

その他、四肢関節の拘縮や失禁などの排尿障害が生じる。

しかし、記憶・見当識・認知能力など広範囲な障害により、もともと日常生活に支障をきたし、介護が必要とされている認知症高齢者のターミナル期の始まりは判断しにくく、日々の援助がターミナルケアにつながると考えられる。そのうえ、認知症高齢者の場合、事前に本人の意思確認をとっている場合は別として、認知症高齢者本人の意思を確認することはほとんど不可能である。そのため、ターミナルケアの方針は主に家族の意志によることが多く、家族の心理的負担は想像以上に大きい。家族にとっても様々な決断を即座に行うことは難しく、家族への精神的ケアを行いながらターミナルケアの意志確認を行っていくことになる。また、高齢者本人に対しては、残されている感情や欲求が満たされるよう、そしてその人らしく生きられるよう最善を尽くして援助にあたりたい。

#### (4) 緩和ケアから見たターミナルケア

セント・クリストファー・ホスピスの創業者であるサンダース (Saunders, C.) は、ターミナル期癌患者とのかかわりから、患者が経験している複雑な苦痛を「全人的苦痛」とよび、「全人的苦痛のケア」の重要性を訴えた。これが、現在の「緩和ケア (palliative care)」の始まりである。「緩和ケア」とは、治癒を目指した治療が有効でなくなった癌患者に対する「全人的苦痛 (total pain)」に対する積極的な「全人的ケア」のことを指し、病気から生じる身体的痛みだけでなく、また単なる

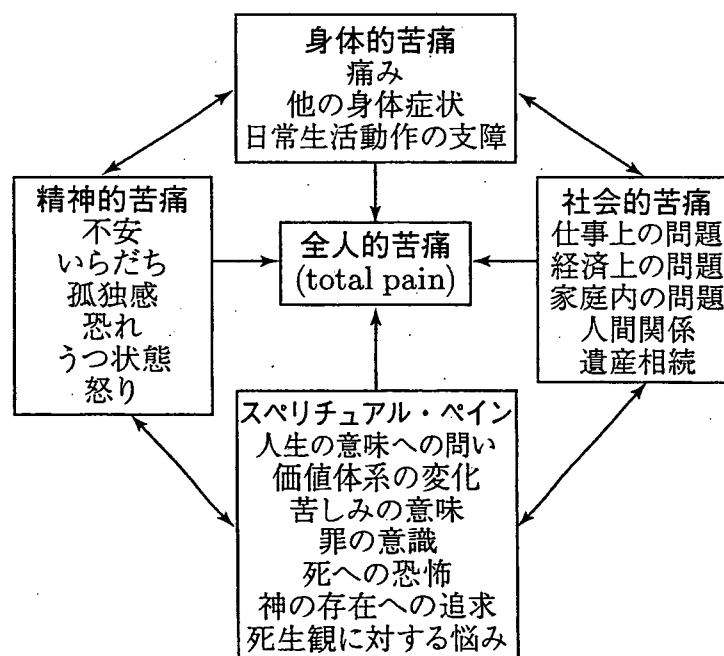


図 13-1 全人的苦痛の理解 (恒藤, 2001 より引用)

表 13-3 精神的アプローチ (恒藤, 2000 より引用)

- 
1. ベッドサイドに座り込む
  2. 傾聴し感情に焦点を当てる
  3. 安易な励ましを避ける
  4. 理解的態度で接する
  5. とともに闘うことを知らせる
  6. 病状の変化に対する布石をする
  7. 質問の機会を与える
  8. 希望を支える
  9. 非言語的コミュニケーションをはかる
- 

精神的痛みだけでなく、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から構成されているという全人的な視点でとらえている (図 13-1 参照)。そして、全人的に苦悩しつつある人間として存在するターミナル期の患者やその家族に対して、様々な側面からの総合的なアプローチが必要とされる。

表 13-3 は、ターミナル期癌患者に対する精神的アプローチを示している (恒藤, 2000)。まず、患者と話す際には、患者のベッドサイドで立ったまま話すのではなく、患者と同じ視線になるよう椅子に座って話すことが望ましい。次に、患者が話すことを傾聴し、患者の感情に焦点を当てて聞く。そのとき、患者の話を批判したり解釈することなく、あくまでも非指示的に接し、安易な励ましは避ける。また、受容的・共感的態度でその苦しみを理解し、その理解を伝え、患者を精神的に支えていく (岩満, 2004)。さらに、ともに闘うことを知らせたり、「この病気には山があり谷があります」といったように病状の変化に対する布石をする。診察の終わりには、患者に必ず質問の機会を与え、医療者からの一方的な情報提供にならないよう、医療者と患者相互間のコミュニケーションを心がける。そして、患者が抱えている希望をできる範囲で支えていく。このようなことは、言語的コミュニケーションだけでなく、笑顔で接する、あるいは患者のベッドでただともに過ごすといったような非言語的コミュニケーションにも配慮する。

#### (5) ターミナル期癌患者の精神的苦痛とスピリチュアリティ

ターミナル期癌患者に生じやすい精神的苦痛は抑うつ状態と重複するが、希死念慮を訴えたターミナル期癌患者の約 40% は抑うつ状態ではないとの報告もあり (Chochinov, 1995)、精神的苦痛と抑うつ状態は必ずしも同義語ではないといえる。表 13-4 は、緩和ケア病棟に入院した患者が表出した精神的苦痛を概念化したものを示している (森田, 2004)。ターミナル期になると、家族のこと、自分自身のこと、死に関することなど様々な点に関して精神的苦痛を感じやすく、このような精

表 13-4 日本人の終末期癌患者にみられる精神的苦悩 (森田, 2004 より引用)

概 念	例	頻度
関係性に由来する苦悩		22%
・さびしさ	「〇〇といっしょにいたい, 気持ちをわかってほしい」	
・家族の準備	「残される〇〇が心配, 〇〇を残していくのがつらい」	
・人間関係における葛藤	「〇〇ともめごとがある」	
コントロール感の喪失		16%
・身体的コントロールの喪失 (依存)	「何もできない, からだが動かない, 情けない」	
・認知的コントロールの喪失	「しっかりしていきたい, ぼうっとして何が何だか分からない」	
・将来に関するコントロールの喪失 (不確実性)	「この先どうなるのか? 先がわからない」	
負 担	「迷惑をかけたくない, つらい気持ちを知らせたくない, 苦しんでいるところを見せたくない」	4.5%
同一性の喪失		10%
・役割の喪失	「役に立ちたい, 仕事に戻りたい, することがない」	
・楽しみの喪失	「楽しいことが何もできない」	
・自分らしさの喪失	「私らしく生きたい」	
重要なことが未完成であること	「別れ, 感謝をいいたい, 〇〇に会っておきたい, ひきつぎや葬式の段取りをしておきたい」	6.8%
こころの準備・死の不安	「死がこわい, 死にたくない, 死後どうなるのか」	25%
希望のなさ	「何の希望もない」	17%

神的苦痛が希死念慮, 自殺, 自殺幫助・安楽死の要求へとつながっていく。そこで, ターミナル期癌患者の精神的苦痛を少しでも和らげ, そしてQOLを向上させるために, 森田 (2004) は, 「基盤となる7つのケア」(患者との関係の確立, 現実を受け入れることの援助, 感情を受け入れることの援助, ソーシャルサポートの強化, 環境整備, 症状緩和, チーム医療) と「個別の精神的苦悩に対するケア」を提案している。日本において, ターミナル期癌患者に対するこのような包括的アプローチはまだ取り組み始められたばかりだが, この取り組みを円滑に進めるためには, 医師や看護師だけでなく臨床心理士, ソーシャルワーカー, チャプレンなど多職種によるチーム医療が不可欠である。

一方, 「スピリチュアリティ」とは, 「人生の生きる意味・目的, いきがい」や「信念」といった「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と解釈されており, 実存的な側面としてとらえられている (野口・松島, 2004)。ターミナル期癌患者は, 「なぜこんなに自分が苦しまなくてはならないのか」「自分の一生は何だったの

か」「自分の人生にどんな目的や意味があったのか」といった「スピリチュアルペイン」を抱きやすく、これらの「スピリチュアルペイン」は、前述したターミナル期癌患者の精神的苦痛と類似している。なお、ターミナル期癌患者の「スピリチュアルペイン」に対するケアのことを「スピリチュアルケア」と言い、傾聴・支持的  
精神療法やライフレビューなどが有効であるとされている。

#### (6) ターミナルケアにおける芸術療法

芸術療法とは、絵画、コラージュ、造形、詩歌、音楽、ダンスなどを用いた技法のことで、もともとは精神障害者や児童を対象としてきたものだが、近年はターミナルケアでの意義が注目されている。また、高齢者のターミナルケアでは、積極的に求める「治療法」としてではなく、患者とともに時間を過ごす、あるいは感情表現のひとつとして「芸術療法」が位置づけられている（松岡，2004）。とくに、認知症の患者の場合、その患者がどのような世界をもち、どのように世界を見ているかがわかりにくいのが、絵画・造形などの作品を通して、患者が感じている世界を知る手がかりとなることもある。一方、ホスピスにおいては音楽療法が、患者の心身の苦痛を緩和させ、QOLを高めるために積極的に導入されている。これまでの思い出に満ちた人生を音楽によって振り返り、これまで生きてきたことの価値を確認し、後に残される人たちのために、過去から現在、現在から未来への橋渡しの役割をしている（濱島・平林，2003）。一般には、芸術療法を通して、患者、家族、そして治療者との交流が円滑になると考えられるが、その他、レクリエーションや娯楽として患者自身が表現活動を楽しむこと、芸術表現を通して自分自身の力で内面を見つめ、やがて訪れる死を平穏に迎える準備をすること、表現活動によって失われた身体感覚や細やかな動きを刺激すること、患者自ら創作活動を行うことにより、能動性や個人としての価値や尊厳を回復させること、作品を通して感情を表出すること、人生の意味や生と死について考えること、死に際してこの世に「贈り物」「遺し物」をすることなどが可能となる（飯森，2000）。

#### (7) ターミナル期の在宅ケア

死期が近づいたとき、8割近くの人が自宅で最期を過ごしたいと考えているにもかかわらず、実際には8割以上の方が病院で亡くなっている。過半数の人が、自宅で亡くなることは家族に迷惑や手間をかけるため、自宅で最期のときを過ごすことは実現不可能であると考え、あきらめている。これは、40～69歳の990名を対象にターミナル期に関する意識調査を行った研究結果によるものだが（小谷，2003）、さらにターミナル期を自宅で過ごす条件としても、「介護してくれる家族がいるこ

と」「家族の理解があること」「家族に負担があまりかからないこと」「家族に介護の知識があること」などが挙げられている。そのため、往診する医師や訪問介護などの外部サービスの充実化なくして、在宅ケアへの広がりには難しいであろう。また、当然ながら高齢者であれば、認知症、せん妄、妄想、うつ状態といった精神症状を呈しやすく、これらの症状は、病院への入院や施設への入所といった突然の環境の変化が契機となることも少なくない。また、臥床傾向から他者との交流も乏しくなりがちで、受ける刺激も日々少なくなり、急速に心身の機能が低下する恐れもある。一方、核家族化などにより1人暮らしの高齢者も増えてきており、よりいっそう家族や地域社会によるサポートづくりが望まれる。

## 13-2 高齢者の死と死別反応

### (1) 悲嘆反応

悲嘆反応とは、「対象喪失 (object loss) に伴って起こる一連の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒的体験」であり (Bowlby, 1960), その対象が親密で、愛着や依存の対象であればあるほど悲嘆を強くかつ長く生じる。ウォーデン (Worden, 1982) は、対象喪失に対する反応を「悲嘆 (grief)」, 対象喪失後に生じる心理的過程を「悲哀 (mournig)」と定義しているが、通常は悲嘆と悲哀はほぼ同義語と考えられている。

一般に対象喪失には、「別離、病気、死などによって愛する人と分離すること、実際には分離していなくても、心理的に愛する人をなくしていること、支持してくれる人のいなくなること」(Bowlby, 1960) といった ① 愛情や依存対象の喪失だけでなく、その他、② 住みなれた社会的・人間的環境や役割からの別れ、③ 自分の精神的拠り所となるような自己を一体化させていた理想、国家、学校、会社、集団の心理的喪失、自己価値の毀損<sup>きそん</sup>、④ 自己所有物の喪失、⑤ 医療場面で起こる病気・手術・事故などによる身体的喪失、身体機能の障害、身体的自己像の損傷などをを含む (岩満, 2002)。さらに高齢者の場合、加齢に伴う身体的機能の喪失、自尊心を傷つけられるといった人格的自己の喪失、および病気や死への恐れなどから絶望感や恐怖感におそわれやすい。また、これまで自分が果たしてきた社会的役割や男性・女性それぞれの役割の喪失、病気や事故などによる外傷や手術で身体の一部や機能を失うといった身体的自己の喪失、若さの喪失、友人や親しい人の喪失、ときには家族の死による家族の喪失、などを体験し、悲嘆する。しかし、こういった悲嘆反応は、対象喪失を乗り越え、それを受容するためには必要不可欠な心理的過程であり、この過程を「悲嘆作業 (grief work)」あるいは「悲哀の仕事

表 13-5 正常な悲嘆反応と病的な悲嘆反応 (平山, 1991 より引用)

	正常な悲嘆反応	病的な悲嘆反応
感情の表現	涙を流す, 泣く, 怒る, 喜びを表す	悲しみを表現しようとし ない 怒りや敵意を表さない
言語活動 罪責感・自殺念慮	活発 (よく話す) 死別した対象に限られる ときに睡眠障害が現れる	抑制 (寡黙) 喪失対象以外のものにまで 広がる 重篤な睡眠障害を認める
身体症状	性欲はあったりなかったり する	持続的に性欲が低下する
夢	死別者の生き生きとした姿 やファンタジー, イメージ が現れる	自己破壊的な夢を見ること がある (ただし夢を見るこ とは少ない)
自尊心	保たれている	保たれない, 微小妄想に発 展することがある
精神療法的働きかけの反応	共感性あり, 反応する	反応しない

(mourning work)」とよぶ。とくに、死別による対象喪失から立ち直る過程を他と区別して「喪の仕事 (mourning work)」とよぶ場合もある (小此木, 1981)。

さらに、自分自身の死の訪れによる家族や親しい友人との離別を予期し悲嘆するといった「予期的悲嘆 (anticipatory grief)」と、家族や親しい友人が、患者の死を予測して、実際に喪失が起こる以前に喪失が起こった時のことを想定して悲嘆するといった「予期的悲嘆」とが生じる。しかし、この過程は死別を処理するための心の準備期間であり、うまくこの悲嘆を対処することができると、死別が突然起こったときよりも精神的衝撃は軽く、その回復も早い (表 13-5)。

## (2) 高齢者の死に対する悲嘆と死生観

高齢者は多かれ少なかれ、自分が死に一步ずつ近づいていることに気づいている。しかし、だからといってすべての高齢者がその死を心穏やかに受容できるわけではない。死が身近に感じられるようになってはじめて、これまでの人生を振り返り、後悔する場合もあるし、なかにはもっと生きたいと生への意欲が強くなる場合もある。

一般には、死に瀕している患者 200 人以上にインタビューを行った、キューブラー・ロス (Kubler-Ross, 1969) の「死にゆく人への悲嘆過程」が有名である。不治の病であることを知り、「これは私のことではない、そんなことがあるはずはない」といった防衛機制としての「否認」の段階、「どうして私なのか」「なぜあの

人ではないのか」という疑問とともに生じる「怒り」の段階、この「避けられない結果」を先にできるだけ延ばそうと交渉する「取り引き」の段階、この世との永遠の別れのために心の準備をしなければならないという深い精神的苦悩を感じる「抑うつ」の段階、そしてひどく衰弱し、頻繁に短い眠りを取りたくなり、最期へと近づいていく「受容」の段階へとつづく。この時期は、患者自身よりもその家族に、多くの助けと理解と支えが必要となる。

高齢者の死生観についてみると、女性は男性と比べて死への不安や恐怖が高く、女性の死の教育の必要性が示唆される（田中・岩本，2002）。もちろん、それは女性のみだけでなく男性に対しても同様に死の教育は重要であろう。高齢者が自分の死について誰かと話し合ったことのない人は約4割にも達し、たとえ死について話し合っていたとしても、その約半数は終末期の希望を他者にあまり伝えていないことが報告されている（藤村・安藤，2004）。すなわち、高齢者は身近に迫っている死に対する思いは強くなるにもかかわらず、そういった感情を表出したり共有したりする機会が少ないのである。当然ながら、死を迎えるまでは、「周りに迷惑をかけずに、最後まで自立して生きたい」といった自己実現や役割遂行の希望、「毎日感謝する」「友人と交流する」「一日一日を大事に過ごす」といった自分の信念に沿った生き方が死生観に影響を与えている。

### (3) 家族の死別に対する悲嘆

つぎに、死別した家族の悲嘆過程についてだが、ここでは哲学者であるディーケン（Deeken, 1986）が提唱した「悲嘆の12の段階」を紹介する。第1段階は「精神的打撃と麻痺状態」で、あまりにも心身の疲れから感情が停止したかのように感じたり、時には頭が真っ白になり、何も考えられなくなることがある。次に、第2段階では、「否認」が生じる。実際に故人が亡くなったにもかかわらず、まだ生きているかのような錯覚に陥ったりする。第3段階では、号泣するなど精神的に混乱状態、すなわち「パニック」の段階となる。第4段階では「怒りと不安感」を感じ、「なぜ自分だけこんな目にあうのか」と怒りや当惑を感じたり、今後の生活に対する不安を感じたりする。第5段階では「敵意とルサンチマン（恨み）」が表出される。すなわち、「いったい誰がこんな目にあわせたのか」「なぜあんなに幸せなのか」と周囲に敵意や恨みを抱いたり、「あんなにお酒を飲まなければ死ななかったのに」と故人に対しても怒りが向けられることがある。第6段階では、「私があのとすくすぐに病院へ連れて行っていたら」といったような自責感が起こり、「罪意識」が生じる。第7段階では、故人は、「どこかに旅をしている」「出張に行っている」などと思い込み、苦しみや悲しみから逃避しようとする「空想形成、

幻想」が起こる。第8段階は「孤独感と抑うつ」の段階で、「誰も自分のこのつらい気持ちを理解してくれない」といったような孤独感や、気分が落ち込むといった抑うつ感を感じる。第9段階は、「精神的混乱とアパシー（無関心）」の段階で、何もやる気が起きずに、空虚感や絶望感でいっぱいになる。第10段階は、「あきらめ—受容」の段階で、辛さや悲しみは感じてはいるが、故人が亡くなっていることを受容するようになり、死という事実を受け入れるようになる。第11段階は「新しい希望—ユーモアと笑いの再発見」の段階で、故人を穏やかな気持ちで偲ぶことができるようになる。最後の第12段階は「立ち直り—新しいアイデンティティの誕生」であり、この死別を克服していき、その経験から死別以前とは異なった新しい自分を見つけ、今後の人生にいかしていこうとする。

当然ながら、これらの悲嘆過程は順番どおりに経験するわけではなく、その個人によってその順番やその持続時間も異なる。いずれにしろ、それぞれの段階で生じる悲嘆反応は死別という精神的ショックから立ち直るためには必要な悲嘆の作業であり、それぞれの感情を十分に表出することが望ましい。

#### (4) 正常な悲嘆反応と病的な悲嘆反応

上記に述べたキューブラー・ロス、ディーケンの悲嘆過程の他に、フィンク (Fink, 1973) の「危機理論」がある。これらの対象喪失に対する悲嘆過程は、「正常な悲嘆反応」であるが、一方、悲嘆の作業が十分なされないと「病的な悲嘆反

表 13-6 病的な悲嘆 (小島, 1986 より改変引用)

病的な悲嘆	特 徴
遅延した悲嘆	喪失の否認や逃避により、喪失のあと数日、数週間、数か月を経て悲嘆が現れる。
悲嘆の欠如	悲嘆の反応が全く現れず、その感情さえ知覚しない。
抑制された悲嘆	悲嘆の反応を公的には隠し、密かに悲しむ (喪失を合理化)。
慢性の悲嘆	悲嘆が持続している状態。
ひどい抑うつ	一時的な抑うつとは違い、気分や行動や思考プロセスの逸脱を伴うことがある。
心気症	喪失に対する強い不安・緊張・敵意・罪悪感が、身体的な反応として表れる。
精神生理学的反応	喪失が原因で、もともとその人が持っている素因から本態性高血圧症や神経性皮膚炎、十二指腸潰瘍のような身体的な症状を引き起こす。
行動化	喪失によって経験する苦痛などの強い内的感情を、行動によって処理する (アルコール依存, 麻薬依存)。
神経症的, 精神病的状態	病的な恐怖症, ヒステリー症状, 抑うつ反応など, また精神病症状が起こることもある。



表 13-7 不良な死別経過を予知する因子  
(Chocinov & Holland, 1993)

社会的援助が乏しいという思い
精神疾患の既往
抑うつ症状を伴う初期の強い苦悩
予期できなかった死
他の重要な生活上のストレスと喪失
主要な支えとなっていた故人への以前からの強い依存
子どもの死

表 13-8 配偶者喪失後の死亡率 (1963-1975)  
(Helsing & Szklo, 1981)

性	死亡率に影響するもの
男性	妻を亡くした者で高率 (55~74歳) 再婚で死亡率が下がる
女性	未亡人も結婚生活者も同じ 再婚後も同じ 一人暮らしで高率
両性	養護施設に移った者で高率 最初の1年では上昇せず

\*  $n = 4032$

応」が生じる場合がある (表 13-6)。ただし、これらの悲嘆反応は段階を追って進むわけではなく、各段階を行きつ戻りつしながら進むため、両者を区別することは難しい。しかし、なかには配偶者の死別反応から臨床的にうつ病の状態になる場合もあり、病的な悲嘆反応を示した際には、緊急の心理的援助を要する。さらに、高齢者であればあるほど、配偶者の死亡が独立した生活の喪失を招くことにもなりかねず、そういった生活環境の変化が悲嘆を増強させることにもなる。

悲嘆反応は個人によってその表れ方が異なるが、個人の思想、感情、行動パターン、人間関係、知的水準、対処能力、先行経験、身体的・遺伝的特質、統制力などによって左右される。また、年齢、教育、職業などの人口統計学的特質の影響をも受ける。表 13-7 は、病的な悲嘆反応を予知する因子を示している (Chocinov & Holland, 1993)。

#### (5) 死別反応と健康

死別が健康に与える影響として、精神的苦痛の増加、身体症状の増加、ヘルスサービスの利用の増加、苦痛に対する自己治療の増加 (健康的に悪い影響をもたらす喫煙、飲酒、薬物使用の増加) などが挙げられる (Chocinov & Holland, 1993)。

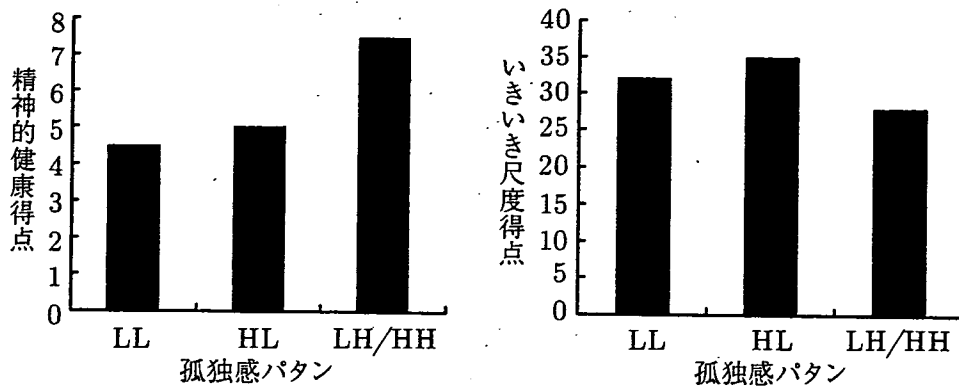


図 13-2 孤独感の変化とサクセフルエイジングとの関連  
(河合・佐々木, 2004)

注) 「LL群」は、配偶者との死別後平均8か月後および25か月後の孤独感がともに低い群。「HL群」は、配偶者との死別後平均8か月後の孤独感が高いが、死別後平均25か月後の孤独感が低い群。「LH群」は、配偶者との死別後平均8か月後の孤独感が高いが、死別後25か月後の孤独感が高い群。「HH群」は、配偶者との死別後平均8か月後および25か月後の孤独感がともに高い群。

死別後の死亡率については、配偶者を亡くした人のうち、一人暮らしの人や施設などに移った人は男女ともに死亡率が高く (Helsing ら, 1982), とくに、55～74 歳の高齢の男性の場合、再婚すれば同年齢の既婚者と同じ死亡率になるものの、再婚しなければその死亡率は高い (Helsing & Szklo, 1981) (表 13-8 参照)。一方、男性女性にかかわらず、死別後、とくに半年までの間の死亡率が高いとの報告もある (Manor & Eizenbach, 2003)。配偶者との死別に関する縦断研究では (Harlow, Goldberg, & Comstock, 1991; 岡林ら, 1997), 死別後1年未満の期間は死別前よりうつ症状が増加し、身体的健康も悪化すること、他方、死別から1年以上の時間が経過するとそれらの症状も回復することを示している。また、死別後に孤独感の高い人は、長期間経過後の時点までに病気になったり死亡してしまう可能性が高く、精神的健康も悪いことが報告されている (図 13-2 参照; 河合・佐々木, 2004)。

このように死別が健康に与える影響は計り知れないものの、悲しみを無理に抑え込むことなく、泣きたいときには思い切り泣くといったように感情を解放することや、自分の気持ちを誰かに聞いてもらうといったように感情を他者へ表出することが、死別後の対処反応として有効である (坂口ら, 2002)。とくに配偶者と死別した高齢者の精神的健康を保つためには、感情を他者へ表出するだけでなく、周囲の人からのソーシャルサポートを十分に受け、孤独感を感じないようにすることが重要である (図 13-3 参照; 岡林ら, 1997)。子どもとの同居率が低下し、近隣との関係も希薄しつつある日本では、今後配偶者と死別した独居高齢者のソーシャルサ

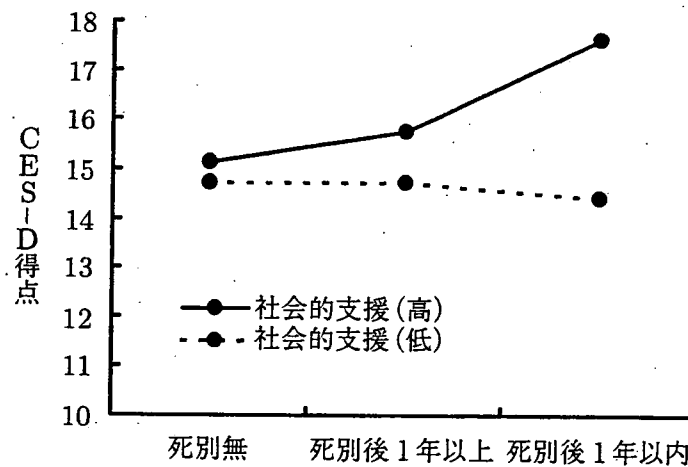


図 13-3 死別経験とソーシャルサポートの精神的健康に対する影響 (岡林ら, 1997)

ポートの受け方が重要な問題となるであろう。しかし、ソーシャルサポートは、精神的健康に対しては死別の影響を和らげることはできても、身体的健康に対しては効果がないとの報告もあり (Norris & Murrell, 1990), 死別反応と健康を考える際には、精神的健康と身体的健康とに分けて考える必要があるだろう。

#### (6) 高齢者の自殺

高齢者人口の増大とともに、高齢者の自殺は深刻な社会問題となっている。在宅高齢者を対象に、最近1年間の希死念慮に影響を与えている要因を調べたところ、日常生活において可能な限り、自分で買い物や食事の用意をするといった生活に対する「手段的自立」が高い人ほど、また家族や近所とのコミュニケーション量が多い人ほど、希死念慮は低かった (長谷屋, 2004)。都市部に在住する高齢者では、「死についての反復思考」は比較的良好に認められる現象であるが、「自殺についての反復思考」や「過去2週間にわたる自殺念慮」は相対的に稀な現象であること (栗田, 2003)。さらに、身体的機能障害、睡眠障害、抑うつ症状のみが「死についての反復思考」と関連があり、手段的ソーシャルサポートの欠如と抑うつ症状のみが「自殺についての反復思考」と関連していた。当然ながら、抑うつ症状は自殺念慮の大きな予測子であることが示唆される。一方、社会貢献への意識の高さや他者との十分なコミュニケーションが、過去や今の人生を肯定的にとらえ、「自分や他者を愛し、感謝する」気持ちや「自分の存在の受容」へとつながり、高齢者の生きがいへと結びついていくことを考えると、高齢者の自殺防止には高齢者ボランティアの組織づくりや、家族以外の人ともコミュニケーションをはかることのできる場所の設定など、地域による予防介入の実践が望まれる。

### 13-4 グリーフ・カウンセリング（グリーフ・ケア）

#### (1) グリーフ・カウンセリング（グリーフ・ケア）とは

残された家族の通常の悲嘆は対象喪失後3か月から1年で克服されるが、悲嘆過程の完全な終結には2年から3年、時には一生を要することもある。ましてや、その死を予期していなかった場合、また亡くなった家族への愛着が強い場合には、その悲嘆が強くなることは容易に予測できる。このように残された家族が、悲嘆の処理を十分に行うことができるよう、遺族に対する心理的援助を行うことが望ましい。

一般的には、身近な人や遺族同士のソーシャルサポートなどによって、遺族は徐々に死別という喪失の事実を受容し、新たな人間関係を形成し、愛する者の喪失に伴う悲しみを克服していく。そして、そのとき、十分に悲しみ、その死別に伴う罪責感などをむやみに感じることがないように、「悲嘆作業 (grief work)」あるいは「悲哀の仕事 (mourning work)」を十分に行うことが不可欠である。しかし、なかには、死別後、十分な悲嘆作業あるいは悲哀の仕事ができない場合がある。そこで、十分な「悲嘆作業」あるいは「悲哀の仕事」ができない人に対して心理的援助、すなわち「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」が必要とされる。

#### (2) グリーフ・カウンセリングの種類

「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」を行う組織は、精神科医、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどの専門家による組織、専門家による支援を受けたボランティアによる組織、遺族による自助グループなどがある（鈴木，2002；小林，2000）。

専門家による「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」では、残された人が、① 故人の死という喪失の事実を受容すること、② 悲嘆の苦痛を克服すること、③ 故人がいない新しい環境に適応すること、④ 故人を情緒的に再配置し生活が続けることの4つの課題を達成できるよう援助していく（Worden, 1993）。そのため、これら4つの課題を達成するために、グリーフ・カウンセリングの実施の際には、① 喪失の現実感を増やすよう援助する、② 表出された感情、あるいは抑制された感情の両方を扱えるよう援助する、③ 死別後の再調整に障害となるものを克服するよう援助する、④ 適切な別れとなるよう、そして人生が再びエネルギーや喜びに満ちたものとなるよう援助するといったことに配慮しなければならない。

遺族による自助グループでは、喪失を体験した遺族同士が集まりお互いの感情を共有し、また体験者がどのような問題に直面しどのように対処してきたかといった情報を共有し、死別による悲嘆をうまく克服できるようお互いにサポートしあう。このような自助グループは全国各地にあり、臨床心理士や精神科医などの専門家が携わっている場合もある。

日本の医療では、このグリーフ・カウンセリングの発展はこれから期待されるどころだが、とくにホスピスでは、この取り組みに対する関心が高い。例えば、ホスピスの医療スタッフが、遺族に対し、お悔やみの手紙やカードを送付したり、病棟で追悼会を開催したり、家族会などの遺族ケアを実施するホスピスもある。

### (3) 死別経験者をサポートするために

最近では、死別経験者の周囲の人が、死別経験者をサポートをするときに役立つ手引き「死別の悲しみを支えるガイド」を作成し配布するなど、その支援は広がりつつある(河合ら, 2005)。この小冊子では、①残された人の心を理解する、②ありがたいと思える援助、③遺された人と関わる時には、④日常の生活を援助する、⑤遺された人が孤立しないように、⑥関わりを持続する、⑦その死が予期できるときには、について書かれている。

# 更年期の精神ケアとホルモン補充療法

広島大学大学院保健学研究科 岡村 仁



## はじめに

更年期は、頭痛・頭重感、めまい、動悸・胸苦しさ、手足のふるえ、耳鳴りなどの多彩な自律神経失調症状とともに、感情の不安定性がよくみられる。更年期障害としてまとめて論じられることも多いが、特に留意しておかなければならない状態の一つにうつ病がある。臨床の現場において、うつ病の評価と対応を適切に行っていくことは重要である。

更年期の精神症状に対する治療はさまざまあるが、その一つにホルモン補充療法 (hormone replacement therapy ; HRT) がある。HRTは、更年期にみられる症状のうち、ほてり・のぼせ (ホットフラッシュ hot flash)、発汗、頻脈などの自律神経失調症状には効果が高いといわれているが、精神症状に対する効果についての報告はあまり多くない。これまでも不安や抑うつを軽減、認知機能障害の改善に有効であるという報告がいくつかある一方で、その有効性には限界があるとの報告も多い。HRTにこだわり、症状が持続しているにも関わらず、漫然と治療を続けるのは避けなければならない。症状や状態を適切に評価したうえで、精神科医への紹介も視野に入れつつ、治療選択を行うことが重要である。

## Q & A

**Q1** 更年期によくみられる精神症状とその特徴は何か？

**A1** 感情面では抑うつや不安が、身体的には多彩な自律神経失調症状がみられる。なかでも見逃されやすく、最も注意が必要なのはうつ病である。

**解説** 更年期は内分泌機能の変化、身体的老化現象によるほか、閉経により女性としての機能を失ったという心理的影響が生じやすい。このため、頭痛・頭重感、めまい、動悸・胸苦しさ、手足のふるえ、耳鳴りなどの多彩な自律神経失調症状とともに、感情の不安定性がよくみられる。

これらの中で、比較的頻度が高く、またその評価と対応に最も留意しなければならないのがうつ病である。最近のコホート研究でも、閉経後に抑うつを呈するリスクは閉経前の2.5倍となることが報告されている<sup>1)</sup>。次に具体的な症例を呈示し、うつ病の特徴

表 1. うつ病の診断基準

- 1) 抑うつ気分 (気分が沈んで、普段の生活を維持できない)
  - 2) 興味・喜びの低下 (テレビ、新聞、趣味などを楽しめない)
  - 3) 精神運動制止、焦燥 (じっとしてられない、逆に動作が鈍くなった)
  - 4) 無価値感、罪責感 (家族や周囲の人に迷惑をかけていると自分を責める)
  - 5) 希死念慮 (生きていてもつまらないと感じる)
  - 6) 食欲低下、体重減少 (食欲がない、体重が減った)
  - 7) 睡眠障害 (眠りにくい、一睡もできない、朝早く目が醒める)
  - 8) 倦怠感 (体がだるくて気力がわかない)
  - 9) 思考・集中力の低下 (注意力、集中力、決断力が落ちた)
- 1), 2) のいずれかを含む 5 項目以上を満たし、それが 2 週間以上続く。

について述べる。

**症例：52歳，女性：**

閉経後しばらく後より、特に誘因なく下肢のしびれ感が出現。放置していたところ、頭重感もみられるようになってきたため、産婦人科を受診した。更年期障害が疑われ、エストロゲン製剤によるホルモン補充療法が開始された。一時期、若干の症状の軽減はみられたものの、再び下肢のしびれ感が増強。さらに耳鳴り、胸苦しさなども出現してきたため、耳鼻科、神経内科を受診するも器質的な異常は認められず、精神科を紹介された。受診時、多彩な自律神経失調症状とともに、抑うつ気分、意欲低下、不眠、食欲低下を認め、うつ病と診断。抗うつ薬と抗不安薬による薬物療法を中心とした治療を行ったところ、症状は徐々に軽減していった。

表1はうつ病の診断基準を示している。表の症状のうち、1) または2) のいずれかを含んだうえで (必須項目)、全9項目中5項目以上を満たし、それが2週間以上続いている場合にうつ病と診断される。しかし、挙げられている症状の中に含まれている睡眠障害、食欲不振・体重減少、集中力の低下、倦怠感といった身体症状は、先述したように更年期の時期にはよくみられる症状である。また、これらの身体症状を頻繁に訴える割には他の身体所見に乏しいため、不定愁訴として聞き流され、それによりうつ病が過小評価され見逃されている可能性がある。

このため、これらの身体症状によるうつ病評価の混乱を避けるためにさまざまな診断基準が考案され、有用性の検討が行われてきた。しかし、個々の症状についての原因は問わず、あてはまる症状が存在した場合は診断項目に数える、すなわちうつ病を過小評価せず見逃しを減らすことのほうが、臨床的に重要であるというのが現在の考え方である。

うつ病を適切に評価しなければならない最大の理由は、うつ病は希死念慮 (死にたい、生きていても仕方がないと思う気持ち)、あるいは自殺との関連が極めて高いことにある。また、治療を行えばうつ病は改善し、本症例のように種々の症状は消失する可能性があることから、更年期に種々の身体症状がみられ軽減しない場合には、精神症状のチェックを行うなどうつ病を常に考慮し、適切に判断することが不可欠といえる。

## Q2 更年期の精神症状に対する治療にはどのようなものがあるか？

A2 更年期に特化した治療があるわけではなく、症状や状態に応じて治療を選択することが必要である。HRTも選択肢の一つであるが、その適応と限界を知っておくことは重要である。

**解説** 更年期の精神症状に対して特化した治療法はない。従って、出現している症状や状態(診断)に応じて、治療を選択する必要がある。HRTも選択する治療法の一つではあるが、精神症状が強い場合には、他の薬物療法を優先させるべきであるとの報告もみられており<sup>2)3)</sup>、安易に長期にわたる補充療法を継続すべきではない。

ここでは、更年期の精神症状としてよくみられる不安と抑うつ(うつ病を含む)の治療のいくつかを概説する。これらを単独あるいは組み合わせながら、適切な治療を選択していくことが大切である。

### (1) 正しい情報の提供

更年期やその症状に関する知識の不足のために生じる不安・困惑や、理解不足によって生じる誤った行動を減らすことを目標とする。不安のため十分に理解されていない部分を明らかにしたり、誤った思い込みを訂正したり、さらに患者個人の置かれた状況に照らして情報を整理することで、大きな安心感を提供する。提供する情報の内容は、医学的なことから、心の動きやストレスへの対処法に関する精神面の情報までさまざまである。

### (2) 支持的な精神療法

不安や恐怖、職場や家庭での役割の変化などに引き続く落ち込み、沈んだ気分などを軽減することを目標とする。これまでの病気や困難に対してとった取組み方を探り、患者のもっている取組み方や適応の仕方によって問題や困難を乗り越えていけるように支持していく。素直に感情を表に出せるように手助けをし、現実的な範囲で支えていくことを目指す。

### (3) 薬物療法

不安に対しては、抗不安薬を中心とし、状況によっては睡眠導入剤や少量の抗うつ薬を用いることもある。抗不安薬の副作用として最も多いのは眠気、ふらつきで、3～4日服用しても(通常は、服用を続けるうちに徐々に軽減していくが)持続する場合には薬剤の変更が必要なため、専門医に相談したほうがよいと思われる。

抑うつ、特にうつ病の場合には抗うつ薬が第一選択となる。従来の抗うつ薬の副作用として最も多く出現していたのは口の渇きである。不快感はあるが、それ自体、身体に悪影響を及ぼすことはなく、服用を中止すれば症状も消失することを患者に伝える。抑うつの改善のためには適用量の服用が必要なため、口渇が強い場合には自分の判断で減量・中止するのは避け、担当医に相談して対策を相談するのがよいと思われる。しかし最近では、selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) やselective serotonin & norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) といった、副作用が比較的少ない抗うつ薬が登場し、臨床場面では主流となってきている。



#### (4) リラックス法

補助的治療として、以下のようなリラックス法を組み合わせると有効な場合がある。特に、自律神経失調症状に対しては効果を発揮すると思われる。

##### ① 漸進的筋弛緩法

筋肉の緊張を解きほぐすことを通して、心身のリラックスを達成しようとするものである。実際には、身体各部の筋肉を数秒間緊張させた後、一挙に弛緩させるということを繰り返し行っていく。緊張させた後に弛緩させるほうがより深い弛緩を得られ、緊張・弛緩を対比させることで、緊張状態と弛緩状態を体で理解できるようになる。毎日2～3回、数週間にわたり継続し、体が弛緩してリラックスする状態を体得するまで行う。

##### ② 誘導イメージ療法

単独では行わず、漸進的筋弛緩法などと組み合わせて用いられる。これは、非常に居心地のよい場所でくつろいでいるイメージなどを浮かべるよう、治療者が患者に教示することで、心身の弛緩や無力感の改善を図る技法である。

**Q③** 更年期の精神症状に対するHRTの評価はどのようになっているか？

**A③** これまで、主として気分障害や認知機能障害の改善に対する有効性が検討されているが、研究手法や研究デザインの問題などから、有効であるという報告と、そうでない報告とがあり、明確な結論は得られていないのが実情である。

**解説** HRTは、更年期にみられる症状のうち、ほてり・のぼせ(ホットフラッシュ hot flash)、発汗、頻脈、泌尿生殖器萎縮には効果が高いといわれているが、精神症状に対する効果についての報告はあまり多くない。こうした中、これまで治療の対象として検討されてきた症状としては、抑うつなどの気分障害やquality of life (QOL)、ならびに認知症のリスクを含めた認知機能が挙げられる。

まず気分障害やQOLに関しては、HRTがQOLの向上や精神的健康に有効であったとする報告や<sup>4)</sup>、抑うつの改善に効果があったという報告<sup>5)</sup>、またSSRIの作用を強化して抑うつに有効に作用する<sup>6)</sup>など、抑うつの軽減に付加的な役割を担うといったpositiveな報告が比較的多い。しかし一方で、HRTの精神症状に対する有効性を述べるには、これまでの研究デザインや対象者数では不十分であり、今後のさらなる検討が必要であるとする報告もいくつかみられており<sup>7)8)</sup>、引き続き検討していくことが必要と思われる。

閉経後におけるHRTの認知機能に対する効果については、1998年<sup>9)</sup>および2001年<sup>10)</sup>のJAMAに、HRTが認知機能の改善ならびに認知症(アルツハイマー病)のリスク軽減に有効であるという報告が出されて以後、盛んに研究が行われるようになった。しかしその後の報告で、HRTは認知機能の改善やmild cognitive impairment (MCI)の予防には関連しておらず、むしろ認知機能を低下させ、認知症のリスクとなる可能性がある

いう結果が出されるようになった<sup>11)~13)</sup>。また、2006年に提出されたレビュー<sup>14)</sup>でも、HRTの認知機能障害改善に対する有効性が検証されているのは横断研究におけるものが多いと報告されているように、最近では否定的な見解が多いようである。ただし、この領域の研究もまだ歴史は浅く、大規模な研究デザインを用いた、今後のさらなる検討が必要と思われる。

以上述べてきたように、更年期の精神症状に対するHRTの有効性はまだ未知数と思われる。従って、HRTにこだわり、症状が持続しているにも関わらず、漫然と治療を続けるのではなく、症状や状態を適切に評価したうえで、精神科医への紹介も視野に入れつつ、治療選択を行うことが重要である。

## 文献

- 1) Freeman EW, Sammel MD, Lin H. et al : Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 63 : 375-382. 2006
- 2) Gartrell NK, Koh AS, Becker C. et al : Prevalence of hormone replacement therapy and antidepressant use in peri- and postmenopausal women. *J Gend Specif Med* 4 : 60-63. 2001
- 3) Bertschy G, De Ziegler D, Bianchi-Demicheli F : Mood disorders in perimenopausal women : hormone replacement or antidepressant therapy ? *Rev Med Suisse* 1 : 2155-2161. 2005
- 4) Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinouadaki IV. et al : Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women : association with hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 22 : 6660-6668. 2006
- 5) Schmidt PJ : Depression, the perimenopause, and estrogen therapy. *Ann NY Acad Sci* 1052 : 27-40. 2005
- 6) Rasgon NL, Altshuler LL, Fairbanks LA. et al : Estrogen replacement therapy in the treatment of major depressive disorder in perimenopausal women. *J Clin Psychiatry* 63 Suppl 7 : 45-48. 2002
- 7) Cohen LS, Soares CN, Poitras JR. et al : Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women : a preliminary report. *Am J Psychiatry* 160 : 1519-1522. 2003
- 8) Gentile S : The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders : an update. *CNS Spectr* 10 : 944-952. 2005
- 9) Yaffe K, Sawaya G, Lieberburg I. et al : Estrogen therapy in postmenopausal women : effects on cognitive function and dementia. *JAMA* 279 : 688-695. 1998
- 10) LeBlanc ES, Janowsky J, Chan BK. et al : Hormone replacement therapy and cognition : systematic review and meta-analysis. *JAMA* 285 : 1489-1499. 2001
- 11) Shumaker SA, Legault C, Rapp SR. et al : Estrogen plus progestin and incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. *JAMA* 289 : 2651-2662. 2003
- 12) Rapp SR, Espeland MA, Shumaker SA. et al : Effect of estrogen and progestin on global cognitive function in postmenopausal women. *JAMA* 289 : 2663-2672. 2003
- 13) Almeida OP, Lautenschlager NT, Vasikaran S. et al : A 20-week randomized controlled trial of estradiol replacement therapy for women aged 70 years and older : effect on mood, cognition and quality of life. *Neurobiol Aging* 27 : 141-149. 2005
- 14) Low LF, Anstey KJ : Hormone replacement therapy and cognitive performance in postmenopausal women - a review by cognitive domain. *Neurosci Biobehav Rev* 30 : 66-84. 2005

## Barriers to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey

MITSUNORI MIYASHITA, R.N., Ph.D.,<sup>1</sup> MAKIKO SANJO, R.N., M.Hlth.Sci.,<sup>1</sup>  
TATSUYA MORITA, M.D.,<sup>2</sup> KEI HIRAI, Ph.D.,<sup>3</sup> YOSHIYUKI KIZAWA, M.D.,<sup>4</sup>  
YASUO SHIMA, M.D.,<sup>5</sup> NAOHITO SHIMOYAMA, M.D., Ph.D.,<sup>6</sup> SATORU TSUNETO, M.D.,<sup>3</sup>  
KAZUAKI HIRAGA, M.D.,<sup>7</sup> KAZUKI SATO, R.N., M.Hlth.Sci.,<sup>1</sup>  
and YOSUKE UCHITOMI, M.D., Ph.D.<sup>8</sup>

### ABSTRACT

**Objectives:** Palliative care specialists are faced with extensive barriers to providing effective palliative care. We carried out a survey to identify existing barriers from the point of view of palliative care experts in Japan and determine the priorities for future actions to overcome these barriers.

**Methods:** We conducted a cross-sectional mail survey in December 2004. We sent out 2607 questionnaires to members of the Japanese Society of Palliative Medicine and Hospice Palliative Care Japan. We asked all respondents two open-ended questions regarding barriers and future actions in the context of palliative care in Japan. In total, 426 questionnaires were returned (response rate of 16%).

**Results:** We identified 95 different answers concerning barriers to providing effective palliative care. The three most frequent answers were "general medical practitioners' lack of interest, knowledge, and skills" ( $n = 203$ ), "general population's lack of knowledge and misunderstandings about palliative care" ( $n = 122$ ), and "general medical practitioners' failure to provide information and lack of communication skills" ( $n = 89$ ). We identified 136 different answers concerning future actions required to improve palliative care. The three most frequent answers were "organize study sessions on palliative care or case conferences in hospitals" ( $n = 122$ ), "provide information about palliative care to the general population" ( $n = 117$ ), and "in undergraduate education, make palliative care a compulsory course" ( $n = 88$ ).

**Conclusions:** We identified numerous barriers to providing effective palliative care, related to not only medical practitioners, but also economic factors and the general population. These

<sup>1</sup>Department of Adult Nursing/Palliative Care Nursing, School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan.

<sup>2</sup>Department of Palliative and Supportive care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara Hospital, Shizuoka, Japan.

<sup>3</sup>Graduate School of Human Sciences, Osaka University, Osaka, Japan.

<sup>4</sup>Graduate School of Comprehensive Human Science, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan.

<sup>5</sup>Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital, Ibaraki, Japan.

<sup>6</sup>Department of Palliative Medicine, National Cancer Center, Tokyo, Japan.

<sup>7</sup>National Cancer Center, Tokyo, Japan.

<sup>8</sup>Department: Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Chiba, Japan.

findings suggest that to overcome these barriers, we need to take action on many fronts, including increasing social awareness and effecting political change, as well as addressing problems relating to practitioners. We prioritized the future actions. The most frequent urgent problems were identified. We hope that collaborative efforts by the relevant organizations will improve palliative care in Japan.

## INTRODUCTION

PALLIATIVE CARE SPECIALISTS are faced with extensive barriers to providing effective palliative care.<sup>1-3</sup> Much research has been carried out with regard to the barriers, such as ability to manage pain,<sup>4-8</sup> communication and breaking bad news,<sup>9,10</sup> legal problems,<sup>11</sup> and the knowledge of physicians,<sup>12-15</sup> nurses,<sup>16</sup> patients,<sup>17-22</sup> and the general population.<sup>23</sup> In addition, barriers to hospice referral by physicians have also been investigated.<sup>24-27</sup> Although many barriers to providing effective care exist in Japan, comprehensive research into these barriers has not been conducted. To construct an effective national palliative care system, it is important to identify the remaining barriers. In identifying any barriers, the opinions of palliative care experts are important because these professionals attempt to provide effective palliative care in their day-to-day clinical practice, and would be able to identify many barriers based on their clinical experience.

After the barriers are identified, strategies are needed to overcome them.<sup>28</sup> Nursing associations in the United States and Korea have advocated that priority is given to nursing research in palliative care.<sup>29,30</sup> To overcome any barriers, it is necessary not only to address the problems in each facility and for each medical practitioner, but also to discuss common problems in national organizations related to palliative care, and to develop consistent strategies. However, no systematic research has been carried out regarding the priorities for future actions in Japan. Thus, we considered that it would be worthwhile to survey the ideas and actual practices of palliative care professionals in order to overcome any barriers and to develop priorities for future actions to improve the quality of palliative care in Japan.

The aims of this survey were: (1) to identify existing barriers to providing effective palliative care from the point of view of palliative care experts in Japan; (2) to determine priorities for future actions to overcome these barriers; and (3) to develop a list of future actions underpinned by detailed practical suggestions.

## METHODS

### *Procedure and respondents*

We conducted a cross-sectional mail survey in December 2004. We sent a questionnaire to all members of the Japanese Society of Palliative Medicine and Hospice Palliative Care Japan.

### *Survey*

All respondents were asked two questions regarding barriers to providing effective palliative care and future actions needed to advance palliative care in Japan. The first question was, "What do you think are the barriers to providing palliative care?" The second question was, "What future actions are needed to overcome these barriers?" These two questions were open-ended, but we gave several sample answers because we wanted to gather ideas and suggestions that were as practical and concrete as possible.

In addition, we asked about respondents' occupations (e.g., physician, nurse, etc.), the type of facility that the respondents worked in (e.g., general hospital, university hospital, cancer center, etc.), their working situation within the facility (e.g., general ward, palliative care unit, etc.), and their number of years of clinical experience.

### *Analysis*

All responses were transferred to a personal computer, and content analysis was performed on the descriptive data. Two nursing researchers (M.M. and M.S.) extracted all statements related to barriers and future actions, then they carefully conceptualized and categorized the answers given based on similarities and differences in the content under the supervision of an experienced palliative care physician (T.M.), and created definitions for all categorized answers. Finally, two oncology nurse coders independently determined whether each respondent had made remarks that belonged to any of the defined answers. When there were discrepancies in the categorizations of the two coders, they made a fi-