

第1部 医療とコミュニケーション学の対話

コーディネータ：宮原 哲（西南学院大学）・杉本 なおみ（慶應義塾大学）

本セッションでは、医師とコミュニケーション研究者の対話を通じ、医療者と患者の「まなざしの違い」はいかにして生じ、いかにして埋められるかという命題を解く試みがなされた。

まず田崎勝也が「コミュニケーションを阻む医師と患者の認識論の違いについて-補完・代替医療を選んだがん患者の語りから見えてくること」と題し、Evidence-Based Medicine (EBM) や補完・代替医療について概観した後、後者を選択したがん患者の語りから、その効果や正当性の捉え方を例示した。またこのような患者の認識論に限らず、医師のそれもまた価値依存的であり、医師は自らとは異なる認識論にも理解を示す必要があると論じた。

次に孫大輔が「新しい患者-医療者関係の構築に向けて-カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性」と題する発表の中で、患者と医療者の「すれ違い」は双方の「情報と立場の非対称性」および「圧倒的な対話の不足」に起因する部分が大きいと論じた。また、この差異を乗り越える試みとして、2010年に始めたサイエンスカフェ型ヘルスコミュニケーション活動「みんくるカフェ」を紹介し、市民側のヘルスリテラシーのみならず、医療者側の意識も大きく変容しているとの報告がなされた。

最後に、宮原哲・杉本なおみが加わり、聴衆を交え意見交換を行った。田崎に対しては、「EBMはバリューフリーな認識論であり、価値依存的と呼ぶのは正しくないのではないか」という意見および「代替医療の中には効果の疑わしいものや危険なものも含まれているので、医療関係者は患者の認識論を尊重するという立場だけでなく、規制する立場に立つことも必要なのではないか」という懸念が表明された。

一方、孫に対しては「みんくるカフェに参加する医療者は、当初浅い関係にしかない相手に対しては一般論でしか医療を語れないとか、カフェを通じて友人となった相手に対しては、逆に医療者としての客観的な意見を述べにくくなるという難しさはないか」という意見が寄せられた。また「医療者と市民が対等な関係となることから生じる不利益もあるのではないか。医療現場の裏側を知った市民は失望しないのか」といった質問があった。最後に、座長からの「みんくるカフェには、このセッションで議論された医療者・非医療者間のさまざまな関係性を超越した、メタレベルでの新しい関係性を生み出す可能性があるのではないか」という示唆と共にセッションを終了した。

新しい患者-医療者関係の構築に向けて —カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性—

孫 大輔

東京大学医学教育国際協力研究センター

抄録

近年、患者-医療者コミュニケーションの社会的影響が注目され、患者の考え・価値観を医療者がより深く理解する必要性が強調されてきた。しかしながら、そのような機会は実際には非常に限られている。

患者と医療者の「すれ違い」はなぜ起きるのか。病い (illness) を抱える患者と、疾患 (disease) ばかりを見る医療者という認識論的フレームワークの違いとも考えられるが、現状としては患者-医療者間の「情報と立場の非対称性」と「圧倒的な対話の不足」の及ぼす影響が大きいと考えられる。

このギャップを乗り越える試みとして、欧米由来の「サイエンスカフェ」のスキームを応用し、筆者は2010年8月から「みんくるカフェ」と称するヘルスコミュニケーション活動を始めた。「患者-医療者コミュニケーション」「グリーンケア」「終末期医療・介護」といった話題について、市民・患者と医療職が、10~15人の少人数でカフェなどに集まり、学びと対話を進めている。

この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」は、患者-医療者間の非対称性を解消し、対話を促進する新しい取り組みである。ここでは、市民・患者側のヘルスリテラシー向上のみならず、医療者側にとっても価値観や意識が変容するほどの大きな学びが起きている。

キーワード：

ヘルスコミュニケーション、患者-医療者関係、サイエンスカフェ、情報の非対称性、対話

1. はじめに

近年、患者-医療者コミュニケーションの社会的影響が注目され、医療者が患者側の考え・価値観をより深く理解する必要性が強調されてきた。現場の医師の中には時間的制約の中でどのように患者とコミュニケーションをとるべきか、

あふれる情報の中で何をどのように伝えればよいのかと日々苦悩する者もいる。しかしながら実際のところ医療者が患者の価値観を深く理解するという機会は非常に限られている。

筆者はプライマリケアに従事する家庭医であり、地域住民との対話に関心があったため、欧

米由来の「サイエンスカフェ」のスキームを応用して、2010年8月から「みんくるカフェ」と称するヘルスコミュニケーション活動を始めた。この「みんくるカフェ」では、健康・医療に関するテーマについて、毎回市民・患者と医療者がともに学び、自由な意見交換を行っている。

本稿では、現在の患者-医療者間コミュニケーションに伴う問題点を概観した後、この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」活動の利点と発展性について論じる。

2. ヘルスコミュニケーションの重要性

近年、ヘルスプロモーション領域においては、コミュニケーションがますます重要視されており、その概念を指して「ヘルスコミュニケーション」と呼ぶ。米国の「ヘルシーピープル2010」[1]では、ヘルスコミュニケーションは「健康増進のために個人やコミュニティに対し意思決定に情報や影響を与えるコミュニケーション方法の研究や使用」と定義されている。

近年、患者-医療者間のコミュニケーションが患者自身や治療に与える影響（アドヒランス不良、医療不信など）が重視され、医療者には患者の考え・価値観をより深く理解することが求められている。しかしながら、病院という医療現場以外での市民・患者と医療者の対話の機会是非常に限られている。そのような状況にあって、何が円滑なコミュニケーションを妨げているのか、どうしたらコミュニケーションがうまく成立するかについて、患者と医療者が共に学び、実践することが重要と言える。

3. 患者-医療者コミュニケーションを阻む要因

患者-医療者コミュニケーションはなぜそれほどまでに大事なのであろうか？正しい診断を下すためであらうか？適切な治療を行う上で、

良好な関係を築かなければいけないからであらうか？筆者が感じるのは、昨今の患者-医療者コミュニケーションでは「情報のやり取り」ばかりが重視され、コミュニケーションの意義の大半がそこに押し込められているのではないかと考えている。近年、医学教育においても模擬患者参加型の医療面接実習などが導入され、学生はそこで患者とのコミュニケーションの取り方を学ぶ。そこでは患者が発信する言動的・情緒的・感情的な情報を、いかに的確に把握し、フィードバックできるかが求められる。教員による評価も同時に行われるが、評価が行き過ぎるとコミュニケーションが形骸化するリスクをはらんでいる。

一方、実際の医療現場ではどうであらうか。患者-医療者間のコミュニケーションを阻む要因として、(1) 医療者の方がより多くの専門的知識を有する（情報の非対称性）、(2) 医療者が専門用語を使用する、(3) 「病院」という場所や「白衣」などの着衣が権威的な雰囲気醸し出すなどが考えられる。そうした中で、患者-医療者関係は父権主義モデルから、協同的意思決定モデルへ移行すべきと叫ばれているが、これは現場ではまだ普及していないのが実状である。

もし現代に、黒澤映画で三船敏郎が演じた「赤ひげ」のような医師がいたらどうであらうか？典型的な「父権的」医師である。ろくに説明しないからと患者に訴えられるかもしれない。しかしそこに非常にリアルで細やかな患者-医師コミュニケーションを感じるのは私だけであらうか。昨今の医療コミュニケーションの文脈で忘れられがちな本質がここにあるのかもしれない。

4. 「すれ違い」はなぜ起きるのか？

医療現場では、患者は医療者に対しなかなか率直に物が言えない。たとえば、あるアレルギー疾患の小児患者の母親は「医師に自分の意見が言えない。子どもはアレルギーで乳製品・卵が食べられないが、入院中の食事に(間違っ)マヨネーズが出てきた。それでも本当のことを医師に言うことができなかつた」と言う。

筆者自身も、患者の薬を変更した後、「先生、やっぱり前の薬に戻してくれませんか？」と言われることがある。若者は比較的率直にその理由を口にすが、高齢者の場合詳しく言わないことも多い。このような場面に遭遇すると、患者には医師に対する遠慮が相当あることを感じる。

一方、医師の側には自分のコミュニケーションを過大評価する傾向が見られる[2]。2005年の国内調査では、「インフォームドコンセントが十分に実施されているか」(医師 71.7% 患者 44.8%)、「十分に対話できているか」(医師 67.8% 患者 38.4%)「信頼関係が構築できているか」(医師 66.9% 患者 30.8%)という3項目のすべてにおいて、「そう思う」と回答した医師の割合が患者の割合をはるかに上回った。

医療者に本音が言えない患者と、患者の気持ちや汲み取れない医療者。医療人類学では、これを、病い(illness)を理解してほしい患者と、疾患(disease)に関わる情報が欲しい医師、という構図で説明する。その認識論的フレームワークの違いが、この古くて新しい「すれ違い」問題を起こし続けていると言っても過言ではない。

あらためて、患者と医療者の「すれ違い」はなぜ起きるのか。それは「情報と立場の非対称性」と「圧倒的な対話の不足」というのが筆者の意見である。

5. 「みんくるカフェ」という装置

この非対称性を解消し、対話を促進するため、筆者は「みんくるカフェ」という、市民・患者と医療者の双方が参加するヘルスコミュニケーション活動を行っている。これは、欧米で確立された「サイエンスカフェ」の手法を医療コミュニケーションに適用したものである。専門家と市民が対等な関係のもとで自由に対話や意見交換を行える場を作り出すことがその特徴である[3][4]。

科学知識の普及を目的としたサイエンスコミュニケーション活動においては「情報の非対称性」を越えた専門家と市民間のコミュニケーションが模索され、1997年以降「サイエンスカフェ」という新しい取組みが英国から始まった。参加者は、カフェやバーといった場所で、気やかな雰囲気の中、ともに科学技術をめぐる話題について対話する。本邦でも2005年以降各地で開催されるようになった。

こうしたサイエンスカフェのスキームが健康・医療の領域にも応用できると考え、筆者は2010年8月から「みんくるカフェ」(「みんながくる」の意味)と称し、健康・医療をめぐる話題について市民・患者と医療職が参加し共に学び、対話する活動を始めた。実際のカフェなどに10~15人程度の少人数で集まり、「医師と患者のコミュニケーション」「賢い患者になるためには?」「グリーフケアについて」「介護しやすい社会とは?」などのテーマについて学びながら自由に対話を行っている[5]。2012年10月までに30回以上実施し、のべ600人以上が参加した。

院外の日常空間に近い場で実施することで、市民・患者側はより自由な質問や意見交換を行うことができる。一方医療者側は通常の診療現場では聞けない患者側の本音を聞くことができ

る。したがって、ここでは双（多）方向型の学びや多義的な学びが起こっていると考えられる。実際のところ、これまでに参加した医療者は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士など、実に多様である。市民・患者側の参加者は、患者やその家族、また会社員、自営業者、専業主婦、教員、ジャーナリスト、公務員、NPO職員など多岐にわたる。

このようなサイエンスカフェのスキームを応用したヘルスコミュニケーション活動を、筆者は「カフェ型ヘルスコミュニケーション」と呼んでいる。

6. カフェ型ヘルスコミュニケーションの限界と可能性

この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」では、対等かつ自由な対話を成功させる仕組みとして様々な手法を用いている。たとえば、医療者は「白衣」を脱ぎ、専門用語を使用せず、カジュアルな空間で行うことによる医療者の脱権威化、また「ワールドカフェ」などのファシリテーション技法を駆使した対話メソッドを用いている。

ここでは、どのような学びや現象が起きているのであろうか？参加者からは「医療の現場だけでなく、様々な職種の人たちと話をすることができ、それぞれの職種の持つ価値や専門性について知ることができた」、「患者さんや御家族とお話したりする際に、相手の気持ちを考えて話すことができるようになるかも」、「医療従事者と他分野の人達が同じテーブルでディスカッション出来る場は他ではあまり見かけない。参加者の皆さんがエンパワーされている様子を感じた」などの感想が聞かれる。

この場で生じる多義的な学びについては今後

研究として分析する予定だが、現時点での仮説としては、市民・患者側にとっては従来の市民講座などでは得られない医療や健康知識への深い理解や、対話を行うことによる深い洞察が得られている可能性が考えられる。これに対し医療者にとっては、患者側の価値観への気づきなどに起因する自身の医療観の変化や、診療時の態度・行動の改善、また多職種間連携へのレディネス（意識）が向上する可能性などが考えられる。

一方、このカフェ型コミュニケーションには限界もある。不特定多数の人間が集まるため、がんや難病などの患者・家族が、個別の病いに関する深く個人的な思いを共有する場には適していない。また、医療者が白衣を脱ぎ対等な関係性で話をするという特性が、逆に患者の不満のはけ口になったり攻撃に晒されたりする危険性も否定できない。

しかし2年以上この活動を実践してきた中で、場のファシリテーションを工夫したり、テーマを未来志向に設定したりすることで、否定的な応酬に陥ることはこれまで皆無であった。むしろ非対称性を解消し対話を促進する「装置」として、この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」が強力に機能してきたことを実感している。

7. おわりに

はたして患者と医療者の「すれ違い」は解消できるのか。患者・市民と医療者が協同して構築する新しく理想的な関係性とはどのようなものか。今後のヘルスコミュニケーションの展開において、「みんなのカフェ」という装置が一つのモデルとなることを期待したい。

【参考文献】

[1] U.S. Department of Health and Human

Services: Health Communication. In Healthy People 2010, 2000.

[2] 山内一信, 真野俊樹, 塚原康博ら. 医療消費者と医師とのコミュニケーション -意識調査からみた患者満足度に関する分析-. 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ No.29, 2005.

[3] 中村征樹. サイエンスカフェ -現状と課題 (特集 サイエンス・コミュニケーション). 科学技術社会論研究 2008; 5: 31-43.

[4] 紺屋恵子. 小規模サイエンス・カフェの可能性と課題. 科学技術コミュニケーション 2008; 3: 149-158.

[5] みんなの生産者 HP .
<http://www.mincle-produce.net/>

コミュニケーションを阻む医師と患者の認識論の違いについて —補完・代替医療を選んだがん患者の語りから見えてくること—

田崎勝也
青山学院大学

抄録

近年の医療では、科学的根拠に基づく診断や治療を行う Evidence-Based Medicine (EBM) が求められるようになった。EBM の考え方に基づいて医療行為を行う医師は、蓋然的な根拠を示しつつ治療法の実証性や有効性を説明するが、このようにエビデンスのみを強調する姿勢は、時として医師—患者間の信頼関係を喪失させ、コミュニケーションを阻む要因となる。

本稿では、EBM および補完・代替医療の双方について概観した後、補完・代替医療を選択したがん患者の語りから、補完・代替医療の効果や正当性がどのように捉えられているかを探る。さらにこれを通して、補完・代替医療を選択する患者の認識論のみならず、医師が立脚する EBM 的認識論もまた価値依存的であり、医師は自らとは異なる患者側の認識論にも理解を示す必要があることを論じる。

キーワード： 補完・代替医療、EBM、認識論、価値依存的、がん患者

1. はじめに

1990 年代に提唱され、その後欧米で確立された Evidence-Based Medicine (EBM) は、医師個人の知識や経験に依存しがちな旧来型の治療に対して、統計学的・疫学的に有効性が認められた治療法や診断法を基に治療方針 (i.e., ガイドライン) を立て、効果的で質の高い医療の提供を目的としている[1][A][B]。

日本でも 1990 年代後半以降「臨床医が診断に役立つ情報の提供と医療の質の向上」を謳った厚生労働省の意向を背景に、さまざまな専門学会でエビデンスに基づく治療ガイドラインが作成されて

きた[A]。医療技術の進化や医療情報の拡大、患者の権利意識の高揚といった課題に直面した近年の医療現場に対し、EBM は治療法や診断法の選択に蓋然的な根拠を与え、臨床判断における医師の負担を軽減し、医師間の診療能力のばらつきを減じ、一定の質を保証する「医療の平準化」に貢献した。

しかしその一方で、エビデンスが医療事故や訴訟の判断基準として、あるいは正当性を過度に強調する“defensive medicine”に用いられる危険性も存在する[1]。中でも特に問題視されているのが、医師による「エビデンス」の誤解・誤用である。エビ

デンスは、医師の臨床的専門技能や患者の価値観と共に EBM を構成する要素の一つに過ぎないが、妥当性の検討が不十分なまま適用する、相対的に患者の価値観や行動様式を軽視するといった問題を生む場合がある [3]。このような医師の態度は、医師-患者間の信頼関係を失墜させ、コミュニケーションを阻害する要因になっている[4]。

本論考では、補完・代替医療を選択する患者を対象とした先行研究から例を引きつつ、彼らにとって科学的なエビデンスだけが医療を選択する際の唯一の基準ではないことを示す。また EBM を志向する医師の認識論もまた、補完・代替医療を選択する患者の認識論同様、価値依存的 (value-laden) であることを論じる。

2. 補完・代替医療の使用実態

補完・代替医療は、Complementary and Alternative Medicine (CAM) と呼ばれ、「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」と定義され[5]、(1) 代替医学 (例: 中国医療などの伝統医学・民間療法)、(2) 精神・身体交流 (例: 瞑想・催眠・祈り)、(3) 生物学的療法 (例: 健康食品・特殊食品)、(4) 外部からの力を用いる方法 (例: 整体・鍼灸マッサージ)、(5) エネルギー療法 (例: 気功・霊気) に大別される[6]。

世界の医療においては、現代西洋医学よりも CAM に相当する医療が多数派を占めている。世界保健機関 (WHO) の試算によれば、世界で実践される健康管理業務のうち 65~80% が CAM の範疇に分類され、主に発展途上国において優位であるという[5]。また先進国においても、生活習慣病の増加、医療費の高騰、予防医学への見識、健康・自己管理意識の高まりやインターネットの普及を背景に、近年利用者が急増している。WHO は、先進国においても人口の3分の1から3分の2が

CAM 利用者であると試算している[6]。国民の約3割が日常的に CAM を受けているとされる米国では、CAM の費用は標準的医療費よりも高く、社会的地位や学歴の高い人々に支持される傾向が見られる[7]。その中でも特にがん患者の場合、50-83% が最低1種類の CAM 療法を受けているとされている。[9][10][11] 日本でも、CAM の経験者は76%に達し [8]、さらに増加傾向にある。がん患者も約45%が何らかの CAM を使用している[12]。

がん患者が CAM を選択する背景には西洋医学への不満がある [13]。これに加え、医師-患者間の CAM に関する対話は、質的にも量的にも不十分であり、結果として CAM をめぐる医療コミュニケーション上の問題が近年顕著化している。

CAM の中には健康を害するものもあり[14]、「非科学的で効果は懐疑的」と考える医師が主流派を占める。患者の CAM 使用状況を把握したい、あるいは止めさせたいと医師が考える一方[C][D]、患者は開示に対して消極的である。その理由としては、(1) 医師が尋ねない、(2) 医師が CAM に無関心もしくは否定的である、(3) 医師がエビデンスを過度に強調する(4) 医師に否定的な反応をされたくない、(5) 医師に知らせる必要はない、(6) 患者自身が CAM の効果に懐疑的であるなどが挙げられている[4][E]。

このように、EBM 基盤型診療を行う医師と CAM を選択するがん患者の間には「がんの原因は何か」「どうすれば治るのか」「誰が (もしくは何が) 真実を決めるのか」といった基本的な問い、すなわち、認識論に根本的な隔たりが存在する。

3. 患者が考える補完・代替医療の「エビデンス」

では、がん患者はどのような根拠に基づいて CAM を選択するのであろうか。本項では、先行研究により明らかになった4つのテーマに沿って

[15][16]、がん患者の考える「エビデンス」について検討する。なお、下記に示す言説は、サプリメントXの使用者10名(うち8名はがん患者)から得たインタビュー・データの一部である[16]。

3.1 個人的体験

がん患者は、家族や友人・知人からの助言に耳を傾ける傾向があり、CAMを選択したがん生存者が身近にいる場合、その体験談がCAMの治療効果を示すエビデンスとなることがある。がん患者にとって、彼らはいわば「生き証人」であり、その闘病体験は、CAMの効果を裏付ける十分な根拠と捉えられている。

たとえば、大腸がんと乳がんに罹患し、肝臓への転移も疑われ、度重なる手術や抗がん剤治療を受けたAさんは、西洋医学も否定しないが、サプリメントXを選んだ根拠として「(サプリメント資料の)経験談をよく読んで。私はこれでいきたいと思ったんですよ。その経験というのは、もうお医者さんに見放された末期の方がこれに頼って元気になったってことなんですよ」と述べている。

また、乳がん・子宮がんを経験したBさんは、このような個人的な体験談がもたらす意識高揚効果について、「(効果を立証する)データがなくても、やっぱり飲むときには体験談を聞いて、体験談でこういう人がいるんだなって感じで。(治ると)思って飲むんだから、その人の体によっても違うじゃないですか。飲み方とかもね。だから、その人には効いてるんだな、みたいな。効いてるから真似してみようかな、みたいな」と述べている。

3.2 歴史的持続性

CAMの中でも鍼灸治療や漢方療法といった伝統的医療には長い歴史がある。また、薬草や自然食品など、患者自身の家族が何世代にも亘り使用してきたCAMは、その効果を肯定的に評価される傾向が強い[15]。一部のがん患者にとっては、こうした歴史的継続性がCAM選択の根拠となる。

たとえば、悪性リンパ腫を患ったCさんは「西洋医学ってのは結局、医学的には100年くらいの歴史しかないわけですよね・・・」と言う。「(西洋医学は)体内に何かあったら、病原菌を殺そうといった方向で来てたわけですよ。今まで。けど今は生活習慣だから、それとはまた違うわけですよ。」すなわち、生活習慣病の治療には、病気を包括的に捉える東洋・伝統医療の方が有用で、その効果も歴史的に証明されているとしている。

3.3 患者自身が主観的に捉える「正しさ」

科学的裏付けの有無とは別に、がん患者が自らの主観に従って「尤もらしい」治療法を選択することも珍しくない。この主観的な「正しさ」の根拠には、専門的な説明やその治療法を推奨する専門家の肩書きなどが含まれる。サプリメントXを選択したがん患者の中にも、このような説明や肩書きに「正しさ」を見出した者がいた。これらの広告は、利点だけをアピールする「片面提示」であるため、専門的な医学知識を持たないがん患者が真偽を判断するのは実際のところ難しいはずである。しかし推薦者の肩書きや社会的地位による光背効果も手伝い、このような「尤もらしい」情報は患者がCAMを選択する上で十分な根拠となっている。¹

3.4 患者自身による「実験」

補完・代替医療には科学的エビデンスが存在しないのであれば、自ら検証してみようとする患者も存在する。そしてもし確証が得られれば、これを根拠に使用を継続したり、また、体験談として他者に伝えたりする。たとえば、初期の肺がん発見を契機にサプリメントXを摂取し始めたDさんは、74歳と高齢であること、手術による完治が確約されてはいないことを理由に、薦められた外科的治療を断り、サプリメントXに絞って治療している。そして

¹ サプリメントX(仮称)は、DNA・RNAの構成栄養素をサプリメントとして補うことで、新陳代謝・免疫機能を高める栄養補助食品。

その効果の根拠として、自身のがんが進行していないことを挙げている。「やはり、ガンが進行していないということですね。それにつきると思います。普通だったら、三年経つんですから、かなり進んでないでしょうか・・・私の場合三年ですからね。進んでも変じやないかんじですけども、まず、進んでいないんですよ。むしろ、幾分か小さくなっているという感じですから。血液検査とかでも正常範囲ですから」

さらに、CAMを選択する患者の中には、より客観的な解を求めて「動物実験」を行う者もいる。「うちは、犬に飲ませてるんですよ・・・そしたら、(検査の)数値が凄く高かったんですけども、三ヶ月ぐらいましたら、凄く下がっちゃってね、今凄く元気なんですよ」脳梗塞を患って以来、本人もサプリメントXを摂り続けていると話すEさんは、愛犬の検査結果に加え、その毛並がみるみる健康になっていくさまにCAMの効果を実感していた。

4. 科学的エビデンスの限界

このように、がん患者がCAM選択の根拠とする「エビデンス」は、EBMの根拠とは大きく性質が異なる。特にCAM使用者が重視する個人経験と主観は、EBMにおける科学的エビデンスの限界をも浮き彫りにする。

科学的エビデンスに高い信頼性を与えるとされるのは、ランダム化比較試験(Randomized Control Trial; RCT)を用いた研究デザインである。RCTでは、被験者の個人差や当事者の主観性を統制し、薬や治療法の真の効果を同定する。このようなデザインにおいて、主観は排除すべき要因として扱われるが、その一方で、患者の心的状況を左右し、ひいては治療効果に影響を及ぼす重要な要因でもある [17][18][19]。先のインタビュー調査でも「信じてやらないとダメですね。やはり、効くかな、効かないかなって言うより、治るんだ、治すんだ、

と信頼して」と話すDさんの発言に代表されるように、多くの患者が効果を信じて続けることの重要性を述べた。このように効果を左右する重要な要因であるにも拘わらず、RCTにおける「主観」は排除すべき阻害要因とされ、その効果は積極的に検証されていない。

RCTで制御される要因は患者の主観だけに留まらない。患者の属性や特性など、割り付けられる群の特性以外の個体差は理論上すべて統制・制御の対象となる。しかしRCTで問われている基本的な命題は、薬や治療法の効果の因果的な検証である。因果は、厳密には、同一個体内において、原因因子(新薬を服用)を取り除いた時の変化(治療)によって示される [20]。すなわち、新薬を服用する「私」と偽薬を服用する「私」の間の変化によって導かれる関係である。ただし、2人の「私」が同時に存在するなど非現実的な話であり、実際には我々は、一時に、新薬か偽薬のどちらか一方を経験することしか出来ない。ここに医療における因果推論の根本的な難しさがある。

こうしたことからRCTにおいては、被験者を募り無作為に新薬群と偽薬群に割り付け、グループ間の差を観察する。もし差異が見られれば、薬の効果が認められたことになる。この2つのグループは、新薬を服用する「私」と偽薬を服用する「私」を代理するものだが、この置き換えが成立するためには、割り付けられる治療群の被験者はすべて「私」と同じ特性を有していなければならない。そこで用いられる操作が無作為割り付けである。ランダムに被験者を配置することで、グループ内の個人差は確率論的に相殺され、結果的に置き換えが成立することになる。

しかしながら、RCTが示唆する因果は、配置群内の個人差を統制・制御したときの平均的な効果でしかない。RCTによる臨床試験では個人差を制御してしまうため、どのような特性を有する個人に

どのような効果が期待できるのかは不明のままであることが多い。たとえば、ある臨床実験の協力者がその薬や治療法による副作用を起こしても、グループ内の個人差として相殺され、治療法の負の側面もランダム化の過程で隠されてしまう。また実際のところ、EBM 基盤型医療が有効なのは6割から9割の患者に限定され、残る1割から4割の患者には適切な医療が提供できないという指摘もある[21]。

一方、医師は、効果の「平均像」に過ぎないエビデンスを基に、背景や事情も様々な患者の治療方針を定めなければならない。「効く人もいれば、効かない人もいるが、何度も治療を繰り返せば、結果的にある治癒率に収束する」というあくまで期待値にすぎない知見を用いて、ひとり一人異なるすべての患者に最良の結果を導くのは、医師にとって至難の業といえるだろう。

5. おわりに

本稿では、補完・代替医療の特徴について考察したが、エビデンスレベルが最も高いとされるRCTによる臨床試験でさえ、その研究デザインの特性を鑑みれば、導出されるエビデンスの限界が透けて見える。ケースコントロール研究や臨床報告研究など無作為化の操作が施せない研究デザインでは、さらにエビデンスの不確実性は増すだろう。

EBMは、医師の個人的な経験や知識に依拠してきたこれまでの医療を脱し、科学的エビデンスを意思決定の中心に置くことで、誰が治療にあたっていても一定の効果を期待できる医療の提供を目指してきた。しかしながら、医師が立脚する科学的エビデンスにも不確実性があり、絶対的なものではない。さらには前述のインタビュー調査からも明らかのように、患者は科学的エビデンスとは大きく異なる様々な根拠を基に、治療法を吟味し選択して

いる。必ずしも「科学的エビデンスがない治療≒効果がでない治療」とは考えないCAMユーザーにとって、西洋医学は数ある選択肢のひとつではない。

冒頭でも述べたように、エビデンスのみを過剰に強調する医師の姿勢は、CAMをめぐるコミュニケーションにおいて、時として医師—患者間の信頼関係を喪失させ、円滑なコミュニケーションを阻む要因となる。EBMは「不確実性の科学」と呼ばれる医学において、臨床現場での不確実性を減じ、医療方針を定める医師の負担軽減に貢献した。しかし、様々な事情をもって病に向き合う患者にとって、科学的根拠や有効性が唯一絶対な判断基準でないことも事実である。患者と真の信頼関係を築くには、医師が立脚するEBM的な認識論もまた価値依存的(value-laden)であるという前提を踏まえた上で、患者の多様な認識論に理解を示す必要がある。

謝辞

貴重な補完代替医療の経験を共有していただいた面接参加者のみなさま、また、データ収集にあたってご尽力いただいた青山学院大学の抱井尚子氏に感謝いたします。

【引用文献】

- [1]中山健夫. ヘルスコミュニケーションの課題と可能性: EBM・治療ガイドライン・患者参加の視点から. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌. 2010;1:34-42.
- [2]Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ.1996;312:71-2.
- [3]The SPELL.EBMについて-医療従事者のために-. <http://spell.umin.jp/EBM.htm> (閲覧日: 2012年10月10日)

- [4] Tasaki K, Maskarinec G, Shumay DM, Tatsumura Y, Kakai H. Communication between physicians and cancer patients about complementary and alternative medicine: Exploring patients' perspectives. *Psycho-Oncology*.2002; 11: 212-20.
- [5]日本補完代替医療学会. 補完代替医療とは?. <http://www.jcam-net.jp/info/what.html> (閲覧日: 2012年10月10日)
- [6]兵頭一之介. がんの補完代替医療. 日本補完代替医療学会誌. 2004;1:7-15.
- [7] Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States:Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *N Engl J Med*. 1993;328:246-52.
- [8] Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C. Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med*. 2002;10:84-93.
- [9] Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92: 42-7.
- [10] Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol*. 2000; 18: 2505-14.
- [11] Sparber A, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, Parks S et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum*. 2000; 27: 623-30.
- [12] Hyodo I, Amano N, Eguchi K, Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M, Nakano T, Takashima S. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol*.2005;23:2645-54.
- [13] Furnham A. & Vincent C. Reasons for using CAM. Kelner M., Wellman B., Pescosolido B. Saks M. eds. *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Routledge; 2003; 61-78.
- [14] Ernst E, Cassileth BR. How useful are unconventional cancer treatments. *European Journal of Cancer*.1999; 35: 1608-13.
- [15] Evans M, Shaw A, Thompson EA, Falk S, Turton P, Thompson T, Sharp D. Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients: information-seeking roles and types of evidence used. *BMC Complement Altern Med*. 2007;7:25.
- [16]田崎勝也. コミュニケーションを阻む医者と患者の認識論的信念の違いについて. 日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 シンポジウム「医療コミュニケーションとコミュニケーション学の対話」2012;Sep.7.
- [17] Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*. 2005;41:1710-4.
- [18] Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*. 1999;35:1581-6.
- [19] Walker LG, Ratcliffe MA, Dawson AA. Relaxation and hypnotherapy: long term effects on the survival of patients with lymphoma. *Psycho-Oncology*.2000;9:355-6.
- [20] Rubin DB. Estimating causal effects on treatments in randomized and non-randomized

studies. Journal of Educational Psychology. 1974;66:688-701.

[21] 医療教育情報センター . N B M (Narrative-based Medicine) —物語と対話による医療. <http://www.c-mei.jp/BackNum/015r.htm> (閲覧日: 2012年10月10日)

[A] 医療教育情報センター . EBM とは. <http://www.c-mei.jp/BackNum/001r.htm> (閲覧日: 2012年11月1日)

[B] 中山建夫. EBM の手法を用いた治療ガイドライン: 日本における取り組み・課題と展望. 日本補完代替医療学会誌. 2005; 8: 113-125.

[C] Richardson MA, Mâsse LC, Nanny K, Sanders

C. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary/alternative medicine. Support Care Cancer. 2004; 12: 797-804.

[D] Lerner IJ, Kennedy BJ. The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States. CA Cancer J Clin. 1992; 42: 181-191.

[E] Kim DY, Kim, BS, Lee KH, Lee MA, Hong YS, Shin SW, Lee SN. Discrepant views of Korean oncologists and cancer patients on complementary and alternative medicine. Cancer Res Treat. 2008; 40: 87-92.