

## 救急看護における自殺対策支援に関する研究

研究分担者 中村 恵子 札幌市立大学看護学部看護学科 教授  
協力研究者 守村 洋 札幌市立大学看護学部看護学科 准教授

**研究要旨：** 救命救急センター等に搬送される自殺企図者は、多くの場合、救命救急処置が優先され、身体的処置が終了すれば、退院あるいは転院される。その過程の中では、精神的ケアを受けないために、再度自殺を試みるケースも多いという悪循環も生じている。救命救急の場面という時間や人数が限られている現状の中で、救急看護として自殺企図者にどのようなケアができるのであろうか。本研究の目的は、救命救急領域と精神保健領域との医療者が連携しながら、救急看護の視点からみた自殺企図者へのケアに関する問題点を探求するとともに、学会レベルの学術的な場面で、救命救急領域と精神保健領域との医療者との意見交換を経て、救急看護としての自殺企図者へのケアについて検討することである。研究方法は、救急現場の看護師が自殺企図者患者に対して実際に困っていることの聞き取り調査と、第10回日本救急看護学会学術集会で交流集会「自殺対策と救急看護」を企画し、救命救急領域と精神保健領域との医療者との意見交換をすることである。研究結果として、救急看護としての自殺企図者へのケアは非常に関心度が高く、かつ、自殺対策支援として重点項目にあげられる。今後、これまで以上の救命救急領域と精神保健領域との医療関係機関および従事者との連携が、非常に重要であることが明らかになった。

### 研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

大高 明子	前・千葉県救急医療センター 救急看護認定看護師
坂本由美子	関東労災病院救急科 看護師
柳澤八恵子	北里大学病院救命救急センター 看護師
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座 教授
三宅 康史	昭和大学医学部救急医学講座救命救急センター 准教授
河西 千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授
大塚耕太郎	岩手医科大学神経精神科学講座 講師
山田 朋樹	横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター 助教
伊藤 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長

#### A. 研究目的

平成11年度以降、年間3万人が自ら命を絶つ「自殺」は、社会的な問題として非

常に関心が高い。自殺の問題を考える上で忘れてならないことは、自殺者数の10倍以上（高橋, 2004）と言われている「自

自殺企図者」への対応である。自殺企図者の多くは救命救急センター等に搬送されるため、救急の場面では自殺企図者に対するケアは決して稀なことではなく、むしろ増加の傾向と思われる。

救命救急センター等に搬送される自殺企図者は、多くの場合、救命救急処置が優先され、身体的処置が終了すれば、退院あるいは転院される。その過程の中では、精神的ケアを受けないために、再度自殺を試みるケースも多いという悪循環も生じている。救命救急の場面という時間や人数が限られている現状の中で、救急看護として自殺企図者にどのようなケアができるのであろうか。

昨年度実施した「救急看護における自殺対策支援に関する研究」(守村, 2008)では、救命救急センター等に従事する看護職者のディレンマが明らかになり、精神保健領域の医療者との連携および協力が不可欠であると結語にまとめた。そこで本研究は、救命救急領域と精神保健領域との医療者が連携しながら、救急看護の視点からみた自殺企図者へのケアに関する問題点を探求するとともに、学会レベルの学術的な場面で、救命救急領域と精神保健領域との医療者との意見交換を経て、救急看護としての自殺企図者へのケアについて検討することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究は、次の2つの研究方法を行った。1つは、救急現場の看護師が自殺企図者患

者に対して実際に困っていることを4施設(北海道1、関東圏3)で聞き取り調査をした。

もう1つは、第10回日本救急看護学会学術集会(名古屋市立大学看護学部教授・明石恵子学術集会長)で交流集会「自殺対策と救急看護」を企画し、救命救急領域と精神保健領域との医療者との意見交換を行った。また、交流集会に参加した日本救急看護学会学会員・非会員に対しアンケートを実施した。

### (研究倫理への配慮)

本研究は看護専門職との意見交換に基づくものであるが、個人が特定されないよう倫理面へ細心の注意を払いながら実施した。

## C. 研究結果(資料参照)

### 1. 聞き取り調査

研究協力者が従事している施設、あるいは関連施設にアンケートを実施した。対象施設は、北海道札幌市、東京都中央区の各1施設、神奈川県川崎市2施設、の4施設とした。アンケートは無記名式とし、①最も印象に残っている対応困難の事例(困難事例)、その事例を看護する上での躊躇やどのような看護を行いたかったか、②どのようなサポートがあれば、より有効な看護ができるか、③救急場面での自殺企図者のケアに対するの考え、3点について自由記載で行った。

困難事例として「どうして助けたの

か？」と自分に意思に反することをされたと言いつけられ、処置やケアを一切受け付けない事例等具体的な困難事例が回答されていた。看護をする上でのディレンマを生じ、身体的治療と同時平行で精神的治療の必要性を希望していた。また、サポート体制として、精神科医の往診や精神科受診体制等、ほとんどが精神医療への連携を求めている回答だった。そして、自殺企図者へのケアに関しては、優しくなれない、できれば避けて通りたいなど、救命救急の現場で従事している看護師の正直な感情がアンケートから伺えた。

## 2. 日本救急看護学会学術集会交流集会

救急看護者からの聞き取り調査の結果をもとに、救命救急領域と精神保健領域との医療者が連携しながら、救急看護の視点からみた自殺企図者へのケアに関する問題点を探求する企画を検討した。その結果、名古屋市立大学看護学部教授・明石恵子氏の協力を経て、第10回日本救急看護学会学術集会（平成20年11月7日-8日、名古屋国際会議場）で交流集会「自殺対策と救急看護」の時間を頂くことができた。

最初に大高明子氏（前、千葉県救急医療センター・救急看護認定看護師）より「救急場面における自殺企図者 ー救急看護の視点からー」というテーマで、救急場面における自殺企図者への看護の対応などの現状や問題点等を話題提供された。

次に柳澤八恵子氏（聖路加国際病院救命救急センター・救急看護認定看護師）より

「聖路加国際病院での救急看護の先駆的な取り組み」というテーマで、自身が勤務する救命救急センターで活用している自殺企図者に対するマニュアルの紹介等を話題提供された。

さらに三宅康史氏（昭和大学医学部救急救命センター・救急医学講座准教授）より「救急場面における自殺企図者へのケアガイドライン」を報告された。三宅氏は日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」委員長を務めており、その委員会で検討しているマニュアル作成等を盛り込んでいただいた。

最後に河西千秋氏（横浜市立大学医学部精神医学准教授）に「横浜市立大学病院高度救命救急センターでの取り組み」というテーマで指定発言をいただいた。横浜市立大学病院高度救命救急センターでは精神科医が常勤している我が国でも希少な医療機関であり、救急医療場面における精神科医の役割や精神科医の立場からの提言などの報告をいただいた。

交流集会の座長を守村が勤めたが、同じく座長として伊藤弘人氏（国立精神・神経センター精神保健研究所部長）が、国の施策背景等の情報提供や、交流集会全体の運営を補助された。

学術集会事務局は200席の会場を準備していただいたが、予想を遥かに超える参加者が集われた。質疑応答の時間には、フロアとの活発な意見交換をすることができた。

また、参加者に対して自殺企図者への



ケアに関するアンケートを実施したが、98名から回答を得ることができた。推定参加者200余名と概算すると回収率は約50%となり、自殺企図者へのケアに関する意識が高いことが推測された。アンケート内容として、時間・物理・人的制限の中、精神科看護、特に自殺企図者の対応方法の知識および経験不足などを解決するために救急看護場面における看護のあり方を探求したいとの回答が多数出されていた。本アンケート結果を分析し、次回の第11回日本救急看護学会学術集会で報告し、日本救急看護学会学会員にフィードバックしたいと計画中である。

#### D. 考察

本研究で明らかになったことは、救命救急の場面で、特に自殺企図者に直接関与する機会の多い看護師の関わりは非常に困っていること、そして、救命救急領域と精神保健領域との医療関係機関および従事者との連携が必須あること、の2点である。

自殺企図者の約3/4が精神科受診を必要としている状態であることから、日常業務として自殺企図者に関与する機会の多い看護師は精神看護の知識や技術を習得ことが求められる。しかし、命を救うことが使命とされる救命救急場面に従事する看護職者にとっては、生命を救う事・生命の尊厳を第一義的な任務としているが、自己の命を絶つ行為を実行した自殺企図者に直面するとアンビバレントな思いを抱くことは当然かもしれない。そのため、自殺企図者に対

し強い不安を呈し、その解決として無意識的に自殺の話題に触れない等の「逃避」や「否認」の思いを抱いていることが分かった。そのような躊躇する場面にさらされながら業務を遂行することは非常にストレスフルであり、メンタルヘルス上避けなければならない。今後、リエゾン精神医学の観点でも介入を検討する必要がある。

また、第10回日本救急看護学会学術集会交流集会以での意見交換の活発さ、アンケートに回答された精神保健領域への期待等、今後益々救命救急領域と精神保健領域との医療関係機関および従事者との連携が求められていることが確認できた。

このようなことから現在まで培われた精神保健領域の知識・経験・技術を救命救急の場面で活用できるようこれまで以上の連携および協力が喫緊の課題となるう。

#### E. 結論

救急看護としての自殺企図者へのケアは非常に関心が高く、かつ、自殺対策支援としては重点項目にあげられる。今回の交流集会以に報告していただいた日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」委員長編の「救急場面における自殺企図者へのケアガイドライン」の活用等、今後は、救命救急領域と精神保健領域との医療関係機関との連携を強化し、多角的な視点で自殺対策支援を進めていこうと考えている。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表： 第11回日本救急看護学会  
学術集会（平成21年11月13日-14日）予  
定

2. 学会発表： なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考・引用文献

- 守村洋；救急看護における自殺対策支援に関する研究、自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 平成19年度研究協力報告書、2008
- 高橋祥友；自殺のリスクマネジメント 第2版、医学書院、2006
- 高橋祥友・福間詳編；自殺のポストベ  
ンション、医学書院、2004
- 飛鳥井望；自殺の危険因子としての精神障害 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断的検討、精神神経誌、96、199

## 糖尿病患者の精神科的支援に関する研究

研究分担者 佐伯俊成 広島大学病院 医系総合診療科 准教授

**研究要旨:**本研究では、標準化された評価尺度を用いて糖尿病教育入院の効果を判定し、それを通して2型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因を明らかにする。**研究方法:**教育入院となった20歳以上の2型糖尿病患者121例のうち、文書同意の得られた99例とその家族59例を対象として、自記式質問紙によって教育入院の前後における患者・家族の抑うつ・不安、患者のQOL、糖尿病負担感、および家族機能を評価した。**結果:**教育入院後に、患者の抑うつ、不安、QOL、糖尿病負担感、家族の不安が有意に改善していた。また患者の抑うつ改善度と家族機能(情緒的関与)との間に有意な関連が認められた。**まとめ:**教育入院は患者の心理・社会的因子のみならず家族の心理的因子にも良好な影響を及ぼしていた。また家族機能が糖尿病患者の心理的側面に一定の影響を及ぼしていることが示唆された。

研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

高石 美樹 広島大学大学院  
医歯薬学総合研究科  
精神神経医科学  
大学院生(社会人選抜)

### A. 研究目的

2型糖尿病の治療において、教育入院の重要性は広く認識されているが、患者の心理・社会的要因に重点をおき、標準化された評価尺度を用いてその効果を判定した研究報告は少ない。

本研究は、糖尿病教育入院の効果判定を通して2型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因を明らかにすることを目的とする。

### B. 研究方法

平成18年8月から平成20年6月までの23ヶ月間に、厚生連広島総合病院糖尿病代謝内科および医療法人一陽会原田病院糖尿病内科に教育入院となった20歳以上の2型糖尿病患者121例のうち、文書同意の得られた99例とその家族59例(食事療法の担い手)を対象として、入院時における患者のHbA1cなどの身体的因子、家族構成などの人口統計学的因子、Family Assessment Device(FAD)を用いた家族機能の評価に加え、教育入院前後においてZung Self-rating Depression Scale(SDS)による患者・家族の抑うつの評価、Zung Self-rating Anxiety Scale(SAS)による患者・家族の不安の評価、Diabetes Quality of Life(DQOL)による患者の



QOL の評価、Problem Areas In Diabetes mellitus scales(PAID)による患者の糖尿病治療に対する負担感の評価を行った。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、広島大学倫理審査委員会、厚生連広島総合病院倫理委員会、および医療法人一陽会倫理委員会それぞれの承認を得て行われた。

### C. 研究結果

教育入院前後において、患者の SDS スコア(抑うつ)、SAS スコア(不安)、PAID スコア(負担感)が低下し、DQOL スコア(QOL)が有意に上昇し、家族の SAS スコア(不安)が有意に低下していた。

入院前後における患者の DQOL スコア変化量と有意に関連していたのは、単変量解析において、患者の退院時 SAS スコア( $p=.011$ )、退院時 PAID スコア( $p=.001$ )、PAID スコア変化量( $p<.001$ )、家族の FAD スコア(情緒的関与)( $p=.016$ )であった。これらの因子を重回帰分析に強制投入したところ、患者の退院時 SAS スコア( $p=.007$ )、家族の FAD スコア(情緒的関与)( $p=.010$ )との間に有意な負の相関が認められた。

### D. 考察

教育入院後に患者の抑うつ、不安、糖尿病関連 QOL、糖尿病負担感が改善し、家族の不安も軽減していたことから、教育入院は患者の心理・社会的因子のみならず、家族の心理的因子にも良好な影響を及ぼしていることが明らかになった。

家族からみた家族内の情緒的関わりが適切

であるほど、患者の糖尿病関連 QOL の改善度が大きかったことから、家族機能の情緒的側面が糖尿病患者の QOL に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

### E. 結論

2 型糖尿病患者の QOL には、患者の社会的側面、なかでも家族機能が関連しており、患者だけでなく家族をも含めた教育的治療アプローチが必要である。

### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) 佐伯俊成, 他: 身体科からみたうつ病中核群—身体疾患とうつの関連. 精神科治療学 24: 97-101, 2009
- 2) 高石美樹: 教育入院によって肥満は改善しますか. 肥満と糖尿病, 2008
- 3) 佐伯俊成: 精神医療における電子メールコミュニケーションの実際. 精神科治療学 23: 549-552, 2008
- 4) 佐伯俊成: IT (information technology) を介した精神医療における倫理. 精神科治療学 23: 587-589, 2008
- 5) 佐伯俊成, 高石美樹, 他: せん妄の診断—一般診療医が行うべき治療とは. がん患者と対症療法 19: 122-128, 2008
- 6) 佐伯俊成, 高石美樹, 他: 癌患者の家族に対する精神的ケア. コンセンサス癌治療 7: 20-23, 2008
- 7) 佐伯俊成: 軽症うつ病. 気分障害 (上島国利ほか編), pp.534-538, 医学書院, 東京,

2008

- 8) 尾形明子, 佐伯俊成: 小児がん患者と家族に対する心理的ケア. 総合病院精神医学 20:26-32, 2008

## 2. 学会発表

- 1) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者における教育入院前後の QOL 改善度と家族機能との関連. 第 21 回日本総合病院精神医学会総会抄録集, 2008 年 11 月
- 2) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因—教育入院前後の抑うつ改善度と家族機能との関連—. 第 104 回日本心身医学会総会抄録集, 2008 年 6 月
- 3) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因(第 2 報)—教育入院前後の抑うつ改善度と家族機能との関連—. 第 51 回日

本糖尿病学会年次学術集会抄録集, 2008 年 5 月

- 4) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者における教育入院前後の抑うつ改善度と家族機能との関連. 第 104 回日本精神神経学会総会抄録集, 2008 年 5 月

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。



## がん患者に対する告知の現状とがん治療中の患者家族に対する「心のケア・サポート」の実態： がん患者の遺族を対象としたインターネット調査より

研究分担者 松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 准教授

研究要旨：本研究は、がん患者の家族に対する支援のあり方について検討することを目的に、がん患者の家族の心の負担とそれらに対する医療者からのサポート状況について調査し、またがん治療の中でも、患者やその家族に大きな心理的動揺を与えることが知られている「告知」に関する我が国の現状についても調査を行うこととした。**研究方法**：対象は、ヤフーバリューインサイト株式会社に登録されたがん患者遺族ボランティア 500 名で、がん治療における心理社会的な面に焦点を当てた質問紙を作成し、インターネットを通じてアンケート調査を実施した。**結果**：「がんで亡くなった患者本人に対する病名告知率は 61.2% で、余命告知率は 40.8% であった。病名・余命告知をした、あるいはしなかった理由について、「病名・余命告知をした群」は、「病名・余命告知をしなかった群」と比較して、主治医の方針や患者の希望が有意に多く、「病名・余命告知をしなかった群」は、「病名・余命告知をした群」と比較して、家族の希望が有意に多いという結果が示された。また、患者のがん治療中に、家族が心の負担を感じた時に、医療者からのケア・サポートが「なかった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という問いに対して、62.7% が「相談しなかった」あるいは「相談したかったができなかった」と回答した。**まとめ**：個々のケースに応じた患者の家族への必要な心のサポートを、医療者側から積極的に提供する体制を構築することが急務である。特に、告知を含めた、患者への情報提供にあたっては、家族の思いや希望が、告知をするか否か自体に影響を与えていたことから、家族への思いに心を配りながら、患者および家族にとって最善の医療を提供できる体制を強化していく必要があるであろう。

### 研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

小林 未果	国立精神・神経センター	流動研究員
野口 海	慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科	准教授
松下 年子	埼玉医科大学保健医療学部	教授
松田 彩子	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野博士課程	大学院生

(五十音順)

## A. 研究目的

家族のうちの誰かが、がんに罹患するということは、その家族全体の生活に大きな負担をもたらす、精神的にも非常に大きな影響があることから、がんは「家族の病」として捉える必要があるとも言われている[1][2]。家族は、患者が、がんの治療を受ける経過の中で、患者の身の回りの世話、経済的問題についての対応、心の支え、そして治療に関する意思決定への参加など、心身両面にわたる様々な働きを担っており[3]、がん患者の家族は、患者に劣らず、相当な心の負担やストレスを経験していることが推察される。がん患者の家族を対象にした先行研究からは、家族が抱える問題として、不安、抑うつ、怒りなどの精神的苦痛、身体的な負荷、患者の今後の病状に対する不確実性への懸念、患者さんが死にゆくことに対する恐怖、役割とライフスタイルの変化への対処、経済的問題などが示されている[1][3]。がん患者の心のケアを推進すると同時に、その家族を、患者のケアを提供する人と認知するだけではなく、援助を必要としている人、即ち「二番目の患者」として医療者が支えることが重要である[3]。

そこで本調査では、がん患者の家族の心の負担とそれらに対する医療者からのサポート状況について調査し、今後のがん患者の家族に対する支援のあり方について検討することにした。また、がん治療の中でも、患者やその家族に大きな心理的動揺を与えることが知られている「告知」に関する我が国の現状についても調査を行うこととした。

## B. 研究方法

がん患者遺族 500 名を対象に、インターネ

ットを媒体としたアンケート調査を実施した。設問は、属性を含めて 42 問であり、その内容は、1) 患者遺族自身の属性および患者の生存時の治療状況等、2) がんで亡くなったご本人に主治医から「病名告知」「余命告知」があったかどうか、3) 「病名告知」や「余命告知」をした理由あるいはしなかった理由やそれらの選択についてどのように感じているか、4) がん治療中に家族が、医療者から「心のケア・サポート」を受けたかどうか、6) 患者が終末期を迎えた際に、家族が医療者から「心のケア・サポート」を受けたかどうかなどである。

(倫理面への配慮)

調査実施に先立ち、研究計画を東京医科歯科大学医学部倫理委員会に提出し、その科学性・倫理性について承認を得た。

## C. 研究結果 (資料参照)

### 1) 対象者の属性について(表 1 参照)

対象者となったがん患者の遺族は、男性 250 名、女性 250 名の計 500 名で、年代構成は 20 歳代、30 歳代、40 歳代、50 歳代、60 歳代以上でそれぞれ 100 名ずつであった。学歴は、4 年制大学以上卒が 49.8%最も多く、続いて高等学校卒が 26.6%短大ないし専門学校卒が 21.4%、中学校卒業が 2.0%あった。なお、居住地は関東圏が最も多く 38.4%その次が近畿圏で 23.6%であった。亡くなった患者との続柄について、「親」が 55.0%最も多く、「祖父母」の 27.6%「配偶者」の 6.8%と続いた。

### 2) 患者の属性について(表 1 参照)

亡くなった患者の性別は、男性が 65.0%、

女性が35.0%で、年代構成は20歳代が1.0%、30歳代が1.6%、40歳代が3.2%、50歳代が11.8%、60歳代以上が82.4%であった。がんの罹患部位は、最も多かったのが肺がん(24.8%)で、胃がん(21.2%)、大腸がん(14.2%)、肝がん(13.0%)、膵がん(7.4%)、食道がん(6.2%)と続いた。亡くなった患者の受けた治療(複数回答式)では、手術療法(59.0%)が最も多く、化学療法は46.6%、放射線療法は41.0%であった。また、患者が治療中に利用した医療施設で最も多かったのは大学病院などの総合病院(66.6%)で、続いて地域の一般病院(32.0%)、がんセンターなどの専門病院(10.8%)と続き、ホスピスや緩和ケア病棟を利用した患者(7.4%)、在宅医療を選択した患者(4.2%)もいた。

### 3) 患者への病名告知に関連した質問(表2参照)

対象者であるがん患者の遺族に、「がんで亡くなった患者本人に対して、主治医から『病名告知』がされていたか」という問いに対して、病名告知をされていたと回答した人が306名(61.2%)で、病名告知をした理由(複数回答式)は、主治医の方針が179名(58.5%)、患者の希望157名(51.3%)、家族の希望96名(31.4%)、その他10名(3.3%)であった。「病名告知をしたことについてどう思っているか」の質問に対する回答では、「して良かった」と感じている家族が210名(68.6%)、「しない方が良かった」が21名(6.9%)、「わからない」が66名(21.6%)、「その他」が9名(2.9%)であった。

一方、同じ「がんで亡くなった患者本人に対して、主治医から『病名告知』がされてい

たか」という問いに対して、病名告知をされていなかったと回答した人は194名(38.8%)で、病名告知をしなかった理由(複数回答式)については、主治医の方針が36名(18.6%)、患者の希望5名(2.6%)、家族の希望166名(85.6%)、その他7名(3.6%)であった。「病名告知をしなかったことについてどう思っているか」の質問に対する回答では、「しないで良かった」と感じている家族が100名(51.5%)、「した方が良かった」が22名(11.3%)、「わからない」が64名(33.0%)、「その他」が8名(4.1%)であった。

病名告知をした、あるいはしなかった理由について、「病名告知をした」群は「病名告知をしなかった」群と比較して、主治医の方針、患者の希望が有意に多く、「病名告知をしなかった」群は、「病名告知をした群」と比較して、家族の希望が有意に多かった。

### 4) 患者への余命告知に関連した質問(表3参照)

対象者であるがん患者の遺族に、「がんで亡くなった患者本人に対して、主治医から『余命告知』がされていたか」という問いに対して、余命告知をされていたと回答した人が204名(40.8%)で、余命告知をした理由(複数回答式)は、主治医の方針が114名(55.9%)、患者の希望90名(44.1%)、家族の希望72名(35.3%)、その他3名(1.5%)であった。「余命告知をしたことについてどう思っているか」の質問に対する回答では、「して良かった」と感じている家族が109名(53.4%)、「しない方が良かった」が21名(10.3%)、「わからない」が68名(33.3%)、「その他」が6名(2.9%)であった。



一方、同じ「がんで亡くなった患者本人に対して、主治医から『余命告知』がされていたか」という問いに対して、病名告知をされていなかったと回答した人は296名(59.2%)で、余命告知をしなかった理由(複数回答式)については、主治医の方針が97名(32.8%)、患者の希望8名(2.7%)、家族の希望195名(65.9%)、その他29名(9.8%)であった。

「余命告知をしなかったことについてどう思っているか」の質問に対する回答では、「しないで良かった」と感じている家族が165名(55.7%)、「した方が良かった」が25名(8.4%)、「わからない」が93名(31.4%)、「その他」が13名(4.4%)であった。

余命告知をした、あるいはしなかった理由について、「余命告知をした」群は「余命告知をしなかった」群と比較して、主治医の方針、患者の希望が有意に多く、「余命告知をしなかった」群は、「余命告知をした群」と比較して、家族の希望が有意に多かった。

#### 5) がん治療中の患者の、家族の心の負担とそれに対するケア・サポートについて

「患者のがん治療中に、家族が心の負担を最も感じた時期がいつであったか」という問いに対して、最も多かった回答は「患者の病状が悪化したとき」の44.0%で、「患者の病名告知を受けた時」29.0%、「患者の再発告知を受けた時」12.4%、「緩和ケアのみの治療方針に変えた時」6.0%と続いた(グラフ1参照)。

上記のような、患者のがん治療中に、家族が心の負担を感じた時に、医療者からのケア・サポートがあったかという質問では、「あった」と回答した人が53名(10.6%)、「なかった」が345名(69.0%)、「覚えていない」

が87名(17.4%)であった(表4参照)。

医療者からのケア・サポートが「あった」と回答した群においても、「なかった」と回答した群においても、家族が心の負担を最も感じた時期は「患者の病状が悪化したとき」という回答が最も多かった。医療者からのケア・サポートの有無による家族が心の負担を最も感じた時期の違いはみられなかった(表5参照)。

また、医療者からのケア・サポートが「あった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という質問に対しても75.5%が「相談した」と回答していた。一方、医療者からのケア・サポートが「なかった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という問いに対して、49.9%が「相談しなかった」、12.8%が「相談したかったができなかった」と回答した(表6参照)。

#### 6) 患者が終末期を迎えた際の、家族に対するケア・サポートについて

患者の『終末期』に、家族が心の負担を感じた時に、医療者からのケア・サポートがあったかという質問では、「あった」と回答した人が39名(8.0%)、「なかった」が349名(72.0%)、「覚えていない」が97名(20.0%)であった。前述した、患者の『がん治療中』に、家族が心の負担を感じた時に、医療者からのケア・サポートがあったかという質問への回答と比較してみると、『がん治療中』に医療者からのケア・サポートがあった人で、『終末期』においても、医療者からのケア・

サポートがあった人は58.5%であった。また、『がん治療中』に医療者からのケア・サポートがあったと回答した人でも、『終末期』には、医療者からのケア・サポートがなかったと回答した人が26.4%いたことがわかった(表7参照)。

また、患者の『終末期』に医療者からのケア・サポートが「あった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という質問に対しても、58.5%の人が「相談した」と回答していた。一方、患者の『終末期』に、医療者からのケア・サポートが「なかった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という質問に対して、30.7%が「相談しなかった」、55.3%が「相談したかったができなかった」と回答した(表8参照)。

#### D. 考察

本研究の目的は、がん患者の家族の心の負担とそれらに対する医療者からのサポート状況について調査し、今後のがん患者の家族に対する支援のあり方について検討することと、がん患者に対する「病名告知」や「予後告知」に関する現状について理解することであった。

本調査の結果では、主治医から患者本人に対する病名告知率は61.2%で、余命告知率は40.8%であった。「わが国における尊厳死についての研究」班(主任研究者:東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 松島英介)で、一般病院における緩和医療の実態を知るために2006年に行われた調査[6]では、

全ての病期を含むがん患者本人への病名告知率が65.9%、余命告知率は30.1%で、情報提供の内容が重いほど実施率が低下することが報告されている。本調査の結果と比較すると、病名告知率はほぼ同程度の結果であったものの、余命告知率は、約10%高かった。この違いは、病床数の少ない病院ほど、病名・余命告知の実施率が低くなる傾向にある[6]と言われており、本調査においては、がん患者の利用した施設が、比較的病床数の多い総合病院であったことが理由に挙げられるであろう。

本調査では、病名・余命告知をした、あるいはしなかった理由について、「病名・余命告知をした群」は、「病名・余命告知をしなかった群」と比較して、主治医の方針や患者の希望が有意に多く、「病名・余命告知をしなかった群」は、「病名・余命告知をした群」と比較して、家族の希望が有意に多いという結果が示された。

「告知」の機会には、患者の全病期を通じて何回かの段階がある。即ち、病名の告知、再発の告知、緩和医療のみへの移行の告知、そして予後告知などである[4]。最近では、我が国においても、告知率は以前と比較して上がってきているが、がんの告知は医療者が患者の治療をする上で、最もストレスフルな課題の1つでもあると言われている[4]。告知の難しさには、患者側、家族側、そして医療者側、それぞれの立場によって様々な要因が考えられるであろう。

本調査の結果では、病名・余命告知をしなかった理由として、家族の希望が有意に多かったが、その背景としては、「患者が可哀想だから知らせたくない」[5]という意識や、



「患者がどのような反応をするのか、うまく支えられるのが不安だから」[4]という思いがあることが推察される。後者の思いについては、医療者側にも共通したものであり、我が国の現状としては「患者の代わりに、まず家族に告知を行い」「家族からの希望」を聞いてから、患者への告知を行うか否かを判断していることが多いといえるだろう[6]。

本調査の「病名・余命告知をしたことについてどう思っているか」の質問に対する回答では、「病名告知をして良かった」と感じている家族が210名(68.6%)、「余命告知をして良かった」と感じている家族が109名(53.4%)いた一方で、「病名・余命告知をしなかったことについてどう思っているか」という問いに対して、「病名告知をした方が良かった」が22名(11.3%)、「わからない」が64名(33.0%)、「余命告知をした方が良かった」が25名(8.4%)、「わからない」が93名(31.4%)いた。これは、病名・余命告知を行わない理由として、家族の希望が多かったことがある一方で、その選択をした家族が、その後、それが正しかったかどうか疑問に感じたり、やはり本人に告知を行うべきだったのではないかと感じたりしていることを示している。

Fallowfieldらは、告知は患者にとってむしろ有益であると述べている[8]。岡崎らによれば[9]、終末期がん患者65名を、患者が希望し、家族が同意して病名と手術不能な病態にあることの告知を受けた27例と、家族が反対し本人も強い希望を表明しなかったことを理由に告知されていない38例の2群に分けて、精神神経症状や疼痛の出現頻度について比べたところ、両群のあいだに有意差

はなく、むしろ病名告知群の方がいずれの出現頻度も低い割合であったと報告している。さらに、同じ65名を疼痛の有無により2群に分けて、精神神経症状の出現頻度を比較してみると、有痛群(28名)では46%、無痛群(37名)では14%と有意な違いがみられたことから、病名告知よりも疼痛の方が、精神的負担が大きいのではないかと報告している。

がん対策基本法の第1章総則(基本理念)第二条三にある「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるよう、がん医療を提供する体制の整備がなされること」と記されているように、近年、我が国においても、患者中心の医療へ徐々に変化してきており、患者自身も、検査や治療への理解と積極的な協力が求められるようになってきている。ゆえに「告知」に関して、近年では「患者に告知をするか否か」ではなく、「どのように告知をし、その後患者をどう支えていくのか」が重要だと言われている[4]。

しかしながら、今回の調査からは、患者に対する告知に際して、家族の存在が大変大きいものであり、告知の実施を難しくする要因の1つであることが明らかになった。特に、患者に対して、告知を含めた情報提供を進めていく上で、患者と同様に、家族に対しても十分に配慮をする必要があるであることが示唆された。

患者のケアを提供する一員であり、同時に援助を必要としている「家族」をどのように支えていくかということは、がん医療の中でも重要な課題である。本調査において、「患者のがん『治療中』に、家族が心の負担を感



じた時に、医療者からのケア・サポートがあったか」という質問では、「あった」と回答した人が53名(10.6%)、また患者の『終末期』に、家族が心の負担を感じた時に、医療者からのケア・サポートがあったかという質問では、「あった」と回答した人が39名(8.0%)にとどまった。

さらに、患者のがん『治療中』に、医療者からのケア・サポートが「なかった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という問いに対して、49.9%が「相談しなかった」、12.8%が「相談したかったができなかった」と回答し、患者の『終末期』に、医療者からのケア・サポートが「なかった」と回答した人は、「心の負担があった際に、医療者に限らず、誰かに相談したり話をきいてもらったりしたか」という問いに対して、30.7%が「相談しなかった」、55.3%が「相談したかったができなかった」と回答した。

この結果は、我が国におけるがん患者の家族への援助に関して、医療現場における実践が非常に乏しい現実がある[3]ことを如実に表しているものといえるだろう。

本調査において、家族の多くが、患者の病状が悪化した時や患者の病名告知の際に最も負担を感じたと回答していたことから、がんの治療経過の中で、さまざまな問題で苦しんでいることが推察される。具体的に、家族が抱えている主な心の悩みとして、「介護者としての問題」(良き介護者でありたいと同時に、自分の時間がもてない、自分1人に負担がかかり身体的な疲労がつのってしまう)、「社会的な問題」(介護と仕事の両立が

難しく、家庭内での役割を十分に果たすことが難しい。同時に患者がこれまでにしてきた役割の一部を代行しなければならない)、「経済的な問題」、「心理的な問題」(病気に気付かなかった自責感、どうにもできない無力感、患者との思いのズレ、接し方がわからない、大切に失う不安)、そして「実存的な問題」(人生の意味への問い、死生観に対する悩み、価値体系の変化)がこれまでに報告されている[10]。Ferrellらは、「適切な情報」および「様々な側面における家族自身に対するサポート」が最も求められている[1]と述べている。現実的な問題についての相談ができる体制をさらに構築していくことと

ともに、家族の抱く辛い気持ちを言葉にすることに耳を傾けること、そのつらさや家族の置かれる苦境に理解を示すこと、共感することが、家族のサポートとして最も重要になるであろう[3]。

## E. 結論

本調査において、がん患者に対する病名告知率は61.2%、余命告知率は40.8%であった。がん専門病院だけでなく、その他の医療機関においても、がんの告知は徐々に進んできていることが明らかになった。しかし病名告知を行わない選択をしていた場合が約40%、余命告知を行わない選択をしていた場合が約60%にのぼり、その理由として、「患者の希望」や「主治医の方針」よりも「家族の希望」が多くある現状が明らかになった。その背景には、複雑な家族の心理があることが推測される。また、「告知」を行わない選択した家族は、その後も、その選択が患者にとってよかったのか分からない、あるいは告

知をした方がよかったのではないかと感じていることが明らかになった。加えて、本調査の結果では、がん患者の家族が、患者の治療中に心の負担を感じた時、医療者からのケアを受けていることが非常に少ない現状が示された。

我々に課された今後の課題は、がんの全病期を通じて、個々のケースに応じた患者家族に必要な心のサポートを、医療者側から積極的に提供する体制を構築することである。特に告知を含めた、患者への情報提供にあたっては、家族の思いや希望が、提供する可否か自体に影響を与えることから、家族への思いに心を配りながら、患者および家族にとって最善の医療を提供できる体制を強化していく必要があるであろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

現在のところなし

##### 2. 学会発表

小林未果、松田彩子、松下年子、野口海、松島英介、伊藤弘人：がん患者に対する告知の現状 - がん患者遺族を対象としたインターネット調査より -、2009.6 第14回日本緩和医療学会学術大会、大阪（発表予定）。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### I. 参考文献

1. Ferrell BR. The family. Oxford Textbook of Palliative Medicine, edited by Doyle D, et al, Oxford University Press, New York, 2<sup>nd</sup> edition, 909-917, 1998.
2. Holland JC. Anxiety and cancer: the patient and the family. Journal of Clinical Psychiatry 50 (supplement): 20-25, 1989.
3. 明智龍男. がんと心のケア. 日本放送出版協会, 2003.
4. 松島英介、松島雅子. 患者への情報提供-がんの告知を中心に-. 精神科治療学 19: 109-114, 2004.
5. 保坂隆. 高齢癌患者の Psycho-oncology. Geriatr. Med. 40: 1409-1412, 2002.
6. 松島英介. 厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「わが国の尊厳死に関する研究」平成18年度総括・分担報告書, 2007.
7. 坂英雄. 進行肺癌患者への病名告知. 日胸 61: 949-054, 2002.
8. Fallowfield, L.J., Jenkins, VA. and Beveridge, HA.: Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. Palliat. Med. 16: 297-303, 2002.
9. 岡崎伸生、吉森正喜、太田久子ほか: 終末期癌患者に対する病名告知の精神的影響に関する研究. 癌の臨床 35:

331-334, 1989.

10. 静岡がんセンター疾病管理センターよ  
ろず相談、静岡がんセンター研究所患  
者・家族支援研究部：患者・家族のコミ  
ュニケーション～上手な気持ちの伝え  
方～「がんの社会学」に関する合同研究  
班（主任研究者：山口建），2008.



表1. 対象者および患者の属性について

	人数 (%)
居住地域	
北海道・東北	62 (12.4)
関東	192 (38.4)
甲信越・北陸	22 (4.4)
東海	46 (9.2)
近畿	118 (23.6)
中国・四国	32 (6.4)
九州・沖縄	28 (5.6)
教育歴	
中学校卒業	11 (2.2)
高等学校卒業	133 (26.6)
専門学校・短期大学卒業	107 (21.4)
4年制大学卒業	249 (49.8)
亡くなった患者との続柄	
配偶者	34 (6.8)
親	270 (54.0)
子ども	7 (1.4)
兄弟姉妹	29 (5.8)
祖父母	138 (27.6)
その他	10 (2.0)
答えたくない	6 (1.2)
亡くなった患者の性別	
男性	325 (65.0)
女性	175 (35.0)
亡くなった患者の年齢	
20代	5 (1.0)
30代	8 (1.6)
40代	16 (3.2)
50代	59 (11.8)
60代以上	412 (82.4)
亡くなった患者のがんの罹患部位	
肺がん	124 (24.8)
胃がん	106 (21.2)
大腸がん	71 (14.2)
肝がん	65 (13.0)
膵がん	37 (7.4)
食道がん	31 (6.2)
その他のがん	66 (13.2)
亡くなった患者の受けた治療 (複数回答)	
手術療法	295 (59.0)
放射線療法	205 (41.0)
化学療法	233 (46.6)
ホルモン療法	20 (4.0)
民間療法	11 (2.2)
その他	41 (8.2)
亡くなった患者の利用した医療施設 (複数回答)	
がん専門病院 (がんセンターなど)	54 (10.8)
総合病院 (大学病院など)	333 (66.6)
地域の一般病院	160 (32.0)
在宅医療 (地域の診療所など)	21 (4.2)
ホスピス・緩和ケア病棟	37 (7.4)
その他	1 (0.2)

表2.	病名告知をされていたかどうか (N=500)		P値
	されていた (N=306)	されていなかった (N=194)	
病名告知をした理由 / しなかった理由 (複数回答)			
主治医の方針	180 (58.8%)	36 (18.6%)	0.000
患者さんの希望	158 (51.6%)	5 (2.6%)	0.000
家族の希望	96 (31.4%)	166 (85.6%)	0.000
その他	6 (2.2%)	7 (3.6%)	0.199
病名告知したことを家族がどう思 っているか (N=306)			
して良かった	210 (68.6%)		
しない方が良かった	21 (6.9%)		
わからない	66 (21.6%)		
その他	9 (2.9%)		
病名告知をしなかったことを家族 がどう思っているか (N=194)			
しなくて良かった		100 (51.5%)	
した方が良かった		22 (11.3%)	
わからない		64 (33.0%)	
その他		8 (4.1%)	

表3.	余命告知をされていたかどうか (N=500)		P値
	されていた (N=204)	されていなかった (N=296)	
余命告知をした理由 / しなかった理由 (複数回答)			
主治医の方針	114 (55.9%)	97 (32.8%)	0.000
患者さんの希望	90 (44.1%)	8 (2.7%)	0.000
家族の希望	72 (35.3%)	195 (65.9%)	0.000
その他	3 (1.5%)	29 (9.8%)	0.000
余命告知したことを家族がどう思 っているか (N=306)			
して良かった	109 (53.4%)		
しない方が良かった	21 (10.3%)		
わからない	68 (33.3%)		
その他	6 (2.9%)		
余命告知をしなかったことを家族 がどう思っているか (N=194)			
しなくて良かった		165 (55.7%)	
した方が良かった		25 (8.4%)	
わからない		93 (31.4%)	
その他		13 (4.4%)	

グラフ1. がんの治療中に家族が心の負担を最も感じた時期

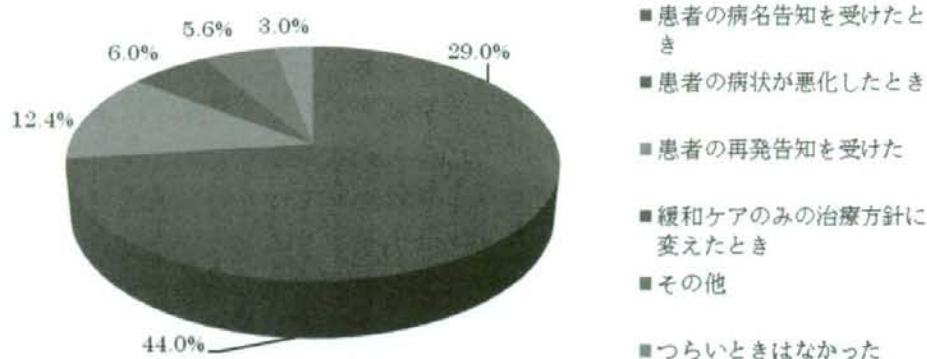


表4.

患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、医療者からのケア・サポートがあったか (N=485)	
あった	53 (10.6%)
なかった	345 (69.0%)
覚えていない	87 (17.4%)

表5.

患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、医療者からのケア・サポートがあったか (N=485)	患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、医療者からのケア・サポートがあったか (N=485)			P 値
	あった (N=53)	なかった (N=345)	覚えていない (N=87)	
家族が心の負担を最も感じた時期				
患者の病名告知を受けた時	17 (32.1%)	101 (29.3%)	27 (31.0%)	0.975
患者の病状が悪化したとき	23 (43.4%)	164 (47.5%)	38 (43.7%)	
患者の再発告知を受けた時	8 (15.1%)	45 (13.0%)	11 (12.6%)	
緩和ケアのみの治療に変えた時	4 (7.5%)	23 (6.7%)	7 (8.0%)	
その他	1 (1.9%)	9 (2.6%)	4 (4.6%)	
つらいときはなかった	0 (0%)	3 (0.9%)	0 (0%)	

表6.

患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、誰かに相談したり、話を聞いてもらったか	患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、医療者からのケア・サポートがあったか (N=485)			P 値
	あった (N=53)	なかった (N=345)	覚えていない (N=87)	
患者のがん治療中に、家族に心の負担があったとき、誰かに相談したり、話を聞いてもらったか				
相談した	40 (75.5%)	119 (34.5%)	23 (26.4%)	0.000
相談しなかった	7 (13.2%)	172 (49.9%)	33 (37.9%)	
相談したかったができなかった	5 (9.4%)	44 (12.8%)	10 (11.5%)	
覚えていない	1 (1.9%)	10 (2.9%)	10 (2.9%)	