

# 疾病観の変遷とコミュニケーション教育の展開

— 不確実性の時代の対人援助職教育 —

伊原千晶

## I はじめに

Iedema と Manidis が2013年に発表した、患者と医師の間のコミュニケーションに関するレビュー(Patient-Clinician Communication: An Overview of Relevant Research and Policy Literatures)は、オーストラリアヘルスケアの安全性および質に関する委員会(Australian Commission on Safety and Quality in Health Care)のために書かれた報告書である。「効果的な患者—医師コミュニケーションを規定するものに細やかな注意を向けることは、現代のヘルスケアの質と安全性にとって決定的である」という趣旨の元、著者らは1970年代から今日に至る英語で執筆された論文について、clinician-patient communication をキーワードに、データベース・専門誌・政府刊行物・Google Scholar によるコンピュータ検索などを実施した。そこで得られた膨大な数の論文を、このレビューは3つのモデルにまとめているが、医師—患者間のコミュニケーションに関する研究についてのレビューであるにもかかわらず、それが医療=ヘルスケアにおける患者の立場、ヘルスケアの在り方を反映したものとなっていて、とても興味深い。著者らは、医学が疾患を定義づけるやり方は、医師が患者を位置づけるやり方に重要な役割を果たし、これが医師—患者コミュニケーションのあり方に影響する。従って、医学による疾病の定義の変遷、及びその定義によって、医療の構造化と提供の形が支配され、医療と医療専門職による患者の位置づけが変化した事について考察することは重要だ、と述べる。筆者は今まで、

漠然と医療の中で人間が重視されるようになってきたと考えていたため、それが医学における疾患理解とパラレルであるという認識がなかった。

本稿ではこのレビューに沿って、歴史的な医療の考え方の変遷とそれに対応する形での医師—患者コミュニケーションの考え方、その研究テーマの変遷を辿り、これからの対人援助職教育における留意点について考察する。

## II 医学の変化と患者理解の変遷、 患者—医師コミュニケーションの変化

### 1. 対象としての患者：患者を、一揃いの疾患から構成される「患者対象」とみなす研究

19世紀は新たな「医学的眼差し」（フーコー）が出現した「医学の誕生」の時である。解剖学と薬草や薬が結びついた結果、病変とその治療へと注意を向けるような新たな医学が生まれた。

医学の臨床は、死体の解剖に端を発している。病理学的障害に関心が向けられたため、患者は解剖学的な身体を持つものとして扱われ、医師は、隠れた身体疾患を機械的に知るために患者の話を聞き、患者の語りは取るに足らないことだと考えられた。19世紀には、X線や病理学的報告、血液検査などの臨床検査が倍加し、近代的病院や学会といった制度が医学に新たな力を与えた。

医学研究者たちは患者、つまり患者の身体は、個人特有の特質、社会的影響あるいは文化的交絡要因によっては影響されない、切り離された物体、静的な対象物だとみなしており、視診・触診・打診・聴診によって身体的徴候を同定し、医学的診断を下すことが重要であった。19世紀および20世紀初期に出版された臨床のテキストは、患者から症状に関する報告(病歴)を得る過程について殆ど言及せず、医学はそれ自体で十分であるかのように進み、患者を身体的対象 body object と位置づけた。患者—医師コミュ

コミュニケーションは、身体の医学的診断および治療の成功にはかかわらなかった。

この時期の医師—患者コミュニケーションに関する研究は、いかなる言語および表現が、より効果的な情報収集と分析、診断、治療法の決定および臨床的な成果と関連しているのか、という問いを追求することであった。この観点では、「コミュニケーションとは、同定しうるコミュニケーションスキルと知識を持った医師が行う、ある構造化されたプロセスであり、このスキルと知識は教えられることが可能で、測定可能である」と考えられる。

従って成功要因は、医師が証明済みのルーチンと厳密なスクリプトを採用し、診断的・治療的決定のために必要な情報の正確さと包括度を最大にすることにある。正確で包括的な情報、およびその情報に基づいて医師が推論し行動することを可能にするようなスキルが優先された。

しかし既にここで、学者たちは、必要な情報を得る過程を促進し、患者のコンプライアンスを高めるためには、関係性のスキルが中心となることに気づいていた。

## 2. 人間としての患者：いかなる振る舞いと態度が、より良い患者理解と患者の満足に関連するかを確立する研究

### 2-1 身体から患者の個人的生活世界へ

20世紀の幕開けとともに、疾患は「身体という牢獄から解き放たれた」。社会的な流動性が高まり、技術的にも文化的にも様々な変化が生じて来た結果、医師たちは、患者は解剖学的な、生物学的=生理学的力以外の影響を受けることに気付き、苦痛はすべて身体的=内的病変によって説明され得る訳では無いことが理解されてきた。

1930年~40年代に患者たちは、自らの環境や、彼らの行動や身体に対するその影響について情報提供することにより、医師が徴候、症状、病気の進行を同定し説明するのを助けた。社会的な変化や医学の発展の結果、患

者は自分の疾患の性質や原因に関する、身体的あるいは状況的手掛かりについて語ることを期待されるようになった。

しかしこの頃はまだ、医師は患者の身体に対する客観的な視点を維持することが重要で、科学的—医学的な正確さが優先されるべきであり、語る人としての患者に関心を向けるよりも、患者からの距離を一定に保ち、「突き放した関心」を実践することが重要だとされ、患者の主観的ニードに注意を向けることは看護領域に残された。

## 2-2 「心理—社会的」患者の誕生：患者を人間とみなす研究

第二次世界大戦中および大戦後には、医師たちの間で、患者の病気の少なくとも一部は、個人の生活スタイルと独自の心理の表現なのかもしれない、という認識が広まった。患者やその動機づけ、行動を理解する必要性が高まり、患者の物理的環境や習癖に関わる、古典的な「個人史」の聴取は、職業歴や心配・適応・失望といった個人的な経験の歴史、結婚歴を聞くことへと変化し、結果として新たな医師—患者コミュニケーションへのアプローチが必要となってきた。「心理—社会的患者」の誕生である。

患者の病は心理的・社会的に規定されるという複雑な患者観は、マイケル・バリントの仕事の中に最も顕著であった。1950年代～60年代のイギリスにおいて、バリントは、両者の患者—医師関係の心理学的次元を、医療のプロセスにおけるもっとも重要なものとして強調し、医師は、患者が話し易くするだけではなく、反省的なやり方でコミュニケーションし、自らの反応と影響を査定しなければならないとした。

看護師のマターナリズムによって支えられ、医師のパターナリズムは天与のものともみなされてきた。ユーベルは、「医師は全知全能の親として振る舞い、子供のような患者を、情け深い態度で心配と責任から守っていた」と説明している。しかしバリントと同僚は、パターナリズムとマターナリズムに向かう「疾病中心の医学」と、患者独自のニードや感情、選択に対して注意を向け、医師側が独自の反応をしなければならない「患者中

心の医療」を区別した。心理—社会的患者は、パターナリズムに対する対旋律として立ち現われ、研究者たちは例えば、なぜ患者や親族が差し迫った死について知らされないのか、といった臨床実践の倫理的な限界を探索し始めた。

バリエーションの区別によって、患者を中心とし、患者—医師コミュニケーションに関心を向け続ける「患者中心」のコミュニケーションの実践と研究が活発になった。インフォームド・コンセント、共有された意思決定、患者による選択、患者の関与などがこの例である。

また、患者中心の概念は、医師が患者を扱う際の応答性の重要性に光を当て、1980年～90年代に、応答性は医療全般において重要な関心事となった。西洋社会において医療専門職や医療サービスが患者に対して応答的であるかについての関心が増大してきた頃、サービスの応答性について、WHOも2000年に報告書を出版している(<http://www.who.int/responsiveness/en/>)。それまでは医師やサービス側が主導権を持ち、科学的で疾病コントロール的な方向性が蔓延していたが、もっと患者の「生活世界」に調子を合わせたケアとコミュニケーションがなされるべきだと考えられた。そして応答性と細やかな気配りによって患者の個人的ニーズ、選択、希望が認識され、ケアが患者とその環境により適したものとされ、より良い臨床的な結果へと導かれることが期待された。

この時期の研究では、医師—患者関係および医師がその関係を改善することを可能にするような関係性のスキルが優先された。現在でも、多くのヘルスケア分野でのコミュニケーション研究は、この種のもの、すなわち患者—医師コミュニケーションの関係性および対人的次元を記述し、評価し、改善することに関係している。

この流れにおいては、「コミュニケーションとは思いやりあるいはマインドフルネスの一つの形であり、それによって医師は、患者が自らの心配、ニーズ、優先順位を表現できるようにすること」であり、結果として診断の過程と治療結果が良くなることが期待された。

したがって「人間としての患者」研究では、決定的な成功要因は、圧倒的に对人的で感情的である。「臨床的共感」「マインドフルネス」「積極的傾聴」として顕在化するような、感情的知能によって支えられた、患者との関係を確立し維持する医師の能力が、この中に含まれる。間合いと沈黙の利用、適切な質問、患者が自分にとって重要な事柄を明瞭に表現できる機会の提供などが研究のテーマとなった。

### 3. 不確実性としての患者：患者を不確実性の源とみなす研究

21世紀の患者－医師コミュニケーション、およびその研究は、もう一つ別な様相を呈している。患者－医師コミュニケーションは今や、以下のような諸因子が同時に作用することで、大きな影響を被るようになった。

- 慢性疾患患者における、疾患の増加およびそれに付随する多疾患罹患
- 慢性疾患患者数の増加
- (医師および患者に検査と治療のより多くの選択肢を提供するような)ケアの専門化・技術化
- 移民と社会の流動性による社会的および言語的差異の激化
- 医師やサービスがより広い範囲のサービス利用者(移民のために低い健康リテラシーしか持たない者や、きわめて高水準のリテラシーおよび健康関連情報へのアクセスを持ち、結果として社会的・専門的な期待が高くなる者等)にサービスを提供しなければならないこと
- ケア供給のダイナミクスの中で、(官僚たち、政策立案者、メディアなどの)ステークホルダーの数の増加

患者たちは、自分たちの個人的で絶えず変化する状況に合うように、治療の選択肢をカスタマイズしてくれることを必要とし、望んでいるが、その要求は、こういったケアを供給する立場には必ずしもない、医師とサービスに向けられるので、会話と交渉が余儀なくされるのである。たとえば慢性疾患患者がその時々、自分だけに適したケアを必要とする場合、終

末期ケアにおいて、治療的選択肢が緩和ケアという選択肢と比較考量される場合、妊娠にまつわる胎児やその出生状態、遺伝検査等についての情報といったものは、高度に洗練された、非常に複雑な類のコミュニケーションを効果的に使うことによってのみ、交渉されうる。

ここで、患者は自らの洞察と意見を語り、提示する余地を保障されていることになっている。もともと医師と患者の間には、かなりの社会的・文化的・経済的・教育的・健康リテラシー的、言語的な差が存在していた。しかし現在、患者の素人的知識が、熟練の専門的知識と肩を並べるくらいに拡大しつつあることは事実である。

ここでは「コミュニケーションは、患者と医師が共に、現在進行形で、何が起きていて、何が受忍可能で、実行可能かについて理解するための、共有された媒体として機能する」。コミュニケーションとは、不確実性の中に包まれた、非線形で予測不能な過程、生まれ出てくる諸現象であり、その方向性と実体を事前に予測することは困難である。患者には独自のニーズ、観点、優先順位があり、並存疾患によって複雑化した慢性疾患を持っている可能性がある。一方医師は専門職からなる複雑なチームの一部であり、患者に関する知識は、どのくらい多様な情報源を持っているかによって異なってくる。

現代の患者—医師コミュニケーションにおいて独特な点は、それが情報交換の媒体としてはあまり機能せず、素早いフィードバックの原動力、違う言い方をすると、複雑さを管理する資源として機能するという点である。後者の側面は、患者と医師が今まで見たこともないような課題に対して、素早く適した決定をしなければならないような場合に顕著になる。

「不確実性としての患者」研究では、医師が不確実性の中で行動し、ケアの継続性を維持する方略、および医師が複雑さと不確実性を手中に収めるために利用できる資源に関する問いが優先されるが、そこで最重要となるのは、他者とコミュニケーションすること、である。その主要な研究課題は、いかに医師と患者が、診断が難しい病気、不明確な役割、医学的—

臨床的治療の不確かな有効性等から生じてくる不確実性を包含するか、である。

この流れの中では、成功要因は個人のスキルや行為、知能にはあまり結びついていない。代わりに、患者が、時に拡散する、高度に複雑なケアの行程の全てにおいてサポートされることを保障するような、責任ある医師のチームが示す能力のようなものが焦点となる。こういった縦断的なサポートの提供は、「一揃いのスキル」と決まった知識(対象としての患者の場合)、あるいは感情的知能、共感性および自己省察(人間としての患者の場合)とは異なり、チームに基盤を置いた柔軟性、人々の社会的知能、共有された、配慮のある前向きなコミュニケーション、および集団のレジリエンスとして現れてくるような、困難な状況下の相互補完的なサポート、から湧き出て来るような、創発的行動によると考えられる。

患者の疾患はますます複雑で慢性的になり、医師は診療においても、同僚やテクノロジーに依存することが増えている。まとめて言えば、現代のケアの提供が、どんどん複雑化すると共に、患者と医師がより頻繁に、多数の「厄介な問題(wicked problems)」についてコミュニケーションしなければならない状況が生み出されているのである。

#### IV. Wicked problems とは何か

1973年、Rittel と Webber は、都市政策における諸問題は簡単な問題 = tame problems ではなく、wicked problems = 厄介な問題(以下 WP)であると定義した。彼らは wicked(邪悪な)という言葉は倫理的な意味を含まず、「悪性(malignant)」「悪循環をなす(vicious)」「トリッキー」「攻撃的(aggressive)」と同義だと説明し、以下の10のポイントを、その特徴として挙げた。

1. WP には定義や定式化が存在しない = 解決が見いだされるまで問題が定義され得ない



2. WPには停止規則がない=good enough としか言えない
3. WPの解決は真か偽かではなく、より良いかより悪いかである=正しいという判断基準は制定できず、価値観や興味によって変動する
4. WPの解決策に対する直接的で決定的な検証(テスト)は存在しない=ある解決策の結果は周りに波及していく
5. 全てのWPに対する解決策は「ワンショット」ではない=試行錯誤によって学べる機会はなく、全ての試みが重要であり、前の結果が必ず次に影響する
6. WPには説明可能な潜在的解決法のセットはなく、計画に取り入れ得るような、許容できる活動のセットも存在しない
7. 全てのWPは本質的に独特のものである
8. 全てのWPは、他の問題の、ある兆候だと考えられる
9. WPを提示する方法は、論理的には恣意的であり、非常に多くのやり方がある=どう説明するかが問題解決のやり方を決定する
10. 社会的な計画をする人は、自分が行った行動の結果に責任があるが、間違いということはありません

これらをまとめると、以下の通りとなる。

- A それぞれが個別で独特の問題であり、過去の問題解決策が適用できない
- B 問題は時に矛盾し変化するため認識することが困難であり、定義が困難である
- C 問題の原因は相互依存的に複雑に絡み合い、どのような取り組みも、新たな問題を生じさせる
- D ステークホルダーの数が多く、それぞれの見方が異なるため、全員が満足することがない
- E 時間経過とともに正解が変化し、普遍的な正解はない

- F 試験的な取り組みを行うことで状況が変化するため、問題設定が定まらない
- G 何をもって問題解決したと言うのかが不明
- H 何もしないよりも、やりながら考えることが重要
- I 問題解決にかかわる人たちの意思が重要

WP は分析的な線形思考，標準的な既知の方法論では解決できず，創造的な解決を要求する。高齢化問題，地球環境問題，貧困対策，テロリスト対策，移民問題などが WP の代表事例として挙げられているが，著者らは終末期医療や胎児・新生児の遺伝情報にまつわる問題なども WP であると述べている。例えば終末期ケアにおいては，科学技術的な治療法がその力を増大させる一方，倫理的に示唆されることを他方で考慮しながら，複雑なコミュニケーションが行われる必要がある。死にゆくことは，治療という選択肢が緩和ケアという選択肢と比較考量され，時にはそれによって制御されることを要請する。また患者のケアは現在進行形であり，かつそれぞれの患者に独特のやり方で適合(tailor-made)させなければならないなど，現代の医師と患者が直面している問題の多くが WP だと考えられるのである。

## V. 新しい教育方法

ここまで述べてきた，患者と医師の関係やケアの在り方についての変化は図1のようにまとめられる。時代の流れとともに，医療の中における医師と患者の関係は変化し，患者のとらえ方も変化してきた。それに伴って，患者—医師間のコミュニケーションのやり方，研究テーマもシフトしてきたが，その内容は表1の通りである。研究方法も，固定した筋書と事前に決定されたスキルという観点から患者—医師コミュニケーションを記述し検証する，というところから，医師が患者に対して反応的で関係を築いて

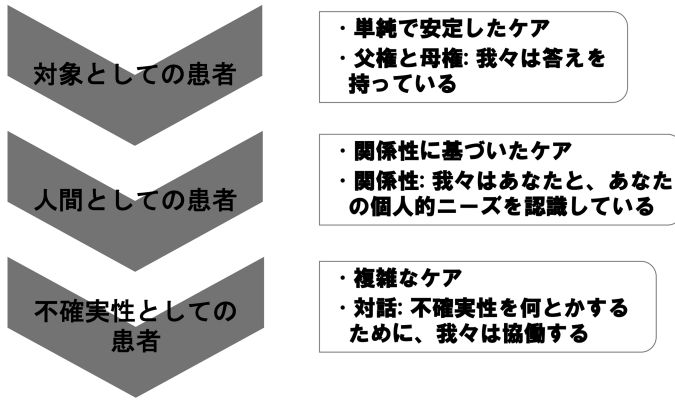


図1 患者—医師関係の3つの流れ

いるか、それはどの程度かに焦点づける、というところへ、そして医師、患者、第三者(親類や非公式のケアする人、保護者、翻訳者、ヘルスサービスマネージャー)が、速いペースの医療改革の流れの中で、困難なケアの問題について複雑な交渉を行うやり方を辿る、というところに広がっていった。

第三のモデルにおいては、治療はケアを要する患者に絶えず立ち戻り、再設計される必要があること、そして患者はそのケアを共同で作り上げることに、ますます重要な役割を果たすことを認めている。医師は医師—ネットワークとして、その疾患と治療の道りにおいて、高いレベルの不確実性と複雑さを宿している患者と共に行動し、コミュニケーションすることを求められている。従って、患者—医師コミュニケーションの様相は、反応性と関係形成の他に、並外れた要求を医師に課す。

一方、医学生に対するコミュニケーションの訓練は、学生を患者とのやりとりを含むような脚本を体験させることから始まったが、多くの訓練は今尚、このやり方でなされている。典型例は、「病歴聴取」と「悪い知らせを伝えること」である。より最近になって、医師—患者関係を規定する際に働く関係的・情動的次元についての認識から、またコミュニケーシ

表1 医療的ケアにおける患者—医師コミュニケーションの変遷

時代	19世紀	20世紀	21世紀
患者のとらえ方	対象としての患者	人間としての患者	不確実性としての患者
中心となるテーマ	<ul style="list-style-type: none"> <li>コミュニケーションは、隠れた身体的疾患を知るための情報収集が目的</li> <li>患者のケアは看護領域が実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果的コミュニケーションは治療効果を持つ</li> <li>医師はサービスの利用者に対して情報提供する必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性疾患の増加に伴ってケアの道筋が複雑化し、十分なコミュニケーションが必要</li> <li>複雑化に伴い、問題や間違いの可能性が増大し、解決のためのスキルが必要</li> </ul>
コミュニケーション・スタイル	疾病—中心、父権的—母性的スタイル	患者—中心、消費主義的スタイル	協力的、あるいは相利共生スタイル
コミュニケーションとは何か	コミュニケーションスキルを持った医師が行う、構造化されたプロセス	思いやりあるいはマインドフルネスの一つの形。患者の自己表現によって、診断過程と治療結果は改善する	非線形で予測不能な過程。方向性と実体の事前予測は困難
中心となるコミュニケーション研究	正確で包括的な情報を得、それに基づく医師の推論・行動を可能にするスキル	医師—患者関係、医師が関係改善を可能にする関係性のスキル	他者とコミュニケーションすること。個人のスキルよりもチームの柔軟性、集団のレジリエンス等を重視
コミュニケーション研究の方法	固定した筋書きと事前に決定されたスキルの観点から、患者—医師コミュニケーションを記述し検討する	医師が患者に対して反応的で、関係を構築しているか、その程度に焦点づける	医師・患者・第三者が、医療改革の速いペースの中で、困難な問題についての複座な交渉を行うやり方を辿る

ン教育の経験的次元を充実させるため、シミュレーションとロールプレイが導入された。全体として、シミュレーションとロールプレイは、その専門的で実践に向けた指向性と結果から、「リアルプレイ」と呼ばれる。リアルプレイでは、臨床的、組織的な諸問題に医師が直面するようなシナリオを用いる。患者役の役者を相手に、実践場面で現れてくる十分なコミュニケーションを必要とする問題への対処を実演したり、構造化されたシミュレーションを利用したりする。

こういった訓練の有効性は確かに示されているのだが、第三のモデル、

すなわち WP を取り扱わなければならないような場面においては、患者—医師コミュニケーションは、予め形作られたコミュニケーションモデルや、既に確立された様式のシナリオからは離れがちで、状況特異的なやり方が展開しがちになる。例えば、終末期の道筋についての交渉、あるいは医療事故の開示について考えると、シナリオを用いた訓練では、一般的な資源と方略しか提供できず、事例ごとのポイントには触れがたい。

結果として、現代の患者のケアの全域に広がる複雑性を鑑みる時、ロールプレイやシミュレーションといった訓練法にも、それが一定の筋書きを持っている点において批判が生じてきた。複雑な状況は医師に対して、全く異なる、一連のコミュニケーションを要求してくる。「不確実性としての患者」は、医師が複雑さの中でコミュニケーションすることに慣れさせるような訓練を要求するのである。しかしこういった訓練では、訓練される人は、今まで一度も経験したことが無いような状況の中、その状況についてコミュニケーションしなければならないため、それは難しい課題となる。

一方、成人教育理論に目を向けると、複雑な状況や出来事に対してヘルスケアの専門職を教育するには、シナリオやスクリプトによる訓練ではなく、柔軟性に基づいた訓練が中心となるべきだ、という合意が形成されて来ている。柔軟性訓練においては、専門職は、医師あるいは実践家として演技する、その場で、その時にやった実践についてのフィードバックを受け取る。こういった訓練によって医師は、reflection-on-action = 今後の計画と改善の手段として、今生じたことについてコミュニケーションするスキル、を、reflection-in-action = 自分自身や同僚の行為について、それが展開している時に省察する習慣、と結びつけることができるようになる。チームに基盤を置いた、行為における省察(reflection-in-action)あるいは行為についての省察(reflection-on-action)は、しっかりしたフィードバックの技術として、医師のコミュニケーション力を高め、予め決定された(従って静的で柔軟でない)スクリプトとロールに頼る必要性から彼らを解放する

のである。

## VI. Yale 大学医学部における教育—5 ステップ法

Yale 大学医学部において医療面接の教科書として用いられている Smith's Patient-centered Interviewing 第3版においては、医師が患者と面接する際の流れを5ステップ21サブステップ法としてまとめている(伊原, 2016)。5つのステップは、

ステップ1 「インタビューのためのステージを整える」

ステップ2 「主訴を引き出し、課題を設定する」

ステップ3 「インタビューを開始する：患者の自己表現を助ける、焦点を絞らない技法」

ステップ4 「身体症状の物語・個人的文脈・感情的文脈を知るために、焦点づけた技法を用いる」

ステップ5 「医師中心段階への移行」

として示されているが、この中で共感性を十分に示し、患者との良い治療関係を構築するという目標と同時に、患者と「共に考える」場を作る、という作業を行っている。ステップ2の中の第9・10サブステップでは、9 「患者が話したいと考えている課題全てのリストを得る」10 「検討課題を要約し、終了する」という項目があるが、ここでの課題は「患者が話し合いたいと考えていること全てを2人で一緒にリストアップしようと提案」し、「リスト全体を調べて、問題が多過ぎるならばどれを次回に回すかを患者に決めてもらう」「どれが最も重要かを決定する」ことである。つまり医師と患者は共同で話し合うべき内容についてコミュニケーションし、2人で問題を確定していくのである。

この5ステップの後、医療面接は医師中心に様々な情報を収集する中盤へと移行し、最後に面接終了時のまとめが行われるのだが、終了時には「患者が共有された意思決定に参加するように促す」「ティーチバックを

利用」して患者の理解度を確認することが必要であると述べられている。これらはまさに、共感的理解だけでなく、両者が複雑な事態を十分に話し合うための技術であり、「患者中心の面接」という本の題名にかかわらず、上述の第三のコミュニケーション技術を包含していることがわかる。

またこのアプローチの前提の一つとして「患者は、自分が医師に話したことの全てを、医師が確定しようとすることを望まない」という内容が挙げられているが、医師による一方的な確定ではなく、両者が課題を共有することが重要であることが認識されている。

これらの内容を授業において訓練する際には、チューターや小グループの他のメンバーからのフィードバックが必ず行われる。コミュニケーションの最中に自らの行為を反省的に理解する能力は、リアルタイムでの周りからのフィードバックによって形成される。同時にこの本では、医師自身の認知の歪みや心理的問題が、患者とのコミュニケーションを歪めてしまう可能性についても言及している。WPについて真に取り組めるような医師を育てるために必要な訓練法が、ここに含まれていることが分かる。

## Ⅶ. ま と め

ここまで述べてきた発展的なコミュニケーションのシフトにおいては、前のものが後のものによって取って代わられたということではなく、多かれ少なかれ、そのいずれもが現代の患者—医師コミュニケーションの中に存在していると考えられる。著者らは「これらの展開は岩石の形成における地層として」見るべきだと述べる。ある時点での患者—医師コミュニケーションの中に、ある要素は存在しているかもしれないし、していないかもしれない。どれかが他のものより優勢であるかもしれない。全部が、ある一つの相互作用の中に、一度に顕在化するかもしれない。いずれにせよ、コミュニケーションのとらえ方には3つのポイントがあることを認識することが重要であり、対人援助職の教育においては、その全てについて

の訓練を行うべきである。

臨床心理士教育においては、第二のポイント、すなわち関係構築のやり方が最重要とされてきた。とりわけロジャーズ派の考え方では、関係性が十分に構築されることが治療であり、カウンセラーとの人間関係こそがクライアントが治癒に至る最大の要因だと考えられている。そのため、いきおい事実関係の収集の際に必要な第一のポイント、あるいは両者が協働して問題を解決していく、という第三のスタイルについての教育は、取り立てて実施されてこなかった。しかし心理臨床における倫理の観点からは、初回あるいはその後の数回の面接において、カウンセラーはクライアントに十分な情報提供をした後に、治療契約を結ばなければならない。その折にはカウンセラーの見立て、自らの治療技法、これからの治療の流れなどを伝えるべきであるとされ、また「面接の継続中は自傷他害を行わない」といった約束を、クライアントと交わさなければならない。こういった時には、十分な情報収集を行うための第一の観点や、複雑なコミュニケーションを行う際の第三のポイントも必要になる。また、自殺や他害をほのめかされた場合の危機介入、カウンセラーとクライアントにとっての第三者、すなわち学校の教師や保護者との話し合いにおいても、複雑なコミュニケーションを行う必要性が生じる。そういった観点からは、今後の心理臨床家教育においては、受容と共感に象徴されるような関係構築の面接法だけでなく、第一・第三のコミュニケーション方法についても教育すべきであろう。

一方、薬剤師教育においては、第一のポイントが重視されてきた。正確な情報収集を行えるか、という点が重要だとみなされ、関係性構築は蔑ろにされてきた。ところが最近の厚生労働省の求める薬剤師像においては、第三のポイントにも力点が置かれてきている。すなわち、コンプライアンスの向上に向けて、残薬が発生する理由を聞いて副作用軽減・一包化などの対処方法を考えたり、健康サポート薬局として、普段から体調管理や健康維持のための話し合いを患者と行ったりすることが期待されてきている。



しかし、この際に重要なのは、第二のポイント、すなわち関係構築無しに、第三の話し合いはできない、ということである。十分な信頼関係ができて初めて、複雑な問題の解決に向けた話し合いが可能になる。従って、現在の教育カリキュラムにおいては殆ど取り入れられていない、Yale 大学医学部のような、治療関係形成を可能にするような面接訓練が今後は重要になってくる。また心理的問題の解決だけでなく、身体的疾患の治療においても良い治療関係は治療効果を高める。治療に対するモチベーションを高め、コンプライアンスを向上させるだけでなく、薬物にはプラセボ・ノセボ効果がある。薬剤師が対人援助職として機能するためには、こういったコミュニケーションの諸相についての理解と、それに基づく訓練法の開発が必要不可欠だと考えられる。

#### 引用文献

- Iedema, R. & Manidis, M. 2013 Patient-Clinician Communication: An Overview of Relevant Research and Policy Literatures. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and UTS Centre for Health Communication.
- 伊原千晶 2016 薬剤師のこれから 晃洋書房
- Rittel, H. W. J & Webber, M. M. 1973 Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 4, 155-169.

