

せいしん か  
**精神科** せんもん い  
専門医にきく最新の臨床 さいしん りんしょう  
©

発行 2005年11月10日 初版1刷

編集者 ほさか たかし  
保坂 隆

発行者 株式会社 中外医学社

代表取締役 青木 滋

〒162-0805 東京都新宿区矢来町62

電話 (03)3268-2701 (代)

振替口座 00190-1-98814 番

印刷/新富印刷(株) < TO・SH >

製本/田中製本印刷(株) Printed in Japan

**JCLIS** <(株)日本著作出版権管理システム委託出版物>

# 緩和医療学

別刷

---

発行：株式会社 先端医学社  
〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-17-8 浜町花長ビル

# がん患者に対するスピリチュアルケア



野口 海\* 赤澤輝和\* 松島英介\*



緩和医療学分野において、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアリティを重視する傾向がある。ここでは、「スピリチュアリティ」の概念をまとめ、どのような「スピリチュアルケア」が可能であるか先行研究を概括しながら、私見も含め述べていく。

## はじめに

近年、緩和医療学分野を中心に「スピリチュアリティ」の重要性が指摘されている。

その内容の広範さから、定義や概念化も含め議論が活発になされているが、終末期がん患者を対象とした「スピリチュアルケア」の必要性については意見の一致があるものと思われる。

本稿では、「スピリチュアリティ」についての概念などについて鳥瞰し、がん患者に対してどのような「スピリチュアルケア」が可能であるか、先行研究を概括しながらその方向性について私見も交えて述べていきたい。

## KEY WORDS

がん患者  
スピリチュアリティ  
スピリチュアルケア

## 1. スピリチュアリティとスピリチュアルペイン

がん患者は、がんという疾患を罹患することで、身体的・機能的・精神的に大きなダメージを蒙ると同時に、「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」、「なんで自分がこんな病気になったのか」、「自分の一生は何だったのか」、「自分の人生にどんな目的があったのか」、「病気を患った状態で生きている意味はあるのか」など、人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ、自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむ<sup>1)</sup>。

世界保健機関 (WHO)<sup>2)</sup> は、「Spiritualとは人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を含包した人間の“生”の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。とくに人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人びととの和解、価値の確認などに関連して

\* NOGUCHI Wataru, AKAZAWA Terukazu, MATSUSHIMA Eisuke/東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野

いることが多い」と定義している。精神医学領域においても、DSM-IV TR<sup>3)</sup>でスピリチュアリティを含む診断カテゴリーとして「Religious or Spiritual Problem (宗教または神の問題)」(臨床的関与の対象となることのある状態)が明記されている。

Post-Whiteら<sup>4)</sup>は、スピリチュアリティを「自己・他者・より大いなる存在への関係性のなかで、人生の意味や実存的な目的を探求するものである」と定義し、窪寺<sup>5)6)</sup>は、「人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である」と定義している。

神谷<sup>7)</sup>は、日本人が心の問題を抱えたときに生きることの価値や意味について考えることを「生きがい」という、としている。「生きがい」には、その源泉・対象となるものを指すときと、生きがいを感じている精神状態を意味するときの2つがあるという。この「生きがい感」は、普段は意識にもよらないが、自分の存在意義を問うようなときに認識上の問題となり、加えて生きる喜び、驚きのような感情面も内包している。「生きがい感」の主要な要素として「生存充実感」をあげ、「さまざまな感情の起伏や体験の変化を含んでこそ生の充実感はある。ただ呼吸しているだけではなく、生の内容が豊かに充実しているという感じ、これが生きがい感の重要な一面」とし、「本当に生きている、という感じをもつためには、生の流れはあまりになめらかであるよりは、そこに多少の抵抗感が必要である。したがって、生きるのに努力を要する時間、生きるのが苦しい時間のほうがかえって生存充実感を強める事が少なくない」と指摘している。神谷は日本語独特の表現である「生きがい」「生きがい感」という言葉を使いながら、日本人がもつ「スピリチュアリティ」概念を端的に表現しているように思われる。

このように、スピリチュアリティには、「人生の意味や目的の喪失」、「依存に伴う自己価値観の低下や無価値感」、「自己や人生に対するコントロール感の喪失」、「運命に対する不合理や不公平感」、「自己や人生に対するコントロール感の喪失」といった広範な苦悩が含まれ、構成概念が深遠で複雑であることがうかがえる。しかし、そのキーワードとして「関連性の喪失」と「意味・目的の喪失」、「希望の喪失」があげられるように思われる。自己存在の消滅(他者との関連性の消滅)に伴う漠然とした不安・恐怖が基盤となり、自己統合感・統一感の喪失(自己との関連性の喪失)による「生きる意味・目的の喪失」と「希望の喪失」がスピリチュアルペインということができよう<sup>8)~11)</sup>。

とりわけ、緩和医療学領域においては、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアルペインを重視する傾向がある<sup>12)~14)</sup>。そして、少なくとも約半数の終末期がん患者が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが示唆されている<sup>15)~17)</sup>。近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、「スピリチュアリティ」「スピリチュアルペイン」は必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつある<sup>18)~20)</sup>。また、Kissaneら<sup>21)</sup>は、終末期患者の意味・目的のなさを中心とした精神的苦悩を demoralization syndrome と概念化することで、抑うつ状態と区別することを強調しており、わが国の報告<sup>22)</sup>でも「スピリチュアルペイン」は「抑うつ」などの精神症状とは区別され、別概念としてとらえられる方向にある。

## 2. スピリチュアリティの概念化の試み

森田ら<sup>23)24)</sup>は、緩和ケア病棟入院時に患者が表

出した精神的苦悩の概念化を試みている。そのなかで、がん患者の精神的苦悩を、関係性に由来する苦悩（寂しさ、家族の準備、人間関係における葛藤）、負担、同一性の喪失（役割、楽しみ、自分らしさの喪失）、重要なことが未完成であること、心の準備、死の不安、および、希望のなさに概念化している。また、「これらの精神的苦悩は欧米における研究と一貫しており、文化差を越えて人間が体験する根源的な苦悩であると考えられる」としている。また、今村ら<sup>25)</sup>は、詳細な欧米論文のレビューから、スピリチュアリティの構造を「統合のレベル」と「探求の方向性」の2方向を指し示しながら、わかりやすく呈示している。さらに、筆者ら<sup>26)</sup>は、がん患者に対して複数の心理検査を用いたデータから、スピリチュアリティを2主成分に分類し、「生きる意味や信念」などのコアとなる概念とともに、患者の陰性感情（ネガティブ思考）を同時にケアの対象とする必要があることを指摘している。

概念化の取り組みは、複雑な構造を明快に示すことができる反面で、多様性に富むスピリチュアリティの問題を一般化・矮小化してしまう可能性もあり、きわめて困難な作業になっている一面もうかがえる。

### 3. 臨床現場におけるスピリチュアルペインの表出・評価

患者のスピリチュアルペインはさまざまな形で表出される。その形態については、Moritaら<sup>17)</sup>が、「迷惑をかけている、別離の辛さ、耐えがたい孤独感、無価値感、絶望感、他者への依存」など臨床上であらわされるスピリチュアルペインについて報告している。

患者は、抱いたスピリチュアルペインをすべての医療者に対して表出するわけではなく、自分の信頼できる、あるいは価値観のあった看護師・医療者に表出するケースが多いようである。その一方で、言語化されないスピリチュアルペインも存在

することをつねに意識しておく必要がある。家族に心配をかけさせまいとの思いから、不安や焦燥感を口に出してはいけないと自己規制をしている患者も多い。

スピリチュアルペインに対しては、傾聴・支持的な精神療法で対処していくことが基本となる。注意すべき点は、「答えがない」問題であるので、医療者が一人で問題を抱えるとバーンアウトする危険性があることである。患者から表出されたスピリチュアルペインは、可能なかぎり各職種（緩和ケア医、精神科医、看護師、薬剤師、ケースワーカー、宗教家、ボランティアなど）よりなるチームで問題を共有しながら、一人ひとりの症例への対応を検討し、ケアの方向性を考慮していくべきである<sup>11)</sup>。その際、スピリチュアルペインの評価をどのようにおこなっていくかが問題となる。窪寺<sup>27)</sup>は、日本人のスピリチュアルペインのアセスメントに重要な要素として、①病気の受け止め方（罪、自業自得などと受け取っていないかどうか）、②苦痛、苦難への態度、③宗教観、④神観、仏観、⑤死生観、⑥自然観、宇宙観、⑦家族、両親、兄弟姉妹への思い、⑧医療者、看護者との関係、⑨自己反省、内省化、⑩自己肯定か否定か、といった10項目を指摘している。また、村田ら<sup>28)~31)</sup>は、スピリチュアルアセスメントシートを開発し臨床現場でも使用されている。

欧米では、スピリチュアルペインを測定する評価尺度がいくつか存在するが、宗教観との関連性が強い尺度もあり、なかなか日本人の思考に沿った形態のものは少ないのが現状である。そのなかでも宗教的要素が皆無に等しく、信頼性・妥当性が確立されたスピリチュアリティ評価尺度であるFACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual) 日本語版 (12項目)の利用は、日本人がん患者を対象としたスクリーニング検査として、また問題をチームで共有するための客観的な指標として有効である<sup>32)33)</sup>。また、海外調査との比較検討もできる点では、日本人の

スピリチュアリティ概念の明確化にも有効であろう。

#### 4. スピリチュアルケアの可能性(全体論)

終末期におけるスピリチュアルペインへの対応として、自律性・自己価値観の維持・苦痛の意味を見出す援助などを基盤とした精神療法的アプローチ、すなわちスピリチュアルケアの可能性が指摘されている。具体的には、傾聴・支持的な精神療法、ライフレビューなどの有効性が報告されている。村田<sup>34)35)</sup>は、スピリチュアルペインを「時間存在」・「関係存在」・「自律存在」の3次元から識別し、その相関を明らかにすることで、患者の複合したスピリチュアルペインを和らげるケアの指針を得ることができると指摘し、具体的な対処方法についてわかりやすく説明している<sup>36)</sup>。恒藤<sup>37)</sup>は、スピリチュアルケアの要点として、①患者をあるがままに受容する、②患者の言葉に傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取る、③患者に共感的態度で誠実に接する、④患者が人生観や人間観、死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気をつくる、⑤患者自身が気がついていないスピリチュアルニーズを言語化し、意識化させる、⑥瞑想や祈り、リラクゼーションのための静かな時間を提供する、⑦自然と触れ合う機会を提供する、⑧音楽や絵画などのさまざまな芸術に触れる機会を提供する、⑨患者が宗教行為や儀式に参加できるように配慮したり、必要であれば適切な宗教家を紹介する、⑩ライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目に値する経験を見出せるように支援する、と総括している。窪寺<sup>56)</sup>は、「生命を支えるものは必ずしも合理的なものばかりではなく、主観的なもの、他人からみたら無価値に思えるものであるが、それがあれば生きられると思えるものである。それを見つけ出すことがスピリチュアルケアである」と述べている。また、スピリチュアルケアを受ける側には、①慰め、②生きる意欲、③生きる意味・目的、④将来の希望、⑤罪責感・悔いなどからの解放を与

え、スピリチュアルケアを提供する側には、①深い自己洞察、②自己の解放、③信じることの重要性、④人間の深みの世界に触れる喜び、⑤時間の有限性、⑥生の広がりへの認識、を与えると指摘し、スピリチュアルケアとは一方向性のもではなく、患者と提供者の相互の人間性発達に重要な影響を与えることを示唆している。

われわれが臨床経験から重要と感じるのは、スピリチュアルペインを抱く終末期患者の「随伴者」として、患者のベッドサイドに腰を下ろし、簡単には答えが出ない複雑な問題であっても「逃げずに」・「最期まで」そこに留まるとの思いで患者と接すること、そのことだけでも患者にとってはかけがえのないスピリチュアルケアにつながるという視点である。そのためには治療者自身が、自分の問題としてスピリチュアリティ（人生の意味や価値）を十分に考えておくことが重要である<sup>11)</sup>。患者は、治療者の価値観・人生観を敏感に察し、自らのスピリチュアルペインを表現するかどうかを判断しているからである。また、スピリチュアルケアの提供者にとっても、患者との接点をもつことは非常に貴重で重要な体験であり、こちらも多大なものを患者から与えられているという点を忘れないようにすべきである。

#### 5. スピリチュアルケアの可能性(各論)

ここでは、より具体的なスピリチュアルケアについての方法論や指針を考えていきたい。

森田<sup>24)</sup>は、欧米でおこなわれている実存的苦痛に対するケアに関する系統的レビューをおこない、どのような苦痛に対してもおこなうべき特定の状況にかぎらない「基盤的なケア」(①患者との関係を確立すること、②現実を受け入れることを援助すること、③感情を受け入れることを援助すること、④ソーシャルサポートを強化すること、⑤くつろげる環境や方法を提案すること、⑥症状緩和をおこなうこと、⑦医療チームをコーディネートすること)と、「特定の霊的・実存的苦痛

に対するケア」(①意味・目的・希望のなさ, ②自己価値観の低下, 自己同一性の喪失, ③コントロール感の喪失・不確実性, ④罪悪感・後悔・和解・許しの欲求, ⑤孤独, ⑥死・死後に関する恐れ, ⑦怒り・不公平感・不合理感, ⑧超越的なものとの関係に対するケア)とに分類している。

欧米においても, 各種のスピリチュアルケアの具体的な方法論や指針が取りざたされている<sup>38)~40)</sup>。Chochinov<sup>39)</sup>は, Dignity-conserving care (患者の尊厳を維持するケア)という概念を呈示し, 「存在・支持・傾聴」, 「患者が最も価値を感じることを理解, 尊重, 促進する」, 「やり終えていないことができるように支援」, 「リラクゼーション」などの指針を重要点として掲げている。Kissaneら<sup>40)</sup>は, demoralization syndromeという概念を示し, その治療として「意味や希望に対する態度の評価」や「新しい価値の探索」, 「希望を支援しながら悲嘆を支持する」などといった指針を呈示している。Breitbartらのグループ<sup>38)</sup>は, meaning-centered psychotherapyとして, フランクルのロゴセラピーを応用し, 患者の「生きる意味」に焦点をあてた集団精神療法の方法論を呈示している。

私見ではあるが, 海外でなされているスピリチュアルケアの議論や方法論は, 表現は異なるが底流に「共通する思考」が存在しており, 患者の内面に潜んでいる「生きる意味や価値」をどのように模索し, 患者の内面にある「希望」をどのように患者から紡ぎ出していくのか, という視点がスピリチュアルケアの1つの方向性として存在しているように思われる。

それでは, より具体的にはどのような方法論が示されているのであろうか。つぎの項で1つの方法論を紹介していきたい。

## 6. フランクルのロゴセラピーを応用したスピリチュアルケアの可能性

ここでは, 終末期患者に対してフランクルの実

存分析(ロゴセラピー)を応用したスピリチュアルケアの可能性について述べていく<sup>38)41)42)</sup>。フランクルは, 極限状態のなかでもなお, 人間はその状況に向き合うことができ, 決して自立性を失わないで人生を生き抜いていける可能性を秘めていることをアウシュビッツの体験をふまえて学んだ。「絶望的な状況が, 人の尊厳や意味を損ねるわけではない。人は単に苦悩によって滅ぼされるのではなく, 意味のない苦悩によって滅ぼされるのである」と指摘し, 人間が生きていく価値は, ①労働や活動を通して価値あるものを創造していく「創造価値」, ②何かを体験したりすぐれた芸術作品や自然現象に触れ, 自分自身を豊かにする「体験価値」, ③自分の置かれている困難な状況に, 避けられず逃げられないという事実があっても, その事実に対してどのような態度をとるかということによって他者に影響を与えることができる「態度価値」, の3つから構成されることを示している。フランクルの人間観は, 人間は自由意志にもとづいた責任ある決断をおこない, 人生の意味や価値を追求する「意味への意志」をもっているというものである。その考え方を終末期患者にも適用し, 「態度価値」の部分に焦点をあてながら, 患者の自律性・自己実現感を刺激する方法の可能性を示唆している。終末期がん患者は, まさに残された人生を「いかに生きていくのか」, 自ら選択し決断しながら一日一日を生きつづけなくてはならない。「人生に意味を見出す」ということは容易なことではないが, 人間が脅威に直面したときこそ, その意味を見出すことができる機会が与えられていると考えることもできる。このことは, 前述した神谷の考え方<sup>7)</sup>にもみて取れる。

フランクルは上記のような「意味の探求」のために, ロゴセラピーを推奨し, そのなかで親しい人と「ライフレビュー」をおこなうことが有効であることを示している。患者の思い出や価値観, 人生観などを引き出しながら, 共感し支持的に傾聴していく。スピリチュアルペインを抱えている

患者に対して、患者の関心を現在から人生に十分な意味と価値を与えてくれるような過去のできごとに向けさせることで、生きてきた過程の再確認作業をおこなったり、重要な体験を見出したりすることになる。過去の人生において失敗したことや成功したことを含めて、患者は思い出を語り、その意味づけを自分自身で吟味していく。人生の節目となったできごとや、思い出深いことがらを想起させ、「人生は楽しいことも多かった」、「いろいろなことがあったが、満足できる人生だった」などと肯定的に意味づけたり、自ら築きあげてきた家族内での自分の役割や関係性を確認することを促すことができる。過去の偉業や経験を思い出すことは、人生で成し遂げたことに対する誇りを確認することになり、自尊心を維持させることにつながる<sup>36)37)</sup>。人生や存在の意味を見出そうとするライフレビューは、終末期がん患者の自己存在感を再認識し、その人らしい人生や存在の意味を見出すことを援助できる効果的なアプローチであると思われる。

筆者らのグループ<sup>26)</sup>では、FACIT-Sp 質問紙とフランクルの概念にもとづいて作成されたPIL (purpose in life) テストの強い親和性について報告し、フランクルのロゴセラピーを用いたスピリチュアルケアの可能性について呈示している。患者の視点を「現在」から「過去」に導くことで患者の肯定的な人生の意味づけを促進させ、患者の「将来」に対する不安に対して、家族・友人・記憶・功績など患者の死後も残存する「何か」に焦点をあてていくことで、患者に「継続性」をイメージさせ「希望」をつないでいく、という方法論が模索されている。その患者の「継続性」と「希望」は、残された遺族にとってもかけがえのないスピリチュアルケアとなり、生きる指針となりうるものと思われる。

## おわりに

以上述べてきたように、スピリチュアルケアに

関する議論はまだ取りざたされたばかりである。深遠で複雑な問題であり、1つの方法論を呈示しただけで解決できるような単純な問題ではない。今後、多職種からのさまざまな意見の交換や活発な議論がおこなわれていくことで、少しでも真実に近づいていければと思われる。

最後の瞬間まで、患者の「存在する意味」を刺激し、患者の内面の「継続する進行形の要素」を患者自らに気づかせ「希望」を賦活する。そのためには、どのようなはたらきかけが有効であり必要であるのか、模索がはじまったところである。

## 文献

- 1) 村田久行：スピリチュアルケアとは何か。ターミナルケア12：324-327, 2002
- 2) World Health Organization : Cancer pain relief and palliative care ; report of WHO expert committee, 1983, p.50
- 3) The American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), 1994
- 4) Post-White J, Ceronsky C, Kreitzer M *et al* : Hope, spirituality, sence of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 23 : 1571-1579, 1996
- 5) 窪寺俊之：スピリチュアルケア。ターミナルケア、柏木哲夫、藤森明子編、医学書院、東京、2000, pp. 157-171
- 6) 窪寺俊之：スピリチュアルケア学序説、三輪書店、東京、2004
- 7) 神谷美恵子：生きがいについて、みすず書房、東京、1980
- 8) Murata H : Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care* 1 : 15-21, 2003
- 9) Morita T, Kawa M, Honke Y *et al* : Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* : 137-140, 2003
- 10) Kawa M, Kayama M, Maeyama E *et al* : Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units : from the viewpoint of



- spirituality. *Support Care Cancer* 11 : 481-490, 2003
- 11) 野口海, 松島英介 : がん患者のスピリチュアリティ (Spirituality). *臨床精神医学* 33 : 567-572, 2004
  - 12) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G *et al* : A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 8 : 417-428, 1999
  - 13) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ *et al* : Measuring Spiritual Well-Being in people with cancer : The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24 : 49-58, 2002
  - 14) Fehring RJ, Miller JF, Shaw C : Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 24 : 663-671, 1997
  - 15) 石川邦嗣 : Spiritual QOL. *緩和医療学* 2 : 44-52, 2000
  - 16) 中恵美子, 三輪尚子, 東美香ほか : 末期癌患者の希望に関する研究—希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点を当てて. *死の臨床* 21 : 76-79, 1998
  - 17) Morita T, Tsunoda J, Inoue S *et al* : An Exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psycho-oncology* 9 : 164-168, 2000
  - 18) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W : Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361 : 1603-1607, 2003
  - 19) Fitchett G, Peterman AH, Cella D : Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
  - 20) Kearney M, Mount B : Spiritual care of the dying patient. In : *Handbook of palliative medicine*, eds by Chochinov H, Breitbart W, Oxford University Press, New York, 2000, pp. 357-373
  - 21) Kissane DW, Clarke DM, Street AF : Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 17 : 12-21, 2001
  - 22) 野口海, 松島英介 : がん患者の Spirituality (スピリチュアルペイン, スピリチュアルケア). *精神科* 3 : 562-565, 2003
  - 23) 森田達也 : がん患者の精神的苦悩. *臨床精神医学* 33 : 559-565, 2004
  - 24) 森田達也, 鄭陽, 井上聡ほか : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア : 系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 80-92, 2001
  - 25) 今村由香, 河正子, 萱間真美ほか : 終末期患者のスピリチュアリティ概念構造の検討. *ターミナルケア* 12 : 425-434, 2002
  - 26) 野口海, 森田智視, 大野達也ほか : がん患者のスピリチュアリティとロゴセラピーの可能性. *総合病院精神医学* 17 (in Press)
  - 27) 窪寺俊之 : スピリチュアルケア入門, 三和書店, 東京, 2000
  - 28) 村田久行 : スピリチュアルケアの実際 (2) スピリチュアルアセスメントとアプローチ. *ターミナルケア* 13 : 149-153, 2003
  - 29) 村田久行 : スピリチュアルケアの実際 (3) スピリチュアルケアのプランニング (指針) と方法. *ターミナルケア* 13 : 209-213, 2003
  - 30) 村田久行, 小澤竹俊 : 終末期がん患者へのスピリチュアルケア援助プロセスの研究. *臨床看護* 30 : 1450-1464, 2004
  - 31) 村田久行 : 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア : アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. *緩和医療学* 5 : 61-69, 2003
  - 32) 野口海, 大野達也, 森田智視ほか : がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討. *総合病院精神医学* 16 : 42-47, 2004
  - 33) Noguchi W, Ohno T, Morita S *et al* : Reliability and validity of the Functional assessment of the Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese Patients with cancer. *Support Care Cancer* 12 : 240-245, 2004
  - 34) 村田久行 : ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から, 川島書店, 東京, 2003, pp. 109-129
  - 35) 村田久行 : スピリチュアルペインの構造とケアの指針. *ターミナルケア* 12 : 351-359, 2002
  - 36) Hanaoka H, Okamura H : Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 73 : 302-311, 2004
  - 37) 恒藤暁 : 霊的苦痛の緩和. *最新緩和医療学*, 最

- 新医学社, 大阪, 1999
- 38) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care. spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 : 272-280, 2002
- 39) Chochinov HM : Dignity-conserving care-a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 287 : 2253-2260, 2002
- 40) Kissane DW, Wein S, Love A *et al* : The demoralization scale : a report of its development and preliminary validation. *J palliat Care* 20 : 269-276, 2004
- 41) Frankl VE : *Aerzliche Seelsorge*, 1952 [フランクル VE (霜山徳爾訳) : 死と愛, みすず書房, 東京, 1961]
- 42) Greenstein M, Breitbart W : Cancer and the experience of meaning : a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychother* 54 : 487-500, 2000

---

# 緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮

赤澤輝和 松島英介

---

「精神科」第6巻第5号 別刷  
2005年5月 発行

---

東京都千代田区神田司町 2-10-8

科学評論社

電話 03(3252)7741(代表)

---

## 緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮\*

赤澤輝和\*\* 松島英介\*\*\*

**Key Words :** terminally ill cancer patients, desire for hastened death, palliative care

## はじめに

緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮をどのように理解し、ケアすればよいのか? 一部の国、地域を除いては緩和ケアのオプションとして安楽死・医師による自殺補助は認められていない。わが国においても、これらの行為は原則的に違法であるが、緩和医療の専門家を対象とした調査では、医師の54%、看護師の53%が積極的安楽死を要請されており、そのうち5%

の医師が積極的安楽死を施行した経験があり、9%の医師は同僚が行うのを確認している。さらに、88%の医師、85%の看護師は積極的安楽死の要請は了解可能だという見解を示した<sup>1)</sup>。

本稿では、終末期がん患者の希死念慮について、緩和ケアにおける出現頻度、危険因子に関する内外の知見を概括し、ケアの指針を提示する。

## 希死念慮の出現頻度

緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮の出現頻度を表1に示す。先行研究から、8.5~18%に顕在化した希死念慮が、1.4~11.6%に安楽死の要請が認められている<sup>2)~11)</sup>。

表1 緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮の出現頻度

研究者	地域	緩和ケアの形態	症例数	評価方法	評価内容と発現頻度
Chochinov, et al(1995) <sup>2)</sup>	カナダ	病棟	200	半構造化面接	希死念慮8.5%
森田ら(1996) <sup>3)</sup>	日本	病棟	143	臨床的観察	希死念慮18% 安楽死の要請1.4%
森田ら(1998) <sup>4)</sup>	日本	病棟	150	臨床的観察	希死念慮17% 安楽死の要請3.3%
Breitbart, et al(2000) <sup>5)</sup>	アメリカ	病棟	92	SATHD* <sup>2)</sup>	希死念慮17%
Wilson, et al(2000) <sup>6)</sup>	カナダ	病棟・CS* <sup>1)</sup>	70	半構造化面接	安楽死の希望11.6%
明智ら(2001) <sup>7)</sup>	日本	外来	150	SCID* <sup>3)</sup>	希死念慮9.3%
Kelly, et al(2002) <sup>8)</sup>	オーストラリア	病棟・在宅	72	WTHD* <sup>4)</sup>	希死念慮14%
Kelly, et al(2003) <sup>9)</sup>	オーストラリア	病棟・在宅・CS* <sup>1)</sup>	256	WTHD* <sup>4)</sup>	希死念慮14%
Akechi, et al(2004) <sup>10)</sup>	日本	外来	140	SCID* <sup>3)</sup>	希死念慮8.6% 安楽死要請への関心5.0%
Akazawa, et al <sup>11)</sup>	日本	病棟	137	SIGH-D* <sup>5)</sup>	希死念慮9.5%

\*<sup>1)</sup>Consultation Service : \*<sup>2)</sup>Schedule of Attitude Toward Hastened Death : \*<sup>3)</sup>Structured Clinical Interview for DSM-III-R : \*<sup>4)</sup>Wish to Hasten Death Scale : \*<sup>5)</sup>Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale.

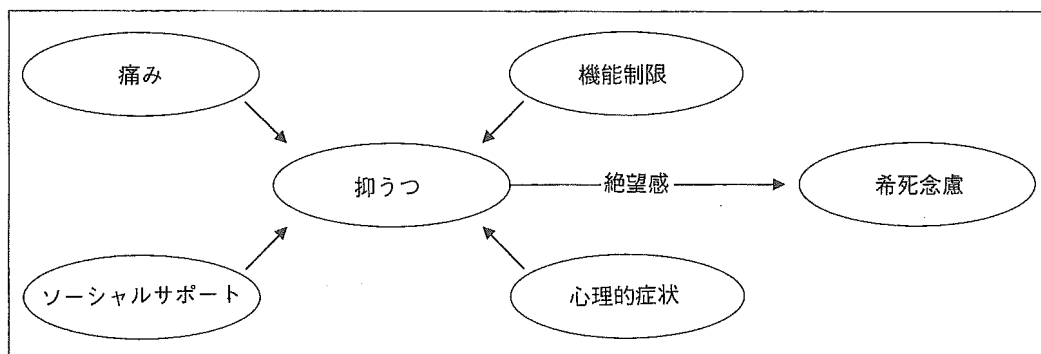
\* Liaison and Palliative Medicine⑩—Desire for hastened death of terminally ill cancer patients in palliative care.

\*\* Terukazu AKAZAWA, M.S.W. : 国立がんセンター東病院医療連携室/患者・家族相談室(☎277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1) ; Department of Social Service/Counseling for Patients and Family, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Chiba 277-8577, Japan.

\*\*\* Eisuke MATSUSHIMA, M.D., Ph.D. : 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 ; Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Medical and Dental University, Tokyo 113-8519, Japan.

表2 緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮の危険因子

身体的苦痛	痛み, 全身倦怠感, 呼吸困難, 身体機能の低下, 身体症状に対する懸念
精神症状	抑うつ, 不安, セン妄
社会的問題	ソーシャルサポートの不足, 家族機能の低下
精神的苦悩	絶望感, 無価値感, 他者への負担, 自律性の喪失, 尊厳の喪失, 生きる意思の喪失, 意味の喪失, Demoralization
その他	がん診断から短期間, 自殺企図の既往・家族歴, 既存の精神医学的問題

図1 終末期がん患者の希死念慮と関連要因(Breitbartら<sup>13)</sup>より一部改変引用)

緩和ケアの形態や希死念慮の評価方法などは異なるが、わが国においても北米、オーストラリアからの報告と同程度の頻度で希死念慮が認められ、文化的・社会的背景を超え決して稀な問題ではないことが示されている。同時に、現行の緩和ケア状況下においては、一定の割合で希死念慮を有する患者が存在する可能性が示唆される。

### 希死念慮の危険因子

緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮の危険因子については、標準化された評価尺度を用いた定量的研究、in-depth semistructured interviewに基づく質的研究などが試みられている。

先行研究によると、希死念慮の危険因子として身体的苦痛、精神症状、社会的問題、そして、精神的苦悩などが示されている(表2)<sup>2)~16)</sup>。また、近年の多数症例を用いた量的研究では、希死念慮の危険因子として絶望感と抑うつは独立した関連要因であること、さらに絶望感がもっとも強い要因であることが強調されている(図1)<sup>5)12)13)</sup>。

われわれは、緩和ケア病棟における終末期がん患者の希死念慮の直接的原因を検討した。In-depth semistructured interviewに基づく内容分析の結果、他者への負担、身体的苦痛、絶望感、

セルフコントロールの喪失、将来の苦痛に対する懸念、意味の喪失、死期のコントロール願望に分類され、耐え難い苦悩の表現として希死念慮を訴えることを明確に概念化した<sup>14)</sup>。

### 希死念慮に対するケアの指針

緩和ケアにおいて希死念慮を有する終末期がん患者に対応する際、もっとも重要なことはオープンコミュニケーションを可能にする態度である。すなわち、希死念慮を有することを批判、解釈することなく、傾聴を基盤とした支持的な態度で臨み、ラポールを形成することが最初の目標となる。その中で、希死念慮の内容とその背景に存在する苦悩について、適宜、効果的な質問を行い、要請を明確にする必要がある。この点に関しては、希死念慮を積極的に取り扱うことにより、その観念を促進してしまうのではないかという医師・看護師の懸念に対し、そのような事実は示されていないことを精神保健の専門家が配慮することも重要である。そして、希死念慮の理由として示された苦悩に対して、多職種による包括的ケアを立案・提供し、可能な限り苦悩を緩和することを保証する。さらに、患者の希死念慮の表出に対する各自の反応をスタッフ間で共有することにより、スタッフ自身の精神的負担の軽減につながり、ケアの質を高

める一助となるであろう。

前述したように、希死念慮の背景には耐え難い苦悩の存在が明らかにされており、その中でも主要な危険因子は、抑うつ、および終末期特有の精神的苦悩である。抑うつに対しては、一般臨床と同様に薬物療法と精神療法を併用することが基本となる。終末期における抗うつ薬の使用法に関しては国際的にコンセンサスが得られていないことから、投与経路、身体状態、併用薬剤、抗うつ薬の作用・副作用などについて患者の個別性を総合的に評価し、薬物選択、投与量を設定することが重要である。また、精神療法的介入の効果についても、現時点では推奨レベルは限定されている<sup>17)</sup>。そのため、予後の限られた状況における抑うつに対する治療は、予防的・早期介入法を含め、今後さらなる検討が必要である。

精神的苦悩に対するケアについては、現在までに得られている知見は皆無に等しく、近年になり、treatment option for demoralization syndrome<sup>18)</sup>、care to promote good death<sup>19)</sup>、霊的・実存的苦痛に対する統合化されたケア<sup>20)</sup>、dignity-conserving care<sup>21)</sup>など、苦痛緩和を基盤とした包括的ケアの重要性が示されている。また、従来のスピリチュアルケアを精神療法として構造化したmeaning-centered psychotherapy<sup>22)23)</sup>、現象学的理解に基づくスピリチュアルケア<sup>24)</sup>が提案されている。それ以前に、精神的苦悩に対するケアとして、良好なコミュニケーションのもと、病気や予後に対する理解や懸念などについて個別性に応じたオーダーメイド的ケアを模索することにより、患者をひとりの人間として尊重しているという基本的態度を示すことがもっとも重要であることを付記しておく。

現在、わが国においては、第3次対がん10カ年総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究班」の1分野として、精神的苦悩に対するケアの新規開発、および均てん化を目的とした複数の研究が企画・進行中である。

## おわりに

緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮

について、出現頻度、危険因子を概括し、ケアの指針について若干の考察を加えた。安楽死・自殺補助の合法化を支持する人々の主張として、患者自身の「自律性」、「死ぬ権利」を尊重し、終末期において早い死を望むことは合理的思考であることが基盤となっている<sup>25)</sup>。しかし、先行研究の結果が示すとおり、希死念慮の背景には複数の苦悩が複雑に関連していることが強調されていることから、耐え難い苦悩からの開放を望むヘルプサインとして捉えることが緩和ケアの第一歩となるであろう。実際、多職種からなる緩和ケアサービスを受けていた終末期がん患者は、一般人口と比較しても自殺率が低かったことが報告されている<sup>26)</sup>。

われわれは、緩和ケアにおいても希死念慮を有することは稀ではないこと、危険因子として示されている苦悩はすべての終末期がん患者に高頻度で出現することを認識し、耐え難い苦悩を経験しないで済むよう、緩和ケアの質をさらに向上させていく必要がある。

## 文 献

- 1) Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, et al. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia : survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Medical Ethics* 2001 ; 27 : 324-30.
- 2) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 : 1185-91.
- 3) 森田達也, 井上 聡, 千原 明. 死を望む終末期癌患者への援助: ホスピスの経験から. *臨床精神医学* 1996 ; 25 : 577-86.
- 4) 森田達也, 角田純一, 井上 聡, ほか. 終末期癌患者にみられる希死念慮の危険因子と動揺性. *臨床精神医学* 1998 ; 27 : 1371-8.
- 5) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000 ; 284 : 2907-11.
- 6) Wilson KG, Scott JF, Graham ID, et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 :

- 2454-60.
- 7) 明智龍男, 奥山 徹, 中野智仁, ほか. 終末期がん患者における希死念慮: その頻度および身体的・心理社会的関連要因. 総合病院精神医学 2001 ; 13 : 153-8.
  - 8) Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Terminally ill cancer patients' wish to hasten death. Palliat Med 2002 ; 16 : 339-45.
  - 9) Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Factors associated with the wish to hasten death : a study of patients with terminal illness. Psychol Med 2003 ; 33 : 75-81.
  - 10) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Cancer 2004 ; 100 : 183-91.
  - 11) Akazawa T, Ozawa T, Noguchi W, et al. How can we understand sufferings and wish to hastened death of patients at the end-of-life? (unpublished observation).
  - 12) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics 1998 ; 39 : 366-70.
  - 13) Breitbart W, Rosenfeld B. Physician-assisted suicide : The influence of psychosocial issues. Cancer Control 1999 ; 6 : 146-61.
  - 14) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity in the terminally ill : A cross-sectional. cohort study. Lancet 2002 ; 360 : 2026-30.
  - 15) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003 ; 361 : 1603-7.
  - 16) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Understanding the will to live in patients nearing death. Psychosomatics 2005 ; 46 : 7-10.
  - 17) 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司, ほか. 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法のstate of the art : 系統的レビューによる検討. 精神科治療学 2003 ; 18 : 571-7.
  - 18) Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. J Palliat Care 2001 ; 17 : 12-21.
  - 19) Block SD. Psychological considerations, grows, and transcendence at the end of life. JAMA 2001 ; 285 : 2898-905.
  - 20) 森田達也, 鄭 陽, 井上 聡, ほか. 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア : 系統的レビューにもとづく統合化. 緩和医療学 2001 ; 3 : 444-56.
  - 21) Chochinov HM. Dignity-conserving care : A new model for palliative care : Helping the patient feel valued. JAMA 2002 ; 287 : 2253-60.
  - 22) Greenstein M, Breitbart W. Cancer and the experience of meaning : A group psychotherapy program for people with cancer. Am J Psychother 2000 ; 54 : 486-500.
  - 23) Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care : spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Support Care Cancer 2002 ; 10 : 272-80.
  - 24) Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer : Construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care 2003 ; 1 : 15-21.
  - 25) Rosenfeld B. Assisted suicide and the right to die. First ed. Washington, DC : American Psychological Association ; 2004.
  - 26) Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, et al. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. Lancet 1999 ; 354 : 1877-8.

\* \* \*

# 癌患者の心理特性と SOC

松下年子, 濱島 央, 松島英介

日本社会精神医学会雑誌 Vol.14 No.2 (2005) 別刷



## ■原著論文

## 癌患者の心理特性と SOC (Sense of Coherence)

松下年子<sup>1,2)</sup>, 濱島 央<sup>1)</sup>, 松島英介<sup>1)</sup>

抄録：婦人科病棟と口腔外科病棟に手術目的で入院した癌患者を対象に、手術前後の心理特性と SOC (Sense of Coherence) を HADS と SOC 調査を用いて評価した。その結果、不安が手術前から退院前にかけて有意に低下するのに対し、抑うつは一定であった。両癌患者間では口腔癌患者の不安が婦人科癌患者のそれよりも有意に高かった。また、癌患者の SOC は一般人口を対象とした他の調査結果と比較して低い傾向にあった。さらに、手術前の不安、抑うつ得点を従属変数に、SOC 得点を含む他の臨床要因を独立変数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、抑うつが SOC 得点と不安得点によって有意に予測され、不安の低い者の抑うつが不安の高い者のそれよりも高く、SOC が高いほど抑うつは高かった。一方、手術前の不安については、抑うつ得点によってのみ予測され、抑うつが低い者の不安が抑うつが高い者のそれよりも高かった。以上より、癌患者の SOC は抑うつと関連することが示唆された。

日社精医誌 14:171-178, 0005

索引用語：婦人科癌，口腔癌，外科的手術，SOC (Sense of Coherence)，HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)  
*gynecological cancer, oral cancer, surgery, SOC (Sense of Coherence), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*

## はじめに

近年、Aaron Antonovsky によって唱えられた SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚)<sup>1,2,3,4,17)</sup> という概念が、保健、医療、社会学分

野において注目されるようになり、一般健康人および特定の疾患や条件を抱えた人を対象とした SOC 調査がすすめられている。Antonovsky の健康生成論では、ストレスをストレスとは捉えずに「緊張」という表現で置き換え、その緊張の処理の成否や良質の人生体験の有無が SOC の強さを決定し、その SOC がまた次のストレス (緊張) の処理過程に影響するとしている。そしてその背景として、いかなる人もその健康状態は「健康から健康破綻の連続体」上のいずれかに位置しており、連続体上のどこにあっても極側へと移動させる力がはたらき、それが SOC を代表とした「健康要因」であることを想定している。一般健康人の SOC については複数の調査結果<sup>8,13,15)</sup> が報告されており、また精神疾患患者についての報告<sup>6)</sup> もあるが、生命の危機にある癌患者、特に外科的手術を受けることになった癌患者を対象に、

2005 年 7 月 15 日受理

Psychological state and SOC (Sense of Coherence) amongst patients with cancer.

<sup>1)</sup>東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野  
〔〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45〕

Toshiko Matsushita, Manaka Hamajima, Eisuke Matsushima: Section of Liaison Psychiatry &amp; Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, 1-5-45, Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8519 Japan.

<sup>2)</sup>国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所〔〒107-0062 東京都港区南青山1-24-1 アミティ乃木坂〕  
Toshiko Matsushita: Graduate School of International University of Health and Welfare, Amity Nogizaka, 1-24-1 Minamiaoyama, Minato-Ku, Tokyo, 107-0062 Japan.

表1 対象の属性と臨床要因

	癌患者全体 (38名)	婦人科癌患者 (18名)	口腔癌患者 (20名)	
平均年齢 (±SD)(歳)	54.8±12.9	52.6±11.4	57.8±13.0	NS*
平均入院日数 (±SD)	33.0±23.9	22.6±18.2	44.1±24.0	t=2.99, p=.0052*
家族形態 (名)	単身	8	2	NS**
	その他	30	18	
化学療法 (名)	あり	4	2	NS**
	なし	34	18	
放射線療法 (名)	あり	2	2	NS**
	なし	36	18	

\*unpaired t-test

\*\*chi-squared independence test

そのSOCを調査したものはみられない。手術を受ける癌患者は、癌告知による精神的動揺に加え、外科手術を受けるという非日常的な体験に対する不安もあり、非常に危機的な状況にあることが推定される。本研究では、そのような状況下にある患者がいかなる心理状態に陥りやすく、それがSOCとどのように関連しているかを明らかにする目的で、婦人科病棟と口腔外科病棟に手術目的で入院した癌患者を対象に、手術前後の不安、抑うつといった心理特性とSOCを調査した。婦人科癌患者と口腔癌患者を対象とした理由は、前者が女性性の危機にかかわる癌であることから、また後者が摂食、コミュニケーション、外観という3条件において支障をきたしやすい、つまり疾患や治療によって人間の最も基本的な機能が損なわれやすい条件下にあることから、疾患特異的な所見が得やすいと考えたことによる。

## 対 象

平成14年10月から平成15年3月までの6カ月間に、都内A大学附属病院に外科手術目的で入院した婦人科癌(子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌)患者18名と、口腔癌(舌癌、歯肉癌など)患者20名(男性10名、女性10名)の計38名を対象とした。いずれも癌の進行度は早期であり、前者であれば進行度分類の0期からII期<sup>10,11,12)</sup>に、後者でもTNM分類<sup>9)</sup>でほとんどがT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>

M<sub>0</sub>に該当した。なお38名はいずれも、調査主旨と具体的方法について説明した上で、調査協力の同意が書面にて得られた者である。対象者の平均年齢は54.8±12.9歳、平均入院日数は婦人科癌患者が22.6±18.2日、口腔癌患者が44.1±24.0日で、両群合わせると33.0±23.9日であった。なお、婦人科癌、口腔癌患者別の属性および臨床要因については表1にまとめた。両疾患群間では入院期間に有意な差が認められたものの(口腔癌患者の入院日数が、婦人科癌患者のそれよりも長かった)、年齢、家族形態、化学療法・放射線療法の有無といった要因については両群で差を認めなかった(表1)。

## 方 法

質問紙への記入が身体的・精神的に患者の負担にならないことを確認した上で、「手術前」、「退院前」の2時点において自記式質問紙であるHADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)<sup>18,19)</sup>への、また退院前後にSOC調査用紙への記入を求めた。HADSは食欲、不眠など身体症状をたずねる設問を含まないために、身体症状を有する者(患者)にも適応できる不安・抑うつの簡便なスクリーニングツールである。不安・抑うつともに7設問、計14設問から構成され、不安および抑うつのそれぞれのトータル得点で評価する。一方、SOC調査は「ストレス対処能

表2 婦人科癌患者、口腔癌患者別のSOC得点とHADS得点

		癌患者全体 (38名)	婦人科癌患者 (18名)	口腔癌患者 (20名)		
SOC		119.2±13.5	118.6±9.8	119.8±16.4	t=.256, p=.7993*	
HADS	不安	手術前	3.6±2.8	2.5±2.2	群間:F=7.918, p=.0083, 条件間:F=7.407, p=.0104, 交互作用:F=1.029, p=.3181**	
		退院前	2.2±3.9	0.7±1.1		
	抑うつ	手術前	1.6±2.3	1.6±2.8		群間:F=.565, p=.4579, 条件間:F=1.914, p=.1761, 交互作用:F=3.082, p=.0887**
		退院前	2.0±2.2	1.5±2.3		

\*unpaired t-test

\*\*two-factor repeated measures ANOVA

力・健康保持能力」を測定するものであり、その構成要因は「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」という3つの確信からなり、これらの確信が強い者ほど精神的に強靱であるとされている。SOC調査はこれら3種類のサブ尺度を合わせた計29設問から構成され、各設問は7選択肢で回答するようになっているが、得点化するときはサブ尺度ごとではなくトータル得点で評価する。なおSOCは、いったんできあがると(成人になると)、比較的变化しにくい特性であることがAntonovskyにより定義づけられており<sup>1)</sup>、たとえストレスフルな体験や非日常的な体験を長期にわたって被ったところで、それがただちにSOCに影響するものではないことが指摘されている<sup>2)</sup>。少なくとも先行研究においては、短期間のうちに繰り返しSOCを測定するといった試みはされておらず、本研究でも、今回の研究目的上SOCを経時的に追うまでの必要はないと考え、SOC調査については退院前後1回の実施とした。

統計処理は、疾患群別、性別、家族形態別等のSOC得点をunpaired-t検定にて、年齢、入院日数といった連続変数とHADS/SOC得点との関連をPearsonの相関係数にて、次に、疾患群別、性別、家族形態別等のHADS得点の2時点における変化をTwo-factor repeated measures ANOVAにて、最後に、対象集団を不安、抑うつの平均得点より高値群・低値群の2群にそれぞれ区分し、他の臨床要因によってそれぞれが高値

群になる確率をロジスティック回帰分析にて検定した。いずれも有意水準を $p < .05$ とした。

なお、当研究は東京医科歯科大学の倫理委員会の承認を得て実施されている。

## 結 果

### 1. 癌患者のHADS得点

全対象の「手術前」のHADSによる不安、抑うつ得点は、それぞれ平均3.6±2.8点、1.6±2.3であった。一方、「退院前」は不安が2.2±3.9点、抑うつが2.0±2.2点であり、「手術前」から「退院前」にかけて不安が有意に低下する( $p = .0104$ )のに対し、抑うつは2時点間で有意な変化を示さなかった。また両得点は、いずれの時点においても標準値内(カットオフ値は7/8)にあった。さらに、婦人科癌と口腔癌の疾患群別では、不安においてのみ有意な相違が認められ、口腔癌患者の不安得点が婦人科癌患者のそれよりも高かった(表2)。また、不安得点と年齢、不安得点と入院日数の間に、Pearsonの相関検定にて正の相関が確認された( $r = .246, p = .0426$ )( $r = .360, p = .0024$ )。それ以外のHADS得点と臨床要因の組み合わせでは、いずれも有意な関連を認めなかった。

なお臨床的には、婦人科癌患者群18名中1名が、口腔癌患者群20名中3名がDSM-IVの診断基準により適応障害等の診断を得ている(適応障害3名<そのうち1名はパニック障害を伴っ

表3 手術前の抑うつを予測する要因 (ロジスティック回帰分析)

	ロジスティック回帰係数	優比	p value
SOC	0.152	1.165	0.0382
手術前 HADS-A	-0.57	0.566	0.0396
年齢	0.055	1.056	0.2776
性別	4.508	90.708	0.0562
化学療法	1.694	5.444	0.6506
放射線療法	-18.841	—	0.9954
入院日数	0.046	1.047	0.4328
疾患別	-2.194	0.112	0.261

R<sup>2</sup>=.402

た>, 大うつ病エピソード1名)。いずれも病棟スタッフもしくは本研究調査者が, 患者の状況より精神科医受診の必要性を認め, 本人に勧めて診察を受けた上での結果である。

### 2. 癌患者の SOC 得点

全対象者の SOC 平均得点は 119.2±13.5 点であり (表2), 他の一般健康人を対象とした SOC の調査結果と比較して若干低い傾向にあった (例えば, 高山ら<sup>15)</sup> の 20 歳以上 69 歳未満の東京都民を対象にした調査では, 平均 SOC 値が 131.1±23.9 点, 小川ら<sup>13)</sup> の企業事務職従事者を対象とした調査では, 125.1±24.1 点)。なお SOC 得点は, 疾患群別で有意な相違を認めず, 他の臨床要因との間においてもいずれも有意な関連を認めなかった。

### 3. 癌患者の HADS 得点を予測する因子

統計的には「手術前」の不安が高かったことから, 「手術前」の不安, 抑うつが高値になる確率を有意に予測する因子を同定するため, 「手術前」の両得点をそれぞれの平均値を基準に 2 群にしたカテゴリー変数を従属変数に, 他の関連要因 (年齢, 性別, 疾患名, 化学療法の有無, 放射線療法の有無, 入院日数, SOC 得点, 従属変数でない方の HADS 得点) を独立変数としてロジスティック回帰分析を実施したところ, 「手術前」の抑うつが「手術前」の不安得点と SOC 得点によって有意に予測され, 不安の低い者の抑うつが不安

の高い者のそれよりも高く, SOC が高いほど抑うつは高かった (表3)。一方, 「手術前」の不安については, 「手術前」の抑うつ得点のみによって有意に予測され, 抑うつの低い者の不安が抑うつの高い者のそれよりも高かった (R<sup>2</sup>=0.286, ロジスティック回帰係数=-0.415, 優比=0.66, p=0.049)。

## 考 察

### 1. 癌患者の手術前後の不安と抑うつ

婦人科癌患者と口腔癌患者の両群を合わせると, 抑うつが手術前後 (手術前と退院前) で変化しないのに対し, 不安は有意に「手術後」低下した。このような経時的変化は両群に共通しており, 婦人科癌と口腔癌患者の不安は「手術前」から「手術後」にかけて低下することが示唆された。われわれは消化器癌患者を対象に, 「手術前」「退院前」「退院後6カ月」時点における心理特性を HADS と SDS にて調査したが, そこでは, 不安が「手術前」から「退院後6カ月」までの3時点にわたり変化しなかったことが把握されている<sup>7)</sup>。

一方抑うつであるが, 不安とは対照的に経時的な変化は認められなかった。これに関して同じくわれわれの調査では, 抑うつは「手術前」から「退院前」において有意に高くなり, その後「退院後6カ月」にかけてはその水準に変化を認めなかった<sup>7)</sup>。したがって, われわれの両調査結果は, 少なくとも癌患者の場合, 不安と抑うつでは手術前後の変化の仕方に相違があることを示唆したといえる。さらに, 不安が年齢の高いほど, また入院期間が長いほど強かったのに対し, 抑うつではそれらの要因と関連しなかったこと, ロジスティック回帰分析の結果, 手術前の不安と抑うつに負の関連があったこと (不安の低い者の抑うつが高く, 抑うつの低い者の不安が高かったこと) から, 両心理特性の本質的な相違をも示唆したいえよう。