

などがあります。

- また、このような症状や感覚は、急速に大きくなり、10数分から1時間程度で落ち着いてきます。
- また、パニック発作が続くと、患者さんは「自分でどうにもならない」とコントロール感を失い自信をなくしますし、「また発作が起きたらどうしよう」という不安（予期不安といいます）に支配されてしまいます。そうすると、「パニック障害」と診断がつく状態になります。
- パニック発作は、うつ病やアルコール依存でも生じますし、身体の疾患〔たとえば、呼吸器疾患（COPD）、甲状腺機能亢進症、心筋梗塞など〕に関連して出てくることも知られています。
- がん患者さんの場合、がんの身体症状や治療に関連して最初のパニック発作が出現することが多いです。例えば、肺がんや肺転移、胸水にあわせて呼吸困難感を感じた場合や、放射線による肺臓炎にあわせて呼吸困難感を訴える患者さんがおられます。
- また、頭頸部がんで手術を受けられた方の場合、頸部の拘縮や術後の神経障害性疼痛、筋肉のバランスの崩れによる疼痛などが混じって独特のしぼられ感（頸部絞扼感）が生じます。その絞扼感から「息ができない」恐怖となって、パニック発作を生じる方もおられます。
- 精神科の先生はよく、「パニック発作は若い女性の病気じゃないの？」と思われま。救急外来でおなじみの「過換気発作」ですよね。でも、がん患者さんの場合は、高齢の方でも同じようにパニック発作が生じます。驚くことはありません。
- パニック発作は、一般的に3つのパターンがあるとされています。それは、
 - ①きっかけのないパニック発作：発作は突然起こるように感じる

②きっかけのある（状況依存性という）パニック発作：ある状況になった場合に、あるいは状況が起こると思ったときにパニック発作が生じる

③起こる状態にある（状況準備性）パニック発作：きっかけがある場合に必ず起こるわけではないが、ちょっとしたきっかけが重なるとパニック発作を生じる

とあります。

●通常、パニック発作は、きっかけのない状態で起こることから始まります。発作を繰り返すにつれて、ある状況と関連して生じるようになっていきます。

●きっかけとしては、典型的には人混みや狭い部屋、場所と関係することが多いのです（こうなると広場恐怖といいます）が、なかには診察室とか、点滴で動けない状態でも感じる場合もあります。

●状況準備性もいろいろとあります。なかには、TV ニュースや健康番組で「がん」という文字を見るだけで、「私は死んでしまうかも」と不安がふくらむ方もおられます。また、「がん」という言葉には反応しなくても、「このまま治療が続いたらお金がなくなって生活できなくなる」とパニック発作を起こしてしまう方もいます。

●パニック発作を起こした患者さんはパニック発作の意味を非常に心配されます。発作が「がん」の進行した結果ではないかとひどく心配をしたりとか、自分は気持ちが弱いから発作が起こってしまうのだと自分を責める方もいます。

●とくに、胸水やがん性リンパ管症とからむ場合は複雑です。「もう酸素が手放せなくなった」と酸素療法にこだわり続ける方もおられます。本当に酸素療法が必要かどうか、身体の状態をふまえた判断が必要になります。

● 診断と治療はこのようにします

- 身体の症状と関係してパニック発作が出てくることはわかりました。では、パニック発作と、肺や気管支からくる身体症状としての呼吸困難とはどのように見分けたらよいのでしょうか。
- まず押さえておかなければいけないことは、「パニック発作に特徴的な検査所見はない」ということです。つまり、「これがあるからあなたはパニック発作です」と言える検査は残念ながら、ということなのです。
- 「となると、見分けるのは難しいんじゃないの」と心配されるかもしれませんが、いくつかのポイントを押さえていけば、見通しはたつてきます。
- まずどのような場合にも重要なのは、身体の状態はどうか、を確認することです。簡単に確認できるものには、呼吸数や呼吸状態がありますね。痰の具合、呼吸音もすぐに気がつきますね。また、いまではわりと簡単に SpO₂ も計ることができます。SpO₂ が 80 % とか下がっていれば、明らかに肺の問題とわかります。
- 同時に患者さんの自覚症状をたずねることも重要です。たとえば、身体からくる呼吸困難であれば、普通は動作時にひどくなるものです。また呼吸困難が生じれば、会話を続けるのも難しくなります。姿勢もいわゆる起坐位をとるのが楽です。一方、パニック発作の場合は、動作とは関係なく生じることが多いです。また、息苦しいという割に会話は普通にできますし、姿勢も変わりません。どちらかという横になったり、身体の緊張が解ける姿勢のほうが楽といいます。このあたりをたずねることで、おおよそのあたりをつけることができます。
- 次に考えるのは、胸の X 線写真などを確認します。これで呼吸器関

係の症状との区別はみえてきます。

- 呼吸困難は、呼吸器疾患だけで生じるものではありません。ほかに、
 - ・甲状腺機能亢進症
 - ・心不全
 - ・けいれん、とくに脳転移に合併したものに注意をします。これらは、甲状腺ホルモン（TSH など）、胸部 X 線、頭部 MRI、脳波検査を追加します。
- ほかに、別の精神科の疾患でもパニック発作は生じます。例えば、
 - ・アルコールの離脱症状
 - ・抗不安薬の離脱症状でも生じることがあります。
- このあたりを頭に置いて、パニック発作かどうかを判断していきます。
- パニック発作と思われる場合には、どのように対応していきましょうか。
- 症状が軽い場合には、身体の緊張を解くことでパニック発作を予防することができます。リラクゼーションと呼ばれる方法です。でも実際に発作が出てしまった場合では、患者さん自身、コントロール感を失っていることが多いですから、まず薬を中心に使って症状をとってから、あわせて使うことが多いです。
- 普通、まず発作を止めたり、発作をコントロールするために使うのは抗不安薬と呼ばれる薬です。皆さんおなじみかもしれませんが、ソラナックス®とかレキソタン®、デパス®, セルシン®などの薬です。いろいろとありますが、効き方は同じです。この薬は、身体の緊張を解き、不安を鎮めるように作用してパニック発作を止めることができます。まず頓用で渡して、「発作が起きそうな予兆があったら」すぐに

使っていただくようにします。

- 抗不安薬は即効性がありますので、まず発作を止めて患者さんに安心していただく上で非常に効果的な薬です。
- 抗不安薬で発作が止まればよいのですが、不安が強い場合に、抗不安薬だけでは十分ではない場合もあります。その場合には、抗うつ薬の中のSSRIやNaSSA、SNRIといわれる薬を使います。これをご存知でしょうか、ジェイゾロフト[®]やパキシル[®]、リフレックス[®]、サインバルタ[®]などです（一部保険適応外もあり）。こちらは即効性はありませんが、数週間内服を続けることで発作を予防するように働きます。
- 治療は薬だけではありません。患者さんの不安（これはパニック発作に関連することもあるでしょうし、がんという病気に関連することもあります）を十分にたずねつつ、患者さんの不安を軽くするために支持的に接しながら、「パニック発作は重篤な状態にはならないこと、安心してよいこと」を伝えていきます。精神保健の専門家が行う認知行動療法といわれる面接も効果があります。

(小川朝生)

患者さんが怒っています。

CASE 患者さんも家族も

- 「がん」をめぐる悩みというものは、患者さんだけに留まりません。
- 患者さんが、涙を流したり、怒りを感じたりするのと同じように、家族も悩み苦しみます。時には、患者さんと家族の間で気持ちにすれ違いが生じることも決してまれではありません。
- ある日、ナースステーションでカルテを書いていると、看護師さんから声をかけられました。どうも患者さんの奥様が廊下の片隅で泣いているのでどうしたらよいか、との相談です。
- 患者さんは60歳前の男性の方、肺がんで入院をされています。少し古い言葉になりますがいわゆる「モーレッツ」社員で、営業の第一線で活躍を続けている方です。酒もたばこも相当なようですが、いままで健康診断でもとくに言われたことはなく、健康であることに自信をもっておられていました。
- 半年ほど前から痰が増えてきて、時に赤く血も混じっていたようでしたが、仕事が忙しくてそのまま様子をみていました。2ヵ月ほど前から右手にしびれが走るようになり、力も入りづらくなりました。本人は病院嫌いで、家族が受診を勧めても全く受け入れなかったようです。
- しびれはだんだん強くなり、右の肩から首の付け根のあたりに痛みが出て、右手が動かなくなりました。痛みにととう耐えられなくなり、家族に付き添われて病院に来たところ腫瘍が見つかりました。

- 検査を進めたところ、腫瘍は右肺の上部にあり、一部は胸膜から右の腕神経叢に向かって浸潤をしていました。また縦隔にも進んでおり、胸椎にも破壊像があります。担当医は肺扁平上皮がん、胸膜、縦隔浸潤、リンパ節転移でIV期と診断しました。かなり病状は進行しています。痛みも相当で、よくここまで我慢したものです。
- 担当医から患者さん・家族に、「肺がんの進行した状態、肺から肩や背骨に向かって入っていて手術は不可能、治療は抗がん剤になる。しかし、痛みが強いので、まず痛みを取って、そこから抗がん剤を考える」との説明があり、まず痛みを緩和するために入院することになりました。患者さんにとっては、不本意だったようで、しぶしぶ納得されたようです。
- 2日後疼痛緩和を目的に入院となりました。痛みは相当強いようで、ベッドで寝返りをうつのに顔をしめながら、ゆっくりと向きを変えるのがせいぜいです。外来でもオピオイドが処方されていましたが、我慢して内服していませんでした。入院をして初めてオピオイドを内服しましたが、痛みは軽くなり、吐き気だけが出てしまいました。鎮痛補助薬も試しますが、眠気だけが強く出て、なかなか改善しませんでした。
- 「しぶしぶ入院したのに、痛みは全然取れないし何も変わらない。治療も全然始まらないし先の見通しも立たない」。患者さんのいらいらはつのがつてきます。担当医に「ちっともよくなりません、どうしてくれるんだ！」と怒鳴り、止めに入った奥様に「お前がこんな病院に連れてくるから、病人になったんだ。お前のせいだ」と怒りをぶつけました。奥様もどうしてよいかわからなくなり、病室にもいられなくなり廊下で泣いてしまったとのことでした。



● 「怒る」こととは？

- 「怒り」とか「怒る」ということを改めて考えてみます。あなたはどのようなときに「怒り」ますか？
- 改めて考えると難しく思えるかもしれません。おおざっぱに言えば、怒りとは「ある環境からかかるストレスや負荷が、本人が対応できる枠を越えてしまったときに、感情的に反応すること」です。あまり細かい定義をあれこれと考えても、本題とずれてしまいますので、ざっくりとこのようなものと思えば十分です。
- 「怒り」をどのように評価しましょうか？
- では、「怒り」が患者さんに出たときにどのように考えていきましょうか。
- いま、上で怒りとは本人の対応できる以上の負担がかかった場合と言いました。つまり、非常に重い（本人にとって）負担とはどのようなものなのか考えなければ始まりません。

Point ▶ 「怒り」を起こした負担を考えましょう。

- となると、まず患者さんから話を聴き出さなければなりません。ん、怖いですか？ そうですね、怒りが自分たちに向けられてきたらどうしよう、とびくびくしたり、逆に話を聴いているとだんだんこちらが腹が立ってくることもありますよね。
- 大事なものは、感情に対して感情で向き合わないことです。どうしても「怒っている」人を見ると、「自分たちに怒っているのではないか」と不安になるものです。しかし、たいていの場合、個人に対して向かうとか特定の個人を攻撃しようとしていることは少ないものです。患者さんの側からみると、「自分を押しつぶそうとしているいろいろな要因」に対して漠然と感じていることが多いものです。
- そう思うだけでも少し安心して向き合えるのではないのでしょうか？

Point ▶ 「怒り」や感情に巻き込まれないことが大事です。

● 「怒り」を起こした原因は？

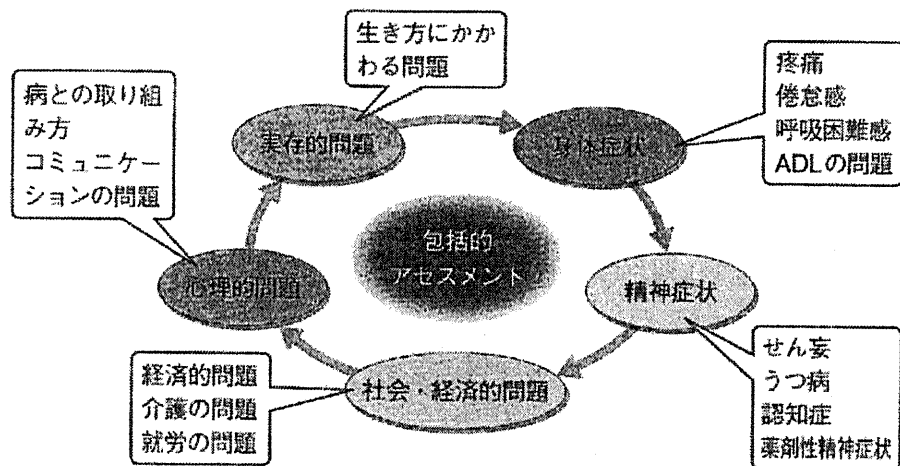
- 話を聞きながら、患者さんが「怒った」きっかけをうかがいます。

Point ▶ 患者さんが「怒った」きっかけをたずねます。

▶ たずね方の例

「〇〇さんは、すごくつらそうで、強い不安や恐れを感じているように私にはみえます。よろしければ、どのようなことを心配されているのか教えていただけませんか？」

- 怒りのきっかけはいろいろとあります。たとえば
 - ・ 身体の症状：痛み、だるさ、呼吸困難感
 - ・ 精神の症状：抑うつ気分、不安、せん妄
 - ・ 社会経済的問題：経済的な行き詰まり、介護の負担や負い目



・心理的問題：コミュニケーションがうまくとれないことなどあります。

- よくよくみると、包括的なアセスメントでふれたあらゆることが関連していることがわかります (29 ページ、患者さんが「治療を受けたくない」と言っています。も参照してください)。

● 怒りをみたら

- まず身体の症状を確認します。つまり、痛みが続いていないか、倦怠感や呼吸困難感など不快で患者さんの余裕を奪うような症状がないか、続いていないかを確認します。
- 次に大事なのは精神症状の確認です。「怒り」は「怒り」でしょう？何をみるの？と不思議に思うかもしれませんが、しかし、ここは大事なところ。怒りとは感情ですが、「正常な」感情とはかぎりません。つまり、何らかの「余裕を失わせるような」精神科の病気があって、その結果「怒り」を感じていることもあるからです。

●「怒り」を出す精神科の病気とは？

- では、どのような精神科の病気で「怒り」が表れるのでしょうか？
- まず考えられるのは、「うつ病」で怒りを出す場合です。意外に思いますか？「うつ病は元気がなくなるから、怒ることはない」とよく誤解されています。うつ病は抑うつ気分や倦怠感が出ますが、同時に不安や興奮が高まることも普通にあることです。決してうつ病は元気がないから怒らない、ということではありません。

Point ▶うつ病では、不安や落ち着きのなさからいらいらしたり、怒ることがあります。

- まだまだあります。たとえばせん妄です。せん妄というと、場所がわからなくなったり、混乱しているイメージがありますが、同時に感情も揺れることが多いのです。病棟で勤められている看護師さんはよくお目にかかっているかと思います。「昼間はおだやかでやさしいお年寄りが、夕方になるとそわそわし始めたり、いらいらして周りに当たり始める」ことです。

Point ▶せん妄でも、注意力の障害のほかに、怒りや落ち着きのなさなど情動・気分の変化も出ます。

- ほかに薬がからんでいることもあります。たとえば副作用止めでよく使われるステロイドは、気分の変調を起こしやすく、患者さんがいらいらして怒りっぽくなることもよくあります。

Point ▶「怒り」がみなコミュニケーションの問題というわけではありません。薬の副作用で出ることもあります。

● お金と介護

- どのような場合でも常に意識しなければならないのは、社会的な問題です。これは「怒り」でも同じで、単にコミュニケーションの問題とされているものにも、介護の負担をめぐる問題やお金の問題がからんでいることが多いです。たとえすべてが解決できないにしても、負担が一部でも軽減される可能性は検討しなければなりません。

● そしてコミュニケーション

- 患者さんが「怒る」場合、医療者が何か悪いことをしたり、気に障ることをしたわけでもないのに、怒りを向けられる場合があります。例えば、患者さんががんの診断を告げられた場合に、担当医や病院に対して、「病院を信じていたのに裏切られた」とか「どうしてもっと早く見つけられなかったのか」と責めることがあります。このような患者さんの怒りのなかには、自分自身や自分の生活を守るために、圧倒されるような現実に「怒って」いることが多く、特定の個人の行動や病院を責めているわけではないことも多いのです。医療者が気をつけなければならないことは、患者さんが怒った場合に、変に自分を守る姿勢に閉じこもったり、面談を断ったりと突き放すような対応をとらないようにすることです。

Point ▶ 患者さんの怒りは、自分を守るためであり、医療者を責めているわけではありません。

● どのように対応しますか

- 「怒り」を向けられると、ドキドキしてしまうのが普通です。しかし、上で見てきたように「怒り」といっても、身体の要因や精神的な要因

も含めて起きています。単に「怒り」を鎮めてもらおうと思って話を聴いたり、謝るのではなくて、「どのようなことがきっかけで起きているのか」とか「身体や精神的に、悩ませている問題はないのか」をまず考えます。これを見落とすと、何も解決できなくなります。

- 次に、背景の問題がないと確認できれば、「怒り」という感情を扱うことを考えていきます。大事なことは、
 - ・「怒り」という原始的な感情に巻き込まれない
 - ・その上で患者さんの話をまず聴いてみることです。
- たいてい、「怒り」を向けられると、医療者は反論したくなったり（例えば、「あなたの言っていることはここが違います」とか「誰もそのようなことを思っていない」とか）ついつい言いたくなりますよね、話を止めたくなくなります。
- でも、ここで話をさえぎると、「怒る」患者さんは、「この人は私の気持ちを聴いてくれようとしなくて、本来怒っていることとは別のこと（つまりいまの私の気持ちを聴こうとしない、ということ）に「怒り」始めてしまいます。
- まず、患者さんの話を聴くこと、そして患者さんが問題と感じていることは何かをはっきりとさせます。その上で、「その問題を、あなたと一緒に考えていきたいと思えます」と支える姿勢を伝えます。
- ここも、患者さんを支える＝傾聴する、と誤解されていることが多いです。大事なのは傾聴することではなくて、「私は患者さんを支えようと考えています」というメッセージを伝えることです。「患者さんが怒っているから傾聴したのに、患者さんはますます怒りだした」とかいう場合には、もう一度じっくり考えてみましょう。「傾聴＝オウム返し」では伝わりませんから。

(小川朝生)

主治医はメンタルをわかってないみたいです。

- ちょっとどっきりするタイトルです。
- 病棟を回っていると、コンサルテーションにはならないけれども困ったことの相談が緩和ケアチームに舞い込みます。ある病棟のスタッフから声をかけられました。スタッフがやや怒ったような口調で話します。
- 「どうしたらいいかわからないので、ちょっと相談いいですか。60歳の男性の患者さんで、大腸がんで手術をしたけれども再発、それからずっと外来で化学療法をしていた患者さんなんです。抗がん剤で手足もしびれて歩くのも大変になったんですが、それでもがんばって治療を続けてきたんです。でも肝転移とリンパ節転移が進んで、腹水もたまってきたり、お腹も張るし、吐き気も出たりして食事が摂れないので入院になったんです」
- なるほど、かなりしんどそうですね。
- 「でしょ。そうなので、お腹の張りや痛みにはオピオイドを開始して、点滴をしたらだるさは少し取れてきたんです。そうしたら主治医のA先生が先週患者さんと家族と面談をしたんです。もう抗がん剤は効かなくなっているから、抗がん剤の治療はできない、あとは緩和ケアをするしかないって。もう治療はしないので、家の近くの病院に転院を考えるようになって。それで患者さんがすごい落ちこんじゃって、処置しながら話を聴くと『生きていても迷惑をかけるだけだし、死んでしまいたい』と泣いているんです。『つらいことを主治医の先生に言ったら』と勧めらるんですけども、『言っても仕方がないから』ってだま

ってじっとしているんです。つらそうなので、なにかできませんか？」

- たしかにそれはつらそうですね。主治医の A 先生には相談したの？
- 「もうしましたよ。先生に話したら、『俺の前では家で孫とゆっくりします、と笑いながら話していた』から大丈夫だって言うんです。もうメンタルのこと全然わかっていないんですよ、A 先生は。緩和ケアチームで叱ってやってください」
- いやいや、そんな緩和ケアチームが主治医にお仕置きをするなんてとんでもない。緩和ケアチームは病棟と主治医の先生のお手伝いをするのが役割ですから…
- 「じゃあどうすればいいんですか？」

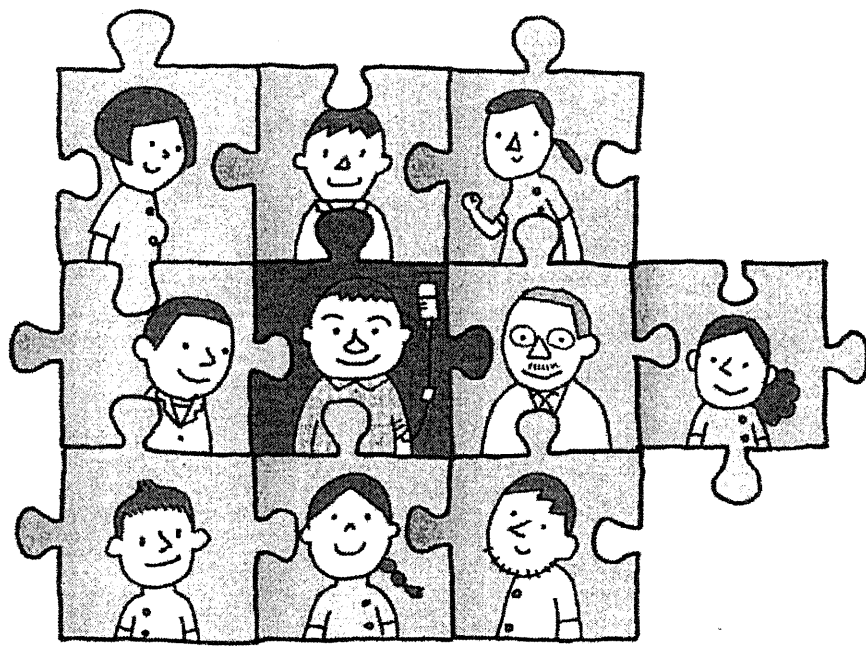
● コミュニケーションは難しい

- がん医療はコミュニケーションが重要としばしば言われます。それはがんの疑いを告げることから始まり、告知、治療方針の決定、再発、抗がん治療の中止と、患者さんと医療者との間で方針を決める段階が多くあることが要因です。本当は、肺炎の治療のように、「治療をすること＝完治する」の図式がなりたつのならば、選択肢を選ぶ必要性も生じません。完治する方法以外はよほどのことがない限り選ぶ場合がないからです。
- しかし、残念ながらいま現在のがん治療では、進行したがんの場合、がんを完治させることは困難です。そのため患者さんにとってよりよい選択肢は何かをその都度考える必要が出てくるわけです。
- この議論は患者さんと医療者の間だけではありません。実は医療者同士でも起こります。

- 医療者同士の場合、それぞれの人がそれぞれの患者さんの情報を持って考えています。それぞれの医療者は、おのおのの専門を持っています。専門によって、見方やとらえ方が変わってきます。
- がんの治療を考えると、治療方法やケアはいろいろな方面からなされます。例えば、治療をとっても、手術もありますし抗がん剤もあります。放射線もありそれぞれの専門家がいます。治療方針を決めるにしても、それぞれのプロの意見がありますし、そもそも診断を下す病理の先生もいます。
- また、ケアを考えると看護師さんが主になって調整をします。それも病棟の看護師さんいれば外来の看護師さんもいます。訪問看護師さんもいて、ケアのときに重要と思うポイントも変わってきます。たとえば病棟の看護師さんは退院するときに、調整をするキーパーソンを重要と思うかもしれませんが、でも外来に移れば、外来に付き添ってくる方の見方を重要と思うかもしれません。訪問看護師さんは家で一番長い時間接している方を鍵としていることも考えられます。
- このように、患者さんを取り巻く状況と、関連する情報は膨大です。とても一人で全部を見渡すことはできません。

Point ▶ 患者さんの生活、病状、今後の見通しを一人で見渡すことはできません。

- しかし、患者さんにとって一番よい方法を探すためには、患者さんの全体像を理解しなければ始まりません。そのためには、それぞれの医療者が持っている情報をつなぎ合わせて、全体を見渡せるようにしなければなりません。お互いに持っている情報をつなぎ合わせていく、全体を見渡して何が大きいかを話し合う、これがチーム医療といわれるものです。



Point ▶ チーム医療を進めるには、お互いの情報を共有して、お互いに生かすように調整をすることが大事です。

● 情報を共有するためには

- では、どのような点に注意をして進めるのがよいのでしょうか？
- 医療者間で情報を共有したり、提案をしたり、意見交換をする関係はコンサルテーションといわれています。
- コンサルテーションというと、経営にアドバイスをしたりする職業を思いかべるかもしれませんが、なんとなく、専門家が助言と指導を与えるようなイメージを持たれる方が多いのかもしれませんが。
- しかし、医療の分野においてはイメージとは異なります。医療の分野では、異なった専門や役割を持っている医療者同士が、お互いの専門

性や役割に基づいて状況を検討し、今後どのようにしたらよいのかを相談する関係がコンサルテーションです。チーム医療と同じ考え方と置いていただければよいです。

- このコンサルテーションの活動を、総合病院で取ってきた分野にコンサルテーション・リエゾン精神医学があります。どのような分野かといえば、身体の病気を治すために入院してきた患者さんの精神的なケアを専門に行う分野です。この本で取り上げているサイコオンコロジーも、コンサルテーション精神医学の一分野に当たります。
- コンサルテーション精神医学の活動、つまり入院患者さんの精神的な苦痛に対する治療をする場合には、担当医の先生に協力をいただくことが必要になります。身体の治療なくして、精神的なケアはありませんから、担当医の先生に状況を説明して、納得いただいて、精神的な治療と一緒に進めていきます。
- たとえば、せん妄の患者さんであれば、身体の治療をしながら、せん妄の治療を進めます。
- うつ病の患者さんで、希死念慮が強くて「もう死にたい、治療も受けたくない」とうつ病の症状として言っているような状態であれば、まずうつ病の治療を進めて、うつ病が落ち着いて自身の身体の治療を考えられるようになってから、身体の治療の進め方を相談するように調整をします。これは簡単なようですが、細かい意見の調整、連携が重要になります。

● どうすればよいでしょう？

- このコンサルテーションをスムーズに進めるために重要なポイントがいくつか知られています。いくつかご紹介しましょう。

- 医療者間でのコミュニケーションを進めるためには (1)
 - ①時間を選ぶ
 - ②顔を合わせて話す
 - ③話し合うのに快適な場所を用意する

- まずは話しやすい場を用意する、ということです。簡単に当たり前の話ですが、いざ話をしようと思うと電話がかかってきたり、隣りでカンファレンスが始まったりと意外に落ち着かないものです。

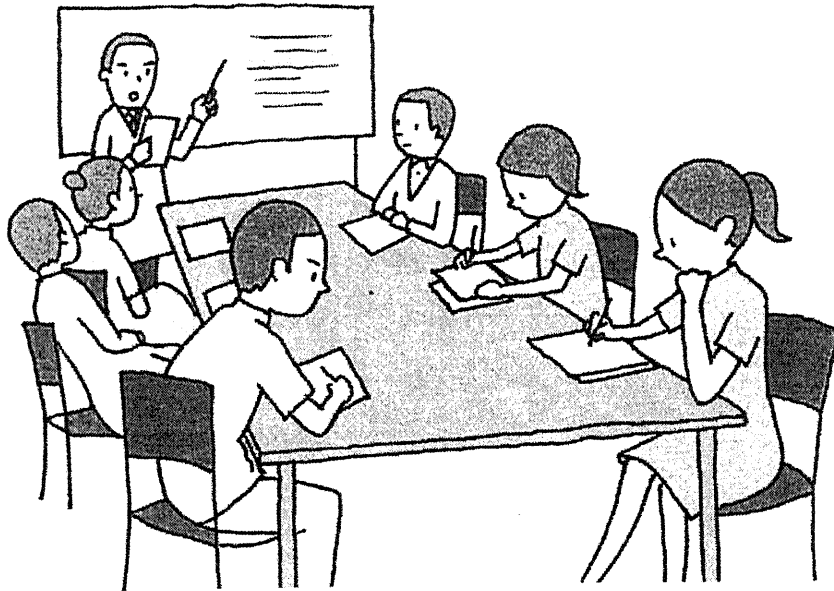
- 例えば、患者さんのことを担当医の先生とじっくりと話をしたいと思ったときには、あらかじめ話をしたいということを伝えて、時間を取っておくことが第一歩です。

- 医療者間でのコミュニケーションを進めるためには (2)
 - ①最初に、これから話す内容が重要なことだと伝える
 - ②はっきりとわかりやすい言葉で伝える
 - ③個人的な攻撃はしない

- 次に大事なことは、最初に重要な話をする、というメッセージをしっかりと伝える、ということです。わかりやすく、簡潔にまとめて話をするのが大事です。話をするとなると、どうしてもあれこれと言いたくなるものですが。

- ここが重要な点ですが、コミュニケーションをとる目的は、「いまの情報をお互いに持ち寄って、患者さんにとってベストな解決策を考える」ことです。「先生は患者さんのことがわかっていない!」「主治医にわからせないと!」となってしまうと、どうしても批判的になってしまいます。相手も感情的に反応してしまいます。

- 医療者間でのコミュニケーションを進めるためには (3)
 - ①患者さんのためになることを話す
 - ②相手が応えるチャンスを用意する



- ③相手が心配していることを話す
- ④無理に謝らせない

◆だんだんと本筋に入ってきました。

◆どうして話し合いをするのか、を考えると、それは患者さんにとって良かれと思ってのことです。当たり前のことです。でも、話し合い、議論となると、「私のほうが正しい」とか「私のほうが患者さんのことをよく知っている」と思いたくなるものです。「私たちはどのようにしたいと思って話し合っているのか」繰り返し考えます。

◆「先生はどのようなことを心配しているのですか?」「どのようなことが起こるとまずいな、と思うのですか?」など、相手の情報、とくに問題となる重要なポイントを聴き出すようにします。

◆繰り返しになりますが、「正しい、間違っている」と白黒をつけるために話をしているわけではありません。話し合いが熱くなればなるほど、「あなたは間違っている」と責めたくなりますが、善し悪しをつ