

総 説

医療における援助的介入

飯 田 精 一

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成 3 年 8 月 23 日受理)

Medical Supportive Intervention

Seiichi IIDA

*Department of Medical Social Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Received on Aug. 23, 1991)*

Key words : medical information, supportive intervention

要 約

疾病の医療情報は、患者に不安や恐怖を与える。この不安や恐怖は、医療過程に悪影響を与える。このとき、援助的介入が必要になる。

健康は自由や平等と同様に、一つの価値である。医療者－患者関係は、相互の価値観のふれ合いによってつくられる。医療の援助的介入は、単に対人関係の調整の手法であるだけでなく、基本的に、社会生活における価値の問題である。また、それは社会的枠組の中でおこなわれるので、この枠組を考えることが重要である。

Abstract

Patient is feared by Medical information of sickness. Medical treatment is influenced negatively by this anxiety and fear. If this is so, it is necessary to the supportive intervention to patient.

Good health is value as well as freedom and equality. Doctor-Patient relation is created by coming into contact with value conception of health each other. Medical supportive intervention is not only a way of regulation of interpersonal relation, but fundamentally a problem of value in social life. And as it is practiced in some social frame of reference, so it is important to reconsider this frame.

1. 価値としての健康

健康は、自由、平等、博愛とともに、人間が社会生活をするうえでの、基本的価値である。人間の社会生活は、よき健康を理想として、保健、医療の社会的システムと供給体制の確立のために、莫大な費用（平成2年度、診察医療費18兆2千億円、厚生省）と労力をつぎ込んできた。社会福祉の歴史は、貧困対策から始まったが、貧困を撲滅し福祉を増進するためには、健康の確保が如何に大切であるかがわかったからである。

しかし、私たちは、不健康に陥り易い、というよりむしろ、よき健康はひとつの理念であって、不健康であるのが現実である。良き健康を目標として、不健康な現実からの脱出を図ろうと努力する。また不健康には度合があって、この度合が強められた状態が疾病である。疾病は病苦というように、不快や苦痛を伴う。疾病がもっと重くなると死に至ることもある。不快や病苦や死滅は、自己保存と種族保存の本能またはニーズに従って、これを回避したり（保健）、治癒しようとする（医療）。

疾病の状態にあるものは、病者である。パーソンズ（1951年）は、病者の社会的役割関係に言及して、「シックロール（病者役割）」の概念を提案した。シックロールとは、病者と病者以外の残余者との間の社会的役割関係をいう。そしてこの際、第一に両者間の権利と義務の関係に焦点が当てられる。病者は労働や就業の義務を免除され、心身を保全する権利が与えられる。しかしそれによって、病者はよき患者の役割、医療者の指示を受け入れる役割をとらねばならない。これによって、患者の役割は、社会的責任をもつおとなの役割ではなく、むしろ子どもの役割をとらざるを得なくなる。

第二として、シックロールは、病者を一種の「デビアント（社会的標準逸脱者）」として位置づけをする。このとき、病者と社会の残余者とは、ノーマルな（当たり前の）対人関係をとることが困難になる。社会の残余者は、病者にマイナスの価値づけをし、なにか悪いものをもつものと認知する。しかし同時に、病者への同情

や哀れみや献身の感情を示す。こうしたアンビバレントな感情は、シックロールの特徴である。

私たちは自分自身が病者となり、デビアントになることを恐れる。しかし、シックロールは社会的に遍在する。私たちは、すべていつかはシックロールをとる潜在的可能性をもつ。この点で、他の分野に属するデビアント（非行者等）と違っている。

私たちは、現実の不健康であり、シックロールをとる潜在的可能性をもつがゆえに、健康を理想とし、これを高く価値づける。しかし、健康は人間のもつ唯一最高のではなく、自由や平等等の社会的諸価値の一つである。哲学や倫理学では、価値の体系を上位、下位等に論理的に階層化しようとする試みもあるが、現実の社会生活においては、諸価値の順位づけ（プライオリティー）は選択的におこなわれる。そしてその選択の手法は、論理的というよりはむしろ、心理的、社会的である。だから、ある人にとって、ある状況のもとでは、健康の価値は、あるほかの価値にとって換わられることもある。

最近の医療分野での生体間臓器移植における親子間移植は、このことを説明する一例である。親は一時的にもせよ、敢えて不健康になる行為を選択し、これによって子どもの生命を救助しようとする。いわゆる献身的行為である。この際、親は、自身の健康よりも子どもの健康の価値に一層高位の順位づけをする。この価値の選択は、医師—患者間の信頼関係や医療技術への認知の程度等のいつかの基本的要素が寄与しておこなわれるが、決定的要因は親子間の愛情の価値である。しかしこの場合の順位づけは、あくまでも健康という価値のカテゴリーの範囲内でおこなわれるものである。

これに対して、健康とそれ以外の価値のカテゴリーとの間で順位づけがおこなわれることがある。過労死はその例である。ある就労者は自身の健康よりもむしろ、仕事の価値を選択する。または収入の価値や、団体や上司への忠誠の価値を選択するかもしれない。そしてまた、これらが複合して作用することもある。この場合、過労者は自身の不健康は認知しても、死者となることは認知しない。社会の中の現実の生活者

が、生命の価値を認知するのは至難のわざである。現実の生活者は、肉体の生存の価値よりもむしろ、社会的生存の価値をよりよく認知し、関心をもつ。または生物的死滅よりもむしろ、社会的死滅を恐れる。過労は社会的生存への欲求によって征服される。過労死はこのようにしておこる。過労死は、見かけは生物死であるが、本質的に社会死であるといっても過言でない。

第三に、シックロールを意図的に選択するという病理的な事例がある。それはすなわち、「耽溺」というものである。耽溺とは、アルコール症の事例にみるように、うち破るのが極めて困難なほど強く形成された習慣である。しかもそれは「悪い習慣」として価値づけられる。英語のアディクト（耽溺）とは、「奴隷になる」というラテン語からの派生語であるという。奴隷になるとは、自由を失うことの意味を含んでいる。自由は、人間社会の理想とする普遍的価値であるから、これを自らすすんで失おうとするのは、矛盾であり、病理的メカニズムが潜んでいるとおもわれる。

アルコール症は、医療を要するひとつの疾病または不全症としてみなされ、その診断基準には、二つの症候の存否が問われる。すなわち、薬物に対する「耐性」の発達と、薬物の効果の「とり戻し」とである。後者は一般に、薬物の効果が消失すると、反動的に不快または苦痛をひきおこす。この苦痛を回避するために、耽溺者は薬物を取り続けるものと仮定される。こうした仮説を一層精緻なものにするために、パプロフ流の学習理論を適用した研究が発達している（ソロモン、1980年）。

以上のように、シックロールのとり方の三つの典型をとり上げたが、これらはそれぞれ「親子間臓器移植型」、「過労死型」、「耽溺型」と名称することができる。人間の行動は、一般に、反射、動因、欲求、興味、等の動機付けの各水準で理解することができるが、社会的役割論からみたシックロールのような場合には、価値の選択や順位づけのあり方によって、行動は左右される。耽溺型は、一見反射的水準のメカニズムで理解可能のようにみえるが、ここでも価値の体系が行動を規制しており、無意識の水準で

価値の選択が働いていると考えることもできる。

2. 援助的介入の手法

介入（インターベンション）とは、一般に、ある個人や団体間で、一方の人格が他方の人格へ、直接になんらかの影響を与えるように関わることをいう。援助的介入とは、援助することを意図して介入することである。医療における援助的介入とは、医療者が患者を治癒するように援助することである。この援助的關係は、患者が「自然なシックロール」をとる限り、比較的容易に成り立つものである。

医療者は、本来の医療知識と技能のほかに、援助的介入の手法が必要になりつつある。この手法には、医療者－患者関係のあり方や、医療情報の与え方、説得と患者の態度変化、処遇様式（モード）の相違による権限の影響、情報処理と不確実な状況下での意志決定、等の理解と技法が含まれる。

1 医療情報と恐怖喚起

患者自身に関わる保健上、医療上の情報、とくに患者の生命の危険に関わる情報は、伝達の仕方によって、患者に不安や恐怖をひきおこす。また、それによって治療過程に悪影響を及ぼすこともある。これをどうしたら防止することができるか。この問題を考える際に、情報内容と情報伝達の手法とを別けて考えることが大切である。医療情報は、いずれにせよ、患者にとって不安や恐怖をひきおこすものをふくんでいる。

恐怖は行動の一つの動因であり、学習論の立場から、恐怖の強さを削減（リダクション）するような新規の反応は、強化（リーンホースメント）される、とした（ドラードとミラー、1959年）。これによると、恐怖を利用して、患者に保健上の望ましい行動を獲得させることができる。しかし、ホブランドら（1953年）は、認知論の立場から、強い恐怖感情は、防衛反応をひきおこし、伝言に注意が払えない、伝達者を拒否する、不安をひきおこすような想念を防衛的に回避するものである、とした。これによると、強い恐怖をおこさせる情報は、患者の医療の妨げになる、ということである。

ジャニスとフェシュバッハの実験（1953年）

は、ホブランドらの仮説を支持するように見える。この実験では、高校生に対して、歯の養生をうながすために、3つの仕方で情報を呈示した。一つは強度の警告を与えるものであり、いきいきと描かれた虫歯と口腔の病状の写実的な写真を見せて、被験者にぞっとするような二次的疾患の危険を説いた。おだやかで最低限の警告を与えるものでは、おだやかな病状の写真等が呈示されて、調子をおとした解説をした。第3の統制群は、病状写真を示すのみで、特段の警告は与えなかった。実験前の一週間と実験後一週間との、行動の自己報告を比較すると、良心的な歯の衛生を実行する方向へ向かっての行動の変化は、中等度警告群が最大であり、強度警告群は最低であった。また、最低限の警告群は統制群から有意差を示した。統制群では、実験前後の行動の変化はなかった。この実験結果によると、強度の警告と最低限の警告とは、どちらも行動を変化させるが、最低限の警告のほうが一層大きく行動を変化させるということになる。これはどうしてか。もしも最低限の警告は、最大の恐怖をひきおこすものとすれば、ホブランドの認知説よりもむしろ、ミラーとドラードの恐怖の動因削減モデルが成り立つ。また、そうであれば、ジャニスとフェシュバハの低レベルの警告が、高レベルの警告よりも保健・医療に役立つことになる。

しかし、この問題はそれほど単純ではない。なぜ高レベルの警告よりも、低レベルの警告のほうが強い動因をひきおこすのか。また、強い動因に基づいて、適切な保健・医療上の行動計画を、患者が着実に実行に移すようにするには、どうすればよいか。

恐怖は必ずしも、保健・医療上の動因の唯一で最重要なものではないかもしれない。医療者が呈示する情報から、患者は医療に関わるとおもわれる事柄を想像したり、記憶を呼び戻そうとする。そしてそれらを、患者自身の期待や価値や規範の体系を尺度にして、自発的に取捨選択して、大事なものとそうでないものにより分けて、大事なものを実行に移すのだ、とも考えられる。このとき、患者自身の医療観や生命観と医療者のそれとは、必ずしも合致しない。

医療者の援助的介入は、患者の社会生活上の価値観を考慮して医療計画を立て、患者が受容することができるように、情報を加工して伝達することが望ましい。これは、具体的に患者の年齢、社会的身分、生活歴、文化的背景、等によって、介入の仕方を変更することで達成される。

2 患者とのコミュニケーション

医療情報のコミュニケーションに影響を与える重要な要因は、対人的要因、すなわち医療者—患者関係のあり方である。医療者は「対人関係の理念」として、患者を待たせない、院内で大声で事例についての議論をしない、医療者の手が温かく乾いていることを確かめる、患者のいうことを潜在的に有用な情報を含むものとして受容する、声の調子のような些細な仕種でも医療者自身で監視する、等があげられている(例えば、メンデル, 1984年)。しかし、実際の診療の場では、こうした理念を達成するのはむずかしいとされる。なぜか。

一つの重要な要因として、医療者—患者関係における「権力の不平等」があげられる。医療者は患者から、できるだけ多くの情報をひき出そうとする。このときすでに、対等の対人関係が保たれない。医療者はいつも、医療的視点の範囲内でのみ対応しがちになる。患者の聞いたことのない情報を与えて、患者に負担をかける。医療情報の伝達は、科学的に正確であるよりはむしろ、一貫性が需要であり、患者が納得するものでなければならない。

医療情報の与え方は、情報量が豊富であればいいというものではない。患者の要求は、必ずしも治療、苦痛の軽減、安ど感ではなく、単に自分の状態を知りたいのかもしれない。こうした場合、懇切丁寧な説明や忠告は、患者にとって、わずらわしく不満なものになる。患者は忍耐強く、これを傾聴しなければならない。患者は、医療者に必ずしも全知全能を期待しない。

これと反対に、情報量の不足も、患者を不満にする原因となる。しかし、情報量の不足はむしろ結果的に起こるものであるらしい。ある医療者は特殊な患者とコミュニケーションすることに困難を感じる。またある医療情報には、コミュニケーションしにくいものもある。また、十分な情

報を与えても、患者の強い不安のために、患者自身その情報を把持することが困難になる。また、情報があまりにも複雑な形で与えられるために、患者の理解を防げる。以上のような場合に、患者は、情報が不足であると感じて、不満に陥るものと考えられる。

ペンドルトンとボックナー（1980年）の調査研究によると、社会経済的身分の高い患者群は、比較的長時間の医療相談に応じて、豊富な情報を受容した。また、下位文化の患者群でも同様な結果を得た。これは医療相談者が患者のそれぞれの理解力に合わせて、情報を提供したことによる。また、どの患者群にも共通していえることは、患者が気安く、儀式ばらぬ雰囲気を感じるように医療相談をおこなったことである。

癌のように特別に生命を脅かす疾患の医療情報の伝達は、なおも幾多の困難がある。1960年代のアメリカの調査によると（オーケン、1961年）、医療者の90%は、患者が癌だということを決して報せないと報告している。しかし、診断内容のオープン化によって、むしろ良好な結果を得たという報告も増えつつあるようである。医療情報のオープン化を医療者が渋るのは、患者への配慮のほか、医療者自身の価値観や生命観に支配されるところが大きいのではないかと考える。しかし、情報公開、情報の共有は、医療における諸価値を包含する基本的なものであるから、高位のプライオリティーをもつものとする。

3. 医療の供給方式と援助サービス

医療の援助的介入は、医療を供給する社会的枠組みの中でおこなわれる。したがって、これを考察するためには、医療の供給方式のあり方がどのようなものであるかを見ることが大切である。

医療の供給方式には、私的方式、慈善的方式、公的方式、社会保障方式の4方式がある。これらは、社会の歴史的経緯にしたがって、順次に発達してきたものである。また、援助サービスは、サービスを提供するもの（サーバー）とサービスを受けるもの（サーブド）との間に成り立つ。この際、サーバーは誰の代理者であるかによって、供給方式が違ってくる。医療の供給

は一種のサービス行為である。

1 私的方式

これは、基本的に、私的な二者間でサービス行為がおこなわれる。このときサーバーはサーブドの代理者を務める。サーバーはサーブドのニーズを直接に受容して、サーブドの意にしたがって医療（問題解決）を図る役割をとる。これはいわゆるパーソナルサービスの理念的原形である。私的二者間での医療サービス行為では、その医療サービスに必要な時間と労力とプライバシーとが保証される。とくにプライバシーは個人主義と資本主義社会体制の発達と密接に関係したものであって、相互扶助的共同体社会にあっては、その必要は感ぜられず、また独裁的支配体制にあっては、その価値を認めない。

私的サービス方式では、厳密に二者間の私的契約にしたがって、医療サービスの代価としての報酬が要求される。この方式は元来、富裕階級の独占するところであった。18世紀のイギリスでは、富裕階級が医者や聖職者に報酬を支払って、身内の狂者を管理させた。サービスが社会化され、平準化された今日でもなお、標準以上の特別な個別的医療サービスを要求する場合は、高価な代価を支払って、これを購入することがある。天皇の侍医はその典型である。ホームドクターは、複数の二者関係を結ぶので、厳密な二者関係ではなく、私的方式の亜系である。

2 慈善的方式

慈善方式では、サーバーはサーブドの代理者ではない。サーバーは、雇主としての教会や慈善団体の代理者として働く。この場合、サーバーは雇主との間で、サーバーとしての契約を結び、これらの雇主から報酬を受けるので、サーブドよりもむしろ雇主の意に沿うように行動する。このようなサービス行為は、必ずしもサーブドの本当のニーズに応えるようなサービスをおこなうとは限らない。

3 公的方式

公的方式は、慈善方式が世俗化して置換されたものである。この場合、サーバーは公的機関との間で契約を結び、ここから報酬を受ける。公的方式では、教会や慈善団体よりも一層一般的な公的目的によって拘束を受ける。例えば、

社会的最低基準が設けられて、サービスはその範囲内でおこなわれる。だから、サーバドの本当のニーズを必ずしも充足することにならない。しかし、サーバーは公的機関の代理者であるので、医療ニーズをもつすべての人々に、平等で公平なサービスを与えることを宣言する。しかし実際には、サーバドの数が拡大されるために、最低の基準を設けて、ややもすると質の悪いサービスを提供することになる。戦前の庶民は、自助努力をもって私的に良質のサービスを求めようとしたが、出費が大きく、果たさないこともあった。戦後は、庶民の権利としての医療サービスの思想と社会保障の制度が充実し、公的サービスの良質化運動が高まり、医療サービスは、大いに躍進した。

4 社会保障方式

社会保障方式は、公的方式に保険の仕組みが結合して生まれたものである。国民健康保険制度は、この社会保障方式に属する。ここでのサーバーは、保険会社または公的機関の代理者であり、サーバーの報酬はここから支払われる。しかしサーバーは、これらの機関と直接の雇用関係はない。ここでのサービス行為は、保険管理機関からも、私的サーバドからも独立している。したがって、この方式のサーバーは、基本

的に、公的機関の代理者でもなく、私的サーバドの代理者でもない。

このサービス方式は、実際に、サーバドのニーズの内容、性質によって変化する。サーバドのニーズが客観的で一般的であるときは、私的サービス方式に近似する。例えば、偶然の事故による骨折等の医療問題の場合は、サーバーが私的に診療報酬を受けようと、公的機関によって支払われようと、診療の内容自体は同一である。つまり、サーバーとサーバドとは、実質的に、二者関係で対峙することができる。しかし、サーバドのニーズが主観的で特殊な場合は、サーバーは公的機関が設定した基準や意見にしたがってサービスをおこなうので、二者関係は崩れてしまい、公的方式と同一になる。その結果、サーバドの本当のニーズに応えられなくなる恐れを生じる。

社会保障方式では、純粋に二者方式の医療サービスを提供することは不可能に近い。医療行為は、基本的に、二者関係で成立するものであるが、最大多数が最大良質の医療を要求すればするほど、最適な診療内容と診療報酬のあり方を巡って、大きな矛盾が生じるので、必然的に二者方式は崩壊する。

参 考 文 献

- 1) Parsons, T. (1951). The Social System. Chicago : Free Press. 105.
- 2) Parsons, T. (1991). The Social System. Bryan S. Turner (Preface to the New Edition) Routledge. 428—479.
- 3) Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation. American Psychologist, **35**, 691—712.
- 4) Dollard, J. and Miller, N. E.. (1950). Personality and Psychotherapy. New York : McGraw-Hill, 127.
- 5) Janis, I. L. and Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications, Journal of Abnormal and Social Psychology, **48**, 78—92.
- 6) Hovland, C. L., Janis, I. L. and Kelley, H. H. (1953). Communication and Persuasion. New Haven, Conn. : Yale University Press. 127—8.
- 7) Mendel, D. (1984). Proper Doctoring. →Eiser, J. R. and van der Pligt, J. Attitudes and Decisions. Routledge. pp 132.
- 8) Pendleton, D. and Bochner, S. (1980). The communication of medical information in general practice consultation as a function of patients' social class. →Eiser, J. R. and van der Pligt, J. Attitudes and Decisions. Routledge. pp 134.

- 9) Oken, D. (1961). What to tell cancer patients. →Eiser, J. R. and van der Pligt, J. Attitudes and Decisions. Routledge. pp 134.
- 10) 飯田精一. (1985). 収容施設論, その三. : 処遇方式系. 日本社会事業大学研究紀要, **31**, pp 50, pp 53.