

緩和ケア病棟患者と家族の抑うつと心理的苦痛について

メタデータ	言語: ja 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2016-02-16 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 幸田, るみ子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00009304

緩和ケア病棟患者と家族の抑うつと 心理的苦痛について

幸 田 るみ子

1 問題と目的

2007年にがん対策基本法が施行され、「がん患者および家族の苦痛の軽減と療養生活の質的向上」が目標として掲げられた。緩和ケアの推進が図られ、身体的苦痛の緩和だけでなく、精神的、社会的およびスピリチュアルな苦痛への対応の必要性も示されている。しかし臨床現場では、痛みに対するコントロールなど身体的苦痛に対する対策は進んできたが、その他の苦痛に対する対応は、多くの課題が残されている。がん患者は、何に困っているのか？がんの診断に至る経過、治療過程、再発や転移が発見された時、積極的な治療が中止になった時、緩和ケアへの移行過程など、様々な場面で心理的苦痛を感じる可能性があるが、その実態把握は不十分である。

更にごん患者の家族は、患者同様に、がん治療や看病の経過で様々なストレスを経験する。そのため、「家族を第二の患者と捉えケアしていく必要性」(Lederberg, 1998)が言われている。またがん患者の家族は、患者を亡くした後、悲嘆反応が強く長期間持続し、「日常生活に大きな支障をきたす複雑性悲嘆(complicated grief)と呼ばれる状態に陥る者が10~30%存在する」(中島, 2012)という報告がある。緩和ケア病棟では、がん患者の家族は、悲嘆が生じる前段階の看病の時期から患者の苦痛を共有し、かつ予期悲嘆を経験している。従って、患者との死別後に心理的ケアを必要とする可能性のある家族を早期に発見し、適切な介入や複雑性悲嘆に陥らないための予防的介入の可能性を検討することも必要である。

そこで今回、緩和ケア病棟入院中の患者とその家族に対して、抑うつ症状および心理的苦痛を把握することを目的に前方視的な調査を行った。そして、今後のがん患者および家族に対する心理的ケアの一助にしていきたいと考えている。

II 方法

1. 調査対象

A総合病院内に併設された緩和ケア病棟に入院する患者およびその家族を対象とした。

2. 調査内容

- 1) 抑うつを判定するスクリーニング尺度である二質問法 (Whooley, 1997) を施行した。二質問法は、身体疾患の治療を行う内科やプライマリ・ケアでうつ状態のスクリーニング検査として用いられ、簡便に回答できること、および「2つの質問両方に『はい』と解答した場合約9割がうつ状態だった」(尾崎, 2002) とする疫学調査の報告もあるため、この尺度を採用した。
- 2) 構造化面接でうつ状態の程度を評価する Montgomery Asberg Depression Rating Scale (以下 MADRS と略記す) を施行した。構造化面接で抑うつの症状を確認していく尺度であり評価者間一致度が高いこと、うつ状態の症状の中で身体症状を極力排除し、精神症状を中心に質問項目が設定されているという特徴があること、上島ら (2003) によって日本語版の信頼性と妥当性が検証されているため、この尺度を採用した。
- 3) 過去の全がん医療経過の中で最も苦痛だった体験と現在の悩みに関する半構造化面接を行った。

3. 調査手続きと倫理的配慮

A総合病院内に併設された緩和ケア病棟に入院した患者家族の中で、せん妄や認知症のため面接調査が困難な者、入院後の余命が日単位であると予想され面接調査が困難な者を除外し、面接法で調査を行った。対象者1名に対して1回、約50分の面接調査を行った。調査の目的、内容および調査は任意であり参加しなくても一切不利益は無いことを口頭および文章で説明し、同意が得られた者を調査対象とした。

III 結果

1. 対象者の特徴

対象者は、緩和ケア病棟入院患者74名 (男性35名, 女性39名)、患者家族31名 (男性11名, 女性20名)、合計105名だった。調査協力者は全入院患者の約35%

だった。

2. 二質問法の結果

二質問法の1問目抑うつ気分「はい」と解答した者は74名(70.5%)だった。2問目興味関心の喪失に「はい」と解答した者は87名(82.9%)だった。1問目2問目ともに「はい」と回答した者は、66名(62.9%)であった。(図1)

3. MADRSの結果

MADRSの平均点19.1点(±7.3)であり、「正常範囲とのカットオフポイントである11点」(Zimmerman, 2004)以上の者が78名(74.3%)であった。

4. 半構造化面接結果

半構造化面接の結果を、質問項目ごとにKJ法で分類し内容分析を行った。分類は3名で行った。

1) 「現在の悩み」に関して

複数回答可としてインタビューを行い、全部で163件の回答を得た(図2)。

KJ法で分類した現在の悩みは、【現在および将来の不安】20件、【身体機能の低下への辛さ】20件が最も多かった。現在および将来への不安の内容は、「1人になると不安で落ち着かない」や「急に不安になることがある」といった漠然とした不安焦燥感を訴える者と、「また痛みに襲われて苦しくなるんじゃないかと心配」や「死ぬ時は辛いんじゃないかと不安で仕方がない」など具体的な事柄に対する不安を訴える者がいた。身体機能の低下への辛さは、「1人でトイレに行けなくなったのが情けない」「こんなに急に動けなくなるとは思わなかった」「自分の身の回りのことがどんどん出来なくなるのが辛い」「人を呼ばないとトイレも行けないのが申し訳ない」など、自分の予想以上に、急速にまたは重篤に身体機能の低下が起こったことのショックと共に、強い自尊感情の低下が認められる者が多かった。

次に、【死に関連する問題】が17件と多かった。その内容は、「もうダメだと分かっているが、いつ死ぬのかが分からないのが苦痛」や「死ぬ時は苦しいのか?どの様にやってくるのか?」など死に方や死の迎え方への戸惑いを語る者と、「お墓は作らず別の形(散骨や樹木葬)にしたいがどうしたらいいだろう?」「死ぬ前に洗礼を受けたい。神様に向こうに連れて行って欲しい」など具体的なお墓や死の準備について悩んでいる者があった。

4番目は、【家族に対する自責感】が15件と多かった。「娘の負担になっている」「親より先に死ぬのが申し訳ない」「いつまでも生きてると入院費がかかって妻に残すお金が減ってしまって家族の負担になる」など、残された家

族に対して、自分が家族の負担になっているという自責感が強く語られていた。

また、希死念慮17件、抑うつ気分14件、不眠10件、意欲低下6件、倦怠感6件とうつ状態に関連する訴えが合計で53件あった。

2) 患者本人が感じる「過去のがん医療経過の中で最も苦痛だった体験」に関して

総数105件の解答を分析した(図3)。KJ法で分類した結果、【治療がないと言われた経験】が22件と最も多かった。その内容は、「もうこれ以上やることは無いので、当院に来なくていい」「治療はない。うちではみれない」「医学的にはもうやれることは何もない。後は好きにしてください」と説明された経験が語られ、では自分はこうしたらいいのだろうか?と非常に戸惑い、突き放された気持ちになったと語る患者が多かった。上記と関連して【退院・転院を促された】という回答も13件と多かった。具体的には、「もう治療をしない人は長く入院させてはおけない」「重症の患者がベッドを待っているので、治療しない人は退院を…。」「ここは重症の人が入院する病院なので、治療をしない人は別の病院へ移って下さい」など、がんで死ぬかもしれない者は重症ではないのか!と怒りを感じた者、見捨てられた感覚を持った者が多かった。

さらに【医療機関への苦情】が16件と多かった。具体的には、転院を促されたので病院の相談部のケースワーカーに相談に行ったにもかかわらず「緩和ケアや在宅医療は皆さん御自分で探されています」と言われ対応してもらえなかった。70歳代の高齢の家族で全くインターネットを使ったことがなく他に支援する家族もいない人に対して、「転院先はインターネットや各病院のホームページで探して下さい」と説明されて終わった。「転院出来ると言われて退院したら転院先の病院は満床で入院できなかった」「抗がん剤を使わないなら別の病院へ移って下さい」など、退院・転院・入院など医療サービスをどう受けるかに関わる問題が多く挙がっていた。

3) 家族が感じる「現在の悩み」に関して

総数58件の解答を分析した(図4)。KJ法で分類した結果、【自責感】が14件と最も多かった。その内容は、「自分をもっと早く症状に気付いていたら助かったかもしれない」「今までに本当はもっと自分が何かできたのではないかと家族の病状の深刻さに対して“自分に責任がある”と自責的になっている回答が多かった。次に【看病の困惑や相談】と【予期悲嘆】が9件だった。

具体的には、「患者が何を希望しているのか、どう声を掛けてあげたらいいかわからない」や「何をしてあげたらいいかわからない」など看病していく上での戸惑いが語られた。予期悲嘆に関しては、「家族を失うことが受け入れられない」「家族が亡くなった後、一人になるのが不安だ」「自分の感情が不安定で落ち着かない」といった、近い将来家族を亡くすことに対する予期悲嘆が生じている者が多く存在した。

IV 考察

1. 抑うつ症状について

緩和ケア病棟入院中の患者および家族ともに、抑うつのスクリーニング尺度である二質問法の2つの質問に「はい」と答えた者が約6割、抑うつ状態の程度を評価する構造化面接であるMADRSの得点が11点以上の者が約7割であった。がん患者のうつ状態の頻度については多くの疫学調査があるが、「調査対象者の病期や身体状態、がんの種類、うつの評価方法の違いなどにより、うつ状態で0～58%」（河瀬，2008）というレビューがあるが、今回の調査結果はその上限よりも高値であり、予想以上にうつ状態が疑われる者が多かった。「医療スタッフはがん患者のうつをしばしば見過ごしている」（Fallowfield，2001）という指摘があり、患者家族のうつ状態はさらに見逃されている可能性が高いと思われる。臨床的には、うつ病の症状なのか、がんに伴う症状なのか判断が難しいケースに出会うことは少なくない。しかし、「判断が難しいような場合は、精神症状を過小評価しないためにうつ病の症状として含めるのが临床上実際であるので、推奨されている」（清水，2007）と言われている。医療者が抑うつ症状を捉える目を養い、抑うつ症状の可能性として配慮していくことが望まれる。

2. コミュニケーションの問題

今回のインタビュー項目の一つである「過去のがん医療経過の中で最も苦痛だった体験」は、過去を想起しての質問項目であり、本当にそのような体験をしたかどうかは確かではない。しかし、全てのがん医療体験の終末期に、患者または家族がその様に認知し、最も苦痛だった体験として想起していることは事実である。上位3項目「治療法が無い」と言われた体験、退院・転院を促された体験、医療への苦情体験の3つとも、Negativeな情報を相手に伝える際に、もう少し相手の苦痛に配慮したコミュニケーションを行っていたら、もう少し相手の状況を把握して発言していたら、担当医療施設と転院先の情報交換が十

分になされていたら等々、この苦痛が軽減できた可能性がある。つまり医療者と患者間のコミュニケーションの問題があることがうかがえた。がん医療における患者・医療者間のコミュニケーションの重要性は、藤森（2007）、Ishikawa（2002）、Mager（2002）など多くの研究報告がある。

「がん患者の治療過程をサポートしていくためには、患者—医療者間の適切なコミュニケーションが不可欠であること、そして、患者の気持ちに寄り添い、患者の気持ちや気がかりを探索するスキルを身につけなければならない」（小山敦子，2013）という指摘もある。

現在Negativeな情報を伝える工夫として、日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会で行っている緩和ケアのための医師の教育プログラムであるPEACEプロジェクトの中でも、コミュニケーションスキル研修として啓蒙普及活動が行われている。しかし、まだまだその啓蒙普及は不十分であり、改めてNegativeな情報をいかに伝えるか、配慮の必要性が示唆された。

3. がん患者家族の苦痛について

がん患者の家族は、患者を亡くした後、悲嘆反応が強く長期間持続し、日常生活に大きな支障をきたす複雑性悲嘆（complicated grief）と呼ばれる状態に陥る者が10～30%存在するという報告がある（中島聡美，2012）。もともと複雑性悲嘆は、災害や事故で大切な家族を突然に失った家族に生じる心理的問題として問題視されていた。しかし、がん患者家族の場合は、がん告知から始まって、長い治療・闘病生活の中で、長期的に負担を感じながら看病を続けている。しかも、本来は心配や不安な出来事を共有し、相談相手となっているはずの家族メンバーが患者として闘病生活を送っている場合が多い。その際、「家族は患者の前で自らの苦悩を話すことに躊躇することが多い」（Lederberg，1998）という報告もあり、ストレスをため込んでいく傾向がある。

一方、Boelen（2007，2008）が複雑性悲嘆の回復を妨げる要因として①自責感②喪失の状況や結果に対する事実を誤認した反芻③死を受け入れることの回避④情動不安定⑤サポートの乏しさ等を指摘している。今回のインタビューで得られた家族が感じる「現在の悩み」は、この複雑性悲嘆の回復を妨げる要因と一致している部分が多い。がん患者の家族は、患者を喪う以前の闘病生活の時点から、将来の悲嘆からの回復を妨げる要因にさらされ続けている可能性が示唆された。家族が患者を喪った後、複雑性悲嘆に陥らないような援助の必要性が示唆された。死別体験は誰もが経験する出来事であるが、人生の中で最もストレスが高い出来事の1つでもある。「回復のペースは個人差が大きい」

(Zisook, 2009)と言われ、個人差に合わせた柔軟な対応が望まれる。

また家族の苦痛の中では、「看病の困惑や相談」が2番目に多い回答だった。がん患者の家族は、「自分たちは何もできない」と無力感に苛まれていたり、「自分たちの看病が正しいのか悩んで病んでいる」場合が多いと言われ（大西秀樹ら, 2014）る。まず、家族に看病による疲労がないかどうか常に注意して見守る必要がある。その中で、家族に疲労が認められる時は、看病を続けていくためには時には休養も必要であることを説明したり、『何かしたい』という希望が伺える時は、看護師と一緒にできるケアの方法を提案・指導するなど、状況に応じた介入が必要である。

4. 今後の課題

緩和ケアでは、がん患者の家族に悲嘆が生じる前段階の看病の時期から接触がある。患者との死別後に心理的ケアを必要とする可能性のある家族を早期に発見し、適切な介入や複雑性悲嘆に陥らないための予防的介入の可能性を検討することは、非常に意義があると考えている。

また、悲嘆の過程に影響を与える媒介要因の1つとして、遺された家族（故人）に対する愛着の性質（愛着の強さや安定性）があげられている。不安定な愛着関係は、患者との死別後、悲嘆からの回復を妨げる要因になるとも考えられる。今後、がん患者家族の悲嘆について、患者との内的作業モデルの安定性（タイプ）の視点で調査を進めていきたい。そして、抑うつ症状と複雑性悲嘆と内的作業モデルの関連を検討し、今後の家族に対する心理的援助に役立てていきたいと考えている。

V 文献

- Boelen PA, et al (2007) Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(2):277-284
- Boelen PA, et al (2008) Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research* 15(157):311-314
- Fallowfield L, et al (2001) Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer* 84:1011-1015
- 藤森麻衣子ら (2007) Bad Newsをどう伝えるか. *腫瘍内科* 1(4):322-326
- Ishikawa H, et al (2002) Physician-patient communication and patient satisfac-

- tion in Japanese consultations. *Social Science & Medicine* 55:301-311
- 上島国利ら (2003) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) の日本語訳の作成経緯. *臨床精神薬理* 6:341-363
- 河瀬雅紀ら (2008) 緩和医療における精神症状と対策. *緩和医療学* 10(1): 3-9
- 小山敦子 (2013) サイコオンコロジー総論. *心身医学* 54(1):12-18
- Lederberg M, et al (1998) The family of the cancer patient. *Holland J : Psycho-Oncology*. Oxford University Press, pp237-282
- Mager, et al (2002) Communication in the cancer 'bad news' consultation : patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology* 11:35-46
- 中島聡美 (2012) がん患者・家族のストレスケア がんの遺族における複雑性悲嘆とその治療. *ストレス科学* 27(1):33-42
- 大西秀樹ら (2014) 家族と遺族のケア. *心身医学* 54:45-52
- 尾崎紀夫ら (2002) 職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート. *産業精神保健* 10:324-328
- 清水 研 (2007) うつ病・適応障害の診断と治療. *腫瘍内科* 1(4):327-332
- Whooley MA, et al (1997) Casefinding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 12:439-445
- Zimmerman M, et al (2004) Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatry Research* 38:577-582
- Zisook S, et al (2009) Grief and bereavement : what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 8:67-74

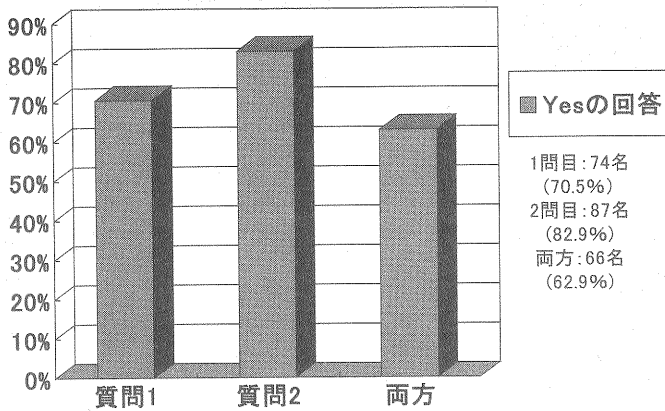


図1. 二質問法の結果

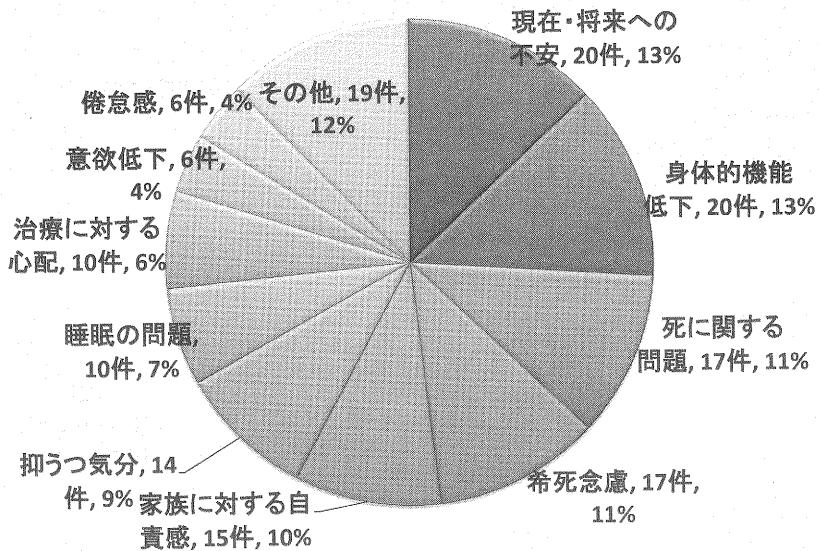


図2. 患者の現在の悩み

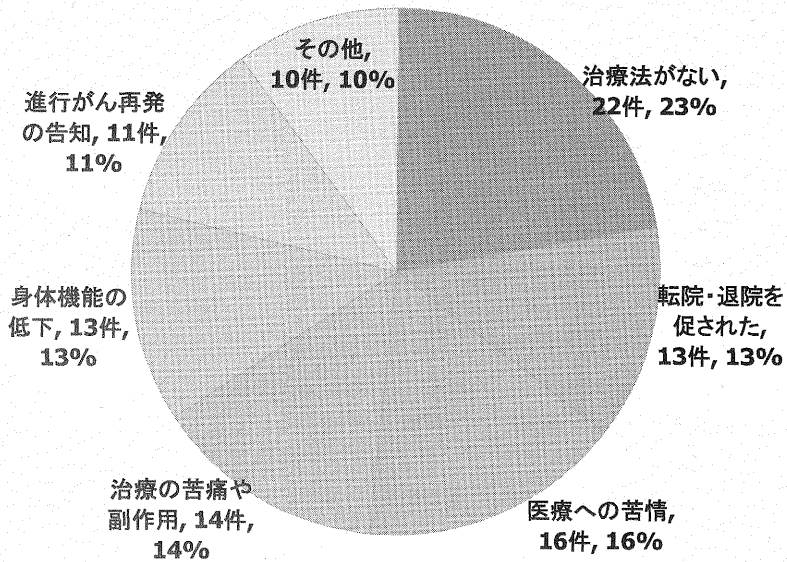


図3. 過去のがん医療経過で最も苦痛だった体験

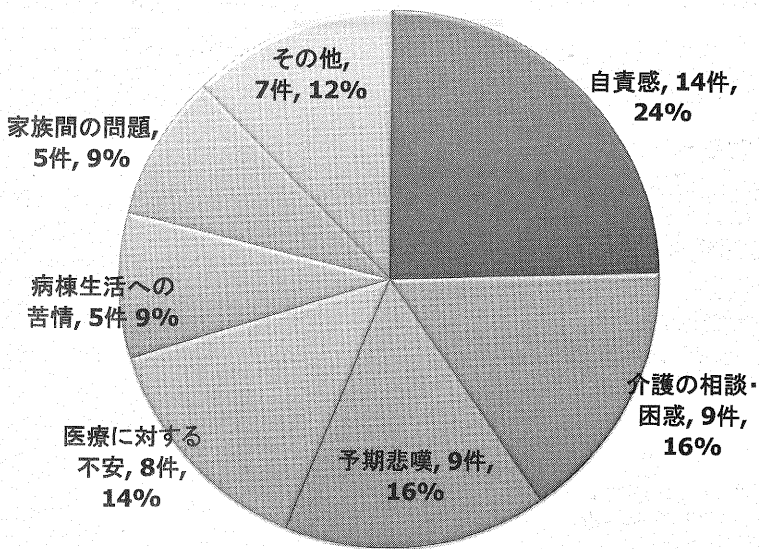


図4. 家族の苦痛