

Invited Article**病める人の語りに医学生はどう接するか**

藤原実咲（東京大学医学部）

Abstract:

患者さんを中心とする医療が広がりを見せ、精神科領域においてはピアサポートの活用が期待されている。本論文においては、医学生である筆者がピアサポーターの方と接し立場に関する違和感を抱いた例を記述、分析することで、医学生の病める人の語りへの接し方に対する提言を行いたい。医学生が実習の中で患者さんどう接しているかを確認したのち、社会の中で見られる病の語りの意味合いの多様性を、社会的背景を踏まえて考察する。さらに、医学生が医療情報を開示される立場にいることを正しく認識することの重要性を指摘する。医学生・患者関係を検討することは、その先にある医師・患者関係のより良いあり方について考えることにもなるだろう。

The patient-centered medicine is increasingly popular. In mental health, peer support service is expected to work efficiently as a recovery-oriented approach. In this article, the case is introduced and analyzed where the author, a medical student, met a peer supporter and got confused at the difficulty of the standpoint of her own. This aims to suggest a better way of listening to the dialogue of the patients. First, the way of communication between the medical students and the patients in the clinical clerkship is verified, and the situation where the diversity of the dialogs about the illness is increasing is discussed, referring to the social backgrounds. Then, the importance is pointed out with which medical students should appreciate the reason why they are permitted to get the access to the sensitive medical information of the patients. The study of the medical student-patient relationship would lead to the better understanding of the doctor-patient relationship in the future.

1. 導入

医療現場における医師患者関係は、かつてはパートナーナリズムが中心であったが、近年では患者の自己決定権を尊重する流れがあり、「患者中心の医療(patient-centered medicine)」の必要性が叫ばれている¹。また、医療のチーム化に伴い患者さんの医療に関する情報をいかに安全に共有するかといったルールづくりが求められる中で、かつての医師の守秘義務であるという考え方に変化が生じてい

るほか、患者個人の医療のために使うということを超えて、研究目的など公的に使用する必要性が大きくなっており²、患者さんの病気に関する情報を取り巻く状況にも変化が生じている。

1-1. 精神科における近年の動向

石原によれば、精神病院への隔離に始まった精神科医療は、地域精神保健へ、そして当事者の社会生活を重視するものへと変遷してきており、精

神医学の歴史は、当事者の権利を拡大し、当事者を中心とした医療へと変化する過程であったという。近年では当事者の経験や意味づけを重視するリカバリーの思想が広まりつつあり、当事者のニーズや問題の捉え方に焦点を合わせる対話的アプローチが重視されるようになってきている³。

かつて精神分裂症と呼ばれていた疾患に関して、当事者からの問題提起を受け、当事者の治療やノーマライゼーションの促進のために、学会と当事者が協力し10年近くの慎重な検討を行った上、統合失調症という名前に改名した⁴ことなども、精神障害を持つ人たちの権利の回復を印象付ける出来事であったように思われる。

1-2. ピアサポート

このような流れの中で、ピアサポートという活動が注目されるようになってきている。リカバリーが精神科医療の中で重要視されるようになる中で、ピアサポートは患者さんの満足できる生活状態(wellbeing)を向上させ、再発を減らし、既存の急性期精神科医療の負担を減らす可能性があるリカバリー志向のサービスとして注目を集めている⁵。ピア(peer)とは立場や境遇、経験等を共にする仲間であり、ピアサポートとは精神疾患の困難とリカバリーの経験を有し、同様の疾患の治療において他者を援助する人を指す⁵。その形態はフォーマルなものからインフォーマルなもの、無償のものから有償のものまで様々であり、精神保健領域では①セルフヘルプグループ(自助グループ)、②当事者運営組織、③困難の経験者が従来型のサービスに雇用されその経験をサービス提供に活用(雇用されるピア)、と整理することが多い⁶。アメリカでは2000年代になると「認定スペシャリスト」の制度

化が進み、現在では「ピアスペシャリスト(peer specialist)」という呼称で統一され、精神障害ピアサポートが精神保健福祉システムの一部として当事者が政策決定へ参画することが当然となっている⁷。日本においても制度面での整備が進んでおり、精神障害者ピアサポーターの力がますます必要とされ、その支援体制を構築することが求められている。

ピアスペシャリストが提供するサービスの有効性は、①利用者への効果(利用者へのロールモデル提供等によるリカバリーを促進)、②ピアスペシャリストへの効果(自身のリカバリーの促進)、③サービスの質への効果、④他専門職および精神保健福祉システム全体へ効果(意識改革、スティグマ軽減など)に整理されており⁸、精神医療サービスのあり方に一石を投じるものだと言える。世界各国でピアサポートが広がりを見せているものの、その有効性を示すエビデンスは乏しいとされている⁶が、今後のピアサポートの活用が期待されている。

このような背景を踏まえ、今回、ピアサポーターの方と筆者自身が交流した時に起こったケースを紹介する。そして、現象学的手法を参考にしてケースを詳細に記述することで、医学生は病める人といかに関わっているのか、また関わるべきかを考察したい。医学生としての実習は患者さんと関わる初めての機会であり、この時期の医学生・患者関係がのちの医師・患者関係に印象深く影響を与えるという意味で、医師のあり方への示唆にもつながると考える。

2. ケース：立場に関する違和感を抱いた例

筆者は医学部6年生である。精神疾患を持つ人は社会参画に困難を抱える場合が多いという問題

意識を抱える中で、ピアサポートは自身の疾患の生の経験(lived experience)そのものを生かして社会に関わり、ひいては就労の機会にもなり得るという点に可能性を感じ、興味を持ってピアサポートのことを調べていた。本を通して学ぶだけでなく、ピアサポートに関わる方(以下 P さんとする)と交流する機会も求め、ありがたくもお話を伺えた、そのときのことを記述する。

簡単な自己紹介をし、医学生であること、時間をとっていただいたことに対する感謝の気持ちを述べ、仕事内容や、ピアサポートを始めてどのような変化を感じているのかについてお話を伺った。

私は緊張していたように思う。ピアサポーターとして活動している方である以外のことは知らない初めましての方である。ピアサポーターについて本を通じて抱いているイメージは不確かで漠然としたものであるが、初対面である気まずさからどうにか相手のことを知りたいという気持ちが大きくなり、そんなあやふやなイメージでも頼りたくなってしまった。とにかくどんな話が聞けるのか想像がつかず、目の前にいる人の輪郭を掴みきれない不思議な感覚であった。

P さんは精神疾患をもっているというが、私が知っているいわゆる患者さんとは空気感が違うように感じられた。溢れ出る生活感があり、前向きで朗らかな雰囲気があった。しかし、症状が重かった過去に話題が及ぶと表情が暗くなり、そのちぐはぐさに動揺したように思う。会話が進む中で、知らず知らずのうちに日常のコミュニケーションよりも傾聴・共感の態度を意識し、相手を慮るような話の聞き方をしていることに気付いた。それはあたかも患者さんに対する態度であった。障害

を持つ人々の支援に関わるサービス提供者として従事しているピアサポーターの方に対して、私は実習の際に病室で患者さんの話を聞いている時と同じような態度で接しているのだ。これは適切な接し方ではないのではないかと感じた。なぜピアサポートに関わるようになったのかという話の内容上どうしても患者体験の話を含んだが、病気の話に触れているからという理由で P さんを患者さんという枠組みに押し込んでしまうことには違和感があった。語りによって、P さんの患者さんとしての過去がありありと浮かび上がってくるが、そのことを現在の P さんにどう関連づければいいのかはわからなかった。その意味で、精神疾患が「治る」ということがどういうことなのか、何を意味するのかわからないと感じた。しかし、自分の態度は患者さんに対するものに近いのである。ピアサポートに従事するほど回復している人を患者さんで見なしてしまうということは、精神疾患の経験があるという理由で対等な立場というよりはむしろ慮るべき弱い立場の人であると見なしているのではないかと、自らの内にある精神疾患に対するスティグマに気付かされた気がして恥ずかしくなった。そのような居心地の悪さを抱えながら会話は終了した。

3. 議論

上記のような違和感を感じた原因として、自らの中に患者さんとのコミュニケーションとはこういうものであるという思い込みから作られた型があり、それをピアサポートの方との関わりにおいてそのまま適用しようとして不具合が生じたと分析できる。そのような形式化されたコミュニケーションはいかなるものであったのかを考察し、今

回のケースがどのような点において異なっていたのかを考察する。

3-1. 医学生の立場で形成される患者さんとのコミュニケーション方法

患者さんに対する話の聞き方がどのようにしてそのような形式化されたコミュニケーション方法として自分の中で確立されたのかについてまず考察する。

医学生は、臨床実習前の医学部共通試験などを通じて、患者さんの話を聞く際にはコミュニケーションを促進させるような言葉がけ・うなずき・間の取り方を用い、積極的に傾聴するといった姿勢を学ぶ。この試験は平成17年から始まったもので、学生が基本的医学知識と臨床技能を習得していることを社会に説明する必要があるとし、社会的に医学生が臨床現場に参画する妥当性を担保するためのものである⁹。そして、そのコミュニケーション技法を、日々の病棟実習で割り当てられた担当患者さんとの会話の中で実践する。具体的には、入院中の患者さんを訪室し、すでに他の上級医の先生によって病気の経過がまとめられている上で再度練習のため病歴聴取を行わせて頂いたり、日々の体調の変化を伺ったりする。自らの不十分な医学知識のために踏み込んだ病気の話をすることを控え、世間話のようなカジュアルな様相を帯びた会話になることもしばしばであり、医療関係者とも素人とも言えない微妙かつ曖昧な身分で医学生は患者さんと関わる。筆者自身は、患者さんを訪室する際には明らかに普段のコミュニケーション方式とは異なるものを採用しているという自覚の元に、患者さんを訪室してお話を伺っていた。短い人生経験しかなく、しかもそのほぼ全てを学

生という身分で過ごしていることから、これまで接してきたのは同世代の友人のほかは、家族や親類、教師といった立場の人に限定的である。患者さんの中にはあまり話したことのない年代・立場の人もいる上、医学生という、学生の中でもより特定の立場で患者さんと対峙するのも初めてのことである。慣れないコミュニケーションであるのはやむを得ないのかもしれないが、そのやりづらさを手早く克服するためにも、習ったばかりの「医学生のコミュニケーション方式」を進んで採用し、その上で会話を進めていた。

そうしておずおずと関わりはじめる患者さんであるが、実習において担当するのは大学病院の入院患者さんにほぼ限られており、そのうえ受け持ちは約2週間という短い期間である。慢性期疾患、難治性疾患患者、あるいは障害者の現状を大学病院で学ぶことは困難であり¹⁰、医学部の実習においては、精神疾患を含む経過の長い慢性疾患に対して、その長期経過を肌で実体験する機会が乏しいと言える。

つまり、医学生は患者さんと話すことに不慣れであり、関係性を構築するためにはある特定のコミュニケーションの型にならうことは効果的であると考えられる。しかしながら、接する患者さんが限定された集団であることを見落としがちであり、型が固定化されてしまう可能性が指摘される。

3-2. ピアサポーターの特徴

なぜピアサポーターの方を患者さんと同じようにみなしてしまったのか、どのような点において患者さんと異なったのかの2点から、前述した違和感を考えてみたい。

ピアサポーターの専門性は、自らの病の経験か

ら得た知恵に基づく支援(lived experience)にあり、同様の生活のしづらさに悩む人びとの権利を擁護したり、先ゆくピアサポーターの相談役であったり、モデルの提示や同行等の伴走者であったりするという役割がある¹¹。ピアサポート導入における課題として、サービス提供者かつ受け手であるという二つの立場で揺れる存在であるがゆえに、役割や関係における様々な葛藤が生じることが指摘され、早くからピアスペシャリストの導入が進むアメリカでは、役割規定、研修、雇用環境整備などが具体的な課題となっている¹²。このように、ピアサポーターはサービスの受け手としての側面を持ち、まさにそれゆえにサービス提供者として活動するが、今回のケースではその前者の面のみ偏って注目してしまったと言えるだろう。後者の面に対する理解が追いつかなかった理由として、サービスの受け手から提供者に立場を移す背景として患者さんの権利を重要視する運動があること、そしてピアサポーターの方が自分の経験を語るというところに特殊なスキル、つまりピアサポートの専門性があるということが理解できていなかったからであると推測できる。そして、そのような専門性に対する理解の不十分さは、病の経験に対して鈍感になっていたからではないかと考えられる。つまり、実習の中で入院患者さんに病気に関することを話してもらえ、ある均質な医療情報に触れることが当たり前になっていたために、患者さんの病に関する情報を開示してもらえということの特殊性を正しく認識できていなかったのではないか。ピアサポーターの方が話す病の経験というのは、入院患者さんの場合と異なり治療を目的としたものではない。自らの人生の一部であり、疾患とともに生きる中から紡ぎ出され、その方自

身によって話すことを選択された、意味合いが異なるものである。しかし、この違いに鈍感であったのは、話してもえられる意味をわざわざ考えたことがなかったからではないか。さらに、ピアサポーターのサービス提供者としての側面に関して、実習において医師以外の医療職と関わりその役割を学ぶ機会にはほぼなく、他職種連携に関する理解が不十分であった点も合わせて挙げられる。

3-3. 社会の中での語りの多様性

以上から、本ケースにおけるピアサポーターの方による病の語りと、医学生が実習の中で多く触れる病の語りには質的に隔たりがあることが指摘される。この違いを、ピアサポーターがサービスの受け手から提供者に立場を移す背景として患者さんの権利を重要視する運動があったことを踏まえてより詳細に考察する。

消費者問題の台頭で伝統的な医師患者関係の変更が迫られ、患者さんが参加する医療が求められている¹。患者さんの医療に関する情報に関しても、かつては医師の守秘義務が問題の中心であったが、医療のチーム化が進み「患者情報の保護と共有」という観点からの捉え直しが必要になっていたり、患者個人に対する医療行為を超えて研究目的など公的に使用する必要が大きくなったりしている。その際にいかに情報を取り扱うかが問題になっているが、この背景には、患者さんや患者体験を持つ人が自らの医療に関する情報を自分で管理・コントロールできると考えるプライバシー権の普及があると考えられている²。特に精神科領域においては、かつては当事者の声が抑圧されていたが、患者の権利回復の流れに伴い、自らの病の経験を積極的に開示することによって社会を啓蒙したり、

患者の支援に活用したりする活動が盛んになっている。ピアサポートもこの流れの中に発展してきたと考えられる。このように病がオープンに語られる機会が増え、その意味合いの多様性がより顕著に現れていると考えられる。患者さんの語りを聞き、患者さんがどのように病を経験しているかを理解することは患者さんの立場に立ったより良い医療につながると期待される。例えば、ピアサポーターとの協働を通じて、従来の医療専門職が抱く障害に対する捉え方にも変化が生じる可能性があることが報告されており、その有効性を検証することが望まれる。ただし、ピアサポーターは病を語ることを自ら選択した人々であり、すべての患者さんの意見・考えを代表するとは言えないことには注意が必要だろう。

一方、医学生にとって、病の語りを聞く機会は、その人生経験の少なさも影響し、主に病室において治療を目的に話されるものに限定されてしまう傾向があるのではないかと。そして、医学生はどのように病気に関する情報を開示してもらっているという特殊性を正しく認識できていない可能性が指摘される。ここで、医学生が患者さんと接するときは医師患者関係をモデルにコミュニケーションを行うが、正確には医師ではないにも関わらず患者さんによって患者情報を開示してもらえることの意味を考えてみたい。医師患者関係とは、医師免許の上に成り立つものである。医師法において診療義務が定められているが、これは免許制度によって医師のみが医業を独占することができるために発生するもので¹³、医療専門職と社会とは社会契約で結ばれている。しかし、医学生は免許習得前であり、これと全く同じ関係は結べない。さらに、医師と学生は、患者さんが学生の説明内

容を信頼していると考えられる傾向がある一方、患者さんは学生の説明内容を信頼しない傾向があり、むしろ説明内容よりも学生の傾聴と円滑なコミュニケーションを重視していることを示す研究がある¹⁴。この結果から、患者さんは医学生を医師とは全く別の立場であると捉えており、患者さんが医学生に対して語る内容は医師に対して語るものと異なると考えられる。それでも、医学生は医師になるために学んでおり、将来の医学を担うと期待されているからこそ、患者さんの医療情報に触れることを許されている。そういった期待を真摯に受け止め、病の語りが開示される条件を理解することは医師を目指す人間として非常に重要であると考えられる。

学生から医師に至る過程は緩やかなもので、様々な患者さんとの出会いを経験する中で次第に医師としてのアイデンティティが芽生えると思われる。今回のケースのように、立場に逡巡し医師とは何かを立ち止まって考える瞬間がどの医学生・医師にもあり、普遍的な学習過程なのであるとも考えられる。しかしながら、医学生の立場で、今後活用が期待されるピアサポートとの関わりにおいてその過程を詳細に記述したものはあまり見当たらない。より一層患者さんとの対話が重要視されるであろう将来の医療に向けての意義深い示唆となることを期待する。

4. 結論

医学生は、自らが就こうとしている専門性を理解し、その専門性に対する期待があるからこそ病の経験を持つ人から信頼され、非常にセンシティブな情報をも開示してもらえる立場にあるということ忘れてはならないだろう。その上で、近年

のプライバシー権に対する考えの変化を受けて病院の外にも病の語りがあることを知ることは、患者さんが病をどう経験しているのかという理解につながり、患者さんに寄り添った医療とは何かを考えるきっかけになるだろう。さらに自らが医師とは厳密には異なる立場にいることを自覚し、時に柔軟に自らを振り返り、捉え直しながら学びを進めることで、将来医師となった際により良い臨床が実践できるのではないだろうか。医師・患者関係も、医学生・患者関係を起点としているからである。

本論文の限界としては、個別的なケースに基づいた考察であり、一般性を欠いていることが指摘される。

¹ 額賀淑郎. “医療従事者・患者関係”. 入門・医療倫理 I. 赤林朗編. 勁草書房, 2005, p.123-39.

² 稲葉一人, 奈良雅俊. “守秘義務と個人情報保護”. 入門・医療倫理 I. 赤林朗編集. 勁草書房, 2005, p.171-90.

³ 石原孝二. 精神障害を哲学する. 東京大学出版, 2018, 269p.

⁴ 大隈照雄. “統合失調症, 妄想性障害と気分障害”. 現代臨床精神医学. 「現代臨床精神医学」第 12 版改訂委員会編. 改訂第 12 版, 金原出版, 2013, p.327-8.

⁵ Valenstein, Marcia, and Paul Pfeiffer. Peer-Delivered Self-Management Programmes in Mental Health. *The Lancet*. 2018,392 (10145),p.364-5, doi:10.1016/S0140-6736(18)31718-5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618317185?via%3Dihub>, (参照 2019-04-25)

⁶ 大島巖. ピアサポートというチャレンジャーその有効性と課題. 精神科臨床サービス. 2013, p.6-10.

⁷ 坂本智代枝. “日本の精神障害ピアサポートの歴史”. 障害ピアサポート: 多様な障害領域の歴史と今後の展望. 岩崎香編著. 中央法規出版, 2019, p.49-57.

⁸ 特定非営利活動法人ぴあ・さぼ千葉. “厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業: ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備のあり方に関する調査とガイドラインの作成”. 厚生労働省.

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyoudl/seikabutsu12-1.pdf>, (参照 2019-04-26).

⁹ 公益社団法人医療系大学間教養試験実施評価機構医学系 OSCE 実施小委員会・事後評価解析小委員会. “診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目(第 3.12 版)”. 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構.

http://www.cato.umin.jp/pdf/osce_312.pdf, (参照 2019-04-24).

¹⁰ 岡崎史子, 中村真理子, 福島統. 教育実践研究: 早期臨床体験実習における医学生の不適切行動に対するフィードバックの効果. *医学教育*. 2012,43(5),p397-402, doi:10.11307/mededjapan.43.39. https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/43/5/43_397/_pdf/-char/ja, (参照 2019-04-24).

¹¹ 栄セツコ. “ピアサポーターの他職種連携”. 障害ピアサポート: 多様な障害領域の歴史と今後の展望. 岩崎香編. 中央法規出版, 2019, p.143-55..

¹² 濱田由紀. 精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポート. *東京女子医科大学看護学会誌*. 2014,9(1),p.1-7. <https://scholar.google.co.jp/> https://twinkle.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=22924&item_no=1&tribute_id=22&file_no=1, (参照 2019-04-26)

¹³ 前田正一. “医療行為と法”. 入門・医療倫理 I. 赤林朗編. 勁草書房, 2005, p.107-22.

¹⁴ 佐野町友美, 鈴木修平, 中村翔, 渡邊千尋, 熊西亮介, 中村元治, 鈴木尚樹, 渡邊要, 武田弘幸, 福井忠久, 吉岡孝志. がん患者を担当する医学生を取り巻く精神的負荷の現状—患者・医学生・医師の 3 つの視点での考察. *山形医学*. 2017, 35(1), p.1-7, doi:10.15022/00004102.

<http://www.lib.yamagata-u.ac.jp/alllib/elib/kiyou/kiyoum/kiyoum-35-1/image/kiyoum-35-1-01to07.pdf>, (参照 2019-04-26).