

がん緩和医療の QOL 評価方法

— 予後不良のがん患者への支援にさいしての 全人的苦痛についての考察 —

片 山 はるみ*1

要 約

本研究は、がん緩和医療において看護やその他のケアの効果を評価する目的で、患者や家族に対する QOL (Quality of Life) 評価票を作成するにあたっての、予備的研究である。日本人に適用し得る QOL 測定因子を抽出するために、著者は東京都内にあるキリスト教系宗教法人が設置母体である総合病院内に設置された、病院内病棟型の緩和ケア病棟で19の事例を検討し、そのうち3例を挙げて考察した。

その結果、患者が持っている複合した苦痛の内、まず優先して緩和される必要があるのは身体的苦痛であることがわかった。この身体的苦痛は他の苦痛の認知を遮断すると推測され、身体的苦痛を緩和するとその他の苦痛を表出することができるようになることが示された。

また身体症状を修飾する因子である心理的苦痛の支援は患者自身がその時の状況を受け入れ、患者個々人の特性を発揮できるようにケアする事を目的として行うべきであることを理解した。

従って、予後不良であるという事を前提とした患者の QOL 測定票は、その時々自身の状況を患者や家族が納得しているかどうか、という視点で、病状の進行に合わせて作成することが必要条件であると考えられる。

緒 言

近年、がん緩和ケア医療の目的はがんを慢性疾患の一例として捕らえ、診断されたその時から患者が主体的に悪性新生物と共生しながら生活するために支援することとされている。また世界保健機構 (WHO) の定義¹⁾では緩和ケアはがん、その他の予後不良な疾患に罹った場合、生の限定を認知しつつその残りの生をより良く全うしようとする際に患者本人とその家族に生じる「全人的な苦痛」を緩和すること、すなわち「生活の質 (QOL)」を向上させる事を目的として実施することを要求している。この「全人的な苦痛」は一般的に身体的、社会的、心理的、霊的な苦痛等の因子から複合的に構成されている。従って緩和医療の目的が達成されているかどうかという患者の QOL の評価には、それらの因子を総合的に判断する視点が必要である事が一般に知られている。さらに「全人的な苦痛」への支援には多くの人的、物的資源を必要とし、予後が不良であ

り治療に反応しない患者のケアであるという特性から、特に看護チームの果たすべき役割は重要である。

近年、医療の分野において従来以上に「(科学的な)根拠のある医療技術」(Evidence based medicine=EBM あるいは Evidence based nursing=EBN) の提供が求められている。緩和ケア医療で QOL を評価するときに用いる種々の QOL 測定方法に関して、欧米ではこの EBM ならびに EBN に適合する様な患者自己記載式の QOL 質問票 (以下 QOL 質問票とする) が開発され、臨床に應用されている。一方、国内においては現在までに抗がん剤の臨床試験用に Kurihara et al. によって開発された QOL 質問票 (栗原班調査票)²⁾ があり、臨床に應用されている³⁻⁵⁾。また海外で開発したものを臨床試験用に翻訳したものがいくつかある⁶⁻⁹⁾。しかし看護、その他の緩和ケアの効果を客観的に評価するための QOL 質問票はいまだ統一されたものは無く、最近安藤らによって開発された QOL 質問票¹⁰⁾ が今後臨床で應用されることが期待されているにす

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究所 保健看護学専攻
(連絡先) 片山はるみ 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

ぎない。欧米に種々の QOL 質問票があるとはいえ、文化、宗教観等の背景の相違から、新たに日本人に適合する質問票を作成する必要がある。

今回、国内においては比較的欧米型に近いと評価されているキリスト教系病院に設置された緩和ケア病棟に入院している患者の持つ「全人的苦痛」について具体例を示し、日本人のがん患者ならびにその家族における適切な QOL 評価票作成のための予備的検討を行った。

調査対象と方法

1. 調査研修病棟

(1) 立地環境条件

東京都内副都心部近郊にあり、キリスト教（プロテスタント）系宗教法人が設置母体である総合病院（総病床数は188床）内に設置された病院内病棟型の緩和ケア病棟で調査研修を行った。緩和ケア病棟病床数は24床で、1996年に東京都の承認を受けている。調査期間（1999年8月17～24日、8日間）中の稼働病床数は19床であった。各病室にはトイレ、シャワー、簡易台所が設置されている。病棟内に談話室、家族宿泊室、コインランドリー、リフト・バスがある。多くの病室から中庭の雑木林を見る事ができ、都心部の病院としては恵まれた自然環境であると評価できる。

(2) 緩和ケア病棟の構成スタッフ

A. 専任：病棟医師は2名で構成され、うち1名は病院長である。毎日の病棟回診の他に1週間に1回午後から半日間緩和医療外来を担当し、入院希望者の初診を行う。看護婦・士は13名で構成され、看護方式はプライマリー・ナーシングと受け持ち制の併用である。勤務体系は完全2交代制である。看護病棟長は看護師（看護学修士）である。また緩和ケア病棟に勤務できる看護婦・士は他病棟で2年以上の経験を有する看護婦・士であることが条件である。看護助手は2名で、病棟内の環境整備が主な業務であり、看護婦の依頼に応じて入浴や食事、排泄、その他患者への直接的な生活介助も行っている。医療ソーシャルワーカーは1名で、主に患者の経済的困難に対して各種福祉サービスの紹介をしている。医療事務員は1名で、病棟業務に必要なあらゆる事務手続きを行っている。ホスピスコーディネーターは1名であり、ホスピス病棟入院希望者のコンサルテーションとボランティアスタッフの調整をしている。

B. 兼任：牧師3名（Master of Public Health = MPHの学位取得者）は、外来棟のカウンセリング・ルームでカウンセラーとして駐在し、緩和ケア病棟には毎日午後3時からのお茶会に1人ずつ交代で参

加する。また臨終場面を含め、必要に応じてキリスト教に基づく宗教的支援を行う。

C. ボランティア：60余名が登録されている。各人1週間に1回1日4～5時間、1日4～7名のボランティアが日曜日以外の毎日、お茶会の用意、病棟内の環境整備、配膳、患者の洗濯・買い物の手伝い、その他季節の行事の準備等を行っている。ボランティアは「傾聴実習」その他の特別に構成されている10回の研修を受けた後に活動している。研修期間中の登録者は全員が女性であり、大部分が家庭の主婦であった。パートタイムで職業を持つ人もいた。また本緩和ケア病棟で家族を亡くされた方が数人登録されている。この場合は遺族となってから3年以上経過してからの参加が条件とされている。

2. 調査期間中に入院していた延べ19名の患者の主に身体的な状況。

著者が調査期間中に接した19名の患者の内、本人に病名ならびに病状が未告知である患者は表1-aに示したように6名（31%）である。未告知である理由は3名は脳腫瘍で言語的コミュニケーションがとれない患者である。残りの3名は79才以上の高齢者で内2名は認知機能の障害があった。表1-bに示した13名の患者は家族のみならず本人にもがんの部位、身体状況が告知されている。患者の年齢別内訳は30代が1名、40代が1名、50代が7名、60代が3名、70代が4名、80代が3名であった。19名の患者のうちがんの部位は肺がん5名（26%）、脳腫瘍4名（21%）、胃がん2名（10%）、肝臓がん、胆嚢がん、S状結腸腫瘍、食道がん、膵臓がん、子宮がん、喉頭がん、直腸がんの患者がそれぞれ1名ずつであった。患者のうち何らかの痛みを持っている患者は16名（約84%）である。そのうち12名（75%）はモルヒネ製剤を使用していた。モルヒネ製剤の投与経路は徐放錠での経口投与が6名（50%）、持続皮下注射が4名（33%）、座剤が2名（16%）であった。

3. 研究方法

研究方法は看護業務の一部を行いながらの参加観察法である。観察因子は身体的、社会的、心理的、霊的な苦痛の4つの側面（WHOが示す全人的苦痛）を主眼とした。事例分析に用いた情報は①著者と患者および家族との会話内容、②会話中の患者の表情や行動、③研修病棟のチーム構成員と患者の会話内容、④会話中の双方の表情や行動、⑤患者の家族と患者本人の会話内容、⑥会話中の双方の表情や行動の観察記録メモ、⑦各専門職の代表者によって行われる患者の事例検討会に参加した際に要点を記録し

表 1-a 研修期間中に入院していた患者の概要（病名及び病状を未告知の患者）

患者	年齢 性別	がんの部位	身体状況	モルヒネの 使用状況
A	30 男性	脳腫瘍	左半身麻痺/言語障害/意識消失発作/寝たきり状態/全身苦痛/仙骨部に1度の褥創	
B	57 女性	脳腫瘍	言語障害/寝たきり状態/コミュニケーションはアイコンタクトのみ	
C	79 女性	脳腫瘍/骨転移	言語障害有りコミュニケーション状態不良/下半身麻痺あり車椅子移動がかるうじて可能/腰痛	
D	81 女性	直腸がん	通過障害改善のための姑息的ileostomy 造設/ほぼ寝たきり状態/両下肢（関節）の疼痛/妄想/幻覚	モルヒネ持続皮下注射48mg/day
E	79 男性	肺がん/骨転移	腰痛/ADLは維持されている	
F	86 女性	胃がん	末期状態/ほぼ寝たきり/度々見当識障害あり/心か部の疼痛/下肢の疼痛	モルヒネ座剤 20mg/day

たメモ、⑧診療記録ならびに看護記録より転記した記録メモより得た。

結 果

表 1-a, b に示す 19 名の患者から特徴的な 3 例を挙げて事例分析を行った。事例 1 は身体的ならびに社会的、心理的な苦痛、事例 2 は身体的、社会的、心理的、霊的な苦痛を持つと考えられる事例であり、事例 3 では身体的苦痛、心理的苦痛が緩和される過程にある患者である。これらの患者の全人的苦痛とその緩和方法の具体例を示した。

事例 1：患者 H 氏，53 才，男性

職歴：H 氏は米国で経済学の修士を取得し帰国後、大手某証券会社に勤務した。発病前には幹部の証券マンに対する研修が主な仕事内容であった（食道がん診断後休職していた）。しかし、近年の経済的社会情勢の中でリストラに合い、同時期に食道がんと診断された。

現病歴：食道がんにて平成 10 年 11 月 25 日に食道 2/3 摘出術・胃 1/2 切除術・胸骨前吻合再建術、脾臓 2/3 切除、脾臓・胆嚢切除術後、平成 11 年 3 月 11 日に麻痺性腸閉塞にて癒着剥離術施行、現在肝転移、腹膜転移の疑いにて、余命 6 カ月の告知を受けて緩和ケア病棟に入院している。

家族構成：妻（52 才），長男（25 才），長女（22 才）

身体的苦痛；H 氏は腹部全体の痛みを常に訴えており、疼痛緩和はモルヒネの持続皮下注射によって

なされていた。しかし、主観的な鎮痛効果は得られていなかった。医師は炎症性の痛みを取る場合の非ステロイド性消炎鎮痛剤の適宜使用を看護婦に許可し、更に、モルヒネの持続皮下注射の量の上限無し（効果や副作用について、看護婦が患者と相談しながら限りなく量を増やす）という指示表示をしていた。当初投与されたモルヒネ（1%注射液）の量は 0.8ml/hour であった。本人の疼痛の訴えによって、翌日には 0.9ml/hour に増量された。しかし、患者の主観的な十分な鎮痛効果が認められず 0.5ml の臨時増量投与が試みられ、1.0ml/hour の持続投与と 3～4 回/day の臨時投与が行われるように変更された。その結果「痛みのことを考えない時間がいくらかできた」と H 氏は表現した。

社会的苦痛；H 氏は著者との対話のなかで、家族に対して以下のような表現をよく示している。「以前は人に株を買ってもらうような仕事をしていたのに今はこうやって『買ってくれ』ってダイレクトメールが届くんだ。全くどうしようもないよな」「子供が大きくなってやっとこれからって時に、仕事の事やら僕の病気等で（妻は）本当に大変だと思うよ」「お兄ちゃんが就職したばかりでまだ何とも言えないから早く一人前になって母さんを助けて欲しいと思っている。でも子供にもそんなに負担をかけちゃいけないしね」等。そして、妻が同席すると「今日はこの人（著者のこと）を相手によくしゃべったよ。調子がいい証拠だ」と報告し、或いは、「元々どうやったら人が自分の話に興味をもって聞いてくれるかっていうのがぼくの仕事だったからね」と会話の間に

表1-b 研修期間中に入院していた患者の概要（病名及び病状を告知している患者）

患者	年齢 性別	がんの部位	身体状況	モルヒネの 使用状況
G	45 女性	S状結腸腫瘍	colostomy造設/胃ろう造設/食事摂取不能/高カロリー輸液実施/腰痛/ADLは維持されている	モルヒネ徐放錠 160mg/day
H	53 男性	原発食道がん 及び肝転移	原発癌の術後、転移性癌の諸症状/腹部の疼痛/腹水貯留による腹満感/食事摂取量が極めて少なく高カロリー輸液実施/ADLは維持されている/夜間不眠・不安発作あり、鎮静剤を使用	モルヒネ持続皮下 注射200mg/day
I	54 男性	肝臓がん	肝性脳症による意識混濁/腹水貯留/食事摂取量は極めて少量/かろうじて車椅子での座位保持ができる/就寝時に無呼吸あり/乏尿状態	モルヒネ座剤 20mg/day
J	56 女性	原発胆嚢がん 膀胱がん、直腸がん	胆嚢・胃切除術後/骨盤腔内臓器全摘出術後/尿路変更urostomy造設/colostomy造設/旧膣口よりの排膿/左臀部の炎症性疼痛/吐き気/ADLは保持されている/不安・パニック発作あり、鎮静剤を使用	モルヒネ徐放錠 100mg/day
K	57 男性	膵臓がん	末期状態/意識混濁/起座位不可能	モルヒネ持続皮下 注射24mg/day
L	59 女性	脳腫瘍/骨転移	腰痛/下半身麻痺/自力での車椅子移動がかろうじて可能	モルヒネ徐放錠 330mg/day
M	59 男性	肺がん/肝転移 直腸転移	肺腫瘍のための呼吸困難/右肩の疼痛/colostomy造設/旧肛門よりの排膿/ADLは維持	モルヒネ徐放錠 100mg/day
N	65 女性	肺がん	肺腫瘍のための呼吸困難/呼吸困難のためのADL低下（立位保持困難）/仙骨部に1度の褥創	モルヒネ徐放錠 160mg/day
O	66 女性	子宮がん	下腹部の疼痛/膣よりの血膿排出	モルヒネ徐放錠 160mg/day
P	66 男性	喉頭がん 頸部リンパ節 転移	転移性腫瘍による左頸部の皮膚の自壊（約5×5cm）/気管切開による気道確保（コミュニケーション状態不良）/嚥下機能不全により栄養管理目的の胃ろう造設/頸部の腫瘍を縮小させる目的で他院の放射線外来通院中/ADLは保持されている	
Q	70 女性	胃がん	消化管通過障害による腸閉塞/胃減圧（嘔吐防止）のための経鼻胃管挿入/食事摂取不能/高カロリー輸液施行/ADLは維持されている	モルヒネ持続皮下 注射24mg/day
R	74 男性	肺がん/骨転移	呼吸困難/咳/喀痰喀出困難/呼吸困難によるADL低下/かろうじて室内の移動ができる	モルヒネ持続皮下 注射48mg/day
S	82 男性	肺がん	末期状態/ほぼ寝たきり/度々見当識障害あり/心か部の疼痛/下肢の疼痛	モルヒネ座剤 20mg/day

仕事の経験上の苦勞話を何回も繰り返していた。

心理的苦痛；H氏は一人で居るときは常に深刻な表情で頻回に廊下を往復していた。前述の著者との会話においても自分の身体症状や病気の話しや現在の家族の事を話す時にはつらそうな表情に見え、著者と視線を合わせることは少なかった。H氏は原発の食道がんの告知を受けた時から反応性の抑鬱状態に陥り、手術前から精神科医が関わり、以後抗鬱剤の継続投与を必要としていた。現在は精神科医の精神療法的介入は無いが診察、身体的処置時には医師・看護婦が、またお茶会の席では牧師、ボランティアがH氏の心理的苦痛に対して「傾聴」、その他の対

応をしている。「調子がいいんだよ」と繰り返す時の笑顔は不自然であった。特に夜間には不眠・不安を訴え、鎮静剤の投与が必要な場合があった。しかし、大学時代の思い出や妻との出会いの過去の楽しいエピソード、あるいは仕事が一番充実していた時代のことを語る時には一番表情が自然であった。

事例2：患者J氏，56才，女性

職歴：某大学病院の初代ケースワーカーとして勤務し発症前は看護学校や福祉系の学校で講師をしていた。H10年秋期以後休職中である。

現病歴：平成9年10月胆管がんにて胆嚢・胃切除

術施行後、平成10年8月直腸がん、転移膀胱がんにて骨盤腔内臓器摘出術施行、尿路変更・urostomy・colostomyを造設する。現在までに主治医が本人に病名、手術内容、予後不良であることをその都度説明している。

家族構成：夫とは離婚し、20代の独身の2人の娘がいるがそれぞれ独立し、現在は一人暮らしをしている。

身体的苦痛；J氏は入院前からの継続で前医より処方されたモルヒネ徐放錠を内服をしていたが、入院時から左臀部の痛みを訴えていた。ベッド上での安静時には痛みは若干緩和していたが、起床時または歩行時には体重負荷の為に疼痛が激しく、廊下の手すりに掴まってやっと歩行する事ができる状態であった。局所は発赤、腫脹しており、冷罨法によって自覚的な疼痛が緩和することから、看護婦が一日に数回貼用した。この事から、自覚的疼痛の第一義的原因は炎症であることが予測されていた。また、疼痛の原因同定と鎮痛薬の新たな選択のために生物学的な視点からの検査も行われ、モルヒネ以外の鎮痛補助薬の使用や抗菌抗生物質の投与もなされていたが、自覚的な痛みの緩和には結びつかなかった。

J氏はまた持続する吐き気のために水分や食物の経口摂取量が低下していた。吐き気の原因は明らかではなく、制吐剤も有効ではなかった。この事から、水分補給のために500ml/dayの輸液が行われていた。

社会的苦痛；患者自身の社会復帰希望が強く、自身は経中心静脈的高カロリー輸液を希望していた。しかし、主治医は高カロリー輸液を行うことは代謝機能から予測して利益より負担の方が大きいと判断し、また少量ではあるが現在の経口摂取量で生命維持は可能であると考え、その方針をJ氏に時間をかけて説明したが納得しなかった。J氏は「吐き気で食事が食べられないから体力もどんどん落ちていく。在宅で高カロリーの点滴を行い、体力を維持しながら従来の半分でも仕事をしたい」旨を述べていた。

心理的苦痛；J氏は気分転換のため毎日のお茶会に参加され、他の患者さんや家族、ボランティアの人達と1時間程度の時間を過ごした。J氏は一人で自室に居る時にはベッドの中でうずくまり、その表情は始終眉間にしわが寄り、深刻な表情で苦痛に満ちていた。入院2日目の夜間、パニック様の混乱を生じ、担当看護婦への暴言もあり鎮静剤の投与がなされた。

霊的苦痛；入院2日目のお茶会終了後談話室でJ氏と牧師と著者の3人で話しをしていた時、最初は

痛みについての話しであったが徐々に会話の内容が変わって、「私はこの頃自分に何で？ どうして？（病気になったか）と問いかけるんです。苦しい、つらい、こんな経験をどうして私が？」「以前は神様なんか信じていなかったんです。有るのは自分自身が出した答えだけだった。でも今は自分では答えが出せなくて、これは神様が私に与えた試練だと思って納得しようとしている」「それでもまた気が付いたらどうして？ 苦しい、つらい、と弱音をはいているんです」と言うような言葉が繰り返し発せられた。そして沈黙し、最後は牧師に「お祈り」を要求した。入院3日目、J氏は「ここは死に場所という感じがして……、まだ私には早いような気がするんです」と述べ、自分で前医（手術後の主治医）に連絡を取り研修病院へは退院を申し出た。主治医は「ご本人の決めたことですからやむを得ないでしょう」と前医へ経過報告書を準備し退院を認めた。

事例3：患者L氏，59才，女性

現病歴：脳腫瘍、腰椎転移、詳細は不明。入院時に病名と予後が不良であることを、主治医が本人に説明している。

家族構成：独居、未婚、遠方に姉がいるが連絡をとりあうことは少ない。

職歴：入院前まで自宅で縫製業の内職をしていた。

身体的苦痛；L氏はがんの腰椎転移のために強い腰痛を訴え、下半身の運動麻痺、感覚麻痺の為に自力の身体移動はベッドからポータブルトイレへの移動がかなり難しい程度であった。それまではモルヒネ徐放錠270mg/dayで鎮痛が得られていたが、疼痛強度が増したためモルヒネ徐放錠の増量が必要になった。主治医はモルヒネの増量をL氏に提案し20%の増量で330mg/dayとなり、L氏は「安静時の痛みは消失した」と表現した。

心理的苦痛；モルヒネ徐放錠の増量が決まった際、L氏は投薬のために訪室した看護婦に「こんなにいっぺんに薬が増えてしまった……」と言って泣き出した。担当看護婦はL氏の心理的高揚の原因を知るために、30分以上の時間をかけて患者の気持ちを「受容」する形でのコミュニケーションをとった。その結果担当看護婦はL氏の心理的高揚の原因は、病状の進行という状況の変化を受け入れる過程における不安の存在と、モルヒネの増量の方法に関する情報不足によって引き起こされた結果であると判断した。また婦長も同様の心理的ケアを行うと共に、主治医はモルヒネ徐放錠を増量する時の方法を再度丁寧に説明した。その結果J氏は「そうね、よくわ

かりました。大丈夫」と言い、一人で過ごす時間を要求した。L氏は以後、モルヒネ徐放錠について何も言わなかったし、これまでそうであった様に「この部屋が私の一番安心出来る場所。時々皆さん（ケアチームのメンバー）が来て顔を見せて下さればそれで充分です」「こうして寝ていても窓から見える雲や木々は同じことは決して無いのよ」と語り、平安な日常を過ごしていた。

考 察

1. 全人的苦痛の緩和について

事例1のH氏は腹部全体の痛みを持っており、モルヒネの持続皮下注射を中心に身体的苦痛への支援が行われていた。モルヒネを増量するまでは痛み以外の内容で会話することが困難であったが、痛みがいくらか緩和された状況では家族のこと、仕事のことについて考え、話しをする余裕ができていた。すなわちその余裕は、今後H氏が社会的、心理的、さらには霊的な苦痛を解決するために使える時間ではないかと推測する。そのことはH氏の「痛みのことを考えない時間がいくらかできた」という言葉からも推測できる。

しかしH氏の身体的苦痛はモルヒネの増量のみで本人が納得するレベルに緩和されてはいない。会話の中でH氏は社会的な苦痛、心理的な苦痛を持っていると解釈できるが、これらの苦痛が身体的苦痛、すなわち腹部の痛みの修飾因子になっている可能性を考慮する必要がある。従ってモルヒネの使用と同時にその他の鎮痛補助薬や抗鬱剤の投与、さらに心理学的的方法による援助が必要になってくる。

事例2のJ氏は身体の客観的な鎮痛効果が得られる量のモルヒネ徐放剤の投与がなされていたにもかかわらず、主観的な強い痛みを訴え、根本的な除痛は出来ないでいる。この痛みに対しては冷罨法が効果を持ち、原因の同定・薬剤選択までの疼痛緩和の一助となっていた。またJ氏は原因同定困難な吐き気もあり、薬剤選択の途中であった。それらの薬剤の効果判定の経過中にJ氏は心理的混乱を生じ、時々霊的苦痛をも表現している。

著者はJ氏の主観的な痛みの訴え方や制吐剤に効果を持たない原因同定困難な吐き気の訴えは身体的苦痛と社会的、心理的苦痛、さらに霊的苦痛が混在している結果であると解釈した。これらの全人的苦痛を持つJ氏の行動決定は指導的立場にある職業婦人であるにも関わらず冷静さを欠いたものであった可能性が高いと推測した。従って、J氏が社会的苦痛、心理的苦痛、霊的苦痛に関して冷静に自己決定をしていけるようになるには、まず身体的苦痛が緩

和されることが必要であり、続いて身体的苦痛の修飾因子であるその他の苦痛を緩和することが必要であると考える。

事例3のL氏はモルヒネ徐放錠の投与によって患者本人が納得する疼痛緩和が出来ていた。また自分の現状を受け入れる心理的安定性を持った日常を過ごしていた。しかし、身体的疼痛の増幅に伴うモルヒネの増量決定は明らかにL氏の心理的苦痛を増幅した。このような除痛の為のモルヒネの増量は患者本人に病状の進行を予測させる一因となり、患者の心理的不安を誘起し、身体的除痛の妨げとなっている。

これらの事例から、患者の全人的苦痛が緩和されるためには、まず第一に身体的苦痛を緩和する必要があることが明らかとなった。さらに身体的苦痛を増強するその他の因子を緩和するためには、患者自身が自らの状況を受け入れることが可能になる為の、心理的支援が必要であることがわかった。

2. 心理的苦痛、霊的苦痛における心理療法的支援

事例1のH氏は職業生活を突然中断せざるを得なくなった状況や、本来持っていた家族機能が果たせなくなってしまった状況をどのように受けとめ、対処行動をとればよいのか自己の方針が打ち出せないことからなる心理的苦痛を持っていると解釈した。これはH氏の夜間の不眠・不安の訴えから推測できる。

事例2のJ氏は身体的苦痛が緩和されない状況で、仕事が完結していないことを主とする社会的苦痛、種々の心理的不安、なぜ自分が悪性の腫瘍に罹患し苦痛を経験しなければならないのか、という霊的苦痛を持ち、精神的混乱を生じていると考えることができる。

また事例3のL氏は「モルヒネの増量が必要になっている」という身体状況の変化によって心理的苦痛が増幅している。

緩和ケアではこのような場面に対処するために、患者に対して正確な病状の説明とその対処の方法を受け入れてもらう様に努力する事が最も大事なことと考えられる。

本稿では事例1においては医師、受け持ち看護婦、牧師、ボランティアが、事例2においては牧師が、事例3においては医師、看護婦が「傾聴」、「受容」といった方法で患者に対応している。特に事例3に関して、チームによる心理的支援の結果、L氏は比較的短時間で本来の平常心を取り戻すことが可能となっている。以上のことから身体的苦痛を増強するその他の因子を緩和するためには、患者自身が自らの状況を受け入れることが可能になる為の、個別の

心理的適応の方法を獲得する事が必要であることが示された。

緩和ケア等における患者の心理的、靈的苦痛の支援には、患者自身が自らの状況を受け入れて個別の心理的適応の方法を獲得するために、従来より患者の言葉を「傾聴」し、ありのままの患者を「受容」し、患者の思いに「共感」という Rogers, C. R. が示した対話的心理療法の一技術である「client-centered therapy」¹¹⁾ が応用されている¹²⁾。調査研修病棟でのボランティアの研修において「傾聴実習」が組み込まれているのは、カウンセラーあるいは宗教家の専門家としての牧師以外のチーム構成員も患者の心理的支援についての基本的技術としてこれが必要であることを意味している。

この「client-centered therapy」は患者の自己決定を尊重し、患者が自らの対処行動を獲得することが可能になる心理学的支援の一方法である。しかし、この方法は患者が自己の対処行動を自分で見つける過程において、その自発性を重視するあまりにかなりの時間が必要である¹³⁾、との指摘がある。がん患者の心理的支援について考えるさい、限られた時間の中で同様の作業を行うためには何らかのより合理的な方法が必要である。近年では患者の認知の変容に焦点を当てた「認知行動療法」の理論体系の中から緩和ケアにおける心理療法的な支援の方法を得ようとする試みがあり、保坂¹⁴⁾の報告がある。坂野¹³⁾は、この方法は従来の方法に比べ、不安や抑鬱状態にある患者に対しより積極的で教育的な介入を行うため比較的短時間で患者が対処行動をとることができるようになり、従来の心理療法と比較して効果をより科学的に検証することが可能であると述べている。

著者は、緩和ケアを受けている患者が、事例3のJ氏のように、自らの状況を受け入れて個人的な生活を営めるために、十分に病状の説明をすることを含めた「認知行動療法」的な心理的支援についての有効性の検証が今後必要であると考えます。

3. がん緩和医療の QOL 評価方法はどのようなものであればよいか

がん緩和ケアの目的が達成されているかどうかを評価するために国内で開発され、統計学的に信頼性と妥当性の検証が済んでいる QOL 評価票として、緩和ケア用 QOL 調査書「ケア・ノート」¹⁰⁾がある。また臨床試験用の QOL 評価票も数種類ある^{2,6-9)}。しかしそれらの QOL 質問票は日本ではなかなか臨床応用されていないのが現状である。理由として、まず日本における病名告知率の低さを挙げることで

できる。緩和ケア施設では入院の要件で患者本人やその家族が病名を知っていることが望ましいとして、施設も多く、病名、病状の告知率は高くなりつつある。しかし坂本らの報告¹⁵⁾によれば、日本でのがんの病名告知率は欧米（ほぼ100%）と比較して著しく低く50%前後である。この現状から現在の日本では患者が自己の疾患に関する正確な情報を得て自らの状況を評価し、ケアの方法を選択することが可能な状況ではないことが明らかである。従ってがんの病名告知率の低さが患者の自己評価の意味合いを持つ QOL 質問票の臨床応用を困難にしている一因ではないか、ということが予測できる。しかし近年緩和ケア施設の増加や、大学病院内での緩和ケアチームの発展、カルテ情報公開の拡大、等の要因によって、今後日本においてもがんの病名告知率は上昇していくものと考えられる。

また既存の質問紙の多くは、患者の持つ種々の苦痛の有無と程度を聞くものが多い。しかし不治であり、身体状況は悪化し、死へ向かっていくことを前提とした状況においては、痛みの有無や身体の変容の程度を測定するだけでは患者の QOL を知ることは出来ない。例えば事例3のL氏は、安静時の痛みは消失したものの、全く痛みを感じない状態ではないし、下半身が動かず、移動する時には人の手を借りることが必要であった。さらに友人や家族が訪問する事も少ない、一見孤独な環境での療養生活を送っていた。しかし自己の状況を理解し、限られた範囲で今の生活を納得していたのであるから、L氏の QOL は比較的高いと言えるかもしれない。

以上のことから、著者はがん緩和医療における QOL 質問票では、全人的な苦痛を問うそれぞれの項目において、患者がその時々自己の状況を受け入れ、納得しているかどうかを評価することが必要条件であると考えます。

結 論

がん緩和医療における QOL 質問票を作成するさいには身体症状が緩和されたかどうかを適正に評価し得る項目が最優先されるべきであろう。次に心理、社会的状況が改善したかどうか、さらに前述項目において患者がその時々自己の状況を納得しているかどうかを評価できる項目の順序で作成されることが必要である。従って、これらの項目で作成された QOL 質問票を患者の病状の進行状況に合わせて適用することは患者に対する緩和医療看護の実施につながると考えられる。

本研究の遂行にあたり、快く調査・研修を受け入れて下

さった T 病院の院長先生ならびに看護部長，緩和ケア病棟の病棟婦長をはじめスタッフの皆さん，また患者さん方に深く感謝申し上げます。論文をまとめるにあたり終始ご

懇切なご指導とご鞭撻を頂きました齋藤泰一教授，川崎医科大学乳腺甲状腺外科下妻晃二郎先生に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) Geneva, World Health Organization (1990) Cancer Pain Relief and Palliative Care. *Technical Report Series*, 804.
- 2) 栗原 稔, 清水弘之, 坪井康次, 小川 浩, 村上 稔, 鈴木紀彰, 石川邦嗣, 富永 健 (1992) 癌薬物治療プロトコールにおける QOL 評価. *CRC*, **1**(4), 174-181.
- 3) Shimozuma K, Sonoo H, Ichihara K, Kurebayashi J, Miyake K, Yoshikawa K and Ota K (1994) Analysis of factors associated with quality of life in breast cancer patients after surgery. *Breast Cancer*, **1**(2) 123-129.
- 4) Shimozuma K, Sonoo H and Ichihara K (1995) Medical economics and quality of life : Analysis of factors that influence the perception of medical cost by post-surgical breast cancer patients. *Breast Cancer*, **2**(2), 143-153.
- 5) Shimozuma K, Sonoo H, Ichihara K, Miyake K, Kurebayashi J, Ota K and Kiyono T (1995) The impacts of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life in early-stage breast cancer patients. *Breast Cancer*, **2**(1), 35-43.
- 6) Eguchi K, Fukutani N, Kanazawa M, Tajima K, Tanaka Y, Morioka C, Tomiyama S, Kojima A, Oshita F, Miya T, Okamoto H, Ohe Y, Tamura T, Sasaki Y, Shinkai T and Saijo N (1992) Feasibility Study on Quality-of-life Questionnaires for Patients with Advanced Lung Cancer. *Jpn J Clin Oncol*, **22**, 185-193.
- 7) Tazaki M, Nakane Y, Endo T, Kakikawa F, Kano K, Kawano H, Kuriyama K, Kuroko K, Miyaoka E, Ohta H, Okamoto N, Shiratori S, Takamiya S, Tanemura K and Tsuchiya R (1998) Results of a qualitative and field study using the WHOQOL instrument for cancer patient. *Jpn J Clin Oncol*, **28**(2), 134-141.
- 8) Kobayashi K, Takeda F, Teramukai S, Gotoh I, Sakai H, Yoneda S, Noguchi Y, Ogasawara H and Yoshida K (1998) A Cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) for Japanese with Lung Cancer. *European Journal of Cancer*, **34**(6), 810-815.
- 9) Kaneko H, Kobayashi K, Kudoh S et al. Reliability and validity of the General Measure of the Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (version3) for Japanese patients with lung cancer. (submitting)
- 10) 安藤真弘, 小林国彦, 工藤翔二, 武田文和 (1997) 緩和ケア用 QOL 調査書「ケア・ノート」の開発. *日医大誌*, **64**(6), 44-51.
- 11) Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. consult. Psychol*, **21**, 95-103.
- 12) 木村登紀子 (1999) 「心」をどう理解するかー心理学からのアプローチ. *ターミナルケア*, **9**, 92-96.
- 13) 坂野雄二 (1995) 認知行動療法, 初版, 日本評論社, 東京, p21.
- 14) 岩本隆茂, 大野 裕, 坂野雄二編 (1997) 認知行動療法の理論と実際, 初版, 培風館, 東京, pp266-274.
- 15) 坂本純一, 秋山清次, 渡辺 正, 市原 透, 堀澤増雅, 安江満悟, 中尾昭公 (1999) 進行癌治療における医師の視点からみた告知と Informed Consent. *日本消化器外科学会雑誌*, **32**(6), 1452.

(平成12年4月28日受理)

**Quality of Life Assessments of Cancer Patients with Palliative Care
— Total Sufferings of the patients unresponsive to curative treatments —**

Harumi KATAYAMA

(Accepted Apr. 28, 2000)

Key words : PALLIATIVE CARE, QUALITY OF LIFE, TOTAL SUFFERING

Abstract

This is a preliminary study to develop a new questionnaire for QOL assessments of cancer patients who are unresponsive to curative treatments and their families. To select the QOL domains suitable for assessment of the patients, the author investigated 19 cases at a palliative care unit of a general hospital founded by a Christian organization. In this paper, three cases are described.

Among total sufferings, it was revealed that the physical suffering needed to be palliative first, because physical suffering interfaces with the recognition of other types of suffering. And easing of physical suffering discloses other types of suffering. Palliation of psychological suffering which modifies physical suffering is necessary for patients to accept their situations and maintain as normal a life style as possible.

In conclusion the questionnaire to assess the QOL of patients with advanced cancer should take into consideration the stage of the disease and the acceptance of the disease by patients and their families.

Correspondence to : Harumi KATAYAMA Master's Program in Nursing, Graduate School of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.10, No.1, 2000 105-113)