

終末期がん患者の「スピリチュアルペインの アセスメントとケア」の現状と課題

東京都健康医療センター研究所
中里 和弘

日本心理学会(2017.9.21)

本日の発表内容

●現状報告

- 1) 緩和ケアにおける「スピリチュアル」の概念
- 2) 「スピリチュアルペイン」の定義と構造
- 3) 「スピリチュアルペイン」のアセスメントとケア実践—SPIPAS—
- 4) 「精神・心理療法」と「介入効果の評価」

●展望

1) 緩和ケアにおける「スピリチュアル」の概念

●全人的苦痛 (total pain) とスピリチュアルペイン (図1)

- ・1960年代後半：近代ホスピス運動／シシリー・ソンダース博士

●WHO『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』(1993)

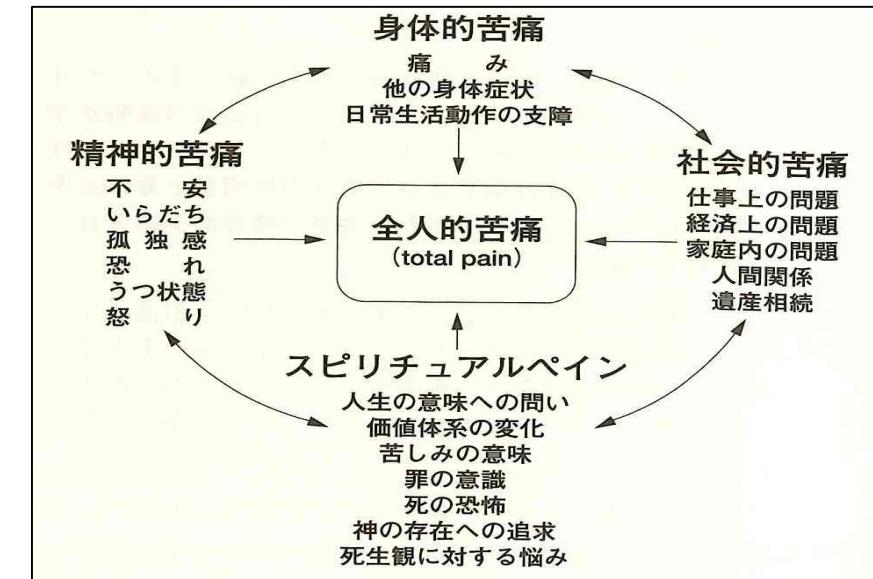
- ・多くの人にとって“生きていること”が持つスピリチュアルな側面には宗教的な因子が含まれるが、スピリチュアルは“宗教的”と同じ意味ではない。
- ・スピリチュアルな因子は身体的、心理的、社会的因素を包含した人間の“生”的全體像を構成する一因子であり、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わりがある

●全人的苦痛の構造再考 (河,2016) (図2)

- ・スピリチュアル領域は、個人の生きる根源的なエネルギー（生きる核となるエネルギー）であり、その有りようが個人の全體的な状態の基盤として、身体面、心理面、社会面の各側面の表現に影響を及ぼし合う（影響を与える・影響を受ける）

◆全人的苦痛の概念から共通理解されている。
スピリチュアル領域と他領域の位置付けには相違。

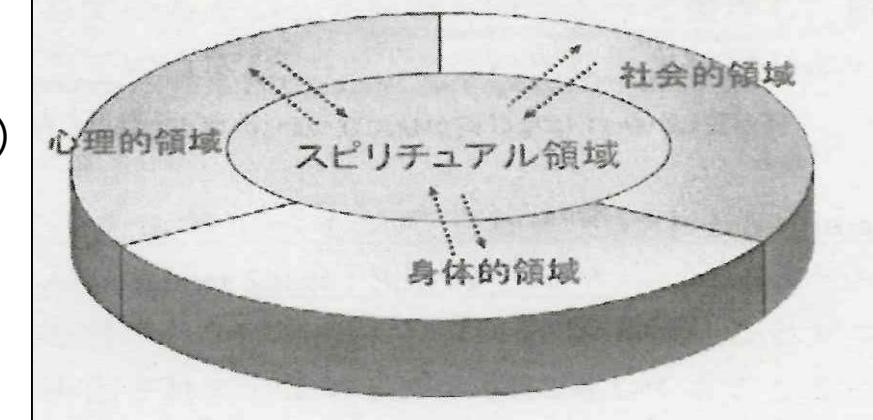
図1. 全人的苦痛の理解



(引用：淀川キリスト教病院編：緩和ケアマニュアル－第5版.,39, 2007)

図2. 全人的苦痛の構造再考

(WHOによる定義から改編)



(引用：河正子：スピリチュアルケアの基本, ホスピスケア,27(1), 88-110, 2016)

2) 「スピリチュアルペイン」の定義と構造

●スピリチュアルペインの定義と構造（図3）

◎村田の理論モデル（2003）

* 人間の存在：「時間性」「関係性」「自律性」

* スピリチュアルペインの定義：

「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」

⇒ 「将来の喪失」「他者との関係の喪失」「自律の喪失」

から現出する生の無意味、無価値、虚無、孤独

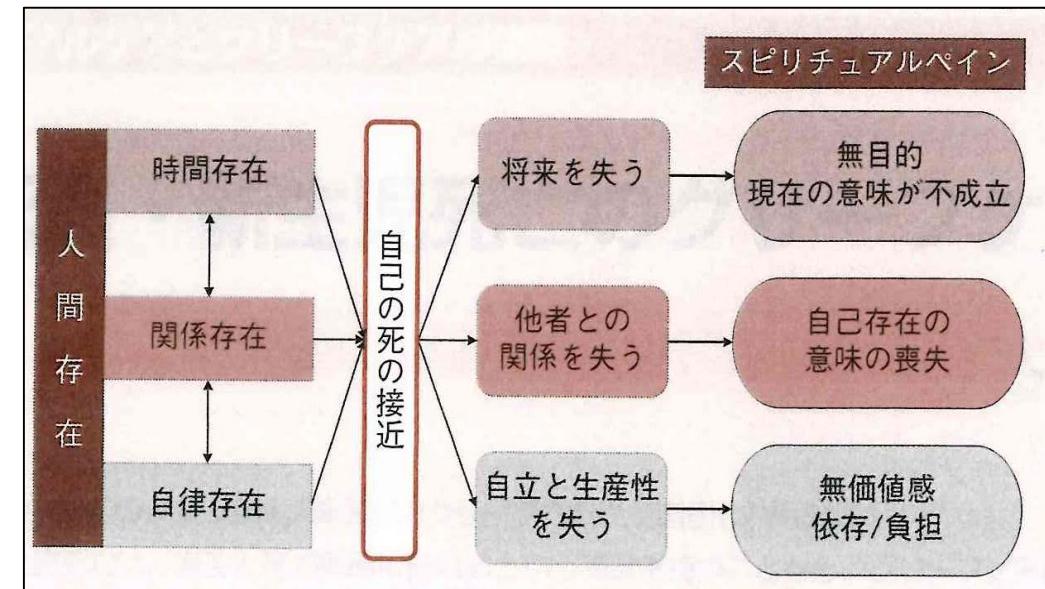
* ケア実践場面との整合性

- ・終末期がん患者88名に対する看護師のケアの内容分析（Morita et al., 2004）

- ・実践家からの見解

スピリチュアルペインー「死が差し迫った人から発せられる自己の存在の消滅により
生じる意味や目的が失われた状態で発する問い合わせ（田村,2012）」

図3. スピリチュアルペインの構造



(引用：村田久行：緩和医療学 5, 157–165., 2003)

- ◆個々人のスピリチュアルペインの違いを包含する全体性を支える視点
- ◆看護ケア実践のアセスメントの理論的枠組み

3) 「スピリチュアルペイン」のアセスメントとケア実践—SPIPAS—

* 田村恵子・河正子・森田達也編 (2012) 『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』

◎ Spiritual pain assessment sheet ; SpiPas (図4)

・作成過程

妥当性・実施可能性の検証（緩和ケア病棟14施設・253名：
面接－看護師；平均面接時間平均24分）

・特徴 1

- ・ 3次元（関係性・自律性・関係性－コア概念（14概念）の整理
- ・ 各内容（コア概念）に即した質問例の提示
- ・ 患者の表現例の提示

・手順

- ①「I. スピリチュアルの状態のアセスメント」
(スクリーニング1 ⇒スクリーニング2)
- ②「II. 特定の次元におけるスピリチュアルペインのアセスメント」

図4. Spiritual pain assessment sheet ; SpiPas

次元	コア概念	定義	質問例	患者の表現例
関係性	①家族・大切な人の心配	家族や大切な人に対する心配や気がかり、わだかまり	「大切な人（家族・友人など）のことで心配なことやつらいことはありますか」	・残していく〇〇のが心配 ・〇〇を残していくのがつらい ・自分が死んだ後、〇〇はやっていくんだろうか ・つらいことを話すことで家族が悲しむから話せない
	②孤独感	さびしさ、他者にわかってもらえないという思い	「ひとりぼっちだと思うことはありますか」	・誰もわかってくれない ・〇〇と一緒にいたい
	③負担感/申し訳なさ	家族や他者に負担や迷惑をかけて申し訳ないという思い	「誰かの負担になってつらい迷惑をかけて申し訳ないという気持ちになることはありますか」	・みんな（家族やケア提供者など）に迷惑をかけている ・人の世話にならないと何もできない、申し訳ない ・迷惑をかけたくない ・つらい気持ちを家族に知らせたくない ・落ち込んだ顔を見せたくない ・お金のことで負担をかけて申し訳ない
	④人間を超えたもの・信仰に関する苦悩	人間を超えた存在（自然や神・仏など）との関係における苦しみ	「人間を超えた力が働いていると感じことがありますか」	・神も仏もない（救ってはくれない） ・自然の力はどうすることもできない
	⑤自分のことができないから	自分で自分が思うようにできない、またはしっかり考えることができないから	「自分で自分ができることができないことが多いくてつらいと思ってるのはどんなことですか」	・自分の思う通りにできないことがつらい ・自分で自分ができなくて情けない ・何もできなくなってしまった ・トイレも1人でできず情けない

（引用：田村恵子・河正子・森田達也編：看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 164-165, 2012）

・特徴 2

日常的な診療、ケアの中で活用

(アセスメント⇒ケア計画⇒実践⇒評価修正)

・特徴 3

スピリチュアルケア：

“スピリチュアルペインをケアすること”

「基盤となる全般的ケア（9つの内容）」（表1）

+ 各内容に対応する「個別のケア」の具体的工夫例（表2）

⇒・臨床実践への還元・普及（「看護実践に活かすスピリチュアルケアセミナー」等を介した実践）

◆臨床的価値（抽象度の高い事柄を実践場面での応用を広げた価値）の高さ

- ・スタッフ間の共通言語の生成
- ・ケア計画とケア実践を通じたスピリチュアルペインの理解と対応の発展

表1. 全般的なケア

表7 全般的なケア

1. 生きる意味・心のおだやかさ・尊厳を強めるケアを行う

- 1) 生きる意味・心のおだやかさ・尊厳を脅かしている/支えているものについて問いかける
〔例〕「○○さんが一番大切にされてきたことは何ですか」「○○さんにとって、一番重要なこと/重要なことは何ですか」「一番心配されていること/不安なこと/困っていることは何ですか」「どうして価値がないと思われるのですか」「困難な中で、○○さんを支えているものは何ですか」「幸せを感じたり、よろこびを感じたりするのは、どんな時ですか」「つらい時間が多い中でも、少しでもつらさを忘れられるような時間がありますか。それはどんな時ですか」
- 2) 生きる意味・心のおだやかさ・尊厳を脅かしているものを弱める。かつ、それらを支えているものを強化する

表2. 個別のケアー1

表8 個別のケアー1「家族・大切な人の心配」に関するケアの工夫

1. 「家族・大切な人の心配—家族や大切な人に対する心配や気がかり」に関するケアの工夫

- 1) 患者が自分の死後のことと準備することをサポートする
①患者が心配している具体的な内容を明らかにする
〔患者の心配の具体例〕自分の死後、家族の精神的苦痛が強まること。経済的問題。残された家族はうまく協力し、支え合って生きていけるだろうかとの心配。周囲からのサポートが少ないこと（家族が相談できる相手が少ない/いない）。家族の健康②患者が心配していることに対して現実的にできることを話し合う
〔具体例〕医療ソーシャルワーカーと連携し、適切な社会資源を紹介する。遺言の作成をサポートする。家族に対して相談できる相手がいることを保証する③患者本人から家族へ思いを伝えられるようコーディネートする
〔具体例〕日常生活で必要となるさまざまなことや経済的保証について、患者から家族に伝える機会をもうける
- 2) 家族の悲嘆をケアする
①家族の言動の背景にある気持ちを知り、十分に表出できる場をつくる（悲しみ、無力感など）
②家族の精一杯の努力をねぎらい、悲嘆は自然な反応であることを伝える
〔例〕「夫ったら自分が死んだら、死んだらってそんなことばかり言うんですけど、私はそんなこと考えたくないんです」「そうですよね、そんなふうにばかり言われるとつらくなりますよね」
③家族全体で話し合う機会をもつように勧める
〔例〕「一度、○○さんとご家族で話し合える機会をつくることもできます」
④患者が準備しようとしていることの大さを伝え、家族が患者のためにできることと共に考える
〔例〕「○○さんがそんなにおっしゃるのはとても大事だからなのでしょうね。どういうふうにみんなで考えていいたらいいでしょうね」

2. 「家族・大切な人の心配—わだかまり」に関するケアの工夫

- 1) 具体的な葛藤を同定する
①罪悪感や後悔がどこからくるものなのかを明らかにする
②自分に責任のあることとないことを区別するように促す
a. 自分に責任のないことに對しては、罪悪感を感じなくともよいことを保証する
b. 自分に責任のあることに對しては、自己および他者との和解を促す
- 2) 患者自身の許しを促す
①患者を支持し、ありのままのその人を受け入れる関わりを行う
②自分の良いところを認め、自分自身に対する許しを受け入れるよう促す
〔例〕「十分に苦しんでこられたと思います。誰の責任でもないと思います。相手の方も○○さんの気持ちに気づいてくださっているのではないでしょうね？」

4) 「精神・心理療法」と「介入効果の評価」

●治療法

1. 「ディグニティセラピー」 (Dignity Therapy ; Chochinov et al,2005)

手順：①面接1（9つの定式化した質問）（表3）⇒②生成継承性文章を作成（治療者）

⇒③面接2（患者・治療者が共同作業にて、文章の編集）⇒④面接2の後－完成した生成継承文章

国内の調査報告：*拒否率が高い（22名中19名が拒否／拒否率86%）（Akechi et al., 2012）

⇒適切な対象者を選択する必要性

*症例報告（明智,2011;伊藤他, 2014; 小関, 2014）

①「死を意識しないこと」の重要性、②死を否定することでのコーピング、③以心伝心の価値観、
④死の準備に重きを置かないこと

表3. ディグニティセラピーの質問プロトコール

1. あなたのこれまでの人生において、特に記憶に残っていることやもっとも大切だと考えていることは、どんなことでしょう？あなたが一番生き生きしていたと感じるのは、いつ頃ですか？
2. あなた自身について、大切な人に知っておいてほしいこととか、憶えておいてもらいたいことが、何か特別にありますか？
3. (家族、職業、地域活動などにおいて)あなたが人生において果たした役割のうち、もっとも大切なものは、何でしょう？なぜそれはあなたにとって重要なのでしょうか？あなたはなぜそれを成し遂げたのだと思いますか？
4. あなたにとって、もっとも重要な達成は何でしょうか？何に一番誇りを感じていますか？
5. 大切な人に言っておかなければならぬと未だに感じていることとか、もう一度話しておきたいことが、ありますか？
6. 大切な人に対するあなたの希望や夢は、なんのことでしょう？
7. あなたが人生から学んだことで、他の人たちに伝えておきたいことは、なんのことですか？残しておきたいアドバイスないし導きの言葉は、なんなものでしょう？
8. 将来、大切な人の役に立つように、残しておきたい言葉ないし指示などはありますか？
9. この永久記録を作るにあたって、含めておきたいものが他にありますか？

2. 「短期回想法（ショートライフレビュー）」（Ando et al., 2007）

無作為化比較試験（「短期回想法+傾聴法」34名；「傾聴法のみ」34名）

手順：①面接1（ショートライフレビュー）（表4）⇒②自己史の作成（面接者）

⇒③面接2（面接者と患者で自己史の内容を確認）

⇒スピリチュアル機能（Functional Assessment of Cancer Therapy-spiritual scale）↑上昇

不安、抑うつ（HADS：Hospital and Depression Scale）↓減少

表4. ショートライフレビュー（短期回想法）の質問例

面接第1回目

- ・人生で一番大切だと思っておられるのは、どのようなことですか
- ・人生で最も印象に残っている思い出はどのようなものですか
- ・人生において分岐点となったことはどのようなことでしょうか
- ・人生においてご自分が果たしてきた役割（職業、社会活動、家族役割など）はどのようなことだと思いますか
- ・ご自分の人生で誇りに思うことは何かございますか
- ・人生を一言で表すと、どのような言葉がぴったりでしょうか

面接第2回目

- ・前回のお話を自己史にまとめてみました。一緒に見てください
- ・人生を思い出された感想はいかがですか。ご自分の人生のことをどのように今、思われますか

●介入効果の評価

◎がん患者のQOL評価尺度（スピリチュアルな側面を含む日本語訳されている代表的尺度）

FACT-SP (Functional Assessment of Cancer Therapy-spiritual scale) (表5)

*因子的妥当性：2因子

(Fitchett et al., 1996 ; Peterman, 1996)

①信念 [Faith]

②生きる意味／平穏 [Meaning/Peace]

⇒ 尺度の信頼性・妥当性の検証（野口他,2004）

◆介入法と評価

- ・実施可能性の検討段階
- ・対象者の選定・介入の仕方には文化差を考慮する必要性がある
- ・介入効果の評価の不足・模索

表5. FACT-SPの質問紙

項目ごとにごく最近（過去7日間程度）のあなたの状態に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び○で囲んでください。						
その他心配な点		全くあて はまらない	わずかに あてはまる	多少あて はまる	かなりあ てはまる	非常によく あてはまる
Sp1	心が安らかだ。	0	1	2	3	4
Sp2	私には生きがいがある。	0	1	2	3	4
Sp3	私の人生は充実している。	0	1	2	3	4
Sp4	なかなか心穏やかになれない。	0	1	2	3	4
Sp5	自分が生きていることの意義を感じる。	0	1	2	3	4
Sp6	自分自身の心の奥底に、安らぎを感じる。 . . .	0	1	2	3	4
Sp7	心が穏やかな状態に保たれている。	0	1	2	3	4
Sp8	自分の人生には意味も目的もない。	0	1	2	3	4
Sp9	心の安らぎを感じさせる人生観をもっている。 .	0	1	2	3	4
Sp10	強く生きるために人生観をもっている。	0	1	2	3	4
Sp11	病気を患ったお陰で、自分の人生観は いっそう深まった。	0	1	2	3	4
Sp12	病気でどんなことになっても、大丈夫だ。 . . .	0	1	2	3	4

(引用：下妻晃二郎・江口成美：日医総研ワーキングペーパーーがん患者用QOL尺度の開発と臨床応用（I）,2002)

●展望

1. (終末期) がん患者のスピリチュアル・スピリチュアルペインの捉え方

「全人的苦痛」／村田理論（「時間性」「関係性」「自律性」）からの理解することで、ケアの対象として具現化される

- 重篤な病気という文脈を前提

- ⇒ 平穏な日常性が保たれている状況化
- ・加齢に伴う「古い」や「死」の自覚

で見られる「スピリチュアル」の関連性

- がん－コミュニケーション能力が最期まで、維持されている状態を前提

- ⇒ 認知機能障害（認知症）患者

が表現する「スピリチュアルペイン」の異同

2. アセスメントとケア実践

構造化されたアセスメントの普及とそれに連動したケア実践による質の向上

- ⇒ [ケア提供者の視点] 実践報告の蓄積→課題→修正した新たな改良

(アセスメント⇒ケア計画⇒実践⇒評価修正)

- ・ [患者・家族の視点] QOL／スピリチュアル・ウェルビーイングへの効果の検証

●展望

3. 専門的介入としての精神・心理療法の確立

- ・日本の文化差を考慮した介入法の模索
⇒・〔研究面〕介入法の機序・効果、適用が困難な背景要因の検討
・〔実践面〕専門性の維持・実用性（カスタマイズ）のバランス

4. 高齢者医療のパラダイスシフトがもたらす課題

- ・多死社会の医療モデル 「病院」から「地域・在宅」へ

課題：医療と介護サービスの充実・均てん化（病診連携の強化・在宅医療の拡充）

高齢者本人の意思を尊重した最善の医療・ケアの提供

在宅療養における家族の生活の維持・介護負担の軽減

- ⇒・在宅であっても「スピリチュアルペイン」を抱えているケースは確実にある
- ・その実態は知られていない（実態把握の必要性）
 - ・病院よりも、ケア構造が複雑
(各職種ごとの実践は成り立つか？誰がメインの担い手となりうるのか？)