

思いやり心の教育

Teaching Compassion

長岡成夫

Shigeo NAGAOKA

一般人が医療提供者に期待し、求めるものは、大きく言って、医療技術の優秀性と思いやりある態度・振る舞いである。それに呼応して、医師や看護師の養成機関の多くは、教育の目標として、確かな医療技術の獲得と併せて患者に対する思いやり心の育成を掲げている。しかし、この二つの目標の間には大きな相違があると思われる。技術の向上は客観的な評価が可能であり、熟練した第三者は技術のレベルを見て取ることができる。それに対して、思いやりとは単に思いやろうとする人の主観的心情・態度だけでは実現できない。相手が、自分は思いやりある言葉をかけてもらったとか、思いやりある態度で接してもらったとかを感じて始めて、思いやりで結ばれる関係が生まれる。つまり、接している相手がどのような印象を持つかが大きな要素となり、医療提供者の態度だけを単独に観察しても思いやりの関係が生まれるかどうかは判定できない。とすれば、思いやり心を育成すると標榜する教育も、医療技術習得を目指とする教育とは大きく性質を異にするはずである。しかし多くの場合、倫理を授業科目とするとか、ある特定の教授方法を採用することによって、思いやり心が育ち、患者との思いやりの関係が生まれると期待し、想定されているように思われる。

1 思いやりとは何か

思いやりの語の意味について国語辞典は、「その人の身になって考えること。察して気遣うこと。同情。」(大辞林), 「他人の身の上や心情に心を配ること。また、その気持ち。同情」(大辞泉), 「自分の

身に比べて人の身について思うこと。同情。」(広辞苑)と述べている。この意味をよりはつきりさせるためには、英語の compassion, care についての議論が参考になるだろう。

まず compassionについて、ペレグリーノとトマスマはその共著の中で次のように述べている。「われわれは compassion を、患者に固有な苦境のいくばくかを感じ、患者の病経験に入り込み、その結果として患者の不安、苦痛、恐怖等をわがごとのよう経験する能力と定義する。」⁽¹⁾ 続けて、患者を癒す heal ためには、医学的な判断に加えて患者のニーズを理解する必要がある、患者への助言に際しては、この両者を考慮に入れなければならず、そのことを通して医療の目的である心の癒しが可能となる、と述べる。また、辞書的な意味を手がかりにしながら次のようにも述べる。「compassion と強く結びついているのは、共に苦しむということ、経験を共にするということ、『どんな状態なのか』を理解すること、さらには他人の苦痛のいくばくかを自分に引き受け、可能な限りにおいてそれを自分のものとすることである。compassionate であるとは、なんらかの試練、苦難、病のため、目の前にいる人が今ここでどのように苦しむことになったのかを感じ、そして理解するという態度である。」⁽²⁾

しかしこの著者らは、医療者の主観的態度だけでは compassion の関係は生まれないと警告を発する。「compassion は、常に変化する人間関係のなかで現れるものである。それは、二人の人間が関わり合う中で見えてくるものであり、どちらか一方だけの態度で生まれるものではない。思いやりがあるかどうかは、今苦しんでいて、しかもある特定の医師や看護師と現実に接している人だけが判定できる。」⁽³⁾

care の概念について、たとえばノディングスは次のように説明する。「相手の現実を理解し、その相手が感じていることをできるだけそのまま感じること、これがケアする側からみたときのケアの本質的な部分である。」⁽⁴⁾ この相手とは、一人一人の独自性を持った、唯一人としての個人と理解されなければならない。「他人に対して、個人としてではなく<タイプ>として扱おうとし、作戦でもって対応しようとするならば、その相手を客体化することになる。その人たちには、人間ではなく<ケース>となってしまう。」⁽⁵⁾ かくして、ケアの態度は、相手に接するとき、一般化されたグループのメンバーとしてではなく、かけがえのない個人として理解し共感することを要求する。

さらに、ケアを受ける相手からの反応が必要とされる。「ケアには、ケアする側とケアされる側という二種の当事者がかかわっている。その両者において達成されて初めてケアは完全なものとなる。普通、ケアの特徴とはケアしようとする態度であり、ケアするとき人はある態度を示すものであると思われている。しかしケアされる側はそのような態度が示されていると気づいていないかもしれない。」⁽⁶⁾ 私は自分の心持ちとしては確かにケアしているのだが、相手の立場から、さらに第三者の目からはケアの関係はまだ成立していないことになる。「WとXがケアの関係にあるとは、 i) WがXをケアしていること、および ii) Xは、WがXをケアしていることを認め受け入れることである。」⁽⁷⁾

以上の、compassion および care の議論で共通しているのは、第一に、相手の立場に身を置き、その感じ方を自分のものとして引き受けることが、医療者の態度として、さらには一般に他人への態度として重要であること、第二に、自分が主観的にいかに相手のことを気遣っていようと、接している当の相手が気遣われていると思わないならば、思いやりあるいはケアの関係はまだ不十分な段階にとどまるということである。相手を思いやろうという態度はそれなりの価値を持っているはずだが、相手から感謝等の反応が示されない段階では、本来目指しているレベルにまでは到達していない。いや、むしろ思いやろうとする態度が相手に否定的な反応を引き起こす場合すらありうる。

2 思いやの関係を築く際の困難 1

前節で、自分では思いやりある態度をとっている

と思っていても、相手にはそうとは理解されない場合のありうることを指摘した。このような場合には、思いやりの関係を築くのが困難となる。この点をいくつかの例によって示してみよう。

第一の例は、ガンの診断を受けてショックを受けている患者に対して、友人が援助を差しのべようとしてかえって反対の効果を生み出したという、アメリカでの新聞記事である。

卵巣ガンの診断を受けたある若い弁護士は、次のように語った。「私は自分のガンについて知りたくはなかった。落ち込むだけだし、怖かった。生存率とか、腫瘍の進行速度など、知りたくはなかった。この診断を受けるちょっと前に、ボイフレンドと別れていた。その彼が、私を助けようと思って、そんな情報がいっぱい載っている本を持ってきてくれた。私は『この本は読みたくない』と言った。君はこの種の本を読んで勉強しなければいけないと思っていたので、と彼は言った。それを聞くと、私は自分がダメ患者のような気分になってしまった。」⁽⁸⁾

この女性患者の気性を知る友人は、当然彼女がその困難に立ち向かおうとしたと考えたのだが、少なくとも診断直後の時期では、冷静に対処できる状態ではなかつたらしい。しかし彼女がずっとそのような心理状態だったろうと想像するのも現実的ではない。最初のショックから回復し、情報収集を開始する時がきただろうと推測してもおかしくない。援助しようとする人は、この心理状態の変化を読み取らなければならぬ。さらには、同一人において、恐怖心と立ち向かおうとの気持ちとが同居している場合も十分に考えられる。とすれば、この患者に対してその時に適切な援助をすることが至難の業であるのは、誰の目にも明らかであろう。

第二の例は、働き盛りの人ががんの治療を受けることになった時を扱う放送番組からのものである。職を失うという危機に直面したとの複数の経験者の発言に統いて別の経験者は次のように述べる。

一年くらい治療したんですが、その間に会社が、君の席を空けて待ってるよとずっと言ってくれました。それはある意味ではプレッシャーになるんですね。会社に迷惑をかけているということと、それからもう一つは、そんなに期待を持たないでくださいという思いとですね、二つあるんです。

ですがね、働き盛りの人間にとりまして、社会との接点のあるということが生きているということを実感できることなのですね。⁽⁹⁾

今までのポストはもうないと言われるなら絶望的な気分にならざるをえない。しかしポストを空けていとと言われたからといって、安心して治療に専念できるわけでもない。以前に比べて諸能力が格段に低下した状況におかれると、外部からのいかに好意的な態度・発言であっても、それは否定的な側面を伴ってくる。長期療養に入った従業員に対してポストを空けているというのは、会社からみれば精一杯の努力の現れであろう。しかしそうするからといって十分な意味で患者を心身ともに支えたことには必ずしもならない。

続いて、医療者が苦しんでいる患者にどのような言葉をかけば患者の心を静めるられるかについて考える。第三の例は医学的説明が思いやりの言葉と同じような効果を生み出す場合である。

何年も前、ニューヨーク市のベルビューホスピタルでレジデントの訓練を受けている時、私は真夜中に精神科病棟から、老婦人が呼吸困難であるとの呼び出しが受けた。行ってみると、患者は空気を求めて喘いでおり、彼女の皮膚は酸素欠乏のために青かった。彼女は肺血栓から生じた重度の肺水腫であった。私は静かに、しかも間断なく話し始めた。なぜ胸が縮め付けられているのか、水が肺からどのようにしてゆっくりと退いていくのか、その後には少しづつ楽になって、徐々にもっと調子が良くなるだろう、と説明したのである。本当に驚いたことに、それがその通りに起こったのである。彼女の恐怖が鎮まっただけでなく（このことだけだったなら驚かなかっただろう）、私の聴診器からは肺の雑音が消失し、肺水腫が事実鎮まっているという客観的証拠を得たのである。⁽¹⁰⁾

それに対し、第四の例は、医学的説明だけでは効果が現れなかった場合である。

私は、ひどい腰痛で入院している年配の白人女性を観察していた。彼女は、昨晩がなんと辛かつたかと、看護師だけではなく周りの人すべての人にも聞こえるように述べていた。最初看護師は、患者が少しでも楽になれるようにと寝具を調整し

たが、その女性は同じ言葉を繰り返すばかりだった。次に「もっとたくさん食べて薬を飲んでいれば、楽になりますよ」と助言した。患者は、昨晩の苦しさを事細かに繰り返すばかりだった。最後に看護師は「どんな気持ちでいらっしゃるのか、よくわかりますよ」と言った。患者は「同情してくださいってありがとう」と言い、すぐに顔の緊張が解け不機嫌な表情も消えてしまい、ベッドに横になって眠ってしまった。⁽¹¹⁾

第三の例では、予後の説明が患者の恐怖心の鎮静に役立ったし、しかも医師はそのことが予想されたことだったと述べている。それに対して、第四の例では、そのような説明は効果をもたらさず、むしろ単に「どんな気持ちでいらっしゃるのか、よくわかりますよ」という、場合によっては単なる外交儀礼ともとられかねない発言が、患者の心に強く響いた。ただし、この言葉が常に思いやり心の表れとして理解されるわけではない。寝具の調整等、前段階の振る舞いが背景にあって、その発言がこの効果を生み出したのかもしれない。

最後の例として、医療提供者の言葉に対する感謝の念があふれ出たケースを取り上げよう。この場合に医療提供者が対応するのは、患者ではなく、介護に疲れ切った人である。

河瀬直美さん「妊娠で精神的に疲れ、ねぎらいの一言に涙」

2003年夏、私は妊娠をきっかけに養母（宇乃さん、91歳）の介護体制を改めました。（中略）

しかし、よかれと思って変えたことで養母は余計に混乱したようで、何となく元気がなくなりました。歩けるのにタクシーに乗せ、火を使えるのに食事の準備をさせなくしたのがいけなかったのでしょう。うまくできないからといって何もかもしてあげることは、本人の意欲を奪うことだと、後で気づきました。

私も妊娠で精神的に不安定になっていました。きちんとしなければと思うほど、養母の家事の仕方が気になるのです。ゴミの分別方法が気に入らず、「私がやる」と言ってやり直しました。養母にしたら「ワテがちゃんとやっていってるのに」と思っていたのでしょうかね。

このままだと無事に出産できないと思い、夫から認知症の専門家の先生を紹介してもらって、電話で話を聞いてもらう機会をいただきました。

1時間半ほどの間、先生は私の心にたまっていた思いを吐き出させてくれました。そして、「よく頑張って来ましたね」と言ってくださったのです。涙が出ました。解放された気分になったのです。

介護する人をねぎらってくれる人は、なかなかいません。養母の担当医にも「とりあえず3か月頑張って」と言わせていました。でも、頑張れ、頑張れと言われ、これ以上頑張れない、という状態。しないといけないことはたくさんあるけど、うまくできなかったり、養母の反応や状態が思う通りにはならなかったり。そうして「私はダメな人間」と落ち込む悪循環に陥っていました。

でも、先生のひと言で、わかってくれる人がいる、と救われた気持ちになりました。⁽¹²⁾

このやりとりは、医療提供者の側からみればどのようなものだっただろうか。電話で話を聞くという約束をして受話器をとりあげ、話を聞き始めた。どれだけ時間がかかるかは、前もってわかっていたわけではないだろう。1時間半というのは、予想を超えた長時間だった可能性が高い。会話の中で出てきた話の大半は、認知症の専門家にとってはなじみの事柄だったにちがいない。それでもこの専門家は耳を傾け続けた、少なくとも電話で話している介護者にはそう思えた。そして話の最後で、「よく頑張って来ましたね」との言葉をかけた。介護者にとってはその言葉が涙の出るほど思いやりのこもったものだった。しかしこの専門家にとっては、1時間半話を聞き続けるということのはうがはるかに大きな努力を要したにちがいない。おそらくその背景があつたからこそ、最後の言葉が涙を生み出すほどの効果を生み出したのだろう。しかし介護者にとっては、背景よりも最後の言葉が強い印象を与えた。専門家が相手のためにともっとも努力したのとは異なる側面が思いやりの態度として評価されたのである。とすれば専門家は、いかなる点に配慮し、どこに努力を傾注すべきかについて、確信を持てない状況におかれると思われる。

これらの状況を理解しようとするとき、ロスの一応の義務と現実の義務についての議論が役立つと思われる。一応の義務とは善行や感謝等の中間レベルの規範的行為原理であり、現実の義務とは今この状況でなさるべき行為である。「忠ならんと欲すれば孝ならず、孝成らんと欲すれば忠ならず」のような義務の対立場面に遭遇すると、現実の義務が何な

のかを知ることはきわめて困難である。選択肢のどちらかが現実の義務であろうが、それを知る方法はわれわれの手元にはない。さらに、ある状況では一つの一応の義務のみが当てはまると思われても、それは状況の複雑さを十分に理解していないための誤解かもしれない。「それゆえ、正しい行為とは幸運な行為であるとの見方には多くの真理がある。われわれの行為が正しいとの確信がないとき、それが正しい行為であるとすれば、われわれは幸運だったのである。」⁽¹³⁾

ロスの議論を上記の諸例と関連づけると、一応の義務は患者や病状のタイプに従ってまとめられている医療者の行動基準に対応する。それに対して現実の義務は、タイプよりさらに個別に降りていき、目の前の個人に対してどう振る舞うべきか、どう語るべきかという問題に対応する。例で取り上げられた人々は、それぞれ患者を助けようとして、いろいろの行動・発言を行った。それらは、時には思いやり心の表れとして感謝され、また時には逆の効果を生み出す結果となった。ロスの洞察を借りるなら、思いやり心から行動し、さらに受け手側から思いやるある態度として感謝されるような関係が生まれるかどうかは、人間のコントロールを超えた何かに左右されると考えられよう。つまり、人間の努力だけではどうしようもない、運が作用していると思われる。

3 思いやりの関係を築く際の困難 2

前節までで、思いやりの関係を築くには、単に医療提供者の主観的態度の育成だけでは不十分であり、目の前の患者の必要に応じて対応を変える必要があるという点、さらに、患者自身の必要が常に変化していたり、相反する方向の欲求からなっていたり、患者自身も明確に把握していないことを考慮するなら、他人である医療提供者が患者から「思いやりある言葉をかけてもらった」とかの感謝を引き出すような振る舞いをすることは至難の業であり、たとえ成功してもそこには医療提供者の技術を超えた幸運という要素が介在しているだろうと述べた。この見方に対して、あらゆる場合において個々の患者が思いやりられているとかケアを受けているとか感じなければならないとする条件は厳しすぎる、すべてではなく単に多くの場合にそのような反応が示されるならそれで十分ではないかという、より現実的な見方が提案されるだろう。一方では相手の心を察しその健康や幸福に配慮するという努力だけは怠らず、他

方では患者一般の、あるいは特定のグループの患者の反応についての経験的データを考慮していくならば、100%とはいきずとも多くの場合に望ましい医療提供者と患者の関係が生まれるのではないか、という提案である。これは、ペレグリーノとトマスマ、そしてノディングスが要求するレベルをある程度下げるものである。

この提案において、およそ思いやりの心でもって他人に接しようとする人なら誰でも直面する困難があらわになってくる。人間が持つ、他人への思いやり、共感の能力は無限ではない。その能力を発揮するに当たっては、相手との近さや類似性の程度が大きく影響する。さらに、当人の心理状態の変化に伴い、他人を配慮する度合いも変化する。近年医療現場の忙しさ等がしばしば話題になっており、そのためには患者への十分な配慮ができないと言われる。患者への配慮・世話は実に多様であるが、思いやりの心で接することが十分にできない主な理由が忙しさにあるとの意味まで込められるなら、言い過ぎであろう。余裕を持って患者に接することができる状態が生まれるなら、そこで初めて他人を配慮する能力の限界が明らかになる。常に他人に思いやりの心で接するという目標を掲げるなら、医療関係者は良心的であればあるほど理想との距離を感じてつまづかざるをえなくなると思われる。

もしこれ (kinder care) の意味するところが、医師や看護師は患者への深い配慮という動機に本当に従って行動している、心から患者の気持ちを察し共感している、さらにこのような感情をあらゆる場面で示すのだと患者側に保証することだとすれば、そのような努力が成功する見込みはない。患者の心への洞察、患者への配慮とは弱々しい植物である。どんなに不作法で敵意ある人に対してもこののような態度をとらなければならないと言われば、それは簡単にしおれてしまうだろう。⁽¹⁴⁾

4 代案 マナーについての教育

上記の引用文に続いてシュナイダーは次のように述べる。

幸いにも、医師が聖人であってくれと期待している患者はほとんどいない。われわれは皆、暖かく思慮深く親切な人たちと出会えばありがたいと思うが、そのような機会が稀であることも知って

いる。とすれば、医師からは何を期待してよいだあろうか。少なくとも、ひどい扱いを受けないことを。（中略）ひどい扱いを受けないように加えて、理解ある態度で接してもらうことまでは期待してよい。この理解とは、医師の魂の奥底から出てくるものである必要はない。基本的なよき治療には、深い人間的な共感はみられないかもしれないが、最低限の配慮と尊重は現れている。⁽¹⁵⁾

つまり、シュナイダーの提案は、患者に礼儀正しく接するという医療提供者のマナーの改善である。マナーの改善だけでは、その本人の性格まで変わりはしない。しかし、礼儀正しさの習慣を身につけることによって、最低限ひどい扱いを受けた患者が思うことは避けられるだろうし、うまくいけば結果として患者は医療提供者の配慮に感謝し満足するだろう。また患者側も、医師が自分のことを真に心配し自分と心底から共感してくれるようになると期待するのは行き過ぎである。

この提案を彼は次の10項目にまとめている。最後のルール10が基本であり、他のルールはそこから出てくる具体的な提言である。

- ルール1：人々を待たせない。
- ルール2：プライバシーを尊重する。
- ルール3：初めての人には自己紹介をする。
- ルール4：他の大人に対しては、相互に同じレベルの呼び方を使う。
- ルール5：患者と話す際には、必要な時間を割く。
- ルール6：耳を傾ける。そして外見だけでも耳を傾ける。
- ルール7：“please”とか“thank you”を付け加える。
- ルール8：悪い知らせを告げる時には、ある程度の同情の態度を示す。
- ルール9：かかってきた電話については、折り返し返事の電話をする。
- ルール10：自分の振る舞いが患者にどんな影響をもたらすかを考える。⁽¹⁶⁾

カーンは、“Etiquette-Based Medicine”⁽¹⁷⁾と題する論文で同様の主張を述べている。まず彼は医師としての経験から、多くの患者の不満が、同情心を示されないとということではなく、「医師が自分の方を見て話していない」等のマナーに関する事柄であると考える。さらに自分の患者経験も加えて、患者

が望んでいるのは、思いやりある医師ではなく、自分に注意を払い丁寧に対応する医師ではないかと考える。次に、医学教育において、医療関係の古典的文芸作品を読むとか感想文をまとめるとかの試みが多く行われているが、筆者はその効果に疑問を呈する。人間的にすでにかなり成長してから入学してきた学生には目新しくないだろうし、他方多くの若い学生にとっては時間の少なさもあってほとんど効果を持たないだろう。つまり、教室で人の性格や人生観を変えるというのは簡単にできることではない。医師の感情ではなく振る舞い方を変えようとする方が教育としてはより効果的である。さらに臨床実習においても、患者への接し方について議論を聞くよりも仲間がどう振る舞っているを観察する方が多くを得ることができるだろう。「患者の苦しみに対して思いやりの心を持ちにくい医師、あるいは苦しみを感じていることすらなかなかわからない医師であっても、ある特定の振る舞い方をすれば、患者がよい扱いを受けたと感じる結果を生み出すことができるだろう。」その振る舞い方は、次の6項目にまとめられている。

- 1：病室に入るときは許可を得る。答えが返ってくるまで待つ。
- 2：身分証のバッジを見せながら自己紹介をする。
- 3：握手をする（必要なら手袋をして）。
- 4：座る。適切な場合には笑みを浮かべる。
- 5：医療チームの中でのあなたの役割を短く説明する。
- 6：入院していてどう感じているかを患者に尋ねる。

「このような振る舞いによって、患者が治療を受けて満足するために必要な一歩も十分ではないかも知れないが—基礎ができる。」十分だとは限らないとの留保から知られるように、彼は思いやり心のある医師という理想を排除するわけではない。しかし医療提供者の感性を変えるという教育目標を第一に掲げることに対しては否定的である。

以上の議論は、compassion や care の思想と真っ向から対立しているように見えるかもしれない。しかしこれらの思想も、具体的適用の段階では、マナーの思想と軌を一にする点があると思われる。たとえばノディングスは教育場面でのある状況について次のように述べている。

当然ながら、教師はどの子どもにも「熱中」するということはできない。誰にでも熱中するなら、もはやそれは熱中ではない。しかし、教師は環境作りなら目指すことができる。愛情や援助が高まるような環境、つまり情熱的には愛されていない子どもでも少なくとも注意は向けてもらえるし、さらにその子たちが誠実に語りかけてくる人たちに応答し、さらにはその人たちと語り合うようになるだろうような環境を生み出すように努力することはできる。⁽¹⁸⁾

ここで言われる「環境を生み出す」とは具体的に何をすることであろうか。医療提供者が多くの患者に接するように、教師も多くの子どもに接している。その一人一人と緊密なケアの関係を結ぶことは困難である。その場合には、適度の注意を払い、声をかけることが求められる。それが環境を生み出すことである。そして、注意を払い声をかけるということは、シュナイダーやカーンがマナーの一部として強調していた点である。さらに、ノディングスは環境を提供しようと努力しさえすれば理想的な関係が生まれると断言しているわけでもない。そのような環境はより密接な関係を築くための必要条件にすぎない。とすれば、実により密接な関係へと発展するかどうかは、運に期待するしかないと述べていると解釈できる。

注

- (1) E.D.Pellegrino & D.C.Thomasma, *The Virtues in Medical Practice* (Oxford University Press, 1993), p.25.
- (2) Ibid. p.79-80.
- (3) Ibid. p.80.
- (4) N.Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education* (University of California Press, 1984), p.16. ノディングス『ケアリング：価値と道徳の教育—女性の視点から』（晃洋書房, 1997), p.25. ただし訳文は拙訳。
- (5) Ibid., p.66. 邦訳, pp.103-4.
- (6) Ibid., p.68. 邦訳, pp.107-8.
- (7) Ibid., p.69. 邦訳, p.109.
- (8) Jessie Gruman, ‘How Much Do You Want - or Need - to Know?’ *Washington Post*, February 6, 2007.

- (9) NHKスペシャル「働き盛りのがん」2009/12/
26放映、開始後54分。
- (10) E.J.Cassell, *The Healer's Art* (MIT Press,
1985), pp.13-14. キャッセル『癒し人のわざ』
(新曜社、1981) pp.1-2.
- (11) Candace Clark, *Misery and Company:
Sympathy in Everyday Life* (University of
Chicago Press, 1997), p.19.
- (12) 読売新聞「ケアノート」2007年3月22日
- (13) D.Ross, *The Right and The Good* (Oxford
University Press, 1930), p.31.
- (14) C.Schneider, *The Practice of Autonomy*
(Oxford University Press, 1998), p.220.
- (15) Ibid., p.220.
- (16) Ibid., pp.221-226.
- (17) M.W.Kahn, "Etiquette-Based Medicine,"
New England Journal of Medicine, 358;19.
pp.1988-89.
- (18) Noddings, p.61. 邦訳, pp.96-97.