

がん患者さんを理解するための 視点マップ

がん患者・家族のライフステージ別課題
～バイオ・サイコ・ソーシャルモデルを用いて～

一般社団法人東京都医療社会事業協会
社会問題対策部 専門小委員会

ホスピス・緩和ケアにかかわる
MSWの集い

はじめに

東京都医療社会事業協会では2013年度から2018年度まで「ホスピス・緩和ケアにかかわるMSWの集い」(以下「集い」と略)を開催してきた。(計8回、延べ206名参加)

この「集い」の目的は、所属機関の機能—急性期・回復期・療養型・在宅・施設等—に関わらず、ホスピス・緩和ケアに関心をもっているMSWが参加し、現場の実態やMSWが抱えている悩み、工夫などを分かち合い、ホスピス・緩和ケアをめぐるMSWの支援について共に考える機会を設ける事にある。

緩和ケアとは、がんが進行してからだけではなく、がんが診断された時から心や体のつらさを和らげる治療であり、終末期にのみ用いられるものではないと考えられている。また、緩和ケアの対象はトータルペイン(全人的苦痛)、つまり身体的・精神的・社会的・スピリチュアル(霊的)な苦痛であり、緩和ケアはその苦痛を和らげる医療やケアを行い、がん患者や家族の療養生活の質の改善もがんを治すことと同じように大切と考えられている。

昨年までの集いでは、講義やその後の参加者同士の意見交換等を通じ、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル(霊的)な苦痛やつらさを早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことは、クライアント(患者や家族等)にとって苦しみの予防や緩和、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質)の改善につながると再認識した。

所属機関の機能に関わらずMSW同士が集い「生活」にフォーカスした支援について語り合うことは、MSWとしての研鑽はもちろん、MSW同士のエンパワメントにも繋がっている。

がん患者であるクライアントに向き合うとき、どのタイミングでどのような支援をすることがベターなのか、その前提として、目の前のクライアントが抱える課題とこれまでと今後どのような課題があるかを理解するためのヒント=気づきがあると助かるのではないかという意見が、緩和ケアの集いで出された。

今年度は、これまでの活動の成果として、現場の実践に還元できるよう協力員が集まり、MSWが現場で活用するための視点マップ作りを行った。

MSWは、疾患を契機に困難を抱えたクライアントが、経済的・心理的・社会的課題を解決する時の「伴走者」と言える。「伴走者」が、クライアントシステムに何が起きているのかを客観視するために、どこに焦点をあてるか、マッピング技法を参考にして作業を行った経緯から、「視点マップ」と名付けた。

4つのライフステージ「小児(0~14歳)・AYA世代(15~39歳)・働く世代(40~64歳)・高齢者(65歳以上)」に分け、MSWの視点によって患者や家族がどのような課題を抱えているか、背景を考えながら、それぞれの世代で診断初期の課題、治療期の課題、ターミナル期の課題、そして治療時期に関係なく起こりうる課題に分け、それぞれの課題をバイオ・サイコ・ソーシャルモデルを用いて分類しまとめた。

この視点マップは完成版ではなく、今後、当協会の研修会などで使用しながら会員同士で意見交換し、情報を追加しバージョンアップしていきたい。

2021年1月
一般社団法人東京都医療社会事業協会
ホスピス・緩和ケアにかかわるMSWの集い協力員一同

目次

はじめに

1. 視点マップ作成までの経緯・方法
2. 視点マップで使用している用語の定義・解説
3. 各世代の経過時期に応じた視点マップ

3-1 小児(0～14歳)

- 3-1-1 診断期の課題
- 3-1-2 治療期の課題
- 3-1-3 ターミナル期の課題
- 3-1-4 継続的な課題

3-2 AYA世代(15～39歳)

- 3-2-1 診断期の課題
- 3-2-2 治療期の課題
- 3-2-3 ターミナル期の課題
- 3-2-4 継続的な課題

3-3 働く世代(40～64歳)

- 3-3-1 診断期の課題
- 3-3-2 治療期の課題
- 3-3-3 ターミナル期の課題
- 3-3-4 継続的な課題

3-4 高齢者(65歳以上)

- 3-4-1 診断期の課題
- 3-4-2 治療期の課題
- 3-4-3 ターミナル期の課題
- 3-4-4 継続的な課題

おわりに

参考文献

1.視点マップ作成までの経緯・方法

経緯

2013年の「集い」開催時から協力員の参加があり活動を継続してきた。

活動を総括するにあたり、今までの協力員のほか、当事者の方や、MSWへの教育指導およびがん患者やその家族に関わる経験豊富なMSW2名にアドバイザーとして参加を依頼した。

方法

2019年4月から2020年2月まで、業務経験10年以上のMSW及び当事者が計9回集まり、がん患者やその家族の持っている課題を可視化することを目的にバイオ・サイコ・ソーシャルモデルを用いてブレインストーミングで意見を出し合った。出てきた意見はKJ法を用いてさらに整理・分類を行った。

2020年3月以降、新型コロナウイルス感染拡大のため会合が困難となり、メールやZoomを用いて意見交換を行った。

協力員 (順不同)

小野 由布子(武蔵野赤十字病院)

坂原 薫(信愛病院)

作本 美千子(あきしま相互病院)

高山 亮(新渡戸記念中野総合病院)

中川 知香子(がん研有明病院)

中塚 さちよ(team shien m.a)

馬見塚 統子(東大和市高齢者ほっと支援センターなんがい)

南大路 直子(team shien m.a)

山我 香子(三宿病院)

アドバイザー (順不同)

尾方 欣也(三井記念病院)

吉田 雅子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

2.視点マップで使用している用語の定義・解説

バイオ・サイコ・ソーシャルモデル

1977年、アメリカの内科・精神科医師であるGeorge Libman Engel (1913~1999)によって提唱された、疾患を理解するためのモデルである。

西洋近代医学を発展させたバイオメディカルモデル(生物医学モデル)は「疾患の原因は体の中にあり、その原因を取り除けば健康になる」という直接的因果関係に基づくモデルであるが、このモデルでは、精神疾患やどうしても治せない疾患の説明がつかない(理解ができない)という限界があった。そこでEngelは、疾患とその要因をシステム論に基づき「疾患は患者の体だけではなく、心理的側面や社会的側面を全て考慮して初めて理解出来るものである」と主張した。

バイオ・サイコ・ソーシャルモデルは、疾患理解に限らず、ソーシャルワークにおいても、クライアントの置かれている状況、課題、ストレスの理解等に用いられる。

今回我々がマップに使用したイメージは、国立大学法人大分大学が『平成28年度大学改革シンポジウム』の資料としてPDFを公開している「バイオ・サイコ・ソーシャルモデルについて」を参考・引用させて頂いた。

「バイオ(生理的・身体的機能状態)」

健康状態や身体的能力、ADL状況などが含まれる。

「サイコ(精神的・心理的状态)」

心理的状态や意欲・意向、思考、満足度などが含まれる。

「ソーシャル(社会環境状態)」

家族関係、友人関係、住環境、就労状況、経済状況、社会資源などが含まれる。

ライフステージの分け方

がんは、特定の世代のみが発症するわけではなく、様々な世代が罹患する。今回、我々のグループでは、がん患者のライフステージを4つの年代に分類し、それぞれのライフステージならではの課題を考察する際に引用した。

「小児(0~14歳)」

この世代(とAYA世代の未成年者)の特筆すべき点は二つある。一つは、急速な心身の成長・発達段階にあることと、もう一つは、未婚の未成年者が法的に「制限行為能力者」とされていることである。

つまり、患者自身の理解、表明や表現、判断などに関する能力が発達途中にあることや、患者自身のQOLに関する価値観にも変容が起こりやすいことから、患者が法的にも一人で意思決定をする行為が制限されていることを理解しながらの援助が必要である。

また、小児では、成人に比べ、白血病・脳腫瘍・肉腫などが多くみられる。がんの進行度に応じて、化学療法・手術・放射線療法・造血幹細胞移植などの長期入院を余儀なくされたり、長期の治療経過を辿る場合もある。患者の発達段階に対応した保育や教育環境、患者家族も含めた支援体制が必要となる。

「AYA世代（15～39歳）」

AYA（アヤ）とは、Adolescent&Young Adult(思春期・若年成人)の略。

思春期から子育てにかかる世代であり、進学、就職・結婚・出産など、様々な社会的変化を伴う。また、小児とこの世代は、治療後、時間が経過してから二次がんや生育不良、不妊といった晩期合併症が生じる場合もあり、患者に応じた療養環境や人的サポートが必要である。

「働く世代（40～64歳）」

この世代以降、がん罹患率は一段と上がる。治療と、仕事・家事・育児・介護等の両立が求められるが、治療のために離職する人も少なくない。経済問題や、職場や家庭での役割変化による様々な葛藤も生じやすい。就労継続や再就職支援、相談支援体制等が必要である。

「高齢者（65歳以上）」

高齢世代は、体力や併存疾患の影響でがんの標準的治療が困難な可能性がある。また、認知機能低下がみられる際は、がんの治療方法選択の困難さも生じる。医療だけではなく、介護とも連携し、患者が安心して治療や療養、相談支援を受けられる地域づくりが必要である。

診断を受けてからの経過時期の分け方

今回、我々のグループでは、診断からターミナル期に至るまでの時期を、「診断期」・「治療期」・「ターミナル期」の3つに分け、それぞれの時期に生じやすい課題を考察した。また、診断期から終末期まで、継続的に存在する課題にも着目し、その分類のために「継続的な課題」という項目を作り、診断を受けてからの時期については計4つに分類した。

3.各ライフステージの経過時期に応じた 視点マップ

3-1 小児（0～14歳）

3-2 AYA世代（15～39歳）

3-3 働く世代（40～64歳）

3-4 高齢者（65歳～）

3-1 小児（0～14歳）

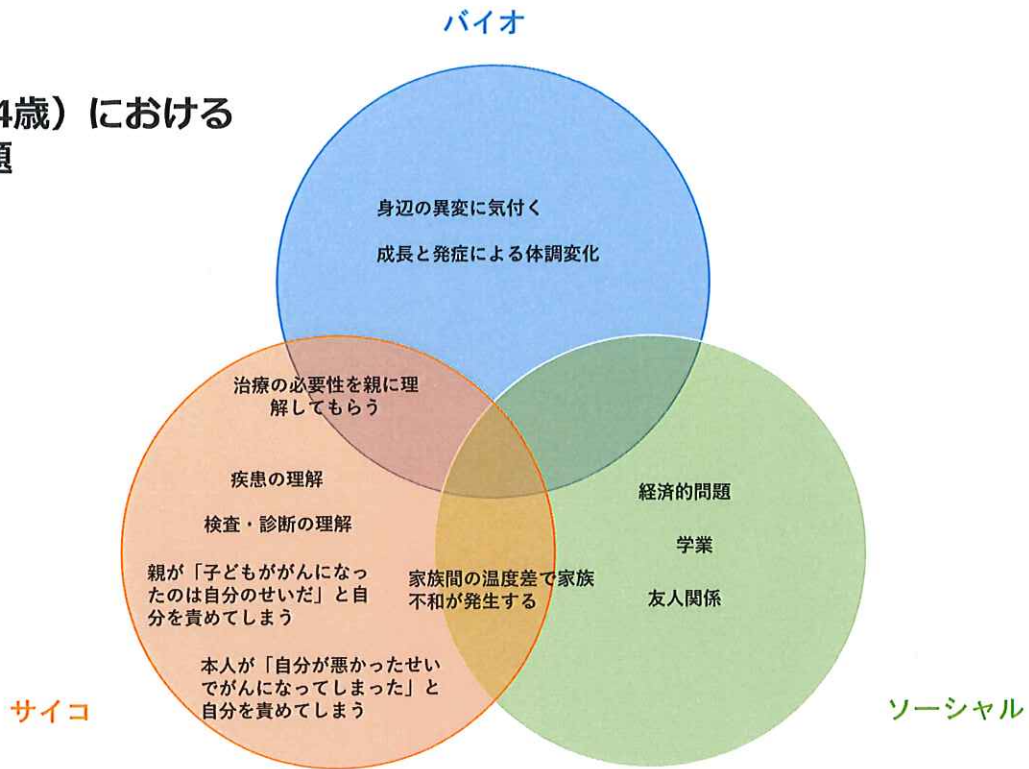
3-1-1 診断期の課題

3-1-2 治療期の課題

3-1-3 ターミナル期の課題

3-1-4 継続的な課題

3-1-1 小児（0～14歳）における 診断期の課題



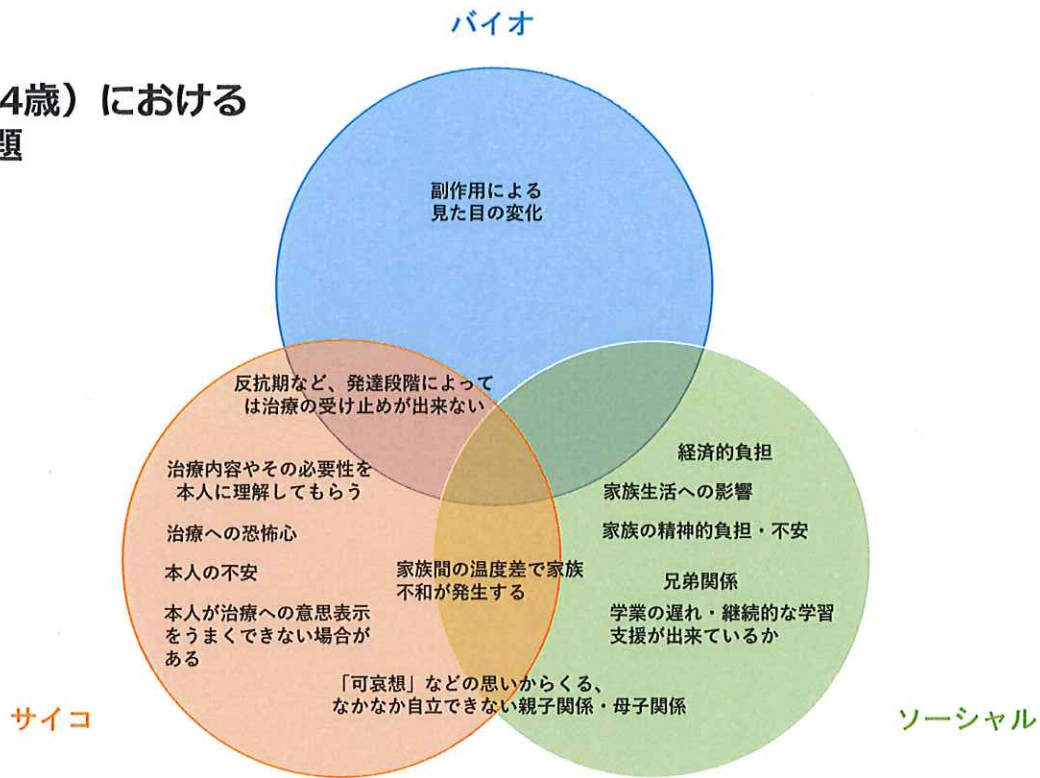
小児期のがんは、心身ともに成長・発達の過程に発症することが、大人のがんとは大きく違っている。そのため、体調変化が成長によるものか、発症によるものか、区別しにくく、気づきにくい点がある。

また、言葉の発達も十分ではないため、本人の訴えを察知することが難しい面もある。

専門医療機関が少なく、受診・診断に時間がかかる可能性がある。発症の原因を、本人は自分が悪い事をしたせいではないかととらえたり、親の方では自分に責任があるのではと、不合理なことにとらわれやすい状況にある。

診断がついた場合、本人が通っている保育機関や教育機関に、親がどこまで、どのように伝えたいかという迷いも生じてくる。

3-1-2 小児（0～14歳）における 治療期の課題



身体面では、化学療法による脱毛など見た目の変化が生じる。保育園・幼稚園や学校に通っている場合は、親子ともに大きなストレスを感じる事が、予測される。

ウィッグなどを利用し、見た目の保持はできるが、成長とともに自分にあったものをその都度そろえていくには経済的な負担も大きい。

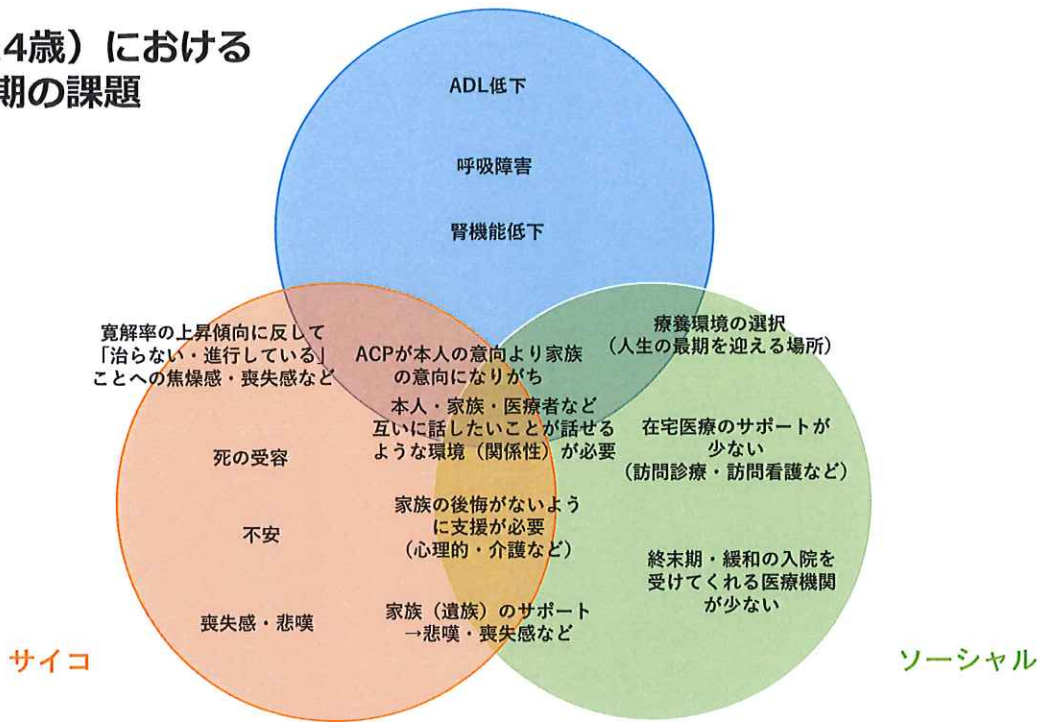
患者本人の治療通院や入院により、生活バランスが変化することが予想される。

家庭の中で、病児を中心に生活が展開されることで、病児自身が罪悪感を持つことも想像される。

また、病児以外の兄弟に親の目が届かなくなることにより、兄弟が、孤独感や疎外感を味わうことも考えられる。

治療のための通院や入院により、学業に遅れが生じることがあるため、教育を受けることができる環境の整備が必要となる。

3-1-3 小児（0～14歳）における ターミナル期の課題



死がどういうことか理解することが難しい世代であり、本人のみならず家族の悲嘆が大きい。

また、寛解率が高い疾患であるが故に治療手段が無くなった時の落胆も大きい。本人のみならず家族にも精神的な負担が生じる。

社会資源としては、小児の終末期・緩和の入院を受けてくれる医療機関が少なく、療養環境の選択肢が制限される側面がある。

ターミナル期であっても介護保険の対象ではないため、家族が担う介護負担は大きい。医療保険で訪問診療・訪問看護は受けられるが、小児を診ることができる事業所は少ない。

寛解（かんかい）：

一時的あるいは永続的に、がん(腫瘍)が縮小または消失している状態のこと。寛解に至っても、がん細胞が再び増え始めたり、残っていたがん細胞が別の部位に転移したりする可能性があるため、寛解の状態が続くようにさらに治療を継続することもある。

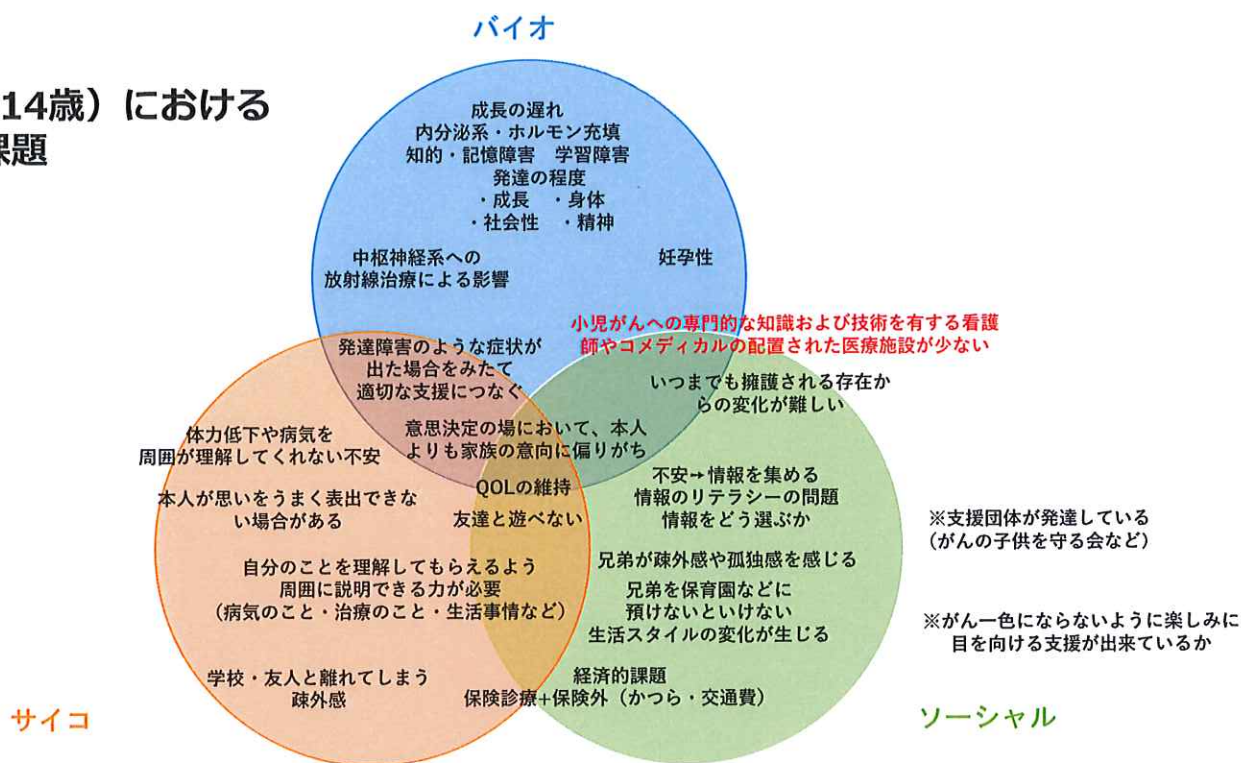
(国立がん研究センター「がん情報サービス」用語集より抜粋)

ACP (Advance Care Planning)：

体調の変化はもちろん、意思決定や意思表示の能力、その他の様々な将来の変化に備え、終末期を含めた将来の医療及びケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのこと。

患者の人生観や価値観、希望に沿った、医療およびケアを具体化することを目的としている。

3-1-4 小児（0～14歳）における 継続的な課題



小児全体を通して、心身の成長期であり、身体的な問題と発達段階における心理的サポートを要する。

成長過程であることから、治療に対する希望も強く、治療効果が認められなかった場合は喪失感も大きく受け入れがたい背景もある。また親世代は情報収集に長けており、標準治療以外の治療に執着する場合も少なくない。

医療費助成はあるが、家族それぞれにも経済的負担がかかる世代である。

成人と比べ専門治療を受けられる医療機関が少なく、通院や入院に経済的負担が大きい。

経過観察が長期間にわたって必要であり、本人のみならず通院支援する両親にも負担が生じる。そして、兄弟が孤独感を抱くなどの影響も生じるため、兄弟への生活支援サポートも必要となり、それに伴う負担も余儀なくされる。

寛解後も成長の遅れや就学の遅れなど生活面で苦慮することがあり、コミュニティにおける理解や支援を要する。

診断期や治療期に、長期的な視点に立ち、今後の人生について考えていくことも必要である。

3-2 AYA世代（15～39歳）

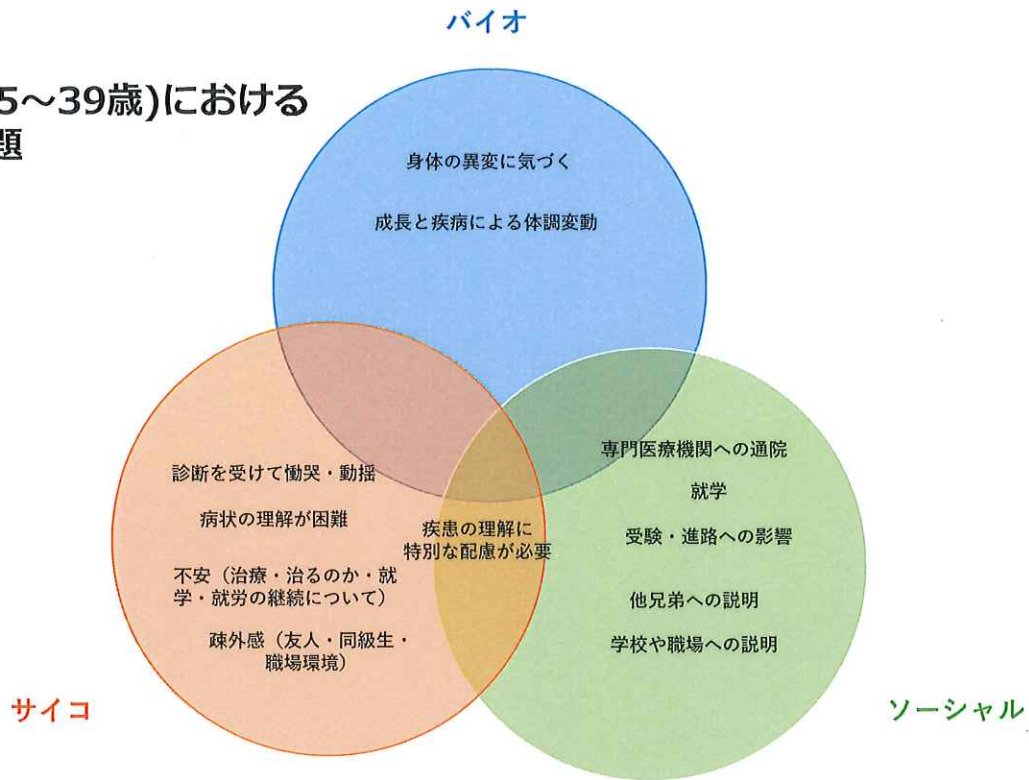
3-2-1 診断期の課題

3-2-2 治療期の課題

3-2-3 ターミナル期の課題

3-2-4 継続的な課題

3-2-1 AYA世代(15~39歳)における 診断期の課題



体の成長期と体調の変異が混合しやすく体の異変に気づきにくい、病院に行き慣れていない、親の目も届きにくい年代である。

周囲に体験者不在で診断の際の病気の理解・受け入れが非常に難しく、またネットで様々な情報を得ることが可能だが自分にとって必要な情報を取捨選択することが難しい。

通院先が高度医療機関であることが多く、生活圏と診療圏が一致しないことがある。

AYA世代のがん患者は全国に一定の割合で存在するが、医療機関も医療者も経験数が少ない。

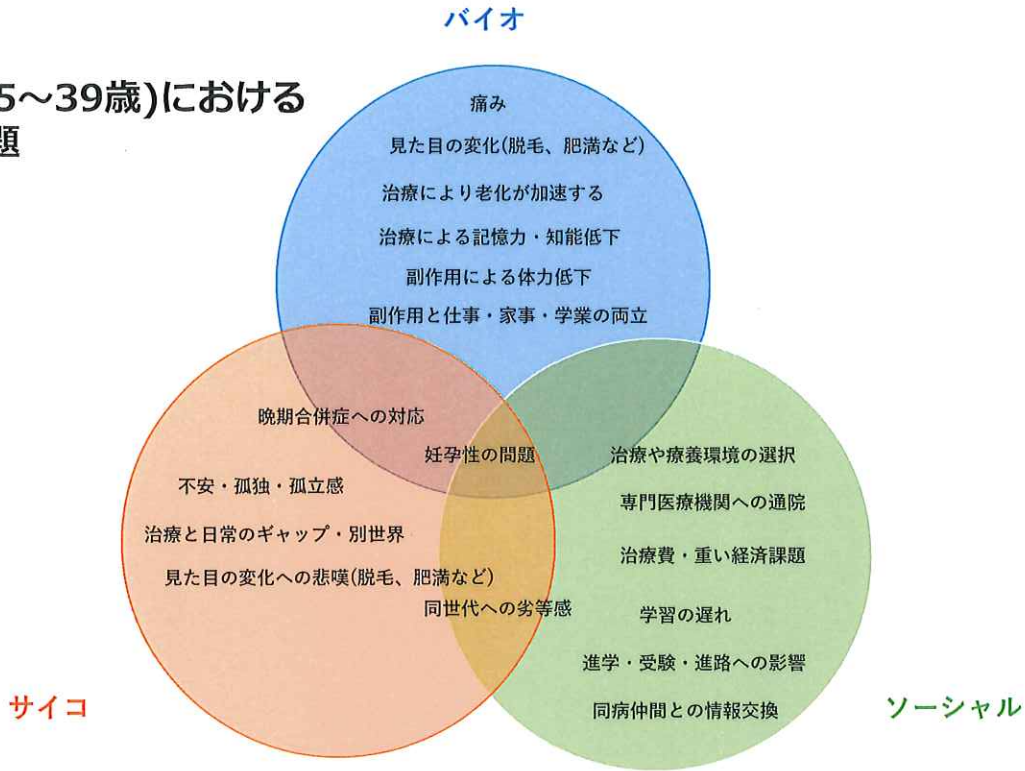
比較的診療数の多い機関においても、生殖医療や精神科、緩和ケアなどの資源が充分でなかったり、連携も未熟である。

AYA世代の多くは一人で悩む傾向があるため、アウトリーチ的な介入が重要である。

この世代は治療方針決定への参加を望むが、医療者からの意思決定支援は充分ではない。また、学校や職場への説明の工夫が必要である。

3-2-2

AYA世代(15~39歳)における 治療期の課題



身体の成長の完成期であり治療による心身への影響が大きい（見た目・ホルモンへの影響・妊孕性・老化・記憶・体力等）

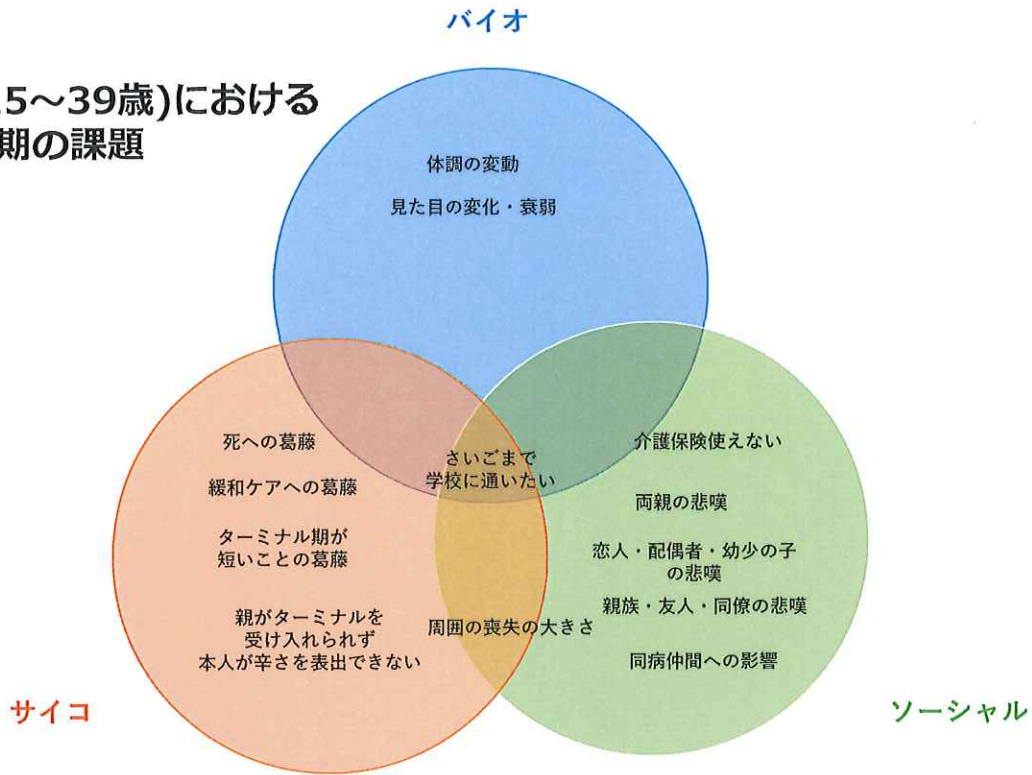
治療による副作用、晩期合併症（成長や時間の経過に伴ってがんそのものの影響や薬物療法・放射線治療などの影響によって生じる合併症）が出て今後の人生に影響が出る可能性（障害者手帳の取得の必要性など）があるが第三者に説明することが容易ではない。（AYA前期世代）

進学・進路・仕事での基盤づくり、将来への影響が大きい＝大事な受験進路の時期、働きだして間もない時期である可能性があり治療との両立に対する周囲の理解が重要。

学校・職場・通院先の病院・同病仲間との相違などあらゆる場面で周囲への劣等感・孤立感が生じやすい。

この世代は生命保険加入率が低く、経済課題が大きい（少ない収入に大きな治療費や通院費がかかる）。

3-2-3 AYA世代(15~39歳)における ターミナル期の課題



死を受け入れ難い年齢であり緩和ケアそのものを受け入れることへの葛藤が生じやすい。

家族や周囲も治療があきらめられず、ぎりぎりまで様々な治療を試す患者が少なくない。

死への準備期間が短く（本人・周囲）また、本人や配偶者より親が死を受け入れられずギャップが生じ、本人が辛さを表出できない。

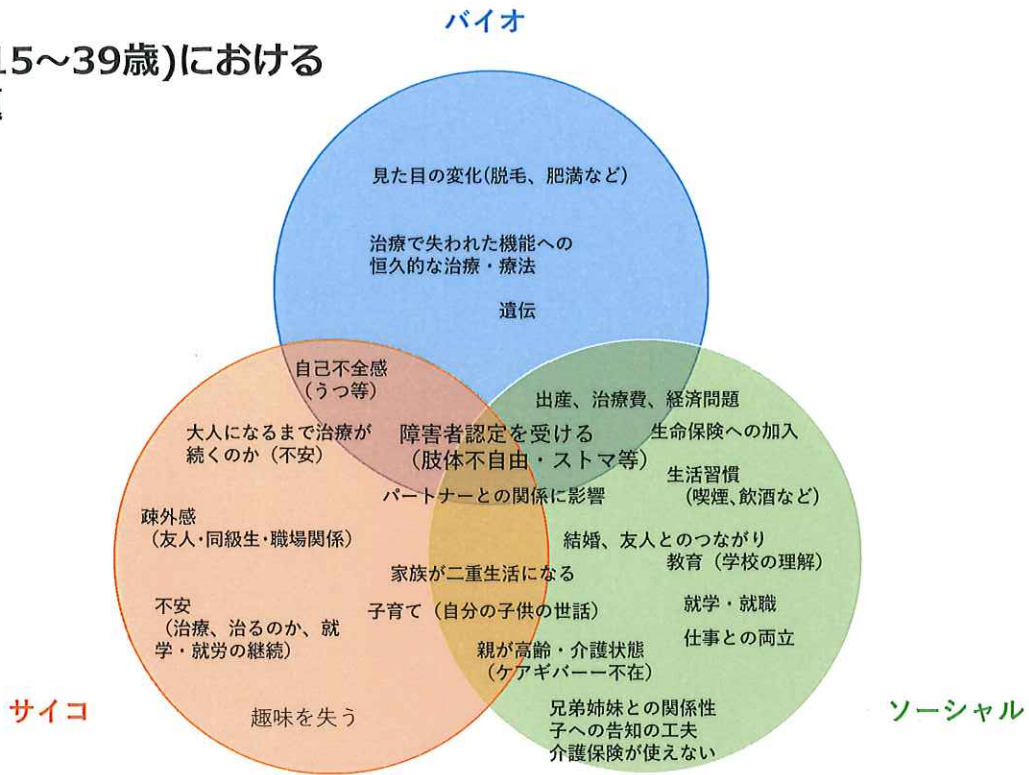
子どもがいる場合はまだ小さいため、説明の工夫、残していくことへのつらさが生じる。

介護保険が使えないため、在宅療養時の介護支援が不足している。

ピアグループ等で励ましあってつながってきた同年代や同病の仲間への影響も大きい。

3-2-4

AYA世代(15~39歳)における 継続的な課題



AYA世代全体を通して、心身の成長が完了し、自分らしさや夢・将来にむけて活動していくはつらつとした時期であり、罹患した自分の身体的な変化や治療による副作用、今後の後遺症（妊孕性や治療で失われた機能への恒久的な治療や療法の必要性）など心身への影響が大きい。

発症時には認識されていないニーズが治療後の時間経過とともに新たなニーズとして認識される場合もある。

夢や趣味をあきらめたり将来構想に影響する年代であり相当な困難な状況となる。日常生活での交流関係では疎外感が大きいですが、ピアサポートの仲間やSNSでは豊かな交流がある。

兄弟もまだ若く、心理的な影響が強い。パートナーや配偶者、将来の家庭への影響もでる。

親が介護者になる可能性が高く、親の心身の負担も非常に大きい。子どもが小さい場合は告知の難しさが生じる。

就労年月が比較的短かく経済的な基盤が弱い上に、今後の就労やキャリア形成への影響を危惧することがある。

将来、生命保険への加入に制限がある。

遺伝情報、生殖機能温存、就学、就労などの領域を超えた幅広い課題がある。

3-3 働く世代（40～64歳）

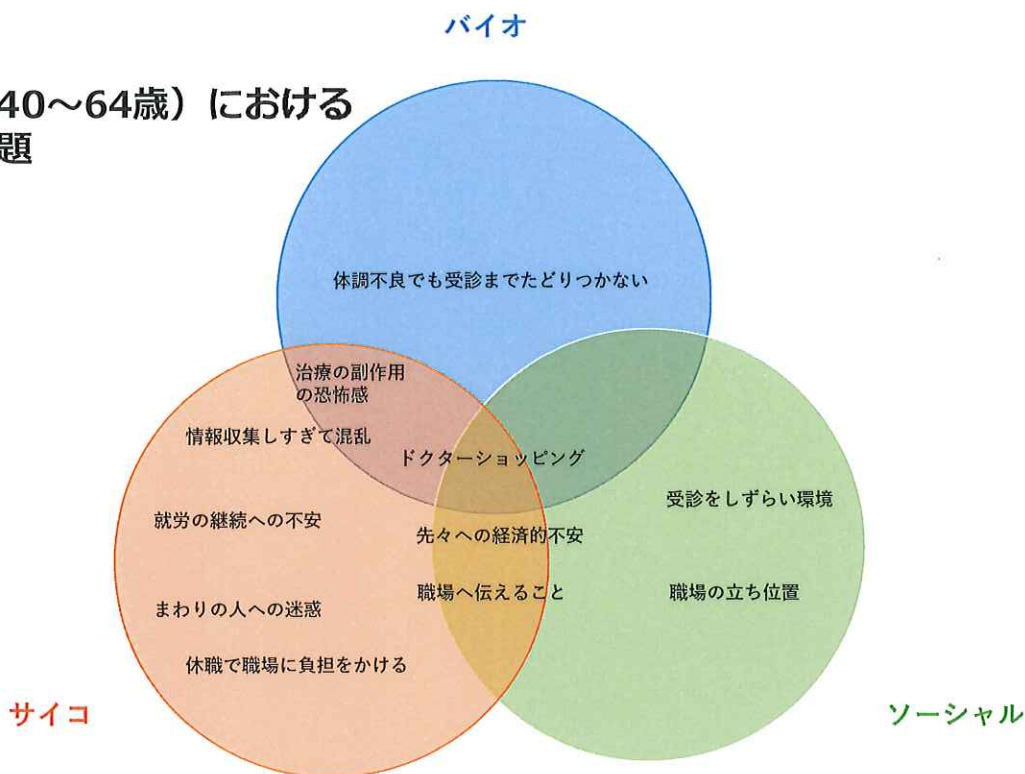
3-3-1 診断期の課題

3-3-2 治療期の課題

3-3-3 ターミナル期の課題

3-3-4 継続的な課題

3-3-1 働く世代（40～64歳）における 診断期の課題



年齢的に社会的責任が大きな世代の特徴とも考えられるが、体調が悪くとも受診に至るまで時間がかかる場合もある。

インターネットに慣れており、社会的つながりからも診断後も多くの情報を得る機会が持てるためか、自分が納得いく診断を求め受診先が定着しない患者もいる。やみくもに情報収集してしまうことで、治療や副作用への恐怖感が強まったり、治るかどうかわざ不安や混乱に陥りやすい面もある。

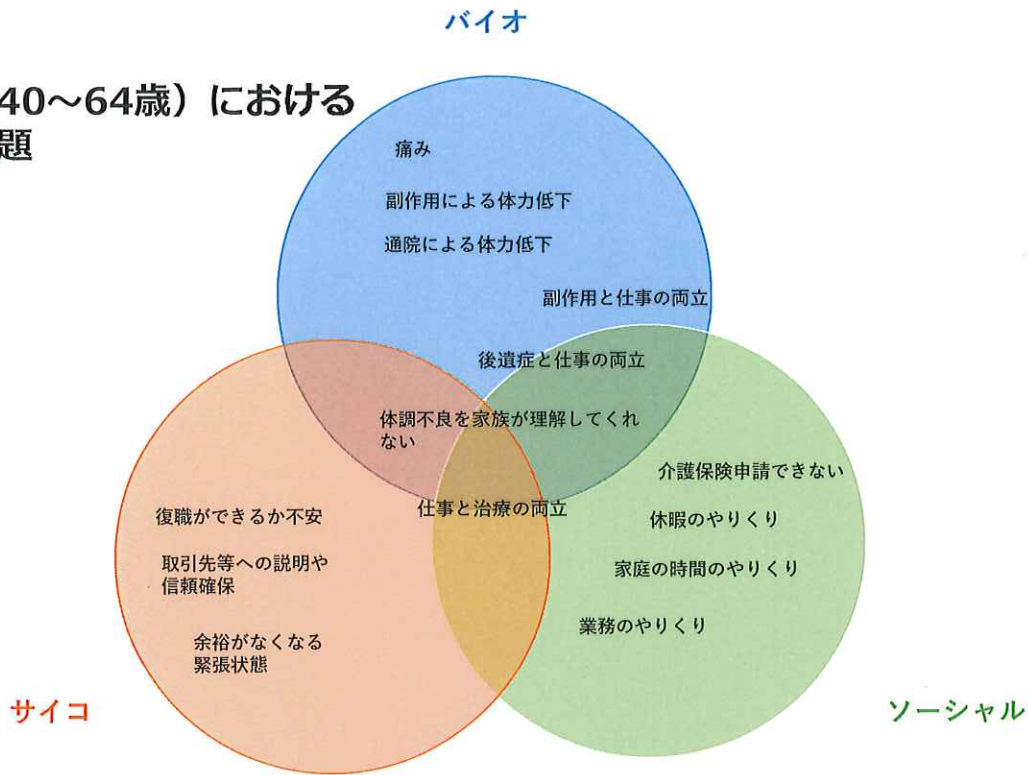
ネット広告等に影響され、根拠のない食事療法や、効果の不確かな治療法に傾倒してしまう等、ネットリテラシー、ヘルスリテラシーの向上が課題といえよう。

今後、治療を継続するうえで、就労との両立をどうしたらよいか悩む時期でもある。

職場に伝えることで、業務内容の見直しや治療と両立しやすい部署への配置転換などの配慮が期待できる一方で、周囲に負担をかけることや出世コースから外れるのではといった理由から、病名を伝えるのを躊躇われる患者も少なくないと思われる。

治療を始めるにあたり、生活費や治療費の捻出と休職・離職に伴う収入の減少予測など、経済的不安が生じることは、この世代にとってとりわけ大きな課題である。

3-3-2 働く世代（40～64歳）における 治療期の課題



治療期では、がんの進行や検査・治療に起因する、痛みなどの辛い症状が増大していく。副作用により体力も低下し就労が思うように行かず、休暇を治療にあてるなどやりくりを強いられる。就業者では、先の見通しがつかず、職場に復帰できるか不安を抱える患者も少なくない。

調査によると、治療開始後に離職となるケースが半数近くで、診断時の離職より多い。

追加治療や再発などで仕事を休むことが増えると、取引先や顧客への影響や、有給休暇を使い果たすなど、次第に就労を継続することが困難になる。

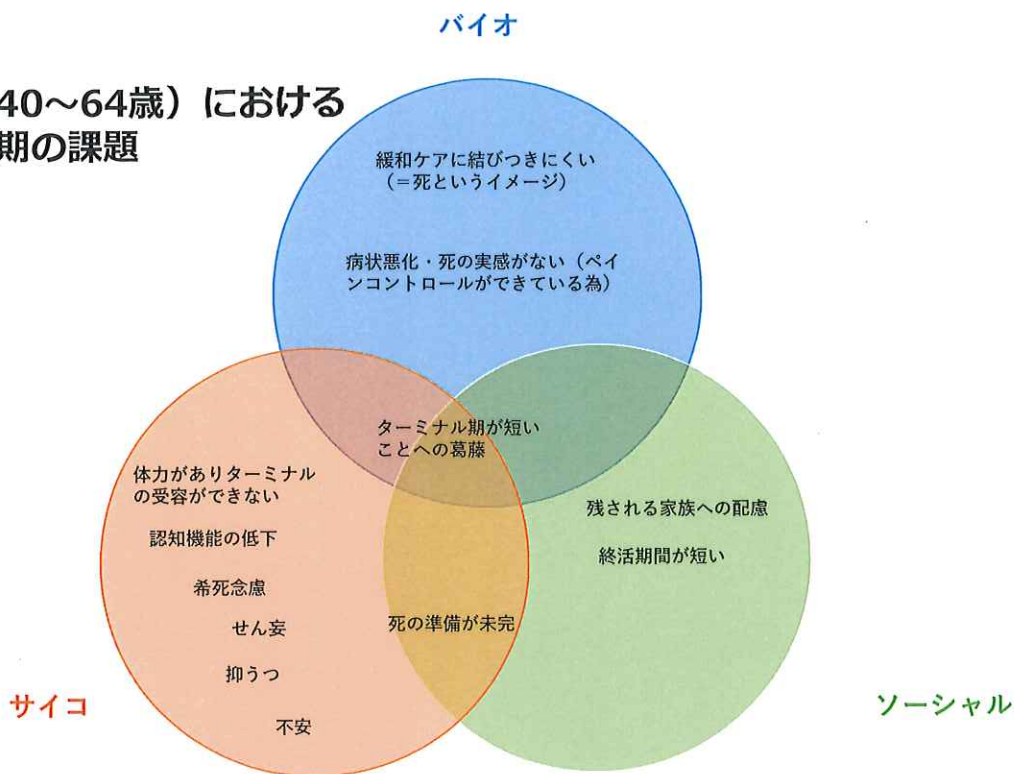
副作用や後遺症とうまく付き合いながら、いかに仕事を継続していくかも課題となる。

家庭内での経済的役割や子供の教育、家事などの時間的役割のやりくりが大変で、精神的にも余裕がなくなる時期でもある。

治療による体調不良、身体的・精神的な辛さを家族が理解してくれないことで、ストレスや孤立に陥りやすい。家事や治療費の負担増大により、家族関係が悪化することも懸念される。

一方、末期でなければ介護保険の申請ができないことから、単身者など家族のケアが受けられない患者にとっては生活面への公的サポートが乏しいことも課題と考えられる。

3-3-3 働く世代（40～64歳）における ターミナル期の課題

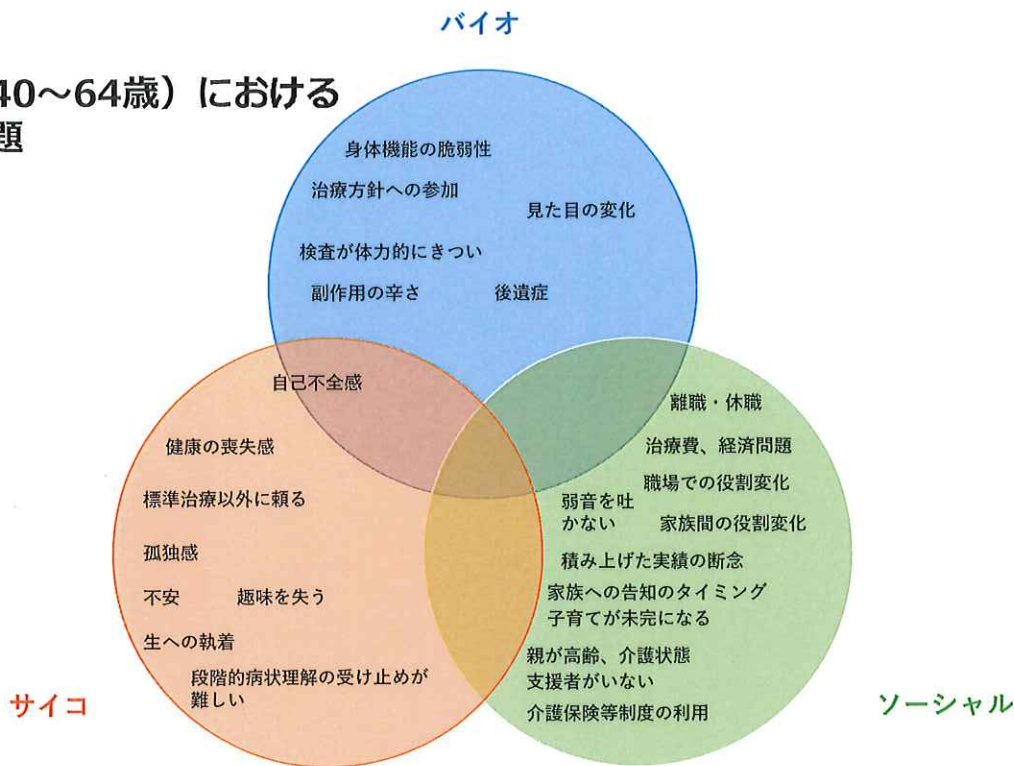


この世代は、がん罹患することがなければ死を意識することがあまりない世代であるため、ペインコントロールが上手く行っていると体感的にも死期を実感できないのが現状である。

まだ若く治療に耐え得ることから、標準治療終了後もぎりぎりまで様々な治療を試す患者が少なくない。抗がん剤などの治療が却って患者の体力を奪い、やりたいことがやれないまま全身状態が悪化、寝たきりとなったり、死期を早める場合もあることを踏まえ、適切な時期でのアドバンス・ケア・プランニングが望まれる。

また、本人のみならず周囲の家族も「死」への準備が十分にできず死を迎えることもあり、残された家族のグリーフケアも重要な課題となる。

3-3-4 働く世代（40～64歳）における 継続的な課題



継続的な課題としては、副作用、後遺症の辛さ、不安や孤独感といった全世代にわたってみられる課題があげられる一方、この世代特有の、更年期による体力低下もあり、苦痛を伴う検査なども体力的負担となりやすい。働き盛り世代でありながら健康を害したことによる自己不全感も大きくなりがちである。

積極的に治療に参加することが出来る面がある反面、段階的病状理解の受け止めが難しい面もある。効果の期待できる治療がなくなった後も標準治療以外に頼るといったことは、「生」への執着が強い世代であるがためと考えられる。

さらに、他の世代と比べて社会的に責任世代であることから、就業に関する課題が多くあげられる。離職・休職等による孤立や経済的ダメージ、職場での役割変化、積み上げた実績やキャリアの断念などが余儀なくされる一方、近年では、見た目の変化による支障を軽減するアピアランスケアへの取り組みも欠かせない視点となっている。

就労や家族の世話ができなくなること等による家族間の役割変化、理解が難しい子どもへの告知、子育てを完了できないまま終末期を迎える可能性といった受け入れ難い苦悩に直面するが、家庭生活の中心軸（大黒柱）なので、本人を支える支援者が家族の中に見つけ出しにくい面も課題としてあげられる。

未婚者では、親が高齢、介護状態などでサポートしてくれる人がいない場合が少なくないにもかかわらず、子どもや高齢者に比べて利用できる公的な支援制度が乏しい。世代的には介護保険の利用が可能であるが、自身のサポート手段として結びつかず、社会資源の活用にも課題があると思われる。

3-4 高齢者（65歳～）

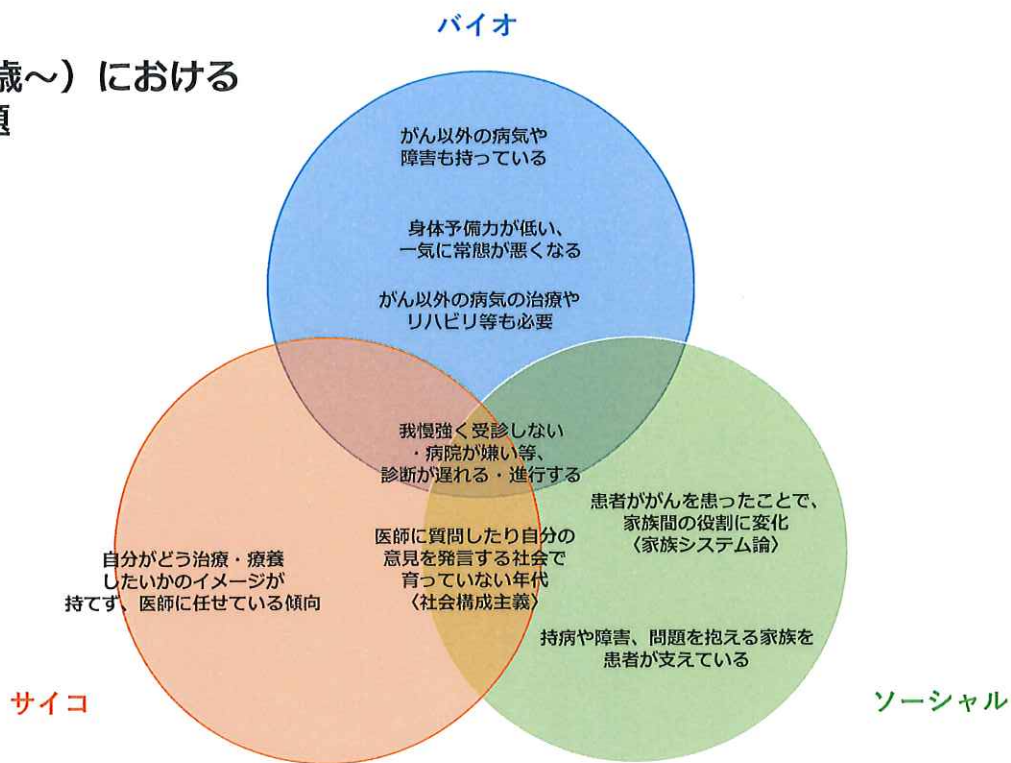
3-4-1 診断期の課題

3-4-2 治療期の課題

3-4-3 ターミナル期の課題

3-4-4 継続的な課題

3-4-1 高齢者（65歳～）における 診断期の課題

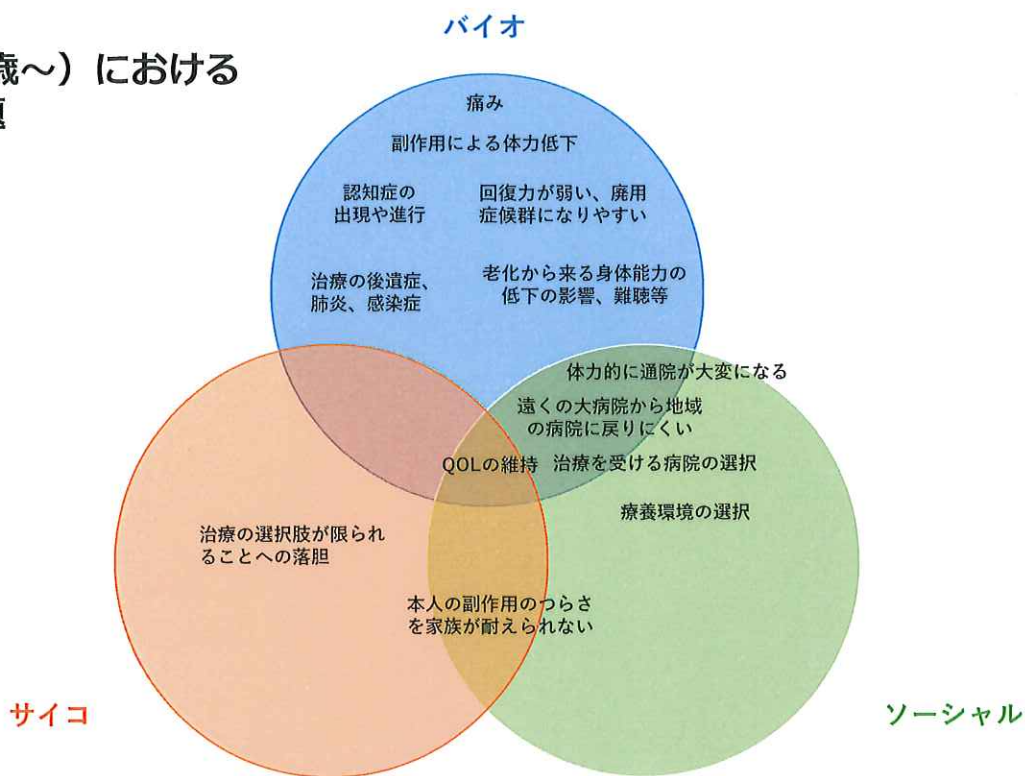


がん以外の病気や障害を持っている世代であり、その治療も必要であると考えられる。そのため身体の予備力が低く、短期間に状態が悪くなることも予想される。場合によっては病院嫌い、我慢強く受診しないなどから診断時には病状が進行していることもあり得る。定期受診や健康診断、体調不良等の小さな変化を見逃さず早期の受診、治療が課題といえよう。

また、この世代は自身の病気のことや治療、今後の療養についての理解やイメージを持ちにくい傾向が見受けられる。医師に対して質問することや自分の意見を発言する社会で育っていない年代でもあり、「先生にお任せします」というような発言が聞かれ、医師に一任する傾向がある。

家族間の役割にも変化が生じることが想定される。親子関係、役割の変化への移行がスムーズ行われるよう家族も含めての支援が課題となることもある。

3-4-2 高齢者（65歳～）における 治療期の課題



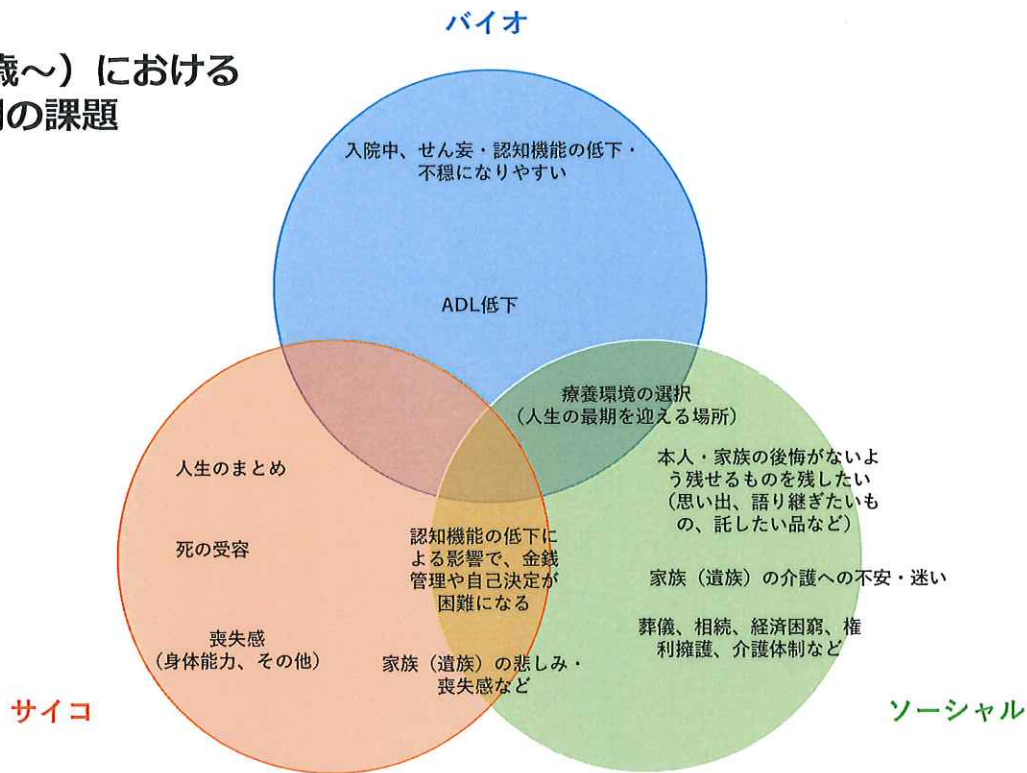
痛みや副作用による心身機能（抑鬱状態）の低下が伴いやすい。回復力が弱く、老化からくる体力・精神機能の低下とも重なり廃用症候群にも陥りやすい。治療の後遺症や感染症への感染リスクも高まり、認知症の出現や進行も見られる可能性がある。

本人がかかえる痛み辛さに対して家族は対応に苦慮している。

体力的に通院が困難となり、それまで通っていた病院から近隣の病院へと病院を変えるという選択も必要となる場合もある。QOLの維持と治療、療養環境の選択とのかねあいを考える必要がある。

高齢により治療の選択肢が限られることもあり、本人も家族も落胆することがある。

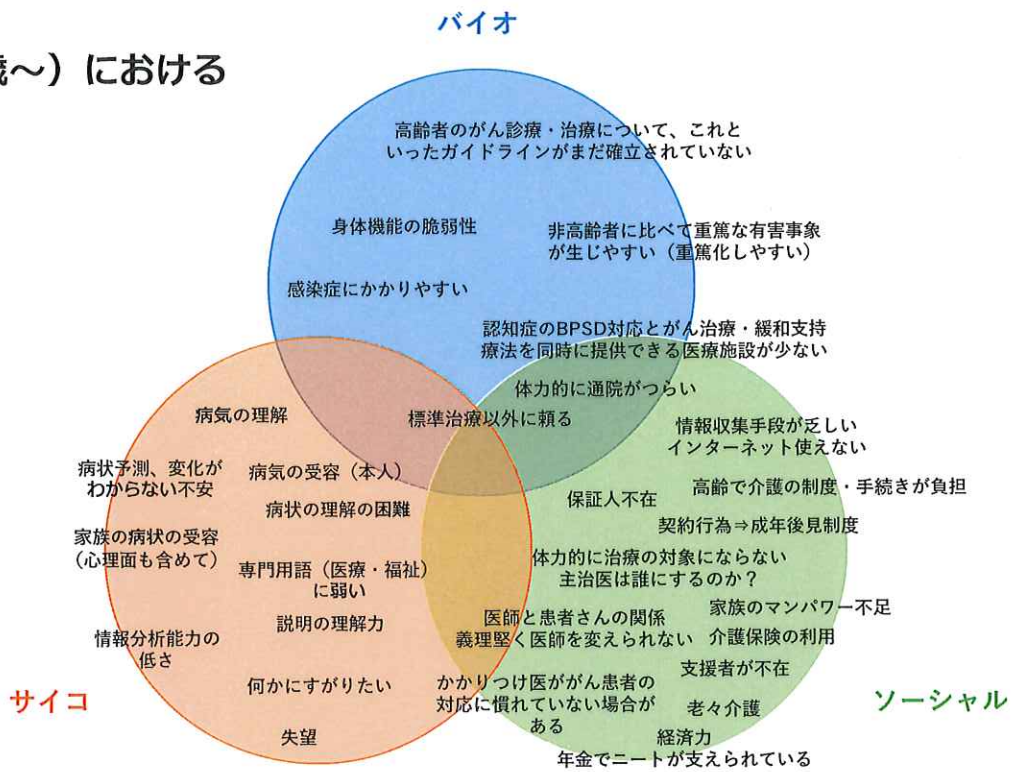
3-4-3 高齢者（65歳～）における ターミナル期の課題



さらにADLの低下やせん妄、認知機能の低下が見受けられる。さまざまな喪失感が生じ、死の受容や人生のまとめの時期となる。人生の最期の時期に後悔がないようどこで、どのように迎えるかを選択することに、家族も療養や介護への不安や迷いが生じる。残された時間をどのように過ごすかということが課題となろう。

亡き後の準備も具体的に考えなければならない時期でもある。本人の意思決定が難しくなるにつれ、家族が代理意思決定をしなければならない状況も増え迷いも生じやすい。

3-4-4 高齢者（65歳～）における継続的な課題



診断期から身体機能の脆弱性が考えられ、通院や治療継続の困難さも生じる可能性がある。情報収集手段が乏しいことも想定され、テレビなどのメディア、友人等のアドバイスから、標準治療以外のものに頼ることも考えられる。

病気そのものの理解や受容の困難さ、病状予測やどのような変化が生じるのかがわからないことの不安、何かにすがりたいという思いや失望感、喪失感が生じる。また、義理堅い面や医師との関係性から病院を変えられないことや、近隣のかかりつけ医ががん患者の対応に慣れていないという場合もある。状況やステージに応じて適切に柔軟に医療機関を変えることができないということも課題と考える。

社会的な背景では、単身、身寄りがいない、家族のマンパワー不足、支援者不在、保証人不在、経済力の不十分さ、医療や介護等の手続きの煩雑さへの対応や困難等様々な課題が予想される。

有害事象（Adverse Event:AE）：

医薬品の使用や各種治療行為などと、因果関係の証明は別として、時間的には関連のある、好ましくない、意図しない医療上のあらゆる出来事を指す。検査数値の異常や、罹患、受傷、障害など。

例：「睡眠薬の副作用によるふらつき」「睡眠薬の服用後に地震が発生し打撲」

BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）：

認知症の行動・心理症状のこと。認知症には、脳の機能低下が直接現れる「中核症状（記憶障害、見当識障害、失行など）」と、中核症状によって引き起こされる「周辺症状（抑うつ、せん妄、徘徊など）」の二つがあり、BPSDはこの「周辺症状」を指す。BPSDは、認知症の人に必ず見られるわけではなく、患者

を取り巻く環境や人間関係の調整、薬物療法などにより改善に繋がることもある。

終わりに

がん患者や家族の対応に戸惑う業務経験の浅いMSWや、緩和ケア部門を持たない機関に所属するMSWなどが、がん患者や家族に出会った時に、その方たちの生活や背景を想像できるような視点マップを作りたいと話し合いを重ねてきた。

経験が浅いと先の見通しがたてずらいこともあるため、それぞれの世代や治療の時期で相手が求めていることは何か、MSWが何を聞けばよいか、MSWの立場なら何が出来るかを考えていくためのヒントとして、現場で活用してもらえたらと願っている。

またMSWだけに限らず、多職種による連携・協働の場においては、このマップを用いることで、関係者同士が多角的に患者への理解を深め、それを共有しやすくなり、層の厚い支援に繋がるのではないだろうか。

ただ、このマップに記載した項目をすべて知る必要はなく「今、目の前のクライアントを支援するためには、何を聞く(聴く)べきか」という判断が必要となってくるだろう。

今回、がん患者や家族への視点マップとして作成したが、疾病の種類にかかわらず、あらゆる患者・家族へのソーシャルワーク支援を行う上で、いろいろな見方のヒントになればと考えている。

私たち協力員は、視点マップの作成過程で大きな気づきを得たことから、今後、皆さんにも研修会に参加してもらい、共に学んでいく場を提供出来たらと考えている。

2021年1月

一般社団法人東京都医療社会事業協会
ホスピス・緩和ケアにかかわるMSWの集い協力員一同

参考文献

はじめに

- 日本緩和医療学会（2018）「WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）定訳」日本緩和医療学会,<https://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html>（2020.11.13）
- 日本ホスピス緩和ケア協会（2018）「WHO（世界保健機関）の緩和ケアの定義（2002年）」日本ホスピス緩和ケア協会,<https://www.hpcj.org/what/definition.html>（2020.11.13）

1.視点マップ作成までの経緯・方法

- 厚生労働省（2000）「健康日本21（総論）」厚生労働省,https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html（2020.11.13）
- 東京都保健福祉局（2018）「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」東京都,https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/research/taisaku/suisin_keikaku/suisin_keikaku_secondrevision.html（2020.11.13）
- 大分大学（2013）「バイオ・サイコ・ソーシャルモデルについて」大分大学,<https://www.oita-u.ac.jp/000027208.pdf>（2020.11.13）

2.視点マップで使用している用語の定義・解説

- 国立がん研究センターがんサバイバーシップ支援部（2016）『第5回がんサバイバーシップオープンセミナー——最新がん緩和ケア』国立がん研究センター,<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/05OS.pdf>（2020.11.13）
- 渡辺俊之・子守康永（2014）『バイオサイコソーシャルアプローチ——生物・心理・社会的医療とは何か？』金剛出版.
- 藤井美和（2000）「病む人のクオリティオブライフとスピリチュアリティ」『関西学院大学社会学部紀要』85,pp33-42.

3.各世代の経過時期に応じた視点マップ

- 北海道大学病院腫瘍センター（2018）『がん患者さんのための医療・福祉制度活用ガイド～医療費・生活費・就労編～』北海道大学病院,<https://cancer.huhp.hokudai.ac.jp/wp/wp-content/uploads/2018/11/6c762f406e83b29bf13e950df63d5bfa.pdf>（2020.11.13）
- 大阪国際がんセンター（2017）「小児・AYA世代のがん」大阪国際がんセンター,<https://osaka-gan-joho.net/link/childhood-cancer/index.html>（2020.11.13）
- 前田ケイ監修・保健医療の専門ソーシャルワーク研究会編（1991）『保健医療の専門ソーシャルワーク——業務指針の具体的解説』中央法規出版.

3-1 小児（0～14歳）

- 大野竜三（2019）「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは」大野竜三,<https://square.umin.ac.jp/liv-will/new1008.html>（2020.11.15）
- 国立がん研究センターがん情報サービス（2020）「がんに関する用語集」国立がん研究センター,<https://ganjoho.jp/words.html>（2020.11.15）

- 日本医師会 (2018) 『終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える』 日本医師会, http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_31.pdf (2020.11.15)
- 松本公一 (2016) 「小児がん拠点病院・中央機関のこれまでの取り組みと課題」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000131632.pdf> (2020.11.13)
- 山下公輔 (2016) 「小児がん対策に関する意見書 (参考)」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/000129852.pdf> (2020.11.13)
- 松田智大・野口真貴子・梅野裕子・ほか (2006) 「小児保健とQOL研究 現状と今後の課題」 『日本公衆衛生雑誌』 53 (11), pp805-817.
- 厚生労働省 (2018) 「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 改訂平成30年3月」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-lseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2020.11.15)

3-2 AYA世代 (15~39歳)

- 堀部敬三 (2016) 「AYA世代のがん対策に関する政策提言」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000138588.pdf> (2020.11.13)
- 高橋都 (2016) 「がん患者への就労支援<現状と課題>」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000129841.pdf> (2020.11.13)
- 朝日新聞 (2019) 「がん新時代: 104 AYA世代の支援 広がれ」 朝日新聞 (2019.11.23朝刊)

3-3 働く世代 (40~64歳)

- 厚生労働省 (2019) 『事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン平成31年3月改訂版』 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html> (2020.11.13)
- 高橋都 (2016) 『働くがん患者の職場復帰支援に関する研究——病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から』 平成27年度厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野がん対策推進総合研究事業報告書, 高橋班.

3-4 高齢者 (65歳~)

- 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班 (2015) 『かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン (第2版)』 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf> (2020.11.13)
- 山内芳也・長島文夫・河合桐男・ほか (2018) 「高齢がん患者の機能評価」 『外科と代謝・栄養』 52 (1), pp17-22.
- 長島文夫 (2016) 「高齢者のがんへの対策 (認知症を除いて)」 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000138589.pdf> (2020.11.13)

- 小川麻生 (2016) 「認知症とがん」厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000138590.pdf> (2020.11.13)
- 繁田雅弘 (2018) 「認知症のBPSD (行動/心理症状) とは—症状や原因、改善法を解説」NHK, https://www.nhk.or.jp/kenko/atc_721.html (2020.11.13)
- 栗田圭一 (2009) 「BPSD: 認知症の行動・心理症状」厚生労働省, https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0521-3c_0006.pdf (2020.11.13)
- 大野能之 (2014) 「副作用について理解しよう」『日本病院薬剤師会雑誌』50 (9), pp1114-1116.
- 中村健一 (2019) 「有害事象報告に関する共通ガイドライン (JCTN-有害事象報告ガイドライン) ver1.1.1」国立がん研究センター研究開発費26-A-22「共同研究グループ間およびがん診療連携拠点病院間の連携によるがん治療開発研究の効率化と質的向上のための研究」報告書, 中村班.