

原著

総合診療医が患者との関わりの中で抱く 否定的感情に関する探索的研究

山上実紀^{*1}、宮田靖志^{*1}

^{*1} 札幌医科大学 医学部 地域医療総合医学講座

キーワード 否定的感情、感情労働、総合診療医

【要旨】

目的：本邦ではこれまで診療中の医師の感情についての研究はほとんど行われていない。診療中に患者との関わりの中で抱く否定的な感情を総合診療医がどのように認識し、そのことにどのように対処しようとしているかのを明らかにすることを目的とする。

方法：総合診療医7名にこれまでの診療中に感情がゆさぶられた体験について、その時どのように感じたか、その感情について今どのように考えているか、などをテーマとして半構造化面接を行った。面接内容の逐語録をデータとして質的に検討した。

結果：分析の結果から、①総合診療医が患者に対して否定的な感情を抱く状況の認識、②対人関係の中で抱く否定的感情に対する考え方、③否定的感情の扱い方、という3つのカテゴリーが抽出された。総合診療医の診療では、患者との生活習慣などに関して価値観のずれが生じやすいこと、患者の心理社会背景に踏み込もうとすればするほど医療の境界が曖昧になりやすいこと、患者期待に応えようとするのが逆に否定的感情を抱きやすい状況を作っていることなどが明らかとなった。患者に対する否定的感情は診療にとって良くないと総合診療医は思う傾向が強く、そのために否定的感情を避けるための様々な感情管理を行

うとしていた。

結論：診療中に総合診療医が自らの感情を認識することは、医師のバーンアウト防止やより良い医師患者関係を築くために重要である。

【背景】

近年、延命や告知・治療に関わる自己決定権の尊重といった倫理的問題や、医療訴訟の増加などの社会的背景の変動、患者の価値観の多様化などによって、医師にかかる心理的ストレスは増加している¹⁾。本邦における医師のストレス因に関する研究では、ストレス因のなかで最多なものは患者との関係に関わるものと報告されている²⁾。しかし、患者とのどのような関係が、何故医師にとってストレスとなっているか、についての研究はほとんど行われていない。看護領域では、患者との関わりにおけるストレスの要因として、看護師が抱く悲しみや怒り、罪悪感といった複雑で強烈な感情体験が挙げられている¹⁰⁾。欧米では、関係を作るのが難しいと医師が感じる患者との関わりについての研究が行われており、診療中に様々な感情を抱くのは医師にとって当然であり、医師自らが診療中に患者に対して抱いた否定的な感情に気付くことが、良い医療を提供するために必要であるといわれている³⁾。しかし、本邦において医師が患者との関わりの中で抱く否定的感情をどの

原 著

ように認識し対処しているかということとはほとんど明らかになっていない。

労働者の感情に関しては、社会学領域において感情労働という概念が提唱され、近年研究が進められている⁵⁾。感情労働の特徴は、①対面あるいは声による顧客との接触がある、②他人の中に何らかの感情変化を起す、③雇用者は研修や管理体制を通じて労働者の感情活動のある程度支配する、という3点である⁶⁾。医師の業務は主に①②を満たしており、感情的負担が非常に強い職業であると言われているが、本邦において医師の感情労働に関する研究はほとんどおこなわれていない。特に医師の抱く患者への否定的感情は、あるべきではないとされており、診療における不安や恐怖は職業上仕方がないものとされてきた⁷⁾。また、医師が自らの感情を語ることは、自分が医療者として不適格な人間であると思われかねないためにほとんどなされることがないとも指摘されており⁸⁾、医師が自らの感情を語ることが困難な社会構造が存在していることが分かる。しかし一方で、自然に湧き上がる感情は否定されるべきではなく、その感情に気づき表出したほうがよいという主張も国内での感情教育論や欧米の医療者に対する研究では報告されている^{4) 9)}。

看護領域では、1990年代から看護業務に関する感情労働の研究がすすめられてきた¹¹⁾。看護師が患者との関わりの中で抱く否定的な感情に焦点を絞った研究では、否定的感情を抱く状況、その対処方法、対処した結果などを分析し、患者とのずれを感じ取るために自らの感情の把握が重要であること、その感情は状況に適した形で表現していくことが援助関係の形成において重要であると指摘されている^{21) 29)}。

欧米の研究では医師が診療中に患者に対して抱く否定的感情を認知しないことが、逆に患者への共感を阻み診療に悪影響を与えるという報告や、否定的感情を認知することで診断エラーを減らすことができるという指摘もある^{4) 12) 13) 18)}。さらに、

アディクション、PTSD、終末期医療などに関わる援助職にとって自らの感情と向き合うことやその感情を共有することは、バーンアウトを防ぐことに役立つ、セルフケアのための必須の技術であるとされる¹⁴⁾。

諸外国の報告によると、総合診療医はストレスが多く、離職やバーンアウト、各種の依存症や抑うつ、自殺やその未遂の危険が高いといわれる^{15) 16)}。本邦では、内科医の41%が臨床的にうつ状態、またはバーンアウトにおちいつている状態であるという報告があるが、総合診療医のみを対象とした心理的ストレスに関する疫学研究は行われていない¹⁷⁾。総合診療医は患者中心の医療を実践することがしばしば目標とされる。しかしこのような臨床実践は患者の苦悩や不安を直視することを意味し、そのことによって生じるであろう医師自らの感情を適切に管理することが求められる²⁷⁾。本研究では総合診療医を対象とし、彼らが診療中に患者との関わりの中で抱いた否定的感情をどのように認識し対処しようとしているのかを明らかにすることを目的とする。

【研究の目的】

総合診療医が診療中に患者との関わりの中で抱く否定的感情をどのように認識し対処しようとしているかを明らかにすることを目的とする。

【対象】

総合診療を実践している勤務経験6年以上の総合診療医7名。

対象となる総合診療医とは大学における総合診療科の勤務経験があり、現在実際に総合診療を実践している者とした。

インフォーマントの属性は匿名性を重視し、以下の情報のみを記載する。

性別は全員男性、平均勤務年数14年である。

原著

【方法】

○インタビュー方法とデータ収集

インタビュー期間は2008年6月から8月の3ヶ月間であった。7名のインフォーマントに対して半構造化インタビューを行った。質問項目は、「診療中に苦手と感じる患者と接するとき、どのように感じるか」「苦手な患者と接するとき、どのようにしているか」、「診療中の感情についてどのように考えているか」、「これまで一番感情が揺さぶられるような体験はどのようなものだったか」、「その体験はその後の態度にどのように影響を与えたか」である。

インタビュー場所はインフォーマントが話しやすいこと、プライバシーの保護を考慮して各インフォーマントの職場の個室とした。1人につき60—80分間のインタビューを行った。インタビューは研究者と1対1で行われ、その内容は本人の同意を得た上でICレコーダーに記録された。録音内容を逐語テープ起しし、研究データとした。

○主研究者の立場

インタビューを行った主研究者は医学部卒業5年目で臨床経験3年の医師であり、インタビューを行った時点ではフルタイムの研究生であり、インフォーマントと同じ職場で診療をしている者ではない。

○分析方法

まずそれぞれのインフォーマントの逐語録を個別に分析した。インタビューで語られる文脈や医学的背景に配慮しながら各医師の否定的感情に注目し意味のあるまとまりの部分抽出し、その内容を表す言葉を付与しコーディングした。ここで用いる否定的感情の操作的定義は、「医師が患者との関わりの中で抱く感情の中で、その感情から脱しようとする修復傾向や回避傾向をもつもの」とした^{26) 27) 28)}。その定義に基づきインフォーマントの語りのなかで否定的感情を抱いたと主研究者

が推察した状況に注目し、分析を行った。7名それぞれの否定的感情についての認識を比較検討し、共通して導かれる内容をカテゴリーとして統合した。カテゴリーを抽出する際、その信頼性・妥当性を高めるために共同研究者Aにスーパーバイズをうけた。また、テーマを抽出した時点でインフォーマント5名に結果を供覧しメンバーチェックを求め、内容に修正を加えた。

○倫理的配慮

本研究への参加に関しては、研究の概要を口頭・文書で説明し、研究参加の同意文書に本人の署名をもらい同意を取得した。

尚、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

医師が患者に対して否定的な感情を抱く状況の認識、否定的感情を持つこと自体に対する認識、否定的感情を抱かないための対処、という3つのカテゴリーが抽出された。(表I, II, III参照)

I 患者に対して否定的感情を抱く状況の認識

医師が診療中に患者に対して否定的感情を抱く状況に対する認識は、3つのサブカテゴリーからなっていた。

1) 医師・患者間の価値観が異なるとき

検査・治療に対する医学適応についての考え、死に対する考え方、肥満などの健康管理に関わる生活態度に対する考え方などの価値観が、患者と医師とで異なる場合、医師は否定的な感情を抱いていた。

2) 医師が介入すべきとする問題の境界が曖昧なとき

患者に介入していかなければいけないと考える問題の境界が曖昧なとき、医師は否定的感情を抱いていた。地域で働く医師が時間外診療をどこま

原 著

で許容するかという診療時間の境界，診断治療に関わる他専門医との役割の境界，また患者をとりまく心理社会的背景にどこまで介入するかという診療範囲の境界など，その役割の曖昧さに基づく否定的感情である。

3) 患者の期待に応えられないと感じたとき

患者の期待に応えられていないと感じたとき，医師は否定的感情を抱いていた。患者が訴える問題を全て解決することを期待されていると医師は推測し，それができなければ患者に責められているように感じていた。

II 対人関係の中で抱く否定的感情に対する考え方

医師が否定的感情を持つことについてどのように考えているのかについては，3つのサブカテゴリーから構成されていた。

1) 人間関係維持のために否定的感情は表出しない

否定的感情を相手に表出すると相手を傷つけるかも知れず，その後の対人関係に悪影響を及ぼすという懸念から，人間関係を維持するためには否定的感情を表出しないと考えていた。医師としてではなく，一般人としての日常生活における対人関係でのコミュニケーションの問題として考えていた。

2) 医師は否定的感情を患者に表出してはいけない

医師は否定的感情を患者に表出してはいけないという信念を抱いていた。1)のような人間関係維持のためという理由だけではなく，「患者さんには怒れないんだよ，理屈ではなくて」「それくらい分かれと言いたいですけど，やっぱそう思っちゃいけないみたいですね」というように，医師自身はその理由を深く考えることなくそのような信念を形成していた。

3) 否定的感情は診療に影響を及ぼす

否定的感情を抱くことで診療中に好ましくない

影響が生じるという懸念を医師は抱いていた。患者に対して否定的な感情を抱きながら診療をしていると，患者の話を聴くのが嫌になってしまう，話をゆっくり聴かず薬を出して終わりにしてしまう，診断が恣意的になってしまう，患者の納得が得られにくい，苦手な患者の病室へ足が遠のく，というように，自らの否定的な感情をコントロールできなくなり，その結果として患者に対してよくない態度をとってしまうのではないかと懸念していた。一方，患者に対して抱いた否定的感情を手がかりに患者との関係を深めるという肯定的な影響もみられた。

III 患者に対する否定的感情の扱い方

患者に対する否定的感情の扱いは，否定的感情の回避，否定的感情の受容の2つに分類された。前者は5つ，後者は3つのサブカテゴリーから構成されていた。

1：否定的感情の回避

1) 医学の限界の認識

医学の限界を認識することで，医師は患者への関わりに一定の境界を設けていた。限界を再確認し自らを納得させることで，医師は患者への否定的感情を持たないようにしていた。

2) 患者の行動に対するあきらめ

患者の行動はこちらが何をしても変えられないと医師はあきらめており，心理的な境界設定を設けていた。心理的な境界設定を行うことで，医師は否定的感情を抱くような状況を回避していた。

3) 患者の脱人格化

目の前の患者を人格をもった1人の個人としてみないようにすることで，個人に対しては否定的な感情を抱かないように医師は考えていた。患者の行動や言動を，「患者の脳ミソが悪い」，「病気がそうさせている」，と考えることでその患者の

原著

責任ではないと見なし、患者個人に対する否定的感情を医師は回避していた。

4) 求められる役割を演じる試み

患者や社会から求められていると考える役割を演じきるように意識的に取り組み、自らが抱く医師の役割との葛藤や、役割を果たせないのではないかという不安を医師は回避していた。また、患者からの理不尽な扱いを受けても役割を演じているのだと医師が考えることで否定的な感情を抱かずに済んでいた。

5) 患者の発言を医師の文脈で解釈

患者の訴えを医師側の文脈で再解釈することで、医師は否定的な感情を回避していた。例えば、ある症状を訴える患者が様々な検査を求めてくる場合、患者は納得できればいいのであって、医学的な正解を求めているのではないのだと思う、と医師は解釈し納得することで、患者との価値観のずれからくる否定的感情を回避していた。

2: 否定的感情の受容

1) 理解と共感への変換

患者の攻撃的な態度や医学的に根拠のない訴えや要求に対して一旦は否定的な感情を抱くものの、患者の心理・社会背景などを聞き、そこから理解できるような要素を探して共感することで、医師は否定的な感情を肯定的感情に変化させていた。

2) 今後の診療への反省

「先生はあまり病棟に来てくれない」などの患者からの直接的・間接的な訴えは、医師に否定的な感情を生じさせる。しかし、医師が自らの否定的感情とともに、その患者の思いを受け止めることで、患者への態度を反省するきっかけとなっていた。

3) 患者との関係構築への利用

診療中に否定的な感情を抱いたことに医師自らが気付くことで、何故そのような感情を抱いたのか、否定的感情を抱いた患者との関係はどのようなものであったのか、という振り返りを医師は行っていた。今後の患者との関係をさらに深めるためのきっかけとして、医師は自らの否定的感情を利用していた。

【考察】

本研究では、医師が抱く否定的感情に焦点を当てた。医師を含めた医療者が患者に対して否定的な感情を抱くことは、これまでは好ましくないことと捉えられてきた。近年、医療者が否定的感情を抱くのは当然のことであり、むしろその感情をどのように認識するか、どのように扱うかということが、患者との関係や医療者自身のメンタルヘルスにとって重要であるとされている^{8) 11) 21) 27)}。

以下、抽出されたテーマごとに、医師が否定的感情を抱くことを感情社会学の視点から考察を行う。感情社会学とは、人間の感情体験は生理学や心理学だけではなく、社会的な要因によって規定されコントロールされているという視点から感情を捉え、研究を行う学問分野である²⁹⁾。

I 患者に対して否定的感情を抱く状況の認識

対人関係において感情が生じるのは、期待と現実とのあいだに落差やずれが存在するときであるという指摘がある²⁹⁾。この視点から見ると、1つめのサブカテゴリーである医師・患者間の価値観が異なるときは、医師が期待する価値観が患者のものとはずれていることにより否定的感情が生じていることが分かる。また、2つめのサブカテゴリーである医師が介入すべきとする問題の境界が曖昧なときは、医師が自らに期待している役割と社会から求められる役割のずれを示している。3つめのカテゴリーである患者の期待に答えられないと感じたときは、患者の期待と医師が応えられる

原 著

ことの間はずれが生じているといえる。

医師と患者の価値観が異なるときに生じる否定的感情は一般的な人間関係の中でも生じるものであるが、医師患者関係においては特に問題である。医師は自分が医療の専門家であるために、医療上の価値観を過大評価するというバイアスを持ちやすい^{19) 27)}。医療という限られた範囲のみで許される医師の専門家としての価値観を患者の人生全体に関わることにまで用いようとし、その結果否定的感情を抱くのであれば注意が必要である。

医師が介入すべきとする問題の境界が曖昧なときに抱く否定的感情は、労働・職場に関するストレス要因の研究で指摘されている役割の曖昧さによる葛藤に相当する²⁰⁾。特に総合診療医は家庭や社会との関係まで視野に入れた医療を実践すべきといわれており、このような要求に応えようとすることは医師の役割についての境界設定が曖昧になっていくことも意味する。自分の能力や役割の限界を認識せずに理想を持って働き続けることはバーンアウトにつながるという指摘があり、医師のメンタルヘルスを考える上でも重要な課題である²²⁾。

医師が患者の期待に応えられないときに生じる否定的感情は、患者との関係性が不調和に陥っている際のサインとして捉えることができる²⁷⁾。その不調和を解消しようと内省することは、自らが抱く医師像を再構築するきっかけになりうる。しかし、現実には全ての期待には応えられない場合もある。そのときに、相手の期待に応えられていないという医師の思いは自己否定感につながる可能性があるため、注意が必要である¹⁴⁾。一方、患者の言動には真のニーズが示されていない場合があるとの指摘がある²⁷⁾。症状が良くならないなどの患者の訴えは、その問題を医師に解決してほしいという要求や不満であるとは限らない。こう考えると、医療者は誤った解釈により否定的感情を抱いている場合があることになる。よって、患者の訴えの真の意味を理解し直すことで、否定的感

情が生じなくなる可能性がある。

II 対人関係の中で抱く否定的感情に対する考え方

インフォーマントは全員、医師患者関係のみならず日常生活の場においても否定的感情を表明することは人間関係にとって良くないことであるという思いを抱いていた。日本人は欧米人と比較して感情表出を隠すということが実証的に証明されている。このような日米間の違いは、どのような感情の表出が社会的に受け入れられやすいかということの規定する独自のルールを各文化が有しているという背景による²⁵⁾。本研究における医師たちの語りは、このような感情に関するルールが内面化されていることを示している。

また、日常生活の場面のみならず医師患者関係の中においても、医師は患者に対して否定的感情を表出してはいけないという信念を抱いていることが示された。一般的にも医師は目の前の患者に否定的な感情を抱いたとしても、その感情をコントロールし感情を表出しないように努めていると言われている。これは感情労働を提唱したホックシールドが提示した表層演技に相当する⁶⁾。表層演技とは本当の感情を隠して自分の外見を変えようとするものである。現在ほとんどの医療者はこのような表層演技を行うことを教育されているが、看護領域では一部で医療者の否定的感情を率直に患者に述べ、また患者も率直な意見を医療者に語ることで、その後の関係が発展していくという主張もある²¹⁾。このように考えると、否定的感情の表出の仕方が医療者にとって重要な能力となってくるであろう。

医師が否定的感情を持って患者を診察することは、診療に様々な影響が生じることが認識されていた。このような認識が形成されるのは、「研修医の頃に苦手と感じる患者のベッドサイドへあまり行かなくなった」、というような自らの否定的感情から生じた実際の診療態度に対する反省であった。患者に対して否定的感情を持ったために診

原著

療行動に悪影響を与えたという事実は、否定的感情は持つべきではないという学習となり、Ⅲにおける否定的感情を回避するための無意識な対処を行う契機となっている可能性がある。一方で、患者に対する否定的感情が医師患者関係を深めていく良いきっかけとなると述べた医師がおり、その発想は精神医療面接の学習から得られたと述べていた。精神医療面接では、医師が自らの感情と向き合うことは重要な技術であるとされている。総合診療医は軽症のうつやその他の精神疾患を持つ患者の診療に当たる機会が多く、また精神疾患以外の診療においても心理社会的背景を重視した患者中心の診療を行うことが重要であるといわれているが、そのような医療の実践においては患者の苦悩や不安などの感情に直面せざるを得ない。患者の感情に向き合っていくためには、医師が自らの感情管理をすることは必須である。精神医療面接の技法を学ぶことは、感情管理の技能を高めることにつながる可能性があるであろう。

Ⅲ 患者に対する否定的感情の扱い方

医師が否定的感情を回避するのは、Ⅱで示されたように否定的感情は診療に有害なものと考え、かつ、その扱いが困難であると考えているためである。治せない疾患や、難しい患者に対する否定的感情が生じないように、医師が医学の限界を再確認する対処法は、患者に対して客観的で適切な医療を提供するためにも重要なことである。しかし、医療技術の進歩により医学の限界は変化する。また、医療や保健福祉が混在する総合診療の領域における医学の限界を一概に決めることは難しい。よって医師が考えている医学の限界と医学の素人である一般患者との限界の間にはギャップが生じる可能性があることを認識することが必要である。

また、医師は患者の行動に介入することをあきらめることで心理的な距離を取り、否定的感情が生じることを避けていた。近年、医師は高血圧症

や糖尿病、肥満などの個人の生活習慣と密着した疾患をもつ患者に対して生活指導をしなければならぬ機会が増加している。このとき、健康行動に対する医師と患者の価値観の相違は必ず起こる問題である。医師は自らの価値観と異なる価値観を持つ患者に否定的感情を持たないようにするための対処として、その患者へそれ以上の指導をすることをやめてしまう可能性がある。このことは不十分な患者教育につながる可能性があり、注意が必要である。

一方で、医師は患者を脱人格化し、言動や態度を患者自身ではなく、「脳ミソや病気がそうさせている」と思うことによって否定的感情を抱かないようにしている。患者を脱人格化することは、米国の医師が診療上の不確実性へ対処する方法として抽出されており、文化の違いを超えた医師特有のものの考え方であることが示唆される²⁴⁾。“病人を診ないで病気を診る”と形容される臓器重視、疾患重視の医師の考え方が形成される一要因は、医師が否定的感情をさけるために患者を脱人格化して診療しようとした結果であるとすれば、必然的なものといえる。

積極的な回避行動として、医師は患者から望まれる役割を演じきろうと努力することで否定的感情を生じないように対処していた。診療に対する自らの不安を押しやり、むしろどんどん患者を診療して自分の気持ちを高揚させるという医師の語りは、深層演技と呼ばれるものに相当する⁶⁾。深層演技とは意識的・無意識的に状況に応じた適切な感情をかきたてようとすることである。しかしこのことを続けると患者に望まれる医師という偽りの自己を演じているうちに本当の感情が分からなくなり、自己欺瞞やアイデンティティの危機、バーンアウトなどを引き起こす恐れがあるという指摘がある¹¹⁾。過剰な深層演技に陥らないような注意が必要である。

医師が患者の発言を自分の文脈で解釈し直すことによって否定的感情を回避することが抽出され

原 著

たが、ここで重要な点は、医師の解釈が医師の個人的な価値観を強く反映していることである。医師が自分の価値判断の中だけで物事を済ませようとする傾向は診療上の問題として指摘されているが、否定的感情を回避するために医師が無意識に自らの価値観に則った解釈を患者に押し付けている危険性がある²³⁾。

上記のような否定的感情の回避とともに、否定的感情の受容も医師は行っている。このひとつは否定的感情を一旦は受け止めるが、患者に共感し理解することで否定的感情を肯定的感情に変換するという方法である。患者の心理社会背景を考慮に入れることで患者を理解しようと試み、患者の態度や言動に医師が納得のいく理由を見つけることができれば、否定的感情は肯定的感情に変換できる。しかしそれは同時に医師が納得のいく理由があるときのみ理解や共感することができるという限界を語っている。つまり、医師にとって納得のいく理由が見つからない場合、否定的感情を生じさせた問題は患者自身の問題とされることがあり、その結果「難しい患者」「困った患者」というレッテルが貼られてしまう危険性がある²⁹⁾。

また、医師は患者との関わりで生じた否定的感情を受け止め、この機会を自分の行動を反省するきっかけとしている。この対処法を語る医師達は研修医時代の体験として述べており、現在の診療スタイルはその反省が少なからず影響を与えていると述べていた。このことは、研修医時代の出来事がその後の医師の診療スタイルに大きな影響を与えることを示唆している。上述したように患者との心理的な距離をとるといった回避的対処は患者にとって不利益を生じる可能性があるため、研修医の段階での否定的感情に対する適切な管理方法を学ぶことが必要である。

さらに医師は、否定的感情を受け止め、感情の内容や何故その感情を抱いたのかということの内省することで、医師と患者の関係を見つめ直すきっかけとし、関係性を深めていくきっかけとして

いる。この対応をしていたのは、精神医療面接の学習経験のある医師であった。医師が抱く否定的感情の肯定的側面は精神科領域以外ではあまり語られてこなかったが、看護領域では患者との関係で生じる否定的感情を異和感として焦点化し内省をおこなうことで、相手とのずれを解消したり、和解を図ることができるという報告がなされている²⁹⁾。精神科医療に携わる医師のみならず、総合診療医も自らの感情に向き合いつつ診療を行うことが、患者との有効なコミュニケーションを図るために重要であることが示唆された。

【結語】

本研究では、総合診療医が抱く患者に対する否定的感情に焦点を当てた。総合診療においては、患者の生活習慣などに関して価値観のずれが生じやすいという構造、患者の心理社会背景に踏み込もうとすればするほど医療の境界が曖昧になりやすいという構造、患者期待に応えようとすることが逆に否定的感情を抱きやすい状況を作っているという構造が明らかとなった。患者に対する否定的感情は診療にとって良くないと総合診療医は思う傾向が強く、否定的感情を避けるために様々な感情管理を行っていた。否定的感情を回避する場合には、医師が患者よりも強い立場にあり価値観を押し付けてしまっている可能性があることに注意する必要があるだろう。また否定的感情を受け止める場合には、その感情をうまく処理できずに自らの問題として抱え込んでしまうことでバーンアウトに陥らないように注意が必要である。一般に医師が否定的感情を持つことは良くないと考えられているが、精神医療面接の技法や看護学などでいわれるように否定的感情を意識化することで患者との関係を作り直すきっかけともなりうる。診療中に医師が自らの感情に注目することは、医師のバーンアウト防止や、より良い医師患者関係を築くために重要である。

原著

【本研究の限界と今後の課題】

本研究は7名の総合診療医のインタビューをもとに分析を行った。質的研究では研究者の関心や問題意識、経験、等によって分析の視座が決定され、ローカルな理論が形成される。今回の結果を全国の総合診療医に一般化していくためには、今後さらに量的研究を追加して行う必要があると考える。

また、医師の否定的感情やその処理が実際の診療場面に与える影響や、否定的感情が生じやすい医師の個人的特性や、否定的感情に影響を与える環境要因までの分析は困難であった。このような問題を明らかにしていくために、診療場面の参与観察研究や業務内容の質問紙による調査など、他の研究手法を用いたデータ収集が必要であると考えられる。

引用文献

- 1) 宗像恒次: 燃えつき現象研究の今日的意義. 看護研究 1988; 21: 122-131.
- 2) 久村正也: 医師にとってのストレス 現状とその分析. 2000; 15: 75-81.
- 3) Eric Sohr: The difficult patient. MedMaster Inc, Miami, 1996, pp17-28.
- 4) Jodi Halpern: Empathy and patient-physician conflicts. J Gen Intern Med 2007; 22: 696-700.
- 5) 久保真人: バーンアウト - ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌 2007; 558: 54-64
- 6) ホックシールド: 管理される心 - 感情が商品になるとき. 石川准・室伏亜希訳, 世界思想社, 京都, 2000.
- 7) Smith AC, Kleinman S: Managing emotions in medical school :students' contacts with the living and the dead. Social psychology quarterly 1989; 52: 56-69.
- 8) 宮崎仁, 木村琢磨, 児玉知之: しりあす・と
一く 感情と医師研修 (前編). medicina 2005; 42: 1280-1289.
- 9) 内田香奈子: 大学でのサポート受容を目的とした感情表出と健康教育. 現代のエスプリ 2008; 494: 47-54.
- 10) Smith P: 感情労働としての看護. 武井麻子, 前田泰樹 監訳 ゆみる出版, 東京, 2000.
- 11) 武井麻子: 感情と看護. 医学書院, 東京, 2001.
- 12) Diane E: The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA 2001; 286: 3007-3014.
- 13) Robert LT: Twelve tips for teaching avoidance of diagnostic errors. med teach 2008; 30: 496-500.
- 14) 水澤都加佐: 仕事で燃えつきないために 対人援助職のメンタルヘルスケア. 大月書店, 東京, 2007.
- 15) Kmietowicz Z: Quarter of GPs want to quit, BMA survey shows. BMJ 2001; 323: 887.
- 16) Schattner PL, Coman GJ: The stress of metropolitan general practice . MJA 1998; 169: 133-137.
- 17) 篠原伸治郎: 医師たちの労働状況レポート 1. Medical Tribune 2008.7.1
- 18) Smith RC: Unrecognized responses and feeling of residents and fellows during interviews of patients. Journal med educ 1986, 61: 982-984.
- 19) 宮地尚子: リンリテキな医師患者関係. プライマリ・ケア 1995; 18: 125-127.
- 20) 社会学と医療 弘文堂, 東京, 1992, pp46.
- 21) 宮本真巳: 看護師の感情労働と異和感の対自化—脱習慣化から価値観の再構築へ—. アクションと家族 2008; 25: 205-214.
- 22) 田尾雅夫: ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定. 京都府立大学学術報告 (人文) 1987; 39: 99-112.

原 著

- 23) 尾藤誠司, 田中まゆみ: しりあす・とーく
第5回 終末期医療と医師の倫理(前編).
medicina 2005; 42: 864-874.
- 24) Cassell EJ: The nature of suffering and the
goals of medicine. 2th edition. Oxford
University Press. New York, 2004, pp214-216.
- 25) デイラン・エヴァンズ: 感情. 遠藤利彦訳
岩波書店, 東京, 2005, pp4-14.
- 26) 寺田廣, 宮本真巳: アルコール依存症者との援
助関係で生じた否定的感情への対処に関する
考察. アディクションと家族 2008; 25: 215-223.
- 27) 小宮敬子: 看護師がケア場面で体験した否定
的感情の様相に関する研究. お茶の水医学雑
誌 2005; 53: 77-96.
- 28) 高橋雅延: 感情の操作方法の現状. 高橋雅延・
谷口高士編 感情と心理学 北大路書房, 京都,
2002, pp76.
- 29) 宮本真巳: 感性を磨く技法2—「異和感」と
援助者アイデンティティ. 日本看護協会出版
会, 東京, 1996.

原著

表I 患者に対して否定的な感情を抱く状況の認識

1) 医師・患者間の価値観が異なるとき

「肥満っていうものに対して非常に拒絶感があるよね、(中略)自分で食生活をコントロールできない、感情をコントロールできない、ていう風に思っちゃうところがある。」

「人は長生きしなくていいんじゃないかと思っているので…(中略)だから今、その自分の中で矛盾を感じながら医療に携わってる感じだね。」

「(要求が強い人が苦手) 要求が強いついていうのはさ、こっちが(医学的に)不要だと思うのにさ、そういうことを言う人。(中略)もういい加減にしてくれよって思うよ、そりゃ。」

「(生活保護の人が無料で必要以上の投薬や検査を希望する場合) 気分よくないよね。いや気分よくないって言うかさ、やっぱりそれは甘えだと思っただよね、生きることにしてさ。だって、みんな自分のお金使って、一生懸命我慢してさ、検査もしなかったり病院来ないでいるのにさ。」

2) 医師が介入すべきとする問題の境界が曖昧なとき

「田舎でやってる場合、精神疾患ていうかね、そういう依存性のある人。だから、あの、診療以外で電話とか、診療時間外に診てくれって言われるのは、非常に僕はあの、好ましくないと思ってるし、なるべくそういうことはしないようにしている。(中略)どんどんこちらの時間に侵入してくる気がして…」

「(悪性腫瘍の原発巣が確定診断つかず) なんか良くわかんないんだよね、なんで俺が診なきゃいけないんだよって思うような症例。(中略)…他の専門医いねえのかよって…」

「(器質的疾患ではない症状を訴えられる時) 家庭の問題だとか、社会的なね、問題に関してはこちらが介入するのが難しかったり、介入できなかったり、あと実際介入しようと思うと非常に面倒だったり。」

3) 患者の期待に答えられないと感じたとき

「先生なんとかしてください、って言われても、なんとかしろって(言われても)、よくわかんねえよって。」

「(病気が) 治んなくて、でも、(患者に) ああよくなんない、よくなんないって言われると、責められている気がする。それはやっぱり非常に辛いですね。」

「医者役割っていうのは、たぶん、病気を治す事とか症状を良くする事と一般的には思われているし(中略)それができないってことは、能力が劣っているとされているのと等しく感じるんじゃないですかね。」

原 著

表Ⅱ 対人関係の中で抱く否定的感情に対する考え方

<p>1) 人間関係維持のために否定的感情は表出しない</p> <p>「普段の人間関係からもうそういう何か意識っていうのは自分の中で思っていて、自分が今言ったことで相手は何か気を悪くしてないかとか、そういうふうに考えますよね、普通。まあそういう感覚で外来やるようにしてますね。」</p> <p>「(感情表出は抑える方であることに対して)結局はさ、自分が楽だからだと思うよ。(中略)だってそこで怒ったらさ、かえってさ、何か気まずい関係作っちゃうんじゃないかなと思って。」</p> <p>「(普段の生活の中で) 暗黙の了解の中で、感情を出さないで泣いたり怒ったりしないで淡々と生活していくのが美みたい、美德みたいな世界ってあるような気がするね」</p>
<p>2) 医師は否定的感情を患者に表出してはいけない</p> <p>「患者さんには怒れないね。何でだろうね、何で? やっぱり…何でだろうね。お客様ではないけど、いや、患者さんには怒れないんだよ。それは理屈ではなくて。」</p> <p>「人が(カルテを) 書いているときに(患者に医師への要求を) 次々と言わないでほしいと、それくらい分かれと言いたいですけど、だけどそれは、やっぱそう思っちゃいけないみたいですね。」</p> <p>「(夜中に軽い症状で呼び出されたとき心の中では) こんな時間に呼び出しやがって…だってそれ言ったらおしまいでしょ。(中略) 怒ってもいい結果は生まれえないね。」</p>
<p>3) 否定的感情は診療に影響を及ぼす</p> <p>「嫌々ながら患者さんに接していると(中略) たぶん表情が自然に出ると思うんですよね。(中略) そういう主観を持ってしまうと、やっぱ患者さんの言ったことを全て自分の主観の方にこう、無意識的に導いてしまいそうな気がして…たぶんこの人は器質的な疾患はなくて、たぶんストレスか何か、生活のストレス、(中略) 話を聴いている間に早い段階でそっちの方に問診を詰めていくと思うんですよね。」</p> <p>「(末期の患者さんの病室に行くことに対して) 医療的にはやっぱり無力さも感じるし、(中略) …やっぱりちょっと足が遠のいてしまったね。かなりあれは逆にストレスだったね。そういう風に足が遠のいてしまう自分自身の、ねえ、無力さみたいなものも感じてしまうし…。」</p> <p>「(患者の態度や言葉で) 自分の感情がちょっとでも動き出すと、そこに何かが問題になり、何かがあるんだなっていう風に思うようになったんで、そこでじゃあそういう風にさせるのは何故かなっていうふうに(患者さんの問題に) 入っていく…。」</p>

原著

表Ⅲ 患者に対する否定的感情の扱い方

<p>1：否定的感情を回避する</p> <p>1) 医師の限界の認識</p> <p>「(確定診断つかないまま患者が亡くなったとき) みんな(同僚医師)に相談したよな、て色々考えて自分を納得させるのに一生懸命だよな。折り合いをつけるよな。それはきっと納得うまくいかないよ鬱病になるんじゃないの。」</p> <p>「総合診療って幅広くみるので、幅広くいろんな引き出しを持っているだけで、引き出しの中身までは自分で知らなくてもいいんじゃないか、ていう風に自分の中で思っているんでしょうね。」</p> <p>「あんまり自分で全て解決しようと思わずにさ、いいや誰かの力借りてやればいいやって思えばさ、そんなに…うん、困ること無くなったような気がするけど。」</p> <p>「(患者の症状に) 家族の問題とかが根っこにある場合は、あの、あまり深入りしないようにはしていますね。」</p>
<p>2) 患者の行動に対するあきらめ</p> <p>「(生活習慣を) 色々アドバイスしてもあんまり受け入れられなかったりとか(中略) 本人がやる気が見れないとか、改善する行動の変化がないとかいうようなことだと、いやダメだこの人はと思っちゃうよな。まあ、あまりだから深く関わらなくするかもしれないし。」</p> <p>「いくら医学的にこれ違うよって言ったって、その人(患者)はそう思っているところを変えるのはちょっと無理かなと思うので。」</p> <p>「(病気は) 所詮その人はその、今までの人生がそうさせたんだと思うし、(そう思う) ようにしています。(中略) そういう風に思ったほうが楽だって気が付いたからです。」</p>
<p>3) 患者の脱人格化</p> <p>「患者さんに対してというか、患者さんのこういう、患者さんの脳ミソに対する怒りだね。」</p> <p>「(患者が) 自分の思だけをどんどん伝えてくるような時っていうのは少しイライラするときがあるかなあ。でもまあ、以前はそれがすごくストレスだったけど、最近はまあそういう風に(病気が) させているんだなっていう。結構客観的になってくるよな。」</p>
<p>4) 求められる役割を演じる試み</p> <p>「どんな医者…まあ向こう(患者)が規定してくるんじゃないかな、大学の医者はこちらあるべき、みたいな。」</p> <p>「(診療所で) その時一人しかいないっていうときは、逆にその、(医師である) 自分が不安になると前に進めないから、逆にどうだろう、どんどん(患者さんに) 来っていうか…(中略) その地域で一人だけの医師という状況になる。誰も助けてくれないから、もう</p>

原 著

そこで引いちゃうと何も出来なくなる。自分が追い詰められるよね。」

「(患者に責められたり非難された時) その患者さんも、でもね、(研修医であった) 僕には言うんだけど上の先生にはそんな事言わないわけ。だから一番言いやすかったんだよね。だから(中略) 研修医とか、そういう下っ端のうちはやっぱりそういう患者さんのこういうものもね、受け止めないといけないんだな。そういう役割なのかなと。」

5) 患者の発言を医師の文脈で解釈

「別に(症状が) 治る治らないってあんまり関係ないでしょ…(中略) 間違っても自分の納得できる部分があると、人間はなんとなく落ち着くと思うんですよ。だからある意味ね、納得できる言葉を探してるだけで、それが真実であるかどうかとは別の事かもしれないね。」

「人は長生きしたいかどうかって聞かれると、僕はべつに長生きしたいが答えではないと思っているのね。それは長生きしたいしくないじゃなくて、死にたい死にたくないだと思うんだよね。(中略) で、ただ、一番人が望んでる事っていうのは何かって言うと、こう人の手に頼らずに自立できて長生きできるんだったら、たぶん長生きしたいんだろうね。」

2 : 否定的感情を受け止める

1) 共感と理解への変換

「(患者が攻撃的であったりしても) 器質的な疾患は許せるか。だからその何によるかだよな。その(患者が医療者に対して) 攻撃的なのが、こちらが理解できるあれだったら許せると思うけどね。(中略) 理解できる、理解というか共感できる。」

「(患者の病気に対する不安が) そういう心配は(自分にも) わかるわなって言うときに、内的にも表面的にも共感できる、共感を示せるっていうのはあると思いますけどね。(中略) その不安がリーズナブルであると(こちらが思うことができれば)。」

「(時間外受診について) 最初はこんな時間にきやがってとか思うけど、インタビューしたら、そりゃそうだ、来るしかなかったねって思うと、怒りがすぐ同情に、同情っていうかな、あの理解に変わるね」

2) 今後の診療への反省

「やっぱり自分がその病棟に行かないっていうことを(患者に) 言われた時に、ちょっとこう、なんか核心を突かれたような気がして、ちょっと後ろめたい気持ちも確かにあったよね、うん。まあそういった意味では、それは今も響いてるので、今でも繋がってるのかなとは思っただけだね。」

「(患者に) 先生、治るって言ったのに治らないじゃないのよ、どうしてくれんのよ、とかって毎日言われたらさすがにね、ある時、僕は一研修医でその方針を決めたのは上の先生

原著

ですからみたいなこと、言い訳を言っちゃったんだよね。そしたら、いや、主治医は、あたしの主治医はあなたでしょ、とか言われてね。(中略) 僕の責任じゃないよって言ってこそそそっと逃げようとしてたのを引っ掴まれて、こう、ねえ、ぐさっと刺されたみたいな感じだったから、ははは、非常に辛かったですね。自分の弱点をこう突かれたみたいなね。だからそう、結局、その病気の事とか、診断も勿論大事なんだけど、最後は、最後の最後は、人間対人間だなみたいな、その時に思っ。」

3) 患者との関係構築に利用

「(患者の感情に入っていくのは)かなり辛い状況。お互い辛い状況なのかもしれないけど、そこを乗り越えるとすごくフラットな関係っていうかね。なんか表面的じゃない、その診療の状況は作れる。」

「(患者の態度や言葉で) 自分の感情がちょっとでも動き出すと、そこに何か問題なり、何かがあるんだなっていう風に思うようになったんで、そこで、じゃあそう言う風にさせるのは何故かなっていう風に(患者さんの問題に)入っていく。(中略) 感情をコントロールするために何かするんじゃないんだろうけど、感情をセンサーとして(利用している)。」

A qualitative study on general physicians' negative emotions towards their patients in a clinical setting.

Minori Yamagami^{*1}, Yasushi Miyata^{*1}

^{*1} Sapporo medical university school of medicine, Dept of community and general medicine

Objective: In Japan little is known about the emotions physicians experience in their practices. The object of this study is to clarify how general physicians (GPs) recognize and deal with the negative emotions towards their patients produced in a clinical setting.

Methods: We conducted semi-structured interviews with 7 general physicians. Interviewees were asked how they recognized when patients affected their emotions while in their practice, how they reacted to such incidents, and what their reflections on these experiences were. The interview data was analyzed according to qualitative research methodology.

Results: We categorized the data into three main areas, namely ① Details of the occasions when GPs have negative emotions towards their patients ② GPs' attitudes towards the negative feelings they experience when dealing with patients ③ Details of how GPs deal with these negative emotions. Interview results suggest that tensions are produced due to differences in values and lifestyles between doctors and patients. The harder GPs try to understand patients' psychosocial problems, the more vague their role as a GP tends to become, and it is when attempting to understand patient problems beyond their expertise that GPs feel negatively towards patients. The results indicate that GPs try to manage their negative emotions in a number of different ways, and if possible, try to prevent them from developing, since GPs have a tendency to believe that negative emotions towards patients are inappropriate and undesirable in clinical settings.

Conclusions: It is important for GPs to manage their emotions in a clinical setting, in order to prevent the risk of burn-out and to improve doctor-patient relationships.

Keyword: negative emotion, emotional labor, general physician