

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

田崎勝也
青山学院大学

抄録

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

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

キーワード： 補完・代替医療、EBM、認識論、価値依存的、がん患者

1. はじめに

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

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

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

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

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

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

2. 補完・代替医療の使用実態

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

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

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

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

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

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

3. 患者が考える補完・代替医療の「エビデンス」

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

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

3.1 個人的体験

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

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

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

3.2 歴史的持続性

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

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

3.3 患者自身が主観的に捉える「正しさ」

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

3.4 患者自身による「実験」

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

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

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

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

4. 科学的エビデンスの限界

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

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

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

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

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

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

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

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

5. おわりに

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

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

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

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

謝辞

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

【引用文献】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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