

9

非薬物療法

☐精神療法（心理療法，サイコセラピー）

1 がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法

1) はじめに

がんの経験は、身体のみならず、患者の生活、役割、自尊心、家族など多岐にわたって患者に大きな影響を及ぼし、さらに高頻度の精神症状が認められる。例えば、診断後の不安、抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における抑うつ、終末期における実存的苦痛などである。あらゆる病期のがん患者が適切な精神的援助を必要としており、また、がん患者は薬物療法より精神療法を希望することが多い¹⁻³⁾。こういったことから、精神療法アプローチは、がん患者に対する精神的援助の中核治療となる。

2) 精神療法とサイコオンコロジーの歴史

精神療法は19世紀に催眠療法を中心に発展し、その影響を受けてフロイト (Freud, S.) が無意識を概念化し、精神分析を創始した。その後、ユング (Jung, C.G.)、アドラー (Adler, A.) らはフロイトから独立してそれぞれの精神療法を提唱し、フロイトの弟子らは精神分析を関係性による人間理解を基盤とした理論へと展開させた。さらに、ロジャーズ (Rogers, C.) らが、自己実現や人間性の成長を目標とした人間中心主義の精神療法として、来談者中心療法 (カウンセリング) を提唱した。そして、アイゼンク (Eysenck, H.J.) やウォルピ (Wolpe, J.) が学習理論を応用する介入法である行動療法を進展させ、その後、ベック (Beck, A.T.) が思考の特徴を扱う認知療法を開発し、この2つは認知行動療法へと発展を遂げて注目されている。こういったなか、1970年代頃から、がんと精神・心理との相互の影響を扱う学問であるサイコオンコロジー (精神腫瘍) が提唱され、グループ療法など、がん患者に対する心理的介入が報告され始めている⁴⁾。サイコオンコロジーにおける精神療法の臨床的焦点は、精神心理的苦痛を緩和することに加えて、それぞれの患者ががん治療とそれを乗り越える旅程において、積極的なコーピング力を育成し、健康的な適応を促進することにある。

3) 精神療法の定義

精神療法とは、治療者-患者関係という職業的な対人関係によって、患者の心身に効果的な影響を与える心理的治療を総称するものであり⁵⁾、主に対話を用い、精神障害や心身症を呈している人、心理的問題や不適応に陥っている人、種々の困難をかかえている人などの認知・情緒・行動などに働きかけ、そこに適応的な変化を図ることを目的としている。

すなわち、精神療法とは、トレーニングを受けた医療専門職との治療関係を通じて、理論的な枠組みに基づいた相互的コミュニケーションによって、精神的負担を軽減させることを

表1 精神療法が効果的に機能するための専門的アセスメント

◆治療者-患者の信頼関係の構築	・信頼関係、受容・傾聴・支持・共感	
◆包括的なアセスメント	1) 身体症状のアセスメント 2) 脳の機能的変化の可能性 3) 認知機能のアセスメント 4) 発達特性・知的水準のアセスメント 5) 社会・経済的問題のアセスメント 6) パーソナリティのアセスメント 7) 気分・感情のアセスメント 8) コーピングや疾病の取り組み方のアセスメント 9) 実存的問題のアセスメント	
※詳細はⅡ章-7-2「包括的アセスメント」(P104)を参照		
◆状態や機能の心理学的説明(包括的なアセスメントに基づいて)	・なぜこのような状態となっているのか？(状態) ・患者が「できること」「できないこと」は何か？(機能) ・問題が発生し維持されている仕組みはどのようなものか？(心理学的メカニズム)	
◆精神療法の適応評価と提示	・数々ある精神療法のなかで、患者が自分の課題と対処する手段が合致していると感じることができる療法の選択と提示	

[平井啓, 心理士はこんな仕事—心理士が医師・看護師に知ってほしいこと, 緩和ケア 2020; 30: 92-7⁷⁾より引用]

目的とした介入である⁶⁾。精神療法は、理論的な枠組みに応じて250種類以上の技法があるともいわれており、例えば、「その人が現在もっている資質を十全に活かせるように共感的な態度で声掛けを行っていくことで、患者自身の適応力を上げることを支援する精神療法」として、支持的な精神療法がある。また、「物事の受け止め方や対処の仕方に焦点を当てて変容を試み、セルフコントロールの力を高める精神療法」として認知行動療法、「不安などの不快な情動のために意識することのできない心の領域に注意を向け、治療者との関係のなかでそれらを体験し意味づけていくことで、症状の緩和や人間関係の改善を目指す精神療法」として力動的な精神療法などがある。その他にも、精神療法としての治療アプローチはさまざまである。

4) 精神療法施行にあたって

精神療法が効果的に機能するために、以下の専門的アセスメントと治療関係の構築が必須となる。すなわち、「治療者-患者の信頼関係の構築」「包括的なアセスメント」「心理学的状態と機能の評価」「精神療法の適応評価と提示」が重要となる⁷⁾(表1)。また、精神療法施行にあたって、さまざまな柔軟な方法で対応していくための準備が必要で、例えば、問題の理解を家族や他の診療科のスタッフと共有して環境調整を図ることや、身体・認知機能の低下があっても機能しやすい刺激の検討(視覚的・聴覚的の手がかり)、日常的なケアのなかで尊厳を保つ配慮など、さまざまな工夫を通して患者の精神心理的苦痛や負荷の緩和を図り、精神療法に臨む必要がある⁸⁾。

5) がん医療で用いられる精神療法の種類

がんという身体疾患の現実的な困難な状況を背景にしていることもあり、一般的に支持的な精神療法を基本としながら、さまざまな技法を患者のニーズや臨床像に合わせて複合的に組み合わせる⁹⁾ことが実際的である(表2)。がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法に対

表2 本ガイドラインで扱った精神療法の種類

- ・リラクゼーション法
- ・支持的精神療法
- ・がん患者に対する問題解決療法
- ・精神分析的・精神力動的な精神療法
- ・認知行動療法
- ・行動活性化療法
- ・アクセプタンス&コミットメント・セラピー
- ・マインドフルネス
- ・がん患者における集団精神療法
- ・ディグニティセラピー
- ・回想法・ライフレビュー
- ・Managing cancer and living meaningfully (CALM)
- ・Meaning-centered Psychotherapy (人生の意味に焦点を当てた精神療法)
- ・IoTを用いた精神療法

して、ランダム化比較試験でその効果が評価されたものとしては、認知行動療法 (cognitive behavior therapy : CBT) が多く、そのなかでも、マインドフルネス精神療法 (mindfulness-based cognitive therapy : MBCT)、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (acceptance and commitment therapy : ACT)、行動活性化療法 (behavioral activation : BA) が報告されている。また、主に終末期のがん患者を対象とした精神療法として、ディグニティセラピー (尊厳療法)、ライフレビュー、managing cancer and living meaningfully (CALM)、人生の意味に焦点を当てた精神療法 (Meaning-centered Psychotherapy) が報告されている。

どんな精神療法を行うにしても、治療を行ううえで重要なことは、「アセスメント」と「患者の心に対する向き合い方」が鍵となり、個々の患者のニーズに応じた技法を柔軟に適応していく必要がある。

6) 精神療法の効能

精神療法の効果として、抑うつ、不安、QOL、全般的な気持ちのつらさ (general psychological distress) の改善が認められている。また、横断的な評価改善だけでなく、副産物として、今後のストレスとの付き合い方や価値観の明確化など、持続する苦痛と共に生きること、成長を促進すること (今よりも適応的で健康的な方向へと変化をもたらす) など、がんと共存し主体的に生きていくための術を身につけていくことができることが期待されている。

7) 精神療法の限界と配慮

精神療法には、当然ながら限界があり、時には有害な場合さえありうる。例えば、初学者が避けた方がよいケースは、統合失調症や双極性障害、心気症など精神病性の精神疾患が基盤にある患者、自傷・自殺の既往やパーソナリティ障害などの精神疾患が基盤になる患者である¹⁰⁾。特に、精神病性の精神疾患患者は、精神療法による洞察や自己開示、もしくは過去を振り返ることを促す介入によって、混乱や再発を招きやすくなるため注意が必要で、精神療法を行う前に包括的なアセスメントが求められる所以である。

8) 精神・心理的ケアの専門家へ紹介すること（段階的ケア）

精神療法は、トレーニングを受けた医療専門職が行う治療である。しかし、専門的治療を提供できる医療専門職の数は限られており、段階的ケアを通じて、紹介することも必要となる。段階的ケアとは、精神医学や心理学を専門としない医療者も患者に出現しうる精神的ケアのニーズや心理的問題を評価し適切な対応を行い、問題の複雑さや重症度によってより専門性の高い治療へとつなげるという階層化されたケアのことである¹¹⁾。この考え方に基づいて、初期対応を行う医療者は、より深刻な苦痛を有すると判断された患者や自らの知識の範囲内で対応することが難しいと判断した場合は、精神・心理的ケアの専門家へ紹介することが求められる。日常的に協働、もしくはコンサルテーションを依頼できる精神・心理的ケアの専門家を探すことや連携を心がけることも一助となると思われる。

(大谷弘行, 五十嵐友里, 市倉加奈子, 茅野綾子, 柳井優子)

■ 文献

- 1) Greer JA, Traeger L, Bemis H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17: 1337-45
- 2) Ren W, Qiu H, Yang Y, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. *Psychiatry Res* 2019; 271: 52-9
- 3) Okuyama T, Nakane Y, Endo C, et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 2007; 16: 834-42
- 4) Yalom ID, Greaves C. Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 396-400
- 5) 氏原寛, 亀口憲治, 成田善弘, 他 編. 心理臨床大辞典 改訂版. p727, 培風館, 東京, 2004
- 6) Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, et al. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017; 56: 16-27
- 7) 平井啓. 緩和ケアにおける心理士の役割 心理士はこんな仕事—心理士が医師・看護師に知ってほしいこと. *緩和ケア* 2020; 30: 92-7
- 8) 五十嵐友里. 終末期患者のケア. からだの病気のころのケア (鈴木伸一 編). pp142-52, 北大路書房, 京都, 2016
- 9) 明智龍男. うつ病, うつ状態の薬物療法・心理療法. *心身医* 2014; 54: 29-36
- 10) 鍋田恭孝. 実践心理療法 治療に役立つ統合的・症状別アプローチ. 金剛出版, 東京, 2016
- 11) National Institute for Clinical Excellence. Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. *The Manual*. pp78-81, 2004

2 具体的なアプローチ

1 リラクゼーション法

リラクゼーション法とは、不安や緊張から解放されたリラックス状態を導くための方法の総称である。ただし、「不安や緊張から解放された」とはいつても、完全に弛緩した状態や何もしない状態を指すのではなく、緊張と弛緩の間の最適な状態・位置・場に自分自身をおくこと¹⁾であるとされる。リラクゼーション法は、化学療法に伴う予期性悪心・嘔吐、術後の疲労・倦怠感など、がん治療に伴うさまざまな苦痛・不安のコントロールや改善などに用いられる^{2,3)}。また、この方法は、練習を重ねることによって心身の状態を自ら左右できるという特徴をもつことから、がん罹患やその経過に伴いさまざまな変化に振り回され、セルフコントロールの感覚を失いがちな患者が、再びそれを取り戻すことにも役立つと考えられる。さらには、例えば閉所恐怖によるCT検査や先端恐怖による生検の困難さなど、特定の検査や処置が受けられない患者に対してスムーズに治療を提供することにも効果をもたらす可能性がある²⁾。このようにリラクゼーション法は、患者の精神的健康を支え、心身の苦痛への対処スキルを育て、コントロール感を回復させるという意味で、極めて活用範囲の広い方法であり、他の精神療法とも組み合わせて用いやすい。

リラクゼーション法にはさまざまな種類があるが、ここでは、それらを代表する方法として、呼吸法（腹式呼吸）、漸進的筋弛緩法、自律訓練法、誘導イメージ法の4つを紹介する。

1) 呼吸法（腹式呼吸）

古くから、呼吸法は中国やインドなどアジア諸国を中心に、治療の一環として用いられてきた。その後、欧米諸国などにおいても治療法としての展開をみせ、その過程でさまざまな方法が生み出されてきた。呼吸は、心身の状態と密接に関連している。人が不安や緊張状態にある時に行うことの多い胸式呼吸では、呼吸が浅く速くなりがちで、身体はこわばり、不安症状をさらに悪化させる可能性がある。一方、腹式呼吸では、横隔膜が自由に動き、結果として深い呼吸とリラックス状態につながる⁴⁾。そのため、鼻腔からゆっくりと息を吸い込み、横隔膜を使って胃や腹部を膨らませ、そして空気をためた後、口腔からゆっくりと細く長く息を吐ききる、という腹式呼吸を規則的に続けることが、リラクゼーション法としては推奨されている。腹式呼吸は、リラクゼーション法のなかでも実施が容易であり、また、状態が悪化している患者にも比較的導入しやすい方法である。

2) 漸進的筋弛緩法

漸進的筋弛緩法（progressive muscle relaxation）とは、1920年代にジェイコブソン（Jacobson, E.）によって研究・開発された技法である。身体各筋群（前腕、上腕、下腿・大腿部など）を随意的に緊張させ、そして弛緩させる、ということを順番に行っていくことを通して、リラックス状態を導く技法である。当初、ジェイコブソンは、全身の筋群について非常に多くの時間と回数をかけて訓練を行っていた。しかし近年では、患者の身体的・精神的負担を軽

減させ、生活のなかにより定着させやすくするため、いくつかの筋群をまとめる、筋群の数を減らすなどして作成された簡易法がよく用いられている。わが国では、がん患者を対象とした簡易法⁵⁾も作成されており、この方法は、CD 音声を用いて簡易に実施することが可能となっている。

3) 自律訓練法

自律訓練法とは、催眠に関する治療経験に基づき、1930年代にシュルツ（Schultz, J. H.）によって体系化された技法である。「自律訓練（autogenic training）」という名称が示すように、治療者が主導するのではなく、患者自身で自己調整を行うという部分に重きがおかれている。自律訓練法では、公式化された（決められた文言による）自己教示を用い、その教示を反復的に暗唱しながら、四肢の重感や温感など、順番に身体内部の感覚への「受動的注意集中」を行っていく。そのような練習を繰り返すことによって心理生理学的変化が生じ、心身のリラックス状態へ、あるいは心身の均衡の保たれた状態へと自己調整が可能となる。この技法の重要なポイントとして、前述の「受動的注意集中」が挙げられる。決して能動的に変化を生み出そうとするのではなく、公式を心のなかでシンプルに繰り返すことで、また特定の感覚に集中しそれを観察するなかで、変化する状態にほんやりと身を任せるのが重要である^{6,7)}。

4) 誘導イメージ法

誘導イメージ法（guided imagery）とは、イメージを用いて気持ちを落ち着かせ、よりリラックスした状態へと導くための技法である。通常、まずは漸進的筋弛緩法のようなリラクゼーション法を実施することから始め²⁾、その後、気持ちの落ち着きやリラックス状態に関連するような、場所、物、場面などをイメージするよう求める。なかでも場所のイメージが用いられることが多く、その際にイメージするのは、なじみ深い場所でも、過去に行ったことのある場所でも、想像のなかでつくり出した穏やかな場所でもよい。いずれにせよ五感に関するイメージも一緒に膨らませ、自分がその場所にいるかのように実感できるようにする。そのことで、特定のイメージとリラックス状態との結びつきが強まるとともに、リラックス状態を導くためにそのイメージを用いることも可能となる²⁾。

上記のようなリラクゼーション法の長所としては、安全性が高いこと、コストをかけずに実施できること、そして練習を重ねることにより独力で好きな時に好きな場所で実施できること、などが挙げられる。明確な禁忌は少ないとされるが、次のような患者への適用にあたっては、注意を要する^{3,8)}。それらは、①低血圧、②発熱や強い痛みなど、強い身体症状が認められる、③著しい気分の落ち込みや不安など、強い精神症状が認められる、④てんかんなど特定の精神疾患をもつ、⑤虐待や心的外傷を受けた経験がある、⑥顕著な体力低下や疲労がある（特に漸進的筋弛緩法）、⑦循環器や呼吸器の疾患をもつ（特に自律訓練法で関連する器官の自己教示を行う際）、といった患者である。

（福森崇貴）

文献

- 1) 平井久. リラクゼーションとは何か. 現代のエスプリ 1993; 311: 9-31
- 2) Lewis EJ, Sharp DM. Relaxation and image based therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳. がん患者心理療法ハンドブック. pp81-97, 医学書院, 東京, 2013)
- 3) National Center for Complementary and Integrative Health. Relaxation techniques for health: what you need to know. <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-what-you-need-to-know> (2023年1月20日閲覧)
- 4) Safren SA, Gonzalez JS, Soroudi N. Coping with chronic illness: A cognitive-behavioral approach for adherence and depression. Therapist guide. Oxford University Press, 2008 (堀越勝, 安藤哲也 監訳. 慢性疾患の認知行動療法—アドヒアランスとうつへのアプローチ セラピストガイド. 診断と治療社, 東京, 2015)
- 5) 近藤由香, 小坂橋喜久代, 金子有紀子, 他. 簡易版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果. 日看研会誌 2011; 34: 87-93
- 6) 五十嵐透子. リラクゼーション法の理論と実際—ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門, 第2版. 医歯薬出版, 東京, 2015
- 7) Linden W. The autogenic training method of J.H. Schultz. In Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE, eds. Principles and practice of stress management, 4th ed. pp527-52. Guilford Press, 2021
- 8) 日本緩和医療学会 編. がんの補完代替療法クリニック・エビデンス 2016年版. 金原出版, 東京, 2016

2 支持的な精神療法

支持的な精神療法は、がん患者とその家族に対する精神療法のなかで、最も重要な技法として位置づけられており¹⁾、それはまた、すべての精神療法の基礎となるものとされる。一般には、患者に対して関心や共感を示し、熱意をもって話を聴き勇気づけること、また具体的な手助けを行うことが支持的な精神療法であると誤解されがちであるが、それらの多くは「支持的な関わり」であって「支持的な精神療法」ではない²⁾。それを精神療法と呼ぶには、設定された目標に向け、訓練を受けた治療者が意図をもって関わる必要がある。支持的な精神療法とは、患者と治療者との情緒的結びつきや目標の合意を含めた協働関係（治療同盟）をベースに、患者がもともと持ち合わせている問題解決のための資質や能力を高め、それによって感情的苦痛を調整し生活に適応していけるよう援助するための方法である。

ほとんどのがん患者は、元来、高い健康度を維持しながら適応的に生活を送っていた人たちである。また、多くの場合、がん患者に対する精神療法は入院中や通院中に限って行われる。よって、パーソナリティの変容を目指すような長い期間を要するアプローチよりも、がん罹患を契機に生じてきた問題や治療生活への適応に絞って支えていくようなアプローチが、がん患者のおかれた状況やニーズには合致しやすいと考えられる。

ここで、重要なポイントは3つ挙げられる。1つめは、ポジティブな関係性をベースにする、ということである。患者との間に共感や思いやり、安全な雰囲気などがなければ、そもそもこの治療法は成り立たず、よってそのような関係性を形成することこそが支持的な精神療法の基本戦略となる³⁾。2つめは、基本的に患者が意識できる問題のみを扱い、無意識的な葛藤や無自覚的なパーソナリティの問題などには深く立ち入らない²⁾ということである。よって、患者が苦痛な感情体験から自身を守るために無意識的に用いている反応様式（防衛機制）も、本人の適応を大きく阻害しない限りは支持され強められる。一方で、例えば、必要な治療の選択が患者の強固な否認によって阻害されている場合などには、そのことを話題に挙げて扱うこともある。最後に3つめは、患者の自信や自己効力感の維持・回復に努めることである。慢性的な障害や不満足な生活のなかにあり、さまざまな変化に振り回されている多く

のがん患者は、自律性や、それまで築き上げてきた自信を喪失しがちである。だからこそ治療者は、患者の発言や考えを尊重し、彼らの主体性が発揮されるのを支えながら、自己効力感を高められるよう働きかける必要がある。

支持的精神療法を実施するなかでよく用いられる技法を、以下にいくつか紹介する。なお、1)～3)の各技法に関する説明は、文献^{2,4)}の内容をもとにまとめたものである。

1) 傾聴

多くの患者は「聴いてもらえている」と感じられると、気持ちが楽になる。ただし、傾聴とは、ただ一生懸命に患者の話す内容を聞くことではない。また「傾聴」を単に概念的に理解するのみではあまり意味はなく、それを具体的な行動レベルに落とし込み、実践できることが肝要である。傾聴にあたっては、相手と向き合う際のアイコンタクトの仕方や姿勢に気を配り、同時に、患者のジェスチャーや振る舞い、声色、あるいは患者の発言と非言語行動との不一致などに細心の注意を払う。また、治療者に「聴こえてきた」ことを患者に簡潔に伝え返すことも重要である。

2) 励ましと保証

励ましは、患者が自らの精神的健康状態を維持したり、何かにチャレンジしたりする際の助けとなる。ただし、チャレンジがうまくいかなかった時に必要以上に挫折を感じることや、治療者の期待に応えられなかったと思いつつ悩むことを避けるため、患者に与える励ましは「最低限」とした方がよい。患者の長所と短所についてよく理解しておくことは、励ましのタイミングや程度を決めるうえでの助けになる。また、変化は簡単に生じるものではないと、患者に繰り返し思い出させることも重要である。励ましは、「保証」というかたちで行われることもある。例えば治療者は、患者の何らかの気がかりに対して保証を与え、そのことによって患者の不安は低減し、生活上の課題に取り組むことができる。保証を行うにあたり、治療者は、保証が現実的なものであること、そして自分の専門的知識の範囲を超えないことに注意する必要がある。例えば、化学療法による治療効果が現実的には得づらいにもかかわらず、あるいは、治療効果に関する専門的知識に乏しいにもかかわらず、「絶対に効きますよ」などと伝えることは避けなければならない。

3) プラスの側面のフィードバック

患者のもつ強みを探したり状況の建設的な側面を強調したりすることは、治療場面に良い雰囲気をもたらすとともに、患者が自分の生活に前向きな見通しをもつことにつながる。ただし、患者自身が良いと感じられていそうなことについてのみそれを行うことが重要である。もしも患者が自分ではまったく良いと思っていないことについて、治療者がプラスのフィードバックを行ったとすれば、それは単なる共感の失敗に終わりがねない。患者が受け容れることができ、かつ利益を享受できると考えられる程度や範囲を見極めてフィードバックを行うことが大切である。

上で紹介してきたものは、支持的精神療法で使用される技法の一部であり、すべてではな

い。また、これらの技法は支持的精神療法に特有のものというわけでもなく、それらは支持的精神療法のコンセプトに沿ったかたちで個々の患者に合わせて組み合わせられ、治療目標を達成するために使用される。

最後に、支持的精神療法の禁忌は比較的少なく、端的にいえば、精神療法を実施すること自体が禁忌の時は禁忌とされる²⁾。また、せん妄、他の器質性精神障害、薬物中毒、認知症の後期では支持的精神療法の効果は得づらいようであるが⁵⁾、それも他の精神療法と同様であろう。以上のように、支持的精神療法は侵襲性が低く、それゆえ他の精神療法と比べても、適用範囲が広いのが大きな強みであるといえる。

(福森崇貴)

文献

- 1) Lederberg MS, Holland JC. Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳. がん患者心理療法ハンドブック. pp3-25, 医学書院, 東京, 2013)
- 2) Winston A, Rosenthal RN, Roberts LW. Learning supportive psychotherapy: an illustrated guide, 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, 2019
- 3) Appelbaum AH. Supportive psychotherapy. Focus 2005; 3: 438-49
- 4) Battaglia J. Doing supportive psychotherapy. American Psychiatric Association Publishing, 2020
- 5) Novalis PN, Singer V, Peele R. Clinical manual of supportive psychotherapy, 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, 2019

3 がん患者に対する問題解決療法

1) はじめに

問題解決療法 (problem solving therapy : PST) は、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy) の一つの技法に位置づけられる。PST は、1980 年代にデズリラ (D'Zurilla, T.J.) とネズ (Nezu, A.M.) によってうつ病の治療法として構築された¹⁾。うつ病患者は、社会的問題解決 (social problem solving) の力が低下した状態、つまり、問題が悪循環に陥っている状態にあるとされ、その力を回復させたり、形成したりするための人の認知と行動を体系化することが目的とされている。Cuijpers ら²⁾は、成人のうつ病患者を対象とした精神療法のランダム化比較試験研究のメタアナリシスを行い、その結果、PST は、非指示的精神療法よりも効果が高く、認知療法、行動活性化療法、対人関係療法、ソーシャルスキル・トレーニング、精神力動的な精神療法といったさまざまな精神療法と同等の効果があることを示している。

PST は、うつ病以外でも、社交不安、統合失調症、知的障害、薬物依存などの心理的問題をかかえた者や、肥満、がん、冠動脈疾患などの身体疾患に伴う苦痛の緩和、ストレス・マネージメント、人間関係などに有効であることが示されている¹⁾。このうちがん患者については、Nezu ら³⁾のグループが、132 名の成人がん患者を対象としたランダム化比較試験を行い、問題解決能力と QOL が向上し、さらに患者に加えて、親しい他者と一緒に介入を行うことで長期的な効果がみられることを明らかにしている。Doorenbos ら⁴⁾は、化学療法加療中のがん患者 237 名を対象に、化学療法の副作用の緩和を目的とした PST の有効性を検討し、PST はがん患者の症状コントロールにも有効であり、心理の専門家ではない看護師が介入を

行うことが可能であることを示している。また、Sahlerら⁵⁾は、小児がん患児の母親を対象にランダム化比較試験を行い、母親の問題解決能力の向上、否定的感情の改善に有効であったことを報告している。

わが国では、「がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチなどの精神医学的介入の有効性に関する研究班(明智班)」においてわが国のがん患者を対象としたプログラム開発が行われ⁶⁾、乳がん患者を対象とした前後比較研究において、がん患者の心理的苦痛の緩和にPSTが有効であることが示されている⁷⁾。

2) 問題解決療法を行う

PSTは、自らが取り扱う問題を明確にし、何が問題かを明らかにする「問題の定義」、問題解決によりどんな状態にたどり着きたいかのゴール(目標)を定める「目標設定」、効果的な解決策のバリエーションを考える「解決策創出」、ゴールに近づくために最も効率的な解決策を選択する「意思決定」、解決策の実行と結果のフィードバック、反省を行う「実行・評価」の5つのステップにより構成される⁸⁾。これらの5つのステップを効果的に行うためには、図1に示したようなワークシートを用いて行うことが勧められる。

<SOLVE> 問題解決キャンバス Ver2.0		Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Timed
最初に感じた問題 Problems	SMARTプラン: SP (Risk assessment: Base? Upside? Backup?) <SMARTゴール	
どうしたいか?: What I want	状態目標: Strategic Goal <smARt	行動目標: Behavior Goals <Blain-storming
どうあるべきか? What should be		
現在の状態: What is	リスクと条件: Risk	行動計画: Behavior Plan <SMarT
アウトカム (When, Where, What, with Whom, and How?): Outcomes		
良い影響: Positive Consequences	悪い影響: Negative Consequences	

図1 問題解決キャンバス

[平井啓, 他. ワークシートで学ぶ問題解決療法. ちとせプレス, 2020⁹⁾より引用]

問題の定義のステップでは、問題を、患者が「こうありたい」「こうあるべき」と思っていることと「現在の状態」にギャップがある状態として定義していく。例えば、手術で胃を全摘した消化器がん患者の問題は、「食事を食べたい」と思っているのに、「食べられない」状態であることで大きなギャップがあった。目標設定のステップでは、この問題に対して、

Specific (具体的か?), Measurable (測定可能か?), Achievable (達成可能か?), Relevant (もともとの問題に関連しているか?), Timed (期限が決められているか?) の頭文字をとった SMART ゴールの基準に従って目標設定を行っていく。例えば、先程の例の場合、「食べられるようになる」は、1週間では達成可能な目標ではないために、「食べられそうなもの(方法)を探す」という目標を SMART ゴールとして設定した。

次の解決策創出では、ブレインストーミングを行い、できるだけたくさんのバラエティー豊かな解決策を書き出すことから始める。日常の問題解決では、解決策創出と次のステップの意思決定を同時に行ってしまうために、安易な解決策を選んだり、諦めてしまったりすることになる。そのため、ブレインストーミングでは、実際にできるかどうかはいったん保留するというルールをあらかじめ患者に伝えておくことが重要となる。最終的には解決策のリストを作成する。次の意思決定のステップでは、作成されたリストのなかからいくつかの解決策を選び、それぞれについてプロス(Pros, メリット, ベネフィット)とコンス(Cons, デメリット, リスク, コスト)を患者に挙げてもらう。挙げられたプロスとコンスのそれぞれの要素について重要性の点数をつけてもらう(例: とても重要=5点, 重要=4点, 普通=3点)。プロスの要素をプラス, コンスの要素をマイナスとして合計点を算出して、最も点数の高い解決策を、実際に実施する解決策として選択する。前述の消化器がん患者の例では、さまざまな解決策のなかから、「料理の写真を見る」「心に浮かんだものを食べてみる」「自分のペースで食べてみる」の3つの解決策を実行してみることとなった。

最後の実行・評価のステップでは、選択された解決策について、患者が自分のカレンダーにスケジュールとして入れられるくらい具体的な行動計画を立てる。この時に、計画がうまくいかなかった時のバックアップの計画(例えば、外出の計画を立てるが天気が悪かった時に行う計画)を立てておくことよい。通常の PST では、この行動計画を次のセッションまでの宿題とする。次のセッションでは、宿題をやってみてうまくいったかどうか、うまくいかなかった時はその理由などを報告してもらう。目標が達成されれば、次のセッションでは別の目標を立てるか別の問題に取り組むことになる。目標が達成されなかった場合は、問題の定義、目標設定、選択した解決策のいずれかを修正し、再度、問題解決に取り組むようにする。

3) おわりに

消化器がん患者の PST の最後のセッションでは、この患者は、「食べられないということは大した問題ではないと思えるようになった」と言い、妻の介護、昔からの馴染みの飲食店の店員など人とのコミュニケーションをとることをより優先度の高い目標として設定できるようになった。これは、「こうあるべき」という問題設定が、「こうありたい」という問題として再設定されて、それに向かって行動できるようになったといえる。このように PST では、実際に現在の状態を「こうありたい」「こうあるべき」に近づけるよう行動するアプローチと、現在の状態の延長線に「こうありたい」状態を設定することで現実的に行動するアプローチの2つの方向性で考えることができる。がん患者、特に再発転移の患者を対象とする場合は、後者のアプローチとなる場合が多くなると考えられる。一方で、PST は、精神症状が重度な精神障害や発達障害などの発達の特性が強い場合は、問題や状況を認識する

こと自体が難しかったり、強いバイアスがかかったりする。そのため、直接 PST を適用することが難しく、その場合は、治療者側の治療戦略やケース・フォーミュレーションに PST を活用することになる⁹⁾。

(平井 啓)

■ 文 献

- 1) D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. 2nd ed. Springer, New York, 1999
- 2) Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 909-22
- 3) Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH, et al. Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 1036-48
- 4) Doorenbos A, Given B, Given C, et al. Reducing symptom limitations: a cognitive behavioral intervention randomized trial. *Psychooncology* 2005; 14: 574-84
- 5) Sahler OJ, Fairclough DL, Phipps S, et al. Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 272-83
- 6) Akechi T, Hirai K, Motooka H, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 2008; 38: 867-70
- 7) Hirai K, Motooka H, Ito N, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2012; 42: 1168-74
- 8) 平井啓, 本岡寛子. ワークシートで学ぶ問題解決療法. ちとせプレス, 2020

4 精神分析的・精神力動的的精神療法

精神分析的（精神力動的）精神療法というと、トレーニングを受けた専門家による「転移解釈」と「自由連想」を中心とした高頻度の精神療法という、少し敷居が高い印象をもたれることが少なくない。その定義¹⁾は「転移に着目しながら、思慮深く、タイミング良く、転移と抵抗が解釈され、得られた治療者の理解は患者の心の世界に深く貢献する」とされる。専門用語を用いずに言い換えれば「患者の苦悩に耳を傾け、幼少期から歩んできた生活史に共感し、繰り返し経験する困難について、治療者-患者関係（転移）を基盤に改善しようとする試み」であり、これは多くの臨床家をもつ基本的態度といえよう。臨床現場ではそのエッセンスを残しながら状況に合わせて応用される。近年、精神分析的な精神療法のエビデンスは、うつ病を中心に、確立されつつある²⁻⁴⁾。最近のメタアナリシス⁵⁾でも、精神分析的な精神療法は薬物療法や認知行動療法と同等に効果的とされた。また、診療報酬請求が認められた精神療法として月に6回（390点/回）まで算定できる。

フロイトは、『悲哀とメランコリー』⁶⁾のなかで、正常な喪の過程と病的なメランコリーの過程を比較しつつ論じた。近年では、正常な喪の仕事も永続的に人間の精神構造に複雑な影響を及ぼすとされる⁷⁾。多くの喪失を経験するがん患者の精神分析的な精神療法は、Eissler⁸⁾によって初めて適応された。その後もがん患者に適応されてきたが、現時点でもエキスパートコンセンサスや症例報告にとどまっている⁹⁾。最近では、がん患者の精神分析的な精神療法の総説で歴史的変遷をたどりつつ、否認について対応し、不確実な予後を受け入れ、自尊心を高め、死の不安について探索することが重視されている¹⁰⁾。今後は、よりエビデンスレベルの高い知見が発信されることが必要になるだろう。

1) 治療設定と診断面接

患者の身体機能、軽度意識障害、薬剤因性の精神症状などの可能性などに鑑みて、面接設定を決める。具体的には、患者が確保できそうな時間帯や身体疾患の状態によって場所（外来診察室、病棟面談室、ベッドサイドなど）、頻度、面接時間などを設定する。精神療法が開始されたらできるだけ一定にするが、身体の状態に合わせて柔軟に対応する必要がある。

原則として最初の4回は、診断面接を行って、精神分析的精神療法の適応について判断する。精神症状が発症して精神療法の導入に至った経緯について、身体疾患の病歴と関連づけながら聴取する。また、生活歴や家族歴などの心理社会的背景（可能なら幼少期の養育、家族の性格や相性、両親の出会い、両親それぞれの生活史や兄弟など）についても聴取する。患者が「つらそうだ」という理由で、患者の心理社会的背景の聴取を省略すれば、精神症状の対応に終始せざるを得なくなってしまうので留意する。

2) 治療経過—つらさの変遷—

(1) 治療関係の構築（転移性治療）

精神療法を開始したら、患者に面接内容の舵取りをしてもらい、患者の連想と情緒を十分に傾聴する。患者の苦悩は、痛みや悪心など身体的苦痛から家族との関係やこの先の不安など社会的苦痛まで幅広い。秘密が守られる空間で苦悩を受け止めてもらう患者は、治療者を信頼し、関係性の基盤が確立していく。このような治療初期の一過性の回復は転移性治療とされる。この時期を経て、患者特有の関係性（転移）が徐々に発動する。

(2) 苦悩の否認と直視

がんの告知がされていても、患者が「がんである現実」をすぐに受け入れることは多くない。急性期の治療者の役割は、現実の直面に伴って生じる不安を傾聴して軽減し、患者の置かれている状況を少しずつ共有することにある。患者が現実と直面していく期間は、さまざまであろう。患者にとって衝撃が大きすぎる場合、治療者は患者の不安を棚上げにして、患者と共に「身体疾患である現実」をしばらく否認したままであることが望ましいことがある。さて、このような身体疾患をもつ患者に対する精神分析的な精神療法の特徴¹⁾は、患者の幼少期の体験が身体疾患を機に再燃すること、患者は依存的な状況に苦悩し権威との葛藤を矮小化すること、患者の主な葛藤は「信じること」「分離/見捨てられ感」などと指摘される。治療者は、このような転移関係について解釈を通じ、患者の苦悩を共有する。

(3) 諦念と再構築

患者は、少しずつ現実を受け入れ、身体疾患をもった新しい生活を再構築する。この時期、患者は、急性期に「身体疾患である現実」と直面したように、「家庭や社会における喪失」に直面する。患者は失望し、抑うつ、不安、怒り、軽躁などさまざまな反応を示す。さらに、患者の心の支えとなってきた患者仲間などを失った場合、患者は厳しい現実を突きつけられる。精神療法過程は、患者の年齢、がんの重症度、罹病期間、パーソナリティ傾向、家族や医療者の支持機能などによりさまざまである。精神療法の終盤では、患者は心の痛みや哀しみを受け止め、それに持ちこたえるなかで現実に向かい合い、やがてある種の諦念が生じる。

患者の人生におけるさまざまな喪失について改めて思い巡らせることも少なくない。こうした心境になると、患者は、他責的でなく、他者を思いやり、自身の限界を受け入れるようになる。

(4) 終末期について

終末期の患者は、死について受容し、家族に看取られ、穏やかな臨終を迎えることが望ましいが、必ずしも理想的にいくとは限らない。家族との関係が悪かったり、医療者に易怒的になったり、ほかの患者に迷惑をかけたりする患者もいる。医療者は理想的な終末のみにとらわれず、色々な生き方があるように色々な死に方を受容する必要がある。死が近づくと医療者は、患者や家族の重苦しい雰囲気回避したくなり、足が遠のきがちになるが、こうした時でもできるだけ目の前で生じる現実と向き合うように努める。

さて、患者が死亡すると、治療者にも悲嘆反応が生じ、場合によっては、悲嘆反応が遷延することがある。そのような時、治療者は同僚に相談したり、カンファレンスなどで臨床経過を振り返る機会をもったりすることによって回復に向かうことが多い。治療者の置かれている環境はさまざまだが、燃え尽きを防ぐためにも、同じ指向性をもつ仲間をもつことが望ましいと思う。

(木村宏之)

文献

- Gunderson JG, Gabbard GO. Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 1999; 47: 679-704
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300: 1551-65
- Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 15-22
- Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015; 14: 312-21
- Steinert C, Munder T, Rabung S, et al. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry* 2017; 174: 943-53
- Freud S. Mourning and melancholia S. E. 14, 1917(悲哀とメランコリー). フロイト著作集6 (井村恒郎 翻訳). 人文書院, 東京, 1970)
- Kernberg O. Some observations on the process of mourning. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 601-19
- Eissler KR. The psychiatrist and the dying patient. International Universities Press, New York, 1955
- Goldie L, Demarais J. Psychotherapy and The treatment of Cancer Patients. *Bearing Cancer in Mind*, 1st ed. Routledge, London, 2005 (平井正三, 鈴木誠 監訳. がん患者の語りを聴くということ—病棟での心理療法の実践から. 誠心書房, 東京, 2022)
- Straker N. The treatment of cancer patients who die. *Psychodyn Psychiatry* 2020; 48: 1-25
- White CA, Trief PM. Section V Issues in specific populations. *Psychotherapy for medical patients*. In Gabbard GO, Beck JS, et al., eds. *Oxford Textbook of Psychotherapy*, pp396-409, International Universities Press, New York, 2005

5 認知行動療法

認知行動療法 (cognitive and behavioral therapies) は、学習理論をはじめとする行動科学と認知科学によって得られた知見を臨床の諸問題へ応用したものと定義され、そのために開発された諸技法を体系化して発展してきた精神療法である (日本認知・行動療法学会の定義¹⁾)。具体的には、生活場面で生じるさまざまな問題における感情、思考、行動、および身体状態の相互作用から生じる悪循環を整理するとともに、その問題の解決目標とその具体策を明確にしながらか支援を行っていく。支援においては、本人の対処能力やセルフコントロール力の向上を重要視し、新たな体験や気づきを通して、気分・感情のマネジメントスキルや問題解決スキル、柔軟で多様な思考様式などの習得を目指していく (詳しくは成書²⁾を参照)。

認知行動療法の特徴として従来の伝統的な精神療法と大きく異なる点は、特定の疾患や臨床問題に対応した介入プログラムが体系化されている点、プログラムのねらいや進め方が明確である点、対象者の気づきや学びを促進するための心理教育資料やワークシートなどが整備されている点、介入による思考・行動変化や症状の改善の程度などを客観的な指標によって評価していく点などが挙げられる。これまでに、うつ病や不安障害、強迫性障害やストレス関連障害などさまざまな介入プログラムが開発されており、その多くが質の高い臨床試験においてエビデンスが示されている (表3)³⁾。

これまでに、がん患者の抑うつや不安に焦点を当てた認知行動療法が多く実施されているが^{4,5)}、なかでも Moorey と Greer⁶⁾によって体系化された「がん患者の認知行動療法」は、がん患者に特徴的な不安や抑うつ、生活問題などに焦点が当てられたものである。このプログラムは、がんという病をかかえながらの生活のなかで生じる心理的苦痛の軽減をねらいとするとともに、がんに前向きに向き合いながら受容を促進し、精神的適応や生活全般に対するセルフコントロール力を向上していく。また、がんの発症を契機に生じやすいパートナーとの関係性 (過剰な遠慮や気遣い、極端な思い込みなど) に焦点を当て、コミュニケーション

表3 認知行動療法の効果に関するメタアナリシス結果

疾患	比較内容	effect size
成人うつ病	待機群またはプラセボ	0.82
思春期うつ病	待機群	1.11
全般性不安障害	プラセボ	1.26
パニック障害	プラセボ	0.65
社交不安障害	待機群またはプラセボ	0.93
強迫性障害	治療前後の改善度	1.86
PTSD	待機群	1.70
統合失調症	治療前後の改善度	1.28
怒り感情	未治療群	0.70
神経性過食症	治療前後の改善度	1.35
慢性疼痛	待機群	0.33

[Butler AC, et al. Clin Psychol Rev 2006; 26: 17-31³⁾を参考に作成]

表4 がん患者の認知行動療法のねらいと構成要素

◆セラピーの目標
心理的苦痛の軽減
ポジティブなファイティングスピリットの促進
がんに対する精神的適応の促進
生活全般に対するコントロール感の促進
がん治療への積極的参加
がんに関連した問題への有効なコーピングの習得
パートナーとのコミュニケーションの改善
ネガティブ感情の適切な表出の促進
◆セラピーの構成要素
・ケース・フォーミュレーションと心理教育
・感情表出
受容とノーマライゼーション, マインドフルネスと内省, 否認への働きかけ
・行動的技法
リラクゼーション法, 活動スケジュール, 段階的な課題設定, 問題解決技法, 行動実験
・認知的技法
自動思考のモニタリング, 不安や心配の整理 (具体/漠然), 認知再構成法
・パートナーとの作業
傾聴と共感スキル, 関係性に関する思い込みの検討, 共同セラピストとしての役割

[Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. Oxford University Press, 2012⁶⁾を参考に作成]

の改善と適切なパートナーシップの回復を促していく点も特徴的である。

具体的なプログラムの構成要素としては(表4)⁶⁾, ①不安や心配, 抑うつなどの背景にある思考・行動・感情・身体症状の悪循環についての自己理解を図るための心理教育とケース・フォーミュレーション, ②適切な感情表出の方法を学ぶための受容とノーマライゼーションやマインドフルネス技法, ③心理的苦痛の軽減とセルフコントロール力の向上のためのリラクゼーション法や各種行動的技法, および問題解決技法, ④破局的・否定的思考の緩和と前向き思考の探索のためのセルフモニタリングや認知再構成法, ⑤パートナーとの関係性の改善のためのコミュニケーション技術・トレーニングやパートナーへの思い込みの再検討, などが挙げられる。今後, がん患者への認知行動療法が, わが国においても普及していくことが期待される。

(鈴木伸一)

文献

- 1) 日本認知・行動療法学会 編. 認知行動療法辞典. 丸善出版, 東京, 2019
- 2) 坂野雄二 監修, 鈴木伸一, 神村栄一 著. 実践家のための認知行動療法テクニックガイド—行動変容と認知変容のためのキーポイント. 北大路書房, 京都, 2005
- 3) Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006; 26: 17-31
- 4) Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L, et al. Psychotherapy for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Psychiatry Med 2016; 51: 414-30
- 5) Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, et al. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Cancer Treat Rev 2017; 56: 16-27
- 6) Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. Oxford University Press, 2012 (鈴木伸一 監訳. がん患者の認知行動療法—メンタルケアと生活支援のための実践ガイド. 北大路書房, 京都, 2016)

6 行動活性化療法

行動活性化療法は、そもそも Beck ら¹⁾によって体系化されたうつ病への認知療法における構成要素の一つであり、段階的目標設定や活動スケジュールの作成などを通して、活動性の向上と行動レパートリーの拡充をはかる「行動活性化」という技法がルーツとなっている。その後、Martell ら²⁾が、活動の背景にある個人にとっての「価値づけ」に焦点を当てた一連の精神療法へと発展させ、現在に至っている。

行動活性化療法の特徴は、これまでの精神療法が焦点を当てていたネガティブな思考・感情を直接的に扱うのではなく、抑うつ状態によって生じる活動性の低下と、それに伴うさらなる抑うつの悪循環（図2）を断ち切ることに焦点を当てている。具体的には、対象者がこれまでの生活で大切にしていた「人生の価値」に着目し、それを背景とした日常生活活動（対人関係や趣味、目標に向かった活動など）を促進することを通して、生活のなかで小さな喜びや楽しみ、達成感や満足感などを感じることができるよう支援していく。すなわち、ネガティブな思考や感情を生じさせているマイナスな側面の減少・改善を目指すのではなく、対象者が本来持ち合わせていた健康的な側面や人的・社会的資源の再活用を通して、気分の改善と生活の再構築を促進していく精神療法である（表5³⁾。

行動活性化療法の有効性に関しては、うつ病に対して、従来の認知行動療法と同等の効果があることが多くの研究で実証され、高いエビデンスを有することが確認されている⁴⁾。さらに、Richards ら⁵⁾によれば、行動活性化療法は、簡便な治療法であり、実施者のトレーニングなどに関わる治療コストが認知行動療法に比べて低いことが明らかにされている。

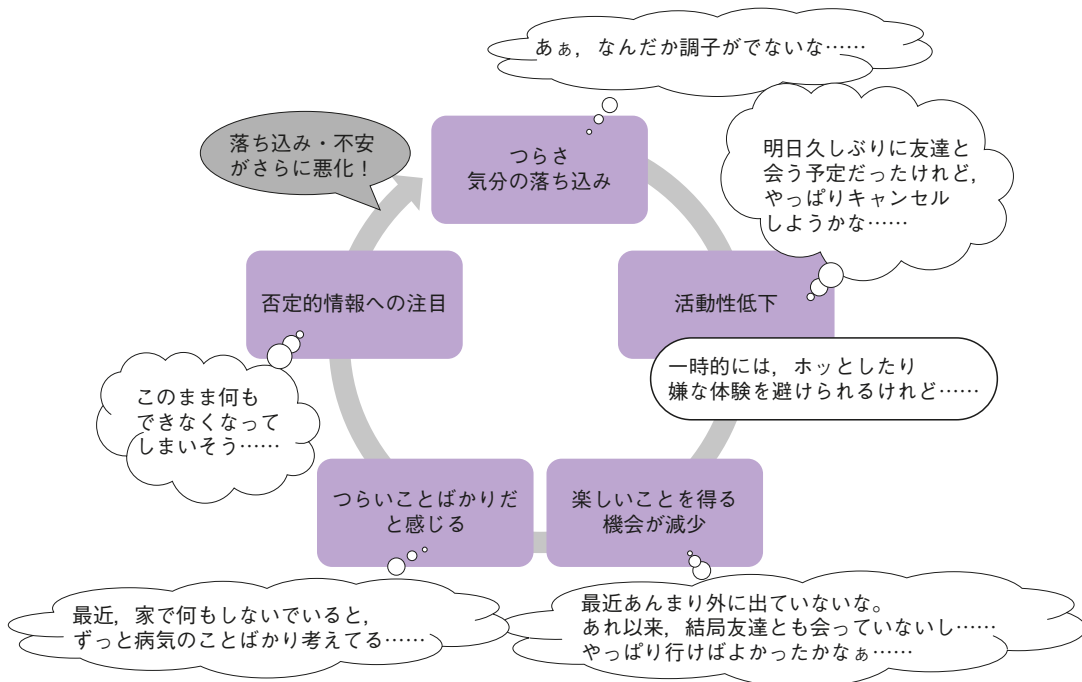


図2 抑うつ状態に伴って生じる活動性低下の悪循環

表5 行動活性化療法の構成要素 (ACTION)

Assess	回避的な態度 (閉じこもりがちな生活) が、気分や感情にどのような影響をおよぼしているかを再確認する
Choose	回避するか行動するかを選択する
Try out	選んだ行動は何でも試す
Integrate	新しい行動を生活習慣に取り入れる
Observe	活動の結果、自分にどのような変化が生じているかを観察する
Never give up	あきらめずに、継続的に取り組む

[鈴木伸一. 行動活性化療法. 臨床精神医学 2012; 41: 1001-5³⁾を参考に作成]

一方、がん患者を対象とした行動活性化療法の有効性に関しては、Hopko ら⁶⁾が乳がん患者を対象とした臨床試験を行い、うつ状態を有意に改善するとともに、問題解決療法と同等の有効性があることを確認している。また、わが国においては、鈴木⁷⁾が「がん患者用の行動活性化療法プログラム」を開発し、その効果がオープントライアルにおいて検証され、治療前後でがん患者のうつ状態が介入後に有意に改善するとともに、その効果が3カ月後まで維持されていることが確認されている⁸⁾。

鈴木⁷⁾によって開発されたがん患者用の行動活性化療法プログラムは、①活動記録による閉じこもりがちな生活パターンの理解、②具体的な活動プランと実行のための工夫の話し合い、③活動に伴う喜びや達成感などポジティブな側面への焦点化、④自分にとって大切なことや人生の喜び・価値の明確化、⑤不安や心配の反すうからの脱却、⑥これからのライフプランの創造、⑦プログラムの総括と今後の課題の整理、という7つのセッションから構成されている。平山⁸⁾によれば、がんの種別やステージの違いにおいても適用可能性や改善度に大きな違いがないことが示唆されており、今後がん患者への行動活性化療法に関するさらなるエビデンスの蓄積が必要であるが、わが国での普及が期待される。

(鈴木伸一)

参考文献

- 1) Beck A, Rush J, Shaw B, et al. Cognitive therapy of depression. Guilford, 1979 (坂野雄二 監訳. うつ病の認知療法. 岩崎学術出版, 東京, 1992)
- 2) Martell C, Addis M, Jacobson N, et al. Depression in context: Strategies for guide action. Norton & Company, 2001 (熊野宏昭, 鈴木伸一 監訳. うつ病の行動活性化療法—新世代の認知行動療法によるプレイクスルー. 日本評論社, 東京, 2011)
- 3) 鈴木伸一. 行動活性化療法. 臨床医 2012; 41: 1001-5
- 4) Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PLoS One 2014; 9: e100100
- 5) Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA) : a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet 2016; 388(10047): 871-80
- 6) Hopko DR, Armento ME, Robertson SM, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. J Consult Clin Psychol 2011; 79: 834-49
- 7) 鈴木伸一. がん患者の行動活性化療法. 第29回日本サイコオンコロジー学会総会 抄録集, p82, 2016
- 8) Hirayama T, Ogawa Y, Yanai Y, et al. Feasibility and preliminary effectiveness of behavioral activation for patients with cancer and depression in Japan. Palliat Med Rep 2023; 4: 150-60

7 アクセプタンス&コミットメント・セラピー

アクセプタンス&コミットメント・セラピー（acceptance and commitment therapy：ACT）は、機能的文脈主義（functional contextualism）と呼ばれる哲学に基づき、行動分析学（behavior analysis）や関係フレーム理論（relational frame theory）を基礎理論とした精神療法である。ACTでは、人間の精神病理を「心理的非柔軟性（psychological inflexibility）モデル」として、精神健康を「心理的柔軟性（psychological flexibility）モデル」として定式化している¹⁾（図3）。両モデルは対になっており、六角形の各頂点は裏表の関係性になっている。また、各モデル内の6プロセスは相互に影響し合うため、対角線が引かれている。このモデルはACTにおけるトリートメント・モデルであり、各プロセスについてケース・フォーミュレーションを行い、全体として心理的柔軟性の状態を促すように介入していく。

心理的非柔軟性モデルは、「体験の回避」「認知的フュージョン」「非柔軟な注意」「概念としての自己に対する執着」「価値の混乱」「行為の欠如、衝動性、回避の持続」の6つのプロセスと関与する。このうち、認知的フュージョンと体験の回避は、人間の苦悩の根源に関わるプロセスとされている。認知的フュージョンとは、特定の考えにとらわれ、行動を支配されてしまう状態のことであり²⁾、こうした状態が強まると体験の回避も生じやすい。体験の回避とは、特定の思考や感情、記憶などと接触し続けることを好まず、その形態や頻度、それらが生じる文脈を変えようとする際に生じる現象¹⁾とされる。体験の回避によって、短期的には不快な思考や感情との接触を回避できるかもしれないが、長期的には、それらの強度や頻度を高め、QOLの低下を招く場合が多い。このようにACTでは、症状の軽減そのものを治療目標として設定せず、そうした症状をコントロールしようとする行動パターン（体験の回避）が過剰になっている状態を問題と捉え、治療のターゲットとするのである。認知的

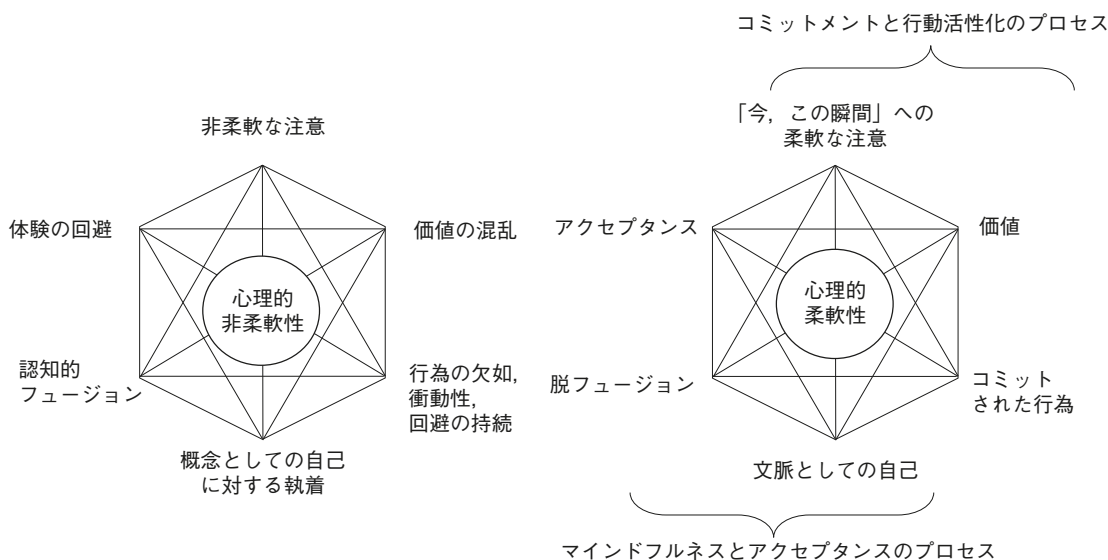


図3 心理的柔軟性・心理的非柔軟性モデル

〔Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. 2011¹⁾より作成〕

フュージョンや体験の回避が優勢になると、「今、この瞬間」との接触が断たれてしまい、人生において大切にしたい方向性（価値）が不明瞭となり、価値に沿った行動が生じにくい状態が維持されてしまう。

他方で、心理的柔軟性モデルでは、「アクセプタンス」「脱フュージョン」「『今、この瞬間』への柔軟な注意」「文脈としての自己」「価値」「コミットされた行為」の6つのコア・プロセスを促していく。心理的柔軟性とは、十分な気づきと完全に開かれた心をもって、「今、この瞬間」に存在し、自分の価値に従って行動する能力²⁾、とされる。6つのプロセスは、左側を「マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス」、右側を「コミットメントと行動活性化のプロセス」としても分けられる¹⁾。「マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス」では、自分と思考とを区別し、思考から距離を置くこと（脱フュージョン）や、思考や感情に心を開き、そのまま受け容れること（アクセプタンス）を促す。「コミットメントと行動活性化のプロセス」では、人生において大切にしたい姿勢（価値）を言葉にして、価値に基づく行動を活性化させること（コミットされた行為）を促す。両者に重なって位置づけられるプロセスでは、自分の思考や感情に飲み込まれることなく、今この瞬間の体験にありのままに注意を向け（「今、この瞬間」への柔軟な注意）、思考や感情を観察する「視点」としての自己（文脈としての自己）を促す。なお、ACTは「体験型のセラピー」ともいわれ²⁾、これらのプロセスは、体験的エクササイズやワーク、メタファーを用いながら促進される場合が多い。

サイコオンコロジー領域においても、最新のシステマティックレビューやメタアナリシスによって、ACTの有用性が示されている。例えば、ACTはがん患者の心理的苦痛を軽減し、心理的柔軟性、QOL、希望の感覚を向上させることが報告されている³⁾。また、乳がん患者においては、ACTは不安、うつ、ストレスを軽減し、希望の感覚を向上させる結果が示されている⁴⁾。進行がん患者においては、ACTはQOLの改善、不安、うつ、心理的苦痛、倦怠感の緩和に効果が示されている⁵⁾。がんサバイバーにおいては、ACTは不安、うつ、再発恐怖を有意に減少させ、心理的柔軟性とQOLを改善させることが示されている⁶⁾。このように、本領域におけるACTの取り組みは広がりを見せるが、わが国においてはACTが実施できる治療者の不足などの課題があり、実施体制の整備が望まれる。

（酒井美枝）

■文献

- 1) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2011（武藤崇, 三田村仰, 大月友 監訳. アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）—マインドフルネスな変化のためのプロセスと実践, 第2版. 星和書店, 東京, 2014）
- 2) Harris R. ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications, Oakland, 2009（武藤崇 監訳. よくわかるACT—明日からつかえるACT入門. 星和書店, 東京, 2012）
- 3) Zhao C, Lai L, Zhang L, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *J Psychosom Res* 2021; 140: 110304
- 4) Li H, Wu J, Ni Q, et al. Systematic review and meta-analysis of effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients with breast cancer. *Nurs Res* 2021; 70: E152-60
- 5) Fang P, Tan L, Cui J, et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs* 2023; 79: 519-38
- 6) Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, et al. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. *J Cancer Surviv* 2021; 15: 427-51

8 マインドフルネス

1) マインドフルネスとは

マインドフルネス (mindfulness) という用語は、①概念、②技法、③プログラム、の3つの意味で用いられ、混同されることがあるので、初めにその整理から始める¹⁾。

(1) 概念としてのマインドフルネス

マインドフルネスとは、気づき (mind) に満ちた (full) 状態 (ness) を指し、「意図的に、今この瞬間に、価値判断をすることなく注意を向けること」などと定義される。

マインドフルネスの概念を理解するには、人間の2つの情報処理モード (することモード doing mode と、あることモード being mode) の理解から始めるとよいかもしれない。「することモード」とは、私たちが日常用いているモードであり、仕事の段取りをあれこれ考えるなど、問題を解決する際に用いるモードである。それに対して「あることモード」は、現在の体験をそのまま感じ取り、向き合うモードである。例えば、コーヒーを飲む時に五感をフルに使ってその香り、熱さ、苦みを存分に味わう、などである。「あることモード」では、五感だけでなく、思考や感情も観察することができる。例えば、「自分はダメだ」と思った時に、「今、自分は『自分はダメだな』と考えているな」とか、「悲しい」時に、「今、『悲しい』と感じているな」などと捉えることができる。そのように自身の体験に加工を加えずに向き合うことは、思考や感情を客観的に、適切な距離をもって接することにつながる。それにより、感情に支配されず、その場に望ましいより適応的な考えや行動を選択し、心の安寧につながる可能性が高くなる。マインドフルな状態とは「あることモード」で目の前の体験に接している状態と整理できる。

(2) 技法としてのマインドフルネス

(1) で述べたマインドフルな状態に近づくことに寄与するさまざまな実践法が、マインドフルネス技法である。マインドフルネス技法は、基本的にはさまざまな瞑想の実践である (フォーマルなマインドフルネス実践と呼ばれる)。集中瞑想、観察瞑想、コンパッション瞑想などがある。集中瞑想とは、今この瞬間に生じている経験に注意をとどめるための集中力を育む技法である。例えば、自分の呼吸に注意を向けるのであれば、息を吸った時・吐いた時の鼻の周りの感覚や、お腹や胸、肺が広がり、へこんでいく感覚を観察する。呼吸をコントロールすることはせず、呼吸から注意がそれたら、注意をそらせたものが何か確認し、また呼吸に注意を戻す、などがある。

また、日常生活・日常動作のなかで行う実践 (インフォーマルなマインドフルネスの実践) もある。例えば、何かを食べる時に、目の前の食べ物に五感を働かせて接し、全身全霊で味わう、などである。

(3) プログラムとしてのマインドフルネス

プログラムとしてのマインドフルネスとは、(1) のマインドフルな状態に近づくことを目的として、(2) に述べたさまざまな技法を系統的に行い習得するプログラムをいう。エビデ

ンスの裏付けがあるマインドフルネス・プログラムは、主にマインドフルネスストレス低減法 (mindfulness-based stress reduction : MBSR) とマインドフルネス認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy : MBCT) の2つである。マインドフルネス技法を活用する精神療法は他にもあるが、あくまで部分的な活用であり、瞑想実践を中心的に行うプログラムである MBSR や MBCT とは一線を画すと考えられている。

MBSR は、グループ形式の介入法で、週1回2時間~2時間半のプログラムを8週間行い、6週目の週末には6時間のミーティングをもつ。30名程度のグループで行うが、プログラム以外の時間にも自ら練習を重ねる。

MBCT は、慢性・再発性うつ病に対する治療技法として、MBSR の技法と認知療法の技法を組み合わせられて開発されたプログラムである。現在は、うつ病以外の病態にも広く適用されている。毎週1回2時間を8週にわたって行い、プログラム以外の時間に毎回30~45分程度のホームワークを行う。1グループの参加者は最大12名である。プログラムではMBSR で用いられるスキルのほか、認知理論に基づいた心理教育などを行う。

2) マインドフルネスのエビデンス

がん領域におけるマインドフルネスの研究報告は大幅に増加しており、不安、抑うつ、ウェル・ビーイング、がん再発不安、睡眠障害、倦怠感、痛み、がん治療に伴う認知機能障害に対する改善効果などが報告されている²⁾。統合腫瘍学会のガイドライン (米国臨床腫瘍学会も承認) は、マインドフルネスを含む瞑想療法を、乳がんの治療中および治療後の不安、ストレス、抑うつ・気分障害、QOL 改善に対してエビデンスレベル A で推奨している³⁾。欧州臨床腫瘍学会のガイドラインでもマインドフルネスを有効な精神療法の一つとして推奨している⁴⁾。

介入の対象が広がるにつれて、ターゲットとする対象の特色を踏まえて若干の修正が加えられたプログラムが開発されてきている。例えば、がん患者を対象にしたプログラムでは、患者の身体的負担を考慮して1回のセッションを1.5時間に短縮したり、がん患者によくある問題や懸念をプログラム内で扱ったりするなどの改編がある。筆者らも日本の乳がん患者向けに、原法を若干省略したプログラムを開発し、効果実証を行った⁵⁾。近年はオンラインのプログラムも多い⁶⁾。

3) 実装上の課題

マインドフルネスは、①集団療法である、②非医療者が提供できる (注: マインドフルネスは規定の研修を修了することで医療者でなくても認定セラピストになることができる。そのため、国際的にはマインドフルネスは医学的治療ではなく、代替療法の一つに位置づけられている)、の理由から、低コストの治療法に位置づけられている。わが国ではマインドフルネスは診療報酬に収載されておらず、各施設が臨床研究、患者サービス、自費診療などそれぞれの立場で実施しているため、現時点では費用に関する情報は不明である。

(藤澤大介)

文献

- 1) 佐渡充洋, 藤澤大介. マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 日本医事新報社, 東京, 2018
- 2) Chayadi E, Baes N, Kiroopoulos L. The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2022; 17: e0269519
- 3) Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA Cancer J Clin 2017; 67: 194-232
- 4) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open 2023; 8: 101155
- 5) Park S, Sato Y, Takita Y, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2020; 60: 381-9
- 6) Fan M, Wang Y, Zheng L, et al. Effectiveness of online mindfulness-based interventions for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Jpn J Clin Oncol 2023; 53: 1068-76

9

がん患者における集団精神療法

1) はじめに

がん患者の集団精神療法は、サイコオンコロジー領域で1990年前後から関心を集めてきた。患者は同じ境遇の他患者と共感し合い学び合うことで、ネガティブな情緒状態を改善し、新しい対処様式を身につけていくものである。

2) 初期の集団精神療法

まず、スピーゲル (Spiegel, D.) ら¹⁾は、遠隔転移を起こした乳がん患者を数名ずつのグループに分けて、毎週1回ずつ支持的・表現的な集団精神療法を行った。このような集団精神療法に1年間参加した患者群は、平均生存期間が約2倍に延長していたという。その後、追試・再試が行われた結果、現在は「がん患者への集団精神療法には、生存期間を延長する効果はないものの、QOLを高める効果はある」と認識されている²⁾。

一方、ファウジー (Fawzy, F.) ら³⁾は悪性黒色腫患者を対象にして、数名ずつ6セッションの心理社会教育・認知行動療法からなる「構造化された集団介入」を施行したところ、介入直後・6カ月後には情緒状態が改善し、6年後には再発率と死亡率で有意に効果があることを報告した。わが国でも、このモデルが、乳がん患者の情緒状態の改善に有効であることが確かめられた⁴⁾。筆者⁵⁾は、5セッションからなるプログラムを作り、情緒状態を改善する効果とアルゴリズムを示した。

3) その後の集団精神療法

初期の集団精神療法では、心理社会教育・支持的精神療法・リラクゼーション法・認知行動療法などが主な要素であった。しかし、その後カバット・ジン (Kabat-Zinn, J.) が提唱したマインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR) が単独あるいは認知行動療法にも取り入れられ、第三世代認知行動療法といわれるようになった⁶⁾。

このうち、

- ・マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR)
- ・マインドフルネス認知療法 (MBCT)

・アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

などの効果が、1990年代後半から、がん患者の集団精神療法として検討されてきた。

例えば、最近の研究によって、乳がん患者が8セッションのMBSRを受けると、抑うつをはじめとした情緒状態やコーピング様式の改善に加えて、免疫機能も増強されることが報告された⁷⁾。

このMBSRと、認知行動療法を組み合わせた「マインドフルネス認知療法 (MBCT)」が、1991年にシーガル (Segal, Z.J.) ら⁸⁾によって開発された。この8セッションで構成されているMBCTは、日本人の乳がん患者でも有効であることが確かめられている⁹⁾。

「アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)」は1982年にヘイズ (Hayes, S.) によって開発され、1980年代末になってから現在のACTの形になってきた。ACTの目的は、ネガティブな感情を取り除くことを目的とはせず、むしろ今この瞬間に留まりながら、価値づけられた行動に進むことを目標にしている。ACTは数回のセッションで行われる個人療法が多いが、がん患者を対象にした集団精神療法も行われ、アーチ (Arch, J.J.) ら¹⁰⁾は7セッションの集団ACT療法によって、がんの再発への不安が減じることを報告している。

一方、このような流れとは別に、ブライトバート (Breitbart, W.S.)¹¹⁾は、がん患者個人および集団を対象に、実存療法を基本として人生の意味・生きる意味に焦点を当てた「ミーニング・センタード・サイコセラピー (meaning-centered psychotherapy)」を開発した。彼らは、進行がんの患者を対象にして8セッションの集団精神療法を施行したところ、支持的集団精神療法を受けた群よりも、抑うつなどの改善に加えて、スピリチュアルなウェルビーイング (spiritual well-being) の改善がみられることを示した¹²⁾。

さらに最近になってからは、COVID-19の全世界的な流行に対処するために、遠隔医療が推進され、がん患者の集団精神療法にも応用されつつある。キナー (Kinner, E.M.) ら¹³⁾は、これまでの認知行動療法・マインドフルネス瞑想・ACTなどを参考にして作成した、10セッションの「インターネットを用いた遠隔集団精神療法」の有効性を検証した。卵巣がん患者を対象にした準備研究において、QOLが向上することを報告している。

4) おわりに

支持的・表現的精神療法や心理社会教育・認知行動療法が中心だった時代から、マインドフルネス瞑想が含まれた第三世代認知行動療法を経て、生きる意味に焦点を当てた集団精神療法についての効果が確認されてきた経緯を示した。そして直近では、予測できなかったCOVID-19の蔓延に対しての遠隔集団精神療法が検討され始めていることを紹介した。

しかし、どのような形態になったとしても、集団精神療法の効果は、同じがん患者であることから互いに共感し学び合い、互いのソーシャルサポートになるという点が基本にあることは忘れてはならない。

(保坂 隆)

文献

- 1) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668): 888-91
- 2) Gottlieb BH, Wachala ED. Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*

- 2007; 16: 379-400
- 3) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9
 - 4) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1026-36
 - 5) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al. Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 145-51
 - 6) Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta Trade Paperbacks, 1991 (春木豊 訳. マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都, 2007)
 - 7) Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, et al. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med* 2017; 6: 1108-22
 - 8) Segal ZJ, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press, New York, 2002 (越川房子 監訳. マインドフルネス認知療法 (原著初版). 北大路書房, 京都, 2007)
 - 9) Park S, Sado M, Fujisawa D, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients-a feasibility study. *Jpn J Clin Oncol* 2018; 48: 68-74
 - 10) Arch JJ, Mitchell JL. An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psychooncology* 2016; 25: 610-5
 - 11) Breitbart WS, Poppito SR. *Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual*. Oxford University Press, New York, 2014 (大西秀樹 監訳, 石田真弓, 藤澤大介 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピーががん患者のための集団精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017)
 - 12) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: 749-54
 - 13) Kinner EM, Armer JS, McGregor BA, et al. Internet-based group intervention for ovarian cancer survivors: feasibility and preliminary results. *JMIR Cancer* 2018; 4: e1

10 デイグニティセラピー

1) デイグニティセラピー (dignity therapy) とは

デイグニティ「dignity」とは日本語で「尊厳」を意味した言葉である。デイグニティセラピーは、カナダの精神腫瘍医であるチョチノフ (Chochinov, H.M.) によって開発された終末期患者の経験する実存的、精神心理的苦痛を改善するための簡便な介入技法であり^{1,2)}、終末期患者の尊厳に関する質的研究によって確立された実証的尊厳モデルが基盤となっている^{3,4)}(表6)³⁾。実証的尊厳モデルとは、「病と関連する心配」「尊厳を守る技術」「社会的尊厳一覧」という3つのカテゴリーから終末期患者の尊厳が構成されている、とする理論である。デイグニティセラピーは終末期の患者における尊厳を守るケアとして、このモデル(表6)における「生成継承性/遺産」というテーマに焦点が当てられ開発された精神療法の技法である。

デイグニティセラピーは、患者が生きるうえでの目的、意味、価値観をこれまでの人生を振り返りながらセラピストと話し合い、遺されゆく人たちへ患者の考えを「生成継承性文書」として、セラピストと協働しながらまとめあげる。そのプロセスで、患者は自身の考えや思いが今後も受け継がれる価値あるものとして明確に経験することができると考えられている。

2) デイグニティセラピーの実施

デイグニティセラピーの対象となりうる人は、①生命を脅かすか生命予後を限定する状況に直面していること、②参加に関心があり、動機づけがあること、③治療者と同じ言語で話

表6 実証的尊厳モデル

病と関連する心配	尊厳を守る技術	社会的尊厳一覧
自立レベル 認知活動 機能的活動 症状による苦痛 身体的苦痛 心理的苦痛 ・医学的不確かさ ・死の恐怖	尊厳を守る視点 ・自己の存続 ・役割の保持 ・生成継承性/遺産 ・誇りの維持 ・希望の維持 ・自律性/コントロール ・受容 ・レジリエンス/ファイ ティングスピリット 尊厳を守る実践 ・今を生きる ・日常性の維持 ・霊的安らぎを求める	プライバシーの境界 ソーシャルサポート ケアの基調 他者の重荷になること 死後の不安

[Chochinov HM, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med 2002; 54: 433-43³⁾より引用改変]

1. あなたがこれまでの人生において、特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることについて少しお話ししていただけますか？ あなたが最も生き生きしていたと感じるのはいつ頃ですか？
2. あなた自身について、特に家族に知っておいてもらいたいことや覚えておいてもらいたいことはありますか？
3. あなたがこれまでの人生で果たしてきた役割の中で、最も大切だと考えていることはどのようなことでしょうか？（例えば、家族、職業、地域活動など）。どうしてそれらはあなたにとって大切なのですか？そして、あなたはそれらの役割を達成したと思いますか？
4. あなたにとって最も重要な達成は何でしょうか？ また、最も誇りに感じていることはどのようなことでしょうか？
5. あなたの愛する人に、特に話しておきたいと感じること、もう一度話しておきたいことはありますか？
6. あなたの愛する人々に対する夢や希望はどのようなことでしょうか？
7. あなたが人生から学んだことで他の人々にも伝えておきたいことはどのようなことですか？（息子、娘、夫/妻、両親などに）残しておきたいアドバイスや導きの言葉はどのようなことですか？
8. 将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉や助言などはありますか？
9. この永久記録を作成するにあたり、その他に付け足しておきたいことはありますか？

図4 ディグニティセラピーの質問項目

[Chochinov, HM. Dignity Therapy: Final words for final days. Oxford University Press, 2012 (小森康永, 奥野光訳. ディグニティセラピー 最後の言葉, 最後の日々. 北大路書房, 京都, 2013)⁵⁾より引用]

せること、とされている。除外基準として、①セラピー開始時に2週間以上の予後が見込めないこと、②せん妄などの認知機能障害があること、とされている⁵⁾。

実施方法としては、まずセラピストが定式化された質問プロトコルに基づき（図4）、半構造化面接を行い、「患者が最も誇りに思っていること」「最も意味があったと感じること」な

どについて患者に話す機会をもつ⁴⁾。面接内容は録音および逐語化され、数日以内のうちにセラピストにより「生成継承性文書」としての編集が行われる。その後、セラピストが編集された文書を患者に読み上げ確認を行い、必要な修正を加えたものを最終版として患者に手渡す。また、終末期の身体状態を考慮し、実際の介入はインタビュー1回と共同作業による文書の最終的な編集1回の計2回と極めて簡便に実施できる。

3) デイグニティセラピーの有用性

デイグニティセラピーの気持ちのつらさに関する効果について、メタアナリシスが行われている⁶⁾。Zhangらは2011~2021年にかけて発表された14件のランダム化比較試験を調査し、不安や抑うつに有意な改善効果を報告している(図5)⁶⁾。しかしながら、得られた結果からは、文化的な背景に偏りがあり、さまざまな文化的背景に応じたデイグニティセラピーの追加検証が求められると言及している。

わが国においては、これまでデイグニティセラピーの臨床試験が行われている。2012年にAkechiら⁷⁾がセラピーの実施可能性を検証するため、緩和ケア/ホスピス病棟に入院中の患者を対象として調査を行った。セラピーに参加した患者の半数以上が尊厳の向上に役立つと回答した一方で、約9割の患者に研究参加への拒否がみられたことを報告している。本セラピーは意識的、無意識的に死に直面することとなるため、わが国での実施については慎重に行う必要があるのではないかと考えられる結果であった。

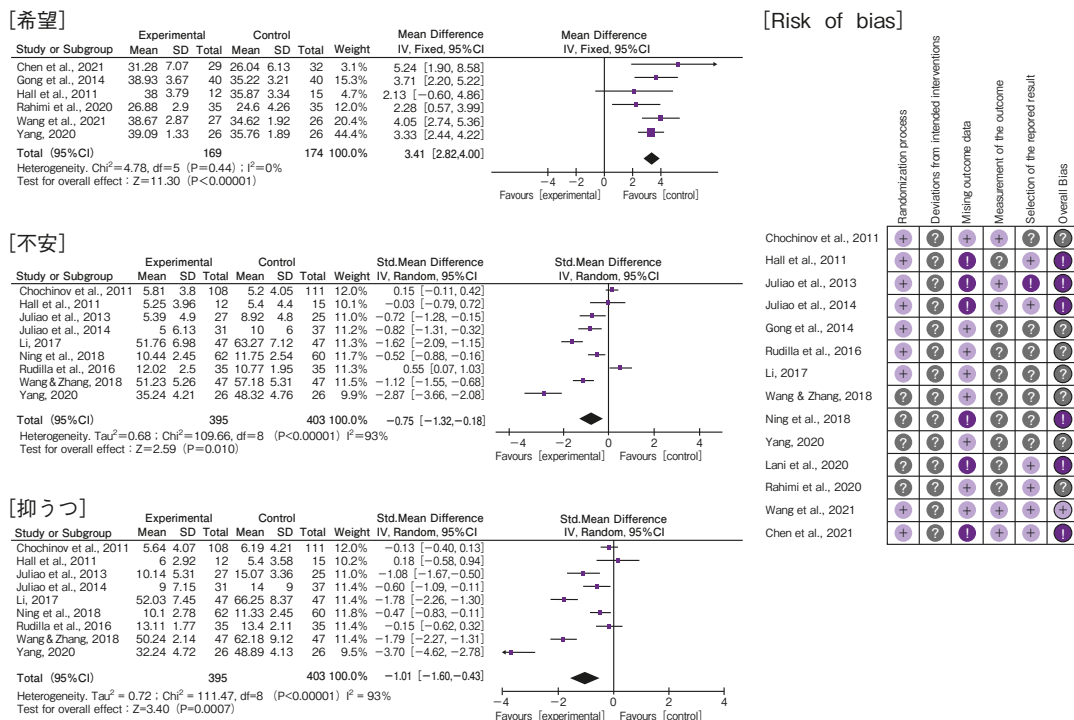


図5 デイグニティセラピーの有効性に関するメタアナリシス

[Zhang Y, et al. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud 2022; 132: 104273⁶⁾より引用改変]

4) おわりに

治療が望めない進行・終末期がん患者は、病状の進行に伴い、さまざまな身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人たちとの別れ、やり残した仕事など多くの課題に対処していかなければならない。ディグニティセラピーは「生成継承性/遺産」といったテーマに焦点を当てた介入技法であり、こうした課題に直面している終末期患者の一助になりうることを期待されている。適応症例を慎重に選択していく必要がある介入ではあるが、遺されゆく人たちへ自ら語り、何かを残したいと希望する一部の患者には有益な介入となる可能性があると考えられる。

(伊藤嘉規)

■ 文 献

- 1) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520-5
- 2) Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753-62
- 3) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54: 433-43
- 4) Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253-60
- 5) Chochinov, HM. *Dignity Therapy: Final words for final days*. Oxford University Press, 2012(小森康永, 奥野光訳, ディグニティセラピー 最後の言葉, 最後の日々. p55-60, 北大路書房, 京都, 2013)
- 6) Zhang Y, Li J, Hu X. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2022; 132: 104273
- 7) Akechi T, Akazawa T, Komori Y, et al. Dignity therapy: preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 2012; 26: 768-9

11 回想法・ライフレビュー

1) 回想法・ライフレビューの概要

回想法とは、Butler¹⁾がライフレビューとともに提示した心理的援助法であり、語り手が聴き手に対して自分の生きてきた過去を想起して語ることでさまざまな効果を導くものである。回想法は、もともとはレミニッセンス (reminiscence) とライフレビュー (life review) の訳語である。研究が重ねられるなかでそれぞれの概念が考察され²⁾、研究や施行者によっては回想法とライフレビューとを明確に区別している場合がある。この場合、ライフレビューとは、回想のなかでも何らかのゴールに向けて記憶を編集し、一定の調和のとれた総合体へと組み直していくことに重きがおかれているものをいう³⁾。しかし、実際の臨床場面では両者は重複・交叉する⁴⁾。

いずれも回想を用いた介入法 (reminiscence intervention)²⁾であり、形態としては個人とグループの2つがある。手順は質問内容の自由度が高い (構造化されていない) ものから質問内容が明確に定められている (高度に構造化されている) ものまで存在する。また目的も幅広く、アクティビティや世代間交流、地域活動としての回想法から心理的苦痛に対する精神療法としての回想法まで含まれる。それにより施行者も異なり、前者は看護師、ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士などの幅広い職種によって展開されており、後者は専門的な

トレーニングを受けた医師や心理士によって施行される。精神療法としての回想法は、ある心理的課題や問題をもつ者に対し、その課題や問題の解決をはかることを目的に、一定の評価・方針のもとに治療契約を結び実施するものとされている⁵⁾。

2) 回想法・ライフレビューのエビデンス

回想法・ライフレビューの効果はさまざまな研究で示されている。65歳以上の高齢者のうつ病について、Jonsson ら⁶⁾は回想法・ライフレビューが抑うつ症状に対して効果をもたらすことを示している。さらに、日本うつ病学会の高齢者のうつ病治療ガイドライン⁷⁾においても、高齢者への有用な精神療法として回想法・ライフレビューが推奨されている。また、ライフレビューは終末期患者のQOLを改善することが示されている⁸⁾。一方、認知症患者に対する回想法・ライフレビューの効果については、一貫したものが得られていない。しかし、認知機能、抑うつ気分、QOL、コミュニケーションの改善に小さいながらも影響することが示唆されており、さらなる研究が必要と考えられている^{9,10)}。

がん患者に対する研究について、Sun ら¹¹⁾は中国語と英語の文献でシステマティックレビューとメタアナリシスを行い、回想法・ライフレビューががんに関連する症状（不安、抑うつ）のマネージメントに効果があること、またQOLや希望、自尊心を改善させることを示した。Wang ら¹²⁾は進行期と終末期のがん患者に対するライフレビューを含む介入について、spiritual well-being（人生の意味の領域）、精神的苦痛（不安と抑うつ）、QOLに対して有益である可能性を示唆したが、いずれも異質性が高かった。同時に、日本や中国における研究で効果が高いことから、社会文化的な文脈の影響をさらに検討する必要があるとした。その他には、化学療法中のがん患者において電話による回想法によって抑うつ症状の低減が認められている¹³⁾。

わが国においては、根治不能、終末期のがん患者に対するライフレビューで、QOL、抑うつ症状、自尊心、スピリチュアリティに対する効果が報告されている¹⁴⁻¹⁷⁾。さらに、Ando ら¹⁸⁾は終末期がん患者がプログラムを完遂できるよう、ライフレビューとディグニティセラピーを統合した短期回想法を開発した。その後、ランダム化比較試験を行い、短期回想法が終末期がん患者のspiritual well-being、不安と抑うつ、QOL（望ましい死）を改善させることを示した¹⁹⁾。

3) 構造的ライフレビュー³⁾

代表的なライフレビューに構造的ライフレビューがある²⁰⁾。これは、Erickson²¹⁾の発達段階のモデルをライフレビューに応用したものである。聴き手は語り手と信頼関係に基づいた1対1の交流を行い、個性や安全性を保障する。そして、聴き手は各発達段階に応じた質問（ライフレビューフォーム：表7）を用いて、語り手が乳児期から現在まで、人生のすべての段階を振り返ることができるようガイドする。その過程で、語り手は自己を開示し、人生の自己評価を行う。

スケジュールの基本は、各段階に対応した約1時間のセッションを週に1回、計8回行うものである。構造的ライフレビューのゴールは、語り手が人生を統合することであり、ここでの統合とはその人が生きてきたままに人生を受け止めることを意味する。これはErickson

表7 ライフレビューフォーム

訪問回	発達段階	質問項目の例
第2回	幼児期	・あなたの人生において1番最初に思い出すことができるものは何ですか？ できるだけ昔にさかのぼってみてください。 ・家族の雰囲気はどうでしたか？
第3回	青年前期	・学業はよくできましたか？ 努力した方ですか？ それはなぜですか？/なぜしなかったのですか？ ・はじめて他の人に惹かれた時のことを覚えていますか？
第4回	成人初期	・一人前の大人として人生の中で当然するべきことはできましたか？ ・自分の決断に満足していましたか？
第5回	中年期	・生涯を通じて、心に浮かぶ1番重要な交友関係は誰との関係ですか？ ・お子さんについて聞かせてください。親になって良かったなど思いますか？
第7回	統合	・もし人生のある時期をずっと続けて過ごせるとしたら、何歳頃を選びますか？ それはなぜですか？ ・現在あなたにとって最も大切なものとは何ですか？

(Haight BK, Haight BS 著. 野村豊子 監訳. ライフレビュー入門. ミネルヴァ書房, 2016³⁾ より一部を引用)

の発達段階の最も達成した段階となる。そのために、聴き手は「そのことであなたはどのように思われましたか？」また「そのことはあなたにとってどのような意味がありましたか？」などと、適応に焦点を当てた質問を行う。こうして、語り手は人生の困難な出来事や葛藤に改めて向き合い、それらを捉え直していく。そして、折り合いをつけたり、受け入れようとすることで再統合することができる。また、未解決の課題がない場合であっても振り返って人生を整理することが心理的ケアとなる。

構造的ライフレビューは、死が避けられないものとして認識される終末期患者、大きな目標を達成できなかった人や大切な人の死などの悲嘆をかかえている人、認知症患者とその介護者に応用が可能である。したがって、年齢や病期に関係なくがん患者やその家族に適用できる。その際には、患者の身体的・心理的状況に応じて、短い時間で訪問回数を増やすなどのスケジュールの調整が推奨される。

わが国において終末期がん患者に対して構造的ライフレビューを行った結果、スピリチュアリティ、抑うつ症状、自尊心を改善し、人生の意味を認識することに有効であったと報告されており、がん患者に対するスピリチュアルケアとして有用であると考えられる^{16,17,22)}。

4) 回想法・ライフレビューを行う際の注意点

回想法、特にライフレビューにおいては、拒否的な語り手、否定的な記憶に苛まれる語り手、語り手の感情の過度な高まりなどに対応する必要がある。したがって、実施するには精神療法の技術が必要であり、スーパービジョンを受けることも推奨されている^{3,23)}。

(茅野綾子)

文献

- 1) Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963; 26: 65-76
- 2) Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging* 2010; 32: 527-64
- 3) Haight BK, Haight BS. *The Handbook of Structured Life Review*. Health Professions Press, 2007 (用語の使い方. ライフレビュー入門 (野村豊子 監訳). pp vi-vii, ミネルヴァ書房, 京都, 2016)
- 4) 野村豊子. 総説 回想法とライフレビュー—時・人・地域をつなぎ, 今に生かす. p2-40, 中央法規出版, 東京, 1998
- 5) 黒川由紀子. 高齢者の心理療法. 老年臨床心理学—老いの心に寄りそう技術 (黒川由紀子, 斎藤正彦, 松田修 著). pp99-144, 有斐閣, 東京, 2005
- 6) Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One* 2016; 11: e0160859
- 7) 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン検討委員会 編. うつ病学会治療ガイドライン—高齢者のうつ病治療ガイドライン—. 2023 https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/guideline_20231018.pdf (2024年7月13日閲覧)
- 8) Huang MH, Wang RH, Wang HH. Effect of life review on quality of life in terminal patients: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Res* 2020; 28: e83
- 9) Huang HC, Chen YT, Chen PY, et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 1087-94
- 10) Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 3: CD001120
- 11) Sun J, Jiang J, Wang Y, et al. The efficacy of reminiscence therapy in cancer-related symptom management: a systematic review and meta-analysis. *Integr Cancer Ther* 2023; 22: 15347354221147499
- 12) Wang CW, Chow AY, Chan CL. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliat Med* 2017; 31: 883-94
- 13) Dong X, Sun G, Zhan J, et al. Telephone-based reminiscence therapy for colorectal cancer patients undergoing postoperative chemotherapy complicated with depression: a three-arm randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2761-9
- 14) 田村恵子, 小島操子. 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発—ライフ・レビュー・インタビューを取り入れて. *日看科会誌* 1997; 17: 242-3
- 15) 安藤満代. 末期がん患者に対するライフレビュー・インタビューの試み. *カウンセリング研* 2004; 37: 221-31
- 16) Ando M, Tsuda A, Moorey S. Preliminary study of reminiscence therapy on depression and self-esteem in cancer patients. *Psychol Rep* 2006; 98: 339-46
- 17) Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2007; 15: 225-31
- 18) Ando M, Morita T, Okamoto T, et al. One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17: 885-90
- 19) Ando M, Morita T, Akechi T, et al. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 993-1002
- 20) Haight BK. The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *J Gerontol* 1988; 43: 40-4
- 21) Erickson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1950 (仁科弥生 訳. 幼児期と社会 I. みすず書房, 東京, 1997)
- 22) 安藤満代. がん患者の回想法におけるテーマとプログラムの検討. *がん看護* 2005; 10: 535-40
- 23) Burnside I, Haight B. Reminiscence and life review: therapeutic interventions for older people. *Nurse Pract* 1994; 19: 55-61

12 CALM

1) Managing cancer and living meaningfully (CALM) とは

進行がんの患者は病気の負担と迫りくる死により, 相当な苦痛を経験する。患者は病気に関連した甚大かつ多様なストレスに対して, 精神的安寧を得るため, 必然的に心理的な課題に直面する。特に取り組むべき重要な課題として, ①身体的苦痛と障害に向き合う, ②差し迫る死への脅威に向き合う, ③支援を受け入れ人間関係の劇的な移り変わりに適応する, ④複雑なヘルスケアシステムのなかで生と死を含む治療決定を下す, の4つが含まれている¹⁾。

Managing cancer and living meaningfully (CALM) は、進行がんの患者の抑うつと終末期の苦痛を取り扱い、緩和することを目的とするマニュアル化された新しい簡易精神療法的な介入である²⁾。CALM では、病気とその結果引き起こされた思考や感情について、患者が熟考して対処できるように、治療者が支援を提供する。終末期がん患者であっても心理社会的苦痛を和らげ、精神的成長と変化を促進することの達成が可能であることも知られている³⁾が、CALM も苦痛の緩和と成長の促進の両方を目指している。

2) CALM の実施

CALM は半構造的でマニュアル化された個別的な精神療法であり、進行がん患者とその家族を介入対象として作成された。進行がんや終末期がん患者用にすでにマニュアル化されている、支持的表出的精神療法、認知実存的な精神療法、Meaning-centered Psychotherapy なども参考にして、経験的データ、臨床的所見、関係理論・愛着理論・実存的理論の理論的基礎に基づいて開発されている¹⁾。また、介入技法の中心としておいているのはメンタライゼーションであり、患者の葛藤を治療者が理解しつつ、その内容を明確化して理解を深め、患者の葛藤の変容を目指していく。

CALM の構造としては、計 3～6 回の個別セッションからなる。それぞれは約 45～60 分の長さであり、3～6 カ月にわたって施行される。セッション数や受診期間は患者のニーズに基づいて柔軟に変更を行い、臨床的に必要性が示唆されれば追加のセッションも提供される。

CALM のセッションのなかでは、以下の 4 つのモジュールを設定している。

- ①症状の管理と医療提供者とのコミュニケーション
- ②自身の変化および親しい人々との関係性の変化
- ③病気や人生の意義と人生の目的
- ④今後の未来と死

すべてのモジュールについてそれぞれ治療者と患者が共同して取り組むが、患者一人ひとりに最も関係する懸念事項に基づいて順序づけ、各領域への時間配分もさまざまとなる。患者の家族（配偶者、成人した息子・娘、家族メンバーなど）や重要な友人などについて、治療者によって必要であると判断されれば、1 回以上セッションに参加することが勧められる⁴⁾。

なお、CALM は精神医学、心理学、医学などを含めた幅広い分野の知識が必要であり、わが国では訓練された医師や心理士によって施行されているが、開発国であるカナダにおいては看護師、ソーシャルワーカーなど幅広い職種の医療者が実践している。

3) CALM の有効性

CALM はカナダの Princess Margaret Cancer Center で開発され、現在カナダ、ドイツ、イタリア、中国などで実施されており、わが国でも東京大学心療内科、がん研有明病院腫瘍精神科、山口大学精神科のグループが臨床実験と研究開発に取り組んでいる⁵⁾。過去 10 年にわたる研究により、CALM が進行がんや転移がんの患者に対し、実践可能で、忍容性の高い効果的な治療法であることが示されてきた。最近完遂したランダム化比較試験では、CALM 対通常ケア (usual care : TAU) で有効性を比較検証し、CALM 介入群の方が介入 3 カ月後と 6 カ

月の時点で重度の抑うつ症状をかかえる者が少ないと報告された⁶⁾。

4) おわりに

CALM 療法は、日常診療にも導入できる柔軟な構造を有していることが特徴である。治療者の基礎的な技量は必要であるが、進行がん罹患し、死を意識した苦悩を有する患者と向き合うために、さまざまな視点を提供してくれる貴重な方法論であると考えている。

(清水 研)

■ 文 献

- 1) Rodin G. Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In Chochinov H, Breitbart W, eds. Handbook of psychiatry in palliative medicine. pp443-53, Oxford University Press, London, 2009
- 2) Hales S, Lo C, Rodin G. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) Treatment Manual: An Individual Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer. Toronto, Ontario, Canada, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, 2015
- 3) Block SD. Perspectives on care at the close of life. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. JAMA 2001; 285: 2898-905
- 4) Gary Rodin, Hales S. Managing Cancer and Living Meaningfully: An Evidence-Based Intervention for Cancer Patients and Their Caregivers. Oxford University Press, 2021
- 5) Miyamoto S, Yamazaki T, Shimizu K, et al. Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial. BMJ Open 2022; 12: e056136
- 6) Rodin G, Lo C, Rydall A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM) : a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2018; 36: 2422-32

13 Meaning-centered Psychotherapy

1) 実存の危機と、人生の意味

進行がん患者の経験する絶望や落胆、いっそ早く死んでしまいたいと思うような気持ちは、いわば実存の危機であり、うつ病とは異なり、有効な薬物療法や精神療法はないと考えられていた。しかし、ニューヨークのメモリアル・スローン・ケタリング・がんセンター (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) のブライトバート (Breitbart, W.) 博士らは、死に直面している進行がん患者の実存的なケアにおいて、人生の意味が重要な役割をもつことを見出し、Meaning-centered Psychotherapy (人生の意味に焦点を当てた精神療法：以下 MCP) を開発した¹⁾。

MCP はヴィクトール・フランクル (Viktor Frankl) によるロゴセラピー (logotherapy) や「苦難のさなかにあっても、人は“人生の意味”をもてる」という考え方に強く依拠しており、人生の意味を探り、つながり、創造しようとする治療法である。

生命に関わる病気を患い、その人生が長くは続かないかもしれないという診断を受けることは、苦しみや絶望になりうるのと同時に、自身の成長や人生に意味を見出す好機でもある。その時に、人生の意味や目的を失ったと感じるか、人生の意味や目的を見つめ直し、より深めるかどうかはその人に委ねられており、後者であれば残された人生により大きな意義を見つけることができるのだろう。

2) MCP の目標

MCP は予後が限られた進行がん患者（予後 6 カ月～1 年を想定）を対象とし、講義と演習から構成されている。

MCP 治療目標は次の通りである。

1. 進行がんで生命予後が限られていても、人生の意味の創造と経験の可能性があると認め、肯定する。
2. がんという病気のなかでも、人生の意味の感覚を発見・再発見し、それを維持し、さらには強化することを支援する。
3. 人生の意味の源をより深く理解できるよう促し、がんと診断された後でも人生の意味を失わないように支援する。
4. (1) 集団精神療法
人生の困難な時期に同じような課題に直面したがん患者に対し、支持的な環境を作る。
- (2) 個人精神療法
患者が、病気に対する個人的な問題や感情を一つひとつ探求できるような治療関係を育む。

3) MCP の概要

MCP の最終目標は、人生の意味と目的の感覚を強化することを通して、患者のコーピングを適正化し、残された時間をその長短にかかわらず、できるだけ有意義に過ごせるようにすることである。ただし、MCP は教育的な介入でもあり、患者はセラピストが提供する知恵をただ受動的に受け取るのではなく、人生の意味の発見に積極的に関わるのが求められる。つまり、MCP のセッションを有効活用できるかどうかは患者自身の責任であり、セラピストはそのことを意識しておく必要がある。

セッションのなかでは以下の 1～3 を組み合わせつつ、患者が人生の意味の源を得る可能性を広げていく。

1. 患者とのやりとりのなかで、人という存在における人生の意味の重要性、人生の意味をつむぐことこそが、人が人であることの特徴であることを示す。
2. 患者自身の経験を通じた演習とホームワークによって、1. の学びを深め、人生の意味の重要性を日々の生活のなかに活かせるよう支援する。
3. セラピストからの解釈的なコメントも含まれるオープンエンドな話し合いによって、患者の情緒表出を促し、人生の意味に焦点を当てたコーピングがとれるよう支援する。

4) MCP の実際

MCP は 8 週間にわたり 1 時間半のセッションを行う集団精神療法と、7 週間にわたり 1 時間のセッションを行う個人精神療法の 2 つの形態が開発されている。

各セッションで人生の意味と、進行がんであることを組み合わせたテーマを取り扱い、死という究極的な限界に直面しても人生の意味を見出すことができるように構成されている（表 8）²⁻⁵⁾。こうした教育的な介入は、各セッションの導入部分で行われ、抽象的な概念か

表8 集団精神療法 (MCGP) と個人精神療法 (IMCP)

セッション	集団精神療法 (MCGP)	個人精神療法 (IMCP)
1	“人生の意味” の概念とその源 セッションの目標： 患者自身のがんの物語を踏まえて、人生の意味を定義し、理論を学ぶ。	“人生の意味” の概念とその源 セッションの目標： 患者自身のがんの物語を踏まえて、人生の意味を定義し、理論を学ぶ。
2	がんと“人生の意味” セッションの目標： 自身のアイデンティティが何であり、そこにがんがどのような影響を与えたかを理解する。	がんと“人生の意味” セッションの目標： 自身のアイデンティティが何であり、そこにがんがどのような影響を与えたかを理解する。
3	人生の意味の源としての歴史 ——受け継がれてきた“レガシーとしての人生” セッションの目標： 歴史的文脈でのレガシーの概念（人生をかたちづかってきた意味深い関係性や記憶など）を理解する。	人生の意味の源としての歴史 ——生けるレガシーとしての人生 セッションの目標： 過去から受け継がれたレガシー・現在生きていることから生じるレガシー・未来に伝えていくレガシーを理解する。
4	人生の意味の源としての歴史 ——現在そして未来に託す“レガシーとしての人生” セッションの目標： 現在担っている役割とその成果、あるいは未来に伝えたい人生の教訓や知恵を通して、現在そして未来に託す“レガシー”について理解する。	人生の意味の源としての態度 ——人生の限界に遭遇すること セッションの目標： 私たちは人生の与えるさまざまな境遇に対し、どう向き合うか、どのような態度をとるか選ぶ自由をもっていることを理解する。
5	人生の意味の源としての態度 ——人生の限界に遭遇すること セッションの目標： 私たちは人生の与えるさまざまな境遇に対し、どう向き合うか、どのような態度をとるか選ぶ自由を持っていることを理解する。	人生の意味の源としての創造 ——人生に積極的に関わること セッションの目標： 人生で勇気を出したこと、意味のある関わりをもったこと、自身の有する責任について理解する。
6	人生の意味の源としての創造 ——人生に積極的に関わること セッションの目標： 人生で勇気を出したこと、意味のある関わりを持ったこと、自身の有する責任について理解する。	人生の意味の源としての体験 ——人生とつながる セッションの目標： 生き生きと生きていると感じた体験を共話し合い、愛、美、ユーモアを通して人生とつながる重要性を理解する。
7	人生の意味の源としての体験 ——人生とつながる セッションの目標： 生き生きと生きていると感じた体験を共有し、愛、美、ユーモアを通して人生とつながる重要性を理解する。	終結 ——最後のふりかえりと未来への希望 セッションの目標： がんの経験や人生の話を誰かと共有する体験についてたずねる。レガシープロジェクトを共有し、未来への希望について語る。 ※患者はMCPの終結だけでなく、自身の人生の終結にも面していることに配慮する。

(つづく)

表8 つづき

セッション	集団精神療法 (MCGP)	個人精神療法 (IMCP)
8	終結 ——最後のふりかえりと未来への希望 セッションの目標： 自らのがん、死と向き合ったMCPへの考えや 気持ちを共有する。レガシープロジェクトを 共有し、これからの希望を伝え合う。 ※患者はMCPの終結だけでなく、自身の人生 の終結にも面していることに配慮する。	

[文献2～5を参考に作成]

ら、患者個人の情動的な体験をつなぐようにデザインされたディスカッションを行うことで、患者はそれぞれ演習の内容を共有し、セラピストや他患者らによってその意味を強化される。

MCPの具体的な手順については、各マニュアルを参考にされたい。

実際の患者による、“人生の意味”について以下に紹介する。

- ・私は仕事をしています。職場のことを考えると、私の後にも同じように病気をもちながら働く人が続くはず。その人たちのために、仕事ができる環境をつくることは私の大事な仕事、今すべきことなんだと思う。後に続く人のためになりたい。
病気には全部意味がある。私の経験は、次の誰かの役に立つ。私が生きていることには意味があるはず。私も誰かの人生の意味になるはず。いつまで生きられるかわからないけど、常にどう生きるかを考えています。(40代男性 悪性リンパ腫)
- ・私の元気な姿を心にとどめてもらいたい。誰かの心に残ることも、私の生きる意味だと思う。(60代女性 悪性リンパ腫)
- ・生きていることって、奇跡だと思う。2年前、私のがんになったときに願った奇跡は「がんが消えること」だった。でも、再発してその奇跡が叶わないって、だんだんわかってきた。でもね、実は奇跡って毎日起きているの。私の奇跡は、今を生きていること、そのものなの。そのことに気づけた。一日一日生きていることで感激しちゃう。(60代女性 乳がん)

5) MCPの適応

MCPは当初、集団精神療法の形式で開発され、ランダム化比較試験を経て有用性が示された⁶⁾。その後、時間や場所の柔軟性がより高い個人精神療法としてのMCPが開発され、効果も同等であることが実証された⁷⁾。その後も、さまざまな集団に対してMCPを応用する研究が進められ、現在MCPは、進行がん患者だけでなく、緩和ケアに関連するさまざまな場面、対象に対し活用できる治療法として期待されている。

(石田真弓)

■ 文献

- 1) Breitbart W, Applebaum A. Meaning-centered group psychotherapy. In Watson M, Kissane DW, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. pp137-48, Wiley, 2011
- 2) Breitbart WS, Poppito SR. Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. Oxford University Press, 2014
- 3) Breitbart WS, Poppito SR. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. Oxford University Press, 2014
- 4) 大西秀樹 監訳, 石田真弓, 藤澤大介 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための集団精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017
- 5) 大西秀樹 監訳, 藤澤大介, 石田真弓 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための個人精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017
- 6) Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2010; 19: 21-8
- 7) Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012; 30: 1304-9

14 IoT を用いた精神療法

精神療法をあえて定義すれば「人と人との言語的あるいは非言語的な交流や関係を通して、さまざまな苦痛症状に介入する治療法」といったものになるのではないと思われる。そして一言で精神療法といっても、その目的や方法によって、実にさまざまな技法がある。本項では、そういった個々の精神療法についての紹介は他著に譲り、近年急速に発展した Information & Communication Technology (ICT) や、より幅広くは Internet of Things (IoT) を用いた精神療法の現状について紹介したい。ICT や IoT は昔から存在する電話といった通信手段から、現代社会で多くの人が身に着けるようになったスマートフォン（スマホ）やタブレット端末、ヴァーチャルリアリティやメタバースといったヴァーチャル空間を用いたものなど多くのものが存在し、あらゆるものの利活用が進んでいるが、新型コロナウイルスの蔓延でその実装が一気に加速した感がある。ここでは、なかでも臨床上の知見や臨床研究におけるエビデンスの蓄積が目覚ましいインターネットを用いたコンピュータやスマホによる精神療法を中心に紹介する。

1) 背景

ICT や IoT を用いるようになった背景を考えてみる。精神療法は、人同士の関係性を基盤としているため、原則、対面で治療が行われる。一般的に、短くても 1 回 30 分程度の時間を要し、施行回数も 10 回以上を必要とすることも多いことから、現代のわが国の医療において、その効率や費用対効果が大きな問題となってきた。実際、うつ病や不安障害に対する対面の認知行動療法が保険収載されたが、多くの施設で臨床実装が進まない背景には、これら専門治療を提供できるスキルを有した精神科医や看護師など、絶対的な医療側のリソース不足があることは否めない。このような状況は海外でも同様である。そういったなかで、コンピュータを用いてインターネット経由で実施する精神療法が考案され、またその効果がランダム化比較試験などの良質な臨床研究をもって示されたこともあり、わが国においては、まだ研究領域を中心に限定的ではあるものの、急速な進展をみている。

2) うつ病に対する認知行動療法

現在最も豊富なエビデンスの蓄積があるのは、うつ病に対するコンピュータを用いた認知行動療法であろう。認知行動療法は、さまざまな精神疾患に対して最も広く効果が示されている精神療法で、患者が疾患を正しく理解したうえで、自らの考え方や物事に対する受け止め方を踏まえて（認知）、ストレス状況に陥り減少してしまった好きな活動ややりがいのある活動を増加させ（行動）、構造化された方法で日常生活上の困難を解決する（問題解決）ことを通して、抑うつや不安を軽減する治療法である。

1990年代から、これを電話や電子メールを介して実施することの有効性がランダム化比較試験で報告され始め、現在では、コンピュータ上のプログラムやスマホのアプリケーションを通して実施することの有効性が数多く示されている。抑うつ症状に対するIoTを活用した認知行動療法をはじめとする精神療法のシステムティックレビューもすでにいくつか報告されている（例えば文献¹⁾）。採用論文のバイアスリスクが中～高程度であったり、介入内容や評価指標や測定タイミングが異なっているなど課題もあるが、いずれも低～中程度の有効性が示されている。わが国でもうつ病に対するスマホ認知行動療法の有用性がランダム化比較試験で示されている²⁾。なおコンピュータを用いた場合は一般的に実施率が低いため、最近では携帯性に優れたスマホを用いた精神療法の開発が優勢である印象がある。

3) 再発恐怖に対する認知行動療法

抑うつの他にアンメットメディカルニーズの頻度の高い「がん患者の気持ちのつらさ」として再発恐怖がある³⁾。精神腫瘍科に紹介される患者の多くが「がんが再発や転移したらどうしよう」という“再発に対する恐怖”をかかえている。再発恐怖に対する標準治療は、現状存在しないが、臨床的にさまざまな治療やケアを試行錯誤し、予備試験の結果においてもスマホを用いた認知行動療法の一技法である問題解決療法や行動活性化療法が有効であることが示唆された⁴⁾。そこで有効性を検証する多施設ランダム化比較試験を行った結果、介入群では通常ケアの対照群と比較して8週間の治療後に有意に再発恐怖が軽減し、24週後にも維持されることが示された⁵⁾。同時に、患者の抑うつや心理的ニードも改善し、これらに対する治療効果も24週まで継続していた。また、本試験では、患者が全く来院しなくても研究に参加できる完全な分散型臨床試験（decentralized clinical trial）という遠隔による基盤を開発し実施したこともあり、コロナ禍であっても400名以上の患者の参加を得て、研究を完遂し、成果を得た。今後、こういった基盤の活用により質の高い臨床試験の知見の蓄積が可能となることが期待される。

4) IoTを用いた精神療法の「共通要素」

本試験実施に伴い、精神療法の本質について探求する機会も得た。精神療法には、どの治療技法にも共通とされる、治療を提供する側の温かさや傾聴、共感、支持、保証、励ましといった共通要素（非特異的要素ともいう）が基盤にあり、それに加えて、さまざまなスキルを上乗せしたものが治療効果としてもたらされる。上述したIoTを用いた精神療法は、治療者が存在しないため、一定の質の治療を場所や時間を問わずに提供するにはよい方法になりうる。一方で、精神療法を「治療」たらしめる治療者がもつ「共通要素」をIoTで提供する

ことは、近未来では可能になるのかもしれない。しかし、残念ながら現時点では難しいと言わざるを得ない。

(明智龍男, 藤森麻衣子)

■ 文 献

- 1) Fu Z, Burger H, Arjadi R, et al. Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 851-64
- 2) Mantani A, Kato T, Furukawa TA, et al. Smartphone cognitive behavioral therapy as an adjunct to pharmacotherapy for refractory depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2017; 19: e373
- 3) Akechi T, Okuyama T, Endo C, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011; 20: 497-505
- 4) Imai F, Momino K, Katsuki F, et al. Smartphone problem-solving therapy to reduce fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: an open single-arm pilot study. *Jpn J Clin Oncol* 2019; 49: 537-44
- 5) Akechi T, Yamaguchi T, Uchida M, et al. Smartphone psychotherapy reduces fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: a fully decentralized randomized controlled clinical trial (J-SUPPORT 1703 Study). *J Clin Oncol* 2023; 41: 1069-78

9

非薬物療法

Ⅱ その他の介入

1 協働的ケア

1) 協働的ケアとは何か

うつ病は罹患率の高い精神障害であり、統制された条件下の研究では薬物療法、精神療法（心理療法、サイコセラピー）が治療効果を示すことはよく知られているが、多くの患者が適切に治療されていないことも従来から指摘されてきた。欧米諸国では、うつ病患者の多くはプライマリ・ケア医によって治療されているが、患者は依存や副作用への恐怖などさまざまな理由から十分量の抗うつ薬を服用せず、また継続的な症状のモニタリングや、障害をもたらす苦痛や再発の危険を減らすケアを受けていないとされている。こうした状況を背景に、プライマリ・ケア医と精神科専門医が協力して治療にあたる治療介入として、協働的ケア（collaborative care）というケアモデルが開発され、実証研究がなされてきた。

協働的ケアという用語が初めて用いられたのは、1995年のKatonらの研究においてである。彼らは、プライマリ・ケア医によって治療されているうつ病患者の多くが、薬物療法において十分な投与量に達していなかったり、早期に治療を中断したりしていることに対して問題意識をもち、プライマリ・ケア医と精神科医が協働して治療にあたるプログラムが有効かどうかについてランダム化比較試験を行った。介入は、うつ病患者の治療開始時にプライマリ・ケア医と精神科医がそれぞれ面接を行ったのち、精神科医のコンサルテーションを受けたプライマリ・ケア医が薬物療法を行うものであった。その結果、介入群のうつ病患者で有意に多く十分量の抗うつ薬を処方され、治療に満足し、うつ状態の改善をみている¹⁾。この時点では、「協働」とはプライマリ・ケア医と精神科専門医との連携を意味していた。

その後、うつ病に対する協働的ケアの試みが多く行われたが、そのアプローチにはさまざまな発展がみられており、「協働的ケア」が何を意味しているかには注意が必要である。2006年のシステムティックレビューに挙げられた協働的ケアの定義が広く受け入れられているが、それは以下の4点に集約される。

- ①多職種のアプローチによる患者のケア：プライマリ・ケア医に少なくとも1人の医療者（看護師、心理士、精神科医、薬剤師など）がケアに関わっていること。
- ②構造化されたマネジメントプラン：ガイドラインやプロトコルの形をとり、薬物療法および非薬物療法（患者のスクリーニング、患者と医療者の教育、カウンセリング、認知行動療法など）を含むこと。
- ③スケジュール化された患者のフォローアップ：治療介入をしたり、治療へのアドヒアランスを促進したり、症状や副作用を確認するために、電話か対面のフォローアップが1回かそれ以上にスケジュール化されていること。
- ④職種間コミュニケーションの強化：チーム会議、ケースカンファレンス、医療記録の共有、

個別のコンサルテーション/スーパービジョン、医療者間で患者について書面、あるいは口頭でのフィードバックなどが行われていること²⁾。

この定義のなかには明示されていないが、協働的ケアにおいてはケース・マネジメントが重要だとされている。Von Korffらはプライマリ・ケアにおいてうつ病患者のケアを改善させる要素を検討し、有効な介入と無効な介入を分けるのはケース・マネジメントの有無であることを明らかにした。ここではケース・マネジメントとは、患者のフォローアップに責任をもち、患者が治療を予定通り続けているかを判断し、患者がガイドラインに則った治療に従っていないか、期待された改善を示さなかったりした時には必要な行動をとることを意味する³⁾。このように1990年代の研究においては、ケース・マネジメントを行う医療者（ケア・マネージャー）の役割は主に薬物療法のアドヒアランスを保つこととされていたが、2000年代に入ると、ケア・マネージャーが精神療法を行うプログラムが多くなった。Kappelinら⁴⁾は、2004～2019年の間に出版された、うつか不安を含む複数疾患をもつ患者に対する協働的ケアの効果を検証した研究のシステマティックレビューを行った。その探索的質的内容分析によると、抽出された11件の研究のうち10件で精神療法が行われており、その内訳は認知行動療法2件、短期精神療法1件、問題解決療法6件、セルフ・マネジメントプログラム1件であったとしている。

このように協働的ケアはうつ病に対する治療としては確実な効果を示しているが、対象患者をどのように選択するかが問題として残されている。上述のKatonら¹⁾の研究では、うつ病患者には十分な効果を挙げた一方で、小うつ病患者においては、十分量の抗うつ薬治療を受けていた患者が有意に多かったものの、治療への満足度とうつ状態の改善の効果は認められなかった。費用対効果を検証した研究でも、うつ病患者においては協働的ケアが優れていたのに対し、小うつ病患者ではプライマリ・ケア医による通常治療の方が勝っていた⁵⁾。さらに、うつ病でも通常治療で改善をみる症例があることから、やはり費用対効果の観点から、まず通常治療を行い、十分な改善が得られない場合に協働的ケアを導入する、段階的協働的ケア（stepped collaborative care）が提唱されてもいる⁶⁾。

2) うつ病を伴うがん患者に対する協働的ケア

うつ病はがん患者においても罹患率の高い精神障害で、その影響は精神面だけでなく身体面にもおよび、死亡率を上げるとさえ指摘されている。がん患者のうつ病は認識されにくく、治療に至らない症例が多いが、その要因としては患者と治療医ともに精神科受診に抵抗があることに加え、がん患者は身体的要因によって移動が困難で、精神科治療につながりにくいことが挙げられている。

こうした問題を解決するために、協働的ケアは有力な選択肢となりうる。実際、2000年以降、がん患者を対象にした協働的ケアの研究が多くなされている。しかし、がん患者に対する協働的ケア介入は研究によって介入内容に幅があるうえ、うつ病一般に対する協働的ケアとは異なる点がある。Shawら⁷⁾は、うつ病を伴う成人がん患者に対する協働的ケアに関するシステマティックレビューを行い、抽出された8件において介入を構成する要素、ケアを届けるモデル、役割の責任を検討した。それによると、がん患者に対する協働的ケアはケア・マネージャーを配置し、多くの場合、薬物療法のアドヒアランスの促進とともに問題解決療

法、認知行動療法など精神療法的介入を行っている点で、近年の協働的ケアモデルと一致している一方、プライマリ・ケアにおいてよりはがんセンターで行われていて、がん治療医が関わっていることが多いこと、精神科領域におけるケア・マネージャーの経験不足を補うため、精神科専門医が関与する度合いが高いとされている⁷⁾。したがって、このような介入では地域におけるうつ病ケアを実装し、継続するうえでは不十分な点があり、さらなる工夫が求められている。

3) わが国のがん医療への適応可能性

わが国においては、がん医療に関わる精神科医・心療内科医・心理士などの精神保健スタッフは十分とはいえず、がん患者のうつ病の治療も不十分であると推定されるが、がん患者に対して協働的ケアを行ったとする報告はない。しかし、わが国のがん診療連携拠点病院には緩和ケアチームがあり、がん看護に関する専門・認定看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの専門職が配置されているので、これらの医療者がケア・マネージャーとなって協働的ケアが行われれば、がん患者のうつ病のケアに寄与すると思われる。また、気持ちのつらさを有する患者のなかで、うつ病の基準を満たす患者が一部であることを考えると、閾値以下のうつ状態の患者にはケア・マネージャーが中心に対応し、閾値以上のうつ病患者にはケース・マネージャーに加えて緩和ケアチームに所属する精神症状緩和担当医や心理士とも連携して治療にあたる、といった分担も考えられるかもしれない。

また、今後地域包括ケアシステムが整備され、がん診療連携拠点病院と地域の病院との連携が強化された場合には、がん診療連携拠点病院の精神科医・心療内科医・心理士と、地域の病院の医療者が協力して協働的ケアを行うことも考えられる。

(岡島美朗, 馬場知子)

II 文 献

- 1) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA 1995; 273: 1026-31
- 2) Gunn J, Diggins J, Hegarty K, et al. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. BMC Health Serv Res 2006; 6: 88
- 3) Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. BMJ 2001; 323: 948-9
- 4) Kappelin C, Carlsson AC, Wachtler C. Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. Fam Pract 2022; 39: 725-34
- 5) Von Korff M, Katon W, Bush T, et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. Psychosom Med 1998; 60: 143-9
- 6) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1109-15
- 7) Shaw J, Sethi S, Vaccaro L, et al. Is care really shared? A systematic review of collaborative care (shared care) interventions for adult cancer patients with depression. BMC Health Serv Res 2019; 19: 120

2 早期からの緩和ケア

1) 早期からの緩和ケアとは

Temel¹⁾が進行肺がん患者を対象とした早期からの緩和ケア (early palliative care : EPC)

の臨床試験の結果を2010年に報告し、EPCは一躍脚光を浴びることとなった。Temelらの介入手法は、「専門的緩和ケアチームが、診断後8週間以内から少なくとも月1回、症状緩和、治療ゴールの設定や意思決定支援、ケアの調整などのために、定期的に診察する」ケア提供体制であり、既報のランダム化比較試験の多くでは同様の介入手法が踏襲されている¹⁻³⁾。近年では、血液腫瘍や乳がんなど、さまざまながん種に対象が広げられており、American Society of Clinical Oncology や European Society for Medical Oncology も、がん種を問わず、広く進行がん患者に対するEPCの実践を推奨している⁴⁻⁹⁾。

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」と定義されている¹⁰⁾。同定義からわかるように、EPCは身体的問題なども含めた包括的・全人的なアプローチであり、気持ちのつらさだけに限定していない。よって、ほとんどのEPCの臨床試験では、QOLが主要アウトカムであり、抑うつや不安などの気持ちのつらさは副次アウトカムとなる。近年のシステムティックレビュー・メタアナリシス論文においても、EPCによる進行・再発性がん患者のQOL向上のエビデンスはより堅牢さを増しているが、気持ちのつらさの改善については利益を示す文献もあるものの、必ずしも結果が一貫していない³⁾。これは、前述の通り、EPCが進行がん患者のQOL向上のために開発された介入であり、精神療法や薬物療法など、気持ちのつらさに特化して開発された介入と比較して、その介入強度が劣ることが一因と考えられる。また、EPCは現場の状況(context)に高度に依存する、いわゆる複合的介入(complex intervention)であり、それが気持ちのつらさの改善効果に影響した可能性も考えられる。

2) 複合的介入 (complex intervention) とは

英国 Medical Research Council (MRC) は複合的介入 (complex intervention) に関するガイダンスを出版しており、本領域の普及啓発や適切な研究遂行に貢献してきた¹¹⁻¹³⁾。同ガイダンスでは、複合的介入の構成要件を、「①介入自体の特性として、変化をもたらす複数の構成要素またはメカニズムを有する。および/または②介入がどのように結果を生み出すかが、研究対象者や現場の状況 (context)、システムなどの環境を含む外的な要因に依存する。」としている。また、複合的介入は、図6に示すように複数の介入要素が統合され、さまざまなステークホルダー (利害関係者) と協働する介入と理解されている¹⁴⁾。すなわち、EPCは、さまざまな因子が複雑に絡み合っており、うまく機能すれば対象者に大きな利益をもたらす可能性がある一方で、機能しなければ効果は期待できなくなる性質がある。これが、複合的介入のメリットでもあり、難しい点でもある。

近年では、このような複合的介入をどのようにして (how)、現場に実装するかを明らかにする実装科学という学問領域が注目を集め、前述のMRCも複合的介入の「プロセス評価 (process evaluation)」に関するガイダンスを出版しており、ランダム化比較試験の結果だけでなく、プロセス評価についても論文化して報告することを推奨している^{13,15)}。一方で、EPCを含め、多くの複合的介入の臨床試験では、その実装プロセスについては報告がされておらず、ランダム化比較試験の結果にどのような因子が影響したのかについて、検証することは

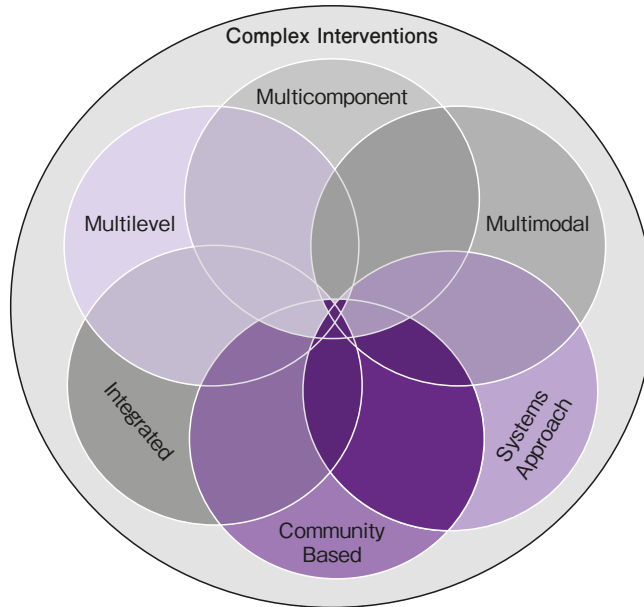


図6 複合的介入の要素

Multicomponent : Multiple active strategies or components for one or more levels, **Multimodal** : Multiple modes of intervention activity, **Systems Approach** : Systemic intervention that intentionally creates change aware of interdependencies within a system, **Community Based** : Based within one or more community settings &/or targets community change or utilises community agents/resources, **Integrated** : Relies on integrated or intersectoral collaboration, **Multilevel** : Universal, Selective, Indicated &/or multiple socio-ecological levels of a system

[Krishnamoorthy S, et al. What are complex interventions in suicide research? Definitions, challenges, opportunities, and the way forward. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 8591¹⁴⁾より引用改変]

困難である。つまり、EPCなどの複合的介入では、その効果に影響する因子を明らかにすることが科学的には適切と考えられる。例えば、Temelらのグループ¹⁶⁾は、EPCを受けた群で、問題解決型のコーピングスタイルを取る人が増えたことと、QOLや気持ちのつらさの改善が相関していたことを実証している。今後、このような研究がますます進むことが望まれる。

3) どのように「早期からの緩和ケア」を実践するか

EPCの介入手法にはバリエーションがある。近年ではさまざまなデジタル技術や人工知能が緩和ケアの領域に進出し、看護師主導介入や訓練を受けた非医療職による介入、電磁的患者報告アウトカム（electric patient reported outcome : e-PRO）を利用した症状モニタリング、質問促進リスト（question prompt list）など、関連する苦痛評価方法・ケア提供方法の研究が進んでおり、1つの介入手法や介入手法の組み合わせに推奨を限定することは困難である。基本的に複合的介入は、介入強度を増やせば増やすほど有効性（efficacy）は向上するが、実施可能性（feasibility）は低下するトレードオフの関係にある（図7）。特に本研究領域のランダム化比較試験では、臨床試験のために雇用されたスタッフによって介入強度を高めてでも有効性を実証する傾向にあり、いざ実臨床で実装・普及しようとするとう困難であることが少なくない。よって、効果の実証された介入手法をそのまま実装せず、現場の状況に合わせて

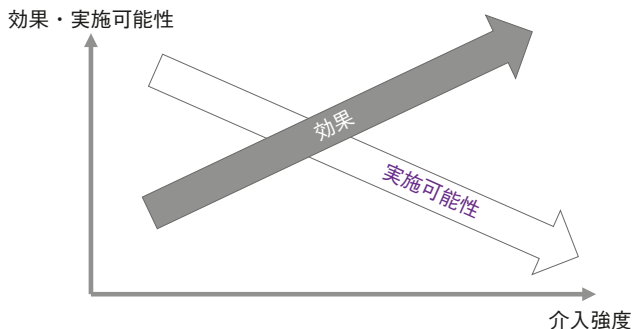


図7 複合的介入の効果と実施可能性

介入手法を最適化して実践することが現実的と考えられる。

また、EPCの実践は、国の施策に影響を受ける。わが国の緩和ケア政策は、主にがん対策基本法を根拠としたがん対策推進基本計画によって、方針が形成される。国は「がんと診断された時からの緩和ケア」を推進し、これまでも「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」など、さまざまな緩和ケアの施策が講じられてきた¹⁷⁾。一方で、診療報酬上では患者・家族に緩和ケアを十分に提供できる体制が整っていない。2023年2月現在、外来緩和ケア管理料は、症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限られており、気持ちのつらさを有するがん患者へのEPC提供には足かせとなっている。がん患者指導管理料(口)は「医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合」に加算されるものの、算定回数の上限が6回に設定されている¹⁷⁾。

このようなEPC実践への阻害因子を取り除くためには、医療者、研究者、学会などの学術団体、患者団体、国などのそれぞれのステークホルダーが連携することが望まれる。診療報酬は、内科系学会社会保険連合などが、各学会からの要望や学術的根拠を取りまとめ、国に提言する筋道が確立している一方で、がん対策推進基本計画やがん診療連携拠点病院などの指定要件などは、科学的根拠に基づくというより、いわゆる有識者会議における専門家の意見によって決定される傾向にある。政策の意思決定に学術的根拠を取り入れるスキームは重要であり、これまでもさまざまな提案がなされている(表9)¹⁸⁾。EPC実践を広く実現し均てん化するには、国レベルの施策も含め、さまざまな障壁を乗り越える必要があり、医療者個人の努力だけでなく、さまざまなレベルのステークホルダーとの協働が必要不可欠である。

4) まとめ

EPCのエビデンスや複合的介入について概説し、その臨床実践についての考察を展開した。EPCによる患者・家族への有害事象の報告はほとんどなく、リソースさえ許せば、積極的に提供されるべき介入といえる。一方で、その普及・均てん化には、現場レベルから国の政策レベルまでさまざまな課題が複雑に内在している。できるだけ多くの患者・家族に緩和ケアを届けるために、今後もさまざまなステークホルダーの協働を通じた課題解決の努力が望まれる。

(采野 優, 阿部晃子, 松本禎久)

表9 政策意思決定に学術的根拠を取り入れるためのスキーム

1. 政策の問題点・課題の明確化
2. 既存の関連政策の同定
3. 文脈の同定
4. 政策の優先度の評価
5. 政策の受容可能性の検討
6. 科学的根拠（研究群）の統合
7. 学術チーム政策チームの協働
8. ステークホルダー分析・折衝
9. 政策提言委員会での検討
10. プリーフィング資料・下交渉
11. 政策提言書の草案作成
12. 提言書の査読
13. 政府による公式的な関与
14. 政策効果の評価

[Uneke CJ, et al. Promoting the use of evidence in health policymaking in the ECOWAS region: the development and contextualization of an evidence-based policymaking guidance. *Global Health* 2020; 1: 73¹⁸⁾より引用改変]

文献

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42
- 2) Haun MW, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD011129
- 3) Hoomani Majdabadi F, Ashktorab T, Ilkhani M. Impact of palliative care on quality of life in advanced cancer: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2022; 31: e13647
- 4) El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, et al. Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2021; 7: 238-45
- 5) El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, et al. Effect of inpatient palliative care during hematopoietic stem-cell transplant on psychological distress 6 months after transplant: results of a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 3714-21
- 6) Chvetzoff G, Bouleuc C, Lardy-Cléaud A, et al. Impact of early palliative care on additional line of chemotherapy in metastatic breast cancer patients: results from the randomized study OSS. *Support Care Cancer* 2022; 31: 82
- 7) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96-112
- 8) Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018; 29: 36-43
- 9) Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol* 2024; 42: 2336-57
- 10) Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 754-64
- 11) Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021; 374: n2061
- 12) O’Cathain A, Croot L, Duncan E, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open* 2019; 9: e029954
- 13) Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015; 350: h1258
- 14) Krishnamoorthy S, Mathieu S, Ross V, et al. What are complex interventions in suicide research? Definitions, challenges, opportunities, and the way forward. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 8591
- 15) Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* 2015; 10: 53
- 16) Greer JA, Jacobs JM, El-Jawahri A, et al. Role of patient coping strategies in understanding the effects of early palliative care on quality of life and mood. *J Clin Oncol* 2018; 36: 53-60
- 17) Uneno Y, Iwai M, Morikawa N, et al. Development of a national health policy logic model to accelerate the integration of oncology and palliative care: a nationwide Delphi survey in Japan. *Int J Clin Oncol* 2022; 27: 1529-42
- 18) Uneke CJ, Sombie I, Johnson E, et al. Promoting the

use of evidence in health policymaking in the ECOWAS region: the development and contextual-

ization of an evidence-based policymaking guidance. Global Health 2020; 16: 73

3 家族介入

1) 家族介入の背景と目的

がん罹患は、患者のみならず家族にも大きな負担になりうる。家族介護者(family caregiver)とは、患者に感情的および身体的支援を提供する家族または重要な他者 (significant others) と定義され、患者とともに家族にも、倦怠感、睡眠障害、精神的苦痛、抑うつ、不安などがみられると報告されている¹⁻³⁾。また、病気の経過 (診断・再発時を含む) における感情や将来の不確実性への対処、痛みなどの症状管理とケアなどが、患者・家族双方にとって課題であり、対応困難な場合があると示されている⁴⁾。これら背景より、欧米を中心に、患者・家族介護者の精神的苦痛の改善を目的とした介入が行われている。

2) 家族介入の対象⁵⁾

「家族介護者のみ」もしくは「患者-家族介護者」のペア/カップルを対象としている。

3) 介入の種類と形態^{5,6)}

家族介護者介入は、個人、一組のペア/カップルに対する介入 (対面もしくは電話) と、グループによる介入 (対面) が報告されている。心理社会的介入の介入者は、トレーニングを受けた心理士、精神保健の専門家、看護師、社会福祉士、医師などで、1時間単回の介入から90分×5回や8週、16週に及ぶ介入まで時間、頻度もさまざまである。

下記介入要素が複合的に含まれているものが多く、カップルを対象とした介入では、カップル間の関係性や親密性に関する要素も含まれている。

- ・心理社会的サポート
- ・セルフヘルプグループ：治療者がファシリテートするピアサポートグループ
- ・心理教育：コーピング、ストレスマネジメント、コミュニケーション技術、問題解決スキル
- ・認知行動療法
- ・マインドフルネス
- ・カウンセリング
- ・家族療法：家族やカップルが直面する課題や困難に焦点を当てた介入
- ・リラクゼーション法

4) アウトカム^{5,6)}

家族介護者：うつ、不安、精神的苦痛、QOL、身体状態、家族関係、家族機能、性機能、負担、コーピング、自己効力感

患者：うつ、不安、精神的苦痛、QOL、身体状態、家族関係、家族機能、性機能、コーピング、自己効力感

(アウトカム尺度については臨床疑問6を参照)

5) 家族介入の効果

家族介護者に対する心理社会的介入の有効性を検討したシステマティックレビューでは、介入直後には介護者のQOLへの有効性が示唆されているものの（標準化平均差0.29, 95%CI 0.04-0.53）、研究間の異質性により確固たる結論は導かれていない⁵⁾。また、「患者-家族介護者」ペアに対する介入に限定したシステマティックレビューでは、介入後において患者の不安、がんに関連するつらさへの有効性が示されているが効果は続かず、介護者の抑うつ、不安、がんに関連するつらさ、いずれも有効性が示されなかった⁶⁾。

進行がん患者の介護者を対象とした心理社会的介入（介護者単独、患者と介護者ペア、患者と家族への介入を含む）に関するメタアナリシスでは、介入1~3カ月後において介護者のQOL、精神的な健康状態、抑うつ、不安に有意な効果が示されている（表10）⁷⁾。この結果は、特に進行がん患者の介護者には心理社会的介入が考慮されうることを示唆している。

表10 進行がん患者の介護者に対する心理社会的介入—介護者への効果—

介護者のアウトカム（評価時期）	研究数	参加者数	効果量 [SMD (95%CI)]
QOL（介入1~3カ月後）	14	1,557	0.24 (0.10-0.39)
身体的健康状態（介入1~3カ月後）	10	1,504	-0.02 (-0.12-0.08)
精神的健康状態（介入1~3カ月後）	8	1,241	0.14 (0.02-0.25)
抑うつ（介入1~3カ月後）	17	1,555	0.34 (0.16-0.52)
不安（介入1~3カ月後）	14	1,441	0.27 (0.06-0.49)

SMD：標準化平均差

[Chow R, et al. Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2023; 115: 896-908⁷⁾より作成]

6) 日本における現状と課題

がん患者と同居する家族に対する全国調査（500名）の結果、家族が最もこころの負担を感じたのは病名告知のとき（54.4%）であり、次に病状が悪化したとき（11.6%）、再発・転移告知のとき（11.0%）であった⁸⁾。6割以上の家族が告知をこころの負担と感じていたが、医療者からのこころのケア・サポートは「なかった」という家族が72.0%を占め、家族の心理的危機に対する医療者の意識が低いことが示されている。また、進行肺がん患者（248名）と家族介護者（232名）に対する縦断調査では、6割以上の患者・家族介護者が診断時に深刻な懸念を抱いており、診断からの時間経過のなかで深刻な懸念を抱いている家族の割合は若干減少するものの、診断から2年後でも約半数の家族介護者が深刻な懸念を抱いていたことが示されている⁹⁾。深刻な懸念を抱いている患者・家族介護者の抑うつ、不安の程度は、懸念を抱いていない患者・家族介護者に比べ有意に高く、患者・家族介護者に対する診断時からの継続的なサポートが求められることが示唆されている。

前述のように、家族介護者介入研究は欧米を中心に多数行われているが、欧米圏-アジア圏の文化背景の違いを考慮すると、欧米での研究結果をそのままわが国で活用することは難しい。さらに、わが国においてカップルセラピーの治療者や家族外来実施施設は限られており、家族介護者への心理社会的サポートの拡充は今後の課題である。

全国のがん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、地域がん診療病院には「がん相談支援

センター」が設置されており、患者のみならず家族介護者も相談できる窓口になっている。また施設は限られるが数カ所のがん診療連携拠点病院では「家族ケア外来」が設置され、家族のこころのケアに取り組まれている。現在活用できる資源での支援を考えると、がん患者に関わる医療者が家族介護者の負担や懸念を認識し、患者同様にケアを提供すること、具体的には医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種での声かけと家族介護者の懸念についても相談可能なことを伝え、必要であれば相談窓口や家族ケア外来、サイコオンコロジスト（精神科医・心療内科医など）を紹介することが考えられる。

（浅海くるみ、岡村優子）

文献

- 1) Chan JSM, Yu NX, Chow AYM, et al. Dyadic associations between psychological distress and sleep disturbance among Chinese patients with cancer and their spouses. *Psychooncology* 2017; 26: 856-61
- 2) Ellis KR, Oh S, Hecht HK, et al. Symptom distress and quality of life among Black Americans with cancer and their family caregivers. *Psychooncology* 2021; 30: 1356-65
- 3) Li Q, Lin Y, Xu Y, et al. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16: 230
- 4) Mosher CE, Adams RN, Helft PR, et al. Family caregiving challenges in advanced colorectal cancer: patient and caregiver perspectives. *Support Care Cancer* 2016; 24: 2017-24
- 5) Treanor CJ, Santin O, Prue G, et al. Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD009912
- 6) Pang X, Jin Y, Wang H. Effectiveness and moderators of cancer patient-caregiver dyad interventions in improving psychological distress: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2022; 9: 100104
- 7) Chow R, Mathews JJ, Cheng EY, et al. Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2023; 115: 896-908
- 8) 松下年子, 野口海, 小林未果, 他. がん患者の家族の心の負担と心のケア・サポート—インターネット調査の結果より—. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 2010; 22: 373-82
- 9) Sato T, Fujisawa D, Arai D, et al. Trends of concerns from diagnosis in patients with advanced lung cancer and their family caregivers: a 2-year longitudinal study. *Palliat Med* 2021; 35: 943-51

4 がんピアサポート

近年、同じ経験をもつ「ピア」からのサポートは、がんサバイバーが診断後の治療および生活によりよく適応し、自らのQOLを維持・向上させるうえでの重要な心理社会的ケアとして大きな注目を集め、わが国でも均てん化に向けた基盤づくりが推進されている。本項では、臨床疑問の章では触れることが難しいがんピアサポートの背景や国内外の実態について課題も含めて整理する。

1) ピアサポートの定義

ピアサポートとは、同じ体験をした仲間（peer, ピア）が相互に助けあう（サポート）ことである。わが国におけるピアサポート活動は、1955年頃にはアルコール依存症の断酒会の活動があったことが知られている。当時は「ピア」とは呼ばれていなかったが、1970年代に精神障害者の患者会や自助グループで生活支援を行うピアカウンセラーの活動が注目を集め始め、1990年代頃より障害者福祉領域で当事者性を活かして働く「ピアサポーター」が養成されていた¹⁾。

一方、がんを含む慢性疾患などの同じ体験をした者のピアサポートは、相互に助け合う心理社会的支援の一つとして、情緒的に支え合い、適切に対応していくための知識や経験を共有する関係から得るものを指す（広義）²⁻⁴⁾。そして、がん経験者は、がん告知以降のつらさゆえに、同じ体験をもつ仲間と交流をもちたいという強いニーズをもつ^{5,6)}。このニーズに動機づけられ、病室や外来の待合室などで出会う私的な関係からもピアサポートが生まれ、当事者が組織する患者会や自助（セルフヘルプ）グループ、患者支援団体、医療施設内のがん相談支援センター、都道府県の地域包括相談支援センターなどがピアサポートの機会を提供している。

2007年のがん対策基本法施行以前にがんピアサポートを得る機会は、患者会、セルフヘルプグループ、サポートグループがあった。集団精神療法もまた当事者の相互作用から生まれる効果を含めて設計されているプログラムであり、ピアサポートを得る機会の一つといえる。乳がん患者会の全国組織として知られる「あけぼの会」の誕生のきっかけは、1978年にワット隆子氏が新聞で乳がんの経験者の集いを呼びかけた記事であったと記している⁷⁾。それ以前にも、ワット氏がモデルとした名古屋の「沢泉会」など、各地でがん患者会や自助グループによるピアサポート活動が行われていたことが推察される。一方、海外では1990年代には医療者ががん経験者を募集してグループで行った Spiegel ら^{8,9)}の集団精神療法が延命の可能性や不安の軽減、Fawzy ら¹⁰⁾の認知行動療法、Johnson ら¹¹⁾の I Can Cope プログラムなどが、情動的サポートと参加満足度、社会的 Well-being や QOL 向上に効果があることを報告した。国内でもそれぞれのプログラムを日本人に適した形にアレンジして試み、効果を示した¹²⁻¹⁹⁾。その後実施されたピアサポートは、不安やうつ症状、適応障害などの症状改善といった治療目的で行う、精神科医と心理士による「集団精神療法」¹²⁾、がん治療医や看護師、ソーシャルワーカーなどが協働する研究会、NPO 法人などの支援団体が QOL 向上に向けたサポートを目的とした「サポートグループ」¹³⁻¹⁸⁾、当事者が主となって運営している場合は「セルフヘルプグループ」などに分類される。しかし現在、ピアサポートは医療者、行政、当事者（ピア）の協働によって行われていることが多く、この分類で厳密に分けることは難しい。

2) ピアサポートの方法と役割

ピアサポートの方法には、個別面談か集団（グループ）による講義や面談（語り合い）か、その面談は対面によるものか、電話、オンライン（Web）のビデオ会議システムを用いるものかに分けられる。内容は、開催目的によって、各がん種の治療や生活に必要な情報提供、がん告知・闘病に伴う動揺や不安に対する情緒的な支援を目的とする講義や語り合い、リラクゼーション法、食道発声、アピアランスケアなどの技術習得を目的とする講習会などが、単独または組み合わせたプログラムとして提供される¹⁹⁻²³⁾。

それぞれのプログラムで、ピアサポーターはさまざまな役割を担っている。例えば、グループでの語り合いのプログラムでは、参加者の関係構築や設定された目標達成を促進する役割を担うピア・ファシリテーターあるいはグループリーダー²²⁻²⁴⁾、性機能不全に焦点を当てたプログラムではカウンセリングを行うピアカウンセラー²⁵⁾、特定のトピックについてのストレスや困難な感情を積極的に管理するための認知行動療法的対処法を伝えるピアエドゥケーター^{26,27)}、他の参加者に健康サービスや社会サービスの紹介や利用の手助けをするピア

ケースマネジャー^{2,28)}などが知られている。

3) ピアサポートの効果と懸念

ピアサポートは、いくつかの点で医療者による支援よりも効果があると考えられている。特にまず、孤独感によるつらさが軽減する効果が挙げられる²⁹⁾。ピアサポートは支援する側もされる側も同じがん治療の経験があり、十分に研修と実践を重ねたピアサポーターであれば、がんに関する知識のみならず、その生活に関する暗黙の知識をもっているため「多くを説明しなくても話せる相手」となりうる³⁰⁾。したがって、医療者や家族にさえも話せない内容を話すことができ、理解されたという感覚をもちやすく、情報の共有も容易になる。そして、医療者に支援される際とは異なる対等な関係にあり、相互支援と共同体感覚を促進する³¹⁾。このようにピアサポートに触れることで、新たな人間関係のレパートリーを増やす1つの糸口となる^{30,32-34)}。また、相互のがん治療経験の情報交換を通して、意思決定に必要な情報をより咀嚼して理解し、医療専門家とのコミュニケーション方法を学ぶことができる³⁵⁾。さらに、他者に役に立つことで自尊心や自己肯定感が高まるヘルパーセラピー効果を得る³⁶⁾。そして、社会的比較理論の観点からは、意識的、無意識的にメンバー同士が比較し合うことで自身を客観的に捉え、正常性の感覚を確立するのに役立つとも指摘されている。

近年になって2つのメタアナリシスが報告された。Leeら³⁷⁾は「一対一のピアサポート」に関するメタアナリシスを発表した。その結果、自己効力感の改善には中程度の効果が、セクシャリティ、情動的健康、コーピング、QOLの改善に小さな効果が示された。また、対面よりも非対面の効果は低くなる可能性が示唆された。2022年にはZhangら³⁸⁾が、ピアサポートを「同じ疾患をもつ個人により提供されるソーシャルサポートの形」と定義し、2021年までの17件の研究論文に基づくメタアナリシスを発表した。その結果、対照群と比較してピアサポート群は、QOL、抑うつ、不安、自己効力感において有意な効果を示した。さらに、ピアサポートの提供方法において、対面のみ、電話のみなどの1つの方法よりも、組み合わせた方法がよりQOLに貢献していた。これらの研究は中国の研究が多く、文化的な背景や特徴をもつ可能性があるが、ピアサポーターとの交流は、一般的に抑うつや不安の軽減、QOLの向上に有益と考えられている^{38,39)}。しかし、これらのメタアナリシスの対象となった研究は、参加者の抑うつや不安の程度による比較検討は行っておらず、うつや不安が重い参加者であっても有効であるかは、わからない状態である。

一方で、ピアサポートは必ずしもすべての人が望む介入ではない。初対面の者との交流を苦手とする者にはかえってストレスとなり、望まれないこともある。初期の研究^{35,40)}においては、不正確な情報提供、特定の治療方法に誘導されるなど否定的な影響を与える可能性や、自分の意見を押し通す支配的なメンバー、メンバー間の対立、担当医師への批判、より重篤な状況や急に状況が悪化したメンバーに出会った際の気持ちのつらさ、抑うつ状態では自己効力感をかえって低下させる可能性など、対応困難な状況への懸念が指摘された。これらに関しては、ピアサポーターへの研修、そして医療者とピアサポーターが協働して対応する体制づくりについての研修を充実させていくことによって軽減できると考えられている。

4) わが国におけるがんピアサポートの均てん化にむけた動向

わが国におけるピアサポート活動は、2010（平成22）年から「がんに関する総合的な相談等の実施に資する事業」において始まった⁴¹⁾。その事業内容は、各都道府県に地域統括相談支援センターを設置し、「がん患者及び家族のニーズに即した適切な相談支援が行われることを目的とした、がん患者等に対する総合的な相談支援（ピア・サポートを含む）、研修等に関する事業を実施する」であった。2011（平成23）年度より「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」を日本対がん協会に委託し、がんピアサポーターとなるために必要な基本スキルを身につけるピアサポーター養成テキストなどの教材開発およびモデルプログラムが始まった⁴²⁾。それ以降のがん対策推進基本計画でも、「がんと共生」支援⁴³⁾の一つとして、各都道府県が継続して研修を行っている。また2018年度からは日本サイコオンコロジー学会が受託し、プログラムの改定と各地での養成研修会の開催、事業の進捗実態を把握する調査を行っている^{3,44,45)}。

このような研修事業を重ね、ピアサポーター養成研修会の修了者またはこのピアサポート事業の活動を行う者をピアサポーター（狭義）と呼ぶことも増えてきた。しかし、がん医療および行政担当者にはまだ「ピアサポート」の認知度は低いといわざるを得ない。したがって、がん対策基本法の成立およびピアサポーター養成研修会が始まる前から各地域でがん患者会など⁴⁶⁾で活動しているピアサポーター（広義）と、各都道府県のピアサポーター養成研修会の修了者、そして地域包括支援センター、がん診療連携拠点病院などの活動場所でピアサポート事業を担っている者を指すピアサポーター（狭義）とも、実際に担っている事業内容も区別なく、混在して用いられている状況がある。

5) ピアサポーター養成内容と活動実態

より質の高いピアサポートを提供するために、また、活動を続けるためには、研修後も定期的なサポートが必要であることが示唆されている²⁰⁾。実際、がんを体験したすべての人がピアサポーターに適しているわけではない。ピアサポーターには、自分自身が救われ、有意義な社会交流や、役立ち理解されることを感じたいなどの自身のニーズがある場合が少なくない。このような個人的なニーズと患者を助けたいというニーズとの間で、自他の境界（バウンダリー）を自覚してバランスを取る対策が重要である^{2,44)}。したがって、ピアサポーター研修の内容は、来談相手を傷つけず、自らの傷つきを防ぐための心理的支援の基本的知識、医療機関で活動する場合には個人情報扱いの方と医療者との連携方法が必須項目となる。

ピアサポーター養成に関する研究知見は、非常に限定的である⁴⁷⁾。Walsheら⁴⁸⁾のピアサポーター養成研究によると、参加者48名のうちプログラムを完遂したのは12名のみであり、その後も実際に運営するには至らなかったという。そして、プログラムを完遂したピアサポーターは女性の乳がん経験者が多く、多様ながん状況に対応できるピアサポーターを養成することの難しさが示唆された。当然のことながら、研修を受け、その後にピアサポーターとして活動するには、仕事や個人のさまざまな事情、健康状態を含めた調整が必要であり、それは容易ではない。そのような調整をしながら診断後10年以上にわたって活動を継続しているピアサポーターに活動の意義を尋ねると⁴⁹⁾、生存者・証言者としての使命感、がん経験者同士が対等に何でも話せる場所が必要だという確信、出会った人が元気になっていくこと

に生きがいを感じることで、活動を通して医療者とつながれることなどが意義として語られた。このような思いを理解し、ピアサポーターが専門職と協働して安心して活動できる環境整備も課題である。以前からのピアサポーターが高齢化や再発治療などに伴い活動困難となると同時に、近年はがん治療と就労を両立するため、担い手不足が深刻になっている。また、ピアサポーターの活動条件は都道府県の裁量に一任され、52%は無償のボランティアであり、16%は交通費のみ支給され、時間雇用されているのは10%程度であった³⁾。有償無償、通勤費用、労災など、安心して働ける環境整備の推奨や指針を示すには至っていない。これらについても検討が必要である。

6) ピアサポートの機会をピアサポーターと協働できる行政担当者、医療者の育成

2018年の総務省監査⁵⁰⁾で、ピアサポーター研修の開催が継続されておらず、がん診療連携拠点病院での相談支援やがん患者サロンへのピアサポーターの受け入れが進んでいない実態が明らかとなった。その対策として、行政ならびに医療者のピアサポートの認知度を高め、ピアサポーターとの協働を可能にする知識と技術を提供することが必要であると考えられた。そこで、2021年度より、がん相談支援に携わる医療者を対象に、ピアサポートの認知度を高め、地域の状況とニーズに応じたピアサポートの提供を、ピアサポーターおよび行政、医療者が連携して運営していくことを目的とした「がんサポートグループ企画・運営者のための研修会」が開始された^{3,45)}。2022年度（令和4年度）の実態調査報告³⁾では、がんピアサポーター養成を行っているのは47都道府県のうち57.4%（コロナ禍の影響で40%が休止中）であり、養成後のピアサポーターに活動の場を提供している都道府県は36.2%のみであった。また、がん診療連携拠点病院のうち、がんサロンなどピアサポートの機会を提供している施設は62%（コロナ禍で休止中36%）であった。コロナ禍で感染対策が優先されている状況が明らかであり、感染対策の緩和や工夫により、今後の機会拡大が期待される。

7) まとめ

がんピアサポートは、がんの診断、治療中の当事者、家族の強いニーズに応じて、患者会や医療者が企画するサポートプログラムとして発展してきた。もともと治療として位置づけられていないため、診療ガイドラインの基準に当てはめた「当事者（ピア）のみ」によって「閾値以上の気持ちのつらさを軽減・予防するか」を検証したランダム化比較試験の結果はほとんどない。しかし、ピアサポーターと医療者が協働して提供する情緒的サポートや情報交換などの相互支援を行うピアサポートのプログラムによって自己効力感が高まるなど、がん治療生活によりよく適応しQOLを維持向上することが認められている。ピアサポーターによる支援を継続的に提供するために、ピアサポーター養成はもちろんのこと、医療者および行政担当者への研修を定期的に行い、ピアサポーターと行政、医療者が連携して、各都道府県の事情に応じた体制をつくる必要がある。

（福井里美，吉川栄省，久村和穂）

■ 文献

- 1) 平成 30 年度障害者総合福祉推進事業 ピアサポートを担う人材の活用を推進するための調査研究及びガイドライン作成のための研究：ピアサポートの活用を促進するための事業者向けガイドライン。pp8-9, 社会福祉法人豊芯会 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521819.pdf>(2023 年 7 月 16 日閲覧)
- 2) Adler NE. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. National Academies Press, Washington DC, 2008
- 3) 日本サイコソクロジー学会 がん総合相談に携わる者に対する研修事業改訂委員会. 令和 4 年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 事業報告書. 2023 https://www.peer-spt.org/wp/wp-content/uploads/2023/04/jigyuo_houkokur4_all.pdf (2024 年 7 月 14 日閲覧)
- 4) Hu J, Wang X, Guo S, et al. Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2019; 174: 325-41
- 5) 「がんの社会学」に関する研究グループ. 2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書：がん向き合った 4,054 人の声 <https://www.scchr.jp/book/houkokusho/2013taikenkoe.html> (2023 年 1 月 29 日閲覧)
- 6) Spiegel D, Classen C. Group therapy for cancer patients: A Research-based handbook of psychosocial care. Basic Books, New York, 2000
- 7) ワット隆子. あけぼの会誕生のきっかけ「乳ガン体験者の集いを」毎日新聞. 1978 年 5 月 29 日 <http://www.akebono-net.org/~%E3%81%82%E3%81%91%E3%81%BC%E3%81%AE%E4%BC%9A%E8%A%95%E7%94%9F%E3%81%AE%E3%81%8D%E3%81%A3%E3%81%8B%E3%81%91.html> (2023 年 7 月 16 日閲覧)
- 8) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668): 888-91
- 9) Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer* 2007; 110: 1130-8
- 10) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5
- 11) Johnson J, Klein L. I Can Cope—Staying Healthy with Cancer. Chronimed Publishing, Minnesota, 1988
- 12) 保坂隆. がんとこころ—がん患者のこころのケアとそのしくみ. テンタクル, 2001
- 13) 吉田みつ子, 遠藤公久, 守田美奈子, 他. がん患者のための地域開放型サポート グループ・プログラムの効果検討. *心身医* 2004; 44: 133-40
- 14) 吉田みつ子, 守田美奈子, 福井里美, 他. 複合型がんサポートプログラムに対する課題の検討. *Palliat Care Res* 2011; 6: 201-8
- 15) 季羽倭文字. がん告知以後 (岩波新書). 岩波書店, 東京, 1993
- 16) 中村めぐみ, 紺井理和, 川名典子. がんサバイバーのためのサポートグループの効果—情緒状態の経時的变化より—. *がん看護* 2011; 16: 525-31
- 17) 広瀬寛子, 青木幸昌, 久田満, 他. がん患者へのグループ・アプローチの試み. *ターミナルケア* 1997; 7: 306-14
- 18) 福井里美. がん患者に対する非構造化型サポートグループの効果—情動とソーシャルサポートの検討—. *聖心女子大学大学院論集* 2004; 26: 73-95
- 19) 坂元敦子, 福井里美. 当事者による支援: ピアサポート. *がんサバイバーシップ—がんとともに生きる人びとへの看護ケア* 第 2 版 (近藤まゆみ, 久保五月編). pp37-48, 医歯薬出版, 東京, 2019
- 20) Drebing C. Leading Peer Support and Self-Help Groups: A Pocket Resource for Peer Specialists and Support Group Facilitators. Alderson press, Holliston MA, 2016
- 21) Yoshikawa E, Fujisawa D, Hisamura K, et al. The potential role of peer support interventions in treating depressive symptoms in cancer patients. *J Nippon Med Sch* 2022; 89: 16-23
- 22) Cancer support groups: A guide to setting up peer facilitated supports. Cancer Australia, Canberra, 2009. https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/peer_supports1_504af01f596c3.pdf (2024 年 7 月 14 日閲覧)
- 23) Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 392-401
- 24) Hermann JF, American Cancer Society. Cancer Support Groups: A guide for facilitators. American Cancer Society, 2001
- 25) Schover LR, Jenkins R, Sui D, et al. Randomized trial of peer counseling on reproductive health in African American breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1620-6
- 26) Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, et al. Evaluating the implementation of a translational peer-delivered stress management program for Spanish-speaking Latina breast cancer survivors. *J Cancer Educ* 2018; 33: 875-84
- 27) Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, et al. Nuevo Amanecer-II: Results of a randomized controlled trial of a community-based participatory, peer-delivered stress management intervention for rural Latina breast cancer survivors. *Psychooncology* 2020; 29: 1802-14
- 28) Ramchand R, Ahluwalia SC, Xenakis L, et al. A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Prev Med* 2017; 101: 156-70
- 29) ベンジャミン HH 著, 竹中文良, 小島弘 訳. ウェル

- ネス・コミュニティー ―がんに克つ人、負ける人、読売新聞社、東京、1990.
- 30) Skirbekk H, Korskvald L, Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 711-6
 - 31) Gidugu V, Rogers ES, Harrington S, et al. Individual peer support: a qualitative study of mechanisms of its effectiveness. *Community Ment Health J* 2015; 51: 445-52
 - 32) Amonoo HL, Harnedy LE, Deary EC, et al. Peer support in patients with hematologic malignancies undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) : a qualitative study. *Bone Marrow Transplant* 2022; 57: 1277-86
 - 33) Kallio R, Jones M, Pietilä I, et al. Perspectives of oncology nurses on peer support for patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2021; 51: 101925
 - 34) Walshe C, Roberts D. Peer support for people with advanced cancer: a systematically constructed scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Curr Opin Support Palliat Care* 2018; 12: 308-22
 - 35) Gray RE, Carroll JC, Fitch M, et al. Cancer self-help groups and family physicians. *Cancer Pract* 1999; 7: 10-5
 - 36) Riessman F. The "Helper" therapy principle. *Social Work* 1965; 10: 27-32
 - 37) Lee MK, Suh SR. Effects of peer-led interventions for patients with cancer: a meta-analysis. *Oncol Nurs Forum* 2018; 45: 217-36
 - 38) Zhang S, Li J, Hu X. Peer support interventions on quality of life, depression, anxiety, and self-efficacy among patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2022; 105: 3213-24
 - 39) Gottlieb BH, Wachala ED. Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology* 2007; 16: 379-400
 - 40) Steginga K, Smith DP, Pinnock C, et al. Clinicians' attitudes to prostate cancer peer-support groups. *BJU Int* 2007; 99: 68-71
 - 41) 厚生労働省がん対策推進協議会. 第9回がん対策推進協議会 資料8, 平成22年度 がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～, p45 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-15x.pdf> (2023年7月16日閲覧)
 - 42) 日本対がん協会. 平成24年度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業. 研修テキスト がんピアサポーター編～これからピアサポートをはじめる人へ～平成24年度版 <http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/00.pdf> (2023年5月31日閲覧)
 - 43) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 第2回がんとの共生のあり方に関する検討会 資料6, 患者や家族等が安心して相談できる体制の整備について. 2019 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000533490.pdf> (2023年7月16日)
 - 44) 日本サイコオンコロジー学会. 令和2年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 ピア養成研修ワーキンググループ. ピア・サポーター養成テキスト2020年度改訂版, 2021 <https://www.peer-spt.org/document/peer-spt/> (2023年7月16日閲覧)
 - 45) 日本サイコオンコロジー学会. 令和2年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 短期サポートグループワーキンググループ. がんサポートプログラム企画の手引き2020年度版, 2021 https://www.peer-spt.org/wp/wp-content/uploads/2022/04/gan2020Support_all.pdf (2023年7月16日閲覧)
 - 46) 全国がん患者団体連合会の加盟団体一覧 http://zenganren.jp/?page_id=98 (2023年5月31日閲覧)
 - 47) Delisle V C, Gumuchian ST, Kloda LA, et al. Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. *BMJ Open* 2016; 6: e013325
 - 48) Walshe C, Roberts D, Calman L, et al. Peer mentors for people with advanced cancer: lessons learnt from recruiting and training peer mentors for a feasibility randomized controlled trial. *J Cancer Educ* 2021; 36: 710-8
 - 49) 福井里美, 吉田みつ子, 守田美奈子, 他. 長期がんサバイバーがピアサポート活動を続ける意味—10年以上の活動経験を通して—. *Palliat Care Res* 2019; 14: 79-88
 - 50) 総務省. 「がん対策に関する行政評価・監視—がんの早期発見, 診療体制及び緩和ケアを中心として—」の勧告に対する改善措置状況 (2回目のフォローアップ) の概要. 令和元年10月25日 https://www.soumu.go.jp/main_content/000651327.pdf (2023年1月30日閲覧)

コラム 8

運動（身体活動）の抑うつ症状に対する効果

がんサバイバーへの運動推奨

2019年に米国がん協会、米国スポーツ医学会などより、がんサバイバーのための運動ガイドライン^{1,2)}が公表され、運動の安全性および身体活動量低下の弊害が記載された。また、がん関連健康アウトカム（不安、うつ症状、倦怠感、身体機能、QOL）を改善する強いエビデンスがある運動としては、有酸素性運動（自転車やランニングなど）、筋力トレーニング（重錘（おもり）やチューブを使った運動など）、有酸素性運動と筋力トレーニングの組み合わせ、が挙げられた。具体的には「1週間に少なくとも150～300分の中強度運動あるいは75分の高強度運動、あるいはそれらと同等の組み合わせの運動を行うこと。1週間のうち2日以上は筋力トレーニングを行う、可能であれば大筋群のストレッチを少なくとも週に2回行う」ことが全米総合がんセンターネットワークによるサバイバーシップガイドライン2019年版³⁾で強く推奨されている。

国立がん研究センターが公表した「がんサバイバーシップガイドライン 身体活動・運動編」⁴⁾では、運動習慣のない成人がんサバイバーに運動を勧めることが推奨されるかどうかを検討した。運動習慣は米国スポーツ医学会の基準で評価し、一般成人（18歳から65歳未満）と高齢者（65歳以上）に分けてclinical questionを設定した。いずれも「運動を勧めることを提案する」という結果となり、成人がんサバイバーは推奨の強さ：弱、エビデンスの強さ：C（弱）、高齢者は推奨の強さ：弱、エビデンスの強さ：B（中）となった。安全かつ有効な運動実践には経済的な負担が生じうるという不利益を考慮し、総合的に推奨を判断した。また、推奨作成の過程において、一般成人がんサバイバーに対する、うつ症状のアウトカム（Beck Depression Inventory II, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Hospital Anxiety Depression Scale）を評価したランダム化比較試験5件でシステマティックレビューならびにメタアナリシスを行った結果、身体活動・運動介入によるうつ症状は対照群と比較して有意に改善することが認められた（標準化平均差 -0.39, 95%信頼区間 -0.68～-0.10）。また、高齢がんサバイバーに対するうつ症状のアウトカムを評価したランダム化比較試験4件でシステマティックレビューならびにメタアナリシスを行った結果、身体活動・運動介入によるうつ症状は対照群と比較して有意に改善することが認められた（標準化平均差 -0.39, 95%信頼区間 -0.74～-0.03）。なお、今回のシステマティックレビューにおいては、有酸素性運動、有酸素性運動と筋力トレーニングの組み合わせが身体活動・運動介入として包含された。なお、包含されたいずれの研究においてもうつ病などの重篤なうつ症状への効果については検討されていない点に留意が必要である。

（街 勝憲，松岡 豊，越智英輔，小川朝生）

文献

- 1) Schmitz KH, Campbell AM, Stuver MM, et al. Exercise is medicine in oncology: engaging clinicians to help patients move through cancer. *CA Cancer J Clin* 2019; 69: 468-84
- 2) Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, et al. Exercise guidelines for cancer survivors: Consensus

- Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc 2019; 51: 2375-90
- 3) National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guidelines for Patients. Survivorship Care for Healthy Living, Version 2020. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf> (2023年1月20日閲覧)
- 4) 国立がん研究センター. 令和4年度国立がん研究センター研究開発費 科学的根拠に基づくがんサバイバーシップガイドライン提言に関する研究班. がんサバイバーシップガイドライン身体活動・運動編. 2024年7月

コラム 9

セルフマネジメント

がんに関する気持ちのつらさに対処するために、多くの医療機関では精神科医や心理士などが配置され、さまざまな試みがなされるようになってきた。しかし、実際に医療者の介入を受けたいと思ったとしても、時間的余裕がない、地域に専門家がない、もしくはアクセスできないということも少なくない。がんをかかえた時、気持ちのつらさをかかえてもメンタルヘルスの専門家の介入を望まないことも少なからずあることは、過去の研究により示されている¹⁾。このようななかで、医療者やメンタルヘルスの専門家がケアを提供するのではなく、自分で行うセルフマネジメント（セルフヘルプ、セルフガイド）が注目を集めるようになってきた。

セルフマネジメントはそのプロセスを通じて、患者が疾病に対する受動的な受け手から能動的な参加者に移行することが促されるとされる²⁾。医療者が患者のセルフマネジメントを促進すれば、医療者の知識に対する信頼や患者との関係性が向上し、アドヒアランスが向上するとも考えられている³⁾。費用対効果も高く、患者の準備ができた時点で介入に関与でき、地理的な障壁も克服できるなどの利点もある。がんにおけるセルフマネジメントは、健康行動（運動習慣、食事習慣）、身体症状（倦怠感、睡眠障害、身体機能）、自己効力感の向上に有益であることが示唆されている⁴⁾。

気持ちのつらさに対するセルフマネジメントは、ワークブックなどの小冊子や動画、ウェブコンテンツ、アプリなどを介入媒体として自ら学習するプログラムとして提供される。内容は、認知行動療法、マインドフルネス、リラクゼーション法などのストレスマネジメントプログラムや、気持ちのつらさを軽減しうる健康行動に関する知識、がんにおけるさまざまな知識、実際がんとを経験した患者の声や文章、その他、利用可能なリソースの情報の提供などがある⁴⁾。近年では、インターネットの普及に伴いオンラインによるセルフマネジメントに関する研究が増えてきた。実際、医療者と対面して直接コミュニケーションをとるよりも、電子メールやウェブサイトのサービスを通じて、デリケートな問題や懸念を報告することに安心感を覚えるという利点があるとされる⁵⁾。オンラインによるセルフマネジメントプログラムの、がん患者の気持ちのつらさに対する効果を検討したメタアナリシスによると、QOLが改善し、うつ状態が軽減し、自己効力感が高くなることが示唆されている⁶⁾。

このようにセルフマネジメントは大きな可能性があるが、さまざまな課題もあると考えられている。実際、がんをかかえながら日常生活で長くセルフマネジメントを継続していくことは容易ではない⁴⁾。気持ちのつらさに関しては、専門家の介入を望まない場合、心理的な支援を受けることのスティグマや、感情的な問題や心理的問題は自分で管理したいことがあるとされる¹⁾。これらは、うつ病に対する適切な治療の障壁になっている要因といわれる⁷⁾。日常生活に少なからぬ影響を与えている抑うつ状態においては、セルフマネジメントでは対処しきれない場合もありうる。実際、過去の多くの研究においても、セルフマネジメントのなかで、医療者のサポートが前提となっている研究は少なくない。医療者が、わかりにくい点をサポートしたり、誤りなくセルフマネジメントを遂行できているかを確認したり、継続することが困難な理由をカウンセリングしたり、精神状態が悪化していないかを定期的に評価していくなど、さまざまな関わりが必要であるとされている。

セルフマネジメントにおいても、医療者の関わり方が大切なことも忘れてはいけない。

(吉川栄省)

■ 文 献

- 1) Clover K, Kelly P, Rogers K, et al. Predictors of desire for help in oncology outpatients reporting pain or distress. *Psychooncology* 2013; 22: 1611-7
- 2) Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87
- 3) Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2015; 15: 77
- 4) Boland L, Bennett K, Connolly D. Self-management interventions for cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer* 2018; 26: 1585-95
- 5) Wibe T, Hellesø R, Varsi C, et al. How does an online patient-nurse communication service meet the information needs of men with recently diagnosed testicular cancer? *ISRN Nurs* 2012; 2012: 260975
- 6) Zhang X, Ma L, Feng L. Web-based self-management intervention for patients with cancer: A meta-analysis and systematic review. *J Nurs Scholarsh* 2022; 54: 598-606
- 7) Yoshikawa E, Taniguchi T, Nakamura-Taira N, et al. Factors associated with unwillingness to seek professional help for depression: a web-based survey. *BMC Res Notes* 2017; 10: 673

コラム10

補完代替療法 (CAM) : ヨガ, 鍼灸, その他

1 補完代替療法 (complementary and alternative medicine) とは

がん治療で標準的に行われている西洋医学的医療（手術や抗がん剤，副作用対策などの薬物療法，放射線治療など）を補ったり，その代わりに行ったりする医学・医療体系が「補完代替療法」と総称されている。2012（平成24）年度に行われた厚生労働省の「統合医療」のあり方に関する検討会においては，「統合医療」を，「近代西洋医学を前提として，これに相補（補完）・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更にQOL（Quality of Life：生活の質）を向上させる医療であり，医師主導で行うものであって，場合により多職種が協働して行うもの」と位置づけている。

具体的には健康食品やサプリメントなどがよく注目されるが，鍼・灸，マッサージ療法，運動療法，ヨガ，気功，瞑想，マインドフルネス，リラクゼーション法，アロマセラピー，アニマルセラピーなども含まれる。漢方は日本においては，大学での医学教育として，漢方薬に関する教育が実施されている。日本医学会の分科会として，日本東洋医学会があり，専門医制度が設置されている。保険診療で漢方エキス製剤が利用でき，適応，安全，質の管理が行われて広く利用されている（図1）。

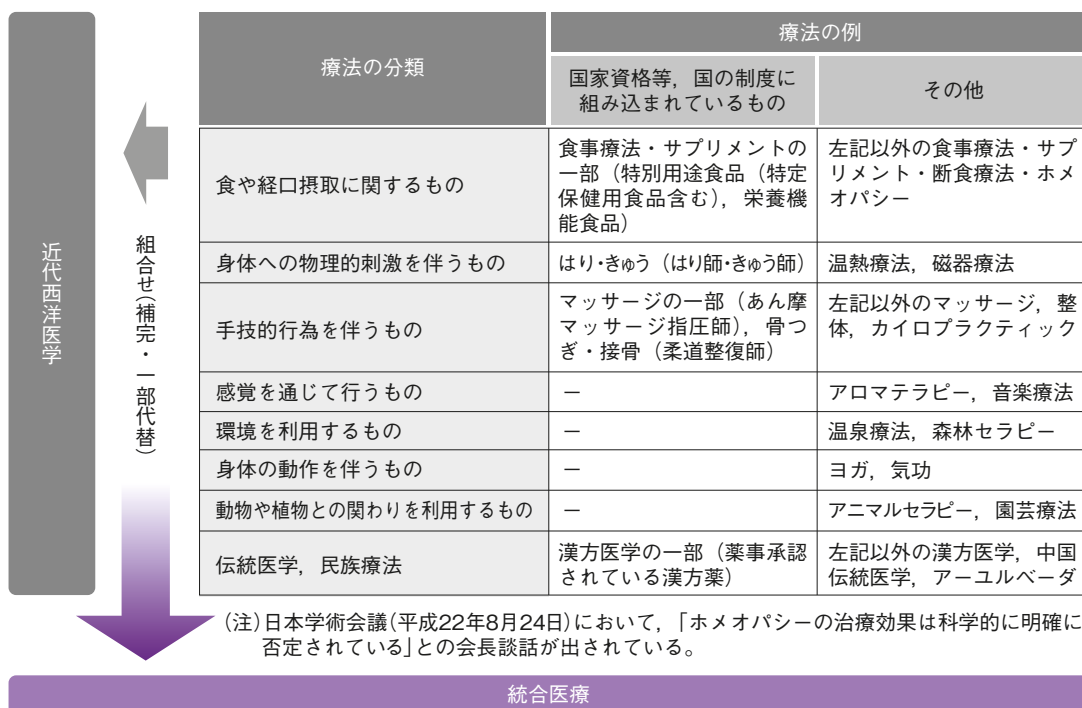


図1 厚生労働省「『統合医療』に係る情報発信等推進事業」

〔厚生労働省，これまでの議論の整理（平成25年2月「統合医療」のあり方に関する検討会）資料より引用〕

2 がん医療における補完代替療法の実態¹⁾

わが国ではがん患者の約半数が補完代替療法を利用していることが明らかになっている。そのうちの約4分の3の患者は、家族や友人からの勧めがきっかけとなって利用を開始し、自らの意思で利用し始めた患者は4分の1以下であった。利用している患者の約4割は副作用を心配し、1割以上の患者は、病院での治療に悪い影響を与えることを心配していた。少数ながらも約6%の患者は、病気の悪化につながるのではと危惧していた。

がん患者におけるストレスの視点からみた補完代替療法の現状調査²⁾によれば、患者が補完代替療法の利用を決める最大の促進因子は「家族からの期待」であり、「効果などのメリットを感じるから利用する」という人は少なかった。補完代替療法に関して、患者の約6割は医師に相談できず、医師の8割も患者に対して、補完代替療法について問診していなかった。「家族の期待」に応えるために補完代替療法を利用している患者は、その悪影響を心配し、医療者に相談したいと思いつつも相談できていなかった。

3 補完代替療法に関するヘルスリテラシー

上述のごとく、がん患者、家族、医療者の間では補完代替療法に関するコミュニケーションが十分になされていない現状がある。適切な医療情報を集め、理解し、科学的根拠に基づくヘルスリテラシーを向上するためには以下の2つが重要である。

(1) 信頼できる補完代替療法に関する情報源を知る

わが国で補完代替療法に関する信頼できる代表的な情報源は以下の4つである。

- ・ 国立がん研究センターがん対策情報センター³⁾
「がん情報サービス」内の代替療法（健康食品やサプリメント）
- ・ 国立研究開発法人 国立健康・栄養研究所⁴⁾
「『健康食品』の安全性・有効性情報」
- ・ 厚生労働省「『統合医療』に係る情報発信等推進事業」⁵⁾
「統合医療」情報発信サイト
- ・ がんの補完代替医療（CAM）診療手引き⁶⁾

(2) 信頼できる医療者と補完代替療法の利用に関して率直なコミュニケーションを

先行研究にもあるように医師は患者に補完代替療法の利用について問診しておらず、患者は利用や心配ごとを医療者に相談できないコミュニケーション状況がある。現在は、上記の適切な国内の情報源や以下で触れるクリニカルガイダンス（手引き）が整備されている。補完代替療法に「がんの進行抑制」「症状緩和」「免疫力を高める」などを期待して利用する患者の心情に鑑みると、単に補完代替療法の効果、副作用についてのみに焦点化するのではなく、病気の状態、治療経過の理解、症状緩和、療養場所の選択なども話し合うとよい。患者本人にとって大切な価値観や選好を理解し、重要な意思決定やアドバンス・ケア・プランニングにつながるコミュニケーション機会と考えるべきである。

4 補完代替療法のクリニカル・エビデンス

『がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス2016年版』⁷⁾は、質の高い臨床研究が少ない、多くが保険診療の対象外である、利用にあたり患者・家族の価値観の影響が大きい、などの理由により、具体的な臨床疑問を設定することが困難と考えられたため、科学的根拠をまとめたクリニカル・エビデンスとしてまとめられた。詳細については本コラムでは割愛するが、ヨガ、

鍼灸について要点のみ以下に概説する。

(1) ヨガ

乳がん患者の痛み, 倦怠感, 睡眠障害, 不安, 抑うつ, QOL の改善に寄与する可能性の報告がある。しかし大規模なランダム化比較試験など質の高い研究が不十分で臨床応用には慎重であるべきである。

(2) 鍼灸

補完代替療法のなかでは臨床研究が盛んで, 抗がん治療の有害事象への支持療法の臨床研究が多い。システマティックレビューによると緩和ケア対象となる痛みに関して 5 件のランダム化比較試験にて有効と報告されている。吃逆, 呼吸困難, 倦怠感, 睡眠障害への科学的根拠は明確ではない。全般的 QOL の改善は 3 つのシステマティックレビューにて報告がある。

(所 昭宏)

■ 文 献

- 1) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2645-54
- 2) Hirai K, Komura K, Tokoro A, et al. Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Ann Oncol* 2008; 19: 49-55
- 3) 国立がん研究センター. がん情報サービス (<http://ganjoho.jp>) 内の「がんと民間療法」https://ganjoho.jp/public/dia_tre/cam/health_food_products.html (2023年12月29日閲覧)
- 4) 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所. 「健康食品」の安全性・有効性情報 <https://hfnet.nibiohn.go.jp/> (2023年12月29日閲覧)
- 5) 厚生労働省「[統合医療]に係る 情報発信等推進事業」eJIM (イージム: [統合医療] 情報発信サイト) <http://www.ejim.ncgg.go.jp/> (2023年12月29日閲覧)
- 6) がんの補完代替医療 (CAM) 診療手引き <https://www.ejim.ncgg.go.jp/pro/doc/pdf/hb20120130.pdf> (2023年12月29日閲覧)
- 7) 日本緩和医療学会 編. がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス, 2016年版. 金原出版, 東京, 2016 https://www.jspm.ne.jp/publication/guidelines/individual.html?entry_id=92 (2023年12月29日閲覧)