

可能性があるときは、次の予約を入れるか、体調が芳しくない場合は再受診することを約束する。

8) 怒っている人

医師は心身の辛さを訴える人には共感できるが、怒っている患者にに対しては防御的になることが多い。しかし、防御的であると患者もますます怒りをエスカレートさせる。

まずは医師の側から、患者が何らかの不快な気持ちを持った責任の一端が医療施設側の対応に問題があったかもしれないことを詫げる。詫げによって患者が落ち着きを取り戻すこともある。

怒っていてもその理由を語ってくれない患者も多い。特に医師に対して怒っている場合は口をつむぐ。それ以外の場合は何に対する怒りなのかを教えてくれることが多い。

また、病気になってしまった自分自身に対して怒っていることもある。その告白は十分に耳を傾けて聴く。心を開いてくれるようになることが多い。

9) 不安そうな人

患者が初診時に不安を持っていることはあたり前のことである。初診担当の医師がどのようなタイプの医師であるか、理由もなく怒られないか、看護師はやさしくしてくれるかなど医療スタッフ側に対する不安のほか、自分の病気がどのように診断されるのか、がんの可能性があるのでないか、痛い検査があるのではないか、治療は手術になるのかなど枚挙にいとまがないほどである。

初診時はどんなことに対して不安なのか、漠然とした不安なのか、どのような病気を心配しているのかなどをよくたずねて患者の胸の内を明かしてもらえるとよい。

医師が不安を無視して「大丈夫」を連発すると、患者はさらに不安になることもある。可能性の低い病気を心配しているときには、可能性が低いことの理由をきちんと説明するほうがよい。

10) うつ的な人

病気に対する心配が高じると患者はうつ的になってくる。もちろん、うつ病の患者が精神科以外の診療科を訪れることは多い。何らかの身体症状を訴えることはしばしばである。

したがって、うつ病の可能性があっても、身体疾患の有無については病歴、診察、検査等で検討しておくことが望ましい。

身体疾患が明らかでなくとも、安易にうつ病と判断して精神科を紹介すると患者の反発を買うこともある。ただし、コミュニケーションが取りづらい場合、自殺企図がみられる場合、病歴の中で一時的でもそう状態が疑われる場合も、丁寧に説明して精神科医に診察を受けるように勧める。

11) 認知機能が低下した人

本人が物忘れを訴える場合は加齢による病的ではない健忘症のことが多い。家族が患者の物忘れや理解しがたい行動を問題視して受診する場合は、認知機能低下が進んでいることが多い。うつ病か認知症かの鑑別は難しいことがしばしばである。

注意すべきは受診時に医師を相手にすると認知機能が回復することもある。患者を傷つけないように認知機能を測定する長谷川式やMMPIなどを施行するか、物忘れ外来に紹介する。

諸事情で他の医師に紹介できない場合は家族や近隣の人にあたたかく見守ることを願います。

3. コミュニケーションに関する理論

(1) 医師-患者関係の類型

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たいせつである。

<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、尿管結石の疝痛発作

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

以上が Szasz と Hollender の 3 モデルであるが、わが国では介護保険制度がスタートし、自立支援や自己決定権が重視されるようになっている。それらを考慮すると、④自立支援型 (independence-support)患者が療養の場所や治療内

容を決め、医師はそれを尊重し支援するモデルもあってよいし、高齢者に対する在宅医療などでは特に配慮されるべきである。

(2) 医療における人間関係の社会的側面

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ない。「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

言葉そのものが持つ意味によるコミュニケーションは、言語的コミュニケーション(verbal communication)と呼ばれている。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理解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、医師の意図とは大きく違っていることが多い。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、患者の能力に応じて調整するように努める。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と考えられている沈黙は、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

言葉以外の要素で交流を図ることを非言語的コミュニケーション(non-verbal communication)と呼ぶ。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。

しかし、非言語的コミュニケーションで最も大切なのは患者の表情やしぐさを観察することである。目は口ほどにものをいうことが多いのである。

(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るとよい。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りませんか。

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すか。

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。

(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ように思えるが、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。患者の表情のわずかな変化や、「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、

医師の側からの問いかけもしやすくなる。

医師からの説明の後に「何か質問はありますか」とたずねるだけでなく「どのように感じましたか」と感想を聞いてみるのも、感情に焦点をあてた聴き方である。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) という技法である。

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。患者が何か言にくいようなときに「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。ただし、患者を傷つけることもあるので注意を要する。

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「できる限りのこと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。

