学内グラント 報告書

平成26年度 学内グラント終了時報告書

進行・再発がん患者の精神的健康状態の改善を目的とした
治療法の確立と普及

研究代表者 石田 真弓 (国際医療センター 精神腫瘍科)

緒言

がん患者の50～60%は進行・再発によって治癒不能となり、死の転帰をたどる。そのため、「治癒不能」を意味する「進行・再発」の精神的なストレスは、初発時よりも大きい¹⁾。全身状態の確実な悪化が予測される中、精神状態を改善・維持することは患者の生活の質(QOL)を保つために重要かつ不可欠である²⁾。

当院ではがん患者に生じるさまざまな精神的問題に対し、専門的治療を行う精神腫瘍科を設置している。そこでは「進行・再発がん」の診断後、日常生活に支障をきたすような精神的問題が生じ、受診に至るケースが少なくない³⁾。こうした患者から「他の進行・再発がん患者との共感」を求める声が多く認められたため、当科ではその精神的ニーズへの対応として、がん種を問わない、進行・再発がん患者対象の集団精神療法を実施している。

これまでの研究では、がん種を限定した研究が中心に実施され、得られた知見を他のがん種へ適応させるには限界があった。また、がん種を限定した集団精神療法では、頻度の低いがん種の集団を臨床場面で成立させることが難しい。よって、進行・再発がん患者に特徴的な身体・精神的問題、ニーズや現状を踏まえた治療として、集団精神療法プログラムを開発する必要があると考えられた。よって本研究では、治療法の開発に向けた基礎的研究として進行・再発がん患者を対象とした集団精神療法への参加状況の調査・分析から、現状に即した治療プログラムの原案を作成することとした。

方法(材料)

2007年5月から2015年3月までに集団精神療法に参加した患者の年齢・性別・がん種・参加開始日と参加最終日、一定期間の参加継続・中断の有無、欠席理由、中断時はその理由について転帰を含めて後方視的に調査し、臨床的に実施可能なプログラムの構成を検討した。

※集団精神療法

月1回の単回プログラムとし、臨床心理士がファシリテート、精神腫瘍医が同席する形態で行われる。集団精神

療法治療適応ありと判断された患者が対象となり、抗がん剤などの治療、体調を優先し、欠席・遅刻・早退自由としている。

結果

1) 参加者背景 (Table 1)

集団精神療法は2007年5月から2015年3月までに、月1回計95回開催され、34人の進行・再発がん患者が参加した。参加者は平均年齢59.5歳で、男性7名(20.6%)、女性27名(79.4%)であった。原発は乳がん(N=10, 29.4%)が最も多く、大腸がん(N=7, 20.6%)、膵がん(N=5, 14.7%)と続き、参加者の原発部位は9つに及んだ。

Table 1. Background characteristics (N=34)

	subjects	
	No.	%
Age, years		
Range		39-75
Mean±SD		59.5 ± 8.82
Sex		
Male	7	20.6
Female	27	79.4
Primary tumor sites		
Breast	10	29.4
Colon	7	20.6
Pancreas	5	14.7
Lung	3	8.8
Stomach	3	8.8
Rectum	2	5.9
uterus	2	5.9
Prostate	1	2.9
Brain	1	2.9

2) 参加継続の有無 (Table 2)

集団精神療法への参加条件は①集団精神療法の治療適応, ②参加希望が必須であり, これらを満たした患者が各回への参加を自由意思で決定している. 調査期間中, 集団精神療法に複数回参加した者は25名(73.5%), 1回のみ参加はその理由を問わず9名(26.5%)であった.

Table 2. Frequency of participation (N=34)

	subjects	
	No.	%
More than twice	25	73.5
Once	9	26.5

3) 継続的な参加が困難になった理由 (Table 3)

集団精神療法は, 自由意思によって各回の参加を決定できるため, 体調不良や治療の都合, 自己都合等で欠席しても, 翌月の参加が可能である. 調査期間中, 集団精神療法に「欠席」ではなく, 参加継続困難となった理由(その後の集団精神療法へは参加していない理由)について調査した. なお, 本調査では, 現在も継続的に参加している6名を除いた分析を行った. 最も多かった中断理由は体調不良(N=19, 55.9%), 続いて治療のため(N=5, 14.7%)であった. 患者自身の意思で継続的な参加を希望しなかった2例では, 「自分には合わないと思った」「『死』について話し合いたくない」とその理由を述べた.

Table 3. Reason for termination (N=34)

	subjects	
	No.	%
Poor physical condition	19	55.9
Treatment-related scheduling conflicts	5	14.7
His/Her decision	2	5.9
Unknown	2	5.9
*Be going on	6	17.6

4) 最終参加前3ヵ月間の参加状況について (Table 4)

最終参加前の3ヵ月間の参加状況について調査したところ, 毎月の参加が可能であった患者は13名(65%)であり, 3回全てに出席出来なかった患者の欠席理由は「治療のため」が最も多かった.

Table 4. Frequency of participation for three months (N=20)

	subjects	
	No.	%
all the session	13	65
2/3 session	5	25
1/3 session	2	10

5) 最終参加前6ヵ月間の参加状況について (Table 5)

最終参加前の6ヵ月間の参加状況について調査したところ, 毎月の参加が可能であった患者は6名(37.5%)であり, 半数以上に出席出来た患者は15名(93.7%)であったが, 全てへの出席は難しいことが明らかになった. 6回全てに出席出来なかった患者の欠席理由は「治療のため」が最も多かった.

Table 5. Frequency of participation for six months (N=16)

	subjects	
	No.	%
all the session	6	37.5
5/6 session	5	31.3
4/6 session	2	12.5
3/6 session	2	12.5
2/6 session	0	0.0
1/6 session	1	6.3

考 察

当科で実施している進行・再発がん患者を対象とした単回プログラムの集団精神療法は, 抗がん剤などの治療を継続しながらも, 継続的に参加出来る集団精神療法であり, 長期的に観察すると脱落が少ないことが明らかになった. これまでに研究されてきたがん患者を対象とした集団精神療法では, 2週間, 3ヵ月や6ヵ月間など一定期間の継続的なプログラムへの参加を前提とし, 「原発が同じがん患者」の集団で, 「不安や抑うつ軽減」を治療対象としていた. よって, 治療や体調不良で継続的な参加が困難になるとプログラムからの脱落となり, その効果が得られにくいと考えられていた. しかし, 本研究から単回プログラムでは継続的な参加が可能であり, 集団精神療法による治療効果を継続的に得られる可能性が示唆された. 継続的な参加の中断理由で最も多かったものは「体調不良」

であり、本調査で転帰が確認できた患者では、その後体調が改善せず死亡に至るケースも少なくなかった。よって、身体的な問題で参加が困難になる直前までの参加継続を見込むことができ、身体症状に応じた精神症状の変化など、状況に応じた治療を継続できる可能性があると考えられた。

進行・再発がん患者を対象とした集団精神療法プログラムでは、月1回の単回プログラムとすることで継続的な参加が見込まれ、治療効果を継続的に得られる可能性が示唆された。本研究結果を基礎的資料とし、今後は集団精神療法プログラムのニーズを検討し、プログラムの構成内容について更なる研究を進める予定である。

引用文献

- 1) Okamura, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000;61(2):131-7.
- 2) Temel JS, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363(8):733-42.
- 3) Tada Y, et al. Psychiatric Disorders in Cancer Patients at a University Hospital in Japan: Descriptive Analysis of 765 Psychiatric Referrals. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(6):548-51.

研究成果リスト

論文

- 1) 石田真弓, 大西秀樹, 医療者の違和感から考える防衛機制－がん患者の家族と遺族のケース－. *緩和ケア* 2014;24:190-4.
- 2) 石田真弓. 患者さんと一緒に心配事を整理する方法. *エキスパートナーズ* 2014;30(7):93-6.

学会発表

- 1) Ishida M, Onishi H, Kawada S, Toyama H, Uchitomi Y. Group psychotherapy for patients with advanced or recurrent cancer: Preliminary study. *International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22nd World Congress on Psychosomatic Medicine, September 2013, Lisbon, Portugal.*
- 2) Ishida M, Toyama H, Kawada S, Onishi H. Group Psychotherapy For Patients With Advanced Or Recurrent Cancer: Preliminary Study On Their Participative Condition. *11th American Psychosocial Oncology Society, 2014, Tampa, USA.*

特許出願

なし