

街角からの 医療ホスピタリティ・マネジメント改革 Part 3

— 医療コミュニケーションスキル向上へのアプローチ —

山屋 真由美

英語コミュニケーション学科教授

キーワード：医療コミュニケーション、メディカルサポートコーチング、
インフォームド・コンセント、リスク・マネジメント

はじめに —

筆者は、この連続論考の Part 1 において、医師のみならず看護師・受付事務も含めた診療所スタッフ全員が、患者を「異文化の人間」と考え、異文化コミュニケーション・スキルを応用した対患者接遇法を体得すべきであると提言した。⁽¹⁾ その時点では、筆者のめざす医療ホスピタリティ・マネジメント研究の全体像を概説することに主眼をおいたため、あえて詳細な議論には立ち入らなかったという経緯がある。

筆者が医療コミュニケーション問題の重要性を再認識したのは、神奈川県保険医協会主催「第11回日常診療経験交流会」記念講演（2005年5月29日（日）15:35～16:30）がきっかけである。演題は、『医療コミュニケーションのヒント・メディカルサポートコーチング法のご紹介』。講師は、医師（精神科、心療内科）にして（財）生涯学習開発財団認定コーチでもある奥田弘美氏だった。岐阜大学医学部非常勤講師を勤める奥田氏は、医学教育の経験もあり、メディカルサポートコーチングの草分け的存在といえよう。今回の医療コミュニケーション法に関する講演は、医療者（医師の他、看護師・理学療法士なども含む）対患者、医療スタッフ間コミュニケーションなど多岐にわたり、医師のみならずコ・メディカルにとっても極めて意義深い内容であった。

今回の論考では、part 1 以降の課題として残っていた「医療コミュニケーションの質的向上」という問題について、「メディカルサポートコーチング」の観点から改めて考えていきたい。

1 メディカルサポートコーチングの現在

最初に、「メディカルサポートコーチング」とはいかなるものなのか、提唱者である奥田氏の見解をまとめてみる。

そもそもコーチングとは、「人は無限の可能性を持っている」「人は必要とする答えはすべて、自分自身のなかに持っている」という基本理念のもと、1960年代のアメリカではじまり、以後体系的進化をとげてきたコミュニケーション指導術である。⁽²⁾ coachの語源は「馬車」であり、そこから転じて「その人が望むところまで、送り届けること」という含みを持つに至った。コーチングとは、「人の目標や希望を達成するために、その人の中に眠っている答えを引き出し、自発的行動を促していくコミュニケーション法」⁽³⁾ だといえよう。

基本的にはスポーツのコーチが使っていた指導法をもとに、カウンセリング手法や心理学、行動科学、成功哲学理論などが組み込まれたものだが、創始者や原著は特定されていない。複数のビジネススペースで広がってきたため、流派ごとにスキルの呼び名や理論に違いがある。日本では、1995年頃より米国のコーチングプログラムを輸入販売する会社が登場しはじめ、現在、ビジネス領域を中心に、教育、サービス業などにも急速にその概念が広がりつつある。

これを医療分野に応用するため、一般のコーチングスキルを医療現場にフィットするようにアレンジし、体系付けし直したものが、メディカルサポートコーチング法である。

メディカルサポートコーチングでは、基礎スキルを「聴く」「質問する」「伝える」という3つのカテゴリーに分類して考えていく。

まずは、相手の警戒心を解き、安心感や信頼感を高めるための「聴くためのスキル」。ゼロポジション、オウム返し、うなずきとあいづち、ページングなどのスキルがこれに相当する。さらに、相手のニーズや考えを引き出していく「質問のスキル」を駆使。オープン型質問をベースとして、未来型・肯定型質問を意識する。また、「言葉の塊をほぐす、まとめる」スキルも非常に有効である。こうして相手との信頼関係が構築され、相手のニーズや思いを知った上で、相手が求めている情報やアドバイスを、「伝えるためのスキル」を生かしてスムーズに伝える。「^{アイ}Iメッセージ」「枕詞」などが、代表的な「伝えるスキル」として挙げられる。

これら基本スキルは、あらゆる医療コミュニケーションのベースとして、さまざまなシーンで活用できる。また、コーチングスキルは、ひとつ学べばすぐに翌日からの会話で実践していくことができるため、簡便であり、即戦力養成に有用である。

奥田氏の提示したメディカルサポートコーチング法の概略は、以上のようなものであった。

医師の高圧的な態度が「ドクター・ハラメント」として世間の批判を浴びることも多くなった昨今、医師が主導権を握る「指示命令型アプローチ」から、患者主体の「質問型アプローチ」への転換は、もはや避けて通れない道だろう。その意味で、奥田氏の提起した〈双方向型コミュニケーション・スタイル〉が、これからの医療現場でますます重視されるようになっていくことは間違いない。事実、この講演後、筆者は奥田氏の著書『メディカル・サポート・コーチングスキル入門』⁽³⁾ を併せ読み、共感とともに啓発されるところが多かった。

奥田氏の「メディカルサポートコーチング」の功績は、これまでは「医師の問診術」といった形で、それぞれの医師個人に帰属する患者接遇の〈わざ〉として漠然と捉えられてきたものを、3つのコアスキル及び各コアスキルに従属する細かなスキル、という明確な形で分析的に整理したところにある。このため、かつては個人技と考えられていた技術が、医療現場の経験に乏しい初心者にも体系的・包括的に学習可能な医療コミュニケーション・スキルとなったことは確かである。この意義は大きい。

だが、奥田氏が事例として取り上っている事例を詳細に検討していくにつれ、プライマリ・ケアの現場にかかわった経験のある筆者としては、首肯しかねる点がいくつか見えてきた。それは、「医療現場向けに体系づけし直した」と謳っているが、実際にはビジネス・コーチングの各種スキルをそのまま無批判に導入したと思われるケースが多く、実際の医療現場で試みれば結構トラブルの原因となりかねない患者とのやりとりが“模範例”として挙げられていたためである。次項では、この問題を具体例に即して、細かくチェックしていくことにする。

2 奥田式メディカルサポートコーチング法の評価と問題点

先述の通り、奥田式メディカルサポートコーチング法の問題点は、主としてビジネスの現場で用いられているようなコーチングの諸技法が、「医療現場」という特殊環境とマッチするかどうか、それぞれ個別にきちんと吟味したうえで、批判的に取捨選択するというプロセスを経ずに導入されているところにある。

「アイスブレイキングのすすめ」という小見出しのついた一節から、その一例を引いてみよう。「会話のスタートは、笑顔、(自己紹介)、ポジティブな承認で、相手の緊張を解く」として、次のような会話例があげられている。⁽⁴⁾

①外来にて (医療者から患者さんへ)

「(スマイルを意識して、相手を柔らかく見つめ) こんにちは、なんだか、今日は特に表情が明るく見えますね。その後、調子はいかがですか？」

②詰め所にて (主任から部下の看護師へ)

「おはよう。あ、新しい髪形ね。きりっとした雰囲気が出て、とても素敵だと思うわ」

筆者のみるところ、②はOKだが、①は明らかにNGだと思う。

患者が病院の外来を訪れるのは、体調がすぐれないからである。世間話をしに来るわけではない。そんな場所で医師から開口一番、「今日は特に表情が明るい」などといわれれば、大多数の人間はムッとするのではないか。気象の激しい患者や、病気の不安や苦痛のせいで気分が不安定になっている患者なら、その場で怒りだしかねない。少なくとも、「冗談じゃない。何のんきなこと言ってるんだろう、この医者。こちらの病気のことなんて真剣に考えてないんじゃないか」程度の不快感は抱くだろう。極端な場合、「こんな無神経な医者のいる病院なんか、二度と来るもん

か」とさえ思うかもしれない。

患者（特に初診時）に対しては、「軽く褒める」などといった余計な前置きは考える必要はない。愛想笑いもいらない。ただ、柔らかい口調で「今日はいかがなさいましたか」とストレートに聞いてあげた方がいい。少なくとも、自分が患者の立場なら、そう思う。

そもそも、医師が相手としているのは、健康な時に比べて、とかく物事をネガティブに捉えがちになっている病人なのである。そのデリケートな心情を逆撫でするようなリスクを、わざわざおかす必要がどこにあるだろうか。不要な贅語は、百害あって一利なし。看護師や受付の人間が好意で口にした何気ない「褒め言葉」にいちいち目くじらをたてては怒鳴り散らす気難しい患者たちの姿を、かつて窓口で毎日のように目撃してきた筆者としては、「甘い！」としか言いようがないのである。

また、贅言をついやすことで生じる診療業務上の時間的ロスも見過ごせない。病院・診療所の一般内科外来は、よほどはやっていないところを除けば、一日に医師一人の診る患者数は平均 80 人はくだらない。この人数を午前 3 時間・午後 3 時間の診療時間内に診察するとして単純計算すれば、患者一人当たりの診察時間は平均 4.5 分。風邪の流行期などには一日 100 人を越えることも珍しくないため、この患者一人当たり診療平均時間はさらに短くなる。こんな状況下で、〈丁寧〉と〈スピード〉のバランスをとって両立させ、なるべく患者を待たせないようフル回転しているのが、おおかたの医療現場の実情なのである。コーチングのように一対一のコミュニケーションが基本の考え方を、プライマリ・ケア医療のなかに持ち込むにあたっては、こうした多忙をきわめる現場の実態を踏まえた上で、適切にアレンジしていく必要があるのではないか。

そもそも、①と②のケースでは、根本的なシチュエーションの質が違う。②のような事例では、相手が同僚であるにせよ、上司と部下の関係であるにせよ、「同じ職場」という同質性の空間に所属している。いうなれば、その場における基本的な価値体系を共有している「仲間」同士なのである。こういったケースでは、「内向きのコミュニケーション」でかまわない。

ところが、①の場合は、それとはまったく異なる状況にある。初対面の医師 vs. 患者という関係は、スタート時点では「医学的情報を提供する側」と「その情報を受け取る側」という、対照的な立場にある。①の事例では、そうした「外向きのコミュニケーション」に対する配慮が完全に欠落している。これでは、場がなごむどころか緊張感が走るだけ。なんともいえない白けた感じが漂うことになってしまうだろう。

気配りのある患者なら、自分のあとに待っている他の多数の患者のことも気になるのではないか。完全予約制の精神科や心療内科ならともかく、「時間管理」という面ではかえって有害なアドバイスとさえいえるかもしれない。

現在、日本では、患者側の医療ニーズは増大の一途をたどっている。インフォームド・コンセントの普及など患者の権利意識の向上により、医師が患者への説明に時間を取られるようになっている。北海道大学産科教授の水上尚典氏によれば「1人の妊婦を診察するのに昔は5分で十分だったが、検査もエコーも説明も、となると30分はかかるようになった」という。⁽⁵⁾ また、医

師の側も医療訴訟を防ぐため、トラブルの原因となりやすい不必要な言動をできるだけ避ける方向に動いている。こうした昨今の日本の医療に起こっている構造的変化を考慮に入れないでは済まされまいだろう。

奥田氏のいう「アイスブレイキング」は、コミュニケーション理論の「ストローク」という考え方に基づいている。だが、①のケースでは、奥田氏の考える“軽い褒め言葉”なるものが、その意図に反して「プラスのストローク」とはなっていない。適用すべきシチュエーションを明らかに誤っているからである。その場の雰囲気や和らげようとして、不適切なことを口走ったために、却って気まずくなる、という、日常生活のなかでもよくあるパターンのコミュニケーション・ミスをおかしているのだ。

ここで、「ストローク」という概念について、カウンセリングの専門家である浮世真理子氏の解説^⑥を援用しつつ、少し整理しておきたい。

stroke にはもともと「撫でること」という意味があるが、コミュニケーション理論では「人のやり取り、交流」を意味する。人間が集団で生活する動物であるがゆえに必要な、コミュニケーションのベースともいえる考え方である。

たとえば、AがBに「こんにちは」と笑顔で挨拶をしたとすれば、Aは言葉と笑顔のストロークをBに投げ、Bはそのストロークを受け取ったことになる。それに対してBが笑って頷けば、Bは笑顔と頷くしぐさのストロークをAに投げ返したことになる、Aはそれを受け取ったことになる。このように、人間相互のストロークは「投げる」ストロークと「受ける」ストロークから成り立っているのである。

ストロークにはさまざまな種類がある。言葉以外にも表情、しぐさ、声、態度などは、すべてストロークを形成する要素である。そのなかに、プラスのストロークとマイナスのストロークがある。プラスのストロークとは、受け取った相手が心地よく感じるもの、自分が肯定されているという感情を得られるものである。反対に、マイナスのストロークとは、受け取った相手を不愉快な気持ちにさせるものである。

英語には“give someone a stroke”という表現がある。この成句は「(言葉で)軽く撫でる」ところから、「相手を認めて褒めること」という意味を持つに至っている。

ところが、strokeを動詞として使った“stroke one's hair the wrong way (相手の感情を逆撫でする)”といった成句表現が示すとおり、「ストローク」はしっかりとした計算にのっとって使わないと、とんでもない逆効果を生むことにもなりかねない。“Different strokes for different forks (人は好き好き)”。言葉の「ストローク」は、くれぐれも心して用いたいものである。

ここまで見てきたように、奥田氏の提案するメディカルサポートコーチング・スキルの根幹である3つのコアスキルに関しては問題ないものの、細かいスキルのレベルになると、さまざまな欠陥も見えてくる。そこで、奥田氏の提示するスキルを個別に取り上げ、プライマリ・ケア医療現場の経験に即して、主に〈ホスピタリティ・マネジメント〉という観点から批判的に吟味して

いくことにする。

①「聴くためのスキル」に関して

- ・「ペーシング」(相手のペースやレベルに合わせた話し方をするスキル)

患者に安心感を与え、親密感を持ってもらえるという意味では大切な技術である。ただし、あまり患者のペースに合わせすぎると、話を中断しにくくなり、時間的ロスが大きくなってしまう。あくまでも、全体の診療スケジュールを睨みながら調整をはかることを忘れないようにしたい。

- ・〈うなずき〉と〈あいづち〉

従来「あたりまえのこと」と考えられていた行為をあえて意識化、自覚的におこなうことで、コミュニケーション力を増強する積極的・戦略的技法へと転化したところに意義がある。さほど時間も習練も必要ないので、積極的に取り入れたいスキルである。

- ・「ゼロポジション」(相手に対する先入観をできるだけ排除し、白紙の状態で会話に臨むこと。相手が話している間は自分の思考を極力抑え、途中で評価したり自己解釈せずに最後まで話を聴く。沈黙が訪れても、自分からはできるだけ話し出さずに相手が口を開くのを待つ)

これを現実のプライマリ・ケア外来ですべての患者にやれ、というのだろうか。信じられない話である。奥田氏は先述の著書のなかで、「この聴き方をわずか2～3分行うことはほとんどのシチュエーションで、可能ではないでしょうか?」と述べているが、きちんとした検査結果の説明をするだけでも最低10分はかかる現在の一般病院や診療所の診察実態をご存じないのだろうか。筆者には、現場の実態を無視した、非現実的な理想論だと思えない。

1人ひとりの話をじっくり聴くことを前提とした完全予約制クリニックなら別だが、こんな悠長なことをしていたら、絶対に他の患者にしわ寄せがいく。1人のために他を犠牲にする、などということは、プライマリ・ケア現場では絶対にしてはならないタブーである。10人の患者のうち1人からたとえ95点以上の評価をもらえたとしても、他の9人が60点以下をつけるような医療機関は、経営的にもアウトである。10人の患者全員が60～80%の満足度を得られるような効率的医療コミュニケーション・スタイルが、ホスピタリティ・マネジメントの上からも望ましい。

そもそも医師と患者とでは、出発点における医学的知識の量に圧倒的な差がある。その意味では、決してイーヴンな関係ではない。そうした非対称な関係に「人は必要とする答えはすべて自分のなかに持っている」というコーチングの基本理念を留保なしに持ち込むことは、果して妥当なのだろうか。少なくとも最初の時点では、患者は自分にとって最適なソリューションを導くための医療情報に乏しい。そうした状況で、〈ゼロポジション〉などと奇麗事をいっていても無意味であるばかりか、結果的には患者の利益を損なう可能性すらある、と筆者は考える。

- ・オウム返し(相手の語尾をそのまま繰り返すことで、「あなたの話をちゃんと受けとめています」というメッセージを送るスキル)

このスキルも、気をつけて行わないと、思わぬ時間のロスを生む危険性がある。「頭が割れるように痛むのです」という患者に対して「頭が割れるように痛むのですね」といった形で外からは見えない症状の詳細を確認したりする場合なら確かに有意義だが、それ以外はあまりかかずあうと会話が冗長になる。患者によっては、「くだらないことを繰り返し聞き返したりして、この医者、頭が悪いんじゃないか」とシビアな判断を下し、却って不信感をつのらせる場合もあるので、ほどほどにすべきである。

②「質問のスキル」に関して

- ・オープン型質問の有効利用（オープン型質問とは、「はい」「いいえ」だけでは答えが完了しない質問形式。これに対し、基本的には「はい」「いいえ」だけで答えが完結する質問は、クローズ型質問である）

以下に、奥田氏の言うクローズ型質問からオープン型質問への変換例⁽⁷⁾を一覧表にしてみた。

クローズ型質問	⇒	オープン型質問
①その後、変わりありませんか？	⇒	その後、いかがですか？
②気分はいいですか？	⇒	気分はどんな感じですか？
③熱はありますか？	⇒	熱の具合はいかがですか？
④痛みは感じますか？	⇒	痛みの具合はどんな感じですか？
⑤夜眠れましたか？	⇒	睡眠の状態はいかがでしょう？

筆者の感覚では、①と②はOKだが、③～⑤は患者にとっては逆に答えにくくなっているような気がする。これでは、少なからぬ患者がどう答えていいのか、戸惑ってしまうのではないだろうか。

奥田氏の言うとおり、オープン型質問をされた人間は、自分の言葉で自分の状態を説明せざるを得なくなる。ビジネスの現場でなら確かに、そのことによってさまざまなアイデアが喚起され、議論も活発化するかもしれない。

だが、不特定多数の患者を診療しなければならないプライマリ・ケア医療の現場では、事情が違う。まず「患者の病状に関する情報をなるべく多くしかも短時間に収集する」ことに、プライオリティを置くべきである。クローズ型質問が続いたため患者が圧迫感を受け、こちらの欲しい情報が出てこないと察知できた場合のみオープン型質問に切り換える、という程度に抑えておかないと、却って診療がスムーズに流れない恐れが多分にある。心しておきたい。

- ・未来型、肯定型質問の活用（未来型質問とは、未来に焦点を当てた質問形式。過去に焦点を当てた過去型の質問に比べて、アイデアややる気を引き出せる、というメリットがある。また、否定的語句を含まない肯定型質問は、相手に「責められている」という窮屈な圧迫感を与えない）

この提言は、特に患者に対して詰問口調になりやすく威圧感を与えがちな医師にとっては有益である。時間的ロスもなく建設的で、メリットは大きい。意識的に取り入れたいものである。

以下に、筆者の考える具体的な変換例をあげておく。

過去型、否定型の質問	⇒	未来型、肯定型の質問
「なぜ、薬をきちんとのみ続けられないんですか？」	⇒	「どうしたら、忘れずに薬がのめるようになると思いますか？」
「禁煙しないと、大変なことになるのわかりませんか？」	⇒	「禁煙は難しいかもしれませんが、何とかやれそうな方法を考えてみませんか？」

こういった、過去形や否定形をなるべく避ける質問形式は、とりわけ高齢の生活習慣病患者を多く抱える病院・診療所では、相手のプライドを傷つけることなく問題行動の改善につなげていく、有効な説得術の一つとなることが期待される。〈塊をほぐす（たとえば「調子が悪い」といった漠然とした言葉の塊を「オープン型質問」を駆使して解きほぐし、具体化していく）〉スキルとともに、活用したいものである。

③「伝える」スキル

- ・ ^{アイ}Iメッセージの多用（^{アイ}Iメッセージとは、「私」が主語になる言い方。「これは、私の医師としての意見なのですが、胃炎が結構ひどいので、何もしないよりは、軽い薬を飲んだ方が良いでしょう」といった表現を、奥田氏は“模範例”として挙げている）

これは、医師の発言の客観性を疑わせる、危険なアドバイスである。かえって患者の不信感を買うことにもなりかねない。以下に詳述するが、次項の〈枕詞〉とともに、むしろ医師が患者に対して決して言うてはならない禁じ手に属することだろう。

- ・ 枕詞（「あくまでも私の意見ですが、言ってもいいですか？」、「ちょっと言いにくいことですが、お話してもいいでしょうか」といった前置き。あらかじめ相手の許可をとる表現）で承認をとる。

これも、医師が自信なさそうな印象を与える場合もあり、逆効果となる危険性をはらんでいる。何が何でも「患者様」のご機嫌をとって甘やかせばいいというものではない。特に、服薬が治療の鍵となる内科では、医師の指示を聞かずにいかがわしい民間療法や健康食品にたよる患者に限って、症状が悪化すると「医師が強く服薬を勧めてくれなかったのが悪い」とクレームをつけるケースが跡を絶たない。悪質な場合は医療訴訟を起こしたりするので、警戒が必要である。一般企業の顧客相手の場合と病気の患者相手では、そもそも条件がまったく違う。リスク・マネジメントの面からも、絶対に勧められない提言である。

特に、患者に対する服薬指導の際など「これはあくまでも私の医者としての意見なのです

が」などという主観的表現は絶対に避けるべきである。「あ、このアドバイスはあくまでもこの医者個人の意見にすぎないのだから、別に従わなくても大したことはないだろう」などと軽く受け取られ、疾患の重症化につながったりしては、患者にとっても不幸なことではないだろうか。

もとより、医師としての立場からの説明には、それ相応の責任がともなう。疾患の重篤度や治療方針に関する情報や指示は、できるだけ客観的に、そして正確に伝える。それこそが、まずまっ先に優先されてしかるべき、医師としての義務ではないか。

以上、「伝えるスキル」に関して気になった点を洗い出してみたが、あとは〈確認〉・〈要約〉・〈一時停止〉・〈要望〉など、かなり使える技術がそろっている。患者との対話のなかで折あるごとに積極的に取り入れ、自然なかたちで使いこなせるようになりたいものである。

3 インフォームド・コンセントとリスク・マネジメント

前項で指摘した通り、奥田氏の諸提言において完全に欠落しているのは、リスク・マネジメントの意識である。現在、患者の権利意識は以前とは比べものにならないほど強まっており、少しでも医師の説明に不十分な点があれば訴えられる可能性が多分にある。しかもそうしたケースでは、医師や病院側が多額の賠償責任を負う確率は極めて高い。

ガン告知にまつわるそうした事例を、「医者と言いつつ 患者と言いつつ」という雑誌記事から紹介しよう。この記事は、聖マリアンナ医科大学教授の医師・高橋剛氏と患者代表・小森敦己氏の対談形式で「読者からの質問」に答えるもので、当該箇所では「電子カルテ導入」にまつわる問題が議論されている。医師と患者の立場の落差や患者の個人差によるリスクの大きさなど、医療コミュニケーションのはらむ本質的な問題がこれほど集約的に浮かび上がっている典型的な例もめずらしいと思われるので、少し長いですが、手を加えずにそのまま引用する。⁽⁸⁾ (傍線、引用者)

小森 患者も画面を覗けるということは、隠したい病名なんか書いてある場合、困るでしょう？ ガンだということが、画面を覗き見たらわかつちゃった・・・なんてショックですよ。そういう場合、ウソを書いておいて、あとで修正とかできるんですか？

高橋 それだとカルテ改ざんになるから難しいですね。電子カルテの場合、次の患者さんのに切り替わったら、もう書き直すことはできないんです。後で書き加えることはできますが、その場合、加筆した情報であることが記録に残るようになっています。

今はガンは告知するほうが一般的ですからね、一番最初に問診表を記入する時、もしガンの場合、告知を希望するかどうかを聞く欄があるんですよ。

小森 告知を希望するかしないか、二者択一、オールオアナッシングなんですか？ 末期ガンの場合、告知しないとか、そういう融通性がほしい。実際にその状況を前にしてみなければ、わからないじゃないですか。

高橋 初診時にガン告知をするということは、まずないので、診察していく過程で患者の状態を見ながら、医者が考えるというのが一般的だと思います。

でもこれもなかなか難しい場合があるんです。以前ある医者がその場でガン告知をしないほうがいだろうと判断して、告知をしなかったんです。そうしたら、患者は海外旅行に出かけてしまって、帰ってきてしばらくして亡くなったんです。告知していたら旅行など行かずに療養したのにと訴えられて病院側が負けました。

小森 重大な病状だと言わなかったんですかね？

高橋 ある程度、言っていたでしょうが、はっきりとは告げていない。カルテにはガンという診断名が書いてあったことが落ち度の決め手になりました。

小森 告知されていたら、旅行は楽しめなかったでしょうから、人生最後の時間を楽しめて、かえって幸せだったんじゃないかと、僕は思いますけどね。

高橋 そういうふうに見てしまった人生観をもっている人は少なくなりました。

あくまでも医師の善意から出たガン告知の延期が、感謝されるどころか裁判に訴えられ、しかもほとんどの場合は医師や病院側の敗訴に終わる時代が到来している。中途半端な温情主義は、身を誤るもと。悲しいことだが、現実には現実として冷静に受けとめなければならない。

高田利廣『事例別 医事法Q&A』によれば、患者には、自己の生命・身体について自己決定権があり、医師が手術など侵襲を伴う医療行為を行う場合には、患者の承諾を得なければならない。そして、患者の承諾が有効であるためには、さらに患者が自らの判断で諾否を決定できるように医師は必要な事柄を十分に説明しなければならない。これが、インフォームド・コンセント(十分な説明を受けた上での患者の同意)といわれているものである。⁽⁹⁾

この解説集では、インフォームド・コンセントがらみの医療訴訟に関しては、次のような最高裁判決が紹介されている。⁽¹⁰⁾

胆のう癌の疑いがあると診断した医師が、患者またはその夫に対してその旨の説明をしなかったことは診療契約上の債務不履行にあたるとして、患者の遺族等が損害賠償請求した事案(最高裁判所平成7年4月25日判決、判例タイムズ877号171頁)。この時は、医師の責任を認める判決とはならなかったが、その後の類似訴訟ではほとんどの場合、医療側の敗訴に終わっている。また、癌告知の本人不相当の時は、家族に説明すべきである(最高裁判所平成12年9月24日判決、判例タイムズ1106号87頁)という判例も出ており、医師の告知義務をめぐる司法判断は、圧倒的に患者有利となっている。

こうした昨今の医療訴訟の潮流も念頭におきながら、節度ある医療コミュニケーション法の確立をめざし、多角的な議論を深めていくことが、今後の課題であろう。

4 よりよい医療コミュニケーション法の確立と共有をめざして

メディカルサポートコーチングの可能性は大きいですが、今後は領域を超えた情報交換を活発に行って事例の集積を重ね、さらなる技法の洗練を旨とすることが必要である。

たとえば、筆者の所属する国際ビジネスコミュニケーション学会関東支部が2004年9月25日

に開催した研究会では、東京都済生会中央病院（当時）の天沼真佐子氏が、「病院におけるコミュニケーションについて」というテーマで研究発表を行っている。氏は、病院内の種々のコミュニケーションのうち、治療に直接従事する医師と患者の間のコミュニケーションをとりあげた。その概要は、「医師の説明にはどうしてもわかりにくい部分が残る。医師と患者の相性、患者の理解ブロック。日本語間であっても、意思疎通はたいへん困難である。また、昨今日本語の不自由な患者も増えている。医師たちは医療のスペシャリストではあるが、言葉の専門家ではない。日々の診療で意思疎通にどのような問題があるのか。現実とその対応を探ってみる」というものであった。⁽¹¹⁾

こうした事例をできるだけ多く集積し、広範なかたちで医療関係者がそれらをデータとして共有できるような環境づくりが急がれる。そのためには、よりよい医療コミュニケーション法の開発と普及をめざして、医療関係者とコミュニケーションの専門家による協同セッションを継続的におこなうなど、地道な努力が求められる。

さらに、現在最もホットな研究領域とされる異文化コミュニケーション研究の成果も、随時取り入れていくべきではないか。

ハーバード・ビジネス・スクールのフィッシャやユリーが提唱するビジネス交渉術は、異文化コミュニケーションの考え方に沿っている。相手と利害の対立で駆け引きするのではなく、本当に必要としているものが何であるかを掘り下げて把握することにより、双方にとって利益となる「落としどころ」がどの辺にあるかを探ることができる。それが交渉の出発点であるというもの⁽¹²⁾だ。この方法だと、相手が得をした分だけ自分が損をするゼロサム・ゲームではなく、相手も得をし、自分も得をするウィン・ウィン（Win Win）の関係が構築できる。こうしたウィン・ウインの関係を医師と患者の間にも結ぶことができるようになれば、双方にとって得られるものは大きいだろう。

異文化コミュニケーション研究は、コミュニケーション学のみならず文化人類学、社会学、言語学、心理学、比較文化・比較文学、歴史学、政治学、経済学、経営学といった学問領域までも含む学際的な研究分野である。従来の縦割りの学問の壁を超えて、コミュニケーションという現象をとらえようとしているのである。このような学際的アプローチは、相互啓発の相乗作用により、新しい視点からの創造的な研究を可能にする。⁽¹³⁾ こういった手法は、医療コミュニケーション研究の分野にも十分応用でき、その潜在的ポテンシャルは極めて大きいと予想される。異文化コミュニケーション研究成果の適切な援用は、医療コミュニケーション研究の発展にも大いに寄与することだろう。

（注）

- (1) 山屋 真由美「街角からの医療ホスピタリティ・マネジメント改革 Part 1」（「実践女子短期大学紀要」第25号）2004年3月、p.39～40
- (2) ここでいうコーチングとは、正確にいうと Co-Active Coaching（協働的コーチング）を意味

する。「協働的」という意味の造語 Co-Active は、コーチとクライアントの双方が積極的に関与し、協力し合いながら関係を築いていく新しいアプローチの根本的特徴を表している。Co-Active Coaching の詳細に関しては、R.ウィットワース+H.キムジーハウス+F.サンダース『コーチング・バイブル』（東洋経済新報社）2002年を参照のこと。

- (3) 2005年5月29日の講演時に奥田氏より配付されたレジュメ「メディカルサポートコーチング基礎編～医療コミュニケーションのためのヒント～」、p.1
- (4) 奥田 弘美『メディカル・サポート・コーチング入門』（日本医療情報センター）2003年、p.40
- (5) 「日経メディカル」2005年9月号、「特集『医師不足』の真相」、p.45
- (6) 浮世 満理子『コミュニケーションが上手になる技術』（あさ出版）2002年、p.78～87による。
- (7) 奥田 弘美、前掲書、p.58～59
- (8) 「Will」（ワック株式会社）2005年11月号、「医者と言分 患者と言分 ⑩読者からの質問」、p.218～220
- (9) 高田 利廣『事例別 医事法Q&A 第3版』（日本医事新報社）、2004年、p.102
- (10) 前掲書、p.105
- (11) 「国際ビジネスコミュニケーション学会関東支部会報」No.66（2004年9月）、p.3
- (12) Fisher & Ury. W: *Getting to Yes*, New York :Penguin, 1981
- (13) 八代 京子・町 恵理子・小池 浩子・磯貝 友子『異文化トレーニング —— ボーダレス社会を生きる』（三修社）1998年、p.30