

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」を意識せざるを得ない。また、社会的な役割の喪失、病状の不透明さ、先々の不確実性など、多くのストレスを受ける。このストレスは不安、抑うつなど精神症状発現の原因となる。治療中の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¹¹⁾、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ことが知られている。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、上記のようなストレスを受けている患者のケアに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、看病にあたる家族も、家族の一員ががんの疑いをかけられた時から患者と同様に精神的な負荷を負う。

がん患者家族の調査研究²⁾では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。白血病の子どもを介護する親での調査研究³⁾では、36%が神経症性の抑うつ、13%が抑うつ気分をともなった適応障害で、がん患者配偶者と子どもでの有病率調査⁴⁾では、抑うつが25%と24%、不安が27%と25%に見られたとの報告がある。進行がん患者を看病する家族の調査⁵⁾では13%の介護者に精神医学的診断がつくが、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。終末期がん患者を看病する家族に関する調査⁶⁾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。

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疾患が認められる⁷⁾。家族が呈する抑うつ程度はがん患者が受けるものと同じと言われ⁸⁾、検査、診断、治療、再発の諸相で消退を繰り返しながら

継続する場合⁹⁾、患者の精神・身体状況に関わりなく悪化してゆく場合もある¹⁰⁾。

このように看病を行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、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、“第二の患者”と見なし、治療およびケアの対象であるとの認識になりつつある¹¹⁾。

しかしながら、家族は自らの感情を抑え込んでいることが多いため、苦悩がそれほど高くないと見なされ、過小評価される傾向にある。本邦のがんセンター併診患者の調査では、家族の受診は全体の約3%であり¹²⁾、家族の有病率、ストレスの程度などを考えると、十分なケアがゆきとど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抱えていることを考慮に入れると、今後は家族を“第二の患者”と考え、ケアの対象と見なし、さらなる介入を考える必要があるだろう。

2) 看病を行う家族の身体状態

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

看病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¹³⁾、心疾患¹⁴⁾、慢性的な睡眠障害¹⁵⁾が多く見られ、看病によるストレスは身体疾患の発症に結び付いている可能性がある。

看病を行うことに負担を感じている配偶者は、看病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¹⁶⁾、看病は死亡率の上昇と関連している可能性もある。

がん患者を看病する家族もがんに罹患していることも

ある¹⁷⁾。緩和ケア病棟における調査で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¹⁸⁾。

このようにがん患者の看病を行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続けている家族もいることを知っておく必要がある。

がん患者の家族への介入

今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抱えており、“第二の患者”と呼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。したがって、介入にあたっては社会・経済的な問題、および精神的な問題がないか常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長期間にわたる柔軟性のある援助、③家族のもつ恒常性の再生、④機能的でない部分の修正、が基本である¹⁹⁾。

家族は、看病がつらくても「健康」に見える自分たちが苦悩を述べることはよくないと感じていることが多い。そのため、家族に対しては、何を話してもよいこと、苦悩することも当然であると伝えることは安心感につながる。上記を伝えるとともに、病気と治療についての説明、家族内調節、各種サポートの提供などを行うことが大切である。

次に、精神、身体、社会的なケアの方法について述べてみたい。

1) 精神面への介入について

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、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。そのことを念頭に入れて家族の訴えを聞くことが大切である。話を聞くだけでも家族の側に安心感が得られ、精神症状が軽減することもある。

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。受診を勧める場合、「適切ながん医療が行われるためには、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。

家族が不安・抑うつを訴える場合、ケアの対象として認識することは、そう難しくない。家族が訴えない場合が問題である。家族は自らの苦悩を口にはしていないと考えていることが多い。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²⁰⁾ので、身体症状と解釈され見逃されることもあるので注意が必要である。

したがって、家族に対しては常に何の話題でも話ができる体制を整え、家族の心身の状況を観察し、変化が見られた時には声をかけるなどの行動をとることが必要であろう。

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、既往歴の把握も大切である。身体疾患の治療で通院中であっても、患者の全身

【表】患者が望むコミュニケーション SHARE

1 支持的な場の設定	Supportive environment
2 悪い知らせの伝え方	How to deliver the bad news
3 付加的な情報	Additional information
4 安心感と情緒的サポート	Reassurance and emotional support

<出典>内富清介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか, 医学書院, p.11. 2007. より筆者作成

状態が悪い時などは、患者の看病を優先し、自分の治療を中断している場合もある。家族が安心して自分の治療ができるような環境調整が必要であろう。

3) 社会面への介入について

これまで述べてきたように、家族の不安は医学的な問題に留まらない。通院・入院・転院の問題、在宅医療の問題、医療費の支払いなども家族にとっては大きな問題である。このような問題に対しては、ソーシャルワーカーとの密な連絡が必要となる。家族に対してはあらかじめ医療サービスの種類やその内容を伝え、また、必要に応じ適宜伝えることが、サービスの有効利用のために大切である。

がん患者の家族への介入で大切なこと

家族ケアが必要な場面では、多くの場合、患者・家族を取り巻く状況は厳しいものがある。がんの診断を伝えられた時、再発を伝えられた時、治癒を目標とした治療が奏功しなかった時、つまり悪い知らせが伝えられた時だと思う。患者は将来への見通しを根底から否定的に変えられる。家族も同様だと思う。このような場合、医療者と患者・家族との良好なコミュニケーションが行われることは、患者のみならず家族の精神状態にとっても大切である。したがって、良好なコミュニケーションとは

何かを知っておく必要がある。

悪い知らせが伝えられる際に、医師に対して望むコミュニケーションの要素を知るため、藤森²¹⁾は患者、医療者への面接調査から内容の分析を行い、大きく4つのカテゴリーに分類し、構成要素をSHAREとしてまとめた(表)。SHAREとは、「①支持的な場の設定(Supportive environment)」「②悪い知らせの伝え方(How to deliver the bad news)」「③付加的な情報(Additional information)」「④安心感と情緒的サポート(Reassurance and emotional support)」から頭文字をとったものである。次に各項目について解説する。

1) 支持的な場の設定

説明を行うにあたって、落ち着いた環境を整え、信頼関係を構築することである。説明はプライバシーが保たれる落ち着いた場所で行うことが大切で、大部屋や廊下などで行ってはならない。部屋はプライバシーが保たれることは大切であるが、医療器具が脇に置いてあるような部屋ではなく、落ち着いた雰囲気のある部屋を説明用に確保しておくことが大切である。信頼関係を構築するためには常に礼儀正しく接すること、相手の目を見てしっかり話すことなどが大切である。

2) 悪い知らせの伝え方

誠実に接し、納得のいく説明を行うことが大切である。説明を行う時には事務的にならないようにすべきである。説明は難解な医学用語を避け、相手の目を見ながら、平易な言葉を用いてわかりやすく話すことが大切である。途中、今まで話したことが十分に理解できているか「今までの説明でご不明なところがありましたらご質問ください」などと尋ねながら説明することが必要で、理解が不十分な場合には理解が進むまで誠実に対応する。

3) 付加的な情報

今後の治療方針に加え、病気が日常生活に与える影響などを取り上げる。相談や関心事を打ち明けやすい雰囲気をつくることも大切である。家族は医療者に対して自分のことを打ち明けるのは恥であると考えていることも多いので、何でも相談してよいという雰囲気づくりは大切である。家族が「何でも話してよいのだ」と思えるように、こちらから医療を離れた日常的な会話をしておくことも大切だろう。家庭的なこと、趣味のこと、仕事のことなどを話題にすることは、決して無駄話ではない。何気ない世間話から重要な問題が浮かび上がることもある。

時間がない、急いでいるといったそぶりは、家族に「話してはいけない」と思わせることになるので注意が必要である。腕時計を触る、時計に視線がいくなども「時間がない」と思わせてしまうことがあるので注意したい。ちなみに私（大西）は診察時に腕時計を着けない。

4) 安心感と情緒的サポート

患者の気持ちを理解し、共感を示し、家族にも理解を示すことである。悪い知らせが伝えられた後は、患者、家族とも誰の支えもない、見捨てられてしまったというイメージを抱く場合が多い。したがって、看護師は患者・家族の気持ちを労り、悪い知らせが伝えられても、見捨てられてはいない、常に支えられているのだという気持ちを崩さないよう援助を行うことが大切であろう。

家族ケアに必要と思われる要素を述べたが、家族ケアには“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だと思う。最初に会った時と表情が変化していないか、落ち込んでいたり、怒りっぽくなっていないか、

疲れていないか、身体的な不調を訴えていないか、無理をしすぎていないかなど、家族が出しているわずかなサインに気がつくことがとても大切である。一生懸命看病する家族は本当に素晴らしいと思うが、家族は自らの命を削って看病している場合もあることを忘れてはならない。私は、認知症の妻を献身的に看病する夫に急死されたことがある。全身全霊を傾けて看病する夫に死が近づいていることに気がつかなかった²²⁾。今から思えば看病する夫がとても疲れていたのがサインだったのだと思う。

家族とよいコミュニケーションをつくり、その中からわずかなサインに気づき、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。

おわりに

以前、筆者が担当していた家族は、遺族となった後、ケアを受けていた9年前を振り返り、「先生があの時言っていたことは、今から思えば当たり前のことばかりでした。でも、その時はそれがありがたく思えたから不思議ですね」と述懐していた²³⁾。

当然のように考えたり、判断したりできなくなってしまう時、少しの援助を行えば家族は再び活動ができるようになる。そのような援助を行えばよいのかと、家族の言葉から改めて実感した次第である。

参考文献

- 1) Derogatis L. R., Morrow G. R., Fetting J., et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249 (1983), p.751, 1983.
- 2) Braun M., Mikulincer M., Rydall A., Walsh A., Rodin G.: Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25 (30), p.4829-4834, 2007.
- 3) Sharan P., Mehta M., Chaudhy V. P.: Psychiatric disorders

- among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Hematol Oncol*, 16 (1), p.43-47, 1999.
- 4) Kinasse D. W., Bloch S., Burns W. L., McKenzies D., Posterino M. : Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, Vol.3, p.47-56, 1994.
 - 5) Vanderwerker L. C., Laff R. E., Kadan-Lottick N. S., McColl S., Prigerson H. G. : Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol*, 23 (28), p.6899-6907, 2005.
 - 6) Prigerson H. G., Cherlin E., Chen J. H., Kasl S. V., Hurlzeler R., Bradley E. H. : 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*, Vol.11, p. 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 (11), p.1517-1524, 2003.
 - 8) Kaye J. M., Gracely E. J. : Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J Cancer Educ*, 8 (1), p.47-52, 1993.
 - 9) Northouse L. L., Mood D., Templin T., et al. : Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science Medicine*. 50 (2), p.271-284, 2000.
 - 10) Northouse L. L. : The impact of cancer in women on the family. *Cancer Pract*, 3 (3), p.134-142, 1995.
 - 11) Lederberg M. S. : The family of the cancer patient (Holland J. C. (ed) : *Psycho-Oncology*), Oxford University Press, p.981, 1998.
 - 12) Akechi T., Akizuki N., Okamura M., Shimizu K., Oba A., Ito T., Yoshikawa E., Nakano T., Inagaki M., Uchitomi Y. : Psychological distress experienced by families of cancer patients ; preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 36 (5), p.329-332, 2006.
 - 13) Kiecolt-Glaser J. K., 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 (7), p.3043-3047, 1996.
 - 14) Shaw W. S., Patterson T. L., Semple S. J., et al. : Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. *Ann Behav Med*, Vol.19, p. 101-109, 1997.
 - 15) Carter P. A. : Caregiver's descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum*, 29 (9), p. 1277-1283, 2002.
 - 16) Schulz R., Beach S. R. : Caregiving as a risk factor for mortality ; the caregiver health effects study. *JAMA*, 282 (23), p. 2215-2219, 1999 .
 - 17) 大西秀樹, 石川孝, 小野瀬雅也, 山田朋樹, 斎藤真理, 水野康弘, 山田和夫, 小阪憲司 : 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なアプローチについて, *ターミナルケア*, 11 (5), p.393-396, 2001.
 - 18) 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 (2), p.83-86, 2005.
 - 19) 前掲11)。
 - 20) Simon G. E., VonKorff M., Piccinelli M. et al. : An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, Vol.341, p.1329-1335, 1999.
 - 21) 藤森麻衣子 : 患者が望むコミュニケーション (内富庸介, 藤森麻衣子編 : *がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか*), 医学書院, p.11-22, 2007.
 - 22) 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, p.197-207, 2008.
 - 23) 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配偶者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 (1), p.66, 2000.