様々な解釈ができることから生ずる。そして、治療の効果も不確実である。たとえ治療の不成功率が判っていたとしても、治療が開始される時点では、どの患者で成功しないのかは予測できない（ヒューニクほか2004：5-6）。

多くの治療決断は複雑であり、それらは不確実性やトレードオフを伴い、選択する前に注意深く重みづけしなければならない。どのような選択を行っても、悲劇的なアウトカムが生じることがあり、できることは、全体としてのリスクを最小にすることだけである（ヒューニクほか2004：62）。

こうした不確実性を統合するための枠組みとしての決断分析の大まかな手順は、第1に、問題とその目的を明確にし、第2に、問題解決のための選択肢とそれらに関連する確率や価値観の問題を明確化し、第3に、それぞれの選択肢の利益と害のバランスを統合する、というものである。この決断分析は、より具体的には、「問題点（Problem）の定義」→「さまざまな視点からの再構成（Reframe）」→「目的（Objective）の明確化」→「全ての関連する選択肢（Alternatives）の考慮」→「帰結（Consequences）のモデル化と可能性（Chances）の推定」→「トレードオフ（Trade-offs）の関係にある数値の同定と計算」→「エビデンスと価値の統合（Integrate）」→「期待値（Value）の最適化」→「前提の検証（Explore）と不確実性の評価（Evaluate）」、というプロセスを踏むことから、これら英単語の頭文字をとって、「PROACTIVEアプローチ」と呼ばれる（ヒューニクほか2004：6, 66-70；デル・マールほか2008：6）。

② 第1ステップ——問題と目的（PROactive）

医療契約法の再構築（４）

まずは、問題点を正しく捉えているかどうかを確認するところから始めなければならない。達成したい、もしくは回避したいと考える帰結を明示する必要があるが、これは簡単にいかないこともあり、問題点の捉え方が何通りもあることもあれば、目的が互いに反することもある。また、選択肢の分析に先立って、扱っている問題をさまざまな次元で考えることが、分析を正しい方向に導くために重要である。このように、はじめに問題点を定義し、次に他の視点からその問題点を再構成し、そして最後に一連の行動の基本的な目的を明確にする（ヒューニクほか2004：6；デル・マールほか2008：7）。

（a）問題点（Problem）の定義

最も重要な問題点を明確にするためのよい方法は、まず「ここで何も行動を起こさなければどういう結果になるであろうか」と考えることである。この単純な質問によって、回避したい、もしくは達成したいと考える帰結が明確になる。この質問を綿密に検討することにより、臨床上の問題が自然経過によってどのような帰結に至る可能性があるかが明確になる（ヒューニクほか2004：6-7）。

（b）さまざまな視点からの再構成（Reframe）

ある問題点は別の視点から見た場合、どのように異なって見えるであろうか、また、自分が現在扱っている問題は他人にはどのように映って見えるであろうか、ということを検討する必要がある。臨床の現場では、疾患という枠組みを超えて、患者が案じている点にまで焦点を広げる必要がある（ヒューニクほか2004：8）。

（c）目的（Objective）の明確化

問題を適切な枠組みで捉え、再構成することによって、中心となる問題点を明らかにすることができる。しかし、選択肢を提案し、評価する前に、自分が本当に目的について明確な考えを持っているかどうかを確認する必要がある。患者にとって最大の懸念は何なのか、短期的そして長期的な目的や心配事は何であるか、といったことである。そうした目的は単純な場合もあるが、しかし、互いに相反する目的がいくつも存在することも稀ではない。たとえば、進行癌の患者の治療においては、快適さ、身体機能、余命などの相反する目的があり、それらは患者によって異なる。目的が互いにトレードオフの関係にある場合、それら目的をすべて理解することが重要である。

目的をリストアップする場合には、「手段としての目的」と「本質的な目的」を明確に区別しなければならない。手段としての目的とは、中間的なゴールであり、真に価値を置くものへの足がかりにすぎない。これに対して、本質的な目的を考えることで、その目的を達成するための様々な選択肢を考え出すことができる。また、あまり早い段階で本質的な目的ではなく手段としての目的に焦点を当てていると、選択肢の可能性を不必要に狭めてしまうことがある（ヒューニクほか2004：8-9）。

③ 第2ステップ——選択肢、帰結、トレードオフ（proACTIVE）

(a) 全ての関連する選択肢（Alternatives）のリストアップ

特定の状況下で最良の選択肢を選ぶためには、理に適った選択肢の全てをリストアップしておく必要がある。そして、それら全ての選択肢は、次の3つのカテゴリの中のいずれかに当てはまる。

(i) 無治療で経過観察する、すなわち、何もしない。

(ii) すぐに治療を開始する。

(iii) 決断する前にさらに情報を入手する。たとえば、診断補助検査を依頼したり、ある集団について調査する。

選択肢のリストを作成することは、現有の知識、同僚や専門家との討議、教科書、文献検索のいずれによっても行えるが、特に重要なのは、治療の便益や危険性について最も質の高いエビデンスを提供する比較試験を検索することである。また、予後や診断が不確実な場合、診断補助検査などを行って追加情報を得ることが、最良の治療を選択するのに役立つことがある。診断が明確な場合でも、検査を行うことによって予後や治療反応性がより明確になる場合がある（ヒューニクほか2004：9-12；デル・マールほか2008：8-9）。

(b) 帰結（Consequences）のモデル化と可能性（Chances）の推定

選択肢をリストアップしたならば、次は、その全ての選択肢の帰結を考える必要がある。それぞれの選択肢の一連の帰結や、起こるイベントの可能性を十分に検討しなければならない。また、短期的な帰結と長期的な帰結の両方について考慮しなければならない。いずれの帰結についても、その内容を支持する最も優れたエビデンスを探し出す必要がある。

帰結は単純なこともある。たとえば、心室細動（治療を受けなければ致命的になる不整脈）の患者における重要なアウトカムとは、再発による突然死である。適切な薬剤を選択するのか、埋め込み型除細動器を選択する

のか、というのは、明らかに重要なアウトカムに焦点を当てたものである。しかしながら、多くの疾患や病態では複数の帰結がある。そのような場合には、クリニカル・バランスシート（問題点に関連するすべての視点と重要な次元を考慮したうえで、異なる選択肢を選んだときに起こりうる帰結を表にしたもの）を使うことで、様々な選択肢の便益や危険性を比較することが容易になる。また、不確実なアウトカムの可能性についても考えておく必要がある。たとえば、自然に軽快する可能性や、合併症を起こす可能性である（ヒューニクほか2004：14）。

さらに、それぞれの治療選択肢の危険性や、必要な医療資源にかかる費用も考慮する必要がある。第1に、治療による直接的な負担や不快感である。治療による直接的な負担は、人によって大きく異なり得る。患者個人の自己イメージの変化も、この直接的な負担に含まれることがある。たとえば、高血圧の診断の負担には、毎日薬を飲むという負担だけでなく、病気欠勤が増えたり、会社での昇進が遅れたりするなどの自己イメージの変化も含まれる。第2に、治療に伴う合併症や副作用である。合併症には軽微な用量依存性の薬剤副作用から外科手術の際の重篤な合併症や薬剤反応に至るまで、大きな幅がある。第3に、ヘルスケアシステムや患者ないし患者家族にかかる費用である。これには、ヘルスケアシステムにかかる人件費や材料費、諸経費といった治療に関係する費用や、患者やその家族が負う負担が含まれる。

以上のようにして、それぞれの選択肢について、その起こりうる帰結とその可能性——生じる可能性のある利益と害（副作用等）——を確認し、そうした利益および害が起こる確率を見積もる（ヒューニクほか2004：12-15；デル・マールほか2008：9）。

（c）トレードオフ（Trade-offs）の関係にある数値の同定と計算

治療方法の帰結を考慮するに際して、たとえばそれぞれの治療法の危険性が死亡率という単一の種類である場合には、問題は簡単である。つまり、どの治療選択肢で帰結の（予想される）確率が最も低いか、もしくは生存率が最も高いかを考えればよい。しかし、種類の異なる帰結がいくつもある場合には、どの選択肢を選ぶかは、どのようにその帰結を評価するかによって変わる。例えば、治療法Aの副作用が即時の死亡であり、治療法Bの副作用が長期にわたって続く重篤な身体障害であるような場合、これらの副作用のどちらをより重大なものと評価するかは必ずしも容易ではない。

通常用いられているほとんどの治療手段では、その便益のほうがその有害事象よりも優っているが、しかし、その便益と有害事象のバランスは、患者の予後や重症度だけでなく、その治療で起こりうる害の大きさや患者自身が感じるアウトカムの大きさにも依存する。こうした場合、それぞれの治療法の帰結の重みづけは、患者の価値判断によって決められることになる。医師が、各選択枝の予想される帰結の内容とその可能性を患者に告げ、患者がそれぞれの帰結の重みにつき価値判断をすることになる（ヒューニクほか2004：15-16；デル・マールほか2008：9）。

自分が決断に際してどの程度に自主性を発揮したいかは、患者によってかなり異なる。若くて健康な場合には、自分自身のケアに関する決断に際して、自分自身が第一の責任を持ちたいと考える人が多い。逆に、高齢者やより重篤な患者の場合、決断に関する責任をいくらか、もしくは全て譲り渡したいと考える者もいる。決断に関する自立性を発揮する場合に患者が必要とするものは、他のいろいろな決断と同じように、検討されている各ストラテジーに伴って起こりうるアウトカムや各アウトカムの生じる確率と、それらのアウトカムが患者の生活にもたらす影響に関するリストである。それぞれのストラテジーの利得と害を比較する際に自分自身の価値を当てはめることで、患者自身にとって最も重要なアウトカムを最大にする選択枝を選ぶことができる（ヒューニクほか2004：88）。

④ 第3ステップ——統合、価値、解析と評価（proactIVE）

各アウトカムの確率と価値を設定したなら、次にどの選択が最もよいのかを調べる。そのためには期待値、すなわちある選択枝を選んだときに得られる価値の平均を計算する必要がある。決断分析に必要な要素がそろっていれば、一般的には最も期待値の高い選択枝が選ばれる。ただし、設定された確率や価値が決断にどの程度影響を与えるかを検討することも必要である（ヒューニクほか2004：16）。

(a) エビデンスと価値の統合（Integrate）

問題点や選択枝、それらに関連する危険性や便益、価値を明確にただけで、どの選択枝が理想的なのかが明らかになることもあり、この場合にはそれ以上の分析をする必要はない。しかし、いつもそのようになるわけではなく、複数の側面がある場合には、次のステップとして、選択枝の重要な相違点に焦点を当てる。

エビデンスと価値は、各選択枝の期待値を計算することで統合される。

期待値はその選択肢のアウトカムの価値の合計に等しいものであり、アウトカムの価値はそれが起こるであろう確率で重みづけされたものである（ヒューニクほか2004：81）。決断は主に確率に基づいてなされることもあるし、主に価値観に基づいてなされることもあるし、両者によることもある（デル・マールほか2008：10）。

クリニカル・バランスシートを用いることで、問題点の異なる側面を評価することができる。結果をまとめるには、各選択肢の期待値をきちんと計算することが必要である。価値と期待値の両方が判る問題の場合には、期待値の計算が役立つ。また、生活の質で調整した生存年数（quality-adjusted life years）の期待値を計算する場合もある（ヒューニクほか2004：16-17）。

（b）期待値（Value）の最適化

最終的にどの選択肢を選ぶべきかにつき、決断分析では明確な方針で選択肢を選ぶ。すなわち、効用値の期待値が最大になる選択肢を選ぶのである。アウトカムや危険性、利得について複雑かつ場合によっては相反する情報が、乗算と加算によって統合される。各アウトカムが起こる確率にそのアウトカムに対応する価値を掛け合わせ、それぞれの選択肢についてそれらの掛け算の結果を足し合わせる。その結果、各選択肢についての期待値が求められ、その値が、どの選択肢が望ましいかの基準になる。

理論的には、純期待便益が最大となる選択肢、すなわち各帰結の可能性と価値を考慮に入れた効用値が最大になる選択肢を選ぶ。もしアウトカムの価値が望ましくない価値の場合には、逆に、その期待値を最小にする選択を行う。その他に、防御的な決断を行うやり方もあり、たとえば、状況によっては最も悪いアウトカムの可能性を最小にしたいと考えることがある（ミニマックス・ストラテジー）。このストラテジーは、ある悲劇的なアウトカムを最大限避けることにのみ焦点を合わせるものである（ヒューニクほか2004：17-18）。

複数の治療選択肢からの選択の問題において、以上の決断分析の手法を用いる際に困難を覚えるのは、1つは各選択肢の帰結の発生確率の推定であり、もう1つは各選択肢の帰結についての価値づけ（数量化）である。前者は、最終的には医師によって、その職務の内容として解決されるべき問題である。それに対して後者は、医師と患者での協議を要する問題であり、内容的にもより微妙な点を含んでいる。

例えば、治療Aは、疾患をある程度まで改善させるし副作用もほとんどないが、しかし治療後も相当程度の日常生活上の不自由さを残すものであり、これに対して治療Bは、疾患をほぼ完全に改善させるが、その代わりに治療の副作用として死亡する危険性が少なからずある、といった場合に、患者が治療Aと治療Bのどちらを選ぶかという問題では、患者は、治療Aの利益と害、そして、治療Bの利益と害を、比較検討しなければならない。このような場合には、患者の価値判断が決定的に重要となる。

決断分析の手法においては、このような問題につき、まず、患者を2つの種類に分ける。1つは、治療選択肢からの選択を自ら行おうとする積極的決断者であり、もう1つは、治療選択肢からの選択を医師に委ねてしまおうとする消極的決断者である（ヒューニクほか2004：88）。そして、消極的決断者の方については、明確な対応策がある。すなわち、患者の有する生活の質への選好と余命の長さについての選好を測定し数値化するさまざまな測定技法が存在している⁽¹⁾ので、それらを用いて患者の選好を数値化し、それを各選択肢の利益と害についての価値づけとみなして、あとは各選択肢が発生する確率を掛けて期待効用値を算出し、それが最大となる治療選択肢を実行することになる（ここでは、医師は患者に対して自己の価値観を押し付けているわけではなく、患者の価値観を一定の技法で客観的に測定しているだけであることに注意しておく必要がある）。

しかし、治療選択肢からの選択を患者が積極的にしようとするとき（あるいはそうすることを強いられるとき）、事態はやや複雑になる。この場合には、基本的には、まず、医師が患者に対して、候補となる選択肢のそれぞれについての利益と害の内容を説明し、それらの発生可能性（確率）を説明した上で、患者が、各選択肢の利益と害を比較する際に自分自身の価値づけを当てはめることにより、自分にとって期待効用値が最大となる治療選択肢を選ぶ（ヒューニクほか2004：88）。さまざまな帰結につい

(1) これらの技法には——それらの詳細は省略するが——「レイティングスケール」「標準ギャンプル」「時間トレードオフ」「健康指数」「等価支払い意思法」「大小評価法」「パーソントレードオフ」といったものがある（ヒューニクほか2004：95-101で、それぞれの内容につき説明されている）。いずれも、当該患者がある健康状態を実現するためにどれだけの量のリスクを受け入れる用意があるかを数値で表そうとする試みであって、当該患者の生活上の価値観を明確化しようといったものではない。

での確率とその性質に関する情報は医師（さらには医師以外の情報源）によって与えられ、患者は自分自身の価値づけを当てはめて、自分にとって最良の決断を行うことになる、と一応は言えるが、しかし、この患者自身による選択肢の選択過程は、ブラックボックスの中で行われている。各選択肢の確率と価値を統合するプロセスがどのようなものであるかは、必ずしも明らかではない（ヒューニクほか2004：90）。

（c）前提の検証（Explore）と不確実性の評価（Evaluate）

治療アウトカムの確率や価値を表現するためには、数字を用いる。これらの数字のなかには過去の文献から強固なエビデンスを持つものもあるが、なかには非常に曖昧な数字もある。ときにはその数字が本当に正しいのか判らないときもある。発生確率の確度は入手可能なデータの質によって異なるし、患者の価値判断につき数値化をすることには、当然ながら困難が伴う。文献から得られた確率が眼前の患者に適用できるのかどうか不確かなこともあれば、重要な確率を推定せざるを得ない場合に、その推定値の正確度についても判らず、また、確率の推定に影響を与えることが知られている認知バイアスの有無についても心配がある。患者から価値観や選好を引き出した場合には、その測定のための質問から得られた数字の安定性についても不確実性がある。特に患者自身が経験したことのない健康状態について回答を求められた場合にはそうである。

もしこれらの数字の一部もしくは全部が異なっていたなら、決断内容は変わるであろうか。また、これらの数字がどの程度変化すれば推奨される決断が変わるのか。こうした決断過程における不確実性の影響を評価するために、「もし～ならば」といった解析、すなわち感受性分析を行う⁽²⁾。これは、不確実な変数を一定の範囲内でさまざまに変化させてみて（別の数字で置き換えてみて）、それで最適選択肢が変わってくるかどうかを見ることによって、当初利用された各数値の妥当性を検証する、という作業である。もしある変数を変化させても決断内容が変わることがなければ、その変数の正確な値は決断において重要ではない。もし決断内容が変わるようであれば、その変数のより正確な値を求めるためのさらなる検討が必

（2） 感受性分析とは、構造上の前提、確率の推定値、アウトカムの価値を一定の範囲で変動させ、分析の結論の安定性を調べるテストのことをいう（ヒューニクほか2004：71）。

要となる⁽³⁾。

定量的に行う正式の感受性分析を行うことによって、どの変数が決断結果について重要な影響をもたらすかを知ることができる。もし、決断に影響を与える変数が確率である場合、この決断を「確率依存」という。この場合には、より優れた・より新しいエビデンスを求める作業が必要となる。もし、決断が価値観や選好によって決められる場合には、その決断を「効用値依存」という。この場合における不確実性は、それは事実についてのものではないので、より優れたエビデンスが出たとしても解決しない。しかしながら、決断に必要な価値観をより明確にすることで、不確実性を減らすことができる。すなわち、次のような点を確認する。(a) 誰の価値観を前提としているのか、(b) 決断者は対象をどの程度明確に理解しているのか、(c) 決断者はトレードオフの事項を理解しているのか、である。近年では患者のための決断支援ツールが多く開発されており、それらは患者が自分の価値観を明確にしたり、治療選択肢を理解するうえで有用である(ヒューニクほか2004:18-19; デル・マールほか2008:11)。

⑤ 決断分析の実際

決断分析は連続したプロセス、すなわち各ステップが順番に行われなければならないようなものに見えるかもしれない。しかし、それは決断分析を単に順を追ってしか説明できないからそう見えるだけである。実際にはこのプロセスは回帰的な循環プロセスであり、フィードバックするループを伴う。たとえば、ある問題点を構成し、すべての選択肢をリストアップして、引き続いてエビデンスとなる文献を探しているときに、それまで考えていなかった診断補助検査や治療の選択肢を見出すこともある。また、検討していた問題が最も正しいエビデンスを正確に反映していないことに気づくこともある。こうしたときには、もう一度初めの問題点の構成の段階に立ち返って、修正を行い、選択肢のリストを増やす。同様に、分析が終了した後に仮定や推定値を修正しなければならないような状況に直面す

(3) 感受性分析を行うことは、すべての決断において必須のステップである。決断に自信を持つためには、基本的な疑問である「もし～なら？」に取り組む必要がある。最初に推定した値からその前提や入力した変数を変えた場合に、結果がどうなるかを繰り返し検証するように、コンピュータを設定することができる。不確実性の影響を検証できることが、決断モデルとシミュレーションの主要な利点である(ヒューニクほか2004:356)。

ることもある。分析の前に考えていた計画とモデルから推奨される計画がまったく違う場合には、何か重要な変数がそれまでの分析で見逃されていないか、あるいは考え方に矛盾がないかを考えなければならない。このように、分析の過程を経ることによって、決断上の問題にかかわる重要なトレードオフや問題点を常に検証することができる（ヒューニクほか2004：24）⁽⁴⁾。

また、全てのステップを踏んだ完全な決断分析を行うためには、相当の時間を要する。したがって、詳細な分析を行うことが必要でありかつ正当化できるほど日常頻繁に遭遇する問題についてのみ、完全な決断モデルを作成すればよい。詳細な分析は、診断補助検査や治療が相反し、コンセンサスもできておらず不確実性が高い場合に必要とされる。こうした状況では、決断分析を行うことによって、少なくとも議論の中心が何であるかを明らかにすることができる（ヒューニクほか2004：24）。

さらに、臨床現場では、診断的行為と治療的行為はしばしば交錯しており、これをモデル化することは難しく、必要なデータが手に入らないことも多い。視覚的印象や心理学的情報、診療現場で実際に行う場合の業務上の影響等の抽象的データは、実践的な決断者にとっては非常に重要であるが、その定量化は不可能とは言わないまでも非常に困難である。結局のところ、臨床は複雑で流動的な現実であり、完全に決断モデルで捉えることは困難である。しかし、決断モデルは、頻回に遭遇する問題に関する診療ガイドラインの作成や、（研究）プロトコルの作成において重要な役割を果たす。さらに、決断分析の基本的概念、たとえばベイズの理論の原理やリスクと利得の重みづけ、エビデンスを患者の選好と統合すること等は、診療現場に浸透しつつある。現在、オンラインの文献データベースや臨床

（４） 決断分析における各ステップは並行して考察され、過程そのものは本質的に循環する。決断に関する様々な視点と目的を考慮した後に、また問題を再定義しなければならないことも多い。同様に、帰結とトレードオフについて考えることで、心が揺り動かされ、目的を考え直して問題を再定義したり、他の選択肢を考慮したりすることもある。前提を検証し不確実性を評価することで、エビデンスやアウトカムの価値の最初の推定値を調整しなければならないかもしれない。そしてその過程の最後と思われるところ、すなわち決断そのものに到達したときに、さらに重要な問題やその問題に関連する新たな決断上の問題に直面することも多く、その場合にはまた新しいサイクルが始まる（ヒューニクほか2004：352-353）。

試験の登録機関、レビュー雑誌、また入手可能なエビデンスのレビューと要約に焦点を置いた共同研究などを通じて、情報は非常に入手しやすくなってきている。このような発展により、決断モデルを使う使わないは別として、エビデンスに基づいた積極的な決断が促進されてきている。さらに、決断支援ツールがウェブ上や病院の情報システムで利用可能となりつつある（ヒューニクほか2004：355）。

結局のところ、決断分析の手法とは、決断についての問題や目的、トレードオフ、エビデンス、価値を意識し、それらを明示することである。不確実性、事象の相互作用、現実のカオスの複雑さに鑑みると、これを達成するための最良の方法は、それらが決して現実をすべて捉えるものではないことを認識しつつも、現実を視覚化し、構造化し、組織化し、モデル化することである。同時に、あらゆる決断は、患者の価値にも基づくものでなければならない。決断の技術とは、エビデンスと価値を統合することである（ヒューニクほか2004：357）。決断分析は、一般的には決断に関する論理的な分析と考えられているが、その基礎にある哲学は、決断に関する問題の論理的な分析的側面すなわちエビデンスと、心理学的主観的側面すなわち我々の価値等の統合なのである。また、決断分析は論理的な決断を提唱しているが、最終的な決断は分析による具体的な数値1つに基づいて行われるものではない。すなわち、分析の過程自体が、最終的な結果よりもおそらく重要であり、この過程で得られた洞察の方が、通常、計算された数値よりも大きな影響がある。このプロセスを実施している間、あるいは様々な視点から問題を概観した後、さらには入手したすべての情報を考慮した後、自分の判断と直観（intuition）を使って、分析が十分に現実を反映しているか、曖昧なものも十分に考慮されているか、現状にどのエビデンスと価値が適用されているか、決定的な情報があればそれは入手可能であるか、そして最終的には自分の決断がその結果に基づくべきか、について判断しなければならない（ヒューニク2004：352）。

以上のように、決断分析の手法においては、生じ得る事態の可能性を確率で表現したり、さらには患者のリスク選好を数量化することにより、計算可能性を表現させているが、それによって、実際の臨床の場での意思決定のプロセスが充実したものとなり得る点にその大きな意義がある、というわけである。

（２）医療行為の不確実性

上に見た「決断分析」モデルから、医療行為とは基本的に確率の操作の問題であること、そして、医療行為の結果における不確実性と患者の価値観との擦り合わせこそが、医療行為の核心であることが読み取れる。そこで、以下では、治療方法の決定過程における患者の価値観の形成過程の問題も含めて、医療行為の不確実性の諸側面を概観し（（２））、その上で、その不確実性への対応策について検討してゆく（（３））。

診断行為においても治療行為においても、医療には不確実性がつきものである。医療は、疾病としての自然歴（mortalityとmorbidityのリスク）、多数の治療選択肢とそれによる治療効果（mortalityとmorbidityの改善）ならびに副作用という複数の構成要件から、最も満足できる選択肢を決定するという困難な作業である（山下2009：57）。この医療における不確実性については、以下のような指摘がなされている。

① 医療における不確実性の不可避性

医学はまだ開発途上にあるので、確実性を保証することはできない。たとえ完成された部分があるとしても、それは科学的な意味においてであって、一般的な確実性、つまり統計的な確実性はなんとか保証できても、個々のケースについては手を上げざるを得ない。次々とハイテクが医療に導入されて外見上は大変な進歩のように見えるが、それは病人の病状の1つあるはいくつかの側面についてであって、病人としての総合的な予後を実にするものではない（中川1996：164）⁽⁵⁾。

そして、統計学的調査にも不完全さが常に存在する。すなわち、サンプルを多くとり、期間も長期間とった大規模な調査も、一見より統計学の要請にかなった科学的客観的なデータのようにはあるが、それは人間が対象になり、人間が判定するものであって、いくら事前に方法や判定法の基準について綿密な打ち合わせを行ない、また定期的に点検を行ったとしても、個々のサンプルの扱いが完全に同じくならされたという保証はない。被験者の状態によっては、初めに設定した条件を変えなければならないこともある。そのようなサンプルが増えれば、いくら大数を集めたとしても、また長期にわたるほどそうした条件を変更しなければならない場合が増えることは大いにあり得ることであろうから、ここでも結果の判定を困難にさせる。特に人間の場合、実験動物のように、同一の対照群を設定することは難しい。同じ飼料を与えて、同じ環境条件のもとに隔離しておくわけには

いかない。そもそも人間の特徴は個性にある。とするならば、それを多数集めて「平均人」にすることにどれほどの意味があるのか。個々の差異を多数集めると、むしろ差異は強調されることになる。数字や統計はあくまでも個人の状態を総合的に理解するための参考に過ぎないのである（中川1996：202-203）。

しかしながら、むしろこの不確実性をプラスの方向に考えることも可能である。たとえ99.9%不幸な結果が予想されるといっても、まだ0.1%の可能性は残っている。それに、99.9%というのは他人について得られた数字である。さらに、過去のデータをかなり杜撰な方法によって集計したものである。個々の患者についての将来を絶対的に決定するものではない。希望はそのようなUnderdeterminationを信じることを条件に生まれる。狭いながらも存在する未決定部分こそ、可能性が開かれる部分であり、医療の本質でなければならない。患者も医療者もともに希望をもち、不安を軽減するために、相互に働きかけ合いながら、患者にとって満足すべき状況を創造することが医療であり、また治癒というものである。医学が人間の科学であるというのはそのようなことである（中川1996：217-218）。

そして、もし医学が科学であるとするならば、科学には、宗教や哲学とは違って、絶対的な確実性を主張しないという点に特質がある。むしろ不確実性を隠すのではなく、どのような不確実性があるかを検討することで、また不確実性が避けがたいとすればそれに対してどのような対応を講じる

-
- (5) この点に関して、次のような指摘もある。「人間の単純な行動や、表層の意識などを対象とする限り、人間も近代科学の対象とすることは、ある程度可能である。しかし、人間存在全体を相手とするときは、そうはいかないのである。近代医学においては、心と体とを明確に区別して考え、人体を対象として研究も行なってきた。このようにすると、人体の仕組みやはたらきがよくわかり、科学的解明ができるので、このような方法を洗練し、発展させていくと、人間のすべてのことがわかるように思われるが、そうは事が運ばない。心身症の例が示すように、人間はそれほど簡単に心と体とを明確に分離できないのである。そして、この点は明確にはいえないことだが、心と体を分離し、心の状態と体の状態とを因果的に解明するのは不可能ではないか、と思われる（筆者はそのように考えている）。……ある「原因」が考えられ、それに基づく治療法によって、ある程度有効性が認められたにしろ、それは直ちにその原因説の正しさを立証したことにはなり得ないという困難さが、人間を対象としている限りつきまとうのである」（河合1999：32-33）。

ことによって、望ましくない結果を軽減することができるかを考えることが重要な課題である（中川1996：220-221）⁽⁶⁾。

② 複雑系とEBM

広井良典は、医療を「複雑系」の科学と捉えたうえで、それに適した方法論がEBMであると主張する。すなわち、最近では、様々な分野で「複雑系」、つまり近代科学が得意とするような線形的な因果関係によって律せられるのではない複雑な現象についての研究や新たな方法論の模索が行われているが、医療とはまさに「複雑系」の典型としての分野であると言える。やや抽象的な言い方をすれば、「人間の身体は、地球環境よりもはるかに“複雑”な存在」である。こうした複雑系としての医療の性格、あるいは医療における情報の不確実性ということを、まず出発点において確認しておくことが重要である（広井2000：63）。

現在の医療は、とくに慢性疾患について見れば、標準化や根治療法の開発ということからはなお遠い段階にある。この場合、可能な対応としては2つの道が考えられる。第1は、ともかくそうした根治技術ないし決定的療法の開発を目指して、基礎研究を含む医学・生命科学研究を進め、成果を上げていくことである。多くの研究者がとっているのはこの道である。しかし、ここで次のような根本的な疑問が提起される。それは、ストレスといった心理的な要因も含めて、無数の、といてよい複雑な要因が絡み合って、その結果として生じる慢性疾患（最近の言葉でいえば「生活習慣病」）について、そうした単純な意味での「根治技術」がはたして原理的に可能なのか、という疑問である。少なくとも、結核に対する抗生物質、その他の感染症に対する各種ワクチン投与、といった「原因物質の除去ないし遮断→治癒」という単純な“線形的”因果関係に基づく治療は困難である。そして、ここで第2の道として浮上するのが、EBMの方法論である。すなわち、EBMのベースにあるのは「臨床疫学」と呼ばれる方法論であり、（病気の「実体」的原因ではなく）いわば「現象」面から出発し、

(6) 高度先進医療は質が高いとみなされやすいが、診断技術の向上に比べて、治療技術の進歩は遅々としている。成人病（生活習慣病）や老人病の前では、医療技術は中間型技術のレベルにとどまり、完全に治すことが困難な場合も多い。そこでは必ず、医療技術が進歩しても症状が改善しない、そして、癒されない患者が生まれているはずであるが、その点に関する医師の注目は弱い（山内2006b：48）。

様々な症状に対し、どのような医療行為を行った場合に、どのような成果ないし予後が得られたかを、まずは膨大なデータとして集約する。そうしたデータをもとに、統計学的手法を使って、単純に言えば「こうした属性の患者の、こうした症状に対してこうした療法を行えば、こうした予後が〇〇パーセントの確率で生じる」といったフォーミュラを蓄積していく。これは、「病気の実体的な原因と発症メカニズムを明らかにし、根治療法を目指す」という伝統的な医学研究のパターンからすれば、そうした根治技術の断念から出発している、とも映る方法論かもしれない。しかしそれはむしろ、慢性疾患時代の医療、そしてまた「複雑系としての医療」という認識に、かえて適合した医学の方法論という側面をもっている（広井2000：65-67）⁽⁷⁾。

さらに、広井は、現代医学の内容の変化をも見据えた提言をする。すなわち、現代という時代は、あえて「ポストモダン」と言わずとも、標準化、画一性、規格化等々といった方向に対して、たとえば「ケア」ということ1つとってみても、むしろ「個別性」や「多様性」「一回性」といったことこそがより大きな価値をもつ時代になりつつある。また、ある意味で医療という分野はもともと、福祉、教育、心理といった分野と並んで、患者一人ひとりの「個別性」ということがきわめて重要な意味をもつ分野である。このように、現在の医療においては、この「モダン」という流れと「ポストモダン」という流れが、きわめて交錯した形で同時に流れ込んでいるのであり、現代医療の多くの課題は、実はこのテーマと深く関係している（広井2000：67-68）。そして、EBMとは実は「臨床疫学」と呼ばれていた分野が最近になって新たな呼び名を与えられたものにはかならず、そのベースにあるのはまさに「疫学」、つまり環境の中の様々な要因とその身体への影響を、統計的・確率論的な手法で把握しようとする学問であっ

(7) 「病気はたんに生物学的な実在物ではない。病むのは生物学的な有機体ではなく、人間なのであり、はっきりと生物学的故障を示す十二指腸潰瘍やガンといった病気でも、その原因、その表現、その結果は、生物学の範囲をはるかに越えている。つまり臨床医学は応用生物学以上のものである。臨床医は、患者の痛みの経験、悩み、自尊心、人生における目標などに考慮すべきであり、こういう非生物学的な現象を合理的な方法で扱うことを学ばなければならない。それはたぶん、現代の医学によってなされるべき最大の挑戦である」（ウルフほか1996：102）。

て、環境における「リスク管理」という発想を、個体を対象とする「臨床」に適用したのが、文字通り「臨床・疫学」としてのEBMなのである（広井2000：103-104）。これからの医療は、予防という場面はもちろん、EBMの試みにも見られるように、診断や治療の場合の予後についても多くの不確実性に覆われた領域であることを、それ自体として認めざるを得なくなっていくのであり、予防と治療を包括した「リスク管理としての医療」という発想がますます重要になっていく、としている（広井2000：105-106）。

③ 臨床現場と医療の不確実性

わが国における「医療崩壊」の問題を世間に向かって強烈にアピールした小松秀樹は、以下のように述べている。

すなわち、医療とは本来、不確実なものであるが、しかし、この点について、患者と医師の認識には大きなずれがある。患者はこう考える。現代医学は万能で、あらゆる病気はたちどころに発見され、適切な治療を受ければ、まず死ぬことはない。医療にリスクを伴ってはならず、100パーセント安全が保証されなければならない⁽⁸⁾。善い医師による正しい治療では有害なことは起こり得ず、もし起こったなら、その医師は非難されるべき悪い医師である。医師や看護師はたとえ苛酷な労働条件のもとでも、過ちがあってはならない。医療過誤は、人員配置やシステムの問題ではなく、あくまで善悪の問題である。これに対して、医師の考え方は違う。人間の体は非常に複雑なものであり、人によって差も大きい。医学は常に発展途上のものであり、変化し続けている。医学には限界がある。医療行為は、

(8) このような患者側の意識の問題点は、1980年代前半にすでに指摘されている。すなわち、「研究の場合でも診療の場合でも、「説明した上の同意」が円滑に運ばないのは、素人である患者が説明された具体的事項の細部を正しく理解できないからというよりも、むしろ臨床医学あるいは医療の構造一般についての本質的な理解を欠くからではないかと考えられます。……科学的医学は相対的な意味では最も信頼に値する体系であること、それにもかかわらず今日なお多くの暗箱性を残していること、したがって絶えず研究的姿勢を維持しなくてはならないこと、複雑な選択を重ねて目標に確率的に接近するシステムであること、そのためには医療者と患者の緊密な協力が不可欠であること——それらをわきまえず、医学ないし医者に過大な期待をかけ、いつも100%有効、100%安全な「定食」的診療が存在するかのよう過ぎている人が多いからではないでしょうか」（砂原1983：175-176）。

生体に対する侵襲（身体へのダメージ）を伴うため、基本的に危険である。人はいつか必ず死ぬ。しかも、医療は、いつでも全てに対応できるような体制をとることはできない（小松2007：21-22）。通常は、診療行為による利益が侵襲の不利益を上回るが、しかし、医療は本質的に不確実である。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得るし、診療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が診療行為の前後に発症することもある。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くすが、死に至ることもあり得る。予想される重要な合併症については説明するが、しかし、極めて稀なものや予想外のものもあり、全ての可能性を言い尽くすことはできない。こうした医療の不確実性は、人間の生命の複雑性と有限性、および、各個人の多様性に由来するものであり、低減させることはできても、消滅させることはできない（小松2007：113-114）。

そして、小松は、医療崩壊の原因の1つとして次のような指摘をしている。人間はいつか必ず死ぬということ、医療が不確実であるということは、本来は社会の共通認識であるべきだが、しかし現実には、ほとんどのメディアが不確実性を受け入れようとせず、一方的に患者と医師の対立を煽ってきたところがある（小松2007：28）⁽⁹⁾。また、患者側が医療の不確実性を受け入れられない原因の1つとして、因果律についての知識の欠如がある。すなわち、同じ医療行為の結果は、確定せず、確率的に分散するが、しかし、原因と結果が1対1の関係にあり、結果から原因を特定できるというドグマが、メディアや、あろうことか、裁判官をまで支配している。これは法律家の使用する言語の問題でもあり、法律家の言語は科学の世界とはずいぶん異なる。この言語が、法律家の思考内容や思考の範囲を限定しているように見える。法律の言語体系では議論しにくい世界があることを、法律家も知っておく必要がある（小松2007：36）。

同じように、EBM時代の医師と患者の関係を論じているJ. A. ミュア・グレイは、次のように述べている。すなわち、患者の不安は不確実性から生じる。近代医学では診断はますます正確になってきており、治療の効果

(9) 「一昔前まで、医師と患者さんサイドには「医療にも不確実性と限界がある」という暗黙の了解があった。もちろん、治療において医師は最大限の努力を惜しまないが、重篤な病気の治療をする場合には、少ないパーセントながら合併症が起こりうる可能性がある。それについても、近年は「医療事故では？」と、身内の方が過敏に反応する時代になってしまった」（本田2007：81-82）。

の予想もますます確実さの度合いを増してきてはいるが、近代医学は実のところ、不確実性の度合いについての実験を行ったり、不確実性を減らすことを最重要事項とする科学的方法に依拠している。研究結果は確実性では表現されず、可能性で表現される。近代医学を奉じる医師は事実を知っているのではなく、可能性を知っているのである（グレイ2004：65-66）⁽¹⁰⁾。そして、重要なことは、患者が診療や臨床判断の多様性や不確実性をより深く理解できるよう医師が援助することである、としている（グレイ2004：106）。

逆に、患者の心得としても、大がかりな治療を受けるときは、治癒の可能性に期待をかけるのは当然としても、100パーセント大丈夫と考えるのではなく、思うようにいかないこともあり得るのだという意識も持つておく必要がある。そういう考え方をするなら、成功したときの喜びは大きいし、逆に思うようにいかなかった場合のショックは相対的に軽減される。特に癌の場合は、最初の治療で腫瘍を完全に切除できたように見えても、再発する可能性はゼロではないし、別のところに新たな癌が発生するいわゆる二重癌の可能性もあるので、そのような心構えはますます重要になってくる。大事なことは、うまくいった場合とうまくいかなかった場合の両方をいつも念頭において対処するという「生き方」なのである（柳田2003：135-136）。

（３）不確実性と価値観の多様性への対応策

たとえ医師がそれぞれの治療選択肢についての「正確な確率情報」を患

(10) 「確率は臨床思考におけるキー・コンセプトである。診療室や病院の忙しい1日を終えて家路につくとき、自分の診断のあるものが違っていないかったか、行なった治療のあるものが、望みどおりの効果を示さなかったのではないか、こういう不安な感じをもったことのない臨床医はいないであろう。予想しないことに、あまりに頻々と出会うために、ついに彼は、診断や予後の推測に、確実ということは稀であり、はるかに多いのは、いろんな程度の〈確からしさ〉(probable)だ、と悟らざるをえないのである。臨床医は、医学雑誌を読んでも同じことを感じる。毎週彼は新しい科学的成果に出会うが、経験からすると、今日立証された事実が、来週は他の雑誌で否定されるのである。彼がふだん使っている治療よりすぐれた治療について読んでも、彼はその根拠を批判の目で評価し、せいぜい結論することは、〈たぶん〉(probable)それは正しい、ということである」(ウルフ1996：151)。

者に提供したとしても、そうした「正確な確率情報」が患者の実際の治療選択のためにどこまで役立つかは、実はあまり定かではない。法律学者はここで、自己決定能力のある患者が自己決定したのであれば、その決定の思考過程がどうであれ、その決定を尊重すれば足りる、と主張するかもしれない。しかし、真に患者のために役立つ医療のあり方を追及しようとするならば、患者がこの不確実性（確率的情報）に対処する方法について、もう少し突きつめて考えるべきであろう。その具体的な対応策としては、1つには、患者（および医師）の意思決定過程における認知的バイアスに関する認識が、もう1つは、医師から患者への情報提供に際しての医師と患者のコミュニケーションのあり方が存在する。

① 意思決定におけるバイアスの問題

山下武志（心臓疾患の専門医）は、行動経済学の領域における研究成果を参照しながら、治療に関する意思決定過程において生じる種々のバイアスの問題を論じている。

(a) まず、確率で示された医療情報が、どのように患者に伝わるかについて。

カテーテル治療や手術の説明でその成功の見通しを説明する際に、「治療が成功する見込みは80%です」というように、確率あるいは%表示で成功率が提示されることが多い。本当のところ、患者が一度しか行わない治療の成績は0%（不成功）か100%（成功）しか無いはずで、その中間の値で表現することは適切ではない。患者にとっては、自分と同じ境遇の人間が100人いたとして、そのうち80人が成功するとか、自分が100回治療を受けて、80回成功するが20回不成功になるというような情報は、本質的に無意味だからである。かといって、何の説明もしないのはもっと不適切だから、過去の治療実績を説明しているのである。しかし、これは混同されやすい。患者はこれを自分に対する治療の成功見通しと考えてしまう。ときには、医師自身もそう勘違いして説明をしていることがある。患者にはそれぞれの個性や特徴があるので、患者1人ひとりでの成功する見込みは本当のところはわからない（山下2009：49）。

(b) 次に、医師・患者が医療情報を評価する際の諸傾向について。

日常生活を振り返ってみると、「暑い、寒い」「高い、安い」など人間が下す多くの評価（価値観）は、絶対評価ではなく、「変化」や「比較」という視点を介した相対評価であることに気づく。そして医療は、「健康」

を対象とした社会活動である。健康にはそもそも絶対基準がないので、なおさら相対評価に依存した価値観を用いて医師・患者は行動しているはずである。行動経済学は、この相対評価に基づく価値観を「プロスペクト理論」として展開している。医療に関する医師と患者の価値観にも通用する理論だと思われる。すなわち、医療の根本にある価値観は、相対評価に依存した価値観である（山下2009：77）。そして、価値観の多様性は、比較の原点となる参照点の多様性から生じる。標準的と考える原点は人それぞれで違うけれども、参照点と比較するという価値判断のプロセス自体は皆同じである。一般的に、参照点は現在の状態であることが多いとされるが、医療現場では同世代一般人の健康状態、過去の健康状態、将来期待している健康状態、目標としている健康状態、同じ病気に罹患した患者の標準的健康状態など、様々な状態が参照点となり得る。医師・患者が、ある状態を標準・中立と考えたとき、それらは全て参照点として機能し得る。脳は評価しようとした段階で、即座に評価のための参照点を作り出す。つまり、医師・患者がどのような健康状態を中立と考えているかで、医療行為の価値が判断されることになる（山下2009：82）。

また、損失は同じ量の利得よりも強く認識される。これは損失回避性と呼ばれている。医療現場では、頻繁にこの損失回避性が見られる。全ての医療行為はいくばくかの副作用、リスク、損失を抱えており、そしてこのリスクは、治療行為のメリットよりも大きく評価されてしまいがちである。リスクを説明したときに、本能的に患者はこの（大きく感じられてしまう）損失を避けようと、ときに理不尽な選択をしてしまう。これは人間の脳に備わった損失回避性の宿命である（山下2009：84-85）。

これらのことからわかるように、結果的には、人間が物事を評価するときにはいつも脳に内在する歪みを避けることができない。医師・患者が医療行為のメリット・デメリットの価値判断をするときには、いつも次の3つが介在する。

- ・参照点依存性……基準をもたない脳の基準探し（今はどこ？）
- ・感応度通減性……反復によって鈍感になる脳（慣れちゃった）
- ・損失回避性……生きるためにリスクを強く認識するようすり込まれた脳（どんな副作用もいや）

このように、行動経済学におけるプロスペクト理論は、人間の経済活動だけでなく、ほとんど全ての活動、もちろん医療活動にも応用することが

できる。すなわち、脳による評価・価値観が人間の行動を決めており、そして、その評価・価値を与えている脳自身はこのような様々の歪みから逃れることはできないのである。医師も患者も、この脳の評価における歪みを抱えながら行動している（山下2009：85）。

(c) 参照点依存性と患者の価値観について。

患者はしばしば、公平な医学的評価とは異なる自己評価を持っている。そして医学的評価を繰り返し説明しても、これを覆すことは難しい。これは、患者によって参照点異なるためと思われる。発作性心房細動患者は「洞調律」という原点から眺めるので、発作的に生じる心房細動はマイナスのエリアにある。一方、慢性心房細動患者は心房細動という原点から心房細動を眺めているので、マイナスのエリアではなく今原点にいるのである。このようにして、慢性心房細動患者のほうが自分自身をより健康的だと（非算術的な）評価をする可能性が高くなる。このような典型例を考えると、「困っている」という価値観に対しては、「何に対して困っているか」というアプローチではなく、「何を標準と考えているか（あなたの参照点はどこですか）」というアプローチがより優れている。患者の価値観の基本は、患者自身の思い浮かべる参照点を明らかにすることから始まる。患者の標準と考える位置（参照点）を探ると、そのとき、医学的評価と異なる価値観が存在することに気づく（山下2009：88）。

また、「もっとpositiveに生きましょう」といくら声をかけても、患者の不安はなかなかとれないものである。このような現象には、損失回避性が大きく関係していると思われる。良い状態と悪い状態を比べれば、その程度はプラス・マイナスで単純に表されるだけでなく、悪いほうがずっと大きく、強く感じられてしまうのである。患者の心の中では、結果的に良い状態が悪い状態の記憶でキャンセルされてしまうばかりでなく、合算すればマイナスになってしまう。患者が「大変に困っている」と訴えた場合には、そもそも幸福だ、健康だと考えられる瞬間があっても、患者本人はその瞬間を無視してしまっていることに気がつけておきたい（山下2009：90）。このように、患者が価値関数のどこにいるのかを把握することは、治療を行ううえで極めて重要である。患者の位置が異なれば、ある特定の医療によってもたらされる患者の幸福感が大きく異なるからである。患者の愁訴は、医学的な評価だけでなく、患者が持っているであろう価値観のうえで考える必要がある。そのことによって、現実の治療を考える足場が

与えられる（山下2009：91）。

同じように、医師の治療に対する価値観は、自分自身の診療経験から設定される参照点によって大きく変化してしまう。医師の価値観を考える場合にも、その医師がどのような患者の状態を標準としているか（参照点）をまず明確にすることが必要である。若年者を標準に考えている医師に対して、80歳の患者でも同じように考えるのかという質問をすれば、その医師は即座にNOと答えるだろう。逆の場合もまた然りである。毎日の生活に困っているのに、生命予後はよいのだからと言って患者を帰してしまうようでは、良い医療行為をしているとはいえない（山下2009：95-96）。

（d）確率による表示に関わるバイアスについて。

現在の医療における説明には、何%という確率表示がよく用いられる。成功率何%、副作用何%という具合である。数字で表したほうがより具体的で、丁寧だと思われているので、医師も確率で表された数字を覚えようとしている。しかし、人間の脳はこのような数字の扱いはもともと下手である。よく知られていることであるが、数字で表してしまった場合に、相対リスクと絶対リスクの見極めがつきにくくなる。たとえ絶対リスクの低下が著しく低くても、相対リスクで表現されるとその価値を大きく感じてしまう（年間発症率1%の疾病を50%低下させても、絶対リスクの低下はたかだか0.5%にすぎないのに、50%という相対リスクの低下は大きく見えてしまう）（山下2009：100）。また、1%という数字は過大評価されやすく、逆に90%や99%という数字が過小評価されやすいとされている。行動経済学者カーネマン（Kahneman）らの実験によれば、「真の確率」と「感じる確率」が一致するのは35%あたりだそうである。つまりそれより小さい値は過大評価、大きな値は過小評価されることになる。確率表示された時点で、すでにそこには過大評価と過小評価が生じている（山下2009：102-103）⁽¹¹⁾。

（e）時間の評価におけるバイアスについて。

時間の評価においては、今現在が参照点になる。参照点付近の変化は価値として非常に大きい。つまり、明日や明後日のことは1日1日の持っている意味が大きく感じられるが、しかし、さらに将来のことは、感応度遞減性により1日の意味がだんだんと小さくなっていく（山下2009：106）⁽¹²⁾。医療において医師から患者に対する説明、専門医から一般医に対する啓蒙活動のほとんどで、「時間」と「確率」が用いられるが、明ら

かにこれら2つの概念は人間の脳が把握しにくい対象であり、多くの場合はヒューリスティクスが用いられて直観的に認識されている。そして、この認識における歪みだけでなく、「時間」や「確率」の判断・重みづけには脳による評価の歪みも避けることができない。医療が重要視する確率と時間は、人間の脳にとっていつも歪んで見えている（山下2009：108）。

(f) 持っているものを失うことについて。

人間は同じものであっても、持っているものの価値と持っていないものの価値を同等と判断しない。同じものなのだから経済的には極めて非合理

(11) トゥベルスキーとカーネマン (Tversky, A. & Kahneman, D.) が提唱したプロスペクト理論によれば、人間は何か得をする状況ではリスクを避けて確実性を重視し、逆に何か損をする状況ではリスクを好んで可能性に賭ける傾向にあり、確実性は過小評価される。意思決定論の権威であるサイモン (Simon, H.A.) は、人間の意思決定とは常に最良、最大、最適なものとは限らないが、だからといって非合理的だというわけではなく、限られた知識や時間あるいは限られた認知（情報処理）能力の範囲内で有効な判断や意思決定をしていると主張している。すなわち、人間は、数学的・統計学的合理性のみによってではなく、ある程度のところで満足できる選択（これを「満足化の原理」と呼ぶ）を行っているのである。人間の意思決定は、時に便宜的で“手抜き”が入り、正解から大きくずれてしまうこともあるが、簡便かつ短時間で近似値を得ることができる「合理的な」ものであるとも言える（久田2008：96-97）。

(12) 「総じて、つねに何かに望みを託そうとする患者の心理は、医師や看護者に絶対的なものを要求したり、超自然的なものに救済を求めるというように、日常行動のさまざまな面に直接的、間接的に表われる。ちなみに、望みは未来を志向して生きる人の心の支えであるが、その望みの有り様も遠い未来を志向する息の長い「希望」から、きわめて近い将来の限られた事柄の成就のみを希う「切望」まで、さまざまである。直面している苦痛や困難に耐えながら、将来必ずおとずれるにちがいない治癒、あるいは社会復帰の可能性に望みをかけ続けるのは前者であるが、目前の苦痛からたとえ一刻でも解放されることを希い、あるいはまた遠い将来までとはいわず、ただ明日の命を希うのは後者である。疾患の治癒を第一義的な目標とする医師や看護者の目は、おおくの場合、遠い将来を見越す前者に向けられる。しかし、不安や苦悩に直面している患者の時間体験の幅は短くなっている。そのため、患者は目前の平穏を何よりも優先的に切望しやすい。治療者の認識と患者の望みとの間のこうした距りが、しばしば治療法の適用や立ちいった検査の必要性、当面の苦痛に対する対応の仕方などについての相互理解を妨げる原因になる」（木戸1983：92-93）。

なのだが、脳が損失回避という性格を有しているためである。持っているものを失うことは、現状（参照点）からマイナスの方向に移動する「損失」である。持っていないもの（あるいはすでに失ったもの）を新たに得ることは、持っていないという現状からプラスの方向に移動する「利得」である。したがって、同じものであっても、感じる価値は損失のほうがずっと大きい（山下2009：115）。

疾病以外に患者が保有しているもの、これが医療行動における価値観に影響する。医学や疾病のことばかりを並びたてても不十分なのである。患者は疾病以外にも様々のものを保有しているはずであり、それらに愛着があればあるほど、それらを所有していることによって生じる価値判断における「保有効果」は強くなる。医療行為について一生懸命説明し、理解してもらったとしても、患者がすでに所有しているものをリスクにさらすことには大きな困難が伴う。しかし面白いことに、すでに失ったものを再び取り返すためにとるリスクとはまた違うのである（山下2009：116-117）。

（g）価値観のゆがみへの対処方法について。

医療で用いられる確率や時間の評価における歪みの結果として、失うことを怖れて現状維持につながる、あるいは、これまでかけてきた努力を無にしたいというような歪んだ価値判断に陥りやすい。これらの歪みやバイアスは全て人間の脳にそもそも備わった性格に由来するものだから、正しく修正するということは我々人間にはできない。しかし、価値観というブラックボックスに修正しきれない歪みが備わっていることだけは知っておきたい。問題の原因が価値観の相違なのか、価値観の歪みなのか、両者で対処法が違って来るからである。そうした歪みの存在を知っていれば少しでも前進できるはずである。知っていることが、患者との認識の相違で困ったときに、解決へのツールを提供してくれる（山下2009：129-130）。

患者と対話する。患者が今何に興味があるのか、何に困っているのかを知りたい。そして今後の医療行為について説明し、その価値を判断してもらうために、いくつかの根拠を提示する。しかし、これだけで患者が医療行為の決定に必要な十分な価値判断ができるとは限らない。そのようなときには、別次元の価値判断基準を無意識的に提示するのである。それは「医師としての自分を信用してもらおう」という、まったく低次元ともいえる価値判断である。信用して医療を受けた時のメリット・デメリットと、信用できず他の病院・医師によって治療を受けたとした時のメリット・デメリッ

トを想像してもらうのである。複雑な次元における医療の価値基準を提示したうえで、最終的に価値判断ができなくなったときには、「医師を選択する」という極めて単純な1つの価値基準を前面に押し出すことになる。幸いにもこの価値基準は、患者にとって判断しやすいものようである(山下2009:131)。自分が患者だったら、自分の信じることができる医師に診てもらいたい、その医師が正しいと考える医療を(細かなことは分からなくても)受けたいと思う。もし、結果が最悪になったとしても、その医師を真に信用できていれば、その全ての結果を自分の価値観として受け止めることができるのではなかろうか。「ある人、ある行為を心の底から信じることができるか」という次元に立ったとき、人間は案外正しい価値判断ができるのではないだろうか(山下2009:132)。

(h) 選択のパラドックスに関して。

誠実さ・几帳面さが新たな迷いを生じさせることがある。迷いが生じれば、価値判断をもう一度やり直すことになってしまう。そして最終的に、選択できなくなった挙句、「何もしない」という現状維持バイアスにはまりこむ。このような現象は「選択のパラドックス」と呼ばれている。選択肢が多いほど充実感は増すはずと考えたくなるが、結局のところ迷いが断ち切りがたくなる。「あのとき、これと違うあの方法を選択したほうが良かったのではないか」という後悔をしたくないからである。「選択のパラドックス」では、選択肢が多くなればなるほど迷いやすく、満足感が遠のいてしまう(山下2009:137)。

人間の選択の基本は比較であり、選択肢の数が多くなれば、比較する回数も多くなってしまう。医師も患者も、比較可能な、把握可能な選択肢数のなかでしか、価値判断に沿った適切な選択はできない。このように医療行為の選択では、医療行為に対する価値判断だけではなく、選択される環境がもう1つの重要な要素になる。そして、この環境という要素が、医療行為の選択に数多くの新たな歪みやバイアスを生む(山下2009:138)。

選択肢が多くなりすぎると、かえって選択しづらくなるのであれば、選択肢の数はどの程度がよいのだろうか。これに対する答えはないのだが、医療では常識的に考えて、2~4つの選択肢が現実的なのではないかと思われる(山下2009:139)。

また、患者は医療を選択したときに、それを選択した理由を求めている。それぞれの医療に対する価値判断は選択理由の1つにすぎない。そして、

そのほかにも理由はいくつでも存在しうる。例えば、それが「選択肢の真中にある」という理由である。つまり、医療行為の価値判断からこれが正しいと思っても、その医療行為が選択肢の両極端にあれば、あとで失敗したときに「極端なものを選んだからではないか」という後悔を生む可能性がある。価値判断にかかわらず選びにくくなってしまう。選択するときには、将来後悔しないという気持ちに結びつく選択の理由やストーリーが必要であり、これは必ずしも価値判断と一致するものではない。多くの場合、患者は治療の選択に「自分というかけがえのない存在に適合しているというストーリー性」を求めている。「極端でない」はその1つに属する（山下2009：141）。

(i) フレーミング効果と意思決定の環境について。

「失敗して死ぬ確率が1%ある」という言葉は、「99%成功して生存する」という言葉と同義である。しかし、この2つの言葉は、患者に異なった光景を彷彿させる。「水がコップの半分も入っている」という言葉と、「水がコップの半分しか入ってしない」という言葉のニュアンスが違うのと同じである。これは「フレーミング効果」と呼ばれている。フレーミング効果のフレームとは、選択を行う枠組み、つまり選択肢がどのような背景で心に浮かぶかということである。つまり、選択肢の数だけでなく、その提示方法が「選択の枠組み」として、選択するという行為に大きなバイアスを生む（山下2009：144）。選択してもらおうというときには、選択肢を提示する環境のすべて、つまりその数と提示様式が無意識のうちに選択に影響を与える。そしてそれは価値判断が十分できた後でも生じ得ることを、医師も患者もあらかじめ知っておいたほうがよい（山下2009：145）。

医療における選択や行動は様々な環境で行われている。例えば、自分1人で選択肢を選ぶ場合、医師とともに選ぶ場合、周囲に病院関係者が存在する場合、あるいは自分の家族が存在する場合などである。選択・行動は、医療行為の価値判断を行ったうえで、自分の意思を表現するということがある。そしてこの表現は、自分の周囲にいる人たちに自分の方向性を宣言するということでもある。この周囲の環境、周囲に誰がいるかによって、価値判断と選択・行動がずれてしまう可能性がある（山下2009：155）。

自分1人だけで選択することが正しいのか、あるいは、周囲に家族がいる状態で選択するのが正しいのかは分からない。ただ言えることは、たとえ医療行為に対する価値判断が十分になされたとしても、選択や行動を行

う際の環境によって選択が変わってしまうことがある、ということである。医師・患者の周囲に誰がいるかによってコミットメントの程度が異なる（山下2009：156-157）。コミットメントという言葉は、意思決定を周囲に宣言し、その意思決定に対して責任をもつという意味である。人間は様々なことを表現し続けているから、いつもコミットメントを負っている。コミットメントが強ければ強いほど、結果が思惑どおりだったときの充実感は大きく（有言実行）、思惑が外れたときの喪失感は大きくなる（有言不実行）。周囲に宣言しなかった場合は、コミットメントは自分自身にとどまるので喜び・悲しみはこれより小さくなるし、自分自身も気づかずに選択した場合には、ほとんどコミットメントがないので喜びや悲しみも非常に小さい。コミットメントが強ければ強いほど、選択・行動の価値観は増加する。そして、周囲に家族や医療関係者がいると、コミットメントが増大するので選択肢の価値が変化し、結果として選択や行動が変化してしまう。多くの場合、損失の価値が大きく見えてしまうので、コミットメントの強さが増大すると、より後悔しないような選択をとりやすくなる（山下2009：157-159）。

このように、正しい価値判断がなされたとしても、最終的な選択・行動は、そのとき周囲に誰がいるかによって変わってしまう。一般的に経済学の分野では、コミットメントが少ない状況で選択することが歪みを少なくする方法だとされているが、医療の分野ではどうであろうか。理想的には患者個人に対する医療である限り患者本人で選択することが本筋であると思われるが、実際には、患者家族や医療関係者がそばにいたときのほうが良い選択だと言えることが多いのではないだろうか（山下2009：159）。

(j) 不確実性に対する医師と患者の意識について。

人間は、不確実なものに対して「コントロールできないのではないか」という不安感をもっている。そして、医療にこの不確実性はつきものである。医師にとって患者は1人ひとり違うのだから、確実にこうだと言えることはない。そして、医師はこうした不確実性を当然のものと考えている。しかし患者は違う。そもそも、不確実なものに対しては、無意識のうちに脳が不安や恐怖を感じる。医療行為の妥当性を理解できたとしても、医療行為に内在する不確実性を受け止めることには、やはり困難を感じる。不確実性に対する認識は、医師と患者で大きく異なる（山下2009：164）。

不確実なものに対して、人間は、不確実性をできるだけ減少させようと

して情報を集めようとする。情報化社会になり、この情報収集は昔より簡単にできるようになった。患者にとっては、病気に関する本、インターネット、友人の話など、すべてが参考になる。しかし、だからといって不確実性自体は減少しないということは忘れがちである。そして、ここからドクターショッピングと言われる一部の現象が生じる。情報を収集するために病院受診が繰り返され、そして、何度か繰り返して初めて知ることになる。情報収集の努力は、医療の不確実性への不安感を減少させることには役立つけれども、不確実性自体は減少しないということ。このことを患者自らが納得したときに初めて、患者はその医療行為を選択することができるのであろう。不確実性に関する情報をいくら集めても、不確実性が減少することはない。しかし、この単純なことを納得するためには時間がかかる。医師は、時間をかけてこの不確実性を学んできている。そこが患者と違う点なのである（山下2009：164-165）。

（k） 価値判断の問題と価値観の問題について。

世の中には多くのパートナーシップの例があるが、人生という大きな舞台でのパートナーシップの典型の一例は夫婦だろう。そのようなパートナーシップの基本にあるものは何かというと、物事の価値判断を行う「もの差し」がある程度一致していることではないかと思われる。価値観が共有されているからこそ、そのうえに信頼感が成立する。だからこそ、長続きする。医師と患者のパートナーシップに必要なものは、この難しい、お互いの価値観の共有なのであろう。いくら話しても満足できなかった患者とそれに対応した医師という2人の不幸は、価値観が異なったためだと思われる（山下2009：175）。

価値判断に歪みがあることが原因であれば、誤解は対話で解消することができる。しかし、より重要なことは、価値観自体が異なる場合、それをどうすればよいかということである。そもそも人間の価値観はどのように作られてくるのか、という大問題がここにある。そして、「これまでこの人はどのように生きてきたのだろうか？」「どのような経験をして、どのような人と巡り合い、どのような影響を受けてきたのだろうか？」といった、その人の歴史にこそ価値観のバックボーンがある。医師にはそれまでの人生に由来する価値観があり、患者には患者のバックボーンによって形成された価値観がある。パートナーシップの基本は、まずこのお互いのバックボーンを知ることから始まるのであろう。医療でそれを行う場合、いつ

も医師・患者の2人だけでできるであろうか？ 価値観が近い場合はそれでよいであろうが、価値観が全く違う場合には、2人だけで短時間の間に擦り合わせるなどできないであろう。しかし、もっと多くの人間が関われば、よりスムーズに解決できる場合が多いのではないと思われる。医師が真摯に第三者に話す言葉や話ぶり、患者が第三者に話す内容や話ぶり、そのようなものに価値観が浮かび上がってくる。相手の価値観が冷静に見られる状況と、価値観を擦り合わせてくれる第三者がいれば、不幸な状況はもっと減らせるのではないだろうか。医療に直接的に携わる看護師だけでなく、コーディネーターあるいは患者家族の関与が、パートナーシップの基本となる医師と患者の価値観のすれ違いの改善をもたらしてくれる現実的な手法だと思われる（山下2009：175-176）。

人は経験によって価値観を変化させることができる存在である。誰もが人生において固定した価値観をもっているわけではないのだから、医師も患者も、その出会いによって価値観が変化している。パターンリズムからパートナーシップへというこの時代に「価値観」はより重要な要素となっている。価値観は、それぞれの人生の中にある。そして、価値観の共有は、努力する人同士の間には、やがて必ず訪れるであろう。だから、小手先の技術でなく、「その人を知りたい」というごく当たり前の欲求と継続した努力こそが、医師にも患者にも重要である⁽¹³⁾。価値観の根元は、それぞれの人生で何を経験したか、誰に出会ったか、その人からどのような影響を受けたかにある。小手先の技術ではなく、心の底から対処したいもので

(13) 「患者と医師の関係は、個人対個人という関係の後ろに、「患者」という集団と「医師」という集団の相違を背景としてもっている。……「患者の気持ち」や「医師のエゴ」も一種の雛形として存在するのだ。……患者と医師の交わりは「異文化コミュニケーション」と考えるべきであろう」（尾藤編2007：13尾藤誠司）。また、「医療に関する大切な判断に対して、医療の受け手である患者と相談し、ものごとを取り決め、ケアを提供するプロセスにおいて、医師が自らの特殊性を自覚することは、患者がもつ文脈を理解することと同じように良質なケアのための重要な課題である。……コミュニケーションをする者が、互いの文脈を理解するためには、横文字の専門用語の意味だけではなく、言葉に込められている思考のプロセスこそが翻訳されなければならない。そして、最も大切なことは、医師が自分たちのどのような部分が翻訳されなければならないかということに対して気づくことである」（尾藤編2007：16-17尾藤誠司）。

ある（山下2009：177）。

（1）本項に関する短いまとめ

以上のように、山下武志は、行動経済学をベースにした患者（と医師）の価値判断のバイアスの種類や特性を明らかにすることから始めて、最後には、価値判断の根底にある価値観の問題にたどり着いた。医療行為上の選択における不確実性と価値観の問題への対処方法がいくつか提案されているが、しかし最終的には、それは医師と患者の価値観のすり合わせの問題に行き着くことを明らかにしている。だとすれば、ここからのさらなる問題は、医師が抱く医療への価値観と患者が抱く医療への価値観の、それぞれの明確化と共有ということになるであろう。以下では、医師 - 患者間のコミュニケーションのあり方という観点から、そのための具体策を探りたい。

② 治療方法の決定過程におけるコミュニケーション

以下では、患者の価値判断に影響を及ぼすであろうものとしての、また、患者の価値観を直接に対象として含み得るものとしての、医師と患者間のコミュニケーションは、どのようなものであるべきだろうか⁽¹⁴⁾。

（a）コミュニケーションの手法

（i）総論

診断を経た上で治療の段階に入る前に、医者が患者に説明することは、大きく4つに分けられる。1つは診断名、2つめは病態についての生物医学的な説明、3つめにそれらに関してなし得ること（治療）および結果はどうか（予後）という点、最後はなぜという因果にかかわる部分である（箕輪1993：113）。

まずはじめの診断名であるが、これはラベリングとも呼ぶ。急性胃炎、狭心症、緊張性頭痛、潰瘍性大腸炎、慢性関節リウマチなどの名称には、疾病としての病態生理学的な意味とは違って、不確かな不明なものを既知の事柄へ移すという働きがある。不確かさが減ると人々は安心し、なぐさめられる。その与えられたラベルそのものの力もある。家族や知人、会社や社会へ診断名（ラベル）を話すことができる。極端なことをいえば、悪性の病気であっても全体としてまったく不確かであるよりも患者にはまだましということもある。ラベルをもった患者は、いわゆる病者役割行動[社会学者T. パーソンズにより提唱された概念]を合理化できるようになる。すなわち、病人として仕事を休んだり、辞めて自己の体のために戦う

ことが許されるわけである。診断＝ラベリングにはこのような社会的な機能がある。次に、生物医学的な説明と4番めの因果関係の部分は、患者が最も貪欲なものである。病気は何のせいかわ、誰が悪いのか、自分かそれとも運命か、について納得のいく答えを求めている。患者はもちろん人間誰

-
- (14) 最近では医師－患者間のコミュニケーションの重要性が指摘されることが多くなっているが、その背景としては、さまざまな要素が考えられる。第1には、医師－患者関係の力学が変化してきたことである。今までのように、医療行為がブラックボックスのまま、医師の裁量のみ依存して行われることの不適切性が指摘されはじめ、医療を受ける主体である患者の権利を守るための動きが活発になってきている。さらに、昨今の相次ぐ医療事故報道や民事紛争の増加にみられるように、医師の独善のみで医療が行われることによる弊害が表ざたになってきており、医療提供に関するインフォームド・コンセントの重要性を患者側も医療者側も意識するような状況になってきている。それによって、パターンリスティックな関係にあった医師－患者間の関係が見直されつつあることは重視すべきことであろう。第2には、疾患分布が感染症などの急性疾患から慢性疾患へ移行してきたことや、医療技術の進歩に伴って出てきた新たな倫理的要素を大きく加味すべき問題（たとえば延命治療に関する意思決定など）が医療の世界に現実味を帯びて大きくなってきたことである。それにより、医師－患者の関係が一時的な関係からより継続的な関係に変化し、医師－患者の間での医学的な要素以外の情報交換がより必要性を高めてきている。慢性疾患を中心とした医療サービスにおいては、生活習慣・予防・スクリーニング・合併症・身体と心のバランス・問題点の大きさの順番づけなど、医療を受ける側と提供する側との相互理解が非常に重要となる場面が多くなってきている。良好なコミュニケーションがとられることで初めてこれらの相互理解が得られ、質の高い医療提供が実現されるのである。第3には、EBMに代表されるような医学的な情報のマネジメントが医師側で発達してきたことにある。EBMが臨床に与えたインパクトの1つには、根拠をもって有効であり害がないと判断される医療行為を、現場の判断において臨床医がある程度明確に分類できるようになったことがある。もう一方では、どんなに有効性が高い医療行為ですら、患者にとって絶対に利益だけが生まれるというものはなく、医療行為の善し悪しを判断する際には、医学的な有効性について医師－患者間で常に意見交換が必要であることが、あらためて医師側で認識されてきたことにある（そんなことはもともと患者側にとっては常識だったのかもしれない）。医学的事実が明確になり、1つの医療介入に関する有効性や不確かさを数字で表し得ようになってくれば、今度は医学的な事実に対して患者と医師がどのような価値観でその事実をみていくかが、次のステップとして大きな課題となってくる（尾藤編2007：10-11尾藤誠司）。

しもが、自分の内的な世界の秩序がふだんと違う場合、その変化の理由が見つければ再び秩序が保たれる。また、治療と予後（治療の結果と見通し）について説明されれば、患者は病気の今後の成り行きに従って、自分の気持ちを整理したり、生活をそれにふさわしく準備したりできる（箕輪1993：114-115）。

しかし、この医師による説明の過程で、患者の多くは間接的な表現でしか疑念を示さず、あるいは全くそうした素振りさえ見せなかったりする。医師や看護師の側でも、患者の知りたい何かについて十分に答えることができない場合もあるし、答えを差し控えざるを得ないこともある。とりわけ予後が好ましくない場合はそうである。単純なことのようと思われる「伝える」という伝達行動にも、臨床の場面では、こうした限界やくい違いが生じやすい。したがって、説明や説得にあたっては、「何」をだけでなく「何故、伝えようとしているのか」を相手の的確に理解できるように配慮することも忘れてはならない。患者の知的水準や知識、言語能力を考えて言葉を選ぶことは言うまでもないし、不用意に医師や看護師の「仲間うちの言葉」を使ったりしない配慮も望まれるが、何故この時点でこのような説明をしたり、説得をするかという意図が的確に汲み取れるような話し方をすることも必要なのである。そのことが曖昧であったり、全く理解できないと、不必要な疑念を残すことになってしまう（木戸1983：54-55）。しかしまた、個々の患者それぞれの状況に応じて何をどのように伝えるかという選択は、必ずしも容易ではない。日常の診療では時間をさいて患者の心理や考えを十分に理解しておく余裕に乏しく、つい一般論的な見方で判断してしまいがちであるが、それぞれの患者の心理や考え方は個別的で、平均的な予断で律しきれものではない。ふつうの患者にはごく自然と受けとめられることが、ある患者にとっては全く唐突と映るかもしれない。こうした点を考慮に入れて、常に「この患者のこの状況」という前提に立ったアプローチをすることが必要である（木戸1983：56-57）。

医療のゴールが単に医学的に正確な診断を下し、その診断に基づいた治療方針を提示することにあるとするなら、医療者に必要な情報である問診（診断に必要な情報収集）、検査データ、理学的所見の収集が重要である。しかし、病気治療がゴールでなく、病気の治療を通じてより各人にふさわしい豊かな人生を過ごすことをゴールとすると、医療従事者の論理に基づいたコミュニケーションだけでは限界がある。そこでは、3つの論理――

(α) 本人の論理、(β) 社会の論理 (家族・地域・職場)、(γ) 医療従事者の論理——が問題になる。1人の人間が抱える健康問題を、医療従事者の立場 (論理) だけから捉えるのではなく、患者本人の論理や社会の論理も考慮した、これら3つの視点から幅広く解釈する必要が出てくる。人が幸福な生活を過ごすための解決法の決定のためには、医療従事者の論理だけではなく、医学的根拠も踏まえての、これら3つの論理の統合が必要になる (石川1993: 237)。

(ii) 具体的な方法論

それでは、医師は具体的にどのように患者への説明を行えばよいのであろうか。

● 問題点についてどのような情報をどの程度知っているかを把握する。

患者と情報を共有する際の最初のステップは、患者の情報に対するニーズを知ることである。医師は、患者の情報に対するニーズを一方的に誤って推測してしまう傾向にあることが知られている。また、一般的に患者は医師と比較して、情報の共有の重要性により価値を置いている。患者の情報に対するニーズは、年齢、性別、疾患の種類、重症度、その他個々の状況によって様々であるが、海外の研究によると、情報を積極的に求める人とそうでない人に分けられるようである (向原2006: 50-51)。

● 問題点についてどのような情報をどの程度知りたいかを把握する。

一般的に、医師が患者と共有する情報の量は、患者が望むものに比較して少ない。例えば、患者が診断 (症状の原因は何か)、予後 (治療しないとどうなっていくのか) についての情報に重きを置いているのに対し、医師は治療、特に薬についての情報に重きを置いている (向原2006: 51-52)。

● 適切なタイミングで情報を1つずつ共有し、その都度患者の理解を確認する。

情報を伝える際、その内容やフォーマットとともに、タイミングも重要な要素の1つである。病気についての説明を早くしすぎるために、問題となってしまう場合は少なくない。一方、患者の理解を確認することなく、たくさん新しい情報を一度に伝えてしまうことにも注意しなくてはならない (向原2006: 52)⁽¹⁵⁾。

● 患者が理解できる言葉を使う。

患者が理解できない言葉、特に専門用語を使って説明をすることは、しばしば問題となる。具体的対策として、できるだけ専門用語は使わないで

説明することが必須であることは言うまでもないが、専門用語を使わざるを得ないときは、よくその意味を説明することが大事である。また、比較的短い言葉や文章で説明するといったことにも注意を払うと良い（向原2006：53）⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾。

● 図表、概念モデル、教材を用いて理解を助ける。

患者の理解と記憶を助けるために、図表、概念モデル、教材（文書、オーディオビジュアル）を使うことの有効性は、いくつかの無作為割付試験を

-
- (15) 病気や状況の違い、個人の違いなどによって感情の揺れには差があるが、医療者は患者の心理的な変化を各段階で的確にとらえて、それぞれに最も合った援助を提供する必要がある。病名を伝えた直後に矢継ぎ早に説明をしても、たいていの場合、患者は内容を理解していない。たとえ患者がうなずいて聞いていても、本当は患者の耳に話は届いていない。衝撃が治まったころにもう一度話す機会をつくるとか、他の援助者とチームを組んで連携プレーを考えるなど、告知という作業をスムーズに進めるための時期や、場所、人材やコミュニケーションのやり方をよく工夫する必要がある（木村1993：99）。
- (16) 医療従事者が言葉を使う上で注意しなければならないことは、一見単なる事実を述べただけの言葉でも、患者にとっては強い感情を呼び起こすことがあるということである。「あなたは癌です」といった、医師にとっては事実を告げただけの言葉でも、患者には大きな不安や絶望を与えかねない。早期癌で切れば治るといったつもりでも、「頭が真っ白になって何も覚えていませんでした」と後で言われることがある。医療従事者が患者本人にとって重大な健康上の話をする時は、十分に言葉を選び、それをを用いる場所、相手、タイミングを吟味しながら行わなければならない。患者として受診してくる人は、病気や環境によって身体や精神を傷つけられていることがほとんどである。医療従事者には、言葉のもつ力をよく認識し、治療的に有効に使うことのできる技術が求められている（梅谷2006：79）。
- (17) 患者は外来直後でも医師の指示の3割程度しか覚えていない。覚えている人でも翌日にはその内容の6割しか正確に思い出せない。医師は職業柄、病気に関連した患者の情報を記憶しているが、患者には医学の専門的内容は記憶しにくい。さらに、病気の患者では認知の能力が低下する。教育程度が高く、一般に知的レベルも高いといわれる人々であっても、入院や検査が必要な状態では、そうでないときにはふつうに理解できて記憶できるはずの事柄が、正しく認知できないようになることがわかっている。病気への不安や痛みの辛さが人間の認識を曇らせているような場面では、やはり家族や友人といったkey personが傍らにいて患者の臨床決断に援助できるほうが安全である。このように、身体的な病気であっても精神的に弱ってしまうことを考えると、病人の自己決定、自律という理念の実現には、医療サイドからの歩み寄り患者サイドの支えが必要である（箕輪=佐藤1999：67）。

含む研究によって証明されている。言葉による説明を補足する意味でも、いかに患者の視聴覚に訴えるかが重要である（向原2006：53）⁽¹⁸⁾。

- 与えられた情報に対する患者の反応、特に非言語的メッセージに注意を払う。

説明している途中においても、与えられる情報に対する患者の反応、特に患者の表情をはじめとした非言語的メッセージに注意を向け続けることが大切である。たとえ医師が説明することについて疑問があったとしても、患者は、それについて積極的に質問しない傾向にある。その理由としては、失礼に思われたくない、医師が忙しそうにしている、質問するのは患者の役割ではないと感じる、といったことが挙げられる（向原2006：55）⁽¹⁹⁾。

- 患者に対し指導、指示するのではなく、選択肢を含めて提案する。患者が自己決定権を発揮できるためには、今後の計画についての選択肢

(18) 患者への説明内容は一般的な医学情報ではなく、個別的で即応性のあること、さらに方向性でなく双方向性でやりとりのできるものが望まれる。製薬会社を作る出来合いのパンフレットよりも、医師が分かりやすく書いたメモ書きのほうが歓迎され感謝される。言葉によって説明するだけでなく、補助的なツールを利用することがあるが、その目的は、理解を増して、記憶に留めてもらい、家族へ話す材料にしてもらうことである。このようなツールの選択にあたっては、メモ書きのような簡単なものでも十分であることが予測される。もちろん高度医療や入院時での詳細な説明には、専用の用紙が用いられるが、そのような特殊な場面を除けば、患者には個別で即時的なメモでも十分に目的は達せられると思われる（箕輪=佐藤1999：66-67）。

(19) 環境が整わない日常臨床、特に外来診療で納得のいく説明をしたうえで、1つのゴールとしてインフォームド・コンセントを達成するには、医師に一定の態度、すなわち、患者の話聞いて、それに答えるという基本的な態度が求められる。患者の病気が千差万別であり忙しい外来では、時間に限界がある以上、おそらくそれは実現不可能なことである。それでもできることの1つは、医師の非言語的コミュニケーションを意識して重視することである。これが直接にインフォームド・コンセントに寄与するという証拠はないが、多忙な日常診療のなかでも誰でもとり得る戦術の1つである。興味をもって、患者の病気のストーリーに耳をかたむけ、期待に応えようという医者の誠実な態度は、患者に体を開いた椅子の配置で、まっすぐな姿勢で、患者の視線に注意して、患者自身に病歴を語ってもらうという形に現れる。非言語的コミュニケーションがメッセージの3分の2を伝え得るように、言語的に保証されないところを期待するというのは、医師として決して非科学的とはいえない（箕輪=佐藤1999：63-64）。

は1つではなくいくつか存在することを、患者に伝えることが前提となる。そして、各選択肢から期待される利益、予測される問題点とその対応の仕方について、必要に応じて説明する必要がある。重要なことは、最初からある特定の治療計画を患者に指示、指導するのではなく、いくつかの選択肢があり、そのどれも間違いではなく、どれがいちばん患者にとって最善の選択なのかを一緒に話し合っていく用意があることを明確に示すことである（向原2006：59-60）⁽²⁰⁾。

● 患者がどの程度意思決定のプロセスにかかわりたいのか尋ねる。

患者の全てが積極的に治療計画の話し合いに参加したいと思っているわけではないことが、これまでの研究で示唆されている。したがって、個々の患者に対して、どの程度治療計画の話し合いに参加したいと思っているのか、その都度明確に確認することが重要となる。このことを支持する根拠としては、実際に患者が積極的に意思決定に参加するかどうかにかかわらず、医師が患者の自己決定権を尊重するという態度を積極的に示すこと自体が、患者のアウトカムの改善につながっているという研究結果が挙げられる。また、個々の患者の意向は時間が経つにつれて変化すること、それを医師が推測することはまず不可能であることから、患者に常に確認を取ることが大切になる（向原2006：60）⁽²¹⁾⁽²²⁾。

● お互いに受け入れられる計画について合意に至る。

今後の方針について決める際には、患者の視点について積極的に尋ね、それで意見が違ふと判った場合には、よく話し合ってお互いに受け入れられるような計画について合意に至る必要がある。そのためには、いったん両者の意見の違いを明確にした上で、効果的な「交渉」(negotiation)のための原則に基づいて話し合いを進めていくと良い。また、患者に積極的に治療計画に参加してもらうための1つの重要なスキルは、医師が自分の考えとそれに至った思考過程やジレンマを患者に説明することである。そうすることで、患者はより医師の視点について理解できるようになる。また、それは医師が患者の考え、思考過程、ジレンマについて聴く用意があ

(20) 医療行為は本質的に、医師の目や手（施設や技術を含む）を用いて患者が自らの心身状態を維持・回復させる行為であり、その遂行のためには相互の密接な意思疎通が欠かせない。病気によりコミュニケーション能力が低下した患者の意思をきちんと汲み取り、その希望を叶えるように行動することは、医療従事者にとって当然求められる行為である（梅谷2006：75）。

ることを示すことにもなる。自分自身の思考過程やジレンマを患者と共有することで、患者への説明が過剰に簡略化されるのを防ぐことができる(向原2006:58-59)。ここで特に忘れてならないのは、常に患者の視点を理解しようとする態度を示し続けることである(向原2006:60-61)⁽²³⁾。

● 計画を日常生活の中で具体的にどのように実行するか、確認する。

今後の計画についていったん合意に至ったら、それが本当に実行可能であるかどうか念を入れることが大切である。特に、生活習慣を変えることが必要な治療計画の場合は、患者の日々の暮らしをもう一度振り返り、計画が絵に描いた餅ではなく、日常生活の中で実際に実行することが可能かどうか考えてみる必要がある。計画を実行する上で新しく生じてくる問題

- (21) 医療過誤が頻発する状況の下では、医師は医師-患者関係の構築に時間を割くよりも、患者に非難されないように検査を多用し、結果を示し、医師個人は積極的な判断には踏み込まず、患者に選択させる傾向があった。しかし、医師と患者の間に信頼関係が成立していない状況で患者に自己決定させる医療は、患者にとっても医師にとっても果たしてよいものといえるだろうか。患者に判断をさせ、結果については責任を取らない姿勢は患者に喜ばれる医師の姿であろうか。医師-患者関係が成り立っている場合にこそ、インフォームド・コンセントや自己決定権の尊重は有意義なものとなる。臨床の現場では、自己決定権を徹底して行使したい人から医師の自由裁量権に期待したい人まで、様々な患者がいる。むしろ、現状では患者の多様性を認めることこそが重要ではなかろうか。そして、医療に積極的に参加したいと希望する患者には、検査、治療方針の決定や日々の処置の確認などにも参加してもらうのも1つの方法である。患者の参加は安全性の確保にもつながり、患者の満足や「医療の質」向上にも結びつく(山内2006b:63)。
- (22) インフォームド・コンセントを絶対と考えるのではなく、その後について見守る必要がある。医師だけでなく、看護師やケースワーカーとのチームワークがこのような場合には役立つ。文書によるインフォームド・コンセントがある場合には、予定の検査や手術までに患者やその家族と定期的に連絡をとってもらい、新たな疑問や不安を確認する。文書がなくても、会計や投薬の窓口で何か気がかりなことを話していたら、看護師などに連絡するよう事務職員と打ち合わせておく。このようにして問題が把握されたら、初めに説明した医師に相談して追加の時間を別途設けて、患者と話し合う(箕輪=佐藤1999:69)。
- (23) コミュニケーションにとってもっとも大切なことは、聞くことである。聞くということは、言葉を受け止めることである(鎌田2009:85)。また、医師がまず言葉を受け止めることによって、今度は患者が、医師の言葉を受け止める心を準備できる。結局、コミュニケーションは、どちらかが言葉をちゃんと受け止めることから始まる(鎌田2009:88-89)。

点や、計画実行の妨げとなるような問題点は、できるだけ早い段階で同定しておくが良い（向原2006：63）⁽²⁴⁾。

● 問題点と今後の計画について要約し、患者の理解を確認する。

面接の最後に問題点と今後の計画について要約し、患者の理解を確認することは、患者のコンプライアンスを高め、最大限の治療効果を得る一助となり得る⁽²⁵⁾。また、要約をきっかけとして患者がさらに質問をしたり、それまで話さなかった問題について語り始めたりすることがある。そのような問題は、しばしば患者が最も懸念しているものであったり、受診を決めた本来の理由であったりすることが多いので、しっかりと聴く必要がある。そういった意味で、他に話しておきたいこと、聞いておきたいことはないか、まだ相談したいことはないかを患者に最終確認することは、重要なスキルと言える（向原2006：65-66）⁽²⁶⁾。

(24) この点に関しては、患者教育という側面からの次のような指摘がある。すなわち、患者教育はしばしば医療面接の教科書からは見逃されているが、患者を教育することは彼らに情報を与え、必要ならば行動を促すように患者を動機づけることを意味する。医師－患者間におけるやりとりのうちのわずかな部分のみが医師によって機械的に提供されるものであり、治療の大部分は患者自らが治療を行うよう患者を指導することによってなされる。患者自身が薬を服用し、X線や検査を受けるために来院し、受診の予約をとるのであって、医師は患者に代わってそれらをするとはできない。つまり、患者を教育するということは治療における重要な部分である。患者教育は面接中ずつと行われるが、医師は通常面接の終わる時点でそれらを強調し、その後の面接でも毎回同じように行う（スミス2003：245）。

(25) いかん診断が上手で正確であっても、患者が治療方針を守ってくれなければ患者には役立たない。コンプライアンス（compliance）すなわち医師の指示にどの程度従うかは非常に重要であり、ラポール〔関係〕や医療面接との関係に決定的である。コンプライアンスの悪さの責任のかなりの部分は医師にある。医師がいかん防ごうと思っても言うことを聞かずコンプライアンスが悪い患者はいるものだが、多くの場合はコンプライアンスをよくできるものである。もし高血圧の患者と医師との間にラポールが取れていれば、もし患者がなぜ医師が自分に薬を飲むように望むのかを分かっているならば、そして患者が自分の心配を医師に言えるように対話の窓口が開かれていれば、自分ではあまりたいしたことはないと思っけていても、また薬がいくつかの不快な副作用をもたらしたとしても、医師の勧めに従う可能性が高い（アルドリッチ2000：92-93）。

(b) コミュニケーションの内容

(i) インフォームド・コンセントをめぐる

医療人類学者であるクラインマン (A. Kleinman) によると、いかなるヘルスケアシステムの中においても、治療者と患者はそれぞれ、その病気についての説明モデルを持っている⁽²⁷⁾。そして、治療者は、自分の説明モデルに則って病気を判断して治療行為を行い、それに対して患者の側は、自分なりの説明モデルと治療者の説明モデルとの間を行ったり来たりしながら、自分なりの解釈を行っている。治療者にとっても、患者にとっても、そういうプロセスを通じてその病気の経験というものが構成されていくのだとクラインマンはいう (武井2005: 185)。この説明モデルの考え方に立つと、いくつか重要なことが見えてくる。医師 - 患者間のコミュニケーションについてみると、それは医師の説明モデルと患者の説明モデルという、2つの異なる説明モデルの出会いとして捉えられることが分かる。そうす

- (26) この点については、次のような指摘を確認しておくことが必要であろう。すなわち、「医療というものは病理解剖的ないし病態生理学的変化、つまり疾患だけにかかわるのではなく、患者の悩みとしての病いにかかわらなくてはならないし、「社会的役割」の回復にもかかわらなくてはなりません。いいかえると、それは患者の人間としての生き甲斐を終局的に目指す営みであるはずですが、とくに慢性の病気や障害の場合、何が患者の最善の利益であり、何が生き甲斐であるかは本来、医者が勝手に決められることではないのです。もちろん、ライフ・スタイルを選択するためには正しい医学的知識が不可欠な前提であることはいまでもありませんから、医者への指導・協力が重要な意味をもつことは当然です。しかし慢性病患者や障害者は同時に、生活者であることをやめているわけではありませんから、医学的知識だけで一人の人間としての生き方についての完全な意思決定はできないはず」(砂原1983: 174-175)。
- (27) クラインマンは、説明モデルは5つの種類の知識ないし理論から構成されているという。第1にあげられるのは、病気の原因についての考え方、病因論である。第2は、症状についての知識で、その始まりや態様、つまり病気はどんなふうが始まってどういう形をとっていくのかという知識である。これは診断にかかわってくる知識であるが、ここでいう症状には、医学的な意味での症状ないし徴候とはかなり異なるものも含まれる。第3は、その病気がどうしてそういう状態を引き起こすのかということについての病態生理学的な知識である。第4として、病気がどういった経過をたどって行くのかという経過と予後についての知識があり、第5に、どういう治療をしたら良いのかという治療法についての考え方や知識が挙げられる (武井2005: 185)。

ると、医師から患者に十分な説明をして、その上で治療方針などに納得してもらおうというインフォームド・コンセントの考え方を再考する必要があることも分かる。なぜなら、インフォームド・コンセントは単なる情報開示の問題ではなく、異なる２つの説明モデルの間の翻訳の問題だからである。現代医学の特徴の１つとして、専門用語による膨大な言語世界があって、そこには一般人のアクセスがほとんど許されない、あるいは不可能であるという点がある。医師同士の間会話では何の困難もなく理解し合える治療成績などの統計的数値も、患者やその家族にとっては理解が困難だったり、全く違う意味をもったりする可能性もある。さらに、異なる説明モデル間での翻訳という考え方を導入すれば、単なる情報開示では患者に対する十分な説明になり得ないことは明らかである。十分な説明がなされたと判断することができるためには、まず、インフォームド・コンセントが、医師側の説明モデルと患者側の説明モデルという２つの説明モデルの間の翻訳の問題として捉えられ、翻訳的説明が行われねばならない。その上で、２つの説明モデル間の翻訳的な説明が成功したか、しなかったかということ、十分なインフォームド・コンセントがなされたかどうかの判断基準にするべきである（武井2005：185-186）。

説明モデルという考え方を導入することによってもう１つ見えてくることは、医師の説明モデルと一般人としての患者の説明モデルが大きく異なっているということである⁽²⁸⁾。医師の側からの説明は、医学という学問がどういうふうに構成されているかという点からもわかるように、全く身体的物質的な文脈からの説明モデルに準拠しているといえる。ところが、患者側の説明モデルはそうではない。患者の説明モデルは、一人ひとりの患者の生活（史）をその文脈としている。患者は、身体以外のことについても何かを語ろうとする。語ろうとするのは、そのことが、何らかの意味で自分が病気になったという事実と結びついているからである。医師の目か

(28) ほぼ同じことが、次のようにも言われている。「医師と患者はどうしたらお互いの枠組みを知り合って、よりよいコミュニケーションをすることができるだろうか。筆者の結論は、医師と患者は世界が全く違うという前提に立つしかないというところにある。一言で言えば文化が違うのである。ものの考え方が違う、価値基準が違う。情報量が違うし、情報の質も違う。医療の目標や目的も違うかもしれない。分かり合えないこと、立場が違うことを前提にしてつき合わなければいけないのではないか」（磯部2011：68）。

らは、病気にかかわる因果的連関の外部にあることであっても、患者の生活の文脈の中では確かに一定の結びつきのあることが語られる。したがって、そういうことについて話を聞いてもらえず、カルテへの記載も省かれた患者側からすると、その医師は自分の病気について十分話を聞いてくれなかったということになる。そして、患者の病院や医療に対する満足度の調査をすると、非常に重要なファクターとして浮かび上がってくるのが、自分の話をよく聞いてもらえたかどうか、つまり、医師の腕が良かったかどうかよりも、医師が自分の訴えにどれだけ耳を貸してくれたか、ということなのである（武井2005：186-187）。

治療不能、例えばもう癌が全身に転移していて手遅れであるというような場合でも、それは癌に対して対処不能であるということの意味するだけであって、その人の「病いの問題」に対して対処不能であるということの意味するわけではない。ここに1つの大きな誤解が生じる基盤がある。治療技術が発展すればするほど、我々は治療不能という状況を、医学的敗北や対処不能と見なすようになってきた。そして、敗北や対処不能というイメージの絶望的性格ゆえに、そうした状況をもたらすさまざまな病気の際に、非告知という態度をとってきた。しかし、「病いの問題」という見方に立てば、こうした態度が誤りであることは明らかである。こうした態度は、病気の人を医学的な病気そのものに還元してしまうという点でその人の社会性を抹殺しているだけでなく、「病いの問題」の対処可能な部分に対処する機会や可能性をも奪ってしまうからである。インフォームド・コンセントについても同様のことがいえる。十分な説明と呼ぶに値するには、医師側と患者側の2つの異なる説明モデルの間に翻訳的な説明が成立する必要があるが、この翻訳的説明とはどういうものかということである。治療によって何らかの欠損や障害が生じる場合や、終生の服薬が必要な場合など、さまざまな状況が想定できるが、一人ひとりの生活の文脈の中でそれらのことがどういう意味をもってくるか、そのことによって引き起こされる生活上の変化に伴う負担はどのようなものとなりうるか等々、一人ひとりの患者の生活の文脈に位置づけて具体的かつ詳細に検討され、説明される必要がある。それは、治療後に生じる問題群を明らかにするという意味では、診断的説明ともいえるもので、病気の問題は病院内で決着がつくとしても、「病いの問題」はその人の生活世界において持続するものだからこそ必要なのである。治療によって生じる問題を含めて、少

なくとも医学的な問題群を病気の人の生活の文脈の中で診断し、その対処を患者やその家族と共同で考えるようにしていくことは大きな前進であるといえる。なぜなら、純粹に医学的な問題と見えるものでも、それを病気の人の生活の文脈に位置づけて初めて具体的な治療の方向性が見えてくることも少なくないからである。医師の側が患者の生活の文脈に歩み寄って治療を考えるとという状況から発想すると、インフォームド・コンセントは「(医師の)説明と(患者の)同意」ではなく、「(医師側の患者の生活の文脈の)理解と(治療方針についての両者の)合意」として捉えられるべきである(武井2005:193-195)⁽²⁹⁾。

したがって、インフォームド・コンセントとは、ある一時点での医師と患者のやり取りではない。それで済む医療も存在するが(ごく簡単な手術など)、インフォームド・コンセントとは、入院から退院まで(時にそれ以降も)長期にわたって継続するプロセスであると考えられる。診断や治療そのものに関する説明責任は当然医師にあるが、すべてを医師一人で抱え込むのではなく、入院生活上の問題や退院後の心配事については看護師等のコメディカル・スタッフに協力を求めればよい。患者が知りたいことが、治療よりもむしろ生活上の問題解決に関するこの場合も多いのである(久田2008:94-95)⁽³⁰⁾。

インフォームド・コンセントの時代に医療者に課された重大な役割の1

(29) 最近の研修医や若い医師のなかには、インフォームド・コンセントの取り方についてマニュアルがないのでどうしたらよいかわからない、という発言をときどき耳にする。しかし、インフォームド・コンセントは決して手順とかマニュアル的なものではない。そのような考え方は医療者と患者の関係を不自然で事務的、形式的に流してしまうことになりかねない。インフォームド・コンセントの内容は患者ごとにきわめて個別のであり、患者の悩みや苦しみを理解して心のひだにふれる思いやりの気持ちが通じていなければ、文書による同意も一片の紙切れでしかない(堀田1997:339)。

(30) 「説明と同意」というインフォームド・コンセントの訳を、人の心(知・情・意)に対比させると、「情」がすっぱり抜け落ちていることがわかる。本来、説明すべき情報という言葉には「情」が入っているが、単なる「説明」というと画一的な無機質な「知」の提供という冷淡な響きがある。本来、患者の感情を理解することもインフォームド・コンセントには含まれているはずである。今後、医師には、「情」をさらに意識したインフォームド・コンセントが、そしてすべての医療従事者に「情」のこもったコミュニケーション・スキルの習得が期待される(内富=藤森編2007:34内富庸介)。

つは、患者の意思決定支援である。その意思決定が患者やその家族にとってよりよいものとなるためには、以下の点を考慮すべきである。まず第1は、可能な限り正確な情報の提供（説明）である。患者の意思決定に必要な情報がより正確に伝われば、その分だけ不確実性が減少し、リスクに関する認識もより正確なものとなる。医療者は、言語的、非言語的（ノンバーバル）なコミュニケーションスキルを駆使して、患者が将来の「見通し」を持てるように説明しなければならない。第2に考慮すべき点は、たとえ正確な情報が患者に伝わったとしても、意思決定の段階で必ずしも合理的な結論に至るとは限らないということである。医療者は、患者の意思決定に際し、生じている誤解や思い込みを指摘して正したうえで、最終的な判断を患者に委ねるといったスタンスが理想であろう。客観的には非合理的でも、患者の主観では“合理的”な決断なのかもしれない。第3の留意点は、患者の感情状態が意思決定に大きな影響を及ぼすということである。例えば、嬉しいとか楽しいといったポジティブな感情状態には、より柔軟で創造的な思考を促進し、不確実性のもとでの意思決定に際して注意深さとともに楽観主義的傾向を強める効果がある。これまで、医療者は患者の気持ちに配慮し共感的態度で接するべきであると倫理的あるいは実務的観点から強調されてきたが、認知心理学の立場からも、患者の心情に理解を示すことで患者の不安や緊張を和らげ、ポジティブな感情状態を喚起させることによって、より適切で創造的な意思決定を支援することが可能であるといえる（久田2008：97-98）。

現在の日本の医療界においては、インフォームド・コンセント（IC）という言葉が内容を伴うことなく一人歩きしているように思われる。ICの重要性が叫ばれるようになってから、以前に比べて、よく説明する医師が増えたことは良いことである。しかし、日本の医療のなかで決定的に欠けている2つのことがICという概念とドッキングしなければ、ICはただ単に立派な考え方にとどまり、患者の真の利益にはならないであろう。その2つのことというのは、communicationとsharingである。ICの概念が日本の医療のなかに定着するためには、IとCとの間にもう1つcommunicationのCを入れて「ICC」とする必要がある。さらにICがより望ましい形になっていくためには、情報を一方的に与えるのではなくて、分かち持つ、すなわちsharingが必要であり、IとCとの間にSを入れた「ISC」という概念が必要になる（柏木1999：238-239）⁽³¹⁾。

また、医師 - 患者間のコミュニケーションとは、患者と医師の間で言語的、非言語的なメッセージを交換し、共有することを意味するのであって、非言語的コミュニケーションにも十分配慮することが重要である。大切なことは、個々のコミュニケーション行動の意味を理解し、個々のコミュニケーション行動を他者に認識されるように適切に表出することである。例えば、明確な質問を患者に投げかけることによって、患者の考えを適切に聞き出し、理解することが可能となる。患者の気持ちに配慮しながら伝えたい内容を伝えることによって、患者の正しい理解や納得が得られやすくなる（内富=藤森編2007：2-3 藤森麻衣子）。一方で、背景に緩和できない深い孤独感や苦悩が存在し、適切な言葉が見つからないこともある。そのようなときには、その思いを感じながら、ただ傍らに座っていることも有用な（非言語的）コミュニケーションとなり得る（内富=藤森編2007：105-106明石龍男）。そして、医師は患者を見捨てないということを保証しなければならない。なぜならば、見捨てられることは患者が共通して抱いている大きな恐れだからである。沈黙していても傍にいてあげることは患者にとって心強い。医師自身の自然な感情はその場にふさわしいものであり、かつ、しばしば慰めとなる。医師が患者を元気づけようとするをやめ、自分たちはただ相談にのって支えてあげるだけの存在であると認識したときに、患者の苦痛を最も和らげることができるのである（スミス2003：251）。患者との係わり合いにおいては、何よりもまずその言葉によく耳を傾け、聴く、と同時に、言外の意味を推しはかり、言葉を超えた直接的な心の触れ合いによって、心情を共にし、共感的に理解することが必要であり、それが治療的対人関係の成立の要諦である。共感的な理解者となることによってよい治療関係が成立するし、心情を共にしてくれる人がそこにいるという体験が患者の心に安らぎを与える（木戸1983：201-202）。

-
- (31) Have「結果」は、Do「行動」ではなく、Be「あり方」「状態」によって決定される（岩堀=近藤2008：98）。患者にどのような影響を与えるかはBe「あり方」「状態」によって決まる。しかし、多くの医療者はDo「行動」やHave「結果」に集中してしまうため、Beをあまり意識していない。「患者に影響を与えている自分の（何らかの）あり方」に注目していたら、患者の行動のみを変えようとは思わないであろう。「他人と過去は変えられない、自分と未来は変えられる」という格言があるが、自分のBeを意識すると、相手との関係が変わり始める。このことは、コミュニケーション・スキルを充分に機能させるためには、とても大切なことである（岩堀=近藤2008：105）。

(ii) 患者の価値観に関わるコミュニケーション

(α) 患者の主体性

村上陽一郎(科学史)は、インフォームド・コンセントという概念を生み、育てたのはアメリカの風土であり、それをそのまま日本に持ち込んでも、浸透するはずはないのであって、日本では、日本の文化と社会的伝統に根差した形で、私たちに受け入れられるようなインフォームド・コンセントを自ら造り上げるべきである、という⁽³²⁾。そして、その根底にあるのは、医療の現場において、医師が全てを決定するのではなく、患者もまた、医療という社会的行為への参画者であり、責任の一部を担うものであり、意志主体の一角を形成するものであるという大前提でなければならない、とする⁽³³⁾。疾病構造の変化の結果、生活習慣病が医療社会を動かす最大の要素となると、否応なく、患者が医療の主役にならざるを得なくなる。病気が患者の自己の一部である以上、それと付き合いながら、どのように自分の生を設計し、どのようにその設計された生を実現するのか、という点に関して、判断し、選択し、実行し、修正し…という行為を重ねて

-
- (32) インフォメーション(情報・案内)があった上でコンセント、すなわち合意があるということがインフォームド・コンセントのそもそものコンセプトであったが、この概念が日本に輸入されたときに、インフォメーションの与え手と受け手が固定された一方向性のものとして理解されてしまった。インフォメーションの与え手は医師であり、受け手は患者という固定観念である。医師が患者にインフォメーションし、コンセントするのはあくまでも医療の受け手である患者ということになってしまった。そうすると、患者の意見の尊重といった、旧来の考え方に対する反省としての手段ではなく、かえって医療者側の一方的な価値観を患者側に同意させるための、強硬手段になってしまったようなところがある。実際にインフォームド・コンセントの場では、「この手術だとかいう副作用など悪いことが起こるかもしれません。しかし、あなたはこの手術、治療を受けることを吞んでくれますよね? はい、じゃあここにサインをしてください」と書面を作る。患者が本当に理解しているかどうかにかかわらず、サインをもらうことで同意の証拠を得る。そのため手段にもなっている。そして、もし患者が納得できずにサインしなければ、単に手術を行わないという対立の構図になってしまう(尾藤2010:142-143)。
- (33) 「インフォームド・コンセントのより現実的な悪影響は、患者の同意によって医師の責任が軽くなると医師が錯覚することである。実際医師にとってインフォームド・コンセントは医療紛争になったときに自分を守るよりどころとなっている。インフォームド・コンセントが、医師が医療行為を行うための免罪符であってはならない」(磯部2011:190)。

行くのは、医師でもなく、看護師でもない、まさしく患者本人以外に、そのことを行う行為主体は、どこにも存在しない。医師も看護師も、選択肢を提供し、患者の意志決定に基づいて、患者の全うしようとする生の実現を、脇から介助し、支援し、手を籍すだけである。それ以上のことはできない（村上1999：47-48）。明らかに、現代日本社会の趨勢は、「医療の現場において、その全てを決定するのは、医師ではなく、患者もまた、意志決定への参画者であり、責任の一端を担う行為主体の1つである」という大原則を、現実の変化の方向性のなかで、ある程度実現することが可能であるように動いている⁽³⁴⁾。問題は、医療関係者だけではなく、医療の受益者である患者も、この点をどれだけ認識しているか、というところであろう。ここで起こっている変化は、自分たちの生は、自分たちによって造り上げるのだという明確な意志を前提にして、初めて意味のあるものになる。それはある場合には、辛い選択である。実現したいと思う生が存在しなければ、あるいは、その幅が状況や制度や他者によって決められるものであれば、意志主体としての人間の働く余地は極めて狭くなる（村上1999：49-50）。

（β）患者がなすべきこと

それでは、患者は具体的に何をすればよいのか。それは、インフォームド・コンセントという医師と患者の協働作業の場において、自分の人生観や価値観を医師に伝え、それに合う治療法を、医師の助言の下に選ぶことだとされる（加藤2004：iv）。医師は、患者の多様な価値観に合う医療を選択するために、まずは個々の患者の価値観を知らねばならない。そして、患者にいくつかの選択肢を提示し、それぞれのよい点や悪い点、医療の不確実性を理解してもらった上で、納得のいく選択をしてもらわねばならない。したがって、患者には、自分の生活スタイルや価値観をしっかりと確立し、それを医師に伝えることが求められる。個々の患者の価値観に合っ

(34) 21世紀の医療には単に今とは違った組織への再編が必要なものだけではなく、医療の実践方法やヘルスケアの提供方法の転換が迫られている。なかんずく最も変わる必要のあることは、医師のみが有能でなければならず、意思決定やヘルスケア組織に対する責任を一方的に負わねばならない、という前提を捨て去ることであろう。新しいパラダイムとは、患者各々が話し合いで取り決めた範囲内で意思決定の責任と疾患の管理を医師と共有するというものである（グレイ2004：150）。

た医療の選択は、このような患者と医師の協働作業により初めて可能となる（加藤2004：66-67）⁽³⁵⁾。人生で何か困難に出会った時、対処の方法は人によって異なる。自分の生き方を医療の決定に反映することが大切なのであり、病気や治療法自体を熟知し選択することは、必ずしも必要ではない。医師の助言のもとに、患者を中心とした治療の選択をすればよいのである（加藤2004：69-70）。したがってまた、現在の日本では、それぞれの患者に応じてインフォームド・コンセントのあり方を変えなければならないことになる（加藤2004：74）⁽³⁶⁾。

また、患者が医療提供を受ける間、患者と医療者はさまざまな意思決定に迫られる——薬剤を使用するか、手術を行うかなどの治療法の決定、不眠等の患者の症状に対するケア方針の決定、転院や入所という決定など——が、これらの意思決定は、決して1つひとつが独立して行われるわけではない。あるケアは、ある1つの治療の決定に伴って行われる。また、治療とケアの提供は、患者の状態の変化に応じて絶えず修正されなければならない。このように、「治療とケアの意思決定」および「意思決定とその後の医療実践」のそれぞれが、連続性をもっている（吉武2007：109）。そして、これらの問題を解決するためには、医療関係者と患者の意見の理由の共有が必要となる。それは、関係者の一方が「どうしてそう思うのか」「どうしてそう考えるのか」と意見の理由を問いかけ、その問いに対して他方が答えることを繰り返す作業である。この作業によって、お互いに、

(35) 情報のやりとりは、専門家（医療従事者）から素人（患者）への一方通行ではない。患者は医療従事者から病気や治療について「教わる」だけでなく、自分の症状や薬の効果、さらに、病気にかかったこと、検査や治療を受けることに対する“思い”を「伝える」という、他人に代えられない役割がある。患者だけでなく、医療従事者も患者の「語り」に注目するようになってきたのも、「語り」という患者発の情報の価値を、医療従事者自身が認めるようになってきたことの表れであろう（北澤2009：208-209）。

(36) 治療についてなぜ医師がここの細かに説明しないといけないか。それは医師側が患者側の事情を聞いていないからである。手術や治療を受ける際に、患者は何を心配していて、どういう事情があって、基本的に何を望むのかが分かっていたら、それに応えるかたちで必要なことを中心に説明すればいいのである。ところが患者の事情を把握しないまま説明しようとすれば、治療における全てのことを網羅的に話さざるを得なくなる。それでは説明される側は、情報も不安も増大していくことになる（尾藤2010：143-144）。

意見の背後に潜んでいる価値観や思いを知ることができる（吉武2007：142）。

また、患者は、たとえ明確な意見をもっていない場合でも、問題に対する漠然とした「思い」を抱いている。「思い」とは、予想、想像、願望、希望、不安や懸念などである。そして、「思い」を「意向」につなげていく方法は、関係者が互いに「思い」を理解するための対話というプロセスである。関係者が思いを受け止めて言葉を変えて語り返すという対話のプロセスを踏むことで、患者は自分の意向を見つけ出し、自分の言葉で意見を表現することができるようになる。このようにして患者の意向を見出し、その意向を意思決定につなげていくことが、関係者の納得につながる（吉武2007：146-149）。

このように考えてくると、インフォームド・コンセントの法理には、意思決定する患者をどのような人間像のもとで捉えるかという、人間観の点で問題がある。これに対して、合意形成による意思決定——「合意の原則」がその出発点である——は、患者を含む関係者の意見の理由の共有、患者の思いを意向につなげる対話を重視する。患者は、「自分独り」で決定するのではなく、家族や医療者とのコミュニケーションを通して、意思決定を行う。そのプロセスには、患者が病いについての不安や悩みを打ち明けることができるようにし、それらの思いを関係者が引き受けた上で、最終的にどうしたいのかという意向を見つけ出すという作業が含まれている。この意思決定のあり方は、人間を「病み、悩み、迷う存在」として捉える人間観を前提としている。そして、医療現場の実際で求められているのは、健康と病気を超越した自律的な人間観ではなく、他者への依存が必要であり、関係者間のコミュニケーションによって初めて最善の意思決定が可能になるという「病み、悩み、迷う」人間観である。以上のようなことを考えるならば、「インフォームド・コンセント」から「合意形成による意思決定」へという移行が求められるのである（吉武2007：156-159）⁽³⁷⁾。

病気によって病んでいるのは一見その身体であるようにみえても、決して身体だけに留まらない。何故なら病気になることによって、患者はそれまでの人生、生き方の変更を余儀なくされるからである。もちろん病気の種類、重さ、そしてその時間的長さによって、生き方の変更の程度も様々である。しかしいずれにしても、病気による生き方の変更は否定すべくもない。そしてこの生き方の変更に関して、患者は身体的側面のみならず、

その心理的側面においても社会的側面においても悩みを体験せざるを得ない。それゆえ、医師 - 患者関係の中で、医師はこのような重層的な悩み、苦痛の存在にその関心を向ける必要がある。それは患者が病気そのもののみではなく、その病気によって苦痛、悩みを深くした人間であること、しかもこの社会の中である役割を担って生活している生きた人間であることと深い関係がある（吉松2001：147-148）。

そして、患者が自分の生き方を大事にしようとする、医学的な判断とは違う道を選ぶことが起こり得る。特に最近、人々が自分の人生観や生きがいを大事にするようになってきているから、そういうずれが生じるケースが多くなっている。「おまかせ医療」の時代は去りつつある。このような歴史的な変化によって、医師は自分だけの判断では治療法を決められなくなったのであるが、そういう時代であるだけに、患者の側の意識が高まらなければ、よりよい医療を進めることはできない。患者の自主性、主体性が求められているのである（柳田2003：77）⁽³⁸⁾。

治療の進め方について、医師がいくつかの治療法があることを説明し、どれを選ぶかは患者自身が決めることですよと言う場面がしばしば生じる。

(37) 合意形成は、そのプロセスにおいてインフォームド・コンセントとは大きく異なる。すなわち、インフォームド・コンセントは、「患者が医師の説明によって最善の方法を理解する」プロセスであるのに対して、合意形成プロセスは、「関係者が意見の理由と思いを共有した上で、患者にとって最善の方法を見つけ出す」プロセスである。治療とケアの意思決定を一体化して捉えるためには、「意見の理由を共有する合意形成プロセス」を取り入れる必要がある（吉武2007：212-213）。

(38) すでに1980年代前半に、次のような指摘がなされている。「医療というものは病理解剖のない病態生理学的変化、つまり疾患だけにかかわるのではなく、患者の悩みとしての病いにかかわらなくてはいけないし、「社会的役割」の回復にもかかわらなくてはなりません。いいかえると、それは患者の人間としての生き甲斐を最終的に目指す営みであるはずですが、とくに慢性の病気や障害の場合、何が患者の最善の利益であり、何が生き甲斐であるかは本来、医師が勝手に決められることではないのです。もちろん、ライフ・スタイルを選択するためには正しい医学的知識が不可欠な前提であることはいうまでもありませんから、医者への指導・協力が重要な意味をもつことは当然です。しかし慢性病患者や障害者は同時に、生活者であることをやめているわけではありませんから、医学的知識だけで一人の人間としての生き方についての完全な意思決定はできないはずですよ」（砂原1983：174-175）。

そして、患者がどれかを選ぶときの判断の根拠は何かということ、医学的な知識は乏しく、経験したこともない治療の問題だから、痛くないほうがいいとか、長期入院はいやだとか、その程度の漠然とした印象をもとに選択することになる例が多い。しかし、治療法の選択にあたっては、患者と医師の間にもっと突っこんだ話し合いが必要なはずである。すなわち、人は今直面している人生上の問題や生活上の問題を抱えながら治療を受けるのであるから、治療法を選択するにあたっては、そうした問題に対処できるのかどうかということも、大事な判断の条件に加える必要がある。人間は医学的な条件だけで生きているのではない。その人なりの都合がある。都合といっても、人生に悔いを残したり生きがいを奪われたりするほどの重要な問題がからむ都合であり、それは、本人だけにしか分からない。何も知らない医師は、当然、医学的な立場に立って治療法の選択をするであろう。そこで、患者の側が納得のいく治療法を選ぶには、自分の都合あるいは事情を話し、選ぼうとする治療法が自分の仕事や生活にどのような影響を与えたり支障を来したりするかについて、医師の意見を求めることが必要である。医師は、「この際命を優先して仕事のことはあきらめなさい」と言うこともあるだろうし、「そういう事情があるなら、こちらの治療法のほうがいいでしょう」と選択肢の変更を提案するかもしれない。つまり、患者が「生き方」にかかわる事情について説明して会話を深めないで、本当の意味での「患者中心の医療」にはならないのである（柳田2003：103-106）⁽³⁹⁾。

患者は、聞きたいことがあっても、「医師が説明しないのだから、それは私が知る必要がないことなのだろう」と思い込んでいることが多い。しかし、患者がいちばん分からないこと、知りたいことを、医療者が説明していない、できていない場合もある⁽⁴⁰⁾。よい医療というと、まずは「医師は常に患者の立場に立って、全てを説明しなければならない」というイメージがあるが、しかし、患者の側から「医者に説明を求める」という視点も必要である。目の前の医師から情報を引き出す力を誰よりも強く持つ

(39) 「告知」の問題も、実は「告知」を受ける時間枠の中だけの問題ではなく、このような「生き方」全体がかかわってくる問題である。「生き方」全体を自分のペースで作りに上げていくことができ初めて、どのような事態に対しても、あわてふためいたりパニックに陥ったりしないで対処できるようになる（柳田2003：131-132）。

ているのは、患者本人である。医療者には患者に説明する責任があるが、患者側にも、医療者の言葉を理解しようとする責任がある。分からないこと、知りたいことは、医師に「説明してください」と積極的に聞く必要がある（上野2006：52-54）。そして、2つ以上の治療法を示されて選択を迫られたならば、どの治療法を選ぶと自分にとってどんな得失があるかという視点で、評価をしてみる事が重要である。得失を考える要素としては、自分の仕事、生き方、人生設計、価値観、家族の支える力、医療費負担などを挙げる事ができる（柳田2003：133）。

患者が病気について語る時間は非常に大切であり、十分に時間をとる必要がある。仮に患者と医師の間にコミュニケーションのずれがあったならば、それを埋めるところから新しいコミュニケーションが始まる。重大な間違いではなくても、ちょっとした感覚のずれやお互いの考え方の違いを知ることは、よい関係を築くために非常に大切である。患者と医師の治療の目的（ゴール）がくい違ふことが、医療を受ける上で、いちばん不幸なことである⁽⁴¹⁾。治療のゴールを確認しあうことは、ふつうあまり行われていないが、しかし、完全な治療法が確立されていない病気の場合、「完治」は目的にはなり得ない。その場合には、何を指して治療を行っているのか、医師と患者の間で、コンセンサスを得ておく必要がある（上野

(40) この点に関しては次のような述懐もあり、この問題の難しさを示している。「専門知識、専門能力、出身社会階級などの影響を受けてきた医師の価値観「医師アタマ」は、患者の価値観からすでに大きく異なっている。このような特殊な医師の価値観へ、患者の意見を取り入れる行為そのものにそもそも無理がないだろうか？ 私たちにはいったい、どのくらい許容範囲があるのだろうか？ また、患者の考えはそんなにまとまっているのだろうか？ これまでの研究では、患者は医療上の決定は結局医師に任せたいと思っている者が多いこと、そして患者が自己決定をしない理由に、「治療によるアウトカム」の責任をとりたくない」というものがあることが知られている。興味深いことに、もし医師が患者になった場合でも、医療上の決定を担当医に任せたいと考えている人の割合は一般の人々が患者になった場合と同程度である」（尾藤編2007：107松村真司）。そして、「医師と患者の考え方が異なっていることを前提として、ではどうすればよいのだろうか？ その答えは今のところ私にはない。私にできることは、私たち医師の考え方が、一般の人の考え方とは異なっている、ということを確認すれば、もしかすると私たちの診療は少し変わっていくのではないか、という点だけである。これとて、確信があるものではない」（尾藤編2007：109松村真司）。

2006：82-83)。そして、そのためには、自分は何を優先して治療を選択していくのか、よく自分と向き合い、内なる自分と対話することが必要である。それぞれの患者の目指す治療の目的地、生活のなかで楽しみたいこと、その時その時に優先させたいことによって、旅（治療）の道のりは大きく変わってくる。同じ病気であっても、人によってたどる道、目的地が違うことがあり得る。「治療のゴール」によって、最適な治療法は変わる。治療を決定する前に、治療のゴールを自分自身が分かっているか、主治医と共有できているかを、患者は確認する必要がある。また、旅の途中、天候や体調を考えて、目的地や日程、ルートを変えるのと同じように、治療にも常に変更があり得る。途中でゴールが見えなくなったとき、ゴールを変える必要が生じたとき、新しいゴールを見つけ、再び出発できるように、そのときどきに主治医と確認し合い、治療法を決定する必要がある（上野2006：139-140）。病気の治療は、患者一人ひとりのライフ・スタイルや希望によって個別化されるべきものであり、そのためにも、治療の前、治療の途中と、常に自分自身の希望を医師に伝えることが大切である（上野2006：152）⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾。

かくして、医療を受ける側が医師と話し合う際に必要なのは、まずは「自分は自分の専門家である」という意識を持つことである。医療の知識や技術の専門家は医師であるが、患者がどうしたいのかを知っているのは本人だけであるから、自分の価値観を臆せず言えるように自信を持つ必要

(41) 人間の関係は医療技術で病気を克服できる時よりもできない時（終末期、治療法がない疾患など）に特に大きな問題となる。医師は、患者の身体的な苦痛のみでなく精神的苦痛、社会的な苦痛にも思いをめぐらせる必要がある。現実には、技術を提供できない患者に興味をもち続ける医師は少ない。患者の立場に立って考えない医師が問題を悪化させている。患者の不満も、医師の人間としての態度に起因することが少なくない。医師の行う癒しの少なさを臨床の現場では看護師が補足している場合も多い。癒しを看護師や精神科などの医師の仕事と考えず、患者の人体のみでなく、その心の問題も医師が自分の仕事であると認識することにより、医師-患者関係は良好となる（山内2006b：49-50）。

(42) 大事なことは、重要な医療判断が必要なときに、自分が人生の上で目指すもの、大事にして優先させたいことを医師と共有することである。この場合、あまり細かいことを色々話すより、自分が人生で一番大事にしていることを単刀直入に医師に伝えておくのが、スムーズなコミュニケーションの取り方だと思われる（尾藤2010：167-168）。

がある。患者は、自分はどのような価値観で生きているのかなど、健康や目指すべき医療についての重要な情報を持っているはずである。少なくとも医師とのコミュニケーションの前に、自分の専門家として「自分はどのようなのか」と自身の胸に問いかけてみるのが大事である。そうすることで、医療の主体として医師に伝えるべき情報がはっきりしてくる（尾藤2010：158-159）。

そもそも、人間の人生や生涯は、意識しようとしまいと、一篇の長篇の物語を創作する営みだと捉えることができる。その物語は、当然のことながら、山あり谷あり、快晴の日もあれば嵐の日もある。人生を物語として捉えると、病気は必ずしもマイナスの意味を持つだけではなく、「病気になったお陰で、辛い境遇の人の心を理解できるようになった」とか「生きるうえで本当に大事なものは何かに気づいた」といった、プラスの意味、しかも大きな意味を持つことへの気づきが生じる。そういう気づきは、患者にとっても医療者にとっても、治療法の選択肢を絞ったり、治療のもたらす意味を考えたりするうえで重要である（柳田2003：200）。

③ 予後の告知という問題

医師 - 患者間のコミュニケーションの問題や、さらには医師や患者の価値観の問題に関して、正面から取り上げられることがほとんどないテーマとして、予後の告知——余命の告知を含めた重大な予後の告知——の問題がある。

(a) 予後の告知の難しさ

患者は、医師が適切なラベルを自分に伝えてくれることを期待している。患者にとっては、重要なものは、そのラベルの意味である。医師が患者に「それは癌ではありません、良性のしこりです」と伝えたとき、患者はすこぶる気持ちが楽になる。患者を苦痛から解放できるかどうかは、予後に

-
- (43) 医療におけるコミュニケーションにおいて最も変わるべき点は、「いかに患者が自分の病気や治療について理解するか」ということではない。今のインフォームド・コンセントの流れはそのことばかりを気にしている。しかしながら、より重点的に推進すべきなのは、「いかに医療専門職が患者の事情や価値観、指向のほんの一部でも理解するか」である。患者として、より理解できる医療、安心できる医療を受けるためには、医療職側が患者側の生活のほんの一部でも理解することが、今後の医療になくてはならない重要なポイントである（尾藤2010：199-200）。

関係している。医師の主な仕事は、たとえ治療が不要であったり不可能であっても、今後起こり得るおおまかな病状経過を患者が理解できるよう手助けすることである。したがって、医師には、個々の病態の予後についての知識や、患者にこれらを説明し伝える技術が求められる（デル・マールほか2008：57）。

しかし、一般的な人生と同様、予後は不確実なため一般に複雑である。医師は、標準的な経過は知っているかもしれないが、標準的な経過をたどる患者はほとんどいない⁽⁴⁴⁾。よって、医師はいろいろなバリエーションと向き合い、付き合っていかなければならない（デル・マールほか2008：58）。個々の予後を推測するには幾つもの段階が必要であるが、そのうちのいくつかは同時にできる。つまり、疾患の重症度やおおよその罹患期間をまず決めることができ、その上で、疾患が改善する時期を推測することができる。しかし、自然に寛解する状態でも時に再発することがあり、再発性または周期的な疾患を考えねばならないかもしれない。このように、患者に予後を説明する時には、医師は疾患の自然経過と再発の可能性や頻度について伝えなければならない（デル・マールほか2008：65-66）。

しかしながら、患者に予後を告知することについては、次のような反対意見がある。

「患者の推定余命を医師は患者に言うべきである」と主張する医師やそういう医師を支持する人たちも多く、またその医師たちの「告知の中には推定余命を言うことが含まれているべきである」と信じている医師が多いようで、憂えています。なぜならば、私は、患者に、何につけても医師が推定したに過ぎない不確かな個人的な意見を言うべきではないと信じているからです。患者が、医学的に正確なことを医師が言っているように取れるような推定余命の時期を言うのは、特に死期が迫っている患者の場合には、患者を惑わすようになるので正当な医師の行為とは思えないからで

(44) 「医学では予後について研究は少ないという状況がある。あるのは療法の短期的な成功率で、長期的な効果は北京のチョウ効果のみで、攪乱因子が多く、とても確実な判定は困難なのである。がんや臓器移植などはかなり長期の効果が集計されているが、せいぜい5年が限度であろう。ただしそれは、検討すべき当の治療法を行なった事例の集計をやっているだけで、いわゆる客観的な効果判定のために不可欠とされている、比較対照群を正しく設定しているかということになると、にわかにあやしくなる。特に、全く治療しないままでの経過については、ほとんど知るべくもないであろう」（中川1996：112）。

す。それは、医師の裁量権を逸脱している行為のような気がするからなのです。患者に推定余命を言うべきであると主張する人たちに、現在の医学・医療の学問的ならびに技術的なレベルで推定余命を的確に判定できる根拠について伺いたいと思います。私は、人の寿命を的確に予言できるような学問的根拠はないと信じています。もし、あると断言できる人がいましたら、その方法と根拠となる学問的な説明をして頂きたいと思います。推定余命の判定は、経験が豊富な医師による多くの症例を通じての臨床的経験からくるその医師の勘とそれを裏づける臨床症状によるものだと思います。日常の臨床では、医師の経験と勘による診断が役に立つことを十二分に認め、それが臨床的能力にとって重要なことであると信じています。しかし、一人ひとり患者の顔や体型が違うように、患者の薬物などに対する体質も感受性も違いますし、患者の生きたいと思う意欲も患者毎に違いますし、同一人でも患者自身の病状の変化やそのような状態における患者に対する医師の説明内容によっても違ってきます。教科書をいくら暗記していても、教科書の知識だけで臨床ができないことも経験上よく理解しています。臨床経験による医学医療の知識の程度や内容は、医師によって違うことは言うまでもないことですし、必ずしも医師の経験年数に比例して増加したり、レベル・アップするという保証があるわけでもありません。したがって、高齢の医師だから最高の臨床的知識や臨床家としての優れた勘を身につけており、その医師よりも歳下の医師が劣っているという保証はどこにもありません」(星野1997: 138-139)⁽⁴⁵⁾。

このように、予後の告知については、それを行うべきか否か、行うとしてどのように行うべきか、といった問題が存在する。しかしまた、予後の告知に際しては、医師は職業人としてまた1人の人間として葛藤を抱える。一方で、予後の告知は、医師と患者の将来に向けての共同目標の設定のための道標となる可能性を秘めてもいる。

こうした予後の告知の問題に関しては、医師であり医療社会学者でもあるN. クリスタキスの著書が、(翻訳も含めた)邦文での唯一の本格的な研究である。そこで、以下では、やや長くなるが、このクリスタキスの研究を概観する。

(45) 最近においても、次のように言われる。「医師は個々の患者の今後の見通しについて確実な予測をたてることができない。できることは統計学的に示された経験的事実をもとに確率を示すだけである。医師はこのような生物学と統計学が渾然一体となった学問体系を、医学生の時分から教えられ続ける。学問に対する興味に程度の差はあれ、どの医師もこの体系が骨の髄まで染みていると言ってよい」(磯部2011: 123)。

(b) 予後を告知することの意義

(i) 医師は予後の診断を、意識的または無意識的に、回避する。彼らはその不快な側面を扱いたくないからであり、未来を変える能力の限界について考えたくないからである。しかし、理由はそれだけではない。彼らは死について自分自身を欺きたがっている——あたかも死を予測しないということによって、死をもたらしたり、死を目撃したりすることを回避できるかのように——のである（クリスタキス2006：viii）。

終末期ケアに対して人々が抱えている問題の一部（全てではない）は、彼らに予後についての情報が与えられていないか、与えられていてもその質がお粗末であるところからきている。重症患者が生存の可能性、治療の意味と成功確率についてよりよい情報を与えられるならば、そしてその情報をどのように選択して利用するかについて医師からのサポートが受けられるならば、彼らは自分の人生の最後の時期に異なった選択をするであろう。患者はしばしばそうした情報を欲しており、こうした情報を手にしたならば、彼らはいいていの人々が望む種類の良き死——痛みのない、家庭での、愛する人たちと共にある、そして別れを告げ、諸事を整理した死——を計画する能力を付与され、それを実行に移すことであろう。さらに言えば、もし医師が予後の定式化において思慮深く自覚的であるならば、より正確な予後を定式化し、予後に関して医師同士でより意識的に語り合うならば、そしてもし彼らが予後患者に告げたかどうかにかかわらずこうした認知的調整を行うならば、たとえば不毛な治療を諦めることを選択したり、最適な終末期ケアについて患者とより時宜にかなった議論をすることを選択することが可能となる（クリスタキス2006：xvi）。

(ii) 患者の容態が思わしくなく、死が確実と思われる場合、そして治療の効果が見込めない場合、医師は自分たちの思考や患者との相互作用において、疾病の経過の予測へとその力点を移行させる。また、慢性病患者の数と割合は増大しているが、その場合、治癒をめざした治療は限られており、疾病の経過は長期にわたるので、予後の診断は特に重要なものとなる（クリスタキス2006：8-10）。

予後は社会的に構築されている。それは単に患者の生物学的状態の関数ではなく、医師と患者の信念と態度、社会構造と社会組織からの影響を受ける（クリスタキス2006：17）。特定の患者における予後は、社会的なものを含めて、個人的要因に影響されている。それゆえ予後の診断を行うと

いうことは、診断の場合よりも、医師が患者の社会的状況により親しんでいることを要請する（クリスタキス2006：19）。

ある意味で、通常あるいは自然な病の軌跡は存在しない。なぜなら個々の患者の体験はユニークだからであり、それぞれの個人は多かれ少なかれ主観的にも客観的にも疾病の経過を修正するからである。つまり、疾病の経過には、自然な——単に生物学的という意味が暗に前提とされている——経過に取って代わるとは言えないにしても、それを根本的に覆す個人的（personal）——そして社会的（social）——経過があるのである。そして、予後が個人的要因（社会的、生物学的、治療的であれ何であれ）によってどの程度左右されるか、あるいはされないと医師が考えるかということ、予後の診断における中心的な問題の1つである。予後は一般的であると同時に個人的、典型的であると同時に非典型的、そして治療されると同時に治療されない疾病の経過なのである（クリスタキス2006：23-24）。

（iii）効果的な予後の診断は多くの機能を果たしているが、しかしおそらく最も痛切なものは、患者に自分の生を効果的に管理する能力を与える機能である。何を予期するべきかという点が理解されていると、患者は自分の情緒的・財政的・時間的資源を最も有効に活用することができるようになり、重症の病によって混乱した生に対するコントロール感を取り戻すことができるようになる。予後情報を獲得することは、持ち合わせているものが何であるのかを知りたい（不確実性とそれに付随する不安を減少させるために）、そして実践的意思決定をより良く行いたいという欲求から、重症患者にとってしばしば最上位の優先課題となる。このように、患者は予後の情報を必要としているが、医師もまたそれを必要としている。実際、予後が軽視され明示的でない傾向があるとはいえ、それは依然として臨床的ケアの決定的に重要な部分である。予後は、治療・診断における意思決定から患者とのコミュニケーションに至るまで、医師のなすべき行動の相当部分に関する情報を与える（クリスタキス2006：49-50）。

医師は、患者の質問に答えるということ以外に、多くのかたちで臨床実践において予後の診断を活用している。医師は予後を、臨床的目的（患者の状態に関する治療的・診断的管理に影響を与える）、相互作用的目的（患者との関係に影響を与える）、そして象徴的目的（行為と出来事に意味を付与する）のために活用する。特定の治療方法を他のものを排して選択する際の主要な決定因は、より良好な転帰をもたらす可能性があるかどうか

かであるが、医師は、そうした意思決定を行うにあたって暗黙裡に予後を利用してはいる。予後は、患者への治療方法の選択にあたっての情報を与えてくれる。たとえば腫瘍臨床において、患者の病状が重すぎである種の化学療法は受けられないが、他の治療法を受けることはできるという事態、あるいはある種の外科的処置は耐えられないが他の処置には耐えうるという事態はよくある。また、予後は、ごくわずかな差異しかない薬の選択という水準においてさえ、必要な情報を与えうる。さらに、予後は、たとえば治療的アプローチから緩和的アプローチへの移行を決断させる。要するに、多様な治療法が利用可能である場合、予後は目的に対する手段たりうる。すなわち、治療上の選択肢がある場合には、治療選択という行為の重要な部分たりうるのである。他方で、有効な治療法がない場合には、予後の診断は目的それ自体となる。このように、予後と治療の関係は広範囲にわたり、複雑であり、多くの水準において生起する（クリスタキス2006：52-53）⁽⁴⁶⁾。

ある場合には、予後はどんな治療をなすべきかについての医師と患者間の議論における主要な議題となる。すなわち、そこでの議論の中心は、治療選択肢それ自体——その性質、副作用、費用、リスクなど——ではなく、そのそれぞれの選択肢をとった場合の予後である（クリスタキス2006：56）。また、予後の診断は、患者に対し、コンプライアンスを育成したり、希望を培ったり、期待を管理したり、不安を軽減したり、信頼を醸成したりするといった目的を達成するために、医師によって意識的・無意識的に利用されている。このように、予後は、医師が患者の態度と行動に影響を及ぼす方策ともなり得る。より一般的に言えば、予後と予後についての議論は医師 - 患者間のコミュニケーションの基礎となり得るのであり、共同行為の基礎づくりとなり得る。すなわち、予後は医師と患者に相互協力の基盤を与えるのである（クリスタキス2006：62-63）。

予後の診断の重要な機能の1つは、結果が良好であれ不良であれ、不確実性を減少させることで患者を安心させることにある。不確実性の減少は不安の減少をもたらしうる（クリスタキス2006：70）。また、予後の診断は、未来が可塑性を持つことをも示している。予後の診断をするというこ

(46) 予後は、集中治療室のベッド、血液製剤、医師の時間と努力といった希少資源の配分における意思決定にも影響を与えうる。これらについて、医師は自覚することなく予後の診断を行っている（クリスタキス2006：60）。

とは、知ることのできない未来を意思的に支配しようとする行為なののだと言っている。医師が予測をする場合、彼らはしばしば希望を表明する。それゆえ逆説的ではあるが、予後の診断は、未来を回避すると同時にそれに対する責任を引き受けるために利用される（クリスタキス2006：73）。

(iv) 患者の自律という概念は、患者が人間として尊重されるべきであり、それゆえに自分自身のケアを決定することが認められるべきであるとする。しかし、こうした意思決定において患者に与えられる予後情報の正確さと質が含意するところ、そしてそうした情報が伝達される方法は、まれにしか検討されることはない。往々にして、患者に与えられる予後情報の質は高いとは言えない。インフォームド・コンセントを含む多くの意思決定には、ある種の「仮説的予後」(hypothetical prognosis) ——そこにおいて医師は患者が将来体験するであろう多様なシナリオを描写する——が含まれている。予測された結果は、患者の医学的状態から判断して、きわめて現実的であり、十分な根拠を持つこともあるし、より一貫性に欠け、きわめて仮説的であることもある（クリスタキス2006：77-78）。インフォームド・コンセントにおいて、医師は自分が提案した介入とその代替的な治療法との双方の起こりうる結果と、それぞれの副作用を説明する。インフォームド・コンセントはその本質から言って、介入が行われる以前に行われるものであり、医師のそうした説明は一種の仮説的な予後診断なのである。医師は、薬の投与や処置をするために患者から同意を取り付けるたびに、予後を用いている。したがって、医師が正確な予測をする意思と能力をどの程度持ち合わせているかは、患者の意思決定において重要な要素となる。それゆえ、予後の役割の考察は、そうした意思決定の厳密に倫理的な分析における重要な要素とならなければならない（クリスタキス2006：80）。

以上のように、臨床実践における予後の診断は、2つの重要な目的に資する。第1に、予後は、医師と患者に共通の見解の育成に貢献する。予後の共有は、医師と患者の協同行為を実現するための根本的な前提条件である。明示的あるいは暗黙裡の理解、場合によっては未来についての同意によって、あるいは不同意によってさえ動機づけられ、患者と医師は協同する。第2に、予後が実際に議論されない極端なケース（そしてそれは典型的である）においてさえ、患者は医師の処方箋を、それが良い結果をもたらすであろうとの暗黙の理解をもって受容する。予後の診断は、それが暗

黙裡のもので誤ったものであろうと、この理由のゆえにこそ効果的なのである。それは患者と医師の行動変容に影響を及ぼし、最終的結果における変化をもたらす（クリスタキス2006：85-86）。

（c） 予後に関する医師共同体の規範

医師は元来、患者の現状を確定するより、未来を予測するほうが不確実性を伴うと考えている。医師は、一般に実践に伴う不確実性を嫌い、予後の診断を避けることでそれを最小化しようとする。さらに診断と治療にくらべると、予後では不確実性に対処するための鍵となるメカニズム、すなわち「硯学のように振る舞う」ことや「確信に満ちた物腰」をとることは、不可能であると考えられている（クリスタキス2006：122）。

医師は、予後を患者に伝えなければならないときには、統計的表現をしばしば用いる。そして、予後の診断が不可避なときには、この統計への依存が意図的に強調される（クリスタキス2006：125-126）。希望を維持すること、および正直かつ正確であることという両立しがたい義務から生じる緊張は、医療専門職における予後の回避をめぐる複数の規範に影響している。この回避は、予後の診断と結びついたおびただしいストレスと、予後の診断は患者を害することもあるという感情によって強化されている（クリスタキス2006：129-130）。

予後の診断をめぐる第2の規範は、医師は予後を明確にしたとしても、患者にそれを伝えるべきではない、というものである。一般に医師は、予後の診断については、言うことが少なければ少ないほど良いと考えている。医師は、予後を伝えることは患者の害になる、また、予後が悪いことが判ることは、医師にとっても害になると考えている（クリスタキス2006：132-133）。要するに、予後の具体化を避ける理由とは、患者が絶望する可能性を避けるためであり、医師が全知を装うことを避けるためであり、医師が患者を見捨てるのを避けるためである（クリスタキス2006：136）。こうした医師共同体における予後に関する規範は、（ α ）同僚によるインフォーマルな承認や不承認、（ β ）医学トレーニングにおける予後診断の指導の相対的不在、（ γ ）予後の診断に伴う問題について医師が共有している慣習的伝統によって支えられている。ただし、予後に関する規範は、診断をめぐる諸規範や治療をめぐる諸規範とは違って、一般に公式に教えられたり強制されたりはしない（クリスタキス2006：137）。

(d) 患者に予後を伝えること

医師が患者に予後を伝える方法として、標準的あるいは理想的とされている伝え方はどのようなものであるか、あるいはそうした予後の伝え方によって発生してくる問題点や意味はどのようなものであるかについては、これまでほとんど注意が払われてこなかった（クリスタキス2006：150）。医師は診断や治療に関しては具体的で率直であることが期待されるが、予後に関してはそうではない。その理由の1つは、予後に関する情報は、希望を維持させるような方法で伝えるべきだと医師が考えていることにある。診断と治療については信頼性と確実性が高く評価されるのに対し、予後については暫定性や曖昧さが好ましいとされるのである。たとえ不確実であれ確実であれ、未来に関する情報は、過去や現在に関する情報、つまり診断や治療に関する情報よりも問題をはらむものとされている（クリスタキス2006：154）。

医師が合理的だと考える予後告知の方法として、「機械的に」示す、つまり統計を用いる方法がある。予後を診断することが避けられないときには、医師は統計を使用する。こうした予後診断の方法は、パーソナルであってはならないとする専門職の規範にも一致している。すなわち、医師は、特定の患者について予測するというよりは、その疾患の患者集団に関連する統計や確率（正確なものであれ概略であれ）を明確化するのである。統計的側面から予後を伝えることで、医師は自分の発言から距離をとることが可能となる。医師と患者の双方が、確率論的予測の不確実性のなかに希望を見出そうとしているのである。統計によって予後を伝える場合、通常は、この予後が実際には個々の患者に当てはまらないこともあるという注意が添えられる。しかし、医師が患者に統計的平均よりも相当悪くなりうると伝えることは滅多にない。統計による予後の診断は、希望を維持するのに有益な効力を持つということにより正当化されることが多い（クリスタキス2006：158-159）。

統計によって予後を診断することは、予後に関する情報を患者に示す具体的で生産的な方法となり得るが、仮に医師が個々の患者と病状や転帰を話し合う有意義な機会を避けるために統計を使うようであれば、その行為は問題をはらんでいる。こうした情報は、自分の将来に対して患者が抱く感情や希望に直接に関連するものではないからである。また、こうした手法は、患者が医師よりも統計的評価を理解する能力に乏しいことが多いと

いう現実を無視している（クリスタキス2006：160）。

患者が自分の病気に対して行う予測も、医師がいかにして予後を伝えるか、特に楽観的あるいは悲観的な手法のどちらで伝えるかに関して、影響を及ぼしている。大まかには、医師は患者自身が行う予測に対して、以下の3通りの答え方をする。頻度の高い順に並べると、（ α ）患者を励まし、楽観的で、患者の楽観主義を強化し、悲観主義をただす、（ β ）楽観主義と悲観主義のちょうど中央付近を目指して均衡を保とうとする、（ γ ）楽観主義を強化し、かつ（楽観主義よりも控えめながら）悲観主義をも示す、である（クリスタキス2006：170-171）。医師は自分たちの行動が患者に与える影響を意識しており、具体的な診療上あるいは相互作用上の意図に役立つように予後を用いているのである（クリスタキス2006：173）。医師は、段階的な告知、楽観的な説明、統計による予後の診断といった技法や、さらには予後の告知を保留することを、詐欺的で利己的だとはみなしていない。むしろ、医師はこれらの行動を、患者の希望を保持する、あるいはより積極的に育みさえする人間味ある方法だと考えている（クリスタキス2006：177）。また、医師が医師となるためには、あるいは、治療が不可能かもしれない患者を毎日治療する（治療の過程で苦痛を与えたり苦しめたりすることもしばしばである）ためには、自分の治療によって、患者が治療を受けずに過ごすよりは良い未来を生み出す可能性がある、と信じる必要がある。こうした楽観主義への欲求の基底にある信念や理想は、どのように医師が患者の予後を定式化して伝えるか、またどのように予後を決定するかに影響を及ぼす（クリスタキス2006：179）。

（e）自己成就的な予言

医師は、未来の予測が一種の自己成就的予言（self-fulfilling prophecy）として、患者の転帰に影響を及ぼす可能性があるかと確信している。自己成就的予言への信奉と、その作動様式に関する考え方は、医師がこうした非合理的に見える考えに影響されない専門家集団だと見られていることを思えば、非常に興味深い（クリスタキス2006：186）。どのようにして自己成就的予言が作動するののかについて、医師は複数の説明を行っている。予測をすることで、患者の態度や行動や生理機能を、予測した転帰が早まるよう変化させることが可能だと医師は考えている。また、予測をすることで、医師の態度や行動を、予測した転帰が早まるように変化させることが可能だとも考えている。さらに、予測をすることが、ほとんど呪術的と

思われる機序を通じて、予測した転帰を直接的に促す可能性があるとも考えている（クリスタキス2006：188-189）。このように、自己成就的予言は、患者に働きかけて医師の治療的助言を受け入れ、従うことを促すことによって機能している。こうした機能は、慢性疾患および急性疾患の両方において認められる。もし患者が予後を伝えられ、その結果それに対して従順であれば、不良な転帰を回避することができる。他方で、医師が患者に対して有すると考えている力は、予後を診断することについて医師が抱く恐怖をさらに大きくする。つまり、医師は、特に予後が誤っていた場合に、意図しない影響や、あるいは方向を誤った有害な影響が生じる可能性を恐れる。逆に、医師の楽観的な予測は、患者の病人役割の達成を助け、患者が活発であり続け、可能な限りすばやく以前の状態に回復するという患者の希望を支えたと考えられている（クリスタキス2006：192-193）。そこには、予測をはっきり伝えるという行為自体が、それが（単に）きっかけとなってもたらされる行為に劣らず転帰に影響するという、きわめて現実的な医師の信念が存在している（クリスタキス2006：196-197）。ほとんどの医師は、「患者をケアする際、予後を伝えることは危険である」と考えているが、予後の診断は危険であるというこの認識は、自己成就的予言への信奉や、あるいは擬似呪術的な予測の性質への信奉に起因しているところもある（クリスタキス2006：209）。予測を行うこと——特に自己成就的予言を通じてそれが転帰に影響を与えると信じられている場合——は、医師にとっての役割緊張と不安の源泉である。その緊張とは、楽観的で肯定的な予測は傲慢となりうるが、悲観的で否定的な予測は無力感と嫌悪感の表徴となりうる、という緊張である。医師は、一方では全知全能であることを恐れており、他方では自分に十分な影響力がない状況を恐れている（クリスタキス2006：216）。

(f) 楽観主義と悲観主義の儀礼化

医師は、予後診断のストレス、特に予後診断に付随する不確実性への対処というストレスに対して、2つの方策——楽観主義の儀礼化、あるいは、ある特殊な状況下では悲観主義の儀礼化——のうちの1つを講じることで対処している。ここでいう「儀礼化」とは、予後に関わる医師の振舞いが、それに付随するコミュニケーションや行為を含め、体系的で広範囲に及ぶものであり、社会的にパターン化され、象徴的に意味づけられたものであるということである（クリスタキス2006：224）。

儀礼化された楽観主義とは、患者の困難な状況に内在している不確実性にもかかわらず、あるいはその結果として、医師が抱く良好な見通しである。医師は、予後を楽観的に伝えるだけでなく、この視点を内面化する。特に、危険性と不確実性が高く、彼らの技術的・科学的ノウハウが直面する課題に対して十分かどうかには確信が持てないときに、医師は楽観主義を儀礼化する（クリスタキス2006：227）。予後についての楽観主義の儀礼化は、複合的な要因によって引き起こされる。それは、自己成就的予言への信奉、患者や患者の病気に影響を与えたいという願望、患者が告げて欲しいと思っていることへの予測だけからもたらされるわけではない。それはさらに、患者に医師の助言の受容を促すことと、医師の行為が効果的であるという認識を揺るぎないものとすることによって、患者の臨床経過をコントロールし続けたいという専門家としての願望の結果でもある。良好な予測は、患者を治すことができるという——医師としてそのように訓練されてきた——医師の認識を強化する。医師の態度、そして診療における楽観主義の儀礼化は、何よりも状況が不確実で危険性が高いとき、未来を肯定的に形成する能力を象徴的に表現している（クリスタキス2006：229-230）。

これに対して、予期しない不良な転帰となった場合には医師の臨床的能力が疑われるという考え方は、良好な予後を診断することを強く妨げる。そして、医師は自らと患者そして患者家族が、来るべきことに対して準備ができるようにするために、悲観主義を用いる。危険性と不確実性がともに高いときに悲観的になることは、医師にとっては必ず成功する方法の1つである。患者の治療がうまくいかなかった場合に、医師は専門家としての能力に対する自己不信だけでなく、患者や患者家族からの非難をうまく避けることができる。反対に、悲観的な予後のあと、重症だった患者が順調に回復すれば、医師は患者の救命について信頼を得る。したがって、予後が不確実で危険性が高い場合には、医師は悲観的になる方向で誤りを犯す方が好都合だと感じる（クリスタキス2006：230-232）。

医師は、予測不可能性への対処方法として、楽観主義と悲観主義の双方を利用する。医師が予後を診断しなければならないとき、特に不確実な状況下では、患者のために何かができるという信念、自己成就的予言に対する信奉、患者を励ましたいという願望のすべてが、楽観主義への傾斜をもたらす。反対に、予期しないような不良な転帰がはらむ恐ろしさと、自信

過剰と思われる良好な予測を専門職としては認められないときは、悲観主義への傾斜をもたらす（クリスタキス2006：233）。

医療における楽観主義の儀礼化は、積極的な介入主義の態度を要求する。逆に、悲観主義の儀礼化は、一般的に（しかし常にとは限らないが）、患者に対する医療的介入をやめる意図があるときに行われる。予後を伝えるに際して楽観主義的に伝えるか悲観主義的に伝えるかを決定するとき、医師は、彼ら自身の臨床的な目標や、話をする相手がどのような人物なのか、また患者自身の予測や患者の特徴からも影響を受ける。病気に対する患者自身の予測もまた、医師が楽観的になるか悲観的になるかを左右する。たとえば、多くの医師は患者の予測とバランスをとるような戦略をとり、他の医師は、患者の認識を強化するような戦略をとる。また、患者の年齢や家族構成といった社会的属性も、楽観的になるか悲観的になるかを選ぶ要因となる。患者が若年であること、あるいは家族に対する責任を負っていることは、楽観主義を促進する（クリスタキス2006：233-235）。

楽観主義と悲観主義のプロセスは、見かけとは異なり、対立的なものではない。どちらも不確実性——患者の病気の今後の軌跡は知り得ないにもかかわらず、予後は診断しなければならぬという——に由来している。これらは、不確実な領域に意味と秩序をもたらすのである（クリスタキス2006：237）。

楽観主義の儀礼化は利益をもたらすが、不良な転帰につながることもある。予後の不確実性に直面している医師は、患者が実際よりも長く生きるものとみなし、その推測に基づいて、ある種の治療をやりすぎたり、あるいは治療法を誤ったりする。すなわち、医師の介入の成功を過大評価し、治療による副作用を見逃し、治療に対する他ではなくある特定の反応を好み、侵襲的な治療法を選ぶことにつながる。また、予後における過度な楽観主義は、有益なホスピス・サービスへの最適なアクセスを患者から奪ってしまう。同じように、重症患者の見通しに対する過度な楽観主義は、患者にとって有害となり得る生命維持技術の過剰使用を帰結しかねない。このように、楽観主義の儀礼化は多くの点で有益であっても、否定的な影響をもたらすこともある。生命が終わりつつあるときの過度な楽観主義は、迫りつつある死を患者が決して感じるができず、死に対する準備もできず、死に対して無駄に戦い続けるという結果を生み出すことになりかねない（クリスタキス2006：238-240）。

（g） 予後を診断する義務

予後の告知の回避は、臨床的責任のみならず道徳的責任、すなわち、個々の医師と医療専門職全体が担っている責任を回避することを意味する（クリスタキス2006：244）。予後は多くの機能的目的を果たす。予後は、治療を行うべきか否か、情報を伝えるべきか否か、そしてそれらを行いかに行うべきかに関する医師の決定に影響を与える。予後を診断することは、予測不可能性に対処する方法でもあり、不確実性を減少させ、協同的な行為を可能にする。つまり、予後は計画の基礎を形成する。最後に、予後を診断するという行為は、不確かな未来を具体的で確かなものへと変換する——たとえそれが望ましくないものであっても——という根本的な要請を満たす。要約すると、予後は現在の行動、未来の結果、あるいはその両方に影響を与えるのである（クリスタキス2006：245）。

医師は予後を診断するとき、自らの、そして患者の行動にも変化を与える。予言は経験だけでなく、行動にも影響を及ぼすのである。未来についてある特定の見通しを口にした場合、結果として、述べられた結果を避けるか、それを得るために、ある特定の行動をとる義務が生じる。予後のこの実効性が、予後を重要なものにしていく（クリスタキス2006：249）。

近代医学の思想や実践における予後の相対的な欠如は、患者のニーズや関心の欠如によっては説明できない。患者が病気になったとき、診断や治療法に対する彼らの関心は、予後に対する関心に比べて2次的なものであることも少なくない。一方で、予後を診断することは、医療ケアにおいて欠如しているというわけではなく、ただそれは潜在的で非明示的であるにすぎない。すなわち、たとえ医師が予後をはっきりと公言しなくても、それは臨床における医師の仕事の中に充満しているのである（クリスタキス2006：251）。

予後を診断することが医師の義務である最も重要な理由の1つは、予後に関する情報の欠如が患者にとって重大だからである。良い死を迎えること、すなわち患者の希望に沿った死を達成することは、しばしば、患者があらかじめ持っている情報に左右される。予後に対する患者の望みは、治療法の選択肢や詳細な診断についての関心よりもはるかに大きく、患者は医師に尋ねれば、医師はそれを快く提供してくれる、あるいは提供できると期待している。もちろん、全ての患者が全ての情報を常に望んでいるわけではない。ほとんどの患者が説明を望んでいるが、その程度は様々で

あり、医師は患者の希望を尊重しなければならない。しかしながら、予後を伝えることに関する医師の側の選好の多様性は正当とは認められない（クリスタキス2006：257-258）。患者と医師の間に存在する知識の不均衡によって、予後の必要性は高まる。この不均衡の結果として、また患者が医師に信頼を置くことで、医師は患者に対する力を持つのであり——文字通りあるいは隠喩的に——患者の未来に対する力を所有するのである（クリスタキス2006:258-259）。

医師は予後の回避に関する専門職規範を再考する必要がある。それらの規範によって誰のニーズが満たされるのか。それらは患者にとって本当に役立つものなのか。それらは本当に専門職の義務と一致するものなのか。さらに、医師は予後に関する期待を修正する必要がある。慢性疾患を抱えた高齢者がますます標準的となっていく現代において、医師が死にゆく人々のケアの質を高めようとするなら、患者の死を個人的あるいは専門職としての敗北とする見方を変えなければならない⁽⁴⁷⁾。また、死の大半はかなり病状が進行した高齢者に見られるのが現実であり、そのような状況下では、死は生の過程として不可避で普通のことなのである。この事実を医師が認識することによって、死を予測することはより許容可能になるはずである。考え方を变化させることで、医師は、死が不可避であってさえも患者が望みうる多くのものがある、ということを理解するであろう（クリスタキス2006：263）⁽⁴⁸⁾。

(47) 医療が、人の死の回避を唯一の目的として、病気を敵とするような戦いに挑んでいるのであれば、それは勝てるわけがない。この発想は典型的な「医師アタマ」の発想である。人は何のために生きているのか、という部分を置いてきぼりにして、生き続けること自体を目的化したために、逆に不安だけが増大している。それこそが現代医療が本当に解決しなければならない課題なのである（尾藤2010：191-193）。

(48) 医療の現場で、悪性腫瘍の場合は予後が問題となるが、高血圧や糖尿病などの一般的な病気の予後について、今後の見通しが患者と医師の間で語られることは、忙しい外来では少ない。急性疾患でも慢性疾患でも、それぞれの病状について予後を患者にきちんと伝えることは、医師の重要な役割である。診断と治療は最初から予後を内包しており、治療経過で予後は変わるものである。予後を明らかにし、見通しを立てるためには、患者の全経過を貫く法則性の把握や、患者の人生観の把握が前提となる。特に高齢者の場合には、残された人生をどう過ごすかに注目し、予後を考える必要がある（山内2006b：59）。

医師は医学部において「現在の疾病の経過」、すなわち、病気がいつ始まり、どのように進化したかについての患者のストーリーを聞き出すよう教えられる。この情報は、診断と治療を決定する上で不可欠である。この情報にしたがって、医師は習慣的に患者を診察し、検査を行い、その後診断を下し、治療を始める。そしてそれらに関して患者に説明する。しかし患者の病気についての言説はここで終わる必要はない。医師はその患者に特有の臨床的または社会的属性が予後にどのような影響を与えるのかを見きわめ、予後の予測と転帰に関する患者の価値観や希望（これらは医師自身によって探求されねばならない）が、なされるべき決断にどう影響を与えるかを考慮しなくてはならない。医師はまた、彼ら自身の態度や価値観が、予後の形成やその伝え方にいかに影響するかを考慮すべきである。そして、医師は患者や家族と予後を話し合う最善の方法についても考えるべきである⁽⁴⁹⁾。よい医療ケアに総じて言えることであるが、これら全てが最高の誠実さと深い思いやりをもってなされなければならない（クリスタキス2006：264-265）。特に重症患者の予後の場合に医師ができる最も重要な行動の1つは、象徴的にも現実的にも、患者が見捨てられることはないことと約束することである⁽⁵⁰⁾。医師が、死の意味についての認識を変えることができれば、そうすることはより容易になるであろう。以上に見てきたように、生命を脅かす病気に苦しむ患者の未来の不確実性と重大性は、予後に対する必要性を高めるが、これまでのところ結局は予後の回避へと向かわせてきた。その均衡は今後、実りある方向へと移行する可能性がある。なぜなら、医師が予後を診断することを回避しても、それでもやはり医師

(49) この点に関して、次のような問題指摘もある。「しばしば家族は医者に次のようにいう。“耐えられないだろう” から、患者には悪い知らせは話さないで欲しい、と。……患者の知らない何事かを家族が知っているというのは、本来悪い状況であると私は思う。親密さが最も重要な時に、家族の絆を緩めるかもしれない沈黙の謀議が行われる。おそらく最も痛ましい状況は、死にゆく患者は真実を知っているにもかかわらず、その他の家族の者が、患者は知らないと考えるか、あるいは患者に自らの病気や恐怖について語らせるのを拒むかするという状況である。このことが起こると、病気の苦痛に加えて、恐怖を打ち明けて軽減することのできない孤独が付け加わる——その恐怖は、病気や死の恐怖ばかりでなく、子どもの将来や配偶者のこれからの生活、すなわち死後残される人びとの生活の細部に関する懸念や問題などである」（キャッセル1991：208）。

はそれを求められるからである（クリスタキス2006：267）。

〈第1節の小括〉

診断とは、医師が患者からさまざまな必要情報を得るための特殊なコミュニケーションの結果であり、治療選択肢の決定は、医師と患者との共同作業であり、かつ、やはり特殊なコミュニケーションに基づくものであることが明らかになった。そして、両者にはともに、医療の不確実性という不可避的な要素があり、それに伴い患者の価値観の形成と明確化が重要となることが明らかになった。

また、診断と治療（特に治療）のプロセスを通じて、医師 - 患者関係には、①診る - 診られるという関係（技術的關係）と、②対等な人間としての関係（人間的関係）の2つが存在する（山内2006b：47）ことが明らかになった。そして、これら2つの関係が、しばしば交錯するものであることも明らかになった。たとえば、インフォームド・コンセントは、決して①の問題だけを扱うものではない。また、予後の告知の問題においては、これら2つがともに問題となるが、これについては、告知後の医師と患者の関わり合い方も重要になるものと予想される。

そこで、次節では、医療におけるこれら2つの関係——技術的關係と人間的関係——がどのように交錯するのか、臨床場においてそれらがどのように機能するのか、また、機能するべきかを検討する。

〔第3章第1節4. 引用文献一覧〕

アルドリッチ2000：C・ナイト・アルドリッチ（田口博國訳）『医療面接法——より

-
- (50) 終末期の患者には、愛する人との関係を失うこと、自律性を失うこと、身体機能を失うために生じる自立性の喪失など、多くの喪失が待ち受けている。ここで注意したい点は、患者は「死」そのものというよりも、「役に立たないから周囲の重荷になっているのではないか、自分は価値がないから見捨てられているのではないか」という精神的苦痛を抱きやすくなっていることである。特に、「自分は何のために生きてきたのだろうか、何を成し遂げてきたのか」という「人生、志なかば」との思いの強い患者においては、医療チームによるスピリチュアルなケアが重要となってくる（内富=藤森編2007：41内富庸介）。

医療契約法の再構築（４）

- よい医師-患者関係のために』(医学書院、2000年) [C. Knight Aldrich, *The Medical Interview: Gateway to the Doctor-Patient Relationship (Second Edition)*, (The Parthenon Publishing Group, 1999)]
- 石川1993: 石川雄一「立場による発想のちがいの克服法」石川雄一編『医療の人間学3 医療はコミュニケーション』(講談社、1993年) 224-241頁
- 磯部2011: 磯部光章『話を聞かない医師 思いが言えない患者』(集英社新書、2011年)
- 岩堀=近藤2008: 岩堀禎廣=近藤直樹『医療コミュニケーション——「スキル」を学ぶ前に読む本』(菓事日報社、2008年)
- 上野2006: 上野直人『最高の医療をうけるための患者学』(講談社+α新書、2006年)
- 内富=藤森編2007: 内富庸介=藤森麻衣子編『がん医療におけるコミュニケーション・スキル——悪い知らせをどう伝えるか』(医学書院、2007年)
- 梅谷2006: 梅谷 薫「医師の言葉と患者の訴え」川上 武=藤井博之=梅谷 薫=山内常男『日本の「医療の質」を問い直す』(医学書院、2006年) 71-88頁
- ウルフほか1996: ウルフ/アンドゥル・ペデルセン/ローゼンベルク (梶田昭訳)『人間と医学』(博品社、1996年) [Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen & Raben Rosenberg, *Philosophy of Medicine: An Introduction (Second Edition)*, (Blackwell Scientific Publications, 1990)]
- 柏木1999: 柏木哲夫「緩和医療と医療科学——ホスピスケアも視点に入れて」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』(医療文化社、1999年) 223-242頁
- 加藤2004: 加藤眞三『患者の生き方——よりよい医療と人生の「患者学」のすすめ』(春秋社、2004年)
- 鎌田2009: 鎌田 實『言葉で治療する』(朝日新聞出版、2009年)
- 河合1999: 河合単雄「医療科学の方法論——臨床心理学の立場より」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』(医療文化社、1999年) 23-37頁
- 北澤2009: 北澤京子『患者のための医療情報収集ガイド』(ちくま新書、2009年)
- 木戸1983: 木戸幸聖『臨床におけるコミュニケーション』(創元社、1983年)
- 木村1993: 木村登紀子「病気になって変わる心理」篠田知璋編『医療の人間学1 医療のなかの人間関係』(講談社、1993年) 89-110頁
- キャッセル1991: エリック・J・キャッセル (土居健郎=大橋秀夫訳)『癒し人のわざ——医療の新しいあり方を求めて』(新曜社、1991年) [Eric J. Cassell, *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship* (J.B. Lippincott Company, 1976)]
- クリスタキス2006: N.A.クリスタキス (進藤雄三監訳)『死の予告——医療ケアにおける予言と予後——』(ミネルヴァ書房、2006年) [Nicholas A. Christakis, *Death Foretold: Prophecy and Prognosis in Medical Care* (The University of Chicago Press, 1999)]
- グレイ2004: J.A.ミュー・グレイ (斉尾武郎監訳)『患者は何でも知っている——EBM時代の医師と患者』(中山書店、2004年) [J.A.Muir Gray, *The Resource-*

- ful Patient* (eRosetta Press, 2002)]
- 小松2007：小松秀樹『医療の限界』（新潮新書、2007年）
- 砂原1883：砂原茂一『医者と患者と病院と』（岩波新書、1983年）
- スミス2003：ロバート・C・スミス（山本和利監訳）『エビデンスに基づいた患者中心の医療面接』（診断と治療社、2003年）[Robert C. Smith, *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, Second Edition* (Lippincott Williams & Wilkins, 2002)]
- 千田＝岡田2008：千田彰一＝岡田宏基『対話に学ぶ医療面接プラクティス』（日経メディカル開発、2008年）
- 武井2005：武井秀夫「医療行為論」森本兼農監修＝駒沢伸泰編『現代医学と社会—〈医学概論〉講義—』（朝倉書店、2005年）171-196頁
- デル・マールほか2008：デル・マールほか（名郷直樹＝吉村学監訳）『考える医師—よりよい判断をするために』（メディカルサイエンス社、2008年）[Chris Del Mar, Jenny Doust and Paul Glasziou, *Clinical Thinking: Evidence, Communication and Decision-Making* (Blackwell, 2006)]
- 中川1996：中川米造『医学の不確実性』（日本評論社、1996年）
- 久田2008：久田 満「インフォームド・コンセントと患者の意思決定」上野徳美＝久田満編『医療現場のコミュニケーション—医療心理学的アプローチ—』（あいら出版、2008年）91-99頁
- 尾藤2010：尾藤誠司『「医師アタマ」との付き合い方—患者と医者はわかりあえるか』（中公新書ラクレ、2010年）
- 尾藤編2007：尾藤誠司編『医師アタマ—医師と患者はなぜすれ違うのか？』（医学書院、2007年）
- ヒューニクほか2004：ヒューニクほか（福井次矢・森本 剛監訳）『医療・ヘルスケアのための決断科学—エビデンスと価値判断の統合—』（医師薬出版、2004年）[M. G. Myriam Hunink, Paul P. Glasziou, et al, *Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values* (Cambridge University Press, 2001)]
- 広井2000：広井良典「医療情報の不確実性と医療システム改革」村上陽一郎＝NTTデータシステム科学研究所編『21世紀の「医」はどこに向かうか—医療・情報・社会』（NTT出版、2000年）59-108頁
- 星野1997：星野一正『インフォームド・コンセント—日本に馴染む六つの提言』（丸善ライブラリー、1997年）
- 堀田1997：堀田知光「インフォームド・コンセント—臨床の現場から—」堀田知光＝太田美智男編『人間性の医学』（名古屋大学出版会、1997年）329-356頁
- 本多2007：本田 宏『誰が日本の医療を殺すのか—「医療崩壊」の知られざる真実』（洋泉社新書y、2007年）
- 箕輪1993：箕輪良行「診断説明とことばの力」石川雄一編『医療の人間学 3 医療はコミュニケーション』（講談社、1993年）97-118頁

医療契約法の再構築（４）

- 箕輪＝佐藤1999：箕輪良行＝佐藤純一『医療現場のコミュニケーション』（医学書院、1999年）
- 向原2006：向原 圭『医療面接——根拠に基づいたアプローチ』（文光堂、2006年）
- 村上1999：村上陽一郎「医療の未来に向かって」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』（医療文化社、1999年）39-52頁
- 柳田2003：柳田邦男『元気になる患者学』（新潮新書、2003年）
- 山内2006b：山内常男「臨床現場の医師——「医療の質」と患者 - 医師関係」川上武＝藤井博之＝梅谷 薫＝山内常男『日本の「医療の質」を問い直す』（医学書院、2006年）45-70頁
- 山下2009：山下武志『心が動けば医療も動く！？——医師と患者の治療選択——』（メディカル・サイエンス・インターナショナル、2009年）
- 吉武2007：吉武久美子『医療倫理と合意形成——治療・ケアの現場での意思決定——』（東信堂、2007年）
- 吉松2001：吉松和哉『医者と患者』（岩波現代文庫、2001年〔底本は1987年刊〕）