

【HTLV-1 キャリアの母親への共有意思決定(SDM)支援②】

SDM における NBM (Narrative-Based Medicine) と心理的サポート



日本赤十字看護大学大学院
国際保健助産学

井村真澄

いむら ますみ

日本赤十字看護大学大学院

〒150-0012

東京都渋谷区広尾 4-1-3

今回改訂された「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル(第2版)」では、新たなエビデンスに基づき完全人工栄養に加えて90日未満の短期母乳栄養が選択肢となることや、母子感染予防の観点だけでなく、妊娠・出産・育児の観点からも、自らの意思で児の栄養方法を選択できるよう共有意思決定(Shared Decision Making: 以下、SDM)支援を行うことが推奨されている。本稿では、SDMの前提となる、協働的パートナーシップ、当事者中心のナラティブに基づく実践、そして心理的サポートについて解説する。

共有意思決定(SDM)支援：パターンナリズムから協働的パートナーシップへ

HTLV-1 キャリアの母親が、当事者として主体的に児の栄養方法などの選択を行う SDM^{*1 1)} においては、信頼できるエビデンスとともに、当事者と支援者との対等な信頼関係が必須となる。「現代医療における医療者-患者関係のあり方は、『パターンナリズム(父権主義)からパートナーシップ(協同関係)へ』という標語によって、最も適切に表現される²⁾とも言われている。両者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップ^{表1 3)}と、対話に基づく当事者中心のコミュニケーションにより、SDMが進んでいく。

SDMでは、母親と支援者は情報・目標・責任を共有する⁴⁾。初めからどのような方法や道筋で、どこに着地できるのか明確に定まっているわけではなく、両者が協働するプロセスの中で、情報が共有され、目指す目標、方法、分かち持つ責任範囲が調整され共有されていく。

これらは、児の栄養方法別の将来のHTLV-1 キャリア率や疾患発症率のように、先々起こることへの確率的不確かさが大きい場合、強いエビデンスが少ない場合、当事者の多様性に応じた支援をする場合などには特に重要となる。支援者には、自身が潜在的に

*1 p.438「共有意思決定とは何か」を参照

持っている価値傾向を認識できる力や、不確かな状況や母親の気持ちの揺れ動きに同伴する寛容さや忍耐力が求められる。

パターナリズムから ナラティブに基づく 実践へ

ナラティブに基づく医療 (Narrative-Based Medicine) とは、「病いを、患者の人生という大きな物語の中で展開する1つの『物語』であるとみなし、患者を『物語を語る主体』として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまで1つの『医療者側の物語』と捉え、さらに治療とは両者の物語を摺り合わせる中から『新たな物語』を創り出していくプロセスであると考えられる⁵⁾とされる。表2にて、NBMの実践プロセスを簡潔に紹介する^{*2 6)}。

Hoffmanらは、EBMと患者中心のコミュニケーションに基づいてSDMが行われ、最適な患者ケアを実現するモデルを提示している^{*3 7)}。協働的パートナーシップに基づく患者中心のコミュニケーションをさらに進めるには、医療者主導の医療的物語を押し付けるのではなく、当事者である母親中心のナラティブ、母親の物語と支援者の物語を対話によって摺り合わせることも重要となる。

HTLV-1 キャリアの母親の状況

HTLV-1 キャリアの女性の思いや悩みは、ライフステージに特有の課題と密接に関係している。特に、妊娠期から出産後には、児の栄養方法選択に関する意思決定が必要となる。そもそも、母親にとって妊娠・出産・子育ては、1つ1つが「未知との遭遇」体験である。自分の能力が試されているように感じ、自信も持てず不安を

表1 協働的パートナーシップの5つの基本要素

- 1 力を分かち持つこと
sharing power
- 2 心を開き尊重すること
being open and respectful
- 3 患者の言動について自己の基準で価値判断しないで受容的であること
being nonjudgmental and accepting
- 4 曖昧さを受け入れること
living with ambiguity
- 5 自己認識と内省を深めること
being self-awareness and reflective

Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C/吉本照子(監訳): 協働的パートナーシップによるケア—援助的関係におけるバランス。エルゼビア・ジャパン, 126-144, 2007より

表2 HTLV-1 キャリアの母親の支援におけるNBMの実践プロセス

- 1 「母親の体験の物語」の聴取プロセス
listening
- 2 「母親の物語についての物語」の共有プロセス
emplotting
整理されていない物語の再編集プロセス
- 3 「支援者」の物語の進展プロセス
Abduction
複数の仮説的な物語を相互比較しながら、支援者の見立てを創生するプロセス
- 4 「物語のすり合わせと新しい物語の浮上」のプロセス
negotiation and emergence of new stories
- 5 ここまでの支援の評価プロセス
assessment

斎藤清二: 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ、80-83, 遠見書房, 2012より「表2. 一般診療における実践のプロセス」を本稿用に一部改変

*2 詳細は文献6を参照

*3 p.439 図1を参照

抱くことも多い。うまくいかないことがあると自分を責める傾向も見受けられる。このような心理的素地の上に、HTLV-1 キャリアの母親としてさまざまな選択を迫られることになる。

そのうえ、栄養方法の選択肢にはメリットデメリットの両方が存在する、科学的エビデンスの確実性が低い、客観的確率とは別に「現実にはわが子に起こる」確実性/不確実性など、不確かな情報と状況の中で母親の心は揺れ動く。児へのHTLV-1 感染リスクと母乳をあげられないリスクやそれらに伴う罪責感などの感情も生じやすい。相反する条件や感情の中で、母親の悩みは奥深く、さまざまな葛藤も生じやすい*4。

*4 p.441 表 1 を参照

心理的支援： 傾聴・共感・葛藤への共感

HTLV-1 キャリアの母親へのSDMでは、認知的な課題と感情的な課題に対処することが求められる。主に認知的な課題に対しては、オタワ意思決定ガイド*5を活用できる。ここでは感情的な課題に対処するための心理的支援として、傾聴、共感、そして、葛藤への共感について具体的方法を説明する*6。

*5 p.442 「意思決定を支援するための「オタワ意思決定ガイド」を参照

*6 「HoT LiVes ほっとらいぶーHTLV-1 情報ポータルサイト」にて、ロールプレイ動画教材を掲載予定なので、本特集と併せてご覧いただきたい。
<https://htlv1.jp/>



傾聴・共感の姿勢

どのような場面においても、支援者は傾聴と共感を通して、母親の思いを受けとめて疑問や不安に対応する。支援者は、自分が知りたいことを母親に一方的に問診したり、自分が伝えたいことを一方的に情報提供したりしない。支援者は、母親との最初の出会いの時から、母親に注意を向け、母親に聴く姿勢を示し、母親の語りを聴き、母親が伝えたいと思っていることに注意深く耳を傾ける。傾聴と共感を繰り返し、言語的、非言語的コミュニケーションの取り方を工夫する。母親がこの人になら話したいと思える信頼関係を作っていく。その信頼関係の中で、母親から疑問や不安を含むさまざまな思いが語られることが望ましい。

傾聴・共感

ここで留意したいのは、「傾聴と共感」についてである。イーガン⁸⁾によれば、傾聴とは、クライアントを理解するために、相手の言っていることを言語的にも非言語的にも注意深く聞く能力であ

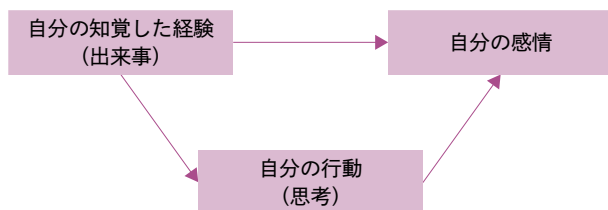


図 経験→行動(思考)→感情の流れ図

北村俊則：周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本. 64,
北村メンタルヘルス研究所, 2013 より一部改変

る。共感とは、「クライアントの心の世界に入って理解し、その理解したことを相手に伝える能力である」とされ、「傾聴とは、クライアントの『話したいが話せないでいる』ことに聞き入る作業である。クライアントの言うことを聞いて理解しただけではなく(中略)聞いて理解したことがクライアントに伝わってはじめて治療効果がみられる。これが共感である」⁹⁾とされている。母親が自分の状況や気持ちを支援者に「分かってもらえた!」という感覚を抱けることが共感の重要な点である^{*7}。

*7 傾聴の技法, コミュニケーションやカウンセリングの具体的な詳細な技法については文献 8,9 など成書を参照されたい。

何を傾聴し何に共感するのか

次に、母親の何を傾聴し、何にどのように共感するかである。傾聴すべきポイントは、母親の語りの中にある経験・行動(思考)・感情である。「人は経験したことに対して行動を起こし(または考え)、その結果として感情が発生する。(中略)感情は自然発生的に出現するものではなく、先行する経験や行動の結果として現れる」。母親の語りの中から、「経験→行動(思考)→感情という流れ図」¹⁰⁾を読み取ることが傾聴である 図 *8。

基本的共感の基礎¹¹⁾は、母親の語った主要部分をそのまま繰り返すことであるが、それをいつまでも繰り返していると、母親の中には分かってもらえない苛立ちや、馬鹿にされている憤慨等が生じることがある。支援者は、母親が語った主要な部分を抽出し、分かりやすい構造(図)で要約して言葉にして返していく。分かりやすい構造とは、母親の経験と行動(それに伴う思考)があり、その結果として感情が発生したという基本構造である。

また、出来事は過去に生じたものであっても、母親が表出または抱いている「感情」は、過去から現在まで続いている「今」の感情であることに留意する。「(いま)〇〇と感じているのですね」と現在形の言葉で表現することも大切である。

基本的共感を繰り返していても深まらない場合には、支援者は母

*8 行動に含まれるものは、①母親が実際に行った行動、②母親が取りたかったが取れなかった行動、③母親が考えたことの3種類がある。①は母親の語りの中で述べられることが多いが、②は言語化されないこともあり、支援者の洞察力により話が進められる中で母親から語られることもある¹⁰⁾。

表3 葛藤への共感技法の基本的構造

第1の共感	〇〇さんは、A1(経験)をなさり、そしてA2(行動/思考)をとり/考え、そしてA3(感情)と感じられたのですね。
第2の共感	〇〇さんは、B1(経験)をなさり、そしてB2(行動/思考)をとり/考え、そしてB3(感情)と感じられたのですね。
葛藤の共感	〇〇さんは、A1(経験)をなさり、そしてA2(行動/思考)をとり/考え、そしてA3(感情)と感じられたのですね。 いっぽう、〇〇さんは、B1(経験)をなさり、そしてB2(行動/思考)をとり/考え、そしてB3(感情)と感じられたのですね。 そして、この両者の折り合いがつかないからXと感じておられるのですね。

北村俊則：周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本。88，北村メンタルヘルス研究所，2013より一部改変

親が言語的・非言語的に発することの行間を読み、洞察し、母親自身が気づいていない意味を感知して言葉に表現して伝える「深い共感」が必要になる¹²⁾。

葛藤への共感

複数の相反する感情が発生することが葛藤である。葛藤が持続したり強い場合は心理的に不安定になる。この場合、相反するいずれの感情にも、その感情が生じることになった先行する経験と行動があることに着目する。以下に、「第1の共感」と相反する「第2の共感」、そして両者の間で葛藤状況が生じている「葛藤への共感」という基本的共感を組み合わせた葛藤への共感の基本形を示す¹³⁾。支援者は、これまで行ってきた傾聴と共感の支援技法にさらに磨きをかけることが望まれる。支援者は、心を尽くして当事者の体験世界と物語に聞き入り、傾聴・共感・葛藤への共感を繰り返して丁寧に対話を進める。

母親の核心的な感情に焦点が当てられ、共感的に理解されたとき、初めて母親は心理的に安定する。やがて、母親は自分の経験・行動・感情の本当の姿に気づいていく。この気づきが、自身で決断することや行動の変化につながるといわれている。

アドバイスの危険性

保健医療者には、母親の発言に対して、即座に情報提供やアドバイスをしようとする傾向がある。安直なアドバイスには、リスクがあることに留意したい(表4)。表面的な問いに即答する前に一呼吸置き、母親の言葉の裏にある意図や感情は何か、傾聴し共感を試みることが確かな信頼関係を紡ぐ助けになる。

表4 アドバイスの危険性

- 母親がアドバイスに従って成功する
→母親は意思決定を自分でしたとは思わず、援助者に依存を深める可能性がある
- 母親がアドバイスに従ってうまくいなくなる
→母親は責任を援助者に帰し、援助者は信用を失う
- 母親がアドバイスを拒否して成功する
→母親は援助者を信頼しなくなり、援助者は信用を失う
- 母親がアドバイスを拒否しうまくいかない
→援助者に合わせる顔がないと避けるようになるかもしれない、逆に依存し、自分を信頼することを学ばない

La Leche League International : Leaders' Handbook, 4th ed. 7, 2003 より一部改変

当事者のナラティブを尊重した 協働的パートナーシップによる SDM を

今回のマニュアル(第2版)では、短期母乳栄養という選択肢が加わった。選択肢が加わったことの価値は高い一方で、選択肢を選び取ることへの母親の重責と苦悩や葛藤は増大する。支援者は、当事者の物語世界に入って感情や思いを丁寧を受けとめ、傾聴・共感・葛藤への支援を通して SDM を進めることが求められる。本マニュアル(第2版)を活用し、母親を中心に保健医療職同士が多職種連携・協働し、一貫した継続支援の輪を広げていくことが望まれる。

J

[文献]

- 1) The National Institute for Health and Care Excellence/National Health Service : Shared decision making : consensus statement. 2016.
<https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/SDM-consensus-statement.pdf> [2023.08.10 アクセス]
- 2) 斎藤清二 : 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ. 58, 遠見書房, 2012.
- 3) Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C/吉本照子(監訳) : 協働的パートナーシップによるケア援助関係におけるバランス. エルゼビア・ジャパン, 48, 126-144, 2007.
- 4) 中山健夫(編) : これから始める! シェアード・ディジションメイキング:新しい医療のコミュニケーション. 日本医事新報社, 2017.
- 5) 前掲2). 74.
- 6) 前掲2). 80-83.
- 7) Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA, 312(13) :1295-1296, 2014.
- 8) ジェラード・イーガン/鳴澤實, 飯田榮 : 熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・テキスト. 創元社, 1998.
- 9) 北村俊則 : 周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本. 58, 北村メンタルヘルス研究所, 2013.
- 10) 前掲9). 64.
- 11) 前掲9). 75.
- 12) 前掲9). 118.
- 13) 前掲9). 88.