

# 外来化学療法を受ける進行がん患者と家族の 心理教育的サポート・プログラムの効果の検討

— pilot study —

二井谷真由美 森山美知子 岡村 仁  
(広島大学大学院保健学研究科)

## <要 旨>

本研究は、外来化学療法を受ける進行・再発がん患者と家族のコミュニケーションに焦点を当てたサポート・プログラムを開発し、無作為化比較対照試験による Pilot study を実施してプログラムの効果について検討することを目的として行った。その結果、介入群と対照群の同質性が保たれなかったことから、結果の解釈は複雑となったが、身体状態が悪化した中でも、心理的領域や社会的領域、環境などは悪化しなかったことから、本プログラムの意義はあったと考えられる。

また、外来治療を受ける患者や家族が看護師によるサポートを必要としていることも明らかになった。今後は、効果的なコミュニケーションがとれていない家族に対する、治療的なサポート・プログラムを考案することや、患者や家族のニーズに合うよう、プログラムにいくつかのパターンを設けて検討することなどの課題が示された。

## <キーワード>

進行がん 家族 コミュニケーション サポートプログラム

### 【はじめに】

1981 年以来、悪性新生物が日本の死亡原因の第 1 位となり、2007 年には全死亡者の約 1/3 である、343,000 人が癌によって死亡するに至っている。癌治療については、外科、放射線療法が主体となって進歩してきたが、1970 年代末にシスプラチンが開発され、それまで抗がん剤が無効であるといわれていた胃がん、食道がん、肺がんなどの固形がんに対する化学療法が可能になった。これに平行して、嘔吐や骨髄抑制などの有害反応を抑える薬剤の研究開発も進み、がん患者の延命、救命を究極の目的に、化学療法は進歩してきている。

この流れに加え、平成 14 年の診療報酬制度の改定で、外来がん化学療法に診療報酬上の加算が認められたことにより、これまで入院治療

が主流であったがん化学療法が外来治療として多用されるようになってきた。外来化学療法は、生活様式に大きな変化をもたらすことなく、家族の支援を受けられやすい環境の中で治療を継続でき、患者にとって高い QOL が維持されるという利点がある一方で、がんの進行や抗がん剤の副作用により患者は心身両面の問題を抱えている。

また、がんの診断を受けることは、患者本人にとって大きな衝撃であることはもちろん、家族にとっても非常に重要な問題となる。家族は、患者自身の心理的な苦痛を受け止め、実際的な支えとなる役割を担わなければならない。特に、患者が外来で治療を行い、在宅で療養している場合には、その役割は重くのしかかる。

Lederberg (1998) はこのような家族を、「第二の患者」と呼んでいる。さらに Lederberg は、患者と家族が互いに相手を動揺させないように配慮して、病気に関するコミュニケーションを避ける「conspiracy of silence (暗黙の了解)」に陥ってしまい、それが家族関係にも個人の適応にも悪影響を及ぼす、と述べている。その結果、家族は患者の身体状態や心理状態について適切に把握することができなくなり、過保護や無関心を引き起こし、患者の QOL の低下を招くとも述べている。緩和ケアを受けるがん患者の Informal Caregivers を対象とした調査では、患者との関係に困難を感じていると答えた対象者が約 30% 見られ (Osse, 2006)、さらに、末期肺がん患者とその家族を対象とした研究では、治療やケアに関するコミュニケーションや意思決定において患者と家族間に多くの不一致が存在することが明らかになっている (Siminoff, 2006)。

上述したような状況におかれるがん患者や家族が、心理的に適応して療養生活を送るために、両者を対象としたコミュニケーションに焦点を当てたサポート・プログラムが必要であると考えられる。そこで、外来化学療法を受ける進行・再発がん患者と家族のコミュニケーションに焦点を当てた心理教育的サポート・プログラムを開発し、そのプログラムの効果について検討することを目的に本研究を行うこととした。

#### 【研究目的】

本研究の目的は、外来化学療法を受ける進行・再発がん患者と家族のコミュニケーションに焦点を当てたサポート・プログラムを開発し、無作為化比較対照試験による Pilot study を実施してプログラムの効果について検討するこ

とである。

#### 【研究計画】

##### 1. 研究デザイン

無作為化比較対照試験による Pilot study

##### 2. 研究期間

平成 20 年 6 月—平成 21 年 5 月

##### 3. 対象

広島大学病院の外来において化学療法を受けている進行・再発がん患者とその家族 60 組 (介入群 30 組、対照群 30 組) を対象とした。外来化学療法を受ける患者は進行・再発がんの場合が多く、終末期に向けて、家族内のコミュニケーションが密に行われていく必要があると考え、進行・再発がん患者を対象とすることとした。なお、本研究において家族とは、患者自身が主たる支援者と評価し、同居している者 1 名とし、婚姻・血縁の有無を問わなかった。

##### 4. プログラムの内容

###### 1) 実施者

一般看護師が介入可能なことを検証するため、がん看護実践の経験のある 2 名の看護師 (研究支援者) と研究者の 3 名で介入を行った。2 名の看護師は、研究者よりがん患者家族のコミュニケーションや副作用への自宅での対処方法に関する知識と、プログラムの具体的な実施方法について説明を受けた (約 2 時間)。

###### 2) 回数と時間

面接と電話による合計 4 回の介入を行った。1 回目と 4 回目は患者と家族 1 組に対し 1 人の看護師がパンフレットに沿った 1 回 60 分の個別介入を行った。面接は、外来受診日に合わせて実施し、採血検査後の結果待ちの時間に、外来のプライバシーの確保できる個室で看護師

が、患者と家族両者を対象に行った。2回目と3回目は電話による介入（30分）を行った。

### 3) 内容

「外来化学療法を受ける進行・再発がん患者と家族が、コミュニケーションを通して、病気や治療についての認識を一致させ、相互理解を促し、治療に伴う心配や困難に効果的に対処することができるスキルを養う。その結果、患者、家族ともに心理的に適応し QOL の向上をはかることができる」という目標を達成するため、パンフレットを用いた教育的支援、情緒的支援を行うこととした。

### 5. 手続き

広島大学疫学調査倫理審査委員会で承認を得た後、広島大学病院より研究のための立ち入りの許可を得た。その後、外来で診療を行っている医師より、対象となり得るがん患者の紹介を受けた。外来のプライバシーが確保される部屋で、研究者より研究の目的・内容・介入群か対照群かも含めた方法、家族も対象になることについて文書を用いて説明した。その際、病歴や治療内容を把握するために診療録を閲覧することも説明した。倫理的配慮として、研究への参加は対象者の自由意思で決められ、参加に同意した後でもいつでも自由に参加を取りやめることができ、それにより何ら不利益を被ることがないことを文書で説明し、同意取消書も一緒に配布した。

患者、家族の双方から研究に対する理解と同意が文書で得られた後に、無作為に介入群と対照群に割り付け、登録時調査を実施した。その後、介入群に対しては作成したパンフレットを用いてプログラムを開始した。対照群に対してはパンフレットのみ配布した。

### 6. 評価指標

本介入効果の指標として、介入前・介入後・介入3ヶ月後の3時点で、以下の1)～4)について測定した。調査票は返信用封筒を添えて、介入群、対照群ともに研究者が外来で手渡した。患者、家族ともに、相談しないで個別に回答するよう説明し、自宅で回答した後に返信してもらった。

#### 1) Primary-Endpoint

QOL : QOL の指標として、World Health Organization Quality of Life Instrument - 26 (WHO/QOL-26)を用いた(田崎,1997)。本尺度は、身体的領域、心理的領域、社会的領域、環境という4領域からなり、各領域は、3項目から8項目の下位項目によって構成されている。この24項目に、全般的な生活の質を問う質問2項を加えた全26項目で構成されている。これら26項目の質問について「過去2週間にどのように感じたか」「過去2週間にどのくらい満足したか」「過去2週間にどのくらいの頻度で経験したか」を5段階で回答してもらおう。心理的適応 : 心理的適応の指標として Profile of Mood States (POMS)を用いた(横山,1994)。本尺度は1971年に McNair らによって作成された、一時的な感情状態を測定する自記式調査票で、65の質問項目からなる。緊張—不安、抑うつ—落ち込み、怒り—敵意、活気、疲労、混乱という6つの感情状態を同時に測定できると共に、被験者がおかれた条件により変化する一時的な気分、感情の状態を測定できるという特徴を持っている。

#### 2) Secondary-Endpoint

家族内コミュニケーション : 尺度として、研究者が開発したがん患者家族内コミュニケーシ

ョン尺度を用いた。本尺度は 10 項目のコミュニケーション行動 scale と 2 項目の態度 scale の合計 12 項目からなる患者用と、9 項目のコミュニケーション行動 scale と 5 項目の態度 scale の合計 14 項目からなる家族用がある。患者用、家族用ともの 4 段階で回答してもらう。一定の信頼性、妥当性が確認されている。得点が高いほど、コミュニケーションが良好であることを表す。

### 3) 対象者の背景因子

対象者の背景を把握するため、研究登録時に以下の項目について調査を行った。

人口統計学的変数：性別、年齢、就業状況、収入充足度、他者からのサポートの有無。家族の健康状態。

患者の医学的変数：病名、病期、治療内容、診断からの経過時間、Performance Status (以後 PS)。

### 4) プログラム評価

継続率：各対象者が 4 回すべてに参加できたか否か、継続率を評価する。

プログラム全体の評価：介入終了後 (3 ヶ月後)、患者と家族の両者に対し、プログラム全体の評価 (回数、時間、内容等、感想) についてアンケート調査を実施した。

## 7. 分析

分析には SPSS Ver. 17.0 を用い、1) 患者の医学的変数・人口統計学的変数、家族の人口統計学的変数について記述し、介入群と対照群間に差がないか、t 検定、 $\chi^2$  検定を行う。2) 各評価指標について、介入開始前に差がないか、t 検定を行う。3) 患者、家族両者の End-point について、repeated measures ANOVA を行う。4) プログラムの評価について記述する、こと

とした。

## 【結果】

### 1. 対象者の参加状況とプログラム完了率

60 組の患者と家族から同意が得られるまでリクルートを行った。同意が得られなかった理由として、「別の研究 (抗がん剤の治験) に参加している」「仕事が忙しく、時間がとれない」「身体的にしんどい」「家族も忙しく、時間がとれない」「家族の体調不良」などがあった。

Figure 1 に示すように 60 組の家族を介入群 30 組と対照群 30 組に無作為に割り付けた。本プログラム開始までに、「質問紙が苦痛」という理由で介入群、対照群ともに 2 組が脱落した。また、介入群の 1 組は質問紙の欠損値が多かったことから、研究対象者からははずし、プログラムのみ実施した。対照群の 1 組は入院のため脱落し、介入群、対照群ともに 27 組となった。

介入群において、プログラム期間中に多臓器への転移が認められ、化学療法以外の治療が必要になり、2 組が脱落した。それ以外の 25 組は、4 回のセッションすべてに参加が可能であった。対照群については、介入前から介入後までに、2 組が病状の進行による PS の低下で脱落し、さらに、他疾患 (眼科) 罹患により 1 組が脱落した。それ以外の 24 家族に質問紙を郵送したが、2 組からは返信が得られなかったため、対象者から除外した。

さらに介入前から 3 ヶ月後までに、介入群では病状の進行に伴う入院のため 2 組が脱落、対象者である家族の入院のためにさらに 1 組が脱落し、1 組はプログラム終了後も看護師によるサポートが必要であったため、研究対象から除外した。また、2 組からは質問紙の返信が得

られず、合計 19 組となった。対照群では、3 ヶ月後までに患者の死亡により 1 組が脱落、病状の進行による入院のため 1 組が脱落、他疾患（脳神経外科）罹患により 1 組が脱落した。また、2 組からは質問紙の返信が得られず、合計 16 組となった。

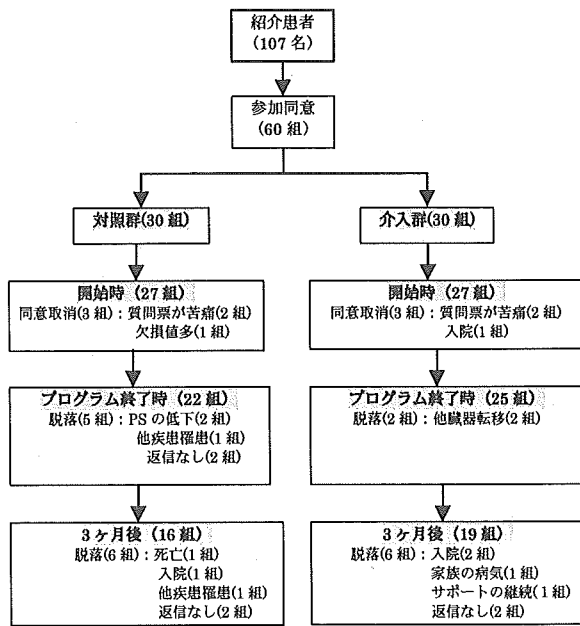


Figure 1 研究参加状況

## 2. 介入開始時の対象者の概要

介入開始時の患者と家族の概要を Table 1 に示す。

プログラム開始時の介入群 27 家族、対照群 27 家族の概要は、平均年齢は介入群の患者 58.60 歳(SD6.40)・家族 53.59 歳(SD11.29)、対照群の患者 60.19 歳(SD8.40)・家族 58.04 歳(SD12.99)であった。診断からの経過時間は、介入群 12.74 ヶ月(SD10.22)、対照群 18.33 ヶ月(SD17.25)であった。Stage は Table 1 にあるように、Ⅲ期・Ⅳ期・再発がほぼ同じ人数であったが、がん腫と Stage によって、5 年生存率が異なり、それはがんの進行、すなわち身体状態の悪化に直結することから、全国がん

Table 1 対象者の概要

	介入群	n=27 人(%)	対照群	n=27 人(%)
<b>患者</b>				
性別	男性	17 (62.9)	15	(55.5)
	女性	10 (37.1)	12	(44.5)
PS	0	26 (96.3)	25	(92.5)
	1	1 ( 3.7)	2	( 7.5)
癌の部位	肝・胆・膵	9 (33.3)	5	(18.5)
	大腸	6 (22.2)	12	(44.5)
	胃	4 (14.8)	5	(18.5)
	乳	3 (11.1)	3	(11.1)
	肺	2 ( 7.4)	0	( 0.0)
	食道	1 ( 3.7)	1	( 0.4)
	その他	2 ( 7.4)	1	( 0.4)
癌のStage	Ⅲ	5 (18.5)	4	(14.8)
	Ⅳ	20 (74.1)	21	(77.8)
	再発	2 ( 7.4)	2	( 7.4)
<b>家族</b>				
性別	男性	8 (29.6)	12	(44.5)
	女性	19 (70.4)	15	(55.5)
続柄	夫	7 (25.9)	10	(37.0)
	妻	16 (59.3)	13	(48.1)
	子	4 (14.8)	3	(11.1)
	親	0 ( 0.0)	1	( 3.7)

(成人病)センター協議会加盟施設の生存率共同調査(2008)の結果をもとに、対象者を 5 年生存率 10%未満と 10%以上の 2 群に分類したところ、介入群では 10%未満が 17 名(62.9%)、10%以上が 10 名(37.1%)で、対照群では前者 9 名(33.3%)、後者 18 名(66.7%)であった。就業状況は、介入群の患者では常勤・非常勤が 15 名(55.6%)、無職 12 名(44.4%)であった。家族は、常勤・非常勤が 19 名(70.3%)、無職 8 名(29.7%)であった。対照群の患者では常勤・非常勤が 12 名(44.4%)、無職 15 名(55.6%)であった。家族は、常勤・非常勤が 12 名(44.4%)、無職 15 名(55.6%)であった。収入充足度については、介入群の患者では十分 11 名(40.7%)、不十分 16 名(59.3%)、家族では十分 9 名(33.3%)、不十分 18 名(66.7%)であった。対照群の患者では十分 20 名(74.1%)、不十分 7 名(25.9%)、家族では十分 17 名(63.0%)、不十分 10 名(37.0%)

であった。サポートの有無について、介入群、対照群ともに、サポートしてくれる人はいない、と回答した患者が1名ずついた。家族については、介入群6名(22.2%)、対照群7名(25.9%)が、サポートしてくれる人はいない、と回答した。医療者からの情報満足度については、介入群では患者の2名(7.4%)、家族の3名(11.1%)が不十分であると回答し、対照群については、患者の6名(22.2%)、家族の5名(18.5%)が不十分であると回答した。家族の健康状態について、良いと評価している家族は介入群20名(74.1%)、対照群23名(85.2%)であった。

### 3. ベースラインの比較

3時点のデータ収集が可能であった、介入群19組、対照群16組の諸変数について比較した結果をTable2・3に示す。

無作為に割り付けを行ったが、Table2に示すように、「患者の5年生存率」に有意差がみられた。このことは、介入群と対照群間で進行度、つまり身体状態に差が出るのが予測された。

### 4. プログラムの効果に関する検討

#### 1) 介入前の各評価指標の比較

WHO-QOL、POMS、コミュニケーション、症状評価一致度の介入開始前の得点について、Mann-WhitneyのU検定を行い2群間で比較した。その結果、患者のWHO/QOL26の全般的なQOLの平均得点(SD)が、介入群2.74(SD0.63)、対照群3.28(SD0.75)、 $p=0.021$ で、2群間で有意差がみられた。その他の指標では有意差はみられなかった。

Table 2 患者の諸変数の比較

		介入群	n=19人(%)	対照群	n=16人(%)	p値
患者	年齢		59.05歳(SD 6.60)		60.69歳(SD 6.44)	0.24 a
性別	男性		12 (63.2)		9 (56.3)	0.68 b
	女性		7 (36.8)		7 (43.8)	
PS	0		18 (94.7)		16 (100.0)	1.00 c
	1		1 (5.3)		0 (0.0)	
癌の部位	胆・膵		8 (42.1)		3 (18.8)	
	大腸		3 (15.8)		8 (50.0)	
	胃		4 (21.1)		1 (6.3)	
	乳		2 (10.5)		3 (18.8)	
	肺		1 (5.3)		0 (0.0)	
	その他		1 (5.3)		1 (6.3)	
癌のStage	III		4 (21.1)		2 (12.5)	
	IV		14 (73.7)		12 (75.0)	
	再発		1 (5.3)		2 (12.5)	
5年生存率	10%未満		12 (63.2)		4 (25.0)	0.02* b
	10%以上		7 (36.8)		12 (75.0)	
診断からの経過時間			12.84ヶ月(SD 10.56)		22.38ヶ月(SD 20.16)	0.11 a
就業状況	常勤・非常勤		10 (52.6)		7 (43.8)	0.60 b
	無職		9 (47.4)		9 (56.2)	
収入充足度	十分		8 (42.1)		11 (68.8)	0.12 b
	不十分		11 (57.9)		5 (31.2)	
他者からのサポート	あり		19 (100.0)		16 (100.0)	
	なし		0 (3.7)		0 (3.7)	

\*  $p<0.05$

a:t検定 b:  $\chi^2$ 検定 c:Fisherの直接法

Table 3 家族の諸変数の比較

		介入群	n=19人(%)	対照群	n=16人(%)	p値
家族	年齢		54.42歳(SD 11.18)		59.44歳(SD 11.23)	0.19 a
性別	男性		6 (31.6)		8 (50.0)	0.27 b
	女性		13 (68.4)		8 (50.0)	
続柄	夫		5 (26.3)		7 (43.8)	
	妻		11 (57.9)		8 (50.0)	
	子		3 (15.8)		1 (6.2)	
健康状態	良い		14 (73.7)		13 (81.3)	1.00 c
	悪い		4 (21.1)		3 (18.7)	
就業状況	常勤・非常勤		12 (63.2)		8 (50.0)	0.43 b
	無職		7 (36.8)		8 (50.0)	
収入充足度	十分		8 (42.1)		10 (62.5)	0.23 b
	不十分		11 (57.9)		6 (37.5)	
他者からのサポート	あり		16 (84.2)		11 (68.8)	0.42 c
	なし		3 (15.8)		5 (31.2)	

a:t検定 b:  $\chi^2$ 検定 c:Fisherの直接法

## 2) WHO-QOL の変化

患者と家族の、WHO/QOL の得点について repeated measures ANOVA を行った。

「身体 (F 値=3.71、 $p=0.04$ )」と「平均 (F 値=3.89、 $p=0.03$ )」において、交互作用が認められた (Figure 2・3)。

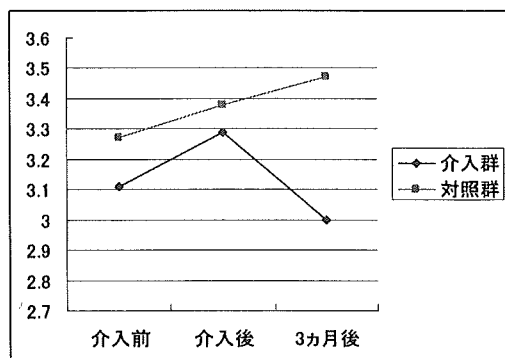


Figure 2 患者の WHO/QOL (身体) の経過

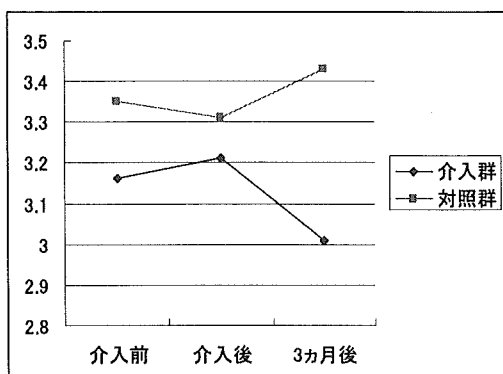


Figure 3 患者の WHO-QOL (平均) の経過

この結果は、QOL の「身体的領域」と「平均」においては、介入群より対照群の方が QOL が向上したことを示している。

家族については、有意差はみられなかった。

## 3) POMS の変化

患者と家族の POMS の得点について、repeated measures ANOVA を行った。患者では、「緊張 - 不安」「抑うつ - 落ち込み」「怒り - 敵意」「活気」「疲労」「混乱」「全体的な気分」

のいずれにおいても、有意差は見られなかった。

家族については、「抑うつ - 落ち込み」について、群内に有意差が見られた。

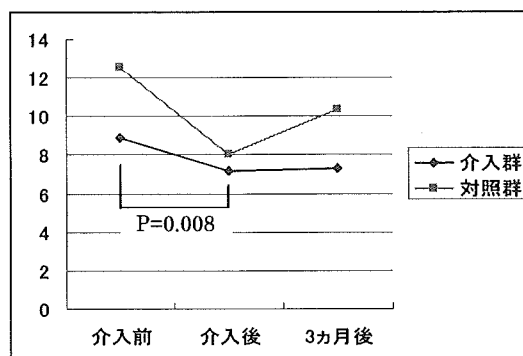


Figure 4 家族の POMS (抑うつ-落ち込み) の経過

この結果は、介入前から介入後で、介入群も対照群も「抑うつ - 落ち込み」が軽減したことを示している。

## 4) コミュニケーションの変化

患者と家族のコミュニケーションの得点の変化と、repeated measures ANOVA を行った結果について次頁の Table 4 に示す。コミュニケーションの得点は、高いほど効果的なコミュニケーションがとれていることを示す。

患者のコミュニケーション得点は、介入前は 2 群の得点はほぼ同じであった。介入群では、介入後にわずかに得点が増加しているものの、3 ヶ月後には介入前より低下していた。対照群については、3 時点においてほとんど変化はみられなかった。

家族については、介入前は対照群の方がわずかに得点が高かった。経過については、二群ともに介入後に得点がやや低下し、3 ヶ月後には介入前よりやや得点が増加した。

repeated measures ANOVA を行った結果については、患者、家族ともに有意差はみられなかった。

Table 4 患者と家族のコミュニケーション得点の経過

	介入群 n=19			対照群 n=16			交互作用		群間		群内	
	Mean±SD			Mean±SD			F値	p値	F値	p値	F値	p値
	介入前	介入後	3ヶ月後	介入前	介入後	3ヶ月後						
患者	35.79 ±7.01	37.63 ±7.25	35.16 ±8.62	35.75 ±5.16	35.81 ±4.69	35.88 ±4.70	2.09	0.13	0.03	0.86	1.99	0.14
家族	42.16 ±8.59	41.79 ±8.10	42.63 ±8.30	42.75 ±7.43	41.19 ±6.71	43.00 ±4.37	0.24	0.79	0.00	0.96	1.13	0.33

## 5. 患者・家族のプログラムの評価

プログラムを終了した25組の患者と家族に、プログラムの評価に関する質問紙を配布し、患者17名、家族18名から回答を得た。

プログラムの必要性については、患者の約90%、家族の約80%が「必要である」と評価していた。また、プログラム参加の感想について「良かった」と回答した患者が58.8%、家族が72.2%であり、「悪かった」と評価した患者、家族はいなかった。看護師による面接については、患者の94.1%、家族の94.5%が「良かった」と評価していた。1セッションの時間については、「長い」と評価した患者が17.1%、家族が22.2%であり、「どちらでもない（長くも短くもない）」と評価した患者が82.4%、家族が72.2%であった。家族の1名が「短い」と評価した。面接と面接の間の電話については、「良かった」と評価した患者が70%、家族が77.7%であった。セッションの回数については、「どちらでもない（多くも少なくもない）」と回答した患者が88.2%、家族が88.8%であった。「少ない」と評価した家族が1名あった。患者と家族一緒に面接については、「良かった」と評価した患者が70%、家族が61.1%であった。「どちらでもない」と回答した患者と家族が約30%であった。家族の1名が「やや

悪い」と評価し、その理由として「患者の前では相談しにくいこともあり、一緒に面接の後、個別の時間を設けてほしい」と回答していた。

## 【考察】

### 1. 参加状況と完了率について

本プログラムの対象者を患者と家族の両者としたため、家族に対して遠慮のある患者も多く、参加者を得ることが困難であった。また、両者からの同意が必要であったため、患者もしくは家族が参加を希望しても、家族もしくは患者は希望しない、というケースも多く、107名の中から60組という結果となった。また、研究実施施設が大学病院であったことから、他の研究とも拮抗し、さらに参加者を得ることが困難であった。

プログラムの完了率については、プログラムそのものの問題ではなく病状の悪化による脱落であり、その他の患者・家族は4回のセッションに参加可能であったことから、無理のないプログラム内容であったと考える。

### 2. プログラムの効果について

プログラムの効果についての検討は少し複雑である。

癌の種類（発生部位）によって進行速度が異



なるため、癌の種類の違いをなくすため、各科毎に無作為割り付けを行ったが、結果的に介入群に進行・再発がんの中でも、特に進行の早い膵臓がんや肺がん患者が多く割り付けられた。そのため、ベースラインの比較で、5年生存率10%未満の患者と10%以上の患者数に2群間で有意差がみられ ( $p=0.02$ )、同質性が保障されない状態での実験となってしまった。

各評価指標について、2群間で3時点の得点経過について比較したところ、患者のQOLの中の「身体的領域」で対照群の方が向上していた。これは、プログラムの影響というよりも、がんの進行による身体状態の悪化によるところが大きいと考えられる。実際に介入群の患者の中には病状が進行し、呼吸困難感や疼痛が出現してきた患者が多くみられた。それが、2群間の差に大きな影響を与えたと考えられる。もう1つ有意差のみられたQOLの平均は、ベースラインにおいてすでに有意差が見られていたため、検討には値しない。しかし、得点の推移だけを見ても、介入後には有意差はないまでも介入群の得点は上昇していた。また、身体状態が悪化した中でも、QOLの「心理的領域」や「社会的領域」「環境」などには悪化がみられなかったことから、プログラムによる多少の効果があったのではないかと考えられる。

コミュニケーションの得点については、患者、家族ともに2群間に有意差はみられなかったが、プログラムを実施する中で研究者やプログラム実施者が感じたことから考察する。もともとコミュニケーションが良好である患者と家族には、自分たちの感情状態についての理解を深め、さらにコミュニケーションを密にとることの動機付けとなり、効果があったと思われた。

しかし、もともとコミュニケーションが良好でない患者や家族にとっては、家族内のコミュニケーションパターンは改善されないのに、コミュニケーションをとることばかりを勧められ、逆に心理的に負担になったのではないかと思われた。がん患者とその家族への介入研究の第一人者である Kissane (2002) は、表現力が低く、葛藤の強い家族に対しては、個別的な家族療法の専門家などによる介入が必要であると述べている。今回のプログラムは、患者と家族が互いの感情状態について理解し合い、コミュニケーションをとることの必要性について認識することを目的としており、家族内のコミュニケーションを改善することまでを目標にはしていなかった。そのため、介入の効果が得られなかったと考える。今後は、効果的なコミュニケーションがとれていない家族に対する、家族療法的な積極的な介入プログラムを考案していく必要があると考える。

### 3. プログラムの評価について

本プログラムの効果について、評価指標による統計的に有意な効果は見いだせなかった。しかし、プログラム参加者であった患者の9割、家族の8割が本プログラムが必要であると評価していた。看護師による面接や電話についても患者、家族の9割が良かったと評価しており、外来における、看護師による患者や家族へのサポートの必要性を裏付けるものであると考える。

また、今回は患者と家族の両者を対象として行ったが、感想の中に「患者の前では相談しにくいこともあり、個別の面接を希望する」とあったことから、サポートのパターンをいくつか

設け、患者や家族のニーズにあったサポートを提供していく必要があると考える。

### 【結 論】

進行・再発がん患者と家族を対象にコミュニケーションに焦点をあてたサポート・プログラムを開発し、その効果について検討するため Pilot study を実施した。介入群と対照群の同質性が保たれなかったことから、結果の解釈は複雑であるが、身体状態が悪化した中でも、QOL における心理面や社会面は低下しなかったことから、本プログラムの効果は多少あったと考えられる。

また、外来治療を受ける患者や家族がこのような看護師によるサポートを必要としていることも明らかになった。今後は、効果的なコミュニケーションがとれていない家族に対する、治療的なサポート・プログラムを考案することや、患者や家族のニーズに合うよう、プログラムにいくつかのパターンを設けて検討することなどの課題が示された。

### 謝 辞

進行・再発がんで療養中という、心身共に厳しい状況にある中、本研究に快くご協力いただきました患者様とそのご家族の方に、心より御礼申し上げます。

### 【文 献】

- Kissane DW, Bloch S: Family(2002)/青木聡, 新井信子 訳(2004): 家族指向グリーフセラピー:がん患者の家族をサポートする緩和ケア, コスモス・ライブラリー, 東京.
- Lederberg M.S (1998): The Family of the Cancer Patient, Holland J.C, Psycho-oncology, 981-993, Oxford University Press, New York.
- Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schade E, Grol RP. (2006): Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. Cancer Nursing, 29(5), 378-388.
- Siminoff LA, Rose JH, Zhang A, Zyzanski SJ (2006): Measuring discord in treatment decision-making: progress toward development of a cancer communication and decision-making assessment tool. Psychooncology. 15(6), 528-540.
- 田崎美弥子, 中根允文 監修 (1997): WHO QOL 26 手引, 金子書房, 東京.
- 全国がん(成人病)センター協議会 (2008): 全がん協加盟施設の生存率共同調査 (1997-2000), <http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/seizonritu.html>.
- 横山和仁, 荒記俊一(1994): 日本版 POMS 手引, 金子書房, 東京.