

# 4 気持ちのつらさの背景

## 1 気持ちのつらさに関連する要因（心理モデル）

### 1) 気持ちのつらさに関連するモデル

Engel<sup>1)</sup>が提唱した生物-心理-社会モデルでは、心理的な問題や身体的な症状・病気は、個人の身体的特徴や疾病・障害の有無などの生物学的要因、パーソナリティ、コーピング、感情、信念などの心理学的要因、および家族関係や友人関係、経済状況などの社会学的要因が相互に影響し合うことによって生じると考えている。すなわち、がん患者の気持ちのつらさを扱う際にも、生物学的・心理学的・社会学的要因を複合的に捉えることが望ましいといえる。

また、医療では、患者が経験している苦痛を「身体的苦痛」「精神的苦痛」「社会的苦痛」「スピリチュアルペイン」といった4つの苦痛、すなわち「全人的苦痛（トータルペイン）」と捉え、これらは相互に関連し合うという考え方がある<sup>2)</sup>。例えば、病気や治療の副作用から生じる痛みや身体症状のあるがん患者は、これらの身体的苦痛から気分の落ち込みや不安を感じ、がん罹患、再発、および転移などに対して不安や恐れを感じる。さらに、仕事や家族の問題、経済的な問題、そして人生の意味への問い、今後に対する見通しをもちにくといった不確実性の問題など、社会的苦痛や実存的苦痛から、気分が落ち込んだり不安を感じたりすることもある。このように、精神的苦痛は他の3つの苦痛に影響を受けるが、その逆に、精神的苦痛が3つの苦痛に影響を与えることもある。

がん患者の気持ちのつらさに対するパスウェイモデル<sup>3)</sup>では、神経生物学的変化、痛みや身体症状といった「がんによる生物学的ストレス」と、病気の時期、障害の程度、そしてがんによって受けた心理社会的な衝撃やアイデンティティの変化などの「心理社会的ストレス」とが相互に影響しながら、がん患者の気持ちのつらさが生じることを示している。これら2つのストレスは気持ちのつらさに対する複合的な危険要因であるが、これら2つのストレスと気持ちのつらさとの間には、年齢、性別、ライフステージ、過去の経験、パーソナリティ、コーピング、ソーシャルサポートなどの「個人内要因と個人間要因」といった防御要因が介在する。この「個人内要因と個人間要因」の防御要因の介在によって、気持ちのつらさが中程度（正常範囲内）になる場合もあれば、適応障害、あるいは抑うつ障害や不安障害を発症する場合もある。そのため、この防御要因について理解することは重要である。

図1は、これらの理論をまとめて気持ちのつらさに関連する要因について図示したものである。

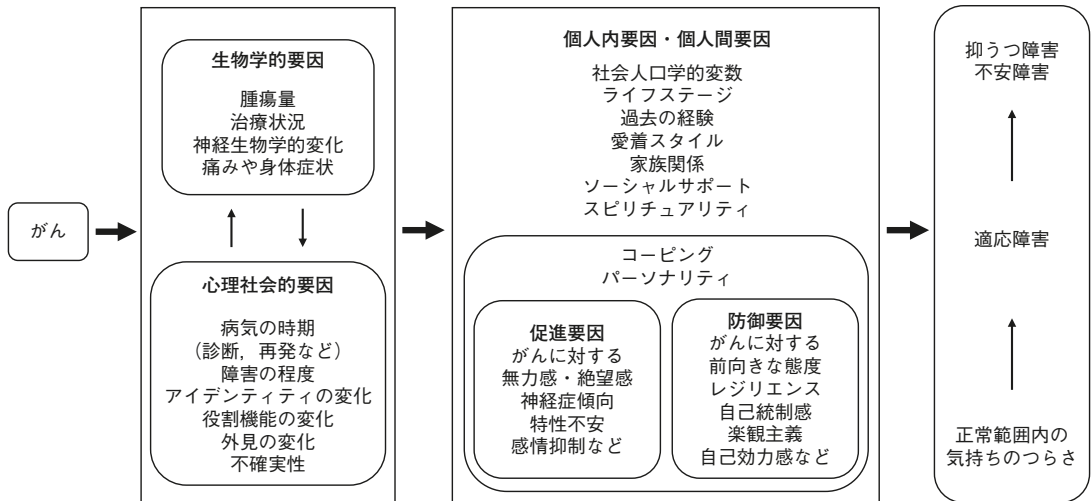


図1 気持ちのつらさに関連する要因

[Breitbart WS, et al., eds. Psycho-oncology, 2nd ed. Oxford University Press, 2010<sup>3)</sup>を参考に作成]

## 2) 気持ちのつらさや心理的適応の考え方

がんに対する心理社会的適応に関する研究が行われるようになった当初は、がん罹患による精神的衝撃の大きさや無力感といった患者の脆弱性を強調していたが、認知的評価理論を提唱した Lazarus ら<sup>4)</sup>の影響を受けて、認知的評価とコーピングに注目して、がん患者の気持ちのつらさについて検討されるようになった。その後、ネガティブな状態からポジティブな機能へと着眼点を転換した Seligman らのポジティブ心理学の発展<sup>5)</sup>により、がん医療においてもポジティブな側面を重視する傾向がみられるようになる。すなわち、従来の心理学では、長期間ストレスフルな状況に晒された人は心理的問題を生じやすいと考えられていたが、個人のもつ強みや優れた機能に着目して、心理的問題の予防やQOLの向上について取り組むようになってきた<sup>5)</sup>。前述した気持ちのつらさのパスウェイモデルにおいても、防御要因が介在することによって、がん患者の気持ちのつらさの程度はスペクトラムに変化すると考えている。ここでは、気持ちのつらさに対する促進要因と防御要因について、主にコーピングとパーソナリティから説明する。

## 3) コーピングとパーソナリティ

Lazarus ら<sup>4)</sup>は、コーピングを「負荷をもたらす、もしくは個人の能力や技能を使い果たし、自分ではどうすることもできないと評価された特定の外的・内的な要求に対して、適切に処理し統制するために行われる、絶えず変化していく認知的・行動的努力である」と定義している。ストレスコーピング理論では、潜在的なストレッサーによる健康への影響は、ストレッサーに対する「認知的評価」と「コーピング」の結果として生じるものであり、特定のコーピングが適応的であるか否かを判断することは難しいと考えている。例えば、コーピングにはストレスフルな状況そのものを解決するために行われる問題焦点型コーピングと情動的な苦痛を軽減させるために行われる情動焦点型コーピングとがあるが、ストレッサーをコントロールできると判断した場合には問題焦点型コーピングが、コントロールできないと判

断した場合には情動焦点型コーピングがストレス反応には有効であるとされている<sup>6)</sup>。また、コーピングはパーソナリティとは異なり、個人が意識して努力して行うプロセスであり、意識しないで行われる行動や思考作用によるものではない。

一方、がん罹患という死を連想する状況のなかでは、ある程度、不適切、あるいは適応的なコーピングや認知が見出されている。例えば、helplessness/hopelessness（がんに対する無力感・絶望感）の高い患者は抑うつが高いが、fighting spirit（がんに対する前向きな態度）の高い患者は抑うつが低いことが報告されている<sup>7)</sup>。

気持ちのつらさに対する促進要因として、神経症傾向、特性不安、感情抑制傾向などがある（図1参照）。神経症傾向の高いがん患者は、コーピングが不得手で、ネガティブな感情を感じやすく、抑うつと結びつきやすい<sup>8)</sup>。また、特性不安が高いがん患者も、抑うつや不安を感じやすい<sup>9)</sup>。そしてネガティブな感情の表出を抑制するがん患者は、がんに対するネガティブな感情を一人でかかえ込み、抑制するため、結果として抑うつや不安が強くなることが示唆されている<sup>9)</sup>。

一方、気持ちのつらさの防御要因として、レジリエンス、首尾一貫感覚、楽観性、自己効力感などがある（図1参照）。レジリエンスとは、「心的外傷や逆境、悲惨な出来事、進行中の重要なストレスに直面しても適応を示す過程や能力」（アメリカ心理学会）と定義され、「現実的な計画を立て、それを実行する手段を講じる能力」「自分自身に対するポジティブな見方や、自分の強さや能力についての自信」「コミュニケーションと問題解決のスキル」「強い感情や衝動を取り扱う能力」といった4つの能力で構成されている<sup>10)</sup>。がんという困難な体験のなかでも、多くのがん患者がこのレジリエンスを示すことが報告されており、がんというストレスに向き合うなかで病気になった意味を考え、新しい世界観を獲得するなど、ポジティブな感情や自己成長を経験することが示されている<sup>11)</sup>。類似の概念に、自身の生活・人生は自分で形作るものであると考える「コントロール可能感」、物事に積極的に関与しようとする姿勢の「コミットメント」、人生の変化を脅威とみなさず、成長するための刺激と捉える「チャレンジ」を好むという特徴をもつハーディネスがある<sup>12)</sup>。ハーディネスが不快な出来事をストレスと認知せずに取り組む強さであるのに対して、レジリエンスは、ストレスによる苦痛から立ち直る強さ、すなわち精神的回復力を表すという点で、がん医療では特に注目される。さらに、レジリエンスを促進する首尾一貫感覚は、自分の日常生活や人生に直面する問題などについて把握する力である「把握可能感」、直面した問題に対し、自分で処理できるという「処理可能感」、自分が直面する問題に対する意味を見出すことのできる「有意味感」から構成されている<sup>12)</sup>。そして、楽観性の高さやソーシャルサポートもレジリエンスを促進する要因である<sup>13)</sup>。その他、がんに対して自分で対処できるという自己効力感、特に情動統制の効力感が高いがん患者は、抑うつや不安が低いことも報告されている<sup>14)</sup>。

#### 4) まとめ

がん患者の気持ちのつらさの関連要因には、病状、身体症状、治療状況といった生物学的要因や、がんによる心理社会的衝撃、人生の軌跡、アイデンティティの変化といった心理社会的要因などがあり、これらの危険要因が複合的に関係している。一方、コーピング、パーソナリティ、家族関係、およびソーシャルサポートなどの個人内・個人間要因が、がん患者

の気持ちのつらさの防御要因として介在しているため、これらの要因を含めて気持ちのつらさについて理解して支援する必要がある。

(岩満優美)

## 引用文献

- 1) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36
- 2) 岩満優美. 生物-心理-社会モデル. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp34-35, 丸善出版, 東京, 2019
- 3) Li M, Hales S, Rodin G. Part VIII Psychiatric disorders. Chapter 41 Adjustment Disorders. In Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB et al, eds. *Psycho-oncology*, 2nd ed. pp303-10, Oxford University Press, New York, 2010
- 4) Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishment, New York, 1984 (本明寛, 春木豊, 織田正美 監訳. ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究, 第6版, 実務教育出版, 東京, 2000)
- 5) 杉山匡. ポジティブ心理学. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp 30-1, 丸善出版, 東京, 2019
- 6) 田中佑樹, 嶋田洋徳. ストレスコーピング. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp 140-1, 丸善出版, 東京, 2019
- 7) Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354 (9187): 1331-6
- 8) Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45: 456-63
- 9) 岩満優美. サイコオンコロジー研究—がん患者の心理特性, 心理的苦痛および心理療法について—. 健康心理研 2015; 27: 209-16
- 10) 小塩真司. レジリエンス. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp92-3, 丸善出版, 東京, 2019
- 11) Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 208
- 12) 戸ヶ里泰典. 「困難に向き合い対処する力」を知る. *看護* 2018; 70: 76-81
- 13) Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, et al. Interventions to promote resilience in cancer patients. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 865-72
- 14) 平井啓, 鈴木要子, 恒藤暁, 他. 末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度の開発の試み. *心身医* 2001; 41: 19-27

## 2 病期・各治療段階など、各場面に特有の気持ちのつらさと対応の考え方

### 1 診断直後

がんの診断は患者の生命を脅かし人生を一変させる出来事であり、多くの人が今までに経験がないほどのショックを受ける<sup>1-4)</sup>。「頭が真っ白で医師の話をほとんど覚えていない」という声は珍しくない。その後がんの診断を信じられずに否定する(例:「どこも痛くないし、がんのはずがない」「誰かの結果と間違えたのだ」)<sup>1-3)</sup>。これは衝撃的な事実から自分を守るための否認と呼ばれる防衛機制である。否認には濃淡があり、がん治療に影響を及ぼすような強いものから一時的で弱いものまで幅広い。ここでの否認は一時的なことが多い。事実が揺るがないことを受け止めて、怒り、不公平感、恐怖、不安を感じる(例:「なぜ自分だけがこのような目に遭うのか」「病気になるような悪いことはしていない」「がんという言葉を見るだけで怖い」「寝ても覚めても不安で頭がいっぱい」)<sup>1-4)</sup>。それまでは他人事のように思っていた死を現実的に考えるようになり、実存的な不安、悲しみ、喪失感、無力感、気分の落ち込みを経験する(例:「自分はいなくなる。家族や友人と会えなくなる」「もう子どもの成長を見ることはできない」「夢も将来もすべて失ってしまった」「もうどうしようもできない」)<sup>1-4)</sup>。

患者の支えになるものは、家族、担当医をはじめとした医療者、友人などの信頼できる人の存在と相手の心情に寄り添う人間性豊かなコミュニケーションである。涙を流せばそっと見守り、不安を口にすれば耳を傾け、治療と生活に必要な情報を正確に伝えて、時に励まし、質問があれば丁寧に答えて、これから先のことを一緒に考えるというコミュニケーションが幾度となく繰り返されるなかで、患者は安心感を覚え、希望を見出し、前へ進む意欲が湧いてくる<sup>1-3,5,6)</sup>。不安は消えずに存在しても、共に歩めるようになる。一連のコミュニケーションのなかで、がん診断直後に気持ちがつらくなることは自然で、一般的な見通しとして少しずつ気持ちの安寧を取り戻していくことや、つらさが続いたり強まったりすることがあれば、専門的なサポート・チームに相談できることを伝えることも、不安の低減と安心感の獲得につながる<sup>1-3)</sup>。

がんの診断から適応が始まるまで1週間から10日程度かかるとされるが、気持ちのつらさの変化は一律ではないので、モニタリングを続けることが大切である<sup>4)</sup>。その際につらさと支障の寒暖計をはじめとしたスクリーニング・ツールを用いることは有用である<sup>7,8)</sup>。気持ちのつらさが自殺につながることもある。適応障害やうつ病をはじめとした精神疾患が疑われる場合、スクリーニング・ツールでカットオフ値以上の場合、精神疾患かどうか明確でなくても患者がつらそうにみえたり困ったりしている場合には、精神科や心療内科、緩和ケアチームなど専門的なサポート・チームと共に気持ちのつらさに対応していくことを検討する。

(大庭 章)

## 文献

- 1) 内富庸介. がんに対する通常の心の反応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp8-20, 創造出版, 東京, 2014
- 2) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学クイックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2009
- 3) Krieger T, Salm S, Dresen A, et al. Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. J Cancer Res Clin Oncol 2023; 149: 3859-70
- 4) Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, et al. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: a meta-analysis. Br J Cancer 2021; 125: 1582-92
- 5) 松島英介. 適応障害への対応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp105-13, 創造出版, 東京, 2014
- 6) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. 精神療法. 精神腫瘍学クイックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編) pp163-180, 創造出版, 東京, 2009
- 7) 清水研. うつ病への対応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp91-104, 創造出版, 東京, 2014
- 8) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 91-9

## 2 治療中

治療方針を決める際には、手術、全身麻酔、抗がん剤治療といった侵襲的な治療行為への恐怖、治療の影響が日常生活に及ぶことへの不安、意思決定の葛藤が生じる<sup>1,2)</sup>。

手術が行われると、身体部位の喪失、傷跡、顔や四肢のむくみなどの外見の変化が生じて、喪失感や自尊心の低下、気分の落ち込みを経験する<sup>3,4)</sup>。手術の部位次第では、発声機能、排泄機能、性機能が低下もしくは喪失して、対人コミュニケーションと関係性に影響を及ぼし、外出や性行動などの活動性にも影響が及ぶ。患者が心の準備をできるように、事前に治療の効果と予想される後遺症、対応策を説明する<sup>1,2)</sup>。術後のアピアランス・ケアやリハビリテーションも検討する<sup>1)</sup>。信頼できる相手に心情を話して悲しむことは、喪失を経験した人にとって大切な方法の一つである。

化学療法や放射線治療に伴う有害事象には、脱毛、皮膚の変化、下痢、便秘、悪心・嘔吐、食欲低下、末梢神経障害などがあって、身体的な苦痛のみならず、喪失感や気分の落ち込み、不安につながる<sup>3-5)</sup>。特に脱毛については、女性乳がん患者から「乳房切除よりも脱毛の方がショックだった」との声が聞かれるほど、与える影響が大きい。治療に伴う有害事象と対応策を事前に説明して、患者の症状に合わせてウィッグの相談や皮膚のケア、薬物療法などの対応を行う。悪心・嘔吐のなかには、条件づけが働いて治療を実施する前から症状が出現する予期性悪心・嘔吐がある<sup>2)</sup>。治療開始時から治療の催吐性に応じた的確な制吐療法を行う<sup>6)</sup>。

事前の説明と有害事象への対応をしても、患者が治療中に気持ちのつらさを経験することは一般的である。治療中の気持ちのつらさには、包括的なアセスメントに基づいて多職種で多面的に対応する<sup>1,2)</sup>。例えば、気持ちのつらさの背景につらい身体症状があれば症状緩和を図り、医療費の心配があれば費用の見込みと社会保障制度を説明する。休みがちな職場でのコミュニケーションで苦悩していればコミュニケーション上の対処を検討し、弱音を吐けずにリラックスできる場がなくて困っているのであれば、気持ちを落ち着けて話せる時間をつくれるように検討する。

医師、看護師はもちろんのこと、心理士、がん相談支援センターの相談員、薬剤師、理学

療法士，作業療法士，言語聴覚士などの多職種がそれぞれの特性を活かして患者をサポートする。治療中も気持ちのつらさのモニタリングを続ける。気持ちのつらさを尋ねてモニタリングすることには，つらさを知るという意味と常につらさに関心を向けてサポートする準備があることを伝えるという意味がある。患者の気持ちのつらさに合わせて，精神科や心療内科，緩和ケアチームなど専門的なサポート・チームと共に対応する。

(大庭 章)

## 文献

- 1) 内富庸介. がんに対する通常の心の反応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp8-20, 創造出版, 東京, 2014
- 2) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学ティックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2009
- 3) Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, et al. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2017; 165: 229-45
- 4) Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, et al. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 299-317
- 5) Nayak SG, Sharan K, Chakrabarty J, et al. Psychosocial distress of head neck cancer (HNC) patients receiving radiotherapy: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2022; 23: 1827-35
- 6) 日本癌治療学会 編. 制吐薬適正使用ガイドライン 第2版 一部改訂版 ver.2.2, 金原出版, 東京, 2018 <http://jsco-cpg.jp/item/29/index.html>. (2023年2月17日閲覧)

## 3 再発・根治不能の告知とその後

### 1) 再発・根治不能の告知時の気持ちのつらさの特徴と対応

がん治療の進歩は目覚ましく5年生存率は年々上昇しているものの，進行・再発固形がんの多くは治療困難である。「再発＝死に近づく」というイメージや，再び治療に挑まなければならない覚悟が求められること，それでも根治を目指すのは難しくなることなどから，受ける衝撃の程度は計り知れない。再発を告げられた患者の心理過程は，がん診断時のように，衝撃，否認，絶望，怒りを経て，新たな状況への適応をたどるといわれているが，がんの知識ががん診断時と比較し豊富に集積されている分，再発すると根治不能であることや予後が限られることなど事態が深刻であることを理解でき，そのため現実を否認しきれず，大きく打撃を受ける場合がある。2週間程度経過するなかで通常の生活ができる水準に戻るといわれているが，なかには「適応障害」や「うつ病」といった精神医学的な介入が必要な場合もある<sup>1)</sup>。

再発したがん患者へ接する医療者には，がん診断告知の際と同様，受容，傾聴，支持，共感の姿勢が求められる<sup>2)</sup>。そして，引き続き最善の治療を提供していくことを伝え続けることが重要である。時に，再発・根治不能の告知を受けたことで，怒りを医療者に向ける者に出会うかもしれない。がんになったことに対する怒りや無念さを家族や医療者に向ける場合が一般的であり，置き換え（防衛機制）によると考えられる。このような反応が認められた場合は，背景に高度な心理的苦痛が存在<sup>3)</sup>しているため，表面的な対応ではなく心の奥底に潜んだ患者の苦しみに焦点を当てることが大切である<sup>4)</sup>。怒りを向けられると，医療者にも

怒りや拒否感、嫌悪感、無力感など好ましくない感情が沸き上がるのは人として自然なことだが、医療者が自身の陰性感情に気づかずにいると、無意識のうちに患者を避ける行動につながり、その結果、患者の怒りの背景にあるつらさに気づくことができなくなってしまう。怒る患者は「理解してもらいたい」と願っていることを忘れず、怒りを向けられた時には、医療者自身の陰性感情と対峙しながら、怒りに巻き込まれすぎず、傾聴、共感の姿勢で対応することが必要になる。

治療の意思決定をする際は、不安を回避するために早急に決めてしまうのではなく、じっくり考える必要があることを患者に説明することは大切である。がん治療の進歩により、治療の選択肢は増加している。しかし、がんの治癒が望めない以上、今後の治療目標は治癒から延命とQOLの保持に変化することを患者自身が理解し、この先何を大切に生活していくかについて熟考したうえで、がん治療を決定できることが望ましいだろう<sup>5)</sup>。

## 2) 進行期の気持ちのつらさの特徴と対応

治療が進むにつれ、患者はいつか訪れるがん治療の中止に対する不安をかかえる。抗がん剤治療が一次治療、二次治療と進むにつれて、「使える薬はあといくつあるのか」「抗がん剤が効かなくなったらどうしたらいいのか」などの気持ちを表出する者も多い。また全身状態や有害事象によって、急な治療の中止を余儀なくされるなど、突然の決定に啞然とする場合も少なくない。そのため、今後出現する身体症状やがん治療の見通しについて日頃から話をしておくことは、がん治療中止や終末期に対する心の準備には重要となるだろう。厚生労働省は、自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人達と話し合い、共有するために、繰り返し患者・家族と医療者の間で話し合いをもつことを推奨している<sup>6)</sup>。「重篤な病気を持つ患者へのケアプログラム (Serious Illness Care Program : SICP)」の話し合いの手引き<sup>7,8)</sup>では、話し合いに対する心の準備を確認した後、患者の病状に対する理解や意向の確認を行い、今後の見通しや患者の価値観、生活上の目標、信条など大切にしていることを共有し、それに沿った治療選択の支援をすることとなっている。そして、このような話し合いを行うことで、患者中心の医療やケアの提供が可能となり、不安や抑うつといった気持ちのつらさが改善することが報告されている<sup>9)</sup>。

痛みをはじめとした苦痛症状が出現することへの不安をかかえている者も多いため、苦痛の軽減や緩和に努めることを保証するのは大きな安心につながる。これまでできていたことができなくなることや、人に頼らなければならなくなることなどの自律性の喪失に伴う苦痛に対しては、喪失感を最小化し価値観を尊重した日常ケアを提供できるように努める<sup>10)</sup>。例えば食事介助が必要な状態だとしても、食べる順番は本人の意思に沿うなど、一見些細なことでも本人の意思を尊重した関わりを重ねることは、患者自身の尊重されているという気持ちにつながる。

病状進行とともに、より身近に迫った死に対する防衛機制として、時に否認が用いられる。医師からの病状説明だけを不自然に忘れていたり、軽く捉えているように医療者に映る場合などである。患者のこのような態度は、時間が残り少ないことに焦る医療者との間にギャップを生む。理解力が乏しい患者として繰り返し説明の席を設ける働きかけになりがちだが、

患者が自身の心を守るために行っている無意識の反応として理解し、患者に明らかな不利益が生じていない限りは、否認を尊重することも必要である<sup>5)</sup>。例えば、「あと20年生きて孫の成人した姿を見るんだ」など、医療者からみて実現不可能と思われる希望を表出された場合は、それを真っ向から否定するのではなく、「成人した姿を見たいと思っていらっしゃるんですね」というような対話を重ねることは、気持ちのつらさの緩和には有効だろう。

(梅澤志乃)

## 文献

- 1) Massie MJ. 正常反応と精神障害. Handbook of Psychooncology (Holland JC, Rowland JH, eds). pp255-63, メディサイエンス社, 東京, 1993
- 2) 明智龍男. 精神療法. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp167-84, 創造出版, 東京, 2012
- 3) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介. 進行・終末期がん患者に対する精神療法. 精神誌 2004; 106: 123-37
- 4) 大西秀樹, 奥野滋子. がん患者への精神療法. 緩和医療学 2005; 7: 152-8
- 5) 内富庸介. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2012
- 6) 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. 2018 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf> (2023年2月16日閲覧)
- 7) Bernacki RE, Block SD; American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med 2014; 174: 1994-2003
- 8) 竹之内沙弥香. 重篤な病気を持つ患者との話し合いとその課題について ACP支援のプログラム SICIPの意義とエビデンス. 看管理 2020; 30: 128-39
- 9) Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the serious illness care program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2019; 179: 751-9
- 10) 森田達也, 福田かおり. スピリチュアルペインを和らげるための日常的なケアの工夫. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp50-70, 青海社, 東京, 2017

## 4 終末期

### 1) 抗がん治療中止の知らせ

終末期は、一般的に治癒の可能性がなくなり、予後が概ね6カ月の時期と定義される。この時期に入ると、患者は抗がん治療が続けられないことを告知される。身体の重篤さが増す分、再発時より病状を受け入れざるを得ない面もあるといわれているが、多くの患者にとってつらい知らせであることには変わりないため、伝え方については十分な配慮が必要である。抗がん治療中止の告知を実際に受けた患者の意向調査<sup>1)</sup>では、「つらい症状や困っていること、気がかりなことに関する話を十分きいてほしい」「痛みをはじめ、緩和ケアで身体症状をコントロールできることを伝えてほしい」「現在の病気の状態および今後出現する身体症状について説明してほしい」が高い傾向にあった。この結果から、医療者には「つらい症状はないですか?」「困っていることはないですか?」「気がかりなことはないですか?」など積極的に尋ね話しやすい雰囲気をつくること、苦痛症状は緩和できることや和らげるために医療者が努力することを伝えること、そして現在の状態とこの先の身体症状の出現の見通しを説明することが求められる。そして、これらのコミュニケーションは、治療目標が治癒から延命に変わった時点から重ねておくことで、患者中心の医療やケアの提供が可能となり、気持ちのつらさの緩和につながる事が報告されている<sup>2)</sup>。

## 2) 終末期の気持ちのつらさの背景にある精神医学的問題

緩和ケアの現場において、進行・終末期がん患者の10～30%程度に希死念慮や安楽死の希望があることが示されている<sup>3)</sup>。希死念慮や自殺企図の背景の多くに精神疾患が存在するといわれており、がん患者においては、うつ病、適応障害をはじめとした抑うつ状態、せん妄の存在が明らかになっている<sup>3)</sup>。また、がん患者の希死念慮の背景には、精神医学的問題に加え、さまざまな苦痛が存在していることも多く、痛みなどの身体的苦痛、うつ病や絶望感などの精神症状、乏しいソーシャルサポート、自律性の喪失や依存の増大といったスピリチュアルペイン/実存的苦痛など、複数の要因が示唆されている<sup>3)</sup>。

「死にたい」「早く逝かせてほしい」などの訴えが終末期がん患者から聞かれた時は、その訴えに至った複数の要因を系統的に評価し、対処できる苦痛について検討する。系統的評価は、「身体的問題→精神医学的問題→社会経済的問題→心理的問題→スピリチュアル/実存的問題」の順に行うことが問題への対応を間違えないためには重要と考えられている<sup>4)</sup>。系統的評価についての詳細はII章 7-2「包括的アセスメント」を参照されたい。コントロールされていない痛みの存在はうつ病の原因の一つであることはよく知られているが、これは身体的問題である痛みの緩和を図ることが、精神医学的問題のうつ病の改善には必須であることを示している例であり、痛みの緩和を図らないまますうつ病の治療を進めても、おそらく気持ちのつらさは緩和されないだろう。このことから、評価の進め方を間違えると気持ちのつらさの緩和につながらないことが理解できる。

## 3) スピリチュアルペイン/実存的苦痛とケア

ここでは、前述2)で述べた系統的評価の「スピリチュアル/実存的問題」について述べる。終末期には、大切な人との関係を失うこと、自律性を失うこと、身体機能を失うために生じる自立性の喪失など、多くの喪失が待ち受けている。「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」「自分の一生はなんだったのか」など喪失に伴う苦痛は、スピリチュアルペイン/実存的苦痛と表現され、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」の定義が汎用されている<sup>5)</sup>。死が差し迫った状況でスピリチュアルペイン/実存的苦痛が表現されることは稀ではない。

村田<sup>6)</sup>はスピリチュアルペインの原因を3次元で考察している。1つ目は生きることに限りがあることや将来を失ったことを意識した時に、生きることが無意味で無目的なものに感じ表出される痛みであり、時間性（将来）の喪失による苦悩である。2つ目は自身が死ぬことによって他者との関係性が断絶することを意識した時に感じる痛みであり、他者との関係性の喪失に伴う苦悩である。3つ目は身体が衰えできなくなることを体験した際に、自分が無価値で無意味なものに感じる痛みであり、自律性（自立・生産性・自己決定）の喪失による苦悩である。

スピリチュアルペイン/実存的苦痛を抱く終末期がん患者と向きあう際には、患者の気持ちを理解しようとしている姿勢を伝え、一人の人間としての患者を尊重し、「共にあろうとすること」である<sup>7)</sup>。苦痛緩和が図れない状況は医療者に無力感を抱かせ、時に足が遠のくことがあるが、そのような行動は患者の孤独感を強めることとなる。逃げずにそばに居続けることがスピリチュアルケアの第一歩となる。そして、「時間性」「関係性」「自律性」の喪失を

最小限にし、新たな関係性や自律性となるものや、死を超えて継続する将来を見出すことにより、患者が自己の存在と意味を取り戻せるように支援することが必要である<sup>8)</sup>。例えば、「時間性」の喪失に関しては、やり残したことが達成できるように共に考えたり、「関係性」の喪失に関しては、患者が家族や大切な人に対して心配している内容を明らかにし、現実的に今やっておけることを話し合い、実現を支援するなどである<sup>7)</sup>。

(梅澤志乃)

## 文献

- 1) Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* 2015; 121: 4240-9
- 2) Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the serious illness care program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019; 179: 751-9
- 3) 明智龍男, 奥山徹, 佐川竜一, 他. 希死念慮. *緩和医療学* 2005; 7: 256-66
- 4) 小川朝生. 心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介編). pp36-52, 創造出版, 東京, 2014
- 5) Murata H, Morita T, et al. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 2006; 4: 279-85
- 6) 村田久行. 終末期がん患者のスピリチュアルベインとそのケアアセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. *緩和医療学* 2003; 5: 157-65
- 7) 森田達也, 福田かおり. スピリチュアルベインを和らげるための日常的なケアの工夫. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp50-70, 青海社, 東京, 2017
- 8) 森田達也. スピリチュアルベインに関する研究から学ぶ. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp111-15, 青海社, 東京, 2017

## 5 遺伝子診断・遺伝カウンセリング

### 1) はじめに

遺伝性腫瘍は、多臓器にわたり同時性・異時性のがんを発症する、という特徴があるため、患者は生涯にわたり医療機関への受診が必要となる。さらに、遺伝性腫瘍を受け継ぐ可能性のある家族や、すでに受け継いだことが明らかになった家族も含めて、家系丸ごと、生涯にわたり支援していくことが必要である。

### 2) 遺伝情報の提供による精神的影響

遺伝カウンセリングは、主治医などから遺伝性の可能性を指摘され勧められて受診する人がいる一方で、情報を求めて自ら積極的に受診する場合もあり、ニーズの把握を丁寧に行いながら、遺伝性腫瘍に関する情報提供と必要があれば遺伝子検査を行うなど、本人の意思決定を尊重しながら進める。

遺伝情報の提供による精神的影響に関する研究は、欧米において、遺伝性腫瘍の遺伝子が同定され始めた1990年頃より報告されるようになった。遺伝カウンセリングや遺伝子検査後の心理・社会的側面について検討した結果、遺伝情報の提供によって重篤な精神的衝撃を生じることはないと報告されている<sup>1-4)</sup>。

わが国における研究結果も同様である<sup>5,6)</sup>。遺伝性大腸がんの一つである Lynch 症候群の発端者 (ある家系において遺伝性腫瘍の可能性が確認されるきっかけとなった臨床的ながんを

発症している人)と未発症家系員を対象に1カ月後、12カ月後調査の結果、遺伝子検査の結果開示によってうつ病やPTSDといった重篤な精神的衝撃はみられなかった。遺伝情報の提供による精神的影響は、がん告知後の頻度<sup>7,8)</sup>に比べて低く、このことは、がん告知は「今」のことであるが、遺伝情報は「起こりうる可能性が高い将来のこと」であるというインパクトの違いが精神的苦痛の有無に関与していると思われる。一方で、遺伝情報を提供されたことにより小うつ病やPTSDの下位症状(再体験症状や過覚醒症状)がみられた人もいた。この対象者の特徴は、①発端者であること(すなわち、がん患者)、②結果開示1カ月後の時点でも精神的影響がみられた人、③もともと精神的な脆弱性という個人の特性をもっている人、であった。さらに、遺伝性疾患や遺伝子検査を受けた人たちに特徴的で、注目すべき精神的反応と報告されている2つの罪責感もみられた。1つは、子どもに遺伝性疾患を受け継がせてしまうことに関する親が抱いた罪責感<sup>9,10)</sup>であり、もう1つは、サバイバーギルトとよばれる遺伝性腫瘍の家系のなかで皆が発症し苦しんでいるのに、自分だけは遺伝子を受け継がずに助かってしまったという家族側に生じる罪責感である<sup>1,11)</sup>。特に、遺伝子変異を受け継がなかった家族は、遺伝性腫瘍を早期発見するために欠かせない定期的な病院受診の必要がなく、医療者との接点がなくなるため、支援方法について検討する必要がある。

### 3) 発端者への対応の重要性

遺伝カウンセリングを受診する者の多くは、すでにかんを発症した患者であり、発端者の可能性が高い。ゆえに、まずは目の前にいるがん患者自身の身体的側面の状態に着目する必要がある。それは、身体状況が落ち着いていない場合、遺伝という新たな情報に向き合うことは難しいからである<sup>12)</sup>。例えば、治療前であれば、それぞれの治療法に対する心配や不安なことは何か丁寧に話を聴きアセスメントし、患者の悩みに対応する。また、手術後であれば創部の痛みは治まってきたのか、薬物療法や放射線治療中の場合には、日常生活に支障をきたすような副作用や有害事象はないのかアセスメントすることも大切である。

そして、同時に、心理面のアセスメントも重要である。がん種や病期によって異なるが、がん患者の5~35%が適応障害、4~9%がうつ病の基準に当てはまることが報告されている<sup>13-17)</sup>。したがって、目の前にいるがん患者は、診断告知による精神的衝撃を受け、そのことに向き合い折り合いをつけながら治療に取り組んでいる可能性もある。加えて、発端者である場合や、精神的な脆弱性がある場合は、遺伝情報という新しい事実に対して精神的苦痛を呈しやすいことを予測しながらカウンセリングを進めていくことが必要である。具体的には、初回の遺伝カウンセリングが重要で、相談者の状況を丁寧にアセスメントする。初めに、家系内のがん発症者の情報を伺いながら家系図を描き、相談者の困りごとや相談内容を整理する。その時の、家系内のメンバーとのコミュニケーション方法や頻度などに関する語りは、相談者が感じているメンバー間の関係性をアセスメントすることにつながり、今後他の家系メンバーに情報共有を行うことが必要になった際に役立てることができる。さらに、がん告知された時は気持ちやどのように反応したのか、他に気持ちがつらくなった経験はあるのか、その際はクリニックなどに相談してみたのかなど、相談者本人の精神的な脆弱性に関するアセスメントを行い、今後の情報の提供の仕方やタイミングなどを検討する際に役立てる。

#### 4) 遺伝情報の受け取り方

がんの診断や再発告知時には、唐突に悪い知らせを伝えるのではなく、「残念ですが」という前置きを用いるなどのコミュニケーション技術が推奨されている<sup>18,19)</sup>が、遺伝性腫瘍では必ずしもこれが有効とはいえない<sup>12)</sup>。遺伝子検査において変異が明らかになったことで、今後どのようにサーベイランスを受けていけばよいのか人生設計が明確になったと述べた患者や、「もうすぐ自分の命は終わる。子どもたちの将来を見ることはできないが、残せる情報があつてよかった。自分たちの健康を守るために役立ててほしい」と語った患者もいた。遺伝情報が、「望ましい結果」あるいは「受け入れがたい結果」であるか、価値判断は対象者が行うものであり、何に価値をおくかは、患者や家族によって異なる。医療者の価値観ではなく、患者や家族のあるがままの気持ちに寄り添う必要がある。

#### 5) ライフイベントに沿った支援

遺伝性腫瘍は若年でがんを発症しやすいという特徴をもつため、疾患や治療による身体的側面への影響だけではなく、心理面や医療費にまつわる経済的側面、就学・就労、結婚・出産などさまざまな社会的側面についての状況を把握し、ライフイベントへの影響を重視したケアが必要となる<sup>20)</sup>。また、遺伝性腫瘍の患者がこの情報を誰といつ共有したらよいのか判断に迷った際に、患者が子どもに遺伝情報開示をするプロセスには、①自らの闘病生活（特に術後の排泄障害）に向き合い、血縁者のことにまで目が向けられない時期、②自らの身体・精神状態が安定し、血縁者と遺伝情報を共有することについて前向きになる時期、③子どもと遺伝情報を共有するきっかけを見定める時期、の3段階があることが報告<sup>21)</sup>されており、これを活用してどの段階にあるかアセスメントして、対応を考えることもできる。例えば、①の段階は自分のことで精いっぱいのため、本人の身体的・精神的苦痛の緩和を優先した支援が重視される。②の段階になると少し遺伝について考えるゆとりが出てくるが、情報過多にならないように本人の状況をアセスメントしながら提供する情報量やタイミングを検討することが必要である。そして、③の段階では遺伝のことに向き合う覚悟が見受けられるようになるため、親としてどのように子どもに対峙していきたいと考えているのか、意向を丁寧に確認しながら支援することを大切にする。

#### 6) おわりに

遺伝性腫瘍の患者や家族へのケアは、特殊な分野であるとの考え方がされてきたが、2020年4月1日から保険診療によって、乳がんまたは卵巣がんの既発症者に対するBRCA1/2遺伝学的検査および遺伝カウンセリングが実施可能になり、健側乳房のリスク低減乳房切除術ならびに乳房再建とリスク低減卵管卵巣摘出術も保険適用となったことにより、日常診療において対応する場面が増えてくと推測される。対象者のニーズや状況を丁寧に把握してアセスメントし、必要と思われるケアを提供することは、がん医療も遺伝医療も違いはない。医療者として、日頃から対象者に真摯に向き合いケアを提供していることをどのような場面でも実践していくことが求められていると考える。

(村上好恵)

## ■ 引用文献

- 1) Lerman C, Daly M, Masny A, et al. Attitudes about genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *J Clin Oncol* 1994; 12: 843-50
- 2) DudokdeWit AC, Tibben A, Duivenvoorden HJ, et al. Psychological distress in applicants for predictive DNA testing for autosomal dominant, heritable, late onset disorders. The Rotterdam/Leiden Genetics Workgroup. *J Med Genet* 1997; 34: 382-90
- 3) Lerman C, Narod S, Schulman K, et al. BRCA1 testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. A prospective study of patient decision making and outcomes. *JAMA* 1996; 275: 1885-92
- 4) Aktan-Collan K, Haukkala A, Mecklin JP, et al. Psychological consequences of predictive genetic testing for hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) : a prospective follow-up study. *Int J Cancer* 2001; 93: 608-11
- 5) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al. Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 2004; 101: 395-403
- 6) 村上好恵. 遺伝性非ポリポシス大腸がんに関連する遺伝子検査の結果開示後の精神的苦痛と罪責感. *日看科会誌* 2010; 30: 23-31
- 7) Okamura H, Akechi T, et al. Depression in patients with advanced cancer. In Eguchi K, Klastersky J, Feld R, eds. *Current Perspectives and Future Directions in Palliative Medicine*. pp67-76, Springer-Verlag, 1998
- 8) Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1998; 39: 102-11
- 9) Meissen GJ, Myers RH, Mastromauro CA, et al. Predictive testing for Huntington's disease with use of a linked DNA marker. *N Engl J Med* 1988; 318: 535-42
- 10) Lynch HT, Lemon SJ, Durham C, et al. A descriptive study of BRCA1 testing and reactions to disclosure of test results. *Cancer* 1997; 79: 2219-28
- 11) Huggins M, Bloch M, Wiggins S, et al. Predictive testing for Huntington disease in Canada: adverse effects and unexpected results in those receiving a decreased risk. *Am J Med Genet* 1992; 42: 508-15
- 12) 村上好恵. 遺伝性腫瘍の患者と家族への看護. 遺伝性腫瘍学入門 遺伝性腫瘍の基礎知識, 第1版 (平沢晃 編). pp241-5, メディカルドゥ, 大阪, 2022
- 13) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7
- 14) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 2609-22
- 15) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131-7
- 16) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 69-77
- 17) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1594-600
- 18) Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-56
- 19) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11
- 20) 武田祐子. 遺伝性がん家系員のサポートシステム構築に向けて. *看護誌* 2001; 65: 948-51
- 21) 川崎優子. 家族性大腸腺腫症患者が子どもへ遺伝情報開示するまでの意思決定過程の構造. *日看科会誌* 2008; 28: 27-36

### 3 世代や背景特有の問題と対応の考え方

#### 1 AYA 世代

AYA 世代とは、Adolescent and Young Adult、すなわち思春期・若年成人の世代である。AYA 世代の年齢の定義は、国や団体、文献によってさまざまであるが、わが国では制度の側面から医療や支援が行き届いていないと考えられる 15～39 歳としている。AYA 世代、特に小児慢性特定疾病医療費助成制度が適用されなくなる 18 歳以上（治療継続の場合 20 歳以上）かつ介護保険サービスの適応にならない 40 歳未満までの年齢の患者は、療養の支援が届きにくい状況が続いている。

そして、厚生労働省科学研究班の調査によると、抗がん治療中の AYA 世代のがん患者は、同世代の若年者と比べて不安をかかえる者の割合が多い（38% vs. 26%）<sup>1)</sup>ことが報告されている。またつらさへの対処がうまくできないことも指摘されている。不安や苦悩が不適応行動（家族・医療者にあたる、治療やケアの拒否、治療アドヒアランスが低いなど）として表現されたり、同じ年齢であっても成長発達に個人差があったり、総じて個別性の高い対応が必要となる<sup>2)</sup>。

#### 1) 病気の特徴

AYA 世代がんは、年間約 2 万人（全がん患者の 2.3%）と少ない。思春期（以下 A 世代）においては 2 千人程度である<sup>3)</sup>。

A 世代では、白血病・リンパ腫・脳腫瘍・性腺腫瘍・骨軟部腫瘍が多い。そして 20 代に入ると、性腺腫瘍、甲状腺がんの割合が増え、20 代後半になると子宮頸がん、乳がんが増加し、大腸がんなども増える。また、いわゆる希少がんと呼ばれるがん種も多い（表 1）。

予後は、15～29 歳において男性 66%、女性 75%であり、がん種によって厳しい予後が罹患当初より予測されるものもある（図 2）。また AYA 世代がん患者の予後の改善が他の世代よりも劣っていることが指摘されている。そして、高齢者に比べると罹患、治療後の時間は長いと、晩期合併症、二次がんなどのリスクが続く。

#### 2) 診療の構造的問題

AYA 世代がんは、関わる診療科が多岐にわたる。ただ施設あたりの患者数は A 世代は数人程度、35 歳以上としても 20 人程度であり、患者は同世代と出会うことは少なく孤立する。また医療者は AYA 世代の患者を担当する機会が少ないため、知識や経験を蓄積しにくく、対応に苦慮することも多い（図 3）。

また小児がんの治癒率が 70%と向上しており、経験者は AYA 世代になり、成人医療への移行上の課題が出てくる。問題点を具体的に挙げると「小児がん経験者自身の問題」「家族（特に両親）の問題」「小児科医の問題」「成人医療専門家の問題」の 4 側面があると示されている<sup>4)</sup>。晩期合併症や二次がんをかかえる小児がんを経験した AYA 世代患者をどの診療科が担当するのが適当か検討が続けられている。

表1 AYA世代に好発するがんの種類と推計罹患率

罹患順位	0~14歳	15~19歳	20~29歳	30~39歳
	全体 (124.4)	全体 (124.4)	全体 (281.0)	全体 (857.1)
第1位	白血病 (42.8)	白血病 (30.2)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (41.2)	乳がん (184.5)
第2位	脳腫瘍 (21.8)	脳腫瘍 (17.2)	甲状腺がん (33.9)	子宮頸がん (113.0)
第3位	リンパ腫 (10.2)	リンパ腫 (16.6)	白血病 (32.6)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (72.4)
第4位	神経芽腫 (8.8)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (16.0)	リンパ腫 (29.8)	甲状腺がん (69.3)
第5位	軟部肉腫 (6.7)	骨腫瘍 (11.8)	子宮頸がん (26.6)	大腸がん (66.0)
第6位	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (5.0)	軟部肉腫 (10.5)	脳腫瘍 (19.4)	胃がん (57.3)
第7位	骨腫瘍 (4.2)	甲状腺がん (9.0)	乳がん (18.0)	リンパ腫 (39.6)
第8位	網膜芽腫 (3.3)	皮膚がん (1.9)	軟部肉腫 (14.5)	白血病 (36.4)
第9位	腎腫瘍 (3.2)	上咽頭がん (1.4)	大腸がん (13.1)	肺がん (24.2)
第10位	肝腫瘍 (3.0)	腎腫瘍 (1.2) 大腸がん (1.2)	胃がん (10.0)	脳腫瘍 (22.4)

括弧内数値：人口100万に対する罹患率（男女合算推計値）

[[総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究] 班編. 医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド. p3, 金原出版, 2018より引用 (Katanoda K, et al. Jpn J Clin Oncol 2017; 47: 762-71を基に作成)]

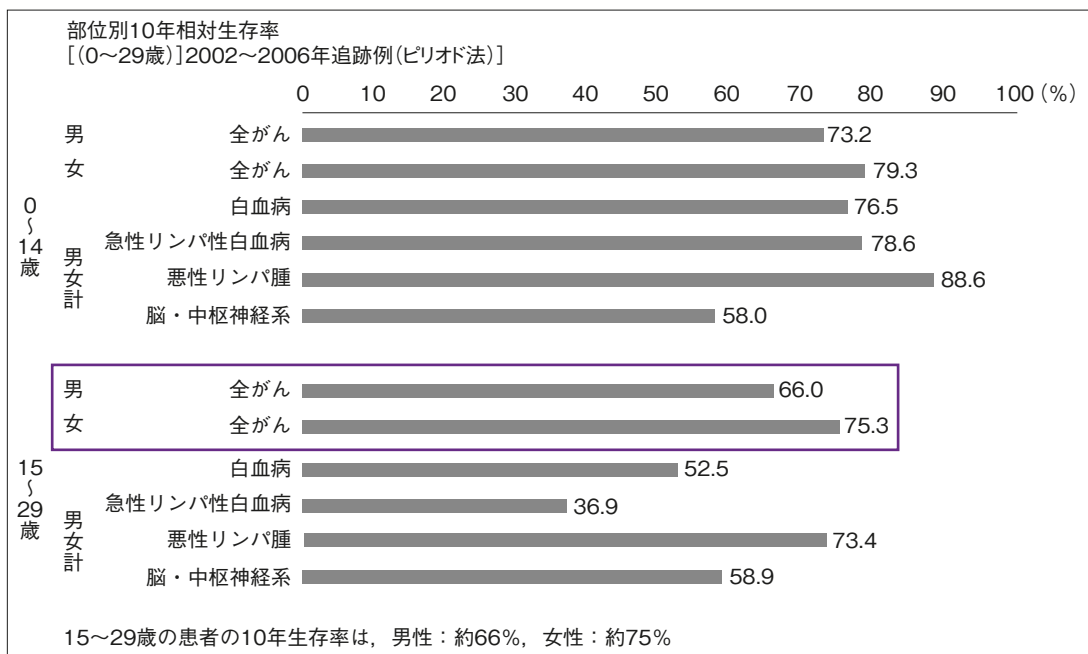


図2 AYA世代のがんの予後（部位別10年相対生存率）

〔国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」より引用（出典：Long-term survival and conditional survival of cancer patients in Japan using population-based cancer registry data. Cancer Science 2014; 105: 1480-6）〕

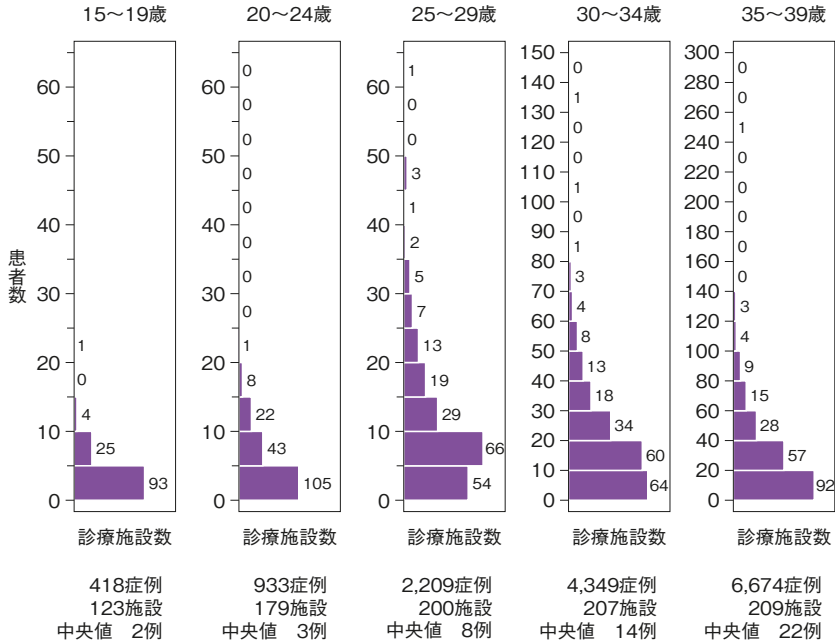


図3 AYA世代がん（年齢階級別、施設毎）患者数分布

〔「総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究」班編. 医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド. p8, 金原出版, 2018より引用〕

### 3) ライフサイクルと成長発達

AYA世代の大きな特徴は、生活や成長の変化の時期ということである。生物学的成長は、生殖系が成熟し、第二次性徴期が発現する。そのため不安や恥じらいの気持ちが生まれ、自分だけの空間が必要となってくる。性欲や衝動性の高まりを感じ、これらのコントロールに戸惑う時期でもある。

精神・社会面の発達の特徴は、エリクソン（Erikson, E.H.）の発達理論に示されている通り、アイデンティティの確立である（表2）。この時期は、就学・就労という大きな変化のなかで、自立・対人関係の課題に直面するものである。A世代は、就学期であり、これから社会的自立に向けて変化が大きい。進学先を考えたり、一人暮らしを始めたり、恋愛をしたりする。若年成人（YA世代）は、精神的・経済的に自立するために就職したり、社会に出て自分の在り方を考えたり、家族をつくる作業をしたりする。

A世代の成長発達の特徴は、知的能力の発達、性的感情の発達、自我の発見や社会的な自立への欲求、アイデンティティの確立をめぐる葛藤、YA世代はアイデンティティを確立し、家族の形成、社会生活や家庭生活のなかでの成熟が特徴となる。

### 4) 家族にまつわること

A世代の親は、わが子が若くしてがんを罹患したことになり、時に死亡する場合もあり、苦悩する。A世代の患者は心理社会的に親から自立していきたくともかかわらず、がんを罹患することにより、親に頼らざるを得なくなる。

YA世代は、新しい家族をつくっていく時期であるにもかかわらず、がんを罹患すること

表2 エリクソンによる心理・社会的発達段階表

年齢	時期	心理的課題	主な関係性	導かれる要素
生後～	乳児期	基本的信頼関係 vs. 不信	母親	希望
18ヶ月～	幼児期前期	自律性 vs. 恥, 疑惑	両親	意志
3歳～	幼児期後期	積極性 vs. 罪悪感	家族	目的
5歳～	学童期	生産性 vs. 劣等感	地域, 学校	自信
13歳～	青年期 (思春期)	同一性 vs. 同一性の拡散	仲間 ロールモデル	誠実
20～39歳	成人期	親密性 vs. 孤独	友だち パートナー	愛
40～64歳	壮年期	生殖性 vs. 自己吸収	家族, 同僚	配慮
65歳～	老年期	自己統合 vs. 絶望	人類	賢さ・英知

[エリクソン著, 西平直 他訳. アイデンティティとライフサイクル. 誠信書房, 2011 より引用改変]

により、配偶者やパートナーに負担をかけることとなる。家族も若年であり、周囲にがん罹患をした経験者が少なく、人生経験も未熟な場合もあり、家族もがんに向き合うことに対してつらい気持ちをかかえている。経済面も不安定な場合があり、がん罹患に伴う苦痛は多岐にわたる。また子育て世代の患者も多く、子どもが小さい場合には子どものサポートについても検討する必要がある。特に親を看取る子どもは、不安が高まると指摘されている<sup>5)</sup>。

## 5) AYA世代のアンメットニーズ (図4)

AYA世代のコミュニケーションの特徴として、さまざまな問題をかかえているにもかかわらず、相談をしないということが指摘されている。医療者が何か困りごとを質問しても「大丈夫です、特に問題はありません」と返答が返ってくる。これは情緒的な成長や言葉にする能力が未熟なために自分の気持ちを表しにくいことが影響しているともいえる。

情報の少なさや医療者との関係性などから、相談したくてもできないという状況になっている場合もある。また内容によって、医療者に相談していいのかわからない、医療者も相談されても応えられないものもあり、両者の状況がかけ合わさって相談が成り立たないようである。

76.7%のAYA世代患者が満たされないニーズを少なからずかかえていることがわかっており、内容は心理社会的な内容が多い<sup>6)</sup>。

## 6) つらさと対応

AYA世代がん患者は、がんのない対照と比較してうつ病のリスクが3倍高いと報告されている。転移がんおよび白血病は特にリスクが高い。また初期治療として入院化学療法を受けた患者は、化学療法を受けていない患者よりもうつ病のリスクが高いことがわかっている<sup>7)</sup>。そして、精神的苦痛の要因として、痛み、がん診断後の収入状況の変化、がん診断後の仕事・学校生活の変化、ソーシャルサポートの不足が心理的苦痛と関連していることが明らかになっている<sup>8)</sup>。

具体的にはAYA世代は、先に述べたが、進学・就職・恋愛・結婚・出産・育児・介護など

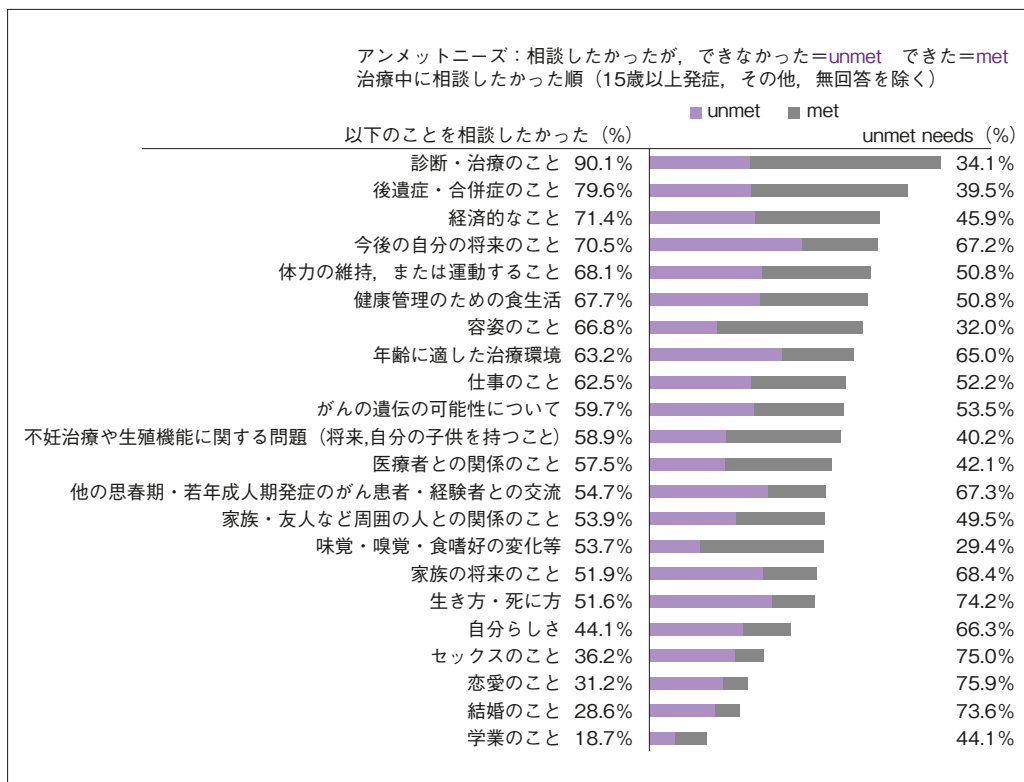


図4 AYA世代のアンメットニーズ

[厚生労働省, 第1回小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 資料4, 2017より引用]

さまざまなライフイベントがある。その時期にがん罹患が重なると、自分が思い描いていた計画が一気に崩れてしまい、その後ライフプランを変更せざるを得なくなる。若くしてがんを罹患するということは一般的には想像しない事柄であり、かなり衝撃を受け、目の前が真っ暗になる。また家族も同様に戸惑い、精神的に揺れる。そのようななかで情報は少なく、予後不良なこともあり、今後の見通しがもてず気持ちは落ち込む。これまでの生活に変化が起き、いったい自分が何者なのか、どうしたいのかわからなくなり、また対処できるほどの精神力や人生経験が少なく、光を見出せない人もいる。罹患数が少ないことが影響して、AYA世代がんに関する情報は少なく、制度が整っていない場合が多い。また周囲にがん罹患をした人がおらず人生のモデルとなる人がいないために、今後どのように過ごしていいのか考えるヒントが少ない。

成人も同様であるが、つらさの軽減のためには、がん治療の方法・計画だけでなく、患者自身のがんはどのようなものであるか、これまで患者自身がどのような環境で、どのような思いをもって過ごしてきたのか、そして今後どのような生活を送っていきたいのかについて、多角的要素を含んだ繰り返しの話し合いが大切である。一度で理解が追い付かず言葉として語るができない場合もあるため、早めの段階から話し合いに力を入れていくことが求められる。AYA世代がん患者が語る少ない言葉から、少しずつ紐解いていくことが必要である。言葉にできないから考えをはっきり表明できない特徴があることを念頭に置き、何度

も話をする機会を設けながら、共に考えていく時間をとっていく。

がん種と成長発達と、そしてライフサイクルが複雑に絡み合い、AYA世代がん患者は一括りにできない特徴がある。そのため、患者の個別性に配慮して対応することが重要である。ただし時間がかかるため早めの対応を心がけ、また患者が言わなくてもつらさをかかえていることを理解したうえで介入していくとよいだろう。

最後に、AYA世代には未熟な点も多いが、つらい状況や物事を受け止め、苦難を乗り越え、その結果、人に対する優しさや強さ、そして考える力を発揮する人もいる。AYA世代のそれぞれがその時をその人なりの方法で生きていることを尊重して、力を信じるのが基本となる。

- ・言わなくても、何かつらいことをかかえているという視点をもっておく
- ・語られない悩みはある→話しやすい信頼関係、環境整備を行う
- ・社会的モデルがない→ピアの存在を知らせる
- ・病気の特徴（希少がん、予後不良など）を踏まえて、長期的な見通しをもって、早めに情報収集→多岐にわたる問題に多職種で介入

（白石恵子）

## II 参考文献

- 1) 厚生労働省. 厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）. 総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究. 平成28年度総括・分担研究報告書, 2017
- 2) AYAがんの医療と支援のあり方研究会. 第6回AYA世代がんサポート研修会テキスト, p125
- 3) Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, et al. Childhood, adolescent and young adult cancer incidence in Japan in 2009–2011. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47: 762–71
- 4) 石田也寸志. 成人した小児がん経験者の課題. *小児保健研* 2011; 70: 182–6
- 5) Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, et al. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004; 30: 683–94
- 6) Okamura M, Fujimori M, Sato A, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer* 2021; 21: 17
- 7) Akechi T, Mishiro I, Fujimoto S. Risk of major depressive disorder in adolescent and young adult cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2022; 31: 929–37
- 8) Okamura M, Fujimori M, Goto S, et al. Prevalence and associated factors of psychological distress among young adult cancer patients in Japan. *Palliat Support Care* 2023; 21: 93–9

## 2 高齢者

高齢者のうつ状態・抑うつ状態は、一般人口で約5%に認められ、介護施設のような長期療養施設では42%まで上がるといわれる<sup>1)</sup>。一般に、若年成人と高齢者を比較すると、有病率に大きな差はない一方、高齢者では、①療養場所による差が大きいこと、②80歳以上になると上昇傾向があること、③再発寛解を繰り返しやすいこと、④うつ状態は疾病の経過に悪影響を及ぼす可能性があること、などの特徴がある<sup>2)</sup>。

高齢のがん患者においては、うつ状態・うつ病の併存は17～26%に認められる<sup>3)</sup>。症状では、若年成人と比較して、不安を伴う場合が多く、多くはがんの経過に対する悲観的な捉え

方と関係する。若年成人と同様、高齢のがん患者においても、うつ病は、痛みの悪化、身体機能の低下、関係性の構築を障害し、療養生活の質を低下させる。加えて、高齢がん患者では、がん治療へのアドヒアランスを低下させ、想定されるよりも早期に亡くなる傾向がある<sup>4)</sup>。

このように、うつ病の併存は、高齢がん患者においても、若年成人患者と同じように悪影響を及ぼすにもかかわらず、うつ病を同定することは、若年成人患者以上に難しいと考えられている。その理由は、抑うつ気分の訴えや悲観的な認識が、加齢に伴う変化であると誤解されるからである。医療者が注意をしたいのは、うつ症状を呈することは「歳を重ねること」や「がんに罹患すること」による避けようのない、どうしようもない現象ではないという点である。実際に、歳を重ねることで、幸福を感じる割合は高くなることが知られている<sup>5)</sup>。

### 1) 診断

一般人口においては、高齢者のうつ状態・うつ病は、若年成人と比較して、症状が非典型的で、気分の変化が不明確である。そのため、一般的なうつ病のスクリーニングツール〔Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) や HADS など〕の性能は悪く、うつ状態にある高齢者の33~83%が見逃されているとの報告がある<sup>6)</sup>。臨床においては、通常用いられるカットオフ値をより低く設定し直した場合やカットオフ値以下であった場合でも、より重症である可能性を念頭に置いて診療することが重要である。

うつ状態・うつ病を疑った場合には、若年成人以上に症状の鑑別には注意を払う。特に臨床において忘れてはならないのは、薬物の影響である。気分への影響の大きいステロイドだけではなく、降圧薬などの使用も確認する。加えて、若年成人にはない特徴として、せん妄などの意識障害、認知症や軽度認知機能障害、悲嘆反応、認知機能の低下に関連した環境への不適応などの有無を検討する。特に、認知症に伴ううつ状態や、認知機能の低下に伴う環境への不適応は、治療に関連した環境調整が必要になるため、注意をしたい。

### 2) 自殺のリスク

高齢がん患者のうつ状態・うつ病に対応するうえで忘れてならないのは、自殺のリスク（希死念慮の確認、切迫性の評価）である。まず、一般にがんに罹患すると自殺リスクは高まることに加え、高齢者は若年者よりも自殺リスクが高い<sup>7)</sup>。高齢者ではうつ状態のみならず不安の併存も自殺のリスクに関連する。また、痛みのコントロールができていない状態や倦怠感、身体機能が低下し日常生活の自立が損なわれた場合などは、自殺企図に関連する。加えて、脳転移に伴う認知機能の低下やせん妄の発症、認知症などは衝動性のコントロールを悪化させ、自殺企図につながりやすいので注意をする。

### 3) 治療や支援

#### (1) 精神療法（心理療法、サイコセラピー）

若年成人患者と同様に、高齢がん患者においても非薬物療法が有効である。高齢者のうつ状態・うつ病においても認知行動療法の有効性は示されている<sup>8)</sup>。一方、認知機能障害のある場合には、問題解決療法のような認知面での負荷の少ない方法が好まれる傾向がある<sup>8)</sup>。

高齢がん患者においても、認知行動療法のように構造化された精神療法の適応はある一方、実臨床においては、患者の認知機能のほか、身体症状や治療のセッティングを踏まえ、環境調整や支持的精神療法で対応せざるを得ないことが多い。高齢者では、通院手段が限られたり、移動能力の問題から家族が付き添わざるを得ないことがある。精神的フォローも、がん治療のスケジュールに合わせて調整する必要がある。また、体力が低下していることも多く、治療後の疲弊のため受診が困難であることや集中困難なこともある。痛みや倦怠感のために長時間の坐位を保持することが難しい場面も生じる。身体状況を確認し、対応の優先順位を検討しながら進めることが求められる。

## (2) 薬物療法

若年成人患者と同様に、高齢がん患者においても薬物療法を実施する。一般には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor：SNRI）、ミルタザピンが用いられる。三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬は、抗コリン作用による有害事象（せん妄や転倒、便秘など）のリスクが高いことから高齢者では避ける。高齢者では、代謝能が低下していること、有害事象が生じた場合に身体機能低下に直結しやすいことから、時間をかけて漸増する。

（小川朝生）

## 文献

- 1) Luppá M, Sikorski C, Luck T, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136: 212–21
- 2) Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, et al. Depression among older adults: a 20-year update on five common myths and misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; 26: 107–22
- 3) Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 164–74
- 4) DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101–7
- 5) Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 188–96
- 6) Saracino RM, Weinberger MI, Roth AJ, et al. Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psychooncology* 2017; 26: 1484–90
- 7) Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4731–8
- 8) Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, et al. Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 2014; 79: 160–9

## 3 家族

### 1) はじめに

我々の生活にとって、「家族」とは、最も身近な存在であり、2人以上の家族を構成するメンバー（家族成員）が共に暮らしながら営まれている。家族は、毎日の生活を共にするなかで、家族成員同士が互いに影響を及ぼし合っている。特に、家族の成長・発達に伴う変化が起こると、少なからず家族成員はその影響を受ける。変化とは、子どもの誕生・入学・卒業・結婚などの喜ばしい出来事だけでなく、病気・事故・死などの不幸な出来事も含まれ

る。このようなさまざまな出来事や経験を経て、個々の家族の歴史が紡がれていく。

他方で、家族成員は、家庭での生活以外に、学校や職場、地域のグループなどの社会集団にも属している。そのため、その社会集団のなかで過ごし、他者と交流するなかで得られた影響を家庭に持ち帰り、家族成員同士で互いに影響を与え合っていることも少なくない。

現代の家族形態は、三世代家族から核家族および単独世帯数が増え<sup>1)</sup>、小規模化している。さらに、婚姻関係を結ばない夫婦、同性同士の結婚、里親制度や特別養子縁組による親子など、家族の在り方も多様化している。

また、家族の定義は、その時代ごとの社会的・文化的背景に応じて、その捉え方は異なる。広辞苑では、「夫婦の配偶関係や親子・兄弟などの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団。社会構成の基本単位」とある。以下は、医療者が支援の対象として家族をどのように捉えたらよいかを検討するうえで参考となる定義を紹介する。

- ・家族とは、絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも家族であると自覚している、2人以上の成員<sup>2)</sup>
- ・家族とは、強い感情的な絆、帰属意識、そして互いの生活に関わろうとする情動によって結ばれている個人の集合体<sup>3)</sup>

## 2) 家族がかかえる問題と対応の考え方

近年、家族の在り方や家族観は個別具体化している。例えば、家を守ることが、個々の家族成員の生活よりも優先される場合がある一方、個を優先させる家族観もあり、1つの家族内でも世代間の相違や葛藤が生じている。したがって、医療者が患者・家族に関わる際には、個々の家族成員の価値観だけでなく、家族成員同士の関係性を踏まえた、家族全体の価値観を理解する必要がある。その際、各家族成員がかかえる健康上の問題や発達課題を踏まえた理解が求められる。さらには、家族を取り巻く地域環境や文化的な背景、これまで紡いできた個々の家族の歴史にも目を向けることで、支援の糸口を探ることができる可能性がある。

## 3) 気持ちのつらさを有するがん患者の家族

患者と家族の気持ちのつらさは相関することが示唆されており<sup>4)</sup>、本ガイドラインで扱う「気持ちのつらさを有するがん患者」の家族は、患者同様に気持ちのつらさを有している可能性がある。患者が「がん」と診断された時から、治療期、サバイバーシップ期、進行・終末期に至るさまざまな局面で、家族にも心理・社会的負担が生じ、がん罹患は患者のみならず家族のQOLに影響を及ぼすと指摘されている<sup>5)</sup>。具体的には、患者を看病する家族は、倦怠感・睡眠不足・食欲不振・体重減少などの身体的影響、不安・恐怖・希望の喪失・気分障害・ストレスなどの心理的影響、家族内役割の変化や職業に関連した社会的影響が挙げられる<sup>6)</sup>。特に支援が必要な家族の特徴は、ステージⅠ～Ⅱのがん患者の若年介護者、女性、低所得者などが報告されている<sup>7-9)</sup>。なかでも家族介護者が女性の場合、育児や家事などの負担と重なり、介護負担感は大きくなるため<sup>9)</sup>、特別な配慮が必要である。

他方で、家族に負担をかけたくないと考える患者も多く、さまざまな苦悩を感じている家族を目の当たりにした患者自身もまたつらい気持ちになることもある。そのため、医療者は、患者の苦痛の軽減をはかるとともに家族のおかれた状況や背景にも目を向けながら、心理社

会的・身体的負担感に配慮する必要がある。

また、がんの診断から終末期に至る療養経過のなかでは、治療方針や終末期の療養の場や看取りの場の選択などの重要な意思決定も伴う。その際、患者に意思決定能力があれば、患者本人の意思を尊重することが原則となるが、患者・家族の間で意見が対立する場合もあり、医療者は双方の葛藤や関係性に注視し、支援を検討する必要がある。さらに日本の場合、家族中心の意思決定を好む患者もいるため、重要な意思決定の場面では、個々の意向や希望に応じた対応が求められる。

(浅海くるみ, 岡村優子)

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 2021 (令和3) 年 国民生活基礎調査の概況. 2022 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa21/dl/12.pdf> (2023年1月12日閲覧)
- 2) Friedman MM. Family Nursing, Theory and Practice. pp8-9. Appleton & Lange, 1992
- 3) Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs-The Heart of Healing in Families and Illness. pp45, Basic Books, New York, 1996
- 4) Götze H, Brähler E, Gansera L, et al. Psychological distress and quality of life palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer, 2014; 22: 2775-82
- 5) Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, et al. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. Semin Oncol Nurs 2012; 28: 236-45
- 6) Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psychooncology 2010; 19: 1013-25
- 7) Daly B, Douglas S, Lipson A, et al. Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. J Am Geriatr Soc 2009; 57: S293-5
- 8) Donnelly M, Anderson LA, Johnston BT, et al. Oesophageal cancer: caregiver mental health and strain. Psychooncology 2008; 17: 1196-201
- 9) Matthews BA. Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. Oncol Nurs Forum 2003; 30: 493-9