

## 第104回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## がん患者家族へのアプローチ

大西 秀樹 (埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科)

がん患者を看病する家族は患者のケアに対して参加することが当然であると従来より考えられており、実際にケアの提供者としての役割を果たしていることが多い。しかしながら、看病にあたる家族も、家族の一員ががんの疑いをかけられたときから精神・身体・社会面でのストレスを受け、そのストレスは精神疾患および身体疾患の罹患などと関連している。そのため、家族は「第2の患者」でもあり、患者と同様に治療とケアの対象でもある。

家族に対するケアは、①情緒的な支援、②柔軟性のある援助、③家族の有している恒常性の再生および非機能的な部分の修正が基本である。ケアの領域はさまざまな分野に及ぶため、社会・経済的および精神的な問題に対し、常に注意を払うことが必要とされる。また、家族は自分の苦悩を語ることを躊躇している場合も多いので、家族に対する配慮も必要になるであろう。

患者死亡後の遺族には、死亡率の上昇、精神・身体疾患罹患率上昇などが認められるため、post-vention（後治療）と呼ばれる心身両面からのアプローチが必要になる。精神医学的な観点からはうつ病の有病率が高まるので注意が必要である。

<索引用語：がん，サイコオンコロジー，家族ケア，第2の患者，遺族ケア>

**Intervention and Psychological Care for the Family Caregivers of Cancer Patients**

Recent studies demonstrated that family members of a cancer patient show as much or even higher psychological distress as the cancer patients themselves. There are several reasons for psychological distress among family members. The family of the cancer patient is expected to provide patient care. There are shared responsibilities for decision-making, providing concrete care-giving, meeting the financial and social costs, maintaining stability and adapting to change. In addition, some family caregivers are involved in direct patient care. These responsibilities place both physical and emotional burdens on the family members. It has been shown that spouses demonstrate levels of emotional and functional disruption as great or greater than that of the patient and that these problems often worsen with time, independent of the patient's mood or health. Health problems of caregivers have a very important influence on their ability to meet these demands and it is reported that care-giving affects the physical health of spouse caregivers. Some caregivers may be physically weak or sick, and some may also demonstrate symptoms of cancer. Based on these findings, family members of the cancer patient are called "second-order patients". Therefore, various kinds of care programs are needed to provide support for family members and such interventions are aimed at psychiatric, physical, socio-economic problems.

Bereavement is one of the most striking events in human experience. Although bereavement is not a disease, it is associated with excess risk of mortality and morbidity. Bereaved individuals show various physical and psychological symptoms and some of the bereaved individuals develop psychiatric disorders such as bereavement reaction, major depression and post-traumat-

ic stress disorder. Therefore, psychiatric interventions are needed for these bereaved individuals. In the bereavement care clinic, interventions are aimed at psychiatric, physical, socio-economical problems. Among the psychiatric problems, clinicians should consider major depressive disorder because of its higher prevalence, and the need for pharmacotherapy.

### (はじめに)

がんという病気は、平穩無事に暮らしていた日常に突然現れ、患者の生活および人生を根底から崩す。患者は「死」を意識し、精神的に辛い思いを経験しながら治療を受ける。このような中、家族は、付き添い、病状説明の同席、入院費の支払いなど患者の援助者として行動していることが多い。しかしながら、家族も患者同様、精神的な負荷を受けている上に、今までの生活様式を患者の援助のために変更するなど、様々な負担を抱えているのが現状である。

本稿では、このように様々な負担を抱えている家族の現状を明らかにするとともに、家族に対するケアのあり方に関して解説する。

## 1. がん患者家族の現状

### 1) がん患者家族の精神状態

がん治療は近年長足の進歩を遂げた。しかしながら、現在30万人がこの病気で命を落としており、わが国における死因の第一位である。患者はがんという病気に罹患し、「死」を意識し、先々の不確実性に直面するなど多くのストレスを受ける。このストレスは精神面に対しての負荷が大きく、不安、抑うつの原因となる。治療中がん患者の精神医学的調査では約半数の患者に精神医学的診断のつくことが知られ<sup>9)</sup>、その後の調査でも2から4割の患者に不安・抑うつが認められる<sup>32)</sup>。したがって、最近ではがん患者に対して精神的な治療介入が必要であるとの認識になりつつある。

このような状況の中、がん患者を看病する家族は患者のケアに対して参加することが当然であると考えられ、実際にケアの提供者としての役割を果たしていることが多い。しかしながら、家族も、患者が“がん”の疑いをかけられたときから患者と同様に精神的な負荷を負う。

白血病の子どもの親に関しての調査研究では、

36%が神経症性の抑うつ、13%が抑うつ気分を伴った適応障害<sup>36)</sup>、がん患者配偶者と子どもでの有病率調査では、抑うつが25%と24%、不安が27%と25%に見られている<sup>14)</sup>。前立腺がん放射線治療開始時における家族では、12%に抑うつ、40%に不安がみられるとの報告がある<sup>9)</sup>。進行がん患者を介護する家族の調査では13%の介護者に精神医学的な診断がつくが、何らかの方法で精神面での介入を受けているのは約半数であった<sup>39)</sup>。終末期がん患者家族に関する調査では、死亡前から、死亡後1ヶ月の間で約3割にうつ病を認めている<sup>31)</sup>。最近の調査では、がん患者家族の4割弱にうつ病が認められ、がん患者における割合を上回っていたという報告がある<sup>3)</sup>。

一方、頭頸部がん患者の家族では、不安、抑うつに相当するレベルにはなっていないとの報告がある<sup>7)</sup>。

しかしながら、全体として考えると、がん患者家族の10~30%に何らかの精神医学的な疾患が認められる<sup>29)</sup>。家族が呈する抑うつ程度はがん患者と同程度かそれ以上と言われ<sup>12)</sup>、検査、診断、治療、再発の諸相で消退を繰り返しながら継続する場合や<sup>22)</sup>患者の精神・身体状況にかかわりなく悪化してゆく場合がある<sup>21)</sup>。

### 2) 家族の身体状態

看病という「仕事」は心身にストレスを与えるものであるため、身体に対する影響も無視できない。

看病を行っている家族の身体状況に関する調査研究では、免疫能の低下<sup>13)</sup>、心疾患<sup>37)</sup>、慢性的な睡眠障害<sup>4)</sup>が指摘されている。また、看病に負担を感じている配偶者は、看病の必要のない配偶者と比べて63%も死亡率が高まることが報告されている<sup>34)</sup>。

がん患者を看病する家族もがんに罹患している

こともある<sup>23)</sup>。緩和ケア病棟における調査では、終末期がん患者の配偶者の4%はがんに罹患しているかまたはがんの既往があった<sup>26)</sup>。

このように看病を行う家族の健康状態は必ずしも良好ではないと理解しておくことが必要である。

### 3) 看病する家族が抱える社会的問題

海外での調査では、援助が必要な病人がいる場合、家族の約2割は看病のために仕事を辞めるか、今までの生活パターンの転換を迫られる状況になる。介護が“主たる職業”となる場合があり<sup>5,34)</sup>、3割の家族では主な収入源を失なう。治療費が家計を圧迫するため、約3割の家庭では貯蓄がほぼ底をつく。したがって、家族は看病のため、それまでの社会生活を断念し、経済的な負担が増えるなど、社会・経済面での負担が増大することが多い。

### 4) 「第2の患者」

上記に述べたように、家族は身体、精神および社会面で様々なストレスを受けている。したがって、家族のストレスは過小評価してはならず、家族は患者同様、治療およびケアの対象である“第2の患者”であるとの認識になりつつある。しかしながら、家族は自らの感情を抑えこんでいることが多いため、苦悩がそれほど高くないとみなされ、過小評価される傾向にある<sup>15)</sup>。本邦のがんセンター併診患者の調査によると、家族の受診は全体の約2~3%程度であり<sup>1,2)</sup>、上記にあげた家族の有病率、ストレスの程度などを考えると十分なケアが行き届いていない可能性がある。

## 2. がん患者の家族への介入について

いままで述べてきたように、がん患者を介護する家族は心身ともにストレスを抱えており、「第2の患者」と呼ばれるような状態にある。家族の不安は病気に関する事柄だけではないことは既に述べた。したがってケアを行うに当たっては、医学的な分野はもちろんのこと、心理社会面など様々な分野からのアプローチが必要になる。

家族に対するケアは①情緒的な支援、②柔軟性のある援助、③家族の有している恒常性の再生、および非機能的な部分の修正が基本である<sup>15)</sup>。

家族の精神面へのアプローチとしては i) 病棟スタッフへの教育と援助、ii) 精神科での治療に分けられる。

病棟スタッフへの教育としては、がん患者の家族が「第2の患者」といえるほど、精神面での苦悩を抱えており、看病に支障をきたしている場合のあること、病棟スタッフの援助で不十分な場合には専門家への併診が必要であることなどを伝えることが必要である。

精神科での治療であるが、基本は支持的精神療法である。家族の訴えを十分に聞いて、その苦悩を理解することが大切である。不安・不眠が顕著で看病に支障をきたしている場合は、睡眠薬・抗不安薬の使用を考慮する。うつ病の有病率も高いので、うつ病の鑑別診断も大切である。

家族は、看病が辛く、当惑していても「健康体」である自分たちが自ら苦悩を述べることは良くないことであると感じていることが多いので、今まで口にできなかったことも口にしてよいこと、当惑することも当然であることと伝える。上記とともに、病気とその治療についての教育、家族内調節、各種サポートの提供などについての話をを行うことが大切である。

## 3. 遺族ケアの必要性

患者の死亡は医学的な治療介入の終了を意味する。しかし、遺族にとり患者の死亡は、家族の一員をなくした精神的なショックのみならず、経済的な問題、亡くなった患者の親族との付き合いの問題等、様々な苦悩、問題を抱えながら生活することの始まりでもある。遺族の悲しみ、苦しみは患者が亡くなったまきにこの時点から始まるといっても過言ではない。Holmes, T.H. & Rahe, R.H.<sup>10)</sup> は人生の様々な場面におけるストレス度を調査し、配偶者の死が100と最も大きく、肉親の死が63と報告している。このように、死別とは人生における大きな出来事である。

このストレスはそのストレスの大きさゆえ、心と体に様々な影響を及ぼす。

死別が身体に及ぼす影響について述べたい。まず、死別と死亡率の関連であるが、配偶者を亡くした54歳以上の男性で、配偶者のいる場合に比較して死別後6ヶ月以内の死亡率が約40%上昇し、死因の4分の3は心疾患であるという報告<sup>27)</sup>、女性も死別後3ヶ月は死亡率が高くなるという報告がある<sup>19)</sup>。これらの報告後も、主に配偶者との死別を中心として研究が行われているが、死別早期には遺族の死亡率は上昇することが指摘されている<sup>17,18)</sup>。身体疾患の罹患に関しては、新たな身体疾患に罹患、および既に罹患している病気の悪化が指摘されている。しかしながら、死別経験者では医師への受診機会は増えず<sup>38)</sup>、また、悲嘆の強い人では血圧上昇、日常生活への障害などが認められるにもかかわらず、医療機関を利用する機会は減少している<sup>30)</sup>。

精神に及ぼす影響では、死別後のうつ病有病率調査で1ヶ月24%、7ヶ月23%、13ヶ月16%となることが知られており<sup>40)</sup>、また、死別後1年以内の自殺リスクも上昇することが知られている<sup>8,11,16)</sup>。

このように、死別という現象は大きなストレスで、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

#### 4. 誰に遺族ケアが必要なのか？

死別そのものは病気ではない。多くの人には専門家の介入がなくても適応できるようになる。したがって、死別を経験した遺族に対するケアは誰に行えばよいのかという問題がある。Schut<sup>35)</sup>らによれば、遺族への介入は3段階に分類される。第一段階はすべての人を対象とし、第二段階はスクリーニングにより死別後に症状を呈する可能性の高い人への介入、第3段階はうつ、PTSD、複雑悲嘆など病的な状態を呈し、介入が必要な状況にある人に対するものである。遺族全体に対してケアを行うということは効率の面から考えても現実的ではなく、特に精神面でのケアにおいて、死別で苦しんでいる人を除き、すべての人がカウンセ

リングで利益を得る訳ではない<sup>28)</sup>。したがってケアの第一歩としては自らが必要と考えている人に対して必要なケアを提供するのがよいのではないだろうか。

#### 5. 遺族への介入の意味

遺族は死別後にストレスを受け、心身に影響を及ぼすことから介入が必要であることを述べたが、このような場面で行われる介入はpostvention(後治療)という言葉で表される<sup>33)</sup>。後治療は「辛い出来事の後になされる適切な援助」を意味する概念であり、postventionという言葉自体はprevention(予防)、intervention(介入)に対応して作られた造語である。後治療は、遺族の後遺症をできるだけ少なくし、遺族に対する援助のない状態に比較するとより生産的で、苦悩が少なく、長く生きられることを目的としている。ここで、「辛い出来事」とは何かという問題が生じるが、前述したように死別のストレス度が大きいことから考えても死別は「辛い出来事」に相当すると考えても良いであろう。Schneidmanも後治療を行った症例として、担当する白血病患者を失った看護師の死別の苦悩に対するケアについて述べていることから、がんでの死別は辛い出来事であると認識していたと思う。

#### 6. 遺族介入の実際

精神医学領域における系統的な遺族介入はあまり行われていないが、埼玉医大国際医療センターでは遺族向けの外来を設け、個人精神療法、集団精神療法などを用いた対応を行っている<sup>25)</sup>。

臨床上の特徴としては、親族同士の心理的、金銭的トラブルが多いこと<sup>24)</sup>、うつ病の罹患率が高いこと<sup>40)</sup>などである。

村上<sup>20)</sup>は、故人の臨終の前より遺族の悲嘆は始まっており、よりよいターミナルケアを行うことがその後の遺族の悲嘆を和らげると指摘し、実践の方法として、援助者が患者の生前から関わるができる立場なら、スムーズなグリーフケアに移行することができ、そうではない場合は死別

にいたるまでの経過を十分理解することが大切であるとしている。家族ケアはよりよい遺族ケアにもつながってくるため、家族に対するより良いアプローチを普段から考えておくことが必要であろう。

### (おわりに)

がん医療における家族ケアについて概説した。一口に家族といっても、年齢・背景・家族構成など様々であり、家族ケアには“これをすれば大丈夫”といったものはない。家族とよりよいコミュニケーションをとりながら問題点を抽出し、共に解決方法を探るといった地道な姿勢が最も大切なのではないだろうか。また、遺族についても継続的なアプローチが必要とされることを覚えておきたい。

本稿が皆様のお役に立てば幸いである。

### (謝 辞)

稿を終えるにあたり、いつも私どもの仕事をサポートしてくれる埼玉医科大学国際医療センター岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

### 文 献

- 1) Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., et al.: Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 36; 329-332, 2006
- 2) Asai, M., Akechi, T., Nakano, T., et al.: Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. *Palliat and Support Care*, 6; 225-230, 2008
- 3) Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., et al.: Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25; 4829-4834, 2007
- 4) Carter, P.A.: Caregiver's descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum*, 29; 1277-1283, 2002
- 5) Covinsky, E., Goldman, L., Cook, E.F., et al.: The impact of serious illness on patients' families.

SUPPORT investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *JAMA*, 272; 1839-1844, 1994

6) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249; 751-757, 1983

7) Drabe, N., Zwahlen, D., Büchi, S., et al.: Psychiatric morbidity and quality of life in wives of men with long-term head and neck cancer. *Psychooncology*, 17; 199-204, 2008

8) Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., et al.: Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*, 33; 378-383, 2004

9) Fletcher, B.S., Paul, S.M., Dodd, M.J., et al.: Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol*, 26; 599-605, 2008

10) Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11; 213-218, 1967

11) Kaprio, J., Koskenvuo, M., Rita, H.: Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*, 77; 283-287, 1987

12) Kaye, J.M., Gracely, E.J.: Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J Cancer Educ*, 8; 47-52, 1993

13) Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Gravenstein, S., et al.: Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci USA*, 93; 3043-3047, 1996

14) Kinasse, D.W., Bloch, S., Burns, W.I., et al.: Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-oncology*, 3; 47-56, 1994

15) Lederberg, M.S.: The family of the cancer patient. *Psycho-Oncology* (ed. by Holland, J.C.). Oxford University Press, New York, pp. 981-993, 1998

16) Li, G.: The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc Sci Med*, 40; 825-828, 1995

17) Lichtenstein, P., Gats, M., Berg, S.: A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med*, 28; 635-643, 1998

- 18) Manor, O., Eisenbach, Z.: Mortality against spousal loss: are there socio-demographic differences? *Psychol Med*, 56; 405-413, 2003
- 19) Mellstrom, D., Nilsson, A., Oden, A., et al.: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med*, 10; 33-41, 1982
- 20) 村上典子: HIV 薬害被害遺族におけるグリーフケア. 死別の悲しみに寄り添う (平山正美編). 聖学院大学出版会, 埼玉, p.105-128, 2008
- 21) Northouse, L.L.: The impact of cancer in women on the family. *Cancer Pract*, 3; 134-142, 1993
- 22) Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., et al.: Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science Medicine*, 50; 271-284, 2000
- 23) 大西秀樹, 石川 孝, 小野瀬雅也ほか: 終末期胃がん患者を介護する乳がん術後配偶者—心理的な負荷と精神医学的なアプローチについて—. *ターミナルケア*, 11; 393-396, 2001
- 24) 大西秀樹, 奥野滋子: 遺族外来. *緩和ケア*, 15; 296-300, 2005
- 25) 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣ほか: 精神腫瘍外来. *精神科治療学* 23; 1097-1102, 2008
- 26) Onishi, H., Onose, M., Okuno, S., et al.: Spouse caregivers of terminally-ill cancer patients as cancer patients: A pilot study in a palliative care unit. *Palliative and Supportive Care*, 3; 83-86, 2005
- 27) Parkes, C.M., Benjamin, B., Fitzgerald, R.G.: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J*, 1; 740-743, 1969
- 28) Parkes, C.M.: Editorial comments. *Bereavement care*, 17; 18, 1998
- 29) Pitceathly, C., Maguire, P.: The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer*, 39; 1517-1524, 2003
- 30) Prigerson, H., Silverman, G.K., Jacobs, S., et al.: Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: a preliminary look. *Prim Psychiatry*, 8; 61-69, 2001
- 31) Prigerson, H.G., Cherlin, E., Chen, J.H., et al.: The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) Scale: a measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11; 309-319, 2003
- 32) Rodin, G., Katz, M., Lloyd, N., et al.: Treatment of depression in cancer patients. *Curr Oncol*, 14; 180-188, 2007
- 33) Schneidman, E.S.: Postvention and the survivor-victim. *Death of Man* (ed. by Schneidman, E.S.). Jason Aronson, Inc, New York, p.33-41, 1973
- 34) Schulz, R., Breach, S.R.: Care giving as a risk factor for mortality. the caregiver health effects study. *JAMA*, 282; 2215-2219, 1999
- 35) Schut, H., Stroebe, M., van den Bout, J., et al.: The efficacy of bereavement interventions: Who benefits? *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care* (ed. by Stroebe, M.S., Hansson, R.O., et al.). American Psychological Association, Washington, D.C., p.70-737, 2001
- 36) Sharan, P., Mehta, M., Chaudhy, V.P.: Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Hematol Oncol*, 16; 43-47, 1999
- 37) Shaw, W.S., Patterson, T.L., Semple, S.J., et al.: Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. *Ann Behav Med*, 19; 101-109, 1997
- 38) Thompson, L.W., Breckenridge, J.N., Gallagher, D., et al.: Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol*, 39; 309-314, 1984
- 39) Vanderwerker, L.C., Laff, R.E., Kadan-Lottick, N.S., et al.: Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol*, 23; 6899-6907, 2005
- 40) Zisook, S., Shuchter, S.R.: Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*, 148; 1346-1352, 1991