

医療従事者の態度変容

Affitudinal Modification of Health Personnel

中川 米造*

いま医療の地殻変動ともいふべき事態が進行中である。古い医療がパラダイムを含めて新しい医療の行為形態に移行しつつある。古い医療というのは、医療についての判断や実施はすべて医療従事者、特に医師の責任において行うやりかたであり、患者は全面的に医療従事者を一方的、目隠し的に信頼し委ねること、あるいはそのような態度を言葉に表わさないまでも、状況的に雰囲気として要求する形態をいう。

それは患者が本質的に無能力者であるという解釈に立っている。それは、個人が患者として医療の場に登場するのは、自らはどうすることもできなくなった重篤な事態、それも急性にそのような状態に追いこまれたために、パニックに陥り判断力を喪失した事態であることが大部分であった時代の医療状況に由来する。それが基礎となって、医療従事者の態度が形成された。たしかに権威的で、断定的、指示的な態度は、パニック状態にある患者には有効である。T・パーソンズが医師の役割として、高度の知識技能の所有者であること、感情が安定していることなどをあげたのも頷けることである。

さらに加えていえば、医療従事者はそのような患者に接することで、パニックに巻き込まれないという利点もある。権威的、断定的、指示的な態度は感情的感染の防波堤としての働きもする。近代医療は科学を表面に立てて行われる

* 大阪大学医学部教授 連絡先：(〒530) 大阪市北区中之島4-3-77

が、科学は客観的であることを原則とするので、医療従事者の感情を保護するのには有効になる。昔から、医療従事者は「同情」という言葉をつかいたがらなかったのも、このためである。

しかしながら、いまやその基盤が変わった。それは、まずは戦後、医療が社会権の一環として求められるようになったことで医療供給が社会化され、以前のように重篤、急性の病的状態よりも軽症で慢性の病的状態が医療要求の大きな部分を占めることになったからである。この場合、患者はけっしてパニック状態にはない。そこそこの判断力は備えている。それに、権利ということになれば、個人の人格が尊重されなければならない。主体は医療従事者ではなく患者に移行するのである。自由権すなわち自己決定権は最大限尊重されなければならないのである。しかも、この個人の人格が尊重されなければならないということは、患者が治療に参加するということでもある。軽症慢性の病的状態は患者の主体的なライフ・スタイル、つまりは態度や習慣など行動的な面での変容を大いに必要とする。さらに、これは軽症慢性状態の対極にある臨死状態においても、古い医療従事者の態度モデルでは対応できない。科学的客観的な方法を前面に立てることでは対応できないのである。そのために、新たにターミナル・ケアの対応のありかたが模索されているのであるが、それも含めて、検討しなおさなければならなくなっている。これも原理的には軽症慢性状態に対処する方法、つまりは、患者の個人的人格的条件を最大限に尊重して行われる方法でなければならない。

新しい医療従事者の態度モデルは、したがって、援助的でなければならない。患者の態度変容を援助するものでなければならない。そのためには、まず

表

技術者	援助者
クール	温かさ
確実・効率	誠実
客観的(没主観)	共主観(共感)
分業	協同
操作・習熟	成長

は医療従事者の態度が変容されなければならないのである。それを古いモデルのそれと対比させた表を前頁に示した。本稿ではそのようなモデルを修得するのに役立つ訓練法のいくつかを紹介しながら、新しいモデルそのものをより明らかにしたい。

I 態度変容の原則

人間の態度はいろいろな条件で変わる。その法則性がつかまえられれば、変容させることもできるはずである。行動科学者はそれを最終目標として研究している。しかしながら、まだとてもそこまでは達していないというのが現状である。それに、もしそれができるとすれば、倫理的に重大な問題が生ずる。つまり、人の態度を操作できることになるが、それは許されることではない。アメリカの大統領の諮問委員会で人体実験についての倫理問題が検討されたが、そのなかに生物医学的な実験だけでなく、行動科学的な実験も含まれている。つまり、現在の段階でも倫理が問題になる程度には、行動科学の知識技術は進歩してきているのである。

かなりソフィスティケートされた理論もいくつかできているが、あまりに精妙であると、かえって使い難いということもある。ここでは、比較的単純な考え方を紹介したい。ひとつには、行動科学の源流のひとつである行動主義に従って、報酬と懲罰、あるいはもっと単純にいて、アメとムチを使い分け、態度を誘導しようというやり方がある。これはかなり有効な方法で、動物の訓練にも賞用されており、人間でも使える方法である。しかしながら、アメはともかくとしても、ムチを多用することは人権上問題が生ずることが考えられる。2番目には、この原理を集団的な状況に拡大した、社会学習理論というのがある。人間が学習するのは、他人とのかかわりあい、他人の行動を観察したり、自分のそれを観察したり、また言われたことから、行動パターンの概念をつくり、これが反応の内的モデルとして、さらには反応を修正するための基準の役目をするということである。特に社会学習理論で重視されるのは、モデリ

ング学習とよばれる。他人の観察によって、新しい行動様式あるいは態度を創りあげるという考え方である。これもわかりやすく、共感もえられる原則であるが、上述したように、医療に新しい事態が成立し始めているのに、まだ新しい態度モデルはできていないのが問題である。つまり、今の医療状況ではあまり望ましいモデルは得難いということを前提にしてみると、この考え方も素直に応用しがたいであろう。

そこで、3番目に登場させたいのは、K・レヴィンの態度変容の3段階理論である。彼は、態度変容は、解氷、変化、再氷結の順序で進むと言った。解氷とは、態度が開けることをいう。人間が自我を確立するということは、獲得した態度を固定しなければならない。つまりは態度というものはそれだけ堅いものなのである。これを変化させるには、それまでの態度が不十分であることを、なんらかの方法によって気づかせる必要がある。アメとムチもそのひとつであるが、上述したような問題がある。これはやはり外からの操作よりは、自発的であることが望ましい。そこで態度変容の学習では、アイス・ブレイキングと称せられる過程が重要視される。それは、堅い自我防衛を和らげることで、自分の態度を見直す準備状態をつくらうとするものである。

さらに、医療従事者の態度変容ということでは、特にそれが対人関係を中心にした態度であるだけに、一人で変容することはできなくはないにしても困難である。やはり実際の体験が最も有効であるはずであるが、問題は実際的な状況では失敗は許されないことが多いので、過度の緊張が要求されることが多い。これでは、せっかくの体験が無駄になるだけでなく、患者にも身体的あるいは心理的な障害を与えるおそれすらある。それに加えて、現場で観察されるモデルはかならずしも模倣すべきものではないことが少なくない。したがって、模倣的な状況を設定してやるのがよいようである。それも解氷がうまくできるようにするために、ゲーム的に行うことがすすめられている。ゲームは堅苦しさを少なくし、興味をもたせながら規則だけは厳しく守らせるという行動形態を課するので、気づきにははなはだ有効だからである。

それと対人関係が課題であるからには、観察、評価ができるだけ多様である

ことが望ましい。このためには小集団で取り組むことがよい。メンバーの数は経験的に6～7名から多くて11, 2名程度まで。それより少ないと、各メンバーが出し合う情報が少なくなるという欠点が生まれる。もちろん小集団における相互作用の程度も低くなる。かといって、メンバーが余り多すぎると、参加しない、あるいはできないメンバーができて、かえって、有効性は低下するようである。

最後に重要なのは、振り返りあるいはフィードバックである。それは必ず言葉にしなければならない。それによって、自らを客観視することができるし、それを媒介に自らをコントロールすることができる。つまり態度変容が可能になるのである。これがただのゲームとの違いである。このような原則をふまえて、実際に態度変容の学習を行うためには、すでに多くの方法が開発されて、成果をあげている。ここでは、筆者がここ数年来賞用している方法のいくつかを紹介する。その他の方法についてはかなり多くのガイドブックが刊行されているので、それを参考されるとよいであろう。文末にそれを紹介しておく。

II アイス・ブレイキング

これは、態度変容学習のはじめに、参加者同士あるいは参加者と援助者との間の緊張を緩和するために行われる。

1. リレー紹介

小集団作業では、お互いを知ることが大事である。その第一歩は名前を覚えてもらうことである。円陣をつくり、どこからでもよいが、誰かがまず“わたしは〇〇です”と名乗る。次にその右にいるものが“わたしは××です。わたしの左隣は〇〇さんです”と言う。以下同様にして名前を数に次第が増えていく。途中で間違ったり、思い出せなければ、その当人が助け船をだす。覚えられない名前ほど繰り返される回数が多いので、結局は覚えられる。20人くらいまでなら可能である。

2. お絵かき

模造紙1枚，または半裁1枚，マジックインキを各自に配って，その紙一杯に絵を描かせる．題材は自分に関したこと，たとえば，“これまでの体験のなかでもっとも印象的であったこと”あるいは“わたしの故郷”などがよい．成人になると多くの人間は，あまり絵を描かなくなる．そこで自信がもてない．しかしいったん描いてみると，まわりの参加者もあまりうまくはないのを見て安心する．それだけでなく，言語化までは至っていないが，追憶や感傷をイメージとして客観化したことになり，内面的な世界へのチャンネルが開かれる．

3. ジャンケン紹介

これは100人程度の大勢のアイス・ブレイキングをするのに有効である．雑然と集合させておいて，手当たりしだいペアをつかってジャンケンをさせる．勝ったほうは負けたほうを指差して，厳然とした口調で“おまえは誰だ”と言う．それに対して負けたほうは，できるだけ卑屈な態度で“わたしは〇〇です”と名乗る．5回勝てば坐るなり，その場から抜けることができるというルールである．勝った場合，多少の攻撃性が出て発散されるので緊張が緩和される．

4. 50数える

これは20～30人のグループによい．円陣をつくらせて，“番号”と号令をかけて，順に数を数えさせるのであるが，それに条件をつける．たとえば，7の倍数にあたった人は沈黙し，その次の人はその数字を飛ばして数える．間違えたら，改めて1から始める．うっかりしてなかなか50までは到達しない．間違えたと笑いが起こり，緊張が解ける．緊張解消の程度が弱ければ，間違えたら数える方向を逆にするなど，すこしルールを難しくするとよい．

5. 他己紹介

妙な言葉だが、自己紹介でなく、他人が紹介するのでこのような名前と呼ばれている。これも20～30人のグループによい。やはり円陣をつくらせ、どこかを起点に右隣の人と相互に4～5分インタビューさせ、次に左隣の人も同様にさせる。こうして隣同士知り合ったところで、起点の人が“わたしは〇〇です”とだけ言い、次いで左右の人が彼について知り得たことを紹介する。このようにして次々と紹介が続く。よくやられる自己紹介は自分をどう紹介しようかと考え込むために、人の言葉をほとんどが聞いていない。これだと、相互インタビューですくなくとも両隣はかなり知り合うことができるし、2人で紹介するので緊張も軽い。これも間違いがよくあり、笑いをさそうのもよい。

6. ブレーン・ストーミング

それ自体はアイス・ブレーキングだけを目的にしたものでなく、小グループでアイデアを効率的に産生するための方法であるが、テーマを選べば、アイス・ブレーキングにも使える。ブレーン・ストーミングそのものは4つのルール、すなわち、①出されたアイデアに批判をしない、②自由奔放なアイデア歓迎、③他人のアイデアの真似おおいに結構、④アイデアはとにかく数が多いのがよい。したがって、課題に添ったアイデアを出させるのである。人数は1グループ7～8人くらいがよい。これも模造紙を1グループに1～2枚与えて、あらかじめ選んでおいた書記にメンバーが口に出したアイデアをかたっぱしから書きとめさせる。アイス・ブレーキングに使うときは、たとえば“古新聞の利用法”とか“古いストックの利用法”など、多少おかしみのあるのがよい。いくつかのグループでやるのなら、同じテーマでアイデアの数を競争させるのもよい。

Ⅲ 積極的傾聴

医療従事者の態度の大部分は対人関係にある。しかも特に対話に集中している。上に述べたように、これまでのモデルでは、医療者側は質問と指示に限ら

れていたもので、特に対話の訓練は必要なかった。しかしながら、これからは、患者自身の態度変容を援助することが要求されてきている。そのためには、まず医療従事者が態度を変容することが必要になる。対話における問題点に気づき、それをあらためるために工夫されたのが積極的傾聴である。いろいろなやりかたがあるが、筆者が好んでやるのは次のような形式である。3人一組をつくる。1人は話し手、1人は聞き手、1人は時計と観察係になる。聞き手には話し手の話したことを繰り返させる。5分たって、役割を交替してそれぞれが3つの役割をすませたところで、お互いに気づいたことを話し合う。聞くことの難しさ、視線や姿勢の関与のさせ方などが、その話し合いの焦点となるであろう。

この実習に、話の途中で沈黙をはさんだり、相手を見無視したり、一方が立ち、一方が坐る、一方がベッドに横になり、一方は立つ、など姿勢を変えることを加えることで、それぞれの意味を体験できる。

この実習をカウンセリングの基礎にするときは、いわゆるミニカウンセリングとして、さらに、話の内容を要約したり、探りをいれたり、直面させたりなど、それぞれのカウンセリング理論に従った、具体的な基本技法を意識的にとり入れた実習によって体験させる。

IV ロール・プレイング

あらかじめ設定した役割と状況を与えて、それに沿った対応をしてみることで、自分の態度を客観化させ、変容の機会を与える方法である。すべてひとつは新しい状況あるいは対処困難であることが予想されるときには、心のなかで状況を想像しながら対応を工夫する。ロール・プレイングはそれを具体的に現実化したものといえよう。どのような役割を選び、どのような状況を選ぶかは、何を問題にするかによる。ロール・プレイングの前に、いかなる態度を問題にするかを、グループ討議等によって十分意識させたいうで行うと効果をたかめる。場合によっては、演技の相手役を行うものの訓練をしておくのが望

ましいこともある。

医学教育ではこのような役割を演ずるものを模擬患者ということもある。彼または彼女はあらかじめ病歴と症状を覚えておかなければならない。欧米ではこのごろ、この模擬患者の協力を得て行う学習がさかんである。ボランティアあるいはセミ・プロの模擬患者は病歴や症状についていろいろなレポーターをもち、学習者の相手役を務めてくれる。なによりもいいのは、これまでの臨床教育では、患者は標本として扱われるか、あるいは医学生は正規の医師であるかのごとき欺まんをあえてすることを強いられる。しかもその医師の役割モデルが権威主義的で一方的、断定的であるために、患者側からのフィードバックがないのに対して、模擬患者は自由に感想を述べるができるし、また実際の患者の場合なら困難な繰り返しや、学習者の技能の程度に応じて難易度を調節することもできるという多くの長所をもっているのである。人権上も問題のあるいわゆる学用患者制度に替えて、できるだけ早く模擬患者に相手になってもらった臨床教育入門コースがわが国でも実施されればよいと思われる。

模擬患者による場合もそうであるが、ロール・プレイング一般についても、フィードバックが特に大事で、これは相手役、周囲で観察している学習者の意見が非脅威的に出るように実施することが必要である。マジック・ミラー、つまり、一方からだけ観察できる鏡でしきられた部屋のなかで演技実習をさせたり、ビデオにとって見直すのもよい方法である。

V 体験学習の設計

態度変容の学習のためには、まず治療における医療従事者の態度の意義を学習者が価値あるものとして受け入れるところから始められなければならない。初学者の場合は、まだ医療従事者としての体験がなく、むしろ患者への共感をもちやすいので、比較的導入は簡単であろう。しかしながら、すでに従事者になっている場合であると、それぞれの自分の態度のスタイルができていて、かなり困難である。あまり脅威を与えないよう、自分の行動様式をふりか

えるのを助けるには、たまには、センシビリティ訓練などの、無構造な方法のほうがよいかもしいない。その有効性に気づかせるためにどうするかが問題ではあるが。

それと、この種の学習も、やはり反復繰り返しが必要で、しかもまったく同じやり方では効果が薄れることがあるので、設計にあたっては学習者の経験を知ったうえで絶えず創意をこらす必要がある。

参 考 書

- 1) 鈴木伸一：研修技法〈田代空，川端大二編：研修基礎講座6〉，産業労働調査所，1984。
 - 2) 中西信男，那須光章，古市裕一，佐方哲彦：カウンセリングのすすめ方〈有斐閣新書〉，有斐閣，1983。
 - 3) A. E. アイビー，福原真知子，牧山喜代子，国分久子，楡木満生訳編：マイクロカウンセリング，川島書店，1985。
(この記述に従ったビデオテープ(日本語に吹き替えてある)も市販されている。)
 - 4) 柳原光監：Creative O. D. (人間のための組織開発シリーズ) I-IV，行動科学実践研究会，(Tel. 03 (401) 7860)。
(すぐに使えるマニュアルツールもおさめられている。市販はしていないので直接注文のこと。)
 - 5) J. W. Pfeiffer and J. E. Jones: A Hand book of structured experiences for Human relations training I-VI, Univ. Associations Publishers and Consultant, La Jolla, Col.
-