

執筆者紹介

執筆順, < >は執筆分担の章および節

- 下仲 順子 文京学院大学人間学部教授
< I部 1, 6, 7-1 ~ 7-3, II部 1-7, 3-5, 5 >
- 星野 和実 静岡大学人文学部准教授 < I部 2, II部 3-1 ~ 3-2 >
- 安藤 進 東京都老人総合研究所名誉所員, 文京学院大学客員教授
< I部 3 >
- 中里 克治 岩手県立大学社会福祉学部教授 < I部 4, 5, 9 >
- 佐々木直美 広島国際大学大学院総合人間科学研究科講師
< I部 7-4 ~ 7-5, 10 >
- 岡村 清子 東京女子大学文理学部教授 < I部 8-1 >
- 岡林 秀樹 明星大学人文学部教授 < I部 8-2, II部 4 >
- 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所研究部長 < II部 1-1 >
- 伊野 美幸 文京学院大学人間学部教授 < II部 1-2 >
- 高橋 祥友 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門教授
< II部 1-3 ~ 1-6 >
- 山崎久美子 早稲田大学人間科学学術院教授 < II部 2 >
- 日下菜穂子 同志社女子大学現代社会学准教授 < II部 3-3 ~ 3-4 >
- 石崎 淳一 神戸学院大学人文学部准教授 < II部 6, 7, 8 >
- 小林 廣美 (財)ヤマハ音楽振興会ヤマハ音楽研究所研究員
< II部 9-1 ~ 9-2 >
- 南 曜子 金城学院大学人間科学部教授 < II部 9-3 ~ 9-4 >
- 横山 章光 帝京科学大学生命環境学部准教授 < II部 10 >
- 山本 央子 デルタ協会認定セラピー・アニマル・ハンドラー < II部 10 >
- 亀口 憲治 東京大学大学院教育学研究科教授 < II部 11 >
- 陳 峻雯 東海学院大学人間関係学部准教授 < II部 12 >
- 岩満 優美 北里大学大学院医療系研究科准教授 < II部 13 >

——所属は2007年5月現在——

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き、禁じられています。
本書を複写される場合は、その都度当社の許諾を得てください。

8.	コラージュ療法	281
8-1	芸術療法とコラージュ療法	281
8-2	コラージュ療法の実際	282
8-3	箱庭療法とコラージュ療法	286
8-4	高齢者のコラージュ表現の特徴	287
8-5	認知症高齢者の神経心理学的障害—コラージュを実施する前に	287
8-6	認知症高齢者の内的世界とコラージュ表現—事例の検討から	288
9.	音楽療法	294
9-1	健康な高齢者を対象にした音楽療法	294
9-2	健康な高齢者の音楽活動	297
9-3	認知症高齢者への音楽療法	302
9-4	事例	304
10.	アニマル・セラピー	309
10-1	動物と人間	309
10-2	アニマル・セラピー	312
10-3	ペット・ロボットではどうか	318
10-4	高齢者医療とアニマル・セラピー	320
11.	家族療法	323
11-1	家族療法の理論	323
11-2	家族療法の技法	325
11-3	家族療法の進め方	327
11-4	高齢者を含む家族療法の実践	330
11-5	高齢者の家族療法の事例	333
12.	認知行動療法	335
12-1	認知行動療法とは	335
12-2	高齢者を対象にした認知行動療法の展望と現状	337
12-3	実践例と効果評価	341
12-4	高齢者に対する集団 CBT	346
12-5	高齢者に対する CBT の留意点	348
13.	高齢者のターミナルケアと残された人々への グリーフカウンセリング	350
13-1	高齢者のターミナルケア	350
13-2	高齢者の死と死別反応	357
	引用文献	366
	索引	404

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーン・フカウンセンシング
 合、最初、機能低下はそれほど見られないうが、ある時点から急速に機能低下が生じ、死亡する。臓器障害の場合、心不全によりときどき機能低下が見られるが、治療するとまた回復し、それをくり返す中で全体としての機能が低下し、何回目かの機能低下で死亡する。認知症と老衰では、機能の大きな変動はあまり見られないまま死にいたり、多くは肺炎で死亡する。このように、ターミナル期は、癌、臓器障害、認知症などの病気の種類、病院、老人保健施設、老人ホーム、在宅などターミナル期を過ごす場所、そしてそれらを取り巻く環境などがそれぞれ異なるため、それらを総合的に判断したうえでターミナルケアが望まれる。しかしどのようなときでも、できるだけ家族や知人との交流をはかり、高齢者自身が淋しさや孤独感を感ずることがないよう、少しでも心安らかに最期のときを過ごせるように援助したいものである。

(2) 高齢者のターミナルケアの問題

高齢者のターミナルケアや“end of life care”が抱える問題として、以下の4点が挙げられる(井口, 2000)。第1に「高齢者への差別(エイジズム)の問題」である。ときに、高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられないことが生じる場合があるが、このようなことが起きないよう配慮されなければならない。第2に「自己決定の問題」で、高齢者しかもターミナル期において「自らに關することは自らが決める」という自己決定の考えが成立しない場合がある。例えば、告知そのものは進んではいるが、家族の意向により、家族には説明されるが本人には説明されなかったり、あるいは高齢者本人が自ら知りたくなかったり、さらには高齢者であるために判断能力が低下し、自己決定ができなかったりする場合がある。そのため、可能な限り自己決定が尊重

表 13-1 ターミナルケアをよくするための10原則
 (村井, 2002; Lynn, 1997より引用)

1. QOLを損なう身体的ならびに精神的な症状をよく管理する
2. 人間としての尊厳と誇りを傷つけないよう自己決定を尊重する
3. 一貫したケアができるように事前にケアの計画を作っておく
4. 死が間近になれば、積極的な医療は避ける
5. 患者と家族がどれだけ満足しているかを考える
6. 個々のQOLだけではなく全体を良好に保つようにする
7. 家族には精神的・経済的に大きな負担がかかるので、その対策をとる
8. 医療資源が不足して死が安易に受容されないようにする
9. ケア提供者が高い技術を継続的に提供し、信頼を醸成する
10. 死別した家族をもケアする

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーン・フカウンセンシング

人は誰もがいずれ死を迎えるし、それは高齢者に限ったことではない。若い人でも病気になる、治療の見込みがなくなり、死を迎える場合もある。一般にターミナルとは、もはや治療の見込みがなくなり、死が間近になった状態を表しており、このような時期をターミナルステージ、あるいは終末期(以下、ターミナル期)という。またこのターミナル期の患者やその家族を援助することをターミナルケア、あるいは終末期ケア(以下、ターミナルケア)という(高野, 2000)。ターミナル期の患者は死の訪れが近づいていることから、心理的・身体的・社会的苦痛を感じやすく、一方、その家族は患者の死の訪れを現実を受けいれることができなかつたり、患者の介護により心身の疲労を感じやすかつたりする。ここでは、高齢者のターミナルケアと残された家族へのグリーン・フカウンセンシングについて紹介する。

13-1 高齢者のターミナルケア

(1) 高齢者のターミナルケアとは

高齢者のターミナルケアは、「治療可能な治療手段がない患者、あるいは患者自身がそれを望まない場合に、症状の緩和や Quality of Life (以下、QOLとする)の向上、自己の尊厳と自立性を維持することを目的としたケア」と定義され(井口, 2000)、高齢化社会となりつつある今、早急に取り組まなければならない重要な課題のひとつである。これまでとくに癌医療のターミナルケアが発展してきているものの、癌医療以外も含めたターミナルケアの浸透をはかるために、日本老年医学会では「人の老化と死に向かいあう老人医療」を基本的立場として掲げている(村井, 2002)。さらに、癌医療以外をも含めたターミナルケアを強調するために、高齢者のターミナルケアをあえて“end of life care”という場合がある。

高齢者のターミナル期の経過は様々である(Lynn, 2001)。例えば、癌患者の場

されるよう、自由な意思表示ができるときに、自分の意志を表明しておくこともあ
る。なお、尊厳死を望む人の意思表示を「尊厳死の宣言書（リヴィングウイール）」
とよぶ。第3に「ターミナル期医療とそのケアの技術的問題」がある。高齢者の
ターミナル期医療とそのケアは、患者のQOLを維持および向上することを基本的
目的としている。そのためには、患者の痛みやその他の身体症状を和らげること、
残された時間を家族や知人との交流や趣味など有意義に過ごすことなどが望まし
い。これらのケアの実践には、医師、看護師、臨床心理士、ケースワーカー、薬剤
師、栄養士、宗教家、ボランティアなど多職種によるチーム医療が必要であるが、
現在十分に体制が整っているとはいえず、この点については今後が期待されるとこ
ろである。第4に「患者への心のケアと家族への心のケア」である。高齢者本人の
心理的ケアはもろろんのこと、家族を失う恐れやその介護疲れから心身の健康を崩
しやすいう家族の心理的ケアに対する配慮が求められる。表13-1は、ターミナルケ
アをよくするための10原則を示している。

(3) 認知症高齢者のターミナルケア

認知症高齢者のターミナル期とは、狭義には認知症そのものがターミナル期状態
であることといい、広義には狭義の状態に加え認知症であるうえに身体疾患（例え
ば悪性腫瘍）によるターミナル期の状態をも含めた状態をいう（表13-2参照）。
例えば、認知症の状態が重度で意思疎通が困難でも、介助による嚥下が可能であれ
ばターミナル期ではない。ターミナル期とは、介助しても食べたり飲んだりするこ
とがほとんど不可能な状態、すなわち自らの生命を維持することが不可能な状態を
指し、補液や経管栄養によって延命が可能な場合はターミナル期と考える。アルツ
ハイマー病であれば、感情表出や言語的コミュニケーションが低下し、臥床傾向と
なるし、食事も介助が必要で嚥下に時間がかかると、脳血管障害であると、認知症障
害に加えて片麻痺、発語障害、嚥下障害などの神経症状を伴っていることがある。

表13-2 認知症のターミナル期の定義（三宅，2000より引用）

狭義（次の1～4すべての状態を認める）
1. 認知症である
2. 意思疎通が困難か不可能な状態である
3. 認知症の原因疾患に伴い嚥下が困難か不可能な状態である
4. 上記の1～3の状態が非可逆である
広義（次の1または2を認める）
1. 狭義の状態である
2. 非可逆的な認知症であり、認知症とは直接関係ない身体疾患がターミナル期の状態である

その他、四肢関節の拘縮や失禁などの排尿障害が生じる。

しかし、記憶・見当識・認知能力など広範囲な障害により、もともと日常生活に
支障をきたし、介護が必要とされている認知症高齢者のターミナル期の始まりは判
断しにくく、日々の援助がターミナルケアにつながると考えられる。そのうえ、認
知症高齢者の場合、事前に本人の意思確認をとっている場合は別として、認知症高
齢者本人の意思を確認することはほとんど不可能である。そのため、ターミナルケ
アの方針は主に家族の意志によるものが多く、家族の心理的負担は想像以上に大き
い。家族にとっても様々な決断を即座に行うことは難しく、家族への精神的ケアを
行いながらターミナルケアの意志確認を行っていくことになる。また、高齢者本人
に対しては、残されている感情や欲求が満たされるよう、そしてその人らしく生き
られるよう最善を尽くして援助にあたりたい。

(4) 緩和ケアから見たターミナルケア

セント・クリストファー・ホスピスの創立者であるサンダース（Saunders, C.）
は、ターミナル期患者とのかかわりから、患者が経験している複雑な苦痛を「全
人的苦痛」とよび、「全人的苦痛のケア」の始まりである。「緩和ケア」とは、現在の「治
療和ケア（palliative care）」の始まりである。「全人的苦痛（total pain）」に対す
る積極的な
「全人的ケア」の
ことを指し、病
気から生じる身
体的痛みだけで
なく、また単なる

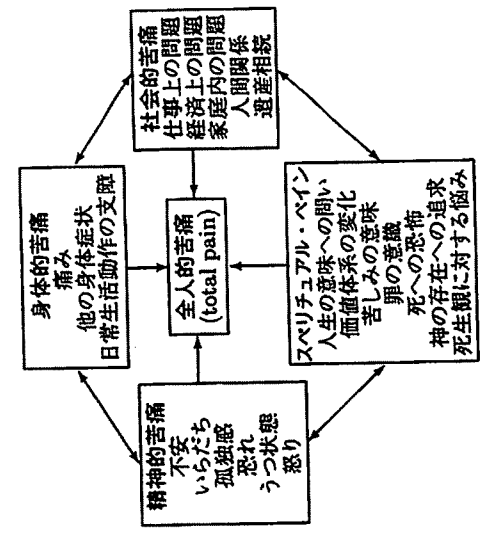


図13-1 全人的苦痛の理解（恒藤，2001より引用）

表 13-3 精神的アプローチ (恒藤, 2000 より引用)

1. ベッドサイドに座り込む	
2. 傾聴し感情に焦点を当てる	
3. 安易な励ましを避ける	
4. 理解的態度で接する	
5. ともに聞くことを知らせる	
6. 病状の変化に対する布石をする	
7. 質問の機会を与える	
8. 希望を支える	
9. 非言語的コミュニケーションをはかる	

精神的痛みだけでなく、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から構成されているという全人的な視点でとらえている (図 13-1 参照)。そして、全人的に苦悩しつつある人間として存在するターミナル期の患者やその家族に対して、様々な側面からの総合的なアプローチが必要とされる。

表 13-3 は、ターミナル期患者に対する精神的アプローチを示している (恒藤, 2000)。まず、患者と話す際には、患者のベッドサイドで立って話すのではなく、患者と同じ視線になるよう椅子に座って話そうと望ましい。次に、患者が話すことを傾聴し、患者の感情に焦点を当てて聞く。そのとき、患者の話を批判したり解釈することなく、あくまでも非指示的に接し、安易な励ましは避ける。また、受容的・共感的態度でその苦しみを理解し、その理解を伝え、患者を精神的に支えていく (岩満, 2004)。さらに、ともに聞くことを知らせたり、「この病気には山があり谷があります」といったように病状の変化に対する布石をする。診察の終わりには、患者に必ず質問の機会を与え、医療者からの一方的な情報提供にならないよう、医療者と患者相互間のコミュニケーションを心がける。そして、患者が抱えている希望をできる範囲で支えていく。このようなことは、言語的コミュニケーションだけでなく、笑顔で接する、あるいは患者のベッドでただだともに過ごすといったような非言語的コミュニケーションにも配感する。

(5) ターミナル期患者の精神的苦痛とスピリチュアリティ

ターミナル期患者に生じやすい精神的苦痛は抑うつ状態と重複するが、希死念慮を訴えたターミナル期患者の約 40% は抑うつ状態ではないとの報告もあり (Chochinov, 1995)。精神的苦痛と抑うつ状態は必ずしも同義語ではないといえる。表 13-4 は、緩和ケア病棟に入院した患者が表出した精神的苦痛を概念化したものを示している (森田, 2004)。ターミナル期になると、家族のこと、自分自身のこと、死に関することなど様々な点に関して精神的苦痛を感じやすく、このような精

表 13-4 日本人の終末期癌患者にみられる精神的苦痛 (森田, 2004 より引用)

概念	例	頻度
関係性に由来する苦悩		22%
・さびしさ	「○○と喋りたい、気持ちをわかかってほしい」	
・家族の準備	「残される○○が心配、○○を残していくのがつらい」	
・人間関係における葛藤	「○○ともめごとがある」	
コントロール感の喪失		16%
・身体的コントロール	「何もできない、からだが動かない、情けない」	
・喪失 (依存)	「しつかりしていたい、ほうっとして何が何だか分からない」	
・認知的コントロール	「この先どうなるのか? 先がわからない」	
・将来に関するコントロールの喪失 (不確実性)	「迷惑をかけたくない、つらい気持ちを知らせたくない、苦しんでいるところを見せたくない」	4.5%
負担		10%
同一性の喪失	「役に立ちたい、仕事に戻りたい、することがない」	
・役割の喪失	「楽しいことが何もできない」	
・自らしみの喪失	「私らしく生きたい」	
・重要なことが未完成であること	「別れ、感謝をいいたい、○○に会っておきたい、ひきぎや葬式の段取りをしておきたい」	6.8%
・ころの準備・死の不安	「死がこわい、死にたくない、死後どうなるのか?」	25%
希望のなさ	「何の希望もない」	17%

神的苦痛が希死念慮、自殺、自殺補助・安楽死の要求へとつながっていく。そこで、ターミナル期患者の精神的苦痛を少しでも和らげ、そして QOL を向上させるために、森田 (2004) は、「基盤となる 7 つのケア」(患者との関係の確立、現実を受け入れることの援助、感情を受け入れることの援助、ソーシャルサポートの強化、環境整備、症状緩和、チーム医療) と「個別の精神的苦痛に対するケア」を提案している。日本において、ターミナル期患者に対するこのような包括的アプローチはまだ取り組み始められたばかりだが、この取り組みを円滑に進めるためには、医師や看護師だけでなく臨床心理士、ソーシャルワーカー、チャプレンなど職種によるチーム医療が不可欠である。

一方、「スピリチュアリティ」とは、「人生の生きる意味・目的、いきがい」や「信念」といった「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と解釈されており、実存的な側面としてとらえられている (野口・松島, 2004)。ターミナル期患者は、「なぜこんなに自分が苦しまなくてはならないのか」「自分の一生は何だったの

か」「自分の人生にどんな目的や意味があったのか」といった「スピリチュアルベイン」を抱きやすく、これらの「スピリチュアルベイン」は、前述したターミナル期癌患者の精神的苦痛と類似している。なお、ターミナル期癌患者の「スピリチュアルベイン」に対するケアのことを「スピリチュアルケア」と言い、傾聴・支持的 精神療法やライフレビューなどが有効であるとされている。

(6) ターミナルケアにおける芸術療法

芸術療法とは、絵画、コラージュ、造形、詩歌、音楽、ダンスなどを用いた技法のことで、もともとは精神障害者や児童を対象としてきたものだが、近年はターミナルケアでの意義が注目されている。また、高齢者のターミナルケアでは、積極的に求める「治療法」としてではなく、患者とともに時間を過ごす、あるいは感情表 現のひとつとして「芸術療法」が位置づけられている(松岡, 2004)。とくに、認知症の患者の場合、その患者がどのような世界をもち、どのように世界を見ているかがわかりにくいのが、絵画・造形などの作品を通して、患者が感じている世界を知ることができるとなることもある。一方、ホスピスにおいては音楽療法が、患者の心身の苦痛を緩和させ、QOLを高めるために積極的に導入されている。これまでの思 い出に満ちた人生を音楽によって振り返り、これまで生きてきたことの価値を確認 し、後に残される人たちのために、過去から現在、現在から未来への橋渡しの役割 をしている(濱島・平林, 2003)。一般には、芸術療法を通して、患者、家族、そ して治療者との交流が円滑になると考えられるが、その他、レクリエーションや娯 楽として患者自身が表現活動を楽しむこと、芸術表現を通して自分自身の力で内面 を見つめ、やがて訪れる死を平穏に迎える準備をすること、表現活動によって失わ れた身体感覚や細やかな動きを刺激すること、患者自ら創作活動を行うことによ り、能動性や個人としての価値や尊厳を回復させること、作品を通して感情を表出 すること、人生の意味や生と死について考えること、死に際してこの世に「贈り 物」「遺し物」をすることなどが可能となる(飯森, 2000)。

(7) ターミナル期の在宅ケア

死期が近づいたとき、8割近くの人が自宅で最期を過ごしたいと考えているにもかかわらず、実際には8割以上の人が病院で亡くなっている。過半数の人が、自宅 で亡くなることは家族に迷惑や手間をかけるため、自宅で最期のときを過ごすこと は実現不可能であると考え、あきらめている。これは、40～69歳の990名を対象 にターミナル期に関する意識調査を行った研究結果によるものだが(小谷, 2003)、 さらにターミナル期を自宅で過ごす条件としても、「介護してくれる家族がいるこ

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーフカウンセリング 357

と」「家族の理解があること」「家族に負担があまりかからないこと」「家族に介護の知識があること」などが挙げられている。そのため、往診する医師や訪問介護な どの外部サービスの充実化なくして、在宅ケアへの広がりは難しいであろう。ま た、当然ながら高齢者であれば、認知症、せん妄、妄想、うつ状態といった精神症 状を呈しやすく、これらの症状は、病院への入院や施設への入所といった突然の環 境の変化が契機となることも少なくない。また、臥床傾向から他者との交流も乏し くなりがちで、受ける刺激も日々少なくなり、急速に心身の機能が低下する恐れも ある。一方、核家族化などにより1人暮らしの高齢者も増えてきており、よりいっ そう家族や地域社会によるサポートづくりが望まれる。

13-2 高齢者の死と死別反応

(1) 悲嘆反応

悲嘆反応とは、「対象喪失(object loss)に伴って起こる一連の心理過程で経験さ れる落胆や絶望の情緒的体験」であり(Bowlby, 1960)、その対象が親密で、愛着 や依存の対象であればあるほど悲嘆を強くかつ長く生じる。ウォーデン(Worden, 1982)は、対象喪失に対する反応を「悲嘆(grief)」、対象喪失後に生じる心理的過 程を「悲哀(mourning)」と定義しているが、通常は悲嘆と悲哀はほぼ同義語と考 えられている。

一般に対象喪失には、「別離、病氣、死などによって愛する人と分離すること、 実際には分離していても、心理的に愛する人をなくしていること、支持してく れる人のいなくなること」(Bowlby, 1960)といった①愛情や依存対象の喪失だ けでなく、その他、②住みなれた社会的・人間的環境や役割からの別れ、③自分 の精神的拠り所となるような自己を一体化させていた理想、国家、学校、会社、集 団の心理的喪失、自己価値の毀損、④自己所有物の喪失、⑤医療場面で起こる病 気・手術・事故などによる身体的喪失、身体機能の障害、身体的自己像の損傷など を含む(岩瀬, 2002)。さらに高齢者の場合、加齢に伴う身体的機能の喪失、自 尊心を傷つけられるといった人格的自己の喪失、および病氣や死への恐れなどから 絶望感や恐怖感におそわれやすい。また、これまで自分が果たしてきた社会的役割 や男性・女性それぞれの役割の喪失、病氣や事故などによる外傷や手術で身体の一 部や機能を失うといった身体的自己の喪失、若さの喪失、友人や親しい人の喪失、 とときには家族の死による家族の喪失、などを体験し、悲嘆する。しかし、こういっ た悲嘆反応は、対象喪失を乗り越え、それを受容するために必要不可欠な心理的 過程であり、この過程を「悲嘆作業(grief work)」あるいは「悲哀の仕事

表 13-5 正常な悲嘆反応と病的な悲嘆反応 (平山, 1991より引用)

感情の表現	正常な悲嘆反応		病的な悲嘆反応	
	涙を流す、泣く、怒る、喜びを表す	悲しみを表現しようとしな	い	怒りや敵意を表さない
言語活動	活発 (よく話す)	死別した対象に限られる	抑制 (寡黙)	喪失対象以外のものにまで広がる
罪責感・自殺念慮	ときに睡眠障害が現れる			重篤な睡眠障害を認める
身体症状	性欲はあつたりなかったりする			持続的に性欲が低下する
夢	死別者の生き生きとした姿やファンタジー、イメージが現れる			自己破壊的な夢を見ることがある (ただし夢を見ることが少ない)
自尊心	保たれている			保たれない、微小妄想に発展することがある
精神法的働きかけの反応	共感性あり、反応する			反応しない

(mourning work)」とよぶ。とくに、死別による対象喪失から立ち直る過程を他と区別して「喪の仕事 (mourning work)」とよぶ場合もある (小此木, 1981)。

さらに、自分自身の死の訪れによる家族や親しい友人との離別を予期し悲嘆するといった「予期的悲嘆 (anticipatory grief)」と、家族や親しい友人が、患者の死を予測して、実際に喪失が起こる以前に喪失が起こった時のことを想定して悲嘆するといった「予期的悲嘆」が生じる。しかし、この過程は死別を処理するための心の準備期間であり、うまくこの悲嘆を対処することができると、死別が突然起こったときよりも精神的衝撃は軽く、その回復も早い (表 13-5)。

(2) 高齢者の死に対する悲嘆と死生観

高齢者は多かれ少なかれ、自分が死に一步步近づいていることに気づいている。しかし、だからといってすべての高齢者がその死を心穏やかに受容できるわけではない。死が身近に感じられるようになってはじめて、これまでの人生を振り返り、後悔する場合もあるし、なかにはもっと生きたいと生への意欲が強くなる場合もある。

一般には、死に瀕している患者 200 人以上にインタビューを行った、キューブラー・ロス (Kubler-Ross, 1969) の「死にゆく人への悲嘆過程」が有名である。不治の病であることを知り、「これは私のことではない、そんなことがあるはずはない」といった防衛機制としての「否認」の段階、「どうして私なのか」「なぜあ

人ではないのか」という疑問とともに生じる「怒り」の段階、この「避けられない結果」を先にできるだけ延ばそうと交渉する「取り引き」の段階、この世との永遠の別れのために心の準備をしなければならぬという深い精神的苦悩を感じる「抑うつ」の段階、そしてひどく衰弱し、頻繁に短い眠りを取りたくなり、最期へと近づいていく「受容」の段階へとつづく。この時期は、患者自身よりもその家族に、多くの助けと理解と支えが必要となる。

高齢者の死生観についてみると、女性は男性と比べて死への不安や恐怖が高く、女性の死の教育の必要性が示唆される (田中・岩本, 2002)。もちろん、それは女性の死の教育の必要性に対してと同様に死の教育は重要であろう。高齢者が自分の死について誰かと話し合ったことのない人は約 4 割にも達し、たとえ死について話し合っていたとしても、その約半数は終末期の希望を他者にあまり伝えていないことが報告されている (藤村・安藤, 2004)。すなわち、高齢者は身近に迫っている死に対する思いは強くなるにもかかわらず、そういった感情を表出したり共有したりする機会が少ないのである。当然ながら、死を迎えるまでは、「困りに迷惑をかけるに、最後まで自立して生きたい」といった自己実現や役割遂行の希望、「毎日感謝する」「友人と交流する」「一日一日を大事に過ごす」といった自分の信念に沿った生き方が死生観に影響を与えている。

(3) 家族の死別に対する悲嘆

つぎに、死別した家族の悲嘆過程についてだが、ここでは哲学者であるディーケン (Deeken, 1986) が提唱した「悲嘆の 12 の段階」を紹介する。第 1 段階は「精神的打撃と麻痺状態」で、あまりにも心身の疲れから感情が停止したかのように感じたり、時には頭が真っ白になり、何も考えられなくなることがある。次に、第 2 段階では、「否認」が生じる。実際に故人が亡くなったにもかかわらず、まだ生きていくかのような錯覚に陥ったりする。第 3 段階では、号泣するなど精神的に混乱状態、すなわち「パニック」の段階となる。第 4 段階では「怒りと不安感」を感じ、「なぜ自分だけこんな目にあうのか」と怒りや当惑を感じたり、今後の生活に対する不安を感じたりする。第 5 段階では「敵意とルサンチマン (恨み)」が表出される。すなわち、「いったい誰がこんな目にあわせたのか」「なぜあの人はあんなに幸せなのか」と周囲に敵意や恨みを抱いたり、「あんなにお酒を飲まなければ死ななかつたのに」と故人に対しても怒りが向けられることがある。第 6 段階では、「私があるときすぐに病院へ連れて行って行っていたら」といったような自責感が起こり、「罪意識」が生じる。第 7 段階では、故人は、「どこかに旅をしている」「出張に行っている」などと思ひ込み、苦しみや悲しみから逃避しようとする「空想形成、

表 13-7 不良な死別経過を予知する因子
(Chochinov & Holland, 1993)

社会的援助が乏しいという思い
精神疾患の既往
抑うつ症状を伴う初期の強い苦悩
予期できなかつた死
他の重要な生活上のストレスと喪失
主要な支えとなっていた故人への以前からの強い依存
子どもの死

表 13-8 配偶者喪失後の死亡率 (1963-1975)
(Helsing & Saklo, 1981)

性	死亡率に影響するもの
男性	妻を亡くした者で高率 (55~74歳) 再婚で死亡率が下がる
女性	未亡人も結婚生活者も同じ 再婚後も同じ
両性	一人暮らしで高率 養護施設に移った者で高率 最初の1年では上昇せず

* # = 4032

「応」が生じる場合がある (表 13-6)。ただし、これらの悲嘆反応は段階を追って進むわけではなく、各段階を行きつ戻りつしながら進むため、両者を区別することは難しい。しかし、なかには配偶者の死別反応から臨床的にうつ病の状態になる場合もあり、病的な悲嘆反応を示した際には、緊急の心理的援助を要する。さらに、高齢者であればあるほど、配偶者の死亡が独立した生活の喪失を招くことにもなりかねず、そういった生活環境の変化が悲嘆を増強させることにもなる。

悲嘆反応は個人によってその表れ方が異なるが、個人の思想、感情、行動パターン、人間関係、知的水準、対処能力、先行経験、身体的・運命的特質、統制力などによって左右される。また、年齢、教育、職業などの人口統計学的特質の影響をも受ける。表 13-7 は、病的な悲嘆反応を予知する因子を示している (Chochinov & Holland, 1993)。

(5) 死別反応と健康

死別が健康に与える影響として、精神的苦痛の増加、身体症状の増加、ヘルスサービスの利用の増加、苦痛に対する自己治療の増加 (健康的に悪い影響をもたらす喫煙、飲酒、薬物使用の増加) などが挙げられる (Chochinov & Holland, 1993)。

幻想」が起こる。第 8 段階は「孤独感と抑うつ」の段階で、「誰も自分のこのつらい気持ちを理解してくれない」といったような孤独感や、気分が落ち込むといった抑うつ感を感じる。第 9 段階は、「精神的混乱とアパシー (無関心)」の段階で、何もやる気が起きずに、空虚感や絶望感でいっぱいになる。第 10 段階は、「あきらめ—受容」の段階で、辛さや悲しみは感じてはいるが、故人が亡くなったことを受容するようになり、死という事実を受け入れるようになる。第 11 段階は「新しい希望—ユーモアと笑いの再発見」の段階で、故人を穏やかな気持ちで偲ぶことができるようになる。最後の第 12 段階は「立ち直り—新しいアイデンティティの誕生」であり、この死別を克服していき、その経験から死別以前とは異なった新しい自分を見つけ、今後の人生にいかしていくこととする。

当然ながら、これらの悲嘆過程は順番どおりに経験するわけではなく、その個人によってその順番やその持続時間も異なる。いずれにしても、それぞれの段階で生じる悲嘆反応は死別という精神的ショックから立ち直るためには必要な悲嘆の作業であり、それぞれの感情を十分に表出することが望ましい。

(4) 正常な悲嘆反応と病的な悲嘆反応

上記に述べたキューブラー・ロス、アイーケンの悲嘆過程の他に、フィンク (Fink, 1973) の「危機理論」がある。これらの対象喪失に対する悲嘆過程は、「正常な悲嘆反応」であるが、一方、悲嘆の作業が十分なされないと「病的な悲嘆反

表 13-6 病的な悲嘆 (小島, 1986 より改変引用)

病的な悲嘆	特徴
遅延した悲嘆	喪失の否認や逃避により、喪失のあと数日、数週間、数か月を経て悲嘆が現れる。
悲嘆の欠如	悲嘆の反応が全く現れず、その感情さえ知覚しない。
抑制された悲嘆	悲嘆の反応を公的には隠し、密かに悲しむ (喪失を合理化)。
慢性的悲嘆	悲嘆が持続している状態。
ひどい抑うつ	一時的な抑うつとは違い、気分や行動や思考プロセスの逸脱を伴うことがある。
心気症	喪失に対する強い不安・緊張・敵意・罪悪感が、身体的な反応として表れる。
精神生理学的反応	喪失が原因で、もともとその人が持っている素因から本悪性高血圧症や神経性皮膚炎、十二指腸潰瘍のような身体的な症状を引き起こす。
行動化	喪失によって経験する苦痛などの強い内的感情を、行動によって処理する (アルコール依存、麻薬依存)。
神経症的、精神病的状態	病的な恐怖症、ヒステリー一症状、抑うつ反応など、また精神病症状が起こることもある。

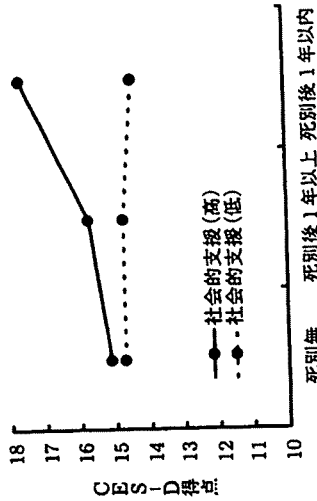


図 13-3 死別経験とソーシャルサポートの精神的健康に対する影響 (岡林ら, 1997)

サポートの受け方が重要な問題となるであろう。しかし、ソーシャルサポートは、精神的健康に対しては死別の影響を和らげることはできても、身体的健康に対しては効果がないとの報告もあり (Norris & Murrell, 1990)、死別反応と健康を考える際には、精神的健康と身体的健康とに分けて考える必要がある。

(6) 高齢者の自殺

高齢者人口の増大とともに、高齢者の自殺は深刻な社会問題となっている。在宅高齢者を対象に、最近1年間の希死念慮に影響を与えている要因を調べたところ、日常生活において可能な限り、自分で買い物や食事の用意をするといった生活に対する「手段的自立」が高い人ほど、また家族や近所とのコミュニケーション量が多い人ほど、希死念慮は低かった (長谷屋, 2004)。都市部に在住する高齢者では、「死についての反復思考」は比較的よく認められる現象であるが、「自殺についての反復思考」や「過去2週間にわたる自殺念慮」は相対的に稀な現象であること (栗田, 2003)。さらに、身体的機能障害、睡眠障害、抑うつ症状のみが「死についての反復思考」と関連があり、手段的ソーシャルサポートの欠如と抑うつ症状のみが「自殺についての反復思考」と関連していた。当然ながら、抑うつ症状は自殺念慮の大きな予測子であることが示唆される。一方、社会貢献への意識の高さや他者との十分なコミュニケーションが、「自分の存在の受容」へとつながり、高齢者の生きがいへと結びついていくことを考えると、高齢者の自殺防止には高齢者ボランティアの組織づくりや、家族以外の人ともコミュニケーションをはかることのできる場所の設定など、地域による予防介入の実践が望まれる。

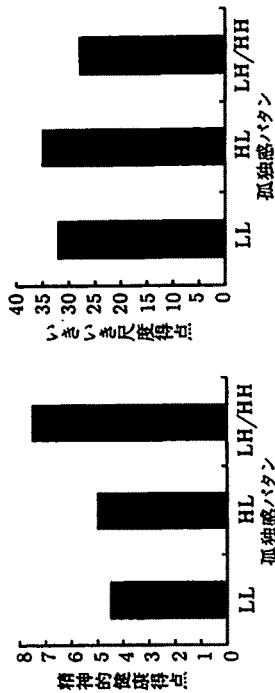


図 13-2 孤独感の変化とサクセルフルエイジングとの関連 (河合・佐々木, 2004)

注) 「LL群」は、配偶者との死別後平均8か月後および25か月後の孤独感がともに低い群。「HL群」は、配偶者との死別後平均8か月後の孤独感が高いが、死別後平均25か月後の孤独感が低い群。「LH群」は、配偶者との死別後平均8か月後の孤独感が低い群、死別後25か月後の孤独感が高い群。「HH群」は、配偶者との死別後平均8か月後および25か月後の孤独感がともに高い群。

死別後の死亡率については、配偶者を亡くした人のうち、一人暮らしの人や施設などに移った人は男女ともに死亡率が高く (Helsing ら, 1982)、とくに、55~74歳の高齢の男性の場合、再婚すれば同年齢の既婚者と同じ死亡率になるものの、再婚しなければその死亡率は高い (Helsing & Szklo, 1981) (表 13-8 参照)。一方、男性女性にかかわらず、死別後、とくに半年までの間の死亡率が高いとの報告もある (Manor & Eizenbach, 2003)。配偶者との死別に関する縦断研究では (Harlow, Goldberg, & Comstock, 1991; 岡林ら, 1997)、死別後1年未満の期間は死別前より抑うつ症状が増加し、身体的健康も悪化すること、他方、死別から1年以上の時間が経過するとそれらの症状も回復することを示している。また、死別後に孤独感が高い人は、長期間経過後の時点までに病気になるたり死亡してしまいう可能性が高く、精神的健康も悪いことが報告されている (図 13-2 参照; 河合・佐々木, 2004)。

このように死別が健康に与える影響は計り知れないもの、悲しみを無理に抑え込むことなく、泣きたいときには思い切り泣くといったように感情を解放することや、自分の気持ちを誰かに聞いてもらおうといったように感情を他者へ表出すること、死別後の対処反応として有効である (坂口ら, 2002)。とくに配偶者と死別した高齢者の精神的健康を保つためには、感情を他者へ表出するだけでなく、周囲の人からのソーシャルサポートを十分に受け、孤独感を感じないようにすることが重要である (図 13-3 参照; 岡林ら, 1997)。子どもとの同居率が低下し、近隣との関係も希薄しつつある日本では、今後配偶者と死別した独居高齢者のソーシャルサ

13-4 グリーフ・カウンセリング (グリーフ・ケア)

(1) グリーフ・カウンセリング (グリーフ・ケア) とは

残された家族の通常の悲嘆は対象喪失後3か月から1年で克服されるが、悲嘆過程の完全な終結には2年から3年、時には一生を要することもある。ましてや、その死を予期していなかった場合、また亡くなった家族への愛着が強い場合には、その悲嘆が強くなることは容易に予測できる。このように残された家族が、悲嘆の処理を十分に行うことができるよう、遺族に対する心理的援助を行うことが望ましい。

一般的には、身近な人や遺族同士のソーシャルサポートなどによって、遺族は徐々に死別という喪失の事実を受容し、新たな人間関係を形成し、愛する者の喪失に伴う悲しみを克服していく。そして、そのとき、十分に悲しみ、その死別に伴う罪責感などをむやみに感じることがないよう、「悲嘆作業 (grief work)」あるいは「悲哀の仕事 (mourning work)」を十分に行うことが不可欠である。しかし、なかには、死別後、十分な悲嘆作業あるいは悲哀の仕事ができない場合がある。そこで、十分な「悲嘆作業」あるいは「悲哀の仕事」ができない人に対して心理的援助、すなわち「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」が必要とされる。

(2) グリーフ・カウンセリングの種類

「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」を行う組織は、精神科医、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどの専門家による組織、専門家による支援を受けたボランティアによる組織、遺族による自助グループなどがある (鈴木, 2002; 小林, 2000)。

専門家による「グリーフ・ケア」あるいは「グリーフ・カウンセリング」では、残された人が、① 故人の死という喪失の事実を受容すること、② 悲嘆の苦痛を克服すること、③ 故人がいない新しい環境に適応すること、④ 故人を情緒的に再配置し生活を続けることの4つの課題を達成できるよう援助していく (Worden, 1993)。そのため、これら4つの課題を達成するために、グリーフ・カウンセリングの実施の際には、① 喪失の現実感を増やすよう援助する、② 表出された感情、あるいは抑制された感情の両方を扱えるよう援助する、③ 死別後の再調整に障害となるものを克服するよう援助する、④ 適切な別れとなるよう、そして人生が再びエネルギーや喜びに満たされたものとなるよう援助するといったことに配慮しなければならぬ。

13. 高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーフ・カウンセリング 365

遺族による自助グループでは、喪失を体験した遺族同士が集まりお互いの感情を共有し、また体験者がどのような問題に直面しどのような対処してきたかといった情報を共有し、死別による悲嘆をうまく克服できるようお互いにサポートしあう。このような自助グループは全国各地にあり、臨床心理士や精神科医などの専門家が携わっている場合もある。

日本の医療では、このグリーフ・カウンセリングの発展はこれから期待されるどころだが、とくにホスピスでは、この取り組みに対する関心が高い。例えば、ホスピスの医療スタッフが、遺族に対し、お悔やみの手紙やカードを送付したり、病棟で追悼会を開催したり、家族会などの遺族ケアを実施するホスピスもある。

(3) 死別経験者をサポートするために

最近では、死別経験者の周囲の人が、死別経験者をサポートをするときに役立つ手引き「死別の悲しみを支えるガイド」を作成し配布するなど、その支援は広がりがつつある (河合ら, 2005)。この小冊子では、① 残された人の心を理解する、② ありがたいと思える援助、③ 遺された人と関わるときには、④ 日常の生活を援助する、⑤ 遺された人が孤立しないように、⑥ 関わりを持続する、⑦ その死が予期できるときには、について書かれている。

臨床心理士の立場から



岩満優美* 和田芽衣* 平山賀美*



緩和医療場面でのコミュニケーションは、患者・家族と医療者間との信頼関係を築く大切な過程である。そもそも、緩和ケアへの移行を円滑におこなうところから、このコミュニケーションの問題はすでにはじまっている。円滑なコミュニケーションのためのスキルとしては、支持的な対応、傾聴、受容などがある。ここではこれらのスキルを紹介すると同時に、感情表出の促しについて、否定的感情の抑制との関係から述べる。その他、スピリチュアルペインなどを含むエンドオブライフケア、家族の心理的苦痛、さらには医療職種間のコミュニケーションについて概説する。

はじめに

緩和ケアへの移行をはじめとして、緩和医療場面でのコミュニケーションは、患者・家族と医療者間との信頼関係を築く大切な過程である。とくに、ホスピス・緩和ケア病棟に入院する患者や家族の多くは、まるで医療者から見捨てられたかのように感じたり、病气や死の現実を目の前に絶望的になりやすく、そのコミュニケーションのとり

方には最善の注意を払う必要がある。実際に、医療者の多くが、患者や家族とのコミュニケーションにさまざまな困難を感じており¹⁾、不十分なコミュニケーションから、患者や家族への対応に苦慮することもある。ここでは、臨床心理士の立場から患者・家族との良好な信頼関係の形成に向け、そのコミュニケーションスキルなどを紹介する。

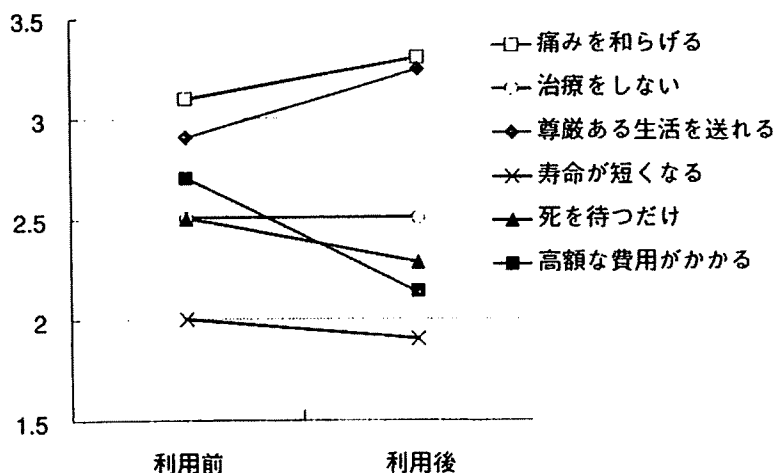
1. 緩和ケアへの移行

病気の回復を望み、治療を強く希望する患者や家族に、積極的治療を中止し、緩和ケアへの移行を伝えることは、医療者にとって強い心理的苦痛を伴う。しかし、緩和ケアを実際に紹介された遺族の約50%が、患者の死亡後に「もっと早く緩和ケアを受診したかった」と評価しており²⁾、タイミングよく緩和ケアへ紹介することの重要性が示唆される。「もっと早く緩和ケアを受診したかった」

KEY WORDS

コミュニケーションスキル
支持的
傾聴
感情表出と抑制
緩和ケア

* IWAMITSU Yumi, WADA Mei, HIRAYAMA Shigemi/北里大学大学院医療系研究科・医療心理学



図① 緩和ケア病棟利用後の緩和ケアのイメージの変化
 縦軸:あてはまらない(1.5), あまりあてはまらない(2), あてはまる(3), とてもあてはまる(3.5)
 (森田達也, 2006²⁾より改変引用)

と評価した家族は、緩和ケアが寿命を短くするという思いや患者との別れが近づいていることへの悲嘆が強いだけでなく、主治医とのコミュニケーション不足から、緩和ケア受診に対して抵抗を示していたと考えられる。

実際に、緩和ケアへの紹介から死亡までの期間が、平均でおよそ40日前後と³¹⁾、緩和ケア受診期間が比較的短く、本来の緩和ケアの意図が十分に伝わらないままに、また本来の緩和ケア病棟の機能を十分に果たせないままに、患者は死を迎えることも少なくない。

以上より、医療者が適切な時期に、緩和ケアに対する説明を患者や家族に十分におこなうことが重要であるといえる。すなわち、緩和ケアが必要になる前から、緩和ケアについて紹介し、患者や家族が緩和ケアをこれからの選択肢の1つとして自由に考えることができるよう、あらかじめ情報を提供する。ただし、死のイメージに結びつきやすい緩和ケアだけに、そのような誤解を招かないよう、あるいはそういった誤解が少しでも減るよう、パンフレットを用いてわかりやすく説明するなど、情報提供のあり方には工夫が必要である。

図①³¹⁾は、緩和ケア病棟利用後の緩和ケアのイメージの変化をあらわしているが、多くの家族が、緩和ケア病棟の実際を知らないことから緩和ケア病棟に対して否定的イメージを抱いていることが

わかる。当然ながら、緩和ケア病棟利用後には、「高額な費用がかかる」「死を待つだけ」といった緩和ケア病棟に対する否定的イメージは減少し、「痛みを和らげる」「尊厳ある生活を送れる」といった肯定的イメージが増加している。緩和ケア利用前から、緩和ケアについて前もって説明し、緩和ケアに対する間違った否定的イメージがあれば、そのイメージを修正し、患者や家族に、緩和ケアに対する十分な理解を促したうえで、今後の過ごし方をともに考えることができるよう援助したい。

2. コミュニケーションスキル

緩和医療場面でのコミュニケーションでは、とくに、医療者のコミュニケーションスキルが必要とされる。ここで大切なことは、患者や家族の背景はそれぞれ異なることを念頭に入れ、患者や家族の気持ちや考えを十分に聴き、その気持ちや考え、置かれている状況を理解し、心の準備に即した形で、これからの過ごし方についてともに考えていく姿勢をとることである。

1) 支持的・傾聴・受容

緩和医療におけるコミュニケーションの基本は、個々の患者の病気とその意味に視点を置き、その人なりの方法でがんを理解し、適応していくことをめざす、「支持的」な接し方である³¹⁾。すなわち、

表① 上手に聴く方法

1. 状況設定を正しくする
2. 相手が今話したいと思っているかどうかを見分ける
3. ひたすら傾聴し、自分が聴いていることを相手に示す
4. 話をするように相手を促す
5. 沈黙と非言語的対話を忘れないようにする
6. 自分の感情を述べることを恐れないようにする
7. 自分に誤解のないことをはっきり示す
8. なるべく話題をかえないようにする
9. 早すぎるアドバイスを慎む
10. 回想することを勧める
11. ユーモアのはたらきを忘れないようにする

(Buckman R, 1989⁶⁾ より改変引用)

患者や家族の話を傾聴し、患者や家族の状況を共感的に理解し、現実的な範囲で保証を与えていくのである。

表①は、Buckman⁶⁾が「死にゆく人と何を話すか」のなかで述べた「上手に聴く方法」をまとめたものだが、ここでも「ひたすら傾聴し、こちらが聴いているのだということを相手に示す」ことがそのスキルの1つにあがっている。傾聴するということは、決して患者や家族を質問攻めにすることではない。患者や家族と視線をあわせ、表情、身体の向き、姿勢などの非言語的サインに気を配り、話すスピードや声の大きさもその場の雰囲気によって調整し、患者や家族が話していることをよく聴き、それに自然に応答していく⁷⁾。さらに、その理解をうなずきや言語的の追跡（相手の話した言葉を1語か2語そのままくり返す）といった態度であらわしていく。つづいて、「それから…」 「もう少し具体的に話してください」など、さらに話を進めるよう促し、こちらから話題を飛躍させたり妨げたりせず、話している内容に注意を払う。

ある程度話が進むと、患者や家族が話した内容をまとめ、その内容を正しく理解しているかどうか確認する、あるいは誤解のないことを患者や家族に、言葉ではっきりと示していく。ポイントとしては、患者や家族の名前をよびかけたり（例：〇〇さん）、患者や家族にとって重要な語句を用い

たり、話の本質のみを返すように心がける。これがうまくいくと、患者や家族は、自分の気持ちをよく理解していると思い、さらに話はうまく進んでいくことになる。このように、支持的な対応とは、決して患者や家族を批判したり解釈することなく、話したことをそのまま受け止め、その感情をそのままに理解し（共感的理解）、それを伝え、受容的・非指示的に接していくのである。

2) 感情表出と感情抑制

医療者は、患者が死の不安や恐怖といった否定的感情を抑制することがないように、表出したい感情は、いかなる感情でも表出するように促していくが、ただでさえ、患者は医療者に対する遠慮が強いいため、相談したいことがあっても躊躇することが多い。

一方、医療者は、患者が何もいわないことから、何の問題も感じないままに日々を過ごしていくことがある。しかし、こういった期間が長くなればなるほど、気づいたときには、患者・家族と医療者間との溝は大きくなっている。そのため医療者は、開かれた質問を用いて、患者や家族に心配事や疑問を打ち明けられるように促しを心がける（表②）⁷⁾。

患者や家族のなかには、自分の気持ちを話しても何の解決にもならないことから、話をすることをあきらめている人がいる。また、もともと社会的に望ましくふるまう傾向の人や他者にこれ以上に迷惑をかけたくないといった気持ちが強い人は、よりいっそう否定的感情の表出を抑制する。しかし、がん罹患、治療、治療の副作用、経済的問題、死などに関する不安、抑うつ、怒りといった心理的ストレスは、一人で抱えこむことも統制することもむずかしい。がん患者のように、将来に対する不確実性が高い状況の場合、否定的感情を抑制すること事態がストレスを増強することにもなる⁸⁾。このような人には、「話をして解決できないかもしれませんが、一緒に考えていきましょう。つらい気持ちをだれにも話さないことは、それだけで

表② 開かれた質問の効果的な場面とその具体例

効果的な場面	具体例
面接をはじめるとき	「今日はどんなことをお話になりたいですか」 「この前から状況はどのようかわりましたか」
話を詳しく述べてもらうとき	「そのことについてもっと詳しく話していただけませんか」 「それが起きたとき、どのように感じましたか」
具体的な行動の事例を引き出したいとき	「具体的な例を話してください」 「そのとき、どのようにしましたか」
感情に注意を集中したいとき	「そのとき、どのように感じましたか」 「今、どのような気持ちですか」

(Ivey AE, 1983⁷⁾より改変引用)

もっとつらく感じるようになるかもしれません。一人で悩まずに、話せることを話せるときにお話してください」と伝え、いつ、どのような話をして大丈夫であるという保証を十分に与える。ただ、話すことに慣れていない抑制者に無理に話すことを強要せず、「話したいときに、話せることを、話せる人に」と伝えることが大切である。どのような思考や感情を表出しても受容され、支持されることを体験することによって、患者や家族は安心感を得ることができ、ひいては自己評価を高めることにもつながる。

3. エンドオブライフ (end of life) ケア

がん患者は、がんに罹患したときから、これまでと同じように社会生活を送れなくなったことや、病気や死への恐れなどから、絶望感や恐怖感におそわれる。そして、これまで自分が果たしてきた社会的役割や性役割の喪失、慣れ親しんだ環境の喪失、外傷や手術で身体の一部や機能を失うといった身体的自己の喪失、自尊心を傷つけられるといった人格的自己の喪失を体験するなどさまざまな対象喪失を体験し、心理的苦痛を感じる。とくに、終末期の場合、死の訪れによる家族や親しい友人との離別、身体機能の喪失、将来に対する不確実性に対する心理的苦痛が強くなる。このような心理的苦痛から、希死念慮、自殺、自殺補助、安楽

死の要求へとつながることもある。

死に関連した恐怖から、孤独感や疎外感を感じ、不安や焦燥感が強まり、「なぜこんなに自分が苦しまなくてはならないのか」「自分の一生は何だったのか」「自分の人生にどんな目的や意味があったのか」といった「人生の生きる意味・目的、生きがい」や「信念」といった「自己の意味の消滅から生じる苦痛」、すなわちスピリチュアルペインを抱きやすい⁸⁾。これらのスピリチュアルペインに対するケアには、前述した傾聴・支持的療法やライフレビューなどが有効であるとされている。

森田⁹⁾は、終末期のがん患者の心理的苦痛を少しでも和らげ、QOL (quality of life) を向上させるために、「基盤となる7つのケア」①患者との関係の確立、②現実を受け入れることの援助、③感情を受け入れることの援助、④ソーシャルサポートの強化、⑤環境整備、⑥症状緩和、⑦チーム医療と「個別の精神的苦悩に対するケア」を提案している。終末期のこのような包括的アプローチを円滑に進めるためには、医師や看護師だけでなく、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー (MSW)、チャプレンなど多職種によるチーム医療が不可欠である。このように、とくに終末期になると、病気から生じる身体的痛みだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みを強く伴うようになる。そのため、身体的、精神的、社会的、スピリ

チュアルな痛みに対して、全人的視点による「全人的ケア・エンドオブライフケア」が必要とされる。

4. 家族

がん患者の家族は「第二の患者」ともいわれるほど¹¹⁾、患者同様、さまざまな心理的苦痛を感じている。家族は、終末期になると、もうすぐ大切な家族を失うという不安や悲しみ、残される家族の将来に対する不安や恐れ、経済的な問題、十分なケアをおこなえないという自責感などを感じている一方、患者の前では、そういった悲しみ、苦しみ、および不安を抑制し、患者に心配をかけまいとする。そのため、その心理的苦痛はよりいっそう強くなる。家族は患者の支援者であるため、家族に対する心理的援助が見過ごされがちであるが¹²⁾、患者の死によって訪れるであろう悲嘆に対するケアをも含めた心理的援助が望まれる。

5. 医療職種間のコミュニケーション

患者・家族と医療者とが十分なコミュニケーションをとることはもちろんのこと、医療職種間のコミュニケーションも重要である。担当医師、担当看護師、精神科医、薬剤師、心理士、MSWなどさまざまな職種により構成されるチーム医療では、病名や病状、告知内容など、患者や家族の情報を共有し、患者や家族の状況をそれぞれの専門的立場から把握し、その理解を深めていく。しかし、さまざまな職種ゆえに、そのコミュニケーションがうまくいかないこともある。チーム医療を円滑におこなうためには、お互いの専門性を理解・尊重し、かつその専門性に固執することなく、柔軟に対応し、包括的に援助していくことが望ましい。また、患者や家族は医療職種によって話す内容をかえることがあり、担当医師が忙しそうにしているのを見て、質問や相談を躊躇することもある。しかし、このような場合でも、チーム医療の取り組みにより、担当医師以外の医療者、たとえば心理士やMSWが、患者や家族の不安や疑問、質問な

どを聴き、整理し、担当医師に伝えることができるように援助することが可能となる。

最後になるが、医療者のバーンアウトの問題も、この緩和医療領域における大きな今後の課題である。「情緒的消耗感」や「個人的達成感の欠如」などのバーンアウト症状が少しでも軽減するよう、医療職種間のコミュニケーションを十分におこない、医療者自身も一人ですべてを抱え込まないよう、適度な感情表出が必要であろう。

おわりに

緩和医療場面でのコミュニケーションでは、患者と家族の立場に立って十分なコミュニケーションをとるように心がけることはもちろん、自分自身の専門家としての立場を忘れずに、その専門性を活かした客観的な態度で心理的援助をおこなうなど、この両方の姿勢をバランスよくあわせもりたい。

■ 文 献 ■

- 1) 奥山徹, 保坂隆: がん専門医へのコミュニケーショントレーニング. *Depression Frontier* 2: 39-43, 2004
- 2) 森田達也: 遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期: 日本の実態調査. *血液・腫瘍科* 52: 205-210, 2006
- 3) Costantini M, Toscani F, Gliucci M *et al*: Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 18: 243-252, 1999
- 4) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637, 2005
- 5) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介: 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 106: 123-137, 2004
- 6) Buckman R: "I don't know what to say...": *How to help and support someone who is dying*, Little, Brown & Company, Boston, 1989 (上竹正躬訳: 死にゆく人と何を話すか, メヂカルフレンド社, 東京, 1990, pp.23-24)
- 7) Ivey AE: *Introduction to Microcounseling*,

- Wadsworth, California, 1983 (福原真知子, 相山喜代子, 國分久子ほか訳編: マイクロカウンセリング, 川島書店, 東京, 1999)
- 8) Iwamitsu Y, Buck R: Emotional distress in breast cancer patients. Suppression of negative emotion and social support. In : *Mood State and Health*, ed by Clark AV, Nova Science Publishers, New York, 2005, pp.87-119
- 9) 野口海, 松島英介: がん患者のスピリチュアリティ. 臨床精神医学33 : 567-572, 2004
- 10) 森田達也: がん患者の精神的苦悩. 臨床精神医学33 : 559-565, 2004
- 11) Lederberg RD : The family of the cancer patient. In : *Handbook of Psycho-oncology*, eds by Holland JC, Rowland JH, Oxford University press, New York, 1989, pp.585-597
- 12) 佐伯俊成: がん患者と家族に対する心理社会的介入. 心身医学44 : 495-501, 2004

コンセンサス

2008 Winter

癌治療

特集 チーム医療のための サイコオンコロジー 入門

巻頭言「サイコオンコロジーの理解と実践を目指して」	— 2
1. サイコオンコロジーとは	4
2. 癌患者にみられる代表的な精神症状とその対策	
(1) 適応障害	8
(2) うつ病	10
(3) せん妄	14
3. 癌患者の家族に対する精神的ケア	20
4. 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与	
(1) 精神科の立場から	24
(2) 心療内科の立場から	26
(3) 一般臨床医(身体科)の立場から	30
(4) 看護の立場から	32
(5) 心理の立場から	34
(6) リハビリテーションの立場から	36
(7) ソーシャルワーカーの立場から	40
5. サイコオンコロジーへのコンサルテーションの指針	42
6. 癌患者とのコミュニケーション	44
シリーズ—DIF (22)	
DIFと抗癌剤耐性—癌幹細胞とEMT (epithelial-to-mesenchymal transition) の観点から	48
わかりやすいキーワード解説	52
文献抄録	54
スクラップブック	55

バックナンバー 59

Web版公開中

コンセンサス癌治療ホームページ

<http://www.cancertherapy.jp>

へるす出版

4. 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与

(5) 心理の立場から

北里大学大学院医療系研究科 医療心理学

岩満 優美

Yuumi Iwamitsu

癌患者の心理的反応

癌と診断された患者の多くは、癌に対して不安や恐れを感じたり、それに伴って食欲不振や不眠に陥ったり、時には、思考が混乱するといったストレス反応を示す。一般に、このようなストレス反応はある程度癌診断に伴う一時的な通常反応であり、癌診断後、数週間が経過すると、癌罹患といった現実問題に対処できるようになる(表1)¹⁾。しかし、このような通常反応をたどることなく、治療経過のなかで、心理的苦痛を慢性的に感じ、うつ病や適応障害に陥る場合がある。その要因として、最初の診断の心理的衝撃の強さ、性格傾向、病状、治療状況、治療の副作用、家族背景、経済状態などが考えられる(表2)¹⁾。同時に、患者は、癌診断、治療(外科的手術、放射線療法、化学療法、内分泌療法など)、治療終了、再発・転移、終末期と、それぞれの時期によってもその心理的苦痛の程度や内容は異なる。そこで、患者の心理的苦痛を少しでも軽減するために、患者(時には、家族をも含めて)を心理的に援助することが大切である。

心理療法士(心理士)による心理的援助

心理的援助を行う際には、まず、個々の患者の現在の身体的状況、治療状況、告知内容、性格傾向、精神科の既往歴などを把握し、心理的苦痛の程度とその内容を同定する。

心理的援助の技法にはいくつか種類があるが、心理療法士は、①患者が表出する思考や感情を傾聴し、②心理的苦痛を感じている患者を批判することなくそのまま受け止め、③共感的に理解していることを患者に示す、といった基本的な心理面接技法で患者を精神的に支持していく。そのうえで、患

者が感じる、現実とは大きくはずれた、歪んだ否定的な思考(例：これまでの行いが悪いから、癌になった)に対して現実に沿った考えや判断ができるように認知を修正し、不快な感情の適正化を目指す「認知(行動)療法」や、心身のリラクゼーションを目的とした「自律訓練法」「漸進的筋弛緩法」「イメージ療法」、感情の表出を促したり、自己洞察を促す「心理療法的アプローチ」などを、患者の心身の状態に合わせて適宜組み合わせる(表3)²⁾。

医療チームの一員として

心理療法士が患者や家族の心理

表1 癌という診断に対する通常反応

	症状	期間
第1期		
初期反応	ショック“頭が真っ白になった” 否認“癌になるはずがない” 絶望“治療しても無駄だ”	2~3日
第2期		
不快	不安・抑うつ気分 食欲不振・不眠 集中力の低下・日常生活への支障	1~2週間
第3期		
適応	新しい情報への適応 現実的問題への直面 楽観的見方ができるようになる 活動の再開・開始	2週間で開始

[文献1]より引用]

表2 癌への適応要因にかかわる要因

社会的要因	・ 癌に対する社会の先入観 (不治の病・苦痛に満ちた死など)
個人的要因	・ “癌告知” の状況 ・ 患者自身 罹患した年齢 人格および課題へのコーピング(行動学的な対処方法) 精神障害の既往 身近な人が癌になったときの経験 教育水準 癌に対する信念
医学的要因	・ 環境要因 配偶者・家族・友人からの物心両面のサポート ・ 癌の臨床像 部位・病期 見通し 症状と機能障害の程度 ・ 必要な治療 ・ 病院スタッフによる心理的サポート・医師-患者関係

[文献1]より引用]

表3 心理的援助

- (1) 病気に対する感情(不安・恐怖)表現を促す
- (2) 病気に関して現実的な範囲で、励まし、保証を提供する
- (3) 過去の死別体験との関連として現在の置かれた状況を探索する
(過去の喪失体験にどう対処し、どういう結果となったか)
- (4) 感情、行動、不適応の状態を明確化し解釈して伝える
- (5) 将来に対する不確定感や実存的憂感に対処する方法をともに模索する
- (6) ストレスとなっている未解決の問題(家庭内の問題、仕事)を探る
- (7) 教育的側面:可能な範囲で、現在の身体的状態や今後治療や検査によって引き起こされる身体状態や情緒的反応(化学療法の副作用によって引き起こされる倦怠感、うつ状態など)を明瞭に、繰り返し説明して無駄な誤解・先入観を解き、助言・指導を提供する

[文献2]より引用]

的援助にあたる際には、担当医師、担当看護師、精神科医、薬剤師、ソーシャルワーカーなどと十分にコミュニケーションをとることが重要である。チーム医療を円滑に行うためには、それぞれの専門性を理解・尊重し、柔軟に対応

し、包括的に援助していくことが望ましい。

◎文献

- 1) 内富庸介, 他: 疾患・がんに対する通常反応. 新精神科選書
- 2, サイコオンコロジー; がん

医療における心の医学, 山脇成人監, 内富庸介編, 診療新社, 大阪, 1999, pp 4~19.

- 2) 岩満優美: がん患者への心理療法的介入. 臨床精神医学 33: 621~6, 2004.



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、リラクセーション、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