

表2 つづき

質問 39	自分の意思を人に伝えられる	0	1	2	3	4
質問 40	普通食が食べられる	0	1	2	3	4

注:

- 質問 1~7, 17, 19, 20~22, 31, 32, 35, 37, 38 の各得点 = 4 - (選択肢番号), 質問 8~16, 18, 23~30, 33, 34, 36, 39, 40 の各得点 = (選択肢番号), で採点し, 質問 1~7 の合計得点を QOL 身体面, 質問 16~22 の合計得点を QOL 心理面, 質問 23~28 の合計得点を QOL 機能面, 質問 29~40 の合計得点を QOL 頭頸部がん患者特異面とする。
- QOL 社会・家族面の質問 8~16 のうち, 質問 9 と 14 はオリジナルの英語版ではなく, 日本語版に試験的に追加されたものであるため, 原則としてスコアの算定には加えない<sup>20)</sup>。QOL 社会・家族面の合計得点は, 7つの質問の素点に基づいており, 英語版における社会・家族面の評価項目数 7 と同一である。日本語版における妥当性は検証されている<sup>21)</sup>。

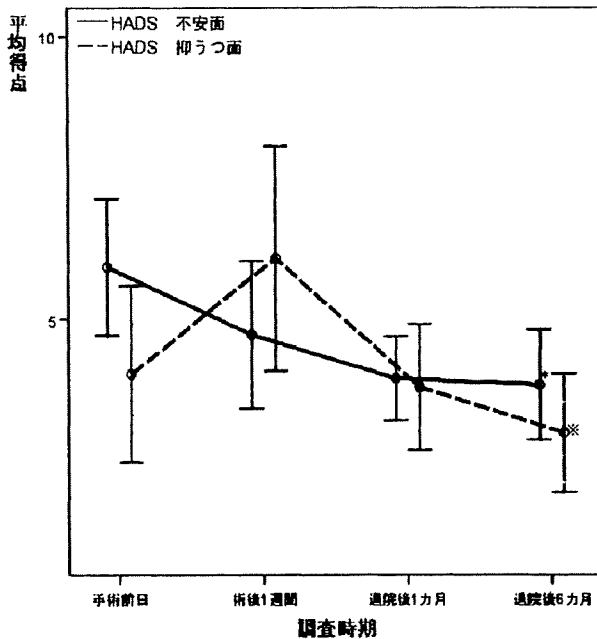


図1 心理特性の経時的変化(縦断調査)

\*: 不安に関して  $p < 0.001$  (ANOVA)。

手術前日と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p < 0.001$ ), 手術前日と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.008$ ) および術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.031$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

\*: 抑うつに関して  $p = 0.001$  (ANOVA)。

術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.009$ ) が統計学的に有意。

に, 同様の傾向が認められた (図3)。

## 2. 横断調査

### 1) 心理特性の経時的変化

統計学的に有意な変化は, 不安 (ANOVA,  $F = 3.84$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.001$ ) および抑うつ (ANOVA,  $F = 2.29$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.039$ ) に認められ, 退院後の経過が長い患者ほど不安や抑うつの傾向が軽減していた (図4)。

### 2) QOL の経時的変化

統計学的に有意な変化は, 身体面 (ANOVA,  $F = 2.29$ ;

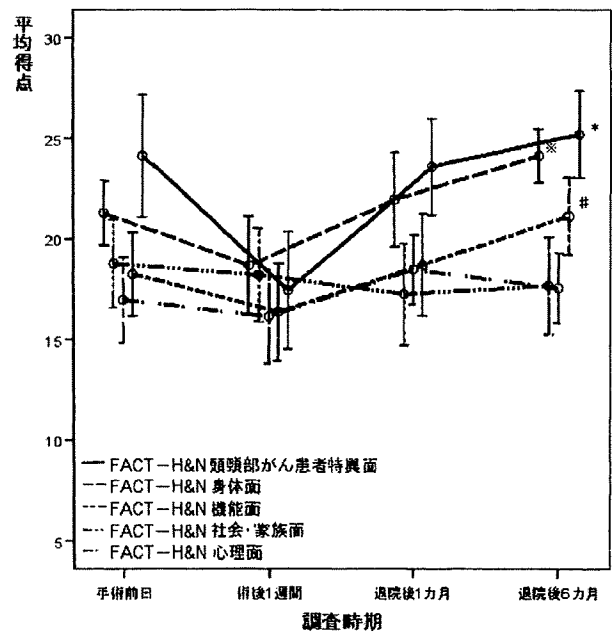


図2 QOL の経時的変化(縦断調査)

\*: QOL の頭頸部がん患者特異面に関して  $p < 0.001$  (ANOVA)。

術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.001$ ) および術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p < 0.001$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

\*: QOL の身体面に関して  $p < 0.001$  (ANOVA)。

術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.002$ ) および術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p < 0.001$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

#: QOL の機能面に関して  $p = 0.005$  (ANOVA)。

術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.001$ ) が統計学的に有意。

$df = 6$ ;  $p = 0.043$ ), 機能面 (ANOVA,  $F = 3.77$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0.002$ ) および頭頸部がん患者特異面 (ANOVA,  $F = 3.71$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0.002$ ) において認められ, 退院後の経過が長い患者ほど身体機能面および頭頸部がん患者特異面の QOL が向上していた (図5)。さらに, QOL の口腔

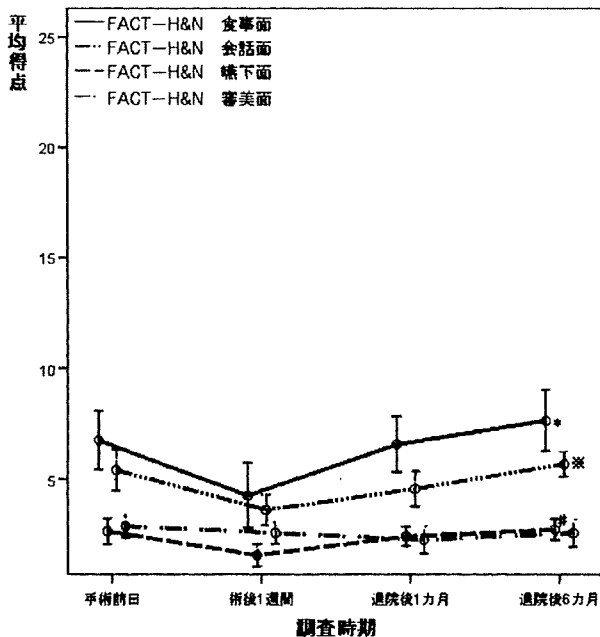


図3 QOL 口腔がん患者特異面の経時的変化 (縦断調査)

\* : QOL の食事面に関して  $p < 0.001$  (ANOVA)。

手術前日と術後1週間における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.003$ ), 術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.037$ ) および術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 ( $p = 0.003$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

※ : QOL の会話面に関して  $p < 0.001$  (ANOVA)。

手術前日と術後1週間における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.042$ ), 術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p < 0.001$ ) および術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.004$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

# : QOL の嚥下面に関して  $p = 0.001$  (ANOVA)。

術後1週間と退院後1カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.031$ ), 術後1週間と退院後6カ月における平均値の差 (Scheffé F test,  $p = 0.011$ ) が統計学的に有意。

がん患者特異面に関しても, 食事面 (ANOVA,  $F = 21.26$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0.001$ ), 嚥下面 (ANOVA,  $F = 31.11$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0.001$ ), 会話面 (ANOVA,  $F = 14.86$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0.001$ ) および審美面 (ANOVA,  $F = 14.67$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0.001$ ) のすべてにおいて, 同様の傾向が認められた (図6)。

#### IV. 考 察

##### 1. 口腔がん患者の周術期における心理特性と QOL

周術期に焦点を当てた心理特性の経時的変化に関する先行研究は少数にとどまり, Hassanein らは, 頭頸部がん患者の心理特性に関して周術期も含めた経時的調査研究が必要と述べている<sup>9)</sup>。本調査研究では, 口腔がん患者の不安は手術前日に最も高まり, 術後1週間では抑うつが最も高くなることが明らかとなった。

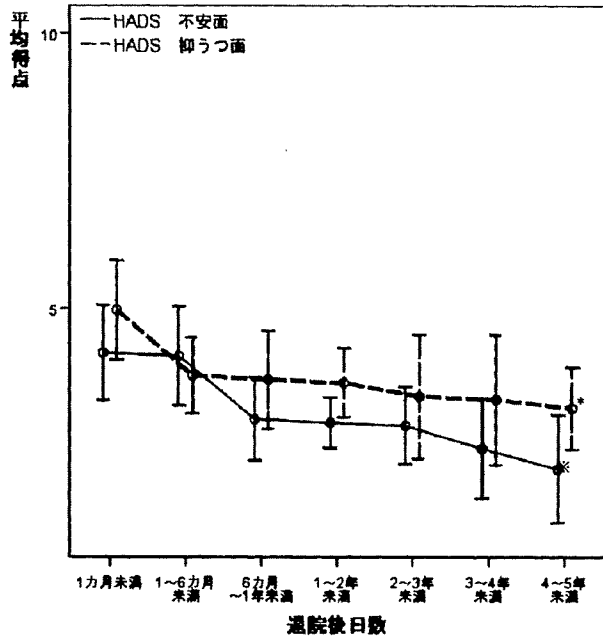


図4 心理特性の経時的変化 (横断調査)

\* : 抑うつ面に関して  $p = 0.039$  (ANOVA)。

※ : 不安面に関して  $p = 0.001$  (ANOVA)。

一般的に, 手術は患者の身体機能ならびに精神の恒常性を著しく乱す可能性があると考えられている<sup>10)</sup>。本調査研究では, QOL に関しては, 術後1週間に身体機能面が低下することが明らかとなったが, これは手術に伴う身体機能および精神面の恒常性の変化が, QOL のこれらの側面に一過性の影響を与えるためと考えられた。QOL の口腔がん患者特異面においては, 特に, 患者の日常動作に直結する食事, 嚥下や会話が影響を受けることが確認された。

術前に, 患者に対して手術内容や術後の機能障害などに関する情報を提供することは, 術前の不安や術後に生じやすい絶望感を軽減し<sup>11)</sup>, 変化に対処していくための自信を与えるうえで重要であるとされている<sup>12)</sup>。また Katz らは, 支援を受けた患者は不安などの心理的障害がより少なく, がん治療に対する知識をより習得し, 治療により満足していることを介入研究により実証している<sup>13)</sup>。抑うつは QOL の重要な予後指標と考えられ<sup>14)</sup>, Hassanein らは, 抑うつの高さと QOL の身体機能面や頭頸部がん患者特異面との間には正の強い相関があると報告している<sup>9)</sup>。

本調査研究の結果から, 口腔がん治療にかかわる医療従事者は術前には特に不安に着目し, 術後1週間ほどまでは特に抑うつと QOL の身体機能面や口腔がん患者特異面に着目して, 効果的に心理的支援を行う必要があると考えられた。

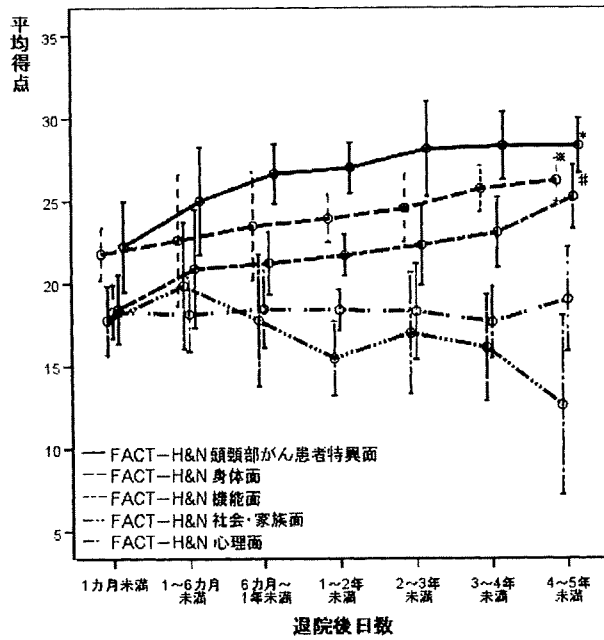


図5 QOLの経時的変化(横断調査)

\* : QOLの頭頸部がん患者特異面に関して  $p=0.002$  (ANOVA)。  
 ※ : QOLの身体面に関して  $p=0.043$  (ANOVA)。  
 # : QOLの機能面に関して  $p=0.002$  (ANOVA)。  
 術後1カ月未満と退院後4~5年未満における平均値の差 (Scheffé F test,  $p=0.021$ ) が統計学的に有意。

2. 治療後の心理特性とQOL

心理的支援プログラムによる頭頸部がん患者の心理特性とQOLの改善は、適切な評価に基づいて支援が行われたときに認められ、治療中はもとより治療後の経過観察期間においても心理特性とQOLを評価するべきだとされている<sup>14)</sup>。本研究の縦断調査では、手術前後の心理特性とQOLの身体機能面の一過性の悪化は、退院後1カ月で術前と同水準もしくはそれを上回るまでに改善することが判明した。さらに、術後の経過観察中の患者における横断調査では、生存年数が長いほど、不安や抑うつは低下し、QOLの身体機能面は向上していることが判明した。

QOLの口腔がん患者特異面に関して、Radfordらは、頭頸部がんの手術は会話と嚥下能力に重大な影響を及ぼすとし、QOLの会話面と嚥下面は特に術後6カ月で低下すると報告している<sup>15)</sup>。また、Goldsteinらは、回復の程度は生存期間により異なるもののQOLの食事面は治療終了後3カ月で最も低下すると報告している<sup>16)</sup>。本調査研究では、退院後1カ月でQOLの口腔がん患者特異面は改善するとともに、退院後6カ月までに大幅に向上し、以後もこの状態を維持することが判明した。口腔がん患者は、術後の慢性的な機能障害や機能低下を自助努力で解決すると報告されている<sup>9,17,18)</sup>。本調査研究の結

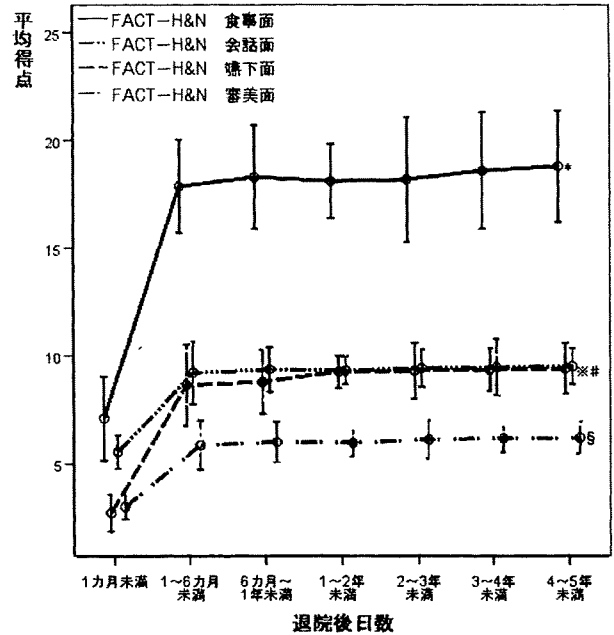


図6 QOL口腔がん患者特異面の経時的変化(横断調査)

\* : QOLの食事面に関して  $p<0.001$  (ANOVA)。  
 ※ : QOLの嚥下面に関して  $p<0.001$  (ANOVA)。  
 # : QOLの会話面に関して  $p<0.001$  (ANOVA)。  
 § : QOLの審美面に関して  $p<0.001$  (ANOVA)。  
 食事面、嚥下面、会話面ならびに審美面のすべてにおいて、術後1カ月未満と退院後1~2年未満における平均値の差 (Scheffé F test,  $p<0.001$ )、術後1カ月未満と退院後2~3年未満における平均値の差 (Scheffé F test,  $p<0.001$ )、術後1カ月未満と退院後3~4年未満における平均値の差 (Scheffé F test,  $p<0.001$ ) および術後1カ月未満と退院後4~5年未満における平均値の差 (Scheffé F test,  $p<0.001$ ) がそれぞれ統計学的に有意。

果から、退院後1カ月で患者は術後の機能変化に適応し始め、以後6カ月までに残存機能を生かした日常生活への十分な適応ができるようになると考えられた。

V. 結 論

本調査研究は、口腔がんの手術を施行される患者の周術期や術後の経過観察期間における心理特性とQOLの経時的変化を明らかにし、時期ごとの変化に応じた効果的な心理的支援と介入を行うための示唆を与えるものと考えられる。

謝 辞

本調査研究にご協力いただきました患者の皆様、本大学歯学部附属病院職員の皆様、顎口腔外科学分野の腫瘍外来担当の先生をはじめとする諸先生方に深く御礼申し上げます。

文 献

1) Briebart, W. and Holland, J. C. : Psychosocial aspects of head and neck cancer. Semin. Oncol. 15 : 61-69, 1998.

- 2) Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M. and Feber, T. : The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head Neck* 25 : 289-296, 2003.
- 3) Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. and Razavi, D. : Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer ; can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer* 104 : 411-421, 2005.
- 4) Rogers, S. N., Ahad, S. A. and Murphy, A. P. : A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer ; 2000-2005. *Oral Oncol.* 43 : 843-868, 2007.
- 5) Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. and Maislinger, S. : How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *Br. J. Cancer* 84 : 179-185, 2001.
- 6) Hosaka, T. and Aoki, T. : Depression among cancer patients. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 50 : 309-312, 1996.
- 7) Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. : The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67 : 361-370, 1983.
- 8) Cellar, D. F., Talky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P. and Brannon, J. : The functional assessment of cancer therapy scale : development and validation of the general measure. *J. Clin. Oncol.* 11 : 570-579, 1993.
- 9) Hassanein, K. A., Musgrove, B. T. and Bradbury, E. : Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *J. Craniomaxillofac. Surg.* 33 : 404-409, 2005.
- 10) Rankin, M. and Borah, G. L. : Anxiety disorders in plastic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 100 : 535-542, 1997.
- 11) David, D. J. and Barritt, J. A. : Psychosocial implications of surgery for head and neck cancer. *Clin. Plast. Surg.* 9 : 327-335, 1982.
- 12) Strauss, R. P. : Psychological responses to oral and maxillofacial surgery for head and neck cancer. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 47 : 343-348, 1989.
- 13) Katz, M. R., Irish, J. C. and Devins, G. M. : Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psychooncology* 13 : 642-653, 2004.
- 14) Petruson, K. M., Silander, E. M. and Hammerlid, E. B. : Effects of psychosocial intervention on quality of life in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 25 : 576-584, 2003.
- 15) Radford, K., Woods, H., Lowe, D. and Rogers, S. N. : A UK multi-centre pilot study of speech and swallowing outcomes following head and neck cancer. *Clin. Otolaryngol. Allied Sci.* 29 : 376-381, 2004.
- 16) Goldstein, D. P., Hynds, K. L., Christensen, A. J. and Funk, G. F. : Health-related quality of life profiles based on survivorship status for head and neck cancer patients. *Head Neck* 29 : 221-229, 2007.
- 17) Holloway, R. L., Hellewell, J. L., Marbella, A. M., Layde, P. M., Myers, K. B. and Campbell, B. H. : Psychosocial effects in long-term head and neck cancer survivors. *Head Neck* 27 : 281-288, 2005.
- 18) Morton, R. P. : Studies in the quality of life of head and neck cancer patients : results of a two-year longitudinal study and a comparative cross-sectional cross-cultural survey. *Laryngoscope* 113 : 1091-1103, 2003.
- 19) 北村俊則 : Hospital Anxiety and Depression Scale. *精神科診断* 4 : 371-372, 1993.
- 20) 下妻晃二郎 : 第 3 部 疾患特異的尺度 1. がん. 池上直己, 下妻晃二郎, 福原俊一, 池田俊也 : 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 東京, 2001, 医学書院, 52-60.
- 21) Fumimoto, H., Kobayashi, K., Chang, C. H., Eremenco, S., Fujiki, Y., Uemura, S., Ohashi, Y. and Kudoh, S. : Cross-cultural validation of an international questionnaire, the General Measure of the Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT-G), for Japanese. *Qual. Life Res.* 10 : 701-709, 2001.

## 症状緩和

すぐに役立つ  
実際的な治療法を紹介

### 不安

小林真理子\*、#，松島英介#

がん患者の不安はがん罹患による通常反応と見過ごされやすい。医療者は患者に共感的態度で接し、訴えを傾聴しながら、注意深く不安の程度をアセスメントすることが大切である。不安への対応法としては、心理教育、支持的療法、薬物療法などがある。

#### ◆ はじめに

不安とは漠然とした未分化な恐れや感情のこもった、不確実な脅威に直面した際に生じる情動である。がんという生命を脅かす疾患に罹患した患者は、身体的にも社会的にも多大な危機に直面し、臨床経過を通してさまざまな不安を抱えている<sup>1)~5)</sup>。患者は医療者に対して、身体的な症状は報告しやすいが、不安については「もともと心配性だから」「自分が弱いだけ」と自分のなかに溜め込んでしまうことがある。一方、医療者もまた「がんを罹患したのだから不安があるのは当たり前」と、軽く見過ごしてしまうこともある。しかし、なかには通常反応を超えた、介入が必要な病的な不安を呈している場合も少なくなく、患者に不安な気持ちがないかを丁寧に尋ね、不安の状態をアセスメントしつつ、対応していくことが望まれる。本稿では、がん患者の不安への基本的な対応について述べる。

#### ① 不安の原因

がん患者にみられる不安の原因は、状況反応性の不安、身体的・医学的要因によるもの、既存の精神疾患によるものの3つに分けられる(表①)<sup>2)6)7)</sup>。

##### ① 状況反応性の不安

がんという生命を脅かす疾患に罹患することそのものが患者にとって大きな脅威となる。患者は、がんが疑われたときから、検査、病名や予後の告知、治療とそれに伴う副作用、がん再発と進行、積極的治療の中止、終末期に至るまで、多くの危機に直面し、強いストレスにさらされ、さまざまな不安を生じる。不安の表れ方は、がんの病態や、患者本人の性格や対処スタイル、周囲との関係な

#### KEY WORD

不安、共感的態度、傾聴、心理教育、支持的療法

\* KOBAYASHI Mariko/国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻、# MATSUSHIMA Eisuke/東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野

によって

②身体的  
最も大きな  
者の疼痛と  
り、疼痛こ  
ける呼吸器

治療のため  
されたり、

原因となる

③既存の  
強い不安や  
症以前から  
罹患してま  
ある。

④その他  
関係が不安

#### ② 不安

がん患者  
な診断基準  
のために  
出現してい  
ることが多  
るポイント  
適応障害が  
考えられ

表① がん患者の不安の原因

不安の種類	原因
状況反応性	がんの経過に伴うさまざまな危機的状況 (がんの疑い、検査、診断、治療・副作用、 身体状態の悪化など)
身体的・医学的要因によるもの	疼痛、呼吸困難感 薬剤性(鎮痛薬、精神刺激薬など) 代謝異常(高カルシウム血症など) ホルモン産生腫瘍
既存の精神疾患によるもの	パニック障害、全般性不安障害 心的外傷後ストレス障害(PTSD)
その他	医療者の説明不十分 家族内の問題など

(明智龍男, 2006<sup>6)</sup>より改変引用)

どによっても影響を受ける。

②身体的・医学的要因によるもの

最も大きな要因として痛みがあげられる。がん患者の疼痛と不安は強く関連することがわかっており、疼痛コントロールは重要である。進行期における呼吸困難によっても不安は増大する。また、治療のための薬剤の作用によって不安が引き起こされたり、代謝異常やホルモン産生腫瘍が不安の原因となることがある。

③既存の精神疾患によるもの

強い不安や抑うつを示す患者のなかには、がん発症以前から不安障害や気分障害などの精神疾患に罹患しており、がん罹患によって増悪することがある。

④その他、医療者との関係や家族関係など対人関係が不安をもたらすこともある。

② 不安のアセスメント

がん患者のおおむね半数は何らかの精神医学的な診断基準を満たすといわれており、患者が不安のために苦痛を訴えたり、自律神経症状や不眠が出現している場合には、治療的な介入が必要となることが多い。通常的不安と病的な不安を区別するポイントは表②のとおりである。病的な不安は、適応障害や不安障害に該当する状況であることが考えられる。

表② 通常的不安と病的な不安を区別するポイント

① 脅威の程度に対して、通常予測されるよりも著しく強い不安症状が出現している場合
② 時間がたっても不安が軽減しない場合
③ パニック発作など、強い症状が出現する場合
④ 誤った信念(「すぐに死んでしまう」など)をもっている場合
⑤ 日常機能に支障をきたす場合

(精神腫瘍学クイックリファレンス, 2009<sup>10)</sup>より引用)

不安をアセスメントする質問票はいくつかあるが、身体疾患をもつ患者を対象とした評価尺度として、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) がよく知られている<sup>9)</sup>。これは全部で14項目(不安と抑うつに関して7項目ずつ)から構成された簡便な自記式の質問紙で、不安やうつ状態を評価しうつ病をスクリーニングすることができる。また、評価後にそれぞれの項目について丁寧に尋ね、結果をフィードバックしていくことで、医療者と患者のコミュニケーションを図るツールとしても用いることができる。

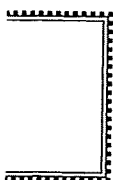
③ 不安のある患者への対応

不安のある患者への対応は、まずは患者の訴えにじっくりと耳を傾けることから始まる。がん患者の多くはもともとの心理的健康度が高く、通常反応性の不安に関しては、特別な技法によらなくても、支持的アプローチで不安が軽減される

↑

状況反応性  
既存の精  
表①<sup>2)</sup>(6)7)

ることその  
患者は、  
予後の告  
発と進行、  
多くの危  
さまざまな  
の病態や、  
の関係な



完心療・緩和

ことが多い。それだけでは効果が不十分な場合や病的な不安の場合には、薬物療法が必要になってくる。

### 1) 心理療法的介入

がん患者への心理療法的介入法は、個人療法から集団療法まで、多種多様な方法がある。ここでは、特別な技法習得がなくても実践できる基本的な方法を紹介する。

#### ①心理教育的アプローチ

以前にくらべ、がんに関して雑誌やTV、インターネットを通して病気に関する情報が簡単に入手できるようになった。その一方で、不確実な情報や誤った情報も氾濫し、未知の状況に対して最悪の結果を想定し、不安を増大させている患者も多い。心理教育的アプローチの目標は、がんやその治療法についての適切な情報を提供することによって、不安感や絶望感を改善することである。そのためにまず、これまで医療者からどのような説明をされ、それをどう理解し受けとめてきたかを確認する必要がある。正しい情報を伝えて患者の誤解を訂正し、置かれている状況について保証を与えることで、無用な不安を軽減することができる<sup>10)</sup>。また、がん患者の一般的な心理的反応(時間経過と適応)について説明し、不安への対処法などの「心理学的情報」を提供することも、患者と家族の不安を軽減するために有用であろう<sup>11)</sup>。

#### ②支持的な精神療法

支持的な精神療法は、緩和医療において最も一般的な精神的アプローチであり、がん罹患に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした心理的苦痛を、支持的な医療者との関係を通して軽減することを目標とする<sup>12)</sup>。実際には、患者に不安や心の負担について話すことは恥ずかしいことではないことを伝え(感情の表出の促進)、患者の話にじっくりと耳を傾け(傾聴)、批判や解釈をせずにあるがままを受けとめ(受容)、患者に共感しながら、現実的な範囲で保証を与え

ていく。それを通して、患者が自分なりの方法で病や置かれた状況を理解し適応していくことを援助しようとする。患者の経験している不安や苦しみは到底理解しきれものではないが、医療者が理解しようとする姿勢をもちつづけることは最も重要であり、患者はその医療者の姿勢に癒されるものである。

ほかにも、リラクゼーション法、認知行動療法、グループ精神療法、対人関係療法、力動的な心理療法、ナラティブセラピーなどが用いられている<sup>13)~15)</sup>。

### 2) 薬物療法

患者の身体状態によって選択は異なるが、半減期の短い抗不安薬アルプラザラムやロラゼパムなどを、少量から開始し、効果に応じて漸増することが実際的である。薬物療法に抵抗があり、患者が頻回の内服を希望しない場合は、半減期が長い薬剤、ロフラゼパ酸を選択することもある。また、うつ病や不安障害などが原因となっている場合は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)を用いる。

### ◆ おわりに

不安は不快な体験であるが、生きる意味と価値を考えるきっかけともなり、時には心の成長につながっていくこともある。患者が不安について援助を求められるよう、医療者は身体症状のみならず不安を抱えた患者自身に関心を持ち、共感的な態度で接し、患者の言葉に耳を傾けていくことが望まれる。また強い病的な不安に関しては、薬物療法を含めた適切な治療を実施することが必要である。



### 文 献

- 1) Massie MJ: Chapter 25 不安, パニック(恐慌), 恐怖. サイコオンコロジーがん患者のための総

合医療  
メデ  
(Han  
Rowla  
1990)  
2) Payne  
緩和  
庸介  
東京,  
In: H  
eds t  
Unive  
3) Stark  
Br J C  
4) 山口  
と悩  
5) 静岡  
や負  
がん  
scchr  
解決  
編, 2  
6) 明智  
一般  
桂子  
7) 堀川  
の不  
119-

の方法で  
ことを援  
安や苦し  
医療者が  
とは最も  
癒される

行動療法,  
的的心理療  
いる<sup>10)~15)</sup>.

が, 半減  
ゼパムな  
増するこ  
り, 患者  
期が長い  
る. また,  
いる場合  
、阻害薬  
: SSRI)

味と価値  
成長につ  
ついて援  
のみなら  
共感的な  
くことが  
は, 薬物  
が必要で

(恐慌),  
ための総

- 合医療②, 河野博臣, 濃沼信夫, 神代尚芳監訳, メディサイエンス社, 東京, 1993, pp.27-35 (*Handbook of Psychooncology*, eds by Holland JC, Rowland JH, Oxford University Press, New York, 1990)
- 2) Payne DK, Massie MJ: 緩和ケアにおける不安. 緩和医療における精神医学ハンドブック, 内富庸介監訳, 堀川直史, 西村勝治訳, 星和書店, 東京, 2001, pp.69-80 (*Anxiety in Palliative Care*. In: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, eds by Chochinov HM, Breitbart W, Oxford University Press, New York, 2000, pp.63-74)
  - 3) Stark DPH, House A: Anxiety in Cancer patients. *Br J Cancer* 83: 1261-1267, 2000
  - 4) 山口健, 石川睦弓, 堀内智子: がん患者の不安と悩み. *治療* 87: 1469-1475, 2005
  - 5) 静岡県立静岡がんセンター: がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書 概要版: がんと向き合った7,885人の声 (<http://www.scchr.jp/>) (がん情報を得る→患者さんの悩みと解決方法), 「がんの社会学」に関する合同研究班編, 2004
  - 6) 明智龍男: 精神医学的問題と心理的援助 Q70. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A, 堀夏樹, 小澤桂子編, 総合医学社, 東京, 2006, pp.152-153
  - 7) 堀川直史, 黒澤亜希子, 松木秀幸ほか: がん患者の不安と抑うつおよびその対応. *緩和医療学* 7: 119-126, 2005
  - 8) Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67: 361-370, 1983
  - 9) 北村俊則: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). *精神科診断* 4: 371-372, 1993
  - 10) 精神腫瘍学クイックリファレンス, 医療研修推進財団監修, 小川朝生, 内富庸介編, 創造出版, 東京, 2009
  - 11) 岩満優美: がん患者への心理療法的介入. *臨精医* 33: 621-626, 2004
  - 12) 明智龍男: 適応障害の理解とケア—がん医療における適応障害と精神療法—. *緩和ケア* 19: 205-209, 2009
  - 13) 岩満優美: 適応障害の理解とケア—適応障害患者に対する心理療法—. *緩和ケア* 19: 210-212, 2009
  - 14) Rodin G, Gillies LA: 進行した疾患をもつ患者への個人精神療法. 緩和医療における精神医学ハンドブック, 内富庸介監訳, 下田和孝, 岩満優美訳, 星和書店, 東京, 2001, pp.199-207 (*Individual psychotherapy for the patient with advanced disease*. In: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, eds by Chochinov HM, Breitbart W, Oxford University Press, New York, 2000, pp.63-74)
  - 15) 明智龍男: 精神心理的介入のエビデンス. *緩和医療学* 10: 250-255, 2008



# がん患者の包括的 QOL と尊厳\*

松島 英介

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野 准教授

**Key Words\*\*** がん患者, 包括的 QOL, 尊厳, スピリチュアリティ, 緩和医療

## がん患者の包括的 QOL

図1のように、がん患者のQOLはその疾患の特徴から、①身体面（疼痛、その他の身体症状、治療の副作用など）、②機能面（日常生活動作など）、③心理面（不安・抑うつ、認知能力など）、④社会面（家族や社会との調和、社会的役割、経済環境など）の4つの領域に分類され、これらの領域群は一般に「健康関連QOL（Health Related QOL）」と呼ばれている。これらに加え、「人生の生きる意味・目的、生きがい」や「信念」といった「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」、つまりは「スピリチュアリティ（Spirituality；実存的な側面）」の領域を含めて「包括的QOL（Total QOL）」といった観点が、とりわけ緩和医療分野を中心に強調されるようになってきている<sup>18)</sup>。世界保健機関（WHO）は「健康」の定義に関して、これまで「肉体的・精神的・および社会的に良好な状態」としてきたが、1998年のWHO（World Health Organization；世界保健機関）憲章の見直し作業のなかで、健康を「肉体的・精神的・社会的、スピリチュアルな側面で良好な状態」と変更することが提案されたことも、世界的にがん患者のSpiritual Well-beingの重要性が指摘される一因となっていると思われる。

Wilsonら<sup>22)</sup>は、カナダの進行がん患者381名に対する面接調査の結果、終末期の苦悩を感じている患者の割合はその程度により、極度7.9%、中等度ないし高度17.9%、微ないし軽度24.9%、苦悩なしが49.3%であったことを報告している。また、苦悩を感じている患者のなかで、その苦悩

### はじめに

近年、がん医療全体の発展とともに、緩和医療（palliative care）の概念が見直されるようになってきている。従来の緩和医療は積極的な抗がん治療、すなわちがんの治癒を目指した医療ができなくなった終末期の患者に対して行われるもの、つまり緩和医療とは終末期医療を指すものであったのに対して、最近はがんの診断がついた時点、あるいはがんの疑いが持たれた時点から治癒的医療と並んで適用されるものとみなされている。緩和医療を幅広い意味での苦痛の除去ととらえれば、たとえば、がんの疑いで医療機関を受診し、検査を受けている段階からすでに不安などの精神的な痛みは始まっており、それを緩和するために医療者が関わることになれば、それは緩和医療が行われていることになる。この緩和医療の目標とするところは、患者のQuality of Life（QOL；生活の質）をできるだけ最善の状態に保つことにあり、そのためには、これらのQOLをさまざまな領域に分けてそれぞれの医療者がチームとして対応するというシステムが浸透しつつある。

\*Total quality of life and dignity in patients with cancer

\*\*cancer patients, total quality of life, dignity, spirituality, palliative care

n Neurosci 61 :

: The desire for  
s with advanced  
ve study. Soc Sci

ald MV, et al :  
pression in their  
icol 16 : 1594 -

E, et al : Suicide  
tional population-  
, J Natl Cancer

	定員
411	300名

号  
行

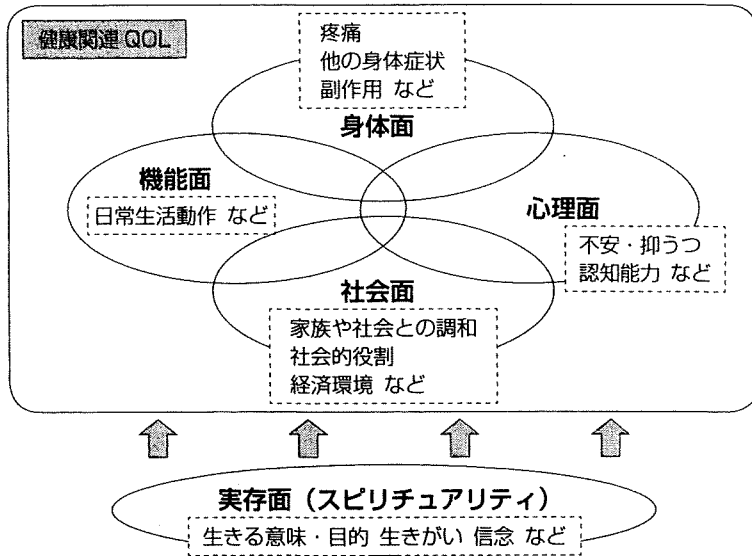
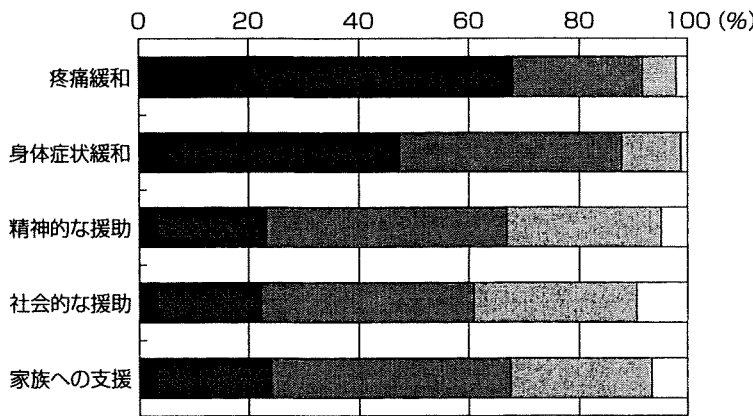


図1 包括的QOLの概念 (文献<sup>18)</sup>より一部改変し引用)

\*健康関連QOLを支えるような形でスピリチュアリティが想定され、これらを含めて包括的QOLと呼ばれる。



■ 十分 ■ ほぼ十分 ■ あまり十分とは言えない ■ やや不十分 □ 不十分

図2 全国の一般病院における緩和医療への対応 (文献<sup>10)</sup>より引用)

\*がん患者の身体面への対応に比べると、心理・社会面への対応は十分でないことがわかる。

と関連する要因を質的に分析した結果、身体症状が苦悩の要因となっているもの49.5%、心理的苦痛が要因となっているもの14.0%、スピリチュアルな苦痛が要因となっているもの17.7%、社会的懸念が要因となっているもの18.8%であった。

一方、2006年に全国1,499のがん患者が入院し

ている一般病院を対象に行った緩和医療に関する調査<sup>10)</sup>によると、図2のように、疼痛の緩和やその他の身体症状(倦怠感、呼吸困難感など)の緩和については十分、ほぼ十分を合わせてそれぞれ68.2%、47.4%の割合で実施されていたのに対して、精神的な援助や社会的な援助、家族への支援

については十分...  
れ23.3%、22.5%...  
ていなかった。  
援助を除いて...  
500床以上の大...  
院も同じような...  
た。このように...  
の対応に比べる...  
り遅れているこ

### スピリチュ

このように息...  
和医療にとっ...  
QOLのなかで...  
要なテーマと...  
れてみたい。

### 1. スピリ

患者は、がん...  
体的・機能的...  
同時に、「なぜ...  
のか」「なんで...  
「自分の一生は...  
んな目的があ...  
じたい」など、...  
の苦しみ、自...  
との断絶に苦...  
「スピリチュア...  
連した経験的...  
会的因子を含...  
する一因とし...  
や目的につい...  
が多い。とく...  
は、自らを許...  
確認等と関連...  
る。また精神...  
会がDSM-...  
Manual of M

については十分、ほぼ十分を合わせても、それぞれ23.3%, 22.5%, 24.0%の割合でしか実施されていない。また、これらの傾向は、社会的な援助を除いて病院の規模には関係がなく、病床数500床以上の大きな病院も100床未満の小さな病院も同じような対応がなされていることもわかった。このようにわが国では、がん患者の身体面への対応に比べると、心理・社会面への対応はかなり遅れていることがわかる。

## スピリチュアリティ

このように患者を全人的にみていくことは、緩和医療にとって基本であるが、ここでは包括的QOLのなかでも、終末期の患者にとって最も重要なテーマとなるスピリチュアリティについてふれてみたい。

### 1. スピリチュアリティとは

患者は、がんという疾患に罹患することで、身体的・機能的・精神的に大きなダメージを蒙ると同時に、「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」「なんで自分がこんな病気になったのか」「自分の一生はなんだったのか」「自分の人生にどんな目的があったのか」「偉大な何かの存在を信じたい」など、人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ、自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむと言われている<sup>13)</sup>。WHOは、「スピリチュアルとは人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。とくに人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認等と関連していることが多い」と定義している。また精神医学領域においても、米国精神医学会がDSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition,

Text Version) で臨床的関与の対象となることのある状態として、スピリチュアルペイン (Spiritual Pain) を含む診断カテゴリー V62.89 Religious or Spiritual Problem が明記されている。

とりわけ緩和医療においては、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的窮境や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアルペインを重視する傾向がある。そして、少なくとも約半数の終末期がん患者が、明らかなスピリチュアルペインを持っていることが示唆されている<sup>12)</sup>。

近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、スピリチュアリティは必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつある。Kaye<sup>14)</sup>は、患者が表現するスピリチュアルペインを分類し、①不公平感 (unfairness): 「なぜ私が?」、②無価値感 (unworthiness): 「家族や他人の負担になりたくない」、③絶望感 (hopelessness): 「そんなことをしても意味がない」、④罪責感 (guilt): 「ばちがあたった」、⑤孤独感 (isolation): 「誰もわかってくれない」、⑥脆弱感 (vulnerability): 「だめな人間だ」、⑦遺棄感 (abandonment): 「誰も救ってくれない」、⑧刑罰感 (punishment): 「正しく人生を送ってきたのに」、⑨困惑感 (confusion): 「なぜこんなに苦しむのか」、⑩無意味感 (meaninglessness): 「人生無駄だった」の10項目を挙げている。またPost-Whiteら<sup>15)</sup>は、スピリチュアリティを「自己・他者・より大いなる存在への関係性のなかで、人生の意味や実存的な目的を探索するものである」と定義している。

まとめると、スピリチュアリティには、人生の意味や目的の喪失・依存に伴う自己価値観の低下や無価値感・自己や人生に対するコントロール感の喪失・運命に対する不合理や不公平感・自己や人生に対するコントロール感の喪失といった広範

緩和医療に関する  
疼痛の緩和やそ  
雑感など)の緩和  
させてそれぞれ  
いたのに対し  
家族への支援

な苦悩が含まれている。そのキーワードとして、「関係性喪失」が挙げられる。自己存在の消滅（関係性の消滅）に伴う漠然とした不安が基盤となり、自己統合感・統一感の喪失（自己関連性の喪失）による「生きる意味・目的の喪失」がスピリチュアルペインとすることができよう。

## 2. スピリチュアルケアの可能性

終末期におけるスピリチュアルペインへの対応として、自律性・自己価値観の維持・苦痛の意味を見出す援助などを基盤とした精神療法的アプローチ、すなわちスピリチュアルケアの可能性が示されている。村田<sup>13, 14)</sup>は、スピリチュアルペインを「時間存在」・「関係存在」・「自立存在」の3次元から識別し、その相関を明らかにすることで、患者の複合したスピリチュアルペインを和らげるケアの指針を得ることができることを指摘している。また窪寺<sup>12)</sup>は、日本人のスピリチュアルペインの評価に重要な要素として、①病気の受け止め方（罪、自業自得などと受け取っていないかどうか）、②苦痛、苦難への態度、③宗教観、④神観、仏観、⑤死生観、⑥自然観、宇宙観、⑦家族、両親、兄弟姉妹への思い、⑧医療者、看護者との関係、⑨自己反省、内省化、⑩自己肯定か否定かといった10項目を挙げている。

われわれが臨床経験から重要と感じるのは、スピリチュアルペインを抱く終末期患者の「随伴者」として、患者のベッドサイドに腰を下ろし、簡単には答えが出ない複雑な問題であっても「逃げずに」・「最期まで」そこにとどまるとの思いで患者と接すること、そのことだけでも患者にとってはかけがいのないスピリチュアルケアにつながるという視点である。

そのためには治療者自身が、自分の問題としてスピリチュアリティ（人生の意味や価値）を十分に考えておくことが重要である。患者は、治療者の価値観・人生観を敏感に察し、自らのスピリチュアルペインを表現するかどうかを判断している

からである。沼野<sup>15)</sup>は、ケアする者に必要な能力として、「傾聴できる忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、関わりきろうとする意志、慰めや希望を提供できる能力」などを挙げている。「どこまでも相手の身になろうとする決心が必要であり、（自らも）確固たる人生観や死生観を持っているが、患者や家族の人生観や死生観、価値観を尊重し受け入れる柔軟性や謙虚さが求められる。また、どのような状態のなかであっても、患者に誠実に、自ら責任を持って関わりきろうとする決意も要求される。そしてケアの担い手である自分が傷つき得ること、すなわち、同じ痛みを経験したり、ときには自分が拒否されたりすることがあることを理解しておくことが必要である」としている。

さらに恒藤<sup>21)</sup>は、スピリチュアルケアの要点として、①患者をあるがままに受容する、②患者の言葉に傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取る、③患者に共感的態度で誠実に接する、④患者が、人生観や人間観、死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気を作る、⑤患者自身が気がついていないスピリチュアルニーズを言語化し、意識化させる、⑥瞑想や祈り、リラクゼーションのための静かな時間を提供する、⑦自然とふれ合う機会を提供する、⑧音楽や絵画などのさまざまな芸術にふれる機会を提供する、⑨患者が宗教行為や儀式に参加できるように配慮したり、必要であれば適切な宗教家を紹介する、⑩ライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目し値する経験を見出せるように支援するとまとめている。

またその効果として、①関係の回復（自己、他者、神との和解）、②価値観の転換（眼に見えないものへの価値の認識）、③人生の意味や目的の発見（苦難のなかにおける生きる意味や価値の発見）、④視点の転換（自己中心の視点からの解放）、⑤死生観の転換（虚無的な死生観から希望の死生観への飛躍）などによる人生の変化（転換、回復、

和解、発見、  
海外ではす  
なされてい  
Centered Gro  
してフランク  
用した集団精  
を対象に行い  
も最後まで患  
とを目的とし  
Dignity Psych  
ワードにした  
「人生のなか  
「家族に知っ  
ほしいことは  
問に対する答  
族への形見（  
のである。さ  
び意味や目的  
うつ病ではな  
喪失はないが  
moralization  
味、家族など  
わが国でも、  
においた短期  
法）を開発し  
することがス  
あることを報  
以上のよう  
題は、QOL全  
で複雑である  
要性が強調さ  
られるように

## がん患者の

スピリチュ  
きるだけ最善  
人間としての  
えることがで

和解, 発見, 洞察や飛躍) を挙げている。

海外ではすでにいくつかの心理的介入の試みがなされている。Breitbartら<sup>2)</sup>は、Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) と称してフランクルの実存分析(ロゴセラピー)を応用した集団精神療法を通院可能な終末期がん患者を対象に行い、がんという苦悩のなかにあっても最後まで患者独自の「生きる意味」を見出すことを目的としている。一方、Chochinovら<sup>3)</sup>はDignity Psychotherapyという「尊厳」をキーワードにした短期個人介入法を提示している。「人生のなかで最も重要と思っていることは?」「家族に知ってもらいたいこと、また思い出してほしいことは?」などの質問を用い、これらの質問に対する答えを逐語化して編集し、患者から家族への形見(世代継承生成性文書)として残すものである。さらにKissaneら<sup>4)</sup>は、絶望感および意味や目的の喪失からくる無能力感を訴えるが、うつ病ではなく、日常生活のうえで喜びや関心の喪失はないが、しかし将来への希望がないDemoralizationを持つがん患者を対象に、認知、意味、家族などの側面からの精神療法を勧めている。わが国でも、Andoら<sup>5)</sup>が終末期がん患者を念頭においた短期ライフレビューインタビュー(回想法)を開発し、2回の面接で自分史を作成し確認することがスピリチュアルな苦痛の改善に有用であることを報告している。

以上のように、スピリチュアリティに関わる問題は、QOL全体を支える位置づけにあり、深遠で複雑であるが、緩和医療を中心にその視点の重要性が強調され、具体的な心理的介入の試みもみられるようになってきている。

### がん患者の尊厳

スピリチュアリティを含めた包括的QOLをできるだけ最善の状態に保つことによって、患者は人間としての尊厳(dignity)を持って死を迎えることができる。このような患者の尊厳に関

する概念として最近では、「望ましい死(good death)」や「質の高い終末期医療(quality end-of-life care)」「死と死のプロセスの質(quality of dying and death)」などが取り上げられ、これらの望ましい最期の体現に重点が置かれることも多い。ただし、これらの概念を参考にしながらも、患者はそれぞれ独自の価値観を持っており、これらをできるだけ理解して、その患者にとって個別に緩和医療の目標を設定しなければならない。

Steinhauserら<sup>6)</sup>が患者、家族、医療従事者など100名に対して行った面接調査においては、「望ましい死」の構成概念として、①痛みや症状が緩和されていること、②自分の意思ですべての選択ができること、③自分の死期をあらかじめ知ったうえで、死に対する準備ができること、④自分の人生が完成したと思えること、⑤他者の役に立つこと、⑥最期まで人として尊重されることの6つが抽出されている。

一方、日本においてもMiyashitaら<sup>7)</sup>が日本の4都道府県より無作為抽出した一般人口2,548名および12緩和ケア病棟の遺族513名に同じような「望ましい死」について調査を行い、皆が共通して望む項目として、①希望がある、②負担にならない、③自分のことが自分でできる、④人として尊重される、⑤人生をまっとうしたと感じられる、⑥苦痛がない、⑦家族と良い関係でいる、⑧医師・看護師と良い関係でいる、⑨望んだ場所で過ごす、⑩落ち着いた環境である、また個人差が大きい項目として、①役割を果たせる、②感謝して準備ができる、③自尊心がある、④残された時間を知り準備する、⑤信仰を持つ、⑥自然な形で亡くなる、⑦死を意識しない、⑧納得するまでがんと闘うを挙げている。さらに、Hiraiら<sup>8)</sup>は日本の進行がん患者(主に予後が1年以内)、家族、医療従事者、計63名に「望ましい死」について調査を行い、同じように17項目を抽出したうえで、日本人の特徴として、①自己の意思決定がはっきりしないこと、②前向きな姿勢が目立つこと、

者に必要な能力  
察する感受性、苦  
闘わりきろうとす  
る能力」などを挙  
げになろうとする  
固たる人生観や  
家族の人生観や死  
の柔軟性や謙虚さ  
な状態のなかであ  
るを持って関わり  
そしてケアの担  
い、すなわち、同  
自分が拒否された  
ておくことが必要  
アルケアの要点と  
する、②患者の  
意味を感じ取る、  
る、④患者が、  
リチュアルペイン  
目気を作る、⑤患  
リチュアルニーズ  
想や祈り、リラ  
を提供する、⑦  
⑧音楽や絵画な  
を提供する、⑨  
るように配慮し  
を紹介する、⑩  
を再発見したり、  
に支援するとま  
回復(自己、他  
換(眼に見えな  
の意味や目的の  
意味や価値の発  
見点からの解放)、  
から希望の死生  
化(転換、回復、

表1 尊厳のモデル (文献<sup>4)</sup>より引用)

\* 尊厳の構成要素は、①尊厳に影響を与える疾患に関連した問題、②尊厳の維持能力、③社会的尊厳の程度の3つの大きなカテゴリーに分けられる。

疾患に関連した問題	尊厳の維持能力	社会的尊厳の評価
自立水準 認知能力 身体機能	尊厳維持の見通し ・自己持続性 ・役割保持 ・生殖能力/遺産	私生活の限界 社会的支援 ケア状況 他者への負担度 死後の余波の懸念
症状的苦悩 身体的苦悩 精神的苦悩 ・医学的不確実性 ・死の不安	・自尊心の維持 ・希望 ・自律/制御 ・受容 ・回復力/闘志	
	尊厳維持の実践 ・「いま」を生きる ・常態の維持 ・スピリチュアルな慰めを求める	

③家族や人間関係を重視していること、④尊厳のなかでも他者との情動的な距離に関するもの、たとえば周りの人に自分の苦しんでいる姿を見せないなどが多く認められたことを指摘している。

また、Singer ら<sup>19)</sup>はカナダの透析患者、HIV 感染症患者、長期入院施設の研修医、計126名に対して行った面接調査の結果から、終末期医療の質の向上（「質の高い終末期医療」）に関わる問題として、①痛みや症状が十分に緩和されていること、②不適切な延命処置を避けること、③自分でコントロールしているという感じを最後まで達成できること、④負担にならないこと、⑤最愛なる人たちとの関係を強めることの5項目を挙げている。さらに、Patrick ら<sup>16)</sup>は文献レビューと米国の進行性 HIV 感染症患者52名に対する面接調査の結果から、死への過程でQOLを保つこと（「死と死のプロセスの質」）のため本人の希望と現実が一致した構成要素として、①症状と身体ケア（症状緩和とADLの維持）、②死への準備（死ぬ前の行事の計画、遂行）、③死の迎え方（死に場所、死に方の選択）、④家族（家族や親しい人・ものとの過ごし方）、⑤治療法の選択（延命処置の選択）、⑥全人的関心事（人生の意味や目的の

発見、自らの尊厳や自尊心の保持）の6項目を抽出した。

これらに加え、Chochinov ら<sup>4)</sup>は尊厳の概念を直接説明できるような、体験的なモデルを提唱している。それによると、尊厳の構成要素は表1のように、①尊厳に影響を与える疾患に関連した問題、②尊厳の維持能力、③社会的尊厳の程度の3つの大きなカテゴリーに分けられるという。①は患者の認知能力や身体機能といった自立水準を示すものと、身体的苦悩や精神的苦悩といった症状的苦悩を表すものの2つのテーマからなる。②は尊厳維持の見通しや実践の2つのテーマを含み、また③は患者の私生活の限界、社会的支援、患者を取り巻く周囲のケア状況、他者への負担度、死後の周囲への余波の懸念といった5つのテーマを含む。これらはまだ発展段階のモデルであるが、著者らの長年の臨床経験に基づいて考案されたものであり、大いに評価できよう。

さらにHack ら<sup>5)</sup>は、これらに基づいた量的評価を213名の終末期患者に行い、がん患者の尊厳に影響を与える主要因として、①疼痛、②トイレや移動、着替え、入浴など身近な生活上の依存、③絶望/うつ病、④公的でない支援体制、⑤公的

支援体制、⑥のうち、身近なものが最も患者の尊厳に影響している。すなわち、うつ病を治療するとともに、することが大切である。

## おわりに

緩和医療の質を向上させるためには、包括的QOLの向上とあり、そのためには、患者の尊厳を持って死に臨むことが重要である。「質の高い終末期医療」の実現に重点を置き、終末期医療の質の向上に重点を置く。そのような患者の不安・苦悩を軽減し、患者の尊厳を維持し、患者の死に向き合うついでに、患者が自らの死に自覚的に完成させることをともに解

- 1) Ando M. T. A view on the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 2002; 18: 225-231.
- 2) Breitbart V. Dignity in palliative care: A conceptual model. *J Palliat Care* 2002; 18: 232-237.
- 3) Chochinov J. Dignity in palliative care: A conceptual model. *J Palliat Care* 2002; 18: 238-243.
- 4) Chochinov J. Dignity in palliative care: A conceptual model. *J Palliat Care* 2002; 18: 244-249.
- 5) Hack TF. Dignity in palliative care: A conceptual model. *J Palliat Care* 2002; 18: 250-255.

支援体制, ⑥ QOL の6つを挙げ, さらにこれらのうち, 身近な生活上の依存と絶望/うつ病の2つが最も患者の尊厳に関係していることを指摘している。すなわち, 終末期患者の尊厳にとっては, うつ病を治療し, 最後まで希望を失わないようにするとともに, でき得るかぎり身体的自立を維持することが大切であると言う。

### おわりに

緩和医療の目標は, スピリチュアリティを含めた包括的 QOL をできるだけ最善の状態に保つことにあり, それによって, 患者は人間としての尊厳を持って死を迎えることができる。このような患者の尊厳に関する概念として「望ましい死」や「質の高い終末期医療」などが多く取り上げられており, 終末期医療では, こうした望ましい最期の体現に重点が置かれることも多い。

そのようななかにあつて, 精神科医は単にがん患者の不安・抑うつやせん妄に対応するだけではなく, 患者の尊厳を意識し, 患者やその家族が死と向き合うつらさへの援助も必要である。すなわち, 患者が自分の生きる意味を見出し, 人生をいかに完成させるかというスピリチュアリティの課題をともに解決することが求められている。

### 文 献

- 1) Ando M, Tsuda A, Morita T : Life review interview on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15 : 225 - 231, 2007.
- 2) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care : spirituality - and meaning - centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 : 272 - 280, 2002.
- 3) Chochinov HM : Dignity - conserving care? a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 287 : 2253 - 2260, 2002.
- 4) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al : Dignity in the terminally ill : a developing empirical model. *Social Sci Med* 54 : 433 - 443, 2002.
- 5) Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, et al : Defining dignity in terminally ill cancer patients : a factor - analytic approach. *Psycho-oncology* 13 : 700 - 708, 2004.
- 6) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al : Good death in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31 : 140 - 147, 2006.
- 7) Kaye P : Note on symptom control in hospice & palliative care. Hospice Education Institute, pp.261 - 267, Machiasport, 1989.
- 8) Kissane DW, Clarke DM, Street A : Demoralization syndrome - a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliative Care* 17 : 12 - 21, 2001.
- 9) 窪寺俊之 : スピリチュアルケア. 柏木哲夫, 藤森明子編 : ターミナルケア. 医学書院, pp.157 - 171, 東京, 2000.
- 10) 松島英介 : 厚生労働科学研究費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・分担研究報告書, 2007.
- 11) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090 - 1097, 2007.
- 12) 森田達也, 角田純一, 井上 聡, 他 : 終末期癌患者の実存的苦痛に関する Pilot Study. *精神科治療学* 10 : 329 - 332, 1999.
- 13) 村田久行 : スピリチュアルケアとは何か. *ターミナルケア* 12 : 324 - 327, 2002.
- 14) 村田久行 : スピリチュアルペインの構造とケアの指針. *ターミナルケア* 12 : 521 - 525, 2002.
- 15) 沼野尚美 : スピリチュアルペインの意義. *ターミナルケア* 6 : 205 - 209, 1996.
- 16) Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR : Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage* 22 : 717 - 726, 2001.
- 17) Post - White J, Cernovsky C, Kreitzer M, et al : Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 23 : 1571 - 1579, 1996.
- 18) 下妻晃二郎 : 疾患特異的尺度「がん」. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 他編 : 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 医学書院, pp.52 - 61, 東京, 2001.
- 19) Singer PA, Martin DK, Kelner M : Quality end-of-life care : patients' perspectives. *JAMA* 281 : 163 - 168, 1999.
- 20) Steinhauer K, Clipp E, McNeilly M, et al : In search of a good death : observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132 : 825 - 832, 2000.
- 21) 恒藤 暁 : 最近緩和医療学. 最新医学社, pp.6 - 7. 東京, 1999.
- 22) Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, et al : Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol* 25 : 1691 - 1697, 2007.

維持

評価

概念

持) の6項目を抽

①は尊厳の概念を  
なモデルを提唱し  
構成要素は表1の  
疾患に関連した問  
的尊厳の程度の3  
れるという。①は  
った自立水準を示  
苦悩といった症状  
マからなる。②は  
のテーマを含み,  
社会的支援, 患者  
者への負担度, 死  
た5つのテーマを  
モデルであるが,  
いて考案されたも  
。

に基づいた量的評  
、がん患者の尊厳  
、①疼痛, ②トイ  
近な生活上の依存,  
支援体制, ⑤公的

## 緩和医療におけるリスクマネジメント

野口 海\*1,2 松島 英介\*1

**【要約】** 緩和医療分野におけるリスクマネジメントの要諦は、患者・家族・医療スタッフを中心として、関係するすべての人々の間で十分な情報交換・情報共有・話し合いが行われることである。ここでは、緩和医療現場においてどのようなリスクがあり、どのような準備と対策をしていく必要があるか、①患者の病態(うつ, 早い死への願望, せん妄), ②家族の影響, ③スタッフの影響に分け、具体的に述べていきたい。

### はじめに

緩和医療には様々なリスクが生じうるが、「終末期患者が『死』に至る過程における患者・家族・医療スタッフ間のコミュニケーション不足(ギャップ)」が、その主要な要因としてあげられるであろう。

緩和医療の重要な役割は、①終末期患者の痛みなどの症状に対する迅速で効果的なコントロールと、②患者とその家族に対する心理的・社会的・スピリチュアルなケアである。この目標を達成していくためには、患者・家族・医療スタッフを中心として、関係するすべての人々の間で十分な情報交換・情報共有・話し合いが行われ、「チーム」と

して機能する共同体としての作業が強く求められる。チームが効果的に機能し、その作業が円滑に行われ、すべての者が納得する形で患者が希望する「尊厳ある死」を迎えてもらうことが、緩和医療の目的であり役割でもある。しかし、そのようなにならないケースも多い。

以下では、上記のような視点から、現実的に緩和医療現場においてどのような問題が生じる可能性があるか、①患者の病態(うつ, 早い死への願望, せん妄), ②家族の影響, ③スタッフの影響に分け、緩和医療における「リスク」について述べて考えていきたい。

### うつ病の過小評価

多くの終末期がん患者は、一般病院にいるのが現状である。一般の身体科医の傾向として、終末期がん患者は皆「抑うつ的」なものだと考え、うつ病の重要性を過小評価してしまいがちである。また、主治医や看護師による患者の心理的負担の

キーワード: 緩和医療, リスク, 家族

\*1 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野(〒113-8519 文京区湯島1-5-45)

\*2 慶應義塾大学大学院政策メディア研究科



評価は、一般的に正確ではないことが明らかになっている。医療スタッフが、患者にとりあえずの安心感を与えるために、状態を過度に良いと説明したり、心理的な話題を避けるために身体的な内容の話題に注意を向ける、といったことが無意識のうちに行われてしまうこともある。

患者自身としては、周囲の人々に迷惑をかけず、不快な思いをさせないようにと非常に敏感になっているという背景もある。終末期の患者には、本当の気持ちは隠し、自分のことについて話すのを控えようとする感情が働いていることも認識しておくべきであろう。

上記のような可能性について意識しながら、精神科医として関与する際には、緩和ケアを担当するスタッフが「緩和医療」の目的を十分に発揮できる「チーム」として機能不全状態に陥らないよう、早期からの介入ができるシステムを構築しておく必要がある。

### 終末期患者の「死」に対する希望

患者から、「早く死にたいという願望」や「自殺補助の要請」と受け止められる発言がスタッフに投げかけられ、精神科医に関与が求められることがある。これらの感情や意向には、患者の「痛み」の存在は密接に関連があるといわれる。

強く、継続的で、耐え難い痛みは、「早い死への願望」を強める要因になると考えられている。患者の「自殺補助」の意向の強さは、身体的要因（痛み、疾患の状態、症状による苦痛など）よりも、むしろ心理的および社会的要因（ソーシャルサポート、重荷になっていることへの恐怖、うつ病など）と関連しているとの報告もある。終末期患者のうつ病と「早い死への願望」には高い相関関係が認められ、うつ病の存在自体が終末期患者の希望や合理的な意思決定に影響を与えるということも含めて考えれば、きわめて高い「リスク」がそこには存在すると考えられる。

精神科医としては、自殺念慮や早い死への願望が聞かれる際は、終末期患者と医療スタッフや家族との間でオープンな会話が行われていない可能性も検討し、患者とチーム内の信頼関係について

客観的な立場から検討する必要がある。患者は理想的な患者像をイメージし、医療スタッフへ対応が困難と予測される感情を吐露するのを躊躇している場合も多いため、「死」への願望について患者と率直に話し合うことそのものに治療効果があるとも考えられる。まれではあるが、問題が倫理的・哲学的であり、医療的な判断だけでは困難と思われる際には、専門家（宗教家・法律家など）への相談を促すことが有効な場合もある。

視野を広げ他職種に関与してもらうことが、担当である身体科医を安心させることにもつながる。十分な信頼関係を早期から構築するように心がけ、患者に病状が進行したからといって見捨てられたという感覚を抱かせないようにしながら、患者・家族の意思を常に確認していくことが重要である。

### 終末期におけるせん妄

せん妄は、患者のケアに関わる家族・スタッフなど、すべての関係者の精神的負担や苦悩、葛藤を増加させ、家族を含めた関係者内に大きなわだかまりを残すリスクをはらんでいる。対応によっては、医療者への信頼を損ねる場合も想定されるため、慎重な対応が求められる。患者の病態に対する家族の認識、特に患者の身体的・心理的苦痛を家族がどのように解釈しているのかということについて、早期の段階から十分に聴取しておくべきである。

患者の身体的状態がきわめて不安定になっており、残された期間も短いと想定される場合、薬物治療を開始するか悩むケースもある。このようなケースの依頼を極力減らしていくためには、日頃から担当医とも密接に連携を取るようにして、せん妄になってしまったら対処方法や家族の意向を確認するのではなく、より早期の段階から見通しや可能性について患者・家族に伝えながら、終末期ケアに対する希望や意見をきちんと聞き出し、おけるように環境整備しておくことが重要である。

適切なせん妄の評価、診断、そして予防的なマネジメントは、患者の精神的ストレスを最小にし、家族を含め患者に関わるすべての関係者のQOLを

高めること

### 極度の疲

終末期患者の家族の苦痛は、強い共感、経済的・精神的な負担、家族構成、背景の有し、家族のケアを回避する。また、達成感、という間の共有、自分の役割に家族の話に接していることが

患者の死の表情や苦痛で、家族の不信感、とんどの医療者でケアをし、されておらう状況も考えが重要であることも大切。ともに過ごす家族のほうが死期が迫って感的に接し、ことを保証することが大

### スタッフ

「全人的ニーズにも」から、スタッフ同僚はストレス、主要なストレス、患者や家族、

る。患者は理  
 タッフへ対応  
 りを躊躇して  
 こついで患者  
 療効果がある  
 題が倫理的・  
 は困難と思わ  
 家など)への  
 うことが、担  
 もつながる。  
 うに心がけ、  
 見捨てられた  
 がら、患者・  
 重要である。

疾・スタッフ  
 や苦悩、葛藤  
 が大きなわか  
 対応によっ  
 る想定される  
 者の病態に対  
 ・心理的苦痛  
 かということ  
 又しておくべ

きになってお  
 る場合、薬物  
 のような  
 うには、日頃  
 うにして、せ  
 や家族の意向  
 段階から見通  
 しながら、終  
 りと聞き出し  
 ことが重要で

こ予防的なマ  
 を最小にし、  
 患者のQOLを

高めることにつながる。

## 極度の疲労を抱えた家族

終末期患者の家族は、大きな負担を抱えている。家族の苦痛に結びつく要因には、患者の苦難への強い共感、悲嘆、ケアの重荷からくる身体的・経済的・精神的負担などがある。早期の段階から、家族構成、背景、価値観などを医療スタッフ間で共有し、家族との密な交流を図っていくことがリスクを回避する対策となろう。

また、達成可能なことおよび不可能なことは何か、ということについて、医療スタッフと家族との間での共有の意識をもっておく必要があり、自分の役割に高すぎる目標を掲げて疲労している家族の話にじっくりと耳を傾け、現実的な目標を立てることが求められる。

患者の死へのプロセスがあまり平穏でなく、苦痛の表情や荒い呼吸などを経ていくのを見ることで、家族の不安は増大し、それが医療スタッフへの不信感、怒りへと転化していくこともある。ほとんどの医療スタッフが患者を第一に焦点を当ててケアをし、患者家族に対しては十分な配慮がなされておらず、あまり関心を向けていない、という状況も考えられ、「家族のケアよりも患者のケアが重要である」というスタッフの偏見を指摘することも大切であろう。患者に関する知識と患者とともに過ごす権利は、われわれよりもはるかに家族のほうがもっているという点をスタッフに伝え、死期が迫っていることに対して家族の悲しみに共感的に接し、患者の苦悩が十分に緩和されていることを保証し、はっきりとした目標を共有していくことが大事である。

## スタッフの疲労

「全人的医療という側面から、緩和医療はどんなニーズにも応える必要がある」という誤った信念から、スタッフが極端に疲弊している場合がある。同僚はストレスを軽減する主要な存在である反面、主要なストレス源であることも指摘されている。患者や家族、そして他のスタッフから、自分が何

を期待されているのかという明確で一貫した情報がないとき、ストレスが生じ緊張や不安を感じやすい。

仕事上の感情を表現したり、職場の問題を討論したりする機会がほかに比べ多いため、緩和医療に携わる看護師の燃え尽きは相対的に低いとの報告がされてはいるが、患者と接する時間が短ければ、燃え尽きの可能性が高まるとの報告もある。緩和ケアスタッフや緩和ケア病棟が「穏やか」で「すばらしい」人であり、「最高の場所」である、といった個人や環境に対する期待感とのギャップに対して、意識して介入するべきであろう。理想と現実とのギャップのなかで、関係者すべてがストレスを被るというリスクが考え得る。

客観的な立場でチーム全体を把握するために、時には「あまのじゃく」のように、逆説的な視点を投げかけてみることも、リスク対策としては考え得る。「どのように正確に情報伝達を行うのか」「どのように情報をチーム内で共有するのか」「どのようにチェックを行っていくのか」といった点が、緩和医療におけるリスクマネジメントにおいては重要な視点になってくる。

## おわりに

上記のように、様々な視点から緩和医療に伴う「リスク」について述べてきた。一番大事なことは、患者・家族・スタッフ間の情報交換・話し合いである。患者・家族・医療スタッフ間のコミュニケーションを密にし、コンセンサスを得たうえで、ケアにあたるという姿勢が「リスク」を回避するうえでは、きわめて重要な要素であると思われる。

## 文 献

- 1) 精神科医療のリスクマネジメント. 臨床精神医学, 2005年増刊号. アークメディア, 東京, 2005
- 2) 保坂 隆(編著):精神科リスクマネジメント. 中外医学社, 東京, 2007
- 3) 内富庸介(監訳):緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店, 東京, 2001

- 4) 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技術;悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007
- 5) 日本総合病院精神医学会薬物療法検討小委員会(編):せん妄の治療指針・日本総合病院精神医学会治療指針 1. 星和書店, 東京, 2005
- 6) Chochinov HM : Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2 : 499-505, 2001
- 7) William S, Dale J : The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer* 94 : 372-390, 2006
- 8) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al : Nurses recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26 : 593-599, 1999
- 9) PassikSD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 : 1594-1600, 1998
- 10) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al : Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284:2907-2911, 2000
- 11) Chochinov HM, WilsonKG, Enns M, et al : Depression: Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 39:366-370, 1998
- 12) Derogatis LR : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983

受理日: 2009年4月14日

症 例  
Case report

Yutaka

【Abstract  
an early si  
larly for t  
depressio  
Case: 48-  
Chief com  
History: T  
munity ho  
a left ren  
general an  
In late Jul  
anxiety du  
of anxiety  
August.  
Discussion  
interventio  
but excess  
they have  
patient's p  
the most ir  
to work. T  
depressio  
given to p  
current cas  
its context  
presentatio  
formed.

Abstract

Risk Management in Palliative Care

Wataru Noguchi \*<sup>1,2</sup>, Eisuke Matsushima \*<sup>1</sup>

\*<sup>1</sup> Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical & Dental University, 1-5-45 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8519, Japan

\*<sup>2</sup> Keio University Graduate School of Media and Governance

The point of risk management in the field of palliative care is that the patient, family, medical staff and all other people related to the palliative care be informed and share information and discuss it with each other. This paper explains the risk of palliative care concretely. It is divided into three topics: 1. Condition of patients (depression, desire for early death, delirium) 2. Influence on family 3. Influence on medical staff. In addition, this paper discusses the kind of problems involved and preparations and plans necessary for risk management for palliative care.

Key words : Palliative care, Risk, Family

キーワード: D  
w

Department c  
tal (1838 Ish

会だけでなく、医師、看護師が知識や技術を実践に結びつけられるような地域ごとのセミナーや症例検討会などきめ細かな研修が必要と考える。さらに、在宅患者に対するWHO方式癌疼痛治療法の普及を図るためには、医薬等の関連法規を遵守しつつ、運搬、管理、使用、廃棄方法等の取扱い方法を医療現場に周知していくことが必要である。

### 終末期医療体制の充実について

適切な終末期医療の普及のために今後充実していくべき点として、医師、看護職員、介護施設職員は、共通して、①「在宅終末期医療が行える体制づくり」、②「患者、家族への相談体制の充実」、③「緩和ケア病棟の設置と拡充」、④「医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実」を挙げており、これらの施策を進めていくことが必要である。

### おわりに

本検討会では主に、痛みを伴うがんの末期患者や、治る見込みのない持続的植物状態の患者を想定していたが、今後は、がん以外に高齢になって身体が衰弱して、長期に療養生活を送った後に亡くなる人も想定した終末期医療の在り方も併せ考えて議論、検討していくことが必要である。

本報告書に盛り込まれた内容が、終末期医療に対する国民や医療関係者の理解を深め、終末期医療に対する社会的コンセンサスが得られるよう国民的議論を喚起させるとともに、終末期における医療提供体制の充実に寄与することを強く期待する。

(筆者は厚生労働省医政局総務課課長補佐)

## 終末期医療における意思決定の実態調査報告

松島英介

### 1 はじめに

最近、再び尊厳死の問題が取り上げられる機会が多くなり、終末期医療のルール化をめぐって活発な議論がなされているが、この問題を考えるとき、現在の医療現場の実態を抜きにしては本質的な議論は成り立たない。実際、臨床の現場にいると、議論の前提となっているわが国の緩和医療は、未だ十分に機能しているとは言えない。がんで入院している患者を見ても、治癒的医療が行われている間は、主治医や受け持ち看護師などの医療スタッフが積極的に関わり、患者やその家族を含めて皆が目標をもって治療が進められていくが、もう治癒を望めない段階になると途端に医療スタッフの関わりは減って、患者も自分の病状に関する情報をあまり聞かせることもせず、曖昧なまま死を迎えるということになりかねない。

ところで、「尊厳をもって死を迎えられる」とはどういうことであろうか。そもそも「尊厳」という言葉は、具体的に何を指すかを正確に定義することは難しい。本書で論議されている「尊厳死」については、延命処置の差し控えや中止をどう扱うかなどが争点のひとつとなっている。それは、本来は自然死をしていた患者において、近代の医療技術の進歩により延命処置が可能となったことから起こってきた問題であり、緩和医療の中でも最期にあたる部分の問題である。しかし、緩和医療の概念が、単なる終末期の患者に適用される苦痛の除去から、より広くなった今日においては、緩和医療における尊厳の意味合いも、もう少し幅をもたせて、それに至るまでの「尊厳ある生」について注目する必要がある。実際、松島ら<sup>1)</sup>がわが国の中小規模の一般病院を対象におこなった全国調査でも、「尊厳ある死とは」という質問に対し、「患者本人が苦痛でないように緩和する」が71.5%と多くを占め、本来の「延命処置をしない」は6.9%にすぎない。

そこでわれわれは、わが国の臨床現場ではいま「尊厳ある死」をどう捉え、これに沿った終末期医療がどこまで行われているかという視点から、厚生労働省「終末