



在宅医療と メンタルヘルス

第2版

－患者・家族の心理社会的ケアと支援者のメンタルヘルス－

由布院アカデミア編

はじめに - 第2版に寄せて -

加藤 真樹子

本冊子は、2016年3月発刊の「在宅医療とメンタルヘルス～在宅に携わる支援者を支える～」(初版)を基礎に増補改訂を行っています。前回の冊子出版後、約50名の在宅医療の分野で活動されているみなさまから読後の貴重なご意見を頂きました。

今回は内容の充実を図り、在宅医療現場での対応困難な場面への対処や工夫について取り上げるほか、精神保健を担う専門職の立場から支援者自身のセルフケアとメンタルヘルスについて系統立てて紹介します。

具体的には、在宅医療に携わる方々のストレスチェックの方法やセルフコントロールの仕方など、実際のメンタルヘルスに役立つ項目を新たに加えました。また、支援者自身のグリーフケアのほか、トピックとして「デスカンファレンス」の持ち方や意義を取り上げ、家族との関わりあいにおいては、家族の中に「子ども」がいる場合の対応の仕方や留意点をQ&A形式で盛り込みました。

さらに、すでに在宅医療の分野で幅広く活躍する専門家より、現場での活動実践に根ざした豊富な観点と見識を提供していただきました。訪問看護の立場から「街のイスキア訪問ナースステーション」を立ち上げた石川麗子さん、在宅緩和ケアの領域からチャップレンとしてニューヨークで活躍する岡田圭さんには、ご寄稿頂いたことをこころより感謝申し上げます。

今後、日本の医療サービスは福祉とさらなる連携を深め、地域を舞台として加速度的に進行していくと考えられます。こころの専門家の立場から、各地域に根ざしている生活文化や地域の資源にも目を向け、地域に暮らしの拠り所をもって病や障がいを抱えて生きる人々と家族に向けて心理的援助を具体化し、在宅医療に従事する各専門職との連携協力をさらに一歩深めてゆきたいと願っています。

「由布院アカデミア」について

由布院アカデミアは、メンバーが緩和ケアとHIV臨床に携わる心理職、精神科医師、緩和ケアに携わる医師、ソーシャルワーカー、大学教員など10数名からなる小さな団体です。2011年4月に大分県由布院で発足しました。若手の心理臨床家に実践から得られた臨床の知恵と現場のニーズに即した学びの場を提供し、時代を見据えて地域の現場と連携し活躍できる心理士を育成することを目指しています。がん・エイズを含む身体疾患の医療分野で活動する心理職を対象として、地域で活躍する心理臨床家の養成プログラムを開発し人材育成を行う傍ら、地域の医療現場での心理職の役割や活動の可能性を探求する目的で、在宅医療に関する調査研究活動を重ねています。

目 次

はじめに 加藤 真樹子 ▶ 1

I 支援者自身のメンタルヘルス 矢永 由里子 ▶ 4

- 1・患者や家族の対応について
- 2・自分自身の対応の振り返り
- 3・支援者自身のメンタルヘルスについて

II 支援者自身のセルフケアの実際 福地 智巴・栗原幸江 ▶ 10

- 1・ストレスとの向き合い方
- 2・セルフケアの方法

トピック「デスカンファレンスの持ち方」 栂場 美穂 ▶ 15

III 患者・家族の心理社会的支援のためのヒント

～問題場面の受け止め方と対応のコツ Q & A～

- 1・「患者」との関わりあい 長友 隆一郎・小池 真規子 ▶ 16
- 2・「家族」との関わりあい 栗原 幸江・福地 智巴・小林 真理子 ▶ 23

IV 精神科医師からみた「在宅医療とメンタルヘルス」

～症状の見方と関わり方のコツ～ 三木 浩司 ▶ 32

V 在宅医療の現場から

- 1・在宅医療の現場で大事にしたいこと 石川 麗子 ▶ 38
：訪問ナースステーション所長の視点から
- 2・在宅ホスピス緩和ケア：チャップレンの視点から 岡田 圭 ▶ 40

まとめ 矢永 由里子 ▶ 42

資料

在宅医療の現場に携わる支援者向けアンケート調査の概要 加藤 真樹子・栗林 麻衣子 ▶ 44

- 1・調査の目的と方法
- 2・調査の結果
- 3・アンケート調査のまとめ



I 支援者自身のメンタルヘルスについて

矢永 由里子

長期に渡って在宅医療の患者ケアに携わる支援者は、日々の患者や家族とのやり取りや、自身の気持ちの持ちようについて難しい場面に遭遇する時があります。チームで携わっている方も多いと思いますが、病院のようにいつも周囲にスタッフがいる環境とは異なり、在宅医療では単独の動きが多くなり、患者対応についてすぐに相談することが難しい状況が多くなります。

この章では、支援者の方が抱える課題について、次の3点、①患者や家族への対応 ②自分の対応の振り返り ③自身のストレスや気持ちへの向き合い方 についてまとめてみました。日常の業務の参考になれば幸いです。

1. 患者や家族への対応について

患者の在宅医療を支援するということは、患者・家族の生活圏のなかに入ることになります。生活という場では、患者と家族がその中心ですので、支援者は訪問者になります。このような場面では、患者や家族の日々の出来事や暮らしを病院という場面よりもよりリアルに垣間見る機会になり、患者の心身の状況を理解することに役立つ一方で、病院の業務では存在した支援者と患者・家族の境界線が曖昧になる可能性があります。患者との一対一のやり取りも増えますし、そのなかで患者との距離感の難しさや、患者の身体の衰弱に自分の家族を亡くするような近しさを抱くこともあるでしょう。このテーマについて、二つ取り上げました。

① 患者や家族との距離の取り方について：プライベートなことを聞かれるとき

在宅支援では、支援者が患者・家族の生活圏に入っていきますので、患者・家族の色々な個別の内輪の問題も見えてきますし、顔見知りになると、患者や家族からそれらの問題に相談を受けるということも少なくないようです。病院では、医療者は医療機関のなかにいることで患者・家族と一定の距離が保ちやすいのですが、患者・家族の生活圏のなかでは患者や家族も支援者に近寄りやすくなります。病院ではあまり気にすることがなかった「患者・家族との距離感」に一定の配慮が必要になってきます。

距離感を保つということについて

「距離を保つ」というと、冷たい人間と思われるのではないかと心配になるときもありますが、実はこれは支援者の役割を明確にするために必要なことですし、また同時に患者・家族を守ることにもつながります。

特に長期的な支援であればあるほど、親近感がお互いに生まれやすい状況になります。病院では担当が定期的に変わるがありますが、在宅医療では担当者の変更は病院ほど頻繁ではないので、親密な関係性も生まれやすくなります。しかし、親密性は依存的な関係を作りだすリスクもあります。依存とは、相手に頼り、その相手なしには物事が進まなくなる状態を指しますので、本人の心身の自立（できることは自分でやろうとする姿勢）が逆に損なわれる状態も生じやすくなります。継続した支援であればあるほど、一定の距離を保ちつつ、「支援する専門家」と「援助を受ける患者とその家族」という線引きを明確に保つことが重要です。その程よい距離感が、支援者にとって第三者としての立ち振る舞いを確保しやすくなります。時折「自分はどれぐらいの距離を保っているか」と自問していくことは、援助を持続させる意味でも大切なことと思われれます。

距離感の保ち方について

援助でできることとできないこと（難しいこと）を、自分にも、患者や家族にもしっかり明示することが大切なことでしょう。できることについては、「専門家としてしっかりやっていくこと」、しかしそれを越えたものについては「自分ではできないこと」を言葉で伝えるというのは、患者や家族が支援者への期待を現実の枠内に収めるのに役立ちます。一方で、「できない」ことについては、地域の他の援助資源などを事前に情報網として持っておくと、患者や家族に「紹介」ができ、地域への「つなぎ」役を果たすことができるかもしれません。

できればこのような線引きを、在宅が始まった早い時点で明確にしておくと、プライバシーについて聞かれる機会を防ぐことにもつながりますし、万が一尋ねられても「そこにはお答えできないことになっています」と断ることがやりやすくなるでしょう。

② 患者の死を迎えたとき：家族のグリーフ（悲しみ、悼み）、支援者のグリーフ

患者の病状が進み終末期を迎えるとき、そして患者が亡くなったとき、支援者のなかに様々な気持ちが起こるのはごく自然なことです。

支援を通して、私たちも患者や家族へ徐々に親しみを持つようになります。支援者と患者・家族の人間関係ができていきます。その環境のなかで患者の病状が進み終末期が近づいたとき、支援者は家族と同じように、「大切な人を亡くす」ことへの悲しみの気持ちを抱くことも多くあります。患者の死への悼みや喪失感は、支援者にとって終末期患者の在宅では自然に湧いてくる感情です。

また、患者に特別の親しみを覚えていたとき（例えば患者が支援者の亡き近親者に似ているなど）、その患者が徐々に弱ってきたときは自身が体験した近親者の死と重なり合い、悲しみが一層深まる場合もあります。

患者の家族と、患者が終末期に近づいていることを共に語り合うことも、家族、支援者の両方にとって大切なことかもしれません。人を亡くす悲しみは、その人の死の前から始まります。予期悲嘆という言葉で言い表されるときもあります。そのような思いを言葉にして家族と話し合うことで、死を迎えつつある厳しい現実にお互いが向き合えることにもつながるでしょう。

自分の気持ちへの対応

気持ちの揺れはごく自然なことであると認めることが大切なことでしょう。そしてその気持ちをできれば職場の同僚や仲間と話し合える機会を持つことも重要と思います。一人で悲しみや喪失を抱えるのはつらい時があります。その思いを語ることで、自分の気持ちを確認したり、整理するきっかけにもなります。できれば、スタッフ間で日々の業務に伴う気持ちも語り合えるような場を定期的に持つことをお勧めします。相互支援の場にもなる可能性があります。

自分自身の心身の疲れとケアについて

疲れの出方は一人ひとり異なります。肩こりや頭痛といった身体的な形で出る人もいれば、不安感や焦燥感といった心理的なところに出る人もいます。まず、自身の疲れの出方がどのようなところに出やすいかを見ていってください。支援者によっては、患者や家族のケアを優先して、あまり自分の状態を振りかえることが少ない人もいます。しかし、自分自身の身体と心を整えておくことは患者・家族へのケアの前準備としても大切なことではないでしょうか。良い仕事をするためにも、自分の疲れ方を定期的にチェックしながら、「ちょっと疲れているかな」と感じたら意図的に休みをこまめに取るようにしましょう。心身のケアのコツは、風邪対応と共通しています。早めの対応、そして予防がとても効果的と思われます。

2. 自分自身の対応の振り返り

一人で患者や家族に在宅で対応する場面が多だけに、自分の取り組みや患者・家族への対応はどうだろうかと迷う場面もあるでしょう。ただ、一人で冷静に自分の対応を振り返るのは難しいものです。振り返りについて、いくつかのポイントを挙げてみました。

「観る」ということについて

「観る」という態度には、自分の感情や考えを一步離れたところから客観的に眺め、確認したり修正を加えることを指しています。そのためには冷静な姿勢が必要になってきます。

では、何を「冷静に観れば」よいのでしょうか。患者や家族への具体的な対応や処置ももちろんですが、対応した際の自分の気持ちの動きなど内面も少し離れたところから確認することも、この「観る」に入ります。また、前述の関係性の取り方、距離感について押さえることも、この「観る」という態度に含まれます。

どのように振り返るか、具体的な方法について

一人でできる作業としては、「振り返りのための記録つける」ということがあげられるでしょう。この記録とは、患者・家族の状況を説明する業務日誌ではなく、日々の自分の業務のあり方や対応、そこで感じたこと、問題と思ったことを書き進める「自分のための」日誌です。「書く」作業自体で、自分の頭で色々考えたり、また心で感じていることを整理することが出来ますし、またそれを「見直す」ことが一つの振り返りにもなります。一定の期間の記録を読み直すことで、自身の対応の傾向も見えてくるときもあるでしょう。その気づきを自分へと返し（フィードバックして）、修正をかけていくというセルフラーニングのようなやり方も一つの有効な方法と思われます。

周囲からのフィードバック、できればチームでの多角的な検討の機会を得る

なるべく留意しているつもりでも私たちの物事の捉え方には、人それぞれの癖のようなものがあって、時にその視点が固定してしまい視界も狭くなる場合があります。「八方ふさがり」「行き止まり」感を持つのはそのようなときです。そのときは、一度、自分の対応を周囲に言葉にして説明してみることをお勧めします。言葉にしようとすることで、自分の考えも整理し直すことができますし、周囲の視点からもう一度状況を見てもらうことで新たな気づきが生まれる可能性があります。チームでやることの恩恵の一つがこのような様々な視点でのフィードバックをもらえることです。是非、その部分を活用してみてください。

3. 支援者自身のメンタルヘルスについて

① 孤立感について

在宅医療など患者を訪問しながら行う支援は、一人仕事が多くなります。病院においてチームで当たるケアとはまた違った環境です。その際、支援者が戸惑うのは、自分の仕事へのフィードバックが少ないというところではないでしょうか。病院では業務のなかで他のスタッフから助言や提案をもらうことが自然に行われていますが、一人仕事ではそのような機会がかなり減ってきます。そのため、孤立感も強まることもあるのではないのでしょうか。

意識して仲間づくりを

仕事の悩みやちょっとした気持ちについて語り合える場を持つことはとても重要なことです。患者が亡くなったときの喪失感を周囲に語ることの大切さについて前述しましたが、自身の仕事の内容や患者・家族への対応についても定期的に振り返る機会を、カンファレンス、会議という正式な場や一日の振り返りというもう少しリラックスできる場などいくつかの場面を意識して確保することは、業務の振り返りだけではなく、支援者自身の孤立感の緩和にも役立つことと思われます。一人で問題を抱え、孤立していくと、私たちの視野はどうしても狭まってきます。考えや気持ちも堂々巡りをしやすくなっていきますので、なるべくそのような状況になる前に、同僚や仲間とのつながりのなかで日々の業務についても語り合えるような環境を作っていくことをお勧めします。

② ストレスとストレスの対処の仕方について

日々の生活のなかで感じるストレスとは、具体的には、ストレスの元となる「ストレッサー」とその結果、私たちが感じる「ストレス」で成っています。

ストレッサーには、様々な出来事（入試、就職、恋愛など）があり、それに対する私たちはさまざまな反応が、身体や心理面で起こってきます。それを「ストレス反応」と呼びます。

適度なストレス

「ストレス」という言葉はマイナスイメージが強いのですが、実際には、適度のストレスは集中力を増し、作業の質を高めたり持続することにもつながると考えられています。多すぎると疲労が蓄積しやすくなり、少なすぎると緊張感が緩み切って逆に心身の調子を崩すときもあるようです。「適度」をどう捉えるかも難しいところですが、自身がある程度緊張感を持ちつつ、一定のリズムを保ちながら仕事や勉強に臨める状態が、その人の適度な状態と言えるかもしれません。

まず、気づくこと

真面目な人ほど、仕事熱心で自身の心身の状態への配慮が二の次になることがあります。ストレス対処とは、予防も含め、早めに自身の心身の変化に気づくというところから始まります。では、変化に気づくにはどうしたら良いのでしょうか。一つは、自分なりのストレス感を測る方法を持つておくことをお勧めします。測定とは、何も心理テストをするということではなく、ストレス反応として自分が繰り返しやすい「癖」のようなもの（行動面がわかりやすい）に気づいておいて、その癖が出始めたとき、その出方と頻度を確認するという作業です。例えば、お菓子を食べる回数や衝動買いをする回数が増えるとそれが自分のストレス反応のひとつの「サイン」になったりします。そのようなサインに気づき、その度合いを確認する方法を持つておくことでストレス感が高まり、自然とストレス状態を把握でき、そこからなるべくストレスがたまらないように心がけるという動きも生まれてきます。

どのような対処方法が有効か

ストレス反応に個人差があるように、有効なストレス対処法にも個人差があります。ある人にとって有効なものが別の人に有効なものとは限りません。まずは自分にとってどのようなときがホッとできるか、気持ちが安らぐかを確認しましょう。人によっては自然のなかに自分を置くことで自分のペースを取り戻すことができるでしょうし、逆に雑踏のなかでワイワイと仲間と一緒に行動することでストレス発散になったりすることもあるでしょうし、その解消の方法は人それぞれです。

一方、共通して勤める対応としては、身体のリラックス（ストレッチや深呼吸）や自分の趣味や好きなことなど、個人の楽しみに費やす時間と場を確保することなどがあります。

是非日々の仕事の合間にご自身にとって無理なく自分に戻れる機会を得る工夫をされることをお勧めします。次章からの具体的な情報をご参照下さい。

最後に

支援者の心身の健康は、患者・家族へのケアを行う上でその基盤になると思います。私たちの身体とこころの状態は、気づかぬところで対人関係の援助のなかで反映されることも少なくありませんので、ご自身のケアにも是非、時間とエネルギーを確保していただきたいと思っています。

Ⅱ 支援者のセルフケアの実際

福地 智巴・栗原 幸江

この章では、支援者が忙しい日常の臨床の日々の中でセルフケアを実践していくにあたり、シンプルで具体的な方法をいくつか挙げてみました。日々の生活の中で意識できること、チェックできること、ケアの工夫など、試してみる中で「自分に合ったやり方」を見つけていきましょう。「自分なりのセルフケアのスタイルを見つけていこうとすること」自体もセルフケアとなるでしょう。

1. ストレスとの向き合い方：自分のストレス状態に意識を向ける

『暮らしの中の自分』を丁寧に観る・見る

日頃の業務で、対象者（患者・家族）の変化をどのように捉えていますか？
「目や顔の表情がいつもと違うな」、「身だしなみが雑になってきたみたい」、「会話が急に少なく（過度に）なったぞ」、「なんかイライラしているな」等でしょうか？ 同じように自分の心身の変化にも敏感になりましょう。ストレスへの耐性には個人差がありますから、程度だけでなく、「変化」にも注目してみましょう。参考例をあげてみます。

- 食事：食欲がなくなる、偏食・過食、食事の好みが変わる、味覚が変わる（鈍麻）等
- 睡眠：寝つきが悪い、途中で起きる、熟眠感がない、やたら眠い、起きるのがつらい等
- 身なり：入浴が億劫、面倒・気にならない、屋内外の差が激しい、鏡を見るのが嫌 等
- 興味・関心：趣味が楽しくない、やる気が起きない、関心が偏る、続かない 等
- 感情のあり方：感じない、感情が自分で抑えられない、同じ気持ちにとらわれ続ける、ちょっとしたことで気持ちが揺れる、楽な状態が分からない 等

ストレスチェックにおける留意点

自分の状態を知ることが、適切にストレスに対処するために必要なことで、自己評価が目的ではありません。「いま、私はこういう状態なんだな」とありのままを受け止め、もし「だから私は○○なんだ」、「だから○○しなければ」という考えが浮かんだら、「ちょっと待って」と自分にストップをかけましょう。エネルギーが枯渇している時には『休息』を取り、エネルギーが偏っているなど感じる時には『気分転換』をはかりましょう。自分の状態がよく分からない時には周囲の人に、自分がどのように見えているかを訊ねてみるも方法です。

自分の状態（身体・こころ・暮らし）を知るための方法として、「ストレスチェック票」を載せました。これはツールのひとつで簡便なものですので、チェック項目に回答するだけでなく、丁寧に自分の心身のあり方に意識を向けることを心がけて下さい。定期的にチェックして変化を把握するのも良い方法です。対象者と同じように、常に自分を大切に扱きましょう。

ストレスチェック票

よくかぜをひき、治りにくい		気持ちよく起きられない	
胸が痛くなることがある		寝つきが悪い	
よく頭が痛くなる		夜中に目が覚める	
背中や腰がよく痛くなる		舌が白くなっていることがある	
何かするとすぐ疲れる		胃がもたれたり、痛いことがある	
勉強する気がない		下痢や便秘によくなる	
夢を見ることが多い		攻撃的になり、人や物にあたる	
耳鳴りがすることがある		集中力がなくなった	
好きなものでも食べる気がしない		手のひらや脇の下に汗をかくことが多い	
お腹がはったり、痛いことがある		人とつき合うのがおっくうで話したくない	
肩がこりやすい		立ちくらみやめまいを感じることもある	
不安な気持ちになる		口の中が荒れたり、痛くなることがある	
急に息苦しくなることがある		ちょっとしたことで腹がたったり、イライラしたりする	
頭が重い		何事にも興味がわかず、楽しめない	
目が疲れる			
なかなか疲れがとれない		合計	コ

（静岡県立静岡がんセンター 学びの広場シリーズ
「がんと上手につきあう方法」より）

ストレスチェックの結果

該当の数	ストレス状態	
0 ～ 6	→ 適度なストレス状態	適度に趣味や気分転換をしましょう
7 ～ 15	→ 軽度のストレス状態	少し休みをとってリラックスして下さい
16 ～ 25	→ 中程度のストレス状態	家族・友人・医療者等に相談しましょう
26 ～ 30	→ 重度のストレス状態	必ず医療者に相談して下さい

※ 他にも、厚生労働省で提供している「5分でできる職場のストレスセルフチェック」等を活用してみるのも良いでしょう。 → <http://kokoro.mhlw.go.jp/check/>

2. セルフケアの方法

いのちの現場に身を置き、ケアに携わる私たち自身が自分の心身の調子をモニターして、必要に応じて適宜調える「セルフ・モニタリング / セルフケア」はとても大切です。ここでは日々の中に取り入れられるシンプルな方法をいくつか紹介します。

自分の呼吸と身体感覚を意識してみる

当たり前になっているからこそ普段特に意識をしない呼吸。しかし、この呼吸に意識を向けてみると、「今の自分がどのような状態か」を教えてもらえます。心に不安や焦りがあるときには、身体のどこかに力みがあり、息も浅く早い。反対に、ゆったりどっしりとしているときには、呼吸もまた深くゆったりとしていることに気づくでしょう。

身体は正直。気持ちが落ちているとき、無意識に肩を落としてうつむき加減になっているかもしれません。身体のどこに力みがあるか、筋肉の緊張があるか、詰まったような感覚があるか、など、「身体感覚」の変化に日ごろから意識を向けてみましょう。

呼吸の「リラクセーション効果」を感じてみる

「呼吸」は読んで字のごとく、まず息を吐く（呼気）から始まります。軽くため息をつくような感じで、あるいはろうそくを吹き消すように口をすぼめてふうっと息を吐いてみましょう。吐ききると、ちょっとした「間」の後で吸う息（吸気）に切り替わります。吐いて～（間）吸って～（間）吐いて～（間）吸って～（間）と、呼気と吸気の切り替わり地点の「間」を意識しながら、自分の呼吸のペースやリズムを感じてみましょう。そうした呼吸を続ける中で感じられる「身体感覚」の変化を味わいましょう。

- 1 下腹部に両手を置き、息を吸うときにその両手を置いた部分が息で満たされ膨らむのを感じてみましょう。始めは少し前かがみの姿勢になるとお腹に息が入りやすいかもしれません。中指をちょうどおへその中に入るような位置に置くと、そのおへそがへこんだり突き出したりという感覚がつかみやすいかもしれません。
- 2 風船が膨らんだりしぼんだりするように、吸気とともに身体全体が膨らみ、呼気とともに身体全体が収縮するのを感じてみましょう。吸う息とともに「極上の気を取り込んで」身体を満たし、吐く息とともに「イライラや不安など不要なものを外に出す」とイメージしてみましょう。
- 3 慣れてきたら鼻から吸って鼻から吐いてみましょう。吸う息が身体を満たし、吐く息がゆるめるという、その繰り返し。呼吸を繰り返す中で、吸う息が深まり、吐く息が長くなるのを感じるかもしれません。身体のどこかに力みを感じたら、その部位に意識を向けて呼吸をして、「気づくとゆるむ」のを感じてみましょう。吐く息とともに緊張が和らぎ心がすうっと落ち着いてくる、肩の力が緩む、顔の緊張が和らぐなど、「体が心地よいと感じる」その感覚を目安にしてみましょう。

トピック

デスカンファレンスの持ち方 ー皆で刻み直す患者さんの物語ー

静岡県立静岡がんセンター緩和医療科 臨床心理士 榎場 美穂

患者さんが旅立った後のデスカンファレンス開催にあたっては、担当看護師の「どのような体験の、どの点を振り返り・話し合いたいか」が明確であり、参加者がその目的を十分に共有していることが肝心です。率直に口火を切る人の存在が、その後の流れを変えるきっかけを作るため、ファシリテーターが水先案内人のように会を進行させることが必要になります。医療者としての“私”がその患者さんとの関わる中で生まれた個別の思いも、安心して語れる場であればと願っています。正直で率直な思いには、次へと繋がる学びや知恵が自ずと含まれているからです。

複数の職種が集まると、振り返る内容もバリエーションに富んできます。専門性による視点の違いがあり、介入の仕方も異なるので、患者さんとの関係の築き方も様々です。それぞれの関わりから語られる患者さんの姿に、「そうそう」と共感して頷くこともあれば、「そんな一面も？」と自分の知らない“患者さん”に出会うこともあるでしょう。話し合いに反省点を含みながらも、デスカンファレンスを苦しい反省会に終わらせないポイントは、あらためて患者さんを知ることによる、この“新鮮な感覚”の共有にあると思うのです。時にはつらい悔いも残っているかもしれません。しかし、後悔の思いは他の参加者に受けとめられることを通して、別の見方が付加され新たな示唆をもたらします。こうして得られた気づきは、その患者さんの思い出と共に、反芻する度に学びを呼び起こす記憶となります。皆で思い起こした患者さんの姿は、一枚の絵のように胸に刻み直されることでしょう。反省の色が濃くなると、“できていなかった”あるいは“すべきだった”ことが強調され、参加者それぞれに痛みを伴う後悔の念を残してしまう場合があります。デスカンファレンス後には、思い返すのが苦しい自責感ではなく、スタッフ間で分かち合える物語を持って帰りたいものです。次もまた参加したいと思える空気は、デスカンファレンスを定期的に継続させる鍵になります。

心理士の立場でいえば、デスカンファレンスの場を共にするとき、描き出されていく絵の全体が眺められるように注力したいと思っています。そして、聴こえてきた物語を言葉に起こして、参加者へと還元できればと思うのです。それぞれの視点を複合的に織り込みながら患者さんとの関わりを振り返るのは、造形のような精緻な作業であり、あらためて顕れてくる像に心が動かされる時間です。デスカンファレンスは、再びその患者さんとの出会い、患者さんを取り巻く物語を分かち合える大切な機会になるでしょう。

「柔らかさ」を意識してみる

「一生懸命やりすぎている」時は、肩に力が入ったり、周囲が見えなくなっているかもしれません。「柔らかい」表情や言葉、「柔らかく」触れる、などを意識してみましょう。「あ、今、自分は力みすぎかもしれない」「気づく」こと、気づいて力みを緩めること、それが自分にとっても相手にとっても「目配り気配りができる」余裕となります。

スタッフ自身のグリーフケア

いのちの現場では、日常的に喪失や悲嘆を経験しています。心通わせた患者の死、思うようなケアができなかったという無力感や不全感の「心残り」も、「喪失悲嘆」としてスタッフのこころのつらさに影響します。自分自身やともに頑張る仲間のスタッフにグリーフケアが必要なとき、次のようなことを意識してみましょう。

- いろいろな感情や思い、自責の念などが渦巻くとき、その背景に「喪失や悲嘆の反応」があるかもしれません。しっかり悲しむ「嵐のとき」を経て、「嵐」が来るものだということを意識して、自分に優しく。
- ゆったりとお風呂に入る、お気に入りの香りをかぐなど、「心地よい」ことを意識的に取り入れましょう。しっとりする音楽、心が落ち着く場所など、日ごろから探すようにしてみましょう。
- 「語る」「書く」など、言葉にすることで気持ちや考えが整理されることがあります。デスカンファレンスは、「より良いケアのために」だけでなくスタッフのグリーフケアとしての働きもあります。

語る力と聴く力が育むチーム力

日々のケアを通じて自分なりに仕事に意義を見出し、その意義を共有できる仲間がいるという心強さは、数々の喪失体験からしっかりと学び、「将来のケア」へと生かすことのできるこころの柔軟さを育みます。そのしなやかさを育む環境として、スタッフ一人ひとりが自分や仲間の心身の調子に心を配れること、オープンな対話ができる信頼関係がチーム内に育つことなどといった体制作りを意識したいものです。

Ⅲ 患者・家族の 心理社会的支援のためのヒント

－問題場面の受け止め方と対応のコツ－

Q & A

1. 「患者」との関わりあい

長友 隆一郎・小池眞規子

在宅ケアを受ける患者は、例え患者自身が希望したとしても、不安を抱えているものです。入院と違い「急に悪くなったらどうしよう」と心配になったり、「家族に迷惑をかけているのではないか」「このような生活がいつまで続くのだろう」などと考えてしまうなど、その想いは様々です。想いは支援者に語られるものばかりではないでしょう。支援者は、患者が何も語らないとしても背景にある「不安」を理解しつつ関わりをもっていく必要があります。

また患者には個性があります。いろいろな性格の方がいらっしゃるでしょう。訪問してもなかなか「会ってもらえない」、「心を開いてもらえない」こともあるかもしれません。そのような場合は、家族とも協力し、以前からそのような性格の方なのか、病気になってから対応が難しくなったのかなどを確認してみましょう。以前からの性格である場合、家族にそれとなく今の想いを確認してもらうなど、対応を検討することも必要でしょう。また、病気以前と何かが変わったと感じられる場合、つらい想いを言葉に出来ないでいることも考えられます。患者のペースを支持しつつも、「いつでもお話をうかがいます」というメッセージを伝えていくことが必要となるでしょう。

逆に、非常に依存的になる患者もいます。訪問時に、話を引き延ばしてみなさんを帰らせないようにする、頻回に連絡があるなどです。背景に病気による不安などが考えられますが、対応にも限界があるでしょう。きちんと話をうかがった上で、こちらの「できること」「できないこと」を伝え、患者との関わりの折り合いをどのように見つけていけるかが大切になるでしょう。

その他にも「暴言」「暴力」「セクシャル・ハラスメント」など、対応に苦慮する患者や、「死にたい」と訴え、支援者が不安になるような患者もいます。要因は様々ですが、大事なことの一つに「精神症状の関与」の鑑別があります。例えば「うつ病」「適応障害」「せん妄」「認知症」などがあげられます。要因がはっきりすると、対応策も明確になるものです。精神科医師などの専門家の診察を勧めてみるのが大切です。

また、「死」について問われるなど返答に困ることもあるでしょう。何より問題を一人で抱えず、同僚のみなさん、開業医の先生、こころの専門家などに相談することです。協力して目の前の問題の対応策を検討していきましょう。

1. 「患者」との関わりあい

患者の本音の理解

Q1-1

患者の語ることがその時々で変わります。ほんとうはどのように思っているのか、本音がわからず、今のままで良いのか心配になります。ほんとうの気持ちを引き出すには、どのようにしたら良いのでしょうか。

患者の語ることが訪問のたびに異なる、あるいはなかなか気持ちを語らない患者がいるとき、支援者としては「ほんとうはどう思っているのだろうか」「なぜ本音を語らないのだろうか」と不安に思うことがあるでしょう。「自分が信頼されていないからではないか」と考えてしまい、どうにか本音を語ってもらおうと気持ちが焦ることもあるでしょう。そのような場合、患者をどう理解するか、手がかりとなる考え方のヒントをあげてみました。

患者の語る内容が変わる

A. 本音とは「本心から出たことば」という意味があります。患者さんはその日そのときの身体の状態やそれに伴うこころのありようによって、語る内容が異なることはよくあることです。先日の訪問のときにはこのように言われていたのに、今日は全く違うことを話されるということがあります。どちらがほんとうの気持ちなのか、それはどちらもがそのときの本音なのではないのでしょうか。そのときそのときの患者の気持ちに耳を傾け、気持ちの変化の背景となっている要因が何なのかにもこころを向けることで、患者とこころが通じ合い理解が深まることでしょう。

患者が気持ちを語らない

A. 患者がなかなか気持ちを語らないとき、患者がほんとうはどのような気持ちでいるのか、本音を引き出すにはどのように働きかけたらよいのかと思案に困ることがあります。しかし、全ての人々が「本音を語る」ものかと言えばそうでもないのではないのでしょうか。日本では特に高齢な方の中に、「語らない」ことを美德と考えている方もおられるようです。また、それがそれまでの患者の「生き方」と言えるかもしれません。大切なのは「その人らしい生き方を尊重すること」、そして「いつでも聴く準備はある」ということを伝えつつ、患者が語りたくなる時を待つ姿勢が援助につながります。

また、「本音を語る」ことが、かえって患者を不安定にしてしまうこともあるようです。語ることで感情が溢れてしまったようなときには、時間をとって患者が落ち着くまで待つことが大切です。

		1. 「患者」との関わりあい
患者・家族が抱える不安について		
Q1-2	患者の不安が強いと家族も不安になり、家族の不安が強いと患者がまたさらに不安になるという悪循環です。そしてそのつど頻回な訪問依頼があります。不安に対してはどのように対応したら良いでしょうか。	

在宅での生活は、たとえ患者自身が自宅での生活を強く希望したとしても「急に状態が変わったらどうしよう」「病院に入院した方が楽なのではないか」「本当にこの選択は正しかったのだろうか」など不安が強くなり、気持ちが揺れることも珍しくないようです。また「このような生活がいつまで続くのだろう」といった先の見えない不安もあるのではないのでしょうか。患者・家族の持つ不安が具体的にどのようなものなのか、それとも漠然としたものなのかによっても対応が変わってきます。

不安の内容が具体的に語られている	
A.	具体的に語られた不安についての対応を話し合っていくことが安心につながるのではないのでしょうか。例えば、「予測される病状の変化」や「緊急時の対応」など、ひとつひとつ丁寧に説明していくこと、それが不安の軽減につながると思います。

漠然とした不安を訴える	
A.	患者・家族ともに元々不安を持ちやすい傾向があるのかもしれません。不安についてそのつど話を傾聴するなど安心感をもってもらう対応が必要となるでしょう。

家族の抱えている問題が背景にある	
A.	時に、その家族が以前より抱えていた問題が不安の背景にある場合も考えられます。その場合、患者・家族を支えるサポート体制の見直しも検討することをおすすめします。

頻回の訪問依頼への対応	
A.	不安が強い患者・家族の場合、頻回に連絡が入り、支援者も疲弊することが少なくありません。患者・家族と一緒に、「できること」「できないこと」の確認をしておくことも重要になります。 どうしても患者・家族の不安が強く、サポート体制も難しいため家族が疲弊している場合には、緩和ケア病棟へのレスパイト入院なども視野に入れて相談していく必要があるのではないのでしょうか。

		1. 「患者」との関わりあい
訪問の拒否		
Q1-3	患者を訪問したところ、「もう来ないでほしい」と言われてしまい、どうしてなのか困惑しています。このように訪問を拒否された場合、どう対応したら良いでしょうか。	

訪問を拒否されるのは支援者にとっては大変つらいことですね。訪問を拒否される理由は様々あると考えられます。まずは、訪問して欲しくない理由を、患者自身や家族に直接確認をしてみたいかがでしょうか。

理由として、いくつか考えられるかもしれません。その可能性のあるものを何点かあげてみました。

支援者の行っているケアと患者がして欲しいことにズレがある	
A.	この場合、具体的に理由がはっきりしていますので、患者の希望に応じた対応を検討していきましょう。しかし、内容によっては希望に添えないこともあるかもしれません。そのような場合には、患者にきちんと説明をして話し合ってみてはいかがでしょうか。

喪失体験などで投げやりな気持ちになっている	
A.	病状経過の中で、「トイレに行けなくなった」「自分でお風呂に入れなくなった」などの喪失体験は患者にとって大変つらく、時に投げやりな気持ちになることもあるでしょう。「もう構わないで欲しい」と思うこともあるかもしれません。無理に関わるだけでなく、家族と相談してしばらく様子を見る、また気持ちが変わればいつでも関われることを伝えておくことが大切ではないのでしょうか。

背景にうつ病などの精神症状が関与している	
A.	訪問拒否だけでなく、「食欲がない」「よく眠れない」「活気がない」などの症状はありませんか。そのような場合、うつ病などの精神症状を呈している可能性があります。専門家に相談して診察を受けてもらうように勧めてみる必要があります。

もともと人を受け入れられない性格がある	
A.	自分の生活空間に他者を入れたくないと思う人もいます。支援者側のケアプランを実施することに重きを置かず、「何ならば患者にとって受け入れが可能なのか」話し合ってみることも大切です。また、家族も困っていることが多いでしょうから、家族とも十分に相談して家族から介入を勧めてもらうなど、今可能なことから始めてみましょう。「声かけのみを継続する」「手紙を書く」など、支援側からの気持ちを伝えていくことも役立ちます。

		1. 「患者」との関わりあい
患者の暴言・暴力、セクハラ		
Q1-4	患者から暴言や暴力、ときにセクシャル・ハラスメントを受けることがあります。患者をできるだけ尊重した関わりをしたいと思いますが、実際にどのように対応したら良いかととても困っています。	

患者による暴言・暴力、セクシャル・ハラスメント等は時に支援者も「恐怖」を感じて訪問に行く足が重く感じられるかもしれませんね。まず、なぜそのような言動が起きているのかを検討していく必要があります。

病気・病状が受け入れられないことによる怒りがある
A. 患者は自身の病気や病状が受け入れられないことによる「怒り」の感情を身近な家族や支援者に表出する場合があります。そのような場合、その言動は家族や支援者に対して間接的に向けられたものであり、怒りの根本は別なところ、すなわち病気になったことや今の病状にあることを認識することが大切ではないでしょうか。経過の中で患者の「受け入れ」が進み、落ち着いてくる場合があります。

病気になる以前からの性格傾向である
A. 病気になる以前からの性格傾向と考えられる場合には、患者が落ち着いた状態であるときに直接本人に、あるいは家族などを通じてきちんと「このような言動は困る」ということを伝えていく必要があるでしょう。

精神症状のあらわれとして
A. ときに、うつ病の焦燥感、認知症の症状としてこのような言動が起こってくる場合があります。精神科医師に診察を依頼することも検討しましょう。

それでも対応に困るとき
A. 支援者が訪問に「危険」を感じるようであるならば、「支援者を変更する」「日によって支援者を変える」「複数のスタッフで訪問する」「男性スタッフを入れる」など、介入方法を再検討することも必要です。

		1. 「患者」との関わりあい
「死にたい」といわれたときの接し方		
Q1-5	気持ちが沈んでいるうつ傾向の患者の対応はどのようにしたらよいでしょう。患者から「死にたい」といわれた時には、何か答えなければと思うのですが、何と応えたら良いかわからず困ってしまいます。	

患者から「死にたい」などの言葉が聞かれると、支援者も大変困惑することでしょう。病状が進行してくると、自律性の喪失などつらい思いから、「人に迷惑をかけるくらいなら早く逝きたい」と思うことも少なくないようです。「死にたい」という訴えも多くの意味を含んでいると言われています。「生きたい」ことに対する逆説的表現として用いられたり、孤独感から「関心を寄せて欲しい」という欲求として表現されたりすることもあるようです。

なぜ死にたいかを聴く
A. そのようなときはまず、なぜ死にたいと思うのかを確認してみてはいかがでしょうか。時にあまり訴えがなかったけれども「苦痛症状」が残っていてそれがつらい場合もあります。具体的に対応可能な苦痛があれば、早急に対応することで患者の生きる希望につながります。

患者にとっての「死」を理解する
A. 支援者も「死」について恐れず、患者と語り合うことも大切ではないでしょうか。「先に逝った妻(夫)に会える」と死を希望と捉えていることもあるようです。その場合はその希望を大切にし、「自然とお迎えが来るのを待つ」という気持ちを共有できることもあります。例えば何か信仰を持っている方もいらっしゃるかもしれません。しかしそのような話はしてはいけないと思っていることが多いようです。支援する側も患者の信仰に「関心を寄せる存在」として話を聴く姿勢が大切ではないでしょうか。そして信仰が「死」をどのように位置づけているかを知ることがとても重要な情報となります。患者にとっての死が「無となる」ことなのか、「輪廻転生」のように再生の入り口なのかによってもその意味は全く違ってくると思います。できれば患者自身にとっての「死」について、語り合える関係を早期に構築しておくことが望まれます。

精神症状の鑑別（診察と診断）を依頼する
A. 死にたい」という訴えの背景に「うつ病」などがある場合は、自殺に繋がる可能性を考えなければなりません。また、以前に「自殺を考えたことがある」「実際に死のうと行動（計画）したことがある」などの過去の情報がある場合は速やかに対応を検討する必要があります。可能であれば、精神症状の鑑別のため早めに精神科医師などの専門家の診察を受けることを勧める必要があります。

終末期患者とのコミュニケーションと精神的サポート

Q1-6

終末期の患者への対応はどのようにしたら良いでしょう。いつも何ができるのかわからず迷ってしまいます。具体的にどのようなコミュニケーションをとることが精神的サポートになるのか教えてください。

終末期の患者の対応は「何ができるのか」迷うことも多いのではないのでしょうか。いのちの終焉を迎え、患者はいろいろな思いを抱えているかもしれません。実際のサポートについて、何点かあげてみました。

希望の再確認をする

A. まず会話が可能であれば、患者の希望を再確認してみたいでしょうか。「会っておきたい人がいる」「やり残したことがある」など、患者から希望が語られた場合は、家族とも相談して、可能な限りで配慮する必要があると思います。

身体的安楽を再確認する

A. 身体的安楽が保たれているかの再確認も必要です。亡くなる瞬間まで安楽に迎えられることは、患者のみならず、家族にとっても良い看取りにつながります。

患者とともに語り合う

A. 時に、「死」についての不安を語る人もいます。支援者も恐れずに、死について思いを語り合う関わりも大切なことではないでしょうか。例えば「死後の世界」に思いをはせるような方もいらっしゃいます。ともに死生観について語り合うことも必要なケアとなるでしょう。

会話ができなくなったときの対応

A. 会話ができなくなってくると、支援者も「何ができるのか」不安になることがたびたびあります。訪問して側に居るだけでも大切なケアとなりますし、家族と一緒に患者の身体を拭いたり、またその時に家族のいろいろな思いを聴いたりして、悲しみやつらさを共有することも大切な終末期のケアとなるでしょう。

2. 「家族」との関わりあい

栗原 幸江・福地 智巴・小林 真理子

患者の歩む道のりは、伴走者である家族も共に歩んでいます。がんの初診断、治療開始までの不安な待ち時間、治療中の苦痛や支障、再発・転移といった数々の局面に患者が揺らぐとき、家族も揺らぐことが少なくありません。また患者のサポーターとして、そして代弁者として、時には難しい意思決定を求められることもあります。さらに患者と家族の間で思いや「大切にしたいこと」にズレがあり、それが患者・家族間の関係性を難しくする、あるいは家族間での意見の食い違いとなる、また普段介護に携わっていない家族の横やりが入るということもあるかもしれません。「家族」というひとくくりの中に、さまざまな価値観があり、さまざまなニーズがあることを踏まえた丁寧なアセスメントを心がけたいものです。

家族にはその家族固有の歴史があり、文化があります。そしてそれらは「その家族流のケア」として表れることも多いです。医療者にとって「(家族は) ～べき」という目標を追い求めるのではなく、その家族になじんだスタイルで「できる範囲で患者のためにできること」を精一杯行えること、それにより「心残り」が少なくなるよう、具体的な工夫をともに考えていくという姿勢を意識しましょう。家族にとって介護役は「24 時間 × 7 日」のこと。力配分の工夫が求められることもあるでしょう。

患者にとって「あるがまま」でいられる、心許せる（そして甘えも許される）相手という認識があるからこそ、病状進行の理不尽さや思うようにならない身体などのフラストレーションをぶつけられる相手として家族（特に配偶者）が選ばれてしまうこともあります。大切な人の苦しみを何とかやわらげたいと必死になり、患者の訴える心身の苦痛を前に不安全感や無力感にさいなまれることもあります。そうした不安全感や無力感が医療者に対する「怒り」として表れることもあるかもしれません。

「大切な人を喪うことにともなう心の痛み」は、命を脅かす重篤な疾患の罹患や病状の変化など「死を予見させる」さまざまなエピソードをきっかけに「予期悲嘆」としても経験されます。そうした予期悲嘆の反応として強い悲しみや無力感・不安全感、家族自身の不調など、様々な反応が惹起されるかもしれません。残された時間を意識しながら「心残り」を少しでも軽減するためにできることは何かを考えること、大切な人の人生の締めくくりに向けて介護役を精一杯担いきること、大切にしたいことを大切にすること、お互いに伝えたいことを伝えあえることなど、多層的に家族を支援していくことも、グリーフケアとなるでしょう。

患者と家族の間でのズレとその対応

Q2-1

患者と家族との間で、治療方針や療養生活に求めることにズレがある時、どちらか一方の意見に肩入れするわけにもいかず困ってしまいます。どのように対応したら良いでしょうか。

ケアの中心は患者ですが、家族の考えや気持ちも尊重してバランス良く支援を組み立ててゆくことが求められます。

患者にとって、ケアの担い手でもある家族が患者の治療・療養に参加することは、家族が適切に病氣と向き合っていく上で大切であり、死別後の悲嘆の視点からも重要です。

患者と家族との間でズレが生じる要因は、一様ではありません。把握している医療情報の違い（家族の目がより厳しい予後を把握している）もありますし、患者が自分の状態の悪化・限界を認めたくない場合もあります。またはその逆で、患者は厳しい状況を受け入れ、いずれ状態が悪化していくことを覚悟しているけれど、家族がそれを認めたくない、受け入れられない場合もあります。

まずは、どのようにズレが生じているのか、どうして生じているのかを把握することが必要です。これは『家族間のズレ』への対応と同じです。

見守りながら、ともに歩む

A. 支援者としての知識や経験上から、どちら一方の意見が適切であると判断できる場合があるかもしれませんが。しかしその場合にも、支援者としての意見を伝える前に、まずは、患者・家族のそれぞれの意見が共有されるように支援しましょう。ただそれぞれの想いや考えをきいて伝えるだけでは共有にはなりません。相手がなぜそのように思うのか、考えるのかを、支援者がそれぞれの代弁者になって、双方に問いかけてみたりすることで、お互いの理解が深まることもあります。また、「それは〇〇という意味ですか」と確認をとったり、「△△だから□□と考えたんですね」と思いと理由を言葉にしたりするのも一つの方法です。支援者のこうした姿勢や言動は、患者・家族間のコミュニケーションのモデルにもなり、「そういう意味で言っていたのか」「こんな風に伝えれば分かってもらえるんだ」という解釈や理解を助けることにもつながります。その結果、患者・家族間で情緒的な交流が促進されることにもなるでしょう。

家族の間で生じるズレ

Q2-2

家族の中で、療養に対する考えや方針が統一されずに困ることがあります。特に、普段は介護をしていない家族によって、支援が滞るような場合に、どのように対応したら良いでしょうか。

一口に家族と言っても、介護をする家族、介護はしないけれど療養における決定権をもつ家族、経済的な支援をする家族、患者を精神的に支える家族、と、それぞれに役割が分担されていることがあります。また、患者が認識したり・期待したりする家族の役割と支援者の認識とが一致していない場合も少なくありません。通常、支援者が関われる家族員は限定されるため、家族それぞれの情報を得ることは難しく、また偏りも生じます。

家族それぞれの違いを認める

A. 家族員の一人が「死」を意識させられる疾患を抱えた時、家族は患者や療養生活に対して様々な感情や考えを抱きます。お互いにどう感じ・どう思っているかを率直に伝え合ったり、分かち合ったりすることは簡単ではありません。「家族だから分かり合えている」という思い込みや、これまでの家族の歴史や関係が理由となつて、分かち合うことそのものが難しい場合もあります。

一般的に、別世帯の家族や、遠方にいる家族は、患者について把握している医学情報が少ない場合、患者の変化が急激に感じられるようです。普段、充分に関われない後ろめたさから、患者の療養環境や支援体制への要望が多くなる傾向が見受けられます。一方、常に患者の傍にいる家族の場合、患者の病状の変化に敏感なだけに、厳しい状態を受け入れたくない、認めたくないといった心理から、現実にはすぐわない期待や行動に固執してしまうことがあります。

家族間で共有・合意されていることを確認する

A. 家族の中で、特定の誰かだけがズレを認識していたり、支援者が思うほど家族が家族間のズレを認識していなかったりする場合もあります。患者の病状や療養生活において、家族のそれぞれがどう感じ、どう考え、どうしたいと思っているのかをお互いに知る必要性を伝えていきましょう。患者の状態に変化が認められたり、支援の内容が変更されたりする時には、関わりを持つことが多い主な介護者を通して、他の家族員が現状や方針をどう受け止めるかを訊ねておくことが家族間で共有する意識の助けになりますし、ズレによる問題の複雑化を防ぐこともできるかもしれません。

支援者として関わるができる範囲を意識する

A. 一方的な話では状況を適切に把握することはできませんが、家族の全員に会って話をきくことは現実的ではないでしょう。支援者が踏み込むことができない領域や問題があるかもしれません。

まずは、主な介護者である家族を支援するところからはじめましょう。具体的には、患者・家族それぞれの状況や想いや要望が整理できるように支えたり、他の家族員に自分の考えや要望を適切に伝えたりできるように、「例えばこんな風に伝えてみてはどうですか」とコミュニケーションの方法を示すことも支援になります。また、主な介護者の存在が、ケアの中で大きな役割を担っていることを言葉で伝え励ますこともできます。家族の中での役割を肯定的に受け止めることができれば、他の家族との窓口になってもらいやすくなるかもしれません。

2.「家族」との関わりあい	
ケアをめぐる支援者と、患者・家族のズレ	
Q2-3	提供するサービスを受け入れてもらえなかったり、「その家族流」のケアのやり方に支援者側が疑問を感じたりするなど、ケアの内容や支援方法などをめぐり支援者と患者・家族との間にズレを感じることがあります。どうしたら良いでしょうか。

支援者側が必要と考えて提供するケアが患者・家族に受け入れてもらえなかったり、「その家族流」のケアが専門家の目には要領を得ていないように見えることがあります。その「ズレ」の背景には、病状の悪化を認めたくない患者・家族の気持ちや回復への希望的観測、在宅療養に対する抵抗感など、さまざまなものがあるかもしれません。

信用の積み重ねが信頼関係を育む
A. 「ズレ」を感じる時は、在宅療養・訪問看護に対して患者・家族が抱える不安や懸念などに耳を傾けるチャンスです。それは「患者・家族のことをしっかりとわかりたい」「家族の不安やつらさも軽減したい」「互いに協力しながらより良い在宅療養を支えたい」というメッセージにもなり、信頼関係を育むことにつながります。関係性を築くにはある程度時間が必要であることを頭の片隅に置きつつ、「信用」を得られるために何ができるかを考えてみましょう。

家族なりの「これまで自分なりに工夫してきたこと」を尊重する
A. 支援者は専門家としての知識や経験を重ね、さまざまなケアの方法やコツを身につけています。その専門家から見ると、素人のやり方は心配になったり「もっとこうしてみるとやりやすいのに」というところが気になったりするかもしれません。まずは一旦「長年一緒に暮らしてきたからわかること」という経験値をもつ家族の「工夫」を聴いてみましょう。「患者さんのよりよい生活のために家族と同盟を結ぶ」ことを意識しながらその患者・家族の「歴史と文化」を聴いていくと、表面的に「問題」に見える行動の背景理解につながるかもしれません。その上で、「プラスひと工夫」のアイデア提供のような形で「支援者の知恵」を提示してみましょう。患者・家族の安心や「成功体験」を一つ一つ大切にしていきましょう。

「頭ではわかっているけど気持ちを受け入れられない」ということもある
A. 入院中には「家に帰れば元のように動けるのではないか」と想像したもの、実際に家に帰って「思ったように動けない現実」に向き合わされるという患者・家族は少なくないかもしれません。今までできてきたことができなくなるといった喪失感、病状進行の先の「死」に対する恐れ、大切な人との別れを予期して生じる悲嘆（予期悲嘆）などが現状の受け止めや受け入れに影響を及ぼすことがあるという点に、気を留めておくことも大切です。

2.「家族」との関わりあい	
家族の心身の疲労	
Q2-4	介護している家族が疲労困憊していて体調が心配なとき、また精神的に疲弊し余裕が失われていて心の調子が心配なときなどは、どうしたら良いでしょうか。

「家族は第二の患者」という言葉を耳にするように、患者の介護に携わる家族自身の疲労や疲弊が、健康上の問題として表れてくることも少なくありません。しかも、家族は「自分のことより患者第一」と考えがちとなるために、自分自身の休息の時間を取らなかったり、具合が悪くても受診が遅れたりといったこともあります。

訪問時のちょっとした声かけとこころ配り
A. 「ご家族は眠れていますか？」「ご飯はおいしく食べられていますか？」など、介護者の体調や生活を気遣う声かけ、また「患者さんの手足がすべすべなのはご主人のケアのたまものですね」など主介護者の頑張りをねぎらう声掛けは、「ご家族の心身の調子のことも気にしていますよ」「ご家族の頑張りも見えていますよ」というメッセージとなります。日ごろの声かけを通じて結ばれる関係性は、家族が疲労・疲弊を感じたときに支援者に声をかけやすくするでしょう。

介護者へのねぎらい
A. 介護に携わる家族にとって、「精いっぱい介護役を担いきれた」と感じられることはとても大切です。一方で、「どんなに精いっぱいのことをしていても、死別後には足りなかったことばかり目についてしまうもの」ということもあります。介護者の担っている役割は、往々にして「あたりまえのこと」「当然のこと」とみなされてしまい、「もっとやってあげるべきなのにできていない」と不安全感や無力感を抱える家族が少なくありません。 「ケアのプロ」である支援者から、「精いっぱい介護をしている」ことへのねぎらいは、その不安全感や無力感を軽減する力となるかもしれません。そのねぎらいとともに、「主介護役を担いきるため、介護者自身の休息やリフレッシュが大切」のメッセージを届けましょう。また「ケアのプロ」として、「ケアの緩急をつける工夫」「介護者の身体への負荷を小さくするケアのコツ」などを伝えることも介護者のケアにつながるでしょう。

家族内外の支援体制づくりを
A. 「娘なら～であるべき」「配偶者だったら～するべき」といった周囲の期待に注意しましょう。他の同居家族や近くに住む家族など、手を貸してくれそうな人などはいるでしょうか。レスパイトケアとしてショートステイが可能な施設やヘルパーサービスなどは利用できそうでしょうか。時には、患者が主介護者以外の関わりを拒否することもあるかもしれません。「主介護者が休息を取ったり買い物に出たりしている間の留守番」など、「主介護者以外の人に任せられそうなこと・時間帯」など、「できそうなところ」からスタートするというのも一案です。主介護者がその大切な役割を担いきるためにも、支援体制づくりを患者・家族と話し合いましょう。

		2.「家族」との関わりあい
家族の怒り		
Q2-5	家族から「怒り」を向けられた時、相手を理解しようと努力するのですが上手いかず、次回からの訪問するのが苦痛になってしまいます。怒りにどのように対処したら良いでしょうか。	

「怒り」への対応は、誰もが難しさを感じるものです。それは、「怒り」が原因も表現のあり方も様々である上に、原因によって対応の仕方が異なるからです。また、「怒り」のエネルギーが強い場合は、適切に対応したいと思う支援者側の内側に受け入れにくい感情が生じやすく、支援がより難しく感じられたり、上手く対処できない自分を責めてしまったりするからです。

「怒り」の原因・表れ方はいろいろ
A. 「怒り」は、人間として正常な心の反応から精神の専門家が対応することが必要なものまで様々です。例えば、せん妄（コラム参照）という意識障害が原因であったり、処方されている薬の副作用によるものだったり、精神科領域の診断がつくものであったり、自分を保つための自然な心の反応であったり、介護疲れや患者を失うかもしれないという想いが原因となることもあります。また、「怒り」の表れ方も個人差があります。怒鳴ったりするなど、攻撃的な怒りもあれば、冷たい態度や無視（沈黙）といった形に表現される怒りもあります。 まずは、日頃から家族のこころや体の状態や言動に留意しましょう。介護に熱心な家族ほど、支援者に「大丈夫」な姿を見せがちで、疲労をためている可能性があります。身なり（髪・肌・お化粧・服など）や表情、患者への関わり方などを観察しておく、変化に気づきやすいでしょう。

「怒り」を見守る（見て・守る）
A. 病気になってしまったことや身体が思うように動かないこと等への「怒り」は、どこにも向けようがないため、身近な家族や支援者がその対象になることが少なくありません。本来はどこに向けられるべき「怒り」なのかを考えてみると一呼吸おいて対応できるかもしれません。 ①相手の感情に引きずられることなく、支援者自身が落ち着くことを意識する ②家族の怒りや言動の正当性を評価したり、説明や説得を急がない ③「怒り」の背景には、家族なりの理由があることを理解し、共感的態度を示す ④「○○なことがあったら△△とを感じるのも当然ですね」等、家族なりの「怒り」の理由を理解したことを言葉にしてみる ⑤「怒り」の程度が過度な場合や、対応することが難しいと感じた時は、他者の支援を求めることをためらわない ⑥「怒り」を引き受ける（受け止める）ことだけでも重要な役割と知る ⑦家族が自分自身や自分の時間を大切にすることの重要性を伝え、休養をとることや、患者にネガティブな感情を持つ自分を許せるように支援する

		2.「家族」との関わりあい
家族の予期悲嘆		
Q2-6	家族は予期悲嘆を持ちやすいと聞きますが、予期悲嘆とは具体的にどのようなのでしょうか。予期悲嘆のケアとして支援者はどのように対応したら良いでしょうか。	

がんなどのちを脅かす病気の診断時や終末期など、「大切な人との死別」を意識する時、家族には強い悲しみや無力感・不全感など、様々な感情が引き起こされます。家族自身が「いつもの自分と違う感覚」に戸惑い、「おかしくなってしまった」「鬱になってしまったのではないか」など心配を訴えることも少なくありません。「死別を予期することで生じる悲嘆」が「予期悲嘆」です。予期悲嘆には、心身の不調、不眠や食欲不振、気力や集中力の低下、涙ろさ、不安緊張、受け入れ困難、怒りなどといったさまざまな反応があります。

様々な感情・行動の表れを「予期悲嘆の反応」としてとらえてみる
A. 患者の病状変化にともない悲しみや動揺が大きい、病状を受け入れられず怒りを表す、先行きへの不安から患者のそばを離れられないなどといった対応に困る家族の言動の背景に予期悲嘆があり、「大切な人と別れるつらさ」があるかもしれないことを意識しましょう。「悲しいのは当然」「なぜ今こんなことだと思うのは当然」など、家族の抱えるさまざまな感情や言動を一旦受け止めることで、それが「家族の抱えるつらさをわかってくれる相手」として信頼関係を結ぶ一歩となるかもしれません。
細やかな病状説明をこころがける
A. 家族にとって「先が見えない」「どうしたらよいかわからない」ことが不安を引き起こします。「今何が起きているのか」「これからどのようなことが起こりうるのか」「それに対してどのような対応が可能か」など、必要に応じて情報提供を行うことにより、医療者・支援者と患者・家族との間の信頼関係が育まれ、家族の病識と現状とのズレが埋められ、それが家族の過度な無力感や不全感を予防したりケアしたりすることにつながるでしょう。

家族が「患者のためにできること」を支援者とともに見出す
A. 大切な人の看取りの場面で、「もっと～してあげたかった」といった家族の後悔を耳にすることが少なくありません。そうした後悔の念を少しでも軽減するために、患者の心身の安寧につながるケアの工夫や「達成可能な（小さな）目標や楽しみ」など、状況に応じて家族が「できること」を具体的に考えていくなど、家族の担う「介護者役割」を整える手助けも大切です。介護役を懸命に担っている家族をねぎらうことは、「心残り」を減らすことに通じます。

「家族ならではの」文化や歴史を振り返る
A. 「具体的に何かをする」だけでなく、「家族が側にいる」こと自体がもたらす心強さや安心感があります。それは「他の人には代わることのできない家族ならではの役割」であり、「ともに歩んだ歴史」や「共有してきた文化」がなせること。患者・家族のライフレビュー（人生の振り返り）を通じて「大切な人から受け継いできたもの」「大切にしていきたいこと」「その人が亡くなった後も、失われずに生き続けるもの」を再確認するということも、グリーフケア（死別の悲しみへのケア）として大きな意味があります。

思春期の子どもへの支援

Q2-7

家族に思春期の子どもがいます。親ががんであることは知っていますが、友達と出歩くことが多くなり、家ではイライラして弟妹にあたったり、親とあまり話をしたがりません。どうしたら良いか相談を受けました。

思春期は子どもから大人への移行期であり、気持ちの浮き沈みが大きくコミュニケーションが難しい時期です。親からの自立と依存の相反する感情を体験しており、また学校ではクラスや部活動での人間関係の悩みが尽きません。進路や将来への不安を感じやすい時期でもあります。そこに“親のがん”という危機的で圧倒的な事態が加わったのです。思春期の子どもとのかかわりに難しさを感じる時、こうした思春期の特徴や子どもの背景を考えてみましょう。

子どもが複雑な気持ちを抱えていることを理解する

A. 思春期の子どもたちは複雑な感情を自分でもよくわからないまま抱えていることがあります。なぜ今、自分の親ががんになるのかという憤り、勉強が手につかない焦り、親が死んでしまうのではないかという不安、自分がしっかりせねばという責任感、にもかかわらず友達と外出していることへの罪悪感、親の病気は自分のせいではないかという罪責感、親に素直に甘えられる幼い弟妹への嫉妬、自分も同じ病気になるのではないかという恐怖等々。思春期の子どもの言動が、こうした「自分でも手に余る」複雑な気持ちの表れであることを意識することが、対応の「次の一歩」につながるかもしれません。

家族のオープンなコミュニケーションをはかる

A. 思春期の子どもは前述のような心配や不安を抱きつつも、親とはあまり話をしたがりなかったり、自己中心的な態度をとったりする傾向があります。一方で真実を知りたがっており、蚊帳の外に置かれることに怒りや悲しみを感じたりしています。家族間のコミュニケーションをオープンにし、家族に起きている状況をできるだけ詳しく、正直に伝えることが望まれます。思春期の子どもは親を具体的に支えられる年齢でもあるので、家族の一員としてできることについて話し合うよう伝えましょう。

家族外とのつながりを大切にす

A. 一方、思春期は親からの心理的分離の過程にあり、心の秘密を持とうとする時期でもあります。親の病気にまつわる感情を親と話すことに抵抗を感じているかもしれません。友だちなど家族の外での生活やつながりを持つことが重要です。親が病気であっても、自分の生活を楽しくていいことを保証してあげましょう。また、学校の先生やスクールカウンセラーなど、親以外に相談できる人を見つけられるようサポートしましょう。

直接、子どもに会えなくても、親とのやり取りを通して、親が思春期の子どもの心性を理解し必要な支援が提供できるよう、エンパワメントしていくことが大切です。

終末期における子どもへの支援

Q2-8

在宅療養している若い患者の状態が悪くなり、亡くなる時期が近くなりました。子どもにその事実を伝えた方が良いでしょう。支援者に何ができるのでしょうか。

親の状態が悪くなり、亡くなる時期が近くなったとき、周囲の大人は子どもにその現実を目を向けさせずに保護しようとしがちです。しかし、親の死が差し迫っていることを事前に知らされない、却って子どもの不安は高くなると言われています。

子どもの年齢や発達によって、死に対する受け止め方は異なります。子どもの理解度に合わせて、親が亡くなる過程で何が起きるのか、どうすればいいのか等具体的に伝え、分からないことから生じる不安を軽減し、安心して見守ることができるよう手助けすることが望まれます。親が子どもに起きている状況を伝え、真実を共有することは、子どもへの信頼感や誠実さを伝える貴重な機会ともなるでしょう。

子どもの意思を尊重する

A. 親の残された時間が少ないことを知らされたとき、それまで熱心に打ち込んでいた活動を辞めて、親のベッドの横で離れずに過ごす子どももいれば、患者である親の希望を叶えるため大会出場めざして、毎日遅くまで練習に励む子どももいます。親の状態や予測されることを伝えた上で、子ども自身がどう過ごしたいか尋ね、意思を尊重し、行動を保証することが大切です。

支援者にできること

A.**①患者に子どもがいる場合、訪問の初期から子どもについて話題にする**

患者や配偶者に、子どもの名前や年齢、性格や特性、どんな活動をしているかなどを聴くことから始まります。子どもへの思いや心配など、親の気持ちに寄り添いながら聴きましょう。そして、子どもに病状をどう伝えているか、子どもの反応はどうかなど確認する中で、家族が子どもとどう向かい合っているかを把握します。

②親に情報を提供し、後方支援する（親への心理教育）

患者の子ども様子を聴く中で、その子どもの発達段階に応じた病気や死の理解の特徴について伝え、家族が子どもに対応していけるようにサポートできるといいでしょう。そのためには、まず支援者自身が子どもの発達の特徴や対応の仕方を理解しておく必要があります。

③訪問時に子どもがいれば、声をかける

子どもが家にいる場合、さりげなく声をかけ、見守っている大人がいることを知っておいてもらいましょう。子どもが表出する反応はそのまま受け止め、質問には丁寧に応じましょう。

親が亡くなる時、子どもの受ける苦痛は計り知れません。しかし同時に子どもは困難に立ち向かう強さと対処していく柔軟性を持っています。周囲の大人たちが子どもの力と成長の可能性を信じて、協力し合って支えていくことが求められます。

IV 精神科医師からみた 「在宅医療とメンタルヘルス」 ー症状の見方と関わり方のコツー

三木 浩司

1. 患者が突然怒り出したら

前は無かったことですが、高齢の患者(80代)さんが、突然怒り出したりします。普段は穏やかな人なのに暴言をはいたりして怒り散らします。どう理解したら良いのでしょうか。対応するにはどうしたら良いのでしょうか。

数時間のうちに急に気分が変わり、怒り出す場合は「せん妄」の可能性があります。

せん妄ならば、そのときのことを覚えておられないことがかなりあります。脱水や低血糖などの身体疾患や睡眠導入薬などの薬が原因になっていることがあります。まずは原因を取り除くことが原則ですが、原因が見つからない場合や緩和ケアでオピオイドが原因になっている場合など、原因が取り除けない場合もあります。そんなときには、抗精神病薬の使用が必要となります。日時や場所をわかるようにする、家族に来てもらうなど不安を取り除くことが改善につながることもあります。

認知症と違いせん妄は一過性で、多くは改善が期待できますが、がんの末期では改善が期待できない場合も多くあります。急な性格の変化に家族が驚かれることがあります。この不安がさらにせん妄を悪化させることも考えられます。

精神科医師の神田橋條治先生は、「机に向かって前かがみになって仕事をしていて、疲れると背伸びをしたり、首を回したりする人は多いものです。そのような人々が休憩時間にラジオ体操をしています。すべて、正しい健康法です。一般に、疲れを引き起こしたことの逆をするのが養生のコツ」と述べた上で、精神病が悪くなると「健康な時の特徴と正反対の雰囲気になるもの」とし「健康な時の様子はメッキであり、病気になると地金が出るのだと考えるのは間違いです。いつもの生活習慣の逆をするのが養生のコツなのだ考えるようにしましょう」と書かれています。せん妄の症状もいつもの逆をして、脳の回復の役に立っているのかもしれない。

(引用文献) 神田橋條治(2009)『改訂 精神科養生のコツ』岩崎学術出版社。

2. 患者の家のなかが散乱していたとき

はじめてお家にうかがったとき、お部屋の中が散らかり放題で、ゴミ箱をひっくりかえしたようでした。物のある場所がわからないので、何から手をつけてよいか困りました。こういうときはどうしたら良いのでしょうか。

いつからそういう状態だったのかが、大切な情報になります。若い頃から変わらないのであれば「発達障害」を持たれた方かもしれません。

部屋が散乱していても「ものが無くなることはあまりないのではありませんか。探せば大概出てくるでしょう」と尋ねてみると、発達障害の方では「そうです。大体見つかります。不自由はありません」と答えられる方が多い印象を持っています。

「認知症」の方では、以前は整然としていたお部屋が最近になり散らかり放題に変化している場合

が一般的です。散らかり放題の状況に気付かれておられず、探し物が出てこないことで困られていることが多い気がします。

発達障害を持たれた方は、傷つき体験を抱えた方も目立ちます。物へのこだわりも強い人が多く、部屋の片付けが新たな傷つき体験になることもあります。片付けに取り掛かるまでに、十分な時間をかけて納得頂く必要があります。この際に発達障害に詳しい精神科医師の協力を得ることも必要でしょう。

3. 日中にうとうとする患者に対し

患者さんが、全然夜が眠れないといっています。昼間に訪問すると、話している間にうとうとしてきてしまい、ケアがなかなかできません。私だけでは難しいと感じています。どうしたら良いのでしょうか。

「不眠」には睡眠導入薬が有効と考えている方はたくさんおられます。しかし睡眠導入薬が効かない不眠や、かえって夜眠れなくなる場合もあります。

高齢者では薬の効果が3倍近く延長する場合もあります。よく使われるレンドルミン(プロチゾラム)は効果が一般的には5、6時間程度持続しますが、高齢者では昼間に眠気が残る場合があります。その結果睡眠覚醒リズムがずれてしまうと、昼夜逆転してしまい、それには一般的な睡眠導入剤は効果が望めません。

厚生労働省がまとめた「睡眠障害への対応 12の指針」は「睡眠時間は人それぞれ。日中、眠気で困らなければ、それで十分。夜、眠れるかどうかについて、神経質にならないように...。」「夜は、刺激物を摂るのは避け、眠る前には自分なりのリラックス

法(ぬるめの入浴、軽い読書や音楽、香り、ゆったりしたストレッチ)を試みること。」などの具体的な指針が示されています。インターネットでダウンロードが可能です。

睡眠リズムは朝明るい光に照らされることでリセットされます(眠る時間は関係がないとされています)。朝一定の時間に起きることが昼夜の睡眠リズムを改善します。

また高齢者ではベンゾジアゼピン系もしくは類似の作用機序を持った薬では、せん妄や転倒・骨折のリスクが増えることが知られています。また効果も2週間から1ヶ月程度しか持続しません。最近登場したロゼレム(ラメルテオン)やベルソムラ(スボレキサンド)はそうした有害作用は少ないことが期待されています。睡眠障害を専門とする精神科医師の助言、処方の変更が必要な場合もあります。

(引用文献) 厚生労働省(2001) 精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班」平成13年度研究報告書。

4. がん患者の妻と認知症の夫への対応

ご本人は60代の女性でがんを患っています。最近家事もままならないようで、70代のご主人がお世話をしていますが、認知症と診断されていて内服薬がでています。ご主人のケアも必要なのですが、内服を拒みます。色々と言うとご主人は「帰れ帰れ」の一点張りです。どんな風に接したら良いのでしょうか。

どのような関係も信頼がなければ成り立ちません。ご主人とは、これまで奥様の世話をされてきたご苦労をねぎらうことで、信頼関係を築いていくのが良いでしょう。認知症の内服薬は継続した服薬がないと効果が期待できず、不規則な使用では副作用も懸念されます。まずは継続した使用が可能になるまで中止しておくことが良いかもしれません。（もちろん主治医の先生とよく話し合ってください。）奥様の援助と並行して、ご主人のこれまでの人生、特に成功した体験についてお話を伺っていくのはどうでしょうか。

精神科医師の中井久夫先生は「その人の個人史を知ることは、当然、畏敬の態度を生むでしょう。患者は、それを敏感に感受したらしいのです。こ

ういう感受性は最後まで残るのではないかと思います。」「裏からみれば、自尊心を何とか取り戻そうとしていることです。私は、統合失調症でも、認知症でも、子どもでも、自尊心の再建が重要な鍵だと思っています。これ抜きでは、治療でも介護でもリハビリテーションでも必要な士気が得られません。」と書かれています。こうしたことが信頼関係の土台となります。不安の存在も拒否に繋がる場合があります。不安は伝染しやすい感情です。奥様のがんを患われていることでの不安もご主人に伝わるでしょう。奥様への丁寧なケア、説明もご主人の不安の軽減、拒否の改善に繋がるかもしれません。

（引用文献） 中井久夫（2009）「認知症に手さぐりで接近する」『臨床瑣談 続』みすず書房．

5. 「(介護に) 疲れた」と訴える家族について

ご家族が最近疲れてきたと言って、私が訪問すると、泣いてばかりいます。やせてもきているようなので、かかりつけ医の受診を勧めましたが、大丈夫だといって聞き入れてくれません。どうしたら良いのでしょうか。

「うつ病」の可能性をまず考えます。うつ病では気分が沈む、興味がなくなるといった症状が2週間以上ほぼ毎日、ほぼいつも存在しているとされます。つまりうつ病は週単位を越えて続く病気です。

抗うつ薬が有効なので、かかりつけ医の受診は大切です。うつ病は食欲不振や不眠など身体の症

状を伴うことも多い病気です。こころの症状では受診をためらう方も、身体の症状でかかりつけ医を受診することは可能な場合もあります。まずは身体の症状でかかりつけ医を受診していただくのが良いと思います。その際にかかりつけの先生にあらかじめ情報提供を行っておくと良いでしょう。

6. 「(支援者から) 被害を受けた」と訴える妄想的な患者への対応

私が訪問すると、「この前、あんたがきてお金が無くなった。」と言っていくら説明しても納得してもらえません。ケアのたびに毎回そのことを繰り返し言いつのりします。どうしたら良いのでしょうか。

ケアは一人で行わず、複数の人で行うのが良いかもしれませんが、なかなか難しいことでしょう。「物が無くなった」という訴えには薬が効かないことが多く、単純に脳の障害と言い切れない事情があるような気がします。

先の中井久夫先生がそのあたりの心理について語られている次のような指摘は「物盗られ」の理解に役立つのではないのでしょうか。「(物盗られ妄想は) 記憶の喪失の実感を訴えているかもしれないのです。記憶はまさに盗まれるように消えていきます。せんだってまであったものがない。断りもなしになくなっています。盗まれたとしかいいようのないものではないでしょうか。できたら人のせいにしたい。人間には多少ともその性質があります。全部自分のせいにしていたら、プライドがもたない。」と書かれた上で、「私の方法が誰にも当てはまるかどうかはわかりません。声の調子が重要な要素かもしれません。しかし、私はかな

り辛抱よく話を聞いてから（四時間という記録もあります。話はくり返しが多かったけれども）『ふーん、お宅にはブラックホールがたくさんあるのだね。でも、どの家にもブラックホールはたくさんあるものですよ。私の家なんかも、いろいろなものがブラックホールに入っています。お宅でもホワイトホールも時々あって、思わないところに出ていることがあるでしょう』『だからふしぎなんです』『ふしぎですねえ。でも、ふしぎなことって他にいろいろありませんか』（中略）私は少しだけ、ユーモアと面白い口調とを隠し味として混ぜているのかもしれませんが。」

金銭に関する不安が根本にあることも考えられます。ソーシャルワーカーの現実的な関わりが有効なことも考えられます。繰り返しますが薬だけに頼った治療では効果が得られることは少なく、過鎮静などの有害作用が目立つ結果に陥りやすく、さらに被害的な感情が増すことも少なくありません。

（引用文献） 中井久夫（2009）「認知症の人からみた世界を覗いてみる」『臨床瑣談 続』みすず書房．



7. 細かく注文をする患者に対して

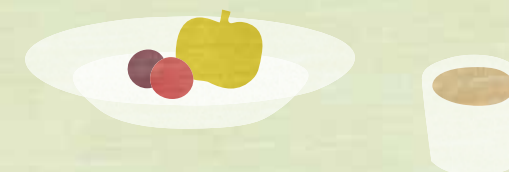
私がヘルパーとしてお宅に伺うと、必ずお掃除を頼まれます。言われるように決まった場所に物を置いているので気をつけるのですが、手順がいつもと違ったり、置く位置が少しでもずれていると騒々しく言い続けるので、困り果ててしまいます。この人をどう理解したら良いのでしょうか。こういう細かいことを言う人にはどんな風にコミュニケーションをとれば良いのでしょうか。

なかなか難しい問題です。「精神科の病気」を持った方はとても大きな不安を抱えています。それをなんとかしようと、生活を工夫されています。物の置き場所や掃除の手順も安心のための工夫が込められたものなのでしょう。ただそうした工夫が他の人に知られることをとても恐れている方もおられます。大切な身を守る工夫が壊されるのではないかと心配されているからです。

複数の人で援助することも手順の間違いを減らし、安心感を利用者さんに持ってもらうことにつながるかもしれません。医療現場で行われるダブルチェックを行うことも効果があるのではないのでしょうか。一般的にいつまでもこうした対応が必要なわけではありません。患者さんと信頼関係が築けると不安は減り、訴えは減ってくるものです。その後は通常の一人での対応に戻すことも期待できます。ただこうした方法は、経済的にも時間的にもそう簡単には成り立たないでしょう。

(引用文献) 神田橋條治(2005)「双極性障害の診断と治療－臨床医の質問に答える－」『臨床精神医学』34(4), 471－476.

一人で関わらなければいけない場合でも、不安を減らす丁寧なコミュニケーションを繰り返すことで、徐々にですが訴えが減ってくることがあります。まずはあなたにお掃除を頼まれるということは、基本的に信頼されているからです。騒々しく言い立てられるのは、少しでもよくなってほしい期待があるからでしょう。丁寧に毎回掃除を続けることが信頼関係構築になっているのではないのでしょうか。そう考えても援助することでストレスは溜まるものです。前出の神田橋先生は「精神療法のそもそもの発端は愚痴を言うことです。井戸端会議みたいなのが精神療法の原点です」と書かれています。多くのネットワークを持ちあちこちで愚痴を言い、支えてもらっていることに気づくことが健康に仕事を続け、利用者さんの役に立つコツなのだと思います。



V 在宅医療の現場から 「在宅医療の現場で大切にしたいこと」 ー訪問ナースステーション所長の視点からー

日本財団在宅看護センター 街のイスキア訪問ナースステーション所長
石川 麗子

緩和ケア病棟に従事して10年程が過ぎ、姑を在宅で看取った経験から、在宅での療養をする人たちを支えたいと願い、訪問看護ステーションを2016年4月に立ち上げました。

在宅医療の現場へ移行すると物品がない、家族は介護のことを知らないといったゼロからのスタートとなります。一からケアを組み立てていくのは、大変ではあるもののやりがいがあり、少しずつ家族ができることが増えていくことを見るのは、とても微笑ましく、感動を覚えることがあります。家族が最期まで家での看取りをされた時には、その家族の人生にも大きな影響を与えると共に、私達の心の財産となるように思います。

在宅で看取ったご家族から、以下のようなお手紙をいただきました。「一丸となって迎えた最期に悔いはありません。毎日悲しく、つらいのは変わりませんが、きちんと迎えた死は、生きているものに前向きな生きる力をさずけてくれた気がします」この一文に込められた意味を深く心に刻み、現場で仕事をしています。



街のイスキアで看護の在り方で大切にしていることを、以下の7つにまとめたいと思います。

① 支援者自身の心とからだのコンディションを整えておくこと

毎日自転車で、雨にも負けず風にも負けず、ご利用者さまの家に訪問します。心にスペースがあるのか、深く呼吸できているのか、自分の心とからだの声を聴くようにしています。

② その方の生き方、生活の仕方、あり方を尊重すること

医療者だからと言って、いきなり教育的、指導的関わりをするのではなく、その人の生活の中でできることを提案し、これまでの在り方を尊重しながら関わっていくようにしています。

③ ホリスティックなケアを心がけること

薬に頼らずにできることとして、食事のアドバイス、からだを温めること、からだを緩められるようなマッサージ、タッチケア、アロマセラピーなどを医師に確認しながら、ケアに取り入れています。

④ 共感コミュニケーションを行う

チーム内でも、共感できる場作りに努めています。自分達が共感されることが、力になることを理解していることで、利用者さまやご家族の訴えに共感できると考えています。

⑤ 介護者のストレングスを引き出し強めて支援すること

介護者の想いやできることに目を向け、どうすればその人がケアの介入ができるかを共に考えていきます。

⑥ 失った悲しみに寄り添うこと

歳を重ねること、病気や障害を抱えることで、これまでできたことができなくなること、愛する家族を失うことなど、様々なものを失っていきます。ご利用者さまをはじめ、喪失の連続にある家族の想いに寄り添うように、話を聴くこと、またご希望に添ってグリーフケアを行っています。

⑦ 一人一人の出会いを大切にし、一つ一つのケースを振り返ること

ケアの介入に失敗することもあり、喜ばれることもあります。一人一人が違うように、ケアの在り方もそれぞれ違い、多くの学びがあります。日々の話し合いに始まり、デスクカンファレンスなどでの振り返りを行うようにしています。



石川 麗子 -Reiko Ishikawa- プロフィール

ターミナル患者との出会いから、終末期医療について深く関わりたいと考え、当時唯一の仏教系緩和ケア病棟のある長岡西病院、次いでキリスト教系ホスピス病棟のある東京衛生病院に勤務。緩和ケアについて学びを深めるため、埼玉県立大学での緩和ケア認定看護師教育過程を履修し、2008年、緩和ケア認定看護師資格を取得。

その後、戸田中央総合病院にて、緩和ケア病棟の立ち上げ・運営に尽力。日本財団在宅看護センター起業家育成事業の第一期研修プログラムを2015年1月に修了し（研修期間は8カ月間）、都内の訪問看護ステーションの立ち上げより実務経験を積み（1年間）2016年1月7日一般社団法人街のイスキアを設立した。

「街のイスキア」について

街のイスキアは、故佐藤初女（福祉活動家）が活動されてきた憩いと安らぎの場である「森のイスキア」から命名を頂いた。「街のイスキア」でかかわった人々が、心身共に癒され、自分らしく日々の暮らしができるように支えていきたい所存で、2016年4月に東京都目黒区で事業所を開設した。

「食はいのち」として捉え食への支援、家族への看護を含めホリスティックケアを提供する訪問ナースステーションを目指している。



V 在宅医療の現場から 「在宅ホスピス緩和ケア」 ーチャップレンの視点からー

スピリチュアルケア・カウンセラー（チャップレン） 岡田 圭



病気を治す視点だけに限られず、病気を体験している個人やその介護者の視点から個々に独自の体験や価値、人間性や尊厳を理解し支援する緩和医療。生活支援、感情面や精神衛生上の支援から宗教的支援に至るまで、必要に応じて多職種医療チームで当たっていますが、この支援体制に欠かせないスピリチュアルケアの定義には、人が普遍的に必要な「意味目的の喪失や関係性の亀裂に起こる痛みの緩和、和解」が強調されています。

病気の治癒が「できない」だけの医療ではなくて、なるべく心地よく有意義な日々が送れるように「できることがたくさん見つかる」視点の医療をチームで目指しています。正しさや正確さによる評価で見失われがちな心の在り方が、私たちの関係や体験に及ぼす大きな力。痛みが和らぎ、断たれた関係が和解し、自分なりの生き方や希望についての視野が自然に広がるように、意識や視点の凝りをほぐすような、あるいはご本人の内に秘められたたたかきや知恵を信頼して引き出すような、そのような視点や呼吸を患者さんと向き合う度に試行錯誤しながら探求しています。

① 緩和的視点

医療に頼らねばならない不利な立場から選択肢も限られ、医療者に従うばかりの生活は患者さんや介護者に無力感を募らせます。自分の命について自分で決められない喪失感やトラウマもあるでしょう。これを意識しながら、私たちが「できること」で「できない」彼らの喪失感を助長することのないように、患者さんの意向や選択を力づける接し方や問いかけ方を心がけています。精一杯頑張っておられるお姿に「伝えさせて頂くことは誉れです」といった表現で敬意を表しています。

② 無知の知

患者さんを「理解したい」という意識には仕事上の責任感だけでなく、深く理解し合える関係を求める自分の欲求も影響しています。大切な関係を失った自分自身の悲嘆や痛みに向き合えていないほど無意識のうちに求めが激しくなりがちです。理解についての期待値が自分の中だけで上がりすぎると、相手への要求が強過ぎてしまったり失望や自責を招くことにもなります。「ほんの少ししか知らない」という事実を自己評価にせず「知らされることが多い」他者の現実の広がりとして、見聞きすることすべての裏にある個々の物語や背景に関心を寄せます。言葉の定義やカテゴリーでまとめて理解してしまいたい便宜的な誘惑を避け、幻覚なども「異常」と問題視せず、本人にとっての意味や望みを聞き出します。

③ 他者理解のための自己理解

患者さんの辛い話を聞くと自分の痛みが触発されて聞き辛くなることがあります。知らぬ間に身体がそわそわしたり席を立ったり、話題を変えたりして痛みを避けます。患者さんには、ちゃんと話を聞いてもらえなかったという孤立感が募ります。話せないと心の戸を閉ざしてしまうかもしれません。医療者が自分の痛みに向き合えないことで、相手の痛みを理解する機会を逃すことになります。チャップレンの臨床訓練では、自分の痛みが何に根ざしているのか、過去の人間関係や喪失体験などに向きあって、自分をよく理解し受容する訓練を受けます。自分の痛みに邪魔されず、意図的に相手の痛みを受容しながらその背景を理解してゆけるようになるためです。人の目に頼って自画自賛したり卑屈になったりする自我や自意識に縛られることなく、弱さ強さを持ちながら健やかさを求めて成長を続ける一人の人間としてあるがままの自分を優しく受け入れるほど、どのような痛みの物語もじっくりとより深く理解してゆけるようになります。

このように、相互に違った痛みを尊重しつつ包み合うことを通して、癒しの可能性の探求は、痛みを陣痛のように有意義な、新たな絆や希望を生み出す機会にするようです。この陣痛の共有に、私たちの人間性の深い美しさを見る思いです。



岡田 圭 -Kei Okada- プロフィール

ニューヨーク生まれ、石川県金沢市育ち。上智大学外国語学部卒。1982年ロータリー財団の奨学生として渡米、1984年よりニューヨーク在住。絵画専攻で School of Visual Arts 卒業後、4年間の舞台芸術活動を経てユニオン神学校にて神学修士号所得。

チャップレンとしてニューヨーク・プレスビテリアン/コーネル大学病院小児科「エイズの子供たちのプログラム」、ハウジングワークス（HIVキャリアのホームレス療養施設）勤務を経て、現在ニューヨーク訪問看護サービス・ホスピス緩和ケア Visiting Nurse Service of New York Hospice and Palliative Care にて主任スピリチュアルケア・カウンセラー。Association of Professional Chaplains 認定チャップレン。

まとめ

矢永 由里子



今回は、前年度に作成した冊子（初版）に寄せられた在宅医療関係者の皆さまのご意見にもとづき、第2版として支援者のケアとメンタルヘルスについて体系的にまとめました。

1. 在宅医療における患者、家族、スタッフの現状と課題について

① 患者と家族の課題について

前回の調査結果から、在宅医療に従事する多くのスタッフが、患者や家族の心理的な面への対応で困った経験を持つことが判明しました。身体とこころは結びついていますので、身体に大きな変化や症状出現があったとき、また、身体が弱っていくとき、こころも大きな打撃を受けやすくなります。在宅医療では、身体の変化とともに患者の心理的な変化も見られ、心身両面を切り離さずにケアすることが大切です。

一方で、滞在時間も限られているため、「どこまで、どのように関わって良いか」について悩むスタッフも多いのではないのでしょうか。

在宅医療では、スタッフが患者に対応する際にはほとんど家族も同席しています。身体ケアの確認には家族の患者対応を確認する必要もあり、家族の存在は、病院よりも一層強く感じられます。スタッフは、患者と同様に家族にとっても近い存在になっていきます。今回の調査でも、心理的な対応で困った場面として、患者と同様に家族のテーマがあげられたのはそのような状況とも関連していると思われます。勢い、スタッフのコミュニケーションは、患者と家族の両方へ行われることになり、病院でのケア時よりもその対応の範囲が広がっています。

② スタッフの課題について

スタッフは、単独で訪問し、患者やその家族対応をしている場合も多く、自身の対応や関わりについて色々悩む場面も少なくないようです。

特に、在宅では家庭に入っていきますので、病院でのケアであれば気づかなかったかもしれない患者と家族間のトラブル、患者の本来の姿、生活環境、患者の周囲との人間関係などが自宅であるために一層明らかになってきます。患者や家族とどのような関係を維持するか、その距離感をどう保てば良いかは、自宅訪問だからこそ浮上しやすいテーマと思われます。

また、厳しい身体状況をケアすることから生じる自身の気持ちの揺れなどについて「話を聴いてもらいたい」というニーズもあります。スタッフの孤立感を防ぎ、対応について率直に話し、また具体的なフィードバックの機会などが今後のスタッフ支援として重要と思われます。在宅医療では単独での訪問の場合でも常にチームの存在が背景にあり、連携協力の体制の中でその都度、担当者間で情報を共有するというきめ細かな日常の取り組みがスタッフ自身の支えとチームの実践力の向上につながると考えられます。

2. 今回の冊子の活用について

様々な日常業務での患者や家族対応の疑問を中心に、心理的な部分を押さえながら、患者や家族対応のポイント、支援者自身のメンタルヘルスのテーマと支援者が使えるツールなどを掲載しました。日頃、心理職が患者や家族に向き合う際に留意している点なども記述してみました。これらはあくまでも提案ですので、このなかから、読者の方がご自身の課題について別の角度からとらえ直すきっかけとして、また患者や家族への対応の具体的なヒントとして活用していただければと思います。

3. 在宅医療とメンタルヘルスについて

① 精神疾患の部分を中心としたケアと患者・家族の心理社会的な部分のケア

在宅医療の分野では、メンタルヘルスは精神疾患とそのケアの意味合いが強い印象を受けています。精神疾患を持つ在宅患者のケアは非常に重要ですが、そのほかにも、患者の病や環境への戸惑いや混乱、家族の看取りに関する様々な思いや患者との関係をめぐる悩みなど様々な心理社会的なテーマが在宅医療にあります。また、現在の状況の悪化を事前に防ぐための心理面での予防的な対応が重要なときもあります。生活面を含めた病への適応についての心理面のケアという視点も、今後の在宅支援のなかに含めることで支援の層が厚くなるように思われます。

② 心理職の役割について

現在、在宅医療のクリニックにも徐々に臨床心理士が配置され始めていますが、その役割は、患者の心理テストの実施という、患者の心理面のアプローチの一部に限定されています。実際の心理職の仕事はもっと幅広く、患者の日常的な心の変化や揺れに対する支援に加えて、家族の支援やスタッフの支援なども在宅医療で担当することが可能と思います。

在宅医療の現場の関係者の方からも「困った場面にこころの専門家がいればいいのに」という声が寄せられています。実際に、困難事例を中心に、訪問看護師やソーシャルワーカーの方と患者理解や対応について一緒に検討を行ったり、支援者の具体的な対応についてヒントを提供している心理職も出始めています。また、家族への直接的な関わりを心理職が担当し、役割分担で地域医療にかかわり始めている地方の在宅医療の現場もあるようです。

今後、地域医療の場で心理職も支援者の皆さまとともに患者・家族を支える一員として役目と責務を担うことができればと願っています。

資料 在宅医療の現場に携わる 支援者向けアンケート調査の概要

加藤 真樹子・栗林 麻衣子

1. 調査の目的

在宅でケアを提供する医療スタッフが、日々の活動の中でどのようなことを難しいと感じているか、困難な点を明らかにし、さらにそれに対する心理的サポートの必要性について心理の専門職の立場から検討することを目的としています。

2. 調査の方法

2015年6月から8月の3ヶ月間、福岡県、大分県、静岡県、東京都の訪問看護ステーション、在宅クリニックに所属するスタッフ（看護師、介護福祉士、ケアマネージャー、理学療法士など）を対象に自記式アンケート調査を行い、90名から回答が寄せられました。

自由記述の内容については、一つのエピソードを一項目として、「どのような相手に対して生じたことか？」という視点で分類しました。

アンケート調査票の内容

設問 1	●支援者として患者さんご家族への対応の中で、特に困ることはどのようなことでしょうか？	（自由記述）
設問 2	●患者さん、ご家族のメンタル面で自分が困った、と感じたことがありますか？	（ある・ない）
	●「ある」と答えた方は、どんな場面で困難と捉えたか、具体的に記載してください。	（自由記述）
設問 3	●支援の過程の中で「こころの専門家がいればいいのに！」と思ったことはありますか？	（ある・ない）
	●「ある」と答えた方に伺います。 ①それはどんな時ですか？	（自由記述）
	②その時にどのように（自分を）サポートしてほしいと思いましたか？	（自由記述）

3. 調査の結果

設問 1 について

対応で困ることとして、合計 128 項目があげられました。内訳は以下の表1のとおりです。

表 1・対応の中で特に困ることの分類

相手（対象）	項目数	具体例
患者	21	患者の精神状態、認知機能の問題、拒否 など
家族	41	介護疲れ、家族の理解不足、非協力的 など
患者と家族の関係性	22	思いのズレ、双方の理解不足 など
同居していない家族	12	理解不足、意見の相違 など
スタッフや機関	11	連携、苦情 など
その他（不明）	21	受け入れが良くない、料金トラブル など

家族に関する項目は合わせて 75 項目となり、患者に関する項目よりもとても多くあがりました。患者だけでなく、家族への対応に困る場面があると感じている方が多いことが結果からうかがえます。

そして、数は多くはありませんが、患者だけでなく、家族から受けるセクシャリティの問題もあげられていました。在宅ならではの難しい問題として、スタッフの負担になっていることがうかがえます。

設問 2 について

「患者さんやご家族のメンタル面で自分が困ったと感じたことがあるか」については図1のようになりました。あると答えたのが 72%（59 名）、ないと答えたのが 12%（10 名）、無回答が 16%（13 名）でした。

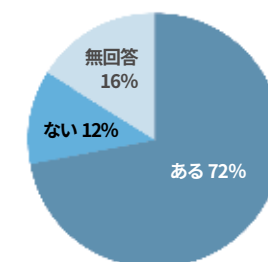


図 1・メンタル面で困ったと感じたことがありますか

自由記述内容では、メンタル面で困った場面として、合計 79 項目があげられました。内訳は以下の表 2 のとおりです。

表 2・メンタル面で困った場面の分類

相手（対象）	項目数	具体例
患者	38	悲観的発言、うつや不安など精神症状、怒り など
家族	26	介護疲れ、不安、喪失感 など
患者と家族の関係性	11	関係が良くない、思いのズレ など
その他（不明）	4	スタッフ自身が困惑してしまった場面 など

患者に関する項目と家族に関する項目が同じくらいあげられました。患者だけでなく家族も同じようにメンタル面のケアをする必要性を感じているスタッフが多いことがうかがえます。

設問 3 について

「支援の過程の中で“こころの専門家がいてほしいのに”と思ったことがあるか」については図 2 のようになりました。あると答えたのが 60%(49 名)、ないと答えたのが 23%(19 名)、無回答が 17%(14 名) でした。

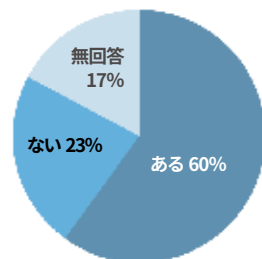


図 2・“こころの専門家がいてほしいのに”と感じたことがありますか

自由記述内容では、“こころの専門家がいてほしいのに”と思った場面として合計 64 項目があげられました。内訳は以下の表 3 のとおりです。

表 3・“こころの専門家がいてほしいのに”と思った場面の分類

相手(対象)	項目数	具体例
患者	17	悲観的発言、うつや不安など精神症状、怒り など
家族	13	介護疲れ、不安、喪失感 など
患者と家族またはの関係性	11	ともに不安が強い、拒否、関係がよくない、思いのズレ など
スタッフや機関	22	不安、ストレス、自信がもてない など
その他(不明)	1	

また、こころの専門家に求めるサポートについては合計 61 項目があげられました。内訳は以下の表 4 のとおりです。

表 4・こころの専門家に求めるサポートの分類

相手(対象)	項目数	具体例
患者	14	ゆっくり話を聴いてケアをしてほしい、グリーフケアをしてほしい など
スタッフ自身へのサポート	45	対応方法等の助言がほしい、不安や話を聴いてほしい など
その他(不明)	2	

表 3 のこころの専門家に求めるサポートの場面では、スタッフ自身の項目が「22」と最も多いことが目立ちます。この点から、在宅という現場でのスタッフの心理的負担が多いことがうかがわれます。

さらに、表 4 のこころの専門家に求めるサポートの分類からは、同様にスタッフ自身へのサポートを望む件数が最も高いことから、スタッフ自身へのこころのケアの必要性が高まっていることがうかがわれます。

また、スタッフが援助者として患者と家族に対応してゆく上で、問題を解決するための助言や手立てを求めていることも明らかです。

4. アンケート調査のまとめ

今回の調査結果では、メンタルサポートの側面から在宅医療に従事するスタッフの抱える難しさが見えてきました。

具体的には、まず、病状に関する質問や悲観的な発言への対応や、認知機能の低下のある患者への接し方などに見られる「コミュニケーションの場面での難しさ」があげられます。

次に、患者・家族にとっての「受け入れの問題」があります。ケアや現状を理解し受け止めてゆくプロセスは一樣ではなく、その場その場での抵抗や障害を取り除いてゆく苦労の積み重ねがあることがうかがえます。また、患者、家族、施設、病院などで様々な調整を行う必要があり、そこでは色々な人の“あいだ”にはいることを意味する「関係性の難しさ」があるようです。

さらに、患者と家族の間、家族同士の間で思いや理解が異なり、そこに隙間や差が生じ、なかなか足並みを揃えることが難しいという実状が生じています。この点は、患者・家族間だけではなく、同時に支援者を巻き込んでケアの理解や方向性などについて「さまざまなズレ」が生まれていることがうかがえます。

最後に、人と人との「距離感の問題」があげられます。身体やこころの「距離感」は、プライバシーの保護やセクシャリティへの配慮などに密接に関わり、人の尊厳に触れる重要な点であることを物語っています。

このように在宅医療に携わる「支援者」が経験する対応が難しい問題について、今後、具体的な助言・指導や方法論の提供を含む心理的援助（間接的な支援）が必要であり、「支援者」向けのカウンセリング（直接的な支援）など、スタッフのメンタルヘルスケアも重要な課題となっている点が明らかとなりました。

そこで、お寄せいただいた回答から問題点を抽出し、その一部を「疑問に答える」という形式でメンタルヘルスの考え方をまとめました。本冊子の第 3 章「患者・家族の心理社会的支援のためのヒント」、第 4 章「精神科医師からみた在宅医療とメンタルヘルス」をご参照下さい。

在宅医療とメンタルヘルス 第2版

患者・家族の心理社会的ケアと支援者のメンタルヘルス

由布院アカデミア編

(がん・エイズを含む身体疾患の医療における
心理職を対象とした指導者養成プログラム開発研究会)

ホームページ <http://yufuin-academia.com>

著者一覧 (あいうえお順)

由布院アカデミア

加藤 真樹子：大分県厚生連鶴見病院 臨床心理士（副代表）

栗原 幸江：がん感染症センター都立駒込病院 心理療法士

栗林 麻衣子：株式会社 メディヴァ 臨床心理士

小池 真規子：目白大学 臨床心理士

小林 真理子：放送大学 臨床心理士

長友 隆一郎：山口宇部医療センター 臨床心理士

榎場 美穂：静岡県立静岡がんセンター 臨床心理士（執筆協力）

福地 智巴：静岡県立静岡がんセンター 社会福祉士・臨床心理士

矢永 由里子：慶應義塾大学医学部感染制御センター 臨床心理士（事務局長）

三木 浩司：平成紫川会小倉記念病院 精神科医師（代表）

ゲスト

石川 麗子：日本財団在宅看護センター 街のイスキア訪問ナースステーション 所長

岡田 圭：ニューヨーク訪問看護サービス・ホスピス緩和ケア
スピリチュアルケア・カウンセラー（チャップレン）

2017年3月 発行（第2版）

発行者 三木 浩司：由布院アカデミア 代表

編 者 加藤 真樹子／栗原 幸江／福地 智巴

デザイン よしのまゆみ（まゆみデザイン）

yufuin
Academia



本研究会の活動は 2016 年度日本財団の助成を受け運営されています