

特集：困難事例とカウンセリング

内服困難事例へのチーム支援におけるカウンセラーの役割

The Role of the Counselor in the Team Support for a
HIV-Infected Patient with the Refuge of Medicine

阪木 淳子¹⁾, 辻 麻理子¹⁾, 首藤美奈子²⁾, 山地 由恵²⁾, 犬丸 真司²⁾,
郭 悠²⁾, 高濱宗一郎²⁾, 南 留美²⁾, 山本 政弘²⁾

*Junko SAKAKI¹⁾, Mariko TSUJI¹⁾, Minako SHUTO²⁾, Yoshie YAMAJI²⁾, Shinji INUMARU²⁾,
Yu KAKU²⁾, Souichiro TAKAHAMA²⁾, Rumi MINAMI²⁾ and Masahiro YAMAMOTO²⁾*

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構九州医療センター心理療法士室・臨床研究センター,

²⁾ 同 AIDS/HIV 総合治療センター・臨床研究センター

¹⁾ Psychotherapists Room, and ²⁾ AIDS/HIV Combined Clinic Center,
Clinical Research Institute, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

はじめに

困難事例については、HIV 領域では、アドヒアランス不良、精神疾患の合併、依存問題、患者と医療者のコミュニケーションがうまく回れない等^{1,2)}、また精神科等では治療中断³⁾等の例があげられている。しかし困難は誰にとつての困難なのか、また困難事例に共通する問題については明確にされていない。また、HIV 医療の「困難事例」において、患者とチームが共に治療に取り組むうえでカウンセラーに期待される役割はどのようなものだろうか。筆者は自治体派遣カウンセラー、中核拠点病院カウンセラーを経て、現在ブロック拠点病院のカウンセラーとして勤務している。HIV 医療に携わる年数は重ねたが、どのような事例にもそれぞれの困難さがあると感じている。本稿では、HIV 治療の要となる ART 内服への拒否をめぐる患者とチームがそれぞれに悩みながら乗り越えた事例をもとに、上記の問いについて検討を加えたい。

1. D 病院のチーム医療体制について

事例提示の前に、D 病院の HIV チーム医療体制とカウンセラーの業務について述べる。

1-1. D 病院のチーム医療体制

HIV 医療チームには、医師、外来・病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、カウンセラー、薬剤師、栄養士等が常時関わり、必要に応じて肝臓専門医、精神科医師、歯科医師等が連携している。週 1 回チームカンファレンスを開

催し、入院患者や新規患者に加え、治療や支援上の困難がある症例について検討し、治療方針や支援方法を決定している。カンファレンスは HIV 専従看護師のコーディネートのもと、各職種が自由な発言ができる雰囲気で行われている。今回の提示事例も、毎回チームカンファレンスで共有して治療・支援を継続した。

1-2. D 病院の HIV 医療チームにおけるカウンセラーの活動

D 病院の HIV 医療チームにはカウンセラー 2 名（常勤 1 名、非常勤 1 名）、派遣カウンセラー（週 1 日）が携わっている。外来では患者の診察時に看護師のコーディネートのもとでカウンセリングを実施している。カウンセリングでは健康維持の取組みの確認や、患者が抱える問題への対処を検討し、治療や健康上の問題が明らかになった場合は、他職種への相談を促しながら、患者が自分の力で健康を維持できるように支援している。

また近年では HIV 関連神経認知障害（以下 HAND）を含む認知機能障害の早期発見・支援を目的に、患者の健康管理の一環として認知機能検査を実施している。D 病院で認知機能検査（Wechsler adult Intelligence Scale-Third Edition）を実施した患者では 128 名中 22 名（17.2%）に HAND の基準となる 2 領域以上 1 SD 以下の低下が認められている（平成 26 年 12 月時点）。また認知機能低下の背景に薬物や抑うつなどメンタルヘルスの問題も関連していることが明らかになったため、適切な治療・支援の構築の契機として認知機能検査を活用している。またチーム内のカウンセラー間では日常的に各担当患者の心理支援に関する報告・相談、助言や相互の意見交換の場を設けた。

著者連絡先：阪木淳子（〒810-8563 福岡市中央区地行浜 1-8-1
独立行政法人国立病院機構九州医療センター心理療法士室・臨床研究センター）

2016 年 2 月 29 日受付

2. 事例概要

患者：A氏，40代男性。

診断：# HIV感染症，# 頭蓋内悪性リンパ腫，# トキソプラズマ脳症，# サイトメガロウイルス網膜症。

現病歴：X年12月に意識消失発作によりB病院へ救急搬送。HIV抗体陽性にてC病院転院，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫，トキソプラズマ脳症の診断。確定診断目的の脳生検施行後の脳腫脹に対し右側頭葉切除減圧術を施行。抗HIV療法導入後，X+1年1月下旬に頭蓋内病変治療目的にD病院に転院となる。紹介時HIV-RNA量は 8.0×10^4 copy/mL，CD4リンパ球数は $4/\mu\text{L}$ であった。

生活歴：独居。家族とは疎遠であり，紹介元病院より同胞に連絡，HIV告知済。

心理面接での主訴：早く元の生活に戻りたい。仕事をしたい（面接中の発言より）。

3. 事例経過

患者の発言を「 」，カウンセラー（以下Co）の発言を〈 〉，他職種の発言を『 』で記す。

3-1. A氏の治療拒否への支援模索の時期（X+1年1月下旬～2月初旬）

A氏の入院後，医師からCoに介入依頼を受ける。頭蓋内病変もあり『意思疎通に問題がありそうだから様子を見てほしい』と医師から情報提供を受ける。Coが挨拶した際はA氏は表情変化に乏しいが短い言葉でのやりとりは可能であり，Coは治療は順調に進められるとの見通しを持っていた。しかし入院翌日の週末から頻回なナースコールで「内服するなら退院する」と抗HIV薬の内服拒否を繰り返し訴え，「警察を呼ばないといけない」等辻褄の合わない発言も見られた。精神科コンサルトにて症状に対し向精神薬処方により経過観察となる。

Coは週明けに医師・病棟看護師から週末のA氏の対応に難渋した旨を聞いた。A氏はCoには薬を「飲んでます」と事実とは異なる返事をするが虚言の印象はなく，治療への努力を労うとA氏は微笑して頷いた。Coは目前の従順なA氏の姿と看護師の情報の差に戸惑った。

チームカンファレンスでA氏の状況は話題となった。医師やCoには従順な一方，看護師には頑な拒否をするとのことであった。家族からの情報ではA氏の本来の性格傾向も想定されたが，頭蓋内病変もあり要因の特定は困難であった。まずは悪性リンパ腫に対し，X+1年2月1週目より化学療法目的にて転科となる。Coは認知機能検査を実施する方針となり，化学療法1クール終了後に認知機能検査を実施した。認知機能検査のバッテリーと結果およびアセスメントを以下に記す。

〔認知機能検査結果〕(1) Mini Mental State Examination (以下MMSE)：20/30。(2) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)：22/30。(3) Frontal Assessment Battery (以下FAB)：14/18。(4) Trail Making Test (以下TMT)：A 41秒 B 201秒。(5) SDS うつ性自己評価尺度(以下SDS)：38点(正常～神経症圏)。(6) 図形模写(立方体・星・デイジー)半側空間無視は認められず。歪みあり。(7) Clock Drawing：最初に円を描き，12，3，6，9の順で目盛りを入れその後にその他の数字を記入。各数字間の間隔は不揃い。長針短針の区別なし。

〔検査時の様子と問診〕検査時は落ち着いて教示に従う。問診では飲酒，違法薬物乱用，精神科受診歴はないとの本人談。

〔アセスメント〕MMSE，HDS-Rから見当識障害と記憶力低下，FABとTMTから遂行機能低下が認められた。TMT課題Bは誤答を繰り返しCoの指摘と援助を要したことから，複雑な情報の理解と実行が困難であった。これらからA氏は状況把握が困難で，医療者からの説明も記憶に留めにくいために混乱し，それを治療拒否という形で表現されていると推測された。そのため内服や検査は毎回その目的や見通しの説明を要し，A氏の同意を得て実施する必要があると考えられた。一方SDSでは抑うつ症状は見られず，「早く元の生活に戻りたい，仕事をしたいです」と回復へのA氏の意欲がうかがえた。ケースカンファレンスでCoは以上の結果を報告した。化学療法目的の転棟先では，上記の認知機能の低下を補う目的で内服表を作成し，内服後に一緒にA氏と○を記入することを提案し病棟看護師と実践した。しかし化学療法開始後，嘔気出現を契機に再び抗HIV薬を含む内服が困難となったため，化学療法中止となった。嘔気を含む全身状態も悪化し，Coも本人に継続的に関わるができなくなった。

内科病棟への転棟後も嘔気による拒薬が続いた。医師や看護師は繰り返し内服の必要性を説明するが，A氏は「飲みます」と内服の同意をする一方で，内服を促すと飲めない状況が繰り返されていた。看護師には「薬と思うと体が拒否してしまうんです」と話し，言動の不一致に医師，看護師ともに困惑していた。Coとの面接ではA氏は「飲みたい」と答え，〈本当は飲みたいんですね〉に再び頷き「1個1個が大きくて飲みにくいのがきついです」と流涙する。飲みにくさにはすでに錠剤の分割やオブラート利用による支援が図られていたが，それでもA氏の苦しさは続いていた。A氏はまた生野菜を食べたいこと，以前買い物など楽しんでたことを語り，「またそうしたいです」と回復に向けた意思を一貫して語られてが，実際には飲めない状況が続いており，Co自身も「どうしたらいいのだろう」という悩みが募っていった。

3-2. チーム支援の再構築 (X+1年2月中旬)

カンファレンスでは内服拒否への今後の対応が検討された。病棟看護師からは対応に悩んでいると相談があり、医師からはART継続が不可能な場合の緩和ケア移行も選択肢に挙げられ、MSWに連携施設を探すよう依頼があった。それを聞いていたCoは、A氏は一貫して回復への意思と治療意欲を持っていることを報告したが、現実の内服拒否の問題に対して結局何もできない状況に無力感を感じていた。チームの根底にも残念な思いが流れていることを感じつつ、Coからはそれ以上何も言えないままカンファレンスは終了した。チーム内の他Coからは、A氏が食事時間には自発的に身体を動かすことも多いことから、食事と内服を関連づけて一連の流れとして内服を促す方法が提案された。

カンファレンス終了後、チーム内の他Coから担当Coは以下を問われた。『今、A氏の命が危ぶまれる状態になっている。医師も看護師も皆懸命に取り組み困っているがCoは何もしないのか。A氏の担当Coとして今後どう取り組んでいくつもりなのか』との指導であった。Coは自身が抱えている無力感と、それにより積極的にチームに関わっていくことを躊躇している事実と直面せざるを得なかった。そして自分の無力感を取り扱えていないことが、A氏やチームへの関与から自らを遠くさせていたことを自覚した。Coは担当Coとしてこれからできることを考えた結果、A氏とチームに対しより直接的に介入していくことを決断した。具体的には朝昼の内服時にCoが毎回A氏のもとに訪れ、内服行動をCoの立場から支援し、看護師とともに内服完了まで見届ける方針を立て、医師・看護師に了承を得た。

また、改めてA氏と時間を設け、病棟主治医、病棟看護師、Co同席で病状説明を行った。医師からはA氏が理解しやすいよう『脳の病気が悪さをしているため吐き気があり薬が飲めない』『頑張って飲めば元気になる』と説明し、A氏は「そうだったんですか」と驚いた様子であった。今後、内服→トイレ歩行→食事の一貫した流れを進めることを説明され、Coは話し合った内容をその場でA4 1枚の紙に平易な言葉で箇条書きしA氏と共有した。服薬時間にはスタッフとともにCoも訪れることをA氏に伝えた。

3-3. チーム支援の継続 (X+1年2月下旬～4月)

Coは日勤帯の看護師の内服支援に毎回同席した。CoはA氏が内服可能な状況を整えるための支援方法を見出すことを目的に、看護師とA氏との内服をめぐるやりとりを観察した。以下、チームでの取り組みの一例を示す。

看護師から内服の声かけに対しA氏は「今は無理です」と答え、看護師が介助してもかたくなに拒否し上体を起こすことさえ難しかった。内服を促し続けると表情が険しく

なりいっそう拒否が強まる傾向が見られた。そこでCoは看護師と相談のうえ、内服拒否時はいったん看護師が退室して待機することを試みた。これまでの面接経過から、A氏は平易な言葉のやりとりができ、内服以外の話題は楽しめることが分かっていた。CoはA氏の傍らに残り話題を変えA氏の気分を切り替えることを試みた。病院食の話題ではA氏は「またおいしいものをたくさん食べられるようになりたい」と表情も和らぎ、治療動機につながる希望がうかがえた。Coは傾聴し、A氏の内服を含む治療への努力がいずれ希望の実現につながることを伝えると頷かれる。一呼吸おいて〈そういえばお薬飲んでみます?〉と尋ねると同意され、看護師の再度の声かけににこやかに応じて内服された。

Coはこうした取り組みと結果を病棟看護師と毎回話し合いながらA氏が内服できる流れを作っていた。また実践をチーム内のCoに報告し、随時指導助言を受けることで、支援の手応えを確認することができた。チームカンファレンスでもこれらの取り組みを共有し、内服支援では、①拒否時はいったん退室してA氏の内服を切り替える、②A氏の治療動機につながる話題を通して内服動機づけを高める、③タイミングや担当者を変え、複数スタッフで段階的に関わる方針を共有し、継続することになった。

実際には取り組みはA氏の体調や気分によってうまくいかないことも多くあった。困難な状況では看護師からは『今回もだめでした』『心が折れますね』『自分がやるとうまくいかないですね』等の言葉がこぼされた。Coはともに悩む思いで聴きながら、その困難のなかでも看護師の粘り強い関わりのお陰で内服が維持されていること、病棟看護師だからこそ見えるA氏に負担が少ないタイミングの捉え方などの情報によって、A氏やCo自身が支えられていることを感謝とともに伝えた。支援に苦慮する状況は続いていたが、チーム間で頻繁に意見交換をするなかでA氏への支援の手応えが生まれ始めていた時期であった。

3-4. チーム支援の定着と広がり (X+1年4月～7月)

その後、前述の取り組みにより、病棟看護師のみでもA氏の内服継続は可能となっていた。一方で日中はほぼ臥床状態であり、トイレ移動拒否によるベッド上での排泄や、検査拒否への対応がカンファレンスで引き続き課題となった。A氏は日中の臥床時間が長くなり、筋力の低下が危惧された。病棟では引き続きトイレ誘導や車いす移乗の声かけをしていくこととし、Coは支援の目的を、A氏の活動性を上げることに移行した。

A氏は視覚刺激に対し指さしなど主体的な動きが見られていた。Coは買い物好きなA氏の好みのブランドの洋服の写真を媒体に、かつてA氏が楽しんでいたウインドウショッピングの話題を共有した。そこから〈ショッピング

グとまではいきませんが、久しぶりにその辺をぶらりと散歩してみませんか」と誘うと応じられ、病棟スタッフの介助のもと歩行器でトイレに向かうことができた。そのまま病棟を一周し夕日を眺めた後、帰室し内服された。

Coは継続的にA氏との面接を通して、A氏が関心を持つ話題を引き出し、またそれらを他の病棟スタッフも活用可能な媒体として提供することを心がけた。その後の治療経過における一時的な環境変化によりA氏の状態に変動が見られた時期もあったが、これまでのA氏への支援上の工夫をもとに、病棟看護師を中心とした関わりによって内服を安定して継続できるようになり、化学療法を再開、全クール終了した。化学療法終了後はMSWによる退院調整によりリハビリ目的にてE病院転院、その後はグループホームで軽作業を伴う集団生活を送りながら外来通院を継続している。グループホームのスタッフの支援により内服アドヒアランスは維持されている。外来時の心理面接ではA氏は日々の生活について「仕事で人の役に立てていることが嬉しいです」と面談で報告された。退院後に実施した認知機能検査ではTMT (B)において初回の201秒から84秒と回答時間の大幅な短縮が見られ、遂行機能の改善が認められている。

4. 考 察

4-1. 本事例におけるチーム支援の課題

A氏の入院当初から医師、病棟看護師、Coなど各職種がAさんに関わり支援を行っていた。A氏の反応は職種やタイミングによって異なっていたため、各チームスタッフが捉えていたA氏の姿は断片的であった。チームカンファレンスではA氏の認知機能低下についてチームで共有していた一方、各職種が個別に支援した際のAさんの反応について細かに情報共有することは少なかった。Co自身もこの時期はA氏が内服や検査を拒否する場面に立ち会っていなかったため、他職種とA氏との間でどのようなやりとりがなされ、A氏がどう対応しているのかといった、アセスメントに必要な情報を得ていなかった。つまり、A氏への支援のヒントとなる情報は各職種の経験のなかに豊富に点在していたのだが、この時期はそれらがチーム内で共有されていなかったために、A氏が持つ困難さを総合的に理解し、統一した支援方針を立てることが難しかった。

そのような状況が生じた原因のひとつに、Coを含む各職種が抱く無力感があった。患者がさまざまな困難や苦しさをその人なりの方法で表現するとき、それを受け取る医療者もまた無力感や傷つきなどの心情（逆転移）を抱きやすく、それがチーム間の関係にも影響を及ぼすことは、対応困難とされる事例報告³⁾の中で指摘されている。本事例においても個々の支援が成果を出せないなかで、各職種が

苦悩しCo自身も無力感を感じていた。Coは心理学的視点から、患者-チーム間に生じていることを心理学的に見立てることができる立場にある。今回もCoが自らの逆転移を手がかりに各職種の困難さを取り扱うことができれば、職種間の意見交換を促進し、チーム全体でのA氏の理解の深まりにつながった可能性がある。実際には他のCoからの鋭い指摘によってCoが自分自身の無力感と直面することとなったが、それを自分の課題として抱きながら担当CoとしてA氏とチームに関わり続けることを決断したことは、その後の支援の転換点となったと考える。

4-2. チーム医療におけるカウンセラーの有用性

気づきを契機として、Coが実践したチーム支援とその役割について考察する。

4-2-1. 心理学的アセスメントに基づいたチーム支援の構築

本事例では認知機能検査の結果に加え、面接や他職種との関わり情報をもとに、内服継続を目的とした支援方法を構築した。心理学的アセスメントでは、心理検査結果だけでなく生活場面の様子も大切な情報として生かされる。本事例ではCoは認知機能検査結果と合わせ、内服拒否の場でのA氏と看護師の関わりを観察を通してA氏のコミュニケーションの傾向のアセスメントを行った。その結果、状況理解の困難・固執傾向・記憶力の低下といった支援上の阻害要因を把握した一方で、視覚刺激への反応のよさや言語コミュニケーション力の高さ、過去の経験の想起の豊かさ、一貫した回復への動機づけといった、支援に活用できる力も見出すことができた。これらのアセスメントをもとにCoは、注意の切り替えや、活動性を高める話題を介した面接、写真など視覚的な媒体を活用した身体運動の活性化を図る支援を構築した。認知機能低下による治療やケアの拒否事例においては、他職種での内服支援の重要性、患者の注意の切り替えや患者の楽しみにつながる素材を活用した支援の有効性について複数の報告がある^{4,5)}。A氏への支援においてもCoが認知機能検査による認知特性を把握し、心理学的な視点から面接経過で得られたA氏の支援に有効な話題や媒体を活用することを通して、治療継続が可能となったと考えられる。

4-2-2. 他職種が実践可能な支援への橋渡し

その後、CoはA氏との直接的なやりとりから構築した支援方法を他のスタッフと共有し、Co以外の病棟スタッフも実践可能な支援方法を一緒に作ることを試みた。CoがAさんとの面接で取り上げた話題や視覚的な媒体（写真）は病棟スタッフに提供し、Coが不在の際にも病棟スタッフが同様の支援を実践できるようにした。さらに、病棟スタッフはCoが捉えづらいA氏の細やかな気分変動を把握できる強みを持っていたため、それらを活かしていっそう効果的なタイミングを捉えた支援を実践できた。カン

ファレンスでは医師や病棟看護師など他職種の関わりから得られた情報からA氏の姿を総合的に捉えたことがチームの支援方針の統一につながった。チームの安定した継続的な関わりがA氏の混乱を緩和し、医療者との良好な関係作りにつながった。病棟スタッフでの安定した内服継続が可能となった時点で、Coは内服支援への関与を徐々に減らし後方支援に移行した。栗原(2013)はチーム医療がスムーズに展開するために心理職が「黒子的な役割」を意識することの大切さを指摘している^{6,7)}。本事例においても、Coは直接的な介入を開始し支援を構築した後に、黒子としての役割に戻り、コンサルテーションを中心とした後方支援によって病棟スタッフの自己効力感を回復し、各職種の高い専門性を支援に反映することに寄与できたと考える。

4-2-3. 患者本来の姿をチームと共有する

さらにCoとして入院以前のA氏本来の姿や魅力をチームに伝える役割も重要であった。前述のように、医療チームはA氏への支援は無力感を感じるものであり、A氏に対する苦手意識も生じやすい状況であった。そのためCoはA氏の本来の人となりやチームスタッフに伝えることが、スタッフのA氏に対する理解の深まりや、肯定的なイメージへの転換につながると考えた。毎日の内服支援やベッドサイドでの面接のなかで、A氏は過去の仕事での苦労話、好きなスポーツ、趣味などの生活の様子を生き生きと語られ、それは治療中のA氏からは想像が難しい本来の姿であった。そうした「患者」ではない1人の生活者としてのA氏の語りを聴き、A氏が本来持っている力や希望を汲み上げて、Coは医療チームの支援に向けた意欲を支えた。

5. ま と め

困難事例は最初から存在するわけではない。困難事例の始まりは、患者が自分のつらさや苦しさを伝えようとその人なりに努力したときに、その表現が表面的には問題と捉えられ、医療者が患者の求めていることを理解しづらく感じたときであると考えられる。また患者とのやりとりを通して医療者も心情を揺さぶられ、チームで支援方針が共有でき

ず、本来の支援が提供しづらい状況に陥り、患者・医療者共に苦しんでいる事例が困難事例となると考える。

そうした状況下で、Coは、患者・医療チーム全体を俯瞰し、そのなかで生じていることを捉えること、心理学的アセスメントを通じて深めた患者理解をチームと共有することを通して、チーム支援の再構築に貢献できると思われる。こうしたCoのチーム医療における姿勢は困難事例に限ったことではなく、普段から意図して取り組むべき役割であると考えられる。

謝辞

本事例にあたり、懸命に治療に取り組む姿を通し、筆者に多くのことを教えてくださったA氏に心より御礼申し上げます。また日々の臨床において臨床心理士を支えてくださるチームスタッフの皆様に感謝いたします。

利益相反: 本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 矢永由里子, 高田知恵子: 困難事例と心理臨床のアプローチ. 日本エイズ学会誌 5 : 92-95, 2003.
- 2) 矢永由里子, 三木浩二, 高田知恵子, 有馬美奈: HIV陽性者のメンタルヘルスへのアプローチ (その3). 日本エイズ学会誌 13 : 282-284, 2011.
- 3) 中野博子: 対応の困難な患者の入院治療に際しての心理士の役割について. 人間総合科学学会誌 3-2 : 46-54, 2007.
- 4) 渡部律子: 入浴を強く拒否する脳血管性認知症の87歳女性. 総合ケア 16 (3) : 53-58, 2006.
- 5) 田中千鶴子, 八重樫香織, 藤尾恵子, 三浦昭子: 認知症のある結核患者の看護—内服拒否と安全対策 (転倒転落防止) を焦点としたかかわり—. 保健師・看護師の結核展望 101 : 56-59, 2013.
- 6) 栗原幸江: いかに患者と向き合うか: Modern Physician. 33 : 1129-1132, 2013.
- 7) 栗原幸江: 緩和医療にかかわるチームメンバー 第5回 心理療法士. 緩和医療学 10 : 83-87, 2008.