

2013年 2月19日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団  
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職 独立行政法人  
国立がん研究センター東病院  
外来・病棟医長  
研究代表者氏名 藤澤大介



## 2012年度研究助成に係る 研究報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

### 記

- 1 研究課題 在宅ホスピス緩和ケアにおける認知行動療法の教育方法の  
確立と普及に関する研究
- 2 研究期間 2012年 4月 1日 ～ 2013年 2月 15日
- 3 研究報告書 別紙のとおり

年 月 日

2012年度笹川記念保健協力財団

## 研 究 報 告 書

### 研 究 課 題

在宅ホスピス緩和ケアにおける認知行動療法の教育方法の確立と普及に関する研究

所属機関・職 独立行政法人国立がん研究センター東病院・外来・病棟医長

研究代表者氏名 藤澤 大介



## 研究課題:在宅ホスピス緩和ケアにおける認知行動療法の教育方法の確立と普及に関する研究

研究代表者:藤澤大介(国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科)

研究協力者:能野(上田)淳子、古賀晴美、武井宣之、比嘉謙介、三塚智彦、小川朝生

(以上:同・精神腫瘍科)、寺田千幸(同・看護部)、

木下寛也(同・緩和医療科)、元永伸也(同・薬剤部)

山岡麻里(柏の葉 がん患者・家族相談支援センター)

### Ⅰ 研究の目的・方法

#### 1. 背景

在宅療養中のがん患者は高率に身体・精神症状を有している。がん患者の身体症状(呼吸苦・疼痛など)・精神症状(不安・不眠など)に対しては、薬物療法のほか、認知行動療法が有効であることが、複数の無作為対照比較試験ならびにメタ解析にて実証されている(能野・藤澤. 認知療法研究 2012)。認知行動療法は、当初精神疾患の心理療法の一つとして創始されたが、近年では、糖尿病、慢性疼痛など身体医療領域でも広く実践されるようになり、実施者も、心理療法の専門家以外に広がってきている治療法である(Kwekkeboom. J Pain Symptom Manage 2010 ; Bredin. BMJ 1999)。

国際的には、認知行動療法は多くの場合、看護師やソーシャルワーカーによって実践され、緩和医療領域でも有効性が示唆されている(Mannix KA. Palliative Medicine, 2006)。しかしながら、本邦においては、身体疾患領域における認知行動療法の実践は散発的であり、在宅ホスピス領域においてはなおさら希少である。さらに、在宅ホスピス医療においては、精神医学の専門家が患者に関わる機会は限定的であり、非精神医学専門家が、患者・家族の心理社会面と身体面の両面への対応できる必要がある。したがって、認知行動療法を精神医学の専門家以外にも拡充する試みが極めて重要と考えられる。

#### 2. 目的

したがって、本研究では、在宅緩和ケアを受けているがん患者の、身体症状(呼吸苦・疼痛)と精神症状(不安、抑うつ)に対する非薬物療法(認知行動療法)の教育方法の確立ならびに普及を目的として研究を計画した。具体的には、在宅ホスピスに関与する医療従事者に対して、認知行動療法の研修を実施し、受講者の学習到達度、在宅ホスピスでの実施可能性、実践上の障壁を明らかにすることを目的とした。

#### 3. 方法

はじめに、関連領域の専門家(精神腫瘍学、認知行動療法、がん看護、在宅ケア、な

どに従事する職種)によるフォーカスグループを行い、認知行動療法の教育資材と研修方法を検討した。その結果、幅広い対象に対して比較的簡便に実施できるリラクゼーション法と、さらに密な心理支援が必要な患者向けの短期認知行動療法の2つのレベルの研修を実施する方向とした。

次に教育資材の開発に着手した。教育資材は、米国で開発された Brief CBT for Anxiety & Advanced Cancer Treatment Manual (主任開発者: Joseph A. Greer, Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School) をもとに作成した。また、同開発部門の長である William F Pirl 博士 (Massachusetts General Hospital Psychiatric Oncology and Behavioral Sciences) を招聘し、技術指導を受けた。研究の中間評価において、視聴覚資材の必要性が示唆されたため、印刷資材に加えて、リラクゼーションの患者向け CD を作成することとした。

開発された資材(試作版)をもとに、地域緩和ケアネットワークを通じて募集した、在宅医療に携わる地域医療従事者(在宅医、訪問看護師、病院看護師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員、病院薬剤師、薬局薬剤師など)を対象とした、リラクゼーション法を中心とした1.5時間の研修(入門コース)を実施した。同研修参加者に対して、研修前後と研修1か月後にアンケート調査を実施し、認知行動療法の実践頻度、在宅医療現場での実行可能性、有用性、障壁を聴取した(研究1)。

次に、主に不安症状を標的とした短期認知行動療法の6時間の研修(初級コース)を実施した。研修の内容は、身体症状と精神症状に関する認知・行動科学に関する講義と、ロールプレイ(呼吸コントロール、リラクゼーション、行動活性化療法)を含むワークショップ形式とした。

さらに、同コース参加者のうち、希望者に対して、1か月に1回のフォローアップ研修(実践コース)を実施し、知識のアップデートや症例検討を行った。

研修終了後、認知行動療法を在宅医療現場で実践する上での障壁と解決案について、アンケートとフォーカスグループを行った(研究2)。

なお本研究は、国立がん研究センター研究倫理審査委員会に諮問し、倫理審査不要との判断を受けて、実施した。

## II 研究の内容・実施経過

### 1. 研究1 リラクゼーション研修(単回)

在宅医療に携わる地域医療・福祉従事者124名に簡易の認知行動療法技法であるリラクゼーション法の研修を実施し、有用性、実施上の障壁をアンケートによって聴取した。103人から協力を得て(同意率83.1%)、解析の対象とした。

回答者の平均年齢は40.7歳(中央値40、範囲22-67)であった。背景を表1、2に示した。

表1. 参加者背景 (職種)

職種	%
医師	5.8
看護師	43.7
薬剤師	9.7
ケアマネージャー	14.6
社会福祉士	9.7
栄養士	1.9
保健師	0
その他	12.6
未記入	1.9

表2. 参加者背景 (勤務場所)

勤務場所	%
病院の緩和ケア病棟・チーム	13.6
病院(緩和ケア病棟・チーム以外)	33.0
診療所	8.7
訪問看護ステーション	21.4
保険薬局	2.9
居宅介護支援事業所	12.6
保健所	0
その他	4.9
未記入	2.9

この研修の内容については、参加者の大多数が「全く知らない」または「聞いたことがあるのみ」で具体的な経験がなかった(図1)。研修終了後のアンケートでは、合計91%の参加者が「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答した(図2)。

図1. 講義内容の既知度

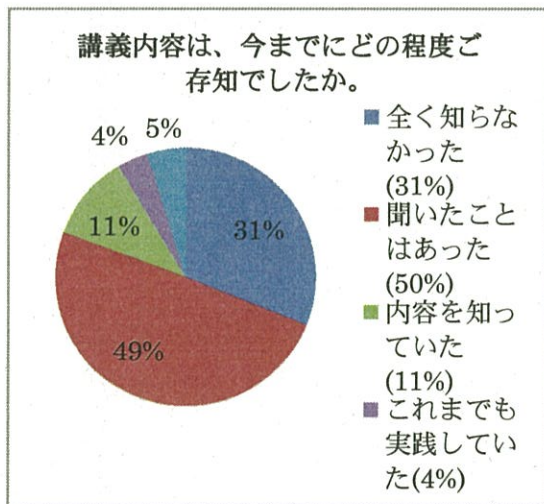
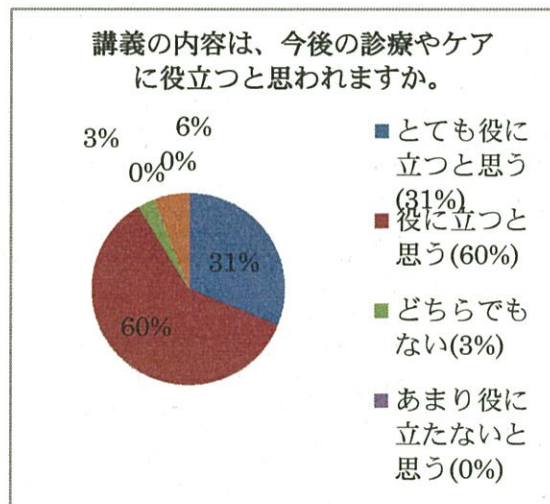
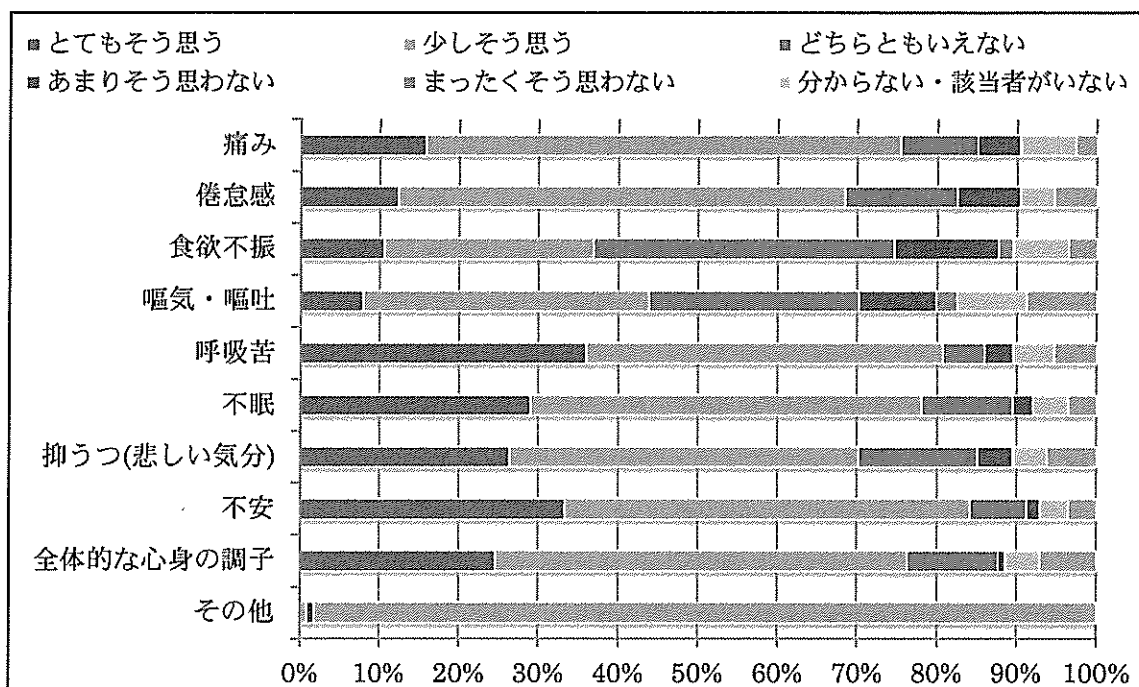


図2. 役立ち度



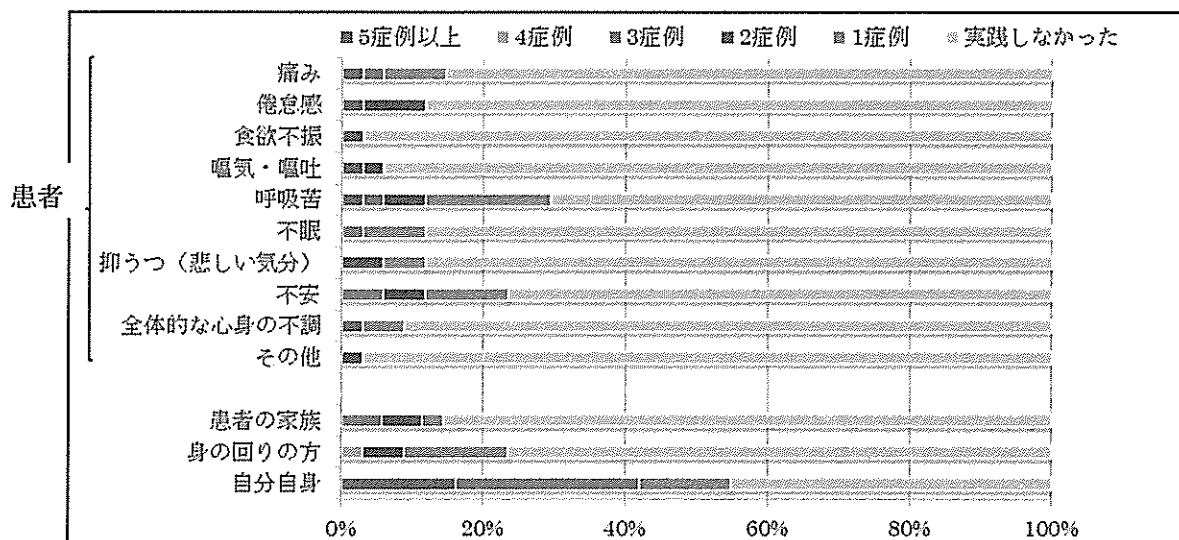
認知行動療法を適用可能な対象患者としては、70%以上の参加者が、食思不振と嘔気・嘔吐を除く各種の身体・精神症状に有用と回答した(図3)。

図3. 「リラクゼーションは患者さんの以下のような症状にどの程度、利用できそうですか？」



ただし、1か月後のフォローアップアンケート（回答者：34名：返答率33.0%）で、研修後1か月間におけるリラクゼーション実施率を尋ねたところ、図4に示すように、自分自身に対して実践した参加者は50%以上であった一方で、患者や患者家族への実践は20%程度にとどまった（図4）。

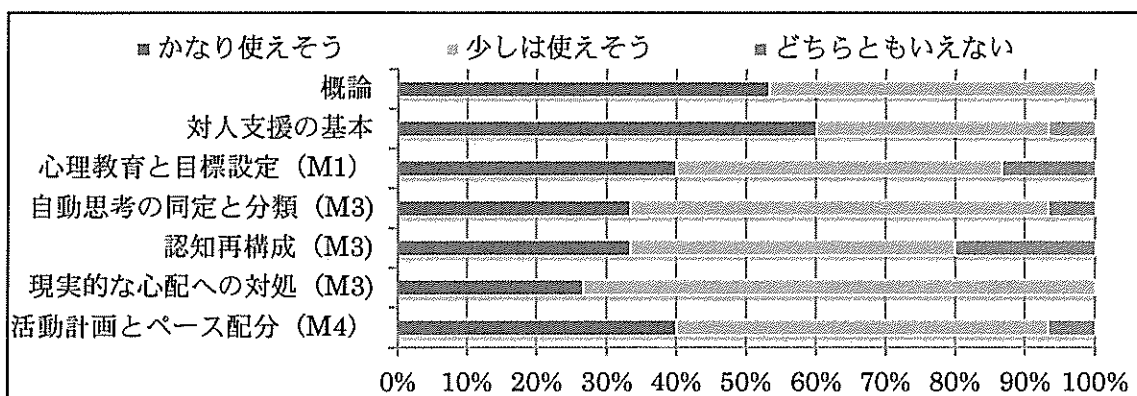
図4. 最近1ヶ月で、リラクゼーションを実践しましたか？



## 2. 研究2 認知行動療法研修（継続）

不安症状を主標的とした簡易認知行動療法の6時間の研修（初級コース）に参加した15名の医療福祉従事者を対象とした、アンケートでは、認知行動療法の各モジュール（技法）について、高い率で実践可能である印象を持って受け止められた（図5）。

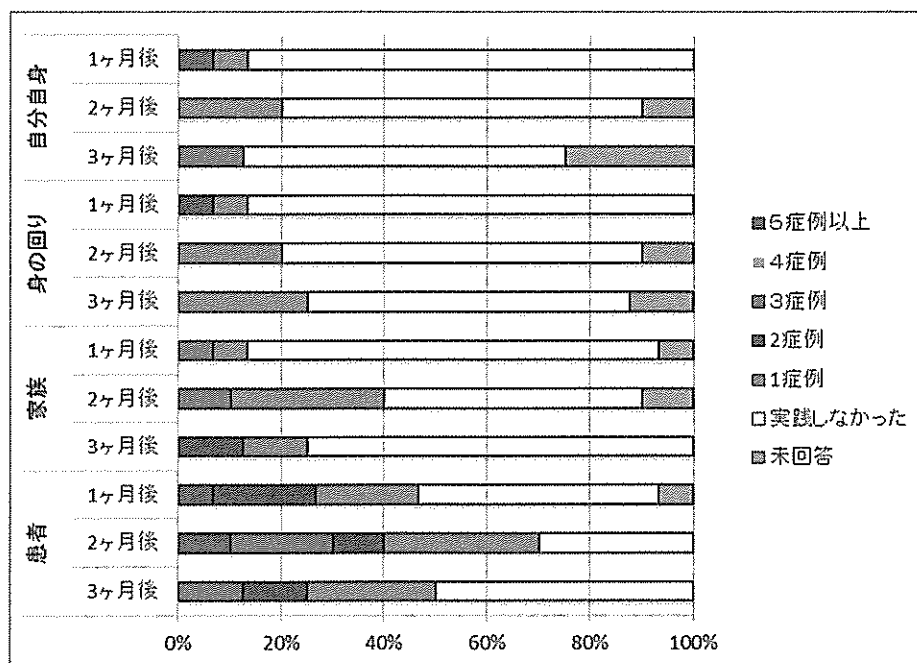
図5 「認知行動療法スキルは、どの程度、患者さんに利用できそうですか？」



(回答者数：15名)

その後の月1回のフォローアップ研修参加者におけるアンケート結果では、時間の経過とともに、徐々に実践の率が増加する傾向が示唆された（図6）。

図6 「最近1ヶ月で、認知行動療法スキルを実践しましたか？」



### 3. 認知行動療法実践の障壁（研究1+2）

研究1の参加者によるアンケートの自由記載、ならびに、研究2の参加者によるフォーカスグループとアンケートの結果を内容分析したところ、在宅ケアにおいて認知行動療法を実践する障壁として、下記の3要因・11カテゴリーが抽出された（表3）。

表3 在宅ケアで認知行動療法を実践するうえでの障壁

<p>&lt;ケア提供者側の要因&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・医療職以外が実践することへの戸惑い</li><li>・患者との基本的な信頼関係づくりの困難さ</li><li>・リラクセーションの理論的根拠や具体的な方法の説明への難しさ</li><li>・自分のやり方が正しいのか確信が持てない</li><li>・患者の動機づけが難しい</li></ul> <p>&lt;患者側の要因&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・患者の適応の問題</li><li>・患者の身体的制約</li><li>・他のケアとの優先度のかねあい</li></ul> <p>&lt;環境の要因&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療における時間的制約</li><li>・プライバシーの保護などの実践の場所確保の問題</li><li>・他の医療・福祉スタッフの理解</li></ul>
---

### III 研究の成果

第一に、非精神医学専門家でも学習できる、在宅ホスピス領域における簡便な認知行動療法のマニュアルが作成された。

第二に、認知行動療法は、多くの在宅ホスピス関係医療福祉従事者において、実践可能・有用と受け止められた。

第三に、非精神医学専門家を対象とした、在宅ホスピス領域における認知行動療法の研修方法が考案され、継続的に研修に参加した受講者においては、時間の経過とともに、緩徐に実践の率が増加する傾向が示唆された。

第四に、在宅ケアにおける認知行動療法実践上の障壁が明らかになり今後の課題が示された（IVに後述）。



#### IV 今後の課題

本研究により、認知行動療法は在宅医療従事者によって有用かつ実践可能と受け止められたが、実際に在宅ケアで実践する上では、3領域11カテゴリーの障壁（表3）が明らかになった。それぞれの領域における課題とその解決の方向性を以下に記す。

ケア提供者側の問題の克服には、第一に、認知行動療法というスキルを実践する以前の患者・家族と基本的な信頼関係を築く能力の獲得が重要である。そのための研修体制の構築が望まれる。認知行動療法を自信をもって実践するためには、受け身的な研修だけでなく、実践練習を伴った研修過程が必要であり、ロールプレイやスーパービジョンも交えた反復・継続した研修、視聴覚教材の整備、継続的なスーパービジョン体制の整備が課題と考えられた。認知行動療法に対して患者さんを動機付けるスキルについてもトレーニングが必要である。

患者側の要因の克服には、本研究で開発された介入方法をもとに実証研究を行い、標的となる症状と効果量、問題点を明らかにする必要がある。さらに、認知行動療法以外のケア・治療法との使い分けや併用について検討することが今後の課題であると考えられる。

環境上の要因の克服には、認知行動療法の実践に必要な時間を短縮するために、患者用の教育資材を開発したり、在宅ケアにおいて複数のケアスタッフが連携しながら介入できる工夫が課題と考えられた。

#### V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）

- ・藤澤大介. がん患者に対する認知行動療法. 総合病院精神医学 23 (3), 370-377, 2012
- ・藤澤大介、能野淳子. レジリエンス向上にいかす認知行動療法の概念化と治療計画. 総合病院精神医学 24 (1), 10-17, 2012
- ・能野淳子、藤澤大介. がん領域における認知行動療法. 認知療法研究, 5 (2), 157-165, 2012
- ・藤澤大介. がん患者・家族のストレスケア—病期に応じた対応と多面的ケア. ストレス科学 27 (1), 1-9, 2012
- ・藤澤大介、能野淳子. 【ここまで進んだ認知行動療法】がん領域における認知行動療法. 医学のあゆみ 242 (6, 7), 537-540, 2012
- ・能野淳子・藤澤大介. がん・緩和ケア領域における認知行動療法とチーム医療. 第12回日本認知療法学会 (2012年11月)
- ・大野裕、藤澤大介他. 認知行動療法が現代医療で果たす役割. 臨床心理学 (印刷中)
- ・能野淳子・藤澤大介. がん・緩和ケア領域における認知行動療法とチーム医療. 認知療法研究 (印刷中)