

る¹³⁾。WHO¹⁴⁾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みることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。とく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、米国精神医学会がDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Version (DSM-IV-TR)¹⁵⁾で臨床的関与の対象となることのある状態として、スピリチュアルペイン(spiritual pain)を含む診断カテゴリーV62.89 Religious or Spiritual Problem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^{16)~18)}。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^{19)~21)}。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^{22)~25)}。Kaye²⁶⁾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):「だれ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):「だれも救ってくれない」、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項目をあげている。また、Post-Whiteら²⁷⁾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索するものである」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」があげられる。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することができるであろう^{13)28)~30)}。

2. スピリチュアルケアの可能性

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・苦痛の意味を見出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¹³⁾³¹⁾³²⁾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を指摘している。また、窪寺³³⁾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項目をあげている。

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」そこにとど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え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アリティ(人生の意味や価値)を十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

スピリチュアリティ領域を含めて「包摂的」な観点から、とりわかれるようになり、(World Health Organization)の定義に関して、社会的に良好なWHO憲章の見直し・精神的・社会的な状態と変更世界的にがん患者が指摘される一

患者の苦痛を軽減することで、身体的なダメージを被る必要はなくなり、病状の悪化を防ぐことができるのか、(自分自身)の「偉大な何事の意味や目的・他者あるいは人々を苦しむと言われている

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³⁴⁾は、ケアする者に必要な能力として、「傾聴できる忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、かかわりきろうとする意志、慰めや希望を提供できる能力」などをあげている。「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もっているが、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、自ら責任をもってかか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³⁵⁾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出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(眼にみ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)をあげている。

海外ではすでにいくつかの心理的介入の試みがなされている。Breitbartら³⁶⁾³⁷⁾は、Meaning-

Centered Group Psychotherapy (MCGP) と称してフランクルの実存分析(ロゴセラピー)を応用した集団精神療法を通院可能な終末期がん患者を対象に行い、がんという苦悩の中にあっても最後まで患者独自の「生きる意味」を見出すことを目的に行われる。一方、Chochinov³⁸⁾³⁹⁾はDignity Psychotherapyという「尊厳」をキーワードにした短期個人介入法を提示している。「人生の中でもっとも重要と思っていることは?」、「家族に知ってもらいたいこと、また思い出してほしいことは?」などの質問を用い、これらの質問に対する答えを逐語化して編集し、患者から家族への形見(世代継承生成性文書)として残すものである。さらに、Kissaneら⁴⁰⁾は、絶望感および意味や目的の喪失からくる無能力感を訴えるがうつ病ではなく、日常生活の上で喜びや関心の喪失はないがしかし将来への希望がないDemoralizationをもつがん患者を対象に、認知、意味、家族などの側面からの精神療法を勧めている。わが国でも、Andoら⁴¹⁾が終末期がん患者を念頭においた短期ライフレビューインタビュー(回想法)を開発し、2回の面接で自分史を作成し確認することでスピリチュアルな苦痛の改善に有用であることを報告している。

以上のように、スピリチュアリティにかかわる問題は、QOL全体を支える位置づけにあり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みられるようになってきている。

おわりに

緩和医療の目標は「患者が尊厳をもって死を迎えられること」にあり、このような患者の尊厳に関する概念として「望ましい死」や「質の高い終末期医療」などが多く取り上げられている。とくに高齢者に対しては、自分の生きる意味を見出し、人生をいかに完成させるかというスピリチュアリティの課題を含めた包括的QOLを提供することが求められており、こうした観点から緩和医療を概説した。

文 献

- 1) Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, et al. Defin-

Clinical C
ing di
tor-an
700-8
2) 松島英
模の一
厚生労
平成1
介)。
3) Abiver
1991 ;
4) Madar
35 : 42
5) 霜山徳
1985。
6) Steinh
of a go
and pr
7) Miyash
in canc
Oncol
8) Hirai K
in Japan
Sympto
9) Singer
life care
163-8。
10) Patrick
quality
age 200
11) Chochin
nity in t
model. S
12) 下妻晃二
福原俊一
QOL評価
p. 52-61。
13) 村田久行
ナルケア
14) World H
palliative
Geneva :
15) American
Statistica

ICGP)と称し
ラピー)を応用
末期がん患者
中であっても
を見出すこと
nov³⁸⁾はDig-
キーワードに
る。「人生の中
は?」,「家族
いい出してほし
これらの質問に
患者から家族
して残すもの
絶望感および
J感を訴えるが
喜びや関心の
がないDemor-
認知, 意味,
を勧めている。
がん患者を念頭
インタビュー(回想
史を作成し確認
痛の改善に有用

リティにかかわ
置づけにあり深
中心にその視点
心理的介入の試
いる。

をもって死を迎
な患者の尊厳に
や「質の高い終末
ている。とくに
意味を見出し,
うスピリチュア
OLを提供するこ
観点から緩和医

ard T, et al. Defin-

- ing dignity in terminally ill cancer patients : a fac-
tor-analytic approach. *Psychooncology* 2004 ; 13 :
700-8.
- 2) 松島英介, 野口 海, 松下年子, ほか. 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「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). 2005. p. 32-4.
 - 3) Abiven M. Dying with dignity. *World Health Forum*
1991 ; 12 : 375-81.
 - 4) Madan TN. Dying with dignity. *Soc Sci Med* 1992 ;
35 : 425-32.
 - 5) 霜山徳爾. 黄昏の精神病理学. 東京:産業図書;
1985. p. 29.
 - 6) Steinhauser K, Clipp E, McNeilly M, et al. In search
of a good death : observations of patients, families,
and providers. *Ann Intern Med* 2000 ; 132 : 825-32.
 - 7) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death
in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann*
Oncol 2007 ; 18 : 1090-7.
 - 8) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death
in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain*
Symptom Manage 2006 ; 31 : 140-7.
 - 9) Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-
life care : patients' perspectives. *JAMA* 1999 ; 281 :
163-8.
 - 10) Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the
quality of dying and death. *J Pain Symptom Man-*
age 2001 ; 22 : 717-26.
 - 11) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al. Dig-
nity in the terminally ill : a developing empirical
model. *Social Sci Med* 2002 ; 54 : 433-43.
 - 12) 下妻晃二郎. 疾患特異的尺度「がん」. 池上直己,
福原俊一, 下妻晃二郎, ほか・編. 臨床のための
QOL評価ハンドブック. 東京:医学書院;2001.
p. 52-61.
 - 13) 村田久行. スピリチュアルケアとは何か. ターミ
ナルケア 2002 ; 12 : 324-7.
 - 14) World Health Organization. Cancer pain relief and
palliative care ; report of WHO expert committee.
Geneva : World Health Organization ; 1983. p. 50.
 - 15) American Psychiatric Association. Diagnostic and
Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text
Revision (DSM-IV-TR). Washington DC : American
Psychiatric Association ; 2000(高橋三郎, 大野
裕, 染谷俊幸・訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・
統計マニュアル. 東京:医学書院;2002. p. 705).
 - 16) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, et al. A case
for including spirituality in quality of life measure-
ment in oncology. *Psychooncology* 1999 ; 8 : 417-
28.
 - 17) Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being,
religiosity, hope, depression, and other mood states
in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs*
Forum 1997 ; 24 : 663-71.
 - 18) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, et al. Measur-
ing spiritual well-being in people with cancer : The
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-
Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav*
Med 2002 ; 24 : 49-58.
 - 19) 石川邦嗣. Spiritual QOL. 緩和医療学 2000 ; 2 :
44-52.
 - 20) 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 1999 ; 10 : 329-32.
 - 21) 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 1998 ; 21 : 76-9.
 - 22) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of
spiritual well-being on end-of-life despair in termi-
nally-ill cancer patients. *Lancet* 2003 ; 361 : 1603-7.
 - 23) Fitchett G, Peterman AH, Cella D. Spiritual beliefs
and quality of life in cancer and HIV patients. 3rd
World Congress of Psycho-Oncology, 1996 : New
York, USA.
 - 24) Kearney M, Mount B. Spiritual care of the dying
patient. In : Chochinov H, Breitbart W, editors.
Handbook of palliative medicine. New York : Ox-
ford University Press ; 2000. p. 357-73.
 - 25) Noguchi W, Ohno T, Morita S, et al. Reliability and
validity of the functional assessment of chronic ill-
ness therapy-spiritual (FACIT-Sp) for Japanese pa-
tients with cancer. *Support Care Cancer* 2004 ; 12 :
240-5.
 - 26) Kaye P. Note on symptom control in hospice & pal-
liative care. *Machiasport : Hospice Education Insti-*

- tute ; 1989. p. 261-7.
- 27) Post-White J, Ceronsky C, Kreitzer M, et al. Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996 ; 23 : 1571-9.
- 28) Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care* 2003 ; 1 : 15-21.
- 29) 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* 2003 ; 11 : 481-90.
- 30) Morita T, Kawa M, Honke Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 2004 ; 12 : 137-40.
- 31) 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* 2002 ; 12 : 521-5.
- 32) 村田久行. スピリチュアルケアの実際. *ターミナルケア* 2002 ; 13 : 66-70.
- 33) 窪寺俊之. スピリチュアルケア. 柏木哲夫, 藤腹明子・編. *ターミナルケア*. 東京 : 医学書院 ; 2000. p. 157-71.
- 34) 沼野尚美. スピリチュアルペインの意義. *ターミナルケア* 1996 ; 6 : 205-9.
- 35) 恒藤 暁. *最新緩和医療学*. 東京 : 最新医学社 ; 1999. p. 6-7.
- 36) Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care : spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002 ; 10 : 272-80.
- 37) Breitbart W, Heller KS. Reframing hope : Meaning-centered care for patients near the end of life. *J Palliat Med* 2003 ; 6 : 979-88.
- 38) Chochinov HM. Dignity—conserving care—a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 2002 ; 287 : 2253-60.
- 39) Chochinov HM. Dying, Dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006 ; 56 : 84-103.
- 40) Kissane DW, Clarke DM, Street A. Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliative Care* 2001 ; 17 : 12-21.
- 41) Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interview on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2007 ; 15 : 225-31.

* * *

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

がん患者における尊厳

松島 英介, 野口 海 (東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野)

緩和医療の目標はがん患者が尊厳をもって死を迎えられることといわれているが、この尊厳の概念を厳密に定義することは難しい。最近、緩和医療の中ではこの尊厳の問題として「望ましい死」や「質の高い終末期医療」という概念が多く取り上げられている。こうした概念の構成要素を概説するとともに、Chochinovらが提唱した体験的モデルについて紹介した。こうした尊厳という視点に立ってがん医療における精神医療の役割を考えた時、精神科医は単に不安・抑うつやせん妄といった精神症状に対応するだけでなく、患者の生きる意味や目的、信念などを表すスピリチュアリティについて対応できることが望ましく、スピリチュアリティの概念とスピリチュアルケアの可能性について説明した。

<索引用語：尊厳，スピリチュアリティ，望ましい死，がん患者，緩和医療>

1. はじめに

精神分析学の創始者である Sigmund Freud (1856~1939) は晩年に上顎がんに悩まされた。篠田³¹⁾によれば、65歳の時、右上奥歯の硬口蓋に違和感を覚えたのが始まりで、その後16年の間に36回もの手術を受け、最後は上顎と口蓋はほとんど消失し、鼻孔と口腔に大きな空洞ができていた。それでも死の2か月前まで診療と執筆活動を続けていたという。83歳の時、もはや手術不能と知らされ、衰弱したフロイトは「これ以上苦痛に耐えるのは何の意味もない」と主治医に安楽死を頼み、モルヒネで昏睡状態のまま永眠した。

Freudのように、がん患者が終末期の身体的痛みなどの苦悩の中で安楽死を望むことはあるが、現在これが認められている国はオランダをはじめ僅かであり、むしろこのような要求が起らないように患者の苦悩に対応することが重要で、それが緩和医療の目指すところである。一般に、緩和医療の目標は患者が尊厳をもって死を迎えられるようにすることにあるといわれている^{1,8,15)}。しかし、何がその患者にとって「尊厳」になるのかは

個々の症例によって異なり、一概に規定することは難しい。そこで、これまで報告されてきたがん患者についての「尊厳」に関わる概念を取り上げ、それらによって尊厳の問題を包括的にとらえてみたい。

2. 緩和医療における尊厳

「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、最近よく目にするようになったが、既に述べた通り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、松島ら¹⁶⁾が我が国の中小規模の一般病院を対象におこなった全国調査でも、「尊厳ある死とは」という質問に対し、「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「延命処置をしない」は6.9%にすぎない。

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)」などが取り上げられることが多くなった。Steinhauser ら³³⁾が、患者、家族、医療従事者に対しておこなった調査においては、「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つが抽出されている。一方、日本においても Hirai ら⁹⁾や Miyashita ら¹⁹⁾が同じような「望ましい死」について調査をおこない、欧米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たうえで、さらに日本人の特徴として Hirai ら⁹⁾は、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、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³²⁾が患者に対しておこなった「質の高い終末期医療」の調査の結果では、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、が挙げられている。

これらに加え、Chochinov ら⁵⁾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、尊厳の構成要素は図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⁸⁾は、これらに基づいた量的評価を終末期患者におこない、がん患者の尊厳に影響を与える主な要因として、①疼痛、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つを挙げ、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、できうる限り身体的自立を維持することが大切であるという。

3. 緩和医療における精神医療の 役割とスピリチュアリティ

緩和医療における尊厳の問題について概説してきたが、これらを見ても精神科医はただがん患者の不安・抑うつやせん妄に対処できればいいのではないということがわかる。もっと広い視野に立って患者のQOL全体を考え、患者とその家族の精神面のケアを担う必要がある。秋葉らの著書²⁾にあるように、イタリア国家生命倫理委員会も「緩和医療は不治の病者の援助の必要にふさわしい答えである。不治の病者はまさにその苦痛な状態のゆえにこそ、あらゆるコストを払ってあらゆる手段を尽くして生命を延長することではなく、

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	尊厳維持の見通し	私生活の限界
認知能力	・自己持続性	社会的支援
身体機能	・役割保持	ケア状況
症状的苦悩	・生殖能力／遺産	他者への負担度
身体的苦悩	・自尊心の維持	死後の余波の懸念
精神的苦悩	・希望	
・医学的不確実性	・自律／制御	
・死の不安	・受容	
	・回復力／前向き思考	
	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	

図1 Chochinovらによる尊厳のモデル⁹⁾

QOLを改善することを目的とするケア，すなわち，患者と家族への心理的援助，精神的な支え，症状のケア，悲嘆のセラピーに向けたケアの継続を必要としている」として尊厳の問題を取り上げている。

一方，がん患者のQOLはその疾患特性から，①身体面（身体症状・副作用・痛みなど），②機能面（ADL・日常生活など），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，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；実存的な側面）」の領域を含めて「全人的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³⁰⁾。世界保健機関（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（採択までには至っていない）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言われている²¹⁾。WHO³⁵⁾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・社会的因子を含包した人間の“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)³⁾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^{4,6,28)}。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^{10,19,25)}。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^{7,13,17,26)}。Kaye¹¹⁾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-White²⁹⁾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ことができるであろう^{12,20,21,23)}。

(2) スピリチュアルケアの可能性

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・苦痛の意味を見出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^{21,22,24)}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を指摘している。また窪寺¹⁴⁾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。

我々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アリティ(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²⁷⁾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³⁴⁾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出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。

4. おわりに

がん医療において、精神科医はがん患者の不安・抑うつやせん妄に対処できればいいのではないかという意見がある。しかし、患者の尊厳という見地から精神医療の役割を考えると、精神科医に求められるものは、こうした精神症状への対応だけでなく、人生の生きる意味や信念といったスピリチュアリティの問題にも対応できる必要がある。

文 献

- 1) Abiven, M.: Dying with dignity. World health Forum, 12; 375-381, 1991
- 2) 秋葉悦子: 執拗な治療(尊厳死)。人間の尊厳と生命倫理・生命法(ホセ・ヨンバルト, 秋葉悦子共著)。成文堂, 東京, p. 81-96, 2006
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994
- 4) Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho-oncology, 8; 417-428, 1999
- 5) Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., et al.: Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Social Sci Med, 54; 433-443, 2002
- 6) Fehring, R.J., Miller, J.F., 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
- 7) Fitchett, G., Peterman, A.H., Cella, D.: Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 8) Hack, T.F., Chochinov, H.M., Hassard, T., et al.: Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. Psycho-oncology, 13; 700-708, 2004
- 9) 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
- 10) 石川邦嗣: Spiritual QOL, 緩和医療学, 2; 44-

52, 2000

11) Kaye, P.: Note on symptom control in hospice & palliative care. Hospice Education Institute, Machiasport, p. 261-267, 1989

12) 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

13) Kearney, M., Mount, B.: Spiritual care of the dying patient. *Handbook of Palliative Medicine* (ed. by Chochinov, H., Breitbart, W.). Oxford University Press, New York, p. 357-73, 2000

14) 窪寺俊之: スピリチュアルケア入門. 三和書店, 東京, 2000

15) Madan, T.N.: Dying with dignity. *Soc Sci Med*, 35; 425-432, 1992

16) 松島英介, 野口 海, 松下年子ほか: 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「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). p. 32-34, 2005

17) McClain, C.S., Rosenfeld, B., Breitbart, W.: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361; 1603-1607, 2003

18) Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al.: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*, 18; 1090-1097, 2007

19) 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

20) 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

21) 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

22) 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

23) Murata, H.: Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conce-

ptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care*, 1; 15-21, 2003

24) 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, 2003

25) 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

26) 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

27) 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

28) Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., 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

29) Post-White, J., Ceronisky, 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

30) 下妻晃二郎: 疾患特異的尺度「がん」. 臨床のためのQOL評価ハンドブック (池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎ほか編). 医学書院, 東京, p. 52-61, 2001

31) 篠田達明: 三十六回の手術の末, 安楽死を選んだフロイト. *Nikkei Medical*, 2006年11月号; 256, 2006

32) Singer, P.A., Martin, D.K., Kelner, M.: Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281; 163-168, 1999

33) Steinhäuser, 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

34) 恒藤 暁: 最近緩和医療学. 最新医学社, 東京, p. 6-7, 1999

35) World Health Organization: Cancer Pain Relief and Palliative Care; Report of WHO Expert Committee. World Health Organization, Geneva, p. 50, 1983

がん医療と患者の心のケア

—現状と問題点



東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
准教授
日本サイコオンコロジー学会常任世話人

MATSUSHIMA EISUKE

松島英介

がんは日本人の死因の第1位を占め、年間30万人余りの国民ががんで亡くなっている。しかも、我が国では自宅やホスピスで亡くなる人は少なく、病院で亡くなる人が8割近くに及ぶ。このことから、がんによって病院で亡くなる人がいかに多いかが分かる。しかし、がん専門病院や大規模な一般病院は全病床数に占める割合も限りがあり、また入院期間の制約もあるため、結局がん患者は中小規模の一般病院で亡くなる人が多いことになる。

我々はこれまで、日本のがん医療の実態について検討してきた。例えば、積極的な抗がん治療ができなくなった患者に対する緩和ケアの状況について、がん患者が入院している全国1,499の一般病院を対象に行った2006年の調査によると、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、精神的な援助や社会的な援助、家族への支援については、「十分」「ほぼ十分」を合わせても、それぞれ23.3%、22.5%、24.0%の割合でしか実施されていなかった(図)。この傾向は、社会的な援助を除いて、病院の規模には関係がなく、病床数500床以

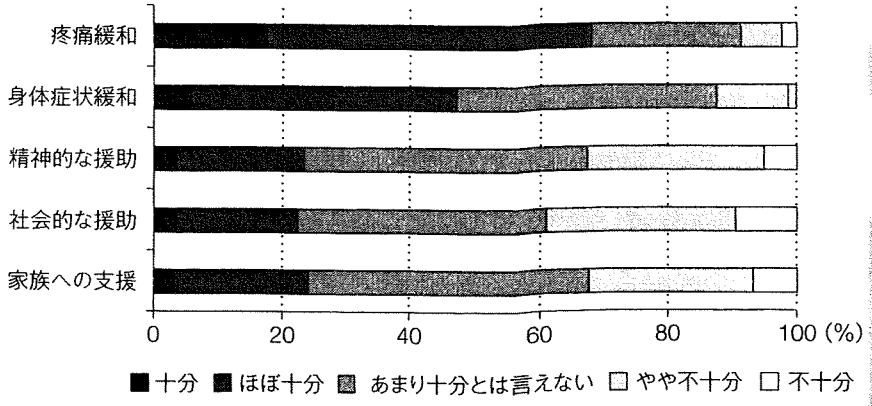
上の病院も100床未満の病院も同じような状況であることも分かった。

このように、我が国の緩和ケアは全体的に体制が整っているとは言い難く、特に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分かる。

実際、がんで入院している患者を見ても、治癒的医療が行われている間は、主治医や受け持ち看護師などの医療スタッフが積極的に関わり、患者も含めて皆が目標を持って治療が進められていくが、もう治癒を望めない段階になると途端に医療スタッフの関わりは減って、患者も自分の病状に関する情報をあまり聞かせてもらえず、曖昧なまま死を迎えるということになりかねない。ジャパン・ウェルネス理事長の竹中文良先生が言う、「攻めの医療」と「守りの医療」のギャップが大きいことが、我が国のがん医療の問題点なのである。

この現状を是正すべく、2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、また、これに基づいて同年6月に厚生労働省より「がん対策推進基本計画」が発表された。それによると、がん対策のうちで重点的に取り組むべき課題の1つとして、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維

持向
す
身体
時カ
抱え
同病
ん患
こう
ん医
面し
段階
医療
支援
及び
の質
る」
こ
その
これ
では
院ガ
ーム
が患
今後
や診



全国の一般病院における緩和ケアへの対応 (文献¹⁾より引用)

ような状
全体的に
に身体面
への対応
見ても、
治医や受
積極的に
って治療
めない段
わりは減
報をあま
を迎える
ン・ウェ
「攻めの
大きいこ
りである。
月に「が
これに基
がん対策
によると、
べき課題
よびその
の質の維

持向上が挙げられている。
すなわち、「がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。さらに、がん患者及びその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、様々な困難に直面している。こうしたことから、治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療のさらなる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上を実現することを目標とする」と記されている。
このように緩和ケアの充実、中でも患者やその家族に対する心理社会的なケアの充実が、これからの課題であることが分かる。我が国では現在、各都道府県にがん診療連携拠点病院が指定され、精神腫瘍医を含む緩和ケアチームが患者に対応し、がん相談支援センターが患者や家族の社会的な支援を行っている。今後は、こうした拠点病院を中心に一般病院や診療所とも連携を行い、がん医療の包括的

な質の向上が図られることになるであろう。
しかし、いま目前のがん患者やその家族は、それまで待ってられない。一方で国民の死に対する関心は高まっており、患者が納得して自分の人生を全うし、尊厳を持って死を迎えられるようにするためには、現在の医療状況においても、それぞれの医療者が治癒的医療と同様に尽瘁することが求められている。
我々が2005年に全国145の中小規模の一般病院のがん担当医を対象に行った調査²⁾でも、「尊厳を持って死を迎えられるために最も困難となっていることは」という質問に対し、「本人への精神的サポート」という回答が57.4%と最も多く、「家族への対応」も37.0%と多かった。がん医療の現場においては、個々の医療者がもっと患者の精神面を意識し、家族への対応を重視した包括的な緩和ケアを実践できるような体制作りが急務であり、我々精神腫瘍医も最大限の支援を行っていく必要がある。

【文 献】
1) 松島英介：厚生労働科学研究費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、2007。
2) 野口 海、他：保健医療科学 55：208, 2006。

短報

緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究 —フォーカスグループインタビューを用いて—

岩満 優美¹⁾, 平井 啓²⁾, 大庭 章³⁾, 塩崎麻里子⁴⁾, 浅井真理子⁵⁾,
尾形 明子⁶⁾, 笹原 朋代⁷⁾, 岡崎 賀美¹⁾, 木澤 義之⁷⁾

1) 北里大学大学院 医療系研究科医療心理学, 2) 大阪大学 コミュニケーションデザインセンター,
3) 群馬県立がんセンター 精神腫瘍科, 4) 日本学術振興会 特別研究員,
5) 筑波大学大学院 人間総合科学研究科博士課程, 6) 宮崎大学 教育文化学部,
7) 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

受付日 2008年7月31日 / 改訂日 2008年12月29日 / 受理日 2009年5月20日

本研究では、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアチームで一定の活動経験のある7名の医師および看護師を対象に、フォーカスグループインタビューを実施し、緩和ケアチームが心理士に求める役割について検討した。インタビュー内容の質的分析の結果、緩和ケア領域に携わる心理士が役割を果たすために必要な知識として、第1に、基本的ならびに専門的な心理学的知識とスキルが挙げられた。第2に、がんに関する全般的ならびに精神医学的知識が挙げられた。その他に、他職種との役割と医療システムに関する知識が求められており、医療者への心理的支援を望む声も認められた。以上より、本研究で明らかにされた心理士に求める役割とは、がん医療に関する幅広い知識をもとに他職種と十分にコミュニケーションをとりながら、心理学的な専門性を活かして、患者・家族、および医療者に心理的支援を行うことであった。
Palliat Care Res 2009; 4(2): 228-234

Key words: 心理士, 緩和ケアチーム, フォーカスグループインタビュー, 教育, がん

緒言

緩和ケアチームにおける診療は、がんの早期から終末期まで、またがん生存者のケアから遺族ケアに至るまで広範囲の問題を対象とする。そのため、身体症状のマネジメントにとどまらず、精神症状や心理的苦痛に対する心理的支援に対するニーズも高い。また、2007年4月1日から施行されたがん対策基本法に基づき、二次診療圏単位で設置されたがん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者を配置することが望ましいとされており、今後、心理士が精神腫瘍医と共にがん医療・緩和医療に大きな役割を果たしていくことを期待されている。

近年、欧米では、患者・家族に対する心理的支援を実施する際には、精神科医だけでなく、心理士の関与の増加が認められる¹⁾。イギリスの心理士は、不安や抑うつなどを含む精神的・身体的健康の問題、対人関係や家族関係の問題、子どもの行動の問題、さらには患者だけでなく一般の人の心理、行動および認知など広く心理学の知識に詳しく、リラクゼーション、イメージ療法、脱感作法などの行動療法をはじめとするさまざまな心理療法をマスターしており、必要に応じてそれらの心理療法を実施することができる。さらに、博士課程を修了していることから、学際的な研究者としての資質もあわせもつ²⁾。また、イギリスでホスピスに勤務する心理士のおもな役割は、心理アセスメント、心理療法、およびコンサルテーションであり³⁾、心理士が患者・家族の心理的苦痛を軽減するために心理的支援を実践する、あるいは医療スタッフへのメンタルヘルスの維持向上に携わるという役割を担っている。

しかしながら、わが国において緩和ケア領域で働く心理士に求める役割が現在のところ明らかではなく、心理士自身も自分の役割があいまいなままに仕事を行っていることが少なくない。そのため、緩和ケア領域で働く心理士が習得しておかなければならない知識やスキルも明確ではない。同時に、がん臨床に携わる心理士の教育体制が十分に進んでいないのが現状である。

そこで本研究では、緩和ケア領域において、特に緩和ケアチームが心理士に求める役割を明らかにすることを目的に、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームで一定の活動経験のある医師、看護師を対象としたフォーカスグループインタビューを実施した。グループインタビューでは、第1に、「心理士に求める知識」について尋ね、緩和ケア領域で働く心理士が有していなければならない知識やスキルについて明らかにした。第2に、「心理士に行ってほしいこと・望むこと」、あるいは「心理士に望んでいないこと」についてグループインタビューで尋ね、心理士の業務内容や心理士の態度について検討した。

方法

1. 対象者

フォーカスグループインタビューに参加する対象者は、緩和ケアチームで一定の活動経験のある者を選定した。まず、日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録データ(2006年12月)から、2005年12月までに緩和ケア診療加算を算定開始した施設は28施設とした。このうち、依頼件数が2006年度に50件以上の施設は20施設で、それぞれの施設に対して、緩和ケアチームの

表2 心理士に行ってほしいこと・望むこと

カテゴリー	サブカテゴリー	具体例
患者・家族への対応	心理的支援が必要な患者を同定すること	患者の心理状態を把握すること 患者が抱えている問題を整理すること
	心理的支援が必要な患者のケアをすること	患者・家族に対応すること 家族・遺族・サバイバーをケアすること
	患者の心理療法に対する抵抗感に配慮した導入・段取りをすること	
チーム内での連携	精神科との連携を行うこと	精神科の診療が必要な患者をスクリーニングすること 精神科の診療の補助をすること 他職種が手が回らない部分をカバーすること
	他職種との連携を行うこと	他職種との役割分担の明確化 看護師とは異なった背景や体制で患者と関わる 患者の情報を医療者に提供すること
	心理士としての専門性を持つこと	心理士として得意な心理療法を1つは持つこと 心理士としての専門技術を明確化すること
医療者へのサポート	医療者の心のケア	
	医療者のコンサルテーション	
	医療者への心理教育	
研究		

表3 心理士に望まないこと

カテゴリー	具体例
情報の抱え込み	1人で情報を抱え込むこと 独自に情報管理すること 心理学の専門用語を使用すること 共通言語を持たないこと
事例の抱え込み	
守秘義務意識の乏しさ	患者・家族との守秘義務を守らないこと 医療者に患者・家族の必要な情報を提供しないこと
治療構造のあいまいさ	過剰に専門性を保持すること 治療の構造に配慮しないこと 患者に感情移入しすぎる
役割の不明確さ	心理士としての役割を明確にしていないこと 自分の能力の限界を示さないこと 仕事をしないこと

する知識が挙がっていた。また、心理的介入(応用)では、より専門的な心理療法、認知行動療法などが挙がっていた。医学的知識では、精神科診断や一般的な医学的知識、この領域に特異ながんの知識が挙がっていた。

「心理士に行ってほしいこと・望むこと」では、4つのカテゴリーに分類された(表2)。第1に、心理的支援が必要な患者の同定、心理的支援が必要な患者へのケア、患者の心理療法に対する抵抗感に配慮した導入・段取りといった“患者・家族への対応”であった。第2には、精神科との連携といった“チーム内での連携”であった。具体的にみると、精神科との連携では、精神科の診療が必要な患者をスクリーニングする、診療の補助をするなどであり、他職種との連携では、他職種との心理

士との役割を理解し、明らかにすることであった。心理士としての専門性では、「心理士に求める知識」において心理的介入の応用として挙がっていた心理療法を習得していることであった。第3に医療者の心のケア、医療者のコンサルテーション、医療者への心理教育といった“医療者へのサポート”、第4に“研究”であった。

「心理士に対して望まないこと」では、5つのカテゴリーに分類された(表3)。1人での情報の抱え込み、独自の情報管理、心理学の専門用語の使用、共通言語のなさといった“情報の抱え込み”、1人での“事例の抱え込み”、患者・家族との守秘義務意識のなさ、医療者への情報提供のなさといった“守秘義務意識の乏しさ”、過剰な専門性の保持、治療構造の配慮のなさ、

テーションサービスの一環として、心理士が臨床経過においてさまざまな問題に直面する患者の心理的支援を直接行うことが多い¹⁰⁾。また、対応の難しい患者・家族に対して、どのように接していったらよいか、どのような対応の仕方が考えられるか、といったことを、心理士が他の医療者にサポートすることもある。特になん領域では、真面目で熱心なあまり、医療者が燃え尽きてしまうことも考えられ、そういったバーンアウト状態の医療者の心理的支援も心理士の役割として考えられる。

最後に、4つめとして“研究”すなわち“心理学的視点を持った研究の実施”が望まれていた。臨床心理学の研究には、実践を通しての研究と実践に関する研究の2種類がある¹¹⁾。実践を通しての研究では、臨床現場で感じた疑問を研究で明らかにし、モデルを構成する。実践に関する研究では、そのモデルを検討し、それらを循環的に組み合わせることで新たなモデルを生成し、検証することとなる。このような繰り返しによって、心理的支援を行うために必要な基礎資料を得て、心理的介入を開発し、発展していくこととなる。

3. 心理士に望まないこと

「心理士に望まないこと」は、“情報の抱え込み”、“守秘義務意識の乏しさ”、“事例の抱え込み”、“治療構造の曖昧さ”、“役割の不明確さ”といった5カテゴリーであった。

「心理士に行ってほしいこと・望むこと」とも重なるが、心理士が他職種と十分なコミュニケーションをとるためには、ここに挙げられた5つの要件を行わないことが必須となる。チーム医療を円滑に行うためには、心理士自らが自身の専門性を明らかにする一方、それぞれの専門性を理解・尊重し、お互いの職種を理解しようとする気持ちが大切である¹¹⁾。

心理士は、他職種に自身が行っていることを理解してもらうように、共通の言語を用いて、分かりやすく説明することを心がけなければ、1人よがりな仕事となる。以上より、緩和ケアチームの一員として携わる場合、他の医療者に伝えてよい情報を明確にし、その伝え方に工夫し、また、心理士としての専門性を活かしながら、その役割を明示することの重要性が示唆された。

結 語

緩和ケアチームの診療において心理士に求める役割を明らかにするために、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアチームで一定の活動経験のある7名の医師、看護師を対象としたフォーカスグループインタビューを行った。その結果、「心理士に求める知識」としては、“心理学的知識”、“医学的知識”、“他職種の役割に関する知識”、“医療システムに関する知識”

の4つが抽出された。心理士に行ってほしいこと・望むことでは、“患者・家族への対応”、“チーム内での連携”、“医療者へのサポート”、“研究”の4つが挙げられ、一方、心理士に望まないことでは、“情報の抱え込み”、“守秘義務意識の乏しさ”、“事例の抱え込み”、“治療構造の曖昧さ”、“役割の不明確さ”の5つが挙げられた。

今後、この結果をふまえて、緩和ケアに携わる心理士の教育プログラムを作成することが望まれる。

謝辞 本研究は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」および平成20年度文部科学研究費補助金(基盤研究(C) 課題番号185320543)の助成を受けて実施された。

引用文献

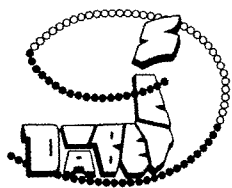
- 1) Payne S, Haines R. Doing our bit to ease the pain. *Psychologist* 2002; 15: 564-567.
- 2) Payne S, Haines R. The contribution of psychologists to specialist palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 401-406.
- 3) Alexander P. An investigation of inpatient referrals to a clinical psychologist in a hospice. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 36-44.
- 4) Mayring P. Qualitative content analysis. In: Flick U, Kardorff EV, Steinke I. et al (eds): *A Comparison to Qualitative Research*. SAGE Publications Ltd, London, 2004; 266-269.
- 5) 宮岡 等. 医師は心理士に何を求めるか—日本心身医学会認定医療心理士制度に向けて. *心身医学* 2005; 45: 675-678.
- 6) 岩満優美. がん患者への心理療法的介入. *臨床精神医学* 2004; 33: 621-626.
- 7) 岩満優美, 和田芽衣, 平山賀美. 緩和医療におけるコミュニケーション—臨床心理士の立場から. *緩和医療学* 2007; 9: 8-13.
- 8) 穂積 登. 心理士が医療チームへ参加する必要性と国家資格—地域医療・チーム医療に向けて. *精神医学* 2004; 46: 43-47.
- 9) 芦原 陸. 医療における心理士の資格—現状と現実的問題点を含めて. *心身医学* 2002; 42: 499-502.
- 10) 小池真規子. 癌化学療法における臨床心理士の役割. *癌と化学療法* 2004; 31: 17-21.
- 11) 岩満優美. 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与—心理の立場から. *コンセンサス癌治療* 2008; 7: 34-35.
- 12) 下山晴彦. *臨床心理学研究の技法*. 福村出版, 東京, 2000; 10-33.

Table 2 Actions and characteristics desired of psychologists

Category	Sub-Category	Example
Psychological care toward patients and their families	Identify patients who need psychological support	Grasp psychological state of patients Sort out patient's problems of patients
	Care for patients who need psychological support	Respond to patients and their families Care for family, the bereaved, and survivors
	Introduce and arrange for treatment in ways that consider patient resistance to psychological treatment methods	
Solidarity of team care	Coordinate with psychiatrists	Screen patients who require psychiatric diagnosis Assist with psychiatric treatment Help other members of the care team who require assistance
	Coordinate with other members of the care team	Clarify role-sharing with other members of the care team Interact with patients in a context and attitude different from that of the nursing staff Provide patient information to medical personnel
	Have expertise as a psychologist	Have at least one specialty in psychological treatment methodology Clarify professional skills as a psychologist
Support for medical staffs	Psychological care for medical staffs	
	Provide consultations to medical staffs	
	Psycho-education for medical staffs	
Research		

Table 3 Actions and characteristics not desired of psychologists

Category	Example
Withholding information	Withholding information Autonomous control of information Using psychological jargon Failure to speak a common language
Holding onto cases	
Violating patient confidentiality	Violation of patient and family confidentiality Failure to provide medical personnel with necessary information regarding patients and their families
Being vague about treatment structure	Excessively upholding professionalism Failure to consider the treatment structure Excessive emotional involvement with patients
Failure to clarify their role as a psychologist	Failure to clarify their role as a psychologist Failure to indicate limits of their abilities Failure to perform their job



糖尿病

Journal of the Japan Diabetes Society

Vol.52 No. 8
2009

目次

特集 1 型糖尿病 up-to-date

- 663 1. 1 型糖尿病の完治に向けて—本特集の企画にあたって—
島田 朗(企画者)・及川 洋一・大久保佳昭
- 665 2. 1 型糖尿病関連遺伝子
川畑由美子・池上 博司
- 669 3. 劇症 1 型糖尿病
今川 彰久・花房 俊昭
- 673 4. 緩徐進行 1 型糖尿病 (SPIDDM) の最近の知見
小林 哲郎・田中昌一郎・会田 薫
- 675 5. 1 型糖尿病関連自己抗体
丸山 太郎・東 宏一郎
- 679 6. 1 型糖尿病における細胞性免疫異常
永田 正男・安田 尚史・森山 啓明

原 著

- 683 糸球体濾過量低下を示す糖尿病患者における動脈硬化リスクの上昇—腎症病期別の検討—
大塚 章人・小木曾泰成・村井 一樹・市原紀久雄
- 691 Basal-Bolus療法を実施中の糖尿病患者を対象としたインスリン デテミルの夜間QOLおよび治療満足度に関する検討—NPHインスリンを対照とした無作為化比較試験—
石井 均・岩本 安彦・加来 浩平・河盛 隆造・小林 正・田嶋 尚子

症例報告

- 703 悪性貧血治療中に赤芽球癆・1 型糖尿病を発症した胸腺腫合併重症筋無力症の 1 例
井上 智彰・平瀬 伸尚・市野 功・田中 誠一・土師 正文
- 709 50歳頃から重症低血糖と体重増加をきたした小児期発症 1 型糖尿病 2 症例の予後
大谷 敏嘉・笠原 督・佐藤 麻子・百村 伸一・内潟 安子・岩本 安彦
- 717 甲状腺クリーゼを疑われ、1 型糖尿病とパセドウ病を同時に診断したケトアシドーシスの 1 例
高屋 和彦・田口 吉孝・井上 達秀
- 723 2 型糖尿病に合併した内頸動脈狭窄症、眼虚血症候群の 1 例
野村 由夫・田内 春見・草田 典子・松田 淳一・山下 啓介・高柴 英夫・奥山 牧夫

コメディカルコーナー・原著

- 727 膵腎同時移植・腎移植・移植待機中の 1 型糖尿病患者の健康関連のQOLと心理状態の比較検討
平井 啓・本田 初実・中西 健二・井倉 技・湯川紗世子・北川 透・種村 匡弘
伊藤 壽記

お知らせ

- 専門医制度規則の改訂について
第 20 回糖尿病専門医受験予定の皆様へ
2009 年度地方会開催一覧 (巻末)

〈専門医認定制度関連〉

- 随時申請用紙申し込み書 (研修指導医・認定教育施設)
認定教育施設一覧
日本糖尿病学会専門医制度規則

投稿規定

膵腎同時移植・腎移植・移植待機中の1型糖尿病患者の健康関連QOLと心理状態の比較検討

平井 啓^{*1,*2} 本田 初実^{*1} 中西 健二^{*3} 井倉 技^{*1}
湯川紗世子^{*1} 北川 透^{*1,*4} 種村 匡弘^{*4} 伊藤 壽記^{*1,*4}

要約：脳死下および生体からの膵腎同時移植(SPK)患者5名と腎移植後膵移植待機(KTA)患者5名、膵腎同時移植待機中(WL)患者20名を対象に、健康関連QOLと抑うつ・不安などの心理状態について評価を行い比較検討した。全般的QOLの尺度であるMedical Outcome Health Survey Short Form-36, version 2(SF-36 v2)と抑うつ・不安の尺度であるHospital Anxiety and Depression Scale(HADS)によるアンケート調査を行った。SPK患者は、KTA患者とWL患者に比べて、SF-36の身体機能、日常役割機能(精神)、身体的サマリースコアが有意に高かった。また、SPK患者のスコアは、46~55点と国民標準値である50点とほぼ変わらない範囲にあった。また、HADSでは、SPK患者は、不安と抑うつともに正常域の患者が他の群に比べて多い傾向がみられた。本研究の結果により、わが国のSPK患者のQOLの高さが確認され、KTA患者とWL患者のQOL評価の重要性と精神症状に対するケアの必要性も指摘された。

Key words：①膵臓移植 ②生活の質(QOL) ③1型糖尿病 ④膵腎同時移植 ⑤心理状態
〔糖尿病52(8)：727~733, 2009〕

緒言

膵臓移植は、内因性インスリン分泌の回復と、糖尿病性合併症の進行を阻止もしくは改善することを目的とした1型糖尿病の根治療法の1つである。わが国でも1997年10月の「臓器移植に関する法律」施行後、2000年4月に第1例目の膵臓移植が行われ、2006年末までに41例が実施されている¹⁾。膵臓移植を受けた患者の多くは社会復帰を果たし、Quality of Life(QOL)の改善が報告されている²⁾。さらに、最近では、QOLの向上のみならず、特に膵腎同時移植(SPK: Simultaneous Pancreas-Kidney Transplantation)では、患者の生命予後を改善することが示されている。ここで言われているQOLとは、健康関連QOL(Health-related QOL)のことであり、患者に対して行われた医療行為の結果に対する主観的評価指標のことであり、いわゆる患者満足度とは異なる概念と

されている³⁾。

欧米では、主にSF-36(Medical Outcome Health Survey Short Form-36)を中心とする評価尺度を用いて、膵臓移植患者の健康関連QOLの定量的評価の研究が行われ、例えば、Sureshkumarらは1型糖尿病患者を対象に糖尿病に特異的なQOL尺度のDQOLと全般的QOL尺度であるSF-36を用いて比較を行った結果、SPK患者は生体・死体腎移植患者と待機患者に比べ糖尿病治療への満足度が高い一方で、患者自身が自覚している身体症状や心理状態を含む全体的なQOLには違いがみられなかったことを報告している⁴⁾。一方、わが国では、杉谷らがSPKを受けた患者のSF-36による健康関連QOLが移植待機(WL: Wait-Listed)患者に比べて高いことを報告している⁵⁾。杉谷らはこの違いについて、日米の術式の違いや、免疫抑制療法の必要性にもかかわらず低血糖発作

^{*1} 大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座(〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2)

^{*2} 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター/大阪大学大学院人間科学研究科

^{*3} 日本臓器移植ネットワーク

^{*4} 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座

連絡先：平井 啓(〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2 大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座)

受付日：2008年6月16日

採択日：2009年6月3日

と血糖自己測定から解放されることや、症例数の少ない中での移植治療の成功が、患者に心理面や精神面での QOL の大きな改善を感じさせるのではないかとしている。しかし、この点について、わが国では SPK 患者と WL 患者の比較だけでなく腎移植後膝移植待機 (KTA: Kidney Transplantation Alone) 患者との QOL の比較についてはなされてない。さらに、膝臓移植を受けた患者の包括的な QOL だけでなく、抑うつや不安といった心理状態の詳細な実態についても、わが国では定量的に把握されていない。

そこで、SPK 患者、KTA 患者、WL 患者の健康関連 QOL と心理状態の評価を行うための質問紙調査を実施したので、本論文ではその結果を報告する。

方 法

1. 対象

慢性腎不全を合併した重症 1 型糖尿病患者で、日本臓器移植ネットワークに登録し、大阪大学医学部附属病院で、脳死・心停止下および生体からの SPK 患者 5 名、KTA 患者 5 名、WL 患者 20 名を対象とした。なお、腎移植後膝移植 (PAK: Pancreas After Kidney Transplantation) を実施した患者は対象には含まれなかった。

2. 調査手続きと測定項目

上記対象者に対して、自己記入式のアンケートにより調査を行った。質問紙は同意書を同封し、各対象者に発送した。対象者には、質問紙へ回答後、調査票と同意書に記名し、質問紙と同意書を同封して事務局宛に返送を依頼した。視力障害などにより本人による回答が困難な場合は、代理が代読し、同意書と質問紙への記入を依頼した。

質問紙は以下の内容から構成されていた。健康関連 QOL の評価は Medical Outcome Health Survey Short Form-36, version 2 (SF-36 v2: 36 項目) の日本語版⁹⁾を用いた。SF-36 は、36 項目の質問により、8 つの領域の下位尺度について測定される。それらは、PF (Physical Functioning) 身体機能、RP (Role Physical) 日常役割機能 (身体)、BP (Bodily Pain) 身体の痛み、GH (General Health perception) 全体的健康感、SF (Social Functioning) 社会生活機能、VT (Vitality) 活力、RE (Role Emotional) 日常役割機能 (精神)、MH (Mental Health) 心の健康である。さらに、身体的サマリースコア (Physical Component Summary: PCS) と精神的サマリースコア (Mental Component Summary: MCS) について、日本における国民標準値に基づいて標準化されたスコアが算出される。

抑うつと不安の心理状態の評価は、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) 日本語版⁷⁾を用い

た。この尺度は、14 項目からなる抑うつと不安のスクリーニングツールであり、さまざまな身体疾患をもつ患者を対象に広く用いられている。

患者の治療に対する満足度 (「現在受けている医療の内容に満足している」)、コンプライアンス (「決められた量の薬を飲むことができる」)、問題対処への効力感 (「病気に関して心配な事があっても、それをなんとかできると信じている」)・回避的対処 (「病気に関して心配な事があってもなるべく考えないようにする」) について評価するため、先行研究⁸⁻¹⁰⁾を参考にしてオリジナルに作成した 6 項目を用いた。

ソーシャルサポートに関しては、「困ったときに助けになってくれる人は何人いますか?」と実際に支援可能な人数について質問する Tangible Assistance Scale¹¹⁾ (1 項目) と、先行研究の結果⁹⁾を参考に家族に対する負担の認識について尋ねるための 3 項目 (「自分の病気が家族の負担になっている」等) を作成して用いた。

移植治療を受けた患者に対しては、移植に関連するストレスの評価項目として、臓器移植者ストレス評価尺度¹⁰⁾から拒絶反応・感染症の可能性に関する 5 項目 (「感染症や合併症が心配で落ち着かない」等)、移植への葛藤に関する 1 項目 (「移植医療を受けたことにわだかまりがある」)、医療費の負担に関する 1 項目 (「医療費の支払いが負担になっている」) の合計 7 項目を用いた。

質問紙の最後に、年齢・性別・移植からの経過期間・副作用・合併症・既往歴など対象者の属性について尋ねた。

3. 統計解析

SF-36 の 8 つの下位尺度スコアはスコアリングプログラムに入力し、日本人の 2002 年国民標準値に基づいて平均 50 点、標準偏差 10 点以内になるように換算された値で表した。HADS については、抑うつと不安ともに 8~11 点が擬陽性、11 点以上が陽性というカットオフ基準¹²⁾に従い、各群の分布を算出した。統計学的検定はノンパラメトリック検定を用い、3 群以上の平均値の差の検定には、Kruskal Wallis 検定を用い、3 群間で有意差がみられた場合の 2 群間での平均値の差の検定には Mann-Whitney U 検定を用いた。多変量解析には、ステップワイズ法による重回帰分析を用いた。この解析では、1 つの従属変数に対して 1 つの変数を順番に投入していき、5% で有意となる変数が全て投入されたところで分析が終了となった。全ての解析は、SPSS14.0 日本語版を使用した。本研究では、有意水準 5% 未満にて統計的に有意であるとした。