

この症例に話を戻すと、「日中はよく寝ていて、夜になってそわそわとしている」という点で睡眠覚醒リズムが乱れていること、そわそわと落ち着きがないことが外界の状況を把握できないでいる注意力障害を疑う必要がありました。この時点でせん妄を疑い対応を開始する必要があったのですが、せん妄を見落とし、「不安がつている」との心理的な解釈をして不眠症と誤診をしました。さらに、せん妄のリスクになる超短時間型睡眠導入薬を指示し、結果としてせん妄を増悪させてしまった、ということになります。

③ 不眠とせん妄を鑑別する目をもとう

不眠とせん妄を見極めるためには

- ・昼夜逆転がないかを確認する
- ・注意力障害の有無を必ず確認する

簡単にできる方法：患者さんと会話をする。話題が脈絡なく飛ぶ場合や直前の話題を忘れていたことがあれば、注意力障害を積極的に疑い、せん妄のスクリーニング（見当識の確認、シリアル7（100から7を連続的にひいて、答えてもらう検査。注意が維持できるかどうかを判断するのに有用）による注意力の確認など）を行う

という、基本を押さえることが何よりも重要です。

文 献

- 1) 奥山 徹：不眠、「緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門」（小川朝生、内富庸介/編）、pp.100-115、医薬ジャーナル社、2009
↑身体疾患治療中の不眠に関連したアセスメントのしかたについてまとめてある。
- 2) 小川朝生：せん妄、「緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門」（小川朝生、内富庸介/編）、pp.120-139、医薬ジャーナル社、2009
- 3) Meagher, D. J.; et al. : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry, 190 : 135-141, 2007

Profile

小川朝生
Asao
Ogawa

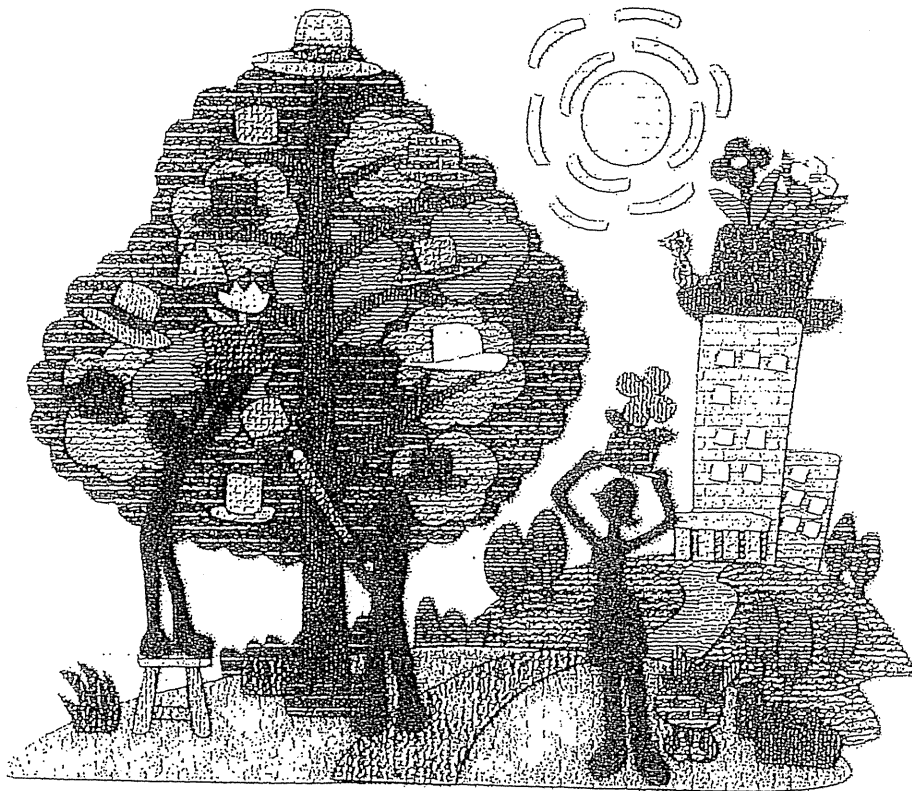
独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学
開発部
せん妄への対応方法を知ることによって術後管理や全身管理はものすごく楽になります。せん妄への対応を極めたい方、ぜひ連絡ください。

准看護師試験のための学習誌

看護学生

特集

事故防止力を身につけよう!



これでわかる!疾患と看護

統合失調症

テキスト

教科書攻略!問題集

看護と法律, 精神看護

准看護師試験 模擬問題にチャレンジ!

精神看護

3

Vol.58 No.13

MAR.2011

これでわかる!

疾患の基礎知識

統合失調症

おがわあさお
小川朝生

独立行政法人国立がん研究センター東病院
臨床開発センター精神腫瘍学開発部・心理社会科学室長

関係器官の構造と機能

脳は重さが約1300gある、ひとつの器官です(図1)。脳は何層かの層をなして形づくられています。一番内側には脳幹があります。脳幹は循環や呼吸の調整をつかさどる中枢であり、生命維持の働きを担っています。脳幹は延髄、橋、中脳からなり、脊髄の上部に位置しています。その上に大脳があり、思考や判断などに関する高度の情報処理を行っています。

脳は一言で言えば“情報処理装置”です。情報処理をするためには、脳の中で情報のやりとりを

しなければなりません。実際には、脳には1千億以上ものニューロン(神経細胞)が存在し、それらが互いに情報交換をしているのです。神経細胞はほかの神経細胞に向けて軸索とよばれる枝を伸ばし、ほかの神経細胞と接するところにシナプスを作ります。シナプスでは神経細胞から神経伝達物質を放出して信号を送っています(図2)。

神経伝達物質には、ドーパミンやセロトニン、アドレナリン、アセチルコリンなどの生体アミン、グルタミン酸やGABAなどのアミノ酸があります。特に生体アミン系の神経伝達物質は、ゆっくりと持続的に作用し、脳の広い領域にわたって作

図1 脳の解剖

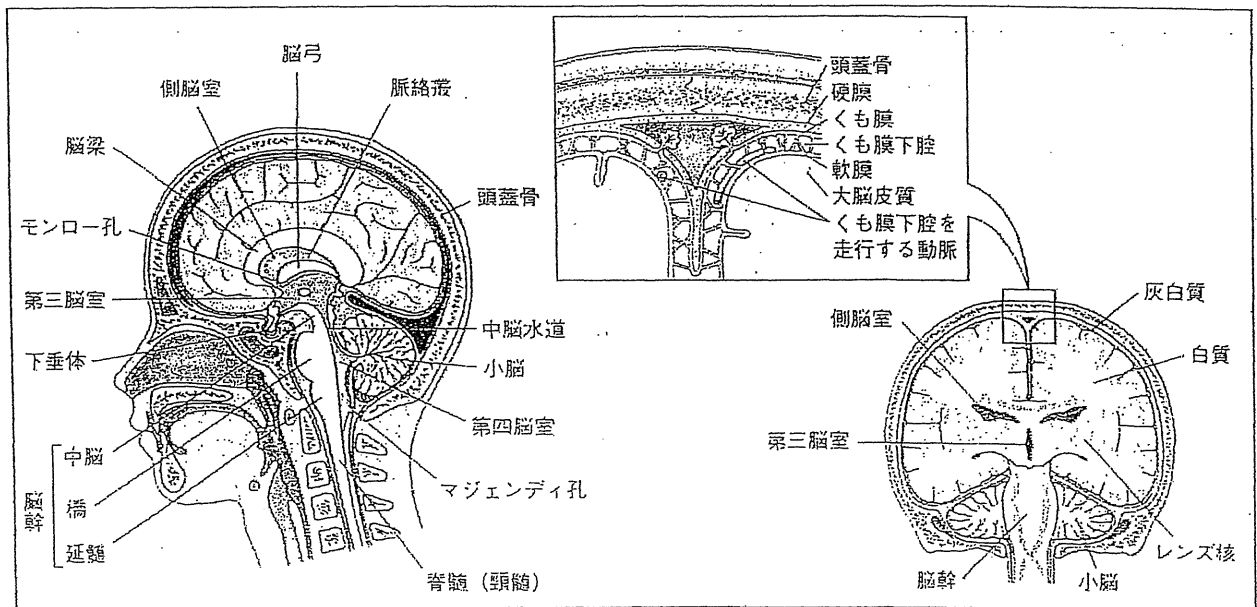
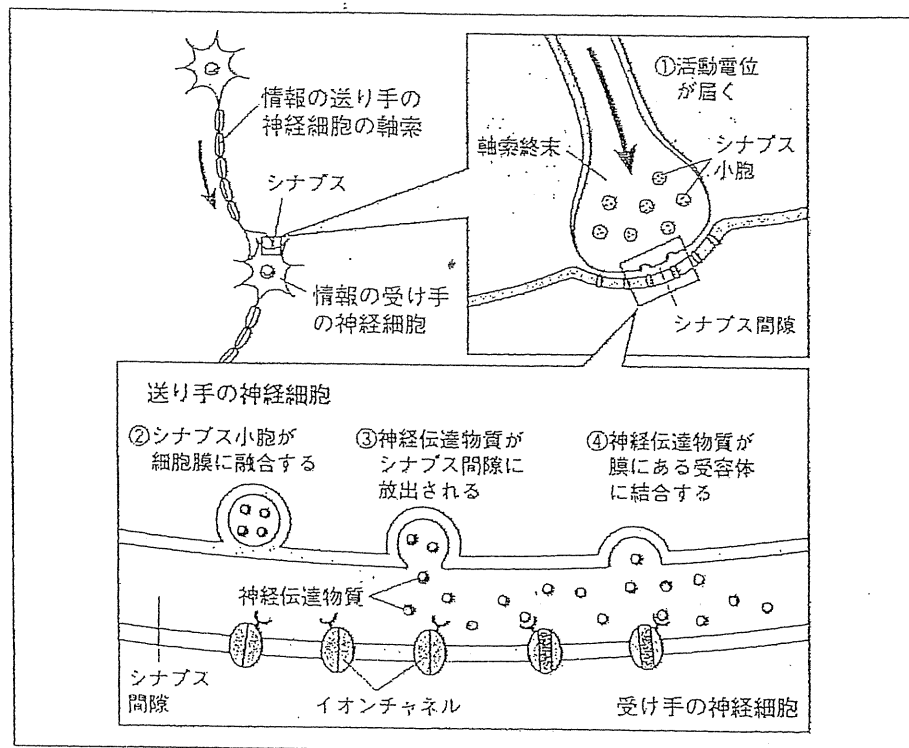


図2 シナプスでの情報伝達



2. 分類

統合失調症はいくつかの疾患の集合である症候群（症状の集まり）と考えられており、症状によりいくつかに分類します。

統合失調症の解体型は、不適切な系統化された妄想や解体した思考、不適切な感情表出が目立つタイプを指します。

緊張型は、身体を緊張させて、周りの物事に対して目に見えては反応を示さないタイプです（実際は、見かけとは異なり、周りの物事を理解しています）。

妄想型は、系統だった強

固な妄想を持つタイプです。支離滅裂で乱れた行動は稀です。

3. 症状

統合失調症の症状は、陽性症状、陰性症状、認知機能障害の3つに分けて考えることができます。

(1) 陽性症状(幻覚, 妄想, 思考障害)

陽性症状とは、正常では認められないものが症状として出現してくる場合を指し、幻覚（多くは幻聴）や妄想、思考障害が代表的な症状です。

幻覚とは、現実には存在しない刺激を知覚することです。統合失調症では、幻聴がもっとも一般的な症状ですが、急性期にはほかの知覚に関する幻覚（幻視や幻臭、体感幻覚など）も生じることがあります。統合失調症に認められる幻聴は、患者に語りかけてくる声であることが多いです。その声は、患者の行動を解説する言葉であったり（「〇〇しているよ」など）、何かをするように命令をしてくる声であったり、批判したりののしるような声であったりします（「死んでしまえ」とか「お

用して、脳の情報処理の過程を調整していると考えられています。

統合失調症の病態

1. 名称の由来

統合失調症は、重大な精神疾患です。以前は「精神分裂病」と呼ばれていましたが、2002年より呼称が統合失調症に変更となりました。成人のおよそ1%が罹患し、その割合は国や地域によらずにほぼ一定です。

統合失調症は英語では「Schizophrenia」とよばれます。直訳すると、「こころの分裂」ということになりませんが、これは多重人格とか考えが割れていることを示すわけではありません。病名を提唱したのは、プロイラー(Eugen Bleuler, スイスの精神医学者)で、彼はこの病気になると、こころのさまざまな機能が崩れてしまい、思考や判断能力、感情が正常に機能しなくなり、調和して働かなくなることを指してこう名付けました。

統合失調症

まえば生きていない意味がない」など)。

妄想とは、事実とは異なることを訂正がきかないくらい確固として信じることを指します。よく認められる妄想は被害妄想であり、「周りの人たちが自分をおとしめようとたくらんでいる」などといった、周囲から害を受けることを根拠がないのに信じて疑わないことです。ほかにも被影響体験があり、TVの電波が頭に入ってきたり、小さなコンピュータが脳に埋め込まれてしまって、ほかの誰かによって自分が操作されている、自分の考えていることが抜き取られてしまう、といった妄想をもつこともあります。

思考障害とは、思考が解体してうまくまとめることができなくなることを指します。そのため統合失調症の患者は、論理的に整理をして考えたり、考えを比較することに困難を感じる場合があります。一般的には会話のときに認められることが多く、会話の途中で連想にひっぱられて別の話題に移ったり、音につられて話の内容が変わってしまったりして、話のまとまりがつかなくなります。

(2) 陰性症状

陰性症状とは、正常な場合にみられる行動が、減ったりなくなったりする症状のことです。具体的には、意欲や自発性が低下し、会話が乏しくなり(会話の貧困)、社会的に引きこもりがちになります。

(3) 認知機能障害

このような陽性症状や陰性症状の背景にあるのは、統合失調症の認知機能障害であり、これが統合失調症の疾患の本態と考えられています。認知機能障害には、問題を解決する能力が低下したり、抽象的な思考能力が低下したり、注意が続かなかったり、精神運動機能の低下(四肢をスムーズに動かす調整能力が低下すること)があります。

これらの認知機能障害は統合失調症だけに認められるものではなく、前頭葉に障害を負う神経疾患(たとえば交通外傷など)でも認められます。

(4) 重症度の評価

統合失調症の重症度を評価する方法には、簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)や陽性・陰性症状評価尺度(Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)を使います。BPRSは、短時間で統合失調症を含む精神症状を包括的に評価する方法です。心氣的訴えや不安、引きこもり、思考解体などの18項目を評価します。PANSSは、統合失調症の症状評価に特化した評価方法で、統合失調症の症状を陽性症状と陰性症状に二分して総合的に評価を行います。所要時間は全体で40分程度です。

統合失調症の原因

1. 近年判明した脳の異常

かつて統合失調症の発症は、親の養育態度が原因と言われたことがありましたが、現在では否定されています。それは統合失調症がほかの疾患と同様に、生物学的な障害であることが明らかになってきたからです。

統合失調症の原因は、数十年の間不明なままでした。その背景には、統合失調症の症状がさまざまな神経疾患や脳損傷でも生じるような症状であったこと、脳の組織を調べても統合失調症独自の神経変性が発見できなかったことにもよります。

しかし近年、CTやMRIによる脳の検索が進んだことにより、統合失調症患者は健常人よりも脳体積が減少していることが明らかになってきました。さらに最近では、統合失調症の患者で、脳の灰白質の体積の減少が、健常人よりも早いことも明らかになってきています。

2. 脳の異常の原因

では、統合失調症の脳の異常の原因は何でしょうか。

さまざまな医学的な研究から明らかになってきていることのひとつには、統合失調症に遺伝的な要因があるという点です。一般の発症リスクが約

1%であるのと比較して、統合失調症の親や兄弟をもつ人の発症リスクは約10%であり、一卵性双生児では約50%といわれています。これは、1つの遺伝子で発症するような“統合失調症の遺伝子”があるのではなく、いくつかの脳の発達に関係する遺伝子（たとえば神経の成長や軸索を誘導する遺伝子、神経シナプスを形成する遺伝子など）の突然変異が関係していると考えられています。

3. 疫学

先にも述べましたが、統合失調症は成人のおよそ1%が罹患し、その割合は国や地域によらずにほぼ一定です。

また、冬の後半から春にかけて生まれた子どもに統合失調症が発症しやすいことが明らかになっています。これは季節性効果といわれ、胎児発達の時期にウイルスや母親のウイルスへの抗体が脳の発達に悪影響を与えているおそれがあるためです。

ほかにも産科的合併症（母親の糖尿病、母と胎児のRh血液型不適合、出血妊娠中毒）や胎内の発達異常（低出生体重、先天奇形）、分娩時合併症（緊急帝王切開、胎児無酸素）は統合失調症のリスク因子です。

4. 病期の過程

統合失調症の病期の過程は、おそらく胎生期に始まります。しかし、しばらくは顕在化せず、思春期になって発達上の変化が生じ、より重大な変性を生じて統合失調症の発症に至ると考えられています。そのメカニズムは、青年期におこる脳の“刈り込み（脳が発達するにつれて不要になった連絡線維やシナプスを減らすこと）”が普通以上に進むことと関係していると考えられています。

統合失調症の診断・検査

統合失調症の診断の決め手となる臨床検査はいまだにありません。診断は専門医の問診により行い、既往歴や症状を総合的に評価して判断します。現在では、世界共通の診断基準としてアメリカ精神医学会の診断基準DSM-IV-TRが用いられています（表）。

診断をするうえで重要なのは、似たような精神病症状を呈する内科疾患（甲状腺疾患や自己免疫性疾患など）や神経疾患（梅毒などの感染症、側頭葉てんかんなど）、薬物乱用（覚醒剤など）の有無を確認することです。必要な場合には、採血や頭部MRI、脳波検査、薬物検査を追加します。

表 統合失調症の診断基準 (DSM-IV-TR)

	特徴的症状：以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは1か月の期間（治療が成功した場合はより短い）ほとんどいつも存在
A	(1) 妄想
	(2) 幻覚
	(3) まとまりのない会話（例：頻繁な脱線または滅裂）
	(4) ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動
	(5) 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如
B	社会的または職業的機能の低下：障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している（または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準まで達しない）
C	期間：障害の持続的な徴候が少なくとも6か月間存在する

（参考文献3）より引用改変

統合失調症の治療

統合失調症の治療は、薬物療法を中心に、心理社会的な支援をあわせて行います。

統合失調症の薬理学的な研究から、統合失調症の陽性症状には、脳内のドーパミン神経の過活動が関係していることが明らかになってきました。現在までに、ドーパミンやセロトニンなどの神経伝達物質の調整に作用する薬が開発され、統合失調症の治療を劇的に進歩させ、多くの患者が病院に長期にわたり入院する必要がなくなっています。

20世紀の半ばに開発されたクロルプロマジンが、神経症やうつ病の治療効果はない一方、統合失調症の陽性症状を劇的に軽減させました。クロルプロマジンが脳のドーパミン受容体を阻害することから、おそらくドーパミンの過活動が関係しているとみなされ、同じような機序を持つ薬が次々と開発されてきました。現在ではクロルプロマジンのような初期の薬（定型抗精神病薬）から進化した非定型抗精神病薬が主流です。非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬のもつ副作用（パーキンソン症状、遅発性ジスキネジア）を生じず、かつ古い抗精神病薬では治療できなかった陰性症状に対しても効果のある薬です。非定型抗精神病薬には、リスペリドンやオランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、クロザピンなどがあります。

また、統合失調症の心理社会的支援も次第に洗練されてきました。近年では、精神障害を抱えた人を地域でさまざまな職種の専門家が協力してチームで支援するプログラムであるACT（Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム）が日本でも展開されるようになってきています。長らく入院治療にとどまっていた日本の精神医療が、開かれた医療に変わりつつあります。

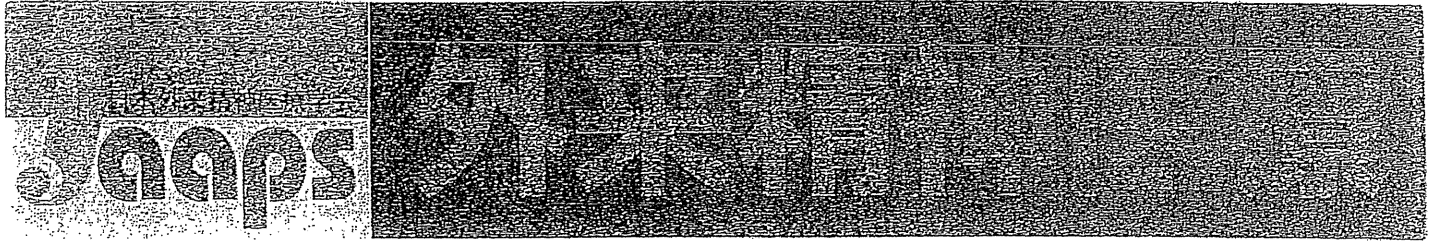
統合失調症の経過・予後

薬物療法が確立してから、予後が劇的に改善しました。薬物療法を継続することにより、全患者の3分の1は症状の寛解（症状が一時的あるいは永続的に軽快あるいは消失した状態）が得られ、通常の社会生活を続けられます。残りの3分の2も認知機能の障害の一部が残るものの、ある程度の社会生活が営めるようになりました。特に最近、非定型抗精神病薬が用いられるようになり、さらに改善が進んでいます。

治療を進めるうえで重要なことは、治療を継続できる基盤をつくることです。これだけ薬物療法が進歩をしても、統合失調症を発症した患者の約50%は服薬を中断してしまいます。薬物療法を中断すると、70~80%の患者が再発し、再入院が必要です。また、再発を繰り返すことで機能障害も次第に重篤になるため、できるだけ再発を予防することが望ましいです。そのためには、医療者と患者との信頼関係を築くことと、患者への疾患や治療、生活に関する教育と支援が重要となります。

参考文献

- 1) 神庭重信監訳レジデントのための精神医学，第2版，メディカル・サイエンス・インターナショナル，2002.
- 2) 松下正明・他編：統合失調症の早期診断と早期介入，〈専門医のための精神科臨床リユミエール5〉，中山書店，2009.
- 3) 高橋三郎・他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引，新訂版，医学書院，2003.
- 4) 古川壽亮・他編：精神科診察診断学，医学書院，2003.
- 5) PM Thomposn, C Vidal, JN Giedd, et al., Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia, Proceedings of the National Academy of Science, 2001, 98, 11650-11655.



特集 | 第10回 日本外来精神医療学会
特集

日本外来精神医療学会誌
第11巻 第1号

2011

Vol.11/No.01

人会長講演

「21世紀に望む精神科薬物療法の維新」 中川和彦

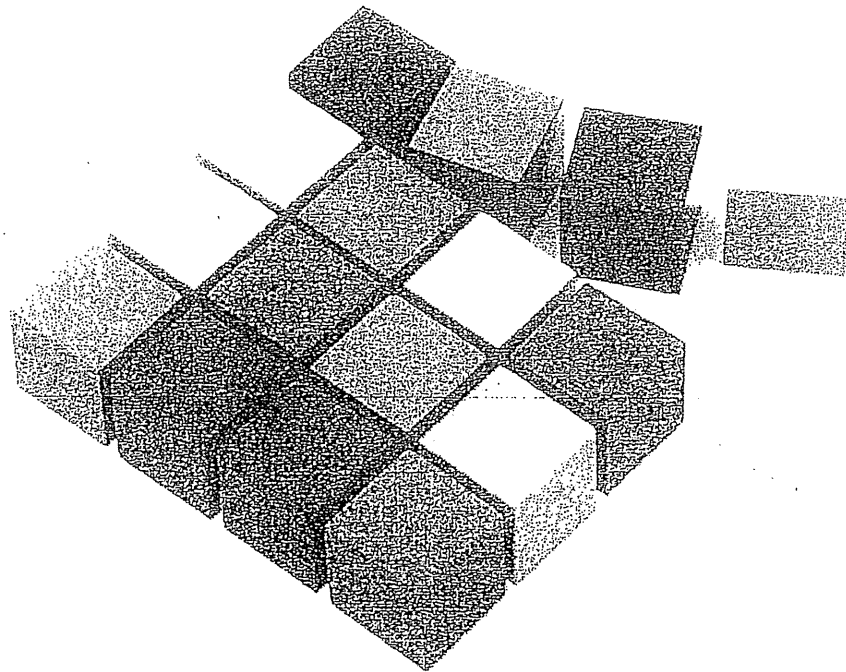
メインセッション

「精神科緩和ケア外来の可能性:
リエゾン精神科医として考えること」 堀川直史

「どんな私たちであれば、良い援助者になれるのか?」 小澤竹俊

「がん専門病院の立場から」 小川敏生

「臨床心理士の立場から」 小池眞恵子



日本外来精神医療学会

The Japan Association of Ambulatory Psychiatric Service



メインシンポジウム

「外来精神医療がめざすもの
—緩和医療外来の可能性—

「がん専門病院の立場から」

小川朝生 (国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)

はじめに

がん対策基本法が施行され、患者・家族の視点に立ったがん医療を構築することを目指して、緩和ケアチームの設置や緩和ケア研修会の実施、地域連携の取り組みが行われている。多くの取り組みが同時に進められているため、その全体を見失いがちであることから、背景を踏まえた概要を示したい。

がん対策基本法とがん対策推進基本計画

日本が本格的な高齢化社会を迎え、がん（悪性腫瘍）に関する医療

の重要性もますます高まってきている。がんで死亡する日本人は年間33万人にのぼり全死因の30%を占めるに等しい（人口動態統計「平成19年」）生涯を通して考えると、男性の49%、女性の37%ががんに罹患する計算になり、男性2人に1人、女性の3人に1人が罹患するという、誰が罹患してもおかしくない疾患である。

このように国民病ともいえるがんに対応するために、2014年までの対策が計画された。これが「がん対策基本法（2007年1月施行）」であり、がん対策のマスタープランである「がん対策推進基本計画」である。がん対策推進基本計画（以下基本計

がん患者のためのサポート提供

一般的なニーズ	All patients	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーションプログラム ・がん情報サービス ・患者教育プログラム ・プライマリ・チームとの対話
	Many patients	<ul style="list-style-type: none"> ・ピア・サポートプログラム ・自助グループ ・サポートプログラム
	Some patients	<ul style="list-style-type: none"> ・危機介入 ・心理教育プログラム ・短期カウンセリング
複雑なニーズ	Few patients	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科治療

図1. 精神心理的ケアの支援体制

メインシンポジウム

と略す)の全体目標には、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が掲げられた。

がん医療における精神心理的ケアの支援体制

がん医療においては、患者・家族に対して幅広い精神心理的な支援が必要となる。その概要を、対象によって階層化したものを図1に示す。

日本においては、基本計画にも患者・家族の精神心理的支援体制のグラウンドデザインは示されていない。基本計画において、精神心理的支援を担う仕組みとして、相談支援センターと緩和ケアチームをがん診療連携拠点病院に設置することが記載されている。

この相談支援センターと緩和ケアチームがさまざまな精神心理的支援のどの内容を担当するのかは明らかには示されていない。海外の psychosocial needs の数値に基づいて外挿すると、おそらく全患者のうち約20%程度には精神科薬物療法を含む専門的支援が望まれるため、その部分を緩和ケアチームが支援し、より多くの患者のニーズに対して、情報提供、相談支援、患者会、サポート・プログラム等の支援を相談支援センターが担うことが考えられる。

しかし、実際のがん診療連携拠点病院においては、精神保健の専門家である精神科医は非常に少ないこと、緩和ケアチームの必須メンバーであるコンサルテーション・リエゾン精神科医は多忙のため、十分に緩和ケアチームに活動時間が割けない現状がある。また、プライマリ・チームにおいても、一般医師・看護士もがん一般診療において精神症状に関する対応がほとんどとなさされていないこと、精神心理的ケアのゲートキーパーの役割を担うべき看護士・医

療ソーシャルワーカーに対して、精神医学的教育がほとんどなされていない問題が生じている。わが国においてがん患者・家族のケアに望まれる支援体制を疫学データに基づいて決定するとともに、その実現に向けた取り組みが急務である。

拠点病院の活動と精神科医への期待

がん診療連携拠点病院では、治療の初期段階からの緩和ケアの提供体制を整備するために、厚生労働省健康局長通知の別添「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(平成22年3月一部改正)を示している。その通知には、

- 1: 緩和ケアの提供体制
 - (ア) 緩和ケアチームの整備・組織上の明示
 - (イ) 外来における緩和ケアの提供体制の整備
 - (ウ) 院内掲示と情報提供
 - (エ) 地域連携
- 2: 緩和ケアに関する研修の実施
 - (ア) プログラムに準拠した緩和ケアに関する研修の実施

(イ)2次医療圏の医師を対象とした研修の実施

が盛り込まれている。

緩和ケアチーム

緩和ケアチームとは、一般病棟において、主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて、入院患者の疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状や不安、うつ症状などの精神症状の緩和を実施する複数の専門職から構成される組織である。

わが国において、緩和ケアチームが制度化された背景には、緩和ケアの中心を担ってきたホスピス・緩和ケア病棟で亡くなる患者は全体の5%にすぎないこと、ほとんどのがん患者は一般病棟で亡くなる現状、一般病棟での症状緩和が進まない問題などがあった。

緩和ケアチームは、1976年にSt Thomas's Hospitalの症状緩和チームに由来し、80年、90年代を通じて世界に普及した。チームには専門医師に専門看護師、精神科医や心理療法士、理学療法士、薬剤師が参加

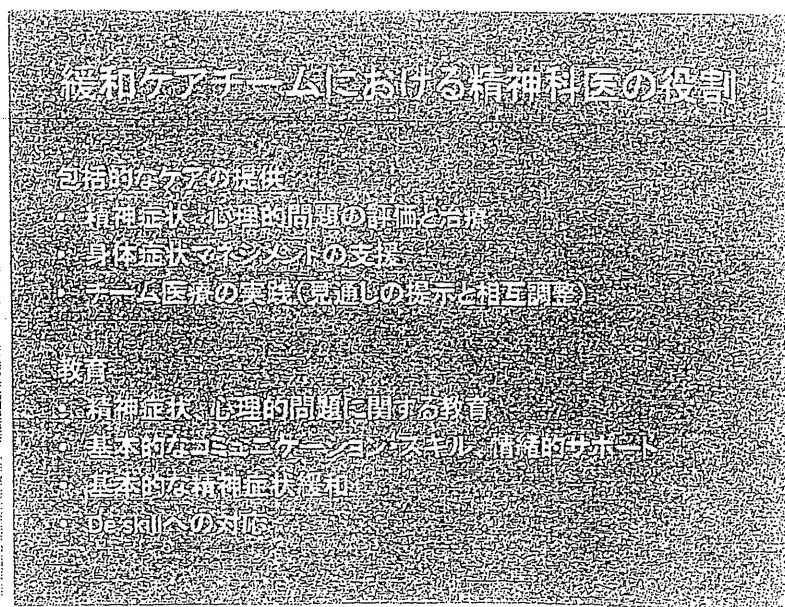


図2. 精神科医の役割

メインシンポジウム

し、コンサルテーションに応じて協同して治療支援にあたる

緩和ケアチームに求められる役割として、

- 1 疼痛、身体症状マネジメント
- 2 精神症状マネジメント（せん妄、不安、抑うつ）
- 3 患者・医療者間コミュニケーションの調整
- 4 ケアの目標設定
- 5 退院支援

かある。実際、コンサルテーションの内容としては、70-80%を占める症状マネジメントに加えて、退院

支援、ケアの検討・目標設定、終末期の問題に関する相談が続く。

緩和ケアチームの有効性に関する研究も行われており、症状のコントロール率の向上、在宅への移行率の改善や費用の削減、入院期間の短縮も報告されている¹⁰⁾。

緩和ケアチームの構成と精神科医の参画

わが国で緩和ケア診療加算の算定できる緩和ケアチームは、常勤の身体症状緩和医師と常勤精神科医師、専従看護師、専任の薬剤師で構成される。特記すべきは常勤の精神科医

の参画が必須条件とされている点であり、これは世界に先駆けて制度化された。

精神科医の役割は、1 緩和ケアチームとして包括的なケアを提供するなかでの精神症状緩和を担うことと(図2)、2 施設内・地域における精神症状への対応方法に関する普及啓発があげられる。

基本計画の後押しもあって、緩和ケアチームは全国619施設に設置(2009年度施設調査)までになった。しかし、すべての施設で緩和ケアチームが順調に機能している段階には至っていない。継続的な支援体制が望まれる。

参考文献

- 1) Cincin A, Nysa DF. The palliative care consult team. *Breast J*. Figgisuzzi M, Piparacchi C, 2011; Gordon C. *Textbook of palliative medicine*. Hodder Arnold, London, 2006
- 2) Katsuhiko O, Hisashi HS, Mami J, et al. Palliative care consultation: how do they impact the care of hospitalized patients. *J Palliat Symptom Care Fun Care*. Okamoto HS, Ikeda D, et al. How prevalent are hospital-based palliative care programs? *Japan report and future directions*. *J Palliat Care* 2014;30:1-7

国立がん研究センター東病院の小川と申します。

今年は「家族の心理状態」というテーマをいただいています。皆さんは、家族ケアが難しいということ、臨床で実際にいろいろと感じておられると思います。何が難しいかという、それまでケアのメインは患者さんだったのが、亡くなられた後は急に遺族が主役になって遺族ケアが始まるようにとられがちで、かわりづらいということが出てきます。いつからどのようにかわればいいのか、その繋がりがなかなか見えてこない現状なのかもしれません。

今日お話ししたいことは、大きく二つあります。ひとつは、遺族ケアや家族ケアは非常に難しいことに思われがちですが、決して難しくなく、日常の情報収集と情報提供、そして情緒的なサポートが大事だという点です。日常の当たり前のことを繰り返すことが実はケアの基本であり、無理に構える必要はないという安心感を持っていただければよいと思います。もうひとつは、「うつ病を見つける」ということをぜひお願いしたいということです。家族は、患者さんと同じくらいうつ病や精神的苦痛を持っているといわれます。遺族の場合、亡くなった直後にも悲嘆反応をいろいろと示しますが、その中でややこしい場面が出てくる場合、実はうつ病がよく絡んでいますので、うつ病という視点で見て、早めに専門的なケアや紹介をしていただくということが大事なケアになるかと思えます。

1. がん医療と家族の問題

日本におけるがん医療

- 死亡数: 33万6468人 (全死因の30.4%)
(人口動態統計 2007)
- 罹患数: 58万9293人
(地域がん登録推計値 2001年)
- 受療患者: 約142万人
(患者調査 2007)
- 家族: 1人の患者に4人の家族・遺族と概算して
約560万人(遺族は約130万人)

まず、がん医療の中での家族の問題を少しイメージするために、こちらのスライドを用意しました。日本で、一年間に亡くなる患者さんは約33万人で、罹患する方が60万人、治療している方が約140万人といわれます。ご家族について、どれくらいの範囲までを家族といえるのか定義は難しいですが、一般に家族・遺族という場合には、配偶者や子供を主に考えますので、平均4人ぐらいになり、約560万人が家族の範囲に入るといわれています。これは、20年後には日本人全員が含まれるぐらい非常に多い数で、こういう家族・遺族の問題がごくありふれた問題だということがご理解いただけるのではないでしょう。

がん医療の変化

一つの医療機関で
終結しない

拠点病院
(全国375ヶ所)

外来治療(外来化学
療法)への移行

在宅ケア

在宅(医院・クリニック)

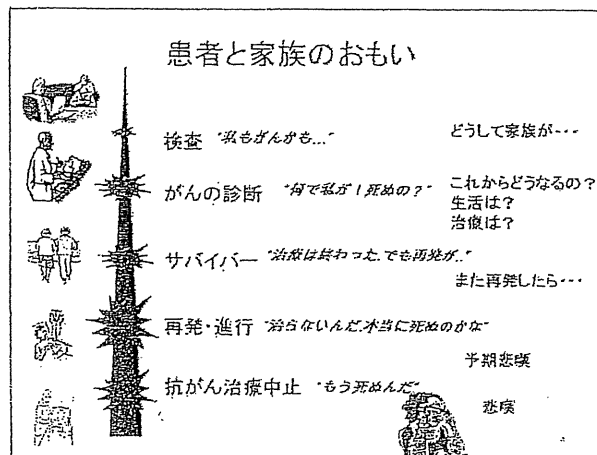
ホスピス・緩和ケア病棟

平成16年厚労省従事者調査に関する調査

- がん治療が入院から外来にシフト
 - ケアの提供も、医療従事者から家族(informal caregiver)に変化
 - ケアが家族(主に配偶者)に負担
 - 身体的
 - 精神的
 - 社会的

最近、急に家族の問題が強調され始めましたが、その背景にはがん医療の変化があります。今まではがん医療というと入院治療でしたが、最近では、治療が主に外来で進むようになり、家族は気持ちの負担

だけではなく、経済的な負担や実際の介護の役割も期待されます。そのようななかで、家族への気持ちのケアだけではなく、いろいろな社会的な問題や身体的な問題も含めて、家族が倒れないようにするためにはどうしたらいいか、ということも一緒に求められていますので、患者さんだけでなく、ご家族にもいろいろな配慮する、包括的なアセスメントが重要になってきます。



最初は、急にがんといわれて「何で夫が…」というような反応を示します。そして「治療はどうなるか?」と悩み、その中で家族の緊急の課題となってくるのが経済的な問題や、入院中に世話が必要となったときに誰がするのかといった、身近な問題が出てきます。経過観察中にも、「また再発したらどうしよう」とか、「今後どうなっていくのか」といった不安が続きます。残念ながら再発したときには、「このまま治らないんだ」と、予期悲嘆といわれる一般的な反応が起こります。こういう流れの中で、実際に医療者が何をしたらいいのか、われわれが今悩んでいるところです。

家族(介護者)の負担

介護者の負担のレベル	介護に要する時間(1週間あたり)	割合(%)
1	3.5	33
2	9.8	17
3	12.0	15
4	33.1	21
5	87.2	10

National Alliance for Caregiving and AARP 2004

ご家族の負担が実際にどれくらいかということは、

実はあまり知られていません。これはアメリカのデータですが、家族が1週間に要する介護の時間を調べています。表にある負担のレベルというのは、数字が大きいほど負担が重くなるということですが、海外では、週87時間といった、ほとんどフルタイムのような場合がだいたい10人に1人で、平均すると1日3~4時間の負担がご家族にかかっているというのが一般的です。日本でもおそろきたい同じか、あるいはいろいろな公的なサポートが弱い分、時間が長めになるのかもしれませんが。

家族のストレス

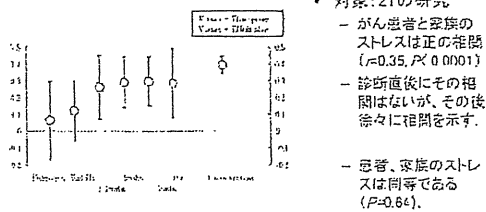
- 当たり前のことではあるが「患者と家族のニーズは異なる」「家族も脆弱である」
 - 介護者の40%が強い緊張を強いられている
 - 診断を告げられたときの苦痛
 - 患者と何を話してよいかわからない
 - 家族の中の責任の変化、コミュニケーションの変化

Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer

その中で、家族には精神的なストレスがかかります。患者さんと家族のニーズは異なりますし、そこが実際にわれわれが悩むところです。入院すると、よく付き添いについてください、といったことをつい言いがちですが、実は、患者さんと同じくらいご家族にも脆い面もあります。実際に、ご家族の約40%、つまり5人の家族のうちの2人ぐらいの方は、介護にかかわることになんらかの緊張があり、負担になっています。

どういうストレスが大きいのかというと、患者さんと何を話していいかわからない、辛そうにしている患者さんにどう付き添ったらいいかわからない、家族関係が変化していく中でそれにどう合わせたらいいかかわらないといった、コミュニケーションの問題が非常に多いことが指摘されています。特に、奥さんが患者となり治療を受けているときに、その夫がどうしていいかわからないということがあり、これは隠れて持っているニーズだと言われています。もし、夫をサポートするときには、「こんなことはないでしょうか?」などちょっと一声かけてあげるのも、ひとつの工夫かもしれません。

患者と家族のストレス



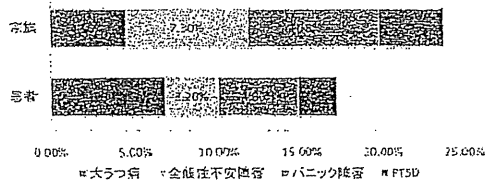
- 対象: 21の研究
- がん患者と家族のストレスは正の相関 ($r=0.35, P<0.0001$)
- 診断直後にその相関はないが、その後徐々に相関を示す。
- 患者、家族のストレスは同等である ($P=0.64$).

Hodges et al., Soc Sci Med 70:65

患者さんとご家族のストレスがどれくらい一致しているのかということも調べられていて、患者さんがつらいときには、どうもご家族もつらいようです。そのつらさは、病気の最初の時期は違うのですが、病気が進行し終末期に近づくにしたがって、だいたい同じような内容を示してくると言われています。それがどう似通ってくるのか、同じような環境のせいなのか、何か家族の中のやりとりの中で伝わってくるのか、といったメカニズムは分からないのですが、おそらく患者さんのつらさと同じようなレベルでご家族もつらいのだ、ということ、ひとつの科にさせていただくとよいかもかもしれません。

患者と介護者の精神症状

進行がん患者とその主たる介護者200名に
(配偶者68%、子供19%、友人4.5%、親3.0%)
精神科診断面接を実施



Vanderwerker, et al., JCO 2005

実際に、ご家族の負担はどれくらいあるのでしょうか。これは海外の研究で、患者さんとご家族に精神症状の診断をつけたものですが、この研究によると、実はご家族のほうが診断をつけられる率が多かったといわれています。内容を見ますと、うつ病もありますが、不安の要素が非常に強く、全般性不安障害やパニック障害の診断名がつけられています。患者さんに付き添っているご家族が、急に動悸がしたり息苦しくなったりする、あるいはもう少し軽い

方だと、めまいやふらつき、血圧が高くなる、ということ、病棟で相談されることも多いと思います。実は、それは血圧の問題だけではなく、不安が身体症状として出てきているという面もあります。「お身体のほうはいかがですか」などと気遣うことで、実は気持ちのケアのきっかけをつかむことができますので、ひとつの参考になるかもしれません。

配偶者のニーズ

- ・ 情報
- ・ 支援
- ・ コミュニケーション
- ・ 有効なコーピング
- ・ 自己効力感

そのような不安がどういうところから出るかを探っていくと、非常に幅広いニーズが出てきます。そのポイントを整理すると、だいたいこの5つだと言われています。

まず、ご家族が患者さん以上に情報を知らないということ、その次に、支援の求め方や、どこにいったらそれが得られるのかわからないということ、それから、患者さんとどのようにコミュニケーションとつたらいいかかわからないということがあります。ご家族は患者さんと長く付き合っているからわかるだろうというのは、どちらかといえば医療者の勝手な思い込みの面があって、実はご家族も患者さんどう接していいかわからない、という悩みがあります。そして、いろいろな状況の変化に自分がどう対応していいかわからない、自分が対応できているのかが非常に不安だという、自己効力感も含めたニーズがあります。このようなものがご家族にあるのかを聞いていただくと、参考になるのではないのでしょうか。

家族がつまずくポイント

1. 家族は親ががんになった子どもをどのように支援してよいかわからない
2. 患者が考え経験することに対してどのように支援をしてよいかわからない
3. 家族は患者および主たる介護者の気分の落ち込みにどのように対応してよいかわからない
4. 夫婦関係に与える緊張は、家族機能に対して負の影響を与える
5. 家族はしばしばがんが与える影響に対して効果的ではないコーピングを選択する

その中で、ご家族がいろいろとストレスを感じるポイントが5つ指摘されています。

これは本当に難しい課題ですが、親ががんになった子供にどのような支援が必要かということです。特に小児科領域で問題になっていますが、何が有効かはつきり見えていない面があります。患者さんが考え経験していることに対して、家族がどう支援をしたらいいのかわからないというのも、つまずくポイントです。それから、患者さんや家族の気分の落ち込みに対して、励ましていいのかわかり、黙って聴くのがいいのかわかり、その対応で悩むという点があります。夫婦関係に関しては、家族機能に対して緊張が高まるということもありますし、今までいろいろと波風があるなかで家族が経験してきたコーピングの方法があると思いますが、そこで誤ったコーピングを選んでしまう、というようなことが指摘されています。

家族の不安

診断の時期	入院の時期	治療の時期	経過観察の時期	再発の時期
検査の目的と方法	手術の方法	治療の方法と期間	定期検査の頻度	治療の方法
検査結果が出る	病状がどの程度出るのか	予想される有	再発の不安	再発と再発の
ケアの調整をして	入院期間がどれくらいなのか	患者と家族の	患者と家族の	片の対応
だれか	目復にかか	有富事を減	患者教育、サ	見出しの不確
か	る期間がどれく	らすための工	ポートグループ	かど、悲しみ、
だれか	らなのか	夫	社会資源の利用	恐れ、成長
の気持ち(不安、	退院してから	一時的な役	新しいセルフイ	再発してから
見直し)	の行動の制限	期待の裏切	メージを作る方法	の希望の持ち
か)	家族への影響	患者教育、サ	ポートグループ	方
珍匠を周りの	後みや床の	ポートグループ	社会資源の利用	方
人にどのように	症状	フ、社会資源	経済的問題	方
か		利用方法		
か		解決されてい		
か		ない不安を誰		
か		にどのように		
か		話し合えるよ		
か		いのか		

不安の要素には、こういう内容が出てくるといわれています。どうしても治療に絡んで出てきますので、どういう治療や検査なのか、それを受けたらどうなるのか、経済的な不安はどうか、というような要素が並んでいます。多面的に評価していただけた

らいいかと思います。

配偶者の負担感の性差

女性	男性
下期回子	高師、低い教育歴、最近の結婚、得た
不安	が不安定であること、結婚生活への不適
低収入	拒否的な対応
家外での状況	維持される役割が混乱していること
男性からケアを受けること	辛直に話し合える関係がないこと
男性をケアすること	医療者からの伝統的支援の要求
低い情緒性、低い自己効力感	配偶者の感情の状況
	配偶者の負担感
Distressの結果	身体症状が複雑化
全般的なdistressの増大	頻度、依存行動の増加
臨床的に対応が必要なうつ病、不安、悲	家庭内で攻撃的になる
痛、倦怠感、睡眠の問題	negligence
不安定、不全	
孤立感	
社会的な不適応	

女性の配偶者	男性の配偶者
役割によらず、頼りて負担感が高い	全体的に負担感が高い
患者のときに負担感が強い	拒否的で距離をとりがち
負担感が生じたアイデンティティのとき	効力感が高い
負担感がより強くなる	介護者の役割はとりにくい
個人の性格に応じてより介入的になる	介護者を罵ることが多い
積極的取組と情緒的な役割がもっとも重要	個人的なケアはとることが少ない
個人的なケアをとりがち	
医療時、症状マネジメントの役割をとり	
がち	

配偶者の負担感には性差があるといわれています。「ご家族の負担」という場合、何となく奥さんのイメージが強いですが、実はリスクが高いのは男性ではないかといわれています。男性の場合、医療者や周りにサポートを求めることが少なく、どちらかというと自分で何とかしようと試行錯誤し、その結果あまりうまくいかずにつぶれてしまう、というパターンが確かにあります。女性は積極的に発言してくれますので拾いやすい面がありますが、男性の場合はかかわり方が少し難しいと感じます。男性は聞き出されるのを好まないということもありますので、そのタイミングを図ることが非常に大切になります。主治医からちょっとひとこと言っていただくのもポイントかもしれません。

海外・日本を通して、女性の場合は自分で色々ケアをしなくては行けないという意識が強く、抱え込みすぎてしまい、負担感が強く出ます。男性の場合は、ケアを自分が引き受けるところに行くのが大変であり、拒否的で距離をとりがちで、奥さんがいろいろと感情的な反応を示した場面でどう支えてい

いかわからず悩むということがあります。男性は介護のスタンスに入るところでまずひとつ壁があり、それを越えた後も奥さんの感情に向き合うひとつの壁があるということです。

その結果、ストレスやつらさを感じてどうなるかという点でも多少違いがあります。女性の場合はいろいろな不安感や身体的な不定愁訴という形で出ます。男性の場合は、対処行動として失敗したものとして飲酒行動があり、やさぐれてお酒を飲んでしまうとか、そういうタイプの反応が多いといわれています。

配偶者を支援するための介入方法

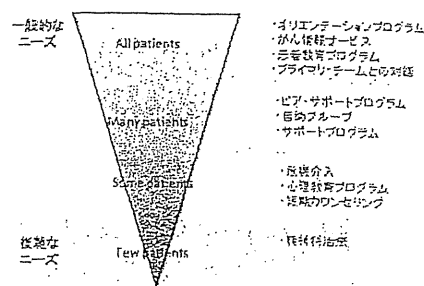
- ・ 情緒的サポートと情報提供
 - 支持的・教育的介入
 - 技術・症状マネジメント
 - コーピング・スキルへの介入
 - 関係性に焦点をあてた介入
- ・ 家族のうつ病の早期発見・治療

配偶者を支援するための介入方法のポイントとしてはこの2点にまとまるかと思えます。

繰り返しになりますが、情緒的なサポートと情報提供がすべての基本になります。治療に関連する不安では、患者さん・ご家族がどうなるかを知らないとか、見通しが立たないという意識が強いですから、あらかじめ情報を提供することが不安を和らげるのに非常に有効だといわれます。当たり前すぎて、これがケアかと思われる面があるかもしれませんが、ニーズとして一番強いのは確かです。その中で、ご家族のコミュニケーションの問題を拾い上げていくのが、次の問題になるかと思えます。

同時にもうひとつ、これは遺族ケアにもつながる点ですが、ご家族のうつ病や不安障害を早めに見つけることが重要です。これは、結局は患者さんへの悪影響にもなりますし、ご家族にとっても、遺族ケアのとき悲嘆反応を悪化させます。たとえば悲嘆時にうつ病をひどくするとか、ちよつと議論はありますが、複雑性悲嘆にも大きく関わってくるといわれており、早めの対応が重要になります。

患者・家族のためのサポート提供



この図は日本では馴染みがないかもしれませんが、ケアを考える上で非常に参考になると思い用意しました。家族ケア・遺族ケアという、カードを送るとか、あるいはご家族に対していろんなプログラムを用意しなければなどプレッシャーを感じるかと思えます。臨床で、人もお金もない中で何ができるのかと悩むかと思いますが、実は、プログラムとして多くが必要というわけではなく、どれくらいの患者さんにどれくらいのケアが必要なかを整理して考えることが大事です。これを見ると、まずすべての患者さんに、がんや病気に関わる基本的な情報を伝えて教育をすることが大事で、その上で、一部の患者さん・ご家族 (20~30%) には、自助グループのような仲間内での情緒的なサポートを必要とする方もいます。さらにその中のごく一部 (約 10~15%) の方には、より複雑なケースマネジメントや専門的な教育プログラム・カウンセリングが必要だということです。大半の患者さんには、まず見通しや基本的な情報を伝えることが大事だという視点から、ご自身の臨床の活動の中でそのバランスを決めていただければ、少し肩の荷が下りるかなと思います。

家族は何をすればよいでしょうか？

- ・ 弱音や気持ちを打ち明けられたり、相談されたりするよう、耳を傾ける準備をしましょう。
例：頻りは1対10に
- ・ 励ましは、かえって患者さんにとってつらい場合があります。
例：「病気のことだけ考えてがんばってね！」
- ・ 役割の喪失。
例：「家の中は大丈夫だから！」
- ・ 「他人への迷惑」感を減らす。患者にこれまでどおりの役割、決定を委ねると良いでしょう。

家族は何をすればよいでしょうか？

- ・ 尊厳を傷つけない。
食事、入浴、トイレは患者さんに決めてもらう
(例・意思決定への参加を促す)。
- ・ ご家族の方も、心の直下型大地震の被災者です。
「第二の患者」です。週に1度は介護休暇を取って、弱音や気持ちを打ち明けられる相談者を作りましょう。

ご家族に「何をすればいいですか?」「何を話したらいいんでしょう?」と聞かれた場合の参考として、サイコオンコロジー学会でよく使うスライドを用意しました。基本はそばにいろいろなお話を一緒に聞いていただくのがいいということと、無理に励ます必要はないということです。その中で、患者さんの自己決定を支えるための方法を一緒に考えていきましょうと、ご家族に安心感をもっていただくことがポイントになるかと思えます。

介護者の精神心理的ケアの利用状況

精神心理的ケアに関するサービス	全体	精神科診断あり	精神科診断なし
告知後に利用あり	51 (25.5%)	22 (45.2%)	9 (22.4%)
精神療法	19 (27.4%)	3 (25%)	16 (41%)
抗うつ薬	13 (25.3%)	7 (59.3%)	11 (28.2%)
永不安眠	14 (27.5%)	3 (25%)	11 (28.2%)
サポートグループへの参加	7 (13.7%)	1 (8.3%)	6 (15.4%)
デイ・ホスピタル	1 (2%)	0	1 (3.6%)
入院	1 (2%)	0	1 (3.6%)

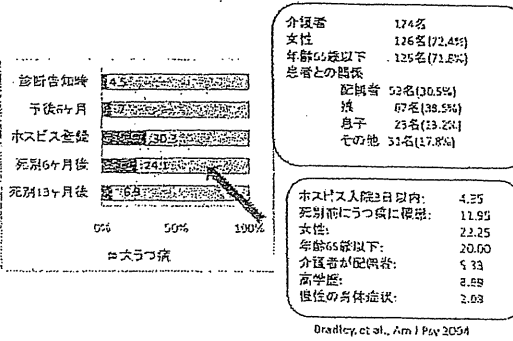
Vanderwerker, et al., JCO 2005

では次に、ケアが進んでいる海外でもなかなかうまくいっていないという面もご紹介しておきたいと思えます。

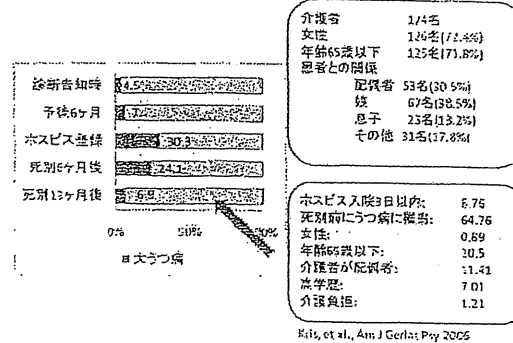
先ほどお話ししたように、実はご家族も4人に1人ぐらいは何らかの精神的診断がつくという現状がある中で、海外ではサービスやいろいろなプログラムを使っているようなイメージがありますが、実はまだあまり普及はしていません。最近では、デイホスピタルやサポートグループなどが強調されています。特に、拠点病院の相談支援センターは相談を受けるだけでなく、サポートグループも作らなければいけないというプレッシャーがかかっている、その

中でやらなければと不安になっている方も多いと思います。しかし実際は、海外でもサポートグループを使う方は決して多くはありません。ニーズはまったくないわけではないのですが、それが毎日とか、すべての患者さんに提供されるほどまでには用意されていないし、そこまで使われるものでもありません。まず、日常の臨床の中でサポートできることをしていただき、その中で自助グループが必要な方には、いろいろなソーシャルサポートのネットワークを使ってかかわっていくことが多いので、その部分を支えていただくのがよいかと思えます。

介護者のうつ病



介護者のうつ病



次に、ご家族とご遺族の問題に移っていきます。ここで大事なことは、先ほど述べたように、うつ病を早めに見つけていただきたいという点です。

治療中のご家族へのケアやサポートが、遺族になった後にも効果があるのかどうかを、私たちとしても知りたいところです。願わくば、家族ケアやホスピスケアが提供され、それが遺族となった後でも何らかの点でいい面が残っていただければと思います。

このような研究は非常に少ないんですが、これは、介護者のうつ病について、ご家族のときから追跡し

てみたものです。たとえば死別後6ヶ月のところでは、うつ病の率はだいたい5人に1人から4人に1人ぐらいに増えますが、ご家族がうつ病になるリスクは、死別時にうつ病だった方はやはり高く、特に女性と若年者がリスクになるといわれています。これは海外の研究ですので、日本で一般化できるかはわからないのですが、ホスピスに入院して3日以内、あるいは自宅で急変し、看取りのために入院した場合も、どうもあまり適応はよくないようだということが示唆されています。この研究では、最期にホスピスケアというものがある程度提供されるのは重要なことなのかなということが指摘されています。

死別後6ヶ月というと、死別から割合近い段階でまだ悲嘆が混じっているため、長期的にはどうかということも追跡されています。死別前にうつ病のある方は死別後もずっと遷延しており、患者さんが亡くなられた後でもうつ病が影響してきますので、やはり早めにうつ病を見つければ、ご家族にサポートを提供するということが、ぜひご協力いただければと思います。

2. 家族ケアと遺族ケア

死別の遺族への影響

- 死亡率が高い (Marikainen, Am JPH. 1998; Edrington et al. Age Ageing 2004)
 - 心筋梗塞 (Li et al. Circulation 2002)
 - 脳血管疾患
 - 肺炎
 - 自殺(死別後半年~1年以内、男性)
 - アルコール関連疾患
 - 交通事故
- 罹患率が高い
 - 喫煙関連がん (Hemminki, 2003; Li et al. 2002)
 - 後天性免疫不全(うつ病10~40%など, Clayton et al. 1971; Zisook et al. 1993; Remstein et al. 1973)
 - 憂鬱率が高い (Parkes CM, 1970)

今は、家族と遺族とは別物ではなく一緒であると考えますが、それぞれを分けて研究が進んでいたという歴史的経緯から、今でもちよつとつながらず段差があるという面があります。

ご遺族には非常に身体的な負担がかかる、と繰り返し言われてきました。配偶者を失ったあとに、心筋梗塞や循環系の疾患が多くなると言われていますし、自殺・後追いといわれるようなこともリスクと

して高く、特に男性の場合は社会適応が悪く孤立し、その中で自殺を選ぶ方もおられますので、自殺対策も重要になってきます。また、いろいろと身体的な不調を訴えたり、先ほども述べたように、うつ病ということで社会的に引きこもる方も出てきますので、このような遺族を支える方法を考えることが、われわれの役割かと思えます。

悲嘆へのアプローチ

- ・ 昔より、多くの医療者が患者の悲嘆を記述し、悲嘆は患者を精神的に狂わせると信じてきた

20世紀～

- ・ Freud: 悲哀(mourning)の記述
- ・ Lindemann: グリーフワークの記述
- ・ Bowlby: アタッチメント、悲嘆の段階モデル
- ・ Parkes: 調査データに基づく分析

これらは、悲嘆・グリーフという言葉で昔から研究されてきました。18・19世紀頃から、多くの医療者が患者の悲嘆という反応を記述してきて、これが患者を精神的に狂わせるということをやっと述べてきています。

フロイトやリンデマンといわれる初期のグリーフワークの研究では、悲哀とか mourning というように、惜しみあい嘆き悲しむ中で、もう一回それを整理して、新しい人生に向き合うというようなことが強調されていました。その後、精神分析の流れの中で「悲嘆」という語が進んできて、ボウルビーのアタッチメント・愛着理論の中で、悲嘆の段階という語が出てきます。ただ、精神分析はどちらかという臨床に即した話ではなく、抽象的なモデルとして語が進んできているため、あまり現実の臨床には貢献してこなかった面があります。そのような反省に立って、パークスや、特に最近90年代以降の遺族の研究は、より実証的な臨床的な流れになってきています。日本では、遺族ケアを専門的にする人が少ないこともあって、今進んでいるいろいろな情報が入ってきておらず、愛着やグリーフワーク・グリーフケアの話もこんがらがって入ってきてしまい、いったいどれが本当なのかと現場を悩ませることもあるかと思えます。

言葉について

- ・ 死別(bereavement)
死によって重要な人を失った後に直面する客観的な状況
- ・ 悲嘆(grief)
親密な関係にある人を失った体験に対しての情動的・感情的な反応の過程
- ・ 服喪(mourning)
悲嘆の行動面を指すことが多い

簡単に言葉の整理をします。よく死別(bereavement)と悲嘆(grief)とが混乱されることが多いので、この二つは違うということを押さえていただければけっこうです。

死別(bereavement)という言葉は、大切な人を失った後に直面する客観的な状況、つまり経済的な面や社会的な面など、外に出てくるいろいろな面を記述しています。一方、悲嘆(grief)という言葉は、亡くなったという状況や体験に対する情動的・感情的な反応の過程を強調して使います。また、「mourning work」といいますが、この「mourning」という言葉は、よく「喪に服す」といわれるように、情動というよりも行動が強調されます。日本でも海外でも、griefと同じような意味で使われることがあります。mourningとgriefという言葉は、亡くした後の情動的な反応をだいたい同じように示していると覚えていただければいいかと思います。

もうひとつ、「悲嘆」という言葉は「grief」の日本語訳として使ってよいのかどうか、ということがあります。「grief」という場合、喪って悲しいとか、亡くなった方を恋しく思うとか、どちらかというとき嘆き悲しむ面が強調されます。しかし、英語で言う「grief」の意味には、そのような嘆き悲しむ面だけではなく、亡くなった人とのいい関係が持ててよかったとか、その中で自分はこういうふうに遺志を引き継いでやっていこうなどと、そのあとの達成感や満足感といったポジティブなものを含んでいます。日本語の「悲嘆」のようなマイナス面のイメージだけではないことを知っておくと、海外の文献を読む際の参考になるかと思います。

もうひとつ、兼ね合いとして難しいものに「予期悲嘆」という言葉があります。特にホスピスや緩和

予期悲嘆(anticipatory grief)

- ・ 患者と家族が感じる予期された死に対する認知反応、情動反応、文化的反応および社会的反応の総体 (Knott, Anticipatory Grief 1986)
- ・ 特徴
 - － 抑うつ
 - － 死にゆく患者に対する高まる懸念
 - － 死のリハーサル
 - － 死という結果に適應しようとする試み

ケア病棟などで熱心に取り組まれている方は、この言葉にあちこちで触れられているかと思います。

この言葉のイメージとしては、患者さんが亡くなるといわれて、それに対して患者さんとご家族がお互いに泣いて今後どうしたらいいかと途方に暮れる、といったことが語られることが多いと思います。特徴としては、抑うつや、死にゆく患者さんに対する不安と受け容れ、少しポジティブなものを含めると、死のリハーサルなのだとする人もいます。最終的には患者さんが亡くなるという経過に適應しようとする試みなのだとも認め、その中で取り組もうとされている方が多いのではないかなと思います。ただ、この予期悲嘆についていろいろと誤解されている面がありますので、それをいくつかご紹介します。

予期悲嘆と悲嘆の差異

1. 患者と家族の両者が体験する
2. 死によって必ず終わる
3. 時間が経つにつれて増大する
4. 否認される傾向がある
5. 希望を含む

(Aldrich 1974)

まず、「予期悲嘆」と「悲嘆」とは違うという点です。当たり前ですが、「悲嘆」はご家族の体験であり、「予期悲嘆」は患者さん自身が体験します。それから「予期悲嘆」は必ず死によって終わるという点。そして「悲嘆」の場合は、時間と共に軽くなったり少々変化していきますが、時間が経つにつれ症状が強くなっていくのが「予期悲嘆」といわれます。ま

た、否認される傾向があるといわれます。また、「予期悲嘆」の中には希望が含まれるという点でも違うということがあります。

予期悲嘆をめぐる注意点

- ・ 予期悲嘆は予後・今後の見通しを知ることへの反応である
→ 予期悲嘆は分離不安である
- ・ 予期悲嘆は、死亡後の悲嘆が早く始まったものである
→ 死別後の悲嘆とは異なる
- ・ 予期悲嘆を経験すれば、適応が良くなる
→ 予期悲嘆の有無と適応の良否との関係は一定の見解が得られていない

予期悲嘆とは基本的には「分離不安」、要するに、別れること・自分が独りになることへの不安であり、予後告知や今後の見通しの話をしたことで予期悲嘆が起こるものではないということです。それから、悲嘆が早く始まったものが予期悲嘆だと捉える方が多いのですが、「悲嘆」と「予期悲嘆」とは全く別物です。さらにもうひとつは、予期悲嘆を経験すれば、後々悲嘆が軽くなるという誤解がありますが、予期悲嘆があってもなくても悲嘆は変わらず、予期悲嘆がないから悲嘆が重くなるとか、そういうものではないという点もご確認いただきたいと思います。

予期悲嘆は必要か

- ・ 治療的な意味を認める研究がある
(Vachon 1982, Sanders 1988)
- 近年は疑問視する意見がある
- ・ 家族は通常、患者が死を迎えるまで親密な関係を続けている。予期悲嘆はめったに生じない
(Corr 1997)
- ・ 早く告知をしても、悲嘆で認められる受容と回復の過程が生じない
- ・ 家族は患者を見捨てたとの自責感を持つ
- ・ 患者が過剰な悲嘆を経験して社会的孤立を来す

昔は、精神分析医療の影響が非常に強かった面もあり、予期悲嘆が絶対に必要だとか治療的に重要だとか言われていましたが、最近では疑問視する意見が非常に有力です。臨床的な観察から、予期悲嘆は決して一般的な反応ではないとされます。どのようなご家族でも、患者さんが亡くなるまで親しみをもっているし、やれることを一緒に考えていきたいと

思っており、別れることに対してあらかじめ嘆き悲しむ予期悲嘆のような反応はそれほど見られないといわれるようになってきました。同じように、告知を早くしても、悲嘆が軽くならないという点も臨床で指摘されています。一方、予期悲嘆があると、ご家族は患者さんを見捨てたという自責感を抱くことが多く、予期悲嘆があると患者さんがかえって引きこもってしまってQOLが下がるとも言われており、あえて直面化させる必要はない、ということです。予期悲嘆がないと、このご家族は本当に今の状況が分かっているのだろうかとか不安になりますが、決してそういうものではないということです。

予期悲嘆への対応

- ・ 予期悲嘆を生じさせようと、無理に向き合わせるのは有害無益であろう
- ・ 家族が患者の状態を見つめ、自分たちの役割を自ら果たす事を支援する

情緒的サポートと社会的支援が重要

予期悲嘆を無理に生じさせるものではないということ、ご家族がどういうことをしたいと思っているかを一緒に考え、それを支えていくサポーターとしてわれわれが動くことが大事です。患者さんのつらさと同時に、ご家族のつらさも支える情緒的なサポートと、そのためにどういうことができるかという情報提供や社会的支援を提供するという2点に尽きます。予期悲嘆について特殊に考える必要はないと思っただければと思います。

悲嘆(grief)

喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情緒的
反応

語源：ラテン語のgravis (重い)

- ・ 情動麻痺、不信感
- ・ 別離の苦痛と生じる不安
- ・ 抑うつ症状を伴う行動面での一連の変化
- ・ 最終的には回復・適応

Jacobs, Pathologic Grief 1999より一節改変