

Table 1 Patient profiles

	WL	KTA	SPK	Total	Chisquare test
N(men)	20(7)	5(2)	5(2)	30(11)	
Age(years)	38.5±3.7	41.0±4.7	38.6±2.7	38.9±3.8	1.0
DM duration(years)	24.6±5.3	26.4±6.5	25.6±1.3	25.1±5.0	1.7
Dialysis duration(years)	5.3±4.5	3.4±3.4	5.4±1.1	4.9±3.9	0.6
Time since transplant(years)	—	3.1±2.8	4.1±2.1	3.6±2.4	0.7
HbA1c(%)	7.3±1.3	7.9±1.3	5.9±1.0	7.1±1.4	6.0*
Cr(mg/dl)	8.6±4.0	1.2±0.4	1.3±0.4	5.9±4.8	15.7**

SPK : Simultaneous Pancreas-kidney Transplantation, KTA : Kidney Transplantation Alone, WL : Wait-Listed patient, DM : Diabetes Mellitus. * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

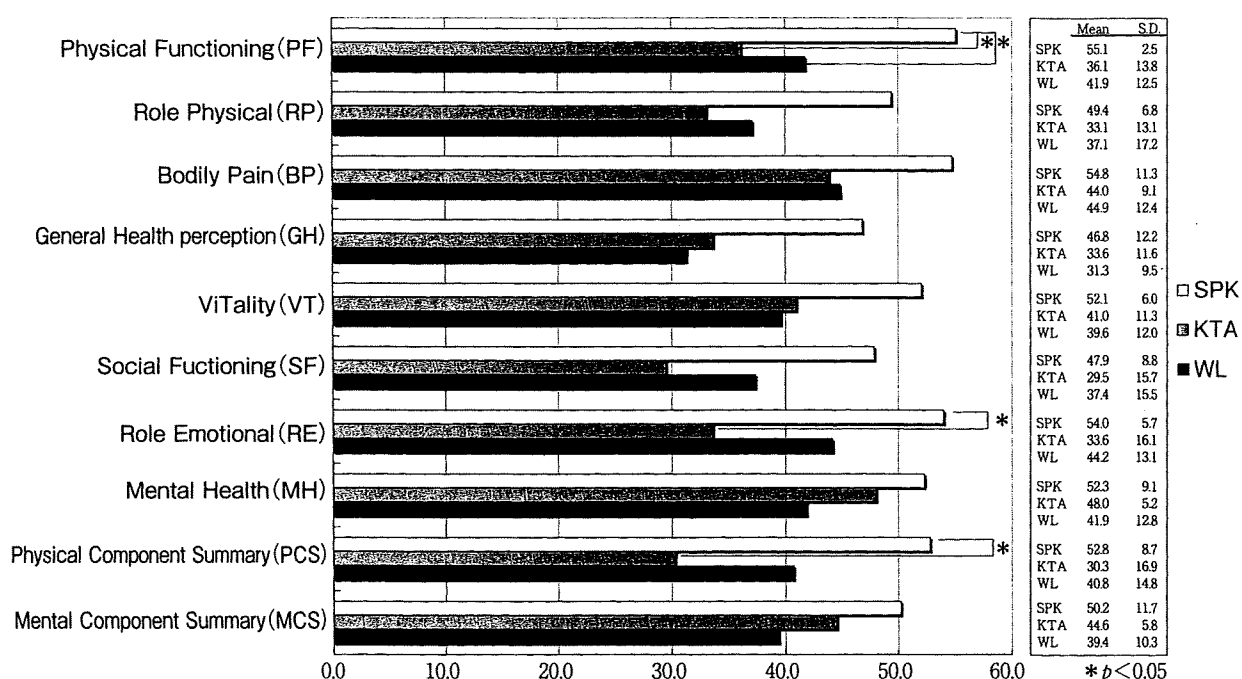


Fig. 1 Health-related QOL measured by SF-36 among those with SPK, KTA, and WL
50 points is the mean for the Japanese population in 2002

SPK : Simultaneous Pancreas-kidney Transplantation, KTA : Kidney Transplantation Alone, WL : Wait-Listed patient.

結果

1. 対象者の背景

全対象者 30 名のうち、男性が 11 名、女性 19 名であった。全対象者の平均年齢は 38.9±3.8 歳、糖尿病罹患期間は 25.1±5.0 年、透析期間は 4.9±3.9 年、移植を受けた対象者での移植後の経過期間は 3.6±2.4 年であった。年齢、糖尿病罹患期間、透析期間、移植後経過期間においては、SPK、KTA、WL の各群間に有意差はなかった。HbA1c、血清クレアチニン値において、SPK、KTA、WL の各群間の違いが認められた(それぞれ $p < 0.05$, $p < 0.001$)。各群の平均値などの詳細を Table 1 に示す。

2. 健康関連 QOL と精神症状

SF-36 を用いた健康関連 QOL 評価の下位尺度スコアと HADS による抑うつと不安のスコアを Fig. 1, 2 に示す。まず、SF-36 において、SPK、KTA、WL の各群間で各下位尺度の平均値を比較したところ、身体機能(PF)、日常役割機能(精神)(RE)、身体的サマリースコア(PCS)において、3 群間の平均値に有意差がみられた($p < 0.05$)。上記の変数について、各水準間での平均値を比較したところ、SPK 患者は PF と RE と PCS において KTA 患者より有意に高い値を示し、PF において WL 患者よりも有意に高い値を示した。いずれの変数も、KTA 患者と WL 患者の間には

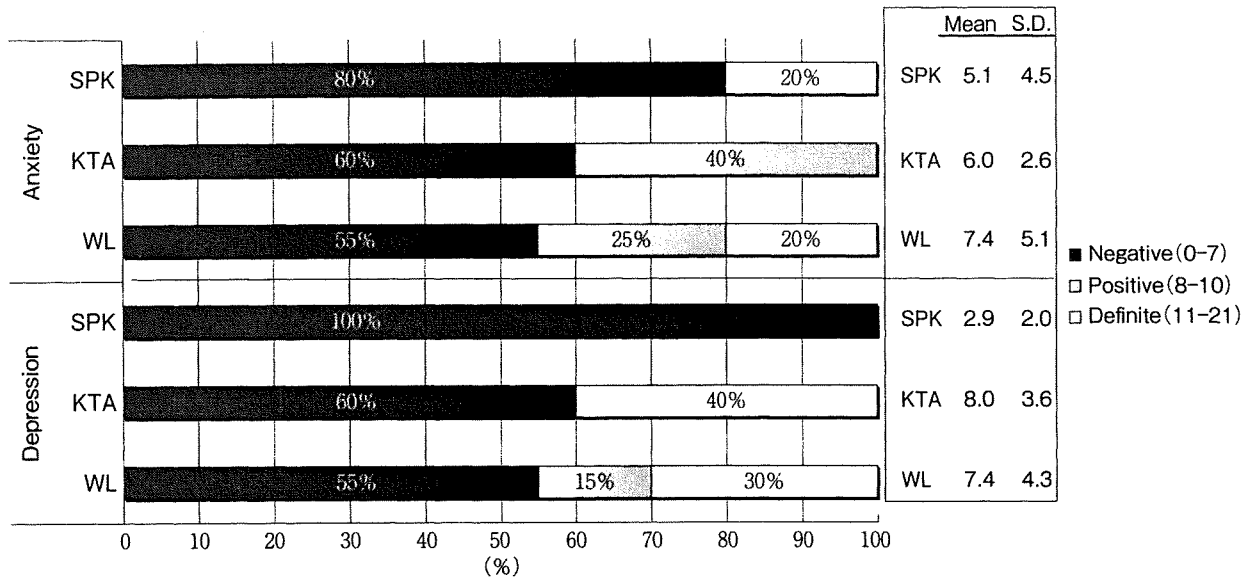


Fig. 2 Distribution by (%) the HADS cutoff points among those with SPK, KTA, and WL
 SPK : Simultaneous Pancreas-kidney Transplantation, KTA : Kidney Transplantation Alone, WL : Wait-Listed patient.

Table 2 Stepwise multiple regression analysis results for physical and mental component summaries, Anxiety, and Depression

Variables	Beta	t
PCS R ² =0.48		
Burden on family	-0.47	-3.04**
Satisfaction with relationships with medical staff	0.36	2.32*
MCS R ² =0.70		
Confident about coping with illness concerns	0.43	3.51**
Satisfaction with relationships with medical staff	0.44	3.95**
Avoiding thinking of illness concerns	0.46	3.75**
HADS anxiety R ² =0.61		
Burden on family	0.31	2.11*
Confident about coping with illness concerns	-0.47	-3.25**
Burden of health care cost	0.35	2.67*
HADS depression R ² =0.48		
Burden on family	0.56	3.95**
Satisfaction with relationships with family	-0.34	-2.38*

PCS: Physical Component Summary, MCS: Mental Component Summary.

p*<0.05, *p*<0.001

有意な差は認められなかった(Fig. 1). また, SF-36の国民標準値が50点であることから, SPK患者はほぼ国民標準値と同程度のスコアを示したのに対して, KTA患者とWL患者では国民標準より低い値を示した(Fig. 1).

次に, HADSの抑うつと不安の得点をSPK, KTA, WLの3群で比べたところ, 有意な差は認められなかった(Fig. 2). 3群のHADSのカットオフ基準に従った分布を検討したところ, 有意な関連性は認められなかったが, SPK患者は, 抑うつが全ての患

者で陰性であったのに対して, KTA患者, WL患者では, 擬陽性・陽性となったものの割合が約40%であった(Fig. 2).

3. 医療に対する満足度, コンプライアンス, ソーシャルサポート, 移植関連のストレス

医療に対する満足度, コンプライアンス, ソーシャルサポート, 移植に関連するストレスについてSPK, KTA, WLの3群で比べたところ, いずれの平均値の差も有意とはならなかった.

そこで, SPK, KTA, WLの3群の全体において,

医療に対する満足度、コンプライアンス、ソーシャルサポートを説明変数、健康関連 QOL と心理状態を結果変数とする多変量解析を行った (Table 2)。健康関連 QOL の身体的サマリースコア (PCS) においては、「自分の病気が家族の負担になっている」、「医療者との関係に満足している」が有意に影響することが示された。精神的サマリースコア (MCS) では、「病気にに関して心配な事があってもなんとかできると信じている」、「医療者との関係に満足している」、「病気に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」が有意に影響することが示された。HADS の不安においては、「自分の病気が家族の負担になっている」、「病気にに関して心配な事があってもなんとかできると信じている」、「医療費の支払いが負担になっている」が有意に影響することが示された。HADS の抑うつにおいては、「自分の病気が家族の負担になっている」、「家族との関係に満足している」が有意に影響することが示された。

考 察

本研究では、SPK 患者、KTA 患者、WL 患者の健康関連 QOL と心理状態の比較検討を行った。その結果、SPK 患者の健康関連 QOL は、KTA 患者のそれらと比較すると、身体機能 (PF)、日常役割機能 (精神) (RE)、身体的サマリースコア (PCS) において有意に高く、WL 患者と比較すると身体機能 (PF) が有意に高い傾向がみられた。また、健康関連 QOL に加えて、抑うつと不安の心理状態を評価した結果、SPK 患者、KTA 患者、WL 患者の違いにより、抑うつ・不安のスコアに有意な違いは認められなかった。しかし、抑うつにおいて、SPK 患者は、陽性の閾値を超えたものがないかった。

本研究の結果では、SPK 患者は、精神的、身体的両 QOL において KTA 患者、WL 患者と比べて良好であり、全体としても国民標準値とほぼ同程度であった。この結果は、WL 患者と SPK 患者の QOL を比較した杉谷らの報告⁹⁾で得られたものとはほぼ同じ傾向であり、わが国における SPK 患者の QOL の高さを確認することとなった。

一方で、KTA 患者の健康関連 QOL は、すべての下位尺度と身体的健康度と精神的健康度のスコアで SPK 患者より低く、WL 患者とほとんど同じであった。この点については、海外で行われた SPK 患者と KTA 患者の健康関連 QOL を比較した研究で、両患者群の QOL に差はないとする複数の報告^{13,14)}、SPK 患者の QOL は KTA 患者に比べていくぶん優れているものの、KTA 患者でも SPK 患者と同様な QOL の改善がみられるという報告¹⁵⁾や、糖尿病の有無にかか

わらず腎臓移植は患者の QOL を劇的に改善させるという報告¹⁶⁾などがある。一方で、SPK 患者の身体的な QOL は改善するが、精神的な QOL に関しては差がみられなかったという報告もある¹⁷⁾。今回の結果はいずれの報告とも異なり、有意とはならなかったが、SPK 患者の抑うつに比べて KTA 患者の精神的・身体的両面での QOL の悪さを示した。

この理由の 1 つとしては、糖尿病患者の低血糖に対する恐怖 (fear of hypoglycemia) が QOL などに影響を与える重要な要因であるという指摘¹⁸⁾があることから、膵腎同時移植を待機する 1 型糖尿病患者において、腎移植だけではこの低血糖に対する恐怖を改善することができないからではないかと考えられる。また、杉谷らが述べているように、患者の移植医療に対する期待が QOL に影響し⁹⁾、本研究の KTA 患者では最終目標の膵腎同時移植ではなく、腎臓移植のみで今後の膵臓移植が控えていること自体が低い QOL に影響をもたらしている可能性も考えられる。いずれにしても、今後の研究において、低血糖の恐怖に対する評価も含めてさらなる検討が必要であると考えられる。

本研究結果は、わが国の KTA 患者と WL 患者の QOL に対して、精神・身体両面について注意深い評価を行う必要があることを示していると思われる。特に、KTA 患者は透析治療による制約から解放されて QOL が向上すると考えられるが、健康関連 QOL の結果でも示されているように依然として身体状態・精神状態ともに良いとは感じておらず、その状態に注意する必要がある。Joseph らは、SF-36 などのツールを用いて日常的に QOL を評価し、カウンセリングや、移植後の心理療法プログラムの提供の必要性を指摘している¹⁹⁾。したがって、わが国においても待機患者から膵臓移植の術後までのフォローを含めたカウンセリングなどのケアが提供できる体制を整備していく必要があると思われる。

さらに、本研究では健康関連 QOL と抑うつと不安について、移植を受けたかどうかの違い以外にも、家族に対する負担感の強さ、医療者や家族との関係の満足度といった社会的要因が強く影響している傾向がみられた。特に、家族に対する負担感の強さは、身体的健康度や不安と抑うつと関連していた。この家族に対する負担感とは、しばしば「家族に迷惑をかけたくない」と表現され、わが国の患者の QOL を考える上において、特に重要な問題である²⁰⁾。よって、患者自身の QOL と精神症状の軽減のためにも、移植医療において、家族支援を含めた患者のための医療のあり方について考えなければならないと思われる。また、医療者との良好な関係が健康関連 QOL を向上させると考え

られた。良い患者医療者関係を築くことが質の高い移植医療提供のためには重要なことである。

最後に、本研究の限界について述べる。第 1 にサンプルサイズが小さいことが挙げられる。特に、移植を受けた患者が 5 名しかおらず、十分な統計解析をすることができなかった。また、本研究は単一施設で治療を受けた患者を対象としている。これらを踏まえて、わが国における臓器移植を受けた患者ならびに待機患者を対象とした低血糖に対する恐怖の評価を含む QOL の検討が、膵・膵島移植研究会内に設置された QOL 委員会で多施設共同研究の形で実施される予定である。また、本研究の研究デザインが横断的研究であったことも研究の限界の 1 つである。SPK 患者、KTA 患者、WL 患者を比較したが、移植前後で比較していないので、それぞれの群の違いが、移植を受けたことによる直接的な変化であるかを断定することができない。SPK 待機の段階から前向き研究を行い、移植後の健康関連 QOL と心理状態の変化について直接評価できるような研究体制の整備が望まれる。

文 献

- 1) 膵・膵島移植研究会膵臓移植班(2007)本邦膵移植症例登録報告(2007). 移植 42:433-438
- 2) Ito T, Ishibashi M, Sugitani A, Nakajima I, Teraoka S, Gotoh M, Idezuki Y, Kanazawa Y(2004)Present status of pancreas transplantation in Japan. Clin Transpl: 167-175
- 3) 福原俊一(2001)いままぜ QOL か—患者立脚型アウトカムとしての位置づけ. 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, 池田俊也編, 医学書院, 東京, p 2-29
- 4) Sureshkumar KK, Patel BM, Markatos A, Nghiem DD, Marcus RJ(2006)Quality of life after organ transplantation in type 1 diabetics with end-stage renal disease. Clin Transplant 20: 19-25
- 5) 杉谷 篤, 岩瀬正典, 北田秀久, 大田守仁, 吉田淳一, 土井 篤, 飯田三雄, 田中雅夫(2006)九州大学病院における膵臓移植の現状—膵臓移植 10 例について—. 糖尿病 49: 857-862
- 6) Fukuhara S, Ware JE Jr, Kosinski M, Wada S, Gandek B(1998)Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. J Clin Epidemiol 51: 1045-1053
- 7) Zigmund AS, Snaith RP, 北村俊則訳(1993)The hospital anxiety and depression scale (HADS 尺度). 精神科診断学 4: 371-372
- 8) Denhaerynck K, Abraham I, Gourley G, Drent G, De Vleeschouwer P, Papajcik D, Lince E, De Geest S (2003) Validity testing of the long-term medication behavior self-efficacy scale. J Nurs Meas 11: 267-282
- 9) De Geest S, Abraham I, Gemoets H, Evers G (1994) Development of the long-term medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development. J Adv Nurs 19: 233-238
- 10) 中西健二, 山下 仰, 柏木哲夫, 高原史郎(2002)腎移植後のストレスに対する認知評価が精神的健康に与える影響. 心身医学 42: 503-511
- 11) Blake RL Jr, McKay DA (1986) A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. J Fam Pract 22: 82-84
- 12) 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林 恭平, 清田啓介, 井口秀人, 池田順子, 藤田きみえ, 渡辺能行, 川井啓市(1998)Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版信頼性と妥当性の検討. 心身医学 38: 310-315
- 13) Voruganti LNP, Sells RA (1989) Quality of life of diabetic patients after combined pancreatic-renal transplantation. Clin Transplant 3: 78-82
- 14) Sureshkumar KK, Mubin T, Mikhael N, Kashif MA, Nghiem DD, Marcus RJ (2002) Assessment of quality of life after simultaneous pancreas-kidney transplantation. Transplantation 39: 1300-1306
- 15) Gross CR, Limwattananon C, Matthees BJ (1998) Quality of life after pancreas transplantation: a review. Clin Transplant 12: 351-361
- 16) Simmons RG, Klein SD, Simmons RL (1987) Social and psychological rehabilitation of the adult transplant patient. In: Gift of Life: The effect of organ transplantation on individual, family, and societal dynamics. RG Simmons, SD Klein, RL Simmons (eds) New Brunswick, Transaction Publishers, p48-88
- 17) Gross CR, Limwattananon C, Matthees B, Zehrer JL, Savik K (2000) Impact of transplantation on quality of life in patients with diabetes and renal dysfunction. Transplantation 70: 1736-1746
- 18) Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, Clauson P, Gonder-Frederick L (2007) A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. Patient Educ Couns 68: 10-15
- 19) Joseph JT, Baines LS, Morris MC, Jindal RM (2003) Quality of life after kidney and pancreas transplantation: a review. Am J Kidney Dis 42: 431-445
- 20) Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y (2006) Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. J Pain Symptom Manage 31: 140-147

健康診査・検診受診行動に関する行動の変容ステージと 意思決定のバランス

Stage of Change and Decisional Balance in Medical Check-Ups

長塚 美和*¹ 荒井 弘和² 平井 啓³⁻⁵
Miwa NAGATSUKA¹, Hirokazu ARAI², Kei HIRAI³⁻⁵

¹ 国立病院機構大阪医療センター

¹*National Hospital Organization Osaka Medical Center*

² 大阪人間科学大学人間科学部

²*Faculty of Human Sciences, Osaka University of Human Sciences*

³ 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター

³*Center for the Study of Communication-Design, Osaka University*

⁴ 大阪大学大学院人間科学研究科

⁴*Graduate School of Human Sciences, Osaka University*

⁵ 大阪大学大学院医学系研究科

⁵*Graduate School of Medicine, Osaka University*

はじめに

近年の急速な人口高齢化の進展に伴う疾病構造の変化により、疾病全体に占める生活習慣病の割合が増加しており、死亡原因でも生活習慣病の占める割合は6割に達している（厚生労働省，2004a）。この中で、生活習慣病の予防や疾病の早期発見を目的とした健康診査（健診）やがん検診などが重要であるといわれているものの、その受診率は十分ではなく（厚生労働省，2004b）、改善することが期待されている。

この流れの中でわが国では健診・検診受診に関する研究もなされているが、受診群・非受診群の2群にわけて

検討したものが多く見受けられる（三觜他，2003）。効果的な介入計画を進めていくには、行動科学の理論やモデルに示されている行動の変容過程に関わる媒介変数を確認することも重要であるといわれている（中村，2000）。そこで本研究では、単に受診したか否かではなく、準備性や行動の継続期間が考慮できるトランスセオレティカルモデル（Transtheoretical Model: TTM）に注目した。

TTMは、Prochaska & Diclemente（1983）によって提唱された。このモデルでは、行動の変容ステージ（Stage of Change）が中心的な概念とされ、実際の行動と、その行動に対する動機づけの準備性に応じて、前熟考期（Precontemplation）、熟考期（Contemplation）、準備期（Preparation）、実行期（Action）および維持期（Maintenance）の5つのステージが想定されている。また行動の変容ステージと関連する要因として意思決定のバランス（Decisional Balance）が想定されている。意思決定のバラ

* 大阪府大阪市中央区法円坂 2-1-14 (〒540-0006)
National Hospital Organization Osaka Medical Center, 2-1-14
Houenzaka, Chuo-ku, Osaka 540-0006, Japan

ンスとは、行動を変容させることに伴う恩恵 (Pros) と負担 (Cons) に対する評価のバランスのことをいい、目的の行動を実行している人は、恩恵に対する評価が負担に対する評価を上回るとされている (Janis & Mann, 1977)。現在では喫煙行動だけでなく幅広い健康関連行動を対象に適用されており、Prochaska et al. (1994) は、5つの変容ステージが、検診受診行動を含む12の健康行動のほとんどにおいてステージが進むほど恩恵の評価は高くなり、負担の評価は低くなること、および実行期の前で恩恵の評価が負担の評価を上回ることを明らかにした。

がん検診受診行動へのTTMの応用も検討されており、とりわけマンモグラフィ (乳房X線検査) 検診への応用が多く検討されている (Spencer et al., 2005)。またマンモグラフィ検診受診行動にはある年数に一度という周期性に注目した逆戻りに関するステージを定義する必要性があると考えられ、数年前に受診をし、将来に受診する意図がない逆戻り期 (Relapse Stage) と、この1年に受診をしたが、将来には受診する意図がない逆戻りリスク期 (Relapse Risk Stage) が独自に想定されている (Rakowski et al., 1996a)。さらにマンモグラフィ検診受診行動に関する意思決定のバランス尺度が作成されており (Rakowski et al., 1992)、妥当性の検討や行動変容ステージとの関連も検討されている (Rakowski et al., 1993; Pearlman et al., 1997; Rakowski et al., 1997a)。

そこで本研究では健診・検診を受診する行動の変容への準備性に着目し、(1) TTMを適用して、健診・検診受診行動の変容ステージにおける分布を明らかにし、(2) 健診・検診受診行動の変容ステージと健診・検診受診行動に関する意思決定のバランスとの関連を明らかにすることを目的とした。

方 法

1. データ収集と対象者

調査は「医療とライフスタイルに関するアンケート調査」として、有限責任会社中間法人全国15地域の調剤薬局に訪れた30歳以上の男女9,205名に対して無記名の郵送法による横断的質問紙調査によって行われた。地域は、千葉県、東京都、岐阜県、滋賀県、大阪府3地域、京都府、兵庫県2地域、岡山県、愛媛県、佐賀県、熊本県、大分県であり、それぞれ3-4件の薬局店舗、合計44店舗で質問紙を配布した。本研究への参加に対する同意は、質問紙の返送をもって同意したものとみなすこととした。本研究で用いたデータは、配布した3種類の調査用紙の内の1種類によって得られたものであり、配布数2,029部、回収数656部であった (回収率31.0%)。各種健診・検診事業が40歳以上の人を対象に実施されていることから、回収された内の40歳以上の503名 (有効回答

率24.8%) を分析の対象とした。なお本研究は、大阪大学人間科学研究科行動学系の倫理審査会の承認を得て実施された。調査期間は2006年11月から2007年1月であった。

2. 測定尺度

1) 対象者の属性

年齢、性別、主観的経済状態、主観的健康度、健康に対する主観的不安、対象者自身の重篤な病気の経験の有無、対象者の家族の重篤な病気の経験の有無、就業形態を、対象者の属性項目として測定した。

主観的経済状態は、「1. 良い」-「5. 良くない」の5件法、主観的健康度は、「1. 健康である」-「5. 健康ではない」の5件法、主観的不安は、「1. 大いに不安である」-「4. 全く不安はない」の4件法で回答を求めた。

2) 健診・検診受診行動の変容ステージ

マンモグラフィ検診の受診行動の変容ステージの項目 (Rakowski et al., 1996b) を参考に、前熟考期・逆戻り期・逆戻りリスク期・熟考期・実行期・維持期の6つのステージで測定する項目を作成した。最初に、「健診・検診とは、健康診査・各種がん検診 (胃がん・子宮がん・肺がん・乳がん・大腸がんなど)・人間ドック・結核検診などのことを指します。これらは、健康や生命に重大な影響をもたらすと考えられる生活習慣病やがんなどの疾病の早期発見・発症防止および健康の保持増進を目的として行われています。あなたは、今現在、その健診・検診を受診することについてどのようにお考えですか?」という問いに対して、6つのステージの項目を用意した。6項目は、前熟考期は、「今までに健診・検診を受けたことはなく、将来的にも受けようと思っていない」、逆戻り期は「1年以上前に健診・検診を受けたが、これから先1年以内に受けようと思っていない」、逆戻りリスク期は「この1年間に健診・検診を受けたが、またこれから先1年以内に受けようと思っていない」、熟考期は「今までに健診・検診を受けたことはないが、これから先1年以内には受けようと思っている」、実行期は「この1年間に初めて健診・検診を受け、またこれから先1年以内に再び受けようと思っている」、維持期は「定期的に健診・検診を受けており、またこれから先1年以内にも再び受けようと思っている」と設定した。回答方法は、これら6項目の中で現在の自分の考えや行動に最も当てはまるものを1つ選択してもらう形式をとった。

3) 健診・検診受診行動に関する意思決定のバランス

Rakowski et al. (1992) をはじめとするTTMを応用したマンモグラフィ検診に関する研究 (Rakowski et al., 1996b; Rakowski et al., 1997a; Pearlman et al., 1997) や子宮頸部がん検診に関する研究 (Rakowski et al., 1997b) で用いられた尺度項目を参考に健診・検診受診行動に関する

意思決定のバランスの項目を作成した。TTMを応用した検診に関する研究では、Rakowski, et al. (1992) で用いられた意思決定のバランスを測定する項目を参考に、それぞれの研究での基準に合わせて項目数や採用する内容を研究者が吟味し用いている。その際には因子分析がなされ、同じ項目を採用していない研究においても恩恵と負担の2因子構造が確認され、妥当性および信頼性が検討されている。

本研究では特定のがん検診に限らず健診・検診受診を行動としてとらえたことから、特定の検診に関わる内容と思われる項目、たとえばマンモグラフィ検診の放射線のリスクを問うような項目は除外した。さらにそれぞれの研究で頻繁に用いられている項目を抽出した。項目の採用過程では、心理学を専門とする教員2名および大学院生3名の協力を得、ともに内容を吟味し、項目の取捨選択を行った。質問紙全体の項目数の制限も考慮し、最終的に恩恵5項目および負担5項目の計10項目を採用した。回答方法は、「1. 全くそう思わない」～「5. 非常にそう思う」の5件法を用いた。

3. 分析

まず、健診・検診受診行動の変容の6つのステージにおける分布を調べ、属性変数との関連を検討するために、変数が連続変量（年齢、主観的経済状態、主観的健康度および主観的健康不安）の場合は一元配置の分散分析、離散変量（性別、対象者自身の重篤な病気の経験の有無、対象者の家族の重篤な病気の経験の有無、就業形態）の場合はカイ2乗検定を行った。

検診・健診受診行動に関する意思決定のバランス尺度に関しては、恩恵・負担の全10項目の得点を用いて、最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。受診行動に対する恩恵得点および負担得点の平均合計得点および標準偏差を算出した後に、標準得点 (T-score) に換算し、恩恵標準得点および負担標準得点として、恩恵標準得点から負担標準得点を差し引いたものを意思決定のバランス得点として以降の分析に用いた。そして、健診・検診受診行動の変容ステージと健診・検診受診行動に関する意思決定のバランスとの関連を検討するために、恩恵標準得点、負担標準得点および意思決定のバランス得点のそれぞれを従属変数、行動の変容ステージを独立変数とする一元配置の分散分析を行った。

なお、統計解析には、SPSS 10.0Jを使用した。

結果

1. 対象者の属性

本研究の対象者の属性は、Table 1に示すとおりであった。健診・検診受診行動の変容ステージの人数分布は、

前熟考期に属する人が21名 (4.2%)、逆戻り期に属する人が47名 (9.3%)、逆戻りリスク期に属する人が53名 (10.5%)、熟考期に属する人が32名 (6.4%)、実行期に属する人が36名 (7.2%)、そして維持期に属する人が314名 (62.4%)であった。

2. 健診・検診受診行動に関する意思決定のバランス尺度の構造

健診・検診受診行動に関する意思決定のバランス尺度10項目を用いて最尤法・プロマックス回転を行った。各項目のうち、共通性が0.15に満たなかった「健診・検診を受診することで、手術をしなければならない必要性が高くなる」という負担に関する項目を除外し、再度因子分析を行った。その結果、想定通りの恩恵・負担の2因子構造が得られた (Table 2)。

健診・検診受診行動に関する意思決定のバランス尺度の内的整合性を検討するため、信頼性係数を算出したところ、恩恵因子では $\alpha = .87$ 、負担因子では $\alpha = .73$ であった。このことから、健診・検診受診行動に関する意思決定バランス尺度の2因子が高い内的整合性をもつことが確かめられた。また、因子間相関は $r = -0.25$ であった。

恩恵因子の平均 (±標準偏差) 得点は 22.42 ± 2.94 点、負担因子の平均 (±標準偏差) 得点は 10.36 ± 3.89 点であった。これらの得点を標準得点 (T-score) に変換した後、恩恵標準得点から負担標準得点を差し引いた意思決定のバランス得点を算出した結果、平均得点は 0.00 ± 12.85 となった。以降の分析には、恩恵標準得点、負担標準得点および意思決定のバランス得点を用いることとした。

3. 健診・検診受診行動の変容ステージと属性との関連

行動の変容ステージと属性との関連を検討するためにカイ2乗検定を行ったところ、性別 [$\chi^2(5) = 4.41, p = 0.49$]、本人の重篤な病気の経験 [$\chi^2(5) = 10.35, p = 0.07$]、家族の重篤な病気の経験 [$\chi^2(5) = 5.56, p = 0.35$]、就業形態 [$\chi^2(10) = 5.31, p = 0.87$] のいずれも行動の変容ステージとは関連がみられなかった。

連続変量の属性項目との関連を一元配置の分散分析で検討した結果、年齢 [$F(5,497) = 1.12, p = 0.35$]、主観的健康度 [$F(5,495) = 0.78, p = 0.56$] および主観的健康不安 [$F(5,486) = 1.44, p = 0.20$] の項目には主効果は認められなかった。また主観的経済状態には主効果がみられ [$F(5,488) = 2.45, p < 0.05$]、Tukeyの多重比較を行った結果、熟考期と維持期との間に有意差が認められた。

4. 行動の変容ステージと意思決定バランスとの関連

健診・検診受診行動の変容ステージと恩恵標準得点、負担標準得点および意思決定のバランス得点との関連を

Table 1. Demographic characteristics of participants (n=503)

Variable		
Mean age \pm SD		65.27 \pm 10.72
Gender	Male	210
	Female	293
Past experience of severe illness of participants	Yes	113
	No	379
	Missing	11
Past experience of severe illness of participants' family	Yes	175
	No	314
	Missing	11
Type of job	Employee	147
	Independent business	72
	Disemployment	275
	Missing	9
Subjective economic affluence		2.82 \pm 1.00
Subjective health		2.79 \pm 1.09
Subjective health anxiety		2.02 \pm 1.09
Stages of changes for medical check-ups	PC	21
	R	47
	RR	53
	C	32
	A	36
	M	314

PC: Precontemplation, R: Relapse, RR: Relapse risk, C: Contemplation, A: Action, M: Maintenance.

Table 2. Explanatory factor analysis results for the decisional balance scale about medical check-ups (n=503)

Items	Factor loadings
I. Pros ($\alpha=.87$)	
健診・検診を受診することは、大きな病気に発展する前の問題発見につながる	0.86
健診・検診を受診することで、自分の健康に安心感がもてる	0.84
健診・検診を受診することは、治療可能性がより高い時点での病気の発見につながる	0.82
健診・検診を定期的を受診することは、自分の健康管理につながる	0.79
健診・検診を受診することは、家族や親しい人のためになる	0.53
II. Cons ($\alpha=.73$)	
健診・検診を受診することは面倒である	0.81
健診・検診を受診する時間的な余裕がない	0.69
健診・検診を受診することはお金がかかる	0.54
健診・検診を受診することで、大きな病気が発見されることが心配だ	0.48

検討するために、分散分析を行った。その結果、恩恵標準得点、負担標準得点および意思決定のバランス得点のそれぞれにおいて主効果がみられた [順に、 $F(5,497)=9.64$, $p<0.001$; $F(5,497)=8.85$, $p<0.001$; $F(9,494)=9.64$, $p<0.05$]。その後 Tukey の多重比較を行ったところ、恩恵標準得点においては、前熟考期に属する人は逆戻りリスク期、熟考期、実行期および維持期に属する人より有意

に得点が低く、逆戻りリスク期に属する人は維持期に属する人より有意に得点が低いことが明らかになった。また負担標準得点においては、逆戻り期に属する人は逆戻りリスク期および維持期に属する人より有意に得点が高く、逆戻りリスク期に属する人は熟考期に属する人より有意に得点が低く、熟考期に属する人は維持期に属する人より有意に得点が高いことが明らかになった。意思決

Table 3. Means, standard deviations and results of ANOVA of the pros and cons scores by the stages of change for medical check-ups (n=503)

	PC (n=21)	R (n=47)	RR (n=53)	C (n=32)	A (n=36)	M (n=314)	F-value	Tukey's post-hoc comparisons
Pros								
Means	39.82	44.87	49.00	48.84	50.14	51.72	9.64***	PC<RR, C, A, M
SD	12.60	12.63	10.87	9.70	8.76	8.67		R<M
Cons								
Means	52.46	55.87	49.75	56.57	50.66	48.25	8.85***	RR, M<R, C
SD	10.80	10.80	7.52	6.14	12.54	9.86		
Decisional balance								
Means	42.28	50.74	48.75	55.41	50.79	49.74	2.86*	PC<C
SD	12.90	15.53	15.21	12.24	13.10	11.79		

*** $p < .001$, * $p < .05$.

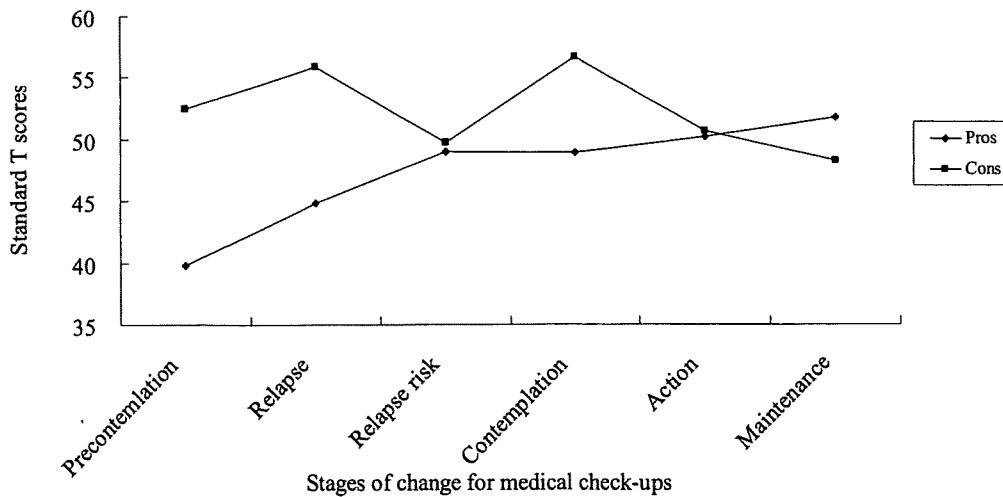


Fig. 1. Crossover point between the pros and cons of medical check-ups.

定のバランス得点においては、前熟考期に属する人は熟考期に属する人より有意に得点が低いことが明らかになった (Table 3)。

また Fig. 1 に行動の変容ステージにおける恩恵標準得点および負担標準得点をプロットしたものを表した。恩恵標準得点はステージがすすむほど高くなり、負担標準得点は逆戻りリスク期から熟考期にかけて高くなり、以降は低くなるのが明らかになった。

考 察

本研究では、調剤薬局に訪れた40歳以上の男女を対象とした分析を行うことによって、健診・検診受診行動の変容についてTTMを適用して、健診・検診受診行動の変容ステージにおける分布を明らかにし、健診・検診受診

行動の変容ステージと健診・検診受診行動に関する意思決定のバランスとの関連を明らかにすることを目的とした。

まず健診・検診を定期的に受診している人が約6割にのぼり、この1年間に受診した人は約8割にもものぼることが明らかになった。厚生労働省(2004)の調査では過去1年間の健診や人間ドックを受診した対象者は全体の6割である。本研究で割合が高かった理由として、一般的な健診だけでなく、がん検診や人間ドック等を含めた受診状況をたずねたことが考えられる。さらに主観的経済状態と行動の変容ステージと関連があることは、定期的ながん検診を受診している人は経済的な地位が高いことを明らかにした森尾他(1990)の調査結果と一致し、経済状態を考慮した健診・検診の受診体制の整備、アプローチなど制度面での改善が望まれる。

健診・検診受診行動の変容ステージと健診・検診受診行動に関する恩恵の評価、負担の評価との関連を検討した結果、逆戻りリスク期以外に関しては、有意差がみられなかったところはあるものの、受診行動の変容ステージが高い対象者ほど恩恵の評価が高くなる一方で、負担の評価が低くなるということが明らかになり、このことは、一連の先行研究 (Rakowski et al., 1996b; Rakowski et al., 1997a; Chamot et al., 2001) を一部支持する結果となった。よって、健診・検診受診を促進させるためのアプローチを実施するときに、恩恵や負担に働きかけることが一部有効である可能性が示唆された。一方で逆戻りリスク期に属する人は、恩恵の評価に関しては先行研究と同様の結果となったが、負担の評価に関しては熟考期に属する人よりも低く、実行期や熟考期に属する人と同程度であるという先行研究とは異なる結果となり、今後さらに検討が必要であると考えられる。このことに関しては、本研究で負担の項目として採用した項目のうち、時間的な余裕がない、面倒である、お金がかかるといった個人における制約を尋ねる項目が多く、病気に関する心配に関する項目が1項目しか存在していなかったことが一因として考えられた。よって、今後は負担の項目を再度検討することも必要であるかもしれない。また、行動変容のステージの質問項目に関しても検討が必要である。たとえば、前熟考期や逆戻り期に関しては、健康診査の受診を従業員に義務づけている職場での就業経験の有無で偏りが生じる可能性をもった質問項目であると考えられる。今回は就業経験の有無を尋ねていないので検討はできないが、変容ステージに関して更なる検討が必要であると考えられる。

最後に、本研究の限界をいくつかあげることとする。一点目として、本研究は横断的研究であることから、健診・検診受診行動の変容ステージと健診・検診受診行動に関する意思決定のバランスとの間の因果関係までは言及することができない点である。この点に関しては縦断的研究の実施が望まれる。二点目として、調剤薬局を訪れた人を対象として調査を行ったことがあげられる。本研究は簡便で比較的大規模なサンプリングを実現し、受診行動をテーマとした内容の調査自体に対する感度が比較的高いと考えられる調査実施場所として、内容に即した配布場所である薬局を選択した。さらに全国規模の薬局の団体を利用したため、地域性という点では、全国規模のサンプリングが可能になったと考える。しかしながら、平均年齢が65歳以上であることや回収率、すでに何らかの受診行動をしている可能性などを考慮すると対象者に偏りもあると考えられる。今後は調査を実施する集団の選定にさらなる検討が望まれる。三点目として、健診と検診をひとまとめとしたことがあげられる。健診にも職場の健診や地域の健診がある。また検診にも様々な

種類があり、それぞれ対象者や受診行動・意識も異なってくると考えられる。今後は、各健診・検診(たとえば大腸がん検診・マンモグラフィ検診など)に焦点をしばって検討することでそれぞれの受診行動を明らかにすることが望まれる。

本研究は健診・検診においてTTMの枠組みをわが国で初めて検討したものであり、結果が一部示唆されたことは今後の検討において意義があると考えられる。効果的な介入アプローチを具体的に考えるためにTTMに注目し、本研究で示された課題や限界をふまえて検討を重ねていくことが期待される。

謝 辞

本研究を行うにあたり、平成18年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(B)「高齢者のQOL支援のための認知・行動的要因に関する研究」の助成を受けました。また調査を実施するにあたり、狭間研至先生をはじめとする有限責任中間法人薬剤師あゆみの会の各役員の方々のご協力を賜りました。さらに大阪大学人間科学研究科の藤田綾子教授、島根大学法文学部の増本康平先生、日本学術振興会・大阪大学医学系研究科の塩崎麻里子先生には多くのご指導・ご鞭撻をいただきました。記してここに感謝の意を表します。

文 献

- 1) Janis LL, Mann L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. New York: Collier Macmillan, 1977.
- 2) 厚生労働省. 平成16年国民生活基礎調査の概況, 2004a.
- 3) 厚生労働省. 平成16年度地域保健・老人保健事業報告の概況, 2004b.
- 4) 三薺 雄, 岸 玲子, 江口照子, 他. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 92-104.
- 5) 森尾真介, 岡本直幸, 田中利彦, 他. 地域住民のがん検診参加に関する研究—がん検診未受診者の特性—. 日本公衆衛生雑誌 1990; 37: 559-568.
- 6) 中村正和. 日常生活習慣と健康教育. 保健の科学 2000; 42: 530-535.
- 7) Pearlman DN, Rakowski W, Clark MA, et al. Why do women's attitudes toward mammography change over time? Implications for physician-patient communication. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; 6: 451-457.
- 8) Prochaska JO, DiClemente CC. Stage and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
- 9) Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. Stage of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 3: 39-46.
- 10) Rakowski W, Andersen MR, Stoddard AM, et al. Confirmatory

- analysis of opinions regarding the pros and cons of mammography. *Health Psychol* 1997a; 16: 433-441.
- 11) Rakowski W, Clark MA, Pearlman DN, et al. Integrating pros and cons for mammography and pap testing: extending the construct of decisional balance to two behaviors. *Prev Med* 1997b; 26: 664-673.
 - 12) Rakowski W, Dube CA, Goldstein MG. Considerations for extending the Transtheoretical Model of behavior change to screening mammography. *Health Educ Res* 1996a; 11: 77-96.
 - 13) Rakowski W, Dube CE, Marcus BH, et al. Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychol* 1992; 11: 111-118.
 - 14) Rakowski W, Ehrich B, Dubé CE, et al. Screening mammography and constructs from the transtheoretical model: associations using two definitions of the stages-of-adoption. *Ann Behav Med* 1996b; 18: 91-100.
 - 15) Rakowski W, Fulton JP, Feldman JP. Women's decision making about mammography: a replication of the relationship between stages of adoption and decisional balance. *Health Psychol* 1993; 12: 209-214.
 - 16) Spencer L, Pagell F, Adams T. Applying the transtheoretical model to cancer screening behavior. *Am J Health Behav* 2005; 29: 36-56.



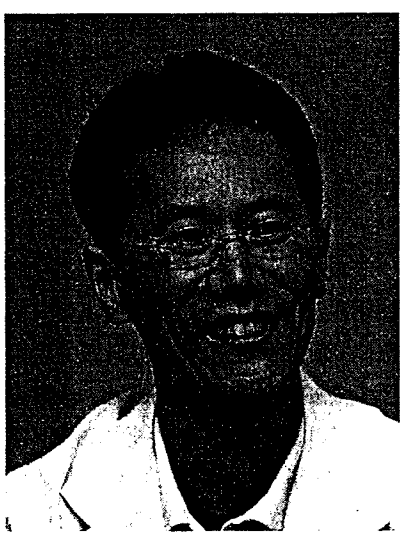
緩和・支持治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み

社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院 (874床：静岡県浜松市)

屋上にヘリポートがあるのが聖隷三方原病院。当地域は、聖隷クリストファー大学、聖隷おおぞら療育センター(重症心身障害児者施設)、浜名湖エデンの園(老人ホーム)、三方原ベテルホーム(介護老人保健施設)など、聖隷福祉事業団の保健・医療・福祉の一大拠点となっている。

緩和ケアチームは 口腔ケアとリハビリが加わる 総合的な体制

聖隷三方原病院はキリスト教精神



Morita Tatsuya

森田 達也 先生 緩和・支持治療科 部長

1992年京都大学医学部卒業。同年聖隷三方原病院研修医。1994年同ホスピス医員。2002年同ホスピス医長。2003年同緩和ケアチーム医長(兼任)。2005年同緩和・支持治療科部長。同年名古屋市立大学非常勤講師、聖隷クリストファー看護大学大学院非常勤講師。2006年京都大学医学部臨床准教授。がん患者の支持治療、緩和・支持治療に関する数多くの厚生科学研究に参加。

Editorial board of: Journal of Pain and Symptom Management, Journal of Palliative Care, Palliative Medicine, Palliative and Supportive Care, 緩和ケア, 緩和医療学

Editor: Japanese Journal of Clinical Oncology

に基づく隣人愛を基本理念に、1942年の開院以来、地域に根差した住民に信頼される病院づくりを進めてきた。1981年には国内初のホスピス病棟「聖隷ホスピス」を開設して終末期医療分野のさきがけとなり、現在その地位は不動のものとなっている。

近年の早期緩和ケアに対するニーズの高まりから、2003年に患者とその家族のQOL向上も視野に入れた緩和・支持治療科を開設。標榜科について部長の森田達也先生は、「欧米で使われている palliative and supportive careは、痛みや不快な症状を和らげることだけでなく、治療の下支えとなる栄養療法や心理療法なども含めた緩和医療を示します。それを治療として取り組んでいきたいと考え、緩和・支持治療科と命名しました」と思い入れを話す。

同院の緩和ケアチームの構成は、

専任が緩和・支持治療科の森田先生と緩和ケア認定看護師の1名で、兼任がホスピス所属の医師1名と精神科医2名、麻酔科医1名、看護師2名、薬剤師3名の合計9名。これに口腔チーム、リハビリテーション部らが加わる。他院と比べ非常に充実した体制で、チーム内の連携についても緩和ケアを熟知したベテランスタッフが多くスムーズだという。特に口腔チームは患者からのニーズが高く、歯科医と歯科衛生士が併診する体制をとっている。

緩和ケアチームの構造には2つの種類がある。緩和治療専門医と看護師をコアに、麻酔科医や精神科医らが支える総合病院向きのチームと、看護師をリエゾン役とし、麻酔科医や精神科医、内科医が協働する専門病院向きのチームである(図1)。同院では総合病院の強みを生かし、緩和ケアチームが効率的に活動できる



緩和・支持治療科ならびに緩和ケア普及のための地域プロジェクトのスタッフ

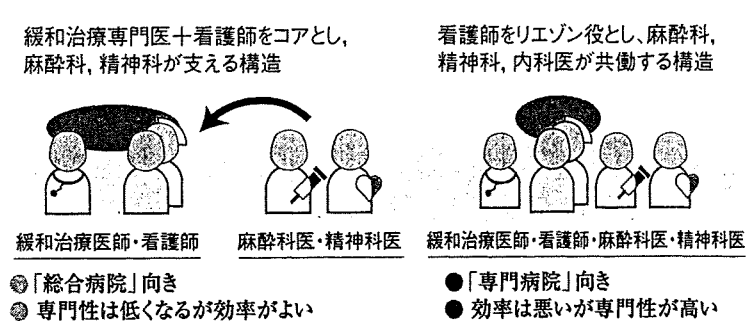


図1 緩和ケアチームの構造

前者の体制を採用した。

また、緩和ケアチーム内の多職種連携だけでなく、主治医や病棟看護師らと緩和ケアチームとの連携も円滑に行われている。国内で初めてホスピスを開設した同院ならではの緩和医療に親和性のある環境が、緩和ケアチームの活動を活発なものにしている。

特に神経ブロックによる疼痛治療では、緩和支持治療科が主にその必要性を判断し、患者からの同意書の取得と処置後の調整まで行う。麻酔科は処置を行うことに専念できるため、迅速な疼痛管理が可能になった。森田先生は「麻酔科との間で、週1回、合同カンファレンスを開き、難治性疼痛に関して症例検討を行っているからこそ、信頼しあえる」と、他科連携の重要性を説く。

症状緩和の専門家として どれだけ緩和技術の「引き出し」 を多く持つことができるか

緩和ケアチームの機能が、より一層発揮できるようにするにはどうしたらよいのだろうか。これについて森田先生は、「主治医や病棟看護師が持っていない知識とスキルを身につけること。それに加えてコミュニケーション

が大切なポイントです」と強調する。

たとえば主治医から、「…の疼痛で、オキシコドン40mg、エトドラク錠2Tで鎮痛は少しできてきましたが、まだ痛みが強く眠気があります。方法はありますか」と相談を受けたとする。このとき、「フェンタニル貼付剤を加えてみてはどうですか」というようなシンプルなオプション提示だけでは不十分だという。

「眠気の原因として高カルシウム血症がスクリーニングされていないので、次回の採血時に除外してください。CNSの情報は3カ月前のCTではネガティブですが、今回の対応でも眠気が続く場合は、一度見ておいたほうがいいと思います」と、前提となる診察情報をレビューした上で、「身体的に眠気をきたす要因がないことが確認できたら、鎮痛治療薬として次のような選択があります」と、具体的な選択肢を示す。

- ①NSAIDsを強化(エトドラク錠2T→4T, ロキソプロフェン3T, ジクロフェナクナトリウムSR2C)
- ②エトドラク錠にアセトアミノフェン15~20gを追加
- ③オキシコドン40mgをフェンタニルパッチMT4.2mgに変更した後、眠気のない範囲で4.2mg→6.3mg→

8.4mgと増量

- ④オキシコドンのまま、あるいはフェンタニルパッチにペモリンを併用。投与量は0.5T頓用で開始し1日2Tまでとする。10%で不眠・不安・不穏、1%以下で重篤な肝障害のリスクがある。

コンサルト結果を「…してください」と言うのではなく、「①, ②, ③…の選択肢があり、その順で推奨します」と複数の適切な選択肢を提示する。このようなオプション提示のできる緩和ケアチームは、症状緩和に悩む主治医にとっては心強い存在だろう。多くの症例を扱って経験を蓄積することで主治医にはない知識とスキルをもつことができる。複数の選択肢を提示して専門家として応えることが緩和ケアチームの信頼感につながるのだ。貴重な知識とスキルの一部は整理・マニュアル化され、同院のホームページ上で閲覧可能である(図2)。

また、もうひとつの方法としては、主治医に慣れている方法をあげてもらい、緩和ケアチームがその方法の工夫を提示する方法もある。治療全体のイニシアチブは主治医にあり、主治医の治療法を尊重しながら最適な結果を出すことが求められるケースもあるからだ。森田先生は「主治医チームを支えるのが緩和ケアチームです。知識とスキルに加え、主治医チームからの信頼を得るコミュニケーション能力も求められます」と繰り返しアピールする。

また、緩和ケアチームは外部から見て1つの集団であることも肝要で、主治医が緩和ケアチームの誰にたずねても同じ内容を伝えられることが、信頼の秘訣だという。

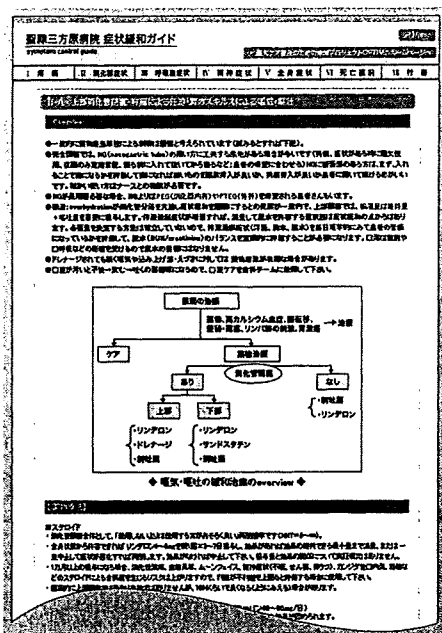


図2 聖隷三方原病院の症状緩和ガイド

聖隷三方原病院では豊富な臨床経験をもとに独自の緩和治療マニュアルを作成している。疼痛、消化器症状などの標準的、具体的な緩和治療内容がわかりやすくまとめられており、同院ホームページで誰でも閲覧することができる。医師向けの治療マニュアルのほかに看護師向けの教育資料や患者向けパンフレットもある。

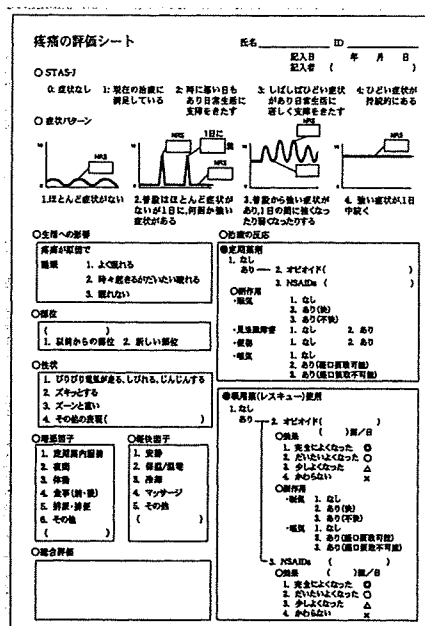


図3 疼痛の評価シート

伝えにくい痛みを可視化することで、痛みの状態を的確に表現して共有化することができる。

緩和ケアを依頼したら なにが行われるかを可視化する

同院のホスピス病床は27床で稼働率は90%以上。入院までの待機期間は平均1カ月となっている。また、入院予約のためのホスピス外来と、主治医が併診する緩和ケア外来をそれぞれ週1回開いている。このほか全病床と全外来を対象に、主治医の求めに応じてオンデマンドで緩和ケアチームが稼働する。「最近では外来化学療法を行う腫瘍センターで点滴を受けている1,2時間の間に緩和ケアチームの看護師がサポートを行うことが多くなっています」(森田先生)。年間の緩和ケア症例は200例を超えている。

同院の緩和ケアチームは他院と比べて充実したマンパワーがあるが、

それでも増加する一方の患者に対応するには十分とはいえないという。そこで、森田先生らは、見えにくい痛みを客観的に評価するためのマニュアル「疼痛の評価シート」を作成し、系統的な症状評価を行っている(図3)。ポイントはベース鎮痛が悪いのか、突発痛がコントロールできていないのかが、一目でわかるようになっている点で、このシートと初診評価表を用いることで、緩和ケアが行うことが可視化された。

同様に患者に対しても、どういうときになにができるかを具体的に記載したパンフレットや、受診ニーズを把握するための質問票を用意している。さらに、電子カルテを利用した症状測定ツールも導入し、入院中の患者の苦痛を迅速にスクリーニングすることで、的確な緩和ケアの施行に努めて

いる。

ホスピスは全室が個室で 家族室も無料で使用できる

同院のホスピスに入院している患者は在宅を望まないケースも多い。その理由は高齢社会の進展により、独居高齢者や夫婦ともに高齢者である老老介護が増加していることから施設入所のニーズが高まっている点がある。

また、全室個室にも関わらず差額ベッド代は無料で、さらに家族のために用意した家族室も無料で利用できることもあげられる。

ホスピスは最期の時を迎える場という認識が一般に広まっているが、森田先生はこうした認識を変えていきたいという。このため昨年

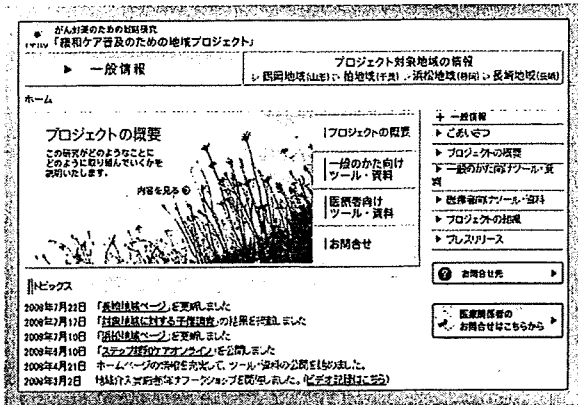


図4 がん対策のための基本戦略「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 <http://gankanwa.jp/index.html>.

地域全体で緩和ケアの提供体制を整え、全国どこでも専門家による均一レベルの緩和ケアが受けられる地域づくりを目的として、鶴岡地域（山形県）、柏地域（千葉県）、浜松地域（静岡県）、長崎地域（長崎県）の4地域で地域モデルを作成して全国に普及させようとする取り組み。ホームページには、普及啓発のための医療関係者向け教育ムービーや各種の評価ツールなどが開発、保存されており、患者向け資料も充実している。

（平成19年度厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略事業）

床のうち2床は、予約枠とは別に1～2週間以内に地域からショートステイに使えるベッドにした。在宅で疲れた患者に利用してもらうことを目的とし、このショートステイをさらに活用していきたいという。

難治性症状を改善する ブレイクスルーに期待

症状緩和における漢方薬については、西洋医学的な治療で限界がある場合、漢方薬がこれを補完できる領域があり、治療の選択肢の1つとして知っておくべき治療法だといえる。

同院では症状緩和に使用する漢方薬について、患者向けの説明資料で、効果が強くないものの副作用が少ない薬剤として、食事があまり取れないときに六君子湯（TJ-43）や十全大補湯（TJ-48）を、また痛みやしびれが強いときには牛車腎気丸（TJ-107）を紹介している。森田先

生は、「特に消化器症状に対する大建中湯（TJ-100）や六君子湯の効果に期待を寄せています（表）」と述べたが、経口投与が困難な患者には剤形として使いにくい点もあるという。

森田先生は、まだ国内で緩和ケアが認知されていない医学部在籍時に緩和治療医を志した。「一隅を照らす」という言葉があります

が、当時はまったく目を向けられていなかったターミナルケアに光を当てたいと思ってこの道に入りました。しかし、今ではむしろ緩和ケアにスポットライトが当たるようになってきましたので、機会があれば高齢者など光の当てられていない社会的弱者の終末期医療に取り組んでみたいと思っています」と話す。

今後の課題としては、倦怠感や腹部膨満感などの難治性症状を改

善する新しい治療法の開発をあげている。森田先生は「これまで使用していた薬剤が使えなくなったため、この領域のブレイクスルーが必要です」と訴える。また、緩和ケアコンサルテーションができる医師や看護師を育成する教育システムも構築したい考えだ。

なお、日本緩和医療学会では、今年から暫定指導医を認定し、研修施設で緩和医療専門医の養成を行っている。数年以内には国内初の緩和医療専門医が登場することになる。

教育システムについて森田先生は、「日常診療が忙しく、日本では緩和ケアを勉強する時間が限られているのが現状です。しかし、緩和ケアの将来を考えれば、教育システムは不可欠です」と語気を強める。森田先生が戦略研究リーダー補佐として主導する「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」では、緩和ケアの標準化などに資する調査研究がスタートしている（図4）。

森田先生は日陰に追いやられているような弱い立場にいる人たちに、常に温かい視線を送り続けている。

表 症状緩和に対応する漢方方剤

疼痛・冷え・しびれ	芍薬甘草湯（TJ-68）、桂枝加朮附湯（TJ-18）、牛車腎気丸（TJ-107）
全身倦怠感	補中益気湯（TJ-41）、十全大補湯（TJ-48）、人参養栄湯（TJ-108）
便秘	大建中湯（TJ-100）、桂枝加芍薬大黄湯（TJ-134）、麻子仁丸（TJ-126）
嘔気・嘔吐・食欲不振	六君子湯（TJ-43）
口内炎・口渇	白虎加人参湯（TJ-34）
去痰・咳嗽	小青竜湯（TJ-19）、柴朴湯（TJ-96）、麦門冬湯（TJ-29）、清肺湯（TJ-90）
皮膚痒感	温清飲（TJ-57）、黄连解毒湯（TJ-15）、当归飲子（TJ-86）

（森田 達也）



スピリチュアルケアの潮流—研究・思想とケアをつなぐ

スピリチュアルケアガイドの作成 —プロジェクトの背景—

Background of Developing a Spiritual Care Guide

森田 達也*

Tatsuya Morita

Key words : スピリチュアルケア, スピリチュアリティ, 緩和ケア

● 緩和ケア 19 : 16-21, 2009 ●

はじめに

「スピリチュアルケア」…どう取り組んでいいかわからないテーマである。わが国において進められているスピリチュアルケアの研究については他に紹介論文があるため、本稿では、筆者が「スピリチュアルケアの研究」として何に取り組んできたか「舞台裏」を記載したい。

スピリチュアリティの 研究についての背景

① エビデンス-臨床ギャップ

最初に少しかけはなれたように聞こえるテーマから話を始めたい。「エビデンス-臨床ギャップ」という言葉をご存知だろうか。これは、研究で「～が有効である」といくら分かったところで、実際の患者さんには現実に適用されなかったり、どう適用していいのかわからなかったりする現象を含んでいる¹⁾。たとえば、「モルヒネは鎮痛に有効である」ことが分かっても、実際に、それが

患者さんに還元されるためには、患者が医師に症状を訴えること、医師がモルヒネを処方すること、処方されたモルヒネを調剤できる薬局があること、処方した後に説明したり副作用やレスキューの使い方をモニタリングする薬剤師や看護師がいること、患者が自分で薬剤を管理できない場合は家族が管理できること…、などなど多くのことが必要である。

「臨床研究」というものは状況を非常に単純化するので、実際の複雑な現場にその知見を導入することが困難なことがある。緩和ケアにおいては、1つひとつのエビデンスと呼ばれる「介入とその効果」の治験を蓄積することと少なくとも同じように、「それをどうやったら現場に応用できるのか」、あるいは「現場に応用できる方法でないと意味がない」と感じていた²⁾。

② 理論と実践の解離

同様のことは、「理論と実践の解離」にも当てはまる。「スピリチュアルケアの研究」というと、

*聖隷三方原病院 緩和支援診療科 : Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原3453) 0917-0359/08/〒400/論文/JCLS

話の始まりはたいい、「スピリチュアリティとは何か?」「スピリチュアルケアは精神的ケアとはどう違うのか?」のような抽象的な議論になることが多い。それはとても意味がある本質的なことだろうと思うが、その議論を重ねて重ねたその先に、はたして、「今」「ここで」、苦しんでいる患者さんに「あ～よかったです」と言ってもらえるものがあるのだろうか、という疑問が蓄積していった。折しも、偶然見かけた論文に、「どのような理論を背景とした精神療法であっても患者にとっての効果は同じ」という文を見かけたことも、その気持ちを強めた(その後、このテーマがどうなったのか把握していませんのでご容赦ください)。

どの理論が正しいか…精神分析や精神療法ですら50年を費やして一致した理論に到達しないと思われるのに、ましてや、人生観や価値観が強く影響するスピリチュアリティで「理論」が統一されるとは思えない。話せば話すほど、そう思えない。しかし、「理論の確からしさ」を議論している間に、患者さんにはなんら還元されずに苦しいまま亡くなってってしまう…。だから、「理論が正しいかどうか」はいったんおいて、まず「みんなが少しずつは違っても『許せる』理論」にいったんしたがって、それが、「患者さんに役に立つかどうか」「(正しそうかどうか)ではなく」を軸にして考えた方がよくはないのか…と思うようになった。

③ スピリチュアルケアの前に必要なことはしているのか…の疑念

一方、医師として緩和ケアを行う中で、「こんな迷惑かけちゃうのはつらいや」「自分で自分のことできなくなつてつらい」という声を聞き続ける。そうすると、はたして、「スピリチュアルケアとは何か?」という根本的で、しかも、真実が1つとは限らない命題に取り組む「前に」すべきことが山のようにあるのではないか、という気持ちが強くなってきた。

たとえば、ある患者さんが、「みんなに迷惑か

けてしまうから、夜はおトイレいつも我慢してるの」と言う…。つらい一言である。でも、「Aさんの時は、気持ちよく呼べるの。だって、他のみんなは忙しそうに『はーはー』してくるんだけど、Aさんはゆっくり来てくれるの。それに、来た時に、いつも、『何かついでにしていましょうか』って声をかけてくれるの」と患者さんがおっしゃる。

たとえば、人工肛門をつけたばかりの患者さんが、「これでにおいが出るから、みんなに迷惑かけちゃって…つらい…」と大部屋でしくしくと泣かれている。その話をしているまさにその時間に、同じ部屋の患者さんのところに看護師さんが来て、「あ～Bさん、ここがはがれているから周り貼っておきましょう」と言って、他の患者さんのストーマを少しいじる。その時に便の臭気がまさにながれてきて、「ほらね、こんなの…」という顔をされる…。看護師に悪気はないだろう、その患者さんにしてみると、「手際よくやってくれる良い看護師さん」だ。しかし、この方にとっては、その行為がつらさを増やしてしまう…。

趣旨は伝わるだろうか。なんというか、「スピリチュアルペイン」とおそらく皆が思う「かなり前の段階の工夫や気配り」をもっとしっかり行い、それでもつらい時にこそ「生きている意味や価値の喪失とは何か?」「苦しさの意味とは何か?」というところにたどり着くのではないだろうか?もし、その工夫や気配りを不十分にしかしていないのに、「それは生きている意味への問いだ、スピリチュアルペインだ」…というのは何が違うのではないだろうか。

集学的な鎮痛手段で緩和できる痛みであるにもかかわらず、痛みがとれないから「これなら生きていてもしかたがない」…「スピリチュアルペインだ」、実はうつ病で薬物治療が有効であるにもかかわらず「何をしても楽しくない、何を食べても砂をかむようで味がしない、生きていてもしかたない」…「スピリチュアルペインだ」…。これらも同じではないだろうか。われわれは、なんでもかんでも「スピリチュアルペイン」という言葉

に逃げ込んではいないだろうか、緩和ケアのプロとして、まず果たさなければならぬ症状マネジメントやケアをしっかりと行っているのだろうか…、と日々強く思っている。

④ Chochinov の dignity therapy についての私見

Chochinov の dignity therapy がわが国に紹介され、その一部が誤解をともなって理解されているように筆者には思える。Chochinov のもとの dignity-conserving care の論文をしっかりと読んでいただきたいのだが³⁾、彼は、尊厳を保つためのいろいろな「日常の工夫」とともに dignity therapy を紹介している。

診察の時に身体が見えないようにかくすこと、毎日、病気のことばかりではなく普通の生活が送れるように配慮することなど dignity therapy は、尊厳を維持するための「1つの方法」であり、その主たる関心は「世代継承性」(generativity)に向けられている。分かりやすくいえば、「自分が死ぬ前に何かを残しておきたい」「自分が無になるとしても、死んでも何か自分の一部が残ることを確認したい」「何かを次の世代に伝えたい」ということを重要と考える患者さんに対して向けられるものである。だから、「負担感」や「死を考えずに最期を迎えたい」と思っている患者さんにとって、dignity therapy はそもそも適応とならず、ましてや「dignity therapy」=「スピリチュアルケア」ではない。

にもかかわらず、Chochinov が、dignity-conserving care で提唱したケアの「工夫」が包括的であり、実践に即していたことは筆者の考えの方向は大きく間違っていないのではないかと、いう気持ちをもたせた。また、最近目にした論文のまとめには以下のように記載されている。「Most of the interventions targeting existential concerns were psychological. There is a gap in the knowledge regarding how patients' existential well-being may be supported by health care professionals in everyday practice. Interventions

that may be implemented in daily clinical practice need to be designed. (現在のスピリチュアルペインを対象とした介入はほとんどが精神療法的なものである。しかし、これは、スピリチュアルペインが毎日毎日の医療者との関係や対応で強められたり、やわらげられたりするということわたしたちの常識とにギャップがある。今後、介入は毎日毎日の臨床の中で再現できるものを研究するべきである)」。

⑤ スピリチュアリティの研究についての自分の背景の小括

以上のように、スピリチュアルペインの研究を考えた時に、①臨床現場で可能なものにした、②理論的に合っているのかどうかよりも患者さんに役に立つのかどうかを軸にした、③「本当のスピリチュアルペイン」ではないかもしれないけれどもその前にできる工夫を一生懸命できるものをしたい、ということが筆者の軸足になった。そのうえで、第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発に関する研究」班の分担班員として、多様な職種から構成される Japan Spiritual Care Task Force を組織し、研究を進めることとした。

Japan Spiritual Care Task Force の活動

①「望ましい最期」を明らかにする

緩和ケア研究は、苦痛を研究するので「何か苦しいこと」を研究しようと思いがちである。しかし、ふと世の中をみると、「苦しいことを減らす」という視点よりも、「望ましいことは何で、それはどうしたら達成できるのか」を考える方がより豊富な知恵を得ることができるのではないかと、という議論がいろいろな領域で起きてきていた⁴⁾。そこで、われわれのグループでは、まず「日本人にとっての望ましい状態」を探った⁵⁾。

4 都県の地域住民 5,000 人、緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族 800 人を対象に、終末期の QOL の構成概念（「望ましい最期」）を探索する

全国規模の調査が行われた。地域住民 2,548 人、遺族 513 人の回答の分析結果から、日本人の多くが共通して重要とする概念は、「身体的、心理的な苦痛がないこと」「望んだ場所で過ごすこと」「医療スタッフとの良好な関係」「希望を持って生きること」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「自立していること」「落ち着いた環境で過ごすこと」「人として尊重されること」「人生をまっとうしたと感じられること」であった。

個人によって重要とする程度が異なる概念は、「自然なかたちで亡くなること」「他人に感謝し心の準備ができること」「役割を果たせること」「死を意識しないで過ごすこと」「納得するまでがんと闘うこと」「自尊心を保つこと」「残された時間を知り、準備をすること」「信仰を持つこと」であった。

② 苦しいこと（スピリチュアルペイン）は望ましいことの表裏？

グッドデス研究であきらかになった「望ましいこと」は、これまでに、スピリチュアルペインとして挙げられる苦悩のカテゴリの表裏であるように見える⁶⁾。「迷惑をかけてつらい」というスピリチュアルペインは、「他者の負担にならないこと」という望ましい状態が達成されていない状態であるように思われる。この結論は強引すぎるかもしれないし、よく考えればそうでもないことが多く含まれていると思われる。しかし、筆者は、緻密な理論の展開よりも、まず、患者に役に立ちそうな臨床プログラムをつくり、検証が早くできることを優先した。

③ プログラムの基盤となる理論を仮に決める

ここまでの段階を行った時点で、緩和ケア領域では「村田理論」がブームであった。村田理論は、スピリチュアルペインを自律性、関係性、時間性の 3 つの切り口から理解しようとするものであり、それまでスピリチュアルペインについて「難

しそう」で敬遠していた医療者、特に看護師をひきつけたと思われる。村田理論と、望ましい最期、実証研究で抽出されている「スピリチュアルペイン」を結びつけることも厳密に検討しなくていいのならば、難しくなかった。これももちろん、詳細に検討すれば、違いや解釈の違いはあるだろう。しかし、そこにとらわれることは患者に大きな利益を生み出さないと筆者は考えた。「何かさっぱりするかんきつ類が食べたい」時に、みかんにするか、グレープフルーツにするか、夏みかんにするか、デコポンにするか、もちろん好みもあるし、それを選ぶ理由はそれぞれにあるだろう。しかし、「かんきつ類を食べたい」という気持ちに早く応える方が、「どの果物を持っていくか」より重要なのではないか、と考えた。

そこで、Japan Spiritual Care Task Force では、「スピリチュアルペインはいったん〇〇と決めよう、それでやっていって違ってきたら見直していけばいい」というスタンスをとった。そして、スピリチュアルペインの定義を仮に提示し、これに沿って研究を進めることにした⁷⁾。

先日、日本緩和医療学会で、筆者、河正子氏、田村恵子氏、村田久行氏で話し合った時に、筆者が「ところで、ここにいるメンバーもスピリチュアルペインっていったら考えが違うと思いますけど、同じにした方がやっぱりいいんでしょうか？」と聞いた時、田村氏がきっぱりとこう言われた。「先生、そんな、同じ考えになるなんて気持ち悪いこと言わなくても、患者さんのケアはできます」。さらに筆者が「こういうのってスピリチュアルペインじゃない、自分のたましいがふるえるくらいじゃないと、という考えがあると思いますけど、どうなんでしょうか？」と聞くと、村田氏が「そうじゃなくても、ケアはできる」と言われた。

「ああ、そうなんだ、ここにいる人たちが微妙に考えがみんな違うのにやってこれたのは、“目の前にいる苦しい人に何をすれば役に立ちそうなのか”を考えるから、おれないのか」と思った。

④ 研究の進捗状況

研究は進行中であり、まだまだ先は長い、ある程度のかたちがみえてきている。最終的に、①評価法、②ケアの收拾、③看護師へのトレーニング方法、をパッケージとして公開する予定である。

1. 評価法

看護師による評価法の実施可能性、有用性をあきらかにする目的で、ホスピス・緩和ケア病棟15施設が参加し、1施設あたり20名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ールに従って入院時～約2週間の間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行い、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。

2. ケアの收拾

患者にとって「良かったな～」と言ってもらえるケアを收拾するために、多彩な方法を企画した。主になるのは、100名の患者を対象としたインタビュー調査の質的分析、遺族を対象とした質問紙調査とインタビュー調査、緩和ケア医療者を対象としたインタビュー調査である。

1) 患者調査

多施設の外来、入院している進行がん患者100名を対象として、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。インタビューが終了し、現在、解析中である。

2) 遺族調査

全国のホスピス・緩和ケア病棟入院患者がん患者遺族のうち無作為抽出されたそれぞれ500名を対象に、「希望を持って生きること」「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尋ねる質問紙調査が実施された。現在、解析中である。

「他者の負担にならないこと」については、さらに詳しく役に立つケアを收拾するために、インタビューを30名程度に進めている。

3) 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名を対象に、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尋ねる面接調査を実施した。45名の調査が終了した（医師12名、看護師14名、MSW2名、臨床心理士2名、音楽療法士2名、作業療法士1名、仏教系宗教職6名、キリスト教系宗教職6名）。現在、逐語録の分析中である。

これらの分析が終了後、これまでに行われた系統的レビューの結果や、社会学、文化人類学、宗教学の知見と合わせて、ケアの提示をしたいと考えている⁸⁾。

3. 看護師の教育

患者に直接関わることの多い看護師を対象に、精神的苦悩のケア/スピリチュアルケア実践を可能にする教育プログラムの評価研究を行った^{9,10)}。1施設での単一介入者によるwaiting listを用いた無作為比較試験において、教育介入により、自信、Self-Reported Practice scale、無力感(helplessness)、燃え尽きなどが有意に改善した。今後、できれば、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行う予定である。

⑤ 当面の目標と、その先にあるもの

以上の成果をもとに2009年を目処に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。

問題は、この先であり、これが世の中に開かれた後に、「それがどうやって患者に有効か?」「何か良いことに貢献したかどうか?」「臨床で運用可能なのか?」を評価しながら改善しなければならない。対象となる患者の脆弱性や、個別性が強く集団を対象とした臨床研究には向かないと考えられることから、おそらく、研究としては、実践研究手段をとることが望ましいと現時点では考えている²⁾。まず、ガイドを世の中に問う、そうして、それが役に立っているかを確認し、改善する、