

〔論 説〕

医療契約法の再構築 (6)

北 山 修 悟

はじめに

序 章 課題と方法論の提示

第1節 残されている課題の確認

第2節 1つの事例から学ぶ——新しいリハビリテーション医学

第1章 エビデンス・ベイスト・メディスン (EBM)

第1節 EBM とは何か

第2節 EBM に対する日本の医学界内での評価

第3節 EBM に基づく診療ガイドライン (以上第67号)

第2章 ナラティブ・ベイスト・メディスン (NBM)

第1節 NBM の登場

第2節 NBM とは何か

第3節 EBM と NBM の統合 (以上第70号)

第3章 EBM・NBM と医師－患者関係

第1節 医療行為のプロセス

1. 医療面接

2. 身体診察と検査

3. 診断の確定の過程 (以上第72号)

4. 治療方法の決定過程 (以上第75号)

第2節 医療行為の目的——キュアとケア

1. 疾患のキュアと患者のケア

2. 「病苦」の軽減としてのケア (以上第76号)

医療契約法の再構築 (6)

第3節 EBM・NBMに基づいた医師と患者の協働

1. EBMとNBMの統合・再説

(1) EBMと診療ガイドラインの功罪

(2) EBMのNBMへの組込み

① EBMとNBMの交錯点

② NEBMの具体的な方法論

(3) NBMに残されている課題

① 社会構成主義という理論的基盤

② 意思決定のあり方

2. 共有意思決定 (Shared Decision-Making) について

(1) 患者の意思決定の支援の実践

① 意思決定支援の必要性

② 意思決定支援の実践例

(2) 共有意思決定 (SDM) の特徴とその課題

① 共有意思決定 (SDM) の基本概念

② その法的検討

③ 医療実践内在的な検討

④ 議論における「患者の不在」 (以上本号)

3. インフォームド・コンセント論の再検討

4. 関係中心の医療 (Relationship-Centered Medicine)

第4章 新しい医療契約法の理念と構造

おわりに

第3章 EBM・NBMと医師－患者関係

第3節 EBM・NBMに基づいた医師と患者の協働

1. EBMとNBMの統合・再説

(1) EBMと診療ガイドラインの功罪

EBMが登場する前には、生理学や生化学、病理学といったものが、臨床での判断に重要な位置を占めていた。こうした実験室での研究結果が、臨床上の判断の根拠として最も説得力のあるものと認識されていた。しかし、実験室での結果が実際の人間の体で実際に起こっていることをそのま

ま表すわけではないことは臨床家にとっては明らかであり、実験室レベルで起こる現象と現実の臨床の場で起こることとのギャップの存在が問題であった。そのギャップを埋めるべく、さらに遺伝子の解析や分子生物学の研究も進められてきた。しかし、こうしたミクロの視点からすべてを解明しようとしても限界があることは明らかであり、これらミクロ的手法・実験室的手法とは別に、実際の臨床経験の結果からデータを蓄積し、そうしたマクロ的・臨床試験的手法により明らかとなった事実を、臨床の場において活用しようとする EBM の手法が、1990 年代初めに登場した。同時に、EBM は、個々の医師が蓄積した経験や勘といったものではなく、厳密に統計学的手法を用いた多数の臨床試験データ分析の結果を、臨床で最優先される「根拠」として取り扱おうとするものでもあった（市山 2014:127-128）。

しかし、わが国においては、EBM の手法は、その導入当初に期待されたほどには理解や普及が進んでいない。すなわち、EBM の実践においては、5つのステップが設定されており、それは、①患者の問題の定式化、②情報の収集、③得られた情報の批判的吟味、④情報の患者への適用、⑤これまでのステップの評価、の5つである。このうちのステップ②は、インターネットによる情報検索の容易化により、現在では比較的手軽に行えるようになっている。しかし、ステップ③においては、相当程度の（疫学的）統計学の知識が必要とされるため、それを日常の臨床の場で実践できるようになるためには、それなりの学習と訓練が必要である。

また、EBM における1つの大きな問題として、そのステップ②とステップ③のみが、EBM であるかのようにしばしば誤解されているということがある。EBM の実践のためには、患者から十分に話を聴き、いったい何が問題であるのかを判断するステップ①と、得られたエビデンス情報について、患者と対話をしながら検査や治療の方針についての合意を得るといふ、ステップ④が非常に重要である。EBM とは、エビデンスを利用して、目の前の患者に最も質の高い医療を提供するための方法論のことであり、「目の前の患者に」というところが大切なのであるが、この点について誤解している医師が多い。EBM とは、誰にでも当てはまる一般的な正解を提供するものだという誤解である（斎藤 2011:25）。その結果、ほとんどの医師は、まず先に調べやすいところからエビデンスを調べて、それを患者に当てはめようとするが、EBM の正しい進め方はその反対であり、あ

くまでも目の前の患者からスタートするのである。しかし、それが実行されることは少ないのが現実である (斎藤 2011:162)。

そして、本来の EBM の臨床的実践の代わりに急速に普及したのが、各種の「診療ガイドライン」である。試みにインターネットで特定の疾患名で検索してみると、たちどころにその疾患に関する診療ガイドラインが見つかる。そして、日本において、EBM についての理解を最も混乱させているものは、この診療ガイドラインをめぐる誤解であると思われる、という指摘がある。

すなわち、その典型的な誤解とは、「EBM とはエビデンスに基づくガイドラインを作成し、それによって診療を統一することである」というものである。しかし、ガイドラインはもともと、専門家集団によって作成された、診療における 1 つの推奨 (recommendation) であり、できる限り質の高いエビデンスに基づいて作成されるものであるが、ガイドライン自体はエビデンスそのものではない。EBM の実践において、ガイドラインとは診療に利用すべき二次資料にすぎず、画一的な方法を医療者に強制するものでもない。しかし、「ガイドラインに添った診療を行わないと医療訴訟を起こされたときには負けてしまう」などという言説がまことしやかに流布している——もちろんこれは必ずしも真実ではない——ため、ガイドラインの心理的拘束力にはかなり強いものがある。その結果、エビデンスに基づいたガイドラインは、診療現場での医療者の自由裁量を制限し、医療自体を窮屈なものにしてしまいかねない。これが「ガイドラインを強制することが EBM である」という誤解と相乗効果を起こして、日本における EBM に対する根強い反発の原因の 1 つとなっている。これは、診療現場と EBM の双方にとって不幸な事態である、とされる (斎藤 2012:23-24; 斎藤 2011:222)。

もちろん、信頼できる診療ガイドラインの存在は、医療者のみならず、患者 (及び潜在的患者) やその家族を含めた一般人にとっても、医療情報の入手源として非常に貴重なものである。したがって、問題はそれをどのように使用するか、その使用をどのように評価するかである。診療ガイドラインについては、その法的性格と訴訟における扱いのあり方を含めて、次章 (第 4 章) で詳しく検討する予定であるので、ここでは、アメリカにおける診療ガイドラインに関する以下のような指摘——それはわが国においても当てはまり、また、近い将来に生じるであろう問題を予想させるも

のもある——を紹介しておくに留める。

「さまざまな疾患において、どういう患者を治療の対象とすべきかについての見解は、専門家の間でも異なることがあると患者は知っておくべきだろう。たとえば、どんな場合に高血圧の治療をするかに関して、ヨーロッパと米国の専門家委員会はそれぞれ異なったガイドラインを策定している。米国では軽度でも血圧上昇があれば治療の利益のほうがリスクを上回ると考えて、患者に服薬を勧めるガイドラインを出している。しかしヨーロッパの委員会は、同じ科学的データを持ちながら、軽症高血圧に対しては服薬治療を勧めないという異なった見解のガイドラインを発表している。このように専門家によって、何が「最善の治療か」について著しく意見が分かれることがあるのだ。」(グループマン=ハーツバンド 2013:83)

「[ガイドラインにおける]「最良の治療」の推奨とはいったいどうやって作られるのだろうか？ ある特定の病態に対する「最良の治療」を決めることを目的としたガイドライン作成のために、まず専門家委員会が招集される。ガイドラインは「最良の」データに基づいて、その領域の「最良の」科学者によって創られるべきである、という信条がそこには存在する。こうしたガイドラインはいわゆるエビデンス・ベイスド・メディシン (EBM) という、臨床医学は科学的研究の結果にのみ基づいて行われるべきであるという考え方の根幹をなすものだ。推奨は医師だけでなく、パンフレットや、インターネット、あるいはマスメディアを通じて直接患者の目にも触れる。このため、ガイドラインは患者の意思決定において最も大きな影響力を持つことになった。ガイドラインに沿った治療をまさに「最良の」治療という言葉を使って表現しているのだから当然である。ガイドラインの信奉者は、医師も患者もガイドラインの推奨をデフォルトの治療方針と考えるべきである、と主張する。医師や保健政策立案者の中には、専門家の推奨に従わない患者は正しく情報が与えられていないか「無分別」なのだ、と決めつける者もいる。もちろん医師と患者はガイドラインを参考にするべきである。なぜなら、その中には病気と治療の選択肢についての背景となる情報が相当含まれているからだ。しかし、ガイドラインは厳密に「科学的」というわけではないことを認識することも重要だ。ガイドラインにはバイアスや主観的判断も内包されている。推奨を作成するときの臨床研究を使って、どれを捨てるか、専門家は取捨選択している。さらに、どんな研究にも限界がある。研究から得られるのは、対象として選ばれたグ

ループの統計的平均値の結果である。こうした平均値が特定の個人に必ずしも当てはまるとは限らない。たとえきわめて厳密で、包括的な研究であっても、あらゆる年齢層、性別、遺伝的要素、ライフスタイル、食事、そしてしばしば治療の効果や副作用を左右する個々人の合併症を全て網羅するのは不可能である。多くの研究では、高齢者や、一般的によくみられる何らかの他の疾患を抱えているひとはその対象から除外される。そして、最終的に治療の必要性に関する推奨を作成する段階でも、ある利益を得るためにはどの程度までのリスクが妥当かを決める専門家の判断は主観的なものである。また、米国医学研究所は、利益相反の可能性についても懸念を表明してきた。というのは、ガイドラインを策定する専門家の中には製薬会社や医療機器会社、あるいは保険会社のコンサルタントをつとめる者もいるからである。さらに、ガイドライン委員会には全会の総意をまとめるという責務があり、最終的に共通見解として1つの推奨を発表することになる。その結果、委員会のメンバーの中から上ったかもしれない異論はその結論の中では切り捨てられ、一切触れられないままになってしまうのが常なのだ。また、ガイドラインは聖典か何かのように永久不変のものではないということも患者は知っておくべきだ。実際、ガイドラインは発表後時を経ずに改訂されることもある。専門家委員会から出された100のガイドラインについての調査によれば、1年以内にその14%が、2年以内に23%が改訂され、5年半後にはまるまる半分が覆されていた。米国の内科医の代表団体である米国内科学会は、同学会が出した全てのガイドラインについて、もし修正が一切なされていなければ、5年経った時点で自動的に使用は停止されるべきだ、との声明を2010年に発表した。これは単に、新しくより良いデータが出てくるからというだけではなく、専門家委員会の構成メンバーが変わる可能性があり、そうするとそれに従って「効用」あるいは価値の主観的判断も変化しうるからである。」(グループマン＝ハーツバンド 2013:85-87)

「ガイドラインに従って治療の標準化を図る保健政策担当者や保険会社の側にはパターンリズム(父権主義)が透けて見える。確かに、標準化は医療のある分野、例えば安全対策や救急医療などでは妥当なことであり、必須であるとさえいえる。しかし、患者の意向が考慮されなければならないとき、標準化という方針はこれにそぐわない。それでも、現実には、患者にガイドラインに従って治療を受けさせた医師には見返りを、多くの場合

は金銭的な見返りを与えるという強力なインセンティブが存在する。その一方、患者がガイドラインから外れた治療を受けた場合、医師は不利な立場に追い込まれるのだ。保険会社はガイドラインの遵守率に従って医師を評価したレポートカードを発行しており、それはしばしば一般にも公開される。こうしたインセンティブにとらわれて医師がどのように感じるか、そしてその結果医師自身の意向も患者の意向も反映しないような選択を医師が患者に迫る可能性があることも容易に想像できる。」(グループマン＝ハーツバンド 2013:88-89)

以上のような点に十分に留意する必要があるが、しかし、EBM やエビデンスに基づく診療ガイドラインが明らかにしてくれた重要なことが、別にある。それは、医療における不確実性の可視化である。EBM や診療ガイドラインは、医療実践において不可避的な不確実性というものの存在を、確率というかたちによって、目に見えるものにしてきている。

すなわち、エビデンスの世界観とは、蓋然性と確率論の世界観である。例えば 1,000 人の集団において、あることが起こる確率はどのくらいであり、その誤差はどのくらいであるかを、統計学的推論によって予測する。エビデンスは常に再現可能な一般的集団の運命について語るものであって、個々のケース（特に個人）の運命について語るものではない。このことは、EBM の理論的基盤である統計学の本質的な性質であって、それ以上でもそれ以下でもない。EBM は、エビデンスと呼ばれる一般的で確率論的な情報を、個々の臨床判断においてどう利用するかという方法論であり、個人の未来を正確に予測するということは、厳密に言えば EBM の射程外である。EBM は、蓋然性という概念を持ち込むことによって、医療の不確定性を一部緩和するが、しかしそれは当然のことながら、不確定性そのものを解決するわけではない。医療と医学がその本来の性質である「不確定性」と「複雑性」を真摯に認めるということは、医療・医学の原点に還るといことである。原点としての「不確定性」と「複雑性」をしっかりと認めた上で、それに対するチャレンジが初めて成り立つのである（斎藤 2014:96-98）。

このように、EBM（及びそれを作成の方法論的基礎としている診療ガイドライン）の有用性は疑うべくもない。医療の不確実性をしっかりと認識しながら、しかしその中で、医師と患者が、患者にとって最善の治療が何であるかを、提示された選択肢のなかから選んでいくことを可能にする。

したがって、問題は、臨床実践においてEBMをどのように活用していくかにある。この点で、EBMをNBMのプロセスに組み込むことが、1つの有効な活用方法となる。

(2) EBMのNBMへの組み込み

① EBMとNBMの交差点

EBMとは、個々の患者のためにエビデンスをどうやって有効に利用するか、という方法論である。そのためには何が必要かという、まずは患者の抱えている問題が何かを知ることである。そのためには患者の話をよく聴く必要があり、それは患者との対話であるから、NBMのプロセスだと言ってもよい。そして、患者の問題が定式化されたら、エビデンスの検索と批判的吟味を行う。しかしそれでEBMが終わるわけではなく、得られたエビデンスと患者の意向とをすり合わせないと、医療そのものは実践できない。このプロセスは、まさに対話そのものである。したがって、EBMの実践のプロセスには、不可避免的にNBM的な要素が組み込まれている(斎藤 2011:214-215)。

そもそも、EBMの研究者や実践者にとって、患者との対話の重要性は、EBMの推進運動の初期の頃から十分に意識されていたし強調されてもいた。したがって、EBMはもともとNBMを内包するものであり、EBMがいてねいに実施されるとき、それをNBMと区別する必要はないとする主張も、あり得ないわけではない。しかしながら、EBMの実践において、エビデンス(科学的根拠)のみが話題として取り上げられ、それ以外の判断要因が無視されたり軽視されたりするならば、それは問題である。また、臨床現場において、問題解決に有効なエビデンスが同定できる場合は半分以下であるという指摘もある。本来EBMは「有効なエビデンスが存在しない」という状況においても、それを前提にして対話を続けるという形で実践を継続することができないわけではないが、これらのような問題点が生じ得ることを考えるならば、臨床実践においてはEBMをNBMの中に組み込むことを考える方が適当である(斎藤 2012:126)。

② NEBMの具体的な方法論

EBMを組み込んだNBMのことを、以下ではナラティブ・エビデンス・ベイスト・メディスン(NEBM)と呼ぶことにする⁽¹⁾。以下では、実質的にはNEBMであるこのNBMの実践方法について、わが国でのオピニオ

ン・リーダーである斎藤清二が展開する主張内容に沿って見ていく。

NBMには必ずしも1つの確立した定義があるわけではないが、NBMとは「『患者が主観的に体験する物語』を全面的に尊重し、医療者と患者との対話を通じて、新しい物語を共同構成していくことを重視する医療」と言える。より詳しく言うならば、「病を患者の人生という大きな物語の中で展開する1つの『物語』であるとみなし、患者を『物語を語る主体』として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまでも1つの『医療者側の物語』と捉え、さらに治療とは両者の物語をすり合わせる中から『新たな物語』を創り出していくプロセスである、と考えるような医療」である(斎藤 2012:74)。

そして、このNBMが採用する認識論的立場として、「視点としてのナラティブ」というものが重要である。「視点としてのナラティブ」とは、「全ての語りや言語記述を『それもまた1つの物語』と見なす」ような視点・態度のことである。この態度を採用するならば、医療現場における患者や医療者の語りはもちろんのこと、医学における理論、病態仮説、治療指針、臨床疫学的情報(エビデンス)なども、全て「1つの物語」として理解されることになり、「絶対的に正しい唯一の物語など存在しない」という多元論的、相対主義的な視点が確立されることになる。このような視点を採用することにより、患者の多様な経験や語りを批判したり評価したりするのではなく、まるごと尊重するということが初めて可能になる。同時に、医療者の持つ見解や判断をも「1つの物語」として相対化することになり、「対話の中から医療者と患者の両者によって共有可能な新しい物語が浮かび上がる」ことが可能になる(斎藤 2014:46)⁽²⁾。

NBMにおいては、患者の病の体験の語りを最も重要なものとして尊重するが、医療者がさまざまに構成する「医療者の物語」をもまた重要なものと考え、実践の現場での医療者と患者の物語のすり合わせのプロセスを重視する。このような実践においては、エビデンスもまた「臨床に有用な1つの物語」とみなされ、有力な話題の1つとして、医療者と患者との

(1) 斎藤清二は、多分に戯れの意図もあるのか、これを「ナラエビ医療」と呼んだりしている(斎藤 2011)。また、後に本文中に登場する米国コロンビア大学のリタ・シャロン(Rita Charon)らは、これを“narrative evidence based medicine (NEBM)”と呼んでいる(Charon, 2008:297)。本稿は、後者に従うものである。

「今ここでの対話」に取り込まれる。したがって、エビデンスを重視する姿勢は、NBM の実践と何ら矛盾しない。ただし NBM は、エビデンスを「唯一の真実」とみなすことはせず、他のさまざまな物語群（患者や家族の説明物語、基礎科学的知見、相補的代替医療などの西洋医学とは異なった視点や知見など）を、全て対話の中で利用できるものとする。NBM の実践においては、最終的な臨床判断は「対話から浮かび上がる新しい物語」に従ってなされるということになる。このようにして、患者と医師の対話の現場において、NBM は EBM を包摂・統合することができる。また、NBM を導入することによって EBM が失うものはほとんどない。特に、エビデンスの批判的吟味がもたらす「偽権威への挑戦」という機能は、患者との対話の中でも有効に活かしていくことができる（斎藤 2011:215-216；斎藤 2012:127；斎藤 2014:62）。

このように、EBM と NBM を実際の臨床の現場で統合するに際しても、エビデンスは重要な意味を持つ。医療者は、エビデンスとは何を意味しているのかについての正しい理解と、現時点で手に入る最良のエビデンスを

-
- (2) 斎藤と同じく NBM を実践している緩和ケア専門医の岸本寛史は、この点に関して次のように述べている。「医学的診断や治療を「物語」と見なすという姿勢をもつためには、医療者側に相当な価値観の変革が求められる。これは、医療者が抱って立つ基盤を揺さぶられることになるので、なかなか大変なことであるが、ナラティブ・アプローチを行ううえでは避けられない。というのも、これは実際には、患者の語りを「物語」として尊重するというプロセスと表裏一体のものだからである。患者の語りを物語として尊重するためには、自分が大切にしてきたものの見方を、エビデンスさえも、懐にしまわなければならない。ここで注意すべきは、物語と見なすことは、医学的観点を放棄することではない、という点である。医学的観点を放棄するということは、裏を返せば、患者の語りが絶対的真実と位置づけられるということでもある。物語は真実と無秩序の中間あたりに生起する。そのいずれをも絶対視しないという姿勢が大切である」（岸本 2015:20）。そして、「患者の話を書くことを追求していくと、たとえ医学的に正しいとされることであっても、こちら側のものの見方や意見はとりあえず括弧に入れて、相手の言いたいことを聞いていくことが必要になってくる。これは、医学的な観点を唯一正しいものと位置づけ、それを行うことが医療であると考えている限りできないわけで、患者の話を書き換えるという問題に直面することを避けられない。医療者側のナラティブの書き換えが、患者のケアにおいて非常に重要になってくる」（岸本 2015:31）。

できる限り収集する必要がある。そして、収集されたエビデンスの批判的吟味を通じて、目の前の患者に適用できる最良のエビデンスを、医療者の物語の1つのストックとして携えておく。そして、患者や家族との対話において、エビデンスをも含めた複数の話題を丁寧に取り交わすことによって、とりあえずの方針を決めていく。このように、エビデンスは、臨床上の判断をそれ単独で決定するものとしてではなく、あくまでも医師と患者の間の対話の中で利用できる道具（ツール）の1つとして用いられる（斎藤 2012:128）⁽³⁾。

また、エビデンス情報は、一般には個々の状況や主観から独立した“客観的な情報”であると信じられているが、しかし、臨床の現場や、メディアにおいてエビデンス情報が伝達され、利用される時、そこに物語的要素が全く含まれていないわけではない。すなわち、エビデンス情報も、現場においては、言葉と言葉をつなぎ合わせることによって構成される記述（あるいは語り）として伝達されている。例えば、RRR=36%、NNT=33というエビデンス情報は、それだけでは一般の人にとって（それどころか多くの医療従事者にとっても）意味を持ち得ない。これが意味を持った情報として伝達されるためには、「この薬を高血圧の患者に5年間飲んでもらったところ、脳卒中を発症する確率が36%減りました」とか、「高血圧

-
- (3) さらに進んで、診察室の中で実際にエビデンス検索を行って見せることの有効性も説かれている。すなわち、「Google Scholar を素早く効果的に用いることが私たちには可能である。だから、患者を診察しながらそれが可能である。そして、患者がこれに参加することが大事である。医師は口に出して、自分のやっていることを説明する。その理由も説明する。この『自分を開示すること (self disclosure)』は、患者が医師の経験や分析プロセスを理解することを可能にする。そうして自信と信頼が築かれていく」(メザ=パッサーマン 2013:41)。そして、「医師が情報にアクセスし始めたとき、医師はプロセスの間しゃべる。『この研究がアップデートされていないかどうかチェックしています。今年発表された論文を見ているのです』。こうすることの利点は、患者に謎が皆無になる点である。自分たちでナラティブの糸を持ち、医師が患者と道中を同じくすることができるのである。重要なことは、これがともに構築されるナラティブであるということである。医師は生きた経験の世界に入り込み、患者の話に耳を傾ける。患者は医師の情報源という世界に入る。コンピュータの「検索」も病いの物語の一部になる。プロセスの『脱神秘化』は重要である。患者が診療時に自分の物語をもう一度話すとき、そのプロセスを話に取り込むことができるからである」(メザ=パッサーマン 2013:45)。

の患者 1 人の脳卒中発症を予防するためには、この薬を 33 人に 5 年間飲んでもらう必要がありました」といった“語り”に変換されなければならない。前者は「この薬は脳卒中を約 4 割減らすことができます」と言い換えることができるし、後者は「この薬を飲んでも飲まなくとも 33 人中 32 人の運命は変わりません」ということができる。前者の情報を与えられた患者はその薬を飲みたいと思ひ、後者の情報を与えられた患者は飲みたいと思ひないと思ひ可能性が高いことは明らかだろう。しかし、この RRR=36%、NNT=33 という客観的な数値は、実は 1 つの全く同じ研究データから得られたものであるということが分かれば、「エビデンスとは物語から独立した純粋に客観的な情報である」とはもはや言えないということが納得できる。「純粋に客観的な情報」は、抽象的な論理の世界にのみ存在するものであり、私たちが生きている具体的な日常世界での情報伝達は、多かれ少なかれ“物語的”であることが避けられない。物語には“唯一の絶対に正しい物語”は存在せず、事象の意味づけは常に多元的である。誤解を恐れずに言えば、エビデンス情報といえども、日常世界においては“それもまた 1 つの物語”であることから自由になることはできないのである（斎藤 2014:230-231）⁽⁴⁾。医療は「語り」に満ちている。血液生化学検査の数値や、MRI や CT 等の画像診断の「客観性のある情報」の重要性は疑うべくもないが、それとても医療者と患者、医療者と患者家族、あるいは医療者と医療者との間での「語り／聴く、書く／読む、という相互交流」の中に適切に埋め込まれることによって、初めて意味を持つ（斎藤 2014:244）。

以上のように、NBM の特徴の 1 つは、患者を、物語の語り手として、また、物語における対象ではなく「主体」として尊重し、同時に、自身の

(4) これを患者側から見ると、患者たちは、ある集団に起きることに関心はない。彼らが知りたいのは、自分たちに起きるのが何か、だけである。これは偶然的な不確かさの話であり、このようなリスクや不確かさを理解する唯一の方法はナラティブな文脈にしかない。このような不確かさの認識はさまざまである。医師が「X が起きる可能性は 10 分の 1 です」というとき、患者は「私はそうならない 9 人の 1 人に違いない」というように聞いていたりする。患者は、自分自身のやり方でリスクを受け止める。そこには正しい答えではなく、たくさんの考え方があつた。たくさんの物語を語り、それぞれの物語が影響力をもっている（メザ=パッサーマン 2013:175-176）。

病をどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を最大限に重要視する、という点にある。現代の医療において、最もおろそかにされてきたことの1つが、患者を「対象（客体）」としてではなく「主体」として尊重する、ということである。しかし、物語には、語り手と聞き手の存在が不可欠である。医療の場面では、まず患者が語り、医療者はその聞き手となる。このとき、医療者が患者を、診断や治療の単なる「対象」としてしか認識しなければ、そこには真の意味での「対話」は成立しない。患者が自身の病を定義し、形作っていくということは、まさに患者が自分自身の物語の執筆者となる、ということである。医療従事者の役割は、患者自身の執筆活動（実際には「語り」）にそっと付き添い、その書き換えを援助することであり、決して医療者の物語を患者に押しつけることではない（斎藤 2011:224-225）。

NBMのもう1つの特徴は、治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす点にある。一般に、医療における面接や対話は、疾患を診断し治療するための1つの手段である、と考えられている。しかし、NBMは、その考え方を逆転する。NBMは、患者との対話を、むしろ医療における最も本質的な行為であると考え、診断や治療は、そのような対話のプロセスの中で採用され、利用される道具であり、副次的なプロセスである、とさえNBMは主張する。実際の医療現場では、対話の中で診断にまで至らず、通常の意味における治療が行われないこともしばしばある。しかし、医療従事者と患者が対話することそのものが、まさに真の治療であると、NBMは考える（斎藤 2011:226）。

（3）NBMに残されている課題

① 社会構成主義という理論的基盤

本論文の第2章第2節で詳しく見たように、NBMは、「社会構成主義」（social constructionism）の考え方をその基礎に置いている。すなわち、旧来の医療における治療観は、患者の訴える症状や病状の「隠された原因（その多くが医学的疾患）」を発見し、科学的方法論に基づいて原因を解決し、治癒に至らせる、というモデルに立脚していた。しかし、NBMは、患者の病いはむしろ「社会的に構成された物語りの実演」であると考え、そして、治療関係の中で、医療者と患者が「患者にとってより望ましい新

しい物語り」の共同執筆者になることこそが、治療の本質であるとみなす(斎藤 2014:180)⁽⁵⁾。

しかし、この点について、次のような問題指摘がなされている。

すなわち、いくら社会構成主義の考え方に共感するとはいえ、心理臨床と内科や外科といったいわゆる身体科とでは、実践は異なるべきである、専門家と患者が対等であるといっても、(身体科の)医療については、あくまで医師がある程度のイニシアティブをとって検査や治療などの決定を行うべきである。これはいわゆる伝統的な考え方であり、社会構成主義とは相容れない考え方である。しかし、医療従事者、治療行為の社会的意義を考えずに安易にこの伝統的な考え方を否定することはできない。社会的に医療従事者に要請されているものがある限り、その要請にそった行動をすべきである。確かに、医師の医学的専門性も、数多くある中の「1つの物語」という考えはありうるが、しかし「1つの物語」も、ときには相手に押しつけなければならないことがあるのではないかと、というのである(市山 2014:136)⁽⁶⁾。

確かに、心理療法においては、社会構成主義との親和性が大きく、その効果も大いに期待できるであろうが、医療の分野の特に器質性疾患を扱う診療科では、社会構成主義的な——「すべては1つの物語」的な——考え方は、なかなか馴染まないであろう。すなわち、医療の具体的な内容によって、NBMの効用は違ってくる可能性はある⁽⁷⁾。この点に関連するがしかし、それとは別にここで注目しておきたいのは、必ずしも社会構成主義を

(5) 「物語として捉える」ということは「同じ現象に対して複数の異なる意味づけを可能とするようなアプローチ」を行うことであり、「唯一の正しい物語」が存在することは考えない」とも表現できる(岸本 2015:91)。

(6) このような問題を指摘した市山はしかし、「私自身はナラティブというものを持論実践しているつもりはありません。しかし、確実にナラティブの影響を受けています。(中略)過剰に現代医学を信頼し、現代医学が否定するものに拒絶反応を示すということが少なくなりました。エビデンスがなければ(治療法として)意味がないといった極端なエビデンス至上主義や、病態生理で理論的に説明がつかなければ意味がないといった考え方にも、少し距離がとれるようになったと思います。特に、エビデンス=真理という過剰適応的な思い込みは全くななくなりました。このように、ナラティブを知ることは、私にとって、心境の変化という側面が大きかったのかもしれない」と述べている(市山 2014:146)。

基礎とはしない「ナラティブ・メディシン」(Narrative Medicine)が、近時米国において有力に提唱されていることである。

米国コロンビア大学のリタ・シャロン(Rita Charon)は、それまでの研究を纏めた『ナラティブ・メディシン』(シャロン2011)を、2006年に公刊した。その中でシャロンは、「ナラティブ・メディシンは、ナラティブ・コンピテンス(narrative competence:物語能力)を通じて実践される医療と定義される。そしてこの能力は、病いの物語(stories of illness)を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動するために必要とされる(シャロン2011:vii)。また、医師に求められる専門性とは、進歩しつつある科学的な専門的知識を持つと同時に、患者の言葉に耳を傾け、病いという試練を可能な限り理解し、患者の語る病いのナラティブ(narrative:物語)の意味づけを尊重し、目にしたこと心動かされて患者のために行動できるようになることである、としている(シャロン2011:3)。すなわち、「医療とは、ひとりの人間が他者への援助を拡大し、他者と知識を共有しようとする試みなのだから、ナラティブへの関心抜きでは決して存在することができない。物語的行為と同様に、臨床実践には人と人のかかわりが求められる。そして、臨床実践において真のかかわりがなされれば、それにかかわる者すべてが変容していく。ケアを与える人は、物語能力によって患者が体験していることを理解し、他者の体験を絵に描くように掴むことができるようになる。その結果、診断の正確さが増し、治療的な方向性も与えられる」という(シャロン2011:16)。シャロンのこのような基本的立場は、いわゆる「医療と文学」研究にその出発点を持つものである。

以上のような基本的な考え方に立って、シャロンは、この「物語能力」(患者の「語り」への共感能力)を高めるための教育・研修のためのいくつかの手段——たとえば「パラレル・チャート」と呼ばれる、現実の医療

-
- (7) ちなみに、雑誌『心身医学』55巻1号(2015年)では、「心身医学的治療のEBMとNBM」という特集が組まれており、そこでは、「過敏性腸症候群のEBMとNBM」「摂食障害治療のEBMとNBM」「慢性疼痛治療のEBMとNBM」「気管支喘息治療のEBMとNBM」「糖尿病治療のEBMとNBM」「小児不登校治療におけるEBMとNBM」という論稿が掲載されている。これらはNBMに親和性のある疾患群ということであろう。なお、これら全ての論稿において、EBMとNBMの併用が望ましいことが主張されている。

行為上の体験を綴った短い作文の作成・発表・講評という医療関係者内でのグループ・ワーク等——を具体的に提示している（シャロン 2011:216-217）。また、それと同時に、医師が患者の物語を聴くということについての倫理的側面を強調している（シャロン 2011:303）。

このシャロンが提唱した「ナラティブ・メディシン」は、社会構成主義を基礎としたものではなく、その実際的な教育・研修方法も体系化・明確化されていることから、医療関係者にとっては受け入れやすいものとなっており、今後の普及が大いに期待されるものである。しかし他方で、社会構成主義に基づく NBM における患者の「語り」とその主体性の「徹底的な尊重」の姿勢が、臨床実践面で後退することになりかねないと思われる。

② 意思決定のあり方

上の社会構成主義による基礎づけの有無の問題とも関連するが、より重要な問題と考えられるのが、具体的な医療上の意思決定場面でのその形態と方式の問題である。すなわち、NBM や NEBM では、ある検査を行うべきか・行わなくてもよいか、ある治療法を実施すべきか・それとも別の治療法を実施すべきか、といった、いわば決断を迫られる場面での、医師と患者間での意思決定についてのあるべき理念や具体的な手続きが、必ずしも明確にされていない、という点である。すなわち、現在のところ、重要な治療上の意思決定についてはインフォームド・コンセントがなされるべきだということが広く受け入れられていることから、このインフォームド・コンセントをどのようにして行うのか、それとも既存のインフォームド・コンセントのあり方を見直すべきなのか、といった問題が、臨床の場では不可避免的に生じられると思われるが、しかし、これまでの NBM の議論では、これらの問題がどのように解決されるべきかが、明確に論じられてはいない。

たとえば、斎藤の NBM 論に対して、次のような問題提起が（論稿執筆当時は群馬大学医学部の学生であった藤田真弥によって）なされている。

すなわち、物語りの一貫性を求めることには、何らかの代償が伴うのではないか。つまり、NBM の目的は患者の病いの物語りを創り出すことであるとされるが、しかし、創り出された物語りが必ずよいものであると言えるだろうか。個々の物語りを尊重しようとするナラティブの実践でも、聴き手が個々の物語りに留まらず、一般的に通用している物語りの一貫性

に回収されてしまうことを無視できない。さらに、医療現場で患者にとって有用だと思われる物語り——例えば、病気は治すべきもの、健康は取り戻すべきものであるという物語り——が、患者の物語りを一貫したものに押し流す力を強め、その結果、患者が医療者の期待する物語りに合わせることになり、それが患者にとっては現実感にそぐわない物語りだとしても語られ直すことなく、いわば患者につき合ってもらうことで成立し続けることになりかねないのではないか、というのである（藤田 2012:64）。

この問題提起に対して斎藤は、次のように答えている。

すなわち、物語の一貫性は、医療者が（頭で）決めるものではない。それは物語自身をもつ「感情に働きかける」性質であり、それを受け取る者の個別性は当然としても、現場において（それを受け取る個人に）有無を言わせぬ力を発揮するものである。物語能力を自らの実践に活かすことのできる医療者とは「患者の物語に突き動かされて患者のために行動する」ことができるような医療者なのである。また、物語が語られるとき、ある部分を捨象したり、あえて語らなかつたり、あるいはそもそも語ることをできなかつたりすることによって、逆説的に物語の一貫性が保たれるということは、物語の重要な特質の1つである。さらに、それらの語られない部分にこそ、むしろ患者の病いの重要な部分があるという点については、まさに藤田が指摘する通りであると思う。しかしここでも、NBMはそのことを十分に自覚している。もし治療者側のもつ柔軟性を欠く物語に、患者を強引に当てはめようとすれば、治療関係を構築することは非常に難しくなる（斎藤 2014b:7）。また、医療における出会い（encounter）の最も重要な目的は診断でも処方でもない。それは物語に何かをつけ加えることである。それは、まさにそれだけのことであるが、何よりも重要なのである（斎藤 2014b:8）。そして、このように、藤田がNBMの抱える問題として提起した点は、NBM自身が最も重要視している問題でもあり、ナラティブ・アプローチを医療において実践しようとする者の全てが、常に自省し議論を続けなければいけない問題である、としている（斎藤 2014b:8）。

この藤田による問題提起と斎藤による回答には、医師と患者の間に存在するそもそもの力関係の不均衡という事実を、NBMにおいてどのように解消できるのかというきわめて臨床実践的な問題も含まれているが、しかし、ここで注目したいのは、ある種の重要な意思決定が求められるとき、それはナラティブによって常に構築可能であると保証できるのか、という、

意思決定のあり方の問題が、必ずしも明確に示されていないという点である。そこで、この「意思決定」という事態に焦点を当てた問題——医療上の意思決定における医師と患者の役割の問題——について、次項以下で検討してゆきたい。

2. 共有意思決定 (Shared Decision-Making) について

医療における意思決定プロセスの検討は、最終的にはインフォームド・コンセント論の再検討にまで至ることになるが、その前に、どうしても検討しておかなければならない事項がある。それは、最近になって国内外を問わず医療の世界で議論が非常に活発化している「共有意思決定」(Shared Decision-Making: SDM) という意思決定方式である (以下では「SDM」と表記する)。

(1) 患者の意思決定の支援の実践

いきなり SDM の内容に入る前に、すでにわが国においても実践されている「広義の」SDM について見ておきたい。それによって、患者はどのようなことに決定上の困難を覚えるものなのか、そして、SDM とは何を目指すものなのか、具体的にはどのような手法があり、どのような補助的ツールが用いられるのか、といった点についてのイメージが明確になるからである。

① 意思決定支援の必要性

医療技術の発展によって、検査、診断、治療の選択肢は、日に日に増大し、しかも常に変化しており、その中で、多くの選択肢から、自分にとって最も適切なものを——それも生命・人生・生活に関わるものを——選んでいかななくてはならない。このように、医療における意思決定は、ますます困難になっている。さらに、ICT (情報通信技術) の発展はめざましく、さまざまな健康情報サイトをはじめとして、Q&A サイト、ブログ、SNS (mixi、Twitter、Facebook など) などから、専門的な情報に限らず、実際に検査や治療を受けた人の体験談も知ることができる。しかし、情報が多いということは、それだけ選択肢が多くなるということで、かえって意思決定における困難さを助長しているとも言える。

確かに、なるべく多くの選択肢を知ってから、自分のニーズや好みに合った、納得できる意思決定をしたい人にとって、情報は強い味方である。し

かし、誰もが膨大な情報を、うまく活かせるわけではない。個々人のヘルス・リテラシーの問題も絡んでくる。そこで、医療関係者のあいだで、医師と患者との円滑なコミュニケーションを促進し、患者によるより良い意思決定を支援しようという動きが出てきている（中山 2012a:2-3）。

よりよい意思決定には情報が必要であり、情報として理解できるためには知識が必要である。したがって、医療者にデータを紹介されたとしても、それがもつ意味を情報としてとらえなければならないが、それができない場合は、支援が必要になってくる（中山 2012b:24）。また、情報が得られたとしても、それらデータを正しく評価できているかという問題が残る。そのときの情報提供のされ方によって、選ばれる結果が違うことも知られている。たとえば、フレーミング効果とって、同じデータでも数字の表し方の違いで、心理的な印象が違って、別のものを選んでしまうことが知られている。例をあげると、病気になって手術をするかどうかの意思決定をするときに、医師が、「手術による生存率は90%」と言う場合と、「死亡率は10%」と言う場合では、意思決定の結果が違ってくるといえるものである。前者のようなポジティブな表現のほうが手術を受けようと思いやすいということが実験でも明らかにされている。このような場合、肯定的な表現と否定的な表現をバランスよく考えるためには、一人ですぐに決めるよりは、多くの目を通して、それが同じであることを指摘してもらうチャンスがあったほうがよい（中山 2012b:27）。

このように、よりよい意思決定のためには、専門的な知識や、自分の感情やこころの状態を知るために、何らかの支援が必要になることが多い。そこで、意思決定の支援をする専門家がいてもおかしくない。そして実際に、意思決定の難しい遺伝に関する分野などで活動している人たちがいる（中山 2012b:33）。

② 意思決定支援の実践例

わが国で行われている意思決定支援活動の実践例として、以下のようなものがある。

(a) 医療コーディネーターによる意思決定支援

医療コーディネーターとは、患者の悩みに対して、解決策を共に考え、実行を支援する者のことである。元看護師といった医療職経験者がスタッフとなって、NPO 法人を運営したりしている。医療コーディネーターは、医師と患者の間で中立的な立場を保ち、時間や病院の都合などによる制約

も受けない。そして、病院が治療を主眼としているのに対し、医療コーディネーターは、患者の「納得」を支える存在である（岩本＝岩本 2012:43）。

医療コーディネーターのある行動指針（NPO 法人楽患ねっと作成）の中に、「答えは当事者である患者さんとの関係性から作られます」「治す、治されるの関係では患者さんは本音を語りません。白衣を脱いで、患者会など本音が聞ける場に積極的に参加しましょう」「目指すのは患者さんの“納得”です。“治す”支援は医師の仕事です」という項目があり、その活動内容を知るために参考になる（岩本＝岩本 2012:46）。

この報告者が医療コーディネーターを開業して以降の延べ1000件以上の相談経験をもとに、患者の悩みで特に多いものを挙げると、次の3つである。すなわち、(i) もっといい治療はないか、(ii) 私が受けたい治療に家族が反対している、(iii) 医師に、どの治療法がよいかと聞かれたが、決められない。これら3つの悩みは、必ずしも1つひとつが独立しているわけではなく、お互いの悩みが絡まり合って存在していることもある。また、「自分はこれに悩んでいる」と患者自身が明確に意識している場合は、実際には少ないものである。医療コーディネーターが患者の悩みや不満、不安に耳を傾け、受診や療養の経緯を丁寧に聞き取っていくなかで、初めて「悩み」が明確化され、浮かび上がってくる（岩本＝岩本 2012:47-48）。

人が何かを決める際には、一般的な情報だけでは不十分であり、その情報を自分自身に当てはめて考えてみる必要がある。つまり、〇〇という治療法とは何かという概要が理解できることは重要だが、さらに、その治療法が自分にとってどのようなメリット、デメリットを招くのかを知る必要がある（岩本＝岩本 2012:62）。たとえば、手術をするかしないかを迷っているとき、これまでの自分の生き方を振り返ることで治療法が決まってくるということが多くある。手術による尿漏れという後遺症がどうしても受け入れられない人もいれば、気にならないという人もいる。病気と闘いたい人もいれば、積極的な治療はせずに病気と共存していきたいという人もいる。どんな治療も、良い点・悪い点の両面もっている。その1つひとつを自分はどう受け止めるのか、どう消化していくのか、じっくりと吟味していくことが重要である、とされる（岩本＝岩本 2012:70-71）。

(b) リプロダクティブヘルスにおける意思決定支援

羊水検査をするかしないか、不妊治療をするかしないか、といった問題に直面している子どものいない夫婦たちの決定を支援している。看護師を

はじめとする医療関係者が行っている。意思決定を支援する人は、なぜ意思決定が難しくなっているのかを「一緒に」考えるような「問い」をクライアントに投げかけて、まずは問題（難しくなっている理由）を「共有」することから始めることになる（有森 2012:114）。多くの情報や知識を得たうえで納得して決めることが「よい決定」であると判断する人もいれば、情報や知識よりも自分の直観を信じるのが「よい決定」につながると判断する人もいる。また、ある特定の人物や価値観に従うことが「よい決定」と考える人もいる。いずれの場合も「納得して決める」ことが重要である（有森 2012:122）。

意思決定支援における介入の手段として、リーフレットやCD-ROMが媒体となることが多いが、そのなかでも、意思決定支援ツールとして「オタワ意思決定支援ガイド（Ottawa Personal Decision Guide）」は、乳がん、前立腺がん、更年期障害、出生前検査等に広く用いられている⁽⁸⁾。このガイドは、知識・情報の提供も含めた「決め方」を示しており、5つのステップに沿って個人の意思を決める支援が行われる。すなわち、1) 決定すべき事項を明確にする、2) 意思決定における自分の役割を特定する（1人で決めたいのか、誰と決めたいのか）、3) 自分の意思決定のために必要なことを見極める（選択肢に関する情報の不足、価値観の再確認）、4) 選択肢を比較検討する（選択肢をあげ、そのメリットとデメリットを検討する）、5) 次のステップを計画する、である。本ガイドはウェブ上でも紹介されており⁽⁹⁾、患者が1人で使用してもよいし、臨床の場面で医療者が患者の支援に用いてもよい。このガイドで重要なステップは、4段階目の「選択肢の比較」である。知識・情報をもとにメリットとデメリットを挙げて、その各々の内容について、自分にとっての重要度を星（☆）をつけて検討する。このガイドは、メリットの☆の数が多ければ「よい決定」といったような計算式をもっているわけではなく、☆の数はあくまでも思考の整理のために用いられているにすぎない。つまり、☆をつけることによって自動的に特定の意思決定に導いてくれるようなものではない。しか

(8) この「オタワ意思決定支援ガイド」は、高齢者医療における代理意思決定の支援の際にも利用されている、とのことである（倉岡 2012:88-89）。

(9) インターネットで検索が可能である（Available at <http://decisionaid.ohri.ca/index.html> [2015.10.10 最終確認]）。また、この翻訳（仮訳）も、Google で検索すれば容易に見つかる。

し、このガイドを用いたクライアントからは、「書いてみると整理できた」「やっぱり私は検査を受けないことに傾いているんですね。よくわかりました」「これを夫にも見せて一緒に考えてみます」などといった声が多く聞かれた、という (有森 2012:127-129)。

ただし、決定したことの帰結がクライアントの期待どおりになるかどうかは不明であり、それは医療の限界ともいえる。したがって、意思決定の支援では、「決めるプロセス」が、クライアントおよびその周辺を含めた関係者にとって納得できるものになるかどうか、決定的に重要である (有森 2012:133-135)。

(c) リハビリテーションにおける意思決定支援ソフトの活用

わが国の患者の一般的なリハビリテーションに対するイメージは、筋力訓練、歩行訓練、マッサージなどのいわゆる治療である。リハビリテーションとは、機能回復を促す治療として認識されている場合が圧倒的に多い。しかし、リハビリテーションにおいて機能訓練はあくまで手段であって目的ではない。たとえば「買い物ができるようになるためには下肢の筋力が必要であり、そのために下肢の筋力訓練をする」という患者の場合、買物をするという目的を達成するために必要な目標が筋力向上であり、筋力向上の一手段として筋力訓練を行うのである。このように、患者が機能訓練を希望したとき、リハビリテーション専門家がその希望をそのまま取り入れるのではなく、目的と手段を分けて対応することが重要である (友利 2012:139-140)。

そこで、リハビリテーションにおいて目標とする活動を定める面接の際、患者とリハビリテーション専門家とのコミュニケーションを円滑にするための iPad (アップル) アプリである作業選択意思決定支援ソフト (ADOC : Aid for Decision-making in Occupation Choice) を開発した。ADOC では、日常生活上の活動場面のイラスト 95 項目のなかから、患者にとって重要な活動を患者とリハビリテーション専門家がそれぞれ選び、協業しながら目標設定を行う。ADOC の 95 項目は、国際生活機能分類 (ICF) の「活動と参加」の項目をベースに構成されている。ADOC ではインターフェイスの指示に従い、それを見ながら構成的かつ柔軟に目標設定を進めることができる (友利 2012:144-145)。リハビリテーション専門家にとっては、特別な理論やマニュアルがなくても、ADOC のインターフェイスの指示に従っていだけで、簡単に目標設定を行うことが可能である。ま

た、言語的なコミュニケーションが困難な患者でも簡単に自らの意思を表出することができ、目標設定の意思決定に参加することができる（友利 2012:149）。

この ADOC は、iPad を媒体に楽しく目標設定ができることが一番の特徴である。患者本人にとっては、問診のような目標設定の面接を、iPad での直感的な操作などによって楽しい雰囲気で行うことができる。何でも話してよい、楽しい雰囲気でもそ患者もリラックスして話すことができるが、その雰囲気づくりを臨床の限られた環境や時間のなかで作り出すことは容易ではない。その点、iPad でイラストを用いている ADOC は有用である（友利 2012:155）。

以上に見たように、すでにわが国でも、医師以外の第三者による意思決定支援や、インターネットで公開されているもの・あるいは独自に開発した、意思決定支援ツールが実際に利用されている。これらの実践例から学ぶべき事柄は多い。

（2）共有意思決定（SDM）の特徴とその課題

次に、「狭義の」SDM について検討していく。「狭義の」それは、医師と患者の間で行われるものである。ただ、SDM の定義は、以下にみるように、必ずしも明確なものとはなっていない。

① 共有意思決定（SDM）の基本概念

SDM について日本の医学界で先導的な役割を果たしている中山健夫によると、SDM とは以下のようなものである。

SDM とは、医師と患者の間で、双方向的な情報交換により各自が持っている情報を共有し、そのうえで医療上の決定を行うことを意味する。「シェアする」という言葉はなかなか日本語にしにくいいため、未だ定訳はないが、協働（または共同、協同）意思決定などと呼ばれる。これは、伝統的で主従的な医療者－患者関係の下では、なかなか難しい。協働して意思決定できるためには、医療者が患者や家族のさまざまな状況を十分に理解し、それに合わせてコミュニケーションを行うことが求められる（中山 2012a:2-3）。

医療上の意思決定のタイプは、大きく3つに分けられる。医師を中心に決めるパターナリズム・モデル（父権主義モデル）、医師と患者と一緒に決めるシェアードディシジョン・モデル（SDM モデル）、患者が自分で

決めるインフォームドディシジョン・モデル（情報を得た意思決定モデル）である。これらの3つは、基本的には誰が主体となって決めるのかという視点から分類される。しかし、それ以外にも、意思決定のために医師から患者に提供される知識や情報の質が異なってくると考えられる。すなわち、(a) パターナリズム・モデルでは、医師による意思決定の結果を話すだけで、医師が提供する情報は少なくなる。(b) SDM モデルは、医師と患者が話し合い、協働して意思決定する方法であり、医師は提供する情報を制限せず、患者の意思決定に必要な情報をできる限り提供しようとするものである。提供する情報は、複数の選択肢と、それぞれのベネフィットとリスクについてである。医師以外からの情報については、自分で収集する必要があるが、それについても医師と共有するほうが一緒に意思決定しやすい。共にもつ情報を共有し、選択肢を選ぶ理由をも共有するパートナーとなるのである。(c) インフォームドディシジョン・モデルは、患者が自分で主体的に意思決定を行うというものである。医師と患者で一緒に決めるのではなく、患者は医師以外からも積極的に幅広く情報を収集する。したがって、結果的に医師から提供される情報量が多くなるであろう。しかし、それ以外の多様な情報が大量にあれば、医師の情報の占める割合は相対的に低いものになる（中山 2012b:20-21）。

さらに、意思決定そのもののあり方として、これら3つの方法が考えられるという情報が伝えられているか、という問題がある。意思決定の仕方にも選択肢があることを知り、それぞれのベネフィットとリスクを考慮することができる。そこには、医師への信頼や、意思決定の責任のありかが関わってくるであろう（中山 2012b:22）。

SDM については、以下のような説明がある。「私はたとえ病気になっても、理性を持つ自律的な人間でありたいと思う。医師は、その力を患者の苦痛を和らげるためだけに使うのではなく、患者の自律性を強めるためにも使うべきである。この問題に対する処方箋が SDM である。それは『経験のある者が最善の知識を持っている』というパターナリズムと、急進的な消費者主義の中間にあり、専門家の力とインフォームド・チョイスを調和させる目的を持つ、1つの理想である」（中山 2012c:3603-3604）。

患者と医療者は何を「共有」するのか。その候補としては、情報、責任、コミュニケーションの3つが挙げられる。第1に、治療の必要性や益・不利益（リスク）に関する可能な限り正確な数字に基づくエビデンスの情報

である。その治療を行わない場合や、他の治療法を行う場合の益・不利益に関して利用可能な情報があれば共有し、それらを比較できることが望ましい。その上で、医療者の考えや経験、医学的に望ましいと考える治療方針、患者の価値観・好み、ヘルス・リテラシー、必要に応じて家族・仕事との関係などの社会経済的な状況の情報共有が必要となる。第2は、患者自身と医療者の責任の共有である。これまでの患者は、医療におけるさまざまな選択に際して、必ずしも自律的な意思決定ができなかったが、SDMの普及とともに、そのような場面に出会うことが多くなるであろう。患者の自己決定の拡大は、同時に患者の抱える葛藤や責任を重くすることも予想される。しかし最終決定を患者が行ったとしても、医療者は、その全責任を患者にあずけることはできない。1つの意思決定に患者と医療者が共に関わり、その責任を分かち合うことは、SDMの大切な要件となる。第3に、コミュニケーションは、双方向性・相互作用があり、動的（dynamic）、すなわち時間とともに変化するプロセスという特性をもつ。このようなコミュニケーションに際して、医療者は患者に対し、価値観の尊重、葛藤への共感、必要な時間を持ち、リスクの認知と自分の価値観をすり合わせていく過程の支援などが求められるであろう（中山2012c:3605）。

② その法的検討

法律学の世界では、手嶋豊が、いち早くSDMを紹介し、わが国への導入可能性について検討している。

手嶋は、2007年に公刊された論文の中で、大要次のように述べている。

最近の欧米諸国の医学界の動きとして注目されるものに、Shared Decision-Making（共同意思決定。以下ではこの訳語を用いる）の理論がある⁽¹⁰⁾。この理論は、それ自体に多くのバリエーションがあるが、アメリカ・カナダ・イギリス・ドイツなど、欧米諸国において強い支持と関心が寄せられており、日本でも医学関係雑誌には多くの研究結果が掲載されて

(10) この訳語はあまり適切とは思えない。なぜなら、英語文献では“share the responsibility”といったフレーズが出てくることがあるが、これは責任の「共同」と訳すよりは責任の「共有」と訳すべきであろう。したがって、SDMの日本語訳は、わが国の医学界でもすでに比較的広まっている「共有意思決定」としたほうが良いと思われる。しかし、以下の本文では、手嶋のプライオリティを尊重して、手嶋の文献による部分については「共同意思決定」を用いる。

いる。特に北米において、この手法に賛同し実践する病院が少なくないこと、医学界での関心が非常に高く患者の福利を増大させているという報告もあること、決定を援助するNPOが立ち上げられていることなど、将来性を期待される状況にある(手嶋 2007:207-208)。

この医療における共同意思決定とは、医師と患者の両者が、医療に関するリスクとベネフィット、患者個人に関するすべての情報を共有し、個人の選好を示しながら共同して医療上の決定を行うというものである。こうした決定方法は、患者の自律権を実質上拡大し、信頼関係を増大し、アメリカの医療における患者中心の方向性にも合致する、とされている(手嶋 2007:208)。

共同意思決定では、医師と患者は、決定に必要な情報を共有することになるので、推測に基づく状況を減らすことになり、提供される情報は、最終的な決定の結果を受け入れる患者にとって重要なものに集中されることになる。発生頻度が1%に満たないような事故情報であっても、当該具体的患者にとって重要であるという情報を患者と共有している場合には、医師は、当該患者に対してこの情報を提供しなければならない。患者には、自分自身の決定にとって最も必要な情報が提供され、合理的医師・合理的患者ならば開示を求めるであろう情報のみに限定されなくなる(手嶋 2007:209-210)。

共同意思決定は、患者に必要な情報を分析した結果としても提唱されているものであり、その意味では、この提案は常にインフォームド・コンセント法理に対立するものとして位置づけることは必ずしも適切ではないことになる。しかし、インフォームド・コンセント法理が患者の自律に重点を置いているのに対して、共同意思決定は自律と仁恵の両者に関わり、情報のやり取りが双方向である点で異質と考える立場もあり、共同意思決定を論じる論者によって、インフォームド・コンセント法理との位置づけにはばらつきがある(手嶋 2007:211)。

もっとも、共同意思決定に対しては、医学界からも疑問が指摘されている。たとえば、情報提供のツールとして重視されている補助を用いた方法(ビデオその他)は、情報交換にとって有用なものと評価できるものなのか、どの程度現実決定プロセスを共同で行ったのか測ることが困難である、といった点であり、このため、意思決定のためのセクションを病院内に設けたり、インターネットを用いた方法などが代替策として提案されて

いる（手嶋 2007:211）。

共同意思決定という方法は、医師・患者共同の決定であり、患者の自律と医師の実行可能性の両者を考慮している点で、医療関係者の現場の悩みを軽くするものであって、日本においても、その導入を前向きに検討することに有益な側面は少なくない。日本のインフォームド・コンセント法理の中にも取り込める余地は十分にあらう（手嶋 2007:212）。

手嶋はその後、2011年に公刊された論文で、SDMについてさらに検討を深めている。

医療における共同意思決定（shared decisionmaking、以下、SDMと略記する）とは、患者が適切な治療を選択するに際して参加することが推奨されるプロセス、あるいは、患者と医師が患者の価値観と嗜好と同様に最善の科学的証拠を考慮に入れて医療の決定を一緒に行う協力プロセス、などと表現される、医療における意思決定に際しての方法論のひとつであり、近時支持する見解が増えているものである（手嶋 2011:453）。SDM論者が提唱するその目的とは、患者の価値観と選好を反映した治療法の選択を、患者が医師とともになすことができるように、患者自身の状態の知識を改善し、より現実的な理解を与えようとするところにある。こうした考え方が出てきた背景には、医療の進展に伴い治療の選択肢が増える一方、治療方法の優劣が一概にいけない場面が現代医療では生じることが多くなり、その結果、治療法の選択には患者の意向が反映されることが望ましいと考えられるようになったことがある。決定するに際して必要な情報は、当該具体的状況下で、選択できる治療のオプションについて、根拠に基づいた（Evidence based）客観的な情報を、ビデオやパンフレット、疾患に関する質問・自己の価値観を明らかにする質問を含む書面等を用いた決定支援のためのツール（Decision Aids）を通じて伝えられる。この決定支援ツールは、治療のオプションの選択が、患者の危険と利益の評価に左右されるときに用いられるものであり、それを参照することで、患者は自分の疾患や状態に対する知識、医療の選択肢について学習し、自分の情報を再吟味する機会をもち、医師との討論に十分に準備することを望むことができる、とされる（手嶋 2011:451-452）。ただ、「共同意思決定」という用語は多義的であり、必ずしも同じことを議論しているわけではない状況にあることは、多くの論者によって問題視されているが、SDM及び決定支援ツールについて高い期待を寄せる医療関係者はアメリカでは多い（手嶋

2011:450)。

全米医師会 (American Medical Association, AMA) は、SDM を積極的に評価しつつ、決定支援ツールについて、それが医師との対話の代わりになることはない¹⁾と強調する必要があるとする意見を述べ、SDM に関する勧告を行っている。勧告では SDM は、今日のアメリカの医療がより患者中心になりつつある状況の中で、患者が決定に関与しないことによって生じる浪費を減らし、患者の快適さと満足度を高めるものと評価している。また、SDM を使用することは医療の成果について患者の期待をより現実的なものとし、自分の主治医が誤った選択をしているのではないかという患者の疑念を減らすのに役立つ²⁾との研究成果もあるため、適切に作成された患者決定支援ツールは、非難の空気が強い医療の現場を改善することも期待できるとする。ただし、SDM が適切に使用されるためには、これを使用する臨床医の能力に負うところが小さくなく、新しい技能という側面がある。なお、SDM は有用なものではあるが、SDM により決定を行うために提供される情報を過大な負担と感じたり、自己の価値観を明らかにする過程で混乱してしまう患者もいることから、あらゆる患者に相応しいというものではない。委員会は当面、SDM が有用なものとして展開するか、注目してゆくとしている (手嶋 2011:448-449)。

ワシントン州は、アメリカで初めて、共同意思決定につき制定法上の規定をした州として著名であり、同州法では、Revised Code of Washington (RCW) 7.70.060 が、SDM に関連している。同条は、患者が同意書面を提出している場合にはインフォームド・コンセントを与えたという一応の証拠が働くとする規定であるが、それに SDM に関する規定が追加されたものである。その規定は、SDM を認める書面を提出している場合はインフォームド・コンセントを与えたという推定が働くとする規定であり、この推定を覆すためには、患者側で証拠を提出しなければならないとしている (手嶋 2011:444-447)。

ミネソタ州の報告書及びメイン州の報告書の内容からは、下記の点がコメントできるであろう。(a) 各州のいずれも、インフォームド・コンセントと SDM との二本立てとなっている同じようなアプローチであること、(b) 抽象的に SDM の当否を論じることにはあまり積極的意義を見出さず、SDM を実施するために用いられる決定援助ツールの充実を求めていること、(c) SDM を立法することの問題性についての疑問は示されていない

こと、また、(d) 医療側からの提案であることも、興味深い。(b) については、援助方法が十分な情報提供のツールとなれば、インフォームド・コンセントの負の側面も克服できることが期待され、それを問題視する立場からはこの方針は支持できるものであること、(d) については、インフォームド・コンセントが法的義務として定着しているところでは、むしろインフォームド・コンセントの基準を緩めるために積極的に立法化することが医療側によって推奨されている、というように読むことができる。なお、連邦レベルにおいても、医療の意思決定における協力、特に意思決定援助ツールの改善を中心に検討する連邦法が制定され施行されていることが注目される（手嶋 2011:442-444）。

現在の日本の説明義務違反に関する法理の状況で、SDM を受け入れる余地はあるか（SDM の日本への導入可能性）。SDM を導入することにより得られることが期待できるものとしては、以下の諸点がある。(a) SDM には、インフォームド・コンセントでは決定できない人々に対する決定方策の提供機会を与えること、が考えられる。現実社会ではさまざまな性格と属性を持つ患者がおり、インフォームド・コンセントを求める患者ばかりではないのに、あらゆる患者は自己決定の機会を求めているとして、選択をしたこととそれに対する自己責任を強調されるのは非常に酷であって、そのような医療が常に正しいとは限らないという指摘がある。このような強制的自己決定、という批判を、SDM の導入によって回避することが期待できる。すなわち、共同決定という形を通じて、専門家からの助力を得て決定をすることになり、その負担を軽減することが望まれる。(b) SDM の導入により、インフォームド・コンセントで傷つけられた医師患者間の信頼関係は再度、信認という形で復活するのではないかという期待もある。また、医療の立場からは現在の説明義務に関する法理に対して疑念がしばしば唱えられており、その代替提案の内容が SDM の志向するものに近いことを考えれば、SDM が医療関係者に受け入れられる可能性は小さくないと推測される（手嶋 2011:439-440）。

ただし、SDM それ自体は、医師・医療関係者のパートナーリズム復活を目指すものではないが、しかしその運用次第によっては、結果的に懸念されるような悪影響が生じる危険もないわけではなく、特に自己決定の文化土壌が必ずしも十分に定着しているとは言い難い日本では、そうした運用にならないように、注意と配慮が必要である。そして、そのためには、

SDM を望む人々とインフォームド・コンセントを望む人々との両者の選択を尊重するための枠組みを予め準備することが適切と考えられる (手嶋 2011:438)。

アメリカでは、SDM が患者の自己決定の実質の確保に効果的なのか、エビデンスが不十分だという批判もあり、なお検討を要するところであるが、基本的には、以上のような積極・消極両者を考慮に入れば、日本でも SDM の導入を前向きで考えることが適切と思われる (手嶋 2011:438)。ただし、SDM の具体的な導入方法については、患者が、自分が選ぶことができる事情を理解したうえで SDM を選択したことを確認することが必要であり、また、証拠方法と併せ、決定支援ツール手段を開発・進歩させることが必須である。なぜなら、SDM と言っても、その方法論の確立がなければ、インフォームド・コンセントの到達点を後退させることになりかねないという危惧が現実化する恐れがあることは否定できないからである (手嶋 2011:437-438)。

③ 医療実践内在的な検討

上に掲げた手嶋による SDM の概念の紹介とその法的効果についての検討は、周到かつ貴重なものであるが、法的効果に関する具体的な検討は本稿では後に回して、以下では、手嶋による紹介では十分に伝えきれていないように思われる事柄——特に、SDM という考え方が登場してきた背景は何か、SDM は医師－患者関係をどのように変化させようとしているのか、SDM の医療実践上の可能性と危険性は何か——につき、医療関係者による文献に基づいて補充・紹介していく。

(a) SDM の定義について

SDM が何を意味するものであるかという概念分析につき、厳密な文献選別手法に基づいた文献調査によるその結果が、2007 年にわが国の研究者によって公開されており、そこでは、以下のことが明らかにされている。

まず、「当事者を巻き込むこと (involvement)」が、SDM における重要なキーワードであり、SDM は修練によって獲得可能な専門職のコミュニケーション・スキルとして理解されている。また、「当事者を巻き込むこと」の阻害因子として、医療者側の時間の制限や構造上の制限について、複数の記述が存在しており、それらの障壁を補完するという意味において、ビデオやオーディオ、コンピュータグラフィック、Web ベースのアプリケーションなど、コンピュータ支援ツールを用いて統合した媒体を中心と

する意思決定補助ツールや予防プログラムが数多く開発されている（辻 2007:15）。

SDM のプロセスにおいて「相互に共有するものとは何か」については、複数の研究者の見解があり、「双方が交流し分かち合うものとは、情報や知識、責務、価値観、互いのアイディアである」、「解決策を議論する以前に、問題の定義や意味、価値、目標などを『共通の土台（common ground）』の上に築くことから始まり、共同作業は『決定の土台となる部分をどう作り上げるか』という問題に帰着する」、「SDM は競合している選択肢の間で、十分な明快さと見通しをもって問題を定義し、識別するために働くべきもの」といった記述がある（辻 2007:16）。

SDM が登場した背景としては、第 1 に、健康概念の転換（疾病構造の変化と対応システムの特性）がある。すなわち、治療に一定以上の期間を要する疾患の台頭、疾病の複雑化、慢性疾患、遺伝的要素、といったものである。急性疾患から慢性疾患、疼痛管理へといった、医師－患者関係が長く続く構造に変化したことが、このモデルの出現に多大な影響を与えており、医師－患者関係の変容を導いたとされている（辻 2007:16）。

SDM が登場した背景として、第 2 に、科学技術の進歩と医療の本質的な不確実性がある。根拠に基づく患者ケアと SDM は、理論的に推奨される臨床実践のモデルとして採用され、患者の選好を導き出すためのサポートシステムが急速に開発されている。EBM におけるこれらのシステム開発の流れは、ガイドラインの作成をはじめとする医療の標準化を保つことと同時に、医療の透明性を狙うものであり、質の高い個別の医療を提供することを目的としている。医療における本質的な不確実性、つまり治療やその他の医療方針に選択肢が存在することが、SDM が起こるための重要な要件となっている（辻 2007:16）。

SDM 登場の背景として、第 3 に、医療モデルのパラダイム・シフトがある。半世紀前、パーソンズの病者役割行動の概念を基盤とする医師－患者関係のパターナリスティック・モデルから、明確に区切られる形でインフォームド・コンセント・モデルが提唱された。しかし、治療の選択肢の増加に伴い、医師には積極的に治療法を探し代替案を考慮すべき責任が伴うことになったと考えられ、インフォームド・コンセントの適応の限界が指摘されるようになった。このことから、ヘルスケアにおいて患者の自律性を明確に認識する、新しい形の意味決定へのパラダイム・シフトの必要

性への認識が高まり、患者を対等な存在と認識する「患者中心のケア」(patient-centered care) の適用が強調されてきたということが背景にある (辻 2007:17)。

また、SDM の最も重要な利益とは、選択肢についての当事者の満足と、決定プロセスに関する当事者の満足であり、それと、決定の質の向上にあると考えられている (辻 2007:18)。

なお、SDM については、不完全に定義されてきたことについての批判があり、研究者らは、定義を明確にする試みの必要性を強調している。Patient centeredness や Patient-centered care、Enhanced autonomy は、倫理実践をめざす理念的な概念として理解され、それを実践に適用する際の要件として SDM が位置づけられているものと考えられる。Relationship-centered decision making、Decision making within a patient-clinician partnership は、決定プロセスにおいて医療者と当事者の関係性に焦点を当てており、多くは患者の権利を尊重しパターンリスティック・モデルにおける医療手続きを放棄する理念としての概念である。これらも SDM の要素の一部を含むものであると理解され、SDM と混同して使用されていることが指摘されている (辻 2007:18)。

そして、分析対象とした文献において、SDM は理念または理論的な文脈で述べられており、経験的な論述はほとんど見られなかった。この概念は、1990 年代より頻繁に用いられてきており、高度なコミュニケーション・スキルに裏付けられた決定支援の方法論の 1 つとして位置づけられている (辻 2007:19)。

この論文の筆者は、以上の分析結果をもとに、SDM の属性を用いて定義を試みた結果として、Shared Decision Making とは、「当事者を巻き込みながら、当事者を含む関係者が相互に影響し合う動的な決定のプロセス」である、としている。そして、当事者を含む関係者は、選択肢に関する構造化された情報とともに、識別された現状認識や見込み・目標・価値観・選好・アイデアを、コミュニケーション・対話を媒介として双方向の交流を重ねることにより分かち合い、望ましい決定に向け相互に行動し、合意に至るもの、としている (辻 2007:19)。しかし、現状ではこの本質的な属性の実態を、臨床実践のなかに見出すことは困難であると、複数の研究者が指摘している (辻 2007:19)。

なお、SDM は、コミュニケーション・対話を媒介とすることが前提で

あるが、価値観や選好を顕在化させる試みには、マルチメディア等の補助ツールが用いられており、研究論文としては、それらの効果の検証に焦点を当てたものがほとんどであった、とのことである（辻 2007:19）が、この点は、重要な問題を含んでいるように思われる。

(b) SDM の実践モデル

上の記述に見られるように、SDM をどのように実践するかという問題は、もっぱらどのような「意思決定支援ツール」を開発するか、という問題にすり替えられている感があり、SDM 実践の全体像を示すような文献は少ない。そこで、2000年代当初から精力的にSDMについて研究を行っているグリーン・エルウィン（Glyn Elwyn）らによる、比較的最近になって公開された「臨床実践モデル」について紹介しておく⁽¹¹⁾。

この論文は、SDM が実現されるための、「選択についての会話（choice talk）」「選択肢についての会話（option talk）」「決定のための会話（decision talk）」の3段階からなる実施方法モデルを提示するものとされている。また、SDM については、「患者が意思決定の問題に直面した際に、医師と患者が入手可能な最善のエビデンスを共有し、患者が個々の選択肢を検討して得た情報に基づいた選好（informed preference）を明確化するために、患者が医師の支援を受けるという方法」と定義している。また、この3段階モデルは、望ましいコミュニケーション・スキルと患者のための意思決定支援ツールの使用とを統合するものであるとされている（Elwyn, 2012:1361）。

まず、SDM の成否は、患者への「能力の付与」（confer agency）を支援する作業にかかっている。ここで言う「能力」とは、独立して行動し、自身による自由な選択を行うための個人の能力を意味している。SDM は、(a) 情報の提供、及び、(b) 意思決定プロセスへの支援によって、そのような能力を患者に付与することを目的とする（Elwyn, 2012:1362）。そ

(11) なお、エルウィンは、『Shared Decision-Making in Health Care, Second Edition』と題する書籍の編者の1人であるが、同書籍のサブタイトルは「Achieving Evidenced-Based Patient Choice」であり、また、同書籍の第1版のタイトルは『Evidenced-Based Patient Choice: Inevitable or Impossible?』であることから分かるように、EBMの実践過程においていかにして患者にエビデンス情報を正確に理解させるか、という出発点からSDMを論じている研究者である。

のための SDM における第 1 の作業は、患者が直面する問題に関して不十分な情報に基づいて意思決定することを防止することである。その手段として、多くの支援ツールが開発されている (Elwyn, 2012:1362-1363)。そして、SDM の第 2 の作業は、情報に対する患者の反応を見定めることによって、患者が医療上の選択肢について熟慮することを医師が支援することにある (Elwyn, 2012:1363)。

このような SDM の作業を遂行するための臨床実践における 3 段階モデル——3 つの主要な段階——とは、「選択についての会話」(choice talk)、「選択肢についての会話」(option talk)、「意思決定についての会話」(decision talk) であり、これらによって患者の熟慮プロセス全体を通して医師が支援する。「選択についての会話」は、複数の合理的な選択肢が存在することについて患者が知識を有することを確実にする段階である。「選択肢についての会話」は、各選択肢についてのより詳細な情報を患者に提供する段階である。「意思決定についての会話」は、患者が自己の選好について熟慮し、どの選択肢が最善であるかを決定する作業を支援する段階である。また、このモデルは時系列的に構成されているが、医療の現場は流動的であり、それは必ずしも固定的なものではない。そして、これらのプロセスにおいては、意思決定支援ツールが重要な役割を果たす (Elwyn, 2012:1363)。

この熟慮プロセスの枠組みの中において、まず、「選択についての会話」の段階で、治療の選択肢が複数存在することが確認されるわけであるが、複数の選択肢は、医師の側からだけでなく、患者の側から提示されることもある。次に、「選択肢についての会話」の段階で、患者は、治療の各選択肢について、医師からより詳細な情報提供を受ける。そして、「意思決定の会話」の段階で、患者は、収集した情報に基づいて「何が自分にとっていちばん重要なのか」を熟慮し、それを医師が支援する。この 3 つの段階を経て患者の熟慮プロセスが終了し、患者の「当初の選好」(initial preference) が「情報に基づく選好」(informed preference) となり、それに基づいた最終的な意思決定がなされることになる (Elwyn, 2012:1365)。

また、患者は選択肢について周囲の者と検討したいと考えることがあるが、そうした周囲の関与者が患者本人と同じ情報源を利用できることが望ましい。この周囲の関与者とのさまざまな時間でのさまざまな場所における議論の必要性は、「拡張された熟慮プロセス」と呼ばれる。この必要性

を認め、そのための時間を与えることが、効果的な SDM のための試金石となる (Elwyn, 2012:1364)。

患者の熟慮プロセスでは、意思決定支援ツールも用いられるが、こうしたツールは、患者にとってアクセス容易な形にまとめられており、治療方法についての利益と害についての最新のエビデンスが使用されているべきである。また、場合によっては、患者の選好を明確化するための設問群を含むべきである (Elwyn, 2012:1364)。

(c) SDM の「理念」の浸透

未だその定義や具体的手法も固まっていない SDM ではあるが、その「理念」については、広い範囲で高く評価されている。そのことを示す一例が、(最も権威ある医学雑誌の1つに掲載されたということもあるのであろうが) 引用頻度の高いマイケル・バリー (Michael Barry) らによる論説「シェアード・ディジション・メイキング：患者中心の医療の頂点」である。やや長くなるが、過去から現在に至るまでの欧米での SDM の位置づけがよく分かるので、詳しく紹介しておく。

かつて、世話をし同情をすることだけが医師のできる「治療」という時代があった。時代が変わり、医学の発展により、良い治療結果をもたらすはするが、医師をその患者から遠ざけるような新しい治療方法が開発されてきた。そして、患者とその家族がしばしば重要な討議から締め出され、患者の問題がどのように処理されるべきか、利用可能な診断及び治療の膨大な選択肢の中からどのような選択をするべきかについて患者が何も知らされずに置かれるといった医療状況が出現した。そこで、1988年に、「患者中心の医療のためのピッカー／コモンウェルス・プログラム (the Picker/Commonwealth Program)」(現在はピッカー研究所 (Picker Institute)) が、医師や医療スタッフや保健医療制度がその関心を疾患から患者とその家族へと戻すように注意を喚起するために、「患者中心の医療」という言葉を創り出した。ピッカー研究所は、最終的に、医療の8つの要素を、患者の観点から、その質と安全性について最も重要な指標として明確化した。すなわち、1) 患者の価値観・選好・明示されたニーズの尊重、2) 協調的で一貫性のあるケア、3) 患者とその家族に対する明確かつ高水準な情報の提供と教育、4) 苦痛の管理を含む身体的快適さ、5) 感情面でのサポートと恐怖や不安の軽減、6) 必要な場合の家族や友人の関与、7) ケアの場所の移動を含んだケアの継続性、8) ケアへのア

クセス、である。これらの要素を提示したうえで、ケアのシステムの設計・実施・評価について、患者とその家族を当事者として引き入れることが求められた。その後、この「患者中心の医療」という概念は、米国医学研究所 (Institute of Medicine ; IOM) の画期的な報告書である「質的溝を埋める (Crossing the Quality Chasm)」において、アメリカの保健医療の質を改善するための基本的な方針の1つとして導入された⁽¹²⁾。IOMは、患者中心の医療を、「患者の選好とニーズと価値観を尊重し、それに応える医療」であり「患者の価値観が医療上の決定を導くような医療」であると定義した。この定義が示しているように、患者中心の医療の最も重要な特性は、重要な医療上の決定が行われねばならない場合——患者が医療上の選択肢の選択に直面する場合や、複数の方針が重大かつ異なる予後につながる場合——における、患者の積極的な関与である (Barry, 2012:780)。

医療上の重大な分岐点において患者にとって最善の意思決定がなされるためのプロセスはSDMと呼ばれ、そのプロセスには、少なくとも医療者と患者が、場合によっては医療チームの他のメンバーや患者の友人や家族が参加する。SDMにおいては、当事者双方が情報を共有する。すなわち、医療者は可能な選択肢とそれらのリスクと利益を伝え、患者は自分の選好と価値観を表明する。こうして医療者と患者の双方は、これから行うべき意思決定に関係する要因をよりよく理解し、その決定の責任を共有する (Barry, 2012:780-781)。

複数の可能な治療方法や検査方法が存在する場合には、医療者は、患者に対して何が心配であるかを医療者側に伝えるよう促し、自分の考えを明確化したり、治療上の選択肢とそれらの予想される結果についての理解を高めるような意思決定支援ガイド (decision aids) を提供することによって、SDMを促進することができる。意思決定支援ガイドは、オンラインや紙ベースやビデオによって提供され得るもので、患者が関係する臨床上のエビデンスについて効率的に理解し、とりわけ自分が未だ経験したことの無い起こり得る結果についての事実を知ったうえでの選好を形成し表明することを容易にする (Barry, 2012:781)。

診断方法や治療方法についてのランダム化試験が存在するのと同様に、

(12) 同報告書にはその邦訳がある。米国医療の質委員会／医学研究所『医療の質——谷間を越えて 21 世紀システムへ』(日本評論社、2002 年) である。

意思決定支援ガイドを用いたSDMについてのランダム化試験も存在する。直近のコクラン・データベースによると、86の実験の結果が2009年中に公表されており、意思決定支援ガイドの使用によって一定程度の選好反映型の意思決定がなされ、それが患者の価値観に合致した意思決定の数を増やし、患者の意思決定上の内面的な葛藤が軽減され、受動的態度に終始したり決定できないと言う患者の数を減らしている。また、意思決定支援ガイドの使用が、過剰検査や過剰治療の問題への対応策になり得ることも示唆されている (Barry, 2012:781)。

SDMのプロセスを通じて、医療者は、患者が自分にとって最善の意思決定をするためには自分の価値観と選好が重要であると理解することを援助できる。最善の治療方法や検査や診断手続きについて選択可能性がある場合には、患者の多くが、その選択に際して医療者と一緒に参加することを望むことが分かっている。この患者の関心は世界中の患者に共通しているということが、世界18か国の代表によってSDMへの支持が表明された「ザルツブルク宣言」に示されている (Barry, 2012:781)⁽¹³⁾。

現代の保健医療において「患者中心の医療」は広く語られてはいるが、

-
- (13) 2010年10月のザルツブルク・グローバル・セミナー (Salzburg Global Seminar on Shared Decision Making) で表明された「SDMに関するザルツブルク宣言」(The Salzburg Statement on Shared Decision Making)の重要部分の抄訳(全体のうちの後半部分)は、以下のとおりである。

「多くの医療上の意思決定は、直ちになされる必要はない。医療者は、患者とその家族に治療の選択肢について検討するための時間と材料を与え、情報とその選好に基づいた意思決定をするための支援を提供するまでは、自分の仕事は終わっていないと考えるべきである。／我々は、研究者、報道関係者、及びその他の情報提供者に対して、医療情報が明確であり、最新のものであり、エビデンスに基づいており、金銭上その他のあらゆる利害関係が広く開示されることによって可能な限り偏向がないものとなることを保証することを要求する。／我々は、医療者に対して、そのヘルス・リテラシーの水準に関わらず、全ての患者と意思決定を共有すべきことにつき倫理的な義務が課せられていることを認めることを要求する。医療上の交渉には常に2方向の情報の流れが含まれていなければならない、患者が質問をし、その事情を説明し、その選好を表明することが許されなければならない。医療者は、患者のニーズに適合した高い質の情報を提供する用意ができていなければならない、また、患者が選択肢を検討するための十分な時間を、患者に与えるべきである。医療上の意思決定の質は、その改善のための資料として測定され、継続的に監視されるべきである。」(Salzburg, 2010)。

その言辞を現実に変えていくための大きな課題の1つが、患者を日常的に意思決定に引き込むことである。この医療の質と安全のための決定的な要素に適切に対応するためには、医療者と患者の間に存在する重大な障壁を打ち破らなければならない。患者は、意思決定において彼らが演じる重要な役割について教育されるべきであり、自分が持つ選択肢の内容と自分の意思決定の結果に関する理解を助けるための、効果的なツールが与えられるべきである。また、患者は医療者から、自分の価値観と選好を表明するために必要な感情的なサポートを受け、非難されることなく質問ができるようにならねばならない。一方で、医療者は、パターンリスティックな権威者としての役割を捨て去り、より効果的な助言者やパートナーとなるように訓練される必要がある。さらに、より時機に合った形態で提供される新しい患者中心の健康情報技術は、医療者が重大な医療上の意思決定に直面している患者を発見し、患者の選好をより効率的に顕在化させることを助けるであろう。保健医療の実践を患者の目を通してみることができれば、医療者は、患者のニーズについてより敏感になり、したがってより良い医療者になるであろう。SDMを患者中心の医療の頂点(pinnacle)として認識する時期が到来している(Barry, 2012:781)。

(d) SDMが内包する課題

現在では上のような高い評価を受けるに至っているSDMであるが、その具体的な内容には、いくつかの疑問点がある。そして、それらはかなり以前から指摘されていたものでもある。(すでに出てきたものもあるが)具体的には以下のようなことである。

第1に、パターンリスティック・モデルが、治療上の決定から患者を排斥するものだとすると、逆に、インフォームドコンセント・モデルは、医師の役割を情報提供者に限定して、治療上の決定から排除するものである。いくら患者と医師の間で情報が交換されたとしても、患者と医師の双方が治療についての選好を共有するのではない限り、SDMが実現されたということにはならない(Charles, 1997:683)。

第2に、患者は自分の病気とその治療法については情報を強く求めるが、しかし、患者が治療方法の決定に関与したいと思うかどうかについては、非常にバラツキがある。情報を与えられた患者は、意思決定を自ら行いたいと思うかもしれないし、意思決定プロセスを医師と共有したいと思うかもしれないし、意思決定の責任を医師に任せたいと思うかもしれない

(Charles, 1997:683)。

第3に、医師と患者の間でどれだけ情報が共有されたとしても、それだけでは意思決定を共有したことにはならない。「情報の共有」と「治療上の意思決定の共有」は、医療の現場においては、2つの異なる目標であるということが、医師－患者間のコミュニケーションの研究において明らかにされている (Charles, 1997:684-685)。

第4に、SDMのプロセスにおいては常に——たとえそれが意図されたことではなくても——医師の価値観が患者に影響を及ぼす危険が存在する。患者の多くは、医師が最善の策を知っていると考えたり、自分には治療上の決定をする専門知識が欠けていると考えたり、医師との信頼関係を保つためには、最適な治療についての医師の判断を信頼しなければならないと考えたり、医師の考えに同意することによってその後のより良いケアが受けられるようになるであろうと考えたりする (Charles, 1997:687)。

第5に、情報の共有はSDMの前提条件であるが、しかしここでは、医師と患者の双方が、各自の情報と各自の価値観を持っている。すなわち、SDMとは、医師が知識や情報を提示し、患者が価値観を提示する、といった単純なものではない (Charles, 1997:687)。

第6に、SDMとは意思決定プロセスの一形態であるとされているが、しかし、治療上の意思決定が共有されるためには、そこでの結果、すなわちそこで合意された決定の内容も問題となる。SDMが実現されたと言えるためには、医師と患者の双方がその治療上の意思決定について合意していることが必要である。この双方の合意があることによって、医師と患者はその最終的な意思決定について責任を共有することになる。これはSDMの重要な特徴であり、SDMとその他の意思決定モデルとの区別の基準となる。SDM以外のプロセスにおいては、双方の合意が——それがパターンリスティック・タイプであれインフォームド・ディジョンであれ——有るかもしれないし無いかもしれないが、SDMにおいては、双方の合意はその不可欠の条件となる。しかしまた、双方の合意は、常にSDMの達成を意味するものではない。たとえば、パターンリスティックな意思決定プロセスにおいても、意思決定が共有される結果となることはあり得る (Charles, 1997:688)。

第7に、SDMモデルの固有の特徴とされているもののいくつかは、他のモデルにも共通していたり、異なる程度で認められるものであったりす

る。このことによって、SDM のモデルに当てはまるものと当てはまらないものの境界線を引くことが難しくなっている。これはとりわけ治療上の意思決定における患者の参加の度合いについて当てはまる。たとえば、医師によって示唆された治療について患者が単純に同意したとき、患者は意思決定プロセスに参加したと言えるであろうか。患者がどの程度まで自分の治療上の選好を明示し議論したときに、SDM が行われたと言えるだろうか (Charles, 1997:688)。

第 8 に、SDM を実現する方法は 1 つだけではない。それはさまざまな行動様式の下で実現され得る。また、医師-患者関係は、個人的なものであり、それはしばしば信頼関係である。SDM が実施されたかどうかの標準的チェックリストを作成することは、医師と患者の双方の選好がさまざまであり時間の経過によって変化しうるような意思決定の状況下では、適切ではない。また、SDM は、ある意味で認識の問題である。同じような客観的状況についても、患者によって異なる認識や評価がなされることがあり得る (Charles, 1997:689)。

以上のことからすると、SDM について特定の行動様式を規定することよりも重要なことは、治療上の意思決定をめぐる一定の原則的な基準について合意していくことであろう。たとえば、患者のプロセスへの参加についての選好が明示され認識されること、意思決定プロセスをどのように進めるかについて患者が選択権を与えられること、医師の行動が患者の選択を尊重しそれに合致していること、である (Charles, 1997:689)。

(e) インフォームド・コンセントとの関係

SDM については、それとインフォームド・コンセントとを、どのように——法的問題は置いておくとして——臨床上使用し分けるべきなのか、という実践的な問題がある。単に患者に選択させ、医師はそれに従ってさえいればそれでよいのか、ということである。この点については、後にインフォームド・コンセント論を再検討する際に詳しく検討したいと思うが、比較的簡明な判断基準——それゆえ多少の疑問もないではない——が提唱されているので、ここで紹介しておく。

すなわち、あらゆる治療上の意思決定は、2 つの軸、すなわち、リスクの大小の程度という軸と、確実性の有無の程度という軸を使って、4 つに分類することができる。この 2 つの軸をタテ軸とヨコ軸にとって図を描くと、A) リスクが大きく、確実性が高い意思決定の領域、B) リスクが大

きく、確実性が低い意思決定の領域、C) リスクが小さく、確実性が高い意思決定の領域、D) リスクが小さく、確実性が低い意思決定の領域、という4つの領域が出来上がる。そして、「単純な同意」、インフォームド・コンセント、SDMの3つが、これら4つの領域のどこに適用されるべきかを判断することができる(Whitney, 2004:56)。

まず、インフォームド・コンセントは、大きなリスクを含む意思決定において必要とされるのであり、それは選択肢が1つしかない場合であっても複数ある場合であっても同じである。したがって、領域Aと領域Bがこれに該当する。次に、「単純な同意」は、選択肢のリスクが小さい場合に用いられるものであり、それは1つの明白な選択肢しかない場合と、医学的に合理的な代替選択肢が存在する場合とを含む。したがって、領域Cと領域Dがこれに該当する。そして、SDMは、そのリスクが大きいか小さいかに関わらず、2つまたはそれ以上の医学的に合理的な選択肢が存在する場合において適切なものである。したがって、領域Bと領域Dがこれに該当する(Whitney, 2004:56-57)。

以上の結果として、医療上の意思決定においていずれの手続きが用いられるべきかを決定できる。リスクが大きく複数の選択肢がある意思決定(領域B)においては、インフォームド・コンセントとSDMの両方の適用可能性がある。こうした重要な意思決定においては、医師は患者の価値観や考慮事項や感情的・社会的なニーズの探索に時間をかけ、患者に問題点を説明し、存在する代替策を提示しなければならない。その最終目的は、患者が正しいと思える選択に達することである。これと対照的に、リスクが大きい1つの選択肢しかない場合の意思決定(領域A)においては、合理的な患者であれば当然に医学的に適切な介入を選択するであろうから、SDMの使用は不適切である(Whitney, 2004:57)。

リスクが小さい意思決定においては、「単純な同意」で十分である。単純な同意を得るに際しては、医師は、代替選択肢を提示したり患者の理解度を確かめたりといった、インフォームド・コンセントの手続きのうちの幾分かの内容を実施するかもしれない。そのような会話は、不完全なインフォームド・コンセントというわけではなく、医師はある特定の患者が特定の意思決定をするために必要な会話をを行っているだけである。注意すべきは、4つの領域の全てにおいて、患者による同意はなされているということである(Whitney, 2004:57)。

リスクが小さい複数の選択肢が存在している場合（領域 D）の意思決定は、SDM の手続きで行われるべきであり、より負担の大きいインフォームド・コンセントの手続きによる必要はない。リスクの小さい1つの選択肢しかない場合（領域 C）の意思決定は、単純な同意の手続きのみで足り、SDM やインフォームド・コンセントの手続きによる必要はない。この場合に医師に要求されることは、医師が自分の推奨する選択肢を患者に知らせることだけである。そうすれば、患者はそれに同意するか、より多くの情報を求めてくるか、あるいは断るかする（Whitney, 2004:57）。

ただし、複数の選択肢がある場合で、患者の意向が重要である場合（残された人生の長さとその質のどちらを選ぶかといった選択の場合）と、患者の価値観が重要である場合（宗教や人生観や信念が関わってくる場合）には、患者を意思決定プロセスに参加させ、患者自身に意思決定をさせることが、きわめて重要になる（Whitney, 2004:57）。

なお、インフォームド・コンセントと SDM との混同、及び、両者をあらゆる医療上の意思決定について適用するように拡張しようとする傾向は、医療倫理というものが「重大な事態」を想定して検討されてきたことによるところが大きい。従来の医療倫理では、治療選択肢が1つしか存在しないので患者の選好は問題とならないような、重要な意思決定とは言えない場面を看過してきた。このような場面での意思決定では、インフォームド・コンセントは重要であるが、しかし SDM は問題にはならない。同様に、医療倫理学においては、インフォームド・コンセントは必要ないが SDM は必要になるというような意思決定については、ほとんど注意を払ってこなかった（Whitney, 2004:58）。

このように、インフォームド・コンセントは、リスクが大きい場合の意思決定において患者のコントロール能力を強め、SDM は、2つ以上の医学的に合理的な選択肢が存在する場合において適している。したがって、インフォームド・コンセントについての従来の評価は次のように改められる。コンセント（同意）は常に要求されるが、しかしインフォームド・コンセントはそうではない（Whitney, 2004:59）。

④ 議論における「患者の不在」

以上に見てきたように、SDM については、医療界において活発な議論が展開されてきており、医療関係者の間では概ね肯定的な意見が多い。しかし、これまでの議論において、患者が SDM をどう評価しているか、ま

た、社会全体としてSDMをどう評価するべきか、という観点からの検討は——手嶋による法的観点からの評価を除けば——ほとんど行われていない。一見すると患者にとって利益になるものであり、患者の側から批判が出てくる可能性はなさそうでもあるが、しかし、このSDM運動については、もう少し別の方向からの評価も必要かもしれない。

たとえば、社会学者の松繁卓哉は、「患者中心の医療」という「言説」についての根本的な批判を提起しているが、それは、SDMに関するこれまでの議論の経過についても当てはまる点が少なくないように思われる。そこで、以下では、この松繁の議論を概観する。

すなわち、「患者中心」の言説をめぐる混乱の主な要因は、1つには患者が「不在」であることである。つまり、「患者中心の医療」を作ろう、と医療者が集まって協議・実践している点である。そしてもう1つの要因は、「患者のなすべきこと」についての議論の遅れである。今日、一般に「エビデンス」とは医学・科学の産物とされており、患者は、その「エビデンス」が可能にする恩恵を享受するポジションを出ていないと言わざるをえない。このような図式設定ゆえに「患者のなすべきこと」を想定する作業自体が困難を伴っている（松繁 2010:85）。

たとえば、慢性症状とともに日常生活を送っていくことの中には、疾患は違っても、日々自分の生活を管理していくという課題は共通している。慢性疾患であるがゆえに日常生活に医療が深く関わっているものの、それは「当事者の生活運営」という観点からすればその一部分のみをなすものであり、医療のほかにも人的ネットワークの活用や、メディアを活用した情報収集、さらには内的に自己と対峙する中で目標設定をし、調整を重ねながら遂行していくことこそが、当事者たる慢性疾患患者にとって最も中心的な課題である。こうした課題への取り組みこそが、患者が構想する「患者中心の医療」にほかならない（松繁 2010:113）。

これまでは、「患者中心の医療」の枠組みを医療者が「お膳立て」し、その成果物を患者が享受するものとして思い描かれる、医療者側の「患者中心の医療」が一方に存在しており、他方に、「医師」「看護師」「理学療法士」「カウンセラー」「家族」「友人」「同僚」などの人的資源の中心に「自分」を置き、これらリソースを必要に応じて使い分け、病ある生を豊かに生きていくことを目指す、患者側の「患者中心の医療」が存在していた（松繁 2010:115）。すなわち、医療者にとって「患者中心の医療」とは、

「患者の満足度を高めること」であり、そのためになすべきことは、患者の意を汲み取れる環境整備を医療者が整えていくこと、と想定されていた。ここに患者の占める立ち位置は希薄である。これに対して、患者らは、自らの「病とともにある生活」を、他の誰でもない自分自身が掌握し、周囲の人々とのコミュニケーションを通じて、より豊かな「病ある生活」をプロデュースする主体性を有しうる。自らの身体をケアし、医学的処置の成り行きを（ヴァーチャルではなく）現実に知覚しうる自らの存在の希少性は、患者流「患者中心の医療」にとって強力なカードとなる。肉体をもってその病の現実を知覚しうるただ1人の存在である、という「存在の希少性」こそ、高度な知識を有するがゆえの医師の「自律性」に対峙しうる可能性を持つものである（松繁 2010:131-132）。

しかしながら、今日の社会においては、非医療者（生活者・患者）までもが、健康と病の問題について生物医学的判断を求めることが、厳然たる事実としてある。病気の解決のための複数あるパースペクティブにおいて、あえて言うまでもなく、今日の社会で最も信頼を寄せられているものとして医学がある。病院・診療所などの医療機関という場においてのみならず、家庭・職場・学校においても決定力を有する唯一のものが、健康と病への生物医学的事実認識法である。ここで重要な点は、この「唯一」にある。社会において、構成員が1つの事実認識の様式を共有し、それをもって諸事象の価値判断を行う、という文化特性は、すでに10年近く前から指摘されてきた。この「オーディット文化」と呼ばれる文化特性は、今日の社会のあらゆる領域に浸透している。元来“audit”という語は、会計監査の場で用いられる企業組織経営の実情の客観的判断を可能にする評価指標であるが、この指標が複数存在しては、価値評価の共有が成り立たないわけで、「唯一」であることが必須要件となる。「オーディット文化」概念は、経済のみならず、教育、科学技術、環境保全、行政から保健医療に至るまで、単一的価値評価法が要請される機序の理解をわれわれにもたらす。「オーディット社会化」とは、客観的監査の手法に拮抗しうる強力な対抗軸とも言うべきものの不在である（松繁 2010:138-139）。

病ある生をより豊かなものとするための取り組みは、医学を基礎としたものに限られないわけで、新たな方向性を見出すためには、いったん「医学的なもの」を排除したうえで、身体の長期的コンディションと生活との折り合いを付けていく方法論が模索されることも必要であろう。「治療の

受け手」であることと「病ある生をいきること」との間には、じつは大きな相違がある（松繁 2010:144）。

しかし、細分化され専門分化の進む医学の知を最上位に位置づける今日の「知のヒエラルキー」のもとでは、病の全体を見取る諸価値の判断の営為が下位に置かれ、多くの要素が表面化しないまま、閉じられた世界の中で医療実践が取り組まれてしまうリスクが潜在する。「患者中心の医療」は、医療世界という限られた空間の中だけではなしえないはずであり、「患者中心の医療」は供与されるものではなく、病ある生をいきる者がプロデュースすべきものである（松繁 2010:157）。だが、今日の健康実践は、社会制度レベルで見れば、多様化の様相を呈するどころか、むしろ、特定の記述形式へと収斂しており、真の multi-disciplinarity は出現していない。医療の現場ではさまざまな構想が実践化されているが、しかし、その構想を事実上管掌しているのは医療者であるというのが現状である。「患者のなすべきこと」が医療者によって遂行されてきた、ということもできる。これは近代以降の専門家システムのもたらした帰結であろう（松繁 2010:164）

患者らが健康と病を論じ管理する資格（すなわち医学的エビデンスに対してのカウンターエビデンス）を成立せしめるものは、症状とともに生を送る事実そのものである。そして、今日の「医学的エビデンス」を最上位に置く保健医療システムの中で、この「カウンターのエビデンス」の確立こそが喫緊の課題である。そして、安直な「スケール化」や「標準化」に対しては、常に批判的姿勢が保持されなければならない（松繁 2010:168-169）。

以上のとおりであるが、この「患者中心の医療」をめぐる動向への社会的な批判的評価から、われわれは何を学ばねばならないだろうか。

個々人（個々の病者）の「生」を同質社会的システム化から守り、その個性性を確保するための対抗手段は、個々人の自前の人的ネットワークの活用と、「自己」なるものの柔軟性の維持・実現であるように思う。話をSDMの次元に戻すと、そこで医療関係者によって現在盛んに試みられていることは、うがった見方をすると、より効果的な意思決定支援ツールの作成競争と、その有効性を証明するエビデンスの獲得競争、そして、公的機関によるSDMという「形式」の公的認証の獲得のように思われる。しかし、意思決定支援ツールを用いて患者が自己の嗜好や価値観を明確化しようとする努力が、結果としてとめどない「自分探し」への没頭になって

しまっては元も子もないのであり、また、SDM の公的認証が、医師による説明義務の制度的緩和にとどまるだけになるのでは本末転倒であろう。

医療上の意思決定の舵取りは動的なプロセスであり、患者の志向、考え方、どの程度の自律性を欲するのか、そして外的な影響といったものは、経過とともに変化しうる（グループマン＝ハーツバンド 2013:299）。残りの人生が1年というときに、その1年というのは客観的な指標ではあるが、個人個人にとってその1年の生活の質というものは明らかに主観的なものであり、どんな方法を使っても正確に評価しうるものではない。また、それまで健康だった人が、今まで経験したことのない体の状態で今後の生活を送ることがどんなものであるかを、正しく想像することは不可能である（グループマン＝ハーツバンド 2013:286）。そして、「全てのひとに合うフリーサイズ」の治療が存在しないのと同様に、このくらいの主導権を行使するのが正しい、という唯一絶対の答えは存在しない。したがって、スタート地点でさしあたりどのくらい自律性を行使するのかを決め、その後の経過の中で自分が主治医にどの程度信頼を寄せられるかを見極めてから、もう一度自分の参加の加減が妥当かどうかを考え直してみることも必要になるであろう（グループマン＝ハーツバンド 2013:298）。結果を正確に予測できない状況においては、その意思決定がどのようになされたかということが、どんな決定をしたかと同じくらい重要となり得る（グループマン＝ハーツバンド 2013:111）。その意味では、決定に至るプロセスとその決定の妥当性は切り離せないものであり、SDM を NEBM と切り離して考えることは望ましくないであろう。

これらの問題は、現実の医療の場における人間像として、独立し自律した個人（病者）を想定するか、環境と関係の網の中の個人（病者）を想定するか、ということに関係してくる。こうした点については、本節中の次の「3. インフォームド・コンセント論の再検討」と「4. 関係中心の医療（Relationship-Centered Medicine）」の箇所でも、さらに検討を進めたい。

[引用文献一覧]

(外国語文献)

Barry, 2012 : Michael J. Barry and Susan Edgman-Levitan, “Shared Decision Making: The Pinnacle of Patient-Centered Care”, *The New England Journal*

- of Medicine*, Vol.366, No.9, pp.780-781 (2012)
- Charles, 1997 : Cathy Charles et al., “Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does It Mean? (Or It Takes at Least Two to Tango)”, *Social Science & Medicine*, Vol.44, No.5, pp.681-692 (1997)
- Charon, 2008 : Rita Charon et al., “The art of medicine: Narrative evidence based medicine”, *www.thelancet.com* Vol 371, January 26, 2008, pp.296-297
- Elwyn , 2012 : Glyn Elwyn et al, “Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice”, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, pp.1361-1367 (2012)
- Salzburg, 2010 : The Salzburg Statement on Shared Decision Making [Internet]; Available at: <http://salzburugglab.org/go/477> [cited 2015 September 7]
- Whitney, 2004 : Simon N. Whitney et al., “A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 140, No. 1, pp.54-59 (2004)
- (邦語文献)
- 有森 2012 : 有森直子「リプロダクティブヘルスにおける意思決定支援」中山和弘＝岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』（中央法規出版、2012年）111-136頁
- 岩本＝岩本 2012 : 岩本貴＝岩本ゆり「医療コーディネーターによる意思決定支援」中山和弘＝岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』（中央法規出版、2012年）43-82頁
- 岸本 2015 : 岸本寛史『緩和ケアという物語——正しい説明という暴力』（創元社、2015年）
- 倉岡 2012 : 倉岡（野田）有美子「高齢者医療における代理意思決定とその支援」中山和弘＝岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』（中央法規出版、2012年）83-98頁
- グループマン＝ハーツバンド 2011 : ジェローム・グループマン＝パメラ・ハーツバンド（堀内志奈訳）『決められない患者たち』（医学書院、2013年）〔Jerome Groopman and Pamela Hartzband, *Your Medical Mind: How to decide what is right for you* (Penguin Press, 2011)〕
- 斎藤 2011 : 斎藤清二『ナラエビ医療学講座——物語と科学の統合を目指して——』（北大路書房、2011年）
- 斎藤 2012 : 斎藤清二『医療におけるナラティブとエビデンス——対立から調和へ』（遠見書房、2012年）
- 斎藤 2014 : 斎藤清二『関係性の医療学——ナラティブ・ベイスト・メディスン論考』（遠見書房、2014年）
- 斎藤 2014b : 斎藤清二「ナラティブ・ベイスト・メディスン再論」学園の臨床研究 (13) 1-9頁 (2014年)
- シャロン 2011 : リタ・シャロン（斎藤清二ほか訳）『ナラティブ・メディスン——物

医療契約法の再構築 (6)

- 語能力が医療を変える』(医学書院、2011年)〔Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (Oxford University Press, 2006)〕
- 辻 2007: 辻恵子「意思決定プロセスの共有——概念分析」日本助産学会誌 21 巻 2 号 12-22 頁 (2007 年)
- 手嶋 2007: 手嶋 豊「医療をめぐる意思決定と法——患者の拒否、医師の説得と Shared Decision-Making について」榎村志郎編『法動態学叢書水平的秩序 3 規制と自律』(法律文化社、2007 年) 188-213 頁
- 手嶋 2011: 手嶋豊「医療における共同意思決定について」神戸法学雑誌 60 巻 3=4 号 436-454 頁 (2011 年)
- 友利 2012: 友利幸之介「リハビリテーションにおける意思決定支援ソフトの活用」中山和弘=岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』(中央法規出版、2012 年) 137-156 頁
- 中山 2012a 中山和弘「はじめに」中山和弘=岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』(中央法規出版、2012 年) 1-4 頁
- 中山 2012b 中山和弘「医療における意思決定支援とは何か」中山和弘=岩本貴編『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』(中央法規出版、2012 年) 11-42 頁
- 中山 2012c: 中山健夫「EBM の普及と医療リテラシー: 情報と医師患者コミュニケーション」日本内科学会雑誌 101 巻 12 号 3600-3606 頁 (2012 年)
- 藤田 2012: 藤田真弥「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」生命倫理 22 巻 1 号 59-66 頁 (2012 年)
- 松繁 2010: 松繁卓哉『「患者中心の医療」という言説——患者の「知」の社会学』(立教大学出版会、2010 年)
- メザ=パッサーマン 2013: ジェイムズ P.メザ=ダニエル S.パッサーマン (岩田健太郎訳)『ナラティブとエビデンスの間——括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療——』(メディカル・サイエンス・インターナショナル、2013 年)〔James P. Meza & Daniel S. Passerman, *Integrating Narrative Medicine and Evidence-based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing* (Radcliffe Publishing, 2011)〕