

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 ^①	苦悩の原因の理論モデル ^{②④}	精神的苦悩/ スピリチュアルペインの概念 ^⑤	コア概念(各研究の概念の統合) ^⑥
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けると思えること —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 —楽しみの喪失 —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的ことがら)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)を保てていると感じる/保ちたいと思う
人生を全うしたと感じられること		重要なことが未完成であること	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)	死の受け容れ/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, 自然な状態で亡くなること, 死を意識しないで過ごすこと, 納得するまでがんと闘うこと			

(村田久行, 2003³⁾, Murata H, 2003⁴⁾, Morita T *et al*, 2003⁵⁾, Miyashita M *et al*, 2007⁶⁾, Murata H *et al*, 2006⁹⁾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

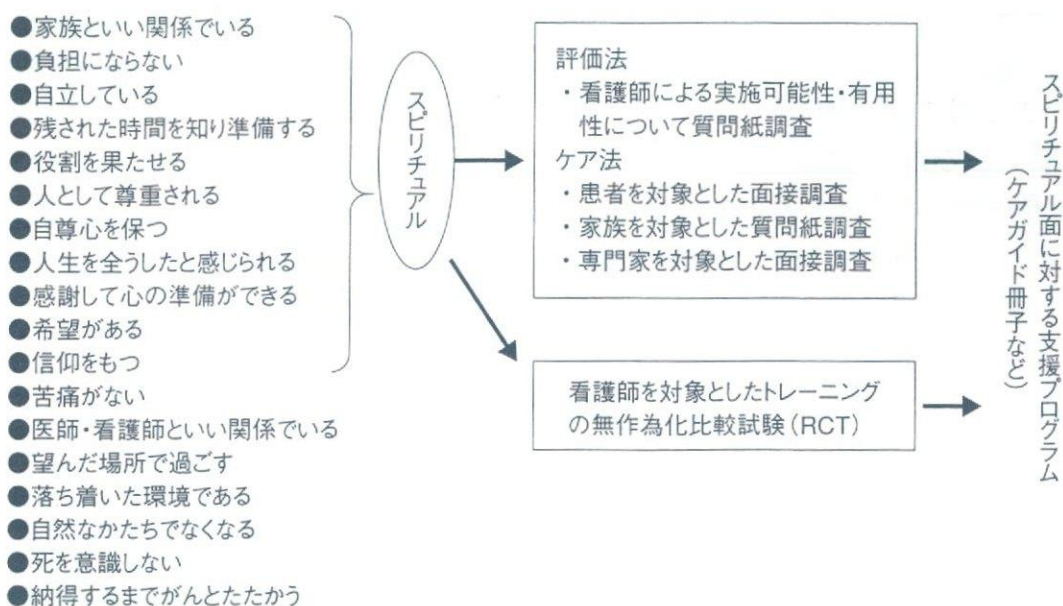
Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp)において, 有意な介入効果があった。このプログラムを有益・とても有益と評価した看護師の割合は, 終末期がん患者の意味のなさをケアしていくうえでの概念構成を理解することにおいて85%, 看護師の個人の価値観を促進することにおいて80%, そして意味のなさを訴える患者に対してどのようなケアをおこなうかを知ることにおいて88%であった。

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・尊厳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)具体的で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—

あんどうみちよ もりたつや
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⁾

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

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)

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

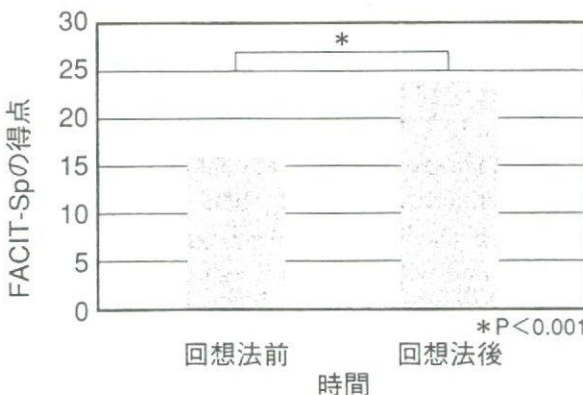


図1 短期回想法前後のFACIT-Spの得点変化

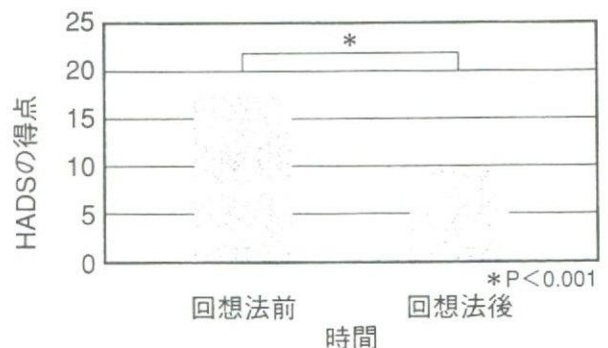


図2 短期回想法前後の不安や抑うつ感の変化

終末期がん患者のライフレビュー

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、その直後、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し。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

review in nursing home residents, International Journal and Human Development, 50 : 151-168, 2000.

8) Jones ED, Beck-Little R : The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults, Issues in Mental Health Nursing, 23 : 279-290, 2002.

9) 橋本竜作・他 : アルツハイマー病患者に対する回想法グループワークの効果, 老年精神医学雑誌, 16 : 337-345, 2005.

10) Wholihan D : The values of reminiscence in hospice care, Am J Hosp Palliat Care, 9 : 33-35, 1992.

11) 田村恵子・他 : 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発—ライフレビューインタビューを取り入れて, 日本看護科学学会講演集, 17 : 242-243, 1997.

12) 小田島朗子 : ターミナルケアにおける回想法, 看護管理, 8 : 966-970, 1998.

13) 森山美知子・他 : ターミナル期における家族援助—回想の重要性, 臨牀看護, 23 : 1571-1580, 1997.

14) 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.

15) Ando M et al : A preliminary study of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Supportive Care Cancer, 15 : 225-231, 2007.

16) Wegberg BV et al : The cognitive-spiritual dimension : an important addition to the assessment of quality of life : Validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer, Annual Oncology, 9 : 1091-1096, 1998.

17) Japan Information Processing Service. Word Miner, version 1.1, Tokyo : Japan Electronic Company, 2003.

18) Ando M et al : One week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Psycho-Oncology, [Epub ahead of print]

19) Peterman AH et al : Measuring spiritual well-being in people with cancer : The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp), Ann Behav Med, 24 : 49-58, 2002.

20) Zigmond AS, Snaith RP : The hospital anxiety and depression scale, Act Psychiatrica Scandinavia, 67 : 361-370, 1983.

終末期がん患者へのスピリチュアル ケアとしての短期回想法の実践

あんどうみちよ もり た た つ や
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支援治療科・部長

はじめに

終末期のがん患者のなかには, 疾患や治療に起因する痛みや様々な症状の苦痛に加え, 自由に動くことができない苦痛, 死への不安, 愛する人たちの別れ, 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く, その方たちの生命の質 (QOL) を維持するためには, この側面へのケアは重要なことと考えられる. このような苦痛に対するケアの一つとして回想法がある.

回想法は, 一般的には高齢者を対象として実施

終末期がん患者のライフレビュー

することが多く、その機能として、①人生の意味や継続性を発見する、②現在の問題解決および対処に役立てる、③死にゆくことを準備する、などがあげられる¹⁾。さらに、回想法は高齢者のみならず、若くても終末期にある方の心理面に肯定的な効果があるだろうと示唆した研究は多いが、実証的な研究はほとんど行われてこなかった。そこで、筆者らは、患者の心理-実存的苦痛を緩和するために短期回想法を作成した。

短期回想法の目的

短期回想法は、患者が面接者と共に、自分が達成できたことや、良かったと思うことも、良くないと思っていたことも回想し、人生の意味づけを改めて行い、人生への意味感や目的感を高めることを目的としている。今回、短期回想法を実施して、その効果がみられたので、この手法について紹介する²⁾。

事前の準備

1. 短期回想法の対象となる方

短期回想法は、意味感の喪失などの苦痛を感じておられる方には、新たな意味感をもてるように、すでに意味感などを感じておられる方には、よりその意味感を高めることができることを目指す。対象となる方の条件としては、次のことが考えられる。

- ①強い身体症状や痛みがない。
- ②自分のことを他者に語ることを嫌いでない。
- ③20歳以上で、30分～1時間の面接に耐えうる心身の状況である。
- ④言語的コミュニケーションに支障がない。
- ⑤認知症や精神疾患がない。
- ⑥現在、重大な悩みや問題に直面していない。

その他にも、深い心の傷（トラウマ）となるような重大な経験をしていないことなどがあげられる。看護師が身体的ケアをしているときに、患者

が自ら昔話をするような方は、この療法が適当であることが多い。

2. 実施する人の条件

短期回想法を実施する人（たとえば、看護師やソーシャルワーカー、心理職、介護福祉士など）には、トレーニングが必要であることが指摘されている³⁾。その内容としては、次のようなことが考えられる。

- ①短期回想法をとおして、患者の心理-実存的苦痛を和らげたいというケアの気持ちがある。
- ②コミュニケーションの基本的な技法が使用できる。
- ③短期回想法の内容を理解するとともに、ロールプレイをとおして、面接の練習をしている。
- ④患者の話聞いていて、否定的な気持ちが看護師に生じたときは、看護師自身の過去と関係していることもある⁴⁾。さらに患者の話にストレスを感じることもあるので、看護師が相談できる方、あるいはスーパーバイズしてくれる方がいるなど、サポート体制がある。

3. 実施前の準備

1) 他のスタッフから理解を得る

だれが、どのような目的で、どのように用いるかを他のスタッフに説明しておく。患者が、ケアのなかで、短期回想法の話面接者以外にすることもあるので、面接の概要などをスタッフに理解してもらっておく。さらに、もし、面接中に何かあったときのフォロー体制も整備しておく。

2) 患者に短期回想法への理解を促す

短期回想法が適当と思われる方に、方法に関する概略を説明し、興味があるかを確認する。その際、「過去を回想すること」などを十分に説明する。

3) 面接の時間と場所を選定する

治療や看護ケアのスケジュールを考え、患者が落ち着いて回想できる時間を選ぶ。面接場所は個室が理想的だが、他患と同室で、かつ移動が難し

い場合は、カーテンを閉める、面接者が患者に近づき、小さな声で話すなど、回想する患者と他患者への配慮が必要である。

4) 倫理的配慮

回想した内容がどのように使用されるのかは、患者の心配事になるので、自分史を作るためにメモや録音させていただくことを十分に説明する。また、万一、患者の身体的負担・心理的動揺がみられた場合には、速やかに面接を中止する。必要があれば、患者の主治医に相談し、身体的・心理的支援のための対策をとる。面接で語られた内容で、患者の生命などに影響する「希死念慮」などがあれば、他のスタッフに相談する。

短期回想法の実際

1. 面接の手続き

1回の面接時間が30分～1時間程度で、面接は全部で2回あり、療法の期間は1週間であった(図1)。1回目の面接において、面接者はいくつかの質問を行い(表1)、患者はそれに沿ってライフレビューを行った。面接の内容は患者の許可を得て録音した。面接場所はデイルームや個室であった(図2)。その面接が終了後、面接者は回想の録音を聞き直して、回想の内容に合った自分

第1回目の面接で、面接者が質問をし、患者はそれに沿ってライフレビューをしていく。患者の許可があれば語りの内容を録音するか、筆記する。



面接終了後、面接者は記録をもとに、1週間以内に語りの内容を整理して、患者のための自分史を作成する。



第2回目の面接において、面接者は自分史を患者と見て、内容の確認などをする。

図1 短期回想法の流れ

史を作成した(図3, 4)。1週間後に、2回目の面接を行い、患者と面接者は自分史を見ながら内容を確認した。面接者は、患者が自己の人生に対して肯定的な評価を行い、自己の人生に意味感をもてるように、達成できたことなどを面接者側からも肯定的に評価し、エンパワーメントしていった。

表1 短期回想法で用いた質問の例

面接1回目

- 「人生で一番大切だと思っておられるのは、どのようなことですか」
- 「人生で最も印象に残っている思い出はどのようなものですか」
- 「人生において、分岐点になったことはどのようなことでしょうか」
- 「人生で、ご自分が果たしてきた役割(職業、社会活動、家族役割など)はどのようなことだと思いますか」
- 「ご自分の人生で誇りに思うことは何かございますか」
- 「人生を一言で表すと、どのような言葉がぴったりでしょうか」

面接2回目

- 「前回のお話を自分史にまとめてみました。一緒にみてください」
- 「人生を思い出された感想はいかがですか。ご自分の人生のことをどのように今、思われますか」

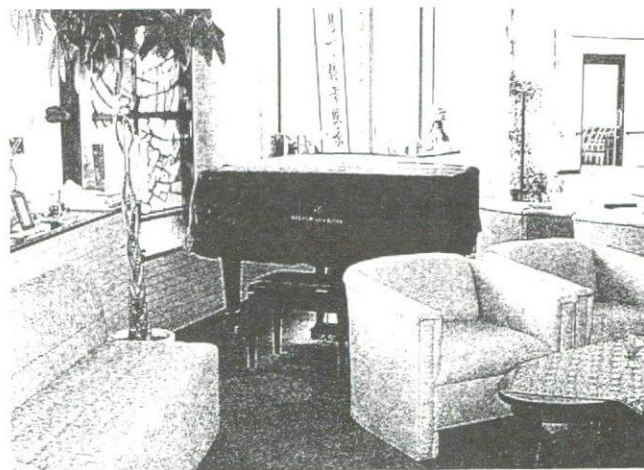


図2 個室やデイルームなどで短期回想法を実施した

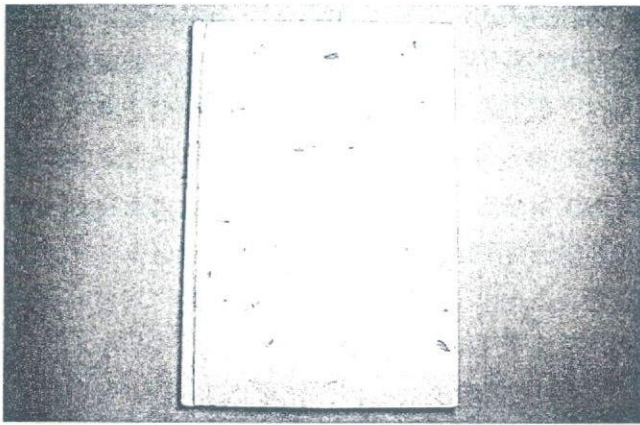


図3 自分史は面接終了後、患者さんへお渡しした

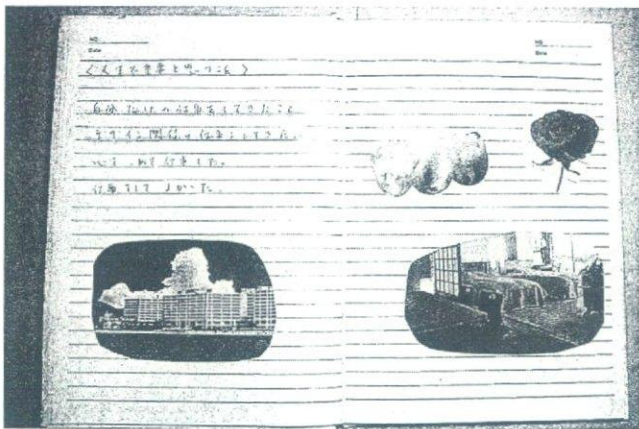


図4 自分史の例

2. 実施上での留意点

1) 患者が理解できる言葉で面接する

年齢や理解力に応じて、患者がわかるような言葉で面接をする。また、心身共に疲労している方も多いため、患者の認知的な負担を考慮して質問の仕方を工夫する。1回の面接が終了したとき、できるだけ肯定的な気持ちで面接が終了するように面接者は心がける。

2) 患者の話の優先するが、全体の時間配分を考える

患者が最初に話したいことがある場合は、その気持ちを十分に傾聴する。自分史作成のための回答を得ることが目的ではなく、回想をとおして話が深まったり、広がったりすることが望ましい。しかし、患者の話が散漫であったり、冗長な場合は、全体の時間配分を考えて、次に進むように促

す。

3) 肯定的な側面も否定的な側面も回想する

患者にとって良い思い出も、悪い思い出も、その両方の思い出をバランスをもって評価することが療法として重要である。「以前は嫌だと思っていたことが、今思い出してみるといかがですか」など、現在からの評価を促す。また、否定的な見方に固執している場合は、面接者が「〇〇と言った別の見方もできますね」など肯定的な側面も提示してみる。

4) 語り過ぎることに注意する

短期回想法は、2回で完結する構造になっているので、その後のフォローができる場合は別として、患者が今まで防衛して思い出さないようにしている過去の出来事を深く語ることは、患者にたいし思いを残すことになる。また、回想の類型として「強迫的な語り」に分類されるような、何度も同じことについて、否定的なことだけが繰り返して出てくる場合は、誘導して先に進むほうが望ましい。

5) 困難な場合は専門家へ相談する

患者が重大な過去について語り始め、看護師では話の收拾がつかないと思った場合、患者へ「自分の人生は意味がないものだった」というように終わらせないために、臨床心理士や心理療法士などの専門家に相談する必要がある⁵⁾。

6) 自分史の作成に考慮する

自分史を作成する際、悪い面の思い出も書くが、同時に良い面も書くこと、さらに今の評価を入れて、自分史を見て、「見ていて気持ちがよい」思い出が味わえるように作成することが必要と考えられる。患者が1人で後で見ることも、家族と共に見ることも、患者が亡くなっても思い出として家族がそれを見ることも考慮する必要がある。

看護師が短期回想法を習得する場合

臨床の場面で患者が自分のことを懐かしそうに

表2 看護師を対象として実施した短期回想法研修プログラム

時間	プログラム	準備と実施
10:00-10:30	受付	参加者氏名チェック
10:30-10:45	説明とアンケート記入	アンケート記入
10:45-12:00	回想法についての講義	PCの準備
12:00-12:10	午後の説明	撮影グループの決定
12:10-13:00	昼食休憩	ハンディカメラ準備
13:00-13:20	モデル面接	シナリオを使ってモデルを提示
13:20-13:40	ペアで面接1回目(前半)	AとBグループ撮影
13:40-14:00	交代で面接1回目(前半)	AとBグループ撮影
14:00-14:20	自分史作り	
14:20-14:35	ペアで面接2回目(後半)	AとBグループ撮影
14:35-14:45	交代で面接2回目(後半)	AとBグループ撮影
14:45-15:00	休憩	ビデオ再生準備
15:00-15:20	Aグループの1回目面接ビデオを全員で視聴	ビデオ再生
15:20-15:30	グループでビデオを見ての討議	討議内容を発表
15:30-15:45	Bグループの2回目の面接ビデオを全員で視聴	ビデオ再生
15:45-16:00	グループでビデオを見ての討議	討議内容を発表
16:00-16:15	質疑応答	
16:15-16:30	本日の感想と連絡事項	

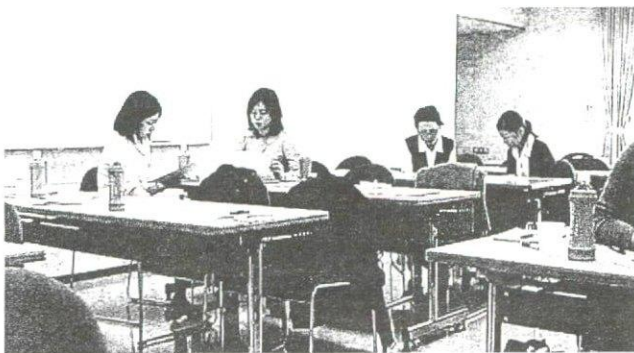


図5 セミナーの風景

語ったことや、患者の回想に看護師が興味をもって聞いた経験は、どの方にも1, 2度はあるだろう。しかし、患者への精神的サポートとして効果的に実施したいと考えたとき、その方法について解説したものは少ない。今回の短期回想法の紹介により多くの看護師の方に興味をもっていただき、臨床で実践していただければと思う。また、筆者らが実施した看護師への研究プログラム(表

2)とその風景について(図5)示し、今後の発展に期待したい。

引用・参考文献

- 1) Haight BK, Webster JD: The art and science of reminiscing: theory, methods, and application, Taylor & Francis, 1995.
- 2) Ando M et al: One week Short-Term Life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Psycho-Oncology, in press.
- 3) Truman Ian, Parker J: Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care, J Clin Nurs, 15: 197-207, 2006.
- 4) Beechem MH et al: A life review interview guide: a structured approach to information gathering, International Journal of aging and Human Development, 46: 25-44, 1993.
- 5) Chochinov HM, Breitbart W: Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, Oxford University Press, 2000.

2.

医療連携と緩和医療；OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介

聖隷三方原病院緩和支援診療科

森田 達也

Tatsuya Morita

はじめに

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。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、北欧において居住区を単位としたクラスターランダム化比較試験が行われた。

もっとも構造的に行われたと評価されているカナダのエドモントンでは、18カ月にわたって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年から地域緩和ケアプログラムを稼働させた。この地域緩和ケアプログラムは、

(1) 標準化した診療ツールの地域全体への普及

(2) 地域の緩和ケアを包括的に支援する地域緩和ケアセンターの設置

(3) 緩和ケアの専門家からの支援として、1つの三次緩和ケア病棟、複数の院内緩和ケアチームと地域緩和ケアチームの設置

(4) 診療報酬の誘導によるリソースの再構築（療養型施設を療養可能な緩和ケア病棟に改築、時間単位の支払いによる家庭医のカンファレンスや緩和ケア診療への誘導）

を含んでいた。

院が86%を占めていた死亡場所が、1997年には急性期病院49%、緩和ケア病棟30%、在宅18%に変化した。緩和ケアを受ける患者の割合は、プログラム前には、死亡時で45%、1カ月前で30%にすぎなかったが、1998年にはそれぞれ80%、50%に増加した¹⁾。北欧で行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が設置され入院サービス、ケアコーディネーションを中心とした介入が行われた。一般的なQOL尺度（EORTC-C30）で測定した患者のquality of lifeに有意な差がみられなかったが、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に大規模な地域介入研究が行われることはな

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)がわが国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。本稿では、OPTIMプロジェクトの概要を紹介する。

背景・目的

本研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②癌患者・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

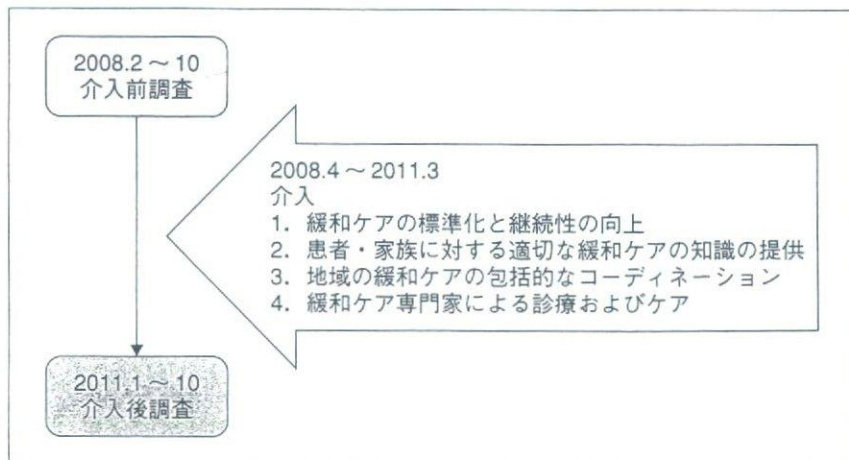


図1 OPTIMプロジェクトの概要

この結果、1992年には急性期病

表1 介入のまとめ

	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	1) 緩和ケアに関する知識・技術を向上させる 2) 地域での診療の継続性を向上させる	緩和ケアの標準化と継続性の向上 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) 退院支援プログラム	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ト)	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 私のカルテ退院支援プログラム
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	1) 緩和ケアに関する適切な情報を提供する 2) 相談支援センターおよび緩和ケアチームの周知により、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起する	リーフレットの設置・配布 ポスターの掲示 冊子の設置・配布 映像メディアの視聴 講演会の開催 図書設置 地域メディアの活用	相談支援センタースタッフ 地域責任者	不特定の癌患者・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 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 緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布 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 緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催 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 地方紙、地域情報誌などのコラム欄への連載	リーフレット ポスター 緩和ケアに関する冊子 映像メディア 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、問題点を検討しない	1) 患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにする 2) 地域での問題点を地域全体で解消する	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 地域緩和ケアの包括的なコーディネート 地域カンファレンス 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援	相談支援センタースタッフ	癌に起因する問題を抱える地域住民および不特定の地域医療福祉職 不特定の地域医療福祉職 希望して参加する地域医療福祉職	癌に起因する問題、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、その患者の現状にもっと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 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 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行う	相談支援センターコンサルテーションシート 多職種地域カンファレンス議事録シート 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	1) 専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させる 2) 専門緩和ケアサービスの質を向上させる	緩和ケア専門家によるコンサルテーション 1) コンサルテーション 2) 出張緩和ケア研修 専門緩和ケアにかかわるノウハウの提供 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	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ト) 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)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できない癌患者のケアにあたっている医療福祉従事者 希望する地域医療福祉職 不特定の地域医療福祉職	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行う 緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の閾値を下げることを目的として、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行う 緩和ケアチームにかかわる書籍を提供する 地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	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 緩和ケアマニュアル 私のカルテ退院支援プログラム 専門緩和ケアノウハウブックレット 地域連携ノウハウブックレット

表2 ツールの概要

	概要	含まれる要素	目的
緩和ケア マニュアル	・標準化し地域で共通の症状評価票、治療アルゴリズム、患者教育用パンフレットがリンクされ一体となっている ・Web, 冊子, ポケットブック, パンフレットで提供する	1) 症状評価票 2) 治療アルゴリズム 3) 患者教育用パンフレット 4) 使用方法の手順・ビデオ	1) 症状を評価する方法 2) 症状を治療する方法 3) 患者に教育する方法を標準化する
私のカルテ	・患者の医療情報, 希望, 地域の緩和ケアの情報の記載されたノートブックを患者が持ち歩き, 患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有する	1) 患者の医療情報 (とくに症状緩和, 退院前後の情報) 2) 患者の希望・プライオリティ 3) 地域の緩和ケアの必須な情報	1) 患者の医療情報 (とくに症状緩和, 退院前後の情報) 2) 患者の希望・プライオリティを共有する
退院支援・調整 プログラム	・退院時に地域との連携が必要となることが想定される患者をスクリーニングし, 早期から退院のコーディネーションを行う。退院が決定した場合に患者・家族を含む医療者でカンファレンスを行う	1) スクリーニング 2) 退院までに必要なフレームワーク 3) 退院時カンファレンスの構造化したプレゼンテーションシート, 患者家族用リーフレット 4) 使用方法のスライド・ビデオ	退院時の診療およびケアの継続性を向上させることにより, 患者・家族の不安を軽減させる

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。本研究の成果は迅速に臨床に還元させるため, 研究HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される。

対象・方法 (図1)

本研究は, 介入地域に地域住民票を有する不特定の癌患者, 家族, 地域住民, 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。介入前後で評価項目を測定し, 効果を評価する。一部対照地域を設定されている。

介入地域は, ①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 (山形県鶴岡市・三川町), 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, a) 実施主体が癌専門病院である地域 (千葉県柏市,

我孫子市, 流山市), b) 総合病院である地域 (静岡県浜松市), c) 医師会である地域 (長崎県長崎市) が選択されている。

介入 (表1)

介入は, ①緩和ケアの標準化と継続性の向上, ②癌患者・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からなる複合介入である。これは, それぞれ, ①地域の緩和ケアツール (表2) 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。

評価項目

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。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。

副次評価項目は, ①患者調査による quality of life とケアの質評価, ②遺族調査による quality of life 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。

まとめ

本研究はわが国で初めての緩和ケアに関する地域介入研究であるとともに, その成果物が逐次公開される。緩和医療に従事する医療者の方に少しでもお役に立てば幸いです。

●文献

- 1) Bruera E, et al : Edmonton regional palliative care program: Impact on patterns of terminal cancer care. CMAJ 161 : 290~3, 1999.
- 2) Jordhøy MS, et al : A palliative-care intervention and death at home : A cluster randomised trial. Lancet 356 : 888 ~ 93, 2000.

4

緩和ケアニーズのスクリーニング
ツール

II はじめに

複数の実証研究が、医師や看護師は患者の緩和ケアのニーズを適切に把握できず、専門緩和ケアサービスに紹介される患者のタイミングが遅いことを示唆している^{1,2)}。したがって、緩和ケアニーズのある患者を早期に同定し、適切な時期に専門緩和ケアサービスに紹介されるシステムは、患者の quality of life (QOL) の向上に有用な可能性がある。

本稿では、緩和ケアのニーズのスクリーニングツールとして聖隷三方原病院で使用されている、①Fifth vital sign、および、②生活のしやすさの問診票について紹介する。

III Fifth vital sign

Fifth vital sign は、電子カルテ上で苦痛のスクリーニングを行うシステムである^{3,4)}。

Fifth vital sign では、STAS (Support Team Assessment Schedule) の item 2 (身体的苦痛) の基準を用いて、入院しているすべての患者の身体的苦痛を「5つ目のバイタルサイン」として、血圧などのバイタルサインを測定する時に同時に看護師が評価する。入力した結果は電子カルテの体温版に表示され、苦痛の程度をみることができる (図 II-2)。

1 使用方法

1. 導入

導入に当たっては、まず、院内の疼痛などの評価基準を診療部と協力して統一した。次に、各病

棟の責任者から構成されるプロジェクトチームを立ち上げ、看護課長会での勉強会、実際の症例での評価方法についての実習、および、病棟ごとの勉強会を行った。

並行して、入力された STAS を利用して、電子カルテ上で苦痛の強い患者をスクリーニングするプログラムを作成した (図 II-3)。本プログラムは、期間と程度などのパラメーターを設定すると該当する患者が同定される。スクリーニング基準は、主病名が悪性腫瘍である、2週間以内に手術を受けていない、さかのぼって1週間に STAS 2以上が2回以上としている。体温版への組み込みを含め情報システムの変更について、追加の費用は発生しない。

2. 実践

週1回、コンピューター上で入院全患者をスクリーニングし、スクリーニングが陽性の場合、適切な緩和ケアが行われているかどうかを緩和ケアチームが評価する。なんらかの治療の変更や追加によって患者の苦痛の改善が見込まれる場合には、その旨をカルテ上、あるいは、口頭にて主治医・病棟看護師に連絡している。

2 有用性のエビデンス

導入初期の結果を示す (図 II-4)。9回のスクリーニング機会で629症例がスクリーニングされ、陽性は87例 (14%) であった。そのうち、10例において有効な緩和治療があると考えられたため、書面・口頭で主治医に推奨し、9例において推奨治療が実施され、7例は1週間以内に緩和ケアチーム (PCT) に紹介された。おもな症状は疼痛、嘔

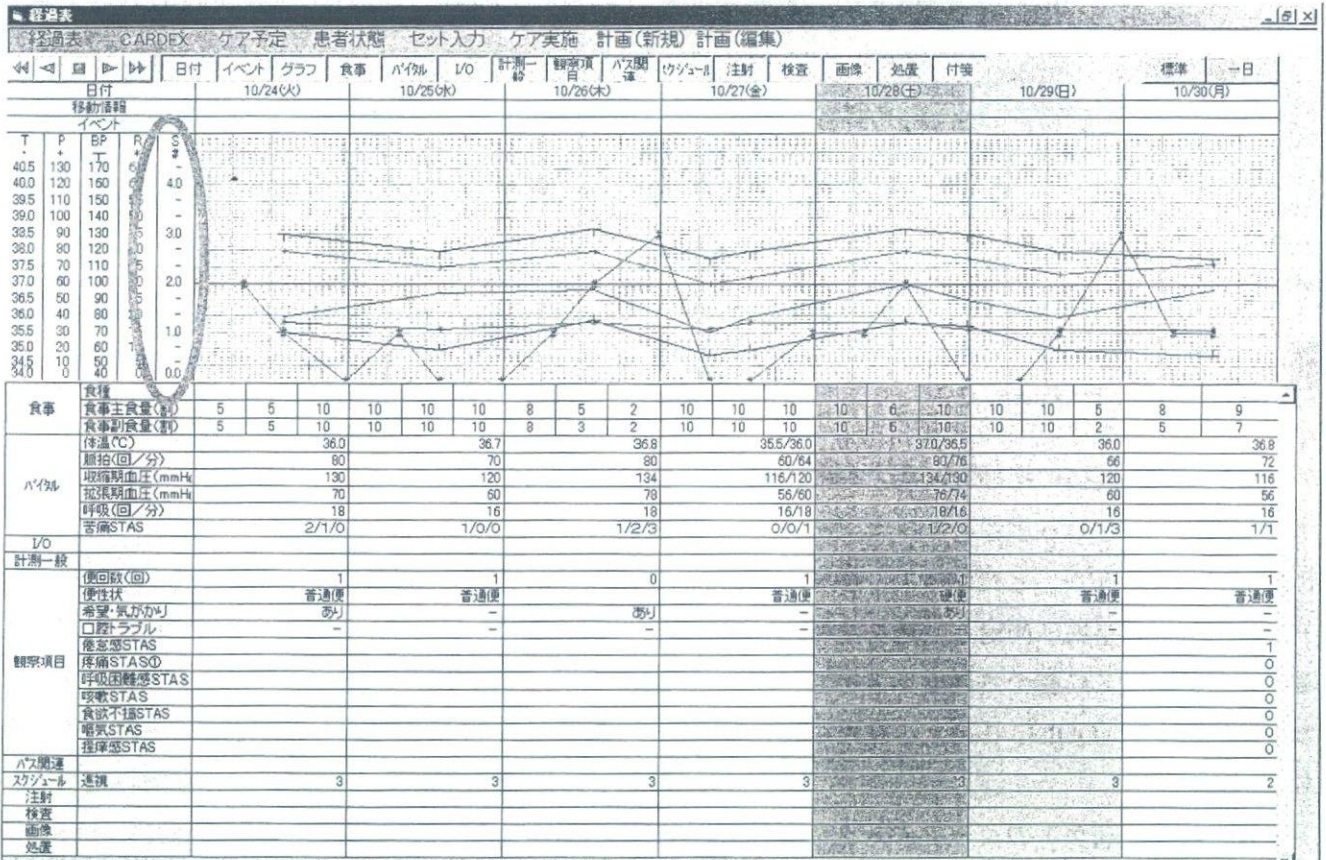


図 II-2 体温版でみる事ができる患者の苦痛

条件を設定する

該当患者が出力される

F_MAIN: フォーム

STAS スクリーニング

対象病棟: A3-A4-A5-B3-B5-C2-C4
対象患者: がん病名/術後14日以内を除く

処理日: 2006/10/31 14:00
対象期間: 7 日間
抽出対象: 2 回以上
対象: 2006/10/23日0時の日動帯から
2006/10/30日0時の深夜帯まで
抽出条件: STAS ≥ 3 STAS ≥ 2

処理: [印刷] [プレビュー] [終了]

STAS スクリーニング結果 (STAS ≥ 2) 処理日: 2006/10/31

◆対象患者: がん病名/術後14日以内を除く ◆病棟: A3-A4-A5-B3-B5-C2-C4
◆対象期間: 7 日間 (2006/10/23:日動帯 ~ 2006/10/30:深夜帯)
◆対象回数: 2 回以上

A3病棟 コンプライアンス入力割合(%): 80% (176 / 219)
対象患者数: 14 コンプライアンス患者(%): 64% (9 / 14)

STAS ≥ 2: 5回 患者ID: [] 氏名: [] 69歳 男性
入院科: 肝臓 主治医: [] 主病名: 肝細胞癌 肝臓動脈

STAS ≥ 2: 2回 患者ID: [] 氏名: [] 67歳 男性
入院科: 消化器 主治医: [] 主病名: 胃癌

A4病棟 コンプライアンス入力割合(%): 48% (48 / 99)
対象患者数: 5 コンプライアンス患者(%): 0% (0 / 5)

STAS ≥ 2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 71歳 男性
入院科: 泌尿器 主治医: [] 主病名: 腎臓癌

A5病棟 コンプライアンス入力割合(%): 82% (276 / 336)
対象患者数: 17 コンプライアンス患者(%): 71% (12 / 17)

STAS ≥ 2: 4回 患者ID: [] 氏名: [] 56歳 男性
入院科: 呼吸器 主治医: [] 主病名: 小細胞肺癌

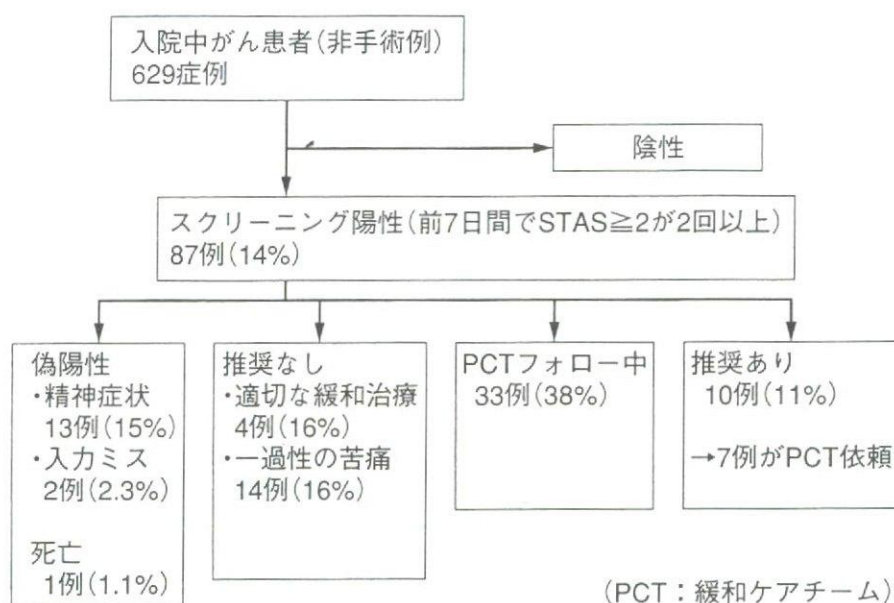
STAS ≥ 2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 78歳 男性
入院科: 呼吸器 主治医: [] 主病名: 非小細胞肺癌

B3病棟 コンプライアンス入力割合(%): 55% (113 / 204)
対象患者数: 10 コンプライアンス患者(%): 50% (5 / 10)

STAS ≥ 2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 62歳 女性
入院科: 外科 主治医: [] 主病名: 左乳癌の術後

STAS ≥ 2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 50歳 女性
入院科: 海外科 主治医: [] 主病名: 胃腸炎 消化器 胃腸門腎臓

図 II-3 STAS を用いた苦痛の強い患者のスクリーニングシステム



図II-4 スクリーニングの結果

気、しびれ、吃逆であった。

以上より、本プログラムは実施可能であり、認識されていない緩和ケアニーズのある患者をより早期に同定することに有用な可能性があると考えられる。

生活のしやすさに関する問診票

生活のしやすさに関する問診票は、化学療法を受ける患者の苦痛を簡便に知ることが目的として作成した質問紙である(図II-5)⁵⁾。

質問紙は、①いちばんの気がかり(most concern)、②症状の numeric rating scale、③気持のつらさの寒暖計(distress thermometer)、④緩和ケアチームに受診する希望、などから成り立っている。各評価項目の信頼性・妥当性は確認されている^{6,7)}。

1 使い方

化学療法の開始の際に、薬剤師から患者にインストラクションを行い、記入してもらう。その際に、継続して記入する必要がないと答えた場合には、次回からは行わない。

2 有用性のエビデンス

化学療法開始患者 211 名に対して調査票のインストラクションを行い、206 名から 1,000 件の調査票を回収した。206 名中 38 名(18%)が質問票によって新しく把握された問題によって緩和ケアチームに紹介された。さらに、10 名は主治医チームによって把握された理由で紹介されたため、あわせて 23%が緩和ケアチームの診療が行われた(図II-6)。頻度の高かった症状は、口腔の問題(20%)、不眠(20%)、病状の説明や意思決定の困難(16%)、気持のつらさ(14%)、倦怠感(9.0%)、食欲不振(8.8%)であった。

以上より、本ツールは認識されていない緩和ケアニーズを同定することに有用な可能性があると考えられる。

まとめ

緩和ケアのスクリーニングツールを施行して5年になる。年々、スクリーニングで同定される「明らかに見落とされている」患者は減少しており、医療者からの依頼になっている。一方で、スクリーニングを施行していない対象である「化学療法を受けていない外来患者」で緩和ケアに課題のある

生活のしやすさに関する質問票 氏名 _____ ID _____

記入日 年 月 日 記入者 患者さん ご家族 医療者 ()

■気に入っていること、心配していることや相談しておきたいことをご記入下さい

病状や治療についての情報・説明
経済的な問題
日常生活の心配 (食事・家事・仕事など)

■からだの症状についてお聞きします

■現在のからだの症状はどの程度生活の支障になっていますか？

0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくない方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがあり対応してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？(NRS)

痛み(一番強とき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み(一番弱とき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(ひどいとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(かわ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
おなかの張り	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
嘔吐 ()回/日	<input type="checkbox"/> 発熱 なし <input type="checkbox"/> あり										
便秘 ()回/週 硬い 普通 やわらかい	<input type="checkbox"/> 胸の痛み なし <input type="checkbox"/> あり										
たん	<input type="checkbox"/> 睡眠 よく <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 眠れない										
せき	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し多い <input type="checkbox"/> たくさん										

■一番困っている症状に○をつけてください

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？ (一番困っている症状についてご記入下さい)

1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が、1日中続く

■症状が強くなるときはどんなときですか？

定期的な薬を飲む前	夜	からだを動かしたとき	食事(前・後)
排尿や排便をするとき	その他 ()		

■痛みは、

■今までと同じ場所ですか？→ 同じ・ちがう 場所 ()

■「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか？→ ある・ない

●完全によくなった
○だいたいよくなった
△すこしよくなった
×かわらない

■服用薬(レスキュー)の使用状況

回数(日)	薬剤名	使用前(症状の強さ)	使用后(症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/4	オゾン	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	なしあり	なしあり(快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なしあり	なしあり(快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なしあり	なしあり(快)

■こころの状態

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？

■痛みなど体やこころのつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診療を... 希望する

■経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談を... 希望する

*以下、医療者記入欄 (化学療法法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 () コース () 回目 ()

体温 () °C 血圧 (/) mmHg 脈拍 () 回/分 SPO2 () %

グレード	0	1	2	3	4
PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/>	□3000~	□3000~2000	□2000~1000	□<1000
好中球	<input type="checkbox"/>	□1500~	□1000~1500	□500~1000	□<500
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/>	□10~	□8~10	□6.5~8	□<6.5
血小板	<input type="checkbox"/>	□7.5~	□5~7.5	□2.5~5	□<2.5
嘔吐	<input type="checkbox"/>	□1回	□2~5回、<24hの点滴	□≥6回、≥24hの点滴	□生命の危機
下痢	<input type="checkbox"/>	□1~3回	□4~6回、<24hの点滴	□≥7回、≥24hの点滴	□生命の危機
粘膜炎	<input type="checkbox"/>	□摂食に影響なし	□食事を工夫すれば可能	□十分な摂取ができない	□生命の危機
神経障害	<input type="checkbox"/>	□症状なし	□生活に支障ない機能障害	□日常生活に支障	□活動できない

図 II-5 生活のしやすさに関する質問票

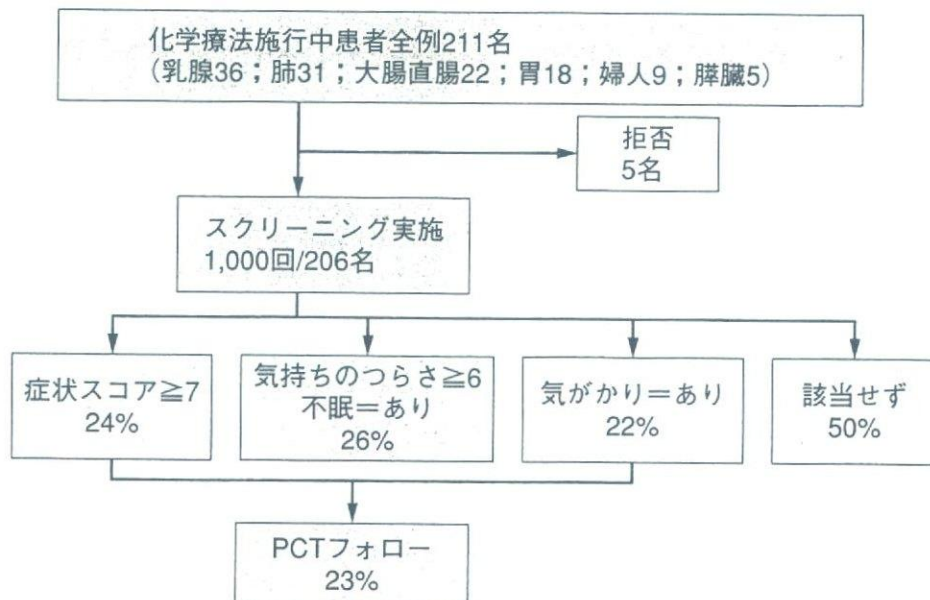


図 II-6 生活のしやすさに関する質問票を使った緩和ケアニードのスクリーニング