

# 患者-医療者関係

## ● パターナリズムと「物扱い」

従来からの患者-医療者関係は、病に苦しむ無力な患者と、それを積極的に救おうとする医療者にみられるような、いわば受動-能動関係が支配的であったと言える。患者側の受け身の姿勢は、パーソンズ (Parsons, T.) が 20 世紀半ばに発表した病者役割 (sick Roll) でも、読み取ることができる。人々が病気になった際、社会から期待される役割を、次のような 4 つの権利及び義務として、パーソンズはまとめた。

- ・病者は仕事を免除される。
- ・病者は治そうとしなければならない。
- ・病者は一人で治すことを期待されない。
- ・病者は専門家の指示に従わなければならない。

つまり、人々は病気になると、通常の社会的役割を担うことを期待されず、その代わりに医療者の指示に従うことを期待されるのである。このような受け身の患者に対して、医療者は能動的・主体的に働きかけることになる。そして、この能動的・主体的な働きかけの延長線上に、パターナリズムも患者の「物扱い」も位置づけることができる。

パターナリズムとは家父長主義のことであるが、医療の分野では医療者が患者を子ども扱いし、まるで親のように振る舞うことを言う。そのような医療者の振る舞いを批判する文脈の中で、この言葉は使われることが多い。確かに、不養生な患者や指導に従わない患者を叱りつける医療者が、かつてはめずらしくなかったし、いまでも見られなくなったわけではない。ところが、自らを大人として自覚している患者は、子ども扱いされて一方的に叱りつけられると、不快感を抱くことになる。

患者の「物扱い」は、近代西洋医学の基本的なスタンスと結びついている。近代西洋医学では、患者を対象 (object) として客観的・理性的にとらえ、科学的根拠に基づいて働きかけることを医療者に求める。しかし、患者にも意識があり、さまざまに考えたり感じたり、働きかけたりする主体 (subject) である。そのために、自らの意思や感情を軽く扱われると、患者は「まるで物のように扱われた」と、不満を抱くことになる。

## ● 相互主体的な関係

パーソンズのまとめた病者役割は、当時の疾病構造の中心であった急性疾患の患者がモデルとなっていた。ところが、急性疾患中心から慢性疾患中心へと疾病構造が変化し、さらに予防医療も重視されるようになると、患者にも主体的な努力が求められるようになった。また、患者の諸権利を主張し、それらを守ろうとする市民運動も盛んとなった。これらの動きと同時に、患者-医療者関係の議論も、自ずと変化することになる。

患者-医療者関係に関する近年の議論の主流は、エマニュエル (Emanuel, E. J.) の協議

モデルにみられるように、大人と大人の関係、相互主体的な関係、相互参加の関係である。最善の医療を受ける権利、平等に扱われる権利、秘密を守られる権利など、紀元前 400 年の「ヒポクラテスの誓い」でも挙げられたような古くからの権利だけではなく、患者の知る権利、自己決定権、それに検証権（セカンド・オピニオンを求める権利）など、患者を主体として認める新しい権利も保障しつつ、患者と協議しながら、患者とともに病気治療に取り組むことが、医療者に求められるようになったのである。

近年、患者の意識は明らかに変化している。医療者がその変化に気づき、対応しなければ、患者との信頼関係を築くことができず、場合によってはトラブル続き、訴訟続きとなる。説明責任よりも結果責任を重視する医療者の問答無用という態度は、もはや通用しなくなってきた。

### ● 関係性の使い分け

ただし、一方で、医療の主体として患者を扱うことが求められながらも、他方で、自己責任による主体的な判断に消極的な患者もいる。また、慢性疾患が中心となった今でも、急性疾患がなくなったわけではない。さらに、医療費高騰、財源不足、医療者不足などの問題に社会が直面すると、救急救命を優先することが医療者に求められるようになる。そうすると、「一方か他方か」とか、「一方から他方へ」という、二者択一型のモデルでは十分に対応できないのであり、柔軟性のある状況対応型のモデルの方が現実的で役に立つ。

1956 年に提唱されたサズとホレンダー（Szasz, T. & Hollender, M.）のモデルが、今でも古さを感じさせないのは、その柔軟性にある。サズとホレンダーは多様な患者－医師関係を、次の三つに整理している。

- ・受動－能動関係（乳幼児と親）…昏睡・麻酔
- ・協力－指導関係（青少年と親）…急性疾患
- ・相互参加関係（大人と大人）…慢性疾患

子どもと親の関係から大人と大人の関係へという大きな流れは、確かに間違いないと言える。しかし、他方で、頼りがいのある保護的な態度も医療者に求められることがあり、一筋縄ではいかない。大人と大人の間を基本としながらも、患者の状態や場面に応じて、他の関係性も使い分けることができる柔軟性こそが、医療者には求められると言えよう。

#### 文献

- 1) Parsons, T. : The social System, Chapter X, Free Press, 1951. 佐藤弁訳：社会体系論、現代社会学体型 14、青木書店、1974.
- 2) Emanuel, E. J. Emanuel, L. L. : Four Models of the Physician-Patient Relationship . JAMA267 (16) :2221-2226, 1992.
- 3) Szasz, T. S. and Hollender, M. H. : A Contribution to the Philosophy of Medicine, The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. A. M. A. Arch. Int. Med., 1956.

(諏訪茂樹)

# 患者の権利と医療者の義務

## ● 患者の権利が認められるまで

患者の権利が認められるようになったのは、第二次世界大戦後のことである。それ以前は、患者が権利を主張することを通してより良い医療を目指すというよりも、医師が自らの行いを患者のために行うという「誓い」を立てることで、より良い医療を目指していた。

その誓いが、医師の場合は、「ヒポクラテスの誓い」であり、看護師の場合は「ナイチンゲール誓詞」である。

しかしながら、第二次世界大戦で、ナチスによって人体実験が行われたことが発覚すると、医師の「誓い」にのみに良い医療を行うことを委ねることが難しくなり、その後、綱領・宣言が相次いで出されることになる。(ニュルンベルク綱領・1948 世界人権宣言・1948 ジュネーブ宣言・1949 医の倫理国際綱領・1964 ヘルシンキ宣言など) しかしながら、これらのものは、明確な形で患者の権利を規定したものではなかった。

その後、1960年代のアメリカに始まる消費者主義の流れから、患者を医療サービスの消費者として位置づけることが行われた。消費者主義とは、消費者が商品に関する情報を十分に知らされたうえで、購入の是非を決定する権利を持っているという考え方である。これが、医療に置き換えられた際には、患者は自らが受ける医療に関して十分な情報を知らされたうえで、医療を受けるかどうかの決定を行う権利を持っているということになる。

この流れを受ける形で、1981年に開催された第34回世界医師会総会で「リスボン宣言」が採択された。

## ● リスボン宣言

リスボン宣言は、1. 良質の医療を受ける権利、2. 選択の自由の権利、3. 自己決定の権利、4. 意識のない患者、5. 法的無能力の患者、6. 患者の意思に反する処置、7. 情報に対する権利、8. 守秘義務に対する権利、9. 健康教育を受ける権利、10. 尊厳に対する権利、11. 宗教的支援に対する権利の11項目からなる。

これらの項目は、「医療を受ける権利」(1.)と「診療を進める際に求められる十分な配慮」(2.～11.)に分けることができる。さらに、診療を進める際に求められる十分な配慮は、①患者の意思への配慮(2. 3. 4. 5. 6. 9.)、と②患者自身に関する情報への配慮(7. 8.)、③患者の価値観への配慮(10. 11.)に分けることができる。

## ● 医療者（医師）の義務

このような患者の権利を守るために、医療者には相応の義務が生じる。ここでは、医療者のなかでも、義務が明確に法制化されている医師について検討する。

医師の義務は、医師法、刑法等で現在規定されている。法的義務としては、診療義務、

処方箋作成義務、診療録作成義務、守秘義務などがあげられる。

さらに、努力義務として、良質な医療の提供、患者への説明と患者の理解、他院への紹介等があげられている。

これらは、医師が診療を行う上で必要な能力の向上、患者への説明、診療の管理について取り決めたものと言える。患者の権利との関連で言えば、「患者への説明と患者の理解」という義務がある。患者への説明や患者の理解というだけでは、医師による一方的なものでもよいことになり、十分とは言えない。患者の権利に配慮した形で医師の「説明」を規定するならば、「患者の話聞く」ということについても努力義務にする必要がある。

### 医療者と患者のパートナーシップ

これまで医療者の義務や患者の権利といった議論は、医療者はサービスの提供者、患者は医療サービスの利用者という観点が強調されていた。医療者は提供者としての義務を、患者は利用者としての権利が主張されていた。

しかし、それだけでより良い医療が行われるのだろうか。本来、医療は協働的な営みである。医師も患者も互いに協力し合って、病気やけがの治癒を目指すのである。例えば、かぜをひいて受診した時のことを考えてみよう。まず、問診がある。この時に症状について説明しなかったら、診断が成り立たない。また、薬が処方される。処方された薬を飲まなかったら治療は完結しない。医療には患者の協力も不可欠なのである。

患者の権利を主張するだけでなく、医療を医師と患者との協働作業としてとらえることによって、克服しようという流れもある。

情報を公開して、コミュニケーションを活発にし、治療の目標を共有するという方法もその一つである。例えば、カルテをインターネット経由で閲覧できるようにする、ベッドサイドで看護記録を患者と共に作成するといった試みもなされている。

目標を共有し、その目標に向かって、医療者も患者もコミュニケーションをとりながら、それぞれの立場で努力をしていくことが、これからの医療者と患者に求められている。

権利と義務は裏表の関係である。権利のみがあるということはない。では、医療者の権利は何か、患者の義務は何かということについても、医療者の義務、患者の権利を考える際には重要なポイントとなる。

#### 文献

- 1) 林かおり：ヨーロッパにおける患者の権利法（翻訳・解説 ヨーロッパにおける患者の権利法）外国の立法（227），1-26，2006.
- 2) 大野 博：アメリカ病院協会の「患者の権利章典」の変化とその特徴--権利の宣言からパートナーシップへ 医療と社会 21(3)，309-323，2011.
- 3) ケース編 患者を満足させる 6 つのテクニック（特集 ここまで進んだ 患者本位の情報提供術）日経ヘルスケア 21（182），46-50，日経 BP 社，2004.

（馬込武志）

# コミュニケーション技術

## ● コミュニケーションとは

communication という言葉を英和辞典で調べてみると、通信や伝達の他にも、交通、伝導、感染など、たくさんの意味が出てくる。そこで、この言葉の根本的な意味を求めて、語源をたどってみると、ラテン語のコムニカレ *communicare*（共有する）やコムニス *communis*（共有の）という言葉を見つけることができる。

通信することにより、情報を共有することができる。交通機関を使って移動することにより、同じ場所を共有することができる。熱が伝導すれば同じ熱を共有することになり、ウイルスに感染すれば同じ病気を共有することになる。つまり、communication の根本的な意味は、共有することだと考えることができる。私たちもメッセージをやり取りして共有するという意味で、コミュニケーションという言葉を使っていると言える。

患者・利用者との間でも、医療職の間でも、メッセージが上手く共有されなければ、効果的な医療を望むことはできない。文書だけでも口頭だけでもなく、両方で同時に伝えたり、相手にとって分かりやすい表現を選んだり、質疑応答を交えたりなど、メッセージを正確に共有するために、医療職は努力を惜しんではならない。

## ● マインドとテクニックとスキル

患者・利用者の言葉に熱心に耳を傾け、その話を受容すること、また、患者・利用者を中心に考え、共感的なメッセージを伝えることなどが、信頼関係を築くうえでは欠かせない。これらは、医療職をはじめとする対人援助職に共通する基本的なマインドだといえる。

しかし、どれだけ共感しているつもりでも、それが相手に伝わらなければ無意味である。共感していることが相手に伝わってはじめて、共感の効果が期待できるのであり、そのためには共感していることを上手く伝えるテクニック（技術）が必要になる。

相手に年齢を尋ねたうえで、共感のテクニックを使って「それはお辛いですよね」と伝えてしまえば、相手を怒らせてしまうかもしれない。「どうされましたか」と尋ねて、「一晩中眠れなくて」という返事が返ってきたところで、共感のテクニックを使うべきなのである。このように、テクニックを必要な時に適切に使いこなせば、スキル（技能）となる。

ここでは幾つかのテクニックを学習するが、マインドを忘れることなく、スキルとして使いこなすように、心がけなければならない。

## ● 言語的なコミュニケーション技術

### 1) 相づち

自分が受け手となり、相手の話を聞く際には、無反応で聞くのではなく、うなずきを示したり、相づちを打ったりなど、反応を示しながら聞く方がよい。そうすると、聞こうと



する自分の熱意を、効果的に伝えることができる。そして、自分の熱意が伝わると、相手の発話も促されるのである。

相手：最近、なかなか寝つけないのです。

自分：なるほど、そうでしたかー。

## 2) 繰り返し

相手が語った言葉の一部を繰り返しながら聞くのも、受け手の熱意を伝えるうえで役立つ。また、自分が繰り返すことで、相手は自らの言葉を確認することができるし、メッセージが確かに共有されていることも分かり、安心して話しを進められる。

なお、相づちや繰り返しなどの言語的反応は頻繁過ぎると、相手の話しの腰を折る危険性がある。したがって、非言語的反応であるうなずきを基本にして、その合間に短い言語的反応の相づちを打ち、さらに相づちの合間に長い言語的反応の繰り返しを行うのがよい。

相手：昨夜も何度か寝返りを打ち、何時間もしてから、ようやく眠れました。

自分：何時間もかかったんですね。

## 3) 共感

相手が悲しみや怒りなど、不快な感情を抱いていることもある。その時には、共感の技法を使って相手の気持ちに理解を示し、付き添うことにより、相手の気持ちを癒すことができる。また、相手が喜びや爽快感など、快の感情を抱いているときにも、共感の技法を使うことによって、前向きになってもらうこともできる。

相手：このままでは昼間の時間が無駄になってしまいます。

自分：眠れない日が続くと、焦りますよね。

## 4) 明確化

相手が言葉に詰まって、「えっと…、その…」と考えているときには、急かせずに言葉を待つことが大切である。ただし、しばらく待っても言葉が出て来ない時には、相手が言いたいことを「～ということですか」などと、自分が代わって明確化してあげることも必要となる。

相手：えっとー、そのー。家族のことが、そのー。

自分：ご家族のことを心配されているんですね。

## 5) 要約

相手の話を一通り聞いたならば、聞き放しにせず、話の要点だけをもう一度、要約して返すとよい。本人も何が言いたいのか分からなくなり、長話になりがちの人もある。そのような相手には、要約の技法を使うことによって、問題を整理してあげることができる。

相手：家族から何の連絡もなく、心配なのです。

自分：ご家族から連絡がなくて、夜も眠れないほどご心配なのですね。

※ここでは、1)～5)に示した相手のすべてのセリフを要約している。

## 6) 開かれた質問

「はい」や「いいえ」などと、答え方が決まっている質問を「閉ざされた質問」といい、本人が考えながら自由に答えられる質問を「開かれた質問」という。閉ざされた質問を連発する

と、まるで詰問をしているような雰囲気となり、相手の考えも深まって行かない。開かれた質問をうまくつなげていくことで、相手の主体的な思考や自己決定を助けることができる。

自分：ご自分からご家族へ、連絡を取られましたか（閉ざされた質問）。

相手：いいえ。

自分：どうするのがよいと、思われますか（開かれた質問）。

相手：そうですね。私の方から連絡を取ってみるのも、一つの方法だと思います。

## 言語と準言語と非言語

メッセージを伝えるのは、言葉による言語だけではない。語調などによる準言語や、表情、目線・視線、姿勢・動作などによる非言語も、言葉と同時にメッセージを伝えるのである。

したがって、言葉だけに捕らわれていると、思わぬ誤解を招くことになる。言語と準言語と非言語の三つのレベルで、メッセージを伝えたり、理解したりするトータル コミュニケーションが、メッセージの正確な共有には重要となるのである。

たとえば、「おだいじに」と言うとき、例1のように語尾を少し延ばしながら弱めると、やさしい気持ちが伝わることになる。逆に、例2のように語尾を強めると、言葉とは裏腹に語調で怒りを伝えてしまうのである。

また、「おめでとうございます」と言うとき、例3のように笑顔を伴えば、喜びの気持ちを効果的に伝えることができる。それに対して、例4のように悲しい顔をして「おめでとうございます」と言うと、真意を疑われるであろう（図1）。医療職にとっても、表情の基調は笑顔だといえる。ただし、患者・利用者が苦しんでいるとき、悲しんでいるとき、怒っているときなどには、笑顔を慎む必要がある。

〈例 1〉	〈例 2〉	〈例 3〉	〈例 4〉
言葉：おだいじに	言葉：おだいじに	言葉：おめでとう	言葉：おめでとう
語調：・・・・ー	語調：・・・・●	表情：（^。^）	表情：（´へ`）

図1 言葉と語調と表情

## 目線と視線

目線とは目の高さのことであり、それに対して目の方向のことを視線と言う。

「目上」とか「目下」という言葉があるように、日本では伝統的に目の高さで相手との上下関係を表してきた。したがって、ベッド上や車いす上の患者・利用者に対話する際に、突っ立ったままでは上から目線となり、威圧感を与えかねない。しゃがんだり、腰をかがめたり、椅子に坐ったりなど、同じ高さの目線になるように、心がける必要がある。

また、対話する際に、相手と一度も視線を合せないのは失礼であるが、しかし、相手の目をジッと見つめたままでも、互いに緊張してしまう。視線を合わしたりそらしたりと、適切なアイコンタクトを取りながら話した方が、互いにリラックスできるであろう。

適切なアイコンタクトを取るためには、相手と 90 度法で着席するのが好都合である。もしも、同じ方向を向く 180 度法で座ると、視線を合わせるのに苦労することになり、向かい合う対面法で座ると、視線をそらす時に不自然となる（図 2）。

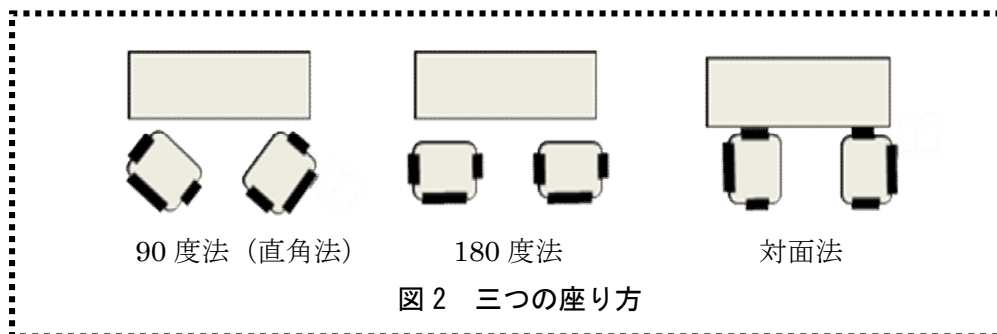


図 2 三つの座り方

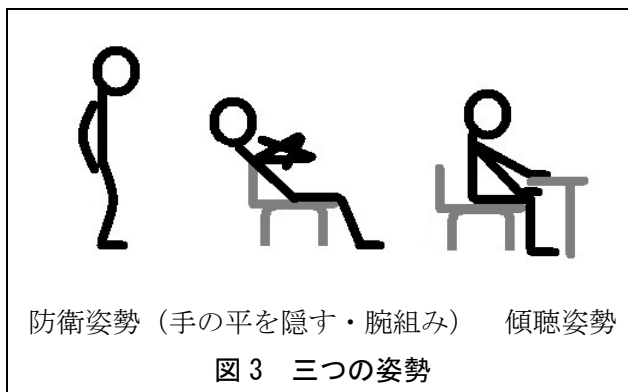
### 傾聴姿勢

姿勢とは動きのない静的な身体反応であり、それに対して動的な身体反応を動作と言う。

私たちは心の中を見られたくない時に、ポケットに手を入れたり、手を後ろに回したりと、たびたび手の平を隠そうとする姿勢を取る。また、人前で緊張すると腕組みなどをし、自分のみぞおちを隠そうとする姿勢を取る（図 3）。これらは自分を守ろうとする防衛姿勢であり、医療職が防衛的に臨めば患者・利用者も防衛的になってしまう。

また、私たちにはストレスが溜まると、無意味な反応を繰り返す動作がたびたびみられる。貧乏揺すりはその典型であり、固着反応と呼ばれる。医療職が固着反応で臨めば、患者・利用者はリラックスできないであろう。

手を自分の膝やテーブルの端に添えて、背筋を伸ばして座る傾聴姿勢で臨むとよい。そうすると、誠実に話を聴こうとするメッセージを、患者・利用者に伝えることができる。



防衛姿勢（手の平を隠す・腕組み） 傾聴姿勢  
図 3 三つの姿勢

### 文献

- 1) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 主体的に学び、感性を磨く。中央法規出版，2010
- 2) 諏訪茂樹：コミュニケーション・トレーニング 改訂版 人と組織を育てる。経団連出版，2012
- 3) Ivey,A.E. & Gluckstern, N.B. : Basic attending skills. Microtraining Associates, 1974  
福原真知子訳：マイクロカウンセリング。川島書店，1985

(諏訪茂樹)