



### ●「具体」と「抽象」

「具体」と「抽象」という言葉(またはコンセプト)があります。「具体的」と「抽象的」という形容詞の形で、日常会話でもしばしば使われています。「具体」は実際に存在している物や事のことです。私どもの身の回りにある物や実際に起こった出来事は、すべて「具体」です。一方、「抽象」は、具体的な物や事から取り出したある特定の性質または側面のことです。「具体」から「抽象」化できる力は、人間にだけ備わっていると考えられる能力です。そして、もろもろの事象を「抽象」することにより、科学や哲学など人間特有の文化を発展させることができたのです。

ここで、少し違った視点から考えてみたいと思います。注目したいのは、「抽象」したものは、「具体」に付随しているある性質や側面にしかすぎないということです。つまり、「抽象」は実在するものではなく、私どもの頭の中に概念として存在しているということです。「抽象」が行われるプロセスでは、必ず拾い上げられずに捨てられる物や事が生まれます。このことを専門用語では、「捨象(しゃしょう)」といっています。物や事といった「具体」からある要素・側面・性質を抽象するとき、その他の要素・側面・性質は度外

視されます。「抽象」化のプロセスでは、「抽象」で取り出された性質以外のすべての「性質」が捨てられることとなります。

このことを医療の場で考えてみたいと思います。「病人」が存在して初めて医療が成り立ちます。もちろん、医療には医療者の存在も必須なのですが、「病人」がいなければ医療は必要なくなります。その医療の場では、「病人」が「具体」です。患者A、患者B、患者C……といった個々の病人が「具体」です。異なった個々の病人でも、同じ「病気」であれば似たような症状や所見を引き起こす、したがって「病人」たちの「病気」にはそれぞれ病名がつかずであるという考えに基づいて、17世紀の近代医学の黎明期に、英国を中心にして、「病人」を「病気」の病名で分類することが行われるようになりました。実はこのことが、その後の医学を科学として大きく発展させる契機の一つになるのですが、この点には今回は深入りせずに、「病人」が「具体」であること、「病気」は「抽象」であって私どもの頭の中に存在しているという点に注目したいと思います。

### ●「疾患モード」と「病人モード」

医学や医療は、「抽象」である「病気」の病名によって分類され、研究され、教育され、医療制度の中に位置づけられています。そのほうが効率が良いからだと考えられます。したがって、私どもが医療者として個々の患者に対応するとき、「具体」としての「病人」と「抽象」としての「病気」という頭の働かせ方から見ると二つの態度で接することになります。

ここで、疾患中心のアプローチを「疾患モード」(または「病気モード」)、疾患を持った個々の病人を中心にしたアプローチを「病人モード」と名づけることにします。前者は主として「理性」に、後者は主として「感性」に依存した脳の働かせ方です。医療の中では、救急医療、急性疾患、慢性疾患、心身症などといった

それぞれの診療場面で、「疾患モード」と「病人モード」の比重が異なってきます。つまり、医療の中で私どもは「疾患モード」と「病人モード」を、意識することなく使い分けているのです。つまり、「理性」と「感性」をバランス良く使うことにより、医療が成り立っているということが出来ます。

そこで医療コミュニケーションを学ぶ際の学習法として、次の三つのパターンを経験することを、3年ほど前から提案し、実際に医療コミュニケーション学習の場で使っています。すなわち、医療者役の学習者が次の三つのパターンを順次経験するという方法です。

- (1) パターンA: 病名(病気の鑑別診断や検査所見など)に全注意を集中して、ただひたすら「疾患モード」で患者に対応する。
- (2) パターンB: 患者の話に集中して、ただひたすら患者の物語や気持ちに寄り添うように努めて「病人モード」で患者に対応する。
- (3) パターンC: 「疾患モード」と「病人モード」を必要に応じて柔軟に行き来する。

この三つのパターンを、A→B→Cの順序で体験するようにします。

この「医療コミュニケーションの新しい学習法」は、「こころ、からだ、いのち」の本シリーズの中で紹介してきた「疾患モードと病人モードという考え方」「モードの切り替えという考え方」「やわらかな1.5人称」などを、「医療コミュニケーションの学習法」に応用したものです。

### ●医療コミュニケーションの学習で目指す「サクセスゾーン」とは

新しい学習法を採用することにより得られる効果として、どのようなことが挙げられるでしょうか。実際に医療コミュニケーションのワークショップや医療コミュニケーションの授業でこの方法

を使用してみたい感想は、次のようなものです。①医療者役をする学習者が、「疾患モード」と「病人モード」を意識するようになること、②二つのモデルの間での自分自身の「振幅の大きさ」を知ることができること、③自分自身のこころの動きを意識化できること、したがって「疾患モード」と「病人モード」をやわらかく使い分けることができるようになること、④自分のスタンスや立ち位置が見えるようになり余裕が生まれること、などが挙げられます。医療コミュニケーションの効果的な学習につながるように思います。



図1. 医療者の属するゾーンと疾患モード・病人モードの関係

これを視覚化してみましょう。「疾患モード」を縦軸に、「病人モード」を横軸にした座標軸法で描いてみると、パターンAは図の第2象限(左上の領域)に入ります。パターンBは第4象限(右下の領域)に入ります。パターンCは第1象限(右上の領域)に入り、ここが目指す「Success Zone」です。これを医療者のイメージで表現してみると、「できる」「できた」「こまった」「あやしげな」という4つの言葉で表現できる医療者ゾーンが出来上がります。そのとき、診てもらっている患者がどのように感じるかを、これもイメージとしてやさしい大和言葉でまとめてみると、第1象限から第4象限に向けて、「やすらぎ」「いらだち」「あきらめ」「くつろぎ」になります。私どもが医療コミュニケーションの学習で目指すサクセスゾーンは、患者が「やすらぎゾーン」(第1象限)に入ることなのです。

なかの・しげゆき 岡山大学医学部卒。スタンフォード大学医学部臨床薬理学部門に留学。大分医科大学臨床薬理学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。大分大学医学部創薬育薬医学教授、国際医療福祉大学大学院教授を経て現職。日本臨床薬理学会名誉会員(元理事長)、日本臨床精神神経薬理学会名誉会員(元会長)、日本学術会議連携委員、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、臨床試験支援財団理事長。響き合いネットワーク連絡協議会理事長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ(大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院)の企画・運営に携わっている。  
[http://www.med.oita-u.ac.jp/pharmaceutical\\_medicine/index.html](http://www.med.oita-u.ac.jp/pharmaceutical_medicine/index.html)

