

医師－患者関係において 工学モデルはなぜ問題となるのか？

村 岡 潔

〔抄 録〕

本稿は、医師－患者関係における3つのモデル、なかでも工学モデルの問題点について焦点をあて、医師－患者関係というミクロな医療環境での相互行為の意味を分析した研究ノートである。

まずH・プロディの「医師－患者関係」論を紹介し、次に、その牧師モデル、工学モデル、および契約モデルについて、プロディの意図を汲みつつ、筆者の視点を加味した3つのモデルについて記述した。

特に隆盛しつつある工学モデルが、科学的モデルであるがゆえに患者の人間性から乖離するという問題点をはらんでいる点を指摘した。また、近代医学における倫理の戦略が、医師－患者関係の類型を分析し牧師モデルや工学モデルを発見し、それを契約モデルという理想型に近づけることである点をも強調した。

ついで、3つの事例をとりあげて、医師－患者関係のモデル分析をおこなうケース・スタディのパターンを簡単に紹介した。

最後に、医師－患者関係の3つのモデル、特に、工学モデルの変更対象とされる契約モデルのもつアポリアについて考察し、たとえ契約モデルにおいても、医師－患者関係の非対象性が温存されてしまうことを指摘した。

キーワード 医師－患者関係、牧師モデル、工学モデル、契約モデル、医療倫理

はじめに～医師－患者関係とは

本稿は、医師－患者関係における工学モデルの問題点について焦点をあてて、医師－患者関係というミクロな医療環境での相互行為（相互作用）を分析した研究ノートである。

特に筆者が題材として取上げるのが、医師であり医療倫理学者でもあるH・プロディの「医師－患者関係」論⁽¹⁾である。

医師－患者関係において工学モデルはなぜ問題となるのか？（村岡 潔）

近代医学の病院や診療所では、病気やケガに苦しむ病人が医師と出会い、それによって臨床というミクロな医療環境の場が生まれる。医療の実践は、この病人としての人と医師としての人の遭遇から始まる。この医師との出会いによって、病人は、改めて患者として位置づけられ、両者の間に展開される〈医師－患者関係〉とよばれる人間関係が生じる。⁽²⁾この関係は、近代医学における最も基本的で重要な人間関係である。その人間関係がうまく行くかどうかは、診療過程に大きな影響を与えることになる。

1. 工学モデルと牧師モデル

ここでは、医療倫理の分野で、そのための医師－患者間のコミュニケーションをいかに行なわれるべきかについての（特に北米由来の）医療倫理の戦略を俎上に上げてみよう。

そのために医療倫理学者の R・ヴィーチは 1972 年に医師－患者関係を 4 つのモデルで類型化した⁽³⁾が、プロディはそのうちの 3 つを採用して医師－患者関係論を展開している。彼は、まず工学（**engineering model**）モデルと牧師モデル（**priestly model**）を次のように紹介する⁽⁴⁾。

「Veatch の「工学モデル」では、医師は科学者として行動する。つまり事実のみを取り扱うべきで、「純粹」であるために価値の問題には関わるべきではないと信じている科学者として行動する。医師の役割は、すべての事実を患者に提供し、患者に決心させ、その願いを達成することにある。精神的には、医師は下水管の掃除を頼まれた水道屋と同じである。自分では中絶は殺人だと思っているローマ・カトリックの医師も、このモデルによれば「応用科学者」としての役割に従って、患者の要求によって中絶を行なうことになる。」

すなわち、このモデルでは、医師は、科学者、技術者、さらには修理工であり、患者は自己の心身の修理を医師に依頼するクライアントという関係になる。また、「すべての事実」を患者に情報開示し、患者に自己決定させるという特徴があり、かつ、自分の道徳観と合わない依頼でも、「応用科学者」あるいは修理工として「中絶」でも請け負う性格がある。

また、牧師モデルについては、次のようになる。

「牧師モデル」では、医師は露骨に保護者の役目をする。病気になったということでは何がしかの「罪」を背負っているといてもいい患者が治療を、相談を、安らぎを求めてやってくる。決定権は医師の手中にあり、医師の指示に従わない患者は、病気に加えて大きな「罪」を犯すことになる。Veatch によれば、このモデルの主たる特徴は「……として言

わせてもらえば」症候群である。「あなたの医師としていわせてもらえば、あなたは断種手術をうける絶好の機会だと思う」。この場合の決定は倫理決定ではあっても、医学決定ではない。しかし牧師的医師は、医学博士の学位のおかげで両方の資格を持っていると見なされている。」

牧師モデルの特徴は、パターナリズムということ集約されることがしばしばである。医師は、親（保護者）のように振る舞い、患者は、その親に保護される子供のように振る舞うからである。これは旧来からの医師－患者関係の様式である。医師が診断や治療方針の決定権をもち、患者は、専ら医師に治療を「おまかせ」するスタイルを採る。

2. 理想としての契約モデル

次に、プロデイは、工学モデルにも牧師モデルにもある問題点を中和させるような理想形態としての「契約モデル (contractual model)」を紹介する⁽⁵⁾。

「契約モデルでは、医師－患者間の契約は両者の一般的な義務と利益について法律とは違った形で述べるものである。この契約では意志決定の責任は双方にある。重要な決定をする時はいつでも患者が自分の生命をコントロールすべきであることを医師は認める。しかしいったんその重い価値をもった重要な場面を処理したら、患者は自分が同意している大きな目標の達成に必要な技術的決定については、それを行なうのに必要な技倆を医師がもっていることを承認する。患者はその医師が自分の意志を無視して大事な行動をとることはないと思っている。しかし、細かい技術的なことを全部相談されるとは思っていない。医師は、また、もし患者の要求を実行することが医師自身の道徳的価値観から見てどうにも我慢ならない行為をせざるをえなくなるようであるなら、契約に入らない、あるいは契約を打ち切る権利をもっている。」

プロデイは、ここで言う契約とは医師－患者間で契約書をとる交わすべきだとは言っていないことを強調する。昨今の日本では、後述するように工学モデルが盛んになっているが、その場合、検査承諾書、手術承諾書、輸血承諾書等々、頻りに契約書が交わされている。中には、契約書どおりに患者が薬を飲まないからといって非難されるケースまである。プロデイは、こういう日本のようなスタイルは「契約モデル」の本質から外れていることを指摘しているのである。

ここで言う「契約」とは、そうではなくて、「言葉には表されていないが、医師－患者双方が当然と考えるか、当然と考えなくてはならないお互いの期待」を指示している。また、医

医師－患者関係において工学モデルはなぜ問題となるのか？（村岡 潔）

医師－患者関係における契約モデルでは、商取引と同様、前提条件として医師－患者双方が結びついている社会的、倫理的、法的義務があることを仮定している。契約モデルは、医師－患者関係のモデルの多くが現実には牧師モデルや工学モデルであることを考えると遭遇するのがなかなか難しい理想のモデルである。しかし、プロデイは、医師－患者の双方が少なくともこのモデルを目標として努力するなら、その結果生まれる医師－患者関係は倫理的行動をとりやすい雰囲気のものとなり、長期的にみて患者の満足度も増加すると期待している⁽⁶⁾。

3. 3つのモデルの補遺とまとめ

これまでプロデイに従って3つの医師－患者関係モデルを紹介したが、彼の記述は、事例をはさんで分散的に行なわれているので、モデルの骨格が明示的に定義されているわけではない。そこがわかりにくい点もあるので次に3つの医師－患者関係モデルを、日本の状況を踏まえた筆者の視点を加味しつつまとめておきたい⁽⁷⁾。

(A) 牧師モデル（パターナリズム）：

このモデルでは、先述の通り、医師（ないしは医療者）は親（保護者）として、患者は親に保護される子供のように振る舞うし、医師が診断や治療方針の決定権をもつため、患者は、専ら医療者の提示する治療に「おまかせ」というスタイルを採る。少なくともこのモデルの患者は医療者－患者関係ではそうするものと思込んでいる。このモデルでは社会を様々なポイントから分析しているような社会学者、弁護士、ジャーナリストのような職業の人でもひとたび患者になると、医師の提示する診断や治療法に対して分析的にならないでそのまま受け止めてしまうことが少なくない。

また医師が治療方針を決定していることや患者を医学の専門的知識が乏しいとして「子ども」扱いしていることもあり、医師からの情報開示はないか乏しいもので、治療の選択肢が示されることもない。時に「患者のため」には事実と異なる情報提示が、「嘘も方便」としても正当化されている。例えば、気の弱い患者のためとして、病名告知やがん告知を避けてしまうような場合がそうである。現在は、胃潰瘍も薬物療法で治癒するようになったが、かつては手術療法も多かったため、胃がん患者に「胃潰瘍」と言って胃切除をおこなっていたが、この医師－患者関係は、牧師モデルの好例である。

このモデルは、パターナリズム（保護主義、家父長主義、温情主義など）として人口に膾炙されているが、近年の医療倫理では次の点で問題視されている。それが、医療倫理の4原則⁽⁸⁾の一つである「自律性の尊重」に抵触するからである。言い換えれば、患者は、自己の治療に対して、内科的に薬物療法でやるのか、経過観察するのか、あるいは外科的に手術するのか、放射線療法するのか、代替医療としての伝統医療（例えば漢方、鍼灸など）に掛かるの

か、さらには、それらを組み合わせるのか、その組み合わせではどれとどれを組み合わせたらよいのか、など、様々な選択肢が与えられるべき状況にある。その選択しだいで自分の未来が大きく分かれることもある。

従って、近代人としての患者は、自分の将来を自己決定できる立場になければならない。然るに、牧師モデルでは、それが一方的に医師によって決定され、患者が自己決定することが出来なくなる。そこが問題視されているのであり、どんなモデルでも治ればよいというようなことではないのである。

たとえば、医師が、1) 癌の患者本人に癌と伝えずに別の病名の下に抗がん剤治療を進める場合、2) 患者に、処方した薬の名前・効能・副作用を説明せず、患者がそれらを尋ねてもいやな顔をして教えない場合（あるいは患者もそれを知ろうともしない場合）、3) 検査・手術の目的や利益と危険性について説明せず（患者も知ろうとせずに）それらが実施される場合などは典型的な牧師モデルのパターンである。

わが国では、検査や手術の前に、患者から「その結果何が起ころうとも異義を申し立てません」といった承諾書をとる場合がかつて多かったが、これも牧師モデルである。検査や手術の結果が予定通りに行かなかった場合、患者側には、その理由・今後の対策や経過・予後などについての医療情報を可及的速やかに知る必要や権利があり、当然、医師にはそれに答える義務が生ずるのである。

なお救急医療の緊急時や意識障害患者のように本人が必要な意思表示ができない場合には、緊急避難的に牧師モデルが採用されるが、後で、意思疎通が可能になったなら、医師が患者に経過の説明や情報開示を行なうことで牧師モデルを越えることが可能になる。

また、このモデルは、サズとホルンダーの医師－患者関係モデル分類では、第一の「能動－受動 (Activity-passivity)」に相当する⁽⁹⁾。

牧師モデルは、旧来からの様式で、おそらく北米や西欧の地域を除いた、地球上の大部分で未だに採用されている医師－患者関係のモデルであろう。ただし、このモデルには、後半で問題にする工学モデルと違って、温情主義的な人間関係の暖かさは保たれていることが少なくない。日本では、比較的、年輩の開業医層に多く見られるモデルである。

(B) 工学モデル：

このモデルでは、先述のように、医師は、科学者であり技術者であり修理工である。一方、患者は（故障した）自己の心身の修理を依頼する人である。特に昨今、日本では、大学附属医院や中心的な市中病院に見られるパターンである。こういった医療環境では、研究機関も多く、患者は研究対象として位置づけられやすい。また従事する医師の数も比較的多数なので、医師－患者関係における医師の側が常に流動的に入れ替わるので、牧師モデルのような固定的な関係は生じにくい。

工学モデルの医師は科学者と自認しているため、患者は、その生物学的な（正確には、生命の物理化学としてみた）身体のみが扱う対象となる。このため現代医療は、生物医学(Biomedicine)ともよばれている。しかも身体は細分化された部品（臓器・器官）あるいはモノ（客観的对象）として対処される。病気とは、言わば部品の故障と考えられ、治療とはその部品の修理・交換に他ならない（すなわち、これが人間機械論）。また、方法は、分析的要素還元主義的で、個人差や特殊性よりも人類にとっての共通性・普遍性・一般性が追求される。研究者・治療者の態度としては、クールな冷静さが要求される。

このように、工学モデルの医師は、もっぱら人間機械論の立場にあるために、その治療方法は、旅客機にたとえるならかつてのような有視界飛行ではなく、計器飛行のやり方によく似ている。医療情報は、個々の臓器や組織（機械部品）に関する検査データが中心である。患者が今どんな感情を抱いているか、どのように苦しんでいるか、あるいは、どんな社会的経済的文化的な問題を身近に抱えているかなどの点には関心がなく、それらは、医療情報には採用されない（無論、看護スタッフにとっては重要な看護情報になりうるが）。

そのため、医師本位の情報開示が医学の言葉で行なわれ、科学的データに対応した診断や治療法が最優先される。このモデルは、牧師モデルと違って、医師が病気に関する情報を患者側に伝える点は評価できる。しかし、そのやり方が医師本位のため、情報の内容も患者が自己決定のために知りたい内容とは限らず、「科学的データ」に基づいて可能性のある診断や治療法やそれぞれに対する利点や危険性が教科書的にリスト・アップされる場合すらある。

重症・難病の患者や家族に、病名・予後・手術法・手術の死亡率などを伝えるはするが、患者側の心理状態に構わず事務的形式的になりがち、患者や家族がおかれる状況には関心がなく後のケアも考えていない場合がある。

また医師は（医療訴訟などに対する保身も考えて）（自分たちは慣れているが）患者や家族が理解できない専門用語を織り交ぜつつ、すべての可能性・危険性をあげておく場合もある。こうした説明の結果、患者が治療を依頼すれば、医師は、治療能力を持った技術者としてその治療を請け負うことになる。それが、修理工が壊れた機械の修理を頼まれて引き受けるような態度に似ていることから、工学モデルと呼ばれるのである。

工学モデルでは、確かに医師から情報提供があり、患者は、形式上は、自己責任で決定する「自己決定」の形式を踏んでいる。だが、その選択肢の範囲は、治療の専門家としての医師の希望に沿って指導され、誘導されたものとなっている可能性も少なくない。

この工学モデルの最大の特徴の一つは、医師が医学的知識を全くの真として信奉し、かつ、その実現が最善と見なす傾向が見て取れることである。次の契約モデルでは、医師は援助者モデルを採るのでそこまでは考えない。例えば、患者が抗がん剤の副作用で苦しくてたまらなると訴えても、抗がん剤治療を続けがん細胞を殲滅することに血道をあげるといった事例などはまさにこのモデルの好例である。

現在、このモデルは北米の科学的医学・機械化医療の中では主流であろうし、日本でも聴診や触診から得られる身体所見より、医師も患者も CT や MRI などの画像診断や生化学検査などの数値化された生化学データのほうを重視する医療が一般化する中で増大しつつある。

工学モデルの例としては、医師が検査結果の数値上、高血糖や高血圧や高脂血症の定義に当てはまると見なせれば、食事療法・運動療法をきちんとせずですぐ薬物療法を開始したり、また、患者の状況をかえり見ず相手が高齢でも構わず好きな食事を制限したり飲酒を禁じたりする場合がある⁽¹⁰⁾。また、患者が信仰を理由に輸血を拒否する時、医師が「それでは手術ができない」といって治療を中止するなら、工学モデルで対応したことになる。逆に、輸血はしないと患者を納得させ、手術中に輸血するなら牧師モデルで対応したことになる。

工学モデルにぴったり対応するサズとホルランダの医師-患者関係モデルはなさそうだが、その第2の「指導-協力 (Guidance-cooperation) モデル」とは重なる部分があると言えよう⁽¹¹⁾。

(C) 契約モデル：

契約モデルは、牧師モデルと工学モデルの両方の長所を生かし短所を除いた理想的な医療者-患者関係のモデルとして位置づけられている。ちなみに、これらの3つモデルは、一人の医師、あるいは患者において固定されたものではない。一人の医師が、様々な医師-患者関係を構成するが、その場合、モデルも可変的であり、一貫して牧師モデルや工学モデルをとるというわけではない。

このモデルでは医師は援助者として振る舞い、患者は自律者として規定されている。プロデイが詳しく述べていたように、両者は、相互の信頼の上に契約的な医師-患者関係を成立させており、治療に関する患者の選択・決定が保証されていることになっている。そして、双方がインフォームド・コンセントに代表されるような患者の自己決定権を中心に、医療における「義務と利益」および「意思決定の責任」を共有する形をとっている。

そして、患者の自己決定権を保証するために、患者本位の情報開示が重視されており、両者が時間をかけて交渉し接点を求めつつ、患者にとって何が必要な情報で何が最良の選択なのかを探り合っていく相互参加の医療を目標にしている。

契約モデルを実現するための装置としては次のようなシステムが用意されている。

【a】 インフォームド・コンセント：

これは、患者が、その病気の診断や治療に関して、医師や他の医療者の説明、さらには可能な限り、病院内や一般の図書館の書物・ビデオ等の閲覧、インターネットなどによって意思決定に必要な十分な情報を得て状況を熟知した上で、医師の提案する医療（診断・検査・治療）に同意したりそれを拒んだりすることが保証されるシステムをいう。

ちなみに“**informed**”とは「情報を与えられた」という意味ではなく「熟知している、よくわかっている」という形容詞であり、「インフォームド・コンセント」は「熟知同意」と訳すとよくわかる。日本の工学モデルでは、「医師が説明し患者が同意する」ことを「インフォームド・コンセント」と呼ぶ傾向が強いが、契約モデルにおけるインフォームド・コンセントは徹頭徹尾、患者の行なう行為を指している。

【b】セカンド・オピニオン（第2の意見）：

担当の医師とは利害関係のない立場にある別の医師に同じ病気の問題について相談し、より多様な選択肢や医療情報を得ることを指す。輸血拒否や治療拒否によって生じる医学的な結果についても知ることも含まれる。日本でもこの言葉は広く知られるようになってきたが、医師が同じ病院や関連病院の医師をセカンド・オピニオンの対象として紹介する場合も少なくない。それでは利害関係ありということで工学モデルになってしまう。

【c】翻意権：

患者は、いつ如何なる理由でも、先の決定をくつがえし別の選択（意思決定）をすることができることをいう。こういう事態の発生は望ましいわけではないが、医師－患者関係が上手くいっていない場合（特に工学モデルで）、契約モデルにするための示威手段である。

契約モデルで提供されるべき情報は、①医療者の専門的な業務遂行に十分な情報（例えば、手術や服薬の目的）と②患者の理性的な選択に必要な情報（例えば、手術の侵襲や危険性、あるいは薬の副作用）だけでは不十分で、③（「愚行の権利」とも言われる）患者の非理性的な選択に必要な情報（例えば、治療を拒否した場合、結果はどうなるのか）も提示することが必要である。①と②だけでは、工学モデルに留まってしまう。

契約モデルには、サズとホルンダーの医師－患者関係モデルの第3の「相互参加（**Mutual participation**）モデル」が一応、符合していると言えよう⁽¹²⁾。このモデルは、一方で平等への理念的・心理的要請の産物という医療外の要因に負う点があるが、症状診断と治療計画の遂行に果たす患者の役割が大きいという医療に内在的な現実上の基盤に支えられている。ここでの医師－患者関係は、知性・学歴・体験において平等な成人同士という関係が想定されている。

以上、近代西洋医学における医師－患者関係の3つのモデルを比較対照してきた。20世紀後半以降の近代医学における医療倫理の戦略は、医師－患者関係を、牧師モデルや工学モデルから契約モデルへと導き、臨床の医療環境で患者の自律（自己決定）を実現することが一般に目標とされてきている。しかし、この戦略実現へのプロセスは、個々の医師－患者関係において紆余曲折があつて、さほど簡単ではないだろう。

しかし、牧師モデルないしはパターナリズムの医師－患者関係の問題点がかなりの程度浮き

彫りにされてきた今、急務の課題となっているのは、契約モデルという理想と対比させることによって明示化されるはずの工学モデルの問題点の分析なのである。そのためには、個々の医師－患者関係の事例のモデル分析の手法が重要に成るであろう。

4. モデル分析のためのケース・スタディ

ここでは、工学モデルが関係するケースを一瞥してみよう。

【Case 1】 動揺する患者に検査結果をどう伝えるか？⁽¹³⁾

①入院中の男性患者 S 氏が頸部リンパ節の生検（バイオプシー）を受け、担当医のあなたはその病理の報告を待っている。②患者は検査のことで動揺し「もし生検で癌だとわかったら死んでしまいたい。また、もし 結果が異常なしと言われても、それは私を心配させないための嘘だと思う」と述べている。③生検の結果は悪性リンパ腫⁽¹⁴⁾と出た。④この病気は一般に化学療法によく反応するが、治療してみないと結果はわからない。⑤あなたは、患者に何と伝えるか？

...

分析：このケースで結果どおりの病名を告げないとすれば、牧師モデルを採択し、結果どおりの病名を告げるとすれば、工学モデルか契約モデルで行くことを選択したことになる。牧師モデルを選択すると、その後もバレルまでずっと嘘をつき通さなくてはならなくなる。

このケースでは、担当医が研修医であったため、ベテランの精神科医に面談してもらい、真実告知をしても大丈夫という判断の下にがん告知を行なっている。それは患者の発言に対する配慮や心配からだったが、それが功を奏し、結局、このケースは上手く収まった。

患者は、検査結果が心配の余り、夜も眠れない状態が続いて、あのような医師をジレンマに陥らせるような発言をしていたのである。患者は、悪い結果だったが、真実を告げられてほっとし、その晩は熟睡できたと述べている。このケースでは、こうした医師の側のこうした配慮がなければ、工学モデルとなり、医師は、相手の気持ちも気にせず単に病名を告げることになり、望ましくない結果になった可能性もある。

【Case 2】 Kさんの相談 A, B どちらの病院で手術を受けたらよいか？⁽¹⁵⁾

私は 35 歳で女性です。生理のとき、出血と腹痛がひどいので、A 病院の婦人科を受診したら子宮筋腫（15 cm×15 cm）と診断されました。私は将来結婚して子どもを産みたいという希望もっているので、まずは独身であることをドクターに伝えました。すると、いきなり「なんだ、独身か」と吐き捨てるようにいわれたのです。私はその言葉にとっても傷ついたのですが、ドクターはそんなことはまったく気にしないようです。「いまのままで手術すると、子宮は全部摘出することになる。スプレキュアという鼻から吹きかけるホルモン剤で 3 ヶ月治

療をして、筋腫を 30～40% 小さくしてから手術をするから」と一方的に治療方針をいいわたされました。

私はなんだか叱られているような気分になって、そのときは質問すら浮かびませんでした。そのドクターは 40 代後半で、手術がうまいと評判はいいのですが、そのまま治療を受ける気持ちにはなれませんでした。

そこで、思い切って別の B 病院を受診してみたのです。B 病院では若いドクターが診察してくれて私が独身で結婚や出産を希望していることを確認したうえで、「じゃあ、今後のために子宮は残しておきたいですね」と、理解を示してくれました。なにを話してもとても共感的に対応してくださるし、話しやすい雰囲気のできたので、私は疑問に思うことをいろいろと質問することもできました。そして、治療方針として示されたのは、A 病院と同じく「スプレキュアで小さくしてから手術」だったのです。ただ、B 病院のドクターは話しやすいものの、「若いから手術経験は浅いんじゃないかしら・・・」とふと不安になりました。すると、そのドクターは私の不安を感じとったのか、「手術となれば、もちろん私も手術室に入って介助しますが、執刀は部長が担当するから安心してください」とドクターのほうからいってくれました。

結局、A 病院と B 病院とでは治療方針に対する意見は同じだったのですが、二人のドクターから受けた私の印象はまったく正反対でした。ただ、B 病院は自宅から遠くて、たいへん混んでいて待ち時間が長いので、通院するにはたいへんです。でも、A 病院のドクターの前だと萎縮してしまいそうで、これから先、人間関係を築いていく自信がありません。どちらの病院にかかれればいいのでしょうか。

...

分析：A 病院の医師は、病名を告げている点や患者の心理に理解がない点で工学モデルの要素はあるものの、医師が治療法を決定していることから牧師モデルと言える。一方、B 病院の医師は、治療法の提示は同じであったが、患者への様々な配慮がなされ、患者側も医師に好感を抱いている点からは、一応、契約モデルと考えてよいであろう。

【Case 3】 B さんの相談 手術の四日前、いきなり「がん」といわれた父⁽¹⁶⁾

私の父（70 歳）B は、体調を崩して入院した病院の内科で、腎臓がんと診断されました。ドクターから「がんが転移している可能性もあり、放射線療法や抗がん剤による治療は期待できないので、とりえず手術でできるかぎり、がんを取り除いてはどうでしょう」とすすめられました。私は「父には希望をもたせたいので、どうか病名は伏せたまま手術をしてください」と頼みました。

父はまもなく外科に移り、手術の準備が始まりました。そして、手術の四日前、私といっしょに外科の担当医から術前の説明を受けることになったのです。

患者本人である父が同席しての説明でしたから、私ははっきり当たりさわりのない簡単な説明を受けるものと思ひ込んでいました。ところが、ドクターは開口一番、「あなたは腎臓がんです。検査結果では、転移や癒着をしている可能性もありますし、手術でお腹を開けたときに思いのほかがんが広がっていれば、なにもせずに閉じることもあります」と一気に説明しました。

事前に何の確認もなく、ほんとうの病状を説明しはじめたドクターを制することもできず、私は動転しました。横に座って説明を受けている父を見ると、みるみる顔色が変わっていきます。結局、父はもちろん、私も何の質問もできないまま説明は終わってしまいました。

手術の直前になって、いきなり父にあんな一方的な説明をするなんて、ひどいと思います。病名は伏せてほしいと頼んであったのに、内科から外科に連絡はされないものなののでしょうか。そんなにがんが進行しているのなら、いっそのこと手術を拒否したほうがいいのでしょうか。

...

分析：内科医は情報開示している点、工学モデル以上であるが、患者の家族(私)の希望に対する対応や外科医への情報伝達不足の疑いからは契約モデルとは言えない。一方、家族(私)は、情報開示を望まないのが牧師モデル的である。また、外科医は、情報開示の仕方が唐突であり、患者や家族への配慮が欠けているので典型的な工学モデルである。

このように具体的なケース・スタディの場面で、医師-患者関係のモデル分析を行なうことによって、牧師モデルや工学モデルを契約モデルに近づけるといふ戦略が具体化されることになる。またこの過程で、牧師モデルや工学モデルの改良点を明示することが可能になる。

5. 医師-患者関係モデル、特に契約モデルのアポリア⁽¹⁷⁾

本稿の最後に、医師-患者関係のアポリア(論理的難問)について垣間見ておきたい。

牧師モデルは、20世紀初頭以降、1970年代の米国のバイオエシックス誕生まで米国では、医療専門職が制度的に確立していく過程では、「近代医学の医師だけが医療の行為者で患者はただ治療を受ける者」という医師-患者関係の古典的「理想像」としての地位を確保していたように思われる。そこでは患者のコンプライアンス(医師の指示に対する患者の従順さ)のよさが医師-患者関係の前提条件であったと言えよう。だがこのことはあまり指摘されたことがなく、今後の検討課題となろう。

また、工学モデルの発達は、今世紀中頃からの生物医学・機械化医療の推進と軌を一にしている。ここでは患者の疾患という事実だけが医療の対象であり、医師の関心は個性ある人間としての患者にはない。つまり、患者が治療に従うか否か、従わないのはなぜかといった患者側の心理的あるいは文化社会的側面は等閑視されてきたのである。しかし、近年の日本のように

工学モデルが隆盛を極めつつある今、それが今後、患者の人間性にとってどのような変容を迫るのかを明らかにする必要が生じている。単に契約モデルを対峙させるだけではその影響力の姿は目に見えてこないのである。

最後に、契約モデルだが、これは言うまでもなく 1970 年代の米国の公民権運動に同期した医療における人権思想の高まりから生まれた医師－患者関係の理念型に他ならない。これは牧師モデルのような医師の権威の絶対化は戒めつつも、工学モデルにおいて軽視された患者のコンプライアンスに対し、再び医師側の関心を高めようとする志向性をもつ。インフォームド・コンセントという装置を中心に据えることで、患者は牧師モデルの時より自己の疾患に関する情報を多くもてるように（あるいはもたされるように）なり、理論上は医師の判断に盲従せずすむことになった。その前提で患者が治療に同意するのなら、患者の協力は工学モデルよりも得やすいと推定されよう。

ただし、忘れてはならないのは、コンプライアンスやインフォームド・コンセントという概念は、それでもなお「医師＝行為者」かつ「患者＝被行為者」という非対象の関係性を一定程度、温存している。つまり、契約モデルは医師－患者関係の相対的な良し悪しの規範にはなるものの、直接、医療内容や医療思想を問う機能は、他のモデル同様、あっても、ほんのわずかしか持ち合わせていないと言えるのである。

〔注〕

- (1) H・プロディ（館野之男・榎本勝之）『医の倫理』（第二版）東京大学出版会、1985年、35-53頁。
- (2) 近年では、医師を含め、チームで医療を行なうという認識から、医師－患者関係は、医療者－患者関係あるいは患者－医療者関係などと呼ばれることが多くなっている。しかし、本稿では、こうした医療者（あるいは従医療事者）という専門職を「医師」代表させておくことにする。しかし、「医師」には、つねに看護師や他のコ・メディカルスタッフも含意させているわけではない。
- (3) Veatch, R. M.: *Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Center Report 2 (June 1972): pp. 5-7.* ヴィーチが類型化したのは、牧師モデル、工学モデル、契約モデル、同僚モデルの4類型である。プロディが採用したのは前3者である。
- (4) H・プロディ、前掲書(1)、35-36頁。
- (5) H・プロディ、前掲書(1)、36-39頁。
- (6) H・プロディ、前掲書(1)、37-38頁。
- (7) 村岡潔：「現代医療の倫理」『看護学入門5巻』（共著）メヂカルフレンド社、200年、pp. 38-44。
- (8) 4つの倫理（道徳）原則とは下記に示すものである。
 - ①自律性の尊重：プライバシー、自発性、自由な選択とその責任の受け入れ等。
 - ②善行原理：他人に善をなすこと。医療行為はそれ自体、善とみなされる。
 - ③不危害原理：危害・悪事をしない；その予防；その除去。互いに干渉しないこと。
 - ④公正・正義：利益・サービス・情報の平等な受益、公平な医療資源の配分等。同一治療。詳細は、R・フェイドンとT・ビーチャム『インフォームド・コンセント』（酒井忠昭・秦洋一訳）、みすず書房、1994年、pp. 3-20；及び、G・E・ベンス『医療倫理』（第1,2巻）（宮坂道夫・長岡成夫訳）、みすず書房、2001年、pp. 1-38、を参照されたし。
- (9) 進藤雄三『医療の社会学』世界思想社、1990年、124-125頁。この能動－受動モデルでは、患者

は重篤状態に置かれ、心理学的な意味で相互作用を行なう能力を持たない。医師のみが能動的に関与し患者はこの関与を受け入れるだけである。救急医療がこの関係を典型的に示すものであり、現代医療技術（麻酔・手術・抗生物質投与）や精神分析手法（催眠療法）などもこのモデルを前提としている。ここでの医師－患者関係は親と幼児との関係に模倣することができるとする。

- (10) **EBM**（根拠に基づいた医療）が進められる中で、米国内科医師会が高脂血症に関して次のような指針を発表している。それによると心筋梗塞などの虚血性心疾患の危険因子（喫煙、高血圧、糖尿病等）や家族性高脂血症（遺伝的な病気）の家系がない場合、若年男性（35歳未満）・若年女性（45歳未満）のコレステロール検査は不必要。65歳から75歳までの男女に関しては、虚血性心疾患の一次予防のためコレステロール検査をする必要があるかどうかは科学的根拠がないため決定できない。さらに、75歳以上の男女のコレステロール検査は不必要とされている [佐藤純一「人間ドック」、佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社、1998年、19-21頁]。したがって高齢者に対して一律にコレステロール検査を行ったり、好物のてんぷらを食べてはいけないなどと指示するのは **EBM** の立場からは エビデンス（根拠）がないということになる。
- (11) 進藤雄三，前掲書(9)，125頁。指導－協力モデルには、大半の医療行為が依拠しているとする。患者には意識があり、医師と協力する明白な動機がある。このモデルは、医療技術・知識において医師の優位性を認める点で、「能動－受動」モデルと類似しているが、患者の能動的参与を不可欠の要素とする点に特徴がある。この医師－患者関係は、親と思春期の子どもに相当し、指導に対する服従と言う形での協力がモデルの原型になるとする。
- (12) 進藤雄三，前掲書(9)，125-126頁。
- (13) H・プロディ，前掲書(1)，46頁，例題7を筆者が改編。
- (14) 悪性リンパ腫：免疫担当細胞の悪性腫瘍の総称。このケースは、そのうちのホジキン病に相当し、横隔膜の上下に病変がある3期で、ある内科書では5年生存率は欧米で71%である。治療は化学療法（抗ガン剤・副腎皮質ホルモン）、放射線療法など。各療法の完全寛解率は60～90%で一般に治療に反応しやすい疾患である。
- (15) ささえあい医療人権センター COML『患者白書』日本評論社，2004年，99-101頁。
- (16) ささえあい医療人権センター COML，前掲書(15)，112-114頁。
- (17) 村岡潔，「医者－患者関係」，医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版，1992年，82-85頁。

(むらおか きよし 社会福祉学科)
2006年10月19日受理

医師－患者関係において工学モデルはなぜ問題となるのか？（村岡 潔）