

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者や家族が必要とする社会的サポートや  
グループカウンセリングの有用性に関する研究

平成19年度 総合研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成20(2008)年3月

# 目 次

I. 総括研究報告	
がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリング の有用性に関する研究 .....	3
主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）	
II. 分担研究報告	
1. 医師からみたがん患者と家族へのソーシャルサポートの現状と必要性に関する研究 ーがん診療連携拠点病院における心理社会的サポートー .....	40
分担研究者 河瀬雅紀（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科教授）	
研究協力者 中村千珠（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科）	
2. がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制に関する実態調査 .....	46
分担研究者 森山美知子（広島大学大学院保健学研究科教授）	
研究協力者 森 さとこ（広島大学大学院保健学研究科）	
3. 遺族を対象とした健康度調査およびグループ療法の有用性に関する研究 .....	59
分担研究者 堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長）	
研究協力者 天野可奈子（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室臨床心理士）	
4. 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価に関する研究 .....	76
分担研究者 松島英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授）	
研究協力者 石川和穂（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）	
5. 乳癌術後患者を対象とした心理・社会的グループ療法の効果検証 .....	93
分担研究者 下妻 晃二郎（立命館大学理工学部化学生物工学科教授）	
研究協力者 寺田佐代子（わかば会）、戸畑利香（博愛会相良病院）、 毛利光子、矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット）、 井上和子（広島大学大学院保健学研究科）	
6. しまねのがんサロン実践報告～MSWによるファシリテーターとしての関わり～ .....	98
研究協力者 原 敬（松江市立病院 がん相談支援センター）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	109
IV. 研究成果の刊行物・別刷 .....	117



厚生労働科学研究研究費補助金  
がん臨床研究事業

がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの  
有用性に関する研究

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者： 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

主任研究者は、がん患者へのグループ療法ファシリテーターの養成プログラムのうち、2時間半ずつ3セッションの養成講座を全国6カ所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計358名であった。サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを前後で比較した結果、平均点は有意に ( $p < 0.01$ ) 増加し、この養成講座には一定の教育的効果があることがわかった。また、VAS による理解度調査でも、講習会の経験が増すにつれて、講師の経験や受講者からのフィードバックによって、受講者の理解度は高くなることも示された。しかし、3レッスンの中で毎回体験学習した「リラクゼーション・スキル」の習得に関しては、最後まで、習得度が低く自信もないことがわかった。これらはわが国の医療者にとって、卒前・卒後教育のなかで十分に教えられていなかった点が問題である。

ファシリテーター養成プログラムは、本養成講座に続いて、実習と補習を加えた計20時間から構成されている。2008年に、ファシリテーター養成プログラムが完全に実施できた講習会は1カ所に過ぎなかった。プログラム完成には課題はまだ多い

次に、河瀬らはがん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族のソーシャルサポートの現状と必要性に関する医師の理解について把握することを試みた。がん患者と家族のソーシャルサポートについての質問紙を独自に作成し、全国のがん診療連携拠点病院286施設に勤務する医師を対象に調査を実施し、360名から回答を得た。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、よく知られている資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状ではあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。ただ、その必要性が軽度であったのは、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないことや、有効性の問題などによるものと推測される。そこで、医師にそれらの活動内容や有効性を理解してもらうことが課題であると考えられた。

さらに、森山らは、全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的サポート体制、がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制やその教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり及びサポート体制における問題点について

実態調査を行った。全 286 病院に調査票を郵送し、176 通を回収、分析対象とした（有効回答率 61.5%）。その結果、がん患者又は家族へのカウンセリングは約半数の病院で看護師や臨床心理士、MSW らによって行われていたが、グループ療法や自助グループ、患者会/家族会の実施割合は低いことがわかった。また、EBM に基づき構造化されたグループ療法を実施していたのは 7 病院のみで、できない理由として、9 割の病院が「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことを挙げた。同時に、グループ療法が提供できないことの患者・家族への不利益は多くの病院で認識されていた。グループ療法の普及の必要性が確認された。また、患者・家族へ教育プログラムを提供している病院は 1 割に満たず、日々のケアの中で適宜実施している状況であった。専門スタッフは MSW が 8 割の、認定看護師は 7 割弱の、臨床心理士は 5 割の病院に配置されていたが、それ以外の配置は低く、専門スタッフへの教育・支援体制も十分とはいえない状況であった。コメディカルスタッフは、地域住民や地域の医療機関への教育的役割を果たすなど、専門家としての役割を担っていた。

そして、堀らは、我が国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、遺族ケアとして、「追悼会」のように構造化されていないグループによる介入がなされているが、構造化された介入に関する報告はあまり見受けられないことから、以下のように考え研究を開始した。構造化された介入の場合、技術や人間性など、ファシリテーター側の要因にあまり左右されずに誰がやってもある程度同じように介入しやすい点がある。そこで、緩和ケア病棟で大切な家族を亡くされた遺族を対象に、新たに構造化されたグループ療法による介入を行うことを前提として、まず遺族の健康度調査を行った。今回、52 名の対象者に第 1 回目のアンケート調査が行われた。

一方、松島らは、家族が認識した患者の生活の質（QOL）は治療方法に関する意思決定に重要な影響を及ぼすと考え、終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価がどの程度一致するかを検討した。緩和ケア病棟に入院中または外来で入院登録をしたがん患者とその主要な家族介護者（1 名）のペアを対象とし、自記式質問紙による調査を実施した。QOL の測定には FACIT-Sp を使用し、患者は自身の QOL を、家族は観察・推測された患者の QOL を評価した。患者・家族の QOL 得点の平均値、両群の差の検定、一致回答率、相関係数、一致回答率、 $\kappa$  係数、級内相関係数を算出し、患者-家族間の QOL 評価の一致度を検討した。その結果、2007 年 5 月～12 月に 80 組の患者・家族に調査票を配布し 45 組を回収した（回収率 56.3%、有効回答 42 組）。QOL 全体としては患者-家族間の一致度は高いが、41 項目中 36 項目で家族は患者の QOL を低く評価していた。また QOL の領域によって一致度は異なり、身体・機能面は一致度が高く、心理面・スピリチュアリティは中等度で、社会面は低かった。社会面の中でも、特に家族と患者の関係に関する項目は一致度が低いことから、患者-家族間のコミュニケーションを促進する介入は両者間の QOL 評価の不一致を軽減し、家族の心理的負担を緩和するために有効である可能性が示唆された。

最後に、下妻らは、乳癌術後患者を対象とした心理社会的グループ介入療法の効果を、心理社会的機能/QOL だけでなく医療経済面からも実証する計画を開始した。まず対照群のデータを把握するために、2007 年 8-10 月に術後 3 ヶ月以内を迎えた鹿児島県の S 病院の患者 100 人を対象として、介入は行わずに、QOL/心理社会的機能に関する調査を縦断的に行った。調査時点は、登録時、5 週間後、6 ヶ月後、の 3 回である。本年 1 月から、介入群の研究を開始しているが、今回はデータが現時点で得られている対照群（非介入群）の 2 回まで

のQOL 調査結果を報告している。

また、研究協力者の原は、多くのがん患者が孤独やストレス、不安など心の問題を抱えているにもかかわらず、こころの問題が、がん相談支援センターなどの相談窓口で直接持ち込まれることは少ないことに注目した。島根県内の病院や地域に15か所開設されている「がんサロン」は、がん患者さんがアクセスしやすい相談窓口であり、従来の患者会やサポートグループ同様、がん患者やその家族の交流を通じた癒しと情報提供の場として機能している。さらにはそれぞれのがんサロンで、がん患者を取り巻く医療者、行政、教育など複数のステークホルダーとのコラボレーションが展開されている。その一例として、松江市立病院において医療ソーシャルワーカー（MSW）が、がんサロンのKey Personとの対話と、グループにおけるポジショニングを大切にしながら、サロン立ち上げから継続のプロセス、がん患者と医療者のコミュニケーションに関わり、がんサロンが院内システムにおけるがん患者の癒しの場として、さらにはがん患者と医療者の交流を通じて、がん患者の意見が医療に反映される装置として機能することを示した。

#### 【分担研究者】

堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科部長）

河瀬 雅紀（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科教授）

松島 英介（東京医科歯科大学大学院心療・ターミナル医学分野・准教授）

下妻 晃二郎（立命館大学理工学部化学生物工学科教授）

森山 美知子（広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座教授）

#### 【研究協力者】

池山 晴人（独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター地域医療連携室主任）

寺田 佐代子（わかば会）

藤富 豊（厚生連鶴見病院乳腺外科）

天野 可奈子（滋賀県立成人病センター 地域医療サービス室臨床心理士）

中村 千珠（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科）

森 さとこ・井上 和子（広島大学大学院保健学研究科）

石川 和穂（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）

戸畑 利香（博愛会相良病院）

毛利 光子・矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット）

所 昭宏（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科）

長谷川聡（北海道医療大学看護福祉学部コミュニケーション学・福祉情報学准教授）

天野瑞枝（藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科老年看護学教授）

原 敬（松江市立病院がん相談支援センター）

佐藤千秋（聖マリアンナ医科大学病院メディカルサポートセンター）

吉川真理子（東海大学医学部附属東京病院）

## A. 研究目的

サイコオンコロジーの領域でも、グループ療法によって免疫機能が增強したり、再発率・死亡率が低下して、延命効果があることが報告されてから、このテーマは関心を集めてきた。本報告書では、諸外国とわが国の研究を紹介した後に、このグループ療法を展開・促進させる役、すなわちファシリテーターを養成するためのプログラムを実施したので、その方法と経過を報告し、その結果および意義について述べる。

まず、スタンフォード大学のスピーゲル (Spiegel) は、遠隔転移をおこした乳がん患者を数名ずつのグループに分けて、毎週1回ずつ集団精神療法を行なった。この集団精神療法とは、患者数名に精神科医とソーシャルワーカー各1名が同席し、それぞれが悩んでいること、困っていることを自由に話していくものである。話が脱線しそうになったら、医療者が介入し、1時間半のセッションの最後には、自己催眠によるリラクゼーションの訓練を行う。このような集団精神療法を1年間続けた群と、それを受けなかった群をその後10年以上経過を観察して比較したところ、平均生存期間が介入群 36.6 カ月、対照群 18.9 カ月と、約2倍に延長していたという (1)。米国だけでなく世界中で現在この研究に関する追再試が行われ、それを肯定するものと否定するものが出始めた (2,3)。最近の Kissane による追試結果によっても生存期間を延長する効果はなく、うつ病を軽減・予防したり、絶望的な気持ちを緩和して社会的な機能を改善することには効果的であったことが報告されている。 (4)

もうひとつの研究も、やはり集団で行う介入研究で、カリフォルニア大学 (UCLA) のファウジー (Fawzy) が行ったものである。対象はアメリカ人に多い悪性黒色腫の初期の患

者である。これも、やはり数人ずつのグループに分けて集団でカウンセリングを受けるものであるが、自由になんでも話すというよりも、毎回決められたテーマの話を聞いたり、リラクゼーションの方法を学んだりしていくものである。そして、そのようなセッションも長期間続けずに、たった6回だけで完了してしまうものである。結果的には、介入前と比較して介入プログラム終了直後・6ヶ月後などで情緒状態に明らかな改善がみられた (5)。さらに、ナチュラルキラー細胞活性という面から測った免疫機能も向上し (6)、6年経過した時点で、再発率ならびに死亡率で対照群と明らかな差が生じたことが報告され (7)、さらに10年後も介入群のほうが死亡率では有意に少ないことが示された。 (8)

しかし最新の総説によれば、グループ療法は生存期間を延長する効果はないことと、それにも関わらず少なくとも、QOL を向上させて患者や家族を満足させるものであるということ、ほぼ一致している。 (9)

日本でも Fukui らは、乳がん患者を対象にファウジー・モデルの無作為比較対照試験による介入研究を行っており、介入による情緒状態の有意な改善を報告している (10)。

筆者らは1994年より、乳がん患者を対象にしたグループ介入のプログラムを施行してきた。介入方法としては、まずは週1回1時間半 (90分) ずつ、計5回から成る「構造化された」介入プログラムを作成した。対象には、情緒状態を評価できる POMS (Profile of Mood States) を、介入前後に施行して、その結果を比較検討し、抑うつ・活気の無さ・疲労・混乱、および緊張・情緒不安定などほとんどすべての項目で有意な改善がみられることを報告してきた。 (11-16) そして、その後のアンケート調査では、参加者の 2/3 の方が、介入プログラムが終了してからもお互

いに連絡を取り合っていることがわかった。なかには、毎月1回ずつ定期的な食事会を開いたり、毎月ハイキングに行ったりというグループもあった。つまり、医療施設がこのようなプログラムを実施するということは、がん患者に対して「ソーシャルサポートを提供する」という意味合いがあることがわかったのである。しかし、このプログラムは診療報酬に反映されていないので、その後、医療施設がこれを取り入れることはなかった。

そのような経緯のなかで、平成19年4月、がん対策基本法が施行された。この中では全国どこに住んでいるがん患者でも同じ質のがん治療が受けられる、いわばがん治療の「均てん化」がキーワードのひとつになっている。そしてもうひとつの重要な点は、相談支援センターの充実であり、患者や家族が相談支援できることが目標とされている。しかし、相談を受けたり支援するといっても、それは具体的ではなく、実際にがん拠点病院でさえも、支援プログラムを示すことはできていないのが現状である。

そこで上述したようなグループ療法は、そのひとつの具体的な支援体制になり得ると確信しているが、実際にこのグループ療法を進めることができる者、すなわちファシリテーターはほとんど存在しないため、ファシリテーターを養成することが急務であると考えた。そこでそれを目的とした養成プログラムを実施しその教育的効果や、意義について検討した。

## B. 研究方法

まず、このファシリテーター養成プログラムは、【表一1】に示したように、基礎的な学習であるファシリテーター養成講座、介入の実習、補講の3つのセクションから構成されている。合計すると20時間になる。本報告ではこのうちファシリテーター養成講座に

ついて、その内容と教育的効果について述べる。

### 【表一1】ファシリテーター養成プログラム (計20時間)

- ①ファシリテーター養成講座：2時間半×3回  
(実際のグループ介入を意識した講義と、教育的介入のロールプレー、リラクゼーション技法の実践、など)
- ②介入の実習：1時間半×5回  
(実際の患者または模擬患者を対象として介入プログラムを施行)
- ③補講：2時間半×2回  
(介入プログラムを施行してみて生じた疑問などを解決)

対象は全国6カ所で計358名であり、受講者の職種などは【表一2】に示した。講習会を「コメディカルのためのファシリテーター養成講座」と銘打ったためか、受講者は看護師・医療ソーシャルワーカー・心理士らが多かった。東京1では、東京大学医療政策人材養成講座第3期生(医療政策立案者、患者・支援者、ジャーナリストらを含む)が加わり、同講座の卒業課題を兼ねたため、第3期生からの感想を報告書巻末に掲載した。

### 【表一2】受講者(計358名)

講習場所	受講者人数(内訳)
東京1	40名(医師：4, 看護師・保健師：9, 医療ソーシャルワーカー：14, 患者・支援者：8, その他：5)
名古屋	25名(医師：4, 看護師・保健師：4, 臨床心理士：5, 患者・支援者：8, その他：4)
広島	36名(看護師・保健師：30, 薬剤師：1, その他：5)
近畿	56名(医師：6, 医療ソーシャルワーカー：11, 看護師・保健師：22, 臨床



心理士：7，薬剤師：1，その他：9)  
東京2：147名（医師：6，医療ソーシャルワーカー：25，看護師・保健師：57，臨床心理士：10，薬剤師：4，患者・支援者：7，学生5，編集者：5，その他：28）  
札幌：54名（医師：8，医療ソーシャルワーカー：9，看護師・保健師：33，その他：4）

講習会は東京1，名古屋の2カ所では，週1回で連続した3週間で行った。これは，実際のグループ療法で患者が集まることを意識して，参加する患者の精神力動を疑似体験できるように工夫したものだったが，地理的・時間的な理由で，その後の広島・近畿・東京2・札幌では土曜日の午後から日曜日の午前・午後の3レッスンを1.5日で受講できるように修正した。

開講の挨拶に続いて，まず，サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票を作成し，ファシリテーター養成講座の前後で試行し比較した。

講義内容は基本的には，巻末に示したようなグループ療法ができるように，知識や技術を獲得するよう配慮した。

また毎回のセッション終了時には，【表—3a,b,c】に示したように，講義の内容の理解度をVAS(Visual Analogue Scale)で記入したり，講座への要望を自由記載してもらった。

### C. 結果

サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを，前後で比較した。そのうち名古屋・東京1での講座参加者の結果を【図—1】に示した。名古屋でも東京1でも，同様に平均点は有意に( $p<0.01$ )増加し，この養成講座には，一定の知識としての教育効果があることがわかった。これはその後の開催地においても同様の結果が示された。

また各レッスンでのVASによる理解度の平均は【図—2a,b,c】に示した。全体的には理解度は高く，今回のファシリテーター養成講座の方法によって，ある程度の教育効果が得られることが示された。また，5カ所の結果を，時間的に左から右へ示した。それによれば，左から右の方向へ，次第に理解度が増していることがわかる。これは，講師の教え方の方法や質が改善されたことを示している。

しかし，いずれの開催地においても，リラクゼーションの技術の獲得への自信が少ないことがわかった。

### D. 考察

この養成講座では，計5回の構造化されたグループ介入ができるように，グループ介入のマニュアル（研究期間中だけでも第3版まで改訂された）を配布し，約1時間をかけて，教育的介入で教えるための基礎知識を得るための講義をした。そして，その後は，数名～10名程度のグループとなり，グループワークをした。このグループの構成メンバーは，3回を通じて同じ構成とした。その理由は，3回のセッションのなかでも生じると思われるグループダイナミクスを体得するためであり，受講者からの感想ではその目的は達成できたようである。

グループワークでは，まず1対1でその日学んだ教育的介入を，お互いがミニレクチャーをして相互に評価し合い，その後はグループ・ミーティングの中でミニレクチャーのテーマの是非について，毎回ファシリテーター役を交代しながら話し合った。当然その目的は，ファシリテーターの役割を体験するためであり，これも有意義であったことが受講者から聞かれている。さらに，各グループのファシリテーター役が，そのグループでの話し合いの内容を，全受講者の前で発表するようにした。その目的は，数名のグループという

だけでなく、全体をひとつのグループとして成熟させるためであり、受講者の主観ではあるが、それも十分に目的は達成されたと思われる。

次に、サイコオンコロジーに関する知識についての前後評価からは、この講座を通して、受講者らは効率よくその知識が獲得できたと言える。しかし、教育的介入のテーマに関しては、3回のセッションの中で話し合われた最も大きな問題であり、さまざまな意見が交わされた。今後はテーマを修正していく必要もある。

さてグループワークの後では、そのグループの形で着席したままリラクゼーションの実習をした。全体の前でリラクゼーションの指導をするのは無理があったために、3回とも筆者が指導をしたが、その意味では、リラクゼーションの指導について課題が残ったことになる。

また、【図-2a,b,c】には各開催地の理解度を並べて示したが、向かって右側の方が左側の開催地と比較してやや高くなっている（有意差はないが）のは、講師を務めた筆者が、自らの経験や、受講者からの意見や要望を取り入れ、少しずつ資料に手を加えたり、教え方を修正したためだろうと思っている。しかし、いずれの開催地においても、リラクゼーション技法の獲得への自信は少ないことがわかった。医療職の卒前・卒後教育のなかでリラクゼーション技法は十分に教えられていないが、今後の医療の中でもリラクゼーションは重要な意味があると思われるので、今後、この技法は卒前・卒後教育の中にもっと取り入れられなければならない。

また、本養成講座は、2.5時間を3レッスンまで行うが、当初は実際の患者が体験できるとされる週1回のセッションで生ずる集団力動を体験できるように週1回ずつで3週間の開催をしていたが、地理的・時間的な理由で、その後の広島・近畿・東京2・札幌で

は土曜日の午後から日曜日の午前・午後の3レッスンを1.5日で受講できるように修正した。感覚的にはこの方が集中力が増し、知識や技術の習得のためにも、また、同一メンバーで行うグループワークで生ずる集団力動的にも凝縮力が高まるようである。今後も、形式的には1.5日バージョンのほうが望ましいと思っている。

現在考えているファシリテーター養成プログラム全体は、【表-1】で示したように、本講座の後で、実際に患者あるいは模擬患者を対象にしてグループ療法を実践し、その後、補講を2回するという、計20時間に及ぶプログラムである。この中で、補講を行う理由は、グループ療法を実践中に生じた問題を、改めて質問したり確認する時間が必要なためである。この構成は筆者が、在宅介護者支援ファシリテーター養成講座の研究のなかで明らかにした必要時間・内容・組み合わせなどが元になっている。(17)これが実際に、がん患者のグループ療法のファシリテーター養成のために必要十分であるのかについては、引き続き検討中である。

## E. 結論

がん患者へのグループ療法ファシリテーターの養成プログラムのうち、2時間半ずつ3セッションの養成講座を全国6カ所で開催し、その教育的効果を検討した。受講者は計358名であった。サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを前後で比較した結果、平均点は有意に( $p<0.01$ )増加し、この養成講座には一定の教育効果があることがわかった。また、VASによる理解度調査でも講習会の経験が増すにつれて、講師の経験や受講者からのフィードバックによって、受講者の理解度は高くなることも示された。しかし、3レッスンの中で毎回体験学習した「リラクゼーション・スキル」の習得に関しては、

最後まで、習得度や今後の自信が少ないことがわかった。これらはわが国の医療者にとって、卒前・卒後教育のなかで十分に教えられていない点が問題である。

ファシリテーター養成プログラムは、本養成講座に続いて、実習と補習を加えた計20時間から構成されている。2008年に、ファシリテーター養成プログラムが完全に実施できた講習会は1カ所に過ぎなかった。プログラム完成には課題はまだ多い。

筆者のグループ療法の経験からは、グループ療法には「3回目の法則」があることがわかっている。これは、グループを始めると最初の1回目、2回目は緊張しながら、他の参加者を観察する時期であり、それが済んだ3回目になると急速に集団の凝集性が高まる、というものである。その感じを体得してもらうために、グループワークを含めるべきであり、それは最低3回は必要である、といった私見から、養成講座は3回と決めた。もちろんもっと長いほうが、たとえばリラクゼーション・テクニックの習得には有効だということも予想されるが、それよりも実際にグループ療法のファシリテーターを体験したほうが、講座中には気づかなかった疑問が明確化されたり、ファシリテーターとしての技能もより短期間で会得できるだろうと期待しからである。間もなくその期待が立証できるだろうと思っている。

#### 【謝辞】

研究に参加していただき貴重なご意見を賜りました東京大学政策提言人材養成講座受講者Ⅲ期生サイコオンコロジー研究班のメンバー（飯野靖彦、石川 隆、松原京子、光原ゆき、川添高志、金井弘子、伴 和美、鈴木 実、土田 尚、鷺見学、山崎大作、丸木一成、三浦直美、関原健夫、古元重和、川嶋三恵子、倉辺洋介、林 啓一、武末文男、敬称略・順不同）にこの場をお借りして深謝いたします。

また、東京会場の養成講座の一部は財団法人日本対がん協会がん医療水準均てん化推進事業(平成19年度)の助成を受けています。

#### 【文献】

- 1) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al.: Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet, ii: 888-891, 1989
- 2) Classen C., Butler L.D., Koopman C., et al.: Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. Arch Gen Psychiatry 58: 494-501, 2001
- 3) Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al.: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. New Eng J Med 345: 1719-1726, 2001
- 4) Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al.: Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psychooncology 16:277-86, 2007
- 5) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psychiatry 47: 720-5, 1990
- 6) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry 47: 729-35, 1990

- 7) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al.: Malignant melanoma—Effects of an early structured psychiatric Intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 50: 681-689, 1993
- 8) Fawzy FI, Canada AL, Fawzy NW.: Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 60:100-103, 2003
- 9) Gottlieb BH, Wachala ED.: Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology* 16: 379-400, 2007
- 10) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K & Uchitomi Y : A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 89:1026-36, 2000.
- 11) Hosaka, T.: A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psychooncology* 5: 59-64, 1996
- 12) 保坂 隆：がん患者への構造化された精神科的介入の有効性について。精神医学 41：867-870, 1999
- 13) Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y.: Effects of a Structured Psychiatric Intervention on Cancer Patients' Emotions and Coping Styles. *Internat J Clin Oncol* 5:188-191, 2000
- 14) 平井啓, 保坂 隆, 杉山洋子, 他：乳がん患者に対する構造化精神科介入とその影響要因に関する研究。精神医学 43: 33-38, 2001
- 15) Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, et al.: Persistent effects of a structured intervention on breast cancer patients' emotions. *Psychiatry Clin Neurosci* 54: 559-563, 2000
- 16) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al.: Effects of a psychiatric intervention with additional meetings for early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 23: 145-151, 2001
- 17) 保坂 隆：介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究報告書。平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

【表—3a】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン1

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 )

下記の項目について VAS(Visual Analogue Scale)上に×を記してください。

1, ファシリテーター養成講座の位置づけについて

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

2, 身体疾患患者への心理社会的アプローチの種類について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

3, がん患者への集団療法の歴史と概要について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

4, わが国での乳がん患者への集団療法の研究成果について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

5, グループ療法第1回目の導入や方法について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

6, グループ療法内で行われるリラクゼーションの種類について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

7, グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ————— | ————— | ————— | ————— | できる

○レッスン1全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

--

【表—3b】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン2

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

下記の項目についてVAS(Visual Analogue Scale)上に○か×を記してください。

1, 日本のがんの告知率について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

2, がんの告知率が低い理由の3つについて

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

3, 非告知はがん患者の心を守っているのかについて

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

4, がんを受容していく段階について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

5, がん患者の精神疾患合併率について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

6, がんへのコーピングと予後の関係について

理解できない | ————— | ————— | ————— | ————— | 理解できた

7, グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ————— | ————— | ————— | ————— | できる

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表—3c】

### ファシリテーター養成講座評価表：レッスン3

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他）

下記の項目についてVAS(Visual Analogue Scale)上に○か×を記してください。

1, がんの医療チームの概念について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

2, がんになりやすい性格（C型性格）について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

3, 好かれる患者の予後が悪い理由について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

4, ソーシャルサポートとがんの予後との関係について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

5, グリーフワークが1年間必要な理由について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

6, 家族は第2の患者である理由について

理解できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 理解できた

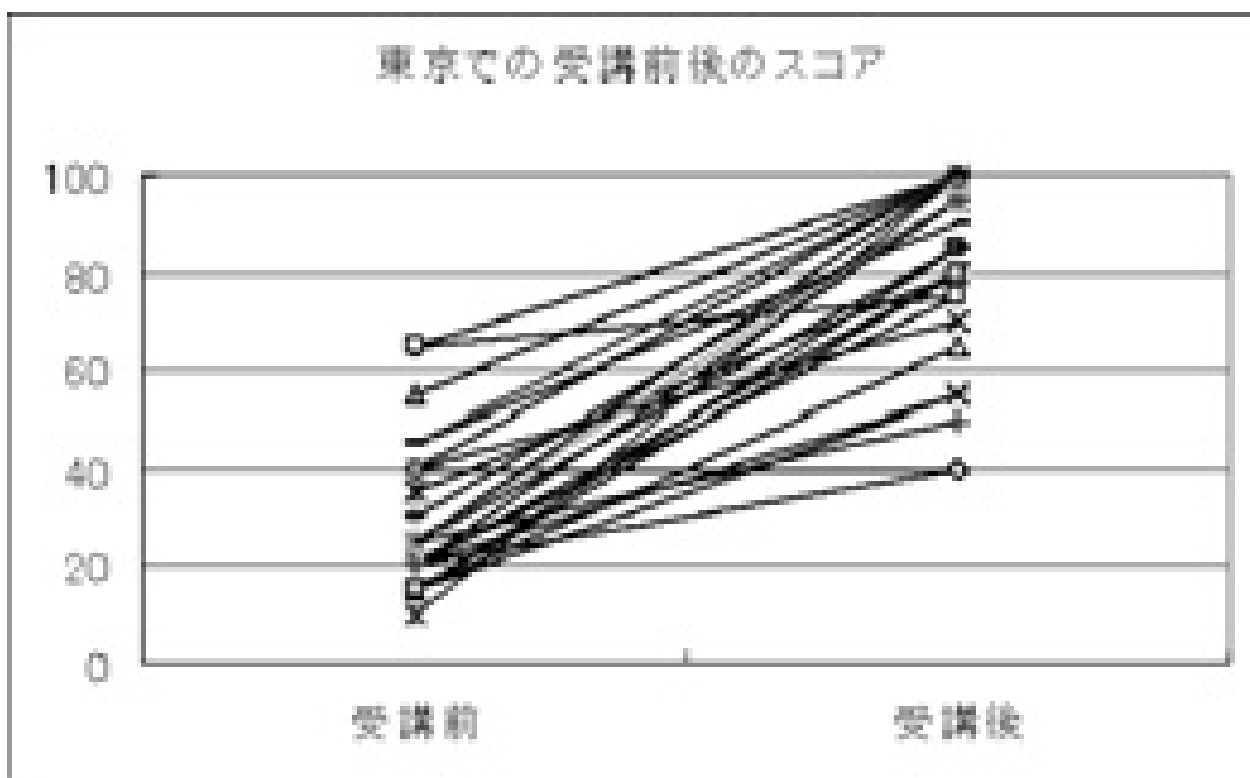
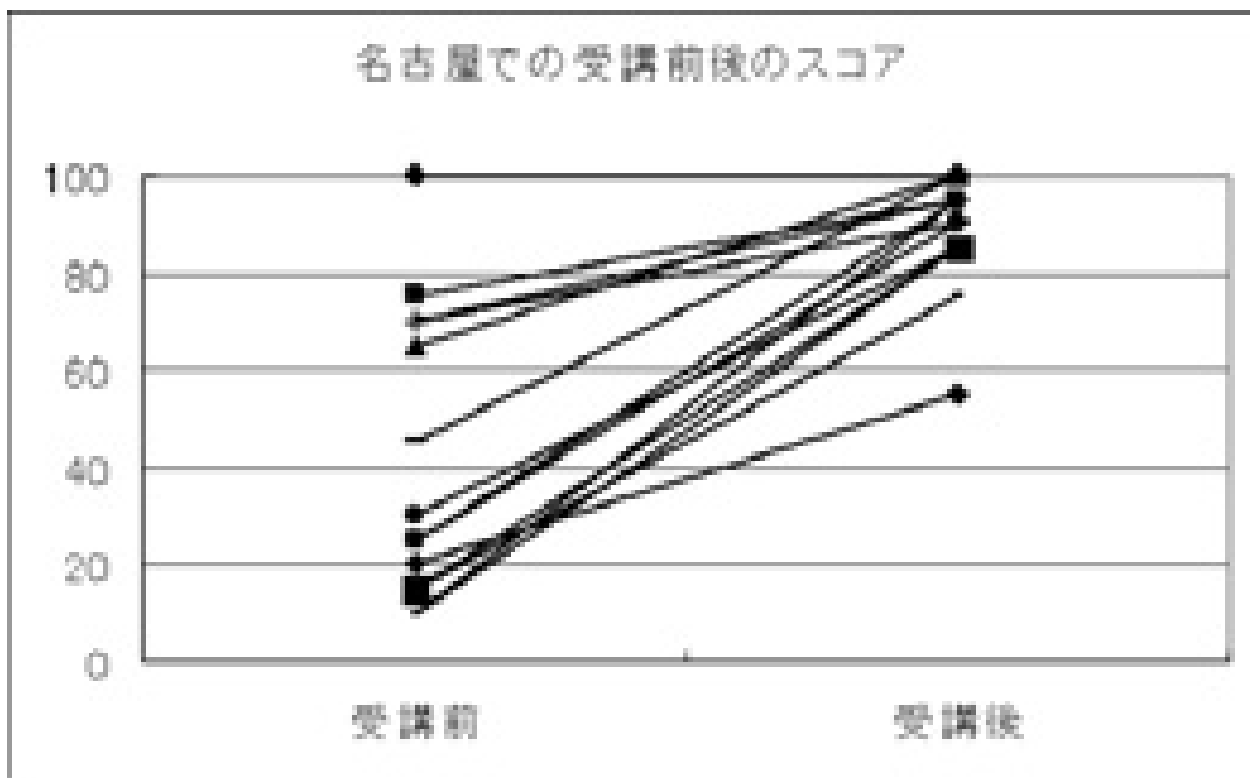
7, グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | できる

○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

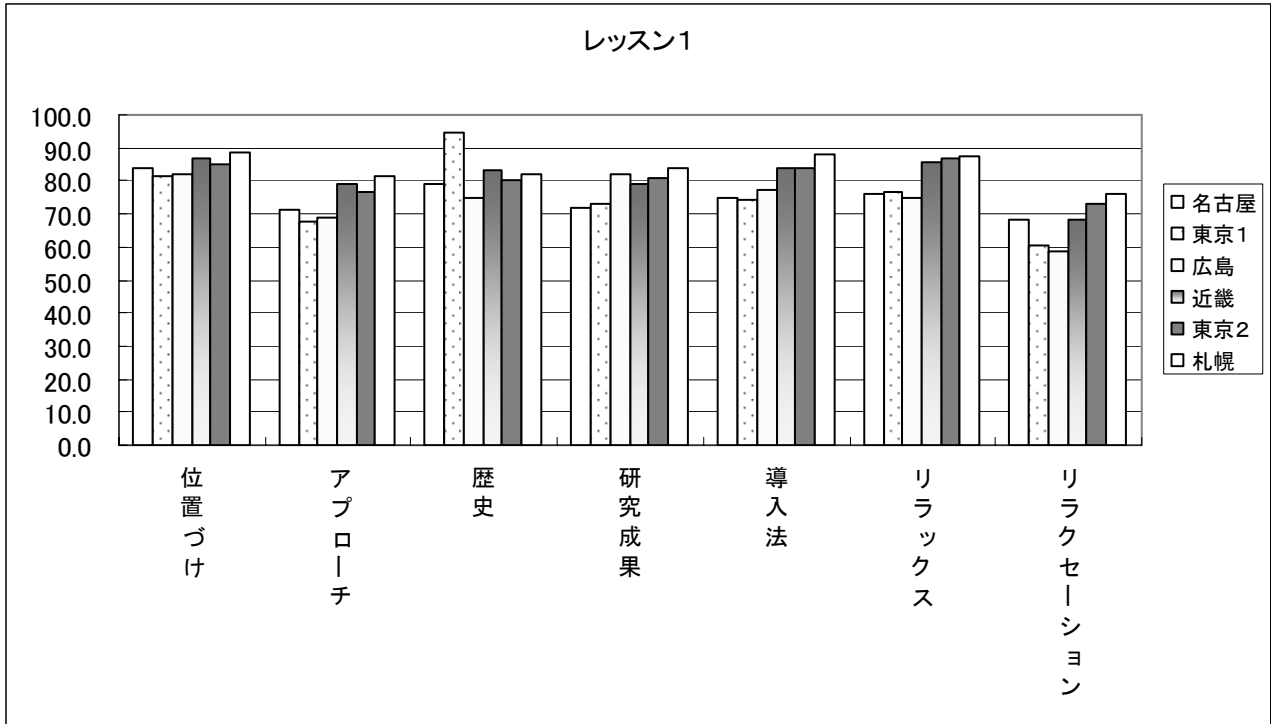
図1 受講前後

図1 受講前後のスコア

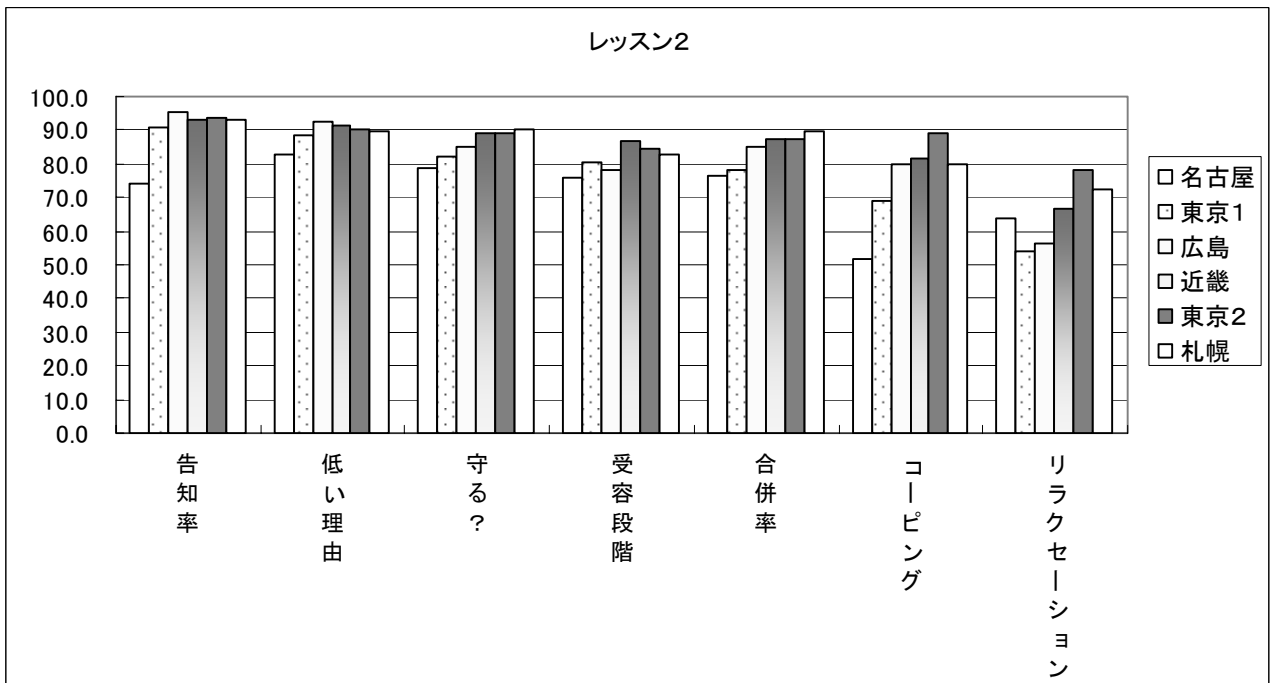




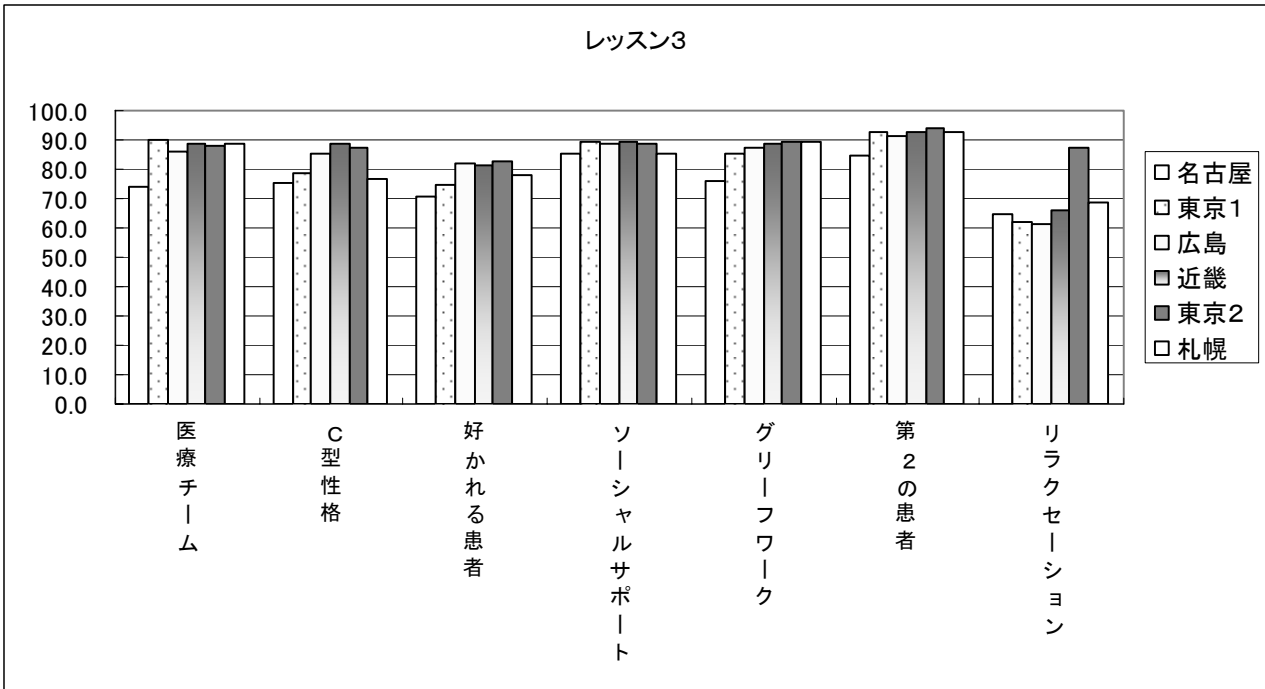
【図一2a】 レッスン1の評価



【図一2b】 レッスン2の評価



【図-2c】 レッスン3の評価



参考：

東京大学医療政策人材養成講座第3期生の研究班メンバー（東京1での養成講座への参加者）からの意見

### ●政策立案者より

○「少なくともがん患者のQOLを向上させているのは確かだが、診療報酬に反映されていないため、その後、一般化されることはなかった。」

たしかに、皆保険制度化ではいくら優秀でも診療報酬化されないと普及しないものですが、それだけが原因でしょうか。また、それが主原因としても、本文中にしばしば、診療報酬化に言及してあると、“有効でなくても診療報酬に収載すると普及することから”，なにかせっかくの真の有効性がスポイルされるという気がいたします。

それらを避けるために、診療報酬に関する記載については、最後に普及のためのスキームの一つとしてまとめて、

これらの「有効な治療法」を普及するためには、“それがなくても一定程度は普及するくらい有用な取組であり、社会から必要とされているのではあるが”，やはり診療報酬できちんと評価することは重要であり、その有効性と、費用便益、費用対効果を十分検証した上で、保険収載されるような活動も行う。

といったスタンスではいかがでしょうか。

○すべてのがん患者・家族の方々の苦痛の軽減・QOLの向上が求められています。サイコオンコロジーの視点からがん患者の方々のQOL向上を目指す取組が普及することは、がん患者の方々にとって大きな福音となるものと確信しています。

○今後、グループ療法の効果を検証する予定ですが、診療報酬で評価されるためには、実施方法の確立（学会ガイドラインの作成など）、一定程度の普及率（例えば東京でしか受けられないような治療は診療報酬になじみません）、費用対効果等のハードルをクリアする必要があると思われまます。

○先日サイコオンコロジーの研修に参加させていただきました際に気づいた点をいくつか述べさせていただきます。

正直、まだ学問として確立していないという印象をかなり強くうけました。誰に対して何を知ってほしいのかというメッセージが明確でないような印象を受けました。その一方、今後こうした勉強会などを通じて少しずつ体系化することができれば、今後間違いなくのびる分野になるのではないかと思います。

いずれにしても、一步間違ふとあやしい宗教と紙一重の領域になってしまうため、科学的な切り口できちんと分析することに、この分野の将来性がかかっているのではないかと思います。

## ●医療提供者

○参加の感想です。非常にすばらしく、このような治療の切り口もあるのだと感心しました。これからの課題はこの取り組みをいかに普遍化させるかです。一つの案として抗癌薬を販売しているメーカーを巻き込んで治療病院とは別に医師と患者とメディアで組織を作ることです。メーカーの影響力のある知人がいますので声をかけてみます。コンスタントに週1回一月1回でも開催することが重要だと思います。

○6月6日から毎週水曜日に3回開催されたがん患者のためのグループ療法ファシリテーターの養成講座」に参加しましたので感想を書かせていただきます。

初回に行われたサイコオンコロジーに関する質問票に対しては正直ほとんど答えられずこの分野においての知識が全く欠如していることを認識させられました。と同時にかつての医学教育においてはこのようなアプローチはほとんどなかったことを改めて考えさせられました。25年以上前に医学進学課程に進む前に教養学部時代は島崎敏樹氏や神谷美恵子氏の本を多く読んだ記憶がありますが、その当時がんの告知そのものがまだ不十分な時代であり、またがんは診断されるとそのまま“死”を示唆する時代でした。

私自身その後消化器系の臨床医として数多くの消化器癌、肝臓癌患者さんの最期に立ち会ってきましたが、この20数年の間に癌の告知はほとんどの人に行われる時代となってきました(ごく一部の予後が数ヶ月の場合は今でも告知に慎重ですが)。またがんによっては早期発見・早期治療ができれば完治することもできる時代となってきました。しかし早期発見・早期治療ができたとしてもまだ再発の問題ががんの種類によりますが少なからず起こってきますし、その後の日常生活においても心理的な抑うつを引き起こすことがしばしばみられるのは当然と思われる。

このような中、保坂先生は乳がん患者を対象にしたグループ療法を施行して来られて実績を積み重ねて来られていますが、今回3回のファシリテーター養成プログラムを実施され東京大学医療施策人材養成講座(HSP)3期生として参加いたしました。HSP3期生以外の方はほとんどのかたが、各病院でがん患者さんの様々な相談に実際に従事されているソーシャルワーカーのかたで同じグループの中には3回全て長崎から毎回出席しておられる熱心なかたもいらっしゃいました。

講義は約1時間でしたが大変わかりやすい資料がそろえられており保坂先生の講義は短い時間で端的に要点を説明され大変わかりやすいものでした。その後、10名程度のグループとなり、グループワークをしましたが、保坂先生がおっしゃるように7名前後の人数が最も理想的な人数かもしれません。セッションのなかで生ずるグループダイナミクスを体得するために、グループの構成メンバーは、3回を通じて同じ構成でおこなわれたとのことですが、これもグループの中での相互理解の上でも大変重要だと思われました。

初回はファシリテーター役が当たりましたので初めての経験で戸惑いましたがどうにかこなすことができました。2回、3回と保坂先生のおっしゃるように3回目でお互いに理解しあい、顔と名前が一致してきたところで最終回となりました。

この講座を通して保坂先生が作り上げられているがん患者のためのグループ療法のファシリ

テーター養成講座が着実にその内容を充実させ多くのソーシャルワーカーの人たちを引きつけているという強い印象を受けました。また平成19年4月がん対策基本法が施行を受け、全国のがん患者や家族が心理社会的な支援を受けられることも改めて認識されてきましたが、このような支援プログラムが診療報酬化されれば一般診療での応用が期待されると思われました。また診療報酬化されればこのようなグループ療法のファシリテーターの養成の弾みがつくのではないかと期待しています。

また講座の中で議論させて頂きましたががんの種類によってはファシリテーターが寄与できるがんとまたファシリテーターの関与を要しないがんとがあると思われまじ、同じ講座を受診する場合はがんの種類が同じであるか病気が同じであるかなど受診者の人たちがいる程度同質の集団でないと対応が難しい局面があるのではないかと思われました。

私も慢性肝炎、肝硬変、肝細胞癌と20年以上に渡る長いおつきあいをしている患者さんたちと向き合っていますが、今回も大学病院の外来で診ていた患者さんが肝細胞癌の多発のためこれ以上できず末期となり、たまたまファシリテーター講座の始まった頃にお茶の水の病院に緊急入院となりました。1回目と2回目のファシリテーター講座の前に水曜日の大学病院の外来が終わった後入院中の病院に寄ってファシリテーター講座に伺っていましたが、3回目のファシリテーター講座の前に亡くなりました。

ご主人も子供さんもいらっしゃらない1人で生活しているおばあさんでしたが、外来でのデータが悪化しており明日にでも入院が必要だと告げるとすぐにご自分で入院用の専門のタクシーを手配され無事翌日にお茶の水の病院に入院されました。

最期は高齢の妹さんお二人に看取られながら亡くなりました。肝不全があり意識は朦朧としてずっと傾眠傾向でしたが、私が伺ったときはいつも目を覚まして言葉にならない言葉を発しようとしておられました。肝癌の患者さんは経過が長いため主治医や家族、兄弟がファシリテーターの役割をしていることもあります。今後がん患者にとってファシリテーター養成講座のような支援プログラムが開始されれば今まで以上に様々な支援が受ける機会が増え安心してがんの治療に専念し、さらに末期がんへの精神的な対応が可能になるのではないかと期待しています。

## ●患者支援者

○この講座に参加したことで、いくつかの発見がありました。

・がん患者にとって、こころの問題は、疾患そのものと同じくらいに重要な問題であることが認識できました。「サイコオンコロジー」という領域は知りませんでした。患者さんががんとつきあっていくためには、より多くの方々に認知してもらう必要があると思いました。

・同じ疾患の患者同士がお互いに話をすることは、疾患自体が変化しないとしても、患者本人の生活をよりよいものへと改善する効果はあると思います。仕事柄、様々な患者会活動に接する機会がありますが、同じ仲間と話をするだけでも意義があると考えていました。今回のグループ療法では、さらに、構造化されたカリキュラムによって、医療者による介入によって、疾患に対する正しいつきあい方を理解したり、グループ内で、互いの思いや感情を話すことによって楽になる効果があると思いました。さらに腹式呼吸、簡易自立訓練、イメージ療法によって緊張状態からリラックスすることの重要性（あるいは心地よさ）を体得できました。

○3回の講座を同じグループで演習したことで、「3回目の法則」、つまり、3回目にはなぜかグループ内に協和音のような和やかなムードが広がり、1、2回目のディスカッションよりも、素直に話したり、きいたりすることができたと思います。単に講義を聴くだけの講座では、こうしたことは無かったと思いますので、ディスカッションは、講義内容を理解することに加えて参加者同士の理解も進みました。私自身の場合は、ソーシャルワーカーという方とは、お話する機会がなかったものですから、間近にお話を伺うことができ非常に勉強になりました。

多くの若い方々がたいへん熱心に参加されている様子を見て、こうしたサポートが将来日本全国に広がると良いなと思いました。

私は、日頃、がん患者と接する機会がありませんでしたが、このような機会を与えてくださり本当に貴重な経験ができました。お声がけいただき、たいへん感謝しております。

今後、がん患者のグループ療法のファシリテーターとして、本格的に活動する可能性は低いのですが、こうした機会があれば、積極的に参加してこうした試みをサポートしていきたいと思っています。

○教育効果が、講座参加前後で優位に改善していたことで実証できたことが示されており、東京グループは、改善効果もよく安心しました。アンケートでは理解度は回答しましたが、これ以外の効果もなんらかの評価方法で測定できないかと思いました。例えば、毎回のアンケートにグループディスカッションでは、素直に意見または感情を表現することができましたか？といったようなことです。（回を重ねるにつれ、感情表現に抵抗感が少なくなることで、出し切り感＝満足度が高まる傾向になるのではないのでしょうか？

（特に良いグループでは顕著ではないかと思います）

がん患者のグループには、様々な知識レベルの方々が参加することを考えると、提供情報は、もっとたくさんあっても良いかもしれません。ただし、養成講座に参加している方々の情報量と実際の参加者とは、だいぶ異なると思いますので、この程度が妥当なのかもしれません。ファシリテーター用に、虎の巻があって、参加者のレベルや要望に応じて、情報の追加ができて良いかもしれません。

リラクゼーションは毎回行い、「体験」にはなりましたが、「学習」や「実践」の機会があっても良かったと思います。「だんだん手のひらが熱くなる」というのは、数回の練習では無理なのでしょうか？アンケートの設問にあった、「リラクゼーションは3回のレッスンでマスターできる」は、ちょっと難しい質問に思えました。もっとも、私のように、そもそも緊張感が少ない人間に、リラクゼーションは効果があるのかどうか、果たして実感できるほど、緊張が高いレベルなのかがよくわかりませんでした。

最後に、このようなグループ療法が保険点数化されることが実現できれば、普及に加速がつき、多くのがん患者さんに有用な治療になることが期待できるが、現状では、がん患者は、医療施設によって部位、重症度、人数、性別、年齢などにばらつきがあり、例えば「乳がん患者」と限定すると患者数が少なかったり、実施にあたっては、病院単位での開催は難しいのかもしれないと感じました。そういう意味では、今回の養成講座に参加されたメンバーは、ばらつきが比較的少なく、同質集団といえるのかもしれません。

保坂先生には、今後も、サイコオンコロジーの観点で、がん患者の治療効果を高めるための研究を進めていただければと思います。お役に立てるかわかりませんが、ファシリテーター養成講座に参加した痕跡としてお送りいたします。

## ●ジャーナリスト

○研究グループの一員に加えていただき、感謝しております。がん患者の精神的なサポートを目指す「保坂プログラム」は、ファシリテーターの育成メソッドとして、有効とっております。今回の研究報告やまとめに指摘されているように、短期間で、効率的にサイコオンコロジーの基本的な知識を授ける効果があるように思います。ただ問題は、この知識を実践でどう生かすかだと思います。わずかな経験で言うのも抵抗がありますが、参加したセミナーで、マニュアルにこだわりすぎるあまり、QOLの意味や、うつ病と適応障害の違いなどがうまく伝わらない場面も感じました。研修を受けたファシリテーターが、知識を踏まえ、いざ実践でどの程度実力を発揮できるか、個人の資質もあり、難しい問題であろうかと思えます。ただ、グループ療法で、がん患者同士の仲間意識がお互いの励ましになるだけでなく、患者や家族が、ファシリテーターを通じ、サイコオンコロジーの基礎知識を得ることはとても大切なことと思えました。いろんなトライアルを通じて、「保坂メソッド」がブラッシュアップされ、診療報酬化されることを祈念しております。

○論文にご指摘のように、これから、がん患者の支援相談所は各地に配備されますが、患者・家族の支えとなるファシリテーターの養成は急務であろうと思えます。その意味で「保坂プログラム」はその養成の一助になると思えます。集計結果が示すように、この3回に講座を受講しただけで、飛躍的に知識レベルが上がったのは事実であろうと思えます。ただ、その知識が実践でどこまで生かせるか、

具体的にどう伝えれば、患者や家族のサポートにつながるかが、今後の課題のように思えます。私の経験したグループでも、プログラムのマニュアルにそって説明しようとするあまり、QOLの言葉の意味や、うつ病と適応障害の違いの説明に苦慮していた人が多かったように思います。なかなか専門家でも一般人に説明することが難しい言葉を、どう伝えるか、個人の資質も関係するでしょう。ただ、患者・家族がこういった基本的な知識を共有することで、患者サポートの具体的な向上が期待できると思えます。

「保坂メソッド」の普及、深化を期待しております。目指せ、診療報酬。陰ながら応援しております。

以上

## 参考

# がん患者さんのためのグループ療法マニュアル（第3版）

## 1回目

「皆さんのなかには、きょうはじめてお会いする方もいらっしゃるでしょうし、もうすでに病棟で仲よくなっている方もいらっしゃるかと思います。そこで、まず自己紹介を兼ねて、ご自分の病気の経過について順番にお話してください。その際、プライベートな話はしていただけても結構ですから、いつごろどのような症状に気づいて、どのような経過でこの病院を受診するようになったか、外来ではどのような検査をして、いつごろ入院して、どのような手術を受けたのか、といった事実関係だけで結構です。

その際に、わたしどもには守秘義務があるのももちろんなのですが、みなさんもこの場で他の方たちの話を聞いても、それは個人のプライバシーに関係することですので、できればよそでは話さないでくださいね。では、Aさんから始めましょうか。」

患者さん「Aと申します。・・・」

*個人的情報を記入できるようなケース・カードと、席順と名前を書ける図を用意しておく  
(配布資料あり)*

*この自己紹介の中で特に押さえておきたいことは、症状に気づいてから受診までの期間・明確な告知の有無・家族構成・夫や家族の反応・手術の術式への本来の希望・リンパ節転移の有無・抗がん剤治療の種類・有無とその日程・放射線治療の有無・ホルモン剤治療の有無・家族や友人からのサポート、など*

*人数にもよるが、全員が話せるように時には、時間制限をする必要もある。*

「いつもは、最後にリラクゼーションとイメージ療法の時間を取ります。今日はあと5分しかありませんから、その触りだけやってみましょう。

では、椅子の背に寄りかかって楽な姿勢を取ってください。目を閉じて、両手は、両方の膝の上に置きましょうか。さあ始めましょう。ここではいくつかの段階で、リラクゼーションからイメージ療法まで連続的に行っていきます。

最初は深呼吸です。腹式呼吸ですから、おなかで息をするようにします。意識すると、胸で呼吸するようになることが多いようです。普通の睡眠状態のときには、皆さん意識しなくても腹式呼吸をしているんですよ。朝起きたらお腹の上に手をのせてみると、お腹が膨らむような息をしているんです。それが腹式呼吸です。さあやってみましょう。ゆっくり息を吐くところからやってみましょう、ではゆっくり吐いて・・・吸って・・・息を吐いて・・・

次は、全身の筋肉の力を順番に抜いていくリラクゼーションです。だんだん進んでいくという意味で、漸進性筋弛緩法といいます。まず、肩の力を抜いてください。・・・次に足の裏の力



を抜いてください。・・・はい、やりにくいですね。いきなり力を抜くというのは簡単ではありません。そんなときには、一旦その部分に力を入れて、そして一気に力を抜くという方法でやってみます。じゃ、まず肩をギュッと耳に付けるように上げてください。そうです、もっともつとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・。

では、次のリラクセーションに移りましょう。これは自律訓練といわれるものの、ごく一部です。一種の自己暗示です。いいですか、じゃあ目を軽く閉じてください。そして、「両手がだんだん温かくなる」と、声には出さなくて、何度も何度も心の中で繰り返してみてください。両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・これは訓練すると必ず出来るようになりますから、次回からゆっくり練習してみましよう。

そして、最後に、十分にリラックスした状態で、イメージ療法に移っていきましょう。

#### A案

ここではこれまで行ったことがあったり、映画やテレビで見ているか行ってみたいと思うような場所に実際にいて、リラックスしているところを想像してみましよう。その時には五感をすべて使ってイメージを作ってみましよう。

海辺でノンビリしている場合には、まぶたを閉じても太陽や海の輝きが視界に入ってきますし、波の音が聞こえ、海からの風が頬をなでていき、潮の香りを残していきます。

林のハンモックに揺られている場合には、木漏れ日を感じ、小鳥のさえずりが聞こえ、そよ風が頬をなでていきます。木のおいも感じることでしょう。

自分自身がとてもリラックスしているところを2分間想像してみてください。はい、始めてください。

#### B案

ここでは、がん細胞とリンパ球のイメージを頭の中に作って、がん細胞がリンパ球に負けてしまうところを、まるで映画やビデオを見ているかのように映像化するものです。みなさんは、実際にはがん細胞やリンパ球を見たことはないと思いますので、イメージでいいんです。100人いたら100種類のイメージが出来るはずですよ。

今までの経験ですと、がん細胞の場合はあまりいいイメージではないので、黒っぽかったり、暗い色だったり、形もゴツゴツしていたり、イガイガが出ていたりしているようです。一方、リンパ球のほうは、みなさんのからだを守っている細胞ですので、元気がいい感じで、色や形もきれいなイメージを作る方が多いようです。そして、このリンパ球が、がん細胞を取り囲んで、がん細胞がだんだん弱く、小さくなっていき、やがて死んでしまうところをイメージしていくんです。あまり、他の人の例ばかり話しますと、それに左右されてしまいますので、早速やってみましよう。どんなイメージでもいいんですよ。

はい、軽く目を閉じて・・・ゆっくりした呼吸をしてみましよう・・・はい、頭の中にがん細胞とリンパ球のイメージをつくり、両方が戦って、やがてはがん細胞が弱って行って死んでしまうところをイメージしてください。

・・・はい、それでは今から数字を七つまでゆっくり数えます。五つ目までは、今のイメージを強く持ち続けてください。ひとつ・・・ふたつ・・・みっつ・・・よっつ・・・五つ・・・今度はだんだん目を覚ましていきます・・・六つ・・・だんだん目を覚ましていきます・・・なな

一つ・・・はい、ゆっくり目を覚ましましょう、ゆっくり目を開けてください。・・・両手を組んでギュッと身体の前に伸ばしてください。・・・はい、では力を抜いて楽にしてください。

さて、きょうはこれで終わりです。今日は自己紹介があったので、他のことが十分にできませんでしたが、次回からはもうちょっとゆったりした感じでやっていけると思います。あと4回、同じメンバーでやっていきますから、できるかぎり休まないで参加してください。(配付資料1枚を渡しながらか)これでリラクセーションを毎日練習してみましょう。

## 2回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

術後のこの時期には、退院したら孤立感を感じたとか、抗がん剤が始まったとか、リハビリでここまで出来たとか、傷の痛みについての話など、いろいろな意味で変化の多い時期のため、医療者に向けた質問も多い。また、全摘をした患者が再建術を受けた患者に再建術について質問する場面や、抗がん剤の副作用について相互に話しあったりする場面も多い。その都度、質問にはできる限り答えるし、具体的な対策を教えたりするが、これが「問題解決技法」である。また、情緒的に支持が必要な場面では適時行っていくことも必要で、これが「心理的サポート」である。具体的には、「大変ですね」「大丈夫ですよ」「そんな心配は無用です」「もう少しで良くなりますよ」などの言葉で支持する。

問題解決技法や心理的サポートが、患者相互間でごく自然に行われることもある。

30分間程度ーこれは絶対的ではないがーこのような話が続き全員が終わった時点で、次の「教育的介入」に移る。雑談的になってしまう場合もあるので、軌道修正的な意味もある。

「さて、今日の話は、・・・」

配付資料1枚：

- 衝撃の段階を経て行ったり来たりしながら受容していく
- 周囲に怒りが向いたり自分に向けて後悔したり、さまざまな想いが交錯している
- うつは軽症の適応障害も入れると1/3くらい
- 適応障害では周囲に相談してみましょう。話ただけで楽になったり環境調整を手伝ってくれるでしょう
- うつ病の可能性があったら主治医に伝えて専門医を紹介してもらいましょう

(残り20-25分間くらいのところで)

以下のリラクセーションの部分は、照明を落としたり、カーテンを閉めるなりして少し暗くしたほうが集中しやすく、リラックスしやすいようである。それに、少し暗いということは、どことなく儀式的な感じであり、2回目からはそれだけで、条件反射的に集中したりリラックスできたりするようである。

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。前回はさわりだけをやりましたから、今日のはじめてのようなものです。改めてはじめから、ゆっくりやってみましょう。荷物などは別の椅子の上や机の上に置いておいてください。

では、椅子の背に寄りかかって楽な姿勢を取ってください。目を閉じて、両手は、両方の膝の上に置きましょうか。さあ始めましょう。ここではいくつかの段階で、リラクゼーションからイメージ療法まで連続的に行っていきます。」

「ここから先は頷いたり返事はしないでもいいですよ。一気に最後までいってみましょう」と言ってあげたほうがよい。気を使って施行者の言葉に反応してくれる患者さんもいるからである。

「最初は深呼吸です。腹式呼吸ですからおなかで息をするようにします。意識すると、胸で呼吸するようになることが多いようです。普通の睡眠状態のときには、皆さん意識しなくても腹式呼吸をしているんですよ。朝起きたらおなかの上に手をのせてみると、おなか膨らむような息をしているんです。それが腹式呼吸です。さあやってみましょう。ゆっくり息を吐くところから始めましょう。息をゆっくり吐いて・・・吐き終わったら腹筋に力を入れてもっと息を吐き切るようにしましょう、息を吐いて・・・吐き終わったら腹筋の力を抜いてみましょう、反動でお腹が膨らんでいきます・・・では吸って・・・息を吐いて・・・。そうです・・・吸って・・・はい、いいですよ、そのまま目を閉じていてください。

今度は全身の筋肉の力を順番に抜いていくリラクゼーションです。だんだん進んでいくという意味で、漸進性筋弛緩法といいます。どんな人でも、1日起きて仕事したり動いたりしていると、からだの筋肉には自然に力が入って固くなっているはずですから、そこで、リラクセスする時にはまず、この筋弛緩法が必要になってくるわけです。

いきなり力を抜くというのは簡単ではありませんから、一旦その部分に力を入れて、そして一気に力を抜くという方法でやってみます。じゃ、まず両肩をギュッと耳に付けるように上げてください。そうです、もっともっとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・。このように、からだの部分部分を順番に、一旦、5秒から10秒間くらい力を入れて、そして一気に力を抜く。力を抜いたらそこで2-3回腹式呼吸をするというのが第2段階です。じゃあ、一通りやってみましょう。

まずは足の裏にもギュッと力を入れて、足の指先にギュッと力を入れて、土踏まずの部分が靴の底から浮くように、です。はいこれを5秒から10秒くらいやって、さあ一気に力を抜いてください。腹式呼吸です・・・はい、次には足全体に力を入れて下さい。5秒から10秒くらいギュッとです。はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次にはお尻の周りにギュッと力を入れて下さい。ギュッとです・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には、胸からおなかにかけてです。息を吸ったところで、息を止めてこらえてください。胸からおなかの筋肉にギュッと力を入れて下さい。・・・5秒から10秒くらいギュッとです。はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には両手全体です。握りこぶしをつくって両手全体に力を入れて下さい。5秒から10秒

くらいギュッとです。・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には肩です。はい、ではさっきと同じように、肩をギュッと上げて下さい。そうです、もっともっとなです。術後で痛みのある方は無理をしないでいいですよ。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に力を抜いて下さい。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・。

最後に顔のほうに移っていきましょう。唇をすぼめて下さい。ギュッと力を入れて・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。最後に、目をギュッと閉じて下さい。はい、もっと、もっと、です。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に力を抜いて下さい。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・。これが第1の筋弛緩法です。ゆっくりした呼吸を続けていて下さい。

そのまま次の、もうひとつの漸進性筋弛緩法に移っていきます。これは、一旦、力を入れるということをしてしないで、その部分に気持ちを集中して、スッと力を抜いていくやり方です。さっきと同じ順番でやってみましょう。足全体に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。次はお尻の周りの筋肉に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。次は胸からおなかです。気持ちを集中して、・・・はい、その力をスッと抜いて下さい。はい、次は両手全体です。そこに気持ちを集中して・・・両手がだらんと重く感じるように力をスッと抜いて下さい。では、次に肩に気持ちを集中してみましょう。肩に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。はい、次は口の周りです、口の周りに気持ちを集中して・・・はい、口の周りの力をスッと抜いてください。・・・次は目の周りです、目の周りに気持ちを集中して・・・はい、目の周りの力をスッと抜いてください。ゆっくりした呼吸を続けましょう・・・はい、最後に、全身に気持ちを集中して・・・はい全身の力を抜いて下さい。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。

はいこの状態で、次のリラクゼーションに移りましょう。これは自律訓練といわれるもの、ごく一部です。一種の自己暗示です。いいですか、じゃあ目を軽く閉じたまま、「両手がだんだん温かくなる」と声に出さずに心の中で何度も何度も繰り返してみてください。両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・

*話し方を徐々にゆっくりにして、トーンを徐々に落としてくると暗示効果は高くなる。*

皆さんも覚えていらっしゃるかと思いますが、赤ちゃんが寝入る前には手足が温かくなってきますよね。リラックスすると末梢血管が広がって手足が温かくなるんです。末梢血管は自律神経が支配していて、身体が自然に調節しているんですが、この自律訓練によって、自律神経もある程度は自分でもコントロールできることがわかってきました。これは訓練すると必ず出来るようになりますから、次回もまた練習してみましょう。

そのまま気持ちがとても落ちついているところで、最後に、イメージ療法に移っていきます。

## 上のA案かB案を選ぶ

2分間くらいの時間で自由にイメージを作ってください。はい、始めてください。

(その後は1分間くらいは何も指示しない)

はい、それでは今から数字を七つまでゆっくり数えます。五つ目までは、今のイメージを強く持ち続けてください。ひとつ・ふたつ・みっつ・よっつ・五つ・・・今度はだんだん目を覚ましていきます・六つ・だんだん目を覚ましていきます・・・なな一つ・・・はい、ゆっくり目を覚ましましょう、ゆっくり目を開けてください・・・」

この状態は、「類催眠状態」である。そのため、覚醒状態への移行は無意識レベルでかなりの抵抗があるものであるため、かなり時間をかけなければならない。暗くしていた場合にはすぐには明るくしないほうがよく、暗いままで下の質問を始め、途中から部屋を明るくしていく。

「いろいろなイメージを持ったと思いますが、最初の筋肉の力が抜けたか、両手が温かくなったか、どのようなイメージが出てきたか、順番に話してくれますか、じゃあAさんからどうぞ。」

リラクゼーションの熟達度をケースカードに評価しておく。イメージについても同様で、ここでは特にイメージの内容を具体的に言葉で説明させたり、時間があれば絵に描かせたりすると効果的であると言われている。

「さて、きょうはこれで終わりです。」

## 3回目

「さあ、この1週間どうでしたか？ Aさんから順番に話してください。」  
(2回目を参照。「問題解決技法」「心理的サポート」)

30分間程度—これは絶対的ではないが長くても40分間程度—このような話が続きが終わった時点で次の「教育的介入」に移る。雑談的になってしまう場合もあるので、軌道修正的な意味もある。

「さて、今日の話は、がんに対する構え方、コーピングの話です。  
(配布資料1枚)

コーピングとは、目の前の事実をどう受けとめて、どのように対処するのか、というそれぞれの人で異なる様式です。

コーピングの分類方法はいろいろな学者が提唱しています。一例として、イギリスの研究では、がんへの

コーピング・スタイルを以下のように分類した研究があります。

①前向き・ファイティングスピリット：診断を受け入れ積極的に取り組む

②逃避・回避：がんを否定する

③あきらめ：診断を受け入れるが運命としてあきらめる

④不安：再発の不安などがあり何かしないではいけない

⑤悲観・絶望：もうダメだと希望をなくす

このうち以下のことがわかっています。

●前向き→QOL 向上, 悲観→QOL 低下

●悲観は再発や生存率と関係するという報告がある

(悲観はうつ病の可能性もある→免疫機能が低下)

さあ皆さんの場合にはどのようなコーピングがありますか？

(全員が話せるようにし、それぞれに対して他の患者が発言するように促す。悲観的になる場合はダメ、前向きのほうが少なくともQOLの向上には役立つことを説明する)

「さて、積極的なコーピングのひとつとして正しい情報を集めることは大切です。どこから集めるのかと言えば、

●主治医から●看護師から●病院の相談室から●地域での相談室から●友人から●患者会などから●インターネットから●本や雑誌から、などがあります。

皆さんの場合にはどのような集め方をしていますか？他にはどのようなものがありますか？

(全員が話せるようにし、それぞれに対して他の患者が発言するように促す)

#### 【参考文献】

1) Greer, S, Morris, T and Pettingale K.: Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. Lancet. ii: 785-787, 1979

2) Pettingale, K.: Coping and cancer prognosis. J Psychosom Res. 28(5): 363-364, 1984

3) Pettingale K, Morris T, Greer S, et al.: Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. Lancet. i: 750, 1985

4) Watson M, et al.: Cancer 53: 2008-12, 1984

5) Watson M, et al.: Psychol Med 21: 51-57, 1991

6) Watson M, et al.: Lancet 354: 1331-1336, 1999

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。・・・(以下、前回と同じ)」

#### 4回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

30分間程度このような話が続き、全員が終わった時点で次の「教育的介入」に移る。

「今日は、がんになりやすい性格があるのかないのかという話です。

(配付資料 1 枚)

性格と病気の関係で一番有名なのは「A 型性格と心筋梗塞の関係」です。A 型といっても血液型のことではありません。いつも時間に追われて、イライラした感じで、職場や家庭で怒鳴ることが多くて、競争が好きで、車で追い抜かれたら「チクショー」と思って追い抜き返そうとするなどの傾向を持った性格のことです。・・・そして、A 型ではない人を全部 B 型と呼んでいた時代がありましたが、その後、B 型よりももっと A 型の対極にある性格があると言った学者がいました。それを C 型と言ったのですが、その C というのが、A・B の次だから C 型だという説と、がんを表す Cancer の頭文字の C だという説もあります。いずれにしても、その C 型性格とがんが関係しているという話があるのです。

ところで、その C 型の特徴というのは、協調性が高く相手に合わせる傾向が強く、控えめで従順で、頼まれればノーとは言えず、自分の感情を抑える、などです。特に、自分の感情の中でも、否定的な感情、すなわちイヤだとか、嫌いだとか、攻撃的になるような気持ちを抑え込んで、絶対に外に出さないという特徴があります。さて、皆さんはいかがですか？」

*この質問にはほとんどの患者さんが「私もそうだ」と言う。自責的な傾向の強い患者さんの場合には、ややもすれば自分の性格のためにがんになったと思ってしまいがちである。それに対しては、次のような説明を加えて、自責感を助長させないことが必要である。*

「しかし、この C 型性格は正しい研究—プロスペクティブ研究と言いますが、その結果から、がんとの関係が立証されたわけではありません。それに、よくよく考えてみますと、この C 型の特徴というのは、日本人の間では美德と思われる傾向が強いもので、わたしたちは知らず知らずのうちに教育されてきている可能性があります。イヤだとはっきり断ることが出来る人が多いアメリカだから、ことさら C 型は強調されているのかもしれませんが。しかし、このような傾向が強い方は、これからはもう少し自分の感情、特にイヤだと言ったり、断るようになってきたらいいですね。

「もうひとつの話は、ソーシャル・サポートの話です。社会的支援とも言うのですが、がん患者さんで独身だったり、友人がいなかったりすると、予後があまり良くないということがわかっています。皆さんの場合には、誰が一番支えになりますか？」

(順番に話してもらう)

「家族や友人がいるのはとてもいいのですが、同じ病気を持った患者さん同士というのはどうですか？」

(順番に話してもらう)

ファシリテーターはこの時点ではすでに気づいているだろうと思われるが、参加者らは多くの場合、3回目くらいからお互いへの親密感が増すようであり、4回目くらいになると帰りに一緒に軽食を取ることもあるようである。

(残り 15-20 分間くらいのところで)

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。・・(以下、前回と同じ)」

このくらいになると、筋弛緩法に関して、一旦、力を入れてその後弛緩させるという部分は省略して、腹式呼吸から、いきなり、ある部分に気持ちを集中させてスッと力を抜くという方法に移っていてもよい。

イメージに関しても、がん細胞とリンパ球の戦いだけでなく、自由にイメージを作らせるか(この場合には誘導イメージ *guided imagery* とは言わない)、別の誘導イメージ、例えば「体が小さくなって行って、自分の体の中に入り込んで、宇宙船のようなものに乗って、体中を点検に行き、がん細胞を見つけたらレーザー光線のようなもので撃ってしまう」という映画もどきのものを利用するとよい。

## 5回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

(順番に話す)

「今日は最後ですから、特別なテーマはありません。わかりにくかったことを質問して下さい。また、ここでどのようなことを学んだのかということと、このカウンセリングへの感想を聞かせて下さい。」

(順番に話す)

「最後に、最初のとおりアンケート(心理テスト)に記入して下さい。」

このセッションでリラクゼーションを含めても構わないが、心理テストへの影響を考えると、この回にはリラクゼーションを含めないほうがいい。

### 【参考文献】

保坂 隆：がん患者への構造化された精神科的介入の有効性について。精神医学 41：867-870, 1999

保坂 隆：がんところ。テンタクル, 東京, 2001

保坂 隆：ナースのためのサイコオンコロジー。南山堂, 2001

本マニュアルは、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究(H19-がん臨床—一般—008)主任研究者：保坂 隆」のために作成されたものです。

研究中の資料であるため、著作権は製作者に帰属し無断複製は禁じられています。



## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

#### 【書籍】

- \*保坂 隆 (編集) 精神科リスクマネジメント。中外医学社, 東京, 2007
- \*保坂 隆: 身体化障害, 疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705, 医学書院, 東京, 2007
- \*保坂 隆: SSR I と患者へのサイコエデュケーション。小山司 (編集) SSR I のすべて。280-283, 先端医学社, 東京, 2007
- \*河瀬雅紀, 医療者-患者関係, 伏木信次, 檜 則章, 霜田 求編, 生命倫理と医療倫理 (改訂2版), 京都: 金芳堂, pp20-29, 2008
- \*森山美知子: 認知症患者の家族へのアプローチ-ケアする人をケアする専門職の役割と手法-認知症ケアの本質, 医歯薬出版, p46-66, 東京, 2007
- \*森山美知子: 新しい慢性疾患ケアモデル-ディジーズマネジメントとナーシングケースマネジメント-, 中央法規出版, 東京, 2007
- \*堀 泰祐: 11. 緩和医療とチームケア 2) 緩和ケア 安田允編 よくわかる卵巣癌のすべて, 永井書店, 東京, 2007 p428-431
- \*堀 泰祐: 緩和ケアにおけるケアの専門性 1. 緩和ケア病棟と緩和ケアチームの連携 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編 ホスピス緩和ケア白書, 青海社, 東京 2007 p35

-38

\*下妻晃二郎: 第一章 基本的診察, 13) QOL 評価, 診察・検査-みてわかる臨床力アップシリーズ, 羊土社 2007年11月 pp86-89

#### 【論文】

- \*保坂 隆: がん患者への告知と精神症状とは? 医事新報 Junior 461: 31-34, 2007
- \*保坂 隆: 告知を受けた患者の家族にはどのように対応すればよいか? 医事新報 Junior 462: 31-34, 2007
- \*保坂 隆: せん妄が医療経済に与える影響。精神科治療学 22: 981-984, 2007
- \*保坂 隆: 医療とメディアのいま-ある新聞記事の評価から。医学のあゆみ 222: 903-906, 2007
- \*保坂 隆: 適応障害・うつ。緩和医療学 9: 414-416, 2007
- \*保坂 隆: 転移・逆転移を知らないと大きなストレスに。こころのマネジメント 10(4): 84-89, 2007
- \*Kishi Y, Kato M, Okuyama T, Hosaka T, Mikami K, Meller W, Thurber S, Kathol R: Delirium: patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Sep-Oct; 29(5):442-5.
- \*保坂 隆: エンド・オブ・ライフ・ケアは大きなストレスに。こころのマネジメント 10(5): 81-84, 2007
- \*保坂 隆: 緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- \*保坂 隆: グループ療法のファシリテーター-養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- \*Kishi Y, Meller WH, Kato M, Thurber S, Swigart SE, Okuyama T, Mikami K,

Kathol RG, Hosaka T, Aoki T: A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. Psychosomatics. 2007 Nov-Dec; 48(6): 517-22.

\* Hosaka,T.: Invitation to Psycho-oncology: Psychological perspectives of cancer patients. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 58, 2007

\*Hosaka,T. & Matsubayashi, H.: Effect of group intervention for infertile women on natural-killer cell activity and pregnancy rate. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 79, 2007

\*保坂 隆：精神医学とメディア。総合病院精神医学 20：72-74, 2008

\*保坂 隆：適応障害。コンセンサス癌治療, 8-9, 2008

\*中村千珠, 河瀬雅紀：がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究—患者の現状とニーズの把握—。心身医学 47(2)：111-121, 2007年2月

\*伴 郁美, 神原憲治, 福永幹彦, 河瀬雅紀, 中井吉英：リラックス呼吸法における身体的・心理的变化について。心療内科 11(5)：384-389, 2007年9月

\*河瀬雅紀, 中村千珠：家族の悲嘆にどのように対応すればよいか？。月刊「junior」 468：29-32, 2007年12月

\*河瀬雅紀, 中村千珠：緩和医療における精神症状と対策。緩和医療学 10(1)：3-9, 2008年1月

\*森山美知子・戸井間充子：看護学から見たわが国の家族—家族の特性と家族ケアの理論—。緩和ケア 10月増刊号,p16-26,2007/10

\*二井谷真由美・宮下美香・森山美知子：外

来で科学療法を受ける進行・再発消化器がん患者の配偶者が知覚している困難と肯定感。日本がん看護学会誌,21(2)p62-67,2007/12

\*森山美知子：家族看護：新たな発展の方向性と政策への反映。家族看護学研究,12(3)p162-168,2007/2

\*山内里恵, 森山美知子：クリティカルケア場面における家族看護。月刊ナーシング,27(7)p81-87,2007/6

\*石川千晶, 森山美知子：小児看護領域におけるプリパレーションの認識に関する調査。小児看護,30(6) p832-842,2007/6

\*森山美知子, 森田桂子：家族ケア患者と家族は1つのユニット。DITN 2(347) 2007/2

\*堀 泰祐：I.がん患者とどのように向き合うか 2.治らない「がん患者」とどのように付き合うか。臨床研修プラクティス 4(6)：10-11, 2007

\*堀 泰祐：癌性疼痛からの解放—さまざまなアプローチ。慢性疼痛 26(1)：75-78, 2007

\*堀 泰祐：緩和医療における集団精神療法。緩和医療学 10(1)：49-55, 2008

\*堀 泰祐：臨終期の患者および家族とどのようにコミュニケーションをとればよいか。Junior No.469: 37-40, 2008

\*堀 泰祐：「ギアチェンジ」におけるコミュニケーションとは？ Junior No470: 37-40, 2008

\*松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介：医師のがん告知におけるコミュニケーション。緩和医療学 9(1)：47-53, 2007.

\*松田彩子, 松島英介：放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛。精神科 10(1)：80-84, 2007.

\*松島英介：終末期のがん告知はどのように

すればよいか？ JUNIOR 6(No.463): 37-41, 2007.

\*松下年子, 松島英介: 婦人科癌から回復した患者の心理とQOL. 総合病院精神医学 19(2): 180-187, 2007.

\*藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 石丸昌彦: ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—. 緩和医療学 9(4): 59-67, 2007.

\*石川和穂, 松島英介: 終末期がん患者と家族介護者による患者のQOL評価の一致の重要性—家族は患者のQOLをどのくらい正確に評価できるのか—. 精神科 11(1): 68-72, 2007.

\*小林末果, 松島英介: 子宮頸がん経験者のQOLについて. 精神科 11(3): 245-248, 2007.

\*小林真理子, 松島英介: 母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要因. 精神科 11(5): 395-398, 2007.

\*松下年子, 野口 海, 小林末果, 松田彩子, 松島英介: 中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査. 総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.

\*Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. Psychiatry and Clinical Neurosciences 61(1): 84-93, 2007.

\*Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E: Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer undergoing surgery. Holistic Nursing Practice 21(5): 244-253, 2007.

\* Shimozuma K, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M: Recent topics of

health outcomes research in oncology. Breast Cancer 14(1):60-65, 2007

\* Ohsumi S, Shimozuma K, Kuroi K, Ono M, Imai H: Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer—Current status and unresolved issues. Breast Cancer 14(1):66-73, 2007

\* Kuroi K, Shimozuma K, Ohsumi S, Imai H, Ono M: Current status of health outcome assessment of medical treatment in breast cancer. Breast Cancer 14(1):74-80, 2007

\* Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M, Shimozuma K: Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer - present status and open issues. Breast Cancer 14(1):81-87, 2007

\* Ono M, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Shimozuma K: Quality of Japanese health care evaluated as hospital functions. Breast Cancer 14(1):88-91, 2007

\* 下妻晃二郎: 外来診療でできる患者満足度を向上させる工夫とは？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20か条 第7回 Junior 11 467:29-32, 2007 (2007年11月号) 医事新報社

\* 下妻晃二郎: 教育や心理社会的介入はがん患者のQOLを向上できるか？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20か条 第6回 Junior 10 466:35-38, 2007 (2007年10月号) 医事新報社

\* 下妻晃二郎: がん患者のQOLや主観的症状を的確に把握するには？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20か条 第5回 Junior 10 465:31-34, 2007 (2007年8/9月合併号) 医事新報

社

\*下妻晃二郎：乳がんと QOL. 看護に活かす QOL の視点—疾患別 QOL 向上に向けた実践. 臨床看護 33(12):1742-1746, 2007 (2007 年 10 月臨時増刊号)

\*下妻晃二郎, 斎藤信也：緩和ケアにおけるクリニカルパス—在宅緩和医療のパス. 緩和医療学 9(2):131-137, 2007

\*下妻晃二郎：がん緩和医療における QOL 評価. 日本臨床 65(1): 157-163, 2007 年 1 月

\*Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, Ohashi Y, Tsutani K: The model-based cost-effectiveness analysis of 1-year adjuvant trastuzumab treatment: based on 2-year follow-up HERA trial data. Breast Cancer Res Treat 2007(online)

\*Hongo M, Kinoshita Y, Shimozuma K, Kumagai Y, Sawada M, Nii M: Psychometric validation of the Japanese translation of the Quality of Life Reflux and Dyspepsia questionnaire in patients with heartburn. J Gastroenterol 42(10): 807-815, 2007

\*Kurita M, Shimozuma K, Morita S, Fujiki Y, Ishizawa K, Eguchi H, Saito Y, Ushiorozawa N, Wasada I, Ohashi Y, Eguchi K: Clinical validity of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale. Support Care Cancer 15(1):1-6, 2007

\*姜 哲浩, 湯沢美都子, 栃木香寿美, 山口拓洋, 下妻晃二郎, 福原俊一, 松本容子：加齢黄斑変性患者に対する光線力学療法 1 年後の quality of life 評価. 日眼会誌 111(4):315-321, 2007

【その他】

保坂 隆：がん治療—グループ療法に保険適応を。朝日新聞「私の視点」。平成 19 年 8 月 23 日

2. 学会発表

【シンポジウム】

\*松島英介：緩和ケアと大学，大学院のあり方. 第 13 回大学病院の緩和ケアを考える会 総会・研究会, 東京, 2007.9. 8.

\*松島英介：緩和医療における痛みと精神的苦悩. 第 23 回日本ストレス学会学術総会, 東京, 2007. 11.10.

\*松島英介：がん患者における尊厳とは. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会, 札幌, 2007.11.30.

\*松島英介：尊厳ある死について考える. 平成 18 年度厚生労働科学研究終末期医療に関する研究班総合討論会「いま終末期医療をどう考えるか?」. 東京, 2007 年 2 月 25 日.

【教育講演】

\*松島英介：リエゾンにおける薬物療法. 第 5 回精神科領域薬剤師養成講習会, 東京, 2007 年 3 月 17 日.

\*松島英介：がん患者に対する今後の心身医学の役割. 第 48 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 [教育セミナーVI]. 福岡, 2007 年 5 月 25 日.

\*松島英介：痛みとうつ. 日本ペインクリニック学会第 41 回大会ランチョンセミナー 2. 横浜, 2007 年 7 月 5 日.

\*松島英介：がん患者のメンタルケア. 第 4 回土浦緩和ケア学術講演会. 土浦, 2007 年 10 月 12 日.

\*松島英介：がん治療におけるこころの問題とその対応. 地域がん診療連携拠点病院セミナー, 平成 19 年度 第 2 回緩和ケア講演

会, 第7回集学的医療セミナー. 金沢, 2007年11月16日.

【一般演題】

\*小泉 文, 松島英介, 望月裕美, 小村 健, 天笠光雄: 初発口腔癌患者の術前・術後の心理特性およびQOL. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

\*望月裕美, 小村 健, 松島英介: 頭頸部がん患者のQOLと心理特性. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

\*光永幸代, 山根正之, 佐藤博章, 道 泰之, 鶴澤成一, 山城正司, 石井純一, 岩城 博, 松島英介, 天笠光雄: 口腔再建手術後の術後せん妄に関する検討. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

\*小泉 文, 松島英介, 小村 健, 天笠光雄: 口腔がん患者の術前・術後の心理特性およびスピリチュアリティ. 第183回日本口腔外科学会関東地方会. 横浜, 2007年6月9日.

\*小林末果, 松田彩子, 松島英介, 杉本太郎, 岸本誠司: 頭頸部がん患者の手術前・後におけるQOLと心理特性との関連について. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

\*中嶋陽子, 新井文子, 織田健司, 松島英介, 三浦 修: 造血管腫瘍患者のQOLと心理特性. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

\*赤澤輝和, 野口 海, 永井英明, 小澤竹俊, 松島英介, 森田達也, 明智龍男, 古川壽亮: 終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

\*松田彩子, 大野達也, 小林末果, 野口 海,

松島英介, 加藤真吾, 辻井博彦: 放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

\*松田彩子, 大野達也, 小林末果, 野口 海, 松島英介, 加藤真吾, 辻井博彦: 放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第6回文京緩和医療研究会. 東京, 2007年7月14日. \*Kobayashi M, Matsuda A, Matsushima E, Sugimoto T, Kishimoto S: Psychological State and Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients. 9th World Congress of Psycho-Oncology, London, 2007.9.17.

\*松田彩子, 大野達也, 小林末果, 野口 海, 松島英介, 加藤真吾, 辻井博彦: 放射線治療または重粒子線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会, 札幌, 2007年11月30日.

\*小林末果, 大野達也, 松田彩子, 野口 海, 松島英介, 加藤真吾, 辻井博彦: 子宮頸がん経験者における自尊感情が与える, 心理特性およびQOLへの影響について. 第20回日本総合病院精神医学会総会, 札幌, 2007年12月1日.

\*山内里恵, 森山美知子: クリティカルケア場面における家族看護. 第3回日本クリティカルケア看護学会学術集会, 2007/6

\*森山美知子, 黒江ゆり子, 長谷川友紀, 任和子, 森川浩子, 高見知世子, 林静子, 中野真寿美: リスク特性に応じた慢性疾患セルフマネジメントプログラム開発とその効果の検討. 第1回日本慢性看護学会学術集会, 2007/8

\*森山美知子: 米国・豪州のDisease Managementの動向とわが国の慢性疾患ケアモデル構築の必要性. 第1回日本慢性看護学会学術集会, 2007/8

\*高倉倫子, 森山美知子, 竹内美知枝, 中西

京子：退院調整体制の整備に向けた研究.第11回日本看護管理学会年次大会(高知),2007/8

\*梶谷みゆき, 森山美知子：発症後3か月における脳血管障害患者と家族が看護者に求めるケアニーズ.日本家族看護学会第14回学術集会,2007/9

\*中島美津子, 森山美知子：働き甲斐のある看護組織の追究—ヴィクトリア州看護管理事情からの考察—第45回日本病院管理学会学術総会(横浜),2007/10

\*大津美香, 森山美知子：慢性心不全の疾病の自己管理の実態と悪化要因との関連.第45回日本病院管理学会学術総会(横浜),2007/10

\*堀 泰祐：第36回日本慢性疼痛学会(2007年2月24日, 京都)シンポジウム「がん性疼痛からの解放—さまざまなアプローチ—」医師の立場から

\*堀 泰祐：第1回西日本心身医学セミナー(2007年7月21日, 滋賀県大津市)シンポジウム「患者中心の医療から人間中心の医療へ」—緩和ケアの現場から—

\*河瀬雅紀, 精神科リエゾンで出会ったがん患者さんたち.シンポジウム「総合病院での精神症状のマネジメントと精神科病院との連携」.第7回リエゾンの会.2007年6月9日, 神戸

\*羽多野 裕, 津田 真, 前林佳朗, 河瀬雅紀, 福居顯二.緩和医療におけるPNIの予後予測としての有用性についての検討.第12回日本緩和医療学会総会.2007年6月22日—23日, 岡山

\*羽多野 裕, 前林佳朗, 津田 真, 河瀬雅紀, 福居顯二.精神科医が緩和ケア医となる時, その専門性が緩和ケアに及ぼす影響についての検討, PCU ナースの日ごろのケアに対する意識調査からの検討.第20回日本サイコオンコロジー学会総会.2007年11月29—30日, 札幌

\*國澤正寛, 小谷由美, 間宮由真, 堀内保直, 濱上佳子, 浦谷博野, 笠島千代江, 徳永正章, 石川雅裕, 河瀬雅紀, 福居顯二.精神科医がチームリーダーの緩和ケアチーム活動について.第20回日本総合病院精神医学会総会.2007年11月30日—12月1日.札幌

\*廣澤六映, 木下清二郎, 國澤正寛, 河瀬雅紀, 福居顯二.京都府立医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動の現況.第102回近畿精神神経学会.2008年2月9日, 三田

\*河瀬雅紀.終末期がん患者への関わり—精神科医の立場から—.第14回日本死の臨床研究会近畿支部研究会.シンポジウム.2008年2月23日, 京都

#### 【教育講演など】

\*保坂 隆：介護者支援専門スタッフ養成講座.2006年12月15日, 12月22日, 2007年1月12日(計3回)

\*保坂 隆：がんと心。—サイコオンコロジーへの招待・日本消化器学会第6回市民公開講座.2007年01月24日

\*保坂 隆：明日から役に立つがん患者さんの心のケア.独立行政法人国立病院機構長崎医療センター, 2007年4月23日

\*保坂 隆：基調講演：現代社会を取り巻く新しいストレスとその対策.第27回日本医学会総会.2007年4月7日, 大阪

\* Hosaka T.: Introduction to Psycho-oncology.The 15<sup>th</sup> International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.2007/5/14

\*保坂 隆：知っておきたい「がん」との上手な付き合い方：サイコオンコロジーへの招待.さいたま健康フォーラム.2007/5/27

\*保坂 隆：NHK ナビゲーション「心語り 尽くしたい ~うつ病患者たちのNPO」.2007/5/25

\*保坂 隆：がん患者の心理と心のケア。第8回乳癌シンポジウム。2007/09/22

\*保坂 隆：医療従事者のメンタルケア。第10回お茶の水 Women's メンタル研究会。2007/10/4

\*保坂 隆：明日から役に立つがん患者さんの心のケア。但馬サイコオンコロジーセミナー，2007年10月13日

\*保坂 隆：基調講演：老い・病気・介護：自分らしく「今」を生きるために。こころの健康キャンペーンはだの。2007年10月21日

\*保坂 隆：サイコオンコロジー：がん患者の心のケア。藤田保健衛生大学教育講座。2007年11月7日

\*保坂 隆：耳鼻科領域における向精神薬の使い方。第66回日本めまい平衡医学会総会ランチョンセミナー。2007年11月15日

\*保坂 隆：身体疾患患者の精神療法。日本総合病院精神医学会専門医制度講習会。2007年12月1日

\*保坂 隆：がん診療・緩和ケアにおける精神医学。南和歌山医療センター。2008年2月18日

\*保坂 隆：明日から役に立つがん患者さんの心のケア。第3回中南和乳腺勉強会。2008年2月21日

\*堀 泰祐：第2回桂がん診療地域医療連携講演会(2007年7月28日，京都「在宅で役立つ癌性疼痛治療のコツ」)

\*堀 泰祐：第5回京都府緩和ケアチーム育成コース(8)(2007年8月24日，京都)「緩和ケア病棟のある施設におけるケアと緩和ケアチームの役割」

\*堀 泰祐：第9回公立南丹病院学術講演会(2007年8月25日，京都「がん患者に対する心のケア」)

\*堀 泰祐：第1回済生会滋賀県病院緩和ケア講演会(2007年9月10日，滋賀県栗東市)「一般病棟に必要な緩和ケア～疼痛コント

ロール～

\*堀 泰祐：第2回草津保健所ホスピスケア実践講習会(2007年10月17日，滋賀県栗東市)「STAS-Jについて」

\*堀 泰祐：京都府看護協会研修会(2007年11月17日，京「ターミナルケア～一般病棟で死を迎えるがん患者の看護～」)

\*堀 泰祐：2007年度守山野洲医師会学術講演会(2008年1月26日，滋賀県野洲市)「在宅でも役立つがん性疼痛治療の要点」

\*松島英介：リエゾンにおける薬物療法。第5回精神科領域薬剤師養成講習会，東京，2007年3月17日。

\*松島英介：がん患者に対する今後の心身医学の役割。第48回日本心身医学会総会ならびに学術講演会〔教育セミナーVI〕。福岡，2007年5月25日。

\*松島英介：痛みとうつ。日本ペインクリニック学会第41回大会ランチョンセミナー2。横浜，2007年7月5日。

\*松島英介：がん患者のメンタルケア。第4回土浦緩和ケア学術講演会。土浦，2007年10月12日。

\*松島英介：がん治療におけるこころの問題とその対応。地域がん診療連携拠点病院セミナー，平成19年度 第2回緩和ケア講演会，第7回集学的医療セミナー。金沢，2007年11月16日。

\*森山美知子：平成19年10月18日 認定看護師教育部門(がん患者の家族への支援(家族の理解))

\*森山美知子：平成19年9月～平成20年2月 先駆的看護実践支援センター ホスピスケア認定看護師教育部門

\*森山美知子：平成19年6月7日 The 8<sup>th</sup> International Family Nursing Conference シンポジウム「Family Nursing Practice & Education:What Happening in the World?」

\*森山美知子：いのちみつめる研修会 「支

え合う」講演 ビハーウ安芸, 平成 19 年 9 月 21 日 \* 森山美知子: 福井県済生会病院研修会「患者の家族についての理解とその対応」講演, 平成 19 年 10 月 26 日

\* 森山美知子: 広島市立安佐市民病院研修会「家族看護」講演, 平成 19 年 10 月 30 日

\* 森山美知子: 平成 19 年度長崎県看護協会研修会「家族看護学～実践的な家族看護を学

ぼう～」講演, 平成 19 年 11 月 4 日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

医師からみたがん患者と家族へのソーシャルサポートの  
現状と必要性に関する研究

－がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート－

分担研究者 河瀬 雅紀 京都ノートルダム女子大学心理学部  
研究協力者 中村 千珠 京都ノートルダム女子大学心理学部

研究要旨

がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族のソーシャルサポートの現状と必要性に関する医師の理解について把握することを試みた。がん患者と家族のソーシャルサポートについての質問紙を独自に作成し、全国のがん診療連携拠点病院 286 施設に勤務する医師を対象に調査を実施し、360 名から回答を得た。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、よく知られている資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状ではあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。ただ、その必要性が軽度であったのは、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないことや、有効性の問題などによるものと推測される。そこで、医師にそれらの活動内容や有効性を理解してもらうことが課題であると考えられた。

A. 研究目的

平成 18 年 6 月に「がん対策基本法」が制定され、がんに対する取り組みがますます本格化しつつある。その中で、がん患者や家族へのソーシャルサポートは、がん患者と家族の QOL を高める上でも大変重要なものであると考えられ、本研究は、必要なソーシャルサポートを明らかにし、その普及方法を検討することを目的とした。そこで、がん診療の中心を担うがん診療連携拠点病院において、とくに心理社会的側面に焦点をあて、がん患者と家族のソーシャルサポートについてその現状と必要性を医師がどのように理解しているのかを把握することを計画した。

B. 研究方法

対象者

調査対象は、全国のがん診療連携拠点病院 286 施設に勤務し、①外科、②内科、③緩和ケアチームに所属する各医師 1 名ずつである。質問紙は、858 名に配布された。

調査時期および調査手続き

調査時期は、2007 年 12 月下旬～2008 年 1 月末であった。調査は、郵送により実施した。

調査内容

①フェイスシート

年齢、性別、所属、医師としての経験年数、勤務している病院の概要（病床数、ホスピスや緩和ケア病棟の有無、常勤の精神科医の有無、ソーシャルワーカー(MSW)の有無、心理専門家の有無、専門看護師の有無、認定看護師の有無)について記入を求めた。

②がん患者・がん患者の家族に対するソーシャルサポートの現状を問う項目

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者およびがん患者の家族に対するソーシャルサポートの現状を問う質問項目を独自に作成した(患者 12 項目、家族 13 項目)。各項目について、「非常に充足している」～「全く充足していない」まで 7 件法で回答を求めた。

### ③がん患者・がん患者の家族に対するソーシャルサポートの必要性を問う項目

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者およびがん患者の家族に対するソーシャルサポートの必要性を問う質問項目を独自に作成した(患者 12 項目、家族 13 項目)。各項目について、「非常に必要である」～「全く必要でない」まで 7 件法で回答を求めた。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科倫理委員会による承認を得て実施した。調査は匿名で行われ、データはすべて統計処理されるため、個人が特定されることはないこと、また、回答は、参加者自ら郵送することから、参加は任意であり、参加しないことによる不利益は生じないことに配慮した。

## C. 研究結果

### 対象者のプロフィール

質問紙は、367 名から返送があり、有効回答は 360 名であった(有効回答率 42.0%)。男性 333 名、女性は 26 名、無記名 1 名であり、平均年齢は 48.67 歳(SD=±9.08)であった。所属としては、外科 97 名、内科 56 名、緩和ケアチームに所属する外科医 72 名、緩和ケアチームに所属する内科医 42 名、緩和ケアチームに所属するその他の医師(麻酔科 18 名、精神科 8 名、放射線科 1 名、不明 46 名)、不明 20 名であった。医師としての経験年数は、10 年未満が 13 名、10 年以上~20 年未満が 97 名、20 年以上~30 年未満が 192 名、30 年以上が 57 名、無記名が 1 名であった。

## 全体の記述統計量

現状と必要性における対象者全体の平均値と標準偏差(SD)を表 1 に示した。

これら平均値からは、患者に対するソーシャルサポートの現状では、「専門家によるグループ療法」「宗教的ケアの専門家」「患者同士が集まれるサロン」「患者自ら情報を得る設備や施設」「ピアサポート」が、3 点(あまり充足していない)以下であった。一方、必要性に関しては、一つの項目を除いて、すべての項目で 4 点(どちらかと言うと必要である)以上であり、必要性があることが認められた。家族に対しても、同様の結果であった。

表 1 現状と必要性についての対象者全体の平均値 (n=360)

項目	患者				家族			
	現状		必要性		現状		必要性	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1 病気の相談窓口	4.32	1.32	6.27	.85	4.08	1.39	6.19	.85
2 心の相談窓口	3.80	1.42	6.21	.85	3.46	1.48	6.08	.87
3 社会資源の相談窓口	4.69	1.21	6.27	.80	4.34	1.32	6.29	.79
4 日常活動に関する相談窓口	3.79	1.27	5.55	1.09	3.61	1.35	5.52	1.08
5 情報提供パンフレット	3.92	1.26	5.57	1.04	3.72	1.30	5.47	1.06
6 専門家によるグループ療法	2.93	1.49	4.95	1.22	2.20	1.25	4.61	1.22
7 宗教的ケアの専門家	1.53	.89	4.11	1.19	1.46	.82	3.90	1.27
8 患者同士が集まれるサロン	2.51	1.37	4.82	1.15	2.18	1.29	4.65	1.21
9 患者自ら情報を得る設備や施設	2.89	1.63	5.18	1.18	2.73	1.62	5.11	1.19
10 ピアサポート	1.70	1.01	4.18	1.16	1.64	.96	4.06	1.21
11 補助器具等の相談窓口	4.00	1.26	5.89	.98	3.84	1.39	5.82	.98
12 メール、電話による相談	3.34	1.45	5.12	1.29	3.26	1.45	5.13	1.23
13 遺族へのグループ療法					1.67	1.07	4.51	1.21

### ソーシャルサポートの現状と基本属性との関連

患者に対するソーシャルサポートの現状の充足度と、医師としての経験年数、勤務している病院の概要との関連について、それぞれ検討した。医師としての経験年数による違いでは、ソーシャルサポートの現状の認識に差がみられなかった。また、病床数の違いでは、「心の相談窓口」について有意差がみられた(表 8)。一方、ホスピスや緩和ケア病棟の有無、常勤の精神科医の有無、ソーシャルワーカー(MSW)の有無、心理専門家の有無、専門看護師の有無、認定看護師の有無により、いずれも医師によるソーシャルサポートの現状の認識に差がみられたため、その結果を表 2~表 7 に示した。

表 2 常勤の精神科医の有無による現状の比較

項目	有 (n=233)		無 (n=127)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.48	1.29	4.04	1.34	3.04 **
心の相談窓口	4.20	1.31	3.06	1.31	7.84 **
社会資源の相談窓口	4.80	1.15	4.48	1.29	2.40 *
日常活動に関する相談窓口	3.88	1.20	3.64	1.37	1.63
情報提供パンフレット	4.03	1.24	3.73	1.28	2.16 *
専門家によるグループ療法	3.09	1.51	2.61	1.40	2.96 **
宗教的ケアの専門家	1.60	.95	1.39	.76	2.24 *
患者同士が集まれるサロン	2.54	1.33	2.46	1.45	.47
患者自ら情報を得る設備や施設	3.00	1.62	2.69	1.63	1.78
ピアサポート	1.75	1.02	1.61	.98	1.23
補助器具等の相談窓口	4.11	1.20	3.80	1.33	2.24 *
メール、電話による相談	3.42	1.38	3.20	1.55	1.40

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 3 心理専門家の有無による現状の比較

項目	有 (n=193)		無 (n=141)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.47	1.32	4.13	1.33	2.34 **
心の相談窓口	4.21	1.35	3.26	1.36	6.32 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.07	4.34	1.29	4.60 **
日常活動に関する相談窓口	3.96	1.31	3.63	1.24	2.32 *
情報提供パンフレット	4.11	1.27	3.74	1.24	2.66 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.56	2.81	1.43	1.40
宗教的ケアの専門家	1.55	0.92	1.44	0.77	1.19
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.43	2.46	1.34	.74
患者自ら情報を得る設備や施設	3.05	1.69	2.70	1.57	1.94
ピアサポート	1.78	1.04	1.64	1.00	1.22
補助器具等の相談窓口	4.19	1.28	3.81	1.20	2.74 **
メール、電話による相談	3.63	1.47	3.06	1.40	3.55 **

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 4 MSWの有無による現状の比較

項目	有 (n=334)		無 (n=19)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.34	1.31	4.05	1.47	.91
心の相談窓口	3.83	1.37	3.21	1.93	1.87
社会資源の相談窓口	4.76	1.14	3.47	1.65	3.37 **
日常活動に関する相談窓口	3.81	1.28	3.56	1.29	.81
情報提供パンフレット	3.95	1.26	3.56	1.10	1.29
専門家によるグループ療法	2.94	1.48	2.68	1.60	.74
宗教的ケアの専門家	1.55	0.91	1.16	0.50	3.15 **
患者同士が集まれるサロン	2.56	1.40	1.84	0.83	3.48 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.93	1.62	1.89	1.15	2.75 **
ピアサポート	1.73	1.03	1.16	0.37	5.60 **
補助器具等の相談窓口	4.06	1.25	3.44	1.15	2.04 *
メール、電話による相談	3.40	1.44	2.67	1.37	2.11 *

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 5 専門看護師の有無による現状の比較

項目	有 (n=146)		無 (n=199)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.73	1.18	4.05	1.35	5.03 **
心の相談窓口	4.11	1.39	3.56	1.42	3.59 **
社会資源の相談窓口	4.79	1.15	4.61	1.24	1.42
日常活動に関する相談窓口	4.01	1.25	3.65	1.27	2.58 **
情報提供パンフレット	4.19	1.27	3.75	1.22	3.27 **
専門家によるグループ療法	3.31	1.50	2.62	1.43	4.32 **
宗教的ケアの専門家	1.59	0.94	1.45	0.80	1.40
患者同士が集まれるサロン	2.73	1.40	2.34	1.35	2.65 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.99	1.57	2.77	1.64	1.25
ピアサポート	1.89	1.09	1.57	0.94	2.94 **
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.94	1.26	1.05
メール、電話による相談	3.43	1.48	3.32	1.46	.70

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 6 認定看護師の有無による現状の比較

項目	有 (n=248)		無 (n=98)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.51	1.29	3.91	1.29	3.91 **
心の相談窓口	3.99	1.41	3.31	1.34	4.14 **
社会資源の相談窓口	4.78	1.19	4.46	1.16	2.29 *
日常活動に関する相談窓口	3.90	1.30	3.54	1.14	2.42 *
情報提供パンフレット	4.07	1.25	3.58	1.20	3.33 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.54	2.65	1.31	2.22 *
宗教的ケアの専門家	1.52	0.87	1.50	0.92	.21
患者同士が集まれるサロン	2.57	1.38	2.35	1.34	1.38
患者自ら情報を得る設備や施設	3.06	1.65	2.51	1.53	2.86 **
ピアサポート	1.76	1.03	1.55	0.95	1.72
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.73	1.16	2.44 **
メール、電話による相談	3.47	1.43	3.19	1.39	1.65

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 7 緩和ケア病棟の有無による現状の比較

項目	有 (n=84)		無 (n=275)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.86	1.24	4.15	1.30	4.40 **
心の相談窓口	4.38	1.33	3.62	1.40	4.44 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.19	4.60	1.20	2.36 *
日常活動に関する相談窓口	4.28	1.32	3.64	1.22	4.10 **
情報提供パンフレット	4.43	1.36	3.76	1.18	4.05 **
専門家によるグループ療法	3.43	1.70	2.76	1.38	3.28 **
宗教的ケアの専門家	1.85	1.10	1.43	0.79	3.20 **
患者同士が集まれるサロン	3.25	1.54	2.28	1.24	5.27 **
患者自ら情報を得る設備や施設	3.58	1.61	2.69	1.57	4.54 **
ピアサポート	1.99	1.15	1.62	0.95	2.97 **
補助器具等の相談窓口	4.48	1.28	3.85	1.21	4.07 **
メール、電話による相談	3.87	1.54	3.18	1.38	3.88 **

p<.05 \* p<.01 \*\*

表 8 病床数による現状の比較

項目	500床未満 (n=125)		500床以上 (n=235)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.28	1.34	4.34	1.31	-.44
心の相談窓口	3.54	1.45	3.94	1.39	-2.6 **
社会資源の相談窓口	4.66	1.33	4.70	1.14	-.25
日常活動に関する相談窓口	3.82	1.39	3.77	1.20	.33
情報提供パンフレット	3.99	1.28	3.89	1.24	.74
専門家によるグループ療法	2.84	1.33	2.97	1.56	-.83
宗教的ケアの専門家	1.50	0.82	1.54	0.93	-.35
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.55	2.48	1.28	.62
患者自ら情報を得る設備や施設	2.90	1.66	2.89	1.62	.04
ピアサポート	1.70	0.99	1.71	1.02	-.09
補助器具等の相談窓口	3.92	1.32	4.05	1.22	-.91
メール、電話による相談	3.33	1.56	3.35	1.39	-.17

p<.05 \* p<.01 \*\*

次に、家族に対するソーシャルサポートの現状の充足度と医師としての経験年数、勤務している病院の概要との関連についても同様の分析を行った。その結果、いずれの項目においても、医師としての経験年数や病院の規模(病床数)による医師の現状の認識に有意な差がなかった。しかし、精神科医、MSW、心理専門家、専門看護師、認定看護師、緩和ケア病棟の有無により、

ほとんどの項目で医師による現状の認識に差が認められた。

### ソーシャルサポートの必要性について

がん患者や家族に対するソーシャルサポートの各項目の得点について、それぞれ一元配置の分散分析をした後、多重比較を行った。その結果を表 9、表 10 に示した。

表 9 患者へのソーシャルサポートの必要性についての一元配置の分散分析結果

患者			
	項目	Mean	SD
3	社会資源の相談窓口	6.27	0.80
1	病気の相談窓口	6.27	0.85
2	心の相談窓口	6.21	0.85
11	補助器具等の相談窓口	5.89	0.98
5	情報提供パンフレット	5.57	1.04
4	日常活動に関する相談窓口	5.55	1.09
9	患者自ら情報を得る設備や施設	5.18	1.18
12	メール、電話による相談	5.12	1.29
6	専門家によるグループ療法	4.95	1.22
8	患者同士が集まれるサロン	4.82	1.15
10	ピアサポート	4.18	1.16
7	宗教的ケアの専門家	4.11	1.19

F値

F(11,4303)=175.2 \*\*  $P < .01^{**}$

多重比較(HSD法)

3, 1, 2 > 11 > 5, 4 > 9, 12, 6 > 10, 7  
12 > 8 > 10

表 10 家族へのソーシャルサポートの必要性についての一元配置の分散分析結果

家族			
	項目	Mean	SD
3	社会資源の相談窓口	6.29	0.79
1	病気の相談窓口	6.19	0.85
2	心の相談窓口	6.08	0.87
11	補助器具等の相談窓口	5.82	0.98
4	日常活動に関する相談窓口	5.52	1.08
5	情報提供パンフレット	5.47	1.06
12	メール、電話による相談	5.13	1.23
9	患者自ら情報を得る設備や施設	5.11	1.19
8	患者同士が集まれるサロン	4.65	1.21
6	専門家によるグループ療法	4.61	1.22
13	遺族へのグループ療法	4.51	1.21
10	ピアサポート	4.06	1.21
7	宗教的ケアの専門家	3.90	1.27

F値

F(12,4651)=187.3 \*\*  $P < .01^{**}$

多重比較(HSD法)

3, 1, 2 > 11 > 4, 5 > 12, 9 > 8, 6, 13 > 10, 7

患者および家族とも、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が高かった。一方、専門家によるグループ療法や患

者同士が集まれるサロンは、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットに比べると有意に低かった。

### 医師の専門性によるソーシャルサポートの現状と必要性の関連

医師の所属先によって、がん患者や家族に対するソーシャルサポートの現状と必要性に影響が生じているかを検討するため、所属を独立変数、現状と必要性を従属変数とする一元配置分散分析をそれぞれ行い、その後多重比較を行った(HSD法あるいは Games-Howell 法)。なお、所属は、緩和チーム外科、緩和チーム内科、外科、内科の 4 群に分けて、分析を行った。

その結果、患者に対するソーシャルサポートの現状で、有意差がみられたものは、「病気の相談窓口；外科(M=4.5) > 緩和ケアチーム内科(M=3.8),  $p < .05$ 」、「日常活動に関する相談窓口；外科(M=4.0)、内科(M=3.9) > 緩和ケアチーム内科(M=3.1),  $p < .01$ 」、「専門家によるグループ療法；外科(M=3.5) > 緩和ケアチーム外科(M=2.7)、緩和ケアチーム内科(M=2.4)、内科(M=3.3) > 緩和ケアチーム内科(M=2.4),  $p < .01$ 」、「宗教的ケアの専門家；外科(M=1.7) > 緩和ケアチーム内科(M=1.2),  $p < .01$ 」、「患者同士が集まれるサロン；外科(M=2.8)、内科(M=2.7) > 緩和ケアチーム内科(M=1.9),  $p < .01$ 」、「患者自ら情報を得る設備や施設；内科(M=3.3)、外科(M=3.1) > 緩和ケアチーム内科(M=2.2),  $p < .01$ 」、「ピアサポート（外科(M=1.8)、内科(M=1.8) > 緩和ケアチーム内科(M=1.3),  $p < .01$ 」であった。

家族に対するソーシャルサポートの現状についても同様の分析を行った結果、有意差がみられたものは、「病気の相談窓口；外科(M=4.2) > 緩和ケアチーム内科(M=3.5),  $p < .05$ 」、「心の相談窓口；外科(M=3.7) > 緩和ケアチーム内科(M=2.7),  $p < .01$ 」、「日常活動に関する相談窓

口；外科(M=3.8)、内科(M=3.7)＞緩和ケアチーム内科(M=2.9)， $p<.01$ 」、「専門家によるグループ療法；外科(M=2.6)＞緩和ケアチーム外科(M=2.0)，緩和ケアチーム内科(M=1.8)、内科(M=2.5)＞緩和ケアチーム内科(M=1.7)， $p<.01$ 」、「宗教的ケアの専門家；外科(M=1.6)＞緩和ケアチーム内科(M=1.2)， $p<.05$ 」、「患者同士が集まれるサロン；内科(M=2.5)、外科(M=2.4)＞緩和ケアチーム内科(M=1.7)， $p<.01$ 」、「患者自ら情報を得る設備や施設；内科(M=3.1)、外科(M=2.9)＞緩和ケアチーム内科(M=1.9)， $p<.01$ 」、「ピアサポート；外科(M=1.9)、内科(M=1.8)＞緩和ケアチーム内科(M=1.3)、外科(M=1.9)＞緩和ケアチーム外科(M=1.4)， $p<.01$ 」、「遺族へのグループ療法（外科(M=1.8)＞緩和ケアチーム内科(M=1.3)， $p<.05$ 」であった。

必要性に関しては、患者、家族とも有意差がみられたのは、「専門家によるグループ療法」のみであった（患者；外科(M=5.2)＞緩和ケアチーム内科(M=4.5)， $p<.05$ 、家族；内科(M=4.8)＞緩和ケアチーム内科(M=4.2)， $p<.05$ ）。

#### D. 考察

本研究では、病院内におけるがん患者と家族のソーシャルサポートについてその現状と必要性を医師がどのように理解しているのかを検討してきた。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、よく知られた資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状もあまり充足されてはならず、これらに対して、必要性は認められるものの、上位ではなかった。その理由としては、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないこと、さらに実際に実現できるのかという問題、有効性

の問題などが考えられる。そこで、医師にそれらの活動内容や有効性を理解してもらうことが課題であると考えられた。そのために、グループ療法の有効性を検証することも必要であると考えられる。

次に、勤務している病院の概要と現状との関連を検討した結果、各項目のソーシャルサポートの充足度合いは、病院の規模に依る差はほとんどみられなかった。しかし、緩和ケア病棟や、専門スタッフが充実している病院では、それらが充実していない病院に比べると、ソーシャルサポートが充足していることが認められた。これらの病院でソーシャルサポートの充足度が高い結果となったのは、病院のソーシャルサポートへの意識の高さによるものと、専門スタッフの充実との相乗効果によるものと考えられる。

最後に、緩和チーム外科、緩和チーム内科、外科、内科といった医師の所属先によって、がん患者や家族に対するソーシャルサポートの現状と必要性に違いがあるかを検討した。その結果、現状に関しては、緩和ケアチームに所属する医師は、緩和ケアチームに所属していない医師に比べて、現状の充足度が低いと捉えていた。このことから、緩和ケアチームに所属する医師のほうが、ソーシャルサポートへの要求水準が高いことが示唆された。一方、必要性に関して検討したところ、「専門家によるグループ療法」で差がみられ、外科医師は、緩和ケアチームの内科医師より有意にその必要性が高かった。この結果は、それぞれが抱える患者の病状や進行度などの違いによるものかもしれない。そこで、グループ療法などの適用については、この点を踏まえ、より効果的なサポートのあり方を考えていくことが重要である。

#### E. 結論

がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族のソーシャルサポートの現状と必要性について

て、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどよく知られている資源に対して医師は現在の充足度も必要性も高いと理解していた。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状ではあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。今後は、他の医療スタッフや患者・家族への調査とも比較していくことが必要である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 中村千珠、河瀬雅紀：がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究－患者の現状とニーズの把握－. 心身医学 47(2) : 111－121, 2007
2. 河瀬雅紀、中村千珠：家族の悲嘆にどのように対応すればよいか？. 月刊「junior」468 : 29－32, 2007
3. 河瀬雅紀、中村千珠：緩和医療における精神症状と対策. 緩和医療学 10(1) : 3－9, 2008
4. 河瀬雅紀. 医療者－患者関係. 生命倫理と医療倫理(改訂2版), 伏木信次、樫 則章、霜田 求編. 金芳堂, 京都, pp20－29, 2008

### 2. 学会発表

1. 羽多野 裕、津田 真、前林佳朗、河瀬雅紀、福居顯二. 緩和医療における PNI の予後予測としての有用性についての検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
2. 羽多野 裕、前林佳朗、津田 真、河瀬雅紀、福居顯二. 精神科医が緩和ケア医となる時、その専門性が緩和ケアに及ぼす影響についての検討、PCU ナースの日ごろのケアに対する意識調査からの検討. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11,

札幌

3. 國澤正寛、小谷由美、間宮由真、堀内保直、濱上佳子、浦谷博野、笠島千代江、徳永正章、石川雅裕、河瀬雅紀、福居顯二. 精神科医がチームリーダーの緩和ケアチーム活動について. 第20回日本総合病院精神医学会総会. 2007. 11, 札幌
4. 廣澤六映、木下清二郎、國澤正寛、河瀬雅紀、福居顯二. 京都府立医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動の現況. 第102回近畿精神神経学会. 2008. 2, 三田
5. 河瀬雅紀. 終末期がん患者への関わり－精神科医の立場から－. 第14回日本死の臨床研究会近畿支部研究会. シンポジウム. 2008. 2, 京都

## G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
特記すべきことなし

## がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制に 関する実態調査

（分担研究者） 森山美知子 広島大学大学院保健学研究科 教授  
森 さとこ 広島大学大学院保健学研究科 博士課程前期

### 研究要旨

全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的サポート体制、がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制やその教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり及びサポート体制における問題点について実態調査を行った。全286病院に調査票を郵送し、176通を回収、分析対象とした（有効回答率61.5%）。結果、がん患者又は家族へのカウンセリングは約半数の病院で看護師や臨床心理士、MSWらによって行われていたが、グループ療法や自助グループ、患者会/家族会の実施割合は低かった。また、EBMに基づき構造化されたグループ療法を実施していたのは7病院のみで、できない理由として、9割の病院が「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことを挙げた。同時に、グループ療法が提供できないことの患者・家族への不利益は多くの病院で認識されていた。また、患者・家族へ教育プログラムを提供している病院は1割に満たず、日々のケアの中で適宜実施している状況であった。専門スタッフはMSWが8割の、認定看護師は7割弱の、臨床心理士は5割の病院に配置されていたが、それ以外の配置は低く、専門スタッフへの教育・支援体制も十分とはいえない状況であった。コメディカルスタッフは、地域住民や地域の医療機関への教育的役割を果たすなど、専門家としての役割を担っていた。

### A. はじめに

がんの告知は極めて大きなストレスとなり、患者・家族はさまざまな精神的苦痛を体験することになる<sup>1)</sup>。Derogatisら<sup>2)</sup>は、がん患者の約半数の人々が心因性・反応性の適応障害等の診断がつく精神的苦痛を抱えていることを報告している。がん罹患する人々の心理社会的側面への影響を扱う研究・臨床領域であるサイコオンコロジーでは、人々が精神的苦痛に適切に対処できない場合、心理的不適応が促進され、日常生活や人間関係に障害が現れ、治療効果や予後にも影響することが報告されている<sup>3)</sup>。このように、がん患者・家族の精神的苦痛を緩和することの重要性は医療者間では認識されている一方で、実際の医療政策では診療報酬の対象になっていないなど体制が追いついておらず、臨床でこれらのケアが十分に提供されていない可能性が推察される。

このような状況の中、平成16年度、わが国ではがん医療の「均てん化」を図ることを目標に、第3次対がん10か年総合戦略に基づき、地域がん診療拠点病院の機能の充実・強化、質の高いがん医療を受けることのできる体制の整備、診療連携体制の確保

などの推進を目的に、がん診療連携拠点病院が指定された<sup>4)</sup>。その指定要件には、「患者、家族などからの相談等に対応する体制の整備」が項目として挙げられ、心理社会的な側面についても充実させていくことが明記されている。

今回われわれは、がん診療連携拠点病院が、これら患者・家族への精神的苦痛を緩和する支援体制、症状や感情、日常生活をコントロールし、治療を継続していくためのセルフマネジメント能力の獲得を促す教育体制を整備しているか否かの実態を、(1)がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制、(2)がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制やその教育・支援体制、(3)がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり、及び(4)サポート体制における問題点について調査した。なお、本調査結果は、今後のがん診療連携拠点病院の患者・家族サポート体制の方向性を探る上での基礎資料になると考える。

調査の枠組み：がん患者・家族のサポートは多岐にわたる。本調査では、がん患者・

家族のがん告知後の精神的な衝撃や苦痛を緩和するサポートに焦点を当て、がん患者・家族のサポート体制として、保坂<sup>5)</sup>の示す「がん患者・家族への精神療法的介入」の分類を参考に、①危機介入としてホットラインや相談窓口の設置、②精神状態の改善を図る個人精神療法的支援、③患者同士のサポートを高め、情報提供や対処方法の獲得の学習の機会を提供する集団精神療法や自助グループ、④適応的な悲嘆を進めるグリーフケア（遺族会）、さらには、⑤不安やストレスを緩和し自然治癒力を高めるものとしての代替療法、加えて、セルフマネジメント能力の獲得を目指す患者教育の提供について調査した。そして、このサポート体制の設置と運営を実質可能にする専門スタッフの体制、質の確保のための教育・支援体制、院内構造を調べた。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

厚生労働省のホームページのがん診療連携拠点病院指定一覧表に掲載されている全286病院（平成19年1月31日現在）を対象に、当該病院でがん看護に専門に従事している看護師286人に回答を依頼した。

### 2) 調査方法

対象機関の看護部長宛に調査票と返信用封筒を郵送し、がん患者・家族支援の中心となって活動する看護職に回答を求め、返信してもらった。176通を回収し（回収率61.5%）、176通全てを分析対象とした（有効回答率61.5%）。

### 2) 調査内容

自記式選択式質問紙法を用いた。質問紙の構成は、調査の枠組みを基礎に、①施設・回答者属性、②患者・家族の心理的サポートの提供の有無、③サポートプログラムの内容、④プログラムの実施体制、⑤心理的サポート提供上の問題点、⑥がん患者・家族教育の実施、⑦がん専門スタッフの配置と教育・支援体制、⑧その他のがん患者・家族を支援する体制についてである。

### 3) 調査期間

平成19年11月から平成19年12月末まで。

### 4) 分析方法

各調査項目について、記述統計を行った。

病院規模による差については $\chi^2$ 検定を行い、有意水準は5%未満に設定した。自由記述については、類似した回答をまとめた。

## 5) 倫理的配慮

医療機関や個人が特定できないように調査票は無記名とし、調査票に研究の趣旨、回答の任意性、結果の公表の仕方を記載した依頼文を添付した。調査票の返信をもって、研究協力への同意があったとみなした。なお、本研究は、広島大学大学院保健学研究科倫理委員会の審査・承認を得た。

## C. 結果

### 1) 対象施設及び回答者の概要

回答を得た176施設の病床規模ごとの割合を表1に示す。500床以上の大規模病院が12施設（63.6%）で、200床～500床未満が63施設（35.8%）、200床未満の病院が1施設あった。

表1 回答者の勤務機関の病床数

病床数	施設数	%
200床未満	1	0.6
200床～500床未満	63	35.8
500床以上	112	63.6

n=176

回答を得た176施設の回答者は、女性174人（98.9%）、男性1人（0.6%）で、年齢（平均±SD）は42.9±8.2歳であった。回答者の職位と所有する専門認定資格を表2に示す。看護師長が最も多く、看護副師長、続いて主任の順に多かった。また、専門看護師（教育課程修了者を含む。）は23人（13.1%）、そのうち、がん専門看護師は21人（11.9%）であり、認定看護師は74人（42.0%）、その内訳は、緩和ケア認定看護師41人（23.3%）、がん性疼痛認定看護師22人（12.5%）、がん化学療法認定看護師9人（5.1%）と3分野が大部分を占めた。

回答者の所属部署を表3に示す。外科・内科・混合病棟が42人（23.9%）で病棟勤務者が多く、看護部22人（12.5%）、緩和ケア病棟19人（10.8%）の順に多かった。



表2 回答者の職位と専門認定資格

職位	人数	%
看護部長	5	2.8
看護副部長	17	9.7
看護師長	45	25.6
看護副師長	29	16.5
主任	26	14.8
その他	54	30.7
<hr/>		
専門看護師 (教育課程修了生含む)	23	13.1
がん看護	21	11.9
無回答	2	1.1
<hr/>		
認定看護師	74	42.0
緩和ケア	41	23.3
がん性疼痛	22	12.5
がん化学療法	9	5.1
乳がん	1	0.6
無回答	1	0.6

n=176

(職位と専門認定資格は重複あり)

表3 回答者の所属部署 (複数回答)

	人数	%
外科・内科・混合病棟	42	23.9
看護部	22	12.5
緩和ケア病棟	19	10.8
がん相談支援室	14	8.0
外来	13	7.4
化学療法室	13	7.4
緩和ケアチーム	12	6.8
地域連携室	12	6.8
がんセンター	4	2.3
化学療法病棟	2	1.1
緩和ケア推進センター	1	0.6
在宅ホスピス	1	0.6
無回答	34	19.3

n=176

## 2) がん患者・家族のサポート体制

### (1) がん患者に対するサポート体制

(表4、表5、表6)

がん診療連携拠点病院として、がん患者に対してどのようなサポート体制を敷いているかについて、グループ療法、個人カウンセリング、ピアサポート/セルフヘルプグループ、患者会の実施の有無及びその実施者について尋ねた。

がん患者数名をグループとして医療者が一定のプログラムを提供する「がん患者に対するグループ療法」の実施割合は14施設(8.0%)と低く、5施設が病棟で、11施設が外来で実施していた。グループ療法の実施者は、看護師、医師、臨床心理士の順に多く、複数の職種の組み合わせで実施している施設もあった。また、院外の施設等に紹介しているか否かについては、12施設が紹介していると回答した。

一定の時間と場所を確保しての心理療法、心理教育、個人相談である「がん患者の個人カウンセリング」は89施設(50.6%)で実施されており、実施場所は病棟57施設、外来67施設で実施されていた。また、病棟、外来の両方で実施している施設は43施設あった。個人カウンセリングの実施者は、臨床心理士、看護師が多く、医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)、医師と続いた。また、院外の施設等への紹介は32施設あった。

表4 がん患者に対するサポート形態

	施設数(%)		
	有	無	無回答
グループ療法	14(8.0)	156(88.6)	6(3.4)
個人カウンセリング	89(50.6)	81(46.0)	6(3.4)
ピアサポート	34(19.3)	137(77.8)	5(2.8)
セルフヘルプグループ			
患者会	49(27.8)	126(71.6)	1(0.6)

n=176

表5 がん患者へのサポートを実施している場所と実施者（複数回答）

	実施数	実施場所		実施者数					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	14	5	11	6	12	5	4	5	
個人カウンセリング	89	57	67	25	50	55	30	6	
ピアサポート セルフヘルプグループ	34	6	25	8	12	2	2	16	
患者会	49	10	39	25	36	4	9	17	

患者同士が集まり企画運営を担って活動する自助グループである「がん患者のピアサポート/セルフヘルプグループ」は34施設(19.3%)で実施されており、実施場所は病棟6施設、外来25施設で実施されていた。ピアサポート/セルフヘルプグループの実施者は、患者が主体となるが、看護師や医師も実施に協力していた。実施者としては、自由記述に、患者ボランティアや保健師などが挙げられた。院外のサポートグループ等の紹介は28施設あった。

医療者主導で組織された患者グループである「患者会」の実施は、49施設(27.8%)であり、実施場所は病棟10施設、外来39施設で実施されていた。患者会の実施者は、看護師、医師、その他の順に多く、その他の内訳は、薬剤師、がん患者ボランティア、栄養士などであった。

表6 がん患者に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	12(6.8)	50(28.4)	114(64.8)
個人カウンセリング	32(18.2)	52(29.5)	92(52.3)
ピアサポート セルフヘルプグループ	28(15.9)	40(22.7)	108(61.4)
患者会	43(24.4)	39(22.2)	94(53.4)

n=176

(2)がん患者家族に対するサポート体制

(表7、表8、表9)

がん患者家族に対してどのようなサポート体制を敷いているかについて、グループ療法、家族カウンセリング/家族療法、家族会、遺族会の実施の有無及びその実施者について尋ねた。

表7 がん患者の家族に対するサポート形態

	実施数(%)		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	165(93.8)	7(4.0)
家族カウンセリング 家族療法	56(31.8)	112(63.6)	8(4.5)
家族会	9(5.1)	160(90.9)	7(4.0)
遺族会	23(13.1)	145(82.4)	8(4.5)

n=176

複数のがん患者の家族（重要他者）数名をグループとして医療者がプログラムを提供する「がん患者家族に対するグループ療法」の実施割合は4施設（2.3%）と低く、2施設が病棟で、4施設が外来で実施していた。グループ療法の実施者は、看護師、MSWがともに3人（1.7%）、続いて医師2人（1.1%）の順に多かった。また、院外の施設等に紹介しているか否かについては、4施設が紹介していると回答した。

表8 がん患者の家族に対するサポートを実施している場所と実施者（複数回答）

	実施数	実施場所		実施者					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	4	2	4	2	3	1	3	2	
家族カウンセリング 家族療法	56	30	42	12	33	28	19	5	
家族会	9	3	4	1	3	0	0	2	
遺族会	23	18	1	12	18	6	5	4	

一定の時間と場所を確保しての心理療  
法、心理教育、家族相談である「がん患者  
の家族カウンセリング/家族療法」は56施設  
(31.8%)で実施されており、実施場所は病  
棟30施設、外来42施設であり、両方で実施  
している施設が22カ所あった。家族カウ  
ンセリング/家族療法の実施者は、看護師、臨  
床心理士が多く、MSW、医師と続いた。また、  
院外の施設等へ紹介は16施設あった。

がん患者家族の家族が、情報交換や自助  
活動をするグループである「家族会」は9  
施設(5.1%)と実施している施設は少なく、  
実施場所は病棟3施設、外来4施設で実施さ  
れていた。家族会の実施者は、看護師3施設  
(1.7%)、その他2施設(1.1%)であり、その  
他の内容は、薬剤師、保健師、がん患者ボ  
ランティアであった。院外のサポートグル  
ープ等の紹介は14施設であった。

がん患者の遺族がグリーフケアをグル  
ープで実施する「遺族会」は、23施設  
(13.1%)にあり、実施場所は病棟18施設、  
外来1施設であった。患者会の実施者は、臨  
床心理士、MSW、その他の順に多くその他の  
内容は、緩和ケアスタッフ、ボランティア、  
作業療法士によって実施されていた。院外  
の施設等の紹介は8施設であった。

表9 がん患者の家族に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	47(26.7)	125(71.0)
家族カウンセリング	16(9.1)	51(29.0)	109(61.9)
家族療法			
家族会	14(8.0)	41(23.3)	121(68.8)
遺族会	8(4.5)	51(29.0)	117(66.5)

n=176

### (3)がん患者に対するグループ療法の構造

がん患者に対するグループ療法について、  
すでに開発されている有効性のあるプログ  
ラムや理論を基礎にしているかどうか、つ  
まり、evidence-based medicine/nursing  
(EBM/EBN)を行っているかを尋ねた。  
実施していると回答した14施設のうち、EB  
M/EBNに基づいて行っていると回答したの  
は7施設(50.0%)で、その内訳は、「がん  
を知って歩む会/I can cope」5施設、「グ

ループサイコセラピー」1施設、無回答1施  
設であった。

構造化されているグループ療法の実施  
内容について尋ねた。実施回数は1~3回が1  
施設、4~5回が6施設、1回の時間は、1~2  
時間以内が6施設、2時間以上が1施設であ  
った。また、実施期間は4週間が4施設、5週  
間以上が2施設であった。1グループの構成  
人数は、10人以内が6施設、20人で1施設  
あった。ファシリテーターは7施設で参加し  
ていた。ニーズ調査を行っているかについて  
は3施設が行っている、5施設は行っていない  
と回答した。実施評価は6施設が行っており、  
2施設は行っていない結果であった。実施し  
ている時間帯は、勤務時間内、時間外が共  
に5施設であった(表10)。

表10 がん患者に対するグループ療法の構造  
(複数回答)

実施内容	施設数	
回数	1~3回	1
	4~5回	6
1回の時間	1~2時間以内	6
	2時間以上	1
実施期間	4週間	4
	5週間以上	2
1グループ構成人数	10人以内	6
	20人	1
ファシリテーター	有	7
	無	1
ニーズ調査の実施	行っている	3
	行っていない	5
実施評価	行っている	6
	行っていない	2
実施している時間帯	勤務時間内	5
	勤務時間外	5

n=12

### (4)がん患者に対するグループ療法が実 施できない理由

がん患者に対するグループ療法を実施  
していないと回答した施設に対し、実施で  
きない理由を尋ねた。その内容は、「専門  
スタッフ又はトレーニングを受けたスタッ  
フがいない」136施設(87.2%)と多く、続  
いて「時間がない」72施設(46.2%)、

表11 患者のグループ療法が実施できない理由（複数回答）

理由	施設数(%)
専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない	136(87.2)
時間がない	72(46.2)
方法が分からない	67(42.9)
場所がない	32(20.5)
診療報酬の対象になっていない	21(13.5)
体制の未整備	9(5.8)
現在検討中	8(5.1)
人手が足りない	7(4.5)
グループの組み方によってはマイナス効果になる	7(4.5)
ピアサポートグループや患者会で十分対応できている	4(2.6)
意識がない	2(1.3)
必要性がない	1(0.6)
プライバシーが守られないことが危惧される	1(0.6)

n=156

「方法がわからない」67施設（42.9%）、「場所がない」「診療報酬の対象になっていない」の順に続いた（表11）。

病床規模ごとに実施できない理由をみると、500床以上の病院でも500床未満の病院でも同じ順位で差はみられなかった。

#### (5)がん患者のグループ療法を実施しないことによる不利益

患者にグループ療法が実施できない、又は実施しないことによって患者や家族にどのような影響があるかについて自由記述で回答を得た（表12）。回答の得られた100施設（56.8%）の内容を表12に示す。

患者へのマイナスの影響があると回答した内容では、最も多かったのは「悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。そのことによる精神的負担の増大」が24施設で、続いて「孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める」が22施設、「療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる」が19施設、「前向きに病気と向き合えなくなる/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/病気等への対処能力（セルフケア能力）/自己コントロール能力の獲得が遅れる」が19施設の順に多かった。

表12 患者に対してグループ療法が実施できないことの影響（自由記述）

患者へのマイナスの影響	施設数
悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。これによる精神的負担の増大。	24
孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める。	22
療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる。	19
上記の要因等から、前向きに病気と向き合えなくなる/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/病気等への対処能力（セルフケア能力）/自己コントロール能力の獲得が遅れる。	19
支え合える人間関係が構築できない。	13
患者の不安等の増大によって、家族の負担感や不安が増大する。患者・家族のコミュニケーションに障害が起こる。	6
意思決定に必要な情報の不足が起こる。	3
医療者が入ることによって、情報の偏りや誤った解釈を防ぐことができる。（その機会を奪うことになる。）	3
QOLが高められない。	2
患者の選択肢が狭まる。（さまざまな支援体制があってもよい。）	2
海外の文献では、余命に違いが有る結果が示されている。	1
患者の抱える問題が把握できない。	1
質の高いケアが受けられない。	1
影響は少ない/不明	
わからない、比較できないので不明ではないか。	10
必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によって是非は変わると思う。	2
なくても影響はないのではないか。	1
患者が高齢であり、必要性を感じない。	1
患者会があるので必要性はわからない。医療者主体になる必要はないのではないか。	1
地域性があり、病気を他人に知られたくない思いがあり、実施は難しい。	1

n=100

患者への影響は少ないまたは不明と回答した内容では、「わからない、比較できないので不明ではないか」10施設や「必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によって是非は変わると思う」2施設といった少数の回答が得られた。

### (6) がん患者・家族教育

セルフマネジメントに関する患者教育の実施状況について、表13に示す。症状マネジメントに関しては、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で7施設(4.0%)、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟149施設(84.7%)と大半を占めた。ペインコントロール教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で11施設(6.3%)であり、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟152施設(86.4%)であった。ストレスマネジメントに関する教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は外来で実施6施設(3.4%)、病棟で実施2施設(1.1%)と少なく、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来90施設(51.1%)、病棟111施設(63.1%)であった。社会資源の活用方法に関する教育実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は8施設(4.5%)、「日々のケアの中で適宜

実施している」が145施設(82.4%)であった。

### (7) 患者のボディイメージの変容に関する支援体制

患者のボディイメージの変容に関するかつらやリマンマなどの支援体制については、院内に支援体制があるのは42施設(23.9%)、院内に紹介のみを行っているのは126施設(71.6%)、支援体制がない施設は5施設(2.8%)であった(表14)。

表14 患者のボディイメージの変容に関する支援

	施設数	%
院内にある	42	23.9
紹介のみ行っている	126	71.6
ない	5	2.8
無回答	3	1.7

n=176

### (8) 退院後のがん患者・家族のサポート

退院後のがん患者及び家族に対する相談窓口については165施設(93.8%)があると回答し、精神的な不安や危機に陥ったときの緊急時の対応体制(ホットライン等)があると回答した施設は48施設(27.3%)であった(表15)。

表13 がん患者・家族教育の実施状況 (複数回答)

		施設数 (%)			
		実施している		実施していない	無回答
		教育プログラムの一環	日々のケアの中で適宜		
症状マネジメント	外来	11(6.3)	124(70.5)	20(11.4)	30(17.0)
	病棟	7(4.0)	149(84.7)	12(6.8)	12(6.8)
ペインコントロール	外来	11(6.3)	124(70.5)	19(10.8)	28(15.9)
	病棟	11(6.3)	152(86.4)	10(5.7)	10(5.7)
ストレスマネジメント	外来	6(3.4)	90(51.1)	55(31.3)	28(15.9)
	病棟	2(1.1)	111(63.1)	48(27.3)	15(8.5)
社会資源の活用方法		8(4.5)	145(82.4)	12(6.8)	15(8.5)

n=176

表15 退院後のがん患者・家族のサポート状況

	施設数(%)		
	あり	なし	無回答
がん患者・家族の相談窓口	165(93.8)	11( 6.3)	0(0.0)
緊急時の対応体制	48(27.3)	127(72.2)	1(0.6)

n=176

### (9)代替療法の実施と内容

(表 16, 表 17, 表 18)

代替療法について情報提供を行っている施設は 48 施設 (27.3%) で、代替療法を実施している施設は 76 施設 (43.2%) であった。代替療法の具体的な内容を表 17 に示す。「アロマセラピー」を実施しているのは 42 施設 (23.9%)、「音楽療法」20 施設 (11.4%)、「フットケア」7 施設 (4.0%) の順に多かった。代替療法について、evidence-based medicine/nursing (EBM/EBN)を行っているかを尋ねた。実施していると回答した 76 施設のうち、EBM/EBN に基づいて行っていると回答したのは 24 施設 (31.6%)、実施評価を行っているのは 27 施設 (35.5%)、定期的を実施しているのは 17 施設 (22.4%) であった。実施頻度は、週に一回が 16 施設あり、週に 2～3 回実施しているのは 11 施設であった。

表16 代替療法の実施状況

	施設数(%)		
	有	無	無回答
情報提供	48(27.3)	124(70.5)	4(2.3)
実施状況	76(43.2)	100(56.8)	0(0.0)

n=176

### 3) がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ及び教育・支援体制

#### (1) 専門職スタッフ体制

がん患者及び家族のサポートを行う専門のスタッフ体制は、精神科医(サイコオンコロジスト)の配置があるのは 69 施設 (39.2%) であり、そのうち常勤で配置しているのは 49 施設であった。がん専門看護師は 25 施設 (14.2%)、全施設が常勤配置していた。がん看護領域の認定看護師は 121 施設 (68.2%)、医療ソーシャルワーカーは 149 施設 (84.7%) と最も多かった。臨床心理士も 88 施設 (50.0%) が配置しており、常勤配置も 67 の施設で行われていた (表 19)。

表17 代替療法の具体的な内容 (複数回答)

代替療法内容	施設数	%
アロマセラピー	42	23.9
音楽療法	20	11.4
リラクゼーション	12	6.8
フットケア	7	4.0
アロママッサージ	5	2.8
イメージ療法	3	1.7
リフレクソロジー	3	1.7
リンパマッサージ	2	1.1
呼吸法	2	1.1
動物療法	1	0.6
筋弛緩法	1	0.6
無回答	2	1.1

n=176

表18 代替療法の内容 (複数回答)

	施設数(%)
EBM/EBNに基づいて行っている	24(31.6)
実施評価を行っている	27(35.5)
定期的を実施している	17(22.4)
無回答	17( 9.7)

n=76

病床規模ごとにみた、がん患者家族のサポートを行う専門スタッフの配置状況を表 20 に示す。学会等の認定する資格を有する看護師や所属する医療機関が認定する認定/専門等の看護師を除き、配置は 500 床以上の規模の大きな病院に高かった。精神科医(サイコオンコロジスト)は、病床規模に関わらず 4 割の施設が配置していた。また、500 床以上の病院でも MSW がいない施設も存在した。認定看護師や臨床心理士の配置は、500 床以上の病院に有意に高かった (表 20)。

表19 がん患者・家族のサポートを行う医療スタッフの配置状況（複数回答）

	配置している	施設数(%)	
		常勤	非常勤
精神科医(サイコオネコロジスト)	69(39.2)	49	24
がん看護専門看護師	25(14.2)	25	0
がん関連領域の認定看護師	121(68.2)	121	1
医療ソーシャルワーカー	149(84.7)	146	22
臨床心理士	88(50.0)	67	31
学会や協会等が認定するカウンセラーや家族心理士などの資格を有する看護師	19(10.8)	16	3
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認定/専門等看護師	17(9.7)	18	0

n=176

表20 病床規模ごとにみたがん患者・家族のサポートを行う専門医療スタッフの配置

	有 無	病床数				合計 施設数	p値 <sup>注)</sup>
		500床未満		500床以上			
		人	%	人	%		
精神科医 (サイコオネコロジスト)	有 無	24 32	42.9 57.1	45 51	46.9 53.1	152	0.631
がん看護専門看護師	有 無	8 49	14.0 86.0	17 80	17.5 82.5	154	0.570
がん関連領域の認定看護師	有 無	35 25	58.3 41.7	86 22	79.6 20.4	168	0.003
医療ソーシャルワーカー	有 無	54 6	90.0 10.0	95 6	94.1 5.9	161	0.343
臨床心理士	有 無	24 34	41.4 58.6	64 33	66.0 34.0	155	0.003
学会や協会等が認定するカウンセラーや 家族心理士などの資格を有する看護師	有 無	9 45	16.7 83.3	10 78	11.4 88.6	142	0.368
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認 定/専門等看護師	有 無	6 48	11.1 88.9	11 80	12.1 87.9	145	0.860

注)  $\chi^2$ 検定

## (2) 専門スタッフを支援体制

がん患者、家族のサポート体制について「ボランティアスタッフ」「宗教家の協力体制」の有無を尋ねた。ボランティアスタッフがいる施設は30施設(17.0%)、宗教家の協力がある施設は8施設(4.5%)と少なかった(表21)。

また、がん患者、家族のサポートを行っているスタッフへの支援体制に関して、「スタッフのストレスマネジメントに関する支援体制(リエゾンナースや臨床心理士の配置、リラクゼーションルームの配置、気分転換休暇の導入など)」の有無を尋ねた。これらの支援体制があると回答したのは63施設(35.8%)であった(表21)。

表21 専門スタッフを支援する体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
ボランティアスタッフ	30(17.0)	145(82.4)	1(0.6)
宗教家の協力体制	8(4.5)	167(94.9)	1(0.6)
スタッフのストレスマネジメントに関する体制	63(35.8)	111(63.1)	2(1.1)

n=176

表22 院内での資格取得の推進状況

	施設数(%)		
	推進している	推進していない	無回答
専門看護師	117(66.5)	58(33.0)	1(0.6)
認定看護師	171(97.2)	5(2.8)	0(0.0)

n=176

### (3) 医療従事者に対する研修体制

医療従事者に対する院内研修の内容に、がん患者や家族のサポートや教育に関する内容が含まれているか否かについて問うたところ、含まれていると回答したのは108施設(61.4%)であった。

また、専門看護師や認定看護師の資格取得の推進状況について、専門看護師の資格取得を推進しているのは117施設(66.5%)であり、認定看護師の資格取得を推進しているのは171施設(97.2%)と専門看護師より認定看護師の資格取得を推進している施設が多かった(表22)。

### 4) その他のがん患者・家族を支援する体制

#### (1) がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援

がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援を併せ持つ機能として「がん患者や家族が参加するケースカンファレンスの実施」が挙げられるが、これは51施設(29.0%)のみが行っていた。また、がん患者・家族を含む地域住民への教育にコメディカルスタッフが果たす役割として、がん

に関する講演会や研修会の開催など「地域住民に対する教育の実施」が挙げられるが、これについては103施設(58.5%)が行っていた(表23)。

#### (2) 地域全体のがん診療のレベルを向上させるための取り組み

がん診療連携拠点病院には、地域全体のがん医療の水準を上げる役割があり、この方策の一つとして、がん医療専門スタッフがもつ知識や技術を移転する「コメディカルによる地域の医療機関のコメディカルへのがんに関する教育の提供」が挙げられる。これは、105施設(59.7%)が行っていると回答した。(表23)

#### (3) がん患者・家族を支援する院内の構造

がん患者・家族を支援するための院内の構造についての結果を表24に示す。患者情報センター、患者が利用できるがん関連の資料を集めた図書室または資料室がある施設は76施設(43.2%)であった。また、家族が患者に付き添うための宿泊施設がある施設は39施設(22.2%)、ホテルと提携している施設は6施設(3.4%)であった。宿泊施設を有していない施設は134施設(76.1%)であった。

表23 情報や教育の提供体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
がん患者や家族が参加するケースカンファレンス	51(29.0)	122(69.3)	3(1.7)
コメディカルによる地域住民への教育	103(58.5)	73(41.5)	0(0.0)
コメディカルによる地域の医療機関コメディカルへのがんに関する教育提供	105(59.7)	70(39.8)	1(0.6)

n=176



表24 がん患者・家族を支援する院内の構造

	施設数(%)		
	有	ホテル等と提携	無
図書室または資料室の設置	76(43.2)		100(56.8)
宿泊施設の設置(複数回答)	39(22.2)	6(3.4)	134(76.1)

n=176

表25 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援(自由記述)

(複数回答)

内 容	施設数
緩和ケアチーム活動	6
在宅ホスピス支援(相談・紹介・連携)	6
市民公開講座	5
セカンドオピニオン外来	3
電話による相談	3
都道府県と地域がん診療連携拠点病院との情報交換の場	2
緩和ケア外来	2
症状緩和に関する専属の看護師配置	2
病院ホームページでメール相談	1
住民参加の談話会	1
地域訪問看護ステーションとの連携	1
食堂で食べやすい食事の工夫	1

n=28

### 3) 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援

調査票に示した内容以外のがん患者・家族への支援について、自由記述で回答を得た。「緩和ケアチーム活動」6施設、「在宅ホスピス支援(相談や紹介、訪問看護ステーションと連携)」6施設などが挙げられた(表25)。

## D. 考 察

### 1. がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族へのサポート体制

今回、われわれは、がん診療連携拠点病院がもつ機能のうち、特にがん患者と家族への心理的サポート機能に焦点を当て、その実施状況と、その役割を中心となって担うと考えるコメディカルスタッフの体制について調査を行った。

その結果は、予測通りであり、極めて乏しい実態が明らかになった。複数ある心理的サポートでは、患者・家族の相談窓口の設置は設置基準で推奨されているせいか高い割合で実施されており、看護師や臨床心理士による個人面談やカウンセリングは半数の施設で実施されていた。その一方で、がん患者・家族のニーズが高く<sup>6)7)</sup>、その再発率や死亡率の減少及びQOLの向上が報告されているがん患者のグループ療法<sup>8-13)</sup>、がん告知の衝撃から回復し、がんとうまく付き合ってQOLの高い生活を送るスキルを身につける教育プログラム<sup>14)</sup>などは、その必要性和有効性が理解されながらも実施割合は極めて低い実態であった。これについては、さまざまな要因が考えられるが、がん診療連携拠点病院に、「がん患者・家族に対する何のアウトカムを向上

させるのか。そのゴールを達成するために誰をどこに配置し、どのような役割を担わせるか」といったゴール設定が明確にされないまま、指定を受け、試行錯誤の中で取り組んでいることが推察される。実際、看護師の重要な機能であるセルフマネジメント能力の獲得を促す患者教育は、日々のケアの中で適宜行われてはいるが、構造化された形で明確に実施している施設は少なく、ここにも「がん患者・家族に対して看護師としてどのような役割を果たす必要があるのか」の吟味が十分になされていないことが伺えた。

しかしながら、多くの施設で患者・家族ケアの量と質の向上に向けた努力は伺えた。心理療法的介入が実施できない理由では、多数回答を占めるのではないかと推測していた「診療報酬の対象になっていない」ことや「時間がない」は低く、むしろ、「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことや「方法がわからない」ことが挙げられた。この点からも、心理的サポートを実施しやすいように医療政策的な支援体制を強化し、卒後専門教育課程や卒後教育の中でこれらのスキルを身につける研修の充実が推進される必要がある。自由記述の中で、患者・家族の選択の多様性を指摘した者がいたが、複数のプログラムの中から自分にあったものが選べるような体制にする必要がある。Evidence-based medicine/nursing

(EBM/EBN)とアウトカムマネジメントの重要性<sup>15)</sup>は常に強調されているが、コメディカルスタッフが文献を検討し、有効性のあるものは患者・家族の利益のために早期に導入し、実施評価を継続的に行っていくことががん医療の質を高めていくことにつながると考える。

## 2. がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制や教育・支援体制

臨床心理士やがん関連領域の認定看護師の配置は、われわれが推測していた以上に進んでいた。一方で、がん患者・家族にベストプラクティスを提供するために組織のサービス提供システムを変えていくchange agent<sup>15)</sup>として活動する役割をもつ専門看護師の配置は進んでいなかった。また、資格取得の推進をしている施設も認定看護師に比較しても少なく、彼らの役割の

理解を全国的に進めていく必要性が伺えた。加えて、宗教家やボランティアの支援を受けることや、緊張を強いられるスタッフのストレスマネジメントや能力の向上を図る院内教育システムの一層の向上の必要性も示唆された。

## 3. がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり

チーム医療の重要性が強調される中、コメディカルスタッフの果たす役割は大きい<sup>16)</sup>。本調査結果でも、心理的サポートを提供している施設においては看護師や臨床心理士などがプログラムを運営している様子も伺えた。また、地域住民に対しても、教育講演活動を行うなどの活躍がみられた。「1」に述べたように、アウトカムを明確にすることによってコメディカルスタッフの役割や位置を明確にし、院内でのサービス強化に加えて、がん診療連携拠点病院は地域の中核病院として、連携する地域の医療機関への技術移転を行うなどして、地域のがん医療の水準を高める必要があることが伺えた。

## E. 結 語

全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的側面へのサポート体制、サポートを提供する専門スタッフ体制や教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わりの実態について調査を行った。がん患者・家族のサポート体制は全体に実施割合は低く、特にその有効性が先行研究で示されているグループ療法の実施割合は極めて低かった。また、がん患者・家族を支援する専門スタッフの配置も医療ソーシャルワーカーを除き十分ではなく、彼らへの院内の支援体制や教育体制も十分ではなかった。しかし、前向きに取り組む姿勢は伺え、サポート提供のための方法論や技術の習得によって実施施設割合が高まる可能性も示唆された。

文献

- 1) 皆川英明, 佐伯真由美, 山脇成人, 内富庸介, 石垣靖子: 精神・心理的苦痛とその対応. 季羽倭文子, 石垣靖子, 渡辺孝子編集, がん看護, 71-83, 三輪書店, 東京, 2001.
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. (1993). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- 3) Holland JC. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In JC Holland(Ed.), *Psycho-oncology*(pp.3-15). Oxford: Oxford University Press.
- 4) 厚生労働省: がん診療連携拠点病院の整備について(平成18年2月1日付 都道府県知事宛厚生労働省健康局長通知). <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 5) 保坂隆: ナースのためのサイコオンコロジー, 58-76, 南山堂, 東京, 2001.
- 6) 保坂隆: がん患者・家族の精神状態とケアの必要性, 消化器・がん・内視鏡ケア, 11, 50-52, 2006.
- 7) 中村千珠, 河瀬雅紀: がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究: 患者の現状とニーズの把握, 心身医, 47(2), 111-121, 2007.
- 8) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. (1989). Effect of psychological treatment on survival of Patients with metastatic breast cancer, *Lancet*, ii, 888-891.
- 9) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. Changes over time in methods of coping and affective disturbance, *Arch Gen Psychiatry* 47, 720-725.
- 10) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients I. Changes over time in immunological measures, *Arch Gen Psychiatry* 47, 729-735.
- 11) Fukui S, Kamiya M, Koike M, et al. (2000). Applicability of a Western-developed psychosocial group intervention for Japanese patients with primary breast cancer. *Psychooncology*, 9(2), 169-177.
- 12) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. (1993). Malignant melanoma-effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later, *Arch Gen Psychiatry* 50, 681-689.
- 13) 保坂隆: 東海大式乳癌患者への構造化された集団介入. 緩和医療学, 5, 9-13, 2003.
- 14) Johnson JL, Klein L. (1994). I CAN COPE. CHRONIMED publishing.
- 15) Wojner AW. (2001). Outcome management: Application to clinical practice, Philadelphia: Mosby.
- 16) 保坂隆: がんの告知と医療チーム. 現代のエスプリーサイコオンコロジー, 426, 39-46, 2003.

厚生労働省科学研究費補助金「がん患者や家族が必要とする社会的サポートグループやグループカウンセリングの有用性に関する研究」

「遺族を対象とした健康度調査およびグループ療法の有用性に関する研究」

分担研究者：堀泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長）

天野可奈子（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室 臨床心理士）

**研究要旨**

我が国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、遺族ケアとして、「追悼会」のように構造化されていないグループによる介入がなされているが、構造化された介入に関する報告はあまり見受けられない。構造化された介入の場合、技術や人間性など、ファシリテーター側の要因にあまり左右されずに誰がやってもある程度同じように介入しやすい点があるのではないかと考えられる。そこで、緩和ケア病棟で大切な家族を亡くされたご遺族を対象に、新たに構造化されたグループ療法による介入を行い、健康度調査にてその有用性を検討することを本研究の目的とする。今回、52名の対象者に第1回目のアンケート調査が行われた。現在の進行状況を一部、報告することにする。

**A.研究目的**

本研究の目的は、以下の2点である。

- 1) 緩和ケア病棟において家族を亡くされたご遺族を対象に、ご遺族の健康度調査を行うことで、ご遺族の悲嘆反応および身体的・精神的健康度を把握する。
- 2) ご遺族を対象に、構造化されたグループ療法を行い、介入群と非介入群との間でグループ療法の効果があるか否かを検討する。

- 2) **調査期間**：2007年2月以降。  
(第1回目アンケート調査：2008年1/31～2/14まで、2008年2/29～3/19まで。  
第1回目グループ療法：2008年2/20～3/19まで。)

**3) 調査方法**

- ① 対象者の募集方法：退院患者の家族リストから、本研究への参加依頼を郵送調査にて行う。(このとき、健康度調査のための質問紙、研究への参加依頼、同意書、グループ療法の案内、返送用封筒、遺族ケアのパンフレット、カウンセリング窓口案内を同封して郵送する。)返送用封筒から、参加者を介入群、不参加者を非介入群に分類する。(ただし、返送されなかった場合は研究の対象外とみなす。)

**B.研究方法**

- 1) **調査対象者**：滋賀県立成人病センター緩和ケア病棟において、2007年6月以降に退院された患者の家族。なお、退院後6ヶ月以上経過した家族とする。第1回目のアンケート調査およびグループ療法では、退院後6・7・8ヶ月経過した家族を対象としている。

**(倫理面の配慮について)**

- 本研究は、①研究の目的、②研究方法、③予想されるメリット（緩和ケア病棟で大

切な患者を亡くした家族の心や身体を癒していくことに役立てること)、④プライバシーの保護について(患者・家族の身元が特定されないように配慮されること)、⑤協力しない場合でも不利益を受けないこと、⑥同意した後いつでも同意を撤回することができることについて、⑦わからないことや疑問点はいつでも質問できること、の7点について対象者に同意を得ている。なお、本研究は、滋賀県立成人病センター倫理委員会の承認を得ている。

② 実施場所：滋賀県立成人病センター職員会館2階

③ グループの人数と時間：人数は未定。90分。

④ 回数：5回  
(毎週水曜日の15:00~16:30)

⑤ 実施頻度：3ヶ月に1回  
(2年間継続)

⑥ ファシリテーター：2名(堀、天野)

⑦ グループ療法の内容：以下の3つのテーマに分類される。

- 1) 話し合い
- 2) 心理教育的介入
- 3) リラクゼーション

グループ療法の各セッションの内容は以下の通りである。

[1回目]

- (1) グループ療法の説明(グループ療法の目的・ルール・内容 etc)
- (2) 質問紙調査(GRS・GHQ・POMS)
- (3) メンバーの自己紹介
- (4) 話し合い(これまでの経緯につ

いて etc)

- (5) リラクゼーション導入(漸進的筋弛緩法・自律訓練法・イメージ療法)
- (6) アンケート調査(グループ療法に参加した感想)

[2回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」  
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の悲嘆反応」・「心身への影響」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[3回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」  
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の悲嘆反応に対する対処法」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[4回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」  
話し合い
- (2) 心理教育的介入(「死別後の生活適応・ソーシャルサポート」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査

[5回目]

- (1) 「この1週間どうでしたか？」  
話し合い
- (2) 「グループ療法はどうでしたか？」  
話し合い
- (3) 質問紙調査(GRS・GHQ・POMS)
- (4) アンケート調査

#### 4) 調査手順

① 介入群：構造化されたグループ療法参加群。

(1) グループ療法開始前（健康度調査）

(2) グループ療法第1回目

(3) グループ療法第5回目

以上のように、合計3回、同一の質問紙調査を実施。

② 非介入群：構造化されたグループ療法に不参加だが2回の質問紙調査には参加する群。

(1) 介入群のグループ療法開始前の時期（健康度調査）

(2) 介入群のグループ療法第5回目終了時期

以上のように、合計2回、同一の質問紙調査を実施。

## 5) 評価方法

評価は、質問紙調査にて行う。

質問紙におけるフェイスシートおよび心理尺度は以下の通りである。

<フェイスシート>

基本属性（患者との続柄、年齢、性別、退院後の期間など）、死別後の心身の状態に関する独自の質問項目。

<心理尺度> ※各尺度の質問項目は添付資料を参照。

① GRS (Grief Response Scale : 悲嘆反応尺度) : Burnett et al.(1997)による”Core Bereavement Items”35項目（①イメージと思考、②存在の感覚、③夢、④急激な分離、⑤悲嘆、⑥未解決と葛藤、⑦個人的解決、の7因子）を日本語訳したもの。悲嘆反応に関する項目は4点尺度、悲嘆

の解決に関する項目は5点尺度である。尺度1「対象のイメージと悲哀感（6項目）」、尺度2「存在の感覚（6項目）」、尺度3「未解決な悲嘆と葛藤（6項目）」、尺度4「悲嘆の解決（5項目）」の4因子23項目から成る。尺度1～3までは1（全くない）から4（いつもまたは非常に何度も）の4件法。尺度4は1（非常に弱くまたはほとんどできない）から5（非常に強くまたは非常にできる）の5件法（富田・大塚・伊藤・三輪・村岡・片山・川村・北村・上里,2000）。

② GHQ (General Health Questionnaire : 精神的健康調査票)

日本版の28項目版 : Goldberg, D.P. (1987) によって開発された神経症研究の的確で客観的な把握、評価および発見に有効なスクリーニングテストであり、国内外を問わず死別研究で使用されている。この28項目版は、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」という4つの下位尺度（各7項目）によって構成されている。4件法（坂口他,1999 ; 坂口,2001）。

③ POMS (the Profile of Mood States : 気分プロフィール検査) :

McNair ら (1992) によって米国で開発された気分を評価する質問紙法の一つ。被験者がおかれた状況により変化する一時的な気分・感情の状態を測定できるという特徴を有している。日本語版は、「緊張—不安 (Tension-Anxiety ;T:A) : 9項目」、「抑うつ—落ち込み (Depression-Dejection ;D) : 15項目」、

「怒り - 敵意 (Anger-Hostility ;A-H) : 12 項目」、「活気(Vigor ;V) : 8 項目」、「疲労 (Fatigue ;F) : 7 項目」、「混乱 (Confusion ;C) : 7 項目」の 6 因子 65 項目 (うち 7 項目はダミー項目) から成る。4(非常に多くあった)から 0(全くなかった)の 5 件法 (横山・荒記,1994)。

### C.研究結果

第 1 回目アンケート調査後の現在の進行状況を以下に報告する。52 名の対象者に調査を郵送したところ、23 名からの返信があった (回収率 : 44.2%)。このうち、2 回のアンケート調査のみの参加希望者は、22 名であった。また、3 回のアンケート調査と 5 回のグループ療法の参加希望者は当初、3 名であったが、キャンセルの報告が 2 名より入り、第 1 回目のグループ療法は中止となった。

2 回のアンケート調査のみの参加希望者 (22 名) に対しては、今後 2008 年 2/29～3/19 の期間にかけて、同一の質問紙を郵送し、非介入群として分析する予定である。

### D.考察

グループ療法の人数が集まらなかった理由としては、対象者数が少なく、また、5 回の連続したセッション全てに参加できる者が少なかったことが考えられる。

そのため、今後の計画としては、対象者の範囲を広げ、退院後 6 ヶ月から 12 ヶ月の範囲にある家族にグループ療法の案内を郵送することを考えている。また、対象者の都合がグループ療法開催時期に合わなかった場合を考慮し、同一の対象者に 2 回以上グループ療法の案内を郵送することも検討している。

### E.引用・参考文献

Burnett,P., Middleton,W., Raphael,B., &

Martinek,N. 1997 Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*,27,49-57.

広瀬寛子 2005 がん患者へのカウンセリング—患者と家族への援助 臨床心理学,5(2),174-179.

Holmes,T.H.,&Rahe.R.H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*,11(2),213-218.

河合千恵子 (編) 1996 夫・妻の死から立ち直るためのヒント集 三省堂

河合千恵子 1997 配偶者と死別した中高年者への連続講座による介入とその効果 心理臨床学研究,15(5),461-472.

松井豊・安藤清志・福岡欣司 2003 近親者との死別による心理的反応 (5) 日本心理学会第 67 回発表論文集 pp.246.

松島たつ子 2001 ホスピス緩和ケアにおける死別を体験する家族のケア - 現状と今後の展望 - 死の臨床, 24(1), 45-51.

松島たつ子・赤林朗・西立野研二 2001 ホスピス緩和ケアにおける遺族ケア - 遺族意ケアについての意識調査と今後の展望 - 心身医学, 41(6), pp. 430-429.

坂口幸弘 2001 死別後の二次的ストレスと精神的健康—死別した配偶者と子どもと比較— 家族心理学研究,15(1),13-24.

坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤暁 1999 家族機能認知に基づく死別後の適応・不適応家族の検討 心身医学,39(7),525-532.

坂口幸弘・恒藤暁・柏木哲夫・高山圭子・田村恵子・池永昌之 2004 わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状 心身医学,44(9),697-703.

瀬藤乃理子・村上典子・丸山総一郎 2005 死別後の病的悲嘆に関する欧米の見解—「病的悲嘆」とは何か 精神医学,47(3),242-250.

高山圭子 2002 遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究 - わが国のホスピ

- ス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状  
と課題 - (財)日本ホスピス・緩和ケア  
研究振興財団 2002 年度調査研究報告
- 富田拓郎・太田ゆず・小川恭子・杉山晴子・  
鏡直子・上里一郎 1997 悲嘆の心理過程  
と心理学的援助 カウンセリング研  
究,30(1),49-67.
- 富田拓郎・大塚明子・伊藤拓・三輪雅子・村  
岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊則・  
上里一郎 2000 幼い子どもを失った親  
の悲嘆反応と対処行動の測定 カウンセリ  
ング研究,33(2),168-180.
- ト部文麿 1991 キューブラ・ロス生と死の  
癒し: 日本に定着した LDT ワークショッ  
プ アニマ 2001
- ウォーデン,J.W./鳴澤 實 (訳) 1993 グ  
リーフカウンセリング 川島書店  
(Woden,J.W. 1991 *Grief counseling  
and grief therapy : A handbook for the  
mental health practitioner* 2nd ed. New  
York :Springer.)



## ご家族の健康度に関する調査

この調査は、緩和ケア病棟に入院されていた患者さんのご家族の健康度を調べるためのアンケート調査です。大切なご家族を亡くされたとき、人は深い悲しみを体験し、時として、心や身体に様々な変化が表れることもあります。私たちは、大切なご家族を亡くされた方たちの心を支えていくために、ご家族の方たちが患者さんを亡くされた後、どのように過ごしておられるかをまず教えて頂くことが必要ではないかと考えました。そこで、この度、ご家族の健康に関する調査をすることに致しました。大切なご家族を亡くされて深い悲しみの中で気持ちの整理がつかない方もおられる方もおられると思います。アンケート調査は任意ですので、どうぞご無理のないようご回答して頂ければと思います。

11枚のアンケートからなっていますので、それぞれについて質問をよく読んで、最後まで記入もれがないようにお答え下さい。また、「誤った答え」はありませんから、周りの人と相談したりせずに、あなたの思ったとおりに率直に回答して下さい。

調査の結果は統計的に処理されるため、あなた一人の回答のみを問題にしたり、公表することはありません。お答え頂いたアンケートは、同封致しました封筒に入れてご郵送下さい。

この調査結果を、今後のご家族に対する心理的サポートのため活かして参りたいと存じますので何卒ご協力をお願い申し上げます。なお、この調査にご協力頂いた方には後日、些少ですが、謝礼を送付させていただきます。

平成20年2月

厚生労働省科学研究費補助金による、「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究」に関する研究班

主任研究者 保坂隆（東海大学医学部基礎診療学系精神医学）

分担研究者 堀泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長）

天野可奈子（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室 臨床心理士）

※なお、ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡下さいますようお願い申し上げます。  
連絡先：077-582-9720（緩和ケア科）または077-582-9711（地域医療サービス室）

記入日：( )年( )月( )日

1. あなた自身のことについてお尋ねします。ただし、※印のある質問については、当てはまるものに○をつけて下さい。

- ① あなたの年齢は.....( )歳
- ② あなたの性別は.....(男性 ・ 女性) ※
- ③ あなたが同居されている家族は.....( )
- ④ 現在のお仕事は.....( )  
主婦の方は「主婦」とご記入下さい。
- ⑤ 患者さんを亡くされた後、以前に比べて、心身に不調を感じたことは・・・(ある ・ ない) ※
- ⑥ ⑤で「ある」に○をされた方のみおたずねします。  
それはどのような不調ですか？  
( )
- ⑦ 患者さんを亡くされた後、新たに、どこか病院に通院されたことは・・・(ある ・ ない) ※
- ⑧ ⑦で「ある」に○をされた方のみおたずねします。  
通院の頻度はどれくらいですか.....( )
- ⑨ ⑦で「ある」に○をされた方のみおたずねします。  
もしわかりましたらお答え下さい。  
現在、罹られている病名は.....( )
- ⑩ 患者さんを亡くされた後、新たに、何かお薬を飲まれていますか。・・(はい ・ いいえ) ※
- ⑪ 患者さんを亡くされた後、新たに、相談機関に相談されたことは.....(ある ・ ない) ※

2. 患者さんのことについてお尋ねします。

- ① 患者さんの年齢は.....( )歳
- ② 患者さんの性別は.....(男性 ・ 女性) ※
- ③ あなたと患者さんとの続柄は.....( )
- ④ 患者さんはどこの部位のがんでしたか.....( )
- ⑤ 患者さんが緩和ケア病棟を退院されてから.....約( )ヶ月
- ⑥ 患者さんががんになられてから亡くなるまでの期間は.....約( )年( )ヶ月
- ⑦ 緩和ケア病棟での入院期間は.....約( )日

回答の仕方は下記の例にならって回答して下さい。

【記入例】 質問：気持ちが沈んで暗い。

「2=まあまああった」と答えるときは、  
右図のように「2」のところを○印で囲んで下さい。

0 1 (2) 3 4

3. 次に示した1～23の各項目について、患者さんを最近亡くされた後のあなたのご経験についてお尋ねします。質問中の「〇〇さん」には、患者さんのお名前を当てはめてお答え下さい。あなたのご経験に一番当てはまる数字に、

質問1～18までは、

- 1=全くない
- 2=あまりない
- 3=ときどきある
- 4=いつもまたは非常に何度も

質問19～23までは、

- 1=非常に弱くまたはほとんどできない
- 2=あまりできない
- 3=できるかできないかわからない
- 4=少しあるいはときどきできる
- 5=非常に強くまたは非常にできる

○を1つつけて下さい。

	1	2	3	4
	全くない	あまりない	とどろきがある	いつもまたは非常に何度も↓
	↓	↓	↓	↓
1 写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな〇〇さんの思い出が、 〇〇さんへの強い思いを引き起こしますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
2 あなたかも〇〇さんがあなたに触れているか のように感じる場合がありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
3 写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな〇〇さんの思い出から、 強い恐怖感を感じますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
4 あたかも〇〇さんがいるかのように感じますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
5 写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな〇〇さんの思い出が、 罪悪感を引き起こしますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
6 〇〇さんに関するもの（写真、遊び道具など） を見ると思い出すことがありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
7 写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな〇〇さんの思い出から、 孤独感を感じますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
8 〇〇さんのことについて考えますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
9 あたかも〇〇さんの声を聞いているかのように 感じる場合がありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4

	1	2	3	4	
	全くない	あまりない	ときどきある	いつもまたは非常に何度も↓	
	↓	↓	↓	↓	
10	どんな理由であれ、○○さんはもういないとか、 帰ってこないという現実直面したら、 あなたは辛い気持ちになりますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
11	あたかも○○さんを見ているかのように 感じることはありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
12	写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな○○さんの思い出が、 ぼうぜん感を引き起こしますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
13	写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな○○さんの思い出から、 ○○さんに対する涙が流れますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
14	○○さんの夢を見ると、あたかも○○さんが まだ生きているかのように感じますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
15	○○さんへの想いがあなたを辛い気持ちにさせますか。・・	1	2	3	4
16	○○さんの夢について思い出すことがありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
17	○○さんの死を取り巻く出来事を想像しますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
18	あなたは○○さんのイメージや記憶に 取りつかれていることに気づきますか。・・・・・・・・	1	2	3	4

1    非常に弱くまたはほとんどできない ↓	2    あまりできない ↓	3    できるかできないかわからない ↓	4    少しあるはときどきできる ↓	5    非常に強くまたは非常にできる ↓
----------------------------	-------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

- 19 ○○さんが亡くなった後、  
現在、あなたは他の人を助けることができる  
と感じますか。・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 2 3 4 5
- 20 ○○さんの夢を見ることで、  
喪失体験に対処しやすくなると感じますか。・・・・・・ 1 2 3 4 5
- 21 あなたが満足するくらいに、  
あなたは生活を整えることができると思っていますか。・・・ 1 2 3 4 5
- 22 ○○さんが亡くなった後、  
現在、あなたは自分自身を理解することができる  
と感じますか。・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 2 3 4 5
- 23 ○○さんが亡くなった経験をくぐり抜けたことで、  
現在あなたはどのくらい強くなりましたか。・・・・・・ 1 2 3 4 5

4. 次に示した1～28の各項目について、4種類の選択肢の中から自分の最近の状態に最も当てはまると思われるものに、○を1つつけて下さい。

1. 気分や健康状態は  
.....よかった    いつもと変わらなかった    悪かった    非常に悪かった
2. 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
3. 元気がなく疲れを感じたことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
4. 病気だと感じたことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
5. 頭痛がしたことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
6. 頭が重いように感じたことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
7. からだがほつてたり寒気がしたことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
8. 心配ごとがあつて、よく眠れないようなことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
9. 夜中に目を覚ますことは  
.....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった
10. いつもより忙しく活動的な生活を送ることが  
..たびたびあった    いつもと変わらなかった    なかった    まったくなかった
11. いつもより何かするのに余計に時間がかかることが  
..まったくなかった    いつもと変わらなかった    あった    たびたびあった
12. いつもよりすべてがうまくいっていると感じることは  
..たびたびあった    いつもと変わらなかった    なかった    まったくなかった

13. 毎日している仕事は  
 ・・非常にうまくいった いつもと変わらなかった うまくいかなかった まったくうまくいかなかった
14. いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が  
 ・・・・あった いつもと変わらなかった なかった まったくなかった
15. いつもより容易に物ごとを決める事が  
 ・・・・できた いつもと変わらなかった できなかった まったくできなかった
16. いつもストレスを感じた事が  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
17. いつもより日常生活を楽しく送る事が  
 ・・・・できた いつもと変わらなかった できなかった まったくできなかった
18. いらいらしておこりっぽくなることは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
19. たいした理由がないのに、何かが悪くなったりとりみだすことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
20. いつもよりいろいろなことを重荷と感じた事が  
 ・・・・まったくなかった いつもと変わらなかった あった たびたびあった
21. 自分は役に立たない人間だと感じたことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
22. 人生に全く望みを失ったと感じたことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
23. 不安を感じ緊張したことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
24. 生きていることに意味がないと感じたことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった
25. この世から消えてしまいたいと考えたことは  
 ・・・・まったくなかった なかった 一瞬あった たびたびあった
26. ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは  
 ・・・・まったくなかった あまりなかった あった たびたびあった



27. 死んだ方がましだと考えたことは  
 .....まったくなかった    あまりなかった    あった    たびたびあった

28. 自殺しようと考えたことが  
 .....まったくなかった    なかった    一瞬あった    たびたびあった

5. 次の1～65の各項目について、この数日間のあなたの気分をあらわすのに、いちばんあてはまるものを

0=まったくなかった  
 1=少しあった  
 2=まあまああった  
 3=かなりあった  
 4=非常に多くあった

の中から1つだけ選んで下さい。

	0	1	2	3	4
	ま た く な か つ た	少 し あ つ た	ま あ ま あ つ た	か な り あ つ た	非 常 に 多 く あ つ た
	↓	↓	↓	↓	↓
1. 人づき合いが楽しい .....	0	1	2	3	4
2. 希望がもてない .....	0	1	2	3	4
3. 心の中でふんがいはする .....	0	1	2	3	4
4. 陽気な気持ち .....	0	1	2	3	4
5. 考えがまとまらない .....	0	1	2	3	4
6. 頭がすっきりする .....	0	1	2	3	4
7. がっかりしてやる気をなくす .....	0	1	2	3	4
8. めいわくをかけられて困る .....	0	1	2	3	4
9. つかれた .....	0	1	2	3	4
10. 集中できない .....	0	1	2	3	4

	0    まったく なかった	1    少し あった	2    まあまあ あった	3    かなり あった	4    非常に 多く あった
	↓	↓	↓	↓	↓
1 1. いじわるしたい . . . . . 0	1	2	3	4	
1 2. 自分はほめられるに値しないと 感じる . . . . . 0	1	2	3	4	
1 3. 他人を思いやる . . . . . 0	1	2	3	4	
1 4. うろたえる . . . . . 0	1	2	3	4	
1 5. 精力がみなぎる . . . . . 0	1	2	3	4	
1 6. ゆううつだ . . . . . 0	1	2	3	4	
1 7. ふきげんだ . . . . . 0	1	2	3	4	
1 8. 神経がたかぶる . . . . . 0	1	2	3	4	
1 9. 積極的な気分だ . . . . . 0	1	2	3	4	
2 0. 悲しい . . . . . 0	1	2	3	4	
2 1. いらいらする . . . . . 0	1	2	3	4	
2 2. 物事に気乗りしない . . . . . 0	1	2	3	4	
2 3. 落ち着かない . . . . . 0	1	2	3	4	
2 4. あれこれ後悔する . . . . . 0	1	2	3	4	
2 5. 頭が混乱する . . . . . 0	1	2	3	4	
2 6. 生き生きする . . . . . 0	1	2	3	4	
2 7. ぐったりする . . . . . 0	1	2	3	4	
2 8. 怒る . . . . . 0	1	2	3	4	
2 9. 自分は不幸だ . . . . . 0	1	2	3	4	
3 0. 他人の役に立つ気がする . . . . . 0	1	2	3	4	
3 1. 同情する . . . . . 0	1	2	3	4	
3 2. どうも忘れっぽい . . . . . 0	1	2	3	4	
3 3. 気がはりつめる . . . . . 0	1	2	3	4	
3 4. へとへとだ . . . . . 0	1	2	3	4	
3 5. 他人を信頼する . . . . . 0	1	2	3	4	

	0    まったく なかった	1    少し あった	2    まあまあ あった	3    かなり あった	4    非常に 多く あった
	↓	↓	↓	↓	↓
36. 気持ちがくつろぐ . . . . .	0	1	2	3	4
37. 孤独でさびしい . . . . .	0	1	2	3	4
38. すぐけんかしたくなる . . . . .	0	1	2	3	4
39. 頭がさえわたる . . . . .	0	1	2	3	4
40. とほうに暮れる . . . . .	0	1	2	3	4
41. 内心ひどく腹立たしい . . . . .	0	1	2	3	4
42. 自分はみじめだ . . . . .	0	1	2	3	4
43. 他人にあたたくできる . . . . .	0	1	2	3	4
44. だるい . . . . .	0	1	2	3	4
45. 物事がてきばきできる気がする . . . . .	0	1	2	3	4
46. 反抗したい . . . . .	0	1	2	3	4
47. 気持ちが沈んで暗い . . . . .	0	1	2	3	4
48. もう何の望みもない . . . . .	0	1	2	3	4
49. 不安だ . . . . .	0	1	2	3	4
50. 元気がいっぱいだ . . . . .	0	1	2	3	4
51. 自分では何もできない . . . . .	0	1	2	3	4
52. 他人に裏切られた気がする . . . . .	0	1	2	3	4
53. 気がかりでそわそわする . . . . .	0	1	2	3	4
54. 心配事がなくていい気分だ . . . . .	0	1	2	3	4
55. 自分は価値がない人間だ . . . . .	0	1	2	3	4
56. はげしい怒りを感じる . . . . .	0	1	2	3	4
57. うんざりだ . . . . .	0	1	2	3	4
58. 緊張する . . . . .	0	1	2	3	4
59. 何かにおびえる . . . . .	0	1	2	3	4
60. 物事に確信がもてない . . . . .	0	1	2	3	4

	0    まったく なかった	1    少し あった	2    まあま あった	3    かなり あった	4    非常に 多く あった
	↓	↓	↓	↓	↓
6 1. 活気がわいてくる . . . . .	0	1	2	3	4
6 2. ひどくくたびれた . . . . .	0	1	2	3	4
6 3. すぐかっとなる . . . . .	0	1	2	3	4
6 4. 罪悪感がある . . . . .	0	1	2	3	4
6 5. あれこれ心配だ . . . . .	0	1	2	3	4

ご協力ありがとうございました。

## 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者の QOL 評価に関する研究

分担研究者 松島 英介 東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野  
研究協力者 石川 和穂 東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野

### 【研究要旨】

家族が認識した患者の生活の質（QOL）は治療方法に関する意思決定に重要な影響を及ぼすと考えられるため、終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価がどの程度一致するかを検討した。緩和ケア病棟に入院中または外来で入院登録をしたがん患者とその主要な家族介護者（1名）のペアを対象とし、自記式質問紙による調査を実施した。QOL の測定には FACIT-Sp を使用し、患者は自身の QOL を、家族は観察・推測された患者の QOL を評価した。患者・家族の QOL 得点の平均値、両群の差の検定、一致回答率、相関係数、一致回答率、 $\kappa$  係数、級内相関係数を算出し、患者-家族間の QOL 評価の一致度を検討した。

2007 年 5 月～12 月に 80 組の患者・家族に調査票を配布し 45 組を回収した（回収率 56.3%、有効回答 42 組）。QOL 全体としては患者-家族間の一致度は高いが、41 項目中 36 項目で家族は患者の QOL を低く評価していた。また QOL の領域によって一致度は異なり、身体・機能面は一致度が高く、心理面・スピリチュアリティは中等度で、社会面は低かった。社会面の中でも、特に家族と患者の関係に関する項目は一致度が低いことから、患者-家族間のコミュニケーションを促進する介入は両者間の QOL 評価の不一致を軽減し、家族の心理的負担を緩和するために有効である可能性が示唆された。

## A. 研究目的

### 【背景】

近年、がん医療における入院期間の短縮や外来治療の普及により、患者の日常生活の介助、治療に関する意思決定、情緒的支援など、家族が患者の療養生活を支える重要な役割を担うようになった。今後、終末期における在宅療養が推進されることになれば、家族が終末期がん患者の生活の質（Quality of Life : QOL）に、より大きな影響を及ぼすことが予想される。

家族はがん患者の治療・療養に関する意思決定に大きく関与している<sup>1,2,3,4</sup>。厚生労働省が平成 19 年 5 月に発表した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」には、患者の意思が確認できない場合、医療者は家族からの情報や助言を参考にして患者にとって最善の治療方針をとるという指針が盛り込まれており、家族の提供する患者に関する情報は、医療内容の決定手続に極めて重要なものとなっている。

また、患者の意思が確認できない状況では、「家族が認識した患者の QOL」が治療方法の選択や延命治療の差し控えに関する意思決定に重大な影響を及ぼすことが報告されている<sup>5,6,7</sup>。その一方で、家族の認識した終末期がん患者の QOL は、患者本人による評価と必ずしも一致しないことも報告されている<sup>8,9,10,11</sup>。

家族ががん患者の QOL を正確に把握していない場合の弊害として、患者が過剰で無意味な治療を受けたり、必要なケアを受けることができなかったりすること、患者-家族間に深刻な心理的葛藤を引き起こすこと、家族介護者に過剰な心理的ストレスを与えることが指摘されている<sup>12,13,14</sup>。

患者と家族の QOL 評価の不一致をもたらす要因を解明し、それを軽減・解消していくことが終末期がん患者のみならずその家族に対しても有効な支援の焦点になり得ると考える。

### 【目的】

以下の 2 点を明らかにするための研究を実施した。

① 終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価はどの程度一致するか。

② 患者とその家族介護者による QOL 評価の不一致に関連する介入可能な心理社会的要因は何か。

本年度は目的①に関する研究成果を報告する。

## B. 研究方法

### 【対象】

2007 年 5 月～12 月に都内の 1 医療機関の緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院の登録をした患者とその主要な家族介護者（1 名）のペアを連続的にサンプリングし、それぞれ 20 分程度の自記式質問紙による調査を行った。

患者の適格条件は以下の通りである。①緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院登録をした者、②がんと診断され、その旨を告知されている者、③年齢が 20 歳以上の者、④インフォームド・コンセントが得られた者、⑤少なくとも 1 名以上の家族介護者がいる者。また、以下のいずれかにあてはまる者は調査対象から除外した。①身体状態が重篤であると担当医が判断した者、②精神障害、認知障害などのために説明の理解が困難な者、③日本語の読み書きが困難な者。

家族の適格条件は以下の通りである。①患者が認識している主要な家族介護者、②年齢が 20 歳以上の者、③インフォームド・コンセントが得られる者。また、以下のいずれかにあてはまる者は除外した。①精神障害、認知障害などのために説明の理解が困難な者、②日本語の読み書きが困難な者。

### 【データ収集の方法】

担当医師が適格条件を満たし、本研究に参加することが適当と考えられた患者・家族に、口頭にて研究の説明を行い、口頭にて同意が得られた患者とその家族を研究者に紹介した。あらためて研究者より文書を用いて研究の趣旨を十分に説明し、文書にて同意を得た。

患者には自身の QOL を測定してもらい、家族介護者には家族が観察または推測した患者の QOL を評価してもらった。その際、一方の回答内容が他方の回答内容に影響を与えないように、必ず患者と家族が別の場所で回答するように依頼した。

#### 【調査項目】

QOL の測定には、FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being) を使用した。FACIT-SP は身体面 (7 項目)、社会・家族面 (7 項目)、情緒面 (6 項目)、機能面 (7 項目)、スピリチュアリティ (12 項目) の 5 つの下位尺度、合計 39 項目から構成されている。ただし、日本語版 version 4 は試験的に社会・家族面に 2 項目が追加されているため、本研究では合計 41 項目を使用した。FACIT-Sp は各下位尺度の得点 (= 各項目の合計点) と 5 つの下位尺度の得点の合計点を評価の対象としている。それぞれの項目について 0~4 の 5 段階で評価し、高得点であるほど QOL が望ましい状態であることを示す。

その他に家族の心理状態、介護負担感、家族内コミュニケーションなどを測定しているが、本年度の分析には使用していない。

#### 【分析方法】

患者と家族が回答した QOL スコアについて、それぞれの平均値を算出し、両群の差の検定、相関係数、一致回答率、重みづけ  $\kappa$  係数または級内相関係数 (ICC) を算出した。重みづけ  $\kappa$  係数と ICC は偶然の一致を考慮した回答の一致度を示し、重みづけ  $\kappa$  係数は、不一致の程度も考慮をした一致度を示す。 $\kappa$  係数は名義尺度および順序尺度のデータに適用され、ICC は比率尺度、間隔尺度、段階数の多い順序尺度のデータで正規分布に従うデータに適用される。 $\kappa$  係数と ICC の最大値は 1 をとり、偶然の一致しかない場合は 0 をとる。

相関係数、 $\kappa$ 、ICC の値の解釈については、0.2 以下は極めて低い一致度または弱い相関、0.21~0.40 は低い一致度または弱い相関、

0.41~0.60 は中くらいの一致度または相関、0.61~0.80 は、高い一致度または強い相関、0.81 以上はほぼ完全な一致または非常に強い相関と解釈した<sup>15</sup>。

データの統計的処理には SPSS for Windows 15.0J を使用した。

#### 【倫理面への配慮】

東京医科歯科大学医学部および調査を実施した病院の倫理委員会から承認を得た。研究対象となった患者と家族からは書面による同意を得て実施した。

### C. 研究結果

適格条件を満たした患者とその家族介護者の 80 組に調査票を配布し、45 組のデータを回収した (回収率は 56.3%)。有効回答は 42 組だった。

#### 1. 調査対象者の基本的属性

##### (1) 患者の基本属性

性別は、男性 52.4%、女性 47.6%、年齢の中央値は 70.0 歳であった。緩和ケア病棟入院者が 33.3%、緩和ケア外来患者が 66.7% だった。外来患者の療養場所としては、38.1% が自宅、28.6% が一般病院入院中だった。がんの原発部位は、肺 (23.8%)、消化器 (23.8%)、頭頸部 (14.3%)、乳房 (9.5%)、泌尿器 (7.2%)、子宮・卵巣 (4.8%)、その他 (14.3%) であった。PS は ECOG で判定し、PS1=27.5%、PS2=22.5%、PS3=25.0%、PS4=25.0% で、確定診断から調査日までの期間の中央値は 20 ヶ月だった。

##### (2) 家族の基本属性

家族の性別は、男性が 37.2%、女性が 62.8% で、年齢の中央値は 59 歳であった。患者との関係は、配偶者 (34.9%)、子ども (41.9%)、親 (4.7%) であった。患者と同居している者は全体の 65.1%、患者に会う頻度は毎日が 56.1%、週 1 日以上が 34.2%、週 1 日未満が 9.8% だった。過去にがん患者の介護経験がある者は

25.6%であった。

## 2. 患者-家族間の QOL 評価の比較

患者と家族による患者の QOL 評価を比較するために、FACIT を構成する 5 つのサブスケールごとに集計して比較し、【表 1】に示した。

いずれのサブスケールでも家族の得点は患者よりも低く、患者と家族の 2 群間の差の検定では、身体面・家族・社会面・情緒面・QOL 全体で有意な差があった。すべてのサブスケールには有意な相関関係があり、身体面・機能面についてはかなり強い相関、情緒面・スピリチュアリティについて中くらいの相関、家族・社会面は弱い相関を示した。級内相関係数 (ICC) が示す一致度についても、身体面・機能面については一致度が高く、情緒面・スピリチュアリティについては中くらい、家族・社会面は低い一致度を示した。

QOL 全体としては、患者-家族間で有意な差はあるが、相関係数・級内相関係数の値は高く、高い一致度を示した。

### (1) 身体面サブスケール 【表 2】

7 項目全てで家族は患者よりも低く評価しており、うち 3 項目では患者-家族間に有意な差があった。具体的な身体症状を評価した項目 No.1,2,4,5,7 については、相関係数は 0.62~0.82、 $\kappa$  係数は 0.43~0.63、一致回答率は 40.5~70.0%で中等度~高い一致度を示した。しかし「家族への負担に対する懸念」(No.3) や「病気だと感じる」(No.6) といった身体症状によって生じる患者の心情に関する項目には有意な相関はなく、 $\kappa$  係数は 0.09~0.14 で非常に低い一致度を示した。

### (2) 家族・社会面サブスケール 【表 3】

9 項目の全てにおいて、家族は患者よりも低く評価していて、5 項目において有意な差があった。No.8 と No.11 のような「患者と友人の関係」に関する項目とその他の「患者-家族間の関係」は相関係数が 0.08~0.44、 $\kappa$  係数は 0.03~0.36 で共に低く、特に、No.9、No. 10、

No.15 といった家族からのサポートについての患者の認識、No.13 の病気に関する家族間の話し合いに対する満足感については、相関係数・ $\kappa$  係数が非常に低く、患者-家族間の一致度が低かった。

### (3) 情緒面サブスケール 【表 4】

6 項目のすべてについて、家族は患者よりも低く評価し、すべての項目において患者-家族間に有意な差があった。No.17 と No.20 には有意な相関があったが、その他の項目の相関係数は 0.07~0.28 で低い値を示した。 $\kappa$  係数はすべての項目で 0.40 以下で、一致回答率は 21.4~40.5%であり、低い一致度を示した。

### (4) 機能面サブスケール 【表 5】

7 項目中「仕事や家事」に関する 2 項目について、家族は患者よりも楽観的に評価しており、両群には有意な差があった。その他の項目では家族は患者よりも低く評価していたが、睡眠に関する項目のみに有意な差があった。「病気の受容」(No.26) を除く 6 項目には有意な相関があったが、相関関係は 0.19~0.79 と範囲が広く、一致回答率は 28.6~50.0%、 $\kappa$  係数は 0.25~0.56 だった。

### (5) スピリチュアリティ・サブスケール 【表 6】

12 項目中 9 項目で患者は家族よりも QOL を高く評価し、うち 3 項目に有意な差があった。No.37~No.39 の 3 項目で患者は家族よりも QOL を低く評価したが、有意な差はなかった。12 項目中 7 項目が有意に相関しており、相関係数は 0.05~0.52 で、弱い相関~中くらいの相関があった。一致回答率は 19.0%~55.3%で、 $\kappa$  係数は 1 項目を除くすべての項目 0.40 未満であり、低い一致度を示した。

### 【要約】

以上の結果を要約すると、日本における終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価は、QOL 全体としては一致度が高いことがわかった。しかし、全 41 項目中 36 項目で家族は患者よりも QOL を低く評価し、18 項目に有意



な差があった。また、測定する QOL の側面によって、両者間の QOL 評価の一致度は異なり、身体面と機能面については一致度が高く、情緒面とスピリチュアリティについては中等度、家族・社会面については低い一致度を示した。

#### D. 考察

本研究により日本における終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価の一致度およびその特徴は、以下の点において先行研究の結果と一貫していることが示された。まず第 1 に、社会面を除く QOL の 4 領域において相関係数と ICC が示す一致度は少なくとも中等度以上であり、QOL の総合得点についても相関係数と ICC が示す一致度は高いことから、終末期がん患者と家族による患者の QOL 評価の一致度は少なくとも中等度以上であったことである。

第 2 に、患者一大家族間で生じる不一致の特徴として、多くの項目において家族は患者自身よりも患者の QOL をより悲観的に評価していた点である。本研究に参加した家族は、患者自身が評価するよりも、患者は痛みや不眠に悩まされ、悲しみや不安を抱え、家族からの支援は充分ではなく、患者の人生は充実していないと考えていた。

第 3 に、QOL 評価の一致度は測定した領域や項目の内容によって異なっていたことである。身体面における患者一大家族間の QOL 評価の一致度は最も高く、特に吐き気 (No.2)、痛み (No.4)、治療による副作用 (No.5) などの観察可能な項目について家族はかなり正確に把握していた。次に一致度が高かったのは機能面であり、特に家族は患者がどの程度仕事をしたり (No.23)、生活を楽しむことができるか (No.25) を比較的正確に評価していると言える。しかしながら、「家族への介護負担に対する懸念」(No.3)、「病氣と闘うことへの希望」(No.19)、「病氣の悪化を心配している」(No.22)、「強く生きるための人生観」(No.39)

といった観察が困難であり、患者の心情や価値観に関わる項目については、家族はほとんど正確に評価できず、患者よりも低く評価する傾向があった。このような不一致が生じる原因として、第 1 に、家族介護者の予期悲嘆、抑うつ、不安などの心理状態、患者を支援することに対する負担感、患者一大家族間のコミュニケーションなどの家族を取り巻く心理社会的環境が、患者の QOL 評価に負の影響を与えていることが考えられる。第 2 に、家族は患者の心理面やスピリチュアリティについてのニーズが医療従事者から軽視され、十分にケアされていないと感じているため、この問題の存在を過大に評価したと考えられる。

一方、本研究によって得られた新たな知見は、日本の終末期がん患者とその家族が評価した患者の QOL は、社会面の一致度が低かったことである。社会面の中でも「友人と患者の関係」よりも「家族と患者の関係」に関する項目の一致度は低く、特に「家族に対する親密度」(No.9)、「家族からの精神的な助け」(No.10)、「家族間の話し合いに対する満足度」(No.13)、「パートナーに対する親密度」(No.15) については、相関係数と  $\kappa$  係数は共に 0.20 以下で一致度は極めて低く、すべての項目について家族は患者よりも低く評価していた。患者は家族からのサポートを高く評価している一方で、家族は患者に対して十分な支援を提供できていないと考えていることが示唆された。また、日本において終末期がん患者と家族が互いに抱えている感情について率直に語り合うことは一般的ではないため、このような不一致が生じているとも考えられる。

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。第 1 に、本研究の対象となった施設は 1 か所であり、データ数も少ないためにこの結果を一般化することには限界がある。第 2 に、本研究は横断研究であるため、家族が患者の QOL を繰り返し評価することによって両者間の QOL 評価の一致度が変化する可能性について検証でき

ない。第3に、本研究により患者-家族間の患者の QOL 評価は必ずしも一致しないことが明らかになったが、その一致度に寄与する要因が明らかではない。よって、データ数を増やし、患者-家族間の QOL 評価の一致度についてさらに詳しい分析をすること、および、患者-家族間の QOL 評価の差に影響を及ぼす心理社会的要因を明らかにすることが今後の課題である。

## E. 結論

日本において緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者の QOL 評価の一致度は、QOL 全体としては高いが、家族は患者よりも低く評価する傾向が確認された。また、両者の QOL 評価の一致度は測定する QOL の領域によって異なり、身体面・機能面の一致度は高い。その一方、社会・家族面・心理面・スピリチュアリティの側面は、患者の価値観・人生観に深く関係しており、患者の終末期医療の内容に関する意思決定に重要な影響を及ぼすことが考えられるが、家族はこれらの側面を必ずしも正確に把握していないことが明らかとなった。また、家族が患者の QOL を患者自身よりも低く評価していることは、遺族となった時に必要以上に自責や後悔の念を抱いて悲嘆を強める可能性があることも考えられた。よって、終末期がん患者-家族間の率直なコミュニケーションを促進させるような介入（例：家族療法）は、患者の意思の尊重と家族の心理的負担の軽減に貢献することが期待できるため、双方にとって有効な援助方法であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 石川和穂, 松島英介: 終末期がん患者と家族介護者による患者の QOL 評価の一致の重要

性: 家族は患者の QOL をどのくらい正確に評価できるのか. 精神科 11(1): 68-72, 2007

2) 松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介: 医師のがん告知におけるコミュニケーション. 緩和医療学 9(1): 47-53, 2007.

3) 松田彩子, 松島英介: 放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛. 精神科 10(1): 80-84, 2007.

4) 野口 海, 松島英介: 緩和医療におけるリスクマネジメント. 精神科リスクマネジメント (保坂 隆編著). 中外医学社, 東京, pp. 185-190, 2007.

5) 松島英介: 終末期のがん告知はどのようにすればよいか? JUNIOR 6(No. 463): 37-41, 2007.

6) 松下年子, 松島英介: 婦人科癌から回復した患者の心理と QOL. 総合病院精神医学 19(2): 180-187, 2007.

7) 藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 石丸昌彦: ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—. 緩和医療学 9(4): 59-67, 2007.

8) 小林未果, 松島英介: 子宮頸がん経験者の QOL について. 精神科 11(3): 245-248, 2007.

8) 小林真理子, 松島英介: 母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要因. 精神科 11(5): 395-398, 2007.

9) 松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介: 中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査. 総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.

10) Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. Psychiatry and Clinical Neurosciences 61(1): 84-93, 2007.

11) Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E: Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer undergoing surgery. *Holistic Nursing Practice* 21 (5): 244-253, 2007.

## 2. 学会発表

1) 小泉 文、松島英介、望月裕美、小村 健、天笠光雄：初発口腔癌患者の術前・術後の心理特性およびQOL. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

2) 望月裕美、小村 健、松島英介：頭頸部がん患者のQOLと心理特性. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

3) 光永幸代、山根正之、佐藤博章、道 泰之、鶴澤成一、山城正司、石井純一、岩城 博、松島英介、天笠光雄：口腔再建手術後の術後せん妄に関する検討. 第25回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会. 名古屋, 2007年2月2-3日.

4) 小泉 文、松島英介、小村 健、天笠光雄：口腔がん患者の術前・術後の心理特性およびスピリチュアリティ. 第183回日本口腔外科学会関東地方会. 横浜, 2007年6月9日.

5) 小林未果、松田彩子、松島英介、杉本太郎、岸本誠司：頭頸部がん患者の手術前・後におけるQOLと心理特性との関連について. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

6) 中畠陽子、新井文子、織田健司、松島英介、三浦 修：造血器腫瘍患者のQOLと心理特性. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

7) 赤澤輝和、野口 海、永井英明、小澤竹俊、松島英介、森田達也、明智龍男、古川壽亮：終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第12回日本緩和医療

学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

8) 松田彩子、大野達也、小林未果、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第12回日本緩和医療学会総会. 岡山, 2007年6月22日-23日.

9) 松田彩子、大野達也、小林未果、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第6回文京緩和医療研究会. 東京, 2007年7月14日.

10) Kobayashi M, Matsuda A, Matsushima E, Sugimoto T, Kishimoto S: Psychological State and Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients. 9th World Congress of Psycho-Oncology, London, 2007. 9. 17.

11) 松田彩子、大野達也、小林未果、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：放射線治療または重粒子線治療を受ける婦人科系がん患者のQOL. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会, 札幌, 2007年11月30日.

12) 小林未果、大野達也、松田彩子、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：子宮頸がん経験者における自尊感情が与える、心理特性およびQOLへの影響について. 第20回日本総合病院精神医学会総会, 札幌, 2007年12月1日.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

---

### 【文献】

<sup>1</sup> Ballard-Reisch DS, Letner JA. Centering families in cancer communication research: Acknowledging the impact of support, culture and process on client/provider communication in cancer management. *Patient Education and Counseling* 50: 61-66, 2003.

- 
- <sup>2</sup> Zhang AM, Siminoff LA. The role of the family in treatment decision making by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 30(6): 1022-1028, 2003.
- <sup>3</sup> Reust CE, Mattingly S. Family involvement in medical decision making. *Family Medicine* 28(1): 39-45, 1996.
- <sup>4</sup> Shafer C, Putnik K, Dietl B, Leiberich P, Loew TH, Kolbl O. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. *Support Care Cancer* 14: 952-959, 2006.
- <sup>5</sup> Mezey M, Kluger M, Maislin G, et al. Life-sustaining treatment decisions by spouses of patients with Alzheimer's Disease. *Journal of American Geriatric Society* 44(2): 144-150, 1996.
- <sup>6</sup> Karlawish JHT, Casarett DJ, James BD, et al. Why would caregivers not want to treat their relative's Alzheimer's disease? *Journal of American Geriatric Society* 51(10): 1391-1397, 2003.
- <sup>7</sup> Pruchno RA, Lemay EP, Field L, et al. Predictors of patient treatment preferences and spouse substituted judgments: The case of dialysis continuation. *Medical Decision Making* 2006 Mar-Apr: 112-121, 2006.
- <sup>8</sup> McPherson CJ, Addington-Hall JM. Judging the quality of care at the end of life: Can proxies providing reliable information? *Social Science and Medicine* 56: 95-109, 2003.
- <sup>9</sup> Lobchuk MM, Degner LF. Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being: Trends and measurement issues. *Cancer nursing* 25(5): 358-374, 2002.
- <sup>10</sup> Tang ST, McCorkle R. Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review. *Cancer Investigation* 20: 1086-1104, 2002.
- <sup>11</sup> Sneeuw KCA, Sprangers MAG, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 1130-1143, 2002.
- <sup>12</sup> Lobchuk MM, Degner LF. Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being: Trends and measurement issues. *Cancer nursing* 25(5): 358-374, 2002.
- <sup>13</sup> Porter LS, Keefe FJ et al. 2002. Perceptions of patients' self-efficacy for managing pain and lung cancer symptoms: Correspondence between patients and family caregivers. *Pain* 98:169-178, 2002.
- <sup>14</sup> Redinbaugh EM, Baum A, DeMoss C, Fello M, Arnold R. Factors associated with the accuracy of family caregivers estimates of patient pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 23(1):31-38, 2002.
- <sup>15</sup> Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174, 1977.

【表1】患者一家族間のQOL評価の比較：サブスケールの比較

	n	得点範囲 (項目数)	患者平均(SD)	家族平均(SD)	P-F <sup>1</sup>	2群の差の検定 <sup>2</sup> (p)	相関係数 <sup>3</sup> (p)	一致回答率 の平均%	ICC (p)
身体面サブスケール	42	0~28 (7)	13.52 (7.12)	11.61 (6.60)	1.91	-3.16** (0.02)	.827***(.000)	48.47	.824***(.000)
社会面サブスケール	41	0~28 (7)	20.46 (4.24)	18.50 (4.75)	1.96	-2.37* (0.18)	.325* (0.038)	43.97	.345** (.008)
情緒面サブスケール	42	0~24 (6)	15.10 (6.28)	11.39 (5.48)	3.71	-3.44***(.001)	.523***(.000)	30.57	.417***(.000)
機能面サブスケール	42	0~28 (7)	13.82 (6.54)	13.31 (6.28)	0.51	.655 (5.13)	.775***(.000)	40.27	.767***(.000)
スピリチュアル・サブスケール	42	0~48 (12)	28.06 (10.91)	25.19 (10.62)	2.87	-1.65 (1.00)	.458** (.002)	34.59	.485***(.000)
<b>FACIT-SP</b>	41	0~156(49)	91.09 (25.64)	78.27 (24.90)	12.82	3.17** (.002)	.729***(.000)	39.57	.628***(.000)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001 SD=標準偏差 ICC=級内相関係数

P-F=患者平均一家族平均 Wilcoxon 符号付順位和検定 <sup>2</sup>Spearman の順位相関係数

【表2】患者一家族間のQOL評価の比較：身体面サブスケール

	N	患者平均 (SD)	家族平均 (SD)	2群の差の検定	相関係数	一致回答率%	weighted κ
1 体に力が入らない感じがする。	42	1.57 (1.33)	1.45 (1.17)	- .76	.62***	40.5	.43
2 吐き気がする。	41	3.29 (1.25)	2.98 (1.35)	-2.50*	.72***	70.0	.63
3 体の具合のせいで家族への負担となっている。	42	1.79 (1.41)	1.69 (1.42)	- .26	.14	21.4	.09
4 痛みがある。	42	1.88 (1.63)	1.57 (1.43)	-2.06*	.82***	50.0	.63
5 治療による副作用に悩んでいる。	41	2.59 (1.58)	2.43 (1.43)	- .95	.69***	53.7	.56
6 自分は病气だと感じる。	42	1.14 (1.30)	0.24 (0.66)	-3.75***	.22	50.0	.14
7 体の具合のせいで、床 (ベッド) で休まざるを得ない。	42	1.33 (1.54)	1.33 (1.56)	- .20	.74***	53.7	.64
身体面サブスケール 合計	42	13.52 (7.12)	11.61 (6.60)	-3.16**	.83***	48.47 †	

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001 weighted κ=重み付けκ係数 Wilcoxon 符号付順位和検定 <sup>2</sup>Spearman の順位相関係数 †一致回答率の平均値

【表3】患者一家族間のQOL評価の比較：社会面サブスケール

	n	患者平均(SD)	家族平均(SD)	2群の差の検定	相関係数	一致回答率%	Weighted κ
8	41	2.34(1.41)	2.17(1.26)	-.66	.47**	34.1	.33
9	41	3.66(0.62)	3.39(0.74)	-1.69	.08	48.8	.03
10	41	3.61(0.59)	3.29(0.60)	-2.50*	.11	41.5	.07
11	41	2.20(1.50)	1.95(1.24)	-1.34	.60***	34.1	.41
12	41	3.66(0.66)	3.32(0.72)	-5.06***	.25	46.3	.20
13	41	3.41(0.81)	3.02(0.88)	-2.30*	.18	36.6	.11
14	40	3.33(1.02)	2.55(1.04)	-3.33***	.44**	33.3	.22
15	41	3.59(0.95)	3.05(1.07)	-2.77**	.20	41.5	.15
16	24	.63(1.25)	.60(1.35)	-.41	.38	73.7	.36
	41	20.46(4.24)	18.50(4.75)	-2.37*	.33*	43.97 †	
	*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001	weighted κ = 重み付けκ係数	<sup>1</sup> Wilcoxon 符号付順位和検定	<sup>2</sup> Spearman の順位相関係数	† 一致回答率の平均値

【表4】患者一家族間のQOL評価の比較：心理面サブスケール

	n	患者平均(SD)	家族平均(SD)	2群の差の検定	相関係数	一致回答率%	κ
17	40	2.25(1.46)	1.52(1.33)	-3.33***	.50***	32.5	.32
18	42	2.83(1.27)	2.22(1.19)	-2.33*	.28	29.3	.16
19	39	2.41(1.37)	1.90(1.26)	-1.98*	.22	21.6	.12
20	42	2.52(1.40)	1.95(1.34)	-2.58*	.52***	40.5	.38
21	42	2.86(1.39)	2.21(1.28)	-2.27*	.28	38.1	.20
22	42	2.17(1.53)	1.48(1.07)	-2.26*	.07	21.4	.03
	42	15.10(6.28)	11.39(5.48)	-3.44***	.52***	†30.57	
	*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001	weighted κ = 重み付けκ係数	<sup>1</sup> Wilcoxon 符号付順位和検定	<sup>2</sup> Spearman の順位相関係数	† 一致回答率の平均値

【表5】患者—家族間のQOL評価の比較：機能面サブスケール

	n	患者平均 (SD)	家族平均 (SD)	2群の差の検定	相関係数	一致回答率%	weighted $\kappa$
23 仕事 (家のことも含む) をすることができている。	42	1.05(1.21)	1.40(1.47)	-2.265*	.79***	50.0	.56
24 仕事 (家のことも含む) は生活の張りになる。	42	1.29(1.38)	1.81(1.47)	-2.199*	.32*	28.6	.24
25 生活を楽しむことができる。	42	1.86(1.46)	1.76(1.27)	-.271	.68***	42.9	.50
26 自分の病気を充分受け入れている。	42	3.17(1.08)	3.17(0.82)	-.291	.19	45.2	.25
27 よく眠れる	42	2.36(1.40)	1.93(1.26)	-2.464*	.66***	38.1	.44
28 いつもの娯楽 (余暇) を楽しんでいる	42	1.86(1.44)	1.45(1.21)	-1.855	.56***	38.1	.39
29 現在の生活の質に満足している。	42	2.19(1.37)	1.78(1.28)	-1.781	.51***	39.0	.39
サブスケール合計	42	13.82(6.54)	13.31(6.28)	-.655	.76***	†40.27	

【表6】患者—家族間のQOL評価の比較：スピリチュアル・サブスケール

	N	患者平均(SD)	家族平均(SD)	2群の差の検定	相関係数	一致回答率%	Weighted $\kappa$
30 心が安らかた。	42	2.36(1.34)	2.07(1.18)	-1.30	.51***	28.6	.30
31 私には生きがいがある。	41	1.93(1.29)	1.90(1.12)	-.28	.46***	34.1	.35
32 私の人生は充実している。	42	2.50(1.25)	1.95(1.27)	-2.44*	.40**	33.3	.31
33 なかなか心穏やかになれない。	42	2.62(1.21)	2.38(1.17)	-1.08	.29	31.0	.12
34 自分が生きていることの意義を感じる。	40	2.00(1.26)	1.98(1.08)	-.04	.26	35.9	.22
35 自分自身の心の奥底に、安らぎを感じる。	41	2.24(1.28)	1.72(1.12)	-2.16*	.42**	55.3	.26
36 心が穏やかな状態に保たれている。	42	2.26(1.27)	1.98(1.17)	-1.20	.46**	26.8	.25
37 自分の人生には意味も目的もない。	40	3.05(1.15)	3.14(0.98)	-.57	.27	42.5	.23
38 心の安らぎを感じさせる人生観をもっている。	41	2.32(1.35)	2.38(1.17)	-.21	.53***	51.2	.44
39 強く生きるための人生観をもっている。	38	2.16(1.31)	2.27(1.27)	-.54	.29	32.4	.21
40 病気を患ったお陰で、自分の人生観がもっと深まった。	40	2.08(1.37)	1.55(1.13)	-1.54	-.05	25.0	.01
41 病気でどんなことになっても、大丈夫だ。	42	2.55(1.27)	1.81(1.38)	-2.62**	.35*	19.0	.19
サブスケール合計	42	28.06(10.91)	25.19(10.62)	-1.65	.458**	†34.59	

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001 weighted  $\kappa$  = 重み付け  $\kappa$  係数 Wilcoxon 符号付順位和検定 <sup>2</sup>Spearman の順位相関係数 † 一致回答率の平均値

## 緩和ケアを受ける患者と家族による患者の生活の質の評価に関する調査

### 患者様へのアンケート

#### <ご記入上の注意>

- ◇ この調査には、緩和ケア病棟に入院、または入院を予定されている患者様がお答えくださいますようお願いいたします。
- ◇ 質問は全て、あらかじめ用意された回答の中からお選びいただく形式になっております。
- ◇ お答えにくいと感じられる質問もあるかと思えます。その場合、お答えいただかなくても結構ですが、どれも大切な質問ですので、できるだけお答えいただきますようお願いいたします。
- ◇ 個人のプライバシーは厳密に守られます。ご回答はすべて統計的に処理し、個人の回答が明らかになることはありません。
- ◇ アンケートの記入には、20分程度を要します。

患者様ご氏名： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

この調査に関するお問い合わせがございましたら、下記までご連絡ください。

お問い合わせ先（研究事務局）：

- ① 独立行政法人国立病院機構東京病院呼吸器科 担当：永井英明  
TEL：0424-91-2111 FAX：0424-94-2168
- ② 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科  
心療・緩和医療学分野 担当：松島英介、石川和穂  
TEL：03-5803-5859 FAX：03-5803-0217





下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。項目ごとに、ごく最近（過去7日間程度）のあなたの状態に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び、○で囲んでください。

		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
身体症状について						
1	体に力が入らない感じがする。	0	1	2	3	4
2	吐き気がする。	0	1	2	3	4
3	体の具合のせいで家族への負担となっている。	0	1	2	3	4
4	痛みがある。	0	1	2	3	4
5	治療による副作用に悩んでいる。	0	1	2	3	4
6	自分は病気だと感じる。	0	1	2	3	4
7	体の具合のせいで、床（ベッド）で休まざるを得ない。	0	1	2	3	4
社会的・家族との関係について						
8	友人たちを身近に感じる。	0	1	2	3	4
9	家族を親密に感じる。	0	1	2	3	4
10	家族から精神的な助けがある。	0	1	2	3	4
11	友人からの助けがある。	0	1	2	3	4
12	家族は私の病気を充分受け入れている。	0	1	2	3	4
13	私の病気について家族間の話し合いに満足している。	0	1	2	3	4
14	私は病気であるが、家族の生活は順調である。	0	1	2	3	4
15	パートナー（または自分を一番支えてくれる人）を親密に感じる。	0	1	2	3	4

		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
16	次の設問の内容は、現在あなたの性生活がどの程度あるかとは無関係です。 <u>答えにくいと思われる場合は四角にレ印を付け、次の設問に進んでください。</u>  <input type="checkbox"/> 性生活に満足している。	0	1	2	3	4
精神的状態について						
17	悲しいと感じる。	0	1	2	3	4
18	病気を冷静に受け止めている自分に満足している。	0	1	2	3	4
19	病気と闘うことに希望を失いつつある。	0	1	2	3	4
20	神経質になっている。	0	1	2	3	4
21	死ぬことを心配している。	0	1	2	3	4
22	病気の悪化を心配している。	0	1	2	3	4
活動状況について						
23	仕事（家のことも含む）をすることができる。	0	1	2	3	4
24	仕事（家のことも含む）は生活の張りになる。	0	1	2	3	4
25	生活を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
26	自分の病気を充分受け入れている。	0	1	2	3	4
27	よく眠れる	0	1	2	3	4
28	いつもの娯楽（余暇）を楽しんでいる	0	1	2	3	4
29	現在の生活の質に満足している。	0	1	2	3	4

		全くあては まらない	わずかにあ てはまる	多少あては まる	かなりあて はまる	非常によく あてはまる
その他の心配な点						
30	心が安らかだ。	0	1	2	3	4
31	私には生きがいがある。	0	1	2	3	4
32	私の人生は充実している。	0	1	2	3	4
33	なかなか心穏やかになれない。	0	1	2	3	4
34	自分が生きていることの意義を感じる。	0	1	2	3	4
35	自分自身の心の奥底に、安らぎを感じる。	0	1	2	3	4
36	心が穏やかな状態に保たれている。	0	1	2	3	4
37	自分の人生には意味も目的もない。	0	1	2	3	4
38	心の安らぎを感じさせる人生観をもっている。	0	1	2	3	4
39	強く生きるための人生観をもっている。	0	1	2	3	4
40	病気を患ったお陰で、自分の人生観は いっそう深まった。	0	1	2	3	4
41	病気でどんなことになっても、大丈夫 だ。	0	1	2	3	4



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

乳癌術後患者を対象とした心理・社会的グループ療法の効果検証

分担研究者： 下妻晃二郎 立命館大学理工学部 教授

協力研究者： 寺田佐代子 わかば会、戸畑利香 博愛会相良病院、

毛利光子、矢嶋多美子 NPO 法人日本臨床研究支援ユニット、

井上和子 広島大学大学院保健学研究科博士課程前期

研究要旨： 乳癌術後患者を対象とした心理社会的グループ介入療法の効果を、心理社会的機能/QOL だけでなく医療経済面からも実証する計画を開始した。まず対照群のデータを把握するために、2007年8-10月に術後3ヶ月以内を迎えた鹿児島県のS病院の患者100人を対象として、介入は行わずに、QOL/心理社会的機能に関する調査を縦断的に行った。調査時点は、登録時、5週間後、6ヶ月後、の3回である。本年1月から、介入群の研究を開始しているが、今回はデータが現時点で得られている対照群（非介入群）の2回までのQOL調査結果を報告する。

A. 研究目的

1. 背景

乳癌患者においてはその全経過を通じて、心理社会的健康を損なう女性が少なくないことが知られている。また、心理社会的グループ療法介入が心理社会機能に良い影響を及ぼすというエビデンスは、欧米から数多くなされているが、わが国において詳細はよく知られていない。

さらに、わが国ではグループ療法に携わる専門家の養成や雇用に関するインフラが欧米と比較して整っていない。

2. 目的

わが国の乳癌術後患者を対象とした、標準化された心理社会的グループ療法の効果を、心理社会的機能/QOLおよび医療経済の両面から実証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン（図1）

対象施設および対象症例の特性から、ランダム化比較試験は倫理的に適切ではないと判断し、同様の条件の患者を対象とした、アウトカム指標（調査項目）を同一とした2つの研究（非介入研究と介入研究）を引き続き行い、後で結果を比較した。

2. 対象

(1) 非介入研究

鹿児島市のS病院にて乳癌の根治手術を受け、2007年8月-10月に、術後2週間から3ヶ月までの女性のうち、本研究の目的に関して同意が得られた100人である。年齢は20-79歳、手術が根治的であれば、術前・術後治療（薬物治療、放射線治療）の有無や種類は問わない。除外基準は、登録時あるいは既往に、精神科的治療を受け

ている人、調査票に自ら回答することができないと担当医が判断した人、その他、担当医が適切でないと判断した人、である。

### (2) 介入研究

対象症例の条件は非介入研究と同様である。登録は2008年1月から開始した。

## 3. 方法

### (1) 非介入研究

QOL および心理社会的機能に関する調査を登録時、5週間後、6ヶ月後、の3回行った。

使用尺度は、「QOL」は、がん特異的尺度である「European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30)」、「気分」は、「Profile of Mood States (POMS)」、「癌に対する反応」は、「Mental Adjustment to Cancer scale (MAC scale)」、「自己効力感」は、「Self Efficacy 尺度 (特性的自己効力感尺度)」を用いた。

医療経済調査は、直接医療費をレセプトから、直接非医療費と間接費用を、2回目と3回目のQOL調査の際に追加質問票で行った。

### (2) 介入研究

QOL/心理社会的機能調査、医療経済調査は非介入研究と基本的に同じである。

介入方法は、本研究の主任研究者でもある東海大学の保坂隆が開発し、標準化を行った方法で、リラクゼーション、イメージ療法、グループ構成員間の話し合い、で構成され、1週間に1回90分程度、連続5回行う方法である。

標準化する目的で訓練したファシリテーター2名が1グループ10名前後の女性を

対象にグループ療法を行うシステムである。

### (倫理面への配慮)

本研究計画は、厚生労働省の臨床研究倫理指針に準拠し、実施施設の倫理委員会の審査を受けた。

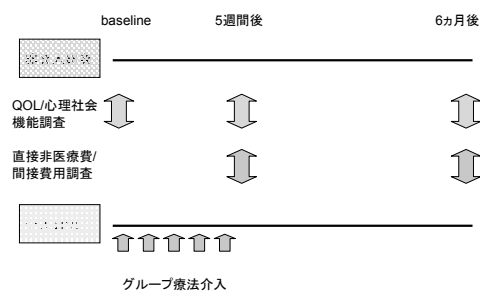


図1 研究デザイン

## C. 研究結果 (非介入研究の途中経過)

### 1. 患者背景

平均年齢53歳、Stage 0-III A、腋窩リンパ節転移陽性26人、乳房切除術31人、合併症有24人(高血圧、高脂血症、糖尿病、喘息など)、であった。

### 2. 調査票回収率 (図2)

登録時91%、2回目77% (未回収症例あり)、であった。

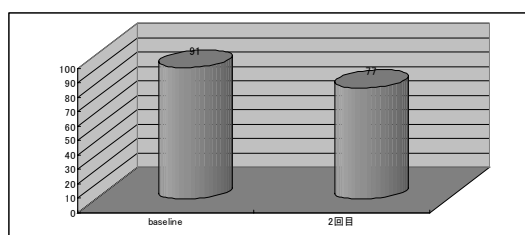


図2 調査票回収率

### 3. 結果 (非介入研究の2回目までのEORTCの結果)

1、2回目を通しての解析対象症例は71

人であった。

Functioning domains (Physical functioning: PF, Role functioning: RF, Emotional functioning: EF, Cognitive functioning: CF, Social functioning: SF, Global health status/QoL: QL)のスコアの2回目までの推移を図3に示す。

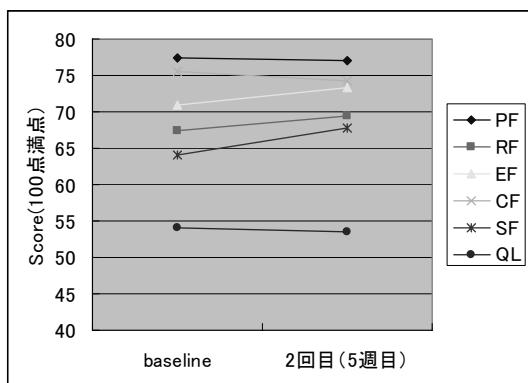


図3 QOL スコアの推移 (Functioning domains of the EORTC QLQ-C30)

#### D. 考察

今後、非介入研究においては、QOL/心理社会的機能に関する3回目(6ヶ月目)の調査結果と、医療費に関する詳細なデータが明らかになります。さらに、2008年から開始した介入研究の結果が待たれる。

#### E. 結論

わが国の乳癌術後患者を対象とした、標準化された心理社会的グループ療法の効果を、心理社会的機能/QOLおよび医療経済の両面から実証する研究を開始した。これらから得られる結果は、医療現場に役立つとともに、適切な医療資源配分の基礎データとなるはずである。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- (1) Saito S, Shimozuma K, Ohashi Y, Fukuda T, Fukui N, Mouri M, Kuroi K: Basic attitude to use of generic anti-cancer drugs for breast cancer treatment in Japan. Value Health 10(6):A340, 2007
- (2) Hongo M, Kinoshita Y, Shimozuma K, Kumagai Y, Sawada M, Nii M: Psychometric validation of the Japanese translation of the Quality of Life Reflux and Dyspepsia questionnaire in patients with heartburn. J Gastroenterol 42(10):807-815, 2007
- (3) Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, Ohashi Y, Tsutani K: The model-based cost-effectiveness analysis of 1-year adjuvant trastuzumab treatment: based on 2-year follow-up HERA trial data. Breast Cancer Res Treat. 2007 [Epub ahead of print]
- (4) Kurita M, Shimozuma K, Morita S, Fujiki Y, Ishizawa K, Eguchi H, Saito Y, Ushiorozawa N, Wasada I, Ohashi Y, Eguchi K: Clinical validity of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale. Support Care Cancer 15(1):1-6, 2007
- (5) Shimozuma K, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M: Recent topics of health outcomes research in oncology.



- Breast Cancer 14(1):60-65, 2007
- (6) Ohsumi S, Shimozuma K, Kuroi K, Ono M, Imai H: Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer – Current status and unresolved issues. Breast Cancer 14(1):66-73, 2007
- (7) Kuroi K, Shimozuma K, Ohsumi S, Imai H, Ono M: Current status of health outcome assessment of medical treatment in breast cancer. Breast Cancer 14(1):74-80, 2007
- (8) Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M, Shimozuma K: Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer - present status and open issues. Breast Cancer 14(1):81-87, 2007
- (9) Ono M, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Shimozuma K: Quality of Japanese health care evaluated as hospital functions. Breast Cancer 14(1):88-91, 2007
- (10) 姜哲浩, 湯沢美都子, 栃木香寿美, 山口拓洋, 下妻晃二郎, 福原俊一, 松本容子: 加齢黄斑変性患者に対する光線力学療法1年後のquality of life評価. 日眼会誌 111(4):315-321, 2007
- (11) 下妻晃二郎: 外来診療でできる患者満足度を向上させる工夫とは? がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる20か条 第7回 Junior 11 467:29-32, 2007 医事新報社
- (12) 下妻晃二郎: 教育や心理社会的介入はがん患者のQOLを向上できるか? がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる20か条 第6回 Junior 10 466:35-38, 2007 医事新報社
- (13) 下妻晃二郎: がん患者のQOLや主観的症状を的確に把握するには? がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる20か条 第5回 Junior 10 465:31-34, 2007 医事新報社
- (14) 下妻 晃二郎: 乳がんとQOL. 看護に活かすQOLの視点—疾患別QOL向上に向けた実践. 臨床看護 33(12):1742-1746, 2007
- (15) 下妻晃二郎、斎藤信也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス—在宅緩和医療のパス. 緩和医療学 9(2):131-137, 2007
- (16) 下妻晃二郎: がん緩和医療におけるQOL評価. 日本臨床 65(1): 157-163, 2007
- (17) 下妻晃二郎: 緩和医療におけるQOLの評価と対応. 緩和医療における精神症状への対策. 緩和医療学 (印刷中)
- (18) 斎藤信也、下妻晃二郎: 日本と世界の乳癌罹患率・死亡率の動向. 金原出版 (印刷中)
- (19) 下妻晃二郎: QOLをアウトカムにしたがん領域の臨床試験. 臨床研究の新しい潮流—わが国発の臨床研究推進にむけて. 週刊 医学のあゆみ (印刷中)
2. 学会発表
- (1) Takehara M, Ohsumi S, Takei H, Shimozuma K, Suemasu K, Hozumi Y: Health-related quality of life and psychological distress in Japanese patients with breast cancer treated with tamoxifen, exemestane or

- anastrozole for adjuvant therapy: a phase III randomized study of National Surgical Adjuvant Study of Breast Cancer (N-SAS BC) 04. 30th San Antonio Breast Cancer Symposium Dec. 13-16, 2007 San Antonio, U.S.A.
- (2) Saito S, Shimozuma K, Ohashi Y, Fukuda T, Fukui N, Mouri M, Kuroi K: Basic attitude to use of generic anti-cancer drugs for breast cancer treatment in Japan. ISPOR 10th Annual European Congress, Dublin Ireland, Oct. 20-23, 2007
- (3) Shimozuma K, Yamaguchi T, Fujita K, Yuzawa M, Suzukamo Y, Takahashi N, Takahashi K, Morita S, Fukuhara S: Response shift in a randomized controlled trial of low vision care for patients with age-related maculopathy. 14th Annual Conference of the International Quality of Life Research, Toronto, Ontario, Canada, Oct 10-13, 2007
- (4) Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, Takeuchi A, Aranishishi T, Morita S, Ohsumi S, Makino H, Watanabe T, Hausheer FH: Prospective assessment of chemotherapy-induced neurotoxicity in breast cancer (HOR 02) and questionnaire survey of physician's perspectives. 2007 ASCO Annual Meeting, Chicago, June 1-5, 2007
- (5) Makino H, Shimozuma K, Watanabe T, Ohashi Y, Katsumata N, Sonoo H, Takashima S, N-SAS BC: Comparison of quality of life (QOL) between adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil (CMF) and oral uracil/tegafur in high-risk, node-negative breast cancer - A phase III randomized trial (N-SAS BC 01). 2007 St. Gallen Breast Cancer Conference, St. Gallen, March 14-17, 2007
- (6) 白岩健、福田敬、下妻晃二郎、大橋靖雄、津谷喜一郎：結腸癌術後補助療法におけるカペシタビン (Xeloda®) の薬剤経済的分析。第45回日本癌治療学会 2007年10月25日 (京都)
- (7) 斎藤信也、下妻晃二郎、福田敬、福井直人、毛利光子、大橋靖雄：乳がん領域におけるジェネリック薬品使用の現状。第45回日本癌治療学会総会 2007年10月24日 (京都)
- (8) 大住省三、下妻晃二郎、森田智視、高嶋成光、青儀健二郎、平成人：術後長期健存乳癌患者での QOL の予測因子の検討：特に術式との関連について。第15回日本乳癌学会総会 2007年6月30日 (横浜)
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
特になし。

## しまねのがんサロン実践報告

### ～MSWによるファシリテーターとしての関わり～

研究協力者 松江市立病院 がん相談支援センター 原 敬

#### 要旨

多くのがん患者が孤独やストレス、不安など心の問題を抱えているにも関わらず、こころ問題ががん相談支援センターなどの相談窓口で直接持ち込まれることは少ない。島根県内の病院や地域に 15 か所開設されている「がんサロン」は、がん患者さんがアクセスしやすい相談窓口であり、従来の患者会やサポートグループ同様、がん患者やその家族の交流を通じた癒しと情報提供の場として機能している。さらにはそれぞれのがんサロンで、がん患者を取り巻く医療者、行政、教育など複数のステークホルダーとのコラボレーションが展開されている。当院において医療ソーシャルワーカー（MSW）が、がんサロンの Key Person との対話と、グループにおけるポジショニングを大切にしながら、サロン立ち上げから継続のプロセス、がん患者と医療者のコミュニケーションに関わり、がんサロンが院内システムにおけるがん患者の癒しの場として、さらにはがん患者と医療者の交流を通じて、がん患者の意見が医療に反映される装置として機能することが示唆された。

#### A. 研究目的

全国のがん患者の悩みの実態調査によると（「がんの社会学」に関する合同研究班 主任研究者 山口建）がん患者の悩みの種類は身体的、精神的、社会的、医療関係者との関係など、さまざまな悩みがまんべんなくあげられている。またがん体験者が必要と考える対応策・支援策・支援ツールとして全体集計では「自身の努力による解決」が最も多い。

全国のがん診療連携拠点病院にがん相談支援センターが設置され、がん患者や家族への情報提供や療養上の相談を受けることが求められている。がん体験者の実際の悩みと相談窓口での相談内容の比較調査では（「短期（治療後 5 年以内）がん生存者を中心とした心のケア、医療相談等の在り方

問題」が占める割合が 48.6%であった。がん患者の悩みには「相談窓口で相談する悩み」と「相談窓口で相談しない」とがあることが分かる。つまりがん患者の「不安などの心の問題」をがん相談支援センターで扱うには異なるアプローチが必要だと言える。

また調査では「あなたが抱えた悩みを和らげるために何が必要か」の問いに対して「同病者との交流・患者会」をあげた人が最も多く、同じ病気や悩みを抱えた仲間によるサポートが必要であるとの声が多く聞かれた。平成 19 年 6 月に策定された「がん対策推進基本計画」において、がん診療連携拠点病院に設置されたがん相談支援センターに関する記述のなかで「患者団体等との連携」や「がん患者はもとより家族に対する心のケア（精

神的支援)が行われる相談支援体制の構築」、「がん患者や家族等が心の悩みや体験等を語り合う活動の促進」が記述されている。

アメリカでは乳がんの患者を対象とした支持的・感情表出型の心理療法を行った研究から、がん患者の心理社会的な回復の過程において、がん患者同士の交流の重要性が指摘されている。

島根県では益田市に「がん患者交流サロン」(平成17年12月)が開設されて以降、現在県内のがん診療連携拠点病院をはじめとした病院内に10か所、地域に5か所に、がん患者や家族が交流する「がんサロン」が誕生した。当院では平成18年7月に膵臓がん患者で、国のがん対策推進協議会委員でもあった故三成一瑠氏の呼びかけでがんサロン「ハートフルサロンまつえ」が誕生した。

本研究ではしまねのがんサロンの活動の特徴とサロン立ち上げから継続までのMSWとしての関わりについての実践報告をする。

## B. がん患者という体験とグループによる心理社会的サポート

### 1) がん患者という体験

誰も自分が「がん患者」になるためのこころの準備はまったくと言っていいほど行っていない。ある日突然がんという「死に至る病」の告知を受け、死への恐怖や治療方法に関する決断、治療の副作用や後遺症、生活のしづらさ、将来への不安など数えきれないほどのストレスに見まわれる。さらにはがんという周囲の人々と共有できない異質な経験と治療環境はがん患者を孤独にし、周囲から孤立化させる。

がん患者が実際にどのような体験をし、またがん告知からのショックや不安をどのように乗り越えていったか、サロンに参加されているがん患者が寄せて下さった体験談がそのことをよく表している。

### ➤ がん直面化したとき

「がんの告知を受けた時のショックは受けた人しか分からないもので、頭の中が真っ白になりました。その日はいつもバスかタクシーで帰るのになぜか歩いて家に帰っていました。私は手術までとにかく家族と子供以外は会いたくないし、外にも出たくない、話したくないという状態で、ただ家族だけが頼りでした。友や親戚にも言えず、とにかく黙って入院しました。」

「再検査の日の告知でまさか私に限ってという思いから最悪の事態まで考えられないでいました。そんな私に医師の口からは「がんです」の一言。医師の言葉を聞き洩らさないようにと冷静さを保とうとしていましたがほとんど覚えていません。それから1週間は「何で私のがんなの?」「私はもう死ぬんだ」と不安、いらだちで泣いてばかりいたように思います。」

### ➤ がん治療を体験して

「化学療法で髪の毛が抜けたのが一番ショックでした。話は聞いていましたが、入院中の時はよかったけど、退院をしてからはかつらをかぶっていても暑い時には蒸れるし、人と会うのが一番いやだった。でも半年過ぎてから生えて人生が変わった気がしました。副作用も自分自身があまり頑張らないことだと思います。まず自分自身の体が一番だと思って、家庭のことも怠けながら。なかなか家族にも分かってもらえないから、自分自身でコントロールをしながら毎日を過ごしています。息抜きに温泉に行ったりドライブしたり、自分自身で楽しく暮らしています」

「放射線療法の際は病院で受けたのでそんなに苦痛はなく大丈夫でしたが、通院で化学療法を受けた時は副作用が大変つらく「もう死んでもいいわ」と思ったほどでした。先生にお薬を処方してもらい少し楽に終えました。家族の理解と思いやりが

大事だとつくづく思いました。」

▶ 家族や友人などのソーシャルサポート

「告知を受けた後やっぱり自分が不安に思っていた結果を知りショックでした。これは体験した方は皆同じだと思います。友人が連休（手術前）にお茶会を開いてくれたことに感謝でした。家族も協力的でこれもこころ強かった」

「そんなとき乳がんの手術をして 10 年たつ友人に会いに行きました。「私、死ぬ？」の問いに「乳がんでは死なないよ」と笑って言いました。その一言ががんを受け入れるきっかけになり、家族の支えもあり、がんに向きあって治療に専念するようになりました。」

2) グループによる心理社会的サポート

アメリカで乳がんの患者を対象とした支持的・感情表出型の心理療法グループを行っている研究から、がん患者の心理社会的な回復の過程において、がん患者同士の交流の重要性が指摘されている。がん患者として同じ立場の体験を聞き、共有することで自分自身の体験を客観的に把握できるようになり、自分が「普通でない」と思っていた考えや感情が、普通のものと考え、受け入れられるようになる。体験の共有の中から、がんの告知を受けた時のショックと恐怖を克服し、仲間との試練を共有する機会をもつことにより、自分の人生の新しい局面を安定したこれまで通りの自己や身体イメージに取り込むことができるようになるのである。(デイビッド・スピーゲル「がん患者と家族のためのサポートグループ」)

がん患者の孤独や不安などの心の問題は直接相談機関に持ち込まれるより、自分自身で乗り越えていくか、ごくごく親しい家族や限られた友人に気持ちを打ち明けることが多い。入院をしている病院の病室の患者同士で情報交換や交

流を図っている姿もよく見られる。がんサロンに参加しているがん患者からは病院の相談窓口の敷居が高いと言われることがあり、和やかな雰囲気で行っているがんサロンは敷居が低いと言われる。家ではほとんど病気の話はしないが週1回のサロンの時だけ話すという方がいる一方で、サロンでの会話はがんの話が全てではなく、日常的な会話や冗談が飛び交っている。がん患者同士の体験や気持ちの共有の中で、「患者ももっと賢くならないといけない」、「医師とのコミュニケーションのコツ」などがん患者としての知識や知恵の分かち合いが生まれる。

C. しまねのがんサロンの活動



しまねのがんサロンの誕生と活動

< 島根県におけるがんサロン活動の歴史 >

- 平成 15 年 10 月 「癌と共に生きる会」前会長佐藤均氏（故人）が『抗がん剤治療専門医の早期育成を求める請願書』が県議会議長に提出され、採択される
- 平成 16 年 4 月 島根大学医学部付属病院に『腫瘍科』が設置される
- 平成 17 年 12 月 納賀良一氏が「がん患者交流サロン」（益田市）を開設

平成 18 年 1 月	松江赤十字病院に県内初の院内がんサロン「くつろぎサロン」を開設	根県がん対策推進協議会に委員として参加
平成 18 年 4 月	佐藤愛子氏が「がん情報サロン ちよっとよってみませんか」を開設	平成 16 年 4 月にがん患者である納賀良一氏が発起人として県内初の「がん患者交流サロン」が誕生し約 2 年間で県内のすべてのがん診療連携拠点病院、地域の公民館や福祉センター等に計 15 か所のがんサロンが開設し、それぞれのサロンが独自の活動を展開している。
平成 18 年 7 月	島根大学に「ほっとサロン」開設 (出雲市) 松江市立病院に「ハートフルサロンまつえ」(初代代表 故三成一瑠氏) 開設 益田赤十字病院に「がん患者サロン」開設	
平成 18 年 8 月	島根県立中央病院に「がん患者サロン」開設 がん患者サロン代表、島根県、がん診療連携拠点病院の意見交換会開催 国立病院機構浜田医療センターに「ひまわりサロン」開設 邑南町に「がん患者サロン」開設	当院においては三成一瑠氏が発起人となって開設した「ハートフルサロン松江」は、開設後 1 年間で延べ 600 名の参加があった。がん患者自らが発起人となりスタートした「がんサロン」が医療機関や行政、メディアなど様々なコラボレーションを生み出しながら、がん患者を主体としたがん医療の在り方を模索するプロセスをがんサロンの特徴を中心に紹介する。
平成 18 年 9 月	島根県がん対策推進条例が全会一致で可決	(1) セルフヘルプグループとしての特徴
平成 19 年 1 月	「がんサロンおおだ」が市民センター内で開設 「がんをいっしょに考える集い」開催 (がんサロンメンバーを中心とした実行委員会方式)	第一の特徴として、しまねのがんサロンは専門家が医師や行政ではなく、がん患者や遺族が発起人としてスタートしたセルフヘルプグループであることがあげられる。がん患者や遺族が自分たちの受けるがん医療の現状について、深い問題意識を持っていることに根ざしていると言える。
平成 19 年 2 月	出雲市で「がん撲滅条例」制定	抗がん剤の承認の問題やがん情報センターの設置を訴え続けた故佐藤均氏 (癌と共に生きる生きる会・前会長) の意思を引き継ぐ形で、妻の佐藤愛子氏が出雲市に「がん情報サロン ちよっとよってみませんか」を開設したり、当院に「ハートフルサロン松江」を開設した三成一瑠氏は、国のがん対策推進協議会に患者代表の一人として、がん医療の格差について政策提言を行った。島根県のがん対策推進協議会委員としても、がんケアサロン代表納賀良一氏、ほっとサロン多久和和子氏の 2 名が島根県がん対策推進協議会に委員として参加し、がん死亡率目標を押し上げるなどの提言
平成 19 年 4 月	島根県がんサロンネットワーク副代表三成一瑠氏が国のがん対策推進協議会に委員として参加	
平成 19 年 7 月	「がんをいっしょに考える集い」開催	
平成 19 年 11 月	医療の質・安全学会 (代表・高久史麿自治医科大学学長) の「第 1 回新しい医療のかたち賞」受賞 がんケアサロン代表納賀良一氏、ほっとサロン多久和和子氏の 2 名が島	

を行った。当事者の自主性・自発性が最も重視されるセルフヘルプ・ヘルプグループであるからこそ果たすことのできる役割と言える。

さらに発起人自身が、がん患者同士での悩みや不安の分かち合いを目指していることが大きな動機づけとなっている。三成一瑠氏がサロン開設の趣旨として、当時すでに開設され三成氏も参加されていた松江赤十字病院の「くつろぎサロン」での体験をもとに、「がんになってひとに言えない悩みを患者どうしで話し、少しでも悩みを解消できる場が欲しい」と述べ、今も院内に掲示している「ハートフルサロン松江」のポスターに書かれている。がん患者が気軽に相談できる場所として機能していることがサロン参加者の体験談からも読み取れる。

▶ 誰に相談していいかわからない

「入院中からサロンに参加をさせてもらって自分の悲しいつらい気持ちを聞いてもらいました。その時の温かい人の気持ちは今でも忘れませんサロンに出会えなかったら今の自分はなかったように思います。感謝の気持ちでいっぱいです。相談支援センターの設置は大変意義のあることで期待しています。敷居を低くして入りやすい場所であって欲しいと思います」

「運よく同じ部屋に同じ病気の先輩がいて、とても心強かったです。なるべく食事も食堂でして、早く友達を作りました。そしてサロンがあることを知り、積極的に出かけ、同じ悩みの方達と話をし、とても心強かったです。退院した今でも通い続けています。とにかく同じ病気をした人たちと悲しみも苦しきも分かち合うのが一番いいと思います。」

「先生もすごく忙しくてなかなかゆっくり話もできませんので、がんサロンに出かけて皆と話をすると、とても気分が明るくなります」



第1回ハートフルサロン松江の様子。県内のがんサロン世話人とともにサロン開設を祝う



外来患者と入院患者の対話の様子

(2) オープングループとしての特徴

第二の特徴として、地域のがん患者、家族が気軽に参加できる場としてのオープングループあることがあげられる。全てのがんサロンが患者会のような会員制をとっていないため、関心があれば誰でも参加でき、匿名での参加も可能である。実際一人の方が複数のがんサロンに参加していることもあるし、いくつかのサロンに参加された後、自分にあったサロンに定着されている人もある。

またがんサロンはがん患者や家族だけに開かれたものではない。実際当院のサロンでは一般市民の方や医療者、大学の研究者、看護学生、メディアの方の参加がある。がんサロンを立ち上げたいと考える他県の方や他病院のスタッフからの視察も受け入れている。がん患者や家族の癒しの場で

あると同時に、情報発信の場でもある。



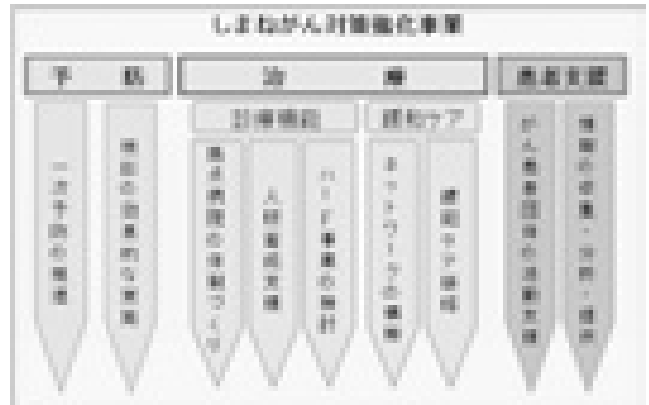
島根県知事を囲んで

(3) 行政と医療機関によるがんサロンへの支援  
第三の特徴として、行政や医療機関が「がんサロン」の人材育成や活動内容の支援を行っていることがあげられる。

#### ① 行政による支援

島根県では「がん診療ネットワーク事業」「がん予防の推進」「緩和ケアの推進」を柱として、平成 17 年度から県独自の事業として「しまねがん対策強化事業」に取り組んでいる。国において「がん対策基本法」が策定され、平成 19 年 9 月には県議会議員税院の提案により全国初の条例である「島根県がん対策推進条例」が策定をされた。平成 19 年度新規事業として「しまねがん対策強化事業」の「患者支援に関する事業」の中で『がん患者団体を支える人材育成支援事業』を実施している。

『がん患者団体を支える人材育成支援事業』においてはがんサロンの世話人等を対象に、カウンセリングの基礎、がん医療の現状、保健医療福祉制度の基礎知識などの研修を実施し、がん患者が他のがん患者を支える活動の支援に乗り出している。



#### ② 医療機関によるがんサロンへの支援

医療機関によるがんサロンのサポートは、ハード面での支援とソフト面での支援がある。ハード面では、院内の会議室等のがんサロンという自主グループへの開放がある。また当院ではパソコンやインターネットの利用環境の整備、がんに関する書籍や雑誌の提供も行っている。会員による会費で運営資金をまかなっている患者会と違い、資金源を持たないがんサロンは病院がハード面の支援を行っており、松江赤十字病院では資金の支援も行っている。

ソフト面では、院内のスタッフによる人材提供があげられる。がんサロン開設当初は患者同士の交流のみの活動が中心であったが、がん診療に関わるスタッフを招いて学習会が開かれるサロンが増えている。当院においても毎月 1 回サロン学習会を開催し、医師や看護師、管理栄養士やMSWなどのコメディカルががん診療について情報提供を行い、がん患者の学びのなっているとともに、医療者とがん患者の相互理解に役立っている。しかし当院のようにMSWが専門的な視点と方法で、サロンの支援と協働を行っているところはほとんどない。

#### (4) ステークホルダーとのコラボレーション

第四の特徴として、がん患者を取り巻く複数のステークホルダーとのコラボレーションの試みがあげられる。



1 つ目は「医療者とのコラボレーション」である。がん対策基本法が施行されて以降、行政や医療機関が主催する講演会やシンポジウムに、がん患者が壇上に立ってがん患者としてのメッセージを伝える機会は多くなっている。しかしひとつの医療機関内の臨床場面以外で、がん患者と医療者が交流をし、相互理解を深めながら患者を主体としたがん医療の在り方について語り、創造していくことは稀である。ともすればがん患者としての要望を一方的な要求や苦情として医療者に対立や溝を深めかねない。またがん患者もがん診療や病院の置かれた現状について理解することも必要であろう。

当院で行っている「サロン学習会」は医療者ががん患者に情報提供を行うだけでなく、相互理解を図ることができるよう、双方の語りに配慮している。サロン開設1周年の際には医療者とサロンメンバーが共に祝い、病院長からサロン代表者に花束が渡された。がん相談支援センターはハートフルサロン松江との共催で「がんと笑い」をテーマにした市民向け講演会を開催した。



サロン学習会の様子



ハートフルサロン松江1周年に松江市立病院長からサロン代表にお祝いの花束

二つ目は「行政とのコラボレーション」である。島根県医療対策課にはサロンの世話人らが頻繁にロビー活動に訪れ、がん患者の立場からがん医療の在り方について担当者と対話をしている。象徴的だったのは行政担当者とサロン世話人らで構成される実行委員会が主催した「がんを一緒に考える集い」である。集いでは前国立がんセンター総長垣添忠生氏を招いた基調講演とともに、がん患者、家族が求めるがん対策の推進について患者、家族の立場からパネルディスカッションで意見発表・意見交換が行われた。コメンテーターとして大学病院の教授や拠点病院の院長らが席を並べた。司会進行と会場の受付をサロンの参加者が行い、各がんサロンがパネル展示を行った。平成19年度の新規事業としてしまねがん対策強化事業の「患者支援に関する事業」の中で療養体験事例集の作成が予定されている。国のがん対策推進協議会にがん患者が参画したように、島根県のがん対策推進協議会においてもサロンの代表者2名が委員を務めた。

三つ目は「教育とのコラボレーション」である。当院のがんサロンには看護学科の教員と看護学生が顔を見せる。がんサロン開設一周年記念のイベントでは、がん患者と学生と一緒にサロンメンバー手作りのケーキにろうそくを吹き消しともに一周年を祝った。三成一琅氏（前ハートフルサロン

松江代表) が亡くなった際には多くの学生たちが葬儀に参列をした。また島根県立大学短期学部看護学科の平野氏らは大学教育改革の一環として「現代的教育ニーズ取組支援プログラム」として地域連携ステーションを開設しがんサロンなどの地域の自主グループの支援と、疾患中心の医療モデルから生活モデルを基盤とする看護教育の試みが始まっている。その他島根大学付属病院のほっとサロンには中学校の生徒が総合学習の時間にサロンを訪問し「命に向き合う人々」という題でサロンに参加した感想を綴っている。

私が一番心に残ったのは「一日一日を大切に過ごす」という言葉です。それはがんという命に直接つながる病気とたたかっている人だからこそ言える言葉です。今回ほっとサロンに行き行って本当に良かったと思います。がんにならないと分からないこと、今、健康な人に伝えたいことなど、たくさん学びました。「一日が過ぎせる幸せ」「自分の命は自分で守る」。普通の生活ではとても聞けない言葉です。今回学んだことは今後生きていく上で、とても大切な言葉だと思います。これらの言葉を忘れずに、今を大切に生きていこうと思います。

#### D. 「支援」と「協働」～医療ソーシャルワーカーによるファシリテーターとしての関わり

がんサロンはがんという病気や悩みを持つ人たちが主催するセルフヘルプグループであり、その目的は自分が抱えている問題を仲間のサポートを受けながら、自分自身で解決あるいは受容していくことにある。一方医療者が主催するサポートグループも、その目的は参加者が抱えている問題を仲間のサポートや専門家の助言を受けながら、解決あるいは受容を目指すものである。二つのグループはがんという病気とところの問題等の解決と軽減を目的としているという意味で共通しているが、主催者が当事者と医療者とで異なり、自ずと医療

者によるグループへの関わりも異なる。セルフヘルプグループであるがんサロンは会員や資源を保有しない自助組織であるため、活動を行っていくためには医療者の理解と協力が不可欠である。同時に医療者が必要以上の介入を行うことはセルフヘルプの持つ自主性や自立性を損ない、グループの持つ可能性や力を奪う危険性がある。一方サポートグループは参加者の自主性自発性が重視される相互援助グループである。同時に医療者が適切な介入行わないと心理社会的治療的効果が発揮できない恐れがある。つまりがんサロンへの医療者への不用意な関わりは両刃の剣であり、グループの特性を尊重、理解した上で関わるが大変重要である。当院においてはがんサロンのセルフヘルプグループの強さと可能性を支持しながら、MSWと看護師がグループの立ち上げから定着までのプロセスをファシリテートしてきた。医療機関において医療者によるがんサロンへの「支援」と、がん患者と医療者が「協働」して行くためには、がんサロンの **Key Person** との対話とグループにおけるポジショニングを大切にしながら、ファシリテーターとしての役割を担うことが重要である。

#### (1) がんサロンの **Key Person** との対話

当院のがんサロン立ち上げ前、発起人である三成氏はすでに開設されていた益田市のサロンに関する新聞の切り抜きや、島根県議会での質疑資料、国の医療政策に関する資料を持ち込み、毎日のようにMSWの前に登場し、サロン設置と患者中心のがん診療の在り方について熱くパワフルに語った。近隣のがんサロン代表者の後押しとMSWのアドボケート開設に至った後も、サロンを軌道に乗せるため運営の在り方についてお互いにアイデアを出し合い、彼が島根県を飛び出し国会へのロビー活動を行ったり、メディアの人達との交流、国のがん対策推進協議会での議論のライブな情報などを聴かせてくれた。MSWにとってがんサロンの開設を支援する形で始まった出合いが、日本

のがん患者のリーダー的存在として活躍する彼の後ろ姿を追いかける形になって行った。彼が亡くなる間際には「在宅で緩和ケアを受ける体制をつくるために地元医師会に行きたい」とMSWのところへ話が持ち込まれた。さっそく医師会の役員をしている副院長のところへ出かけ、地元医師会長のところへ一緒に相談に出かける手筈が整ったところで、彼は肺炎と意識障害となり、帰らぬ人となった。

がんサロンの Key Person である三成氏の語るがん医療の現状とがん医療の在り方について、MSWが触発され、突き動かされがんサロンの協働が始まったと言っている。彼が患者を主人公にしたがん医療の在り方についてのビジョンを語り、MSWがそれを受け止めることで、がん患者として、MSWとしてのそれぞれのミッションを自覚し共有してきた。彼が亡くなる間に意識が不十分ながら感謝のメッセージをくれた時、彼にとってMSWが対等であったかは分からないが、彼にとってMSWが必要な存在であり、「協働」していくこと意味を実感した。

全てのしまねのがんサロンにおいて、MSW が関わっているわけではない。サロンの Key Person と対話し、互いの共感と健全な対決のプロセスを共有することで、対等で相互補完的な関係が形成され、がん患者リーダー、MSWそれぞれのビジョンとミッションを自覚することができる。

## (2) グループにおけるMSWのポジショニング

MSWはサロンに毎週出席をする。サロンでは自由に会話が交わされ、MSW がセッションへの直接的な介入は極力避けて、非指示的専門家として、参加者の「物語り」に耳を傾けることに重きを置く。そこでは相談機関に持ち込まれることは少ないがん患者の「不安などのこころの問題」が患者同士で語られるところに遭遇する。医師から大腸癌と告知され、手術日までの不安な気持ちを胸一杯に溜めこんでサロンに参加し、手術への不

安や死につながる恐怖を語りメンバーに共感されることで治療を受ける決意をする姿など、MSW自身もサロンの中に身を置くことで、がん患者のナラティブ「物語り」を迫体験し、彼らの孤独と不安、当事者同士によるセルフヘルプによる癒しの力を学ぶことになる。サロンでの学びが、がん相談支援センターでの MSW の面接介入場面にも生かされる。

## (3) MSWのファシリテーターとしての役割

がんサロン開設の要望が挙がった時、院内スタッフは「患者会への関わりは気をつけた方がいい」、「何故がんだけ特別扱いしないといけないのか」、「部屋の鍵だけ開けて自由にやらしてもらいたい」などサロン開設とサロンへのMSWの関わりについて消極的な発言が大勢を占めていた。サロン発足後もメディアでがんサロンの活動が大きく取り上げられる一方、院内に誕生した患者だけの自助組織に対して全ての医療者が好意的な印象を持っていたわけではない。「サロンで患者さん同士、医者悪口を言ったりしているんでしょ?」「医師と患者は戦友みたいなもので、サロンは目の上のたんこぶだ」など多くの医療者は患者同士の交流の場で何が語られ、何が起こるのか知らないことが多く、サロンを医療者と患者の信頼関係に水を差す存在として捉える風潮も見られた。医療者にとってがんサロンの存在は専門職としての意識が脅かされていると感じたり、応えることのできない期待に押しつぶされる恐怖を感じていたのかもしれない。MSWとしてはアルコール依存症や統合失調症など精神科領域でのセルフヘルプグループやサポートグループに関わった経験から当事者同士で語りを分かち合うグループの持つ力を信じていたし、三成氏の思いに共感しサロン開設と発展をとともに目指した。

### ① がんサロンの立ち上げから継続のプロセスに関わる

がんサロンの始め方としては、**Key Person** と **MSW** が始めから一緒に関わり、協働することが重要である。双方がメッセージを発信し続け、がん患者、医療者など協働できる仲間を増やし、院内システムにおけるがん患者の癒しの資源のひとつとして、またがん患者の意見が医療に反映される装置として機能することを目指す。

サロンを主宰する **Key Person** のビジョンと参加するメンバーが求めるものによってグループの性格は異なりまた変化する。県内でも患者同士の癒しを重視するサロンや、行政や医療機関に政策提言を行うことに重きを置くサロンなど性格は異なる。そのためサロンの **Key Person** との死別によってグループとしての継続性が危うくなることもある。その時 **MSW** は、残されたメンバーとともに **Key Person** との死別の悲しみを分かち合い、サロンの今後の在り方について話し合うことで、新たなビジョンやミッションをすり合わせから協働を始めることになる。

### ② がん患者と医療者のコミュニケーションを促す

医療者にはサロン学習会のゲストスピーカーという形で参加してもらおう。小さいグループで十分な時間をとって、医療者ががん患者に一方的に情報提供を行うだけでなく、医療者と患者の対話を通じて、がん患者と医療者との間にある保守的な壁を取り除き相互理解を促す。がん患者にとっては自己決定を支える **EBM** (エビデンス・ベースト・メディシン) に関する情報提供を受けると同時に、医療者にとっては **NBM** (ナラティブ・ベースト・メディシン) を理解し患者の治療満足度を高める新たな気づきが生まれるのである。

### ③ がん患者と医療者とのコラボレーション

当院がん相談支援センターでは、がんサロンと

医療者とのコラボレーションでがん患者や家族、地域住民に配布する小冊子「患者さん・家族と一緒につくった あなたのための道しるべ」を編集した。

サロンメンバーはがん告知やがん治療の体験をどのように克服したのか、納得して治療を受けるための対処方法やサロンに参加をした感想など、自分自身どのようにがんと向き合ってきたのかを綴った。医療者は医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、**MSW** などサロンメンバーにどのような情報が必要でどんなメッセージを伝えていくべきか相談しながら原稿をまとめた。サロンメンバーと医療者との対話によって産まれた新しい形である。



「患者さん・家族と一緒につくった あなたのための道しるべ」松江市立病院がん相談支援センター一編

## 参考文献

がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書がんと向き合った 7,885 人の声「がんの社会学」に関する合同研究班 主任研究者 山口建

「短期（治療後 5 年以内）がん生存者を中心とした心のケア、医療相談等の在り方に関する研究班」主任研究者 山口建

「患者さん・家族と一緒にあった あなたのための道しるべ」松江市立病院がん相談支援センター編 2007 年 2 月

「がん患者と家族のためのサポートグループ」デイビッド・スピーゲル

がんナビ：日本列島がん対策・現地リポート（1）【島根県】患者の想いは日本一「患者サロン」で悩み受け止め  
高橋都：がん患者とセルフヘルプグループ、ターミナルケア Vol 1 3 No. 5 P. 3 5 9 2003 表 1 セルフヘルプグループとサポートグループの相違点

「自治体における市民セクター支援に関する報告書」山岡義典 日本 NPO センター 1997 年 3 月

『「患者の語り」が医療を変える～DIPEX-Japan の設立に向けて』 佐藤りか他 2006 年 7 月

「サービスを利用する人と提供する人との間に掛け橋を」セルフヘルプ運動を広める会編 1997 年 11 月

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表



## 【書籍】

- \*保坂 隆（編集）精神科リスクマネジメント。中外医学社，東京，2007
- \*保坂 隆：「頭がいい人」は脳のコリを上手にほぐす。中公新書ラクレ，東京，2007
- \*保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235，2007
- \*保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705，医学書院，東京，2007
- \*保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q&A。152-154，ぎょうせい，東京，2007
- \*保坂 隆：SSRIと患者へのサイコエデュケーション。小山司（編集）SSRIのすべて。280-283，先端医学社，東京，2007
- \*保坂 隆：保険薬局とコミュニケーション。真野俊樹（編集）保険薬局経営読本。93-117，薬事日報社，東京，2007
- \*河瀬雅紀，医療者－患者関係，伏木信次，榎 則章，霜田 求編，生命倫理と医療倫理（改訂2版），京都：金芳堂，pp20－29，2008
- \*森山美知子：認知症患者の家族へのアプローチケアする人をケアする専門職の役割と手法－認知症ケアの本質。医歯薬出版，p46-66，東京，2007
- \*森山美知子：新しい慢性疾患ケアモデル－ディジーズマネジメントとナーシングケースマネジメント－。中央法規出版。東京，2007
- \*堀 泰祐：11. 緩和医療とチームケア 2) 緩和ケア 安田允編 よくわかる卵巣癌のすべて。永井書店，東京，2007 p428-431
- \*堀 泰祐：緩和ケアにおけるケアの専門性 1.緩和ケア病棟と緩和ケアチームの連携「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編 ホスピス緩和ケア白書，青海社，東京 2007 p35－38
- \*下妻晃二郎：第一章 基本的診察，13) QOL 評価，診察・検査－みてわかる臨床力アップシリーズ，羊土社 2007年11月 pp86-89

## 【論文】

- \*保坂 隆：自殺最前線。医学のあゆみ 221: 205-206,2007
- \*保坂 隆：自殺企図者の背景－自殺企図者 1,000 例の検討。医学のあゆみ 221: 207-210,2007
- \*保坂 隆：過剰適応はストレスの第一歩！こころのマネジメント 10(1): 101-105, 2007
- \*保坂 隆：いじめ自殺と子どものうつ。健康な子ども 416: 32-33, 2007
- \*保坂 隆：がん患者への告知と精神症状とは？医事新報 Junior 461: 31-34, 2007
- \*保坂 隆：告知を受けた患者の家族にはどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 462: 31-34, 2007
- \*保坂 隆：企業における社会不安障害。現代のエスプリ 480: 104-112, 2007
- \*保坂 隆：部下・後輩との関係性は大きなストレス！こころのマネジメント 10(2): 102-105, 2007
- \*保坂 隆：自殺対策基本法。精神科 10: 437-440, 2007



- \*保坂 隆：慢性疲労症候群。精神科治療学 22: 749-753, 2007
- \*保坂 隆：困った患者は大きなストレス。こころのマネジメント 10(3): 81-87, 2007
- \*保坂 隆：せん妄が医療経済に与える影響。精神科治療学 22: 981-984, 2007
- \*保坂 隆：医療とメディアのいまーある新聞記事の評価から。医学のあゆみ 222: 903-906, 2007
- \*保坂 隆：適応障害・うつ。緩和医療学 9 : 414-416, 2007
- \* Kono Y. & Hosaka T.: Effects of Occupational Mental Health Program on Sick Leave Duration, Restoration and Contract Termination Rates. Asian Pacific Journal of Disease Management Vol.2(1): 77-81, 2007
- \*保坂 隆：転移・逆転移を知らないと大きなストレスに。こころのマネジメント 10(4): 84-89, 2007
- \*保坂 隆：実地医家のための精神障害の診断法。精神科 11(4): 302-305, 2007
- \*Kishi Y, Kato M, Okuyama T, Hosaka T, Mikami K, Meller W, Thurber S, Kathol R.: Delirium: patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Sep-Oct; 29(5):442-5.
- \*保坂 隆：エンド・オブ・ライフ・ケアは大きなストレスに。こころのマネジメント 10(5): 81-84, 2007
- \*関 健, 保坂 隆：新医師精神科臨床研修のアウトカム評価。精神神経学雑誌 109(11): 1050-1051, 2007
- \*保坂 隆：緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- \*保坂 隆：グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- \*Kishi Y, Meller WH, Kato M, Thurber S, Swigart SE, Okuyama T, Mikami K, Kathol RG, Hosaka T, Aoki T.: A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. Psychosomatics. 2007 Nov-Dec; 48(6): 517-22.
- \*Hosaka,T.: Invitation to Psycho-oncology: Psychological perspectives of cancer patients. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 58, 2007
- \* Hosaka,T. & Matsubayashi, H.: Effect of group intervention for infertile women on natural-killer cell activity and pregnancy rate. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 79, 2007
- \*保坂 隆：精神医学とメディア。総合病院精神医学 20 : 72-74, 2008
- \*保坂 隆：患者の暴力。こころのマネジメント 10(6): 70-75, 2007
- \*中村千珠, 河瀬雅紀：がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究ー患者の現状とニーズの把握ー。心身医学 47(2) : 111-121, 2007年2月
- \*赤澤美歩, 津田 真, 前林佳朗, 石黒 淳, 河瀬雅紀, 福居顯二：向精神薬大量服用の後、悪性症候群およびギラン・バレー症候群を発症した1例。精神医学 49(2) : 183-186, 2007年2月
- \*伴 郁美, 神原憲治, 福永幹彦, 河瀬雅紀, 中井吉英：リラックス呼吸法における身体的・心理的变化について。心療内科 11(5) : 384-389, 2007年9月
- \*河瀬雅紀, 中村千珠：家族の悲嘆にどのように対応すればよいか？。月刊「junior」 468 :

29-32, 2007年12月

\*河瀬雅紀, 中村千珠: 緩和医療における精神症状と対策. 緩和医療学 10(1): 3-9, 2008年1月

\*森山美知子・戸井間充子: 看護学から見たわが国の家族—家族の特性と家族ケアの理論—緩和ケア10月増刊号,p16-26,2007/10

\*二井谷真由美・宮下美香・森山美知子: 外来で科学療法を受ける進行・再発消化器がん患者の配偶者が知覚している困難と肯定感. 日本がん看護学会誌,21(2)p62-67,2007/12

\*森山美知子: 家族看護: 新たな発展の方向性と政策への反映. 家族看護学研究,12(3)p162-168,2007/2

\*山内里恵, 森山美知子: クリティカルケア場面における家族看護. 月刊ナーシング,27(7)p81-87,2007/6

\*石川千晶, 森山美知子: 小児看護領域におけるプリパレーションの認識に関する調査. 小児看護,30(6) p832-842,2007/6

\*森田桂子, 森山美知子, 高見知世子: 2型糖尿病患者の家族における食事療法の協力体制形成過程. 日本糖尿病教育・看護学会誌,11(2)p157-165,2007/9

\*梶谷みゆき, 森山美知子: 脳血管障害発症後3ヶ月間における壮年期の患者と配偶者のケアニーズ. 家族看護 10,5(2)p37-41,2007/8

\*中野真寿美, 森山美知子, 坂巻弘之: 糖尿病患者教育の標準化/適正化に向けた療養指導体制の実態調査. 広島大学保健学ジャーナル,6(2)p118-125,2007/9

\*森山美知子, 古井祐司, 田久浩志, 中野真寿美: 一般住民の生活習慣改善プログラムへの支払意思額に関する調査. 広島大学保健学ジャーナル,6(2)p126-134,2007/9

\*森山美知子, 高倉倫子, 大西裕美子: 大腿骨近位部骨折のリハビリテーション看護—日米英のベンチマーキングから—. MEDICAL REHABILITATION,84 p61-71,2007/10

\*中島美津子, 森山美知子: オーストラリア連邦ヴィクトリア州の看護管理事情. 週刊医学界新聞第2737号 2007/6

\*森山美知子: 時代のニーズの変化への対応—老年看護の専門性に何を求めるか—. 財団法人山口老年総合研究所,年報20号,2007/6

\*森山美知子: 家族看護学の新たな発展の方向性の模索と政策への反映. 保健の科学,50(1): 13-18,2008/1

\*森山美知子: 家族看護学の視点から. 日本クリティカルケア看護学会誌,3(2):8-12,2007/12

\*森山美知子, 森田桂子: 家族ケア—患者と家族は1つのユニット—. DITN 2(347) 2007/2

\*森山美知子: 家族看護の基本を学ぶ. 腎不全看護第1回トピックス研修 p1-4 2007/2

\*堀 泰祐: □. がん患者とどのように向き合うか 2. 治らない「がん患者」とどのように付き合うか. 臨床研修プラクティス 4(6): 10-11, 2007

\*堀 泰祐: 癌性疼痛からの解放—さまざまなアプローチ—. 慢性疼痛 26(1): 75-78, 2007

\*堀 泰祐: 緩和医療における集団精神療法. 緩和医療学 10(1): 49-55, 2008

\*堀 泰祐: 臨終期の患者および家族とどのようにコミュニケーションをとればよいか. Junior No.469: 37-40, 2008

- \*堀 泰祐：「ギアチェンジ」におけるコミュニケーションとは？ Junior No470: 37-40, 2008
- \*松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介：医師のがん告知におけるコミュニケーション。緩和医療学 9(1): 47-53, 2007.
- \*松田彩子, 松島英介：放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛。精神科 10(1): 80-84, 2007.
- \*野口 海, 松島英介：緩和医療におけるリスクマネジメント。精神科リスクマネジメント (保坂 隆編著)。中外医学社, 東京, pp.185-190, 2007.
- \*松島英介：終末期のがん告知はどのようにすればよいか？ JUNIOR 6(No.463): 37-41, 2007.
- \*松下年子, 松島英介：婦人科癌から回復した患者の心理とQOL。総合病院精神医学 19(2): 180-187, 2007.
- \*藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 石丸昌彦：ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—。緩和医療学 9(4): 59-67, 2007.
- \*石川和穂, 松島英介：終末期がん患者と家族介護者による患者のQOL評価の一致の重要性—家族は患者のQOLをどのくらい正確に評価できるのか—。精神科 11(1): 68-72, 2007.
- \*小林未果, 松島英介：子宮頸がん経験者のQOLについて。精神科 11(3): 245-248, 2007.
- \*小林真理子, 松島英介：母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要因。精神科 11(5): 395-398, 2007.
- \*松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介：中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査。総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.
- \*Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. Psychiatry and Clinical Neurosciences 61(1): 84-93, 2007.
- \*Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E: Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer undergoing surgery. Holistic Nursing Practice 21 (5): 244-253, 2007.
- \*Shimozuma K, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M: Recent topics of health outcomes research in oncology. Breast Cancer 14(1):60-65, 2007
- \*Ohsumi S, Shimozuma K, Kuroi K, Ono M, Imai H: Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer &#8211; Current status and unresolved issues. Breast Cancer 14(1):66-73, 2007
- \*Kuroi K, Shimozuma K, Ohsumi S, Imai H, Ono M: Current status of health outcome assessment of medical treatment in breast cancer. Breast Cancer 14(1):74-80, 2007
- \*Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M, Shimozuma K: Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer - present status and open issues. Breast Cancer 14(1):81-87, 2007
- \*Ono M, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Shimozuma K: Quality of Japanese health care

evaluated as hospital functions. Breast Cancer 14(1):88-91, 2007

\*下妻晃二郎：外来診療でできる患者満足度を向上させる工夫とは？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20 か条 第 7 回 Junior 11 467:29-32, 2007 (2007 年 11 月号) 医事新報社

\*下妻晃二郎：教育や心理社会的介入はがん患者の QOL を向上できるか？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20 か条 第 6 回 Junior 10 466:35-38, 2007 (2007 年 10 月号) 医事新報社

\*下妻晃二郎：がん患者の QOL や主観的症候を的確に把握するには？ がん告知—患者さんとのコミュニケーションスキルを上げる 20 か条 第 5 回 Junior 10 465:31-34, 2007 (2007 年 8/9 月合併号) 医事新報社

\*下妻晃二郎：乳がん QOL。看護に活かす QOL の視点—疾患別 QOL 向上に向けた実践。臨床看護 33(12):1742-1746, 2007 (2007 年 10 月臨時増刊号)

\*下妻晃二郎, 斎藤信也：緩和ケアにおけるクリニカルパス—在宅緩和医療のパス。緩和医療学 9(2):131-137, 2007

\*下妻晃二郎：がん緩和医療における QOL 評価。日本臨床 65(1): 157-163, 2007 年 1 月

\*Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, Ohashi Y, Tsutani K: The model-based cost-effectiveness analysis of 1-year adjuvant trastuzumab treatment: based on 2-year follow-up HERA trial data. Breast Cancer Res Treat 2007(online)

\*Hongo M, Kinoshita Y, Shimozuma K, Kumagai Y, Sawada M, Nii M: Psychometric validation of the Japanese translation of the Quality of Life Reflux and Dyspepsia questionnaire in patients with heartburn. J Gastroenterol 42(10): 807-815, 2007

\*Kurita M, Shimozuma K, Morita S, Fujiki Y, Ishizawa K, Eguchi H, Saito Y, Ushiorozawa N, Wasada I, Ohashi Y, Eguchi K: Clinical validity of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale. Support Care Cancer 15(1):1-6, 2007

\*姜 哲浩, 湯沢美都子, 梶木香寿美, 山口拓洋, 下妻晃二郎, 福原俊一, 松本容子：加齢黄斑変性患者に対する光線力学療法 1 年後の quality of life 評価。日眼会誌 111(4):315-321, 2007

#### 【その他】

保坂 隆：がん治療—グループ療法に保険適応を。朝日新聞「私の視点」。平成 19 年 8 月 23 日



## IV. 研究成果の刊行物・別刷



# 私の視点

www.kansai.com

東海大学医学部教授（精神医学）

保坂 隆



## ◆がん治療

# グループ療法に保険適用を

がんの患者さんやそのご家族の悩みに寄り添うためには、医療従事者だけでなく、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。

がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。がん治療の現場で、患者さんご自身の心もケアすることが大切だ。



