

肺癌病棟におけるコミュニケーション

—ある病院調査より—

田 口 宏 昭

はじめに

本稿は、終末期の癌患者が多数入院するある公的病院であるA病院の肺癌病棟に勤務する医師ならびに看護婦に対する面接聞き取り調査を通して得られた知識とその「解釈」に関心の焦点がある。癌病棟の世界については既に闘病体験者自身やその家族による闘病記録の形で紹介されているが、日本の社会科学の視点からはほとんどメスが入れられていない対象領域であるように思われるので、早い時点でその世界の一端を紹介し、医療社会学者の関心を喚起することにはそれなりの意義が認められるであろう。そこで、1989年に開始した3年計画の本調査研究の1年目の調査から知り得たデータをもとに、敢えてそれを公表することにした。

まず第一に本稿は、「癌病棟」の世界を明らかにするにあたって、そこにかかわる人々の行為を多かれ少なかれ規定していると思われる文化の問題を取り上げる。われわれの社会において、「癌」はある特定の象徴的意味を与えられていて、人々はこれを隠したり露にしたりするという意味で、行為に影響を及ぼす文化のなかにこれを位置づけて考える必要がある。

言うまでもないが、社会学者は人々の行為を注意深く観察する。そしてその行為が生起している状況を注意深く観察する。その場合、言語的象徴も非言語的象徴も含めて、あらゆる象徴がどのように提示されているかに注意を集中する。行為が生起する状況を病院という空間にわれわれが限定した場合にも、様々な象徴が、病院という生活舞台の時空に提示される。提示を通して、人々に対してその意味が記憶のうちに喚起され、確認され、強化される。しかし、ここで、調査にかかわる研究者が常に警戒しなければならないのは、われわれに対

して如何なる象徴が明示的に提示されているかということだけに注意を奪われて、明示的に提示されていない象徴を見落とす過ちを犯すことである。たとえば「癌」という言語的象徴は、病院の社会の明示的なコミュニケーション過程には乗らない象徴である。これは人々が癌に関心をもっていないことを意味するものでは決してない。事実はその反対である。人々は注意深くこの象徴を会話のなかで意識的に避けているのである。すなわちそれは日本の社会の医療の現場ではタブー語なのである。それは積極的に患者に癌の告知をしようとしているホスピスでも例外ではないし、またたとえ語られる言葉ではあっても、人目につく空間に表示し続けられる言葉ではない、ということはいうまでもない。日本の社会において「癌」は一方ではマスメディアを通してその発症のメカニズムやその治療の実際について広く知識が公開されるようになったが、実際の治療の現場では、「癌」は慎重な扱いを受ける。避けられ、明示されない象徴が重要な意味をもっている好例であろう。

ところで、現場でこの語がタブー扱いを受けるということは、特定社会が「癌」に対してもっているイメージないし観念の所在を暗示している。そのようなイメージないし観念は、医師や看護婦などの医療従事者、患者ならびにその家族の行動を規定する。この種の問題は、ある種の病気を特定社会がどのようにイメージし、どのように扱い、それによって人々の行動がいかに関与を受けるかという、いわば文化と人間行動の問題として位置づけることができる。

しかし、同一の文化のもとにあっても、医師-癌患者関係の様式や両者のコミュニケーションの様式はその他の条件によって異なることがあるように思われる。たとえば癌告知後の精神的ケアの体制が整っているホスピス機能を持つ病院とそうでない病院とではその様式が異なることは既によく知られているところである。しかし後者においても、同種の癌患者のみが入院する病棟における医師-癌患者関係やコミュニケーションの様式は、各種癌患者が、あるいは各種癌患者とその他の疾病を持つ患者とが共存する混合型病棟の癌患者と医師との間の関係や、コミュニケーションの様式とはかなり異なるように思われる。

A病院はホスピス機能を持たない病院であり、かつその肺癌病棟のベッドは

すべて肺癌患者で占められている。この病棟では、医師が真実の告知をしていないにもかかわらず、多くの患者は、自らの病気が癌であるとの疑いを入院初期の段階で持つにいたる。しかしながら、また同時に患者たちは医師が患者に隠している秘密を医師に対して深く追求しようとはしない。このような態度は、秘密の秘匿やその露呈をめぐる患者から医師に対して向けられる不満、怒りや医師—患者間の隔された感情の激しい衝突や確執がしばしば見出される混合型の病棟では見出せない現象である。患者の意識や行為を規定する癌病棟の同質的な構造が患者間ならびに医師—患者間のコミュニケーションを方向づけていると考えられる。問題の性質上、患者に対して直接インタビューすることは困難であった。したがって、インタビューは医師と看護婦に対してのみ行った。

1. 前提としての文化の問題

医療社会学において、終末期の医師—患者間のコミュニケーションは研究の主要なテーマのひとつであるが、そのコミュニケーションの様式は文化の核にあるところの死生観に規定されるところが少なくないように思われる。合衆国でこの種の研究は盛んに行われているが、それらの調査研究の結果は、日本社会における終末期の医者—患者関係に妥当するとは限らない。実際問題として、たとえば終末期の患者に対する告知の様式は欧米社会と日本の社会とでは質的に大きな隔たりがあり、欧米ではここ数十年の間に積極的告知の方向に進んだのに対し、日本社会ではようやくそのことに関する議論が世論に登場し始めたばかりである。告知に対するこのような相違が、基本的には文化の問題を含んでいることは、既に人類学者の我妻洋がその遺稿で明確に指摘したが、文化が内包する死生観は病院の医師や患者の行動にも反映される⁽²⁾。このことをふまえた上で、医師—患者間のコミュニケーションの理解を進める必要がある。

日本社会の大部分の病院では、医師は原則として患者に癌の告知をしない。真実の告知をしないというのが我々の社会の文化なのである。医師が患者としての立場に置かれるときは、真実の告知を希望する医師は確かに少なくない。

しかし、彼が医師の立場に立つときは、めったに告知しない。なぜなら、医師集団の間では、「告知をしないこと」が暗黙の了解であり、告知は、ホスピスにおけるように病院内でそれを正当化するに足る理論体系と看護集団を含む組織的で周到的告知後の精神的ケアに対する準備とが整えられ、かつそのことを対社会的に説得する組織としての能力を蓄えない限り、侵されてはならないタブーなのである。このような真実の病名の告知をしないという医師の行為は、我々の（時代の）文化によって正当性を認められている行為であるから、少なくともタテマエのうえでは何ら非難されるべき行為ではないと考えられている。それは非難されるべき行為であるどころか、時にはむしろ真実の告知によって引き起こされるであろう「悲劇」（たとえば、「自殺」、「自暴自棄」）を未然に防ぐ道徳的にみても「善なる行為」であるとさえ見なされる。

しかし、告知をしないことのこのような理由づけは一見世論をうなづかせるところがあるが、それは理由づけをする者自身が気付いていないか、あるいは気付いているが敢えて無視したがつている他の理由があるように思われるのである。私は以前、世俗化の進む「豊かな社会」では充足価値の現実化を断ち切る死は、自己のアイデンティティの全消滅を意味することを別の論文において論じた⁽⁴⁾。ただし、今これに付言するならば、それがアイデンティティの全消滅を人に予感させるのは、人が「不死性の象徴化」⁽⁵⁾を軽視したり、それを忌避したりする限りにおいてである。その限りにおいて、医師による真実の告知は、癌患者に対する死の宣告に等しいのであり、実際そう見なされている。

だがこの告知は、発話の瞬間に発話者自身に跳ね返ってくる。ホスピス病棟の医師はこのことを最もよく知っているであろう。すなわち告知をすることは、死が何を意味するのかを告知する人間に常に反省させる直接のきっかけになる。だが現代の日本社会に限って言うならば、発話者に死の意味を反省する構えは一般的であるとは言い難い。これは死の恐怖を中和する象徴化の確固とした論理がもはや失われてしまっているからではないのか。中川は、日本人は死に馴染んで生きてきたと言う⁽⁶⁾。その考え方は日本の死の文化論として出されているように思われる。だが、日本人は古来死を恐れない民族なのだろうか。死を恐

れない態度は民族文化の普遍的特質なのだろうか。もしそうならば日本の病院で癌患者に告知することは、発話者自身何等抵抗がないはずである。にもかかわらず実際には、死の宣告に等しい告知はほとんどなされていない。発話者自身の、同時にまた発話者自身を包み込んでいる現代社会の死生観の論理の所在が改めて問われる次第である。

一般的に言えば、人間は死にたいして恐怖を抱くことのできる唯一の存在である。大脳を得た人間は、死を観念し、死を知ることのできる存在になったが、同時にそれは死に対する恐怖の感情を抱くことを人間に運命づけたのである。そこで人間は他者の死、自己の死を、そして死一般を、やはり大脳の働きによって「てなづける」象徴の体系をつくりあげてきた。この営みが不死性の象徴化にはかならない。そのような象徴の体系は、生ある限り死を避けられない人間に押し寄せてくる死の恐怖の防波堤であった。来世や天国という宗教的な不死性の象徴、同じく宗教的な観念と結び付いた墓碑の建立、祖先から子孫へと連なる系譜の観念の形成。．．．これらは伝統的社会における不死性の象徴化の代表例であろう。人間が関係的存在であることは、宗教的観念、たとえば仏教の縁起の観念のなかにも示されているが、人間が単に生物学的個体としての存在にとどまらず、死の自覚能力との関連でいえば、上に述べたように不死を確信させる象徴的存在との関係において反省的に生きる存在であることにここで注目しておきたい。ところがこのような象徴化が今日の日本の社会ではきわめて希薄なのではないか。

象徴化が希薄であれば、当然、象徴をパーソナリティ構造のなかに取り込め得ていない人間にとって、自己の生は無意味に終わる。無意味であるにもかかわらず、人間は何らかの意味を求めざるを得ないようにその存在が条件づけられているので、迫りくる死は、死にゆく過程の一段階において人をパニック状態に陥れるのである。そして特に癌患者の癌性の痛みは、無意味さのうちに彼(彼女)が死に對峙しなければならぬときさらに増幅され、そのために死への恐れを強めることになる。さらに、死に対する象徴化がこのように希薄な文化状況のなかで、全死因のなかにも占める癌による死亡の増加は、癌に対する否

定的イメージを増幅させる。

もちろん、癌治療技術の進歩により、全体としては治癒率はここ数十年の間に着実に向上してきている⁷⁾。ただ、このような変化が市民の間での共通認識となるには、一定の時間の経過を必要とするので、癌を「死にいたる病」と見なすイメージは未だ根強い。もちろん癌患者たちは、さらにはその家族もこのようなイメージを共有しているし、このようなイメージに対して、個々人は多かれ少なかれ特有の反応を示す。人間は現実⁸⁾に直接反応するというよりはむしろシンボルを介して現実⁹⁾に反応する存在であるので、癌に対する否定的イメージが保持されている限り、患者に癌であることを告知しないという医師の行動様式は根強く残り続けるかもしれない。

上に述べたことは、日本の社会における癌という病気とそれに対する人々の行為を規定する現下の「日本の文化」の問題である。あくまでそれは現下の文化であるから、変化の可能性を否定するものではない。だが、現在のところホンネとタテマエの使い分けの壁に阻まれて、臨床の現場においてはタブーを破る営みは鈍い。

このことから、告知を希望する患者が少なからずいるにもかかわらず、医師が患者に説明する「インフォームド・コンセント」の思想も、癌に関していえば、治癒率の比較的高いごく一部の癌や医学的処置が明らかな身体の形態的变化を伴うような癌（たとえば乳癌）を除いては、医師の行為として現実化されていない。この思想もいわば文化である。合衆国では、今日それが、必ずしもすべての医師に人権として捉えられているとは限らず、医療裁判を回避するための手段として捉えられている場合も少なくないと言われているが、医療裁判回避策としてのそれであっても、すべて含めてその社会の文化だと言えないこともない。後に述べる情報ギャップの問題とも関係するので、次に簡単にその問題点に触れておきたい。

私が理解するところでは、インフォームド・コンセントの意味するところは、次のようなものである。真実の病名を告知しない限り、患者の病気の子後について、医師が知り得た検査情報を患者に公開することは、不可能なことである。

そしてさらには検査情報を患者に公開しない限り、医師が彼に予後を説明することは不可能なことである。患者に予後を説明することができない限り、患者自身に医師が提示した複数の治療法を選択させることは不可能なのである。したがって、患者による治療法の自己決定は、医師による真実の病名の告知と不可分の行為なのである。これも、社会のなかでの医師—患者関係を規定する下位文化の一類型であろう。患者を独立の一人格として捉え、検査結果や予後についての可能性をも含めて患者に可能な限り情報を提供し、説明し、その上で治療法を選択させるこのようなインフォームド・コンセントの考え方は、社会生活の様々な場面での自己決定に価値をおく文化と深く結びついているように思われる。⁽⁸⁾これに対して私が調査研究の対象に選んだ日本の病院では、むしろ患者は自己決定を避ける。これに対して、真実の告知が自己決定の前提ではないかという議論があれば、それはもちろん正しい。それにしても、すべての癌患者がというわけではないが、真実の病名の告知を患者側が求めないで、すべてを医師に委ねる態度とインフォームド・コンセントの文化との距離はかなり大きいように思われる。

真実の病名の告知であれ、偽りの病名の告知であれ、医師による告知の様式はその社会の文化に規定されるところ大きく、さらには種々の社会的制裁も絡んでくるため、現実の行為の状況においては、医師個人の選択が困難な行為の様式である。今日のところ、日本の社会ではインフォームド・コンセントの考え方は議論が緒についたばかりであるので、意識の上ではその価値に同調する医師があっても、ほとんどの医師は敢えて真実の告知の「冒険」に踏み出そうとはしない。もちろん患者のなかには真実の病名を知りたくないという患者もいれば、他方ではそれを知りたい患者もいる。⁽⁹⁾自らの病気について事実を知りたいと思う患者からは、大部分の医師のこのような行為は不評を買っている。告知に関する社会的合意が形成されない間は、一般的にはこのような医師—患者関係の亀裂は避け難いであろう。

最後に、このことに関して重要な問題がある。すなわち、この亀裂は患者と家族の間にもしばしば見出されるということである。家族に対しては、医師か

ら真実の病名，治療法，予後についての情報が提供されるが，伝えられた家族がその情報を患者には伝えないというコミュニケーションの様式が一般的である。真実を知っている，あるいは真実を知っていることになっているのは，医師と家族だけという構図。そのなかでのコミュニケーション。そこには確かに患者に対する医師と患者家族の，悪意に基づくものではないが，ある共謀関係が形づくられていると考えられないことはない。患者は，コミュニケーションの流れのなかにおいて，しかも得られた情報に基づいて自分の行動を自律的に決定し得る条件を彼（彼女）に提供すると自ら信じてよいはずのコミュニケーションの構造の外に自分は実際おかれていることに気づくとき，彼（彼女）は自らの疎外状況を認識するのである。私が調査した病院の肺癌病棟の患者が，この点どの様に認識し，どの様に感じているかを患者行動の観察や患者に対するインタビューから知ることはきわめて困難なことであるが，ひとつの興味ある問題である。

それはさておき，患者の家族がむしろ告知に反対することも少なくないので，真実の告知への社会的合意が形成されない限り，医師の側に積極的告知の意義を肯定する態度がある場合は，かえって彼はそのような態度と，状況のなかで現実にとらざるを得ない行動との間でディレンマをかかえることになる。本稿の調査研究の舞台となった病院の医師もそのようなディレンマを抱えているように思われた。

このような癌患者に対する情報公開をめぐる現下の日本文化を非告知の文化と規定した上で，以下肺癌病棟におけるコミュニケーションの構造と過程の考察を進めたい。

2. 患者の情報源

A病院の肺癌病棟の医師たちは，このような非告知の文化に従った行動をとる。当然，医師たちは患者には病気に関する最も重要な情報は公開しない。患者がいかなる種類の病気にかかっていて，如何なる予後をたどる可能性がある

かは、患者には語られてはならない事柄なのである。にもかかわらず、患者たちは多くの情報を得ているということを医師たちは知っているのである。彼(彼女)らがどのようにして情報を得ているのか。本節では、医師に対するインタビューから得られた情報によってそのことを明らかにしよう。そのために、まずはこの病棟への患者の入院ルートと入院患者の特質を簡単に述べることから始めたい。

入院してくる肺癌患者は、(1) 診療所医師の紹介によって入院した患者、(2) 他の病院の医師の紹介によって入院した患者、(3) 集団検診の結果肺癌の疑いもたれてこの病院を紹介されて入院した患者の3つに大別される。この病院は厚生省から肺癌も含む呼吸器疾患治療の専門病院としての指定を受けており、かつ同省から「トライアル施設」としての指定も受けている広域医療圏の基幹病院である。従ってどちらかといえば重症の患者がここに送り込まれてくる傾向がある。

この肺癌病棟の入院患者の大きな特徴の第一は、その病気の同質性にある。その全てが肺癌の患者ないし肺癌の強い疑いもたれている患者であり、しかも約3分の1の患者が、現段階の治療技術では治癒が見込めず、かなり確実に死への過程をたどりつつある終末期の段階にある患者、換言すれば、「寛解」の望みのない患者であるということである。さらに、終末期の段階に今のところ達していない患者の場合でも、その治癒率はきわめて低く、やがて終末期に達する患者が多い。全国データでは、肺癌の治癒率は、早期発見の場合は、中心部肺癌の場合でも約70パーセントが治癒させられるようになってきているが、この病院に送り込まれてくる患者は、症状の進んだ患者が相対的に多いため、治癒率は全国平均に比べてかなり低い。一般に末期癌になればなるほど、腫瘍量が増加し、それともなって癌細胞そのものも多様化する。そのため、特定の抗癌剤が効果を持たない癌細胞の数が増加していく⁹⁰。このように、本病棟の肺癌患者はきわめて厳しい状況におかれている。そしてこのような状況のなかで入院患者がほぼ同じ部位の同じ病気にかかり、大部分がほぼ同じ治療を受け、多くが同じ予後をたどるという事実は、病棟内のコミュニケーションの様

肺癌病棟におけるコミュニケーション（田口）

式に少なからぬ影響を及ぼすであろう。

第二の特徴は、肺癌患者の代代的同質性である。つまり大半は年齢が60歳以上の高齢者であるということである。彼らの共通の世代体験が、患者間のコミュニケーションをより円滑ならしめるであろう、という点で無視できない要素である。さらに付け加えるならば、高齢者であればあるほど、死が受容されやすい傾向があるという点も重要である⁽¹⁾。

これら二点における同質性のうちここでは特に前者に注目して、それが病棟内コミュニケーションと如何なる関係にあるかということを考えてみたい。

この病棟の患者は、末期癌の患者もそうでない患者も、自分が少なくとも重大な病気にかかっていることを知っている。自分の病気が一体何であるのか、現に受けている、あるいはこれから受けようとしている治療が一体何であり、どのような意味を持ち、その結果病気は治癒しうるものであるのかどうかという事は重大な関心事である。これらに関する情報はコミュニケーションを通して得られる。一般的に、（1）医師とのコミュニケーション、（2）看護婦（士）とのコミュニケーション、（3）患者仲間とのコミュニケーション、（4）家族とのコミュニケーションがその主なものである。この肺癌病棟では、これらのうち第3のルートが重要な位置を占めており、このことが病棟の大きな特徴であると考えられた⁽²⁾。

日本の社会においては診断結果の患者への公表については大きな文化的障害があって、それによって、医師—患者間のコミュニケーションは制限されざるを得ないが、真実を告げないことからくる深いコミュニケーションのギャップがそこから生じてくることはしばしば指摘されているところである。今や告知を原則とするアメリカ社会においては、「告げすぎ」が問題となっていると言われているが、日本の社会では「告げない」ことが問題とされ始めている。前者では、「知らないでいる権利」が指摘され主張されるのに対し、後者では「知る権利」が叫ばなければならないのである。真実の告知をしないことを弁護する根拠として、「知らない権利」を持ち出す考え方もできるが、果してそれは妥当性を持つか。というのも、「知る権利」を通過した上での「知らな

いでいる権利」とそれを未だ通過しない「知らないでいる権利」とは質的に異なると考えられるからである。告知の是非において重要なことは、むしろ「何のために告げるか」を告知する側が自覚していることであると言われている。⁽¹³⁾告知の必要性が認識されても告知後の精神的ケアの体制がなければ、告知は避けるのが賢明な選択である、というのがホスピス実践者たちの今日的合意であるように思われる。

ところが他の大部分の病院と同様この肺癌病棟においては、少なくともそのような精神的ケアの体制はない。したがって、実際問題として、真実の告知をしないことが病棟の医師たちの暗黙の行動原理である。しかし、患者たちは医師が情報を提供しないにもかかわらず、自分の病気について多くの事柄を知っているということを医師たちは知っている。しかも、他の混合型病棟の癌患者と医師との間にしばしば見られるトラブル、医師—患者関係の不安定さがここでは見出し難い。これは如何なる事情によるものなのか。医師—患者間の情報バランスにかかわる問題であるように思われる。

3. 病名告知の様式

医師は、患者に病気の真実を告げない。しかし患者の多くは入院生活の過程で多くの情報を得るようになる。本節では、医師は如何にして患者に対して情報をコントロールするのかという問題を、また次節では医師が隠している情報を患者たちが如何にして獲得するようになるのかという問題を取り上げよう。

この病棟への入院患者は、3週間から4週間の臨床検査が終わって検査結果がすべて出そろった段階で、主治医から結果の説明を受けることになっていた。その説明はいわゆる確定診断の後にくる説明であった。それまでは、場合によっては一方で治療を受けながらの長い検査に患者は耐えなければならない。後に述べるところであるが、実はこの期間に、患者たちは先輩の入院患者から様々な情報を入手するのである。

検査の結果は逐次、医師たちの、場合によっては看護婦を加えたカンファレ

肺癌病棟におけるコミュニケーション（田口）

ンスにおいて検討の対象になる。また肺癌病棟においては治療方針の決定は、カンファレンスにおいて主治医が患者の容態を同僚医師たちに説明し、その後ディスカッションが行われ、主治医以外の医師の助言、意見が求められ、最終的には主治医が決定するという経過をたどる。検査の過程で途中の結果を知りたがる患者がときたまいるが、そのような場合、医師はすべての結果が出そろいのを待つように患者を説得するのが通例であり、このことはルール化されている。

この問題に関連するが、マッキントッシュは、彼が調査した合衆国の病院においては、検査がすべて終了するまでは医師としても病気が癌であるとの確信は持てないので、患者に対する診断を保留するという規範が確立されていることを明らかにした。⁽¹⁴⁾ 一般的には医師側のこのような態度が患者の間で不評を買うのであるが、その病院の医師たちの間では、患者に希望をもたせながらしかも嘘をつくことなしに説明することのできる「婉曲語法によるコミュニケーション様式」(‘euphemistic mode of communication’)⁽¹⁵⁾ が用いられていた。たとえば、「疑わしい細胞」、「厄介な細胞」、「活発な」、「危険な状態になっているかもしれない」等。このような語法によって医師たちは、専門家としての威信を保ちながら、他方で診断の不確定性を患者に印象づけなければならないというディレンマの解決をはかることができた、とマッキントッシュは分析する。⁽¹⁶⁾

私が調査した肺癌病棟では、不確定性という点においては事情は同じであるが、前述したように医師たちはこれとはまったく異なる行為の様式を示すのである。

医師の側では、検査がすべて終了するまで待つように患者を説得するのだが、患者の側でもこのような説得を容易に受け入れる傾向がある。これにはそれなりの素地があるのだと考えることができる。そのような素地とは、患者が入院後の早い時期に同室の患者たちから予測を可能にするような豊富な情報を与えられているということである。先輩患者によるこのような情報提供が、患者からの説明要求をきわめて少なくしていた。実際、医師自身が告白するように、

このいわば「予備説明」は確定診断の段階での癌患者に対する説明において一般的に医師が患者との相互行為において経験する困難を著しく軽減する機能をもつことが認められている。

だからというわけではないが、すべての臨床検査が終わった段階での主治医の確定診断において、患者は真実を伝えられないことになっていた。これは医師集団における暗黙の了解となって、ルール化していた。医師はこの点に関して自由裁量を認められていない。肺癌病棟の主要な組織目標は「研究」に置かれているので、この病棟の医師たちは研修医も含めてこの目標への同調を求められていた。肺癌内科に限っていうならば、一人の指導的立場の医師が組織目標の達成に向けて他の医師たちを統率していた。これらの医師からなる集団は、腫瘍学(oncology)に関するパラダイムを共有しながら未知の領域に挑む科学者の集団としての側面をもっているのだが、医師の自律性は、標準化された新しい技術の適用に専らに関心があるような病院の医師のそれよりも小さいといえるであろう。ともかくこのようにして、検査段階におけると同様、情報が患者に不用意に伝わらないように医師は統制を受けていた。主治医は、患者がおかれている状況にあわせて、予め医師集団のカンファレンスにおいて方向づけられている結論にしたがって、「告知」をするのであるが、その告知の内容は定例的に開かれるカンファレンスにおいて医師たちが共有した診断の内容とは異なるものであった。

さてその告知には慣例化された一定の様式があって、病名は、記録されたものではないが、告知すべき病名のリストのなかから選択され、患者がおかれている諸条件を考慮にいれた上で主治医から患者に伝えられる。それらのなかから、最も多く採択される病名は、「かび」である。「肺真菌症」は「かび」と同種であるが、主治医は「かび」を用いて説明しなければ理解されにくいと判断される患者に対しては「かび」という病名を用いる。その他「肺化膿症」、熱のある患者の場合は「肺炎」という病名が使い分けられる。

ところで、これらの病名はすべて、それが指し示すものが患者の身体に現象しつつあるものとはまったく異なる実態を指示する名称であるから、その意味

ではいわば「偽名」である。偽名をかたること—嘘をつくこと—は、一般の道徳律に照らせば非難されるべき行為であるが、嘘をつくことが制度的に承認されている行為領域が我々の社会生活のなかにはある。病気の「偽名」を用いて、患者に病気の説明をする場合はその典型であろう。この場合、嘘をつくことは、嘘をつかないことの価値よりもっと重要な価値（たとえば、病人を死の恐怖から守ることの価値、あるいは病人が生きることへの絶望から自ら絶ちかねないといみなされる人間の生命の価値）を守るために許容される。場合によっては、嘘をつくことは患者への思いやり—われわれの社会のなかで道徳的に高く評価される徳目としての思いやり—でさえあるのだ。「小さな親切」や「他者への気配り」どころではない。日常生活のなかでのこれらの何気ない行いでさえ、人々はそこから秘かて誇らしい満足を汲み取ることができるのだが、癌患者に対する思いやりであれば、その満足はなおのことであろう。

これら以外にも、医師が告知を避ける理由についての説明が試みられているが、たとえば自らが癌で倒れた我妻洋はそれを、医師をして死に直面する患者に直面することを避けさせる日本の文化という観点から説明している⁽⁴⁷⁾。

かくして、真実の病名を告知しないという行為の様式は、他の種の癌患者に対すると同様、肺癌患者に対するそれとしてもきわめて一般的なものとなる。

4. 患者間コミュニケーション

医師によるこのような情報のコントロールにより、患者たちはフォーマルなルートからは自分の病気についての情報を獲得することができない。その代わりに彼（彼女）たちはインフォーマルなルートから情報を獲得する。ここではそのような獲得の仕方について明らかにしておきたい。

この病院は、肺癌の新しい治療法を研究開発するための基幹病院として位置づけられ、新しい抗癌剤の臨床的効果の測定も行っている。このため、地域住民の間でも、呼吸器疾患、わけても肺癌の治療に関しては高い水準を持つ病院として知られている。その結果、他の医療機関では治療困難であると判断され

た重症患者が、この病院へ転院してくることが多い。入院患者には重症の患者が多いことは次の事実からも明かである。すなわち、全国の肺癌患者の5年生存率は約25パーセントであるのに対し、この病院で治療を受けた肺癌患者のそれは約10パーセントに留まる。

総ベッド数1,000床を持つこの病院のなかで、肺癌の内科的治療を進める第二内科のフロアーの病室のベッド数は約130床で、外科の患者を含めると、肺癌治療を受ける患者のためのベッド総数は約150床である。それらは初期症状の患者から重症の患者に至るまで、広範な段階の肺癌患者によって占められていた。病室の型は、4人部屋、2人部屋及び個室の3種である。この病院では一般的に患者が終末期に近づくにつれて、4人部屋から2人部屋へ、更に個室へと移されていくという形で相互に使い分けられていたが、相部屋は新入院の患者が迎え入れられる一種のコミュニティである⁽¹⁸⁾。自分たちがすべて同一の疾患部位を共有する肺癌患者であることが、他の混合型病棟における癌患者間の関係よりも彼(彼女)ら相互をより緊密に結び付けていると思われる。その上、前述した5年生存率の低さが、一種の「運命共同体」を形成するのに与えているところ少なくないと理解することもできるであろう。以下にこれを構成する患者たちの間でのコミュニケーションの過程の特質を、病棟の医師と看護婦から得られた情報をもとに構成し、若干の分析を加えたものである。

肺癌病棟への新入院患者は、入院生活の第一段階として3週間から4週間の臨床検査を受ける。この段階において、彼(彼女)と先輩患者とのコミュニケーションが開始される。疾患も疾患部位もほぼ同じ患者たちはほぼ同じ様な検査を受けるといって、入院患者の同質性は高い。この事実が彼(彼女)ら間でのコミュニケーションを独特のものにする。

検査が開始されると、「先輩」患者たちはその検査に強い関心を寄せ、新参の患者が自分たちの仲間になる資格を持つ者か否かを注意深く観察し、もし進行中の検査が自分たちが経験した検査と類似しているならば、「仲間」としての様々な助言のなかで新入の患者に対して悪性の腫瘍の可能性をはのめかす傾向がある。このようにして、新入の患者たちは、そのコミュニケーションを通

して、検査過程の型と悪性腫瘍の関係についての知識を、確定診断が下されるまでに先輩患者と共有してしまうのである。

第二段階として、確定診断が下され、医師集団の間で治療方針が検討され、治療が開始される。この段階においても、患者集団は新入患者にとって情報源として重要な機能を果たす。先輩患者と新入患者とのコミュニケーションは、前者が後者に情報を提供するという形で進行する。

検査段階で新入患者に与えられた情報は、この第二段階でより確証を与えられたものとなる。

この病棟での肺癌治療は内科的治療としての化学療法と放射線療法ならびに外科療法を三本の柱として、それらが併用される形をとることが多い。更にこれらにレーザー照射による治療が加わって、いわゆる集学的治療が行われている。複数の治療法の組合せの型は多様であるが、患者の疾患の同質性は、治療のプロセスの近似性を生み出す。

他方、先輩患者たちは自己の経験から得た知識、患者仲間の経験から得られた知識に基づいて、採用されるであろう治療法、治療のプロセス、予想される治療の結果についてのインフォメーションを新入院患者に提供するのである。

たとえば、抗癌剤の点滴注射による化学療法は、患者のベッドの側に独特の形状をした点滴用の「ボトル」が吊り下げられる作業に始まる。この時点で既に新入院患者は先輩患者から、肺癌の可能性を含む非常に重大な病気に対する治療が開始されたことを教えられる。この「ボトル」は、病棟の患者たちの「隠語」では「バクダン」と呼ばれている。「バクダンが開始されると、2週間で頭の毛が抜け落ちる」という情報が、患者間で伝えられる。実際は、どの程度の時間の経過でそのようになるかは、個人差があるので、「2週間で」という点に関しては、この種の情報は正確であるとは言えない。しかし、情報の価値はその真偽によって決定されるものであるとはいえない。この言明が、「バクダン」が開始されたこと自体、癌に対する化学療法が開始されたことを意味し、更に「バクダン」の使用が頭髮の脱毛を引き起こすという因果関係についての言明であると見なすならば、この情報は真であると言える。いずれ

にせよ、やがてこのことは、治療の経緯のなかで、患者の頭髮が、程度の多少はあれ早晚抜け落ちていく現象で明らかになるのである。

このような医師による治療行為の結果は、患者が病名の告知をも含めて主治医からフォーマル・ルートで直接与えられた情報と、患者仲間からインフォーマルに与えられた情報とのギャップの大きさを患者に気づかせるに違いない。しかもそれは、後者から与えられた情報が、患者自らの身体の上に生じた「重大な異変」として現実の過程にかなり忠実に反映されているということを確認しないではおれないという形で。ここでは身体はまさに意味を担った記号として現れてくる。

5. 医師—患者間コミュニケーション

さて、このような情報のギャップが存在しながらも、患者の行為は他の混合病棟の患者の行為と大いに異なるように思われる。すなわち、ひとつの顕著な傾向として肺癌病棟の患者は医師に対して、いわば攻撃的態度を示さないし、また病名や病気の性質について医師に情報の提供を促さない。それは何故か。ここでは主に情報ギャップの観点から考察しておきたい。

この問題を論じるに当たって、まず終末期の患者たちのみの、あるいは終末期の患者たちを含む混合病棟の患者においても情報のギャップがあることが一般的によく知られていることを確認しておきたい。なぜなら、大部分の医師たちは患者の病気についての事実の告知に消極的であり、原則として真実の告知をしないからである。この限りでは肺癌病棟の患者も告知を受けているわけではないので両者は何ら異なるところはないように見える。ではなぜ両者は異なるといえるのか。それは情報ギャップのタイプが両者で異なるからである。つまり、混合病棟においては患者は自分の病気について、多種多様な疾患の患者コミュニティからではなくて医師や看護婦や家族の、ゴフマン流に言えば「印象操作」の失敗の看破や情報メディアを通してしか情報を入手することができないし、もし情報を得られたとしても、その情報の真偽を確認することは容易

ではないのに対して、前者においては、疾患において同質的な患者コミュニティから豊富な情報を入手できる状況に患者はおかれているからである。この相違が、一般的に見られる混合病棟の患者の行為の様式から肺癌病棟の患者のそれを際立たせる重要なひとつの条件であると考えられるのである。さらには、彼らの年齢からくる同質性は患者コミュニティにおける情報交換をより円滑にする。

ここで我々は、この肺癌病棟の患者の行為の様式にもう少し立ち入ってみよう。医師は、患者に対して診断、治療法、予後について事実を伝えていないが、患者たちは彼らの間でのコミュニケーションを通してかなりの程度の知識もっている。すなわち、主治医が患者に対して診断し、予後の説明をする以前に患者はすでにかんがりの量の情報を得ているのである。その結果、彼（彼女は）自分に隠された秘密があることを、そしてその秘密がなんであるのかを感じとっているらしい。この間の微妙な相互行為をある医師は次のように観察している。

「こちらも言わない。でも、勘のいい方はなんとなくもうわかるんですね。同じ病棟に入院していて同じ様な治療をされたら、ちょっとおかしいな、と感づく人は感づくのです。感づいても、もう聞きませんね。私たち（医師）に、あまり無理に追求してきません。」（括弧内筆者挿入、以下同じ）
「向こう（患者）も騙された病名で、騙されたと分かりながらなんとなく演技するんです。だから、もうその辺でどちらも演技しているようなものです。」

患者のこのような興味深い行為の様式と同様、医師の側の行為も非常に興味深い。すなわち医師たちは、患者たちが非常に重大な病気にかかっていることに気づいていることに医師が気づいているにもかかわらず、自分たちがそのことに気づいていないかのように患者に対して振舞う傾向があるということであった。

このように両者は、相互に相手の秘密を知りながら、その秘密を知らないか

のように演技することを通して、安定した関係の秩序が破壊されることを防いでいると考えることができる。

さて、患者たちのなかには、一方では自分の病気が重大な病気のなかでもとりわけ重大な癌にかかっているらしいことに気づいていた患者もいるし、他方では「自分の病気は癌ではないが、癌よりももっと恐ろしい」病気にかかっていると信じていた患者もいる。

絶望するのでも人間であるが、絶望しないのも人間である。肺癌患者の心理は、疑惑と希望の間で揺れ動きつつ、病みつつ生きる「苦痛共同体」の仲間たち、家族、友人、医師、看護婦等のうちとりわけ己の病を気遣う親しい他者との交情の思いが、患者を希望へとつなぎとめる。患者が自分は癌ではないかと強く疑う前者の場合でも患者は、医師から癌の宣告を受けていないことに一縷の希望を抱く。その場合はふたとおり考えられるであろう。第一に、実際問題として治療を受けて完全治癒して退院していくケースもあるので、患者にしてみれば、「癌でなかったから治ったのだ」という理解を持ち得る。すなわち、彼（彼女）自身の場合に重ね合わせてみて、「自分の病気は、癌ではないかも知れない」という希望を彼（彼女）は持つかも知れない。第二に、化学療法と放射線療法を組み合わせた治療によって、治癒に向かって効果が現れてくる症例が必ずあるので、癌病棟の患者たちはその効果を目のあたりに見ることを通して、「癌でも治るのだ」という希望を持つことができる。これら何れの場合にも、患者が仲間から切り離されて個室に入れられコミュニケーションの機会が閉ざされている場合よりも、同室患者あるいは同じフロアーの患者どうしのコミュニケーションの機会に恵まれている場合の方が、そのコミュニケーションを通してそのような希望が補強されるであろう。

後者について言えば、癌よりも場合によってはもっと恐ろしい病気とは「かび」ないし肺真菌症である。きわめて興味深い隠喩である。圧倒的多数の患者が医師からこれらの名前を告げられる。患者によっては、この名前を用いた説明を医師から受けて「納得」しない患者もいるが、ほとんどの患者は「納得」という。この隠喩には如何なる意味が含まれているのだろうか。

「かび」と肺真菌症は同義なので、「かび」という語に代表させてこの隠喩のもつ意味を考えてみたい。臨床的診断における「かび」というメッセージは、入院患者たちの間で信じられている「恐ろしい癌」のイメージを緩和する上で大きな役割を果たしていると考えられるのである。癌細胞は我々には直接見えないが故に不気味さを伴うが、「かび」は我々の環境のなかにごく普通に見出すことができるものである。そこにある限りでは、我々はそれを布切れで簡単に拭き取って取り除くことができる程度の存在にすぎない。またそれは我々の生命にとって致命的な脅威となるものではないと信じられていると考えてもよい。肺のなかの「かび」はそのような「かび」の延長線上でイメージすることができる。この「かび」は非常に厄介ではあるが、しかしながら「つらい治療に耐えさえすれば癌ほど致命的ではない」、と患者たちは信じることができる。患者にとって、「かび」の恐ろしさは癌の見えないが故の不気味な恐ろしさとは違う。癌細胞に比べれば「かび」はまだしも戦える相手なのである。ここに「かび」の隠喩と癌の隠喩の興味深い対比が見出されるのである。ちなみに、「かび」と同義の肺真菌症は稀な病気で、決して恐ろしい病気であるわけではないことは、当然医師たち自身が熟知していることである。

肺癌病棟の患者たちは、仲間とのコミュニケーションを通して、病名はともかく、治療の方法、その経過、ならびに予後についての知識をそのコミュニティで共有する。一応、癌以外の病名をつけられるとはいうものの、感受性の鋭い患者たち一患者たちは入院後医師、看護婦、家族の行為に対して非常に敏感になっていることはしばしば指摘されている一は、自分が癌の治療を受けているのではないかと敏感に感じて、それを疑う。そして実際、このような疑いを医師や看護婦に質問の形で投げかけてくる患者もなかにはいる。

しかし、大部分の患者は、医師の隠している秘密を疑いながらも深く追求しようとはしない。大部分の患者は診断、治療法、予後についての情報をすでに入手しているらしいので、主治医から何か情報を得るとすれば、それは患者仲間から得た情報にもとづいて自分の病気について下そうとしている自分の判断の当否を確認する行為でしかないはずである。従って、深く医師を追求しない

という行為はこの確認をしないという行為を意味するのである。

それではこのような確認行為を患者たちに避けさせるものは何なのか。

我々の経験を振り返ってみて、まず常識的に考えられるのは、医師に対する服従の態度であろう。この服従の根底にあるのは、しつこく追求して医師に嫌われることが自分にとって不利になるとの判断が働くことと、自分にかかわることを相手に一任してしまう依存的態度である。

第二に、医師を追求すれば癌であるとの宣告を受けるかも知れないという不安が患者側にあるからである。

第三に、医師を追求した場合に医師が直面するかもしれない「当惑」に自分自身が直面して「当惑」することを避けたいという動機が働いているからである。この点に関して医師自身が、患者の行為の意味を解釈している例を次に掲げておこう。

「無理に追求して本当のことを知らされると自分（患者）も困るし、医者や看護婦も困るだろう、だからまあこの辺でいいではないかとなんとなく分かったような感じでいきます。」（括弧内筆者挿入）

これは、もちろん医師の解釈と言えれば解釈であるのだが、ほぼ同じ意味の証言を他の医師からも得ることができた。

第一の点は、癌患者でなくとも一般的によく見られる態度である。ここでは第二及び第三点に注目して病棟の社会構造における秘密保持の重要性という観点から次のような考察を試みてみたいと思う。患者は仲間から得た豊富な情報を持っていながら、医師に対しては自分の病気のことについては深く追求しない。感受性の鋭い患者は医師から騙されていることを知りつつ、知らないふりをする。他方、医師の方ではそのような患者の演技を知りつつ、知らないかのように演技する。そしてさらに患者の側ではそのような医師の演技を、自分を欺く演技であることに自分が気づいていないかのようなふりをして、患者の役割を演ずる。ここにおいて秘密の保持は、医師、患者双方の演技なので、医師

にとつての秘密保持の演技の必要と、患者にとつてのその両観点から考察する。

まず医師の演技の意味について考えよう。医師は患者に対して何故秘密を維持しなければならないのか。もし、特に病名や予後についての秘密が公然と露呈すれば、患者がおそらく平静ではおれなくなりパニック状態に陥るであろうことを医師は恐れるのである。一般に日本の医育の過程において医師自身が“memento mori”（「死を思え」）という原点からの教育は受けたことがないし、卒後教育でもその経験は皆無に等しいし、この肺癌病棟の医師自身もそのことを認めている。したがって、一般の日本人と同様、死に直面し、不安に駆られ、それに恐れおののき、意気消沈する患者に対してどの様な態度をとればよいのか検討がつかないのである。そして更にそのような状況に直面すること自体が、未だ己が経験せざる患者の経験が、いずれ己の経験にもなり得ることを医師に想起させるであろう。

他方、患者は、演技をすることによって、真実の露呈の結果自己と相手の医師が傷つくことから保護される。彼（彼女）がもし予後について希望を持ちたいと願うならば、患者コミュニティから得た情報の真偽の決定的な確証を医師から得てはならないのである。それからもうひとつの側面もある。たとえ重大な病気か否かという自己に関する重大事であっても、相手が秘密にしたがっていることに深く言及することを手控えることは、相互行為の当事者の関係を維持したいと願う限り、最も妥当な選択なのである。

このようにして、肺癌病棟においては、患者コミュニティの内部で豊富な情報が共有され、伝達されているという状況のなかで、医師と患者という相互行為の当事者たちは、知り得た秘密を相互に確認する行為を避けることによって互いの利益を守り、関係の安定した秩序を維持しているのである。

6. むすび

同じ文化のもとでの悪性腫瘍の患者の行為であっても、患者がおかれている状況によって、その行為は規定されるであろう。身体に巣喰う腫瘍の種類、治

療法、予後はもちろんのことだが、ここでは特に病棟の社会構造、コミュニケーションの特質のうちに肺癌病棟の患者の行為の様式を説明するための要素を見た。患者は、疾患の種類においても、年齢においても同質的な病棟の患者コミュニティから治療の方法、治療の予想される経過、予後、そこから推測し得る病名に関する情報を入院の初期段階において得ているので、情報不足からくる不安は少なく、敢えて医師に対して、情報の当否を確認し、病気の真相を追求しようとはしないで、そのような事実について知らないかのような態度をとる。他方医師の側でも患者間のこのような情報伝達を認識しているのだが、その事実について知らないという態度をとる。かくして両者は知り得た秘密も持っているということ自体を相手に対して隠す。しかもこのように医師、患者双方が患者の病気に関して知り得た秘密を、さらに互いに確認し合わないことによって、医師—患者関係の秩序は保たれているのである。ここにはフォーマル・ルートにおける情報ギャップは、インフォーマル・ルートにおける情報補給によって補足されることを通じて情報バランスが維持され、フォーマルな関係が維持されるメカニズムが見出される。

註

- (1) 伊藤幸郎、「死をみとる」、『医療のための人間学』（産業医科大学総合人間学カリキュラム小委員会編、土屋健三郎監修）、地湧社、1984年、111頁
- (2) 我妻 洋、「癌は禁句か」、文芸春秋、1985年10月号、208—17頁
- (3) これは一般的にしばしば指摘されていることであるが、医師の態度を調査によって明らかにしたものとして次のものがある。大井玄、『終末期医療』、弘文堂、1989年、60—129頁を参照。
- (4) 田口宏昭、「死の臨床社会学・序説」、文学部論叢第24号、1988年、15—31頁
- (5) 中川米造、『サービスとしての医療—医療のパラダイム転換—』、農産漁村文化協会、1987年、172頁。
- (6) 中川米造、前掲書、197—8頁。
- (7) 『がんの統計』（Figures on Cancer in Japan—1989）、がんの統計編集委員会編、財団法人癌研究振興財団発行、1989年
- (8) ただし、フライドソンなども依拠する伝統的な専門家—顧客関係モデルは、アメリカ社会の現在のインフォームド・コンセントの思想に必ずしも適合しなくなっているように筆者には思われる。彼のこのモデルについての考え方については次の論文を

肺癌病棟におけるコミュニケーション (田口)

参照。次の論文においてフライドソンは、科学者と専門職業従事者がそれぞれ行使する影響力もしくは権限の型が異なることを明らかにしようとしている。Friedson, Eliot, 'The Impurity of Professional Authority', 1968, pp.25-34. in "Institutions and the Person", edited by Howard S. Becker, Blanche Geer, David Riesman, Robert S. Weiss. Aldine Publishing Company, Cicago. そこでは彼は、科学者が知識提供の顧客である科学者同僚に対する影響力を行使するために、共有されたパラダイムに基礎をおく説得に依拠するのに対し、専門職業従事者が、教育上・経験上の前提条件を共有しない素人の顧客に専門的助言を受け入れさせる条件は、誠実な熟練者であることを示す地位だけであると論じる。後者に関するこのような考え方は、現在のインフォームドコンセントの考え方もはや適合しないように思われる。なぜなら、知る権利の社会的認知の広がりは医師による知識の特権的独占をもはや許さなくなっているからである。

- (9) 大井 玄, 前掲書。
- (10) 肺癌病棟の内科医から得た情報である。
- (11) これに関しては、全回答者の81.6パーセントが臨終に立ち会った経験を持つ非患者団体会員に対するアンケート調査(1983年実施)の結果が公表されており、それによると死は、若年層には「悲しく、こわい」ものとイメージされ、高齢になるにつれて「やすらか」とイメージされる傾向のあることが明らかにされている。これについては、谷嘉代子、「死と終末期についての意識調査」、黒田輝政編、『いのちを見つめて生きる』、ミネルヴァ書房、1989年、246～66頁
- (12) おそらく告知の是非をめぐる文化の違いだと考えられるが、イングランドとウェールズで行われた調査研究においては対象患者の約半数が医師を情報源としていたことが明らかになったという。Hauser, Stuart T., 'Physician-patient relationships', 1981, pp.104-140. in "Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care", edited by Mishler, Elliot G., Amarasingham, Lorna R., Hauser, Stuart T., Liem, Ramsey, Osherson, Samuel D., Waxler, Nancy E., Cambridge University Press.
- (13) 厚生省, 日本医師会, 『末期医療に関するケアの在り方の検討会報告書』, 1989
- (14) McIntosh, Jim, 'The Routine Management of Uncertainty in Communication with Cancer Patients', 1979, p.106, in "Relationships Between Doctors and Patients", edited by Alan Davis, A Saxon House Reprint.
- (15) ibid, p.126
- (16) ibid, p.126
- (17) 我妻 洋, 前掲書。
- (18) 『進む癌解明』, 厚生省, 国立がんセンター監修, 財団法人がん研究振興財団, 1988年

- (19) 終末期の近づいた患者の居室をこのように移動することは、一般的に行われている。これは彼らの姿を他の患者に見せて、動揺を与えまいとする配慮からくる行動であろうか。あるいは、病室で動揺する患者に医師や看護婦が直面したときに経験するであろう「当惑」ぶりを同室の他の患者から見られることを回避する行為なのであろうか。この問題については、次の著書を参照。Robert Blauner, "Death and Social Structure, in *Passing: The Vision of Death in America*", Green Wood Press, 1977. 飯尾正宏, 「病院における死の医療」, 河野友信, 河野博臣編, 『生と死の医療』, 朝倉書店, 1985年, 233~44頁。