

[講演を終えて]



[座長]

木村 聡 昭和大学横浜市北部病院
内科系診療部門 臨床病理診断科 教授

勝俣 範之 日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科 教授

[演者]

勝俣 範之 日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科 教授

小松 康宏 群馬大学大学院医学系研究科
医療の質・安全学講座 教授

三木 明子 関西医科大学看護学部 看護学研究科 教授

榎原 陽子 株式会社マザーリーフ 代表取締役/
愛知淑徳大学 非常勤講師



講演 1 患者との上手な接し方 — 臨床医必須のスキル —

質問 患者さんから答えにくい質問を受けたとき、「担当医に聞いてください」というのが医療スタッフの常套句ですが、どのように対応するのが適切でしょうか。

勝俣 まずは、質問をした理由を伺ってみるとよいと思います。診療に役立つ情報が得られたり、患者さんの不安が解消したりする可能性があります。また、その後のコミュニケーションが円滑に進むことにもつながります。

質問 余命を伝えるのは悪いことなのでしょうか。

勝俣 悪いことではないと思います。ただ、断定的に数字を伝えるのは避けた方がよいと考えます。余命は個人差が大きく、正確に予測するのは困難です。患者さんが余命や病状について質問される背景には不安な気持ちがあることが多いので、「どうして余命を聞きたいのですか」「どのようなことが心配ですか」と質問し、患者さんの気持ちを聞き出すのがよいと思います。

質問 採血が1回でできないときに、きつい言い方でお叱りを受けることがあります。どのように対応するのが適切でしょうか。

勝俣 患者さんにしてみれば、「もう一度針を刺されるのは嫌だなあ」という気持ちから強い口調になってしまうのだと思われますので、誠実に対応することが大切です。「申し訳ありません」と素直に謝ってから、もう一度採血させてもらいましょう。謝罪もせずに再び採血してしまうと、「ごめんなさいの一言もなかった」といったクレーム

につながる場合もありますので、注意が必要です。

質問 患者としていろいろな先生に診ていただくと、「もっと説明してほしい」と思うことがあります。先生が忙しそうなので、なかなか「詳しく教えてください」とは言えません。患者はどのようなことを心掛ければよいでしょうか。

勝俣 確かに、医師が忙しそうにしていると聞きにくいと思います。ただ、ご自身の病気について知ることはとても大事です。「相談の時間をつくっていただけますか」と尋ねるか、説明してほしい事柄を紙に書いて渡してみればいかがでしょうか。

講演 2 共同意思決定 (SDM) の 具体的な実践方法

質問 科学的根拠に基づく医療 (EBM) にこだわる、新しい可能性を否定することになりませんか。

小松 講演でもお話したように、EBMが批判的に捉えられる背景には、医療者の経験、患者さんの状況などを十分に考慮せず、ガイドラインや最新のエビデンスだけに基づいた医療がEBMであると誤解されていることがあります。

本来、EBMはそのような意味ではありません。医学的な判断をするときには、慣習のみの誤った情報ではなく、根拠がある情報を重視します。ただし、ガイドラインにしても全ての患者さんに当てはまるわけではありません。個々の患者さんの医学的状況や価値観、医療者の判断を総合的に踏まえ、患者さんにとって最適な診療を提供するのが本来のEBMの目的です。EBMという言葉を使うときには、人によって捉え方が異なるので注意が必要だと思います。

質問 共同意思決定 (SDM) という言葉を初めて知りました。日本ではどの程度普及しているのでしょうか。

小松 医中誌webで「SDM」「共同意思決定」というキーワードで検索してみると、2014年ごろから急速に増えています。現在、SDMの考え方は腎臓、産婦人科、精



神科、がん、緩和ケアといった幅広い領域で導入されています。

腎臓に関していえば、SDMに基づいて腎代替療法の決定をした場合、診療報酬に加算が付くようになりました。日本ではSDMに対する関心が急速に高まっている状況にあると思います。

腎代替療法について知りたい場合は、腎臓病SDM推進協会の公式サイトを開くと、患者さん向けのパンフレットやSDMをよりよく進めるためのツールがダウンロードできますので、これらを参考にいただければと思います。腎臓だけでなく、がん、緩和ケアなどの領域でもSDMに関する資料が作成されています。

質問 日常診療でSDMを実施すると、外来が回らなくなってしまうませんか。

小松 多忙な日常診療の中で、いかにSDMを適切かつ効率よく進めるかは世界的な課題です。前述したように患者さん向けのパンフレットを準備したり、患者さんが書き込むことで、自身のライフスタイルや好みに合った治療法を選択できる意思決定支援ツールなどを活用してはどうでしょうか。

また、外来診察時だけに限らず、さまざまな機会に多職種が関与することも重要でしょう。

質問 認知症の高齢患者さんがSDMの場に参加するのは可能でしょうか。

小松 認知症の患者さんでも、ご本人が理解できる形で話し合いを進めていきます。ご家族や近所の親しい方、施設の介護スタッフに同席していただくことで、希望を反映することができると思います。

[講演を終えて]



院内における 講演3 暴言・暴力への対策

—よりよいケアを行うために—

質問 毎回暴言を吐く患者さんの対応に苦慮しています。対応者はストレスを感じるため、誰も対応しませんが、医師も手を焼いています。どのような対応が望ましいでしょうか。

三木 暴言はだんだんとエスカレートしますので、どこかで止めなければいけません。そのためには、対応する人を代えることが有用です。そうでないと被害者はいつまでも被害者のままです。暴言の対応に慣れている職員に交代する、他のスタッフに間に入ってもらい複数で対応することもよいと思います。

また、暴言に対しては「暴言を止めてください」ではなく、言われたことをそのまま返すようにします。例えば、「〇〇(暴言)」と言われたら「〇〇と言わないうでいただけますか」と対応するとよいでしょう。

悪質な場合は、処置室や診療ブースごとにICレコーダーを置いておき、暴言の内容を録音するのが有効な場合もあります。

質問 暴言を吐く患者さんへの対応時間は、どの程度が適切でしょうか。

三木 医療機関によってさまざまで、5分という施設もあれば15分という施設もあります。大事なことは、暴言を受けたらエスカレートしないうちに他の職員にバトンタッチすることです。対応時間を決め、これ以上は対応しなくてよいというルールをつくり、マニュアル化するとよいと思います。

質問 同じ訴えや質問を繰り返す患者さんへの対応で、何かよい方法はありますか。

三木 しっかりと説明し、患者さんが理解されたことを確認しているのでしたら、「この間、お話しした通りです」

や「先日ご説明した通りで変更はありません」という対応でよいと思います。あるいは、場を変えて「先日ご質問があった件について、一度、時間を取ってきちんとお話しします」という対応でもよいでしょう。

質問 ハラスメントにはどのような対応が必要でしょうか。

三木 患者さんからのハラスメントについては、患者さんと被害を受けた職員で解決させるのではなく、被害者以外の管理者や職員で対応する方がよいと思います。被害者はそれまでもかなり我慢しており、心身に不調を来し業務ができなくなっていることも少なくありません。できる限り早い対応をお勧めします。

院内暴力対策委員会に諮って暴言、ハラスメントと認定されれば、院長名、管理者名で文書を示し、「今後このようなことがあれば、当院では診療をお断りします」と警告するとよいでしょう。ただし、証拠がないと警告はできないため、録音などが必要です。

講演4 覆面調査で課題を可視化 —患者満足度向上への施策につなげる—

質問 患者さんとのトラブルは、医師が患者さんを見なくなったことも原因かと思えます。患者さんと良好なコミュニケーションを取るためのよい方法はありますか。

神原 先生方は、診察に必要な「視診」などは当然行っていると思います。しかし、電子カルテの入力が大変で、あまり患者さんの目を見て話をしていないということですね。

患者さんにきちんと気持ちを伝えるために大切なことは、最初と最後の挨拶です。しっかり患者さんの目を見て挨拶をする、それだけで患者さんの印象はずいぶん和らぎます。最初の挨拶があれば、その後、パソコンの画面を見ていたとしても、あまり大きな問題にはなりにくいと思われれます。

客室乗務員の挨拶には、乗客が500人ほどいる中で安全な飛行の妨げになるような不審者がいないかどうかをチェックする目的もあります。最初にしっかりとアイコンタ

クトをして挨拶することで、注意が必要な乗客かもしれないという判断ができます。経験上、挨拶は信頼関係づくりと危機管理のどちらにも役立ちます。

質問 スタッフに対しては乱暴な言葉遣いをしていながら、患者さんには猫をかぶったような対応をする職員がいます。どのような対応をしたらよいでしょうか。

神原 講演で「関係の質」という話をしましたが、スタッフ同士の「関係の質」が悪いと組織全体がよくない影響を受け、結果として患者さんに良質な医療を提供できなくなるにつながりますし、離職者も多くなります。

自身では患者さんへの対応が良いと思っていながら、スタッフ同士の関係が悪いという方の場合、実は患者さんと話しているときにもその片鱗が見えています。私たちは、接遇のプロとしてそのようなところも見つけてフィードバックしています。

スタッフ同士の「関係の質」を改善するための対策をルール化し、きちんと指導していく必要があると思います。

質問 覆面調査の結果と病院経営の業績に相関はあるのでしょうか。

神原 これまでの経験では、覆面調査の結果が良い医療機関は、質の高い医療を提供していて業績も良いケースが多いように思います。

質問 覆面調査の結果に地域差、診療科による差はありますか。

神原 あると思います。私たちの調査では、例えば「正しい敬語が使えているか」よりは、「ホスピタリティが伝わる、感じのよい対応ができていないか」で評価しています。

そのため、郊外の医療機関で言葉遣いが標準語でないからといって評価を下げることはありません。地域に愛されているクリニックは、やはり評価が高くなります。一方、都市部の医療機関では評価の差が大きいに感じます。特に皮膚科や産婦人科など女性の患者さんの比率が高い診療科は、評価の差が大きい印象があります。



おわりに

小松 私は、医療者と患者さんとのコミュニケーションや説明に関しては、一昔前と比べると、丁寧に行われるようになったと感じています。しかし一方で、患者さんがどこまで理解しているかを確認することについては、まだ不十分だと思っています。そのため、これからもよりよいSDMの普及に努めていきたいと思っています。

三木 暴言を吐いたり、悪質なクレームをつけたりする患者さんほど時間があるのに対し、医療者の時間は限られています。一定の接遇は必要ですが、それを超える相手に対しては、医療者側がいかに早く切り替えて対応できるかがポイントになります。

暴言を繰り返す患者さんが減ることを切に願っています。

神原 本日は、先生方のお話をお伺いでき、とても勉強になりました。また、皆さんからいただいた質問が私の学びにもなりました。今後も、医療者や患者さんのお役に立てればうれしく思います。

勝俣 本日は、「患者さんへの接し方」という難しいテーマで、専門の先生方にご講演、ご討議をいただきました。私自身、以前から取り組んできたテーマでもあり、大変勉強になりました。患者さんとのコミュニケーションは、おそらく今後の医療において最も重要な課題であり、これから皆さんと一緒にさらに議論を深めていく必要があると思います。

本日はありがとうございました。