

- ing Scale. *J Psychosom Res* 11 : 213, 1967
- 3) Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1 : 740, 1969
  - 4) Mellstrom D, Nilsson A, Oden A, et al : Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 10: 33, 1982
  - 5) Lichtenstein P, Gats M, Berg S: A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med* 28:635-643, 1998
  - 6) Manor O, Eisenbach Z: Mortality against spousal loss: are there socio-demographic differences? *Psychol Med* 56 : 405-413, 2003
  - 7) Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, et al: Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 39 : 309-314, 1984
  - 8) Prigerson H, Silverman GK, Jacobs S, et al: Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: a preliminary look. *Prim Psychiatry* 8 : 61-69, 2001
  - 9) Zisook S, Shuchter SR : Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 148: 1346-1352, 1991
  - 10) Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, et al : Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 33 : 378-383, 2004
  - 11) Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H : Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 77 : 283, 1987
  - 12) Li G : The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc Sci Med* 40 : 825-828, 1995
  - 13) Schut H, Stroebe M, van den Bout J, et al : The efficacy of bereavement interventions: Who benefits? In Stroebe MS, et al, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. American Psychological Association, Washington DC, 70-737, 2001
  - 14) Parkes CM : Editorial comments. *Bereavement care* 17 : 18, 1998
  - 15) E.S. シュナイドマン: 「死にゆく時 (DEATH of MAN)」, 誠信書房, 東京, 1980
  - 16) 大西秀樹: 遺族外来 がん患者の家族を支える新たな試み. *看護実践の科学* 28 : 56-59, 2003
  - 17) 大西秀樹, 奥野滋子: 遺族外来. *緩和ケア* 15:296-300, 2005
  - 18) Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, et al : Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric services* 52:1069-1074, 2001

---

受理日: 2008年6月27日

Abstract

**Bereavement Care in Psychiatric Bereavement Care Clinic**

Hideki Onishi\*<sup>1</sup>, Tomomi Nishida\*<sup>1</sup>, Mei Wada\*<sup>1</sup>,  
Mayumi Ishida\*<sup>2</sup>, Makoto Wada\*<sup>1</sup>

\*<sup>1</sup> *Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center,  
1397-1 Yamane, Hidaka City, Saitama 350-1298, Japan*

\*<sup>2</sup> *Graduate School of Human Sciences, Waseda University*

Bereavement is one of the most striking events in human experiences. Although bereavement is not a disease, it is associated with excess risk of mortality and morbidity. Bereaved individuals show various physical and psychological symptoms, and some bereaved individuals develop psychiatric disorders such as bereavement reaction, major depression and post-traumatic stress disorder. Therefore, psychiatric interventions are needed for these bereaved individuals. In the bereavement care clinic, interventions are aimed at psychiatric, physical, socio-economical problems. For psychiatric problems, clinicians should keep in mind major depressive disorders because of higher prevalence and the need for pharmacotherapy. For socio-economical problems, it is sometimes difficult to treat these problems as medical problems. A lawyer is sometimes needed to solve such problems.

In this paper, we also discuss the significance and necessity of bereavement care clinics in psycho-oncology.

**Key words :** Bereavement, Bereavement care, Depression

## 精神腫瘍外来

大西 秀樹\* 西田 知未\* 和田 芽衣\* 和田 信\*

抄録：がん治療は近年格段の進歩をみせているが、年間約30万人が、がんで死亡し、わが国の死因の第一位である。したがって、がんに罹患するということは非常にストレスのかかる出来事であり、このストレスは精神疾患の誘発因子ともなっている。精神疾患はがんの治療に負の影響を及ぼすことがあること、精神療法、薬物療法の有効性が認められることから治療的介入が重要である。また、家族・遺族も精神的なストレスが大きいために治療的介入が必要になる場合もある。精神腫瘍外来はがん患者、家族、そして遺族に対して個人・集団精神療法、薬物療法などを提供している。これらを通じて、精神症状の軽減およびQOLの向上を図り、患者がよりよい状況でがん医療を受けることを目標としている。精神腫瘍外来の質は向上していると思われるが、今後は、現在行われている医療内容および質を検証し、さらなる質の向上を目指す必要があると考えられる。

精神科治療学 23(9); 1097-1102, 2008

Key words : *psycho-oncology, group psychotherapy, bereavement clinic, cancer, depression*

## はじめに

## I. 学問的・時代的背景

がん対策基本法の制定に伴い、がん医療において心のケアを行うことが医療者の義務とされ、心のケアに対する関心が高まっている。埼玉医科大学は全国の大学病院に先駆けて精神腫瘍科を設置し、がん患者の精神医学的問題について専門的に取り組んでいる。本稿では、がん医療におけるメンタルケアを専門に行う外来「精神腫瘍外来」についてその現状および問題点について概説する。

## 1. がん患者に対する精神腫瘍学的治療の必要性

がん治療は近年格段の進歩をみせているが、年間約30万人が、がんで死亡し、わが国の死因の第一位である。したがって、がんに罹患するということは「死」を連想し、非常にストレスのかかる出来事である。このストレスは精神疾患の誘発因子ともなりうる。

がん患者の有病率調査では、Derogatisら<sup>5)</sup>は治療中がん患者を対象とした研究で47%の患者が精神医学的な診断基準を満たし、そのうち68%が適応障害で、13%がうつ病、8%がせん妄であることを報告した。終末期がん患者を対象とした調査<sup>1,15)</sup>ではせん妄、適応障害、うつ病が多い。その後の研究でも、がん種を問わず適応障害とうつ病が多くおおよそ20~40%が不安・抑うつを中心とした精神症状を呈するといわれている<sup>1)</sup>。

Psycho-oncology clinic.

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

Hideki Onishi, M.D., Ph.D., Tomomi Nishida, M.D., Mei Wada, C.P., Makoto Wada, M.D.: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, 1397-1, Yamane, Hidaka-shi, Saitama, 350-1298 Japan.



上記のようにがん患者は不安・抑うつを中心とした精神症状を呈することが多いが、患者の呈する精神症状は①疾患そのものが呈する苦痛、②QOLの低下、③家族の精神的苦痛、④適切な意思決定の障害、⑤自殺などと関連している<sup>3)</sup>が、これら精神症状は精神療法と薬物療法の組み合わせにより改善することも判明している<sup>3)</sup>。したがって、がん患者に対する精神腫瘍学的な医療は、患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要であるといえる。

2. がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性  
がん患者を抱える家族は、病気とその予後について知る負担、社会的・経済的負担など、種々の負担を有する。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もある<sup>4)</sup>。終末期では患者の治癒が見込めない、積極的な治療がないと説明されていることも多く、患者と同様に見捨てられ感を有して悩んでいることが多い<sup>5)</sup>。そして、家族のストレスは患者と同程度、あるいはそれ以上との報告もあり<sup>6)</sup>、患者家族は「第二の患者」であり治療とケアの対象であると言われている<sup>10)</sup>。しかしながら、本邦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%程度と報告されている<sup>2)</sup>。がん患者家族における有病率の高さを考えると十分に精神腫瘍学的な医療が行き届いていない可能性がある。

### 3. 遺族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

患者の死は医学的な治療の終了を意味する。しかし、遺族にとっての患者の死は、家族の一員をなくした精神的なショック、経済的な問題、亡くなった患者の親族との付き合い等、様々な苦悩・問題を抱えながら生きてゆく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時点から始まるといっても過言ではない。Holmes, T. H. と Rahe, R.H.<sup>7)</sup>は人生の様々な様相におけるストレス度を調査し、配偶者の死が最大であることを報告している。このように、死別という現象は人生における大きなストレスである。そしてこの

ストレスは、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

死別は身体に影響を及ぼす。例を挙げると、配偶者を亡くした54歳以上の男性では、配偶者のいる場合に比較して死別後6ヵ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>21)</sup>、女性も死別後3ヵ月は死亡率が高くなるという報告がある<sup>14)</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>12,13)</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>22)</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かかわらず、医療機関を利用する機会は減少している<sup>23)</sup>。

死別は精神にも影響を及ぼす。死別後のうつ病有病率調査で1ヵ月24%、7ヵ月23%、13ヵ月16%となることが知られており<sup>24)</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>6,8,11)</sup>。

上記を考慮すると、遺族に対して心身両面からの配慮が必要であるといえる。

## II. 専門外来設置の目的

上記に述べたようにがん患者・家族・遺族は精神的な負荷を受けているが、適切な介入は精神的な負担を軽減すること<sup>3)</sup>から何らかの介入が必要であることはおわかりいただけるかと思う。

患者向けの外来は先に述べたように、患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要である。

これに対して、家族・遺族向けの外来という専門外来は、筆者らががん患者を診察するなかで、その必要性に気づいて設置したものであり、わが国ではまだ一般的なものとはなっていない。

家族向けの外来は、筆者が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時に、その傍らで看病している家族が辛そうなのに気づき、



表1 精神腫瘍外来の実態

# 1	外来
	がん患者診察
	個人精神療法
	集団精神療法 「グループ外来」
	家族診察 (家族外来)
	個人精神療法
	集団精神療法
	遺族診察 (遺族外来)
	個人精神療法
	集団精神療法 「遺族グループ外来」
# 2	病棟
	病棟併診
	個人精神療法
	集団精神療法 (小児, 「キッズの会」)
	緩和ケアチーム

家族の診察を始めたことがきっかけである<sup>16,17,20)</sup>。遺族向けの外来も、やはり、筆者が横浜市立大病院の外来で診ていた家族が患者の死後も外来通院したことがきっかけである<sup>18,19)</sup>。開設当時は「遺族がより良い喪に服すことができればよい」程度に考えていたが、死別の衝撃の大きさ、精神疾患の問題、社会的要請など多くの問題があることがわかってきたので、それらに対応することも行っている。

### Ⅲ. 実際の診療の流れ (表1)

精神腫瘍外来はがん患者とその家族、および遺族を診察の対象としている。紹介状はあるに越したことはないが、必ずしも必要ではないと考えている。がん患者では医師による併診がほとんどであるが、最近では他院で治療を受けているがん患者が受診することもある。家族は担当医、担当看護師の紹介によるものが多い。遺族に関しては、当初は自分が担当していた患者の家族が遺族になった場合が主であったが、最近では他院で亡くなった患者の遺族が「遺族外来」での診療を希望して初診することが多くなっている。

診療は入院・外来を問わず迅速に対応することを基本にしている。入院患者の併診依頼に対して

は電子カルテで予約をとる場合もあるが、電話で依頼があればその場で診療に向かうこともある。外来も予約待ちの時間を極力短くすることを基本にしている。

外来がん患者の診療は個人精神療法および薬物療法が主体である。診療の結果は依頼のあった医師に文章で回答しているが、必要と思われる場合には電話で連絡を取るようになっている。最近、がん患者同士で話し合いたいという患者の希望に応じ集団精神療法(「グループ外来」と名づけている)を始めた。開設後一年経過したが毎回5名前後の患者が集まり、その時々が生じた問題点などについて話し合っている。患者同士であればわかり合えるという利点があるようである。

集団精神療法の際、付き添いのために来院した家族は外来で待つことになるが、家族も精神的な負担があることを考え、この時間を利用して付き添いの家族に対しても精神科医1名がついて、家族と話し合う場を設けた。

遺族の診療も個人精神療法が中心であるが、うつ病を合併している患者も多く、必要な場合には薬物療法も行っている。診療を続けるうちに、遺族同士で話し合いたいという希望が出てきたので集団精神療法「遺族グループ外来」を始めた。まだ、数回しか行っていないが、遺族同士でわかり合えるという利点があるようだ。

入院患者に対しては精神科医2名、心理士1名が病棟併診という形で対応する体制を敷いている。診療は個人精神療法が中心で、必要な場合は薬物療法を行う。せん妄患者には薬物療法が中心となる。診療は患者の症状に応じて連日行う場合から、週1回程度までさまざまである。

入院中の小児に対しては集団精神療法「キッズの会」を始めた。

複数の医師、心理士で多くの入院・外来患者および家族・遺族を対応しているため、週に1回は新患カンファレンスを開いて患者情報を共有するようになっている。臨床的に判断が難しいと思われるケースもここで検討している。



#### IV. 実施している検査など

精神腫瘍外来では問診を主体とした精神医学的な診察が主であり、身体科の主治医が定期的な採血・検査を行っていることが多いので、自ら検査を行うことは多くない。せん妄患者に対しては意識障害の原因を検索する必要から、血液・生化学、画像診断などの検査を依頼することもある。

脳腫瘍患者に対しては手術前の認知機能測定を含めた心理検査を行っている。

#### V. 治療

##### 1. 患者への対応

治療は精神療法と薬物療法が主体である。

初診時はこれまでのがん治療歴、生活歴、家族歴などをききながら精神症状の評価を行い、臨床診断を確定し、治療方針を決定する。患者はがんという生命の危機に直面する疾患に罹患していることから、その点について十分配慮し精神療法を行う。薬物療法では、代謝が遅延していること、体力の低下していることから副作用が出やすい状況にあるため、十分に注意しながら処方を行っている。痛みの強い患者が外来を受診することもあるが、痛みのために不安・抑うつが出現していると思われる場合にはオピオイドを処方することもある。

精神症状のため、外来での対応ができないケースが稀にあるが、そのような場合は精神科病棟での入院対応をお願いしている。ただ、その場合もがん医療が継続して行えるような手配を取るようになっている。

##### 2. 家族への対応

初診時は、患者と同様の診察を行うが、患者の様子について家族から意見を聞くことが患者診療との違いである。

治療としては、看病の苦悩の訴えを聞くことが中心であるが、治療の経過中に患者に生じる身体症状、精神症状、特にせん妄に対する不安が大きい場合もあり、今後出現が予想される精神症状、

身体症状についての説明も行う<sup>16,17)</sup>。

オピオイドをはじめとした薬剤に対する誤解もあるため、その修正を行うこともある。

##### 3. 遺族への対応

家族として診察を受けていて遺族に移行した場合と、遺族として初診する場合がある。家族から移行した場合は、亡くなった患者のこころ、看病している間の家族の様子がわかるが、遺族として初診した場合には、亡くなった患者の病気の経過とその間の看病の様子がわからないので、初診時にこれらを伺うことで補っている。

死別後ではうつ病の有病率が高い<sup>24)</sup>ことからうつ病に罹患していないか医学的なチェックも行っている。うつ病がある場合には治療をまず優先する。

うつ病などの精神疾患がない場合には、遺族から死別体験をはじめとして詳しく話を聞くのであるが、死別の辛さのほかに対人トラブルなどが多くみられるので注意が必要である<sup>18,19)</sup>。

#### VI. 専門外来の利点と課題

精神腫瘍外来は上記に挙げたように、がん患者、家族、遺族に対して様々な医療を提供している。

がん患者の不安・抑うつ・せん妄などに対して専門的な医療を迅速に提供できるという点が精神腫瘍外来の利点の一つである。治療法も薬物療法、個人・集団精神療法など診療の幅を広げてきた。家族・遺族に対しても個人・集団精神療法および薬物療法を提供し、うつ病などの精神疾患の早期発見・治療を行うところまで来た。

次に、精神腫瘍外来が抱える問題点について述べたい。

がん患者の精神症状に関しては精神症状による治療の中止、延期がないようになるべく自分たちの病院で治療を行っているが、がん専門病院であることから精神科のベッドがなく、一般病棟での対応が困難な精神運動興奮、希死念慮の強い患者に対応することは難しい。しかし、私たちの病院のすぐ近くに埼玉医科大学の本院があり、そこは



精神科病棟を有しており、がん患者への対応も可能なためお願いすることにしている。危機的な状況にあっても受け入れてくれる病院があることは心強い。

以前は、治療は個人精神療法が主体であり、様々な患者のニーズに応えることは難しい状況であった。このような状況を少しでも減らすべく、集団精神療法を始めている。がん患者に対して行っている集団精神療法は、がんの種類を特定せずがん患者であれば誰でも参加が可能という形をとっている。今後、有効性、限界点などについての検証を行わなければならないだろう。

精神腫瘍科という診療科は、一般の方にはなじみのない言葉でもあるため、今後は当科の診療内容を伝える工夫を行い、受診率を上げる方策を検討する必要がある。

#### おわりに

精神腫瘍外来について概説した。精神腫瘍科といっても特別なことではなく、基本は精神医療である。今後、多くの病院での取り組みが待たれる。

#### 謝 辞

いつも私たちの仕事を支えてくれる埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

#### 文 献

- 1) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y. et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J. Clin. Oncol.*, 22; 1957-1965, 2004.
- 2) 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.
- 3) Block, S.D.: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann. Intern. Med.*, 132; 209-218, 2000.
- 4) Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A. et al.: Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J. Clin. Oncol.*, 25; 4829-4834, 2007.
- 5) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249; 751-757, 1983.
- 6) Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. et al.: Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*, 33; 378-383, 2004.
- 7) Holmes, T.H. and Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.*, 11; 213-218, 1967.
- 8) Kaprio, J., Koskenvuo, M. and Rita, H.: Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am. J. Public Health*, 77; 283-287, 1987.
- 9) Kaye, J.M. and Gracely, E.J.: Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J. Cancer Educ.*, 8; 47-52, 1993.
- 10) Lederberg, M.S.: The family of the cancer patient. In: (ed.), Holland, J.C. *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, p.981-993, 1998.
- 11) Li, G.: The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc. Sci. Med.*, 40; 825-828, 1995.
- 12) Lichtenstein, P., Gats, M. and Berg, S.: A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol. Med.*, 28; 635-643, 1998.
- 13) Manor, O. and Eisenbach, Z.: Mortality against spousal loss: are there socio-demographic differences? *Psychol. Med.*, 56; 405-413, 2003.
- 14) Mellström, D., Nilsson, A., Odén, A. et al.: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand. J. Soc. Med.*, 10; 33-41, 1982.
- 15) Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S. et al.: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer*, 76; 1131-1137, 1996.
- 16) 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.
- 17) 大西秀樹, 石川孝, 小野瀬雅也ほか: 終末期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.
- 18) 大西秀樹: 遺族外来—がん患者の家族を支える新たな試み. *看護実践の科学*, 28; 56-59, 2003.
- 19) 大西秀樹, 奥野滋子: 遺族外来. *緩和ケア*, 15; 296-300, 2005.
- 20) 大西秀樹: がん患者の心を救う. 河出書房新社, 東

- 京, 2008.
- 21) Parkes, C.M., Benjamin, B. and Fitzgerald, R.G.: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. Br. Med. J., 1; 740-743, 1969.
- 22) Prigerson, H., Silverman, G.K., Jacobs, S. et al.: Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: a preliminary look. Prim. Psychiatry, 8; 61-69, 2001.
- 23) Thompson, L.W., Breckenridge, J.N., Gallagher, D. et al.: Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. J. Gerontol., 39; 309-314, 1984.
- 24) Zisook, S. and Shuchter, S.R.: Depression through the first year after the death of a spouse. Am. J. Psychiatry, 148; 1346-1352, 1991.

●特集論文公募のお知らせ●

「精神科治療学」では特集への論文を公募しています。ご投稿をお待ちしております。

第24巻1号(2008年1月発行)

改めてうつ病中核群を問う

締切: 2008年10月末日必着

第24巻2号(2008年2月発行)

夜, 寝ている時に起こる異常行動

締切: 2008年10月末日必着

- ・特集への応募論文は、投稿規定の枠内で公募いたします(体裁は投稿規定をご参照下さい)。
- ・ご投稿の論文は編集委員会にて審査の上、結果をご通知いたします。お問い合わせは下記まで。  
〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5 ☎03-3329-0033 (株)星和書店「精神科治療学」編集部





# がん患者と家族への心のケア

## 第5回 精神腫瘍医の考える薬物療法

埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科

西田知未 & 和田信 & 和田芽衣 & 大西秀樹  
(助教) (講師) (助教) (教授)

今回は、お薬が果たす役割についてお話します。がん患者さんは、すでに抗がん剤や痛み止めなどのお薬を処方されていることが多く、「ただでさえ弱っている身体に、さらに薬を使って大丈夫なの？」という不安もあることでしょう。精神腫瘍科では、「病院に行ったら、検査を受けて薬をもらう」という一般的な受診のイメージとは異なる診療を行います。前回までの連載にあるように、お話をすること、薬を使わずにリラックスする手法を使うことなども、治療の大きな部分を占めています。薬物療法はあくまで治療の一部分で、個々の患者さんの状態に即したお薬を、必要なタイミングで加えることで、よりよい時間を過ごせるように考えています。

### お薬の力が必要な状態とは

これからご紹介するのは、薬物療法が状態改善に寄与したと思われる患者さんのお話です。

#### ●うつ病

Wさんは、60代の女性で、進行した胃がんの告知を受けて2か月後に、精神腫瘍科の外来を紹介受診されました。Wさんは、明るく何でも楽天的に捉える性格でしたが、手術できないがんであるとの説明を受けてから、次第にいららし、気持ちのやりどころがない状態となりました。沈んだ気持ちよりも苛立ちが強かったので、ご自分でまさか「うつ」とは思わなかったとおっしゃいます。診察したところうつ病の症状がそろっていましたので、抗うつ薬を処方しながら通院を続けてもらいました。数週間後には表情穏やかで、会話に冗談も混じるようになりました。しかし、その直後転移した足の骨折のため緊急入院となります。この時は、すでに精神面での治療を開始していたためもあるのか、「しょうがないね…」と大きく動揺することもなく、Wさんらしさを保ったまま入院生活を送られ、ご主人は「あいつらしく頑張っている、一緒にやっぺいこう」と介護休暇を利用し、病室で夫

婦の時間を過ごされました。お薬はご本人だけでなく、つききりだったご主人も支えてくれているようでした。

Wさんのような状況にある患者さんが「落ち込んだり、眠れなかったりするの当然」と考えがちではないでしょうか？ そのため患者さんは、「こんな弱い自分は大めだ」と、自責の念を抱きながら我慢したり、ご家族の方々も助けを求めるすべなく、一緒に落ち込んだりされていることが多いのです。詳細な診察をして、うつ病の診断基準に当てはまる状態では、抗うつ薬を使用することで、気持ちの落ち込みだけでなく、痛みを軽くしたりよい眠りを取り戻せたりする可能性があります。お薬は少量で効果があることも多く、最近では副作用の少ない薬剤が選択できるようになり、Wさんの場合も鎮痛薬や睡眠薬の使用量が結果的に少なくなりました。抗うつ薬に関する注意点は、飲んだり止めたりすると効果が得られないばかりか、初期に一過性に出現する副作用のみを経験せねばなりません。また、急にお薬を止めると、いららしなどの退薬症状が出現することがあるため、医師の処方どおり服用してください。まれにですが、興奮・攻撃性や、次にお話する、せん妄、アカシジアを引き起こす可能性があるため、もし何か変わったことがあれば速やかに主治医にご相談なさるのがよいでしょう。

#### ●せん妄

50代の男性で膀胱がんを患うMさんの場合です。通院で化学療法を受けていた最中、次第に食事が減り、夜中に素っ裸になって「病院へまぎれ込んだぞ」など意味不明なことを言うようになりました。夜間うろろうしながら失禁することもあり、奥様の介護も限界に達して入院されました。「お父さんは人が変わってしまった」と落胆される奥様に、せん妄状態であることを説明し、点滴で栄養補給とせん妄の治療を開始しました。抗精神病薬を十分に使用し、夜間ぐっすり休んでもらうと同時にせん妄の原因を検索したところ、がんの

治療によく出現する血液電解質バランスの崩れが見つかりました。この治療を行うことで数日後にはとんちんかんな発言が収まり、奥様の差し入れのヨーグルトを召し上がりながら談笑できるようになりました。

Mさんのように、昼夜逆転したり意味不明な言葉を発して興奮したりする状態を“せん妄”と呼びます。せん妄は意識障害の一種ですが、昏睡のように眠ってしまっていて覚えない状態ではなく、断片的に記憶が残り、本人にとって非常に恐ろしい体験であるようです。また「気が変になってしまった」ような振る舞いをするため、見ているご家族の苦痛は計り知れないものがあります。さらには、食事をとらない、転ぶなど身体の危険性も高く、緊急に治療する必要があります。

せん妄の治療には比較的強い抗精神病薬を使用しますが、十分な睡眠確保と同時にせん妄の原因となる部分を治療することで、お薬は必要なくなります。ただし、亡くなる数日前になると患者さんの8割以上にせん妄が出現するため、治療可能なせん妄かどうかの見極めには専門的な知識が必要です。せん妄の原因はさまざま、Mさんのように検査で見つかる異常のほか、脱水や発熱、不安・痛みをとるお薬や睡眠薬などの薬剤が引き金となっていることもあります。

ご紹介したお二人は、残念ながらこの後1か月ほどで亡くられました。精神面での不調が解消された後も、お部屋を訪ねると、ご家族のどなたかが一緒におられ、穏やかな時間を共有しておいででした。ご家族とよいコミュニケーションがとれる形で過ごす最後の時間は、大変貴重なものと思われれます。この時期の患者さんにとっての薬物療法は、病気を治すためではなく、よりよい時間を作るために行われます。

しかしながら、うつ病を「弱い」「病気が深刻だから仕方ない」と思ったり、せん妄を「本人は憶えていないからこのままでよい」と判断したりして、治療の機会を逃している場

合も多いのです。日本社会では、精神面で医療を受けることに対するためらいがまだまだ根強いので、私たちの知らないところで苦しんでおられる方はきっと多いのだと思います。治療の第一歩のカギを握るのはそばで介護されているご家族や訪問看護師、社会福祉士の方々です。

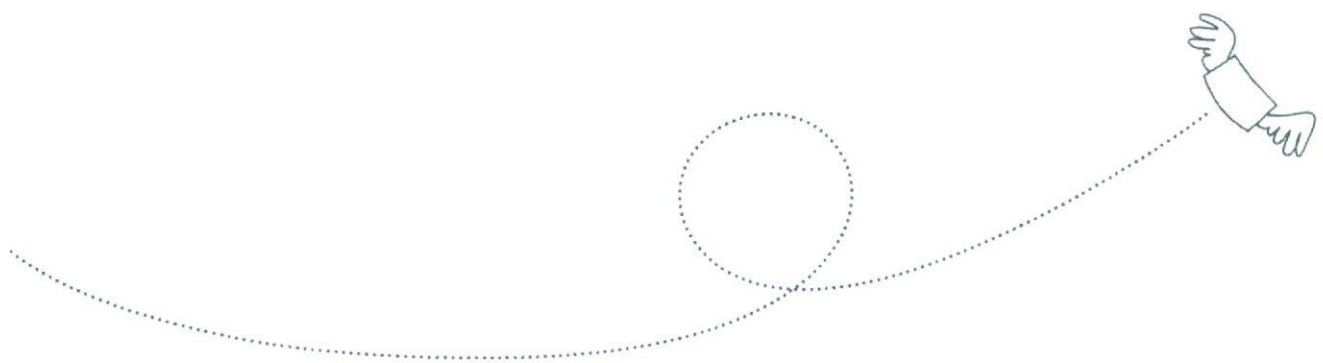
## お薬を使用している際の注意点

必要な時期に適切なお薬を使用することで、患者さんやご家族の生活の質（QOL）はぐっと改善します。とはいえ、がん患者さんでは他の薬との飲み合わせに注意しなければなりませんし、代謝する臓器や筋力が弱っている場合も多く、特別の配慮が必要です。がん患者さんに見られる副作用のいくつかをご紹介します。

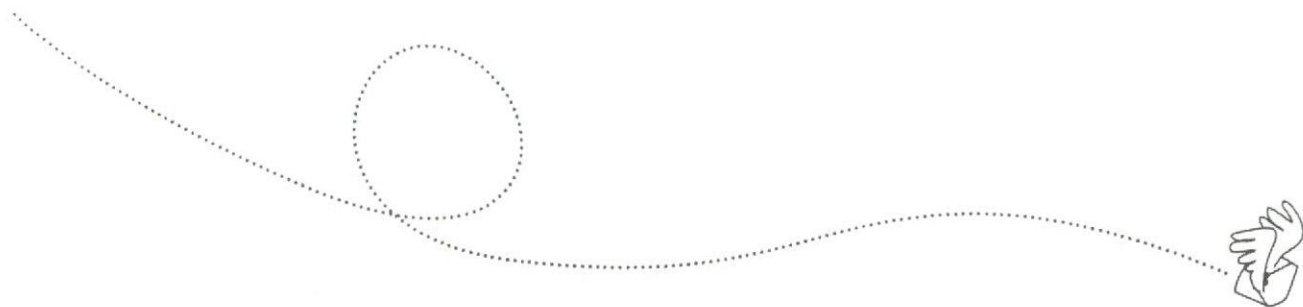
### ●アカシジア

40代のSさんは乳がんで、長期にわたる抗がん剤治療を受けていました。抗がん剤の副作用である吐き気を抑えるため、吐き気止めも、長期間内服していました。あるとき、なんとも言えずいらいらし、暴れだしたいという衝動が抑えられなくなって緊急入院されました。「身の置き所がない」「腕をちぎって欲しい」と訴えて、壁を蹴ったり物を壊したりするため、ご本人もご家族も「狂ってしまったか」と思ったそうです。この症状は、吐き気止めを中止して3日後にすっかり消失しました。Sさんはきちりした性格で、お薬を飲み間違えた可能性は低く、数か月同じ量の薬を内服していた最中の出来事でした。

この状態を「静坐不能症（アカシジア）」といいます。吐き気止めのほか、精神安定薬や抗うつ薬でも時にみられる副作用で、出現するかどうかは個人差があって予測できません。アカシジアは、原因薬剤を使用し始めてから数週間以内に発現することが多いのですが、Sさんのように何の誘因も







なく数か月後に突如見られることもあります。もっと衰弱した患者さんでは、Sさんのような激しい症状を呈さず、手足、口の中、場合によっては気持ちがそわそわしているのに、見落とされている場合もあるのです。ご本人の苦痛は甚大で、居ても立ってもいられず、その苦しさのために自殺される方もあるほどです。治療法は原因薬剤を突き止めて中止することですが、その第一歩はご本人やご家族がその症状に気づいた場合、速やかに主治医に報告なさることでしょう。

### ●がん治療による精神障害

Kさんは60歳、長くとび職として活躍されていました。奥様のお話では、もともと寡黙な職人肌の男性だったそうです。急性白血病を患い入院して化学療法が開始されました。化学療法の薬剤のなかにステロイドも含まれていました。治療開始から数日後、Kさんは不眠に悩まされるようになりました。主治医に処方される睡眠薬の効果も乏しく、次第に日中の言動にも変化が現れます。これまでになく、きつい言葉で看護師に暴言を吐き、夜間に散歩をするという病棟を飛び出してしまいます。次第に逸脱した行動が激しくなり、がんの療養は困難となっていきました。

精神腫瘍科に相談があり面接したところ、Kさんは「躁状態」という気分の障害を呈していました。この状態はステロイドにより誘発されたと考えられたのですが、がんの治療を優先するためステロイドの使用は治療計画どおり継続することにしました。躁状態に対しては、気分調整薬という躁うつ病に使用する薬剤を内服してもらい、予定の治療を終了されました。Kさんは「あの時はひどい状態だった」と、ご自分の変貌にとまどっておられました。

がんの治療に使用される抗がん剤、ステロイド、インターフェロン、放射線などは、時に精神面での異常をもたらします。Kさんの場合は躁病の症状を呈しましたが、これ以外にも、うつ病、せん妄、認知障害など、みられる症状はさまざま

です。この場合、がんをコントロールすることが最優先ですから、原因薬剤を中止するのは極力避けたいものです。Kさんのように、一時的に向精神薬を併用して治療を進めていきますが、原因薬剤の使用を終了すれば向精神薬も中止できることが多いのです。一方で、二度と治らない脳症や認知症のように重篤な副作用の場合は、がん治療の主治医と相談して、薬剤を減量したり変更してもらったりする場合があります。

\* \* \*

最後に、がん患者さんの薬物療法に関する基本原則を申し上げます。

- その一 不要な薬剤は極力使用しないこと
- その二 副作用には特別留意すること
- その三 休息や周囲のサポートがあって初めてよい効果を発揮するということ

精神腫瘍科ではこの三原則を守って診療していますが、その際、患者さんやご家族のご意見が大変参考になります。ぜひとも日常気づいたことのご報告やなにげないひとことに耳を傾けていただき、そこから得た情報をよりよい療養生活の支援につなげていただきたいと思います。

### ●にしだ ともみ

平成6年東京医科歯科大学医学部卒。麻酔科医として10年間麻酔、集中治療と疼痛管理を行う。平成16年より精神科医として精神病院勤務。平成19年4月より現職。専門領域は精神腫瘍学、リエゾン精神医学、麻酔科学、産業衛生学。

### ●おおにし ひでき

昭和61年横浜市立大学医学部卒業。藤沢病院、横浜市立大学、神奈川県立がんセンター精神科を経て、平成18年4月より埼玉医科大学精神腫瘍科教授、平成19年4月より埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授。専門領域は精神腫瘍学、死生学、老年精神医学、緩和医療学。日本サイコオンコロジー学会常任世話人。



# がん患者と家族への心のケア

## 最終回 遺族ケア

<sup>1)</sup> 埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科 <sup>2)</sup> 早稲田大学大学院人間科学研究科

大西秀樹<sup>1)</sup> & 西田知未<sup>1)</sup> & 和田芽衣<sup>1)</sup> & 石田真弓<sup>2)</sup> & 和田信<sup>1)</sup>  
(教授) (助教) (助教) (院生) (講師)

6回にわたり、がん患者さんとご家族への心のケアについてお話ししてまいりました。

最終回はご遺族のケアについてお話したいと思います。

### なぜ、遺族のケアは必要なのか？

#### 1) 患者さんが亡くなると…

患者さんが亡くなる…、医学的な治療が終了することで。従来、医学の考え方として、患者さんに対する治療の終了は、患者さんと患者さんを取り巻く方々への介入の終了を意味していました。しかし、遺されたご遺族はどうなるのでしょうか？ 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、家族を救えなかった罪悪感、経済的な問題、亡くなった患者親族との付き合いの問題等、さまざまな問題を抱えながら生活することになります。遺族の悲しみ、苦しみは患者さんの亡くなった、まさにこの時点より始まると言っても過言ではありません。

Holmes TH & Rahe RH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と報告しています。死別はこのように大きなストレスです。心と身体にさまざまな影響を及ぼすと考えても不思議ではないでしょう。しかし、このように大きなストレスを抱えているにもかかわらず、疲れた身体と心に鞭打ってすぐに葬儀の準備をしなければなりません。家族の一員を亡くし、精神的にとっても辛い時期、遺族はととても忙しいのです。

#### 2) 死別が心身に及ぼす影響

今述べましたように死別はご遺族にとって非常に大きなストレスです。したがって、そのストレスは心と身体に影響を及ぼします。

身体面ではどのような状況なのでしょう。配偶者を亡

くした54歳以上の男性の身体状況を観察した報告によりますと、配偶者のいる場合に比較して死別後6か月以内の死亡率が約40%上昇すること、さらに死因の4分の3は心疾患であることが指摘されています。女性の遺族でも死別後3か月は死亡率が高くなります。死別という出来事自体がご遺族の生命に影響を及ぼすことがあるのです。

心に及ぼす影響はどのようなもののでしょうか。遺族の調査の結果では、うつ病の診断がつく割合が死別後1か月で約30%、2～7か月で25%、13か月では15%と報告されています。うつ病の有病率が5%程度ですからこの数字は大きいものといえます。別の研究では、死別後1年以内に抑うつ徴候を呈する女性遺族が47%にのぼり、対象群の8%と比較すると有意に高いことが知られています。

心にこれほどの影響を及ぼすのであれば自殺の影響も考えないといけません。今までの研究によりますと、死別後1年以内の自殺リスクは女性で10倍、男性では66倍に上昇します。

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のです。

しかしながら、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ります。したがって、ご遺族に対しては何らかの介入が必要だと考えています。

### 「遺族外来」

ここまでで遺族は死別という経験から様々な身体的・精神的なストレスを受け、そのストレスは身体・精神面疾患の発病に関連するなど健康状態に影響することも多いのですが、介入による症状軽減も可能なことがわかりただけかと思えます。



以前から「遺族外来」と称してご遺族の診察を続けています。細々と続けているうちに8年以上が経ちました。少しだけ「遺族外来」についてお話をさせていただきます。

## 1) 「遺族外来」設立の経緯

最初からご遺族の診察をしようと考えていたわけではありません。がん患者さんを診察しているうちに、そばにいるご家族が精神的に参っていることに気づき、ご家族の診察を続けてきました（「家族外来」と今では呼んでいます）。患者さんが亡くなり、ご家族がご遺族になっても、さまざまな理由から外来通院が続いたので「遺族外来」が始まっているのです。「遺族外来」は、こうして自然発生的に生まれました。最近では、当センター以外で亡くなられたご遺族の初診が多くなっています。

## 2) 「遺族外来」——その機能と問題点

「遺族外来」設立当初は、ご遺族の抱える精神・心理・社会的問題など全く知らず、「ご遺族がよりよい喪に服せればよい程度」になどとぼんやり考えて診察をしていたのですが、外来を続けるにつれ、さまざまな問題点が浮かび上がってきました。ここでは、その機能と問題点についてお話したいと思います。

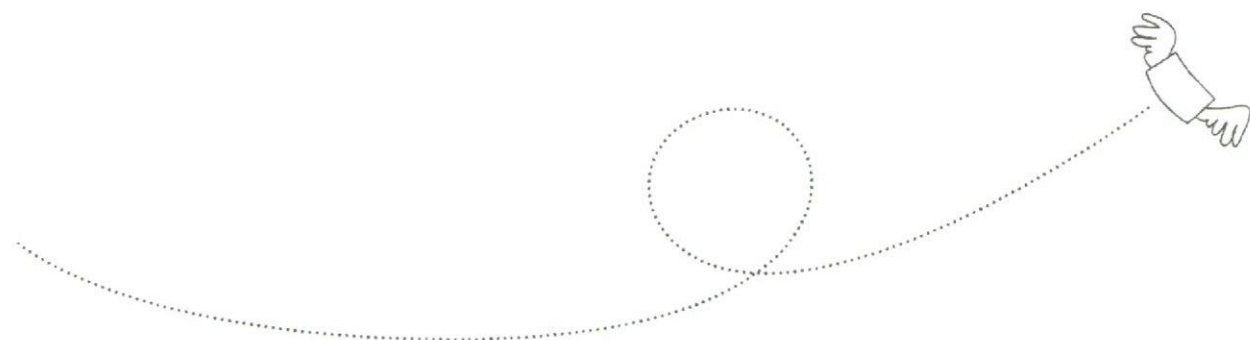
まず、第一は死別の悲しみ、人生の意味の喪失を語る場としての機能です。配偶者、親、子どもを亡くしたことによる悲しみ、助けられなかったという無力感、人生の意味の喪失などが語られます。10歳の子供さんを脳腫瘍で亡くされたお母さんは「(亡くなるまでの)10か月…ただ死を待つだけ。辛かった…」と涙ながらに述べ、18歳の息子さんを同じく脳腫瘍で亡くされたご両親は、「息子の病状が落ち着いているとき『時よ止まれ！止まってくれ。』と思いました」と悲痛な思いを語り、「私たちはこの子の死に向き合っていた

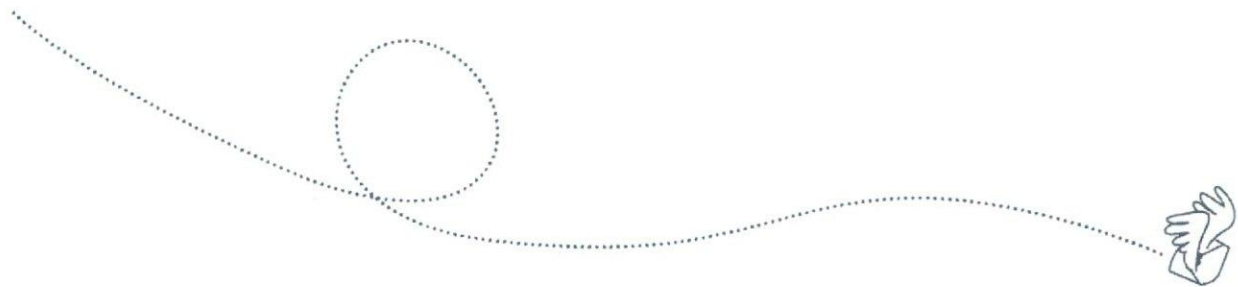
のでしょうか？」と涙ながらに息子さんを失った苦悩を訴えられていました。話を聴くしかできないこともあります。ただただ、時間を共有するだけのこともあります。

二つ目は、死別に伴う精神疾患の早期発見および治療の場としての機能です。死別後、うつ病、および自殺が多くなることはすでに述べました。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ります。これらの訴えは死別反応ではなくうつ病の場合があります。遺族外来初診時、死に魅入られており、自殺の危険性が高い患者さんもいました。これらの患者さんに対して即座に介入できるという事は利点でしょう。

子どもさんの死が心的な外傷となりPTSDを呈した患者さんもいます。これらの患者さんに対しても薬物療法を含めた精神医学的な医療を提供することが可能です。

三つ目はご遺族が遭遇するトラブルへの対応場所としての機能です。家族の一員が亡くなったことで今までくすぶっていた問題がトラブルとして表れる場合、思いやりのない親族・他人が傍若無人に振舞う場合などがあるようです。遺産問題、親族からの中傷、他人の無理解な言葉などで辛く、苦しい思いをしたことなどが多く語られます。例をあげますと、「(葬儀のときの)席順が悪い。謝らなければ親戚づきあいはしない」と告別式の翌日に言われた女性は「葬儀のときは呆然としていて何が起きているのかもわかりませんでした。誰がどこに座っているのかもわからないのに、このような言葉を浴びせかけられて辛かった」と述べていました。心筋梗塞で夫を亡くした女性は、自宅に線香を上げに来た人に「お前のせいで死んだんだ！」と怒鳴られ、どうしていいのかわからなくなった結果、遺族外来初診。「私が悪かったから夫は亡くなったのでしょうか」と本気で尋ねていました。もちろんご遺族に非はありません。「あなたには問題あ





りません。大丈夫。その人とは付き合わないように」と説明しました。家族を亡くして辛い思いをしているご遺族よりも自分の座席の位置のほうが大切と言う人々、怒鳴りつける人には病的なものを感じずにはられません。

そして四つ目は「遺族としていられる場所」としての機能です。家族を亡くして数年経ちますと、親族、友人など周囲の人々は「元気になったわね」、「頑張ってるね」、「新しい人生に向かって」などと言うことが多くなります。ご遺族もそれに答え「はい、大丈夫」と言ってしまうのです。しかし、何年経ってもご遺族の悲しみが完全に消え去るわけではありません。その悲しみを誰かに話したい、でも「はい、大丈夫」と言ってしまった後では愚痴をこぼすこともままなりません。近所の人にも長年にわたって愚痴をこぼすことはできません。そこでご遺族は「遺族として話ができる、悲しみを伝えることができる場所」として遺族外来にやってきます。「遺族として振舞ってよい空間を提供する」がご遺族の安心感につながるようです。

今、ここで述べたような介入、グリーフケアは“postvention（後治療）”という概念で表されます。これは「辛い出来事の後になされる適切な援助」を意味し、ご遺族の後遺症をできるだけ少なくし、ご遺族に援助の無い場合と比較すると、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ます。

ただし「遺族外来」にも限界点があります。まず、診療は個人精神療法を主体とした治療のため、多くの患者さんの対応が出来ないことです。二つ目は「同じ境遇の人と話してみたい」という希望を持っている患者さんに対応できないことです。

そこで今年から「遺族グループ外来」を始めました。今、述べましたように、ご遺族の間から、「他の遺族がどう考えているのか話を聞いてみたい」という意見が出てきたからで

す。ご遺族同士、ご自分の体験を語り、他のご遺族と体験を共有しあうことで少しでも死別による悲しみ、苦しみの気持ちが軽くなればと考えています。

## 遺族ケア——今後の展望、私たちが行うこと

遺族ケアについて私たちが行っている「遺族外来」を中心に述べてきました。ご遺族の問題は精神医学だけでの問題ではないことがわかりいただけたかと思います。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ます。したがって遺族ケアは精神医学領域だけの問題ではなく、さまざまな職種の専門家が行うもので、必要に応じて協同しながら進めていくことが大切だと思います。

しかしながら、「遺族外来」を受診した多くのご遺族が「どこに行ってもこの思いを伝えたいのかかわらなかつた」と言うように、ご遺族の受け皿は少ないのが現状だと思います。このような状態を避けるためにも、今後は遺族ケアを患者さんの治療の延長線として位置づけることが大切なのかもしれません。遺族ケアを始めることは難しいことではありません。患者さんが亡くなられた後、ご遺族に声をかけるだけでも立派な遺族ケアだと思います。自分の中でできる範囲で始めることが大切なのではないでしょうか。その積み重ねが大きな動きになっていくのではないかと考えています。

後治療の概念を表したシュナイドマンはその著書「死にゆく時」\*で、「後治療は患者さんの死に接した全ての人が行うべきである」、「おおよそ文明国であるならば、後治療が整備されるべきである」という内容の事を述べています。30年前に書かれた本ですが…。今、30年前に提言されたことのうちで、どれだけのことができていのでしょうか。

遺族ケアは、少しずつ発展を続けていますが、シュナイド



マンの言うレベルまでには至っていないのが現状かもしれませんが、しかし、少しずつでも実践を加えていくことで進歩していくものだと感じています。

実践するのはこれを読んでくださっているあなたです。一緒にやっていきましょう。

\*死にゆく時——そして残されるもの(原著名 DEATHS OF MAN)

E.S.Shneidman・著 白井憲清・白井幸子・本間修・訳  
誠信書房、四六判・318頁、本体価格2,000円、1980年  
[目次] 1部 死にゆく人——そして死に続くもの / 2部 死の眺望 / 3部 様々な死 / 4部 死の法医学的側面 / 5部 死の諸次元

\* \* \*

6回にわたり、がん患者さん、ご家族、ご遺族のケアについてお伝えしてまいりました。皆様のお役に立てば幸いです。

(謝辞)

稿を終えるにあたり、連載というこの貴重な機会を与えてくださった「家族ケア」編集部の方々に、厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。また、いつも私どもの活動を支えてくれる、精神腫瘍科岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。(了)

●おおいし ひでき

昭和61年横浜市立大学医学部卒業。藤沢病院、横浜市立大学、神奈川県立がんセンター精神科を経て、平成18年4月より埼玉医科大学精神腫瘍科教授、平成19年4月より埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授。専門領域は精神腫瘍学、死生学、老年精神医学、緩和医療学。日本サイコオンコロジー学会常任世話人。

●にしだ とみ

平成6年東京医科歯科大学医学部卒。麻酔科医として10年間麻酔、集中治療と疼痛管理を行う。平成16年より精神科医として精神病院勤務。平成19年4月より現職。専門領域は精神腫瘍学、リエゾン精神医学、麻酔科学、産業衛生学。

●わだ めい

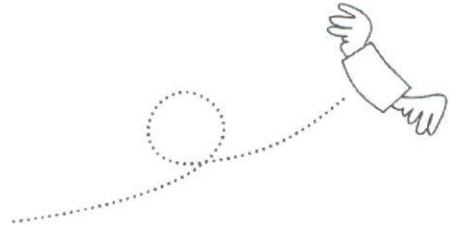
平成19年北里大学大学院医療系研究科医療心理学修士課程を卒業し、同年4月より埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科に心理士として配属となる。専門領域は精神腫瘍学、臨床心理学。

●いしだ まゆみ

平成20年早稲田大学大学院人間科学研究科臨床心理学修士課程を卒業、同大学院人間科学研究科博士後期課程に在学中。専門領域は死生学、臨床心理学。

●わだ まこと

平成4年京都大学医学部卒業。ミュンヘン工科大学精神科(ドイツ)、阪本病院、京都大学付属病院精神科神経科などを経て、平成19年4月より埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科講師。専門領域は、精神腫瘍学、精神医学、精神病理学、精神療法、リエゾン精神医学。



PHP研究所から  
所長の本が  
出版されました!

# 看取りに添える20の言葉

渡辺裕子 著

PHP研究所刊・四六判並製 本体価格1,400円＋税 ※本書は家族ケア研究所からの直販はしておりません。ご注文は最寄りの書店へお願いします。



目次

第一章 秋の昼下がり、ねえあなた、野球よ、わかる? / 最後まであきらめたらいかんで / あの世で会えたら本当の夫婦になろうな / いちゃん、げんき? / ちいと欲しいだろうが、待ってるよお

第二章 陽だまりの中で、一番最初にあの子に会える / 「ありがとう」「うまかった」 / 私は薄情な娘やね / もういっぺん、抱っこさせて / 親ながらあっぱれ / せいさん、ばあさん、ありがとう

第三章 命の夕暮れに、ああ、めでてえ、天住生だ / おまえが持ってきてくれたもんは、美味しいなあ / 二人で夢みてきたこと、もうすくすく叶うねん / ほんとにありがとよ。先に行って違者で暮らせよー / (添えられなかった言葉) ほか

あなたの大切な  
いつか最期の時  
その時、どんな  
交わし合ふのだ  
旅立ちの20の  
慰しみの底にある  
あなたの心に  
お

がん患者と家族への心のケア



# 遺族ケアの実践と課題

埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科

診療科長／教授 **大西秀樹**

外来医長／助教 **西田知未**

心理担当／助教 **和田芽衣**

副診療科長／講師 **和田 信**

早稲田大学大学院 人間科学研究科 **石田真弓**



【おおにし・ひでき】1992年3月横浜市立大学大学院医学研究科卒業。2005年4月神奈川県立がんセンター精神科部長に就任。2007年4月埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授に就任、現在に至る。専門領域は、精神腫瘍学、死生学。日本サイコオンコロジー学会（常任世話人）、日本臨床死生学会に所属。

## 「家族外来」「遺族外来」 開始までの経緯

もう、10年ぐらい前のことでしょうか。がん患者さんの往診の際、傍らで夫を看病している妻がとてつらそうにしているのに気が付きました。患者さんよりもつらそうに見えたので「ご家族の診察もしていますが…」と尋ねたところ、診察希望があったので外来で話を伺うことにしました。

外来に来た妻は、憔悴しきっていました。「夫はどうなるのだろう、残される自分は…、考え込んで眠れない、肩こりもひどい…」と、夫が進行がんになって助けることができないというつらさを切々と述べられていました。

私は当時、家族がここまでつらいとは考えていませんでしたが、この患者さんを診てからは、家族の精神症状にも注意を払い声をかけるようにしています。こうして、家族向けの診察「家族外来」が始まりました<sup>1~3)</sup>。

この家族は、患者さんが亡くなった後も来院してくださり、ほかの家族も同様に遺族になってからも来院してくださったので、自然発生的に遺族向けの外来「遺族外来」ができ

ました<sup>1,4,5)</sup>。病院の中に「遺族」という掲示もどうかと思っているので、精神腫瘍科の外来で細々と診察しています。

精神科医として患者さんと家族の精神症状に常に注意を払い、時には診療という形で家族ケアに介入してきました。患者さんの生前に家族ケアがあるのですから、亡くなられた後にも継続するのが当然だと思います。ですが、現代の医療は、患者さんが亡くなられた後に行われる援助（postvention：「後治療」と呼ばれています）を積極的に行ってきたとは言えないと思います。

本稿では、がん患者さんの家族と遺族が抱える精神医学的問題、家族と遺族を精神科外来で診ることの利点とその限界、さらに将来の方向性などについてお話ししたいと思います。

## 「遺族外来」でのケアの実際

遺族ケアといっても、遺族だけを診ているわけではありません。がん患者さん・家族も診ています。なぜなら、遺族ケアは単独で存在するものではなく、患者さん・家族のケアの



上に成り立つものと考えているからです。

次に家族ケアを行う「家族外来」と「遺族外来」について紹介したいと思います。

## 1) 家族外来

がん医療における家族の負担は、病気の心配のみならず、社会・心理・経済面などさまざまな領域に及ぶことが知られており、その程度は、患者さんの心理的負担と同程度か、それ以上であることが知られています。このように、家族の負担が大きいことから、家族もケアの対象であり「第2の患者」と呼ばれています。

がん患者さん診察の際には、家族に語り掛けながら、彼らの精神状態にも注意しています。そこで家族向けの診察もあると伝え、希望により診察しています。

外来数は多くないので適切なことは言えませんが、受診した方々は、看病の苦勞から適応障害レベルの不安・抑うつを呈していることが多いようです<sup>2,3)</sup>。

診療については、家族はつらい思いをどこに訴えてよいか分からずにいることが多いので、まずは話を聞くことから始めます。治療への期待、不安などが語られると同時に、家族の一員ががんになったつらさを切々と語ることが多いようです。この時、うつ病などの精神疾患が合併していないかという医学的な確認も行います。私からは、がん患者さんの病気の様子、今後予想される出来事などを話し、がん患者さんにせん妄などの症状が出た時にも落ち着いて対応できるよう指導しています。診察内容は本人の了承後、病棟スタッフに伝え、家族看護計画に組み込んでもらうことで、診療内容が看護に反映するようにしています。

「家族外来」の目標は、適切な介入を行うことで精神症状の軽減を図り、よりよい家族介護を継続していくように働き掛けることです。「家族外来」の存在を伝えておくことは、家族も孤独ではないという安心感を与え、精神症状発現

に対して予防の効果もあると考えています。

## 2) 遺族外来

遺族外来に来られる遺族は、患者さんが病気の時から家族として診ていた人が継続して外来に来てくださったことから始まりました<sup>1,4,5)</sup>。最近では、ほかの病院で家族を亡くして悲嘆に暮れていた人たちが、遺族外来の存在を聞きつけて受診してきます。

受診した遺族の中には、「このつらさをどこで話してよいか分からなかった」という人が多くいます。ですから、まず話を聞くことが診療の第一歩です。「想像はしていたが、ここまでとは思わなかった」という死別の苦しみ、夫がいない人生に意味が見いだせない、夫婦で幸せそうにしている人を見るのがつらい、友人に呼ばれても躊躇してしまう、休日には外に出られないなどの訴えが次々と出てきます。

同時に、うつ病などの精神疾患の合併の有無を確認します。その理由は、死別後1年でもうつ病の有病率が15%程度あること、うつ病などの精神疾患には薬物療法が有効なためです。また、うつ病を合併している場合、まずうつ病の治療に専念し、ゆっくりと休んでいただく必要があるからです。そして、うつ病の症状が落ち着いた時点で、遺族として話を聞くようにしています。

うつ病などの精神疾患がない場合は、遺族としての苦悩に対する相談と問題解決、そして傾聴を中心とした支持的精神療法が治療の中心となります。患者さんの生存中よりかわりがある場合には、看病中の苦勞を共有できるので診療上大きな利点となります。患者さんが存命中の介護に問題がなかったか、もっと自分は援助ができたのではないかという質問に対しては、実際に見てきた事実を伝えることができるので、遺族も安心するようです。遺族として初診された場合は、亡くな



られた患者さんの病状はどのようなものだったのか、どのような看病をしていたのかなど、当時の様子を詳細に伺うようにしています。もちろん、聞いた後には看病に問題がないと保障しています。

1回忌、3回忌、診断の日、手術の日などの近くには、当時のことを思い出して不安・抑うつが出現することがあります。これを記念日反応と言うのですが、あらかじめ説明しておき、症状が出たとしても対応できるようにしています。

遺族外来受診時に悲嘆、死別反応などが見られた遺族も、1回忌を過ぎた頃より次第に日常生活が落ち着いてくるようです。患者さんの死後5年を越えた方も何人か来ています。

## 遺族トラブル対策としての「遺族外来」

遺族外来の中で気が付いたことは、配偶者、子どもを亡くされ失意の中にある遺族に追い討ちをかけるようなことが生じてくるということです。

例として挙げると、「葬儀の席順が悪い。謝りに来い」と言われる、親族が死亡退職金を要求する、貯金通帳の確認を迫られる、ほとんど付き合いのない人が「女性の1人暮らしは危険」と忠告しにくる、中には「墓石を持って出て行け」「お前のせいで死んだんだ!」と言われた方もいます。

キーパーソンが亡くなった場合などに家族間のバランスが崩れ、無謀な要求が出てくるようです。また、トラブルが解決しないまま、同じお寺、同じ僧侶で1回忌、3回忌を別の日、親族別に行ったという例も複数経験しています。

葬儀の席順で文句を言われた遺族は、「葬儀の時は頭の中が真っ白で何も分からない状態だった。葬儀の席順まで頭が回らない。それなのに席順のことで文句を言われてつらかった」

と述べていました。配偶者、子どもを亡くし失意の中にある方々に心ない言葉を浴びせる人、遺族の悲しみより自分の対面を優先する人がいることは事実です。さらに、「こうなったのは自分が悪いからではないか?」と苦しんでいる場合も多いのですが、遺族を攻撃する方々に問題があることが多いので、遺族に責任の所在がない時には「あなたには問題はない」と伝えるようにしています。遺族外来では、このような話に耳を傾け、遺族が適切な判断を行えるようにアドバイスをしています。

## 遺族外来の利点と限界点(表)

遺族外来を続けていると、いくつか役に立てることがあるということに気が付きました。

1つ目は、悲しみを表わすための空間としての遺族外来です。遺族は、自分の悲しみを訴えたくても周囲のことが気になって、なかなかその気持ちを表現できないことがあります。また、家族を亡くしてから時間がたっている場合には、悲しみを訴えることに恥を感じる方が多くいます。周囲の人々も「元気になったわね」「新しい人生を踏み出したね」などと言うことが多くなります。そのような方々が「ここでは、遺族として話ができるので安心です」と言い、悲しみを述べて帰ります。悲しい時に悲しいと言える空間として機能しているようです。

### 表 遺族外来の機能

#### ① 遺族としての空間の提供

- ・遺族外来(個人精神療法主体)
- ・遺族グループ外来  
(遺族同士、精神科医、心理士)

#### ② 精神疾患の早期発見(うつ病など)

#### ③ トラブル対応



2つ目は、精神疾患早期発見の場としての機能です。遺族の中には介護、死を通してうつ病などを発症する場合があります。死別後はうつ病の有病率が高いこと、あるいは精神療法と薬物療法が奏効する疾患であることから、早期にこれらの疾患を見だし、治療に持ち込めるという利点があります。

限界点としては、1対1での診療が中心であるため、診察できる人数に限界があることです。さらに、遺族の中には「同じ境遇の人と話し合ってみよう」と言う人もいますが、それに応じていないのが現状でした。そのため2008年から、遺族が集まって話し合う「遺族グループ外来」を始めました。遺族からは「すぐに分かり合える」との意見も聞かれており、ある程度の役割は果たせているのではないかと考えています。

遺族ケアの一環としての「遺族外来」。この試みはまだ始まったばかりで、不十分な点、改善すべき点は多く残されています。今後さまざまな試行錯誤を繰り返しながら、よりよいケアができるようにしたいと考えています。

## 一般病棟で行う際に留意すべきこと

遺族ケアを行うに当たっての注意点を述べたいと思います。

### ①うつ病に注意する

埼玉医科大学「遺族外来」を受診する遺族を調べてみると、約3割の方にうつ病が見られます。一般病棟での遺族ケアと「遺族外来」では形態が異なりますが、今までの調査研究から明らかなように、家族の死後うつ病になる遺族は、一定の割合で存在します。「遺族外来」を受診した遺族の中には、希死念慮の強い患者さんもいました。また、外来に通院している間にうつ病を発症した方もいます。

ですから、遺族ケアを行うに当たっては、

遺族がうつ病ではないか注意しながらケアを行う必要があります。うつ病を見逃すと、患者さんは苦しい状態が続きますし、安易な励ましなどがうつ病を悪化させることもあるので注意が必要です。

### ②遺族の回復までの期間

遺族の精神状態が落ち着いてくるまでの期間には個人差があり、人によっては数年かかることもあります。ですから、一度ケアを始めたら持続的に行うことを念頭に入れてください。

### ③トラブル対策

遺族の中には、金銭面、対人関係でトラブルに巻き込まれる方もいます。そのような場合は、医療で解決できる範囲を出してしまいます。私はこのような状況に出合った時には、トラブルが大きくなるようにほかの職種（弁護士）などに相談するよう勧め、自分で抱え込まないようにしています。トラブルは意外に多いので注意が必要です。

本稿では、遺族ケアの実際について私の経験を中心に述べてきました。皆様の実践のお役に立てば幸いです。

### 【謝辞】

稿を終えるに当たり、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。

### 引用・参考文献

- 1) 大西秀樹：がん患者の心を救う—精神腫瘍医の現場から、河出書房新社、2008。
- 2) 大西秀樹他：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、Vol.10, No.1, P.66～70, 2000。
- 3) 大西秀樹他：終末期胃がん患者を介護する乳がん術後配偶者—心理的負荷と精神医学的アプローチについて、ターミナルケア、Vol.11, No.5, P.393～396, 2001。
- 4) 大西秀樹：遺族外来—がん患者の家族を支える新たな試み、看護実践の科学、Vol.28, No.3, P.56～59, 2003。
- 5) 大西秀樹、奥野滋子：遺族外来—Prevention・interventionからpostventionへ、緩和ケア、Vol.15, No.4, P.296～300, 2005。



特集：がん患者の家族ケア

Point of View III：アプローチ編

# がん患者の家族の相互理解 (コミュニケーション)を促す援助

大西 秀樹

Onishi Hideki

埼玉医科大学国際医療センター  
精神腫瘍科医師

西田 知未

Nishida Tomomi

同センター精神腫瘍科医師

和田 芽衣

Wada Mei

同センター精神腫瘍科心理士

石田 真弓

Ishida Mayumi

早稲田大学大学院  
人間科学研究科心理士

和田 信

Wada Makoto

同センター精神腫瘍科医師

家族へのケアには身体・精神・社会面などから多面的なアプローチが必要だが、“これをすれば大丈夫”といったものはない。最も大切なことは家族の出しているであろうサインに気がつくことであると述べる筆者らが、がん患者家族の現状を明らかにし、がん患者家族の相互理解(コミュニケーション)を促す援助のあり方を示す。

撃的な出来事である。さらに、家族は患者の治療が円滑に進むための援助を行うという暗黙の役割が求められるため、日常生活の変化を受け入れる必要に迫られる。このようなストレス下におかれた家族が患者の援助を行えるようにするにはどうすればよいのか。私たち医療従事者の援助が大切になってくる。

本稿では、このようにさまざまな負担を抱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。

## はじめに

がんという病気は、平穏な日常に突然割り込み、患者と家族の生活を根底から覆す。患者は「死」を意識しながら、治療を受ける。こうした中、家族は患者の援助を一生懸命行っている。来院の付き添い、病状説明の同席、お見舞い、洗濯物の片付け、そして入院費の支払いなど……。しかし、家族にとってもがんという病気は衝

## 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、毎年30万人がこの病気で命を落としており、わ