

St. Luke's International University Repository

患者の意思決定を支援する医療②エビデンスとナラティブに基づいた医療

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-09-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中山, 和弘 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/12348

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



エビデンスとナラティブに基づいた医療

人が意思決定のために用いる情報にはエビデンスと主観的な情報があります。その2つは相反するものでしょうか。また、ヘルスリテラシーが低いと思われる患者とのコミュニケーションは、どのようにすればよいでしょうか。

（意思決定に必要なナラティブとコミュニケーション）

人が意思決定のために用いる情報として、エビデンスなどの客観的な情報と、好みや価値観といった主観的な情報があります。エビデンスベーストメディスン（EBM）は、あくまで患者中心の医療を志向していて、エビデンス情報だけで決めるのではなく、患者の好みや価値観といった情報が不可欠です。それらを明確にするため、患者のナラティブ、すなわち「語り」や「物語」が重視されています。

私の経験ですが、亡き父ががんになったとき、主治医が選択肢として紹介した抗がん剤治療で迷ったことがあります。エビデンスはある程度あったのですが、家族はつらい思いをするだけだという意見でした。そこで湧き出た思いは、「こんなとき、みなさんはどうしているのか」でした。インターネットで検索してみたところ、同じ状況の患者や家族が、その治療をめぐる様々な経験について語っていました。そのとき、不思議なことに胸のつかえが下りました。1人ひとりの経験が語られたナラティブの持つ力を感じた時でした。

私たちにとって意思決定が難しい理由として、次の7つがあると考えられます¹⁾。

- ① 選択肢についての知識・情報が不足している
- ② ある選択肢に過大・過小な期待をかけている
- ③ 自分の価値観がはっきりしない
- ④ 周囲の人の価値観や意見がよくわからない
- ⑤ ある1つの選択肢に対する周囲のプレッシャーがある
- ⑥ 自分の選択を聞いてくれたり、認めてくれたりする人がいない
- ⑦ これらの障害を乗り越えるスキルや支援がない

やはり、人には語り、コミュニケーション（=情報共有）が必要なことがわかります。私たちはよりよい意思決定を支援しあうからこそ、他者や社会への信頼を形成していると思います。

（意思決定を支える6つのコミュニケーション方法）

ヘルスリテラシーが低い患者とのコミュニケーションはどのようにすればよいでしょう。米国医師会のマニュアルでは、次の6つをあげています²⁾。

1) ゆっくりと時間をかけること

米国のプライマリケア医で、医療ミスで訴えられたことのある医師は患者との会話時間が平均15分で、訴えられたことのない医師は18分だったそうです。さらに、別の研究によると、患者に自由に話してもらったときにかかる時間は、平均で1分半程度だったそうです。3分間の差の持つ意味が想像できます。

2) わかりやすい言葉、専門用語以外を使う

お茶の間や家族の間で話されるような言葉を使うということです。例えば、「良性」→「がんではない」、「肥大」→「大きくなっている」、「経口」→「口から」などです。日本でも、同じような提案は、国立国語研究所「病院の言葉」委員会が行っています。

3) 絵を見せたり描いたりする

「百聞は一見にしかず」の言葉通りで、文字や言葉よりも視覚的なイメージは、わかりやすいだけでなく記憶に残りやすいことがわかっています。人の顔を覚えていても、名前がわからないことがあるのが、その例です。

4) 1回の情報量を制限して、繰り返す

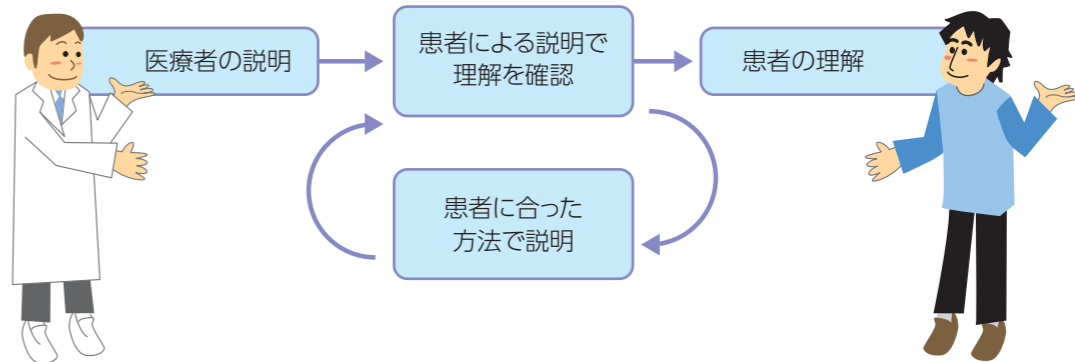
一番重要なくつかの情報に絞って繰り返してコミュニケーションを取ることです。そのほうが

記憶に残りやすく、患者もそれに基づいて行動できます。また、情報は繰り返すと記憶に残りやすいものです。医師、看護師、薬剤師、栄養士など、複数の職種で行うのがよいとされています。資料やプリントを使えば、情報を繰り返して提供することになります。

5) 「ティーチバック (teach back)」を使う

患者が理解できたかを確認する方法として、「ティーチバック」というテクニックを使います。患者に話したことを、患者に説明してもらって、うまくできなければもう一度、別の方法で説明するというものです。

よく使われる「わかりましたか」という質問はしてはいけないそうです。わかっていない場合でも「はい」と答える場合があることがわかっています。例えば、「帰ったら、奥さん（ご主人）に、病院で何と言われたと話しますか」と質問します。研究による効果が認められていて、患者が理解できるようになるだけでなく、患者により結果（糖尿病患者が血糖値をうまくコントロールできるなど）をもたらします。



ティーチバック（『健康を決める力』<http://www.healthliteracy.jp/>より）

中山 和弘

聖路加国際大学教授(旧聖路加看護大学) 保健医療社会学、看護情報学
日本学術振興会特別研究員、愛知県立看護大学助教授を経て現職。
東京大学大学院医学系研究科非常勤講師ほか。主な著書「患者中心の意思決定支援」「市民のための健康情報学入門」「看護情報学」など。メールアドレス▶nakayama@slcn.ac.jp

6) 質問しても恥ずかしくない環境をつくる

わからないことについて気軽に質問できる雰囲気が必要です。そうでないと、多くの患者が、「ばか」だと思われまいと、医師などに迷惑をかけないようにと、わかったふりをします。例えば、「医学的なことは難しくてもわからないことが多いので、わからないことがあれば何でも気軽に聞いてください」と話すことです。

米国では、患者が何を質問すればいいかわかるように、重要な3つの質問に絞り込んだ「Ask Me 3」というキャンペーンがあります。これをポスターやパンフレットで紹介するのは、日本でも試してみるのはいかがでしょうか。

Ask Me 3

- (1) 私の一番の問題はなんですか？
- (2) 私は何をする必要がありますか？
- (3) これをすることが私にとってなぜ重要なのですか？

1) 中山和弘、他編：患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア。中央法規出版、2011。

2) Barry D. Weiss: Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. AMA, 2007. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>