

がん患者の「身体に^{まつ}纏わる苦痛」における心理的介入

修士課程 1 年	小	林	奈	央
博士課程 3 年	上	田	麻	美
博士課程 3 年	樋	口	紫	音
博士課程 1 年	大	井	葉	月
教授	下	山	晴	彦

1. はじめに

日本における死因率が最も高いとされるがん（厚生労働省, 2015）という疾患は、根治性の低さ、生命予後不良の可能性、治療の副作用あるいは容貌の変化などから生命的危機と直面する大きなストレスとなり、全人的苦痛として身体的苦痛、心理的・精神的苦痛、社会的苦痛およびスピリチュアルな苦痛の 4 つの苦痛が出現するといわれている（月山, 2008）。これらは独立して存在するのではなく、相互に影響し合っているといわれ、一方の痛みが他方の痛みを生起あるいは増強させることはよくあることである。故に、がん患者のケアを行っていくうえで重要とされていることは、全人的に患者の状況を理解し、包括的なケアを行っていくことである（高橋・石川・下山・星野・永田, 2008）。

4 つの苦痛のうち、患者にとって最も大きいといわれている苦痛は身体的苦痛である。月山（2008）によれば、身体的苦痛が不安や恐怖を助長し、抑うつなどの新たな精神的苦痛を生む可能性が高いという。加えて、医療従事者が最も解決に時間と労力を注ぐべきことは、まず身体的苦痛であると述べている。

身体的苦痛が、治療において優先されるべきであると指摘される一方で、明確な定義づけは未だ行われていないのが現状である。しかしながら多くの研究では、「身体の機能的な痛み」であったり「身体の外見的な痛み」であったりと、「身体に^{まつ}纏わる何らかの苦痛」という意味で用いられている。そこで、本稿では「身体的苦痛」を「身体に^{まつ}纏わる苦痛」と定義する。

「身体に^{まつ}纏わる苦痛」の主なものとしては、疼痛とアピアランスが挙げられる。疼痛は、患者の生活の質（QOL）や日常生活動作（ADL）に大きく影響する。がん性疼痛においては、その疾患の特性からより心理・精神的な苦

痛との関連性が強くなり（月山, 2008）、精神症状を惹起しやすいと指摘されている。明智（2002）によれば、患者に疼痛が存在する場合、同時に患者の心理的側面に関しても目を向けることが重要であるという。アピアランスにおいては、患者が外見の変化を見るたびに、家族や友人、職場の人との関係性が崩れることに不安を感じ、さらには病气や死の恐怖を突きつけられることになる（安達, 2016）。これらの問題は、外見のカバーをしただけでは解決するとも限らず（安達, 2016）、患者の生きている社会を理解し、「外見変化に伴う苦痛を理解すること」が必要不可欠である（野澤, 2014 b）。しかし、現在日本で行われている「身体的苦痛」への介入は医師や看護師によるものや、「WHO 方式がん疼痛治療法」などの疼痛のみに着目した治療がメインとなっており、心理的側面へのアプローチは十分ではないと言える。そこで本稿では、がん患者の身体に^{まつ}纏わる苦痛への心理的介入として、臨床心理士にどのようなことが求められているのかを検討することを目的とする。はじめに、がん患者の身体に^{まつ}纏わる苦痛に対し現在行われている介入および求められていると考えられる心理的なアプローチを、過去の文献を用いて概観する。それを踏まえ、最後に身体的苦痛への心理的介入における臨床心理士の展望を考察する。

2. 身体に^{まつ}纏わる苦痛—疼痛—

2-1. 疼痛が引き起こす精神問題

がん性疼痛とは、がん患者に生じる痛みのすべてを含み、がん自体が直接の原因となる痛み・がん治療に伴って生じる痛み・がんに関連した痛み・がん患者に併発したがんに関連しない疾患による痛みなどの総称である。がん患者の 3 分の 1 はこのがん性疼痛に苦しまされてお

り、終末期患者の3分の2の主症状は疼痛であるといわれている(武田, 1994)。WHO方式がん疼痛治療法(世界保健機関, 1986)の確立により、7割のがん患者は疼痛が改善された(奥坂・加藤・前川・大柄, 2007)といわれている一方で、残りの3割は疼痛緩和がされず、がん疼痛マネジメントは決して十分と言える状況ではないというのが現状である。またがん性疼痛は、適切にケアされないときさまざまな精神症状を引き起こす。

そもそも、痛みが感情や気分と相互作用があること(月山, 2008)は臨床上でもよく知られていることであるが、がん性疼痛においては、他の慢性的な疾患よりも心理・精神的な苦痛との関連性が強くなるといわれている(明智, 2002)。精神症状としては主に不安・恐怖・抑うつなどが挙げられており、がん患者のこのような精神症状は、疼痛の増強のみならず、適応障害などの精神障害にも発展することがある(松島, 2008)。一般的には、急性のがん性疼痛は不安、慢性のがん性疼痛は抑うつを生む原因となると言われており、軽度の痛みであっても、それが持続されれば希死念慮に結びつくことや、痛みが強まると死の恐怖を喚起し、結果として、その恐怖感がまた疼痛を増強させるという心因性疼痛をもたらすことなども指摘されている(明智, 2002)。さらに、がん患者のうつ病の危険因子のひとつに不十分な疼痛コントロールというものが挙げられている。加えて、岡村(2003)や村上(2008)は、疼痛への不十分なケアがもたらす悪循環を指摘している。それは、疼痛が十分にケアされないとき、精神症状を引き起こし、それが患者のQOLを低下させ、最終的にはそれががん治療を妨げることになるという、図1に示されるような悪循環である。実際に新貝・渋谷(1999)は痛みの増強に比例して生活全体の障害の程度が高くなり、障害される項目も増加すると述べている。以上より、患者が疼痛を訴える場合には心理的側面にも目を向けることが重要であるが、現段階では十分に為されていない。

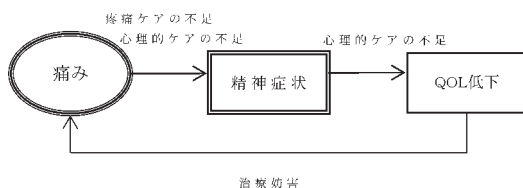


図1 身体的疼痛と心理的問題の悪循環

2-2. 疼痛に対し現在行われている介入

がん性疼痛に対し、現在行われている介入としては、大きく分けて薬物療法と非薬物療法の2つがある。本稿では、既述の通り心理的側面に焦点を当てることを目的とするため、薬物療法は扱わずに非薬物療法に着目することとする。まず、がん性疼痛に対し行われている非薬物療法を二種類取り上げる。第一に、「疼痛への評価を通じたアプローチ」である。疼痛は主観的症狀であるため体温などのバイタルサインのように捉えにくく、状態を把握しにくい(深谷・安藤・稲垣・宮崎・水野・中村・深井, 2007)。それ故、患者-医療者間でズレが生じやすい。現在用いられている評価ツールには自己申告・行動観察・生理学的パラメータがあり、目的に応じて使用する。現在は患者-医療者同士のズレをよりなくするために、患者と医療スタッフ間で共通の尺度(VAS、NRS)を利用するといった工夫(深谷ら, 2007)や、痛み計を用いる(深谷ら, 2007)ことで疼痛マネジメントの効果を高めたり、患者の主体性やコントロールできている感覚を喚起するような工夫がなされている。こうした痛みの評価を通じたアプローチは、結果として、患者自身の疼痛マネジメントや疼痛コントロールを行いやすくする。第二に、「疼痛の注意に対するアプローチ」である。このうちのひとつにVRを用いた介入というものがあり、これは心理学でいう、気そらしに則ったものである。気そらしおよびリラクセーションによって、集中の一部を疼痛以外にそらすことで疼痛の程度を弱めることができる(下山・高橋, 2002)とされており、国立がんセンターや、米国ノースキャロライナ州のDuke Univ. Medical Center (Schneider, Ellis, Coombs, Shonkwiler, Folsom, 2003)の研究によれば、VRシステムはがん患者の疼痛およびストレス緩和手段として有用な可能性があるという。VRはまだ確立された疼痛緩和策ではないが、今後研究が発展するべき有効なアプローチであるときさまざまな論文で注目されている。また、近頃注目を浴びているマインドフルネスも疼痛緩和に有効であるとされている。Smalley, Winston (2010)は、マインドフルネスを「痛みという人間の性質の側面と、痛みが我々に影響を及ぼす影響を探索する手段である」とし、実際にマインドフルネス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR, 1979)というものが提唱され、がんは勿論のこと、リウマチをはじめとした様々な身体の炎症にも効果が認められている。

こうした非薬物的な介入法が存在する一方で、患者の心理的側面に着目したアプローチは未だに確立されていない。前段落で扱った介入法は、医師・看護師などによ

て行われている介入法であるが、抗がん剤の中には、副作用としてうつ病を惹起するものがあるため、医師や看護師は疼痛によるうつや不安を見落とすことがある（岡村，2003）といわれている。さらに、疼痛の増強にはがんそのものによるものと、精神症状によるものがあるが、どちらによるものなのかによって薬物療法なのか非薬物療法なのかという介入方針が変わってくる。それ故、心理士含めた多職種での痛みに対する詳細な観察とアセスメントを繰り返していくことが求められ、そのためにも精神的介入は重要な役割を果たし、心理職の専門性が活かされるべきであると考えられる。

また、自己評価を高めることや対処能力を向上させるような介入も重要とされている。たとえば面接を通してライフレビューを行い、患者にとっての誇りの部分を極力扱うようにすること（明智，2002）は、患者の主体性や自己調節感（疼痛を自分でコントロールできている感覚）の回復を促進し、有効と考えられる。

2-3. 疼痛に対し求められている心理的介入

以上より、現場での疼痛ケアに関する現状と課題を踏まえ、疼痛ケアにおける臨床心理士のアプローチの目標として、主に以下の3つが挙げられるであろう。第一に、痛みに関する患者－医師間のズレをなくすことである。患者の痛みの増強要因をアセスメントし、医療者に的確に伝えることは患者－医師間のズレをなくすだけでなく患者－医師間の信頼関係の構築を促進することも期待できる。第二に、患者の疼痛を原因とする精神症状の見落としを防ぐということである。従来は、疼痛によって惹起される抑うつや不安は見落とされがちであったが、臨床心理士が的確なアセスメントを行うことで、精神症状の成り立ちの予測が可能となり、これは結果として患者のQOL向上につながるであろう。第三に、患者の主体性および自己調節感を育てるということである。渋谷・斉藤・菊池・高岡（2006）は、患者が自ら病気をコントロールできるという「主体性」を取り戻すことががんに立ち向かう勇気や生きる希望につながると述べており、患者が主体性を持つということはQOL向上の観点からも疼痛ケアにおいて重要であると考えられる。それ故、患者が少しでも主体的に治療に参加できるよう、臨床心理士は患者をサポートしていくことが必要である。そのためには、患者本人への働きかけのみならず、臨床心理士が他の医療者との間に入り、患者の気持ちを医療者に伝えるといった仲介役としてのアプローチも必要となってくる。主体性や自己調節感を取り戻すことができれば、ネガティブな思いは払拭され、結果として患者の自己評

価・病気への対処能力の向上に繋がると考えられる。

以上の目的を果たすために臨床心理士が担える役割について、以下に筆者の考えを述べていく。まず、患者の「自由が効く健康な身体」の喪失に対するグリーフケアである。疼痛はそれ以前まで取ることのできていた身体行動を困難にし、ADLの低下を招く。これは患者にとっては大きな喪失体験であり、グリーフケアの対象となる。それ故、患者がしっかりと喪失と向き合い、悲しみを処理していくために、十分に知識を有する心理職がグリーフケアを行うことが有効ではないかと考えられる。また、グリーフケアを拒む患者には、予めグリーフワークについて心理教育を行うと良いかもしれない。グリーフワークの存在を知っているか否かでは今後起こり得る喪失体験に対する心持ちは異なるうえに、喪失に苦しむ自分の感情を受け止める一助となる可能性がある。次に、セルフヘルプグループのファシリテーターとしての役割である。がん患者は、自身の抱えている気持ちを、「がんにならないとわからないだろう」という思いから、医療者や心理職、あるいは面会に訪れる家族や友人に対し打ち明けられていない可能性がある。それ故、同じ立場である患者同士の交流の場は重要であると考えられる。実際に山谷・小野寺・亀口（2016）によれば、2012年に改定されたがん対策推進基本計画では、がん患者の不安や悩みを軽減するために取り組むべき施策として、「がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実するよう努める」との文言が加えられ、当事者が主体的に支援し合うピアサポートががん医療において改めて注目されていると述べている。当事者同士のグループであるセルフヘルプグループを結成し、臨床心理士がその場を統括・進行する役割を果たすことで、患者同士の痛みを共有することができ、ピアサポート的効果が得られる可能性がある。しかしこの場合、たとえば親しくしていた患者の病状悪化が他の患者へ悪影響を及ぼす可能性があり、そうしたデメリットを予測し、留意することは重要である。そして最後に、患者の痛みに対する認識を肯定的なものへ変えるというものである。明智（2002）は、がん性疼痛について、生物学的な要因に加え、患者の認知・感情・社会的要因など複数の要因が密接に関連して生じる多次元的な症状であると述べており、たとえば、患者自身の痛みに対する意味付けや認識は疼痛体験に影響を与えるとされている。それ故、患者自身の痛みに対する意味付けや認識を、「自分の細胞ががんと闘っているからだ」「また闘える力があるんだ」「抗がん剤が効いているのだ」などとポジティブなものに変えることができれば、患者によっては痛みが軽減される可能性がある

いうことである。また米国では、臨床心理士の役割として、寛解後のリハビリテーションのスケジュールを一緒にたてる、というものもあり、これは患者の気持ちに寄り添いつつ、患者のペースに合ったスケジュールを計画するという意味で臨床心理士のような心理職は活躍できると考えられる。故にこのような臨床心理士の役割は日本でも取り入れるべきものかもしれない。

疼痛は、がん患者にとって最も共通する症状であり、加えて患者のQOLを大きく左右する要因である。薬物療法による患者の「肉体的な痛み」への介入のみならず、多職種で協働し、患者の「精神的な痛み」にも介入していくことが必要となる。今後は臨床心理士が専門性を活かし、さらなる疼痛ケアへの関わりが求められる。

3. 身体に纏わる苦痛—アピアランス—

3-1. アピアランス（外見変化）が引き起こす精神問題

がんによる外見変化に関する用語であるアピアランス（appearance）とは、国立がんセンターの野澤（2014 a）によって2012年より用いられ始めたものであり、外見の問題に対処するにあたり外観や風采など、全体的な外見を示す用語として登場した。加えてがん患者に対する外見関連のケアを広く「アピアランスケア」とし、個別具体的な外見の諸問題に対する医学的・技術的・心理社会的支援は「アピアランス支援」と定義づけられ、2013年には国立がんセンターに「アピアランス支援センター」が設立された。「アピアランス」は、2012年に用いられ始めたばかりということもあり、定義・概念があまり普及しておらず、研究も多くは行われていない状況である。

がんの治療では、手術による身体部位の切除や抗がん薬・放射線療法など、身体に対して侵襲性の高い治療が積極的に行われる。その結果、身体の変形・瘢痕・脱毛・皮膚や爪の障害・むくみなど比較的短絡的なものから永続的なものまで、さまざまな外見変化が生じ、患者のQOLに悪影響を及ぼすといわれている（野澤，2014 a）。2013年に行われた国立がんセンターによる研究によれば、乳がん患者の、治療に伴う身体症状の苦痛度 TOP 20 の60%が他者からわかる外見の症状であり、従来のがん医療が注目してきた身体症状よりも苦痛度が高かったという。

外見の変化が苦痛と感じる要因には様々なものがあるが、一般に、事故や病気による外見の変化は、「自分らしくなくなった・魅力的でなくなった」という自己イメージの低下や、他者からの評価を下げてしまうことへの不安をもたらすと指摘されている（野澤，2014 a）。このよ

うに、外見の変化による苦痛は、他者の存在に大きく依存する心理社会的苦痛であると言える。また、野澤（2014 a）は、がん患者は外見の変化を「病気や死の象徴」と捉える傾向にあると述べており、外見変化自体が自身の病気に対する不安を煽っている可能性があると考えられる。つまり、外見変化は患者のQOLを下げる一因となることが考えられる。以上より、外見の症状に関して医療の場でケアすることは、非常に重要な支援であるといえる。

3-2. アピアランスに対し現在行われている介入

現在アピアランスに対して行われている主な介入法は、コスメティックインフォメーションというものである。これは、ウィッグや皮膚変色をカバーする化粧品の提供や、人工乳房やエビテーゼなどおおよそ外見の変化に対応する物品に関する情報提供を行う（野澤，2014 a）という外見への直接的な介入である。こうした外見への介入は国立がん研究センターのみならず、様々な病院で行われ始めている。例えば、石巻赤十字病院では、外見ケアの重要性や医療的な要素を含むメイクアップを伝える「メイクアップコーナー」を企画し、開催した（玉置・紺野・安田・佐藤・佐藤，2014）。また、東京大学医学部附属病院においても、「外見ケア・カバーメイク外来」というものを設け、①手術の傷跡や抗がん剤による肌色変化へのカバーメイク ②抗がん剤による爪トラブルへのケア ③ウィッグや乳腺術下着の相談 ④眉やまつげ脱毛の相談などの悩みに医師が個別に対応するというアプローチを行っており、男性や小児にも対応している。同じく東京大学医学部附属病院では、毎月一度「乳がん関連製品展示会」や「ウィッグ展示試着会」というイベントを開催し、相談や試着を行っている。このように、外見への介入は近頃普及し始めている。その一方で、心理的な側面に焦点を当てた介入は未だ行われていないのが現状である。以下、まず国立がん研究センターにおいてアピアランスの研究を行っている野澤（2014 a, b）の知見・研究を中心に概括し、その上で今後のアピアランス支援における臨床心理士の活動を考察する。

容貌の変化のみに焦点を当てたケアは、アピアランスケアとしては不十分であることが指摘されている。そもそもアピアランス支援とは、外見の症状を隠すことに留まるものではなく、患者が社会的な活動を積極的に行うことができ、かつ家族を含む他者との関わりの中で生きる、つまり「社会的な存在として生きる」ことができるように支援するものである。患者の外見的痛みの多くは、他者の存在や社会を前提として初めて成り立つ相対的な

痛みであり、それ故、外見の苦痛を正しく理解し、ケアをしていくには、容貌のみの変化に焦点を当てるのではなく、まず患者の生きている社会を理解するということが重要だとされる。たとえば、病気を家族に隠していることの葛藤が、外見変化に対する苦痛を強化しているケースもあり、このような場合は背後にある問題を解決しないと苦痛は低減されない。加えて、国立がん研究センターがロングサバイバーを対象に行った大規模な研究において、外見変化の多い患者はうつになる可能性が高いことが明らかになっていることや、外見変化は一種の喪失体験であると位置付けられていることなどより、ますます心理ケアが重要とされている。したがって、患者に対し、外見の症状に関するより有効な支援を行うためには、美容だけでなく、患者の経過や環境、外見のことを周囲の人にどう話すかなどのコミュニケーション方法など、実際の生活に合致したさまざまな分野の知識及び技術を用いたアプローチが必要である。こうしたアプローチを提供することができれば、結果として治療意欲の向上にもつながるであろう。

3-3. アピアランスに対し求められている心理的介入

以上のことより、現場でのアピアランスケアに関する現状と課題を踏まえ、アピアランスにおける臨床心理士のアプローチの目標として、主に以下の3つが挙げられるであろう。第一に、喪失体験にフォーカスしたアピアランス支援（グリーフケア）が挙げられる。喪失には、「物理的な喪失」と「心理社会的な喪失」の2つの種類があるが(金子, 2009)、外見変化は後者にあたる。またがんに罹患することは、それ以前に経験された喪失に喪失を重ねることもある(明智, 2002)。ここでいう一つの喪失は、「健康であった時の自分の喪失(診断)」、二つ目の喪失は「漸次的な喪失(悪化)」を指すと考えられるが、この二つ目の喪失に、アピアランスが含まれると考えられる。外見変化は「健康であった時の自分の外見」の喪失であり、グリーフケアを十分に必要とする立派な喪失体験である。小此木(1979)は、喪失体験が十分にケアされないと、二度目以降の喪失体験の悲嘆反応が長引く(悲嘆遅延)と述べており、それ故、患者がしっかりと喪失と向き合い、悲しみを処理し、かつ悲嘆遅延を予防するためには、グリーフケアに関する知識を十分に有する心理士がグリーフケアを行うことが有効なのではないかと考えられる。第二に、外見変化に関する情報提供を治療前段階で行うことである。野澤(2014b)は、外見変化における適切なサポート資源の重要性を指摘しており、外見の変化に対する情報収集や対策について適切

なサポートが得られないと、患者の不安や苦痛は大きくなると述べている。また、岡村(2003)も、情報が提供されないあるいは不足している場合には不安が持続し、やがて適応障害を引き起こすとしている。副作用による脱毛へのケアを例に挙げると、飯野(2015)は、治療前・脱毛時・再育毛時のいずれの時期にも情報提供、精神的ケアが必要であると述べている。現在最も普及しているケアであるコスメティックインフォメーションなどは、「脱毛時」「再育毛時」に当たる情報提供であるため、臨床心理士は、未だ行われていない治療前の段階での情報提供を行うことが求められる。第三に、外見変化に関する肯定的受容の促進が挙げられる。野澤(2014b)によれば、人は、自分の信念に反する状況に強いストレスを感じるとされており、反対に、たとえば「脱毛も薬が効いている証拠なのだ」と捉える人は心理的な適応がよいという。つまり、臨床心理士は患者にとって、信念に反しない状況を作る手助けをすることが求められる。前述のように、「脱毛は薬が効いている証拠だ」など、アピアランス変化への捉え直しをサポートすることがストレス低減につながると考えられる。

以上の目的を果たすために、アピアランスケアにおいて臨床心理士が担える役割について、以下に筆者の考えを述べていく。まず、疼痛の項でも述べたが、セルフヘルプグループのファシリテーターとしての役割である。実際に、東京大学医学部附属病院で月一度開催される、「乳がん関連製品展示会」や「ウィッグ展示試着会」では、当事者同士が気軽に交流することができる場としても活用されている。しかし、明確な議題を提示し、共通の目標を持った当事者同士のグループであるセルフヘルプグループを結成し、知識を十分に有する臨床心理士がその場を統括・進行する役割を果たすことで、患者同士の痛みを共有することができ、よりピアサポート的效果が得られる可能性がある。ここで事前に考慮すべき点としては、「ファシリテーターの年齢・性別が患者の年齢・性別と同じで良いか否か」ということが挙げられる。山谷ら(2016)ががん治療後、日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義を明らかにすることを目的とした研究では、看護師が患者と同年代で同性の場合、働いている姿を間近で見て、病気をして入院している自分の現状と比較してしまい、元気な同年代の姿を見たくないという気持ちや、同年代の人に介助されることに抵抗を感じるなどの「同年代、同性の看護師に抱いた複雑な気持ち」を患者が持つことがあることが示された。外見変化の場合は、一種のアイデンティティの喪失でもあるため、より同年代・同性と比較し、複雑な気持ち

ちを抱くであろう。それ故、外見症状に関するセルフヘルプグループの場合はより注意が必要であると考えられる。次に、患者の病名告知場面に同席し心理教育を行うというものである。アピアランスは、医師や看護師にとって贅沢な悩みとされ、軽視されがちである。故に、患者は外見変化に関する相談をするのを躊躇し、結果として自身のQOLの低下を招く。そこで、相談しやすい場を作ること、およびそのタイミングが重要であると考えられる。病名告知の際に同席し、アピアランスに関する心理教育を行うことができれば、患者の「相談しづらい」という状況を未然に防ぐことができる。

最後に、臨床心理士がアピアランスに苦しむ患者と関わる際に持っておくべき基礎的な知識として、野澤(2014 a)の主張する、外見変化に伴う「心理社会的苦痛」への理解が挙げられる。まず、これを実現するためには、患者の生きる時代を理解することが重要となってくる(野澤, 2014 b)。アピアランスがより注目されてきた背景には、時代の変化の影響というものがあると考えられている。たとえば、現代が「外見重視社会」であることは、患者がより外見変化をより気にすることになる要因と成り得、医学の進歩により長期生存・身体症状の軽減が可能になったからこそ、外見を含む心理社会的な要因を意識するようになったといわれている。また、外来治療のための環境整備が進み、患者が社会生活を送りながら治療を行える状況になったことが、逆に外見を気にする社会と接点をもちながら治療をするということとなり、患者に、変化した外見をより意識させることになってしまうという。以上に加え、野澤(2014 b)は、患者の外見変化に伴う心理社会的苦痛を理解するには、さらに個人レベルで、①外見に関する信念 ②喪失対象の価値 ③パーソナリティ ④適切なサポート資源の有無 ⑤職業などの生活環境 ⑥パートナーの影響 ⑦その他の特殊事情 という7点を考慮する必要があると述べている。③パーソナリティとは、具体的には、人には私的自己意識の高い人と、公的自己意識の高い人がいると言われているが、公的自己意識の高い患者ほど化粧などにも気を遣う反面、外見の変化を苦痛に感じやすいということを指している。

近年は、患者が働きながら、あるいは学校へ通いながら治療生活を送る時代になりつつある。それ故、患者のQOLを維持し、社会生活を送りながら治療を継続するための支援の一つとしての、外見変化へのアプローチは今後ますます重要となってくるであろう。医学・看護学・香粧品学・形成外科学・婦人科学・心理学などと、様々な分野でアピアランス支援に向けた研究が行われ始めて

いる。とはいえ、未だ文献は少なく、今後は、適切なアピアランスケアが患者に行われるためにも、アピアランス支援に関するさらなる研究が必要となってくるであろう。

4. 考察

以上に述べた「疼痛」および「アピアランス」などの身体に纏わる苦痛は、身体が自身にとって常に関わりのあるものであることから、がん患者に常につきまとう問題であると考えられる。そうであるからこそ、これらの苦痛が除去されないことは患者のQOL低下を導く。疼痛では薬物療法的介入が、アピアランスでは外見への介入が積極的に行われつつあるが、一方でいずれも心理学的アプローチによる介入が不足しているという現状がある。臨床心理士が「身体に纏わる苦痛」に対する心理的な介入を行う際取るべき役割の共通項としては、「1. 健康の喪失に対するグリーフケア」「2. 病気に関する情報提供および心理教育」「3. 症状の肯定的受容の促進」「4. セルフヘルプグループのファシリテーター」などが挙げられる。疼痛・アピアランスは、本論でも述べているよう、どちらも喪失体験に位置付けることができる。早期のグリーフケアの提供は、患者のQOL低下を食い止め、今後再び起こり得る喪失体験に対処しやすくなる。2に関しては、岡村(2003)が、患者に対する情報の提供が不足している場合には患者の不安が持続し、やがて適応障害を引き起こすと述べているよう、病気に関する情報提供および心理教育は、患者の病気に関する不安を最小限に留めることができる。3に関しては、患者自身の痛みに対する意味付けや認識が疼痛体験に影響を与える(明智, 2002)ということや、アピアランス変化への肯定的な捉え直しをサポートすることがストレス低減に繋がる(野澤, 2014 b)ということなどから、症状の肯定的受容の促進つまり患者が苦痛を肯定的な意味に捉えられるようになるということは、患者によっては「身体に纏わる苦痛」の軽減に繋がる可能性がある。最後に、セルフヘルプグループのファシリテーターは、患者同士の痛みや想いの共有を促進することができ、ピアサポートの効果が期待できる。患者同士が想いを共有することのできる場はすでに設けられているが、セルフヘルプグループおよびピアサポートの知識を十分に有する臨床心理士がファシリテーターを行うことで、患者同士の会話・議論は円滑に進み、よりピアサポートの効果が得られるであろう。いずれの役割においても、患者個々人の心理社会的な背景を理解したうえでのアプローチが望ま

しい。なぜなら、野澤 (2014 a) が心理社会的苦痛への理解の重要性を主張するように、患者によって症状の捉え方や症状から受ける想いは異なるからである。そうした理解を怠ると、患者の根本的な痛みのケアにはならないと筆者は考える。

しかしながら、心理的な側面にのみ焦点を当てたケアは「身体に纏わる苦痛」に対するケアとしては不十分であり、重要であるのは、現在の緩和ケアチームのように、多職種と協働し、多方面から患者にアプローチすることであるということが改めて理解できる。医師・看護師のみならず、多分野による研究、多職種によるアプローチが実現可能になることで、現在すでに行われている介入に加え、より有効な支援を患者に提供することができる。このような多職種による支援は現在行われつつあるため、その中で、臨床心理士はチーム医療の機能を促進させるために、また、医師・看護師が見落としがちである患者の問題に対するアセスメントを、患者に寄り添う姿勢を持ちつつ丁寧に行うために、鍛えられたアセスメント能力および「傾聴」「共感」スキルなどの臨床心理士の持つ専門性を活かした関わりを行うことが求められる。このような「傾聴」「共感」は臨床心理士にとって基本的な態度であるが、臨床心理士の強みでもある。米国では、心理職は医師以上に傾聴し共感する訓練を受けているという認識から、疼痛ケアにおいては臨床心理が多く手がけており、日本においても、このようなスキルを兼ね備えた臨床心理士は、患者個々人の思いを理解し、寄り添うことが求められる「身体に纏わる苦痛への支援」を行う際に重要な役割を果たすと考えられる。

現在の急速な医療技術の発展に伴い、今後ますます患者が社会生活を送りながら、並行して治療生活を送る時代となることが予測される。そのためにも、患者のQOL維持は重要であり、「身体に纏わる苦痛」への支援は更なる発展が期待される。多職種の中で臨床心理士が上述のような専門性を活かした介入を行うことで、より患者個々人に沿ったアプローチが期待できるであろう。

引用文献

- 安達純子 (2016). 国立がん研「抗がん剤副作用ケア」推進へ THEMIS 25(7), 96-97.
- 明智龍男 (2002). がん患者の精神症状の診断と治療 がん看護 7(6), 475-481.
- 深谷陽子・安藤詳子・稲垣聡美・宮崎雅之・水野敏子・中村みゆき・深井美穂 (2007). がん性疼痛マネジメントにおける痛み計の効果に関する検討 Palliative Care Research 2(2), 223-230.
- 飯野京子 (2015). 副作用対策—脱毛—(今月の臨床 婦人科がん診療を支えるトータルマネジメント：各領域のエキスパートに聞く) 臨床婦人科産科 69(12), 1131-1135.
- 金子絵里乃 (2009). ささえあうグリーフケア—小児がんで子どもを亡くした15人の母親のライフ・ストーリー— ミネルヴァ書房
- 厚生労働省 (2015). 平成27年 人口動態統計月報年計(概数)の概況 厚生労働省<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai15/dl/gaikyou27.pdf>> (2017年2月28日)
- 松島英介 (2008). 緩和医療における痛みと精神的苦悩 ストレス科学 23(1), 16-22.
- 村上正人 (2008). ストレスと慢性疼痛—全身の機能的システム障害を招く慢性疼痛— ストレス科学 23(1), 43-52.
- 野澤桂子 (2014 a). 医療の場で求められるアピアランス支援 がん看護 19(5), 489-493.
- 野澤桂子 (2014 b). 外見の変化に伴う患者の苦痛を理解する—アピアランス支援のための1st step— がん看護 19(7), 679-683.
- 岡村仁 (2003). がん患者にみられる精神症状 保坂隆(編) 現代のエスプリ (426) 至文堂 pp. 18-28.
- 小此木啓吾 (1979). 対象喪失：悲しむということ 中公新書
- 奥坂喜美子・加藤美鈴・前川智子・大柄昭子 (2007). 一般病棟におけるがん性疼痛マネジメントに関する実態調査 日本看護学会論文集 成人看護II 38, 56-58.
- Schneider M. S., Ellis M., Coombs T. W., Shonkwiler L. E., Folsom C. L. (2003). Virtual Reality Intervention for Older Women with Breast Cancer Cyber psychology & Behavior 6(3), 301-307.
- 世界保健機関 (1986). WHO方式がん疼痛治療法 日本緩和医療学会<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/pain/2014/pdf/02_03.pdf> (2017年3月5日)
- 渋谷節子・斎藤巖・菊池浩光・高岡和夫 (2006). 末期癌患者に対するイメージ療法の効果—カウンセリングとバイオフィードバック法を併用して— 心身医学 46(1), 69-74.
- 下山直人・高橋秀徳 (2002). バーチャルリアリティ(VR)を用いたがん疼痛治療の可能性に関して 治療 84(7), 2041-2045.
- 新貝夫弥子・渋谷優子 (1999). がん性疼痛に対する患

- 者の疼痛評価と対処行動 日本がん看護学会誌 13
(2), 38-47.
- Smalley L. S., Winston D. (2010). Fully Present: The
Science, Art, and Practice of Mindfulness
- 高橋秀徳・石川眞樹夫・下山直人・星野恵津夫・永田勝
太郎 (2008). 癌の痛みを上手にとるには 外科治療
99(6), 580-590.
- 武田文和 (1994). がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル
—すべてのがん患者の痛みからの解放のために— 金
原出版
- 玉置一栄・紺野志保・安田有理・佐藤京子・佐藤恭子
(2014). 当院健康祭りで抗がん剤の副作用による外見
変化へのケアの重要性を伝える試み 日赤医学=The
Japanese Red Cross Medical Journal 66(1), 243.
- 月山淑 (2008). がん患者の全人的苦痛における身体的
苦痛除去の重要性 ストレス科学 23(1), 9-15.
- 山谷佳子・小野寺敦志・亀口憲治 (2016). がん治療後、
日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポー
トの意義 国際医療福祉大学学会誌 21(1), 54-65.

(指導教員 下山晴彦教授)

付記

本研究は、文部科学省科学研究費の基盤研究A（課題
番号 16 H 02056）の助成を得て行われた。