

こころからだ、いのち

中野 重行

国際医療福祉大学大学院 創薬育薬医療分野 教授 /
大分大学医学部 創薬育薬医学 教授

●明瞭な視覚的イメージがもたらすもの

一度聞いたり読んだりしただけでも、妙に印象に残る話があります。そして、その話を第三者に伝えることに、さほど苦勞をしないことがあります。しかし、初めて話を聞いたり読んだりしたときには興味を抱いて分かったような気がしたのに、いざ第三者に話そうと思って話し始めてみると、どうもうまく伝えられないという話もあります。この二つは、いったい何が違うのでしょうか？

これにはいろいろな要因が関係しているとは思いますが、大きな違いの一つは、その話を聞いたり読んだりした際に、私どものこころの中にイメージが浮かんできたかどうか、イメージが浮かんできたとしても、どのくらい明瞭に視覚的なイメージが浮かんできたかどうか、ということが関係しているように思います。

今回の主題に取り上げた、これからの医療者の行動目標にしたい新しいコンセプト「やわらかな1.5人称」という言葉がどのようにして生まれ、そして育ってきたのか、について語ってみたいと思います。新しいコンセプトが生まれて育つプロセスを、こころの中の「イメージ」との関連で、語ってみたいと思うのです。

なかの・しげゆき 岡山大学医学部卒。大分医科大学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。日本臨床薬理学会元理事長、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会認定医・指導医、日本内科学会認定医、日本学術会議連携委員、日本心身医学会評議員、CRC連絡協議会代表世話人。「医療コミュニケーションの集い」のための「響き合いネットワーク」(大分、岡山、東京、長崎)の企画・運営に携わっている。



●ある受講者の問いかけ

話の発端は、10年近く前にさかのぼります。わが国で本格的なCRCの養成研修会が始まって間もない頃のことです。「治験のインフォームドコンセント」をテーマにした、ロールプレイ法で学ぶ参加体験型学習をスーパーバイズしていた際のことです。ある受講者の方から次のような質問が飛んできました。「先生、治験コーディネーター(当時はCRCとはまだ呼んでいませんでした)は医師側につくのですか？被験者側につくのですか？」

一瞬、「いい質問だな……。でも、どう答えるのがよい回答になるのかなあ」と思いながら、「治験コーディネーターは医師側の支援をしながら、患者の気持ちにも寄り添えるプロフェッショナルだと思います。医師と患者という二人の間でこころが動いているのが自然なのではないでしょうか……」と答えていました。

そのとき私のこころの中には、被験者となる患者側の気持ちに寄り添いながら、治験を実施する医師を支援している治験支援スタッフとしてのイメージが、かなりはっきりと浮かんでいました。

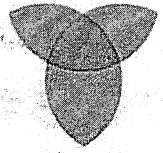
その後、ある研修会でこの質問をしてくださった方とお会いする機会があり、「先生に、“治験コーディネーターは医師と患者の間で心が動いていていいのだよ”と言われてからこころが楽になり、以後、治験コーディネーターの仕事が楽しくなりました」と挨拶されました。嬉しいことに、彼女はその後、この分野で大活躍をされています。

●“一人称と二人称を行き来できる”ということ

その頃、私が勤務していた大分医科大学で、医学生に医療コミュニケーションの授業と試験(OSCE)の責任者を私が担当することになっていた関係で、模擬患者(Simulated Patient, SP)の養成をす

「やわらかな1.5人称」という

新しいコンセプト

これからの医療者の行動目標にしたいビジョン
誕生秘話

る必要が生じていました。わが国におけるSP第1号で、岡山SP研究会代表を務めておられる前田純子さんのご協力をいただいて、大分の地でSPを養成することになり、ワークショップを「豊の国医療コミュニケーションの集い：響き合いネットワーク大分」と名づけて、2001年の暮れからお世話していました。この会は2009年2月1日には全国から60名ほど参加して、第18回目のワークショップにまで成長しています。

このワークショップには、わが敬愛する高木良三郎先生（元・大分医科大学学長）が毎回アドバイザーとして楽しく参加してくださっているのですが、まだ初期の「豊の国医療コミュニケーションの集い（響き合いネットワーク大分）」が開催されているとき、高木先生が「1.5人称」という言葉を参加者の皆さんに紹介されました。そのとき、私はこの「1.5人称」という言葉は、先ほど記したイメージを表すのにピッタリの言葉だと感じました。そこですぐに、「1.5人称という素晴らしい言葉を紹介していただき、ありがとうございました。この1.5人称のイメージは、1人称と2人称の間に止まっている1.5人称ではなく、1人称と2人称の間を行ったり来たりできる、平均すると1.5人称になるということが重要だと思います。」と追加コメントをしました。

その後、この「1.5人称」という言葉は、評論家の柳田邦男氏が使っている「2.5人称」という言葉が刺激語となって、二人の人間間のコミュニケーションの原点を考えるワークショップの雰囲気と、高木先生の頭脳の相互作用によって生まれた創造の産物だったことが分かりました。柳田邦男氏は、「脳死」について数多く評論を著しているのですが、ご自分の息子さんがか実際に脳死になるという不幸に遭われた体験を通じて、それまでは脳死を3人称の視点で見えていたのが、見え方が全く変わってきたと述べています。柳田邦男氏の著作の中には、「乾いた3人称より、潤いのある2.5人称」という表現が出てきます。

柳田邦男氏は評論家としての立場ですが、私ども医療者は、第1人称としての医療者の立場で、第2人称としての患者（治験では被験者）の立場の方々と対するわけですから、「1.5人称」という言葉のほうがフィットしているのです。その後、1人称と2人称の間を行き来できる、という意味を表す分かりやすい言葉として「やわらかな」という形容詞を前に付けて、「やわらかな1.5人称」という言葉が誕生しました。

●「やわらかな1.5人称」のイメージの共有化へ

「やわらかな1.5人称」というコンセプトは言葉で表現すると、医療の世界では次のようになります。「医療の専門家としての1人称の立場（医療の専門言語で考え行動している）に立ちつつ、2人称としての患者（患者自身を主人公にした物語の中で生きている）の気持ちにも寄り添える、つまり、1人称と2人称の間を行ったり来たりできる、平均すると1.5人称になるような“やわらかな”姿勢（態度）のことです」

しかし言葉でイメージを伝える場合には、うまく伝わる場合もあれば、なかなか伝わらない場合もあります。その後、“イメージは本来視覚的なものなので、絵にできるはずである”と考えるようになり、動くスライドを作りました。この「やわらかな1.5人称」の動くスライドをいろいろな機会に使っております。これを見て、初めて「腑に落ちた」といわれた方が何人もおられました。つまり、動くスライドは「やわらかな1.5人称」のイメージの共有化を促進したことになります。「共有化」ができて初めて、「共感」が生まれ、「協働」が可能になるのだと思います。つまり、「共感なきところ、協働なし！」であり、その基盤となるのが「やわらかな1.5人称」と「イメージの共有化」なのではないでしょうか。

こころ、からだ、いのち

中野 重行

国際医療福祉大学大学院 創薬育薬医療分野 教授 /
大分大学医学部 創薬育薬医学 教授

●医療の世界の「物語」

今回の主題に選んだタイトルは、実は4年前、大分大学医学部を定年退職する際に、大学の公式行事である退職記念講演会で使用したものです。それまで40年間、

医師として、医学研究者として、あるいは、教育者として生きてきました。その間に、自分が働いてきた医療の世界が、どのように見えるようになってきたか。それを語る物語が、自分の中で、ゆっくりと綴られてきたような感じがしています。そ

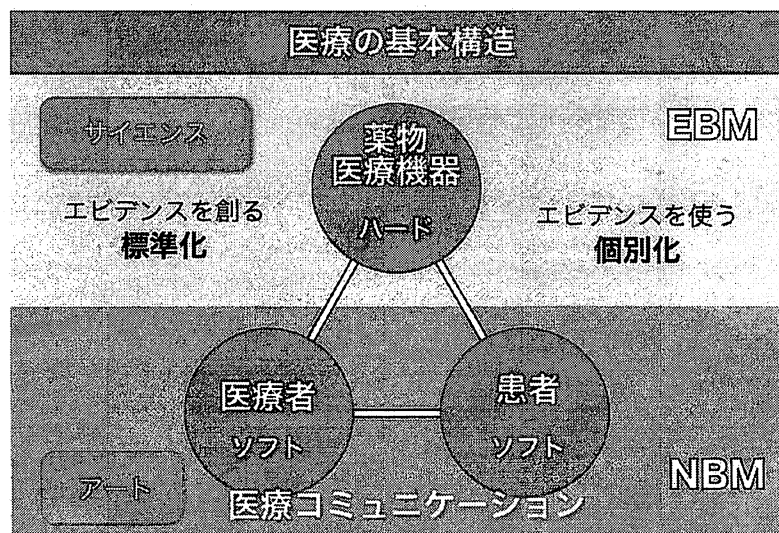
の物語を語る際のキーワードが、「サイエンス」と「アート」であり、そのまま退職記念講演会のタイトルになっ

たのです。

物語は、言葉を並べながら語るものです。語ることができるということは、自分の中にイメージができていうことです。イメージは本来ビジュアルなものです。そうであれば、一枚の絵に描くことができる

はずである、と考えるようになりました。そこで一枚の絵にして、見えるようにしたものが下図なのです。それ以来、自分の医療観を語る際に、しばしば使用しております。

今回のお話は、もちろん、退職記念講演をここで再現することではありま



EBM: Evidence-based medicine の略
NBM: Narrative-based medicine の略

医療の基本構造 (サイエンスとアート)

せん。キーワードとなったサイエンスとアートに関連して、平素頭の中を駆け巡っていることを、言葉に書き留めてみたいと思うのです。

●感性と理性の本質とは

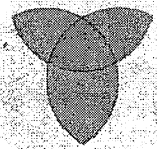
私 共人間の脳は、急激な変化を「危険」と受け取るようにできています。自分の現状を維持しようとするわけです。つまり、保守的にできているわけです。これが「感性」の果たしている機能であり、恒常性(ホメオステシス)の現象そのものです。脳の受動的(passive)な働きです。

なかの・しげゆき 岡山大学医学部
卒。大分医科大学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。日本臨床薬理学会元理事長、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会認定医・指導医、日本内科学会認定医、日本学術会議連携委員、日本心身医学会評議員、CRC 連絡協議会代表世話人。「医療コミュニケーションの集い」のための「響き合いネットワーク」(大分、岡山、東京、長崎)の企画・運営に携わっている。



医療における サイエンスとアート

人間の理性と感性の働き、医療の論理と倫理の誕生



一方で、脳は変化を求めようともしています。つまり、人間の革新的な面です。「理性」の働きが、これを推進してきました。脳の能動的(active)な働きです。しかし、理性が生み出した「論理」は、しばしば暴走します。人類の歴史を振り返ってみて、理性から生まれた論理の暴走の例を挙げようとすれば、例示にこと欠きません。たとえば、核兵器の開発と使用、歴史上の汚点となった数々の人体実験などです。その暴走にブレーキをかけるのは、「感性」の働きです。これが「倫理」であり、感性の生み出したものです。別の言い方をすると、「論理」の父は「理性」であり、「倫理」の母は「感性」であるということもできます。つまり、理性と感性から、論理と倫理が誕生したことになります。

「理性」の本質は、自然を理解し、コントロールしようとするところにあります。私共が拠り所としている現代医学（つまり、西洋医学）は、理性に基盤を置いています。したがって、病気の悪い部分を見つけて、これを取り除くか、修復しようとしています。そこで、「病気と闘う姿勢」が前面に出てきます。

一方、「感性」の本質は、個体としての自己を守ろうとするところにあります。したがって、「病気と共に生きる姿勢」が前面に出てきます。もちろん、理性と感性のどちらが良いか、という問題ではなく、お互いに補い合う形で、理性と感性のバランスの良い働きが重要なのだらうと思います。

●医療のプロフェッショナルということ

臨床試験の領域で考えてみましょう。私共は薬の効果と安全性の評価をする際に、判断を誤らないために比較試験を組みますが、対照群に使用する「プラセボ」、比較を可能にする「ランダム化（無作為化）」や、色眼鏡効果を除くために行う「二重盲検法（二重

遮蔽法）」といった科学的な方法は、人間の理性の生み出した人工的な産物です。人間が判断を誤りやすい生き物であるという現実から目をそらさずに、それを克服する方法として考え出したわけです。判断を誤る要因を理解した上で、その要因をコントロールして、正しい判断を導く方法を生み出したわけです。この世の中の現象を「理解したい、コントロールしたい」という、まさに「理性」の産物なのです。

しかし同時に、この三点セットが、あまりにも人工的な産物であるがために、病を患う人の苦痛を和らげてあげたいと思う人間のごく自然な動機に基盤を置く医療の場で、癒しを求めて来院した患者に対して、これらを説明することの難しさが生まれてきます。臨床試験に被験者（創薬育薬ボランティア）として参加していただきたい方々に対して、説明し難いのは当然のことなのです。しかし、難しいからこそ、患者の気持ちの動きにも寄り添いながら、分かりやすい説明のできる域に達した医療者は、プロフェッショナルといわれる由縁でもあるのだと思います。

理性と感性の働きは、実は別々に働いているのではなく、主として理性が働いている時間帯、主として感性が働いている時間帯があるように思います。研究活動を例にとると、着想の段階では「感性」が働いて、「研究目的」を絞り込みます。仮説を立て、目的に合った「研究計画」を練り上げていく段階では「理性」が働きます。研究計画に従って研究を遂行する段階では「感性」が働きます。得られた結果をどのように考えるか、そこから何が明らかになり、今後の課題として何が残ったのか、を考える段階では「理性」が働きます。

もちろん、このようにきれいに割り切れるものではありませんが、自分の「理性」と「感性」の働きと役割をある程度でも意識しておいたほうが、いろいろなことがうまくいくように思います。

こころからだ、いのち

中野 重行

国際医療福祉大学大学院 創薬育薬医療分野 教授/
大分大学医学部 創薬育薬医学 教授

●医師になるための学習の必須事項

どのような仕事にも、一人前になるためには、これだけは学ばなければならない、あるいは避けて通ることはできないという必須事項があるのではないのでしょうか。医師になるための学習のプロセスでは、「解剖実習」がまさにこの必須事項に相当します。つまり、死体解剖実習のことです。死体の解剖ですから、死体がなければこの実習は成り立ちません。ご存知のように、解剖実習に提供される死体は、多くの篤志家の献体により成り立っています。医学や歯学の発展のために、死後に自分の肉体（遺体）を解剖実習用教材となることを約束して、遺族が故人の意思に沿って学生の解剖学実習のために献体する篤志献体の組織である「白菊会」により支えられているのです。

それまでに死体に出会うという経験をすることもなく過ごしてきた多くの医学生にとって、解剖実習の始まる前の緊張感は相当なものです。解剖実習初日の帰宅途中で出会う人々が、いままでとは違って見えるという体験をした人は数多くいます。2～3日は肉類が食べられなかった人もいます。しかし、人間は何事にも慣れる動物です。解剖実習が始まって間もなく、死体との付き合いも日常化してきます。医師を目指す医

生にとって、人体の構造を熟知しておくことは必要なことなのです。人体の骨組みがどのようになっており、各臓器の位置関係がどうなっており、神経と血管（動脈と静脈）がどのように走行しているかを知っておくことは、病気の診断と治療をする際に必須のことなのです。そのために解剖実習が行われています。

●医師としてプロフェッショナルに振る舞うために

半年近く続く解剖実習の時期には、各臓器だけでなく、血管、神経、筋肉、骨などの名称をラテン語や英語で覚えなければなりません。血管も神経も枝分かれすると、それぞれに別の名称がついています。全身で206個ある骨にも、すべて名前があります。骨の引っ張りや溝にもそれぞれ名称がついています。これらの名称を、まず覚える必要があるのです。まさに記憶力の勝負、といった感じです。医師が患者の治療に携わる際に、身体の構造を十分に理解しておく必要があるから学ぶものなのです。

私が解剖実習を体験した頃を思い出してみると、周囲にいる知らない医学生でも、態度や雰囲気から、解剖実習を経験した学生か、未経験の学生か、がなんとなく分かるような感じがすることに気づいていました。言葉には表現しがたいのですが、本人の醸し出す雰囲気の微妙なニュアンスが異なってくるのです。

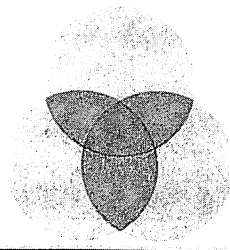
解剖実習で忙しかった医学生の頃、私は「解剖実習は医師になるための『洗礼』だ!」と感じたことを思い出します。つまり、普通の人間である医学生が、解剖実習の期間を経験することにより、医師へのステップを大きく踏み出すことになるのです。傷口を縫い合わせるのは、外科医でなくても医師なら誰でも求められることがあります。解剖実習を経験して初めて、医療機関の門をくぐれば、大量の血液が流れ出ていても、

なかの・しげゆき 岡山大学医学部 大分医科大学臨床薬理学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。日本臨床薬理学会元理事長、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本学術会議連携委員、CRC連絡協議会代表世話人。響き合いネットワーク連絡協議会会長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ（大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院）の企画・運営に携わっている。



「モードの切り替え」という 考え方

「医師になるための洗礼」としての「解剖実習」の
もう一つの意義



事故で裂けた傷口に出会っても、また死体に出会っても、動ずることなく医師としての振る舞いができるようになっていきます。これができなければ、医師としてのプロフェッショナルとはいえません。しかし同じ人間が、街中で、あるいは山の中で同じような場面に偶然出会ったとすると、ギョッとしたり、気持ちが悪くなったとしてもごく自然なことなのです。

●「解剖実習モード」と「普通の人間モード」

ここで解剖実習に熱中している状態を「解剖実習モード」と名づけ、そうでない状態を「普通の人間モード」と名づけてみたいと思います。「解剖実習」は、実はこの二つのモードの間を、自由に行き来できるようになるトレーニング期間にもなっているのです。プロフェッショナルな医師になるために必要なプロセスなのです。当時の解剖学の先生をはじめ、誰もそのようなことは教えてはくれませんでした。また、当時は「モード」という言葉は使いませんでした。私はこのようなイメージを頭の中に思い浮かべていました。

この二つのモードの切り替えが、スムーズにできないと大変なことが起こります。私の学んだ大学では、当時、解剖実習室は運動場の隅にある古い一階建ての建物でした。この解剖実習室の中で、「解剖実習モード」に入って解剖に熱中しているとき、ふと気がついたら夜遅くなっていて自分ひとりが残っていたときなど、急に「普通の人間モード」に戻ってしまうことがあります。最後の学生は、解剖実習室のライトを一つずつ消していき、最後にすべての明かりを消して、真っ暗闇の中で解剖実習室の鍵をかけなければなりません。このとき、素面に戻って、怖さが急に襲ってくることもあるのです。

また逆に、「解剖実習モード」のまま、普通の人間の住む街中に出てしまった失敗談もあります。ある同級の男子学生は、解剖実習の試験の前夜、まだ解剖半ばの半分の「顔面」を下宿に持ち帰ったのです（何たることか！）。その上、彼の実直な性格からみて全く悪気はなく、下宿のおばさんに断っておいたほうがよいと思ったのでしょうか。解剖途中の死体の顔を持って帰ってきたことと、今夜、二階で解剖の試験の準備をすることを話したのだそうです。翌朝、おばさん曰く、「あの顔が二階にあると思っただけで、夜眠れなかった！」と。また、少し先輩の女子学生にも、こんな話があります。やはり解剖の試験の前日の真夜中に、解剖半ばの「片腕」を、自転車の後の荷台に積んで（これまた、何たることか！）下宿にやっとたどり着いたところ、荷台の「貴重品」がなくなっていたのです。さあ、大変。急いで帰路を自転車で逆走して、風呂敷に包まれたままの「宝物」を誰にも気づかれずに無事回収したのだそうです。いまなら、新聞沙汰になって大騒ぎになりそうな危ない話ですが、古きおおらかなよき時代の一端を示す懐かしさの漂う話でもあります。

求められる場面に応じて、「普通の人間モード」（病人モード）と「解剖実習モード」（疾患モード）の切り替えがスムーズにできるようになることが、医師として重要なことで、解剖実習の期間は、期せずして、そのためのトレーニング期間にもなっているのです。

さて、この小文をお読みになっている「あなた」として、「医師になるための洗礼」に相当するものは、いったい何だったのでしょうか。どの点で「モードの切り替え」が必要になっているのでしょうか。そのようなことを考えてみることも、ときには意義のあることではないでしょうか。

こころ、からだ、いのち

中野 重行

大分大学名誉教授／大分大学医学部 創薬育薬医療コミュニケーション 教授／
国際医療福祉大学大学院 特任教授(創薬育薬医療分野長)

●医療の本道としての「心身一如」

私ども人間は「こころ(心)」を持っており、その心のあり方がその人らしさを形づくっています。いろいろな場面での心の動きは個人によって異なります。個人で異なるということが、その人らしい人柄となり、個性になってきます。つまり、その人の「持ち味」になるわけです。では、心っていったい何なののでしょうか？ そのように改まって問われてみると、そう簡単には答えられないことがすぐに分かります。また、心はどこに宿っているのでしょうか？ 昔、心は心臓に、胸部に、あるいは腹部に宿っていると考えられていました。もちろん、現在では、心は脳から生まれると考える方が多いと思いますが、その昔、旧約聖書がヘブライ語からギリシャ語に翻訳されることになったときに、ギリシャ語で心臓を意味するkardiaが選ばれ、これが世の中に広まったといわれています。また、心の働きが心臓や胃腸を代表とする身体の動きとしても現れることは、古くから経験的に知られていました。しかし、17世紀の哲学者デカルトは、身体と心を完全に分断する「デカルト二元論」を展開しま

した。それ以来、医学の世界でも、心と身体は分けて考えるようになりました。このことは、人間の身体的側面の科学的な解明には大いに役立ったのですが、同時に、医療の中での身体と心へのアプローチは、バラバラになってしまいました。

しかし、病気になった人間の身体と心は、相互に影響し合っています。身体の状態は心にも表れ、心の状態は身体にも表れてきます。これこそ筆者の専門とする心身医学(psychosomatic medicine)の世界のお話になるのですが、「心身一如」のアプローチそのものです。そのようなアプローチをしないと治らない病態が、あるいはそのようなアプローチをしたほうが治りやすい病態があるのです。というよりも、人間が病気になった「病人」が医療の対象であるのですから、病人を対象にした医療は「心身一如」(あるいは「全人的」)にアプローチするのが本道なのではないでしょうか。

筆者の書棚には、恩師の一人であり編集者でもある池見酉次郎先生のサイン入りの『精神身体医学の理論と実際(総論)』(医学書院、1962年)があります。心身医学を志した若き日々によく読んだ医学書の一冊なのですが、その表紙をめくったページに次のような言葉が書かれています。

“There are no diseases. There are only sick people.” (Alan Gregg)

上に記してきたことと同じ文脈であり、心に棲みついている言葉です。

●「事実」と「感情」を分けてとらえる重要性

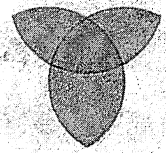
筆者の働く大学で医学教育を行っていく上で、模擬患者(Simulated Patient, SP)の養成が必要になってきました。いまから十年ほど前のことです。

なかの・しげゆき 岡山大学医学部 卒。大分医科大学臨床薬理学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。大分大学医学部創薬育薬医学教授、国際医療福祉大学大学院教授を経て現職。日本臨床薬理学会名誉会員(元理事長)、日本臨床精神神経薬理学会名誉会員(元会長)、日本学術会議連携委員、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、CRC連絡協議会代表世話人。響き合いネットワーク連絡協議会理事長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ(大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院)の企画・運営に携わっている。



「事実」と「感情」を分け、 「事実」と「考え」を分けてとらえる！

前者は「感性」の、後者は「理性」の鍛錬になる！



そのために始まったSP養成セミナーは、すぐに「医療コミュニケーションの集い」に発展しました。SP養成のためのワークショップの場は、医療者にとってもコミュニケーションを学ぶための良い機会になっていることに気づいたからです。ここでの活動は、その後「響き合いネットワーク (Resonate Network)」と呼ばれるようになり、現在、大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院の6つの地域で活動を続けています。2010年6月には6つの地域が一緒になって、「響き合いネットワーク連絡協議会」を結成しました。この響き合いネットワークは、SPの養成を行うとともに、医療コミュニケーションのワークショップを毎月、各地で開催しています。良き医療コミュニケーションは、患者にとっても医療者にとっても良い効果を生じます。治療効果が高まる「治療の場」が生まれるからです。

さて、SPの重要な役割として、与えられた患者シナリオを覚える、患者を演ずる、医療面接者にフィードバックする、ということがあります。医療コミュニケーション学習では、「気づき」が重要なキーワードになります。SPのフィードバックのポイントは、いまここで起こった医療面接での体験を、「事実」と「感情」を分けて、医療者役の方に伝えることにあります。そうすることにより、医療者のほうに「気づき」が生まれやすくなるのです。

ここで、「事実」と「感情」を分けてとらえることの重要性について、少し突っ込んで考えてみたいと思います。私どもの心は、ある刺激に対して動きます。ある感情（たとえば、「快」か「不快」という感情）が心の中に生まれます。その感情に動かされて、私どもの反応（言動）が生まれます。したがって、最も単純な場合には、刺激に対してすぐに反射的に反応することになります。しかし、反射的に反応すると、

人間関係においてはしばしば新しいストレスが生まれかねません。ここで、刺激を「事実」としてできるだけ客観的にとらえ、その「事実」に対して、自分にとってどのような「感情」が生じたのかを分けてとらえようとしてみるだけで、様相がかなり変わってきます。「事実」と「感情」を分けてとらえることを繰り返して習慣化すると、自分の特徴がみえてきます。つまり、どのような刺激に対してどのような反応が起こりやすいのか、どのような「事実」に対してどのような「感情」が生まれやすいか、がみえてくるのです。そして、反射的な反応ではなく、そこに「間」が生まれ、「間のない（間抜けな）」言動が減ってきます。「間」が人間関係に余裕を与える、といっても良いかと思えます。「事実」と「感情」を分けてとらえる努力は、実は「感性」の鍛錬になるのです。

ある刺激に対して心が動くのは、感情だけではありません。何らかの考えも生じてきます。つまり、そこで起こっていることをどのように「考える」か、ということです。この考えるプロセスでも、その人らしい個性が生まれます。時間的に追ってみると、「事実」があつて「感情」が動き、その感情に伴って「考え」が生まれてきます。そこで、「事実」と「考え」を分けてとらえようと努力してみると、これは「理性」の鍛錬になることが分かります。つまり、「事実」と「感情」を分けてとらえることは「感性」を磨くのに役立つ、事実」と「考え」を分けてとらえることは「理性」を鍛えるのに役立つように思います。そして、「事実」と「感情」を分け、さらに、「事実」と「考え」を分けてとらえようとすることによって、自分の個性を把握しやすくなり、患者と医療者の間の良き信頼関係を築くのに役立つだけでなく、この世の中で「生きていくのが楽になる」という効用もあるのではないのでしょうか。

こころ, からだ, いのち

中野 重行

大分大学名誉教授 / 大分大学医学部創薬育薬医療コミュニケーション教授 / 国際医療福祉大学大学院 特任教授 (創薬育薬医療分野長)

●「具体」と「抽象」

「具 体」と「抽象」という言葉(またはコンセプト)があります。「具体的」と「抽象的」という形容詞の形で、日常会話でもしばしば使われています。「具体」は実際に存在している物や事のことです。私どもの身の回りにある物や実際に起こった出来事は、すべて「具体」です。一方、「抽象」は、具体的な物や事から取り出したある特定の性質または側面のことです。「具体」から「抽象」化できる力は、人間にだけ備わっていると考えられる能力です。そして、もろもろの事象を「抽象」することにより、科学や哲学など人間特有の文化を発展させることができたのです。

ここで、少し違った視点から考えてみたいと思います。注目したいのは、「抽象」したものは、「具体」に付随しているある性質や側面にしかすぎないということです。つまり、「抽象」は実在するものではなく、私どもの頭の中に概念として存在しているということです。「抽象」が行われるプロセスでは、必ず拾い上げられずに捨てられる物や事が生まれます。このことを専門用語では、「捨象(しゃしょう)」とっています。物や事といった「具体」からある要素・側面・性質を抽象するとき、その他の要素・側面・性質は度外

視されます。「抽象」化のプロセスでは、「抽象」で取り出された性質以外のすべての「性質」が捨てられることとなります。

このことを医療の場で考えてみたいと思います。「病人」が存在して初めて医療が成り立ちます。もちろん、医療には医療者の存在も必須なのですが、「病人」がいなければ医療は必要がなくなります。その医療の場では、「病人」が「具体」です。患者A、患者B、患者C……といった個々の病人が「具体」です。異なった個体の病人でも、同じ「病気」であれば似たような症状や所見を引き起こす、したがって「病人」たちの「病気」にはそれぞれ病名がつくはずであるという考えに基づいて、17世紀の近代医学の黎明期に、英国を中心にして、「病人」を「病気」の病名で分類することが行われるようになりました。実はこのことが、その後の医学を科学として大きく発展させる契機の一つになるのですが、この点には今回は深入りせずに、「病人」が「具体」であること、「病気」は「抽象」であって私どもの頭の中に存在しているという点に注目したいと思います。

●「疾患モード」と「病人モード」

医学や医療は、「抽象」である「病気」の病名によって分類され、研究され、教育され、医療制度の中に位置づけられています。そのほうが効率が良いからだと考えられます。したがって、私どもが医療者として個々の患者に対応するとき、「具体」としての「病人」と「抽象」としての「病気」という頭の働かせ方から見ると二つの態度で接することになります。

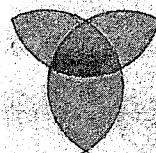
ここで、疾患中心のアプローチを「疾患モード」(または「病気モード」)、疾患を持った個々の病人を中心にしたアプローチを「病人モード」と名づけることにします。前者は主として「理性」に、後者は主として「感性」に依存した脳の働かせ方です。医療の中では、救急医療、急性疾患、慢性疾患、心身症などといった

なかの・しげゆき 岡山大学医学部卒。スタンフォード大学医学部臨床薬理学部門に留学。大分医科大学臨床薬理学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。大分大学医学部創薬育薬医学教授、国際医療福祉大学大学院教授を経て現職。日本臨床薬理学会名誉会員(元理事長)、日本臨床精神神経薬理学会名誉会員(元会長)、日本学術会議連携委員、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、臨床試験支援財団理事長。響き合いネットワーク連絡協議会理事長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ(大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院)の企画・運営に携わっている。
http://www.med.oita-u.ac.jp/pharmaceutical_medicine/index.html



医療面接の三つのパターン

～効果的な医療コミュニケーション学習法の新しい提案～



それぞれの診療場面で、「疾患モード」と「病人モード」の比重が異なってきます。つまり、医療の中で私どもは「疾患モード」と「病人モード」を、意識することなく使い分けているのです。つまり、「理性」と「感性」をバランス良く使うことにより、医療が成り立っているということが出来ます。

そこで医療コミュニケーションを学ぶ際の学習法として、次の三つのパターンを経験することを、3年ほど前から提案し、実際に医療コミュニケーション学習の場で使っています。すなわち、医療者役の学習者が次の三つのパターンを順次経験するという方法です。

- (1) パターンA：病名（病気の鑑別診断や検査所見など）に全注意を集中して、ただひたすら「疾患モード」で患者に対応する。
- (2) パターンB：患者の話に集中して、ただひたすら患者の物語や気持ちに寄り添うように努めて「病人モード」で患者に対応する。
- (3) パターンC：「疾患モード」と「病人モード」を必要に応じて柔軟に行き来する。

この三つのパターンを、A→B→Cの順序で体験するようにします。

この「医療コミュニケーションの新しい学習法」は、「こころ、からだ、いのち」の本シリーズの中で紹介してきた「疾患モードと病人モードという考え方」「モードの切り替えという考え方」「やわらかな15人称」などを、「医療コミュニケーションの学習法」に応用したものです。

●医療コミュニケーションの学習で目指す「サクセスゾーン」とは

➤ の新しい学習法を採用することにより得られる
 ↳ 効果として、どのようなことが挙げられるでしょうか。実際に医療コミュニケーションのワークショップや医療コミュニケーションの授業でこの方法

を使用してみた感想は、次のようなものです。①医療者役をする学習者が、「疾患モデル」と「病人モデル」を意識できるようになること、②二つのモデルの間での自分自身の「振れ幅の大きさ」を知ることができること、③自分自身のこころの動きを意識化できること、したがって「疾患モード」と「病人モード」をやわらかく使い分けることができるようになること、④自分のスタンスや立ち位置が見えるようになり余裕が生まれること、などが挙げられます。医療コミュニケーションの効果的な学習につながるように思います。

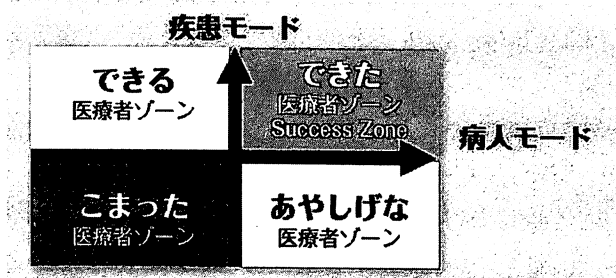


図1. 医療者の属するゾーンと疾患モード・病人モードの関係

これを視覚化してみましょう。「疾患モード」を縦軸に、「病人モード」を横軸にした座標軸法で描いてみると、パターンAは図の第2象限（左上の領域）に入ります。パターンBは第4象限（右下の領域）に入ります。パターンCは第1象限（右上の領域）に入り、ここが目指す「Success Zone」です。これを医療者のイメージで表現してみると、「できる」「できた」「こまった」「あやしげな」という4つの言葉で表現できる医療者ゾーンが出来上がります。そのとき、診てもらっている患者がどのように感じるかを、これもイメージとしてやさしい大和言葉でまとめてみると、第1象限から第4象限に向けて、「やすらぎ」「いらだち」「あきらめ」「くつろぎ」になります。私どもが医療コミュニケーションの学習で目指すサクセスゾーンは、患者が「やすらぎゾーン」（第1象限）に入ることなのです。