

文 献

- 1) Templer DI : The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol* 82 : 165-177, 1970
- 2) 丹下智香子 : 青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討. *心理学研究* 70 : 327-332, 1999
- 3) 平井 啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 他 : 死生観に関する研究. *死の臨床* 23 : 71-76, 2000
- 4) 細井 順, 川邊圭一, 川原啓美, 他 : ホスピス患者の死生観. *死の臨床* 24 : 58-61, 2001
- 5) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 他 : 終末期医療・看護に関する授業と医学生の死生観との関係. *日本老年医学会雑誌* 44 : 247-250, 2007

平井 啓

5

緩和ケアチーム初期評価表

II はじめに

良好な症状マネジメントを行うためには、正確な評価が必要である。特に初回の評価が不十分であると治療やケアの方向性を見失うことが多い。緩和ケアチームの役割は症状の定期的な評価が重要であるが、毎回違う情報収集や評価方法では依頼者には伝わりにくい。依頼者にとって「緩和ケアチームの評価はいつも決まった形で情報が整理され対応しやすい」ということが求められる。

現在、有用性が評価された緩和ケアチームの初期評価票は存在しないので、本稿では、がん対策のための戦略研究「緩和ケアによる地域緩和ケアプログラム」により作成された緩和ケアチーム初期アセスメントシートを紹介する¹⁾。

II 使い方 (図X-3)

1. 背景・病歴・患者プロフィール

項目にしたがって記載する。

2. 血液検査・理学・画像所見

項目にしたがって記載する。血液検査の軽度・中程度・重度の異常の基準は便宜的につけられたもので明確な根拠はない。

3. 患者が最も困っている症状の記載

症状の priority (患者が一番困っていること) を把握する。たとえば、医療者からの依頼が疼痛であっても、患者自身の一番困っていることが疼痛とは限らず、患者自身が一番困っていることに焦点を当てて記載する。

たとえば、「痛みがもっとも困っていることですね」や「痛み以上に困っていることはありますか」

など、確認して記載する。

4. 症状の系統評価

身体症状と精神症状を評価する

1) 身体症状

STAS (Support Team Assessment Schedule) にしたがって評価する。STAS は患者の苦痛の程度を医療者が評価するための方法であり、症状が患者の生活にどれくらい影響を与えているかを評価する尺度である²⁾。疼痛など主要な症状ごとに STAS で評価する。

2) 精神症状

意識・認知症・せん妄・抑うつ・不安について評価する。

意識は communication capacity Scale にしたがって評価する。communication capacity Scale は終末期がん患者のコミュニケーション能力を評価するために開発された尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている³⁾。ここでは Item 4 の自発的なコミュニケーションから患者の意識を4段階で評価している。

せん妄は MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) にしたがって評価する。MDAS はせん妄の重症度を評価するための尺度で、日本語版の信頼性・妥当性が確認されている⁴⁾。

Item 9 を活用して精神運動抑制もしくは精神運動興奮についてせん妄を評価する。

不安は STAS にしたがって評価する。

認知症、抑うつについては簡便な信頼性・妥当性の確認された方法がない。臨床的に、それぞれ、「なし」「軽度」「中等度・重度」、および「なし」「あり」から記載する。

緩和ケアチーム 初期アセスメントシート

背景

氏名 () 年齢 () 歳 性別 男性 女性
 場所 病院 自宅 施設

病歴

初診 年 月

病名 ()

患者プロフィール

職業 有職(フルタイム) パート 主婦 定年退職 無職 その他 不明
 婚姻状態 既婚・再婚・内縁 未婚 離婚 別居 死別 その他 不明

血液検査

栄養障害 (Alb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (3.0~2.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2.0 mg/dL)
肝機能障害 (T-bil)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1.0~3.0)	<input type="checkbox"/> 中等度 (3.0~10)	<input type="checkbox"/> 重度 (10~mg/dL)
腎機能障害 (BUN/Cre)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (20~40/1.0~1.5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (40~60/1.5~2.0)	<input type="checkbox"/> 重度 (60~/2.0~)
電解質異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度
	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Ca (mg/dL)	
炎症 (CRP)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (1~5)	<input type="checkbox"/> 中等度 (6~12)	<input type="checkbox"/> 重度 (12~)
白血球異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 増加 (8000~11000)	<input type="checkbox"/> 増加 (11000~/mm ³)
血糖異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (~200)	<input type="checkbox"/> 中等度・重度 (200~mg/dL)	
貧血 (Hb)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (10~8)	<input type="checkbox"/> 中等度 (7~6.5)	<input type="checkbox"/> 重度 (~6.5 g/dL)
血小板減少	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (5~10 万)	<input type="checkbox"/> 中等度 (2~5 万)	<input type="checkbox"/> 重度 (~2 万/mm ³)

理学所見・画像所見

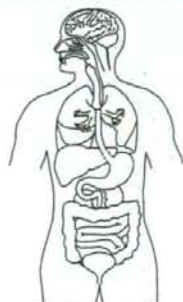


図 X-3 緩和ケアチーム初期評価表

最も困っていること

症状の系統的評価

【評価基準】 STAS : Support Team Assessment Schedule

- 0 : なし
 1 : ごく軽度
 2 : 中等度の症状があり、できれば何とかしてほしいが急いではいない
 3 : 中程度以上の症状があり、緩和を希望
 4 : 症状が強く他の事がまったく考えられない

<身体症状>

疼痛・しびれ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
腹満	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
食欲不振	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
便秘	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
咳	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
痰	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
眠気	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
不眠	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

<精神症状>

- 意識 意味明瞭・複雑な表現
意味明瞭・単純な表現
ややつじつまが合わない
明らかにつじつまが合わない 意思疎通できない
- 認知症 なし
軽度
中等度・重度
- せん妄 なし
軽度（かろうじて気付く程度）
中程度・重度（動作の著しい遅延，明らかな興奮）
低活動性
過活動性・混合性
- 抑うつ なし
あり
評価不能
- 不安 なし
変化を気にする。身体行動面の不安徴候や集中力の影響なし。
今後の変化や問題に張り詰めた気持ち。時々、身体面や行動面に不安徴候。（日常生活は保たれる）。
しばしば不安に襲われる。身体・行動面に不安徴候。集中力に著しく影響。（日常生活はおくれるが支障あり）。
持続的に不安に強くとらわれる。他の事は考えられない（常に不安。病的。日常生活ができない）。

評価要約・治療推奨

図X-3 (つづき)

5. 評価要約・治療推奨

患者の最も困っていること（ニーズ）、身体・精神症状を系統的に評価した結果を要約したうえで、推奨する治療について記載する。

緩和ケアチーム初期評価表は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM」ホームページから (<http://gankanwa.jp>) 閲覧・ダウンロードできるようになっている。

文 献

- 1) 臨床教育プログラム委員会 編：がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」ステップ緩和ケア。2008年度版
- 2) STAS (Support team Assessment Schedule) 日本

語版スコアリングマニュアル。第2版，日本ホスピス緩和ケア研究振興財団，2006

- 3) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al : Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients ; a validation study. *Palliat Med* 15 : 197-206, 2001
- 4) Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al : Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 23 (1) : 36-40, 2001

藤本 巨史*¹，森田 達也*²

(^{*1}聖隷三方原病院 認定看護室緩和ケアチーム，
^{*2}同 緩和支援治療科・緩和ケアチーム)

がん患者に対する問題解決療法



平井 啓* 塩崎麻里子*



がん患者はさまざまな心理社会的問題を抱えており、それらに対応できる介入方法の1つとして、認知行動療法の1つの技法である問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。そこで本稿では、問題解決療法の理論的背景について解説し、海外でおこなわれたがん患者に対する問題解決療法を用いた3つの臨床研究を紹介した。その結果、がん患者に対する問題解決療法の適用は、その有効性と実施可能性の高さ、構造化されたプログラムであるためトレーニングにより専門家以外の医療従事者によっても実施できる可能性から、わが国のがん患者のQOL向上のためにも有用なプログラムとなることが期待される。

はじめに

がん患者の精神症状については、無作為に抽出されたがん患者のうち32%が適応障害、6%がうつ病であったと報告されている¹⁾。一方で、「がんの社会学」に関する合同研究班の研究²⁾によると、がん患者の悩みや負担のうち最も多かった大分類項目は、「不安などの心の問題 (48.6%)」であった。また、中分類の「不安」の小分類として「再発・転移の不安」、つづいて「将来に対する漠然とした不安」があげられている。このようにがん

患者の不安や抑うつは対応すべき重要な課題であるといえる。さらに、「不安などの心の問題」以外では、「症状・副作用・後遺症の問題 (15.1%)」「家族・周囲の人との関係 (11.3%)」「就労・経済的負担 (7.9%)」「診断・治療 (6.7%)」といった具体的な問題があげられていた。よって、がん患者にとって精神症状などの気持ちの問題と同時に現実的な問題が重なり合っているのしかかっているといえる。つまり現実の問題に対する認知と心理的反応が複雑に絡み合った心理的過程を経験するのではないかと考えられる。たとえば、「病気が再発するのではないかと心配である」「病気のことが心配なので好きだった旅行に行けない」「話のできる友達が少なくなった」「家から出たくなかった」「毎日が憂うつな気分である」のような思考と行動の連鎖が存在しているかもしれない。一方で、このような心理的問題を抱えたがん患

KEY WORDS

問題解決療法
認知行動療法
不安
抑うつ

* HIRAI Kei/大阪大学コミュニケーションデザイン・センター、# SHIOZAKI Mariko/日本学術振興会

者に対して、さまざまな種類の心理療法・心理学的介入方法が用いられ、またその効果について検討され、QOL (quality of life) の向上については一定した結果が得られるようになってきた。しかし、現在のわが国のサイコオンコロジーの現状では、時間的・人的制約、前述した患者のもつ現実的問題を取り扱う必要性、薬物療法に対する抵抗などがある。よって、短時間で実施可能、患者の現実的問題を取り扱え、比較的簡単なトレーニングで介入の実施者を養成でき、有効である、構造化された介入方法の開発が期待されている。そのような条件を満たす可能性のある介入法として、認知行動療法の1つの技法であるとされる問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。

そこで本稿では、問題解決療法について解説し、海外でおこなわれた問題解決療法を用いた臨床研究を紹介し、わが国でのサイコオンコロジーの臨床における問題解決療法応用の可能性について検討する。

1. 問題解決療法とは

問題解決療法とは、数多くある心理療法のなかでも認知行動療法の1つに分類される介入方法・技法である。問題解決過程とよばれる心理プロセスにもとづいて、さまざまな治療的技法をパッケージしたものである。広くは問題解決技法 (problem-solving technique) とよばれる。より問題解決プロセスや問題解決スキルに焦点を当てたものを問題解決療法とよぶようである。

問題解決療法は、「お腹のすいた人に魚を与えるのではなく、魚の釣り方を教えるようなもの」と例えられる。つまり魚を与えるだけではその日しかしのげないが、釣り方を教えることにより、継続して魚を手に入れることができるようになるということである。同様に問題解決療法では、患者に問題に対する解決方法そのものを与えるので

はなく、解決方法を見つける方法を教えるものである。

現実の問題を解いていくプロセスをとくに社会的問題解決とよぶ。社会的問題解決とは、日常生活のなかでストレスを感じるさまざまな問題に対して、その問題を取り扱うのに有効な解決策の選択肢を抽出し、それらのなかから最も有効な手段を見つけ出すとするプロセスと定義されている¹⁾。さらに、この社会的問題解決における問題とは、何らかの障害により、そうありたいと思う状態 (what I want) と現在の状態 (what is) が不一致であり、効果的な解決策 (コーピング) がとれない状態のことである。そして、効果的な解決策とは、ポジティブな結果 (ベネフィット) を最大にし、ネガティブな結果 (コスト) を最小にするように、問題に対処する (目標を達成する) ための取り組み (コーピング) のことである。

D'ZurillaとGoldfried²⁾は社会的問題解決のプロセスを、①問題をどのようにとらえるか、考えるのかについての問題志向性の段階 (problem orientation)、②問題を明らかにし、目標をどう設定するのかについての問題の明確化の段階 (problem definition and formulation)、③解決策をどのように考え出すのかという解決策の産出の段階 (generation of alternatives)、④どのように有効な解決策を選択するかについての意思決定の段階 (decision making)、⑤実行した解決策が成功したか否かをどのようにして評価するかについての解決策の実行と評価の段階 (solution implementation and verification) の5つの段階からなるモデルとして提示した (図1)³⁾。

さらにNezuら⁴⁾は、問題解決プロセスには、これら5つの段階のうち、第一段階の問題解決志向性 (problem orientation) と第二段階以降を合理的問題解決スキル (rationale problem-solving skill) と分けて、問題解決に対する態度とスキルの役割の違いについてとくに強調している。

まず、第一段階の問題志向性では、人がどのよ

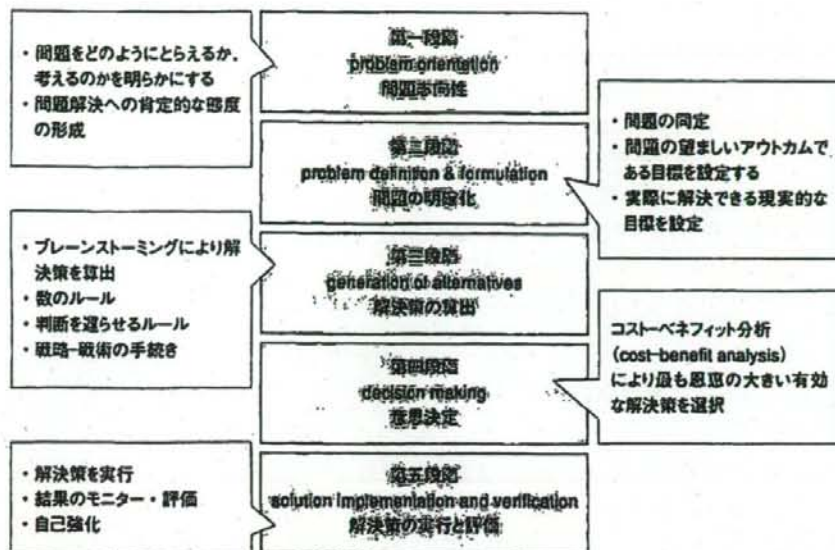


図1 問題解決療法の5つの段階

(文献3, 4より改変引用)

うに問題を理解し、考え、反応しているかが注目される。がん患者の場合、「がんは死の原因となる」という認知的な構えをもっているために、がんに罹患したことに対して、恐怖や不安、圧倒された感情をもつ、このような構えのことを問題志向性とよぶ。ここではポジティブな態度をもつことが問題解決にとって重要であるとされる。

一方で問題解決スキルに関する第2段階では、その人にとっての問題を同定し、その問題の望ましいアウトカムである目標を設定することになる。その際には実際に解決できる現実的な目標を設定することが重要となる。

第三段階である解決策の算出では、3つのルールに従って、できるだけ多くの目標を達成するための解決策を考えることになる。3つのルールとは、解決策の善し悪しを考えずにとにかく複数の解決策を考える「数のルール (quantity principle)」、解決策の実際の効果に関する判断を後回しにする「判断を遅らせるルール

(deferment-of-judgment principle)」、一般的な戦略を立てると同時に具体的な戦術についても考える「戦略-戦術の手続き (strategies and tactics procedure)」である。

第四段階の意思決定の段階では第三段階で考えられた解決策について、コストベネフィット分析 (cost-benefit analysis) により最も恩恵の大きい有効な解決策を選択する。

最後の第五段階では計画された解決策を実行し、結果をモニターし、それが満足いくものであったかどうかを評価する。もしうまく解決されたならば自己強化 (self-reinforcement) をおこない、問題解決全体に対するコントロール感やセルフ・エフィカシーを高める。もし満足する結果が得られなかったら、問題解決プロセスのどこに不一致があったかを探さなければいけない。

一方で、英国のプライマリケアの領域で開発された Mynors-Wallis³⁾ の問題解決療法プログラムでは、問題志向性の部分が強調されず問題解決ス

キルを中心にトレーニングするプログラムとなっている。とくにこのプログラムでは、現実的な目標設定をおこなうためのSMARTとよばれる方法が用意されている。このSMARTは、設定する目標がspecific：明確である、measurable：測定できる、achievable：達成可能である、relevant：関連している、timed：時間軸が考慮されているというそれぞれの頭文字をとったものである。このそれぞれに従って目標設定がなされるようになっていく。

2. がん患者に対する問題解決療法

前述した社会的問題解決のプロセスは、ストレスコーピングモデル⁶中に位置づけられる。また、がん患者の適応のゴールは健康なコーピングである⁷。これらのことから、Nezuら⁸は、がんの罹患をネガティブなライフイベントとして、その後の適応の過程を問題解決によるコーピングの過程とし、最終的なアウトカムとしてQOLを設定したモデルを提示し(図2)、このモデルから問題解決療法をがん患者に対して応用することは妥当であるとしている。また、問題解決療法をがん患者に適用する際の長所としては、この技法が有効性と実施可能性(effective and feasible)をもった介入技法⁹であることがあげられる。介入の有効性は、後述するようないくつかの無作為化比較試験による治療効果の評価によって示されている。また、実施可能性については、介入によって恩恵を受ける患者にとってすぐに利用可能な心理療法が必要であり、問題解決療法は、比較的簡便で、患者に受け入れられやすく、トレーニングされたメンタルヘルスの専門家以外の医療従事者によっても提供されうるものであるとされている⁹。

3. がん患者に対する問題解決療法・問題解決技法による介入研究

これまでみてきたとおり、問題解決療法は、理論的にはがん患者の抱えるストレスを効果的に対

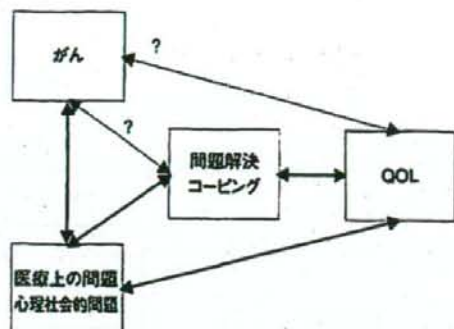


図2 ストレスコーピングの問題解決モデル：ネガティブなライフイベント、日常の問題、否定的感情状態、問題解決コーピングの相互関係 (Nezu AM et al. 1999より改変引用)

処するためのスキルを獲得させ、QOLを高めるための心理療法として有効であると考えられる。がん以外では、大うつ病、気分障害、糖尿病、肥満、自傷などの心身の問題を抱える患者を対象に、介入研究がおこなわれ、その有効性が検討されてきた。うつに対する問題解決療法の有効性に関する13の無作為化比較試験の1,133名のデータを用いたメタアナリシスでは、問題解決療法がうつ症状の改善に有効な心理療法であり、その効果は抗うつ薬の投薬療法と同等であることが示されている¹⁰。また、さまざまな疾患を含めた広範な心身の問題に対する問題解決療法の有効性を検討した31の介入研究の2,895名のデータを用いたメタアナリシスにおいても、問題解決療法をおこなった群は、治療をしない群、通常の治療をおこなった群、注意コントロールをおこなったプラセボ群のいずれの群にくらべても有効であることが示されている¹¹。またあわせて、問題志向性の訓練が介入内容に含まれていることや、宿題でスキルを定着させていること、Nezuらが研究者に含まれていることが、効果を高める介入形式であることも示されている。これらのメタアナリシスから、問題解決療法が心身の疾患を抱えた患者の抑うつや

症状を和らげ、QOLを向上させることに有効であることが実証的に確認されている。

がん患者においても、実際の医療場面での心理療法として問題解決療法が有効であるかどうかを検討するために、介入研究がおこなわれている。多くの研究では、抑うつ症状や、化学療法の副作用による症状の緩和や、QOLの向上に効果があったことが報告されているが、いまだその数は多くはなく、メタアナリシスによる有効性の検討は報告されていない。以下に、がん患者に対する問題解決療法の有効性を検討するための無作為化比較試験を3つ紹介する。

1) Nezuら¹⁰⁾の研究

この研究は、問題解決療法を開発・発展させた研究者であるNezuらによる無作為化比較試験であり、132名の成人がん患者を対象としている。対象者のうち、44名は待機統制群に割り付けられ、残りの介入群はさらに45名が患者のみ介入群、43名は患者と親しい他者の両者への介入群に割り付けられた。介入は、1.5時間の個人セッションを計10回おこなわれることになっており、介入内容は、抑うつ患者用に開発されていた問題解決療法の介入マニュアルを、成人がん患者用に改良したものを使用している。介入の目的は、患者の問題解決能力とQOLの向上、心理的ディストレスの緩和であった。これらの指標は、介入前、介入終了直後、6ヵ月後、12ヵ月後の4時点で測定されており、患者の主観的評価と親しい他者と医療者からの客観的評価の両側面から評価しているところが特徴である。介入直後には、統制群にくらべて介入群は、有意に問題解決能力が高く、QOLが高いという介入効果が認められた。しかしその6ヵ月後時点での長期的効果は、がん患者のみに介入をおこなった群よりも、親しい他者と一緒に介入をおこなった群において有意に存在し、効果は12ヵ月後においても持続していた。この研究では、親しい他者にも介入をおこなうこ

とによって、患者が適切な問題解決ができるようモニタリングする効果と、ポジティブなフィードバックをおこなう効果、モチベーションを維持する効果があることを強調している。

2) Doorenbosら¹¹⁾の研究

この研究は、化学療法加療中のがん患者237名を対象に、化学療法の副作用である症状の緩和を目的とした問題解決療法の有効性を検討している。118名の介入群は、個人セッション5回と電話でのフォロー5回の計10回の介入を18週間にわたって受けるのに対して、119名の対照群はその間、通常のケアを受ける。介入は、疼痛や倦怠感といった代表的な15種類の症状のうち、患者によってとくに症状の強いものに絞り、効果的な対処方略（セルフケアマネジement・サポート情報・医療者とのコミュニケーションなど）を示し、その対処方略を実施して、症状コントロールをおこなっていくというものである。介入効果の評価は、介入前・10週後・20週後・32週後に看護師によるインタビューによりおこなわれた。介入の結果、統制群にくらべて介入群は、効果的な症状コントロールができるようになり、症状による制限が緩和していた。また、とくに若い患者への介入効果が強いことが示された。この研究により、問題解決療法はがん患者の症状コントロールにも有効であり、心理の専門家ではない看護師が介入をおこなうことが可能であることが示された。

3) Sahlerら¹²⁾の研究

この研究は、がん患者本人に対する問題解決療法ではなく、小児がん患児の母親を対象に問題解決療法の有効性を検討した無作為化比較試験である。対象は、小児がんを患う子どもをもつ母親430名であり、そのうち217名が介入群、213名が統制群に割り付けられた。介入は、1時間の個人セッションを週に1回、計8回おこなわれることになっており、その介入内容はmaternal

problem-solving skills training (MPSSST) のマニュアルにそっておこなわれている。介入の目的としては、問題解決能力の向上、否定的感情の改善であった。これらの指標の測定は、介入前、介入終了直後、3ヵ月後の3時点でおこなわれた。その結果、介入直後にはすべての指標において介入効果がみられた。また、否定的感情の改善は、介入3ヵ月後においてもその効果が持続されていた。さらに、否定的感情の改善に関しては、問題解決能力の向上による媒介効果よりも、介入による直接的な効果が大きいことが結論づけられている。

これらの代表的な3つの研究は、いずれもがん患者、あるいはがん患児の母親に対する問題解決療法の有効性を示している。がんは部位によって、診断からの治療経過、症状や予後などが異なるため、問題解決療法の導入時期やその形式などについての議論が必要であると考えられる。また、忙しい医療現場において問題解決療法を実施するためには、介入者の育成や、マニュアルの構造化など解決していかなければならない問題がある。しかしながら、多くの研究において、がん患者の気分状態やQOLの改善に短期間で介入効果が認められる構造化された問題解決療法は有効性があることが示されており、今後の更なる研究が期待されている。

おわりに

このように、がん患者に対する問題解決療法の適用は、その有効性と実施可能性の高さ、高度に構造化されたプログラムであるためトレーニングにより精神医療の専門家以外の医療従事者によっても実施できる可能性から、わが国においてもがん患者のQOL向上のための有用なプログラムとなる可能性がある。今後、わが国のがん患者の心理的な特徴や医療制度にあったプログラム開発をおこない、その有効性を明らかにするための研究が推進されていくことが期待される。

文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J *et al* : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983
- 2) 「がんの社会学」に関する合同研究班：がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書。 http://www.sechr.jp/yorozu/pdf/taiken_koe_jpn.pdf, 2004
- 3) D'Zurilla TJ, Goldfried MR : Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 78 : 107-126, 1971
- 4) Nezu AM, Nezu CM, Friedman SH : Helping cancer patients cope : a problem-solving approach. Washington : American Psychological Association, 1999
- 5) Mynors-Wallis L : *Problem-solving treatment for anxiety and depression*. Oxford University Press, New York, 2000
- 6) Lazarus RS, Folkman S : *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York, 1984
- 7) Fawzy FI : A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer* 3 : 235-238, 1995
- 8) Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L : Problem solving therapies for depression : a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 22 : 9-15, 2007
- 9) Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS : The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems : a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27 : 46-57, 2007
- 10) Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH *et al* : Project Genesis : assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 71 : 1036-1048, 2003
- 11) Doorenbos A, Given B, Given C *et al* : Reducing symptom limitations : a cognitive behavioral intervention randomized trial. *Psychooncology* 14 : 574-584, 2005
- 12) Sahler OJ, Fairclough DL, Phipps S *et al* : Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer : report of a multisite randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 73 : 272-283, 2005

[特集：医療における心理学の果たす役割—心理的援助に向けた研究とその実践—]

がんの補完代替医療における心理学的研究の役割

平 井 啓

ストレス科学

第22巻第4号：平成20年3月31日

〔特集：医療における心理学の果たす役割—心理的援助に向けた研究とその実践—〕

がんの補完代替医療における心理学的研究の役割

平井 啓¹⁾

抄録：本論では、がんの補完代替医療（Complementary and Alternative Medicine; CAM）の利用における心理的背景を実証的に検討した研究を例にあげて、心理学的研究が医療において果たす役割について論じた。

我々の調査では、汎理論モデル（Transtheoretical Model; TTM）と計画的行動理論（Theory of Planned Behavior; TPB）を用いて、3つのがん専門医療施設の1,100人のがん患者を対象に質問紙調査を実施し、521人から有効な回答を得た。TTMの分類によると、17%の患者が前熟考期、43%の患者が熟考期、6%の患者が準備期、14%の患者が実行期、20%の患者が維持期であった。構造方程式モデル分析の結果から、CAM利用の準備性ステージに有意な影響を与えていたのは、恩恵、負担、家族の期待、医療者の規範、化学療法、診断からの期間、治療場所であった。このうち最も影響が強かったのは家族の期待であった。この研究の結論は、心理学的に潜在的なCAM利用者が存在し、CAMに対する恩恵（Pros）と家族の期待といった心理学的変数がCAMの利用に強い影響を与えていることであった。

最後に、医療における心理学的研究の役割を論じた。心理学的研究の医療に対する貢献の1つの形としては心理学的介入方法の効果の根拠を創り出すことであり、もう1つの形としては、患者のQOLを向上させたり、患者の受療行動の心理学的背景を明らかにする研究を行い通常医療を補完することであると考えられた。

Key words: 補完代替医療, がん, 心理学的研究

I. はじめに

医療における心理学の研究と臨床の展開は、主に精神科領域を中心とする精神疾患の治療の1つとして位置づけられる心理学的介入方法の開発や実践に関するものと、一般身体科での身体疾患の患者の罹患に伴うストレス反応と対処におけるメカニズムの研究と援助方法の開発に関するものに分けることができる。がん医療の領域における心理学的研究は、がんへの罹患という一大ストレスイベントに対する情動的反応とその後の対処の過程という位置づけで、そのプロセスを研究し、そこから得られた知見をもとにさまざまな援

助の方法が考えられてきた。このような学問はサイコオンコロジー（精神腫瘍学）と呼ばれ、世界的にさまざまな研究と心理療法を中心とする介入方法の開発が行われてきた。

一方でがん医療領域全体としては、より有効な抗がん剤治療法の開発などの患者の疾患の治療だけでなく、疼痛などさまざまな身体症状の緩和、更には心理状態の改善といった統合的なQuality of Life (QOL)の向上という観点からさまざまな取り組みがなされている。そこで重要となってくるのは、どのようにして最終結果であるQOLの向上を評価するかであり、統合的な指標を用いた実証研究が必要とされるのである。また患者の立場からもいかなる手段であっても自身の疾患に対して少しでも恩恵をもたらす治療法やサービ

1) 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター／人間科学研究科／医学系研究科

スを求めている。よって実証的に効果の示された通常医療だけでなく、通常医療には含まれていないが既に数多く行われている民間療法などのさまざまなサービスについても実証的な観点から検討されることが望まれている。現在ではそれらを補完代替医療という1つの分野として、研究においても多くの取り組みがなされるようになってきている。

筆者は、がんの補完代替医療に関する研究班で、健康食品を利用する患者の心理的背景を明らかにする研究を行う一方で、補完代替医療の研究室で補完代替医療におけるQOL評価に関する研究に従事してきた。本論ではそれらの研究の紹介を通じて医療における心理学的研究の役割について論ずる。

Ⅱ. がん患者の補完代替医療

近年、がん患者の補完代替医療 (Complementary and Alternative Medicine; CAM) は非常に注目を集めている。National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) によると、補完代替医療は、通常の医療に含まれると考えられていない多様な医療のシステム、実践、製品のグループであり、補完医療は通常の医療と同時に提供され、代替医療は通常の医療を置き換える形で提供されるものである¹⁾。つまり、近年、手術・抗がん剤治療・放射線療法などの通常のがん治療以外でがん患者が利用する治療法やサービスの総称がCAMと呼ばれている。このような医療は、いわゆる民間医療と呼ばれているもので、自己判断・自己責任で行う医療であり、健康保険によってカバーされない。NCCAMによると、大きく以下の5つのカテゴリーに分類される：1) 伝統医学系統、民間療法 (東洋伝統医学、アーユルベータ、ユ

ニ医学など) などの代替医療体系；2) 瞑想、祈り、心理療法、芸術療法、音楽療法、ダンス療法などの精神・身体インターベンション；3) ハーブ、食品、ビタミン、ミネラル、生物活性分子などの生物学に基づく療法；4) 脊椎指圧療法、整骨療法、マッサージなどの整体や身体を基盤とした方法；5) 気功、レイキ、セラピューティックタッチ、電磁療法などのエネルギー療法である¹⁾。

一方で、我が国のがん患者のCAMの実態についてはほとんど把握されていなかった。そこで、2001年に厚生労働省の研究班の研究課題の1つとして初めてがんのCAMが取り上げられることとなり、「我が国におけるがんの代替療法に関する研究」班 (主任研究者：兵頭一之介) が立ち上げられた。この班ではがん患者のCAMの実態を把握するため全国調査を実施した。

全国の複数施設の3,100人のがん患者を対象とした質問紙調査を実施した結果、約45%がなんらかのCAMを利用していることが明らかになった²⁾。このうち最も利用頻度が高かったのは健康食品・サプリメント (96.2%) で、実に9割以上の利用率であった。続いて、気功 (3.8%)、灸 (3.7%)、鍼 (3.6%) であったが、その割合は非常に小さかった。がん患者のCAM利用の特徴としては、60歳以下、女性、高学歴 (大卒以上)、化学療法を受けている、緩和ケア病棟に入院しているほうが、利用頻度が高くなる傾向があることが明らかにされた。また、がん患者がCAMを利用する理由としてあげられていたものは、がんの進行抑制を期待が67.1%、治ることを期待が44.5%、症状の軽減を期待が27.1%、現代の医学では不十分が20.7%、人からの勧めが6.7%であった。

このように我が国のがん患者におけるCAM利用の実態が明らかにされた。この調査の結果からいえる最も重要なことは、既に半数近くの患者がCAMを使っているにもかかわらず、医療者の側はその実態に追いついていなかったことである。がん患者の側が求めていることは、「病院での治療の他にがん」に少しでもいい治療や食品はないか?、「今飲んでいる健康食品が本当にがん」に効くのか?、「今飲んでいる健康食品は本当に安全なのか?」ということに関しての信頼できる情報である。しかし、CAMの多くが、効果や有効性を科学的に解明するための手続きである臨床試験を経ていない。例えば、「[がん」に効く驚異の〇〇〇〇]、胃がん末期、手術不能で、余命3か月と宣告。途方にくれていたところ友人より〇〇〇〇を勧められ服用。すると食欲回復、1年経った現在も元気で生きています。すべて〇〇〇〇のおかげ」というような体験談を載せた広告が新聞や書籍に数多く見受けられた³⁾。上記のような場合は、臨床試験などを経て国から認可を受けていないものが、ある疾患に対してその効果をうたうことは薬事法違反になるし、本当に胃がんの末期だったのか、「驚異の〇〇〇〇」以外の通常の治療を一切していなかったのかなど客観的な情報が不足しており、この商品に関する情報は信頼性がなく、偏りや偶然性を多く含んだ情報である可能性がある。そしてこのような情報だけを信頼して、ある特定の高額な商品を購入することは非常に危険である。科学的手法により明らかにするということは、このような情報とは違い、多数の客観的な目に1つの事実をさらすことによってその妥当性を検証し、その情報の信頼性を高め、偏りや偶然性を排除する作業のことである。

我々研究者が論文を書き、査読を受け、より権威のある学術誌に論文を発表するのは、研究者が持っている情報がいかに信頼できるものであるかを証明するためである。これと同じように医療において、患者やそれを利用する医療者にとって情報の信頼性と妥当性を整理するための手順がEvidence-based Medicine (EBM) である⁴⁾。がん治療の専門医を対象とした調査では、CAMに対して「効果なし」と思っている医師が82%おり、その理由としては「信頼すべき情報がない」ということであった⁵⁾。このことから、CAMにおいてもEBMの手続きを用いた検証が求められており、医療者の側からもがん患者に対して信頼できるCAMに関する情報を提供していかなければいけないといえる。

そこで、2005年からは、兵頭班を引き継ぐ形で、厚生労働省研究班として「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（主任研究者：住吉義光）が立ち上がった。この班ではCAMの中のいくつかの介入方法について実際の有効性を科学的に明らかにするための研究を行っている。

Ⅲ. がん患者が補完代替医療を利用する背景にある心理的メカニズムに関する研究

CAMに関する情報がどのように患者やその家族に受け取られ、実際のCAMの利用に結びついているかについてはほとんど明らかにされていない。そこで兵頭班の最終年度から兵頭班に引き続き、班での実態調査の結果を受けて、がん患者がなぜCAMを利用するのか、そこに共通する心理学的メカニズムはないのか、ということを目的に調査研究を行った。以下にその研究について紹介する（以下文献5より引用）。

我々は、がん患者のCAM利用を1つの行動としてとらえ、その行動を起こさせる意思決定、その行動を維持させる要因を明らかにするために、汎理論モデル (Transtheoretical Model; TTM) と計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior; TPB) と呼ばれる2つの応用行動理論を用いた説明を試みた。TTMを用いて、CAMの利用を、「CAMの利用に関して全く関心がない」前熟考期の患者、「CAMの利用に関心はあるが、まだ利用していない」熟考期の患者、「CAMの利用について準備をしている」準備期の患者、「CAMを利用している」実行期の患者、「CAMの利用を継続している」維持期の患者の5つの準備性のステージに分類した。更にTPBのモデルを用いて、CAM利用の準備性ステージが、CAMの利用に対する恩恵 (Pros) と負担 (Cons)、家族や医療者からの影響、コントロール感などの要因から説明されるモデルを検証した。

日本の3つの地域のがん専門病院の外来または入院のがん患者で、ECOG PSが0～3点、自記式質問に回答可能で、認知機能障害のない患者を対象とした。2005年4～8月に上記の条件を満たす1,100人を対象として郵送による質問紙調査を行った。無記名での返送を依頼し、返送をもって研究への参加同意とする旨を説明した。表紙でCAMの定義について説明し、CAMの20の具体例を一覧で示した。質問項目は、(1) 患者背景についての質問項目、(2) TTMとTPBに基づくCAMに関する質問項目、(3) 心理尺度 [心理的適応について日本語版HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)、セルフ・エフィカシーについてSEAC (Self-efficacy of Advanced Cancer Scale)、症状評価についてMDASI-J (日本語版MD Anderson Symptom

Inventory)] という3部構成で合計85項目であった。解析は、CAM利用の準備性のステージの予測因子については分散分析を用いた単変量解析を行った。多変量解析を行うために、TTMの準備性のステージの5段階を1～5と点数化し、最尤法を用いた構造方程式モデルによる検証を行った。

質問紙調査を実施した結果、1,100人の対象患者 (入院患者750人、外来患者350人) 中651人 (59%) から返送があり、統計学的解析の対象となり得たのは521人 (47%) であった。このうち、17%の患者が前熟考期、43%の患者が熟考期、6%の患者が準備期、14%の患者が実行期、20%の患者が維持期であった。CAM利用は、化学療法を受けている患者 ($p<0.001$)、現在受けている一般的な治療に対して不満な患者 ($p<0.05$)、外来患者 ($p<0.001$) で有意に多かった。単変量解析では、5段階の有意な差に関連していた心理社会的因子は、TTM因子としてはPros, Cons, TPB因子としてはCAMに対する肯定的態度、家族の期待であった (いずれも $p<0.001$)。

単変量解析で有意な予測因子となった、あるいはTTMとTPBの重要な構成要素と考えられた14の変数について構造方程式モデルによる解析を行った。その結果、CAM利用に関する行動変容の段階に有意に関連する因子は、ProsとConsの意志決定バランス ($\beta=0.21, p<0.001$; $\beta=-0.17, p<0.001$)、家族の期待 ($\beta=0.37, p<0.001$)、医療従事者の規範 ($\beta=-0.12, p<0.01$)、化学療法の使用 ($\beta=0.09, p<0.01$)、診断からの経過期間 ($\beta=0.17, p<0.001$)、治療の場所 ($\beta=-0.10, p<0.01$) であった (Fig.1)。CAM利用の準備性ステージに影響を与える最大の要

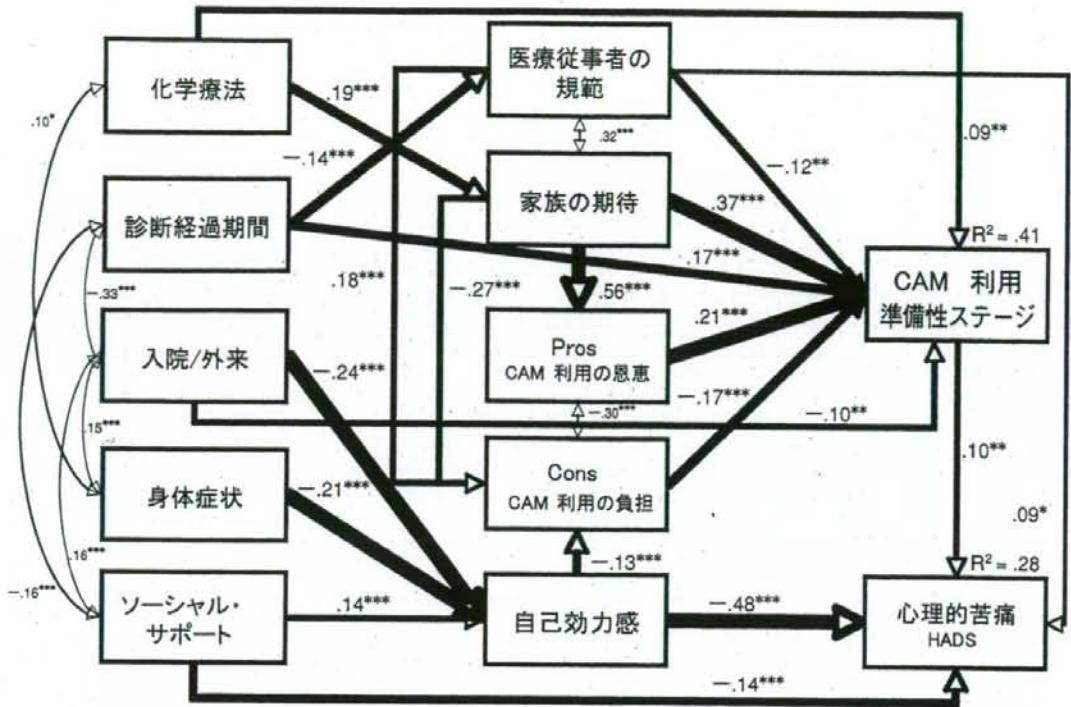


Fig.1 CAM利用ステージを説明する構造モデル

Fit index: Chi-square (39) = 71.8, $p = .001$; GFI = .98; AGFI = .96; CFI = .97; RMSEA = .04
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

因は、「家族の期待」であった。また、Prosの認識が高いとCAM利用の準備性ステージが高く、Consの認識が高いとCAM利用の準備性ステージが低くなる傾向があった。心理的苦痛の高さはCAMの利用に大きな影響を与えていなかった。一方で、身体症状は、HADSで測定した抑うつと不安による心理的苦痛には影響を与えていたが、CAM利用の準備性ステージには影響を与えていなかった。

この研究の結果から、「CAMについて興味はあるが、実際にはまだ利用していない」という潜在的CAM利用者であるがん患者が多数いることが明らかとなった。彼らは、何かのきっかけがあると「準備期」へ移行すると

考えられる。前回の全国調査の利用率45%に比べて今回の実行期と維持期を足したCAMの利用率は34%であり、10%低くなっていた。これは今回の対象者が緩和ケア病棟で療養している患者を含まなかったためであると考えられる。また、CAM利用の準備性ステージが高くなることに対して、「家族の期待」がポジティブな影響を、「医療者の規範」がネガティブな影響を与えていた。これは患者の家族は少しでも「効く」と聞いた情報をもとに患者にCAMの利用を勧める一方で、西洋医学中心の医師はCAMの利用に関して懐疑的であり、患者のCAMの利用に対してブレーキをかける役割をしているといえる。つまりがん患者のCAMの利用は、心理

的要因のうち、家族や医療者といった対人関係から形成された態度が主な影響要因になっているといえる。一方で、患者自身の心理的苦痛のような情緒的要因はあまり関係していないことが明らかになった。

以上のことから、CAMに関する情報提供の仕方により、患者、家族、医療者の持つ態度に影響が与えられ、その結果、CAM利用の準備性ステージが変化する可能性が考えられる。つまり、患者、家族、医療者に対するCAMに関する情報提供のあり方について検討し、体系を整備していく必要があるということである。すなわち、CAMに関する患者、家族、医療者間のコミュニケーションを良好なものにしていくことが重要である。現在、この研究結果を受けて、研究班では、患者と家族を対象とした「がんの補完代替医療ガイドブック」⁶⁾を作成し、Webページを通じて配布を行っている。更に、研究班では、前立腺がん患者を対象にある健康食品の抗がん効果についての臨床試験を実施している³⁾。

Ⅳ. 医療における心理学的研究の意義

これまでみてきたように、補完代替医療の世界で起こっていることは、実態として既に利用されている補完代替医療に科学的検証を行い、ある疾患に対して効果が検証されたものについては通常医療に取り込んでいこうというものである。その中であって、心理学的援助の方法の一部は、既に実証的に有効性が示されており、がん患者への心理学的援助は通常医療の一部と見なされるようになってきている。例えば、欧米の臨床心理学の領域においてうつ病に対する無作為化比較試験を行った複数の研究についてMeta-analysisを行った結果が発表されている⁷⁾。その結果、単極

性うつ病に対する認知行動療法の効果量が大きいことなどが明らかにされている。このように心理学的研究に基づく知見が実際の治療法の1つとして通常医療に組み込まれる可能性が高いものもある。現在、綿密な基礎研究によって開発された特異的免疫療法の1つであるWT1を標的としたがんに対する免疫療法も⁸⁾、第Ⅱ相臨床試験が終わっていないために、将来的には通常医療になる可能性は非常に高いけれども代替医療に分類されている。このように医療においては最終的な有効性について結果で示すことが重要である。つまり、実証的研究を行い介入の有効性を結果として示すことにより、NCCAMの分類では精神身体インターベンションの1つに位置づけられている心理療法のいくつかが通常医療に組み込まれるようになるということである。よって、今後更なる心理学的研究を行い、心理学的な介入方法についての更なる実証的な知見を得ていくことが重要となる。

一方で、通常医療をより効果的にするために補完するという位置づけの医療が、補完医療である。心理学的研究の貢献するところは、実はこのような補完的位置づけの部分ではないかと考えられる。例えば、通常医療を受けている患者のQOL向上のための心理学的援助法やカウンセリング法の開発やその有用性に関する臨床研究や患者の受療行動の心理的背景の解明も重要な課題である。本論で紹介したCAMの利用に関する調査研究のように、QOL向上を目指した治療システム構築すなわち医療政策に寄与するような実証的研究や基礎研究がこれにあたる。このような研究を行うことによって実際に効果のある治療法をより効率よく、患者の満足度を高めるような形で提供できるようになるのでは

ないかと考えられる。また、これが明らかになることによって患者への情報提供の仕方、コミュニケーションの方法を整理することが可能となるであろう。いずれにしても科学的態度を持った研究を推進していくことが、心理学的研究が医療の分野において果たす重要な役割になるのではないかと考えられる。

〔文 献〕

- 1) National Center for Complementary and Alternative Medicine: What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? July 28, 2007 <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
- 2) Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., et al.: Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J. Clin. Oncol.* 23: 2645-2654, 2005
- 3) 住吉義光, 大野 智: 「がんに効く」民間療法のホント・ウソ—補完代替医療を検証する。中央法規出版, 東京, 2007
- 4) 厚生省医療技術評価推進検討会: 厚生省医療技術評価推進検討会報告書 (平成11年3月), 1999
- 5) Hirai, K., Komura, K., Tokoro, A., Kuromaru, T., Ohshima, A., Ito, T., et al.: Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Ann. Oncol.* Oct. 26 [Epub. ahead of print] 2007
- 6) 「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: がんの補完代替医療ガイドブック。2006 <http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med67/guide/index.html>
- 7) Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A.: The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26: 17-31, 2006
- 8) Oka, Y., Tsuboi, A., Kawakami, M., Elisseeva, O.A., Nakajima, H., Udaka, K., Kawase, I., Oji, Y. & Sugiyama, H.: Development of WT1 cancer vaccine against haematopoietic malignancies and solid cancers. *Curr. Med. Chem.* 13: 2345-2352, 2006

Psychological Research and Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Cancer Patients

Kei HIRAI¹⁾

Abstract

This article concerned about the role of psychological research in medicine using illustration of our work, in which psychological mechanism of the use of the complementary and alternative medicine (CAM) by the cancer patients was empirically clarified.

We carried out a survey using the Transtheoretical Model and the Theory of Planned Behavior for 1100 patients at three cancer treatment facilities in Japan and we used the data on 521 cancer patients in the final analysis. According to the TTM, 88 patients (17%) were in precontemplation, 226 (43%) in contemplation, 33 (6%) in preparation, 71 (14%) in action, and 103 (20%) in maintenance. The model derived from structural equation modeling revealed that the stage of CAM use was significantly affected by the pros, cons, expectation from family, norms of medical staff, use of chemotherapy, period from diagnosis, and place of treatment. The primary factor for the stage of CAM use was the expectation from family. The conclusion of this study was the existence of a number of psychologically induced potential CAM users, and psychological variables including positive attitude for CAM use and perceived family expectation greatly influence CAM use in cancer patients.

Finally, the role of psychological research for medicine in near future was discussed. One form of contribution by the psychological research to medicine was to provide the evidence on effectiveness of psychological intervention for the certain disease. Another form was to complement the conventional medicine by enhancing patients' QOL or clarified the psychological mechanism underlying patients' illness behavior.

Key words: Complementary and alternative medicine (CAM), Cancer, Psychological research

(Jap J Stress Sci 2008 ; 22 (4) : 216-223)