

先端医療における患者主導型コミュニケーションの一事例

大 島 寿美子

目 次

- ・ はじめに
- ・ 事例報告
- ・ 客観情報の重要性
- ・ 医師主導型モデルの問題点

I. はじめに

本研究の目的は、専門的な知識の格差が障害となる医師・患者コミュニケーションにおいて、従来のような医師主導ではなく、患者主導のコミュニケーション成立を目指した一事例を報告することにある。

医者と患者のコミュニケーションとは、病院などの診察場面で医師が症状や診断結果を説明し、治療について患者の意思や訴えを確認する過程で行われる、情報の伝達と共有を目的としたコミュニケーションを意味する。この場合、医療に関する専門的な説明がなされるのが常だが、これを患者がすべて理解するのは難しい。しかし、患者は説明を聞いた上で自分が望む治療法の選択をせまられる。そのため、ここでのコミュニケーションがうまくいかないと、望まない治療を受ける、治療後の回復が進まない、重大な後遺症が残る、などの不利益を患者は受けることになる。

海外では、20年ほど前から医療現場におけるコミュニケーションの重要性が認識されるようになった。現在では医師と患者のコミュニケーションに関して幅広い問題が存在することが明らかになっている。例えば、Starfield⁽¹⁾

(1981) は、医師と患者の間で問題が共有できていて、コミュニケーションが良好に保たれているケースは全体の半分にすぎないとしている。また、Frankel⁽²⁾ (1989) によれば、医療面接の場面では医師は平均わずか18秒で患者の話を遮っているという。医師と患者のコミュニケーションの困難さは、医師が実際に説明しているのに説明を受けていないという患者がしばしば見られ、また患者の半数が医師の指示に従っていない事例が多数あるという Ninow⁽³⁾ (2000) の報告にも明らかである。

日本でも医師とのコミュニケーションに患者が不満を持つケースがここ数年目立つようになってきた。例えば、平成14年度に東京都が行った「患者の声相談窓口」に寄せられた苦情や相談を見てみると、延べ10,261人の相談者のうち「説明不足」、「不信感がある」、「患者が理解できていない」など、インフォームドコンセントに関して問題があると思われるものが2,174件で約2割を占めていた⁽⁴⁾。また、医療事故の鑑定を柱に活動している医療従事者の団体「医療事故調査会」によると、鑑定を経て実際に医療過誤訴訟として立件された事案のうち、インフォームドコンセントの不足が認められる事案の割合は1997年度の5.7%から毎年増え続け、2002年度には29.4%に達している⁽⁵⁾。

こうした現状を反映して、ここ数年、医師・患者コミュニケーションの改善に向けた理論や技術に関して、いくつかの提案がなされている。

キーワード：医師・患者コミュニケーション, 患者主導, 意志決定, 婦人科がん, 患者中心の医療

⁽⁶⁾ Dowsett ら (2000) は、医師による患者対応の模擬ビデオ映像を乳がん患者113人と患者の家族や友人48人に見せ、患者らの医師への満足度を評価した研究から、共感を示す、元気づける、患者に意志決定へ参加させるといった Patient-centered style のコミュニケーションが大切であるとする一方、患者は場面によって Doctor-centered style のコミュニケーションを好む場合もあるので、医師は患者の好みに合わせたコミュニケーションスタイルを取ることが必要だと結論づけている。

また、⁽⁷⁾ Siminoff ら (2000) は医師が患者に質問を促し、患者が意志決定に参加できるように努める一方、愛情を持って患者に接することが重要だと述べている。調査の対象となったのは、乳がんの術後化学療法を検討している患者50人で、医師とよく話をした患者は満足度が高く、医師が愛情を示した患者は後悔が少なかった。医師によく質問した患者は知識が豊富で治療の不確実性に関する理解度も高かったが、医師への満足度は低く、受けた医療に関して後悔しがちであった。

さらに、⁽⁸⁾ スチュワート (2002) は、コミュニケーションが治療効果に与える効果を21本の文献をレビューすることにより検討し、次のようなスタイルのコミュニケーションが治療効果を高めると結論づけている。すなわち、医師が「力になります」と支持を表明し、共感を示し、患者が積極的に関わり、「話し合いが十分できた」と患者が感じることで、また、患者がもっと質問し、医師がはっきりとした情報を伝え、患者による質問を促し、判断を共に行おうとする積極的な姿勢を示すこと、である。

⁽⁹⁾ これらの結果はいずれも、1970年に Balian らによって概念化され、理想的な臨床モデルとして現場に浸透しつつある「患者中心の医療」を支持するものである。患者中心の医療とは、患者の疾患を診断し、適切な治療を施すことだけに力を注ぐ「疾患中心の医療」

に対置される医療のコンセプトの一つである。患者中心の医療では、患者の問題を身体の機能異常という観点でとらえるのではなく、患者の個人的体験としてとらえる。医師は、常に患者が何を感じ、考え、期待しているのかに注意を払うことを求められる。具体的には、経歴、家族、仕事、信念を含め患者を全人的に理解し、患者に共感を示し、患者のニーズに耳を傾け、患者が治療の積極的に参加できるようなコミュニケーションを医師に期待する⁽¹⁰⁾。

ここに見られるのは、医師が患者に働きかけることによって、よりよいコミュニケーションを目指そうとする態度である。情報は、高度な知識と技術を持つ医師の側から患者側に伝えられる。患者の言葉や態度は、医師の働きかけへの反応として医師により解釈される。医師は患者の状態や好みに合わせて働きかけを工夫する。すなわち、コミュニケーションの行方は医師の力量にかかっており、意味の共有や相互理解が達成されるかどうかは医師がどのようなリーダーシップを取るかということに依存しているのである。

したがって、これまで重視されてきた患者中心の医療は、成否の鍵の大半を医師が握っていることがわかる。ここで行われるコミュニケーションをひとことで言い表すならば、「医師主導モデル」と言えるだろう。そこでは、患者は常に受け身型の役割を演じるように想定されている。しかし、コミュニケーションが双方向の営みである以上、患者側が一定の役割を果たすことによってコミュニケーションの成立を促し、治療成果をあげていくような患者主導の試みがあつてよいのではないか。

そこで本論では、患者がみずから情報を収集し、医師に働きかけることによってコミュニケーションを改善する試みについて事例報告する。取り上げるのは「子宮・卵巣がんのサポートグループあいあい」の相談者及び筆者らが2003年12月に出版した「子宮・卵巣が

んと告げられたとき」の読者を対象に行った聞き取り調査から、患者主導モデルとして特に興味深かった一例である。この事例では、患者が診断を受けてから治療法と医療機関を選ぶ過程で、患者が主体的に集めた「情報」が大きな役割を果たしている。「情報」を得た患者が医師に対してどのような働きかけをし、それにより医師とのコミュニケーションがどう変わったか、また、治療法や医療機関の選択に患者主導のコミュニケーションがどのような影響を与えたかに着目しながら紹介したい。最後にここで紹介した患者主導モデルが医師主導モデルとどう違うのかを検討する。

II. 事例報告

患者：Aさん（53歳）、愛知県在住、子宮頸がん1b期

経過：

2003年12月：子宮がん検診でクラス a の診断。3ヶ月後に再検査を勧められる。

2004年3月中旬：自宅近くの総合病院を受診。組織検査で子宮頸部腺がんと診断を受けた。その後、愛知県内の別の総合病院の放射線科を受診。担当した放射線科医に「腺がんには放射線は効かない」と言われ、同じ病院内の産婦人科を紹介された。担当医に広汎子宮全摘出術を勧められる。

その直後に患者会に電話で相談し、紹介された東京都内の総合病院の放射線科で診察を受けた。担当医に、放射線治療は適応であるが、放射線治療を受けるのであれば近くの医療機関の方がよいと言われ、自宅近くの専門病院を紹介された。

しかし、専門病院で腺がんには放射線は効きにくく、また治療経験もないと言われ、ここでも手術を勧められた。ただし、患者が多いため手術は早く2ヶ月後とも告げられる。

翌日、東京都内の別の放射線科医、及び同

じ子宮頸部腺がんで放射線治療を受けた患者に電話で話を聞く。その後、東京の総合病院の放射線科医に電話をかけ、治療を依頼。抗がん剤のシスプラチンを併用した化学放射線療法を勧められる。

4月上旬：入院治療

聞き取り調査の概要：

研究概要と調査の目的を説明し、承諾を得た上で電話にて半構造化インタビューを行った。最初のインタビューは愛知県内の総合病院で子宮全摘出術を勧められた翌日に行い、さらに数日後に東京の総合病院を訪ねた翌日から3日間に渡って毎日インタビューした。また、その間、患者会の担当者と協力して医療や患者に関する情報を提供した。聞き取り時間は合計でおよそ3時間。

聞き取り調査の内容は、乳がん患者を対象に医師・患者間コミュニケーションを分析したAllenら⁽¹¹⁾の研究を参考に、医師とのコミュニケーションを考える上で鍵となる概念やテーマを抜き出し分析した。データから患者が重視しているものとして、次の3つが抽出された。すなわち、(1)エビデンス、(2)医師の説明、(3)医師への信頼、である。

(1) エビデンス

データからは、自分にとって最も効果の高い治療法をエビデンスに基づいて選択したいという姿勢がうかがえる。Aさんはがんの診断を受けた後に書店を訪れ、がん関係の書籍や雑誌を探すが、このときに科学的根拠のないものに対しては慎重な態度を取っている。

私は免疫とかには興味あるんですね、それは自分が健康なときからそりゃー免疫力高めるのはいいと。その免疫力の本をちらっと読むと手術も放射線も化学療法もそういうのはやめなさいと。全部免

疫を下げるからと。それはちょっと私はそこまではまだエビデンスもないのに、そこはちょっと行けないと。

エビデンス重視の姿勢は、最初にかかった自宅近くの病院で子宮全摘出術が適応であると伝えられたにも関わらず、次に受診した総合病院ではまず放射線科を訪ねたことにも表れている。子宮頸がん1b期に関してエビデンスの観点から最も高い効果が見込める治療法は、手術療法（広汎子宮全摘出術，リンパ節郭清を含む）と放射線療法（又は化学放射線療法^{(12),(13)}）である。

放射線科を訪ねる原因となったのは、放射線療法が子宮頸部腺がんにも効果があるというがん雑誌の記述であった。

ですからまず「がんサポート」（雑誌名）の何ヶ月分かでいろいろ見まして。どうもこれは子宮腺がんでも放射線治療もありみたいじゃないかと思ったんですね。

治療法を決定するまでの過程では、治療効果だけでなく治療後のQOL（生活の質）が大きなテーマとなった。Aさんは、後遺症についてデータを集めるとともに医師にも何度も質問している。この後遺症に関する医師とのやりとりからも、エビデンスを重視する姿勢が読みとれる。手術を受けた子宮がん患者の2割以上にリンパ浮腫が発生しているというデータを本から入手していたため、面接の場で発症率をわずかに数%と述べた医師の言葉を不信感を持って受け止めている。

リンパ節の郭清のことをおっしゃって、そのときは今より知識なかったんですけど、一番頭に浮かんだのは、あー一生尿を絞り出したりとか、その不安を、ひどい人は一生道尿しないと、とか...

私も別に子宮をなくすのにもう53歳で依存はなかったの、きれいさっぱり取るのもいいかなぐらいだったんです。それがちょっとリンパ節っていうのでほんととショックを受けまして、そうなる的一生道尿しないといけないような後遺症も残るそうですねって言ったんです。

またわたしが後遺症のこと聞いたんですよ、膀胱とか尿管とか傷つけて起こるのはあるけれどすごく少ないんだよと、数%だよと。わたしその場ではそれ以上反論せずに、まあリンパ浮腫が起こる人はいるけれどもすごく少ない、数%だというのを聞いてああそうですかってそれで終わりました。

（2）医師の説明

エビデンスと同時に医師による説明を重視していることが、医師の説明が不足していることへの不満が繰り返し述べられていることからうかがえる。説明不足を特に感じていたのは、愛知県内の総合病院の産婦人科医に対してである。診察場面での医師による所見、診断結果とその根拠、治療計画について医師側からの詳しい情報提供がなかったことに不満を持っている。

そしてそのあと拡大鏡で見た感想とか何もその時はおっしゃってくださらなかったんですよ。

昨日の説明でもCTは前日取ってるのにまだ来てないだとか、病理もまだ見てないだとかMRIの話なんか全然でなかったんですね。

それで一連の話が終わって、それで手術の前日の夕方に詳しい説明をしてあげますっていうんですね。それじゃあ入

院手続きして逃げられない状態でしかいよいよ話してくれないのかなど。

もっと本当に正直に後遺症のこともちゃんと説明して欲しいし。

また、患者から質問しない限り医師が積極的に答えないことにも苛立ちを表している。さらに、質問に対して、医師が医学用語を使って明確に説明しようとしないうちにも不満を表している。

そういうのもこっちから聞きながらなんですね。「先生、手術何時間ぐらいかかるんでしょうか」「平均して6時間ぐらいで婦人科としては大きい手術です」。「どれぐらいの入院でしょうか」と聞いて「手術だけなら3週間、その後化学療法と言うことになればもっとになりますね」。

「何が」とか「何を」とかはっきりした専門用語を言ってくださらないんですね。...「まあ手術した後で何も出なければ化学療法はしないし、出れば化学療法をするので、手術だけなら3週間の入院」とか。

私が放射線の治療の病院に行きたいって言ったときに「先生、あなたにお任せしますって言えばいいんだよ」って（医師に言われました）。私は心の中で「あなたの説明がちゃんと専門的にしてくれないから私はそう言えないんじゃないの」って思いながら「はい」って、一応そこではいい子してたんです。その先生にあわせていい子ぶりを患者がするなんてことはとんでもないと思いました。

（3）医師への信頼

データからは、信頼できる医師に出会いたいという願望も読みとれる。Aさんは愛知県内の産婦人科医に対して不信感を持つに至るが、その大きな原因となったのは医師の言葉に傷いた体験であった。

例えば、検査の結果の画像を見ながら「肝臓に転移すると治療が難しくなる」と告げた医師の言葉は、Aさんには「脅し」に聞こえている。また、後遺症を心配するAさんに対し、医師は「命の方が大事でしょう」と述べているが、これは質問をうち切る方便と受け止められた。

もうひとつあたしが傷ついたのは「ここなんかに行っちゃうと大変だからね」って、二回目に部屋に呼ばれたときにCTを先生が取り寄せていて、「先生ここ何ですか」って言ったら「肝臓」っていうんですね。「そんな脅さないですよ」って私思いましたね。妹（が）肝臓に転移してどれだけ大変か分かってるのにここに行っちゃったら大変だからねと。例えばMRI見ながら「ここがちょうど頸部のがんのところなんですよ」とかそういう説明は何にもなかったんですよ。MRIどうなってるんだろうかなとか。

それがちょっとリンパ節っていうのでほとんどショックを受けまして、そうなると一生道尿しないといけないような後遺症も残るそうですねって言ったんです。そうしたら医師が「でも命の方が大事でしょう」と。このひとこと言われちゃうとあたしそんなに気が弱い方ではないと思いますけど、そのあとの質問が出てこないんですね。そりゃあそうですね、命が大事ですって、自分でもそうですね。でもひどいこと言うなとあとで思ったんですけどね。

たぶん、いろいろぐだぐだ質問する患者のことをうち切るには、命のことを持ち出すのが医師にとっては一番手っ取り早い方法だと思うんですよ。それを言えばもう何にも言っていない。でもあれはひどいなど。自分に時間がないのなら、じゃあそのことはあとから看護師から説明させるとか、なんかあるのに。

また、セカンドオピニオンを求めるAさんの依頼への産婦人科医の対応も不信感の原因となった。Aさんは、放射線科医から意見を聞くために検査結果の貸し出しを依頼する。しかし、この依頼に産婦人科医はすぐに応じようとしなかった。

ただまず「そんなことするなんてナンセンスだ」と。で「学会で認められている手術をするんだから」と。全部取るしかないんですよ、そんなことしても意味ないですよと。…僕のスケジュールこれ見れば分かるでしょ、とカレンダーを示されて、日にしなかったらいつになるか分からないよと。

最終的には、これらの体験から産婦人科医への不信感が募り、治療をゆだねる医師として適当ではないとAさんが結論づけるに至った。

ただ手術をするにしても 病院はぜったい戻りたくないんです。麻酔をかけられて何も分からないうちになんかされて、万が一失敗があってもこの先生はぜったいに私に正直に言ってくれないなど。不信感ばかりで信頼感がないので。

Ⅲ. 客観情報の重要性

抽出された「エビデンス」「医師の説明」

「医師への信頼」の三つに共通するのは、「客観情報」の重要性である。Aさんは、自分の状態に合った治療法の選択肢、それぞれの治療法の効果、起こりうる後遺症とその発症率に関して科学的・統計的に根拠のある情報を求めている。また、診察所見、検査結果、検査結果の解釈、その医師の勧める治療法とその理由について、医師との面談の各場面で医師からの情報提供を期待し、みずからも質問して情報を得ようと努力している。不満を持つのは、そのような期待や努力に医師が応えず、求める情報が得られないときである。

また、医師への信頼も、医師が質問に正面から答えてくれるかどうか、積極的に情報を開示しようという姿勢が見られるかどうか依存している。肝臓への転移に関する医師の発言への批判のあとに、MRIの検査結果に関して医師から説明がなかったことへの言及があるが、これは、背景に自分が求める治療に関する情報が得られない苛立ちがあったからだと考えられる。

このように患者の求める情報と医師の提供する情報に質的にも量的にも大きな違いがあることは、過去の研究においても指摘されている。Ongら⁽¹⁴⁾(1995)やGillianら⁽¹⁵⁾(1997)は、医師は患者が求める情報の量や理解度を過小評価しがちであると指摘した。また、婦人科がん患者を対象にしたParaskevaidisら⁽¹⁶⁾(1993)の研究でも、告知から一ヶ月間の間に多くの患者が医師から提供される情報が足りないと感じていることが報告されている。

患者はなぜ情報を欲するのか。Allenらによれば、それは患者が自分の体と治療の過程をコントロールする方法として情報を必要としているからであるという。Allenらは乳がん患者を対象に医師との間に起こった問題について聞き取り調査を行い、「医学の不確実性の認識」、「医師のパターナリズムの拒絶」、「情報への欲求」、「意志決定への参加」の4つの要素を抽出し、次のように結論づけた。

すなわち、患者は知識を得ることで、意志決定に参加できより適切な治療結果も得られると感じている。医師がすべてを決定するパターンリズムを脱し、診断や治療の段階からより積極的な役割を果たしたいと望んでいる。従って、情報を求める患者に医師が適切に対応できないと、医師と患者の間に緊張関係が生まれ、がん告知に伴う患者の心理的負担が悪化する恐れがある。このことは、情報の積極的開示がなかったことが不信感につながった今回の事例にも当てはまるといえるだろう。

医師からの情報は重要であるが、患者はそれだけに依存しているわけではない。Allenらは患者が医師の話以外に医療文献、大衆雑誌や本、体験者の話などからも情報を収集していると述べている。このことは今回の事例にもあてはまる。データからは受診した医師以外に、がん体験者である妹、患者会、一般向けがん雑誌、書籍、第3者の医師、の5つの情報源が抽出された。

本人も非常にいろいろ調べているし、私としてはまず妹に聞いたんですね。自分で本屋さんについてみなさいと。でも本屋さんにないのもあるから送ると。それはもうほんとに感謝してるんですよ。

ですからまず、「がんサポート」の何ヶ月分かでいろいろ見まして。どうもこれは子宮腺がんでも放射線治療もありみたいじゃないかと思ったんですね。その中であいあいのまつばらさんの載っているページもありましてインターネットで調べて。Eメールを送って返事をいただいて。

その後電話をして確か週末に（がん雑誌が）届いたんですね、それをばーっと読み出して、ポストイットノートをつけて、その中に書評が載ってたんですよ。実を

言うとあいあいのホームページにはのってなかったんですよ。あれは絶対に載せるべきだと思うんですが。書評を見て、あっこれは自分が絶対に買わないといけない本だと。

先生（第三者の医師）は1b1であれば手術は受けない方がいいと明確、...よく言い切れるなど感心するぐらい...

情報源の中には筆者が患者会の主宰者とともに執筆した著書もあげられていた。Aさんは、検査の内容や医師にする質問、治療法の選択肢に関する記述が特に役立ったと述べている。興味深いのは、医師以外の情報源を利用することが患者の義務でもあり、医師にとっても利益になると感じていることである。

まず質問事項を書きいただいてあればすごく役に立ちました。

ほんとにこれはおせじとかじゃなくって、この本はほんとにいまでも、最初にあせって読んだときと、またちょっと落ち着いてきて読んだときと、やっぱ最初は見逃してるのがあるんですね、読んでもばーとばしている部分。ですからまだこれから自分の手術選ぶのか放射線選ぶのか放射線でも化学療法との併用を選ぶのか。今の時点の私には一番役に立ってる本です。

あ、その前に検査どういうことのためにするかっていうのがすごく私には役立ちました。いくら親切な先生でもそこまで説明している時間がないのはもう分かるんですよ。30分の診察時間に5、6人が呼ばれますので。30分で5、6人を先生はこなさないといけないですから、やはりああいう本を読んでいくっていうのは、

まあ言えば患者のエチケットでもあると思うんですね。

以上のような客観情報が、患者の行動や医師とのコミュニケーションに与える影響について次に検討したい。

データからは、みずから得た情報が治療法や医療機関の選択に大きな役割を果たしていることが読みとれる。Aさんの行動と情報との関係を時系列で追うと次のようになる。

- 1) がんの診断後すぐにがん体験者である妹に連絡、がんに関する雑誌のバックナンバーを送ってもらう。
- 2) 自分で書店に行き、参考になる書籍を探す。
- 3) 雑誌で放射線も治療の選択肢として考えられると感じ、放射線科医を受診。
- 4) 雑誌に掲載されていた記事から、患者会の存在を知り主宰者に連絡。
- 5) 雑誌に掲載されていた書評から、必要そうな本を見つけ書店に連絡して取り寄せる。
- 6) 患者会に紹介された放射線科医にセカンドオピニオンを取るため、産婦人科医に資料の貸し出しを依頼。
- 7) 放射線科医からセカンドオピニオンを取る。
- 8) 第三者(筆者)に連絡を取り、腺がんと放射線治療に関するエビデンスを収集する。
- 9) 患者会に紹介された子宮頸部腺がんの体験者及び第三者の医師に電話で話を聞く。
- 10) セカンドオピニオンを取った医師に連絡し、治療を依頼。

がんの診断をした医師があげた治療法が手術だけであったにもかかわらず、次に総合病院の放射線科を受診したのは、前述したように子宮頸部腺がんの治療法の選択肢として放

射線治療を取りあげたがん雑誌の記述を見つけたからである。「腺がんには放射線は効かない」と放射線科医から言われ産婦人科に回されるが、にもかかわらず最後まで放射線治療を選択肢として検討し続ける。ここには、患者会主宰者、子宮頸部腺がんの体験者、第三者の医師からの情報が大きな影響を与えている。セカンドオピニオンも患者会の主宰者から紹介を受けた医師から取っている。最終的には、このセカンドオピニオンを取った放射線科医に治療を依頼した。

あまり経験のない先生のところに行って、それが不十分であると再発とか転移があるのよりも、まず今たくさん腺がんを治療している先生のところに行くのがいいんじゃないかなと。まず今一番評判のいい先生のところに行こうかなと思ひまして...

また、放射線治療が選択肢としてありうるという情報は、セカンドオピニオンを取るために産婦人科医に資料の貸し出しを依頼するという行動につながったが、同時に患者からの医師へのコミュニケーションにも変化を与えている。Aさんがセカンドオピニオンを取るために依頼した資料の貸し出しを、産婦人科医が当初は渋ったことはすでに述べた。データからは、Aさんがこのような事態が起きる可能性があることをすでに予想していたことがうかがえる。そして、資料を貸してもらうためにコミュニケーションに工夫をこらす様子を読みとることができる。

放射線科の先生の意見も聞きたいので今日は何を言われようと先生に愛想良く答えて、手術をこの先生にしてもらおう道も残しながら、資料を機嫌良く出してもらおうという決心で行ってたんですよ。

その場ではデータさえもらえればうれし

かったので、先生、まず日は絶対とつといてくださいと。手術お願いするんだったらやはり外科手術の定評のある日本の先生にしてもらいたいのので、そこはちゃんと私のためにとつといてくださいと。ただ私も他の治療法の先生からの意見も聞いて納得したいのですみませんが貸してくださいと。でも先生はぐずぐずおっしやってたんですよ。待合室でちょっと待ってなさいと言うことで、……戻ってきたときには、えらくころっと変わってまして、いろいろ聞いてみるのもいいでしょうと、セカンドオピニオン聞くのは流行だからっておっしやって、ちょっと私も気分良くお別れできたんですけど。

さらに、情報をもとにみずから行動することはAさんにとって精神的な安定にもつながっていることが次の発言から読みとれる。

昨日の不安な段階でも月曜日に先生（放射線科医の名前）に会えるってあるので、すごく心強かったんですね。あれがもし先生に行くってのがなければこれどうしよう、どこの手術の先生を訪ねよう、たぶん名古屋なら同じ系列の先生にいても無理だろうし、どの先生がこの医師（産婦人科医の名前）と違う系列なのかどうやって探そうって、頭の中ぐちゃぐちゃになってたと思います。

以上のことは、患者が得た情報が新たな行動や医師とのコミュニケーションを作りだし、行動やコミュニケーションが新たな情報を患者にもたらす、という「情報」と「コミュニケーション」の連鎖反応が生じていることを示している。このようなコミュニケーションは、前述の医師主導のコミュニケーションとは全く異なるものである。ここに示されたよ

うな、患者がみずからの行動により医師とのコミュニケーションを変容させていくコミュニケーションスタイルを「患者主導モデル」と呼ぶことにし、医師主導モデルとの違いについて以下で検討していく。

IV. 医師主導型モデルの問題点

患者主導モデルと医師主導モデルを比較してみた。

大きな違いはまず、医師が患者より質的にも量的にも圧倒的な情報を持つ「情報の非対称性」に対する態度である。医師主導モデルでは、医師の側が治療効果や後遺症などの医療情報を提供し、患者に質問を促す。しかし、医師が持っている情報を患者が共有することは考えていない。

このことは、エビデンスに基づく医療情報を提供することで知られる米国立がん研究所のウェブサイト cancer.gov の治療情報が「patients」と「health professional」に区別され、内容に質的・量的な差があることにも示されている⁽¹⁸⁾。例えば、子宮頸がん1b期の治療法について、patientsでは治療法の選択肢が並べられているにすぎないが、health professionalでは、それらの選択肢をあげる根拠となった臨床研究について言及し、参照すべき医学文献があげられている。

医師主導モデル ⁽¹⁹⁾	患者主導モデル
医師が民主的なリーダーシップを発揮	患者がリーダーシップを取る
医師が疾病だけでなく、患者の主観的な体験を理解	患者が自分の体験と医学との妥協点を見いだす
医師が仕事や家族、信念を含め患者を全人的に理解する	患者が自分の信念や状況に合った治療法を模索する
患者の考えや感じ方、期待、機能を医師が治療計画に組み込む	患者が自分の考えや期待、機能を治療計画に反映させるよう医師に働きかける
患者に質問を促し、患者にとって必要だと思われる情報を医師が提供する	患者が自分にとって必要だと思われる情報を医師、医師以外の情報源から集める

また、それぞれの治療法についても、patients では治療法の種類と治療法に関する一般的な説明を参照できるだけであるが、health professional では治療法の種類ごとに抗がん剤の種類や放射線の線量といった具体的な治療内容が説明されている。

患者主導モデルでは、情報の非対称性をできる限り解消しようとする。子宮頸部腺がん放射線治療が効くのか、手術した場合の後遺症はどの程度なのか、についてAさんが医師に質問したとき、知りたかったのは医師の意見ではなく具体的な医学データであった。検査結果についても、CTやMRIの画像をもとに所見を説明してもらうことを望んでいた。治療法の選択肢を検討する上で、みずから雑誌や書籍を読み、患者会や体験者から話を聞いたのも、医師が持っているであろう情報を、たとえ完全には無理であっても、できる限り共有したいという意識の現れであると思われる。

医師主導モデルと患者主導モデルでは、関係の非対称性に対する態度も異なる。医師主導モデルが医師に期待するのは、疾病だけでなく患者の主観的な体験や信念、それまでの経歴や仕事内容、年齢や家族構成、さらにこれからの人生設計までも含め全人的に理解し、そのような理解に基づいて患者と接する能力である。しかし、患者が医師を全人的に理解することは求めている。患者に期待するのは、聞きたいことを質問する、病気について理解する、など患者自身に関することだけである。患者に期待する能力は医師に期待する能力に比べはるかに小さい。

しかし患者主導モデルでは、医師と患者の能力への期待の大きさにそれほどの違いはない。患者は自分の信念や価値観に基づいて医師を選び、治療法を検討する。医師とのやりとりを通して、医師に対し何がどこまで期待できるかを患者が判断する。Aさんが、後遺症について医師に何度も質問したのは、リン

パ浮腫や排尿障害が治療後の生活に与える支障がAさんにとって重要な問題であったからである。医師が専門用語を使ってくれないことに対する不満の表明や、本を読んで勉強していくことが患者のエチケットでもあるという発言の背景には、専門用語や医学知識を理解する自身の能力への信頼があると考えられる。また、資料の貸し出しを渋る医師に対する言動が示すように、医師の性格や反応を注意深く観察し、コミュニケーションを工夫して自分の目的を達成している。

以上、医師主導モデルと患者主導モデルを比較した。医師主導モデルは医師を信用するモデルである。別の言葉で言えば、医師が高い医学的水準に達していることを前提として成り立っているモデルである。すなわち、すべての医師が患者の疾病を正確に診断し、現時点でもっとも高い効果が見込め、後遺症が少ない治療法の選択肢を提供することを前提としている。

そのことは、医師の水準に問題があるケースが想定されていないことを意味する。今回の事例は、まさにその、医師主導モデルが想定していないケースであった。扁平上皮がん比べ子宮頸部腺がん放射線が効きにくいという高いエビデンスはない⁽²⁰⁾。しかし、Aさんが最初に受診した放射線科医は「腺がん放射線は効かない」と答えている。もしここでAさんが患者会に連絡を取らず、セカンドオピニオン医である放射線科医の意見を聞かなかつたら、放射線治療を選択肢として引き続き検討することはなかつたであろう。つまり、患者の情報が医師の水準の問題を解決したのである。

医師の水準は、がん治療のように治療法が発展途上で複数の選択肢があり、多くの治療法が身体に侵襲的である医療では特に問題となる。このような医療では医師主導モデルが常に機能するとは限らない。今回の事例は、がん医療では患者がみずからの努力で情報を

得ることの重要性を示唆している。

今回の事例で特筆すべきは、医学情報の理解力や情報収集力、行動力、コミュニケーション力のどの点においても患者の能力が高かったことである。検討したのは一例のみであり、これをただちに一般化することはできない。今後は今回提示した「患者主導モデル」の妥当性と患者主導モデルが機能するための条件について検討していきたい。

(この論説は2002年度特別研究費による研究である)

[注と引用文献]

- (1) Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P.S. & D'Lugoff, B.C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71(2), 127-131.
- (2) Frankel, R., & Beckman, H. (1989). Evaluating the patient's primary problem(s). In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (86-98). Newbery Park, CA: Stage.
- (3) Minow, N. (1990) *Communications in medicine. Vital Speeches of the Day*, 57(4), 121-126
- (4) 東京都健康局医療政策部医療安全課 『平成14年度「患者の声相談窓口」実績報告』
- (5) 医療事故調査会 『インフォームドコンセントと事故防止』 (2003) 第8回シンポジウム抄録
- (6) Dowsett, S.M., Butow P.N., Dunn S.M., Boyer M.M., Findlow R. & Dunsmore J. (2000) Communication styles in the cancer consultation: Preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*, 9, 147-156
- (7) Liminoff, L.A., Ravdin, P., Colabianchi, N. & Saunders Sturm, C.M. (2000) Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations*, 2, 26-36
- (8) モイラ・スチュワート (山本和利監訳) (2002) 『患者中心の医療』 診断と治療社, 164-166
- (9) Balian, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M. & Woodcock, J. (1970) *Treatment or diagnosis; A study of repeat prescriptions in general practice.* Philadelphia: J.B. Lippincott.
- (10) モイラ・スチュワート 『患者中心の医療』 37-94
- (11) Allen, S.M., Petrisek, A.C. & Laliberte, L.L. (2001) Problems in doctor-patient communication : the case of younger women with breast cancer. *Critical Public Health*, 39-58
- (12) まつばらけい, 大島寿美子 (2003) 『子宮・卵巣がんと告げられたとき』 岩波書店
- (13) National Cancer Institute. *Cervical Cancer, Health Professional Version.*
<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/treatment/-cervical/healthprofessional/> [Internet]; accessed 30 July 2004.
- (14) Ong L, De Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. (1995) *Soc Sci Med*, 40, 903-918
- (15) Gillian T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. (1997) *New Horizons*, 5, 6-14
- (16) Paraskevaidis E., Kitchener H.C. & Walker L.G. (1993) Doctor-patient communication and subsequent mental health in women with gynaecological cancer. *Psycho-oncology*, 2, 195-200
- (17) Allen, et al. 39-58
- (18) National Cancer Institute. *Cancer Gov.*
<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/treatment> [Internet]; accessed 30 July 2004.
- (19) モイラ・スチュワート 『患者中心の医療』 20-36 などによる「患者中心の医療」の要素を整理して掲載した。
- (20) 藤原恵一 (2000) 婦人科腫瘍領域におけるEBMの現状と問題点. *EBMジャーナル*, 1(6), 772-777

[Abstract]

Patient-led Communication Style in Advanced Medicine: Case Study of a Woman with Gynecological Cancer

Sumiko OSHIMA

This study examines patient initiative in the diagnostic and decision-making stages of cancer treatment through a case study of a patient with cervical cancer. The patient felt distrust towards her first physician, consulted several physicians, and chose the treatment that made her feel the most confident. Throughout the diagnostic and decision-making stages, she obtained as much information as possible by reading medical literature and lay publications, talking to gynecologists and radiation oncologists, and consulting facilitators of gynecological cancer support groups. The study results indicate the importance of patients asking questions, actively gathering information, and expressing their needs and preferences to their physicians, in order to promote their health care and life goals.

Key words : physician-patient communication, patient initiative, decision-making, gynecological cancer, patient-centered medicine