

ケアの対象としての患者の家族

がん等の身体疾患による死は、自死や事故による死亡とは異なり、ある程度死期を予期できる特徴がある。そのため、患者の家族は死別前から喪失を予期して悲しみに襲われるものである。しかし、死期を予期できるということは死別前から家族を支援できる利点として考えることもでき、死別後の悲嘆や精神的苦痛の悪化の緩和を図り、患者と死別した後の生活について事前に準備することができる。臨床的には、医療者による死別前からの家族へのケアは重要とされるが¹⁾、死別後の遺族の精神状態へ与える影響についての研究は数が少なく、構造化され有効性が示された支援方法は十分に明らかになっていない²⁾。ここでは、がんを中心とした生命を脅かす疾患をかかえる家族の状況を整理し、家族に対するケアについて述べる。

1 がん医療などにおける患者の家族の状況

家族には、患者の日常生活や気持ちを支え、患者の医療に関して状況を共有して介護を担っていく介護者としての立場と、家族が病気を患うことにより発生する多様なストレスによる負担をかかえる一個人としての立場がある。特に、医療現場においては、患者中心に物事が進み、家族に対しては介護者としての役割が期待されることが多い。諸外国では、家族は *informal caregiver* と表現されることが多く、*formal caregiver* と呼ばれる医療者や介護者とは異なり、金銭などの利益を得ることはなくケアを提供する存在とされる。さらに、普及が図られているアドバンス・ケア・プランニングにおいては、家族は患者が意思決定能力を失った時の代理決定者としての役割を担っていくことが望まれると示されている³⁾。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁴⁾においても、患者本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族などを患者の意思を代理する者として前もって定め、患者本人、家族などと医療者が繰り返し話し合いをしていくことの重要性が明記され、患者の支援をしていく立場がより一層強調されるようになってきている。

2 患者の家族がかかえている問題

家族は身体的、精神的、社会的、実存的な問題を多くかかえている。その要因の一つとして、家族は実質的なケアを患者に提供することが求められていることにある。患者の介護や症状管理、見舞いや付き添い、患者への情緒的な支援など、様々である。また、治療方針の決定や終末期の過ごし方などに関する意思決定への参加においても家族への負担は大きい。他にも、入院費や治療費などの経済的問題や、介護による新

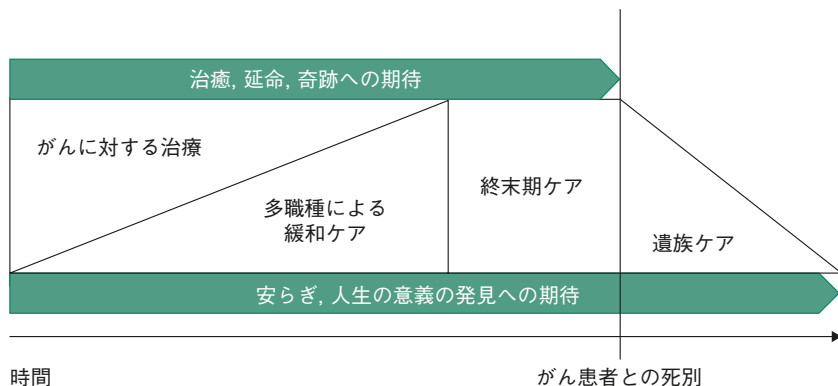


図5 緩和ケアモデル

〔Ferris FD, et al. 2002⁷⁾; Liben S, et al. 2008⁸⁾より引用改変〕

しい生活への適応の問題がある。一部の家族においては休職や退職を余儀なくされたり、友人や他の家族との時間を十分に作れず社会から孤立してしまうことも少なくない。介護という行為だけでも大きな負担であり、それに伴い身体面だけでなく精神面にも影響を及ぼす。家族のうつおよび不安の有病率はそれぞれ42%および46%とされ⁵⁾、それは患者と同等あるいはそれ以上とまでいわれている⁶⁾。

さらに、がん等の生命を脅かす疾患をかかえる患者の家族の心理的な反応の特徴として、患者との死別を予期し、実際の死別の前に悲嘆が開始されることがある。これを予期悲嘆（anticipatory grief）と呼ぶ。予期悲嘆は、患者を近いうちに喪失することに対する反応として生じるものであり、死別後に生じる悲嘆反応と同様に悲しみなどの感情を伴う苦痛をもたらすものである。

3 緩和ケアモデルにおける家族ケアの位置づけ

代表的な緩和ケアモデルにおいて、遺族ケアはモデルのなかに明確に位置づけられ、患者だけでなく家族に対しても身体的、精神心理的、社会的、スピリチュアルなニーズに対応することと説明されている⁷⁾（図5）。医療者による支援は、がんの治療中では、患者の治癒や延命、奇跡への期待を家族と共に願うことにあり、終末期に近づくにつれて患者や家族の希望を支え、安らぎや人生の意義や目的を見出していく支援に変化していく。このような経過を共に寄り添うことが緩和ケアモデルにおける支援として示されている⁸⁾（図5）。

4 家族への対応

死別前の家族の抑うつは、遺族となった後の抑うつと関連するということが示されている⁹⁾。死別後の悲嘆反応やうつ症状などの精神的苦痛に関連するリスク要因はいくつかあり、そのなかには、死別前に介入することで、死別後の精神的苦痛を緩和で

きるような要因が含まれている。死別前の家族に介入を行うことが、遺族となった後の精神症状などのアウトカムを改善するかどうかを明らかにした研究は少ないが、死別前からの家族ケアが有効である可能性は示唆されている。

1) 予期悲嘆

予期悲嘆については、臨床的には、終末期の患者の家族の心理状態の理解に役立つため、家族の状態をアセスメントしていく際には重要な視点となる。家族が死別前にあらかじめ予期悲嘆を経験しておくこと、急に亡くした時よりも死別後に生じる悲嘆は緩和される可能性がある¹⁰⁾。一方で、予期悲嘆が強く、患者の死を迎える準備ができていない人は死別後の複雑性悲嘆やうつ症状をかかえる可能性が高いとされる¹¹⁾。

患者が存命中の家族ケアの現場では予期悲嘆を適切に取り扱うことが重要とされている。しかし、予期悲嘆に対応していくことで、死別後の悲嘆が軽減されるかについては、すべての研究で同じ結論が得られているわけではなく、賛否両論がある状況となっている。

2) 家族間の関係性

死別後の精神的苦痛に関連するリスク要因として、患者と家族の愛着の問題が知られている¹²⁾。Kissaneらが開発したfamily focused grief therapy¹³⁾では、家族の死別反応の軽減の予防を目的に、終末期から死別後に家族を中心に介入することで家族の機能を高める。そのプログラムの内容は、①家族内での衝突を探索する、②考えや気持ちを話す、③家族間の問題を扱う、であり、4～8回のセッションから構成される。家族間での衝突や問題が生じている家族においては、死別後のうつ症状の軽減に有用であることが示されている。

一方、死別前の家族のニーズや、病的な不安や抑うつに対して介入を行い、それらの効果を検証した研究も進められている。そのような介入プログラムにより、家族の不安、抑うつ、患者との間のコミュニケーションの改善などの効果が示されつつある^{14,15)}。

例えば、介護者としての役割への支援として、介護やケアの方法に関する情報提供が有用とされる¹⁶⁾。また、家族がかかえているストレスに対して、うまく適応できるよう対処方法を共に考えていくことが重要である。一般的に問題を回避したり、アルコールなどに依存するコーピングは不安や抑うつを悪化させる。家族は自分自身の健康を維持していくことが重要であるが、患者のために時間や労力を割くことが求められるため、家族は以前より健康状態が悪化してしまうことがある¹⁷⁾。健康の維持のために、セルフマネジメントを適切に行っていくように伝えていくことも重要である。

5

おわりに

家族は、患者にとって重要な介護者でありながらも、「第二の患者」と呼ばれるよう

に患者同様にケアの対象である。がん等の予後予測が比較的可能な疾患で患者が亡くなる場合には、遺族ケアは患者が生きている段階から始めることができる。家族のかかえている苦悩を理解しつつ、家族がその時の状況でできることを支援していくことで、少しでも心残りが軽減されるよう意識し、死別後に生じるかもしれない後悔をはじめとするさまざまな苦痛が緩和されることを目指す家族ケアが全国で提供されていくことが望まれている。

(加藤雅志, 竹内恵美)

II 文献

- 1) Ghesquiere AR, Patel SR, Kaplan DB, et al. Primary care providers' bereavement care practices: recommendations for research directions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29: 1221-9
- 2) Hudson P, Hall C, Boughey A, et al. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliat Support Care* 2018; 16: 375-87
- 3) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017; 18: e543-e551
- 4) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018
- 5) Geng HM, Chuang DM, Yang F, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: e11863
- 6) Braun M, Mikulincer M, Rydall A. Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4829-34
- 7) Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 106-23
- 8) Liben S, Papadatou D, Wolfe J. Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas. *Lancet* 2008; 371: 852-64
- 9) Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, et al. Predictors of postbereavement depressive symptomatology among family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer* 1997; 5: 53-60
- 10) Fulton R. Anticipatory mourning: a critique of the concept. *Mortality* 2003; 8: 342-51
- 11) Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, et al. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clin Psychol Rev* 2016; 44: 75-93
- 12) Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 201-10
- 13) Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, et al. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1208-18
- 14) Lewis FM, Griffith KA, Alzawad Z, et al. Helping Her Heal: Randomized clinical trial to enhance dyadic outcomes in couples. *Psychooncology* 2019; 28: 430-38
- 15) Li J, Luo X, Cao Q, et al. Communication needs of cancer patients and/or caregivers: a critical literature review. *J Oncol* 2020; 2020: 7432849.
- 16) Hudson P, Thomas T, Quinn K, et al. Teaching family carers about home-based palliative care: final results from a group education program. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 299-308
- 17) Beesley VL, Price MA, Webb PM. Australian Ovarian Cancer Study Group; Australian Ovarian Cancer Study—Quality of Life Study Investigators. Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2011; 19: 1949-56