

〈特集論文〉

外来患者のコロナ不安とナラティブ・アプローチ

中川 晶*

*京都看護大学

Narrative Approach to Anxieties of Outpatients in COVID-19

Akira Nakagawa M.D. *

* Kyoto College of Nursing

| | |
|-------------|--------------------|
| キーワード | |
| 新型コロナ感染症 | covid-19 |
| PCR 検査 | pcr-inspection |
| ジレンマ | dilemma |
| オープンダイアログ | open dialogue |
| ナラティブ・アプローチ | narrative approach |

I. はじめに

この一年を振り返ると、コロナ禍の影響がどれほど大きかったかを改めて思う。コロナ禍によって我々の生活の変化ばかりでなく、我々人類が営々として築いてきた様々なシステムの面がドラスティックな変化を迫られた。

医療について考えてみる。医療の基本は、患者の主訴があり、医療機関はそれを受け止めて、治療という行為を通して、患者の問題を解決していくというシステムを構築してきたしそれなりに機能してきた。ところがパンデミックという状況においてはこんな単純なことがうまく機能しない。

例えば主訴として発熱で咳が出るという症状があつて、患者は医療機関に連絡すると「来るな」と言われる。問診も診察もなし。役所の帰国者・接触者センターに電話して判断を仰ぐようにと言われる。患者はいぶかりながら役所に電話すると医師か看護婦が出るものと思っていたのに、何の医学知識もない担当の所員がマニュアル通りに、「自宅で静養するように」とか「検査を受けるようにどこそこに行け」と指示してくる。患者は慌てて「いえ、熱と咳があるのでいつもの先生に見て欲しいだけなのに何故診てくれないのですか!」と憤る。突然医療

が冷たくなつたと患者は言う。しかし医療機関では安易に診てウイルスを拡散させてはいけないという思いがある。現に医療機関がクラスターになってしまった例が出てからは余計神経質になっている。患者もウイルスの脅威は十分に感じているが、自分が新型コロナかどうかの検査も簡単には受けられないし、医師に相談も十分に出来ない状況で不安だけが空回りし、怒りに変わる。その怒りは医療機関に向けられる。典型的な状況は次の如く

患者:「先生は私を見捨てるのですか? 医者のかせに病気を診ないとはどういうことですか!」

医師:「いえ、そうではなく厚労省からの指図で仕方ないのです」

患者:「なんですって! 先生は医者なんですよ。患者を診る義務があるんじゃないんですか! 私は熱と咳で苦しんでいるんですよ。それなのに役所に回されて、何も分からない担当者がマニュアルを読み上げるだけなんて酷すぎると思いませんか!」

医師:「いや私も診てあげたいのは山々なんです、あなたが来院されて他の患者さんに感染させるおそれもあるので、役所のいうことが正しいのです。」

悲惨な会話になっているが患者だけでなく医者の悲鳴でもある。COVID-19 もここまで広がらねば、

これまでのシステムで対応出来たはずだがパンデミックにまで至ってしまい多くのシステムが機能不全に陥ってしまっている。

II. ジレンマ状況

これまでの医療システムでは、まず医師が診察し、患者の主訴に対して検査があって診断、そして治療という流れだったのだが当初検査体制が全然出来上がってなかった。一般に感染症では、まず医師が問診して診察、次に抗原・抗体検査をして感染源の細菌やウイルスを特定して、有効な抗生物質や時にはステロイドを選び点滴ないし経口投与で治療という流れになる。ところが、インフルエンザの場合のような抗原検査が当初精度の点で信頼できないものだった。浮上してきたのは聞き慣れないPCRという遺伝子検査だった。キャリー・マリスという分子生物学者が1983年に発明した特定のDNAのある領域だけを連鎖反応を使って数百万倍に増やす技法で遺伝子工学では頻繁に使われる方法。だが通常の医療ではこれまではあまり使われることはなかった。それが突然脚光を浴びて新型コロナの検査といえばPCRしかないということになった。確かにこの検査は遺伝子配列を調べるのだから、他の検査とは桁違いの精度を示す。陽性の場合には新型コロナウイルスが体内にいることを示すということになるが、陰性の場合にはウイルスが採取出来なかったということになる。このあたりまでは正しいのだが無症状の感染者が存在して本人の気づかないままウイルスを広めているという情報がマスコミから拡散すると、誰もが誰かを疑うようになりPCRを住民全員にしてウイルスを拡散している犯人を挙げろという意見まで出現してくる。しかしPCRという検査はもともと、原因を特定するための検査であってスクリーニングに適した検査ではない。例えば場当たり的に1千万人に精度99.9%の検査をすることを考えてみる。この検査を行えば99.9%正しく診断出来るということになる。しかし逆に考えれば0.1%は間違いということになる。つまりこの集団では一万人の誤診が出てしまうことになる。つまりはPCR陽性だけでは新型コロナ感染者とは言えないのだが、PCR検査だけが正しいと思い込んでいる風潮が出

来上がってしまっていないだろうか。(ここでは精度という言葉を使いやすいようにわざとぼかしている。実際に精度とは感度と特異度のことで、この値を計算するには有病率が必要である。病院でPCRを行う時は症状のある人たちを対象とするので当然有病率は当然高い。一方住民全員に行う場合は有病率はうんと低くなるのは当然。すると陽性なら感染者とする理屈が通らなくなる)

誰もが、誰もを感染者として疑わざるを得ない社会では、人との接触を切る以外に方法がない。皆がマスクをして電車の中で咳でもしようものなら一斉に厳しい視線が集中する。簡単に検査が受けられない状況では、用心すればするほど良いという考え方がまかり通る。当院でも神経症圏の患者で新型コロナに対する強迫症状が強くなっている印象がある。過剰反応で家から出られなくなった人もいる。長い間人との接触を断ちうつ傾向が強くなってしまった人もいる。

過剰な反応をしておけば科学的には感染の連鎖は切ることは出来る。しかし日常生活のあらゆる面で過剰な衛生観念はもはや強迫神経症の域に簡単に達する。

つまり、過剰に反応すれば精神の危険があり、一方過小評価していると実際に感染してしまうというジレンマがある。新型コロナとどう向き合うかの指針は見えて来ない。

III. 医療の新しい波

筆者の専門はナラティブ・アプローチという分野である。この分野は病者の物語を大事にする。医学的に間違っていようと最後まで相手の物語を聴く。筆者は物語を一通り聞き届けたあとで、筆者が相手の物語を理解しているかどうか確認しながら、相手が自分の病気の原因をどう考えているか、どのようなメカニズムで今の症状が出ているのか、本人の考えによる原因とメカニズムが正しいとすれば、どう治療するのが正解なのかを、本人に考えてもらう。もちろん尋問のような調子になってはいけない。ひたすら門外漢の顔をして相手から教えて貰うという態度が大事である。実際のところ医学というのは不確定性の含まれる体系であり、病者の物語のほう

が最終的に正しかったということもよくある。

筆者は心療内科医に過ぎないので分からないことが多いので教えて欲しいというアプローチをすると、相手は「そうか身体科の医者じゃないから、専門家じゃないのだな。それなら自分の考えを教えてもいいかな」と思ってくれるとうまくいくことが多い。もちろんしっかり聴くことは約束する。真剣に質問していくと真剣に答えてくれることが多い。対話のなかで、先ほどの原因・メカニズムが正解だとすると矛盾する症状はないか、二人で検討する。説明がつけばその方向を試してみる。うまくいけばそれでいいが、効果がなければ何故上手く行かなかったのかを二人で検討してみる。そして修正案を作り上げる。そして実行。うまくいけばそれでいいが駄目なら、また二人で対話して再度修正していく。これのくり返しである。もちろん、医学的に決して容認できない物語の場合、なぜ容認出来ないのかを対話していくと、相手もこちらの物語を読んでくれるようになることが多い。そして折れ合いのような形の修正案が出来上がる。筆者のナラティブ・アプローチというのはこのように単純な方法である。大事な事は、相手つまり病者をその問題の専門家（当事者なのだから当然）として尊重して話を聴くことである。

アムステルダムのラドバウド大学メディカルセンターにコロナ・ヤンセンという女性がいます。彼女は医師でも看護師でもない。さらには何の資格も持っていないのだが、この病院で彼女は数々の難題を解決してきた。彼女の卓越した能力は聴くことだった。病院は彼女の仕事の名前について悩んだすえ取りあえずチーフ・リスニング・オフィサーと呼ぶことにした。待ち時間が長いというクレームから、医療裁判になるようなケースまで、どれも難題で誰にも解決できなかった問題が彼女のもとに持ち込まれた。まさによろず相談だった。いずれの問題も当事者が彼女と話すとするり解決してしまう。まさに奇跡のような手腕だったそうだが、彼女のやり方はいつもシンプルだった。ひたすら当事者たちの話を聴くだけだった。ただし熱心に。コロナ・ヤンセンの聴き方というのは、まさに相手の物語を聴くという態度

だった。うなずく、相槌を打つ、そして何より物語を進めるための質問が含まれていた¹⁾。

1980年代にフィンランドの片田舎に生まれたオープン・ダイアログ（以下O.D.）というアプローチはあつという間に注目されるようになった²⁾。O.D.については様々な批判もありながらも着実に専門家の間に浸透してきている。筑波大学の斎藤環は最近の精神神経学雑誌のなかで、O.D.に含まれる要素として斎藤独自の考えと断りながら5つの要素を挙げている²⁾。すなわち「Space（空間・余白）」「Pace（速度）」「Opportunity（機会）」「Rout（通過点）」「Narrative（物語）」の5つである。O.D.のなかでは患者本人が主体的にふるまえる余白（Space）のあることが大事。各個人のその状況における変化の速度（Pace）を尊重し。変化をもたらす契機（Opportunity）を患者が自由に選ぶ権利も尊重する。そして治る道筋や通過点（Rout）つまりコースの選択権は患者にある。そして最後のナラティブ（Narrative）はもちろん物語という意味で、患者がリカバリーのコースを振り返ってそれをどのように解釈し物語化するかは患者に委ねるべきと斎藤は説明している。

IV. 新型コロナとのつきあい方～まんなかに居ること～

さて、Ⅱ. で新型コロナとどう向き合うか指針がないと述べたが、指針のない時にはお手上げかというところでもない。Ⅲ. で紹介したナラティブ・アプローチをはじめとする「新しい波」の立場ならば、指針がないときにも十分に対応出来る。何故ならこれらのアプローチでは正解が存在するという前提が元々ないからである。対話が物語を生み出すし物語は解決を生み出すことが多い。もちろんその解決は万人向けの指針になるはずはない。しかし対話のなかで出来た物語はその物語で生きる当人には十分解決となるものである。

ある患者はコロナに過剰に敏感になれば精神が病む、逆に鈍感になれば本当に感染してしまうというジレンマの中で苦しんでいた。そして対話のなかで出てきた結論は「どちらにも偏らないようにすればいい。いつも自分が人々の行動を見ながら、真ん中

にいれば安全」というものだった。現実的にはどうして真ん中だと分かるのかという問題が出てきそうだが、本人はこの真ん中にいるというアイデアがたいへん気に入り、毎回診療の度に筆者と自分の行動を話し真ん中かどうかを二人でチェックするようになってから強迫症状がいくぶん軽快した。ここで大事なのは筆者が単独でチェックするのではなく、二人でチェックするという点である。

コロナ禍になってこれまでの医療のパラダイムが曲がり角に来ていることが更にはっきりしてきたのではないだろうか。

引用文献

- 1) ダニエル・オーフリ：患者の話は医師にどう聞こえるのか, 110-121, みすず書房, 2020
- 2) 斎藤環：意思決定支援から欲望形成支援へ, 精神神経学雑誌, 123: 179-184, 2021