

医師－患者関係における協議モデル

——メリット, 問題点および今後の課題——

小 松 楠 緒 子

1. 序論

医師－患者関係の理論モデルとしてはパーソンズモデル, サズ・ホランダ－の疾病症候モデル, フリードソンモデル, ビーチモデルなどが有名であり, 後発のエマニュエルらの協議モデルは知名度が低い。しかしこのモデルは, 現代医療への適合性が高く, 優れていると思われる。そこで本発表では, 協議モデルの概要を紹介し, そのメリット, 問題点, 今後の課題を医療社会学の視点から明らかにする。

2. 概要

ダナ・ファーバーがん研究所(当時)のエマニュエルらは, 1992年に JAMA 誌上で4つの医師－患者関係モデルを提示した(表1参照)⁽¹⁾。このうちもっとも重要なものが, 協議モデルである。

本モデルにおいては, 医者は患者の友人もしくはフレンドリーな教師のようにふるまい, “最善の選択”について患者と語り合う。その際, 医者は疾病に関係する価値に重点を置いて, 患者と議論する。ただし, 医者がかかわる価値観は, 健康関連のものに限定されている。医者と患者は, 多くの要素, モラルは疾病に関係なく, 医師－患者関係の範疇外にあると認識している。医者は患者に「何ができるか」を示すだけでなく, 患者を理解し, 「どうすべきか」「どの選択肢が適切か」について話す。そして患者は人生の目的を明確にし, どうするかを自己決定する。ここでは患者は高い自律性と自ら成長する積極性を求められる。患者は医者との対話を通じ, 自らの価値観, 治療の意義・意味等について考えることでエンパワーされる。医者と患者は道徳的思索を経て, さまざまな価値に優先順位をつけ, 最終決断をくだす。医者と患者は協力しあうが, 決定権をにぎるのは, あくまでも患者である。医者が患者に意見をおしつけるとき, 協議モデルはパターナリズムに陥る。協議モデルの医者は, 特定の選択肢を“おしつける”のではなく, あくまでも“勧める”のである。

たとえば43歳の乳がん患者の事例について, エマニュエルは以下のように述べている。協議モデルの医者は, まずはじめに事実を告げ, 次に患者の価値観を明らかにするために, 話し合いをする。そして最終的には, 「わたしは医学的説明を行い, 個人的見解も伝えた。だから, これからよく考えてあなたにとっての最善の選択をしてください」と患者に言うであろう

[Emanuel 1992a]。

なお、協議モデルの詳細な事例については、以下を参照されたい。

事例 慶応大学病院放射線科 近藤誠医師

近藤医師は、『患者よ、⁽²⁾がんと闘うな』という本の著者として、全国に知られている。同医師は、患者に積極的に情報開示し（小児患者にもがん告知）、患者と共同で意思決定を行い、QOLを高めるということをポリシーとしている。治療方針を決定する際には、自分の考え・経験・懸念をつつみかくさず伝え、患者の声に耳をかたむけ、腹を割って患者と話し合う⁽³⁾。患者の意向を最大限尊重し、医者としての意見をおしつけない。この姿勢の根底には、「医者に治療法を決定させるのは間違いである。複数存在するがんの治療法を選ぶのに適しているのは、患者なのだ」「がん治療は不確実性に満ちている。不確実な治療法のなかからどれを選ぶかは、自身の価値観・死生観をかんがみて、患者が決めるべきである」というリベラルなポリシーがある。

表1 エマニュエルの4モデル

取 組 モ デル	患者の価値観	患者の自律性	医者の役割	医者の義務
家 父 長	<ul style="list-style-type: none"> * 客観性がある * 患者と患者が共有している 	客観的に正しいと思われる価値観に賛同する	庭師	患者の嗜好は考慮せず、家父長的に意思決定を行い、患者のQOLを推進する
解 釈	<ul style="list-style-type: none"> * 秩序だっていない * 複数の価値観が衝突している * 混沌としており、医者によって明白にされる 	自ら学び、自ら理解する	カウンセラー または アドバイザー	<ul style="list-style-type: none"> * 患者の価値観を明らかにする * 患者に十分な説明をする * 患者が選んだケアを実行する
協 議	<ul style="list-style-type: none"> * 医者との倫理的議論を通じ、常に発展する * 随時変化する 	倫理的側面において自ら成長する	友人 または フレンドリーな教師	<ul style="list-style-type: none"> * 患者に十分な説明をする * その上で患者が選択したケアを実施する * 患者にとって何が適切かを示し、必要があれば患者を説得する
情 報 提 供	<ul style="list-style-type: none"> * 明確 * 固定的 * 患者も自らの価値観を把握 	治療法を自己決定する	有能な技術者	<ul style="list-style-type: none"> * 必要かつ適切な情報を与える * 患者が希望するケアを実行する

出典 Emanuel, EJ Emanuel, LL 1992 *Four Models of the Physician-Patient Relationship* JAMA267 (16) : 2222 (2222ページより訳出)

また近藤医師は、「大多数のがんでは抗がん剤の効果が期待できず、そればかりか患者さんが苦しむだけなので使わない方がよい」と考えており、その旨患者にも伝えている。がん再発患者や末期がんを告知した患者と今後の治療について話し合うと、再治療や抗がん剤の使用を拒否するケースが多いという。このような近藤医師の行動は、医者側の都合・志向性により、パターンリスティックに広範・複雑な治療を行う傾向がみられる日本のがん治療に一石を投じているといえよう。

なお、近藤医師は、雨宮厚医師（大船中央病院外科）と共に、術後のQOLがよく患者に人気が高い乳房温存療法に積極的に取り組み、成果をあげていることでも知られている〔近藤1995〕〔高橋1998：146-153〕。

3. メリット

3-1. 現代の臨床への適合性が高い

現代の臨床で扱うのは、主として慢性疾患・老人性疾患であり、生物医学的な治療効果よりも、患者の価値観を深く考慮する必要がある。このような場合、医者と患者がよく話し合った上で患者にとっての最善を尊重する協議モデルは、適合性が高いと思われる。

3-2. 実用性が高い

協議モデルでは、医者・患者の行動指針が多項目にわたり明確に打ち出されており、具体性に富む。この点で実用性が高く、使いやすいモデルであるといえよう。

3-3. 臨床における指針が得られる

臨床においては、どのように行動したらよいかわからなくなる場合があるが、協議モデルを参照することにより、明確な指針を得ることができる〔Emanuel 1992b：1412〕。しかし、協議モデルは理念型であるため柔軟性に欠け、個別のケースには対応しきれない。この点は臨床例の蓄積、傾向と対策の提示等により、対処すべき課題といえよう。

3-4. 情緒面における充足が得られる

医者と患者が十分に話し合って意思決定を行うことは、彼らに情緒面における充足をもたらすであろう。これにより、患者の満足度向上、医者の燃え尽き防止等の効果が見込まれる。

4. 問題点

協議モデルは、医者と患者がよく話し合う分、時間・手間がかかり、負担が大きい。さらに、病院経営の観点からみると、人件費等のコストがかさむというデメリットがある。これは、協議モデルのみならず、医者・患者が共同で意思決定を行うモデルに共通する問題である。後述するサポートシステムの導入等の対策をとることにより、負荷の軽減を図る必要があろう〔Emanuel 1992a：2226〕〔Emanuel 1992b：1412〕。

5. 今後の課題

5-1. 医者の再教育

協議モデルの実施にあたっては、医者を再教育する必要がある。臨床現場や医学教育において、ケアを重視したアプローチを奨励し、患者の価値観をあぶりだすことができるようなコミュニケーション・スキルを医者に身につけさせる必要がある〔Emanuel 1992a：2226〕〔Emanuel 1992b：1412〕。

協議モデル的な診療を行っている慶應大学病院近藤誠医師（2の事例参照）も、「患者に、医療内容についてきちんとわかりやすく説明するのは、大変である。医者側の真意をそのまま伝えるには、かなりの熟練が要る」と、患者に説明することの難しさをみとめ、「医学生たちに、患者に説明する方法を教える講義があってもよいのではないか」などと、トレーニングの必要性を指摘している〔近藤 1995：310-311〕。

5-2. 患者のエンパワメント

協議モデルにおいて、患者は医者と議論し、今後どうするかを自己決定する積極性と能力を求められる。そのためには、患者も医者と共同で意思決定を行うだけの力を身につける必要があろう〔Emanuel 1992b：1412〕。

5-3. 医療保険制度改正

協議モデルの実行には、時間・コストがかかる。協議モデルがより広く受け入れられるためには、社会システムによるサポートが必要である。たとえば、医療保険に関しては、医者が患者と価値判断について議論した分のコストが保険で償還されるように、制度が改正されることが望ましい〔Emanuel 1992a：2226〕〔Emanuel 1992b：1412〕。その際、協議モデルのニーズ、コストパフォーマンスを計測する必要があるだろう。

5-4. サポートシステムの導入

時間・コストがかかるという協議モデルのデメリットを軽減するためには、前項で指摘した医療保険制度改善の他にもサポートシステム（図1参照）の導入が有効であろう。なお、今後実践をふまえ、このシステムの協議モデルへの適合性を検証し、適宜システムの改善を行っていく必要があるだろう。

5-5. 適合性が高い分野の見極め

トーマス・シルビア医師は、7-1で後述するように、協議モデルは青年期の臨床に適合性が高いのではないかと指摘している〔Emanuel 1992b：1410-1411〕。この他にも、適合性が高い分野を見極める必要があるだろう。たとえば、終末期医療、慢性疾患、リハビリテーション医学の分野にはよく適合するのではないか。なぜなら、そこでは患者にとって何が最善かということが厳しく問われ、医者と患者がよく話し合う必要があるからである。

5-6. 事例の分析およびモデルの改善

今後、協議モデルの事例を蓄積、分析し、傾向と対策を明らかにすることが必要である。協議モデルが成功する要因、失敗する要因、トラブル・シューティング等、実践に役立つノウハウ

図1 サポートシステム

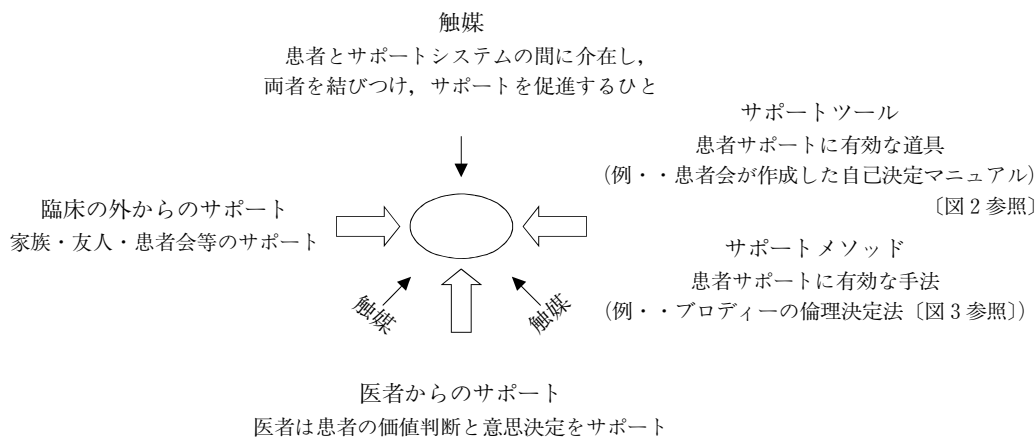


図2 婦人科系患者会「たんぽぽ」による自己決定までのフローチャート

これまで産婦人科にかかったこともなく、意を決して病院に出かけたら、筋腫・内膜症といわれて頭の中が真っ白になってしまった……。ひょっとして、そのなかでワラをもつかむ思いで「たんぽぽ」のホームページにたどりついた方もおられるのではないのでしょうか？ まずわかってほしいのは、今後の治療法を決定していくのはあなた自身だ、ということ。このページは、「私は一体どうしたらいいの?!」とパニックしてしまった方のために、「自己決定までのフローチャート」をご紹介します。

- (1) まず診断名をきちんと覚える
- (2) その診断はどうやって得られたのか確認する
- (3) 患部の場所、大きさ、数、種類について知る
- (4) 医師が提示した治療方針を十分に理解する
- (5) 自分自身の知識や情報についてもう一度見なおす
- (6) これからどうしたいのか、自分の気持ちを整理する

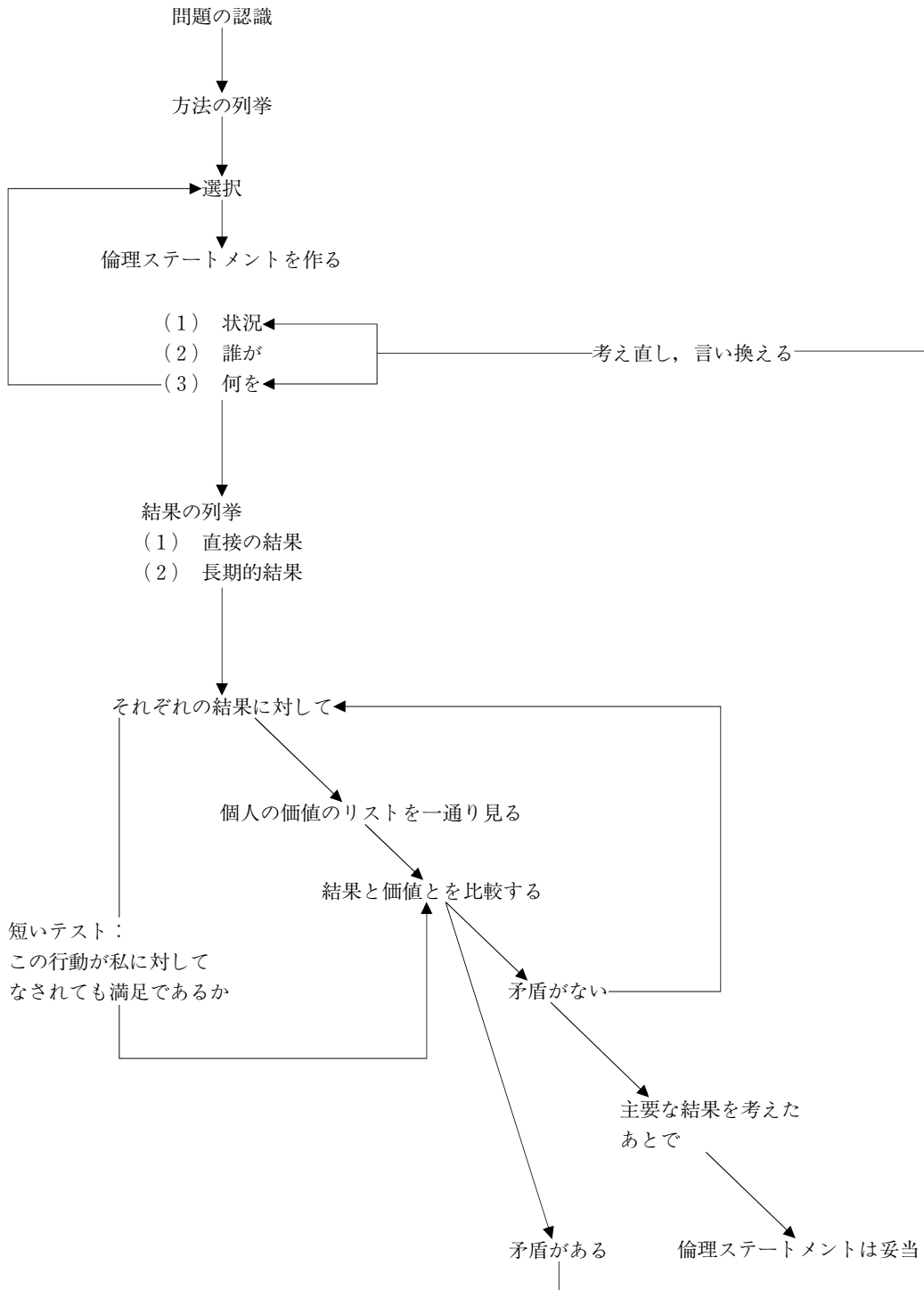
これで「自己決定」に必要な最小限の情報は揃いました。
自分の気持ちの整理がつかないひとは、次に進んでください。

- (7) 体験者と話し合うか同じ悩みを持つ人と話し合う
さあ、元気を出して、自己決定への第一歩を踏み出してください。

「たんぽぽ」ホームページより抜粋，アレンジの上，引用。URL は、
<http://tampopo.bcg-j.org/jikokettei.htm>

2003年8月25日アクセス

図3 プロディーの倫理決定法



出典 Brody, H.1981 *Ethical Decisions in Medicine, Second Edition* Little, Brown and Company. 舘野之男・榎本勝之(訳)『医の倫理(原書第2版)』東京大学出版会 1985: 11.

ウを提示するとよいだろう。最終的にはこのような知見をふまえ、モデルを改善することが求められる。なお、近年、臨床はチーム医療化の傾向がみられるので、チーム医療に対応するモデルへと発展させていくことも望まれる。

5-7. 他分野への応用

協議モデルは、医師－患者関係のみならず、他分野の人間関係にも応用できる。エマニュエルは具体例として、法律家とクライアント、宗教の指導者と信者を挙げている〔Emanuel 1992a：2226〕。上記に加え、協議モデルは教師と学生という人間関係にも応用し得る。筆者は本モデルを薬大における社会学講義に使っている。現時点では質的な評価しか行っていないが、現場への適合性、学生の満足度は良好である。他分野の応用に関しては、今後、実践を積み重ね、評価法の開発、有効性の検証、モデルの改良を行っていく必要があるだろう。

6. 総括

エマニュエルの協議モデルは、「医者は患者の友人、フレンドリーな教師のようにふるまい、患者の意思決定をサポートする。患者は医者との議論を通じてエンパワーされ、人生の目的を明確にし、最善の選択を見出す」というものである。このモデルのメリットとしては、①現代の臨床への適合性が高い、②実用性が高い、③臨床における指針が得られる、④情緒面における充足、等が挙げられる。一方、主たる問題点は、①時間・手間がかかり、医者・患者の負担が大きいこと、②人件費等のコストがかかり、病院経営上の負担になること、である。なお、今後の課題としては、①医者の再教育、②患者のエンパワメント、③医療保険制度改正、④適合性が高い分野の見極め、⑤事例の分析およびモデルの改善、⑥他分野への応用、等が指摘される。

7. 補遺－協議モデルの反響

7-1. JAMA 誌上において

1992年 JAMA 誌268号に協議モデルへの反響、それに対するエマニュエルのコメントが紹介された。その概要は以下の通りである。

* 質問 1.

患者はひとりひとり異なるものである。医者は特定のモデルに従うより、個々の患者の違いを見極め、柔軟に対応すべきではないか？（コリン・ディバレックス医師、アンドリュー・ファーリック氏、カトリナ・シュレイバー氏より）〔Emanuel 1992b：1410-1411〕

* エマニュエルのコメント

個々のニーズに対応することは確かに必要である。理念型モデルに属する協議モデルにはその点で限界はあるが、モデルを提示することにより、基本的な方針を得ることができるというメリットもある。

*** 質問 2.**

協議モデルで示されている理念はよいが、うまく実践できるのであろうか？ たとえば、時間・手間がかかりすぎるなどの問題がある。理念と具体的方法論の間にギャップがあるのではないだろうか。この点で、協議モデルは説得力に欠ける（ジュディス・アンドレ氏より）〔Emanuel 1992b : 1411-1412〕。

*** エマニュエルのコメント**

たしかに実際の側面においては、障害もある。今後、医療保険制度を改正するなど、社会システムの改変が必要であろう〔Emanuel 1992b : 1412〕。

*** 質問 3.**

協議モデルは青年期の患者への適合性が高いのではないか？ 多くのティーンエイジャーにとって、医者との出会いは、ひとりの人間として真剣に扱われるよい機会である。その点で、医者と患者が人格的にふれあう協議モデルは最適であろう（トーマス・シルビア医師より）〔Emanuel 1992b : 1410-1411〕。

*** エマニュエルのコメント**

私はシルビア医師の意見に賛成である。患者のニーズ、状況に応じた医師－患者関係が最良なのである。

7-2. 日本保健医療社会学会において

筆者は、2002年5月17日、日本保健医療社会学会大会にて、協議モデルの概要、メリット、問題点、今後の課題について発表する機会を得た。その際、フロアおよび座長から寄せられた質問と筆者のコメントを以下に紹介する。

*** 質問 1.**

協議モデルは説得力があり、実践に適したものだとは思いますが、ただ平凡なことを列記しているだけではないか？（龍谷大 黒田先生より）

*** 筆者のコメント**

たしかに新規性には欠けるかもしれない。ただし、平凡なことがらをバランスよく配置し、実践に役立つモデルをつくりあげるのは実に難しい。偏向があると、実際に使うとき無理が生じたり適合しなかったりする。その点、協議モデルはバランスがとれており、優れたモデルであるといえる。また、基本的なことであっても、臨床では実践できない場合が多い。そのため、このようなモデルを提示して指針を明確にする必要があるのではないか。

***質問 2.**

協議モデルをチーム医療に応用する場合、どのように拡張するのか？（ソーシャルワーカーより）

***筆者のコメント**

協議モデルを教育に応用してみた経験からいうと、いきなり多人数のモデルにひろげるより、はじめに医者・患者が一对一でよい関係を築いてから徐々に拡張していくという方法の方が、円滑にいくのではないかと思われる。その際、サポートシステムを用いるとよいかもしいない。

***質問 3.**

協議モデルは経済効率が悪いので、組織の中で運用していくのは難しいのではないか？（ソーシャルワーカーより）

***筆者のコメント**

短期的な経済効率からみれば割りがあわないかもしれないが、長期的視野にたてば、顧客満足度をあげることはプラスであるとも考えられる。このようなロジックで組織側を説得する力量も実施者には必要であろう。そもそも医療においては、経済効率以外の要因も大切な役割をはたしていることを忘れてはならない。

***質問 4.**

協議モデルはどのように評価するのか？（藤田保健衛生大 渋谷優子先生より）

***筆者のコメント**

おそらく患者満足度という指標は有効であろう。しかし、この種の量的調査だけでは十分とはいえない。ケーススタディーを通して質的な評価を行うことも必要と思われる。また、治療を実践している間、協議モデルがうまく機能しているかをチェックするために、医者と患者が互いに連続的かつ相互浸透的な評価を行うことも重要である。この点について、エマニュエルは包括的な手法で評価される必要があると述べているが、その詳細は現時点では示されていない〔Emanuel 1992b : 1412〕。

(注)

- (1) エマニュエルは、この4つのモデルは網羅的なものではないと述べている。彼によると、事例を網羅するには、もうひとつモデルを追加する必要がある。それが手段的モデルである。このモデルにおいては、患者の治療は、目的を遂行する手段とみなされる。患者の価値観は蚊帳の外であり、まったく考慮されない。なお、ここでの医者の目的は、社会にとっての善の追求、現代科学の発展である。手段的モデルには、モラル面における欠陥があることが指摘されている〔Emanuel 1992a : 2222〕。
- (2) 文藝春秋より1996年に刊行。日本のがん治療のあり方を鋭く批判し、日本中に議論をまきおこした。

(3) ただし、大病院という限界ゆえか、近藤医師の診察時間は短いという指摘もある〔高橋1998：146〕。

(文献)

- Brody, H. 1981 *Ethical Decisions in Medicine* [Second Edition] Little, Brown and Company. 舘野之男・榎本勝之(訳)『医の倫理(原書第2版)』東京大学出版会 1985。
- Emanuel, EJ Emanuel, LL 1992a *Four Models of the Physician-Patient Relationship* JAMA267(16) : 2221-2226.
- Emanuel, EJ Emanuel, LL 1992b *Letters* JAMA268(11) : 1410-1413 (Emanuel 論文対応箇所のみ)。
- 近藤 誠 1995 『「がん」ほどつきあいやすい病気はない』講談社。
- 高橋ユリカ 1998 『病院からはなれて自由になる』新潮社。