

【論文】

がん医療における患者・家族と心理士の「出会い方」 および心理的支援の構造について

高橋 恵子 (みやぎ県南中核病院 臨床心理士)

1. はじめに

「がん」は、日本人の2人に1人が一生涯のうちに罹患すると言われるほど身近な病気である。がんの治療経過においては、診断告知、治療、再発転移、積極的治療の中止など、患者やその家族にとって心理的にも重大なストレスがかかることは想像に難くない。睡眠障害や適応障害、うつ病、不安障害といった精神症状が出現することもあるが、そのみならず、がん罹患することは自分のアイデンティティや生き方の再構築を迫る出来事ともいえるだろう。そこでがん医療においては早期からの緩和ケア、すなわち、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、心理的苦痛、実存的苦痛を含めた全人的苦痛の緩和を目指すケアの重要性が提唱されている。

我が国の施策としても、がん対策基本法（2007年）では「緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい」と明記され、次いでがん対策基本計画（2012年）では「専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る」という文言が盛り込まれた（※下線は筆者による）。以上のことから、がん医療・緩和医療において臨床心理士（以下、臨床心理士をはじめとする心理職全般を本論では「心理士」と表記する）に期待される役割は年々大きくなってきていることが推察される。心理士の役割については事例研究などの報告も多く散見されており、岩満ら（2009）は心理士に求める役割について「がん医療に関する幅広い知識をもとに他職種と十分にコミュニケーションをとりながら、心理学的な専門性を活かして、患者・家族、および医療者に心理的支援を行うこと」とまとめている。同時に心理士へ望まないこととして、情報や事例の抱え込みや過剰な専門性の保持などはチーム医療の妨げになることも指摘している。また藤土・西巻（2010）は、患者ががんと共に生活する（生きる）ための支援として、混乱する患者の心の居場所を作り、心の安らげる関係、心の憩える関係づくりとしてのホスピスケア・カウンセリング（双方向のかみ合う面接）が必要であると述べ、また、日本サイコオンコロジー学会はそのホームページ内で一般向けに説明する中で、心理療法とは「患者さんが本来持っているストレスの耐性を高め、心のバランスを整えるお手伝い」と表現している。

しかし、「そもそも、がん患者と、通常の心理療法の対象となるクライアント（心理相談室、精神科・心療内科などを訪れてくる方々）とでは、集団として見たときにその層が異なる」（岸本，2008）ということ（すなわち、がん患者は、病気に罹患する前は基本的には普通に生活をしてきた方々であり、がん患者の示す症状の多くは“異常な状況における正常反応”と捉えられる場合も多いこと）もあり、「援助を受ける患者にとって専門職による精神的支援を受けることへの慣れがない」（長谷川ら，2010）という指摘もある。

そこで本論では、心理士や心理的支援に対する近づきやすさ、わかりやすさ、求めやすさ、利用しやすさを総合して「心理的支援へのアクセシビリティ (accessibility)」と呼ぶこととし、心理的支援へのアクセシビリティが低い対象者（患者やその家族）に対する心理的支援について検討する。特に、心理士と対象者との“出会い方”や心理的支援の構造に焦点を当てて考えてみたい。

2. 心理的支援へのアクセシビリティ向上について～心理士と対象者との出会い方

(1) 心理的支援への促進要因・阻害要因

水野・石隈 (1999) は被援助志向性に関連する要因についてレビュー研究を行っているが、被援助志向性の高さ (カウンセリングなどの援助サービスに援助を求めやすい人の特徴) は、男性<女性、若者 (18~24 歳)・高齢者 (64 歳以上) < 中年、社会経済的地位の高さ (高学歴、高収入)、ソーシャルサポートの少なさ、自尊心の低さ、個人が抱える問題や症状の深刻さと関連することを挙げている。また、中岡・兒玉 (2011) は援助要請不安について、スティグマへの懸念、強要への懸念、カウンセラー対応への懸念といった因子を抽出している。これらは、心理的支援を要請すること自体への否定的な観念や、「話したいことまで話さなくてはならないのだろうか」とか「カウンセラーがどう対応してくれるのか」といった未知の不安が、援助要請行動を阻害するということを指し示す。つまり、専門的な心理的支援につながるかどうかに関しては、物理的な壁だけでなく心理的な壁もあるということだろう。したがって、広く心理士の存在を知ってもらうだけではなく、実際に利用に結びつくためには援助要請に対する心理的な壁を低くするための更なる工夫が必要である。そもそも心理士についてよく知らない人々や、特に被援助志向性が低いとされる男性や高齢者など、また、被援助志向性は高くても実際に援助要請行動に至らない人など、必要な人に必要な心理的支援が届くようになることは大きな課題である。

論述にあたり、まず筆者の背景として当院および当院における心理士の位置づけについて示した上で、心理的支援へのアクセシビリティ向上のために、どのような工夫が可能であるかを考察する。

(2) 当院における心理士の関わりについて

1) 当院および当院における臨床心理士の位置づけ

筆者が勤務する病院は、診療科 30 科、病床数約 300 床の急性期の総合病院である。2015 年 5 月からは緩和ケア病棟が開棟し、さらに 2016 年 4 月からは地域がん診療連携拠点病院の指定を受けている。当院は宮城県南 (仙南地域) に位置しており、仙南地域は人口 177,238 人、高齢化率 29.4% の地域である (2015 年時点)。なお当院では心理士は筆者 1 名のみ週 4 日の勤務形態で、がん診療相談支援室 (がん相談支援センター) と緩和ケアチームを兼任している。なお、常勤の精神科医は不在である。

2) 心理士の介入状況

当院では、病種を問わず必要に応じ心理士が介入を行っているが、院内での筆者の所属ががん診療相談支援室と緩和ケアチームであることから、必然的にがん患者とその家族への介入が主となっている。心理士への依頼から介入までのおおまかな流れとしては、①カンファレンスなどで心理士介入の提案が挙がる、②心理士へ直接もしくは院内 PHS で連

絡をいただく、③依頼元のスタッフと心理士で介入依頼内容や対象者についての情報共有を行う、④依頼元スタッフからの顔つなぎにて介入開始となっている。ほとんどが医療スタッフからの依頼や紹介であり、患者やその家族が自主来談する割合は1割弱である。

緩和ケア病棟開棟からの1年間（2015年5月～2016年4月）における心理士のがん患者およびその家族への介入状況について基礎集計を行ったところ、心理士による介入患者数は121名（男性59名、女性62名）で、患者の平均年齢は70.6才（SD=11.7）であった。患者のみに介入するケースが52%であり、患者と家族の両方へ介入するケースが42%となっていた。また介入開始時期は、化学療法などによる積極的治療中から介入開始となるケースが47%であり、BSC（Best Supportive Care；がんに対する抗がん剤などの積極的な治療は行わず、症状などを和らげる治療に専念すること）以降が53%となっていた。なお、全体のうち76件（62.0%）は看取りまでサポートを継続していた。介入対象の内訳について図1に、心理士の介入開始時期について図2に示す。

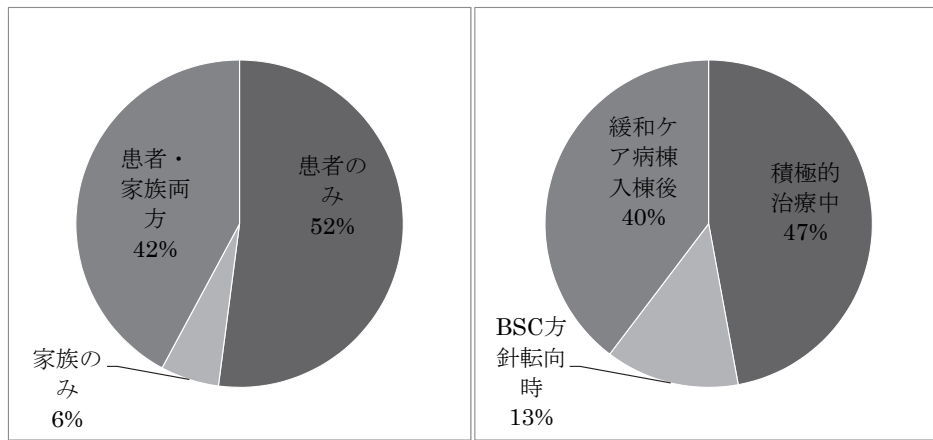


図 1. 介入対象の内訳

図 2. 心理士の介入開始時期

3) 看護師と心理士の連携について

当院の患者は年齢層が高く、もともと心理士や心理カウンセリングなどには馴染みの薄い人が多い。実際に、看護師からメンタルヘルスの不調がみられる対象者へ、「臨床心理士と話してみませんか？」と提案すると「まだ大丈夫です」と断られるケースも多々ある。当初はそこでつながりが持てずに終わることも多かったが、看護師と心理士とで試行錯誤を重ね、最近では看護師が対象者へ「とりあえず（心理士を）ちょっと紹介だけしたいんですけど」と言って心理士と対象者を引き合わせる方法にたどり着いた。「ちょっと紹介だけ」というハードルの低さに対象者の抵抗感も低まるのだろう。実際に心理士が会いに行ってみると、対象者の方から自発的に語り出すパターンが大概である。

そこであらためて、看護師がおこなっている「対象者と心理士をつなぐ際の工夫」について、心理士との連携の機会が多い緩和ケア認定看護師及びがん化学療法看護認定看護師の3名に対し聞き取りを行い、得られたデータについて内容をカテゴリー化した（表1）。

表 1. 看護師が対象者と心理士をつなぐ際の工夫

カテゴリー	内 容
①適切なタイミングの アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師による心理面のアセスメントを行い、心理士による専門的介入の必要性について検討する。その際、対象者の非言語的な様子や、看護師が対象者について抱く「なんとなく気になる」という印象も大切にする。 ・対象者の状況を鑑み、対象者が受け取る情報が一度に過多とならないよう心理士紹介のタイミングを見計らう。 (例えば、病状説明や薬剤説明を受けたばかりで情報処理が追い付かないでいる患者などに対しては、時間や日においてから心理士を紹介する等)
②ノーマライズと心理教育	<p>心理的反応、心理的サポートの非特別性を説明する。 例「誰も落ち込んだり不安になったりするのとは自然なこと」「体のケアだけではなく心のケアも大切」「話をすると少しすっきりする方もいます」など</p>
③チーム支援の意思表示	<p>身体面に限らずさまざまな面について多職種で継続的にサポートしていく意思があることを伝える。 例「私たちはあなたの力になりたいと思っています」 「あなたをサポートさせていただくスタッフの一人として“臨床心理士”というスタッフもいます」など</p>
④情報提供と 顔の見える関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療相談支援室のパンフレットを手渡す。 ・心理士による“挨拶と自己紹介”の機会を設定し、対象者と心理士との顔つなぎを行う。

心理士と対象者をつなぐ際の工夫として、①適切なタイミングのアセスメント、②ノーマライズと心理教育、③チーム支援の意思表示、④情報提供と顔の見える関係づくりの大きく4つに整理された。心理的支援へのアクセシビリティを高めるために、看護師は対象者に「心理士も身近なサポート資源の一つ」として認識してもらえるような関わりを行っていた。対象者と心理士をつなぐ上では、対象者の身近なスタッフから動機づけをおこなうことや、心理士自身が従来の受身的な相談室モデルから脱却しアウトリーチしていく方法を用いることが有効であると考えられた。ただし、心理士によるアウトリーチや“顔の見える関係づくり”においては、従来の心理療法の構造から逸脱する可能性もあり、構造をどのように保持するかは課題の一つである。そして心理士自身が自分の活動スタイルのメリット・デメリットをしっかりと検討し、対象者に対しどのような影響をもたらすか等についても意識して行っていく必要性もあるだろう。

4) 関わりの実際

対象者と心理士が会う場面に関して、当院における心理士の関わり方の実際について

ケースを通して提示する。なお、ケースはプライバシー保護のため、個人が特定されないよう配慮し、本質を損なわない程度に一部を改変して示す。

<事例> Aさん（進行がん、70歳代前半、男性）

Aさんは、これまで大きな病気もなく過ごしてきたが、1か月前より体の不調を感じるようになったため病院受診したところ、すでに多臓器への遠隔転移がある治療が見込めない進行がんであることが判明した。診断を受けたその週より早速、がんの進行を食い止めるための化学療法が導入されることとなった。看護師による事前のアセスメントで、本人の感情表出が乏しいこと、独居で相談できる人が身近に少ないこと、進行が早い治療をしてもどこまで病勢をコントロールできるかわからない状況であることから、心理的サポートの体制を厚くしておく必要があるのではないかとの話し合いがスタッフ間でなされ、心理士への介入依頼に至った。

外来での初回化学療法導入時、Aさんが点滴による治療を受けている時間に、心理士から外来のベッドサイドを訪問した。看護師から本人へ、「ちょっと紹介したい人がいます。ここにはいろんなスタッフがいるんですけど、(筆者を指して)臨床心理士さんです。他の患者さんも点滴中にお話して少しすっきりする方もいるんですよ。」と心理士を紹介される。心理士から本人へ「今日から治療ですね。少し緊張されていますか？」と尋ねることから面接を開始したところ、初めての治療、聞きなれない薬剤名、さまざまなスタッフから声をかけられること等に「なんだか情報がいっぱい混乱します」と話されたので、心理士からは「混乱するのも当然ですよ、皆さんそうおっしゃいます」とノーマライズをおこなった。すでに情報過多になっている様子が見受けられたので、心理士は挨拶と自己紹介程度で切り上げることとし、「治療にいらしたとき、またこうして顔を見に来てもいいですか？」と心理士から尋ねると、Aさんは「こんな顔でよければ(笑)」と話され、通院治療に併せて継続して会う約束とした。

2回目以降には徐々に、自身の生育歴や人生観、信条、病気に対する現在の率直な思いや自分の人生における病気の意味などについても話題に上がるようになった。またAさんなりに「立つ鳥跡を濁さず」との思いを抱き、自分が亡くなった後に親族に負担をかけないように身辺整理を考えながら治療に通われている。心理士は、化学療法通院に併せ継続してお会いしている状況である。

3. 院内アウトリーチと心理的支援の構造について

(1) 心理カウンセリングの構造について

専門家がカウンセリングを行う場合にはその構造や契約が重要とされているが、それは「構造を決めることによって、クライアントとカウンセラーはともに守られ、質の高い内的作業を効率的に行うことが可能になる」(倉光, 2004)という考えに基づいている。なお構造には、空間的構造(場所や環境)、時間的構造(相談時間や回数など)、社会的構造(社会の中での位置づけや多職種との関連など)が含まれる。

しかし、「がん」に関する分野へ心理士が参加することの特異性として、藤土・西巻(2010)は、①臨機応変対応(時間的・場所的契約が結び難い状況にあり、臨機応変の対応が必要な場合が多い)や、②短時間面接・不随意面接(一度に長時間の面接はでき難い場合も多

く、一回の面接は10分から15分程度の面接を頻回に重ねることで、全体として100分～200分になるという積み重ね方式の面接となること)を挙げている。岸本(2008)はがん患者への心理的支援における治療構造について、特別な配慮が必要な方々(境界例的な心性が前面に出てきたり、統合失調的な脆さがある場合)には通常の心理療法の場合と同じく明確な枠が守りとなることが多いということを付記しつつ、枠組みが大切であることは変わらないが、患者層が異なるので柔軟に対応しても大丈夫なことも多いと述べている。また長谷川ら(2010)も、「病院において心理面接は処置や治療時間以外に面接時間を設定する必要があり、構造化された心理面接を新規に導入するには難しい」と述べつつも、場所や時間は変則的であっても、一貫してクライアントを援助することによりクライアントの精神的な安定や主体的な治療態度・治療意欲を高めることにつながると考察している。

(2) コミュニティ心理学からの示唆

専門家による心理的支援に馴染みがなかったり、心理的支援へのアクセシビリティが低かったりする対象者にとっては、心理士と会うことは緊張や不安を伴う場合もあると推察される。さらに、「相手が望まない援助」であれば、自尊心を傷つけ、良好な人間関係が維持できなくなる場合もあることを意識すべきであり、「支援を意識させない支援活動」が重要である(加賀美, 2007)。それらを踏まえ、心理士による院内アウトリーチ、特に自主来談ではない対象者に対し面接室外で心理士が関わっていくことについて考える上では、コミュニティ心理学の視点が有用であると思われる。

山本(1986)は、コミュニティ心理学では予防に力点をおくこと(問題が起きないように社会的環境づくりや、精神的に不安定になりやすい危険の高い母集団に対する予防プログラムを考えて実行する、問題が起きたら早く援助に結びつけ対処する等)、単に心理的悩みを軽減することよりはむしろ、社会的能力(social competence)を強化することを目指し、成長促進的アプローチ(developmental approach)を重視すること等を挙げている。また、「援助は、それを探し求めている人々に対してだけでなく、もっとも必要としている人々に利用できるものでなければならない」と述べ、「援助は、問題が発生する状況のごく近くにあつてすぐに利用できる時、より効果的である」ことや、「来談者がサービスを求めてくるのを受動的に待っているのではなく、来談者の方へ近づいて行かなくてはならない」ということを指摘している。

では、具体的にどのように対象者へ近づいていけばよいのか。筆者は以前、被災地コミュニティ支援のあり方についてインタビュー調査をおこなったが(高橋, 2015)、訪問支援活動を行う上で重要なこととして、専門性をあえて発揮するというよりは、対象者にとって親しみのある身近な存在に感じてもらえるよう支援者側から敷居を下げて行くことや、相手を「問題のある人」とはみなさずむしろ相手に「教えを請う」という姿勢(ワンダウンの姿勢)で関わること、「一緒に何かを眺める」という構造を取りかかりとした関わりを始め方は、相手にとって侵襲性が低く、互いの関係を築く上で有効であること等が挙げられた。三品(2011)は、日本の包括型地域生活支援プログラム(ACT)チームのスタッフが用いるスキルについて、「家の文化を理解する」スキルを使いつつ、その家が守り育ててきた「家風に溶け込む」スキルを用いてその家になじむこと、「遠慮しながらの訪問」スキルでもって利用者の信頼を得るように努めること、「拒否を解く」スキルで支援関係を確立

し、さらに「応諾を固める」スキルで絆を強くしていくということについてまとめている。

筆者の経験からも、がん患者やその家族に対する院内アウトリーチにおいても、上記のような心理士の姿勢は対象者と関係を構築していく上で有効との実感がある。また、「方言」もジョイニングの重要なツールになる。ジョイニングとは家族療法で用いられる用語で、「家族の持つ言語的・非言語的特徴をセラピストが同様に用いることで、家族システムにスムーズに参加する技法のこと」であり（長谷川・若島，2002）、いわば、対象者の文化・文脈に心理士がチューニングをあわせていく姿勢であるといえる。さらに、「支援する—される」関係が強調されすぎること、かえって患者自身の持っている力を封じ込めてしまわないよう気をつけることも重要だろう。対象者は患者である以前にこれまでの人生の歴史を持った“生活者”であるということを念頭に置き、対象者のリソースにも注目しながら関わっていくことが有効であると思われる。

4. おわりに

本論では、心理士が心理的支援を展開していくための“入り口（導入部分）”に関して、心理士と対象者（患者やその家族）との“出会い方”や心理的支援の構造について検討を行ってきた。対象者の背景や置かれている状況、心理的支援へのアクセシビリティの程度は人それぞれである。したがって、心理士が自分の方法論を相手に押し付けたり、心理士側の枠組みに相手を無理にはめ込もうとしたりせず、まずは対象者にいかに心理士を身近なサポート資源の一つとして感じてもらえるかが重要となる。そのためには、看護師を始めとする多職種との連携は不可欠である。同時に、心理士自身も対象者にとって受け入れやすい方法で関係を築いていくことが必要だろう。ただし、これは心理的支援の構造をないがしろにして良いということではなく、むしろ主体的・意識的に、心理的支援の目的や対象者の特性、対象者が置かれている状況、問題に応じて、適した構造（枠）を柔軟に設定していくことが大切であるといえる。心理的支援の構造について図3にまとめてみたが、実際にはさらに、対象者の心理的支援へのアクセシビリティや被援助志向性の高低といった要素も加味して関わり方を工夫する必要がある。

なお本論は、筆者が勤務する病院の特徴や現状を背景として心理的支援に対するアクセシビリティの低い対象者への関わり方を中心に論じることとなった。しかし心理的支援のあり方については、各病院の特徴や患者層、地域性、院内における心理士の位置づけや求められる役割、それぞれの心理士の臨床スタイル、依拠する理論、オリエンテーションによって異なる部分も大きいと思われるので、今後さらに議論の発展が望まれる。

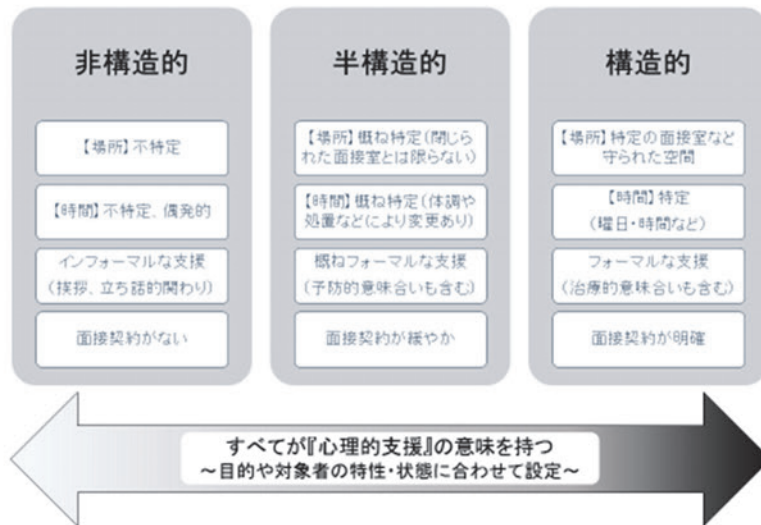


図 3. がん医療における心理的支援の構造

<文献>

- 藤土圭三・西巻美幸 (2010). がん患者と関係者への心のケアのためのホスピスケア・カウンセラーの研修に関する一考察『広島文教女子大学心理臨床研究』1, 36-45.
- 長谷川啓三・若島孔文 (2002). 『事例で学ぶ家族療法・短期療法・物語療法』金子書房
- 長谷川悠子・谷野裕一・池田剛司・早田敦志・田中崇博・中野宜美・高橋裕子 (2010). 「乳がん患者への心理的援助—緩和ケアにおける心理面接の活用—」『和歌山医学』61 (2), 45-48.
- 岩満優美, 平井啓, 大庭章, 塩崎麻里子, 浅井真理子, 尾形明子, 笹原朋代, 岡崎賀美, 木澤義之 (2009). 「緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究 —フォーカスグループインタビューを用いて—」『Palliative Care Research』4 (2), 228-234.
- 加賀美常美代 (2007). コミュニティ心理学の実践的展開: 異文化間問題」日本コミュニティ心理学会 (編)『コミュニティ心理学ハンドブック』東京大学出版会, 769-781.
- 岸本寛史 (2008). 「がんと心理援助」『臨床心理学』8 (6), 779-783.
- 倉光修 (2004). 「3章 カウンセリングの構造」福島脩美・田上不二夫・沢崎達夫・諸富祥彦編『カウンセリングプロセスハンドブック』金子書房, 20-27.
- 三品桂子 (2011). 「ACT のスキル—日本の ACT のスキル分析—」『花園大学社会福祉学部研究紀要』19, 15-36.
- 水野治久・石隈利紀 (1999). 「被援助志向性、被援助行動に関する研究の動向」『教育心理学研究』47, 530-539.
- 中岡千幸・兒玉憲一 (2011). 「大学生の心理カウンセリングに対する援助要請不安尺度と援助要請期待尺度の作成」『心理臨床学研究』29, 486-491.
- 高橋恵子 (2015). 「被災地コミュニティ支援のあり方とは」長谷川啓三・若島孔文編『大震災からのこころの回復—リサーチ・シックスと PTG』新曜社, 126-143.
- 山本和男 (1986). 『コミュニティ心理学 地域臨床の理論と実践』東京大学出版会