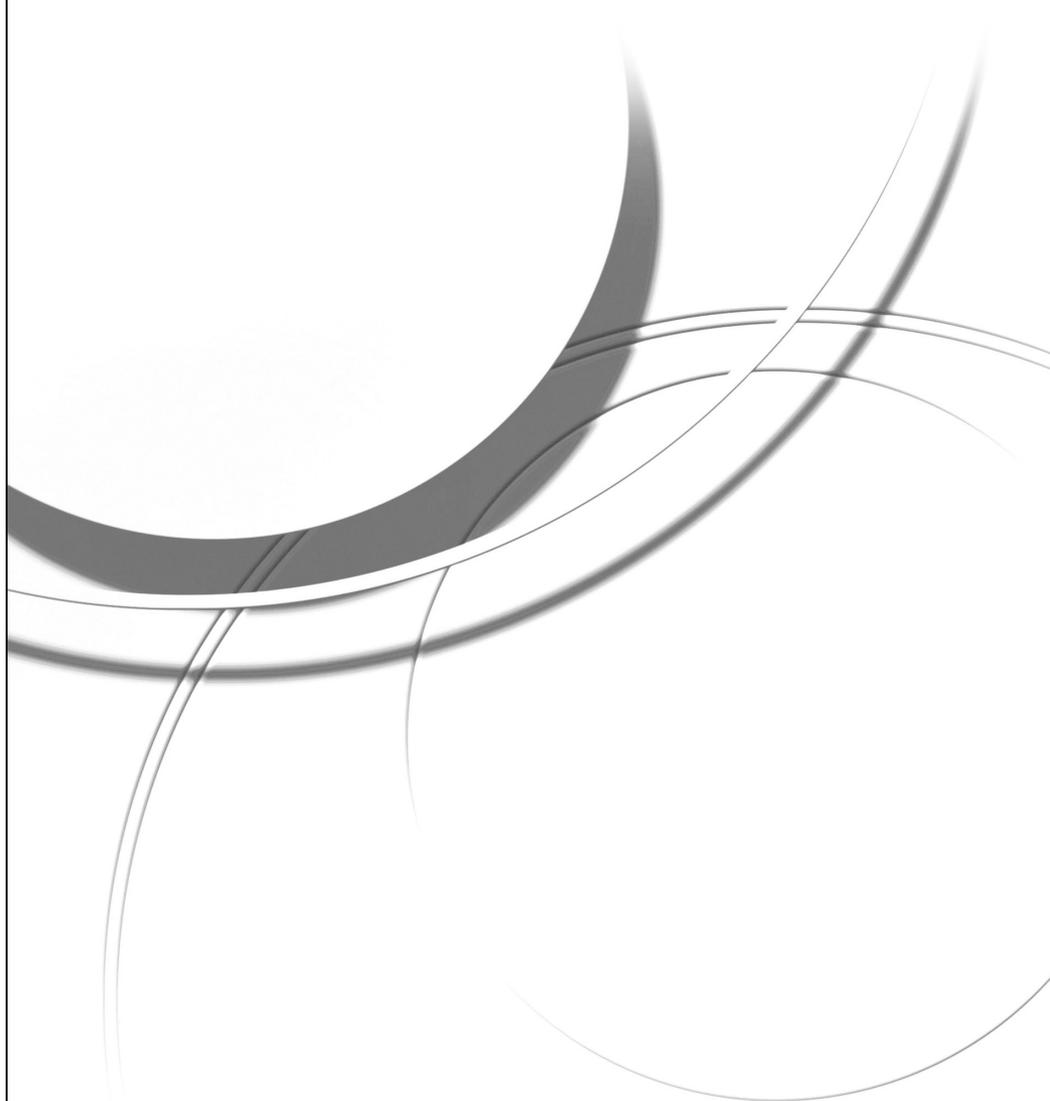


医師と患者の コミュニケーション

著 斎藤 清二



日医総研

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 第1章 良好な医師患者関係形成のために..... | 4 |
| 第2章 医療面接技法について | 12 |
| 第3章 対話としての医療コミュニケーション | 24 |
| 第4章 医療における関係性の問題への対応 | 30 |
| 第5章 患者さんに安心してもらうためには | 38 |
| 第6章 医療面接の応用ー病名告知 | 46 |
| 第7章 医療におけるナラティブ | 52 |
| 第8章 全人的医療とナラティブ・ベイスト・メディスン | 60 |
| 初出一覧 | 68 |
| 参考図書 | 69 |

はじめに

医療とは、医師（医療者）と患者さんとの良好な関係性を基盤として実行される行為です。良好な関係性を基盤としてこそ、医療行為はその有効性を発揮できます。この「関係性」とは、医療を包む空気のようなものですので、医療実践がうまくいっている時にはあまり意識されません。しかし、近年の医療をとりまく状況の中で、このような医療者と患者さんの関係性の問題による、さまざまな不協和音などの困った事柄が多発していることは、残念ながら事実であると思われます。その例を挙げるとすれば、患者さんや市民から寄せられる医師や医療全体に対する不満や不信の声、また、不幸なできごととしての医療訴訟などの問題です。もっと端的に言うならば、医療者が医療実践に多大なエネルギーを投入しているにもかかわらず、患者さんや家族の満足度が十分でないという事実です。

医療者と患者さんとの関係は、おそらくは大多数の場合は、うまくいっているのです。そうでなければ、これだけたくさんの患者さんが医療機関を訪れることなどそもそもありえないでしょう。しかし、医療現場において、ひとたび関係性をめぐる不協和音が生じて来るとき、医療者が患者さんとのコミュニケーションに関する正しい知識、技術、態度を身につけていない限り、その問題を良い方向に改善することは大変難しいでしょう。

医療者 患者間の信頼関係や、良好なコミュニケーションを医療現場に作り出しに行く能力は、医療者にとって必須のものであり、それは学習やトレーニングによって身につけることができる、ということが、近年ようやく医療界における常識となり、医学生に対する教育（コア・カリキュラム）の重要な一部として、医療コミュニケーションの教育が全国の医学教育施設で実施されるようになって来ました。患者さんとの良好なコミュニケーションを作り出す能力の獲得は、医学生のみならず、すでに実践現場において医療に携わっている医療者にとってこそ、重要なものであることは言うまでもありません。

本書は、かかりつけ医として日常の医療実践を行っている医師の方々のために、医療者 患者関係、医療コミュニケーション、医療面接の技法などを理解していただくためにまとめたものです。本書の基盤になっている、統合的な医療面接法についての考え方は、拙著『はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び

方』(医学書院、2000)にまとめられた内容を基本としています。しかしながら、本書は、実際に医療現場で活躍している医師の方々を読者として想定していますので、実際の臨床現場で役に立つような面接技法の応用を中心に述べてあります。また、近年注目されるようになってきた、患者さんの主観的体験を尊重し、良好な医師患者関係を重視する実践的な医療の一つの形態である、ナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM：物語りと対話に基づく医療)についての概説も載せてあります。

本書が、日々の臨床実践のヒントとなり、よりよい医師患者関係に基づく有効なかかりつけ医活動の一助となれば幸いです。

平成17年4月30日

齋藤 清二

第1章

良好な医師患者関係形成のために

この章では、医療とは何か、医師患者関係とは何か、良好な医師患者関係を形成するにはどのようなことが必要か、といった基本的な事柄について概説したいと思います。

医療と医学

医療、医学は、英語ではともに medicine ですから、もともとは不可分の一つの概念を表しています。医療とは、苦しむ人（患者さん）に対する援助を目的とする実践的な行為である、とする定義は、ほぼ妥当なものと思われます。医学は、そのような医療実践を有効に行うための学問の体系であると考えられます。したがって、医学とは、単に人間を臓器や細胞や遺伝子の集合体として扱うための科学的な知識だけではなく、現場臨床に役立つ実践的な知識や技術論を含むものでなければなりません。医療と近縁の概念としては臨床という言葉があります。それでは、医療や臨床とは何を意味するのでしょうか？

臨床

臨床とは、文字どおりベッド（床）のそばにいる（臨む）ということです。そのベッドはからっぽではありません。患者さんが横たわるベッドです。患者（patient）という言葉は、忍耐（patience）という言葉から由来しており、患者とは苦しみに耐えている人なのです。そのそばにいて、必要があればいつでもその苦痛を和らげようと努力するのが、医師の本来の姿です。主治医（attending physician）の attending という言葉は、本来的には、積極的に何かをするというよりは、何かが起こることをじっと待ち望みながら、注意深く待機しているという姿勢を表しています。医療従事者とは、何かをすることによって患者さんを治癒せしめるというよりは、患者さんに癒しがもたらされることを忍耐強く待ち望む者なのです。このような「注意深い受動的な姿勢」は、現代の医療においてともすれば見失われがちな態度です。しかしそれは、医療における基本姿勢なのです。患者さんに、「どこが苦しいのですか？」、「何かしてほしいことはありませんか？」と、繰り返し問いかけ、患者さんの苦しみの表現に耳を傾けつつ、あくまでも患者のそばにじっと付き添い続ける姿勢、これこそが臨床の基本姿勢であり、医師患者関係の原点はここにあると言ってよいのではないのでしょうか。

医療行為と医師患者関係

医療の目的を非常に幅広くとらえるならば、「苦しんでいる患者さんが少しでも楽になることを援助すること」と定義できるでしょう。一般に、患者さんは何らかの問題を抱えて医療機関を訪れます。単純な例では、「頭が痛い」「腹が痛い」といった症状（＝苦しみ）が、その患者さんの問題です。最近では「健康診断で肝機能が悪いと言われた。重大な病気ではないのだろうか？」などという、間接的な問題（＝不安）を抱えて受診する方が多いかもしれません。問題を感じていない人は医療機関を訪れることはまれでしょう。したがって、医療行為とは、この「問題解決を援助」するためになされる一切の行為の総称であると広く定義することができます。

ここで強調しておかなければならないことがあります。問題を解決するのは、多くの場合患者さん自身であり、医療従事者はその援助をすることが本務だということです。医療従事者が直接手を下して問題を解決する機会は、通常考えられているよりもはるかに少ないと考えて良いのではないのでしょうか。

医療行為を分類すれば、非常にたくさんの行為がそこに含まれるでしょう。代表的なものを列挙するならば、病歴聴取（医療面接）、身体診察、検査、診断、治療などということになります。治療の中には、手術、投薬、生活指導、カウンセリングなどが含まれるでしょう。医学的に正しい診断を確定し、科学的に治療を行うということは、もちろん大切です。しかし、臨床現場においては、それ以外の意味のある医療行為もたくさんあります。患者さんの問題の解決は、必ずしも医学的な診断・治療を通じてのみ行われるわけではありません。患者さんとの対話により、患者さんの不安が解消されたり、患者さん自身が解決法を見いだすことによって、問題が解決していくことも、非常に多いと思われれます。

ところで、臨床における医療行為は、原則として医師と患者さんとの1対1の関係（＝医師患者関係）を通じて実行されます。これは、臨床における医療行為の重要な特徴であると思われれます。良好な医師患者関係はすべての医療行為の基礎となるものです。医療行為を能率的、効果的に遂行するためには、良好な医師患者関係が基本にあることが必要です。良好な医師患者関係のもとでは、治療はしばしば科学的に期待される以上の効果を挙げることがあります（これはプラシーボ効果と呼ばれます）。逆に関係が良好でない時には、どのような治療も期待どおりの効果を挙げないだけでなく、科学的には説明できない副作用や、医療トラブルがしばしば起こることが経験されます。

医療訴訟の多くは、医療行為におけるミスや事故そのものによって、というよりは、医師（あるいは医療機関）と患者、患者家族との間に、良好な関係が築かれていないことに起因する、ということが分かっています。

医師患者関係のいくつかの特徴

医師患者関係を抽象的な概念として理解しても、実際の臨床にはあまり役には立たないように思われます。医師患者関係とは、医師である「私」と私の患者である「あなた」との二人の関係（二者関係）です。「私」と「あなた」がどのような会話をするか、どのようなコミュニケーションをするか、そしてその時、「両者の間に信頼が存在するか？」といった、極めて具体的なものであると考えるべきものです。少し抽象的になりますが、医師患者関係を理解するために、医師患者関係が持っている性質をいくつか列挙します。第一に、医師患者関係とは医師から患者、あるいは患者から医師への一方的な関係ではなく、相互交流的な関係です。また、この関係は「静的な関係」ではなく「動的（ダイナミック）な関係」であり、コミュニケーションのやりとりに伴って刻々と変化するものです。

相互交流的で動的であるということは、関係が「医師」と「患者」の二つの要素によって構成され、互いに影響を及ぼし合うということです。このことは、マニュアル的な対応だけでは、良い関係ができるとは限らないことを意味します。また、医師と患者の相性というものは常に存在しますし、医師患者関係は、常に「相手によって、またその場になってみなければ分からない」という流動的な性質を持っています。

ところで、「医師である私」と「患者であるあなた」は、どちらも、それぞれ独自の考え、感じ方、感情、個性をもった人間であり、それぞれの主観を持った存在です。そこで、医師患者関係は、お互い個性をもった二人の人間の相互関係ですから、本質的に両者は平等です。ところが、一方では、医師には医師に期待される専門家としての役割が明らかにあり、患者には患者としての役割があります。したがって、医師患者関係は、異なった役割を担う二人の人間の間関係（役割関係）としての側面を明らかに持っており、そういう意味では医師と患者さんの関係は対等ではありません。医師患者関係とは、このように、「対等な人間同士としての関係」と、「非対照的な『専門家 患者』としての関係」の二重性を内包していることを意識しておくことは重要だと思われれます。

良好な医師患者関係が機能するためには、この「役割関係としての医師患者関係」と「人間関係としての医師患者関係」の間に一定のバランスと調和が保たれていることが望ましいのですが、これは簡単なことではありません。この両側面にはしばしば矛盾・対立が生ずるからです。例えば、長期的に見れば患者さんの治療に役立つが、患者さんにとっては苦痛を伴う嫌な処置や生活指導などを、医師が患者さんに勧めなければならない場合などがその例です。こういった場合、医師、患者さんの双方とも苦しむこととなります。しかし、医師には、矛盾をあえて避けず、それを患者さんとともに抱え続けていく覚悟が要求されます。その矛盾の中からはなんらかの解決策が見いだされていくことを、忍耐強く待つ強さが医師には必要とされるのです。

良好な医師患者関係形成のために何が必要か

良好な医師患者関係を築くための必要条件として、三つの重要な要素を挙げることができます。これは、全ての医師がぜひ身につけたいことです。それは、「受容」「共感」「臨床能力」の三つです。以下に簡単に説明します。

1) 受け入れること（受容：acceptance）

良好な医師患者関係が成立するためには、患者さんが医師または医療関係者によって受け入れられる（受容される）ことが第一に必要です。受け入れることの一歩分かりやすい例は、医師が患者さんに対して「あなたは私の患者です」という態度を明確に示すことです。このような態度を示されることによって、患者さんは「私はここに居て良いのだ」という安心感を抱くことができます。つまり存在そのものを受容されるということです。このことによって、患者さんはそこでリラックスすることができるのです。

このようなことは当たり前のように感じられるでしょう。しかし、実際の医療現場では、患者さんは、この「受け入れてもらう」という体験をしていないことが多いのです。一番多い例は、医療の専門分化の行き過ぎによって、「あなたの病気は私の専門外です」という態度をとられることです。また、診察や検査によって器質的な疾患が証明されない時など、往々にして患者さんは「あなたは病気ではありません」とか、「単なる気のせいです」など、「あなたはここに来るべき患者ではない」というメッセージを浴びせられます。また、時間外や予約外であることを理由に迷惑がられたり、来院したこと自体を非難されたりという体験をすることも珍しくありません。さらに、訴えの多い患者さんや、なかなか良くならない患者さんは、それだけで受け入れられにくい傾向があります。「私はこの医療機関（あるいはこの医師）に受け入れられていない」「私はここに居てはいけない」という感覚を患者さんが抱くとき、良好な治療関係の成立は強く阻害されるでしょう。

「受容されている」という感覚は、医師や医療従事者の色々な行為や態度によって患者さんに伝わります。患者さんの語る言葉に熱心に耳を傾ける態度（傾聴）は、患者さんの存在そのものを受け入れているという最も強力なメッセージとなります。身体的診察を丁寧に行うことも、検査や治療の説明を丁寧に行うことも、患者さんに「大切に扱われている。尊重されている」という感覚を与えます。「全面的に受け入れられている」「安心して身を任せられる」という感覚は、母親によって全面的に保護されている子供、全ての外的な危険から守られている子宮内の胎児などの状況に例えることができます。このような「安全に守られた状況」は、病んで傷ついた患者さんが癒されるための必要不可欠の環境なのです。

逆に、冷徹な皮肉っぽい対応や、よそよそしい言動などは、患者さんに「受け入

れられていない」という印象を与えます。「受け入れられていない」と感じた患者さんの多くは、怒りや哀しみを感じて抑鬱的な気分になるでしょう。また、逆に無理に周囲に受け入れられようとして、過剰に気を使うようになるでしょう。リラックスできず、絶えず周囲に気を使わされている患者さんは、常に精神的エネルギーを消耗させられる状況にあるのでストレスがたまります。この患者さんのストレスは容易に「怒り」に転化し、期待していた治療の成果が上がらなかった時などに、いままで我慢していた「恨み」が噴出し、最悪の場合には医療訴訟などに発展することさえ考えられます。

ところで、医師は常にどんな時にでも患者さんを受容しなければならない、と杓子定規に考えると、これは医師にとって大変なストレスになります。常に患者さんを100%受容し続けるということは、大変なエネルギーを必要とします。往々にして、真面目すぎる完璧主義の医師は、燃え尽き（burn out）に陥る危険性が高く、その緊張に耐えきれずに、ある時点で患者さんを突き放すという対極行動に出てしまう危険があります。患者さんを受け入れるということと「患者さんの問題の全てを自分が解決しようとして抱え込む」ということは全く別のことです。

例えば、明らかに専門外の患者さんが来院した時でも、とりあえず患者さんの訴えを良く聴き、問題点を把握した上で、しかるべき専門医に紹介状を書いたり、利用できる社会的資源の情報をアドバイスしたりすることはできます。これはこれで、もちろん立派な医師の仕事です。このように対応された患者さんは「受け入れられた」と感じるものです。成熟した医師は「自分の限界」を知り、「無力な自分」をも受け入れなければなりません。

2) 共感すること (empathy, compassion)

患者さんとは patient（堪え忍ぶ者）ですから、患者さんが表現する感情は一般に、「苦しい」「痛い」「どうして良いのか分からない」といった、「苦しみ」であることが多いのは、ある意味当然です。患者さんは事実としての「症状」や「病状」のみを訴えているのではなく、そこに伴う「苦しみ」を訴えているのです。一人の人間として、苦しむ患者さんのそばにいてその言葉に耳を傾ける時、医師の心の中にもこの苦しみを共有しようとする心の動きが生じます。患者さんが苦しい時、医師も苦しく、患者さんが少し楽になった時には、医師も喜びを感じます。これが共感という現象の最も素朴な例であると思われます。

共感（compassion）とは、元来、共に（com-）苦しむ（passion）ということですから。passionとは、キリスト教文化圏においては、十字架に架けられたキリストの受難を表す言葉です。キリストは自ら苦難を引き受けることによって人類の罪をあがない、人類全ての苦しみを救済しました。苦しみの共有によって、患者さんの苦し

みは完全に解決されることは無いにせよ、共に背負ってくれる人の存在により軽減され、部分的に癒されるでしょう。この時、苦しみは絶望的なものから受忍可能なものへと変容するのです。

一方では、医師と患者さんは異なる人間ですから、「完全な共感」は不可能であるということもまた事実です。「他人の痛みは三年でも我慢できる」と言われるように、医師は平然としていることもできます。しかし、患者さんの痛みを和らげることができないまま、そばに居続けなければならないという義務を自らに負わせる時、医師も違った意味での苦しみを共に背負うこととなります。患者さんと医師はともに「同じ内容」を感じていなければならないとは必ずしも言えないでしょう。患者さんが痛みを苦しみ、医師は患者さんを救えないという自責に苦しみつつ、できるだけのことをしようとそばに居続ける時、そこにはやはり compassion が存在するのではないのでしょうか。

人間は、苦しんでいる他者の役に立ちたいという、「利他の本性」とでもいうべき心の本来的な働きを持っているのではないのでしょうか。このような心の動きは、人間だけではなく、猫や犬などの哺乳動物においてもすでに認められるとも言われています。もともと、医療とは、このような生物学的な「利他の本性」にその基盤を持っているのかも知れません。このような本性が自然に発露するとき、そこには親密で治療的な医師患者関係が形成されるでしょう。

一方で「利他の本性」を自然に発揮する人はどこにでも居ます。それを発揮するのに必ずしも専門的教育を必要とするわけではありません。医師や医療従事者は、時にこれらの「善意の素人」が発揮する癒しの力に、自分たちの力が及ばないことを痛感させられることがあります。病院にかかってもなかなか良くなかった慢性愁訴の患者さんが、「親切な隣のおばさん」の優しいかわりによって癒され、病院に通う必要がなくなるというようなことがしばしば起こります。時には、科学的な根拠の乏しい民間療法や伝統療法によって、科学的な医療で癒されなかった患者さんが劇的に改善することさえあるのも事実です。このような場合、医師は自らの受容、共感能力が、これらの「善意の素人」に及ばなかったのではないかと反省する必要があるのではないのでしょうか。

時に、医師が身につけている科学的な価値観が、かえって素朴な「受容、共感」の発露を妨げていると思われる場合があります。文化庁長官で臨床心理学者でもある河合隼雄氏は、「医師の世界には解剖実習というイニシエーション（通過儀礼）がある。死体に感情移入することなく物体として客観的に冷静に扱うという医師に必須の能力を、この実習によって医学生は獲得するのである」と述べています。しかし、まさに、この「感情移入してしまう弱さ」は、同時に「共感する能力」でもあり、医師がそれを失ってしまうことの代償はあまりにも大きいと思われます。「受容、

共感」を通じて他人を援助することは、必ずしも医師の専売特許ではありません。医師は「利他の本性」を「善意の素人」や「他の職種の専門家」と同じくらい素直に発揮できるよう、自らを再訓練する必要があるのではないのでしょうか。

3) 臨床能力 (clinical competence)

医師患者関係は「対等な二人の人間」としての平等な人間関係であると同時に、「援助の専門家としての医師と、援助される者としての患者」という一種の役割関係でもあることはすでに述べました。したがって、医師に要求される最後の条件は、専門家としての臨床能力です。この能力は、臨床に関する知識 (knowledge)、技術 (skills)、そして臨床家としての態度 (attitude) の三つの要素からなっています。現在までの医学教育において、医学生は医学知識を徹底的にたたき込まれて来ましたが、技術、態度の教育は不十分でした。しかし、近年は、コア・カリキュラムの導入により、次第にその問題は改善されつつあります。十分な知識を身につけていなければ国家試験に合格することはできませんが、知識だけで医療行為を実行することはもちろんできないのです。知識、技術、態度の三つの要素をバランス良く身につけていることが、医師に要求される臨床能力なのです。

ところで、臨床医にはどのような分野の能力が要求されるのでしょうか？ 大きく分けると、

- a) 生物医学的能力 (bio-medical competencies)
- b) 心理社会的能力 (psycho-social competencies)
- c) 人間性に関する能力 (humanistic competencies)

の三種の能力が医師に要求されると考えられます。

現在までの医学においては、もっぱら生物医学的能力ばかりが強調されて来ました。もちろん、患者さんを治療するのに、生物学的医学に基づいた、正しい知識、技術は不可欠です。しかし、医師の専門的な能力とは生物医学的な要素ばかりではありません。

社会資源をいかに患者さんのために役立てるか、いかにして患者の心理状態を正確に読みとり、的確に心理的な援助を行うかといった心理社会的能力は、医療行為遂行のために不可欠であることは疑いありません。残念ながらそれが現在までの医学教育の中で十分理解されて来たとは言えないと思います。特に、適切な医療面接を行う能力は、医師にとって不可欠であり、それを身につけるためには適切なトレーニングが必須です。

さらに、医療における倫理、そして「人間が生きることの意味」などの実存・哲学・形而上学、あるいは宗教的 (靈的 : spiritual) な事柄についての深い理解は、慢性疾患や悪性疾患患者に対する継続的な援助の際には特に必要不可欠です。この

ような領域は、医師の人間性に深くかかわってくる分野であり、もちろん一律な教育で養成できるといったものではないのかも知れません。しかし、医師の自己教育という観点から考えれば、これもまた間違いなく生涯を通じて医師が追求し、高めなければならぬ重要な能力であることは間違いのないものと思われます。

それでは、能力の高い医師が良い医師であり、良好な医師患者関係を作るにはスーパーマンのような理想的な医師でなければならないのでしょうか。自分が完璧な医師であると信じている医師ほど怖いものはありません。どのような人間でも、必ず無能で不完全な至らない部分を持っています。自分が常に完璧でなければならぬと信ずる医師は、自分の弱い部分、影の部分が無意識のうちに他人（同僚の医師、看護師などの医療従事者、患者など）に押しつけることとなります。まわりにいつも腹を立てている、自称良心的な完璧主義の医師は、本当の意味で患者さんの役に立てることは少ないのではないのでしょうか。医師が医師として成熟するということは、自身が完璧な医師であるという幻想を放棄して、自分の無能さ、至らなさを自己責任として受け入れるということであると思われます。このような態度を保持できて初めて、同じ一人の無力な人間同士としての人間的な共感が、医療チームや医師患者関係の中に生じて来ます。こうして医師は、患者さんや同僚や他職種の人々に学びつつ、さらに成熟へと向かって歩み続けることができるでしょう。

適切な医療面接を行う能力は、医師にとって必須のものです。本項では、基本的な医療面接を行うために、最低限理解しておかなければならない面接技法について解説します。なお、現在の医学教育においては、医療面接技法のスタンダードはほぼ確立しており、全ての医学生は、基本的な医療面接技法を臨床実習までに修得しておかなければならないことになっています。また、面接技法を適切に実施できるか否かは、客観的臨床技能試験（OSCE）によって判定され、一定のレベルに達していない場合は、臨床実習に参加する資格が得られません。これまで、このような資格試験は、各大学別々の方式により行われていましたが、平成17年度からは、全国統一形式・内容により行われるようになりました。

本書における以下の技法解説は、拙著『はじめての医療面接』の内容をダイジェストしたものです。わかりにくい点がありましたら、拙著に当たっていただければ幸いです。

医療面接技法の階層構造

医療面接の目的は、大きく以下の三つにまとめられます。

良好な医師患者関係を作り出す。

患者さんから必要な情報を聴き出す。

患者さんに対して説明や教育を行う。

過去において、患者さんから話を聞くことは、問診（アナムネ）などと呼ばれ、診断のために必要な情報を得るための作業と考えられてきました。また、患者さんへの説明や教育はムンテラなどと言われてきました。しかし、医療面接の目的で最も重要なことは、「良好な医師患者関係を作り出す」ことであり、「必要な情報を聴き出す」こと、「説明や教育を行う」ことは、順序としてはその次に来るべきものです。この考え方の逆転が、医療面接の学習において、もっとも重要なポイントであると思われます。

一般に、この順番は逆にはできないことが知られています。すなわち、まず患者さんとの間で良い関係を作り出せない限り、有効な情報を聴取することはできません。また、良い関係のもとできちんと話を聞いてもらってからでなければ、医師からのアドバイスや説明は、患者さんの耳には入っていきません。したがって、医療面接の技法は、ただ色々な技法を覚えてやみくもに使えば良いというものではなく、の技法群を順番に理解し、それぞれの機能に応じて有効に構造化されたやり方で用いる必要があります。

以上のようなことを踏まえて、医療面接の個々の技法を分類するとともに、その機能を構造化して理解しようとする時に非常に役に立つスキーマを、図1に示しました。

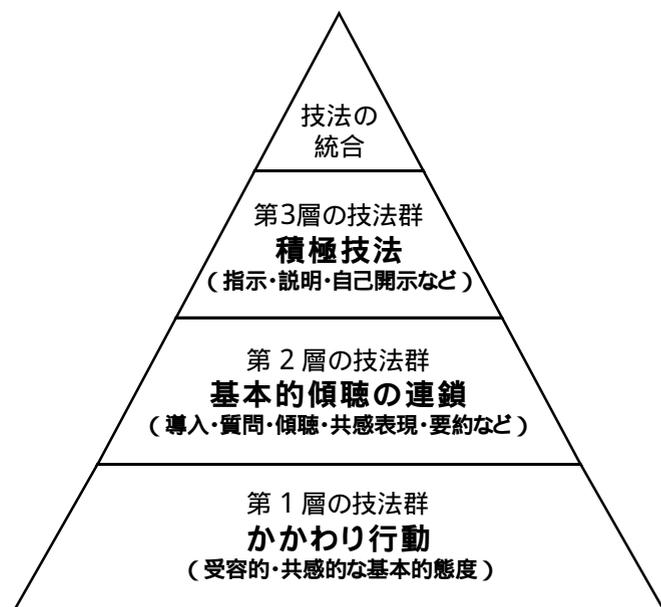
医療面接においての最も基本的な機能は、「良好な医師患者関係を作り出す」ことです。このために必要とされるのは、医師と患者さんの間に受容的なリラックスした雰囲気を作り出すための基本的な態度、つまり非言語的なメッセージの一群です。これを「かかわり行動」と呼び、第1層の技法群と名付けます。かかわり行動が適切になされていない限り、医師と患者さんの信頼関係は築かれず、どのような言語的な技法も効果を発揮しえません。したがって、適切な「かかわり行動」の理解と修得が、医療面接法の学習の最も基底の層に位置することになります。

このような態度に支えられる形で、第2層には「情報を聴取しながら、患者さんの感情を受けとめ、良好な医師患者関係を進展させる」機能を発揮する技法の一群が位置しています。これらは「基本的な傾聴の連鎖」と呼ばれます。この第2層の技法群の働きは、一言で言えば、「上手な聴き方」ということになります。ここまでの態度と技法が修得されると、有効で適切な病歴聴取を行うための基礎が修得できたことになります。医学生が臨床実習の現場で患者さんと実際に接するためには、少なくともこの第2層までを修得している必要があります。

しかし、実際の医療現場では、患者さんの話を聴くだけでなく、医療者側から患者さんに情報を提供したり、教育したりする積極的な働きかけが必ず必要となります。これらは第3層に位置する技法群で、「積極技法」と呼ばれます。第1層から3層までの技法が全て修得されて初めて、第4層の技法の統合が可能となります。

それでは、各層の技法について、順番に簡単に説明していくことにします。

図1：医療面接技法の階層構造



第1層の技法群：かかわり行動

「かかわり行動」とは、医師患者間のコミュニケーションを確立し、有効な医療面接を行うための基本となる態度、行動のことです。その多くは言葉によらない情報（非言語的メッセージ）として、医師と患者さんの間に取り交わされます。言葉を換えれば、患者さんに「受容されている」「尊重されている」と感じてもらうための行動です。患者さんにとって「話を聴いてもらっている」と実感できることは、良いコミュニケーションの確立のためには絶対に必要です。それをもたらすのは、言葉そのものよりもそれを支える態度・行動です。以下に重要なものをいくつか示します。

1) 場所、環境

患者さんは医療機関を訪れて、そこで医師と出会います。この医療機関の建物、待合室、診察室といった場所そのものが、そこで行われる医療行為の雰囲気を作り出します。病院や診療所のアメニティを改善することが、重要であることもこの理由によります。

2) 姿勢、位置（話し手と聞き手の相互的な位置関係）

対面して話を聞くか、横に座るか、背を向けて聞くかによって話しやすさが変わります。

3) 視線

相手の目を見て聞くか、そらすかによって「聴いてもらっている」という実感が違ってきます。文化差、性格差などによっても効果は異なります。一般にはできるだけ相手の目を見て聴き、話すように心がけると効果的です。

4) 身体言語

いわゆる身振り手振り、ちょっとしたしぐさ、癖などに表される非言語的メッセージです。例を挙げると、興味が無いときにボールペンをもて遊ぶ、困ったときに頭をかく、聞きにくい話になると体を遠ざける、話題を考える時に座り直すなどです。これらが、会話の雰囲気に大きく影響します。

5) 声の調子、言葉遣い

一般に、初対面の人に対して、丁寧な言葉遣いをするのは、「私とあなたとは対等です」というメッセージを与えることになります。専門用語や難しい言葉を使うと、相手には理解できないことが多いので、分かりやすい言葉で話すことは非常に大切です。

6) 言語的追跡

相手の話について行く態度のことです。具体的には、聞き手のほうから唐突に話題を飛躍させたり、相手が十分に話していないうちに一方的にコメントしたりしな

いという態度です。例えば、「頭が痛いんです」という患者さんの言葉に、「また、飲み過ぎたんでしょう」というような返し方は、相手の話題についていきません。「頭が痛いんです」「そうですか、どんな痛みがもう少し詳しく教えて下さい」というような対応は、言語的追跡をしている態度の一例です。

第2層の技法群：基本的傾聴の連鎖

導入

医療面接の開始にあたって、最初に行われるべきことは、患者さん、医療従事者双方が感じている不安、緊張をできる限り取り除き、リラックスした雰囲気を作り出すことです。そのために、原則として初対面の患者さんを医療面接に導入する際には、下記のような手順が必要とされます。

あいさつ

患者さんの名前の確認

自己紹介

これから何が行われるかの説明

質問

質問とは、患者さんの話を引き出すための技法です。医療面接で用いられる質問とは、すでにこちらが知っていることについて患者さんを試すための質問ではなく（学校で先生が生徒にする質問はほとんどがこれです）、こちらが知らないの、それを患者さんに教えてもらうための質問です。何を知らないのかというと、患者さんがどのように具合が悪いのか、何を望んでいるのか、などということです。これらのことは、患者さんに尋ねてみるまでは誰にも分からないのです。こちらが知らないから患者さんに尋ねる、という姿勢の質問を「無知の質問」と呼びます。無知の姿勢で質問することは、患者さんが自身のことを語ることを著しく促進します。

質問形式には大きく分けて以下の二種類があり、それぞれ異なった機能を持っています。

1) 開かれた質問（Open Questions）

この質問は、相手に自由に、自分自身の表現で話してもらうための質問です。「はい」「いいえ」で答えることが不可能な質問です。

<例>

「どうしましたか？」

「今日はどのような事で来られましたか？」

「 についてはどんな具合ですか？」

以下のような形式の質問も同様の効果を持っています。

<例>

「もう少しくわしく話してくれませんか？」

「もう少し具体的に言うとどうなりますか？」

「他には何かありませんか？」

2) 閉ざされた質問 (Closed Questions)

この形式の質問は原則として、「はい」「いいえ」で答えられるか、あるいはごく短い限定された言葉で答えられる質問です。明確な情報が得られますが、自由に話すことはできません。

<例>

「食欲はありますか？」

「生理は順調ですか？」

「それは何日前からですか？」

3) 質問の使い分け

原則として、面接の前半は「開かれた質問」を用いて、相手に自由に話してもらった後で、後半で「閉ざされた質問」を用いて情報を補足するほうが、その逆の順序よりも効果的です。

傾聴

質問によってせつかく患者さんが話し始めても、それをきちんと聴いていくことができなければ、医療面接は進展しません。傾聴（耳を傾けて聞く）とは単に聞くことではなく、話し手が自由に自分を表現する事を促進するような、言語的、非言語的なメッセージを送りながら聴くことです。傾聴の技法を分類すると次のようなものがあります。

1) 沈黙

相手に関心を持ち続けていることを態度で示しながら、沈黙を守っていることは患者さんの発言を促します。要するにじゃましないことです。

2) うなずき、あいづち

「うんうん」「それで?」「へーっ」「そうですか」「なるほど」など。うなずきやあいづちによって相手の話に反応すると、患者さんはとても話しやすくなるものです。

3) 繰り返し

相手の言葉のうち大事な言葉（多くは最後のほうの言葉）を一、二語そのまま繰り返します。

<例>

患者：「～というわけで、とても辛いんです」

医師：「とても辛いんですね」

4) 言い替え/明確化

相手の話した内容を、違う言葉で、または相手が表現したがついていると思われる内容を、より明確にした形で表現して返すことです。

<例>

患者：「痛くて痛くてたまらないのに、どこでもはっきりしたことを言ってくれないんです」

医師：「今度こそちゃんと診療してほしいというわけですね」

患者：「そうです。そのとおりです」

支持と共感

支持（support）とは、苦しんでいる患者さんを少しでも楽な気持ちにさせてあげようとする働きかけです。共感（compassion）とは、元来、共に（com-）苦しむ（passion）ということです。苦しみの共有によって、完全に解決されることは無いにせよ、共に背負ってくれる人の存在により患者さんの苦しみが軽減され、部分的に癒されます。この時、苦しみは絶望的なものから受忍可能なものへと変容します。

1. 傾聴技法による共感表現

特別な技法を用いなくとも、あいずち、繰り返し、明確化などの傾聴技法を用いて共感を表現することができます。

<例>

患者：「こんなに具合が悪いので、もうほとんど嫌になっているのです」

医師：「うーん。そうですか」(あいずち)

「もうほとんど嫌になっているんですね」(繰り返し)

「もう嫌だ。いっそ全て終わりにしてしまいたい。そんな気持ちなんですね」

(明確化)

2. 共感と支持の技法

共感、感情の理解を伝える基本的な技法としては以下のようなものがあります。

1) 反映

患者さんからみてとった感覚あるいは感情を、こちらが言葉にして伝えることです。

<例>

「辛そうですね」

「何かイライラしていらっしゃるように見えますが」

2) 正当化

患者さんの感情面での体験を承認し、妥当であると認めることを伝えます。

<例>

「それは誰がみても辛い状況ですね」

「これだけひどい目にあったら、気分が滅入るのは当たり前だと思います」

3) 個人的支援

一人の個人として患者さんを支援したいという意志を伝えることです。

<例>

「できるだけのことをしたいと思っています」

「私にして欲しいことを教えて下さい」

4) 協力関係

患者さんは、医療者が協力関係にあると感じたときに、意欲が高まり、元気が出ます。

<例>

「この問題について、いっしょに考えていきましょう」

「辛い時はいつでも連絡して下さい」

5) 尊重

相手の問題への取り組みに敬意を払うことです。特に問題解決への自助努力を評価し尊重することは、大変有効です。

<例>

「大変な症状を抱えながら、よく頑張ってこられましたね」

「それは大変良い工夫だと思います」

要約と確認

出会う（導入）、問うて（質問）、それを聴いていけば（傾聴）、医療面接は進行します。しかし、それだけではまだ不十分です。病歴を英語で history と言い、もちろん歴史という意味です。また、history の中には story（物語）（編注23ページ参照）という言葉が隠されています。つまり病歴とは、時間経過をもった患者さん自身の物語なのです。病歴はひとつのまとまった物語として語られて、初めてしっくりするものなのです。事実の断片の寄せ集めではないのです。この物語を共有するための有効な技法が「要約と確認」です。

1. 要約技法の実際

質問、傾聴による患者さんの病歴聴取が一つの区切りに来たとき、患者さんがそれまでに話した内容を簡単に要約し、医師の理解が正しいかどうかを患者さんに確認してもらいます。そうすることにより、スムーズに次の話題に移っていく事ができます。もし要約した内容に誤解があれば、それについて再度話してもらうことにより訂正ができます。要約と内容の確認、次の話題に関する質問は多くの場合ワンセットとして用いられます。この方法をうまく用いると、能率的で正確な、メリハリの効いた医療面接に非常に役に立ちます。患者の話が散漫、冗長になったり、同じ話の堂々巡りを始めたときでも、単に話をさえぎるのではなく、短い要約を挿入してから話題を変えるようにするとスムーズに話題を転換できます。要約のこつは、まとめる範囲が広くなればなるほど、要約は簡潔に短く行うということです（要約の実例は第3章28ページ参照）。

2. まとめることの効果：理解を共有する

医療従事者にとって、患者さんが話した内容を正確に理解することが重要なことは言うまでもありません。しかし、医療従事者に誤解されていないかどうかということは、患者さんにとってはさらに切実な問題です。通常の場合、患者さんが、自分の話がどのくらい正確に医療従事者に理解されているかを確かめる手段はありません。ところが、「要約」はまさにその機会を患者さんに提供することになります。要約の内容が、患者さん自身の伝えたかったことにぴったりであった場合、患者さんは分かってもらえたという安心感と大きな喜びを感じます。この安心感は、医療従事者に対する信頼感につながります。「要約」という言語化をしなければ、このような機会は永遠に失われてしまい、患者さんは「誤解されているのではないか」という不安を、多かれ少なかれ持ち続けることになるでしょう。

第3層の技法群：積極技法

ここまで述べてきた医療面接技法は、あくまでも患者さんの話をどう引き出すか、そして患者さんが述べることをどう受けとめ、聴いていくか、というものでした。しかし、医療現場においては、患者さんに対する説明、教育、動機付けなど、医療者の積極的な働きかけが必要です。これから説明する積極技法は、医療者の考え、意見などのメッセージを患者さんに伝えていくために有効な技法です。しかし、積極技法は、あくまでも受容する態度、傾聴する技法の基盤があって初めて有効性を発揮するものです。積極技法は医師からのメッセージを一方的に伝えるための技法ではなく、患者さんとの対話を引き出すための技法であると考えておくと間違いがありません。

1. 指示

「 をして下さい」

ダイレクトに、患者さんに何らかの行動をとるように伝えることです。診察中や処置・検査の際にも、医療者は患者さんに多くの「指示」を与えています。「シャツを脱いで、ベッドに横になって下さい」「大きく深呼吸をして下さい」などがその例です。

指示の内容は具体的で分かりやすいものでなければいけません。例えば「できるだけ身体に良いものを食べて下さい」という指示は、指示としての役を果たしていません。どのようなものをどのくらい食べたら良いのか具体的に告げないと効果は少ないでしょう。

指示の技法は患者さんに対する強制力がかなり強いので、患者さんにも疑問の提出や、反論の機会が与えられるべきです。指示に対して、患者さんがげげんな表情をしたり、不満がありそうな場合は、患者さんの気持ちを引き出す傾聴（第2層の技法）に戻る必要があります。

2. 説明

「 というのは ということです」

説明とは、患者さんにとって理解できていない事柄を、より分かりやすい表現を与えることによって理解してもらおうという行為です。例に沿って言えば、 よりも の方が、患者さんにとってより分かりやすく、親しみやすい表現でなければなりません。また、説明のあとは、患者さんが理解できているかどうかの確認が必要です。

3. 情報提供

「 によればこうなっています」

患者さんが自分の病気に対する理解を深めるため、あるいは何らかの決断をするために必要な情報を提供することです。この場合、できるだけ情報の根拠を明らかにすることが公正な態度です。近年医療にとって重要であるとされている、エビデンス（臨床疫学的根拠）を患者さんに伝えることも、この情報提供の技法を用いることとなります。

4. 論理的帰結

「 のようにすればこうなり、 のようにすればあなるでしょう」

患者さんの治療方針などに複数の選択肢がある時、患者さんと相談しながら方針を決定していく時によく用いられる技法です。インフォームド・コンセントの際にもよく用いられます。できる限り具体的に情報を提示し、患者が自己決定することを助けます。ただし、患者さんに一人で決めさせるのではなく、一緒に考えていくという態度が重要です。

5. 自己開示（私メッセージ）

「私はこう思います。私はこう感じています」

医師の感じていること、考えていることを患者さんに告げることです。この場合大切なことは、「あなたはこうすべきだ」とか、「それは間違っている」という言い方ではなく、「私はこうした方が良いと感じています」とか、「私だったらそうはしたくないですね」と、あくまでも「私」という主語を明確に使うということです。これは「私メッセージ」と呼ばれます。この技法の背景には「私とあなたとは対等な人間です」、「私がこう感じているのを表現しているのと同様に、あなたはあなたが感じていることを表現する権利があります」という、相手を尊重するメッセージが流れています。自己開示は、相手に与えるインパクトが大きい技法ですが、上記の態度が貫かれている限り、相手を傷つけることは少ないのです。一般に日本人は「自分の考え」をはっきり表明することが苦手です。それは、自分の考えを表明することによって、相手を傷つけるのではないかと恐れるためです。「私メッセージ」は、このジレンマを打開しうる有力な技法であると思われます。

6. 積極的要約

「私が今まで言ったことをまとめるとこういうことです」

医師が患者さんに説明したり、情報提供したり、自己開示したりした内容を、も

う一度まとめて患者さんに示すことです。患者さんが述べたことをまとめて繰り返す、要約技法（第2層の技法）と対をなしています。積極的要約は患者さんに伝えたいことを強調する、かなり強いインパクトを与える技法です。

7. 対決

「あなたの態度（おっしゃること）はここが矛盾しています。あなたはその点をどう思いますか？」

医師は、時には患者さんと真っ向から対決しなければならないことがあります。例えば、治療してほしいと言いながら、守るべき生活指導を無視し続ける患者さんの場合などです。どうしても言わなければならないことは、毅然として言うべきです。しかし、その場合でも、かっとなって我を忘れて対決することは、できるだけ避けたいものです。患者さんの言動と行動の矛盾などに焦点を当てて、ある種の冷静さを保ちつつ、問題点に正面からいどむことが一つのコツです。

対決の後で、患者さんが本音を話し出すことが多いので、その場合ただちに冷静な傾聴の態度に戻る柔軟性が必要とされます。対決は、重大な問題を抱えた患者さんとの長い経過の中では、一度くらいは生じることがむしろ普通のように思われます。対決をきっかけに、それ以前よりも親しい、ざっくばらんな医師患者関係が進展するということも、しばしば経験されます。

医療面接の終結

面接の終結には、それなりのやり方があります。一種の終了の儀式です。多くの場合、終了には、以下のようなステップのうちいくつかが必要です。

病歴の最終要約

確認および再確認

患者さんに質問するチャンスを与える

次に何が行われるか（診察、検査、投薬、再診など）の説明

関係を強化するメッセージ

終結宣言

以上、駆け足で、医療面接技法について概説してきました。最初にも述べたように、各面接技法を単独で理解するだけでは十分ではありません。各々の技法を統合的に使いこなすには、各々の技法の意味や詳細について詳しく理解すると同時に、各技法間の相互関係を理解する必要があります。必要な場合は類書を参照していた

できれば幸いです。

(編注)

ここで「物語」とし、第3章以降で「物語り」としているのは「story」と「narrative」を訳し分けているからである。なお、初出一覧は巻末を確認のこと。

臨床場面における対話

医療において「患者さんとの対話」が重要であるということについては、おそらく反対する人はいないのではないかと思います。しかし、今までの医療においては、「医療とは、患者の持っている疾患を診断し、それを治療することであり、患者との対話はそのための手段である」と考えることが常識だったのではないのでしょうか？つまり、患者さんから話を聞くこと（病歴聴取）は診断のための手段であり、医師の考えを患者さんに伝えること（説明や教育）は治療のための手段である、と理解されて来たのではないのでしょうか？もちろん、このような理解が間違っているというわけではありません。しかし、あえてその考え方を逆転することもできます。「医療実践の本質は『医師と患者との対話』そのものである」と考えてみてはどうでしょうか？そして、診断や治療などの行為は、それが「医師と患者との対話」の中に取り込まれることによって、医療のために奉仕する手段であり道具である、とさえ考えることもできます。それでは、医療現場において実践される対話とは、どのような性質を持つものなのでしょう？

マルティン・ブーバーの有名な著書である、「我と汝」を引用するまでもなく、「対話」とは「私（医師）」と「あなた（患者）」の関係性（私 あなた）が前提となります。医師が、患者さんを単なる情報を聴取するための、あるいは治療的に操作するための「対象」と認識し、「私 それ」の関係性の中で患者さんを扱う限り、そこには真の意味の対話はありません。患者さんはあくまでも、医師と全く同じように主体性をもつ「あなた」として認識され、尊重されなければならないのです。

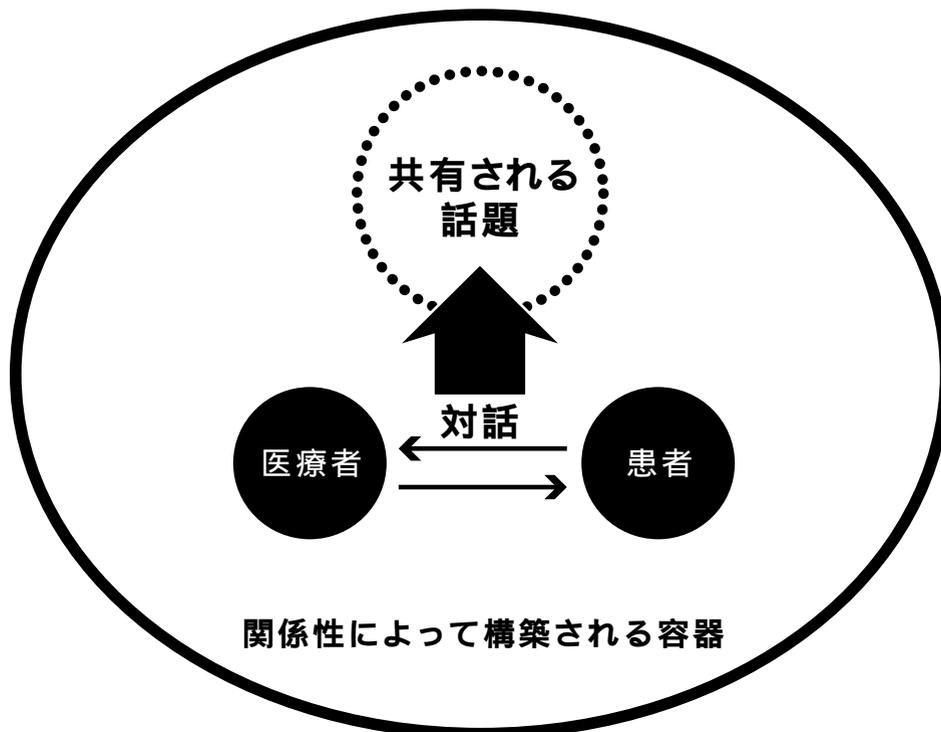
現代までの医療／医学は、患者さんを客観的な診断や治療の対象（それ）として扱い、患者さんの主体性を無視する傾向をますます強めてきたと言えます。もちろん、科学的な医療を効率良く実行するために、このような客観的な視点が重要であることも事実です。しかしその結果起こってきたことは、患者さんが医療現場において人間的に疎外されるという深刻な問題でした。診療現場における、「医師（私）」と「患者（あなた）」の対話を正当に復活させることは、現代医療における患者さんの満足度（patients' satisfaction）を高めることに著しく貢献するでしょう。

対話の構造と関係性

診察室における医師と患者さんの会話の場面を例にとると、医師と患者さんの対話の基本的構造は図2のように表すことができます。

対話の構成要素は、「私」と「あなた」と「私とあなたによって共有される話題」です。「話題」は状況によってさまざまに変化します。この「私」と「あなた」と「話題」の三要素が、安定した三者関係を形成している状態が、対話における「良好な関係」の基本であると言えます。「良好な関係」のもとでは、私もあなたも、何でも思ったことを自由に話すことができ、しかも話された話題が相手に理解され、言葉として共有されます。そこでは、「心地よさ」が診療現場の雰囲気として「私」と「あなた」の双方に感じとられます。このような安定した三者関係が維持されている時、一般に「私とあなたの関係」自体が話題にされることはありません。熱心に話されるのは「話題」だけです。「良好な関係」は空気のようなものなのです。

図2：医療における対話の基本的構造



患者さんに主導権を譲る

この安定した三者関係の形成のために、医師にとって最も大切なことは、話題の選択の主導権を患者さんに譲り、自身は相手の話題にぴったりとついていく姿勢を堅持することです。以下に簡単な例を示しながら、一緒に考えていくことにしましょう。

<例1>

医師：「　　さん。今日はいかがですか？」

患者：「先生、あまり調子良くありません。食欲がなくて、ほとんど食べられないんです」

医師：「そんなこと言っているのは駄目ですよ。頑張って食べないと、治るものも治りませんよ」

患者：「……」

患者さんの話についていけない典型的な例です。患者さんは、「具合が悪い」と言っているのに、医師は「そんなことを言っているのは駄目だ」と言っているのですから、患者さんはそれ以上何も話すことができなくなり、対話どころではありません。

<例2>

医師：「　　さん。今日はいかがですか？」

患者：「先生、あまり調子良くありません。食欲がなくて、ほとんど食べられないんです」

医師：「大丈夫ですよ。少しくらい食べられないからって、そう簡単に身体が弱ることはありません。あまりひどければ点滴するという手もありますし……」

患者：「……そうですか……」

例1に比べると、患者さんをなんとか励まそうという気持ちは感じられます。しかし、この場合も、患者さんはこれ以上自分の気持ちを話すことはできません。一見患者さんをサポートしているようなのですが、やはり対話としては成り立っていないのです。患者さんは、不安な気持ちを医師に聞いてほしいのですが、安易ななぐさめや保証を与えられることによって、それは遮られてしまいます。それではどのようにすれば良いのでしょうか？

<例3>

医師：「　　さん。今日はいかがですか？」

患者：「先生、あまり調子良くありません。食欲がなくて、ほとんど食べられないんです」

医師：「.....そうなんですか。もう少し詳しく教えてくださいませんか？」

患者：「食事の時間になっても、食べなきゃいけないとは思いますが、二口くらい食べると、まるで砂を噛んでいるような味気なさで、それ以上食べる気が起こりません。なんか昨日あたりから、特にひどいんですよ」

医師：「.....そうですか。昨日あたりから、特にひどくなってきたんですね」

患者：「そうなんです。.....こんなじゃ、身体がどんどん弱ってくるんじゃないかと思って、ますます気弱になってしまいます」

医師：「食べられないと、気分まで落ち込んでくるというわけですね」

患者：「そうなんです。.....なんか、家族も最近見舞いに来てくれませんかし.....」

医師：「はあ。なるほど、それはますます寂しいですね。よろしければ、今のお気持ち、もう少し聞かせて下さい」

医師は話の主導権を患者さんに譲り渡し、自分自身はそれに付き添っていく姿勢を堅持します。医師が発する質問は、情報収集のためではなく（もちろん、副次的に情報も得られるのですが）、患者さんに「もっと語ってもらうための」働きかけです。このようにして、患者さんは、自分自身の「病いの体験の物語り（narrative of illness experience）」を語るできるようになります。対話の中で、物語りが語られる時、そこには「聴き手」の存在が不可欠で、医師はその役割を担っているのです。

診療における対話と物語りの進展

上の例で示したように、診療における対話の中で、患者さんは、自身の体験している「病いの物語り」を語ります。医師は患者さんが「語ること」を援助しつつ、その物語りを共有しようとします。一方で、対話の中では患者さんだけではなく、医師も語ります。その時、患者さんは医師の語りの聴き手となります。しかし、互いが己の思いを一方的に語るだけであれば、それは「対話」ではありません。

診療における対話の中に出現する重要な語りの一つは、医師によって語られる「患者さんの物語りについての語り」です。つまり、「私は、あなたの語った物語りをこういうふうに理解しています」という、医師の理解を語ることです。

<例4>

医師：「ちょっと、今までのお話をまとめさせて下さい。最近食欲がなくて、だんだん身体が弱っていくような気がする。この先どうなるんだろうと考えると、気分も落ち込んでしまう。せめて家族の方が見舞いにでも来てくれればと思うけれど、最近あまり来てくれないのでますます心細く感じる。このようなお気持ちなのですね」

患者：「そうなんですよ。先生、そのとおりです」

ここでは、患者さんによって語られた「病いの物語り」についての医師の理解を、そのまま言葉にして返しています。これは、対話の中で語られた物語りを「私とあなたが」共有するという作業です。このような作業は、私とあなたの関係性（＝信頼関係）を、より安定したものへと進展させます。そのような関係の中で初めて、医師が自分自身の「医師としての物語り（多くの場合、『みため』とか『アドバイス』とか『治療方針のとりきめ』といった形をとります）」を語ることも可能となりますのです。そして、医師と患者が、互いに語り、聴き、語り合い、感情を交流させる中から、新しい第三の物語りが、診療の「いま、ここ」に生まれてくる可能性が生ずるのです。

患者さんとの対話がなされる時、医師の心の中にも色々な感情が湧き起こってきます。この感情の揺れは、必ずしも心地よいものとは限りません。しばしば、医師は対話を通じて患者さんの苦しみを共有することになり、この現象（共苦：compassion）こそ、ある意味では援助行為としての医療の本質であるとも言えるでしょう。対話においてもっとも重要なことは、自分自身の内面に起こってくる感情の動きを大切にすることであり、自己に対する気づき（self-awareness）を高めることであるということ強調して、本項のまとめとしたいと思います。

前項では、対話としての医療コミュニケーションについて、主としてその導入部分について、例を挙げながら考えてきました。本項では、対話における医師と患者との関係性について、さらに考えていくことにします。

「良好な関係」は空気のようなものである

前項でも述べたように、医療におけるコミュニケーションの基本は対話であり、対話の構成要素は、「私」と「あなた」と「私とあなたによって共有される話題」です。当然のことながら、「話題」は状況によってさまざまに変化します。「私」と「あなた」と「話題」の三要素が、安定した三者関係を形成しているのが、対話における「良好な関係」の基本であり、その時「心地よさ」が診療現場の雰囲気として双方に感じとられます。しかし、盲点になりやすいことなのですが、このような安定した三者関係が維持されている時、一般に「私とあなたの関係」が話題にされることはありません。熱心に話されるのは「話題」だけです。「良好な関係」は空気のようなものなのです。それが失われた時、初めて「良好な関係の欠如」が、「息苦しい雰囲気」として感じとられるようになります。例えば以下のようなごくありふれた医療面接にも、その例を見てとることができます。

< 例 1 >

医師：「今日はどうされましたか？」

患者：「頭が痛いんです」

医師：「頭が痛むんですね。どんな痛みなのか具体的に教えて下さい」

患者：「朝起きるとすぐに頭が重くて、まるで締め付けられるみたいです」

医師：「ほう。それは辛そうですねえ。どんな時に特にひどくなるかとか、気付いていることがありますか？」

患者：「そうですねえ。やっぱり仕事ですかねえ。仕事が忙しくて、嫌なことがたまってくる、特にひどくなるような気がしますねえ……」

医師：「そうですか……。よろしかったら、お仕事のこと、もう少し詳しく教えていただけますか？」

患者：「ええ。30年来同じ会社に勤めているんですが。最近は何しろ不景気で……」

ごく基本的な医療面接が、定石どおりに行われている例です。ここでは、「話題」は「頭痛」という症状から始まり、頭痛の性質、程度、影響する因子、生活背景、仕事などに次々と焦点が移されながら、自然に移動しているのが分かると思います。一見、医師が話題の変化を誘導しているように見えますが、実はそうではなく、患者さんが話した内容について、医師が次の質問や確認で焦点を当てることによって、患者さんが提示した話題を受けとめつつ、ぴったりと付き添っているのです。このような対話は地味ですが、短時間のうちに上記の「安定した関係」を構築するためにとっても有効です。しかし、以下のような例ではどうでしょうか。

<例 2-1 >

医師：「今日はどうされましたか？」

患者：「頭が痛いんです」

医師：「ひどい痛みなんですか？」

患者：「……いいえ。ひどいというほどではないのですが……」

医師：「他に何か具合の悪いことは？」

患者：「いや……。特には……」

医師：「それじゃ、お薬を出しておきましょう」

患者：「……先生。CTとかの検査しなくて大丈夫なんですか？」

医師：「必要ないと思いますよ。お薬で様子を見ましょう」

患者：「でも、お薬だけじゃ、ちっとも良くなりませんよ……。脳梗塞の始まりとかいうことはないんでしょうか？」

医師：「……この間も検査では異常なかったでしょう。あなたのは単なる慢性頭痛ですよ」

患者：「……でも、先生……」

例 2-1 のような展開では、医師と患者さんの関係は明らかに良くありません。「良くない関係」は不快な雰囲気として、医師、患者さんの両者に感じとられます。医師は「また始まった。なんて神経質で身勝手な患者なんだ」と不愉快に感じ、患者さんは「この医者は私の訴えを真剣に聴いてくれない。いつそのこと医者を変えた方がいいんじゃないか」と、やはり不愉快に感じているでしょう。お互いに「この不愉快さの責任は相手にある」と解釈するのが、人間の常です。しかし、本当にそうなのでしょうか？

例 2-1 では、いつのまにか、私（医師）と患者（あなた）の二者関係の問題になってしまっています。つまり、話題が、患者さんの問題（症状など）ではなく、「あなたは私にとって良い医師（患者）か？」という問題になってしまっているのです。

その最大の理由は、「頭痛」という共通の話題が、大切に扱われていないためです。対話による安定した三者関係を構築することに失敗したために、焦点が三者関係から二者関係に落ち込んでしまったのです。ここで、「あなた（患者）が悪いのか、さもなければ私（医者）が悪いのか？」という、二者関係特有の二項対立に話題をシフトさせていくことは、「関係性の問題」に対処するやりかたとしては、おそらく賢い方法ではありません。それでは修羅場になってしまいます。

「今、ここで」話されている「話題」を大切にする

例 2-1 のような状況に落ち込むことを避ける最も効果的な戦略は、例 1 のように「今、ここで話されている話題に焦点を当てて、尊重する」という傾聴の基本を忠実に実行することです。それによって、「私（医師）」「あなた（患者）」「話されている話題」の安定した三者関係の再構築を目指します。例えば、例 2-1 の状況からでも、以下のような冷静な対応によって、関係を立て直すことができるでしょう。

<例 2-2 >

患者：「でも、お薬だけじゃ、ちっとも良くならないんですよ……。脳梗塞の始まりとかいうことはないんでしょうか？」

医師：「……。ああ、そうですか。何か大きな病気の始まりじゃないかって心配なんですね？ よかったら、あなたが心配していることについて、もう少し具体的に聴かせてもらえませんか？」

患者：「最近、近所の60歳くらいのおじいさんが、『頭が痛い、頭が痛い』と言っていたのに、病院じゃ『何ともないよ』と言われていたのが、急に発作を起こして救急車で運ばれて……。結局死んじゃったらしいんですよ。私もそんなんじゃないかなって……。頭が痛くなると心配になるもんで……」

医師：「へーえ。そうなんですか。そんなことがあったんじゃあ、心配になるのも無理はありませんね。じゃあ念のため、あなたの頭の痛さについてもう少し詳しく教えてくださいませんか？ 具体的にはどんな風に痛むんですか？」

患者：「朝起きるとすぐに頭が重くて、まるで締め付けられるみたいなんです……」

日常診療における「関係性の問題」のおそらく80%以上は、このような原則により対応できると思われます。しかし、残りの20%くらいではこう単純には行きません。なぜそうなるのかは、色々理由があるのですが、最も多いのは、いわゆる「難しい患者さん（difficult patient）」との間で起こる、コミュニケーションのもつ

れです。しかし、「難しい患者さん」とは誰にとって「難しい」のかということは良く考えてみる必要があります。ごく単純化して言えば、「難しい患者さん」とは、対話によるコミュニケーションによって、安定した三者関係を創り出すことが難しい人達であると言えます。しかし、関係性とは常に相対的なものなので、難しい患者さんとコミュニケーションする医療従事者の主観的体験を抜きにしては、この問題を論じることはできません。

医療における二者関係と三者関係

医師 患者関係は、「私」と「あなた」との二者関係として理解されていることが多いのですが、これはもちろん間違いというわけではありません。例えば、医師と患者さんの関係を、親と子供の関係の比喩として表現することはよく行われます。人間の意識の発達過程において、最初に重要なのは、全てを受容する母親的なものに包み込まれるような、基本的信頼感に満ちた関係です。この時点での母子関係は、「私」と「あなた」との分離さえ存在する以前の、二者関係以前の関係です。この充足した擬似的な一者関係が、人間の心の安定性や基本的信頼感や自然治癒傾向の基盤となります。この関係においては原則として言葉さえ不要です。医療現場においても、このような「母子一体的な受容的な関係」は、患者に癒しがもたらされるためには必要不可欠な環境であると言えます。特に身体的な接触が多いプライマリ・ケアの領域では、自然にこのようなレベルでの交流が行われ、治療的な関係の構築に強く貢献していると言えるでしょう。

しかし、現実の世界では、子供は母子一体感から抜け出して、自と他の分離に基づく二者関係の世界に好むと好まざるとにかかわらず分け入っていくこととなります。さらに、人間は「言葉」を紡ぎ出す機能を生得的に保持しているがゆえに、前述の「私」と「あなた」と「言葉」を通じた安定した三者関係を作り出す技能を磨くことによって「社会化」され、成熟してゆくこととなります。一般に医師と患者さんの「関係」が話題にされるのは、「言葉」を介した三者関係による安定した関係が崩壊し、二者関係が露になる時です。

二者関係の世界は、ある意味で修羅場の世界です。そこでは、「言葉」の持つ客観性、論理性が失われ、そこで渦巻くのは、「好きか嫌いか」「敵か味方か」「受け入れるか拒否するか」という二項対立の、どろどろした関係性の論理であると言えます。「先生は私のことをどう思っているのですか？」「あなたは医師として失格です」とか「いったいあなたは何が言いたいんだ？」などという、冷静な医療現場にはふさわしくない言葉が飛び交うこととなります。そこでは冷静さは失われ、怒り、自責、

深い無力感などの生の感情が渦まき、交錯します。医療現場とは、そもそも心理的退行の起こりやすい場所であり、時にはその退行が治療に際して肯定的な意味を持つ可能性もあるのですが、しかしそれゆえに、我々医療従事者は、「関係性のもつれ」に巻き込まれる体験を避けることはできないのです。

「難しい患者さん」との関係

例2-1で示したような対話から、次のような修羅場へと発展することも考えられないことではありません。

<例2-3>

患者：「でも、お薬だけじゃ、ちっとも良くなりませんよ……。脳梗塞の始まりとかいうことはないのでしょうか？」

医師：「……検査するかどうかは、医師が決めることですよ。この間も検査では異常なかったでしょう。あなたのは単なる慢性頭痛ですよ」

患者：「……それじゃあ、もし病気を見落としたり、先生、責任とってくれるんですか」

医師：「(ややうろたえて)……そんなに心配なら、よその病院で検査を受ければいいでしょう」

患者：「(激昂して)診療拒否するのか！ なんて不親切な病院だ！ おまえなんか医者として失格だ！ 病院長を出せ！」

こうなってしまうと、まさに修羅場です。もちろんこの例では、医師の対応にも問題があるのですが、このようなトラブルを頻回に起こす患者さんは確かにいます。このような患者さんを、精神病理水準という観点から見ると人格障害水準にあることが多く、もちろん患者さん側の問題であるとも言えます。しかし、どのような専門領域の診療においても、このような傾向のある患者さんは一定の割合で訪れます。ましてやプライマリ・ケア領域においては、このような患者さんとの関係を避けて通るわけにはいきません。

このような患者さんは、一言で言えば、他人(この場合は医療従事者)との間で、安定した関係を構築することが難しい人であると言えます。彼らは二者水準の関係性に非常に敏感で、例えば、治療者から拒否されたり、見捨てられたりということに対する強い不安があると考えられます。この不安が少しでも刺激されると、多くの場合それは強い怒りの爆発という形で表現されます。あるいは、問題行動(頻回

受診、薬物依存、自傷他害など）や頑固な身体症状（慢性の疼痛、摂食障害など）として表現されることもあります。

しかし、関係性という観点から言えば、上記のような言い方は必ずしも正確ではありません。問題は患者さんにのみあるのではなく、医療現場の関係性そのものにもあります。このような患者さんが来院すると、修羅場的な二者関係が医療現場に現出しやすくなるのです。このような関係においては、医師も医療従事者も、関係性から距離をおいた冷静な態度を保持することが難しくなり、全ての関係者が、修羅場的二者関係に巻き込まれてしまいます。これは、決して「誰かの責任」ではないし、もはや「他人事」ではありえないのです。

例えば、例2 3のような場合、医師も強い怒りを感じて、売り言葉に買い言葉のケンカ腰になってしまったり、反対に恐怖を感じて、必要以上に腫れ物に触るような態度になってしまいます。また周囲の医療従事者（例えば看護師や、同僚の医師）から、「主治医の対応が悪いからトラブルが起こった」として非難され、主治医は逆に病院の責任体制にクレームを言い立てるといような、チーム内での不協和音が生じて来ます。このような状況は、患者さんの精神内界の力動(psychodynamics)が、外部に投影されて、医療従事者チームがそれに巻き込まれている状況と考えることができます。

程度の違いはありますが、このような状況でもまた、最も顕著に認められる感情は「あなたが悪いのか？ 私が悪いのか？」という、二項対立的な力動です。この力動は、チームのメンバーを「もうけ役：患者の味方」と「悪役：患者の敵」に二分してしまい、ますます混乱を助長します。その結果、関係者が全て疲弊して、無力感が漂う非生産的な雰囲気支配的になってしまいます。治療者はこのような力動を冷静に見抜く必要があります。

難しい患者さんを巡る関係性のもつれは、短期間では改善しません。忍耐強く、根気強いかかわりの継続が必要です。彼らは、見捨てられるという不安に非常に敏感に反応するので、安定した関係を保つ努力はととても大切です。しかし、しばしば患者さんの要求は（その依存性のゆえに）無制限にエスカレートしやすいので、そこには一定限度の枠作りが必要となります。一般にこのことは簡単ではありませんが、原則としては、どのようなことがあっても見捨てないという態度を堅持しつつ、治療者側ができることとできないこと（例えば、定期的な予約受診時間を確保し、その時間内には全面的に受容的な態度を堅持するが、予約外の来院や、医療機関外では原則として対応しないなど）をはっきりさせる、ということになるでしょう。このような関係を長期間、忍耐強く保ち続ける時、治療者の精神内界や治療チーム内にも色々な力動が生じ、危機を一つ一つ乗り越えていくことによって、患者さんと

の関係も次第に安定してくるということがしばしば経験されます。難しい患者さんとのかわりには、私達医療従事者を鍛え、私達自身をも成長させるのです。

医師は患者さんとの関係を通じて成長する

「医療において常に良い人間関係を保つためのマニュアル」を作成することは、理屈上はできるでしょうが、それは実際には役に立たないでしょう。その理由は、繰り返しになりますが「関係が良好」な時にはそれは全く当たり前のこととしてしか感じられないからです。そもそも私達が「関係性」に注目する時は、常に関係に何らかの問題が生じている時です。誰もが現在立っている場所からしか歩き出すことはできないのです。私達はそこから出発するしかありません。

関係性に問題が生じる時、私達が最初にそれを知るのは、自分自身の感情を通じてです。その感情は、ほとんどの場合不快な感情です。それは、イライラや怒りであったり、不安や恐怖であったり、強い自責感や無力感であったりします。私達は「この患者さんさえ私の前に現れなかったら」とか、「こんなことに巻き込まれることさえなかったら」とか、「私が属する医療環境が今よりましなものだったら」などと思いがちなのですが、長い目で見ると、間違いなくこのような不快な経験に「耐えぬく」ことは、私達医療従事者を成長させます。私達は患者さんとの関係に鍛えられて成熟していくのです。

患者さんは、何らかの不安を感じつつ医療機関を訪れます。患者さんが抱く「不安」が、医療機関を訪れることによって少しでも軽減し、患者さんが「安心」できる状態に近づいたとすれば、そこでは正しい医療が行われていると言ってよいでしょう。残念なことに、現実には、患者さんは医療機関を訪れることによって必ずしも「安心できる」とは限りません。医療機関での対応によっては、益々不安にさせられてしまうということも少なくないと思われます。不安が増大すると、患者さんは一般に冷静な判断をすることが難しくなります。時には、医療機関への通院をやめてしまったり、もっと安心させてくれるところを求めて、別の医療機関を転々としたりすることになるかもしれません。また、一般に「不安」は人間の感覚閾値を低下させるので、患者さんの症状（痛み）は、不安が増強することによって、本来の二倍にも三倍にも感じられるようになるかも知れません。このような現象（症状の増幅）は、「あの医療機関へ行ったら、かえって具合が悪くなった」という体験として、患者さんやその家族には感じられるでしょう。これは、医療機関、患者の双方にとって、不幸なことであると思われます。

本稿では、医療現場における患者さんの不安を軽減し、できる限りの安心感を抱いてもらうためには、どのような働きかけをすることが効果的か、ということについて考えたいと思います。

コミュニケーションの一般的原則

最初にコミュニケーションの一般的な事項についておさらいしてみたいと思います。コミュニケーションにおいて、「私とあなた」の間に取り交わされるメッセージ（情報）には、言葉によるもの（言語的メッセージ）と、言葉によらないもの（非言語的メッセージ）の二種類があります。非言語的なメッセージを発信する手段としては、服装、身振り、手振り、アイコンタクト、位置や姿勢の取り方、ちょっとしたしぐさ、スキンシップなど、実に多様なものがあります。言葉遣いや声の調子などは、必ず言葉に伴うものですが、厳密に言えば言語以外の情報を伝えているので、準言語的メッセージと呼ばれます。会話における情報伝達において、言葉そのものを通じて伝達される情報量は思ったほど多くなく、その背景にある言葉によらないメッセージ（非言語的メッセージと準言語的メッセージ）によってより多くの情報が伝えられていることが知られています。

言葉以外のメッセージ（態度や雰囲気）と、言葉の内容そのものが食い違う、ということがしばしば起こり、これはダブル・メッセージと呼ばれます。例えば、医療従事者がいかにも自信のなさそうな態度で、患者さんに「大丈夫です」と言うような場合です。この場合、一般に患者さんは「大丈夫」と言われても安心することはできません。言葉が伝える情報（「安心して下さい」）よりも、態度によって伝わる情報（「私は自信がありません」）の方が影響力が大きいからです。しかも、この「言葉と態度が食い違っている（おどおどしながら『大丈夫です』と言う）」ということ自体がメッセージとして患者さんに伝わり、患者さんの不信感を増強させてしまうのです。つまり、態度と言葉が矛盾している人というのは「信用できない人」なのです。普通の感受性のある人ならば、誰でも否応なしにこのことを見抜いてしまいます。もしこのような現象を避けようと思えば、「これについては私も自信がありませんので、この次までに調べてお答えします」と、正直に言う以外にありません。

上記のことをもう少し一般化して、コンテキスト（背景文脈）とコンテンツ（内容）という概念として理解しておく、以下の議論の理解に役立ちます。コンテンツとは言葉の内容そのものを指し、コンテキストはその背景にあってコンテンツに意味を与えるものです。コンテンツはコンテキストの存在下に初めて一定の意味を持ちます。

簡単にまとめるとこうなります。前もって信頼関係というコンテキストを作り出しておかない限り、同じ言葉を患者さんに伝えても安心させることはできません。信頼できない人の言うことを信用する人はいないからです。

患者さんに安心感を与えるコンテキスト

前項のようなコミュニケーションの一般原則から、次のようなことが言えます。医療機関において、訪れる患者さんに安心感を与えようとするならば、実際に面接が行われる以前に、患者さんが、そこにおいて安心を感じることができるようなコンテキストが必要なのです。患者さんが安心できる状況とは、「母親に保護され安心してくつろいでいる子供」というような一つの比喩としてイメージできます。医療機関を訪れた患者は、そこで「私はここで受け入れられている」「私はここに居て良いのだ（ここには私に居場所がある）」「私はここで自分らしく振る舞って良いのだ」と感じることを保証される必要があります。そのような環境で患者は初めてリラックスでき、ほっとくつろぐことができるのです。このような環境の確保が、まず第一に満たされなければ、患者さんは安心することはできません。

医療機関の建物、玄関や廊下の雰囲気、待合室の雰囲気、受付窓口の態度、プライバ

シーが保証されるような診察室かどうか、診察室の机や椅子の配置、などといった医療機関の環境そのものがコンテキストとなり、実際の面接あるいは診察の効果に非常に大きな影響を与えます。医療機関のアメニティが充実していることは、患者さんが医療機関に抱く信頼感を増加させることを通じて、医療行為の効果をも高めるのです。

さて、いよいよ患者さんは診察室に入って、医師と向かい合うこととなります。実際に言葉を交わす前に、すでに医師と患者は非言語的なメッセージをお互いに交わしています。医師の服装や身だしなみ、医師と患者が座る位置や距離、医師の視線、医師の身振り手振り（身体言語）といった非言語的なメッセージが適切に用いられることにより、面接場面に「安心できる雰囲気」が醸し出されます。これらは医療面接の用語では「かかわり行動」と呼ばれ、患者さんにコンテキストとしての「安心感・信頼感」を感じてもらうための前提となる態度（行動）です（第2章13ページ参照）。

前項でも述べましたが、コンテキストに矛盾があると、患者さんは安心することはできません。例えば、医療機関の職員が、言葉の上では「患者さま」などの丁寧語を使っているのに、実際の態度がよそよそしかったり、患者さんを尊重していないような行動（患者さんの問いかけにすぐに反応しない、言い訳ばかりする、突き放すような言動をする、など）をとったりすると、この「言葉と態度の矛盾」は、患者さんに著しい不快感を与えます。全職員が適切な行動をとれるのでない限り、必要以上におおげさな丁寧語をマニュアル的に使うことは、むしろ逆効果となるでしょう。

患者さんはなぜ「安心」できないのか？

患者さんが不安を感じていると思われる時、私達がなんとかそれを軽減させようとする働きかけを、一般に「保証（reassurance）」と呼びます。しかし、この「保証を与える」という努力は、なかなか効を奏さないことが多いのです。

以下に簡単な例を示しながら考えてみましょう。

<例1>

患者：「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医師：「副作用ですか？ このお薬は全世界で使われている安全な薬です。心配はありません。大丈夫です」

患者：「……そうなんですか……でも絶対に大丈夫なんですか？」

医師：「……世の中に絶対ということはありません」

患者：「それじゃあ、やっぱり副作用はあるんですね」

医師：「……もちろん、どんな薬でもまれに副作用はあります。しかし、まれにしかありませんから、心配なさることはありません」

患者：「……（根拠もないのにただ大丈夫って言われてもねえ）……」

さっそく患者さんに反論され、なんとか言いつくろおうとしましたが、結局不信感を持たれたまま終わってしまいました。「大丈夫です」「安心して下さい」と、ただ保証さえすれば安心感が与えられるというものではありません。

上記の例では「きちんと説明していないのが悪い」と感じる方が多いと思います。それでは、できるだけ説明をきちんとするように心がけてみましょう。

<例2>

患者：「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医師：「副作用ですか？ どのような薬でも副作用は少しはあります」

患者：「この薬の場合は、どんなのがあるんですか？」

医師：「肝臓の働きが悪くなることがあります。それと白血球が減ることがあります」

患者：「そうなる、どうなるんですか？」

医師：「副作用が出たら薬をやめればほとんどの場合回復します」

患者：「でも、回復しないこともあるんでしょう？」

医師：「まれですが、あります」

患者：「回復しないとどうなるんですか？」

医師：「命にかかわることもあります」

患者：「えーっ。そんな怖い副作用があるんですか？」

医師：「あくまでも、まれにということですから、そんなに心配しなくとも大丈夫ですよ」

患者：「……（まれにと言ったって、もしこの私に起こったらどうなるんだ！）…
…」

医師は一生懸命説明しているのですが、結局患者さんに安心感を与えることはできませんでした。

上記の2つの例に共通する問題点は、患者さんの話を十分に聞かないうちに、医師がいきなり保証したり、説明しようとしていたりしていることです。考えてみて下さい。こちらの言うことをろくに聞きもしない人の言うことが信じられるでしょうか。患者さんが「この医師は、私の言うことをよく理解してくれている。その先生が言うのだから信用しても良いだろう」と思えるようなコンテキストが形成されていない限り、保証しても説明しても、それが効果を上げる見込みが少ないのは当然でしょう。

患者が安心できる面接の実際

それでは、どうすれば有効なコンテキストを作り出すことができるのでしょうか？
まず第1に、前項で述べたような、医師のかかわり行動がきちんとなされていることが前提となります。その上で、面接の戦略としては、いきなりこちらから説明するのではなく、まず患者さんの話を丁寧に聴くことが大切です。この「十分に聴いてもらえた。話が十分伝わった」という体験が、「信頼感というコンテキスト」を作り出すのです。

それでは、このような戦略にしたがって面接を進めてみましょう。なお、個々の面接技法の概念については本項では最低限しか説明しませんので、第2章(12～23ページ)を参照して下さい。

<例3>

患者：「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医師：「このお薬に副作用があるかどうか、心配なんですね」

いきなりこちらから説明するのではなく、まず患者さんの気持ちを丁寧に受けとめます。技法的に解説するならば、「繰り返し/明確化」の技法(第2章17ページ参照)を用いた返し方です。

患者：「そうなんです。どんな薬でも副作用があるって聞いたので怖いんです」

医師：「そうですね。確かに副作用が全くないという薬はないので、そう考えられるのは無理もないと思います。よろしければ、どういう点が心配なのか、もう少し詳しく話してくれませんか？」

「そう考えるのは当然です」という受けとめ方は、「正当化」と呼ばれる技法(第2章18ページ参照)で、患者さんの気持ちを支持する働きがあります。続いて「もっと詳しく話してくれませんか？」という「開かれた質問」(第2章15ページ参照)を用いて、患者さんの考えていることをさらに話してもらうように促します。

患者：「はい。知り合いで私と同じような病気で薬を飲んでいて人がいたのですが、何でもお薬が肝臓にさわったとかで、入院するはめになったと聞いています。そういうことってこの薬でもあるのでしょうか？」

医師：「なるほど、そんなことがあったのですか。そんなことを聞いたら誰だって心配になりますよね」

患者さんが、副作用のことを気にしていた背景が具体的に語られました。そこでもう一度「正当化」の技法を用いて、患者さんの気持ちを支持し、共感していることを伝えます。

患者：「はい。お薬はきちんと飲まなければいけないとは思っているのですが、そんなことを考えると怖くなってしまいます」

医師：「お薬をきちんと飲もうという気持ちと、副作用が怖いという気持ちと両方あって、すっきりしないというわけですね」

患者：「はい。そのとおりです」

患者さん自身の心の中にも葛藤があることが語られました。そこですかさず、患者さんの気持ちをそのまま明確化することによって「理解していること」を伝えます。「はい。そのとおりです」という言葉には、患者さんの「理解してもらえた」という気持ちがこもっています。ここまでの対話で、患者さんが発する言葉の出だしが、ほとんど、「はい……」「そうなんです……」といった肯定文で始まっていることに注意して下さい。これは、「話がうまくかみ合っている」ことの指標です。このように、患者さんの「物語り」が医師と患者の双方に十分に共有されたと感じられたので、ここから説明を始めます。

医師：「それでは、その点について説明致します。この薬が肝臓にさわる可能性は確かにゼロではありませんが、確率はとても低く、100人に1人以下です。もし万一そういうことがあっても、お薬をやめるか切り替えれば元にもどります。念のためにそういうことがないかどうかをチェックするために、飲み初めてから1ヶ月後に血液の検査をさせていただきます。もしそれで異常がなければ、その後は半年に1度くらいのチェックで十分です」

患者：「そうですか。説明していただいて、だいぶ気が楽になりました」

医師：「今の説明で分からない点とか、ほかに心配なこととかありませんか？」

説明は、患者さんに分かりやすい言葉を用いて、丁寧に伝える必要があります。説明の後には、患者さんが理解しているかどうかの確認のための質問が必要です。

患者：「このお薬を飲み始めたら、一生飲み続けなければならないんでしょうか？」

医師：「お薬をやめられなくなってしまうんじゃないかと心配なんですか？」

患者：「はい。できれば必要以上に薬に頼りたくありません」

医師：「そうですか。このお薬はあくまでも症状を和らげるのが目的ですから、具

合が良くなってくればだんだん量を減らして、最終的にはお薬なしで様子を見ることも可能だと思います」

患者：「それを聞いて安心しました」

医師：「他にはなにかありませんか？」

新しい質問が引き出されたので、前と同じパターンで、まず気持ちを受けとめてから、丁寧に説明をします。もしさらに新しい質問が生じれば、何回でも同じことを繰り返します。

患者：「いえ。今日のところは特にありません」

医師：「そうですか。今後も心配な点があったら、遠慮なくいつでも聞いて下さい。またご説明いたします」

患者：「ありがとうございます。今後とも宜しくお願いします」

最後に、「またいつでも聞いて下さい」という、協力関係を強化するメッセージ（第2章18ページ参照）を与えて面接を終わります。この面接により、おそらく患者さんの不安感は相当に軽減されたと思われます。それが事実かどうかは、患者さんの表情や言葉の調子を注意深く観察すれば確認できるはずです。

上記の例はあくまでも、構成された面接の一例に過ぎません。当然のことながら、状況によって面接の内容は異なってきます。しかし、「患者さんの話をきちんと受けとめてから、その後で丁寧に説明をする」という原則は、どのような状況においても有効な面接を行うコツです。

当たり前のことが最も難しい

以上、患者さんに安心感を与えるための医療面接の原則について、例を示しながら述べてきました。最後にいくつか言い残したことに触れておきたいと思います。

第一に、医療という現場においては「必然的に避けえない不安」もある、という認識は重要だと思います。例えば、悪性腫瘍かどうかを確定するための検査が行われ、結果が判明するまでに数日かかる場合、その間、関係者が全く不安を持たないということはありえません。

このような状況でもっとも効果的な援助は、「患者さんやその家族を孤独にさせない」ことだと思います。具体的には、「いつでも相談に乗ります」「何でも心配があれば聞かせて下さい」「一緒に考えていきましょう」というような、「協力関係の強

化」の態度とメッセージを常に与え続けることが効果的であると思われます。

第二に、上記のことにも関連しますが、医療においてもっとも重要なことは「当然安心してよいことについて、確実に患者さんを安心させる」ということにつけるように思われます。検査の結果が異常なしと判明した場合、その結果を伝える面接において患者さんに不安を与えるようでは、何をやっているのか分かりません。このようなことを確実に実行することは、当たり前のように見えて実はなかなか難しいのです。そのために、常にコミュニケーション能力を研鑽することは、医療従事者にとっての必須の義務であると思われます。

本項では、悪性疾患（癌）の病名告知という、非常に深刻な場面の面接を題材に取り上げたいと思います。もちろん日常のありふれた診療と、このような「重い」場面の面接では、面接に投入するエネルギーにはかなりの違いがあります。しかし、あえて強調したいのですが、医療コミュニケーションの基本は、どのような面接においても共通なのです。深刻な話題であればあるほど、有効な面接を行うための特效薬があるわけではなく、むしろ、日常診療の面接における基本姿勢を丁寧に誠実に実行することが大切になると思われます。そういう意味では、日常のごく普通の患者さんとの面接がうまくできないのに、いきなり深刻な場面での面接ができるはずはないのです。

もちろん、患者さんや家族がどのような人であるのか？ 病状の深刻さはどの程度であるのか？ これからの見通しはどのようになっているのか？ などはケースによって千差万別ですから、全ての例に通用するような面接マニュアルなどありません。しかし、面接の基本構造をきちんと理解することは、どのような面接場面においても必ず役に立つと思います。

以下の例示は、実際に筆者が体験した事例から構成したものです。もちろん詳細な点については、必ずしも事実どおりではありません。この例示の目的は、あくまでも病名告知という極めて深刻な面接においても応用可能な、面接の基本構造と技法の使い方について理解することにあります。

事例

Aさんは、60歳台後半の男性患者で、以下に示す面接場面は、ある総合病院に入院中の病棟における面接室です。腹痛・背部痛と体重減少を主訴として来院したAさんは、精査の結果、肝臓に多発性の転移を伴う膵臓癌と判明し、現在黄疸はないものの、すでに膵頭部における胆管の狭窄が始まっており、いずれ出現するであろう黄疸への処置も必要だろうと思われる状態でした。今回の例示は、詳しい治療法選択の是非について議論するためのものではないため、この時点では化学療法を選択することにはメリットがない、という前提で話しを進めています。

検査のデータがそろったので、結果の説明と今後の方針を説明するということで、Aさんの家族にもおいでいただいて、同席面接を行うことにしました。以下の例示では、面接室内には、主治医と看護師、Aさん、Aさんの奥さんと息子さんが同席しています。

面接場面における対話

医師（#1）：「（Aさんに向かって）Aさん、どうぞおかけ下さい。今日のお加減はいかがですか？」

Aさん：「今日は比較的気分が良いです」

医師（#2）：「そうですか、それは結構ですね。（家族に向かって）Aさんの奥様と息子さんでいらっしゃいますね。私は主治医の と申します。宜しくお願い致します」

家族：「いつもAがお世話になっております」

医師（#3）：「今日は、Aさんのご病状についてご説明したいと思い、ご家族の方にもおいでいただきました。最初に確認いたしますが、Aさんは、入院の際のアンケートに、『ご自分の病状、病名については、正確に伝えてほしい。説明の際には家族と一緒に説明を受けたい』と記載していらっしゃいましたが、それでよろしいでしょうか？」

Aさん：「はい、それで結構です」

医師（#4）：「そうですか。それでは、病状について率直にご説明したいと思います。ご家族の方もそれでよろしいでしょうか？」

家族：「本人もそう望んでいますので、そのようにお願いします」

医師（#5）：「わかりました。それでは説明いたします。Aさんは、3ヶ月前から痩せてきたのに自分で気づき、2週間前から寝ているときにお腹と背中が痛くなってきたということで、近所の病院へ行かれて、そこでの検査で膵臓と肝臓が腫れていると言われたんですね」

Aさん：「はい、そのとおりです」

医師（#6）：「その後、私どもの病院へ来られて、いくつかの検査をさせていただきました（写真等を示して説明する）。現在まで、私どもが把握しているデータからの結論を率直に申し上げますと、膵臓に4cmくらいの腫れ物があり、肝臓にも小さな腫れ物がたくさんあります。お腹の中のリンパ節も腫れており、膵臓の腫れ物から肝臓やお腹の中に広がっているものと思われ、残念ながら良性の腫瘍とは思われません」

Aさん：「それは、膵臓の癌ということですか？」

医師（#7）：「はい。残念ながらその可能性が高いと思います」

家族：「悪いところを切り取ってしまったら治るのではないですか？」

医師（#8）：「残念ながら、手術で全部取るには大きすぎることに、リンパ節や肝臓に転移があることから、完全に治すことは無理だと思われます」

Aさん：「……そうではないかと思っていました。親友がやはり同じ病気で4ヶ月でばたばたと亡くなりましたので……」

医師（#9）：「自分でもうすうすう感じていらっしたんですね」

Aさん：「そうです。私は父よりも祖父よりも長く生きることができましたので、覚悟はできています」

医師（#10）：「……そうですか」

Aさん：「無駄な延命治療はしてほしくありません。どのくらいの余命か、はっきり分かりませんか」

医師（#11）：「どのくらい時間が残されているか知りたいということですね」

Aさん：「はい」

医師（#12）：「率直に言うと、1年後に今のよう元気なままでいるということは難しいと思います。しかし、はっきりしたことは実際のところ誰にも分かりません」

Aさん：「そうですか……」

医師（#13）：「これからのことをご相談したいのですが、色々な手段が考えられます。手術で完全に治すのは無理ですが、いくらかでも腫瘍を取って、将来の痛みが出にくいようにできる可能性も考えられます。ご希望があれば外科と相談してみたいと思います。痛みに関しては、飲み薬で良い薬があります。もしそれが効きにくくなっても色々次の手段があります。責任をもって苦痛のないように対処して行きます。もう一つの問題はしばらくすると黄疸が出るおそれがありますが、内視鏡的に管を入れることで解決できます。今は黄疸がないので、黄疸が出てから処置をするという選択もあります。もし手術や処置をしないという場合は、痛みのコントロールがうまくいけば早めに退院することもできます。退院後は、私が外来でお付き合い致します」

Aさん・家族：「少し相談したいと思います」

医師（#14）：「それで結構です。何か質問はありませんでしょうか？」

Aさん：「やっぱり、どのくらい生きられるかということは分からないものではないでしょうか？」

医師（#15）：「そのことが一番気になるというのは当然だと思います。しかし、当て推量することはできても、結局は個人差が大きいですから」

Aさん：「分かりました」

医師（#16）：「ご家族の方からは何かありませんか？」

家族：「特にありませんが、くれぐれも痛みで苦しむことのないようお願いいたします」

医師（#17）：「はい、それについては責任をもって努力致します。では、Aさん、お疲れさまでした。また後で病室へ参りますので、それまで、どうぞご家族とお過ごし下さい」

それでは、上記の面接をもう一度振り返りながら、解説してみたいと思います。

面接の構造

医療面接の基本構造は、どのような場面においても共通です。まず、面接の言語的な内容（コンテンツ）を支える前提としての、雰囲気（文脈 = コンテキスト）の形成が最も大切です。そのために必要な基本的態度は「かかわり行動」と呼ばれます（第2章13ページ参照）。具体的には、面接の場所、時間（静かで話しやすい面接室を用意する、ゆっくりと話のできる時間帯を選ぶなど）、医師の服装や身だしなみ、姿勢、位置、視線、身体言語（身振り、手振りなど）、言葉遣いや声の調子などが重要な項目となります。これらの、かかわり行動の目的は、患者さんや家族がリラックスでき、言いたいことや感情を自由に表現できるような雰囲気を提供することにあります。

病状の説明や、病状の告知などが主たる目的の面接の場合、どうしても「医師の側からどういう話をするか」ということにばかり、注意が行きやすいと思われれます。しかし、面接の基本構造の中では、その前に、患者さんや家族の話を引き出し、傾聴し、感情を受けとめるという、「基本的傾聴の連鎖」の技法（第2章14ページ参照）が、きちんと実行されることが必要です。質問や、これまでの病歴の要約や、要所要所での感情の受けとめが適切に実行されることによって、良好な医師患者関係が促進され、医師に対する信頼関係が育つのです。信頼関係が形成されていない状況で、どのような説明をしても、それはなんら実効を持つものにはならないでしょう。

このような、受容的な雰囲気の形成、傾聴的な態度に支えられて、初めて、説明やインフォームド・コンセントといった、医師と患者・家族の間に取り交わされる言語的なやりとりが有効な意味を持つこととなります。信頼できない医師の説得を患者・家族が心から聞き入れることはありえません。重要なのは交わされる言葉の内容（コンテンツ）

よりも、むしろそれを支える雰囲気（コンテクスト）であることを理解することが決定的に重要です。

以上の点を踏まえた上で、今回例示した面接のやりとりについて、技法的に解説してみたいと思います（医師の発言に付した番号を参照しながら以下をお読み下さい）。

導入（#1～#4）

面接の導入は、雰囲気作りのためにとっても大切です。導入の技法を省略せずにきちんと行うことにより、リラックスした雰囲気を作り出すことができます。まず、挨拶（#1、#2）、名前の確認（#1、#2）（初めて会う場合には）自己紹介（#2）、これから何をしようとしているのかの説明が、基本的な導入のセットです（第2章15ページ参照）。今回の例では、この面接において、病名告知と今後の方針についてのインフォームド・コンセントを行ってよいかどうかの確認が丁寧に行われています（#3、#4）。病名告知のような深刻な内容についての面接の場合、特にこのような導入を丁寧に行う必要があります。面接のどの時点においても、患者・家族が質問をしたり、気持ちを表現したりすることをできる限り促進し、傾聴しつつ、感情を受けとめる技法を常に使えるよう心がける必要があります。

病状の説明と病名の告知（#5～#12）

説明とは、相手がまだ知らないこと、理解していないことを、理解してもらうための技法です（第2章20ページ参照）。専門用語はできるだけ使用せず、相手が理解できているかどうかを丁寧に確認しながら、話を進めていく必要があります。説明とは、医師から患者あるいは家族への一方的な情報の伝達ではなく、双方向的な対話の形をとることが望ましいのです。

病名の告知は、率直ではあるが、言葉や表現を慎重に選んで行われています（#6～#8）。特に余命については、慎重な表現がとられています（#12、#15）。患者・家族からの質問やコメントに対しては、傾聴の技法を用いて、感情を受けとめるように努力しています（明確化 #9、#11）（あいずち #10）（正当化 #15）。

治療方針に対するインフォームド・コンセント（#13）

ここでは、インフォームド・コンセントの際によく用いられる技法である、「論理的帰結」の技法を用いています（第2章21ページ参照）。論理的帰結とは、「のようになればこうなり、のようになればああなるでしょう」という言い方で、治療方針などに複数の選択肢がある時、患者と相談しながら方針を決定していく時によく用いられる技法です。できる限り具体的に情報を提示し、患者が自己決定することを助けることがこの技法の目的です。ただし、患者に一人で決めさせるのではなく、一緒に考えていくという態度をきちんと示すことが重要です。

家族に対する配慮

患者・家族との合同面接の際に、医師は、患者と家族の両方に発言の機会を与え、両者に食い違いがないかどうかを確認することを心がける必要があります（#2、#4、#16）。今回の例では幸いそういうことは無かったのですが、時に、患者と家族の意見・希望の食い違いが面接の中で明らかになることがあります。その場合、医師としては、どちらか一方の味方をするのではなく、双方の言い分を明確化することを助け、両者の仲介役となるよう心がけることが正しい態度です。具体的には、（患者さんに）「家族の方は、こう感じていらっしゃるようですが、あなたはどう思われますか？」（家族に）「患者さんご本人はこういうお気持ちのようですが、ご家族の方はどうでしょうか？」というような表現を用いながら、根気よく対話を促進していくということになるでしょう。

関係性の強化と終結

病名告知のような深刻な面接において、患者・家族が必然的に抱く不安に対して、最も援助的な対応は、「責任を持って最後までかかわって行きます」という、「協力関係の保証と強化」のメッセージです。今回の例でも、このようなメッセージは意識的に繰り返し用いられています（#13、#17）。もちろん、このような、患者・家族と主治医との関係性は、単なる言語的なメッセージだけによって形成されるのではなく、面接全体を通じての細やかな配慮によって醸し出される雰囲気により実感されるものです。特に、面接の終結時には、関係性を強化する暖かいメッセージを添えることを忘れないようにしたいものです（#17）。

ナラティブ・ベイスド・メディスン（Narrative Based Medicine：物語りと対話に基づく医療）という言葉が、近年医療の世界で語られるようになってきました。ナラティブについて語ろうとする時、それを語ることそのものがナラティブであるために、「『私』について語っているこの『私』とは誰か」というような哲学的思索への傾斜が感じられ、どうしても「語りきれない」もどかしさが避けられません。

本稿では、あまり堅苦しくならないように注意しながら、「医療の現場にナラティブという視点を導入すること」の意義について説明したいと思います。

ナラティブとは何か？— 視点としてのナラティブ

ナラティブは、日本語では「物語り」「語り」「ものがたり」などと訳されていますが、最近まで、必ずしも私達にとって耳慣れた言葉とは言えませんでした。ナラティブを最も一般的に定義するならば、「あるできごとについての記述を、何らかの意味のある連関によりつなぎ合わせたもの」ということになります。「つなぐことによって意味付ける」ということは、ナラティブの最も重要な働きです。以下に、しばしば引用される簡単な例を挙げて説明してみましょう。

「王の死」「王妃の死」という二つの言葉を並べても、ここにはまだナラティブ（物語り）は生じていません。しかし、以下のようにこの二つのできごとをつなぐと、ここに物語りが生じます。

「王様が亡くなりました。そしてそのあとすぐに、王妃様も亡くなりました」

ところが、この二つのできごとを違うように結び合わせることもできます。

「王様が亡くなりました。そして悲しみのあまり、王妃様も亡くなりました」

前者の語り方では、単に時間経過として二つの事象が語られています。しかし、後者ではそれが「原因 結果」という因果論的意味付けとともに語られています。それでは、どちらの語り方がより正しいのでしょうか？ ナラティブの立場からは、そのどちらも正しいと考えます。言葉をかえれば、ナラティブとは同じ事象に対して複数の異なる意味付けを可能とするようなアプローチであると言えるのです。また、そのような事象の多義性を容認する見方を「視点としてのナラティブ」と呼ぶことができるでしょう。

「ナラティブ・モード」と「論理実証モード」

「ナラティブ・モード」と「論理実証モード」という概念を用いると、上記のような現象をより分かりやすく説明することができます。「王妃様が亡くなったのは本当に悲しみのためなのか？」を問題にするのが「論理実証モード」であり、どちらの可能性も認めるとするのが「ナラティブ・モード」であると言えます。「それもまた一つの物語り」というわけです。

このようなモードの違いは、医療現場では実際にどのように影響するのでしょうか？例えばある患者さんが以下のように語ったとします。

「この前の受診のあとから急に具合が悪くなったんです。ええ。それまでは普通にやっていたんですよ。それでこの間受診したときに、いつもの先生がお休みで、違う先生から処方してもらったんです。帰り際にお薬を受け取っていったんですが、いつものとちょっと粉薬の感じが違うような気がしたんです。その時はあまり変だとは思っていなかったんですが、翌日から動悸が激しくて、ご飯もおいしくないし、夜も眠れなくなりました。お薬の間違いだと思います。薬局でそう言ったんですけど、相手にしてもらえなかったんです。そのせいで……。せっかく最近は調子が良かったのに……」

論理実証モードを採用する医療従事者であれば、「この患者さんが急に具合が悪くなったのは、本当に投薬ミスのせいだろうか？」という点にまず着目するでしょう。「そのお薬は、いつもとどういう風に違っていたのですか？」「お薬を飲んでから、どのくらいたって体調が変わってきましたか？」などと、患者さんの語りの内容が事実と合致しているかどうかの確認のための質問をするでしょう。そして、薬局に問い合わせ、薬の内容はいつもと同じものだった、という確認が得られれば、患者さんに「薬はいつもと同じものが出ていたのですから、大丈夫ですよ」と説得しようとするでしょう。しかし、患者さんがそれでも「それじゃあ、どうしてこんなに具合が悪くなったんですか？」と食い下ったとしたら、それ以上冷静に対応するのは難しくなるのではないのでしょうか。

それに対して、ナラティブ・モードを採用している医療従事者ならば、患者さんの訴えていることが事実と合致するかどうかということは、あまり気にしないでしょう。それよりも、いったいこの患者さんが訴えたい「物語り」はなんであるのか、をもっと知ろうとすることに全力を注ぐでしょう。「それからどうなったのですか？」「その時はどう感じましたか？」「今、とりあえずどうしてほしいですか？」など、うながしや質問を上手に使って、患者さんがさらに自身の物語りを語ることを援助す

るでしょう。その結果、もしかすると、患者さんの物語りは、以下のように発展するかも知れません。

医療従事者：「今とりあえず、どうしてほしいですか？」

患者：「とにかく、どうしたら良いのか分からないんですよ。薬局の人は、薬は間違っていないって言うし。それじゃあ、先生が出してくれていた薬って、いったい何だったんですか？」

医療従事者：「自分でも、どう考えたら良いか分からないし、混乱してしまうというわけですね」

患者：「そうなんです。……そうすると、薬のせいだ調子が悪くなったわけじゃないってことなんですかねえ。……私の病気は、気の持ちよりのせいだとも？……。でも先生に今のお薬を出してもらってからは、本当に具合が良かったんですよ。ええ……それまではもうひどいものでした。ひどく調子が悪いのに、どこへ行っても、『分からない』とか、『気のせいだ』とか。……真剣に話を聞いて下さったのは先生が初めてでした。それで、先生は、『必ず治るから一緒に頑張りましょう』と言って下さったんです。……ええ……それで、本当に救われたように思いました。地獄に仏って感じですね。」

医療従事者：「そうだったんですか。さんにとって先生は、やっとなめぐりあえた自分を分かってくれる大切な先生だったんですね」

患者：「そのとおりです。……そういえば、この間、先生、突然外来をお休みされたんですよ。あの日はちょっとその前に嫌なことがあって、先生にぜひ話を聞いてもらおうと思って来たんですが、お休みだったのでびっくりしました」

医療従事者：「そうですか……。その時はどう感じられましたか？」

患者：「……ちょっと、何と言うか、その……見捨てられたような感じがしましたね。おまけに、代わりに診て下さった先生が、……あ、その先生が悪いというわけじゃないんですよ。でも正直いって、やっぱり先生とは違うなって感じがありましたね。それで、すっきりしない気持ちで薬局へ行ったのを覚えています。先生、なんで、私に無断で外来を休んだんだろう。先生以外の人には、やっぱり私のことは分からないんだなあって……」

医療従事者：「その時もらった薬が、いつもと違うような気がしたんですね」

患者：「そうなんです。……あ、そうか。家へ帰ってから、薬が違っていると思った時、猛烈に腹が立ったんです。なんでこんな目に遭わなけ

ればならないんだって。……今から考えると、先生に見捨てられたようで、悲しかったのかも知れません」

医療従事者：「先生は、それほど大切な先生だったんですね。その先生に見捨てられたと感じたら、そういう気持ちになっても無理はないように思います」

患者：「そうですねえ……。そうすると薬の間違いじゃなかったんですね……。話を聞いてもらって、少しすっきりしました。もう少し様子を見てみます」

医療従事者：「そうですか。また気になることがあったら、何でもおっしゃって下さい」

患者：「分かりました。ありがとうございました」

もちろん、いつもこのようにうまく行くとは限りません。しかし、「患者さんの主張が事実に合致しているか？」「患者さんの訴えは正しい訴えか？」という点にばかり注目するやりかた（論理実証モードのコミュニケーション）では、このような、患者さんの微妙な感情や心理状態を語ってもらうことは難しいでしょう。患者さんの語りを、評価したり、検証したりするのではなく、「一つの物語りとしてまるごと尊重する」という姿勢が、医療におけるナラティブ・モードのコミュニケーションの入り口であることは間違いありません。

しかし、問題は単純ではないのです。論理実証モードを採用することと、ナラティブ・モードを採用することは、どちらが医療従事者の態度として正しいのでしょうか？ナラティブの視点は、そのどちらもが正しいと考えます。視点としてのナラティブは、ナラティブ・モードに対立する立場さえも「一つの物語り」として尊重するのです。

ナラティブと社会構成主義

上記に述べてきたように、ナラティブの視点は、理論や仮説や判断などを、全て「一つの物語り」として理解します。そして、「唯一の正しい物語り」が存在するとは考えません。その時、その時の事情に応じて「より適切な物語り」を選択すればよいと考えます。それでは、個々のナラティブはどのように形成されるのでしょうか？現代のナラティブ・アプローチの考え方では、ナラティブは私達が生活している社会や文化を背景として、相互交流的な語りの中から構成される、と考えます。このような立場は社会構成主義（social constructionism）あるいは構築主義と呼ばれます。私達の手の届かないどこかに、すでに決定された客観的な真実がある（このような考え方は本質主義とか客観主義とか呼ばれます）とは考えないのです。

一般的な医療においては、「高血圧」という「病気」は客観的に実在しており、目の前の患者さんが高血圧を持っているかどうかを診断することによって治療方針を立てる、という考え方が普通です。これに対して社会構成主義は、「高血圧」というものは社会的に作られた一つの恣意的な概念である、と考えます。「そんな馬鹿な。血圧を測定してみれば、160/100mmHgというように、実際に高い人がいるではないか」とあなたは言うかもしれません。しかし、血圧というものは連続的に変化するものであり、そのどこかに「区切り」を設けない限り、目の前の患者さんを高血圧と判断することはできないのです。この区切り（一般には診断基準と呼ばれる）は、明らかに社会的に決められた恣意的な分節の基準です。「140/90mmHg以上の血圧の人を高血圧と呼びます」という約束事は、背景とされる文化や社会の在り方によって変化します。現実には、高血圧の診断基準は何年かごとに変更されるし、そもそも血圧を計ったことのない人にとって、「高血圧」などというものは存在しません。

上記のような、社会構成主義に代表される考え方は、客観主義的実在論を特徴とする近代の思想（モダニズム）に対抗して主張される「ポスト・モダン」思想の代表的なものです。

基盤としてのナラティブ

それでは、ナラティブは全く場当たりに構成されるもので、私達は自分の好き勝手にそれぞれの物語りを作り出せるのでしょうか？ 現実にはそうではありません。むしろ私達は自分自身のナラティブによって縛られており、自分自身のナラティブを通してしか世界を理解できないのです。このような現象を「基盤としてのナラティブ」と呼びたいと思います。私達は自分自身を拘束するナラティブの基盤の上で、毎日を生きているのです。

例えば、「自分は完璧な人間でなければならない」というナラティブを持っている人は、自分をとりまく世界や自分自身を、その「完璧主義のナラティブ」を通じて眺め、評価します。そのような人は、几帳面に物事をこなすので、職場などでは重宝がられ評価も高いかもしれません。しかし同時に、ちょっとした失敗に対しても自分を許すことができず、自責感や無力感に苛まれるという状態にたびたび陥るでしょう。このような「基盤としてのナラティブ」は、一般に保守的で簡単には変化しにくい性質をもっています。

現代までの医療／医学は、「自然科学というナラティブ」をその基盤としており、私達のほとんどは、無意識のうちにそのナラティブに基づいて、現場で起こることを理解し説明しようとしします。したがって、自然科学的に説明しにくい現象や体験、

例えばブラシーボ効果や、原因の同定できない不可解な症状などが医療現場に生じると、私達は自分自身のナラティブを変更するのではなく、現象や体験の方を無視するという態度をとってしまいます。

しかし、このような「基盤としてのナラティブ」が固定化し、現実体験との乖離があまりにも大きくなりすぎる時、私達は自身のナラティブを書き換える必要に迫られることとなります。これは、患者さんにとっても、医療者にとっても、全く同様に生じてくる現象です。

ナラティブの書き換えと変容

人間は成長や人生の課程で、新しい出来事や状況に接するたびに、新しいナラティブを獲得する必要がある、「自身の物語りを新しく書き換える」必要があります。このような「新たな物語りの構築」がうまく行かない時、人間はいわゆる「病い」に陥るのです。したがって、病む人に対する援助者である医療者の重要な役割の一つは、このような「物語りの書き換え」のプロセスに付き添い、援助することです。ナラティブの視点から言うと、治療関係の中で「医療者と患者が『患者にとってより望ましい新しい物語り』の共同執筆者となること」こそが治療の本質であるということになります。

一般には、ナラティブの書き換えは、語り手と聴き手の良好な関係性の中で、自由にナラティブが語られるなかから生じて来ます。このような立場に立つ援助者（治療者）は、あらかじめ決定された正しい方向へ患者さんを導こうとするわけではありません。援助者は、患者さんが自由に語る物語りの聴き手となり、時には援助者も自身の物語りを語り、それぞれのナラティブを語り合うなかから、新しいより適切なナラティブが浮かび上がることを待つこととなります。どのような新しい物語りが語りの中に浮かびあがって来るかは、事前には援助者、患者さんともに分からないのです。

もしも、援助者が患者さんのナラティブを無理に書き換えようとする時、このような過程は極めて表層的なものになってしまいます。仮に患者さんが医療者から押しつけられた新しいナラティブを受け入れたように見えても、そこで起きることはせいぜいが「見せかけの変化」です。自身がそれによって生きている「基盤としてのナラティブ」が真に変容する時、それは主体にとって「自身がその中で生きているところの世界の崩壊と変容」として感じられるような実存的な体験となるでしょう。

ナラティブ・ベイスト・メディスンとは？

今まで述べてきたようなナラティブの視点を実際の医療に導入し、医療／医学の全ての分野をこの視点から再検討しようというムーブメントが、ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）です。NBMという概念は、グリーンハルとハーウィッツによって編集され、1998年にBMJ Booksから発行された同名のモノグラフによって提唱されました。同書は、本邦でも2001年に出版されました。

NBMは、医療における極めて広い分野を包括するとともに、他の学問領域との広範な交流をその特徴とします。特に社会学、人類学、心理学、言語学、倫理学、教育学などとの関連が密接です。しかし、NBMがその特徴を最もよく発揮するのは、いわゆる一般医療、総合医療（general practice）の分野においてです。NBMの詳細については、次の章で述べることにしますが、NBMとは医療における単なるひとつの方法論を超えて、医療／医学を見直す新しい視点であると言えます。またこの視点は、医療における対話の重要性を強調し、医療／医学における多様な視点を許容する、極めて人間的なムーブメントであると言えます。

ナラティブの尊重により展望される今後の医療像

今まで述べてきたように、ナラティブという視点を医療に幅広く取り入れることによって、現状の医療／医学は著しく変容することが期待されます。それは一種のパラダイム・シフトとさえ言えるでしょう。まず、第一に患者さんと医療者の関係が大きく変化するでしょう。患者さんの語る物語りを最大限に尊重することを通じて、医療現場において患者さんが人間的に疎外されるという現代医療の陥穽を、根本的に打開する端緒が開かれることが期待されます。次いで、医療現場において医療者が不可避免的に悩まされてきた「概念（医学知識など一般的な真実とされているもの）と現象（目の前で実際に起こること）の不一致」、「客観性と主観性の乖離」といった認識論的な葛藤に、一つの和解がもたらされると思われます。さらに、医療における複数の理論や学派が相争うのではなく、多様性を認めつつ対話を重ねながらお互いを高めていくための方法論が確立されるでしょう。また、ナラティブという共通のツールを用いて、隣接の諸領域の専門分野との交流をより有効に行うことができるようになり、現場の実践に密着した研究法の開発にも結びついていくものと思われます。

第8章 全人的医療とナラティブ・ベイスト・メディスン

全人的医療の系譜

医療とは、病む人（患者）に対する援助行為であり、医学は医療実践を有効なものとし、それを改善するための系統的な学問体系（知の体系）であることは言うまでもありません。明治以降、日本に西洋の近代医学が導入されて以来、我が国における医療実践も、そのほとんどが西洋近代医学の考え方に基づいて実行されるようになりました。近代医学の特徴を単純に要約するならば、それはまず、「患者そのもの（patient）」と「患者のもつ疾患（disease）」を分離し、疾患を取り除くことによって、患者を治療しようとする方法論であったと言えます。このような医療を効率良く行うためには、疾患はできる限り分類され、その病態生理が生物科学的方法論によって明らかにされ、個々の疾患に応じた診断 治療体系が確立される必要がありました。そのため、まず精神疾患と身体疾患が明確に分離され、各疾患はできる限り臓器別に分類され、医学はそれに伴って主として臓器別に専門分化し、医療従事者もそれぞれの分野の専門家として細分化され、現代の医療体系が確立してきたと言えるでしょう。

しかし、このような傾向は、本来分割できない1人の病む人間である患者さんを、「臓器や組織の集合体」と見なす傾向を助長し、その結果さまざまな問題が医療実践の現場において生じるようになりました。その最大のものは、患者さんが医療現場において、人間的に疎外されるという問題であり、当然のことながらこの傾向は、患者さんの医療に対する満足度を著しく低下させています。また、同時に、医師・医療従事者も、医学と医療、専門的知識と現場で実際に生じる現象の乖離に悩まされることになり、これは医師の専門職としての職業的充実感を著しく低下させる一因となっています。

上記のような生物医学的側面に偏った近代医療を補償するため、患者さんを「分割できない全人的な存在」として扱おうとするムーブメントの提唱は、決して最近に始まったことではありません。

著名な精神分析医であるバリントは、すでに1950年代に、一般医療における医師患者関係の重要性、心理社会的要因の重要性について詳細に述べており、この主張は心身医学的な観点から、本邦にもいち早く紹介されました。しかし、その後、このような実践の枠組みが医療の主流となることはありませんでした。エンゲルは、生物学的な側面のみを過剰に重視する近代医学モデルを批判し、人間の疾病の理解の基礎としてシステム理論を用いる、生物 心理 社会モデル(Bio-psycho-social model)を

提唱しました。このモデルは、医療における人間の全人的理解の提唱として広く注目されましたが、実際の臨床実践において、生物学的側面と心理社会的側面をいかに統合するかの具体的な方法論は必ずしも明らかでなく、ともすれば理念的なかけ声のみに空疎化する傾向がありました。

さらにもう一つの問題は、臨床現場において複雑な問題を抱えて来院する患者さんの診療において、身体的な側面は旧来の生物医学的モデルで扱い、心理社会的な側面については別の専門家に任せてしまうという傾向です。例えば、身体的な慢性疾患を抱え、社会的には経済的な問題に苦しみ、心理的には鬱状態を呈しているような患者さんの場合、社会的な問題はソーシャルワーカーに、心理的な問題は精神科医やカウンセラーに任せてしまい、主治医である医師は依然として生物学的な観点からしか患者を見ないというような現象です。このような、不完全なチーム医療は、確かに患者さんを全人的にサポートするための一つの方策ではありますが、しばしば、医療チーム内の連携不足などのために十分な効果を発揮できませんでした。また、日常の医療現場において、このような複数のプロフェッショナルからなるチームが常に結成可能であるわけではありませんし、何よりも患者さん自身はやはりトータルな人間として扱われていないという問題が残ります。

近年、医療構造の変化に伴い、家庭医、総合医、かかりつけ医などの概念で表現される、個々の患者さんをその家族背景なども含めて包括的、継続的にケアする能力のある医師、医療従事者の養成の必要性が叫ばれるようになってきました。このような総合的な能力を有する医師集団は、米国では家庭医（family physician）、あるいは一般内科医（general internist）と呼ばれ、英国では一般医（general practitioner）と呼ばれています。本邦においても、患者さんを生物 心理 社会的側面の全てから全人的にケアできる医師の養成が、厚生労働省主導の医師研修システムの中核的概念となっています。

ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）は、上記のような全人的医療の流れの中から生じてきた、ひとつの新しいムーブメントです。この運動は主として英国の一般医から起こってきたものですが、近年本邦においても注目され、実践されるようになってきました。本項では、NBMの概要を、特に近年医療を席卷しているエビデンス・ベイスト・メディスン（EBM）との関係も含めて概説したいと思います。

ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）とは？

NBMという概念が初めて提唱されたのは、グリーンハルとハーウィッツによって編集され、1998年にBMJ Booksから発行された同名のモノグラフによってであ

ることは前の章でも述べました。グリーンハルとハーウィッツは、ともにEBMの研究者でもあり、NBMを提唱した理由として、以下のように述べています。

「西洋医学においては、治療法を理論的に支える妥当で確実な根拠（エビデンス）を求めることに対して熱心な努力がなされて来た。しかしそれに比べると、臨床において患者自身の体験を理解することや、患者と良好なコミュニケーションを保つことはあまり注目されてこなかった。私達が物語り（ナラティブ）に注目するようになったのは、西洋医学におけるこのような不均衡を強く感じていたためである」。

しかし、NBMは単にEBMを補完するという狭い領域にのみとどまるものではありません。「ナラティブ：物語り」をキーワードとして、医療と他の学問分野（文化人類学、社会学、心理学、看護学、言語学、文学、倫理学、教育学など）との幅広い学際的な交流を特徴とします。

しかし、NBMがその特徴を最もよく発揮するのは、いわゆる一般医療（general practice）の分野においてです。

グリーンハルは、一般医療におけるNBMの特徴を、表1の5項目に整理しています。個々の項目について、以下に少し詳しく解説しましょう。

表1：一般医療におけるNBMの特徴

- 1) 「患者の病い」と「病いに対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語りの中で展開する「物語り」であるとみなす。
- 2) 患者を、物語りの語り手として、また、物語りににおける対象ではなく「主体」として尊重する。同時に、自身の病いをどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を、最大限に重要視する。
- 3) 一つの問題や経験が複数の物語り（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める。
- 4) 本質的に非線形的なアプローチである。すなわち、全ての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるものと見なす。
- 5) 治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす。

1) 「患者の病い」と「病いに対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語りの中で展開する「物語り」であるとみなす。

医療人類学的には、いわゆる「病気」を、患者さんの主体的な体験である「病い：illness」と、客観的に証明できる病理学的実態（あるいは概念）としての「疾患：disease」に分けて考えます。NBM は、患者さんが体験する現象としての「病い」を重視し、患者さんの「病いの体験：illness experience」をまるごと理解し、それを尊重する、という姿勢を堅持します。

しかし、NBM は、患者さんの「病いの体験」を、患者さんの人生そのものから切り離された独立したものととは考えません。人生そのものが物語りであり、かけがえない個人の物語りの実演こそが人生であると考えます。病いの物語りは、患者さんが体験する重要な物語りではありますが、患者さんは決して病いだけを生きているわけではありません。医療者は、そのような、人生の節目、節目における患者さんの物語りの実演に同行する者、あるいは目撃者の役割を果たすこととなります。患者さんの病いの体験の語りの背景となる、心理社会的な語りを引き出すためには、医療者がそのような背景に広く開かれた姿勢で「聴く」ということが決定的に重要です。

2) 患者を、物語りの語り手として、また、物語りににおける対象ではなく「主体」として尊重する。同時に、自身の病いをどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を、最大限に重要視する。

現代の医療において、もっともおろそかにされてきたことのひとつが、この「患者さんを『対象（客体）』としてではなく『主体』として尊重する」ということであると思われます。物語りには、語り手と聞き手の存在が不可欠です。医療の場面では、まず患者さんが語り、医療者はその聞き手となります。この時、医療者が患者を、情報聴取や診断や治療の単なる「対象」としてしか認識しなければ、そこには真の意味での「対話」は成立しません。

患者が自身の病いを定義し、形作っていくとは、まさに患者さんが自分自身の物語りの執筆者となる、ということです。医療者の役割は、患者さん自身の執筆活動（実際には語り）にそっと付き添い、その書き換えを援助することです。決して医療者の物語りを患者さんに押しつけることではありません。

3) 一つの問題や経験が複数の物語り（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める。

患者さんの語る病いの体験は、さまざまな観点から意味付けられうるものです。これは、単に考え方が複数あるということに限りません。例えば、色々な複数のできごとが連続して起こった時に、必ずしもそれらのできごとが全て語られるわけでは

ありません。語り手と聞き手の相互関係に応じて、いくつかの事件は詳しく語られますが、いくつかは省略されます。したがって、意見や考えが複数ありえるというだけでなく、「事実」さえも複数ありえるとNBMは考えるのです。

患者さんの語りや、自分の病気や自分の置かれている状態に対する「説明」を含むということは極めて一般的なことです。クラインマンは、これを「説明（解釈）モデル（explanatory model）」と読んでいます。患者さんの説明モデルは、必ずしも一つとは限らないし、対話の中で刻々と変化するものです。それに対して、医師自身も医師の立場からの説明モデルを持っています。この両者の説明モデルをすり合わせることは、医療における対話の重要なプロセスの一つです。

4) 本質的に非線形的なアプローチである。すなわち、全ての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるもの、と見なす。

NBMは、医療において生起するできごとを、原因 結果という直線的な因果関係という観点からのみは考えません。もちろん、因果論的な思考が、実際の医療において役に立つことがあることは認めます。しかし、現代の医療が、あまりにも、因果論的思考にのみ束縛されていることに対して、NBMは異議を唱えます。「複数の行動や文脈の複雑な相互交流」を知るとは、まさに、患者さんを取りまく心理社会的背景を知ることです。NBMは、患者さんが語る物語りをまるごと傾聴することを通じて、これを知ろうとするのです。

5) 治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす。

一般に、医療における面接や対話は、疾患を診断し治療するための一つの手段である、と考えられています。しかし、NBMは、その考え方を逆転します。NBMは、患者さんとの対話を、むしろ医療における最も本質的な行為であると考えます。診断や治療は、そのような対話のプロセスの中で採用され、利用される道具であり、副次的なプロセスである、とさえNBMは主張するのです。実際の医療現場では、対話の中で診断に至らず、通常の意味における治療が行われないこともしばしばあります。しかし、医療従事者と患者さんが対話することそのものが、まさに真の治療であると、NBMは考えるのです。

NBMとEBM

現代医療を席卷している EBM は、一般に「科学的な」根拠に基づく医療実践を提唱するムーブメントであると理解されています。したがって、NBM の視点はその対極にあるかのように誤解されることが多いのです。しかし実際には、NBM と EBM は決して相対立する方法論ではなく、むしろ患者中心の医療を実践するための車の両輪と考えるべき相補的な方法論なのです。

EBM はしばしば、統計学的手法を用いて普遍的に正しい医療を医療従事者と患者さんに提供するものであるかのように考えられていますが、これは誤解です。サケットらにより、EBM とは「個々の患者のケアの決定において、最新かつ最良の根拠（エビデンス）を良心的に正しく明瞭に用いること」と定義されています。EBM とは「『エビデンス』という明確に定義された情報を利用することによって、『目の前の個々の患者さん』に最良の医療を提供することを目的とした方法論」なのです。

サケットが示した、EBM を患者さんに適用するための5つのステップ（ステップ1：問題の定式化。ステップ2：情報の検索。ステップ3：得られた情報の批判的吟味。ステップ4：得られた結果の臨床場面での実行。ステップ5：実行された医療行為の評価。）は有名です。

この5つのステップのうち、ステップ2と3では、目の前の患者さんから離れ、コンピュータ・データベースなどを用いた、エビデンス情報の批判的な検討が中心となります。問題は、このステップ2、3のみがEBMであるかのように、往々にして誤解されているという点にあります。EBM が「個々の患者さん」のために、有効に用いられるためには、ステップ1と4が、極めて大切なのです。

ステップ1の、問題の定式化のためには、目の前の患者さんから「いったい、何が問題であるのか？」を、丁寧に聞き出す必要があります。また、ステップ4では、得られたエビデンスを、患者さんの個々の状況や、患者さんの好み、価値観などを尊重しながら、いわゆる『すり合わせ』を行い、合意を形成しない限り、EBM の実行はできません。ステップ1と4において必要となるのは、患者さんとの対話です。統計学的方法論だけでは、個々の患者さんとの有効な対話はできません。そこでは、個々の患者さんの語りをどのように患者さんと医療者が共有するか、という洗練された方法論が必要とされます。このように、EBM のステップ1と4の過程は、NBM そのものであるということができます。

次に NBM の実践という立場からみると、「臨床疫学的なエビデンスの利用」についてはどのように考えれば良いのでしょうか？ NBM は、医療におけるあらゆる理論や仮説や病態説明を「社会的に構成された物語り」として相対的に理解します。NBM の観点からは、EBM も医療における一つの有力な物語りであると理解されます。

NBM の実践において、医療者がエビデンスを重視する立場を採用することにはなんの矛盾もありません。しかし、エビデンスとは、あくまでも過去の研究結果に基づく一般的な情報であり、これを、目の前の個々の患者さんとの対話の中で有効に利用するためには、それなりの工夫が必要となります。

良質なエビデンスが得られる場合には、その情報を話題として患者さんと共有しつつ対話をするようになります。しかし、NBM の実践においては、エビデンスが得られない場合でも、客観的なエビデンスが存在しないことを前提としつつ、患者さんにとって有益な物語りを患者さんとともに共同執筆することを目標として対話を続けることができます。さらにエビデンスを重視することは、NBM において不適切な物語りが一人歩きをすることに対する強力な歯止めになります。

このようにEBM と NBM は、ともに「目の前の患者さんの最大幸福に焦点を当てる医療の方法論」です。この二つの方法論は患者さんとの現実の対話の場面においてこそ統合されるものであると考えられます。

NBMの展開と展望

NBM は、医療およびその関連領域の広い領域をその対象としていますが、本邦における NBM の実践、研究はまだその端緒についたばかりです。NBM の特徴を筆者なりに整理するならば、1) 認識論としての「社会構成主義(多元論)」、2) 実践論としての「対話」、3) 研究法としての「質的研究法」、としてまとめることができます。本稿では、その各々について説明する余裕はありませんが、本邦におけるNBMの実践、研究は、今後ますます進展していくものと思われます。

初出一覧

本書の各章は、下記の論文の内容を大幅に改稿したものです。

第1章：良好な医師患者関係形成のために

齋藤清二：はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方，医学書院，2000；1-13．

第2章：医療面接技法について

齋藤清二：はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方，医学書院，2000；20-84．

第3章：対話としての医療コミュニケーション

齋藤清二：医師と患者の対話．medicina 2002；39：2035-2037．

第4章：医療における関係性の問題への対応

齋藤清二：コミュニケーションと人間関係の問題の対応．治療 2002；増刊号84：639-644

第5章：患者さんに安心してもらうためには

齋藤清二：患者さんに安心していただくための医療面接技法．TKC医業経営情報 2002；第97号（12月号）：12-15．

第6章：医療面接の応用 病名告知

齋藤清二：今のままで良いか 日常診療でのコミュニケーション技法、面談室でのコミュニケーション．JIM 2001;11：220-223．

第7章：医療におけるナラティブ

齋藤清二：ナラティブ・ベイスト・メディスンが拓く医療の地平．Healthかうんせりんぐ 2002；5（5）：54-62．

第8章：全人的医療とナラティブ・ベイスト・メディスン

齋藤清二：患者の心理社会的背景への配慮：Narrative Based Medicine．日内会誌 2003；92：2053-2058．

参考図書

【医療面接に関するもの】

- 1) Cohen-Cole SA: The medical interview: the three-function approach .(飯島克巳, 佐々木将人監訳 : メディカルインタビュー: 三つの役割軸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) Platt FW, Gordon GH: Field guide to the difficult patient interview .(津田司監訳 : 困ったときに役立つ医療面接法ガイド 困難な医師 患者関係に対処するコツ . メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2001 .)
- 3) Smith RC: Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method. (山本和利監訳 : エビデンスに基づいた患者中心の医療面接 . 診断と治療社, 2003 .)
- 4) 飯島克巳 : 外来でのコミュニケーション技法 診療に生かしたい問診・面接のコツ . 日本医事新報社, 1995 .
- 5) 斎藤清二 : はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方 . 医学書院, 2000 .

【全人的医療に関するもの】

- 1) Balint M: The doctor, his patient and the illness. (池見西次郎他訳 : プライマリ・ケアにおける心身医学 バリント・グループの実際 . 診断と治療社, 1967 .)
- 2) Stewart M ed: Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. (山本和利監訳 : 患者中心の医療 . 診断と治療社, 2002 .)

【カウンセリング・精神療法に関するもの】

- 1) Ivey AE: Introduction to Microcounseling. (福原真知子, 国分久子, 楡木満生他訳 : マイクロカウンセリング . 川島書店, 1985 .)
- 2) 河合隼雄 : 心理療法序説 . 岩波書店, 1991 .
- 3) 神田橋條治 : 精神療法面接のコツ . 岩崎学術出版社, 1990 .

【ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）に関するもの】

- 1) Greenhalgh T, Hurwitz B eds : Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice. (斎藤清二 , 山本和利 , 岸本寛史監訳 : ナラティブ・ベイスト・メディスン 臨床における物語りと対話 . 金剛出版 , 2001 .)
- 2) Kleinman A: The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. (江口重幸他訳 : 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学 . 誠信書房 , 1996 .)
- 3) 斎藤清二 , 岸本寛史 : ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践 . 金剛出版 , 東京、2003 .
- 4) Greenhalgh T, Collard A eds: Narrative based health care : sharing stories-a multiprofessional workbook. (斎藤清二訳 : 保健専門職のためのNBMワークブック 臨床における物語共有学習のために . 金剛出版 , 2004)

【エビデンス・ベイスト・メディスン（EBM）に関するもの】

- 1) Sackett DL, et al: Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM, 2nd ed. (エルゼビア・サイエンス編 : Evidence-Based Medicine EBMの実践と教育 . エルゼビア・サイエンス , 2002 .)
- 2) 名郷直樹 : 続EBM実践ワークブック 今、できる限りの医療を . 南江堂 , 2002 .
- 3) 古川壽亮 : エビデンス精神医療 EBPの基礎から臨床まで . 医学書院 , 2000.

【その他】

- 1) 中村雄二郎 : 臨床の知とは何か . 岩波書店 , 1992 .
- 2) マルティン・ブーバー著 , 植田重雄訳 : 我と汝 / 対話 . 岩波書店 , 1979 .

齋藤 清二

著者略歴

1975年新潟大学医学部卒業。現在富山大学保健管理センター長・教授。

著書に「ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践」

「はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方」、

訳書に「ナラティブ・ベイスト・メディスン 臨床における物語りと対話」

「保健専門職のためのNBMワークブック 臨床における物語り共有学習のために」がある。

日本医師会

医師と患者のコミュニケーション

2005年12月1日発行 第1版 第1刷

著者 齋藤 清二

発行者 櫻井 秀也

発行所 日本医師会総合政策研究機構

東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内(〒113-8621)

電話 03-3942-6474

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。