

行動科学革命が作り出す共感医療

大矢幸弘¹⁾ 諏訪茂樹²⁾ 橋本佐由理³⁾ 藤崎和彦⁴⁾
前田三枝子⁵⁾ 益子育代⁶⁾ 宗像恒次⁷⁾ 矢幡 洋⁸⁾

Behavioral sciences bring a revolution in medical care : compassionate medicine.

Yukihiro OHYA¹⁾, Shigeki SUWA²⁾, Sayuri HASHIMOTO³⁾, Kazuhiko FUJISAKI⁴⁾,
Mieko MAEDA⁵⁾, Ikuyo MASUKO⁶⁾, Tsunetsugu MUNAKATA⁷⁾, You YAHATA⁸⁾

■行動科学の普及が遅れている日本

宗像(司会) 行動科学研究が1940年代に始まり、50年代から60年代にかけて産業界を始め、医療界など様々な分野に入ってきました。60年代後半には、米国では医学部教員の7%が行動科学者で、72年には医師の資格試験パート1の必修となり、行動科学が医学教育の中で完全に定着しました。臨床も行動科学なしにはあり得ないと言ってもよいほど、技術が応用されるようになりました。看護も同じような状況にありますから、米国の医師や看護婦にとって行動科学は欠くべからざる学問であり、技術であるわけです。

行動科学は行動を単位として人間を総合的にとらえようとする学問です。行動には、生物学的な行動もあるし、文化的な行動もあるし、経済学的な行動もあります。ですから、米国の医学はバイオメディカルなモデルを捨て、バイオサイコソーシャルなモデルを用いるようになってきました。

わが国でも、医療は疾患の除去だけではないという考え方が定着しつつありますが、実践としては不十分です。ただ、20世紀がIQの時代だとすると、21世

¹⁾国立小児病院 ²⁾東京女子医科大学看護学部 ³⁾日本保健医療行動科学会奨励研究員 ⁴⁾奈良県立医科大学 ⁵⁾飯田女子短期大学 ⁶⁾ヘルスヒーリング研究所 ⁷⁾筑波大学健康学分野 ⁸⁾千葉大学教育学部

紀はEQの時代で、物質的に豊かになって、心の疲労とか、心の飢えが問題になってきますから、医療も「管理医療」や「脅しの医療」ではなく「共感の医療」「癒しの医療」になっていくはずです。とすると、わが国の医療・看護はこれから大きく変化していかなければならないわけです。

では、21世紀をこれからどう展望していくか。我々、行動科学を研究している者が、どういう行動科学を新たに構築し、どういう医療を考えていくか。行動科学会の扱う領域は様々ですが、今回は医療の場限定して、討議していただこうと思います。



宗像恒次氏

■プラセボ効果に頼っていた従来医療

宗像 行動科学で重要なのは「イルネス」と「ディーズ」の区別です。イルネスは一般の人が「病気」と考えるもの。ディーズは「疾患」で生物学的な異常をいいます。

一般の人が病院に行くことは、実は病気への対処行動であって疾患への対処行動ではありません。一方で、病院は伝統的に、疾患を除去することによって病気を治療する方法をとってきました。しかし、自分は病気ではないかという不安がストレスとなり、そのストレスが病人をつくり、クリニックで70%を占めるといわれる不定愁訴を生み出し、さらには疾患も惹起する。またそのことを考えると、ストレスをもちやすいパーソナリティのあり方そのものも病気や疾患に関係していることになります。ならば、癒しを含んでストレスマネジメントすることが病気を治すときに不可欠になる。また自己成長など、パーソナリティを変容しないと、「病気だ病気だ」と不安になりやすい人はその病気を治せないわけです。

大矢 パーソナリティの変容、ストレスマネジメント、疾患の除去、この3つは患者さんのイルネスを治すのに必要な条件だと思います。昔の医療では、医師がある種の権威をもつことで、残りの2つが自動的に起こったわけです。医師に権威があり、患者が読めない字でカルテに何かありがたいことが書いて



諏訪茂樹氏

ある(笑)。医師が一種のカリスマ性を帯び、患者の期待が大きいために、患者の自然治癒力が働く。医師には治す力がほとんどなくても、患者側の期待によってプラセボ効果が最大限に発揮された。また、そういうことで患者は癒されてきた。

しかし、昨今は医師の権威が地に落ちてきた。そうになると、かつての権威に頼ったプラセボ効果を、どこかで補わないといけなくなる。それが、ストレスマネジメントやパーソナリティの変容だろうと思うのです。そういう方法を新たに医療を提供する側が開発しなくてはいけなくなったわけです。

藤崎 19世紀型の医療は、19世紀型の病気、すなわち急性疾患には有効でしたが、20世紀後半の病気、すなわち慢性疾患に対処できなくなってきています。急性疾患は体が治ったら問題はなくなりますが、慢性疾患、生活習慣病、がんなどはそうではありません。入院中だけでなく、もっと長い期間の問題です。退院して地域へ戻って、家庭・職場で生活をしながら療養を考えなくてはいけない。

にもかかわらず医師を含めプロフェッションのほうは19世紀型のままで、その権威をもとに何でも私らが治せるという大風呂敷を敷いている。だから、だんだん馬脚が出て、結果的に自分で自分の首を締める状態に陥っている。

■医療者も消極的なかかわりしかできていない

宗像 生活習慣病やストレス病は、習慣を変えないと治りません。けれど、今の医療には、その人のライフスタイルや生活習慣、ストレスを持ちやすい行動特性を変えるサービスはセットされていません。この現状をどう解決するか。そういう問題に我々は直面しているわけです。しかし、実は医療者自身が患者と同じような問題をもっていて、あるいは、患者以上に強いものがあるのです。

藤崎 医療者は患者を助けようという気持ちではいるが、結果的には「こけさせないように」してしまう。だから、すごいパターンだし、こけた人にはすごく冷たかったりする。患者は結局痛い思いも表出できないまま放り出され

てしまう。

益子 多分、それは育っていく過程とか、今の生きていくなかで起き上がり方を知らないから転べないのです。結局、転ばないように、転ばないようにという形で対応なので、転んだときにどう上がってくるかという部分を知らない状態。

患者さんが病気を屈服していくとき、病気になって学んでいるものを必ずもっているのです。それをおおして、たとえば人の気持ちがわかったとか、平凡な人生を生きるところだったとか、自分が病気になった意味を理解しているようです。病気からはい上がったところに明らかにパーソナリティ的な変容であったり、ストレスマネジメントといったものが徐々に確立されていく。だから、転ぶことも怖くないから挑戦もできていける。起き上がるときはサポートがすごく重要になります。しかし、サポートをできる人たちがいない。サポートする側に自信がないと、転ばれてしまうとサポートの仕方がわからないので怖くなってしまいます。だから転ばないように対応してしまう。たとえば、健康障害に対してポジション的には医療者がベストな状態だと思うのですが、医療者も今言ったような形でサポートしきれないで悪くしないように、悪くしないように、その症状の意味がわからないまま、最悪の状態にならないことだけの視点でフォローしてしまう。

前田 このごろの若い人たちは、生きることにハングリーという体験がないとか、生きることにコミットメントするとか、情熱を持って生きるという体験が少ないように思います。ですから、人間関係で一つつまずくと、もう自分の心をシャットアウトしてしまって、自分の殻に閉じこもってしまいます。本人も何かまずいと気がついているのですが、どうしてよいのかわからず、しゃべらない、何もしない、動けない、つまり止まってしまうのです。それに、伝統的風土が残っている医療の世界では、患者が本来もっている自然の治癒力を押さえつけてしまう傾向が今でもいろんな面にありますね。これもぜひ変えていかなければいけませんね。たとえば、危ないからもうちょっと静かに寝ていましょうとか、転倒して骨折されたら怖いので積極的に動くことを制限した



橋本佐由理氏



大矢幸弘氏

りとか。

矢幡 しかし、今の我々の世界の中で、成長体験をみずから体験できる機会や場所がどこにあるのかという問題がある。ゲームなら何回負けてもすぐリセットして始められるので、決定的な挫折体験はない。人間が何かつまずいて、そこで成長していく経験は、病気に限らず必要な経験のはずです。ところが、親も挫折させたがらないし、周りの援助専門家も同様という状況ですね。

橋本 家族関係が変化しました。以前は大家族であったのが、今は核家族。高齢者世帯も、1人住まいも多くなって、入院しても医師や看護婦など医療者とかかわりだけで、他の人とかかわりがなくなってきました。自己成長は家族のダイナミクスの中にうまれる、守りあったり、認めあったりするといった愛情が関係すると思いますが、家族関係が変わってききたことで、それを促す関係も機会も減っていった。

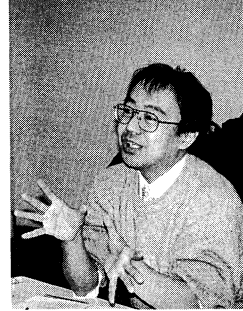
大矢 人から理解してもらうことが癒しにつながります。心身医学的な治療をしていくときの第1ステップが、とにかく相手を受け入れる、ラポール形成から始まるのです。ただ、この第1ステップが最も難しい。

癒されていくためには、もう一つ、他人との交流が必要です。従来我々が生まれながらにして与えられた共同体は、選択しなくても他人と交流し共感を共有できる社会でしたが、現在は自己選択を迫られる社会なので、その分ストレスが増えている。そして、自分のパーソナリティがそれなりに主体性を持って成長していないと、他人との関係がうまくいかない。つまり、ソーシャルスキルがうまく育っていないと、癒しに必要な共有体験をすることができない。ストレスマネジメントや癒しと、パーソナリティの変容は同時に起こらないといけませんし、この2つは相互に非常に重要な関係をもっています。

人間は自然に自分を癒そうとして他人との関係をつくろうとする。そのやり方が上手な人と下手な人がいる。けんかをしなければ他人と関係をつくれない人もいますし、逆に、他人との関係を上手につくることができる人もいます。

後者はあまりストレスもなく、いろんな体験を共有し、共感することができるので、必然的に日常生活の中で自然に癒しが起こる。

他人との関係の作り方が下手な人たちがいろんな心身の問題を起こしますから、その人たちに対する援助が必要になる。そこで行動科学の技術がものを使うと思うのです。



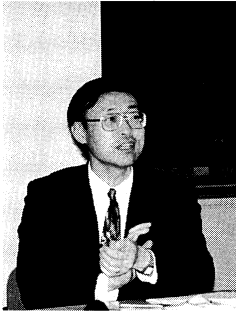
藤崎和彦氏

■パーソナリティの変容

宗像 問題をもつ人は、さまざまな心傷体験が記憶イメージとして残存している。ヘルスカウンセリングの中でイメージ療法を行って、心傷イメージを本人にとって満足のいくイメージにします。親が共働きで、いつ帰宅しても夕方になっても一人ぼっちで切なかった4歳のイメージを、「お母さん遊ぼう」「うん」と手をつないで遊んでいる姿にするような感じで、その人の側頭葉に残存している心傷的な記憶イメージの修正をします。そうすると、切なさや諦めをもった悪いイメージからの支配がなくなるので、行動あるいはパーソナリティ特性が——パーソナリティは体系的なものですから一部分を変えたからといってすぐに変わるものではありませんが——、徐々に全体的に統合され変わっていくのです。

しかし、そのためのスキルや基本姿勢がないと患者さんの話を聞いたときに、同情や同感、追体験が高じ、自分がクライアントのようになってしまって、コミュニケーションがとれなくなる。同情や思いやりは自分の気持ちであってブロック(相手の話を聴くことを妨げるもの)だから脇に置くというスキルの知識さえない人も多いですし、また、それをスキルとして学んでも、基本姿勢ができあがっていないから自分の感情を脇に置けずに無力感や不安に落ち入ってしまう。そういう医療者が医療の現場大半を占めるという実態があります。

矢幡 医学教育の問題でもありますね。ただ、患者教育や医療者教育で、コミュニケーションスキルがない人に対してそれをどうやって向上させるかを考えたときに、どんな方法が可能なのかという問題があります。



矢幡 洋氏

諏訪 私は教育現場でそういうものを教えられる人が限られているという実感をもっています。授業でロールプレーを行う際、教員は口頭で直接教えず、ロールプレーの学習用ビデオを見せ、それから小グループに分けて学生にロールプレーをさせる大学もある。医療従事者の教育において、受容とか共感を理解していて、わかりやすく伝えるマンパワーが不足していますね。

藤崎 せめて共感の手前の受容、あなたはそう考えているんですねという受け止めだけでもいいと思う。ただ、共感するにしろ、受容するにしろ、その前に傾聴ができていないと共感すべき内容が聞こえない、受容すべき内容がわからない。なのに、それができていない。

宗像 たとえ理屈で理解していても、実際できないのが現状でしょう。傾聴しなくてはいけない、受容しなくてはいけない、共感しなくてはいけないと、自分の価値観や気持ちが出てきてしまい、共感力を失わせて、傾聴力を失わせている。

益子 看護教育では、教員が学生に共感すれば、それで共感はいくらでも教えられると思うのですが、あなたは共感ができてないわ、傾聴できてないわと(笑)、教員が学生にそういう共感とか傾聴を全く示さない状態で伝えようとしているため、その意味とか、体験的な部分が提示できていないことが一つは問題だと思うのです。

患者を理解できないことがパーソナリティの部分としてできないのか、ソーシャルスキルの未熟さでできないのか押さえておかないといけないと思うのですが、その人に共感力がなければその区別をつけるのは難しいと思います。すると共感しなさい、受けとめなさいと指摘するだけになってしまうのだと思います。

■なぜ医療現場で癒しが阻まれるのか

大矢 人を信じることができれば、人とつながることができる。そこには当

然共感があって、癒しがやってくる。十分に愛情を注がれて育っていないと、自分が人に愛情を与えるエネルギーもないから、うまくいかない。我々、医療関係者ができることは、患者さんに対して愛情を持つことだろうと思うのです。患者さんと十分な共感を持ち、我々が愛情を持った医療をしていく。そのなかで患者さんは癒されていくのではないのでしょうか。



益子育代氏

藤崎 装置の問題もあります。患者さんは外来で丸いすに座らされる。丸いすで安定的に座るためには、真ん中に重心を持ってこないといけないから、体を閉じてしまう。体を閉じた状態で心は開けない。医師は白衣に守られ、患者は裸にされ、「リラックスして」と言っても無理がある（笑）。病院にはどこかお寺や教会みたいな雰囲気があって薄暗かったり、物静かだったり、感情表出することがなじまない環境にしてある。だから、患者さんは、先生の前にいったら感情的になるまいと、理性的になろうとしてしまう。でも、そもそも病院というところは、何らかの怒りや悲嘆などを持ってくる場所でしょう。そういうギャップにも問題がある。

矢幡 医療現場には、お互いにかしこまらざるを得なくなるようないろんな装置、それはある意味では治療者を守る装置ですが、過剰に自分を守ってしまう装置が目に見えないところでたくさんあると思うのです。

諏訪 教育の現場にもあります。階段教室はその典型です。

藤崎 それに、医療者が傾聴できないのは、スキルの問題もあるが聞くのが怖いからだと思います。傾聴したらしんどい、怖いから、患者が言い出しかけたところでそうですね、心配ですねとすぐふたをして、こうした方がいいとか、ああしたほうがいいのか答えを返す。

そのためにはこちら側も自分の感情の問題にある程度片をつけないと、だめなのです。そうでないと、巻き込まれて自分の感情の問題が出てきたときに、自分がコントロールがきかなくなる。

前田 米国で教育を受けたときに、コミュニケーション理論が看護学に入ってきて、盛んにそれを学んで、スキルのレベルで傾聴も、受容もいろいろ学ん



前田三枝子氏

できたのです。帰国後も一生懸命取り組みました。でも、何か違う、何か違うと、いつも満足感がなかったのです。そのとき、宗像先生のヘルスカウンセリングの研修に行って、それが解決しました。1回自分が本当に共感を受けるとわかったのです。何が違うかというと、感情のところです。ヘルスカウンセリングでは相手の気持ちや感情を、繰り返し、相手が出せるように徐々に開いていきます。それからは学生にあなたの今の気持ちは何とか、患者さんの気持ちを聞くようにしましょうと教えたり、学生に対応すると、学生も患者も変わり、ちょっとした臨床の実習の場面でも患者さんが変わっていくのです。

■では、どこから変えるか

益子 基礎教育で学生に伝えることができたとしても、卒業して臨床に出ても現場が変わっていないと新人はつぶされてしまう。逆に、臨床の看護婦さん対象に研修をやっていると、学生を教育しているよりも効果が高いのです。現場の看護婦さんたちが変わっていくのです。その人が体験的に気づくために、その人自身の感情に焦点を当てることをポイントとしているのですが、ロールプレーにしても、患者役割、看護婦役割でやっている限りは自分に振り返るための気づきは少ないと思います。看護婦さんたちは、臨床に対する問題意識をもっているのです。そのことを自分の内面をとおして体験的に、しかもハウツウのレベルまで具体的に学ぶと次から実行していけますし、今度下のスタッフにも教育していけるので強いのです。

そういった意識改革というか、そういうものも看護教育に取り入れていこうと、現任教育に対して看護部長とか、総婦長クラスの方が問題意識をもち始めて、積極的に取り入れ始めているのです。長の考え方の影響ははるかに大きいと思うのですが、そういった部分では結構期待できるのかなと思っています。

前田 しっかりした思考力、判断する根拠を自分で探していく力、共感。前者の2つは1つかもかもしれませんが、この3つがそろったら、現場を変えていく

力になると思います。今はそれが片方だけだったりとバランスがとれていません。そのバランスがとれるようになれば、看護が変わり、患者さんが変わり、それを見ている学生が変わっていく。でも基礎教育においても足りなかった部分があるので、そこの両方を最初から、つまり癒しができるのが本来の看護であったように、現代の社会、医療の中においても癒しができる看護を、もう一度学生にしっかりと教える作業が必要ですね。

諏訪 しかし、看護教育は、教育と臨床が分かれていますね。臨床の場の管理職を変えるのはいいとしても、次に教育現場の教員はどうするのかという問題が残ってしまいませんか。

矢幡 私は精神病院に七、八年勤めていたのですが、病院文化は容易に変わらないという実感が強いのです。新しく入った人がその病院文化を変えていくより、飲み込まれている例をよく見ます。どっちかというむしろリーダーを変えていくというか、長のつくような立場の人の意識を変えていくほうが、早いなという感じはあるのですが……。

諏訪 だとしても、まず上を変えて全体を変えるというのは非常に危険だと思います。上から一方的に変えるというやり方だと、本当にそれに納得して行動するのではなくて、表面的な同調に終わってしまい、根本的な改革にならない。

また、看護教育も容易に変わらないと思うのです。いまだに軍隊教育のような側面がそのまま残っているし……。

藤崎 いずれにしても1点突破は無理でしょう。しかし世の中が変わってきているわけだし、変わってくるのは確かだと思うのです。看護も4年制大学が出てきて、学生はそれなりに知的な部分の腕力を持っている。20年、30年単位でみれば変わらざるを得ないし、変わる方向に動いていると思う。

矢幡 本来的には、医療を変えていくのは医療消費者だと思うのです。ある病院は昔風でがんがんやるが、もう一方の病院は発想も違うとしたら、前者はどんどん患者さんが減って苦しくなる。そうなればその人たちも、ちょっと変えなくてはいかんとなる。それには医療消費者がそういう商品は買わないことが必要です。そのためにも、医療消費者教育が必要だと思うのです。

諏訪 もっと広く社会教育なり、あるいは学校教育のレベルからでも、消費者としての意識を高める必要がありますね。

■まずは自分ができることから

大矢 どの部分から変えるかは、議論よりも自分が今置かれた立場でやるしかないだろうと思うのです。私は実際に臨床をやっていますから、その臨床の立場で自分でできることをやっていきたい。その中で患者さんに共感することから始まって、自分が理想とする医療をやっていく。いわゆる生物心理社会的（バイオサイコソシオロジカル）な観点からもって医学をやっていきたいと思います。

オルタナティブ・メディシンは別の系統ですが、いわゆるコンプリヘンシブなモデルを採用している点では、行動医学、行動科学とオルタナティブ・メディシンは接点があります。アメリカでも行動医学会の中では常にオルタナティブ・メディシンとの違いが議論されています。NIHもオルタナティブ・メディシンの部門を設けて、どんな結果が出てくるかの研究を始めました。一部では効果のあるものと立証されつつあります。我々は、患者さんが民間療法を試みたいと言ったときでも、頭ごなしに反対しないで、聞いてみる。そうして、患者さんにとっていいことは何でも取り入れる。そういう姿勢で現場から変えることが必要だと思います。

実際、自分が仕事場から離れて家庭に入ったときにはその地域の一人だし、またPTAの一人でもある。子供の幼稚園なり、あるいは学校なりをとおして、自分がそこにかかわることができる。自分の置かれた立場で、狭いながらも関係しているなかで一つずつ変えていく。

我々が今いる立場でできることを一つひとつ行い、自分の力の及ぶ範囲で、そしてできるだけ広い範囲でそれを還元していくことをすれば、それが最も効率よく変えていくことになるのではないかなと思います。

■これからの医療、社会と行動科学

藤崎 この学会は非常にオープンに、プロフェッションにも、市民にも開か

れたかたちであります。始めたころは、看護の言葉、心理の言葉、社会学の言葉、メディカルの言葉で、3回目ぐらいの大会までは言葉が通じないというところで苦しんでいました。それが今はこのようなレベルで話し合えるのですから、変えていくところがものすごく力になっていくのではないかなと思います。

橋本 小学生のカウンセリングをすることがあります。小学生は習得が早いですね。そこで、小学校のカリキュラムのなかに心の話とか、愛情の話とかをするカウンセリング技術やカウンセリングマインドを学習する機会を設けてはと思うのです。たとえば、小学校3年生でも、きちんと自分のなかにこういう気持ちがある、こういう感情があるということがはっきりすることによって、相手にもそういうものがあることは理解します。小学生にはすぐ伝わりますし、自分がカウンセリングをしてもらったりすると、すぐその後、自分がやってもらったことを家族にしてあげているのです。

益子 小学生は言語化することの難しさから、絵に描いたりとか、体で表現できるようにするなど、感情を表出していけることを体験的に学んでいけることが大きいと思います。さっきの看護教育ではないですが、精神科で働いている人よりはるかに学生のほうがコミュニケーションがうまかったり、患者を受け入れられたりすることがあります。患者が生き生きしてくるのです。そういった部分で感じるのは、基本的に傾聴とか、共感はある意味特別なことであって、特別でない。愛をだれでももっているのと同じように、人間誰しも基本的にもっているもの。ただそれがたまたまできたり、できなかつたりと無意識にできているため、体験していることを学習づけられていないだけなのだと思うのです。自分ができていることに気づけるかわりが必要だと思います。それに気づくことができれば、やがて自信ももてるようになるし、自分が努力していることの意味も見出せるようになるのではないのでしょうか？ それが一人ひとりできるようになってくるのが理想だと思います。

橋本 ちょっと突拍子もないことですが、国会討論を見ていて思ったのですが、皆、自己主張することばかりで、全然人の話を聞かないですよ。こういうのを見ていたら、これがコミュニケーションかとか、これが質疑応答だとか、これが会話だと思うんだらうなと感じました。このような人たちが国を動かし

て様々なことを決めるのだとしたら、もうちょっと国民の声を聞くべきあの人
たちをどうにかしないと（笑）。

前田 イルネスを治していく過程でその人の魂が深まったり、輝いていく。
そういうことがまさに看護だと、看護教育でしっかりと基礎から教えていきたく
と思います。そのときに行動科学理論は非常に重要な役割を果たすと考えま
す。そして、それは人を変えて、成長させる。看護師が成長していけば患者さ
んもきっと成長し、自己決定ができるように変わっていくと思うのです。

宗像 医療の場だけでどうするかということではないと思うのです。コミュ
ニケーションとは、共通化、共有化するという意味がその本質にあります。そ
れは医療や教育に限らず、あらゆる場に気持ちの「共有化」文化が必要である。
幼児や小学生の段階からの心や魂が通じ合うような文化づくりが大事だろうと
思います。

結局、医療のあり方は医療の消費者が決めることであって、その意味から言
うと、社会のあり方とか、制度のあり方、そういうものの変化によって医療が
変わっていく。パーソナリティ特性だけ変わるのではなくて、ソーシャルスキ
ルもあれば、社会的役割や法制度の変化などシステムとして変換していくよう
に、いろんな角度からシステム全体として変わっていく方向に向かっていると
思うのです。そんなときに、PTAや教師であろうと、患者や医師や看護婦であ
ろうと、一人ひとりがいろんな立場で、気づいた者が気づいたなかで最大限努
力していくことが変革の一番の方法だろうと思うのです。

医療者の知識レベル、スキルレベルも、パーソナリティレベルや社会システ
ムレベルも変えていきながら医療を再構築していく。そういう看護教育や医療
教育をしていく。そのとき、新しい医療を展開するために新しい行動科学が
いろいろなレベルで役に立つでしょう。それは組織の再編成やパーソナリティの
変容にしても、ストレスマネジメントにしても、コミュニケーションの技法に
しても、いろんなところで役に立っていくに違いありません。また我々がその
ように役に立たせていけるようにしたいものだと思います。