OUKA
Osaka University Knowledge Archive

Title	末期がん患者の心理的適応に関する研究
Author(s)	平井, 啓
Citation	大阪大学, 2002, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/743
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

末期がん患者の心理的適応に関する研究

平井　啓

第１章　序章

第１節　がんと死に関する問題とその動向 1

第２節　死にゆく人の心理過程 4

第３節　本論文の目的と出典 7

第２章　セルフスキーマ理論を用いた探索的研究

第１節　Horowitzのセルフスキーマ理論 10

第２節　単一事例における言語的行動の評価の試み 20

第３節　セルフスキーマに対する身体的状況の影響 30

第４節　末期がん患者のセルフスキーマ 43

第３章　セルフ・エフィカシーに関する実証的研究

第１節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー 50

第２節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度作成 53

第３節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーへの身体的状況の影響に関する研究 64

第４節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーに関する時系列的検討 75

第５節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーと生存期間の関係 85

第６節　末期がん患者のソーシャルサポート 93

第７節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー研究のまとめ 100

第４章　末期がん患者に対する心理学的介入

第１節　がん患者に対する心理学的介入に関する文献的研究.....105

第２節　末期がん患者への実存的苦痛に対する心理・社会的介入に対する専門家が示した有効性に関する研究.....122

第５章　死生観に関する研究

第１節　実存的テーマとしての死生観.....138

第２節　末期がん患者のための死生観尺度の作成.....140

第３節　末期がん患者の死生観.....152

第６章　まとめと今後の展望

第１節　本論のまとめ.....153

第２節　今後の展望.....155

引用文献.....157

第１章　序章

第１節　がんと死に関する問題とその動向

現在、我が国では、約30%の割合でがんによって毎年死亡している。生涯にすると全人口の約半分ががん細胞を体のどこかに成長させるといわれている（Burton & Watson, 1998）。また、がんという病気には他の病気にはない特有の問題がある。その最も大きなものは疼痛の問題である。末期がん患者の約70％は、痛みを感じているといわれている（恒藤，1999）。また一部のがんでは、悪臭を放ったり、体の表面に浸潤してくるものもある。つまりがんという病気に罹患することは非常に大きな苦痛を与えるということが容易に想像されてしまう。こうしたことは、われわれ現代人にも、「がんイコール死」というイメージや、がんへの恐怖心を与えてきている。このことは、さらに、がんの診断の際の、「がんの病名告知」の問題として大きな問題となっている。また、日常では、「がん」という言葉は、例えば、「彼は組織のがんだ」というように、悪い一部分を指す比喩としてさえ用いられている。

「がん」という病気に対する悪いイメージの浸透の一方で、現在のがんに対する治療は日々進歩している。1800年代にはすでに手術によりがんの部位を切除する治療法が行われている。1920年代には放射線によるがんの治療が行われている。1950年代には、がんの化学療法が開始され、1970年代以降は、生命維持技術が大幅に進歩してきた。

しかしながら医療技術が発達した現在でも、がんは完治する病気とはなりえていない。一方で、治療しても治癒に導けない病気や状態の場合、単に延命をはかるというものではなくて、不快な症状をコントロールして、精神心的にもしっかり支えて、その人らしい生を全うできるように援助しようというの考え（柏木，1995a）がもたれるようになってきた。この言葉を具体化するのが近代ホスピスである。

近代ホスピスは、1967年イギリスのロンドン郊外に、シシリー・ソンダース

(Cicely Saunders) によって設立されたセント・クリストファー・ホスピス (St. Christopher's Hospice) に始まる。その後、ホスピス運動 (hospice-movement) と呼ばれる一種の医療革命、社会運動の形をとって全世界に広がり、アメリカには約2000、イギリスには約200のホスピスがあり、アジアでも近年急速に増加してきている。わが国におけるホスピスは、1973年、柏木（1987）の呼びかけにより、OCDP (Organized Care of Dying Patient) と呼ばれるチームが発足し、日本初のホスピスプログラムがスタートしたのが始まりである。施設としては、1981年に聖隷ホスピスが初めて誕生した。その後、ホスピスは徐々に増加し、2001年11月1日現在、厚生労働大臣の定める施設基準にのっとった施設が91施設ある。現在、このようなホスピスの増加やホスピス運動の広がりにより、末期がん患者に対する関心は非常に高いものとなっている。

また、現在では、緩和ケアあるいは緩和医学、緩和医療という言葉により、がん患者の症状の緩和に対してより専門的な医療を提供していこうという流れがある（恒藤, 1999）。緩和医療には、これまでのホスピス、ターミナルケアの対象となった終末期の問題だけでなく、がん治療開始時から、治療以外のさまざまな問題の解決を行っていくことも含まれている。

一方で、がん患者の心理的、精神医学的問題についての研究も行われるようになってきた。1950年に、アメリカのMeorial Sloan-Ketteringがんセンターに精神医学臨床研究グループが創設された。また、1960年代にアメリカではKubler-Rossの研究に端を発した死生学に関する研究が多く行われるようになってきた。1972年には、アメリカで「がん国家計画」に、がんに関する心理社会的研究が取り入れられてからは、この領域への関心が急速に高まってきた（保坂, 2001）。1977年に前出のMeorial Sloan-Ketteringがんセンターにリエゾン・コンサルテーション精神科が創設された活動を始めた。これ以降このような医学の領域はサイコオンコロジーと呼ばれるようになってきた（河野, 1996）。

これらの医療におけるさまざまな変化の背景としてQuality of Life（QOL）の概念をあげることができる。がん患者のQOLは、命の長さだけを評価しようとしてきたこれまでの医学の反省から、長さ以外の部分についても評価を行っていこうという動きから起こってきたものである。QOLとは、生命の本質に関わるもので、患者を取り巻く身体的・精神的・社会的・宗教的問題を総括した、全人的レベルからの評価によるものであるとされている（河野，1996）。このQOLの考え方は、がんに関わる学問の中で心理的側面に注目を与えるものである。

心理学の中においてもがん患者の問題を取り扱う動きがある。心理学の中で特に医療に関わりのあるトピックを扱うのが健康心理学である。Taylor（1999）は、健康心理学のテキストの中で、健康心理学の一つのテーマとしてがん患者の心理的適応や末期患者の適応の問題を取り上げている。

以上のことより、現在、がん患者を取り巻く状況にパラダイムシフトが起こり、身体以外のものが注目される状況が生まれたといえる。しかしながら、末期がん患者の心理的問題については体系的な研究が十分ではない。よって、このような流れの中で、末期がん患者についての心理学的研究を進めることは、がん患者のQOLの向上に寄与できるものであると考えられる。

第２節　死にゆく人の心理過程

われわれにとって死とは避けられないものである。われわれが死に直面するとき様々な困難、問題が生じてくるであろうことは容易に想像できる。しかし、それがどれほどの困難なのか、具体的にどのような問題が生じてくるのかについては、現在、健康な生活を送るわれわれが、想像することは非常に難しい。また、その内容は、痛みや苦痛といった身体的なものから、恐怖、不安といった心理的なもの、人生の意味に至る哲学的なもの、さらには死に別れる家族の問題まで非常に広範なものを含む。このような問題について心理学という観点から考えてみると、まずはじめに目にとまるのは、死を目前にした人がどのような心理状態にあるのか、そしてそれがどのように変化するのかということである。

死にゆく人の心理過程に関する古典的研究

そこで本論の序にあたり、死にゆく人の心理過程についての最も基礎となる研究として、Kubler-Rossによる研究について取り上げてみる。Kubler-Ross（1969）は、死にゆく人の心理過程を次のような５つの段階からなる過程として説明している。それらは、死を予期した患者の心理過程を第１段階：否認と隔離、第２段階：怒り、第３段階：取り引き、第４段階：抑うつ、第５段階：死の受容の５つの段階に区分している。第１段階の否認と隔離では、自らの死を知ったことにより衝撃を受けた患者は、自分はそんな病気のはずがないと否認する。第２段階の怒りでは、否認しきれなくなり、今度は、なぜ自分がこのような病気になるのかという怒りが生じる。第３段階の取り引きでは、不治であるという状況を受け入れる代わりに何かを得ようとする。第４段階の抑うつでは、自らの状態に対して反応的に抑うつになる。第５段階の死の受容では、自らの死を受けいれる状態となる。そしてすべての段階に継続して希望が現れるというものである。

小此木（1991）は、この理論を、予期される死による対象喪失（自己という対象の喪失を含む）に対する予期による悲哀（anticipatory mourning）と位置付けてい

る。対象喪失の研究は、Freudによる抑うつと悲哀の関連の研究に始まる。Freud（1917）は、悲哀の心理過程を、失ってしまった対象への執着を解いて、再び新たな対象を獲得できるようにするような過程であるとしている。その後の対象喪失の研究では、BowlbyやParkesの研究（Bowlby, 1980; Parkes, 1972）をあげることができる。Bowlbyは、近親者を失ったとき個人がどう反応するかを観察してみると、一般に数週間から数カ月の間にその人々の反応が一連の段階を辿ることがあるとしている。そしてそれらの段階を、一般に、数時間から１週間連続する無感覚の段階で、これが非常に強烈な苦悩や怒りの爆発におわることもある第１段階、失った人物を思慕し探し求めることが数カ月連続する無感覚の第２段階、混乱と絶望の第３の段階、さまざまな程度の再建の第４段階の４つの段階に分類している（Bowlby, 1980）。

５段階理論の問題

Kubler-Rossの５段階理論は、この分野における死にまつわるタブーをうち破るという点で計り知れない価値がある（Taylor, 1999）。しかしながらこの研究は、必ずしも全ての５段階を通るわけではない、順番が入れ替わる場合がある、ある患者には全く当てはまらないといった点で批判されている。Taylor（1999）は、Kubler-Rossは十分にこの問題を認識しており、むしろ、この段階理論に死にゆく過程には必ず現れる不安が扱われていないことが問題であるとしている。不安は、コントロールできない痛みや他の症状により強められたり、逆にそれらを悪化させるものである。また、また日本人の経る段階との違い（Kashiwagi, 1995）といった文化的背景が考慮されていない。そして、Taylor（1999）は、Kubler-Rossの理論というよりも、段階理論そのものを、複雑で個人的なプロセスである死にゆく過程に当てはめることができないとしている。これらのことから、この理論は、身体的因子、心理・社会的因子の相互的影響を考慮し、QOLの向上を全人的観点から目指すためには必ずしも時代に即したものでなくなってきているといえる。

また、死にゆく人の心理過程についての研究方法に関してもさまざまな問題がある。

例えば、研究の対象が人生の最も難しい局面、非常に難しい状況下にある。よって、従来の面接や質問紙による方法をそのまま用いることが難しい。対象者に負担をかけないような方法論の面でも工夫が必要である。近年の心理学において認知科学的アプローチにより、人間の心理過程、認知的側面に関して実証的に研究され、新たな知見・概念・方法論といったものが生み出されている。そこで、末期がん患者の心理過程についても、これらの新しい領域で用いられたアプローチを工夫して用いることによって、なんらかの新たな知見、新たな方法論といったものがもたらされるのではないかと考えられる。

以上のことより、末期がん患者の心理学的問題、心理的適応について新たな理論の構築と新たな方法論の開発を目指した研究が必要である。

第３節　本論文の目的と出典

本論文では、末期がん患者の心理的適応に関する一連の研究について紹介する。まず、セルフスキーマ理論を応用して、末期がん患者の心理過程についての探索的研究について紹介する。次に、一連の探索的研究の結果、明らかとなった心理学的問題について、社会的認知理論におけるセルフ・エフィカシーの概念を用いた一連の研究を報告する。そして、末期がん患者に対する心理学的介入の有効性についての専門家に対する意見調査の結果の報告と、これまで行われてきた心理学的介入研究の概観を行う。また、最近の研究で注目されている実存的テーマの一つとして死生観を取り上げ、その評価に関する予備的研究について報告する。最終的にこれらを総括して、これからの末期がん患者の心理的適応に関する研究と心理学的介入の展開と今後の展望についての考察を行う。

本論文の出典

本論文中に記載した研究は、すでに学術雑誌において発表されたもの、および学術雑誌に掲載予定のもの（2001年10月現在）、そして研究助成を受けて行われたものである。以下に、本論文中の部分と発表論文、研究助成題目との対応について記載する。

第２章２節

●平井　啓・柏木哲夫・恒藤　暁　1998　末期がん患者の認知的過程の評価　心身医学　**38**, 407-414.

第２章３節

●平井　啓・柏木哲夫・恒藤　暁・池永昌之・細井　順・坂口幸弘・山本一成・山本恵子　1998　末期がん患者の死への対応に関する研究　ターミナルケア　**8**, 412-416.

●平井　啓・柏木哲夫・恒藤　暁・坂口幸弘・鈴木要子　2000　末期がん患者の認知的過程に対する身体的状況の影響　心身医学　**40**, 291-299.

第3章2節

●平井　啓・鈴木要子・恒藤　暁・池永昌之・茅根義和・川辺圭一・柏木哲夫　2001　末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度作成の試み　心身医学　**41**，19-27.

第3章3節

●Hirai, K., Suzuki, Y., Tsuneto, S., Ikenaga, M., Hosaka, T., & Kashiwagi, T. in press　A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients.　*Psycho-oncology*.

第3章4節

●平井　啓・鈴木要子・恒藤　暁・池永昌之・柏木哲夫　印刷中　末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応の時系列変化に関する研究　心身医学.

第3章5節

●平井　啓　2001　末期がん患者の心理的適応と生存期間に関する研究　文部科学省科学研究費，奨励研究(A).

第3章6節

●平井　啓・鈴木要子・坂口幸弘・恒藤暁・池永昌之・田村恵子・柏木哲夫　2001　末期がん患者の心理的適応におけるソーシャルサポートの影響に関する研究　ターミナルケア　**11**, 292-296.

第4章1節

●平井　啓　2001　末期がん患者の心理学的介入技法に関する文献的研究　分担研究者：完治困難な高齢患者のQOL工場を目指したストレスマネジメント教育技法の開発，研究代表者：山田冨美雄　文部科学省科学研究費，基盤研究(A).

第4章2節

●平井　啓　2000　末期がん患者の心理的適応と心理的援助に関する研究　笹川医学

医療研究財団，医療・看護・QOLの向上等に関する研究助成.

第５章２節

●平井　啓・坂口幸弘・安部幸志・森川優子・柏木哲夫　2000　死生観に関する研究　死の臨床　**23**，71-76.

●平井　啓・坂口幸弘・安部幸志・中西健二・柏木哲夫　2000　末期がん患者の死生観とメンタルヘルスに関する実証的研究　明治生命厚生事業団「健康文化」研究助成.

第２章　セルフスキーマ理論を用いた探索的研究

第１節　Horowitzのセルフスキーマ理論

Ⅰ.はじめに

末期がん患者が、死の迫った状況をどのように捉え、それにどう対処しているのかという過程を研究することは、患者のQOLの問題を考えた場合、非常に重要である。末期がん患者の心理的過程に関しては、これまで精神分析学的見地からの研究が中心であった（Kubler-Ross, 1969; 小此木, 1979）。そこでは内的な心理過程のみが対象であり、身体的側面は重視されていなかった。体力的にも徐々に衰えていく末期がん患者の場合、内的な心の問題のみとしてではなく、心と体の両方の関連を含む問題として捉えなければならない。そこで、末期がん患者が、心身を含めた自己をどのように捉えているのか、すなわち認知しているのかということを研究する必要がある。

このような見方を持ったものに、精神分析学的な見地と、認知科学の実証的研究を目指す社会的認知の分野との協調を目指す領域がある（Erdelyi, 1994; Kihlstrom, 1994; Strauman, 1994）。こうした新たな領域の中で、Horowitzは、精神分析学的な見地と社会的認知の見地を統合した立場から、新たに悲哀の過程について理論化している。Horowitzの理論は、パーソンスキーマ理論により、悲哀の心理的過程の段階化だけでなく、その背景にある認知的な過程・構造にも言及したものである。さらにパーソンスキーマ理論に基づき、１人の被験者に対してさまざまな尺度を多面的に用いて過程を評価するような実験的研究の方法などの独自の方法論を開発している。Horowitzの理論と方法論は、外的な行動のレベルと内的な心理機制・認知の両方のレベルの統合の可能性を示唆する理論と方法論であり、末期がん患者の認知過程の研究に十分応用できる可能性がある。

そこで、近年のサイコオンコロジーという学際領域における実証的研究の方向性（河

野, 1996)の観点を満たすものとして、Horowitzらの病的な悲哀の実験的事例研究の理論と方法論（Horowitz, 1991b; Horowitz, Milbrath, Jordan, Stinson, Ewert, Redington, Fridhandler, Reidbord, & Hartley, 1994）を応用した。Horowitzらは、死別における悲哀過程の理論化を試みている。彼らは、認知科学的視点に基づいた理論であるパーソンスキーマ理論を用いている。Horowitzの理論では、過去の知識や経験に基づく死別した人物と自己との関係についての予期と、認知された現実の状況の情報との不一致が悲哀の情動を起こすものであるとしている（Horowitz, 1990; Horowitz, 1991b; Horowitz, Milbrath, & Stinson, 1995）。

ここでは、Horowitzの理論の中心となるパーソンスキーマ理論とその諸概念、方法論と尺度について概観した後、Horowitzの悲哀の過程の理論について説明する。

Ⅱ．パーソンスキーマ理論

Horowitzは、パーソンスキーマ理論を精神力動論と認知科学的な展望を統合する大きな可能性を持った理論であるとしている（Horowitz, 1991a, p.1）。この理論は、従来の単一の自己を考えるパラダイムから複数の多面的な自己概念（Higgins, 1987; Markus & Wulf, 1987）の側面を考えるパラダイムに根ざすものである。この理論には、パーソンスキーマ以外に、セルフスキーマ、役割関係モデル、コントロールプロセス、心的状態といった用語がある。さらには悲哀の過程においてスキーマが情動に影響を与える機能を調べるために、これらの用語以外にエンデュアリングスキーマ、作業モデルといった用語が必要になってくる。ここではまず、これらの用語を簡単に説明する。

パーソンスキーマ（person schemas）

パーソンスキーマとは、自己や他者についての知識を統合する意味、信念の構造であり（Horowitz, 1991a, Horowitz, Eells, Singer & Salovey, 1995）、パーソンスキーマは、新たに入ってくる情報が全体の枠組みに、よく適合しているものかどうかを測り、再統合するために、過去の対人関係の経験を統合され、一般化されたモ

ジュールの形に要約するものである（Horowitz, 1991b, p.13）。つまり対人関係における過去の経験をその後の対人関係に応用できるように体制化した意味と知識の構造である。

セルフスキーマ（self schemas）

セルフスキーマは持続的で、意識化されない自己に関しての意味の構造である（Horowitz, 1991a, p.6）。Markusは、セルフスキーマを、過去の経験から派生した自己についての認知的な一般化であり、個人の社会的経験に含まれる自己に関係した情報の処理を統制し、導くものであるとしている（Markus, 1977）。つまりパーソンスキーマの中で、特に自分自身、自己に関するスキーマである。自己に関するものであるが複数のものが存在すると考えられている（Markus & Wulf, 1987）。

役割関係モデル（role-relashonship model）

役割関係モデル（role-relationship model; RRM）は、セルフスキーマと少なくともう１人の他人のスキーマ、そしてこの両者間での思考や感情のコミュニケーション、善悪の評価を含むような交互作用のスクリプトによって構成されるものであり（Horowitz, 1991b, p.22）、１つのRRMには以下の７つの概念的、空間的構成要素がある（Horowitz, 1989）。すなわち、①セルフスキーマ、②対象となる人物、他人に向けられるような目的、行為そして情動的表現、③自身の予期される行為、表現される情動、④他人の反応、⑤その他人の反応に対する自身の反応、⑥自身の反応の予測、⑦この自身の反応に対する他者の期待する予測である（Horowitz, 1989, p.261）。このRRMは、パーソンスキーマの中でも、特に自己と他者の関係について示すものである。

コントロールプロセス（control process）

コントロールプロセスは、①意識される内容をコントロールするもの、②意識される表象の形式をコントロールするもの、③スキーマのレパートリーの中でどのスキーマが意識の状態を統制するのかについてコントロールするものという３つの形態があ

げられている（Horowitz & Stinson, 1995）。意識される内容のコントロールプロセスは、注意の焦点、概念の展開、概念の重要性の評価といったものをコントロールするものである。意識される表象の形式のコントロールプロセスは、言語・イメージといった表象の様式、時間的展望、論理形態、行動計画、覚醒水準といったものをコントロールするものである。スキーマのレパートリーのコントロールプロセスは、セルフスキーマ、他者についてのスキーマ、RRMといったスキーマ自体をコントロールするものである。

コントロールプロセスの中で、防衛的に用いられる防衛的コントロールプロセスは、苦痛な心的状態へ入ってしまうのを疎外するように機能するものであるとされている（Horowitz, Milbrath, & Jordan et al., 1994, p.531）。この防衛的コントロールプロセスの徴候の計量的な位置づけとは、部分的に表現された未解決のトピックの回数によって表されると仮定されている（Horowitz, Milbrath, & Stinson, 1995, p.1040）。

心的状態（state of mind）

Horowitzは、心的状態のレパートリーを表すものとして４つのカテゴリーをあげている（Horowitz, Marmar, & Wilner, 1979; Horowitz, Milbrath, Ewert, Sonneborn, & Stinson, 1994）。①表現的行動の比較的スムーズな流れが明らかである調整状態（well-modulated states）、②表現的行動の超過的統制によって特徴づけられる過調整状態（overmodulated states）、③表現的行動が調整を欠いたまま現れている非調整状態（undermodulated states）、④統制されていない情動状態と情動的抑制の間の急速な変化の動揺状態（shimmering states）の４つのカテゴリーである。この心的状態はスキーマの変化に対応して変化するものである（Horowitz, 1991b, p.23）。

エンデュアリングスキーマ（enduring schema）

エンデュアリングスキーマは、スキーマの中でも比較的長期にわたり保持される一

般化された知識、意味の構造であり、その知識に関連した願望や、他の内的な動機といった他の精神活動によって活性化されうるものである（Horowitz, 1991b）。つまりエンデュアリングスキーマは、長期的に持続したスキーマであるということができる。このエンデュアリングスキーマは、スキーマの形態に関する概念であり、自己に関するエンデュアリングスキーマや、RRMのエンデュアリングスキーマを考えることができる。

作業モデル（working model）

作業モデル（Bowlby, 1973）は、一時的に、関連する概念のネットワークやエンデュアリングパーソンスキーマから得られた過去の知識のような内的な情報と、実際の状況での刺激といった外的な情報源を組み合わせたものである（Horowitz, 1991b）。つまりエンデュアリングスキーマが比較的持続した情報源であるのに対して、作業モデルは置かれている状況に対応するために、一時的に、過去に得られた情報と、状況的手がかり（situational cues）（Singer & Salovey, 1991）によって得られた現実の状況の情報を統合するものであるといえる。

Ⅲ．方法論・尺度

Horowitzの理論では、これまで提示した諸概念による理論構成のみならず、理論に根ざした方法論も提示されている。これらの概念に対しては、いくつかの尺度や、測定の方法が提示されている。その中でも、コントロールプロセスの具体的な尺度として、Horowtitzらは、エラボレーション（Elaboration）とディスエラボレーション（Dyselaboration）という２つの新たな言語的行動の尺度を作成している（Horowitz, Milbrath, Reidbord, & Stinson, 1993）。さらにこれらの尺度と、心的状態の尺度、対人相互的行動の尺度や、心拍数といった生理学的指標から、コントロールプロセスの働きとスキーマの関係について明らかにしようとした研究を行っている（Horowitz, Milbrath, Ewart et al., 1994）。ここでは、本論で用いることになるエラボレーションとディスエラボレーションの２つの尺度を提示する。

エラボレーションとディスエラボレーション

エラボレーションとディスエラボレーションは、情動的な会話と防衛的な会話を評価する新たな尺度である（Horowitz, Milbrath et al., 1993）。心的状態とパーソンスキーマを統合するコントロールプロセスを理論的基礎としている（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。

エラボレーションは、そのまま邦訳すると、“詳述”ということになる。この尺度は、会話中の新しい情報の開示の程度をはかる尺度であり、情動や重要性を表現する表現的行動を示すものである（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。

ディエスエラボレーションは、そのまま邦訳すると、“詳述不良”ということになる。この尺度は、会話中の言語的な回避的行動の様々なタイプを同定する尺度であり（Horowitz, Milbrath et al., 1993）、防衛的行動を示すものである。エラボレーションに対して、ディスエラボレーションは、新しい情報の開示に対しての消極性に関連している。

Ⅳ．悲哀の過程のモデル

Horowitzは、Bowlby（1980）やParkes（1985）のモデルを参考にし、さらに病的な悲嘆の患者に見られる精神症状と心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder; PTSD）の患者に見られる精神症状の共通点（Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993）から、悲哀の過程のモデルを次の５つの段階を経るものとしてモデル化している（Horowitz, 1990; 1991b）。５つの段階とは、強烈な感情の発作や高まりに特徴づけられる“叫び（outcry）”の段階、感情の鈍りと死別に関連したトピックの回避に特徴づけられる“否認（deny）”の段階、自動的にイメージや威圧的な思考が割り込んでくる“割り込み体験（intrusive experience）”の段階、感情の鈍りと、自動的なイメージと思考の強烈さの減少が促進される“ワーキング・スルー（working through）”の段階、悲哀の過程があたかもコースを走り去ったかのように感じられる“完成（completion）”の段階である。

これら５つの段階における情動の特徴は、作業モデルとエンデュアリングスキーマの働きと変化によって説明されている（Horowitz, 1990; 1991b）。叫びの段階では、喪失の作業モデルと失った人物との関係についてのエンデュアリングスキーマとが全く異なるものとなるため、その警告反応として強烈な感情の発作や高まりが起こる。続く否認の段階では、作業モデルによって示される死別した人物と自己との関係を否認し、エンデュアリングスキーマによって示される失われた人物と自己との関係を保持しようと試みる。そして割り込み体験の段階では、作業モデルによって示される死別した人物と自己との関係を認めざるをえないような状況となり、再び叫びの段階と同様の警告反応として、強烈な感情が起こることになる。ワーキング・スルーの段階では、死別した人物と自己との新しいエンデュアリングスキーマが発達してきて、作業モデルとの不協和が小さくなり、感情の鈍りと回避また自動的なイメージと思考の強烈さ減少する。完成の段階では、新しいエンデュアリングスキーマの発達により、他の新たな人物との関係を作り上げていくことができるようになる。

悲哀には２つのレベルの情動的な覚醒状態があるとされている（Horowitz, 1991b, p.17-18）。まず情動的な覚醒状態の１番目のレベルは、危険の認識といった作業モデルの構成要素から生じるものである。すなわち死別という状況そのものがもたらす情動的な覚醒状態である。２番目のレベルは、作業モデルとエンデュアリング・スキーマの間の不協和から生じるものである。悲哀の過程においては、この２番目のレベルの情動的な覚醒状態が、最も重要なものであるという。すなわち“叫び”と“割り込み体験”の段階で見られるような感情の突然の切迫は、警告反応の一種であり、作業モデル（知覚された状況）とエンデュアリング・スキーマ（起こるであろうと予期される状況）との不協和に対する反応である。言い換えると、ある愛する人を亡くした人物が、実際に知覚しているのはその愛する人がいないという現実の状況である。これに対して、その人物の過去の知識からは、その愛する人は存在しているということが予期されてしまう。そこで現実の状況と予期される状況とに不一致が起

こってしまい、そのことを信号として知らせる反応として激しい感情が沸き起こるということである。このようなことは、悲哀の過程にある人物がいつも故人と一緒にいたような馴染みの状況を死別した今となっては、馴染みなく身にしみるほど空虚に感じられるという状態に現れている（Horowitz, 1991b, p.19）。

このような悲哀に対して、ある人は、現実の世界の変化に応じて、徐々に重要なRRMを変化させることで、他の人は防衛的なコントロールプロセスにより現実世界の変化を認識することを回避し、存在してきた関係のスキーマを強固に保持しようとすることで対処するのである。

Horowitzの悲哀の過程のモデルを要約すると、悲哀は、ある人物と失われた人物との間のRRMのエンデュアリングスキーマとその人物がいないという現実の状況の作業モデルとの不一致が情動的反応をもたらし、心的状態を苦痛なものにする。そしてコントロールプロセスによってこのような心的状態へ陥らないように、心的状態を穏やかなものに保とうとするということである。つまり悲哀における心的状態の情動には、作業モデルとエンデュアリングスキーマの不協和が作用している（Horowitz, 1991d, p.414）ということである。

Ⅴ．新しいモデルの提案

末期がん患者のモデル

小此木は、一般の対象喪失に対する悲哀の心理過程と、自己の死に対するそれとは、“対象喪失－悲哀”という心理構造の発現という点では同じプロセスをたどるということができるとしている（小此木, 1979, p.215）。しかしこれまで見てきたHorowitzらのパーソンスキーマ理論から末期がん患者の心理的過程について考えてみた場合、通常の悲哀の過程とは大きく異なる点が考えられる。

自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマ

Horowitzらのパーソンスキーマ理論から末期がん患者の認知的過程について考える際には、この理論から派生する別の用語が必要となってくると考えられる。そこで

ここでは、新たに2つの用語を提示する。それらは、対人関係についてではなく自分自身の置かれている状況についての作業モデルである自己の作業モデル（Bowlby, 1973, p.236）と、自己に関する意味の構造のエンデュアリングスキーマであるエンデュアリングセルフスキーマである。

これらの用語を用いると、あるがんを告知された患者の自己に関する作業モデルには、“将来自分は死ぬ”という予測に関する情報が影響を与えている一方で、なによりもその作業モデルに影響を与えるのは、“自分は生きている”という自己のおかれた状況である。ということは、この自己の作業モデルにおける“生きている自分”と、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの持つ生きている自分という情報とは大きく異ならないのではないかと考えられる。従って、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマが大きな不協和を起こすということは考えにくい。もし一時的に将来自分は死ぬという予測に関する情報が作業モデルを支配し、エンデュアリングセルフスキーマと不協和を起こしたとしても、長期的にその後の作業モデルに入ってくる情報は“生きている自己”の状況に関する情報であり、その不協和は解消されていくのではないかと考えられる。このようなスキーマの観点からの予測では、死別の場合と、死にゆく過程の場合とでは、これらの過程の結果として現れてくる情動、心的状態、コントロールプロセス等に大きな違いが現れるのではないだろうか。

Horowitzは、パーソンスキーマ、コントロールプロセスそして心的状態の理論から、表現的行動（expressive behavior）と防衛的行動（defensive behavior）のある独特のパターンが、被験者の話したトピックのストレスの大小、葛藤が解決されているかどうかに対応していると予測している（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994, p.529）。そこで、末期がん患者の認知的過程について、状況的手がかりの強い影響を受ける自己の作業モデルと、セルフスキーマの構造であるエンデュアリングセルフスキーマの一致度の変化を、患者の話したトピックに対する、コントロールプロセスの働きのパターン、すなわち表現的行動や防衛的行動のパターンから明らかに

できるのではないかと考えられる。

Ⅵ．本章の目的

以上の論議から、本論では、末期がんの１人の患者が話題にした、異なるトピックに関係した言語的な行動パターンと、複数の個人間での言語的な行動パターンとを記述する、２つの探索的な計量的研究について提示する。本論には３つの目的がある。(a)エラボレーションとディスエラボレーションの２つの尺度により記述される、個人内での異なるトピックに関係した行動のパターンと個人間の行動のパターンから、心的状態、パーソンスキーマ、コントロールプロセスといった用語を用いて、末期がん患者の認知的特徴について説明を試みる。その結果を踏まえて、末期がん患者の認知的過程に関する新たなモデルを提示する。(b)末期がん患者の心理・認知過程の研究に、Horowitzらの提示した新たな尺度や方法が有効なものであるかどうか、今後の新たな方法論の可能性について検討する。(c)本論において提示された新たなモデルから、実際の緩和医療の現場に、どのような臨床的提言を行うことができるかを検討することである。

第２節　単一事例における言語的行動の評価の試み

Ⅰ.はじめに

前述した理論から、末期がん患者の場合、「自己」の心身そのものについての予期と現実の関係であると考えられる。自己の心身についての予期と現実の情報は患者の病状に応じて変化するものであり、そのことが患者の情動や行動、さらにはQOLに大きな影響を与えていると予測される。そこで、本研究では、Horowitzの悲哀についての理論的な枠組みと方法論を応用し、単一事例での面接による調査によって、時間経過による認知的過程の変化と構造の観点からの検討を行う。

Ⅱ.方法

対象は、大阪府下の総合病院ホスピス病棟に入院中の55歳の男性で、肝臓癌と食道癌の重複癌と診断された末期がん患者である。患者に対して、本研究の主旨を説明し、口頭にて同意を得て面接を行った。面接方法は、具体的な質問項目を定めない非構造化面接で、「病気になってから新しく考えるようになったことはありませんか？」という質問から始めた。面接は、被験者の死亡８日前までの約１ヵ月間、計５回行われた。各面接時の患者の状況は、以下のようなものであった：［１回目の面接］(96/6/27) 両下肢不全麻痺、車椅子での移動・外出が可能；［２回目の面接］（96/7/4）両下肢不全麻痺、車椅子での移動・外出が可能；［３回目の面接］（96/7/10）：両下肢不全麻痺、車椅子での病棟内の移動可能；［４回目の面接］（96/7/18）両下肢完全麻痺、痛みの増強、腹満感、ベッドからの移動困難；［５回目の面接］（96/7/25）下半身の急激な痩せ、膀胱留置カテーテル使用、ベッドからの移動不能。

面接の過程はすべて、ビデオカメラレコーダー（SONY CCD-TR11）によって、音声のみが記録された。すべての会話記録は、語幹ユニット（Thematic Unit; TU）（Stinson, Milbrath, Reidbord, & Bucci, 1994）と呼ばれる単位に分割された。TUとは、ただ１つの意味的な概念により構成される最小単位であり、例えば、「それが、

今一番私の問題なんです」といった、通常１つの主述からなる文章に相当するものである。よってTUの長さは、１つの内容に対する情報の量を示すものである。TUの境界の判定には、心理学専攻学生の３人が独立して判定を行い、３人のうち２人以上が合意したものを採用した。３人とも判定が不一致であった境界については、３人の議論により最終的な境界を決定した。またビデオテープに記録された面接時の時間から、TUの時間間隔が秒単位で測定された。そして、会話の内容に応じて、現象学的方法（Giorgi, 1970；早坂訳, 1981）により作成された13のトピックカテゴリーに、すべてのTUが分類された（Table 2-2-1）。さらに、それぞれのTUは、Horowitzらによるエラボレーションとディスエラボレーションの２つの尺度（Horowitz, Milbrath et al., 1993）によりその性質が判定された。

Table 2-2-1. Topic categories

［病気への反応］（Reaction to Illness） ガンという病気そのものに対して被験者が感じているつらさ等の感情、考えといったことに関する話題
［痛み］（Pain） 被験者の病気による痛みに関する話題
［動作の障害］（Disability of Movement） 麻痺のために動けないといった動作の障害に関する話題
［他の身体的障害］（Other Disability） 食事ができない、排便ができないといった動けないこと以外の身体的障害に関する話題
［残された能力］（Capability） まだしゃべれるといったことや車椅子に乗れるといった動作や他の身体的障害が及んでいない残された能力に関する話題
［病気経験］（Illness Experience） 被験者の今までの病気の経過や、過去の入退院の経緯、以前の治療方法などの病気に関して過去に経験してきた事柄に関する話題
［積極的思考］（Positive Thinking） 病気に対して気持ちを前向きに持って対処していこうという、被験者の積極的思考に関する話題
［積極的行動 ］（Positive Action） 気持ちだけでなく、なるべく自分自身で外出するようにするといった具体的な行動での病気への対処に関する話題
［スタッフへの感謝］（Appreciation for Staff） 被験者により表明された病院のスタッフ等への感謝に関する話題
［スタッフへの要求］（Request for Staff） 被験者により表明された病院のスタッフ等への要求に関する話題
［過去の出来事］（Past Events） 仕事や友人、趣味といった昔の思い出話など過去の出来事に関する話題
［人生観］（View of Life） 仕事等を得た患者の人生観に関する話題
［インタビュー・プロセス］（ Interview Process） インタビュアーに関することや、インタビュー時の天気、「今何分話した？」といったインタビュー自体に関する話題

エラボレーションは、邦訳すると“詳述”であり、会話中の新しい情報の開示の程度、情動や重要性を表現する表現的行動を測る尺度である。エラボレーションには、情報開示の程度が高くなる順に並んだ、以下の５つのカテゴリーがある：(a)なし（None）（エラボレーションが存在しない）；(b)事実の伝達（Convey Facts）（単にト

ピックに関連した事実のみを提示する）；(c)情動の伝達（Convey Emotion）（トピックについて抱いている情動の性質や強さを提示する）；(d)重要性の伝達（Convey Significance）（トピックについての情動や態度を発話者自身が理解していることを示す、またそれらをより大きなトピックの文脈に位置付ける）；(e)結合（Connect）（発話の中心となているトピック・テーマを、より大きな発話者自身の重要なテーマに関連付ける）（Horowitz, Milbrath, Jordan, et al., 1994）。

ディスエラボレーションは、邦訳すると“詳述不良”であり、会話中の言語的な回避的・防衛的行動を測る尺度である。ディスエラボレーションには、回避的傾向の程度が高くなる順に並んだ、以下の５つレベルに属する９のカテゴリーがある：(a)なし（None）（ディスエラボレーションが存在しない）；(b)フィラー（Filler）（話の流れを行き詰まらせる）・ヘッジング（Hedging）（発言の影響を弱める、鈍らせる）；(c)ペリフェラル（Peripheral）（情動的なトピックの核心から遠ざかる）ジッターリング（Jittering）（関連のない話の流れを行ったり来たりする）；(d)否定（Disavowal）・誤った帰属（Misattribution）・誤解（Misunderstanding）（発言の重要性を歪曲する）；(e)シフト（Shifts）（明らかに初めの会話がまだ話されている途中であるのに、突然トピックが転換される）（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。判定には、Horowitzらの示した定義（Horowitz, Milbrath et al., 1993）に従って独自に作成した日本語によるマニュアルを用いた。

トピックカテゴリー、エラボレーション・ディスエラボレーション尺度への判定は、２人の判定者がそれぞれ独立して判定を行った。判定が不一致であったものは、判定者間の議論により最終的な判定を決定した。判定の信頼性は、独立した判定の一致率から、標準化されたkappa係数（Light, 1971）を用いて算出された。トピックカテゴリーでの判定の一致率は75.6%でkappa係数は0.73、エラボレーションでの判定の一致率は79.7%でkappa係数は0.59、ディスエラボレーションでの判定の一致率は84.4%でkappa係数は0.78であった。統計分析のために、出現率のあまりに低かったカテゴリー

の統合を行った。エラボレーションでは、［重要性の伝達］・［結合］は、［情動の伝達］のカテゴリーと統合され、［情動・重要性・結合］（Emotion, Significance & Connect）のカテゴリーとなった。ディスエラボレーションでは、［ヘッジング］が［フィラー］に結合され［フィラー・ヘッジング］（Filler/Hedging）のカテゴリーに、［ペリフェラル］・［ジッター］・［否定］・［誤った帰属］・［誤解］・［シフト］の５カテゴリーはすべて統合され、［オブスキュアリング・ディスエラボレーション］（Obscuring Dyselaboration）のカテゴリーとなった。

統計分析では、面接の経過に伴うTUの長さの変化には、WelchのANOVA　TEST（SAS Institute Inc., 1989）が、トピックカテゴリーに対するエラボレーション・ディスエラボレーション尺度の関係には、クラスター分析・多次元尺度法（SPSS Inc., 1993）がそれぞれ用いられた。

Ⅲ. 結果

5回の面接過程の合計面接時間は9666秒、平均面接時間は1933.2±538.8秒、合計TU数は891TUs、平均TU数は178.2±72.9TUsであった。全面接時間の内、94.5%が被験者によって話され、5.5%が面接者によって話された。この内、各面接日ごとの被験者の話したTU数、合計時間、その平均時間、標準偏差をTable 2-2-2に示した。

Table 2-2-2. TUs and Time spent by Subject

Session	TUs	Time
96/6/27	173	2550
96/7/4	118	1838
96/7/10	139	1859
96/7/18	83	1223
96/7/25	234	1664
Overall	747	9134
Average	149.40	1826.80
S.D.	57.48	478.35

Figure 2-2-1は、各面接の日時における語幹ユニットの平均時間間隔を示してい

る。また面接が進行することによる、1TUの長さの変化を検定したところ有意となった（F(4, 742)=47.78, p<.001）。グラフとこの結果は、最後の面接である96/7/25の面接の１TUあたりの時間間隔が、他の面接の時間間隔に比べて短かくなったことを示している。

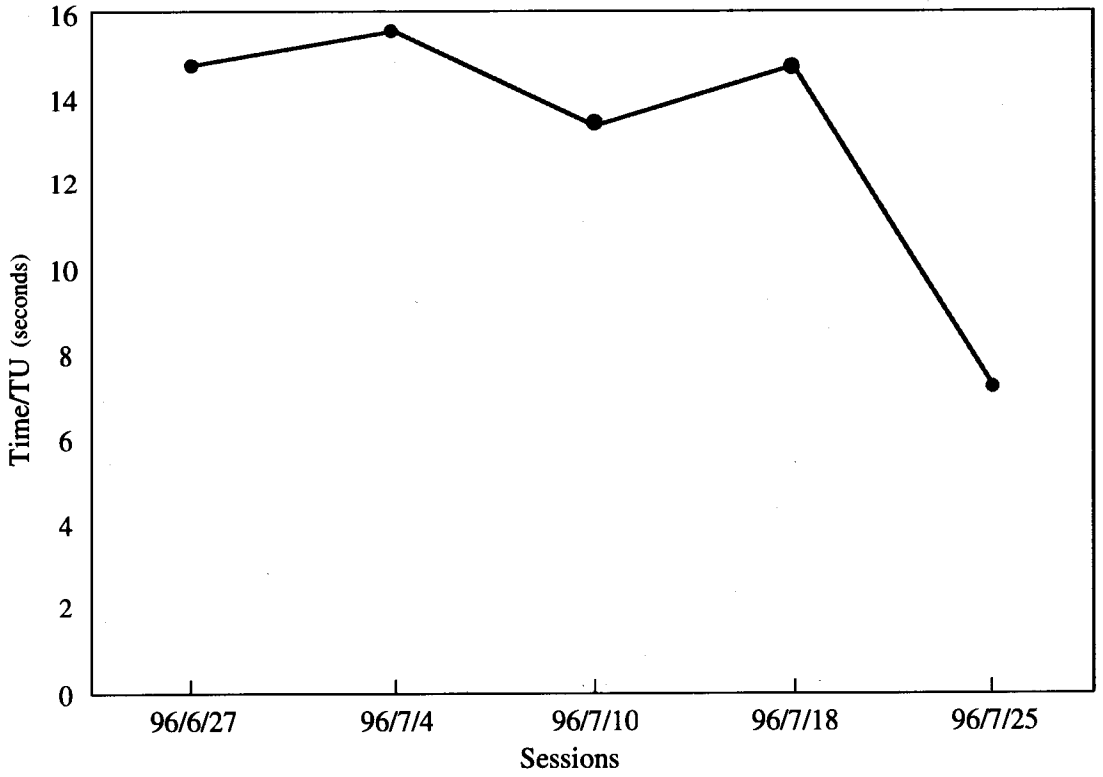

Figure 2-2-1. Time/TU on 5 interview sessions

次に13のトピックカテゴリー間の関係を、エラボレーション・ディスエラボレーション尺度のパターンから分析した。クラスター分析により、13のトピックカテゴリーは５つのクラスターにグループ化された。第１クラスターは［スタッフへの感謝］（Appreciation for Staff）・［残された能力］（Capability）・［病気への反応］（Reaction to Illness）・［インタビュー・プロセス］（Interview Process）第２クラスターは［積極的思考］（Positve Thinking）、第３クラスターは［動作の障害］（Disability of Movement）・［他の身体的障害］（Other Disability）、第４クラスターは［痛み］（Pain）・［スタッフへの要求］（Request for Staff）、第５クラ

スターは［病気経験］（Illness Experience）・［過去の出来事］（Past Events）・［積極的行動］（Positive Action）・［人生観］（View of Life）である。さらに多次元尺度法（Multi-Dimensional Scaling; MDS）により各カテゴリー間の関係を分析したところ、Figure 2-2-2が得られた。各トピックカテゴリーごとのエラボレーション・ディスエラボレーション尺度カテゴリーの頻度はTabel 2-2-3に示してある。Figure 2-2-2と各カテゴリーの頻度を検討した結果、Figure 2-2-2の横軸はエラボレーションに、縦軸はディスエラボレーションに対応していると考えられた。すなわちFigure 2-2-2上のトピックカテゴリーは、横軸に関して正の値の方向に位置するほど表現的・感情的な表出行動の傾向が見られ、縦軸に関して負の方向に位置するほど回避的な表出行動の傾向が見られるということになる。

Table 2-2-3. Numbers of combined categories on each topic categories for Elaboration and Dyselaboration

TOPIC	Elaboration		Dyselaboration	
	Convey Facts	Emotion Significance Connection	Filler/Hedging	Obscuring Dyselabolation
Positive Thinking	36	90	73	43
Positive Action	87	17	35	13
Reaction to Illness	42	43	37	35
Appreciation for Staff	44	32	33	39
Disability of Movement	56	12	30	23
Other Disability	55	12	21	19
Past Events	59	8	41	11
Interview Process	6	4	8	15
Pain	27	11	27	11
Illness Experience	16	3	10	4
Request for Staff	11	6	16	3
View of Life	13	3	12	0
Capability	6	5	4	5
TOTAL	458	246	347	221

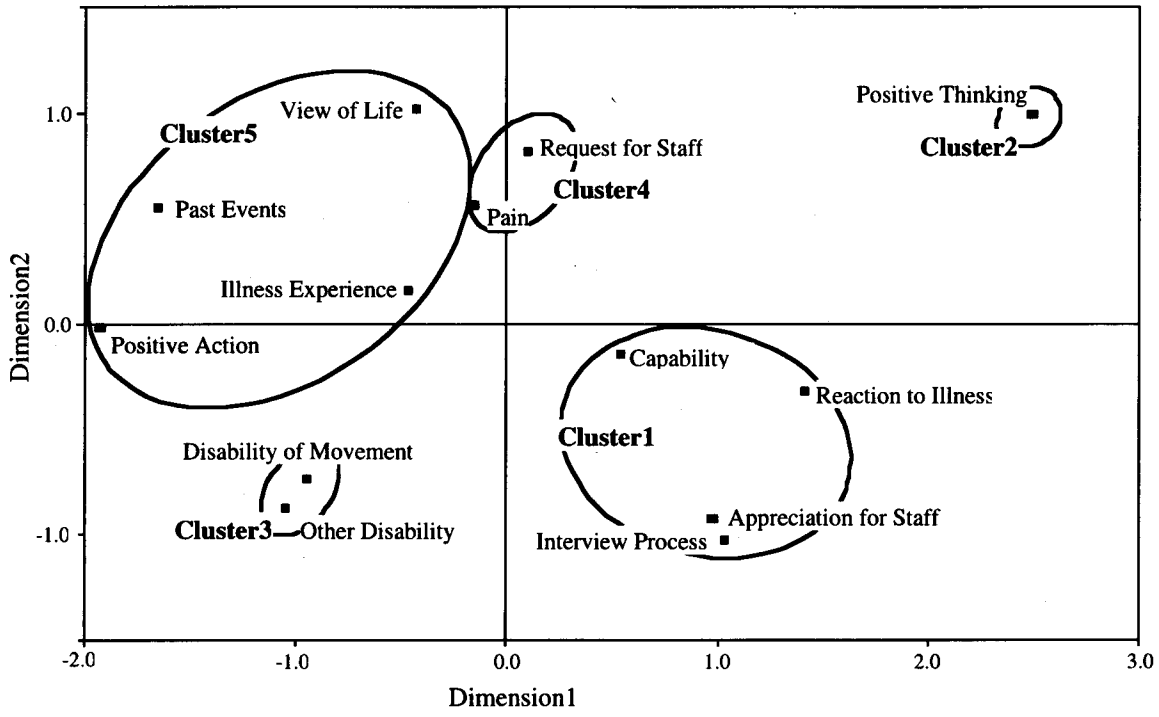

Figure 2-2-2. MDS Configuration with 5 Main Clusters

これら軸の意味から、それぞれのクラスターに属するトピックカテゴリーの持つ性質が分かる。まず、第１クラスターの［スタッフへの感謝］・［残された能力］・［病気への反応］・［インタビュー・プロセス］は、積極的情報開示の傾向とともに回避的傾向も見られた。このクラスターのトピックは、被験者にとってポジティブ・ネガティブ両方の情緒的な価値を持つものといえる。第２クラスターの［積極的思考］では、強い積極的情報開示の傾向が見られたが、回避的傾向は見られなかった。このトピックは、被験者にとってポジティブな情緒的な価値を持つものといえよう。これに対して第３クラスターの［動作の障害］・［他の身体的障害］では、積極的情報開示の傾向は見られず、強い回避的傾向が見られた。これら２つのトピックは、被験者にとってネガティブな情緒的な価値を持つものといえる。最後に、第４クラスターの［痛み］・［スタッフへの要求］、第５クラスターの［病気経験］・［過去の出来事］・［積極的行動］・［人生観］は、積極的情報開示の傾向と回避的傾向のどちらも低い

ものであった。これらのクラスターのトピックは、被験者にとっての重要性が低いものであったといえる。

Ⅳ. 考察

本研究の目的は、患者がどのような自己の心身についての予期と現実の認知をしているのかを調べるものであった。調査の結果として、時間経過に伴う患者の認知過程の変化と、被験者の持つ自己についての意味的な構造であるセルフスキーマの構造が明らかとなった。これら２つの結果を考察し、末期がん患者の認知的過程がどのようなものであるのか検討する。

時間経過に伴う認知過程の変化

１ヵ月にわたる面接過程の時間経過に伴い、1TUの長さが有意に変化し、特に最後の面接である96/7/25の面接では、1TUの長さが他の面接の半分程度まで短くなった。この結果は、全身状態の悪化がTUの長さに影響を与えているということを示している。つまり身体的状況の悪化のため、１つの内容を伝える際の情報量が減少したということである。これは、被験者の話の仕方が、さまざまな修飾語を伴ったものから、話題の中心を直接伝えようとするような方法に変化したためであると考えられる。また、この最終の面接では、「食べられない」、「トイレにいけない」といった身体的障害に関するトピックが話されることが多くなっていた。トピックの内容が全身状態の悪化に伴い変化している。つまり、身体的状況の悪化が、情報伝達の仕方およびその内容に非常に大きな影響を与えたといえるであろう。

セルフスキーマの構造

被験者の示したトピックには、４つの性質を持つことが明らかになった。それらは積極的開示傾向を示すもの、回避的傾向を示すもの、両方の傾向を示すもの、どちらの傾向も示さないものであった。この中で、特に注目されるものは、積極的開示傾向を示した［積極的思考］のトピックと、回避的傾向を示した身体的障害に関するトピックの関係である。Horowitzらは、未解決や強い情動を伴うようなトピックがあると、

情動的なバランスを保つために、そのトピックから注意が逸らされてしまうとしている（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。ここでは、［積極的思考］のトピックは、被験者にとってポジティブなものであった。これに対して、身体的障害に関するトピックは、回避される傾向のあったトピックであり、被験者にとって、強い情動をもたらすようなトピックであったといえる。つまり、被験者のセルフスキーマには、自己にとって相反する性質を持つものが存在したということである。

末期がん患者の認知的過程

さらにHorowitz, Milbrath, Jordan et al.（1994）は、強い情動を持つトピックに注意が向けられると、相反するスキーマの存在によって、葛藤を伴った情動が活性化されるとしている。すなわち、この事例の場合、病気の進行にともなう身体症状の悪化に伴って、身体的状況に注意を向ける必要が生じている。その結果、積極的思考のトピックが示すような自己のスキーマと、現実の身体的状況にある自己のスキーマとが相違し、強い情動が活性化され、情報伝達の仕方の変化となって現れていると考えられる。

つまり、先に示した予期と現実の情報の関係という観点から考えると、積極的に対処していく自己は、過去の経験から予期される自己のスキーマからもたらされるものである。一方で身体的障害を伴った自己の状況は、現実の情報のスキーマを形成するものである。そして、これら2つは互いに相違するものであり、身体的状況の悪化に伴って不一致を起こしたと考えられる。

このことからいえることは、身体的状況が、自己の心身についての認知に大きな影響を与えているということである。スキーマに対する状況的手がかりが与える影響の大きさについて指摘されているが（Singer & Salovey, 1991）、末期がん患者の認知過程では、身体症状の悪化や病気の重症度が、最も大きな状況的手がかりとなっていると考えられる。このように考えると、身体的状況をどのように認知するのかということが、末期がん患者のQOLに非常に大きな影響を与えているといえる。

第３節　セルフスキーマに対する身体的状況の影響

Ⅰ.はじめに

前節では、単一事例についてHorowitzのパーソンスキーマ理論とその方法論の応用により探索的検討を行った。その結果、患者の病状の重症度の時間的変化が、言語行動のパターンと、表出されたトピックのパターンの関係に影響を与えていることが示されている。

そこで、この結果を踏まえて本節では、複数の事例間の比較を同様の方法論を用いて行った。特に、事例間で異なる患者の重症度による違いが、言語的行動のパターン、トピックのパターンに影響が見られるかどうかを検討した。そしてこれらの結果から、重症度によって示される身体的状況が、末期がん患者の認知的過程に対して与える影響についてさらに考察する。

Ⅱ.方法

大阪府下総合病院ホスピス病棟に入院中および外来通院中の末期がん患者に対して、本研究の主旨を説明し、口頭にて同意を得た患者11名を対象とし面接調査を行った。なお面接に先立って、院内倫理委員会において、研究の概要と方法に関する検討がなされ、了承された。対象患者の内訳は、男性６名、女性５名、年齢65.4±8.3（53～82）歳であった。また対象患者のうち、入院患者が７名、外来通院患者が４名であった。入院患者７名の面接時から１ヵ月後の予後は、退院２名、死亡５名であった。今回の分析では、この面接時から１ヵ月後の状態の変化を重症度の基準として採用した。すなわち本研究では、外来患者、入院・退院患者、入院・死亡患者の順に重症度が高くなるということになる。対象患者の背景をTable 2-3-1に示した。

Table 2-3-1. Subjects' demography

Subject	Age	Sex	Interview	State*	Death	Survival
B	66	M	96/5/15	In	96/5/27	12
C	78	F	96/5/16	In.D		
D	64	M	96/6/19	In	96/7/31	42
E	66	F	96/6/19	In	96/8/2	44
F	63	F	96/6/20	In	96/7/18	28
G	58	M	96/6/24	In.D		
H	62	M	96/6/24	In	96/8/3	40
I	82	M	96/7/2	Out		
J	53	F	96/7/2	Out		
K	60	F	96/7/9	Out		
L	67	M	96/7/9	Out		
Averag	65.36					
S.D.	8.33					

**In=Inpatient, In.D=Inpatient-Discharged, Out=Outpatient*

面接は、本研究の研究者のうちの１人により全て行われた。面接方法は、具体的な質問項目を定めない非構造化面接で、「病気になってから新しく考えるようになったことはありませんか？」という質問から始め、後は自由に語ってもらった。その後の面接者の質問は、話の流れに応じて、出てきたトピックの要約を伝えなおしたり、より詳細な説明を求めたりすることを中心に行った。面接の終了は、約30分の時間を目安にトピックの切れ目となるところとした。

面接の全ての過程の音声のみをビデオカメラレコーダー（SONY CCD-TR11）によって記録した。すべての会話記録は、第2節と同様に、語幹ユニット（Thematic Unit; TU）（Stinson, Milbrath, & Reidbord, 1994）と呼ばれる単位に分割された。TUの境界の判定には、心理学専攻学生の３人が独立して判定を行い、３人のうち２人以上が合意したものを採用した。３人とも判定が不一致であった境界については、３人の議論により最終的な境界を決定した。またビデオテープに記録された面接時の時間から、TUの時間間隔を秒単位で測定した。そして、会話の内容に応じて、現象

学的方法（Giorgi, 1976　早坂訳, 1983）により作成された10のトピックカテゴリーに、すべてのTUを分類した（Table 2-3-2）。さらに、それぞれのTUは、Horowitzらによるエラボレーションとディスエラボレーションの２つの尺度（Horowitz, Milbrath, et al., 1993）によりその性質を判定した。

Table 2-3-2. Topic categories

［病気への反応］(Reaction to Illness)
ガンという病気そのものに対して被験者が感じているつらさ等の感情、考え、ガンそのものに対する受けとめかたに関する話題

［現在の状況］(Current Conditions)
被験者自身が現在体験している痛み、麻痺といった身体的症状、障害について、服用している薬、現在受けている治療についてといった闘病生活についての話題

［病気経験］(Illness Experience)
被験者の今までの病気の経過や、過去の入退院の経緯、以前の治療方法などの病気に関して過去に経験してきた事柄に関する話題

［病気への対処］(Coping with Illness)
日々の生活での病気に対する気持ちの持ち方、捉え方や気持ちだけでなくなるべく自分自身で外出するようにするといった具体的な行動での病気への対処に関する話題

［自己概念］(Self Concept)
自己に対する考え、気持ち、自分の性格、心情、宗教など自分自身の内面に関する話題

［過去の出来事］(Past Events)
仕事や友人、趣味といった昔の思い出話など過去の出来事に関する話題

［医療］(Medical Service)
医療の現場のスタッフの話、ホスピスや病院のありかたなどについての話題、医療に関連した話題

［家族］(Family)
家族や親しい人についての話題

［社会的出来事］(Social Events)
新聞に出ていた出来事などの時事問題に関する話題やいわゆる世間話などの話題

［インタビュー・プロセス］(Interview Process)
インタビュアーに関することや、インタビュー時の天気、「今何分話した？」といったインタビュー自体に関する話題

エラボレーションは、会話中の新しい情報の開示の程度、情動や重要性を表現する表現的行動を測る尺度であり、以下の５つのカテゴリーがある：(a)なし（None）；(b)事実の伝達（Convey Facts）；(c)情動の伝達（Convey Emotion）；(d)重要性の伝達（Convey Significance）；(e)結合（Connect）（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。一方、ディスエラボレーションは、会話中の言語的な回避的・防衛的

行動を測る尺度であり、以下の５つレベルに属する９のカテゴリーがある：(a)なし（None）；(b)フィラー（Filler）・ヘッジング（Hedging）；(c)ペリフェラル（Peripheral）ジッターリング（Jittering）；(d)否定（Disavowal）・誤った帰属（Misattribution）・誤解（Misunderstanding）；(e)シフト（Shifts）（Horowitz, Milbrath, Jordan et al., 1994）。判定には、Horowitzらの示した定義（Horowitz, Milbrath et al., 1993）に従って独自に作成した日本語によるマニュアルを用いた。なお、より詳しい尺度の定義については第2節に記載してある。

トピックカテゴリー、エラボレーション・ディスエラボレーション尺度への判定は、２人の判定者によってそれぞれ独立して行われた。判定が不一致であったものは、判定者間の議論により最終的な判定を決定した。判定の信頼性を、独立した判定の一致率から、標準化されたkappa係数（Light, 1971）を用いて算出した。トピックカテゴリーでの判定の一致率は75.6%でkappa係数は0.73、エラボレーションでの判定の一致率は91.1%でkappa係数は0.75、ディスエラボレーションでの判定の一致率は88.4%でkappa係数は0.76であった。統計分析のために、出現頻度のあまりに低かったカテゴリーは、その頻度を加算することにより、より大きなカテゴリーへの統合を行った。エラボレーションでは、［重要性の伝達］・［結合］は、［情動の伝達］のカテゴリーと統合され、［情動・重要性・結合］（Emotion, Significance & Connect）のカテゴリーとなった。ディスエラボレーションでは、［ヘッジング］が［フィラー］に結合され［フィラー・ヘッジング］（Filler/Hedging）のカテゴリーに、［ペリフェラル］・［ジッター］・［否定］・［誤った帰属］・［誤解］・［シフト］の５カテゴリーはすべて統合され、［オブスキュアリング・ディスエラボレーション］（Obscuring Dyselaboration）のカテゴリーとなった。

Ⅲ. 結果

1. 面接時間とTU数

対象患者の面接時間は、1727.3±536.9（876～2400）秒でであった。平均して面

接時間の90.0％が対象患者に、10.0％が面接者によって話された。対象患者が話したTU数は、263.6±100.2（112～460）TUsであった。各対象患者ごとの面接時間、TU数をTable 2-3-3に示した。

Table 2-3-3. Time/TUs and S.D. of each subject

Subject	Time/TU		S.D (Time/TU)	
	Subject	Interviewer	Subject	Interviewer
B	6.10	2.77	3.65	3.08
C	9.16	4.40	5.30	3.51
D	7.27	4.18	4.35	3.17
E	5.03	2.16	3.98	2.10
F	9.37	2.44	5.76	2.31
G	8.86	2.44	6.61	2.00
H	9.72	3.13	7.23	2.54
I	7.51	2.76	5.19	2.58
J	8.34	4.02	5.21	3.16
K	9.47	3.55	5.15	3.22
L	6.05	2.76	4.86	2.68
Overall	7.53	3.03	5.27	2.84

２対象患者とトピックの関係

次に、各対象患者と10のトピックが、どのような関係にあるのかを調べるために、対象患者毎のトピックの出現頻度を基準として、符号分析（SAS Institute Inc., 1989）を行った。この分析により、対象患者とトピック共に類似する性質を持つカテゴリーが、２軸で表現される平面上に近接して配置された（Figure 2-3-1）。

Figure 1から、病気への反応・医療・病気への対処の３つのトピックが８人の対象患者の中心付近に分布していることが分かった。これは、病気への反応・医療・病気への対処の３つのトピックが、全体として患者に関心の持たれたトピックであった。しかしこれらの関係から、トピックの分布に対し対象患者の重症度による影響は見られなかった。

図１は、この分析による各被験者とトピックの関係について示している。この図では、類似しているものが、近接して現れる。

図１では、［病気への反応］・［医療］・［病気への対処］の３つのトピックが、全ての患者の中心に位置している。すなわち、これら３つのトピックが、すべての患者に比較的共通して関心を持たれたトピックであることが分かる。

表３で示したように、これら３つのカテゴリーに加えて、［病気経験］・［過去の出来事］・［現在の状況］のカテゴリーも、TUの合計では多く話されたトピックであった。しかし、各患者でのそれぞれのトピックの割合を比較すると、主に、［病気経験］は患者AとD、［過去の出来事］は患者AとF、［現在の状況］は患者DとHによって多く話題にされているものであった。このことは図１においても見られることである。［家族］のトピックは全体としては、あまり多く話されたトピックではなかったが、ほぼ全員が話題にしたトピックであった。［社会的出来事］・［インタビュープロセス］［自己概念］のトピックは、あまり話されるトピックではなかった。

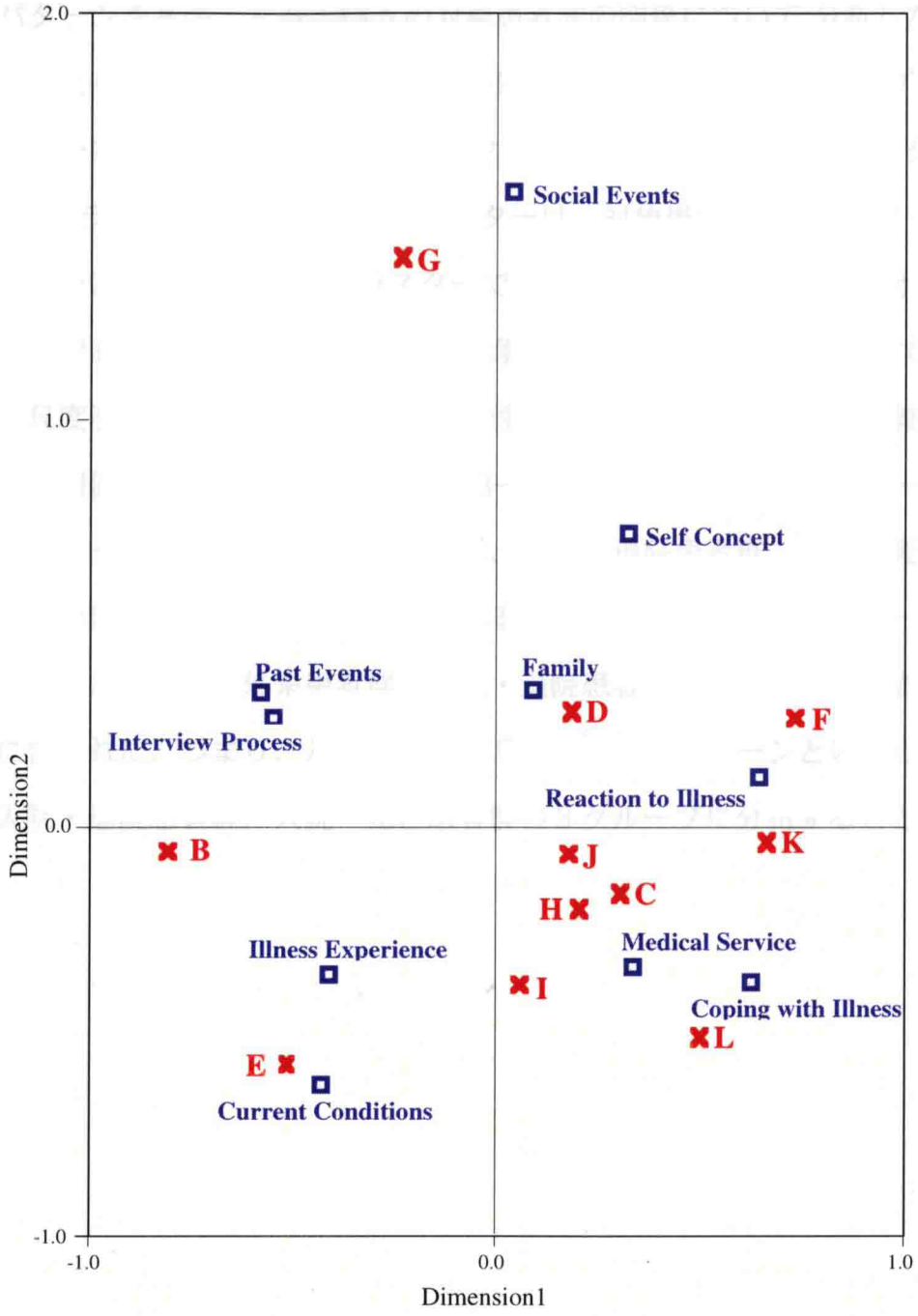

Figure 2-3-1. Similality between Subjects and Topics

3. 言語的行動の側面での対象患者間の相違

各対象患者ごとのエラボレーション・ディスエラボレーション尺度カテゴリーの頻度をTable 2-3-4に示した。この表中の頻度に対して、クラスター分析と多次元尺度法（MDS）（SPSS Inc., 1993）を行い、エラボレーション・ディスエラボレーショ

ン尺度のパターンを基準とする、11人の対象患者間の関係について 分析した。クラスター分析により、11のトピックカテゴリーは6つのクラスターにグループ化された。第１クラスターは、対象患者H、I、J、Kのクラスターである。第２クラスターは、対象患者Fのクラスターである。第３クラスターは、対象患者Dのクラスターである。第４クラスターは、対象患者Bのクラスターである。第５クラスターは、対象患者Aのクラスターである。第６クラスターは、対象患者C、E、Gのクラスターである。さらに多次元尺度法により各対象患者間の類似性を分析したところ、２つの軸で表現される類似性の関係図が得られた。Figure 2-3-2は、この関係図にクラスター分析で得られたクラスターと、対象患者を外来患者群、入院・退院患者群、入院・死亡患者群のグループに分類したものを記したものである。これによると、クラスター分析で得られた分布は、対象患者を外来患者群、入院・退院患者群、入院・死亡患者群のグループの分布に含まれた。つまり、対象患者は、言語的行動のパターンという点で、外来患者群、入院・退院患者群、入院・死亡患者群の３グループに分布することが示された。

Table 2-3-4. Numbers of combined categories on each subject for Elaboration and Dyselaboration

Subject	Elaboration		Dyselaboration	
	Convey Facts	Emotion Significance Connection	Filler/Hedging	Obscuring Dyselabolation
B	264	6	26	42
C	159	42	81	30
D	177	78	24	80
E	260	32	50	40
F	46	33	1	9
G	209	9	61	37
H	51	27	5	4
I	104	3	52	11
J	214	27	69	10
K	151	15	70	4
L	144	9	35	3
Total	1779	281	474	270

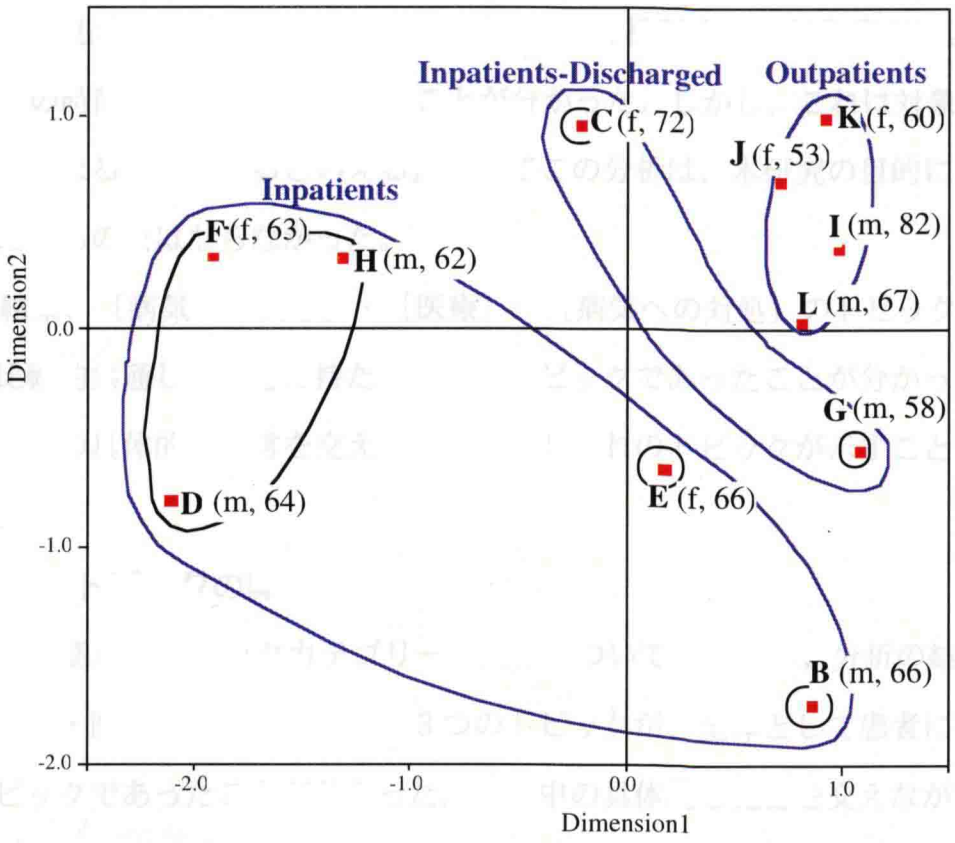

Figure 2-3-2. MDS Configuration of Subjects (gender, age)

さらに、Figure 2-3-2と各カテゴリーの頻度を検討した結果、Figure 2-3-2の横軸はエラボレーションに、縦軸はディスエラボレーションに対応していると考えられた。すなわち、Figure 2-3-2上の対象患者は、横軸に関して負の値の方向に位置するほど表現的・感情的な表出行動の傾向が見られ、縦軸に関して負の方向に位置するほど回避的な表出行動の傾向が見られるということになる。

この分布を軸の意味から解釈すると、次の３つの言語的行動のパターンが見出された。第一に、外来患者群のパターンは、表現的行動・回避的行動の傾向がともに低かった。第二に、入院・死亡患者群のパターンは、表現的行動・回避的行動の傾向のどちらか、あるいは両方ともに高かった。第三に、入院・退院患者群のパターンは、外来患者群と入院・死亡患者群のパターンの中間的なパターンを示した。

Ⅳ. 考察

1. 対象患者と面接時間・TU数の関係

まず、対象患者と面接時間・TU数の関係について検討する。対象患者によって1TUあたりの時間間隔に違いが生じることが分かった。しかし、これは対象患者毎に話す速さが異なるためであるといえる。よってこの分析は、本研究の目的に直接的な示唆を与えるものとはならなかった。

調査の結果、［病気への反応］・［医療］・［病気への対処］のトピックが、全ての患者に比較的共通して関心の持たれているトピックであったことが分かった。ここでは、面接中の具体的な発言を交えながら、それぞれのトピックが示すことについて考察する。

2. 対象患者とトピックの関係

次に、対象患者とトピックカテゴリーの関係について考察する。分析の結果から、病気への反応・医療・病気への対処の３つのトピックが、全体として患者に関心の持たれたトピックであったことが分かった。面接中の具体的な発言を交えながら、それぞれのトピックが示すことについて考察する。

まず、【病気への反応】のトピックは、患者が、自分の病気そのものに対して感じている感情・考え・受けとめ方に関するものである。このトピックの具体的な発言の中には、「ガッタ～と落ち込みましたから、（病名を）言われた時は」といったがんという病気に対する率直な感情の表現を示すものが見られた。これは、がんという病気の持つ非常に否定的な印象が直接現れたものであると考えられる。さらに、「早く楽になりたいっていう気持ちがいちばん先立っているんです」や「他人様に迷惑かけ、家族に迷惑かけてまでも、生きたくはない」といった、死を強く意識した発言も見られた。これらの発言の背景には、患者の看護に携わる家族やスタッフに対する強い「申し訳なさ」があるように思われる。このことは、一見してマイナスに自らを捉えているように思われるが、実際のところ積極的に自らの病を捉えた上で、周囲のことを冷静に見つめ直せるという、積極的な患者の姿勢が可能にしていることのように推測される。やはりこのトピックで示される事柄が、患者の気持ちの中で最も強く訴えたいものであったように思われる。次に、【医療】のトピックは、病院のスタッフ、病院そのもの、現在の医療制度などの医療に関するものである。このトピックでは、主に２つの傾向を示すものが現れた。一つは、現在のスタッフ（入院しているホスピスのスタッフ、あるいは外来での担当主治医）に対する感謝を表すものであった。もう一つは、「きわめて官僚的ですね」というような言葉によって表されるような、これまで受けてきた医療の制度や病院のシステムに対する批判であった。これは、一般病棟に比べての、ホスピス病棟の患者に与える満足の高さを示す結果であるといえよう。このトピックは、多くの患者の実体験に基づくものであったために、積極的にその違いが表現されることになったのではないかと思われる。最後に、【病気への対処】のトピックは、日々の生活での病気に対する気持ちの持ち方・捉え方や、実際に外出するようにしているといった具体的な行動での病気への対処に関するものであった。具体的には、「気持ちをまず、ポジティブに保つ」や、「明るく、前向きで過ごすことが、ものすごく大事だと思うんです」、「いい方に、いい方にやっぱり考えないと」

といった言葉が見られた。これらの患者の言葉に共通していることは、前向きに考えるということである。これは、がんと向き合わなければならない苦しい状況において、積極的な対処行動が、患者自身にとって大きな助けとなっていることを表すものである。

しかしこれらのトピックの内容は、トピックの分布と対象患者の重症度の関連について示唆するものではなかった。よって、対象患者が話題にする内容は、それぞれ個人のインタビュー時の関心事を反映するものであり、重症度によって変化するものではないということがいえる。

3.身体的状況の影響

ここでは、外来患者から入院退院患者、入院死亡患者という順番で重症度が高くなると、エラボレーション・ディスエラボレーション尺度によって測られた言語的行動のパターンが変化したことについて考察する。このパターンの変化は、重症度が高くなると、エラボレーション・ディスエラボレーションの程度がどちらか一方あるいは両方ともに高くなるという傾向があることが分かった。つまり重症度が高くなると、情動的反応を表す傾向が高くなるということを示していると考えられる。これは、対象患者の重症度で示される身体的状況が、患者の情動や対処行動、ひいてはQOLに影響を与えている可能性を示唆するものである。

4.末期がん患者の認知的過程

本研究により、末期がん患者の認知的過程について示唆されることを検討する。先行研究では、病気の進行により患者の予期する「自己」と身体症状の悪化した現実の「自己」とが不一致となり、強い情動的反応を示すということが示された（Calman, 1984）。今回の研究では、患者の重症度は、この患者の予期する「自己」と現実の「自己」との一致度に対応するものであると考えられる。つまり重症の患者ほど、この2つが不一致となり、強い情動的反応が表れたということである。これらを合わせて考えると、末期がん患者の認知過程では、身体症状の悪化や病気の重症度によって

示される自己についての情報のずれが、情動的反応に対する最も大きな状況的手がかりとなっていると考えられる。つまり、このずれは個人が自身の身体的状況をどのように認知しているのかということから生じており、この身体的状況の認知が、末期がん患者のQOLに非常に大きな影響を与えているといえるであろう。

第４節　末期がん患者のセルフスキーマ

Ⅰ．はじめに

単一事例に関する時系列的研究と、複数事例に関する横断的研究の２つの研究結果から末期がん患者のセルフスキーマについていくつかのことが明らかとなった。まず、病気の進行に伴う症状の悪化や重症度の違いによって示されるような身体的状況の重要性である。この身体的状況は悪化すればするほど、「自己」のスキーマと自分本来の姿から予期される「自己」とが不一致を起こし、強い情動的反応が現れると考えられる。以下に、人間の認知過程における状況的な手がかり、現実と予期の一致度の変化、コントロールプロセス・対処行動に分けて研究の結果を考察し、末期がん患者の認知的過程についてのあらたなモデルの提案を行う。

(1)状況的手がかりの影響

Singer & Salovey（1991）は、スキーマからの情報が生成される際の状況的手がかりの重要性を指摘している。つまり作業モデルが構築される際には、状況的手がかりが、エンデュアリングスキーマからの情報に影響を与えるということである。これら２つの研究の結果、末期がん患者の自己の作業モデルに最も大きな影響を与える状況的手がかりは、自己の身体的状況であるといえる。そしてその身体的状況というのは、研究１での病気そのものもたらす症状、麻痺といった身体的機能の喪失、運動能力の低下といったもの、研究２での入院・死亡、入院・退院、外来といった被験者の置かれた病気の重症度に対応しているものである。

(2)現実と予期の一致度の変化

このような身体的状況の状況的手がかりの示す実際の状況と、エンデュアリングセルフスキーマからの情報によって示される予期される状況が、どれほど一致しているのかということが、自己の作業モデルとその心的状態を決定するものとなると考えられる。

ここで身体的状況が非常に厳しいものであり、自己にとって脅威となるような場合

には、その状況的手がかりの示すものとエンデュアリングセルフスキーマからの情報によって示される予期される状況との一致度が大きく低くなってしまう。そして、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマとの一致度は低下し、ネガティブな情動的力価を持ったスキーマ、すなわち苦痛な心的状態を導く自己の死についてのスキーマの出現を導くことになると考えられる。

(3)コントロールプロセス・対処行動

このような苦痛な心的状態を避けるためにコントロールプロセスが用いられることになると考えられる。エラボレーションの高さに示されたような強い表現的行動の表れは、コントロールプロセスによるポジティブな情動的力価を持ったスキーマの強化の表れである。そして、ディスエラボレーションの回避的パターンは、ネガティブな情動的力価のスキーマによる苦痛な心的状態に対する直接的な回避のための防衛的なコントロールプロセスの表れであると考えられる。これらのコントロールプロセスとその結果は、別の見方をすれば、非常に厳しい状況に対する認知的な対処行動（Lazarus, 1985）の表れであるともいえるであろう。

つまりこのような認知的なプロセスについて考えた場合、末期がん患者にとって病状、日常生活動作といった自らの身体的状況が、その認知と、その状況に対する対処行動、そしてQOLに最も大きな影響を与えているのでないかと考えられる。

Ⅱ．末期がん患者の認知的過程モデル

これらの考察を踏まえ、そしてHorowitzのモデル（1991b）を参照して、ここでは末期がん患者の認知的過程についての一つのモデルを提示したい。Figure2-4-1は、末期がん患者の置かれた２つの状況と、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの内容を表している。身体的状況の欄には、病状がそれほど重症でなく安定している状況を示す“安定”と、病状の悪化、重症化した状況を示す“重症”がある。“安定”の状況は、相対的なもので、激しい苦痛がなく、歩行等による移動が可能であり、身体的な障害の度合いが小さい状態を示すものである。“重症”の状況は、激

しい苦痛があり、移動ができず、身体的な障害の度合いが大きい状態を示すものである。そして、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの内容が、自己と自己のおかれた状況の認知的な関係を示すモデルとして、それぞれ示してある。自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの内容の下には、これら２つの状況における、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度の関係と、心的状態が示してある。

まず、“安定”の状況では、病気であるという状況が与える状況的手がかりが、自己にとって、外的・内的な対応の機構としての、コーピング・コントロールプロセスの働きによって対処可能なものである。このような状況では、こうした自己の作業モデルの内容と、エンデュアリングセルフスキーマからの情報によって予期された自己と状況との関係の内容とは異なるものではない。よって自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度は高く、従って心的状態も安定している。このような安定した状況は、病状の進行によって、徐々に変化していくものである。ある程度の重症度までは、徐々に変化することによって、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの間の互いの情報の交換・修正が行われる。そのことによって、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度も保たれ、心的状態もそれほど変化しない。

次に、“重症”の状況では、急激な身体的状況の悪化による厳しい状況的手がかりが、自己の作業モデルにおいて、非常に大きな影響を与える。自己の作業モデルでは、自己が、この厳しい状況的手がかりに対して、通常のコーピングやコントロールプロセスで対処しきれない状態となる。このため、自己の作業モデルの内容と、エンデュアリングセルフスキーマからの情報によって予期される、状況に対処している自己という内容とが、大きく異なるものとなってしまう。そのため、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度が大きく低下し、苦痛な心的状態に陥ることになる。このような心的状態は、末期がん患者にとって非常にストレスの大きい状態

であり、防衛的なコントロールプロセスが用いられることになると考えられる。

末期がん患者の病状の進行は、安定から、重症、そして死へと進行するものである。しかしこの間でも、安定から悪化、そして一定の回復といったものが何度も繰り返されて、だんだんと病状が進行するものである。このモデルの示す２つの状況は、相対的なものであり、全体としての安定から重症といった変化のみならず、繰り返し起こる中の、１つの、安定から悪化、回復のサイクルに対しても応用できるものである。例えば、病状が安定した状況から、痛みなどの症状が強くなったため、心的状態が、苦痛なものとなり、強いストレスを感じるような状況となるが、新たな鎮痛剤の使用によりその痛みがコントロールされれば、再び安定した、心的状態となるということがいえる。つまりこのモデルは、定義されたさまざまなレベルの変化に適応できるものであると考えられる。

さらにこのモデルでは、主体となる自己が、どのように状況を捉えるのかということを中心としている。そのため、このモデルには、コーピングやコントロールプロセスといった能動的な対処機構によって、その状況の瞬間、瞬間に対処しているということも含んでいる。このモデルで示した、苦痛を伴うような心的状態を示すのは、その人物が持っていたコーピングやコントロールプロセスの従来のパターンでは、対応できないような非常に重症な場合である。そのため、人間は、ある程度の状況の変化に対しては、従来持っているパターンで対処しているということである。さらにこのモデルは、日々の細かな身体的状況の変化に応じて、これらコーピングやコントロールプロセスを変化させることによって対処し、そのことで新たな対処のパターンを獲得することの可能性をも含んだものである。このような新たな対処のパターンの獲得は、エンデュアリングセルフスキーマの変容をもたらす。そして、エンデュアリングセルフスキーマの変容とその積み重ねは、身体的状況の急激な悪化の際に、深刻な一致度の低下をもたらすことなく、比較的受け入れやすいような心的状態をもたらすのではないかと考えられる。

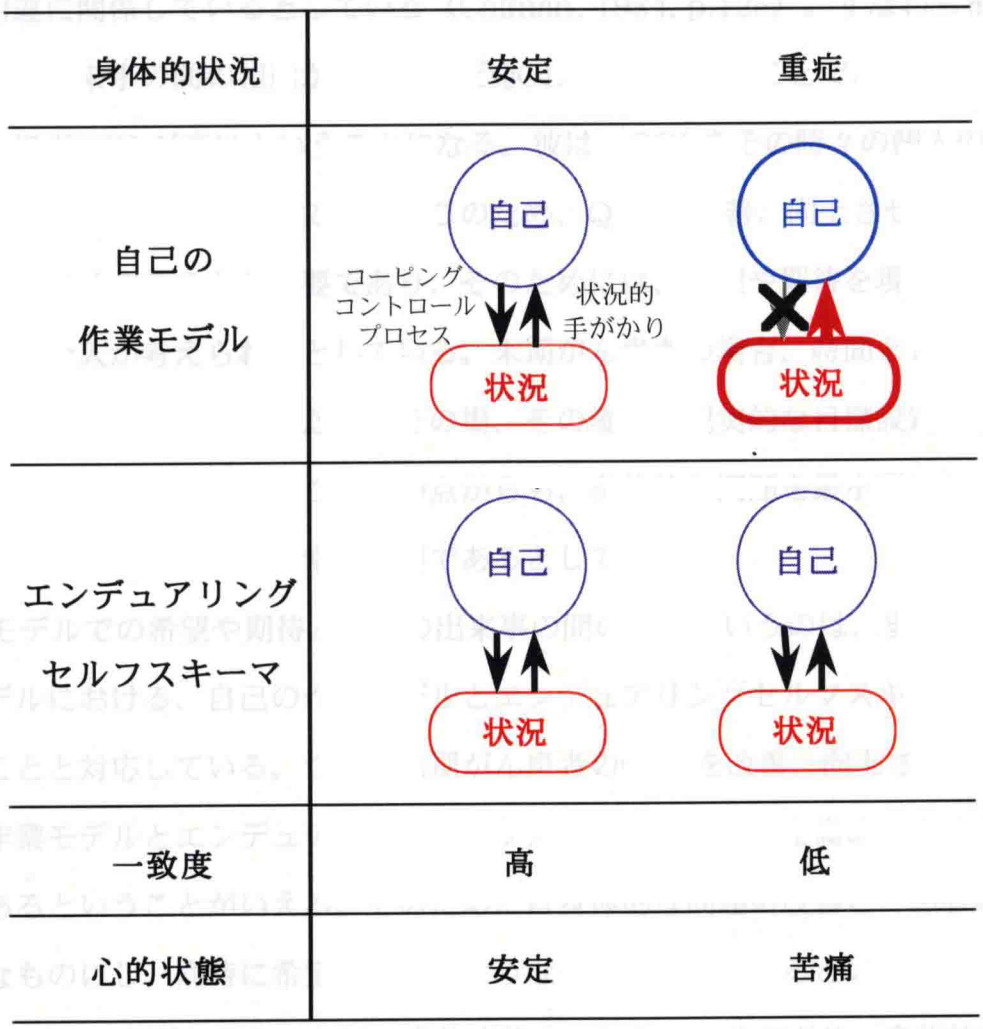

Figure 2-4-1Conceptual model for cognitive process of dying patients

Ⅲ．臨床場面への提言

一連の研究から得られた結果は、末期がん患者の心理的適応やQOLの向上などの臨床的な側面に対していくつかの示唆を与えるものである。ここで、先に提示した末期がん患者の認知的過程のモデルの臨床的な応用について考えてみる。まず緩和医療の場面で最も重要となることはQOLの向上である（Calman, 1984; Twycross, 1987）。

Calmanは、QOLの評価に関して、興味深い仮説を提示している（Calman, 1984）。彼は、患者のQOLは患者の持つ、希望、期待といったものと実際の出来事の間の相違に関係しているとしている（Calman, 1984, p.125）。すなわち希望や期待と実際の出来事の間の相違が大きいほどQOLが低いということであり、その相違が小さいほどQOLが高いということになる。彼は、QOLをその時々の個人の期待と経験をはかるものであるとしている。このため、QOLを改善、向上させるには、この相違を小さくすることが重要であり、そのためには、希望や期待を現実的なものにするという介入が考えられるとしている。末期がん患者の場合、時間とともに現実の出来事は、悪い方向に向かうため、その場、その場での現実的な目標設定が必要になるということである。そしてこれらの点からも、身体的な問題を最小限にして、他の人生の側面を高めることが非常に重要であるとしている。

このモデルでの希望や期待と実際の出来事の間の相違というのは、まさに先に提示したモデルにおける、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度ということと対応している。つまり末期がん患者のQOLを改善、向上させるには、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度を高めるような介入が必要であるということがいえる。そのためには身体的な問題の改善と、患者の期待を現実的なものにし、同時に希望を支えるような介入が必要となるということである。

このためにはまず必要なことは、身体症状のコントロールである。身体的状況の悪化によって、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマは、一致度の低下を起こすが、もしなんらかの処置によって身体的状況が改善されるならば、この一致度の低下が改善され、苦痛な心的状態がより安定した心的状態に戻ることができると考えられる。患者のQOLの改善ということを考えた場合、このような身体的状況の改善がまずもっともなされるべきことであると思われる。柏木は日常生活動作を支えることの重要性を指摘している（柏木, 1995b）。つまりQOLを高めるためのケアの必要性としての身体症状のコントロール（恒藤・柏木, 1993; 柏木, 1995a）が重要に

なってくるように思われる。特に、身体的な状況の急激な悪化により、自己の作業モデルとエンデュアリングセルフスキーマの一致度が低下し、非常に大きな心的な苦痛や身体的な苦痛を感じているような状況では、その自己の作業モデルを支えるために、よりいっそうの身体的な状況に対する対応が必要になると考えられる。

次に、患者の期待を現実的な方向へ導くような介入としては心理学的な介入や援助が考えられる。例えば、患者の対処行動やコミュニケーションに対する介入や日常の看護における介入などが考えられる。しかしながら、一連の研究によって示された末期がん患者の認知的過程のモデルは包括的である。よって具体的にどのような対処行動に対して介入を行うべきかということを示すことができない。よって、より具体的な心理学的介入を考える際には、介入を想定し、かつ身体的状況を考慮した新たな心理学的概念を導入することが必要である。

第３章　セルフ・エフィカシーに関する実証的研究

第１節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー

第２章の研究において、末期がん患者の認知的過程において、患者が自らの身体的な状況をどのように認知し、それに対処しているのかということが、患者の心理的適応状態に大きな影響を与えているということが明らかとなった。しかしながら、患者の心理的適応状態の向上、QOLの向上を考えた場合、具体的にどのような認知が好ましいのか、あるいはどのような対処を行うことが好ましいということを明らかにするには、そのアプローチに限界があった。そこで、末期がん患者の心理的適応向上の介入を考えるにあたり、新たな概念を導入する必要がある。

前章の研究から明らかとなったこととして、末期がん患者の心理的適応を考える場合には、日常生活動作（ADL）の障害、がん性疼痛や全身倦怠感といった症状を考慮しなければならないということであった。これらの問題に対処しなければならない患者にとって、例えば、「日常生活において具体的な行動ができる」、「痛みや全身倦怠感などの身体症状に対処できる」、あるいはそれらのことが「できない」ということが、患者の自信、希望、さらには抑うつや不安といった心理的な状態に影響を与えると考えられる。すなわち、末期がん患者特有の状況での痛み、行動、そして対処行動に対するセルフ・エフィカシー（自己効力感）が、患者の心理的適応に強い影響を与えると推測される。

セルフ・エフィカシーとは、Bandura（1977）の社会的認知理論において提唱された概念であり、自分にはこれだけのことができるのだという主観的判断を示す概念である。また、行動に対してどれほどの結果を得ることができるのかについての予期である結果予期と、どれほど自分の能力が有効であるかについての予期である効力予期の２つの予期からなるものであるとしている。このセルフ・エフィカシーの高低が、心理的適応、特に抑うつや不安に影響を与えることが報告されている（Ewart,

1995)。心疾患、糖尿病等、がん以外の慢性疾患については、セルフ・エフィカシーとストレス反応、QOLとの関係についてすでに検討され、尺度が開発されている（金・嶋田・坂野, 1996; 鈴木・笠貫・坂野, 1996）。一方で、がん患者のコーピングに関する研究において、積極的なコーピングがより肯定的な適応と関連していることが指摘されている（Dunkel-Schetter, Feinsteinm, Taylor, & Falke., 1992）。さらに、がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応、QOLとの関係についての同様の報告がある（Beckham, Burker, Lytle, Feldman, & Costakis, 1997; Merrluzzi & Martinez Sanchez, 1997; 塚本, 1998）。このうち、高いセルフ・エフィカシーを持っている患者の方が、がんに対する心理的な適応がより良好であると指摘されている（Merrluzzi & Martinez Sanchez, 1997）。

また、セルフ・エフィカシーには、ある状況に固有なセルフ・エフィカシー（task-specific self-efficacy）と、一般性セルフ・エフィカシー（general self-efficacy）があるとされている（坂野・東條, 1986）。前者は、状況に規定されるため、容易に変化するものである。後者は、個人の中では比較的不変であり安定したものである。一般性セルフ・エフィカシーは、さまざまな問題が生じた後に、状況固有のセルフ・エフィカシーを引きだす資源のようなものと考えることができるので、退院後のがん患者の適応を予測する有効な指標であると報告されている（塚本, 1998）。これに対して、末期がん患者の場合、きわめて厳しい身体的な状況に置かれているので、その状況と切り離して一般的セルフ・エフィカシーのみを取り上げても、その状況への適応や行動変容の指標として機能するとは考えにくい。さらに、セルフ・エフィカシーの変動には、生理的な反応の変化を体験することも情報源となるとされている（坂野・東條, 1986）。また、第2章の研究から、末期がん患者の認知的過程には、症状のコントロールが大きな影響を与えていることが示唆されている。これらのことから、末期がん患者のセルフ・エフィカシーには、患者が実際に感じている痛み、全身倦怠感といった身体症状が強い影響を与えていることが考えられる。

よって、末期がん患者特有の状況と合わせてセルフ・エフィカシーを考える必要がある。

これらを総合すると、末期がん患者の状況に特有のセルフ・エフィカシーを考えた場合、そのセルフ・エフィカシーの高い患者の方がそれが低い患者に比べ、抑うつや不安に陥りにくく、心理的適応も良好であることが推測される。

そこで、本章の研究では、まず、末期がん患者のセルフ・エフィカシーを適切に評価できる評価尺度を作成する。続いて、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応との関連を中心に、それに対する身体的・生理的要因の関連を明らかにする。さらに、患者の病状進行と、セルフ・エフィカシー、心理的適応の時系列的な変化の関連について検討を行う。そして、末期がん患者の最も重要な身体的要因の指標である生存期間と心理的適応に関係を媒介する心理学的変数としてセルフ・エフィカシーの果たす役割について実証的に検討する。また、セルフ・エフィカシーに重要な影響を及ぼすとされるソーシャルサポートが心理的適応に与える影響についても検討する。最後に、一連の研究結果から、末期がん患者のセルフ・エフィカシーを対象とした心理学的介入についての考察を行う。

第２節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度作成

Ⅰ.はじめに

がん患者のセルフ・エフィカシー尺度開発に関する研究はいくつか行われている。Merrluzzi & Martinez Sanchez (1997)はChronic Pain Self-Efficacy Scaleを開発し，Beckham et al.（1997）はリュウマチ患者のセルフ・エフィカシー尺度を修正したCancer Self-efficacy Scaleを開発した。本邦では、塚本（1997）が、がん患者の一般性セルフ・エフィカシーの尺度を作成している。彼らは，がん患者におけるセルフ・エフィカシーと心理的適応の関係を調査し，セルフ・エフィカシーの高い患者は低い患者より心理的適応が良いことを見出した。しかしいずれの尺度も末期がん患者の状況を考慮したものではない。

そこで、末期がん患者特有の状況である、痛みや倦怠感等の症状コントロールや制限された日常生活動作を考慮したセルフ・エフィカシーを評価するために、末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度を作成することを本研究の目的とする。さらに、セルフ・エフィカシーと末期がん患者の精神的健康の指標となる抑うつ・不安との関係について検討する。

Ⅱ.方法

1.対象と調査手続き

大阪府下の総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケア、緩和ケアを受けているがん患者について、主治医がせん妄・意識障害がなく意志疎通に問題ない、かつ調査直前の診察で、体調が20分から30分の面接調査に耐えうると判断した患者を対象とした。

調査は、２名の面接者が構造化面接法を用いて行った。面接は、外来患者は週１回の診察時の待ち時間に外来診察室で行い、入院患者は週１回の特定曜日に患者の病室にて行った。対象となった患者は、その患者に対して、まず面接に先立って、患者の

主治医より口頭で研究の趣旨について説明された。同意が得られたのち、改めて面接者により研究の趣旨、プライバシーの保護、中断・拒否の権利について記された用紙が渡され、説明がなされた。これに承諾し、同意書に署名が得られた患者に対して面接を行った。今回は対象となった全ての患者から同意が得られた。

質問内容の理解を助けるため、面接者は対象者に質問紙を提示するとともに、口頭で質問項目を読み上げた。調査期間は、1999年2月から6月であった。

2.調査項目

調査項目は、今回新たに作成した「病気に対するセルフ・エフィカシー尺度」と、抑うつ・不安の測定のために、比較的簡便に抑うつ・不安が測定できるHADS（Hospital Anxiety and Depression Scale；Zigmond & Snaith, 1983）の日本語版（Zigmond & Snaith, 1983 北村訳, 1993）を使用した。

3.尺度項目の作成

一般のがん患者を対象とした先行研究（Beckham et al., 1997; Merrluzzi & Martinez Sanchez, 1997; 塚本, 1998）で使われた尺度の項目、構成概念を参考に、末期がん患者の特殊な状況を考慮し、いくつかのカテゴリーを想定し、新たに項目を作成した。今回、仮定したカテゴリーは、(1)痛みに対する効力感・(2)他の身体症状への対処効力感・(3)身体機能・活動性に対する効力感・(4)感情の調整・心理的態度に対する効力感・(5)周囲からの援助に対する効力感・(6)情報希求に対する効力感の6カテゴリーである。

対象施設のホスピス医師4名・ホスピス病棟婦長1名と共に検討し、項目の取捨選択を行い、最終的に35項目を採用した。回答には、「全く自信がない」を0点、「五分五分の自信がある」を50点、「完全に自信がある」を100点とし、10点刻みの11件法のスケールを作成した。面接時には、この11件法のスケールを対象者の目前に提示して回答を求めた。

5.統計解析

「病気に対するセルフ・エフィカシー尺度」は、粗点をそのまま解析に用いた。HADS日本語版の集計は八田らの示した方法（八田・東・八城ほか, 1998）に従った。統計解析には、SPSS9.0J（SPSS Inc., 1999a）、SEFA Beta-4（Harada & Kano, 1998）、およびEQS5.4（Bentler, 1995）のソフトウェアパッケージを用いた。

Ⅲ. 結果

1.対象患者の背景

対象患者は、男性20名、女性30名の計50名であった。このうち、外来37名、入院13名であった。年齢（平均±標準偏差）は、60.8±9.6歳であった。因子分析では、欠損値のある対象患者を除き、47名を統計分析の対象とした。

2.項目の整理

尺度の評定項目としては得点分布にある程度ばらつきがあることが妥当である。そのため、平均点が85点以上となる７項目を分析から除外した。次に、セルフ・エフィカシーは、個々の行動を実際にできる・できないの程度ではないので、０点と100点付近の両極に分布が偏った４項目を分析対象から除外した。

3.項目分析

24項目に対して、複数の因子数により最尤法・プロマックス回転法による探索的因子分析を行った。その結果、３因子解のみが、不適解とならなかったのでこれを採用した。この因子解では、因子と項目の内容が十分解釈可能であった。３因子解での累積寄与率は43.6%であった。因子毎の寄与率から３因子にそれぞれ８項目分類された。

次に、下位尺度を構成するのにより妥当な項目を選択するため、ステップワイズ因子分析（Kano & Harada, 2000）を行った。これは、因子分析モデルに不適切な項目を統計的に同定する分析方法である。今回、尺度の臨床使用を考え、なるべく少ない項目数とし、かつ、信頼性を十分に確保するため１因子につき６項目を選び出すこ

ととした。項目の選択は、項目の内容の整合性、適合度を検討した。そして、３因子を構成する項目内容を検討した結果、３因子をそれぞれ、Ⅰ「身体症状への対処効力感」；Ⅱ「日常生活動作に対する効力感」；Ⅲ「情動統制の効力感」と命名し、Table 3-2-1に示すような項目が選択された。さらに、それぞれの因子毎に適合度（χ 2値，GFI，CFI）とCronbachのα係数を算出した。その結果、３つの因子について高い適合性と高い信頼性が得られた（Table 3-2-1）。よって、それぞれの因子の項目構成は、高い妥当性と信頼性を持つものであり、それぞれの因子を下位尺度として、下位尺度毎に尺度得点を算出することは妥当であると判断された。一方で、選択されなかった６項目であるが、そのうち、「家族の中での役割を十分に果たすことができる」・「どんな時も自分の気持ちをうまく調節できる」は、同じ因子に属する他の項目との内容の整合性の観点から除外した。それ以外の項目は、その項目を加えることにより全体の適合度のGFIが.9を割ることから除外した（Table 3-2-2）。

Table 3-2-1. Items and factor loadings of the scale of self-efficacy for advanced cancer patients (n=47)

Items	Loadings
Ⅰ．身体症状への対処効力感（α=.76）	
痛みで寝づらくなった時に、それに対応できる	.84
病気で体がだるいときに、それにうまく対応できる	.72
自分なりの工夫をして痛みを少しでも減らすことができる	.59
急な痛みがでたときに対応できる	.55
痛みはあるけれども、日常生活をそれなりにこなすことができる	.50
病気による吐き気が出てきたときに、それにうまく対応できる	.42
Fit index: $\chi^2(9)$=8.65, p=.47; GFI=.93; CFI=.99	
Ⅱ．日常生活動作に対する効力感（α=.81）	
テレビやラジオを楽しむことができる	.90
病気や闘病生活でたまったストレスを発散することができる	.71
会話を楽しむことができる	.62
食べたいと思う量の食事をとることができる	.59
新聞や本を楽しむことができる	.58
自分で行きたいところへ移動できる	.53
Fit index: $\chi^2(9)$=5.52, p=.78; GFI=.96; CFI=1.00	
Ⅲ．情動統制の効力感（α=.73）	
前向きな気持ちを持ち続けることができる	.70
不安な気持ちなく、過ごすことができる	.65
夜は眠ることができる	.58
怒りを表に出すことができる	.50
イライラせずに1日過ごすことができる	.48
悲しいときに、悲しみを表すことができる	.47
Fit index: $\chi^2(9)$=5.65, p=.77; GFI=.95; CFI=1.00	

Table 3-2-2. Dropped items by stepwise item selection and their GFI values, if they are added in the model

Items	GFI If added
Ⅰ．痛み・症状に対する効力感	
家族の中での役割を十分に果たすことができる	.93
病気によって体の状態が変化したときに、うまく対応できる	.87
Ⅱ．日常活動性に対する効力感	
イスから立ち上がることができる	.86
どんな時も自分の気持ちをうまく調節できる	.90
Ⅲ．情動的対処能力に対する効力感	
気分が落ち込まずに、過ごすことができる	.86
だれかに自分の弱音を吐くことができる	.90

4.尺度得点の算出

3下位尺度それぞれについて、各下位尺度6項目の粗点の平均点を下位尺度の得点として以下の分析に用いることにした。尺度得点を算出した結果、それぞれの平均点（±標準誤差）は、「身体症状への対処効力感」では76.0±2.2点、「日常生活動作に対する効力感」では63.3±2.3点、「情動統制の効力感」では78.4±1.7点であった。性別による得点差を検討するためt検定を行ったところ、有意な差はみられなかった（$t(45)=-1.45$, n.s.; $t(45)=.07$, n.s.; $t(45)=.87$, n.s.）。また年齢を説明変数、各下位尺度を基準変数とする単回帰分析を行ったところ、有意な関連性は示されなかった（$\beta=.05$, n.s.; $\beta=.00$, n.s.; $\beta=.12$, n.s.）。よって、セルフ・エフィカシー尺度の3下位尺度には、性別・年齢による影響は見られなかった。

5.セルフ・エフィカシーと抑うつ・不安との相関

セルフ・エフィカシー尺度の3下位尺度とHADSの抑うつ・不安との相関について検討した。その結果、3下位尺度とも不安と有意な相関が見られ、「日常生活動作に対する効力感」を除く、2下位尺度は抑うつとも有意な相関が見られた（Table 3-2-3）。

Table 3-2-3. Correlations between self-efficacy subscales and HADS

Self-efficacy subscales	Depression	Anxiety
Affect regulation efficacy	-.41 **	-.58 ***
ADL efficacy	-.67 ***	-.25
Symptom coping efficacy	-.39 **	-.32 *

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

6.因果モデルによる下位尺度間および抑うつ・不安との関連

次に、セルフ・エフィカシーの下位尺度と抑うつ・不安の関係についてより詳細にその内容を検討するため、下位尺度間およびHADSの抑うつ・不安との関係を構造方程式モデル分析によるパス解析に分析した。構造方程式モデル分析で安定した結果を得るためには、多変量尖度を検討する必要がある。その結果、以下のモデルⅠで標準化された多変量尖度が危険度である1.96を越えため（3.99）、多変量尖度への影響度の推定値が100を越える２名（182.7, 124.5）を分析から除外した。残った45名について、セルフ・エフィカシーの３下位尺度を説明変数、HADSの抑うつ・不安を基準変数とするモデルⅠについて検討した（Figure. 3-2-1）。この時、多変量尖度は1.11となった。このモデルでは、「身体症状への対処効力感」からの抑うつ・不安へのパス係数が共に、非常に小さい値となった。そこで、セルフ・エフィカシーの３下位尺度間で因果関係を想定して、まず、「日常生活動作に対する効力感」と、「身体症状への対処効力感」を出発点とするモデルⅡ（Figure. 3-2-2）と「情動統制の効力感」を出発点とするモデルⅢ（Figure. 3-2-3）の２つのモデルについて検討した。なお、HADSの抑うつと不安との相関が高く（r=.57, p<.001）、抑うつと不安との間に何らかの関係があることを示唆するものであった。しかし、これについて検討することは本論の目的ではないので、その両者の間に誤差相関を設定し、モデルⅡ・Ⅲを検討した。その結果、両モデルとも高い適合度を示したが、モデルⅡに比べモデル

Ⅲの方が若干高い適合度となった（Table 3-2-4）。よって、モデルⅢの方がより妥当なモデルであると考えられ、モデルⅢを本論では考察の対象とした。これにより、「情動統制の効力感」が他の２つの効力感下位尺度に有意な影響を及ぼし、最終的に抑うつ・不安に有意な影響を及ぼしていることが示唆された。

Table 3-2-4. Fit index of path diagram models

Model	df	χ^2	p	GFI	CFI
Model Ⅰ		*Sarturated*			
Model Ⅱ	4	6.05	.20	.95	.97
Model Ⅲ	4	1.32	.86	.98	1.00

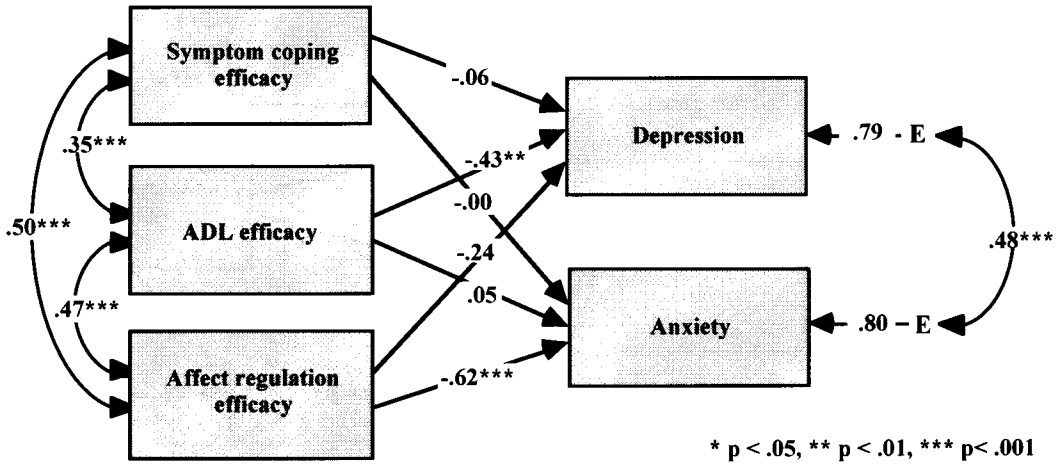

Figure 3-2-1. Path diagram of Model Ⅰ

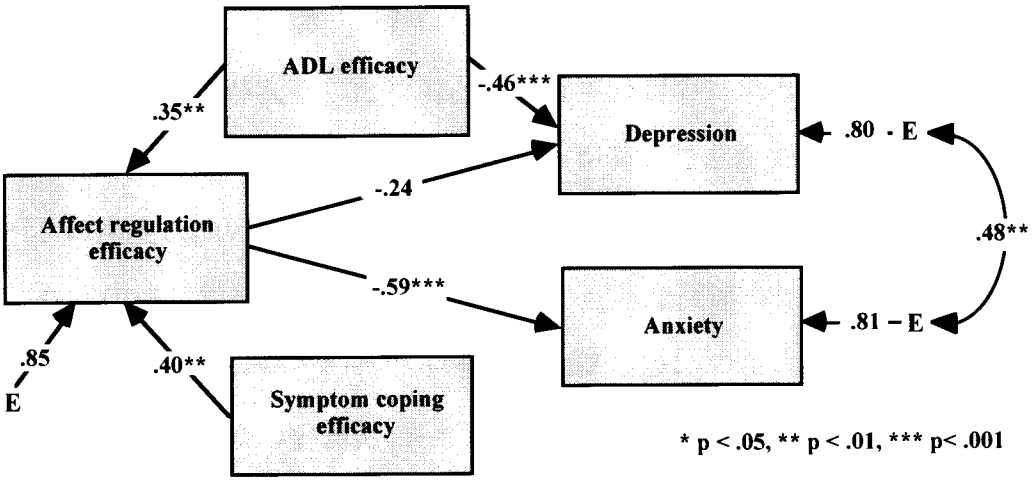

Figure 3-2-2. Path diagram of Model II

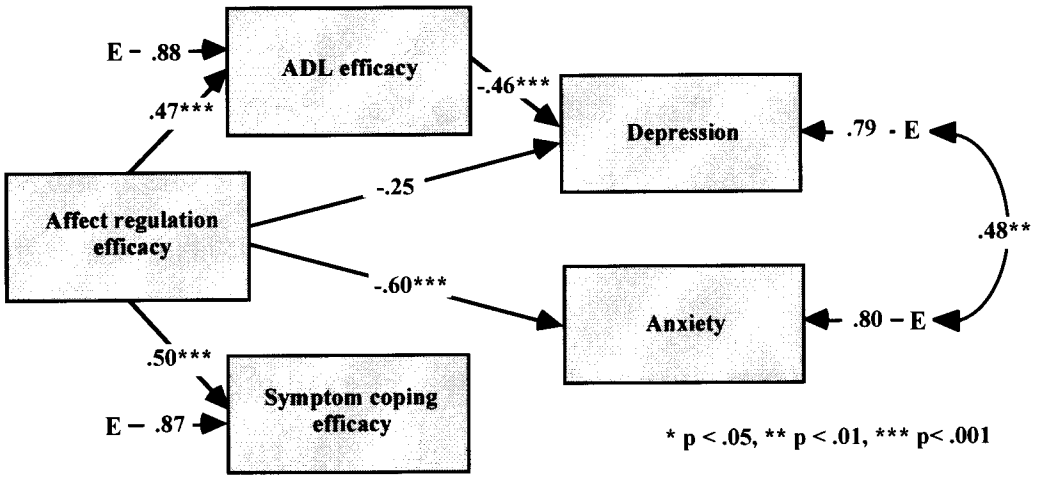

Figure 3-2-3. Path diagram of Model III

Ⅳ. 考察

末期がん患者50名に対する構造化面接の結果、３下位尺度、18項目からなる、病気行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を作成した。適合性の観点から構造的な妥当性を確認して項目を選択し、高い信頼性係数が得られた。しかし、当初６つの因子を仮定して項目を作成したが、最終的には、当初別々のものと仮定していた痛みと身体症状の因子が統合され、「周囲からの援助に対する効力感」と「情報希求に対する効力感」の２つの因子が脱落することになった。痛みと身体症状の因子が統合された

理由としては、対象者の症状コントロールの程度が良好であったことが考えられる。また、残り2つの因子が脱落した理由としては本研究の対象患者では、情報提供が適切になされていることと、ソーシャルサポートが高いことが考えられる。このソーシャルサポートの程度については今後の検討の課題である。

次に、今回作成した尺度と抑うつ・不安との有意な関連も見られた。これらの結果は、セルフ・エフィカシーと抑うつ・不安の関係についての報告（Ewart, 1995）に符合することから、尺度の妥当性の一部を示すものであると考えられる。以上のことから本尺度はある程度の信頼性と妥当性を持った尺度であると考えられる。

さらに、パス解析を行った結果、セルフ・エフィカシー下位尺度間、さらには抑うつ・不安についての次に示すような関係が明らかになった。

まず、「身体症状への対処効力感」は、「情動統制の効力感」から影響を受けるのみにとどまり、不安、抑うつへの影響は見られなかった。この理由としては、今回の対象患者の症状コントロールが比較的良好であったことと関係すると考えられる。もしがん性疼痛が強ければ、この下位尺度が抑うつ・不安に大きな影響を及ぼすものであると思われる。

次に、「情動統制の効力感」は、不安に対して直接影響を与える唯一の要因となった。一方で、抑うつに対しては、「情動統制の効力感」が直接影響を与える以上に、「日常生活動作に対する効力感」を経由しての間接的に大きな影響を与えていた。これは、同じ効力感であっても、不安と抑うつに対して影響を与える効力感の内容が異なることを示すものである。このことから、不安と抑うつの改善のためにはそれぞれ介入方法が異なる可能性が考えられる。例えば、不安には情動統制に対するセルフ・エフィカシーの影響が強いことが示唆されたので、その改善には、患者の認知に直接的に働きかける認知行動療法的介入（坂野, 1995）や、リラクセーションを取り入れた構造化グループによる介入（Hosaka, 1996）が考えられる。また抑うつには日常生活動作に対するセルフ・エフィカシーの影響が示唆されたので、患者の外出を助け

たりするような、訪問看護やリハビリテーションによる介入が、その改善に効果を持つ可能性が考えられる。

これらのことを総合すると、まず、患者を積極的で能動的なコーピングスタイルに導くこと（保坂・徳田・小城・内富・青木・福西・岸, 1994）により、患者の情緒状態に対するセルフ・エフィカシーを支えていくことが必要である。その上で、患者が日常生活を積極的に営めるように支援していくことが、末期がん患者の心理的適応、QOLの向上に非常に有効であると考えられる。しかしながら、患者自身の力でセルフ・エフィカシーを高めていくためにも、積極的な医療に関する情報の提供が、最も基本的なこととして必要であろう。

最後に、本研究の問題点として、対象患者数が少ないことがあげられる。今後、本尺度を用いて、対象数を増やし、他の因子構造の可能性についても検討し、より信頼性と妥当性の高い尺度にしていく必要がある。さらに、実際の症状コントロールの影響、コーピングスタイルやパーソナリティーといった他の要因との関連について検討することが今後の課題となる。

第3節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーへの身体的状況の影響に関する研究

Ⅰ. はじめに

前節では、末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度を作成し、心理的適応状態の指標である、抑うつ・不安との関係について検討した。また、第2章の一連の研究では、末期がん患者の心理的適応についての問題が患者の身体的問題、機能的問題と密接に関連していることが、明らかとなっている。

末期がん患者は多くの身体的そして機能的問題を抱え、多種の薬物治療を受けている。特に緩和ケアの場においては、疼痛と症状の管理のためにオピオイドのような多くの種類の鎮痛剤が処方されている。さらに、下半身麻痺などのさまざまな機能的な障害を持つことになる場合も非常に多い。よって、薬物的な要因、機能的な要因といった身体的要因が、患者の心理的適応状態に多大な影響を与えていることは容易に想像される。さらに、これら身体的要因と心理的適応との間には、セルフ・エフィカシーが、重要な関わりを持っていることも予想される。そこで、本節の研究では、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応との関係に、患者の症状コントロールの程度、一般活動状態（Performance Status; PS）、食事や水分摂取の状況といった身体的状況がどのように関連しているのかを検討した。

Ⅱ. 方法

1. 対象者

大阪府下の総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケア、緩和ケアを受けているがん患者について、主治医がせん妄・意識障害がなく意志疎通に問題ない、かつ調査直前の診察で、体調が20分から30分の面接調査に耐えうると判断した患者で、痴呆あるいはせん妄のない患者を対象とした。対象者全員に研究の目的と方法が説明され、筆記による同意が得られた。2名の面接者が1999年2月から

2000年5月に、心理尺度を用いた構造化面接を行った。

2調査項目

まず、前節で開発した「末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度」を用いた。本尺度は、「身体症状に対する効力感（Symptom Coping Efficacy; SCE）」・「日常生活動作に対する効力感（ADL Efficacy; ADE）」・「情動統制に対する効力感（Affect Regulation Efficacy; ARE）」の3つの下位尺度からなる18項目の尺度である。各項目について、0点（まったく自信がない）から50点（五分五分の自信がある）そして100点（完全に自信がある）の11件法で回答するようになっている。

次に、心理的適応の評価には、HADS（Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond & Snaith, 1983）の日本語版を用いた。HADSはがん患者の適応障害や大うつ病の検出に効果的な尺度であるとされている（Hosaka, Awazu, Aoki, Okuyama, & Yamawaki, 1999）。

最後に、一般活動状態の指標として、対象者の主治医が（Karnofsky Performance Status; KPS; Yates, Chalmer, & McKegney, 1980）を用いて評価した。KPSは11段階（0-100）で患者の活動水準を測定するために広く使われている。また、主治医はそれぞれの対象者に用いたすべての薬剤の種類と使用量も記録した。統計的な分析のため、薬剤の使用頻度が20％以上の薬剤は、6つのカテゴリーに対して「使用なし」（0点）または「使用あり」（1点）のようにコード化された。今回用いた薬剤のカテゴリーは、「非オピオイドとNSAID」（アセトアミノフェン、ナプロキセン、ジクロフェナクナトリウム等）、「弱オピオイド」（ブプレノルフィン、コデイン）、「強オピオイド」（モルヒネ、モルヒネ錠剤等）、「コルチコステロイド」（ベタメタゾン、メチルプレドニソロン等）、「抗精神薬」（ハロペリドール等）、「ベンゾジアゼピン系薬」（エチゾラム、フルトラゼパム、エタゾラム、クロキシゾラム等）である。さらに、予後（1ヵ月未満、1－3ヵ月、3－6ヵ月、6ヵ

月－1年、1年以上）と食事摂取量、液体摂取量（まったくない、少しある、10-30％程度、40-60％程度、70％以上）についても主治医の評定に基づいてコード化を行った。

統計解析

構造方程式モデル（SEM）を行い、セルフ・エフィカシー、心理的適応、患者の属性や、疾患に関する変数間の関係を検討した。分析には、EQS5.6（Bentler, 1995）を用いた。Schnoll, Harlowm, Stolbach, & Brandt（1998）は、がん患者の心理的適応に関する研究においてこのSEMを用いており、そこで、SEMについて詳しく解説している。今回、モデルを採択するにあたり、以下の基準を用いた。1）モデルは理論的に説明されうる。2）モデルはより簡潔な構造をしている。3）モデルが、GFI（goodness-of-fit index）が.90以上、CFI（comparative goodness-of-fit index）が.90以上、RMSEA（root-mean-square error of the approximation）が.05以下、$\chi 2$値が有意ではない（$p > .05$）という基準でデータに適合する。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象患者は男性42名、女性43名であった。Table 3-3-1は患者背景として平均年齢、予後、がんの原発部位、KPSについての要約である。KPSの得点は対象患者のPSが広い範囲に分布していたことを示している。

Table 3-3-1. Demographic and disease-related variables

		N = 85
Gender	Male	42
	Female	43
Age (years)	Mean	60.8
	S.D.	9.6
	Range	44 - 82
Prognosis	Under 1 month	10 (11.8%)
	1 -3 month	26 (30.6%)
	3 - 6 month	37 (43.5%)
	6 month - 1 year	8 (9.4%)
	Over 1 year	4 (4.7%)
Primary site	Lung	18 (21.2%)
	Stomac	11 (12.9%)
	Breast	11 (12.9%)
	Rectum	10 (11.8%)
	Colon	6 (7.1%)
	Ovary	6 (7.1%)
	Other	23 (27.1%)
KPS	Over 70	19 (22.4%)
	70 - 50	54 (63.5%)
	Under 50	12 (14.1%)

2各尺度の得点

HADSとセルフ・エフィカシー尺度の得点をTable 3-3-2に示した。HADSの得点において臨床的にな診断点となる11点を基準とすると、不安では対象者の84.7%が臨床的に問題があるとは診断されず、抑うつでは、対象者の92.9%が臨床的に問題があるとは判断されなかった。

Table 3-3-2. HADS and SEAC scores

Scor	Subscale	Mean	S.D.
HADS (0 - 28)	Depression	5.9	3.8
	Anxiety	4.9	3.8
SEAC (0 - 100)	SCE	73.0	14.6
	ADE	68.3	14.7
	ARE	76.2	14.5

3.構造方程式モデル分析

まず最初に、セルフ・エフィカシー尺度とHADS（Table 3-3-3）の下位尺度間の関係について相関分析を行った結果、セルフ・エフィカシー尺度の3つの下位尺度間に有意な相関があることが明らかになった。よって、これらの変数の背後に「セルフ・エフィカシー」という潜在変数を置くこととした。また、HADSの抑うつと不安の間に高い相関（r=。57）があったことから、それらの背後に心理的適応の指標として「情緒的苦痛」の潜在変数をおいた。最後に、「セルフ・エフィカシー」から「情緒的苦痛」へのパスを引くことでモデルを構築した（Figure 3-3-1）。このモデルの適合度は非常に高かった (Chi-square (4) = 3.87, p = .43; GFI = .98; CFI = 1.00; RMSEA= .00）。このモデルにおいて、「セルフ・エフィカシー」は「情緒的苦痛」の分散うち64.5%を説明した。セルフ・エフィカシー尺度の3下位尺度のうち、「情動統制の効力感」が「セルフ・エフィカシー」因子に対して最も高い因子負荷を示した。このFigure 3-3-1のモデルを基礎となるモデルとした。

Table 3-3-3. Correlation between SEAC and HADS.

	SCE	ADE	ARE	Depression	Anxiety
SCE	-				
ADE	.33 **	-			
ARE	.48 **	.56 **	-		
Depression	-.31 **	-.54 **	-.49 **	-	
Anxiety	-.24 *	-.44 **	-.42 **	.57 **	-

* p<.05; ** p<.01

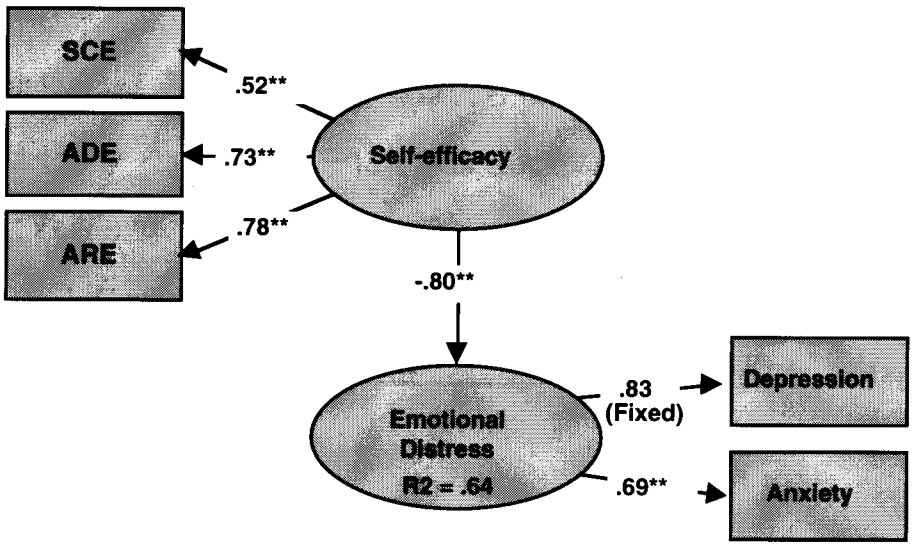

Figure 3-3-1. Path diagram of the base model

次に、セルフ・エフィカシーと情緒的苦痛についての関係に対して、患者の背景となる要因や身体的な要因の影響を評価するために、先のモデルにいくつかの変数が加えられた。相関分析を行い、セルフ・エフィカシーの3下位尺度のいずれかと有意な相関がみられた変数は、以下の通りである；性別、KPS、予後、食事摂取、液体摂取、強オピオイド、抗精神薬、ベンゾジアゼピン系薬であった（Table 3-3-4）。KPS、予後、食事摂取、液体摂取相互間の相関が有意であり、末期患者に関するいくつかの研究が、PSと経口摂取あるいは食欲不振が生存期間を有意に予測したと報告している（Pirovano, Maltoni, Nanni, Marinari, Indelli, Zanineetta, Petrella, Barni, Zecca, Scarpi, Labianca, Amadori, & Luporini, 1999; Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 1999）ことから、KPS、予後、食事摂取、液体摂取の背景に「身体的状況」という潜在変数を想定した。この「身体的状況」変数、強オピオイド、抗精神薬、ベンゾジアゼピン、性別から「セルフ・エフィカシー」と「情緒的苦痛」へのパスを引いたモデルを作成した。このモデルのカイ2乗検定は棄却され、GFIもまた.90より低かった（Chi-square (50) = 70.26, p = .01; GFI = .87; CFI = .92; RMSEA = .07）。さ

らに性別、強オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗精神薬から「セルフ・エフィカシー」と「情緒的苦痛」へのパス係数の値はどちらも統計的に有意ではなかったため、これらの変数はセルフ・エフィカシーにそれほど大きな影響を及ぼしていないと考えた。そこで、これら3つの変数は分析から除外することにした。

Table 3-3-4. Correlation between demographic variables, and SEAC

	SCE	ADE	ARE
Age	-.03	.20	.18
Gender#	-.26 *	-.08	-.23 *
Prognosis	.20	.22 *	.11
Meal-intake	.24 *	.31 **	.14
Liquid-intake	.16	.26 *	.08
KPS	.16	.51 **	.15
Non-opioid	.14	.09	-.03
Weak-opioid	.13	.08	.11
Strong-opioid	-.10	-.27 *	-.13
Steroid	-.07	-.11	-.10
Antipsychotics	-.18	-.19	-.22 *
Benzodiazepines	-.01	-.06	-.25 *

* p<.05; ** p<.01　　# Gender was coded: male=1, female=0.

最終モデルは、Figure 3-3-2に示されているように9つの観測変数と3つの潜在変数からなる。このモデルの適合度は全てすぐれており、Chi-square (24) = 28.67, p = .23; GFI = .93; CFI= .98; RMSA = .05であった。このモデルにおいて、「セルフ・エフィカシー」の分散の7.8%、「情緒的苦痛」の分散の70.6%が説明された。このモデルでは「身体的状況」は「情緒的苦痛」に影響を及ぼしていなかったため、「身体的状況」から「情緒的苦痛」へのパスを引いたモデルを検討した。分析の結果、適合度はほぼ同じであることが分かった (Chi-square (23) = 28.12, p = .21; GFI= .93; CFI = .98; RMSEA = .05)。しかしながら、パス係数の値は非常に小さかった (beta = -0.09; t (1) = -0.79, p = n.s.)。また、セルフ・エフィカシー尺度の下位尺度を取り除いたすべての変数について分析を行った結果、そのパス係数は有意な値であったが、適合度は低かった (Chi-square (8) = 13.34, p = .10; GFI = .95; CFI = .96; RMSEA =

.09)。これらの結果から、最終モデルについて考察することとした。

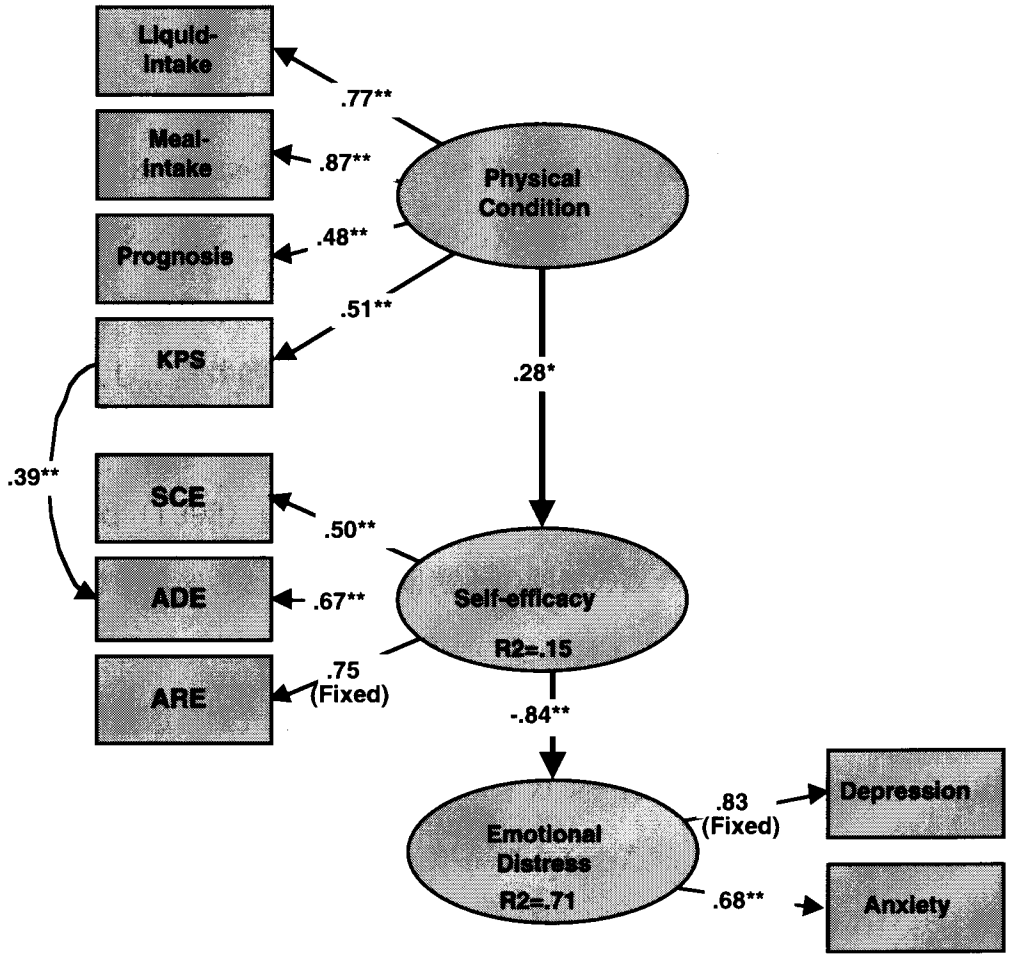

Figure 3-3-2. Path diagram of the final model

Ⅳ. 考察

本節の研究の結果は、セルフ・エフィカシーと心理的適応との強い関係を明らかにした。この事実は他の慢性疾患対象でのセルフ・エフィカシーに関する研究の結果（Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards, & Peeters-Asdourian, 1995）やセルフ・エフィカシーに関する理論（Bandura, 1977）に符合する。また、結果から、症状への対処、ADL、感情統制についての末期がん患者のセルフ・エフィカシーが、心理的適応と身体的状況との関係における媒介要因として働くことが明らかとなった。がん

患者に関する先行研究では、身体的状況あるいはPSが心理的適応と有意に相関することが指摘されている（Ovesen, Hannibal, & Mortensen, 1993; Schwartz, Kaplan, Anderson, Holbrook, & Genderson, 1999; Bodurka-Bevers, Basen-Engquist, Carmack, Fitzgerald, Wolf, de Moor, & Gershenson, 2000）。本研究では、セルフ・エフィカシーを考慮しなかった場合に、身体的状況は心理的適応に有意な影響を及ぼしていた。しかしながら、それらの間に媒介要因としてセルフ・エフィカシー変数を導入し、身体的状況から情緒的苦痛への直接効果を持たないモデルが最も良くデータに適合した。

Pellino & Ward（1998）は、知覚されたコントロール感が、整形外科手術を受けた患者の痛みに対する辛さと患者の満足度との関係の媒介していたことを示した。Beckham et al.（1997）もまた、がん患者のセルフ・エフィカシーが患者の病気や治療状況と患者の適応を媒介するという概念モデルを提案している。それゆえに、末期がん患者の場合であっても、セルフ・エフィカシーは身体的状況と心理的適応を媒介するものであるといえる。おそらく、がんによりもたらされる重い症状に苦しんでいる患者の心理的適応は悪いものであろう。しかし、もし患者が自分の症状に関して少しでも楽観的な期待を持つことができたなら、楽観的な期待を持つことのできない患者よりも心理的適応が良いかもしれない。今回提示したモデルでは、病気による症状は重いが、セルフ・エフィカシーは高い患者は、身体的なつらさによって引き起こされる悪い適応状態を克服することができるかもしれない。これは、患者が、病気に対処しようとする動機づけや高いセルフ・エフィカシーを持っているかどうかによるものと考えられる。

困難な目標への動機づけは、個人の能力を過大評価することによって高められる（例えば positive illusion; Taylor & Brown, 1988）。末期がん患者は、癌性疼痛やさまざまな症状と共に生きており、自らの死に直面している。これらの困難に対処するために、自分の対処能力を過大評価する、あるいはそれらの困難をコントロール可

能なものと認識するかもしれない。Taylor（1983）は脅威となる出来事に適応する場合の3つの基礎的なテーマを挙げている。意味の探求、過去の経験への達成感であるマスタリー（mastery）の獲得、そして自己高揚（self-enhancement）である。セルフ・エフィカシーとの関係で考えるならば、セルフ・エフィカシーの高さは、ここで示される過去の出来事に対するマスタリーや自己高揚から得られるものであると考えられる。そのため、セルフ・エフィカシーを高めるために、これら2つの概念に基づく2つのアプローチが考えられる。

まず、患者は、がんの症状あるいは日常の活動への困難を少しでも克服するという体験を持つことで、マスタリーを得ることができる。これを達成するためには、彼ら自身の努力だけではなく他の人々からのサポートも必要とされる。例えば、看護スタッフは患者に、自分で動いてみたり趣味の活動を追い求めてみたりするよう励ますことができる。また、作業療法が患者のマスタリー獲得に役立つ可能性がある。明白なことではあるが、患者に対する積極的な症状コントロールは、患者が症状に対する克服感を獲得することを可能にすると考えられる。

次に、末期がん患者の場合の自己高揚は、病気に対する楽観的な態度あるいは「希望」を維持することに相当すると考えられる。Brockopp, Hayko, Davenport, & Winscott（1989）は、知覚されたコントロール感と、希望との間に有意な相関が見られたと報告した。このように、楽観主義あるいは希望が、高いセルフ・エフィカシーを持つことを可能とし、より良い心理的適応を維持するかもしれない。しかしながら、非現実的な楽観主義や達成することが困難な希望は、病的な適応を引き起こすか、患者の家族や医療スタッフへの大きな負担をかけることになると考えられる。このように、現実的な能力や状況と、患者の持つ希望との間に大きな相違が生じることは避けなければならない。もし、病気が進行し身体的にも衰弱した段階になったとしても、その相違が適切な範囲に保つことができれば、末期がん患者は良い適応を保つことの可能な心的状態をつくり出すことができる（Merrluzzi & Martinez Sanches, 1997）。

しかし、現実的な能力と希望とのがどれほどずれているところまでが許容されるのかという問題のに関しては、全く明らかではない。よってこの点については、今後研究の必要がある。

最後に本研究のいくつかの制約について述べる。まず、本研究は横断的デザインで対象者数が比較的少ない。構造方程式モデルは変数間の関係の方向を示すが、その厳密な因果関係を今回の結果から結論づけることができない。そのため、この領域の今後の研究についてのひとつの重要な示唆は、縦断的デザインを用い、より大きな対象者を対象とすることである。次に、今回の対象者は、緩和ケアを受けており、身体症状が比較的良くコントロールされていた。HADSの得点からも、対象患者は比較的良い心理的適応をしていた。これらのことが、セルフ・エフィカシー尺度の分散、特に症状への対処効力感の分散に影響を与えている可能性がある。というのは、情動統制の効力感はセルフ・エフィカシーの因子において重要なものと同定され、症状への対処効力感はセルフ・エフィカシーの因子に最も低く寄与していたからである。最後に、測定方法の問題である。本研究において、薬剤の影響を評価することを試みたが、薬剤の影響は確認されなかった。これは投薬量を数量的な変数として処理する代わりに、用いている、用いていないの２値的なコード化法を採用したためである可能性がある。２値的なコード化法を採用した理由は、処方される量には個人差が大きく、多種の薬剤が使用されていたためである。より良い測定方法を考案することが可能ならば、投薬量を変数とすることが、今後の研究では新たな指標となりうる可能性がある。

第４節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーに関する時系列的検討

Ⅰ．はじめに

前節では、末期がん患者の特有の身体的状況を考慮した「末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度」を作成し、末期がん患者のセルフ・エフィカシーが心理的適応の指標である抑うつ・不安に影響を与えることを示した。

一方で、第２章における単一事例についての実験的な研究において、病状が進行することによって、末期がん患者の心理的過程に変化が起こることを示した。また、末期がん患者の重症度の違いによって、心理的な過程に変化が生じることも報告されている。これらのことから、末期がん患者のセルフ・エフィカシーについても、病状の進行による身体的状況の変化が影響を与えることが予想される。

そこで、本研究では、病状の進行による身体的状況の変化がセルフ・エフィカシーにどのような影響を与えるのかを検討する。また、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応の指標である抑うつ・不安との関係が患者の身体的状況の変化にどのように変化するのかについて検討する。

Ⅱ．方法

1. 対象と調査手続き

大阪府下の総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケア、緩和ケアを受けている悪性腫瘍の診断のある患者のうち、主治医がせん妄・意識障害がなく意志疎通に問題ない、かつ調査直前の診察で、体調が20分から30分の面接調査に耐えうると判断した患者を対象とした。

調査は、２名の面接者が面接を行った。面接は、外来患者は週１回の診察時の待ち時間に外来診察室で行い、入院患者は週１回の特定曜日に患者の病室にて行った。対象となった患者に対して、面接に先立って、患者の主治医より口頭で研究の趣旨につ

いて説明がなされた。同意が得られたのち、改めて面接者により研究の趣旨、プライバシーの保護、中断・拒否の権利について記された用紙が渡され、説明がなされた。これに承諾し、同意書に署名が得られた患者に対して面接を行った。今回は対象となった全ての患者から同意が得られた。調査期間は、1999年10月から2000年6月までであった。

面接は2回行われ、1回目と2回目の間隔は最低2週間あけることとした。2回目の面接は、外来での診察期間である２週間にあわせて、1回目から2週間後に原則的に行うこととした。しかし、2週間後の受診の有無、体調によって、3週間後、あるいは4週間後への延期も行った。1回目の面接の対象者となったのは42名である。そのうち11名は、死亡および体調の悪化により2回目の面接が行えなかった。残った31名について統計解析を行った。

2.調査項目

調査項目として、まず、本章２節で作成した「末期がん患者用セルフ・エフィカシー尺度」を用いた。本尺度は本研究の先行研究において開発された尺度であり、「身体症状に対する効力感（Symptom Coping Efificacy; SCE）」・「日常生活動作に対する効力感（ADL Efificacy; ADE）」・「情動統制に対する効力感（Affect Reguration Efificacy; ARE）」の３因子により構成される尺度である。本尺度は各因子につき6項目があり、合計18項目の尺度である。次に、抑うつ・不安の測定のために、比較的簡便に抑うつ・不安が測定できるHAD（Hospital Anxiety and Depression Scale）（Zigmond & Snaith, 1983）の日本語版（Zigmond & Snaith, 1983　北村訳, 1993）を使用した。対象者の一般活動状態（Performance Status）の指標として、Karnofsky Perfomance Status尺度（KPS ; Yates et al., 1980）を用いた。この指標は患者の活動状態を評価するものであり、0点（死亡）、50点（かなりの介助や医学的ケアが必要である）から100点（健康）の11段階で評価するものである。今回はこの指標について患者の担当医師が評定した。その他に、対象者の症

状に対する主観的な評価についての項目を用いた。今回用いたのは、「痛みに関する質問」、「食欲に関する質問」、「睡眠状態に関する質問」、「吐き気・悪心に関する質問」、「倦怠感に関する質問」であった。「痛みに関する質問」は0点（全く痛みがない）から100点（耐えられないほど痛い）のVisual Analogue Scaleを用いた。残りの質問は、それぞれの障害の程度を等間隔に並べた4件法（例えば、食欲の場合、よく食べられる、まあまあ食べられる、あまり食べられない、全く食べられない）で回答する形式とした。程度の高さから順に４点から１点の得点を与えて得点化した。

統計解析では、各尺度のスコアについて、1回目の面接時と2回目の面接時の得点の差について繰り返し測度の分散分析を行い、さらに患者属性と症状評価の指標を統制した繰り返し測度の多変量分散分析（Repeated Measures MANOVA）を行った。これらの分析にはSPSS9.0J（SPSS Inc., 1999a）を用いた。また、セルフ・エフィカシー尺度とHADSの時系列の関係を評価するため、観測変数と潜在変数の相互間での複雑な因果関係について同時に分析することができる構造方程式モデル分析を行った。この分析にはEQS5.6（Bentler, 1995）を用いた。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象となった31名のうち、性別は男性15名、女性16名であった。年齢（平均±標準偏差）は、61.9±11.3歳（39歳～82歳）であった。外来患者は22名で、入院患者は9名であった。対象者の主な原発部位は、肺9名（29.0%）、胃5名（16.1%）、直腸4名（12.9%）、膵3名（9.6%）、結腸２名（6.5%）、その他8名（25.8%）であった。

2. スコアの分布と時間経過による変化

各尺度のスコアについて、1回目の面接時と2回目の面接時の得点の分布を求めた。それらの差について繰り返し測度の分散分析を用いて検定を行った。その結果、睡眠状態の評価以外のすべての変数について１回目の面接と2回目の面接のスコアの間に

は有意な差は認められなかった（Table 3-4-1）。

Table 3-4-1. Scores and test results on Time1 and Time2

Variables	Time1		Time2		ANOVA
	Average	S.D.	Average	S.D.	F
SCE	70.8	13.6	69.2	12.3	.62
ADE	72.6	16.0	72.7	14.9	.00
ARE	72.2	16.8	72.2	14.3	.00
Depression	5.7	4.2	5.5	4.6	.21
Anxiety	3.8	3.2	3.1	3.1	2.51
KPS	63.9	10.5	61.6	12.3	1.34
Pain	3.1	2.3	3.3	2.7	.11
Appetite	2.1	.8	1.9	.7	.72
Sleep	2.0	.7	1.7	.8	6.33 *
Vomiting	1.4	.9	1.4	.7	.28
Fatigue	1.9	.9	1.9	1.0	.05

* $p<.05$

さらに、患者属性や身体的状況の指標の変数が、セルフ・エフィカシー尺度の3下位尺度、HADSの抑うつ・不安に時間経過による変化に影響を与えているかを検討した。対象者の属性と1回目の面接時の身体的状況の各指標を今回のベースラインとして検討した。そこで、性別を被験者間因子、年齢、1回目の面接時のKPS、痛みの程度、食欲の程度、睡眠状態、吐き気の程度、倦怠感の程度を共変量として統制し、繰り返し測度の多変量分散分析を行った。その結果、KPSを統制した場合のみ、「日常生活動作に対する効力感」、HADSの抑うつ・不安で、時間経過の有意な主効果と時間経過とKPSの交互作用が認められた（Table 3-4-2）。他の変数を統制した場合は、時間経過の有意な主効果は認められなかった。

Table 3-4-2. The repeated measures MANOVA results with controlled variables

Controlled variable	SCE		ADE		ARE		Depression		Anxiety	
	M-F	I-F	M-F	I-F	M-F	I-F	M-F	I-F	M-F	I-F
Age	.19	.33	2.41	2.47	.32	.33	1.95	1.78	.87	.44
Gender	.60	.01	.00	.71	.00	1.52	.20	.10	2.43	1.62
KPS	1.78	2.19	5.54 *	5.66 *	.96	.98	5.45 *	5.22 *	5.46 *	4.39 *
Pain	.13	1.03	.22	.36	.00	.01	.01	.19	1.39	.11
Appetite	.00	.13	1.85	2.16	1.36	1.56	.04	.00	.08	.09
Sleep	.35	.83	.94	1.08	.09	.10	.00	.01	.28	.00
Vomiting	.35	.06	2.03	2.78	.15	.20	.01	.03	.31	.07
Fatigue	.10	.00	1.08	1.32	.27	.33	2.11	3.27	.49	2.24

M-F: F value of main effect; I-F: F value of interaction effect; * $p<.05$

次に時間経過の有意な影響が見られた、「日常生活動作に対する効力感」、HADSの抑うつ・不安のスコアの変化について、KPSのスコア別にグラフを作成した（Figure 3-4-1, 3-4-2, 3-4-3）。なお、KPSが40点と90点の該当者が一人であったため、KPS50点以下のグループ（n = 6）とKPS80点以上のグループ（n = 3）にこれを含めて検討した。これらによると、「日常生活動作に対する効力感」では、KPS50点以下とKPS60点のグループで時間経過に伴いスコアが増加していたのに対し、KPS70点とKPS80点以上のグループでスコアが減少していた。またKPS60・70点のグループは、KPS50点以下とKPS80点以上のグループに比べて常にスコアが高かった。

HADSの抑うつ・不安スコアでは、KPS60・70点のグループがほとんど変化していなかったのに対して、KPS50点以下のグループは時間経過に伴いスコアが減少し、KPS80点以上のグループでスコアが増加していた。

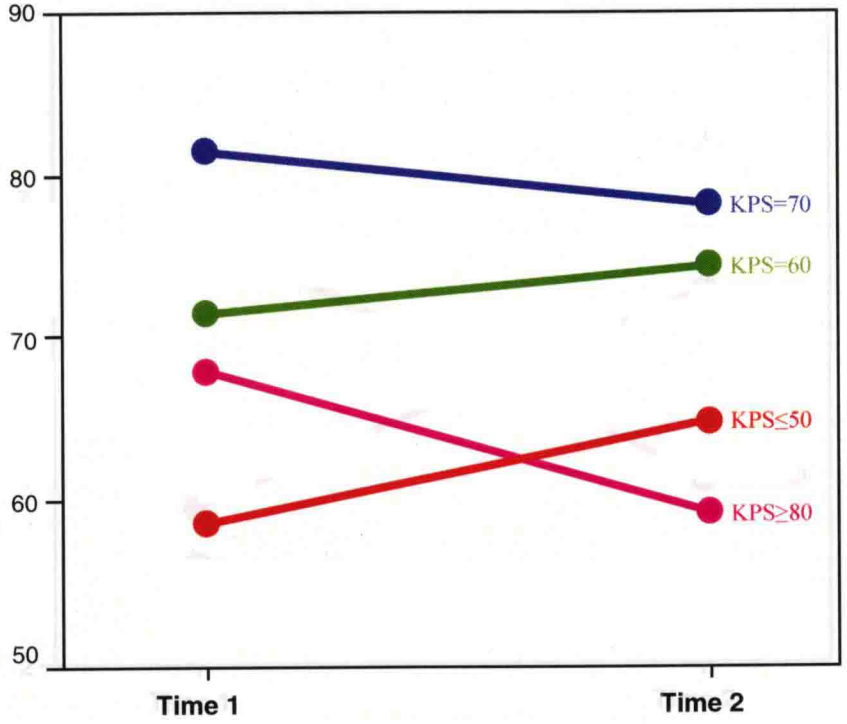

Figure 3-4-1. ADE score changes within each KPS score

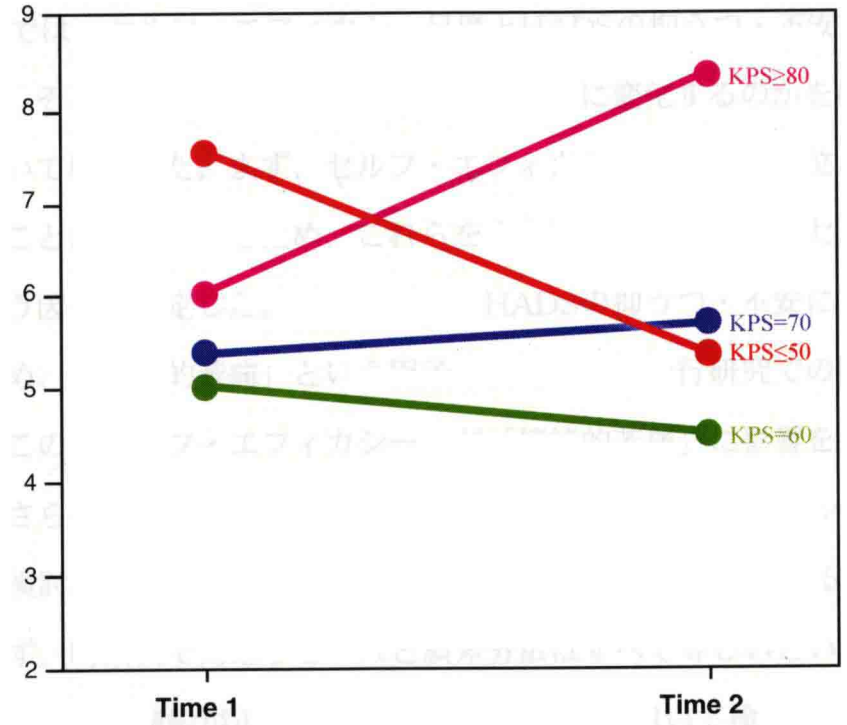

Figure 3-4-2. HADS Depression score changes within each KPS score

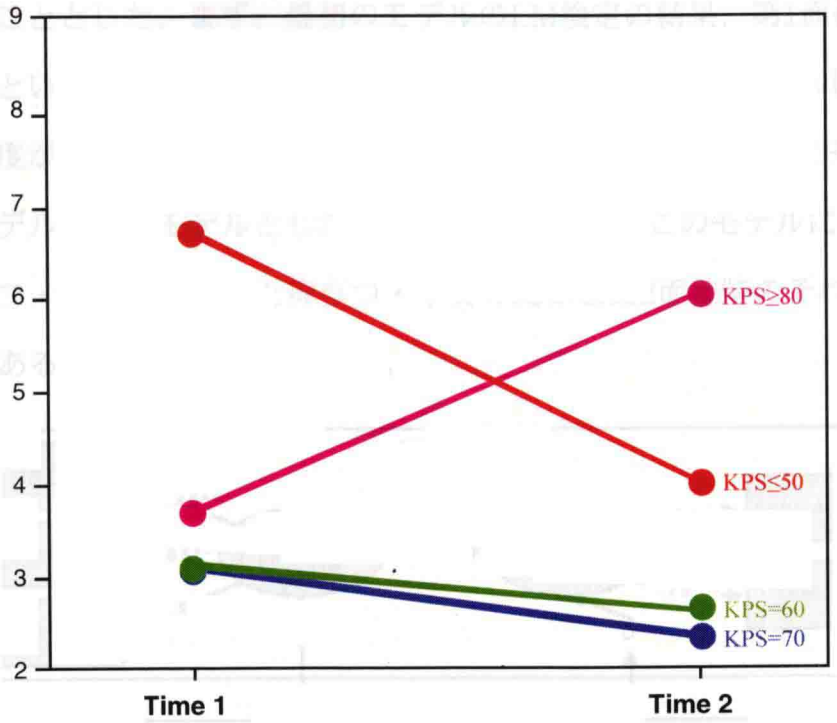

Figure 3-4-3. HADS Anxiety score changes within each KPS score

3.セルフ・エフィカシーと抑うつ・不安との関係の構造分析

先行研究では、セルフ・エフィカシー尺度とHADSの抑うつ・不安との関係について検討した。そこで、この関係が時系列でどのように変化するのかを構造方程式モデル分析を用いて検討した。まず、セルフ・エフィカシー尺度の３下位尺度間には高い相関があることが想定されるため、これらをまとめる因子として「セルフ・エフィカシー」という因子を設定した。次に、同様にHADSの抑うつ・不安にも高い相関が認められたため、「情緒的苦痛」という因子を設定した。先行研究での因果関係の方向に従って、この「セルフ・エフィカシー」が「情緒的苦痛」に影響を与えるモデルを設定した。さらに、これを時系列で並べモデルを構築し、このモデルのデータへの当てはまりを検討し、さらに第1面接時と第2面接時で構造に違いがあるという仮説を検討した。まず、時系列で対応するパスと誤差分散はすべて等しいという制約をおいた。そして、それぞれの制約が正しいかどうかをLM検定を用いて検定し、もし、仮説が棄却されればその部分のパス係数は異なるということなる。この手続きにより最終モ

デルを得ることとした。まず、最初のモデルのLM検定の結果、第1面接と第2面接時点で等しいという制約で棄却されたものはなかった。またこのモデルについて、十分に高い適合度が得られた（Chi-square[37]=51.3, p=.06; GFI=.79; CFI=.94）。よって、このモデルを最終モデルとした（Figure 3-4-4）。このモデルによると、第1面接時のセルフ・エフィカシーと抑うつ・不安の関係と第2面接時のそれとでは、統計的に違いがあることは示されなかった。

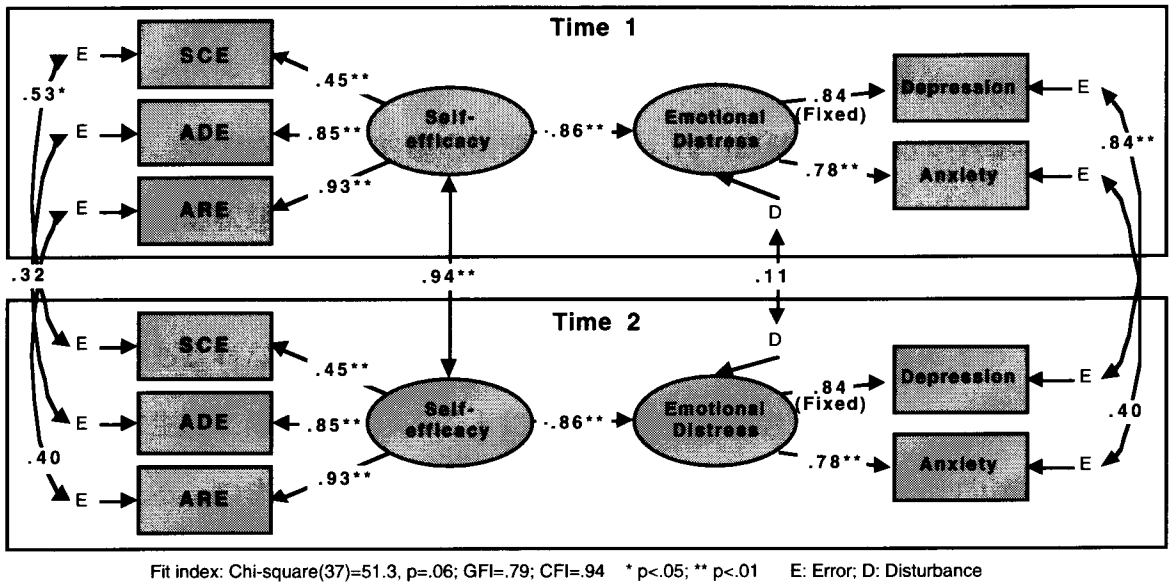

Figure 3-4-4. A structural equation model of Self-efficacy and emotional distress across Time 1 and Time2

Ⅳ. 考察

31名の末期がん患者に対する面接調査を2週間隔をおいて行い、セルフ・エフィカシー尺度、HADS等幾つかの尺度を用いて病状の進行等による変化の評価を試みた。その結果、セルフ・エフィカシー尺度の３下位尺度、HADSの抑うつ・不安、KPS、痛み、食欲、睡眠状態、吐き気、倦怠感に関する主観的評価の質問について1回目の面接時と2回目の面接時では有意な差は認められなかった。これは、2回目の面接が可能であった31名の一般活動状態に大きな変化が見られなかったことが最大の理由であると考えられる。しかし、第１回面接時のPSを統制した分析では、日常生活動作に

対する効力感と抑うつ・不安が有意に変化することが明らかとなった。そこで、PSの得点別にグラフで各スコアの変化を検討したところ、日常生活動作に対する効力感では、ＰＳが低い、「かなりの介助や医学的ケアが必要な」対象者は時間経過によって効力感が高まる傾向があり、PSの高い、「普通の活動のできる」対象者は効力感が低くなる傾向があった。一方、抑うつと不安では、KPSが50点以下の「かなりの介助や医学的ケアが必要な」対象者では、時間経過により抑うつ・不安が減少する一方で、１回目の面接時に「普通の活動のできる」対象者では、２回目では抑うつ・不安とも高まっていた。つまり、「かなりの介助や医学的ケアが必要な」対象者では時間経過に伴い、効力感、心理的適応状態が改善し、PSが健常人に近い対象者では効力感、心理的適応状態ともに悪化する傾向にあった。

この結果の背景として、身体的状況の悪い対象者は症状コントロールが有効となってきたのかもしれない。一方で、状態が非常に良好である対象者にとっては今後の先行きや日常生活に障害が生じることに対して不安や懸念が生じてきたためではないかと推察される。つまり、末期がん患者には、PSの程度に応じた心理的適応における課題があるのではないかと考えられる。どのような課題があるかについては今後の調査の課題である。末期がん患者のPSは、末期がん患者の予後を決める上で最も重要な要因の一つであると言われている（Morita et al., 1999; Pirovano et al., 1999; 恒藤・平井・池永・茅根・川辺・柏木, 2000）。その意味でも、これらの結果は、末期がん患者にとって、患者のPSに応じて心理学的問題について考えていく必要性を示すものであるといえる。

次に、セルフ・エフィカシー尺度の下位尺度とHADSの抑うつ・不安との相互関係の時間経過による変化を構造方程式モデル分析により検討した。その結果、両者の間には統計的に有意な違いは認められなかった。セルフ・エフィカシーは抑うつの高さに影響を与えるといわれているが（Bandura, 1977）、今回の結果では、身体的状況の変化に関わらず、その関係が再現されることとなった。つまり、末期がん患者の身

体的状況に関わらず、セルフ・エフィカシーの高い患者は、良好な心理的適応状態を持つことが可能であることを示している。ところで、セルフ・エフィカシーは、心理学的介入の媒介対象として注目されている概念である（坂野, 1995）。また、がん患者のセルフ・エフィカシーに対して、心理学的な介入が有効であるという報告がある（Zigmond & Snaith, 1983　北村訳, 1993）。これらのことを総合すると、今回の結果は、末期がん患者がどのような身体的な状況にあっても、患者のセルフ・エフィカシーに働きかけることによって良好な心理的適応状態に導く可能性を示唆するものであると思われる。

今回の結果を総合すると、末期がん患者において、セルフ・エフィカシーは、心理的適応状態と密接に関連した指標であることが明らかとなった。さらに、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応状態は、患者の全身状態の程度によってその変化に違いが見られることが明らかとなった。これらの結果は、末期がん患者の病状病状進行の過程で、まだ心理的介入の余地が残されていることを示すものであると考えられる。一方でそのような介入を考える際には、患者の全身状態の把握が必要であり、その程度に応じた対応を考えていかなければならないことが示唆された。

第5節　末期がん患者のセルフ・エフィカシーと生存期間の関係

Ⅰ．はじめに

サイコオンコロジーの分野では、心理的変数と生存期間に関する研究がいくつか行われている。例えば、Pettingale, Morris, Greer, & haybittle（1985）は、がん患者の対処様式をあらかじめ測定し、それらを比較したところ、闘争心（fighting-spirit）の高い患者はもっとも長い生存期間であり、絶望感（helplessness-hopelessness）の高い患者はもっとも短い生存期間であったと報告している。しかしながら、その後の調査では、闘争心については生存期間と有意な関連性が見られず、絶望感の程度と抑うつの程度のみが生存期間に影響を与えていた（Watson, Haviland, Greer, Davidson, & Bliss, 1999）。また、Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil（1989）は、乳がん患者に対して集団精神療法による介入を行った群とコントロール群を比較して、集団精神療法を受けた群の方が統計学的に有意に高い5年生存率を持ったことを示している。しかしながら、Edelman, Lemon, & Kidman（1999）は、転移のある乳がん患者に対して認知行動療法的介入を行い、5年後の生存率を比較した結果、介入による有意な効果は認められなかったとしている。このようにがん患者の生存期間と心理学的な変数の間には一致した結果は見られていない。

一方で、末期がん患者の生存期間の予測に関する研究では、主に身体の生理的、機能的変数のみが扱われている（Pirovano et al., 1999; Morita et al., 1999; 恒藤他, 2000）。いくつかの研究で共通するのは、患者の一般活動状態（Performance Status）がもっとも大きな生存期間の予測因子になるということである。しかしながらこれらの研究では、心理学的な変数は扱われていない。

これらのことから、生存期間と心理学的変数の関係について検討する場合、いくつかの注意すべき点が考えられる。まず一つは、この両者の関係にのみ因果関係を設定することは、事象を非常に単純化することになる。よって多の変数との関係について考慮しなければならない。次に、末期がん患者の生存期間の研究で扱われているよう

に、医学的、身体的な要因に非常に大きい影響を受けると考えられ、これらの要因を含めて検討することは必須であるといえる。また、本論の第2章では、全身の衰弱が情動や認知的過程に影響を与え、病状の重症度によって情動や認知的過程の障害の程度に影響が見られるということが明らかになっている。生存期間をもっとも重要な身体的状況を表す指標であると考えると、生存期間と情動・認知といった心理学的変数との間に重要な関係があることが予測される。

本章では、末期がん患者の心理的適応に影響を与える要因の一つとしてセルフ・エフィカシーを取り上げてきた。このセルフ・エフィカシーは身体運動と情動との媒介要因であることが明らかとなっている（Ewart, 1995）。そこで本節では、末期がん患者の生存期間と心理的適応の関係を身体と心の問題であると考え、末期がん患者の心理的適応に対する身体的要因、心理的要因の関係について探索する。つまり、生存期間と心理的適応に関係を媒介する心理学的変数としてセルフ・エフィカシーの果たす役割について実証的に検討する。

Ⅱ. 方法

1. 対象と手続き

大阪府下の総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケア、緩和ケアを受けている悪性腫瘍の診断のある患者のうち、主治医がせん妄・意識障害がなく意志疎通に問題ない、かつ調査直前の診察で、体調が20分から30分の面接調査に耐えうると判断した患者を67名を対象とした。

調査は2名の面接者が面接を行った。面接は、外来患者は週1回の診察時の待ち時間に外来診察室で行い、入院患者は週1回の特定曜日に患者の病室にて行った。対象となった患者に対して、面接に先立って、患者の主治医より口頭で研究の趣旨について説明がなされた。同意が得られたのち、改めて面接者により研究の趣旨、プライバシーの保護、中断・拒否の権利について記された用紙が渡され、説明がなされた。これに承諾し、同意書に署名が得られた患者に対して面接を行った。今回は対象となっ

た全ての患者から同意が得られた。調査期間は、1999年2月から2000年6月までであった。面接終了後、各対象者について追跡調査が行われた。

2.調査項目

調査項目として、本章第2節で作成した「末期がん患者用セルフ・エフィカシー尺度」を用いた。本尺度は「身体症状に対する効力感（Symptom Coping Efficacy; SCE）」・「日常生活動作に対する効力感（ADL Efficacy; ADE）」・「情動統制に対する効力感（Affect Regulation Efficacy; ARE）」の3因子により構成される尺度である。本尺度は各因子につき6項目があり、合計18項目の尺度である。次に、抑うつ・不安の測定のために、比較的簡便に抑うつ・不安が測定できるHAD（Hospital Anxiety and Depression Scale；Zigmond & Snaith, 1983）の日本語版（Zigmond & Snaith, 1983　北村訳, 1993）を使用した。対象者の一般活動状態（Performance Status）の指標として、Karnofsky Performance Status尺度（KPS；Yates et al., 1980）を用いた。この指標は患者の全身状態を評価するものであり、0点（死亡）、50点（かなりの介助や医学的ケアが必要である）から100点（健康）の11段階で評価するものである。今回はこの指標について患者の担当医師が評定した。

3.統計解析

各尺度についての基本的統計量の算出と、セルフ・エフィカシーと生存期間の関係を調べるためにKaplan-Meyer法による生存分析を、SPSS9.0J（SPSS Inc., 1999a）を用いて行った。。また、生存期間、セルフ・エフィカシー、HADS、KPSの相互間での複雑な因果関係についてEQS5.6（Bentler, 1995）を使用した構造方程式モデル分析により検討した。

Ⅲ. 結果

1.対象者の背景

対象となった67名のうち、性別は男性31名、女性36名であった。また、このうち

外来患者が40名、入院患者は27名であった。患者の年齢、推定予後、原発部位、KPSの得点分類をTable 3-5-1に示す。

Table 3-5-1. Demographic and disease-related variable

		N = 67
Gender	Male	31
	Female	36
Age (years)	Mean	58.6
	S.D.	10.0
	Range	39 - 82
Prognosis	Under 1 month	10 (14.9%)
	1 -3 month	23 (34.3%)
	3 - 6 month	27 (40.3%)
	6 month - 1 year	5 (7.5%)
	Over 1 year	2 (3.0%)
Primary site	Lung	13 (19.4%)
	Gastric	8 (11.9%)
	Breast	10 (14.9%)
	Rectum	10 (14.9%)
	Colon	6 (9.0%)
	Ovary	4 (6.0%)
	Other	16 (23.9%)
KPS	Over 70	15 (22.4%)
	70 - 50	40 (59.7%)
	Under 50	12 (17.9%)

2.生存期間へのセルフ・エフィカシーの影響

「末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度」の下位尺度間には高い相関が見られた。そこで、本節では、３下位尺度の合計得点を算出し、これをセルフ・エフィカシー得点とした。このセルフ・エフィカシー得点の平均値は73.8±11.9点で、45点から95点までの範囲に分布していた。そこで、この平均点を基準点として、平均値より高い得点を持つものを「高セルフ・エフィカシー群」、低い得点を持つものを「低セルフ・エフィカシー群」とすることとした。その結果、高セルフ・エフィカシー群33名、低セルフ・エフィカシー群34名となった。

Kaplan-Meyer法を用いた生存分析を行い、高セルフ・エフィカシー群、低セルフ・エフィカシー群それぞれの生存曲線を算出した（Figure 3-5-1）。高セルフ・エフィカシー群の中央生存期間は84日、低セルフ・エフィカシー群の中央生存期間は47日であった。Log-Rankテストの結果、２つの群間の生存期間に有意な差が認められた（Log-Rank = 4.42, $p < .01$）。これは、高セルフ・エフィカシー群の方が、低セルフ・エフィカシー群に比べて有意に長く生存していることを示している。

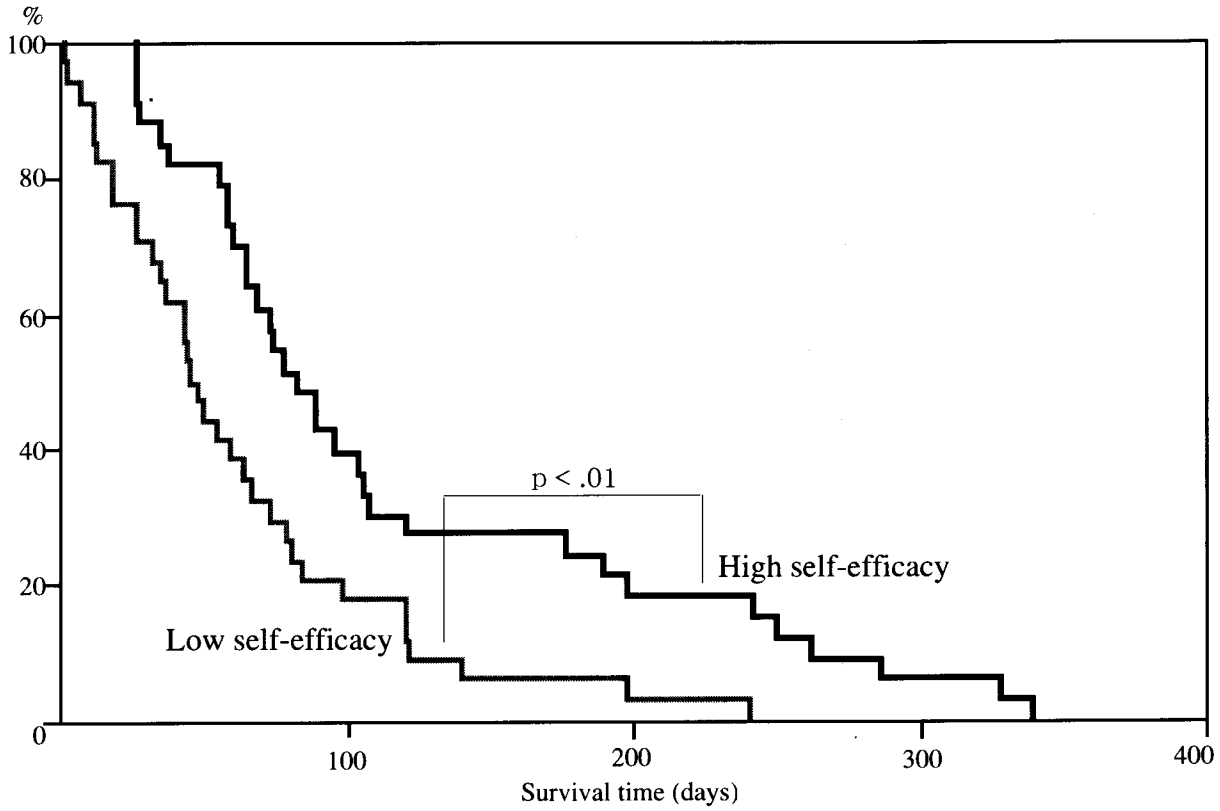

Figure 3-5-1. The survival curve of two self-efficacy groups

3.相関分析

生存期間、セルフ・エフィカシーとこれら以外の変数の影響について相関分析を行った。その結果、生存期間とKPS（$r = .43$, $p < .01$）、セルフ・エフィカシーとHADSの抑うつ（$r = -.57, p < .01$）と不安（$r = -.47, p < .01$）、KPS（$r = .28, p < .05$）との間に有意な相関が認められた（Table 3-5-2）。

Table 3-5-2. Correlation among survival, self-efficacy and other variables

	Survival	Self-efficacy	Depression	Anxiety	KPS
Survival	-				
Self-efficacy	.23	-			
Depression	-.17	-.57 **	-		
Anxiety	-.06	-.47 **	.56 **	-	
KPS	.43 **	.28 *	-.10	-.03	-

* p<.05; ** p<.01

4.構造方程式モデル分析

相関分析で検討した５つの変数について、構造方程式モデル分析（Stracutural equation modeling; SEM）を行い、変数間の相互関係についてモデルを作成し、包括的に検討した。最初のモデルは、相関分析の結果といくつかの仮説を元に作成した。まず、生存期間あるいはセルフ・エフィカシーのいずれかと有意な相関を持つ変数によってモデルは構成された。すなわち、モデルには、生存期間、セルフ・エフィカシー、HADSの抑うつ、HADSの不安、KPSが含まれた。次に、３つの仮説に従って、それぞれの変数間にパスが引かれた。最初の仮説は、一般活動状態が生存期間の有効な予測変数であるというものである。２番目は、本章第３節の結果からPSがセルフ・エフィカシーに影響を与えるというものである。３番目は、本章第２節の結果より、セルフ・エフィカシーは抑うつと不安に影響を与えるというものである。さらに、HADSの抑うつと不安との相関が高く（r=.57, p < .001）、抑うつと不安との間に何らかの関係があることを示唆するものであった。しかし、これについて検討することは本論の目的ではないので、その両者の間に誤差相関を設定した。これらの手続きにより、Figure 3-5-2に示すようなモデルを構築した。分析の結果、モデルの適合度と各適合度指標はいずれも高い値を示した（Chi-square (4) = 1.64, p = .80; GFI = .99; CFI = 1.00; RMSEA = .00）。このモデルにおいて、生存期間の分散の20.2%が説明された。

各パス係数の有意性について検討したところ、セルフ・エフィカシーから生存期間

のパス（beta = .13; t(1) = 1.09, p > .05）を除く、他の全てのパス係数が有意となった。この結果は、生存分析の結果とは対照的に、セルフ・エフィカシーと生存期間の間には有意な関係は見られないことを示している。

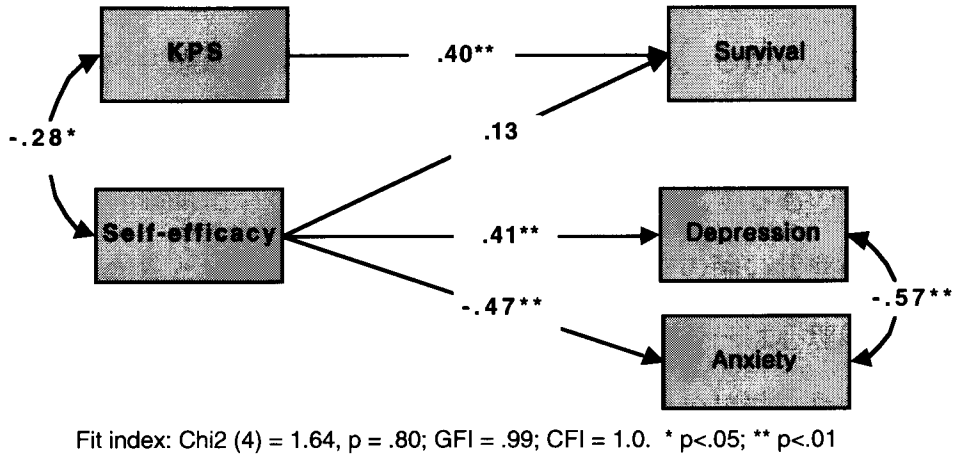

Figure 3-5-2. The path diagram of relationships among survival, self-efficacy and other variables

Ⅳ. 考察

Kaplan-Meyer法による生存分析は、末期がん患者の生存期間に対するセルフ・エフィカシーの有意な影響を明らかにした。この結果は、心理学的な変数が、短期間の生存期間に影響を与えるということを示すものである。しかしながら、構造方程式モデル分析の結果、他の変数との関係を考慮すると、生存期間とセルフ・エフィカシーの関係は有意でなくなることが明らかとなった。この理由として考えられることは、生存期間とセルフ・エフィカシーの関係が表面的なものであり、PSを考慮に入れると、PSがこれらの間の媒介変数として作用するからであるといえる。言い換えれば、生存期間にとって重要な予測変数はPSであるということである。この結果は、末期がん患者の予後予測に関する研究（Pirovano et al, 1999; Morita et al., 1999；恒藤他，2000）の結果と符合するものである。つまり、本節で当初意図した心理学的変数と生存期間の関係は明らかにできなかったということになる。

しかしながら、構造方程式モデル分析の結果をより詳しく見てみると、いくつか興

味深いことが明らかとなっている。まず最初にあげられることは、PSから抑うつ・不安のいずれにも有意なパスが引かれなかったことである。生存期間もまた抑うつ・不安と有意な関係を持たなかった。一方で、セルフ・エフィカシーは、PSだけでなく、抑うつ・不安とも有意な関係を持つ変数となった。これらの結果が示していることは、心理的適応状態と生存期間は独立した関係である。しかし、これをセルフ・エフィカシーとPSが媒介しているということである。このことが意味するもっとも重要なことは、生存期間にかかわらず心理的適応状態は変化するものであり、残りの時間が短くなったからといって必ずしも、うつ状態や不安の強い状態になるというわけではないということである。そして、セルフ・エフィカシーは心理的適応について影響を与える変数である。つまり、心理的適応の向上のためには、たとえ残された時間が少なくなったとしても、セルフ・エフィカシーをターゲットにした介入の余地が残されているということを示しているといえる。

本節の研究にはいくつかの制限がある。まずは、対象者数が少ないと言うことである。これからの研究でより対象者を増やし、心理学的変数と生存期間についてよりはっきりとした知見を提供していかなければならない。次に、今回の調査の対象者が20分から30分の面接に耐えることができる対象者から構成されていることである。これは、本調査の対象者が末期がん患者の中でも、比較的身体的、精神的ともに良好な状況にあったということである。しかしながら、今回の対象者の生存期間はきわめて短い日数から、長期のものにまで渡っており、さらに、PSと生存期間の有意な関係がこれまでの研究結果と一致することから、それほど深刻なバイアスを引き起こしていないと考えられる。いずれにしても、今後継続した調査が必要である。

第６節　末期がん患者のソーシャルサポート

Ⅰ．はじめに

末期がん患者が、多くの日常生活動作（ADL）の障害や、がん性疼痛や全身倦怠感といった症状に対処していくためには、患者の家族、医療従事者等の周囲の人からの支えが非常に重要である。このような患者の受ける周囲からの援助は、ソーシャルサポートと呼ばれている。

ソーシャルサポートとは、ある人を取り巻く重要な他者（家族、友人等）から得られるさまざまな形の援助のことである（久田, 1987)。主に、愛や共感といった情緒的サポート、実際の道具やサービスといった実体的サポート、自らの環境について情報をもたらす情報的サポート、そして自己評価に関連した情報をもたらす評価的サポートの４つの形があるとされている（Dunkel-Schetter, Folkman, & Lazarus, 1987）。がん患者のソーシャルサポートについての関心も高まっており、欧米では複数の研究がなされている（Wortman, 1984; Bloom, 1982; Bloom & Spiegel,1984; Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986; Dakof & Taylor, 1990; Koopman, Hermanson, Diamond, Angell, & Spiegel, 1998）。末期がん患者の場合、病気の症状や日常生活動作の障害により著しく社会的な交流の機会が減少し、患者の受けるソーシャルサポートが減少している（Bloom & Spiegel, 1984）。よって、末期がん患者が、配偶者、同胞、そして医療従事者といった周囲の人々から有益なサポートを受けていると実際に患者が感じているかどうかが、患者の心理的な状態に非常に大きな影響を与えていることが推測される。またソーシャルサポートは本章のテーマであるセルフ・エフィカシーに対して好ましい影響を与える要因としてあげられている（金・嶋田・坂野, 1998）。

そこで本節では、末期がん患者のソーシャルサポートと、心理的適応状態の指標である抑うつ、不安との関連について検討した。

Ⅱ. 方法

1.対象と調査手続き

１つの総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケアを受けているがん患者について、主治医が、(1)せん妄・意識障害が認められず、意志疎通に問題ない、(2)調査直前の診察で、20分から30分の面接調査に耐えうる体調である、と判断した患者を対象とした。

調査は、２名の面接者が構造化面接法を用いて行った。面接は、(1)外来患者は週１回の診察時の待ち時間に外来診察室で行い、(2)入院患者は週１回の特定曜日に患者の病室にて行った。対象となった患者は、まず面接に先立って、患者の主治医より口頭で研究の趣旨について説明された。次に、改めて面接者により研究の趣旨、プライバシーの保護、調査の中断・拒否の権利について記された説明・同意書が渡され、口頭にて説明がなされた。同意書に患者の署名を得た後、面接を行った。調査期間は、1999年10月から2000年5月であった。

2.調査項目

調査項目として、まず、抑うつ・不安の測定の尺度として、HADS（Hospital Anxiety and Depression Scale）（Zigmond & Snaith, 1983）の日本語版（Zigmond & Snaith, 1983　北村訳, 1993）を使用した。次に、ソーシャルサポートを測定する尺度として、Tangible Assistance Scale（以下TASとする；有形のサポート尺度）（Blake & McKay, 1986）と社会的支援尺度（岡林・杉澤・矢富・中谷・高梨・深谷・柴田, 1997）を用いた。TASは、援助を提供してくれると回答者が感じている人の人数を答えるものである。この尺度の使用は、患者が感じているソーシャルサポートの程度を量として測定することを意図している。一方、社会的支援尺度は、“悩み事や心配事を傾聴してくれる度合い”と“いたわりと思いやりの度合い”の2つの項目からなり、両者の合計点（10点満点）をその社会的支援得点とするものである。この尺度の使用は、患者が感じているソーシャルサポートの程度を質として

測定することを意図している。

3.統計解析

記述統計ならびに相関分析にはSPSS9.0J（SPSS Inc., 1999a）を用いた。パス解析には構造方程式モデル分析のソフトウェアパッケージであるEQS5.6（Bentler, 1995)を用いた。

Ⅲ.結果

1.対象患者の背景

調査対象者42名のうち、男性は26名、女性は16名であった。平均年齢は60.8±12.0歳であった。このうち、入院患者は16名で、外来患者は26名であった。主な原発部位は、肺13名（31.0%）、直腸７名（16.7%）、胃５名（11.9%）、膵と食道３名（7.1%）、乳房と結腸２名（4.8%）であった。面接時での予後は、日単位1名（2.4%）、週単位４名（9.5%）、１ヵ月以上～３ヵ月未満16名（38.1%）、３ヵ月以上～６ヵ月未満18名（42.9%）、６ヵ月以上～１年未満3名（7.1%）であった。

2.各尺度の得点

TASに回答された平均人数は、5.3±3.9人で、最小人数が2人、最大人数が20人であった。社会的支援尺度の平均点は9.5±1.1点であった（10点満点）。この結果、TASは、2点から20点の範囲で比較的分散した。一方で社会的支援尺度は平均点が満点の10点に近くなり、分散しなかった。よって、患者が感じているサポートの量にばらつきが見られるものの、患者の感じているサポートの質は高いものであるといえる。

一方、HADSの抑うつ得点の平均点は、5.9±4.0点で、最小が0点、最大が13点であった。HADSの不安得点の平均点は、4.3±3.3点で、最小が0点、最大が11点であった。抑うつと不安ありとする障害の診断点となる11点を超える対象者は、抑うつで5名（14.3%）、不安で1名（2.4%）であった。

3.相関分析とパス解析

次に、HADSの抑うつ・不安に対する、年齢・性別・TAS・社会的支援尺度の相関

関係について、相関分析を行った（Table 3-6-1）。その結果、HADSの抑うつと相関が見られたのは、TAS（r = −.31, p < .05）であった。HADSの不安と相関が見られたのは、年齢（r = −.43, p < .01）であった。これらの結果から、TASと抑うつが関係していることが明らかになった。

Table 3-6-1.　Correlation analysis between social support and psychological adjustment

	Age	Gender	TAS	Social support	Depression
Gender	.01				
TAS	-.30	.10			
Social support	.24	-.13	-.04		
Depression	-.22	-.22	-.31 *	-.13	
Anxiety	-.43 **	-.20	-.04	-.23	.63 **

* p < .05, ** p < .01

これらの相関関係について、詳細を明らかにするためにモデルを作成し、パス解析を行った。パス解析とは、想定される変数間の因果関係について、複数の変数の関係を考慮してその関係の大きさを求める分析方法である。作成したモデルでは、年齢、性別、TAS得点、社会的支援尺度得点をそれぞれ独立変数として設定し、HADSの抑うつ得点、不安得点を従属変数とした（Figure 3-6-1）。なお、HADSの抑うつ得点、不安得点の間には有意で高い相関関係が認められた（r = .63, p < .001）。よって、この両者の間には誤差相関を設定した。このモデルがデータに適合するかどうかを検討したところ、高い適合度を得た（Chi-square (6) = 7.65; GFI = .95; CFI = .95）。適合度とは、分析の対象となったモデルがデータにどれほどよく当てはまっているのかを示す指標である。よってFigure 3-6-1のモデルは今回のデータをよく説明できる、妥当性の高いモデルであるといえる。そこでこのモデルのパス係数について検討したところ、年齢から抑うつ（β = −.30, p < .05）と不安（β = −.44, p < .01）、TASから抑うつ（β = −.38, p < .01）がそれぞれ有意となった。他のパス係数は有意となら

なかった。この結果、高齢な患者ほど、抑うつ・不安ともに低い傾向があり、多くの人からサポートを受けられていると感じている患者ほど抑うつが低い傾向にあることが示された。しかし、年齢とソーシャルサポートには関連は認められなかった。

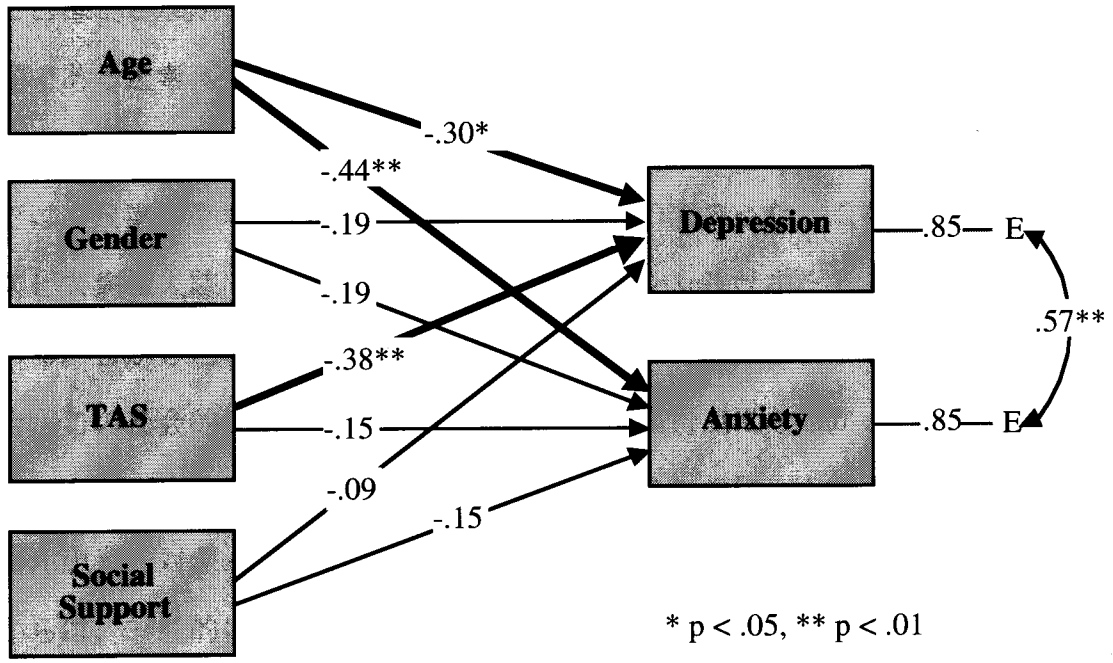

Figure 3-6-1. A path diagram of social support and psychological adjustment

Ⅳ. 考察

まず、年齢の違いが、抑うつ・不安に有意な影響を与えていた。これは、高齢であるほど、抑うつ・不安が低いというものである。つまり今回の結果では、年齢と抑うつ・不安との間になんらかの関係がある可能性が示唆される。これに対して、末期がん患者の心理的適応について、高齢者の方が適応的であるという報告（Payne, 1992）や、高齢者の方が不安を感じにくいという報告（Kai-hoi Sze, Wong, Lo, Woo, 2000）がある一方で、年齢によって抑うつの程度に違いはないという報告がある（Hammerlid, Ahlner-Elmqvist, Bjordal, Biorklund, Evensen, Boysen, Jannert, Kaasa, Sullivan, & Westin, 1999）。このように年齢と抑うつ・不安との間の関係について明確な結論は得られていない。これは年齢と抑うつ・不安の間には他のさまざ

まな要因が関与しているからであると考えられる。今回は、ソーシャルサポートと年齢の関係について検討したが、これらの間には有意な関係は認められなかった。よって今回の結果では、年齢と心理的適応との関係の背景にあるものについて明らかにすることはできなかった。この点については、他の要因の影響を含めて、今後の調査の課題であると考えられる。

次に、ソーシャルサポートと心理的適応との関連について考察する。社会的支援尺度では、尺度の平均点がほとんど満点に近いものであった。これは、今回対象としたホスピス病棟入院・外来患者が感じているソーシャルサポートの質が高いことを示している。しかしこの結果は、1施設の結果であり、複数の異なる施設を対象に含めた場合、この社会的支援尺度の得点がこのような高得点になるかどうかは分からない。また、今回用いた社会的支援尺度が死別高齢者を対象に作られたものであるため、末期がん患者を対象とすることが適切でなかった可能性が考えられる。よって今回の結果からは、一般的に末期がん患者のソーシャルサポートの質が高いと結論づけることはできないので、今後より広範な対象に対する調査や他の尺度を使用する、あるいは新しい尺度を開発することが必要である。

一方で、患者が感じていたソーシャルサポートの人数と、抑うつに関連が見られた。つまり、多くの人からサポートを受けられていると感じている患者ほど、抑うつの程度が低いということである。これは、ソーシャルサポートが多い方が適応的であるという過去の研究結果（Bloom, 1982; Koopman et al., 1998）に符合するものである。この結果は、末期がん患者のケアを考える上で重要な知見であると思われる。つまり、患者が多くの人に支えられていると感じることが、抑うつを軽減させる可能性がある。そのためには、いくつかのアプローチや方法が考えられる。

まずはじめに挙げられるのは、患者のケアへの家族の参加の必要性である（坂口・柏木・山本・山本・平井, 1997）。Dakof & Taylor (1990) の研究では、がん患者は家族から情緒的サポート、医療従事者から情報的サポートを受けることが有益である

と報告されている。このことから、家族の立場では、一人でも多くの家族が患者のケアに参加することが、患者の情緒的なソーシャルサポートを高めることになると思われる。そして医療従事者の立場では、医療従事者が患者に、病気の治療や看護等についての情報を詳細に伝えることが患者のソーシャルサポートに有益になると考えられる。

さらには、患者が参加できるサポートグループの提供も、患者のソーシャルサポートを高める方法の一つとして考慮すべきである。Spiegelらのサポートグループは、末期の乳がん患者を対象に患者の心理的苦痛の改善に顕著な効果を上げている（Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981）。しかし、Taylorらは、サポートグループは、どのような属性や背景を持つ人にとって有効なのかまだ十分に明確ではないと指摘している（Taylor et al., 1986）。したがって、集団精神療法やサポートグループについては、今後さまざまな角度から研究がなされなければならない。

第７節　末期がん患者のセルフ・エフィカシー研究のまとめ

Ⅰ．はじめに

本章の一連の研究では、末期がん患者のセルフ・エフィカシーに関して次のようなことが明らかとなった。

まず、第２節では、末期がん患者特有の状況を考慮したセルフ・エフィカシー尺度が作成された。本尺度は、「身体症状への対処効力感」、「日常生活動作に対する効力感」、「情動統制の効力感」の３下位尺度により構成され、ある程度の信頼性と妥当性を持った尺度となった。そして、この尺度とHADSの抑うつ・不安との間にいくつかの有意な関連性が認められた。また、３下位尺度それぞれ、抑うつ・不安に対する影響度が異なることも示された。

次に、第３節の研究では、末期がん患者の身体的な要因と、セルフ・エフィカシー、心理的適応との関連について検討した。その結果、末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度の３下位尺度を指標とするセルフ・エフィカシーは、一般活動状態（Performance Status）、水分摂取量、食事摂取量、推定予後を指標とする身体的状況と、抑うつ・不安を指標とする心理的適応を媒介する要因として働いていることが明らかとなった。従来から言われている身体的状況から心理的適応への直接効果は認められなかった。

第４節の研究では、セルフ・エフィカシー、心理的適応、身体的状況因子の時系列的な変化についての検討を行った。その結果、各変数それぞれについては時間経過による有意な変化は認められなかったが、末期がん患者の身体的状況を表す代表的指標である一般活動状態の程度の違いによって、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応状態の変化に違いが見られることが明らかとなった。

第５節の研究では、末期がん患者のセルフ・エフィカシーと生存期間の関係について検討した。生存分析の結果、高セルフ・エフィカシー群の方が低セルフ・エフィカシー群に比べて長い生存期間を持つことが明らかとなった。しかし構造方程式モデル

分析によりPSを考慮に入れた分析を行うと、セルフ・エフィカシーと生存期間との関係は有意とはならなかった。一方で、心理的適応の指標である抑うつ・不安に対しては、セルフ・エフィカシーのみが有意な影響を与え、生存期間、PSは有意な影響を与えなかった。よって、ここでもセルフ・エフィカシーは心理的適応とPS、生存期間という身体的な指標を媒介する要因であることが明らかとなった。

また、第6節の研究では、末期がん患者のソーシャルサポートと心理的適応との関係についてもその有意な関連性が明らかとなった。よって、患者のソーシャルサポートを充実させることが末期がん患者のQOL向上につながることが示唆された。しかしながら、今回は、ソーシャルサポート、セルフ・エフィカシー、心理的適応の相互間の関係については検討していない。また、ソーシャルサポートの測定に用いた測度についても改善の余地があると考えられるので、今後の研究で明らかにしていきたい。

ここまでの研究で、明らかとなったことは、セルフ・エフィカシーは、末期がん患者の心理的適応の重要な予測因子となることであり、身体的な要因と心理的適応を媒介する要因であるということである。また、セルフ・エフィカシーと一般活動状態の密接な関係が明らかになった。つまり、さまざまな身体的苦痛、日常生活動作における障害を持っている末期がん患者においては、PSをはじめとする身体的要因を考慮したセルフ・エフィカシーが心理的適応向上のターゲットとなり得るということである。

そこで、セルフ・エフィカシー向上につながると考えられるものがいくつかあげられる。まずは、第4節で示したような、患者の過去の経験に対する達成感であるマスタリー（mastery）の獲得と、患者の自己への肯定的な評価が行うことができるような自己高揚（self-enhancement）が獲得できるような介入である。そして、患者を積極的で能動的なコーピングスタイルに導くこと（保坂他，1994）により、患者の情緒状態に対するセルフ・エフィカシーを支えていくことが必要である。これらのことから、事項ではセルフ・エフィカシーを対象とした心理学的介入について考えてみ

たい。

Ⅱ. セルフ・エフィカシーを対象とした心理学的介入

末期がん患者への心理学的介入の取り組みについての研究はいくつか報告されている（Linn, Linn, & Harris, 1982; Spiegel et al., 1981; Spiegel et al., 1989; Edmonds, Lockwood, & Cunningham, 1999; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Edelman, Lemon et al., 1999）。また、末期ではないがん患者を対象とし、セルフ・エフィカシーに対象をあてた研究もある。Telch & Telch（1986）はコーピングスキルトレーニング群、サポートグループ群、介入なし群でセルフ・エフィカシーの得点を比較したところ、コーピングスキルトレーニング群がもっともその得点が高くなったとしている。また、Cunningham Lookwood, & Cunningham（1991）の研究では、セルフ・エフィカシー、気分、QOLの間に正の相関があり、７週間の短期間の介入でスコアに改善が見られたと報告してる。しかし末期がん患者に対する心理学的研究においてセルフ・エフィカシーを取り上げたものはない。

本章の研究の結果は、このような末期がん患者の心理学的介入にいくつかの示唆を与える知見である。まず、セルフ・エフィカシーが身体的状況と心理的適応の媒介要因であるということを示すものであった。よってセルフ・エフィカシーに対する介入は患者の心理的適応の向上、QOLの向上に役立つものであると考えられた。そのためには、マスタリー、高い自己高揚を獲得する、積極的で能動的なコーピングスタイルを導くなどが考えられる。そのための具体的な介入方法について考えてみる。

末期がん患者のセルフ・エフィカシーを高める作用があると思われるいくつかの心理学的介入の様式がある。それらは、心理教育的介入、認知行動療法的介入、サポートグループによる介入である。

心理教育的介入は、がん患者への心理学的介入研究において広く用いられている方法であり、ストレスや性格などの心理学的な情報の提供やがんに関する医学的な情報の提供を含むものである（Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey, &

Morton, 1993; Cunningham, Jenkins, Edmonds, & Lockwood, 1995; Hosaka, Tokuda, Sugiyama, 2000）。この介入方法を用いることによって、患者が自己や周囲の状況について正しい認識を持つことができるようにすることができると考えられる。過度の自己高揚を避けるためには、この種の介入は必ず必要であると思われる。

認知行動療法的介入も末期がん患者に対して既に応用されている（Edelman, Bell et al., 1999）。また、Telech & Telech（1986）が示しているようにコーピングスキルトレーニングがセルフ・エフィカシーを高めるのに有効であることから、末期がん患者にもこの手法を応用できる可能性がある。これらの介入方法の目的は、もし患者が過去の経験を正しく解釈することができなくなっている場合、患者の認知を修正し、過去の出来事に対するマスタリーを獲得することを可能とすることである。本章での研究と関連させるならば、病気の症状になんとか対処してきたことや、日常生活動作の障害を乗り越えてきたということを自ら認識することがそれらにたいするマスタリーを獲得し、これからの闘病生活におけるセルフ・エフィカシーを獲得できるようになると考えられる。

Spiegel et al.（1981）の有名な研究で用いられたサポートグループによる介入もまた、セルフ・エフィカシーを高めることを可能にするものであると思われる。このグループによる介入では、患者は自分と同じ境遇にあるが、自分よりもうまく対処しているグループの他のメンバーの行動をモデリングすることが可能である。このモデリングはセルフ・エフィカシーを高める非常に大きな要因となると考えられる。そして、このグループによる介入の中心となる目的は、患者が自らの死に向き合うことを可能とし、患者が抱いている感情の表現を促進するということである。これらのことは、末期がん患者によりよい心理的適応をもたらすには必要なことであると思われる。

しかしながら、個々の患者に適切な心理学的介入を提供するためには、それぞれについて適切に評価することが重要となってくる。Lev, Paul, & Owen（1999）は、がん患者のセルフ・エフィカシーを評価することは適切な介入のためには重要であり、

がん患者のセルフ・エフィカシーを測定する尺度は、評価と介入のために用いることができると述べている。末期がん患者のセルフ・エフィカシーの評価のためには、本章第２節で開発した「末期がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度」は、その状況特有な点を考慮し、かつ項目数も少なく簡潔であるので、非常に有用である。末期がん患者の身体症状への対処効力感、日常生活動作に対する効力感、情動統制の効力感を測定することは、日常の看護のケアだけでなく、患者の身体的、行動的問題を考慮した心理学的介入を計画するのに寄与すると思われる。

最後に、心理学的介入以外に、日常の看護介入の中でセルフ・エフィカシーを対象とする介入を考えるならば、患者が日常生活を積極的に営めるように支援していくすべての看護介入が、末期がん患者の心理的適応、QOLの向上に非常に有効であると考えられる。さらに、患者自身の力でセルフ・エフィカシーを高めていくための大前提としては、積極的な医療に関する情報の提供が、最も基本的なこととして必要であろう。

次章ではセルフ・エフィカシーから離れて、全体的な観点から末期がん患者に対する心理学的介入について考えてみたい。

第４章　末期がん患者に対する心理学的介入

第１節　がん患者に対する心理学的介入に関する文献的研究

Ⅰ．はじめに

がん患者の心理学的介入に関する研究はこれまで数多くなされている。特にこの20年の間、実際のがん患者に対するさまざまな心理学的介入研究が、事例研究、さらには無作為比較試験（Randamized Control Trial, RCT）を用いて行われている。その効果については、抑うつや不安などの指標についての心理尺度による評価から、生存期間への影響についてまでさまざまに検討されている。そこで、本章では、がん患者に対する心理学的介入研究について簡単に概観し、これまでの研究の動向を整理し、将来の研究の展望について考察する。

Ⅱ．がん患者に対する心理学的介入研究

ここでは、心理学的介入の効果を４つの領域の指標別に研究をまとめた。まず、第３章５節でもふれた生存期間に対する影響について提示する。次に、免疫・疼痛・身体機能に対するものを提示する。そして、心理的適応・精神症状・気分・QOLに対するものを提示する。さらに、コーピングに関するものを提示する。最後に、社会的問題や知識に関するものを提示する。なお、多くの研究では、いつくもの指標が扱われており、一部に重複や不足が生じている。

生存期間に対する影響

心理・社会的介入を行ってから患者が亡くなるまでの時間を介入効果の指標とした報告が複数ある。しかし、その有効性については研究により様々である。有効性を示唆するものとしては、以下のような報告がある。

Spiegel et al.（1989）は、転移のある乳がん患者86名を無作為に介入群（集団精神療法）と対照群（コントロール群）に分け、研究開始から死亡までの日数を比較し

たところ、平均生存期間が介入群36.6ヵ月、対照群18.9ヵ月となり、介入群の平均生存期間の方が対照群よりもほぼ2倍延長されていた。また、早期悪性黒色種患者を無作為に介入群とコントロール群に配置し、心理教育・コーピングスキル訓練・リラクセーション指導を組み込んだ介入を行った研究（Fawzy et al., 1993）では、5～6年後の死亡者数が介入群は有意に少なく、また、再発率も低かった。

一方、心理・社会的介入は必ずしも有効ではないという複数の報告がある。Linn et al. (1982) は、男性の末期がん患者120名に対してRCTを行い、介入群に対して患者が亡くなるまで人生の回想を主題とした個人介入を行った結果、介入群のQOLには改善がみられたものの、生存期間や身体機能に関しては介入群とコントロール群との間に違いはみられなかった。また、RCT形式で66名の転移のある乳がん患者に対し、認知行動的介入を行った結果、介入から5年後の生存率は介入群とコントロール群に有意な差はみられなかった。生存と相関があったのは転移やホルモン機能の状態、化学療法であったという報告もなされている（Cunningham, Edmonds, Jenkins, Pollack, Lockwood, & Warr, 1998）。同様に、転移のある乳がん患者に認知行動療法に基づく介入を行った報告があるが、そこでは介入を受けたことは介入から2～5年の生存に有意な影響を与えておらず、影響が認められたのは、内臓への転移やECOGスコア、化学療法などであった（Edelman, Lemon et al., 1999）。また、Gellert, Maxwell, & Spiegel (1993) は、乳がん患者136名をRCTにより、介入群には個別に心理的サポートを行ったが、10年後の生存率に有意差はなく、長期的な効果が見られないことが明らかになった。

上記の報告から、がん患者への心理・社会的介入が生存率を高めることに有効な場合が少なくないことが示唆されるが、その効果の大きさは研究によってまちまちであり、効果が十分であるとは言いがたい。

免疫・疼痛・身体機能

心理・社会的介入を行うことで、がん患者の免疫や身体機能にどのような効果が生じるのかを調べた研究が複数報告されている。

術後の悪性黒色種患者や早期悪性黒色種患者を対象として介入群とコントロール群に無作為に配置し、介入群に心理教育・コーピングスキル訓練・リラクセーション指導・心理的援助を組み合わせた週一回のグループ介入を６週間行い、介入の前後において、免疫反応に及ぼす影響に関する研究が行われている（Fawzy, Kameny, Fawzy, Elashoff, Morton, Cousin, & Fahey, 1990; Fawzy et al., 1993）。その結果、術後患者では６週間のセッション終了後の免疫機能は群による違いはみられなかったものの、6ヵ月後のフォローアップにおいて、NK細胞の活性化、NK細胞や大型リンパ球の数量の増加が認められた（Fawzy, Kemeny et al., 1990）。また、早期がん患者に関しては、NK細胞活性は、６ヵ月及び１年のフォローアップまでの期間において、両群ともにベースラインからほとんど変化しなかった（Fawzy et al., 1993）。また、ベースラインでのNK細胞活性値が高い人はセッション終了後、再発率が低いことが明らかとなったが、この効果は６ヵ月以降の再発率には影響を及ぼさず、効果が消失してしまっていた(Fawzy et al., 1993)。

一方、介入が免疫機能に影響を及ぼさないという結果も報告されている。de Vries, Schilder, Mulder, Vranchen, Remie, & Garssen（1997）は、実存的意味合いを多くとり入れた個人精神療法を週1回（12セッション）行い、１年後にフォローアップをとっている。その結果、セッション終了後及びフォローアップにNK細胞活性は変化しなかった。ただし、この研究は対照群はもうけていない。

ところで、患者の自覚する痛みについて述べている研究も存在する。Speigel & Bloom（1983）は、早期乳がん患者54名を、週1回、認知行動療法や自己催眠を行うグループ介入群（介入群）と、介入を行わないコントロール群に無作為配置し、一年後の「痛み」および「痛みの頻度」、「痛みの継続時間」について調べた。その結果、

介入群では「痛み」が軽減されていたものの、痛みの頻度や継続時間に関しては群間に有意な差はみられなかった。コントロール群においては痛みの持続時間とネガティブな感情（緊張、不安、抑うつ）との間に正の相関があった。一方、介入群では精神的状態の改善がみられ、この変化と「痛み」の間には負の相関があることが明らかになった。

身体機能を介入の効果指標としている研究も複数認められる。Cunninghamを中心として行われた一連の研究（1993; 1995）では、再発したがん患者を毎週1回（6セッション）のプログラム参加者（定期介入群）と週末2日のみのプログラム参加者（週末参加群）とに無作為配置し、認知行動療法的介入を行っている。その結果、定期介入群の身体性機能は介入の前後で改善し、19週間後のフォローアップにおいてもその効果が維持されていた一方、週末参加群はどの時点においても有意な改善は全くみられなかった。

また、化学療法を受けているがん患者312名を対象に、介入が化学療法に関連する身体症状や感情状態に及ぼす影響についても報告されている（Lyles, Burish, Krozely, & Oldham, 1982）。この研究では、患者は3群に無作為に配置されている。3群とは、リラクセーション指導群（リラクセーション群）、治療者からサポートや励ましを受ける群（心理サポート群）、何も特別な処置を施されない群（無介入群）である。この結果、リラクセーション群には化学療法を受けている間の不安や吐き気が解消され、化学療法直後の心拍数や血圧が減少していることから身体的覚醒の度合いが緩和していることが示された。さらに、帰宅後の吐き気も解消されていた。しかし、身体機能に対して効果がなかったとする研究もあり、回想法を主題とした個人介入では、介入前後で身体的機能には変化が認められなかったと報告されている（Linn et al., 1982）。

また、がん患者312名を4群に分け、それぞれの介入内容による効果をソーシャルサポートや個人の持つ資源という視点から大規模に検証したものがある（Helgeson,

Cohen, Shulz, & Yasko, 2000)。4群とは、情報提供を中心とする教育的介入（教育群）・情動に重きを置いて同病者と語り合う群（同輩群）・教育的介入と同病者との話し合いを組み合わせた群（コンビネーション群）・特別なことは施さない群（無介入群）である。

この結果、教育群ではサポート不足や個人資源が少ないなどの問題を多く持つ人の方が、問題をあまり抱えていない人よりも身体的機能が改善するという恩恵を受けていた。同輩で群は、サポートが不足していた人は身体的機能の改善がみられたが、サポートを元々多く有していた人にとっては逆効果であった。

心理的適応・気分・QOL

精神症状・心理的要因を用いて、介入を評価している報告が複数ある。例えば、Cunningham & Tocco (1989) によって行われた研究では、がん患者を対象に、心理教育を通したグループへの精神療法的介入を行い、６週間のセッション終了後、さらに３週間フォローアップの時点における全般的な心理症状を評価している。その結果、セッション終了後心理症状に改善がみられ、さらにフォローアップにおいてもその効果は維持することがわかった。Cunningham & Tocco (1989) では、介入群とサポートのみのコントロール群を設定し、比較を行っているが、気分に関しては介入群が有意に改善しているものの、心理症状については群による差は認められなかった。

また、Cunningham et al. (1991) では、セルフ・エフィカシーを導入し、グループ介入が及ぼす影響をセルフ・エフィカシーとQOL、気分によって評価している。その結果、介入により、セルフ・エフィカシーとQOL、気分との間に有意な改善が得られた。さらに、Greer, Moorey, Baruch, Watson, Robertson, Mason, Law, & Bliss（1992）では、予後１年以内と考えられるがん患者介入群とコントロール群に無作為配置し、介入群に対しては週一回8セッションの構造化された個人介入を行い、効果測定指標として共通してMental Adjustment to Cancer scale（MAC）を用いている。介入内容は、Moorey & Greer（1989）によって組み立てられたATP

（Adjuvant Psychological Therapy）であった。これはがん患者の有する大きな問題を特定し、問題解決のための認知的・行動的手段を教育し、「がんとの闘争心」を引き起こすための心理療法である。この結果、セッション終了後において、Greer et al.（1992）では闘争心や絶望感、不安、心配事、運命感の有意な改善が介入群に認められ、4ヵ月フォローアップにおいては心理症状、不安、抑うつに改善がみられていることがわかった。

また、類似したデザインでMoorey, Greer, Watson, Baruch, Robertson, Mason, Rowden, Tummore, Mattew, & Bliss（1994）やMoorey, Greer, Bliss, & Matthew（1998）が個別介入研究を行っている。Moorey et al.（1994）は、予後1年以内のがん患者に134名をAPTを受けた群（APT介入群）と介入を行わないコントロール群に無作為に配置し、介入群に対して週一回、6週間のセッションを行った。その結果、4ヵ月フォローアップにおいて、APT介入群には不安、心理症状、心理的苦痛の有意な改善が認められた。1年フォローアップの時点では、ベースラインと比較して、コントロール群における気分状態がほとんど変化していなかったにもかかわらず、APT介入群は心理的苦痛が有意に改善していた。さらに臨床的心理症状を呈する患者の数について調べたところ、不安と抑うつにおいて大きな変化がみられ、コントロール群における臨床例はAPT介入群よりも有意に多かった。Moorey et al.（1998）は外来患者を対象としており、APT介入群と心理的サポートのみのコントロール群との効果比較を行った。セッション終了後、闘争心や絶望感、不安、などに改善がみられ、4ヵ月フォローアップでは絶望感を除いて効果は維持していた。

心理・社会的介入による効果の指標として、最も多く用いられているのは気分状態についての指標である。他の効果変数と比べ、この変数は使用尺度が比較的統一されているのが特徴である。特に多くの研究で用いられているのはProfile of Mood Status(POMS；McNair, Lorr & Doppleman (eds)，1971)である。

心理・社会的介入の良好な効果が介入前後だけでなく、長期的フォローアップにお

いても認められる報告として、Fawzyらの研究（1990）が挙げられる。彼らは術後の早期悪性黒色種患者66名を対象とし、介入群には心理教育とコーピングスキル訓練、リラクセーション指導を行い、コントロール群と効果の比較を行った。その結果、セッション終了後、コントロール群に比べて介入群の活気は有意に高まっており、６ヵ月フォローアップの時点では、活気のみならず、抑うつ、疲労、混乱がコントロール群よりも有意に改善されていた。

介入構造の違いに注目した研究としては、Cunningham, Jenkins, Edmonds & Lockwood（1993）が挙げられる。彼らは、定期的介入を受ける群（定期介入群）と2日間の週末セッションのみを受ける群（週末参加群）のセッション終了後における効果について調べた。その結果、両群において気分状態の改善が認められた。さらに、Cunningham et al.（1995）では、19週後の長期的効果についても述べており、定期介入群はフォローアップの時点においてもこの効果が持続しているが、週末介入群はフォローアップ期には効果が消失してしまうことが明らかになった。つまり、長期的には定期的に介入をする方が効果の維持は良好であるということがわかった。

しかし一方で、介入は必ずしも気分状態に効果的ではないという報告もなされている。Edmonds et al.（1999）は転移のあるがん患者を対象に、Cunningham et al.（1993; 1995）と同じ内容の介入を35週間の長期にわたり行っているが、介入を受けないコントロール群に比べ、気分の有意な改善はみられなかった。また、Edelman, Bell et al.（1999）によると、転移のある乳がん患者94名を認知行動療法のグループセッションを受ける群（介入群）と介入しないコントロール群とに無作為に振り分け、6週間の介入および3ヵ月、6ヵ月フォローアップを行っている。その結果、セッション終了後には抑うつや全般的な感情状態の改善に群間差がみられたものの、3ヵ月・6ヵ月フォローアップ期には有意な群間差が得られず、介入による効果は長期間維持しないことがわかった。

わが国においては、Hosaka（1996）、Hosaka et al.（2000）の報告があり、と

もに乳がん患者を対象として、心理教育、コーピングスキル訓練、リラクセーション指導を行っている。Hosaka(1996)は個別介入とグループ介入の比較を行っているが、セッション終了後において、抑うつ、怒り、不安の有意な減少が認められたものの、両群に差はないという結果であった。また、Hosaka et al.（2000）では、グループ介入の結果、セッション終了後に抑うつ、活力の欠如、緊張、不安、混乱に有意な改善がみられた。ただし、この結果は対照群を設定しておらず、またフォローアップの効果も明らかではない。

273名のがん患者に対し、コーピングスキル訓練やリラクセーション、イメージ療法、ストレス統制、認知的再体制化、目標設定を組み合わせたグループ介入を行った結果、QOLが改善したという報告がある（Cunningham et al., 1991）。また、がん患者402名を対象とした大規模なグループ介入研究も実施されている（Cunningham, Lockwood & Edmonds, 1993)。介入群とコントロール群に無作為に配置し、介入群には実存的心理療法や認知行動療法に基づいたコーピング訓練を行った。その結果、介入群において気分の改善がみられ、QOLが高まった。さらに、再発のある人は初期の患者に比べ、あまりQOLが改善しなかったという事実も明らかになった。また、末期がん患者を無作為に介入群とコントロール群に配置し、回想を主題とした介入を週に数回行った結果、QOLの改善がみられたという報告もある(Linn et al., 1982)。

しかし、Edmonds et al.（1999）では、20週間という長期にわたる認知行動療法的介入を行ったにもかかわらず、介入群とコントロール群では、気分、QOLに有意な改善はみられなかったという報告もある。

対処行動（コーピング）

がん患者に対する心理・社会的介入の重要な概念の一つとして、コーピングが挙げられる。より適切なコーピングスタイルについて教育・トレーニングを行うことを主な介入内容としている報告は多数認められる。例えば、外来がん患者を無作為に介入群とコントロール群に配置し、介入群に対しては認知行動療法の個人介入を行った研

究では、介入群にはセッション終了後にコーピングの大きな変化がみられ、この変化は４ヵ月フォローアップの時点でも維持できていた。また、コーピングスキルに対するグループ介入においても、心理的サポートのみを受けるコントロール群と比較して、より効果的であったということが報告されている（Moorey et al., 1998）。

さらに、Heinrich & Schag（1985）はがん患者とその配偶者を対象として、介入群に対して週1回（6セッション）のストレスマネジメント教育および疾病に関する問題解決療法を行った。その結果、介入群はコントロール群よりも、セッション終了後および2ヵ月フォローアップにおいて、病気や症状に関する問題に対して、より適切な方法で対処することができるようになっていた。

また、使用するコーピングスタイルの具体的な変化について報告している研究もある。Fawzy et al.（1990, 1993）は術後、あるいは早期の悪性黒色種患者を対象として構造化された介入を行い、介入群とコントロール群との効果比較を行っている。介入内容は心理教育・コーピングスキル訓練・リラクセーション指導からなり、週1回（6セッション）行われる。

まず、術後早期悪性黒色種患者を対象とした報告（Fawzy et al., 1990)では、セッション終了後、介入群はコントロール群に比べ、積極－行動的なコーピング（例：病気についての情報を集める、健康によい食品をとる、など）が多く用いられていることが明らかになった。また、６ヵ月フォローアップでは、積極-行動的コーピングに加え、積極－認知的コーピング（例：何も解決策がないときにはありのままの状況を受け止める、神仏を信じようとする、など）を用いていることがわかった。また、Fawzy et al.（1993）より、積極的な行動型コーピングスコアが高いことは再発や死亡の割合の低さと相関があることがわかった。

我が国においても同様の研究が複数行われている。まず、Hosaka（1996）は、診断後まもない乳がん患者を個別介入群とグループ介入群に分け、Fawzyらと同様の介入（Fawzy et al., 1990 ; Fawzy et al., 1993）を行った。しかしながら、その結果と

してセッション終了後に両群ともに気分の改善はみられるものの、コーピングスタイルの変化は認められなかった。

また、Hosaka et al. (2000) は、認知行動療法によるグループ介入を行っており、セッション終了後に気分の改善とともに、認知－消極（例えば、時間が経てば事態も好転するのでひたすら待つようにする、など）、認知－あきらめ（例えば、最悪の場合を考える、など）、回避－孤立（例えば、以前よりタバコの量が増える、など）の各コーピング方法が有意に減少していた。また、積極－表現／情報収集（例えば、周囲の人と自分の病気について話す、など）や積極－信頼（例えば、友人や専門家に具体的なアドバイスを求める、など）の有意な減少も認められた。

問題・疾病に関する知識

これまでに挙げてきた要因以外に、がん患者が抱える問題や疾病に関する知識量などをについて介入前後の変化を測定している報告も見受けられる。まず、がん患者が自覚している問題に及ぼす効果に関する報告について述べる。Worden & Weisman（1984）は、診断後４ヵ月以内のがん患者381名のうち、心理的苦痛の高い117名を抽出し、介入を行うA群、B群、さらに心理的苦痛が低く、特別な介入を行わないC群に無作為に配置し、グループ介入前後の効果を比較した。A群、B群には週一回、４週間の介入を行った。A群とは、患者中心療法と問題解決療法を基本とし、具体的には感情表出、問題解決、行動リハーサル、ロールプレイなどを行う。B群は個人的問題ではなくがん患者が一般的に抱える問題について、認知的スキル訓練（cognitive skill training）や行動療法の手法を用いて、A群よりさらに具体的教示を示した介入を行った。この結果、介入を受けたA群・B群は抑うつ感が軽減され、抱える問題量は全ての群で差はなかったにもかかわらず、コントロール群と比べて問題解決のレベルも高かった。

Moorey et al.（1998）もまた、がん患者が抱える問題に注目している。彼らは47名の外来患者をAPT群（グループ介入）と心理的サポートを行う個別介入群とに無作

為に配置し、週一回、８週間の介入を行った。セッション終了後、解決困難であり、日常生活に支障をきたすと考えている問題に対する評価は、個別介入群よりAPT群の方が有意に改善していた。

一方で、がん患者に病気に関連する情報を提供し、患者のもつ知識を効果変数としている研究も存在する。また、前述のHeinrich & Schag（1985）によるがん患者とその配偶者を対象とした研究では、6週間のセッション終了後において、SAM群のがん患者と配偶者はコントロール群に比べ、がんに関する知識（がん、治療、慢性的症状によるストレス、がんにより引き起こされた変化への対応方法）が有意に増加していた。また、2ヵ月フォローアップにおいて、SAM群はストレス状況にこの介入が役立っていると評価し、成し遂げようと自分で設定した行動目標を達成する割合も有意に高かった。

Ⅲ. 心理学的介入の技法に関する概観

ここでは、前述したがん患者に対する心理学的介入研究において用いられている個々の介入方法・技法についてまとめてみたい。Anderson（1992）は、がん患者に対する心理学的介入研究を概観して次のような分類を提案している。それらは、“情動的サポート文脈”（emotionally supportive context）、“認知的コーピング戦略”（cognitive coping strategies）、“行動的コーピング戦略”（behavioral coping strategies）、“リラクセーショントレーニング”（relaxation training）、“病気治療についての情報提供”（information about the disease and treatment）である。今回、この分類を参考に独自の体系化を試みた。

がん患者に対する心理学的介入において用いられている個々の介入方法を大まかに分類すると、構造化の度合いによって、実存的精神療法、支持的精神療法を基盤にするプログラムと、心理教育、認知行動療法を基盤とするプログラムに分けられる（Burton & Watson, 1998）。つまり、構造化の度合いが強いほど、心理教育、認知行動療法を採用する傾向がある。しかし、両者を折衷するものも数多く存在する。

そこで、実存的・支持的心理療法から認知・行動療法的アプローチを両軸端とした分類方法を考えた。構造化の高い順にあげていくと、“教育的アプローチ”、“目標設定型アプローチ・問題解決技法”、“リラクセーション・イメージトレーニング”、“認知行動的アプローチ”、“支持的表現的アプローチ”、“実存精神療法的アプローチ”である。

教育的アプローチ

このアプローチは、主に情報提供を目的としたものである。このアプローチに含まれるものは、健康教育（Fawzy et al., 1993）、心理教育（Cunningham et al., 1995；Hosaka, 1996）、治療法に関する話し合い（Kissaine, 1997）、コミュニケーション方法に関する情報提供（Edelman, Bell et al., 1999）などである。がん患者の場合、治療や疾患に関する情報を提供することが中心となるが、ストレスや対処行動といった心理学的な内容の情報を提供する場合もある。それぞれの情報についてのマニュアルやテキストに沿って行われるため、比較的簡単に実施可能なアプローチであり、心理学的介入以外の介入で広く用いられる介入法である。

目標設定・問題解決技法型アプローチ

このアプローチは非常に多くの研究で用いられているものであり、参加者それぞれに対して治療、ケア、ストレス対処について目標を設定して、その目標に取り組んでいくものと、各参加者独自の問題についてその解決方法を具体的に話し合うものである（Linn et al., 1982；Telch & Telch., 1986；Greer et al., 1992；Fawzy et al., 1993；Cunningham et al., 1995；Edmonds et al., 1999；Kissaine, 1997；Moorey et al., 1994；Heinrich & Schag, 1985；Hosaka, 1996）。このアプローチは、認知行動療法的な介入を用いる研究では必ず取り入れられているものである。患者の積極的な日常生活を支援し、患者の適応を促進していくことが目的である。心理学的介入以外の介入でも多く用いられる。

リラクセーション・イメージトレーニング

このカテゴリーには、漸進的筋弛緩法や自立訓練法といったいわゆるリラクセーションプログラムと呼ばれる介入技法（Telch & Telch, 1986；Fawzy et al., 1993；Cunningham et al., 1995；Edmonds et al., 1999；Edelman, Bell et al., 1999；Gellert et al., 1993；Heinrich & Schag, 1985；Hosaka, 1996）、例えばナチュラルキラー細胞が癌細胞を攻撃するイメージを想定させるような、イメージトレーニングあるいはイメージ療法（Cunningham et al., 1995；Edmonds et al., 1999；Gellert et al., 1993；Heinrich & Schag, 1985；Hosaka, 1996）、催眠訓練（Spiegel et al., 1983）、そして、自らの怒りの感情を直接コントロールするような情動管理（Telch & Telch, 1986；Kissaine, 1997）と呼ばれるものが含まれる。認知行動療法的な介入を用いる研究に多く取り入れられている。これは、患者が自分自身の体に直接自ら働きかけることを促すアプローチであり、患者が介入のその場でその効果を体験するという意味では非常に効果的な介入技法であると思われる。

認知行動的アプローチ

がん患者への心理学的介入研究の中で、認知行動的アプローチとして用いられているものにはさまざまな技法が含まれる。坂野（1995）によると、認知行動療法には、行動的技法と認知的技法があり、これらの組み合わせによって実際の治療が行われる。よって、これら２つを厳密に区別することはできないが、文献で取り上げられていた介入技法をここではあえて分類した。まず、行動的なアプローチでは、行動スケジュール表の作成（Greer et al., 1992；Moorey et al., 1994）、行動リハーサル（Edmonds et al., 1999）、ホームワーク（Telch & Telch., 1986；Greer et al., 1992；Heinrich & Schag, 1985；Moorey et al., 1994）、ウォーキングなどの運動（Heinrich & Schag, 1985）、そして積極的情動表出（Edmonds et al., 1999；Greer et al., 1992；Moorey et al., 1994）などがある。認知的アプローチとしては、認知的再体制化（Cunningham et al., 1995；Kissaine, 1997；Heinrich & Schag,

1985；Hosaka, 1996；Telch & Telch, 1986）、否定的な自動思考、誤った認知的パターンの同定（Greer et al., 1992；Edelman, Bell et al., 1999；Kissaine, 1997；Moorey et al., 1994）、代替となる考えの紹介、誤ったパターンの修正（Edelman, Bell et al., 1999；Edmonds et al., 1999）、自己の積極性・強さの強調（Greer et al., 1992；Moorey et al., 1994）、セルフモニタリング（Edmonds et al., 1999；Telch & Telch, 1986）などがある。このように非常に多くの技法が、がん患者に対しても用いられている。日常生活の中で、そのほとんどが病気に対処する時間となるがん患者の場合、これらの方法で、患者を手助けすることは非常に大きな影響を与えることになると考えられる。

支持的表現的アプローチ

支持的表現的アプローチは、非指示的とも呼ばれるが、心理学的介入、心理療法においては最も基本的なアプローチであると同時に、医療場面におけるコミュニケーションにおいても非常に有用な方法であるとされている（Buchman, 1991）。がん患者の心理学的介入研究においても最も基本的な技法として用いられている（Cunningham et al, 1995；Edmonds et al., 1999；Fawzy et al., 1993；Gellert et al., 1993；Hosaka, 1995；Kissaine, 1997；Linn et al., 1982；Moorey et al., 1998；Spiegel et al., 1981, 1983；Telch & Telch., 1986）。これらの多くは、ピアサポートグループ、あるいは相互サポートグループ（mutual support group）と呼ばれるグループ療法の形態で行われいる。グループでは、メンバー同士がお互いの発言、存在を尊重し、受容しあうものである。そこでは、肯定的同意（Edmonds et al., 1999）、自己表現（Edelman, Bell et al., 1999）が促進される。明示されてはいないがここで取り上げた以外にも、ほとんどのがん患者に対する心理学的介入においてこのアプローチは用いられているものである。

実存精神療法的アプローチ

がん患者に対する心理学的介入において、実存的精神療法に基づくものがいくつか

ある。その最も代表的な研究は、Spiegel et al.（1981）による研究である。SpiegelはYalom（1980）の示した枠組みに従って、転移のあるがん患者に対して、実存的精神療法に基づくグループ療法を行っている。Kissaineら（1997）は、認知行動療法的アプローチとこの実存的アプローチを折衷した、実存的・認知的療法を提唱している。これらのアプローチはほとんどグループ療法により行われている。実存的グループの特徴は、そこで話し合われるテーマにある。例えば、死や死にゆくことを話題にする（Spiegel et al., 1981; 1983）、人生を振り返えるライフ・レビューを行う（Linn et al., 1982）、mortalityや死の不安に直面する（de Vries et al., 1997；Edmonds et al., 1999；Kissaine, 1997）、無価値感や喪失の感覚といったテーマについて話し合う（Telch & Telch, 1986）などがある。これらについて共通することは、人間の実存、根元に関わるテーマについて積極的にグループの中で話題にするということである。特に、Spiegel et al.（1989）のグループでは、グループのあるメンバーが亡くなった時に、次のセッションではその人のことを取り上げて、グループ全体で悲しんだり、思い出を語ったりするといったことが行われている。

Ⅳ. まとめ

心理学的介入研究のレビュー

数多くのがん患者への心理学的介入研究について紹介し、それぞれにおいて用いられた介入技法についての類型化を試みた。これらの研究では、がん患者に対する心理学的介入の有効な効果が報告されている。

外科手術直後などの初期のがん患者に対しての、認知行動療法、教育的介入を中心とした構造化された介入は比較的一貫して有効な効果を上げていた（Fawzy & Fawzy, 1998）。これらの介入方法は、マニュアルの作成、プログラムの複製が容易であり、がん治療のコースの一部に組み入れて実践していくことが可能であると思われる。またグループ療法の形態はコストの面からも個人カウンセリングを行うよりも有利であり、医療場面への導入を容易にするものであると考えられる。

一方で、予後の良くない末期がん患者に対しては、認知行動療法的介入よりも実存的アプローチが有効であることが示唆されている。死や死にゆくことなどの実存的なテーマを直接グループ療法の場で取り扱うことが必要である。この場合、グループの実践者には熟練された技能や実存心理学や実存心理療法に関する深い知識が必要とされ、緩和医療でのコースの一部として採用することは非常に困難である。あるいは個人精神療法を適応する方がふさわしい場合も多いと考えられる。さらに、末期がん患者の場合、身体症状の問題や心理的苦痛の内容が多様であり、より個別化された心理学的介入の計画が必要である。また実存的なテーマの内容についてもさまざまな理論的なアプローチが可能であり、よりいっそうの研究が必要である。

実存的苦痛、スピリチュアルペインの問題

現在、末期がん患者に関する研究において、実存的、あるいは霊的（スピリチュアル）に関する問題が多く取り上げられるようになってきた（Kashiwagi, 1995；田村, 2000）。森田・角田・井上・角田・千原（1999）は、実存的苦痛に関する系統的レビューを行っている。森田らによると、このテーマに関して心理測定学的方法に基づいた研究が欧米を中心に多数行われており、多くの患者が、人生の意味・目的、迷惑・依存、希望、平安・愛・孤独などに関連した霊的・実存的苦痛を持っていたことが明らかとなっている。このことからも分かるように、実存的テーマにはさまざまな内容があり、それぞれについてより実証的な研究が必要である。

さらに、森田・鄭・井上・千原（2001）は、緩和医療において、これらの問題について欧米における実存的・霊的苦痛に対するケアについての系統的レビューを行っている。森田らよると、看護学や緩和医学の領域において実存的・霊的苦痛に対するケアに関する非常に多くの報告があり、これまで取り上げてきた心理学的介入以外にも多数の介入の技法があるとされている。

末期がん患者に対する統合され個別化されたケアを提供するためには、ここで概観した心理学的介入と霊的・実存的苦痛に対するケアを統合する必要がある。次節の研

究では、実存的苦痛を持つ末期がん患者に対する心理学的介入と霊的・実存的苦痛に対するケアの有効性について、精神医療、緩和医療専門家に対して調査を行ったので報告する。

第２節　末期がん患者への実存的苦痛に対する心理・社会的介入に対する専門家が示した有効性に関する研究

Ⅰ．はじめに

本邦のホスピス入院患者の42－45%に、人生の意味・目的、迷惑・依存、希望、平安・愛・孤独などに関連した実存的、霊的苦痛が見られると報告されている（高橋・原・下稲葉・恒藤，1996；森田・角田・井上・千原，1999）。終末期がん患者のケアにおいて、このような苦痛をいかに緩和していくかは非常に重要な課題であり、欧米では、がん患者の実存的苦痛やスピリチャリティーに関する実証的な研究が見られる（例えば、Holland, Passik, Kash, Russak, Gronert, Sison, Lederberg, Fox, & Baider, 1999；Moadel, Morgan, Fatone, Grennan, Carter, Laruffa, Skummy, & Dutcher, 1999）。しかし、本邦では、実存的苦痛、スピリチャリティーに関して盛んに議論されるようになってきたものの（例えば、Kashiwagi, 1995；田村, 2000）、実存的・霊的苦痛を標準的な方法を用いて評価しようとする試みは始まったばかりである（Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 2000）。

一方で、がん患者に対しての心理的介入に関する研究は盛んに行われている（例えば、Spiegel et al., 1981; Fawzy et al., 1993; Greer et al., 1992; Cunningham et al., 1995）。その中でも、終末期がん患者に対する心理学的介入の研究はいくつか見られ（Spiegel et al., 1981; Linn et al., 1982; de Vries et al., 1997; Edmonds et al., 1999）、生命予後に対する良好な影響も報告されている（Spiegel et al., 1989）。早期のがん患者に対する心理学的介入研究では、心理教育的介入や認知行動療法を用いた介入方法が多いのに比べ（Fawzy et al., 1993; Greer et al., 1992; Cunningham et al., 1995）、末期がん患者を対象としたものは、実存的な側面に焦点を当てたものが多い（Spiegel et al., 1981; de Vries et al., 1997; Edmons et al., 1999）。

また、ホスピスケアやがん看護に携わる医療者を対象とした調査では、医療者の多

くが実存的・霊的なケアは非常に重要であると考えていることが明らかとなっている（Millison & Dudley, 1990; Millison & Dudley, 1992; Taylor, Highfield & Amenta, 1994；前野，2000）。しかし、実存的・霊的なケアの内容について標準的な介入方法を提示するような試みはなされていない。

そこで、介入研究に先立ち、緩和医療、および精神療法の専門家の終末期がん患者の心理・社会・実存的苦痛に対する意見を調査することによって、心理・社会・実存的介入の方法について総合的に評価し、さまざま心理社会的介入方法の中で、どのような苦痛に対してどのような介入方法が有効であるのかを検討することは、非常に有意義であると思われる。

Ⅱ．方法

1. 対象者および調査手続き

本調査の対象者は、総合病院で働く精神科医と心理士と、緩和ケア病棟・ホスピス病棟で働く看護婦・看護士である。精神科医と心理士は、日本心身医学会の名簿より診療科のカテゴリー並びに勤務先の名称から、総合病院に勤務すると判断された会員全てに質問紙を郵送した。看護婦・看護士は、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員施設の看護婦長宛に調査の趣旨を説明した用紙を郵送し、調査への参加同意ならびに参加可能な看護職の人数を記したハガキの返送を依頼し、回答のあった人数を対象にした。

2. 質問紙

質問紙は、過去の研究のレビューと共同研究者間の話し合いにより作成した。まず、対象者は、性別、年齢、職業経験の年数、過去１年にケアした末期がん患者の人数、宗教について回答するように求められた。続いて、仮想の事例を提示するシナリオを提示した。このシナリオでは、乳がんで余命が２ヵ月の50歳の女性を取り上げ、さらに次に示す３つの状況にこの女性がおかれていると仮定した。３つの状況は、国内の２つの予備的調査で高頻度に見られる実存的苦痛（高橋他，1996；森田他，1999）

と、海外の自殺幇助・安楽死に関する研究で高頻度に見られる実存的苦痛（van der Mass, van Delden, Pijnenborg, & Looman, 1991; Back, Wallance, Starks, & Pearlman, 1996; Meier, Emmons, Wallenstein, Quill, Morrison, & Cassel, 1998; Chin, Hedberg, Higginson, & Fleming, 1999）から選ばれ、「将来の不確実性に関する不安」、「過去についての後悔」、「役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感」である。状況の妥当性は、3名のリエゾン精神科医と3名の緩和ケア専門医の独立した評価により確認した。

それぞれの状況について25項目選択回答を用意した。評定は、６段階評定（全く有効でない［１点］～非常に有効である［６点］）で行われた。項目の選択基準は、欧米での代表的ながん患者に対する心理療法的介入研究で用いられている介入技法、およびスピリチュアルケアとされているケアについて体系的レビューに基づいて作成した分類を基準とした。レビューの対象となった論文は、がん患者に対して心理学的介入を行い、効果について検討している原著論文、あるいは著者らが実際に行っている介入、スピリチュアルケアについての概説論文とした。大まかに分類すると、構造化の度合いによって、実存的精神療法、支持的精神療法を基盤にするプログラムと、心理教育、認知行動療法を基盤とするプログラムに分けられる（Burton & Watson, 1998）。しかし、両者を折衷するものがあるため、実存的・支持的心理療法から認知・行動療法的アプローチを両軸とした代表的な介入技法を取り上げた。さらに、芸術療法、薬物療法、および看護介入を加えた（森田他，2001）。以下に今回採用した25項目を示す。

Table 4-2-1. 25 items and its references of the questionnare

No	Items
1)	患者につねに関心を向け、コミュニケーションを行える状態を保つ
2)	患者の傍らにいる時間を増やす
3)	患者のからだに触れるようにする（マッサージ、タッチなど）
4)	心から傾聴する
5)	患者をありのままに受け入れ尊重する
6)	患者の生きてきた歴史が分かるように生活史をかく
7)	つらい感情を表現するように促す
8)	患者の感情は当然であることを保証する
9)	心配していることを明確にし、解決可能な具体的な方法をとるよう促す
10)	病気の経過について具体的で現実的な説明をする
11)	過去に乗り越えた困難を思い出すように促し、現在も対処できる能力があることを強調する
12)	家族、友人など患者にとって重要なサポートが得られるように配慮する
13)	音楽や絵画などの芸術や、自然に触れ合う機会を提供する
14)	リラックスするための具体的な方法や、気分転換の方法を指導する
15)	患者がくつろげる環境を整える
16)	積極的に身体症状を緩和する
17)	向精神薬の投与を（依頼）する
18)	宗教について話をしたり、宗教家を紹介する
19)	患者とともに祈る
20)	患者の苦悩に関係しているかもしれない意識されていない要因を、生育歴にさかのぼって探索する
21)	他の考え方ができるように促す
22)	患者が大切にしてきたものや、生きている意味を感じさせてくれることについてたずねる
23)	短期間で実現しうる具体的な目標がたてられるように働きかける
24)	患者とともに人生を振り返り、その意味を再発見するように支援する
25)	創造的なことをするように促す

3.統計解析

患者の属性の分布を明らかにするために、一元配置の分散分析を行った。多重比較（LSD法）により、精神科医、心理士、看護婦間での年齢、職業経験年数の違いを検定した。カイ２乗検定を行い、職業間で、性別、ケアを行った末期がん患者数（5名以下／６名以上）、宗教の違いについて検討した。

介入についての25の質問項目を分類するために、主成分分析行い、スクリープロッ

トと固有値１以上の基準で因子数の決定を行った。その後、主因子法、バリマックス回転の因子分析を行い、因子構造の抽出、ならびに回帰法（regression method）により因子得点を求めた。なお因子分析は、３つの状況を包括する因子構造を抽出するため、３つの状況の回答を統合したデータセットに対して行った。

次に、繰り返しのある分散分析を行い、３つの状況間での因子得点の違いについて検討した。また、精神科医、心理学者、看護婦間での介入の有効性の判定について差について繰り返しのある多変量分散分析を行い検討し、さらに多重比較（LSD法）により職業間の差についても検討した。

全ての分析は、SPSS version10.0（SPSS Inc, 1999b）を用いて行われた。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

日本心身医学会会員である819名の精神科医、心理士、および372名の緩和ケア施設の看護婦に対して調査票を郵送し、191名（23%）の精神科医、心理士と268名（72%）の緩和ケア看護婦より回答を得た。欠損値のある対象者１名と、職業をチャプレン（病院牧師）と回答した２名を除いた456名を分析の対象とした。全体の有効回答率は38.3%であった。対象者の属性をTable 4-2-2に示す。精神科医と心理士は、看護婦に比べて、有意に高い年齢であり（$p < .001$）、男性の割合が高く（$p < .001$）、宗教をもっており（$p < .001$）、長い職業経験年数を持っていた（$p < .001$）。そして、心理士は精神科医に比べて女性の割合が有意に高かった（$p < .001$）。

Table 4-2-2. Respondents' characteristics

		Psychiatrist	Psychologist	Nurse	Overall
Numbers, N		146	42	268	456
Age mean (SD), years		46.7 (11.0)	46.1 (10.4)	34.8 (8.6)	39.6 (11.2)
Gender, N (%) of male		117 (80.1%)	20 (47,6%)	4 (1.5%)	141 (30.9%)
Religion	Buddhism, N (%)	65 (44.5%)	18 (42.9%)	70 (26.1%)	153 (33.6%)
	Chiristianity, N (%)	12 (8.2%)	5 (11.9%)	44 (16.4%)	63 (13.8%)
	Shinto, N (%)	5 (3.4%)	1 (2.4%)	1 (0.4%)	7 (1.5%)
	None, N (%)	62 (42.5%)	15 (35.7%)	144 (53.7%)	221 (48.5%)
	Others, N (%)	2 (1.4%)	3 (7.1%)	7 (2.6%)	12 (2.6%)
Professional career mean (SD), year		19.2 (10.6)	17.7 (9.1)	11.6 (7.1)	14.6 (9.3)
Experience of careing terminally ill cancer patients, N (%) of over-6 patients per one year		17 (11.6%)	0 (0.0%)	264 (98.5%)	281 (61.6%)

2.心理社会的介入の有効性

Table 4-2-3は、専門家が評価した心理社会的介入の有効性についての25項目を平均点の順に示したものである。このうち、24項目の平均点が中位点である、3.5点以上であり、さらに17項目が、４点（「どちらかというと有効である」）以上であった。評価点のもっとも高い介入を順に３つ列挙すると、“傾聴”（M = 5.56）、“患者に注意を向ける”（M = 5.51）、“患者の受容と尊重”（M = 5.47）であった。評価点の最も低い介入を順番に３つ列挙すると、“洞察・指示的精神療法”（M = 3.42）、“祈り”（M = 3.52）“宗教的ケア”（M = 3.54）であった。21項目について、３つの状況間での回答傾向に有意な違いが認められた。しかしながら、この３つの状況間でのスコアの絶対値の違いは最も高いもので、0.81であった。

Table 4-2-3. Professionals-perceived effectiveness of 25 interventions

Items	Uncertainity		Guilt		Dependency		P-value	Overall
	M* (SD)	N**	M* (SD)	N**	M* (SD)	N**		
Authentically listening	5.57 (0.65)	337	5.52 (0.65)	346	5.58 (0.68)	315	0.051	5.56 (0.68)
Keeping attenton to patient	5.53 (0.59)	354	5.42 (0.71)	327	5.57 (0.61)	314	< 0.001	5.51 (0.64)
Acceptance and respect of patient	5.49 (0.67)	335	5.43 (0.79)	321	5.48 (0.75)	272	0.059	5.47 (0.74)
Social support	5.35 (0.75)	286	5.19 (0.88)	268	5.24 (0.80)	210	< 0.001	5.26 (0.81)
Reasurance of normality of the feeling	5.22 (0.78)	223	4.87 (1.00)	172	5.08 (1.03)	176	< 0.001	5.06 (0.95)
Alleviation of physical symptoms	5.27 (0.78)	271	4.71 (1.15)	111	5.08 (0.96)	138	< 0.001	5.02 (1.00)
Sharing time	4.96 (0.85)	190	4.86 (0.90)	166	5.21 (0.84)	204	< 0.001	5.01 (0.88)
Comforatable environment	5.07 (0.80)	188	4.70 (0.94)	92	4.93 (0.87)	92	< 0.001	4.90 (0.89)
Encourangement of the expressions	4.58 (0.95)	96	4.90 (0.95)	192	5.00 (0.93)	146	0.051	4.83 (0.96)
Assessment of patint life values	4.60 (0.87)	104	4.56 (0.92)	101	4.94 (0.91)	173	< 0.001	4.70 (0.91)
Enhancement of problem solving coping	4.48 (0.99)	73	4.71 (1.07)	200	4.84 (1.09)	172	< 0.001	4.68 (1.06)
Cognitive restoring	4.39 (1.00)	82	4.61 (0.98)	121	4.85 (0.96)	163	< 0.001	4.62 (1.00)
Touch	4.70 (1.02)	101	4.31 (1.02)	56	4.81 (1.03)	107	< 0.001	4.61 (1.08)
Art therapy	4.62 (0.80)	58	4.24 (0.91)	28	4.60 (0.90)	40	< 0.001	4.49 (0.89)
Estsblishment of short-term realcstic goal	4.27 (1.03)	71	4.43 (1.02)	88	4.52 (1.00)	88	< 0.001	4.41 (1.02)
Cognitive restructuring	3.78 (1.12)	39	4.45 (1.05)	128	4.56 (1.11)	140	< 0.001	4.27 (1.15)
Relaxation	4.33 (0.94)	51	4.13 (0.98)	28	4.35 (0.96)	23	< 0.001	4.27 (0.97)
Enhancing creativetiy	4.07 (0.92)	31	4.08 (1.05)	31	4.42 (1.01)	71	< 0.001	4.19 (1.01)
Understanding life history	4.01 (1.00)	35	3.90 (1.12)	54	3.95 (1.09)	40	0.093	3.95 (1.07)
Strength of self-efficacy	3.58 (1.12)	16	3.89 (1.11)	36	3.85 (1.14)	25	< 0.001	3.77 (1.13)
Giving information about illness	4.19 (1.03)	71	3.38 (1.15)	17	3.67 (1.11)	20	< 0.001	3.75 (1.15)
Psychopharmacological treatment	3.79 (1.08)	32	3.36 (1.17)	29	3.79 (1.18)	36	< 0.001	3.65 (1.16)
Religious care	3.56 (1.00)	11	3.41 (1.11)	19	3.65 (1.10)	22	< 0.001	3.54 (1.08)
Praying	3.61 (1.02)	12	3.41 (1.10)	16	3.54 (1.07)	11	< 0.001	3.52 (1.06)
Insight-directive psychotherapy	3.22 (1.16)	8	3.60 (1.18)	29	3.44 (1.12)	13	< 0.001	3.42 (1.16)

* The score ranged from 1 to 6. The score 1 means "absolutly not effective" and 6 means "strongly effecitve"
** The number of respondents' multiple selection for seven most important items

3.心理社会的介入の因子構造

因子分析の結果、解釈可能な６因子による因子構造が得られた。第１因子は、データの分散の11.8%を説明しており、“患者の人生価値の評価”、“ライフレビュー・インタビュー”、“認知的再構成”、“創造性の高揚”に高い因子負荷を示したことから、この因子を“再構成的アプローチ”と解釈した。第２因子は、データの分散の

9.7%を説明しており、“快適な環境の提供”、“芸術療法”、“リラクセーション”、“身体症状の緩和”に高い因子負荷を示したことから、この因子を“快適な環境の提供”と解釈した。第３因子は、データの分散の8.5%を説明しており、“患者の受容と尊重”、“傾聴”、“患者への関心”に高い因子負荷を示したことから、この因子を“支持的表現的アプローチ”と解釈した。第４因子は、データの分散の7.0%を説明しており、“宗教的ケア”、“祈り”、“精神薬理学的アプローチ”に高い因子負荷を示した。しかし、“精神薬理学的アプローチ”は他の２項目と比べ因子負荷が低く、内容が異なるため、この項目をはずしてこの因子を解釈することとし、“宗教的アプローチ”と解釈した。第５因子は、データの分散の5.4%を説明しており、“セルフ・エフィカシーの強化”、“病気に関する情報の提供”、“問題解決能力の向上”に高い因子負荷を示したことから、この因子を“現実処理能力の奨励”と解釈した。第６因子は、データの分散の5.0%を説明しており、“時間の共有”、“タッチ”に高い因子負荷を示したことから、この因子を“存在”と解釈した。

各因子を、それぞれの最も寄与の高かった項目の平均値の高い順番に並び替えると、“支持的表現的アプローチ”（M = 5.47［患者の受容と尊重］）、“存在”（M = 5.01［時間の共有］）、“快適な環境の提供”（M = 4.90［快適な環境の提供］）、“再構成的アプローチ”（M = 4.70［患者の人生価値の評価］）、“現実処理能力の奨励”（M = 3.77［セルフ・エフィカシーの強化］）、“宗教的アプローチ”（M = 3.54［宗教的ケア］）となった。

Table 4-2-4. A factor structure of questionnaire for existential distress

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor 6	Communa-lities
Assessment of patint life values	.68	.22	.19	.03	-.03	.03	.55
Cognitive restoring	.67	.10	.23	.13	.00	.14	.54
Cognitive restructuring	.61	.01	.07	.17	.10	.05	.42
Enhancing creativetiy	.60	.28	.01	.14	.16	.03	.49
Estsblishment of short-term realestic goal	.60	.18	.04	-.03	.27	.03	.47
Insight-directive psychotherapy	.43	.06	.12	.29	.29	.17	.40
Enhancement of problem solving coping	.38	.12	.12	-.02	.38	.07	.32
Comforatable environment	.15	.76	.20	.06	-.01	.10	.65
Art therapy	.22	.64	.05	.17	.13	.12	.53
Relaxation	.23	.59	.02	.14	.26	.13	.50
Alleviation of physical symptoms	.03	.51	.17	.10	.16	.12	.34
Social support	.20	..41	.19	.03	.07	.12	.26
Acceptance and respect of patient	.10	.13	.81	.07	.03	.09	.69
Authentically listening	.16	.11	.74	.07	-.03	.18	.62
Keeping attention to patient	.15	.23	.47	.06	-.02	.32	.41
Reasurance of normality of the feeling	.08	.19	.39	.01	.29	.06	.28
Encourangement of the expressions	.29	.06	.31	.00	.29	.29	.35
Religious care	.20	.09	.12	.82	.05	.03	.73
Praying	.23	.15	.16	.78	.08	.09	.71
Psychopharmacological treatment	-.05	.17	-.12	.38	.20	.06	.23
Strength of self-efficacy	.34	.09	-.04	.12	.50	.05	.40
Giving information about illness	-.02	.31	.02	.13	.49	-.08	.36
Understanding life history	.27	.07	.06	.23	.40	.14	.31
Sharing time	.14	.21	.33	.10	-.03	.72	.70
Touch	.07	.35	.20	.12	.17	.59	.56

Factor 1: Reconstractive approach; Factor 2: Confortable environment; Factor 3: Supportive approach

Factor 4: Religious approach; Facotr 5: Reality encouragement; Factor 6; Being

4. 状況の違いによる心理社会的介入因子への有効性評価の違い

Table 4-2-5は、３つの状況における心理社会的介入の因子得点と繰り返しのある分散分析の結果を示している。ここで、1%水準以下で状況の違いによる有意な影響のみられた因子について検討する（Figure 4-2-1）。“快適な環境の提供”は、「過去についての後悔」と「役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感」よりも、「将来の

不確実性に関する不安」のある患者に対して有意に有効であると評価された（$p < .001$）。“再構成的アプローチ”は、「過去についての後悔」と「将来の不確実性に関する不安」よりも、「役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感」のある患者に対して有意に有効であると評価された（$p < .001$）。また、「将来の不確実性に関する不安」よりも「過去についての後悔」を持つ患者に対して有意に有効であると評価された（$p < .001$）。同様に“存在”は、「過去についての後悔」と「将来の不確実性に関する不安」よりも、「役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感」のある患者に対して有意に有効であると評価された（$p < .001$）。“宗教的アプローチ”は、「過去についての後悔」よりも「将来の不確実性に関する不安」と「役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感」のある患者の方に有効であると評価された。

Table 4-2-5. Means of factor scores in each scenario and ANOVA statistics

Factor	Uncertainity M (SD)	Guilt M (SD)	Dependency M (SD)	P-value
Reconstructive approach	-0.35 (0.83)	0.11 (0.86)	0.24 (0.85)	< 0.001
Good environment	0.30 (0.73)	-0.34 (0.93)	0.04 (0.83)	< 0.001
Supportive approach	0.04 (0.81)	-0.04 (0.94)	-0.01 (0.90)	0.029
Religious approach	0.09 (0.83)	-0.10 (0.92)	0.01 (0.94)	< 0.001
Reality encouragement	0.04 (0.71)	-0.01 (0.80)	-0.03 (0.82)	0.064
Being	-0.10 (0.82)	-0.09 (0.83)	0.19 (0.77)	< 0.001

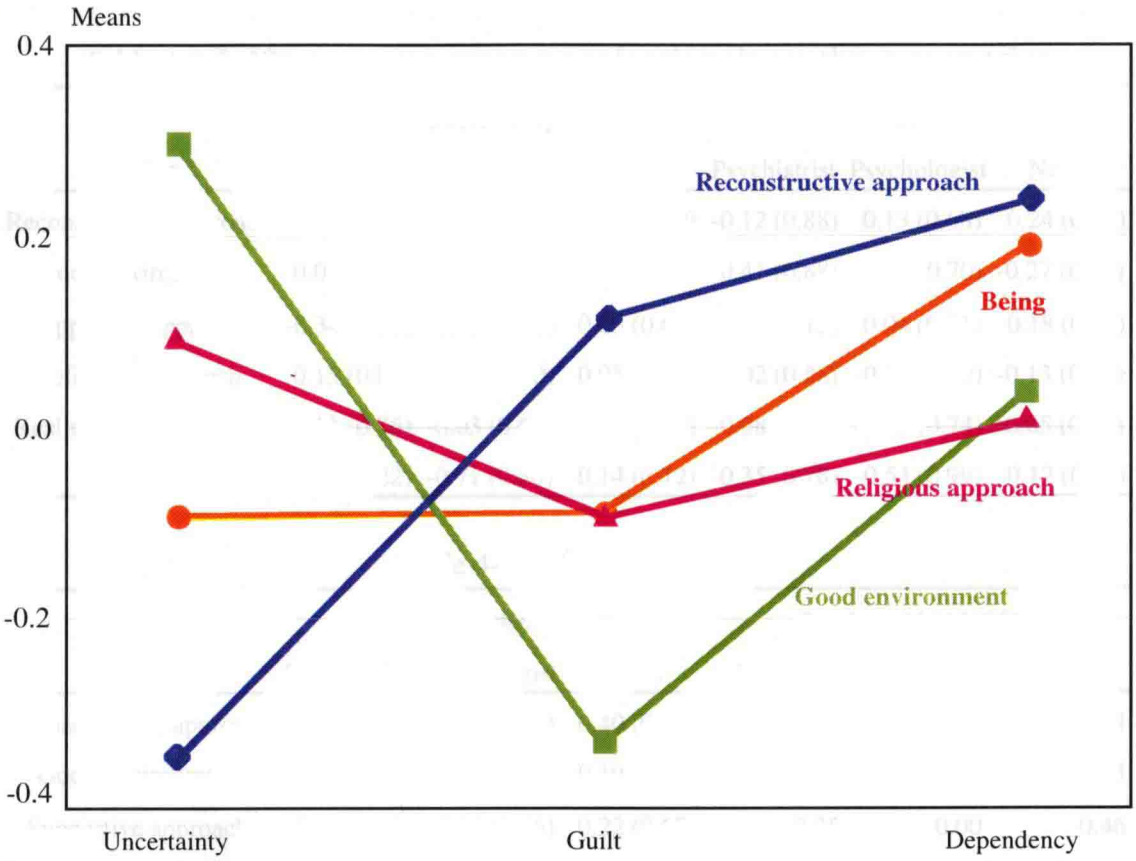

Figure 4-2-1. The changes of factor scores across three scenarios

5.心理社会的介入因子に対する職業間での有効性評価の違い

Table 4-2-5は、３つの状況における６つの心理社会的介入に対する、職業別の平均値を示している。看護婦は、“再構成的アプローチ”、“快適な環境の提供”、“支持的表現的アプローチ”、“存在”を精神科医よりも効果的であると評価していた（$p < .001$）。さらに、“快適な環境の提供”と“存在”については心理士よりも効果的であると評価している（$p < .01$; $p < .001$）。心理士は、精神科医よりも“支持的表現的アプローチ”を効果的であると評価していた（$p < .01$）。「精神薬理学的アプローチ」の単項目についてのみ、精神科医（$M = 4.08$）は心理士（$M = 3.49$）と看護婦（$M = 3.42$）よりも、このアプローチが３つの状況いずれにおいても有効であると評価していた（$p < .001$）。“宗教的アプローチ”と“現実処理能力の奨励”には有意な職業間の違いは認められなかった。

Table 4-2-6. Mean scores among professionals on three scenarios

	Uncertainity			Guilt		
Factor	Psychiatrist	Psychologist	Nurse	Psychiatrist	Psychologist	Nurse
Reconstructive approach	-0.51 (0.86)	-0.33 (0.76)	-0.27 (0.82)	-0.12 (0.88)	0.13 (0.68)	0.24 (0.84)
Good environment	0.03 (0.67)	0.21 (0.82)	0.46 (0.70)	-0.41 (0.88)	-0.53 (0.70)	-0.27 (0.97)
Supportive approach	-0.34 (0.97)	0.03 (0.78)	0.25 (0.64)	-0.46 (1.13)	0.04 (0.91)	0.18 (0.73)
Religious approach	0.15 (0.81)	0.05 (0.90)	0.05 (0.82)	-0.02 (0.88)	-0.19 (0.99)	-0.13 (0.93)
Reality encouragement	0.11 (0.76)	-0.03 (0.60)	0.02 (0.69)	-0.08 (0.88)	-0.07 (0.74)	-0.05 (0.79)
Being	-0.36 (0.82)	-0.71 (0.86)	0.14 (0.72)	-0.35 (0.78)	-0.54 (0.99)	0.12 (0.75)

Table 4-2-6. (Continues)

	Dependency			P-value of MANOVA		
Factor	Psychiatrist	Psychologist	Nurse	Within	Between	Interaction
Reconstructive approach	-0.03 (0.95)	0.13 (0.70)	0.40 (0.78)	0.00	0.00	0.14
Good environment	-0.18 (0.85)	-0.26 (0.75)	0.19 (0.79)	0.00	0.00	0.03
Supportive approach	-0.44 (1.08)	0.00 (0.96)	0.22 (0.67)	0.25	0.00	0.46
Religious approach	-0.01 (0.97)	-0.05 (0.95)	0.02 (0.93)	0.00	0.54	0.51
Reality encouragement	0.00 (0.81)	-0.12 (0.79)	-0.03 (0.83)	0.18	0.30	0.10
Being	-0.10 (0.82)	-0.19 (0.82)	0.41 (0.66)	0.00	0.00	0.24

6.介入の有効性に対する宗教・末期がん患者へのケア経験の影響

なんらかの宗教を持つ対象者と、長い職業歴を持つ対象者は、そうでないものに比べて宗教的アプローチを有意に有効であるとしていた（$p < .05$; $p < .01$）。精神科医と心理士について、過去一年で末期がん患者をケアする経験が全くない者、１人以上の経験を持つ者とを比較してみたところ、心理社会的介入の有効性について両者の間に有意な違いは認められなかった（p = n.s.）。次に、看護婦について、末期がん患者をケアする経験が年間25人以下と26人以上について比較したところ、心理社会的介入の有効性について両者の間に有意な違いは認められなかった（p = n.s.）。よって、末期がん患者をケアする経験による有効性の評価に与える影響は認められなかった。

Ⅳ. 考察

本研究で得られた最も重要な知見は、末期がん患者のケアに関連する領域の専門家が有効であると見なす心理社会的介入が同定されたことである。すなわち、“現実処理能力の奨励”や“宗教的アプローチ”の有効性があまり高く評価されなかったことに対して、.“支持的表現的アプローチ”、患者と共に“存在”すること、“快適な環境を提供”することは、どの種類の実存的苦痛を持つ患者に対しても有効なアプローチであると判断された。“支持的表現的アプローチ”は心理療法における最も基本となるアプローチとして強調されてきたものであり（Burton & Watson, 1998）、さらに残りの２つは、元来、緩和ケアの代表的な文献においてとても重要なアプローチとして強調されてきたものである（Holland & Rowland, 1990; Doyle, Hank, & MacDonald, 1998）。よって、これらのアプローチは、末期がん患者の実存的苦痛に対する介入においても重要であるといえる。

次に重要な知見は、末期がん患者の実存的苦痛に対する心理社会的介入に関する因子構造が明らかにされたことである。この研究では、実存的苦痛に対する心理社会的介入が６つのカテゴリーに分類されることを示した。本研究で得られたそれぞれの因子は心理社会的介入の一般的な基準（Burton & Watson, 1998）と照合しても十分に解釈可能なものであるので、この分類は妥当であるといえる。

そして、実存的苦痛の性質の違いによって、介入の有効性の評価が異なってくることが明らかとなった。すなわち、将来の不確実性に関する不安を持つ患者に対しては、快適な環境の提供を目的とする介入がより効果的であると評価された。これは、漸進性筋弛緩法やイメージ療法といった介入方法が、がん患者の不安の軽減に有効であるという実証的な研究結果に符合する（Cunningham et al., 1995; Gellert, Maxwell, & Siegel, 1993; Heinrich & Schag, 1985）。過去についての後悔に苦しむ患者に対しては、認知的再構成法やライフレビューを含む再構成的アプローチが有効であると評価された。これは、がん患者に対して認知行動療法的介入が有効であるという研究

結果（Greer et al., 1992; Edelman, Bell et al., 1999）や、ライフレビューインタビューが有効であるという知見（Linn et al., 1982）に符合する結果である。役割の喪失と依存の増大に伴う無価値感を持つ患者に対しては、再構成的アプローチと患者と共に存在するアプローチが有効であると評価された。このような無価値感を持つ患者に対する心理社会的介入の有効性については、方法論が非常に難しいため、まだ明らかにされていない。しかしながら、無価値感に対する実存精神療法の臨床研究や、ホスピスの実践家による臨床的な観察はこの知見を支持するものである（Greenstein, 2000; Emanuel, Fairclough, Daniels, & Clarridge, 1996）。実存的苦痛の違いによって、それぞれ異なる介入が有効であるということを示す今回の結果は、患者の苦痛に対する特化された診断と、それに対応する介入方の開発が必要であることを示すものである。この結果から、末期がん患者のケアに携わる臨床家に対して、末期がん患者の心理社会的苦痛を“スピリチュアルペイン”というひと言で表現するのではなく、患者にとっても最も重要なことは何かを評価し、その患者の状況に応じた治療方針を計画していくことを求めていく。

最後に、各職業の特性が、心理社会的介入の有効性の評価に影響を及ぼすということが明らかとなった。すなわち、緩和ケアの看護婦が、再構成的アプローチ、快適な環境の提供、支持的表現的アプローチ、患者と共に存在することをより効果的であると評価した。一方で、精神科医は精神薬理学的な方法が有効であるとした。また宗教的な介入の有効性については職業間による違いは認められなかった。これらの結果は、例えば、牧師、看護婦、ソーシャルワーカーにより違いが見られるといった、専門性がスピリチュアルケアの認識に影響を与えるという研究結果（Babler, 1997; Reese & Brown, 1997）と一致するものである。専門性による違いは、がん患者に対する臨床経験年数と職業訓練の内容の違いからもたらされる可能性がある。しかしながら、精神科医と心理士、看護婦とについて個別に臨床経験を検討した結果、臨床経験の有意な影響は認められなかった。また、保坂（2001）は、がん患者への心理的ケアが

浸透しない理由として、心理的ケアの卒前・卒後の教育がないことをあげている。よって、職業教育や訓練で身につけてきたそれぞれの専門的知識や技能の違いがこれらの違いを引き起こす主な原因であると考えられる。それゆえ、一人の患者に対する治療が、担当するスタッフの専門性の違いによって異ならないようにする必要がある。そして、実存的苦痛に対して有効なケアが提供されるためには、学際的なアプローチと多次元的なアプローチを統合の統合が必須のものである。

今回の研究にはいくつかの限界がある。まず、調査における回答率の偏りがあげられる。特に精神科医と心理士の回答率が低かった。一方で緩和ケア病棟の看護婦の回答率は非常に高かった。このことは、本調査が、今回のテーマに対してより熱心な人からの回答を引き出し、そうでない人の回答を含んでおらず、末期がん患者への心理社会的介入に対する有効性の評価に偏りをもたらしている可能性が考えられる。この問題は郵送による質問紙調査に共通の問題ではあるが、将来の研究では、より答えやすい調査票を作成する工夫し、配布回収方法についてもさらに検討する必要がある。次に、心理社会的介入に対する有効性の評価の平均点が、25項目中、24項目で中位点の3.5点以上となり、全体的に高くなったことである。このことは、各項目の平均値の差をもって各介入の有効性に違いがあるのかどうかを議論することを難しくしている。「有効ある、有効でない」とう評定方法を改めて、より感度の高い評定方法を考案する必要がある。そして、調査票の全体量を制限するため、実存的苦痛を例示する状況を３つしか提示できなかったことである。実存的苦痛の分類については、まだ十分に確立されているとはいえない。よって、これからの実存的苦痛に関する実証的研究結果に基づいて、提示する事例の内容の改良を行っていかなければならない。最後に、今回の対象が限られたものであったため、有効性に関する評価についての背景や属性要因の影響を明らかにできなかったことである。例えば、緩和ケア病棟の看護婦以外に、一般病棟の看護婦に対しても調査を行うことができていれば、末期がん患者のケアについての臨床経験の影響を明らかにできたかもしれない。

結論として、この研究では、専門家は一致して、末期がん患者の実存的苦痛に対して支持的表現的な心理社会的介入方法が有効であると考えていることが明らかとなった。さらに、今回提示した25種類の心理社会的介入方法は、６つの因子によって説明され、患者の実存的苦痛の性質によってその有効性に違いが見られた。また、有効性の評定に関して職業間での違いが見られることが明らかとなった。本研究の結果から、他職種で構成されるチームによる統合的なアプローチを作り上げていくことが、末期がん患者の実存的苦痛の緩和に重要であると考えられる。今後は、今回の研究で明らかとなった問題に留意し、再度この領域の専門家に対してより大規模な調査を行う一方で、統合された枠組みの中での介入研究を行っていかなければならない。

第５章　死生観に関する研究

第１節　実存的テーマとしての死生観

前章の文献的研究と専門家に対する調査において、末期がん患者に対する心理学的介入や心理社会的問題の解決には、「死」に関するテーマ、実存的なテーマ、スピリチュアルに関するテーマを扱うことが重要であるということが示唆された。また、Folkman & Greer（2000）は、今までのコーピング理論の延長として、意味に基づくコーピング（meaning based coping）を提唱し、それが、がんに罹患するなどの危機的な状況における人間の行動において重要な役割を果たしているとしている。

このようなことからも、自らの死に直面している末期がん患者の心理的適応状態を考える際に、「死」に関するテーマを扱うことや患者の死生観を評価することは、臨床的にも非常に重要な知見を提供することであると考えられる。死生観に関しては、哲学や文化人類学、宗教学など、さまざまな見地から論じられてきた（渥美，1992）。しかし、末期がん患者の死に対する態度や死生観に注目した実証的な検討はほとんど行われていない。よって、まず、死生観や死に関する態度についての定量的な評価について検討する必要がある。さらにはこのような側面が測定できる尺度が必要であると考えられる。

一方で、一般的な死生観、死に関する態度を定量的な測定に関する研究は数多くなされている。死に関する態度を測定する尺度としてもその中心となるものは死の不安（Death Anxiety）に関する尺度である（Neimeyer, 1997-98）。その中でもDeath Anxiety Scale（DAS；Templer, 1970）は最もよく用いられる尺度である。この他にもThreat Index（TI；Kreiger, Epting & Leitner, 1974）、Multidimentional Fear of Death Scale（MFODS；Hoelter, 1979）、Death Attitude Profile-revised（DAP-R；Wong, Reker, & Gesser, 1997）など数多くの尺度が開発されている。しかし、日本人の死生観、死に対する態度について計量的に測定した研究は非

常に少ない。丹下（1999）は、６因子40項目からなる、「死に対する態度尺度」を作成している。この尺度は大学生を対象としたものであり、項目数などから、一般の中高年者、さらには臨床的な対象に用いることは非常に難しい。よって、これらの研究により得られた知見を活かし、末期がん患者の死生観、死に関する態度について評価可能な新たな尺度作成が求められる。

そこで本章では、末期がん患者を対象に用いることのでき、死に対する態度を総合的で、簡便に測定できる尺度の作成を試みた。

第２節　末期がん患者のための死生観尺度の作成

Ⅰ．はじめに

本研究に先立って、大学生384名（男性145名；女性239名；平均年齢20.0歳）を対象とした調査を行い、死生観尺度を作成している。この尺度は、第Ⅰ因子「死後の世界観」；第Ⅱ因子「死への恐怖・不安」；第Ⅲ因子「解放としての死」；第Ⅳ因子「寿命観」；第Ⅴ因子「死への関心」；第Ⅵ因子「人生における目的意識」；第Ⅶ因子「死からの回避」の７つの因子で構成されている。「寿命観」因子が３項目で構成される以外は、全て４項目で構成されており、全体での項目数は27項目である。検証的因子分析（最尤法）により因子構造の妥当性が確認され（GFI = .903；CFI = .942）、再検査法により７因子すべてについて、検査－再検査間での高い相関（r = .61～.84）が確認された。また、「死への恐怖・不安」とDASとの間で、有意な正の相関（r = .27, p < .05）、「解放としての死」因子は充実感尺度と有意な負の相関（r = −.38, p < .01）、「人生における目的意識」因子は充実感尺度と有意な正の相関（r = .85, p < .01）、「死後の世界観」因子と「霊魂観念」との間にも正の高い相関（r = .69, p < .01）が認められ、基準関連妥当性の一部が示されている。

しかしながら、この尺度は、大学生を対象として標準化されたものであり、健常成人対象や末期がん患者を対象とした研究でそのまま用いるには、項目数や項目の表現などについて問題がある。

そこで、本節では、この尺度の項目および内容を基にして、健常成人を対象にして尺度を作成する。そして、その尺度を末期がん患者を対象にして実施し、その尺度の末期がん患者に対する有効性について検討する。

Ⅱ．方法

1.調査対象と実施方法

本研究は２つの対象に行った。一つは健常成人を対象とし、もう一つは、末期がん

患者を対象とした。健常成人群は、近畿圏に在住の20代から80代の健常成人である。約900部を配布し、郵送による返送を依頼した。返送があったものを、調査に対する同意とみたした。458名（男性143名；女性325名；平均年齢50.5±12.1歳）から有効な回答を得ることができた。

末期がん患者群は、大阪府下の総合病院ホスピス外来通院中およびホスピス病棟入院中でホスピスケア、緩和ケアを受けており、悪性腫瘍の診断があり、せん妄・意識障害がなく、意志疎通に問題がないと判断された患者により構成されている。さらに調査直前の診察で、体調が20分から30分の面接調査に耐えうると主治医が判断した患者に面接を行った。２名の面接者が面接を行った。面接は、外来患者は週１回の診察時の待ち時間に外来診察室で行い、入院患者は週１回の特定曜日に患者の病室にて行った。対象となった患者に対しては、面接に先立って、患者の主治医より口頭で研究の趣旨について説明された。同意が得られたのち、改めて面接者により研究の趣旨、プライバシーの保護、中断・拒否の権利について記された用紙が渡され、説明がなされた。これに承諾し、同意書に署名が得られた患者に対して面接を行った。31名（男性11名；女性20名；平均年齢62.5±11.9歳）の患者から有効な回答を得ることができた。

２.調査内容

健常成人群に対する調査は、死に関する態度、死生観に関する質問項目18項目、GHQ日本語版の28項目版（中川・大坊，1985）を含む質問紙を用いた。末期がん患者群には、同じく、死に関する態度、死生観に関する質問項目18項目とHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、日本語版14項目（Zigmond & Snaith, 1983, 北村訳, 1993）を用いた。さらに、対象者の主治医に対して、患者の属性として、年齢、性別、原疾患、転移部位、食事摂取状況、水分摂取状況、推定予後、予後認識、投薬状況、全身状態の指標としてKarnofsky Perfomance Status（KPS; Yates et al., 1980）についてのシートを手渡し、記入を依頼した。

3.死に関する態度、死生観に関する質問項目の作成

質問項目は、末期がん患者に使用することを前提とした項目を収集することとした。大学生を対象とした死生観尺度の項目を基に、末期がん患者に使用できるものとするように改良を行った。

先行研究の死生観尺度は、第Ⅰ因子「死後の世界観」；第Ⅱ因子「死への恐怖・不安」；第Ⅲ因子「解放としての死」；第Ⅳ因子「寿命観」；第Ⅴ因子「死への関心」；第Ⅵ因子「人生における目的意識」；第Ⅶ因子「死からの回避」の７つの因子で構成されていた。「寿命観」因子が３項目で構成されている以外は、全て４項目で構成されており、全体での項目数は27項目であった。

まず、この尺度の項目の内容を検討し、内容の重複が大きいと考えられる項目、末期がん患者に質問するのに不適当であると考えられる項目を削除した。さらに、「死」という言葉を含む項目は末期がん患者への印象が非常に強いという現場からの指摘のため、「死」という言葉のつく項目を必要最小限になるようにした。その結果、11項目が採用されることとなった。

次に、末期がん患者にとって重要であると思われる実存的な意味（Yalom, 1980）や、死に対する積極的対処（Holland et al., 1999）、意味に基づく対処（Folkman & Greer, 2000）に関する項目を追加した。今回追加された項目は、「世の中には人間の力ではどうしようもないことがある」・「自分の人生に満足している」・「自分の人生に意味を見つけだそうとしている」・「死を肯定的に考えることができる」・「人は孤独な存在であると思う」の５項目である。

最後に、前述のような「死」という言葉が回答者に与える影響を極力少なくするため、死という言葉が連続しないようにし、さらに「自然に触れると感動する」・「人の声を聞くとうれしく思う」の２つのダミー項目を追加して順番を並べ替えた。以上の手続きにより作成した項目をTable 5-2-1に示す。

Table 5-2-1. The items of Death Attitude Inventory (DAI)

死と生に関する評価
死後の世界はあると思う （死後に関する評価，死生観尺度改［死後の世界観］）
魂は永遠に残ると思う （死後に関する評価，死生観尺度改［死後の世界観］）
人は、また生まれ変わると思う （死後に関する評価，死生観尺度改［死後の世界観］）
人の寿命はあらかじめ決っていると思う （運命に関する評価，死生観尺度改［寿命感］）
世の中には人間の力ではどうしようもないことがある （運命に関する評価，新規，宗教観尺度改[20]）
人の生死は目に見えない力によって左右されると思う （運命に関する評価，死生観尺度改［寿命感］）
人生には、はっきりとした使命と目的があると思う （人生に関する評価，死生観尺度改［人生に対する目的意識］）
今ここにこうして生きている理由がはっきりとしている （人生に関する評価，死生観尺度改［人生に対する目的意識］）
自分の人生に満足している（人生に関する評価，新規，PIL改
死への対処
家族や友人と死についてなるべく話そうとしている （接近，，死生観尺度改［死への関心］）
死について考えることを避けている （回避，死生観尺度改［死からの回避］）
死はこの世の苦しみを解放してくれると思える （消極的対処，死生観尺度改［解放としての死］）
死を肯定的に考えることができる （積極的対処，新規，Coping with death scale改[2]）
死の不安
死について考えると、不安になる （死の不安，死生観尺度改［死への恐怖・不安］）
意味指向的対処
人生に意味を見つけだそうとしている （意味指向的対処，新規，PIL改[18]）
実存的孤独感
人は孤独な存在であると思う （Yalom[24]の概念を参考）
ダミー項目
自然にふれると感動する
人の声を聴くとうれしく思う

Ⅲ．結果

1.成人に対する調査の因子分析

健常成人対象のデータを因子分析し、本尺度の因子構造を抽出した。まず、各項目の分布を検討した。その結果、「人生には人間の力ではどうしようもないことがある」が平均点4,33となり、非常に偏った分布となった。そのため、この項目を因子分析の対象からはずした。次に、最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。５因子から３因子まで因子数を変えて、探索的因子分析を行った結果、４因子以上では、４因子目が安定しなかったため、３因子解を採用することにした（Chi-squre(63)= 251.66, p=.00; GFI=.92; CFI=.87; RMSEA=.08）。この時の因子負荷量を参考に、３因子の検証的因子分析を行った。その結果、十分な適合度が得られなかった（Chi-squre(87)=360.31, p=.00; GFI=.90; CFI=.82; RMSEA=.08）。そこで項目選択を行った。その基準としては、第２因子に属する項目が４項目と最も少なかったため、項目の多かった第１因子と第３因子から、最もモデルのカイ２乗値を下げる項目を削除した。その結果、順に「死について考えると、不安になる」（削除した時のモデルの適合度：Chi-squre(74)=265.10, p=.00; GFI=.92; CFI=.87; RMSEA=.08）、「人は孤独な存在であると思う」（Chi-squre(62)=209.20, p=.00; GFI=.93; CFI=.89; RMSEA=.07）、「人の寿命はあらかじめ決まっていると思う」をはずしたところ、GFIとCFIの値が.90以上になり、かつすべての因子の項目数が4項目ずつとなったため項目選択を終了した（Table 5-5-2; Chi-squre(51)=160.98, p=.00; GFI=.94; CFI=.91; RMSEA=.07）。３因子間の相関係数が比較的まとまったものであったため（r=.41 - r=.49）、３因子の上位に２次因子を設定したモデルを作成し、検証的因子分析行った。その結果、Figure 1に示すようなモデルが得られた。

各因子の内容について検討した結果、第１因子を「超自己的存在に関する信念」、第２因子を「人生に関する評価」、第３因子を「死への対処」と命名した。それぞれの因子はその得点を単純加算することにより因子得点を算出することとした。さらに

これら３因子の２次因子を「死と生に対する積極性」と命名した。この因子の得点は３つの下位因子の因子得点の合計点とすることとした。また、分析の途中で除外された「死について考えると、不安になる」と「人は孤独な存在であると思う」の2項目は、その内容が独自であるため、それぞれ、「死の不安」の項目、「実存的孤独感」の項目という独立した項目として以降の分析に用いることとした。

Table 5-2-2. The results of factor analysis

No	Items	Loadings
F1: 「超自己的存在に関する信念」 alpha=.76		
6	死後の世界はあると思う	.84
17	魂は永遠に残ると思う	.75
2	人は、また生まれ変わると思う	.60
3	人の生死は目に見えない力によって左右されると思う	.47
F2: 「人生に関する評価」 alpha=.72		
9	人生には、はっきりとした使命と目的があると思う	.76
15	今ここにこうして生きている理由がはっきりとしている	.68
18	人生に意味を見つけだそうとしている	.64
1	自分の人生に満足している	.41
F3: 「死への対処」 alpha=.61		
11	死はこの世の苦しみを解放してくれると思う	.37
16	死について考えることを避けようとしている	-.44
13	死を肯定的に考えようとしている	.65
8	家族や友人と死についてなるべく話そうとしている	.68

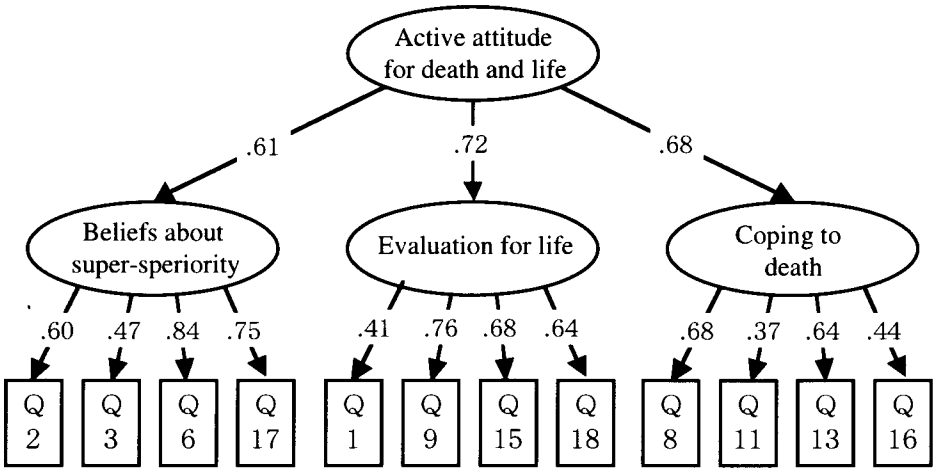

Figure 1. A factor stracture of DAI

2.精神的健康との関連

次に死生観尺度を構成する概念が妥当なものであるかどうかを調べるため、心身の健康を測定するGHQ28の下位尺度との相関関係について、年齢と性別との関係も併せて検討した。その結果、第１因子「超自己的存在に関する信念」は性別・社会的活動障害と、第２因子「人生に関する評価」は年齢と全ての下位尺度およびGHQ総得点と、第３因子「死への対処」は性別・社会的活動障害と有意な相関を持つことが明らかとなった。また２次因子「死と生に対する積極性」は年齢・性別・不安と不眠・社会的活動障害・GHQ総得点と有意な相関を持っていた。さらに、「死の不安」の項目は、不安と不眠と、「実存的孤独感」の項目は、性別と身体症状以外の全ての変数と有意な相関を持っていた（Table 5-2-3）。

Table 5-2-3. Correlations among subscales of DAI and GHQ

	Super-superiority	Evaluation for life	Coping to death	Active attitude	Death anxiety	Existential distress
Age	-.03	.12 **	.20	.12 *	-.03	.17 **
Gen	.21 **	.08	.12 *	.19 **	.00	.03
Physical symptoms	.00	-.17 **	.04	-.06	.04	.08
Anxiety and insomnia	-.04	-.27 **	-.01	-.14 **	.11 *	.22 **
Social activity disorder	-.12 **	-.34 **	-.09 *	-.25 **	.03	.15 **
Depression	-.01	-.19 **	.07	-.05	-.01	.33 **
GHQ	-.05	-.30 **	.01	-.15 **	.05	.25 **

* p<.05; ** p<.01

3.末期がん患者の死生観尺度の分布と健常成人群との比較

上記の分析で得られた尺度に基づいて、次に末期がん患者群についての解析を行った。その結果、第１因子「超自己的存在に関する信念」の平均点（±S.D.）は14.5±3.6点となった。第２因子「人生に関する評価」は16.3±2.8点となった。第３因子「死への対処」は15.0±3.0点となった。総合計点である「死と生に対する積極性」は45.8±5.8点となった。また、「死の不安」と「実存的孤独感」の項目は、それぞれ2.4±1.5点、3.7±1.7点となった。次に、これらのスコアについて、健常成人のスコアと比較した。t検定で平均値を比較した結果、すべての下位尺度および「死と生に対する積極性」と「死の不安」の項目で有意差が認められた（Table 5-2-4）。「死の不安」の項目では、健常成人群の方が高い値となったが、他はいずれも末期がん患者群の方が高い値となった（Table 5-2-4）。よって、全体として、末期がん患者の方が死や人生について積極的な意味づけや捉え方をしている一方で、死の不安に関しては低くなる傾向にあるといえる。

Table 5-2-4. Comparison between control e and terminal cancer

Variables	Control		Terminal cancer		t (df=487)	
	M	SD	M	SD		
Super-superiority	12.56	3.81	14.52	3.62	-2.78	**
Evaluation for life	14.38	3.01	16.29	2.57	-3.45	**
Coping to death	13.01	3.12	14.97	3.03	-3.38	**
Active attitude	39.95	7.31	45.77	5.78	-4.35	**
Death anxiety	3.03	1.25	2.42	1.50	2.61	**
Existential distress	3.50	1.21	3.65	1.66	-.48	

* p<.05; ** p<.01

4.末期がん患者の死生観尺度と諸変数との関連

死生観尺度の各下位尺度、総合計点と、年齢、性別、一般活動状態の指標であるKarnofsky Performance Status (KPS) と、HADSの抑うつ・不安の関連について検討した（Table 5-2-5）。その結果、「実存的孤独感」の項目と、HADSの不安との間にのみ有意な相関が認められた（$r = .40, p < .05$）。有意とはならなかったが、「死と生に対する積極性」とKPSの間に相関の傾向が見られた（$r = -.33, p = .07$）。また、「実存的孤独感」の項目と年齢との間に相関の傾向が認められた（$r = .31, p = .09$）。抑うつ・不安との関係がみられなかったことから、末期がん患者が死や生を積極的に捉えているかどうかということと、心理的適応には関連が認められなかった。しかし、全身状態の低い患者の方が、「死と生に対する積極性」が高くなる傾向が認められた。

Table 5-2-5. Correlations between DAI and demographic variables on terminal cancer

	Super-superiority	Evaluation for life	Coping to death	Active attitude	Death anxiety	Existential distress
Age	.12	.08	-.05	.08	-.06	.31 +
Gender	.11	.22	.17	.26	-.15	-.04
Prognosis	-.16	-.08	.00	-.14	.01	.10
KPS	-.20	-.15	-.27	-.33 +	.02	.06
Depression	-.11	-.22	.17	-.07	-.04	.08
Anxiety	.12	-.02	-.24	-.06	.17	.40 *

+ p<.10; * p<.05; ** p<.01

Ⅳ. 考察

1. 本研究の限界

まず、本研究の限界について述べる。本研究の最大の限界は、末期がん患者の対象者が31名と少ないことである。その理由として、末期がん患者に対して「死生観」を直接質問するということで、調査依頼を行った幾つかの施設で調査に同意が得られなかった。そのため限られた対象施設で限られた時間で調査を行う必要があった。今後、引き続き調査をすすめ、サンプル数を増やしていく必要がある。しかしながら、今回のような調査の試みはほとんどなく、得られたデータは非常に貴重なものであると言うことができよう。

2. 死生観尺度の構造

健常成人群での因子分析の結果、３因子12項目からなる新しい尺度が構成された。本尺度は、「超自己的存在に関する信念」・「人生に関する評価」・「死への対処」の３因子と、その2次因子である「死と生に対する積極性」によって構成された。高い適合度が得られたため、本尺度は高い構成概念妥当性を持った尺度であるといえる。また、Cronbachのα係数も.61から.76の範囲にあり、十分な内的一貫性を有してい

るといえる。

丹下（1999）は、「死に対する態度尺度」を作成している。丹下はその構成因子として、「死に対する恐怖尺度」・「生を全うさせる意志尺度」・「人生に対して死が持つ意味尺度」・「死の軽視尺度」・「死後の生活の存在への信念尺度」・「身体と精神の死尺度」の６つを挙げている。今回作成した尺度の因子の内容をこれと比較すると、「超自己的存在に関する信念」は「人生に対して死が持つ意味尺度」と、「人生に関する評価」は「生を全うさせる意志尺度」に、「死への対処」は「死に対する恐怖尺度」、「死の軽視尺度」と対応しているものであると考えられる。本尺度は、緩和医療などの実際の臨床での使用を想定して作成したため、丹下の尺度と比較すると、死や生を肯定的に捉える側面が強調されたものとなった。しかし全体的には、死生観の尺度としては妥当な内容を持った尺度であるといえる。また、大学生を対象とした先行研究（平井他，2000）での死生観尺度は、死や生に対する態度全般を測定するものであり、下位尺度間の相関がほとんどないものもあり、尺度全体で一つの傾向を測定するものではなかった。それと比較すると、本尺度は、３つの因子とその2次因子を持つ構造であり、尺度全体的な傾向としての「死と生に対する積極性」を測ることが可能である。また、下位尺度間の相関は、.40程度であり、冗長であるとはいえない。よって、本尺度は、全体として1つの傾向が測定できる反面、下位尺度もそれぞれの独自性を保持しているということになる。これは本尺度の構造がきわめて優れたものであることを示す結果である。本尺度のこのような性質は、実際の臨床現場での使用をより容易にするものであると考えられる。

本尺度と精神的健康の関連では、３下位尺度のうちでは、「人生に関する評価」がGHQと最も関連性の高いものであった。人生に対する肯定的評価は、精神的健康が良好であって初めて可能になるものであると考えられる。また、「超自己的存在に関する信念」と「死への対処」は、社会的活動障害と関連が見られた。これは、例えば、死後の世界を信じない、死を避ける傾向にある人は、社会的な活動に困難を感じてい

る人であるということになる。Wong et al.（1994）は、「死の恐怖」・「死からの回避」・「解放としての死の受容」が心身の健康と関連があることを報告している。全体としては、本研究の結果は、この知見に沿うものであり、内容的な妥当性の一部を示すものであるといえよう。

第３節　末期がん患者の死生観

本章の死生観尺度の健常成人群と末期がん患者群の比較では、末期がん患者群方が、高得点をとることが示された。また、末期がん患者群では、一般活動状態と「死と生に対する積極性」とが関連する傾向にあった。これらのことは、全身の状態の悪い人ほど、死や生に対して積極的になる傾向があることを示しているのではないかと考えられる。この背景としては、健常人に比べ、末期がん患者は、自らの人生、死について考える機会が多く、また、病状の悪い患者は、良い患者に比べて同様のことがあるからではないかと考えられる。一方で興味深いことに、「死の不安」の単項目の得点は健常成人群の方が高かった。これは、実際に死を身近に感じる末期がん患者群の方が死に対して肯定的であるからなのではないかと考えられる。

末期がん患者の心理的適応状態との関連では、本尺度の「死と生に対する積極性」が高い患者の方が、心理的適応が良好であることが予想された。しかし本研究の結果ではこの予想は支持されなかった。相関係数を検討したところ、「人生に関する評価」とHADSの抑うつとの相関係数が-.22であった。よって、対象数を増やすことにより、有意な知見が得られた可能性がある。よって、この点については今後の研究の課題である。

Payne, Hillier, Langley-Evans & Roberts（1996）のホスピス患者に対する研究では、他の患者の死を目撃する経験を持った患者の方が、その経験を持たない患者に比べて抑うつが低いと報告されている。このように死を間近にするという経験は、実際には死の不安、恐怖を軽減する可能性がある。

その意味でこの結果は、上記の尺度全体の傾向と符合するものであるといえる。これらの知見から、実際に死を間近にしたホスピスケアを受ける末期がん患者は、健常なわれわれが想像するよりも死に対して肯定的であるといえよう。

第６章　まとめと今後の展望

第１節　本論のまとめ

前章までの議論によって、末期がん患者の心理的適応に関するさまざまな問題が明らかとなり、それに対する心理学的介入についていくつかの示唆を得ることができた。しかしながら同時に、今後研究を進めてければならない点についても明らかとなった。

まず、第２章の研究では、末期がん患者の認知的過程において、患者が自らの身体的な状況をどのように認知し、それに対処しているのかということが、患者の心理的適応状態に大きな影響を与えているということが明らかとなった。

第３章では、末期がん患者の心理的適応の説明変数として、セルフ・エフィカシーを導入した。そして、セルフ・エフィカシーは、末期がん患者の心理的適応の重要な予測因子となり、身体的な要因と心理的適応を媒介する要因であることが示された。また、セルフ・エフィカシーと一般活動状態の密接な関係が明らかになった。つまり、さまざまな身体的苦痛、日常生活動作における障害を持っている末期がん患者においては、PSをはじめとする身体的要因を考慮したセルフ・エフィカシーが心理的適応向上のターゲットとなり得るということである。そこで、セルフ・エフィカシー向上のためには、自己に対する働きかけを行う心理学的介入が効果を持つ可能性が示唆された。また、日常の看護介入の中で患者が日常生活を積極的に営めるように支援していく看護介入のすべてが、末期がん患者の心理的適応、QOLの向上に非常に有効であると考えられた。

第４章では、まず、これまでのがん患者に対する心理学的介入の動向を概観した。その結果、さまざまな研究が行われているが、その効果に関する結果は全体としてはまだ確定的でない。介入技法について整理した結果、末期がん患者の心理的適応の向上を目指すならば、認知行動療法的な介入よりも、患者の実存的テーマを扱う介入の法が有効であることが示唆された。そこで、これらの研究で用いられていた代表的な

介入技法を、精神医療や緩和医療の専門家が、末期がん患者の実存的苦痛にどれほど有効であると考えているかについて調査を行った。その結果、支持的表現的アプローチが最も有効な介入方法であると考えられており、実存的苦痛の種類により有効であると判断される介入技法に違いが見られること、職種間で有効性の判断に違いが見られることが明らかとなった。

第５章では、末期がん患者に対する介入を考える際に、重要であると考えられる実存的テーマのうち、死生観について検討した。健常成人を対象に死生観を評価する尺度を作成し、31名の末期がん患者について予備的な調査を行った。その結果、死を間近にするという経験は、実際には死の不安、恐怖を軽減する可能性が示唆され、末期がん患者は想像以上に死に対して積極的に対処していることが示された。

第2節　今後の展望

本論での議論から今後の研究についての展望を述べる。まず、第2章の研究からは、医療場面における心理学的研究の新たな方法論の可能性が示された。ここで用いられた方法論は暫定的なものであり、今後さらなる努力により、より精密で患者個別の変化について記録できるような方法が可能となると思われる。また、パーソンスキーマ理論により認知心理学における理論と実際の臨床における出来事を統合できる可能性も示された。今後、理論の発展のためにこのような種類の研究を積み重ねて行く必要があると思われる。

また第3章の研究からは、今後、いかにしてセルフ・エフィカシーを実際のケアの業務にいかしていくのかという問題が提起された。そのためには、より具体的な介入方法の開発が必要である。また本研究において作成された評価尺度のさらなる改良が必要となると思われる。また、本研究は、人間の身体とこころの相互作用について実証的な証拠の一部を提示するものであった。これまでの研究の多くは、身体と、心理学的概念を切り離し、個別に研究していた。このことは医療場面において心理学的概念を導入することが有効であることを示すのを妨げていたのではないかと考えられる。今後は心身のアプローチを統合して検討する研究を行うによって、この心身相関の問題の学問的な解明に寄与するだけではなく、医療場面での心理学自体の果たす役割を拡大することに貢献できるのではないかと思われる。

第4章の研究からは、改めて、がん患者に対する心理学的介入研究のさらなる必要性が示された。介入の効果の指標として生存期間や心理的適応などさまざまな指標が用いられており、結果についても、まだかなりの議論や追試の余地がある。これらの研究において、これまで用いられてきた指標が本当にその評価にとって適切なものであったのかを、今一度検討する必要がある。あるいは、新たな評価方法の枠組みについて新たな提案を行う必要があるのかもしれない。また、専門家が示した、末期がん患者の実存的苦痛に対する心理社会的介入の有効性を検討した調査からは、心理社会

的介入を統合できるような枠組みの必要性が示された。そのためには、このテーマに関する学際的な議論が必要である。また、心理学者の医療場面へのより積極的な関与が必要であると思われる。さらに本論では触れられなかったが、患者に日々接する医療スタッフに対する介入についても視野に入れる必要がある。これについては、咽頭癌・喉頭癌のケアを多く行っている総合病院の耳鼻科病棟の看護婦のストレス緩和というテーマとして取り組む予定である。

そして、末期がん患者においては、実存的テーマを扱うことの重要性が示された。第５章での死生観評価の試みはその一部であるが、そのテーマを死生観だけで十分に説明することはできない。また、まだ十分にデータが蓄積されていないので、今後は他施設を対象として、さらなる調査を行う必要がある。さらに、このテーマには哲学的な議論、宗教家を含めた議論が必要であると思われる。もう少し学問全体としての概念に対する同意が得られるようにしなければならない。そして、それらを踏まえてもう一度、適切な評価対象とその内容について選別する必要があるのかもしれない。

最後に、本論で行った研究は、末期がん患者の心理的適応というテーマに対する第１歩にすぎない。今後は上記の点を踏まえた研究をさらに積み重ねて行く必要がある。そのためには絶えず、臨床の現場で起こっていることに注意を払い、また世界的な研究の動向に敏感とならなければならない。また、今後、臨床的な研究を行っていく際には、倫理的な側面に対する配慮がさらに求められるであろうし、十分に配慮していかなければならない。そして、研究の結果から提示されるであろう医療のサービスが、患者やその家族にとって、最大の利益とならなければならないことを忘れてはならない。そのための費用や効果といった医療経済的側面もしっかり踏まえて置く必要がある。その上で、本テーマで得られる貴重なデータを学問全体の財産となるべく努力していかなければならない。

引用文献

Anderson, K. O., Dowds, B. N., Pelletz, R. E., Edwards, W. T., & Peeters Asdourian, C. 1995 Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, **63**, 77-84.

渥美和彦　1992　日本人の死生観（序論），ターミナルケア, **12**, 765-766.

Babler, J. E. 1997. A comparison of spiritual care provided by hospice social workers, nurses, and spiritual care professionals. *Hospice Journal* **12** (4), 15-27.

Back, A. L., Wallance, J. I., Starks, H. E. & Pearlman, R. A. 1996 Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state. *JAMA*, **275**, 919-925.

Bandura A. 1977 Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, **84**, 191-215.

Beckham, J. C., Burker, E. J., Lytle, B. L., Feldman, M. E., & Costakis, M. J. 1997 Self-efficacy and adjustment in cancer patients. *Behavioral medicine*, **23**, 138-142.

Bentlar, P. M. 1995 *EQS structural equations program manual.* Multivarite Software, Inc, Encino, CA.

Blake, R. L. & McKay, D. 1986 A single-item measure of social support as a predictor of morbidity. *The Journal of family practice*, **22**, 82-84.

Bloom, J. R. 1982 Social support, accommodation to stress, and adjustment to breast cancer. *Social science & medicine* **16** 1329-1338..

Bloom, J. R. & Spiege, l. D. 1984 The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social science & medicine*, **19**, 831-837.

Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., de Moor, C., & Gershenson, D. M. 2000 Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, **78**, 302-308.

Bowlby, J. 1973 *Separation: Anxiety and Anger: Attachment and loss. Vol.2.* Hogarth Press, London. 1991 Reprinted in Penguin Books.

Bowlby, J. 1980 *Loss: Sadness and Depression: Attachment and loss. Vol.3.* Hogarth Press, London. 1991 Reprinted in Penguin Books.

Brockopp, D. Y., Hayko, D., Davenport, W., & Winscott, C. 1989 Personal control and the needs for hope and information among adults diagnosed with cancer. *Cancer Nursing*, **12**, 112-116.

バックマン, R. 恒藤暁・前野　宏・平井啓・坂口幸弘 (訳) 2000 真実を伝える：コミュニケーション技術と精神的援助の指針　診断と治療社
(Buchman, R. 1991 *How to break bad news : A guide for health cre professionals.*)

Burton, M. & Watson, M. 1998 Counselling people with cancer. New York : John Wiley and Sons.

Calman, K. C. 1984 Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of medical ethics*, **10**, 124-127.

Chin, A. E., Hedberg, K., Higginson, G. K. & Fleming, D. W. 1999 Legalized physician-assited suicide in Oregon- the frist year's experience. *Natinal Einglish Journal of Medicine* **340**: 577-583.

Cunningham, A. J., Edmonds, C. V. I., Jenkins, G. P., Pollack, H., Lockwood, G. A., & Warr, D. 1998 A rondomized controlled trail of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 508-517.

Cunningham, A. J., Jenkins, G., Edmonds, C. V. I. & Lockwood, G. A.. 1995 A randomised comparison of two forms of a brief, group psychoeducational program for cancer patients: week sessions vs. a 'weekend intensive'. *International journal of psychiatry in medicine*, **25**, 179-189.

Cunningham, A. J., Lookwwod, G. A. & Cunnningham, J.A., 1991 A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counselling*, **17**, 71-78.

Cunningham, A. J., Lockwood, G. A. & Edmonds, C. V. I. 1993 Which cancer patients benefit most from a brief, group coping skills program?. *International Jounal of Psychiatry in Medicine*, **23**, 383-398.

Cunningham, A. J. & Tocco, E. K. 1989 A Randomized Trial Of Group Psychoeducational Therapy For Cancer Patients. *Patients Education and Counselling*, **14**: 101-114.

Dakof, G. A. & Taylor, S. E. 1990 Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of personality and social psychology*, **58** 80-89.

Doyle, D., Hanks, G. W. C., & MacDonald, N. 1998 *Oxford textbook of palliative medicine.* 2nd ed.: Oxford University Press.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. 1987 Correlates of social support receipt. *Journal of personality and social psychology,* **53**, 71-80.

Dunkel-Shetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. 1992 Patterns of coping with cancer. *Health psychology* , **11**, 79-87.

Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. 1999a A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology,* **8**, 295-305.

Edelman, S., Lemon, J., & Kidman, A. D. 1999b Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-oncology,* **8**, 474-481.

Edmonds, C. V. I., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. 1999 Psychological response to long term group therapy : A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology,* **8**, 74-91.

Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Daniels, E. R., & Clarridge, B. R. 1996 Euthanasia and physician-assisted suicide : attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet,* **29**, 1805-10.

Erdelyi, M. H. 1994 Commentary: Integrating a dissociation-prone psychology. *Journal of Personality,* **62**, 669-680.

Ewart, C. K. 1995 Self-efficacy and recovery from heart attack. Schwarzer R (Ed.) : *Self-efficacy: Thought control of action.* Springer, NY, 287-304.

Fawzy, F. I. 1995 A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Supportive care in cancer* . **3**, 235-238.

Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. L. 1990 A structured psychiatric intervention for caner patients. I.: Change over time in methods of coping and affective disturbance, measures. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 720-725.

Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. 1998 Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, **45**, 191-200.

Fawzy, F. I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L., & Morton, D. L. 1993 Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective sate on recurrence and survival 6 years later. *Archives of general psychiatry*, **52**, 100-113.

Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D. L., Cousins, N., & Fahey, J. L. 1990 A structured psychiatric intervention for caner patients. II.: Change over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 729-735.

Folkman, S. & Greer, S. 2000 Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practicce infrom each other. *Psycho-Oncology*, **9**, 11-19.

Freud, S. 1917 *Mourning and Melancholia.* 1984 Reprinted in The Penguin Freud Library Vol.11, Penguin Books.

Gellert, G., Maxwell, R. & Siegel, B. 1993 Survival of breast cancer patients receiveing adjunctive psychosocial support therapy : A 10-year follow-up

study. *Journal of Clinical Oncology*, **11**, 66-69.

Giorgi, A. 早坂泰次郎監訳 1981 現象学的心理学の系譜 勁草書房

(Giorgi, A. 1970 *Psychology as a human science : A phenomenologically based approach.* NY : Happer & Row, Publishers.)

Giorgi, A. 早坂泰次郎監訳 1983 心理学の転換 勁草書房

(Giorgi, A. 1970 *Phenomenology and the Foundations of Psychology. Duquesne University Press.*)

Greenstein, M. 2000 The house that's on fire : meaning-centered psychotherapy pilot group for cancer patients. *American Journal of Psychotherapy*, **54**, 501-511.

Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., Rowden, L., Law, M. G. & Bliss, J. M. 1992 Adjuvant psychological therapy for patinets with cancer: a prospective randomised trial. *British medical journal*, **304**, 675-680.

Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., Bjordal, K., Biorklund, A., Evensen, J., Boysen, M., Jannert, M., Kaasa, S., Sullivan, M., & Westin, T. 1999 A prospecitve multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatiric morbidity in head and neck cancer. *British journal of cancer*, **80**, 766-774.

Harada, A., & Kano, Y. 1998 SEFA (Stepwise Explatory Factor Analysis) program manual. *Technical Report of Statistical Group DATA*, **DATA98-04**. Osaka University, Faculty of Human Sciences.

八田宏之・東あかね・八城博子・小笹晃太郎・林恭平・清田啓介・井口秀人・池田順子・藤田きみえゑ・渡辺能行・川井啓市 1998 Hospital Anxiety and Depression Scale日本語版信頼性と妥当性の検討. 心身医学, **38**, 310-315.

Heinlich, R. L., & Schag, C. C. 1985 Stress And Activity Management: Group Treatment For Cancer Patients And Spouses. *Journal of consulting and clinical psychology*, **53**, 439-446.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Shulz, R., & Yasko, J. 2000 Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what?. *Health Psychology*, **19**, 107-114.

Higgins, E. T. 1987 Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, **94**, 319-340.

久田満 1987 ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. 看護研究, **20**, 170-179.

Hoelter, J. W. 1979 Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **47**, 996-999.

Holland, J., & Rowland, J. H. 1990 Oxford textbook of Psycho-Oncology. (地名) : Oxford University Press.

Holland, J, C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B., & Baider, L. 1999 The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-oncology*, **88**, 14-26.

Horowitz, M. J. 1989 Relationship schema formation: Role-relationship

models and intrapsychic conflict. *Psychiatry*, **52**, 260-274.

Horowitz, M. J. 1990 A model of mourning: Change in schemas of self and others. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **38**, 297-324.

Horowitz, M. J. 1991a Introduction. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: University of Chicago Press. Pp. 1-10.

Horowitz, M. J. 1991b Person schemas. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* . Chicago: University of Chicago Press. Pp. 13-31.

Horowitz, M. J. 1991c Converging several methods for inferring person schemas. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: University of Chicago Press. Pp. 303-310.

Horowitz, M. J. 1991d Emotionality and schematic control process. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* . Chicago: University of Chicago Press. Pp. 413-423.

Horowitz, M. J., Bonanno, G., & Holen, A. 1993 Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, **55**, 260-273.

Horowitz, M. J., Eells, T., Singer, J. L. & Salovey, P. 1995 Role-relationship models for case formulation. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 625-632.

Horowitz, M. J., Marmar, C. & Wilner, N. 1979 Analysis of patient states and state transitions. *The Journal of nervous and mental disease*, **167**, 91-99.

Horowitz, M. J., Milbrath, C., Ewert, M., Sonneborn, D., & Stinson, C. S. 1994

Cyclical Pattern of States of Mind in Psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, **151**, 1767-1770.

Horowitz, M. J., Milbrath, C., Reidbord, S. P., & Stinson, C. H. 1993 Elaboration and Dyselaboration: Measures of expression and defense in discourse. *The Journal of psychotherapy practice and research*, **3**, 278-293.

Horowitz, M. J., Milbrath, C., Jordan, D., Stinson, C. S., Ewert, M., Redington, D., Fridhandler, B., Reidbord, S. P. & Hartley, D. 1994 Expressive and Defensive Behavior during Discourse on Unresolved Topics: A Single Case Study of Pathological Grief. *Journal of personality*, 62, 525-563.

Horowitz, M. J., Milbrath, C., & Stinson, C. S. 1995 Signs of defensive control locate conflicted topics in discourse. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 1040-1047.

Horowitz, M. J., & Stinson, C. H. 1995 Conciousness and processes of control. *The Journal of psychotherapy practice and research*, **4**, 123-139.

Hosaka,T. 1995 A structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients in Japan. *Second International Congress of Psycho-Oncology*, **Full Texts and Abstracts**, 216-222.

Hosaka, T. 1996 A pilot study of a structured psychiatric intervention for japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **5**, 59-64.

Hosaka, T., Awazu, H., Aoki, T., Okuyama, T., & Yamawaki, S. 1999 Screening for adjustment disorders and major depression in otolaryngology patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale.

International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, **3**, 43-48.

Hosaka, T., Tokuda, Y., & Sugiyama, Y. 2000 Effects of a structured psychiatric intervention on cancer patients' emotions and coping styles. *International Journal of Clinical Oncology*, **5**, 188-191.

Hosaka, T., Tokuda, Y., Sugiyama, Y., Hirai, K., & Okuyama, T. 2000 Effects of a structured psychiatric intervention on immune function of cancer patients. *The Tokai journal of experimental and clinical medicine* , **25**, 183-188.

保坂隆 2001 がんとこころ テンタクル

Kai-hoi, Sze. F., Wong, E., Lo, R., Woo, J. 2000 Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliative Medicine*, **14**, 11-17.

Kano, Y., & Harada, A. 2000 Stepwise variable selection in factor analysis. *Psychometrika*, **65**, 7-22.

Kano, Y., & Harada, A. 2000 Stepwise Variable Selection in Exploratory Factor Analysis (SEFA2001). http://koko15.hus.osaka-u.ac.jp/members/harada/sefa2001/stepwise/.

柏木哲夫 1987 生と死を支える－ホスピス・ケアの実践－ 朝日新聞社

柏木哲夫 1994a 死の精神医学 精神神経学, **96**, 789-879.

柏木哲夫 1994b ターミナルケアと人間理解その3－癌告知と人生の質. *Molecular medicine (Cambridge, Mass.)*, **31**, 586-591.

柏木哲夫 1995a 死を学ぶ 有斐閣

柏木哲夫 1995b ターミナルケアと人間理解その9－日常生活動作を支えるというこ

と. *Molecular Medicine*, **32**, 776-780.

Kashiwagi, T. 1995 Psychological and spiritual issue in terminal care. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **49**, 123-127

河野博臣 1996 Psycho-oncology がんと心身医学 心身医学, **36**, 283-290.

Kihlstrom, J. F. 1994 Commentary:Psychodinamics and Social Cognition-Note on the Fusion of Psychoanalysis and psychology. *Journal of personality*, **62**, 681-696.

金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 1996 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連 心身医学, **36**, 499-505.

金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 1998 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果 心身医学, **38**, 317-323.

Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A. and Keks, N. 1997 Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer. *Psycho-oncology* **6**, 25-33.

Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. 1998 Social support, life stress, pain and emotional adjustmetn to advancer breast cancer. *Psycho-oncology*, **7**, 101-111.

Kubler-Ross, E. 1969 On Death and Dying. New York: The Macmillan Company.

Lazarus, R. S. 1985 Stress and adaptational outcomes. *American Psychologist*, **40**, 770-779.

Lev, E. L., Paul, D., & Owen, S. V. 1999 Age, self-efficacy, and change in

patient' adjustment to cancer. *Cancer practice*, **7**, 170-176.

Light, R. J. 1971 Measures of response agreement for qualitative data: Some generalizations and alternatives. *Psychological bulletin*, **76**, 365-377.

Linn, M. W., Linn, B. S., & Harris, R. 1982 Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, **49**, 1048-1055.

Lyles, J. N., Burish, T. G., Krozely, M. G., & Oldham, R. K. 1982 Efficacy of Relaxation Training and Guided Imagery in Reducing the Aversiveness of Cancer Chemotherapy. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, **50**, 509-524.

前野宏 2000 医師に対するスピリチュアルケアのアンケート結果とスピリチュアルケアにおける仮定と原則. ターミナルケア, **10**, 97-102.

Markus, H. 1977 Self schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, **35**, 63-78.

Markus, H. & Wulf,E. 1987 The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, **38**, 299-337.

van der Mass, P. J., van Delden, J. J. M., Pijnenborg, L. & Looman, C. W. 1991 Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 338, 669-674.

McNair, D. M., Lorr, M., & Doppelman, L. F. (eds) 1971 *Manual for the Profile of Mood States.* Educational and Industrial Testing Service, San Diego, CA.

Meier, D.E., Emmons, C.A., Wallenstein, S., Quill, T., Morrison, R. S. & Cassel, C. K. 1998 A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia

in the United Sstates. *Natinal Einglish Journal of Medicine* **338**, 1193-1201.

Merrluzzi, T. V., & Martinez Sanchez, M. A. 1997 Assessment of self-efficacy and coping with cancer. *Health psychology,* **16**, 163-170.

Millison, M. B. & Dudley, J. R. 1992 Providing spiritual support: A job for all hospice professionals. *Hospice Journal,* **8**, 49-66.

Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A. & Dutcher, J. 1999 Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and exitstential needs among an ethnical-diverse cancer patient population. Psycho-Oncology 8: 378-385,

Moorey, S., Greer, S. 1989 Psychological Therapy for patients with cancer: outcome at 1 year. *Psycho-Oncology*, **3,** 39-46.

Moorey, S., Greer. S., Bliss, J., & Matthew, L. 1998 A Comparison Of Adjuvant Psychological Therapy And Supportive Counselling In Patients With Cancer. *Psycho-Oncology*, **7**, 218-228.

Moorey, S., Greer. S., Watson, M., Baruch, J. D. R., Robertson, B. M., Mason, A., Rowden, L., Tummore, R., Matthew, L.& Bliss, J. M. 1994 Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, **3**, 39-46.

森田達也・角田純一・井上聡・千原明 1999 終末期癌患者の実存的苦痛—研究の動向. 精神医学, **41**, 995-1002.

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., Chihara, S. 1999 The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer

patients. *Supportive care in cancer* , **7**, 128-133.

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., Chihara, S. 2000 An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, **9**, 164-168.

森田達也・鄭陽・井上聡・千原明 2001 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア：系統的レビューにもとづく統合化. 緩和医療学 **3**, 444-456.

Neimer, R. A. 1997-98 Death anxiety reserch: The state of the art. *Omega*, **36**, 97-120.

中川泰彬・ 大坊郁夫 1985 日本版GHQ精神健康調査票手引. 日本文化科学社

中西健二・平井啓・柏木哲夫 1999 現代青年の臓器提供意思への影響要因に関する研究. 死の臨床, **22**, 71-75.

中西睦子 1995 ターミナル期の患者ケアとコーピング ターミナルケア, **5**, 177-181.

岡林秀樹・杉澤秀博・矢冨直美・中谷陽明・高梨薫・深谷太郎・柴田博 1997 配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果 心理学研究, **68**, 147-154.

小此木啓吾 1979 対象喪失、悲しむということ 講談社新書.

小此木啓吾 1991 対象喪失と悲哀の仕事 *精神分析研究*, **34**, 294-322.

Ovesen, L., Hannibal, J., Mortensen, E. 1993 The interrelationship of weight loss, dietary intake, and quality of life in ambulatory patients with cancer of the lung, breast, and ovary. *Nutrition and cancer*, **19**, 159-167.

Payne, S. A. 1992 A study of quality of life in cancer patients receiving

palliative chemotherapy. *Social science & medicine,* **35**, 1505-1509.

Pellino, T. A., Ward, S. E. 1998 Perceived control mediates the relationship between pain serverity and patient satisfaction.. *Journal of pain and symptom management,* **15**, 110-116.

Pettingale, K. W., Morris, T. Greer, S., & Haybittle, J. L. 1985 Psychosocial response to breast cancer: an additional prognostic factor. *Lancet,* **335**, 49-50.

Pirovano, M., Maltoni, M., Nanni, O., Marinari, M., Indelli, M., Zaninetta, G., Petrella, V., Barni, S., Zecca, E., Scarpi; E., Labianca, R., Amadori, D., Luporini, G. 1999 A new palliative prognostic score: A first step for the staging of terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management,* **17**, 231-239.

Reese, D. J., & Brown, D. R. 1997 Psychological and spiritual care in hospice: Differences between nursing social work, and clergy. *Hospice Journal,* **12**, 29-41.

坂口幸弘・柏木哲夫・山本一成・ 山本惠子・平井啓　1997 家族・スタッフがもたらす精神的安楽　死の臨床, **20**, 53-58.

坂野雄二 1995 認知行動療法　日本評論社

坂野雄二・東條光彦 1986 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み　行動療法研究, **12**, 73-82.

SAS Institute Inc. 1989 JMP User1s Guide, SAS Institute Inc.

Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L., Brandt, U. 1998 A structural

model of the relationships among stage of disease, adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, **7**, 69-77.

Schwartz, C. E., Kaplan, R. M., Anderson, J. P., Holbrook, T., Genderson, M. W. 1999 Covariation of physical and mental symptoms across illnesses: results of a factor analytic study. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, **21**, 122-127.

Singer, J. L., & Salovey, P. 1991 Organized knowledge structures and personality. In M. J. Horowitz(Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: University of Chicago Press. Pp. 33-79.

Spiegel, D., & Bloom, J. R 1983 Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic Breast Carsinoma Pain. *Psychosomatic Medicine*, **45**, 333-339.

Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, C., & Gottheil, E. 1989 Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **ii**, 888-891.

Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. 1981 Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of general psychiatry*, **38**, 527-533.

SPSS Inc. 1993 SPSS Professional Statistics, Release 6.x, SPSS Inc.

SPSS Inc. 1999a SPSS Base 9.0J user's guide, SPSS Inc.

SPSS Inc. 1999b SPSS Base 10.0J user's guide, SPSS Inc.

Stinson, C. H., Milbrath, C., Reidbord, S. P., & Bucci, W. 1994 Themantic segmentation of psychotherapy transcripts for convergent analyses. *Psychotherapy*, **31**, 36-48.

Strauman, T. J. 1994 Introduction: Social Cognition, Psychodynamic Psychology, and Processing of Emotionally Significant Information. *Journal of personality*, **62**, 451-458.

鈴木伸一・笠貫宏・坂野雄二 1999 心不全患者のQOLおよびストレスに及ぼすセルフ・エフィカシーの効果 心身医学, **39**, 259-265.

高橋恵・原昌子・下稲葉かおり・恒藤暁 1996 ホスピスにおけるスピリチュアルペインとケアの実態. 死の臨床 **19**, 53-56.

田村恵子 2000 終末期患者へのスピリチュアルケア. ターミナルケア, **10**, 103-107.

丹下智香子 1999 青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討. 心理学研究, **70**, 327-332.

Taylor, E. J., Highfield, M., & Amenta, M. 1994 Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. *Cancer nursing*, **17**, 479-489.

Taylor, S. E., Brown, J. D. 1988 Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, **103**, 193-210.

Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J., Lichtman, R. R. 1986 Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of consulting and clinical psychology*, **54**, 608-615.

Taylor, S. E. 1983 Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *The American psychologist*, **38**, 1161-1173.

Taylor, S. E. 1999 *Health psychology, forth edition.* McGraw-Hill.

Telch, C. F., Telch, M. J. 1986 Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of consulting and clinical psychology,* **54**, 802-808.

Templer, D. A. 1970 The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology,* **82**, 165-177.

恒藤暁・柏木哲夫 1993 ターミナルケアと末期がん患者のQOL こころの科学, **49**, 66-69.

恒藤暁 1999 最新緩和医療学 最新医学社

恒藤暁・平井啓・池永昌之・茅根義和・川辺圭一・柏木哲夫 2000 末期がん患者の身体症状と日常生活動作からみた予後予測 緩和医療学, **2**, 192-198.

塚本尚子 1998 がん患者用自己効力感尺度作成の試み 看護研究, **31**, 198-206.

Twycross, R. G. 1987 Quality before quantity - a note of caution. *Palliative Medicine,* **1**, 65-72.

deVries, M. J., Schilder, J. N., Mulder, C. L., Vrancken, A. M. E., Remie, & M., Garssen, B., 1997 Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-oncology,* **6**, 129-137.

Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J. M. 1999 Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet,* **354**, 1331-1336.

Wong, P. T., Reker, G. T. & Gesser, G. 1997 Death attitude profile-revised. Neimer (ed.) *Death anxiety handbook,* 121-148.

Worden, J. W., & Weisman, A. D. 1984 Preventive Psychological Intervention With Newly Diagnosed Cancer Patients. *General Hospital Psychiatry*, **6**, 243-249.

Wortman, C. B. 1984 Social support and the cancer patient. *Cancer*, **53**, 2339-2363.

Yalom, I. V. 1980 Existential psychotherapy New York: BasicBooks.

Yates, J. W., Chalmer, B., McKegney, P. 1980 Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*, **45**, 409-415.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. 北村俊則訳 1993 The hospital anxiety and depression scale (HAD尺度). 精神科診断学, **4**, 371-372.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. 1983 The hospital anxiety and depression scale. *Acta psyChiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370.

謝辞

この論文は、大阪大学大学院人間科学研究科での約７年間の仕事をまとめたものです。この間、この論文の研究の遂行に当たり、非常に多くの方々に大変お世話になりました。そこで、この論文を書き終えるにあたり、全ての方を挙げることはできませんが、この場をお借りしてお礼を申しげることにします。

まず初めに、人生の最も大切な時に、快くインタビューに応じて下さり、研究の内容以上に、人生についてあまりに多くのことを教えて下さった、多くの患者さんの方々に深く感謝の念を表し、すでに亡くなられた方々には、心からご冥福を祈りたいと思います。

インタビューに当たり、いろいろとお手伝い下さった、淀川キリスト教病院ホスピスのスタッフの方々に、特に、被験者の手配から、論文の構成等に関してさまざまなご助言を頂いた、恒藤暁先生、池永昌之先生、田村恵子婦長には深くお礼を申し上げます。そして、この１年間さまざまな難問に対して適切なご助言与え、ご指導下さった柏木哲夫先生に感謝いたします。分析等に関し、適切なご助言を与えて下さった狩野裕先生に感謝いたします。また、その他さまざまなことでお世話になった人間科学研究科の全ての先生方にも感謝しなければなりません。また、この論文に、何かと苦労と時間を貢献してくれた、臨床死生学研究室の院生の方々、臨床老年行動学研究室の卒業生、４年生、３年生の方々にも、大変感謝しております。

この論文執筆中のさまざまな局面で、適切なご助言や協力を賜った、東海大学精神科、保坂隆先生、聖隷三方原病院ホスピス、森田達也先生、大阪府立看護大学、山田冨美雄先生、近畿福祉大学、堤俊彦先生、東京都総合老人研究所、岡浩一朗先生、日本学術振興会、坂口幸弘先生、最後に、この論文の完成に際して、公私ともに支えてくれた小林知博さんに特別な感謝の念を表して、筆を置きたいと思います。