

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-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)²⁶⁾ 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^{xvi}。

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^{xvi}。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^{xvii}。Porter らの研究^{xviii}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) ^{xix}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^{xx}。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^{xxi}、日本語版は標準化作業が完了している^{xxii}。

さらに、Lobchuk ら^{xxiii}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^{xxiv}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^{xxv}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 以上はほぼ完全な一致または非常に強い相関と解釈した^{xxvi}。

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、患者一家族間の 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 ($\text{chi-square}=0.14$; $df=1$; $p=0.70$)、原発部位 ($\text{chi-square}=6.60$; $df=4$; $p=0.16$)、PS (PS 0-2/PS 3-4; $\text{chi-square}=1.89$; $df=1$; $p=0.17$) 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}。① QOL 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 r 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、介護負担感と患者-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^{xxx}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-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-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-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-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-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-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-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と思われる。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。

患者一家族間の 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。終末期がん患者一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ー現状と問題点. *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一. 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一. 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一. 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一. 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一. 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，200
9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。
JPOS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3
0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

【表 1】 調査対象者の基本属性

		Patients		Family	
		n	(%)	n	(%)
性別	男性	56	(54.9)	43	(42.2)
	女性	46	(45.1)	59	(57.8)
年齢 (歳)	中央値 (範囲)	73.0	(34-92)	60.0	(30-83)
教育	中卒まで	36	(36.0)	18	(17.6)
	高卒以上	66	(64.0)	84	(84.4)
原発部位	肺	34	(33.3)		
	消化器	29	(28.4)		
	頭頸部	9	(8.8)		
	婦人科	8	(7.8)		
	乳房	6	(5.9)		
	泌尿器	5	(4.9)		
	その他	11	(10.8)		
	診断からの期間 (月)	中央値 (範囲)	18.0	(1-135)	
ECOG PS*	ECOG 0/1	34	(33.4)		
	ECOG 2	26	(25.5)		
	ECOG 3	25	(24.5)		
	ECOG 4	14	(13.7)		
診療形態	外来	88	(86.3)		
	入院	14	(13.7)		
患者との関係	配偶者			50	(49.5)
	子			33	(32.7)
	きょうだい			11	(10.8)
	親			3	(3.0)
	その他			4	(4.0)
患者との同居/別居	同居			72	(70.6)
	別居			30	(29.4)
接触の頻度	毎日			68	(66.6)
	毎日ではない			31	(30.4)
宗教	有	25	(24.5)	18	(17.6)
	無	70	(68.6)	79	(77.5)

* Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) の判定基準に基づく Performance Status

【表2】患者-家族間のQOL評価の比較：FACIT-Sp サブスケール

n	得点範囲 (項目数)	患者評価		家族評価		個別比較			集団比較		
		中央値(四分位範囲)		中央値(四分位範囲)		一致 ^b	一致回答率 (%)	Z 値 ^d	患者-家族間の差 ^e	効果率 ^f	
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲						相関 ^a
10	0-28 (7)	128	(7.5-16.5)	11.0	(7.0-17.0)	47.17	77.43	-2.08 *	-0.87	(4.7)	9
10	0-28 (7)	130	(9.0-17.0)	11.5	(7.0-15.0)	40.74	76.90	-2.33 *	-1.20	(5.2)	3
10	0-24 (6)	180 (15.0-21.0)		15.0	(12.0-19.0)	38.75	78.75	-5.58 †	-2.79	(4.4)	4
10	0-24 (6)	130	(8.0-18.0)	9.0	(6.0-14.0)	30.08	64.38	-4.93 †	-3.37	(6.2)	4
10	0-48 (12)	235	(17.0-32.5)	21.0	(14.9-28.2)	30.33	68.88	-2.50 *	-3.03	(10.9)	8
10	0-152	790	(64.0-99.0)	70.1	(53.5-86.4)	37.41	73.27	-4.74 †	-11.23	(21.4)	2
1	(38)										
QOL 全体											

注) 家族/社会面サブスケール中の1項目 (GS7) は、患者と家族による回答率が非常に低かったために分析に含まれていない。

^a Spearman 順位相関係数

^b 一致回答率 (患者と家族による評価が一致した回答が占める割合) の平均

^c 広域一致回答率 (患者と家族による評価の差が±1点以内の回答が占める割合) の平均

^d Wilcoxon 符号付順位和検定

^e 家族評価 (平均値) - 患者評価 (平均値)

^f 効果率=家族評価 (平均値) - 患者評価 (平均値) / 2 群間の差の標準偏差 (SD)

*p<0.05 †p<0.01 ‡ p<0.001

【表3】患者-家族間のQOL評価の比較：身体面と機能面

	n	患者評価		家族評価		個別比較			集団比較		
		中央値(四分位範囲)		中央値(四分位範囲)		相関係数	一致割合 ^b	一致回答率(%)	Z値 ^d	患者-家族間の差	
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲					平均値 ^e	d ^f
身体面											
GP 1	10	1.0 (0.0-2.0)	1.0 (0.0-2.0)	1.0 (0.0-2.0)	0.57 †	0.56 †	41.2	83.3	n.s.	-0.15 (1.1)	-0.14
GP 2	98	4.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	0.75 †	0.80 †	61.0	90.0	-2.41*	-0.19 (0.8)	-0.23
GP 3	96	1.0 (0.0-2.3)	1.0 (0.0-2.3)	2.0 (1.0-3.0)	0.16	0.17*	25.0	52.0	n.s.	0.09 (1.7)	0.06
GP 4	10	2.0 (0.0-4.0)	2.0 (0.0-4.0)	2.0 (0.0-3.0)	0.82 †	0.80 †	47.1	87.3	-3.10 †	-0.29 (0.9)	-0.31
GP 5	97	3.0 (1.0-4.0)	3.0 (1.0-4.0)	2.0 (1.0-4.0)	0.58 †	0.57 †	44.1	72.5	n.s.	-0.18 (1.3)	-0.13
GP 6	10	0.0 (0.0-2.0)	0.0 (0.0-2.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.26 †	0.30	55.9	79.4	-4.10 †	-0.52 (1.2)	-0.44
GP 7	10	1.0 (0.0-2.0)	1.0 (0.0-2.0)	1.0 (0.0-3.0)	0.61 †	0.59 †	55.9	77.5	n.s.	0.21 (1.3)	0.16

機能面											
GF	10	1.0	1.0 (0.0-2.0)	0.62 †	0.59 †	53.9	83.3	n.s.	0.05	0.04	
1	2	(0.0-2.0)							(1.2)		
GF	10	1.0	1.0 (0.0-3.0)	0.31 †	0.30 †	34.3	69.6	n.s.	0.10	0.06	
2	0	(0.0-2.0)							(1.7)		
GF	10	2.0	2.0 (1.0-2.0)	0.50 †	0.48 †	39.2	79.4	n.s.	-0.05	-0.04	
3	1	(0.0-2.5)							(1.3)		
GF	10	3.0	3.0 (2.0-4.0)	0.23 *	0.29 †	44.1	77.5	n.s.	-0.13	-0.10	
4	2	(3.0-4.0)							(1.3)		
GF	10	2.0	2.0 (1.0-3.0)	0.55 †	0.53 †	36.3	79.4	-2.88 †	-0.34	-0.28	
5	2	(1.0-3.0)							(1.2)		
GF	10	1.0	1.0 (0.0-2.0)	0.51 †	0.48 †	39.2	77.5	-2.54*	-0.34	-0.28	
6	1	(1.0-3.0)							(1.2)		
GF	10	2.0	1.0 (0.5-2.0)	0.48 †	0.45 †	38.2	71.6	-3.32 †	-0.47	-0.35	
7	1	(1.0-3.0)							(1.3)		

^a Spearman 順位相関係数

^b 一致回答率：患者と家族による評価が一致した回答が占める割合

^c Wilcoxon 符号付順位検定

^d 広域一致回答率：患者と家族による評価の差が±1点以内の回答が占める割合

^e 家族評価-患者評価

^f 効果率=(家族評価-患者評価)÷2 群間の差の標準偏差 (SD)

*p<0.05 †p<0.01 ‡p<0.001

【表4】患者-家族間のQOL評価の比較：社会/家族面と心理面

	n	個別比較				集団比較				
		患者評価 中央値(四分位範囲)	家族評価 中央値(四分位範囲)	相関関係		Z値 ^d	患者-家族間の差 平均値 ^e (SD)			
		一致 ^b	一致 ^b	重みづけ ^c	一致回答率 (%) 広域 ^c					
社会/家族面										
GS 1	10 2	2.0 (1.0-4.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.59 †	0.59 †	42.2	78.4	n.s.	-0.25 (1.3)	-0.20
**	10 2	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	0.25*	0.25	41.4	80.4	-2.99 †	-0.34 (1.1)	-0.32
GS 2	10 2	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	0.10	0.08	34.3	80.4	-3.88 †	-0.48 (1.2)	-0.40
GS 3	10 0	2.0 (0.0-3.0)	1.0 (0.0-3.0)	0.63 †	0.63 †	39.2	81.4	-2.10*	-0.27 (1.2)	-0.22
GS 4	10 2	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (3.0-4.0)	0.16	0.16	43.1	84.3	-4.25 †	-0.47 (1.0)	-0.47
GS 5	10 2	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (2.0-3.0)	0.17	0.17	29.4	73.5	-5.45 †	-0.75 (1.2)	-0.64
**	98	3.0 (2.3-4.0)	2.0 (2.0-3.0)	0.40 †	0.27	29.4	69.6	-5.68 †	-0.84 (1.2)	-0.71
GS 6	10 1	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	0.25 *	0.21	37.2	74.5	-4.21 †	-0.54 (1.3)	-0.43

GS	性生活に満足している。	29	0.0 (0.0-0.0)	0.0	0.36	0.36	22.6	24.5	n.s.	0.23	0.19
7			(0.0-0.0)							(1.3)	
心理面											
GE	悲しいと感じる。	97	2.0 (1.0-3.3)	1.0	0.32 †	0.27	26.5	63.7	-5.54 †	-0.96	-0.65
1			(0.0-2.0)							(1.5)	
GE	病気を静かに受け止めている自分に満足している。	10	3.0 (2.0-4.0)	2.0	0.26 †	0.23	37.3	68.6	-2.89 †	-0.43	-0.30
2		0	(1.0-3.0)							(1.4)	
GE	病氣と闘うことに希望を失いつつある。	95	2.0 (1.0-3.0)	2.0	0.24*	0.25 *	23.5	62.8	n.s.	-0.28	-0.18
3			(1.0-3.0)							(1.5)	
GE	神経質になっている。	10	2.0 (1.0-3.0)	2.0	0.41 †	0.38 †	31.4	68.6	-3.20 †	-0.50	-0.34
4		1	(0.8-3.0)							(1.5)	
GE	死ぬことを心配している。	10	3.0 (1.0-4.0)	2.0	0.28 †	0.25 *	30.4	59.8	-2.36 †	-0.60	-0.35
5		2	(1.0-3.0)							(1.7)	
GE	病氣の悪化を心配している。	10	2.0 (0.0-3.0)	1.0	0.19	0.19	31.4	62.8	-3.40 †	-0.58	-0.37
6		2	(0.0-2.0)							(1.6)	

^a Spearman 順位相関係数

^b 一致回答率：患者と家族による評価が一致した回答が占める割合

^c 広域一致回答率：患者と家族による評価の差が±1点以内の回答が占める割合

^d Wilcoxon 符号付順位和検定

^e 家族評価-患者評価

^f 効果率=(家族評価-患者評価)÷2 群間の差の標準偏差 (SD)

* p<0.05 † p<0.01 ‡ p<0.001

**FACT-G 日本語版 version 4 に試験的に追加されている調査項目

【表5】患者-家族間のQOL評価の比較：スピリチュアリティ

	n	患者評価		家族評価		個別比較			集団比較	
		中央値(四分位範囲)		中央値(四分位範囲)		相関関係	一致回答率 (%)	Z 値 ^d	患者-家族間の差	d ^f
		一致 ^a	重みづけ ^k	一致 ^b	広域 ^c					
Sp1	100	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-2.0)	0.35 †	0.33 †	27.5	69.6	-2.13*	-0.35 (1.4)	-0.25
Sp2	99	2.0 (1.0-2.0)	1.0 (1.0-2.0)	0.42 †	0.47 †	36.3	75.5	n.s.	-0.09 (1.3)	-0.07
Sp3	101	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.47 †	0.44 †	34.3	78.4	-2.89 †	-0.39 (1.3)	-0.29
Sp4	100	2.0 (2.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.17	0.16	28.4	66.7	n.s.	-0.25 (1.6)	-0.16
Sp5	98	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.35 †	0.37 †	35.3	75.5	n.s.	0.02 (1.3)	0.02
Sp6	97	2.0 (1.0-3.0)	1.0 (1.0-2.0)	0.28 †	0.26 *	25.5	67.7	-2.86 †	-0.45 (1.4)	-0.32
Sp7	99	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-2.0)	0.32 †	0.28 *	27.5	71.6	-2.92 †	-0.42 (1.4)	-0.31
Sp8	100	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	0.26 †	0.20	36.3	74.5	n.s.	0.13 (1.5)	0.09

Sp9	心の安らぎを感じさせる生活をもっている。	99	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.33†	0.37‡	39.2	70.6	n.s.	-0.04 (1.4)	-0.03
Sp1 0	強く生きるための人生観をもっている。	95	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.25*	0.26†	27.5	63.7	n.s.	-0.03 (1.6)	-0.02
Sp1 1	病気を患ったお陰で、自分の人生観がいっそう深まった。	97	2.0 (1.0-3.0)	1.0 (1.0-2.0)	0.11	0.09	19.6	51.0	-3.14†	-0.59 (1.8)	-0.33
Sp1 2	病気でどんなことになっても、大丈夫	10 1	2.0 (1.0-3.0)	1.0 (0.5-3.0)	0.27†	0.26*	26.5	61.8	-3.29†	-0.59 (1.6)	-0.37
生きる意味/平穩 (Sp1-8)		10 2	16.0 (12.0-22.0)	15.0 (11.0-19.0)	0.41†	0.44‡	31.4	72.4	-2.71†	-1.87 (7.2)	-0.26
信仰 (Sp9-12)		10 2	8.0 (4.0-12.0)	6.0 (4.0-10.0)	0.33†	0.33‡	28.2	61.8	-2.09*	-1.17 (5.0)	-0.23

^a Spearman 順位相関係数

^c 広域一致回答率：患者と家族による評価の差が±1点以内の回答が占める割合

^e 家族評価－患者評価

*p<0.05 †p<0.01 ‡p<0.001

^b 一致回答率：患者と家族による評価が一致した回答が占める割合

^d Wilcoxon 符号付順位和検定

^f 効果率=(家族評価－患者評価)÷2群間の差の標準偏差 (SD)

【表 6】患者と家族による患者の QOL 評価の差の予測要因：重回帰分析の結果

	患者評価と家族評価の差（絶対値）				患者評価と家族評価の差 ³				
	r ¹	(p)	β^2	(p)	r ¹	(p)	β^2	(p)	
患者の 特徴	性別（女性）	-0.13	(0.21)	-0.203	(0.045)				
	診断日からの日数	-0.12	(0.24)	—	n.s.				
	配偶者と死別	0.15	(0.13)	—	n.s.	-0.12	(0.24)	—	n.s.
	療養場所（PCU）	0.18	(0.08)	—	n.s.	-0.18	(0.07)	-0.299	(0.003)
	療養場所（自宅）	-0.15	(0.13)	-0.276	(0.008)				
家族の 特徴	患者と同居					0.22	(0.03)	—	n.s.
	がん罹患経験あり	-0.21	(0.04)	—	n.s.	0.17	(0.03)	—	n.s.
	介護負担感					-0.29	(0.00)	-0.298	(0.003)
	不安					-0.16	(0.12)	—	n.s.
患者— 家族間 の関係 ⁴	患者の余命認識（不 明）	0.12	(0.24)	—	n.s.				
	患者・家族間の人間関係					0.16	(0.10)	—	n.s.
	患者とのコミュニ ケーションの満足 感	-0.16	(0.13)	-0.270	(0.009)	0.23	(0.02)	0.235	(0.020)
	Adjusted R ²			0.130	(0.002)			0.171	(0.000)

¹Pearson 相関係数

²標準偏回帰係数

³家族評価－患者評価

⁴家族による評価

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表