

ターミナルケアのコミュニケーションスキル

藤崎和彦*

The problems of communication skills in caring for terminally ill patients

Kazuhiko FUJISAKI : Nara Medical University, Department of Hygiene

abstract

The difficulties of communication skills in caring for terminally ill patients come from the fact that caregivers must face the stress of death and dying. In another ward, the difficulties come from the transference and the counter transference between patients and caregivers relationship. At first, I discuss the basic communication skills for caregivers. And after that, I examine the problems of communication skills in caring for terminally ill patients.

キーワード

コミュニケーションスキル communication skills

ターミナルケア terminal care

転移と逆転移 transference & counter transference

ターミナルケアの援助にコミュニケーションスキルがなぜ必要かという点については、今さら多くを述べる必要があるとは思えないが、実際にはコミュニケーションスキルの不足のために、援助が十分に進められないことは少なくない。ターミナルケアの援助が難しくなる一番の理由は、死を目前とした状況そのものが、患者にもその援助を行う者にも様々な感情的反応を引き起こし、それがコミュニケーションや援助を困難にすることが少なくないからである。言いかえるならば、転移と逆転移の問題にほかならないのであるが、そうひと口に言い切ってしまうとその困難さはあまり変わるわけではないので、ここで

*奈良県立医科大学衛生学教室

はもう少し細かく、その問題点と解決法について検討していきたいと思う。

I コミュニケーションスキルの基本

ターミナルケアにかかわらず、援助にかかわる医療者が、基本的に持っているべきコミュニケーションスキルは、傾聴、受容、共感ということ、つまりはC. ロジャーズの非指示的な関係技法であると思われる。もちろん、それ以外にも様々なカウンセリングスキルはたくさん存在しており、それらを身につけていて困ることはないのだが、だからと言ってそれらを援助にかかわる医療者がすべて身につけておく必要があるとは思えない。最低限必要なのは、患者をあるがままに受けとめるためのかわり技法であると思われる。

以下に傾聴、共感、受容の順にその基本的なポイントについて確認しておきたい。

1. 傾聴：耳を傾けて踏み込んで聞くこと

よく言われるようにコミュニケーションの出発点はまず聴くことからなのであるが、現実には説明できても聴けない医療者が多い。Beckman H.B.らの調査によると、患者の話が始まって18秒以内に7割の医師がその話に口をはきんで遮ってしまっているという結果が報告されており¹⁾、逆にまた Haszen-Klemens I.らの調査では、内容の如何にかかわらず医師がただ話をよく「聴く」だけで患者の説明・処方に対する記憶やコンプライアンスが上昇するという結果も出ている²⁾。コミュニケーション技術の初歩の初歩は「とにかくもただ患者の話をよく聴くこと」と言ってしまうでもいいのかも知れない。

そしてその次のステップで「患者が本当に言いたいことについて踏み込んで聴く」ことが必要になってくる。たとえば肺癌になった患者が落胆して「タバコも吸わないのにどうしてこんな病気になったのでしょうか？」と尋ねた時、その言葉の背景にあるのは不安や納得できない気持ち、将来設計についての悩みなど様々な感情が想像でき、そのことを患者は医師に訴えたいと思っている

ことが少なくない。しかし多くの場合、医師たちはこの問いかけに対して「肺癌には扁平上皮癌と腺癌があって、扁平上皮癌はタバコと関係するが腺癌は関係しません」などと、患者の想いとはかけ離れた医学的知識を患者に説明してしまったりしている。患者は決して知的興味から病気の機序や病態生理を尋ねたいわけではないのだから、表面的な患者の言葉に直線的に応えるのではなく、患者の言葉の裏に潜んでいる患者の心理を想像しながら、もう一步踏み込んで聞くことが必要なのである。

2. 開かれた質問と解釈モデルをうまく使う

患者が本当に言いたいことを効率的に傾聴するためには、自由度の高い開かれた質問 (open-ended question) を会話の前半部分でうまく使って、患者の言いたいことを早い時期に明らかにできるようにすることと、患者の病気や入院、検査や治療に対する解釈モデルを上手に聴きだすことが大切である。

通常、医療者が会話の冒頭に投げかける質問は、たいてい「どうされましたか」という開かれた質問になっている。重要なのはその次に投げかける質問である。ふつうは患者が「頭が痛い」と言ったならば「いつから痛いのか」とか「ずっと痛いのか」とか「鈍痛なのか、それとも拍動性なのか」といった具合に、あたかも尋問のように閉じられた質問 (closed question) の連発になってしまうことが多いのであるが、ここで2発目の質問を開かれた質問をうまく使って「あなたの頭痛がいつから始まって、どのように変化してきているのかももう少し詳しく聞かせてもらえますか」と、患者が自分の言葉で気になっていることを中心に話を進めていけるようにすることが非常に重要なポイントである。

Kleinman A.のいう解釈モデル (explanatory model) をうまく聴きだすことも大事である³⁾。医療者にとっては入院連絡票やカルテを見さえすれば、入院目的や医師の説明内容は患者に聴かなくても明らかであり、ともすれば「入院目的はこうですね」とか「こういう話があったのですね」と患者に確認しがちだが、このような問いかけでは患者からは「はい」とか「いいえ」という情報量の乏しい返事しか返ってこないことが多い。しかし実際には、患者自身の病気

や入院、検査や治療に対する解釈が、医療者の想定しているものと微妙にずれていることは少なくなく、その部分を患者の口から聴き出そうと思うならば、開かれた質問で「どういうことで入院になったのですか」とか「先生からはどんな話があったのですか」と尋ねたほうがより多くの情報を患者から聴き出すことができるのである。

3. 共感：共感を言葉と態度で示す

患者が医療者に対して「わかってもらえた」という情緒的満足を持てることは、医療者と患者が協力して問題解決へ進んでいくことの基点であり、そういう意味でも共感の重要性はよく強調されている。しかし実際には、医療者は共感したつもりでいても、患者にはそれが伝わっていないことが少なくない。せっかく共感できたならば、その事を言葉と態度で確実に患者示すことが重要になってくる。その基本は「オウム返し」である。

「昨日寝ようとしたら、いろんなことが気になってよく眠れなかったんです」と患者が訴えたなら「昨日寝ようとしたけどいろんなことが気になったので眠れなかったのですね」とそのまま事実をオウム返しすることで、相手の言葉をそのまま受け止めましたよということを示すのである。さらにもう一步進めて「それはつらかったですね」とか「苦しかったですね」と感情のオウム返しができるれば申し分ない。共感とは感情の部分が共有されたということなのだから、感情の部分までオウム返しすることが重要なのであるが、残念ながら日本人の場合、ただ単に患者の言葉をオウム返ししていると、事実のオウム返しはいくらでもできるが、感情のオウム返しがなかなかできないことが少なくない。その理由は、日本人が感情面の事柄をあまり言語化して話すことに慣れていないという点にあり、そんな場合はカウンセリング技法でいう「反映」を使うことが有効である。反映とは、相手の感情がこうだと感じたらそのことを言葉に出して「つらかったですね」と返すことで、そうすると患者は「そうなんです、つらくってね」という具合に医療者が自分の気持ちを共感してくれたことが伝わるうえに、ここでは感情面のことを口に出しても受けとめてもらえると

いうことも示すことができる。また医療者が共感できたと勘違いしている場合でも、「つらかったのですね」と返すことで、「いや、つらくはなかったんですが、イライラして落ち着かなくてね」といった具合に、勘違いが訂正されるという機能もあるのである。

4. 開かれた共感へ向けて

また共感の示し方にも2通りあり、ただ「お気持ちはわかりますが」とか「つらいと思いますが」と口で言うだけでは、必ずしも共感が相手には伝わらないということも忘れてはならない。「つらいと思いますが、やはりこの場合は頑張って治療を続けられたほうが……」というようなフレーズでは、この「が」があるために「あなたのつらい気持ちはもうわかったから、この話題はもうこれでおしまいにしましょう。さあ話題を変えて、観念して治療を続けて下さい」というニュアンスになってしまう。そうすると患者はもうこれ以上つらい気持ちを訴えることができなくなってしまふ。「つらいですねえ、しんどいですねえ」と共感が示せたらそこで閉じてしまうのではなく、「でも治療の方も必要ですし、さあ、どうしましょうか」と患者にそのまま言葉を投げ返せばよいのである。そうすれば患者も「どうしようか」と自分で考えていかざるを得なくなる。

確かに、患者にとっては初めてのことであっても、経験豊富な医療者にとっては落とし所は明確であるかもしれない、しかしだからといって医療者が先回りして「こうしたほうが良いですよ」と答えを提供するのではなく、患者自身が悩みながら自分で答えを見出していくことが必要なプロセスであり、患者とともに悩みながら問題解決を考えていけるような「開かれた共感」の示し方が重要なのである。

5. 受容：感情を受けとめる

病気というものは人生における大きな災難の一つであり、それに伴って患者の感情が動くことは至極当然な現象である。だからこそ、患者の感情面に対するケアは避けては通れない課題なのである。ところが実際には白亜の病院は「理

性の館」という面持ちであって、泣いたりわめいたりといった感情の発露にはそぐわない雰囲気は漂っており、医療者のほうも理性の色で相手に緊張を強いる色である白衣に守られていて、全体に近代医療のなかでは「感情は極力抑え込むもの」として扱われており、とても十分に感情面に対処できているとは言えない状況である。そのうえ現実の患者とのトラブルや医療訴訟の原因についても、その多くは事実や情報提供の問題というよりは、患者の気持ちに対する医療者側の無神経さからきていることが多く、患者の感情の動きをしっかりとキャッチすることが、コミュニケーション上非常に大事なことになってくるのである。

そもそも医療者が感情面の対応を避けたがるのは、医療者自身が患者の感情面の問題に巻き込まれやすいという危険性があることによっている。患者の怒りや不安に直面するなかで、医療者自身がそれに反応して生じた怒りや不安といった自らの感情を、コントロールできなくなることを恐れるからである。しかし上記のごとく、病気に陥った患者を援助する専門職である医療者は、患者の感情面の問題を避けて通れないわけで、ましてターミナルケアにおいては、死を目前とした状況そのものが、患者にも医療者にも様々な感情的反応を引き起こし、これらをどうコントロールするかは臨死患者を援助する専門職として不可避の専門的スキルということになってくるのである。

II ターミナルケアのコミュニケーションにおける課題

それでは具体的にわが国の医療者はどういった部分が、コミュニケーションスキルの弱いのだろうか、これからいよいよ本稿の本題に入っていきたい。

わが国のターミナルケアにおけるコミュニケーション上の問題点は、ざっとあげただけでも、がっかりさせることを恐れること、とにかく励まさないといけないと思ひこむこと、沈黙に耐えられないこと、すぐに答えを返さないといけないと思うこと、不安な気持ちに踏み込んでいけないことなどの諸点がすぐに列挙される。どれも根本的には、医療者自身の不安の惹起を回避するために、患者の不安に医療者が極力、直面しないですませようとしていることによって

いる。もちろん個々の医療者は善意から臨死患者の援助に携わっているのであるが、ターミナルケアにかかわる行動科学的な知識と技術を知らないばかりに、結果的には医療者自身の心理的防衛機制が優先されてしまい、患者援助という課題に相応しからぬ行動をとってしまうことが多くなっているのである。確かに少くも行動科学的知識がついたとしても、死の存在論的な恐怖というものとはそう簡単に吹き飛んでくれるわけではないのであるが、しかし、少しでも知識や技術を持つことで、少なくとも根拠のない恐怖や誤解に基づく不安に医療者が振り回される事態がなくなるだけでも、ケアのありようは大きく変化すると思っており、以下にそのポイントになる点について述べていきたい。

1. 患者に悪い情報を告げること (bad news telling)

まず、ターミナルケアの出発点で問題になるのが、告知やインフォームド・コンセントといった患者に悪い情報を告げることである。

そもそもわが国の文化は、こういった相手に対して悪い事態を告げることに慣れていない。なぜならわが国のコミュニケーション文化における一つの大原則は、「相手の気持ちを損なわない」ということであるからである。がっかりするような事実はなるべくオブラードで包んでわかりにくくし、相手を悲しませないのが気配りだとされたりする文化なのである。そういった文化の中で、患者にとってネガティブな意味のある情報を告げること（いわゆる bad news telling）は、そもそも馴染みがないコミュニケーションスキルなのである。

しかし医療者は、ある意味で病気や死といったネガティブな問題を専門的に扱う専門職であり、悪い情報に関して患者と的確にコミュニケーションする能力がなければ、とても専門的要請に応え得ない。ましてや、言い難いことを告げなくてはならないといった心理的負担感から、患者に対して防衛的になったり攻撃的になったりするようでは、とても患者の立場に立った医療などは展開できないわけであり、そういう意味でも bad news telling の技術をどう磨くかが課題となる。

まず確認しなければならないことは、bad news telling とは、がっかりする

ようなことを相手に告げることであり、結果的に相手はがっかりしなければならないということである。オブラードで包みまくって告げて患者ががっかりしなければ、単にそれは bad news telling がうまくできていないということに他ならないのだ。bad news telling するということは、たとえ一時的にがっかりすることがあっても、その患者には立直る力があり、真実を知ることに限られた時間を最大限の QOL で過ごして欲しいと願うから告げるわけである。山崎章郎は従来の医療者のあり方を「私はあなたを信用できないから本当のことは言えません。しかし私たちのことは信用してくれなきゃ困ります」という関係であり、そこには真のコミュニケーションが成立しないと語っている⁹⁾。何も不必要にがっかりさせる必要はないのであるが、患者の力を信頼してがっかりさせることを不必要に恐れない事が重要なのである。

2. 悪い事態に対する心理的反応とグリーフということ

Kübler-Ross E.は有名な「死の受容の5段階」として、死の受容に到る過程として、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容のプロセスを通るとしている⁵⁾。一方、この5段階があまりにも有名になってしまったために、この5つ以外にも様々な死に対する心理的反応が存在すること、必ずしもステレオタイプに一直線でこの過程が進行するわけではないことが、多くの文献で指摘されている^{6)~10)}。しかし基本的に大事なことは、人間は死という悪い事態を受け止めるためには、心理的に様々な葛藤を経た後でしか受容に至らないということであり、受容に至るためにはこれらの心理的葛藤が必要なプロセスであるという事実である。このことがともすれば忘れられてしまい、否認や怒り、取り引きや抑うつが少し強い患者は、「受容の悪い患者」と問題患者のレッテルを貼られたり、怒ったり、落ち込んだりすることはないと説得され、逆に感情表出が十分でなく頭でのみ受容できていて、実際には心理的に必要な葛藤のプロセスが終了できていない患者が、受容できている患者として放置されてしまっている。

同様なことが、喪失に対する心理的反応である悲嘆反応 (grief) についても言える¹¹⁾¹²⁾。死別後のグリーフケアもさることながら、臨死期の予期悲嘆に対す

るケアにおいても、悲しむ作業を進めることで悲しみを昇華させる援助というよりは、悲しませないよう励ますことが援助であるかのような誤解が、緩和医療に熱心に取り組む医療者の中にも少なくない。そもそも病いを得て病床に臥すこと自体が、患者にとっては小さな喪失なのであるから、その悲しみを乗り越えていくためにも喪の作業 (mourning work) が必要であり、医療者には一緒にがっかりして悲しんでくれるパートナーの役割が求められているにもかかわらず、多くの場合医療者たちは、一緒に悲しんでくれるどころか、悲しんでいる当の患者には虚しくしか響かない励まし声をかけるだけで、そそくさと患者のもとを去ってしまうのである。求められているのは励ますことではなく、ともに悲しむことであるという理解が是非にも必要な部分である。

3. 沈黙に耐えられるということ

もう一つの問題点は、医療者が沈黙に耐えられないことである。人間は大事なことを切り出す前には、枕の話や沈黙の助走期間が必ず必要になってくる。天気の話やテレビ番組の話の延長上で、連続して自分の死の問題について話続けられるような患者はそうはいないだろう。たいていは、この話を医療者は聞いてくれるだろうか、やはり話すのを止めようか、でももしかしたら聞いてくれるかもしれない、といった患者の逡巡の時間があって、初めて患者は「実は自分の死のことを考えると……」ということが言い出せるのである。ところが、医療者にとってこの沈黙の時間が非常に苦痛になる。沈黙が続くととにかく何かを話さなければと、ものすごい強迫観念に駆られることも少なくない。そこで、野球の話や相撲の話など、他愛のない話が登場してしまうのだが、結果的にはこの医療者側の持ち出す他愛のない話のおかげで、もしかしたら患者からもっと重要な話が聴けたかもしれない機会が、みすみす奪われることが日常的に起きてしまっているのである。もちろん、医療者が一人で考えごとをしまっていて、患者は宙ぶらりんで沈黙のなかに放り出されるような意味のない沈黙では困るのであるが、患者が大事なことを勇気を持って話し出すことを勇気づけるような上手な沈黙の使い方を身につけたいものである。

4. 直線的なコミュニケーションを避けること

さらに、医療者患者間のコミュニケーションがうまくいかない時の大きな原因の一つに、コミュニケーションが表面的なままで深まっていないために、患者の本当の気持ちや希望を医療者がつかめていない場合が挙げられる。そしてそういった状況が生じる誘因としておそらく最も多いのが、「直線的なコミュニケーション」によるものと思われる。

直線的コミュニケーションとは、端的に言って、患者が尋ねてきたことについて、その質問の背景やその裏に隠されている意味などを踏み込んで聞くことなしに、表面的に答えをそのままダイレクトに返す場合を言う。たとえば「私の病気は何でしょうか」といった患者の問いかけに対して、医療者が「検査をしなければわかりません」などと答える場合である。もちろんこの返答でも満足する患者もいるのだろうが、しかし多くの場合、患者がこの質問を投げかける背景には「悪い病気なんだろうか、癌だったらどうしよう心配だ、入院や手術が必要なのだろうか、会社や学校を休まないといけなければ診断書が必要だ、いったいなんで自分がこんなことにならないといけぬのか」などというような気持ちが隠されていて、そのことを医療者に訴えたくて上記の質問を投げかけるような場合も少なくない。そういった場合に、医療者が直線的コミュニケーションで返答してしまったら、患者はそれ以上ものを言えなくなってしまったりして、医療者には本当は患者がどういう事を言いたかったのかが全くわからないまま会話が終わってしまうことも多いのである。

もう一つ例をあげてみよう。患者が予定していた検査の前になって「看護婦さん、検査の予定ははずせないでしょうか」と尋ねてきたとき、杓子定規に「予定が詰まっているので無理です」と返答するのが直線的コミュニケーションになる。もちろん最終的な答えは「無理です」ということになるのかもしれないが、そこは一步後ろに下がって構えて「急に検査を伸ばしたいなんて、急な用事でもできたのですか、あるいは検査のことが心配になってきたのですか」と問い返すことで、患者がなぜ急に検査の延期を言い出したかという背景を明ら

かにすることができるようになるからである。医療者はとにかく、すぐに答えを返さないといけないと思込んでいることが少なくないのであるが、その前にもう一步患者の気持ちに踏み込んでいく努力が必要なのである。

5. 不安に踏み込んで明らかにすること

直線的なコミュニケーションを避けて、一步踏み込んで患者の気持ちや事情を明らかにしていくことの次に問題になってくるのが不安のアセスメントの問題である。

患者が不安を訴える場合、医師はその不安に対して医学的説明をすることで対処することが多い。看護婦の代表的な患者の不安に対する対処法も、患者の話を聴くことと、もう一度先生に説明してもらうことである。もちろん「知識不足」が不安の原因になることも少なくないのだが、不安の原因はそれ以外にも「社会的孤立」「自信（自己尊重）の低下」「罪の意識」「社会的役割の変化」「家庭内での役割変化」「ボディイメージの変調」「喪失」「予期悲嘆」「性役割の変化」「うつ病などによる気分の変調」などたくさんの要因が挙げられるわけで、医療者の介入のためにも不安のアセスメントが十分にできていることが不可欠となる。ある意味で不安という心理的状态のアセスメントは、全身倦怠感という身体症状のアセスメントとよく似ている。全身倦怠感の原因が炎症なのか脱水なのか、心不全なのか、肝障害なのか、仮面うつ病なのか……ということの鑑別がつかない限り、水を足して良いのか引いて良いのか医学的介入の方針が立たないのと同様に、不安のアセスメントにおいても、直線的なコミュニケーションを避けて患者の不安の背景に踏み込んで聴いた上で、的確にアセスメントできる能力を身につけない限り、患者の不安を和らげるために何が必要であるかが明らかにならないのである。

6. おばあさんと外国旅行に行くこと

患者・医療者のコミュニケーションを「おばあさんの外国旅行」にたとえるとわかりやすい。地理もわからず言葉も通じず、危険もある外国にたった1人

で行くことになったおばあさん。いくら丁寧に飛行機の乗り方や現地での道順を地図で説明されても、不安は解消されない。それが外国には行ったことがないけれど、ある程度通訳や道案内ができ、途中で出会ういろいろなことに一緒に喜んだり悲しんだりしてくれる孫が、最後まで寄り添って旅をしてくれたら、こんなに心強いことはないのである。まさにターミナル期は見知らぬ異国への旅に他ならず、その孫の役割を果たすのは援助にかかわる医療者の責任でもある。けして全知全能の預言者を装うことはしないのだから、いつも患者の心に寄り添うパートナーを是非とも目指して欲しいものである。

引用文献

- 1) Beckman H.B., Frankel R.M. (1984) The effect of physician behavior on the collection of data, *Ann Intern Med*, 101 : 692-696.
- 2) Haszen - Klemens I., Lapinska E. (1984) Doctor - patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment, *Social Science & Medicine*, 19(1) : 9-18.
- 3) Kleinman A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*, Univ.of California Press. 大橋英寿他訳, 臨床人類学, 弘文堂, 1992.
- 4) ささえあい医療人権センター COML 編 (1998) 患者のところに寄り添う医療, 医療人権センター COML.
- 5) Kübler-Ross E. (1969) *On Death and Dying*, Macmillan Co., 川口正吉訳, 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 1971.
- 6) Charles-Edwards A. (1983) *The Nursing Care of the Dying Patient*, Beaconsfield Publishers. 季羽倭文字監訳, 終末期ケアハンドブック, 医学書院, 1993.
- 7) 木戸幸聖 (1983) 臨床におけるコミュニケーション, 創元社.
- 8) Buckman R. (1988) *I don't know what to say*, Tuttle-Mori Agency. 上竹正躬訳, 死にゆく人と何を話すか, メヂカルフレンド社, 1990.
- 9) Buckman R. (1992) *How to Break Bad News*, The Johns Hopkins Univ. Press.
- 10) Tschudin V. (1991) *Counseling Skills for Nurses*, Bailliere Tindall. 長田久雄監訳, ナースのためのカウンセリングスキル, 医学書院, 1996.
- 11) Parkes C.M. (1986) *Rereavement*, Tavistock Institute. 桑原治雄他訳, 死別, メディカ出版, 1993.
- 12) Worden J.W. (1991) *Grief Counseling and Grief Therapy*, Springer Publishing, Co.. 鳴澤實監訳, グリーフカウンセリング, 川島書店, 1993.