

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者およびがん患者の家族に対するソーシャルサポートの現状を問う質問項目を独自に作成した(患者 12 項目、家族 13 項目)。各項目について、「非常に充足している」～「全く充足していない」まで 7 件法で回答を求めた。

③がん患者・がん患者の家族に対するソーシャルサポートの必要性を問う項目

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者およびがん患者の家族に対するソーシャルサポートの必要性を問う質問項目を独自に作成した(患者 12 項目、家族 13 項目)。各項目について、「非常に必要である」～「全く必要でない」まで 7 件法で回答を求めた。

(倫理面への配慮)

本研究は、京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科倫理委員会による承認を得て実施した。調査は匿名で行われ、データはすべて統計処理されるため、個人が特定されることはないこと、また、回答は、参加者自ら郵送することから、参加は任意であり、参加しないことによる不利益は生じないことに配慮した。

C. 研究結果

対象者のプロフィール

質問紙は、367 名から返送があり、有効回答は 360 名であった(有効回答率 42.0%)。男性 333 名、女性は 26 名、無記名 1 名であり、平均年齢は 48.67 歳(SD=±9.08)であった。所属としては、外科 97 名、内科 56 名、緩和ケアチームに所属する外科医 72 名、緩和ケアチームに所属する内科医 42 名、緩和ケアチームに所属するその他の医師(麻酔科 18 名、精神科 8 名、放射線科 1 名、不明 46 名)、不明 20 名であった。医師としての経験年数は、10 年未満が 13 名、10 年以上～20 年未満が 97 名、20 年以上～30 年未満が 192 名、30 年以上が 57 名、無記名が 1 名であった。

全体の記述統計量

現状と必要性における対象者全体の平均値と標準偏差(SD)を表 1 に示した。

これら平均値からは、患者に対するソーシャルサポートの現状では、「専門家によるグループ療法」「宗教的ケアの専門家」「患者同士が集まれるサロン」「患者自ら情報を得る設備や施設」「ピアサポート」が、3 点(あまり充足していない)以下であった。一方、必要性に関しては、一つの項目を除いて、すべての項目で 4 点(どちらかと言うと必要である)以上であり、必要性があることが認められた。家族に対しても、同様の結果であった。

表 1 現状と必要性についての対象者全体の平均値 (n=360)

項目	患者				家族			
	現状		必要性		現状		必要性	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1 病気の相談窓口	4.32	1.32	6.27	.85	4.08	1.39	6.19	.85
2 心の相談窓口	3.80	1.42	6.21	.85	3.46	1.48	6.08	.87
3 社会資源の相談窓口	4.69	1.21	6.27	.80	4.34	1.32	6.29	.79
4 日常生活に関する相談窓口	3.79	1.27	5.55	1.09	3.61	1.35	5.52	1.08
5 情報提供パンフレット	3.92	1.26	5.57	1.04	3.72	1.30	5.47	1.06
6 専門家によるグループ療法	2.93	1.49	4.95	1.22	2.20	1.25	4.61	1.22
7 宗教的ケアの専門家	1.53	.89	4.11	1.19	1.46	.82	3.90	1.27
8 患者同士が集まれるサロン	2.51	1.37	4.82	1.15	2.18	1.29	4.65	1.21
9 患者自ら情報を得る設備や施設	2.89	1.63	5.18	1.18	2.73	1.62	5.11	1.19
10 ピアサポート	1.70	1.01	4.18	1.16	1.64	.96	4.06	1.21
11 補助器具等の相談窓口	4.00	1.26	5.89	.98	3.84	1.39	5.82	.98
12 メール、電話による相談	3.34	1.45	5.12	1.29	3.26	1.45	5.13	1.23
13 遺族へのグループ療法					1.67	1.07	4.51	1.21

ソーシャルサポートの現状と基本属性との関連

患者に対するソーシャルサポートの現状の充足度と、医師としての経験年数、勤務している病院の概要との関連について、それぞれ検討した。医師としての経験年数による違いでは、ソーシャルサポートの現状の認識に差がみられなかった。また、病床数の違いでは、「心の相談窓口」について有意差がみられた(表 8)。一方、ホスピスや緩和ケア病棟の有無、常勤の精神科医の有無、ソーシャルワーカー(MSW)の有無、心理専門家の有無、専門看護師の有無、認定看護師の有無により、いずれも医師によるソーシャルサポートの現状の認識に差がみられたため、その結果を表 2～表 7 に示した。

表2 常勤の精神科医の有無による現状の比較

項目	有(n=233)		無(n=127)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.48	1.29	4.04	1.34	3.04 **
心の相談窓口	4.20	1.31	3.06	1.31	7.84 **
社会資源の相談窓口	4.80	1.15	4.48	1.29	2.40 *
日常活動に関する相談窓口	3.88	1.20	3.64	1.37	1.63
情報提供パンフレット	4.03	1.24	3.73	1.28	2.16 *
専門家によるグループ療法	3.09	1.51	2.61	1.40	2.96 **
宗教的ケアの専門家	1.60	.95	1.39	.76	2.24 *
患者同士が集まれるサロン	2.54	1.33	2.46	1.45	.47
患者自ら情報を得る設備や施設	3.00	1.62	2.69	1.63	1.78
ピアサポート	1.75	1.02	1.61	.98	1.23
補助器具等の相談窓口	4.11	1.20	3.80	1.33	2.24 *
メール、電話による相談	3.42	1.38	3.20	1.55	1.40

ρ<.05 * ρ<.01 **

表3 心理専門家の有無による現状の比較

項目	有(n=193)		無(n=141)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.47	1.32	4.13	1.33	2.34 *
心の相談窓口	4.21	1.35	3.26	1.36	6.32 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.07	4.34	1.29	4.60 **
日常活動に関する相談窓口	3.96	1.31	3.63	1.24	2.32 *
情報提供パンフレット	4.11	1.27	3.74	1.24	2.66 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.56	2.81	1.43	1.40
宗教的ケアの専門家	1.55	0.92	1.44	0.77	1.19
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.43	2.46	1.34	.74
患者自ら情報を得る設備や施設	3.05	1.69	2.70	1.57	1.94
ピアサポート	1.78	1.04	1.64	1.00	1.22
補助器具等の相談窓口	4.19	1.28	3.81	1.20	2.74 **
メール、電話による相談	3.63	1.47	3.06	1.40	3.55 **

ρ<.05 * ρ<.01 **

表4 MSWの有無による現状の比較

項目	有(n=334)		無(n=19)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.34	1.31	4.05	1.47	.91
心の相談窓口	3.83	1.37	3.21	1.93	1.87
社会資源の相談窓口	4.76	1.14	3.47	1.65	3.37 **
日常活動に関する相談窓口	3.81	1.28	3.56	1.29	.81
情報提供パンフレット	3.95	1.26	3.56	1.10	1.29
専門家によるグループ療法	2.94	1.48	2.68	1.60	.74
宗教的ケアの専門家	1.55	0.91	1.16	0.50	3.15 **
患者同士が集まれるサロン	2.56	1.40	1.84	0.83	3.48 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.93	1.62	1.89	1.15	2.75 **
ピアサポート	1.73	1.03	1.16	0.37	5.60 **
補助器具等の相談窓口	4.06	1.25	3.44	1.15	2.04 *
メール、電話による相談	3.40	1.44	2.67	1.37	2.11 *

ρ<.05 * ρ<.01 **

表5 専門看護師の有無による現状の比較

項目	有(n=146)		無(n=199)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.73	1.18	4.05	1.35	5.03 **
心の相談窓口	4.11	1.39	3.56	1.42	3.59 **
社会資源の相談窓口	4.79	1.15	4.61	1.24	1.42
日常活動に関する相談窓口	4.01	1.25	3.65	1.27	2.58 **
情報提供パンフレット	4.19	1.27	3.75	1.22	3.27 **
専門家によるグループ療法	3.31	1.50	2.62	1.43	4.32 **
宗教的ケアの専門家	1.59	0.94	1.45	0.80	1.40
患者同士が集まれるサロン	2.73	1.40	2.34	1.35	2.65 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.99	1.57	2.77	1.64	1.25
ピアサポート	1.89	1.09	1.57	0.94	2.94 **
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.94	1.26	1.05
メール、電話による相談	3.43	1.48	3.32	1.46	.70

ρ<.05 * ρ<.01 **

表6 認定看護師の有無による現状の比較

項目	有(n=248)		無(n=98)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.51	1.29	3.91	1.29	3.91 **
心の相談窓口	3.99	1.41	3.31	1.34	4.14 **
社会資源の相談窓口	4.78	1.19	4.46	1.16	2.29 *
日常活動に関する相談窓口	3.90	1.30	3.54	1.14	2.42 *
情報提供パンフレット	4.07	1.25	3.58	1.20	3.33 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.54	2.65	1.31	2.22 *
宗教的ケアの専門家	1.52	0.87	1.50	0.92	.21
患者同士が集まれるサロン	2.57	1.38	2.35	1.34	1.38
患者自ら情報を得る設備や施設	3.06	1.65	2.51	1.53	2.86 **
ピアサポート	1.76	1.03	1.55	0.95	1.72
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.73	1.16	2.44 **
メール、電話による相談	3.47	1.43	3.19	1.39	1.65

ρ<.05 * ρ<.01 **

表7 緩和ケア病棟の有無による現状の比較

項目	有(n=84)		無(n=275)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.86	1.24	4.15	1.30	4.40 **
心の相談窓口	4.38	1.33	3.62	1.40	4.44 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.19	4.60	1.20	2.36 *
日常活動に関する相談窓口	4.28	1.32	3.64	1.22	4.10 **
情報提供パンフレット	4.43	1.36	3.76	1.18	4.05 **
専門家によるグループ療法	3.43	1.70	2.76	1.38	3.28 **
宗教的ケアの専門家	1.85	1.10	1.43	0.79	3.20 **
患者同士が集まれるサロン	3.25	1.54	2.28	1.24	5.27 **
患者自ら情報を得る設備や施設	3.58	1.61	2.69	1.57	4.54 **
ピアサポート	1.99	1.15	1.62	0.95	2.97 **
補助器具等の相談窓口	4.48	1.28	3.85	1.21	4.07 **
メール、電話による相談	3.87	1.54	3.18	1.38	3.88 **

ρ<.05 * ρ<.01 **

表8 病床数による現状の比較

項目	500床未満(n=125)		500床以上(n=235)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.28	1.34	4.34	1.31	-.44
心の相談窓口	3.54	1.45	3.94	1.39	-2.6 **
社会資源の相談窓口	4.66	1.33	4.70	1.14	-.25
日常活動に関する相談窓口	3.82	1.39	3.77	1.20	.33
情報提供パンフレット	3.99	1.28	3.89	1.24	.74
専門家によるグループ療法	2.84	1.33	2.97	1.56	-.83
宗教的ケアの専門家	1.50	0.82	1.54	0.93	-.35
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.55	2.48	1.28	.62
患者自ら情報を得る設備や施設	2.90	1.66	2.89	1.62	.04
ピアサポート	1.70	0.99	1.71	1.02	-.09
補助器具等の相談窓口	3.92	1.32	4.05	1.22	-.91
メール、電話による相談	3.33	1.56	3.35	1.39	-1.17

ρ<.05 * ρ<.01 **

次に、家族に対するソーシャルサポートの現状の充足度と医師としての経験年数、勤務している病院の概要との関連についても同様の分析を行った。その結果、いずれの項目においても、医師としての経験年数や病院の規模(病床数)による医師の現状の認識に有意な差がなかった。しかし、精神科医、MSW、心理専門家、専門看護師、認定看護師、緩和ケア病棟の有無により、

ほとんどの項目で医師による現状の認識に差が認められた。

ソーシャルサポートの必要性について

がん患者や家族に対するソーシャルサポートの各項目の得点について、それぞれ一元配置の分散分析をした後、多重比較を行った。その結果を表9、表10に示した。

表9 患者へのソーシャルサポートの必要性についての一元配置の分散分析結果

患者			
項目	Mean	SD	
3	社会資源の相談窓口	6.27	0.80
1	病気の相談窓口	6.27	0.85
2	心の相談窓口	6.21	0.85
11	補助器具等の相談窓口	5.89	0.98
5	情報提供パンフレット	5.57	1.04
4	日常活動に関する相談窓口	5.55	1.09
9	患者自ら情報を得る設備や施設	5.18	1.18
12	メール、電話による相談	5.12	1.29
6	専門家によるグループ療法	4.95	1.22
8	患者同士が集まれるサロン	4.82	1.15
10	ピアサポート	4.18	1.16
7	宗教的ケアの専門家	4.11	1.19

F値

F(11,4303)=175.2 ** P<.01**

多重比較(HSD法)

3, 1, 2>11> 5, 4>9, 12, 6>10, 7
12>8>10

表10 家族へのソーシャルサポートの必要性についての一元配置の分散分析結果

家族			
項目	Mean	SD	
3	社会資源の相談窓口	6.29	0.79
1	病気の相談窓口	6.19	0.85
2	心の相談窓口	6.08	0.87
11	補助器具等の相談窓口	5.82	0.98
4	日常活動に関する相談窓口	5.52	1.08
5	情報提供パンフレット	5.47	1.06
12	メール、電話による相談	5.13	1.23
9	患者自ら情報を得る設備や施設	5.11	1.19
8	患者同士が集まれるサロン	4.65	1.21
6	専門家によるグループ療法	4.61	1.22
13	遺族へのグループ療法	4.51	1.21
10	ピアサポート	4.06	1.21
7	宗教的ケアの専門家	3.90	1.27

F値

F(12,4651)=187.3 ** P<.01**

多重比較(HSD法)

3, 1, 2>11> 4, 5>12, 9>8, 6, 13>10, 7

患者および家族とも、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が高かった。一方、専門家によるグループ療法や患

者同士が集まれるサロンは、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットに比べると有意に低かった。

医師の専門性によるソーシャルサポートの現状と必要性の関連

医師の所属先によって、がん患者や家族に対するソーシャルサポートの現状と必要性に影響が生じているかを検討するため、所属を独立変数、現状と必要性を従属変数とする一元配置分散分析をそれぞれ行い、その後多重比較を行った(HSD法あるいは Games-Howell法)。なお、所属は、緩和チーム外科、緩和チーム内科、外科、内科の4群に分けて、分析を行った。

その結果、患者に対するソーシャルサポートの現状で、有意差がみられたものは、「病気の相談窓口；外科(M=4.5)>緩和ケアチーム内科(M=3.8), p<.05」、「日常活動に関する相談窓口；外科(M=4.0)、内科(M=3.9)>緩和ケアチーム内科(M=3.1), p<.01」、「専門家によるグループ療法；外科(M=3.5)>緩和ケアチーム外科(M=2.7)、緩和ケアチーム内科(M=2.4)、内科(M=3.3)>緩和ケアチーム内科(M=2.4), p<.01」、「宗教的ケアの専門家；外科(M=1.7)>緩和ケアチーム内科(M=1.2), p<.01」、「患者同士が集まれるサロン；外科(M=2.8)、内科(M=2.7)>緩和ケアチーム内科(M=1.9), p<.01」、「患者自ら情報を得る設備や施設；内科(M=3.3)、外科(M=3.1)>緩和ケアチーム内科(M=2.2), p<.01」、「ピアサポート(外科(M=1.8)、内科(M=1.8)>緩和ケアチーム内科(M=1.3), p<.01)であった。

家族に対するソーシャルサポートの現状についても同様の分析を行った結果、有意差がみられたものは、「病気の相談窓口；外科(M=4.2)>緩和ケアチーム内科(M=3.5), p<.05」、「心の相談窓口；外科(M=3.7)>緩和ケアチーム内科(M=2.7), p<.01」、「日常活動に関する相談窓

口；外科(M=3.8)、内科(M=3.7)＞緩和ケアチーム内科(M=2.9)， $p<.01$ 、「専門家によるグループ療法；外科(M=2.6)＞緩和ケアチーム外科(M=2.0)，緩和ケアチーム内科(M=1.8)、内科(M=2.5)＞緩和ケアチーム内科(M=1.7)， $p<.01$ 、「宗教的ケアの専門家；外科(M=1.6)＞緩和ケアチーム内科(M=1.2)， $p<.05$ 、「患者同士が集まれるサロン；内科(M=2.5)、外科(M=2.4)＞緩和ケアチーム内科(M=1.7)， $p<.01$ 、「患者自ら情報を得る設備や施設；内科(M=3.1)、外科(M=2.9)＞緩和ケアチーム内科(M=1.9)， $p<.01$ 、「ピアサポート；外科(M=1.9)、内科(M=1.8)＞緩和ケアチーム内科(M=1.3)、外科(M=1.9)＞緩和ケアチーム外科(M=1.4)， $p<.01$ 、「遺族へのグループ療法（外科(M=1.8)＞緩和ケアチーム内科(M=1.3)， $p<.05$ 」であった。

必要性に関しては、患者、家族とも有意差がみられたのは、「専門家によるグループ療法」のみであった（患者；外科(M=5.2)＞緩和ケアチーム内科(M=4.5)， $p<.05$ 、家族；内科(M=4.8)＞緩和ケアチーム内科(M=4.2)， $p<.05$ ）。

D. 考察

本研究では、病院内におけるがん患者と家族のソーシャルサポートについてその現状と必要性を医師がどのように理解しているのかを検討してきた。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、よく知られた資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状もあまり充足されてはならず、これらに対して、必要性は認められるものの、上位ではなかった。その理由としては、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないこと、さらに実際に実現できるのかという問題、有効性

の問題などが考えられる。そこで、医師にそれらの活動内容や有効性を理解してもらうことが課題であると考えられた。そのために、グループ療法の有効性を検証することも必要であると考えられる。

次に、勤務している病院の概要と現状との関連を検討した結果、各項目のソーシャルサポートの充足度合いは、病院の規模に依る差はほとんどみられなかった。しかし、緩和ケア病棟や、専門スタッフが充実している病院では、それらが充実していない病院に比べると、ソーシャルサポートが充足していることが認められた。これらの病院でソーシャルサポートの充足度が高い結果となったのは、病院のソーシャルサポートへの意識の高さによるものと、専門スタッフの充実との相乗効果によるものと考えられる。

最後に、緩和チーム外科、緩和チーム内科、外科、内科といった医師の所属先によって、がん患者や家族に対するソーシャルサポートの現状と必要性に違いがあるかを検討した。その結果、現状に関しては、緩和ケアチームに所属する医師は、緩和ケアチームに所属していない医師に比べて、現状の充足度が低いと捉えていた。このことから、緩和ケアチームに所属する医師のほうが、ソーシャルサポートへの要求水準が高いことが示唆された。一方、必要性に関して検討したところ、「専門家によるグループ療法」で差がみられ、外科医師は、緩和ケアチームの内科医師より有意にその必要性が高かった。この結果は、それぞれが抱える患者の病状や進行度などの違いによるものかもしれない。そこで、グループ療法などの適用については、この点を踏まえ、より効果的なサポートのあり方を考えていくことが重要である。

E. 結論

がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族のソーシャルサポートの現状と必要性につい

て、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどよく知られている資源に対して医師は現在の充足度も必要性も高いと理解していた。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状ではあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。今後は、他の医療スタッフや患者・家族への調査とも比較していくことが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 中村千珠、河瀬雅紀：がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究－患者の現状とニーズの把握－. 心身医学 47(2) : 111－121, 2007
2. 河瀬雅紀、中村千珠：家族の悲嘆にどのように対応すればよいか？. 月刊「junior」468 : 29－32, 2007
3. 河瀬雅紀、中村千珠：緩和医療における精神症状と対策. 緩和医療学 10(1) : 3－9, 2008
4. 河瀬雅紀. 医療者－患者関係. 生命倫理と医療倫理(改訂2版), 伏木信次、樫 則章、霜田 求編. 金芳堂, 京都, pp20－29, 2008

2. 学会発表

1. 羽多野 裕、津田 真、前林佳朗、河瀬雅紀、福居顯二. 緩和医療におけるPNIの予後予測としての有用性についての検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
2. 羽多野 裕、前林佳朗、津田 真、河瀬雅紀、福居顯二. 精神科医が緩和ケア医となる時、その専門性が緩和ケアに及ぼす影響についての検討、PCUナースの日ごろのケアに対する意識調査からの検討. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11,

札幌

3. 國澤正寛、小谷由美、間宮由真、堀内保直、濱上佳子、浦谷博野、笠島千代江、徳永正章、石川雅裕、河瀬雅紀、福居顯二. 精神科医がチームリーダーの緩和ケアチーム活動について. 第20回日本総合病院精神医学会総会. 2007. 11, 札幌
4. 廣澤六映、木下清二郎、國澤正寛、河瀬雅紀、福居顯二. 京都府立医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動の現況. 第102回近畿精神神経学会. 2008. 2, 三田
5. 河瀬雅紀. 終末期がん患者への関わり－精神科医の立場から－. 第14回日本死の臨床研究会近畿支部研究会. シンポジウム. 2008. 2, 京都

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記すべきことなし

がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制に
関する実態調査

（分担研究者） 森山美知子 広島大学大学院保健学研究科 教授
森 さとこ 広島大学大学院保健学研究科 博士課程前期

研究要旨

全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的サポート体制、がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制やその教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり及びサポート体制における問題点について実態調査を行った。全286病院に調査票を郵送し、176通を回収、分析対象とした（有効回答率61.5%）。結果、がん患者又は家族へのカウンセリングは約半数の病院で看護師や臨床心理士、MSWらによって行われていたが、グループ療法や自助グループ、患者会/家族会の実施割合は低かった。また、EBMに基づき構造化されたグループ療法を実施していたのは7病院のみで、できない理由として、9割の病院が「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことを挙げた。同時に、グループ療法が提供できないことの患者・家族への不利益は多くの病院で認識されていた。また、患者・家族へ教育プログラムを提供している病院は1割に満たず、日々のケアの中で適宜実施している状況であった。専門スタッフはMSWが8割の、認定看護師は7割弱の、臨床心理士は5割の病院に配置されていたが、それ以外の配置は低く、専門スタッフへの教育・支援体制も十分とはいえない状況であった。コメディカルスタッフは、地域住民や地域の医療機関への教育的役割を果たすなど、専門家としての役割を担っていた。

A. はじめに

がんの告知は極めて大きなストレスとなり、患者・家族はさまざまな精神的苦痛を体験することになる¹⁾。Derogatisら²⁾は、がん患者の約半数の人々が心因性・反応性の適応障害等の診断がつく精神的苦痛を抱えていることを報告している。がん罹患する人々の心理社会的側面への影響を扱う研究・臨床領域であるサイコオンコロジーでは、人々が精神的苦痛に適切に対処できない場合、心理的不適応が促進され、日常生活や人間関係に障害が現れ、治療効果や予後にも影響することが報告されている³⁾。このように、がん患者・家族の精神的苦痛を緩和することの重要性は医療者間では認識されている一方で、実際の医療政策では診療報酬の対象になっていないなど体制が追いついておらず、臨床でこれらのケアが十分に提供されていない可能性が推察される。

このような状況の中、平成16年度、わが国ではがん医療の「均てん化」を図ることを目標に、第3次対がん10か年総合戦略に基づき、地域がん診療拠点病院の機能の充実・強化、質の高いがん医療を受けることのできる体制の整備、診療連携体制の確保

などの推進を目的に、がん診療連携拠点病院が指定された⁴⁾。その指定要件には、「患者、家族などからの相談等に対応する体制の整備」が項目として挙げられ、心理社会的な側面についても充実させていくことが明記されている。

今回われわれは、がん診療連携拠点病院が、これら患者・家族への精神的苦痛を緩和する支援体制、症状や感情、日常生活をコントロールし、治療を継続していくためのセルフマネジメント能力の獲得を促す教育体制を整備しているか否かの実態を、(1)がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制、(2)がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制やその教育・支援体制、(3)がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり、及び(4)サポート体制における問題点について調査した。なお、本調査結果は、今後のがん診療連携拠点病院の患者・家族サポート体制の方向性を探る上での基礎資料になると考える。

調査の枠組み：がん患者・家族のサポートは多岐にわたる。本調査では、がん患者・

家族のがん告知後の精神的な衝撃や苦痛を緩和するサポートに焦点を当て、がん患者・家族のサポート体制として、保坂⁵⁾の示す「がん患者・家族への精神療法的介入」の分類を参考に、①危機介入としてホットラインや相談窓口の設置、②精神状態の改善を図る個人精神療法的支援、③患者同士のサポートを高め、情報提供や対処方法の獲得の学習の機会を提供する集団精神療法や自助グループ、④適応的な悲嘆を進めるグリーフケア（遺族会）、さらには、⑤不安やストレスを緩和し自然治癒力を高めるものとしての代替療法、加えて、セルフマネジメント能力の獲得を目指す患者教育の提供について調査した。そして、このサポート体制の設置と運営を実質可能にする専門スタッフの体制、質の確保のための教育・支援体制、院内構造を調べた。

B. 研究方法

1) 調査対象

厚生労働省のホームページのがん診療連携拠点病院指定一覧表に掲載されている全286病院（平成19年1月31日現在）を対象に、当該病院でがん看護に専門に従事している看護師286人に回答を依頼した。

2) 調査方法

対象機関の看護部長宛に調査票と返信用封筒を郵送し、がん患者・家族支援の中心となって活動する看護職に回答を求め、返信してもらった。176通を回収し（回収率61.5%）、176通全てを分析対象とした（有効回答率61.5%）。

2) 調査内容

自記式選択式質問紙法を用いた。質問紙の構成は、調査の枠組みを基礎に、①施設・回答者属性、②患者・家族の心理的サポートの提供の有無、③サポートプログラムの内容、④プログラムの実施体制、⑤心理的サポート提供上の問題点、⑥がん患者・家族教育の実施、⑦がん専門スタッフの配置と教育・支援体制、⑧その他のがん患者・家族を支援する体制についてである。

3) 調査期間

平成19年11月から平成19年12月末まで。

4) 分析方法

各調査項目について、記述統計を行った。

病院規模による差については χ^2 検定を行い、有意水準は5%未満に設定した。自由記述については、類似した回答をまとめた。

5) 倫理的配慮

医療機関や個人が特定できないように調査票は無記名とし、調査票に研究の趣旨、回答の任意性、結果の公表の仕方を記載した依頼文を添付した。調査票の返信をもって、研究協力への同意があったとみなした。なお、本研究は、広島大学大学院保健学研究科倫理委員会の審査・承認を得た。

C. 結果

1) 対象施設及び回答者の概要

回答を得た176施設の病床規模ごとの割合を表1に示す。500床以上の大規模病院が12施設（63.6%）で、200床～500床未満が63施設（35.8%）、200床未満の病院が1施設あった。

表1 回答者の勤務機関の病床数

病床数	施設数	%
200床未満	1	0.6
200床～500床未満	63	35.8
500床以上	112	63.6

n=176

回答を得た176施設の回答者は、女性174人（98.9%）、男性1人（0.6%）で、年齢（平均±SD）は42.9±8.2歳であった。回答者の職位と所有する専門認定資格を表2に示す。看護師長が最も多く、看護副師長、続いて主任の順に多かった。また、専門看護師（教育課程修了者を含む。）は23人（13.1%）、そのうち、がん専門看護師は21人（11.9%）であり、認定看護師は74人（42.0%）、その内訳は、緩和ケア認定看護師41人（23.3%）、がん性疼痛認定看護師22人（12.5%）、がん化学療法認定看護師9人（5.1%）と3分野が大部分を占めた。

回答者の所属部署を表3に示す。外科・内科・混合病棟が42人（23.9%）で病棟勤務者が多く、看護部22人（12.5%）、緩和ケア病棟19人（10.8%）の順に多かった。

表2 回答者の職位と専門認定資格

職位	人数	%
看護部長	5	2.8
看護副部長	17	9.7
看護師長	45	25.6
看護副師長	29	16.5
主任	26	14.8
その他	54	30.7
<hr/>		
専門看護師 (教育課程修了生含む)	23	13.1
がん看護	21	11.9
無回答	2	1.1
<hr/>		
認定看護師	74	42.0
緩和ケア	41	23.3
がん性疼痛	22	12.5
がん化学療法	9	5.1
乳がん	1	0.6
無回答	1	0.6

n=176 (職位と専門認定資格は重複あり)

表3 回答者の所属部署 (複数回答)

	人数	%
外科・内科・混合病棟	42	23.9
看護部	22	12.5
緩和ケア病棟	19	10.8
がん相談支援室	14	8.0
外来	13	7.4
化学療法室	13	7.4
緩和ケアチーム	12	6.8
地域連携室	12	6.8
がんセンター	4	2.3
化学療法病棟	2	1.1
緩和ケア推進センター	1	0.6
在宅ホスピス	1	0.6
無回答	34	19.3

n=176

2) がん患者・家族のサポート体制

(1) がん患者に対するサポート体制

(表4、表5、表6)

がん診療連携拠点病院として、がん患者に対してどのようなサポート体制を敷いているかについて、グループ療法、個人カウンセリング、ピアサポート/セルフヘルプグループ、患者会の実施の有無及びその実施者について尋ねた。

がん患者数名をグループとして医療者が一定のプログラムを提供する「がん患者に対するグループ療法」の実施割合は14施設(8.0%)と低く、5施設が病棟で、11施設が外来で実施していた。グループ療法の実施者は、看護師、医師、臨床心理士の順に多く、複数の職種の組み合わせで実施している施設もあった。また、院外の施設等に紹介しているか否かについては、12施設が紹介していると回答した。

一定の時間と場所を確保しての心理療法、心理教育、個人相談である「がん患者の個人カウンセリング」は89施設(50.6%)で実施されており、実施場所は病棟57施設、外来67施設で実施されていた。また、病棟、外来の両方で実施している施設は43施設あった。個人カウンセリングの実施者は、臨床心理士、看護師が多く、医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)、医師と続いた。また、院外の施設等への紹介は32施設あった。

表4 がん患者に対するサポート形態

	施設数(%)		
	有	無	無回答
グループ療法	14(8.0)	156(88.6)	6(3.4)
個人カウンセリング	89(50.6)	81(46.0)	6(3.4)
ピアサポート	34(19.3)	137(77.8)	5(2.8)
セルフヘルプグループ			
患者会	49(27.8)	126(71.6)	1(0.6)

n=176

表5 がん患者へのサポートを実施している場所と実施者（複数回答）

	実施数	実施場所		実施者数					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	14	5	11	6	12	5	4	5	
個人カウンセリング	89	57	67	25	50	55	30	6	
ピアサポート セルフヘルプグループ	34	6	25	8	12	2	2	16	
患者会	49	10	39	25	36	4	9	17	

患者同士が集まり企画運営を担って活動する自助グループである「がん患者のピアサポート/セルフヘルプグループ」は34施設(19.3%)で実施されており、実施場所は病棟6施設、外来25施設で実施されていた。ピアサポート/セルフヘルプグループの実施者は、患者が主体となるが、看護師や医師も実施に協力していた。実施者としては、自由記述に、患者ボランティアや保健師などが挙げられた。院外のサポートグループ等の紹介は28施設あった。

医療者主導で組織された患者グループである「患者会」の実施は、49施設(27.8%)であり、実施場所は病棟10施設、外来39施設で実施されていた。患者会の実施者は、看護師、医師、その他の順に多く、その他の内訳は、薬剤師、がん患者ボランティア、栄養士などであった。

表6 がん患者に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	12(6.8)	50(28.4)	114(64.8)
個人カウンセリング	32(18.2)	52(29.5)	92(52.3)
ピアサポート セルフヘルプグループ	28(15.9)	40(22.7)	108(61.4)
患者会	43(24.4)	39(22.2)	94(53.4)

n=176

(2)がん患者家族に対するサポート体制
(表7、表8、表9)

がん患者家族に対してどのようなサポート体制を敷いているかについて、グループ療法、家族カウンセリング/家族療法、家族会、遺族会の実施の有無及びその実施者について尋ねた。

表7 がん患者の家族に対するサポート形態

	実施数(%)		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	165(93.8)	7(4.0)
家族カウンセリング 家族療法	56(31.8)	112(63.6)	8(4.5)
家族会	9(5.1)	160(90.9)	7(4.0)
遺族会	23(13.1)	145(82.4)	8(4.5)

n=176

複数のがん患者の家族（重要他者）数名をグループとして医療者がプログラムを提供する「がん患者家族に対するグループ療法」の実施割合は4施設(2.3%)と低く、2施設が病棟で、4施設が外来で実施していた。グループ療法の実施者は、看護師、MSWがともに3人(1.7%)、続いて医師2人(1.1%)の順に多かった。また、院外の施設等に紹介しているか否かについては、4施設が紹介していると回答した。

表8 がん患者の家族に対するサポートを実施している場所と実施者（複数回答）

	実施数	実施場所		実施者					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	4	2	4	2	3	1	3	2	
家族カウンセリング 家族療法	56	30	42	12	33	28	19	5	
家族会	9	3	4	1	3	0	0	2	
遺族会	23	18	1	12	18	6	5	4	

一定の時間と場所を確保しての心理療法、心理教育、家族相談である「がん患者の家族カウンセリング/家族療法」は56施設(31.8%)で実施されており、実施場所は病棟30施設、外来42施設であり、両方で実施している施設が22カ所あった。家族カウンセリング/家族療法の実施者は、看護師、臨床心理士が多く、MSW、医師と続いた。また、院外の施設等へ紹介は16施設あった。

がん患者家族の家族が、情報交換や自助活動をするグループである「家族会」は9施設(5.1%)と実施している施設は少なく、実施場所は病棟3施設、外来4施設で実施されていた。家族会の実施者は、看護師3施設(1.7%)、その他2施設(1.1%)であり、その他の内容は、薬剤師、保健師、がん患者ボランティアであった。院外のサポートグループ等の紹介は14施設であった。

がん患者の遺族がグリーフケアをグループで実施する「遺族会」は、23施設(13.1%)にあり、実施場所は病棟18施設、外来1施設であった。患者会の実施者は、臨床心理士、MSW、その他の順に多くその他の内容は、緩和ケアスタッフ、ボランティア、作業療法士によって実施されていた。院外の施設等の紹介は8施設であった。

表9 がん患者の家族に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	47(26.7)	125(71.0)
家族カウンセリング	16(9.1)	51(29.0)	109(61.9)
家族療法	14(8.0)	41(23.3)	121(68.8)
家族会	8(4.5)	51(29.0)	117(66.5)
遺族会			
n=176			

(3) がん患者に対するグループ療法の構造

がん患者に対するグループ療法について、すでに開発されている有効性のあるプログラムや理論を基礎にしているかどうか、つまり、evidence-based medicine/nursing (EBM/EBN) を行っているかを尋ねた。実施していると回答した14施設のうち、EBM/EBNに基づいて行っていると回答したのは7施設(50.0%)で、その内訳は、「がんを知って歩む会/I can cope」5施設、「グ

ループサイコセラピー」1施設、無回答1施設であった。

構造化されているグループ療法の実施内容について尋ねた。実施回数は1~3回が1施設、4~5回が6施設、1回の時間は、1~2時間以内が6施設、2時間以上が1施設であった。また、実施期間は4週間が4施設、5週間以上が2施設であった。1グループの構成人数は、10人以内が6施設、20人で1施設あった。ファシリテーターは7施設で参加していた。ニーズ調査を行っているかについては3施設が行っている、5施設は行っていないと回答した。実施評価は6施設が行っており、2施設は行っていない結果であった。実施している時間帯は、勤務時間内、時間外が共に5施設であった(表10)。

表10 がん患者に対するグループ療法の構造 (複数回答)

実施内容	施設数	
回数	1~3回	1
	4~5回	6
1回の時間	1~2時間以内	6
	2時間以上	1
実施期間	4週間	4
	5週間以上	2
1グループ構成人数	10人以内	6
	20人	1
ファシリテーター	有	7
	無	1
ニーズ調査の実施	行っている	3
	行っていない	5
実施評価	行っている	6
	行っていない	2
実施している時間帯	勤務時間内	5
	勤務時間外	5

n=12

(4) がん患者に対するグループ療法が実施できない理由

がん患者に対するグループ療法を実施していないと回答した施設に対し、実施できない理由を尋ねた。その内容は、「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」136施設(87.2%)と多く、続いて「時間がない」72施設(46.2%)、

表11 患者のグループ療法が実施できない理由（複数回答）

理 由	施設数(%)
専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフが少ない	136(87.2)
時間がない	72(46.2)
方法が分からない	67(42.9)
場所がない	32(20.5)
診療報酬の対象になっていない	21(13.5)
体制の未整備	9(5.8)
現在検討中	8(5.1)
人手が足りない	7(4.5)
グループの組み方によってはマイナス効果になる	7(4.5)
ピアサポートグループや患者会で十分対応できている	4(2.6)
意識がない	2(1.3)
必要がない	1(0.6)
プライバシーの守られないことが危惧される	1(0.6)

n=156

「方法がわからない」67施設（42.9%）、「場所がない」「診療報酬の対象になっていない」の順に続いた（表11）。

病床規模ごとに実施できない理由をみたところ、500床以上の病院でも500床未満の病院でも同じ順位で差はみられなかった。

(5)がん患者のグループ療法を実施しないことによる不利益

患者にグループ療法が実施できない、又は実施しないことによって患者や家族にどのような影響があるかについて自由記述で回答を得た（表12）。回答の得られた100施設（56.8%）の内容を表12に示す。

患者へのマイナスの影響があると回答した内容では、最も多かったのは「悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。そのことによる精神的負担の増大」が24施設で、続いて「孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める」が22施設、「療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる」が19施設、「前向きに病気と向き合えなくなる/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/病気等への対処能力（セルフケア能力）/自己コントロール能力の獲得が遅れる」が19施設の順に多かった。

表12 患者に対してグループ療法が実施できないことの影響（自由記述）

患者へのマイナスの影響	施設数
悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。これによる精神的負担の増大。	24
孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める。	22
療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる。	19
上記の要因等から、前向きに病気と向き合えなくなる/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/病気等への対処能力（セルフケア能力）/自己コントロール能力の獲得が遅れる。	19
支え合える人間関係が構築できない。	13
患者の不安等の増大によって、家族の負担感や不安が増大する。患者・家族のコミュニケーションに障害が起こる。	6
意思決定に必要な情報の不足が起こる。	3
医療者が入ることによって、情報の偏りや誤った解釈を防ぐことができる。（その機会を奪うことになる。）	3
QOLが高められない。	2
患者の選択肢が狭まる。（さまざまな支援体制があってもよい。）	2
海外の文献では、余命に違いが有る結果が示されている。	1
患者の抱える問題が把握できない。	1
質の高いケアが受けられない。	1
影響は少ない/不明	
わからない、比較できないので不明ではないか。	10
必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によって是非は変わらぬと思う。	2
なくても影響はないのではないか。	1
患者が高齢であり、必要性を感じない。	1
患者会があるので必要性はわからない。医療者主体になる必要はないのではないか。	1
地域性があり、病気を他人に知られたくない思いがあり、実施は難しい。	1

n=100

患者への影響は少ないまたは不明と回答した内容では、「わからない、比較できないので不明ではないか」10施設や「必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によっては是非は変わると思う」2施設といった少数の回答が得られた。

(6)がん患者・家族教育

セルフマネジメントに関する患者教育の実施状況について、表13に示す。症状マネジメントに関しては、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で7施設(4.0%)、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟149施設(84.7%)と大半を占めた。ペインコントロール教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で11施設(6.3%)であり、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟152施設(86.4%)であった。ストレスマネジメントに関する教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は外来で実施6施設(3.4%)、病棟で実施2施設(1.1%)と少なく、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来90施設(51.1%)、病棟111施設(63.1%)であった。社会資源の活用方法に関する教育実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は8施設(4.5%)、「日々のケアの中で適宜

実施している」が145施設(82.4%)であった。

(7)患者のボディイメージの変容に関する支援体制

患者のボディイメージの変容に関するかつらやリマンマなどの支援体制については、院内に支援体制があるのは42施設(23.9%)、院内になく紹介のみを行っているのは126施設(71.6%)、支援体制がない施設は5施設(2.8%)であった(表14)。

表14 患者のボディイメージの変容に関する支援

	施設数	%
院内にある	42	23.9
紹介のみ行っている	126	71.6
ない	5	2.8
無回答	3	1.7

n=176

(8)退院後のがん患者・家族のサポート

退院後のがん患者及び家族に対する相談窓口については165施設(93.8%)があると回答し、精神的な不安や危機に陥ったときの緊急時の対応体制(ホットライン等)があると回答した施設は48施設(27.3%)であった(表15)。

表13 がん患者・家族教育の実施状況(複数回答)

		施設数(%)			
		実施している		実施していない	無回答
		教育プログラムの一環	日々のケアの中で適宜		
症状マネジメント	外来	11(6.3)	124(70.5)	20(11.4)	30(17.0)
	病棟	7(4.0)	149(84.7)	12(6.8)	12(6.8)
ペインコントロール	外来	11(6.3)	124(70.5)	19(10.8)	28(15.9)
	病棟	11(6.3)	152(86.4)	10(5.7)	10(5.7)
ストレスマネジメント	外来	6(3.4)	90(51.1)	55(31.3)	28(15.9)
	病棟	2(1.1)	111(63.1)	48(27.3)	15(8.5)
社会資源の活用方法		8(4.5)	145(82.4)	12(6.8)	15(8.5)

n=176

表15 退院後のがん患者・家族のサポート状況

	施設数(%)		
	あり	なし	無回答
がん患者・家族の相談窓口	165(93.8)	11(6.3)	0(0.0)
緊急時の対応体制	48(27.3)	127(72.2)	1(0.6)

n=176

(9) 代替療法の実施と内容

(表 16, 表 17, 表 18)

代替療法について情報提供を行っている施設は 48 施設 (27.3%) で、代替療法を実施している施設は 76 施設 (43.2%) であった。代替療法の具体的な内容を表 17 に示す。「アロマセラピー」を実施しているのは 42 施設 (23.9%)、「音楽療法」20 施設 (11.4%)、「フットケア」7 施設 (4.0%) の順に多かった。代替療法について、evidence-based medicine/nursing (EBM/EBN)を行っているかを尋ねた。実施していると回答した 76 施設のうち、EBM/EBN に基づいて行っていると回答したのは 24 施設 (31.6%)、実施評価を行っているのは 27 施設 (35.5%)、定期的実施しているのは 17 施設 (22.4%) であった。実施頻度は、週に一回が 16 施設あり、週に 2~3 回実施しているのは 11 施設であった。

表17 代替療法の具体的な内容 (複数回答)

代替療法内容	施設数	%
アロマセラピー	42	23.9
音楽療法	20	11.4
リラクゼーション	12	6.8
フットケア	7	4.0
アロママッサージ	5	2.8
イメージ療法	3	1.7
リフレクソロジー	3	1.7
リンパマッサージ	2	1.1
呼吸法	2	1.1
動物療法	1	0.6
筋弛緩法	1	0.6
無回答	2	1.1

n=176

表16 代替療法の実施状況

	施設数(%)		
	有	無	無回答
情報提供	48(27.3)	124(70.5)	4(2.3)
実施状況	76(43.2)	100(56.8)	0(0.0)

n=176

表18 代替療法の内容 (複数回答)

	施設数(%)
EBM/EBNに基づいて行っている	24(31.6)
実施評価を行っている	27(35.5)
定期的実施している	17(22.4)
無回答	17(9.7)

n=76

3) がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ及び教育・支援体制

(1) 専門職スタッフ体制

がん患者及び家族のサポートを行う専門のスタッフ体制は、精神科医(サイコoncロジスト)の配置があるのは 69 施設 (39.2%) であり、そのうち常勤で配置しているのは 49 施設であった。がん専門看護師は 25 施設 (14.2%)、全施設が常勤配置していた。がん看護領域の認定看護師は 121 施設 (68.2%)、医療ソーシャルワーカーは 149 施設 (84.7%) と最も多かった。臨床心理士も 88 施設 (50.0%) が配置しており、常勤配置も 67 の施設で行われていた (表 19)。

病床規模ごとにみた、がん患者家族のサポートを行う専門スタッフの配置状況を表 20 に示す。学会等の認定する資格を有する看護師や所属する医療機関が認定する認定/専門等の看護師を除き、配置は 500 床以上の規模の大きな病院に高かった。精神科医(サイコoncロジスト)は、病床規模に関わらず 4 割の施設が配置していた。また、500 床以上の病院でも MSW がいない施設も存在した。認定看護師や臨床心理士の配置は、500 床以上の病院に有意に高かった (表 20)。

表19 がん患者・家族のサポートを行う医療スタッフの配置状況（複数回答）

	配置している	施設数(%)	
		常勤	非常勤
精神科医(サイコオンコロジスト)	69(39.2)	49	24
がん看護専門看護師	25(14.2)	25	0
がん関連領域の認定看護師	121(68.2)	121	1
医療ソーシャルワーカー	149(84.7)	146	22
臨床心理士	88(50.0)	67	31
学会や協会等が認定するカウンセラーや家族心理士などの資格を有する看護師	19(10.8)	16	3
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認定/専門等看護師	17(9.7)	18	0

n=176

表20 病床規模ごとにみたがん患者・家族のサポートを行う専門医療スタッフの配置

		病床数				合計施設数	p値 ^{注)}
		500床未満		500床以上			
		人	%	人	%		
精神科医 (サイコオンコロジスト)	有	24	42.9	45	46.9	152	0.631
	無	32	57.1	51	53.1		
がん看護専門看護師	有	8	14.0	17	17.5	154	0.570
	無	49	86.0	80	82.5		
がん関連領域の認定看護師	有	35	58.3	86	79.6	168	0.003
	無	25	41.7	22	20.4		
医療ソーシャルワーカー	有	54	90.0	95	94.1	161	0.343
	無	6	10.0	6	5.9		
臨床心理士	有	24	41.4	64	66.0	155	0.003
	無	34	58.6	33	34.0		
学会や協会等が認定するカウンセラーや 家族心理士などの資格を有する看護師	有	9	16.7	10	11.4	142	0.368
	無	45	83.3	78	88.6		
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認 定/専門等看護師	有	6	11.1	11	12.1	145	0.860
	無	48	88.9	80	87.9		

注) χ^2 検定

(2) 専門スタッフを支援体制

がん患者、家族のサポート体制について「ボランティアスタッフ」「宗教家の協力体制」の有無を尋ねた。ボランティアスタッフがいる施設は30施設(17.0%)、宗教家の協力がある施設は8施設(4.5%)と少なかつた(表21)。

また、がん患者、家族のサポートを行っているスタッフへの支援体制に関して、「スタッフのストレスマネジメントに関する支援体制(リエゾンナースや臨床心理士の配置、リラクゼーションルームの配置、気分転換休暇の導入など)」の有無を尋ねた。これらの支援体制があると回答したのは63施設(35.8%)であった(表21)。

表21 専門スタッフを支援する体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
ボランティアスタッフ	30(17.0)	145(82.4)	1(0.6)
宗教家の協力体制	8(4.5)	167(94.9)	1(0.6)
スタッフのストレスマネジメントに関する体制	63(35.8)	111(63.1)	2(1.1)

n=176

表22 院内での資格取得の推進状況

	施設数(%)		
	推進している	推進していない	無回答
専門看護師	117(66.5)	58(33.0)	1(0.6)
認定看護師	171(97.2)	5(2.8)	0(0.0)

n=176

(3)医療従事者に対する研修体制

医療従事者に対する院内研修の内容に、がん患者や家族のサポートや教育に関する内容が含まれているか否かについて問うたところ、含まれていると回答したのは108施設(61.4%)であった。

また、専門看護師や認定看護師の資格取得の推進状況について、専門看護師の資格取得を推進しているのは117施設(66.5%)であり、認定看護師の資格取得を推進しているのは171施設(97.2%)と専門看護師より認定看護師の資格取得を推進している施設が多かった(表22)。

4) その他のがん患者・家族を支援する体制

(1)がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援

がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援を併せ持つ機能として「がん患者や家族が参加するケースカンファレンスの実施」が挙げられるが、これは51施設(29.0%)のみが行っていた。また、がん患者・家族を含む地域住民への教育にコメディカルスタッフが果たす役割として、がん

に関する講演会や研修会の開催など「地域住民に対する教育の実施」が挙げられるが、これについては103施設(58.5%)が行っていた(表23)。

(2)地域全体のがん診療のレベルを向上させるための取り組み

がん診療連携拠点病院には、地域全体のがん医療の水準を上げる役割があり、この方策の一つとして、がん医療専門スタッフがもつ知識や技術を移転する「コメディカルによる地域の医療機関のコメディカルへのがんに関する教育の提供」が挙げられる。これは、105施設(59.7%)が行っていると回答した。(表23)

(3)がん患者・家族を支援する院内の構造

がん患者・家族を支援するための院内の構造についての結果を表24に示す。患者情報センター、患者が利用できるがん関連の資料を集めた図書室または資料室がある施設は76施設(43.2%)であった。また、家族が患者に付き添うための宿泊施設がある施設は39施設(22.2%)、ホテルと提携している施設は6施設(3.4%)であった。宿泊施設を有していない施設は134施設(76.1%)であった。

表23 情報や教育の提供体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
がん患者や家族が参加するケースカンファレンス	51(29.0)	122(69.3)	3(1.7)
コメディカルによる地域住民への教育	103(58.5)	73(41.5)	0(0.0)
コメディカルによる地域の医療機関コメディカルへのがんに関する教育提供	105(59.7)	70(39.8)	1(0.6)

n=176

表24 がん患者・家族を支援する院内の構造

	施設数(%)		
	有	無	
図書室または資料室の設置	76(43.2)	100(56.8)	
宿泊施設の設置(複数回答)	有	ホテル等と提携	無
	39(22.2)	6(3.4)	134(76.1)

n=176

表25 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援(自由記述)

(複数回答)

内 容	施設数
緩和ケアチーム活動	6
在宅ホスピス支援(相談・紹介・連携)	6
市民公開講座	5
セカンドオピニオン外来	3
電話による相談	3
都道府県と地域がん診療連携拠点病院との情報交換の場	2
緩和ケア外来	2
症状緩和に関する専属の看護師配置	2
病院ホームページでメール相談	1
住民参加の談話会	1
地域訪問看護ステーションとの連携	1
食堂で食べやすい食事の工夫	1

n=28

3) 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援

調査票に示した内容以外のがん患者・家族への支援について、自由記述で回答を得た。「緩和ケアチーム活動」6施設、「在宅ホスピス支援(相談や紹介、訪問看護ステーションと連携)」6施設などが挙げられた(表25)。

D. 考 察

1. がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族へのサポート体制

今回、われわれは、がん診療連携拠点病院がもつ機能のうち、特にがん患者と家族への心理的サポート機能に焦点を当て、その実施状況と、その役割を中心となって担うと考えるコメディカルスタッフの体制について調査を行った。

その結果は、予測通りであり、極めて乏しい実態が明らかになった。複数ある心理的サポートでは、患者・家族の相談窓口の設置は設置基準で推奨されているせいか高い割合で実施されており、看護師や臨床心理士による個人面談やカウンセリングは半数の施設で実施されていた。その一方で、がん患者・家族のニーズが高く⁶⁾⁷⁾、その再発率や死亡率の減少及びQOLの向上が報告されているがん患者のグループ療法⁸⁻¹³⁾、がん告知の衝撃から回復し、がんとうまく付き合ってQOLの高い生活を送るスキルを身につける教育プログラム¹⁴⁾などは、その必要性和有効性が理解されながらも実施割合は極めて低い実態であった。これについては、さまざまな要因が考えられるが、がん診療連携拠点病院に、「がん患者・家族に対する何のアウトカムを向上

させるのか。そのゴールを達成するために誰をどこに配置し、どのような役割を担わせるか」といったゴール設定が明確にされないまま、指定を受け、試行錯誤の中で取り組んでいることが推察される。実際、看護師の重要な機能であるセルフマネジメント能力の獲得を促す患者教育は、日々のケアの中で適宜行われてはいるが、構造化された形で明確に実施している施設は少なく、ここにも「がん患者・家族に対して看護師としてどのような役割を果たす必要があるのか」の吟味が十分になされていないことが伺えた。

しかしながら、多くの施設で患者・家族ケアの量と質の向上に向けた努力は伺えた。心理療法的介入が実施できない理由では、多数回答を占めるのではないかと推測していた「診療報酬の対象になっていない」ことや「時間がない」は低く、むしろ、「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことや「方法がわからない」ことが挙げられた。この点からも、心理的支持を実施しやすいように医療政策的な支援体制を強化し、卒後専門教育課程や卒後教育の中でこれらのスキルを身につける研修の充実が推進される必要がある。自由記述の中で、患者・家族の選択の多様性を指摘した者がいたが、複数のプログラムの中から自分にあったものが選べるような体制にする必要があるだろう。

Evidence-based medicine/nursing

(EBM/EBN)とアウトカムマネジメントの重要性¹⁵⁾は常に強調されているが、コメディカルスタッフが文献を検討し、有効性のあるものは患者・家族の利益のために早期に導入し、実施評価を継続的に行っていくことががん医療の質を高めていくことにつながると考える。

2. がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制や教育・支援体制

臨床心理士やがん関連領域の認定看護師の配置は、われわれが推測していた以上に進んでいた。一方で、がん患者・家族にベストプラクティスを提供するために組織のサービス提供システムを変えていくchange agent¹⁵⁾として活動する役割をもつ専門看護師の配置は進んでいなかった。また、資格取得の推進をしている施設も認定看護師に比較しても少なく、彼らの役割の

理解を全国的に進めていく必要性が伺えた。加えて、宗教家やボランティアの支援を受けることや、緊張を強いられるスタッフのストレスマネジメントや能力の向上を図る院内教育システムの一層の向上の必要性も示唆された。

3. がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり

チーム医療の重要性が強調される中、コメディカルスタッフの果たす役割は大きい¹⁶⁾。本調査結果でも、心理的支持を提供している施設においては看護師や臨床心理士などがプログラムを運営している様子も伺えた。また、地域住民に対しても、教育講演活動を行うなどの活躍がみられた。「1」に述べたように、アウトカムを明確にすることによってコメディカルスタッフの役割や位置を明確にし、院内でのサービス強化に加えて、がん診療連携拠点病院は地域の中核病院として、連携する地域の医療機関への技術移転を行うなどして、地域のがん医療の水準を高める必要があることが伺えた。

E. 結 語

全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的側面へのサポート体制、サポートを提供する専門スタッフ体制や教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わりの実態について調査を行った。がん患者・家族のサポート体制は全体に実施割合は低く、特にその有効性が先行研究で示されているグループ療法の実施割合は極めて低かった。また、がん患者・家族を支援する専門スタッフの配置も医療ソーシャルワーカーを除き十分ではなく、彼らへの院内の支援体制や教育体制も十分ではなかった。しかし、前向きに取り組む姿勢は伺え、サポート提供のための方法論や技術の習得によって実施施設割合が高まる可能性も示唆された。

文献

- 1) 皆川英明, 佐伯真由美, 山脇成人, 内富庸介, 石垣靖子: 精神・心理的苦痛とその対応. 季羽倭文子, 石垣靖子, 渡辺孝子編集, がん看護, 71-83, 三輪書店, 東京, 2001.
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. (1993). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- 3) Holland JC. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In JC Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- 4) 厚生労働省: がん診療連携拠点病院の整備について (平成18年2月1日付 都道府県知事宛厚生労働省健康局長通知). <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 5) 保坂隆: ナースのためのサイコオンコロジー, 58-76, 南山堂, 東京, 2001.
- 6) 保坂隆: がん患者・家族の精神状態とケアの必要性, 消化器・がん・内視鏡ケア, 11, 50-52, 2006.
- 7) 中村千珠, 河瀬雅紀: がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究: 患者の現状とニーズの把握, 心身医, 47(2), 111-121, 2007.
- 8) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. (1989). Effect of psychological treatment on survival of Patients with metastatic breast cancer, *Lancet*, ii, 888-891.
- 9) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. Changes over time in methods of coping and affective disturbance, *Arch Gen Psychiatry* 47, 720-725.
- 10) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients I. Changes over time in immunological measures, *Arch Gen Psychiatry* 47, 729-735.
- 11) Fukui S, Kamiya M, Koike M, et al. (2000). Applicability of a Western-developed psychosocial group intervention for Japanese patients with primary breast cancer. *Psychooncology*, 9(2), 169-177.
- 12) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. (1993). Malignant melanoma-effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later, *Arch Gen Psychiatry* 50, 681-689.
- 13) 保坂隆: 東海大式乳癌患者への構造化された集団介入. 緩和医療学, 5, 9-13, 2003.
- 14) Johnson JL, Klein L. (1994). I CAN COPE. CHRONIMED publishing.
- 15) Wojner AW. (2001). Outcome management: Application to clinical practice, Philadelphia: Mosby.
- 16) 保坂隆: がんの告知と医療チーム. 現代のエスプリーサイコオンコロジー, 426, 39-46, 2003.

厚生労働省科学研究費補助金「がん患者や家族が必要とする社会的サポートグループやグループカウンセリングの有用性に関する研究」

「遺族を対象とした健康度調査およびグループ療法の有用性に関する研究」

分担研究者：堀泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長）

天野可奈子（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室 臨床心理士）

研究要旨

我が国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、遺族ケアとして、「追悼会」のように構造化されていないグループによる介入がなされているが、構造化された介入に関する報告はあまり見受けられない。構造化された介入の場合、技術や人間性など、ファシリテーター側の要因にあまり左右されずに誰がやってもある程度同じように介入しやすい点があるのではないかと考えられる。そこで、緩和ケア病棟で大切な家族を亡くされたご遺族を対象に、新たに構造化されたグループ療法による介入を行い、健康度調査にてその有用性を検討することを本研究の目的とする。今回、52名の対象者に第1回目のアンケート調査が行われた。現在の進行状況を一部、報告することにする。

A.研究目的

本研究の目的は、以下の2点である。

- 1) 緩和ケア病棟において家族を亡くされたご遺族を対象に、ご遺族の健康度調査を行うことで、ご遺族の悲嘆反応および身体的・精神的健康度を把握する。
- 2) ご遺族を対象に、構造化されたグループ療法を行い、介入群と非介入群との間でグループ療法の効果があるか否かを検討する。

- 2) **調査期間**：2007年2月以降。
(第1回目アンケート調査：2008年1/31～2/14まで、2008年2/29～3/19まで。
第1回目グループ療法：2008年2/20～3/19まで。)

3) 調査方法

- ① 対象者の募集方法：退院患者の家族リストから、本研究への参加依頼を郵送調査にて行う。(このとき、健康度調査のための質問紙、研究への参加依頼、同意書、グループ療法の案内、返送用封筒、遺族ケアのパンフレット、カウンセリング窓口案内を同封して郵送する。)返送用封筒から、参加者を介入群、不参加者を非介入群に分類する。(ただし、返送されなかった場合は研究の対象外とみなす。)

B.研究方法

- 1) **調査対象者**：滋賀県立成人病センター緩和ケア病棟において、2007年6月以降に退院された患者の家族。なお、退院後6ヶ月以上経過した家族とする。第1回目のアンケート調査およびグループ療法では、退院後6・7・8ヶ月経過した家族を対象としている。

(倫理面の配慮について)

- 本研究は、①研究の目的、②研究方法、③予想されるメリット(緩和ケア病棟で大

切な患者を亡くした家族の心や身体を癒していくことに役立てること)、④プライバシーの保護について(患者・家族の身元が特定されないように配慮されること)、⑤協力しない場合でも不利益を受けないこと、⑥同意した後にいつでも同意を撤回することができることについて、⑦わからないことや疑問点はいつでも質問できること、の7点について対象者に同意を得ている。なお、本研究は、滋賀県立成人病センター倫理委員会の承認を得ている。

② 実施場所：滋賀県立成人病センター職員会館2階

③ グループの人数と時間：人数は未定。90分。

④ 回数：5回
(毎週水曜日の15:00~16:30)

⑤ 実施頻度：3ヶ月に1回
(2年間継続)

⑥ ファシリテーター：2名(堀、天野)

⑦ グループ療法の内容：以下の3つのテーマに分類される。

- 1) 話し合い
- 2) 心理教育的介入
- 3) リラクゼーション

グループ療法の各セッションの内容は以下の通りである。

[1回目]

- (1) グループ療法の説明(グループ療法の目的・ルール・内容 etc)
- (2) 質問紙調査(GRS・GHQ・POMS)
- (3) メンバーの自己紹介
- (4) 話し合い(これまでの経緯につ

いて etc)

(5) リラクゼーション導入(漸進的筋弛緩法・自律訓練法・イメージ療法)

(6) アンケート調査(グループ療法に参加した感想)

[2回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の悲嘆反応」・「心身への影響」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[3回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の悲嘆反応に対する対処法」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[4回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の生活適応・ソーシャルサポート」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[5回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」
話し合い
- (2) 「グループ療法はどうでしたか？」
話し合い
- (3) 質問紙調査(GRS・GHQ・POMS)
- (4) アンケート調査

4) 調査手順