

その他の医療領域における心理職の活動

医療における心理士の活動領域は、精神科医療のみならず、さまざまな身体疾患に広がりを見せています。ここでは、がん、終末期医療、難病、慢性疾患、先端医療における心理援助活動について取り上げます。いずれの領域でも、ほかの医療スタッフとの連携が必要であり、精神症状が認められる場合には精神科スタッフとの連携を心がける必要があります。

がん医療における心理的援助

がん患者は年々増加の一途をたどり、現在は日本人の2人に1人ががんに罹患する時代になりました。日本では平成18年（2006年）に制定されたがん対策基本法に基づき、平成29年（2017年）10月にがん対策基本計画（第3期）が策定され、診断時からの緩和ケア、情報提供、相談支援、社会連携の充実などを挙げています。WHO（2002年）によれば「緩和ケアとは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防、対処することで生活の質（QOL）を改善するためのアプローチ」であり、本人と家族が自分らしく過ごせるよう援助する必要性が強調されています。がんと心の関係に焦点を当てた研究・活動を精神腫瘍学（サイコオンコロジー）といいます。心理士は患者に寄り添い、医師・看護師と連携しながら不安や不眠への対応を含めた緩和ケア活動に携わっています。

終末期医療における心理支援

人が死に至る過程では、身体的な苦痛のみならず、精神的、社会的な苦痛も伴うことが多くあります。

厚生労働省は、終末期医療について「人生の最終段階における医療」とし、医療者からの適切な説明の上、患者と医療者が話し合い、患者本人の決定を基本としながら人生の最終段階の医療を進めることを原則としています。心理士には患者本人はもちろん、家族の悲嘆のケア（グリー

キーワード

- 緩和ケア
- 精神腫瘍学（サイコオンコロジー）
- 悲嘆のケア（グリーフケア）
- 慢性疾患
- 臓器移植
- 再生医療
- 透析

その他の医療領域における心理職の活動

フケア)も含めての活動が期待されています。

慢性疾患における心理的援助

高齢化社会を迎え、生活習慣病を抱えながら生活する方が増えています。病気の完治を目指すのではなく、「病気とうまく付き合いながら生活していくこと」を目指すのです。糖尿病など慢性疾患の多くは、食事や生活の配慮が必要であり、患者のストレスが溜まりやすくなります。この分野でも心理士による心理的援助が期待されています。

難病における心理的援助

難病とは、原因が不明であり、治療方法が確立していない希少な疾病であり、長期の療養を必要とするものをいいます。平成26年(2014年)には難病法が定められ、医療費助成などを定めています。社会的制度が整いつつある中で、今後はさらに患者や家族の心理的援助が求められます。患者の疾病受容に寄り添いながら、生活の質を高めるための援助を行うことが望まれています。

先端医療における心理的援助

医療テクノロジーの進歩に伴い、さまざまな疾病を抱える患者さんの生命予後は改善されてきています。しかし、これまでにない技術を用いた治療は患者さんの不安を高めることにもなり、心理的援助の必要性が指摘されています。たとえば、臓器移植(脳死臓器移植、心臓停止後臓器移植、生体臓器移植)、人工臓器(人工心臓、人工肝臓、人工腎臓など)、再生医療(輸血、造血幹細胞移植など)、生殖補助医療(不妊治療、がん生殖医療)、透析(腹膜透析、血液透析)などです。

専門性の高い治療法を理解する過程には多くの困難があることが予想されますし、さまざまな条件を考える必要に迫られる意思決定も、患者にとっては大きな負担です。その過程に寄り添い、ともに歩む心理的援助が求められています。

まとめ

精神科領域以外にも心理職の活動は広がりつつあります。主なものとしては、がん医療、緩和ケア、終末期医療、慢性疾患、難病、先端医療などが挙げられます。

ケース 1 緩和ケア

40代、独身男性、会社員。数年前に大腸癌が見つかり、これまで数年にわたり抗がん剤治療などを受けてきましたが、病状悪化にて一般病棟に入院となりました。单身生活をしていましたが、病状が進行したことで、緩和ケアチームが介入した時点では実家に戻り、仕事は休職中の状態にありました。

緩和ケアチームには疼痛コントロールを目的とした依頼があり、介入開始となった時にはすでに、終末期の病状にあり治療は困難な状態にありました。性格的に我慢強く、疼痛に関しても頓用の痛み止めを使うことを極力控えているようなところがあり、また感情面においても弱音をみせることはなく、常に静かに過ごしている印象がありました。ただ、年齢的に若いこと、深刻な病状を理解しているであろうこと、それに伴う心理的苦痛が大きなものであろうことが推測されました。

緩和ケアチームの介入としては、まずは医師・看護師・薬剤師を中心に身体的苦痛である痛みの緩和を図ることになりますが、同時に心理的苦痛、社会的苦痛、実存的苦痛にも目を向けていくことが求められます。緩和ケアチームの心理士として、単独で訪室する機会をつくるようにし、訪室した際には常に「不安なこと、気がかりなことなどあれば、いつでも話すように」とはたらきかけていきましたが、常に笑顔で、言葉は少なく、「大丈夫です」と静かに繰り返すのみという状況が続いていました。

ある日、心理士が単独で訪室したところ、患者の方から「話したいことがある」と切り出し、これまでの治療に対する疑問、後悔、主治医に対する不信感、ホスピスなどへの転院を望んでいないこと、他施設でさらなる治療を受けたいとの希望が語られ、治療をまだ諦めていないことが明らかになりました。

背景には、これまで取り組んできた治療が奏功しなかったことへの不安感・焦燥感、生きることへの希望をもち続けたいという思いが主治医に十分に伝わっていないのではないかと苛立ちがあり、これまで関わってきた医療者の中で一番身近な主治医に対する不満が心理士に向けられたのであろうことが推測されました。

心理士の対応としては、まずは、ようやく表明することができた患者の気持ちを受けとめるように関り、さらに、主治医に対して自分の意向を伝えるように促しました。次に、緩和ケアチームのメンバーと相談して、治療開始当初から数年にわたる主治医との関係は容易に揺らぐものではないと推測されたため、治療に関わっている医療者間の集団の守秘義務のもとに、主治医に率直に現状を伝えることにしました。

緩和ケアチームからの情報を踏まえて、主治医からは、さらなる治療が困難であることは明らかでしたが、患者が希望を失うことがないように、患者の希望する医療施設への情報提供書を作成するなどの対応がとられました。また、病棟看護師からは、患者が少しでも落ち着いた環境で過ごすことができるようにプライマリーケアナースをつけるなどして、環境調整を図る対応がとられました。医療連携センター（他機関と連携して転院などの調整を行う部署）からは、今後の療養場所に関してホスピスなどの緩和ケア病棟を探すと同時に、在宅療養の準備を進める対応がとられました。

その後、患者が治療を希望した依頼先の病院から、治療の適応ではないとの返事がありました。医療者側が懸念していたような動揺を患者がみせることなく、その結果を静かに受け入れ、身体的に安定を得たところで在宅療養となりました。

本事例でこのような対応をとることができたのは、事前に主治医や病棟と情報共有できていたことが大きかったと考えられます。さまざまな多職種と連携しながら患者に関わる臨床場面において心理士が心がけることは、患者の心情を受け止めていくことだけでなく、患者と主治医、患者と病棟スタッフとのコミュニケーションの調整役として機能することが大切であることを再認識する事例であったと考えられます。