

大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容

—参加観察の結果から—*

笹原 朋代**¹⁾, 三 條 真紀子**²⁾, 梅 田 恵**³⁾
樋口 比登実**³⁾, 篠 田 淳子**³⁾, 柴 山 大賀**¹⁾
宮下 光 令**²⁾, 河 正 子**²⁾, 数 間 恵子**²⁾

**¹⁾ 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系

**²⁾ 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 成人看護学/緩和ケア看護学

**³⁾ 昭和大学病院緩和ケアセンター

要 旨

<背景>がん診療連携拠点病院の増加に伴い、緩和ケアチーム (PCT) が急増しているが、PCT が具体的にどのような支援をするのかは明らかでない。

<目的>これまで先駆的な活動をしてきた一大学病院で活動する PCT の支援内容を、参加観察法を用いて明らかにする。

<方法>2004年2～10月、緩和ケア診療加算算定以前から活動を行う一大学病院の PCT メンバー 3 名を対象とし参加観察を行った。観察場面は特定せず、PCT メンバーと病棟スタッフや患者・家族、その他の職種との相互作用の過程でとった言動を観察した。観察した事柄についてフィールドノーツを作成し、内容分析の手法を参考として分析を行った。

<結果>PCT の支援内容は、82 のサブカテゴリから成る 7 つのカテゴリに整理された。すなわち、【症状緩和】【患者の精神的サポート】【治療目標の明確化】【療養場所の選択・移行のサポート】【看取りが近い患者のサポート】【家族のケア】【医療者への教育・サポート】であった。加えて、PCT がよりよく機能するための基盤作りについて、6 つのサブカテゴリから成る 1 つのカテゴリが得られた。

<結論>先駆的な活動をしてきた PCT が実際に提供している支援内容が明らかとなった。これは、PCT の具体的な活動指針になる点で非常に有用と考えられる。

I. 背 景

わが国では、「第3次対がん10か年総合戦略」のもと、がん診療連携拠点病院（以下、がん拠点病

院）の設置が急速に進められており、現在までに 286 施設が指定されている¹⁾。がん拠点病院の指定要件の1つに「一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制の整備」があり²⁾、

* What Kind of Support Does a Hospital-based Palliative Care Team Provide in a University Hospital? : A Result from Participant-observation Approach

**¹⁾ Tomoyo Sasahara, Taiga Shibayama : Institute of Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

**²⁾ Makiko Sanjo, Mitsunori Miyashita, Masako Kawa, Keiko Kazuma : School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

**³⁾ Megumi Umeda, Hitomi Higuchi, Junko Shinoda : Palliative Care Center, Showa University Hospital

この役割はコンサルテーションを受けて院内を横断的に活動する緩和ケアチーム (Palliative Care Team: PCT) が主として担っていくものと考えられる。つまり、がん拠点病院の増加に伴い、PCTも増加する傾向にある。しかし、PCTが誰を対象とし、どのような支援をするのかは、いまだ明確にされていない。質の高い緩和ケアを提供していくためには、PCTの活動指針が必要である。

PCTが早くから活動している欧米でも、PCTの活動に関する明確な指針はない。しかし、PCTへの依頼内容および提供した支援に関する報告から、PCTは症状マネジメント、療養場所の移行・調整、心理社会的問題、今後の治療・ケアに関する意思決定、終末期ケア、アドバンス・ディレクティブに関する支援を行っていることが明らかになっている⁹⁻¹¹⁾。しかし、それらの事柄について具体的にどのようなことを行っているのかは明らかではなく、また提供した支援は、PCTメンバー自身による申告という限界もある。

そこで、本研究では、緩和ケア加算算定以前から先駆的な活動をし、社会的にも一定の評価を得ている1施設のPCTを対象とし、PCTが実際に提供している具体的な支援内容を参加観察により明らかにすることを目的とした。先駆的なPCTの支援状況が行動レベルで参照可能となることにより、すでにPCTがある施設にとっては、活動の指針となると考えられる。また、PCTのない施設にとっては、設置検討の資料になると考えられる。

II. 方法

PCTが提供している支援を、佐藤⁹⁾のフィールドワークの方法を参考とした参加観察法により把握した。その際、調査者は、観察場面に存在するが介入は行わない「観察者としての参加者」としての立場をとった。

1. 施設およびPCTの概要

関東にある大学病院であり、病床数は1,100床、平均在院日数18日である。院内に緩和ケア病棟はない。1992年よりPCTの活動が始まり、2002年4月から緩和ケア加算を算定している。

PCTは、医師2名、看護師、事務員の4名で構成されている。診療スタイルは、コンサルテーシ

ョンが中心であり、処方はない。週1回、チームメンバー全員で病棟を回診し(チームラウンド)、それ以外は患者や病棟の状況に応じて回診する。業務は月～金曜の日勤帯であり、夜間・休日はボケットベル対応としている。2003年度の依頼件数は184件である。

2. 観察対象

以下のPCT各メンバーとした。看護師を中心として機能していることから、メンバーが個別に活動する場合は原則的に看護師を観察した。

- 1) 身体症状を担当する医師: 女性、臨床経験年数28年、専門診療科はペインクリニックである。2001年9月からPCT専任となっている。
- 2) 精神症状を担当する医師: 女性、臨床経験年数9年、専門診療科は精神科である。2002年4月からPCT専任となっている。基本的に週1回のチームラウンドおよびカンファレンスに参加し、それ以外の業務は必要に応じて行っている。
- 3) 看護師: 女性、臨床経験年数10年で、がん看護専門看護師の資格をもっている。1999年からPCTに所属し、コーディネーター役としてチームの中心的な役割を担っている。

3. データ収集方法

PCTの支援内容を幅広く捉えるために観察場面は特定せず、調査者が同席可能であった場合での、PCTメンバーと病棟スタッフや患者・家族、その他の職種との相互作用の過程でとった言動を観察した。ただし、PCT以外の業務に関する言動は除いた。見聞きした事実や気づいたことについてその場で記録し、記録することが不適切と思われた場合は、その場から離れた後速やかに記録した。聞き漏らしたり事実の理解が困難であったりした場合、一場面の観察を終えた時点でPCTメンバーに確認した。記録は、当日中にPCTの支援内容について文章化してパソコンに入力し、フィールドノーツを作成した。観察時間はPCTの勤務時間帯である9～17時、観察期間は平成16年2～10月、総観察日数は141日であった。

4. 倫理的配慮

PCTメンバーには、研究内容、秘密の保持、観察・情報提供を拒否する権利について口頭で説明し了承を得た。患者・家族や病棟スタッフへの関

査説明については、PCTメンバーおよび共同研究者間で話し合い、観察場面には患者・家族や病棟スタッフも居合わせるが直接の観察対象ではないこと、患者・家族には身体的侵襲がなく、精神的侵襲もほとんどないと考えられたことから、特に説明を行わないことで合意を得た。

本研究に関するデータはすべて調査者によって厳重に管理された。なお、フィールドノーツを分析する段階で、個人を特定できる恐れのある固有名詞を任意の記号に変換した。

5. 分析方法

141日観察したうち一日を通して記録がなされている44日分(31.2%)、計41ページを対象として分析を行った。

分析は内容分析の手法¹⁰⁾を参考に行った。まず、調査者がフィールドノーツを意味ごとのまとまり(Analysis of Unit: AU)に区切った。先行研究⁹⁻¹¹⁾をもとにPCTの支援内容の暫定カテゴリを作成し、そのカテゴリを用いてAUを分類した。次に各カテゴリ内のAUを、PCTの行為に注目してさらに共通の意味内容をもつものに分類し、サブカテゴリを作成した。暫定カテゴリに適さないAUがある場合、新たにカテゴリを作成した。各サブカテゴリには、その内容の具体的な説明(例-情報を収集する:病棟スタッフや患者・家族の話を聞く、質問する、記録物や画像を見る、患者・家族を観察することにより情報を集めること)をつけた。分析の妥当性を高めるため、カテゴリ、サブカテゴリとその内容の具体的な説明を載せたカテゴリリストを用いて、がん・緩和ケア領域の研究者1名がデータのコーディングを行った。コーディング結果が一致しない部分は、調査者と前述の研究者の2人で検討してカテゴリとサブカテゴリを再修正し、確定した。一連の分析は、質的研究に熟練した研究者のスーパーヴィジョンを随時受けて行った。

Ⅲ. 結果

PCTの支援内容は、82のサブカテゴリから成る7つのカテゴリに整理された(表1)。加えて、PCTがよりよく機能するための基盤作りについて、6つのサブカテゴリから成る1つのカテゴリが得ら

れた(表2)。以下、カテゴリごとに、PCTの支援内容の中でPCTの具体的な行為を示すサブカテゴリがどのように位置づけられるかを、特徴的なものを中心に説明する。なお、カテゴリを[]、サブカテゴリを(斜体)で示す。説明上、本文中と表中のサブカテゴリの語尾表現が一部異なる場合がある。

1. 【症状緩和】

まずPCTは、病棟スタッフや患者・家族から、患者の背景や今までの経過、現在の症状や治療状況・病状認識、主治医からの病状説明状況などの、必要な(情報を収集)していた。そして、問題点を明らかにし症状緩和の方針を見いだすために(問題や対策について話し合い)をしていた。それらをもとに、病棟スタッフや患者・家族に対し、症状の原因と考えられることや薬剤を追加する必要性などの(アセスメント内容や課題を提示)していた。さらに病棟スタッフや患者・家族に対し、症状緩和の目標や薬剤の種類・使い方など、問題解決やよりよいケアのための(具体的な提案/助言)をしていた。また、病棟スタッフや患者・家族が少し先のことを見据えて考えたり行動したりできるよう(今後の見通しを示していた)。病棟スタッフや患者・家族に対し、アセスメントや提案したことを、診療録への記載や口頭での伝達などにより(申し送り)をしていた。その後、提案の実施の有無、実施結果を確認し(フォローアップ評価)を行っていた。もし、提案したことが未実施だったり、症状の緩和が不十分だったりする場合には上記のプロセスを繰り返していた。

PCTは、病棟スタッフや患者・家族に対し、ボランティアの美容師を利用できることや精神科医による診察が可能なことなど(利用可能なサービスに関する情報の提供)をしていた。

担当医が複数名存在し、病棟看護師は交代勤務という状況を踏まえ、PCTが担当医-病棟看護師間や病棟看護師間での情報伝達状況を把握し、伝達が不十分である場合には(病棟スタッフ間での情報の橋渡し)をしていた。さらに、入退院を繰り返す患者についてPCTが継続的に情報を把握している場合には、病棟スタッフに対し(患者・家族に関する情報の提供)を行っていた。オピオイドの便秘対策やレスキュー処方となされていないな

表1 緩和ケアチームの具体的支援内容

カテゴリ	対象	サブカテゴリ
症状緩和	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する
		問題や対策について話し合う
	病棟スタッフ	アセスメント内容や課題を提示する
		具体的な提案/助言をする
		今後の見通しを示す
患者・家族	申し送りをする	
	フォローアップ評価をする	
患者の 心理的サポート	患者	利用可能なサービスに関する情報を提供する
		面談やカンファレンスに参加する
		病棟スタッフ間での情報の横渡しをする
		患者・家族に関する情報を提供する
		注意や気づきを促す
治療目標の明確化	病棟スタッフ	関係者間でのカンファレンスを手配する
		状況や対処方法について具体的に説明する
	患者・家族	主体的に対処できるよう、知識を提供する
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	直接的なケアをする
		専従医による診察や処置の手配をする
		専任の精神科医につなぐ
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	話を聞く時間をとる
		感情の表出を促す
		気にかける/気にかけていることを示す
		コントロール感を高めるような言葉をかける
		努力することを伝える
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	支持的な言葉をかける
		雑談をする
		情報を収集する
		問題や対策について話し合う
		アセスメント内容や課題を提示する
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	具体的な提案/助言をする
		病棟スタッフ間での情報の横渡しをする
		患者・家族に関する情報を提供する
		気づきを促す
		病状や治療の補足的な説明をする
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	面談やカンファレンスに参加する
		情報を収集する
		問題や対策について話し合う
		アセスメント内容や課題を提示する
		具体的な提案/助言をする
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	今後の見通しを示す
		申し送りをする
		予定や予定の進み具合を確認する
		緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報を提供する

カテゴリ	対象	サブカテゴリ
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	院外組織や在宅療養患者・家族からの問い合わせに応じる
		院外組織や在宅療養患者・家族に連絡する
		退院前カンファレンスに参加する
	病棟スタッフ	状況が動くように後押しする
		準備事項や準備の進捗状況を確認する
		患者・家族に関する情報を提供する
病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする		
患者・家族	気づきを促す	
	面談する	
病棟スタッフ 患者・家族 在宅スタッフ	患者を尊重する / 尊重することを保証する	
	面談やカンファレンスの予定を組む	
	再入院の手配をする	
外来スタッフ MSW	他職種につなぐ	
家族ケア	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する
		病棟スタッフ
	家族	家族の状況や問題について話し合う
		アセスメント内容や課題を提示する
病棟スタッフ	具体的な提案 / 助言をする	
	予定や予定の進み具合を確認する	
	病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする	
看取りが近い患者 についてのサポート	病棟スタッフ 患者・家族	面談する
		話を聞く時間をとる
	病棟スタッフ	気にかける / 気にかけていることを示す
		家族からの直接の相談に応じる
		情報を収集する
		問題や対策について話し合う
病棟スタッフへの 教育・サポート	病棟スタッフ	アセスメント内容や課題を提示する
		具体的な提案 / 助言をする
		今後の見通しを示す
		家族に注意を払うことを促す
		フォローアップ評価をする
		他職種につなぐ
病棟スタッフへの 教育・サポート	病棟スタッフ	主体的に対処できるよう、知識を提供する
		退院した患者の状況把握を促す
		在宅や転院先での患者・家族の状況を伝える
		突発的な相談に応じる
		ほめる
		がんばりを認める
		治療やケアの方向性を保証する
		心理状態を確認する
第三者としての意見を与える		

対象：サブカテゴリの行為実施にあたり、緩和ケアチームが関わった者とした
 病棟スタッフ：医師・看護師などの、病棟で勤務する医療従事者
 外来スタッフ：医師・看護師などの、外来で勤務する医療従事者
 在宅スタッフ：在宅で活動する医師や看護師などの医療従事者

表2 緩和ケアチームがよりよく機能するための基盤作り

対象	サブカテゴリ
病棟スタッフ 患者・家族	PCTのメンバーや役割の理解を促す 物事がオープンに進むよう導く
患者・家族	時間をかけて関わる 患者・家族が病棟スタッフと良好な関係を保てるようにする
病棟スタッフ	提案が受け入れられるような工夫をする 病棟スタッフとよい関係を築くことができるようにする

ど、病棟スタッフが見逃していたり忘れていたことがあれば（注意や気づきの促し）を行っていた。

患者・家族に対しては、症状の原因や症状緩和の方法・手順など（状況や対処方法について具体的に説明する）とともに、症状は対処できることや痛みの特徴など、患者・家族が症状に（主体的に対処できるよう、知識を提供）していた。また、状況に応じて、マッサージや症状緩和に必要な物品を用意するなど（直接的なケア）を行うこともあった。

専従医が治療・処置のために看護師とともに回診できない場合には、看護師が単独で回り、必要に応じて（専従医による診察や処置の手配）をしていた。PCTの精神科医は専任のため、PCTの専従医や看護師は、精神科医の対応が必要と考えられる患者を同定しうえ診察の必要性を病棟スタッフに説明し、精神科医に連絡するといった（専任の精神科医につなぐ）ことも行っていた。

2. 【患者の心理的サポート】

病棟スタッフが患者とゆっくり関わる時間の確保が困難なとき、PCTは患者に対して（話を聞く時間をとったり）（感情の表出を促したり）していた。そして、特に関わる必要がない日でも、様子を見に行ったり声をかけたりすることにより、患者を（気にかける/気にかけていることを示していた）。患者は、病状の悪化に伴い症状や衰弱が増強し活動の制限が増加してくると、今までのようにはならないらだちや怒り、無力感を生じることがある。PCTは、可能な限り患者の意思を尊重することを伝えるなど、（コントロール感を高めるような言葉をかけていた）、また、病気の進行に伴う苦痛を完全に取除くことが不可能なときでも、可能な限り取除く工夫をし、かつそのことを患者に説明するなどの（努力することを伝え）、患者

が少しでも希望を見いだせるように心がけていた。さらにPCTは、患者の今までの治療に対する努力や忍耐を認めたり労ったりするような（支持的な言葉をかけていた）。さらに、患者と（雑談をする）ことにより、患者としてではなく一人の人間として接し、患者の気持ちが和むような配慮をしていた。

3. 【治療目標の明確化】

まず、PCTは、現在の治療状況や病状・治療方針に関する担当医の説明内容について、病棟スタッフから（情報収集）をしていた。そして得られた情報を元に、現在の問題点や治療後の療養場所を考える必要性などの（アセスメント内容や課題を提示）していた。正しい病状が説明されていない場合は、その理由と今後の説明方針について、（問題や対策についての話し合い）をしていた。さらに家族との面談など、治療目標の明確化に向けた（具体的な提案/助言をする）とともに、必要に応じて患者・家族との（面談や（病棟スタッフとの）カンファレンスに参加）していた。

病棟スタッフが、現在の治療や患者の状態など目の前の事柄や業務にとらわれて、入院の目的や今後の療養生活に関する患者の希望など、大きなあるいは将来的な視点に欠ける場合には、PCTが（気づきを促していた）。担当医が患者・家族に対し十分な説明を行っているつもりでも、患者・家族にはよく理解されていない場合には、患者・家族に対し（病状や治療の補足的な説明をしていた）。

4. 【療養場所の選択・移行のサポート】

療養場所を検討する前の時期、療養場所を移行することが決定し調整に入っている時期、療養場所を移行した後の時期の3つに分けて説明する。

1) 療養場所を検討する前の時期

病棟スタッフあるいは患者・家族から、療養場

所を検討する必要性や各関係者の意向、治療・身体状況などの〈情報を収集〉したうえで、〈問題や対策について話し合い〉をしていた。そして、病棟スタッフや患者・家族に対し、在宅療養が難しい身体状態である、家族の病状認識を把握する必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示する〉とともに、主治医が患者の状況を家族に説明することや、家族を含めて療養場所に関する話し合いをもつことなどの〈具体的な提案/助言〉をしていた。療養場所移行の話を進めるにあたり、病棟スタッフや患者・家族に対し、そのペースやタイミングなどについて〈今後の見通しを示していた〉。また、療養場所に関する患者・家族の意向の確認や情報提供のために、PCTは患者・家族と〈面談していた〉。療養場所に関する説明をされた患者・家族が「病院から追い出される、見捨てられる」という思いを抱かないように〈患者を尊重する/尊重することを保証〉し、そのうえで療養場所を考慮していくことを約束していた。療養場所について、担当医が病棟看護師と話し合いをする前にPCTに相談することや、日々の病棟業務における優先順位の低さなどから、病棟スタッフ間で情報が抜け落ちていたりすることがあるため、PCTは〈病棟スタッフ間での情報の橋渡し〉もしていた。

2) 療養場所を移行することが決定し調整に入っている時期

緩和ケア病棟や在宅医・訪問看護ステーションなどの〈院外組織と連絡をとり〉、転院・往診の依頼、患者・家族に関する情報提供などをしてきた。一方、患者・家族や病棟スタッフに対し、緩和ケア病棟の特徴や各在宅医のケア方針など〈緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報を提供〉していた。また、療養場所移行までの流れや緩和ケア外来の受診日など〈予定や予定の進み具合の確認〉を病棟スタッフや患者・家族と行い、予定が滞っているようであれば、随時〈問題や対策についての話し合い〉を行っていた。病棟スタッフに対し、医療器具の準備や在宅医へ紹介状を送ったかどうかなどの〈準備事項や準備の進捗状況の確認〉も行っていた。もし、病棟スタッフが忘れていたり見逃したりしていることがあれば〈気づきを促し〉、〈状況が動くように後押し〉をしていた。また、状

況に応じて患者・家族との面談や病棟スタッフおよび在宅医・訪問看護師と連絡を取りカンファレンスの〈予定を組む〉とともに、〈退院前カンファレンスに参加〉していた。患者・家族が在宅医・訪問看護師と会った後、または緩和ケア外来を受診した後は、反応確認のための〈情報収集〉をしていた。患者・家族に経済的な問題などがある場合にはMSWなどの専門知識をもつ〈他職種につなぎ〉、解決を図っていた。

3) 患者が療養場所を移行した後の時期

退院後は、〈院外組織や在宅療養患者・家族に連絡し〉、移行先での患者の状況について〈情報を収集〉していた。また、逆に検査データの希望や在宅療養に関する相談を受けるなど、〈院外組織や在宅療養患者・家族からの問い合わせに〉応じていた。在宅に移行した患者で、状態が悪化し再入院が必要と判断された場合には、在宅医や患者・家族からの状況把握や入院病棟への連絡など、〈再入院の手配〉をしていた。このような患者についてPCTは継続的な情報を把握しているため、病棟スタッフに対し〈患者・家族に関する情報を提供〉していた。

5. 【家族ケア】

【家族ケア】においても、まず、家族の思いや身体状況などの〈情報を収集〉したうえで、病棟スタッフと〈家族の状況や問題についての話し合い〉を行っていた。それを踏まえ、病棟スタッフに対し、精神科医導入の必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示し〉、家族のケアへの参加や家族との関わり方についてなど〈具体的な提案/助言を〉していた。

病棟スタッフは、患者同様、家族ともゆっくり関わる時間の確保が困難なことや、家族に配慮する余裕がないことがある。PCTは、家族と〈話を聞く時間をとる〉ことや〈気にかける/気にかけていることを示す〉ことにより、病棟スタッフの働きを補っていた。また、PCTは患者・家族に対し日頃からPCTの役割理解を促すようにしているため、家族が直接PCTに相談し、PCTが〈家族からの直接の相談に〉応じることもあった。

6. 【看取りが近い患者についてのサポート】

まず、病棟スタッフや患者・家族から、患者の全体的な状況や家族の面会状況などの〈情報を収

乗する)とともに、病棟スタッフと薬剤の変更や点滴の減量などの〈問題や対策についての話し合い〉をしていた。病棟看護師に対し、なぜ担当医が依然として積極的な治療を続けようとするのかについてのPCTの考えや便秘への対応の必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示〉していた。病棟スタッフに対し、薬剤の使い方や輸液の減量などの〈具体的な提案/助言〉をし、その後〈フォローアップ評価〉をしていた。さらに、病棟スタッフが家族の状況認識や心理状態などに目を向けるよう〈家族に注意を払うことを促していた〉。死後の手続きなどについての情報を家族が希望する場合などには、MSWなど専門的な知識をもつ〈他職種につないでいた〉。

7. 【病棟スタッフへの教育・サポート】

教育的な関わりとして、鎮痛薬の種類や使い方などについて病棟スタッフが〈主体的に対処できるよう、知識を提供〉していた。また、提供したケアの振り返りや、入院中だけでなく患者の療養生活全体を見渡すことができるよう〈退院した患者の状況把握を促したり〉、〈在宅や転院先での患者・家族の状況を伝えたり〉していた。患者の意識レベルが低下し薬剤の投与経路の変更が必要となった場合や、患者が希死念慮を表出した場合など、依頼されている患者についての〈突発的な相談に応じていた〉。

心理的なサポートとして、病棟スタッフができていることを言葉にして〈ほめたり〉、〈がんばりを認めたり〉していた。患者の病状の改善が見込めず自分たちの提供している治療やケアの妥当性を判断しにくくなっている場合には、専門的な見地から〈治療やケアの方向性を保証していた〉。患者は、病状の悪化に伴い活動の制限が増加してくると、思うようにならないいらだちや怒りが生じ、それが時として医療者、特に病棟看護師に向けられることがある。そのような場合には、病棟看護師の〈心理状態を確認〉し、ケアに支障が出ていないかを確かめていた。また、病棟看護師が患者への対応に苦慮したり苦痛を十分に緩和できず罪悪感を抱いたりしている場合には、患者の言動を違った角度から解釈したり、現在の状況下で医療スタッフができることを伝えたりするなどの〈第三者としての意見を与えていた〉。

8. 【PCTがよりよく機能するための基盤作り】

1~7の支援をするにあたり、PCTがよりよく機能するための基盤作りとして6つのサブカテゴリが見いだされた。1つは〈PCTのメンバーや役割の理解を促す〉ことであった。前述のように、PCTのメンバーは個別に行動することがあり、特に精神科医は常時PCTの業務を行っているわけではない。そのため、必要に応じて各メンバーが速やかに患者・家族に関わることができるよう、PCTの中にどのような職種がいて、どのような支援ができるのかを依頼後早い時点で患者・家族に説明し、受け入れを図っていた。このように、PCTの役割理解を促すことにより、患者・家族が主体的かつ積極的にPCTを活用できるようにしていた。

正確な病状を患者に伝えないでおこうとする家族・担当医に対しては、PCTは患者本人に伝えることの利点を説明するなど〈物事がオープンに進むよう導き〉、患者ができるだけ状況を正しく理解したうえで意思決定ができるよう配慮していた。また、患者・家族と〈時間をかけて関わる〉ことにより、信頼関係を形成するとともに患者・家族を理解したうえで支援するよう心がけていた。そして、PCTが患者・家族に対し何か提案をするときに、担当医も一生懸命考えていることや、担当医の方法も決して間違っているわけではないことを前置きするなど、〈患者・家族が病棟スタッフと良好な関係を保てるように〉気を配っていた。PCTと信頼関係のできていない、あるいはPCTからの意見を快く思わない担当医に対しては、病棟看護師や薬剤師など、話を聞いてもらえそうな職種を通して提案を勧めるなど〈提案が受け入れられるような工夫をしていた〉。また、患者に会いに行く前に病棟看護師にひと声かけたり、カンファレンス参加の希望があればそれに応じるなどできる限り病棟スタッフの要望に沿うようにし、〈病棟スタッフとよい関係を築くことができるように〉していた。

IV. 考 察

本研究の成果は、社会的にも一定の評価を得ているPCTが実際に提供する支援内容を、参加観察

法を用いて質的に明らかにしたことである。これは、PCTの具体的な活動指針になるという点で非常に意義があり、ひいてはわが国のPCT全体の質向上に寄与するものと考えられる。

分析の結果、PCTの支援内容は7つのカテゴリに整理された。これらは、欧米でPCTが提供している支援とはほぼ同様であった⁹⁻¹¹。違いは「アドバンス・ディレクティブ」のみであったが、これは米国に特徴的な提供内容と考えられる^{9,11}。したがって国内外では、医療体制は異なるもののPCTが支援する内容は大きく変わらないことが示唆された。また、支援内容に加え、【PCTがよりよく機能するための基盤作り】というカテゴリがPCTの働きとして見いだされた。PCTは、院内を横断的に動き、緩和ケアに関する知識・能力のレベルの異なる病棟スタッフと協働するというその特徴から、効果的な支援をするうえでの戦略の必要性が経験的に指摘されており¹⁰、このカテゴリはその戦略に相当するものと考えられる。

各支援内容内のPCTの行為を示すサブカテゴリとして、〈具体的な提案/助言をする〉〈注意や気づきを促す〉など、病棟スタッフを補完する役割を示すものがみられた。多職種や異なるレベルの専門的知識をもつ医療者が協働する場合、その医療者間の1つの役割関係として「補完」がある¹²。PCTが病棟スタッフを補完するような働きをすることは臨床家の感触としていわれているが¹³、今回の結果はそれをデータとして裏付けるものと思われる。

一方、【療養場所の選択・移行のサポート】のカテゴリでは、〈院外組織や在宅療養患者・家族に連絡する〉、患者・家族と〈面談する〉など、PCTが主体となって支援していることを示すサブカテゴリが抽出された。退院支援において、院外組織とのスムーズな連携のためには病院側の窓口を一本化することが望ましく¹⁴、そのためには退院支援専門のスタッフ・部署の設置など、組織的な取り組みが求められている¹⁵。さらにがん患者の場合は、医療依存度の高さ¹⁶、病状変化の早さ¹⁷、療養場所移行に関する説明の難しさ¹⁸などから、より高度な能力が必要とされる。これらのことから、今回対象としたPCTは院内で退院支援部署と位置づけられているわけではないが、がん患者の療養場所

の選択・移行に関して中心的な役割を担っていると考えられた。

「補完」および「主体的支援」に加え、さらに別な機能も浮かび上がった。それは、〈病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする〉〈患者・家族に関する情報を提供する〉ような、医療者間や患者・家族と医療者間、患者・家族と資源などを「連結」させる機能である。PCTはその活動形態・内容から、患者の療養場所にかかわらず、療養生活全体を継続的に把握しやすい。そのため、PCTが保持している外来や在宅、あるいは別病棟での患者・家族に関する情報を病棟スタッフに積極的にフィードバックしたり、逆に入院中の情報を院外組織に伝えたりすることにより、情報を連結させるような働きをしていることが示された。

【PCTがよりよく機能するための基盤作り】として、PCTは、患者・家族に対し〈PCTのメンバーや役割の理解を促し〉、〈時間をかけて関わって〉いた。患者・家族にとって「緩和ケア」はまだ聞き慣れない言葉と思われる。また、病院内でPCTのような形態で関わる専門チームも多くはない。そのため、メンバーや役割を説明・理解してもらうことにより、患者・家族が主体的に活用できるようにしていると考えられた。また、時間を十分にかけて関わることにより、相互理解を深め信頼関係を構築できるよう心がけていることが示された。

さらにPCTは、病棟スタッフに対しても〈PCTのメンバーや役割の理解を促す〉〈病棟スタッフとよい関係を築くことができるようにする〉ことにより、患者・家族同様、信頼関係が構築できるよう配慮していた。Fishbergら¹⁹は、PCTがうまく機能するためのキーポイントとして、「病棟スタッフをクライアントとして意識すること」を挙げている。PCTは、病棟スタッフから依頼されて初めて患者・家族に関わることができる。そのため、病棟スタッフとの良好な関係を維持することが、PCTへの継続的な依頼につながると考えられた。

本研究の限界について述べる。本研究は、1大病院で活動するPCTを対象としたため、機能や職員の傾向が異なる医療施設では、PCTの支援内容も異なる可能性がある。また、本研究で分析可能であったフィールドノートが44日分と限られてお

り、今回の結果がPCTの支援内容を網羅しているわけではないことに留意する必要がある。さらに今回は、病棟で提供された患者・家族や病棟スタッフに対する直接的な支援に焦点を当てたため、緩和ケアに関する研修会や委員会活動など、PCTの活動全体を網羅していない。PCTが円滑な活動を展開するうえでそのような院内のシステム作りは重要であるため、病棟以外でのPCTの活動についても把握することが今後の課題である。

謝 辞

本研究は、日本学術振興会 科学研究費補助金 [基盤研究 (A) 課題番号 16209064 平成 16～18 年度「病院看護の予防機能発揮による効果的・効率的医療の提供に関する研究」研究代表者 数岡恵子] の一部として行った。

本研究にご協力くださいました患者さんとご家族の皆様、病棟関係者の皆様にご心から感謝申し上げます。また、分析にあたり貴重なご意見をいただきました、慶應義塾大学病院 木村理恵子様、彩都友友会病院 高橋晃子様、聖路加看護大学 矢ヶ崎香様、東京大学医学部附属病院 安田恵美様、日本看護協会看護教育研究センター 梅内美保子様に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. "がん診療連携拠点病院指定一覧表". <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan04/index.html>. (cited 2007-4-30)
- 2) 厚生労働省. "がん診療連携拠点病院の整備に関する指針". <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>. (cited 2007-4-30)
- 3) Homsy J, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer*. 10(4), 337-342 (2002)
- 4) Zhukovsky DS. A model of palliative care: the palliative medicine program of the Cleveland Clinic Foundation. A World Health Organization Demonstrations Project. *Support Care Cancer*. 8(4),

- 268-277 (2000)
- 5) O'Mahony S, et al. The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med*. 8(5), 1033-1039 (2005)
- 6) Kuin A, et al. Palliative care consultation in The Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage*. 27(1), 53-60 (2004)
- 7) Hockley J. The development of a palliative care team at the Western General Hospital, Edinburgh. *Support Care Cancer*. 4(2), 77-81 (1996)
- 8) Manfredi PL, et al. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage*. 20(3), 166-173 (2000)
- 9) 佐藤郁也. フィールドワークの技法. 東京, 新曜社, 2002, 346
- 10) クリップペンドルフ K. メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 三上俊二, 他訳, 東京, 類草書房, 1989, 277
- 11) Dunlop RJ, et al. "Achieving change without power". *Hospital-based palliative care teams*. 2nd ed, Dunlop RJ & Hockley JM, eds. Oxford, Oxford University Press, 1998, 56-65
- 12) Hall LM. Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nurs Adm Q*. 21(2), 31-39 (1997)
- 13) Fischberg D, et al. Palliative care in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 20(4), 735-751 (2004)
- 14) 角田直枝. がん終末期患者を在宅で支える 在宅ケア移行時の連携 訪問看護の立場から. *ターミナルケア*. 11(4), 274-278 (2001)
- 15) 手島隆久. "日本における退院計画の課題". 退院計画. 退院計画研究会編. 東京, 中央法規出版, 1996, 39-51
- 16) 柳澤愛子. "医療依存度の高い患者の退院支援". 退院支援. 大内耐義, 他編, 東京, 杏林書院, 2002, 80-96
- 17) 永田智子, 他. "ターミナルケアが必要な患者への退院支援". 退院支援. 大内耐義ほか編. 東京, 杏林書院, 2002, 97-106
- 18) 梅田 恵. 当院における緩和ケアチームと終末期がん患者の療養の場の選択・調整の現状. *昭和医学会雑誌*. 60(3), 317-321 (2000)

Abstract

What Kind of Support Does a Hospital-based Palliative Care Team Provide in a University Hospital?: A Result from Participant-observation Approach

By

Tomoyo Sasahara ^{**1)}, Makiko Sanjo ^{**2)}, Megumi Umeda ^{**3)}, Hitomi Higuchi ^{**3)},
Junko Shinoda ^{**3)}, Taiga Shibayama ^{**1)}, Mitsunori Miyashita ^{**2)},
Masako Kawa ^{**2)}, Keiko Kazuma ^{**2)}

from

^{**1)} Institute of Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

^{**2)} School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{**3)} Palliative Care Center, Showa University Hospital

Background : As the number of regional cancer centers increases, the number of hospital-based palliative care teams is also increasing rapidly. However, it is not clear what kind of support palliative care teams provide.

Purpose : To illustrate what kind of support a pioneering palliative care team provides, using a participant-observation approach.

Methods : From February to October 2004, we collected data using a participant-observation approach with three members of a palliative care team in a university hospital, which has operated since before palliative care team services were covered by National Health Insurance. Words and actions involved in the interaction between palliative care team members and ward staff/patients/families/other professional care-givers were recorded as field notes. Data were analyzed using a content analysis method.

Results : Contents of support provided by a palliative care team was divided into seven categories, with 82 sub-categories. The categories are symptom management, emotional support for patients, clarifying care goals, support for selection of and transfer to place of care, terminal care, family support, education and emotional support for professional care-givers. Strategies for better palliative care team function, comprising 6 sub-categories were also formulated.

Conclusion : We elucidated the contents of support provided by a pioneering palliative care team in Japan. Our findings should be a helpful reference as a practical guideline for newer palliative care teams.

総説 特集●総合病院精神医療における児童・思春期患者への関与—専門医療の提供と連携

Overview

小児がん患者と家族に対する心理的ケア

尾形 明子*1 佐伯 俊成*2

【要約】 小児がんは集学的治療の発展に伴い、長期生存が可能となった。しかし、その治療は強力で、期間も長いことから、治療中の患者と家族は抑うつや不安といった心理的苦痛を抱えることが多い。また、近年、治療終了後のPTSD様症状や学校不適応、再発不安といった長期生存患者とその家族の心理的・社会的問題が指摘されている。一方で、治療が見込めない患者も存在する。終末期には患者の心身の症状緩和が重要となり、さらに死別後の家族の心理的反応にも注意を要する。本稿では、治療中、治療終了後、終末期の3期について、各期の心理的問題と必要な心理的ケアについて取り上げた。今後、わが国における小児がん患者と家族の心理的問題に関する実証的研究の蓄積と、効果的な心理的ケアプログラムの開発が課題である。

はじめに

小児がんは、集学的治療の発展に伴い、長期生存が可能な疾患となった。しかし、その一方で、治療は身体への影響が大きいものとなり、治療期間も長い。そのため、患者のなかには治療による脳神経や心臓の障害、不妊といった晩期障害や、抑うつや不安、学校不適応といった心理社会的問題を抱える者が存在することが指摘されている^{1,2)}。さらに小児がん患者は、成人のがん患者とは異なり、理解力や認知能力、言語表現能力を十分に有

しておらず、情緒的反応も年齢や発達によって大きく様相が異なる。そのため、患者の発達を考慮したうえでの心理状態の把握や対応が不可欠となる。

また、がんへの罹患と長期にわたる辛い治療生活は、患者だけでなく家族にも大きな影響を与え、家族の心身医学的ケアが必要となる場合も多い。特に患者が小児であることから、治療に関わる意思決定は親に委ねられることが多く、投薬や通院などの責任も背負うこととなる。小児がん患者の親は、子どもががんに罹患したことに対する自責感を抱くことも報告されており、親の心理的負担は大きい。これらのことから、小児がん患者と家族の心理的ケアが重要視されており、臨床現場からのニーズも大きく切実である。

近年、小児がん患者とその家族に対する心理的ケアの焦点は、治療成績の向上に伴い、切迫した死への直面に対する危機介入から、病気や治療に

キーワード：小児がん、患者支援、家族支援、心理的ケア

*1 宮崎大学教育文化学部 (〒 889-2192 宮崎市学園木花台西 1-1)

*2 広島大学病院医系総合診療科

向き合い対処していくための支援や、情緒的な問題に対する早期対応と予防にシフトしている。また、小児がん患者は、治療を終えても50年という長期の生命予後が期待されることから、長期生存患者とその家族においても、ライフステージを考慮したQOL向上のための支援が求められている。

本稿では、小児がん患者とその家族に生じ得る心理的問題とその介入方法について、治療中、治療終了後(長期生存患者)、終末期に分けて紹介する。

治療中の小児がん患者と家族への心理的ケア

治療中に患者が経験する心理的苦痛としては、抑うつや不安があげられる。患者の抑うつは、病期や診断後の経過時間、抑うつの評価時期によって大きく変動する³⁾。また、うつ病の診断基準項目に含まれる疲労感や興味や喜びの減退、食欲低下や体重減少、不眠といった症状は、化学療法の副作用や痛みによって患者によく観察される症状であり、抑うつ評価の難しさが指摘されている⁴⁾。

患者の不安としては、ストレス反応としての不安、分離不安、痛みや治療への恐怖などがある。分離不安については幼い子どもに多くみられ、悪夢、親と離れることへの過剰な心配、頭痛や吐き気といった身体症状が伴う⁵⁾。医学的処置に伴う痛みや不安、そして、化学療法を繰り返すことによって条件づけられる予期的嘔吐⁶⁾に対しては、リラクゼーション、イメージの活用、ディストラクション、エクスポージャー、行動リハーサル、モデリング、系統的脱感作といった認知行動的アプローチの有効性が示されている^{6,7)}。また、これらの介入を家族と協同して行うことで、より患者の不安を低減することができる。

患者の抑うつや不安には、治療の種類やステロイド使用の有無、身体症状の重篤度、ソーシャルサポート、コーピング、原因帰属といった認知様式、親の不安が影響する^{5,8-10)}。また、入院を長期化させ、家族や友人との交流を制限される移植治療も、患者に大きな心理的苦痛を与える。患者の抑うつや不安は、治療アドヒアランスに悪影響を

与え、特に思春期で問題となることが多い¹¹⁾。さらに脳腫瘍患者や放射線治療を受けた患者は、神経心理学的な認知機能の変化により、情緒の問題が生じる可能性も指摘されている²⁾。

一方、患者の親の心理的問題については、特に診断直後や治療初期に抑うつや不安が高まり、徐々に緩和していく傾向にある¹²⁾が、なかには診断後、半年から1年以上経っても抑うつや不安が続く場合がある¹³⁾。親の心理的適応には、特性不安、ソーシャルサポート、コーピング、夫婦関係や家族機能が影響する^{12,15)}。また、父親に比べ母親の心理的問題が多く報告されている¹⁶⁾。また、患者の同胞も、辛い治療の目撃、患者や親との突然の別離、家族成員の役割の変化によって、孤独感、抑うつ、不安、学校不適応などの問題を抱えることがある^{17,18)}。

家族に対する心理的介入としては、母親を対象とした問題解決療法の効果が実証されている¹⁹⁾。問題解決療法とは、①何が問題か明らかにする、②問題を評価し明確化する、③多様な解決方法を考え出す、④実現可能な解決方法を探索する、⑤解決方法を実行し効果を評価する、という5つのステップを効果的に使えるよう訓練することで、問題解決能力の向上と、抑うつや不安の低減を目指す認知行動的アプローチである²⁰⁾。小児がん患者の母親に問題解決療法を適用することにより、問題解決能力の向上と抑うつやPTSD様症状の低減が示されており¹⁹⁾、治療中に生じる様々な問題に対処することができるという自己効力感を高め、長期的な母親の心理的適応にもよい影響を及ぼすと考えられる。

多くの患者と家族は、時間経過に伴い入院生活や治療に慣れ、不安も軽減していくが、必ずしも皆がそうではない。治療や副作用によって心理的問題の存在を見逃ごしかねないことから、「治療中なのだから不安になったり、気分が落ち込むのが当たり前」と過小評価することなく、治療経過を通して活動レベルや心理的反応の変化に留意しておくことが重要である。また、特に幼い患者においては、言語のみによる理解や表現は困難であることが多い。このような場合、絵や図を利用して説明を行う、また、表情スケールやVAS (visual

analogue scale), 親や医療スタッフによる行動観察によって痛みや心理状態のアセスメントを行うなど、患者の発達に応じた工夫が必要となる。そのため、小児科医、看護師との連携の下に、患者と家族の心理面を評価し、対応することが望ましい。

また、患者や家族の入院中の心理的問題は、退院後の心理社会的適応にも影響する¹⁶⁾。治療終了後のPTSD様症状には、自分が経験した治療の恐ろしさや、病気や治療によって命を落としたかもしれないという生命脅威に関する主観的評価²¹⁾が影響しており、入院中から、患者と家族が抱く不安の内容の把握と適切な情報提供、問題解決の支援が必要と言える。患者と家族の心理的適応の関連が示されている^{22,23)}ことから、患者と家族の両者を考慮した心理的ケアを心がけるべきであろう。

入院中の患者と家族への心理的ケアについて、筆者らは、実際に行った心理的ケアの構成要素を整理した²³⁾。患者に対しては、①病気や治療に関する情報収集の支援、②病状説明後における理解内容の確認、③リラクゼーションなどを用いた身体的苦痛の緩和、④認知行動的アプローチによる精神的苦痛の緩和、⑤入院生活上の問題や退院・復学の支援、⑥ポジティブな生活体験の促進、を行っており、また家族への心理的ケアには、①病気や治療に関する情報収集の支援、②精神的苦痛の緩和、③子育て支援、が含まれていた。しかしながら、筆者らの実践を含め、わが国では、入院中の小児がん患者と家族への包括的な心理的ケアの効果に関する実証的研究は皆無であり、今後の課題といえる。

長期生存患者とその家族への心理的ケア

長期生存患者とその家族の心理的問題として近年注目されているのが、外傷後ストレス障害(PTSD)である。特に、思春期青年期の患者のPTSDおよびPTSD様症状は10~21%と高い割合で出現し、親についても10~25%が症状を有している^{24,25)}。

Kazakらは、PTSD様症状の軽減を目的とした短期的家族支援プログラムを開発し、無作為割り付けによって効果を実証している²⁶⁾。このプログラ

ムは、認知行動的アプローチと家族療法的アプローチを統合した集団プログラムである。患者と家族が自分に苦痛を生じさせているがんや治療に関する認知を同定し、さらにグループディスカッションにより、がんが現在そして将来において家族に及ぼす影響を検討する。

また、治療終了後の患者のQOLを評価するうえで重要な指標となるのが、学校適応である。患者の学校適応については、学校欠席日数が多く、学業面の困難や友人関係の問題があることも報告されており、特に脳腫瘍の患者や骨髄移植を受けた患者にその傾向が強い²⁷⁾。学校不適応の背景には、脱毛やムーンフェイスといった外見の変化、頭蓋放射線照射による認知的問題、分離不安や身体的愁訴などが背景要因として考えられる。患者の社会性の向上やよりよい学校適応を目指した介入としては、ソーシャルスキルトレーニングが行われており、友人関係の形成・維持や対人葛藤問題の解決に必要なスキルの学習を行うことで、ソーシャルスキルが改善し、抑うつや不安が軽減することが示されている²⁸⁾。

現在、成人した小児がん患者の数も増えたが、彼らが診断を受けた当時は治癒を期待することが難しかったことから、病気の告知を含め十分説明がなされていないことが多い。そのため、晩期障害について知識をもっていなかったり、晩期障害やそれに伴う不安や心配を抱えていながらも、適切な治療や支援を受けられていないことがある。特に骨髄移植や性腺への放射線照射を経験している患者には、不妊が深刻な問題となる。その他、就職困難²⁹⁾、精神科入院や自殺の割合が高い^{30,31)}といった問題も指摘されている。わが国も、新成人の1,000人に1人は小児がん患者の時代に入ることから、成人となった患者が抱え得る心理社会的問題を明らかにしていくと同時に、様々な診療科が連携した長期的なフォローアップ体制の構築が必要である。

一方、親についても、治療終了後長期にわたり、抑うつや不安、PTSD様症状といった心理的問題を抱えることがある。これらの問題の関連要因として、治療方法や治療結果の不確かさ、他の家族成員の状況や社会的経済的状態、特性不安、治療

強度や生命脅威度に関する主観的評価があげられている^{12, 21, 25, 32)}。また、親が抱く患者の健康に関する心配や再発不安が、親自身の心理的適応や養育態度、患者の心理的適応と関連していることが指摘されている³²⁻³⁴⁾。そのため、治療を終えた母親の心理的ケアや子育て支援にも目を向けていく必要があるといえる。

終末期における小児がん患者と家族の心理的ケア

長期生存が望めるようになったとはいえ、残念ながら患者の約30%は完治が望めない。小児の場合、ホスピスや緩和ケア病棟への移行が多い成人とは少し異なり、治療初期から関わってきた小児科スタッフが終末期ケアを行うことが多い。これまでの闘病生活をよく理解した信頼するスタッフが終末期ケアを行うことは、患者や家族にとって望ましいとされる一方で、小児科スタッフは、終末期ケアのトレーニングが十分でないことや自分の患者を「あきらめる」ことへの恥ずかしさによって、死について話し合わなければならない状況を回避する傾向があることが指摘されている³⁵⁾。そのため、終末期には特に小児科スタッフとともに精神科医や心理士が心理的ケアに関わることが有効であると考えられる。

終末期の患者は最後の1カ月間、食欲減退、呼吸困難、倦怠感、痛み、嘔気、便秘、下痢といった症状に苦しんでいることが報告されている^{36, 37)}。そして、患者の親は医療スタッフがこのような患者の症状を気付いてくれず、すぐに対応してくれなかったと感じていることがある³⁷⁾。終末期では、第一に患者の苦痛を評価し、適切な症状コントロールを行うことが必要である。症状緩和の方法として薬物療法、認知行動的アプローチやマッサージなどが推奨されている³⁸⁾。また、患者の多くが抑うつや不安を呈する^{37, 39)}。欧米では、死に関するオープンコミュニケーションが患者の不安や孤独感を軽減するのに効果的であるとされているが、信仰が乏しい日本においては、ためらわれる場合が多い。子後の伝え方については、患者や家族の特徴を考慮し、それぞれのケースに応じて

対応を検討することが重要である。嘘やその場のごまかしは、信頼関係を壊しかねない。最期の時まで、患者が周囲と良好なコミュニケーションを維持しながら過ごせるよう、患者の不安や疑問に誠実に対応しなければならない。

終末期に親が望むこととして、できるだけ家族で普通の生活を送りながら、子どもに自分自身が特別な存在であると感じさせること、医療スタッフに引き続きケアしてもらうこと、親の責任の下で子どもを育てていくことがあげられている⁴⁰⁾。患者自身の望みはもちろんのこと、親が「子どもにしてやりたいこと」についても支援していくことが重要である。

子どもが亡くなった後、親は健康状態の悪化、抑うつや不安、睡眠障害、ひきこもりといった身体的、心理社会的問題を抱えることが多い^{41, 42)}。死別後の抑うつや不安は少なくとも4年続き⁴²⁾、死別の場所や患者の年齢、ソーシャルサポートによって影響性が異なる⁴¹⁻⁴⁴⁾。そして、ときには悲嘆過程の違いや、配偶者や他の子どもに目が向かないことで、夫婦や家族の不和を引き起こすこともある⁴¹⁾。同胞においても患者との死別後、孤独感や抑うつ、ひきこもりや行動化といった心理面や行動面の問題が生じる²⁰⁾。長期的に重度の心身の不調を呈する病的な悲嘆反応⁴⁵⁾がみられる場合には、精神医学的対応が不可欠となる。

さいごに

小児科において精神科医や心理士に求められることとして、まず、患者と家族への直接的な支援があげられる。具体的には、患者や家族が呈している症状について、発達を考慮したうえで、精神医学的診断がつくのか、専門家による介入が必要なのかの評価や、治療や病気の管理を阻害している心理的要因や心理適応に影響する要因の同定⁴⁶⁾、治療的介入を行う。介入においては、患者や家族の抱える心理的問題に対して、病気を抱えながら日々生活していくための支援が重要であり、患者・家族のセルフコントロール力の向上を目指すことが望まれる。したがって、厳しい直面化や内的世界の解釈に終始することなく、患者・家族

の心理的特徴を把握したうえで、治療経過に応じた問題解決的なアプローチを行うことが必要である。また、患者が子どもであることから、親や小児科スタッフが心理的ケアにおける協力者として機能するように、心理教育を行い、親や小児科スタッフと共通認識をもって連携して介入することが効果的である。

また、精神科医や心理士には、患者・家族と小児科スタッフとの架け橋となり、両者の相互作用の調整を行うことも求められる。具体的には、患者や家族が病気や治療についての捉え方や不安に感じている点を把握し小児科スタッフにフィードバックすることや、スタッフ側の意図が患者・家族にうまく伝わるような工夫を行うことがあげられ、患者・家族と小児科スタッフ間の問題解決や関係調整を行う。

このような患者・家族への直接的関わりだけでなく、コンサルテーションも重要な役割である。小児科スタッフからの情報を整理し問題を明確化することや、患者・家族の心理的状態の理解の促進や対応方法のアドバイス、医療チームにおける役割分担の提案などがあげられる。連携においては、小児科スタッフが理解できる共通言語を用いること、日常的に患者・家族と接するスタッフが活用できる具体的な知識や対応方法を提示することが必要であり、カンファレンスの開催²³⁾が有用である。

最後に、わが国においては小児がん患者とその家族の心理的問題に関する実証的研究は非常に乏しく、十分な心理的ケア体制が整っていないのが現状である。今後、患児と家族の心理社会的問題に関する実証的研究を蓄積し、それを基に効果的な心理的ケアプログラムを開発していくことが望ましい。

文 献

- 1) 山本正生：小児がん患者の晩期障害。日常診療と血液 3：1247-1255, 1993
- 2) Kazak AE：Implications of survival: Pediatric oncology Patients and Families. In Bearison DJ, Mulhern RK, eds: Pediatric Psychooncology; psychological perspectives on children with cancer, Oxford University Press, New York, 171-192, 1994
- 3) Kupst MJ：Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspective. In Bearison DJ, Mulhern RK, eds: Pediatric Psychooncology; psychological perspectives on children with cancer, Oxford University Press, New York, 35-60, 1994
- 4) Dejong M, Fombonne E：Depression in paediatric cancer: an overview. Psychooncology 15：553-566, 2006
- 5) Stuber ML, Seacord D：Psychiatric impact of childhood cancer. In Kreithner S, Weyl Ben Arush M, eds: Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, 211-228, 2004
- 6) Dolgin MJ, Katz ER, McGinty K, et al：Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients. Pediatrics 75：547-552, 1985
- 7) Powers SW：Empirically supported treatments in pediatric psychology: procedure-related pain. J Pediatr Psychol 24：131-145, 1999
- 8) Frank NC, Blount RL, Brown RT：Attributions, coping, and adjustment in children with cancer. J Pediatr Psychol 22：563-576, 1997
- 9) Varni JW, Katz ER, Colegrove R Jr, et al：Perceived social support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. J Dev Behav Pediatr 15：20-26, 1994
- 10) Zelter LK：Symptom management. In Bearison DJ, Mulhern RK, eds: Pediatric Psychooncology; psychological perspectives on children with cancer, Oxford University Press, New York, 198-211, 1994
- 11) Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, et al：Nonadherence in adolescent oncology patients: Preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. J Clin Psychol Med Settings 11：31-39, 2004
- 12) Grootenhuis MA, Last BF：Pediatric of parental emotional adjustment to childhood cancer. Psychooncology 6：115-128, 1997
- 13) Sloper P：Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. J Pediatr Psychol 25：79-91, 2000
- 14) Barrera M, D'Agostino NM, Gibson J, et al：Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. Psychooncology 13：630-641, 2004
- 15) Varni JW, Katz ER, Colegrove R Jr, et al：Family,

- functioning predictors of adjustment in children with newly diagnosed cancer: a prospective analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 37 : 321-328, 1996
- 16) Best M, Streisand R, Catania L, et al : Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. *J Pediatr Psychol* 26 : 299-307, 2001
 - 17) Havermans T, Eiser C : Siblings of a child with cancer. *Child Care Health Dev* 20 : 309-322, 1994
 - 18) Murray JS : Siblings of children with cancer: a review of the literature. *J Pediatr Oncol Nurs* 16 : 25-34, 1999
 - 19) Sahler OJ, Fairclough DL, Phipps S, et al : Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 73 : 272-283, 2005
 - 20) D'Zurilla TJ, Nezu AM : Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd ed), Springer, New York, 1999
 - 21) Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, et al : Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 : 823-831, 1998
 - 22) Brown RT, Kaslow ND, Madan-swain A, et al : Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 554-561, 1993
 - 23) 尾形明子, 宮河真一郎, 鈴木伸一, 他 : 長期入院中の子どもを対象とした心理ケアシステム—多職種間の情報交換について—. *医療と保育* 5 : 46-49, 2006
 - 24) Taieb O, Moro MR, Baubet T, et al : Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12 : 255-264, 2003
 - 25) Ozono S, Saeki T, Mantani R, et al : Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer* 15 : 309-317, 2007
 - 26) Kazak A, Alderfer M, Streisand R, et al : Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: A randomized clinical trial. *J Family Psychol* 18 : 493-504, 2004
 - 27) Vance YH, Eiser C : The school experience of the child with cancer. *Child Care Health Dev* 28 : 5-19, 2002
 - 28) Varni JW, Katz ER, Colegrove RJ, et al : The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J Pediatr Psychol* 18 : 751-767, 1993
 - 29) Langeveld NE, Grootenhuys MA, Voute PA, et al : Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psychooncology* 13 : 867-881, 2004
 - 30) Ross L, Johansen C, Dalton SO, et al : Psychiatric hospitalizations among survivors of cancer in childhood or adolescence. *N Engl J Med* 349 : 650-657, 2003
 - 31) Recklitis CJ, Lockwood RA, Rothwell MA, et al : Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 24 : 3852-3857, 2006
 - 32) Greenberg HS, Meadows AT : Psychological impact of cancer survival on school-age children and their parents. *J Psychosocial Oncol* 9 : 43-56, 1991
 - 33) 尾形明子, 鈴木伸一, 大園秀一, 他 : 小児がん患児の学校不適応と母親の健康に関する認知. *小児がん* 43 : 180-185, 2006
 - 34) Van Dongen-Melman JEW, Van Zurren FJ, Verhulst FC : Experiences of parents of childhood cancer survivors: a qualitative analysis. *Patient Edu Counsel* 34 : 185-200, 1998
 - 35) 細谷亮太 : 小児の緩和ケアの開始 (いわゆるギアチェンジ). *ターミナルケア* 12 : 85-87, 2002
 - 36) Hongo T, Watanabe C, Okada S, et al : Analysis of the circumstances at the end of life in children with cancer: Symptoms, suffering and acceptance. *Pediatr Int* 45 : 60-64, 2003
 - 37) Wolfe J, Holcombe E, Neil K, et al : Symptom and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 43 : 326-333, 2000
 - 38) 小澤美和, 細谷亮太 : 小児がんの症状コントロール. *ターミナルケア* 12 : 102-108, 2002
 - 39) Attig T : Beyond pain: The existential suffering of children. *J Palliat Care* 12 : 20-23, 1996
 - 40) James L, Johnson B : The needs of parents of pediatric oncology patients during the palliative care phase. *J Pediatr Oncol Nurs* 14 : 83-95, 1997
 - 41) Black D : The dying child. *BMJ* 316 : 1376-1378, 1998
 - 42) Hazzard A, Weston J, Gutierrez C : After child's death: factors related to parental bereavement. *Dev Behav Pediatr* 13 : 24-30, 1992
 - 43) Goodenough B, Drew D, Higgins S, et al : Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer:

症 例

初発時 stage I で再発をきたした卵巣若年性顆粒膜細胞腫
(juvenile granulosa cell tumor: JGCT) の1例

滝沢 祥子¹⁾, 河本 浩二¹⁾, 楠木 重範¹⁾, 時政 定雄¹⁾, 橋井 佳子¹⁾, 太田 秀明¹⁾
草深 竹志²⁾, 米田 光宏²⁾, 福澤 正洋²⁾, 原 純一³⁾, 大園 恵一¹⁾

要 旨

卵巣若年性顆粒膜細胞腫再発の10歳女児例を経験した。初発時の病期は stage Ic で、無治療経過観察中の5か月後に再発した。再発時 stage IIIc に相当し、PEB療法(CDDP, VP-16, bleomycin)を中心とした化学療法を5コース行った後に患側卵巣腫瘍摘出術、子宮部分切除を施行した。術後化学療法を追加し、治療終了後2年間無病生存中である。初発時の病期がI期であっても十分な注意が必要と考えられた。

Key words: 卵巣, 若年性顆粒膜細胞腫, 再発, PEB療法

I はじめに

性索間細胞腫である卵巣顆粒膜細胞腫 (granulosa cell tumor: GCT) は、成人型と若年型に分類される^{1,2)}。若年性顆粒膜細胞腫 (juvenile granulosa cell tumor: JGCT) の頻度は、全卵巣腫瘍の5%未満で比較的にまれな腫瘍である³⁾。FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) 分類I期の症例では予後は比較的良好とされているが、II期以上の症例、また摘出が不完全であった症例ではその予後は不良であると報告されている。今回我々は、初発時病期I期のJGCTの女児例で、術後経過観察中に再発を認めた1例を経験したので報告する。

II 症 例

症例: 10歳10か月, 女児

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科内科系臨床医学専攻情報統合医学小児科学
- 2) 同 外科系臨床医学専攻外科学講座小児成育外科
- 3) 大阪市立総合医療センター小児血液腫瘍科

主訴: 腹痛

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 10歳5か月時、腹痛、下腹部膨満を主訴に前医を受診した。骨盤MRIで右卵巣に径12×10×6cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認め(図1)、卵巣温存腫瘍摘出術を施行された。病理診断はJGCT(図2)で、腫瘍は卵巣にとどまるが被膜の破綻がみられたため、病期分類はFIGO分類でstage Icであった。術後は無治療で経過観察されていた。初発時、LDHは360IU/Lと軽度上昇を認めたが、腫瘍マーカー(CA125, CA19-9, AFP)の上昇は認められなかった。術後5か月の10歳10か月時、腹痛が出現し、腹部MRIで膀胱頭側に径7cm大の内部不均一の充実性腫瘍、大動脈分岐部に径4cmの腫瘍が確認され、JGCT再発の疑いで当院へ転院となった。

入院時現症: 身長、体重は正常範囲内。顔色不良あり。胸部に異常なし。腹部は軟で、下腹部に軽度膨満があり、圧痛を軽度認める。腹部腫瘍は触知せず、肝脾も触れない。手術痕あり。乳房、恥毛のTanner分類はともにI度であった。

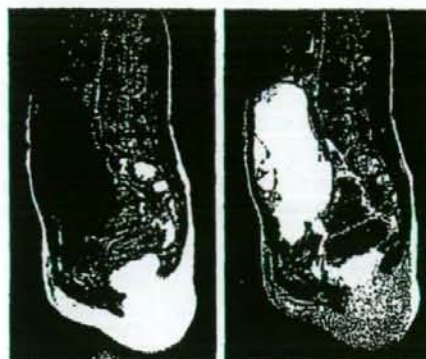


図1 初発時腹部MRI

(左) T1強調像 (右) T2強調像

骨盤腔内に径12×10×6cm大の多房性囊胞性腫瘍を認める。T1強調像では積極的に脂肪を示唆するような高信号域は認めない。T2強調像で一部低信号域あり。

入院時検査所見：血液検査では、LDH 674 IU/L、NSE 43.5 ng/ml、CA125 42 U/ml (基準値 30 以下) と若干の高値を示したが、その他の腫瘍マーカーの上昇を認めず、エストラジオールも10 pg/ml 未満と上昇はなかった。腹部MRI検査においては、膀胱の頭側に径7cm大の凹凸不整の充実性腫瘍を認めた。T2強調像にて腫瘍は内部不均一な高信号を示し、T1強調像では、ほぼ筋肉と等信号で部分的に高信号域を認めた。さらに、大動脈分岐レベルから頭側に向かって下大静脈腹側に径4cmの腫瘍を認めた。また、少量の腹水も認めた。その他、骨髄穿刺、骨シンチに異常はなかった。

生検所見：開腹腫瘍生検を行った。中等量の血性腹水と右卵巢腫瘍を認め、摘出腫瘍の病理学的診断はJGCTであった。腹水細胞診で腫瘍細胞が確認され、リンパ節転移も認められたため、stage IIIcに相当した。

入院後経過：生検後、PEB療法 (CDDP 100mg/m²×1 [day1], VP-16 120mg/m²×3 [day1, 2, 3], bleomycin 15mg/m²×1 [day2]) を4コース、末梢血幹細胞採取目的にCPM (1200mg/m²×3 [day1, 2, 3]), paclitaxel (135mg/m²×1 [day1]), CDDP (100mg/m²×1 [day2]) から成る化学療

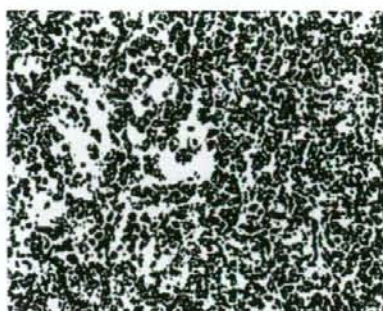


図2 初発時病理所見

腫瘍細胞は円形、楕円形の核と中等量の胞体を持つ。好酸性の胞体 (+)、核溝形成 (+)、核異型 (+) あり。核分裂像が多い。腫瘍壊死と出血が目立つ。

法を1コース行った。上記化学療法計5コース終了後、膀胱頭側 (右卵巢部) の腫瘍は径2cm、下大静脈腹側の腫瘍は径1.5cmと縮小を認め、右卵巢腫瘍摘出術、子宮部分切除、左卵巢生検、後腹膜転移巣摘出術を施行した。

手術所見：開腹にて右卵巢部の再発腫瘍を右卵巢・付属器とともに摘出し、下大静脈腹側の転移巣も全摘した。右卵巢の再発腫瘍の表面には一部大網が癒着していたが、小腸との癒着はなく、腹水も認めなかった。術中病理診断により、子宮底部右側および子宮間膜断端、大動脈分岐部結合組織に腫瘍細胞の残存を認めたため、子宮組織の断端についてはさらに追加切除を行った。摘出腫瘍の病理組織像では、かなりの部分が壊死しており、腫瘍細胞は少数認められるのみであった。

術後経過：術後のMRIにて膀胱頭側および大動脈分岐部に残存腫瘍を認めず、リンパ節腫大も認めなかったが、stage IIIcとしての再発例であること、切除部位における腫瘍の残存を考慮し、化学療法 (CPM 1000mg/m²×1 [day1], paclitaxel 135mg/m²×1 [day2], CBDCA AUC7.5×1 [day]) (高音域聴力障害を認めたためCDDPから変更) を2コース追加した。現在、術後26か月 (治療終了後24か月) を経過したが、無病生存中である。

III 考 察

性索間質腫瘍に分類される JGCT は比較的まれな腫瘍で²⁴、腫瘍によるエストロゲン産生に伴う思春期早発、月経異常、男性化をきたすことが多いとされ²⁵、8歳以下の症例の80%には性早熟症がみられるとの報告¹¹もある。その他の症状としては、腹部膨満、膀胱圧迫症状、腹痛、腫瘍触知、腹水などがあり、なかには捻転や腫瘍破裂などによる急性腹症を呈して発見されることもある^{7,8}。本症例では、思春期早発などのホルモン症状は認めず、腫瘍による腹部膨満や腹痛が主であった。

JGCT の治療については手術療法が基本であり、本症の約90%がFIGO分類のstage I に属し、手術単独の治療でも90%が生存する¹¹。II期以上の症例における追加治療についての標準的な治療はないが、近年、術後の追加治療や進行例/再発例に対しCDDPを主体とした多剤併用療法が有効^{9,10}と報告されている(表1)。Homesley らはGCT とその他の性索間質腫瘍に対し、PEB 療法を行い、second-look 開腹術で37% (38 症例中14 症例) に腫瘍消失を認め、完全寛解例6例では中央値24.4 か月で寛解を維持したと報告している¹⁰。また、最近では、paclitaxel の単独あるいはCDDP との併用療法が、若年型を含めたGCT に対してPEB 療法と同等の成績を示すと報告され¹⁰、さらに、paclitaxel とCDDP またはCBDCA との併用療法の臨床試験も行われている¹⁰。

本症例においても、PEB 療法 (CDDP, VP-16,

bleomycin) を再発後の初期治療に用い、後半で paclitaxel と CDDP あるいは CBDCA を使用した。5 コース終了後に摘出した腫瘍の病理組織像では、viable な腫瘍細胞は少数であり、治療終了後2年を過ぎても再発徴候を認めていないことから、化学療法は有効であったと考えられる。10年以上経過してから再発した報告例¹³もあり、今後長期間にわたる経過観察が必要である。

再発 JGCT に対する治療戦略として確立したものはないが、摘出術を行なった後に化学療法あるいは放射線療法を追加するのが一般的である¹⁰。本症例では、再発時に複数の腫瘍と腹水が認められたため、生検で腫瘍組織を確認後、化学療法を摘出術に先行させた。術後化学療法については再発腫瘍であることを考慮に入れると省略できないと判断した。放射線療法に関しては、年齢、妊孕性を考えて控えるべきと考えた。

予後因子は手術の完遂度 (残存腫瘍の有無) および病期と考えられる。I 期 (一側または両側の卵巣に局限する腫瘍) であれば、特別な治療を追加することなく、外科的に腫瘍摘出および患側卵巣と付属器摘出のみで十分であるとされる^{24,25}。本症例における初発時の患側卵巣の温存については、悪性腫瘍の診断確定前での判断は難しいが、健側卵巣・付属器が温存されれば妊孕性は確保されるので、結果から考えると初発時に患側卵巣・付属器を摘出すべきであったと考えられる。

JGCT の病期が I 期であっても、腫瘍の大きさが 5 cm 以上、核異形度、核分裂の高度なものは再

表1 顆粒膜細胞腫に対する化学療法の報告

Author (Year)	Regimen	No. of Patients	CR	PR
Colombo (1986) ⁹⁾	PVB	11	6	3
Zambetti (1990) ¹⁰⁾	PVB	7	3	1
Gershenson (1996) ¹¹⁾	PEB	5	2	3
Homesley (1999) ¹²⁾	PEB	38	14	4

PVB: CDDP, VBL, bleomycin

PEB: CDDP, VP-16, bleomycin

CR: complete response

PR: partial response