

Title	役割理論からみたがん末期医療の問題
Author(s)	鈴木, 要子
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 4 P.55-P.58
Issue Date	1999
Text Version	publisher
URL	https://doi.org/10.18910/3773
DOI	10.18910/3773
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/>

役割理論からみたがん末期医療の問題

鈴木 要子

役割と規範

人間の行為はそれ自体は独りの個人によってなされるものであるが、それが他の個人（他者）に対するはたらきかけとして行われた場合、2人あるいはそれ以上の行為者の間での相互行為というかたちをとって、発展的に循環する（富永, 1995）。行為者は状況を主観に取り込んで、自己の内面から発する欲求とその行為者が準拠する価値規範に従って相互行為が展開される（Parsons, 1937; Parsons, 1954）。個々人の行為は、他者への相互行為、その行為の複合体である役割、個人の集まりである集団、などの中間段階を経て社会システムを形成する（富永, 1995）。社会システムにおいて、役割は核をなしており（我妻, 1987）、人間を役割という概念から切り離して考えることは難しい（Nisbet, 1970）。なぜならば、人間の行動を相互行為という観点（行為理論的な観点）からみた場合、社会的行動の大半は、他者もしくは状況に対して行われる役割行動として捉えることができるからである（Nisbet, 1970）。

社会的役割は規範を体現している（Nisbet, 1970）。社会システムの成員である我々は、規範を社会化の過程で内面化し（Durkheim, 1912; Parsons, 1951, Parsons, 1958）、それぞれの役割行動をとる場合や評価する場合に準拠している（Parsons, 1937）。だが、われわれは社会規範を規範として自覚しないことが多く、それはあたかも生存に不可欠の酸素の存在を自覚していないのと似ている（我妻, 1987）。

ある個人に患者や医師という概念が付与された場合、それは患者や医師という社会的地位を占めていることを示す。特定の社会的地位を占める個人は、社会からある行動様式（役割）を期待される（Nisbet, 1970; 高木, 1990; 佐々木, 1994）。社会的役割は、必ず、相互作用的な関係の構造もしくは体系の一部を担い、規範を含み、その規範に則った行動には正当性が認められ是認される（Nisbet, 1970）。役割は、予期の意味での期待と希望の意味での期待を含み（高木, 1990）、その期待される規範の範囲内で行動する権利と義務を与えられる（Linton, 1936）。

医師－患者関係

医療において、ある者が患者という立場で、そして別のある者が医師という立場で対峙するとき、それは医療の目的遂行という文脈にそって患者と医師がそれぞれの役割をもった関係を形成する。例えば、患者は病人としての役割行動を、医師は治療者としての役割行動を期待され、その期待に沿った医師－患者関係が求められる。その期待される病人の規範、治療者の規範の範囲内で行動する権利と義務が与えられる。

個人の行動を社会的あるいは文化的文脈と関連づける際に、役割を中心的概念として展開された諸理論の総称を役割理論という（島, 1995; 佐々木, 1994）。役割理論から医師－患者関係を体系化し、医師－患者関係の原型モデルを提示した Parsons の医師－患者関係

モデルをみてることにした。これについては、反証を含め様々な論議や批判そして反批判が行われてきている。しかし、今日においても患者と医師の役割概念の原型となっているものである (Levine & Kozloff, 1978)。

Parsonsの役割モデル

Parsons (1958) は、健康を「役割と課題を効果的に遂行するための、個人の能力の最適状態 (the state of optimum capacity)」とし、その裏概念として病気を「無能力状態 (incapacity)」とした。そして、「医療」を一定水準の役割遂行能力を確保させる社会統制装置として位置づけ、役割の観点から医師-患者関係のモデルを構築した (Levine & Kozloff, 1978)。それは次のようなものである。

医師と患者の関係は役割関係にあり、患者は「病人役割」として、(1)病気の状態に対して本人の責任が問われない、(2)仕事や家事などの通常の役割遂行及び責任の履行から一時的に免除される、(3)病気を望ましくないものとして受け入れ、この状態から回復しようとしなければならない、(4)自分自身の決意と意志によって病気を回復することはできないが、医師援助を求め医師に協力しなければならない、以上の4つの特質を持つ (Parsons, 1951; Parsons, 1958)。医師は、(1)専門的能力と技術は才能と努力と訓練によって獲得され達成されるものである、(2)患者を個人的・社会的属性によって区別しない、(3)患者の医学的側面のみを扱い、治療に必要な限りにおいて身体を検査したり個人的生活についてたずねることが許される、(4)患者への共感はあるても感情移入して巻き込まれてはならない、(5)病気の治療に志向し可能なあらゆる努力をしなければならない、以上5つの役割規範を持ち、そのうち「病気の治療に志向し可能なあらゆる努力をしなければならない」は患者の根本的信頼を可能にするものとして、医師-患者関係の根源的前提とみなした (Parsons, 1951)。

がん末期における医師-患者関係

がんと診断されても、病期が早期の場合や治療効果が得られやすい状態のがんの場合は、上記の医師-患者関係での医療が行われて問題がなかろうと思う。しかし、がん末期で「治癒」や「回復」が望めないような場合には、患者を健康状態に回復させる社会統制装置としての医療システムは適合しない。治療によって回復することが望めない末期がん患者に対する医療をこの役割規範にしたがって行った場合、患者は最期まで治療を受け続けQOLの低い状態におかれることが考えられる。また、医療システムが「治癒」を目的とするために、医師からのケアを求めるには治療を介してしか受けられず、治療を拒否するならば、患者はシステム自体から疎外されケアをも受けられない状況に置かれる。一方で、医師も、効果が無いと知りつつ、治療を行うことを介してしか患者とかがかわることができない状況に置かれる。事実、殆どの末期のがんの患者は入院医療を受け最期も病院で迎えており (平成6年度人口動態社会経済面調査報告)、患者は最期まで患者役割を担った状態に置かれている。また、がんの進行や転移によって身体的にも精神的にも不安定であることが多く、場合によっては、急性病の様な危機状態におちいることがある。そのような場合には、Parsonsの医師-患者関係のようなパターンリスティックな関係が求められることもある。

このように、がん末期の医師-患者関係は様々な矛盾や困難を抱えている。これらを解決するためには、「治癒」以外の目標も持ち合わせている医師-患者関係の成立が必要である。

末期がん患者にとってより望ましい医療が実施されるために—医療システムの構造変革—

医療システムでは、医師—患者関係の構造において相互行為として医療が行われ、患者の健康に関する問題について機能を果たしている。患者は現行の業務や責任を担えなくなった原因である病気（がん）をなんとかしたいという欲求を持ち、患者役割規範に則って行動し医師と関わる（Parsons, 1937; Parsons, 1951; Parsons, 1958）。医師は病者としての患者をできるかぎり元の状態に戻すことを目標とし（Parsons, 1951）、医師役割規範に則って患者と関わる（Parsons, 1958）。患者および医師の行動を規定する役割の規範は、意識として自らを拘束することなく無自覚的に受け容れられ（我妻, 1987）、自ずから行動の準拠としている（Parsons, 1937）。そのため、がん末期の場合、患者は、たとえそれが自分の希望しない苦しい治療であっても、自分に治療を実施する医師の行動を、医師役割に合致したものと認める。医師もまた、患者を苦しめるとわかりつつ、社会的に要請され肯定される、治療する医療を行うこととなる。このように、末期の患者は医療システムによって蹂躪されるか、治療を望まない場合は（たとえケアを求める場合であっても）システムから疎外されるかのどちらかに置かれる。したがって、患者にとって望ましい医療が末期がん患者においても行われるためには、「治癒」以外の目標も持ち合わせている医師—患者関係の成立が可能となるように、医療システム自体の構造変革をはからねばならないと考える。

システムの構造変革には、その構造の成員である患者もしくは医師自身が、この構造が持つ問題を自覚することが求められる（富永, 1995）。患者役割および医師役割を規定する規範は内面化され無自覚的な部分を有する。したがって、まず、医師の役割規範が「治療者」という一面が強く「ケアする者」としての側面が欠如していることを自覚的に捉え、患者もしくは医師が何となく違和感を感じている部分を意識化することが必要である。そして、「治療者」としての医師規範に、「ケアする者」という概念を組み込むことによって、医師—患者関係のパラダイムを塗り替えてゆくことが望まれる。

医療システムの構造変革は、富永（1995）が構造変動に関して述べているように、システムの自己組織性、自己言及性から、行為者本人の不全感や社会問題化などにより、一応は自ずと変化してゆくことができる。しかし、末期がん患者に関する限り、最も損害を被りシステム構成員としてその構造変動に強く関与するはずの患者本人が、それをなし得ない状況にある（亡くなってしまう）ことは銘記しておかなければならないだろう。

引用文献

- Durkheim, E. 1912 *Les Formes elementaires de la Vie religieuse*. Paris : F. Alcan.
古野清人（訳）1975 宗教生活の原初形態（改訂版）東京：岩波書店。
厚生省大臣官房統計情報部（編）1996 平成6年度人口動態社会経済面調査報告 末期患者への医療 東京：厚生統計協会。
Levine, S. & Kozloff, M. A. 1978 The sick Role assessment and overview, *Annuaire Review of Sociology*, 4, 317-344.
Linton, R. 1936 *The study of man : An introduction*. New York: Appleton.
Nisbet, R. A. 1970 *The social bond. An introduction to the Study of Society*. New

- York: Knopf.A.A. 南 博 (訳) 1977 現代社会学入門 (二) 東京: 講談社.
- Parsons,T. 1937 The structure of social action. In Hill,G. (Ed.) *A study of social theory with special reference to a group of recent European writers*. New York: The Free Press. 稻上 毅・厚東洋輔 (訳) 1974 社会行為の構造 東京: 木鐸社.
- Parsons,T. 1951 *The Social System*. New York:The Free Press. 佐藤 勉 (訳) 1974 社会構造と動態的過程 -近代医療の事例, 社会大系論 東京: 青木書店.
- Parsons,T. 1954 The present position and prospects of systematic theory in Sociology. In Glencoe, I. (Ed.) *Essays in Sociological theory*. New York: The Free Press, Pp. 212-237.
- Parsons,T. 1958 *Social structure and personality*. New York: The Free Press.
武田良三 (監訳) 1973 社会構造とパーソナリティ 東京: 新泉社.
- 佐々木薫 1994 役割 古畑和孝 (編) 社会心理学小事典 東京: 有斐閣, Pp.235.
- 島 久洋 1995 役割理論 岡本夏木・清水御代明・村井潤一 (監修) 発達心理学事典 京都: ミネルヴァ書房, Pp.662.
- 高木英至 1990 役割 大坊郁夫・安藤清志・池田謙一 (編) 社会心理学パースペクティブ3 - 集団から社会へ 東京: 誠信書房, Pp.70-92.
- 富永健一 1995 行為と社会システムの理論 東京大学出版会.
- 我妻 洋 1987 社会心理学入門 (下) 東京: 講談社.