

第6回日本赤十字看護学会学術集会 テーマセッションⅢ

看護とカウンセリング  
－緩和医療におけるカウンセリング－

Nursing Care and Counseling  
－ Through the Counseling in Palliative Care －

司 会 坂本 洋子 SAKAMOTO Yoko (日本赤十字九州国際看護大学)  
話題提供者 小池真規子 KOIKE Makiko (目白大学人間社会学部)  
事例提供者 松尾真由美 MATSUO Mayumi (江頭会さくら病院)



坂本 洋子  
SAKAMOTO Yoko



小池真規子  
KOIKE Makiko



松尾真由美  
MATSUO Mayumi

昨今、カウンセリングに対するニーズは、二極分化している。人生の一般的な幅広い問題に対応できるジェネラルなカウンセリングの要請がある一方で、特殊な専門的知識の理解、特殊な状況や問題を抱えている人の心理の理解なくしては対応できないスペシフィック・カウンセリングが求められている。医療の現場でもそうである。高齢者や在宅医療でのカウンセリング、医療技術の高度化に伴う生殖医療や臓器移植など困難な意思決定や精神的葛藤への対応、血液透析受療者、エイズ患者、ガン、糖尿病、心疾患の長期闘病者などに対する医療専門家、特に看護者の行う看護カウンセリングが求められている。

看護カウンセリングは、看護の目的をよりスムーズに達成するために営まれるが、単なるコミュニケーション・スキルではない。患者と援助者

坂本洋子

の間に生ずる深い信頼感に裏打ちされた治療の人間関係のプロセスであり、相互のパーソナリティのふれあいが存在する。

今回は特に緩和医療におけるカウンセリングをテーマとして取り上げた。緩和ケアは、治療を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的でホリスティックなケアであり、その最終目的は、患者とその家族にとって出来る限り良好なQOLを実現させることである。身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな問題が顕著に現れる緩和医療の場で、患者を家族をも含めてホリスティックにケアするためには、チーム医療が必要になってくる。さまざまな職種の人たちが、それぞれの立場から患者や家族にアプローチをし、それらが統合されることによってはじめて全人的医療が提供される。

このセッションにおいては、ある緩和ケア病棟における1事例を通して、看護カウンセリングの在り方、それに引き続く遺族のグリーフワークに

対して看護カウンセリングはどのように機能するのかを考える場にした。

## 緩和医療におけるカウンセリング

小池眞規子

カウンセリングとは、言語的および非言語的コミュニケーションを通して相手の行動の変容を試みる人間関係である。コミュニケーションはラテン語の語源であるcommunicare「2つ以上のものが平等に参加する」ということに由来していることに意味が見出される。

まず第1に、臨床におけるカウンセリング技法においては、以下の6つの要素を大切にすることがある。

①場の設定（いつ、どこで、誰と）と親和的態度でのかわり方

②聞く技術

質問の仕方、非言語的コミュニケーションの重視、積極的傾聴があり、積極的傾聴は、非審判的・許容的雰囲気と共感・支持的態度で行われ、そして目的は患者の感情、話していることの意味、問題の明確化である。

③患者・家族の状況の把握

緩和医療で重要なことは、患者・および家族がそれぞれ病状をどのように考え、認識しているのか理解の程度を把握することである。現実の病状と認識のずれに気づくことである。

④情報の提供

本当に必要な情報を選んで小出しにし、わかりやすい言葉で提供する。その際に患者・家族の理解度を確認し、患者・家族の反応に誠実に対応する。

⑤患者・家族の気持ちの理解

感情に気づき、反応の原因について考える。全く予期しなかった知らせを受けての反応などは、感情と要因を関連づけて対応する必要がある。

⑥情報の要約と今後の方針についての話し合い  
患者・家族が何を期待しているのかを理解

し提案をする。患者・家族の反応を評価し、今後のプランを一緒に決め、そして要約すること。

次に、効果的な傾聴法についてだが、2つの大切な目的が含まれる。

①動機づけ

この人となら対話を続けてみたいという気持ちを抱くのが目標である。

視線をしっかりと合わせ、聞き取りやすい声の大きさや速度に留意し、常に患者の話の半歩後からついていき決して先導しない。「開いた質問」を用い、最小限の励まし（うなづき、あいづち）を心掛ける。

②自己明確化

- ・言いかえ：患者が用いた単語や文章をそのまま反復する。
- ・反射・反映：患者の気持ちに込められている気持ちを汲み取り、相手に返す。
- ・要約：患者の発言の内容や感情の重要な部分を、患者の言葉を用いて要約して伝え返したり、カウンセリングの間に起きていたことをまとめる。

そして、多くの患者が抱えている苦痛には、①治療の選択の問題、②喪失体験と孤独感、③病状の変化と死の恐怖、④人生の意味、自己の存在の意味など、⑤病気の長期化による苦悩があり、カウンセリングはそれらに対応していかななくてはならない。

また、患者の家族も同様に、①患者の介護と生活上の問題、②予期的悲嘆への対処、③家族構成と家族関係の問題、④子どもたちにどのように伝えるかの問題といった苦痛を抱えており、適切なカウンセリングを必要としている。

よりよい援助のためには、よりよいコミュニケーションを目指し、状況に応じた柔軟な対応、患

者・家族の個別性の尊重、当事者も医療者も自分自身とのコミュニケーションをよくし、そして患

者・家族を中心に据えたチームアプローチが何より求められる。(図1)

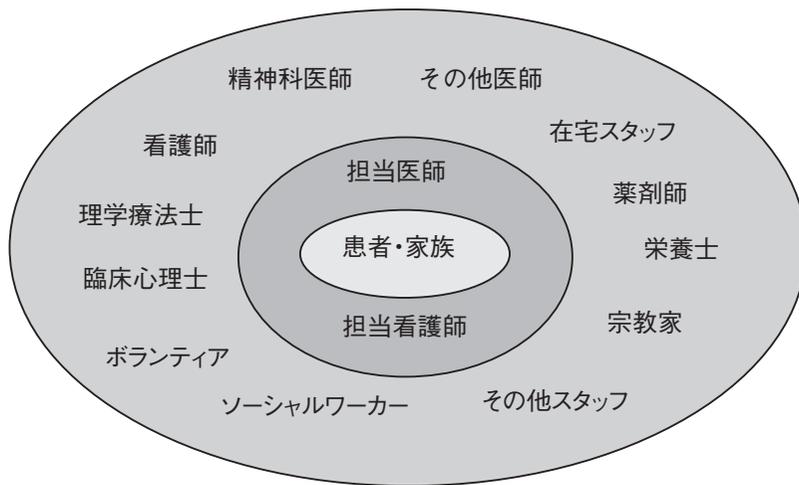


図1. チーム・アプローチ

### 「死の受容過程を通してチーム医療を考える」 —心理社会的痛みとそのケアに焦点をあてた1症例—

松尾真由美

全人的な苦痛の緩和を図る1つの理由は、それぞれの苦痛が互いに作用し合い身体的な苦痛として訴えに変わるからである。家族もまた、役割機能に変化を来たした場合に対象者以上に支えを必要としている時がある。この事例において、心理的、社会的痛みとケアを5つのポイントにまとめてチーム医療を考える。

患者はA氏、52歳、男性、病名は、直腸癌、転移性肝癌、癌性疼痛。職業はホテルマン(休職中)。入院は平成15年12月、17年2月に死亡。(緩和ケア病棟には平成16年1月から約1年2ヶ月)。

家族構成は、本人、妻、長女、長男、次女の5人。夫婦関係は、本人が発病した頃より悪化しており破綻に近い状態。親子関係も、長男が大学受験を諦めなくてはならないかと情緒不安定になり、父親に怒りをぶつけている場面が見られた。そのために母親は長男の家庭内暴力に対して不安を抱えていた。

病状の経過は、平成13年夏に体重10kg減少、

冬に下血、下血が続くために平成14年3月に近医受診、直腸癌と診断され、大学病院で手術を施行した。平成15年1月に腰痛出現し骨転移、6月に肝転移も診断された。7月から動注療法施行。その頃から疼痛が増強しデュロテップパッチ使用開始。11月にB病院に入院。しばしば不安によるパニック障害や鬱状態に陥る。化学療法が困難となり、疼痛コントロールも不良、平成15年12月に転院してきた。入院後も疼痛コントロール、病気の受容に困難を極めた。

緩和ケア病棟の体制は、平成11年に緩和ケア病棟設立し、緩和医療を実践している。チーム医療体制のメンバー構成は、ホスピス長、心療内科医師、看護師、MSW、薬剤師、栄養士、理学・作業療法士、ボランティア。チームアプローチの進め方は、まずMSWによる入院相談、ホスピス長による患者・家族面談、チーム全体での入棟会議、事前訪問、それから週1回の入院カンファレンス、退院カンファレンスなどである。

## ①拒否の段階

疼痛コントロール不良。医療者の入室を拒否し、ボランティアの介入を拒み、イベントに参加しない。音楽を聴いて閉じこもる。職場復帰を希望しリハビリに取り組んでいた。

拒否されつつも何気なくかわりを持つとつとめるボランティアの人たちの音楽に関する問いかけや、コーヒーを運ぶなどの行為をきっかけに少しずつ心を開き始めた。

## ②家族関係の修復

ストレスで疲労しきっている妻に対して、心療内科医が介入し、辛い気持ちを傾聴した。

長男に対しては敢えてしばらくは観察していたが、最終的には父親と同世代の院長が面談して長男は気持ちの管理ができるようになった。長男が落ち着くことで妻の精神状態も落ち着いてきた。

## ③余命告知

入院から10ヶ月後、心療内科医に相談し余命告知への準備が開始された。告知前に家

族にインフォームド・コンセントを行った。看護師は告知後の患者の観察を入念に行い、カンファレンスによる情報の共有を図った。余命が3ヶ月、6ヶ月という時期と聞いて

「僕もそんな時期なんですかねえ」と答え、却って別人のように表情が晴々となった。

## ④受容の段階

病状を含めて自己受容が進み、人生を最期まで積極的に前向きに生きる姿が現れた。病棟イベントに積極的に参加し、外泊を繰り返して家族との時間を大切にした。家族のために最期のクリスマスプレゼントを買いに外出もした。

## ⑤グリーフケア

亡くなった後、家族と座談会をもってAさんとの思い出を家族とチームで共有し、心の整理を援助した。ホテルマンとしての存在を失いたくなかったAさんの思いを家族と共感した。妻も娘もAさんの遺品を整理できるまでになり、病院に対して感謝している。

## 全体討議要約

チーム医療における看護師の役割は、日常生活の問題に対するアセスメントと看護介入、患者・家族の代弁者になること、職種間の調整役・コーディネーターと悲嘆ケアを実践したことである。特に、病棟主任看護師をサポートし、すべての職種の動き、全体のかかわりを目配りし、調整した看護部長の役割は大きかった。

チームの一員としての、ボランティアの役割も大きい。医療従事者には云えないことでも患者や家族は、ボランティアの人たちには、話ができたり、心情を分かち合いやすい。時間にゆとりがあるので、患者のペースに合わせてかかわることができる。患者の日常の様子、患者の気持ちについてはボランティアから聞かされることが多かった。この事例でも辛抱強く毎日患者にノックを続け、最初に心を開かせている。チームの一員として十分に活動されている。

告知の問題は、不安で聞けなかったこと、心に

つかえていたことが告知を受けたことで却って明らかになり、自分や家族への見方が変わった。残る日々を積極的に過ごすようになり、家族関係も改善し、スタッフへの信頼感が増強された。「告知は真の信頼関係をつくるために必要である」とシシリーソングラスも云っている。

コミュニケーションのとり方、カウンセリングのあり方については、心理的距離感のとり方が難しく、カウンセリングもやり過ぎるより、やり過ぎない方がよい。患者・家族が自ら心の整理をされるのを半歩後からサポートしていく。患者が、心を閉じておられる時も、「私たち寄り添っていますよ。私たちここにいますよ。決して見捨てませんから」というメッセージが伝えられるようなかわりが望ましい。

最後に、基調講演をしていただき、全体討議においては的確な助言を多くいただいた小池真規子氏、自らの緩和ケアの実践事例について、まとめ

考察し提供して下さった松尾真由美氏に深く感謝申し上げたい。小池眞規子氏は、内容をわかりやすい言葉でしかし無駄のない明確さがあり、語

調はゆっくりとおだやかであり、それ自体聴いていてカウンセリングを受けているような心地やすさがあったというフロアからの感想があった。

