

氏名 大塚 文  
論文題目 医療ソーシャルワーカーと患者の自己決定

### 論文趣旨

昨今の医療現場では自己決定の重要性や尊重は一定の理解を得ており、患者－医師関係における自己決定はインフォームド・コンセント（以下、IC）として具体化され、患者の利益を保障する一方法であると認識されている。つまり患者が重大な医学的選択を行うために、患者－医師関係におけるICは大変重要なものであると位置づけられる。それは、人生における様々な自己決定の中であって、かけがえのない命を巡る決定であり、患者は純粋に自由に、自らの価値観や道徳観に則って、その決定を行えることが望まれる。

しかしながら、患者を取り巻く状況は千差万別で、時に過酷である。病気や怪我とその治療は、身体のみならず心や社会的状況、経済にまで影響を及ぼし、心理・社会・経済的問題（以下、心理社会的問題）を起こさせる。あるいは病気や怪我の前から、既に心理社会的問題を抱えていて、病むことで更にその状況が過酷さを増すこともある。

このような場合、その心理社会的問題が、医学的選択を逡巡させたり諦めさせたりするような事態を引き起こすことは想像に難しくなく、患者は自ら純粋な価値に基づいた本来的な医学的選択ができない事態に追い込まれる。

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker 以下、MSW）は、病気や怪我によって引き起こされる患者・家族の心理社会的問題の解決・調整援助を、可能な限り患者自らの力を使って行うよう支援する、社会福祉学をその基盤においた専門職である。主に病院に配置されているが、周知度は低い。MSWは上述した本来的な患者自らの医学的決定が行えるように支援し、加えて病気や怪我から引き起こされた不利益を最小にするために、私傷病やそれから発生した障害を抱えた生活の再構築のために専門性を発揮する。

MSWはイギリスやアメリカでは、ソーシャルワーカー（以下、SW）として統合されていた経緯があるが、日本では未だ統合は行われていない。そのため本稿では、SWのことを語りながらMSWという呼称を使う、もしくはその逆の記載を行う必要性なども出てくる。SWによる支援の方法をソーシャルワーク（社会福祉援助技術）と呼び、心理社会的問題への解決調整に関わる。ソーシャルワークにおける支援の根幹は自己決定であり、パイステックやパワーズらもその点を示している。さらにその自己決定を具体的に支えるものが、ソーシャルワークにおけるICであり、“*Encyclopedia of social work 19<sup>th</sup>*”によると、「診断・治療・フォローアップ・調査を含むある特定の介入を行うためにSWあるいは他の専門家に対するクライアントによって認められた許可」と表現されている。自己決定を具現化するICは患者－医師関係に止まらず、その他の職種にも重要であるとされているが、患者－MSW関係におけるICもまた、自己決定を支えるものとして重視されるべきであると著者は考えてきた。しかしながら日本では、患者－MSW（ひいてはSW）関係において、ICと言う言葉をつかうことは殆どない。その理由や意味を問うことも含めて、本稿では、

以下のような道筋で、MSW と患者の自己決定について述べた。

まず患者－医師関係における IC を歴史的に概観し、医療における患者の自己決定がどのような形で現在の IC として具体化されたのかを考察した。その上に、患者－医師関係での IC の構成要素を確認しその基本的成り立ちを理解した。特に患者－医師関係での IC における同意は、権限委任と表現され、相互意思決定としての Shared Decision Making (以下、SDM) とも一線を画すという。著者の中では IC が SDM によるべきと認識していたが、異なっていることを理解した。

つまり概観した患者－医師関係の IC を巡る歴史的経過やその構成から、患者－医師関係間の IC と自己決定の根底は傷病そのものへの対処であり、この関係における患者理解とは、傷病、つまり生命を巡る問題がその中核を為す。患者は医療に関わる選択に直面した場合大いに困惑するが、その困惑とは生命を取り巻く重大な医療行為を選択する時のみならず、治療行為に関連はしているが緊急性や命の危険がないものまでをも含んでいる。自らの心身に起こることは、その重大さに関わらず不安を覚えさせるのは間違いない。困惑は患者主体のものであり支援者の側にはその重大さを個々に量るべきがなく、事の重大さの判断は患者の感覚に委ねられているからでもある。よって如何なる場合も医学的選択には、例えば上述した権限委任に至る経過や IC をめぐるジレンマに対応する十分なコミュニケーションが重要かつ必須と思われた。つまり患者－医師間の IC は生命への介入を第一義としているとは言うものの、それだけを主眼とする関わりでは患者の不安を拭い去れず、安心を得られないこともまた現実であるからだ。結果として、このように命を巡る決定を行うような厳しい状況下においては、患者の症状の重篤さや緊急度によっては、益々患者と医師との双方向の対話による合意の流れにしかその解決は見いだせないのではないかと考える。その意味で IC と SDM の相違と SDM の重要性には注目すべきと考える。

次に、MSW を理解する為に、その歴史をイギリス・アメリカ・日本を例に概観した。イギリスは MSW 発祥の地であり、その経緯は現在の日本にとっても示唆的であった。アメリカでの MSW の配置には医師キャボットの多大なる貢献があり、彼の患者を生活者として捉えていく視点には学ぶことが多くあった。更に、リッチモンドのソーシャル・ケースワークの理論化、公民権運動などに支えられたマイノリティによる自己決定概念への流れなど、重要な経緯が理解できた。これらイギリス・アメリカの流れに沿って日本の MSW を考察したことで、患者への自己決定支援やそれを支えるものが見えてきた。

この歴史的理解を踏まえた上で、SW の支援がいかなる基本姿勢を通して行われているかを、バイスティックの 7 原則の概観の中で確認した。これらの原則の 1 つが「クライアントの自己決定」であり重要である。患者－MSW 関係における自己決定支援についてバイスティックから、患者の価値に基づいた決定における「価値」についてローエンバーグの考えをひいて整理した。

その上で、イギリス・アメリカ・日本の SW の倫理綱領、辞典や辞書を参考にして患者－MSW 関係の IC がどのように規定されているかを探った。その知見をもとに、患者－主

治医関係の IC と患者-MSW 関係の IC を比較検討し、自己決定の具現化であるこの 2 つの IC は何が異なっているかを考察した。患者-医師間では既に整理されている IC の概念から MSW が学ぶことは多い。殊にこの検討から MSW の専門性への示唆が見いだせ、医学と社会福祉学の接近が患者の自己決定には重要であることを再確認した。

更に MSW が行う支援の実際を具体的な事例で示し、ソーシャルワークにおける患者の自己決定のありようや、患者-MSW 関係における IC とはどのようなものかを示すことで確認した。ソーシャルワークの目的は各々の患者によって異なるが、ここで示す 3 事例では、心理社会的問題により患者が自らの価値に根差した自己決定ができない点を中心として検討した。事例 1・2 では患者の自己決定能力に問題はなかったが、その社会的背景が患者自身の価値に根差した決定に影を落としていた。事例 1 では、問題を緩和することで、本来の決定に結び付いたが、事例 2 では家族の決定が優先され、本人の身体回復が達成できなかった。事例 3 では、共に自己決定能力に大きな問題がある上に家族の支援もままならなかったため、患者本来の決定を行うことは困難だった。よってこの患者を取り巻く病院内外の支援者は、何がこの患者の利益に即した決定かを悩みつつ対応した。しかしこのような選択や決定は、果たしてそれでよかったのかと危惧され、対策も含めて考察する必要がある。本稿で取り上げた事例からは、心理社会的問題への介入が患者の自己決定を可能にする場合があること、医師を初めとした医療関係者全体の協働が患者の自己決定を支えるためには必要であること、などが理解された。それはやはり医学と社会福祉学の意識的な接近から、換言すれば医学モデルと生活モデル双方の尊重の中から生まれる、重要な医学的決定を含む生活の決定であることを示していると言えた。

患者-MSW 関係における IC と自己決定の捉え方をいくつかの方法で確認した。特に IC の構成要素である限界要素（有能性）・情報要素（開示・理解）・同意要素（自発性・権限委任）を参考に、患者-MSW 間の IC に焦点を当てて事例を振り返った。その中で理解される 2 つの IC は、以下 4 点では少なくとも医師と MSW では異なっていると考えられた。

- ①患者に提示される情報における患者の主観的な意見の反映の有無やその程度
- ②情報の高度さの程度による患者の理解差
- ③患者が提示された内容を拒否した場合の修正の可能性や方法
- ④同意した場合の権限委任のあり方

殊に①④において、患者の力を引き出すソーシャルワークの在り方を見ることができた。

日本ではソーシャルワークにおいて IC という言葉を使用していないことは既述した。この点に関して明確な答えは見いだせなかったが、いくつかの想像はできる。例えば、IC のような厳しい形の合意よりも SDM の方が適切と考えられる、構成要素から合致しない、SW が支援の対象とするクライアントの多くは IC という形で同意できない人々である、などである。いずれにしても、日本の SW が患者-医師関係の IC に関心を持ち、その上で IC がクライアントの自己決定を支える重要なキーワードであり、MSW を含む SW はソーシャルワークにおける IC の意味と意義を見出す努力をする必要がある。

田中千枝子によれば、‘Life’と言う言葉は命・生活・人生という3層を表し、この3層は補完し関係し合うとする。医師及び診療補助職のうち特に医師や看護師は患者の生命の関与から介入を始める。MSWは生活への介入を第一義とし、診療補助職ではないため生命への介入はできない。しかし田中の考えを借りれば、初発の介入が3層のどこであれ、専門家は患者の3層全てに関心を持ち考慮しながらその専門性を発揮することが重要である。ひいては医療における自己決定とは生命における決定で、また生活や人生の決定でもあり、3層として補完し合いかつ質の高まりが求められるものでもある。医学モデルと生活モデルとの関係は、Lifeという言葉がもつこの意味と関連づけるとより明確になる。

医学モデルに関して言えば、リッチモンドによるソーシャルワークの体系化にあたって医学をモデルにしてその確立を図ったことへの批判や、ソーシャルワークがフロイトの精神分析的介入へ傾倒したことへの批判があり、ソーシャルワークにおける医学モデルへの忌避とも受け取れ、「医学モデルと生活モデルは相容れないもので対極化している」という従来の捉え方に繋がる。しかし臨床場面で患者に支援を行うにあたっては、医学モデルと生活モデルとは各々に重要な側面を持ち、決しての片方だけでは患者を支えられない。この両モデル相互の接近が、患者を人として理解することに役立ち、患者の自己決定を「本来の人としての価値」に即したものにしていける。

医療の必要な状況は個々人によって実に様々である。また、患者の抱える心理社会的問題も誰一人として同じものはない。それは、医学モデルと生活モデルの統合の必要性に関して挙げた例や事例からも、十分に理解できる点である。生活は医学を、医学は生活を共に支え合い、補完し合ってその人、その患者の‘Life’の全容を捉えることが重要である。その視点は生命・生活・人生に渡る3層の補完性であることを改めて強調したい。

一方で、心理社会的問題の解決や緩和が常に上手くいくとは限らない。MSW支援の効果は、時に大きく、時に殆どないことも事実である。患者の希望するような解決に至らないことも視野に入れながら支援は行われる。それはある時はリスクと呼ばれ、代替手段を考えながらの支援することも多い。患者が思ったような決定にならないことも含めてそれがソーシャルワークの過程であり、共に歩む経過やコミュニケーションがそれを補填する。

ここまで、ソーシャルワークの過程と、患者-MSW間のICにとって経過とコミュニケーションが重要であり、それが患者の自己決定を支えることを確認してきたが、患者-医師関係でも同様にこのコミュニケーションや対話は重要な役割を果たすと想像できる。

上述したように、ICをShared Decision Makingと捉える考え方では、患者や家族が医療に関する何らかの決定を行う場合、共に悩み考えて意思決定する過程が重要であるとする。この過程をコミュニケーション (Communication) というなら、それは単なる「伝達・連絡」ではない。その語源 Communication は、ラテン語で「共有する」という意味を持つ。また share は「他の人と一緒に持つ・行う」という意味で、「Share」と「Communication」は「共有する・一緒に」という点で共通する。既述の“*Making Health Care Decisions The Ethical and Legal Implication of Consent in Patient-Practitioner Relationship*”の中に、

「この報告では委員会はどうやって（著者注 患者と医師との）相互参加と尊敬によって、そして共有して決定することによって特徴づけられる患者と専門職との関係を育てる（foster）かについての議論の合意に話を移そうとしている」という記述がある。「治療の過程における決定は、合意に努力するプロセスに対する専門家と患者間のディスカッションから成る」とし、「患者がこのプロセスへの対話に参加することを、医師あるいは他の医療関係者が招待することを意味する」とも述べている。このような関係では、患者と医師との間の相互作用がおこるが、これを化学反応（the chemistry of the interaction）と表現し、「相互作用が決定のプロセスを修正していく」とも述べている。確かに対話による関係の中からは、化学反応のように相互の関係性から生み出されるものがある。これらの内容からは、ICのバリエーションとして、患者と医師の双方向対話型のSDMというICの形が見えてくる。SDMとは、医師と患者が対話に参加し、むしろ患者に参加を呼びかけ、共に決定を成し遂げていこうとする形である。それは患者の決定のプロセスに立ち入ることもあるが、重大な医学的決定を行う場合、医者より圧倒的に専門的知識が乏しい患者が医師に多くの意見を求めることは当然のことと言える。事実、著者が患者－医師関係のICに同席する場合には、患者側は決定や権限委任のために、この対話を医師に強く求める状況によく遭遇する。また対話が乏しいままに行った決定は、患者に納得や安心感をもたらさないこともまた想像に難くない。本来、限局された一場面だけで、ICを行うことには無理があり、また重要な決定の為にはよほど緊急を要する場合でも、相手を理解しようとする気持ちや心を開かせ受容するコミュニケーション技術が重要である。それは「コミュニケーション不足と医療訴訟との関連を示す研究や論文は多く存在する」という指摘からも伺える。

患者－医師関係におけるSDMは、患者－MSW関係におけるコミュニケーションや対話重視のICの形に極めて近いという印象を持つ。ソーシャルワークにおいては、まずは患者の話をMSWが傾聴するが、基本的には対話・コミュニケーションである。その意味では、患者が行う1つ1つの決定が、患者が望むより良い問題解決の方向へ進む道筋を作り出しているといえる。このような決定はSDMに近い患者－MSW間のICに支えられている。

MSWは面接技術というコミュニケーション技法を養成課程で教育される。この点からも、患者が何を欲しているのかを自覚している場合のみならず、事例1の患者の場合のように対話の中からMSWは患者が自覚していなかった気持ちを汲み取り、表在化させ、その自己決定に貢献できる可能性を見いだせる。患者の価値や道徳観に沿った決定のためには患者との濃厚な交流が必要であるが、ソーシャルワークの経過とコミュニケーション重視の支援の中で、委員会報告の言葉を借りるなら、患者とMSW間の化学反応が答えを導き出す。それは患者が対話の中から自らの今後を考えることを助け、ひいては「人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通して患者とパーソナリティーを発達させる諸過程から成っている」とするリッチモンドのソーシャル・ケースワークの定義にも通じる、重要な過程でもあると考えられる。