

特定の患者層とのラポールの築き方

新生児と乳児

新生児(生後30日以内)と乳児(生後1カ月から1歳まで)は、年長児のようにコミュニケーションをとることはできないが、ラポールを築くことが大切であることに変わりはない。子どもが産まれることは、多くの人にとって人生の大きな節目であり、状況が許せば、家族にお祝いを伝える。診察前や診察中にも、子どもにミルクを与えるようすすめる。そうすると、子どもを落ち着かせ、リラックスさせられるだろう。また、子どもの哺乳が良好かどうか確認する機会となる。新生児は、話ではできなくとも、あなたの感情や体の動きには敏感に反応するため、穏やかな声で話すことを心がける。また可能であれば、診察中、抱っこしている人が楽な姿勢をとれるように配慮する。新生児や乳児の診察の際には、まず保護者の体調を気遣う質問からはじめるとうまくいくことが多い。あなたが子どもだけでなく保護者も気遣っていることが伝われば、保護者の緊張がほぐれ、その流れで家族の健康に関する簡単な問診を行いながらスクリーニングすることができる。

幼児期と学童期の子ども

幼児期(1~4歳)と学童期(5~10歳)の子どもは、最も扱いが難しい患者ともいえる。学童期は、自律性、社会性、好奇心が育っていく時期であり、医療者はこれらすべてに注意を払わなければならない(図1-6)。幼児のなかには、あなたが診察室に入ったときに、診察する前から泣き叫んでいることもあるだろう。児の気をそらしたり、気分を変えることが大切である。施設によっては臨床道化師を雇用するところもある^[22,23]。遊ぶところから診察をはじめると、子どもや親とのラポールを築くの役に立つ。幸いなことに、この年齢層の重要な指標の多くは、誰もがするような、ジャンプ、お絵かき、模倣、ボール投げなどの遊び方をみることで評価できる。自己紹介は、まず患児に、その後、家族に行く。患児が落書きや、ぬいぐるみ遊び、お絵かきなどをしている間に、保護者から健康状態について情報を得る。学童期の子どもの場合は、可能であれば年齢に応じた質問をして診察に加わってもらう^[24,25]。そして、必要に応じて保護者に確認や補足をもらう。最後に、幼児期、学童期の患児に対応する際のコツは、子どもたちの間で流行っているもの、人気のあるものについて、よく学んでおくことである。衣服やリュックサックに描かれているキャラクターが何かわかると、子どもとの関係に大いに役立つ。

思春期・青年期

一般的に、思春期・青年期の若者は大人と同じように尊重され、意見を聞いてもらいたいと考えている。診察では、家族の要望と患者の自主性との折り合いをつけるのに難渋することがよくある。思春期の患者に質問し、答えてもらいつつ、同時に家族や保護者が居心地よく感じ、また心配事をきちんと聞いてもらえたと思えるように、話を進めていくことが重要である。先に家族の要望について一言伝えておくとうい場合もある。家族に、あなたと後で直接話す機会があることを説明しておくのは有効である。ただし、まず初めに患者本人に問診することが望ましい。自由回答方式の質問を幅広く行い、患者の疑問や不安を共有できるよう

新生児と乳児については、第25章「小児：新生児から青年期まで」(p.960~1015)を参照。

幼児期と学童期の子どもについては、第25章「小児：新生児から青年期まで」(p.1016~1062)を参照。



図1-6 子どもや親とのラポールの構築(VGstockstudioよりShutterstockの許可を得て掲載)

思春期・青年期については、第25章「小児：新生児から青年期まで」(p.1063~1084)を参照。

に注力する^[26-28]。さらに、重要な点は、家族が同席せずに、患者と1対1でやりとりする時間をなるべく増やすことである。そして、その時間、その場所で聞いた内容を信じること、また外部に漏らさないことと約束することが重要である。

高齢者

学生であるあなたは、この年齢層の患者よりもずっと若いはずである(図1-7)。患者が好む呼び方を忘れずにたずねるようにする。先に述べたように、高齢の患者を過度に親密な名前で呼ぶことは、人格を軽視し、貶めていると受け取られかねない^[21]。高齢の患者が快適に過ごせるように、診療所、病院、または介護施設の環境調整には時間をかける。加齢に伴う生理的変化を思い出すとよい。明るい照明で、適度に温度管理された静かな環境と、肘かけ椅子を用意し、診察室を訪れやすいものにする。診察室内のスペースを十分に確保し、特に杖や歩行器などの補助具を使用している場合には、安全に移動できるようにしておく。特に患者に認知障害がある場合などは、必要であれば家族や介護者を交えるなどして、自由回答方式の質問や、回顧のために時間をとるようにする。

身体障害および感覚障害がある患者

患者から特に要望のない限り、障害のある患者を呼称する際には、人(people, person)を最初に置いた表現“**people-first**” language^[訳注]を用いる(例えば、person who is blind, person who uses a wheelchair, person with hearing loss など)。身体障害や感覚障害がある患者においても、本人が自身の医療ケアを行うことができるという前提で対応する。患者がどのような支援を必要とするかをこちらから推測することは避け、患者本人に必要な支援をたずね、その答えを尊重する。介助者がいても、必ず患者本人と直接話す。患者が1人で入室した場合は、同伴者の有無をたずねてはいけない。Box 1-4に、障害のある患者とラポールを築くための指針を記載した。

このトピックについては、第27章「老年」(p.1157~1164)を参照。



図1-7 高齢患者の診察では、記憶をたどる時間を十分に確保する(Rocketclips, Incより Shutterstockの許可を得て掲載)

「〇〇の人」という言葉については、第2章「面接、コミュニケーション、対人関係スキル」(p.53~54)を参照。

Box 1-4 身体障害や感覚障害がある患者とラポールを築く

- 2010年の世界人口推計によると、10億人以上(世界人口の15%)が何らかの障害をもって生活していると推定されている^[29]
- 米国では、2016年の障害者率は人口の12.8%と推定されている^[30]

目の不自由な患者や弱視の患者

- 近づく際には必ず口頭で名乗り、部屋にいる他の人を紹介する
- 立ち去る際には、必ず患者に一声かける
- 手助けをする前にたずねる。患者がどのような介助を希望するか、逐一確認する
- 書面の内容については、聴覚や触覚あるいは電子データ(音声ファイル、点字、大活字)で、患者の希望する形で提供できるように準備する
- 診察の前に、これからの流れを説明し、何か質問がないかたずねる
- 身の回りの物(衣服やその他の持ち物)が部屋のどこにあるか患者に伝える。それらを無

(続く)➤

訳注：blind personではなく、person who is blindという語順とすることで、「障害があること」よりもまず「一人の人であること」を強調した表現。

▼(続き)

断で動かさない

- スタッフは歓迎の意を表すとともに、物理的環境(ドア、段差、傾斜、トイレの場所など)について説明する
- 飼い主に断りなく介助動物の気を引いたり、触ったりしない

耳があまり聞こえない患者

- どのようなコミュニケーション方法がよいか、たずねる
- 主たるコミュニケーション形式がない場合を除き、筆記具を渡すようにする
- 手話通訳や同時音声文字変換サービスが利用できることを患者に伝える
- 効果的なコミュニケーションのために、要望があれば速やかに手話通訳または同時音声文字変換サービスを提供する
- 患者に対し、遠くから話しかけたり、別の部屋から話をしないこと
- 真正面から患者に話しかけ、口元がみえるようにする
- 普段通りの口調ではっきりと話す。大声を出したり、口を大げさに動かしたり、早口で話すようなことは避ける
- 周囲の騒音や眩しい光源を最小限に抑える

耳が聞こえない患者

- どのようなコミュニケーション方法がよいか、たずねる
- 手話通訳や同時音声文字変換サービスが利用できることを患者に伝える
- 効果的なコミュニケーションのために、要望があれば速やかに手話通訳または同時音声文字変換サービスを提供する
- 家族に通訳をしてもらうことは避ける
- 通訳者ではなく、患者に話しかける
- 主たるコミュニケーション形式がない場合を除き、筆記具を渡すようにする

車椅子の患者

- 部屋に入るための通路を確保する
- 車椅子や補助器具も、個人的空間に含まれるものとして配慮する
- 頼まれない限り、車椅子を押さない
- 必要に応じて補助器具を提供する
- 必要に応じて行く先の障害物を取り除いたり、通れなければ別の機器に移乗する手助けをするといったサポートを行う
- 患者と車椅子の距離が離れないようにする

出典：Access to Medical Care: Adults with Physical Disabilities. Berkeley: World Institute on Disability; 2016. より許可を得て掲載。https://worldinstituteondisabilityblog.files.wordpress.com/2016/01/access-to-medical-care-curriculum-pdf-format.pdf(Accessed April 30, 2019)より入手可能

LGBTQ の成人

LGBTQやセクシャルマイノリティ(性的少数者)の患者は、しばしば、診察の際に、自分を受け入れてもらえるか強い不安を感じている。自分の性行動について話をしたくない、あるいはまだ性的アイデンティティが揺れ動いている場合もある(図 1-8)。偏見や差別を経験すると、自らの性的アイデンティティや健康上の不安について話さなくなるだろう^[31-33]。さらに、妊孕性やトランスジェンダーに関する質問、例えばホルモン療法や性別適合手術について、医療者側に答える準備ができていないことが多いという報告もある。レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダーの健康に関する知識と臨床スキルを高め、患者と話し合い、できるだけ多くのリソースを活用することが重要である(Box 1-5)^[34]。



図 1-8 LGBTQの患者を受け入れる準備を整える(yacobchukより istockphotoの許可を得て掲載)

Box 1-5 レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダーの健康

最近行われたいくつかの調査から、レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダー(LGBT)の人々に関する国別データがはじめて得られた

- 2013年の米国国民健康調査では、はじめて性的指向に関する調査が行われた。3万4,000人以上の成人が対象となり、1.6%がゲイまたはレズビアン、0.7%がバイセクシャル、1.1%が「その他」または「わからない」と回答した。ゲイとレズビアンの回答者の多くは18~64歳で、バイセクシャルの回答者は18~44歳の割合が高かった^[35]
- Gallup Daily Tracking Surveyは、米国におけるLGBT人口の分布に関して、単体としては最大規模の調査を2012年より開始した^[36, 37]。LGBT自己認識に関する質問が追加され、12万件の回答が得られた。LGBTとして認識しているかという質問に「はい」と答えた人は3.4%。LGBTであると答えた人のうち、53%が女性で、6.4%が18~29歳であった。13%近くが、ドメスティック・パートナーシップ(法的に届出を行った同棲関係)を結んでいるか、あるいは同棲関係にあった。LGBTであると答えた人は、アフリカ系米国人4.6%、アジア系4.3%、ヒスパニック系4.9%、非ヒスパニック系白人3.2%と、非白人のほうが多かった
- 米国統計局が行った2013年国勢調査では、同性カップル世帯は72万6,000世帯以上、その34%が同性婚カップルであると報告された^[38]。2011年のLGBTの健康格差に関する報告書のなかで、米国医学研究所は、多様なLGBT集団の健康行動や医療需要の違いを明らかにするために、医療格差のより詳細な評価が必要だとしている^[39]
- LGBTの患者は、うつ病、自殺、不安、薬物使用、性的被害の割合や、HIV感染や性感染症のリスクが高い^[40, 41]
- 過去1年間に医療機関を受診したトランスジェンダーの1/3(33%)が、治療を拒否された、言葉による嫌がらせを受けた、身体的・性的な暴行を受けた、適切な治療を受けるために医療機関に対してトランスジェンダーについて説明しなければならなかったなど、トランスジェンダーであることに関連した負の体験が少なくとも1回あったという報告があり、有色人種や障害者ではその割合が高かった^[42]
- 米国医学研究所は、LGBTの成人が質の高い医療を受けるうえでの障壁として、「LGBTの健康上の需要に精通した医療提供者の不足、および医療現場での差別に対する恐怖」をあげている^[39]

■ ステージ2：情報収集

この段階は、**情報の収集**と**情報の提供**という2つの役割がある^[14]。医療者は、診断し、治療計画を立てるために、患者から症状や経緯および希望する事柄について情報を収集する。一方で患者は、健康上の問題を明らかにし、不安を軽減し、対処するのに有用となる情報を必要としている。この段階は、その後の診察で行われていく共同意思決定 shared decision making にとっても必要不可欠である。

情報収集をはじめ

ラポールを構築したら、患者の医療を求めて来院した理由、すなわち**主訴 chief complaint**を確認する段階に入る。外来では、来院した理由が3~4つあることが多いのだが、「受診理由(presenting problem)」と表現するほうがよいだろう。これは、患者を「訴える人、不平を言う人」と表現しないという利点がある。ま

主訴に関する情報収集については、第3章「病歴」(p.89)を参照。

たこの段階から、質問し、患者の回答を聞き取り、記録していく必要がある。はじめは、問診内容の大半を書き留めないといけないかもしれない(図 1-9)。経験を積み、メモがなくても問診内容の多くを思い出せるようになるが、包括的な病歴の詳細をすべて覚えていることはできない(Box 1-6)。

Box 1-6 メモをとるための「メモ」

- 短いフレーズや特定の日付、単語形式でメモあるいは入力をする。ただし、キーボードやコンピュータの画面、あるいはメモを書くことに気をとられて、患者から注意がそれてしまつては本末転倒である
- 適度にアイコンタクトをとりつつ、患者にとってデリケートなことや、気になっている内容を聞くときは、ペンを置く、あるいはキーボードから手を離す
- メモをとられることに抵抗感をもつ患者には、どのように気になるのかをたずね、正確な診療記録の作成のためにメモをとる必要があることを説明しておくとい
- 電子健康記録を使っている場合でも、まっすぐ患者のほうを向いて適切にアイコンタクトをとり、話を聞きながら、言葉とは別に振る舞いや挙動についても観察する。今回の来院理由の本題に入る前からモニターに目を向けてはいけない
- 必要に応じてモニターや自分の位置を調整し、なるべく患者のほうを向くようにする^[43]



図 1-9 良好なアイコンタクト
(eggeegg より Shutterstock の許可を得て掲載)

診察の目標を設定する

自由回答方式の質問からはじめる。「今日、特に気になることは何ですか?」「どうされましたか?」「どのような心配事があって本日受診されたのでしょうか?」というように質問すると、医療に限らずさまざまな心配事について患者が話しやすくなる。患者が最初に口にした問題が、最も重要な問題とは限らないことに注意する^[44]。しばしば患者は、医療チームのメンバーに伝えた理由とは別の内容を伝えてくることもある。特別な問題を抱えてはおらず、たんに「検診」目的で受診することもありうる。

はじめに患者の懸念事項を1つひとつ確認しておく、どれを最優先し、どれを次回以降の受診に先送りできるかを患者と相談できる。「他に何かありますか?」「これですべてですか?」「何かまだ話せていないことはありませんか?」と質問し、患者の受診理由をよく確かめておくとともに、受診の「本当の理由」を明らかにする。血圧が高いことや、検査値異常など、こちらから別の内容を話したい場合もあるだろう。面接する内容についてあらかじめ決めておけば、最も重要な問題に時間をとれる。とはいえ、はじめに面接内容について相談しておいたとしても、最後になって突然「そういえば」と別の心配がはじまることは避けようがない。

患者の話を引き出す

面接内容に優先順位をつけたら、一番の懸念事項について「○○について教えてください」とたずね、患者に話をするよう促す。自由回答方式の質問で、患者に自分の言葉で話をしてもらおう。新しい情報を与えたり、話を遮ることなく、ありのままの患者の話を聞くようにする。前傾姿勢で話を聞き、うなずいたり、「そ

相づちについては、第2章「面接、コミュニケーション、対人関係スキル」(p.48~49)を参照。

診察の枠組みと流れ

うですね」「それで」「なるほど」などと相づちを打ちながら話の続きを促していく、積極的傾聴の手法を用いる。話の流れを患者のペースに委ねることを習慣づける。性急に具体的な質問を行うと、詳細を患者自身の言葉で聞けずに終わってしまうかもしれない。医療者はわずか18秒で患者の話を中断してしまうという研究結果がある^[44]。そして、いったん話を遮られてしまうと、患者がその話の続きに戻って話しはじめることはまずない。最初に患者の話聞き、その後その話を深く掘り下げていく。「どのような痛みでしたか?」「つぎに何が起こりましたか?」「他に気になったことは?」とたずね、重要な部分の内容について患者の言葉でより詳細な情報を得るようにする。

患者の病気についての考えを知る

患者は、純粹に症状があるというだけで受診することはない。症状について、自分の健康観や判断基準にもとづいた、何かしらの見解があって受診する。医療者も、その人特有の判断基準をもっており、それは患者と同様、家族の価値観、文化的背景、個人的経験などにより形成されたものである。医療者と患者の間には、この判断基準に違いがあるため、誤解や考え違いを防ぐために、患者がもつ病気に対する認識を確かめておく。診察中に、患者の視点を明らかにする手がかりを探すとよい(Box 1-7)。

Box 1-7 患者の病気の捉え方についての手がかり

- 病気の解釈、感情、期待、影響についての患者自身の言葉
- 病名がつく前の段階における、病気についての感情表現
- 症状をどのように理解し、解釈しようとしたか
- 話し方にみられる手がかり(例: 何度も同じ内容を繰り返す、長時間考え込む)
- 個人的な話をする
- 懸念や不満、あるいは満たされていない要望が隠れていることを示唆する、行動上の手がかり(こちらの提案の受け入れを渋る、セカンドオピニオンを求める、予約を早める、など)

出典: Lang F et al. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 222.

患者の視点を探るためには、形式を変えて質問してみるとよい。FIFE(Feeling, Idea, effect on Function, and Expectation: 感情, 考え, 役割への影響, 期待)を覚えておくと役に立つ(Box 1-8)。不安と期待の両方が組み合わさることで、患者の気持ちは医療機関の受診へ大きく傾くことが実証されている。

Box 1-8 患者の考えを知る(FIFE)

- 問題に関する恐れや不安といった患者の感情(Feeling)
- 問題の性質と原因についての患者の考え(Idea)
- 問題が患者の生活や、(生活、社会のなかで担う)役割(Function)に及ぼす影響
- 病気、医療者、医療に対する患者の期待(Expectation)。これは個人または家族の過去の経験にもとづいていることが多い

患者の気持ちを知るために、「痛みについて、最も心配なことは何ですか？」あるいは「あなたは、どのように思いましたか？」とたずねるとよい。

問題の原因についてどう考えるか質問する際には、「何が原因で、これ(腹痛)があると思いますか？」とたずねる。「痛みを和らげるために、どのようなことをしましたか？」と質問すれば、何をしたかによって、患者が何を原因と考えていたかうかがい知ることができる。自分の痛みが重大な病気の症状ではないかと心配する患者もいれば、ただ痛みをとってほしい患者もいる。

病気が患者の生活にどのような影響を与えているかを知るため、特に慢性の経過をたどる場合、「以前はできていたのに、今できなくなっていることは何ですか？ それ(腰痛、息切れなど)はあなたにどのような影響を与えていますか？ 家での生活に影響はありましたか？ 社会的活動には？ 親としてのあなたの役割には？ 親しい人との関係には？ 自分自身を1人の人間としてみたときに印象に変化がありましたか？」とたずねる。

患者が医療者や診療に期待する内容を知るために、「痛みがほとんどなくなってよかったですね、具体的に今お困りのことはありますか？」とたずねる。痛みがなくなっても、患者は雇用主へ提出する休養申請の書類が必要なこともある。

感情のサインを見つけ、対応する

病気は精神的苦痛を伴うことが多く、プライマリケアの現場では、患者の30～40%が不安や抑うつを抱えている^[45]。医療者がこうした感情のサインを見逃してしまうと、診察時間が長くなる傾向がある。救急受診患者のうち最大75%は真の懸念事項を伝えていない可能性がある^[46]とされるが、その場合でも患者は、直接的、間接的、言語的、非言語的な形でサインを出しているか、またはそれにまつわる気持ちや感情といった別の形で伝えてくる^[46]。これらの手がかりや気持ちを、「そのときの気持ちはどうでしたか？」や「多くの人がこのようなことで不満を感じているでしょう」などの質問で確認してみる。有用なテクニックについてはBox 1-9を参照。

感情のサインに対応するための具体的な方策については、第2章「面接、コミュニケーション、対人関係スキル」(p.46～55)を参照。

Box 1-9 NURSE を用いて感情のサインに対応する^[47, 48]

反映 reflection, フィードバック feedback, 相づち continuers といった手法で相手の意に寄り添っていることを伝え、相手が抱く心情に注意深く対応する。対応方法の覚え方として「NURSE」がある

命名(Name)：「それは怖い思いをしましたね」

理解(Understand)を示す、あるいは承認する：「そのように感じるのは理解できます」

敬意(Respect)：「あなたはこの件に関して、普通よりもうまくやっています」

支持(Support)：「一緒にこの問題に取り組んでいきましょう」

質問(Explore)：「他にどのように感じていましたか？」

生物医学的視点から情報を収集する

病歴の形式は、書類あるいは口頭で得た患者の情報を整理する体系的枠組みといえる。この形式では、必要な情報の1つひとつに注目することで臨床推論が進めやすくなり、診察にかかわる他の医療者とのやりとりを標準化できる。

病歴の形式については、第3章「病歴」(p.86~91)を参照。

重要な背景情報と、受診までの経緯について情報収集する

既往歴、家族歴、個人歴・社会歴、そしてシステムレビューにより、患者の病歴を詳細に把握する。医療者は、個人歴・社会歴を確認することで患者を1人の人間として認識し、考え方や背景をより深く理解する機会を得る。患者の生活環境、心の健康状態、医療に対する認識、健康に関する行動、医療サービスの利用状況を確認すれば、治療における協力関係がより盤石なものとなり、健康アウトカムの向上につながる^[49]。

患者の背景情報と受診までの経緯については、第3章「病歴」(p.84~86)を参照。

■ ステージ3：身体診察

身体診察を行うと、同時に患者との関係も深まる(図1-10)。身体所見は疾患の有無を示し、患者の認識や状態をよりよく知る機会となる。たいていの場合、病歴聴取に続いて身体診察を行うため、患者がより深刻な問題や不安について話しやすい場面でもある。患者が不快な思いや恥ずかしさを感じないように配慮し、また手慣れた診察手技をみせることも、診察における患者の満足度を高めるために重要である^[50]。



図1-10 身体診察を行う(jeannelight 01 より Shutterstockの許可を得て掲載)

第4章「身体診察」(p.117~129)、および部位別の診察の各章を参照。

■ ステージ4：説明と計画

ここでは、疾患、病気という観点から患者の主訴を考察していく必要がある。患者に必要な情報を把握し、それに応えていくことが目標となる。同じ認識を共有するためには、わかりやすく覚えやすい説明を行い、一方的でなく、対話を交えた説明を心がけることが重要である。そのなかで、患者は、臨床での意思決定を共有していくプロセスを理解し、どの程度そこに関与するかを決めていき、うまくいけば、決まった方針についてより真剣に取り組んでもらえる。

臨床推論のプロセスについては、第5章「臨床推論、アセスメント、計画」(p.140~148)を参照。アセスメントと計画については、同章のp.151~155を参照。

有用な情報を提供し、患者の認識を確認する

患者は、診察中に説明された医学的情報の40~80%をすぐに忘れ、また記憶した情報の半分近くは不正確なものであるという研究がある^[51]。患者に、治療方針について自分の言葉で説明してもらう「ティーチ・バック teach back」という

第2章「面接、コミュニケーション、対人関係スキル」の「ヘルスリテラシーが低い患者」(p.70~71)を参照。

手法は、患者の理解度の確認に有用である (Box 1-10)^[52, 53]。「ティーチ・バック」は、患者の知識を試すものではないことに留意する。むしろ、患者が理解できるように適切に説明できているかどうかを確認するものである。関連する「ショウ・ミー show-me」は、患者が特定の指示(例：吸入器の使用方法)に従えるかどうかを医療スタッフが確認する手法である。

Box 1-10 ティーチ・バックの手法

- **アプローチを計画する**

どのようにして情報をティーチ・バックしてもらうか考える。例えば、「今日はたくさんのお話をしました。私が正確にお伝えできたか確認させていただきたいので、今日話したことを復習しておきましょう。糖尿病をコントロールするために、あなたがすると決めたことを3つ教えていただけますか？」

- **小分けにして確認する**

ティーチ・バックを診察の最後にまとめてする必要はない。内容を小分けにし、患者に1つずつ説明してもらう。これを診察中に何度か繰り返す

- **説明し直し、もう一度確認する**

ティーチ・バックで認識の誤りが判明した場合は、別の方法でもう一度説明する。患者が自分の言葉で正しく説明できるまで、ティーチ・バックを繰り返す。こちらの説明をそっくりそのままオウム返しをしてくる患者は、理解できていないかもしれない

- **少しずつはじめ、習慣化する**

はじめは、1日の最後の患者にティーチ・バックを試してみるとよい。これに習熟したら、毎回、全員にティーチ・バックを用いるようにする

- **実践する**

少し時間はかかるが、ティーチ・バックを日常的に行うことで、違和感はなくなり、診察時間も長びかせずに済むようになる

- **ショウ・ミーの手法を使う**

新しく処方を追加する、あるいは用量を変更する際、患者が用法、用量を正確に答えたとしても、内服する量を実際にその場でみせるよう求められると、間違える人が多いという研究結果がある

- **ティーチ・バックの際に資料を渡す**

患者が自宅で指示を思い出せるように、重要な情報は書き留めておく。紙をみせながら重要な情報を指し示していくと、患者の理解は深まる。ティーチ・バックの際に患者が資料をみてもかまわないが、患者には、自分の言葉で表現し、資料をそのまま読み上げることがないようにしてもらう

出典：Use the Teach-Back Method: Tool #5. Content last reviewed February 2015. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2-tool5.html> (Accessed March 30, 2019)より入手可能

共同意思決定を通して行動計画を練る

対話形式で病歴聴取を行うと、患者と一緒に患者の問題点を共有することができる。精査・治療方針を練るために、多角的に理解しておくことが必要である。

共同意思決定は、患者中心の医療の完成形といわれている^[54]。専門家は3段階のプロセスを推奨している。すなわち、(1)選択肢を提示し、患者のための意思決定支援ツールがあればそれを用いて選択肢を説明する、(2)患者の希望をたず

ねる、(3)意思決定の際には、患者に意思決定の準備ができているか確認し、必要ならば時間を延長する、ことである^[55]。特に、「正しい」方針が1つに定まらずさまざまな選択肢、オプションがあることはよくあることであり、共同意思決定により、最適な治療、アドヒアランスや患者満足の向上につながっていく。今後の見通しについて患者が同意し理解していることを、繰り返し説明を行って確かめていくこともときには必要となる。

■ ステージ5：診察の終了

問診を終え、その内容をまとめることは難しく感じられるかもしれない。たいていの場合、患者は多くの質問をしてくるが、それらに適切に対応していった結果、患者は満足感と肯定感を得ているだろう。問診、診察がもうすぐ終わることを伝え、最後に何か質問がないかたずねるとよい。

最後の質問をする機会は設けるべきだが、残り時間が少ない状況で新しい内容を扱うべきではない。その場合、命にかかわるようなものでなければ、その内容に関心があることを伝えるにとどめ、その件については別の日に予約をとるようにする。「その膝の痛みは気になりますね。来週予約をとって、お話を聞かせてください」引き続き患者の健康状態をみていく姿勢を改めて示すことは、相手への尊重、関与を表明することに他ならない。

相談して決めた計画を、患者が把握していることを確かめておく。例えば、書類をまとめたり、席を立つ前に、「そろそろ終わりになりますが、私たちが話してきた内容について、何かご質問はありますか?」と質問する。最後に、今後の検査予定、治療方針、再診予定をまとめておくとよい。

時間をとって内省する

臨床での共感力を育むうえで、自分自身を振り返ること、すなわちマインドフルネスが果たす役割は、いくら強調してもしすぎることはない。マインドフルネス **mindfulness** とは、「自分自身の経験、思考、感情について、目的意識をもちつつ偏見なく気を配っている」状態のことである^[56]。さまざまな年齢、性別、社会階級、人種、民族の人々を診察していくなかで、1人ひとりの違いを尊重し、受け入れることを、繰り返し実践していくことになる。自分の価値観、思い込み、偏見を完全になくすことは不可能であり、自らの思考や感情が、聴取する内容や、自身の振る舞いにどう影響するか、内省しなければならない。内省を繰り返していくことが、臨床におけるプロフェッショナルとしての成長につながり、患者とかかわる仕事における自分自身について認識が深まっていく。こうした自己についての認識というものも、患者ケアで最もやりがいを感じる部分の1つである^[57]。