

2

患者・医療者間の
コミュニケーションを考える

1. 補完代替療法利用の現状と行動科学的考察

昨今、がん医療におけるコミュニケーション・スキルの重要性は各所で強調されているが、補完代替療法に関する医療者・患者間のコミュニケーションにもまた検討すべき課題が多い。

2001年の調査によれば、日本のがん患者で何らかの補完代替療法を利用している割合は45%に上る。また、利用を主治医に知らせていないものが使用者の過半数であり¹⁾、多くの医師が見積もっているよりも高率である。医師に申告しない理由としては、担当医が尋ねなかったため、とする回答が多く、これは海外の調査でも同様の傾向がみられる²⁾。2000年代の米国のがん専門施設での調査によると、新規抗がん剤の第一相試験に参加した進行がん患者の67~88%が何らかの補完代替療法を利用していたということである。正確な推定は難しいが、外国と比較しても健康食品への関心・支出が高いといわれるわが国のがん患者も、少なくとも同程度の割合で補完代替療法を利用していることが予想される。

近年の、がん患者の補完代替療法の利用に関する種々の先行研究の要旨として、その背景には次のような予測因子が挙げられている。例えば、文化的背景、人種などの社会的要因を筆頭に、性別、高学歴、化学療法歴、健康状態、飲酒、喫煙などの疾病関連行動、低い社会的支援など、個人の特性や性格、行動に関する要因である。また、精神的苦痛（不安、抑うつ）、経過へのコントロール感、高いファイティング・スピリットなどの心理的要因も補完代替療法の利用を促す大きな要因と考えられている。

さらに、がんの発症をきっかけに補完代替療法の利用を始める患者のなかには、心身の癒しや免疫系の活性化など、その効果に対する期待も、受療理由として多く聞かれた。さまざまな研究が利用の理由を挙げ、その内容は多種多様であるが、いずれも補完代替療法の利用を説明するのに十分決定的なものではない。

以上のことから、本領域における参考的考察として、①補完代替療法を利用することは、複雑多様な要因が推測されるが、決定的要因は不明である。②がん医療における補完代替療法の効果、安全性に関する科学的根拠の創出が急がれる。③補完代替療法に関する適切な情報基盤の整備、充実の必要性が挙げられる。④補完代替療法の利用について、医療者と患者、双方向のオープンなコミュニケーションの向上が期待される。

2. 補完代替療法と多元的医療システムの概念

米国の医療人類学者アーサー・クラインマンによる多元的医療システムの図（辻内による改訳³⁾を示す（図9, 10）。ここでは各人に固有の社会・経済・文化的背景があることを前提に、病に対する対処行動としての「医療」が3つのセクターに分類されている。本クリニカル・エビデンスで扱う補完代替療法は、このモデルでいう「民俗セクター」と「民間セクター」の一部を含む概念といえる。

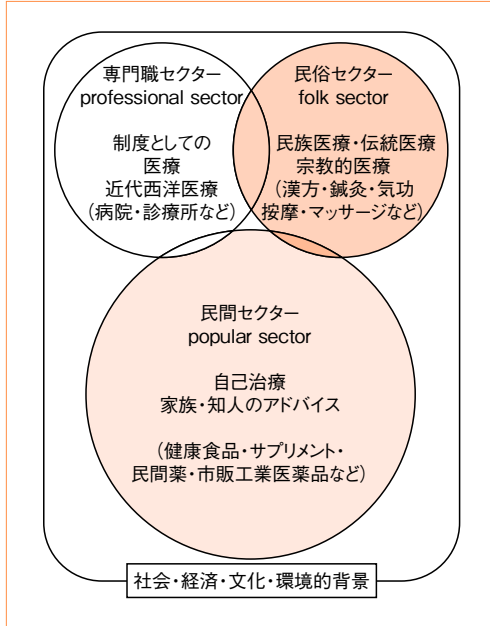


図9 多元的医療システム

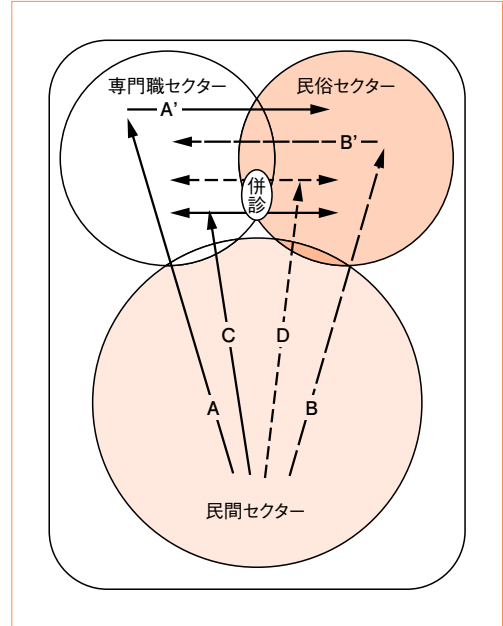
〔社内塚也, 他. 心身医学 2005; 45: 53-62³⁾より引用〕

図10 多元的医療システムにおける受療行動パターン

〔社内塚也, 他. 心身医学 2005; 45: 53-62³⁾より引用〕

日本の保険診療を行う施設に属する医療者はほぼ「専門職セクター」に属することになるが、こうした医療者の多くにとって、彼らが提供する医療、すなわち「近代西洋医学を基礎とし、公的医療保険制度でも認められている医療」の優位性は、解釈モデル（病気の個別的なケースについて、それぞれの仕方でも説明する際に使う諸観念）として強固なものである。しかし、がん患者自身にとっての病の解釈モデルは必ずしもそれと同一ではなく、あいまいで多元的・多義的・融通的であるとされる。

すなわち、医療者にとって自明のものである近代西洋医学の優位性は患者にとってはより不安定であり、病院で「専門職セクター」の治療を受けながら、部分的に「民俗セクター」「民間セクター」の治療を併用したり、行き来したりすることは、患者にとっては、医療者が考えるより自然な行動である。他のセクターの治療法を受けている・受けていたことを医療者に開示することを患者がためらうのは、疾病や医療に関する解釈モデルの隔たりに、暗に気づいているから、という見方もできるかもしれない。

3. コミュニケーションの実際

1 補完代替療法を利用する患者の心理

それでは、医療機関で提供される医療と補完代替療法が併用されたとき、具体的に実臨床上の問題となり得るのはどのような状況であろうか。特に、生物学的な活性をもつような補完代替療法のモダリティ（健康食品、ハーブ、サプリメントなど）では、抗がん剤や支持療法薬と並行して摂取した場合に未知の相互作用が生じる懸念がある。その結果として、意図された治療の効果を減弱したり、逆に副作用を増強したりというリスクが考えられる。抗がん剤を含む薬剤との明らかな相互作用が知られているものとして

は、セント・ジョーンズ・ワート、カテキン、イチヨウ葉エキスなどがあるが、それ以外の物質についても、抗がん剤や支持療法薬と併用した場合の安全が確立されているわけではなく、データがないため何ともいえないというのが現状である。

また、「がん治療の副作用軽減のため」として補完代替療法を使用している患者も多い。医療者への遠慮などから、患者がオープンに副作用について医療者に訴え、対策を話し合うことができているために、自己判断で補完代替療法を用いている可能性も考慮される。オープンに話し合うことができれば、より状況にあった対処を提案し、危険を避けることができる場合も考え得るため、医療者の側から積極的に副作用について状況を確認すべきである。

また、進行がんの患者は「1%でも治癒の見込みがあるなら毒性の強い治療を受け入れるが、ある程度確実な延命効果のためであれば同じ治療を受けない傾向がある」という質的調査結果もあるように^{4,5)}、心の一方では治癒の可能性は低いと理解し現実をみつめ、医療機関や医療者に対する感謝や信頼ももちながらも、また一方では「末期がんで標準治療から見放された私がこれで治癒した」といった誇張された風評や広告に、「もしかしたら……」「ダメでもともと……」と心を動かされやすい、という不安定な心理状況がある。こうした心情に理解を示しその波を受けとめたくて、安易な自己責任論ではなく、患者にとってできる限りよい選択ができるようにサポートする姿勢が医療者には望まれる。

2 医療者の介入

昨今、患者の利用する補完代替療法（多くは健康食品）の種類は多様化し、複数の成分が組み合わされるなどしており、多くの場合ただ商品名を聞いただけでは含有成分が不明である。また、含有成分が判明している場合でも、耳慣れない成分であれば「安全性について情報不足であり、すぐにはコメントできない」ことを率直に患者に伝え、できれば成分を確認し、信頼できるリソース（PubMedなどで検索可能で、批判的に吟味することが可能な科学的論文や、厚生労働省「健康食品」のホームページなど）を参考に調べたくて、患者に情報を還元できれば理想的である。時間の制約などでそこまでの対応ができないことも多いが、そういった場合でも、「相互作用や潜在的な危険性が不明」である健康食品を用いることそのものにリスクがあることは、最低限伝えておきたい。

生物学的な活性をもつ健康食品と食品の境界はときに曖昧であり、嗜好品・ぜいたく品の範疇とも重なるので、その使用について医療者がどこまで介入すべきかの判断は難しいところである。しかし、明らかな虚偽・誇大広告など悪質と判断されるものや、経済的に患者に不相应な負荷をかけていると見受けられるものなどについては、少なくともその利益・不利益を整理したうえで、患者に冷静な判断を促す努力をしたいものである。

患者が医療者に対し補完代替療法の使用を明らかにしないこと（non-disclosure）の直接の理由としては、前述したように「尋ねられなかったから」とする回答が多いが、掘り下げれば「医師が反対するのではないか」「言ってもしょうがない」「今の治療と折り合わないのではないか」など、複雑な心理的背景があることも、いくつかの質的研究において指摘されている。

その一方で、患者は補完代替療法についてもっと医師と話したいと考えている、とい

う調査結果がある。ハーブやサプリメントについての米国の腫瘍内科医を対象とした調査では、「ハーブやサプリメントの利用について話し合いをもつことが、医師患者関係にプラスの影響を与える」と考える医師が40%で、「マイナスの影響を与える」と考える医師(3%)よりも明らかに多かった⁶⁾。多くの医療者も、補完代替療法についてオープンに話し合うことの有用性を認めているものと思われる。

3 患者の特性(文化、性別、年齢)

また、日本の臨床現場においては、背景として医療におけるコミュニケーションそのものの文化的な特徴があることも示唆されている。例えば、悪い知らせを伝えるコミュニケーションにおいて、海外の患者と比較して日本の患者の意向は、①因子構造が複雑で、②「質問を促してそれに回答してほしい」傾向がある、という特徴が抽出され、さらに情緒的サポートを重視する傾向がみられるという⁷⁾。補完代替療法に関するコミュニケーションにおいても、自分から使用について口火を切ることのハードルが高いと感じており、医療者の側から質問を促されることを暗に望んでいる患者は多いと考えられる。

また、早期乳がん患者を対象とした調査では、「心理的負荷が大きく」「(全般的な)QOLが低い」患者ほど補完代替療法の利用が有意に多い⁸⁾と報告されている。すべての患者において、補完代替療法について積極的に話し合いの場をもととすることは、潜在的に支援を必要としている患者をスクリーニングし、必要なケアを提供するきっかけになり得るという意味で、有用である。現代の患者は、がんの診断・告知という大きな心理的負荷を受けたあとも、引き続き病状について、治療と予想されるメリット・デメリットについて、といった医療者からの情報、また患者本人または家族や友人、患者仲間などによりインターネットや口コミで収集された情報など、次々と膨大な量の情報にさらされ続けている。前述のように若年、高学歴といった情報リテラシーが高いと想像される特徴をもつ患者ほど、補完代替療法の利用頻度が高いといわれる¹⁾。

4 患者自身による意思決定

こうした補完代替療法の利用が、患者自ら主体的に選んだ療法を利用することで、症状の自己コントロール感が高まるなど、全体としてプラスの影響を患者にもたらしているのか、それとも病名や病状に対する焦り、不安や混乱の結果として補完代替療法にすぎるとは心理的な不安定さの反映であり、疑念を抱えたまま複数の治療を受けることのストレスなど、デメリットのほうが大きいのか、おそらくどちらの側面も事実であり、先行研究結果から一概に語ることは難しい。

がん患者とその家族は、特に告知前後や病状進行といった「悪い知らせ」のフェイズにおいて動揺しており、心理的に不安定であることも多い⁹⁾。日本のがん患者の調査では、病期にかかわらず約半数に適応障害やうつ病といった精神疾患の診断基準にあてはまる状態が認められている¹⁰⁾。だからこそ、がん患者が補完代替療法の話題を持ち出したときには積極的に耳を傾け、患者にとってそれ(補完代替療法)が非常に重要な問題であることをまず認め、共感を示すことに大きな意味がある。そのうえで、医療者としては専門的立場から、押しつけることなく中立的に、しかし率直に意見を述べるべきである。責任の所在も対象もあいまいな多方面からの情報により、自らの病状や治療内容について偏った見解や誤解をもっているために、最初から標準治療に消極的な患者もいる。補完代替療法を、また標準治療をどのように捉えているかといった話を中立的に聞

きとるなかで、そうした誤解が解けていくこともよく経験する。

ときに、ある治療法で高率に治癒を望める悪性腫瘍や、または根治不能ながんであっても効果的な標準治療により長期の生存・QOLの改善を期待できる場合においても、がん治療の手段としての補完代替療法を優先し、保険適用の標準治療を受けないという選択をする患者も少ないながらいる。治療について最終的な決定権をもち、治癒・延命の機会の喪失や相互作用、その他の起こり得るリスクも含めて結果を引き受けるのは最終的には患者本人である。しかし、そうした重要な意思決定が、十分な説明を受け熟慮したうえでの決断であること、加えて、患者の決定とそこに至った経緯について家族も納得していることは大事である。

患者が極端な選択を急ごうとしているように思われるときは、家族（キーパーソン）同席のうえで、考える時間を差しはさみながら複数回の話し合いを行うことを考慮したい。また、医療者側も多職種カンファレンスの場で症例を共有し意見を出し合うなどしながら、風通しのよい医療者患者関係のなかで、患者が納得して治療方針の決定に至ることができるよう、努力する必要がある。

(舩本真理子)

【文献】

- 1) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2645-54
- 2) Davis EL, Oh B, Butow PN, et al. Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. *Oncologist* 2012; 17: 1475-81
- 3) 辻内琢也, 鈴木勝己, 辻内優子, 他. 民俗セクター医療を利用する患者の社会文化的背景: 医療人類学的視点による質的研究. *心身医学* 2005; 45: 53-62
- 4) Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 1990; 300: 1458-60
- 5) McQuellon RP, Muss HB, Hoffman SL, et al. Patient preferences for treatment of metastatic breast cancer: a study of women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13: 858-68
- 6) Lee RT, Barbo A, Lopez G, et al. National survey of US oncologists' knowledge, attitudes, and practice patterns regarding herb and supplement use by patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32: 4095-101
- 7) 内富庸介, 藤森麻衣子 編. がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか, 医学書院, 2007
- 8) Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, et al. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 1999; 340: 1733-9
- 9) Mehnert A, Brähler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3540-6
- 10) 大谷恭平, 内富庸介. がん患者の心理と心のケア. *日本耳鼻咽喉科学会会報* 2010; 113: 45-52