

# 1 章

## 精神科研修で学ぶ 医学と医療の基本

福田正人

### 「患者さんとの話し方が初めてわかりました」

「患者さんとの話し方が初めてわかりました」。精神科の臨床研修の感想を尋ねると、研修医はそう口を揃える。精神疾患の患者さんとの話し方、という意味ではない。内科や外科などを受診する患者さんとの話し方が、精神科を経験して初めてわかったと言う。臨床研修のはじめの時期であれば無理もない話だが、2年間の研修期間の最後の頃に精神科を回る研修医からも同じ感想が返ってくる。

何がわかったのだろうか？ どうしてそれまでわからなかったのだろうか？ これからの診療にどう活かせるだろうか？ この短い感想には、研修医自身も気づいていない、深い意味が込められている。先輩研修医のこの言葉を手がかりに、臨床研修において精神科で何が学べるかをまとめてみたい。そのことをあらかじめ知っていると、精神科研修の目的がはっきりして、短い期間であっても有意義な学びとなると考えられる。精神科研修で学べる、医学と医療の基本である(表1)。

### 医療の出発点を尋ねる—患者さんはどうしたいのか？

「糖尿病の治療で最も大切なことは？」と医学生に問うことがある。血糖降下薬でもインスリンでも食事療法でもなく、「患者さんが糖尿病を治したいと思う」ことである。患者さんがそう心に決めなければ、医療機関を受診しないし、薬を飲んだり注射をしたりしないし、食事療法や運動療法に努めようとも思わないからである。医療者が考える「医療」の前提には、患者さんのそうした思いがある。

受診しているのはそうした患者さんばかりなので、普段はこの医療の出発点を忘れて診療にあたっている。しかし、精神疾患のために病気であることを認められない患者さん、そのことは認めても治療に取り組みたいと思わない患者さんに接すると、この医療の出発点を改めて思い知らされる。

患者さんは人であり、人には思いがある。その思いが医療の出発点である。患者さんとのコミュニケーションの第一歩は、医療のための情報についてではなく、人としての患者さんの思いを尋ねることである。「患者さんはどうしたいのか？」、そ

表1 「患者さんとの話し方」から学ぶ医学と医療の基本

1. 医療の出発点を尋ねる—患者さんはどうしたいのか？
2. 生活と人生を話題にする—病気はなぜ治すのか？
3. 教えていただく—場の雰囲気を作る
4. なかなかわからない—もう一歩踏み込んで共感する
5. 明るい話はないか？—病気は嫌な話題である
6. 人を支援する—対人援助としての医療

れを聞かせてもらうことが第一歩である。

その内容は、医療者の視点とは異なることがある。医療の場面では受け入れがたい、医療の考え方とは相反する、と思える場合すらある。しかしそれでも、「患者さんはどうしたいのか?」が出発点となる。精神疾患の医療を通じてそのことを痛感するのが、精神科研修である。「患者さんとの話し方がわかる」、その一つめの意味はここにある。

### 生活と人生を話題にする—病気はなぜ治すのか?

「患者さんが余計なことを話す」、医療の場面でそう感じることが多い。多忙な臨床現場では、医療に必要な情報を効率よく聴き取り、大切な話を短時間で伝えたい。そういう事情があるのに、患者さんは、暮らしのこと、家庭のこと、仕事のことなど、「余計なこと」を話す。精神科の臨床研修では、そのことを頻繁に経験する。なぜなのだろう? どうすればよいのだろうか?

「病気はなぜ治すのか?」という医療の基本が、この問いの背景にある。医療者にとって病気を治すのは当然で、最優先で取り組むべき目的である。しかし患者さんにとっては、自らが望む生活や人生を取り戻すことこそが目的である(リハビリ)。症状のために支障をきたしている生活や、病気により影響を受けている人生を立て直すという目的、それを実現するための手段が医療である。「余計な」という印象は、患者さんが自分にとっては手段にすぎない医療についてではなく、目的である生活と人生について懸命に語るほど、生じてくる。

生活と人生を話題にすることで患者さんの目的を知り、その目的に向けて手段である医療をどう進めるかを相談する。患者さんの目的と医療者の目的とをすり合わせる共同意思決定(shared decision making(SDM))。これらが、「患者さんとの話し方がわかる」ことの二つめの意味である。そうした取り組みを、価値に基づく医療(values-based practice(VBP))と呼ぶようになってきている。エビデンスに基づく医療(evidence-based medicine(EBM))と相補ってEBMを発展させる考え方である。

### 教えていただく—場の雰囲気を作る

医師が質問し、患者さんや家族がそれに答えることで、医療に必要な情報を得ることができる。当たり前のように思えるかもしれないが、そう考えるだけではコミュニケーションを狭く捉えすぎることになる。

医療の場面で医療者が質問をすると、「この場は、医療者が質問をし、患者や家族はその質問に答える、そういうやりとりが期待されている場だ」という雰囲気が作られる。質問をする医療者はそういう場を作ろうと思っているわけではないし、患者さんや家族もそういう雰囲気ができたことを意識さえしないこともあるが、自然にそういう場ができてしまう。

すると、患者さんや家族は医療者からの質問を待つ姿勢となり、自分からは話をしなくなる。そこで医療者は質問を重ね、その雰囲気がさらに強まる、という悪循環

環ができてしまう。元来話をするのが苦手な患者さん、病状のためにテキパキと話ができにくい患者さん、そうした患者さんが多い精神科では、このような状況を取りわけ多く経験する。

どうすればよいのだろうか？ 答えやすいように質問の仕方を工夫するなど、個別の対応はもちろん大切である。しかしその前提として、まず「この場合は、医療者が患者さんや家族からいろいろなことを教えていただく場だ」という雰囲気を作ることが、何より大切である。「教えていただけますか」「聞かせてください」というちょっとした言葉遣い、「そうなったのは何か事情があったのでは？」「なるほどそういう経過だったんですか」という教えられる構図を明示する言い方、「細かいお話について混乱してしまったので、もう一度教えていただけますか」という患者さんや家族を責めるニュアンスでなく話を続けてもらう進め方、などである。

精神科研修では、「教えていただく場」の雰囲気を医療者が意識して作る、その工夫を経験できる。そのことが、「患者さんとの話し方がわかる」ことの三つめの意味である。そういうコミュニケーションは効率が悪く、多忙な医療の現場には馴染まないという心配があるだろう。しかし実践してみると、反対にこのようなやりとりの方が効率がよいことがわかる。それは、患者さんにとって大切な話、患者さんが意思を決定する動機付け、患者さんが行動を起こすポイントを知ることができるからである。そのため、その場だけを見ると効率が悪いように思えても、長い目で見ると効率のよいコミュニケーションになっていく。

「教えていただく」という表現には、少し異和感がある。会話であればよいが、文字にすると、卑下しすぎたわざとらしさが出る。「教えていただく」と「教えてもらう」の間くらいの、フラットな患者-医師関係を目指したい。

## なかなかわからない—もう一步踏み込んで共感する

「わかってもらえた」、そう患者さんに思ってもらえると医療は順調に進むようになる。症状や経過についてはもちろん、気持ちや困りごとについても、「わかってもらえた」と患者さんが思えることが理想である。そのため医療者は、早くわかりたい。「わかりました」と言いたくなる。

しかしそれは、「早合点」や「決めつけ」に陥る危険と隣り合わせである。「胸が痛くて困っています」という訴えは、当たり前かもしれない。しかし臨床の現場の治療は、胸痛の一般論ではなく、目の前の患者さんの胸痛についてである。「この患者さん」の胸痛はどのようなものか？ 「この患者さん」はそのために具体的にどう困っているのか？ その答えは、目の前の患者さんに尋ねることではしか得ることができない。

逆説的な言い方だが、「なかなかわからない」という姿勢で尋ねる。胸痛で困ることについて、どんな場面で？ どういう風に？ どうなってしまう？ そう愚直に尋ねる。他人の症状や苦痛や困難を「わかる」ことはできない。たとえ同じ疾患を経験したことがあっても、人それぞれに異なる症状や苦痛や困難を「わかる」ことは、やはりできない。わかりえないことを受け入れたうえで、しかしそれでもできる限

りわかろうと努め続ける，そうした姿勢が求められる。

身体症状よりも精神症状が中心の精神科では，「早合点」や「決めつけ」が起こりやすい。だからこそ，「なかなかわからない」ともう一步踏み込むことを，意識して進めることが重要になる。そのようにもう一步踏み込むことを身につけることが，「患者さんとの話し方がわかる」ことの四つめの意味である。

いろいろと教えてもらって初めて口にする「そういうことなのですかあ」こそ，共感の言葉となる。共感とは「早合点」や「決めつけ」ではない。患者さんの個別性を受け入れたうえで共感，「わかりえない」という諦念を踏まえたうえで共感こそが，深い共感である。教科書に書かれている症状は，そうした多くの患者さんの個別の症状を先達の医療者が積み重ねて一般化したものである。一般論が先にあるのではない。個別の話が出発点である。

### 明るい話はないか？—病気は嫌な話題である

患者さんにとって病気の話は「嫌な話題」である，そう考えたことがあるだろうか？ 高血圧であっても，がんであっても，患者さんは「好きでなったわけではない」。できれば，なりたくなかったし，せめてしばらくの間でも忘れていたい，そういう話題である。しかし病院を訪れば，中心となるのは当然病気の話である。医療者がいくらコミュニケーションに配慮を払っても，そもそも話題の中心が嫌な内容である。

私たち医療者は，嫌な話題の話ばかりをしていることに，気づいておきたい。そのうえで，嫌な話題から生じる嫌な気持ちを，少しでも和らげることができないかを考えたい。不安やうつ気分が募ると，痛みをはじめとするさまざまな症状を強く感じることに，安心を覚えればたとえ苦痛があっても凌ぎやすくなることは，誰もが経験している。

病状が改善したという話題が理想的だが，そこまで至らなくても，良くなった点はないだろうか？ 患者さんがこれまで頑張ってきたこと，病気をよく理解していること，回復への手がかりや潜在力を備えていること，それを評価できないだろうか？ 病気とは関係なくても，ほんの少し楽しいこと，わずかでもホッとしたときがなかったかを，尋ねることはできないだろうか？ それがないとしても，医療者からよいことを提供できないだろうか？ 主治医が挨拶をしたこと，声をかけたこと，落ち着いていること，笑顔で接すること，詳しく説明したことなど，少しでもよいことを提供できないだろうか？

それさえできなくても，「患者さんに人として寄り添う」姿勢を，言葉で示せないだろうか？ 除くことができない痛みであっても，そのことを説明するだけでなく，せめて「痛みをなくせるといいですね」と声をかけることはできないだろうか？ 「少しでもよい方法はないでしょうかね？」と，一緒に考えることはできないだろうか？

精神科ではそうした場面にはしばしば出会う。なかなかよくならない病状，うまくいかない人間関係，精神の病であるがゆえの自己否定的な気持ち。そうしたことへ

の対応を経験する中で、「嫌な話題」だけでなく明るい話を提供できる工夫を身につけることができる。それが、「患者さんとの話し方がわかる」ことの五つめの意味である。それは、言葉のうえで明るい話ができるということだけでない。患者さんの中にある回復への可能性と力(レジリエンス)を医療者が信じていることを、表明できるようにするということである。

## 人を支援する—対人援助としての医療

医療とは、疾病についての医学に基づいた対人援助である。「病气の人を助けている」のだから当然なのだが、医学部で対人援助として明確に学ぶことは少ない。援助の具体的な科学的内容については詳しいが、「人を支援する」という視点は乏しい。対人援助学が常識の福祉分野とは好対照である。

対人援助とは「困っている人を助ける」ことだと、簡単にいうことはできない。医療の場面を考えると、糖尿病があっても治療しようと思わない患者さん、食事療法の知識があっても実践しようとししない患者さん、インスリン注射をつい忘れてしまう患者さん、そうした方は少なくない。困っていることが明確で、ご本人が助けを求めている、支援を躊躇なく受け入れる、そうした対人援助の理想に当てはまらない患者さんに対してこそ、対人援助が必要になる。

精神科においては、そうした場合が多い。うつ病でも認知症でも発達障害でも、ご本人が困っていない、治療しようと思わない、治療の取り組みを受け入れることができない、そうした患者さんをしばしば経験する。「待ち望まれている支援を提供する」のではない対人援助が求められる。

そのための基本は、本人の声に耳を傾けることである。その内容が、医療者の視点とは異なることがある。医療の場面では受け入れがたくとも、医療の考え方とは相反するとしても、それでも当事者の言葉や考えを理解するように心がける。あるいは、本人自身がどうしてほしいのかが、わからないほど混乱していることがある。わかっていても、疲弊や絶望感から、それを伝えることができないこともある。そうしたときほど、それを患者さんとともに探り当てる、丹念な対話を繰り返す。

医師だけではなく、看護師・精神保健福祉士(PSW)・作業療法士(OT)・薬剤師・栄養士などさまざまなスタッフが関わり、それぞれの視点で本人の声を受け止め、本人も交えて対話を繰り返す。そうしたやりとりの中から、本人や周囲がもつ強みや力を発見し(ストレングス)、それを言葉にして本人に伝え、回復に活かす方法とともに考える。さらに、そうした本人の態度や生き方をリスペクトする姿勢をもつ、それが望まれない対人援助の基本となる。

このように、医療が対人援助であることに気づき、望まれない対人援助への対応としてのコミュニケーションを経験できること、それが「患者さんとの話し方がわかる」ことの六つめの意味である。援助する側とされる側という立場の違いを乗り越える、共同創造(co-production)の考え方である。

## 精神科研修で学ぶ医学と医療の基本

精神科研修を経験する研修医の「患者さんとの話し方が初めてわかりました」という感想の意味を、前記の6点にまとめた(表1)。

医療の基本としては、「患者さんはどうしたいのかという医療の出発点を尋ねる」ことから始まり、「病気はなぜ治すのかという視点から生活と人生を話題にする」ことへと進むことである。これらは、新たに設定された「臨床研修の目標」における、A.1. 社会的使命, B.1. 医学医療における倫理性, に相当する内容である。

コミュニケーションとしては、「教えていただけるような場の雰囲気を作る」ことを意識したうえで、「なかなかかわからないという姿勢でもう一步踏み込む共感」を身につけることである。これらは、B.3. 診療技能と患者ケア, B.4. コミュニケーション能力, に相当する。

それらを踏まえ医療者として提供できることとして、「病気は嫌な話題であることに気づいて明るい話はないかと考える」, 「医療が対人援助であることに気づき人の支援を考える」ことに基づく実践がある。これらは、A.2. 利他的な態度, A.3. 人間性の尊重, A.4. 自らを高める姿勢, に相当する。

精神科研修で学ぶ医学と医療の基本はこのようにまとめられる。いずれも難しい理屈ではなく、ごく常識的なことばかりである。精神科の臨床研修を通じて、医学と医療におけるこうした当たり前の根本を経験し身につけてほしい。精神科における治療の基本とされる支持的療法とは、実はこの治療の基本を指している。こうした基本に自覚的となり、精神科における臨床研修を有意義なものとしていただきたい。精神科での診察法については、医学生向けの解説が参考になる<sup>1)</sup>。

医療において患者が「疾患をもつ一人の人間」であるのと同じように、研修医は医療を提供する道具ではなく、一人の人間である。精神科での研修を通じて、人としての悩みや苦しみを知り、人を支援することを身につけ、人として成長をしてほしい。そのことが、A.4. 自らを高める姿勢, B.9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢, である。

**文献** 1) 福田正人:面接法. 尾崎紀夫, 三村將, 水野雅文, 他(編):標準精神医学, 第7版. pp84-94, 医学書院, 2018