

事例が散見される。今後、スクリーニングツールの導入前後での緩和ケアの状況を経時的に解析し、スクリーニングを継続するかを判断する必要がある。それと並行して、スクリーニングが行われていない対象での緩和ケアの充実をはかる必要がある。

〈使用上の許諾に関して〉

いずれも特に使用上の許諾などは必要としません。詳細は、聖隷三方原病院ホームページ (<http://www.seirei.or.jp/mikatahara/default.asp>) 「当院の取り組み—緩和ケア」または、緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

文 献

- 1) Nekolaichuk CL, Maguire TO, Almazor MS, et al : Assessing the reliability of patient, nurse, and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 17 : 3621-3630, 1999
- 2) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J*

*Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005

- 3) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system ; a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* 35(4) : 430-436, 2008
- 4) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, : STAS-J を用いた苦痛のスクリーニングシステム. *緩和医療学* 9 : 159-162, 2007
- 5) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16(1) : 101-107, 2008
- 6) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al : Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory ; a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26 : 1093-1104, 2003
- 7) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al : Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97 : 2605-2663, 2003

森田 達也\*<sup>1</sup>, 藤本 亘史\*<sup>2</sup>,  
佐久間由美\*<sup>3</sup>

(<sup>\*1</sup>聖隷三方原病院 緩和支援治療科,  
<sup>\*2</sup>聖隷三方原病院 緩和ケアチーム・認定看護室,  
<sup>\*3</sup>聖隷三方原病院 腫瘍センター・がん専門看護師)

## 4

## 症状評価のためのツール

## はじめに

緩和ケアの対象となる患者の症状評価を行うツールとしてさまざまな尺度が用いられているが<sup>1)</sup>、国内で標準化されたものはない。本稿では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)で作成された2つのツールについて概要を説明する。これらの有用性や実施可能性は十分に確認されていない。

包括的な患者自記式症状評価ツール  
(生活のしやすさに関する質問票)

生活のしやすさに関する質問票は、化学療法を受けている患者の苦痛の把握を目的として作成された「生活のしやすさに関する質問票」(初版 A4版1枚)<sup>2)</sup>を修正して、作成された A3版1枚の質問紙である(図IX-4)。

質問紙は、①いちばんの気がかり (most concern)、②症状の numeric rating scale、③症状

生活のしやすさに関する質問票 氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日 記入者 患者さん ご家族 医療者 ( )

■気になっていること、心配していることや相談しておきたいことをご記入下さい

病状や治療についての情報・説明  
経済的な問題  
日常生活の心配 (食事・家事・仕事など)

■からだの症状についておうかがいます

■現在のからだの症状はどの程度生活の支障になっていますか?

0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくはないが方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがあり対応してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか? (NRS)

全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → これ以上考えられないほどひどかった

○ 痛み(一番強いとき) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ 痛み(一番弱いとき) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ ねむけ(ひどいとき) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ だるさ(かなり) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ 息切れ(息苦しさ) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ 食欲不振 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ おなかの張り 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ 吐き気 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
○ 嘔吐 ( )回/日 頻回 なし あり  
○ 便秘 ( )回/週 硬い 普通 やわらかい 頻回 なし あり  
○ たん 少量 多い 頻回 なし あり  
○ せき 少量 多い 頻回 なし あり

■一番困っている症状に○をつけて下さい

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか? (一番困っている症状についてご記入下さい)

1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が、1日中続く

■症状が強くなるときはどんなときですか?

定期的な薬を飲む前 夜 からだを動かしたとき 食事(前・後)  
排尿や排便をするとき その他 ( )

■痛みは、  
■今までと同じ場所ですか? → 同じ・ちがう 場所 ( )  
■「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか? → ある・ない

◎ 完全によくなった  
○ だいたいよくなった  
△ すこしよくなった  
× かわらない

■服用薬(レスキュー)の使用状況

回数(日)	薬名	使用前(症状の強さ)	使用后(症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/4	オプゾ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	なしあり	なしあり(不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なしあり	なしあり(不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なしあり	なしあり(不快)

■ここらの状態

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか?

最高につらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 つらさはない

最高に生活に支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 支障はない

■痛みなど体やこころのつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診察を… 希望する  
■経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談を… 希望する

\*\*以下、医療者記入欄(化学療法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 \_\_\_\_\_ レジメン番号 ( ) \_\_\_\_\_ ( )コース ( )回目  
体価 ( )で 血圧 ( / ) mmHg 脈拍 ( )回/分 SPO2 ( )

グレード	0	1	2	3	4
PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3000~	<input type="checkbox"/> 3000~2000	<input type="checkbox"/> 2000~1000	<input type="checkbox"/> <1000
好中球	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1500~	<input type="checkbox"/> 1000~1500	<input type="checkbox"/> 500~1000	<input type="checkbox"/> <500
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10~	<input type="checkbox"/> 8~10	<input type="checkbox"/> 6.5~8	<input type="checkbox"/> <6.5
血小板	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7.5~	<input type="checkbox"/> 5~7.5	<input type="checkbox"/> 2.5~5	<input type="checkbox"/> <2.5
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~5回、<24hの点滴	<input type="checkbox"/> ≥6回、≥24hの点滴	<input type="checkbox"/> 生命の危険
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4~6回、<24hの点滴	<input type="checkbox"/> ≥7回、≥24hの点滴	<input type="checkbox"/> 生命の危険
結膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 眼食に影響なし	<input type="checkbox"/> 食事を工夫すれば可能	<input type="checkbox"/> 十分な摂取ができない	<input type="checkbox"/> 生命の危険
神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 生活に支障ない機能障害	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 活動できない

図IX-4 生活のしやすさに関する質問票

# 疼痛の評価シート

氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

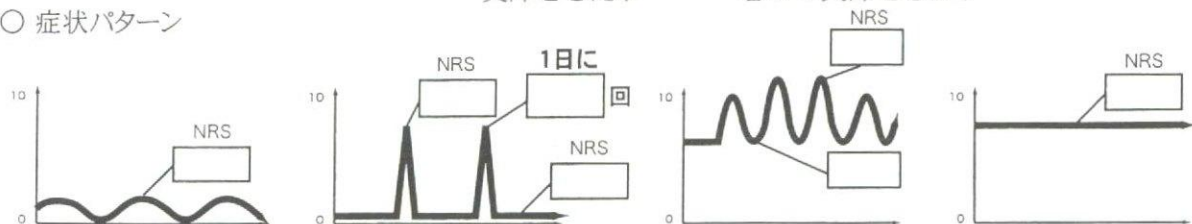
記入日 年 月 日

記入者 ( )

## ○ STAS-J

- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: 時に悪い日もあり日常生活に支障をきたす 3: しばしばひどい症状があり日常生活に著しく支障をきたす 4: ひどい症状が持続的にある

## ○ 症状パターン



1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が、1日中続く

## ○生活への影響

疼痛が原因で

- 睡眠 1. よく眠れる  
2. 時々起きるがだいたい眠れる  
3. 眠れない

## ○治療の反応

### ●定期薬剤

1. なし  
あり — 2. オピオイド( )  
3. NSAIDs ( )

### ○副作用

- ・眠気 1. なし  
2. あり(快)  
3. あり(不快)  
・見当識障害 1. なし 2. あり  
・便秘 1. なし 2. あり  
・嘔気 1. なし  
2. あり(経口摂取可能)  
3. あり(経口摂取不可能)

## ○部位

- ( )  
1. 以前からの部位 2. 新しい部位

## ○性状

1. びりびり電気が走る、しびれる、じんじりする  
2. ズキッとする  
3. ズーンと重い  
4. その他の表現( )

### ●頓用薬(レスキュー)使用

1. なし  
あり — 2. オピオイド( )  
( )回/日

- 効果 ( )回/日  
1. 完全によくなった ◎  
2. だいたいよくなった ○  
3. 少しよくなった △  
4. かわらない ×

### ○副作用

- ・眠気 1. なし  
2. あり(快)  
3. あり(不快)  
・嘔気 1. なし  
2. あり(経口摂取可能)  
3. あり(経口摂取不可能)

3. NSAIDs ( )

- 効果 ( )回/日  
1. 完全によくなった ◎  
2. だいたいよくなった ○  
3. 少しよくなった △  
4. かわらない ×

## ○増悪因子

1. 定期薬内服前  
2. 夜間  
3. 体動  
4. 食事(前・後)  
5. 排尿・排便  
6. その他  
( )

## ○軽快因子

1. 安静  
2. 保温/温電  
3. 冷却  
4. マッサージ  
5. その他  
( )

## ○総合評価

( )

図IX-5 疼痛の評価シート

のパターン図, ④レスキューの効果, ⑤気持のつらさの寒暖計 (distress thermometer), ⑥緩和ケアチームに受診する希望, などから成り立っている。

患者用に質問紙の記入の仕方を説明した「生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「生活のしやすさに関する質問票にもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

### 疼痛についての医療者記入式評価ツール (疼痛の評価シート)

疼痛の評価シートは, 患者の疼痛を医療者が評価するために作成された A4 版 1 枚からなる評価シートである (図 IX-5)。

質問紙は, ①日常生活への影響と満足度, ②疼痛のパターンと強さ, ③疼痛の部位と経過, ④疼痛の性状, ⑤疼痛の増悪因子・軽快因子, ⑥現在行っている鎮痛治療の効果と副作用, ⑦レスキューの効果と副作用, から成り立っている。

医療者用に質問紙の記入の仕方を説明した「疼痛の評価シートの記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「疼痛の評価シートにもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

### まとめ

わが国で緩和ケアのニーズ評価のために標準化したツールは十分に普及していない。今後, 「意識障害であれば日本中どこに行っても 3-3-9 (GCS)」と同じように, 「緩和ケアの評価はどこに行っても〇〇」という「標準化したツール」を作成することは意義があると考えている。

#### 使用上の許諾に関して

詳細は, 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

#### 文献

- 1) Richardson A, Medina J, Brown V, et al : Patients' needs assessment in cancer care : a review of assessment tools. *Support Care Cancer* 15(10) : 1125-1144, 2007
- 2) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16(1) : 101-107, 2008. Epub 2007 Jul 5.

森田 達也

## 5

## 緩和ケアチーム初期評価表

## はじめに

良好な症状マネジメントを行うためには、正確な評価が必要である。特に初回の評価が不十分であると治療やケアの方向性を見失うことが多い。緩和ケアチームの役割は症状の定期的な評価が重要であるが、毎回違う情報収集や評価方法では依頼者には伝わりにくい。依頼者にとって「緩和ケアチームの評価はいつも決まった形で情報が整理され対応しやすい」ということが求められる。

現在、有用性が評価された緩和ケアチームの初期評価票は存在しないので、本稿では、がん対策のための戦略研究「緩和ケアによる地域緩和ケアプログラム」により作成された緩和ケアチーム初期アセスメントシートを紹介する<sup>1)</sup>。

## 使い方 (図X-3)

## 1. 背景・病歴・患者プロフィール

項目にしたがって記載する。

## 2. 血液検査・理学・画像所見

項目にしたがって記載する。血液検査の軽度・中程度・重度の異常の基準は便宜的につけられたもので明確な根拠はない。

## 3. 患者が最も困っている症状の記載

症状の priority (患者が一番困っていること) を把握する。たとえば、医療者からの依頼が疼痛であっても、患者自身の一番困っていることが疼痛とは限らず、患者自身が一番困っていることに焦点を当てて記載する。

たとえば、「痛みがもっとも困っていることですね」や「痛み以上に困っていることはありますか」

など、確認して記載する。

## 4. 症状の系統評価

身体症状と精神症状を評価する

## 1) 身体症状

STAS (Support Team Assessment Schedule) にしたがって評価する。STAS は患者の苦痛の程度を医療者が評価するための方法であり、症状が患者の生活にどれくらい影響を与えているかを評価する尺度である<sup>2)</sup>。疼痛など主要な症状ごとに STAS で評価する。

## 2) 精神症状

意識・認知症・せん妄・抑うつ・不安について評価する。

意識は communication capacity Scale にしたがって評価する。communication capacity Scale は終末期がん患者のコミュニケーション能力を評価するために開発された尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている<sup>3)</sup>。ここでは Item 4 の自発的なコミュニケーションから患者の意識を 4 段階で評価している。

せん妄は MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) にしたがって評価する。MDAS はせん妄の重症度を評価するための尺度で、日本語版の信頼性・妥当性が確認されている<sup>4)</sup>。

Item 9 を活用して精神運動抑制もしくは精神運動興奮についてせん妄を評価する。

不安は STAS にしたがって評価する。

認知症、抑うつについては簡便な信頼性・妥当性の確認された方法がない。臨床的に、それぞれ、「なし」「軽度」「中等度・重度」、および「なし」「あり」から記載する。

緩和ケアチーム 初期アセスメントシート

背景

氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳 性別 男性 女性  
 場所 病院 自宅 施設

病歴

初診 年 月

病名 ( )

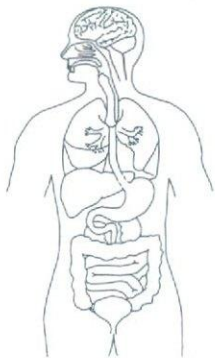
患者プロフィール

職業 有職(フルタイム) パート 主婦 定年退職 無職 その他 不明  
 婚姻状態 既婚・再婚・内縁 未婚 離婚 別居 死別 その他 不明

血液検査

栄養障害 (Alb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (3.0~2.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2.0 mg/dL)
肝機能障害 (T-bil)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1.0~3.0)	<input type="checkbox"/> 中等度 (3.0~10)	<input type="checkbox"/> 重度 (10~mg/dL)
腎機能障害 (BUN/Cre)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (20~40/1.0~1.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (40~60/1.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (60~/2.0~)
電解質異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度
	Na ( mEq/L)	K ( mEq/L)	Ca ( mg/dL)	
炎症 (CRP)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1~5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (6~12)	<input type="checkbox"/> 重度 (12~)
白血球異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 増加 (8000~11000)	<input type="checkbox"/> 増加 (11000~/mm <sup>3</sup> )
血糖異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (~200)	<input type="checkbox"/> 中等度・重度 (200~mg/dL)	
貧血 (Hb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (10~8)	<input type="checkbox"/> 中等度 (7~6.5)	<input type="checkbox"/> 重度 (~6.5 g/dL)
血小板減少	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (5~10 万)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2~5 万)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2 万/mm <sup>3</sup> )

理学所見・画像所見



図X-3 緩和ケアチーム初期評価表

最も困っていること

症状の系統的評価

【評価基準】 STAS : Support Team Assessment Schedule

- 0 : なし  
 1 : ごく軽度  
 2 : 中等度の症状があり、できれば何とかしてほしいが急いではない  
 3 : 中程度以上の症状があり、緩和を希望  
 4 : 症状が強く他の事がまったく考えられない

&lt;身体症状&gt;

疼痛・しびれ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
腹満	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
食欲不振	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
便秘	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
咳	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
痰	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
眠気	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
不眠	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

&lt;精神症状&gt;

- 意識 意味明瞭・複雑な表現  
意味明瞭・単純な表現  
ややつじつまが合わない  
明らかにつじつまが合わない 意思疎通できない
- 認知症 なし  
軽度  
中等度・重度
- せん妄 なし  
軽度（かろうじて気付く程度）  
中程度・重度（動作の著しい遅延、明らかな興奮）  
低活動性  
過活動性・混合性
- 抑うつ なし  
あり  
評価不能
- 不安 なし  
変化を気にする。身体行動面の不安徴候や集中力の影響なし。  
今後の変化や問題に張り詰めた気持ち。時々、身体面や行動面に不安徴候。（日常生活は保たれる）。  
しばしば不安に襲われる。身体・行動面に不安徴候。集中力に著しく影響。（日常生活はおくれるが支障あり）。  
持続的に不安に強くとられる。他の事は考えられない（常に不安。病的。日常生活ができない）。

評価要約・治療推奨

図X-3（つづき）

## 5. 評価要約・治療推奨

患者の最も困っていること（ニーズ）、身体・精神症状を系統的に評価した結果を要約したうえで、推奨する治療について記載する。

緩和ケアチーム初期評価表は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM」ホームページから (<http://gankanwa.jp>) 閲覧・ダウンロードできるようになっている。

## 文 献

- 1) 臨床教育プログラム委員会 編：がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」ステップ緩和ケア。2008年度版
- 2) STAS (Support team Assessment Schedule) 日本

語版スコアリングマニュアル。第2版，日本ホスピス緩和ケア研究振興財団，2006

- 3) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al : Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients ; a validation study. *Palliat Med* 15 : 197-206, 2001
- 4) Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al : Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 23 (1) : 36-40, 2001

藤本 亘史\*<sup>1</sup>，森田 達也\*<sup>2</sup>

(\*<sup>1</sup>聖隷三方原病院 認定看護室緩和ケアチーム，  
\*<sup>2</sup>同 緩和支援治療科・緩和ケアチーム)



# グリーフケア

griefcare

## はじめに

患者さんの死とともに患者さんに対する医学的な治療は終了する。しかし遺族は、今までの看病疲れに加え、家族の一員をなくした精神的なショック、経済的な問題、亡くなった患者親族とのつきあいの問題など、さまざまな問題をかかえながら生活することになる。遺族の悲しみ、苦しみは患者さんが亡くなった、まさにこの時点より始まるといっても過言ではない。Holmesら<sup>1)</sup>は人生のさまざまな場面におけるストレス度を調査し、配偶者の死が100と最も大きく、肉親の死が63と報告している。このストレスは心と身体にさまざまな影響を及ぼす。

本稿では死別の後におこなわれるグリーフケアについての現状を述べる。

## 1. 遺族がたどる心理的プロセス

平山<sup>2)</sup>によると遺族にあらわれる心理的变化は4つの段階をたどるといわれている。

### 第1期「ショックの段階」

情動や現実感の麻痺、集中困難がみられ、日常生活上にも支障がでる。

### 第2期「怒りの段階」

怒り、悲しみ、罪責感がみられ、故人への思いのとらわれ、亡くなった人の探索行動がみられる。

### 第3期「抑うつ」の段階」

絶望、無関心、抑うつ、周囲への関心低下、人とのかわりをもちにくいなどの症状が出現する。

### 第4期「立ち直りの段階」

エネルギーが出て故人の死を認め、新しいライフ

スタイルへ適応していく。

ただし、ここに述べたものはあくまでも一般的な場合であり、病的悲嘆、うつ病などの場合は異なった経過をたどることがあるので注意が必要である。

## 2. 死別が心身に及ぼす影響

死別は精神のみならず身体にも影響を及ぼす。配偶者を亡くした54歳以上の男性では配偶者のいる場合と比較して死別後6ヵ月以内の死亡率が約40%上昇すること、死因の3/4は心疾患であることが指摘されている<sup>3)</sup>。女性も死別後3ヵ月は死亡率が高い<sup>4)</sup>。

精神に及ぼす影響では、死別後1年以内に抑うつの兆候を呈する未亡人が47%にのぼり、対照群の8%と比較すると有意に高いことが知られている<sup>5)</sup>。また、死別後1年以内の自殺リスクは女性で10倍、男性では66倍に上昇する<sup>6)</sup>。

このように、死別体験は遺族に身体的・精神的な影響を及ぼすが、英国のホスピスでは遺族に対するコンサルテーションの開始後、遺族の自殺が減少したという報告もある。

## 3. グリーフケアの実際

8年前より、「遺族外来」と称し、併診を受けなくなったがん患者さんの遺族の診察をつづけているが、さまざまな問題点が浮かびあがってきた<sup>7)</sup>。ここでは、その問題点について述べる。

### ①死別の悲しみ、人生の意味の喪失

配偶者、親、子どもを亡くしたことによる悲しみ、助けられなかった無力感、人生の意味の喪失などが語られる。

### ②うつ病

家族が亡くなった後、眠れない、体が動かない、人生に意味が見出せない、死んでしまいたいなどの訴えが聞かれることがあるが、死別反応ではなくうつ病である場合が存在する。外来受診時、自殺の危険性が高い患者さんもいるため、早急な精

\*大西秀樹 (ONISHI Hideki)、\*西田知未 (NISHIDA Tomomi)、\*和田芽衣 (WADA Mei)、#石田真弓 (ISHIDA Mayumi)、\*和田信 (WADA Makoto)/\*埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科、#早稲田大学大学院人間科学研究科

神医学的な対応が必要な場合もあり、注意が必要である。

### ③トラブル対応

遺産問題、親族からの言語による攻撃、他人の無理解な言葉などでつらい思いをする場合がある。なかには「お前のせいで死んだんだ！」などと怒鳴られた遺族もいる。患者さんに非がない場合がほとんどなので、問題ないと説明することで対応している。

上記に述べたような介入、グリーフケアは後治療 (postvention) という概念で表される。これは「つらい出来事の後になされる適切な援助」を意味し<sup>8)</sup>、遺族の後遺症をできるだけ少なくし、遺族に援助のない場合と比較し、より生産的で、苦悩が少なく、長く生きられることを目的としている。介入は上記に述べたように社会、心理的、精神医学的な分野にまで及ぶため、幅広い対応が必要とされる。

### おわりに

グリーフケアの現状と対応について述べた。まだ、未開拓なところが多い分野であるが、本稿が皆様の臨床実践に役立てば幸いである。

(謝辞)

本稿をおえるにあたり、いつも私どもを支えてくれる、精神腫瘍科岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

### ● 文 献 ●

- 1) Holmes TH, Rahe RH : The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11 : 213-218, 1967
- 2) 平山正実 : 愛する人の「自死」。自ら逝ったあなた。遺された私、グリーフケア・サポートプラザ編、朝日新聞社、東京、2004、p3-24
- 3) Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG : Broken heart : a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1 : 740-743, 1969
- 4) Mellström D, Nilsson A, Odén A *et al* : Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 10 : 33-41, 1982
- 5) Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL : The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 120 : 71-77, 1972
- 6) Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H : Mortality after bereavement : a prospective study of 95, 647 widowed persons. *Am J Public Health* 77 : 283-287, 1987
- 7) 大西秀樹, 奥野滋子 : 遺族外来。緩和ケア 15 : 296-300, 2005
- 8) E.S.シュナイドマン : 死にゆく時 そして残されるもの。誠信書房、東京、1980

#### ● 関連語 D

死別  
グリーフケア  
後治療  
遺族ケア

## 緩和医療における家族ケアの基本

大西秀樹\* 西田知未\* 和田芽衣\* 石田真弓# 和田信\*

従来、がん患者を介護する家族は患者のケアに対して参加することが当然であると考えられてきた。実際に家族はケアの提供者としての役割を演じていることが多い。しかしながら、介護にあたる家族も、家族の一員ががんの疑いをかけられたときから精神的、身体的、社会的ストレスを受け、そのストレスは精神疾患および身体疾患の罹患などに関連している。家族は「第二の患者」ともよばれ、患者と同様にケアが必要とされる。

家族に対するケアは、①情緒的な支援、②種々の領域における長期間にわたる柔軟性のある援助、③家族の有している恒常性の再生および非機能的でない部分の修正が基本である。

ケアの領域はさまざまな分野に及ぶため、家族に社会・経済的な問題、および精神的な問題がないか、つねに気を配ることが必要であろう。

### はじめに

「がん」。今まで何事もなく暮らしていた日常に無神経に割り込み、患者と家族の生活を根底から崩してしまう。患者は「死」を意識し、精神的につらい思いを経験しながら治療を受けなければな

らない。このようななか、家族は患者の援助者としてふるまうことが多い。外来通院中は来院の付き添い、病状説明の同席、入院になると連日の病院通い、洗濯物の片づけ、そして入院費の支払いなどに忙しく立ちふるまう。しかしながら、家族も患者同様、精神的なショックを受けているうえに、患者の援助のため今までの生活様式を変更することもあり、さまざまな負担をかかえながら生活をしているのが現状である。

本稿では、このようにさまざまな負担をかかえている家族の現状を明らかにするとともに、家族に対するケアに関して解説する。

### KEY WORDS

家族ケア  
不安  
抑うつ  
サイコオンコロジー  
第二の患者

\* ONISHI Hideki, NISHIDA Tomomi, WADA Mei, WADA Makoto/埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科, # ISHIDA Mayumi/早稲田大学大学院人間科学研究科

## 1. がん患者家族の現状

### 1) がん患者家族の精神状態

がん治療は近年長足の進歩を遂げた。しかしながら、現在30万人がこの病気で命を落としており、わが国における死因の第1位である。患者はがんという病気に直面することで「死」を意識し、先々の不確実性に直面せざるを得ないなど多くのストレスを受ける。このストレスは不安、抑うつの原因となる。治療中がん患者の調査では約半数の患者に精神医学的診断のつくことが知られ<sup>1)</sup>、その後の調査でも2~4割の患者に不安・抑うつが認められる。したがって、最近では精神的な治療介入が必要であるとの認識になりつつある。

従来、がん患者を介護する家族は患者のケアに対して参加することが当然であると考えられてきた。実際に家族はケアの提供者としての役割を演じていることが多い。しかしながら、介護にあたる家族も、家族の一員ががんの疑いをかけられたときから患者と同様に精神的な負荷を負い、不安・抑うつなどの精神症状を呈する。

最近の調査では、がん患者家族の4割弱にうつ病が認められ、がん患者における割合を上回っていたという報告がある<sup>2)</sup>。白血病の子どもを介護する親についての調査研究では、36%が神経症性の抑うつ、13%が抑うつ気分を伴った適応障害<sup>3)</sup>、がん患者配偶者と子どもでの有病率調査では、抑うつが25%と24%、不安が27%と25%にみられたとの報告がある<sup>4)</sup>。進行がん患者を介護する家族の調査では13%の介護者に精神医学的な診断がつくが、何らかの方法で精神的な介入を受けているのは約半数であった<sup>5)</sup>。終末期がん患者を介護する家族に関する調査では、死亡前から、死亡後1ヵ月の間で約3割にうつ病を認めている<sup>6)</sup>。

全体として考えると、がん患者家族の10~30%に何らかの精神医学的な疾患が認められる<sup>7)</sup>。家族が呈する抑うつは、がん患者が受けるものと同程度といわれており<sup>8)</sup>、検査、診断、治療、再

発の諸相で消退をくり返しながら継続する<sup>9)</sup>、患者の精神・身体状況にかかわらず悪化してゆく場合もある<sup>10)</sup>。

このように介護をおこなう家族も精神的な負荷を受けていること、何割かの家族には精神医学的な治療が必要な病態が認められる。したがって、介護にあたる家族に関しては、その精神的な苦悩を過小評価してはならず、家族を“第二の患者”<sup>11)</sup>とみなし、治療およびケアの対象であるとの認識になりつつある<sup>12)</sup>。

このように看病する家族も、家族の一員の「死」を連想し、先々の不確実性に悩むことから不安・抑うつなどの精神症状を呈することが多い。しかしながら、家族は自らの感情を抑えこんでいることが多いため、苦悩がそれほど高くないとみなされ、過小評価される傾向にある。わが国のがんセンター併診患者の調査によると、家族の受診は全体の約3%程度であり<sup>13)</sup>、上記にあげた家族の有病率、ストレスの程度などを考えると十分なケアが行き届いていない可能性がある。

以上のことから、がん患者の家族は社会・経済的な問題のみならず、さまざまな精神医学的な問題をかかえていることを考慮に入れると、今後は家族をケアの対象とみなして更なる介入を考える必要があるだろう。

### 2) 看病をおこなう家族の身体状態

看病という「仕事」は心身にストレスを与えるものである。したがって身体に対する影響も無視できない。

介護する家族の身体状況に関する調査研究によると、免疫能の低下<sup>14)</sup>、心疾患<sup>15)</sup>、慢性的な睡眠障害<sup>16)</sup>が多くみられることが指摘されている。介護によるストレスは身体疾患の発症に結びついているのである。

介護をおこなうことに負担を感じている配偶者は、介護の必要のない状況にある配偶者に比較すると63%も死亡率が高まることが報告されてお

り<sup>17)</sup>、介護をおこなうことは死亡率の上昇と関連している可能性もある。

がん患者を介護する配偶者自身もがんに罹患していることもある<sup>18)</sup>。緩和ケア病棟における調査では終末期がん患者の配偶者の4%はがんに罹患しているかまたはがんの既往があった<sup>19)</sup>。

このようにがん患者の看病をおこなう家族の健康状態は必ずしもよいものではなく、看病中に身体疾患の罹患または悪化の可能性が高まることを理解しておくことが必要である。また、看病する側の家族にもがん患者がいて、自らのがんに対する不安に苦しみながらも看病をつづけている場合のあることを知っておく必要がある。

## 2. がん患者の家族への介入について

いままで述べてきたように、がん患者を介護する家族は心身ともにストレスをかかえており、「第二の患者」とよばれるような状態にある。家族の不安は病気に関する事柄だけではないことはすでに述べた。したがってケアをおこなうにあたっては、医学的な分野はもちろんのこと、心理社会面などさまざまな分野からのアプローチが必要になる。介入にあたっては患者の精神状態に気を配ることはもちろんであるが、看病をしている家族に社会・経済的な問題、および精神的な問題がないかつねに気を配ることが必要であろう。

家族に対するケアは①情緒的な支援、②種々の領域における長期間にわたる柔軟性のある援助、③家族の有している恒常性の再生、および非機能的な部分の修正が基本である<sup>8)</sup>。

家族は、看病がつらく、当惑していても「健康体」である自分たちが自ら苦悩を述べることはよくないことであると感じていることが多いので、いままで口にしなかつたことも口にしてよいこと、当惑することも当然であることと伝えることは家族の安心感につながる。上記のように伝えるとともに、病気とその治療についての教育、家族内調節、各種サポートの提供などについての話を

おこなうことが大切だろう。

つぎに精神、身体、社会的なケアの方法について述べたい。

### 1) 精神面への介入について

上記に述べたように看病中の家族は適応障害、うつ病などを呈することが多い。看病する家族が不安・抑うつなどの精神症状、不眠、食欲不振、肩こりなどの身体症状を訴えた場合、まず家族の訴えを聞き、介入の計画を立てる。家族の話を聞いて情報の提供をおこなうことで安心感が得られ、症状が消失することもある。

うつ病などの精神疾患が疑われる場合は精神腫瘍科・精神科・心療内科など、専門医へつなげることが好ましい。家族側が受診に対して抵抗を示すこともあるため、受診へとつなげるためには何らかの説明を加える必要がある。説明内容としては、「適切ながん医療がおこなわれるためには、患者・家族が一単位として健全に機能していることが必要で、家族ががん医療における心のケアの専門家を受診することは当然のことであり、気が弱いからとか自分だけが特別ではない」という事柄を説明することが大切である。

医療者に対して家族が不安・抑うつを訴える場合、家族ケアにもち込むことはそうむずかしいわけではない。家族が訴えない場合が問題である。うつ病の場合は抑うつ気分などの精神症状よりも、身体症状を訴えることが多いので<sup>20)</sup>、身体症状と解釈され見逃されることも多いので注意が必要である。

家族は病院内で家族の苦悩を口にしてはいけなくとも考えていることもある。したがって、ご家族に対してはつねに何の話題でも話ができる体制を整えることが必要であろう。また、つねに家族の状況を観察し、精神状態に変化がないかチェックし、変化がみられたときには声をかけるなどの行動をとることが必要であろう。

精神腫瘍科での治療は個人精神療法が主体であ

る。家族の訴えを聞いて問題点を整理し、解決法をとともに探っていくが、家族の一員が病気になったことに対する不安が強いので、その不安を少しでも減らすための医学的な情報提供をおこなうことも大切である。不安が強い場合には少量の抗不安薬を併用する場合もある。うつ病に罹患している場合は薬物療法とともに、精神療法、安静が大切であるが、安静により看病ができないという状況になると、後々の後悔の原因となりかねないので注意が必要である。

## 2) 身体面への介入について

先に述べたように、看病中の家族は身体面での負荷を受けており、身体疾患の治療中であることも多い。したがって、家族の身体疾患治療歴、既往歴も把握しておくことが必要である。身体疾患の治療中で通院中のことも多いが、患者の全身状態が悪いときなどは、患者の看病を優先し、自分の治療を中断したり、薬が足りなくなることなども生じる。家族の病歴に注意し、自分の治療に時間を割いても問題がない状況のときにはその旨を説明し、家族が安心して自分の治療に向かえる環境を整えることが必要であろう。患者の病状が予断を許さない状況であり、薬を取りにいけなるときには緊急避難的に薬を処方することもある。

## 3) 社会面への介入について

先に述べたように、家族の不安は医学的な問題にとどまらない。治療を目標とした治療が困難な場合の転院の問題、在宅医療の問題、医療費の支払い、通院の問題なども家族にとっては大きな問題となっている。このような問題に対しては、医療ソーシャルワーカー (MSW) へつなぐことが必要となる。家族に対してはあらかじめこのような医療サービスのあることを伝え、また、必要に応じてくり返し伝えておくことが、家族がこれらサービスを有効に活用するために有効であろう。

## おわりに

緩和ケアにおける家族ケアの基本について概説した。家族ケアには“これをすれば大丈夫”といったものはない。家族とよりよいコミュニケーションをとり、そのなかから問題点を抽出し、一緒に解決方法を探るといった地道な姿勢が最も大切だと思う。

本稿が皆様のお役に立てば幸いである。

## (謝辞)

稿をおえるにあたり、いつも私どもの仕事をサポートしてくれる埼玉医科大学国際医療センター岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

## ■ 文 献 ■

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J *et al* : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983
- 2) Braun M, Mikulincer M, Rydall A *et al* : Hidden morbidity in cancer : spouse caregivers. *J Clin Oncol* 25 : 4829-4834, 2007
- 3) Sharan P, Mehta M, Chaudhy VP : Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediat Hematol Oncol* 16 : 43-47, 1999
- 4) Kinasse DW, Bloch S, Burns WI *et al* : Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology* 3 : 47-56, 1994
- 5) Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS *et al* : Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 23 : 6899-6907, 2005
- 6) Prigerson HG, Cherlin E, Chen JH *et al* : The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) Scale : a measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *Am J Geriatr Psychiatry* 11 : 309-319, 2003
- 7) Pitceathly C, Maguire P : The psychological

- impact of cancer on patients' partners and other key relatives : a review. *Eur J Cancer* 39 : 1517-1524, 2003
- 8) Kaye JM, Gracely EJ : Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J Cancer Educ* 8 : 47-52, 1993
  - 9) Northouse LL, Mood D, Templin T *et al* : Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science Medicine* 50 : 271-284, 2000
  - 10) Northouse LL : The impact of cancer in women on the family. *Cancer Pract* 3 : 134-142, 1993
  - 11) 大西秀樹, 境玲子, 山田和夫ほか : 終末期がん患者を介護する家族に見られた適応障害とその精神医学的アプローチ, *ターミナルケア* 10 : 66-70, 2000
  - 12) Lederberg MS : The family of the cancer patient, In : *Psycho-Oncology*, ed by Holland JC, Oxford University Press, New York, 1998, pp.981-993
  - 13) Akechi T, Akizuki N, Okamura M *et al* : Psychological distress experienced by families of cancer patients : preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 36 : 329-332, 2006
  - 14) Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S *et al* : Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci USA* 93 : 3043-3047, 1996
  - 15) Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ *et al* : Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. *Ann Behav Med* 19 : 101-109, 1997
  - 16) Carter PA : Caregiver's descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum* 29 : 1277-1283, 2002
  - 17) Schulz R, Breach SR : Care giving as a risk factor for mortality. the caregiver health effects study *JAMA* 282 : 2215-2219, 1999
  - 18) 大西秀樹, 石川孝, 小野瀬雅ほか : 終末期胃がん患者を介護する乳がん術後配偶者—心理的な負荷と精神医学的アプローチについて—, *ターミナルケア* 11 : 393-396, 2001
  - 19) Onishi H, Onose M, Okuno S *et al* : Spouse caregivers of terminally-ill cancer patients as cancer patients : A pilot study in a palliative care unit. *Palliative and Supportive Care* 3 : 83-86, 2005
  - 20) Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M *et al* : An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341 : 1329-1335, 1999

## 遺族ケアの実際

大西 秀樹\*1 西田 知未\*1 和田 芽衣\*1 石田 真弓\*2  
和田 信\*1

**【要約】** 死別は人生のなかで最も大きなストレスとなる出来事の一つであり、身体・精神に様々な影響を及ぼすことが知られている。死別の影響として、身体面では死亡率および身体疾患罹患率の上昇が認められ、精神面ではうつ病をはじめとした精神疾患罹患率および自殺率の上昇が認められる。したがって何らかの対策、つまり遺族ケアが必要とされてくる。遺族ケアには3つの段階があり、①すべての遺族に対して行われるもの、②スクリーニングの結果として必要と認められた遺族に対して行われるもの、③うつ病、PTSD、複雑悲嘆など専門家の介入が必要なものに分類されるが、精神科医が関与するものとしては②、③が多いと思われる。臨床の実際としては、悲嘆への対応、精神状態の評価以外に、社会的な問題、トラブルへの対処なども要求される。精神科医にはうつ病、死別反応、PTSDなどを念頭に置き、医学的な対応を考慮に入れた遺族ケアが求められる。

### はじめに

死別、特に近親者との死別は、人生の経験のなかでも最も大きな出来事の一つである。遺族は多くのストレスを経験するが、そのストレスは心と身体に影響を及ぼすことが知られているため、何らかのケアを必要とする場合がある。死別に対しては様々な方法で遺族ケアが行われているが、医療面からの取り組みは少ない。われわれは、精神科での遺族ケアへの取り組みの一環として「遺族外来」を設置し、遺族へのメンタルケアを行って

いるが、その設立の経緯、ケアの実際、問題点と今後の展望などについて報告する。

### 遺族のたどる心理的プロセス

始めに、患者の死後、遺族がどのような症状を呈するのか、またどのような心理的な変化をたどるのかについて述べたい。

患者の死後、遺族は様々な身体症状、精神症状を呈することが知られているが、精神症状の現れ方について、平山<sup>1)</sup>は以下の四段階に分類している (Table 1)。

第1期は「ショックの段階」といわれ、情動や現実感の麻痺、集中困難がみられ、日常生活上にも支障が出る。葬儀のときに全く現実感がなかった、葬儀を覚えていなかったなどの訴えがこれに相当する。第2期は「怒りの段階」といわれ、怒

キーワード：遺族ケア，死別，うつ病

\*1 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 (〒350-1298 日高市山根 1397-1)

\*2 早稲田大学大学院人間科学研究科



Table 1. 遺族のたどる心理的プロセス

第1期「ショックの段階」	情動や現実感の麻痺, 集中困難がみられ, 日常生活上にも支障が出る。
第2期「怒りの段階」	怒り, 悲しみ, 罪責感がみられ, 故人への思いのとらわれ, 亡くなった人の探索行動がみられる。
第3期「抑うつ」の段階」	絶望, 無関心, 抑うつ, 周囲への関心低下, 人との関わりがもちにくいなどの症状が出現する。
第4期「立ち直りの段階」	エネルギーが出て故人の死を認め, 新しいライフスタイルへ適応していく。

り, 悲しみ, 罪責感がみられ, 故人への思いのとらわれ, 亡くなった人の探索行動がみられる。配偶者を亡くした人であれば, 幸せそうに歩いている夫婦を見て嫉ましく思ったり, なぜ早く病気を見つけれなかったのか, などの悲しみを有するのがこの時期に相当する。第3期は「抑うつ」の段階」といわれ, 絶望, 無関心, 抑うつ, 周囲への関心低下, 人との関わりがもちにくいなどの症状が出現する。この時期は周囲との関わりが減るが, 適応へ向けた作業の時期でもあることから, 無理に介入しないほうがよいこともある。第4期は「立ち直りの段階」といわれ, 生きるためのエネルギーが出て, 故人の死を認め新しいライフスタイルへ適応していく。

ショックの段階から立ち直りの段階までの時期は様々であり, 症状も個人差が大きい。ただし, ここに述べたのはあくまでも一般的な場合であり, 病的悲嘆, うつ病などの場合は異なった経過をたどることがあるので注意が必要である。

### なぜ遺族ケアは必要なのか?

患者の死亡は医学的な治療介入の終了を意味する。しかし, 遺族にとって患者の死亡は, 家族の一員をなくした精神的なショックのみならず, 経済的な問題, 亡くなった患者の親族との付き合いの問題など, 様々な苦悩や問題を抱えながら生活することの始まりでもある。遺族の悲しみ, 苦しみは患者が亡くなった, まさにこの時点から始ま

るといっても過言ではない。Holmes TH と Rahe RH<sup>2)</sup>は人生の様々な場面におけるストレス度を調査し, 配偶者の死が100と最も大きく, 肉親の死が63と報告している。このように, 死別とは人生における大きな出来事である。

このストレスはそのストレスの大きさゆえ, 心と体に様々な影響を及ぼす。

死別が身体に及ぼす影響について述べたい。まず死別と死亡率の関連であるが, 配偶者を亡くした54歳以上の男性で, 配偶者のいる場合に比較して死別後6カ月以内の死亡率が約40%上昇し, 死因の4分の3は心疾患であるという報告<sup>3)</sup>, 女性も死別後3カ月は死亡率が高くなるという報告がある<sup>4)</sup>。これらの報告後も, 主に配偶者との死別を中心として研究が行われているが, 死別早期には遺族の死亡率は上昇することが指摘されている<sup>5,6)</sup>。身体疾患の罹患に関しては, 新たな身体疾患に罹患, およびすでに罹患している病気の悪化が指摘されている。しかしながら, 死別経験者では医師への受診機会は増えず<sup>7)</sup>, また, 悲嘆の強い人では血圧上昇, 日常生活への障害などが認められるにも関わらず, 医療機関を利用する機会は減少している<sup>8)</sup>。

精神に及ぼす影響では, 死別後のうつ病有病率調査で1カ月24%, 7カ月23%, 13カ月16%となることが知られており<sup>9)</sup>, また, 死別後1年以内の自殺リスクも上昇することが知られている<sup>10-12)</sup>。

このように, 死別という現象は大きなストレスで, 遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

### 誰に遺族ケアが必要なのか?

死別そのものは病気ではない。多くの人は専門家の介入がなくても適応できるようになる。したがって, 死別を経験した遺族に対するケアは誰に行えばよいのかという問題がある。Schutら<sup>13)</sup>によれば, 遺族への介入は3段階に分類される。第一段階はすべての人を対象とし, 第二段階はスクリーニングにより死別後に症状を呈する可能性の高い人への介入, 第三段階はうつ, PTSD, 複雑悲嘆など病的な状態を呈し, 介入が必要な状況にある人に対するものである (Table 2)。遺族全体に

Table 2. グリーフケアのレベルと介入

第一段階	介入の有無の必要性に関わらず、すべての死別体験者に対して行うケア
第二段階	スクリーニングなどにより、介入が必要と判断された死別体験者に対して行うケア
第三段階	うつ病、PTSD、複雑悲嘆など専門家の介入が必要な死別体験者に対して行うケア

対してケアを行うということは、効率の面から考えても現実的ではなく、特に精神面でのケアにおいて、死別で苦しんでいる人を除き、すべての人がカウンセリングで利益を得るわけではない<sup>14)</sup>。したがって、ケアの第一歩としては、自らが必要と考えている人に対して必要なケアを提供するのがよいのではないだろうか。

### 遺族への介入の意味

遺族は死別後にストレスを受け、心身に影響を及ぼすことから介入が必要であることを述べたが、このような場面で行われる介入はpostvention（後治療）という言葉で表される<sup>15)</sup>。後治療は「辛い出来事の後になされる適切な援助」を意味し、Shneidmanにより導入された概念であり、postventionという言葉自体はprevention（予防）、intervention（介入）に対応して作られた造語である。後治療は、遺族の後遺症をできるだけ少なくし、遺族に対する援助のない状態と比較するとより生産的で、苦悩が少なく、長く生きられることを目的としている。ここで、「辛い出来事」とは何かという問題が生じるが、前述したように死別のストレス度が大きいことから考えても死別は「辛い出来事」に相当すると考えてもよいであろう。Schneidmanも後治療を行った症例として、担当する白血病患者を失った看護師の苦悩に対するケアについて述べている。

### 遺族ケアの実際

全国では様々な団体が遺族ケアを行っている

思われるが、医療活動として遺族ケアを行うことを前面に掲げている施設は多くない。ここでは「遺族外来」を設置し、医療活動としての遺族ケアを行っている、われわれ埼玉医科大学国際医療センターの紹介を行い、そのうえで他の遺族ケア活動を紹介したい。

### 1. 遺族外来—設立の経緯から現在まで

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科では、平成18年4月の精神腫瘍科開設と同時に「遺族外来」を開設し遺族の診察を行っているが、筆者自身は最初から遺族ケアを行おうと思っていたわけではない。以前に勤務していた横浜市立大学病院でがん患者を診察しているときに、その傍らで看病している家族が辛そうなのに気づき、家族の診察を始めたことがきっかけである。家族の診察を行ううちに患者が亡くなり、家族は遺族になったが、そのまま外来に通い続けてくださったので遺族の診察も行うことになり、自然発生的に「遺族外来」が生まれ、その後9年間診察を継続しているのが実情である。この経緯は以前にも総説として書いた<sup>16,17)</sup>。本稿では最近の遺族外来の様子について述べてみたい。

今まで筆者が行ってきた遺族ケアは、患者を診察し、家族に不安・抑うつが顕著と思われる場合、家族に対して家族向けの診察も行っていると説明し、希望があった場合に診察を行い、遺族になった後も継続的な診察を行う方法をとってきた。患者—家族—遺族を一つの単位として考えることが大切と考えたためである。患者の病気と家族の看病の様子を自ら確認しているので、家族が遺族になった後も医療展開がスムーズであった。また、遺族のほうでも亡くなった患者の精神科担当医が診察をするので、関係が築きやすいという利点があった。しかし、このような診察を続けるうちに、他院から遺族が来た場合にはこの方法が有効でないことも感じていたが、外に向けた広報を行っていなかったため、そのような状況は生じてこなかった。しかし、最近では遺族の診察をしていることを大学のホームページなどに掲載していることから、他院で家族を亡くした遺族が初診することも珍しくない。

他院で家族を亡くした遺族は自発的に「遺族外来」を受診することが多い。「夫を亡くした後から辛い思いをしてきましたが、この辛さ、悲しみをどこで訴えてよいのかわかりませんでした。偶然に遺族外来を知ったので受診しました」という遺族が多い。患者の死後数年経ってから受診する場合もある。亡くなった患者の病院からの紹介状もなく受診することがほとんどであり、亡くなった患者の治療経過を知らないまま遺族の診察することになる。しかし、これでは遺族の悲しみの背景がわからないので、亡くなられた患者の情報を得るため、遺族に対して発病から死亡に至るまでの様子をうかがい、そのプロセスで亡くなられた患者の病状経過と看病状況のイメージを作り、そのうえで遺族のケアを行うという形をとっている。このようにすることで、患者-家族-遺族を一つの単位として考えることができるようになっていく。実情を見ているわけではないのですべてがわかるわけではないが、ある程度の把握は可能だと思ふ。ただ、受診した遺族のなかには医療に対する不信をもっている場合もあり、そのときは判断が難しい。

亡くなった患者のイメージを作るため、遺族の了承が得られる場合には写真を持参していただく場合もある。しかし、遺族は亡くなった患者の話をすることや写真を持参することで、嫌な思い出がフラッシュバックしたり、精神的に辛くなることもあるので、遺族の様子を慎重に観察しながらお願いしている。

当センターはがん専門病院であるため、多くのがん患者が精神腫瘍科を受診するが、この患者のなかに、受診時点での苦悩の内容が自らのがんに関したことでなく、近親者との死別の場合もある。その場合にはがん患者というよりも遺族としての対応を行っている。

埼玉医科大学で遺族の診療を始めて2年が経過した。その間に30名を超える遺族が遺族外来を受診している。がん専門病院であるため、がんで亡くなった遺族が多くを占めるが、心筋梗塞など、がん以外で亡くなった患者も初診してくる。母数がまだ多くはないので確定的なことはいえないが、死別反応、うつ病が精神医学的な診断として多い。

希死念慮の強い遺族が受診することもあり、すぐに治療に入る場合もある。相談内容としては死別の悲しみ、経済的な問題、親族間のトラブル、他者からの無神経な言葉、暴言に関する悩みが多い。親族間トラブル、周囲の無神経な言葉で悩んでいる遺族は死別の悲しみを感ずる間もなくトラブルに巻き込まれ、かつ相談者を死別で失っている場合も多く、さらに死別に伴って判断力が低下している場合もあるので、ときには指示的な対応が必要な場合もある。また、生理的な遺族としてのプロセスを異常なものとして認識し、自分がおかしいのではないかとの悩みを訴えることも多いが、問題ないと答えることで遺族に安心していただいている。

外来を受診した遺族からは「遺族になって辛い思いを抱えてきたがどこに行ったらよいのかわからなかった。『遺族外来』を知って受診してみようと思った」、「ここは遺族として話ができる空間なので安心します」という意見が聞かれている。今後、調査を進める必要があるが、このような意見を聞くにつれ遺族も辛さを訴える場所が必要なのではないかと思っている。

## 2. 遺族グループ外来

遺族外来で話を聞いているうちに「遺族同士で話をしてみたい」という希望を訴える方々が出てきた。遺族の真摯な要望に応えることが遺族ケアに大切だと考えているので、このような遺族の希望に応えるため、平成20年より「遺族グループ外来」を開設し、月に一度、遺族同士が話し合うことができるようにした。診療形式としては遺族のほか、精神科医2名、心理士1名が同席し、遺族に自由な形式で語っていただいている。まだ数回行ったばかりであり、その方法、有効性などについても検討しなければならないが、遺族からは「話し合いができてよかった」、「遺族同士すぐにはわかり合えた」などとの意見が聞かれている。

## 3. セルフケアグループの活動

埼玉医科大学国際医療センターでは医療活動の一環として遺族ケアを行っているが、多くの場合は遺族会、グループ療法、セルフケアグループなどの活動が多い。そのなかで大阪で行われている

「ひだまりの会」の活動は、葬儀社の社会貢献活動の一環として始まっているが、死生学専門家、心理士、看護師も会を支える構成員の一員となっており、その活動レベルは非常に高く、今後のモデルになるものではないかと考えている。

### 遺族外来の利点

遺族外来受診者は自発的に来院したか、医師がその必要性を感じ取り併診となったケースがほとんどである。前述したように、遺族ケアはすべての人に行うよりも必要性を感じている人に対して行うほうがより効果的であるため、「遺族外来」と遺族を診察するという点を前面に掲げて、受診動機の高い人に来院を促す方法は有効なのかもしれない。

遺族外来を行うことは、医療者が遺族と接点をもつことを意味する。家族の一員がなくなり、社会的に孤立した状況になった場合で親族間トラブルに巻き込まれ、きつい調子で非難されたりすると相談する人がいないため「自分が悪いのではないか?」と考えてしまい、悩んでしまうことも多い。そのようなとき、遺族の悩みに応えることが可能なので、遺族が不必要に悩まなくてもよい状況を作ることができる。遺族の抱える問題には、金銭面のトラブルなど医療の範囲でカバーしきれない問題も多い。遺族に弁護士に相談したほうがよいと助言し、法律の専門家である弁護士の援助で解決の方向へ向かったこともあった。

外来を受診する遺族には、うつ病に罹患している場合も多い。そのようなときには、すぐに治療を始められるという利点がある。

遺族外来を受診した遺族からは「この悲しみをどこかでみてもらえばよいのかわからなかった」という声が多い。しかし、遺族は死別の事実を初診時に訴えないことも多く<sup>18)</sup>、死別に起因したうつ病であることを知らないまま治療を行っていることも多いのではないかと考えている。遺族の受診率を上げ、遺族の精神衛生に寄与するためにも“困っている遺族は診察する”という方針を掲げるのがよいのかもしれない。「遺族外来」はその一助になれるかもしれないと思っている。

### 問題点

現在行われている遺族ケアにも問題点がある。第一点目として遺族外来は個人精神療法が主体であり、かつTable 2にあげたように、医療従事者がスクリーニング的に併診した第二段階のグループケア、複雑悲嘆、PTSD、うつ病など専門家の介入が必要な第三段階の死別を対象としているので、多くの患者の診察が可能なのではない。したがって、今後は多くの施設でこのような形の医療が展開されることが必要になるのかもしれない。第二点目としては、患者の要望に応える形でグループ療法を始めたが、今後はさらなる発展の方向性を模索しなければならないだろう。第三点目として、遺族のケアを行っていることを周知する方法が確立されているわけではなく、多くの方に知っていただく方法を今後検討しなければならない。

### おわりに

遺族ケアの実際について解説した。Sheneidmanはその著書のなかで「postventionは今後10年から20年の間に予防医学の一環としてみなされるに至るであろう」と述べている。ただし、この本は1973年に出版されているため、すでに35年が経過していることになる。しかしながら、遺族ケアは少しずつではあるが医療の現場でも活動が始まっている。Sheneidmanの予想どおりではないが、その目標に向かって少しずつ前進していく途上であると感じている。

謝辞: 稿を終えるにあたり、いつも筆者らの仕事をサポートしてくれる埼玉医科大学国際医療センター岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

### 文 献

- 1) 平山正実: 愛する人の自死. 平山正実(監修), グリーフケア・サポートプラザ(編): 自ら逝ったあなた, 遺された私, 朝日新聞社, 東京, 3-24, 2004
- 2) Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rat-