

迷いの共有：治療決定のための医師と両親との共同作業

戈木クレイグヒル滋子*

Sharing the deliberation: Collaborations between physicians and parents of pediatric patients on treatment decisions

Saiki-Craighill Shigeko, Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

Ten medical consultations in which the physicians and parents of pediatric cancer and aplastic anemia patients deliberate which treatment is preferable are analyzed. This analysis is conducted to determine what happens in the interaction between physicians and parents. Once the physician expresses concern about the various options for treatment, the parents start to deliberate with the physician. The parents would often express their reliance on the physician, their anxiety, and their desire to maintain hope. The physicians would reply by explaining the medical condition instead of providing emotional support. These interactions, which would continue for an extended period, were interpreted as sharing the deliberation process. Whether the physician expressed his opinion or not greatly affected this interaction. If the physician expressed an opinion, the parents would agree to it. However, if the physician did not, he became a sounding board for the parents and would try to persuade them to make a decision on the treatment.

キーワード

医師と患者のコミュニケーション physician-patient communication

迷いの共有 deliberation process

意思決定 decision making

医療面談 medical consultation

小児がん専門医 pediatric oncologist

*東京都立保健科学大学

I はじめに

ま、正直言って我々もいろいろやっぱり、こう悩んでいるというか。だけど、なにが一番いいのかということに関しては、正直言って気持ちとしてはずいぶん揺れてましてですね。で、日によって変わるということもあるくらい。それで、結局お勧めするとしたらこういう形じゃないかなというところに、正直言うと何とかたどり着いたと、そういうことなんですよ。
(事例2)

これは、ある医師が小児がんの子どもの両親に、治療の選択に迷いつつも自分の意見を伝えようとした面談場面の一部である。一般に、日本の医師と患者との関係は、医師のパターンリズムと患者の依存を基本とした「おまかせ」医療に偏りがちだといわれており(宗像, 1991)、患者は医師にカウンセラーのような役割を求めているとも指摘されている(Long & Long, 1982)。そのなかで患者側の期待に応えようとするれば、この医師のように選択の方向性を示す努力が必要となるわけである。

このような日本の医師-患者関係の特性は否定的にとらえられることが多いが、むしろそこから派生した患者側の依存と医師の治療選択にかかわるコントロールの状況を知り、そのバランスのとり方を検討することのほうが重要であるように思われる。というのは、インフォームドコンセントが盛んなアメリカでさえも、患者は情報を欲しがるとは決定は医師に委ねる傾向にあるといわれており(Degner & Sloan, 1992; Pyke-Grimm et al., 1999)、単に患者の自立性を期待して治療選択をまかせる方向に変化させようとするには無理があるように思えるからだ。

面談の場における医師と患者側のやりとりはいろいろな要因によって変化するものである。そのなかでも時間による影響は大きく、子どもの病気が診断されて間もない頃の面談では医師側はそれぞれの説明のスタイルをもっているが、

両親側の反応には個別性が少なく、質問をしたり不安を表現することも少ない(戈木クレイグヒル・他, 1999)。しかし、時間の経過に伴って、医師と両親との組み合わせのなかで徐々に独自のやりとりのスタイルが形成されていく。

くわえて、このやりとりはその時々の子どもの状態や治療の選択肢によっても大きく影響されるものである。適切な治療が明らかな場合には、医師たちは選択肢を紹介しつつも自分の意見を勧めようとするわけだが(戈木クレイグヒル, 1997a)、冒頭の語りのように医師にどの治療が適切であるかが不明な場合には状況が異なってくる。当然のことながら、それに伴って医師-患者関係も変化すると思われるので、ここでは治療選択に関して医師または両親が面談で迷いを表出した場合に、両者の間にどのような相互作用が生じるのかを検討したいと考えた。

なお、小児がん医療のなかでは、子ども自身は本当のことを説明されず、治療の選択にもかかわらないことが多いので、ここでは面談の場での患者側を両親に限定し、医師と両親とのやりとりを分析の対象にした。

<研究対象と方法>

1997年1月から2000年12月までに全国の11病院で収集したデータのうち、小児がんの子どもの治療について医師が迷いを表出している9面談と、再生不良性貧血の子どもの治療について両親が迷いを表出している面談1例を分析の対象にした。また、その面談にかかわった医師から聞きとったデータを分析の補足に使った。調査者が面談に参加した3事例では、両親にあらかじめ研究の主旨と、協力を断っても不都合が生じない旨を説明し、許可が得られた場合に限って同席して会話を録音した。また、他の事例では、同様の事項を書いた説明文を医師から両親に渡してもらい、許可が得られた場合に限って録音をしてもらった。面談時の子どもの状態や病名、発病からの期間などの情報は医師から収集した。

録音したテープを文章にしたデータを中心に、調査者が参加した事例については、その場の雰囲気や非言語的やりとりの状況も考慮しながら分析を行った。分析には、主にグラウンデッド セオリー アプローチを用い、段落または文章

表1 事例の内訳

事例番号	医師の意見の伝え方	医師	面談の内容	両親		
				依存	不安	希望
1	伝える	A	再生不良性貧血。移植をいつするか	大	表現	—
2		B	再発。移植の方法を考慮	大	—	—
3		B	化学療法中だが再発の可能性が50%あるので移植をするかどうか	中	表現	—
4		B	移植後再発。再度移植をする（可能性10%）か緩和ケアか	大	表現	—
5		C	再発し化学療法中。追加の化学療法を行うか	小	表現	—
6	ニュアンスで伝える	C	移植後の再発。移植かドナーリンパ球輸注か	小	表現	表現
7		D	再発。移植か緩和ケアか	中	表現	—
8	伝えない	C	再発。化学療法(30%)か移植(40-50%)か	小	表現	表現
9		C	化学療法(50-70%)か移植(70-80%)か	小	表現	—
10		E	再発の可能性あり。対症的化学療法か移植(30%)か	小	—	—

注) 移植=造血幹細胞移植。 —=面談で言語的に表現なし。

事例1のみ医師に迷いがなく両親にあり。事例1以外は小児がん。

ごとに概念を拾い出し、他の事例や異なる状況との比較を行いながら特性を検討した後、概念名を決めてカテゴリーに分類した。次に、それぞれのカテゴリーの特性のバリエーションを十分に説明しうるデータが揃っているかどうかを確認した。加えて、カテゴリー同士の関係を検討して中心となるカテゴリーを決め、さらに治療選択に迷いのある面談の場における医師と両親のやりとりという現象を説明するストーリーラインを考えた(Strauss & Corbin, 1998)。

<結果と分析>

10例の面談の概要は表1に示した。事例1が再生不良性貧血、あとは小児がん(白血病、悪性リンパ腫、神経芽腫)で、発病から3か月～6年経過した1～15歳の男児8例と女児2例の両親と医師との面談である。面談に要した時間

は30～70分であった。面談は通常1人の医師と父母で行われていたが、事例5は母親だけ、事例7には2人の医師が参加していた。また、看護婦が同席した面談が2例あった。両親や複数の医療者が同席する場合、当然のことながら1人1人の参加者の意見や姿勢が異なる場合もありえるが、ここでは両親や医療者をそれぞれでセットとしてみたときにどうであったのかを検討した。

医師と両親とのやりとりを検討すると、次のような状況が生じていることがわかった。医師は子どもの病状と治療の選択肢、それにまつわる自分の迷いを伝えることによって両親を治療の選択に加わせようとする。それに対して両親は依存・不安・希望を表現するが、それを受けて医師は医療的な説明を繰り返す。面談のなかで延々と繰り返されるこのようなやりとりは、医師と両親との間で迷いを共有する作業ととらえることができ、医師が自分の意見を表明する度合いはこの作業の状況に大きな影響を与えていた。以下、医師と両親との迷いの共有がどのように始まるのか、医師の意見の伝え方の影響、迷いのなかでの両者の相互作用、結論への向かい方について話を進めたい。

II 迷いの共有の始まり

医師と両親の迷いは、どれが最善かが不確かな治療を選択しなくてはならないという状況のなかで起こってくる。医師たちは、期待できる効果とその治療によるリスク・副作用という2つの軸によって選択を考えていたが、両方が大きい「効果は期待できるがリスクも大きい治療」か、逆に両方が小さい「どちらかというリスクは少ないが、効果もあまり期待できない治療」しか選べない場合に迷いが生じていた。造血幹細胞移植はこの前者に相当するもので、「最後の選択で苦渋の選択」なので「移植はできるだけしないほうがいいのは確かですね。それは確かなんですよ」というようなことを両親にはっきりと話している医師も少なくなかったのだが、今回対象とした10面談中の事例5以外の9例で選択肢としてあがっていた。

両親にとっては医師の説明が一番の情報源であるために、医師が迷いを伝え

ることによって両親にも迷いが生じる。両親の迷いの理由としては、先にあげた医師と同じ2つの理由に加えて「目に見える子どもの状況がよいためにリスクのある治療に踏みきれない」というものがあった。たとえば、ある父親が造血幹細胞移植に踏みきれない理由を、「これが本当に、今日明日ほっといたらダメだっという状態だったら否応なく決心するんでしょうけども」と話していることから、時間的猶予のあることが両親に迷いを生じさせる理由になっていることがわかる。

このように、医師と両親の迷いの理由は多少異なっていたわけであるが、医師たちは自分が答えを決めかねる状況であればこそ、決定には通常以上に両親がかかわるべきだと考えており、どの選択がよいとは言えないという自分の迷いを伝え、両親がおかれている状況の大変さに理解を示しつつも、両親自身が決定しなければならない事柄であるということを印象づけようとしていた。たとえば、ある医師は、後遺症の残る可能性の高い造血幹細胞移植と、治療効果が望めない化学療法という選択肢について説明した後で、次のように述べている。

ですから、とにかく質の違う物を天秤にかけるということになるので非常に難しいと思いますけど。天秤にかけているもんが全然測るものがないものでしょ。ちょっと残念ながら、これ以上何ていうのかな、選択するのに申し上げることってないですよ。考え方によって変わってくるかなあと思うし。(事例3)

このような医師の話から、自分たちに決定が委ねられていると感じるために両親の質問は増えるようである。通常の医師と両親との面談の場面での発語の割合は、医師が7割、両親が3割だといわれているが(児玉・他, 2000)、ここで取り上げた10面談のうち7例では両親は少なくとも全体の3割以上の発言をしており、なかには両親が医師とほぼ同じ分量の発言をしているような事例もあった。両親の発言の量は発病からの期間の長さに影響されているようにはみえなかったが、病気に関する知識の多い両親のほうが発言が多かった。また医

師による違いもあり、たとえばC医師の行った4面談では両親の発言が他の医師の面談よりも多かった。

III 医師の意見の伝え方

通常、医師たちは子どもの病状の話から始め、治療の選択肢を1つずつ説明するなかでどれがいいとは言いかねる理由を説明していた。医師間で異なっていたのはその後の意見の伝え方で、意見を伝える、それとなくニュアンスで伝える、まったくニュートラルな姿勢をとって伝えないというものがあつた。この違いは、迷いのなかでの医師と両親の相互作用に大きく影響するものだったので、それぞれの状況について以下に説明したい。

1. 医師が意見を伝える場合

5つの面談で医師は自分の意見をすすめていた(事例1～5)。事例1は、医師に迷いのないことがどう影響するのかを他の事例と比較するために分析の対象に加えたのだが、医師が最初から意見を伝えた以外の点では他の4事例との違いはなかった。事例1以外に初めから意見を伝えた医師はいなかったが、両親から問いかけがあつたとき、やりとりを続けるなかで両親に結論を出すのが難しそうにみえるとき、両親が医師に依存しようという姿勢をとり続けるときに、医師は迷いつつも自分の考えを伝えた。

たとえば事例4では、医師は初めのうち「正直言ってあんまり積極的な気持ちにはなかなかないんですが、これはどうしてかということ、たいして効果は見込めないということですね」と話していたが、相づちを打つだけの両親を前に最後には「まあ、ちょっと本音を言えばね、やはりこれは2つに1つってということなんで、あんまり個人的な意見を言わないようにしてきたんですけど、やっぱり賭けてみたらどうかなって思うんですけどね」と自分の意見を述べている。それぞれの事例で、医師がいつ自分の意見を伝えるかには差があつたが、いったんそれを伝えられた両親が医師に依存的になる点は同じだった。

2. 医師がニュアンスで意見を伝える場合

次に、医師が意見を前面には出さないがニュアンスで伝えている事例があった（事例6・7）。たとえばある事例では、造血幹細胞移植後に再発した子どもに対して、もう一度移植をするか、その前にドナーリンパ球輸注をして効果を期待するのかという迷いがあった。医師は、はっきりとは意見を出さないものの、リンパ球輸注の効果は少ないだろうと考えていることを会話のなかでニュアンスで伝え、父親はそれを敏感にキャッチして医師の考えを確認している。

父：まあ希望的観測かもしれませんが、リンパ球入れることによって多少抑えることができ、それによって病気と共存かどうかは別として、それは本当はまずやってみたいなっていうのはあるんですよね。だけど、先生はあんまりしたくないって（笑）。

医：うーん、あんまりね……。たいしたことじゃないですよ、本当に。やることはすごい簡単なんで。

父：それによって、ま、気休めにはなるけども治ることも少ないだろうと。先生のなんて言うんですか、お考えがおありなのかなってこともなんか想像つくんですけども。（事例6）

この父親は、自分の推測が正しいかどうかを確認することで医師の真意を探ろうとしており、この場合には「うーん、あんまりね」という答えによって医師の考えを確認したわけである。

3. 医師が意見を伝えない場合

最後に、医師がまったくニュートラルな説明に終始した事例があった（事例8・9・10）。もちろん、両親が医師の意見を知らうとして問いを発する場面もあったのだが、これまでの2つの状況とは異なり、医師はまったく中立な立場に立って選択肢の説明を繰り返している。

医師が自分の意見をどうすすめるかを以上の3つの形に分類した場合に、医師たちのなかには常に同じ姿勢をとる人と状況によって変化させる人とがいた。たとえばB医師の場合には、すべての面談で自分の意見を伝えており、聞きとりのなかでも、「最終的には、やはり結局はこっちが決めてるんだろうと思いますね。というのは、家族は決めきれないんですよ。だから、まあ仕方ないと言ったらあれなんだけど、迷われるんだったら、ここはいっちょう頑張らましようかというような言い方になったりする」と話している。反対に、C医師の場合には2つの選択肢を比べたときにあまり差がないと考えた事例8・9ではニュートラルな姿勢をとっているが、差があると考えた事例5では、両親からの問いかけに応じて自分の意見を伝えており、さらに事例6に関してはニュアンスのなかで自分の意見を伝えている。

IV 迷いのなかでの相互作用

このような医師の意見の伝え方に合わせて、両親は以下に述べるような依存・不安・希望を表現しており、さらに医師がどのような反応をするかによって両者のやりとりは異なる展開を呈していた。

1. 医師への依存

両親が明らかに依存の姿勢を示したのは、医師が自分の意見を伝えた事例に限られていた。たとえば、冒頭にあげた事例2では、医師が「気持ちとしてはずいぶん揺れてまして」という前置きをつけて自分の意見を伝えているが、父親は「ま、(妻と)2人で話しとったんですけどね。はっきり言ってワシらずぶの素人じゃないっすか。だからやっぱり最終的には先生の判断に基づいたことにするつもりなんですけど。こっちのほうがいいよって言われるとこっちにしますし」と明らかに依存的な姿勢を示し、それを受けて医師がイニシアチブをとって話を進める状況になっている。同じように、事例1と事例4では両親が依存の姿勢を示し、それが医師の主導を喚起するというパターンをとっていた。

反対に、医師がニュアンスで意見を伝えた事例や意見を伝えなかった事例では、両親は医師にさほど依存していなかったのであるが、これらのなかには両親が自立しているようにみえる事例、依存したくてもできない雰囲気だったようにみえる事例、依存する余裕もないほど緊張したようにみえる事例があった。

ところで、医師が意見をはっきりすすめる、すすめないにかかわらず、「先生のお子さんだったらどうなさいますか」という両親からの問いかけが3事例(事例1・8・9)でみられた。たとえば、ある事例では次のようなやりとりがあった。

母：あと……こんなことを言ったらあれですけど、ご自分のお子さんだったらなさいますか？

医：これやると思いますけどね、これは、……ちょっとわかんないと思いますけど。結局、同じことでやっぱり悩むと思いますから。(事例1)

実は、このような質問に対する医師の答えは、面談のなかでそれまでに説明してきたことを繰り返すもので、中立の立場で説明している場合には「わからない」という答えになっていた。とすれば、このような質問そのものに意味がないように思えるわけだが、小児がんで子どもを亡くした母親たちが、このような問いかけをしたことでよい治療の選択ができたと話していることから(戈木クレイグヒル, 1999)、両親が知りたいのは医師の回答自体ではなく、医師が親身になって考えてくれているかどうかという点にあるように思われる。つまり、医師が質問にきちんと対応してくれるかどうかが重要なわけで、そう考えるとこのような質問は医師への依存の変形ということになる。

2. 不安の表出と説明の繰り返し

多くの事例では、両親の一方、または両方が不安を表出していた。たとえばある父親は、造血幹細胞移植をするかどうかについての医師の意向を尋ねつつも自分の不安を表現している。

父：やったほうがいいですか？（小さい声でつぶやくように）

医：と思います、私は。

父：つらいんですよ、結論出すのが（少し笑いながら）。

医：（間10秒）うまく言えないんですけども、あの一……輸血依存にもう完全になりきっちゃってますよね。そうすると、まあ今はいいようにみえても薬で治るってことはまずありえないんです。薬でよくするっていうことは、で、数年の単位ではこうなんか夢のような薬が出る可能性は絶対にないんで、薬物療法を加えて輸血の回数が減るとかちょっとよくなるとか、そのような期待は……この先ゼロとっていただいたほうが、その辺を出発点にしたほうが……と思いますけども。（事例1）

この父親は、この後も同じ問いかけを何度も繰り返し、そうしたほうがいいとわかっているのに治療のリスクが心配で移植に踏みきれないという思いを語っている。医師は、そのつど、ていねいに対応しつつも自分の意見をはっきり伝えるという作業を繰り返し、最後にもう一度考えるように両親を促している。この事例では医師が自分の意見を伝えていたが、医師が意見を伝えていないのに両親が不安を表現した面談では、医師はすべての選択肢についての説明を再度繰り返していた。

患者とラポールを築き維持するためには、患者に関心をもつことと患者が感情をのぞかせるときに必ず対応することが大切だと指摘されているが（Cohen-Cole, 1991〔飯島・他訳, 1994〕）、今回の事例をみるかぎり、医師たちは両親の不安に対して状況を説明することで対応しようとしており、共感を示したり励ましたりといった感情面に対する働きかけはみられなかった。

ところで、今回の事例のように子どもの生命にかかわる治療の選択を迫られたときに、両親が不安になるのは自然で、ほとんどの両親は医師との会話のなかで不安を表現していたのだが、そうでなかった事例が2例あった。1例では両親に医師への依存が強いために不安がないように見え、もう1例では医師の

説明が理路整然としすぎているために両親は不安を表現するきっかけをつかめなかったようにみえた。これらの事例では、他の事例に比べて両親が医師の意見や選択肢に関する説明を聞く機会が少なくなっていたことから、両親が不安を表出しないことによって結果的に両親が状況を十分に理解できず、最善の選択ができなくなってしまう危険性も生じるように思われた。

3. 希望と修正

両親が、不安のなかで何らかの希望を見出そうとするのも自然の対処行動である。これは子どものがんが初めて再発したときに、両親が治療や予後に関する情報を選択して受け入れることで楽観的でいようとする状況にもあらわれている (Hinds et al., 1996)。しかし、両親の情報はどうしても偏ったものになりがちであるし、見た目の子どもの状況に左右されてしまいがちでもある。

たとえば、ある事例では父親が移植後に再発した子どもの状況を楽観的に考えて希望をもとうとしているが、医師のほうはそうではないことをはっきりと伝えている。

父：まあ本なんかでもあれなんですけど、移植半年以内に再発すれば非常に治る確率が低いとか。うちの場合、今回1年経っての再発なんで移植した場合の確率とかって、その辺はあまり関係ないんですか？

医：いやー、そこは、そのデータは僕は知らないです。ふつう移植後の再発ってというのは非常に悪い (言い切る)。 (事例6)

この事例のように両親が希望を表現した場合にも、医師はすぐに両親に正しい知識をもってもらうための説明を始めており、「そうだったらいいですね」というような共感を示してから説明に移った事例はなかった。

V 結論に向かう

以上のようなやりとりを繰り返しながらも、子どもの病状の悪化という時間的な制限のなかで医師と両親は治療の決定に向かって動いていかざるをえない。迷いのある状況での面談という性格上、1回の面談で結論に達したものはなく、すべての面談は両者または両親が再度考えてくるという形で終わっていたが、そのなかでも両親の考えがある程度固まってきている事例と、そうではないものがあった。両親の考えが定まっていく速度には、医師がどの程度方向を指し示そうとするのかと、両親がどのくらい医師に依存しようとするのかという2つの事柄が影響しているようにみえた。

これまで述べてきた、医師が自分の意見を伝えるということは方向を指し示すための方策の一つといえる。というのは、医師が意見を伝えれば両親はそれに従って自分たちの意見を決めていくので考えが定まるのが速いからである。ここでは、それ以外に両親が決定に向かって動いていくことを促進させるために医師が行った働きかけを、医師の意見の伝え方との関係でみていきたい。

1. 医師が意見を伝える場合

医師が自分の意見を伝えた事例で、それでも両親の不安が強い場合には、不安を取り除いて後押ししようとする働きかけが行われていた。たとえばある医師は、次のような話をして移植のリスクを怖がる両親を勇気づけようとしている。

○ちゃんの場合は、普通にいけば何も起こらない移植になります。人間相手のあれでね、なかなか言いきれないところがこっちとしてもつらいところで、予想外のこって人間の身体っていうのはいくらでもあるんでね。ですから、なかなか歯切れが悪いんですけどね、けどまあ、そのことに関してなら、そこあえて言えば心配しなくてもいいと思いますよね、そんなに。
(事例3)

このように医師が両親の心配を打ち消すことは、明らかに両親の方向づけにつながり、両親の考えを決定づけるものになっていた。

2. 医師が意見を伝えない場合

また、意見を伝えない事例では医師は両親の反響板になり、次の2つの働きかけを行っていた。1つは、うまくいかなかった場合にどちらの選択をしたほうが後悔するののかという視点から選択肢の特性をまとめることで、両親の考えを整理させようとする働きかけである。たとえば事例8では、医師は「はっきり言って、僕はこっちをおすすめしますということは言いにくい患者なんです」と伝えて、1時間にわたって選択肢についての説明を続けているが、両親の迷いが大きいため、「治療の選択でひとつ言うとしたら、化学療法を選んだ場合に再発したとする。そのときにもう移植までもっていけないとすると、そうするとあのとき移植しとけばよかったっていつも思うことになるんですよ。で、移植しちゃった場合には、その後再発してもそれより強い治療はできなかったわけだから、あきらめがつくという考え方ができなくはないんだけど」とまとめることで、両親が結論に向かって動いていくことを促そうとしている。

もう1つは、両親が面談のなかで意見を述べたときに、タイミングよく支持することで迷いから脱却させようという方法である。たとえばある医師は、両親の発言を受けて事実を再度示しながらも、両親の意見を支持するという方法をとっている。

父：あの一、こっちで化学療法やって、ま再発した場合には移植も可能っつう……。

医：いけますよ。

父：いけますか。

医：はい、(その時点で)移植でもいいけなくはないけども、危険は大きい。

父：ただ、こっちの化学療法やって(だめだったら)最終的に移植ってい

う形のほうが、なんつつうんですか、ま保険じゃないんですけど、そのほうが……。

医：よいかもしれない。（事例9）

このような歯切れのいいやりとりも、両親の結論に向かったの動きをかなり促進するもののように見える。

VI おわりに

最後に、医師と両親が迷いを共有することの意味を振り返ってみたい。通常の面談の場では医師が適切だと考える治療方法が伝えられ、両親はその意見に従うのが普通である。両親が治療の選択に積極的にかかわろうとするのは、もともと治療選択に積極的であった場合と医師の能力が信頼できないと感じたときに限られている（戈木クレイグヒル, 1997b）。しかし、ここで取り上げたように治療決定にかかわる迷いのある状況のなかで、医師が自分の迷いを両親に伝えれば、治療選択という作業を両者が共有することになる。反対に言えば、医師が両親に迷いを伝えなければこの作業は始まらないわけで、一時的に両親に混乱を招く危険性はあるものの、医師が迷いを伝えることは治療決定までの過程を医療者と患者側とが共有する状況をつくりあげるために不可欠な条件といえる。

小稿では、この共同作業が生じた場合にどのようなやりとりが行われているのかを検討してきたわけであるが、そのようななかでさえも医師が自分の意見をどの程度伝えるかが医師と両親のやりとりに大きく影響していることがわかった。医師が自分の意見を伝えれば両親に選択の方向を示すこととなり、両親から医師への依存が生じるが、反対に医師が中立の立場をとる場合には、反響板の役割をとることで両親が自分で考える機会がつけられようとする。このように、医師の意見の伝え方によって医師と両親の共同作業の形態は大きく異なってくるわけである。どちらの働きかけがより効果的であるのかを比較するこ

とはこの研究の範囲を超えるものであるが、両親を治療決定に参加させようとするのであれば、少なくとも迷いを共有する作業を十分に行うことは重要である。

ところで、患者に希望をもたせることはがん専門医の重要な仕事であるが (Good et al.,1994)、面談のなかで直接的に両親に希望をもたせるような働きかけをした医師はいなかった。むしろ、間違った知識で希望を維持しないように、それを修正するための説明ばかりが行われていた。また、両親の不安についても、感情面への働きかけは行われておらず医学的な説明が繰り返されただけであった。つまり、医師たちが迷いを共有するという作業のなかには両親の感情面へのサポートは含まれていなかったわけで、現状での働きかけが両親にとって十分なものであるかどうかについては、今後の検討が必要である。

最後に、この研究の限界を示しておきたい。ここでは、主に医師と両親の面談の場での言語的なやりとりについて検討してきたわけであるが、非言語的なやりとりの部分は当然のことながら重要であり、それを省いたことは明らかに分析の限界になっている。また、検討事例の数の少なさと、このような研究に協力してくれる医師や両親が一般より意識の高い人たちである可能性が高いこと、さらに両親の側から面談についての考えを聞きとっていないことなども研究の限界といえるだろう。今後さらに検討する事例数を増やすとともに、異なる状況での医師と両親とのやりとりについての検討を重ねていきたいと考えている。

<謝辞>

データの収集にご協力くださいました先生方とご両親に心より感謝申し上げます。この研究は、トヨタ財団の研究助成(B)を受けたものです。

参考文献

- 1) Cohen-Cole, S.A. (1991) The Medical Interview: The three function approach, Mosby-Year Book. (飯島克巳・佐々木将人監訳, メディカルインタビュー: 三つの役割モデルによるアプローチ, メディカル・サイエンス・インターナショナル,

1994.)

- 2) Degner, L.F., & Sloan, J.A. (1992) Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of clinical epidemiology*, 45 : 941-950.
 - 3) Good, M.D., Munakata, T., Kobayashi, Y., Mattingly, C., & Good, B.J. (1994) Oncology and narrative time, *Social Science and Medicine*, 38 : 855-862.
 - 4) Hinds, P.S., Birenbaum, L.K., Clarke-Steffen, L., et al (1996) Coming to terms: Parents' response to a first cancer recurrence in their child, *Nursing Research*, 45 : 148-153.
 - 5) Long, S.O., & Long, B.D. (1982) Curable cancers and fatal ulcers: Attitudes toward cancer in Japan, *Social Science and Medicine*, 16 : 2101-2108.
 - 6) Pyke-Grimm, K.A., Degner, L., Small, A., & Mueller, B. (1999) Preference for participation in treatment decision making and information needs of parents of children with cancer: Pilot study, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16 : 13-24.
 - 7) Strauss, A. & Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research*, Sage, Newbury Park, CA.
 - 8) 児玉千代子・田中千代・戈木クレイグヒル滋子・熊谷たまき・井上浩 (2000) 小児医療におけるインフォームド・コンセントの実態, *看護研究集録7*, 木村看護教育振興財団, p.63-68.
 - 9) 戈木クレイグヒル滋子 (1997a) 日米の小児がん専門医の情報提供・治療選択における自分の役割の考え方, *健康文化第3回研究助成論文集*, p.58-64.
 - 10) 戈木クレイグヒル滋子 (1997b) 小児がん専門医に対する母親の評価と治療決定への関わり方, *小児がん*, 34 : 501-507.
 - 11) 戈木クレイグヒル滋子 (1999) 闘いの軌跡: 小児がんによる子どもの喪失と母親の成長, 川島書店.
 - 12) 戈木クレイグヒル滋子・児玉千代子・田中千代・熊谷たまき・井上浩 (1999) 未知の世界への導入: 新たに小児がんと診断された子どもの両親と医師の面談の場でのやりとり, *日本保健医療行動科学会年報*, 14 : 109-128.
 - 13) 宗像恒次 (1991) 「おまかせ」医療から「自己決定」医療へ: 医療文化の移り変わり, 山崎久美子編: *21世紀の医療への提言*, 誠信書房, p.219-243.
-