

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。

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、体系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 家族室も無料で利用できる

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。このため昨年から27

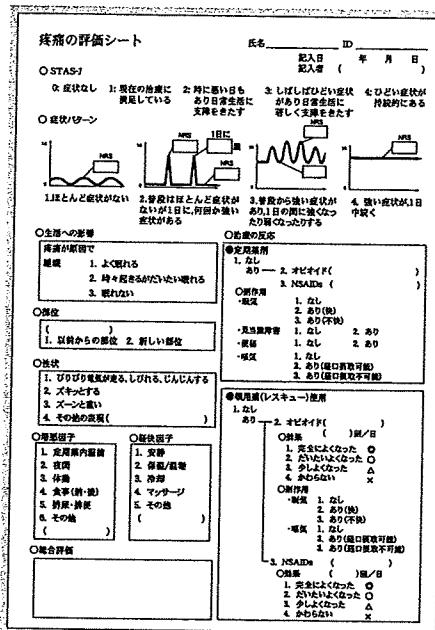


図3 疼痛の評価シート

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。

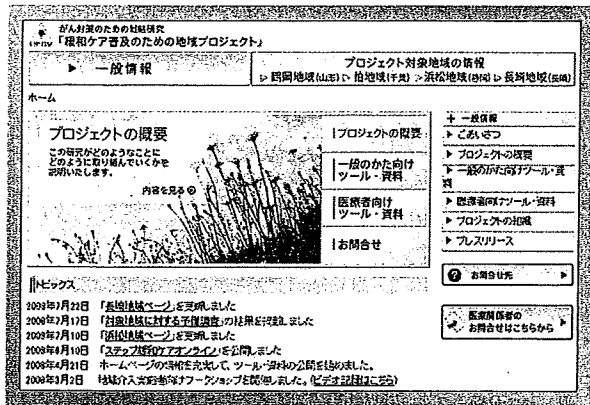


図4 がん対策のための基本戦略「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 <http://gankanwa.jp/index.html>.

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た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)、桂枝加芍薬大黃湯(TJ-134)、麻子仁丸(TJ-126)
嘔気・嘔吐・食欲不振	六君子湯(TJ-43)
回内炎・回湯	白虎加入参湯(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)
皮膚瘙癢感	温清飲(TJ-57)、黄连解毒湯(TJ-15)、当帰飲子(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

最初に少しかげ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

話の始まりはたいてい、「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行ってしまふ…。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。その時に便の臭気は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?」「苦しみの意味とは何か?」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」…というのは何か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ない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い、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い、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、ふと世の中をみても、「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ってしまうんですけど、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、ぶれないのか」と思った。

④ 研究の進捗状況

研究は進行中であり、まだまだ先は長いが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⁹⁾。

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を用いた無作為化比較試験において、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、

という「絵」を描いている。

おわりに

スピリチュアルケア…という言葉は初めて聞き、これがそうなのか、本当にそうなのか、身体症状のコントロールが不十分ではないのか、うつ病は除外されているのか、毎日毎日のケアの中でできる工夫はすべてしているのか、そうだったとしたら、この「スピリチュアルペイン」に苦しんでいる人に、はたしてぼくは何ができるのだろうか…。筆者にとってこの研究はその臨床上の問いから始まった。そして、その軸は、臨床現場で可能なもの、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もの、「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その前にできる工夫を一生懸命できるもの、である。

文末になりますが、数年以上にわたって協力いただいている皆様に心からお礼を申し上げますと共に、何か患者さんに良かったと言ってもらえることをみんな探していければいいと思っています。

また、これに関しましては研究自体よりもその背景とプロセスをお伝えすることが重要であるとの認識から、普段筆者が書くような原稿でないものに意図的にいたしました。「科学的・学術的」な内容につきましては別途の論文などをご覧ください。

最後に、昨今の「緩和ケアブーム」にともなう諸業務のため、本来果たすべき医師の役割としてのスピリチュアルケアを実践する余裕がない日々を送りながらも、このような机上の駄文を書かねばならない自分自身の「スピリチュアルペイン」を問い、恥ずかしい気持ちの今日この頃です。

文 献

- 1) Hartling L, Scott-Findlay S, Johnson D, et al : Canadian Institutes for Health Research Team in Pediatric Emergency Medicine. Bridging the gap between clinical research and knowledge translation in pediatric emergency medicine. *Acad Emerg Med* 14 : 968-970, 2007
- 2) Waterman H, Tilden D, Dickson R, et al : Action research ; a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess* 5 : iii-157, 2001
- 3) Chochinov HM : Dignity-conserving care—a new model for palliative care : helping the patient feel valued. *JAMA* 287 : 2253-2260, 2002
- 4) Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al : Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 284 : 2476-2482, 2000
- 5) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good Death in Cancer Care ; A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 6) 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
- 7) Murata H, Morita T : Conceptualization of Psycho-existential suffering by the Japanese Task Force ; The first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 4 : 1-7, 2006
- 8) 森田達也, 鄭 陽, 井上 聡, 他 : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア—系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 444-456, 2001
- 9) Morita T, Murata H, Hirai K, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients ; A validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34 : 160-170, 2007
- 10) Morita T, Murata H, Kishi E, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients ; A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* (in press)

緩和ケアとスピリチュアルケア

Spiritual Care in Palliative Care

草島 悦子*, 河 正子*, 森田 達也**

▶ はじめに

緩和ケア臨床の中でスピリチュアルケアの重要性は強調されているが、その実践は常にとまどいの中にあると思われる。

「スピリチュアル」とは何か、「スピリチュアルペインとそのケア」とはどのようなものか、これらの問いへの答えを明確にすることは困難であるとしながらも、多くの研究者がこの領域に関心を示し、スピリチュアリティに関する議論は広範囲に及ぶ¹⁾。

緩和ケアでのスピリチュアリティに関する研究は、終末期 (end of life) ケアの文脈の中でますます重要視され、生命を脅かす病気 (life-threatening illness) を抱える人たちのスピリチュアルニーズ、スピリチュアリティに関連するツールや治療、宗教の効果など、さまざまなテーマで取り組まれている²⁻⁵⁾。

本稿では、2000年以降の欧米の文献を中心に、緩和ケアおよび終末期ケアのスピリチュアルケアに関する主要な研究を紹介する。なお、対象は成人で、小児や家族に関する文献はあらかじめ除外した。

▶ スピリチュアルなニード、アセスメント

自分の死という明確な見通しは、他者への依存性の増大とともに、人により深いレベルでの問いかけや、意味の探究をさせる⁶⁾。近年、緩和ケアの文脈では、「スピリチュアリティ」という言葉についての宗教的意味合いは弱まり、個人が家族や友人、療養に関わってくる人々と共有する経験や関係性に意義を探求することに関連するような、人生の深奥を表すものとなってきた⁷⁾。

Ross⁸⁾ は、スピリチュアルなニードとして「人生に意味、目的、充足感を見出そうとするニード」「生きる希望/生きようとする意志を求めるニード」「自己、他者、神への信仰 (faith) や信条 (belief) を求めるニード」の3つを報告し、これらが苦痛の経験や治療の過程に影響すると説明した。Murrayら⁹⁾ によれば、終末期がん患者が語ったスピリチュアルなニードは「愛」「意味」「目的」「超越」であり、Taylor⁹⁾ は、がん患者のスピリチュアルなニードをアセスメントするための助けとして「究極な他者 (神など) との関係」「肯定的、感謝の気持ち、希望」「愛を与え、愛を受ける」「信条 (belief) を再検討する」「意味を見出し、目的を発見する」「宗教」「死に対して準備すること」の7つのニードをリストした。

スピリチュアルなニーズは、個々さまざまな形で現出する。具体的には、緩和困難な身体的な痛みとして、不安、恐怖、人生に対する無価値観、虚しさ、落ち込み、希望のなさ、孤独感、自信のなさ、人間関係の不和として、言葉だけでなく態度や行動で表現される⁶⁾。スピリチュアルな苦悩 (suffering) は複雑かつあいまいであるため、スピリチュアルな次元の問題であると医療者が認識すること自体がケアであり、そのためには、医療者がスピリチュアルな事柄を患者と適切に話し合う必要性が指摘されている¹⁰⁾。Rousseau¹¹⁾ は、スピリチュアルなニーズをアセスメントする最も効果的な方法は、患者とのラポールを形成し、死に関連する事柄や信条 (belief) について話し合うことであり、医療者が、患者の信条に対して判断を加えず尊重し、関心と思いやりをもって接することで、患者は自らの個人的な深い内面を語ることを受け入れると言及している。

*NPO 法人 緩和ケアサポートグループ

**聖隷三方原病院 緩和支援診療科

終末期の患者のスピリチュアルニーズは定期的に探索することが推奨され¹²⁾、スピリチュアルな事柄を患者と話しあうためのガイドがいくつか開発されている¹³⁻¹⁶⁾。その内容は、「あなたが生きるうえで大変な時どのように対処してきましたか」「あなたの支えになっていることは何ですか」¹³⁾「あなたの人生に意味を与えているものは何ですか」「あなたの信仰 (faith) や信条 (belief) はあなたの人生でどんな重要性を持ちますか」「あなたにとって大切な人は誰ですか」¹⁵⁾といった、オープンなクエスチョンを使いながら、日常のケアの中で簡単に使用できるよう工夫されている。

▶ スピリチュアルケア

スピリチュアルウェルビーイングは、終末期の絶望に対してある程度の防御を提供するという知見がある¹⁷⁾。Chochinov と Cann²⁾ のレビューでは、緩和ケアはQOLを改善し、スピリチュアルウェルビーイングを高め、苦悩を軽減させる1つの介入的アプローチであるとして、終末期ケアへの一般的 (general) スピリチュアルケア・アプローチを考察し、次に特定 (specific) のアプローチを論じている。

森田ら¹⁸⁾ は、スピリチュアルケアについて考える手がかりとして、「基盤となるケア」「特定のケア」の2つのアプローチを紹介している。「基盤となるケア」とは、スピリチュアルな事柄に限らず広範な状況に適用され、重要な根本的な要素となるケアである。「特定のケア」とは、スピリチュアルな事柄の中でも、特定の苦悩 (例：意味のなさ、自己価値観の低下など) に対する個別的なケアを示す。以下、この分類にならない、いくつかの文献を紹介する。

① 基盤となるケア

スピリチュアルケアは、「個々の価値観を尊重すること」「存在すること」「聴くこと」「尊重すること」「愛すること」を基本とする¹⁹⁾。看護師の多くが実践していたスピリチュアルな支援は、「患者の手を握ること」「聴くこと」「笑うこと」「祈ること」「共にいること」であった。また、看護師がスピリチュアルな支援を提供することが適切だと考える状況について、回

答者の90%以上が、患者が明らかにスピリチュアルサポートを求めている時、死にゆく時、悲嘆がある時、あるいは悪い知らせを受けた時を挙げていた²⁰⁾。

Rousseau¹¹⁾ は、死にゆく患者のスピリチュアルな痛みに対して、「身体的痛みを緩和する」「支えとなる存在を提供する」「患者が人生の目的・価値・意味を見出すことを助けるためのライフレビューを奨励する」「罪の意識、自責の念、許し、和解の核心部分を探究する」「宗教的な表現を助ける」「達成可能な短期的試みに目標を再構成する」「治癒よりも和らげることに焦点をあてた瞑想、イメージ療法、音楽、読書、詩や芸術を奨励する」といった実践的なガイドを提供している。

Daaleman ら²¹⁾ は、終末期におけるスピリチュアルケアの概念枠組みとして、「存在すること」「目を開くこと」「協働で創造すること Cocreating」の3つを提示した。「存在すること」は、医療者が患者への十分な気遣いを示しうるコミュニケーションの鍵となる要素であり、医療者が患者の体験している世界を患者の視点で理解しようとする「目を開くこと」を可能にする。「協働で創造すること」は、患者の人間性と尊厳を支えることに焦点をおくケアを患者と共に創り出す相互活動を意味する。

Lo ら²²⁾ は、苦悩の軽減は緩和ケアの目標ではあるが、スピリチュアルな苦悩は、身体的な痛みに対して鎮痛剤を処方するような方法で問題を解決することはできない (人間存在の根本的な問いに答えることができない) とし、患者が自身の実存的な困難に対して患者自身のやり方で折り合いをつけ、心の安らぎを得られるように、積極的な傾聴と支持的な対話を推奨している。

Williams⁹⁾ は、終末期に顕著になるスピリチュアルな事柄について「spiritual despair/pain」「spiritual work」「spiritual well-being」の3つを提示した。この3つの概念はプロセスであり、「spiritual despair/pain」の状態から「spiritual well-being」の状態に進むためには、「spiritual work」が必要であると説明している。たとえば、患者が絶望して疎外感を持つ場合 (spiritual despair)、その人がスピリチュアルな well

-being の感覚 (spiritual well-being) を持てるようになるためには、つながりを得るために許し (forgiveness) の作業 (spiritual work) をしなければならない。Williams は Saunders の著書²³⁾ を引用し、死にゆく過程で苦悩をもたらす失敗や後悔の気持ち、罪の意識、無価値観や無気力を乗り越えるための努力について触れ、「spiritual well-being」をもたらすために必要な「spiritual work」の考え方は無視されがちであり、研究も十分にはなされていないと指摘している。Williams が示す spiritual work とは、苦しみを伴うものではあるが、すべての人がたどらなくてはならない勤めであり、スピリチュアルケアとは、この spiritual work を支えることになるのだろう。

② 特定のケア

終末期のスピリチュアル/実存的苦悩に対する特定の介入は、ほとんど開発・検証されてきていないといわれる¹⁰⁾。ここでは、開発、検証が継続されているおもしろい研究について、その背景を紹介する。具体的方法については、各文献にあたっただきたい。

Chodhinov ら²⁾ は、死に向かう時のスピリチュアルな側面を高め、強化するような介入に関するエビデンスを概観し、終末期のスピリチュアルな危機が、生きる意志の喪失や希死念慮の高まり (a heightened desire for death) という形をとることがあると示している。また、患者が安楽死や自殺補助のような死を早める手段をのぞむ理由として、尊厳の喪失 (loss of dignity) が頻繁に挙げられるとしている。彼らのグループでは、終末期がん患者 50 名の尊厳に関する面接調査に基づき²⁴⁾、尊厳を保つための治療的介入 dignity therapy を開発した^{25,26)}。

Chodhinov²⁵⁾ は、緩和ケアの基本的考えは、尊厳ある死を支援するというゴールに集約されるだろうとしている。尊厳という言葉は一般に「価値あるとされる、尊敬される、高く評価されるという特性あるいは状態」と定義されているが、個人は尊厳という観念に自分自身の独自の意味あるいは重要性をおいていると考えられる。たとえば基本的な心地良さ、ケアの傾向や質、魂 (soul) またはスピリットへの配慮のような実際の

な事柄である。

尊厳は、医師、患者、家族に包括的な枠組みを提供し、終末期に欠かせない目的や治療的配慮を明確にできるようにするものであるという。また、尊厳を保つケアは患者に何を実施するだけでなく、患者をどのようにみているかを含めているとして、ケアする者から価値ある者として尊敬され、評価される時、患者の尊厳はより確かに維持されるであろうという考えを示している。dignity therapy の真髄はこの考え方にあると思われる。

一方、近年、がんへの心理社会的適応にとって意味の構築が重要であることが注目されている^{27,28)}。Lee ら²⁹⁾ は、がんの経験における「意味 (meaning)」を明らかにしようとする精緻なレビューを行い、Park と Folkman が示した 4 つの定義：「全体的な意味 (global meaning)」「評価としての意味 (appraised meaning)」「意味の探求 (search for meaning)」「結果としての意味 (meaning as outcome)」を用いて解釈し、総括した。そのレビューで注目されていたのは「意味の探求」であり、過去の研究の多くが、がんの診断の否定的な影響を対象としてきたのに対して、がんの経験を通して得られる利点や成長という肯定的な評価を求めようとする傾向があった。

Lee ら²⁹⁾ は研究の方法論的課題を指摘しながらも、意味を再構築する能力が自尊感情の改善、楽観的感情の増強、心理的苦痛の軽減のような重要な心理社会的結果に関連すると示唆している。また、意味を見出すことを支援する介入が、がん患者のコーピングや体験から肯定的な事柄を導くことに役立つであろうと考察している。

Breitbart²⁷⁾ は、進行がん患者のサポータティブケアにおけるスピリチュアリティと意味を論じている文献をレビューし、スピリチュアリティの主要素である「信仰 (faith) / 宗教的信条 (religious beliefs)」および「意味/spiritual well-being」の測定や、それぞれの役割について考察した。またスピリチュアルな苦悩に対する現存の心理療法的介入を概観し、「伝統的集団心理療法的介入は進行がん患者の QOL、気分、コーピングや症状に有意な効果がある」「実存的/スピ

リチュアルな課題に特化して関わろうとするがん集団心理療法的介入はほとんどない」 「スピリチュアルを基盤とした新しい心理療法的介入の多くは、FranklやReedなどの理論家による自己超越 self-transcendence と意味に関連した概念を用いている」とまとめている。

さらに、Breitbartら^{27,30)}は、進行がん患者対象の新たな「意味志向の集団心理療法 (meaning-centered group psychotherapy)」を提示している。これはスピリチュアルな苦悩に対して意味と人生の目的感の増強を目指す介入であり、実存的理論と治療実践に根ざしたものである。

▶ 医療者のスピリチュアルケアの実際

患者は、医療者にスピリチュアルな事柄への対応を望む一方で^{4,31,32)}、医療者にスピリチュアルな支援を期待しない場合もある^{6,21,33)}。スピリチュアルケアを実際に誰に受けたかを尋ねた調査では、家族や友人という回答が最も多く、誰がスピリチュアルケアを提供したかによってケアの満足度に違いはなかった³⁴⁾。

スピリチュアルケアの専門職であるチャプレンは、宗教的な事柄に限らず人生の意味の探究や死と向き合う時の苦悩全般に多く関わっている³⁵⁾。病院チャプレンの調査で³⁶⁾患者からチャプレンに示された問いは、「意味 (34%)」(例：人生の意味は何か)、「死と死にゆくこと (21%)」(例：死後の世界はあるのか)、「関係性 (15%)」(例：死後、家族はどうなるのか、寂しさや孤独)、「病と痛み (13%)」(例：死ぬ時は苦しむのか)、「宗教的な事柄 (8%)」(例：神から見放される、許しはあるか)の順で多かった。

ただ、患者からチャプレンに投げかけられたこれらの問いは、チャプレンにのみ語られる内容ではなく、いつ誰にどのように発せられるか (あるいは発したいと思うか) は、患者によって異なる。スピリチュアルケアの専門家ではない医療者であっても基本的な対応ができるよう心得ておく必要性が強調されている³⁷⁾。

しかし、スピリチュアルな支援について、医療者は、患者とスピリチュアルな話をすることに慣れていないと感じており、そのような会話を避ける傾向にあ

る^{22,38)}。Ross³⁸⁾が行った看護師によるスピリチュアルケアに関するレビューによれば、スピリチュアルケアは看護師の役割であると認めてはいるが、実際には、十分に対応できていない現実が報告されている。看護師が提供するスピリチュアルケアは、多くが宗教家への照会や宗教家をケアに巻き込む形で展開されており、看護計画の中でスピリチュアルケアを明確に含めることは滅多にないとしている。

スピリチュアルケアを促進する要因として、「患者との関係を形成するための時間の確保」「有効なコミュニケーション」「重篤な疾患や家族の死といった個人的な経験」²¹⁾「自分自身のスピリチュアリティを意識する」「チャプレンなどとよい連携がある」「適切なスタッフ配置」「教育」「静かな環境」など³⁸⁾が、挙げられていた。一方、スピリチュアルケアを実践するためのバリアについて、「十分な時間を確保できない」「患者と臨床家との社会的・宗教的・文化的な不一致」「プライバシーの欠如」²¹⁾「教育 (卒前・卒後) の不足」「スピリチュアルな事柄の存在を認めない」「スピリチュアルな事柄に取り組む義務があるとは考えていない」「スピリチュアルなニーズへの対応の仕方が分からない」などが、挙げられていた³⁹⁾。

▶ おわりに

人は、死を意識するようになるとスピリチュアルな事柄について向き合うようになり、医療者は、限られた生を生きる患者に向き合う時、スピリチュアルな次元へのアプローチが不可欠であることを認識する。その人なりの歩みかた、その人なりの支えられ方があり、死に直面した人々のケアは、広がりや深みをもつ。ただ、スピリチュアルケアは医療の中で完結できるものではないし、専門職だけでできるものではないことも意識されるべきであろう。

スピリチュアリティという言葉への理解が乏しい日本の環境で、スピリチュアルケアが身近なものであるとは言い難い。欧米の文献を紹介した本稿の内容について、日々の実践との違和感を覚える点もあるだろうし、臨床的な直観と一致する部分もあるだろう。スピリチュアルケアの具現化にむけて取り組むべき課題は

多いが、どのようにしてスピリチュアルな事柄への関心を高め、スピリチュアリティについての実感を深めていけるのか、考えていきたいテーマである。

謝辞：文献収集にご協力いただきました、新潟大学医学部保健学科基礎看護学講座 坂井さゆり先生に深謝いたします。

文 献

- 1) Speck P, Higginson I, Addington-Hall J : Spiritual needs in health care. *BMJ* 329 : 123-124, 2004
- 2) Chochinov HM, Cann BJ : Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med* 8 : S103-115, 2005
- 3) Okon TR : Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med* 8 : 392-414, 2005
- 4) Sinclair S, Pereira J, Raffin S : A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med* 9 : 464-479, 2006
- 5) Williams AL : Perspectives on spirituality at the end of life ; a meta-summary. *Palliat Support Care* 4 : 407-417, 2006
- 6) Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al : Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure ; a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 18 : 39-45, 2004
- 7) Cassidy JP, Davies DJ : Cultural and spiritual aspects of palliative medicine. In Doyle D, Hanks G, Cherny NI, et al (eds) : *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. p.951-957, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 8) Ross L : The spiritual dimension ; Its importance to patients' health, well being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 32 : 457-468, 1995
- 9) Taylor EJ : Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 26 : 260-266, 2003
- 10) Chochinov HM : Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *Cancer J Clin* 56 : 84-103, 2006
- 11) Rousseau P : Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 21 : 54s-56s, 2003
- 12) Post SG, Puchalski CM, Larson DB : Physicians and patient spirituality ; Professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 132 : 578-583, 2000
- 13) Anandarajah G, Hight E : Spirituality and medical practice ; using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63 : 81-89, 2001
- 14) Hunt J, Cobb M, Keeley VL, et al : The quality of spiritual care—developing a standard. *Int J Palliat Nurs* 9 : 208-215, 2003
- 15) Puchalski C, Romer AL : Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 3 : 129-137, 2000
- 16) Skalla K, McCoy JP : Spiritual assessment of patients with cancer ; the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum* 33 : 745-751, 2006
- 17) 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
- 18) 森田達也, 鄭 陽, 井上 聡, 他 : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア—系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 444-456, 2001
- 19) Wright MC : The essence of spiritual care ; a phenomenological enquiry. *Palliat Med* 16 : 125-132, 2002
- 20) Grant D : Spiritual interventions ; how, when, and why nurses use them. *Holist Nurs Pract* 18 : 36-41, 2004
- 21) Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, et al : An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med* 6 : 406-411, 2008
- 22) Lo B, Ruston D, Kates LW, et al : Discussing religious and spiritual issues at the end of life. *JAMA* 287 : 749-754, 2002
- 23) Saunders C, Baines M : Living and dying the management of terminal disease. 武田文和 訳 : 死に向かって生きる—末期癌患者のケア・プログラム. p.59-62, 医学書院, 1990
- 24) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al : Dignity in the terminally ill ; a developing empirical model. *Soc Sci Med* 54 : 433-443, 2002
- 25) Chochinov HM : Dignity-conserving care—A new model for palliative care. *JAMA* 287 : 2253-2260, 2002
- 26) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al : Dignity therapy ; A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23 : 5520-5525, 2005
- 27) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care ; spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 : 272-280, 2002
- 28) Folkman S, Greer S : Promoting psychological well-being in the face of serious illness ; When theory, research and practice inform each other. *Psycho-*

- Oncology* 9 : 11-19, 2000
- 29) Lee V, Cohen SR, Edgar L, et al : Clarifying "meaning" in the context of cancer research ; a systematic literature review. *Palliat Support Care* 2 : 291-303, 2004
- 30) Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, et al : Psychotherapeutic interventions at the end of life ; a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry* 49 : 366-72, 2004
- 31) MacLean CD, Susi B, Phifer N, et al : Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 18 : 38-43, 2003
- 32) McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al : Discussing spirituality with patients ; a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2 : 356-361, 2004
- 33) Taylor EJ : Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 33 : 729-735, 2006
- 34) Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, et al : Providers and types of spiritual care during serious illness. *J Palliat Med* 11 : 907-914, 2008
- 35) Wright MC : Chaplaincy in hospice and hospital ; findings from a survey in England and Wales. *Palliat Med* 15 : 229-242, 2001
- 36) Strang S, Strang P : Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *J Palliat Med* 5 : 857-864, 2002
- 37) Brown AE, Whitney SN, Duffy JD : The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliat Support Care* 4 : 81-86, 2006
- 38) Ross L : Spiritual care in nursing ; an overview of the research to date. *J Clin Nurs* 15 : 852-862, 2006
- 39) Chibnall JT, Bennett ML, Videen SD, et al : Identifying barriers to psychosocial spiritual care at the end of life ; a physician group study. *Am J Hosp Palliat Care* 21 : 419-26, 2004

創刊号から12年分、通常号81冊・増刊号6冊のバックナンバーがCD-ROM1枚に

ターミナルケアCD-ROM

Vol.1 - 12 (1991 - 2002)

もう手に入らない「ターミナルケア」誌のバックナンバーが、CD-ROMに姿を変えて甦りました。

創刊から12年分の全内容をCD-ROM 1枚に収録。

各号・執筆者・論文タイトル・本文フリーワード検索など、多彩な検索機能は初心者でもワンタッチで検索可能。

読みたい論文や探していた文献が、一瞬で呼び出せて簡単・便利。

発行 (株)三輪書店

発売 (株)青海社【ご注文は青海社まで】

ハイブリッド版
for Windows & Macintosh
本体50,000円
(送料サービス)

- フリーワード入力による収録記事の全文検索ができる
- ページ印刷ができる
- Macintoshでも使えるハイブリッド版
- 1991年4月創刊号から2002年6号までの通常号81冊・増刊号6冊の情報量



株式会社青海社

〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 郵便振替 00140-4-25811

すべての病期を通じての緩和ケアチームの活動例

森田達也 藤本亘史 仲田明弘 鄭 陽
高田知季 前堀直美 井村千鶴 小野宏志

聖隷三方原病院では、「主治医チームによる初期の緩和ケアが患者の満足度を得られなかったとき」という基準で、専門緩和ケアチームの介入を行っている。その結果、がん治療の経過中、いくつかの時期に特徴的な介入を行っていることがわかったので、時期に応じた専門緩和ケアサービスの事例として紹介し、解説した。

緩和ケアチームの行う緩和ケア

「早期からの緩和ケア」という言葉が国内でよく用いられるようになってきたが、筆者が Journal of Clinical Oncology に専門緩和ケアサービスの紹介時期に関する論文を投稿した時に、校閲者の1人から「早期から」ではなく、「適切な時期に」ということではないのかというコメントをもらい、なるほどと思った¹⁾。現在、患者の苦痛の多くが過少治療されていることを示す実証研究が複数あることからして、「遅れがちな緩和医療の開始をとりあえず「より早く」することは妥当であろう。しかし、緩和ケアは本来「苦痛に対する治療」であり「時期に応じた治療」ではないのだから、最も適切な表現は、「時期に関係なく、苦しいときに緩和ケア」であると思われる。

「治療」と「ケア」とが分離していた時代から、「治療の初期から緩和ケア」が一緒に行われ、最終的に緩和ケアの比重が高まっていく概念が WHO (世界保健機関) によって提唱された (図 1)。しかし、必ずしも苦痛が強くなる人ばかりではなく、治療を目的とした治療を受けている患者の一過性の苦痛に緩和ケアを行うこともある。したがって将来は、苦痛に合わせて緩和ケアを使ったり使わなかったりする「パラレルケア」を示すようになると考えてい

る²⁾。

聖隷三方原病院では、「緩和ケアを行うのは患者の苦痛が生じたとき」で、専門緩和ケアサービスが対応するのは「主治医チームによる初期の緩和ケアが患者の満足度を得られなかったとき」という基準に立ち、活動を続けてきた³⁾。その結果、がん診療全体の経過からみて、いくつかの時期に特徴的な依頼があることを事例で紹介したい。

時期に応じた専門緩和ケアサービスの事例

1 病初期の告知前後の精神的フォロー

患者：40代、女性。子宮体癌。

不正出血にて婦人科を初診し、子宮体癌と診断された。手術を受け、その後化学療法の導入になったが、その前後より、不安、焦燥、パニック発作をみとめるようになった。専門緩和ケアサービスの対象であると主治医が判断したため、緩和ケアチームに紹介された。緩和ケアチームの精神科医による薬物療法、緩和ケア看護師による一般的精神的支援と、化学療法についての具体的な情報提供により対処し、化学療法が遂行でき、不安症状の消失をみた。

解説：悪性腫瘍の告知から治療に入る前後は、身体症状より精神的支援を必要とする場合が多い。この時期の治療目標は、精神的サポートと精神症状の緩和を行うことにより、抗がん治療に導入するこ

もりた たつや：聖隷三方原病院 緩和和支持治療科、ふじもと こうじ：同院 緩和ケアチーム、なかだ あきひろ：同院 精神科、ていよう：同院 ホスピス、たかだ ともすえ：同院 麻酔科、まえほり なおみ：レモン薬局、いむら ちづる：聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター、おの ひろし：坂の上ファミリークリニック

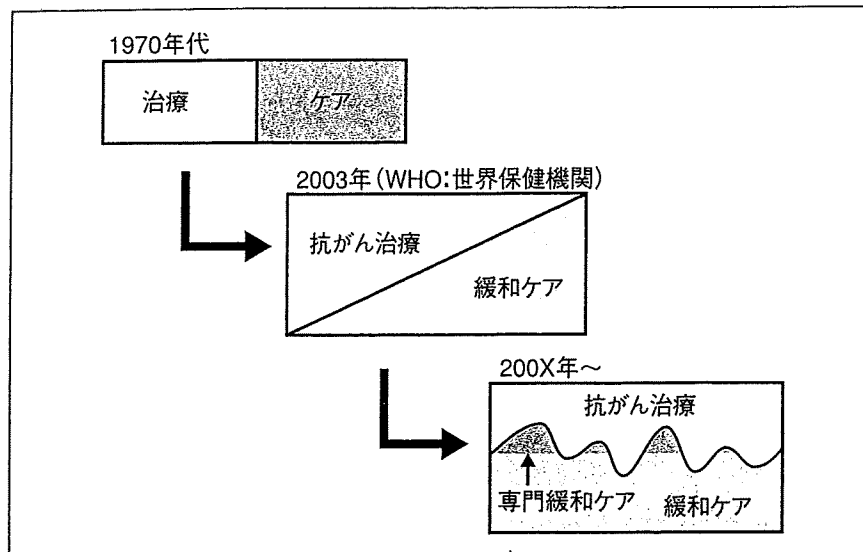


図 1 抗がん治療と緩和ケアとの関係

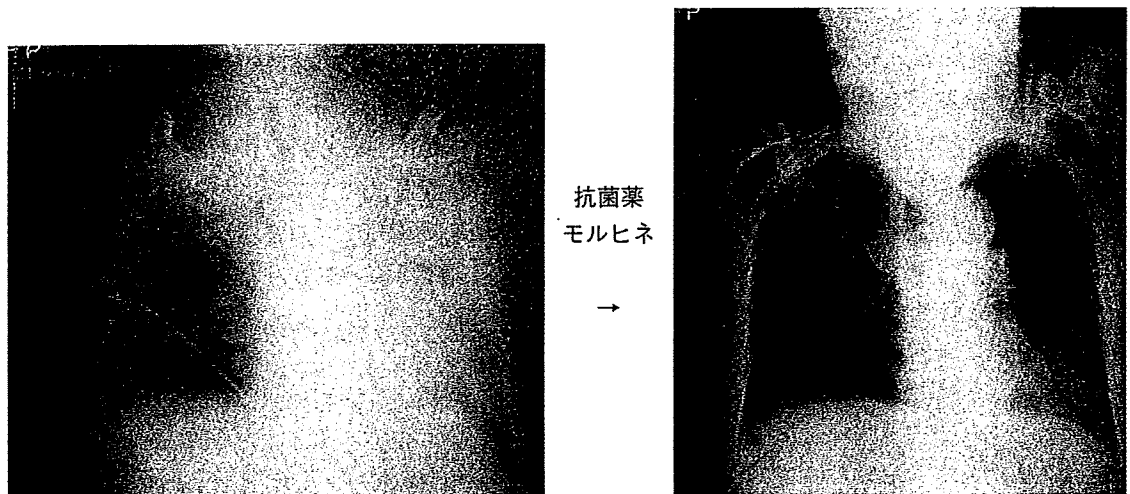


図 2 治療可能な合併症に対する一時的な緩和治療

とである。患者の精神症状が中程度以上の場合には、緩和ケアチームの精神科医が主導して治療に当たる。

2 化学療法中の患者の「治療可能な」合併症に対する一時的な緩和治療

患者 70代, 男性。骨髄腫。

骨髄腫に対する化学療法中に肺炎を合併した(図2)。患者は、「可能な治療はしてほしいが、同時に、なるべく苦しくないようにしてほしい。挿管などは希望しないが、抗菌薬の点滴はぜひやってほしい。もし治療の効果がなかった場合には、苦しくないようお願いしたい」との希望であった。医学的には低酸素血症も著明であり、呼吸不全を回復させられ

る可能性は10%程度と考えられた。患者の希望にしたがって、複数の抗菌薬による治療を行いながら、呼吸困難も緩和するために、疼痛で使用していたフェンタニルパッチ1800 μ g/日に加えて、モルヒネの持続静脈投与を20mg/日で開始した。治療目標は呼吸困難の緩和とし、意識が低下しないこと、呼吸数が10回/分を下回らないことを条件として投与した。呼吸困難時に1日数回のレスキューを使用することにより、投与翌日より呼吸困難はSTAS(Support Team Assessment Schedule)で1となった。1週間後には肺野に改善傾向がみとめられ、28日には独歩で退院となった。

解説：欧米での一部では、ICU(集中治療室)

表 1 外来化学療法を受けているがん患者のニーズ (n=4000)

身体症状	割合 (%)	精神症状	割合 (%)
だるさ	8.2	不眠*	19
食思不振	6.3	気持ちのつらさ	15
しびれ	5.3		
便秘	4.9	気がかり	
疼痛	3.6	病状説明*	14
呼吸困難	3.5	栄養・食事*	5.6
ねむけ	4.6	生活*	4.6
嘔気	2.4	経済的問題*	2.4

口腔の不快*	21		
発熱*	6.8		

*:「あり」、身体症状:7/10以上のもの、気持ちのつらさ:6以上のものの割合を示す

での緩和治療も積極的に行われるようになってい

3 化学療法中の患者の化学療法に関連した副作用の緩和治療

患者 50代, 女性。卵巣癌。

化学療法を行っていたが、ステロイドなどの標準的な制吐薬では効果がなく、吐き気のため食事が取れず(グレード2)、「化学療法を行いたくない」とのことで他院よりホスピス科に紹介された。しかし、患者の希望をよく聞いてみると、「副作用がさらに少なくできるのであれば、化学療法を継続したい」とのことであった。そのため、標準的な制吐薬に加えて、化学療法開始前3日前からオランザピンを5mgから漸増し10mg内服し、さらに施行前日から鍼灸による制吐を加えた。吐き気はグレード1であった。また、外来では、生活の支障となっている倦怠感に対する治療希望があったため、精神賦活薬を投与し、倦怠感の緩和を得た。その後、6ヵ月にわたって化学療法を行いながら、症状緩和を得ることができた。

解説:化学療法を受けている患者の身体症状としていちばん多いものは、食欲不振、倦怠感であり(表1)^{5,6)}、欧米ではこれらに対する複合的な緩和・支持治療が試みられている。本例では、難治性の嘔気・嘔吐に対する治療効果が示唆されているオランザピ

ンと、倦怠感に対する効果が示唆されているメチルフェニデートの類似薬であるペモリンを使用し、生活の支障となる化学療法中の苦痛緩和に成功したと考えている^{7,8)}。わが国では、このような緩和・支持治療はほとんど研究されていないが、energy conserving therapyのような非薬物療法も含めて、今後研究と実践が進められるべきである⁹⁾。

4 外来でオピオイドを開始する患者の保険薬局との連携による鎮痛

患者:70代, 女性。胆管がん。

外来通院中、左胸壁転移による疼痛が強くなったため、主治医よりオキシコドン5mg2T分2、ノバミン3T、疼痛時オキノーム2.5mgが処方されたが、嘔気のため自宅で中止してしまった。そのため、緩和ケアチームに紹介された。嘔気は嘔吐までには至らなかったが、「胃が悪くなるといけないと思って」ノバミンの内服も自己判断で中止していた。

患者は独居で高齢であったため、服薬指導と内服後のモニタリングが非常に重要であると考えられた。患者に一般的なオピオイドの説明を医師から行った後、患者の理解を得たうえで、保険薬局に電話で患者の状況を説明し、オキシコドンの開始後数日間を電話でモニタリングしてもらうように依頼した。処方は、制吐薬をトラベルミン3T分3に変更した。

保険薬局にて、NRS (numerical rating scale) 7の痛みがあり、また、「うちで1人であるときに飲んで何かあったら困る」という不安があったため、薬局内でトラベルミン1Tとオキノームを内服した。その後1時間して嘔気がなく、「少し痛みも減った」ことを確認して自宅に帰った。さらに当日の夕方、保険薬局から電話したところ、「また痛みが強くなってきた」とのことであったので、寝る前にオキシコンチンを内服してもらった。翌朝電話をしたところ、「朝から何も食べていないので胃が悪くなるといけないから、薬はやめている」とのことであった。それで、「胃を荒らす作用はないから時間どおりに飲んでも大丈夫」であることを説明し、オキシコンチンの定期内服を促した。その日の夕方は、痛み、嘔気ともなく、オキシコンチンに導入できた。この間、病院の処方医師と保険薬局薬剤師は電話で連絡を取り合って協働した。

解説:オピオイドの初期の治療効果と副作用対策が重要であることはどの教科書にも書かれている

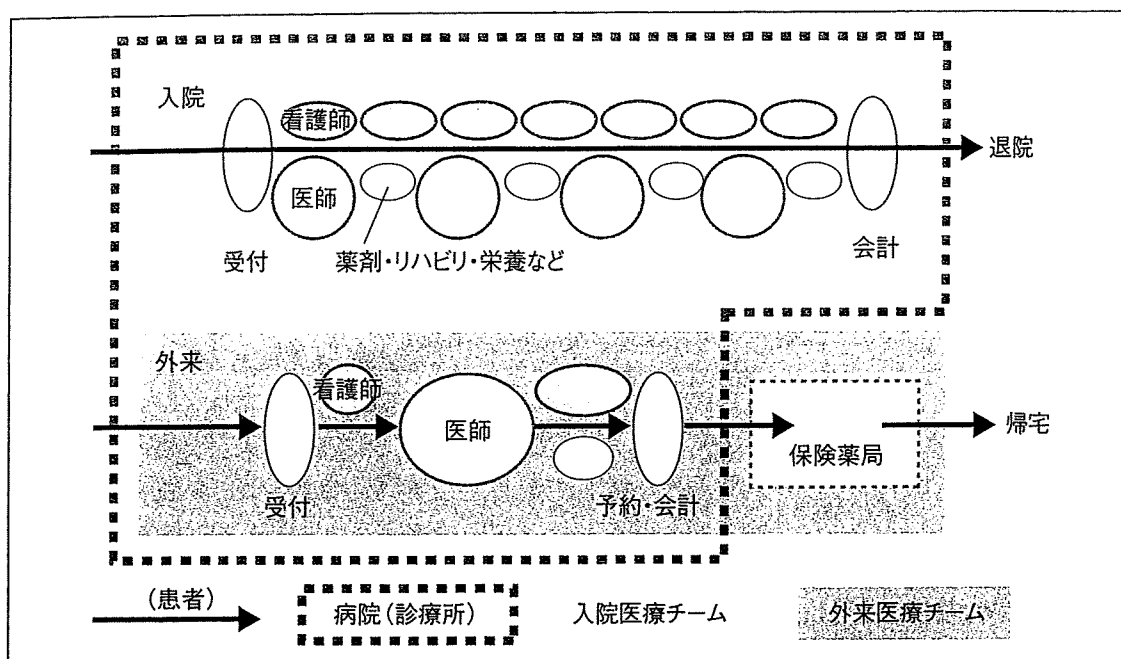


図 3 外来でオピオイドを開始する患者の鎮痛における保険薬局との連携

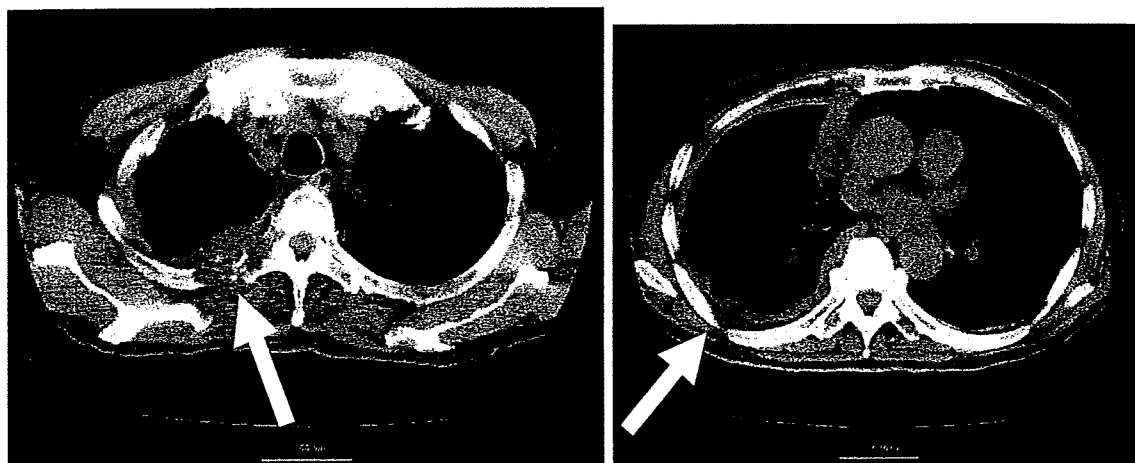


図 4 複雑な疼痛の症例

が、実際に「だれがモニタリングを行うのか」は記載されていない。現在、多くのがん患者では、外来でオピオイドを開始することが多いことから考えて、初期投与後の服薬指導と数日間のモニタリングをきめ細かく行う役割は保険薬局が担っていくことになるであろう。保険薬局は、処方せんしか受け取れないため、服薬指導に必要な患者情報がわからないといわれている¹⁰⁾。外来でオピオイドを処方する患者に対して、病院医師と保険薬局との連携を構築することは非常に重要である(図3)。

5 進行がん患者の難治性疼痛の複合的な鎮痛患者：70代、男性。胸腺腫。

胸腺癌で外来通院中であつたが、ロキソニン 3T、デュロテップパッチ 1200 $\mu\text{g}/\text{日}$ 、疼痛時モルヒネ 15 mg で鎮痛が不十分であつたため、専門緩和ケアチームに紹介された。疼痛は Th6~7 領域の胸壁浸潤による体性痛と、Th3~4 の hypoesthesia を伴う神経障害性疼痛であつた(図4)。疼痛のために1日4~5回モルヒネを内服して鎮痛は得られていたが、嘔気、眠気が強く、生活の支障になるためにほかの鎮痛手段を希望された。系統的症状評価では、疼痛、嘔気、眠気が STAS で3であつたため、オピオイドの増量は優先する治療と考えなかつた。体性痛に対しては、Th6~7 にくも膜下フェノールブロックを行



図 5 地域緩和ケアチームによる協働

い、Th3~4 の神経障害性疼痛に対しては、ギャバペンチンを 200 mg から漸増し 1000 mg で鎮痛を得た。嘔気に対してはオランザピン 2.5 mg を使用し、疼痛、嘔気、眠気とも STAS で 1 で、患者の満足を得た。

解説：「がん性疼痛の 80% は WHO 方式で鎮痛できる」とよく言われる^{11,12)}。しかし近年、この表現は誤解されているとの指摘がなされている。すなわち、①「WHO 方式」とは単にモルヒネを投与することではなく、NSAIDs、複数の鎮痛補助薬、オピオイドローテーション、場合によっては神経ブロックなども含めた「いろいろな治療の組み合わせによる結果」であること、②対照群をもって行われた研究はなく、治療効果を適切に推測できていないこと、③初回投与の結果が多く、長期効果を観察していないこと、④intention-to-treat analysis が行われていないこと、などである。初期鎮痛がうまくいっても、この事例のように、進行期に疼痛と、嘔気、眠気とのバランスが患者の生活の支障となる場合も多い。このような複合した症状のコントロールは、まさに緩和治療の専門家の役割である。この患者では、単に、「痛いからオピオイドを増やす」のではなく、疼痛が複数の機序によるものであることを診断し、それぞれの治療を行うとともにオピオイドの副作用対策を行った。

6 在宅医療に移行した患者に難治性症状が生じた場合の地域緩和ケアチームによる対応

患者：70 代、男性。肺癌。

肺癌のため自宅にて往診を受けていたが、「なんとかしてほしい。もう死にたいくらい苦しい」と言うほど呼吸困難が悪化した。有効な緩和治療があるかを評価する目的で、患者宅に往診医師・看護師とともに緩和ケアチーム医師・看護師が訪問した。呼吸

困難の原因は紹介状と理学所見から、縦隔リンパ節での両側気管の狭窄と考えられた。放射線治療などの選択肢も考えられたが、患者は自宅で過ごすことを希望したため、ステロイドの大量投与を行った。患者は入浴することができ、遠方からの「ぜひ会いたかった」親類と会うことができた。その後、安静時呼吸困難が出現してからはモルヒネの持続投与を行い、自宅で症状緩和を受け亡くなられた。

解説：がん患者が自宅で最期を迎えるまでに生じる症状の緩和について相談を受ける役割を地域緩和ケアチームは担い、その有用性はヨーロッパを中心に示されている¹³⁾。わが国ではこの制度はないが、在宅での患者を往診医師が診療した場合に、専門家の助言を受けられるシステムを「緩和ケアの普及のための地域プロジェクト」では運用しており、有用である予備的な知見を得ている (図 5)¹⁴⁾。

ま と め

本稿では、総数としてのデータではなく、事例を中心に示した。示したものは一部にすぎないが、緩和ケアチームに求められることは年々幅広く、また難しくなっている。緩和医療専門医は、クライアントの要求に応じられるように専門家としての知識、技術を向上させるとともに、院内・院外の必要な職種との連携を強めていかなければいけない。

文献

- 1) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-44.
- 2) 林章敏. パラレルケア. 緩和医療学会ニューズレター 2008; 40.
- 3) Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 458-65.

- 4) Curtis JR, Rubenfeld GD. Improving palliative care for patients in the intensive care unit. *J Palliat Med* 2005 ; 8 : 840-54.
- 5) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 2008 Sep 18. [Epub ahead of print].
- 6) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy : an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 2008 ; 16 : 101-7.
- 7) Navari RM, Einhorn LH, Loehrer PJ Sr, et al. A phase II trial of olanzapine, dexamethasone, and palonosetron for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting : a Hoosier oncology group study. *Support Care Cancer* 2007 ; 15 : 1285-91.
- 8) Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst* 2008 ; 100 : 1155-66.
- 9) Barsevick AM, Dudley W, Beck S, et al. A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. *Cancer* 2004 ; 100 : 1302-10.
- 10) 前堀直美. 外来患者アウトカム達成を目指すために！～保険薬局のかかえる課題と患者情報共有の必要性～. *パス最前線* 2008 ; 44-7.
- 11) Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA* 1995 ; 274 (23) : 1870-3.
- 12) Azevedo São Leão Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer* 2006 ; 14 : 1086-93.
- 13) Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med* 2002 ; 16 : 457-64.
- 14) <http://www.gankanwa.jp/>