

入院中のがん患者へのメンタルケアのあり方についての検討

Investigation to optimize the way of mental care for cancer patients in hospital

松坂真友美 (青森労災病院 臨床心理室)

Mayumi Matsuzaka

(Laboratory of clinical psychology, Aomori Rosai Hospital)

キーワード：がん患者，放射線治療，メンタルケア，臨床心理士・公認心理師

Key words : cancer patients, Radical Radiotherapy, mental care, clinical psychologist

抄 録

当院放射線治療科において、入院治療を支持する目的でメンタルケアを実施した。3か月間での対象者数は15名、アセスメントを実施した件数は13件であり、入院中にメンタルケアを目的として面接を実施した回数のはべ51回となった。メンタルケアを実施することにより、患者の精神状態についての情報を治療・看護に活かすことができた。患者の精神的な状態を保つためのサポートは入院治療の助けになると考えられる。

はじめに

当院は現在、慢性疾患のなかでもがん治療に力を入れて診療を行っている。厚生労働省の統計を見ると、がんは死因としては一貫して上昇を続け、1981年以降1位となっている。高齢化に伴いがん患者数は増え続け、治療体制を整備する必要性が高まっており、わが国では2007年4月にがん対策基本法が制定された。2007年6月よりがん対策推進基本計画に基づき、各都道府県で施策が進められている。目標として「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が明記され、がん患者や家族に対するQOLの向上が義務付けられており、それに伴い心のケアが重要視されるようになった。

がんは身体疾患であるが、精神面への影響が大きいことが知られている。がん患者は、告知後の反応をはじめとして、手術や化学療法、放射線治療に対する不安、病気によるQOLの低下や予後に関する不安、再発への恐れ、積極的抗がん治療の中止のショックな

ど、常にストレスにさらされており、病期に関わらず約半数に適応障害やうつ病といった精神疾患が認められている^{1,2)}。

一方、がん患者に対する心理的な支援は十分であるとはいえない。東京都で行われた実態調査では、外来化学療法期間中の転移再発患者を対象にアンケート調査を実施しているが、経過中最も辛かった問題では心理的問題が30%となっており、身体的な問題37%という数値に迫るものとなっている。また、心理・社会的なつらさのピークが診断早期にあるにも関わらず、受診ピークは再発時であった³⁾。この結果からは、特に診断早期の心理・社会的な問題に対して適切に対応していくことが必要であることがうかがえ、スクリーニングでのニーズの拾い上げ、適切な対応者の配置と連携に努力する必要があるとしている。

上村(2017)は、がん患者に適切な精神心理的ケアが提供されることへの障壁について述べている。これには医療者側の要因と、患者側の要因とがある。診断時・再発時などの精神的ストレスが強い場合の障壁の多くは、医療者・患者双方とも精神心理的ケアが必要であることに気が付かないことが要因であることに集約される。上村はまた、治療中や治療後においては、がん診療を担う多くの病院での精神心理的ケアの提供体制が確立されていないことが推測されるとし、精神科医が不在の病院では、公認心理師の働きが期待されると述べている⁴⁾。実際、常勤精神科医がいない医療機関において、臨床心理士ががん患者へ臨床心理的介入を実施し、効果を報告し

ている研究も見られる^{5,6)}。

がんの治療には手術、化学療法、放射線療法などがあるが、その中でも、高精度放射線治療や化学放射線療法などによって長期間の入院が必要となる患者、有害事象が苦痛となりやすい放射線治療科入院患者には、精神的な状態を保つためのサポートが有用であることが推測される。そこで本研究では、放射線治療科における公認心理師によるメンタルケアについて、どのように実施していくことが治療のサポートになるのかを検討した。

方 法

1. 対象者

対象者は、令和3年6月～8月の期間に放射線治療を目的として当院放射線科に入院した患者のうち、2か月以上の長期入院が予想され、メンタルケアが必要となる可能性を有した15名である。

2. 内 容

(1) 入院時の精神的な状態について、認知機能がどの程度保たれているか、抑うつ的な傾向がないかを把握するため、質問紙によるスクリーニング検査でアセスメントを実施した。前者にはMini Mental State Examination (以下MMSE)、後者にはThe Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (以下CES-D)を用いた。

(2) (1)の結果を踏まえ、主治医と検討しメンタルケアが必要であると判断された患者に対し、定期的に訪室して面接を実施した。面接は15分～90分の1対1非構造化面接とし、患者の希望・状態、病棟内の治療・看護状況に合わせて頻度と時間を設定した。

結 果

放射線治療科より依頼があった対象者数は15名であったが、身体的な状態（傾眠傾向など）により、質問紙によるスクリーニング検査を実施できない患者が2名おり、アセスメント実施件数は13件であった。当初、認知機能が明らかに保たれていると思われる患者に

はMMSEを実施しなかったため、MMSE実施件数は10件であった。MMSEの得点が非常に低く、認知機能の低下が疑われCES-Dが実施できないケースが1件あった。

13名の平均年齢は72歳、男性11名、女性2名であった（図1、表1）。このうち、MMSEの点数において認知機能の低下が疑われた患者は3名（30%）であり、状態についてカルテ記載の上他職種と情報を共有した。CES-Dの点数がカットオフ以上となった患者は2名（17%）であった（表2）。

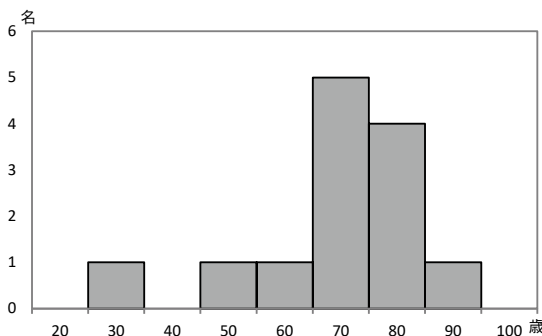


図1：年齢分布 (計13名)

表1：基本背景

		人数	%
性 別	男 性	11	85
	女 性	2	15

表2：アセスメント結果

検査	結 果	人数	%
MMSE	カットオフ以上 (正常)	7	70
	カットオフ以下	3	30
CES-D	カットオフ以上	2	17
	カットオフ以下 (正常)	10	83

アセスメントされた患者のうち、精神的な安定維持を図るため、定期的な面接を実施した例は4例であり、のべ51回実施した。以下に代表的な3事例を報告する。

事例1. 卵巣がん患者 (50代女性)：当初、入院生活適応までには、生活上の不便などの話題が多く語られた。お話を聴いて心理師が調整を行うこともあれば、ご自身で要望を医

師・看護師などのスタッフに伝えることもできていた。治療過程において、有害事象による身体的な苦痛・不調などが現れたため、深呼吸・身体の部分に注意を向けることで痛みを緩和する方法を伝えたところ、ご自身で取り組み効果を実感されていた。

また、身体不調に関連し、治療がうまくいくのか、有害事象による苦痛がどの程度まで増強するのか、この間にも病気が進行するのではないかなど、不安が強くなったため、面接において調整を行った。その結果、自分からものごとの良い面に目を向けたり、自分の恵まれた環境に目を向けたりすることができるようになり、気持ちを保つことができた。心理師との面接の中で「今まではがんに対して早く消えろと思っていたけど、ここで止まってくれてありがたうと思えた。」「災害で突然命を奪われてしまう人もいる。自分はまだ生きているからできることがある。」などと話され、実際に気持ちを維持するために使えるようになっていた。

入院後半は、退院後の生活・治療などについての不安が語られたが、退院後に起こると思われる問題についてあらかじめ心理師と話し合い、対応を考えておくことで気持ちを維持した。発熱・嘔気などがありご本人にとって辛い時期には「もう帰りたい」などとお話されることもあったが、最後まで治療を完遂し退院された。

退院前には、「自分がメンタルケアを受けるまでは、カウンセリングっていうのは精神的に病んだ人が受けるものだと思っていた。でも、お話することで、自分の気持ちが整理できることを知った。メンタルケアを受けて、自分自身でもがんと向き合い戦うことができることも知った。自分のように病気で苦しんでいる多くの人にもっと知ってもらいたいと思った。」などと感想を述べられていた。

事例2. 頭頸部がん患者（70代男性）：入院当初は少し投げやりな様子で「治療して意味あるのかな」「（半年後の予約票を見ながら）このころ生きてるのかな」などと話してい

た。CES-Dの点数はカットオフ以上となり、抑うつ的な印象もあった。面接の中では家族が不仲であることも語られ、精神的なサポートが少ないことが考えられたため、治療や今後の生活について話題にするよりも、一般的な生活に対する意欲を高めることを目的とした介入を行った。具体的には、ご自身のかつての職業に関しての知識を心理師に教えてもらうという形を取り、意欲を高めるとともに認知機能を保つことも意図した。

当初は訪室すると「（見たいテレビ番組が始まる）40分までね。」などの言動があったが、回数を重ねるにつれ、こちらが時間を切り出すと「まだ大丈夫だよ、暇だし。」「明日は来るの？」など、心理師との会話を楽しみにしているような言動に変化していった。

その後、治療経過において、有害事象と考えられる一過性の腎機能低下があり、また心房粗動も起こったが、ご本人は身体感覚への気づきが乏しいようだったため、身体に意識を向けることについて提案した。当初はリハビリへの取り組みを頑張り、その後疲労していることがあったが、次第に自分から疲労感を訴えることも出てきて、自身の身体の状態に目を向け行動を調整することができるようになった。

全身状態が改善したころには照射終了も見てきたが、腫瘍の著明な縮小があり、ご自身も治療の効果を実感しているようだった。面接では笑うことも多くなり、退院が近くなると「退院したら今度から自分で勉強してね」と言うなど、自分の職業知識が人の役に立っているということを感じられているようだった。入院当初の投げやりな様子は感じられなくなり、退院したらしたいことなどを笑顔で語っていた。

事例3. 膵臓がん患者（80代女性）：訪室すると「臨床心理士さんがくるっていうのは聞いてたけど、何をやるの？」と質問された。入院時アセスメント実施の際には、放射線治療科の患者さん全員にお聞きしていることを伝えてから開始しているが、それを聞いて安心した様子で「先生たちにうつだと思われた

かと思ったわ」と笑顔を見せた。

質問項目を聴取していくと、当初は穏やかに回答されていたが、ある質問をきっかけにこれまでの人生でずっと心に残っていたという後悔を涙ながらにお話された。話した後はすっきりした表情で「でも考えても仕方ないのよね。(主治医の)先生にももう忘れなさいって言われて、それで吹っ切れたの。」と言い、自分の思いを言葉にして表出したことで助言の受け入れがさらに進んだ。入院にあたり、自宅に残してきた家族のことや家の仕事のことなどが心配であると話されていたが、「自分が元気なうちは子どもにご飯を作ってあげたい。だから頑張って良くなって退院しなきゃね。」とも語り、現在の家族関係が良いことが生への意欲へとつながっており、入院生活の支えになっていた。

一方、過去の姑や義妹などのふるまいにはずっと我慢していたところがあったようで、今までの不満を表出することもあり、それによりこれまでの経験を整理しているようでもあった。自身の両親を看取られた時のことなどもお話され、「両親のことは病室で息がなくなるところを看取ることができたんだけど、がんはどういうふうに死ぬのかしら。」「私も両親みたいに病室でみんなに見守られて逝きたいわね。」と穏やかに話されることもあった。このような語りは、エリクソンが提唱したライフサイクル論における老年期の発達課題である「統合」が達成されることに役立つと思われる。

認知機能は保たれており、ご家族から入院中の課題(漢字検定の勉強など)を設定されていて、ご自身のペースで取り組まれていた。「最近はこれをやってるのよ。」と、取り組んでいることを心理師にお話することで、自分にもまだまだできることがあるということを実感されていた。リハビリを導入してもらったことで、動きにくくなっていた手の指が動くようになった、歩けるようになったと喜びを見せていた。

考 察

入院時に精神面のアセスメントを実施し、

その後個別の面接につなげていくことは、医療者・患者双方にとってメリットがあると考えられた。

医療者に関するメリットについては、患者の情報をより多面的に得られるということがある。今回は入院時に精神面のアセスメントを実施したが、入院当初の患者の精神状態を把握しておくことで、それに合わせてケアを実施していくことができるうえ、入院中の精神面の変化にも気づきやすくなる。例えば、認知機能の低下が認められる患者に対しては、入院時点の機能に合わせた働きかけが必要であり、入院中のさらなる低下を防ぐことも重要となるが、認知機能が低下しているかどうかは日常の少しのやり取りだけでは判断が難しいことも多い。標準化されたスクリーニングテストを実施することにより現状を把握することで、より精度が高くなり、適切なケアにつながると考えられる。

継続的なケアが必要と判断された患者について、個別面接を実施しその内容を電子カルテ上に記載したが、この情報は医療者が患者についての理解を深めることに役立ったと考えられる。多職種病棟カンファランスでは、面接の内容を患者の精神状態の理解に役立て、ケアに当たる上で参考にすることがあったという声も聞かれた。入院治療には医師・看護師・治療に関わる技師・リハビリ技師など、さまざまな職種が関わるが、患者はそれぞれの場面でさまざまな表情を見せる。多職種のかかわりのなかでも、実際の治療や入院生活にはあまり関係のない心理師は、より中立的な立場で患者とコミュニケーションをとることができる。このことにより、直接治療にあたる医師、毎日の看護にあたる看護師などには言いにくいこと、言っても仕方がないと思っていることなども聞くことができる。この内容を多職種で共有することで、患者の理解が深まりケアに活かされたと考えられる。

患者にとってのメリットは、身体だけでなく心の状態を保ちながら治療を受けることができることである。がん患者が常にストレスにさらされており、そのことが精神疾患発症

のリスクを高めていることを考えると、心理面接を通してそのストレスを低減していくことは有用であると考えられる。特に入院治療においては、日常生活を離れて慣れない環境で治療を受けることによりストレスは増大するが、家族とのかかわりや社会的なつながりなど、ストレスを低減させるために役立つサポートの全体量が減る。心理面接では受容・共感的傾聴を中心にして患者に関わるが、この関わりが情緒的サポートのひとつにもなると考えられる。

また、心理面接を通して、患者が主体性を保つサポートをすることができる。入院治療にあたっては、患者はどうしても「治療を受ける」「ケアを受ける」など、受け身の立場に立つことが多くなる。人間の自尊心を保つために重要な三つの要素として、自分が役に立っていること、自分の望み通りやれていること、持続的に安心感を得られていることが挙げられるが、入院生活ではこれらの感覚が阻害されやすい。心理面接における語りを通して、人生においてこれまで自分が役割を果たしていたことを思い出すこと、入院生活の中でも望み通りやれることがあることに気づいていくこと、治療についても自分で選択しているという感覚を思い出すこと、心理師との関係性の中で安心・安全を感じていくことが、自尊心を保つ一助となると考えられる。

公認心理師が援助する人々は「心理に関する支援を要する者」とされており、必ずしも精神的な疾患と診断を受けている必要はない。当院のように常勤の精神科医がいない医療機関では、精神科受診が必要となる前に、公認心理師が予防的にケアにあたることは有用であると考えられる。また、アセスメントを実施して必要な患者を精神科受診につなげることで、より適切な精神科治療につながるのではないかと考えられる。

一方、がん治療においてメンタルケアが重要であるということは、多くの患者にあまり知られていない。カウンセリングは精神的な疾患がある人が受けるもの、というイメージは本邦においてまだ根深く、精神医療へのア

クセスを難しくしている。この制限を取り払っていくために、入院初期に全例に実施するというワークフローは役立つと考えられる。

以上より、放射線治療科におけるメンタルケアについて、まず長期入院が見込まれる患者に対し、入院時に精神面のアセスメントを全例に実施することが役立つと考えられる。全例に実施することにより、患者の抵抗感が減少するとともに、精神的な状態を医療者が把握し治療やケアに活かすことができると考えられる。また、初期の段階で心理師が患者と顔を合わせておくことで、入院中に精神状態が悪化した際に対応するためのアクセスが容易になる。ただし、今回抑うつ程度を把握するために利用したCES-Dについては、ご高齢の方・入院生活には適さない項目がいくつかあるため、より入院生活に即した質問紙を検討する必要がある。また、入院時に精神面のアセスメントを実施した後、必要と思われる患者に対し継続的に面接を実施することも有用であると考えられるが、まだ事例が少なく効果については検討が難しい。今後対象者を増やし、方法や効果についてさらに検討していきたい。

文 献

- 1) 大谷恭平、内富庸介：がん患者の心理と心のケア. 日本耳鼻咽喉科学会会報113：45-52, 2010.
- 2) 岩満優美：サイコオンコロジー研究－がん患者の心理特性、心理的苦痛及び心理療法について－. 健康心理学研究27 (Special issue)：209-216, 2015.
- 3) 田中桂子ほか：がん患者はいつ何がつらい？緩和ケアはいつ受ける？－東京都診療連携拠点病院に外来化学療法通院中の患者アンケート調査. Palliat Care Research 15 (Supplement)：S263, 2020.
- 4) 上村恵一：乳がんにおける精神心理的ケアの役割. 市立札幌病院医誌77(1), 2017
- 5) 長井直子、森本卓ほか：心理的問題を抱えた乳がん患者への臨床心理的介入の効果. Palliative Care Research 8(1)：