

がんと共に生きる患者の不安と医療従事者の支援のあり方について —患者会の発話記録分析から—

吉野 菜穂子*

Anxiety in Patients Living with Cancer and the Ideal Support by Medical Staffs — An Analysis of a Patient Association's Utterance Record —

Nahoko YOSHINO*

要約

目的：本研究では、がん患者のニーズと医療従事者の支援にズレが生じる背景について心理学的視点から考察した。

方法：A 患者会記録から、がん患者の不安やとまどいのきっかけとなる体験やエピソードを抽出しカテゴリー分類を行った。

結果：患者自身の内的な体験である「主観的体験」と、現実的な出来事としての「客観的体験」に分類された。「主観的体験」からは、患者が身体の機能不全だけでなく心理的機能に対しても不全感を体験していること、「客観的体験」からは、度重なる喪失体験により患者は、自分の“がんの認識”や“自己”についての認識を持つ必要のあることが明らかになった。

結論：医療者は患者へ情報提供する際に、まず患者の“がんの認識”を十分に理解し、そのイメージを共有することが必要であることが示唆された。

Purpose : The present study explores the psychological background of the gaps between cancer patients' needs and the actual support they receive from medical staffs.

Method : The experience and event triggering anxiety in cancer patients were extracted from the recording of patient association meetings and categorized.

Result : The triggering event and experience were classified into following two large categories: "Subjective experience" is the patient's inner experience, and "Objective experience" is the actual events experienced by the patient.

The result of "Subjective experience" showed that cancer patients had feelings of psychological imperfection as well as physical imperfection.

The result of "Objective experience" showed that cancer patients had multiple experiences of loss inciting their anxiety regardless of their actual condition of cancer. There is urge need for patient to have "precise recognition of their condition of cancer" and "self-awareness".

*駒沢女子大学 非常勤講師

Conclusion : It is essential that the medical staffs fully understand the patient's recognition of their cancer condition and share the image with the patient.

1. はじめに

私たちは、死が不可避であることを「知って」いる。しかし、現代文明は死を否定した文明であり、日常生活に死はなく、成長・成熟もない状態である（河野、1988）という指摘や、現代社会は生産性と効率性を重視し死の問題は回避される傾向にある（隈部、2006）という指摘などから、現代は日常生活において死の意味について考えることや、他者との対話を通して死についての理解やイメージを共有しようとする機会は少ない状態にあると推測される。そうした中、生命に関わるような病や重大な事故という非日常的な出来事をきっかけに、死は私たちに身近なこととして意識される。そして、日常的に馴染みのない死という問題に自分がどのように向き合えばよいかという不安や、他者との関係性においても変化が生じ、健常者としての他者と病者としての自分との間に溝が生まれた感覚、つまり社会的孤立感が引き起こされる（遠藤、2005）ということが指摘されてきた。

私たちに死を意識させる代表的な病として、がんがある。医療技術の進歩により、早期に治療を受けることができれば日常生活へ戻ることも可能になって来ていることから、がんは不治の病ではなく慢性疾患として認識されるようになってきた。しかし、治療を終了しても一度がんに罹患すると常に「再発」の不安がつきまとうことが報告されており（栗原、2005）、依然としてがんは患者に死を強く意識させる疾患である。また、慢性疾患として捉えられるようになったことで、がん患者には「慢性的にがんにつまわる不安—死につまわる不安—を抱え生活する」という新たな課題が生まれたと考えられる。そのため、がんとどう向き合い、がんにと

もにどう生きるのかということが重要な課題であり（遠藤、2000）、医療者は長期的、多角的な視点をもって患者を支援する必要がある。

一方、治療中の患者で適応障害やうつ病と診断されても医療者の介入を希望しない患者や家族の存在や（大谷ら、2010）、医療者へ自分の希望や不安を伝えることを躊躇する患者の姿勢など（葛西、2006）、医療者と患者のコミュニケーションや支援のズレはこれまでも医療現場の問題として取り上げられてきた。こうした状況を解決していくためには、支援の提供者と受け手の間になぜズレが生じているのか明らかにする必要がある。しかし、治療中や経過観察中の患者から、正直な自分の思いを伝えることについて、多忙な医療者に対する遠慮や要求の多い扱いにくい患者として距離を置かれてしまうのではないかという不安から、発言を控えるという話をこれまでに何度も耳にしてきた。そこで、本研究では、がん患者やがん経験者により構成され、医療者が関与しない「A患者会」をフィールドとし、その場で参加者から語られる不安やとまどいの体験からがん患者が必要としている支援を明らかにし、それが医療者と共有されるためにはどのような関わりや工夫が必要であるか検討を行う。

2. 方法

2.1 A患者会の紹介

A患者会は、世話人と呼ばれるがん経験者（治療を終了したサバイバー）により運営されているセルフヘルプ・グループである。毎月1回、X医療機関の会議室にて2時間のフリートーク形式の定例会が開催されている。患者会は、がん診断直後や治療中の患者、治療終了後数十年

経過したがん経験者など、「がん罹患」という共通体験を持つメンバーで構成されている。定例会は、患者が自由に気負いなく参加できる雰囲気を保つという目的から名簿などは作成されず、具体的な年齢や病歴の記録は残していない。これらの情報は定例会の中で自由に語られる。参加人数は30名弱であり、毎月ほぼ同じメンバーが参加している。筆者は、X 医療機関の関係者より患者会代表へ紹介され、毎回定例会の開始時に参加者全員からの承認を得てオブザーバーとして参加した。

2.2 研究対象と倫理的配慮

本研究では、定例会における参加者の発言記録を研究対象とする。記録は、世話人の記録担当者が毎回参加者の発言を記したものである。本研究を行うにあたり、団体や個人が特定されないよう配慮することを説明し、数回の世話人会で討議され全世話人から使用の承諾を得た。2001年2月～2007年11月の記録から、今回は、がん患者がどのような支援を必要としているのか明らかにするため、闘病生活や日常生活にお

ける不安やとまどいのきっかけとなった体験やエピソードについての記録を分析対象として取り上げた。

2.3 分析方法

KJ法（川喜多、1967）を参考にカテゴリー分類を行った。具体的には、以下手順で分析を行った。①、全記録を読み込み、がん患者の不安やとまどいのきっかけとなった体験やエピソードについての発話記録を抽出する。②、抽出された記録に複数の体験やエピソードが含まれている場合には、発話の本質が損なわれないよう注意しながら、体験やエピソードが単位となるように分節化する。③、分節された内容を要約し、各切片にラベリングを行う。④、類似した内容のラベルをまとめ、それらの内容を代表するラベルを付ける作業をくりかえしカテゴリーとして分類を行う。

3. 結果

不安やとまどいのきっかけとなる体験やエピソード（200切片）を分析した結果、「主観的体

表1 がん患者の不安やとまどいのきっかけとなる体験

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
主観的体験	統合感覚の喪失	再発転移の意識
		自己コントロール感の低下
	対人関係の違和感	家族、友人との距離感
医療従事者との距離感		
客観的体験	終末期告知	余命告知
		治療法、効果なしの告知
	治療中断	治療の断念
		身体状態の悪化
	身体状態の変化	後遺症の出現
		副作用症状
	抛り所のなさ	複数の判断基準
		限界ある医療技術の認識
医療従事者との関係不全		治療、療養機関との不安定な関係
		必要な情報の不足
		許容範囲を超えた告知
同病者の病状悪化、死去の知らせ		近親者の病状悪化、死去
		著名人の死去

験」(2つの中カテゴリ、4つの小カテゴリから構成)と、「客観的体験」(6つの中カテゴリ、13の小カテゴリから構成)の大カテゴリに分類された。結果を表1に示す。以下、中カテゴリを【 】,小カテゴリを〈 〉、具体的な発話内容を《 》で示す。なお、発話内容についてはプライバシー保護の観点から、内容に影響が出ないよう留意しながら一部省略(疾患名やステージなど)や修正を行っている。

3.1 主観的体験

患者の不安やとまどいのきっかけとなった、患者自身が抱く自己や他者への意識や感覚などの内的体験を「主観的体験」としてまとめた。

3.1.1 統合感覚の喪失

【統合感覚の喪失】は、《術後、再発転移のことで怯える／昨年ががん診断。治療が終わったらずぐに再発するのではないか不安》など再発転移を意識する〈再発転移の意識〉と、《検査値の受け止め方が分からない／自己管理が大変／何を食べていいかわからない》など、セルフ・マネジメントやモニタリングがうまく行っていないと感じる〈自己コントロール感の低下〉の2つの小カテゴリから構成されている。

3.1.2 対人関係の違和感

【対人関係の違和感】は、《健康な人たちと話す時はつっつまず避けがちでべールがかかったよう／家族にも本音を言えず孤独》など、日常の対人関係で距離を取り自己抑制する〈家族、友人との距離感〉と、《医師に質問をしにくい／医療者に気持ちをうまく伝えられない》など医療者への遠慮や距離感へとまどう〈医療従事者との距離感〉の2つの小カテゴリから構成されている。

3.2 客観的体験

客観的体験は、患者の不安やとまどいのきっかけとなった他者の行為や外的環境、予想外な身体状態の変化など、現実的な出来事やエピソードについてまとめた。

3.2.1 終末期告知

【終末期告知】は、《余命10ヵ月。信じられない／長くないと言われてうつ状態》など具体的な余命を告知された〈余命告知〉と、《ホルモン療法と放射線治療を行うも再発。これ以上治療法がない／ホスピス入所を勧められた。何もできないなら明日にでも死にたい》など根治的治療の効果が見られなくなり転院や緩和ケア病棟、ホスピスを勧められた〈治療法、効果なしの告知〉の2つの小カテゴリから構成されている。

3.2.2 治療中断

【治療中断】は、《効果なく治療が打ち切りになりショック／抗がん剤が効かず治療断念》など効果がみられず治療中断になった〈治療の断念〉と、《手術後白血球値低下で抗がん剤治療が延期／肺炎で治療中止》など治療途中で身体状況が悪化し治療延期、中断になった〈身体状態の悪化〉の2つの小カテゴリから構成されている。

3.2.3 身体状態の変化

【身体状態の変化】は、《食道がん手術、声が出ない／6年前に手術。普通の生活戻らず焦る》など治療終了後も身体状態の変化が継続する〈後遺症の出現〉と、《治療で体がボロボロ。どれくらい生きられるか考えると眠れない／毎週きつい抗がん剤。痛みで力仕事ができない》など、治療中に生じた身体的変化としての〈副作用症状〉の2つの小カテゴリから構成されて

いる。

3.2.4 抛り所のなさ

【抛り所のなさ】は、《治療法の選択、判断のとき、どんな基準で判断すればよいか決められない／免疫療法や漢方など色々あるがどれがいい方法なのか》など、治療効果や判断基準が複数提示された〈複数の判断基準〉と、《検査結果の見逃し。肺炎も抗がん剤の副作用か判然としない／毎年人間ドックでチェックしたが胃ガンで全摘手術。人間ドックは何なのか》など検査技術や治療法も必ずしも万能ではないという体験である〈限界ある医療技術の認識〉。《抗がん剤で副作用があり止めたいと言うと、自分で転院先を探せと言われた／治療効果なく退院を余儀なくされる》など、病状の変化や治療法の選択により医療機関が変化し安定・継続的な治療の場を持つことができない〈治療、療養機関との不安定な関係〉の3つの小カテゴリーから構成されている。

3.2.5 医療従事者との関係不全

【医療従事者との関係不全】は、《しばしば感染症で発熱。抗生物質で熱が下がると抗がん剤の繰り返し。納得いく説明が欲しい／副作用は「仕方ない」の一言で片付けられる》など、現状理解や闘病生活を送るうえで必要な情報が医療者から得られない〈必要な情報の不足〉と、《余命だけは聞きたくないと言ったのに、けろろと言う／悪い病状説明する際に何もなく「治りません、抗がん剤が効かなくなればお手上げです」など言う必要もないことを口にする》など、患者自身が受け止めきれない情報を医療者から提示された〈許容範囲を超えた告知〉の2つの小カテゴリーから構成されている。

3.2.6 同病者の病状悪化、死去の知らせ

【同病者の病状悪化、死去の知らせ】は、《同病同程度の患者が病状悪化し亡くなり怖い／病友死去で不安》など、日常的に関わる近親者の病状悪化や死去を見聞きした〈近親者の病状悪化、死去〉と、《同病の著名人の死去を聞きショック》など、著名人の死去を聞いた〈著名人の死去〉の2つの小カテゴリーから構成されている。

4. 考察

患者会記録における不安やとまどいのきっかけとなる体験やエピソードの分類結果を踏まえ、がん罹患体験が患者にどのような心理的影響を及ぼしているのか考察する。

4.1 主観的体験から—肯定的自己イメージの喪失—

【統合感覚の喪失】からは、がん患者が“自己の状態を観察・記録あるいは管理・評価する”「セルフ・モニタリング」(中島ら、1999a)や、“自己の問題解決や適応促進のため種々のセルフ・コントロール手法を問題に対応させて体系的にプログラム化し実践する”「セルフ・マネジメント」(中島ら、1999b)をうまく行えていないと感じていることが指摘される。つまり、がん患者はがん罹患により身体能力の低下や機能不全だけでなく、自身の状態把握や物事への判断といった心理的機能に対する不全感も体験していると言える。そのため、身体状況を自分の感覚が的確にとらえられているという実感や自信が持てず、意識と身体とのつながりが失われ全体としての「自己」を統合することが困難になっていると推測される。

また、【対人関係の違和感】からは、がん患者は罹患後の自己に違和感を体験し、“肯定的な自己イメージ”を築くことが難しい状態にあると推測される。《健康な人たちと話す時は／

周りが迷惑する〈対人関係の違和感〉の発言には、「健康ではない／負担をかける自分」という否定的な自己意識が存在していると考えられる。こうした意識の背景には、「自分自身をうまく扱えていない私」という【統合感覚の喪失】の問題が存在し、そうした自己のあり様が他者の目にも否定的に、また違和的に映るのではないかという不安につながり、対人関係へ自己を投入できなくなっているものと考えられる。そのため、医療者は病に対する患者の否定的な思いを十分に受け止めたうえで、患者自身が抱えられるような安定的な自己イメージを構築できるよう支援する必要があると考える。そうすることで、患者自身の不安を外界へ投影することが減少し、他者との関係が安定していくものと考えられる。

4.2 客観的体験から—喪失体験と死の意識化、 投げ所のなさ、自他境界のゆるみ—

4.2.1 喪失体験と死の意識化

【終末期告知】【治療中断】【身体状態の悪化】が患者に不安を引き起こす背景として「継続性の喪失」の問題があると考えられる。【終末期告知】は、それまで漠然と続くであろうと信じられてきた「生きられる時間」が失われることに直面させられ、転院や緩和ケア病棟への転棟の指示は、継続的に関わってきた医療者との関係、その関係性の中で築かれた自己が失われる体験である。【治療中断】は、回復へ向かい一定期間進んでいた一つの「方向性」が失われ、【身体状態の悪化】は、維持されていた「身体機能の一部」が失われる体験である。「継続性の喪失」により患者は、それまでの外界や精神内界、身体との関わり方を維持することが出来なくなり、新たな対処法や自己のありかを見出さなければならなくなる。私たちの精神的安定は、様々な水準—物理的環境、社会的立場、人間関係、

身体状況など—における「継続」を基盤に成立しているため、こうした「継続性の喪失」は患者に不安を喚起させるものであると理解することができる。

また、《手術もできず食べられず衰弱。死の予感〈身体状態の悪化〉》のように、喪失体験は患者に「死」を現実的なこととして意識させる。しかし、「死」という現象は主体である患者の身体機能が停止した状態であるため、患者自身が「死」をコントロールすることはできない。そのため、「死」を意識させる喪失体験は患者に無力感を抱かせ不安につながっていると考えられる。

4.2.2 投げ所のなさ

【投げ所のなさ】【医療者との関係不全】による不安は、患者が自分の状態を認識するための明確な基準や枠組みが得られないという問題を背景に生じていると考えられる。自分の病と適切に関わるためには、自分のがんについての「認識」が必要となる。しかし、病は身体内部の細胞レベルで生じており、患者が自分の目で客観的にとらえることは困難である。そのため、検査値や統計データなど外的な情報を用い推論することで、自分のがんを「認識」し「対処法」を導き出すことが求められる。

ある対象の「認識」には、その対象自体の属性・性質に加え、社会的評価、外的情報、観察者の内的情報などさまざまな情報を「統合する」という課題が含まれ、情報の統合には一つの「基準」が用いられ、どの「基準」が使われるかにより認識される内容も異なるとされている（中島、2006）。〈複数の判断基準〉が患者に不安をもたらす背景には、医療者から複数の治療法を提示されることにより、患者は重大な判断場面において絶対的な「基準」は存在せず、相対的に判断せざるを得ないという現実直面せざる

を得ないからであると言える。相対的な判断が求められる状況においては、選択する側の主体性が求められる。しかし、【統合感覚の喪失】を背景とした自己への信頼感が低下しているがん患者にとって、こうした状況へ対処することは困難であると推測される。加えて、〈限界ある医療技術の認識〉は、「基準」の根拠となる検査や治療法などの医療技術が必ずしも万能ではないという現状に触れることであり、患者は治療法などを選択するにあたり「拠り所」を得ることができず不安が引き起こされているものと考えられる。

【医療者との関係不全】による患者の不安については以前から指摘されており、具体的なコミュニケーション・スキル（藤森、2007）や段階的な情報提示のあり方（中島、2009）も提案されている。本研究の結果から、患者は明確な判断基準を得ることが難しい状況で自分の病と関わっていることが明らかになった。そのため、患者は医療者を一つの拠り所にして「がんの認識」を得て、そのうえでがんという病を含めた現在の「自己」の認識を得ようと試みているものと推測される。しかし、そのためには医療者との信頼関係が不可欠となり、〈必要な情報の不足〉のようなコミュニケーション不全が生じると、医療者を安心して「拠り所」にできず、「自己」を一つのまとまりある対象として認識することができなくなり不安が生じると考えられる。一方、〈許容範囲を超えた告知〉は、迫害的に対処不可能な「がんの認識」を一方的に医療者から与えられる体験となり、患者には強い無力感が喚起され、医療者への不信感につながると推測される。

4.2.3 自他境界のゆるみ

【同病者の病状悪化、死去の知らせ】からは、がん患者は自己を「病人」という抽象度の高い

概念でとらえることにより、自他境界がゆるみやすくなる傾向のあることが指摘できる。そのため、共通の病名を持つ他者に起きたことが、あたかも自分にも起こることのように体験され不安が生じると推測される。こうした現象の背景にも「自己」という枠組みが明確に作れないという問題が存在していると考えられる。

5. 総合考察

本研究は、がん医療の現場において患者のニーズと医療従事者の支援にズレが生じる背景を明らかにすることを目的に、患者会記録から患者の不安やとまどいのきっかけとなる体験やエピソードを抽出しカテゴリー分類を行い、その心理的背景について考察を行った。これらの結果をふまえ、がん患者の不安軽減のために医療従事者がコミュニケーション場面においてどのような工夫や支援が可能であるか考察する。まず、がん患者に不安をもたらすきっかけは、患者自身の内的な体験である「主観的体験」と現実的な出来事としての「客観的体験」としてまとめることができた。

「主観的体験」からは、患者ががん罹患により身体の機能不全だけでなく、心身をコントロールし自己を統合する心理的機能に対しても不全感を体験していることが示唆された。

これまでに、患者のQOL（Quality of Life）維持に向けた疾病教育やリラクゼーション法の実践、情報提供の重要性が報告されてきた（季羽、2007）。しかし、こうした働きかけが有効な支援として機能するためには、それらを「効果的に活用できる」という自己感覚や主体性を回復させる必要がある。その下準備がなければ、《体に良い食品を次々に紹介されると訳が分からなくなる〈コントロール感の低下〉》のように、支援情報が混乱の原因になってしまう可能性がある。具体的な支援のあり方としては、情報提

供後にそれを患者自身が「どう処理（理解）したか」を医療者と共有し、適切に理解している箇所について支持し強化すること。また、バイオフィードバック法などを活用し、自分の感覚が身体状態をある程度とらえ調整できる一適切に機能している面がある一という実感を回復させる試みが重要であると考ええる。

一方、「客観的体験」から、がん患者は度重なる喪失により不安を体験し、新たな状況へ適応するための手段を見出す必要性に迫られていることが示された。しかし、状況認識のための絶対的な「基準」を得ることは難しく、医療者を「拠り所（基準）」に「認識」を得ようと試みるも、コミュニケーション不全が生じると不安が引き起こされることが示唆された。

文化人類学的な視点から、米国人のがんに対する態度が「I have a cancer」であるのに対し、日本人は「I am cancer」ととらえ、がんと私の分離がない（河野、1997）ということが指摘されている。米国人と日本人の態度の違いがどのように形成されたかについて本論で言及することは出来ないが、このような一体感が形成される理由は、がん罹患により意識される「死」のテーマは、存在の「全体性」に関わるものであり「私」という概念と切り離し難いものであるからと考えられる。がんとの分離がない状態において、「私」という患者の主体性は失われている。しかし、患者の中に「がんの認識」という理解の枠組みが作られることにより、がんは境界をもった一つの「対象」として自己の中に収めることが可能となる。そのことにより、がんが「私」という全体へ拡散することを抑制でき、主体性の回復につながると考えられる。しかし、〈許容範囲を超えた告知〉のような情報提示がなされると、それがいかに正確な情報であっても患者は受け止めることができず、がんは迫害的な対象となり、そのようながんを抱

えた自己も迫害的な対象として意識される可能性がある。そして、患者にはコントロール不全と強い不安感が引き起こされ、このような情報提供を行った医療者を支援者として受け入れることは困難になると推測される。

これらのことから、医療者は患者へ正確な情報提供や現状理解を促すという働きかけの下準備として、患者の「がんの認識」一まとまりがあるのか、拡散状態であるのかなどを十分に理解し、そのイメージを共有することが必要であると考えられる。こうした下準備を行うことで、医療者は患者が病と共に生きていくうえで必要としている情報や、まだ触れることが難しい情報が何であるかを理解することができ、患者のニーズと医療者の支援にズレが生じることを防ぐことが可能になるのではないかと考える。

7.1 本研究の限界と今後の課題

本研究は、A 患者会の発話記録を分析し観察を行ったものである。しかし、A 患者会の運営方針から、参加者の具体的な年齢や病歴などは記録として残されていないため、今回の結果が、どの疾患のどのステージにおいてより体験されるかなど細かな考察を行うことはできなかった。そのため、今後は複数の患者会記録を分析対象とするなどデータ数を増やすことや、専門家が関与する場でどのような不安が語られるかを含めさらに検討を行う必要がある。

8. 引用文献

- 遠藤恵美子。(2000):がん看護の視点からのソーシャルサポート～その理論的裏付け～。がん看護。5(3)、178-181
- 遠藤公久。(2005):がん患者への社会的支援介入の試み。ストレス科学。19(4)、212-219
- 藤森麻衣子、内富庸介。(2007):悪い知らせを伝えられるとき、患者はどのようなコミュニ

- ケーションを望んでいるのか。そだちと臨床、
2、36-40。
- 葛西智賀子。(2006)：外来化学療法を受けて
いるがん患者にとっての自記入式問診の意味。
弘前学院大学紀要 1、51-64。
- 川喜多次郎。(1967)：発想法創造性開発のため
に。中央公論社。
- 河野博臣。(1988)：死の不安への援助。臨牀看
護。14(6)、812-816。
- 河野博臣。(1997)：心理臨床大事典。培風館。
1101-1102。
- 季羽倭文子。(2007)：「がんを知って歩む会」
の活動を通して。臨牀看護、33(5)、732-736。
- 隈部知更。(2006)：日本人の死生観に関する心
理学的基礎研究—死への態度に影響を及ぼす
4要因についての分析—。健康心理学研究。
19(1)、10-24。
- 栗原幸江。(2005)：心理療法士の役割。臨牀看
護。31(7)、1057-1061。
- 中島信久。(2007)：STASを用いてのがん告知
の評価。ベストナース18(2)、32-34。
- 中島義明、安藤清志、子安増生、他。(1999-a)、
心理学辞典、有斐閣、336-337。
- 中島義明、安藤清志、子安増生、他。(1999-b)：
心理学辞典、有斐閣、1999：514。
- 中島義明。(2006)：情報処理心理学。サイエン
ス社。150-152。
- 大谷恭平、内富庸介。(2010)：がん患者の心理
と心のケア。日耳鼻113、45-52。