

上越教育大学心理教育相談センター講演会講演録

慢性・身体疾患患者に対する心理支援の拡充

畑 琴音*

*早稲田大学人間科学学術院 畑 琴音

本講演の概要

本講演は、2025 年 1 月 11 日（土）13:30～15:00 に上越教育大学講義棟 201 教室にて開催された。開催形式は対面とオンラインのハイブリッド形式であった。慢性・身体疾患患者が抱えやすい心理的な困りごとやその支援、今後の展開等について講演がなされ、その概要をまとめた講演録を本紀要に掲載することとなった。

開会の挨拶

（上越教育大学大学院学校教育研究科発達支援・心理臨床教育学系 宮下敏恵 教授）

上越教育大学心理教育相談センターでは、大学院生および修了生の学びとしてはもちろん、日頃実習でお世話になっている多くの機関のみなさま、そして地域で活躍されている専門家のみなさまに役立てる内容を紹介することを目的に、講演会を開催させていただきました。

本日は慢性・身体疾患患者に対する心理支援の拡充というテーマで、早稲田大学人間科学学術院で助教を務められている畑琴音先生にご講演いただきます。お忙しい中、そして一面銀世界になった上越まで来ていただきありがとうございます。

講師の畑先生をご紹介します。畑先生は、慶應義塾大学法学部を卒業後、早稲田大学人間科学研究科修士課程、そして博士後期課程に進学され、2022 年に博士（人間科学）を取得されています。また、公認心理師・臨床心理士として東京都のクリニック等に勤務されました。研究テーマは、がんを経験した後の落

ち込みや不安に関する心理的要因の検討です。これまで、国立がん研究センターの特任研究補助員を 4 年間務められ、臨床試験や調査研究の補助を行っていらっしゃいます。がんをはじめとした身体疾患患者が心理的支援を気軽に、そして継続的に受けられる社会を目指して研究・臨床活動を続けていらっしゃいます。本日は貴重なお話を伺える機会です。私もワクワクしております。それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

講演

（畑琴音 講師）

1. はじめに

このような場を設定して頂いた上越教育大学心理教育相談センターの皆さまに感謝申し上げます。また、オンラインで参加して下さっている先生方もご参加いただきありがとうございます。

本日は慢性・身体疾患患者に対する心理支援の拡充というテーマです。今までやってきたことや、私が感じている慢性・身体疾患患者さんへの心理支援の課題についてご紹介できたらと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

2. 本講演のアウトライン

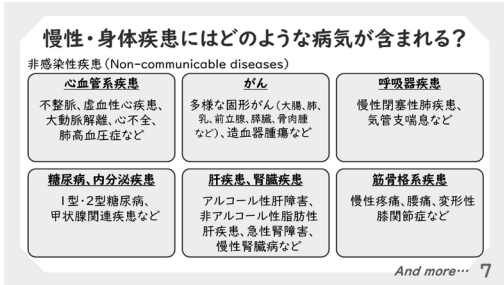
日頃、慢性・身体疾患の方の支援をすることが少ない方もいらっしゃるかもしれないので、慢性・身体疾患に関する概況、社会的現状についてお伝えできればと思っています。次に、彼・彼女らが抱えやすい心の困りごと、心理支援における課題、そして私がメインに検討してきた、がん

経験者さんの心理支援についても簡単に活動を紹介できればと思います。そして、拡大と充実という意味で拡充というタイトルをつけさせて頂いたので、今からできることとしてどんなことがあるのかということも紹介できればと思います。そして、最後に私が慢性・身体疾患の支援の際に気をつけていることや注意していることや心構えをお伝えできればと思っています。

3. 慢性疾患, 身体疾患患者に関する概況

慢性疾患, 身体症状を抱える方を含める意図で慢性・身体疾患というワードを使わせて頂いております。戦前は感染性の疾患が死因等につながるメインの疾患でしたが、医療の発展や生活習慣の変化とともに、現代は非感染性の慢性・身体疾患を中心とした疾病構造に変化してきています。少子高齢化の進行に伴い、これから人口がどんどん減り、高齢の人口が増えていくかなりシビアな現状の中で、私たちは支援を展開していくことになります。その中で慢性・身体疾患を抱える者も増加していくことが予想されます (Figure 1)。

Figure 1
慢性・身体疾患に含まれる疾患の例



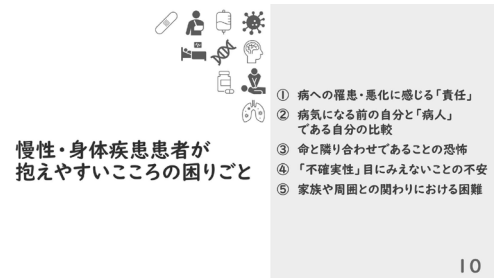
40年後には人口の約40%が後期高齢者になるといわれてきています。さらに、後期高齢者の約8割は2つの疾患異常の慢性疾患を併存するとされています。そのため、1つの疾患だけではなく、複数、慢性・身体疾患を抱えているかもしれません。さらに医療費は増え、そこで国は医療

費の削減に走ります。人口の減少等を背景に医療従事者も減っていきます。こういう未来でこの先10年、20年、臨床を続けていくイメージを持たなければいけないと思っております。私たちの目の前に来る患者さんは、心の困りごとを抱えている方かもしれませんが、彼、彼女らも慢性・身体疾患を複数抱えている可能性がありますし、患者さんの家族や周囲の人である可能性も高いと思います。さらに、在宅医療をはじめとした地域での医療支援にも重点が置かれ始めていますので、医療機関以外での継続的な生活支援が必要になる対象者が多い可能性があります。

4. 慢性疾患, 身体疾患患さんが抱えやすい心の困りごと

今回は慢性・身体疾患患者さんが抱えることのある困りごとを5つのテーマにまとめました (Figure 2)。もちろん、これだけではないと思います。今日は現場の先生方も多くご参加いただいているので、話を聞いていて共感する方もいれば、こういう患者さんもいらっしゃるなど、想像が膨らむところでもあると思うので、皆さんが思い描く慢性・身体疾患の患者さんの困り事をたくさん想像しながら聞いていただくと嬉しいです。5つのテーマは、「病への罹患に感じる「責任」」、「病気になる前の自分と「病人」である自分の比較」、「命と隣り合わせであることの恐怖」、「不確実性：目に見えないことの不安」、「家族や周囲との関わりにおける困難」です。

Figure 2
慢性・身体疾患患者の困りごと



病への罹患・悪化に感じる「責任」 食事や運動、喫煙、飲酒といった生活習慣が発症や維持悪化、進行に関わる疾患群として生活習慣病が定義されています。こうした疾患では、どこか自分がやってきた生活習慣のせいで病気になってしまったというイメージをもたれやすいです。生活習慣病は遺伝的な要因が強かったり、環境がもたらす影響もあるので、必ずしも生活習慣だけが要因であるわけではないですが、そういった誤解をされやすいです。こうした困りごとがみられやすい疾患群として、糖尿病、腎臓系の疾患、アルコール性の肝疾患などが挙げられます。

患者さんが話してくださることとして、例えば、「あの時もっと食事に気をつけてれば」というような自分の行動や生活を後悔し、責めてしまうことがあります。さらに口には出さないけど、「周りもそう思っているんだろうな」や、実際に「あれだけタバコを吸っていればね」なんてことを言われたりする方もいらっしゃいます。そのようなことから、周囲との関係にひびや壁が生まれやすい疾患群でもあると思います。

病気になる前の自分と「病人」である自分との比較 運動などの活動を制限される場合がある疾患もあります。例えば、心臓系の疾患を抱えた方が医師から、「激しい運動は控えてくださいね」と言われることがあります。ただ、患者さんとしては「激しい」がどこまでかわからなかったり、

「激しい運動と言われたけど、この運動もちょっとやめとこう」などと、生活の幅を狭める方もいらっしゃいます。さらに、ADLを下げる症状や治療の後遺症・副作用がある疾患においても、「前はこんなにできてたのに今はできない」などと、病気になる前の自分を思い返して、今の自分と比較してしまう困りごとがよく挙げられます。身体の状態としては続けられるはずの活動も、もしものときのための保険としてやめてしまう状況もよく見られると思います。患者さんとしては当然の行動だと思います。自分が良かれと思ってやっていることなので、それが困りごとに直

結するイメージを持たれている方も少ないかもしれません。

命と隣り合わせであることの恐怖 病気が原因で命を落とす危険性があることが現実とそう遠くない場合に生じる困りごとでもあります。死への強い恐怖やイメージなどが挙げられています。

「将来、来年どうなってるんだろう」ということを想像すると、今の生活に集中しづらかったり、あとはニュースなどで命とか死、病気などを連想させるものを過度に避けようとしたりなどの行動や態度が見られます。

不確実性：目に見えないことの不安 慢性・身体疾患の中には再発や症状の悪化／再燃の可能性を実際に抱えている方もいらっしゃいます。こうした場合に「不確実性への耐性」という概念がよく検討されています。「この先どうなっちゃうんだろう」、「自分は今後どういう経過をたどっていくの？」という不確実な状態に自分に対応しきれなのか、その耐性があるかを示す概念です。耐性がある人の方が精神的な健康状態が良いことや治療への取り組みが良いことが示されています。心配していることが実際に起きるリスクがある中で、大丈夫といわれてもなかなか安心できない、常に悪い結果を想定していないと辛くなってしまうということもあるかもしれません。

家族や周囲との関わりにおける困難 周囲の人が疾患のコントロールに協力する必要があるような疾患でよく見られる困りごとです。例えば小児疾患だと、家族の方が代わりに医師の方針を聞いたり、意思決定をしなきゃいけない場合もあります。移植などを必要とする疾患において、ドナーとレシピエントっていう関係性が生まれてしまうと、気兼ねや申し訳なさが生まれたりします。周囲の人が療養や本人との関係性において抱える疲労や罪悪感も大きいです。ご家族や周囲の方としては、「こういうふうに気遣ってあげたい」という気持ちと、本人の「心配された

くないんだ」っていう気持ちがぶつかってしまうこともあります。

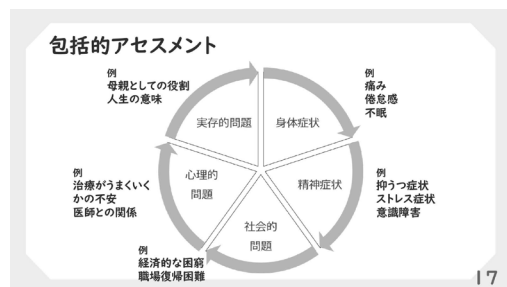
二次障害としての不安や抑うつ気分 紹介させていただいた困りごとが積み重なった結果としての二次障害的な不安やうつ症状もあると報告されています。これは、全ての慢性・身体疾患の方が抱える可能性があります。

5. 包括的アセスメント

このように慢性・身体疾患の方が多くの困りごとを抱えることがわかっています。慢性・身体疾患患者さんのアセスメントをする際に、身体症状、精神症状、社会的問題、心理的問題、実存的問題という5つの側面からその人個人のアセスメントをする、包括的アセスメントという枠組みがあります（Figure 3）。

例えば、身体症状であれば、痛みや倦怠感、眠れているか。精神症状としては落ち込みやストレス、社会的問題としては経済的困窮、経済特性というテーマで研究されることも多いです。職場に復帰できない困難も扱われます。心理的な問題としては、治療がうまくいくかの不安や医師との関係、実存的問題としては母親としてや、父親としてどうしていけばいいのかとか、または人生の意味をアセスメントしたりします。

Figure 3
包括的アセスメント



心理支援をしていると、心理的な問題や精神症状のアセスメントがメインになるかもしれませんが、併存疾患がないか、既往歴としてどんな

ものがあるかというのは、結構気にして見ているところです。そっちの要因を先に取り除いてあげることが、心理支援にとって近道であることもあるので、包括的なアセスメントという枠組みは参考になると思います、紹介しました。

6. 慢性・身体疾患の心理支援における課題

医学的な治療によって、身体にある悪い部分を取り除く、症状を減らすということはできません、一方で、病気を取り除いたとしても、症状や病気を巻き込む人との関係性に起きた日々や生活上の困難というのは、医学的な治療では取り除かれないまま過ごすことが多いと思います。慢性・身体疾患を取り巻く問題も早く取り除けた方が社会に戻るスピードも早まるかもしれないですし、困難を抱えた患者さんが取り残されないようにするということが大事な点です。

しかしながら、慢性・身体疾患の心理支援においては課題も複数あります。高度先進医療と全人的医療の隔たりがあります。高度先進医療と書かせて頂きましたが、例えば、ロボット手術が発展してきていたり、AIによる生態機能評価も発展しています。悪性の部位をより早く、負荷が少ない形で治療をする技術も発展してきています。ですが、医療が発展すればするほど、個人の理解や全般的な生活機能の評価、「この人が病と共に過ごす中でどんな生活になるのか」、「QOLを高めていくには、どうしたらいいか」という視点が欠けることがあります。そういったトータルヘルスとも言いますが、全人的医療も充実していくことが必要です。

ふたつ目の課題は、外来治療への移行に伴い、医療機関および心理支援との物理的距離ができてしまうことです。治療が一段落すると、病院に通う頻度は減っていきます。心理支援は医療機関を中心に発展しています。そのため、病院に通う頻度が減ってしまうと、心理支援との物理的な距離もできてしまうのが現実です。

最後の課題は、慢性・身体疾患患者が精神科や心療内科の受診に感じるハードルです。どうし

てこのようなハードルを感じるのでしょうか。

7. こころの悩み事？病気の悩み事？


例に書いてあるのは心の悩み事でしょうか？病気の悩み事でしょうか？少し想像していただければと思います。(Figure 4 ; Figure 5)

Figure 4

患者さんのこころの悩み事？病気の悩み事？

こころの悩み事？病気の悩み事？

- Aさん(40代女性)は乳がん罹患し、治療後4年が経過している
- 術後のホルモン治療を継続。知りあいに「もうすぐ5年だね。5年超えたら安心だね。」と言われ、病気のことを考えることが増えた。
- 自分は5年を再発なしで越えられるのか、胸がちくりと痛むことがあり、これが再発だったらどうしようと、洗濯物をたたんでいるときや、お風呂で鏡を見るときなど、ふとした瞬間に考える。
- 食欲が減ってきていて、うわの空になる時間が増えた。
- 次の診察は3か月後だけど、早めに受診ができるように、主治医の予約を取った。




22

Figure 5

患者さんのこころの悩み事？病気の悩み事？

こころの悩み事？病気の悩み事？

- Aさんの心配は、過剰なのか？
- みなさんがAさんだったら、「家事が手につかないほど病気のことを考えてしまっていて、食欲の低下や気分の落ち込みもあるから、一度精神科・心療内科を受診してみよう。」と思いますか？
- Aさんの視点に立つと、これらの不安や心配は、あくまで「がん」に関する困りごとであり、心理支援を受ける発想にはなりにくい



23

みなさんがAさんだったら、日々の活動が手につかないほど病気のことを考えてしまっていて、食欲も低下しており、落ち込みもある、これは一度精神科、心療内科を受診する必要があるな、と思うのでしょうか？私だったら思わないです。Aさんの視点に立つと、これらの不安や心配は、あくまでがんに関するものであり、精神的な支援が必要だと思えるかはすごく難しいと思います。だからこそ、病院から離れて行った後の支援は、すごく難しいと思います。

8. 医療の現場が抱える心理支援を行ううえで

の課題

ひとつは、心理職を雇っている身体科の少なさです。雇い手も少ないですが、就職を目指す心理職も少ないです。私は慢性・身体疾患の心理支援は、この世で一番面白いんじゃないかと思っていますが、皆さんはどうでしょう？

ふたつ目は、医療現場におけるマンパワーがあります。私は慢性・身体疾患の方が適切に心理支援を受けられるのであれば、支援の提供者は心理職じゃなくていいと思っています。ただ外来の患者さんのうち約7割の方が、診察時間が10分未満と回答しているデータもあります。短い診察時間の中で、主治医や他の医療従事者の方が心理支援までカバーできるかというと、それも難しい。

このような課題を受けて私が今までやってきたこと、頑張ろうと思っていることは、医療機関から離れた患者さんの心理支援を充実させることです。

9. がん経験者の心理支援

がんの生存率は改善傾向にあります。がんの治療の侵襲性も軽減され、治療も外来治療へ移行しています。こうした背景から、厚生労働省の第三期がん対策推進基本計画では、がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現しようという目標が掲げられています。今は第四期が始まっていて、国の施策が心理支援にも関係していくことがあるので、ぜひアンテナを張ってみてください。

がん経験者さんの心理的苦痛は少なくないとされています。約30%の方において、何らかの心の問題が見られることも報告されていて(Singer et al., 2011)、罹患から5年以上経っても、なお、落ち込みや不安の症状を抱えるとされています。落ち込みや不安は、がん経験者さんの生活の質や生存率に関連するという疫学研究も増えてきています。

次に、がん経験者さんの過ごす日々のイメージについてご紹介したいと思います。私が支援を

続けている方々としては、急性期のがん治療は終えて、少しずつ日常生活が戻ってきている方を想定しています。定期的な経過観察や検査が近づく、病気にまつわるいろいろな不安や心配がゆるゆるとポップアップするような印象です。傍から見ると生活が保てているようにみえても、診断には満たない水準で落ち込みや不安を抱える方も多いです。私はこの比喻をよく使うのですが、「治らないささくれ」をイメージしてもらえると良いです。ささくれが出来たことはありますか？乾燥する季節はよくできて、気分が引っこ抜いたりすると、血が止まらなくなったりします。乾燥している季節はニットとかに引っかかって痛くなったりすることもあるかもしれません。これががん経験者さんの困りごとに少し似てゐると思うことがあります。ニュースなどで芸能人の方ががんを公表したり、病気が悪化して亡くなられたりするのを目にした時に、自分の経験を思い出して、私ってどうなっちゃうんだろう？みたいな困りごとに繋がる場合があります。

一方で、こうしたネガティブな経験や思考、感情はゼロにできるのか？ということを考えてみると、完全には難しいと思います。再発するかもしれないという思考は破局的なものではなく、その想像の通りになる可能性もある、妥当な思考だと思います。再発や病状の悪化を懸念して早めに受診しよう、検査をしようっていう行動も、実際に適切な治療につながり得ることであり、と思っています。ですので、ネガティブな体験は、無くさなくてもいい、抱えたままでもいいと思っています。

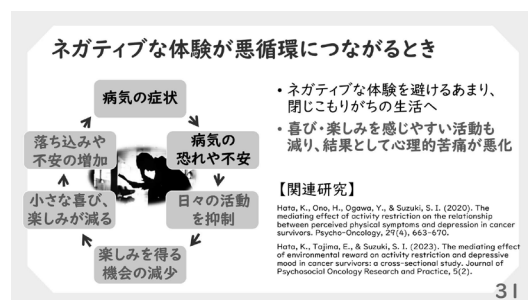
ただ、こうしたネガティブな体験が、その人の生活を蝕み、悪循環につながることがあります。突然ですが、「研究者として、どういうことがご専門なんですか？」と言われたときには「ネガティブながん経験者さんの体験が、生活の悪循環につながるプロセスを検討しています」と答えると思っています。

悪循環の図 (Figure 6) を見ていただくと、病気の症状や後遺症があることで、病気の恐れや

不安が高まる。そして、そうなった時に日々の活動抑制とありますが、「ちょっと痛いから今日は休もうかな」、「安静に過ごそうかな」という発想が生まれやすいです。そうすると、買い物に出いたら「今日も新雪が綺麗だな」なんてことを感じ、桜の季節であれば「ああ、綺麗だなー」ということもあるかもしれません。また、友達と出かければ、最初は億劫だったけれど、「久々に会えてよかったな」なんて思うこともあるかもしれません。そういう機会自体が減少してしまう。そうすると小さな喜びや楽しみが減っていったら、落ち込みや不安が増加するという悪循環をこれまで検討してきました。まとめると、がんに関する不安や心配というものを感ぜたくないというあまりに少し閉じこもりがちになる生活になって、喜びや楽しみも減っていくという悪循環があると思います。

Figure 6

ネガティブな体験が悪循環につながる時



私がこれまで取ってきたアプローチとしては、この病気の症状や病気の恐れや不安はなくならない、そのままにしていければ、日々の活動性は高め、楽しみを得る機会を増やして、小さな喜びや楽しみも増えて、落ち込みや不安が減らないかということを目指したプログラムや支援を続けてきました。

10. がん経験者を対象とした「いきいきプログラム」の臨床試験

上記のメカニズムを踏まえて、「あなたにとつ

て大切なこと、楽しみなことに目を向けたいいききプログラム」というプログラムを開発し、効果検証をしてきました。本日は、臨床試験の概要のみお伝えします。

研究デザインとしては、介入群と待機リスト群を用いたランダム化比較試験です。がん患者支援団体を対象にリクルートを行い、18名の方にご協力いただきました。

プログラムは4週間です。紙の冊子を使い、1週間に1つの袋とじを開けて頂いて、ご自身でテキストを読んでワークに取り組んでいただく、そして週に一度面談をするという計画になっています。

結果の概要としては、実際に介入した群においてうつ症状の改善が見られ、3ヶ月後のフォローアップまでうつへの効果が維持される傾向が示されました。この試験をパイロット試験としてこの後も試験続けていきたいと思っています。

臨床試験を続けていくことで、支援の担い手が少ないことや、治療が一段落して医療機関から離れたところで病気に向き合うがん経験者さんを支える仕組みのひとつの仕組みになったらいいなと思い研究を続けています。興味がある方がいらっしゃいましたら、私の方までお気軽にご連絡ください。

講演会の様子①

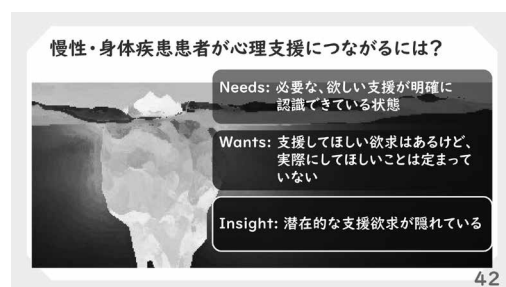


11. これからできること、拡充に向けて
心理療法の診療報酬化も少しずつ進んできて

いて、身体疾患に関連があるものと、小児特定疾患カウンセリング料は実施者として公認心理師の記載があり、算定要件、施設要件に公認心理師の記載がある項目も増えてきました。がん患者指導管理料も導入されたことから、がん専門病院でのカウンセリングなどが保険診療の中で展開できる可能性もあります。こういった項目が増えていくと、病院での心理職のニーズも高まっていくのではないかと期待しています。

Figure 7

慢性・身体疾患患者が心理支援につながるには？



慢性・身体疾患患者が心理支援につながるうえでの課題を図 (Figure 7) に示してみました。これは氷山の一角のイラストです。ビジネス用語で Needs, Wants, Insight という言葉があります。ビジネスでの広報戦略を立てる時に使うワードです。氷山の一角になっている Needs がある状態は、慢性・身体疾患の人が必要だと思う、欲しい支援が明確に認識できている状態です。

一方で、現状でいうと、Insight のような、その人の潜在的な支援欲求はあるかもしれません。例えば、助けてほしいとか、こういう時どうしたらいいの？という気持ちはあるけれど、それが隠れている状態があると思います。Insight を Needs に近づけていかないと、なかなか心理的アプローチが難しい。ですので、まずは潜在的な支援欲求を見つけて、Wants=支援をしてほしい欲求はあるが、どういうことをしてほしいのかは定まってないそして、実際に Needs がある状態に移行していく手続きのようなものが、拡充にお

いては大事だと考えています。

その支援欲求に気づく（Insight を高める）ための取り組みを大きく 3 つ挙げてみました。ひとつは定期的な心理状態のスクリーニングです。接している患者さんが、実際にどういう心理状態かを、まずは知ることが大事だと思います。私が研修や研究補助員をしていた国立がん研究センターでは、つらさと支障の寒暖計というスクリーナーをよく用いていました。「つらさを 0 度から 10 度で表すとしたら、今どのぐらいですか？」と聞いたときに、10 が最高につらい、0 はつらさがなかったとした時、7～8 くらいと回答された場合、「ちょっと心理士さんに会ってみますか？」などのフローを作ることができると思います。

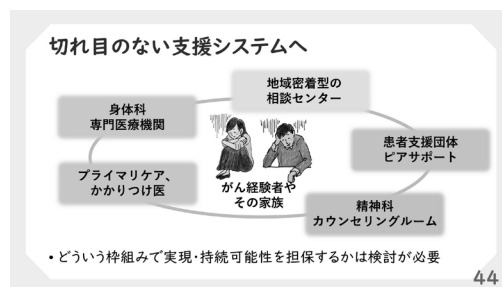
次に、病気を告知するときや、通常診察時から心理職じゃなくても、誰か心理支援者が同席することも考えられます。「そんなこと、必要とされてないよね」と言われることがあるかもしれませんが、氷山の一角の話を思い出してください（Figure 7）。「今は必要とされる段階にないんです。今は Insight を高めることが大事なんです！」と言っていただきたいです。接してみた結果、Needs がなければ、それでいいんです。ただ、私はここにいるよっていうことを示すことも、とても大事な一歩だと思っています。

これまでたくさんの患者さんに出会う機会がありましたが、絶対にする質問があります。それは、「今まで病院で心理士さんに会ったことありますか？」という質問です。その質問に対して、「いました」「話せました」って言ってくれた患者さんはいなかったです。実際に支援へのアクセスには、結構距離がある、そういうイメージを持っていたいただければと思います。

最後に、切れ目のない支援システムが大事だと思います（Figure 8）。病院から卒業したら終わりではなく、身体科や専門医療機関、プライマリケア、かかりつけ医、精神科、カウンセリングルーム、患者支援団体や地域密着型の相談センター等の施設・機関が協力しあい、身体の病気になった後も継続的な支援をどう実現していく

のかを電車に乗りながら、お風呂に入りながら、日々考えるようにしています。

Figure 8
切れ目のない支援システム



12. 慢性・身体疾患の支援の際に気を付けているポイント

最後に慢性・身体疾患の支援の際に気をつけているポイント、心得的なものを若輩者ながらまとめさせて頂いたので、持ち帰っていただければと思います。

病のラベルを貼らない これは今まで話してきたことと矛盾するのではないかと思う方もいらっしゃるかもしれませんが。こういう病気の時はこのように困りごとがありますよという話し方をしてきましたが、それはあくまで併存率の高さであり、〇〇病だからこういう人だという理解は避けています。「病が人を作るのではない」という言葉を使いました。「役が俳優を作る」という言葉もありますよね。よく患者さんと話していると、「私はこれから先ずっと患者なんだ」とおっしゃる方もいます。ただ、病がその人自身なのではなくて、人生において誰もが通過する病に今たまたま触れている、ということ、直接は言いませんが、そういうイメージを持って接しています。病気と健康は両立し得るものだと考えています。どんな病気の人でも健康的な側面はあります。そういう健康的な側面を応援することが何より大事だと思っています。あくまでその人個人

を支援しているのであって、その人がその人の病と共に歩いていくことを考えた時に、どういう支援が大事かという視点を大事にしています。

講演会の様子②



想像はたくさんするけれど、わかることはない

このことを実感し始めたのが、修士の頃でした。慢性・身体疾患を抱える方に研究のお願いをする際に、「畑さんは健康だから、私たちのことはわからない」と言われたことが何回もあります。その時にすごくもどかしいというか、がんの心理学の専門家だと言っているのかなと、そんな自信を失う瞬間がありました。でも、ある患者さんに「患者ってわがままなんだよ」と言われたんです。「何を言われても傷ついたと思うし、何をされても、もっとこうしてほしかったと思う。だから、畑さんが思うことを伝えていっても伝えなくてもそんな変わらないから、勇気を持って入っていったらいいよ。」と言って頂いて、そこからマインドセットをしました。つらいだろうな、しんどいだろうなとか、絶望してるんじゃないかな、と想像することはいっぱいあります。でも、病気体験はその人にしかわからないものだなという前提を持っています。少しでもわかることに近づくためには、その人から教えてもらえないと感じています。例えば、ステージが重い病気の方にあった時に、「つらかったですよね」「とてもしんどいですよね」と声をかけることがあるかもしれませんが、私はそういった言葉をかけないようにしています。「私だったらしんどいな、どうしようと思っちゃう、と思ったんですけど、

どうですか?」とか、「今感じられていることって、この先の治療どうしようということなのか、この先の人生どうしようということなのか?どんな感じですか?」と聞いていくと、「いや、そうではない」と訂正してくれることもあるし、「あ、そうです」と言ってくれることもあります。

重い病気になればなるほど、「こういうことを聞いたら傷ついてしまうんじゃないか」と思われるかもしれません。でも、それは聞いていかないとわからないことなので、真摯な態度で教えてもらおうということを大事にしています。

病前に戻るのではなく、新しい生活を作る視点

身体疾患の方が抱える困りごととして病前の自分と比較してしまうことを挙げていたと思います。「病気にならなかったら」と思うことがあるかもしれません。それは当然の感覚だと思っています。ただ、どうしたら元に戻れるのかということを追いかけても、なかなか出口は見つからないことが多いです。そのため、その人の今の自分にとっての最善や落とし所を見つけるようにしています。そう伝えると、「やっぱり諦めないダメですよ?」とか「妥協が大事ですよ?」と言われることもあるかもしれませんが、全然違うことです。この最善や落とし所を見つけるというのは、例えば、上越はラーメンが美味しいですよ。私は横浜の家系ラーメンが好きだったんです。昔はラーメンとご飯をセットで食べることができたのに、今はもうラーメンしか食べることができなくなりました。それは老いから来る変化だと思うのですが、このエピソードと少し似ています。私はご飯を諦めたり、ご飯を妥協してるわけではなくて、本当にご飯を食べることができない、食べたくないというか、そういう欲求なんです。自分は変わってしまったかもしれないけれど、その中でこういうことはできる、別にラーメンを単体で食べても美味しいという経験はできると、ラーメンは例に挙げませんが、考えたりしています。

昨日、上越に来て、雪がたくさん積もってい

て、その時に思いついたメタファーです。頑張って駐車場から大学に入る足跡を探して歩いていったんです。でも、新しく自分で足跡をつけていった方が歩きやすいなと思ったんですよね。自分が歩いてきた軌跡もとても大事だけれど、新しい足跡をつけていくことを一緒に考えていくことが大事だと考えています。

13. まとめ：Take Home Message

皆さんに持ち帰って頂きたいことは、慢性・身体疾患の支援は、まだまだこれからだということです。みなさんと作っていききたいですし、作っていくものだとも思っています。まずは、慢性・身体疾患の症状や治療経過によって抱えやすい困りごとをちゃんと知ること、包括的アセスメントの重要性を知ること、みなさんの目の前にいる患者さんの潜在的な欲求（Insight）に気づいて支援に繋げる工夫や仕組み作りを一緒に考えていきましょう、ということをお伝えしたいです。

また、今回は現場で働いている先生方に参加して頂きました。私は研究者として活動してきましたのですが、みなさんの中には慢性・身体疾患の患者さんに毎日接している方も多いかもかもしれません。そこから始まる臨床上の疑問の方が、むしろ真実に近いと思うことがあります。今日の私の話を聞いて、「たしかにそういうことある」、あるいは「違うんじゃないか」と思われた方もいるかもしれませんが、そういうことを、ぜひ知見として言語化していく作業も一緒にやっていくといいなと思っています。

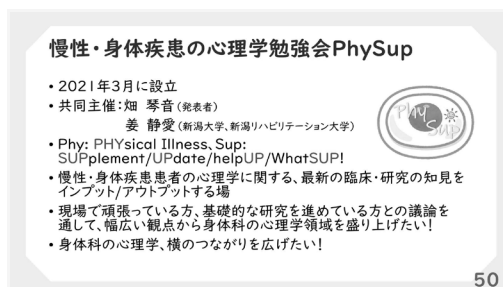
最後に広報にはなりますが、私は2022年の3月からPhySup（ふいさつぶ）という慢性・身体疾患の心理学勉強会をやっております（Figure 9）。月に1回、慢性・身体疾患の心理学に関する知見をインプット、アウトプットする場を設けています。今日もPhySupのメンバーが応援に来てくれました。もし今日のお話を聞いて参加してみたいという方がいらっしゃいましたら、お声掛けいただければと思います。

私からは以上になります。今日はありがとうございました。

ございました。

Figure 9

慢性・身体疾患の心理学勉強会 PhySup（ふいさつぶ）



閉会の挨拶

（上越教育大学大学院学校教育研究科発達支援・心理臨床教育学系 飯塚有紀 准教授）

みなさん、本日はお忙しい中、また雪の多く残る中、上越教育大学心理教育相談センターの講演会にご参加頂きましてありがとうございます。本日は畑先生をお招きして、慢性・身体疾患患者に対する心理支援の拡充と題して、講演会を開催してまいりました。

日々、心理臨床の現場でご活躍されている参加者の皆様におかれましては、大変興味深い内容ではなかったかと思いますし、私自身も本日の畑先生の講演で初めて触れる内容もありました。また、以前、周産期医療に携わっていたこともあったので、その当時の身体科の雰囲気を出して、大変関心を持ってお話を伺いました。畑先生、貴重なご講演、大変ありがとうございます。

最後に、みなさまのそれぞれの職場などでのますますのご活躍をお祈りしまして閉会のご挨拶とさせていただきます。本日は本当にありがとうございました。

（文責：大宮宗一郎，原真太郎）