

コミュニケーション

優	コミュニケーション困難事例に対し、関係者の背景や考え方、関係性についての情報を収集し、心理社会的背景を踏まえて問題を分析、解決し、再評価している。
ボーダー	コミュニケーション困難事例に対し、関係者の背景や考え方、関係性についての情報を収集し、問題点を分析して、問題解決に努めている。
未到達	コミュニケーションに関する問題点が不明瞭、情報収集や分析が不十分といった問題がみられる。

上のルーブリックについて図を用いて解説を試みると以下のようになる。



上記はシステム思考を参照して近藤が作成したもの

このように問題点を分析しようとしたとき役立つフレームワークをある事例を軸にいくつか紹介していく。

ある日に病院で当直をしていると以下のような患者が来院した。

50代男性(Aさん)。脂質異常症、高血圧、陳旧性心筋梗塞、難聴があり当院通院中。過去の記録をみると頻回に救急外来を受診してその度に大声を上げて様々な要求をし、トラブルになっていた。
本日は徒歩で救急外来を受診。待合室からは初期対応した看護師を怒鳴りつける大きな声が聞こえてくる。

このような状況が得意なわけではなく逃げ出せるのであれば逃げ出したいところであった。しかし自分と一緒に当直をしていた研修医は他の患者の対応をしている。自分が対応しなければいけないようだ。この患者さんとどのような関係を作っていけば良いのだろうか？

医師と患者の関係性

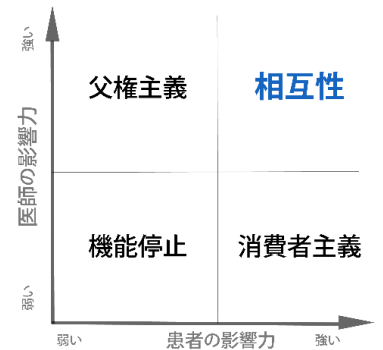
医師と患者の関係性

EJ.Emanuel および LL.Emanuel は患者の価値観の扱われ方、医療者の責務のとらえ方、患者自律性のとらえ方により医師患者関係はいくつかに分けられると考えた。

それを参照して、「患者と医師のコミュニケーション-より良い関係作りの科学的根拠」では右のモデルが提示されている。患者の支配が強ければ患者の意向は反映されるが医師の力は活かされず消費者主義となり結果的に患者は不利益を被る。患者の支配が弱く、医師の支配が強ければ父権主義となり患者の意向は反映されない。

患者と医師のコミュニケーション-より良い関係作りの科学的根拠 篠原出版社, 2007.

Four models of the physician-patient relationship.(JAMA. 1992 267 2221- 1556799[PMID])



振り返ってみると病態が急性であることが多いこと時間の余裕がないことから私は救急外来で父権主義の関係を築こうとすることが多かった。そして患者の声が大きいあるいは要求が強い場合に消費者主義に陥ることを恐れて態度が硬化し対立を招くことが多かった。

この患者の過去の記録を見ると難聴があるため声が大きくなりそれが医療者側の警戒心を招いて態度の硬化を招きコミュニケーションを難しくさせているようにみえた。お互いが影響力を発揮し合う相互性を心がける必要があると考えた。

診察室に入ってきたAさんに「こんばんは。声の大きさはこれでいいですか?」と少し大きめの声で語りかけた。「ああ、しっかり聞こえます。」

お互い怒声や支配的な態度で挑むのではなくフラットな態度であり悪くない滑り出しだった。いつも医療者とすれ違うAさんに対してこの後どのように話を聞いていけば良いだろうか?

医師と患者の間にあるずれ

医師と患者はそもそも違う枠組みで同じ現象を語っている。それを表す概念として以下の「病いと疾患」がある。

病いと疾患 Illness と Disease

アーサークライマンによれば、患者や家族は”病い(illness)”をたずさえて治療者のもとを訪れる。病いとは、人間に本質的な経験である症状や患うことの経験である。一方疾患(disease)は病いが治療者により生物学的な構造や機能の変化として再構成されることによって生じる

疾患 disease	病い illness
生物学的な変化として病いを捉えなおしたもの	患者の経験そのもの

病いの語り-慢性的の病いをめぐる臨床人類学 アーサー クラインマン

どのように病いを描き出せば良いのだろうか？

病いを描き出すための方法には、**唯一これがよいという方法があるわけではない**。個々の診察で柔軟にやり方を変える必要がある。一方で病いを引き出すための軸には、以下の4つが提案されており病いの体験を共に探っていくための羅針盤として有用である。



か 解釈	ideas	病を何に由来していると考えているか、その原因今後の見通しをどう考えているか
き 期待	expectations	患者は医療者に何を期待しているのか
か 感情	feelings	癌など背後にあるものに恐れをもっているだろうか。いらだちや罪悪感はあるだろうか。それとも病により責任から解放されて安心しているだろうか？
え 影響	function	病は日々の生活・ADL などの日常生活動作、家族の関係、ライフスタイル、QOL にどのような影響を及ぼしているか

Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method THIRD EDITION

今までの救急の場で医師が除外しようとして検査する疾患とAさんの懸念がすれ違い関係が破綻していることがあるようであった。そこで私が医師として持っている枠組みやトラブルをよく起こす患者に持つ感情を一旦保留して上の4つの軸を意識しながら本人の語りを引き出すこととした。

「一人で暮らしている。耳が悪いのでいつも大声を出してしまい申し訳なく思っている。また、ドアのノックの音などある種類の音は大きく響いてしまい苦痛なので配慮をして欲しいと思っている。

今日は耳鳴りで来た。もう何年も前から耳鳴りに悩まされている。今日はベッドの上で寝ようとしたら耳鳴りが気になって起きてしまいここに来た。本を読むと脳が興奮することで耳鳴りが出ると書いてあってどうかなっていないか心配。それに肩凝りにもこまっている。」と語った。

神経診察を含む一通りの診察では異常はなかった。

慢性の耳鳴り・肩凝りとも緊急の病態ではなく救急で診察する医師の立場としては納得のできる受診理由ではなかったが、多数の病いを抱えている状態のなか一人で不安が増大し受診をせざるにいられなくなった気持ちの流れは理解できるような気がした。

しかし、この後どのように診察を終幕に持って行けば良いのだろうか？

共通基盤を見いだす

医師、患者関係に関して 1995 年に Stewart により初版が提示され精神科・心理療法をヒントに開発された「患者中心の医療の方法」という統合的なモデルがある。



上記のモデルの中で医師と患者が協働するためには、医師と患者がともに共有できる基盤を持つことが必要とされている。

1. 問題は何なのか?
2. 何を目指すのか?
3. それぞれの役割は何なのか?

わかりやすいまとめはここ → [一目で分かる PCCM：患者中心の医療の方法 第3版](https://goo.gl/hinyQy)(<https://goo.gl/hinyQy>)

Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method THIRD EDITION

A さんとの共通基盤を確立し何ができるか一緒に探ることが必要であると考えた。

病歴と診察から急性疾患は考えにくいこと、ここは救急外来であり数年来続く慢性の状態に診断を下すことはできないこと、その上でできることをしたいと思っていることを A さんに告げた。A さんは今夜眠れそうにないことがもっとも苦痛だ、ということであった。短時間作用型の睡眠薬を 1 日分処方し帰宅することで合意した。その後はトラブルもなく穏やかな様子で帰宅した。

評価と振り返り

うまくいった点

受診に数時間かかることも多い方であったが、この日診察に要した時間は 10 分のみであり unnecessary 検査も行われなかった。トラブルもなく他の患者やスタッフに悪影響を与えることもなかった。

上記の枠組みを意識したコミュニケーションが効を奏したと考えられる。

改善すべき点

A さんの救急外来頻回受診はその後も続いている。独居であることかかりつけ医として機能できている医師がいないことといった近位及び遠位のコンテキストの分析、それを踏まえた上でよりよい慢性期ケアへの接続を試み同じ状況が繰り返されることを防ぐことができればより良かったと思われる。

どのようにポートフォリオを書いていけば良いのか？

以下のステップを経てフレームワークを獲得しポートフォリオを作っていくことができる

- | | |
|------------------------|--|
| 1 感情への気づき | a. 患者さんと話していたとき、心がざわつき・ネガティブな感情に気づく |
| 2 フレームワークと実践の融合 | a. 指導医とその事例について話す
b. 文献を参照し簡単な学習ポートフォリオを積み重ねる |
| 3 評価ポートフォリオ | a. 1-2 を何度か繰り返す
b. 体得したフレームワークを応用した実践を行う
c. 提出用のポートフォリオを仕上げる |

ACCEL(2017.01.15)ディスカッション結果

