

F. 健康危険情報

特になし

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*,2008 19(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*, 2009 24, 149-160.
- * 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 ニュースレター JPOS新常任世話人 就任にあたって2008.no52 2-3
- * 高田 實, 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 實, 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
- * 所 昭宏, 池山晴人, 松田能宣, 山中政子, 金井泰子, 板倉きみよ, 高田實 : がん在宅医療と緩和医療 地域のプライマリケア医とがん専門医との併診制在宅緩和医療の可能性と課題 *緩和医療学* (1345-5575)11 巻3号 Page214-221(2009.07)
- * 所昭宏 ,松田能宣, 青野奈々, 日保ヒサ, 宮部貴識, 小杉孝子, 神山智秋, 山中政子, 川口知哉 : 緩和ケアの心身医学 呼吸器専門病院における緩和ケア心療内科 (1342-9892)13 巻3号 Page201-207(2009.05)
- * 所 昭宏, 松田能宣, 青野奈々 : 事例 低活動型せん妄 緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門 177-180, 2009, 医薬ジャーナル社
- * 所 昭宏, 松田能宣, 青野奈々 : 事例 外来化学療法中のせん妄 緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門 180-184, 2009, 医薬ジャーナル社
- * 所 昭宏, 松田能宣, 青野奈々 : 医師のストレス 緩和医療医のストレス 125-129, 2009 (保坂隆 編著) 中外医学社

- * 松田能宣, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 呼吸困難・咳・痰 218-225 創造出版 2009
 - * 四宮敏章, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 胃 248-250 創造出版 2009
 - * 四宮敏章, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 大腸 251-254 創造出版 2009
 - * 青野奈々, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 肺 267-270 創造出版 2009
 - * 松岡弘道, 小山敦子, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 前立腺, 膀胱, 尿路上皮, 精巣, 腎 271-274 創造出版 2009
 - * 松岡弘道, 小山敦子, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 肝・胆・膵 275-278 創造出版 2009
 - * 嶋本正弥, 所 昭宏: 精神腫瘍学クイックリファレンス 疾患別特徴 骨軟部腫瘍 284-287 創造出版 2009
 - * 小杉孝子, 所昭宏, 金井泰子, 光圀若也, 松田能宣, 新井徹: 難治性肺疾患患者の退院に向けて多職種チームの中で心理的サポートを行った 1 例 147-152 心療内科 第13巻第2号2009年3月【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会 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, 2,009,02,07
 - * 所 昭宏: 近畿中央胸部疾患センター市民公開講座 肺がんから身を護る 肺がん治療中の身体やこころの痛み~緩和ケアチームの活動より~, じばしん(堺), 2009.04.18
 - * 所 昭宏: 第1回日本心身医学5学会合同大会 心療内科学会シンポジウム がん医療における心療内科医の役割~心療内科におけるサイコオンコロジーの取り組み~, 東京国際フォーラム(東京), 09, 6, 5
 - * 所 昭宏, 松田能宣, 青野奈々, 川口知

哉, 竹内奈緒子, 玉置岳史, 蓑毛祥次郎, 辻 泰祐, 西江健一, 倉原 優, 浅見和弘, 久保昭仁, 沖塩協一, 安宅信二, 河原正明: 第50回日本肺がん学会 WS-7 肺がんチーム医療' パネラー), 京王プラザホテル (東京), 09. 11. 12-13

【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
- * 竹内奈緒子 倉原優, 中尾桂子, 松田能宣, 矢木泰弘, 浅見和弘, 所 昭宏, 川口知哉, 沖塩協一, 久保昭仁, 安宅信二, 河原正明, 北市正則: 第89回日本肺癌学会関西支部会, ゲフィチニブ開始から3年以上生存した進行肺癌症例の検討, 2009年2月7日(土), 薬業年金会館(大阪)
- * 小杉孝子, 所 昭宏, 池山晴人, 保坂隆: 第22回日本サイコオンコロジー学会総会, 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調査研究(ポスター発表), 09.10.01-2,メルパルク広島(広島)
- * 宮部 貴織, 山中 政子, 日保 ヒサ, 神山智秋, 松田 能宣, 青野 奈々, 小杉 孝子, 辻 美里, 岡所 扶実, 熊谷 加奈子, 田伏成行, 川口 知哉, 所 昭宏: 第3回日本緩和医療薬学会年会, オピオイド導入時に焦点を当てた2日間クリニカルパスの使用経験(ポスター発表), パシフィコ横浜(横浜), 2009.10.17
- * 宮部貴織, 辻 美里, 小川陽子, 岡所扶実, 森津宏紀, 宮崎美佳, 鷺巣佳子, 日保ヒサ, 神山智秋, 所 昭宏, 老田 章, 田伏成行: 第63回国立病院総合医学会, 薬剤管理指導業務におけるフィジカルアセスメント導入への取り組み(ポスター発表), 仙台国際会館(仙台), 2009.10.23
- * 宮部貴織, 岡所扶実, 辻 美里, 小川陽子, 森津宏紀, 宮崎美佳, 鷺巣佳子, 老田 章, 日保ヒサ, 神山智秋, 所 昭宏, 田伏成行: 第19回日本医療薬学会年会, がん性疼痛におけるガバペンチンとオピオイド投与量の検討(ポスター発表), 会場(長崎), 2009.10.24

- * 山中政子, 長尾早苗, 上原美希, 日保ヒサ, 宮部貴識, 小杉孝子, 松田能宣, 川口 知哉, 所 昭宏第14回緩和医療学会学術大会, STAS-J を用いた緩和ケアカンファレンスの評価と課題(一般口演発表), グランキューブ大阪(大阪), 2009, 06, 20
- 【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, 2008,0618
- * 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: 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
- * 所 昭宏: 第7回日本緩和医療学会教育セミナー, せん妄の診断, 治療, ケア(教育セミナー講演), グランキューブ大阪(大阪), 09.06.18
- * 所 昭宏: 岸和田サイコオンコロジー研究会, プライマリーケアに必要ながん医療におけるこころのケア(特別講演), 岸和田浪切ホール(大阪岸和田), 09.06.27
- * 所 昭宏: P E A C E 泉州緩和ケア研修会 M7コミュニケーション講義(講師), 岸和田市民病院, 09. 07. 12
- * 所 昭宏: P E A C E 南河内緩和ケア研修会 M7コミュニケーション講義(講師), 大阪南医療センター(河内長野), 09. 08. 7-9
- * 所 昭宏: 平成21年度近畿大学緩和ケア研修会, M7コミュニケーション講義(講師), 近畿大学医学部(大阪狭山市), 09. 08.30
- * 所 昭宏: 兵庫医科大学臨床腫瘍学講義サイコオンコロジー, 兵庫医科大学(尼崎市), 09. 09. 15
- * 所 昭宏: 厚生労働省がん助成金「がん代替療法の科学的検証に関する研究」班 宮部分担研究会議, 呼吸器専門病院における緩和ケアチームの取り組み～がん緩和医療の Quality Improvement (QI)をめざして～徳島大学病院臨床試験センター-09.09.25
- * 所 昭宏: がん医療における医師に対するコミュニケーションスキル研修会金沢(講師), 金沢女性センター(金沢), 09. 10-28-31
- * 所 昭宏 松岡弘道 四宮敏章 大塚正友 日保ヒサ 林 亜紀 小山敦子: 6大学連携オンコロジーチーム養成プラン緩和ケアインテンシブコース 精神症状について(講師), キャンパスポート大阪, 09. 11. 14
- * 所 昭宏, 関西医大4学年全人的医療学コース緩和医療1, 2講義(講師), 関西医大(守口市), 09. 11. 25

- * 所 昭宏：H21ホスピス緩和ケア協議会近畿支部会，がん医療における心身医学～サイコオンコロジー・緩和医療の実践を通じて～(講師)，国保中央病院(奈良県)，09.11.29
- * 所 昭宏：がん医療における医師に対するコミュニケーションスキル研修会大阪(講師)，大阪天満研修センター(大阪)，10.01.13-15
- * 所 昭宏：八尾市民病院緩和ケア研修

会 ，がん医療における心身医学(サイコオンコロジー)八尾市民病院 10.02.17

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

乳がん患者に対する個人精神療法の展開

分担研究者：河瀬 雅紀

（京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科教授）

研究協力者：中村 千珠

（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 19 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 20 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。平成 21 年度は、がん患者に対する心理社会的ニーズと現状認識に関する調査の結果をもとに、前年度に作成した個別的な心理的サポートの介入プログラムにおける問題点を指摘しその改善を試みた。一方、グループ療法の効果と比較するため、同様のプログラムを有するグループ療法を試みた。

A. はじめに

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。

H19 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（総合病院精神医学 20(2)：129-138, 2008)。すなわち、全

国のがん診療連携拠点病院 286 施設に勤務する 368 名の医師から回答を得、その結果、ソーシャルサポートの必要性については、各種相談窓口、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が他の項目に比べ有意に高く、これらに続いて、専門家によるグループ療法、さらには患者同士が集まれるサロンへの必要性が認められた。一方、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」などがあまり充足していないと認識されていた。すなわち、がん患者へのソーシャルサポートとして、グルー

ブ療法のニーズは高かったがその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。また、患者のさまざまなニーズに沿ったグループ療法プログラムが提供されることも今後必要と考えられた。一方、心の相談窓口に対するニーズはきわめて高く、その一つとして、がん患者への個人療法的介入の充実も求められる。

すなわち、がん患者にとって、その時々が必要に応じてグループ療法や個人精神療法の選択肢があることは有益であると考ええる。さらに、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が、さまざまなテーマのグループ療法や個人精神療法へも応用できれば、がん患者のそれぞれの必要に応じたテーマでグループ療法や個人精神療法が提供されることに繋がると考える。

B. ニーズ調査

特定のテーマに焦点をあてたグループ療法プログラムについては、身体的状態の比較的良好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（心身医学47(2)：111-121, 2007）を基に作成した。また、「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応用可能性を求めて、その枠組みを用いた。すなわち、1回を90分、週1回、5週間連続で実施する構造化されたプログラムとした。一方、個人精神療法のプログラムも、グループ療法との比較を行うことを

目的に、同様の構造（但し1回30分）を有するプログラムの作成を試みた。しかし、前述した心理社会的ニーズに関する調査では解析が不十分であった、心理社会的ニーズに影響を及ぼす個人要因をより明らかにするために、背景要因としての原発部位と手術の有無を統制して新たに心理社会的ニーズと現状認識に関する調査を実施した（第22回日本サイコロジ学会総会, 2009, 9）。すなわち、術後のがん患者を対象に調査を行ったところ、「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「社会的資源」「宗教・信仰」「周囲とのコミュニケーション」がニーズとして抽出された。そのなかでも、「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「周囲とのコミュニケーション」に対するニーズが高く、周囲との関係性および実存的問題（「生きる意味や価値への探求」「受容」）の重要性が示唆された。次に、ニーズを従属変数に、背景因子や性格特性を独立変数としたカテゴリカル回帰分析の結果では、身体症状との関連では、「生きる意味や価値への探求」のニーズの高さには体重減少（ $\beta=0.26$ ）や浮腫（ $\beta=0.31$ ）が、「家族や医療スタッフとの関係」のニーズの高さには食欲不振（ $\beta=0.28$ ）や呼吸困難感（ $\beta=0.22$ ）が、「受容」のニーズの高さには呼吸困難感（ $\beta=0.31$ ）や便秘（ $\beta=0.23$ ）、浮腫（ $\beta=0.28$ ）が、「社会的資源」のニーズの高さには倦怠感（ $\beta=0.23$ ）や浮腫（ $\beta=0.19$ ）、Performance Status（ $\beta=0.21$ ）などが関係していることが示唆された。一方、性格特性(Big Five 性格特性)では、「生きる意味や価値への探求」のニーズの高さには「調和性」（ $\beta=0.39$ ）、「開放性」（ $\beta=0.38$ ）、「外向性」（ $\beta=0.21$ ）、「誠実性」（ $\beta=0.21$ ）などが、「受容」に対するニーズの高さには「誠実性」（ $\beta=0.56$ ）、「開放性」（ $\beta=0.29$ ）、「外向性」（ $\beta=0.28$ ）などが関係し、「家族や医療スタッフ

との関係」のニーズの高さには「外向性」($\beta=0.55$)、「誠実性」($\beta=0.48$)が、「社会的資源」のニーズの高さには「情緒不安定性」($\beta=0.55$)、「開放性」($\beta=0.39$)、「外向性」($\beta=0.25$)が関係していることが示唆された。

以上より、身体状況や性格特性などにより心理社会的ニーズの強さも異なることが考えられた。そこで、個人精神療法においては、プログラムとして「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「周囲とのコミュニケーション」などニーズが高かったテーマを設定しつつも重点の置き方にはより柔軟性を持たせることが必要であると考えられた。一方、グループ療法においては、「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「周囲とのコミュニケーション」などニーズが高かったテーマを組み合わせることで、多くの参加者の関心を高め、またニーズの強さの違いにより参加者間で異なった視点が提示されることが期待される。

C. プログラムの実施

これらを踏まえ、グループ療法では「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「周囲とのコミュニケーション」を含む実存的テーマを扱うプログラムを作成し、術後の乳がん患者へのグループ療法の実施を試みた(第28回日本心理臨床学会, 2009, 9)。これは、本研究班で用いられるグループ療法の枠組みを応用したもので、また、グループ参加者は5名~7名程度とした。このプログラムでは、全セッションを通じ、がん患者として不確実性を意識しながらも生きていかなければいけないことから生じる不安や喪失感、孤独感などが語られた。その中

でも、どのような状況にあっても失われていない自分に気づくとともに、主体的にどのように生きていくかが話されていた。非構造化グループと比較して、この枠組みがある構造化されたプログラムでは、一貫したテーマに沿って毎週運営されるため、グループ内での話し合いでは、話題が拡散せず、より心理的・実存的な側面に焦点付けられた。なお、プログラムへの量的評価については、質問紙を用い、現在実施しているところである。一方、がん患者に対する個人精神療法プログラムについては改訂を施し、研究を新たに開始したが参加者を得ることが出来ていない。

D. まとめ

がん患者に対する構造化されたグループ療法と同様のプログラムを有する個人療法的介入を計画した。しかし、がん患者を対象とした心理社会的ニーズに関する調査結果では、身体状況や性格特性などにより心理社会的なニーズの強さも異なることが示された。一方、ニーズの内容からは、実存的なテーマへの関心が高いことが示された。そして、実存的なテーマを設定したグループ療法では、一貫したテーマに沿ってグループが運営されるのに対して、個人療法的介入では、テーマの焦点づけに柔軟性のあるプログラムが提供される必要があると考えられた。

E. 研究発表

1. 著書および論文

- 1) 河瀬雅紀, うつ病の診断. 福居顯二, 井上和臣, 河瀬雅紀(編集). うつ病 知る治す 防ぐ. 京都: 金芳堂. pp 26-37, 2009

- 2) 河瀬雅紀, 緩和医療におけるうつ病. 福居 顯二, 井上和臣, 河瀬雅紀 (編集). うつ病 知る 治す 防ぐ. 京都: 金芳堂. pp 80-85, 2009
- 3) 河瀬雅紀 (編著), 中村千珠 (著). がん患者 グループ療法の実際. 京都: 金芳堂. 2009

2. 学会発表

- 1) 中村千珠, 河瀬雅紀, 市川大輔, 岡本和真, 落合登志哉, 園山輝久, 大辻英吾. がん患者の心理社会的ニーズに関する調査. 第 1 回日本心身医学5学会合同集会. 2009. 6, 東京
- 2) 中村千珠. 乳がん患者への実存的サポートグループの試み. 第 28 回日本心理臨床学会. 2009. 9, 東京
- 3) 中村千珠, 河瀬雅紀. がん患者の心理社会的ニーズに関する調査. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2009. 9,

広島

- 4) 河瀬雅紀. 認知行動療法とがん患者の心理的ケアサポートグループを中心に-. シンポジウム: 認知行動療法の圏外, 規格外, 想定外有効利用ー認知行動療法の全国民への供与を目指して-. 第9回日本認知療法学会, 2009.10, 千葉

F. 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

（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）

研究協力者：久村 和穂

（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）

【研究要旨】

心理社会面およびスピリチュアリティの側面を含む多面的な生活の質（QOL）の評価尺度を用いて、日本における終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価の一致度およびその予測要因について検討した。都内の 1 医療機関の緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院登録をした患者とその主要な家族介護者のペアを対象とし、自記式質問紙による調査を実施した。

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-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-家族間の人間関係、介護負担感、患者-家族間のコミュニケーションを測定した。一致度の分析にあたり、一致回答率、重みづけ k 係数または級内相関係数などを算出した。一致度の予測要因の分析には、患者-家族間の QOL 評価の差を従属変数とした重回帰分析を実施した。

適格条件を満たした 197 組の患者・家族に調査票を配布し、102 組を回収した。患者-家族間の一致度は QOL 全体としては中等度であった。身体面や機能面などの観察可能な側面は比較的に一致度が高く、心理面やスピリチュアリティなど観察困難で主観的な側面は一致度が低かった。スピリチュアリティにおける信念に関する側面は、最も低い一致度を示した。また、すべての QOL の側面において、家族は患者本人よりも患者の QOL を低く評価する傾向を示した。特に社会/家族面については、多くの患者が家族からの支援を高く評価した一方、多くの家族はそれを過小評価していた。患者-家族間の QOL 評価の系統誤差の大きさは中等度であった。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—家族間のQOL評価の一致度に関連していたが、このモデルの決定係数は低かった。

家族による終末期がん患者のQOL、特に心理社会面およびスピリチュアリティの側面の評価能力には限界があり、今回の調査では海外の先行研究と比較して患者—家族間のQOL評価の差が大きいという結果を示した。患者—家族間のQOL評価の一致を促すような支援的介入、および、両者間のQOL評価の一致度に影響を与える要因を同定するための更なる研究の必要性が示唆された。

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、家族は終末期がん患者の生活の質（Quality of Life: QOL）に、さらに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も大きく関与しているⁱⁱⁱⁱⁱ。厚生労働省の「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、家族が提供する患者に関する情報は、終末期医療の決定手続き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^{viii}。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—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^{viiiix}。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。

近年、終末期がん患者とその家族による患者のQOL評価を比較した研究報告は増加している。先行研究によれば^{xixixiiiv}、①患者—家族間の一致度は中～高度であるが、測定するQOLの側面によって一致度は異なる、②家族は具体的で観察可能なQOLの側面については正確に評価できるが、主観的で観察困難な側面については正確に評価できない、③家族は患者のQOLを患者本人よりも悲観的に評価する傾向があるが、患者—家族間の評価の差は小さいことが報告されている。

しかしながら、先行研究に残された課題として以下の点が挙げられる。①身体機能の著しい低下が予想される終末期において、スピリチュアリティは患者のQOLに影響を与える重要な側面になると考えられるが、量的に十分なサンプル（ $n > 50$ ）でスピリチュアリティの側面を含むQOL尺度を用いた研究報告は少ない。②QOLの社会的側面について、家族や周囲の人々との感情的なつながりに焦点を当てた研究報告が少ない。③患者—家族間のQOL評価の一致度の予測要因に関する研究結果は一貫していない。④1件を除くすべての

先行研究は欧米で実施されたものである。

そこで本研究では、次の2つの課題について調査し検討する。①日本における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か。本研究では、患者のQOLの心理面、社会面、スピリチュアリティの側面に焦点をあてて調査する。②患者とその家族によるQOL評価の不一致に関連する要因を明らかにする。

B. 研究方法

1. 対象

2007年5月～2009年4月に都内の1医療機関の緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院の登録をした患者とその主要な家族介護者1名のペアを連続的にサンプリングし、それぞれ20分程度の自記式質問紙による調査を行った。

患者の適格条件は以下の通りである。①がんと診断され、その旨を告知されている者、②推定予後が6か月未満の者、③年齢が20歳以上の者、④研究への参加にあたり身体的、認知的、精神的機能が良好な者、⑤日本語の読み書きが可能な者、⑥少なくとも1名以上の家族介護者がいる者。家族の適格条件は、①患者が認識している主要な家族介護者、②年齢が20歳以上の者、③日本語の読み書きが可能な者である。

2. データ収集の方法

患者の担当医が適格条件を満たした患者・家族に口頭にて研究の説明を行い、口頭にて同意が得られた患者とその家族を研究者に紹介した。あらためて研究者より文書を用いて研究の趣旨を十分に説明し、文書にて同意を得た。

患者には自身のQOLを測定してもらい、家族介護者には家族が観察または推測した患者のQOLを評価してもらった。その際、一方の回答内容が他方の回答内容に影響を与えないように、必ず患者と家族が別の場所で回答するように依頼した。患者または家族のみが緩和ケア外来を受診した場合には、患者または家族には自宅で回答してもらい、その後調査票を返信するように依頼した。その際にも、患者と家族が回答内容について決して相談しないように依頼した。

3. 調査項目

(1) QOLの評価

QOLの測定には、FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being)を使用した。FACIT-Spは身体面(7項目)、社会/家族面(7項目)、情緒面(6項目)、機能面(7項目)で構成されているFunctional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G)とスピリチュアリティを査定するサブスケールFACIT-Sp-12(12項目)を含めた5つの下位尺度、合計39項目から構成されている。各項目について0～4の5段階で評価し、高得点であるほどQOLが望ましい状態であることを意味する。各下位尺度の得点(=各項目の合計点)と5つの下位尺度の得点の合計点を示すことができる。なお、FACIT-Sp-12は、「生きる意味/平穏」と「信念」の2つの要因から構成されている。また、FACIT-Sp日本語版 version 4は、試験的に社会/家族面に2項目が追加されているため、本研究では合計41項目を使用した。

(2) 患者-家族間のQOL評価の一致度の予測要因

患者-家族間の患者のQOL評価の一致度に関連すると考えられる主な心理社会的要因として、家族の心理状態、患者-家族間の人間

関係、家族の介護負担感、患者一家族間のコミュニケーションを測定した。

家族の心理状態は、抑うつ・不安について Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)^{*)}を用いて測定した。本尺度は、Zigmondらによって作成された不安(7項目)、抑うつ(7項目)を測定するための簡便な自記式質問紙である。本尺度のわが国のがん患者における信頼性・妥当性は確立されている^{*)}。

患者一家族間の人間関係は、Quality of Marriage Index (QMI)で測定した。QMIは夫婦関係の満足度について本人が回答する尺度で、夫婦関係の全体的な良さを反映する項目に限定して作成された1次元の尺度である^{*)}。QMI日本語版は諸井によって作成され、各項目について4点尺度で回答させている^{*)}。Porterらの研究^{*)}を参考にし、QMIの中で使用されているmarriage(結婚)という語彙をrelationship(人間関係)に置き換えることにより、患者と家族介護者との人間関係の質を測定した。

介護負担感の測定には、Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)^{*)}日本語版を用いた。ZBI日本語版については、8項目で構成される短縮版(J-ZBI_8)の信頼性・妥当性も確認されている^{*)}。下位尺度には個人負担(Personal strain factor: PS因子)と役割負担(Role strain factor: RS因子)の2領域がある。前者は介護を行うことの辛さを、後者は介護者の役割を果たすことによる制限を意味する。ZBIの各項目は5段階で評価され、得点の高さが介護負担感の強さを表す。

患者一家族間のコミュニケーションについては、いくつかの尺度を用いて測定した。まず、家族内コミュニケーションについて、Family Assessment Device (FAD)日本語版のコミュニケーション・サブスケールの6項目を使用した。FADはMcMaster Model of Family Functioning (MMFF)を理論的根拠

に、家族の健康度を評価するためのスクリーニング検査として開発された自記式質問紙であり^{*)}、日本語版は標準化作業が完了している^{*)}。

さらに、Lobchukら^{*)}によって使用された患者一家族間のコミュニケーションの頻度に関する1項目、およびChenらによる研究^{*)}で使用された「緩和ケア病棟への入院の経緯」における患者一家族間コミュニケーションに関する質問の3項目を翻訳し使用した。Friedらによる研究^{*)}で使用された項目を参考にして作成した病気や医療に関する患者一家族間コミュニケーションを査定するための質問項目(4項目)も使用した。これらに「病状に関する患者の認識」に関する1項目(家族のみを対象)を独自に作成し追加した。

4. 分析方法

(1) 患者一家族間の一致度の分析

患者と家族が回答したQOLの評価得点について、それぞれの中央値を算出し、相関係数、一致回答率(患者一家族間の評価が一致した回答が占める割合)および広域一致回答率(患者一家族間の評価が±1点以内の回答が占める割合)、重みづけ κ 係数(weighted kappa)または級内相関係数(Interclass Correlation Coefficient: ICC)を算出した。 κ 係数とICCの最大値は1をとり、偶然の一致しかない場合は0をとる。相関係数、 κ 、ICCの値の解釈については、0.2以下は極めて低い一致度または弱い相関、0.21~0.40は低い一致度または弱い相関、0.41~0.60は中くらいの一致度または相関、0.61~0.80は、高い一致度または強い相関、0.81以上はほぼ完全一致または非常に強い相関と解釈した^{*)}。

また、患者と家族による評価得点の平均値の差の統計上の有意性を調べた。ただし、2群間の有意差の有無はサンプルサイズに依存するために、患者一家族間のQOL評価の差を

標準化した効果量 (=effect size) を算出することによって、患者-家族間のQOL 評価の差の大きさを調べた。Cohen のガイドラインに基づき、 $d=0.2$; 差は小さい、 $d=0.5$; 差は中くらい、 $d=0.8$; 差は大きいと解釈した^{xxvii}。

(2) 患者-家族間のQOL 評価の一致度の予測要因についての分析

患者-家族間のQOL 評価の一致度に関連する要因を同定する方法として、患者-家族間のQOL 評価の差、および、その絶対値のそれぞれを従属変数とする2つの重回帰分析(ステップワイズ法)を実施した。前者は患者と家族によるQOL 評価が一致する程度に関する予測要因を、後者は家族による患者のQOL 評価の偏り(systematic bias=系統誤差)に関する予測要因を示す。

重回帰分析に投入する独立変数を選定するために、2つの従属変数それぞれと2変量解析を実施し、 $p<0.25$ の水準を満たした変数を独立変数とした。データの統計的処理にはSPSS for Windows 17.0Jを使用した。

5. 倫理面への配慮

東京医科歯科大学医学部および調査を実施した病院の倫理委員会から承認を得た。また、研究対象となった患者と家族の双方から書面による同意を得て実施した。

C. 研究結果

適格条件を満たした患者とその家族介護者の197組のうち、研究への参加を拒否した患者・家族を除く185組に調査票を配布し、127組から調査票を回収した。そのうち有効回答は102組だった(有効回答率51.8%)。

研究参加者の基本性を【表1】に示した。研究参加者と不参加者の間に、年齢($Z=-1.70$;

$p=0.09$)、性別(chi-square=0.14; $df=1$; $p=0.70$)、原発部位(chi-square=6.60; $df=4$; $p=0.16$)、PS(PS 0-2/PS 3-4; chi-square=1.89; $df=1$; $p=0.17$)について有意差はなかった。

1. 患者-家族間のQOL 評価の比較

QOL 全体ではICCと相関係数が示す一致度は中等度を示したが、QOLの側面によって一致度は異なっていた。QOL 全体と全サブスケールにおいて患者-家族間の評価には有意な差があり、家族は患者本人よりも患者のQOLを低く評価していた。また、患者-家族間のQOL 評価の差の大きさを示す系統誤差は、身体面・機能面・スピリチュアリティの側面で小さかったが、社会/家族面、心理面、QOL 全体では中等度以上の大きさ(>0.50)を示した【表2】。

身体面と機能面では、約半数の項目で患者-家族間のQOL 評価に有意差があったが、ほとんどの項目において広域一致回答率は70%以上であった【表3】。特に身体面では1項目を除く全項目の一致回答率は40%以上であり、相関係数およびICCも高い一致度を示した。社会/家族面については、各項目の κ 係数と相関係数が示した一致度は様々であり、1項目を除く全項目で有意な差があった。ただし、広域一致回答率はすべての項目で70%を超えていた。心理面では、一致回答率は約30%、広域一致回答率は約60%で比較的に低かった。すべての項目において κ 係数は0.40以下で一致度は低く、1項目を除くすべての項目で有意差があった【表4】。スピリチュアリティについては、半数の項目で患者-家族間の評価には有意な差があり、「信仰」の要因が「生きる意味/平穏」の要因よりも低い一致度を示した【表5】。

2. 患者-家族間のQOL 評価の一致の予測要因【表6】

患者-家族間のQOL 評価の差（絶対値）との2変量解析の結果、「(患者の)性別」「診断日からの日数」「(患者の)配偶者との死別」「療養場所(PCU)」「療養場所(自宅)」「(家族の)がん罹患経験」「患者の余命認識」「患者とのコミュニケーションの満足度」の8要因と関連があることを示した。これらの要因を独立変数として重回帰分析を行った結果、「性別」「療養場所(自宅)」「患者とのコミュニケーションの満足度」の3要因が患者-家族間のQOL 評価の一致度に関連することが示された。すなわち、患者が女性で、自宅で療養し、家族が患者とのコミュニケーションに満足している程、患者-家族間の患者のQOL は一致する傾向があることを示した。

次に、患者-家族間のQOL 評価の差と独立変数との2変量解析の結果、「(患者の)配偶者との死別」「療養場所(PCU)」「患者と同居」「(家族の)がん罹患経験」「介護負担感」「(家族の)不安」「患者-家族間の人間関係」「患者とのコミュニケーションについての満足度」の8要因が、患者-家族間のQOL 評価の一致度との関連を示した。これらの要因を独立変数として重回帰分析を行った結果、「診療形態(PCU)」「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-家族間のQOL 評価の一致度に関連していた。すなわち、患者がPCU以外で療養しており、家族の介護負担感が低く、家族が患者との話し合いに満足している程、家族は患者のQOL を過少評価する傾向が小さくなることを示した。これらのモデルは従属変数の変化の13.0~17.1%を説明していた($p < 0.000$)。

D. 考察

1. 患者-家族間のQOL 評価の一致度

本研究は終末期がん患者とその家族による患者のQOL 評価の一致度およびその特徴に関する知識に寄与する独自の結果を示した。

まず第1に、本研究は以下の点で海外の先行研究への支持を示した^{11,12,13,14}。①QOL 全体について患者-家族間の一致度は中等度である。②一致度は測定したQOL の領域や項目によって異なり、観察可能で具体的な側面では一致度が高く、観察困難で主観的な側面は一致度が低い。③家族は患者自身よりも患者のQOL を悲観的に評価する傾向がある。この結果は、患者-家族間のQOL 評価の一致度は異文化間で共通の傾向があることを示唆した。

第2に、社会/家族面については、ICCや κ 係数は低い一致度を示したが、患者と家族の評価得点が上限付近に偏在し変動範囲が狭いことがその主な原因と考えられるため、患者-家族間のQOL 評価の一致度は低いとは判断し難い。また、多くの患者が特に家族との関係に関する項目について高く評価した一方で、多くの家族はそれよりも低く評価するという確かな傾向を示した。この側面について家族が過少評価する傾向から、多くの家族が患者を十分に支援できていないと考えていることが示唆された。

第3に、スピリチュアリティにおける「信念」の要因は、ICCと相関係数が示す一致度が低く、一致回答率と広域一致回答率は共に全サブスケールの中で最も低いことから、家族による評価が最も困難なQOL の側面の1つであることを示した。ただし、この結果はより文化的に適合した評価尺度の必要性を示唆しているとも考えられる。

最後に、先行研究では患者-家族間の評価

の差の程度は小さいという報告が大多数であったが、本研究ではQOL全体、心理面、社会/家族面の系統誤差は中等度以上(>0.50)であり比較的が大きかった。この主な理由として、先行研究で使用されたQOLの評価尺度が身体的機能や症状を重視する一方、FACIT-Spは心理社会面やスピリチュアリティの側面をより重視していることが考えられる。また、この系統誤差は家族による患者のQOLの悲観的評価と関連しており、家族自身の抑うつや介護負担感などの心理的苦痛が反映している可能性がある。また、日本において終末期がん患者と家族が互いに抱いている感情について率直に語り合うことが一般的ではないために、このような傾向が顕著に現れたとも考えられる。家族にとって、患者が家族との感情的なつながりについて高く評価していることを知ることは、患者への介護や世話をすることに対する満足感を強めたり、死別後の悲嘆からの回復にあたり重要な要因となるかもしれない。

2. 患者-家族間のQOL評価の差の予測要因

重回帰分析の結果、「性別」「療養場所」「介護負担感」「患者とのコミュニケーションの満足度」が、患者-家族間のQOL評価の一致度と関連する要因として同定された。

介護負担感については、異なる尺度を用いた先行研究においても同様の結果を示しており、介護負担感は患者-家族間のQOL評価の一致に負の影響を及ぼすことが示唆された。一方、HADSで測定された家族の心理状態は、2つの重回帰分析において患者-家族間のQOL評価の一致度の予測要因として同定されなかった。この点から、終末期がん患者の家族への支援においては、家族介護者の抑うつや不安に焦点をあてた心理的援助だけでは十分ではなく、患者と家族介護者を取りまく社会環境をアセスメントし、実質的な介護負担

の軽減を図ることがより効果的な支援となる可能性を示唆した。ただし、本研究は横断研究であるために、介護負担感とQOL評価の一致度との因果関係は不明である。介護負担感と患者-家族間のQOL評価の一致度の関係性についてさらに調査を行うことは、終末期がん患者とその家族に対する効果的な介入方法を開発するにあたって重要である。

患者-家族間の人間関係にかかわる要因は、患者-家族間のQOL評価の一致度の予測要因として同定されなかった。また、患者と介護者の同居/別居や患者との血縁関係(配偶者/非配偶者)においても、その関連は確認されなかった。よって、主要な介護者が患者と同居をし、夫婦関係にあり、患者との人間関係が良好であるという理由から、その家族が患者のQOLを正確に把握していると推測するのは不適切かもしれない。

本調査ではQOL評価の一致度の予測要因として、患者-家族間のコミュニケーションに焦点を当てた。FADコミュニケーション・サブスケールで測定した家族内のコミュニケーションが一致度に関連を示さなかった。ただし、「家族が病気のことについて患者との話し合いについて満足していること」が、患者-家族間のQOL評価の一致度および系統誤差との関連を示した。2004年の松島らの調査²⁰⁾は、終末期に近づくほど医療者は病状や見通しについて家族のみに情報を提供する傾向があることを示した。医療者や家族が患者の病状についての情報を本人に隠している場合、家族が患者と率直に話し合うことができないため、患者とのコミュニケーションに関する家族の満足度は低下する可能性がある。そのような終末期における患者-家族間のコミュニケーション不足は、患者のQOLを過少評価する家族を同定する指標の1つとなるかもしれない。

家族による患者とのコミュニケーションの

満足度の低下に関連する別の要因としては、患者側が家族に身体的・心理的負担をかけたくないために、病気に関する様々な症状やそれに伴う心身の苦痛について家族と話し合うことを避けていることが考えられる。しかし、本調査の結果は、家族が患者とのコミュニケーションに満足している程、家族は患者のQOLについて悲観的評価をしていないことを示した。よって、患者一家族間のコミュニケーションを促すような支援的介入は、患者一家族間のQOL評価の一致度を高めるため、患者と家族の双方にとって有効な支援方法である可能性がある。

3. 本研究の限界

本研究の限界として、横断研究であり調査施設およびサンプル数が限定されていたことに加え、調査対象者が緩和ケア病棟への入院およびそこでの治療方針について患者一家族間で合意できる程度に人間関係やコミュニケーションが良好な集団であったことが挙げられる。現在多くの終末期がん患者が療養していると考えられる一般病棟を調査対象とした場合、今回のものとは調査結果が異なることも予想される。ただし、今回のような調査対象者でも、患者一家族間のQOL評価の差が海外の先行研究と比較して大きかったことは注目すべきである。また、終末期がん患者一家族間のQOL評価の一致度の予測要因については、本研究が示した重回帰分析によるモデルでは十分に説明するものとは言えない。この予測要因に関する更なる調査研究が必要である。

4. 臨床への示唆

本研究による臨床への示唆としては、第1に、社会/家族面・心理面・スピリチュアリティの側面は、患者の価値観・人生観に深く関係しており、患者の終末期医療の内容に関す

る意思決定に重要な影響を及ぼすことが考えられるが、家族はこれらの側面を必ずしも正確に把握しているとは言えなかった。よって、医療者がこれらのQOLの側面のアセスメントを行う際、家族からの情報に頼るのではなく、患者本人からの情報が不可欠と考える。

第2に、患者のQOLについて家族からの情報しか得られない場合には、患者一家族間のQOL評価の一致度の特徴を考慮して、注意深くアセスメントする必要があると考える。家族が患者の心理面やスピリチュアリティを過小評価しているのは、医療者がこれらの側面を軽視しているという不満や、患者の心理面をもっとケアしてほしいという医療者への期待感を反映しているのかもしれない。また、終末期医療やケアに対する患者と家族の考えが異なる可能性が高い場合には、医療者は事前に患者が終末期医療とケアについての意思を表明できるような機会を提供することで、患者の尊厳を支えることは重要である。

第3に、家族が患者のQOLを過小評価していることは、遺族となった時に必要以上に自責や後悔の念を抱いて悲嘆を強める可能性が考えられる。よって、患者一家族間の患者のQOL評価の不一致を修正していくことに焦点をおく介入は、双方にとって重要な支援になりうる。本研究から示唆された有効な介入方法の1つとしては、それぞれの家族を取り巻く社会的環境と介護負担感について適切な心理社会的アセスメントを行い、様々な社会サービスやインフォーマルな支援などの社会資源を動員することによって実質的な個人負担を軽減することである。

第4に、家族が患者のQOLを正確に把握するためには、家族が患者とのコミュニケーションについて満足感をもつことが重要である。医療専門職は終末期に至る前の段階から患者一家族間のコミュニケーションについて注意を払い、これを促す支援をしていく必要がある

るだろう。

E. 結論

日本において緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価は必ずしも一致せず、QOL全体としては中程度であることが確認された。両者間のQOL評価の一致度は測定する側面によって異なり、特に患者の心情や価値観などの抽象的で観察困難な側面は一致度が低く、身体面、機能面などの観察可能で具体的な事項については比較的に一致度が高かった。また、家族は患者本人よりも患者のQOLを低く評価する傾向が確認された。

患者-家族間のQOL評価の一致度は、「性別」「療養場所」「患者とのコミュニケーションの満足度」「介護負担感」に関連していた。終末期がん患者-家族間の率直なコミュニケーションを促進させるような支援的介入および介護負担感の軽減は、患者と家族介護者の双方に有効な援助の焦点になることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38: 151-159, 2009

- 2) Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psycho-oncology* 19(1): 71-76, 2010
- 3) Kobayashi M, Ohno T, Noguchi W, Matsuda A, Matsushima E, Kato S, Tsujii H: Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 19(7): 1264-1268, 2009
- 4) 望月裕美, 小村 健, 松島英介: 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化 口腔病学会雑誌 76(1):16-24, 2009.
- 5) 野口 海, 松島英介: 精神療法. 講義録腫瘍学(高橋和久編). メジカルビュー社, 東京, pp.76-77, 2009.
- 6) 松島英介, 野口 海: がん患者における尊厳. *精神神経学雑誌* 111(1): 73-78, 2009.
- 7) 松島英介: がん医療と患者の心のケア—現状と問題点. *日本医事新報* No.4434 (2009年4月18日): 74-75, 2009.
- 8) 松島英介: 高齢がん患者の尊厳と包括的QOL. *腫瘍内科* 3(5): 497-504, 2009.
- 9) 松島英介: 現代精神科臨床と死生観. *臨床精神医学* 38(7): 905-913, 2009.
- 10) 松島英介: 終末期医療における意思決定の実態調査報告. *年報医事法学* 24: 45-54, 2009.
- 11) 野口 海, 松島英介: 緩和医療におけるリスクマネジメント. *総合病院精神医学* 21(2): 151-154, 2009.
- 12) 小林真理子, 松島英介: がん患者の症状緩和不安. *緩和医療学* 11(4):

- 392-395, 2009.
- 13) 松下年子, 松島英介: 告知 がん告知. 在宅医療辞典(井部俊子, 開原成允, 京極高宣, 前沢政次編). 中央法規, 東京, pp.99, 2009.
- 14) 松島英介: がん患者の包括的 QOL と尊厳. 日精協誌 28(12): 17-23, 2009.
2. 学会発表
【一般演題】
- 1) 久村和穂, 松島英介, 永井英明, 三上明彦: 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, 第 14 回日本緩和医療学会, 大阪, 2009.6.19-20.
- 2) 久村和穂, 松島英介, 永井英明, 三上明彦: 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の検討, 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 3) 松下年子, 野口 海, 小林末果, 松田彩子, 松島英介: 医療者によるがん患者へのこころのケア・サポートーがん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査よりー. 第 28 回日本社会精神医学会, 宇都宮, 2009年2月27-28日.
- 4) 松下年子, 松島英介, 野口 海, 小林末果, 松田彩子: がん患者が院内医療従事者に求める情報提供とこころのケアーがん患者とサバイバーを対象としたインターネット調査結果ー. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009年6月19-20日.
- 5) 小林末果, 松田彩子, 松下年子, 野口 海, 松島英介, 伊藤弘人: がん患者に対する告知の現状ーがん患者の遺族を対象としたインターネット調査よりー. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009年6月19-20日.
- 6) 松田彩子, 小林末果, 松島英介, 新井文子, 三浦 修: 入院から外来化学療法に移行する悪性リンパ腫患者のQOL. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009年6月19-20日.
- 7) 小林末果, 松田彩子, 松下年子, 野口 海, 松島英介, 伊藤弘人: がん患者に対する告知の現状 患者家族に対する「心のケア・サポート」の実態ーがん患者遺族を対象としたインターネット調査よりー. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 8) 松田彩子, 小林末果, 松田彩子, 松下年子, 野口 海, 松島英介: がん治療中の心のケア・サポートー家族を対象としたインターネット調査よりー. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 9) 松田彩子, 小林末果, 松島英介, 新井文子, 三浦 修: 外来化学療法期間中の悪性リンパ腫患者のQOL. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 10) 野口 海, 松田彩子, 松下年子, 小林末果, 松島英介: がん治療中の心のケア・サポートについてのインターネット調査ー患者と家族の意識の違いとサポートの有無. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 11) 織田健司, 松島英介: 東京医科歯科大学医学部附属病院における心身医療科のサイコオンコロジーへの取り組み, 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.
- 12) 織田健司, 松島英介: 東京医科歯科大学医学部附属病院 心身医療科のコンサルテーション・リエゾン活動, 第 22 回日本総合病院精神医学会総会, 大阪, 2009.11.27-28.

13) 小林未果, 松田彩子, 松下年子, 野口海, 松島英介, 伊藤弘人: がん患者遺族を対象とした「心のケア・サポート」に関するインターネット調査. 第 22 回日本総合病院精神医学会総会, 大阪, 2009.11.27-28.

【シンポジウム】

14) 松島英介: サイコオンコロジー総論. 明日から役立つがん患者精神科コンサルテーションのコツ. 第 105 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2009 年 8 月 21 日-23 日.

15) 野口海, 松島英介: 統合失調症患者への緩和ケア～具体的ケースから考える～. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.

16) 松島英介: 治療に反応せず, 遷延化した低活動型せん妄を通じて. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会, 広島, 2009.10.1-2.

【教育講演・特別講演】

17) 松島英介: がん患者のこころの問題とその対応. 第 5 回横浜市立大学精神医学部門シニアレジデント研修会, 横浜, 2009 年 1 月 15 日.

18) 松島英介: がん患者における尊厳とは. 第 31 回日本造血細胞移植学会総会, 札幌, 2009 年 2 月 5 日.

19) 松島英介: がん患者の尊厳と精神的ケア. 第 5 回埼玉サイコオンコロジー研究会特別

講演. さいたま, 2009 年 2 月 7 日.

20) 松島英介: 緩和ケアにおける心の問題とその対応・サイコオンコロジーの理解. . 平成 20 年度 第 2 回岩手県立病院薬剤師会自主研修会特別講演, 盛岡, 2009 年 2 月 14 日.

21) 松島英介: 在宅の終末期における精神症状への対応. 第 10 回在宅ネットワークを考える会, 東京, 2009 年 7 月 15 日

22) 松島英介: コンサルテーション・リエゾンサービスについてー抑うつ, 不安への対応ー. 宮城県アドヒアランス講演会, 仙台, 2009 年 9 月 25 日

23) 松島英介: サイコオンコロジー概観. J POS サイコオンコロジー研修会 (精神腫瘍医コース), 広島, 2009 年 9 月 30 日.

24) 松島英介: 高齢者の精神症状への対応. 第 12 回千代田区在宅医療研究会. 東京, 2009 年 11 月 18 日

25) 松島英介: 現場で役立つ抗うつ薬の使い方～女性のライフサイクルを通して～. 滋賀臨床行動科学研究会. 草津, 2009 年 11 月 21 日

26) 松島英介: サイコオンコロジー総論. GHP 精神腫瘍学研修会, 大阪, 2009 年 11 月 28 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし