

期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の項目に則して実態を調査したので、考察を加えて報告する。

2 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」と今回の調査目的

平成19年5月に厚生労働省から発表された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(次頁の【表1】)²⁾は、大きく「終末期医療及びケアの在り方」と「終末期医療及びケアの方針の決定手続」の2つの項目からなる。

前半の「終末期医療及びケアの在り方」では、①として「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である」と示されている。今回はまず、ガイドラインの大前提となる「適切な情報の提供と説明」がどのくらい行われているかについて調べてみた。また、③として「医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である」と記されていることから、「患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケア」の実態についても調べてみた。

さらに、後半の「終末期医療及びケアの方針の決定手続」のなかで、患者の意思が確認できる場合について、以下の①から③が記されている。すなわち、①として「専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づき患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う」②として「治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする」③として「このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい」。そこで、この「患者の意思決定」についても調べてみた。

また、後半の患者の意思が確認できない場合について、①として「家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」②として「家族が患者の意思決定を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」とある。そこで、家族が患者の意思を推定できるのか、あるいは家族が医療者と話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることができるのか、こうした判断のもとになる家族が患者の状態をどのくらい把握しているのかを調べてみた。

【表1】 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

- (1) 患者の意思の確認ができる場合
 - ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づき患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
 - ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化することであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
 - ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。
- (2) 患者の意思が確認できない場合
 - ① 患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。
 - ② 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
 - ③ 家族が患者の意思決定を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
 - ④ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- (3) 複数の専門家からなる委員会の設置
 - 上記①及び②の場合において、治療方針の決定に際し、医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
 - ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
 - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
 - 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

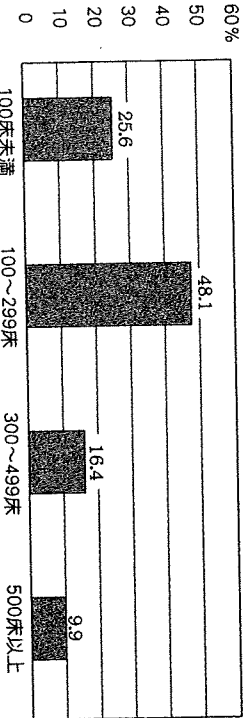
3 調査1³⁾

(1) 調査対象

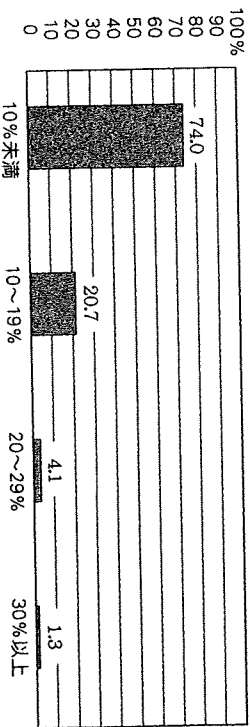
これらの調査は全国4,911の一般病院(産科、リハビリなどの病院を除く)の病院長に対して、説明文・質問票および返送用封筒を同封し、郵送した。そして、ガイドラインにそって作成した質問に対し、無記名で返答してもらった。その結果、有効回答は1499件(30.5%)であった。このうち、病院の病床数別割合は、【図1】のように、100床未満384件(25.6%)、100床以上300床未満721件(48.1%)、300床以上500床未満246件(16.4%)、500床以上148件(9.9%)で、これは全国のすべての一般病院の病床数別割合(100床未満30.0%、100床以上300床未満49.5%、300床以上500床未満14.3%、500床以上6.2%)⁴⁾とほぼ一致していた。また、入院患者に占める終末期患者(予後が6カ月以内と考えられる)の割合は、【図2】のように、10%未満1109件(74.0%)、10~19%310件(20.7%)、20~29%61件(4.1%)、30%以上19件(1.3%)であり、これらの割合は病院の規模(病床数)には関係がなかった。

(2) 適切な情報の提供と説明

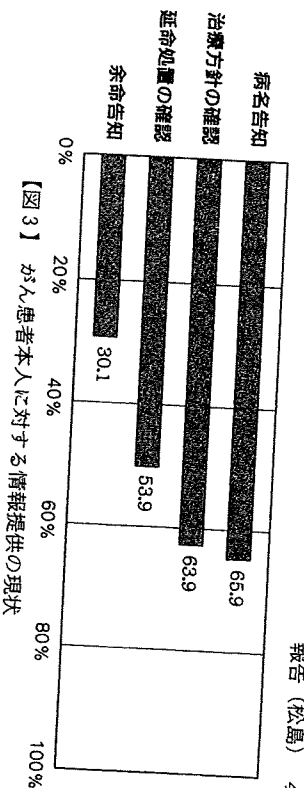
医療従事者からがん患者本人への適切な情報の提供や説明がなされているかにつ



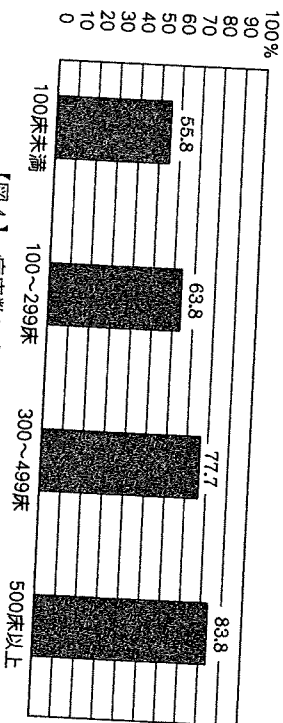
【図1】 調査した一般病院の病床数別割合



【図2】 入院患者に占める終末期がん患者(予後が6カ月以内)の割合



【図3】 がん患者本人に対する情報提供の現状

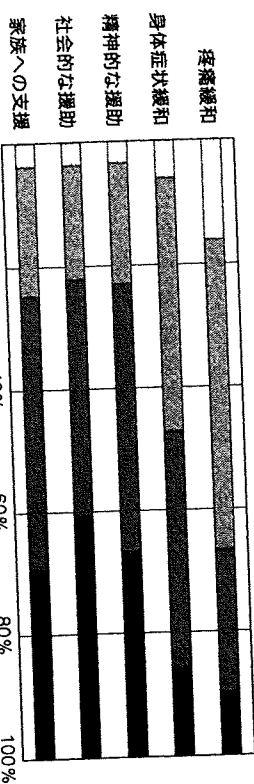


【図4】 病床数による病名告知率の相違

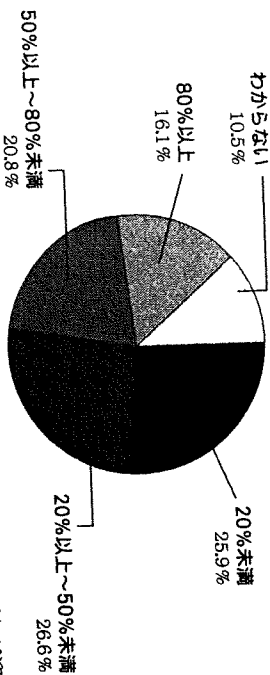
いては、【図3】のように、いずれも平均で、病名の告知65.9%、抗がん治療からのギアチェンジに関する治療方針の確認63.9%、延命処置に関する確認53.9%、余命告知30.1%であり、情報提供の内容が重くなるほど達成率が低くなること(相違が相違があり、延命処置に関する確認以外は病床数の少ない病院ほど実施されていないことがわかった。とくに病名の告知については、【図4】のように、病床数が100床未満の小規模な病院と500床以上の大規模な病院では、平均して30%近くの開きがあることがわかった($F=36.3$, $p<0.0001$ (一元配置分散分析))。同じように、抗がん治療からのギアチェンジに関する治療方針の確認($F=36.3$, $p<0.0001$ (一元配置分散分析))や余命告知($F=3.44$, $p=0.016$ (一元配置分散分析))についても、小規模な病院の方が大規模な病院よりも達成率が低かった。

(3) 患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケア

全国の一般病院を対象に総合的な医療及びケアがどのくらい実施されているのかを調査した。【図5】のように、終末期医療についての対応をみると、疼痛の緩和やその他の身体症状(倦怠感、呼吸困難感など)の緩和については十分、ほぼ十分を合わせてそれぞれ68.2%、47.4%の割合で実施されていたのに対して、不安や抑うつなど精神的苦悩への援助や社会的な援助、家族への支援については十分、ほぼ



【図5】 終末期の緩和医療への対応

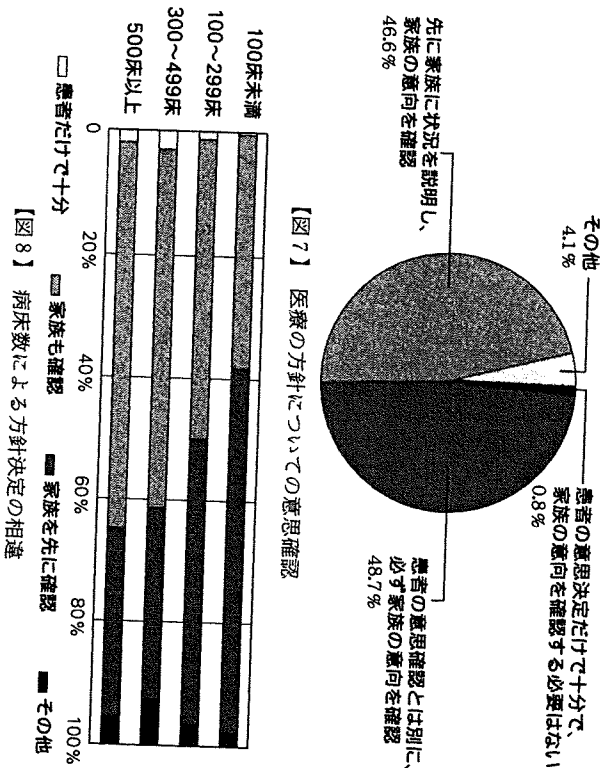


【図6】 終末期の緩和医療への対応が十分であった「尊厳ある死」が迎えられた割合

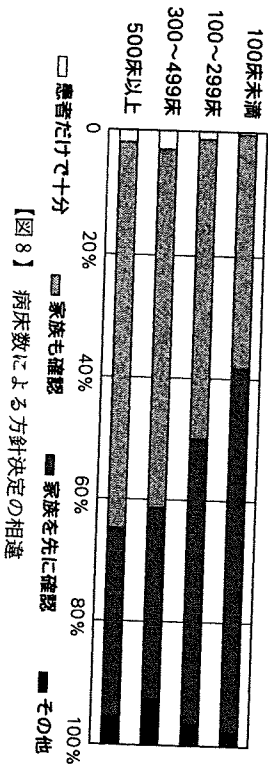
十分を合わせてそれぞれ23.3%、22.5%、24.0%の割合でしか実施されていない。このように、がん患者の身体面への対応に比べると、心理・社会面への対応はかなり遅れていることがわかる。

また、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療が十分であった「尊厳ある死」が迎えられた割合を尋ねたところ、【図6】のように、20%未満388件(25.9%)、20%以上~50%未満399件(26.6%)、50%以上~80%未満312件(20.8%)、80%以上242件(16.1%)、わからない158件(10.5%)であり、この割合は病院の規模には関係していったかった。すなわち、終末期の緩和医療への対応が十分であった「尊厳ある死」が迎えられたがん患者の割合が半数以下の病院が過半数を占めていた。

(4) 患者の意思決定
終末期医療の治療方針の決定については、【図7】のように、患者の意思決定だけで十分で、家族の意向を確認する必要はない12件(0.8%)、患者の意思確認とは



【図7】 医療の方針についての意思確認



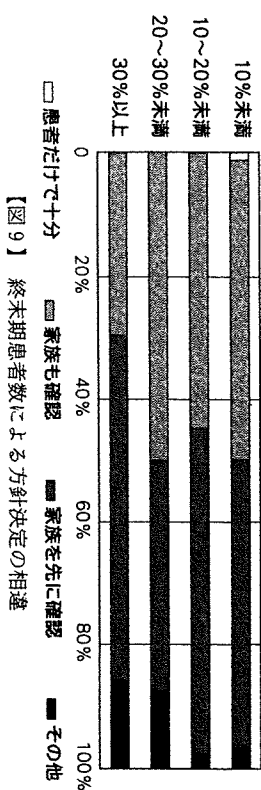
【図8】 病床数による方針決定の相違

別に、必ず家族の意向も確認730件(48.7%)、先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認698件(46.6%)、その他61件(4.1%)であった。また、この終末期の治療方針の決定については、【図8】のように、病床数の多い大規模な病院ほど患者の意思確認とは別に、必ず家族の意向も確認の割合が大きく、逆に病床数の少ない小規模な病院ほど先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認の割合が少ない($p < 0.0001$ [χ^2 検定])。さらに、この終末期の治療方針の決定については、【図9】のように、終末期の患者の割合が30%以上の病院で、先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認の割合が大きかった ($p < 0.0001$ [χ^2 検定])。すなわち、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が大きい病院ほど家族重視の傾向が認められた。

4 調査2⁵⁾

(1) 調査対象と方法

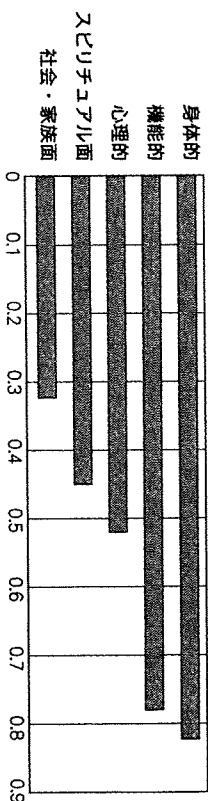
これらの調査は緩和ケア病棟に入院中または入院待ちの終末期の患者、家族42組それぞれにFACT-G-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being) による患者の Quality of Life (QOL: 生活の質) の評価を



【図9】 終末期患者数による方針決定の相違

(2) 家族の評価

実際の臨床現場では、調査1(4)のように患者の意思の確認ができる場合でも、ガイドラインに記されたような「インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定」が基本になっておらず、むしろ家族の意向が尊重されていた。また、患者の意思が確認できない場合には、ガイドラインによれば「家族が患者の意思を推定し、その推定意思を尊重して患者にとっての最善の治療方針をとることが基本である」とされている。このように、患者が終末期に近づけば近づくほど、その家族は患者本人に代わって治療方針についての判断をしなければならぬ医療状況になり、そうした際に重要なことは、家族がいかに患者本人の意思を代弁できるかであろう。そのためには、家族が患者の心身の状況を正確に把握していることが重要である。そこで、終末期の患者について患者が自分で評価した本人のQOLと家族の評価した患者についてのQOLがどのくらい一致しているかを調べたところ、QOL全体では患者と家族間の一致度は高いが、家族は患者の状態をより低く評価していた。またQOLの領域によって一致度は異なり、【図10】のように身体・機能面は一致度が高く、心理面・スピリチュアリティは中等度で、社会・家族面は最も低く、中でも家族と患者の関係に関する項目は一致度が低かった。こうしたことから、家族



【図10】 患者のQOLに対する患者および家族の評価の一致度

報告 (松島) 53
 が患者の意思を代弁するにしても、もつと患者と家族間のコミュニケーションを促し、両者間の評価の不一致を軽減することが必要なことが示唆された。また、そうすることで、家族の負担を緩和することができるのではないかと考えられた。

5 結論

まず患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアについてみると、わが国の臨床現場では、がん患者の身体面への対応に比べ、心理・社会面への対応はかなり遅れていることがわかった。今後はこうした包括的な観点から、終末期医療の充実を図る必要があることが示唆された。

また、わが国の実際の医療現場では、患者本人の意思よりは家族の意向を尊重するという傾向がみられた。終末期の患者などを対象として「望ましい死 (good death)」の概念を抽出すると、北米人に比べ日本人の場合は、自己の意思決定がはっきりしないことや、家族や周りの人との人間関係を重視していることが特徴として挙げられている⁹⁾。こうしたわが国独特の家族を含めた終末期医療を進めるとしても、患者が終末期にある家族が、必ずしも患者本人の状況を正確に把握しているとは限らないことがわかった。

以上より、真に患者の意思を生かすためには、医療従事者が患者本人に適切な情報を提供するよう努めるとともに、患者と家族間のコミュニケーションを促し、これらに対応して患者や家族に対する精神的・社会的な援助を十分にしていくことが重要であると考えられた。

なお本研究は、調査1では国立保健医療科学院・林 謙治院長、同人材育成部国際保健人材室・児玉知子室長、慶應義塾大学大学院政策メディア研究科・野口海准教授、国際医療福祉大学・松下年子教授、国立精神神経センター・小林未果研究員、東京医科歯科大学心療・緩和医療学分野・松田彩子先生の協力により、また調査2は国立病院機構東京病院緩和ケア科・永井英明医長、東京医科歯科大学心療・緩和医療学分野・久村和穂先生との共同により進められたものである。

- 1) 松島英介・野口海・松下年子・小林未果「中・小規模の一般病院における尊厳死についての意識調査」厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「我が国の尊厳死に関する研究」平成16年度総括・分担報告書 (主任研究者: 松島英介) 32-83頁、2005。
- 2) 厚生労働省医政局, 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, 平成19年5月21日発表 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>
- 3) 松島英介・野口海・松下年子・小林未果・松田彩子, 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「わが国の尊厳死に関する研究」平成18年度総括・分担

54 年報医事法学24号

研究報告書 (主任研究者: 松島英介) 43-51頁, 2007。
 4) 厚生労働省統計表データベースシステム「平成18年医療施設調査 (上巻)」第9表
 病院数、病院一病床の種類・病床の規模別 http://www.mhlw.go.jp/toukei/data/160/2006/koukeiyoyu/0006175/t0136689/A0009_001.html
 5) 久村和穂・松島英介・永井英明・三上明彦「総合病院精神医学 20」139-148頁、2008。
 6) Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tully JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132: 825-832, 2000.
 7) Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31: 140-147, 2006.

(筆者は東京医科歯科大学准教授)

シンポジウム 終末期医療のルール化

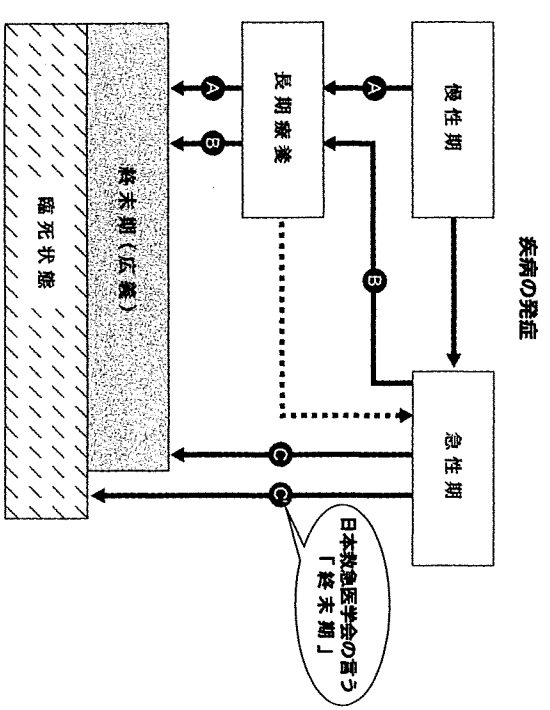
救急医療における終末期医療のルール化

——日本救急医学会のガイドラインと会員アンケートから——

有賀 徹

1 はじめに

日本救急医学会では救急医療における終末期医療に関する諸問題を検討するため平成16年に「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」を組織した。そして平成19年2月に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言(ガイドライン)」(案)をホームページ上に提示し、意見を募ったところ日本救急医学会会員ならびに非会員から多くの意見が寄せられた。それらを参考にしながら、委員会で推敲を重ね、平成19年11月に「救急医療における終末期医療に関する



【図1】 終末期に向かうまでの類型 (日本医師会「終末期医療のガイドライン」2007年9月)

現代精神科臨床と死生観

松島 英介

臨床精神医学 第38巻 第7号 別刷

アークメディア



特集

死生学と精神医学

現代精神科臨床と死生観

松島英介

Key Words

死生観, 緩和医療, 精神腫瘍医(サイコオンコロジスト), 望ましい死(good death), スピリチュアリティ (spirituality)

1 はじめに

精神科医が精神疾患のみではなく、広く身体疾患の患者の精神症状に対応するようになったのは、コンサルテーション・リエゾン精神医療が盛んにおこなわれるようになってからである³⁶⁾。そのなかで、患者が死を意識し、そのために生じる苦悩に対して精神的なケアを必要とすることが最も多いのは、緩和医療の現場でサイコオンコロジスト(Psycho-oncologist: 精神腫瘍医)としてがん患者に対応しているときであろう。特に治癒が望めない進行・終末期のがんに罹患した患者は、病状の進行に伴い、さまざまな身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人達との別れ、やり残した仕事など多くの課題に対処していかなければならず、結果的に喪失体験を重ねることを余儀なくされることが多い¹⁾。終末期患者に苦悩をもたらすのは、多くの場合「死」そのものではなく、身体的(身体症状・副作用・疼痛など)、機能的(ADL・日常生活など)、心理的(不安・抑うつ・

認知能力など)、社会的(家族や社会との調和・社会的役割・経済環境など)などさまざまな面の苦痛であり、さらに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、つまりはスピリチュアリティ (Spirituality)の問題であることを医療者が念頭に置きながら、ケアに当たることが望まれる。

そこで、本稿では日本の緩和医療の現状から、がん患者についての死をめぐる問題について取り上げ、そこから患者のもつ死生観とそれをもとにした現代医療の在り方について論じてみたい。

2 自殺と希死念慮

緩和医療の現場では、患者から「早く死んでしまいたい」「安楽死をさせて欲しい」などの言葉が聞かれることは稀ではない。この希死念慮の背景に存在するがん患者の複雑な心理を理解するために、Coyleら⁷⁾は進行がん患者7名を対象とした質的な検討を行い、表1のような多彩

Death-life views in clinical settings of palliative care

MATSUSHIMA Eisuke 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野 [〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45]

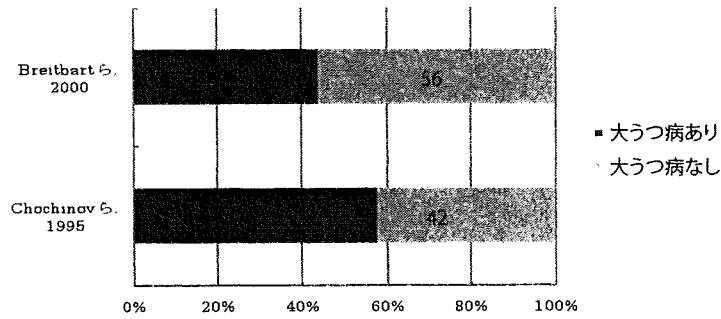


図1 希死念慮をもつ患者における大うつ病の割合 (Breitbart ら⁵⁾, Chochinov ら⁸⁾)

表1 患者が希死念慮として表現する背景に含まれている意味 (Coyle ら³⁾)

生きることへの逆説的な表現
死に至る過程のつらさの表現
現在の耐え難い苦痛に対する援助の求め
死にゆくプロセスから解放される対処方法の一つ
一人の個人として関心を抱いて欲しいという欲求
他者への愛情表現
家族から見捨てられる不安
悲嘆・苦悩の表現

な意味が込められていることを指摘した。すなわち、「生きたいことに対する逆説的な表現」に始まり、「現在の耐え難い苦痛に対する援助の求め」や「家族から見捨てられる不安」などさまざまである。

一般に比べて、がん患者は自殺の発生頻度が高いことが指摘されている。たとえばFoxら¹⁰⁾は一般人口に対する危険比を、男性で2.3倍、女性で0.9倍、平均で1.8倍としており、男性ががん患者の自殺が多いことを示している。また、がんの中でもとくに頭頸部のがん患者では一般人口に比べ11.4倍と極めて高いという報告¹³⁾もある。しかし、こうしたはっきりした形の自殺ではなく、食事を摂ろうとしなかったり、検査や治療を拒否したりといった、いわば消極的な意味での自殺にあたる行為もあり、実態は不明である。

がん患者を自殺にまで追いやる危険因子としてBreitbart⁴⁾は、①うつ病にかかっていたり、絶望感を抱いていたりすること、②がんが進行性であったり、予後不良であること、③疼痛をもっていること、④背景に意識の変容状態であるせん妄があること、⑤自己支配感が低下し無力感にとらわれていること、⑥精神病の既往があること、⑦自殺未遂の既往歴があったり、家族に自殺歴があること、⑧消耗と疲労感が強いことを挙げており、これらに十分注意する必要があるとしている。

また、自殺に至らないまでも、希死念慮をもつがん患者は多く、特に終末期の患者では8.5～17.4%に認められるという²⁾。その要因として、Breitbartら⁵⁾は①うつ病にかかっていること、②絶望感を抱いていること、③社会的支援が不足していること、④身体的機能が低下していることを、またChochinovら⁸⁾は①絶望感を抱いていること、②うつ病にかかっていること、③疼痛があること、④家族的支援が低下していることを挙げている。このうち、希死念慮と大うつ病との関係をみたものでは、図1のように、希死念慮をもつがん患者の44～58%に大うつ病がみられたという^{5,8)}。さらにAkechiら²⁾は、これらの中でも元々の疼痛の存在と新たなうつ状態(大うつ病および適応障害)の発症が希死念慮の出現に最も関与していることを示して

いる。しては気にす果があその精神ければ身体的その改この背景にとして状況にたスピ的多角

3

緩和に追ことで密に定中では高い終「望まし多く取Singe

表2 日本人にとっての望ましい最期 (Miyashita ら¹⁴⁾)

皆が共通して望むもの	個人差が大きいもの
希望がある	役割を果たせる
他者の負担にならない	感謝して準備が出来る
自分のことが自分で出来る	自尊心がある
人として尊重される	残された時間を知り準備する
人生を全うしたと感じられる	信仰を持つ
苦痛がない	自然な形で亡くなる
家族と良い関係でいる	死を意識しない
医師・看護師と良い関係でいる	納得するまでがんと闘う
望んだ場所で過ごす	
落ち着いた環境である	

いる。したがって、希死念慮を訴える患者に対しては、まずは患者が自由に話せるような雰囲気にする(話し合うことそのものに治療効果がある)、そして基礎にうつ病やせん妄などの精神疾患があれば適切に治療をし、そうでなければ背景に存在する他の要因、とくに疼痛や身体的機能、社会的支援などを正當に評価して、その改善を図ることが大切である。

このように、がん患者の自殺や希死念慮は、背景に精神疾患や身体状態、社会的問題が要因として存在する場合が多いが、自分の置かれた状況に対する絶望感や自己支配感の低下といったスピリチュアルな問題も含まれており、系統的多角的な評価が重要となる。

3 望ましい死とは

緩和医療の目標は、がん患者が自殺や希死念慮に追い込まれず尊厳をもって死を迎えられることであるといわれるが、この尊厳の概念を厳密に定義することは難しい。最近、緩和医療の中では、終末期患者の尊厳の問題として「質の高い終末期医療(quality end-of-life care)³⁷⁾」や「望ましい死(good death)^{14,22,38)}」という概念が多く取り上げられている。

Singer ら³⁷⁾がカナダのHIV感染症患者、透析

患者、長期入院施設の研修医、計126名に対しておこなった面接調査の結果では、終末期医療の質の向上に関わる問題として、①痛みや症状が十分に緩和されていること、②不適切な延命処置を避けること、③自分でコントロールしているという感じを最後まで達成できること、④負担にならないこと、⑤最愛なる人たちとの関係を強めること、の5つの領域がこの順に抽出された。

また、Steinhauser ら³⁸⁾が米国の終末期がんまたはHIV感染症患者、家族、および医療従事者など計100名に対して行った面接調査の結果では、「望ましい死」の構成要素として、①痛みや症状が緩和されていること、②自分の意思ですべての選択ができること、③自分の死期をあらかじめ知ったうえで、死に対する準備ができること、④自分の人生が完成したと思えること、⑤他者の役に立つこと、⑥最期まで人として尊重されること、の6つがこの順に抽出されている。

一方、日本においても Hirai ら¹⁴⁾や Miyashita ら²²⁾が同じような「望ましい死」について調査を行い、米国で抽出されているのと同じ要素が認められたことを報告している。Miyashita ら²²⁾は日本の4都道府県より無作為に抽出した一般人口2,548名および12緩和ケア病棟の遺族

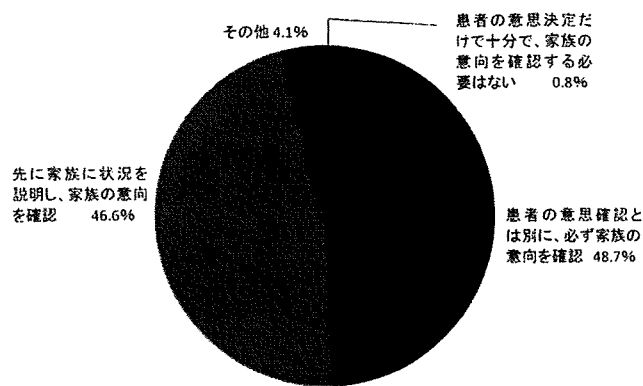


図2 医療の方針についての意思確認 (松島ら¹⁵⁾)

513名に行った調査の結果を因子分析により概念化した。その結果、表2のように、「日本人にとっての望ましい最期」として、①希望がある、②負担にならない、③自分のことが自分でできる、④人として尊重される、⑤人生を全うしたと感じられる、⑥苦痛がない、⑦家族とい関係でいる、⑧医師-看護師とい関係でいる、⑨望んだ場所ですごく、⑩落ち着いた環境である、など皆が共通して望む項目と、①役割を果たせる、②感謝して準備ができる、③自尊心がある、④残された時間を知り準備する、⑤信仰を持つ、⑥自然な形で亡くなる、⑦死を意識しない、⑧納得するまでがんと闘う、など個人差が大きい項目とをそれぞれ挙げている。また、Hiraiら¹⁴⁾も日本の進行がん患者(主に予後が1年以内)、家族、医療従事者、計63名に対する面接調査の結果、「望ましい死」の概念として、①身体的・精神的苦痛がない、②家族とのよい関係、③望んだ場所ですごく、④医療者とのよい関係、⑤負担にならない、⑥尊重される、尊厳が保たれる、⑦人生を完成させる、など17項目を抽出したうえで、さらに日本人の特徴として、①自己の意思決定がはっきりしないこと、②前向きな姿勢が目立つこと、③家族や人間関係を重視していること、④尊厳のなかでも他者との情動的な距離に関するもの、例えば周りの人に自分の苦しんでいる姿を見せないなど、が

多く認められたことを指摘している。

このように終末期において、誰もが望むであろう死の在り方を、患者の生活の質(QOL)を上げるとい客観的な視点から取り上げて対応していくことは必要なことであるが、それだけではなく、その患者自らが何を望んでいるのかという個々の患者の主観的な視点も考慮して、それぞれの患者のニードに合ったケアをする姿勢が重要である。また、日本人の患者の特徴である「家族や周囲のものとの協調」が「自分の意思決定」よりも優先される傾向にあることを念頭に置いておかないと、円滑な患者-家族関係が保てないこともあり、気をつける必要がある。

4 緩和医療の現場での対応

これまでは、主に患者や家族の側から、死に際して何を望んでいるかという点を挙げてきたが、ここでは実際の緩和医療の現場では、この患者の希望や意思というものがどのくらい生かされ、また家族の意向が反映されているのかについて見てみたい。

松島ら²³⁾は全国1,499の一般病院に対して、緩和医療に関する実態調査を行った。対象となった病院の病床数別割合は、100床未満384件(25.6%)、100床以上300床未満721件(48.1%)、300床以上500床未満246件(16.4%)、

500床一般病院床以上満14.3%た¹⁷⁾。確認が定につものである。家族の院は12これとと答え況を説ならば件(46.6%) (4.1%)。針の決ようにの意思しているない小し、家すなわも、家ない病

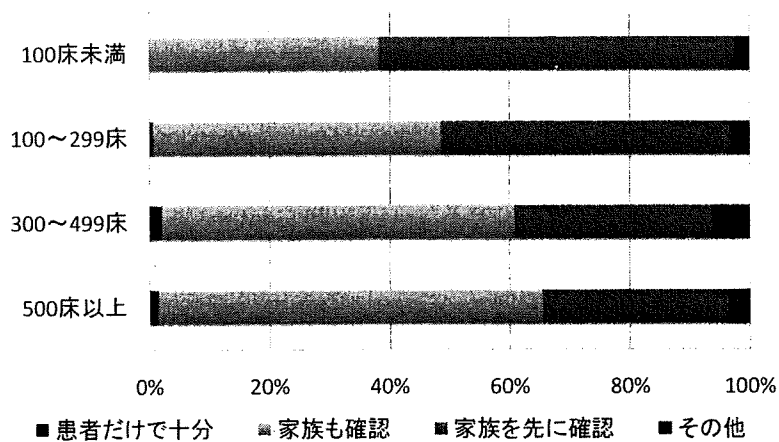


図3 病床数による方針決定の相違 (松島ら¹⁵⁾)

500床以上148件(9.9%)で、これは全国の一般病院の病床数別割合(100床未満30.0%, 100床以上300床未満49.5%, 300床以上500床未満14.3%, 500床以上6.2%)とほぼ一致していた¹⁷⁾。質問の内容は、がん患者で本人の意思の確認ができる場合、終末期医療の治療方針の決定について医療者の側がどうしているかというもので、結果は図2の円グラフに示した通りである。すなわち、「患者の意思決定だけで十分で、家族の意向を確認する必要はない」と答えた病院は12件(0.8%)、「患者の意思確認はするが、これとは別に必ず家族の意向も確認している」と答えた病院が730件(48.7%)、「先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認したうえで必要ならば本人の意思も確認する」という病院が698件(46.6%)、「その他」の答えをした病院が61件(4.1%)であった。また、この終末期の治療方針の決定については、図3の棒グラフで示したように、病床数の多い大規模な病院ほど「患者の意思確認とは別に、必ず家族の意向も確認している」という割合が大きく、逆に病床数の少ない小規模な病院ほど「先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認する」割合が大きかった。すなわち、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど家族重視の傾向が認められた。

このような現状は何を意味しているのであろうか。Akabayashiら³⁾は、医師も家族も、患者が終末期であるという診断に衝撃を受け、希望を失うことを恐れている。患者のケアには家族のサポートが不可欠であるので、患者の意思が確認できるときでさえ、医師は患者へがんの診断を告知するために家族の同意を求めるのが最も良いと考えている。一般に、こうした情報開示の形式は、日本社会における家族の役割の大きさを反映していると述べている。またVoltzら⁴²⁾は、日本では意思決定はしばしば家族に任せられる。これらの患者は難しい意志決定の負担から逃れられると指摘している。さらにSeoら³⁹⁾は、がん患者の容体に関して医師はまず親族に説明し、がん患者本人には家族が同意したときだけ告知するのが、いまだに日本の習慣となっている。この一般的な日本の習慣は、集団の願望は個人のそれより尊重されるという日本文化に由来していると考えられる。すなわち、日本文化は家族への帰属意識が非常に強いことを示唆していると説明している。いずれにしても、これらは「望ましい死」で見てきた日本人のがん患者の特徴の裏返しと見ることができ、興味深い。今後は、家族の理解のもとにできるだけ患者の意思を生かせるように、患者への意思確認を心掛けていくことが課題である。

むであ
L)を上
対応し
だけで
のかと
て、そ
姿勢
特徴であ
の意思
を念頭
関係が
ある。

ら、死に
てきた
よ、この
い生か
のかに

に対し
った。対
100床未
満721件
(6.4%)、

5 緩和医療におけるスピリチュアリティ

これまで見てきたように、患者は「がん」という疾患に罹患することで、身体的・機能的・精神的に大きなダメージを蒙ると同時に「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」「なんで自分がこんな病気になったのか」「自分の一生は何だったのか」「自分の人生にどんな目的があったのか」「偉大な何かの存在を信じたい」など、人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ、自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむといわれている²⁴⁾。World Health Organization (WHO)⁴³⁾は、「スピリチュアルとは人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の「生」の全体像を構成する一因として見ることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認等と関連していることが多い」と定義している。また精神医学領域においても、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)⁴⁰⁾でスピリチュアルペイン (Spiritual Pain) を含む診断カテゴリーとして「Religious or Spiritual Problem」(臨床的関与の対象となることのある状態)が明記されている。

とりわけ緩和医療においては、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアルペインを重視する傾向がある^{6,11,34)}。そして、少なくとも約半数の終末期がん患者が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが示唆されている^{16,25,31)}。近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、スピリチュアリティは必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与

える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつある^{12,18,26,32)}。Kaye¹⁹⁾は、患者が表現するスピリチュアルペインを分類し、①不公平感 (unfairness) : 「なぜ私が?」、②無価値感 (unworthiness) : 「家族や他人の負担になりたくない」、③絶望感 (hopelessness) : 「そんなことをしても意味がない」、④罪責感 (guilt) : 「ばちが当たった」、⑤孤独感 (isolation) : 「誰もわかってくれない」、⑥脆弱感 (vulnerability) : 「だめな人間だ」、⑦遺棄感 (abandonment) : 「誰も救ってくれない」、⑧刑罰感 (punishment) : 「正しく人生を送ってきたのに」、⑨困惑感 (confusion) : 「なぜこんなに苦しむのか」、⑩無意味感 (meaninglessness) : 「人生無駄だった」、の10項目を挙げている。またPost-Whiteら³⁵⁾は、スピリチュアリティを「自己・他者・より大いなる存在への関係性の中で、人生の意味や実存的な目的を探求するものである」と定義している。

まとめると、スピリチュアリティには、人生の意味や目的の喪失・依存に伴う自己価値観の低下や無価値感・自己や人生に対するコントロール感の喪失・運命に対する不合理や不公平感・自己や人生に対するコントロール感の喪失といった広範な苦悩が含まれている。そのキーワードとして、「関係性喪失」が挙げられる。自己存在の消滅(関係性の消滅)に伴う漠然とした不安が基盤となり、自己統合感・統一感の喪失(自己関連性の喪失)による「生きる意味・目的の喪失」がスピリチュアルペインといえるであろう^{15,20,27,28)}。

終末期におけるスピリチュアルペインへの対応として、自律性・自己価値観の維持・苦痛の意味を見いだす援助などを基盤とした精神療法的アプローチ、すなわちスピリチュアルケアの可能性が示されている。村田^{24,29,30)}は、スピリチュアルペインを「時間存在」・「関係存在」・「自立存在」の3次元から識別し、その相関を明らかにすることで、患者の複合したスピリチュアルペインを和らげるケアの指針を得ることができ

ること
のスピ
して、
どと受
難への
⑥自然
の思い
省、内
項目を
われ
スピリ
伴者」
し、簡
も「逃
いで患
にとっ
につな
療者自
ティ
ことが
人生観
インを
ある。
て、「作
みを受
る意志
挙げて
する決
観や死
観や死
や謙虚
の中で
て関わ
てケア
すなわ
が拒否
おくこ
藤⁴¹⁾は
患者を
傾聴し

ることを指摘している。また窪寺²¹⁾は、日本人のスピリチュアルペインの評価に重要な要素として、①病気の受け止め方(罪、自業自得、などと受け取っていないかどうか)、②苦痛、苦難への態度、③宗教観、④神観、仏観、⑤死生観、⑥自然観、宇宙観、⑦家族、両親、兄弟姉妹への思い、⑧医療者、看護者との関係、⑨自己反省、内省化、⑩自己肯定か否定か、といった10項目を挙げている。

われわれが臨床経験から重要と感じるのは、スピリチュアルペインを抱く終末期患者の「随伴者」として、患者のベッドサイドに腰を下ろし、簡単には答えが出ない複雑な問題であっても「逃げずに」・「最期まで」そこに留まるとの思いで患者と接すること、そのことだけでも患者にとってはかけがいのないスピリチュアルケアにつながるという視点である。そのためには治療者自身が、自分の問題としてスピリチュリティ(人生の意味や価値)を充分に考えておくことが重要である。患者は、治療者の価値観・人生観を敏感に察し、自らのスピリチュアルペインを表現するかどうかを判断しているからである。沼野³³⁾は、ケアする者に必要な能力として、「傾聴出来る忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、関わりきろうとする意志、慰めや希望を提供できる能力」などを挙げている。「どこまでも相手の身になろうとする決心が必要であり、(自らも)確固たる人生観や死生観を持っているが、患者や家族の人生観や死生観、価値観を尊重し受け入れる柔軟性や謙虚さが求められる。また、どのような状態の中であっても、患者に誠実に、自ら責任を持って関わりきろうとする決意も要求される。そしてケアの担い手である自分が傷つき得ること、すなわち、同じ痛みを経験したり、時には自分が拒否されたりすることがあることを理解しておくことが必要である」としている。さらに恒藤⁴¹⁾は、スピリチュアルケアの要点として、①患者をあるがままに受容する、②患者の言葉に傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取る、③患

者に共感的態度で誠実に接する、④患者が、人生観や人間観、死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気を作る、⑤患者自身が気がついていないスピリチュアルニーズを言語化し、意識化させる、⑥瞑想や祈り、リラクゼーションのための静かな時間を提供する、⑦自然と触れ合う機会を提供する、⑧音楽や絵画などのさまざまな芸術に触れる機会を提供する、⑨患者が宗教行為や儀式に参加できるように配慮したり、必要であれば適切な宗教家を紹介する、⑩ライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目に値する経験を見いだせるように支援する、とまとめている。またその効果として、①関係の回復(自己、他者、神との和解)、②価値観の転換(眼に見えないものへの価値の認識)、③人生の意味や目的の発見(苦難の中における生きる意味や価値の発見)、④視点の転換(自己中心の視点からの解放)、⑤死生観の転換(虚無的な死生観から希望の死生観への飛躍)、などによる人生の変化(転換、回復、和解、発見、洞察や飛躍)を挙げている。

以上のように、スピリチュアリティに関わる問題は、深遠で複雑であるが、緩和医療を中心にその視点の重要性が強調され、具体的な心理的介入の試みも見られるようになってきている。我が国においても、今後この分野でのさらなる発展が待たれるところである。

6 緩和医療に見られる死生観とその対応

緩和医療では従来の積極的な抗がん治療ではなく、患者の苦痛の除去に重点が置かれる。その中では、単に身体的な苦痛の緩和だけではなく、患者のもつあらゆる苦悩、すなわち精神的、社会的、そしてスピリチュアルな苦痛をも緩和し、また患者と家族を取り巻く問題についても対応しなければならぬ。ともすれば、患者の意思が反映しにくく、家族の意向が優先される日本の医療状況において、いかに患者本人

第7号
のが一
、患者
し、①
②無価
担にな
:「そん
guilt):
:「誰も
bilty):
it):「誰
ment):
困惑感
、⑩無
った」、
iteら³⁵⁾
・より
の意味や
定義し
、人生
価値観の
コント
不公平
の喪失
のキー
する。自
とした
の喪失
・目的
ことが
への対
苦痛の
神療法
ケアの
スピリ
生)・「自
明らか
リアル
ができ

のもっている死生観を尊重し、生かしていくかが医療者にとって大きな課題となる。特に、スピリチュアルな問題は、患者が自分の人生をどう全うするかという最後に残された究極の問い掛けであるだけに、これを曖昧にしてはならない。患者と家族とのコミュニケーションを促すとともに、医療者も主治医、看護師、精神科医、そして患者本人に関わる医療スタッフすべてがチームとして患者の理解に努め、尊厳ある死を迎えられるように共通の認識をもってケアをしていかなければならない。

文献

- 1) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介: 進行・終末期がん患者に対する精神療法. 精神経誌 106: 123-137, 2004
- 2) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y et al: Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 95: 1085-1093, 2002
- 3) Akabayashi A, Tatters MD, Elwyn TS: Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics* 25: 296-301, 1999
- 4) Breitbart W: 自殺. In Holland JC, Rowland JH (Eds): *Psycho-oncology*. メディサイエンス社, 東京, pp271-278, 1993
- 5) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284: 2907-2911, 2000
- 6) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G et al: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology* 8: 417-428, 1999
- 7) Coyle N, Sculco L: Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 31: 699-709, 2004
- 8) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152: 1185-1191, 1995
- 9) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al: Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 39: 366-370, 1998
- 10) Fox BH, Stanek EJ, Boyd SC et al: Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *J Chron Dis* 35: 89-100, 1982
- 11) Fehring RJ, Miller JF, Shaw C: Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 24: 663-671, 1997
- 12) Fitchett G, Peterman AH, Cella D: Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 13) Harris EC, Brian B, Forbes W: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-296, 1994
- 14) Hirai K, Miyashita M, Morita T et al: Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31: 140-147, 2006
- 15) Hirai K, Morita T, Kashiwagi T: Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliative Med* 17: 688-694, 2003
- 16) 石川邦嗣: Spiritual QOL. *緩和医療学* 2: 44-52, 2000
- 17) 厚生労働省統計表データベースシステム: 平成18年医療施設調査上巻第9表 病院数, 病院-病床の種類・病床の規模別. http://www.mhlw.go.jp/toukei/data/160/2006/toukeihyou/0006175/t0136689/A0009_001.html
- 18) Kearney M, Mount B: Spiritual care of the dying patient. In Chochinov H, Breitbart W (Eds): *Handbook of palliative medicine*. Oxford University Press, New York, pp357-373, 2000
- 19) Kaye P: Note on symptom control in hospice & palliative care. *Hospice Education Institute*, pp261-267, 1989
- 20) Kawa M, Kayama M, Maeyama E et al: Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units from the viewpoint of spirituality. *Support Care Cancer* 11: 481-490, 2003
- 21) 窪寺俊之: *スピリチュアルケア入門*. 三和書店, 東京, 2000
- 22) Miyashita M, Sanjo M, Morita T et al: Good death in cancer care: a nation-wide quantitative study. *Ann Oncol* 18: 1090-1097, 2007
- 23) 松島英介, 野口海, 松下年子ほか: 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「わが国の尊厳死に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 松島英介). pp43-51, 2007

24) 村
ミ
25) 森
患
治
26) M
sp
na
20
27) M
wi
tu
Su
28) M
ce
sp
Ca
29) 村
の
30) 村
ナ
31) 中
者
過
76
32) No
val
nes
pat
24
33) 沼
ミ
34) Pe
Me
cer

side rates
Chron Dis

ual well-
nd other
h cancer.

97
Spiritual
HIV pa-
f Psycho-

as an out-
73 : 281-

ood death
dy. J Pain

nally per-
ventions
ancer pa-

: 44-52,

テム：平
院数，病
p://www.
oukeihy-

the dying
' (Eds) :
Oxford
000

1 hospice
Institute,

: Distress
nese pal-
pirituality.

三和書店,

ood death
ive study.

厚生労働
研究事業
18年度総
島英介).

- 24) 村田久行：スピリチュアルケアとは何か。ターミナルケア 12 : 324-327, 2002
- 25) 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に関する Pilot Study. 精神科治療学 10 : 329-332, 1999
- 26) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W : Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 361 : 1603-1607, 2003
- 27) Murata H : Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care 1 : 15-21, 2003
- 28) Morita T, Kawa M, Honke Y et al : Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. Support Care Cancer : 〇, 2003
- 29) 村田久行：スピリチュアルペインの構造とケアの指針。ターミナルケア 12 : 521-525, 2002
- 30) 村田久行：スピリチュアルケアの実際。ターミナルケア 13 : 66-70, 2002
- 31) 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香ほか：末期癌患者の希望に関する研究—希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点を当てて。死の臨床 21 : 76-79, 1998
- 32) Noguchi W, Ohno T, Morita S et al : reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. Support Care Cancer 12 : 240-245, 2004
- 33) 沼野尚美：スピリチュアルペインの意義。ターミナルケア 6 : 205-209, 1996
- 34) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ 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
- 35) Post-White J, Cernovsky C, Kreitzer M et al : Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. Oncol Nurs Forum 23 : 1571-1579, 1996
- 36) Rundell JR, Wise MG : Concise guide to consultation psychiatry, 3rd edition. (松浦雅人, 松島英介監訳：コンサルテーション・リエゾン精神医学ガイド。メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2002)
- 37) Singer PA, Martin, DK, Kelner M : Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 281 : 163-168, 1999
- 38) Steinhauser K, Clipp E, McNeilly M et al : In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Intern Med 132 : 825-832, 2000
- 39) Seo M, Tamura K, Shijo H et al : Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. Palliat Med 14 : 105-110, 2000
- 40) The American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) , 1994
- 41) 恒藤 暁：最近緩和医療学。最新医学社, 東京, pp6-7, 1999
- 42) Voltz R, Akabayashi A, Reese C et al : End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. J Pain Symptom Manage 16 : 153-162, 1998
- 43) World Health Organization : Cancer pain relief and palliative care; report of WHO expert committee. p50, 1983

*

*

*

高齢がん患者の尊厳と包括的QOL

松島英介

腫瘍内科 第3巻 第5号 別刷

2009年5月発行

東京都千代田区神田司町2-10-8

科学評論社

電話 03 (3252) 7741 (代表)

特集

Geriatric Oncology (老年腫瘍学)

高齢がん患者の尊厳と 包括的QOL*

松島英介**

Key Words : dignity, total quality of life, spirituality, aged cancer patients, palliative care

はじめに

一般に緩和医療の目標とするところは、患者が尊厳をもって死を迎えられるようにすること¹⁾とされている。では、この「尊厳をもって死を迎えられる」とはどういうことであろうか。「尊厳」という言葉は、最近よく見聞きするようになったが、具体的に何を指すかを正確に定義することは難しい。たとえば、終末期に問題となっている「尊厳死」については、むしろ法的な面から議論がなされており、具体的には延命処置の差し控えや中止をどう扱うかなどが争点となっている。それは、本来は自然死をしていた患者において、近代の医療技術の進歩により延命処置が可能となったことから起こってきた問題であり、緩和医療の中でも最期にあたる部分の問題である。しかし、緩和医療の概念が、単なる終末期の患者に適用される苦痛の除去から、より広がった今日においては、緩和医療における尊厳の意味合いも、もう少し幅をもたせて、それに至るまでの「尊厳ある生」について注目する必要がある。

実際、松島²⁾が全国145の一般病院がん担当医を対象に行った調査でも、「尊厳をもって死を

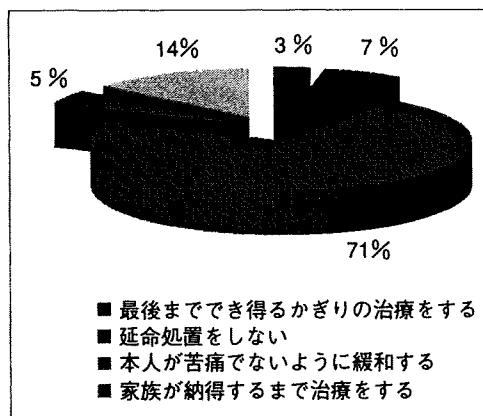


図1 「尊厳をもって死を迎えられるためには」という質問に対する回答

全国145の一般病院のがん担当医の回答では「本人が苦痛でないように緩和する」が71%と多かった。
(文献²⁾より引用改変)

迎えられるためには」という質問に対し、図1のように「患者本人が苦痛でないように緩和する」が71.5%と多くを占め、本来の尊厳死そのものを意味する「延命処置をしない」は6.9%にすぎなかった。また、同じ対象に「尊厳をもって死を迎えるためにもっとも困難となっていることは」という質問をしたところ、図2のように「本人への精神的サポート」という回答が57.4%ともっとも多かった。このように、がん患者本人の尊厳を配慮した医療を進めていくためには、具体的には精神

* Dignity and total quality of life in aged cancer patients.

** Eisuke MATSUSHIMA, M.D., Ph.D.: 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野 (〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45); Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo 113-8519, JAPAN

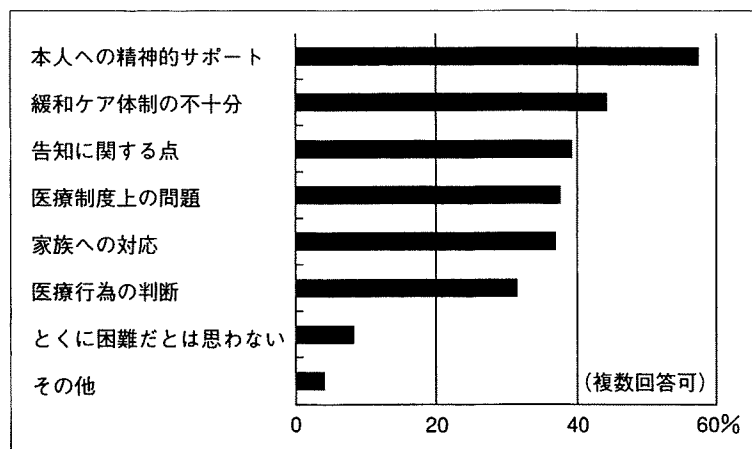


図2 「尊厳をもって死を迎えるためにもっとも困難となっていることは」という質問に対する回答(複数回答可)

全国145の一般病院のがん担当医の回答では「本人への精神的サポート」が57.4%と最も多かった。(文献²⁾より引用改変)

的サポートを含めた患者の包括的quality of life (QOL; 生活の質)をできるだけ最善の状態に保つことにある³⁾⁴⁾ことは十分理解できよう。

一方、高齢者の心理についてはさまざまに論じられている。霜山⁵⁾は「老年は死の問題を抜きにしては考えられず、死はまた老年の意味にとって決定的なかかわりをもっている。たしかに老年には喪失と沈下という意味方向へと人間の存在様式が変容していく。われわれは単に社会的、外面的にばかりでなく、内面においてそれを生きるのである。このようなイメージは終末、此岸のきわみを必然的に予感させるが、しかしこの大地への傾きは、同時にわれわれの存在様式が、老年になっても以前と同じように、いやある意味ではそれ以上に上昇と飛翔へと生成し続けることと力動的にかかわり合うことによって一種の神秘性をもつことになろう。生はかかるものとしてわれわれに課されているように思われる。それは重みを増してゆるやかに沈下していくのと同時に、他方ではこの身体性のもつ愛執の重みを取りはずされることによって、ますます軽やかな上昇、統合、成熟へと生成し得るものではないだろうか」と表現している。がんの終末期を迎えた高齢者が、その長い歴史の中で、自分の生きる意味や価値を見出し、人生をいかに完成させるかというスピリチュアルな課

題も、尊厳を支える一つの大きな要素である。

そこで、本稿ではがん患者、とくに高齢がん患者の尊厳にかかわる問題を包括的QOLとの関係をまじえて概説した上で、その中でもっとも重要な位置づけとなるスピリチュアリティについて取り上げて詳述したい。

尊厳にかかわる概念

このような患者の尊厳に関する概念として最近では、「望ましい死(good death)」や「質の高い終末期医療(quality end-of-life care)」、「死と死のプロセスの質(quality of dying and death)」などが取り上げられることが多くなった。

Steinhauser⁶⁾が患者、家族、医療従事者に対して行った面接調査においては、「望ましい死」の構成概念として、①痛みや症状が緩和されていること、②自分の意思ですべての選択ができること、③自分の死期をあらかじめ知った上で、死に対する準備ができること、④自分の人生が完成したと思えること、⑤他者の役に立つこと、⑥最期まで人として尊重されること、の6つが抽出されている。一方、日本においてもMiyashita⁷⁾が一般人口および緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族に同じような「望ましい死」について調査を行い、共通の項目として①希望がある、②負担にならない、③自分のことが自分ででき

る、④人
したと感
い関係で
る、⑨望
である、
果たせる
がある、
仰をもつ
しない、
いる。さら
医療従事者
同じよう
徴として、
こと、②前
人間関係を
他者との情
周りの人に
どが多く認
また、SI
た面接調査
(「質の高い
①痛みや症
不適切な延
トロールし
きること、
人たちの
ている。さ
患者に対す

表1 尊厳のモデル

疾患に関連した問題	尊厳の維持能力	社会的尊厳の評価
自立水準 認知能力 身体機能	尊厳維持の見通し ・自己持続性 ・役割保持 ・生殖能力/遺産	私生活の限界 社会的支援 ケア状況 他者への負担度
症状的苦悩 身体的苦悩 精神的苦悩 ・医学的不確実性 ・死の不安	・自尊心の維持 ・希望 ・自律/制御 ・受容 ・回復力/闘志	死後の余波の懸念
	尊厳維持の実践 ・「今」を生きる ・常態の維持 ・スピリチュアルな慰めを求める	

(文献¹³⁾より引用改変)

要素である。多くに高齢がん患者のQOLとの関わりの中でもっともケアリティにつ

概念

る概念として「望ましい死」や「質の高い死」(「死と死の質」など)などであった。

医療従事者に対して、「望ましい死」が緩和されてきたこと、選択ができたこと、決められたこと、④自分の人生が役に立つこと、⑤希望がある、⑥自分ができ

る、④人として尊重される、⑤人生をまっとうしたと感じられる、⑥苦痛がない、⑦家族とい関係に、⑧医師・看護師とい関係に、⑨望んだ場所で過ごす、⑩落ち着いた環境である、また個人差のある項目として①役割を果たせる、②感謝して準備ができる、③自尊心がある、④残された時間を知り準備する、⑤信仰をもつ、⑥自然な形で亡くなる、⑦死を意識しない、⑧納得するまでがんと闘う、をあげている。さらに、Hiraiら⁸⁾は進行がん患者、家族、医療従事者に「望ましい死」について調査を行い、同じように17項目を抽出した上で、日本人の特徴として、①自己の意思決定がはっきりしないこと、②前向きな姿勢が目立つこと、③家族や人間関係を重視していること、④尊厳の中でも他者との情動的な距離に関するもの、たとえば周りの人に自分の苦しんでいる姿を見せないなどが多く認められたこと、を指摘している。

また、Singerら⁹⁾は患者や研修医に対して行った面接調査の結果から、終末期医療の質の向上(「質の高い終末期医療」)にかかわる問題として、①痛みや症状が十分に緩和されていること、②不適切な延命処置を避けること、③自分でコントロールしているという感じを最後まで達成できること、④負担にならないこと、⑤最愛なる人たちとの関係を強めること、の5項目をあげている。さらに、Patrickら¹⁰⁾は文献レビューと患者に対する面接調査の結果から、死への過程

でQOLを保つこと(「死と死のプロセスの質」)のため本人の希望と現実が一致した構成要素として、①症状と身体ケア[症状緩和とactivities of daily living(ADL)の維持]、②死への準備(死ぬ前の行事の計画、遂行)、③死の迎え方(死に場所、死に方の選択)、④家族(家族や親しい人・ものとの過ごし方)、⑤治療法の選択(延命処置の選択)、⑥全人的関心事(人生の意味や目的の発見、自らの尊厳や自尊心の保持)、の6項目を抽出した。

これらに加え、Chochinovら¹¹⁾は尊厳の概念を直接説明できるような、体験的なモデルを提唱している。それによると、尊厳の構成要素は表1のように、①尊厳に影響を与える疾患に関連した問題、②尊厳の維持能力、③社会的尊厳の程度の3つの大きなカテゴリーに分けられるという。①は患者の認知能力や身体機能といった自立水準を示すものと、身体的苦悩や精神的苦悩といった症状的苦悩を表すものの2つのテーマからなる。②は尊厳維持の見通しや実践の2つのテーマを含み、また③は患者の私生活の限界、社会的支援、患者を取り巻く周囲のケア状況、他者への負担度、死後の周囲への余波の懸念といった5つのテーマを含む。これらはまだ発展段階のモデルであるが、著者らの長年の臨床経験に基づいて考案されたものであり、大いに評価できよう。さらに、Hackら¹²⁾は、これらに基づいた量的評価を終末期患者に行い、がん患者の尊厳に影響を与える主要因として、①疼痛、

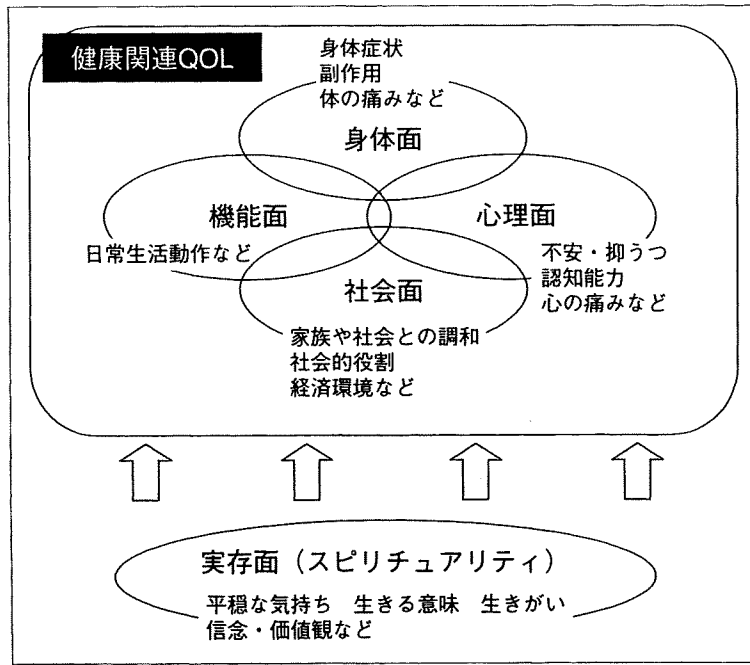


図3 包括的QOLの概念(文献¹²⁾より引用改変)

②トイレや移動, 着替え, 入浴など身近な生活上の依存, ③絶望/うつ病, ④公的でない支援体制, ⑤公的支援体制, ⑥QOLの6つをあげ, さらにこれらのうち, 身近な生活上の依存と絶望/うつ病の2つがもっとも患者の尊厳に関係していることを指摘している。すなわち, 終末期患者の尊厳にとっては, うつ病を治療し, 最後まで希望を失わないようにするとともに, できるかぎり身体的自立を維持することが大切であるという。

緩和医療における包括的QOLとスピリチュアリティ

図3のように, がん患者のQOLはその疾患特性から, ①身体面(疼痛, その他の身体症状, 治療の副作用・痛みなど), ②機能面(日常生活動作など), ③心理面(不安・抑うつ・認知能力など), ④社会面(家族や社会との調和・社会的役割・経済環境など)の4つの因子に分類され, これらの領域群は一般に「健康関連QOL(health related QOL)」と呼ばれている。最近ではこれらに加え, 「人生の生きる意味・目的, 生きがい」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」, つまりは「スピリチュアリティ (spirituality; 実存的な側面)」の領域を含めて「包括的QOL(total QOL)」といった観点が, とりわけ緩和医療分野を中心に強調されるようになってきている¹²⁾。世界保健機関(World Health Organization: WHO)は「健康」の定義に関して, これまで「肉体的・精神的・および社会的に良好な状態」としてきたが, 1998年のWHO憲章の見直し作業の中で, 健康を「肉体的・精神的・社会的, スピリチュアルな側面で良好な状態」と変更することが提案されたことも, 世界的にがん患者のspiritual well-beingの重要性が指摘される一因となっていると思われる。

1. スピリチュアリティとは

患者は, がんという疾患を罹患することで, 身体的・機能的・精神的に大きなダメージを被ると同時に, 「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」, 「なんで自分がこんな病気になったのか」, 「自分の一生はなんだったのか」, 「自分の人生にどんな目的があったのか」, 「偉大な何かの存在を信じたい」など, 人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ, 自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむと言われている

る¹³⁾。WHO
て生きるこ
身体的・心
『生』の全体
でき, 生き
懸念とかか
の終末に近
と, 他の人
ていること
医学領域にお
and Statisti
Fourth Editi
床的関与の効
スピリチュア
カテゴリーV
が明記されて
とりわけ終
体的苦痛, 不
経済的問題
のみならず,
く関連したス
がある^{16)~18)}。
期がん患者が
もっているこ
は, 「宗教」が
して, スピリ
によらない「
の人生観」と
ある^{22)~25)}。K
アルペインを
「なぜ私が?
族や他人の負
(hopelessne
い」, ④罪責感
独感(isolation
脆弱感(vulner
感(abandonm
⑧刑罰感(pun
たのに」, ⑨困
苦しむのか」,
生無駄だった
Post-Whiteら²²⁾
他者・より大