

27. 死んだ方がましだと考えたことは  
 ・・・・まったくなかった  あまりなかった  あった  たびたびあった

28. 自殺しようと考えたことが  
 ・・・・まったくなかった  なかった  一瞬あった  たびたびあった

5. 次の1～65の各項目について、この数日間のあなたの気分をあらわすのに、いちばんあてはまるものを

0=まったくなかった  
 1=少しあった  
 2=まあまああった  
 3=かなりあった  
 4=非常に多くあった

の中から1つだけ選んで下さい。

	0	1	2	3	4
	 まったく なかった ↓	 少し あった ↓	 まあ まあ あった ↓	 かなり あった ↓	 非常 に多 くあ った ↓
1. 人づき合いが楽しい	0	1	2	3	4
2. 希望がもてない	0	1	2	3	4
3. 心の中でふんがいする	0	1	2	3	4
4. 陽気な気持ち	0	1	2	3	4
5. 考えがまとまらない	0	1	2	3	4
6. 頭がすっきりする	0	1	2	3	4
7. がっかりしてやる気をなくす	0	1	2	3	4
8. めいわくをかけられて困る	0	1	2	3	4
9. つかれた	0	1	2	3	4
10. 集中できない	0	1	2	3	4

	0    まったくなかった ↓	1    少しあった ↓	2    まあまああった ↓	3    かなりあった ↓	4    非常に多くあった ↓
11. いじわるしたい・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
12. 自分はほめられるに値しないと感じる・・・・・・・・0	1	2	3	4	
13. 他人を思いやる・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
14. うろたえる・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
15. 精力がみなぎる・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
16. ゆううつだ・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
17. ふきげんだ・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
18. 神経がたかぶる・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
19. 積極的な気分だ・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
20. 悲しい・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
21. いらいらする・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
22. 物事に気乗りしない・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
23. 落ち着かない・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
24. あれこれ後悔する・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
25. 頭が混乱する・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
26. 生き生きする・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
27. ぐったりする・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
28. 怒る・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
29. 自分は不幸だ・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
30. 他人の役に立つ気がする・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
31. 同情する・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
32. どうも忘れっぽい・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
33. 気のはりつめる・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
34. へとへとだ・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	
35. 他人を信頼する・・・・・・・・・・・・・・・・・・0	1	2	3	4	

	0    まったくなかった ↓	1    少しあった ↓	2    まあまああった ↓	3    かなりあった ↓	4    非常に多くあった ↓
36. 気持ちがくつろぐ・	0	1	2	3	4
37. 孤独でさびしい・	0	1	2	3	4
38. すぐけんかしたくなる・	0	1	2	3	4
39. 頭がさえわたる・	0	1	2	3	4
40. とほうに暮れる・	0	1	2	3	4
41. 内心ひどく腹立たい・	0	1	2	3	4
42. 自分はみじめだ・	0	1	2	3	4
43. 他人にあたたくできる・	0	1	2	3	4
44. だるい・	0	1	2	3	4
45. 物事がてきばきできる気がする・	0	1	2	3	4
46. 反抗したい・	0	1	2	3	4
47. 気持ちが沈んで暗い・	0	1	2	3	4
48. もう何の望みもない・	0	1	2	3	4
49. 不安だ・	0	1	2	3	4
50. 元気がいっぱいだ・	0	1	2	3	4
51. 自分では何もできない・	0	1	2	3	4
52. 他人に裏切られた気がする・	0	1	2	3	4
53. 気がかりでそわそわする・	0	1	2	3	4
54. 心配事がなくていい気分だ・	0	1	2	3	4
55. 自分は価値がない人間だ・	0	1	2	3	4
56. はげしい怒りを感じる・	0	1	2	3	4
57. うんざりだ・	0	1	2	3	4
58. 緊張する・	0	1	2	3	4
59. 何かにおびえる・	0	1	2	3	4
60. 物事に確信がもてない・	0	1	2	3	4

	0    まったく なかった ↓	1    少し あった ↓	2    まあ まああった ↓	3    かなり あった ↓	4    非常に 多くあった ↓
6 1. 活気がわいてくる・・・・・・・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4
6 2. ひどくくたびれた・・・・・・・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4
6 3. すぐかっとなる・・・・・・・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4
6 4. 罪悪感がある・・・・・・・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4
6 5. あれこれ心配だ・・・・・・・・・・・・・・・・	0	1	2	3	4

ご協力ありがとうございました。

## 肺がん患者および家族へのグループ療法の効果に関する研究

分担研究者：所 昭宏（1）

研究協力者：池山晴人，小杉孝子，松田宣能，日保ヒサ，山中政子，  
宮部貴識，青野奈々，川口知哉，河原正明，林 清二（2）

(1) 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科医長 支持・緩和療法チーム室長

(2) 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター

### 【研究要旨】

我々は、肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を 2008 年 11 月～2009 年 2 月に実施した。

肺がん患者・家族のグループ療法への認知度は約 15～20%と低いが、必要性、参加希望は約 40%あり、肺がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。

今後、参加希望意志が「わからない」という方々へのグループ療法に関する適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法（保坂モデル）の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族の QOL に関して前向き観察研究を行う予定である。

### A. 研究目的

1. 背景：がんの統計 2007 の ICD10 分類別癌死亡率の推移<sup>1)</sup>では、肺がんががん患者の死因の第一位であり、2003 年の男性においては、全がん患者の 22.3%が肺がんで死亡している。2007 年 4 月がん対策基本法<sup>2)</sup>が施行され、同年 6 月がん対策推進

基本計画<sup>3)</sup>が策定され、がんの治療の初期段階からの緩和ケアが行われること、とりわけ全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上に重点が置かれている。特にがん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアチームの設置やがん相談支援室によるがん患者・家族への個別のがん闘病に関連する心理・社会的苦痛や苦悩、療養相談の充実が期



待されている。また、「がんの社会学」に関する合同研究班によると<sup>4</sup>、外来通院中の20歳以上の肺がん患者の悩みや負担の第1位に「不安などの心の問題」があがっている。また同報告書ではこれらの悩みや負担についての必要な対応策・支援策の第1位に「同病者との交流・患者会」というセルフヘルプグループが要望されていた。

一方、がん患者へのグループ療法は、米国のスタンフォード大学の Spiegel<sup>5)</sup>、UCLA の Fawzy ら<sup>6)・8)</sup>により患者の心理社会的な QOL の改善効果が報告されている。わが国では、Fukui ら<sup>9)</sup>による乳がん患者への無作為比較対照試験によるグループ介入にて情緒的状態の有意な改善を報告している。さらに、本研究班代表である保坂ら<sup>10)・13)</sup>は、乳がん患者へ週1回90分ずつ、計5回からなる「構造化された」介入プログラムによるグループ療法にて情緒的状態の有意な改善及び患者同士の交流の促進というソーシャルサポートの提供の意義を報告している。また最新の総説によれば、がんグループ療法は生存期間を延長する効果はないが、QOL の向上させ、患者や家族の満足させるものであるということ、一致している。<sup>14)</sup>

しかし、わが国のがん患者・家族グループ療法の現状として、①がん患者・家族グループ療法の認知度、充足度が低い、②構造化されたグループ療法実施施設は数少ない、③グループ療法実施のための訓練された専門スタッフが少ない、④診療報酬化されていない、⑤がん患者・家族グループ療法の効果(QOL、医療経済など)検証の必要性があるということが「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究班」より報告されている。<sup>15)</sup>

上記の知見を考え合わせると、がん医療における心理社会的支援の「均てん化」のひとつの具体的な支援モデルとしてがん患者・家族へのグループ支援プログラムを提供する必要

性がある。

そこで本研究では、今後のがん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として、肺がん患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケートを無記名式の横断調査をすることを計画した。

## 2. 研究目的

肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的調査を行い、今後のがん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 方法

#### 【方法】

当院で治療中の肺がん患者及びその家族を対象として、「肺がん患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」を配布し、記入を依頼する。アンケートは無記名で、任意の1日における横断調査とする。

#### 【対象】

NHO 近畿中央胸部疾患センターに入院治療または通院治療の肺がん患者およびその家族で、以下の適格基準を満たす者

#### ①患者の適格基準

- 1) 20歳以上
- 2) 肺癌と診断され、病名告知をうけている
- 3) ECOG の Performance Status (PS) で、0~3
- 4) 重篤な認知障害がない
- 5) 調査票に自記可能

#### ②家族の適格基準

- 1) ①の適格基準を満たす患者の家族
- 2) 重篤な認知障害がない

- 3) 調査票に自記可能
2. フローチャート

任意の調査日に適格基準を満たす対象者をスクリーニングする



対象者へ調査票を配布する



各病棟及び外来で回収箱を設置し、留め置き調査とする



1週間後、調査票を回収する



調査票を集計し、分析する

### 3. 【主たる調査項目】(調査表1, 2)

- 1) がん患者・家族のグループ療法の認知度に関する質問
- 2) がん患者・家族のグループ療法の必要性に関する質問
- 3) がん患者・家族のグループ療法における希望する内容や構造に関する質問
- 4) 患者ないし家族属性

### 4. 予定集計数と調査期間

NHO 近畿中央胸部疾患センターへ入院ないし通院中で、平成20年6月から平成21年3月まで期間の任意の調査日に横断的調査を行う。予定症例数は400例(患者200例、家族200例)とする。

## C. 結果

- 1) がん患者・家族のグループ療法の認知度 (図1) : 患者本人では有効回答147人中(男性97名、女性50名、平均年齢67歳)、「知っている」32人(21.8%)、「知らない」115名(78.2%)であった。一方、患者家族では有効回答

97名中(配偶者55名、子供27名、親5名、その他10名、平均年齢57歳)、「知っている」15名(15.5%)、「知らない」82名(84.5%)であった。先行調査にあるように、がん患者、家族のグループ療法に関する認知度は肺がん専門施設においても低いことが明らかになった。

- 2) がん患者・家族のグループ療法の必要性に関する質問 (図2) : 患者本人では有効回答151人中(男性97名、女性54名、平均年齢67歳)、「参加したい」62名(41.1%)、「いいえ」17名(10.1%)、「わからない」72名(47.7%)であった。一方、患者家族では、有効回答97名中(配偶者55名、子供27名、親5名、その他10名、平均年齢57歳)、「参加したい」37名(38.1%)、「いいえ」8名(8.2%)、「わからない」52名(53.6%)であった。患者、患者家族とも約40%が必要性、参加を希望していた。1)にあるようにがん患者、家族へのグループ療法の認知度が低い母集団であるため必要性、参加希望の態度が「わからない」という割合が約50%であったと推察される。

- 3) がん患者・家族のグループ療法における希望する内容や構造に関する質問 (図3) : 参加希望の患者では、62名中42名は病気の治療法、33名は他の患者の体験、26名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)参加希望の家族では、37名中28名は病気の治療法、26名は他の患者の体験、16名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)

一方、参加希望の態度が「わからない」と回答した患者では72名中33名は、病気の治療法、22名は他の患者の体験、17名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)また参加希望の態度が「わからない」と回答した患者家族では52名中38名は、病



気の治療法。15名は他の患者の体験。15名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)

さらに上記の「グループ療法の認知」、「グループ療法の参加希望」について、年齢、性別、初発再発、続柄、ソーシャルサポート数などの属性要因との関連性については統計的析有意差を示す因子はなかった。

## D. 考察

今回の「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」によると、肺がん専門施設において、①がん患者、家族のグループ療法の認知度は本研究班の先行研究と同様に低かった。またグループ療法に関するする情報が、がん患者、家族に十分に行き渡っていない可能性が示唆された。②がん患者、家族のグループ療法の必要性、参加希望については、患者、家族とも約40%あり、肺がん専門施設でのニーズが確認された。また認知度が低いことより本研究結果などを適切に情報提供、広報するなどの方略の工夫をすることで、参加希望の態度が「わからない」とした約50%の患者、家族の方々のニーズが十分促進する可能性があると考えられる。③グループ療法で希望する構造や内容では、病気の治療、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順で希望されていた。この結果は、病気の知識を習得するグループ学習と心理社会的なピアサポートに主眼をおいたグループ療法(保坂モデル)とが患者、家族のなかでは十分整理、理解できていない可能性が認知度の低さなどを考慮すると示唆される。このことへの対応として病態、治療(たとえば化学療法や放射線治療についてなど)、支持・緩和療法についてといった知識伝達、集合教育型のグループ学習講座と心理社会的ピアサポートを主眼とするがん患者・家族へのグループ療法は分け

て開催していくほうが、グループ療法の効果を検証し、均てんしていくには必要ではないかと考えられる。

## E. 結論

肺がん専門施設において、「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を実施した。がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15-20%と低いが、必要性、参加希望は約40%あり、がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。参加希望意志が「わからない」という方々への適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、QOLをエンドポイントとした前向き観察研究およびグループ療法(保坂モデル)による介入研究を準備していく予定である。

### 【文献】

- 1) ICD10分類別癌死亡率の推移 がんの統計 2007 財団法人がん研究振興財団  
<http://www.fpcr.or.jp/publication/statistics.html>
- 2) がん対策基本法  
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0098.html>
- 3) がん対策推進基本計画  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>
- 4) 厚生労働省「がんの社会学」合同研究班調査報告書「がんと向き合った7885人の声」
- 5) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 888-891, 1989



- 6) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. :A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1990 Aug; 47(8):720-5
- 7) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N, Fahey JL.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry. 1990 Aug;47(8):729-35.
- 8) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, Morton DL. :Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatry. 1993 Sep;50(9):681-9.
- 9) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K, Uchitomi Y.: A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. cancer 89:1026-36, 2000
- 10) Hosaka T.:A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psychooncology 5:59-64, 1996
- 11) Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y.:Effect of a Structured Psychiatric intervention on Cancer patient's Emotions and Coping Styles. Internat J Clin Oncol 5:188-191, 2000
- 12) Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, et al.:Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. General Hospital Psychiatry Elsevier Science (2001) 23, 145-151
- 13) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al.: Effect of a Structured Psychiatric intervention with additional meetings for early-stage breast cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 23: 145-151, 2001
- 14) Gottlieb BH, Wachala ED.: Cancer support groups: a critical review of empirical studies. Psychooncology. 2007 May;16(5):379-400.
- 15) 平成19年度厚生労働省科学研究費補助金(がん臨床研究事業)がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究班(保坂班) 報告書

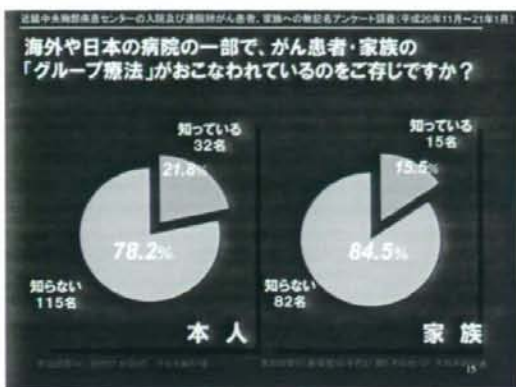


図1

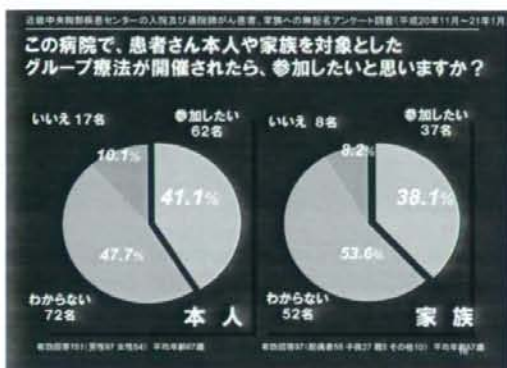


図2



図3

娘が「患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」へのご協力のお願い 本人用  
 以下の質問について、空欄に記入またははい/いいえから回答してください。

Q1 貴院の主治医の氏名(お名前)	氏名	科	病室	病棟
Q2 あなたの性別は	男 / 女			
Q3 あなたの年齢は	歳			
Q4 あなたの病室に以下の疾患と診断されたのは	病名(病名)	病期	病室	病棟
Q5 あなたの病室の病名は	疾患 / 病名			
Q6 あなたが、病室で行われている治療は何か(複数回答可)	① 手術 ② 化学療法(抗がん剤治療) ③ 放射線治療 ④ 緩和ケア ⑤ 降圧剤 ⑥ 降糖剤 ⑦ その他			
Q7 貴院で日本の医師の一人で、がん患者(家族)が「グループ療法」に参加されているのをご存知ですか (※「グループ療法」については、このアンケートの巻頭の説明「グループ療法とは」をご覧ください)	はい / いいえ / わからない			
Q8 この病室で、患者さんご本人を対象としたグループ療法が実施されたら、あなたも参加したいとお考えですか	はい / いいえ / わからない			
Q9 聞いたことがありませんが、あなたも参加したいとお考えですか、その理由(ご家族や他人から聞かれましたか)	はい / いいえ			
Q10 この病室で、患者さんご本人を対象としたグループ療法をおこなうとき、おのれも参加したいですか	① 参加したい ② 参加したくない ③ 参加の意思 ④ 参加の意思 ⑤ 参加の意思 ⑥ 参加の意思			
Q11 グループ療法は治療で、あなたも参加したいとお考えですか	① 参加の意思 ② 参加の意思 ③ 参加の意思 ④ 参加の意思			
※ その他	ご記入ください(記入がなくても構いません)			

### 調査票1

娘が「患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」へのご協力のお願い 本人用  
 以下の質問について、空欄に記入またははい/いいえから回答してください。

Q1 貴院の主治医の氏名(お名前)	氏名	科	病室	病棟
Q2 あなたの性別は	男 / 女			
Q3 あなたの年齢は	歳			
Q4 あなたの病室に以下の疾患と診断されたのは	病名(病名)	病期	病室	病棟
Q5 あなたの病室の病名は	疾患 / 病名			
Q6 あなたが、病室で行われている治療は何か(複数回答可)	① 手術 ② 化学療法(抗がん剤治療) ③ 放射線治療 ④ 緩和ケア ⑤ 降圧剤 ⑥ 降糖剤 ⑦ その他			
Q7 貴院で日本の医師の一人で、がん患者(家族)が「グループ療法」に参加されているのをご存知ですか (※「グループ療法」については、このアンケートの巻頭の説明「グループ療法とは」をご覧ください)	はい / いいえ / わからない			
Q8 この病室で、患者さんご本人を対象としたグループ療法が実施されたら、あなたも参加したいとお考えですか	はい / いいえ / わからない			
Q9 聞いたことがありませんが、あなたも参加したいとお考えですか、その理由(ご家族や他人から聞かれましたか)	はい / いいえ			
Q10 この病室で、患者さんご本人を対象としたグループ療法をおこなうとき、おのれも参加したいですか	① 参加したい ② 参加したくない ③ 参加の意思 ④ 参加の意思 ⑤ 参加の意思 ⑥ 参加の意思			
Q11 グループ療法は治療で、あなたも参加したいとお考えですか	① 参加の意思 ② 参加の意思 ③ 参加の意思 ④ 参加の意思			
※ その他	ご記入ください(記入がなくても構いません)			

### 調査票2



## F. 健康危険情報

持にない

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

【書籍】

なし

【論文】

\* Hirai, K., Tokoro, A., et al :  
Psychological and behavioral  
mechanisms influencing the use of  
complementary and alternative  
medicine (CAM) in cancer patients.  
Annals of Oncology, 200819(1):  
49-55

\*Hirai, K., Tokoro, A.et al: Self-efficacy,  
psychological adjustment and  
decisional-balance regarding decision  
making for outpatient chemotherapy  
in Japanese advanced lung cancer.  
Psychology and Health, 2008 in  
press

\*所 昭宏: がん医療における全人的な多種  
職チーム医療の可能性と課題 サイコオ  
ンコロジスト(精神腫瘍医)の役割 医  
療2008 vol.62 No4 207-211

\*所 昭宏: 日本サイコオンコロジー学会ニ  
ューズレター JPOS新常任世話人就  
任にあたって2008,no52 2-3

\*高田 貴 池山晴人, 所 昭宏: 肺がん  
患者の在宅治療, 日本臨床 66巻 増刊  
号6 709-717, 2008

\*高田 貴, 池山晴人, 所 昭宏: 地域との  
連携を踏まえたがんのチーム医療, 腫瘍内  
科, 2 (4) :285-292,2008

\*久保昭仁, 所 昭宏: 臨床プラクティス  
実践・緩和医療のすべて (13) 疼痛治  
療が困難になってきたとき, どうするか  
Vol.4No4 366-368 2008

\*所 昭宏: がん告知 患者さんとのコミュ  
ニケーションスキルを上げる20か条  
がん補完代替療法を希望する患者と医療  
者のコミュニケーションはどのようにす  
ればよいか?臨床へのファーストステッ  
プ 医事新報 junior 35 No477  
35-38 2008

【その他】

### 2. 学会発表

【シンポジウム】

\*所 昭宏: 全人的患者理解が難しかったが  
ん性疼痛の一例: 第12回泉州緩和医療懇  
話回こころ, 堺, 08, 04, 26

\*所 昭宏: “がんを知ってこころのケアを”  
がんとこころのケア, 第31回日本呼吸器  
内視鏡学会学術集会市民公開講座, 大阪,  
2008, 6, 21

\*所 昭宏: がん治療・緩和ケアにおける  
補完代替療法: 正しい理解と患者サポート  
のために CAMに期待をかける患者・家族  
への対応, 第13回日本緩和医療学会学術  
大会 シンポジウム4 2008,07,04,静  
岡

\*所 昭宏: 呼吸器専門病院における抑うつ  
への対応~当院緩和ケアチームの取り組み  
~, 第5回うつ病学会 シンポジウム3

緩和ケアにおけるうつへの対応  
2008.07.26.福岡

\*所 昭宏：心療内科は、がん緩和医療に貢献すべきである！？、第7回西日本心療内科未来研究会、2008、11.15、京都

\*所 昭宏：バッド・ニュースが患者に与える心理的影響 精神腫瘍医の立場から、平成20年度 国立病院機構近畿ブロック医療技術研修「インフォームド・コンセント研修会」2008.11.25、大阪 刀根山病院

\*所 昭宏：心身医学的な多職種チーム医療を行うための OJT (On-the-Job Training) ～近畿中央胸部疾患センターでの取り組み～、第47回日本心身医学会近畿地方会ラウンドテーブルディスカッション「チーム医療のための新たな教育」、京都、2009.02.07

#### 【一般演題】

\*日保ヒサ、所 昭宏、他：近畿中央胸部疾患センター支持・緩和療法チームにおけるがん性疼痛看護認定看護師の活動と役割 第62回国立病院総合医学会、東京、2008.11.21

\*所 昭宏、平井 啓、古村和恵、黒丸尊治、中井吉英：肺がん患者における補完代替療法の受療行動に関する行動科学的研究、第49回日本心身医学会総会学術大会、札幌

\*所 昭宏：がん患者・家族の意思決定を支援するための多職種チーム医療、第12回肺癌薬物療法研究会、大阪、2008.06.26

\*小杉孝子、所 昭宏、金井泰子、光國若也、松田能宣、新井徹、難治性肺疾患患

者の退院に向けての心理的サポートの一例、第46回日本心身医学会近畿地方会、神戸、2008、07、26

\*所 昭宏、日保ヒサ、宮部貴織、川口知哉、山中政子、神山智秋、小杉孝子、松田能宣、中井吉英：呼吸器専門病院における緩和医療への取り組み、第13回日本心療内科学会総会・学術大会 弘前、2008、11、29

\*所 昭宏：がん医療における補完医療 サイコオンコロジーの視点より 第5回補完医療を考える会、大阪、2009、01.23

\*小杉孝子、所 昭宏、日保ヒサ、宮部貴織、山中政子、神山智秋、川口知哉、松田能宣、中井吉英：心理的危機対応として関わった肺がん患者4症例についての検討、第47回日本心身医学会近畿地方会、京都、2009、02、07

#### 【教育講演など】

\*所 昭宏：多職種チームによる全人的緩和ケア～近畿中央胸部疾患センターでの取り組み～、北出病院緩和セミナー、和歌山県御坊、2008.06.18

\*所 昭宏：緩和医療・サイコオンコロジー、平成20年度国立病院機構呼吸器研修会、2008.06.27

\*所 昭宏：がん医療における心の痛み～サイコオンコロジーの視点より～、第15回金曜学術講演会、和歌山県田辺市、2008.09.19

\*所 昭宏：不安、抑うつ、せん妄について、近畿中央胸部疾患センター支持・緩和療法チームセミナー、2009年1月16日

\*所 昭宏：コミュニケーション、大阪府緩和ケア研修会、2009、01、18、大阪

\*所 昭宏、田伏成行、宮部貴識、古村和恵  
厚生労働省がん助成金「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班 平成20年度分担研究会議、2009.1.21

\*所 昭宏：がん医療における悪い知らせの伝え方とそのサポートについて 大阪労災病院、2009年1月28日

\*所 昭宏：サイコオンコロジーと緩和ケアチームの活動の実際、九州厚生年金病院腫瘍セミナー、2009、02、04

\*所 昭宏：緩和ケアとリハビリテーション～がん医療に求められるリハビリテーション医療技術者の役割～、第二回南大阪緩和リハビリ研究会、2009年2月21日、堺

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし



## がん患者への個人精神療法的介入の効果研究

分担研究者：河瀬 雅紀（1）

研究協力者：中村 千珠（2）

- (1) 京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科教授  
(2) 京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科

### 【研究要旨】

平成 20 年度では、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医師の理解の把握を試みた。その結果、がん患者へのソーシャルサポートとして心の相談窓口に対するニーズはきわめて高かった。そこで平成 21 年度では、心理的ケアにかかわる多くの専門家が容易にまた効率よくがん患者へ個別的な心理的サポートができる介入方法を計画した。特に本研究では、グループ療法への参加を躊躇したりグループ療法から脱落したりする場合、あるいは病院の規模からグループ療法の実施が困難な場合などに適用できることを想定したがん患者への個人療法的介入のプログラムを作成した。また、プログラムの主なテーマとして、がん患者のニーズ調査からその必要性が高かった実存的問題を取りあげてみることを試みた。

### A. 研究目的

がん患者はその臨床経過においてさまざまな心理的苦痛を経験するため、質の高い療養生活の実現には心のケアが適切に提供されることが必要である。また、がん患者は精神障害の罹患率が高く、その予防的観点からも有効な心理社会的介入の普及が求められている。

平成 20 年度では、がん診療連携拠点病院において、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の医師の理解を把握することを試みた。その結果、がん患者へのソーシャルサポートとして、グループ療法のニーズは高かったが普及は不十分であると認識されて

いた。そこで、今後は多くの施設でグループ療法の実施ができるようにファシリテーターの養成を含めた環境整備の必要性が示唆された。一方、心の相談窓口に対するニーズはきわめて高く、がん患者への個人療法的介入はより一層充実することが求められていた。

すなわち、がん患者にとって、その時々  
の必要性に応じてグループ療法や個人精神療法の選択枝があることは有益であると考えられる。

そこで本研究では、グループ療法との連携を考慮した個人精神療法のプログラムを作成することを試みた。すなわち、多くの患者と語らうことに抵抗を感じるなどの理由でグループ療法への参加を躊躇

踏する患者やグループ療法から脱落してしまう患者などが利用できること、またグループ療法と個人精神療法間での移行が容易であることに配慮してプログラムを作成し、その有効性を検証することを目的とした。

## B. プログラムの作成過程

プログラムの作成にあたり、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究」で用いられているがん患者へのグループ療法の枠組みを用いることとした。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムとした。

また、プログラムにおける各セッションのテーマについては、身体的状態の比較的良いがん患者を対象に筆者らが行なった心理社会的ニーズに関する調査の結果を参考にした（心身医学 47(2)：111-121, 2007）。すなわち、がん患者においては実存的問題へのニーズが高いことが示され、それは、ただ単にこの世の中に「いる（ある）」のではなく、何らかの目標や可能性を持ちつつ自分の生き方を問題にして生きている、そのような人間の生き方が生命の危機に直面してかけがえのない自分本来の生き方を模索し、他者やこの世界との新たな関係を構築していくその過程を援助する必要性が示された。そして因子分析の結果からニーズの高かった「受容」「自己価値」「家族・友人」「自立・協力」をテーマとしてプログラムに組み入れることとした。

## C. 研究結果

がん患者への個人精神療法的介入プログラムの内容と実施計画は以下の通りで

ある。

### 【実施方法】

心理教育、話し合い、リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムで、1セッション30分、週1回、連続して5週間実施する。

第1回目は、導入として症状に気づいてから今までの経緯などを聞き、プログラムの内容に関する説明を行い、最後にリラクゼーション（呼吸法）を実施する。

第2回目以降は、導入として1週間の様子を聞き、引き続いてテーマを設定した心理教育を行ない、話し合い、リラクゼーション（呼吸法）を実施する。

心理教育のテーマとして、第2回目では「がんに伴う不安について」、第3回目では「ソーシャルサポートについて」、第4回目では「不安への取り組みについて」、第5回目では「自分らしく過ごすために」を取り上げる。

「受容」は毎回のセッションで取り上げられ、「家族・友人」は主に第3回目、「自己価値」「自立・協力」は主に第4・5回目で取り上げられる。

### 【評価方法】

評価は質問紙法により行ない、プログラム開始2～3週前から評価を開始し、プログラム終了4週後に最終の評価を実施する。

本研究で使用する質問紙は以下の通りである。

- ① Profile of Mood States (POMS) 短縮版：気分を評価する尺度で「緊張-不安」「うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「活気」「疲労」「混乱」から構成される（30項目、5件法）
- ② Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorkranken (SELT-M)：スピリチュアリティを含んだ QOL 尺度で「スピリチュアリティ」「サポート」に関する項目からなる（15項目、4件法）
- ③ Mental Adjustment to Cancer



(MAC)尺度：がんに対する対処様式を評価するための尺度で、「前向き」「不安の先取り」「絶望感」「運命」「回避」の5側面から構成される(40項目、4件法)

- ④ 1項目簡易スケール法：抑うつ、不安に関する各1項目簡易尺度

【評価時期】

①②③については、プログラム実施前、プログラム終了時、終了後4週目の計3回実施する。

④については、プログラム実施前の2～3週間に4～7回、プログラム実施中に10回実施する。

【対象】

告知を受けている身体状態の良い乳がん患者(初発)で術後1～12ヶ月の者を対象とする。すなわち、乳がん患者で以下の条件を満たすものとする。

- a) 告知を受けていること。
- b) 女性。
- c) 年齢は30歳以上65歳以下。
- d) 初発の乳がん。
- e) 化学療法の施行は問わない。
- f) 術後1ヶ月～12ヶ月であること

【倫理面への配慮】

プログラム実施前に、プログラムについての説明(プログラムの目的、内容など)を行い、同意書にて同意を得る。

また、本研究内容については、京都ノートルダム女子大学心理学部倫理委員会の承認を得た(平成21年1月)。

## D. 考察

個人精神療法的介入プログラムおよび実施計画の概要が整い、京都ノートルダム女子大学心理学部倫理委員会の承認を得て、被験者募集を始めたところである。実施後の分析について、1項目簡易スケール法では頻回の評価を予定しているためシングルケースによる分析も可能となれば、効果の判定を順次行なうことも期待できる。

## E. 結論

乳がん術後患者を対象とした標準化されたグループ療法に対応する枠組みを持つ個人精神療法的介入プログラムの効果が実証されれば、患者にとっては両者の移行が容易となり、また治療の選択の幅が広がる。一方、治療者にとっては、両者の構造が類似しているため、実施にあたっての負担が軽減されることが期待できる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 河瀬雅紀, 羽多野裕, 中村千珠, 廣澤六映: 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
- 2) 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, 檉 則章, 霜田 求編, 金芳堂, 京都, pp20-29, 2008
- 3) 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆, がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート-医師へのアンケート調査より-, 総合病院精神医学 20(2): 129-138, 2008
- 4) 河瀬雅紀, 謔妄が生じた時はどのように対応すればよいか?, 月刊「Junior」472(5): 33-36, 2008
- 5) 河瀬雅紀, 否認様言動へはどのように対応すればよいか?, 月刊「Junior」473(6): 37-40, 2008
- 6) 河瀬雅紀, 緩和ケアにおける心理的側面 -不安・抑うつへの対応・精神的ケア, バイオフィードバック研究 35(2): 122-127, 2008
- 7) 河瀬雅紀, 第7章 ターミナルケア・緩和ケアの実践-がん患者の心のケア-, 忠井俊明編, 医療心理学, 東京: 星和書店, pp201-236, 2008



## 2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 河瀬雅紀, 終末期がん患者への関わりー精神科医の立場からー, 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
- 3) 河瀬雅紀, 緩和ケアにおける心理的側面～不安・抑うつへの対応, 精神的ケアの基本 第36回日本バイオフィードバック学会学術総会, 2008.6, 枚方

- 4) 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆, がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート, 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008, 10, 東京

## 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

## 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者の QOL 評価の 一致度とその予測要因に関する研究

分担研究者：松島 英介（1）

研究協力者：久村 和穂（2）

（1）東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授

（2）東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野

### 【研究要旨】

以下の 2 点を明らかにすることを目的として、緩和ケア病棟に入院中または外来で入院登録をしたがん患者とその主要な家族介護者（1 名）のペアを対象に自記式質問紙による調査を実施した。①終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価はどの程度一致するのか。②患者一家族間の患者の QOL 評価の一致度に関連する心理社会的要因は何か。

QOL の測定には FACIT-Sp を使用し、患者は自身の QOL を、家族は観察・推測された患者の QOL を評価した。患者一家族間の QOL 評価の差に関連する要因として、家族の心理状態、患者一家族間の人間関係、介護負担感、患者一家族間のコミュニケーションを測定した。分析方法としては、患者・家族の QOL 得点の平均値、両群の差の検定、一致回答率、相関係数、重みづけ  $k$  係数、級内相関係数などを算出した。また、患者一家族間の QOL 評価の差を従属変数とした重回帰分析を行った。本研究は当大学および当該病院の倫理委員会の承認を得て実施された。

2007 年 5 月～2008 年 9 月に適格条件を満たした 134 組の患者・家族に調査票を配布し、90 組を回収した。QOL 全体としては患者一家族間の一致度は中等度で、多くの項目で家族は患者の QOL を有意に低く評価した。また QOL の領域や項目によって一致度は異なり、身体面・機能面は一致度が高く、スピリチュアリティは中等度で、社会/家族面（特に家族との関係に関する項目）・心理面は低かった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の 3 要因が患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族の患者とのコミュニケーションの満足度が高い程、患者一家族間の QOL 評価は一致する傾向があることを示した。しかしながら、このモデルの決定係数は低く、他要因の関連が大きいことを示した。さらに症例数を増やし、患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定することが今後の課題である。



## A. 研究目的

近年、がん医療における入院期間の短縮や外来治療の普及により、患者の日常生活の介助、治療に関する意思決定、情緒的支援など、家族が患者の療養生活を支える重要な役割を担うようになった。今後、終末期における在宅療養が推進されることになれば、家族が終末期がん患者の生活の質（Quality of Life: QOL）に、より大きな影響を及ぼすことが予想される。

家族はがん患者の治療・療養に関する意思決定に大きく関与している<sup>1,2,3,4</sup>。厚生労働省が平成 19 年 5 月に発表した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」には、患者の意思が確認できない場合、医療者は家族からの情報や助言を参考にして患者にとって最善の治療方針をとるという指針が盛り込まれており、家族の提供する患者に関する情報は、医療内容の決定手続に極めて重要なものとなっている。

また、患者の意思が確認できない状況では、「家族が認識した患者の QOL」が治療方法の選択や延命治療の差し控えに関する意思決定に重大な影響を及ぼすことが報告されている<sup>5,6,7</sup>。その一方で、家族の認識した終末期がん患者の QOL は、患者本人による評価と必ずしも一致しないことも報告されている<sup>8,9,10,11</sup>。家族ががん患者の QOL を正確に把握していない場合の弊害として、患者が過剰で無意味な治療を受けたり、必要なケアを受けることができなかつたりすること、患者一家族間に深刻な心理的葛藤を引き起こすこと、家族介護者に過剰な心理的ストレスを与えることが指摘されている<sup>12,13,14</sup>。したがって、患者と家族の QOL 評価の不一致をもたらす要因を解明し、それを軽減・解消し

ていくことが終末期がん患者のみならずその家族に対しても有効な支援の焦点になり得ると考える。

近年、終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価を比較した研究報告は増加している。しかしながら、先行研究には次のような重要な問題が残されている。第 1 に、先行研究で最も頻繁に使用された QOL 評価は EORTC-QLQ-C30（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30、以下 EORTC と略す）や SF-36 であり、これらの尺度は身体機能や症状を中心とした項目で構成されている。しかし、身体機能の回復が困難または著しい低下が予想される終末期においては、心理面、社会面、スピリチュアリティが患者の QOL に影響を与える重要な側面になると考えられる。第 2 に、死に直面したがん患者の QOL を理解する上でスピリチュアリティは見逃すことのできない重要な側面である。にもかかわらず、先行研究では十分なサンプル数とスピリチュアリティの測定尺度を用いて調査は 1 件のみであり<sup>15</sup>、この側面における患者一家族による評価の一致度については未だ十分に検討されていない。第 3 に、先行研究において、患者一家族の QOL 評価の一致度に関連する様々な要因について調査されているが、その結果は一貫していない。終末期がん患者および家族への支援の焦点になり得る介入可能な心理社会的要因を解明することが求められている。第 4 に、先行研究は 1 つを除くすべての研究は欧米で行われたものであり、先行研究で示された知見は、欧米以外の国に適用できるのか殆ど検討されていない。