

Ⅳ 研究, 教育

緩和医療は非常に新しい医療の分野であり、確立されていないことが非常に多い。EBMの手法に基づいて根拠を探しても、信頼に足る根拠がないことが非常に多い。したがって、目の前の患者に最良の医療を提供するためには「何が最良なのか」を自ら証明する必要が出てくる。そこに臨床研究のニーズがあり、緩和医療専門医は患者のアウトカムを改善するために積極的に研究に取り組む必要がある。文献の批判的吟味、研究プロトコルの作成など臨床研究を行うための基本的な能力を習得することが望ましい。

また、緩和医療の対象となる患者は非常に多いため、国民がいつでもどこでも緩和医療を享受できるためには、緩和医療専門医だけではなく一般医や市民に緩和医療を啓発・普及する必要がある。そのため、緩和医療専門医は成人学習理論を熟知し、コンサルテーションやセミナーなどを通じて教育を行う能力を持つことが望ましい。

認定医制度の必要性和その要件

緩和医療の質の向上と維持のために、緩和医療専門医制度をつくることが求められている。また、国民の立場に立てば、「どこに行けば良質な緩和医療を受けられるか」の1つの目安としても専門医制度をつくることは重要である。日本緩和医療学会では3年後を目標に緩和医療専門医制度をつくることを予定している。専門医制度の概要は未だ明らかになっていないが、そのあり方について個人的な提言をしたい。

緩和医療は非常に総合的な医療の分野であり、上記したとおりさまざまな能力が必要とされるこ

と、新しく緩和医療専門医になる医師と、現在、他分野の専門医であり、新たに緩和医療を専門としたいと考えている医師に対する対応が必要であることから、①初期研修後すぐに緩和医療専門医となるための4年前後のプログラム、②他科専門医が緩和医療専門医となるための2年前後のプログラム、の2段がまえにする必要があるであろう。

その要点を表4に示す。認定医の更新は約5年ごとに行い、質の維持と生涯学習のためのセミナーを開催していく必要があるであろう。

おわりに

緩和医療専門医の育成はまだ始まったばかりであるが、緩和医療専門医に対するニーズは非常に高い。今後、早急に認定医制度、教育システム、養成プログラムの整備を行い、国民が安心して緩和医療を享受できるようなシステムづくりをすることが要求されている。

文 献

- 1) 日本緩和医療学会教育カリキュラム <http://www.jspm.ne.jp> (accessed on 2007年1月5日)
- 2) Education in Palliative and End-of-life Care-Oncology Module 6 Effective Communication <http://www.epec.net/> (accessed on 2006年12月25日)
- 3) Sackett DL 著, 久茂哲徳 監訳: 根拠に基づく医療—EBMの実践と教育の方法. オーシーシー(株), 1998
- 4) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics—A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 3rd ed, McGraw-Hill, New York, 1992

緩和ケアチームの 立ち上げ方・進め方

森田達也

(聖隷三方原病院緩和支援治療科)

木澤義之

(筑波大学大学院人間科学総合研究科)

戸谷美紀

(国立がんセンター中央病院看護部)

編

青海社

執筆者一覧

◎ 総論

加藤雅志 (厚生労働省健康局総務課がん対策推進室)

◎ 昭和大病院

樋口比登実^{1,2} 松林幸子^{2,3} 柏原由佳^{2,5} 梅田 恵^{2,4,7} 篠田淳子^{2,6} 三木仁美²
(¹麻酔科 ²緩和ケアセンター ³看護部〈がん性疼痛看護認定看護師〉 ⁴看護部〈がん看護専門看護師〉 ⁵薬剤部 ⁶精神科 ⁷オフィス梅田)

◎ 大阪大学医学部附属病院

松岡洋人¹ 恒藤 暁¹ 大野由美子² 谷向 仁³ 岡本禎晃⁴ 合屋 将¹
(¹緩和医療学 ²看護部〈がん看護専門看護師〉 ³神経科・精神科 ⁴薬学研究科病院薬学教育研究部)

◎ 筑波大学附属病院

木澤義之^{1,3} 寺本量子^{1,3} 馬場玲子^{1,3,4} 朝田 隆^{1,3} 志真泰夫^{2,3} 長岡広香^{2,3} 久永貴之^{1,3}
入江佳子^{1,3,4} 桜井 環^{1,3,4}
(¹緩和ケアセンター ²筑波メディカルセンター病院緩和医療科 ³つくば緩和ケアグループ ⁴看護部〈緩和ケア認定看護師〉)

◎ 静岡県立静岡がんセンター

安達 勇¹ 高橋晃子² 久山幸恵² 大坂 巖¹ 栗原幸江¹ 片岡智美¹ 吉川栄省³
大庭 章⁴
(¹緩和医療科 ²看護部〈がん看護専門看護師〉 ³薬剤部〈がん専門薬剤師〉 ⁴精神腫瘍科)

◎ 国立がんセンター東病院

秋月伸哉^{1,2} 木下寛也³ 本田晶子⁴ 坂本はと恵⁵ 小川真生³ 平賀一陽³ 伊藤達彦¹
秋月晶子³ 白根佐智恵³ 石橋有希¹ 内富庸介^{1,2}
(¹精神腫瘍科 ²臨床開発センター精神腫瘍学開発部 ³緩和医療科 ⁴看護部 ⁵患者・家族支援相談室)

◎ 国立がんセンター中央病院

高橋秀徳¹ 村上敏史¹ 片山博文¹ 木俣有美子¹ 清水 研² 大上俊彦² 戸谷美紀³
梅澤志乃³ 大松重宏⁴ 赤木 徹⁵ 服部政治¹ 的場和弘⁶ 門田和気¹ 下山直人¹
(¹麻酔・緩和ケア科 ²精神腫瘍科 ³看護部 ⁴相談支援センター ⁵薬剤部 ⁶がん対策情報センター)

◎ 国立病院機構四国がんセンター

谷水正人¹ 成本勝広¹ 藤井知美² 三好京子³ 井上るり子⁴ 中岡初枝⁴ 西岡久美⁴
井上実穂⁵ 関木裕美⁵ 菊内由貴⁵ 亀島貴久子⁵
(¹緩和ケア科 ²麻酔科 ³薬剤科 ⁴看護部 ⁵がん相談支援・情報センター)

◎ 聖隷三方原病院

森田達也^{1,2} 藤本巨史^{2,3} 難波美貴^{2,3} 井村千鶴^{3,7} 佐々木直子⁴ 伊藤智子⁴ 山田智香⁴
大場有沙⁴ 葛西英二^{2,5} 高田知孝^{2,6}
(¹緩和と支持治療科 ²緩和ケアチーム ³認定看護師室 ⁴薬剤部 ⁵精神科 ⁶麻酔科 ⁷訪問看護室)

◎ 聖路加国際病院

林 章敏¹ 長 美鈴¹ 山川 宣¹ 高橋美賀子² 中村めぐみ² 塩川 満³ 倉辻羊子³
太田大介⁴ 落合尚美⁵ 川名典子²
(¹緩和ケア科 ²看護部〈がん看護専門看護師〉 ³薬剤部 ⁴心療内科 ⁵精神科)

◎ 国立病院機構大阪医療センター

小川朝生^{1,2} 田中登美^{1,3} 山中政子^{1,4} 松山和代^{1,5} 尾池真理^{1,4} 戸高綱代^{1,6} 松岡暖奈^{1,7}
戸高明子^{1,8} 辻仲利政^{1,9}
(¹がんサポートチーム ²精神神経科 ³看護部〈がん看護専門看護師〉 ⁴看護部〈がん性疼痛看護認定看護師〉 ⁵薬剤科 ⁶看護部〈がん化学療法看護認定看護師〉 ⁷医療相談室 ⁸消化器科 ⁹外科)

◎ 市立札幌病院

合田由紀子^{1,5} 松山茂子^{2,5} 近藤千尋^{3,5} 池田 光^{4,5}
(¹緩和ケア科 ²看護部〈緩和ケア認定看護師〉 ³精神科 ⁴放射線科 ⁵緩和ケアチーム)

目次

I. 総論

緩和ケアチームに求められていること	2
-------------------------	---

II. 緩和ケアチームの経緯と活動

昭和大学病院	8
大阪大学医学部附属病院	10
筑波大学附属病院	12
静岡県立静岡がんセンター	14
国立がんセンター中央病院	17
国立がんセンター東病院	20
国立病院機構四国がんセンター	22
聖隷三方原病院	25
聖路加国際病院	28
国立病院機構大阪医療センター	30
市立札幌病院	32

III. 緩和ケアチーム Q & A

システム・立ち上げの工夫	36
--------------------	----

1. 組織・運営

Q1 緩和ケアチームの構成は？	36
緩和ケアチームのメンバーはどのような構成ですか。院内の組織図ではどのように位置づけられていますか	
Q2 チームの呼び名は？	38
チームの呼び方で名称を工夫したことはありますか	
Q3 保険適応外薬物の使用は？	39
保険適応外薬物の使用について何か取り決めがありますか	
Q4 緩和ケアチームの臨床情報は？	40
緩和ケアチームに関する臨床情報のデータベースはありますか	
Q5 チームの実際の運営は？	43
緩和ケア診療加算など経営的側面、目標を達成のための連絡、物品の購入費用はどうしていますか	

2. 医師や看護師との役割分担

Q6 医療行為をどうしてますか？	45
主治医と緩和ケアチームの行う医療行為の区別はどうしていますか	
Q7 病状説明をどうしてますか？	47
主治医と緩和ケアチームの行う病状説明の区別はどのあたりに置いていますか	
Q8 患者から新たな依頼を受けた場合は？	49
フォロー中に、最初の依頼内容でない対応を患者から依頼された場合はどうして	

はじめに

筑波大学附属病院は、茨城県つくば市にある800床の大学病院である。およそ200mの距離に、地域がん診療拠点病院で平均在棟日数が16日前後である急性期緩和ケア病棟を持つ筑波メディカルセンター病院(401床)があり、有機的な連携を行っている。

本稿では、緩和ケア病棟を持たない大学病院の緩和ケアチームの活動のあり方、ホスピス緩和ケア病棟および地域との有機的な連携のあり方という観点で、大学病院の「緩和ケアセンター」の活動を紹介する。

緩和ケアチームの発足

当地域では、1999年に筑波メディカルセンター病院に地域がんセンターが設置され、2000年に20床の緩和ケア病棟の稼働が開始した。それまでは、緩和ケアという言葉が市民権を得ていない地域であった。2003年10月に緩和医療担当医師が大学病院に赴任し、チームの立ち上げの準備が始まり、2004年4月にホスピスケア認定看護師が着任し、緩和ケアチームとしての活動が始まった(表1)。

当初は、大学病院のがん医療および緩和ケアの実態を知るため、チームの看護師ががん診療に関わるすべての病棟を1~2週間ローテーションし、病棟のメンバーとして勤務することによりその実態を明らかにし、人間関係の構築を行った。また、それと並行して院内に緩和ケアの学習会を立ち上げ、各病棟から代表者を選出して、緩和ケアの啓発と普及を行った。チームを立ち上げるにあたり、以前より院内で稼働してい

たコンサルテーションシステムを活用し、患者・病棟スタッフの声を反映させるため主治医に加え、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー(MSW)も直接依頼できるようにした。

活動内容に関しては、当初から院内のコンサルテーション活動に加え、外来機能を持つことにした。特に、外来は定期的な外来ばかりでなく、主治医の外来日や化学療法施行時にオンデマンド(要求に応じて)外来を行うことで、患者の利便性への配慮とコンサルテーションのバリアに対する対処を行った。また、チームは原則として直接診療や処方、ケアを行わず、コンサルタントとしての役割に徹することとした。

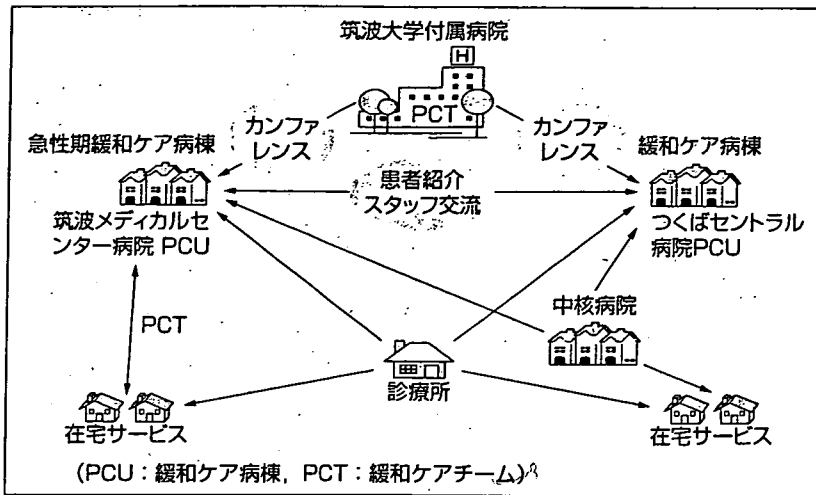
また、緩和ケア病棟とのスムーズな連携を保つため、近隣にある筑波メディカルセンター病院緩和ケア病棟のスタッフと週2回のミーティングを行い、情報交換する機会を持つようにした。

2005年4月から、緩和ケア専従医師が着任した。2005年7月1日より正式に緩和ケアセンターが設置され、届け出が行われ、正式に認可された。また2006年4月からは、近隣にあるつくばセントラル病院緩和ケア病棟とも週1回定期的にカンファレンスを行い、空床状況、待機患者などを確認し合い、連携を図っている。

複数の医師がいる急性期緩和ケア病棟である筑波メディカルセンター病院とつくばセントラル病院緩和ケア病棟(平均在院日数30日超)とを、患者の状態、居住地などを考慮して、緩和ケアチームが双方の緩和ケア病棟から意識的に選択し、利用している(図1)。また、患者は県内の広い範囲内から来院するため、県内にある水戸済生会総合病院緩和ケア病棟、友愛記念

表1 緩和ケアチームの構成

	2004年 チーム立ち上げ時	2005年	2006年	2007年
緩和ケア医	専任1名	専任1名, 専従1名	専任1名, 専従1名	専任1名, 専従1名
精神科医	—	専任1名	専任1名	専任1名
緩和ケア認定看護師	専従1名	専従1名	専従1名	専従3名
MSW	兼任2名	兼任3名	兼任3名	兼任3名
その他	—	事務	事務	臨床心理士・兼任1名



● 図1 つくばにおける地域緩和ケアシステムの現状

● 表2 緩和ケアチームの活動

<p>1. 院内コンサルテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 病棟からのコンサルテーション (随時) ■ 外来コンサルテーション (週2回定期外来+随時)
<p>2. 連携活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 筑波メディカルセンターとの合同カンファレンス (週1回) ■ 筑波メディカルセンター多職種カンファレンスへの参加 (週1回) ■ つくばセントラル病院との合同カンファレンス (週1回)
<p>3. 教育活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 日本緩和医療学会教育セミナー EPEC-O の運営 ■ 院内ケアチーム (リンクナース) の活動支援

病院緩和ケア病棟とも連携を図っている。2007年からは新たに2名の認定看護師が着任し、外来化学療法患者への介入を開始している。

II コンサルテーション活動

毎日の回診と週2回の外来を中心に活動し、アセスメントおよび方針の決定・変更、プライマリーチームへの助言を行っている。活動を開始してから3年になり、依頼件数は2006年4月～12月で161件(うち外来57件)に上った(年平均件)。特徴としては、化学療法を中心に積極的治療中のサポート依頼が半数を超すことと、依頼内容の半数以上を身体症状管理が占めること、依頼の約3分の1が外来経由で行われることが挙げられる(表2)。

II 今後の課題と取り組み

緩和ケアチームが認知され、外来患者および入院患

者へ早期に介入がなされるようになった。しかし、まだすべての患者に介入が行われていないこと、依頼される診療科が偏っていることから、いっそうの早期介入が必要であると考えられる。問題点として、①依頼診療科の偏りがみられること、②外来でのスクリーニングシステムがないこと、が挙げられる。今後は外来で化学療法を受ける全患者に対しての症状スクリーニング、すべてのがん患者に対する症状スクリーニングを行い、さらなる早期介入を行うとともに患者のQOLの向上を図っていききたい。

また、当院のように緩和ケア病棟を持たない病院では、適切な療養環境への移行をスムーズにするために、緩和ケア病棟および在宅との密な連携が必要不可欠である。緩和ケア病棟との連携は良好であるが、今後は在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションと密な連携を図り、地域コンサルテーションを行うことや、共通のアセスメントやガイドラインを使って診療を行うことに取り組んでいきたいと考えている。

ナースによるナースのための
**がん患者の
ペインマネジメント**

Evidence-based Nursingの探究

新版

編集・執筆

高橋美賀子

聖路加国際病院

梅田 恵

オフィス梅田

熊谷靖代

社会保険中央総合病院

ナースによるナースのための

がん患者のペインマネジメント 新版

Evidence-based Nursingの探究

定価 (本体 2,000円 + 税)

2007年6月10日 第1版第1刷印刷

2007年6月20日 第1版第1刷発行

〈検印省略〉

編集・執筆 たかはしみ かこ うめだめぐみ くまがいやすよ
高橋美賀子 / 梅田 恵 / 熊谷靖代

発行 (株)日本看護協会出版会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2 日本看護協会ビル4階

〒112-0014 東京都文京区関口2-3-1 (編集部/営業部)

〈編集部〉TEL/03-5319-7171 FAX/03-5319-7172

〈営業部〉TEL/03-5319-7191 FAX/03-5319-7192

〈コールセンター：注文〉TEL/0436-23-3271 FAX/0436-23-3272

<http://www.jnapc.co.jp>

印刷 三報社印刷(株)

●本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは
著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。

©2007 Printed in JAPAN

ISBN978-4-8180-1277-6

編著

埼玉医科大学客員教授

武田文和

聖路加国際病院がん看護専門看護師

高橋美賀子

(有)メディカルケアプランニング代表取締役・薬剤師

石田有紀

がんの痛みよ、さようなら!

こうすればとれる「がんの痛み」

「がんの痛み」は、がんの進行に伴って生じる症状の一つです。痛みを伴ったがんは、がんの進行を遅くし、生活の質を向上させることができます。本書では、がんの痛みを効果的にコントロールする方法を詳しく解説しています。痛みが来たとき、あなたはこの一冊があなたの救世主になるかもしれません。

2008年1月7日 第1版第1刷発行

検印省略

© 2008

がんの痛みよ、さようなら！
—こうすればとれる「がんの痛み」—

定価(本体 2,200 円+税)

編著者 武田文和・高橋美賀子・石田有紀

発行者 川井 弘光 発行所 金原出版株式会社

〒113-8687 東京都文京区湯島 2-31-14

電話 編集(03)3811-7162

営業(03)3811-7184

FAX(03)3813-0288

ISBN 978-4-307-77157-3 C3047

郵便振替 00120-4-151494

Printed in Japan

<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

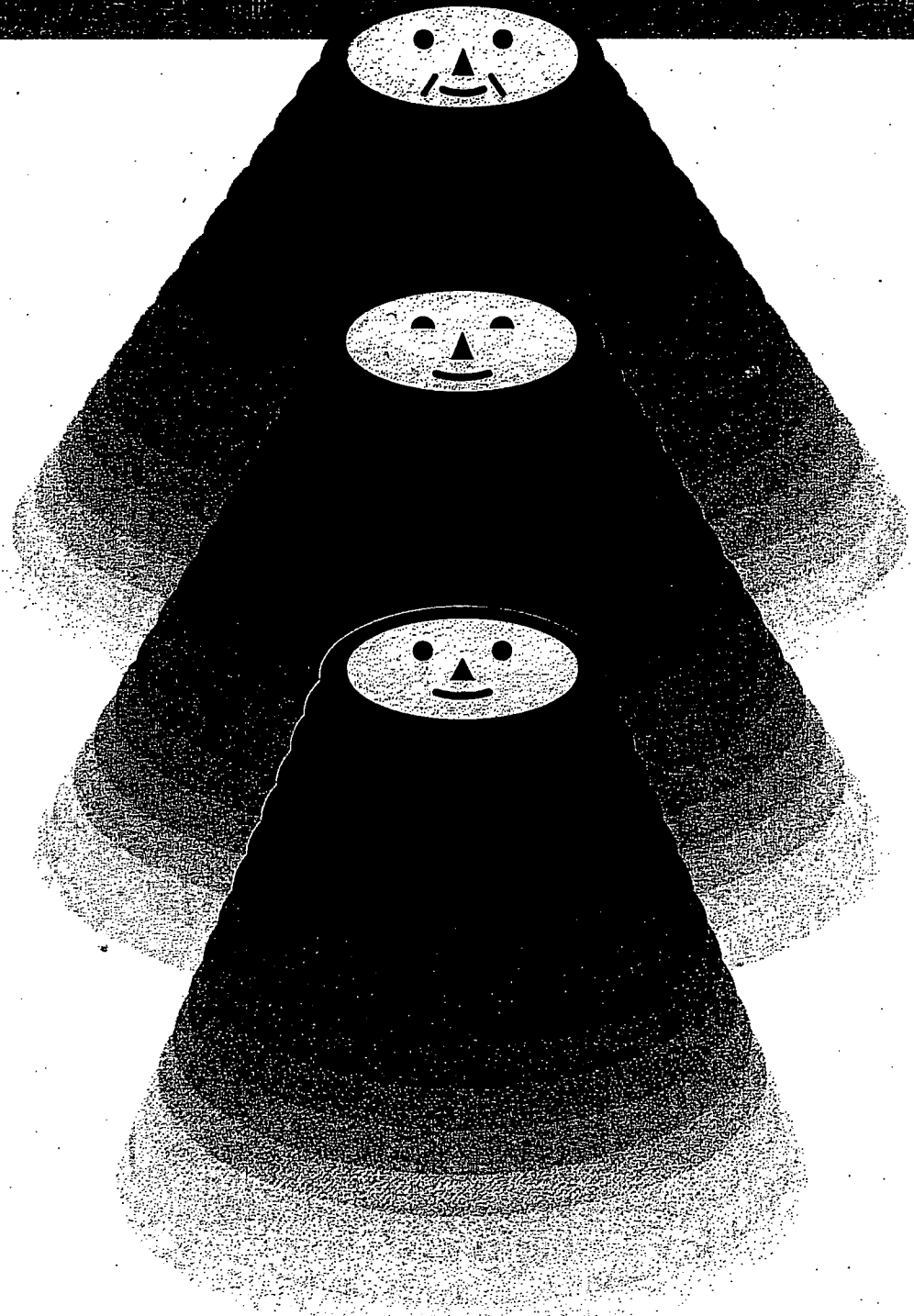
JCLS < (株) 日本著作出版権管理システム委託出版物 >

三報社

小社は捺印または貼付紙をもって定価を変更致しません。

乱丁、落丁のものはお買上げ書店または小社にてお取り替え致します。

高齢期の心理と 臨床心理学



目 次

第 I 部 高齢期の心理学——健康な高齢者の心理特徴について

1. 高齢社会と 21 世紀の高齢者	2
1-1 日本における高齢社会の成立過程	2
1-2 老化の概念	11
1-3 21 世紀の高齢者心理の理解にむけて	16
2. 生涯発達理論における高齢者の位置づけと課題	18
2-1 精神分析的理論における高齢期	18
2-2 生涯発達理論における高齢期	22
3. 身体の老化と高齢者疾患の特徴	29
3-1 神経・感覚器の老化	29
3-2 ホルモンと代謝の老化と病気	32
3-3 心・血管の老化と病気	37
3-4 肺の老化と病気	38
3-5 消化器系の老化と病気	40
3-6 血液の病気と免疫系の老化	41
3-7 皮膚の老化	41
3-8 運動機能の老化と障害	42
3-9 老年症候群と廃用症候群	44
3-10 多臓器不全	46
3-11 病気に由来する高齢者の心身症	47
3-12 高齢者に起こりやすい薬の副作用	49
4. 記憶機能と加齢	52
4-1 記憶の仕組み	52
4-2 記憶の 3 段階モデル	52
4-3 加齢による記憶の変化	55
4-4 記憶の加齢に影響する諸要因	62
5. 知能, 知恵の発達	64
5-1 知能の生涯発達	64
5-2 知 恵	73
6. 高齢者の人格と加齢	78
6-1 人格の安定性と変化	78
6-2 自己過程と加齢	87
6-3 人格と長寿	90

執筆者紹介

執筆順, < >は執筆分担の章および節

- 下仲 順子 文京学院大学人間学部教授
< I部 1, 6, 7-1 ~ 7-3, II部 1-7, 3-5, 5 >
- 星野 和実 静岡大学人文学部准教授 < I部 2, II部 3-1 ~ 3-2 >
- 安藤 進 東京都老人総合研究所名誉所員, 文京学院大学客員教授
< I部 3 >
- 中里 克治 岩手県立大学社会福祉学部教授 < I部 4, 5, 9 >
- 佐々木直美 広島国際大学大学院総合人間科学研究科講師
< I部 7-4 ~ 7-5, 10 >
- 岡村 清子 東京女子大学文理学部教授 < I部 8-1 >
- 岡林 秀樹 明星大学人文学部教授 < I部 8-2, II部 4 >
- 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所研究部長 < II部 1-1 >
- 伊野 美幸 文京学院大学人間学部教授 < II部 1-2 >
- 高橋 祥友 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門教授
< II部 1-3 ~ 1-6 >
- 山崎久美子 早稲田大学人間科学学術院教授 < II部 2 >
- 日下菜穂子 同志社女子大学現代社会学部准教授 < II部 3-3 ~ 3-4 >
- 石崎 淳一 神戸学院大学人文学部准教授 < II部 6, 7, 8 >
- 小林 廣美 (財)ヤマハ音楽振興会ヤマハ音楽研究所研究員
< II部 9-1 ~ 9-2 >
- 南 曜子 金城学院大学人間科学部教授 < II部 9-3 ~ 9-4 >
- 横山 章光 帝京科学大学生命環境学部准教授 < II部 10 >
- 山本 央子 デルタ協会認定セラピー・アニマル・ハンドラー < II部 10 >
- 亀口 憲治 東京大学大学院教育学研究科教授 < II部 11 >
- 陳 峻雯 東海学院大学人間関係学部准教授 < II部 12 >
- 岩満 優美 北里大学大学院医療系研究科准教授 < II部 13 >

——所属は2007年5月現在——

本書の無断複製は、著作権法上での例外を除き、禁じられています。
本書を複製される場合は、その都度当社の許諾を得てください。

7.	高齢者と心理的適応	94
7-1	高齢期とサクセスフル・エイジング	94
7-2	主観的幸福感と人格	97
7-3	ストレスフル・ライフイベント	100
7-4	ストレスとコーピング	103
7-5	回想と適応	107
8.	高齢期の人間関係	110
8-1	家族関係, 家族の変化	110
8-2	対人関係, 社会生活とソーシャルサポート	121
9.	高齢者と死	131
9-1	死生観の発達とその変遷	131
9-2	死への態度	133
9-3	死の受容	135
9-4	ターミナルケアとホスピス	138
9-5	残された人々	139
10.	高齢者の心理・臨床研究に役立つアセスメント	143
10-1	アセスメントの基礎	143
10-2	高齢者の人格機能のアセスメント	144
10-3	高齢者の幸福感のアセスメント	148
10-4	高齢者の対人関係のアセスメント	149
10-5	高齢者の死に対する態度に関するアセスメント	152

第Ⅱ部 高齢期の臨床心理学——高齢者を対象とした心理臨床の実際

1.	高齢期の疾患の現状と心理的問題	154
1-1	認知症	154
1-2	神経症性疾患 (不安障害とその他の心因性障害)	162
1-3	うつ, 不安	170
1-4	幻覚妄想状態	173
1-5	統合失調症	174
1-6	高齢者の自殺	175
1-7	高齢者の心理的問題	180
2.	高齢者の認知機能のアセスメント	189
2-1	認知機能のアセスメント	189
2-2	知能のアセスメント	190
2-3	認知症のスクリーニング検査	192

2-4	記憶のアセスメント	194
2-5	その他の神経心理学的検査	195
2-6	症例呈示	199
3.	高齢者の人格のアセスメント	201
3-1	ロールシャッハ・テスト	201
3-2	SCT (文章完成法)	206
3-3	絵画統覚検査法	214
3-4	描画法	221
3-5	質問紙法	225
4.	高齢期のメンタルヘルスのアセスメント	234
4-1	抑うつ尺度	234
4-2	不安	239
4-3	精神健康調査票	240
4-4	主観的幸福感	240
5.	高齢者の心理療法	246
5-1	高齢者心理臨床の現状	246
5-2	高齢者の精神療法	247
5-3	高齢者の心理療法・カウンセリング	249
5-4	高齢者を対象とした心理臨床の取りくみ	254
6.	回想法	257
6-1	回想法とライフレビュー	257
6-2	対象と方法による領域区分	259
6-3	構造的ライフレビュー面接	260
6-4	グループ回想法の計画	261
6-5	グループ回想法の実施	264
6-6	回想法の実施における留意点	266
6-7	グループ回想法の実証的效果	268
6-8	認知症高齢者における回想法の意義	269
7.	リアリティ・オリエンテーション (RO)	271
7-1	ROとは	271
7-2	ROセッションの実施方法	273
7-3	セッション実施の留意点	276
7-4	ROの効果	276
7-5	境界群 (MCI) に対するRO	278
7-6	認知リハビリテーション	280

8. コラージュ療法 281

- 8-1 芸術療法とコラージュ療法 281
- 8-2 コラージュ療法の実際 282
- 8-3 箱庭療法とコラージュ療法 286
- 8-4 高齢者のコラージュ表現の特徴 287
- 8-5 認知症高齢者の神経心理学的障害—コラージュを実施する前に 287
- 8-6 認知症高齢者の内的世界とコラージュ表現—事例の検討から 288

9. 音楽療法 294

- 9-1 健康な高齢者を対象にした音楽療法 294
- 9-2 健康な高齢者の音楽活動 297
- 9-3 認知症高齢者への音楽療法 302
- 9-4 事例 304

10. アニマル・セラピー 309

- 10-1 動物と人間 309
- 10-2 アニマル・セラピー 312
- 10-3 ペット・ロボットではどうか 318
- 10-4 高齢者医療とアニマル・セラピー 320

11. 家族療法 323

- 11-1 家族療法の理論 323
- 11-2 家族療法の技法 325
- 11-3 家族療法の進め方 327
- 11-4 高齢者を含む家族療法の実践 330
- 11-5 高齢者の家族療法の事例 333

12. 認知行動療法 335

- 12-1 認知行動療法とは 335
- 12-2 高齢者を対象にした認知行動療法の展望と現状 337
- 12-3 実践例と効果評価 341
- 12-4 高齢者に対する集団 CBT 346
- 12-5 高齢者に対する CBT の留意点 348

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々への グリーフカウンセリング 350

- 13-1 高齢者のターミナルケア 350
- 13-2 高齢者の死と死別反応 357

引用文献 366

索引 404

下 仲 順 子

しも なか よし こ

- 1964年 関西学院大学文学部心理学科
卒業
- 1966年 同 大学院文学研究科修士課
程修了
- 1968年 大阪府立公衆衛生研究所研究
員
- 1973年 東京都老人総合研究所心理学
部門研究員
- 1997年 同 研究部長
- 2000年 文京女子大学人間学部教授
- 現 在 文京学院大学人間学部教授
文学博士

主要著書

老人と人格 (川島書房)

老年心理学 (培風館)

老年期の発達と臨床援助 教育心理学
(共著, 東京大学出版会)

NEO-PI-R, NEO-FFI 共通マニュアル
(東京心理)

老人の心理がわかる本 (河出書房新社)

臨床心理査定技法〈1〉 (編著, 誠信書房)

高齢者心理学 (編著, 建帛社)

老年心理学 (共著, 朝倉書店)

© 下 仲 順 子 2007

2007年7月25日 初版発行

高齢期の心理と臨床心理学

編 者 下 仲 順 子

発行者 山 本 格

発行所 株式会社 培 風 館

東京都千代田区九段南 4-3-12・郵便番号102-8260
電話 (03)3262-5256 (代表)・振替 00140-7-44725

印刷・製本 東洋経済印刷

PRINTED IN JAPAN

ISBN 978-4-563-05706-0 C3011

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーフカウンセリング

人は誰もがいずれ死を迎えるし、それは高齢者に限ったことではない。若い人でも病気になり、治癒の見込みがなくなり、死を迎える場合もある。一般にターミナルとは、もはや治癒の見込みがなくなり、死が間近になった状態を表しており、このような時期をターミナルステージ、あるいは終末期（以下、ターミナル期）という。またこのターミナル期の患者やその家族を援助することをターミナルケア、あるいは終末期ケア（以下、ターミナルケア）という（高野，2000）。ターミナル期の患者は死の訪れが近づいていることから、心理的・身体的・社会的苦痛を感じやすく、一方、その家族は患者の死の訪れを現実を受け入れることができなかつたり、患者の介護により心身の疲労を感じやすかつたりする。ここでは、高齢者のターミナルケアと残された家族へのグリーフ・カウンセリングについて紹介する。

13-1 高齢者のターミナルケア

(1) 高齢者のターミナルケアとは

高齢者のターミナルケアは、「治癒可能な治療手段がない患者、あるいは患者自身がそれを望まない場合に、症状の緩和や Quality of Life（以下、QOLとする）の向上、自己の尊厳と自立性を維持することを目的としたケア」と定義され（井口，2000）、高齢化社会となりつつある今、早急に取り組まなければならない重要な課題のひとつである。これまでとくに癌医療のターミナルケアが発展してきているものの、癌医療以外をも含めたターミナルケアの浸透をはかるために、日本老年医学会では「人の老化と死に向かいあう老人医療」を基本的立場として掲げている（村井，2002）。さらに、癌医療以外をも含めたターミナルケアを強調するために、高齢者のターミナルケアをあえて“end of life care”という場合がある。

高齢者のターミナル期の経過は様々である（Lynn, 2001）。例えば、癌患者の場

合、最初、機能低下はそれほど見られないが、ある時点から急速に機能低下が生じ、死亡する。臓器障害の場合、心不全によりときどき機能低下が見られるが、治療するとまた回復し、それをくり返す中で全体としての機能が低下し、何回目かの機能低下で死亡する。認知症と老衰では、機能の大きな変動はあまり見られないまま死にいたり、多くは肺炎で死亡する。このように、ターミナル期は、癌、臓器障害、認知症などの病気の種類、病院、老人保健施設、老人ホーム、在宅などターミナル期を過ごす場所、そしてそれらを取り巻く環境などがそれぞれ異なるため、それらを総合的に判断したうえでのターミナルケアが望まれる。しかしどのようなときでも、できるだけ家族や知人との交流をはかり、高齢者自身が淋しさや孤独感を感じることがないように、少しでも心安らかに最期のときを過ごせるように援助したいものである。

(2) 高齢者のターミナルケアの問題

高齢者のターミナルケアや“end of life care”が抱える問題として、以下の4点が挙げられる(井口, 2000)。第1に「高齢者への差別(エイジズム)の問題」である。ときに、高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられないことが生じる場合があるが、このようなことが起きないように配慮されなければならない。第2に「自己決定の問題」で、高齢者のしかもターミナル期において「自らに関することは自らが決める」という自己決定の考えが成立しない場合がある。例えば、告知そのものは進んではいるが、家族の意向により、家族には説明されるが本人には説明されなかったり、あるいは高齢者本人が自ら知りたくなかったり、さらには高齢者であるために判断能力が低下し、自己決定ができなかったりする場合がある。そのため、可能な限り自己決定が尊重

表 13-1 ターミナルケアをよくするための10原則
(村井, 2002; Lynn, 1997より引用)

1. QOLを損なう身体的ならびに精神的な症状をよく管理する
2. 人間としての尊厳と誇りを傷つけないよう自己決定を尊重する
3. 一貫したケアができるように事前にケアの計画を作っておく
4. 死が間近になれば、積極的な医療は避ける
5. 患者と家族がどれだけ満足しているかを考える
6. 個々のQOLだけではなく全体を良好に保つようにする
7. 家族には精神的・経済的に大きな負担がかかるので、その対策をとる
8. 医療資源が不足して死が安易に受容されないようにする
9. ケア提供者が高い技術を継続的に提供し、信頼を確立する
10. 死別した家族をもケアする

されるよう、自由な意思表示ができるときに、自分の意志を表明しておくこともある。なお、尊厳死を望む人の意思表明を「尊厳死の宣言書（リビングウィル）」とよぶ。第3に「ターミナル期医療とそのケアの技術的問題」がある。高齢者のターミナル期医療とそのケアは、患者のQOLを維持および向上することを基本的目的としている。そのためには、患者の痛みやその他の身体症状を和らげること、残された時間を家族や知人との交流や趣味などで有意義に過ごすことなどが望ましい。これらのケアの実践には、医師、看護師、臨床心理士、ケースワーカー、薬剤師、栄養士、宗教家、ボランティアなど多職種によるチーム医療が必要であるが、現在十分に体制が整っているとはいえず、この点については今後が期待されることである。第4に「患者への心のケアと家族への心のケア」である。高齢者本人の心理的ケアはもちろんのこと、家族を失う恐れやその介護疲れから心身の健康を崩しやすい家族の心理的ケアに対する配慮が求められる。表13-1は、ターミナルケアをよくするための10原則を示している。

(3) 認知症高齢者のターミナルケア

認知症高齢者のターミナル期とは、狭義には認知症そのものがターミナル期状態であることをいい、広義には狭義の状態に加え認知症であるうえに身体疾患（例えば悪性腫瘍）によるターミナル期の状態をも含めた状態をいう（表13-2参照）。例えば、認知症の状態が重度で意思疎通が困難でも、介助による嚥下が可能であればターミナル期ではない。ターミナル期とは、介助しても食べたり飲んだりすることがほとんど不可能な状態、すなわち自らの生命を維持することが不可能な状態を指し、補液や経管栄養によって延命が可能な場合はターミナル期と考える。アルツハイマー病であれば、感情表出や言語的コミュニケーションが低下し、臥床傾向となるし、食事も介助が必要で嚥下に時間がかかる。脳血管障害であると、認知症障害に加えて片麻痺、発語障害、嚥下障害などの神経症状を伴っていることがある。

表13-2 認知症のターミナル期の定義（三宅，2000より引用）

狭義（次の1～4すべての状態を認める）

1. 認知症である
2. 意思疎通が困難か不可能な状態である
3. 認知症の原因疾患に伴い嚥下が困難か不可能な状態である
4. 上記の1～3の状態が非可逆である

広義（次の1または2を認める）

1. 狭義の状態である
2. 非可逆的な認知症であり、認知症とは直接関係ない身体疾患がターミナル期の状態である