

こころの健康

第 40 号

平成 20 年 10 月

愛知県精神保健福祉協会
(愛知県東大手庁舎)

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号
電話 (052) 962-5377 内線 550

がんについて

愛知県精神保健福祉協会常務理事

新 畑 敬 子

『日本における三大死亡原因は、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患である』ことは、今や常識に近いと言っていいでしょう。なかでも 1981 年に死因のトップとなったがんは、もはや医学用語から一般用語となっています。専門書だけではなく、一般書籍や手記、さらには少々眉唾的な治療法に至るまで多数の出版物があります。インターネットでも数千万件がヒットし、様々な団体や個人のサイトが存在しています。また、がん治療のエキスパートの特集番組も放送されています。親戚や知り合いの中に「がんに罹患した人がいない」という方は、もはや少数派かもしれません。

しかし、毎年 9 月が『がん征圧月間』であることや平成 18 年にがん対策基本法が成立したことは、どのくらい認知されているでしょうか。がん征圧月間が制定されたのは昭和 35 年(1960 年)、それに先立つ 1958 年には、がん征圧を目指して日本対がん協会が創立されています。実に半世紀近い歴史を持っていることに驚かされました。医学書における「がん」の記述は、ヒポクラテスの頃ですから、歴史的に新しいとはいえない病気です。実際、明治 35 年(1899 年)の死亡原因でも第 8 位となっています。それで

も何となく『古くない病気』と感じるのは、がん治療が進歩し続けているからかもしれません。がん対策基本法成立後、全国で 47 病院が「がん診療拠点病院」に指定され、「地域がん診療連携拠点病院」として全国で 304 病院、愛知県では 13 病院が指定されました。(いずれも平成 20 年 4 月 1 日現在) いずれも報道されていることではありますが、意識しないと記憶に残らないことを改めて感じます。

平成 20 年度総会記念講演では、愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部 小森康永先生をお招きして、「緩和時間：私の考える精神腫瘍学」～ベッドサイドからのメッセージ～と題したお話を伺いました。名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学 明智龍男先生には、「精神腫瘍学(サイコオンコロジー)について」を御寄稿いただきました。「病気」と「心」は切り離せないものです。精神腫瘍学(サイコオンコロジー)はその中でも「がん」と「心」の関係を扱う分野です。いずれ 2 人に 1 人はがん罹患すると推定されていることを考えると、決して縁のない分野ではありません。私たちも自分自身のことと認識し、さらには自分の健康についても考えていきましょう。

■平成 20 年度総会記念講演■

「緩和時間：私の考える精神腫瘍学」
～ベッドサイドからのメッセージ～

講 師：愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部

精神腫瘍診療科医長 小 森 康 永

癌というのは今、新聞を広げれば毎日必ず記事があるぐらい注目されていて、がん患者さんの心のケアにも関心が集まっています。皆さんも「緩和ケア」とか「緩和医療」という言葉はよくお聞きですね。私の所属も緩和ケア部となっています。今日、緩和ケアでなく「緩和時間」というタイトルを付けたのは、緩和ケアというと分かりやすいのですけれども、痛みを止めたらそれでおしまいみたいな少し寂しいニュアンスがあるからです。私は言葉遊びが好きですから、「緩和時間」としたらすこし哲学的な響きがあって、これでもう少し深みのある仕事になるのではないかと考えて、緩和時間、緩和時間と言いながら、仕事をしています。

私の肩書きにはもうひとつ、「精神腫瘍診療科」とあります。これは、精神腫瘍学という、がん患者さんの心のケアを研究する学問領域から来ています。名前が多少変なのですが、精神と腫瘍の間の相互作用を研究する学問ということです。腫瘍が精神に影響を及ぼすのはお分かりですね。がんがあれば当然、抑うつ的になったり心配や不安になったりいろいろあるわけですから、この方向は研究もしやすいし進んでもいます。しかし、逆に、精神が腫瘍に何か良い影響を及ぼすかという研究には、なかなかポジティブなデータが出てきません。例えば、スタ

ンフォード大学というアメリカの大学で、乳がんを再発した方たちのグループ療法をやって延命効果があったという論文が1989年に出ました。それがたぶん精神ががんに対して何らかの影響を及ぼしたという最初の報告ではないかと思っています。それでアメリカでは、グループ療法が一気に広まりました。しかし、本当に延命効果があったかどうかという議論は、まだ今もクエスチョンです。いずれにせよ、こうした研究が、精神腫瘍学と呼ばれるものです。

従来、がんの終末期には、ホスピス、ないし緩和ケア病棟で、積極的な治療をしない緩和医療が提供されてきました。しかし2004年に、緩和ケアチームが保険診療上認められました。それで、緩和ケア病棟を持っていない病院でも、緩和ケアが本格的に提供できるようになったわけです。緩和ケアチームは、一般病床に入院する悪性腫瘍、またはエイズの患者さんのうち、頭痛とか倦怠感、呼吸困難などの体の症状、または不安や抑うつなどの精神症状を持つ人に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に関わります。チームの構成は少なくとも3名、精神科医と緩和ケア医と緩和担当看護師が必要です。費用は1日300点ですから、3,000円。3割負担だと、1日900円です。ただ、加算は何人でも取れるわけではなくて、スタッフ3名と

して30名です。私は大体1日10人前後の患者さんを診ています。それだけの患者さんを診るといことは、逆算すると給料が出るか出ないかという、そんな数になるわけです。このように保険診療が決まって、精神科医ががん医療に経済誘導されたということです。

それが4年前から始まって、去年の全国集計では、全国で250ぐらいの緩和ケアチームがあります。ということは、250人の精神科医が緩和ケアチームに関わっていることになって、全然少くないではないかと思われるかもしれませんが、内実はそうではないのです。精神科医と緩和ケア医というのはどちらかが専従であればいいという但書きがあり、精神科医が専従になっている緩和ケアチームというのは、日本で9つしかない。大方は、たとえば麻酔科から変わったという経歴の緩和ケア医という人たちが、疼痛身体管理をしています。愛知県がんセンターは精神科医が専従のチームですから、私は、非常にレアな仕事をさせてもらっていることになります。



精神腫瘍医の仕事が実際にどんなものかというところ、私の赴任1年目には、入院患者さんの紹介が227件ありました。去年も250件だったので、大体それぐらいで落ち着くのでしょう。平

均年齢は58歳。男女比はほぼ1:1です。精神科診断は適応障害・せん妄・うつ病の3つで大体7~8割を占めています。

適応障害というのは、いわゆるストレスによるもので、例えば、がんの告知を受けてパニックになってしまい、とても自分にはがんの治療なんか受けられないという人や、突然呼吸困難になって何度も救急受診する方、心配で心配でたまたま不眠がひどい方など、急性に反応した方が多いですね。

一方、せん妄というのは、心の病気というよりもからだ、特に脳の一時的な機能障害で、精神症状が出るものです。幻視が出る方が多いのですが、被害妄想的になる方もあります。軽度の意識障害が主体で、場所が分からなくなったり時間が分からなくなる見当識障害が出たり、夜眠れなく昼に寝てしまう。夜中に突然、不穏になる人も多い。せん妄は、がんセンターでは患者さんの疼痛管理に麻薬を使うことが多いので、その使い始めや増量時、変更時によく起こります。もちろんナトリウムが低いとか、カルシウムが高いとか、いろいろな体の条件によっても出てきます。横断面だけ見て、認知症になってしまったと家族が嘆かれていることもあります。症状は派手でも治る病気です。

最後に、うつ病は、現在の診断基準で言えば、抑うつが強いのか、興味や関心のレベルが低下するもので、他にも食欲がなくなったり、眠れなくなったりなど、一定の診断基準がそろって診断が下ります。

精神腫瘍学というのは1975年に生まれた学問領域ですから、非常に新しいわけです。まだたかだか30年ちょっとです。ニューヨークのメモリアル・スローン・ケタリング・がんセンターというところで、ジミー・ホランド

という女性精神科医が始めたのです。世の中に必要性があって、順調に学会なども組織され、1985年には日本サイコオンコロジー学会も誕生しています。

精神腫瘍学が生まれてきた背景には、がん治療が進歩して生存率が向上したり、インフォームドコンセントやQOLを重視する傾向が強くなってきたり、死についての議論が社会的に活発になってきたことなどがあります。

研究、および診療の課題は、以下の通りです。

- 1) 病名告知の問題
- 2) その有無に伴う患者心理の問題
- 3) 患者はどの程度の検査、治療に耐えられるか
- 4) がんによる症状性精神病
- 5) 疼痛、嘔気、嘔吐、食欲低下などの苦痛に対する緩和ケア
- 6) 終末期の医療とケア
- 7) ホスピス
- 8) 子どもと老人のがんの特殊性
- 9) がん患者の家族をめぐる種々の問題
- 10) 医療スタッフと患者、家族との間の心理的関係の問題
- 11) 医師や看護師のストレスおよびその予防、治療、教育
- 12) 精神神経免疫

たとえば、病名告知の問題。これは現在、がんセンターなどの場合、名前ががんセンターと書いてあるくらいですので、告知というのは当然のごとく行われます。告知をするかどうかということが問題になるということは、もうないわけです。ただ、そこで問題になるのは、告知の時点でもう積極的な治療ができない場合です。がんの治療をこれから一生懸命やって、耐えることは耐えて、少しでも治していこうと気を取り直した直後に、既にできることがありませんと言われる方も、中にはいらっしゃるのですが、心理的援助が必要になるわけです。

がんによる症状性精神病、これはさきほど述べましたせん妄のことです。せん妄は非常に多

いので、この領域の一番の研究対象になっています。私のところに紹介される方だけでも、年に120～130人みえます。頭痛、嘔吐とか食欲低下などへの対処も大きな問題です。

他には、終末期の課題があります。がんセンターへ赴任したとき、私は、がんの告知がされている以上、余命の告知も同じように行われていると思っていました。ですから、亡くなっていくときにどんな援助をするのがいいのだろうかとよく考えました。然るべきときに家族が集まって、亡くなっていく方を囲んで、これまでの人生を振り返ったりその人の業績を讃える、確認するような仕事というのが、当然、ケアになると思っていたのです。しかし、さっきも言いましたように、ある意味で死はタブーなので、そういった仕事はあまり求められませんでした。

ちょうどその頃、いわゆる精神腫瘍学の勉強を始めました。名市大の精神科には明智龍男先生という、日本の精神腫瘍学を背負って立っている有名な先生がいらっしゃるのです。しばらくこの領域のお作法を習いに行きました。そこで、亡くなっていく方にこれまでの人生を振り返った上で、遺していく家族にどんなメッセージを残すかを一緒に考えて、その面接を録音して、メッセージを手紙のかたちで残して家族に伝えていくアプローチがあると聞きました。それが、2005年にカナダのマリトバ大学のチョチノフ教授が考案したもので、Dignity Therapyと呼ばれています。

ディグニティ・セラピーでは、例えば「あなたの人生について少し話してもらいたいのですが、特にあなたが一番覚えていることとか、最も大切だと考えていることはどんなことでしょうか」とか「あなたが一番イキイキとしていた

ときはいつごろでしょう」という質問から始めて、全部で9つの質問をします。

普通の慎重深い日本人が唯なんとなくこれを読むと、こんなことをことさら言うほど自分は立派な人生を送ってきたわけではないと思うのが、たぶん一般的な反応ですけど、それでもこのような質問について2、3日考えてもらうわけです。結局、じゃあやってみようと思われた方は、いろいろな答えをもってこられて、すばらしい文書ができあがります。

ようやく、亡くなっていく方やそのご家族にとっての心理的ケアが、ひとつの形あるものとして出てきたわけです。これまでは、キリスト教を背景にしたケアしかなかったことを思うと、格段の進歩ですね。この話を聞くと、医療従事者やマスコミの人たちはたいがい「すごく良さそうですね、やってあげるといいですね」と言うんですが、実際にされる患者さんは、少ないのです。2年間で、私と一緒にこれに挑戦された方は、10人でした。そのくらいの方しか挑戦されないだろうと私が感じたということではあるのです。それで、これは、がんセンターだけの特殊事情なのかと思っていました。高度な医療機関だから、まだまだこれから治療していくという流れの中で、自分が亡くなっていくことを見据えてメッセージを残すなんてことはやりにくいのかとと思っていたのです。しかし、これは、日本人の死に対する態度が欧米人のそれとは違うためだということが分かって来ました。

去年の秋から、日本でのこの療法の実施可能性がどのくらいあるか厚生労働省の多施設共同研究がスタートしたところ、ホスピスでもあまり志願者がいなかったのです。ホスピスであれば、余命のこともはっきりしているわけだし、

積極的治療をしないことも自覚してみえるわけだから、相当数の方が挑戦されるんじゃないかと、研究者は皆思っていたんですね。ところが、実際には非常に少ない。もともとのカナダやオーストラリアでの研究では、何の造作もなく100人という対象が集まっているのにです。



それでは、この治療で患者さんがどんなことを話されるのか、ごく一部を紹介します。76歳の男性で、急性骨髄性白血病になられた方です。精神症状があつて私に紹介があつたわけではありません。ずっと長くクリーンルームにいて、やはり余命が半年を切っているのので、こういった援助をしてもらったほうがいいんじゃないか、と主治医の方から依頼があつたのです。文書の冒頭はこんなふうです。

『わしの人生について一番憶えていることは、そらまあ、終戦後、21、2年だったかな、父親が建築屋でその後を継いだもんだで、原爆の落ちた広島に入ったときの、地面の上には何にもなくなっている、その恐ろしさやね。銀行なんかの傍に立っていた人の影が黒く残っている、人だけが溶けたみたいに一杯残っていて、それ見るだけで涙が出た。こんな恐ろしいこと、今の時代に言うても仕方ないかとも思うけど、広島や長崎のそれを見た人たちはみんな反対すると思う。今、原爆は、北朝鮮のことがあつて話

題になっているけどもな。平和公園のそばの工事で入った川の底には、人骨が一杯あったからね。日本瓦は、光線が当たっている方は溶けていても、そうでない方はちゃんと残った。8時20分頃だったかね、学校の生徒たちは朝礼中で、大変だったろうと思う。30人くらいで組んで、鉄骨で橋を掛けていったんです。土台ができてるところへだったから、半年ほどで済んだけどもね。中州みたいなところだから、橋がないとどうしても交通の便が悪い。町と町のあいだに橋がないとどうにもならんわけや。21かそこらやったかな、独りやったし、生き生きしとったね。「そんなときに広島に行って放射能浴びたから、がんになった」と息子は言うけどね。』

こういったことを最初に語られたあとで、一番大事なことは何かという質問に対して、この方は、もともと建築をされていた人ですから、橋を作るということが人の命を預かるどんなに大切な仕事かということ淡淡と語られたわけです。

これは一つの例ですが、いわゆる普通に主婦をされていた方にこういう質問をしても、仕事を続けてみえた人とはまたひと味違う、しっかりした答えが返ってくるのです。例えば、地元で婦人会の活動のことをきちんとしていたことなど。そういうふうに語られたものを文書にして残すのは、ターミナルケアが尊厳の維持を目指す以上、本人の経験を大切に言葉にする点で、とても貴重な機会になると思います。

アンチ・キャンサー・リーグは、私の仕事で紹介しておきたい、ホームページ作りです。日本語に訳すと「反がん同盟」ですね。興味のある方は覗いてみてください。(http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html)

最近アップしたばかりの特別企画は、『ムッシュ・デプレに訊く』という心理教育的人形劇です。うつ病は、英語でデプレッションと言いますが、それをちょっとフランスっぽく、ムッシュ・デプレと擬人化したんです。私が精神科医として、彼にインタビューする、二幕もの人形劇です。

患者さんに対して、普通にうつ病の医学的説明をしてもいいんですが、うつ病が長引くと、うつ病という病気と患者さん本人が同一視されてしまいます。家族もそうですし、まわりの人もそうです。うつが悪いんじゃなくて患者が悪いというふうに、どんどん話がすり替わってってしまうのです。長引いたうつの治療では、それが一番まずいのです。ですから、そういったことを無くすために、外在化を教育の重点においた人形劇を作ったのです。HPを開いてもらえば、シナリオは載っていますので、読んでみてください。まあ面白いですよ。

もともとこのホームページを作ったのは、がんセンターに通ってみえる患者さんたちの実際の声を、ほかの患者さんたちにも届けようと考えたからです。今は、がんの闘病記などいくつも世の中に出ていますけども、やはり自分の通っている病院にかかっている人がどんな思いをしながら治療しているのかということが、一番患者さんたちにとって関心のあることで、励みにもなるのです。「メンバーの声」も「家族の声」も、常設企画にあります。たとえば、『Sさん、乳がんの38年を語る』という特別企画に協力して下さった方も、38年前にがんセンターで乳がんを手術された人です。

患者さんの体験から病気のことをいろいろ学んでいこうというのは、今の時代のすう勢としてあるんですね。昔であれば、医者が専門知識

を持っていて、それを患者さんたちが分けてもらって治療に役立てるといふふうだったのですが、そうじゃなくて、もう少しきめの細かい、それこそ告知を受けたときにどんなふうにしたのかということ等は、告知を受けた人にしか分かりません。ですから告知を受けたときの感じ方とかそういったことが出ていると、自分の気持ちと比較参照したくなりますし、治療的に考えていくことが出来るのだろうという発想です。

私がやっているのは手作りのものですが、世界的にはオックスフォード大学できちんとしたものが作られていますね。ディベックス (Database of individual patient experiences) と言われているもので、30以上の病気について1,200人を超す患者さんがビデオ録画などで自らの体験を語っています (<http://www.dipex.org>)。日本でも今、日本語版を作ろうという動きがあって、東大や大阪府立大学の研究者たちが、乳がんや前立腺がんについてデータベースを集積しています (<http://www.dipex-j.org>)。ですから、ゆくゆくは、全国的にそういったものが出来てくると思います。そういった中でこそ、もう少しきめの細かい医療が出来るようになると思います。そういう意味では、今、医療の担い手は非常に面白い時期にいるのです。

緩和時間に話を進めましょう。皆さんは普段、時間についてどんなふうを考えてみえますか。時間は、一般的には、主観的な時間と客観的な時間というように捉えられています。それは実感としてよく分かりますね。講義を聞きながら、暑いなあ、長いなあと思っている1時間は長いですし、楽しい時間は短いかもしれません。主観的時間というのは、自分が実感する時間です。

ところが、マクタガートという人は、時間には3種類あると言っています。

表

緩和時間における時間感覚

	生物学的視点	心理学的視点	社会的視点	実存的視点	時間感覚共有
せん妄	◎	×	×	×	C → B
うつ病	○	○	○	×	A → A / B
適応障害	×	○	○	×	A → A
終末期	×	×	×	○	C → A / C

彼によると、それぞれの時間系列を感じるのは自由だけれども、主観的時間 (A時間) や客観的時間 (B時間) は実在しているものではありませんよ。じゃあ、実在するとしたら何かあるかということ、結局は、配列としての時間 (C時間) しかないというわけです。分かりますか？ 分からないですよ。僕もよく分からないんです (笑い)。とにかく時間が止まっているようなもの、時間の流れというものがない時間というのがあるということです。

普通、時間というと川の流れのように思いますね。過去、現在、未来と流れていると。いわゆる心理的ケアは、そのイメージで行われるわけです。例えば、うつ病の人が、この先、病気が良くならずに、このまもうつつと生きていくしかないんだと述べられるときには、現在の時点に立ってその抑うつが続く未来というものを語ってみえるのです。これは、主観的な時間体験ですね。客観的には当然、未来のことなんてどうなるか分からないのですから。主観的時

間の中で精神療法をするということは、とどのつまり、そのような結論をそうでもないんだよと思ってもらうことなわけです。5年、10年、15年先も同じような状態で自分の抑うつは続くと考えてみえる方には、それなりの根拠があるわけです。その根拠をためつ、すがめつ吟味しながら、まあそうでもないかと思ってもらうのが精神療法です。主観的時間の中でいろんなお話をしながら、その人の思いを楽にしていくわけです。

ところが、どんな視点で、どんな時間系列でものを考えると一番治療がうまくいくかということは、実は、それぞれの疾患によって、重点の置きどころの違いとなってきます。

例えば、せん妄というのは、さっき言いましたように、体のコンディションから来る一時的な意識障害なので、せん妄の人に精神療法をしてもあまり意味はなくて、きちんとした生物学的治療をしないといけないわけです。生物学的視点が一番重要な疾患というのは、やはり薬物できちんと治療することが一番大事です。難しいのは、非常に軽いせん妄があるわけです。性格変化だけのせん妄というのがあるんですね。「入院してこられたときから、どうもあの人は怒りっぽいなだけ」というようなせん妄です。それも診断がちゃんと付いて、抗精神病薬が投与されなければ治らないのです。僕が病棟500床全部回診するわけにはいかないので、看護師さんの診断能力が高くないと、軽いせん妄というのは治療に行き着きません。せん妄治療の生物学的視点を重視して、そういったことを看護師さんたちにもきちんとみんなで共有してもらうことが、せん妄の治療に繋がっていくんですね。そのとき、ご本人は、いわゆる時間が無いような感覚の中にいます。せん妄の人は、

変な夢を見たと言われますが、夢を見ているときも、通常的时间感覚はありません。つまり、通常的时间は流れていないC時間の中にみえるわけです。ご家族にしても、何か急に時間が止まったような感じでしょうね。ずっと普通にされて来た人が、いきなりトンチンカンなことを言い始めるわけですから、非常に戸惑われるわけです。そういう中で、いわゆる客観的時間のB時間に沿って、あと一週間経ったら、薬を始めて一週間経ったら、症状はこれぐらい良くなりますよと説明してあげられれば、一番安心されるのです。話は、割とシンプルです。

ところが、うつ病というのは、生物学的視点で片がつかない場合も多い一方、患者さんは主観的時間を生きてみえます。薬が効いている場合は、客観的時間に沿って説明がしやすいわけですが、そうでない時は、少し精神療法的になって、主観的時間に合わせて会話を組み立てていくことになります。

さて、適応障害では、完全に主観的な時間が流れています。この病気の症状自体は、非常に薬がよく効くんですけども、その成り立ちとしては、心理社会的視点で考える意味もあります。安定剤ですぐ良くなる場合はいいのですが、良くならない場合はやはり、ご本人の主観的時間の感覚にこちらも合わせることです。

最後に、終末期の問題というのは、スピリチュ



アル・ペイン、ないし実存的苦痛と呼ばれていて、死にゆく過程にあるとはいえ特別からだが悪いわけではなく、心もさほど病んでいるわけでもないし、家族ともうまくいっている、けれども、死を前にして、自分の人生を振り返って、どこか不全感を抱いている、そういう状況のことを指しているのです。

終末期になると、時間のことは皆さん言われなくなります。何て言いますか、要するに主観的にも客観的にも死が見えているわけですね。ですから何か時間のことを語るということは必然的に死のことを語ることになってしまうので、それはなるべく語りたくないという思いが、みんなに共有されるのです。それはご本人もそうだし、ご家族もそうだし、もちろんそのご本人とご家族がそういう状態であれば、医療従事者は当然それに合わせるわけですから、結果的に、終末期の患者さんのベッドに行くと時間が止まったように感じます。これは何ていうか、言葉を変えれば、祈りみたいなものですね。時間の流れは、もうないのです。

もちろん、さっき言ったように、ディグニティ・セラピーをやるという人たちは、もう1回人生を振り返ってこんなことがあって、あんなことがあってと、人生をもう1回見つめ直すわけです。その中には、時間の流れが当然あるわけです。でも、そうじゃない人のほうが、少なくとも2008年現在の愛知県がんセンターでは、圧倒的に多い。

もちろん、終末期の方に対しては、ご家族も含めて、(ディグニティ・セラピーを拡大したような)ナラティブ・セラピーができるし、実存精神療法というような死に直面化するアプローチも、あるにはあるわけです。スタンフォードでおそらく世界ではじめて乳がんのグループ

療法をやっていたヤーロムという人は、実存精神療法を現在でもやっています。日本だと فرانクルが有名ですが、ヤーロムは、死をきちんと見据えることで死の恐怖から逃れられるんだという考え方です。だから、ちょっと怖い。普通の人には怖いです。一番新しい本は、『太陽をみつめて』というものです。フランスのラ・ロシュフコーという思想家が「太陽と死はじつと見つめることができない」という箴言^{しんげん}を残しているんですけど、ヤーロムは、太陽は見つめることはできないけど、死を見つめることならできる、それこそが一番大事だと語っています。死を前にした人だけじゃなくて、例えば中年の危機に立った男性、女性もそうですが、そういう人たちにとっては、老いを見つめるということですね。そういったことが一番大事なんだよと。そういった精神療法に乗れる人には、終末期でも主観的時間を共有しながら、そういった治療ができるわけです。しかし、そういったことは会話の中には出せなくて、どうか少しでも楽に生き延びてほしいという思いだけがベッドサイドにあるようなときには、私たちも同じようにそういった時間感覚を共有して、いっしょにいることしかできないのです。

なぜこんなことをことさら言うかということ、やはり医療従事者というのは、主観的時間を共有して、何らかの新しい物語ができないと精神療法的に関わったわけではないと思う人たちが、多いからです。でも、それはたぶん違うんです。患者さんやご家族が、そういう時間の中において、それが重視されるのであれば、それを共有することが、尊厳を維持するというところに繋がるのじゃないかと思います。つまり、C時間にC時間で応えてよいのだと、私は言いたいのです。

ご清聴ありがとうございました。

質 問

終末期で死を迎える方というのは、実際には今、先生の現場でどうかたちで亡くなっていると見ていらっしゃるのか。また、現場では、実際にはどういうケアが行われているかというところを教えてください。

回 答

ディグニティ・セラピーは、イメージしてもらいやすいでしょうね。ここに質問プロトコルがあります。例えば、月曜日にこういう治療がありますと説明したとしますね。質問を少しイメージアップしておいてくださいと言って、質問用紙をお渡しします。そして、水曜日に録音面接をやります。それは1時間くらいかかります。それをテープに録音して、逐語録にして、さらに編集の上、文書にまとめます。それを金曜日にご本人にお返ししてチェックしてもらおう。御本人のチェック後にそれをもう一回直して最終版にして、ご本人がそれを残したい人の分だけ文書をプリントします。文書を渡す相手というのは、最初に聞かないとだめです。誰に残すかによって、語る内容は全然違って来るからです。

文書を残す相手というのは、あたり前ですけど、人それぞれみな違うわけです。もちろん中心になるのは家族ですけども。例えば、婚約したばかりの女性が誰に残すかというのはかなり難しい問題で、ご本人が決められることなんです。最初は、やはりフィアンセに残したいと言って始められてイメージアップしたものの、やはり両親にだけ残したいと言われた人もいます。もしも離婚されていて、子どもを別々に養育している場合などは、さらに込み入ったこと

になります。

患者さんがそのあと文書をいつ渡されるかというのは、ご本人次第なので、中には、やったけれども渡してないという人もいるかもしれません。渡すタイミングを逃すということもあるでしょうし、気が変わるということもあるでしょう。文章ができた時点ですぐ渡したという人はあまり聞いたことがないです。やはり何かのタイミングに渡したいという方が、多いでしょうね。

私の感覚では、ご家族もご本人も感謝されますね。劇的な変化というものではないんです。こうやって、今の時点で人生を振り返れて良かったと。当然、それをやらなければ思い返すことのなかったことを、その時点で思い出すことができ、すごく良いきっかけになったと、そういったこともありますね。

それで、あとはご本人の許可を得て、カルテに文書のコピーを貼るわけですね。そうしておく、担当の看護師や主治医が誰でもそれを読めるわけです。そうすると、ご存じのように医療従事者は非常に忙しいので、例えば当直の夜なんかはその文書を読むわけですね。すると、自分たちが知っていることとは全然違うことがそこに書いてあるわけです。要するに、終末期は死はタブーだけれども、こういった治療も選択肢としてあるし、そういうことをするとこんな答えが返ってくるということを医療従事者は体験するわけです。こうなると、次の患者さんに繋がっていきます。次の患者さんで同じような状況の人が来られたら、看護師さんの方から勧めてくれます。

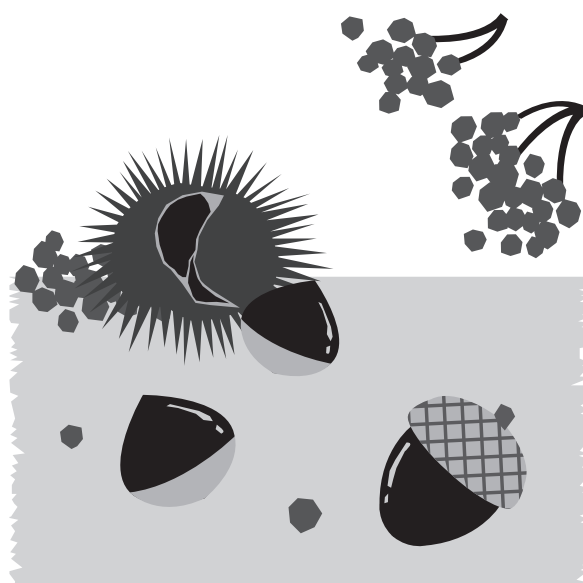
もしも私が1人でディグニティ・セラピーを趣味みたいな感じで、病院でやっているとしたら、それは広まっていかないですね。そうじゃ

なくて、厚労省の研究班のひとつとして院内の倫理委員会も通してやっているんですよと100人以上いる医師全員にメールを流して協力してもらったりとか、看護師さんにもその辺を知ってもらったりとか。それこそ、治療文化というのは病院の中で作っていくことになるわけですから、ひょっとしたら患者さん自身よりも医療機関全体にとってのメリットの方が大きいのかもしれないですね。

時間の中で亡くられる大多数の患者さんにとっては、狭い意味の心理ケアじゃなくて、看護師さんたちがきちんとやってくれているような、しっかり体のケアをしてあげることとか

日々のあれやこれやを丁寧にやること、主治医ならば毎日ベッドサイドにきちんきちんと行くこと、そういう当たり前のことを、まず一生懸命やるのが、一番なんじゃないかなと思いますね。

幸い、ベッドサイドに家族がよく付き添われているケースは、そういった中で治療的会話ができるし、より心理的なケアができています。一方、親戚もいない一人暮らしの死にゆく人というのは、本当にどうしたらいいのかといろいろ考えるものですが、そう考えること自体が、大切なのだと思いますね。



■トピックス■

精神腫瘍学（サイコオンコロジー）について

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学

明智龍男

皆さんは「がん」という病気についてどのようなイメージをお持ちでしょうか。「がん＝死」、「怖い病気」、「今では治る病気」、「痛みで苦しむ病気」など様々なイメージをお持ちの方がいらっしゃるのではと思います。

まず、わが国におけるがんという病気の位置づけを、疫学的な側面からご紹介したいと思います。がんは1981年にわが国の死亡原因のトップにとってかわり、現在もその第一位の座を保ち続けています。現在では、がんによる死亡者数は年間32万人を超え、総死亡の30%を占めています。また年間50万人以上の方が新たにがんと診断されています。私達が暮らしている今の時代では、人々の2人から3人に1の方が、その生涯のうちにがんを経験する時代なのです。実際に私自身の親族を見渡してもがんを経験した者が幾人もおります。このようにみえますと、がんは誰でも罹患する可能性のある致命的な疾患の代表といえそうです。一方では、がんは、その5年生存率が約50%にまで向上するなど新しい治療が飛躍的に進歩している病気であるとも言えます。

それでは、もし、人が、「がん」という病を得たとしたら、その人の心はどのような経験をするのでしょうか。現在では、がんの告知もすすみ、治らないがんであっても率直に伝えられることも稀ではなくなってきました。治癒が望めないがんを抱えた際には、あるいは終末期にさしかかった時に、人はどのような心の状態

を迎えているのでしょうか。

精神科医であるキューブラーロスは、がんで死にゆく多くの患者と関わった経験から、人が生命に終焉を迎える過程における心の状態として、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容という五つのステップをたどってゆく、としました。一方、自殺学を専門としていた心理学者のシュナイドマンは、人は人が生きてきたように死んでゆく、と記しています。どちらが正しいのでしょうか？

がんは、生物学的には、無秩序な増殖をする悪性の腫瘍のことを指しますが、社会的な「意味」にも影響を受ける疾患の一つでもあります。たとえば、何か好ましくないものを形容する際の比喩として、あれは何々にとっての「がんだ」という表現などをときに耳にします。がんというイメージが社会の中で認識されていく過程でもたらされた結果の表現なのかもしれませんが、逆にいえば、このようなイメージが社会に存在していることを示しているのではないのでしょうか。このように、我々が日々生活している社会の中において、がんのもつ何となく醜悪で忌み嫌われるイメージが潜んでいることを想像することは難しくありません。このような意味で、がんという病は社会とともにあるとも感じます。従って、がんを経験した患者さんの心の動きを深く理解しようとする営みには、がんの生物学的な特徴のみならず、がんという疾患を取り巻く社会や文化的な状況の双方に対しての理解が

必要なのです。

前置きが長くなってしまいましたが、このような、「がん」と「心」の関係を扱う学問領域を精神腫瘍学（サイコオンコロジー）といいます。サイコオンコロジー（Psycho-Oncology）という言葉は、サイコロジー（Psychology: 心理学）、サイカイアトリー（Psychiatry: 精神医学）およびオンコロジー（Oncology: 腫瘍学）などという用語から成り立つ造語です。日本語としては、「精神腫瘍学」と翻訳されています。サイコオンコロジーは、欧米でがんの診断病名を患者さんに伝えることが一般的になった1970年代に産声をあげた、まだとても若い学問です。

がんは昔、不治の病でした。つまり、「がん＝死」だったのです。しかし、外科手術が可能となり、1809年には、がんに対する歴史的な手術として、卵巣がんに対する手術治療が行なわれました。以降、外科手術そのものの進歩により、さまざまな臓器に対する手術が可能となり、さらにはがん治療としての放射線治療や化学療法が急速な進歩を遂げるに至りました。これらがんに対するさまざまな治療が飛躍的な進歩をとげ、治療成績が向上することにより、「がん＝死」というコンテクストは必ずしも正しいものではなくなってきました。時をほぼ同じくして、米国でインフォームド・コンセントに関心が集まるようになります。このように、がんに対する治療成績の向上に加え、適切なインフォームド・コンセントに基づく医療を推進しようという米国での社会運動が相まって、1970年代に入り、がんという病気であっても、真実を患者さんに伝えたいと治療を行なうことが一般的になったのです。このような時代の流れを背に受けて、がん患者の心理的・社会的な問題点の診療および研究に関心が寄せられることになり、サイコオンコロジーという学問領域が

生まれました。

ここで、われわれが生きている現代社会における医療という視点からサイコオンコロジーの誕生の経緯を考えてみたいと思います。近年の医療技術の発展には、まさに眼を見張る勢いがあります。がんに関しての生物学的な研究も進み、がんが発生してくるメカニズムは、数多くの遺伝子の変化が蓄積して起こる多段階の機構であることも解明されてきました。新聞やテレビの報道で、最先端の医学研究の成果に触れることも珍しくありません。最近では、がんに対する治療として、分子標的治療などといった耳慣れない治療のことをお聞きになることも多いのではないのでしょうか。一方で、自然科学は、どうしても再現性や客観性などを重視しますので、学術研究の中心は、必然的に主として臓器や病気に向かい、それゆえ、本来、医療の中心であるべき「病を抱えた人間」の側面をつい忘れてしまった観が否めません。実際、現代の医学に対して、身体や臓器は診るが、「人間を診ない」という批判を耳にすることもさほどまれなことではありません。新聞の投書欄で現代医療に対する批判を目の当たりにすることも決して珍しいことではありません。最近では、「ドクハラ」なる言葉すら目にします。このような時代の潮流のなか、がんの医療においても、病の原因となっている生物学的側面のみならず、人の心理や行動、あるいは社会的側面も含めた広い視座から患者さんをとらえ、より良質な医療を提供する必要性が認識されるようになってきました。

サイコオンコロジーは、こういった時代を背景として、従来ともすると軽視されがちでした「がんが患者さんとそのご家族の心に与える影響」と「心や行動ががんの罹患や生存など身体的な転帰に与える影響」という二つの大きな側面を明らかにすることを目的として生まれたの

です。このような意味においては、サイコオンコロジーは、医療技術の革新的発展をもたらす「光」の背後に存在する「影」の部分に対峙する学問であるといえるのかもしれませんが。

ここまでのところでは、主として、サイコオンコロジーの一つの柱であります「がんが患者さんとそのご家族の心に与える影響」という観点から、サイコオンコロジーが誕生して経緯についてご紹介いたしました。次に、もう一つの柱としての「心や行動ががんの罹患や生存など身体的な転帰に与える影響」をご紹介したいと思います。こちらの領域では、たとえば、一定の性格傾向、病気に対するストレスコーピングやライフイベントなどの心理・社会・行動学的要因が、がんへの罹患しやすさやがん罹患後の生存期間などの身体的転帰に影響を及ぼすのか否かを扱います。本領域は、いわば「病は気から」という古くから存在する概念を、がん医療の現場において科学的に検証しようという試みであるともいえます。これは、がんになりやすいタイプCパーソナリティをはじめとした cancer prone personality の存在が提唱されたり、がんに対しての前向きな闘病姿勢やがん患者に対する集団精神療法の提供が、がん患者の生存期間の延長に寄与する可能性が示唆されたりしたことを端緒として広く関心を集めることになりました。以降、幾つかの追試研究が行われてきていますが、現時点ではこれら要因、中でも心理的要因の生存期間への影響に関しては結論が得られていません。一例をあげますと、生存期間の延長に寄与する可能性が示唆されていた転移性乳がん患者に対する集団精神療法の有効性を無作為化比較試験で検討した追試研究では、QOL 向上には寄与するものの、生存期間には影響を与えなかったことが示されています。わが国からの最近の報告としては、性格傾向とがんへのなり易さを検討した追跡研究があります

が、本研究において、がんになりやすい特定の性格傾向の存在は見出されていません。科学的な批判に耐えうる良質な研究はまだ少ない一方で、人々の関心は高いため、今後の研究の蓄積と指針の作成が望まれている分野です。

最後に、人間科学的な視点から、サイコオンコロジーの役割をご紹介させていただき、稿を終えたいと思います。

人は人であるがゆえに「心」をもち、そしてだれもが病に心を痛めます。ある者は病から解放され、ある者は病との共存を余儀なくされます。このような当たり前の心の領域を学問として扱い、ご家族が経験される心の痛みにも積極的に焦点を当てる、それが、サイコオンコロジーという学問です。換言すると、がんという疾患が有する生物学的側面よりも、病を抱えた「人」の部分により焦点をあて、人として当たり前にケアするために、そして人の心のがんに与える影響を解明するために生まれてきました。そういった意味で、サイコオンコロジーは、現代の医学、医療の進歩の陰に置き忘れられてしまった感のある、人の心をケアするという営みを医療の中に適切に組み込む役割を担っています。そして、個々の医療者がこの当たり前のことを、日々の職務に当たり前に織り込むようになったとき、あるいは、がんが医療の進歩により完全に制覇されたとき、サイコオンコロジーはよい意味でその使命を終えることができるのでしょうか。他の医学の領域もすべてそうなのかもしれませんが、恐らく、サイコオンコロジーの究極の目標は、安心してその存在意義を失う状況を到来させることにあるのだと感じています。



■団体紹介■

これからの精神保健福祉ボランティアに思うこと ～自分が変わり周りが変わる～

「こころのボランティアあいち」 村岡 恵子
(風車の会代表)

ボランティアというと、「無償」の代名詞のように使われますが、語源はラテン語の「Volo (ヴォロ)」で、喜んでする、志すなどの意味があるそうです。災害時の被災者支援に多くのボランティアの活動がよく報道されていますが、最近、ボランティアに対する新しい価値観というものが増えてきたように思います。そこにはボランティアの原点に立ち返った自分なりの考え方を持って社会との接点を見出すボランティアの姿を感じております。

以下に「こころのボランティア」の活動と今後のボランティアのあり方について、私なりの考えを述べてみたいと思います。

♥「こころのボランティア」って？

愛知県精神保健福祉ボランティアグループ連絡協議会「こころのボランティアあいち」は結成して5年目を迎え、20グループ、総会員数272名が加入しています(名古屋市を除く)。活動場所は、保健所の社会復帰教室、作業所、社会復帰施設、フリースペース、病院などで、精神障がい者の自立と社会参加を支援しています。しかし、この活動を通して私自身幾つかの難しさを感じています。

それは、精神保健福祉ボランティアにどのような機能と役割があるかということです。特にボラ

ンティア活動を始めた初期の頃はとまどいがありました。作業所で一緒に作業しながら、声をかけてよいものかどうか、どのような支援をしたらよいのかと悩んだ時期もあります。ボランティア側の何気ない一言が障がい者を傷つけてしまったという苦い体験もありました。それでもボランティア活動を続ける中で、お互いに自然に言葉を交すようになり、精神保健福祉ボランティアの存在意義を実感できるようになってきました。

♥新しいボランティア活動を目指して

自立とは何か、社会参加とは何かという根本的な問題から出発して、フリースペースにSSTなど専門的プログラムを取り入れ、積極的に支援を行っているグループやNPO組織による支援グループの誕生は、今後の地域社会としての支援活動の中心になっていくものと思われます。これらのシステムはボランティアにとっても大変やりがいのあるもので、何よりも精神障がい者にとって自立と社会参加のコミュニティとして機能していくのではないのでしょうか。

ここで活躍するボランティアの志が大きな輪となり、ネットワークが形成され、やがて制度を超え、社会が変わるそんなボランティア活動を目指していきたいと思っております。



■平成20年度（20回）「定期総会」報告■

平成20年度(20回)定期総会が6月19日(木)に開催されました。協会諸事業、平成19年度決算報告及び平成20年度予算(案)について協議され、それぞれ承認されました。

なお、人事異動に伴う新役員は次のように承認されました。

顧 問

伊藤 敏雄 (財)愛知県健康づくり振興事業団理事長

今井 秀明 愛知県教育委員会教育長

上村 成良 (社)愛知県社会福祉協議会副会長

常務理事

新畑 敬子 名古屋市精神保健福祉センター所長

高須 勝行 愛知県教育委員会学習教育部長

中川 正美 (社)愛知県医師会理事

増井 恒夫 愛知県精神保健福祉センター所長

理 事

池田 淑夫 愛知精神神経科診療所協会長

伊藤 幸代 (社)愛知県看護協会常務理事

神原 義治 愛知県県民生活部社会活動推進課長

櫛田 透 名古屋少年鑑別所長

鈴木 康之 名古屋保護観察所長

平松サナエ 愛知県地域婦人団体連絡協議会長

広瀬 帆曜 名古屋市教育委員会学校教育部長

松本 佳宣 (社)日本精神科看護技術協会愛知県支部長

監 事

渥美 浩子 地域精神保健福祉支援ネットワーク
駒来の家理事

熊澤 章 名古屋市健康福祉局障害福祉部主幹

平成19年度収支決算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会 費	1,414	人件費	756
県委託料	200	事務費	254
市委託料	100	事業費	562
繰越金	770	繰越金	914
雑収入	2	予備費	0
計	2,486	計	2,486

平成20年度収支予算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会 費	1,415	一般管理費	人件費 802
県委託料	200		
市委託料	100		事務費 500
繰越金	913		事業費 1,035
雑収入	2		予備費 293
計	2,630	計	2,630

編 集 後 記

自分のいのちがあと幾ばくもない、と知った時、人はどのような思いで残されたときを過ごすのでしょうか。本人だけでなく家族にとってもとてもつらい時間となるのではないのでしょうか。本号ではがん治療の中で取組まれている「精神腫瘍学」についてとりあげ、その考え方、治療の実際を紹介しました。がんのために残り少なくなったいのちの時間をどのように過ごすか「がん」と「心」の関係を少し考えることができたように思います。

会員募集のお知らせ

当協会では、広く会員を募集しています。

年会費

個人会員 (1,000円)

団体会員 (15,000円)

賛助会員 (50,000円)

納入方法は郵便振込用紙をお送りします。

お問合せは事務局までお願いします。

事務局 〒460-0001

名古屋市中区三の丸3-2-1

愛知県東大手庁舎

愛知県精神保健福祉協会

TEL 052-962-5377 (内550)

FAX 052-962-5375