

討 議

南 裕子 河野 友信 稲岡 文昭

宗像 恒次 山本 和郎* 中川 米造<発言順>

司会（南） それではシンポジストの方々に前に出ていただき、会場の方たちからいろいろなご質問やご意見をおうかがいしたいと思います。

保健医療行動科学会を結成するにあたって、扱い得る研究領域が本日明白にされてきたのだと思いますが、こういう研究領域もあっていいのではないかというご提案だとか、または先ほどの発言者の中のいろいろな変数の扱い方などに関して、ご意見もおありかと思ます。ご発言をおねがいます。どうぞ。

質問者 仙台で開業しているFです。今日は内科というか、成人のお話が非常に多かったわけです。しかし、成人の場合でも、子どものときに、三歳までにどういう育てられ方をされていたかということが非常に大事なのではないのでしょうか。

私は育児相談を毎月やっています。突き詰めるとどうも、それが行動科学のいろんな学説になってるような感じを受けまして、やはり子供への育児相談の段階から、予防的に行動科学を適応していくやり方が、大事なのではないのでしょうか。それで河野先生に小児の心身症を含めて、そういうお話をちょっとお伺いしたいのですが……。

河野 ただいまご指摘になったとおりに感じております。ですから私たちの心身症の診療では患者さんの生育歴を洗ったり、行動分析をしたり、行動特性

* 慶応義塾大学教授・心理学

や性格特性の形成された過程なりを検討しながら、その人の健康問題を解決するように心がけています。

しかし、そういう医療をすることは現在の保険医療システムのもとでは、非常に困難です。医療というのは医療者が手間ひまかけて実践するものであり、患者さんのために時間をつくり、代表世話人の中川先生が最初に言われたように、よく話を聞いて個別に対応するということが非常に大事です。対話ができにくい医療システムであることが非常に残念です。そのことは、F先生が第一線で身をもって体験され、日頃お感じになっておられると思います。私も育児相談や小児心身症の診療に行動療法を適応することは大切だと思います。

司会 この件に関しまして、発言者の中で他にご意見はございませんか？

稲岡 私は現在、国立公衆衛生院に勤めています。そこでは保健婦、助産婦に1年間の再教育をしているわけです。いろんなカリキュラムがありますが、その一つにここにおられる宗像さんと相磯さんによる、保健行動についての講義があります。問題は再教育を受けたその人たちが、現場で親と子の健康相談をしたり、カウンセリングする場合、それをスーパーバイズしてくれる人がいないことです。

河野 F先生は仙台市で小児科医院を開業されておられるのですね。本日は臨床医はほとんどやってきていないので非常に貴重な存在ですが(笑)、先生がこういうことにご関心をもたれたのはどういうことからでしょう？というのには、この会で行おうとしていることに臨床医が関心を向けてくれないと困ると思うのです。私は臨床医として、20数年来声を大にして心身医学や行動医学の必要性を訴えてきましたし、駒込病院に来てから10年たちましたが、笛を吹けども周囲は全然踊らない。感受性の問題かとも思うのですが。

F 私、昔は保健所にいまして、所長をあちこちで勤めました。それでやはり予防医学が大事だ、すっかりでき上がった子供にどうのこうのいっても遅いのではないかということで、矛盾を色々感じてきたわけです。

アメリカであれば、ある程度長い診察時間については、それがペイされるような医療体制になっている。日本のいまの公立病院はほとんど三分診療です

ね。保健所もややそれに近いような集団です。そういうことについて疑問すら感じないのが問題なのではないかと思うわけです。そういうことから私は公立病院も辞め、保健所長も辞め、個人として、一人当たり15分くらいの育児相談ですけれども、そういうことを始めてみたわけです。

そういうことを1年間繰り返すなかで、行動科学というものの大事さがよくわかってきた。これは厚生省関係者には一つよろしくお願いします(笑)。わが国でもこのあたりをもっと見直さなければいけないのではないですか。

司会 ありがとうございました。

河野 先ほどの稲岡さんの分析ですが、私の見聞から判断すると、確かに看護婦さんたちの置かれている立場、状況は非常に厳しく、バーンアウトする可能性があります。精神科医に関しては、もともとそういう資質の人がなってるような感じがしないでもない(笑)。

司会 それは将来の研究課題ということになりますでしょう。

宗像 私は精神科医ではないですけど(笑)……、社会精神医学をやっております。いま河野さんの指摘されたようなことはよく言われることで、そういう面も確かにあるように思います。けれども稲岡さんが報告したように、精神科の対象となる患者さんは外科とか、急性期の患者さんのように、安易に決着がつかないという部分がありますね。その影響がかなりあると思う。

というのは、医師を対象とするバーンアウト調査の結果でみると、良好なのは小児科医と産婦人科医です。バーンアウトしない(笑)。割合が低いのです。そこから見ましてもやはり、どういう対象を日頃治療しているかに影響される場所も大きいものと考えられます。

司会 ほかに何か？

質問者 私はいまある企業の診療所につとめております看護婦です。本日の皆さまの講演は、いつも自分で感じていたことを、きちんとした形でご提示いただき、たいへん為になりました。

特に稲岡先生のお話は、私が看護婦ということもあるかもしれませんが、非常に共鳴する部分があります。私自身は臨床の看護婦として4年勤めていたこ

とがありますが、いま思うとそれこそ燃え尽き現象ではなかったかと思いますが、そういう状態に陥りまして、とてもいやになって、いまは企業の診療所に勤めております。

司会 ありがとうございます。

質問者 私、横須賀のK病院で働いておりますSと申します。現在看護婦で循環管理に携っています。本日この会に非常に興味をもって参加させていただきました。といいますのは、病院というところは非常に封建的で、タテ組織があまりにも強過ぎるのです。看護婦の行動はがんじがらめになっている状況を肌で感じています。

先輩を立てるとか、管理職を立てるという人間関係の中で、すごく看護婦の燃えつき現象というものが出てきていると思うのです。いま宗像先生は対象によって違うと言われましたが、看護婦の場合ですと、対象が違って変わらないという見方をしてよいのかどうか、稲岡先生から教えていただけませんか？

稲岡 パーンアウトの調査は、元国立衛生精神研究所の土居健郎先生を中心に、宗像先生や私とかでやったわけです。全国の看護婦を無作為で抽出して、有効解答サンプルは162でした。その数字をもとにして割り出しましたから、どこどこの病棟はパーンアウトが多いとか、精神健康上悪いということは言いにくいだらうと思います。

ただ、看護者集団の調査によると、どこで働くかということよりも、どこの病院に働いているかということにパーンアウトは左右されています。全国のICUをもつ病院を10施設無作為に選んで調査したのですが、それはICU勤務のナースはパーンアウトになる率が高いという仮説でやったわけですが、あまり変わらないということが出てきた。アメリカの文献でもICUに働く看護婦さんは、他の病棟で働く看護婦さんよりも、そんなにパーンアウトが悪くないという状態ですね。だから恐らく職場の雰囲気というか、職場のあり方みたいなのが問題のように思います。

宗像 私の分析では、看護職については、混合病棟の看護者はあまりよくな

い。それから精神科病棟，そういうところがよくなって，いま言われた ICU・CCU とかは意外にいい。というのは，これは看護管理者が一生懸命ローテーションしているからだと思います。バーンアウトする前に婦長がさっと代えるというようなことが影響しているんだらうと思いますね。

小児科のほうもよかったような気がします。もし混合病棟の看護者にバーンアウトが多いとすると，それがなぜかというのは，議論のあるところだと思いますが。

司会 質問者の方，おふたりの回答でよろしいですか？

S はい，ありがとうございます。私たちはやはり健康な心で，健康な気持ちでお仕事を続けていきたいという欲求が強いですし，患者さんが病んでいるから，私たちも一緒に病んでいいというわけではありません。自分自身をいかに健康に保つかということについても，この保健医療行動科学は非常に重点を置いていかれるんじゃないかという気がしました。

司会 ありがとうございます。

河野 今の話にちょっとこだわりますが，調査された病院がどういう病院かわからないのですが，内科系，外科系にかかわらず，いわゆる基幹病院には，なおらない病気，たとえば癌などが非常に多い。死ぬ病気が非常に多いわけですね。ですからその人の医療観にもかかわるのかもしれないですが，不治・致死の患者の辛い心の問題は見ないのだという否定的で防衛的な心構えで死にゆく人に対して接してない限り，治癒指向主義の医療従事者にとって期待度はない。末期医療の場では，患者の精神的な辛さに対する感受性の低さで，むしろバーンアウトするのを防いでいるというのがいまの基幹病院の実態ではないかと思います。この点はどうなんでしょうか？精神疾患に限らず，身体疾患でも，なおらない，死ぬということに関してはしんどさは同じだと思うのです。死にゆく人を看とるという点では，心までケアするという全人的医療の立場をとる限り内科，外科で働く人のほうがしんどいのではないか……。

山本 そのような問題をこれからやってほしいわけですね。確かに医療従事者のバーンアウトとか，精神的負担についてわかってきたわけですけども，そ

れじゃどういう状況に置かれるとどういうファクターが出てきて…ということもそうですが、それ以上に組織の問題でもあると思う。要するに病院とは一つの経営組織体ですね。そこで組織心理学的な立場とか、組織社会学的な立場で、経営学的に考えた場合、ヒューマン・マネジメントとか、組織のマネジメントの問題になりますが、そのようなマネジメントは医者が一番下手だとぼくは思う。下手なのに何で管理者になっているのか、不思議ですね（笑）。会社だったら考えられない。そういう構造とか、医者のマネジメントの下手さについてもうちちょっと明確にデータを出して（笑）、はっきりやりたいですね。病院は普通の会社のマネジメントから見たら、おそろしい人間の使い方してると思う。

コンピュータの導入にしても、大会社はみんなやってるわけです。だけどむしろバーンアウトにしろ、問題がそんなには出てこないような気がします。もっとうまくやっている。人間の扱い方については、真剣に考えていると思いますね。

河野 非常に大事なご指摘があったと思います。私、稲岡さんや宗像さんの調査研究を見ると、非常にうらやましい。こういう問題については以前から調査しないといけないという気持をもって、何度もトライしてきたのですが、医者仲間で医者の問題は絶対分析できないといいますが、ものすごく反発がある。ですからコ・メディカルの領域の方たちから、そのところを攻めていただきたいし、この学会がそういうことができる基盤になってほしいと願います。

稲岡 われわれが調査した時も、初めから抵抗がないというわけではなかったのです。かなり断られた病院がある。その理由はデータが管理者に使われるのではないかとか、あるいは逆に組合が利用するのではないかとか、そういうことなんです。バーンアウトになっているから、そこの看護者が悪いというわけではなくて、意欲があるのに意欲がなくなる。それはなぜかということを調べたいわけです。それが分かればその病院自体の医療スタッフの質も上がるというとらえ方をしたわけです。しかし、抵抗があったことは事実です。

それからちょっとつけ加えますと、職場の中でインタビューしたり、事例を取り上げてみると、看護者集団で問題になるのは、やはり上司との人間関係が悪いということが前面に出てくるのです。しかし、よく話を聞いてみると、次のような作用が起こっている。

職場で否定的なストレスが続く時、看護集団はどうするかというと、まず攻撃をする人が出てくる。婦長に食ってかかる人もいるし、医者に食ってかかる人もいる。あるいはストレスから回避してしまう。あっても知らないような顔をする。さらに、あるグループはそれを否認したり、抑圧したりする。さっき河野先生がおっしゃったように、患者さんが死んでいく。死んで辛いという体験がありますね。ところが馴れてくると、辛い体験も抑圧してしまう。あたかも物体がなくなったというような対処のしかたをしていく。

このような対処のしかたをみると、やはり看護者としては、良心があるから非常に苦しいというところがあって、それがいつしか爆発するという形になるのが一つ。あるいはイライラした気持があるのは、自分が悪いんじゃないくて、相手が悪い。たとえば他の看護者が悪い、婦長が悪い、経営者が悪いとする。つまり他人に転嫁してしまうことが一つ。また、置き換えといって、弱い人に当たることがある。このようになると、看護者間でチームワークはとれない。上司との信頼関係は保てない。そういうメカニズムが出現するというところまでは少しわかってきたなという感じです。

司会 ありがとうございます。時間がもうありませんが、最後にもう一つで質問がありますか？

質問者 私、保健婦です。いまは学園におりますが、以前は保健所に勤務しておりました。二つ申し上げたいのです。一つは、いま精神科医のパーンアウトのお話が出ましたが、地域にいる保健婦は最近では、かえって精神障害、あるいは精神関係の症例に会ったほうが「燃える」といっています。それは存外お医者さんがやれる部分が少ないからです。保健婦が自立してやれる部分が広いということだと思います。そういうことが一つです。

そのことで、私が今日の会に期待してきたのは、きわめて漠然としています

が、中川先生と山本先生がおっしゃったことに関連しますが、地域で働いておられますと、本当にいろんな領域の知識を必要とします。きわめてジェネラルなものが要求されるわけです。それに対して、いろんな関連分野はどんどん専門分化しています。そしてそれぞれの中で評価が行われていますが、ジェネラルなものへの評価は曖昧です。それから私たちも、自己表現がうまくできないのですが、社会的な評価をやはり受けなければ仕事はうまくいかないということがあるわけで、きわめて不安定な状態にあります。

行動期待にしても、先ほど稲岡先生が図説された自己評価についても、きわめて不安定です。やはり人間ですから波があります。そういうときに、先ほど中川先生がいろんな方法論をお出しになられました。こういう研究会が社会的なサポートを与えていければ、スーパーバイザーとしての役割もそこから得れるのではないかと、そんな期待をもって来たんだと、お話を聞きながら自分で認識したことです。

司会 貴重なご意見ありがとうございました。中川先生、何かおありですか。

中川 日本で行動科学が根づきにくかった理由の一つは、日本が後進国であって自然科学モデルでいってしまったことです。

もう一つは、自然科学には、対象の主体とか主権とか心理だとか、そういうものに踏み込まなくてもいけるという方法論的な思い込みがあったわけですね。特に日本人は相手から心の問題に踏み込まれるのを非常にいやがる。それで心の問題を身体に変えてしまう。医療人類学では「身体化」というんですが、わが国では精神科を受診するなどたいへんなことで、非常に不名誉に思う。

アメリカの場合その逆で、何でもかんでも精神科へ行く。そのほうがステータスが上みたい感覚もある。そのへんで非常にはいりやすかったということがあると思います。

しかし、現在は日本でもそれなしではこれからやっていけないということになってきた。医学教育の中でもそういう講義中心、病理中心という形ではもう

やれないという認識がでてきた。ターミナルケアにしても、患者とのコミュニケーションにしても、本当は医療はそこから始まらなければいけない。19世紀医学は人体解剖学から始まった。人間を客観的に見るところから始まったわけで、死体を見てもどうも思わないことが最初の訓練になる。その次は患者を見てもどうも思わないぞという訓練で、まじめな人はバーンアウトになる。

バーンアウトにならない人は、もうすでにバーンアウトになっているから、もう全然そういうことにならなくてすむ(笑)。その象徴が私は白衣だと言うのですが、白衣やめるといっても、こわくて脱げないということになる(笑)。しかし、そういうことがわかってきた。気づいてきた。気づくということは、これから変わる前提だと思う。先ほど仙台のF先生がおっしゃったように、小さいときの体験、若いときの体験は確かにたいへん大きな影響を与えるのですけれども、やはり気づくことが変化の大前提なのです。こういう学会でそういう気づきのためのいろんなデータを提供・交換し合っていけば、だんだんと変わっていくのではないかと、そんなふうに思います。ありがとうございました。

(拍手)

司会 ありがとうございました。今日のシンポジウムで明らかになったことが、いくつかあると思います。一つは、どういう概念を扱うことができるのかということがわかってきました。たとえば問題にしましても、バーンアウトだとか、ソーシャルサポートだとか、いくつかの変数がはっきり出てきて、そしてその変数がどういうふうに関係し合っているかということも、ある種の研究で明らかになってきました。また、それをどう解釈し得るかということも、いくつか発表があったと思います。ただ、まだまだ大まかだということも明白になったのではないのでしょうか。

看護婦のバーンアウトでも、わかってない部分があまにも多すぎる。先ほどの質問からも明白になってきた部分がたくさんあるかと思います。タイプAと心臓病、やる気のある看護婦とバーンアウト、それからテクノロジーの発達によって起こるテクノ依存症の関係…。これらの三つの対象者たちははたして同一人物でしょうか。それとも違う現象なんのでしょうか。そういうことはまだ

まだわかってない領域だと思います。

本日の発表者グループには、行動科学現象をできるだけ量的にあらわそうとしてきた傾向があるように見受けられます。しかし、それは量的な研究だけで済むでしょうか。質的な研究はどういうふうになるでしょうか。

さらに、こういう研究がますます進んでゆくと、先ほども河野先生からご指摘がありました。医者だけでなく、心の問題に介入する研究を、どれだけ医療者が、また対象者が受け入れていくでしょうか。それを開拓していくという課題も、この学会はになっていると思います。その他もろもろの課題を、この学会が発足するにあたって、持っているということに気づきました。そういう意味で有意義なシンポジウムではなかったかと、司会者としては楽観的に考えております。(拍手)
