

かった「何をサポートすればよいかわからない」と「どのように接したらよいかわからない」の2項目は極めて少なくなっていた。したがって、接し方といったスキルは時間が経てば解決しやすい一方で、「妻を傷つけるのがこわい」や「自分ができることに限界を感じ、思い悩む」といった自己完結的な困りごとは解決しにくいことがわかる。

問題回避的態度の頻度については、ある程度までしか弱まらず、さらに時間を経てもなお表れる態度であることが明らかになった。妻の病気がわかった当時では、「あなたが、奥さまの病気について感じている不安を隠す」、「奥さまが、あなたに自分の病気についての不安を隠す」の2項目において、あてはまると答えた人が50%を超えていた。

このことから、乳がん患者の配偶者の半数以上が、妻の病気が診断されたときに不安に関する問題回避的態度の態度をとっていること、および、妻が自分に対して不安に関する問題回避的態度の態度をとっていることがわかった。また、「奥さまが、あなたに傷口を見られたり、触れられたりするのをためらう」、「あなたが、奥さまの傷口を見たり、触れたりすることをためらう」の2項目も高い値を示しており、傷口に関する問題回避的態度の態度も高いことがわかった。

避ける話題については、妻の病気が診断された当時および現在において、「再発についての話題を避けようとする」、「身近な人、有名人がなくなるなど、命についての話題を避けようとする」、「乳房の喪失、損傷など、乳房についての話題を避けようとする」、「抗がん剤で苦しんだ人、抗がん剤の副作用など、抗がん剤による苦しさについての話題を避けようとする」の4項目が多くなっていた。このことから、避ける話題の項目は、診断された時と現在において大きな違いがないことがわかった。

②問題回避的態度をとりやすい男性の特徴

夫が感じる妻の問題回避的態度の強さ、侵入想起症状の強さ、疾患に対する脅威性の高さ、および夫婦関係満足度の低さの4つが問題回避的態度の説明要因であることが明らかになった。特に、夫が主観的に感じる妻の問題回避的態度の強さは他の説明変数と比較しても極めて強く影響していることが認められた。それに対して、男性役割観およびサポート役割観の説明率は低かった。

診断からの時間の経過が夫の問題回避的態度

度を緩和するという観点から、関連すると予想された「診断からの年数」は、無相関であった。また、夫婦の付き合いが長いほど、夫の問題回避的態度が緩和されるという観点から関連すると予想された「結婚からの年数」も、無相関であった。

2) 膵臓がん患者とその家族への心理的支援に関する研究

2)-1) 患者

調査対象患者の基本属性を表1に示す。対象者数は16名(男性8名、女性8名)であり、平均年齢は63.22歳(SD=10.25)であった。

表1 調査対象患者の基本属性

性別	N	平均年齢	SD	放射線治療		
				あり	なし	NA
男性	8	60.56	12.33	5	0	3
女性	8	65.88	7.55	5	2	1
	16	63.22	10.25	10	2	4

患者に対する質問紙調査の結果を表2に示す。HADS得点では、カットオフの基準となる11点以上の患者は16名中6名(37.5%)であった。家族機能では、家族機能不全の基準となる6点以下の患者は16名中2名であった。EORTC-QOL-C30の各側面については、問題ない状態を100として得点を変換した。全般的に、心理的な側面の得点に比べ、症状面の得点が低かった。

表2 患者に対する質問紙調査の結果

		Pt			
		M	SD	Min	Max
HADS	Anxiety	4.88	3.86	0	16
	Depression	4.81	2.43	1	9
	sum	9.69	5.49	1	25
		※11点以上は16人中6名(37.5%)			
EORTC QOL-C30	家族機能測定尺度(FAPGAR)	9.25	1.73	4	10
	Good death	8.73	3.34	0	12
	MAC(FS)	48.29	15.47	0	63
	全般的QOL(QL)	55.21	19.92	25	83
	身体(PF)	80.83	15.37	40	100
	役割(RF)	85.42	14.75	67	100
	認知(CF)	78.13	18.97	33	100
	情緒(EF)	86.98	16.66	33	100
	社会(SF)	72.92	17.08	50	100
	嘔気嘔吐(NV)	7.29	13.57	0	33
	倦怠感(FA)	38.89	16.23	11	78
	呼吸困難(DY)	18.75	20.97	0	67
	痛み(PA)	17.71	18.73	0	50
睡眠障害(SL)	16.67	21.08	0	67	
食欲不振(AP)	22.92	26.44	0	67	
下痢(DI)	29.17	29.50	0	67	
経済(FI)	31.25	30.96	0	100	

次に、面接調査結果から得た患者の問題を表3に示す。

表3 患者の問題リスト

再発や転移の不安	
再発が不安である	
残された時間がどれくらいなのか考えてしまう	
今、どうい状況かわからないので、痛みがあると転移したのではないかと不安になる	
転移の不安を解消したい、悪い方向に考えないようにしたい	
今行っている抗がん剤が効かなくなるとどうなるかが心配	
これからの時間の過ごし方	
罹患前の生活・自分・状態に少しでも戻す	
今の状態を少しでも長く維持したい	
先手に対応するよう心がける	
癌に負けない気持ちを持って生きる	
家族のために、生きておきたい	
現状にあわせて自然体でいる、自分らしくありたい	
もしもの時のための準備をする	
自分ができるだけのことをしておきたい	
自分のために、めいっぱい時間をつかう	

「罹患前の生活・自分・状態に少しでも戻す」という問題は、「体力をつける」、「身体に良いことをする」、「良い面を考える」、「周りに感謝する」、「好きなこと・気晴らしをする」、「楽しいことを考える」、「今の治療を少しでも続ける」、「可能性のある治療を探す」、「他の患者さんの話を聞く」、「1人で抱え込まない」、「乗り越えてきた記録をつける」、「がんが治るイメージをもつ」という行動目標と関係していた。各行動目標を達成するための具体的な解決策として、「体力をつける」は家の階段の上り下りを増やす、近所なら車を使わずに歩いていく、毎日8000歩程度歩く、ラジオ体操を毎日する。「身体に良いことをする」は油や塩分を控えめにして食事に気をつかう。野菜ジュースを作って毎日飲む。少量ずつ食べるようにする。体重を減らさないように記録する。「好きなこと・気晴らしをする」は家庭菜園をする、家に友達を呼んでごはんを食べる、買い物には自分で出かける、韓流ドラマをみる、スポーツ観戦をする。「楽しいことを考える」は落語のCDを聞く、が挙げられた。

2)-2) 家族

質問紙調査で回答があった家族の基本属性を表4に示す。対象者数は13名(男性3名、女性10名)であり、平均年齢は51.62歳

(SD=13.00)、患者との続柄は、夫1名、息子2名、妻6名、娘4名であった。

表4 調査対象家族の基本属性

性別	N	続柄	N	平均年齢	SD
男性	3	夫	1	66.00	-
		息子	2	51.50	.70
女性	10	妻	6	53.17	15.66
		娘	4	45.75	12.12
	13		13	51.62	13.00

家族に対する質問紙調査の結果を表5に示す。HADS得点では、11点以上の家族は13名中11名(84.6%)であった。家族機能が6点以下の者はいなかった。

表5 家族に対する質問紙調査の結果

		Fa			
		M	SD	Min	Max
HADS	Anxiety	7.77	4.09	3	16
	Depression	6.15	3.39	3	14
	sum	13.92	6.33	6	28
		※11点以上は13人中11名(84.6%)			
家族機能測定尺度	Good death	8.69	1.60	5	10
	MAC(FS)	8.62	2.50	4	12
	MAC(FS)	46.31	10.05	34	64

次に、面接に同意を得た家族7名(平均年齢54.4±13.3歳)の調査から得た問題を表6に示す。属性は夫2名、妻3名、息子、娘それぞれ1名であった。7名の質問紙の結果は、13名の結果と大きな差はみられなかった。

次に、面接調査結果から得た患者の問題を表6に示す。

表6 家族の問題

今後の不安
今後どうなっていくのか不安
毎回の検査結果が心配
患者が今後どれだけ苦しむのか不安
患者の症状悪化に対処できるか心配
これからの時間の過ごし方
家族として後悔しない(出来るだけのことはする)
患者の希望どおり過ごさせる
少しでも長く生きてほしい
病気のことを考えなくてよい生活に戻りたい
考えても仕方ないことは深く考えない
今までやってきたこと、生活を続ける
もしもの時に備えて準備する

「家族として後悔しないようにできることをする」という問題は、可能性のある治療を探す、患者の様子をモニタリングする、患者との時間を大切にすること、自分にできることを探すという行動目標と関連していた。行動目標を達成するための解決策としては、「可能性のある治療を探す」は知合いの医療関係者に治療について聞く、新聞やインターネットで新しい治療法を探す、自分で探した治療法が患者に適応か医療者に聞く、食事療法やサプリメントなど癌に効くものを試す。「患者の様子をモニタリングする」は患者が食事を摂れているか確認する、患者の体調を気にする、検査結果を気にする、「患者との時間を大切にすること」は患者の趣味・娯楽を一緒にすること、患者が心配するような話題を避ける、患者とできる限り一緒に過ごす。「自分にできることを探す」は患者のために自分の健康を維持する、食事を作るのに工夫する、患者の送り迎えをする、患者を笑わせる、が挙げられた。

D. 考察

1) 乳がん患者の配偶者の夫婦間コミュニケーションにおける問題回避的態度の実態把握とその背景要因の探索

夫の問題回避的態度の強さに対してもっとも影響している要因は、夫が主観的に感じる妻の問題回避的態度の強さであることが明らかになった。本研究で興味深いのは、実際の妻の問題回避的態度でなく、夫が主観的に感じている妻の問題回避的態度が夫自身の問題回避的態度に影響していることが明らかになった点である。このことは、妻が実際に問題回避的態度をとっていないとしても、夫が妻に問題回避的態度をとられていると判断して、結果として自身の問題回避的態度を強めているという可能性を示唆している。したがって、夫の問題回避的態度の軽減のためには、妻が問題回避的態度をとっていないという事実というよりもむしろ、妻が問題回避的態度をとっていないと夫が認識することが必要だと考えられる。そのためには、海外でも行われているように、夫本人のみに対するはたらきかけではなく、夫と妻の双方を同席させて互いの気持ちを分かちあえる場としてのカップルカウンセリングが効果的であると考えられる。

また、診断からの年数が経つほど夫の問題回避的態度がやわらぐと予想されたが、「診断からの年数」と夫の問題回避的態度との間に関連はみられなかった。また、夫婦の付き合

いが長いほど、夫の問題回避的態度が緩和されると予想されたが、「結婚からの年数」と夫の問題回避的態度との間にも関連はみられなかった。考えられる理由としては、前者に対しては、診断からの年数というよりもむしろ、病気との個人の付き合い方のほうが重要であるという可能性が考えられる。また、後者に対する理由としては、結婚からの年数というよりは、夫婦関係の良好さのほうが重要であるという可能性が考えられる。この可能性については、本研究の分析において得られた、夫婦関係満足度が高いほど夫の問題回避的態度が低いという結果と一致する。

男性役割観およびサポート役割観は、仮説に反して、夫の問題回避的態度へ影響を及ぼすという結果にはならなかった。第一に考えられる理由としては、本研究において使用した尺度が実際に測定しなかった男性役割観およびサポート役割観に適切でなかった可能性である。男性役割観は既存の尺度を用いたが、男性役割観といっても範囲が広いので、使用した項目が不適切であった可能性がある。サポート役割観については、文献や資料を参考にして研究者間の議論によって作成したが、項目数が少なくなってしまったために信頼度が低下し、測定しなかった項目を測れていなかったのかもしれない。

次に、妻と接する上で困ったことに関して、注目すべき点は2つある。1つ目は、妻の病気が診断された当時の夫の困りごとに関して、本研究で得られた結果が先行研究と一致している点、2つ目は、妻の病気が診断された当時と現在で、夫の困りごとの内容に大きな変化が認められた点である。特に2つ目に関しては、妻が診断された当時と現在での2時点について聞いている研究はこれまでにないため、本研究が乳がん患者の配偶者の困りごとの経時変化を回顧的ではあるが調査した初めての研究という点で意義深い。

まず、先行研究との一致に関して、妻の病気が診断された当時では、「何をサポートすればよいかわからない」(66.6%)、「どのように接したらよいかわからない」(57.6%)ことに困っている人が多く、妻の病気が診断された当時において、配偶者の2人に1人以上がこれらの悩みを抱えていることが明らかになった。この結果は、「乳がんであるとわかってから手術までの間、奥様に接して困ったことはなんですか」という問いに対して、「何をサポートすればよいかわからなかった」

(47.1%)、「どのように接したらよいかわからなかった」(34.3%)が回答の上位2つを占めた結果と一致する(ブリストルマイヤーズ調査より)。したがって、妻の病気が診断された当時、夫の一般的な悩み事は、妻に対して何をサポートすればよいかわからない、妻にどのように接したらよいかわからないといったものが多いということできると考えられる。さらに、妻の病気が診断された当時に関して、本研究では前述した2項目に次いで「自分ができることに限界を感じ、思い悩む」、「奥さまの気持ちがわからない」「自分が気を遣いすぎてしまい、かえって奥様に気を遣わせてしまう」といった、サポートしたいけどもその方法がわからないという項目が多かったのに対し、「自分が前と同じように日常生活を送れなくなり、負担に感じる」、「自分が精神的にストレスを感じ、耐えられない」、「奥様が甘えてくるのがうっとうしく感じる」といった、妻の病気が自分のストレスや負担になっているという項目は少なかった。したがって、妻の病気が診断された当時の夫の困りごとは、妻の病気が自分の日常生活や精神上の負担になっているというよりも、むしろ病気になった妻へサポートしてあげたいけれども、どのようにサポートすればよいかわからない自分自身に対するジレンマであることが明らかになった。また、「励ましすぎて奥様を追い込んでしまう」が当時と現在の2時点ともに低い数値を示している点も注目してよいだろう。サポートしたいが接し方がわからないという項目が高い数値を示していることを考えると、夫は気持ちを表出しない傾向にあるとしても、表出しすぎている可能性は極めて低いと考えられる。これは、男性は気持ちをあまり表に出すべきではないという意識と関係しているのかもしれない。それに対して、現在の困りごとは、「不用意な言葉で奥さまを傷つけるのがこわい」がもっとも多く、妻の病気がわかった当時には多かった「何をサポートすればよいかわからない」と「どのように接したらよいかわからない」の2項目は極めて少なくなっている。したがって、サポートや接し方といったスキルは時間が経てば解決しやすい一方で、自分自身の精神面に関する困りごとは解決しにくいことがわかる。これは、配偶者が不適切な態度をとることは、配偶者自身の不安が強いこと、疾患に対する対処可能感が低いことなど、配偶者自身の問題を反映していることが指摘されている

(Thompson, Galbraith, Thomas, Swan, & Vrungos, 2002)ことを踏まえると、不用意な言葉で妻を傷つけてしまうことに対する恐怖が、妻とのコミュニケーションから生じたものというよりは、むしろ夫自身の気質に強い影響を受けているためかもしれないと考えられる。

問題回避的態度については、現在の結果を妻の病気の診断当時と比較したとき、全体的に低くなってはいるものの、30%より低くなっている項目はほとんどない点である。このことから、問題回避的態度は、ある程度までしか弱まらず、さらに時間を経てもなお表れる態度であることがわかる。この結果は、夫の問題回避的態度は時間とともに緩やかに低下するというManneらの研究結果と一致する。したがって、問題回避的態度は時間を経ることで解決される問題ではなく、積極的な介入を必要とする問題であることが示された。

2) 膵臓がん患者とその家族への心理的支援に関する研究

患者の問題は、「再発や転移の心配」と、「今後の過ごし方」に分類されるといえるだろう。再発や転移、治療に関する心配、少しでも痛みがあると転移したのではないかと不安になるといった事柄が語られた一方で、現状にあわせて自分らしく生活したい、今の状態を維持したい、病気と闘っていききたい、といった生きることへの積極的な事柄も挙げられた。家族の問題も、「今後の不安」と「これからの時間の過ごし方」に分類された。家族は、患者の症状の悪化に不安を抱き、患者の体調の変化に敏感になり、効果的な治療法を探して取り入れようとしていた。その多くが生活の中心を患者の治療を優先させて家族自身の時間を持つことが少なく、患者の「死」について不安を抱きながらもそれを考えることを回避しようとしているのではないかと考えられる。また、患者への心配が常に頭の中にあり、趣味を楽しむことができないと語った対象者がいること、家族において、HADSが11点以上を示した者が8割以上であったことから、膵臓がん患者のみならず、その家族に対する心理的支援体制が必要である可能性が示唆された。

E. 結論

乳がん患者の配偶者の夫婦間コミュニケーションにおける問題回避的態度の実態把握と

その背景要因、そして膵臓がん患者とその家族が抱える問題と心理状態が示された。今後は、研究結果をもとに適切な介入や、支援体制を確立していかなければならない。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 伊藤壽記, 前田和久, 阪上 未紀, 他:
生活習慣病に対する統合医療的アプローチ.
日本統合医療学会, 印刷中
2. 伊藤壽記: Donald I. Abrams, Andrew T. Weil/伊藤壽記, 上島悦子監訳: なぜ、
がんに対して統合医療でなければならないのか? がんの統合医療 メディカル・サイエンス・インターナショナル:1-12, 2010
3. 伊藤壽記: Donald I. Abrams, Andrew T. Weil/伊藤 壽記, 上島悦子監訳: がん予防に対する統合的アプローチ. がんの統合医療 メディカル・サイエンス・インターナショナル: 13-37, 2010

学会発表

1. Ito T: An Integrative Approach to Cancer Patients with Metabolic Syndrome. The 1st Integrative Medicine Expo 2010, JangHeung City, Korea
2. 伊藤壽記: これからの医療の新展開、全人的統合医療を目指して. 第 59 回全日本鍼灸学会 2010, 大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の家族の治療法選択・治療中止の意思決定に関する研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援診療科

研究協力者 塩崎麻里子 近畿大学総合社会学部

三條真紀子 東邦大学医学部看護学科

研究要旨 ホスピス・緩和ケアへの移行期のがん患者の家族への望ましいケアのあり方を探索することを目的に実施した、「積極的治療の中断/中止」「療養場所の変更」の両時期の家族の心理と医療者のかかわりに関する面接調査の質的分析を行った。「積極的治療の中断/中止」に関しては、治療中止に関する意思決定当時の後悔の内容（2 カテゴリー3 下位カテゴリー）と治療中止に関する現在の後悔の内容（3 カテゴリー7 下位カテゴリー）と意思決定時に用いられる心理的対処と死別後に用いられる心理的対処が明らかになった。「療養場所の変更」に関しては、緩和ケア病棟への入院検討時の時期別の「家族の大変さ・つらさ」に対して、得られた「求められる家族ケア」の内容（20 カテゴリー）を元に、ケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師のスーパーバイズを受けた。本研究の結果を活かし、今後、移行期の家族への意思決定支援として、患者・家族、そして医療者に配布できるパンフレットやリーフレットを作成し、情報提供していく予定である。

A. 研究目的

ホスピス・緩和ケアへの移行期のがん患者の家族に対する望ましいケアのあり方を探索することを目的に、遺族を対象としたインタビュー調査を実施した。特に、がんの治療中断、療養場所の変更の2つの時期に着目し、それぞれの時期に家族がどのような気持ちを抱いていたのか、その際のつらさや困難をやりわらげた医療者の関わりとはどのようなものであったのかについて明らかにし、意思決定に対する望ましい家族ケアのあり方に関して提言を行うことを目的とした。それぞれの時期の具体的な目的は以下の通りである。

1) 積極的治療の中止

積極的治療の中止を決めることは、患者のみならず家族にとって、深刻で重大な決断を迫ることとなる。そのため、治療の中止を決めたこと自体、あるいは決定の仕方などについて後悔をする遺族が少なくない。そのため、本研究では、緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族を対象に、治療の中止を決める際と現在という2時点で、家族がどのような後悔をしているのかと、その後悔を減らすためにどのような心理的対処を用いているのかを具体的に明らかにすることとした。そこから、意思決定時にできる支援と、死別後にできる支援

を提示することを目指す。

2) 療養場所の変更

わが国では、積極的治療を行わない患者が一般病院に入院を継続することは困難であり、治療を中止・中断した患者は療養場所の変更を迫られることが多い。この時期には、患者よりも先に家族への情報提供が行われることが多く、この時期の家族の負担を軽減することが必要である。本研究では、専門的緩和ケアサービスにスムーズにつないでいくために、療養場所の変更の際に家族が経験するつらさや困難が、時期によってどのように推移するかを明らかにし、およびこの時期に望まれる家族ケアをまとめることを目的とした。また、療養場所移行期に求められる看護師の役割を明らかにするために、ケアガイドの作成を第二の目的とした。

B. 研究方法

対象のリクルートは、ホスピス緩和ケア振興財団事業「緩和ケアの質の評価に関する研究」で実施された質問紙調査(2007年6月)において、面接調査への参加に同意した遺族を対象に行った。調査は、平成20年5月から9月にかけて、関東と関西のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族105名のうち、

再度の郵送による確認で同意の得られた 60 名（平均年齢：59 歳，範囲：36-79 歳）を対象に実施した（同意率：57%）。なお、積極的治療の中止に関する分析では、治療の中止に関する意思決定に関わった遺族 53 名（平均年齢：59.2±11.2 歳，範囲：36-79 歳）のみを対象とした。

分析においては、がんの治療中断、療養場所の変更それぞれの時期別に、内容分析を用いてカテゴリを作成した。さらに、カテゴリの信頼性は、独立した 2 名のコーダーが作業を行い一致度を算出した κ 係数によって確認した。

「療養場所の変更」に関しては、得られたケアのカテゴリを元に、ケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師 1 名のスーパーバイズを受けた。

（倫理面への配慮）

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程で婦ラバシーが守られること、閣下は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、書面にて研究参加の同意を取得した。また、インタビュー調査を実施するにあたり、遺族の連絡先の管理を徹底する、研究の趣旨や方法に関する遺族へのインフォームドコンセントを電話連絡時と調査開始時の 2 度行うなどして、遺族の心情への配慮を行った。また、実施後には、逐語録にはパスワードをかけ、個人情報特定できるものに関しては鍵のかかる部屋での保管などを行い、データの管理を研究者間で徹底して行った。また、分析には、個人が特定できない形での ID を振ったものを用いた。

C. 研究結果

1) 積極的治療の中止

インタビューデータから、意思決定当時における後悔を述べていた 14 名、現在になっての後悔を述べていた 8 名、その両時点における後悔を述べていた 7 名の 29 名（54.7%）に関して、後悔の内容をカテゴリに分類した。その結果、当時の後悔の内容としては、「治療について（20 名）」と「決め方について（5 名）」に分けられた。また、現在の後悔の内容にとしては、「決め方について（11 名）」、「他の選択肢について（9 名）」、「治療について（6 名）」の 3 つに分けられた。当時の後悔（2 カテゴリ-3 下位カテゴリ）に比べて、

現在になってからの後悔（3 カテゴリ-7 下位カテゴリ）は多岐にわたっていた。また、当時も現在も共通している後悔の内容と、現在になって生じる後悔の内容が具体的に明らかになった。

前年度分類した「心理的対処」に関しては、新たに意思決定前にみられるか、後にみられるかといった視点で再解析を行った。その結果、後悔を未然に防ぐために意思決定前に行っていた心理的対処としては、『決定焦点型』の決定の質を高める、決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』の決定のやり直しが効くようにする、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点型』の最悪の事態を予測し覚悟するが用いられていた。また、後悔を緩和するための死別後の心理的対処としては、『決定焦点型』の決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』は、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点型』の後悔を抑圧する、最悪の事態を予測し覚悟する、心理的回復作用が用いられていることが示された。

2) 療養場所の変更

60 名を対象としたインタビューデータから、「移行期の大変さ・つらさ」、「求められる家族へのケア」に関するカテゴリを作成した。カテゴリ全体の一致度は 80.4%、 κ は 0.49 であった。

「移行期の大変さ・つらさ」は 25 カテゴリに分類された。緩和ケア病棟入院検討中、入院予約から入院までの期間、入院後の 3 時点に注目して、出現頻度の推移を明らかにした。25 カテゴリは『緩和ケア病棟入院予約後および入院後の両方で軽減する大変さ・つらさ』（例「PCU 入院の見通しが立たないこと」42%，35%，0% 等）『入院予約で軽減するが入院後は変わらない大変さ・つらさ』（例「医療者から良いケアを受けられないこと」61%，33%，34% 等）『入院予約で軽減し、入院後に増加する大変さ・つらさ』（例「入院中の家族の負担があること」39%，20%，64% 等）『3 時点で変わらない大変さ・つらさ』（例「患者の病状の悪化を認識すること」27%，26%，27% 等）『一時点でのみ存在する大変さ・つらさ』（例「入院日の融通が効かないこと」0%，19%，0% 等）と少数意見（例「他の誰かが死ぬのを待っている気がする」3%，4%，0% 等）に分けられた。

「求められる家族へのケア」は20カテゴリに分類され、最も多くあげられたのは『患者へのケアを十分に行うこと』(N=46, 78%)であり、患者への気遣いや十分な身体的ケアを望む意見が多く聞かれた。他のカテゴリのうち、過半数の遺族が、家族ケアとして重要であると回答したのは、『家族への関心を示すこと』(N=35, 58%)、『ホスピス・緩和ケア病棟について十分に情報提供を行うこと』(N=34, 57%)であった。

また、本研究の結果を用いてケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師1名のスーパーバイズを受けたところ、ケアガイドの骨子となる、各ケア項目の表現および内容に関しては概ねよいとの評価が得られたが、看護教育の現場で用いていくためには、クリニカルラダーへの適応など、実施可能性に問題があるとのコメントが得られた。

D. 考察

1) 積極的治療の中止

これまでに、意思決定当時のみに後悔を感じている遺族や現在にのみ後悔を感じている遺族の存在が報告されたことで、遺族の気持ちは時間を経ることで変化することが明らかとなった。さらに今回の結果によって、意思決定当時の後悔の内容と現在の後悔の内容では、共通のものと、それぞれの時点で独自のものが存在することが明らかとなった。このことから、後悔の内容も時間を経て変化することが示唆された。具体的内容が明らかになったことで、意思決定時には、多くの家族が迷いや未練を抱えながら慌ただしく意思決定を行っていることと、死別後に新たに生じる後悔が存在することに対する理解の必要性が示唆された。また、死別後に生じる後悔として具体的に明らかとなった、他の選択肢に対して無知であったことに対する後悔や、もっと早く治療をやめればよかったと感じることなどに関する予防的支援の重要性が示唆された。

心理的対処に関しては、未然に後悔を防ぐための意思決定当時の心理的対処方略と、経験した後悔を軽減するための死別後の心理的対処方略が具体的に明らかとなった。本研究では、遺族が実際に用いていると考えられる心理的対処方略は明らかになったものの、それらの対処方略が後悔を低減させるかどうかは検討していない。今後、実際に効果的な対処方略を実証する研究を積み重ね、また、こ

れまでの心理学的研究により明らかになっている、やり直しのきく選択は後からの満足度が低いこと (Gilbert et al., 2002) や、後から他の選択肢の質を再評価することは後悔を導きやすい特徴であること (Schwartz et al., 2002)、否定的感情の抑圧は認知的処理を阻害すること (Devine et al., 2003) などを考慮した上で、家族に対する意思決定支援を検討していく必要がある。

2) 療養場所の変更

本研究は、緩和ケア病棟の入院に伴う家族の体験を明らかにする上で、検討期間だけではなく、入院待機中や入院後という期間に注目した初めての研究である。

本研究の結果から、緩和ケア病棟への入院・利用を決意し、予約した後や、入院した後も継続している大変さ・つらさがあることが示された。療養場所の移行を支援する医療者、そして入院してくる患者家族を支援する医療者は、入院予約によって移行期に感じている大変さ・つらさが消滅するわけではなく、継続した支援が必要であることを念頭において関わる必要がある。

家族が求める家族ケアとして、上位10カテゴリのうち、5カテゴリが『患者へのケアを十分に行うこと』(N=46, 78% 再掲)、『家族への関心を示すこと』(N=35, 58% 再掲)、『患者と家族に明るく対応すること』(N=27, 45%)『療養環境を居心地良く整えること』(N=26, 43%)『家族の心身の負担を気遣うこと』(N=25, 42%)という、移行時期に特異的ではない、普遍的な家族ケアであることは注目に値する。積極的治療を中止し、ホスピス・緩和ケアへの移行を検討する時期の家族ケアに苦慮している医療従事者に対し、家族が望んでいることは特別なケアの実施ではなく今までどおりのケアの継続であることを示すことは、どのようなケアを提供してよいか悩む医療者への支援につながると考えられる。

本研究の限界として、遺族を対象とした研究であることから、家族は自分自身のつらさや困難に関して、医療者に過小申告することが先行研究で指摘されている (Fridriksdottir N, 2006; Osse BH, 2006)。また、家族へ提供されたケアの全容を家族自身が認知し、言語化することは非常に困難である。そのため、どのようなケアが望ましいのかに関して十分聞き取りが出来なかった可能性もある。今後は医療者を対象としたインタビュー調査を実施し、望ましいケア提供のあ

り方を考えていく必要がある。

また、作成したケアガイド案に関しては、臨床現場での使用を目指し、今後、ケアガイド内容にクリニカルラダー（看護実践能力開発プログラム）に応じた段階設定を行い、問題場面ごとにケア内容をまとめていくなど、内容の改変を行っていく必要があると考えられた。

E. 結論

ホスピス・緩和ケアへの移行は、がん患者や家族にとって、病状の悪化や死を意識させるため、困難を伴う場合が多いことが報告されてきた。本研究によって、家族に焦点を当て、患者へのケアの提供者としてだけでなく、ケアを受ける立場でもある家族への望ましいケアのあり方についてのさらなる具体的な資料が得られたことは意義がある。今後、内容を洗練させ、移行期の家族への意思決定支援として、患者・家族、そして医療者に配布できるパンフレットやリーフレットを作成し、情報提供していく予定である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. J Palliat Med 13(1): 27-31, 2010
2. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. J Clin Oncol 28(1): 142-8, 2010
3. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Miyashita M, Sato K, Shima Y: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. Am J Hosp Palliat Med 27(1): 50-4, 2010
4. Ando M, Morita T, Akechi T, Ifuku Y: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. Support Care Cancer, 2010
5. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. Psychooncology 19(7): 750-755, 2010
6. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa T: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. J Pain Symptom Manage 40(2): 224-234, 2010
7. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage 40(5): 671-683, 2010
8. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 尾形明子, 平井 啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. 小児がん 47(1): 91-97, 2010

学会発表

1. 吉田沙蘭, 平井 啓, 森田達也 他: 患者に対する予後告知が家族におよぼす影響の探索—遺族への面接調査の結果から—. 日本緩和医療学会 2010. 6, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の家族の QOL の概念化に関する研究

分担研究者 宮下光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
研究協力者 三條真紀子 東邦大学医学部看護学科

研究要旨 緩和ケアにおいて、患者の闘病中から、がん患者の家族に対して質の高いケアを提供することは重要である。しかし、わが国では、終末期の家族が患者との療養生活において何を重視しているのか、家族がどのような看取りを望んでいるのかに関してはほとんど明らかにされてこなかった。そこで本研究では、今年度、家族ケアの目標を定めるために、わが国のがん患者の家族にとっての QOL を構成する要素の概念化を試みた。

無記名自記式郵送調査を行い、がん患者遺族 421 名の回答を用いた量的解析を行った。本研究の結果から、終末期がん患者の家族が療養生活において大切にすることは、家族が共通して重要視する 9 つの概念と重要性に個人差がある 3 つの概念にわけられることが明らかとなった。本概念は、終末期の家族ケアの質を評価する際の指標として用いることが可能であると考えられる。

A. 研究目的

終末期がん患者は、終末期の療養生活において「家族の負担にならないこと」「家族とよい関係でいる」ことを重要な要素の 1 つと考えている。終末期がん患者を介護する家族は、患者自身よりも強い心理的負担を感じていること、また介護による身体的、心理的、経済的負担は家族の健康状態に影響し、その影響は患者の死別後まで継続することが報告されており、患者の闘病中から、がん患者の家族に対して質の高いケアを提供することは、家族のみならず、患者の望ましい死の達成を実現する上でも、また死別後の遺族を支える意味でも重要である。

しかし、わが国では、終末期の家族が患者との療養生活において何を重視しているのか、家族がどのような看取りを望んでいるのかに関してはほとんど明らかにされてこなかった。今後の家族ケアの向上のためには、わが国の家族の視点から、終末期の家族の QOL を構成する要素、つまり家族にとって、患者との望ましい療養生活とはどのようなものかを理解したうえで、家族ケアの目標を明確化することが必要であり、家族としての目標を知ること、はじめて患者・家族を一体として理解し、双方の意見を支えることが可能となると考えられる。そこで、本研究では、家族ケアの目標を定めるために、わが国のがん患者の家族にとっての QOL を構成する要素の概念化を試みることを主たる目的とした。

B. 研究方法

郵送自記式質問紙調査を実施した。

1. 郵送自記式質問紙調査の対象者の選出
郵送調査の対象は、47 都道府県に居住する 40-79 歳の男女 5000 名とし、層化二段階無作為抽出を行った。
2. 郵送自記式質問紙調査のデータ収集
対象者に質問紙を郵送にて配布し、記入後は分担研究者の所属大学への返送を依頼した。データ収集は 2009 年 6 月に実施した。非回答者への督促は行わなかった。
3. 郵送自記式質問紙調査の内容
質問紙では、対象者の家族の一人ががんで治る見込みのない状態になった場合を想定してもらったシナリオを設定した。その上で、面接調査の結果抽出された 45 構成要素について、その人と一緒に過ごす上で大切に思う程度を「まったく重要でない」～「絶対に重要である」の 6 件法でたずねた。同時に、対象者の背景情報および想定した家族の続柄を尋ねた。
4. 郵送自記式質問紙調査の分析
がん患者を介護し、がん医療の現状を知っている遺族の回答から、現実をふまえた概念化を行うために、がん患者の遺族の回答を用いて量的解析を行った。まず、各項目の記述統計量を算出した後、各構成要素を概念化するために因子分析を行った。

(倫理面への配慮)

質問紙調査は分担研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。質問紙を郵送する際に、調査への参加は自由であること、質問紙は無記名であり、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、回答者が特定できないかたちで公表することなどを明記した依頼書・主意書を用いて説明し、対象者が抽出された仕組みについても十分説明を行った。対象者にかかる負担を減らすため、同意書の同封は行わず、質問紙の返送を得て同意を得たと判断した。

また、実施後には、データにはパスワードをかけ、鍵のかかる部屋での保管などを行い、データの管理を研究者間で徹底して行った。また、分析には、個人が特定できない形での ID を振ったものを用いた。

C. 研究結果

1975名(有効回収率40%)から回答を得、1143名(58%)の対象者が10年以内の死別経験を有し、そのうちがんで患者を失った経験のあるものは421名であった。45構成要素のうち、重視するという回答が最も多かったものは、「患者さまの身体の苦痛がやわらげられること」(97%)であり、最も少なかったものは「心のよりどころや信仰がある」(61%)であった。

探索的因子分析により検討した結果、「家族が支えられている」「患者がおだやかに過ごせる」「患者の介護を十分にする」「患者と一緒に過ごす」「患者の受けているケアに満足している」「患者と楽しく過ごす」「患者との絆の深まりを感じられる」「患者の死に対する準備をする」「信頼できる医療者がいる」「気軽に相談できる医療者がいる」「誰かの負担にならない」「病気や介護以外の心配をしないでいられる」の12領域に概念化され、終末期がん患者の家族が療養生活において大切にすることは、家族が共通して重要視する9つの概念と重要性に個人差がある3つの概念にわけられることが明らかとなった。

D. 考察

本研究の結果によるわが国のがん患者の家族にとってのQOLの概念化によって、わが国の終末期がん患者の家族ケアの目標がはじめて明確になった。全ての医療者が自覚し、配慮すべき9領域と、家族が希望すれば支援すべき3つの領域が明らかになり、今回明らかになった12の領域は、今後の日本の家族ケアの質の

評価指標として用いることが出来ると考えられた。

E. 結論

全国の男女5000名を対象に郵送質問紙調査を実施し、がん患者遺族421名の回答を対象に量的分析を実施した。本研究の結果から、わが国のがん患者の家族が患者との療養生活において重視している12の概念が明らかとなり、今後の日本の家族ケアの質の評価指標として用いることが出来ると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med* 13(1): 27-31, 2010
2. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 28(1): 142-8, 2010
3. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Miyashita M, Sato K, Shima Y: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Med* 27(1): 50-4, 2010
4. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* 19(7): 750-755, 2010
5. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa T: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 40(2): 224-234, 2010

6. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage 40(5): 671-683, 2010
7. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada M, Akiyama M, Kayama M, Suzukamo Y, Fukuhara S: Health-related quality of life among community-dwelling patients with intractable neurological diseases and their caregivers in Japan. Psychiat Clin Neuros 65: 30-38, 2010
8. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disorders 127: 352-58, 2010
3. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 上別府圭子, 恒藤暁, 志真泰夫: 終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価および健康関連 QOL: 7994 名の全国調査 J-HOPE STUDY. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 164, 東京
4. 木下里美, 宮下光令: 集中治療室で死を迎えた患者の背景と療養生活の評価～一般集団から抽出した遺族の評価から. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 166, 東京
5. 宮下光令, 平井 啓, Ji Eun Choi, 森田達也, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫: 在宅ホスピスケアを受けたがん患者の遺族の在宅療養開始時の意思決定過程: J-HOPE-Study. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 188, 東京
6. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 栗原幸江, 出野美那子, 恒藤暁, 志真泰夫, 平井啓: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の構成要素: 家族と遺族を対象とした面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 215, 東京

学会発表

1. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 栗原幸江, 上別府圭子, 平井 啓: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化: 一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 156, 東京
2. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫: 家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム: J-HOPE-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術集会 2010 Jun 18-19, 164, 東京
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
 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

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

治療終了後の小児がん患者の親の QOL に関する研究

分担研究者 盛武 浩 宮崎大学医学部
尾形明子 宮崎大学教育文化学部
研究協力者 武井優子 早稲田大学大学院人間科学研究科

研究要旨 本研究では、治療終了後の小児がん患者の母親の再発不安に関連する要因を明らかにすることを目的とした。今年度は、昨年度の面接調査のデータをもとに、治療終了後に母親が抱える再発不安についてないよう分析を行い、その関連要因の抽出を行った。その結果、再発不安について、そのきっかけ、増大及び緩和に関連する要因、再発不安が及ぼす影響の大きく3つに分けてその様相が明らかとなった。再発の可能性といった疾患に関する特徴以外にも、過去の治療経験に対する感情や子どもの病気に対する罪悪感といった要因が関連要因として抽出された。また、再発不安によって、母親の医療機関の利用行動や養育行動が変化していることもわかった。

A. 研究目的

これまで、多くの研究で、小児がん患者の親は、治療終了後も、子どもの病気の原因が自分にあると思ひ罪悪感を抱いたり、晩期障害や再発など、治療終了後に新たに生じる問題にも苦しんでいることや子どもとのコミュニケーションに戸惑いを感じているという報告がなされており、小児がん患者の親の QOL について注目がなされている。また、親の QOL は、患児への関わり方に大きく影響を与えると考えられ、患児の発達や心理適応を考えるうえでも親の QOL について検討することは重要である。しかしながら、我が国において、小児がん患者の親の QOL およびそれが患児に及ぼす影響については、ほとんど検討がなされていないのが現状である。

尾形ら（2006）では、治療が終了し、患児の身体的機能や社会的生活が回復してきていても、長期にわたって、母親が過剰に患児を病弱だと考えている場合には、母親自身の抑うつが高いのに加えて、母親の生活や患児への関わり方は患児中心となり、年齢相応の必要な制限を加えることが難しく、患児の言いなりになってしまう傾向にあることが示されている。また、このような母親の過剰な心配やそれに伴う養育態度は退院後の患児の学校不適応とも関連するとしている。このことから、母親の子どもの体調に関する心配や再発不安の高さは、直接的に、そして養育態度を通して間接的に子どもの心理適応に影響していることが推測される。

再発不安については、Lee-Johns ら（1997）が、成人がん患者の再発不安のモデルを提唱している。このモデルによると、再発不安にはリスク評価などの認知的要素と不安や自責感といった感情的要素があり、これらは体調変化といった内的がかりや検査といった外的がかりをきっかけに生じ、さらに再発不安は結果として行動面心理面に影響することを示している。このモデルを考慮すると、母親の再発不安にも、子どもの体調変化などの生起要因があり、また再発不安は母親自身の心理状態や養育態度に影響すると考えることができる。母親の再発不安の特徴や再発不安を生じさせるきっかけ、再発不安によって影響を受ける事柄を明らかにすることは、母親の QOL に関連する要因を検討することにつながり、患児の QOL 向上のための支援の足がかりにもなるといえる。そこで、本研究では、母親の再発不安の特徴、および再発不安の生起要因や再発不安による心理面行動面への影響を検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象者

対象は、小児がん患者（6～19 歳）をもつ母親とした。対象者の適格条件としては、1) 子どもが病理組織学的に小児がんと確定診断され、治療（化学療法、手術、放射線療法など）を受けた者、2) 子どもが小児科外来通院中である者、3) 子どもが入院治療が終了し通院治療中の者、および寛解した者、4) 子どもと母

親に病名が告知されている者とし、除外条件は、研究の趣旨を理解するのが困難な者（例：精神遅滞など）とした。

2. 方法

小児科外来を受診した入院治療が終了している小児がん患者の母親に、研究の趣旨を説明し、面接調査および質問紙調査の協力への同意を得た。同意が得られたら、対象者の希望に沿って面接の日時を決定した。面接は、個人のプライバシーが保たれる静かで落ち着いた場所で行われた。質問紙調査は、面接調査終了後に実施した。

調査内容は、以下の通りであった。

1) フェイスデータ：小児がん患者の年齢、性別、家族構成、病名、罹患期間、主な治療内容、晩期障害の有無とその内容。面接およびカルテから情報を得た。

2) 再発不安について：再発不安が高まる状況や再発不安によって生じる支障、再発不安への対処方法などを面接において尋ねた。

面接調査については、対象者の同意のもと、録音を行った。面接時間は約70分であった。

（倫理面への配慮）

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、書面にて研究参加の同意を取得した。本研究は、調査実施施設の倫理審査委員会で承認を得ている。

3. 分析方法

面接調査はすべて録音し、テキスト化を行った。テキスト化したデータをもとに内容分析を行った。まず、データより、心理学者が母親の再発不安に関わる発言を抽出した。その後、各発言の特性を概念化し、カテゴリーを作成した。このカテゴリー化された各構成要素については明確に定義付けを行った。次に、対象者の発言がいずれのカテゴリーに該当するかということについて、2人の判定者が判定を行った。判定が一致しなかった場合は、議論により決定した。また、各構成要素は、その類似性により、さらに抽象的な上位カテゴリーにまとめた。

C. 研究結果

今年度は、面接調査の結果をもとに、治療終了後の小児がん患児の母親が抱える心理社会的問題の内容についてカテゴリーの抽出を行

った。

1. 対象者の特徴

対象者は外来通院中の小児がん患者の母親30名（ 39.8 ± 4.0 歳）であった。患者の平均年齢は、 12.5 ± 3.7 歳であり、患児の性別は、男児9人、女児21人であった。患児の疾患の種類は、急性リンパ性白血病21人、悪性リンパ腫3人、急性骨髄性白血病2人、骨肉腫2人、その他2人であった。患児の診断時の年齢は 6.9 ± 3.4 歳であり、診断後の経過年数は、 6.3 ± 3.7 年であった。

2. 小児がん患者の母親の再発不安の心理学的様相の分析

これら対象者30名のうち、再発不安を感じると答えた母親は24名であった。母親の再発不安について、直接的きっかけ、再発不安に影響する要因、再発不安が及ぼす影響という3要因別に、概念化を行った。

1) 再発不安の生起の直接的きっかけ

再発不安生起の直接的きっかけとなるものについては、6つの構成要素が得られ、その上位カテゴリーとして、「子どもの体調不良」、「医療機関の利用」、「病気に関する情報への接触」の3カテゴリーにまとめられた。

「子どもの体調不良」には、身体症状の訴え（例：「病気になったときと同じように足が痛い」と、もしかして、と思うんです）や元気がない様子（「おはように元気がないと、不安になります」）が含まれていた。「医療機関の利用」には、外来受診や検査を受けたときに挙げられた。「病気に関する情報への接触」としては、本やテレビといったマスメディアの情報、知り合いの再発を知ることなどが挙げられた。

2) 再発不安に影響する要因

再発不安を増大あるいは緩和している要因について内容分析を行ったところ、11の構成要素が得られ、その上位カテゴリーとして、「経験し子どもの治療に対する感情・認知」「再発に対する信念」「再発に関する知識」「現在の子どもの身体状態に対する評価」にまとめられた。

「経験した子どもの治療に対する感情や認知」については、治療経験に対するネガティブな感情を持っていること（例：「もう二度とあのようなつらい経験をしたくない」）は再発不安の増大要因となり、治療への十分な納得（例：「やるべき治療をやることができた」）や医療者への信頼（例：「この先生がついていてくれれば

大丈夫)は緩和要因といえる。

「病気や再発に対する信念」については、再発は予見できないものという構え(例:「再発していつ起きてもおかしくない」)や病気に対するネガティブな信念(例:「病気は普通の家族生活を奪う」)は再発不安の増大に関与し、再発するわけではないと考えている対象者は再発不安は存在しないと報告した。

「再発に関する知識」については、医師からの保証があること(例:「先生が心配ないっておっしゃったので」)、再発のリスクや再発した場合の治療について知識があること(例:「再発したら移植という方法があるので」)は、再発不安の緩和要因として挙げられ、再発の経験は(例:「前、入院で一緒だった人が再発したと言っていて」)再発不安の増大要因といえる。

「現在の子どもの身体状態に対する評価」については、子どもの身体状態が良好であると捉えていること(例:「子どもが元気にやっている時は、気にならない」)や時間経過(例「だんだん慣れてきました」)は再発不安の緩和要因であったが、子どもの病気に対する罪悪感(例「最初に私が見逃したから」)再発不安の増大要因として挙げられた。

3) 再発不安による影響

再発不安によって影響を受けている行動や感情について内容分析を行ったところ、8の構成要素が得られ、その上位カテゴリーとして、「心理面への影響」「不安への対処行動」「患児への関わり行動の変化」の3つにまとめられた。

「心理面への影響」としては、不安症状(例:「どきどき、おろおろします」)や闘病時の辛さの再体験(例:「入院した時の子どもの辛い顔を思い出す」)、ネガティブな解釈の増大(例:「ちょっとしたことで、再発かもとすぐ思ってしまう」)がみられた。

「不安への対処行動」としては、情報収集行動(例:「インターネットの闘病記とかで再発した人のその時の状態を読んで、あ、違うかな」と)、医療機関への受診(例:「すぐに病院に電話しちゃう感じですね」)、他者への相談(例:「他のお母さんと話して、溜めるよりは気分が楽になりますね」)がみられた。

「子どもとの関わりの変化」としては、保護的養育の増加(例「身体が疲れるようなことはさせないようにしてしまいます」)、身体状態の頻繁な確認(例「大丈夫?と何でもないので何回も確認してしまう」)がみられた。

D. 考察

本研究により、小児がん患者の母親の再発不安に関連する要因が抽出された。これらの要因は、Lee-Johnsら(1997)のモデルと共通する部分が多かった。治療終了後の小児がん患者の母親の再発不安の特徴としては、外的な情報源によるきっかけによって生じており、それが過去の治療に対する感情や医療への信頼感、医学的な知識や医師からの保証といったものに影響されていることが示唆された。さらに、再発不安は、母親の心理面のみならず、子どもや家族にも影響を及ぼしていることが推測された。また、再発不安が高まることで、さらに子どもの身体症状に注目し、それをネガティブに解釈するといった悪循環も推測された。

再発不安自体はなくすことのできない不安といえるが、再発不安が強い不安や不適切な養育を増大させる可能性があることを考えると、再発不安を緩和することは必要であるといえる。したがって、再発不安が生じるきっかけへの配慮や適切な情報の提供、再発不安が日常生活や養育に及ぼす影響の評価などが必要と考えられる。

本研究の限界点としては、限られた少数の対象であることが挙げられ、本研究で推測されるモデルについて量的検討が必要であるといえる。

E. 結論

本研究では、治療終了後の小児がん患者の母親の再発不安に関連する要因を明らかにすることを目的とした。治療終了後に母親が抱える再発不安について内容分析を行い、その関連要因の抽出を行った結果、再発不安について、そのきっかけ、増大及び緩和に関連する要因、再発不安が及ぼす影響の大きく3つに分けてその様相が明らかとなった。再発不安は持続的にもっているというよりも、感じの体調や外部からの情報等によって生起することが多いといえる。また、再発の可能性といった疾患に関する特徴以外にも、過去の治療経験に対する感情や子どもの病気に対する罪悪感といった要因が関連要因として抽出された。また、再発不安によって、母親の医療機関の利用行動や養育行動が変化していることもわかった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Moritake H, Shimonodan H, Marutsuka K, Kamimura S, Kojima H, Nunoi H: C-MYC rearrangement may induce an aggressive phenotype in anaplastic lymphoma kinase positive anaplastic large cell lymphoma: Identification of a novel fusion gene AL017/C-MYC. Am J Hematol 36: 5-8, 2011

学会発表

1. 尾形明子, 盛武 浩, 布井博幸: 退院後の小児がん患者の母親が抱える心理的苦痛の内容の検討 九州山口小児血液腫瘍研究会, 2010
2. 尾形明子, 武井優子, 盛武 浩, 平井 啓: 小児がん患者の母親が抱える再発不安に関連する要因の検討 日本サイコオンコロジー学会, 2010
3. 尾形明子, 盛武 浩, 武井優子, 布井博幸, 真部 淳, 平井 啓: 小児がん患者の母親が抱える再発不安に関する質的検討 日本小児がん学会, 2010

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

小児がん患者の家族の心理的苦痛の解明と家族支援方法の開発に関する研究

分担研究者 尾形明子 宮崎大学教育文化学部
盛武 浩 宮崎大学医学部
研究協力者 武井優子 早稲田大学大学院人間科学研究科

研究要旨 本研究では、治療終了後の小児がん患者の母親の心理的苦痛の内容を明らかにすることを目的とした。今年度は、昨年度の面接調査のデータをもとに、治療終了後に母親が抱える不安や心配の内容を分析した。その結果、治療終了後の母親が抱える不安や内容について 31 項目が抽出され、さらにそれらは 9 カテゴリー（養育上の問題、不確実性、患児の身体的マネジメントにおける問題、患児の心理社会的問題、患児の身体的問題、母親自身の身体的・心理社会的問題、家族の問題、周囲との問題、患児の将来の生活の不安）に分類された。本研究より、母親は退院後も長期間にわたり、多岐にわたる内容の不安や心配を抱えていることが明らかとなった。治療終了後の小児がん患児の親支援においては、養育支援や問題対処スキルの向上が重要である。

A. 研究目的

近年、治療終了後の小児がん患者の QOL が注目されている。また、小児がんへの罹患と長期にわたる辛い治療生活は、患児だけでなく家族にも大きな影響を与えることが知られている。また、小児がんは、成人のがんとは異なり、家族の心身医学的管理が重要となるケースも多いことが指摘されている（杉本, 1998）。このことから、近年、小児がん患児の親の心理的適応に関する研究も多くなされてきた。これらの研究では、診断直後や治療初期における親の抑うつや不安といった心理的苦痛が大きいことが明らかとなっており（Dahlquist, Czyzewski, Copeland, Jones, Taub, & Vaughan, 1993; Grootenhuis & Last, 1997; Hoekstra-Weebers, Heuvel, Jaspers, Kamps, & Klip, 1998）、その心理的苦痛は 1 年以上続くこと（Sawyer, Antonious, Toogood, Rice, & Baghurst, 1993）が示されている。さらに、長期寛解状態にある患児の親には、治療後数年にわたり、抑うつや不安（Grootenhuis & Last, 1997; Van Dongen-Melman, Pruyn, De Groot, Koot, Hählen, & Verhulst, 1995）、精神的健康度の悪化（Dockerty, Williams, McGee, & Skegg, 2000; Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps, & Klip, 1999）、心身症状（Sloper, 2000）、外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress

disorder: PTSD）への罹患や PTSD 症状（Posttraumatic stress symptoms: PTSS）の出現（Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006; Kazak, Alderfer, Rourke, Meeske, Guthrie, & Meadows, 2004; Kazak, Stuber, Barakat, Meeske, Guthrie, & Meadow, 1998）といった心理的苦痛がみられることが報告されている。ただし、いくつかの縦断研究より、患児の母親の心理的問題は、時間経過に伴って減少していくこと（Kupst, Natta, Richardson, Schulman, Lavigne, & Das, 1995; Sawyer, Antoniou, Rice, & Baghurst, 2000）や、親の心理的適応は、治療方法や治療結果の不確実さ（Greenberg & Meadows, 1991）、他の家族の状況や社会的経済的状態（Grootenhuis & Last, 1997）、親の特性不安や治療強度、生命脅威度に関する主観的評価（Kazak et al., 1998）などによって変化することが示されており、長期寛解状態にある小児がん患児の親の心理的苦痛の背景要因を明らかにする必要性がある。

一方、治療終了後の小児がん患児の親の体験に焦点を当てた研究では、治療終了後も、患児の親は、再発を恐れ、治療が患児の心身へ及ぼす影響を強く心配していることが報告されている（Greenberg & Meadows, 1991; Leventhal-Belfer, Baker, & Russo, 1993; Van Dongen-Melman & Sanders-Woudstra,

1986 ; Van Dongen-Melman et al., 1995 ; Van Dongen-Melman, Van zurren, & Verhulst, 1998)。そのため、子どもが日常の生活をしていても、なにか変わったことがないか、身体具合が悪いのではないかなどと不安や恐怖を抱えている（島崎，1995）。

以上のことから、長期寛解状態にある患児の親の中には、治療終了後も長期にわたり心理的苦痛を抱える者が存在し、特に、再発や予後、治療による心身への後遺症についての心配を抱えており、その心配が親の心理的苦痛や養育態度に影響している可能性が考えられる。しかし、これまで、母親が経験すると考えられる心理社会的問題については、抑うつや不安、PTSD といった適応指標に関する検討が多く、日常的に小児がん患者の親がどのような不安や心配を抱えているのかについては十分明らかにされていない。

また、親の心理社会的問題は、父親に比べ母親に多く報告されている（Best, Streisand, Catania, Kazak, 2001 ; Kazak, Barakat, Meeske, Christakis, Meadows, Casey, Penati, & Stuber, 1997 ; Manne, DuHamel, & Redd, 2000 ; Van Dongen-Melman et al., 1995）。これは、母親が入院中患児に付き添うことが多く、治療中の患児の苦しんでいる姿を目の当たりにしているからだと考えられる。また、このような経験に加え、母親は治療終了後も日常生活において病状や健康状態の変化に対して注意を払いやすい状況にあると考えられるため、子どもの健康に関する心配や再発不安に関わる心理的苦痛は大きいものと考えられる。これまで、我が国において、治療終了後の小児がん患者の親の心理社会的問題については、ほとんど注目がなされておらず、我が国においても治療終了後の親がどのようなことを苦痛に感じているか明らかにする必要がある。したがって、本研究では、小児がん患者の母親が退院後抱える心理社会的問題の内容を明らかにすることを目的とする。本研究により、医療者が治療終了後の親をいかにケアしていくべきかといった、よりよい家族支援の方法を検討する足がかりとなり、さらには、母親や患者の QOL 向上にも貢献すると考えられる。

B. 研究方法

1. 対象者

対象は、小児がん患者（6～19 歳）をもつ母親とした。対象者の適格条件としては、1) 子

どもが病理組織学的に小児がんと確定診断され、治療（化学療法、手術、放射線療法など）を受けた者、2) 子どもが小児科外来通院中である者、3) 子どもが入院治療が終了し通院治療中の者、および寛解した者、4) 子どもと母親に病名が告知されている者とし、除外条件は、研究の趣旨を理解するのが困難な者（例：精神遅滞など）とした。

2. 方法

小児科外来を受診した入院治療が終了している小児がん患者の母親に、研究の趣旨を説明し、面接調査および質問紙調査の協力への同意を得た。同意が得られたら、対象者の希望に沿って面接の日時を決定した。面接は、個人のプライバシーが保たれる静かで落ち着いた場所で行われた。質問紙調査は、面接調査終了後に実施した。

調査内容は、以下の通りであった。

- 1) フェイスデータ：小児がん患者の年齢、性別、家族構成、病名、罹患期間、主な治療内容、晩期障害の有無とその内容。面接およびカルテから情報を得た。
- 2) 治療終了後に母親が抱えた心理社会的問題について：母親自身が心配や不安に感じた内容や子育てにおける困難、子どもの病気が母親自身の生活や家族の生活、家族関係に及ぼした影響について面接で尋ねた。

面接調査については、対象者の同意のもと、録音を行った。面接時間は約 70 分であった。（倫理面への配慮）

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、書面にて研究参加の同意を取得した。本研究は、調査実施施設の倫理審査委員会で承認を得ている。

3. 分析方法

面接調査はすべて録音し、テキスト化を行った。テキスト化したデータをもとに内容分析を行った。まず、データより、心理学者が母親の心理社会的問題に関わる発言を抽出した。その後、各発言の特性を概念化し、カテゴリーを作成した。このカテゴリー化された各構成要素については明確に定義付けを行った。次に、対象者の発言がいずれのカテゴリーに該当するかということについて、2 人の判定者が判定を行った。判定が一致しなかった場合は、議論によ

り決定した。また、各構成要素は、その類似性により、さらに抽象的な上位カテゴリーにまとめた。

C. 研究結果

今年度は、面接調査の結果をもとに、治療終了後の小児がん患児の母親が抱える心理社会的問題の内容についてカテゴリーの抽出を行った。

1. 対象者の特徴

対象者は外来通院中の小児がん患者の母親30名(39.8±4.0歳)であった。患者の平均年齢は、12.5±3.7歳であり、患児の性別は、男児9人、女児21人であった。患児の疾患の種類は、急性リンパ性白血病21人、悪性リンパ腫3人、急性骨髄性白血病2人、骨肉腫2人、その他2人であった。患児の診断時の年齢は6.9±3.4歳であり、診断後の経過年数は、6.3±3.7年であった。

2. 小児がん患者の母親が抱える心理社会的問題の内容

母親が抱える心理社会的問題については、31の構成要素が得られ(一致率89.8%, Kappa係数0.81)、その上位カテゴリーとして、「養育上の問題」、「不確実性」、「患児の身体的マネジメントにおける問題」、「患児の心理社会的問題」、「患児の身体的問題」、「母親自身の身体的・心理社会的問題」、「家族の問題」、「周囲との問題」、「患児の将来の生活の不安」の9カテゴリーにまとめられた(Table 1)。

Table 1 治療後の母親の抱える心理社会的問題

	N	%
Parenting difficulties	26	87
(1) Parenting specific to child with cancer	22	73
(2) Communication about illness with children	11	37
(3) Conflict of parenting policy between life-threatening child and self-sustained child	8	27
(4) Nonspecific parenting difficulties	6	20
Uncertainty	25	83
(5) Fear of recurrence	24	80
(6) Fear of death	9	30
(7) Catastrophic perspective of the future	4	13
Managing the ill child's physical condition	25	83
(8) Being supersensitive to child's physical symptoms	17	57
(9) Taking responsibility for child's physical condition	10	33
(10) Reduced accessibility to medical staff	10	33
(11) Problems of medical care at home	7	23
(12) Hospital visit in neighborhood	6	20
(13) Financial problems	6	20
Child's psychosocial problems	25	83
(14) Emotional dependence	17	57
(15) Difficulties in school activities	15	50
(16) Problems of friendship	14	47
(17) Hiding his/her weakness	11	37
(18) Academic problems	10	33
(19) Depression and Anxiety	8	27
Child's physical problems	24	80
(20) Decline in physical and muscle strength	18	60
(21) Appearance changes	12	40
(22) Susceptibility	11	37
(23) Side effect of ongoing medical care	11	37
(24) Late effects of medical treatment for malignancy	8	27
(25) Fertility	5	17
Personal difficulties	24	80
(26) Limited activity in personal life	13	43
(27) Gilt	10	33
(28) Anxiety at the outpatients clinics	9	30
(29) Depression and anxiety in daily life	7	23
(30) Flashbacks	5	17
(31) Physical problems	5	17
Family problems	23	77
(32) Relationship with sibling	20	67
(33) Sibling's psychosocial problems	12	40
(34) Marital relationship	7	23
(35) Kinship	2	7
Social problems	17	57
(36) Communication with school and community	14	47
(37) Incomprehension of illness at school	12	40
(38) Incomprehension of illness in community	11	37
Future life	11	37
(39) Occupation and access to higher education	4	13
(40) Marriage	4	13
(41) Living a life of independence without parents	3	10

D. 考察

本研究により、小児がん患者の母親は治療終了後も長期的に様々な心理社会的問題を抱えていることが明らかとなった。その内容は、養育上の問題、再発不安、患児の身体的マネジメントにおける問題、患児の身体的問題や心理社会的問題、母親自身の身体的・心理社会的問題、家族や周囲との問題など多岐にわたっており、母親にはあらゆる種類の心理社会的問題への対処が要求されているといえる。特に、患児の体力低下といった身体的問題よりも、再発不安(80%)、小児がん経験を考慮した養育上の困難さ(73%)、同胞との関係(67%)といった問題が多く報告され、治療終了後においては、患児の身体的状態のみならず、養育といった患児とその家族における生活上の問題が重要になってくることが示唆された。

したがって、治療終了後の小児がん患者の母親に対しては、多岐にわたる問題に対処するためのスキルや、多くの母親が経験する養育上の問題への対処方法に関する心理教育が必要であると考えられる。Shaler et al. (2002)は入院中の母親を対象に問題解決スキル向上を目指した問題解決療法による介入を行っており、わが国でも奥山ら(本班研究報告書)も試みている。治療終了後の母親支援にも、このような問題解決療法や養育相談といった介入が有効と考えられる。

本研究の限界点としては、時間経過に伴う問題の変化の検討ができていないこと、そして、限られた少数の対象であり、対象者の疾患にも偏りがあるため、疾患関連要因による違いについて、十分な検討ができなかったことが挙げられる。今後、量的な検討を加えることで、本研究で抽出された問題の時間的変化や疾患による問題の違いが検討できるといえる。

E. 結論

本研究では、治療終了後の小児がん患者の母親の心理的苦痛の内容を明らかにすることを目的とした。その結果、治療終了後の母親が抱える不安や内容について31項目が抽出され、さらにそれらは9カテゴリー(養育上の問題、不確実性、患児の身体的マネジメントにおける

問題、患児の心理社会的問題、患児の身体的問題、母親自身の身体的・心理社会的問題、家族の問題、周囲との問題、患児の将来の生活の不安)に分類された。本研究より、母親は退院後も長期間にわたり、多岐にわたる内容の不安や心配を抱えていることが明らかとなった。治療終了後の小児がん患児の親支援においては、養育支援や問題対処スキルの向上が重要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Nakagawa S, Ueda K, Inada H and Yamawaki S: Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. *Psycho-oncology* 19: 545-52, 2010
2. 尾形明子: 小児緩和ケアにおける心理士の取り組み. *小児看護* 33: 1541-5, 2010
3. 武井優子, 尾形明子, 小澤美和, 真部淳, 鈴木伸一: 小児がん患者が退院後に抱える心理社会的問題に関する研究の現状と課題. *小児がん* 47: 84-90, 2010
4. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 尾形明子, 平井 啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. *小児がん* 47(1): 91-97, 2010

学会発表

1. 尾形明子, 盛武 浩, 布井博幸: 退院後の小児がん患者の母親が抱える心理的苦痛の内容の検討. 九州山口小児血液腫瘍研究会, 2010
2. 尾形明子, 武井優子, 盛武 浩, 平井 啓: 小児がん患者の母親が抱える再発不安に関連する要因の検討. 日本サイコオンコロジー学会, 2010
3. 尾形明子, 盛武 浩, 武井優子, 布井博幸, 真部 淳, 平井 啓: 小児がん患者の母親が抱える再発不安に関する質的検討. 日本小児がん学会, 2010

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。