



表5 輸液が全般的快適さに与える影響についての無作為化比較試験

対象：終末期癌患者 51 名
 介入：1,000ml 輸液 × 2 日
 測定：well-being (0 ~ 10), overall benefits (1 ~ 7)

	輸液群	非輸液群	P
鎮静	83%	33%	0.005
幻覚	82%	50%	0.21
ミオクロームス	83%	47%	0.035
倦怠感	54%	62%	0.77
well-being	1.4 ± 4.1	0.8 ± 3.1	0.30
overall benefits	3.8 ± 2.2	3.6 ± 2.0	0.20

%は改善率。

(Bruera E, et al : J Clin Oncol 23 : 2366, 2005 より)

terdam Symptom Checklist を用いた前後比較研究では、1 ~ 3 か月以上生存していた患者において QOL が維持されていた。このほかに、複数の症例報告において、在宅高カロリー輸液が「患者・家族の満足」「Performance Status の維持」「患者・家族からみた有用性」に役立つと報告されている。

一方、より全身状態の悪化している患者を含む無作為化比較試験では、1000 ml / 日の維持輸液は、100 ml / 日の輸液と比較して、全体的状態 (global well-being) や全体的利益 (overall benefits) の点からは有意差はなかった (表5)。また、輸液をまったく使

用しなくとも死亡前の全般的快適さ (comfort) は 84% で維持できたとする報告や、脱水の程度と「安楽さ」とは相関しなかったとの観察的研究がある。

以上の知見から、輸液と総合的 QOL 指標 (全般的快適さ、QOL、満足度) についての臨床研究は少ないが、以下が示唆される。

① 消化管閉塞により経口的水分摂取ができない患者のうち、数カ月の生命予後が見込め

Performance Status が 40 以上「Performance Status が 0 ~ 2」などとしている。

一方、より全身状態の悪化している患者を含む無作為化比較試験では、1000 ml / 日の維持輸液は、100 ml / 日の輸液と比較して、全体的状態 (global well-being) や全体的利益 (overall benefits) の点からは有意差はなかった (表5)。また、輸液をまったく使

用しなくとも死亡前の全般的快適さ (comfort) は 84% で維持できたとする報告や、脱水の程度と「安楽さ」とは相関しなかったとの観察的研究がある。

したがって、総合的 QOL 指標の改善を目的とする場合、生命予後が 1 ~ 2 カ月と予測される患者では、「1000 ~ 1500 ml / 日の維持輸液」または「1500 ml / 日の高カロリー輸液」を推奨レベル C とした。「2000 ml / 日の維持輸液」は、水分過剰による体液貯留症状の悪化に見合うだけの QOL の向上を期待できないと考え、推奨レベルを D とした。

以上の知見から、輸液と総合的 QOL 指標 (全般的快適さ、QOL、満足度) についての臨床研究は少ないが、以下が示唆される。

① 消化管閉塞により経口的水分摂取ができない患者のうち、数カ月の生命予後が見込め

「2000 ml / 日の高カロリー輸液」は、活動量からみた消費カロリーによっては有効な場合があるかもしれないため、推奨レベル D とした。

一方、生命予後が 1 ~ 2 週間と

考えられ、Performance Status が 3 または 4 の場合には、輸液治療単独による総合的 QOL 指標の改善は期待できないため、総合的 QOL 指標の改善を目的とした輸液治療は推奨されない。「1000 ~ 1500 ml / 日の維持輸液」は、悪液質や全身衰弱など消化管閉塞以外の原因のために経口的に水分摂取ができない場合には推奨レベル E、消化管閉塞の場合は大量の嘔吐など輸液治療が有用な場合もあるかもしれないので推奨レベル D とした。いずれの場合も、高カロリー輸液は QOL の向上を示す根拠がない上に、代謝性合併症や体液貯留症状の悪化を来す可能性があるため、推奨レベル E とした。

まとめ
 日本緩和医療学会の作成した「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」の要旨を説明、一部抜粋した。本ガイドラインは、解説用のスライドと併せて、日本緩和医療学会のホームページより無料でダウンロードできるため、詳細はガイドライン本文をご覧ください。

一方、生命予後が 1 ~ 2 週間と

考えられ、Performance Status が 3 または 4 の場合には、輸液治療単独による総合的 QOL 指標の改善は期待できないため、総合的 QOL 指標の改善を目的とした輸液治療は推奨されない。「1000 ~ 1500 ml / 日の維持輸液」は、悪液質や全身衰弱など消化管閉塞以外の原因のために経口的に水分摂取ができない場合には推奨レベル E、消化管閉塞の場合は大量の嘔吐など輸液治療が有用な場合もあるかもしれないので推奨レベル D とした。いずれの場合も、高カロリー輸液は QOL の向上を示す根拠がない上に、代謝性合併症や体液貯留症状の悪化を来す可能性があるため、推奨レベル E とした。

まとめ
 日本緩和医療学会の作成した「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」の要旨を説明、一部抜粋した。本ガイドラインは、解説用のスライドと併せて、日本緩和医療学会のホームページより無料でダウンロードできるため、詳細はガイドライン本文をご覧ください。

研究プロジェクト①

地域介入研究（戦略研究）

山岸暁美* 森田達也# 江口研二§

2007年より「第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究」が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている。本研究の目的は、1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上、2) がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、4) 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、地域のがん患者のQOL (Quality of Life) が向上するかどうかを評価することである。同時に、全国においてがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成することにある。

はじめに

わが国における緩和ケアの提供体制は徐々に整備されつつあるが、その普及は十分でない。緩和ケアを普及させるには、複合的な課題を克服する必要があるとされ、カナダ、スペインなどにおいては地域を単位とした前後比較研究が、北欧においては居住区を単位としたクラスターランダム化

比較試験がおこなわれ、緩和ケアの普及および提供体制の構築に関する知見が報告されている。

カナダのエドモントンでは18ヵ月にわたり、地域の医療システムの再構築をシミュレーションしたのち、1995年から1) 標準化した診療ツールの地域全体への普及、2) 地域緩和ケアセンター・地域緩和ケアチームの設置、3) 診療報酬の誘導によるリソースの再構築（緩和ケア病棟への病床再編、家庭医のカンファレンス参加や緩和ケア診療への誘導）を含む地域緩和ケアプログラムを稼働させた。この結果、プログラム施行前には死亡場所の86%を占めていた急性期病院が施行2年後には49%に減少し、緩和ケア病棟・自宅死亡の割合が増加した。また緩和ケアを受けた患

KEY WORDS

緩和ケア
がん患者
地域介入
前後比較研究

* YAMAGISHI Akemi/東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学/国立がんセンター東病院看護部, # MORITA Tatsuya/聖隷三方原病院緩和和支持治療科, § EGUCHI Kenji/帝京大学医学部内科学講座

者の割合も、プログラム施行前には、死亡時で45%、1ヵ月前で30%にすぎなかったが、3年後にはそれぞれ80%、50%に増加した¹⁾。北欧でおこなわれたクラスターランダム化比較試験では、基幹大学病院に緩和ケア病棟を設置し、入院サービス・ケアコーディネーションを中心とした介入がおこなわれた。その結果、一般的なQOL尺度(EORTC-C30)で測定した患者のQOL (quality of life) に有意な差はみられなかったが、自宅死亡が15%から25%に増加し、家族の満足度は有意に高かった²⁾。

わが国では、これまで大規模な地域介入研究がおこなわれることはなかったが、2007年より「平成19年度 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model: OPTIMプロジェクト)が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている³⁾。

本稿では、このOPTIM-Studyについて紹介する。

1. 研究の背景と目的

2006年に制定されたがん対策基本法は、「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」「居宅において医療を提供する連携協力体制を確保すること」など、がん患者の療養におけるQOLの向上に必要な施策を講じることを国および地方公共団体に求めており(同法第16条)、地域における質の高い緩和ケア提供体制の構築とその普及が課題となっている。

本研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、QOLの指標である、1) 患者による苦痛緩和の質評価が改善し、2) 遺

族による苦痛緩和の質評価が改善し、3) 緩和ケア利用数が増加し、4) 死亡場所が患者の希望に近く変化するかを評価することである。

また、もう1つの重要な目的としては、今後全国の地方公共団体が、がん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物および介入過程を作成することである。つまり、地域緩和ケア提供体制の構築方法や地域緩和ケアに関するニーズを把握する方法、作成した各種マテリアルとその普及方法などに関する知見を集積することに、このOPTIM-Studyの意義がある。

2. 研究のデザインおよび対象

本研究は、介入地域に地域住民票を有する不特定のがん患者、家族、地域住民、および介入地域の機関に属する医療・福祉従事者を対象とした前後比較研究である。研究班の策定した緩和ケアプログラムによる介入前後で評価項目を測定し、効果を評価する。

介入地域は、1) (D) 緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域、2) 一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として、実施主体が(A) がん専門病院である地域、(B) 総合病院である地域、(C) 医師会である地域の4地域が選択されている。また一部、ある程度の比較性を評価するための参考地域が設定されている。

3. 研究方法

1) 予備調査の実施

介入プログラムを策定するにあたり、一般市民および医療福祉従事者対象に予備調査をおこなった。

一般市民対象調査は、4介入に居住する40歳以上79歳以下の一般市民(各地域2,000人、合計8,000人)を対象に層化二段階無作為抽出法による郵送調査をおこない、3,982人から回答を得た(回収率50%)。調査項目は、一般市民がイメー

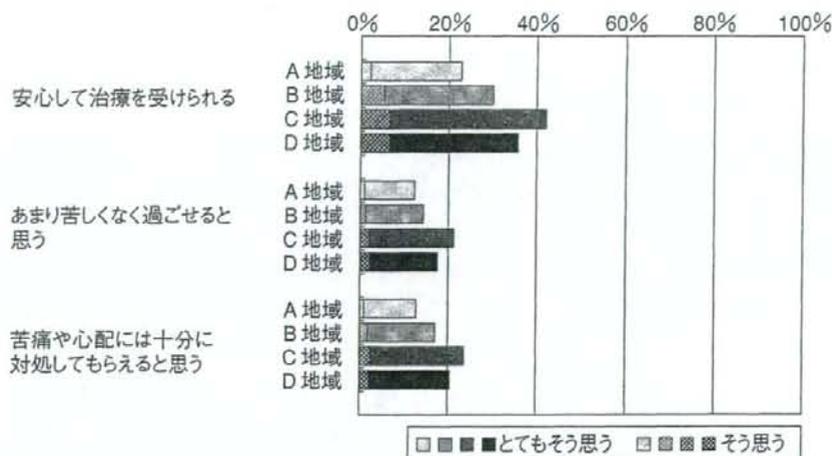


図1 一般市民がイメージするがん療養の安心感

ジするがん療養に関する安心感、緩和ケアに対する認知とイメージ、在宅療養のイメージなどであった。

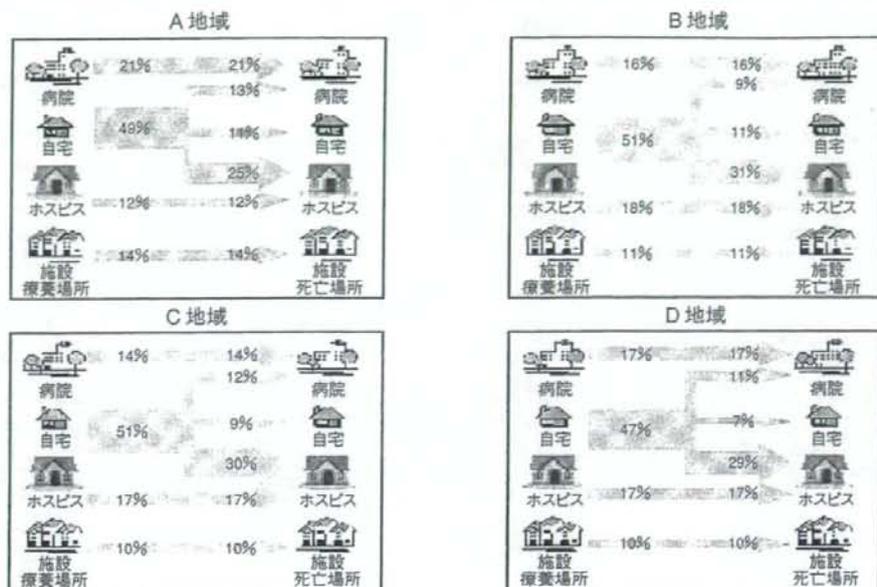
がんになった場合、「安心して治療を受けられると思う」と答えた一般市民は33%、「あまり苦しくなく過ごせると思う」17%、「苦痛や心配には十分に対処してもらえと思う」19%、「安心して自宅で療養できる」8%と、がん療養に関する安心感についての項目はいずれも低い結果であった(図1)。また、緩和ケアに対する認知に関しては、「よく知っている」が14%、「聞いたことがあるがよく知らない」が49%、「聞いたことがない」が32%であった。痛みを伴い予後が6ヵ月以内の場合の希望する療養場所としては、病院が17%、自宅が49%、緩和ケア病棟が16%、そのほかが11%であり、希望する死亡場所は病院が28%、自宅が10%、緩和ケア病棟が45%、そのほかが11%であった(図2)。緩和ケアを広めていくために「役に立つ」という回答が6割を超えた取り組みとしては、a) 医師/看護師の技術を向上させる、b) 相談窓口の設置、c) 治療場所を変えても、必要な情報が伝わる、d) 自分の診療情報を持ち歩ける、e) 病院などの再編成・地域の連携の強化、であった。

医療者対象調査は、4介入地域の病院医師1,314人、病院看護師5,216人、診療所医師1,106人、訪問看護ステーション看護師271人に調査票を配布し、それぞれ409人、2,160人、235人、115人から回答を得た(回収率31%、41%、21%、42%)。

緩和ケアに関して「自信をもって診療に臨むことができる」と回答したのは、病院医師17%、病院看護師4%、診療所医師15%、訪問看護師5%と低く、緩和ケア教育や専門家の関与の必要性が浮き彫りになった。また地域の緩和ケアサービスの整備に関し「役に立つ」の回答割合が8割を超えたりソースとしては、a) 地域で共通した症状緩和の評価・マニュアル、b) 患者用の共通カルテ、c) 退院時カンファレンス・連携ツール、d) 患者・家族向けの緩和ケアに対する情報提供、e) 緩和ケアに関する相談窓口の設置、f) 地域の緩和ケアの専門家への相談体制の整備であった。

2) 地域緩和ケアプログラムの内容

上述の予備調査の結果から、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供、を中心とする地域緩和ケアプログラムを策定し、必要なマテリアル



図② 希望する療養場所

を作成した(表①)。これは、それぞれ、①地域の緩和ケアツールが標準化されていない、②患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない、③地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し問題点を検討する組織がない、④専門緩和ケアサービスが利用できないことに対応した介入となっている。また、これをもとに各介入地域は、それぞれの地域の状況や特性をかんがみ、独自の行動計画を立案した(図③)。

A. 緩和ケアの標準化と継続性の向上

WHO方式がん性疼痛治療法をはじめ、疼痛以外の症状緩和および地域での連携についても、欧米では標準化されたフレームワーク、ガイドライン、クリニカルパスがある。わが国においては、いくつかの先進的施設において標準化した症状評価法が導入されているが、地域全体に普及するには至っていない。

今回、作成した診療ツールは、①緩和ケアマニュアル(ステップ緩和ケアガイド)、②わたしのカルテ、③退院支援・調整プログラムである。緩和ケアマニュアルの新規性は、①評価・治療・患者

教育の3つが連動する構成になっている、②医療者がその患者に適切な内容を選択・追加したうえで提供するパンフレットである、③地域で共通して活用できる評価票が用意されている、④評価票やアルゴリズムを実際に活用している場面が動画になっていることである。わたしのカルテとは、患者の医療情報、療養上の希望、地域の緩和ケアに関する情報などが記載されたノートを患者がもち歩き、患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有するものである。また退院支援プログラムは、先行研究により、有効な退院支援の内容として明らかになっている、①構造化されたカンファレンスの開催、②退院後予側される患者の状態への対応策を文書で手渡す、③退院後1週間以内に病棟看護師が患者宅に電話するテレフォンプォロアアップ、を包含している。緩和ケアに関する医療・福祉従事者の知識・技術の向上、および診療・ケアの継続性の向上を目的に、これらを地域で標準化したツールとして普及させる。

表① 介入プログラム

目的	介入名称	介入者	介入対象	介入内容	利用する素材
地域緩和ケアツールが標準化されていない	緩和ケアに関する診療ツールの普及 1) 緩和ケアマニュアル 2) 情報共有ツール(私のカルテ) 3) 遠隔支援プログラム	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフ がコーディネーション)	不特定の地域医療福祉職	有効とされるツールを地域共通で活用できるように配布やワークショップを用いて普及させる	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 遠隔支援プログラム
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない	リーフレットの設置・配布	相談支援センタースタッフ 地域責任者	不特定のがん患者・家族 地域住民	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布	リーフレット
	ポスターの掲示			緩和ケアについて注意喚起・相談支援センターの場所・連絡先を提示するポスターの掲示	ポスター
	冊子の設置・配布			緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布	緩和ケアに関する冊子
	映像メディアの視聴			在宅ケアについての映像メディア(DVDもしくはビデオテープ)の貸出し	映像メディア
	講演会の開催			緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催	
	図書設置			緩和ケアに興味をもった人が、幅広い知識を得ることができるライブラリーの整備	書籍リスト・書籍
地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討する組織がない	緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介	相談支援センタースタッフ	がんに起因する問題をかかえる地域住民および不特定の地域医療福祉職	がんに起因する問題、とくに緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する	相談支援センター コンサルテーションシート
	地域カンファレンス		不特定の地域医療福祉職	地域の医療福祉職の緩和ケアに関する知識の向上、問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する	多職種地域カンファレンス 議事録シート
	地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援		希望して参加する地域医療福祉職	地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために機能する医療職の設置とその支援をおこなう	インタラクティブワーク ショッププログラム
専門緩和ケアサービスが利用できない	緩和ケア専門家によるコンサルテーション	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフ がコーディネーション)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できないがん患者のケアにあたっての医療福祉従事者	症状緩和などに難渋する症例について、主治医などの要請に応じて、地域緩和ケアチームがコンサルテーションをおこなう	緩和ケアチーム ・初期アセスメントシート ・依頼シート ・登録シート
	1) コンサルテーション 2) 出張緩和ケア研修		希望する地域医療福祉職	緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の開催をさげることとを目的として、地域緩和ケアチームが契約した地域の医療・福祉従事者の臨床実践の場に訪問し、実践に即した研修をおこなう	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 遠隔支援プログラム
	専門緩和ケアにかかわるノウハウの提供	相談支援センタースタッフ(専門緩和ケア従事者が質問を受ける)	不特定の地域医療福祉職	緩和ケアチームにかかわる書籍を提供する	専門緩和ケア ノウハウ ブックレット
	1) 緩和ケアチームにかかわるノウハウの提供 2) 地域連携・在宅医療にかかわるノウハウの提供			地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	地域連携ノウハウ ブックレット

B. 患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供

患者・家族・地域住民の緩和ケアに関する認識を適切なものとし、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起するために、緩和ケアに関する適

切な情報を提供し、がん緩和サポートセンターおよび緩和ケアチームの活動を周知させる介入をおこなう。本研究ではトランスセオレティカル・モデルにしたがって、関心のない対象には関心をあげるための介入を、関心のある対象には詳細な情

緩和ケア普及のための地域プロジェクト
OPTIM

浜松地域行動計画(案)

予定	～2008年3月	2008年4月～2011年3月	
①組織構築(顔のみえる関係になる) ②課題を整理し、行動計画の策定		介入プログラムの実施	
評価	介入前調査	介入後調査	
	2008年2～3月 医師調査	2008年3～7月 患者調査	
	2008年10～12月 家族調査	2010年10～12月 患者調査	
	2010年1～3月 近隣者調査	2010年10～12月 遺族調査	
	病院医師 病院看護師 診療所医師 ステーション看護師	患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解 ・死亡したがん患者の遺族	遺族 【対象】 2007年4月～ 2008年3月までに 死亡したがん患者の遺族
		患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解	病院医師 病院看護師 診療所医師 ステーション看護師 2010年4月～ 2011年3月までに 死亡したがん患者の遺族

プログラムの内容

I 【緩和ケアの標準化】

- ①緩和連携ツール3点セットの配布とセミナー・定例検討会
・月2回(同じテーマで2回)1～2時間

緩和連携ツール3点セット

①緩和ケアツール

- 1) 評価: 生活のしやすさに関する評価票, STAS
 - 2) 治療: ステップ緩和ケアガイド, 看取りのパス
 - 3) 説明: 患者教育用パンフレット
- ②施設支援プログラム
・退院カンファランスシート
③私のカルテ

II 【地域連携の強化】

- ①地域カンファレンス: 地域全体の緩和ケアに関する
問題の共有と解決: 月1回
- ②在宅医療についての病院医を対象としたセミナー:
年1回
*在宅医療「診療連携」[在宅医療のノウハウ]について
の診療所・訪問看護ステーションを対象としたセミナー:
年1回
- ③ホスピス病棟・緩和ケアチームでの研修を地域医者に
優先して実施

III 【専門サービスの利用の便の向上】

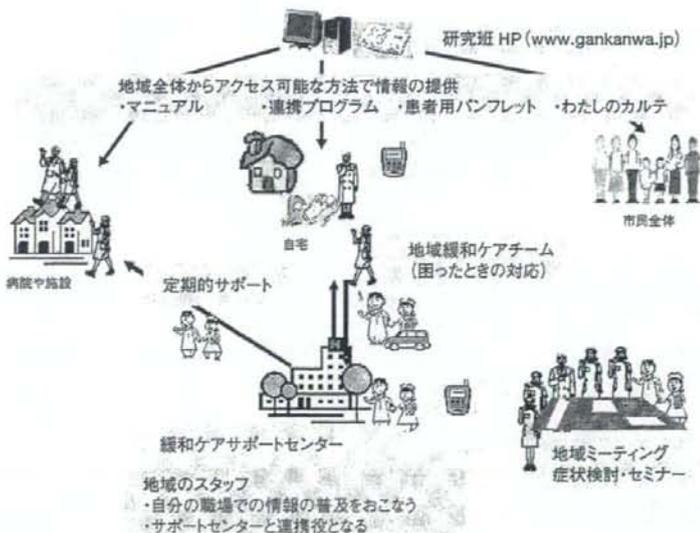
- ①地域緩和ケアチーム要請に応じて、電話・FAX・メールで、
緩和ケアコンサルテーションサービス
*希望があれば、週2回×2回を1クールとして訪問診療
*小児腫瘍の緩和ケアの相談
- ②緩和ケア外来 週1回から開始
・症状緩和
・主治医規模はもたない

IV 【市民への情報提供】

- ①地域の利用できるリソースの一覧をHPに公開
②リーフレット・電子・ポスター
③「緩和ケアを知る100冊」を希望施設の病院図書館、
市民図書館に設置
④市民対象に、緩和医療についての講演会、
患者・家族の集う会の開催(10月第1土曜日
世界ホスピスデー)
*ホスピスセミナーを地域に公開

V 【一時入床・症状緩和できる施設の提供】

- ①ホスピス病棟27床のうち、1～3床を地域の症状緩和用
に開放し、通常の入院予約と別枠で運用



図③ 地域の行動計画

浜松地域における活動計画の原案を示す。(具体的な行動計画は地域の実情にしたがって順次変更される)

報提供をおこなう。前者としては、リーフレットの設置・配布、ポスターの掲示、地域メディアの活用、後者としては、冊子の設置、映像メディアの視聴、講演会の開催、図書の設置をおこなう。

また、情報提供については、受け手が信頼している情報源を使用することが重要であるため、予備調査により地域住民が信頼できるメディアを確定した。その結果、医療機関・公的機関のパンフレット、医療機関のポスター、医療機関からの案内、ビデオやDVD、地域住民ホールでの講演会、新聞、図書館の書籍の順に信頼性が高かった。以上より、医療機関・公的機関を介したメディアを主として使用することとした。

C. 地域の緩和ケアの包括的 コーディネーション

欧米においては、患者の状態にあわせて必要なリソースのコーディネーションをおこなうため、地域の緩和ケアを包括的に支援する組織が機能している。わが国においても、ホスピス・緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、緩和ケア外来、デイケア・通所療養介護、在宅療養支援診療所などが制度化され、これらを包括的にコーディネーションする機能として、がん診療連携拠点病院の患者家族支援室を中心とした整備が求められているが、十分に機能していないのが現状である。

患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにし、地域での問題点を地域全体で解消するために、①緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置により適切な専門緩和ケアの判断と紹介、②地域の緩和ケアネットワークの構築を目的とするカンファレンスの開催、③地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援などをおこなう。

D. 緩和ケアの専門家による診療およびケア

わが国の制度化している緩和ケアリソースとして、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームがあるが、これらは在宅療養支援のための症状緩和やレスパイト機能など地域における在宅療養の支援や院外の患者のコンサルテーションを受けるシステムと

して位置づけられていないため、在宅療養中の患者に対する緩和ケアサービスとしては十分には機能していない。よって、専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させるために、地域緩和ケアチームが、地域医療福祉従事者からの電話・Eメール・FAXでのコンサルテーションに応じ、必要時は往診による共同診療が可能な体制を整備する。

4. 評価項目

地域緩和ケアプログラム施行前後で以下の評価項目を測定し、介入の評価をする。

主要評価項目は、①患者による苦痛緩和の質評価、②遺族による苦痛緩和の質評価、③専門緩和ケアサービスの利用数、および、④死亡場所である。①②に関しては、地域の調査対象施設に外来通院中のがん患者、および死亡したがん患者の遺族に対して郵送法による質問紙法調査を実施し、苦痛緩和の質評価をおこなう。遺族調査は、外来調査でカバーできない終末期患者についての情報をとるためのものである。苦痛緩和の質評価の指標としては、わが国において信頼性・妥当性の確認された指標であるCare Evaluation Scaleなどを用いる。③に関しては、地域の専門緩和ケアサービスが利用患者のリストを作成し匿名化した後、研究班がデータとして収集する。④に関しては、人口動態調査の目的以外使用を申請し、対象地域における死亡者の死亡場所の情報を収集する。副次評価項目は、①患者調査によるQOLとケアの質評価、②遺族調査によるQOLとケアの質評価、③地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、および、④地域の緩和ケアの質指標である。

また本研究で示される介入4地域における緩和ケアの提供体制モデルは、多くの地域にとって参考になるものであり、このプロセスを開示することにより地域における緩和ケアの提供システムの確立に資することが予想される。よって、この介入プログラムをどのように展開していったのか、

▶ 一般情報	プロジェクト対象地域の情報 ▷ 鶴岡地域(山形) ▷ 柏地域(千葉) ▷ 浜松地域(静岡) ▷ 長崎地域(長崎)
--------	---

ホーム

 <p>お問い合わせ 詳細や具体的な質問は メールや電話でお問い合わせいただけます。 内線先を見る</p>	プロジェクトの概要	<table border="1"> <tr><td>▶ 一般情報</td></tr> <tr><td>▶ ごあいさつ</td></tr> <tr><td>▶ プロジェクトの概要</td></tr> <tr><td>▶ 一般のかた向けツール・資料</td></tr> <tr><td>▶ 医療者向けツール・資料</td></tr> <tr><td>▶ プロジェクトの組織</td></tr> <tr><td>▶ プレスリリース</td></tr> </table>	▶ 一般情報	▶ ごあいさつ	▶ プロジェクトの概要	▶ 一般のかた向けツール・資料	▶ 医療者向けツール・資料	▶ プロジェクトの組織	▶ プレスリリース
	▶ 一般情報								
	▶ ごあいさつ								
	▶ プロジェクトの概要								
▶ 一般のかた向けツール・資料									
▶ 医療者向けツール・資料									
▶ プロジェクトの組織									
▶ プレスリリース									
一般のかた向け ツール・資料									
医療者向け ツール・資料									
お問い合わせ									

トピックス

- 2008年4月21日【お知らせ】 ホームページの情報を充実して、ツール・資料の公開を始めました。
- 2008年3月2日【お知らせ】 地域介入実施者向けワークショップを開催しました。(ビデオ記録はこちら)

🔍 お問い合わせ先 ▶

🏥 医療関係者の
お問い合わせはこちら ▶

 <p>OPTIM Oncology Palliative Care Trial of Integrated Regional Model</p>	<p>「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」事務局 〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学臨床研究棟403研究室 電話：03-3694-1211 (代) 内線1968、1967 E-mail: info@gankanwa.jp</p>
--	--

図4 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>)

地域のどのような問題が生じ、どのように解決したのかなどを質的に分析する。

さらに半年に1回、介入遂行の遵守性を評価する介入モニタリング調査を実施する。

おわりに

本研究は、わが国の緩和ケアにおいて地域単位を対象とした初めての介入研究であり、また患者アウトカムを指標に含めた点にも新規性がある。2008年4月より3年にわたり、本プログラムによる介入を実施するが、本研究の成果は迅速に臨床に還元するため、研究班HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される(図4)。本研究がわが国における緩和ケアの普及と質の向上の

一助となれば幸いである。

■ 文 献 ■

- 1) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B *et al* : Edmonton regional palliative care program : impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161 : 290-293, 1999
- 2) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T *et al* : A palliative care intervention and death at home : a cluster randomised trial. *Lancet* 356 : 888-893, 2000
- 3) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, *et al* : Palliative care in Japan : Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Out-reach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hospice Palliat Med* (in press).

研究プロジェクト⑧

スピリチュアルケア



河 正子* 森田達也#



QOL (Quality of Life) の向上をめざす緩和ケアの具体的内容を考えるとき、共通理解がむずかしいのがスピリチュアル関連の問題に対処することである。本稿では、対処すべき問題の明確化のためにおこなわれてきた「精神的苦悩/スピリチュアルペインに関する理論研究や実証研究」、めざすべき望ましい状態を明確にするために全国規模で実施された「終末期がん患者のQOLの構成概念に関する研究」、それぞれの成果を概観した。さらに終末期がん患者のQOLにおけるスピリチュアル領域のコア概念を検討し、その領域のケアを体系化するケアガイド冊子（仮称）作成に向けて進行中の研究の概要を紹介する。

はじめに

緩和ケアは、世界保健機関（WHO）の定義にあるように、身体的、心理社会的、スピリチュアル関連の問題に対処することにより、対象者のQOLの向上をめざしている¹⁾。しかし、「スピリチュアル（霊的）」とは何か、スピリチュアルケアとは何か、死が避けられない状態に直面してい

る患者、家族のQOLとは何かという基本的な問いへの答えは、臨床で共有できるまでに明確にされてはいない。

本稿では、これらの問いをテーマになされた主要な研究の成果と課題について概観する。また、スピリチュアルケア支援プログラム開発の一環として、ケアガイド冊子（仮称、以下ガイド）作成をめざして進行中の研究について紹介する。

KEY WORDS

緩和ケア
がん
QOL (quality of life)
精神的苦悩
スピリチュアルケア

1. 研究の成果と課題

「スピリチュアル」を問う研究、「QOL」を問う研究は、人文科学の分野も含めて多様になされてきた。本稿では、第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発に関する研究」班〔班長 内富庸介（国立

* KAWA Masako/東京大学大学院医学系研究科成人看護学/緩和ケア看護学、# MORITA Tatsuya/聖隷三方原病院緩和と支持治療科

がんセンター東病院臨床開発センター)の森田による分担研究を中心として、多様な職種から構成されるJapan Spiritual Care Task Forceによる研究を含めて述べる。

1) 対処すべき問題の明確化

—精神的苦悩/スピリチュアルペイン研究

緩和ケアの対象、とくに死を意識して生きる時期を迎えた人々は、適切なマネジメントにより苦痛症状が緩和されても、生と死をめぐる深い苦悩をもつ場合がある。臨床で対応に難渋するこの苦悩を精神的苦悩、スピリチュアルペイン、実存的苦悩などととらえてその実体を探索する研究が進められてきた。これは、望ましくない状態を概念化してケアの対象を明確にしようとする視点からの取り組みといえる。

まず、森田ら²⁾による精神医学的視点からの、国内外の霊的・実存的苦痛(スピリチュアルペイン)に関する文献の、系統的レビューがある。多くのがん患者が人生の意味・目的、迷惑・依存、希望、平安・愛・孤独などに関連した霊的・実存的苦痛をもっており、それらが、心理・社会的因子とは異なる次元において、QOL、適応、不安・抑うつと密接に関連する可能性が示唆されている。

村田は³⁴⁾理論研究により、スピリチュアルペインを「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、その構造を、人間の時間存在、関係存在、自律存在の3次元において考察している。すなわち、終末期がん患者のスピリチュアルペインを、死に臨む人間の「将来の喪失」、「他者との関係の喪失」、「自律の喪失」から現出する生の無意味、無価値、虚無、孤独、疎外などとしている。Moritaら⁵⁾の調査では、緩和ケア病棟4施設において、看護師が日常業務の一部としておこなった患者88人の半構造化面接の内容分析結果が示されている。苦悩のカテゴリは、関係性に由来する苦悩：孤独・家族の準備への心配・人間関係における葛藤、他者への負担、コントロール感の喪

失：身体的コントロールの喪失・認知的コントロールの喪失・将来に対するコントロールの喪失、同一性の喪失：役割の喪失・楽しみの喪失・自分らしさの喪失、重要なことが未完成であること、死の受け入れ/こころの準備、希望のなさ、に関するものであった。

2) ケアがめざす望ましい状態の明確化

—終末期のQOL研究

欧米を中心に終末期がん患者のQOL評価研究において、望ましい死/死への過程 (good death/quality of dying process) として患者は何を重要と考えるのかをとらえようとする研究がおこなわれてきた⁶⁾⁷⁾。これは望ましい状態、すなわち終末期のQOLを概念化して、ケアがめざす方向を明確にする視点からの取り組みといえる。

わが国でも4都県の地域住民5,000人、緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族800人を対象に終末期のQOLの構成概念と要素を探索する全国規模の調査がおこなわれた⁸⁾。地域住民2,548人、遺族513人の回答の分析結果から、日本人における終末期のQOLの構成概念が明らかにされた。多くの対象が共通して重要とする概念は「身体的、心理的な苦痛がないこと」「望んだ場所で過ごすこと」「医療スタッフとの良好な関係」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「自立していること」「落ち着いた環境で過ごすこと」「人として尊重されること」「人生を全うしたと感ぜられること」であった。個人によって重要とする程度が異なる概念は「自然なかたちで亡くなること」「他人に感謝し心の準備ができること」「役割を果たせること」「死を意識しないで過ごすこと」「納得するまでがんと闘うこと」「自尊心を保つこと」「残された時間を知り準備をすること」「信仰をもつこと」であった。

緩和ケアはこれら各概念にはたらきかけ、QOL向上に寄与することをめざすものといえる。

3) 対処すべき問題とめざすべき望ましい状態の統合

以上の異なる視点の研究で抽出された概念の対照により共通するコア概念を明らかにすることで、どちらの視点にも対応するケアの枠組みができると考えられた(表①)³⁾⁴⁾⁵⁾⁹⁾。

終末期のQOL構成概念の「家族との良好な関係」「他者の負担にならないこと」「自立していること(身体的, 認知的コントロール)」「残された時間を知り準備をすること(将来に対するコントロール)」「役割を果たせること」「人として尊重されること」「自尊心を保つこと」「人生を全うしたと感じられること」「他人に感謝し心の準備ができること」「希望をもって生きること」は理論モデルおよび実証研究による精神的苦悩/スピリチュアルペインの概念と対応していた。「信仰をもつこと」については、対応の位置づけがなされなかったが、信仰の対象との「関係性」の領域ととらえることが可能と考えられる。

QOLの構成要件が達成されないときに精神的苦悩/スピリチュアルペインという望ましくない状態が生じると考えられる。そこで対応する概念の共通性に着目し、終末期のQOLの構成概念、精神的苦悩/スピリチュアルペインに関する理論研究および実証研究による枠組みを統合するコア概念を抽出した(表①)³⁾⁴⁾⁵⁾⁹⁾。

コア概念は「関係性」「他者への負担」「コントロール感」「同一性」「世代継承性」「死の不安」「希望」であった。「関係性」は他者との関係性に由来し、家族の心の準備の心配、対人関係の葛藤や罪悪感などが含まれ、「負担」には家族や医療者、社会に対して負担になっているという思いが含まれていた。「コントロール感」には身体機能や認知機能と将来生じることがらについてコントロールしたいという思い、「同一性」には自分らしさを保ちたい思いが含まれていた。「世代継承性」には自分にとって大切なことを次世代に引き継ぎたいという思い、「死の不安」には死の受け

容れや否認などが、「希望」にはさまざまなレベルでの希望をもちたいという思いが含まれていた。

これら終末期のQOLにおけるスピリチュアル領域のコア概念に対して、はたらかかける具体的ケアを考えていくことがつぎの課題である。

4) スピリチュアルケア研究の課題

A. スピリチュアルケアの構造と研究課題

森田ら¹⁰⁾は、進行がん患者を対象とする霊的・実存的苦悩に対するケアに関して、欧米の論文の系統的レビューをおこなった。収集されたケアの手段は、「基盤となるケア」と、特定の苦悩に対する「個別的なケア」とに分けて考えることができた。前者は、患者との関係の確立、現実や感情を受け容れることへの援助、ソーシャルサポートの強化、患者の好む環境やリラクゼーションテクニックの提供、積極的な症状緩和、医療チームのコーディネートであった。後者は、意味のなさに対する実存的療法や、自己価値観の低下に対するライフレビュー、コントロール感の喪失に対する認知教育的治療であった。

わが国の緩和ケア臨床に適用できる「基盤となるケア」、および先述のように明確にされてきた終末期のQOLにおけるスピリチュアル領域のコア概念に対する「個別のケア」について、対象の評価法とケアの具体的内容を示していくことが今後の課題となる。

B. スピリチュアルケアの教育

Moritaら¹¹⁾は、患者に直接かかわることの多い看護師を対象に、精神的苦悩のケア/スピリチュアルケア実践を可能にする教育プログラムの評価研究をつづけている。新しくは、1施設での単一介入者による教育プログラムについて、Waiting listを用いた無作為化比較試験(randomized-controlled trial: RCT)を実施している¹²⁾。4ヵ月間に渡る180分間のセッション(講義や構造化されたアセスメントを用いた実習)を8回おこない、3ヵ月おきにConfidence, Self-Reported

表① 終末期のQOL概念、精神的苦悩/スピリチュアルペインの理論モデルおよび実証研究の統合によるコア概念

終末期のQOL概念 ^{a)}	苦悩の原因の理論モデル ^{b)}	精神的苦悩/ スピリチュアルペインの概念 ^{c)}	コア概念(各研究の概念の統合) ^{d)}
家族との良好な関係 —家族に気持ちを伝えられること —残された家族がうまくやっていると 思えること —家族が心の準備をできること —家族から支えられていること など	他者との関係性の喪失	関係性に由来する苦悩 —孤独 —家族の準備への心配 —人間関係における葛藤	関係性: 他者との関係性に由来する快/不快 —家族と共にいたいという思い —家族の心の準備ができていると知ること —対人関係の葛藤や罪責感
他者の負担にならないこと		他者への負担	他者への負担: 家族や医療者、社会への負担 になっていると感じること
自立していること(身体的、認知的 コントロール) 残された時間を知り、準備をすること (将来に対するコントロール) 役割を果たせること 人として尊重されること 自尊心を保つこと	自律性の喪失 (自立、生産、自己決定)	コントロール感の喪失 —身体的コントロールの喪失 —認知的コントロールの喪失 —将来に対するコントロールの喪失 同一性の喪失 —役割の喪失 —楽しみ喪失 —自分らしさの喪失	コントロール感 —身体機能(自立)、認知機能(意識の清明)、 将来(生じるであろう医療的あるいは個人 のことから)についてコントロールでき ていると感じる/コントロールしたいと思う 同一性 —自分らしさ(役割、楽しみ、美しさ、誇り、 価値体系)を保っていると感じる/保ちたい と思う
人生を全うしたと感じられること		重要なことが未完了であること	世代継承性 —自分にとって大切なことが引き継がれ、記 憶され、死後も継続されると感じる/願う
他人に感謝し心の準備ができること	時間性の喪失 (将来)	死の受け入れ/こころの準備	死の不安: 死の不安への自分なりの取り組み —受け入れる、否認する、闘う、あきらめる 希望: 希望をもてると感じる/もちたいと思 う(レベルはさまざま) —回復、よりよいQOL、具体的な目標の達成、 意味づけ、将来何かいいことが起きるので はないかという漠然とした期待
希望をもって生きること		希望のなさ	
信仰をもつこと			
上の項目以外の「終末期のQOL概念」 身体的、心理的な苦痛がないこと、望んだ場所で過ごすこと、医療スタッフとの良好な関係、落ち着いた環境で過ごすこと、 自然なかたちで亡くなること、死を意識しないで過ごすこと、納得するまでがんを闘うこと			

(村田久行, 2003³⁾, Murata H, 2003⁴⁾, Morita T et al, 2003⁵⁾, Miyashita M et al, 2007⁶⁾, Murata H et al, 2006⁷⁾より改変引用)

Practice scale, Attitudes Toward Caring for Patients Feeling Meaninglessness scale (willingness to help, positive appraisal, and helplessness), Maslach Burnout Inventoryなどを評価した。41人の看護師が無作為に3グループに割りふられた。40人(すべて女性で、平均年齢31±6.4歳、平均臨床経験8.9±5.5年)が調査を完了した。グループ間において看護師の背景に有意差はなかった。教育介入により、自信、Self-Reported Practice scale, 助けようとする意志(willingness to help), 前向きな評価(positive appraisal), 無力感(helplessness), 総合的な燃え尽き、感情的疲労(emotional exhaustion), 個人的な達成(personal accomplishment), 仕事に対する満足度(job satisfaction), Functional

Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp)において、有意な介入効果があった。このプログラムを有益・とても有益と評価した看護師の割合は、終末期がん患者の意味のなさをケアしていくうえでの概念構成を理解することにおいて85%, 看護師の個人の価値観を促進することにおいて80%, そして意味のなさを訴える患者に対してどのようなケアをおこなうかを知ることにおいて88%であった。

今後は複数の指導者による有効性を検討し、プログラムの一般化をおこなうことが課題である。

2. ガイド作成計画

以上の成果をもとに聖隷三方原病院においてケアを検討した結果(聖隷三方原病院看護計画指針,

「終末期のQOL」の構成概念

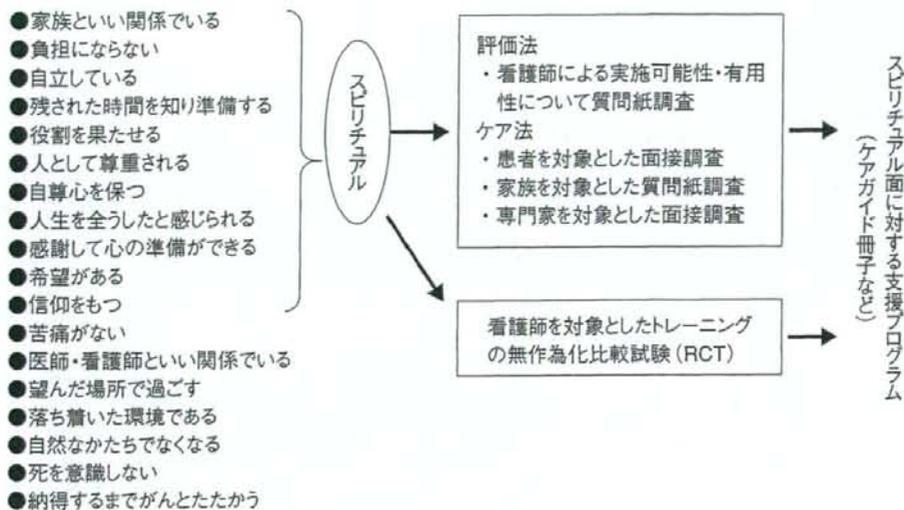


図1 今後の課題：概念化された終末期がん患者のQOL-とくにスピリチュアル領域の支援に資するプログラムの開発

personal communication) を参考に、スピリチュアルケアに関するガイドの暫定版「終末期がん患者の意味とおだやかさを支えるためのケアガイド」(研究グループ内文書)が作成された。森田らの研究グループでは、これに現在進行中の研究による改訂をおこない、2009年を目処に緩和ケア臨床で利用可能なケアガイド冊子を作成することを計画している(図1)。

1) ガイド暫定版

暫定版では、「基盤となるケア」に(1)患者の体験から、生きる意味・心の穏やかさ・尊敬を強めるケアをおこなう(2)患者の気持ちに気づき、より添おうとする(3)病状を理解することを支援する(4)情緒的支援をする(5)ソーシャルサポートを強化する(6)くつろげる環境や方法を提供する(7)積極的に症状緩和をおこなう(8)患者のニーズにあわせて医療チームをコーディネートするという項目をあげている。

時間性、関係性、自律性の3つの領域の苦悩に対応する「個別のケア」に関しては、領域の各下

位項目について、具体的なケアの内容をあげている。たとえば、「時間性にかかわるスピリチュアルペイン」の下位項目である「希望」に関するケアとして(1)具体的に達成可能な目標の探索を支援する：その日、そのときの患者の希望(たとえば家族と一緒に過ごすこと、外泊、散歩、入浴など)の達成をめざす、「自分にとって大切なことをする自由がある」と意識できるようにはたらきかけるなど(2)患者の希望を支持する：非現実的であっても否定しない、達成感が得られる現実的な短期目標を設定する、今に生きることを話しあうなど(3)死後にもつづく希望の探索を支援する：生まれ変わり、来世などの希望を探索する、自分が達成できなかったことを他者が引き継いで実現してくれると信じられることを考えるなどがあげられている。

2) 暫定版の改訂に向けて

適切な助けとなると考えられるケアの内容と具体例を広く収集し、体系化し、臨床で利用しやすいものとするために、研究グループによって以下

の研究が進行中である。このほかにも、わが国の文化背景に焦点をあてる人文科学系研究が実施されている。

A. スピリチュアルペイン評価法

看護師による評価法の実施可能性、有用性を明らかにする目的で、ホスピス・緩和ケア病棟14施設が参加し、1施設あたり20人程度の入院患者を対象として調査を実施した。看護師が通常の臨床活動の一環として設定されたプロトコルにしたがって入院時～約2週間のあいだにスピリチュアルペイン評価表を用いたアセスメントをおこない、患者の拒否の有無、抽出したスピリチュアルペインの内容、看護師からみた有用性評価を患者ごとに記録した。

253症例の調査が終了し、現在分析中である。

B. 患者面接調査

多施設の外来、入院している進行がん患者100人を対象として、終末期のQOL構成概念に含まれるスピリチュアル領域の体験、苦悩への対処の助けになったと思うことを収集する面接調査である。2007年度に80人の患者のインタビューが終了した。

C. 遺族調査

全国のホスピス・緩和ケア病棟入院患者遺族のうち無作為抽出された495人を対象に「希望をもって生きること」についての体験と助けになったと思えることを尋ねる質問紙調査、および同じく無作為抽出された430人を対象に「他者の負担にならないこと」についての体験と助けになったと思えることをたずねる質問紙調査が実施された。それぞれ452人、382人から調査表を回収し、現在解析中である。

D. 緩和ケア従事者面接調査

臨床経験5年以上で緩和ケア臨床経験3年以上の医師、看護師、医療関連職、宗教系職合計50人を対象に、スピリチュアル領域の問題を経験した事例と、助けになると考えられたケアおよびケアプロセスについてたずねる面接調査を実施し

た。45人の調査が終了した（医師12人、看護師14人、医療ソーシャルワーカー（MSW）2人、臨床心理士2人、音楽療法士2人、作業療法士1人、仏教系宗教職6人、キリスト教系宗教職6人）。現在、逐語録の分析中である。

おわりに

ガイドは、すべての精神的苦悩/スピリチュアルペインを緩和する普遍的なケア方法を提示するものではない。ただ、深い苦悩に苦しむ方々を緩和ケアの理念にそって支援するケアチームのために、できるだけ有用で適切な情報を精選し、体系立てて提供することをめざしている。ガイド作成過程において、研究者、ケア従事者をはじめとする多くの方々のご助言をいただければ幸甚である。

文献

- 1) World Health Organization : National cancer control programmes : Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO, Geneva, 2002, pp.84
- 2) 森田達也, 角田純一, 井上聡ほか : 終末期癌患者の実存的苦痛 : 研究動向. 精神医学 41 : 995-1002, 1999
- 3) 村田久行 : 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア : アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. 緩和医療学 5 : 157-165, 2003
- 4) Murata H : Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer : Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliative and Supportive Care* 1 : 15-21, 2003
- 5) Morita T, Kawa M, Honke Y, et al : Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12 : 137-140, 2004
- 6) Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR : Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage* 22 : 717-726, 2001
- 7) Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC et al : Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care

- providers. *JAMA* 284 : 2476-2482, 2000
- 8) Miyashita M, Sanjo M, Morita T *et al* : Good Death in Cancer Care : A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
 - 9) Murata H, Morita T : Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force : The first step of a nationwide project. *Palliative and Supportive Care* 4 : 1-7, 2006
 - 10) 森田達也, 鄭陽, 井上聡ほか : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア : 系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 444-456, 2001
 - 11) Morita T, Murata H, Hirai K *et al* : Meaninglessness in terminally ill cancer patients : A validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34 : 160-170, 2007
 - 12) Morita T, Murata H, Kishi E *et al* : Meaninglessness in terminally ill cancer patients : A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* (in press).

終末期がん患者のライフレビュー

終末期がん患者へのライフレビュー

—その現状と展望—

安藤満代* 森田達也**

*聖マリア学院大学看護学部・教授、臨床心理士 **聖隷三方原病院緩和と支持治療科・部長

ライフレビューの理論的背景

米国の精神科医バトラー¹⁾が、高齢者の回想が心理社会的側面への一つの介入として有効であることを提唱したことが回想法の始まりとされる。その理論的背景にはエリクソン²⁾の発達理論があった。この理論では、人の発達や成熟は各発達段階における危機(crisis)を解決することで進み、死が近い老年期では「自我の統合」が課題である。この課題が達成されれば、自分の人生は意味が深いものであったと考え、安寧な死を迎えることができるが、達成されない場合は、罪や後悔を感じ、絶望に至るといふ。

人生を振り返るライフレビューは、現在、過去、未来をつなぐ機会をつくり、「自我の統合」を達成するために必要な過程であるとエリクソンは提唱した。この理論を参考に、バトラーは、一般的に死が近いと考えられる高齢者がライフレビューをすることは、普遍的な、自然なプロセスであるといふ、回想法を一つの療法として位置づけた。その他にも、ライフレビューに関する理論は多数あるが、エリクソンの理論に基づいて実施しているものが多い。

回想法とライフレビュー

回想法は大きく大別すると、「回想法」と「ラ

イフレビュー」があり、その区別についてはいまだ定まっていない³⁾。一般に、「回想法」は非構造的で、その時間を楽しむというレクリエーションの要素が大きく、思い出の肯定的な面について話題にすることが多い⁴⁾。一方、ライフレビューは、個別に面接し、良かった思い出も、悪かった思い出も両方を回想し、現在の視点から、それらを評価していく。終末期の患者にとっては、レクリエーションの要素は心理面の支援とならず、構造的で、心痛のする思い出も人生の一部として考えられ、それをも含めた自分の人生を満足できるものにするを目的として、聞き手は意図的に行うことが必要であるので、介入としては回想法よりもライフレビューのほうが効果的と考えられる。

さらに、回想の型(いかに語るか)は、「統合的回想」「問題解決的回想」「自伝的回想」「強迫的な回想」などいくつか分類される⁵⁾。現在の視点から再度、思い出に評価を加え、受容できるものとしていく統合的な回想は最も心理面に肯定的な効果があると考えられるが、強迫的につらい思い出が繰り返し回想される強迫的回想の型では、肯定的な効果は期待できないため、対象の語りの類型にも注意することは重要なことと考えられる。

回想法研究の現状

回想法およびライフレビューに関する先行研究の例を表1に示す。高齢者を対象とした研究からは、抑うつ感の軽減や人生満足度を高めることなどが示されている。一方、終末期の患者に対する回想法については、総説や解説などはあるが、実証的な研究は少なく、そのなかでも終末期の患者が抱える人生の意味感や目的感などに対するライフレビューの効果についての実証的な研究は、ほとんど見当たらなかった。

表1 回想法およびライフレビューの効果に関する研究の例

	効果および論文の形態
高齢者を対象	<ul style="list-style-type: none"> ● 人生の満足度に有効であったという調査研究⁶⁾ ● 自尊感情に有効であったという調査研究⁷⁾ ● 抑うつ感に有効であったという調査研究⁸⁾ ● アルツハイマー病患者のQOLに有効性が示唆された調査研究⁹⁾
終末期患者を対象	<ul style="list-style-type: none"> ● ライフレビューを効果的に行うことに関する総説¹⁰⁾ ● ライフレビューが人生の意味づけなどに有効であることを示唆¹¹⁾ ● 回想法の総説と事例¹²⁾ ● 家族援助としての回想の重要性に関する事例¹³⁾

表2 スピリチュアルペインや心理-実存的苦痛の概念

苦痛の原因	精神的苦痛/スピリチュアルペインの概念	具体的内容
他者との関係性の喪失	他者との関係性に由来する苦痛 他者への負担	孤独、家族の準備への心配、人間関係における葛藤 他者の負担になっていると感じる負担感
自律性の喪失 (自立、生産、自己決定)	コントロール感の喪失 同一性の喪失	身体的コントロールの喪失、認知的コントロールの喪失、将来に対するコントロールの喪失 役割の喪失、楽しみの喪失、自分らしさの喪失
時間性の喪失 (将来)	重要なことが未完成であること 死の受け入れ/こころの準備 希望のなさ	自分にとって大切なことが継続されない、未完成 死の不安、自分なりの取り組み 将来に対して希望がもてないこと

(Murata H, Morita T: Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project, Palliative and Supportive Care, 4: 279-285, 2006より引用改変)

スピリチュアルペインと ライフレビュー

終末期の患者のなかには、自由に動くことができず、他者から多くの介護を受けなければならない他にも、様々な症状によって苦痛を感じるような場合、人生の意味、自己の存在の意味、といったスピリチュアルペインや心理-実存的苦痛を経験している方も多い。Murata & Morita¹⁴⁾は、心理-実存的苦痛の内容について概念化したところ、「自律性」「関係性」「時間性」に由来する苦痛があることを示している(表2)。このような苦痛に対して、ライフレビューをするなかで、家族や他者とのつながりを確認したり、子どもや孫といった次の世代に自分の子孫が残っていくという永遠の時間性を感じたりすることによって、自分の人生が意味あるものだと感じることで、苦痛を和らげると考えられる。

スピリチュアルケアとしての ライフレビュー

1. 構造的ライフレビュー

筆者らの先行研究では、総合病院に入院中の21名の終末期の患者に構造的ライフレビューを実施した¹⁵⁾。構造的ライフレビューでは、エリクソンの発達段階に沿って、「幼少期の思い出」「青年期

の思い出」「壮年期の思い出」のなかで印象に残っていることなどを回想する。1回30分～1時間の面接を、全部で4回実施した。初回面接の開始前と、すべての面接が終了した直後に、スピリチュアリティを測定するためのSELT-M¹⁶⁾という質問紙に回答していただいた。その結果、面接後は、前に比較して、有意に得点の上昇がみられた(表3)。さらに、質的分析として、語りの内容をPCソフトのテキストマイニング¹⁷⁾によって調べたところ、「人生に対して肯定的にみている」「日々の生活に楽しみをもっている」「他者との人間関係が良い」などの背景をもっている患者には、回想法の効果がよくみられた。

しかし、この研究では、30%は病状の急変などで最後まで終えることができなかつたため、われわれは短期間で終了する短期回想法を開発した。

2. 短期回想法

終末期のがん患者を対象として、実施可能性を

高めるための短期回想法を実施し、スピリチュアリティへの効果がみられたので以下に紹介する¹⁸⁾。

1) 目的

短期回想法は、終末期の患者の人生の意味感(スピリチュアリティ)を高めるか、心理的問題の改善に有効かを調べた。

2) 対象

2つの一般病院のホスピス病棟と、1つの在宅ホスピスを利用する終末期のがん患者30名。

3) 質問紙

人生の意味感の測定にはFACIT-Sp(Functional Assessment Chronic Illness-Spiritual)¹⁹⁾を用いた。また、不安や抑うつ感の測定には、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)²⁰⁾を用いた。

4) 手順

大学と病院の倫理委員会通過後、適当と考えられる患者を選択し、説明の後に同意を得て、短期回想法を開始した。面接者は臨床心理士であった。

表3 回想法前後のSELT-Mの各下位尺度の得点変化

回想前	回想前	回想後	P value
身体的良好さ	2.33 (SD=0.79)	2.80 (SD=1.16)	Z=-1.02, P=0.307
気分	3.16 (SD=0.65)	3.79 (SD=0.74)	Z=-2.67, P=0.008
サポート感	3.28 (SD=0.65)	3.61 (SD=0.83)	Z=-1.18, P=0.237
考え方の方向性	2.93 (SD=0.75)	3.65 (SD=1.03)	Z=-2.05, P=0.041
スピリチュアリティ	2.57 (SD=0.61)	3.14 (SD=2.25)	Z=-2.23, P=0.023
全体的な QOL	2.57 (SD=0.61)	3.58 (SD=1.0)	Z=-2.49, P=0.013

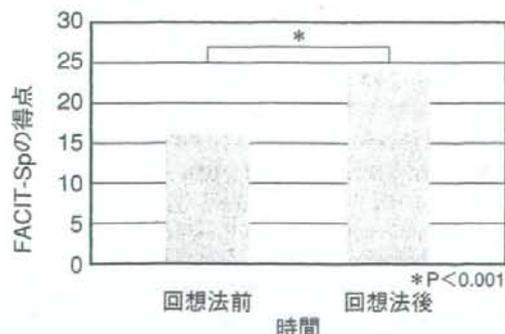


図1 短期回想法前後のFACIT-Spの得点変化



図2 短期回想法前後の不安や抑うつ感の変化

1回の面接時間は30分～1時間程度であった。1回目の面接で患者は自己の人生を回想し、その後、面接者は患者の話をもとに簡単な自分史を作成した。1週間後に2回目の面接を行い、自分史の内容を患者と確認した。短期回想法の実施方法については、次稿で説明している(p.69参照)。面接の前後に、FACIT-Spに回答していただいた。

5) 結果

FACIT-Spの得点は、面接後は前に比べて有意に上昇し、HADSの得点は有意に低下した(図1, 2)。

FACIT-Spの得点変化より、短期回想法は人生の意味感を上昇させることに効果があることから、スピリチュアルケアとして有効であることが示唆された。またそれと同時に、「不安や抑うつ感」の軽減に有効であることが示された。

展望と今後の課題

終末期の患者が臨床で人生の思い出を語ることはよくみられることと、本研究から得られたエビデンスを考え合わせてみると、ライフレビューという方法は、患者のスピリチュアルケアとして十分に発展していくものと考えられる。その発展の可能性や方法について、以下に示した。

- 1) 短期回想法は、ホスピス病棟に入院中の方を対象にした研究であった。ホスピス病棟では、治療よりもケアが中心となるので、看護師が一人の患者にかかわることができる時間も多い。しかし、終末期で一般病棟に入院している方もおられることから、この短期回想法を一般病棟においても実施できるのかという問題があり、確認する必要がある。
- 2) 短期回想法の実施者は、先行研究では、臨床心理士であった。しかし、多くの患者が短期回想法を受ける機会を増やすには、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士などにも活用していただく必要がある。その方たちが、手軽に学習できるプログラムを構築する必要がある。

3) 短期回想法によって、家族ケアにつながる可能性があるのかについては、明らかではない。患者の死後、家族から「自分史が思い出になる」ことや、「患者の気持ちを初めて知った」などの言葉が聞かれていた。短期回想法が家族の心理面に及ぼす効果について実証的な研究が必要と考えられる。

4) 短期回想法が心理-実存的苦悩に効果があることは示されたが、それがどのような機構(メカニズム)によって効果があるのかについてはまだ明らかにされていないため、メカニズムの解明も必要である。さらに、ナラティブセラピーやライフヒストリーといった方法と共通するところや、特異的なところについても明らかにしていく必要がある。

5) 現在、様々な形で回想法やライフレビューは臨床で使用されていると考えられる。しかし、どのような患者にどのような回想法が適当なのかについては、十分に整理されていない。認知レベルが低下した方に「人生の意味」という質問は、日頃考えていない方にとっては難しいこともある。そのような方へは、もっと簡単な回想法の形が適当と考えられるので、それらも今後開発する必要がある。

引用・参考文献

- 1) Butler RN: The life review; An interpretation of reminiscence in the aged, *Psychiatry*, 26: 65-76, 1963.
- 2) Erikson, *Childhood and Society*, New York: WW Norton and Company, 1950.
- 3) Haber D: *International Journal Aging and Human Development*, 63: 153-171, 2006.
- 4) Burnside I, Haight B: Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people, *Nurse Practitioner*, 19: 55-61, 1994.
- 5) Wong PTP, Watt LM: What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6: 272-279, 1991.
- 6) Haight BK: The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects, *Journal of Gerontology*, 43: 40-44, 1988.
- 7) Haight B et al: The extended effects of the life