

■ 特集「人間関係トレーニングの応用」

医療と人間関係トレーニング

—患者中心の医療の実現のために—

山口真人
(人文学部心理人間学科教授)

今、医療界に大きな波が押し寄せている。インフォームドコンセントを巡る様々な問題やセカンドオピニオンを求める動きであったり、緩和医療の要求や患者満足度調査による病院の体質改善の動きであったり、医療過誤に関する訴訟の活発化などなどである。いずれも医師の権威を頂点にして維持されてきたピラミッド型の医療の抱える問題点が噴出してきているとされている。

この、医師の権威を頂点にして維持されてきたピラミッド型の医療を支えてきたのが、近代科学によって発達した疾病中心の医療である。人間と疾患とを切り離し、病気の発生原因を解明することによって治療法を特定し、その除去を図ることによって疾患の治療を行うモデルである。この特定病因論によるアプローチは感染症の治療には非常に有効であった。しかし近年の慢性病や生活習慣病の場合は、疾患の原因を人間から切り離して「原因-結果」という単純な対応関係で特定することが困難であることが明らかになってきた。疾患と複雑に絡み合った人間の生活全体が、病気という現象を生み出しており、疾患を人間の生活から切り離しては有効に対処できなくなってきたのである。

近代医療科学は、病気の身体生理的な側面からの治療は医学が、患者の生活心理的側面の介護は看護が、環境社会的側面からの支援は社会事業が担う形で発達してきたが、視点を変えれば、患者は一人の人間として生きており、医学も看護も社会事業も、患者を一人の人間として統合的整体的に理解する科学になることが求められているといえる。

人間の生活の様相は一人ひとりの個人によって全く異なっており、医学の分

本研究は平成14年度国立国際医療センター国際協力研究委託事業（14公-8）「住民の主体的な行動変容をもたらす健康増進プログラムの開発に関する研究」の一部として行われた。

野においても、人間の生活の多様性を無視した「一般的患者」を想定した治療モデル、つまり医師の側からの視点、だけでは人間としての病者にとっての本当にぴったりした治療法が成立するはずがない。医師中心（疾患中心）の医療モデルの破綻は生活習慣病に限ってのことではなく、今医療モデルは大きなパラダイムの転換が必要とされているのである。

バリント（1957）^{*1}の全人医療への取り組みは先駆的であり、彼は患者を「病める器官」としてではなく「病める人間」として見ることを説いた。従来の疾患中心の思考に基づく「伝統的診断」に対して、患者中心の立場に立って患者の訴えを理解するバリント式面接法を使った「全体的診断」をプライマリ・ケアの中で展開した。また、全人的医療を展開できる医師の養成のためにバリント・グループと呼ばれるグループワークも開発した。その後発達した心身医学はバリント方式の患者理解のアプローチをbio-psycho-socio-ethical（生理・心理・社会・生命倫理的）モデルとして全人的医療の方法論の中に位置づけている。^{*2}

本稿では、カナダ西オンタリオ大学家庭医療学科のモイラ・スチュワートら（1995）のPatient-Centered Medicine^{*3}およびアメリカのハーバード大学を中心にしたThe Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Careの報告書でもあるマーガレット・ガータイスら（1993）のThrough the Patient's Eyes^{*4}を紹介しながら、患者中心の医療の実現のために人間関係トレーニングが貢献できる可能性を検討する。

1. スチュワートらによる患者中心の臨床技法

スチュワートらは、不健康は「疾患」と「病い」という二つの側面から見るができるという。「疾患」は医師が患者の問題を身体器官やシステムの構造や機能の異常という観点で説明しようとするときに用いる理論的概念であり身体的精神的障害の両方を意味するが、「病い」は不健康に関する患者の個人的体験のことを指す、と定義している。したがってある特定の「疾患」は、その疾患を持つ人すべてに共通のもので診断名で表されるが、「病い」は個人にとって独自のものであると考える。

スチュワートらはこのようなアプローチを「患者中心の医療（Patient-Centered Medicine）」と名づけて、その実現のための臨床技法を6種類にま

*1 Balint, M. The doctor, his patient and the illness, International Univ. Press, New York, 1957（池見西次郎他訳『プライマリ・ケアと心身医学』診断と治療社、1981）

*2 池見西次郎監修永田勝太郎編『バリント療法—全人的医療入門』医歯薬出版、1990

*3 Moira Stewart et al. Patient-Centered Medicine, SAGE Publications, Inc., Ca., 1995（山本利和監訳『患者中心の医療』診断と治療社、2002）

*4 Margaret Gerteis et al., Through the Patient's Eyes, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1993（信友浩一監訳『患者中心の医療・介護をすすめる七つの視点』日経B P社、2001）

表 1. 患者中心の臨床技法

患者中心のプロセスに関連する 6 つの要素	
1. 疾患と病い体験の両方を探る	<ul style="list-style-type: none"> A. 鑑別診断 B. 病いの側面（考え、感じ方、期待、昨日への影響）
2. 全人的に理解する	<ul style="list-style-type: none"> A. その“人”（生活歴、個人の問題、発達上の問題） B. 文脈（患者の病いに巻き込まれ、影響を受ける家族やあらゆる人々、すなわち物理的環境）
3. 共通基盤を見出す	<ul style="list-style-type: none"> A. 問題と優先順位 B. 治療の目標 C. マネージメントにおける医師と患者の役割
4. 予防と健康増進を組み込む	<ul style="list-style-type: none"> A. 健康増大 B. リスク軽減 C. 疾患の早期発見 D. 疾患の影響改善
5. 患者・医師関係を強化する	<ul style="list-style-type: none"> A. 治療関係の特性 B. 能力の分かち合い C. ケアリングと癒しに基づいた関係 D. 自己認識 E. 転移と逆転移
6. 現実的になる	<ul style="list-style-type: none"> A. 時間 B. 資源 C. チーム形成

（モイラ・スチュワート『患者中心の医療』、診断と治療社、2002、pp.32）

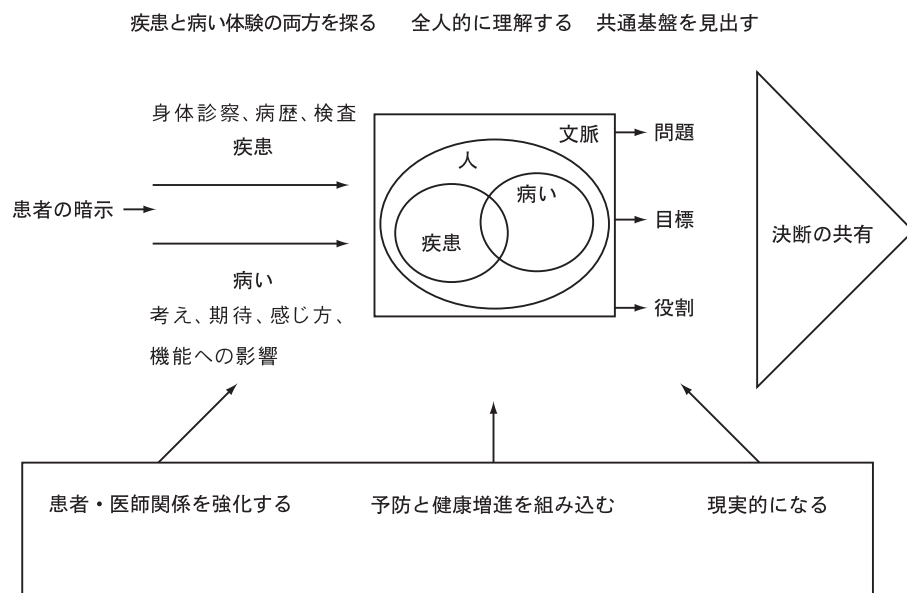


図 1. 患者中心の臨床技法

とめて提示している。(表1と図1)

次に示す事例1は、若い研修医が伝統的な医療モデルで破綻したあと、患者中心のアプローチを採ることによって患者と共同して「病い」に対処していくことが可能になった様子を示している。この中には上記の6つのプロセスがわかりやすく現れている。

【事例1】

『55歳の女性が高血圧のフォローアップで受診した。これが3度目の受診で、血圧はだいたい150/100 mmHgであった。研修医は治療を始めようと急いだ。しかし患者は“残りの人生のために”薬を飲みたがらなかった。彼女は費用と副作用について考えていた。別の方法でコントロールできないかと尋ねた。研修医の最初の対応は患者が服薬を始めるように、より強行に説得することだった。事実を述べ図解しながら彼女に迫った。しかし強く話せば話すほど、患者は自分の心配をさらに話すのであった。ついに研修医は激昂し処方箋を書き、彼女を薬局に向かわせようとした。彼女が言うことに従わないならば、今後会うであろういかなる問題にも自分は責任を持たない、と警告して診察を終わらせた。患者は診察室を出て行くとき、誤解され責められたと感じ、処方箋を薬局に持っていかなかった。研修医も誤解されたと感じ、患者の潜在的な拒否に苛立ち、指導医に考えを話した。医師と患者は治療に対して同じ考え方にいないこと、共通基盤を見出すことを求めていることを、すぐに二人は認めた。指導医との議論のなかで研修医は、高血圧の治療を急いだために、患者の問題への理解や提示された治療への考えを確かめる点でうまく行かなかったことを認めた。

不本意ながらも家族の説得で、彼女は3ヵ月後に血圧の再チェックに来た。研修医は彼女が処方箋を薬に換えていないのを見つけ、血圧が変わっていないと知ると、指導医が提案したアプローチを試みようとした。患者も医師も血圧が問題だと知っているにもかかわらず、お互いに治療に対しては非常に違う考えを持っていた。今回は彼女を諭そうとせずに、研修医は彼女が服薬しようとしないうちについて理解しようとした。彼女の父が長い間高血圧で、服薬治療のため多くの合併症に苦しんだ、と彼女は語った。自分に同じ事が起こらないようにしよう、と心に決めていた。研修医は彼女の考えがもっともであると理解し、さまざまな治療のオプションについて相談した。治療へのアプローチで彼らは合意した。血圧140/90 mmHg以下を目標にしよう。家庭での血圧測定を記録しよう。最初は非薬物療法で始めよう。もしもその方法で6ヶ月以内に目標の血圧にならなかったときには、薬物治療を加えよう。注意深く薬の副作用を観察しよう。研修医はもっと早く最適な血圧に達したいと思ったのだが、患者が治療に積極的に関わるほうがより重要だと考え、患者と治療決定を相談しあうことで、研修医は2度目の戦いを避け、効

果的な治療法へ彼女と共に至った。』*1

事例1に見るように、患者中心の医療を進めていくためには、患者と医師との対話的なコミュニケーションが不可欠であることがわかる。このコミュニケーションをより詳細に見るために、表1の「1. 疾患と病い体験の両方を探る A. 鑑別診断 B. 病いの側面（考え、感じ方、期待、昨日への影響）」に該当する実際を面接を事例2で見してみる。

【事例2】

『58歳の男性R氏。血清コレステロール高値の食事療法のカウンセリングに来院。

Dr.：いいですよ、Rさん。食事療法していますね。コレステロール値はきちんと下がっているようですよ。

（と切り出してしばらくやり取りしながら、運動療法も続けていることを聴き出した）

R：冬に歩くのは平気ですよ。歩くのはとても楽しいんです。ひどく寒い日に気をつけないといけないだけですよ。

Dr.：そうですね、ひどい天気の日には気をつけなければなりませんね。

（R氏は目をそらし、悲しそうである。）

Dr.：なにか心配事がおありなんですか、Rさん？

R：あ、ああ…いえ…いいえ、無理かなあ。

Dr.：無理ですって？

（医師はおうむ返しをした）

R：うーん…ただ冬のことを考えていただけ…ああ…やはり無理かなあ、暖かくしてさえいればスノーモービルはできると思うんですが…

Dr.：どうしてそんなにスノーモービルのことを気に掛けていらっしゃるんですか、Rさん？

R：さあ、わかりません、ただ、できないと寂しいんです。

Dr.：スノーモービルはあなたにとって大切なことのようにですね

R：ええ、はい、それはとても大切な家族の行事なんです。うちはこの北に土地を多少持ってまして、小さな小屋があるんです。そこでそんなふうに出の家族は冬の週末を過ごすんです。…家族みんな一緒にです。

Dr.：大切な家族の行事であったことに参加できないのがとてもつらいんですね。

（医師はR氏の言わんとするところを口にした）

*1 モイラ・スチュワート『患者中心の医療』診断と治療社、2002、pp.120-121

R : ええ、はい、そうだろうと思います。あまりにも多くのものを失ってしまったので、そうできないのが実際寂しいんだと思います。

Dr. : Rさん、この数ヶ月間、Rさんはたくさんの変化を経験して、たくさんものを失ったようですね。とてもつらかったことと思います。

R : はい、先生。そうなんです。大変でした。私は、本当に健康で何の問題もなかったところを、ひどい心臓発作を起こして大きな手術を受けて、現実的に体重を気にしなくてはならなくなりました。大きな変りようで、つらい期間でした。でも私は生きている。それが重要なんです。

Dr. : 心臓発作のことや手術のこと、起こった変化について、まだたくさん思うことがおありのようですね。

R : ええ、あります。(落ち着いた声で) あります。

Dr. : そのことを話すために別に時間を設けた方がよろしいのではないのでしょうか？

R : ええ、話すのはつらいですが、助けになるでしょうね。

Dr. : ちょっとお尋ねしますが、睡眠や食欲のことで、何か問題はありますか？

R : いえ、全くありません。

(医師は、うつ病の症状がないかどうかさらに2、3の質問をしたが、所見は何もなく、医師は次回の診察でさらに話してもらうよう申し出た。R氏は前向きに答えた。)*1

この事例2で医師は、「疾患」と「病い」の間を縫うように進んでいる。もしこの医師が伝統的な医学的モデルのみを用いていたら、患者の疾患を探し出して「うつ状態」とラベルを貼り、薬物治療を始めたかもしれない。あるいは、彼の話は単なる心配事で、取るに足りないこととして聞き流したかもしれない。患者中心の医療を行うためには、医師は患者の「疾患」の同定を伝統的な医学モデルを用いて行い、平行して患者の「病い」の体験を理解していくために、患者との直接的なコミュニケーションを行なっている。それは単なる情報伝達や情報入手のためのコミュニケーション技術ではなく、“患者の世界に入っていく”ことのできるコミュニケーション技術を用いているのである。

このスチュワートの患者中心の臨床技術の6つの要素を見ると、主に医師－患者という二者関係の中で用いられる技術をさしている。これらの技術は主に人間関係トレーニングの中で養成することができるものである。例えば、傾聴、表現の明確さ、感情の取り扱い、自己開示や自己概念といった「対人間コミュニケーション」の技術や、受容、共感的理解、自己一致などロジャーズの人間中心の心理療法 (Person Centered Approach) から生まれた基本的態度に関

*1 モイラ・スチュワート『患者中心の医療』診断と治療社、2002、pp.43-44.を一部整理した。

表2. 教育における学習者中心モデル

個人教育の6つの要素	
1. 学ぶニーズと意欲を探る	<ul style="list-style-type: none"> A. 必要とされるもの (“正式な”カリキュラムと能力に応じた学習) B. 意欲 受けとめたニーズ (自己評価、期待、感じ方、実力レベル)
2. 全人的に理解する	<ul style="list-style-type: none"> A. “個人” (履歴と個人的認知発達) B. 背景 (学習環境の機会と制約)
3. 共通基盤を見出す	<ul style="list-style-type: none"> A. 学習の優先順位 (決定への学生の参加) B. 教育・学習法 (教師の、臨床能力、熱意、フィードバック、対人関係能力の利用) C. 教師と学習者の役割 (促進者、理想の専門家、個人、公的権威)
4. 事前知識を組み込む	<ul style="list-style-type: none"> A. 学習者について (能力、弱点、関心、状況) B. 学習の強度について (螺旋的学習、活動と休止)
5. 教師・学習者関係を強化する	<ul style="list-style-type: none"> A. 学習者への肯定的関心 B. コンテントとプロセスの一致 C. 自己認識と防衛 D. 依存と独立 E. 転移と逆転移 F. 健全な開かれた関係
6. 現実的になる	<ul style="list-style-type: none"> A. 時間 B. 資源 C. チーム体験

(モイラ・スチュワート『患者中心の医療』診断と治療社、2002、pp.)

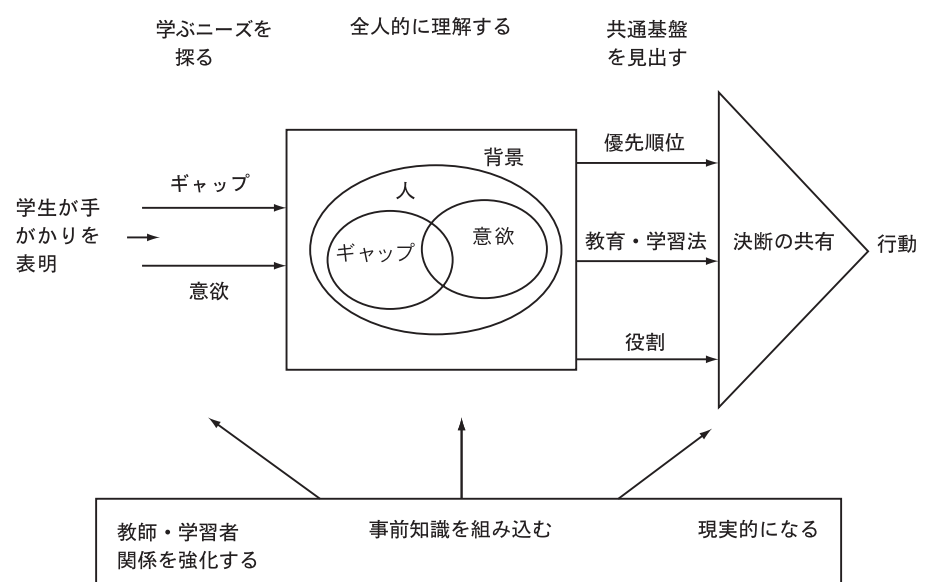


図2. 教育における学習者中心モデル

わるもの、それ以外にも情報処理や合意形成、目標設定や意思決定など、人間関係やグループプロセスに関する感受性と介入技術のトレーニングも人間関係トレーニングの領域に含まれている。

特にシュワートらは医学生や研修医に患者中心の臨床技術を教育する方法にも多く言及しており、患者中心の医療における医師の働きと学習者中心の教育における教師の働きは同じであることを強調している。つまり患者中心の医療を教えるということは、その教授内容だけでなく教授過程そのものも学習者中心になっていなければならないと主張する。

学習者中心の教育モデルは表2と図2のように描かれているが、これは表1と図1の患者中心の医療モデルのアナロジーとなっており、患者中心の医療の教育内容（コンテンツ）と教育方法（プロセス）を一致させることが求められていることが容易に理解できる。

シュワートらは、医学のトレーニングは単に知識を教えることだけでは十分ではなくて、その人自身を変えることであるとして、3段階の成長過程を描いている。カナダもアメリカ型の医学教育システムを採用しており日本のそれとは異なっているが、第一段階は医学部でのトレーニングで「疾患に対処する技術を獲得すること」、第二段階は臨床チームに入ってからからのトレーニングで「専門家としてのアイデンティティを成長させること」、第三段階は正規の教育が終わった後も続くトレーニングで「癒すことを学ぶこと」であるが、特に教師が癒しの概念を導入するとき、若い医師の技術への期待のし過ぎにも注意を促している。

以上簡単に紹介したようにシュワートらの患者中心の医療モデルは、特に臨床技術とその教育に焦点を当てているが、それはロジャーズの人間中心の教育へのアプローチからも大きな影響を受けていることがわかる。

2. ピッカー・コモンウェルス・プログラム

患者中心の医療のためのピッカー・コモンウェルス・プログラム（The Picker / Commonwealth Program for Patient-Centered Care）は、1987年、ボストンのベス・イスラエル病院とハーバード大学医学部の共同プロジェクトとして始まった。その目的は患者自身が考えるニーズと関心に焦点を当てた病院医療や医療・介護サービスへの取り組みを促進し、病気や入院を経験した際に、より人間的なケアを受けられるようなケア・モデルを探ることにあり、入院患者の場合を想定して、患者中心の医療を以下の7つの側面から検討している。その概要を下記にまとめた。^{*1}

^{*1} Margaret Gerteis et al., *Through the Patient's Eyes*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1993（信友浩一監訳『患者中心の医療・介護をすすめる七つの視点』日経BP社、2001）

1. 患者の価値観、意向、ニーズの尊重

入院時に陥る自己埋没感と個人のアイデンティティを喪失したかのような感覚の問題。個人それぞれの尊厳と意思を尊重して扱われる必要があるということ。患者は自分の病気やその治療が自分の生活にどう影響するかが気がりであり、生活に関連する医学的判断が必要なときには、十分に情報を知っておきたいと思うと同時に、決定にも関与したいと思っている。そうした患者個人の意思と自主性を尊重するための以下の点に関心を払う必要がある。

生活の質（QOL）

意思決定への参加

個人の尊厳

患者のニーズと自主性

2. ケアの連携と統合

患者は、病気という現実と直面したときに感じる脆弱感と無力感と、希望を失っている患者の喪失感を埋められる、有能で配慮の行き届く医療スタッフに見てもらいたいと思っている。ケア担当者の能力や効率を患者がどう見るかは、病院は医療・介護施設に特有な以下の三つの業務におけるサービスの連携と統合のあり方に左右される。

臨床的ケアにおける連携と統合

周辺支援サービスにおける連携と統合

「現場」の患者ケアにおける連携と統合

3. 情報、コミュニケーション、および患者教育

患者は、自分の病気や予後の見通しなどについての情報が知らされていないとか、すべてが正直に伝えられていないのではないかという不安を訴えることが多い。特に以下の点を知る必要性があげられる。

病態、進行状況および予後に関する情報

治療プロセスに関する情報

自助、セルフケア、および健康増進に必要な情報と教育

4. 身体の苦痛の解消

病状の悪化を招きうる最も直接的要因の一つは身体的苦痛と身体機能の障害である。患者の立場から見れば、身体のケア、特に急性期における苦痛の解消は、ケアの提供者が提供できる最も基本的なサービスの一つである。院内の冷たく、恐怖感のある陰鬱な雰囲気も施設の問題点として重視すべきである指摘されている。対照的に、清潔で快適で明るい施設環境は高く評価される。患者の身体的苦痛を解消するために最も基本的な要因は以下のようなことである。

疼痛管理

日常生活動作の介助

病院や施設の環境

5. 心情的支援と恐怖、不安の緩和

病気がもたらす不安や恐怖は、病気による身体的なダメージと同じように患者を衰弱させることがある。ケア提供者は特に以下の点に注意を払う必要がある。

病状、治療、予後に対する不安

病気が患者自身と家族に及ぼす影響に対する不安

病気によって生じる費用負担に関する心配

6. 家族と友人の関与

患者の病気体験において家族や親しい友人が果たす役割は重要だが、一方で、患者は自分の病気が家族や友人に及ぼす影響について心配する。患者中心の医療では、家族・友人に関して以下のような視点が必要とされる。

家族と友人への配慮

医療上の決定における家族の関与

介護者としての家族への支援

家族のニーズに対する認識

7. 転院・退院とケアの持続性

患者は、臨床施設から離れた場合の自分自身のケアの能力についてかなり不安を持っている。患者中心の医療という視点からは以下のような配慮が必要である。

情報

サービスの調整と計画

支援

ピッカー・コモンウェルス・プログラムの場合は、入院患者を想定した場合の患者中心の医療に関する患者の視点から見た評価のポイントであるので、先に見たシュワートらの家庭医学の患者中心の医療の視点よりも包括的なものになっているが、多くの共通点を持っている。医療提供側の持っている知識を患者に提供することと、現実の人間関係を改革するための人間関係トレーニングの実施によって、これらの評価点の多くを効果的に改善することが可能だと思われる。人間関係トレーニングで取り扱える領域は下記のようなものである。

- 患者個人の尊厳とニーズの尊重に関する感受性を高める
- 患者と医療者の間、医療者と医療者の間のコミュニケーションを改善して、患者の不安の低減と必要な情報のやり取りを適正化する
- 各種専門家のチームワークのトレーニングとリーダーシップ・トレーニング
- セルフヘルプグループと患者教育の支援体制の組織化

- ・組織の民主化と管理職のトレーニング

3. これからの医療と人間関係トレーニング

いま医療界は大きく動き出しているといわれる。広井（2000）*1は近代の医学の展開をまとめて、バイオメディカルモデルとエコロジカルモデルの統合が進むであろうと予測している。

近代科学としての医学は病気の原因の解明に取り組んで大きな成果を上げてきた。特に感染症に関しては、19世紀以降、病原菌という病因の発見が治療効果をあげてきた。近年は分子生物学や遺伝子レベルでの病因の解明が進んでいるが、このような医学がバイオメディカルモデルの医学である。しかし一方で慢性疾患は病気の原因は複雑で特定の病因に還元できず、生活習慣病は環境や社会的な要因と身体的な要因との相互作用によって引き起こされていると考えられるようになってきた。このような病気の理解をエコロジカルモデルという。このエコロジカルモデルは公衆衛生や疫学として一定の成果を上げてきた。さらにこのエコロジカルモデルを拡張して、近年の環境の変化の早さに人間の遺伝子の進化が対応していないことから病気が引き起こされると考える進化論的医学も現れている。そして最近、E B M（Evidence-Based Medicine）*2が脚光を浴びているが、これは各種の治療法と治療効果との関係を統計的に把握しようとする方法であり、バイオメディカルモデルとエコロジカルモデルの接近の姿が見えるという。近代科学を超えていく未来の医療は、このような統合をさらに進めていくのであろうという予想である。

確かにE B Mの出現はこれまでの医師の一方的で個人的な選択による医療を一步前進させたが、しかし未来の医療の姿はここにあるのだろうかと疑問を投げかける人々がいる。E B Mはやはり「疾患」を見ているのであって「患者」を見ているのではないという主張である。

その一つはN B M（Narrative-based Medicine）*3で、患者の語る物語を良く聴くことで患者理解を深めようとするアプローチである。

Narrative（ナラティブ）とは物語りのことであり、一人ひとりの患者には自らの人生とともに、それぞれの疾患に対する物語がある。その物語を患者と医師が共有することで、科学としての医学と、個々の人間に対する医療との間を埋めていこうとするものなのである。

*1 広井良典「医療情報の不確実性と医療システム改革」村上陽一郎編『21世紀の「医」はどこに向かうかー医療・情報・社会』N T T出版、2000

*2 E B M（Evidence-Based Medicine）は根治技術とは異なり、「こうした属性の患者の、こうした症状に対して、こうした療法を行うと、こうした予後が何パーセントの確率で生じる」というデータをエビデンスとして蓄積し、そのエビデンスを根拠にして最適な医療を選ぶという考え方。

*3 Trisha, Greenhalgh & Brian Hurwitz (Ed.) Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice, Login Brothers Book Company, 1998（斎藤清二・山本和利・岸本寛史訳『ナラティブ・ベイスト・メディスンー臨床における物語りと対話』金剛出版、2001）

NBMの特徴として、1) 患者の語る「病の体験の物語」をまるごと傾聴し、尊重する。2) 医療でのあらゆる理論や仮説や病態説明を「構築した物語」として相対的に理解する。したがって、科学的な説明を唯一の真実であるとはみなさない。3) 異なった複数の物語の共存や併存を許容し、対話の中から新しい物語が創造されていくことを重視する。などが挙げられる。

医学教育では、全ての人は同一であるという前提に基づいた教育（科学としての医学）をされるが、臨床の場では全ての人はそれぞれ異なっていて、教えられたことだけでは対応できない問題がたくさん出てくる。そういうときに「患者が語る物語」に焦点を当て、もう一度医療を考え直してみる新しい視点があるNBMであり、「物語と対話に基づく医療」であると言われる。

もし、疾患だけを見る医学しかなければ、患者は人間として扱われず、個人として尊重されることもなく、結局のところ患者の苦しみは増すことになってしまうのである。

もう一つはHBM（Human-based Medicine）と呼ばれる患者のQOL（Quality of Life）を最上位に位置づけて、患者の幸せの実現に取り組むアプローチである。

一人の臨床医である高野（2001）^{*1}はEBMを超えてHBM（Human-based Medicine）を目指したいと言う。

『エビデンスとは絶対的な真理ではなく、統計学上の相対的な事実にすぎません。また、個別の患者さんにぴったりと当てはまるエビデンスというのは、そう多くはありません。エビデンスに基づく標準的な治療法だからといって、それを機械的に患者さんに押しつけるわけにはいかないのです。EBMとは、「最大多数の最大幸福」を目指す医療です。患者さん全体の平均値がもっとも高くなる治療が標準治療であり、多くの患者さんにとっては、それを選択することが幸福につながると考えられます。

しかし、一人一人の患者さんの幸福が一律に決められるはずはありません。「最大多数の最大幸福」という視点とともに、「一人一人の人間の、その人にとっての幸福」に対する視点が必要なのです。それを目指す医療を、私は、HBM（Human-Based Medicine「人間性に基づく医療」）と呼んでいます。

人間とは、どろどろした存在であり、人間性には、科学の及ばない様々な要素が含まれます。性格、好き嫌い、信仰、生き様、人間関係、人生観、死生観…。近代医学は、これらの非科学的な要素を切り捨てることで発展してきたわけですが、その行き着く先に「人間の幸福」はあるのでしょうか。医療とは、人間存在に深く関わるものであり、人間性を無視しては成り立ちません。21世紀の医療では、「エビデンス」とともに、「人間性」が、重要な根拠となるべきなのです。

*1 高野利美『HBM宣言～EBMの歴史的意義とHBM時代の夜明け～』未刊行

人間性を医療に反映させるための第一歩は、語り合いです。人間としての患者さんと、人間としての医者が向き合い、治療方針についての考え方を率直に語り合うのが医療の原点です。「エビデンス」という共通言語さえあれば、語り合うのに不都合はありません。その上で、人生観や死生観までも踏み込んで、納得できる治療方針を選択していきます。

患者-医者関係にとどまらず、患者さんをめぐる様々な人間関係も、医療に大きな影響を与えます。複雑な人間関係の中で、一つの結論を出すのは困難ですが、人間の存在意義に関わる問題に対して、人間として真摯に向き合う姿勢こそが重要なのだと思います。患者さんにとって、ご家族にとって、何が大切なことなのか、日々考え続け、語り合う必要があるのです。』

高野は医療の最終目的を疾患の治癒を超えて、人間の幸せの実現に置いている。EBMに代表される近代医学も、NBMという患者理解のアプローチも、バリント法の面接も、いずれも医者を使う道具であり、それ自体の充実発展は必要だが、やはり医療者側からの視点を感じさせる。一方高野の言うHBMの思想は、ピッカー・コモンウェルス・プログラムと同様に、徹底して患者の視点から医療を見ることが主張されているといえる。

ここで紹介した患者中心の医療の主張を「共通科学的－個別経験的」および「医療者主導－患者主導」を軸とする2次元座標をとって捉え、その上に各種の療法を大雑把ではあるが配置してみたのが図3である。図中の大きな丸で囲んだ象限が「患者中心の医療」の象限である。

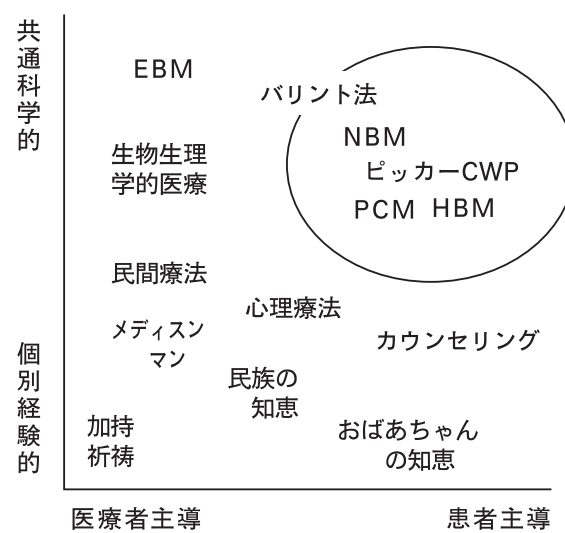


図3. 各種療法の位置付け

これらの患者中心の医療を実現するために必要なことは、医療者が患者中心の医療倫理を持つことと、患者との間に患者中心のコミュニケーションを維持することが必要であると考えられる。倫理の問題は知的理解だけでは十分でなく、医療者と患者との現実の人間関係として実現されなければ意味がないので、

コミュニケーションの問題と合わせると、これらは基本的に人間関係の問題として取り扱うことができる。つまり患者中心の医療倫理を現実化する良好な人間関係のトレーニングが必要なのだといえる。

4. 医療領域での人間関係トレーニング

このように、これからの医師の養成にとって自己理解、他者受容、共感、傾聴、コミュニケーション、合意形成、影響関係、リーダーシップ、組織行動などの人間関係のトレーニングが重要であることが明らかであるが、現在の医学部における医学教育ではほとんど取り上げられていない。近年、日本の医学教育の体質が基礎医学重視で臨床医学が軽視されてきたことへの反省から医学教育の改革が検討されているが、「習ったことのないことを教える」のはなかなか困難なことである。アメリカにおける臨床教育の充実振りはさまざまに指摘されており、今後の日本の医学教育に大きく影響してくることになると思われ、そこでは医療技術としての人間関係能力が重要になると思われる。

また、最近では患者教育も重視されてきており、患者のセルフヘルプグループも多く作られるようになってきている。そして何らかの形でセルフヘルプグループに関与する医師も多くなってきている。これらの医師には医学的介入だけでなく、グループプロセスに対する理解や実際にグループプロセスに介入して、メンバー間に生じている問題を取り扱うことのできるグループファシリテーターとしての能力も必要になっている。

寺西・中堀（1994）は、精神科医によって行われていた摂食障害の子どもをもつ親のグループに、人間関係トレーニングで使用するコミュニケーション実習を導入して5回のセッションを実施した。結果は、リラックスして自分自身に対する気づきを深める体験になり、自尊感情が高まるとともに他者に対する批判的な厳しい見方が減少することを明らかにしている。^{*1}

さらに積極的にグループを活用する立場では、サイコオンコロジー領域でグループアプローチ（集団精神療法）が試みられており、手術後の再発率の低下や生存率に大きな効果が報告されている。^{*2}これらのグループを運営する医師にもグループファシリテーターとしての能力が必要であり、人間関係トレーニングの貢献できる領域が広がりつつある。

看護領域ではその成立から患者中心の思想を持っているが、現実には医師の補助的業務に追われて本来の患者のケアに時間がかけられない悩みを抱えていた。近年、看護教育の高等教育化によって医療補助から脱皮して看護の専門領域の確立に向けて大きく動き出し、人間中心の看護、患者中心の看護の実現に取り

*1 寺西佐稚代、中堀仁四郎「神経科クリニックでの体験学習の試みー両親のためのコミュニケーション講座ー」南山短期大学人間関係研究センター紀要『人間関係』第11号、1994、pp.83-96

*2 町田いづみ、保坂隆『医療コミュニケーション』星和書店、2001

組んでいる。特に病院での現職教育では、医療技術ばかりでなく人間性の理解や人間関係の教育の重要性の認識が、ホスピス病棟やターミナルケアから始まり、病院経営に直接影響する患者満足度への対応として高まっている。筆者自身もいくつかの病院でコミュニケーション研修やリーダーシップ研修、管理職の面接技術研修などで人間関係トレーニングを実施したり、看護部全体の研修計画に対するアドバイスを求められるようになってきている。

星野・山元・猪熊（1988）は、東京女子医大病院での看護職員研修に導入した3泊4日のチームづくりの人間関係トレーニングが、研修参加者への現場の管理職の働きかけによって意味あるものに変化していく過程を検証し、トレーニングと現場組織との有機的な連携の重要性を明らかにしている。^{*1}

現在、病院という組織全体が大きな変革の時代を迎えている。それは聖路加病院の日野原氏らの主張する患者中心の病院経営が求められる時代に入りつつあるからでもあるが、それは病院ばかりでなく高齢者施設や介護施設、障害者施設などの人間に関わるサービス（ヒューマンサービス）を提供する施設に共通の課題となってきた。科学技術の時代から人間の時代へとパラダイムが大きく変化していくときに、目の前の生身の人間との関わりに目を向けるトレーニングが必要とされているのである。

*1 星野欣生、山元由美子、猪熊京子「チームづくりのトレーニングと組織開発」南山短期大学人間関係研究センター紀要『人間関係』第5号、1988、pp.91-120