

## 医師の視点, 患者の視点

中井吉英\*

### **Perspective of the Doctor, Perspective of the Patient**

Yoshihide Nakai, M.D.

In the doctor-patient relationship, what is most needed is a dialogue between the doctor and the patient. What is needed in this dialogue is for the doctor to look inwards towards the patient. The doctor himself learns about his own illnesses, life, and death, in the course of his dialogues with patients. To the extent that he is able to share, to suffer, and to handle these problems and to the extent to which he is able to accept the inner pains in the process, he will become capable of teaching the patient, of accepting the patient's pains, and of sharing the patient's suffering. In this sense, only those doctors who are able to deepen their own life, and their own life experiences, as human beings and as doctors, can stand with the "perspective of the patient." So, another type of view, which transcends both "the doctor's perspective" and "the patient perspective," is necessary.

キー・ワード

医療行動科学

医師患者関係

ターミナル・ケア

---

\* 関西医科大学第一内科

「傷ついた医者だけが癒すことができる」(C.G.ユング)<sup>1)</sup>

第6回日本保健医療行動科学会のシンポジウム「患者の視点からコーディネーションを考える」では、シンポジストのそれぞれの視点からテーマについて話してもらった。次に、一転して立場を変え、「癌の告知」をテーマにロール・プレイをしていただいた。医療側は患者側に、患者側は医療側に。医師の態度や対応の仕方を厳しく批判していた患者側のシンポジストの1人が、ロール・プレイでは批判していた医師の対応と同じであったことに驚きもしたが、不思議な感動を覚えた。

医療側シンポジストの1人の成田善弘氏が、ロール・プレイをかえりみられて、「患者側で本当によかった」としみじみと話されたのが印象に残る。筆者も司会者で本当によかったと思った。

## I 医師患者関係

コーディネーションには、「同等にすること」と「調整」の2つの意味がある。「視点」は広辞苑によると、「視線の注がれるところ。また、ものを見る立場」とある。「医師の視点」と「患者の視点」。いろいろな機会にロール・プレイをしてみて、互いに相入れない対立した側面があることをつくづく感じる。仮に、「Aさんの視点」、「Bさんの視点」と置き換えてみたとしても、対等の共通した視点をもつことは、並大抵ではないはずである。

相入れず対立する面があるのはなぜか。コミュニケーション論からみて、医師患者関係には、特殊な側面が存在するためではないか。その側面も、癌の告知、手術前後、慢性疾患のケアなど、状況により微妙に異なっている。両者の立場を筆者なりに、次のようにまとめた。

- a) 健康者と病者
- b) 治療者と傷ついた者
- c) 強者と弱者

- d) 専門家と非専門家
- e) 権威者と従属者
- f) 養育者と非養育者
- g) 情報管理者と非管理者

このように並べてみると、医師がいかに強い立場や優越性をもっているかがわかる。インフォームド・コンセントを含めた社会的な観点より、このような医師患者関係について述べることは筆者の専門ではない。ここでは、「医師の視点」、「患者の視点」について心療内科医の立場より筆者なりに述べてみることにする。

## II 医療行動科学の講義から

平成3年より、関西医大において医療行動科学の講義が始まった。筆者を中心に4名の医師が講義と演習を担当している。演習の1つとして、「失明患者の心理」(体験学習)と「ターミナル・ステージでのコミュニケーション」をテーマに取り上げた。その時の学生の感想文が「医師の視点」、「患者の視点」について考える場合に、大変示唆に富んでいるものが多かったので、取り上げてみたい。

### 1. 失明患者の心理 (体験学習) より

演習には、筆者が心療内科で治療している38歳のパーチェット病の患者さんと奥さんに来ていただいた。患者さんは、パーチェット病の合併症であるブドウ膜炎により失明された方である。演習の終了まで、25名の学生にタオルで目隠しをさせ、また、校舎の入口にある自動販売機まで、目隠しのまま買物に行かせてみた。視力障害者に会った時、どのように援助をすればよいのかを患者さんに話してもらったあと、目隠しをした学生を目隠しを外した学生が助けながら、自動販売機まで買物に行かせた。演習の後、学生たちに感想文を書かせた。M君の感想文を紹介する。

## 〈M君の感想文〉

『目隠しをして最初に感じたことは、自分の周囲が急に違った感覚のものに置き換わってしまったということだ。それまで、目隠しをする寸前までは、明らかに自分の周囲には何もなかった。厳密にいうと、空気が空気として感じられた。それがなにか急に不安定なもの、イメージ的にいうならばゲル状のものに置き換わったように感じられたのだ。

たしかに、それまでの視覚の影響、自分のすぐ近くは空気が(空気の感覚が)残っているのだが、1 m 先くらいにはそのゲル状のものが感じられた。それが迫ってくるかのような感覚さえあった。

不安定なもの、というよりは不安を与えるものといったほうが正確かもしれない。人間がその存在を知覚できないものに対して抱く不安が、実体化したというのが的確だと思う。そして、それ以上に、自分の存在を明確に把握できないことが、かなりの不安・恐怖になるということがよくわかった。

そして講義で聴いたことについて、もう一度考えてみた。事故などで失明する人は自殺を考えないが、病気で徐々に視力を失っていく人の自殺率は高いということだ。もっともな話だと思った。今はものが見えるが、それでもいつかは完全に失明することがわかっていて、しかも、自分で日に日にものが見えなくなっていく恐怖は、ある意味では告知を受けた末期がん患者と同種のものがあるだろう。

知覚のうちおそらくもっとも大切に、自身が頼っているものを失う恐怖・不幸といったものを、正面から受けとめることは、だれにでもできるものではないと思う。日ごろから、そのような場合について考えている人などいないだろう。つまり、自分が失明という事実に対峙したときはじめて恐怖との闘いが始まるのだから、並大抵の精神力では太刀打ちできないだろう。はじめから、勝つことは考えられないのだから、負けを(事実を)受けとめることができるかどうかの闘いなのである。

死を選ぶ人の気持ちがわからないわけでもない。…中略… 事実を告知(失明を)することはなかなか難しいと思うし、何回もしているうち感覚が狂って

しまうのかもしれない。事務的に告知したほうが（患者は他院にて事務的に失明を告知された）精神的にはるかに楽だと思う。それでも、医師は患者の立場、心を理解し、共感できなければならないと思う。患者のことがわかってあげられない医師なんて、どれほどの技量があっても何の価値もないと思う。患者さんの弱さを、不安を取り除かなければ、治療をしたとはとてもいえないのではないだろうか。

今回、わたしは貴重な体験をしたと思う。そして、これからは学問的なことや医術も大切だが、なによりも患者の心がわかる医師になること、これを1つの目標にしていきたいと思った。』

## 2. ターミナル・ステージでのコミュニケーションより

整形外科より依頼され、筆者がターミナル・ケアをしている68歳の女性患者さん（大腿部平滑筋肉腫および肺転移）に演習に参加してもらった。最初に、学生と患者さん、次に筆者と患者さんで話し合い、最後に患者さんより、学生に話しかけてもらった。H君のを紹介する。

### 〈H君の感想文〉

『第一印象では朗らかで気のよい患者さん見え、まさかがんの患者さんとは思わなかった。がんの患者さんと知って、言葉につまり、なにをどう尋ねてよいかわからない——という気持ちは、代表して話した学生だけでなく、私が会話する身であっても、同じ気持ちである。先生や私たち学生の前で、涙を見せてまで心中を語ってくださったけれども、お子さんやお孫さんの前では、決して弱いところを見せないと聞いて、患者さん自身と家族の人たち両方の辛さを察する。

本当に大切にしたい人、また大切にしてくれる人に対して、迷惑をかけたくないという気持ちは、だれでももっていると思う。だが、同時にそういう相手というのは、相手が苦しんでいるときに、自分がその人を助けてあげたいと思う相手であり、自分が苦しんでいるときに、その人に助けてもらいたい（甘えたい）と思う相手なのではないだろうか。

話の途中で、私は自分の家族について考えていた。たしかに、幼いころは「絶対的存在」であった親が、兄の交通事故、母親の入院（手術）を機に、私のなかで「もろい部分を備えたひとりの人間」として映るようになったのは事実である。はじめて親が、私に対して弱音を吐いたり涙を見せたとき、驚いたというか戸惑ったが、同時にしっかりしなくてはと思ったし、末っ子で、いつも付属品のような立場だった私が、存在を認められた気がしたときでもあった。

人の立場に立ってものごとを考え、人の気持ちを察してものごとを考えるには、その人と同じ体験をするのが一番だろうが、それが不可能な場合でも、固定観念にとらわれず、その人の立場に立とうと努力し、その人の気持ちを察しようと努力する姿勢が大切だと思う。（私が医師を目指すものだから、そういうのではなく、どんな場合でもそうだと思う。普段、友だちと話をするときでも、このことは当てはまると思う。）私自身、まだまだ知らない世界が多いし、いろんな経験をし、いろんな人と接すると思う。今回の演習で、自分の未熟さを痛感するとともに、患者さんのおっしゃったような医師に私自身になりたいと思う。』

まだまだたくさんの感想文を紹介したいが、2人の感想文も含めて学生に共通している点は、感情の共有も含めて患者の視点に立つことができること、理想は医師と患者が対等の立場になることであるが、そのためには弱い立場の患者が努力するのではなく、強い立場といわれる医師が努力しなければならないと彼らが感じていること、日常生活の中に持ちこんで、彼らが追体験しつつ、各人の体験を深めていることである。

### III 医師と患者の視点を乗り越えて

#### 1. 医師の中の病者

医師の中にも病者が存在する。医師は自分自身の中の病者を見つめることに

不安と恐怖を抱き, そのような感情を抑圧することで健康な者, 癒す者, 強い者としてふるまう。医師の健診の受診率が極端に低いのも, 不健康な生活習慣を送っている者が多いのも, このような不安と恐怖によるものである。

医師の不安や恐怖の抑圧と反動形成といった精神力動的な心理の原型は, 彼らの医学生の時すでに見られる。医学生たちは, 医学の勉学の過程で, ありとあらゆる病気にかかるのではないかと不安を抱く。たとえば, 胃癌についての講義があったとする。そうすると, 彼自身に胃癌の症状を見てとり, 胃癌ではないかと不安におののく。解剖実習の時にも, 彼は厳然たる肉体の死に直面する。心と魂をもっていたはずの人間が, 死によって単なる物質としての肉体の塊に過ぎない事実を知り慟哭する。

医学生にとって, この2つの時期はいわば一人前の医師になるための通過儀礼である。彼自身の中の「病気」と「死」との対峙。彼はどのようにして不安と恐怖を乗り越えていくのだろうか。

彼にとってはあまりにも大きすぎる問題であるので, 不安と恐怖は抑圧される。彼はみずからが病気になり傷つくといった可能性を見ることができなくなる。傷つき病気になった者を癒す強い力をもった医師なるイメージに同一化する。こうして「医師の視点」の原型が誕生する。彼が医師になった時には, 病気を客観化してしまい, 内なる「病気」と「死」は遠ざけられ, 病者, 傷ついた者とは対極の一段高いところに身を置くのである。

ここに, 治療者と傷ついた者, 健康者と病者, 強者と弱者といった医師患者関係が成立することになる。医師の目は患者の内なる病者, 傷ついた弱者に注がれる。そうすることによって, 彼が抑圧してきた内なる「病気」と「死」への不安と恐れはいつそう抑圧され, 安全性を保つことができる。一方に患者の病気に立ち向かう健康で強くたくましい医師, 他方には病んで傷ついた弱々しい患者がいるのである。

## 2. 患者の中の治療者

患者の中にも治療者が存在する。しかし, 病気を患った患者は, 自分自身を

傷ついた弱者の立場に置き、常に受身的な態度をとる（とらざるを得ない場合が多いが）。彼らは、医師に対して過剰に適応することで good patient となる。受身的であるほうが医師に保護され、はるかに居心地がよく楽である。現在の医療のシステムは、患者がこのような立場に立つことを半ば強いているのではないだろうか。

慢性疾患や成人病が病気の大多数を占めるようになった。受身的、従属的な患者の視点より脱して、治療に積極的に参加することが重要とされる。病気から回復するためには、患者自身が、彼らの健康や病気にどの程度参加することができるかを知ることから始めなければならない。彼らの残された健康な部分を動員し、彼らの中の治療者の部分にスポットを当てるのが医師の役割である。

慢性疾患や成人病の治療の中心はセルフケアにある。セルフケアでは、治療の主役は患者であり、彼は自分自身のかかりつけの科学者（医師）であることを要求される。あたかも、患者は「医師の視点」に立つことを要求されているようでさえある。

患者の中の医師の部分を引き出し、治療的な要因を患者の中に付置するために、医師は彼自身の中の病者の部分を見つめることが要求されるのである。

### 3. 人間としてのまなざし

学生の感想文の中にも、外傷で入院した体験や、家族の病気をただ偶然に生じた出来事として葬り去るのではなく、演習を通して追体験し、体験を深めつつ、患者としてのまなざしを体験していることがわかる。病者を克服することは、医師にとってももちろん大切な経験である。それ以上に、病者の部分を自分の中に見出し、もち続けることははるかに深く大切な体験である。

C. G. ユングは、『ユング自伝—思い出・夢・思想』の中で、「傷ついた医者だけが癒すことができる。」と語っている。自分の中の病者を強く抑圧した医師は、一見たくましく頼りがいがあるように見えるが、決して、患者の側に立とうとはしないだろう。患者の側に立とうとすればするほど、彼は抑圧した不安や恐怖に直面せざるを得なくなるからである。このようにして、彼は、「医師



の視点」しかもつことはできない人間として生きていくことになる。

人が生きていくうえでのあらゆる体験が、病気の体験に集約されている。病気はただ単にからだの痛みだけでなく、心の痛みであり、存在そのものの痛みでさえある。悲しみ、怒り、死への不安、別離、喪失、孤独……。それゆえ、医師は人間としての痛みを抱えた存在として、痛みを共有できる人間としてのまなざしをもつ努力をしなくてはならない。

#### IV これからの視点

医師は患者としての体験を深め、「医師の視点」から「患者の視点」にシフトさせるトレーニングが要求される。残念ながら、わが国の医学教育にこのようなトレーニングの場はほとんどないのが現状である。個人的に限られた医師や医学生の体験にまかされているに過ぎない。

学生の感想文を読むと、医療行動科学の演習での失明患者や末期癌患者との対話により、彼らが強いインパクトを受けていることがわかる。しかし、残念ながらインパクトだけで終わってしまうだろう。我々の大学での医療行動科学の講義と演習時間は短く、医学教育全体から見れば一断片に過ぎない。インパクトを彼ら自身の体験の中で熟成し、深められるためには、彼らが医師となった時に、臨床の場で応用でき役立つような教育と訓練がカリキュラムに組み込まれ、体系化されることが不可欠である。医学教育全体が行動科学的方法により体系化されることであろうか。「医師の視点」から「患者の視点」にシフトできる医師を養成するために必要な教育・訓練について、次のように考えてみた。

- a) 教育の時期
- b) 行動・パーソナリティ特性の学習
- c) 基本的な面接の技法
- d) グループでの面接・討議の技法
- e) 体験学習
- f) シミュレーションによる面接技法の応用

しかし、行動科学だけでは表面的に上滑りして学習される危険が強く、医師患者関係が技術として学習されるのではないかと危惧する。人間としての深いまなざしを医学教育の中で育てることは夢のまた夢であり、個人の資質を待たなければならないのだろうか。

## V 3つのイニシエーション

6年間の医学部において、3つのイニシエーションの時期がある。入学した時と解剖実習が始まった時、臨床医学の講義が始まった時である。最初のイニシエーションは医学部に入学した時である。彼らはなぜ医学部を選び、病者を助け困難で責任の重い職業を選ぼうとしたのだろうか。その動機が社会的な地位や名誉あるいは経済的な問題である場合には、益にはならないが毒にもならない。救済者として助力者としての動機をもつものの背後に、病者を手段として高みに登ろうとしてはいないか。医学部に入学した時点より、彼らはすでに「医師の視点」に立っているし、そのような動機をもったものが医学部を選んだのかもしれない。彼らの動機の背後にある隠されたメッセージに気づく時に、「患者の視点」に立てる医師としての萌芽が生まれるのである。しかし、残念ながら医学部ではこれらのことはまったく問題にされないため、彼らはみずからの問題としてとらえることができずに、素通りしてしまうのである。このようにして、「患者の視点」に立てる最も大切な機会を逃してしまうこととなる。

第2のイニシエーションは解剖実習である。屍体に直面した彼らは、生命の死が単なる物質に過ぎないことを知り衝撃を受ける。生と死の接点に立ち、彼らとその意味するところを内なる体験として熟成する機会が訪れる。しかし、実習はそのような彼らの思いを保ち続けることを拒絶する。屍体を切り刻み、学問の対象とするためには、彼らが抱いた衝撃、混乱、葛藤をすみやかに抑圧し合理化する必要があるからである。このようにして、自己の死とは無縁で、病者の中の死だけを問題とするような「医師の視点」が強化される。

第3のイニシエーションは臨床医学の講義が始まった時である。次から次へ

と病気についての知識が彼らを襲う。自分が病気にかかっているのではないかという不安と恐怖を再び抑圧しなければならなくなる。彼らは健者として、病気を病者の中の中のみ見出すようになる。

この3つのイニシエーションを無事終了して、確たる「医師の視点」をもつことになる。他方、医師は自分の内なる病者を見るということができなくなり、ただ患者の中の中のみ見るようになる。彼は病気や死を客観化し、一段と彼自身を高みに置く。このようにして「患者の視点」に立つことが不可能になってしまうのである。

## VI もうひとつのまなざし

私たちが心療内科で治療する時に、最も大切にしていることは、患者の歴史を歩むのと同時に医師自身の歴史をも歩むことにある。医師はひとりの人間として、他の人間すなわち患者と対話することを要求される。対話に必要なことは、医師自身の内なる病者へのまなざしである。医師はみずからの病気や生や死といった問題について、患者との対話の中で学ぶ。彼がそれらの問題にどのように悩み、対処し、内なる痛みを受け入れたかの程度に応じて、患者に教えることができ、患者の痛みを受け入れ、悩みを共有することが可能となる。その意味において、人間として医師として、彼自身の人生と生活における体験を深めつつ、一生懸命生きている医師だけが「患者の視点」に立つことができるのである。「医師の視点」と「患者の視点」を越えたもうひとつのまなざしが必要なのである。

### おわりに

医療行動科学の講義と演習が始まって2年目になる。もうひとつのまなざしを学生たちの中に育てるための具体的な方法が見つからない。とりあえず、希望者を募り定期的なセミナーを、彼らが卒業するまで続けようと考えている。保健医療行動科学会が、行動科学を中心にした医学教育のモデルを、日本のど

こかで早急につくことを期待する。また、行動科学だけでなく、精神分析やカウンセリングなどの精神療法の技法を、患者心理の理解や面接の技法の中にぜひとも取り入れてもらいたいと考えるのである。

#### 参考文献

- 1) ヤッフェ編，河合隼雄，藤縄昭，出井淑子訳：ユング自伝 I－思い出・夢・思想－，みすず書房，1972。
  - 2) A. グッゲンビュール＝クレイグ，樋口和彦，安溪真一訳：心理療法の光と影，－援助専門家の「力」，創元社，1981。
-