

第6章 患者の視点に立ったコミュニケーション

1. 医療におけるコミュニケーション

(1) 患者と医師のコミュニケーションはなぜ重要か

医療でのコミュニケーションは、日常生活でのコミュニケーションと異なる部分が多い。医師患者間のコミュニケーションが不十分であれば、検査や治療方針の行き違いが生じ、場合によっては患者の身体を傷つけたり、命を脅かす事態も生じる。

コミュニケーションの重要性は、医師から患者への「伝達」にあると誤解している人が多い。大切な点は医師が患者の語りを傾聴することを通して患者を受容することである。

社会の変化により医療におけるコミュニケーションの重要性が増大している。社会が成熟し人権擁護が重視されるようになると、権利意識も高まってきた。医学の進歩により市民の一部は医学を万能と考えるようになった。しかし、医師は万能ではないから、患者と医師の間に意識のずれが生じる。そのずれはコミュニケーションを歪めてしまう。

主たる病気が感染症から生活習慣病へ移り、疾病構造は大きく変化した。キュア(cure)よりもケア(care)やマネジメント(management)が医師の業務で大きな位置を占めるようになった。医療情報も巷にあふれ、混乱している患者も増加した。患者の権利意識も増大し、医療への過度の期待を生んでいる。患者の自己決定権は重視されるべきであるが、患者の要望をそのまま受け入れれば、不必要な検査や治療を行うことになりかねない。医師は適切な情報を理解しやすい言葉で患者やその家族に伝える責務がある。

患者からの病歴情報収集の重要性は変わらないが、患者との信頼関係の確立や、患者への情報提供などの重要性が増してきている。

(2) 医療における人間関係の三つの側面

医師と患者との関係には下記の三つの側面があること、特に職務や役割としての関係だけではない、3番目の人間関係があることを考慮したコミュニケーションが大切である。

① 専門家-非専門家(知識・技術を介しての関係)

＝医学知識や技術が医師から患者に提供される。医師が上位。

② 消費者-サービス提供者(報酬を介しての関係)

＝報酬が消費者(患者)からサービス提供者(医師)に提供される。患者が上位。

③人格を持つ個人同士(人間性を介しての関係)

=互いに影響しあい、変化しあう存在。人間としての対等な関係。

(3)くいちがうことを前提に対応する

コミュニケーションは難しい。日常生活でのコミュニケーションも難しいが、医療の場ではなおさらである。中でも医師と患者とのコミュニケーションは、始まる段階での互いの立場や情報のずれが大きいため、特に難しい。最初から大きくずれていること、放置すれば一層くいちがってしまうことを前提にして、対応を考えなければならぬ。「医学的に正しいことを誠心誠意やっていたら分かってもらえるはず」という期待だけでは、信頼関係が成り立たないことがしばしばある。

(4)コミュニケーションの成分

1)言語的コミュニケーション

言葉そのものの持つ語句としての意味によるコミュニケーションを、言語的コミュニケーション(verbal communication)と言う。医師の陥りやすい問題は、専門用語、業界用語にとっぷりと使って仕事をしており、一般市民が理解できる言葉とできない言葉を区別できなくなることである。患者に説明し、その言葉は音として患者に伝わったとしても、その言葉の持つ意味、そこから患者がイメージするものは、医師とは大きく違っている可能性が高い。患者側の理解能力は千差万別なので、患者が理解した内容を医師側が根気良く確認して行く作業、例えば説明した後で「どのように理解できたか」を具体的に他のスタッフ等を通して患者から確認することも必要になってくる。医師一人の場合は、医師の説明に対する患者の反応をみる(これは後述する非言語的コミュニケーションに属する)ことを通して、医師はさらに説明を繰り返すべきか、次に話を進めてもよいか判断しながら対話を進めなければならない。

2)準言語的コミュニケーション

言葉は活字などで読まれるときと声に出して語られるときとは、伝わる意味が変化する。語られる言葉の持つ雰囲気やニュアンスを通して伝わる場合を、準言語的コミュニケーション(paralinguistic communication)と呼ぶ。これには、声の大きさ、声の質、言葉の速さ、沈黙、抑揚などが含まれる。各要素についての自分自身の傾向(小さな声で早口になりやすいなど)を知り、必要に応じて調整するように努めることが大切である。患者が医師の説明に肯いているからといって、安心はできない。声が小さすぎたり、口調が早すぎたりして、言葉自体が聞き取れずに仕方なく肯いている患者もいる。

お年寄りや補聴器をつけている患者などとの会話では、積極的に「聞こえますか?」と問いかけてみるとよい。聞こえにくいことがわかったら、距離を近づけたり、はっきりした声でゆっくり話すなどの配慮をすると、伝わりやすくなるだけでなく患者

の信頼や安心感を得ることにつながる。

準言語的コミュニケーションである沈黙は、大きく2種類に分けられる。一つは、お互いに話すことが無くなった時の、言わば「気まずい沈黙」である。もう一つは、どちらか一方の葛藤が高まり、その葛藤の中で話そうか話すまいか、あるいはどのように話そうかと考えている、「葛藤の中での沈黙」である。医師と患者の間のコミュニケーションでは、後者の沈黙が特に重要である。患者の中で、何らかの葛藤が高まっている時に、しばらくの間言葉を出さずに沈黙して、患者からの言葉を待つことが必要になることも多い。沈黙に耐えることは、傾聴の基本の一つである。

3)非言語的コミュニケーション

言葉以外の要素を非言語的コミュニケーション(non-verbal communication)と言う。言語的コミュニケーションよりも、準言語的および非言語的コミュニケーションの方が多くの情報が伝わると考えられている。非言語的コミュニケーションには、患者と医師の距離、姿勢、向きや位置関係、視線、診察による身体接触など様々な要素がある。

話し相手との物理的な距離で、コミュニケーションが影響される。一般に医療現場では、患者との距離を近づけることが推奨される。しかし、どの距離がその患者にとって適切かは、その場その場で個別に判断する必要がある。互いの視線を水平にすることも重要である。

診察による身体接触により、患者の信頼感が増し、心理的な距離が近くなり、コミュニケーションが促進されることが多い。しかし逆に、診察による痛みや疲労などの身体的苦痛、不安感や羞恥心などの精神的苦痛で、医師への信頼が薄れることもありうる。患者が苦痛を感じる可能性を十分に考慮し、女性の患者を男性の医師が診察する場合に看護師に介助してもらうなどを配慮し、診察することが大切である。

(5)態度類型

E. H. Porter はカウンセラーの態度を五つに分類した。自分の行っているコミュニケーションの態度が、この中のどれに近いかを意識してみよう。臨床で不足しがちな態度は「支持的態度」と「共感的態度」であると言われている。

①評価的態度(患者に対して善悪などの判断を下す)

患者:検査のことが気になって、どうも落ち着かないんです。

医師:子供でもやっていますよ。そんなに心配してたら、お子さんに笑われますよ。

②解釈的態度(患者の症状などに対して一方的に理由をつける)

患者:このごろどうも疲れやすくて困ります。

医師:またお酒の飲みすぎじゃあないですか。

③調査的態度(患者に配慮せずに私的なことを詮索する)

患者：家族は夫と姑と子供が二人です。

医師：ご家族の中で何か問題はありませんか。

④支持的態度(患者の考えや行動を認めて支持する)

患者：間食しないようにしていますが、なかなか体重が減りません。

医師：間食を我慢するのはとても大切ですよね。よく頑張っていますね。体重が増えなくなりましたね。

⑤共感的態度(患者の立場に立って理解するように努める)

患者：私は癌なのではないかと心配で。

医師：そうですか。癌が心配なのですね。

患者：ええ、こんなにどんどん悪くなるのは癌以外に考えられないと思います。

医師：なるほど、確かに経過が長くなっていますから、そのようにお感じになるのも無理ないでしょうね。

(6) 医師-患者関係の種類

患者と向き合う際に、そこで必要とされている「医師-患者関係」の枠組みを判断しておく、状況に対応しやすくなる。医師-患者関係の枠組みについては、様々なモデル(類型)が用いられているが、その中でも比較的簡略で広く使われている、SzaszとHollenderによるモデルを示す。この三つの中でどの枠組みでその場の医師-患者関係を進めるのが妥当なのかを判断すること、特に、患者側が求めている枠組みと医師側の考えている枠組みがずれていないかに気を配ることが肝腎である。

< Szasz と Hollender による医師患者関係のモデル(類型化) >

①能動-受動型(activity-passivity)

医師が一方向的に医療行為を行う。

例：昏睡状態、救命

②指導-協力型(guidance-cooperation)

医師は患者に説明し、同意を得た上で医療行為を行うが、主導権は医師側にある。

例：急性肺炎、狭心症、尿管結石の痙攣発作

③協同作業型(mutual participation)

医師と患者がお互いの情報を共有した上で交渉し、方針について合意した上で医療を行う。

例：軽症高血圧、軽症糖尿病、軽症のアトピー性皮膚炎

(7) 相手の気持ちの動きに注目する

患者の気持ちに配慮するのは当然のことに思えるが、実際の臨床の場面を観察してみると、患者が気持ちを表出しているのを知らず知らずのうちに無視したり

遮ったりしていることが多い。患者のちょっとした表情の変化や、「辛かった」「大変でした」「心配で」といった感情をあらわす言葉に注目してみると、コミュニケーションが促進される。

医師からの説明の後に「何か質問はありますか」と聞くだけでなく「どのように感じましたか」と感想を聞いてみるのも、感情に焦点をあてる聞きかたである。質問がない時でも感情は必ずある。そして患者の感情の基本は「不安」だといわれている。不安をかかえた患者が医師に求めるのは、指導や説明だけではない。

(8) 明確化

明確化 (clarification) とは、相手がうまく言葉で表現できずに困っているときに、内容を察知して、共感的に適切な言葉で言い替えて表現してみせることである。

明確化の技法を用いると、患者の言いたいことがより明らかになり、患者と医師のくい違いが少なくなる。また明確化は、医師が患者の話を熱心に聞いているということ、患者に伝える効果も持っている。

一方、問題点をはっきりと言うことに対する不安が患者側にある場合にも、患者の話がまとまらなくなる。そのような患者は、明確化に対して抵抗を示すこともあり得る。言いにくいことをうまく言えずに、まわりくどく話しているときに、ズバリと核心を突く指摘をされて、嫌な気分になった経験は誰にもあるだろう。明確化の際には、共感に裏付けされたものでなければ、患者の感情を害したり、不安をかき立てたりする。

(9) 直面化

話の内容や態度から患者の心の葛藤が伺えても、その葛藤が患者の言葉としては表現されない場合がある。そうした場合に、葛藤を伺わせる態度について話題にしたり、葛藤によって生じている話の矛盾点を指摘したりするのが、直面化 (confrontation) という技法だ。

患者の言葉と態度の間に矛盾があると感じた医師が、その点を指摘している。患者が何か言いにくそうなときに「話しにくいようですね」と声をかけるのも、直面化である。

態度ではなく、患者の話の内容で矛盾している点を指摘する直面化もある。

直面化することで患者が自分の葛藤や矛盾に気づいたり、話しやすくなったりするきっかけが得られることが多い。もちろん、直面化の際に医師が指摘する内容が、必ず核心を突いているとは限らない。それでも、話が新しく展開したり、医師と患者の間の認識のくい違いが明らかになるなど、互いの理解を深める効果は期待できる。

直面化の技法は、明確化やまとめに比べて、慎重に使わなければならない。議論をする際には、直面化で相手の矛盾点を突くことがあるものの、日常生活では、よほど親しい間柄 (肉親や親友) でない限り、直面化の技法を使うのは失礼だと考えられ

ている。医師－患者間で直面化を使う場合も、頻繁に使うと、患者は攻撃されていると感じるようになる。それを防ぐには、理解的で支持的な態度で接すると共に、患者に有益だと予想される場合に限定して直面化を使うように心がけなければならない。また、直面化を使う際には「どうして」という聞き方は避けたほうが良いとされる。

「なぜ」とか「どうして」と聞かれると、患者は一層責められているように感じやすくなり、また場合によっては、その場しのぎの適当な答を探してしまうので、医師は患者の葛藤の核心に触れる機会を失うことになる。この例では、医師は「話すのが辛そうですね」と言って沈黙する方が、患者の葛藤が出てきやすくなると言われている。

(10) 共感を伝える技法

傾聴により共感できるようになったら、それを上手く患者に伝えたい。非言語的コミュニケーションで伝わるものも多いが、ここでは、言語的コミュニケーションでの共感の伝え方について、具体例を示す。

- ① 反映：患者から伝わってくる感情などを患者に伝える
(例「つらそうですね」)
- ② 正当化：患者の感情面の体験を理解し妥当だと認める
(例「これでは誰だって困りますね」)
- ③ 個人的支援：患者の支えになろうという思いを伝える
(例「できる限りの事をしたいと思います」)
- ④ 協力関係：協力して病気に対応しようと伝える
(例「解決策を一緒に見つけていきましょう」)
- ⑤ 尊重：患者や患者の対応を尊重していると伝える
(例「こんな状況で良く頑張ってきましたね」)

共感の言葉を言うだけで共感が伝わると安易に考えてはならない。何よりもまず、共感すること、そしてその前に傾聴して受容しなければ共感はできない。表面的な言葉のみの共感は逆効果となる。

2. 医療面接

(1) 医療面接の目的

かつては医療面接という言葉はなく、問診や病歴聴取という言葉が使われていた。しかし、初診時のコミュニケーションでの主な目的は以下の3項目に集約されるようになり、これら複数の目的のために医療面接という言葉を用いるようになった。

- ①情報収集：病歴を知る・患者を知る
- ②医師患者関係の確立：信頼の形成・プライバシーの保持・感情面への対応
- ③患者教育と動機づけ：患者への情報提供・診療の方針の交渉と合意

(2) 面接の段階

面接には、以下の諸段階がある。必ずしもこの全てについて順を追って面接するわけではないが、面接の進めかたを点検する上で参考になる。

- ①開始：挨拶と自己紹介／面接の目的の確認と同意／緊急性の有無／緊張をほぐす
- ②主訴と現病歴：最初は自由度の高い質問で／患者にストーリーを話してもらう／続いて症状に関する情報の補充／確認や要約
- ③信頼関係の確立：感情に焦点を当てる／解釈モデル／受療行動や受診の動機
- ④全体像の把握：点検項目(食欲・体重・便通・睡眠・気分など)／ADL・QOL
- ⑤既往歴・家族歴・患者背景：何のために聞く必要があるのかを伝えながら
- ⑥次の段階への導入：現時点の見立て／次の段階の説明／提案・調整・動機づけ／言いわすれたことはないか

(3) 面接での新しい技法

1) 解釈モデル

解釈モデル(explanatory model)とは、Kleinmann による医療人類学的概念の一つで、患者や医師それぞれが病気の原因や意味や重症度や診療方針や予後について持っている判断や信念を指す。誰もが解釈モデルを持っていて、その内容は人によって様々に異なる。自分が病気だと思うかどうか、広い意味での解釈モデルと言える。診療とは、医師と患者それぞれが持っている解釈モデルを突きあわせる場であるとも言える。どんな病気が心配か、原因で思い当たることは何か、どんな影響がありそうか、どのくらい重症だと思うか、なぜそのように思うのか、などである。

解釈モデルは誰でも持っているが、それを意識させることが不安をかきたててしまう場合もあるので注意しなければならない。しかし、相手の気持ちや考えがはっきり

と伝わっていない場合に聞いてみると効果的なことが多い。

2)受療行動

自分の健康状態に異常があると思った時にその人がとる行動を、病気対応行動 (Illness Behavior) とか、受療行動 (Health-Care Seeking Behavior) と呼ぶ。この行動は解釈モデルに基づいて行われるもので、やはり患者によって異なっている。受療行動を知ることによって、医師は患者の今までの経過をストーリーとして理解しやすくなる。また、不安や苦勞に満ちた受療行動を具体的に聞くことで、解釈モデルを受容し共感しやすくなる。医師から見て受療行動に問題がある場合も、まず受容し支持した後に修正を促すことが大切である。

患者は受療行動について自分からは話さないことがある。他の医療機関を受診したり、民間療法を利用したりしている場合には、それを隠そうとすることが少なくない。一方、医師側から見れば、受療行動の問いかけは比較的やりやすい。解釈モデルが聞きにくいと思ったら、まずは受療行動を聞いてみるとよい。

患者の解釈モデルや受療行動が医学的に間違っているからといって、すぐにそれを指摘してはならない。面接の目的は言葉の上での情報のやり取りだけではなく、患者との間で信頼を得ることも大きな目的になる。患者が悩み苦勞したことを、まずは傾聴し受容したほうが、患者も医師を信頼し、医師の指導や説明を聞き入れたり、反省したりするとされている。

3)社会適応状況

仕事や家事や通学など、普通の社会生活ができているかどうかを、社会適応状況と呼ぶ。症状の原因が身体的な疾患であってもなくても、症状とくらべて社会適応状況が極度に悪化していれば要注意である。そのような患者は、例えば、不安が強い (例:心気症) とか、周囲の援助が乏しい (例:独居) 場合が多い。社会適応状況の悪化は、心理的・社会的情報を早急に十分に把握する必要があることを示すサインである。

4)気分や精神状態

患者が心理的に不安定になっている様子 (睡眠障害や食欲不振など) があつたら、気分の変化を聞いてみる。特に不安と抑うつ気分を聞くのが大切だとされている。しかし、「不安はありますか？」と聞いても、患者は返答に困る。ここで不安や抑うつ気分があることが確認できたら、必ず自殺についても考慮する必要がある。

5)患者背景

家族構成や生活環境などの心理・社会的な患者背景に関する情報は、患者のプライベートな情報である。しかも、患者は自分の病状とそれが関係しているとは思っていない、あるいは思いたくない場合が多い。質問する必要があると判断した場合には、心理的・社会的情報が診断や治療に役立つ可能性を説明する。また、医師の守秘義務や「話したくないことは言わなくてもかまいません」と伝えることも大切であ

る。

6) 意見が違う場合の話し合いの手順 (LEARN model)

意見が違う場合の話し合いの手順として下記の項目に沿って面接を進めることが提唱され、(LEARN model)と呼ばれている。

- ①L: listen ----- 傾聴する
- ②E: explain ----- 医者が見立てについて説明する
- ③A: acknowledge ----- 医者の考えと患者の考えの共通点と相違点を確認する
- ④R: recommend ----- 今後の方針を提案する
- ⑤N: negotiation ----- 今後の方針について協議する

患者と対立しそうになったら、このような順序を踏んで話し合いを進めているか点検してみると、不十分だった点に気がつくことが多い。最終的に 100%合意することをめざすのではなく、共通点と相違点を互いに認識しあうことを当面の目標にすれば、次の対策も見つかりやすくなる。また、物別れに終わる場合でも、患者に正しい情報を提供し、誠実に対応したという印象を与え、信頼関係を保つことができる。

3. 医師と患者の心理

(1) 医師の心理

1) 自分の気持ちを意識する

コミュニケーションによって医師の中に様々な気持ちが生じてくる。医師は「どの患者にも分け隔てなく同じような態度と気持ちで対応しなければならない」という意識の強い人が多く、個々の患者とのコミュニケーションの際に自分の中に生じる気持ちの動きを、意識的あるいは無意識のうちに押え込んでしまう傾向がある。そして自分の気持ちを整理できないまま、いつの間にかその気持ちに振り回されてしまうこともある。この気持ちの動きを感じ取り、振りまわされる前にそこから少しだけ離れて、自分と患者の関係を客観的に観察することが大切である。

2) 自分と患者を客観的に観察する

例えば患者の態度に腹が立った時に、その怒りを患者に表出する前に「患者の心理状態で見落としはないか(例:不安)」「患者が元々どのような人なのか把握しているか(例:人格障害)」「医師側の心理状態はどうか(例:逆転移)」などを点検してみると、状況がより正確に把握できる場合がある。これらの視点をそれぞれ、「精神力動論的理解」「パーソナリティ論的理解」「治療関係論的理解」と呼ぶことがある。

3) 傾聴から受容、そして共感へ

共感的態度が大切とは言っても、すぐには共感できないことの方が多い。共感に至るには、患者の話を十分に聞き(傾聴)、その内容を医師が受け入れ(受容)なければならない。

(2) 患者の心理

1) 転移と逆転移

力動精神医学では、「医師と患者がコミュニケーションをとる際に、患者が医師に対して抱く気持ちにはそれ以前に患者が経験した様々な人間関係が反映されている」としている。そのような気持ちの動きを「転移(以前の間人間関係を医師の上に移し置く)」と呼び、逆に医師の中に湧き起こる気持ちの動きを「逆転移」と呼ぶ。このような理解の仕方は、精神分析療法の過程の中で認識されるようになったが、精神科領域に限らず、患者とのコミュニケーションの状態を把握する上で広く役に立つ。

2) 病気に対する患者の心理反応

病気に対する患者の一般的な心理的反応として代表的なものを示す。

① 退行： 子供がえり

② 抑制・抑圧・否認： 病気に対する感情を無くする心の動き

抑制＝必要に応じて一時的に考えないようにする／比較的健康な防衛機制

抑圧＝無意識のうち嫌なことに対する感情を押し殺す／マイナス面もある

否認＝嫌なことを認めない(癌の診断は医師の誤りだとする)／有害になりうる

③不安(恐怖)：最も大きな心の動き

(病気がもたらす具体的な不安の例)

社会的能力の低下、離別、愛情喪失、身体機能低下、判断力低下、痛み

④怒り：「なぜ自分が!?!」という思いは周囲の人、特に医師への怒りにつながる

⑤悲哀：喪失体験に伴う最も一般的な反応

医療におけるコミュニケーションについて、医師患者関係、医療面接、医師および患者の心理を取り上げて述べた。医師患者間のトラブルの多くはコミュニケーション不足と考えられる。常に患者の視点から医師の行動を律していくこと、患者の悩みや痛みを耳を傾け、受容し、支持していくことが医の原点である。