

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

がん患者における尊厳

松島 英介, 野口 海 (東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野)

緩和医療の目標はがん患者が尊厳をもって死を迎えられることといわれているが、この尊厳の概念を厳密に定義することは難しい。最近、緩和医療の中ではこの尊厳の問題として「望ましい死」や「質の高い終末期医療」という概念が多く取り上げられている。こうした概念の構成要素を概説するとともに、Chochinovらが提唱した体験的モデルについて紹介した。こうした尊厳という視点に立ってがん医療における精神医療の役割を考えた時、精神科医は単に不安・抑うつやせん妄といった精神症状に対応するだけではなく、患者の生きる意味や目的、信念などを表すスピリチュアリティについて対応できることが望ましく、スピリチュアリティの概念とスピリチュアルケアの可能性について説明した。

〈索引用語：尊厳、スピリチュアリティ、望ましい死、がん患者、緩和医療〉

1. はじめに

精神分析学の創始者であるSigmund Freud (1856～1939)は晩年に上顎がんに悩まされた。篠田³¹⁾によれば、65歳の時、右上奥歯の硬口蓋に違和感を覚えたのが始まりで、その後16年の間に36回もの手術を受け、最後は上顎と口蓋はほとんど消失し、鼻孔と口腔に大きな空洞ができていた。それでも死の2か月前まで診療と執筆活動を続けていたという。83歳の時、もはや手術不能と知らされ、衰弱したフロイトは「これ以上苦痛に耐えるのは何の意味もない」と主治医に安楽死を頼み、モルヒネで昏睡状態のまま永眠した。

Freudのように、がん患者が終末期の身体的痛みなどの苦悩の中で安楽死を望むことはあるが、現在これが認められている国はオランダをはじめ僅かであり、むしろこのような要求が起こらないように患者の苦悩に対応することが重要で、それが緩和医療の目指すところである。一般に、緩和医療の目標は患者が尊厳をもって死を迎えられるようにすることにあるといわれている^{1,8,15)}。しかし、何がその患者にとって「尊厳」になるのかは

個々の症例によって異なり、一概に規定することは難しい。そこで、これまで報告されてきたがん患者についての「尊厳」に関わる概念を取り上げ、それらによって尊厳の問題を包括的にとらえてみたい。

2. 緩和医療における尊厳

「尊厳をもって死を迎えられる」とはどういうことであろうか。「尊厳」という言葉は、最近よく目にするようになったが、既に述べた通り具体的に何を指すかを正確に定義することは難しい。たとえば、終末期に問題となっている尊厳死については、むしろ法的な面から議論がなされており、具体的には延命処置の差し控えや中止をどう扱うかなどが争点となっている。それは、本来は自然死をしていた患者において、近代の医療技術の進歩により延命処置が可能となったことから起こってきた問題であり、緩和医療の中でも最期にあたる部分の問題である。しかし、緩和医療の概念が、単なる終末期の患者に適用される苦痛の除去からより広がった今日においては、緩和医療におけ

る尊厳の意味合いも、もう少し幅をもたせて、それに至るまでの「尊厳ある生」について注目する必要がある。実際、松島ら¹⁶⁾が我が国の中小規模の一般病院を対象におこなった全国調査でも、「尊厳ある死とは」という質問に対し、「患者本人が苦痛でないように緩和する」が71.5%と多くを占め、本来の「延命処置をしない」は6.9%にすぎない。

このような患者の尊厳に関する概念として、最近では「望ましい死 (good death)」や「質の高い終末期医療 (quality end-of-life care)」などが取り上げられることが多くなった。Steinhauserら³³⁾が、患者、家族、医療従事者に対しておこなった調査においては、「望ましい死」の構成要素として、①痛みや症状が緩和されていること、②自分の意思ですべての選択ができること、③自分の死期をあらかじめ知ったうえで、死に対する準備ができること、④自分の人生が完成したと思えること、⑤他者の役に立つこと、⑥最期まで人として尊重されること、の6つが抽出されている。一方、日本においても Hiraiら⁹⁾や Miyashitaら¹⁸⁾が同じような「望ましい死」について調査をおこない、欧米で抽出されているのと同じ要素が認められたことを報告したうえで、さらに日本人の特徴として Hiraiら⁹⁾は、①自己の意思決定がはっきりしないこと、②前向きな姿勢が目立つこと、③家族や人間関係を重視していること、④尊厳のなかでも他者との情動的な距離に関するもの、たとえば周りの人に自分の苦しんでいる姿を見せないなど、が多く認められたこと、を指摘している。また、Singerら³²⁾が患者に対しておこなった「質の高い終末期医療」の調査の結果では、終末期医療の質の向上に関わる問題として、①痛みや症状が十分に緩和されていること、②不適切な延命処置を避けること、③自分でコントロールしているという感じを最後まで達成できること、④負担にならないこと、⑤最愛なる人たちとの関係を強めること、が挙げられている。

これらに加え、Chochinovら⁵⁾は尊厳の概念を直接説明できるような、体験的なモデルを提唱し

ている。それによると、尊厳の構成要素は図1のように、①尊厳に影響を与える疾患に関連した問題、②尊厳の維持能力、③社会的尊厳の程度の3つの大きなカテゴリーに分けられるという。①は患者の認知能力や身体機能といった自立水準を示すものと、身体的苦悩や精神的苦悩といった症状的苦悩を表すものの2つのテーマからなる。②は尊厳維持の見通しや実践の2つのテーマを含み、また③は患者の私生活の限界、社会的支援、患者を取り巻く周囲のケア状況、他者への負担度、死後の周囲への余波の懸念といった5つのテーマを含む。これらはまだ発展段階のモデルであるが、著者らの長年の臨床経験に基づいて考案されたものであり、大いに評価できよう。さらに Hackら⁸⁾は、これらに基づいた量的評価を終末期患者におこない、がん患者の尊厳に影響を与える主要因として、①疼痛、②トイレや移動、着替え、入浴など身近な生活上の依存、③絶望/うつ病、④公的でない支援体制、⑤公的支援体制、⑥QOLの6つを挙げ、さらにこれらのうち、身近な生活上の依存と絶望/うつ病の2つがもっとも患者の尊厳に関係していることを指摘している。すなわち、終末期患者の尊厳にとっては、うつ病を治療し、最後まで希望を失わないようにするとともに、できうる限り身体的自立を維持することが大切であるという。

3. 緩和医療における精神医療の 役割とスピリチュアリティ

緩和医療における尊厳の問題について概説してきたが、これらを見ても精神科医はただがん患者の不安・抑うつやせん妄に対処できればいいのではないということがわかる。もっと広い視野に立って患者のQOL全体を考え、患者とその家族の精神面のケアを担う必要がある。秋葉らの著書²⁾にあるように、イタリア国家生命倫理委員会も「緩和医療は不治の病者の援助の必要にふさわしい答えである。不治の病者はまさにその苦痛な状態のゆえにこそ、あらゆるコストを払ってあらゆる手段を尽くして生命を延長することではなく、

疾患に関連した問題	尊厳の維持能力	社会的尊厳の評価
自立水準 認知能力 身体機能 症状的苦悩 身体的苦悩 精神的苦悩 ・医学的不確実性 ・死の不安	尊厳維持の見通し ・自己持続性 ・役割保持 ・生殖能力／遺産 ・自尊心の維持 ・希望 ・自律／制御 ・受容 ・回復力／前向き思考 尊厳維持の実践 ・「今」を生きる ・常態の維持 ・スピリチュアルな慰めを求める	私生活の限界 社会的支援 ケア状況 他者への負担度 死後の余波の懸念

図1 Chochinov らによる尊厳のモデル⁵⁾

QOL を改善することを目的とするケア，すなわち，患者と家族への心理的援助，精神的な支え，症状のケア，悲嘆のセラピーに向けたケアの継続を必要としている」として尊厳の問題を取り上げている。

一方，がん患者の QOL はその疾患特性から，①身体面（身体症状・副作用・痛みなど），②機能面（ADL・日常生活など），③心理面（不安・抑うつ・認知能力など），④社会面（家族や社会との調和・社会的役割・経済環境など）の4つの因子に分類され，これらの領域群は一般に「健康関連 QOL (Health Related QOL)」と呼ばれている。最近ではこれらに加え，「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」，つまりは「スピリチュアリティ (Spirituality；実存的な側面)」の領域を含めて「全人的 QOL (Total QOL)」といった観点が，とりわけ緩和医療分野を中心に強調されるようになってきている³⁰⁾。世界保健機関 (WHO) は「健康」の定義に関して，これまで「肉体的・精神的・および社会的に良好な状態」としてきたが，1998 年の WHO 憲章の

見直し作業の中で，健康を「肉体的・精神的・社会的，スピリチュアルな側面で良好な状態」と変更することが提案された（採択までには至っていない）ことも，世界的にがん患者の Spiritual Well-being の重要性が指摘される一因となっていると思われる。

(1) スピリチュアリティとは

患者は，がんという疾患に罹患することで，身体的・機能的・精神的に大きなダメージを蒙ると同時に「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」「なんで自分がこんな病気になったのか」「自分の一生は何だったのか」「自分の人生にどんな目的があったのか」「偉大な何かの存在を信じたい」など，人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ，自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむと言われている²¹⁾。WHO³⁵⁾ は，「スピリチュアルとは人間として生きることに関連した経験的一側面であり，身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の“生”の全体像を構成する一因として見ることができ，生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていること

が多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認等と関連していることが多い」と定義している。

また精神医学領域においても、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)³⁾でスピリチュアルペイン (Spiritual Pain) を含む診断カテゴリーとして「Religious or Spiritual Problem」(臨床的関与の対象となることのある状態)が明記されている。

とりわけ緩和医療においては、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアルペインを重視する傾向がある^{4,6,28)}。そして、少なくとも約半数の終末期がん患者が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが示唆されている^{10,19,25)}。近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、スピリチュアリティは必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつある^{7,13,17,26)}。Kaye¹¹⁾は、患者が表現するスピリチュアルペインを分類し、①不公平感 (unfairness):「なぜ私が?」、②無価値感 (unworthiness):「家族や他人の負担になりたくない」、③絶望感 (hopelessness):「そんなことをしても意味がない」、④罪責感 (guilt):「ばちが当たった」、⑤孤独感 (isolation):「誰もわかってくれない」、⑥脆弱感 (vulnerability):「だめな人間だ」、⑦遺棄感 (abandonment):「誰も救ってくれない」、⑧刑罰感 (punishment):「正しく人生を送ってきたのに」、⑨困惑感 (confusion):「なぜこんなに苦しむのか」、⑩無意味感 (meaninglessness):「人生無駄だった」、の10項目を挙げている。またPost-Whiteら²⁹⁾は、スピリチュアリティを「自己・他者・より大いなる存在への関係性の中で、人生の意味や実存的な目的を探求するものである」と定義している。

まとめると、スピリチュアリティには、人生の意味や目的の喪失・依存に伴う自己価値観の低下

や無価値感・自己や人生に対するコントロール感の喪失・運命に対する不合理や不公平感・自己や人生に対するコントロール感の喪失といった広範な苦悩が含まれている。そのキーワードとして、「関係性喪失」が挙げられる。自己存在の消滅(関係性の消滅)に伴う漠然とした不安が基盤となり、自己統合感・統一感の喪失(自己関連性の喪失)による「生きる意味・目的の喪失」がスピリチュアルペインということができるであろう^{12,20,21,23)}。

(2) スピリチュアルケアの可能性

終末期におけるスピリチュアルペインへの対応として、自律性・自己価値観の維持・苦痛の意味を見出す援助などを基盤とした精神療法的アプローチ、すなわちスピリチュアルケアの可能性が示されている。村田^{21,22,24)}は、スピリチュアルペインを「時間存在」・「関係存在」・「自立存在」の3次元から識別し、その相関を明らかにすることで、患者の複合したスピリチュアルペインを和らげるケアの指針を得ることができることを指摘している。また窪寺¹⁴⁾は、日本人のスピリチュアルペインの評価に重要な要素として、①病気の受け止め方(罪、自業自得、などと受け取っていないかどうか)、②苦痛、苦難への態度、③宗教観、④神観、仏観、⑤死生観、⑥自然観、宇宙観、⑦家族、両親、兄弟姉妹への思い、⑧医療者、看護者との関係、⑨自己反省、内省化、⑩自己肯定か否定か、といった10項目を挙げている。

我々が臨床経験から重要と感じるのは、スピリチュアルペインを抱く終末期患者の「随伴者」として、患者のベッドサイドに腰を下ろし、簡単には答えが出ない複雑な問題であっても「逃げずに」・「最期まで」そこに留まるとの思いで患者と接すること、そのことだけでも患者にとってはかけがいのないスピリチュアルケアにつながるという視点である。そのためには治療者自身が、自分の問題としてスピリチュアリティ(人生の意味や価値)を十分に考えておくことが重要である。患者は、治療者の価値観・人生観を敏感に察し、自ら

のスピリチュアルペインを表現するかどうかを判断しているからである。沼野²⁷⁾は、ケアする者に必要な能力として、「傾聴出来る忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、関わりきろうとする意志、慰めや希望を提供できる能力」などを挙げている。「どこまでも相手の身になろうとする決心が必要であり、(自らも)確固たる人生観や死生観を持っているが、患者や家族の人生観や死生観、価値観を尊重し受け入れる柔軟性や謙虚さが求められる。また、どのような状態の中であっても、患者に誠実に、自ら責任を持って関わりきろうとする決意も要求される。そしてケアの担い手である自分が傷つき得ること、すなわち、同じ痛みを経験したり、時には自分が拒否されたりすることがあることを理解しておくことが必要である」としている。さらに恒藤³⁴⁾は、スピリチュアルケアの要点として、①患者をあるがままに受容する、②患者の言葉に傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取る、③患者に共感的態度で誠実に接する、④患者が、人生観や人間観、死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気を作る、⑤患者自身が気がついていないスピリチュアルニーズを言語化し、意識化させる、⑥瞑想や祈り、リラクセーションのための静かな時間を提供する、⑦自然と触れ合う機会を提供する、⑧音楽や絵画などのさまざまな芸術に触れる機会を提供する、⑨患者が宗教行為や儀式に参加できるように配慮したり、必要であれば適切な宗教家を紹介する、⑩ライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目に値する経験を見出せるように支援する、とまとめている。またその効果として、①関係の回復(自己、他者、神との和解)、②価値観の転換(眼に見えないものへの価値の認識)、③人生の意味や目的の発見(苦難の中における生きる意味や価値の発見)、④視点の転換(自己中心の視点からの解放)、⑤死生観の転換(虚無的な死生観から希望の死生観への飛躍)、などによる人生の変化(転換、回復、和解、発見、洞察や飛躍)を挙げている。

4. おわりに

がん医療において、精神科医はがん患者の不安・抑うつやせん妄に対処できればいいのではないかという意見がある。しかし、患者の尊厳という見地から精神医療の役割を考えると、精神科医に求められるものは、こうした精神症状への対応だけでなく、人生の生きる意味や信念といったスピリチュアリティの問題にも対応できる必要がある。

文 献

- 1) Abiven, M.: Dying with dignity. World health Forum, 12; 375-381, 1991
- 2) 秋葉悦子: 執拗な治療(尊厳死)。人間の尊厳と生命倫理・生命法(ホセ・ヨンバルト, 秋葉悦子共著)。成文堂, 東京, p. 81-96, 2006
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994
- 4) Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho-oncology, 8; 417-428, 1999
- 5) Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., et al.: Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Social Sci Med, 54; 433-443, 2002
- 6) Fehring, R.J., Miller, J.F., Shaw, C.: Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncology Nursing Forum, 24; 663-671, 1997
- 7) Fitchett, G., Peterman, A.H., Cella, D.: Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 8) Hack, T.F., Chochinov, H.M., Hassard, T., et al.: Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. Psycho-oncology, 13; 700-708, 2004
- 9) Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., et al.: Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. J Pain Symptom Manage, 31; 140-147, 2006
- 10) 石川邦嗣: Spiritual QOL. 緩和医療学, 2; 44-

52, 2000

11) Kaye, P.: Note on symptom control in hospice & palliative care. Hospice Education Institute, Machiasport, p. 261-267, 1989

12) Kawa, M., Kayama, M., Maeyama, E., et al.: Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units. from the viewpoint of spirituality. Support Care Cancer, 11; 481-490, 2003

13) Kearney, M., Mount, B.: Spiritual care of the dying patient. Handbook of Palliative Medicine (ed. by Chochinov, H., Breitbart, W.). Oxford University Press, New York, p. 357-73, 2000

14) 窪寺俊之: スピリチュアルケア入門. 三和書店, 東京, 2000

15) Madan, T.N.: Dying with dignity. Soc Sci Med, 35; 425-432, 1992

16) 松島英介, 野口 海, 松下年子ほか: 中・小規模の一般病院における尊厳死についての意識調査. 厚生労働科学研究「我が国の尊厳死に関する研究」平成16年度総括・分担報告書 (主任研究者: 松島英介). p. 32-34, 2005

17) McClain, C.S., 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) Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al.: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol, 18; 1090-1097, 2007

19) 森田達也, 角田純一, 井上 聡ほか: 終末期癌患者の実存的苦痛に関する Pilot Study. 精神科治療学, 10; 329-332, 1999

20) 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

21) 村田久行: スピリチュアルケアとは何か. ターミナルケア, 12; 324-327, 2002

22) 村田久行: スピリチュアルペインの構造とケアの指針. ターミナルケア, 12; 521-525, 2002

23) Murata, H.: Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conce-

ptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care, 1; 15-21, 2003

24) 村田久行: スピリチュアルケアの実際. ターミナルケア, 13; 66-70, 2003

25) 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香ほか: 末期癌患者の希望に関する研究—希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点を当てて. 死の臨床, 21; 76-79, 1998

26) Noguchi, W., Ohno, T., Morita, S., et al.: Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. Support Care Cancer, 12; 240-245, 2004

27) 沼野尚美: スピリチュアルペインの意義. ターミナルケア, 6; 205-209, 1996

28) Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., et al.: Measuring Spiritual Well-Being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). Ann Behav Med, 24; 49-58, 2002

29) Post-White, J., Ceronosky, C., Kreitzer, M., et al.: Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. Oncol Nurs Forum, 23; 1571-1579, 1996

30) 下妻晃二郎: 疾患特異的尺度「がん」. 臨床のためのQOL評価ハンドブック (池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎ほか編). 医学書院, 東京, p. 52-61, 2001

31) 篠田達明: 三十六回の手術の末, 安楽死を選んだフロイト. Nikkei Medical, 2006年11月号; 256, 2006

32) Singer, P.A., Martin, D.K., Kelner, M.: Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA, 281; 163-168, 1999

33) Steinhauser, K., Clipp, E., McNeilly, M., et al.: In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Intern Med, 132; 825-832, 2000

34) 恒藤 暁: 最近緩和医療学. 最新医学社, 東京, p. 6-7, 1999

35) World Health Organization: Cancer Pain Relief and Palliative Care; Report of WHO Expert Committee. World Health Organization, Geneva, p. 50, 1983