

新しい医師・患者関係

村上 陽一郎*

今日「患者の自己決定」という言葉が氾濫している。専門家から見て、およそ不合理としか考えられないような患者の意志も、医療チームとしてはあえて尊重しなければならないのか。そもそも医療における裁量権は、医師にあるのではなかったか。こうした疑問、あるいは不満は当然医療界のなかに隠然と存在する。本稿では、こうした医療側の見解を十分に尊重しつつも、なぜ現代社会の中で医師・患者関係が見直されなければならないか、という点を明らかにしたい。

第一の論点は、社会における疾病構造の変化である。あるイギリスの疫学者は、文明の進歩の度合いに見あった疾病構造の変化について、次のような仮説を立てている。すなわち、文明の第一段階にある社会では、主たる死因は消化器系の感染症である。第二段階に進むと、それは呼吸器系感染症に変化する。第三段階では、人々の多くが生活習慣病に悩むことになる。そして最終段階では、社会的不適合による死が主役になるだろう、という

ものである(表1)。

図はWHOの2001年度の統計に基づいたもので、精神障害の全障害に対する比率を、各地域比較で示したものであるが、米国とヨーロッパで突出して高い、ということは、第四段階の状況を鮮やかに示していると考えられる。

ここで、日本の疾病構造の経年的変化を表2で見よう。この表には載っていないが、明治期に圧倒的な重みで社会を苦しめたのはコレラや疫痢・赤痢、つまり消化器系感染症であった。昭和期に入ると、結核や肺炎などの呼吸器系感染症が主役に躍り出る。もちろん、こうした変化は一部は医療の結果であ

表1 文明と疾病構造の変化

第一段階	消化器系感染症
第二段階	呼吸器系感染症
第三段階	生活習慣病
第四段階	社会との不適合

Doctor -Patient Relations Revisited

YOICHIRO MURAKAMI Graduate School, International Christian University



*むらかみ・よういちろう：国際基督教大学大学院教授。昭和43年東京大学大学院比較文化博士課程修了。昭和48年東京大学教養学部助教授。平成元年東京大学先端科学技術研究センター教授。平成7年国際基督教大学教授。平成12年国際基督教大学院部長。平成14年現職。主研究分野／科学史・科学技術論、科学技術倫理。

Key words

疾病構造の変化
専門家と非専門家
知識の非対称性
医療のパターナリズム

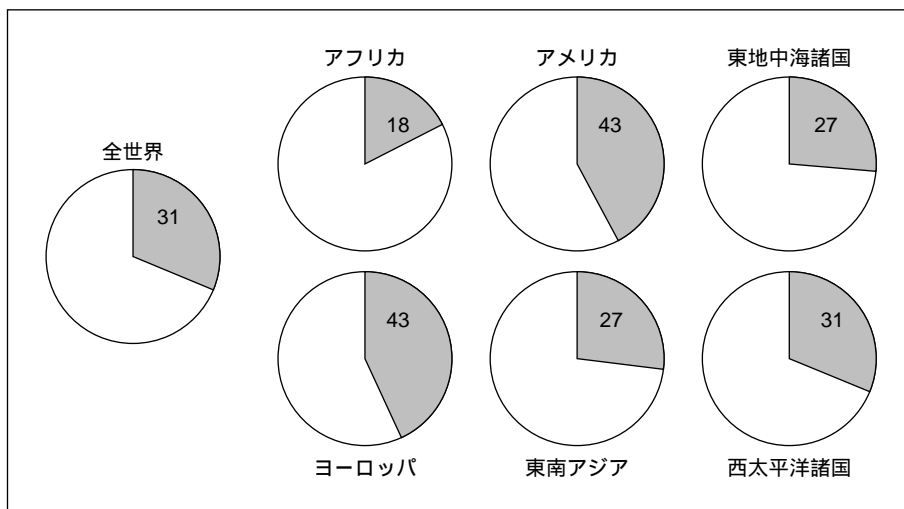


図 YLDs でみた全世界における全障害中に占める脳神経障害の比率 (%)

WHO “ The World Health Report 2001. Mental Health : New Understanding, New Hope. ”

WHO’ Press Release : Mental disorders affect one in four people. Treatment available but not being used. ”

(<http://www.who.int/whr/2001/main/en/media/pressrelease.htm>)

るにしても、たとえば上下水道の普及など、社会的なインフラストラクチャーの整備が与って力があつたと考えられる。戦後 1951 年に結核は主要死因の第 2 位に退き、悪性新生物(がん)が台頭するのが認められる。第 1 位は脳血管疾患である。以下今日まで悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三つが主要死因を占有するかたちになる。いずれも、カテゴリーとしては生活習慣病に属すると言ってよいだろう。肺炎が減らない(一時期はトップ 5 から退場したこともあったが)理由は、生活習慣病を抱えた高齢者がそれらの治療を継続しつつ、しかし直接の死因としては肺炎という形をとることが多いことを示している。

第 5 位の事故はこのところ動かないが、しかし 2001 年は自殺が事故を上回ったのでは、という報告がある。これらのデータと、先の疾病構造の変化に関する仮説とを重ね合わせてみると(実際、日本でのこのような経年変化は、当該の仮説をよく裏書きしているよ

うに思われるが)、現代の日本社会は、まさしく第三段階から第四段階へ進もうとしている、と考えられる。

この点は何を示唆するのだろうか。

感染症の場合には、医師と患者の関係は非対称的であっても、それなりに医療は成り立っていた。感染症における治療の目標は、体内の病原体と明確に決まっている。幸い抗生物質や化学療法(の進歩によって、体内の病原体を直接叩く根治的な療法が、過去よりは格段に強力になったおかげで、患者は点滴や注射、あるいは投薬など、医師の裁量権がよく見える範囲で治療を受けることによって、病气から解放されることが可能になった。つまり、こうした感染症治療においては、患者の側の治療への参加の度合いはほとんどないともいえる状況にある。

しかし、生活習慣病の場合はどうか。がんの場合はやや性格が違うが、多くの生活習慣病は、いったん発症すれば患者は文字通り「死

表2 死亡原因上位5位の経年変化

	1位	2位	3位	4位	5位
1920(大9)	肺炎	胃腸炎	全結核	インフルエンザ	脳血管疾患
1930(昭5)	胃腸炎	肺炎	全結核	脳血管疾患	老衰
1935(10)	全結核	肺炎	胃腸炎	脳血管疾患	老衰
1940(15)	全結核	肺炎	脳血管疾患	胃腸炎	老衰
1947(22)	全結核	肺炎	胃腸炎	脳血管疾患	老衰
1950(25)	全結核	脳血管疾患	肺炎	胃腸炎	悪性新生物
1951(26)	脳血管疾患	全結核	肺炎	悪性新生物	老衰
1953(28)	脳血管疾患	悪性新生物	老衰	肺炎	全結核
1955(30)	脳血管疾患	悪性新生物	老衰	心疾患	全結核
1957(32)	脳血管疾患	悪性新生物	老衰	心疾患	肺炎
1960(35)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	老衰	肺炎
1961(36)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	老衰	事故
1965(40)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	老衰	事故
1970(45)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	事故	老衰
1975(50)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	肺炎	事故
1980(55)	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	肺炎	老衰
1982(57)	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	事故
1985(60)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1990(平2)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1991(3)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1992(4)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1993(5)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1994(6)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1995(7)	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	事故
1996(8)	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	事故
1997(9)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1998(10)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
1999(11)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故
2000(12)	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	事故

ぬ」までその病気を引きずっていかねばならぬ。もともと遺伝的な要素(多因子的)と、その個人が歩んできた生活の歴史との相互作用によって発症するこの種の病気は、発症後はその個人の「性格」のように、完全に変えることの不可能なものとして、どのような治療を施したとしても「根治」のおぼつかない性格のものである。

たとえば薬一つにしても、一生患者は薬を服み続けなければならない。患者は入院しているよりは、社会の中で活動を続けつつ、自分で服薬をしなければならない。いわゆるコンプライアンスを高めるために医療側も努力が必要で、調剤薬局やそこに存在する薬剤師

の役割が大切になってくるのはそのためだが、しかし、何と言っても、薬をきちんと服み続けるのは本人の意志にかかっている。

あるいは、こうした病気には、単に薬を服み続けるばかりではなく、食生活や運動など、日ごろの生活態度を改善することが症状の悪化を防ぎ、あるいは軽快させるために決定的に重要であるが、それもまた、医師や看護師の努力よりは、患者自身の意志と努力とが最も重要な役割を占める領域である。糖尿病では、すでにインスリンの投与を自宅で行えるような状況が生まれつつあるが、こうした論点を裏書きしてあまりある。

このように考えてみると、生活習慣病が主

役となるような社会では、医療という行為のなかに、否でも応でも患者の役割が極めて重要なものとして浮かび上がってくることが判るだろう。医療の最終的裁量権は医師にあったとしても、その医療行為を「実行」するのは、医師やパラメディカルの専門家だけではなく、患者自身やその家族もまた、その治療行為の実践者として本質的な役割を担っていることは、どれほど強調しても言い過ぎにはならないだろう。

このような状況の中で、専門家と非専門家との間に存在する知識の非対称性という問題にも、大きな変化が生じている。その背景には、社会構造の変化があることの指摘から論を進めたい。

いわゆる情報技術の革命が、学術雑誌のデジタル化を招来した。日本では、国立情報学研究所(旧学術情報センター)がこの課題に取り組んでいるが、まだはかばかしい成果にはつながっていない。しかし世界的な規模で見れば、多くの学術雑誌がサイバースペース上で自由に検索、閲覧することができるようになりつつある。かつて学会誌と言えば、その学会に会費を払って登録した専門家だけが読むべきものとされていたが、現代ではそうした知識の独占は明らかに崩れつつある。これを医療の場面に当てはめてみよう。かつては、医師の持つ専門的知識は、量・質ともに非専門家である患者のそれを圧倒的に凌駕するのが当然であった。それゆえ、医師と患者の関係はその知識の非対称性を反映した、動かし得ない決定的な構造を生み出していたのである。しかし、現在ではそれは必ずしも当然でも自明でもなくなってきている。

その実例を米国に求めてみよう。米国西海岸に十数年前に発足したACTUPというグループがある。HIV感染症患者の支援グループであり、当初は極めて戦闘的な集団として医療関係者から煙たがられる存在であった。

ハーバード大学の医学校の新学期に合わせてデモを組織し、模擬血液をばらまいたり、教室でシュプレヒコールを繰り返したりしたこともあったという。

そのグループがある出来事を契機に変身する。それはAZTという物質が、HIV感染症に対する最初の特効薬ではないかという期待のもとで治験に入ったときであった。周知のように治験の第三相、つまり人間を対象にした試験、特に有効性テストでは二重盲検法が採られる。通常二重盲検法は、患者を二つのグループに分け、一方には検査中の物質を、もう一方(対照グループ)には当該の病気に対して現在認められている最も標準的な治療薬が与えられる。もちろん患者は自分がどちらのグループに属しているか知らされない。また投与を実際に担当する側もそれを知らない!「二重」と言われる所以である。もちろん最終責任者は、どの患者がどういう扱いを受けているかを熟知している(そうでなければ実験は成り立たない)が、そしてテストの結果が、対照グループの結果と同等、またはそれ以上であると判断されたときに、その物質は当該の病気に対する(新薬としての)有効性が立証されたことになるのである。

しかし、AZTの場合に対照グループに投与すべき既存の治療薬は絶無であった(対症療法としては、いくつかの可能性が考えられたにしても)。したがって、対照グループには純粋な偽薬(プラシーボ)が与えられたのである。話はそれだけでは済まない。治験には、テスト中は他の治療法は一切施さない、というもう一つの条件がある。テスト中の物質の有効性を立証しようとする以上は、この条件もごく当然のものとして受け入れられてきたものである。だが、その条件を守ると、AZTの治験の場合に対照グループに属する患者は、純粋の偽薬(たとえば乳糖)だけを摂取している以上、テスト中は一切の治療を受けな

いままに過ごすことになるではないか。

ACTUPのメンバーは 科学的信頼性を求めるという旗印の下で行われるこの治験の「非人道性」に気づいた。それは今日の生命を心配する患者、あるいはその支援者であったからこそ気づき得たことがらであった。彼らはこの課題と正面から取り組んだ HIV 感染症に関する最新の知識のみならず、治験に関する法律的問題など、通常の医療の専門家なら注目しないさまざまな周辺的問題についても一つ一つ学んでいった。それを可能にした原因の一つは、すでに述べたように自由にアクセスできる最新の医学情報であった。そして最終的には、彼らは自分たちの満足のいくような、新しいかつそれなりに合理的な治験の方法を提案し、粘り強く当局 (FDA)とも交渉を重ね、その提案を受け入れさせることに成功した。

オペラ歌手、小学校教諭、システム・エンジニアなど、およそ医学・医療とは関係のない人々のグループが、今や全米の臨床医から、HIV 感染症患者の扱いについて、毎日何百という問い合わせを受けるようになっている。彼らは、単に医学的な知見だけではなく、患者や家族の心理、あるいは法律的な庇護、生活の支援などに関して、つまり HIV 感染症患者に対する「全人的」な医療に関して、通常の臨床医よりもはるかに高い見識を持つ存在になっている。

日本でも、乳がんの外科手術における乳房温存術の普及には、廓清術に固執する医師たちを、最新のデータを駆使して説得していった患者たちの働きが背景にあったと考えられる。

このように考えると 現代社会においては、専門家と非専門家間の知識の強大な非対称性は解消されるばかりか、むしろ逆転する場合さえありえることを否定できない。しかも、専門家の知識は当該の専門領域に限定されるのに比して、非専門家の場合は、当該の領域を越えて、より広汎な、全体的な性質のもの

になることができることもある。

もちろん、すべての場合にこうしたことが可能である、と断じることはできない。依然として専門家の専門性は十分に維持しえられ、また尊重されるべきであることは言をまたない。

しかし、少なくとも現代社会においては、専門家の知識の独占性が崩れていることも確かであって、またこのことは、医療の現場でも必ずしも歓迎されないことではないのである。たとえば、先に述べたような第三段階、第四段階の社会においては、患者やその家族自身が、自らの病気について十分な知識を持つことは、むしろ自己管理能力を高め、医療チームとのコンプライアンスを増大させるのに、益が大きいと考えられる。

このように考えたとき、医療のパターナリズムは変質の時期を迎えていることは自明であろう。患者は全く無力で、医療の側に庇護を求めているような存在ではなく、知識も判断力も、そして何よりもまず、自分の人生を自ら選ぶことのできる成熟した存在である、という認識が今日決定的に重要である。インフォームド・コンセントという概念も、この認識を背景にして初めて内実を与えられる。もちろん、精神障害者や子供のように、そうした成熟性を期待できない対象に対して、どのように対応するかという問題は、予想以上に深刻な問題を形成することはつけ加えておかなければならない。しかしわれわれは、21世紀日本の社会における新しい医師・患者関係の創造に向けて、社会心理学者として、医療問題に積極的に研究し、発言し、骨髄性白血病によって50歳で亡くなった山内隆久氏の次の言葉を大切に受け継いでいかなければならないのではないかと。

「医師には治療を依頼はしても、人生を預けるわけではない。人生を決めるのは自分の権利だし、また責任でもある」。