

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20年度 総合研究報告書

研究代表者 保坂 隆

平成 21 (2009) 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 …………… 1
研究代表者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

II. 分担研究報告

1. がん患者グループ療法のためのファシリテーター養成講座の意義と実際 …… 14
研究代表者 保坂 隆（東海大学医学部教授）
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），吉川真理子（東海大学医学部附属東京病院）
2. がんグループセラピーのファシリテーターの適性と職種および養成プログラムとの関連性に関する研究 …………… 44
分担研究者 長谷川 聡（北海道医療大学看護福祉学部准教授）
研究協力者 池山 晴人（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），木川 幸一（国立病院機構北海道がんセンターがん相談支援情報室 医療ソーシャルワーカー），吉川 真理子（東海大学医学部附属東京病院）
3. 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 …………… 54
分担研究者 下妻 晃二郎（立命館大学総合理工学院生命科学部生命医科学科教授）
研究協力者 堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長），寺田 佐代子（わかば会），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），井上 和子（広島大学大学院保健学研究科），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），上尾裕昭・久保田 陽子（うえお乳腺外科）
4. 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）

5. 肺がん患者および家族へのグループ療法の効果に関する研究 ……………82
分担研究者 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医長 支持・緩和療法チーム室長）
研究協力者 池山晴人，小杉孝子，松田宣能，日保ヒサ，山中政子，宮部貴識，青野奈々，川口知哉，河原正明，林 清二（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター）
6. がん患者への個人精神療法的介入の効果研究 ……………92
分担研究者 河瀬雅紀（京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科教授）
研究協力者 中村千珠（京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科）
7. 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因に関する研究 ……………96
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 久村和穂（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野）

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 121

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷…………… 131

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 20 年度 総括研究報告書

研究代表者： 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

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（2時間半ずつ3レッスン）を全国 15 カ所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計 1,038 名と 1,000 名を越えた。

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一定以上の高い理解度であることが示された。しかし、3レッスンの中で毎回体験学習した「リラクセーション・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。そのため、リラクセーション DVD を作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009 年度には改訂を重ねた約 90 ページから成るテキストと、3レッスンを収録した DVD 3 枚組みと上述したリラクセーション DVD を作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

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。2008-2009 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施設は数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。

また長谷川らは、2008 年度内に 10 箇所で実施した「ファシリテーター養成講座」のうち 6 箇所（青森・群馬・東京・名古屋・京都・大分）の講座に参加した医療関係者他 532 名を対象に、独自に作成したファシリテーション能力 10 項目（説明・司会・統率・信頼・予測・理解・情緒・調整・企画・分析）から成る VAS (Visual Analog Scale) による自己評価「ファシリテーター自己診断票」を一斉記述試験方式で実施した。また受講者の職種と経歴年数などの基本属性項目を記録し、講座受講前後にサイコオンコロジーの知識を問うテス

トも行った。

診断票 10 項目の得点を用いた因子分析（最尤法，バリマックス回転）の結果，固有値 1 以上の 2 因子を得て，その累積寄与率は 55.4% だった。第 1 因子は「予測・理解・調整・分析」などから成る「人間関係力」，第 2 因子は「司会・説明・統率」などから成る「司会進行力」と考えられた。2 つの因子得点の平均値を医師・看護職・心理職・福祉職の 4 職種間で比較したところ，降順に「人間関係力」は「心理職>医師>福祉職>看護職」，「司会進行力」は「医師>心理職>看護職>福祉職」となり，医師・心理職群と看護職・福祉職群で有意差が認められた。また，いずれの群も因子得点の標準偏差が 0.8-1.2 とばらつきが大きかった。受講前後の知識テスト（20 点満点）の平均点（受講前得点，受講後得点）は医師（5.9 点，14.1 点）・看護職（4.1 点，12.7 点）・心理職（8.3 点，17.4 点）・福祉職（3.5 点，14.0 点）と職種間の差が認められ，同時に全職種ともに講座の学習効果は有意（ $p < 0.05$ ）に上がり，特に福祉職の変化率は大きく受講後得点は職種間にほぼ差がなくなった。受講前後得点と 2 因子得点の間の相関は認められなかった。

グループ療法のファシリテーション力として「人間関係力」と「司会進行力」が重要で，量的には医師・心理職と看護職・福祉職とで差が認められた。しかしそのばらつきや因子の二次元的グラフ分析を行うと単なる優劣は判じがたく，むしろ職種別に特徴傾向の異なることが推定される。よって養成講座の構成やグループ療法実施時の人員配置にこの点を配慮する必要があることが示唆された。

また，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（週 1 回×5 週連続）の効果を，心理社会的機能/QOL に加えて医療経済面からも実証中である。

現時点での研究対象は，乳癌根治手術を受けた後，2 週間から 3 ヶ月の 20-79 歳の患者であり，対象施設は，鹿児島県 S 病院，滋賀県 S センター，大分県 U 乳腺外科，の 3 施設である。研究デザインとしては非介入（対照）群の試験に引き続き介入群の研究を行っている（滋賀県 S センターは介入群のみ）。心理社会的能/QOL の調査ポイントは，登録時（介入群では介入直前にあたる），4 週間後（介入群では介入終了直後にあたる），6 カ月後，の 3 回である。

データが得られている対照群（非介入群）100 人と介入群 24 人の 2 回目までの心理社会的機能および QOL の調査結果の概要は，（1）調査票の回収率は，非介入群で 87-92%，介入群で 96-100% であった。（2）開始から 4 週間でスコアの有意な上昇（改善）が見られたのは，非介入群で EORTC QLQ の Dyspnea (DY)，介入群ではなかった。（3）スコアの有意な低下（悪化）が見られたのは，非介入群で，MAC の Fighting Spirit (FS) と Anxious Preoccupation (AP)，介入群で MAC の FS であった。（4）非介入群と介入群の比較ではいずれの尺度のスコアにおいても有意差がなかった。今後の症例登録増加と 6 ヶ月目までの解析，および費用の解析を来年度は行う予定である。

またこのグループ療法の応用として，堀らは，緩和ケア病棟を退院されたご遺族を対象に健康度調査とグループ療法を実施した。結果的には，非介入群においては，有意差は見られなかったが，介入群（グループ療法実施群）には，不安や不眠，抑うつ気分や疲労感を解消する効果が見られたり，一方では悲嘆が促進され，悲嘆が身体化されるといった変化も見ら

れた。また、グループ療法を通して、グループの凝集性やサポート力が高まっていく様子も見受けられた。今後は、ご遺族を対象にしたグループ療法の効果を検証するために、より多くの方に参加して頂くことができるよう、実施方法を含め検討していく予定である。

所も、肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を2008年11月～2009年2月に実施した。

肺がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15～20%と低いが、必要性、参加希望は約40%あり、肺がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。

今後、参加希望意志が「わからない」という方々へのグループ療法に関する適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法（保坂モデル）の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族のQOLに関して前向き観察研究を行う予定である。

一方、河瀬・中村は、平成19年度のがん患者からのニーズ調査の結果から、がん患者にとっては、その時々必要性に応じて、グループ療法や個人精神療法の選択枝があることは有益であろうと推測した。そこで本年度は、グループ療法との連携を考慮した個人精神療法のプログラムを作成することを試みた。すなわち、多くの患者と語らうことに抵抗を感じるなどの理由でグループ療法への参加を躊躇する患者やグループ療法から脱落してしまう患者などが利用できること、またグループ療法と個人精神療法間での移行が容易であることに配慮してプログラムを作成し、その有効性を検証した。プログラムは本研究班が提唱している「がん患者へのグループ療法」の枠組みを用いて作成された。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムである。次年度は、その実施と結果に取り組む予定である。

またこれらの流れとは別に、松島・久村らは、①終末期がん患者とその家族による患者のQOL評価はどの程度一致するのか。②患者一家族間の患者のQOL評価の一致度に関連する心理社会的要因は何か。の2点を明らかにすることを目的として、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）のペアを対象に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。患者一家族間のQOL評価の差に関連する要因として、家族の心理状態、患者一家族間の人間関係、介護負担感、患者一家族間のコミュニケーションを測定した。分析方法としては、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、重みづけ k 係数、級内相関係数などを算出した。また、患者一家族間のQOL評価の差を従属変数とした重回帰分析を行った。

2007年5月～2008年9月に適格条件を満たした134組の患者・家族に調査票を配布し、90組を回収した。QOL全体としては患者一家族間の一致度は中等度で、多くの項

目で家族は患者の QOL を有意に低く評価した。また QOL の領域や項目によって一致度は異なり、身体面・機能面は一致度が高く、スピリチュアリティは中等度で、社会/家族面(特に家族との関係に関する項目)・心理面は低かった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の3要因が患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族の患者とのコミュニケーションの満足度が高い程、患者一家族間の QOL 評価は一致する傾向があることを示した。しかしながら、このモデルの決定係数は低く、他要因の関連が大きいことを示した。さらに症例数を増やし、患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定することが今後の課題である。

本研究では、がん患者と家族に対する心のケアの具体例として、グループ療法をベースにして、その対象の拡大の意義を検証し、個人療法との対比を明らかにしようとしている。時として、患者自身の QOL 評価と、家族からみた患者の QOL 評価は異なることがあるため、その部分を考慮したアプローチが望まれることになる。「心のケアの均てん化」への道はまだ続く。

【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)
- 河瀬 雅紀 (京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科教授)
- 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)
- 下妻 晃二郎 (立命館大学総合理工学院生命科学部生命医科学科教授)
- 所 昭宏 (独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科医長)
- 長谷川 聡 (北海道医療大学看護福祉学部准教授)

【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)
- 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大学院心理学研究科)
- 石川 和穂 (東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野)
- 木川 幸一 (国立病院機構北海道がんセンターがん相談支援情報室 医療ソーシャルワーカー)
- 寺田 佐代子 (わかば会)
- 井上 和子 (広島大学大学院保健学研究科)
- 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)
- 上尾 裕昭・久保田 陽子 (うえお乳腺外科)
- 小杉孝子・松田宣能・日保ヒサ・山中政子・宮部貴識・青野奈々・川口知哉・河原正明、
- 林 清二 (独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター)
- 吉川 真理子 (東海大学医学部附属東京病院)

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の聞いたり、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で、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、実際の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、そのためのファシリテーター養成と診療報酬化、および遺族や家族への応用について検討した。

研究1. ファシリテーター養成講座とファシリテーターの適性について

グループ療法は生存期間を延長する効果はないにも関わらず、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。しかし、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。

まず、このファシリテーター養成プログラムは、【表-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-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15カ所で2年間合計で1,038名であり、受講者の職種などは【表

ー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。

【表一2】受講者（計1,038名）

平成19年度

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）

平成19年度受講者（計358名）

平成20年度

講習場所 受講者人数（内訳）

○沖縄：88名（医師：12，看護師・保健師：24，医療ソーシャルワーカー：12，心理士：16，薬剤師：3，患者・支援者：8，その他：13）

○仙台：88名（医師：10，看護師・保健師：61，医療ソーシャルワーカー：5，臨床心理士：1，薬剤師：3，患者・支援者：4，その他：4）

○福岡：71名（医師：8，看護師・保健師：44，医療ソーシャルワーカー：8，心理士：4，薬剤師：3，その他：4）

○群馬：69名（医師：2，医療ソーシャルワーカー：3，看護師・保健師：52，臨床心理士：3，その他：9）

○東京3：76名（医師：5，医療ソーシャルワーカー：12，看護師・保健師：25，臨床心理士：11，学生：5，その他：18）

○名古屋：88名（医師：10，医療ソーシャルワーカー：10，看護師・保健師：55，その他：13）

○青森：71名（医師：10，薬剤師：4，看護師・保健師：46，その他：11）

○京都：46名（医師：7，臨床心理士：8，看護師・保健師：18，薬剤師：3，その他：10）

○大分：83名（医師：8，医療ソーシャルワーカー：9，臨床心理士：9，看護師・保健師：45，薬剤師：3，その他：9）

平成20年度受講者（計680名）

平成19-20年度受講者（計1,038名）

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一定以上の高い理解度であることが示された。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。そのため、リラクゼーションDVDを作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009年度には改訂を重ねた約90ページから成るテキストと、3レッスンを収録したDVD3枚組みと上述したリラクゼーションDVDを作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

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。2008-2009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施設は数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。

また長谷川らは、2008年度内に10箇所で開催した「ファシリテーター養成講座」のうち6箇所(青森・群馬・東京・名古屋・京都・大分)の講座に参加した医療関係者他532名を対象に、独自に作成したファシリテーション能力10項目(説明・司会・統率・信頼・予測・理解・情緒・調整・企画・分析)から成るVAS(Visual Analog Scale)による自己評価「ファシリテーター自己診断票」を一斉記述試験方式で実施した。また受講者の職種と経験年数などの基本属性項目を記録し、講座受講前後にサイコロロジーの知識を問うテストも行った。

診断票10項目の得点を用いた因子分析(最尤法、バリマックス回転)の結果、固有値1以上の2因子を得て、その累積寄与率

は55.4%だった。第1因子は「予測・理解・調整・分析」などから成る「人間関係力」、第2因子は「司会・説明・統率」などから成る「司会進行力」と考えられた。2つの因子得点の平均値を医師・看護職・心理職・福祉職の4職種間で比較したところ、降順に「人間関係力」は「心理職>医師>福祉職>看護職」、「司会進行力」は「医師>心理職>看護職>福祉職」となり、医師・心理職群と看護職・福祉職群で有意差が認められた。また、いずれの群も因子得点の標準偏差が0.8-1.2とばらつきが大きかった。受講前後の知識テスト(20点満点)の平均点(受講前得点、受講後得点)は医師(5.9点、14.1点)・看護職(4.1点、12.7点)・心理職(8.3点、17.4点)・福祉職(3.5点、14.0点)と職種間の差が認められ、同時に全職種ともに講座の学習効果は有意($p < 0.05$)に上がり、特に福祉職の変化率は大きく受講後得点は職種間にほぼ差がなくなった。受講前後得点と2因子得点の間の相関は認められなかった。

グループ療法のファシリテーション力として「人間関係力」と「司会進行力」が重要で、量的には医師・心理職と看護職・福祉職とで差が認められた。しかしそのばらつきや因子の二次元的グラフ分析を行うと単なる優劣は判じがたく、むしろ職種別に特徴傾向の異なることが推定される。よって養成講座の構成やグループ療法実施時の人員配置にこの点を配慮する必要のあることが示唆された。

研究2. 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

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(週1回×5週連続)の効

果を、心理社会的機能/QOLに加えて医療経済面からも実証する研究計画を2007年8月より進めている。

研究対象は、乳癌根治手術を受けた後、2週間から3ヶ月の20-79歳の患者である。

対象施設は、鹿児島県S病院、滋賀県Sセンター、大分県U乳腺外科、の3施設である。

研究デザインとしては非介入(対照)群の試験に引き続き介入群の研究を行っている(滋賀県Sセンターは介入群のみ)。

心理社会的能/QOLの調査ポイントは、登録時(介入群では介入直前にあたる)、4週間後(介入群では介入終了直後にあたる)、6ヵ月後、の3回である。

本研究は、倫理審査委員会の承認を得て開始した。

今回は、データが得られている対照群(非介入群)100人と介入群24人の2回目までの心理社会的機能およびQOLの調査結果を報告する。

結果の概要は、(1)調査票の回収率は、非介入群で87-92%、介入群で96-100%であった。(2)開始から4週間でスコアの有意な上昇(改善)が見られたのは、非介入群でEORTC QLQのDyspnea(DY)、介入群ではなかった。(3)スコアの有意な低下(悪化)が見られたのは、非介入群で、MACのFighting Spirit(FS)とAnxious Preoccupation(AP)、介入群でMACのFSであった。(4)非介入群と介入群の比較ではいずれの尺度のスコアにおいても有意差がなかった。

今後の症例登録増加と6ヶ月目までの解析、および費用の解析を来年度は行う予定である。

研究3. グループ療法の遺族ケアへの応用

わが国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、「カード送付」と「追悼会」が遺族ケアの2大プログラムであるとされている。しかし、「追悼会」のように、ご遺族のグループによる介入は積極的になされているものの、多くの場合、その介入方法は構造化されていないもの(グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっていなかった)であり、ご遺族に対するグループ療法として、構造化された介入(グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっているもの)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、ファシリテーターの技術や人間性など、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という点が利点ではないか、と考えた。

そこで、今回、保坂(2008)の「がん患者さんのためのグループ療法マニュアル(第3版)」に基づき、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構造化されたグループ療法を実施することを考えた。そのために、まず、①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ために、ご遺族の健康度調査を行うこと、②ご遺族を対象に構造化されたグループ療法の効果を検討することを本研究の目的とする。調査は現在までに4回実施しており、そのうち1回グループ療法を実施することができた。そこで、今回は第IV回目までの調査結果と今後の展望について報告する。

今回、緩和ケア病棟を退院されたご遺族を対象に健康度調査とグループ療法を実施した。非介入群においては、有意差は見られなかったが、介入群(グループ療法実施

群)には、不安や不眠、抑うつ気分や疲労感を解消する効果が見られたり、一方では悲嘆が促進され、悲嘆が身体化されるといった変化も見られた。また、グループ療法を通して、グループの凝集性やサポート力が高まっていく様子も見受けられた。

一方で、グループ療法の参加者が少ない理由としては、調査対象者数が少ないこと、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、開催日が平日であることなどが考えられる。しかし、グループ療法の中で、グループの凝集性やサポート力が高まっていくことを目の当たりにし、5回セッションの意味も実感した。そこで、今後は、参加者数を増やすため、週1回×5セッションではなく、週1回2セッション×2週+1セッションの組み合わせで土日に行うなど、方法を検討していき、介入群に有意な効果が出ることを期待したい。

(第V回目調査では、毎週土曜日に週1回×3セッションのペースでグループ療法を実施する予定である。)

研究4. グループ療法のがん患者の家族への応用

肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を2008年11月～2009年2月に実施した。

肺がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15～20%と低いが、必要性、参加希望は約40%あり、肺がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族

の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。

今後、参加希望意志が「わからない」という方々へのグループ療法に関する適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法(保坂モデル)の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族のQOLに関して前向き観察研究を行う予定ある。

研究5. 構造化された個人精神療法プログラムの作成

プログラムの作成にあたり、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」で用いられているがん患者へのグループ療法の枠組みを用いることとした。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムとした。

また、プログラムにおける各セッションのテーマについては、身体的状態の比較的良好いがん患者を対象に筆者らが行なった心理社会的ニーズに関する調査の結果を参考にした(心身医学 47(2):111-121, 2007)。すなわち、がん患者においては実存的問題へのニーズが高いことが示され、それは、ただ単にこの世の中に「いる(ある)」のではなく、何らかの目標や可能性を持ちつつ自分の生き方を問題にして生きている、そのような人間の生き方が生命の危機に直面してかけがえのない自分本来の生き方を模索し、他者やこの世界との新たな

関係を構築していくその過程を援助する必要性が示された。そして因子分析の結果からニーズの高かった「受容」「自己価値」「家族・友人」「自立・協力」をテーマとしてプログラムに組み入れることとした。

がん患者への個人精神療法的介入プログラムの内容と実施計画は以下の通りである。

【実施方法】

心理教育、話し合い、リラクセーションからなる構造化された個人精神療法プログラムで、1セッション30分、週1回、連続して5週間実施する。

第1回目は、導入として症状に気づいてから今までの経緯などを聞き、プログラムの内容に関する説明を行い、最後にリラクセーション（呼吸法）を実施する。

第2回目以降は、導入として1週間の様子を聞き、引き続いてテーマを設定した心理教育を行ない、話し合い、リラクセーション（呼吸法）を実施する。

心理教育のテーマとして、第2回目では「がんに伴う不安について」、第3回目では「ソーシャルサポートについて」、第4回目では「不安への取り組みについて」、第5回目では「自分らしく過ごすために」を取り上げる。「受容」は毎回のセッションで取り上げられ、「家族・友人」は主に第3回目、「自己価値」「自立・協力」は主に第4・5回目で取り上げられる。

来年度はこのプログラムを実際に試行して、その効果を検証する。

研究6. 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者の QOL 評価の一致度とその予測要因に関する研究

以下の2点を明らかにすることを目的と

して、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）のペアを対象に自記式質問紙による調査を実施した。①終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価はどの程度一致するのか。②患者—家族間の患者の QOL 評価の一致度に関連する心理社会的要因は何か。

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—家族間の QOL 評価の差に関連する要因として、家族の心理状態、患者—家族間の人間関係、介護負担感、患者—家族間のコミュニケーションを測定した。分析方法としては、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、重みづけ κ 係数、級内相関係数などを算出した。また、患者—家族間の QOL 評価の差を従属変数とした重回帰分析を行った。本研究は当大学および当該病院の倫理委員会の承認を得て実施された。

2007年5月～2008年9月に適格条件を満たした134組の患者・家族に調査票を配布し、90組を回収した。QOL 全体としては患者—家族間の一致度は中等度で、多くの項目で家族は患者の QOL を有意に低く評価した。また QOL の領域や項目によって一致度は異なり、身体面・機能面は一致度が高く、スピリチュアリティは中等度で、社会/家族面（特に家族との関係に関する項目）・心理面は低かった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の3要因が患者—家族間の QOL 評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族の患者とのコミュニケーションの満足度が高い程、患者—家族間の QOL 評価は一致する傾向があることを示した。しかしながら、この

モデルの決定係数は低く、他要因の関連が大きいことを示した。さらに症例数を増やし、患者—家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定することが今後の課題である。

結論

本研究では、がん患者と家族に対する心のケアの具体例として、グループ療法をベースにして、その対象の拡大の意義を検証し、個人療法との対比を明らかにしようとしている。時として、患者自身の QOL 評価と、家族からみた患者の QOL 評価は異なることがあるため、その部分を考慮したアプローチが望まれることになる。「心のケアの均てん化」への道はまだ続く。

【謝辞】

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 20 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 : 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
- 18) 保坂 隆 : 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の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
- 19) 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)

がん患者グループ療法のためのファシリテーター養成講座の意義と実際

保坂 隆（1），池山 晴人（2），吉川真理子（3）

(1) 東海大学医学部教授

(2) 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

(3) 東海大学医学部附属東京病院

【研究要旨】

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（2時間半ずつ3レッスン）を全国 15 カ所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計 1,038 名と 1,000 名を越えた。

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一定以上の高い理解度であることが示された。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。そのため、リラクゼーション DVD を作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009 年度には改訂を重ねた約 90 ページから成るテキストと、3レッスンを収録した DVD 3 枚組みと上述したリラクゼーション DVD を作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

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。2008-2009 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施設は数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。

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强したり、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

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、実際が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つのセッ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 15 カ所で 2 年間合計で 1,038 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。

【表一2】受講者 (計 1,038 名)

平成 19 年度

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-

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）

平成19年度受講者（計358名）

平成20年度

講習場所 受講者人数（内訳）

○沖縄：88名（医師：12，看護師・保健師：24，医療ソーシャルワーカー：12，心理士：16，薬剤師：3，患者・支援者：8，その他：13）

○仙台：88名（医師：10，看護師・保健師：61，医療ソーシャルワーカー：5，臨床心理士：1，薬剤師：3，患者・支援者：4，その他：4）

○福岡：71名（医師：8，看護師・保健師：44，医療ソーシャルワーカー：8，心理士：4，薬剤師：3，その他：4）

○群馬：69名（医師：2，医療ソーシャルワーカー：3，看護師・保健師：52，臨床心理士：3，その他：9）

○東京3：76名（医師：5，医療ソーシャルワーカー：12，看護師・保健師：25，臨床心理士：11，学生：5，その他：18）

○名古屋：88名（医師：10，医療ソーシャルワーカー：10，看護師・保健師：55，その他：13）

○青森：71名（医師：10，薬剤師：4，看護師・保健師：46，その他：11）

○京都：46名（医師：7，臨床心理士：8，看護師・保健師：18，薬剤師：3，その他：10）

○大分：83名（医師：8，医療ソーシャルワーカー：9，臨床心理士：9，看護師・保健師：45，薬剤師：3，その他：9）

平成20年度受講者（計680名）

平成19-20年度受講者（計1,038名）

講習会は試行錯誤を経て，平成19年近畿開催の時から，土曜の午後（1レッスン），日曜の午前/午後でそれぞれ1レッスンを行い，合計3レッスン（2.5時間×3レッスン＝7.5時間）が定例になった。平成20年度になり，東京3・大分では例外的に日曜日の1日だけで3レッスン（7.5時間）を施行した。

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施行した。講座終了時にも同じ質問票を試行し前後比較した。

講義内容は基本的には，テキストを配布してスライドでの座学と，グループワークを行い，受講後にはグループ療法をファシリテイトできるように，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。それを次の養成講座にできるかぎり反映させ，テキストも毎回修正し，方法も修正していった。

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。そのうち大分・青森での講座参加者の結果を【図-1】に示した。他のどこの会場の受講者も、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。

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。19年度の6カ所の結果では、次第に理解度が増していることがわかった。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た。しかし、20年度になってからは、ある一定以上の理解度が示され、回を追う毎に理解度が増すという傾向はみられなかった。【表-4】には、各開催地による受講者の理解度を分散分析した結果を示したが、いくつかの場所で理解度に差が見られることもあったが、一定の固定した傾向ではなかった。

しかし、いずれの開催地においても、リラクセーションの技術の獲得への自信が少なかったことがわかったので、リラクセーションDVDを作成することになった。

最終的には、図に示したように、90ページから成るテキストと、3回のレッスンを収録したDVD3枚組と、受講者からの希望が多かったリラクセーションDVD1枚を作成した。

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、グループ介入用のマニュアル(2年間の研究期間中

だけでも第4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患者の中で生じ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セーションの実習をした。全体の前でリラクセーションの指導をするのは無理があったため

に、3回とも研究者（講師）が指導をしたが、その意味では、リラクセ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。初年度は、理解度が回を増す毎に増えていった。それは、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、2年目の理解度は既にほぼ一定以上に達し、大きな変化はなかった。

いずれの開催地においても、リラクセ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セ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セ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、初年度の当初は実際の患者が体験ですと思われる週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、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。その後、2カ所で1日バージョンも施行したが、受講者からはほぼ同じような満足度が得られているので、時間がない場合には、この1日バージョンも可能であると思っている。(17,18)

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。(19)

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、引き続き検討していかなければならない。

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レッスンの養成講座を全国15カ所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計1,038名と1,000名を越えた。

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一定以上の高い理解度であることが示された。しかし、3レッスンの中で毎回体験学習した「リラクセーション・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。そのため、リラクセーションDVDを作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009 年度には改訂を重ねた約 90 ページから成るテキストと、3 レッスンを収録した DVD3 枚組みと上述したリラクゼーション DVD を作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

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施設は数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たからである。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】

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 20 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 : 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
 - 18) 保坂 隆 : 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の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
 - 19) 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)線上に×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)線上に○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)線上に○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

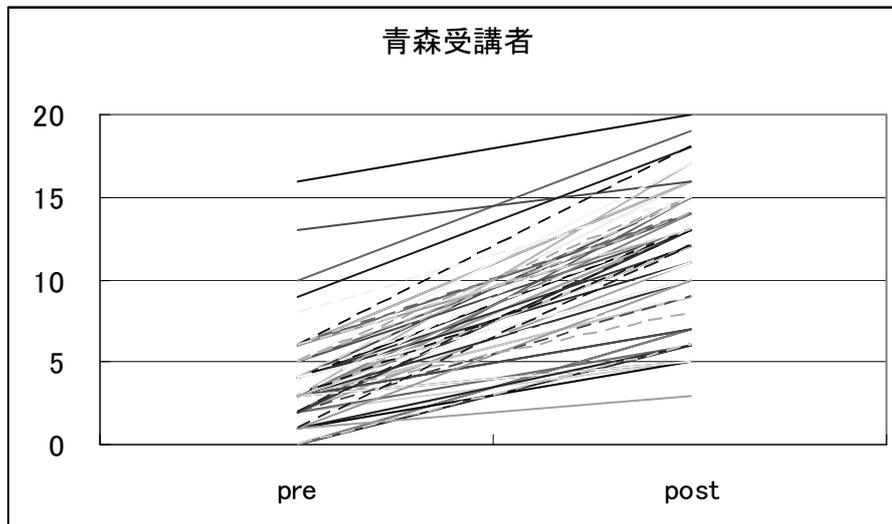
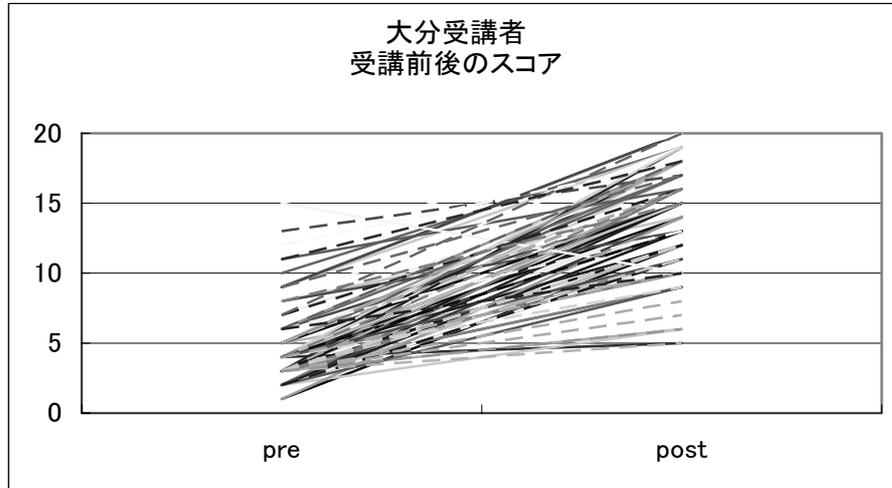
7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ——— | ——— | ——— | ——— | できる

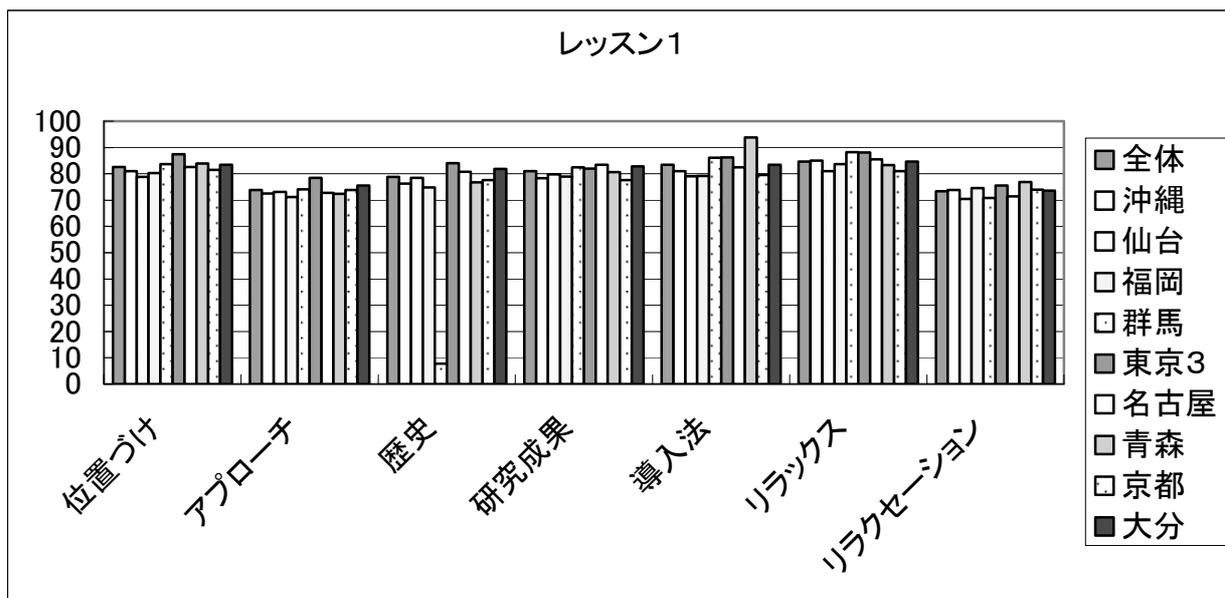
○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表-4】開催地別の受講者の理解度												
項目	全体	① 沖縄	② 仙台	③ 福岡	④ 群馬	⑤ 東京	⑥ 名古屋	⑦ 青森	⑧ 京都	⑨ 大分	F検定	多重比較
L1-1	4.13	4.05	3.94	4.01	4.18	4.37	4.13	4.20	4.07	4.17	*	⑤>②
L1-2	3.69	3.63	3.66	3.56	3.71	3.92	3.64	3.62	3.69	3.78	n.s.	
L1-3	3.94	3.81	3.92	3.74	3.84	4.20	4.04	3.84	3.88	4.09	*	⑤>③
L1-4	4.05	3.92	3.99	3.94	4.13	4.10	4.17	4.03	3.88	4.14	n.s.	
L1-5	4.17	4.05	3.95	3.96	4.30	4.31	4.12	4.69	3.97	4.17	n.s.	
L1-6	4.23	4.25	4.05	4.18	4.41	4.41	4.28	4.16	4.05	4.23	*	④,⑤>②
L1-7	3.67	3.69	3.52	3.73	3.54	3.78	3.57	3.84	3.70	3.68	n.s.	
L2-1	4.60	4.58	4.63	4.47	4.83	4.62	4.62	4.52	4.57	4.58	*	④>③,⑦
L2-2	4.49	4.50	4.51	4.29	4.55	4.57	4.49	4.48	4.46	4.52	n.s.	
L2-3	4.45	4.55	4.40	4.30	4.62	4.51	4.35	4.52	4.36	4.44	*	④>③
L2-4	4.37	4.29	4.43	4.22	4.46	4.35	4.37	4.44	4.33	4.41	n.s.	
L2-5	4.38	4.44	4.48	4.18	4.47	4.46	4.25	4.44	4.25	4.39	*	②>③
L2-6	4.20	4.06	4.31	3.98	4.40	4.22	4.20	4.18	4.15	4.23	*	④>③
L2-7	3.61	3.77	3.60	3.45	3.68	3.88	3.21	3.67	3.60	3.74	*	①,⑤,⑦,⑨>⑥
L3-1	4.33	4.42	4.30	4.23	4.21	4.22	4.29	4.15	4.08	4.88	n.s.	
L3-2	4.38	4.13	4.27	4.06	4.53	4.33	4.40	4.57	4.22	4.80	n.s.	
L3-3	4.07	3.94	4.10	3.92	4.30	4.03	4.04	4.14	3.99	4.11	n.s.	
L3-4	4.46	4.39	4.54	4.38	4.61	4.49	4.53	4.42	4.22	4.46	*	②,④>⑧
L3-5	4.44	4.29	4.63	4.27	4.57	4.50	4.46	4.34	4.24	4.53	*	②>①,③,⑧
L3-6	4.54	4.61	4.63	4.38	4.61	4.60	4.56	4.50	4.36	4.57	*	②>③,⑧
L3-7	3.79	3.66	3.70	3.78	3.93	4.04	3.51	3.79	3.64	4.00	*	⑤,⑨>⑥
*p<.05 ns 有意差なし												
L1-1:レッスン1の評価表の項目1の意味, 以下同												

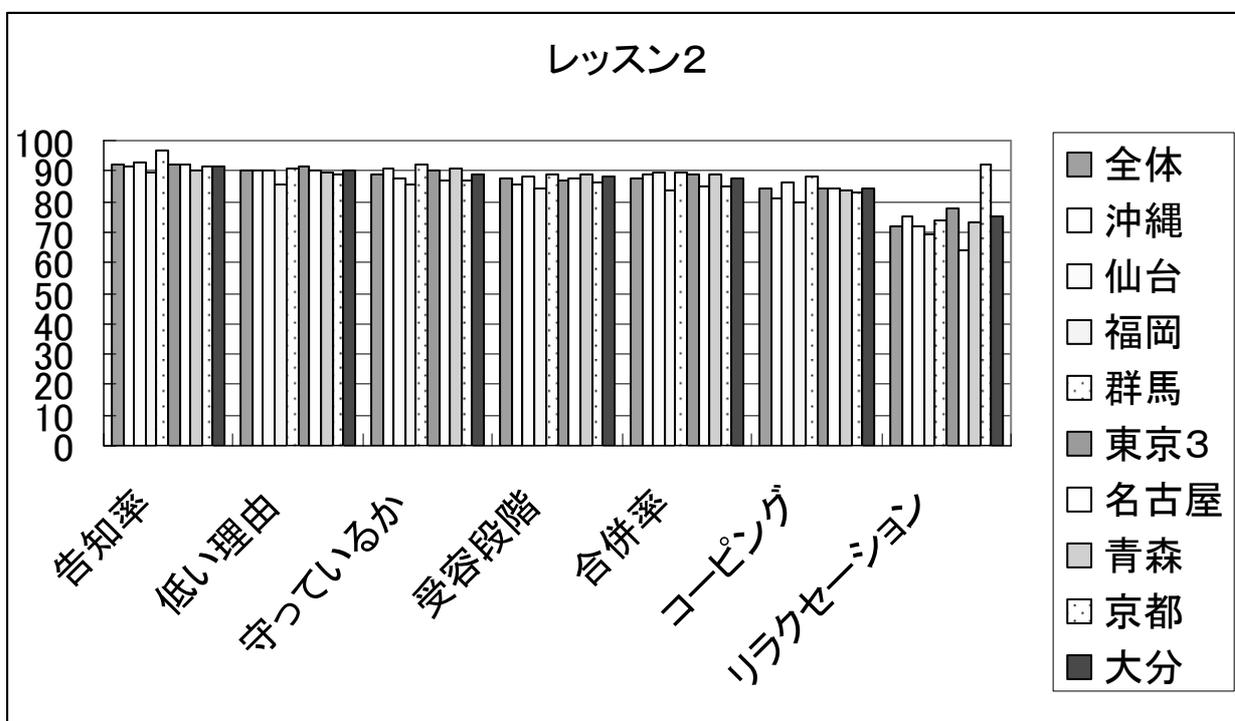
【図-1】



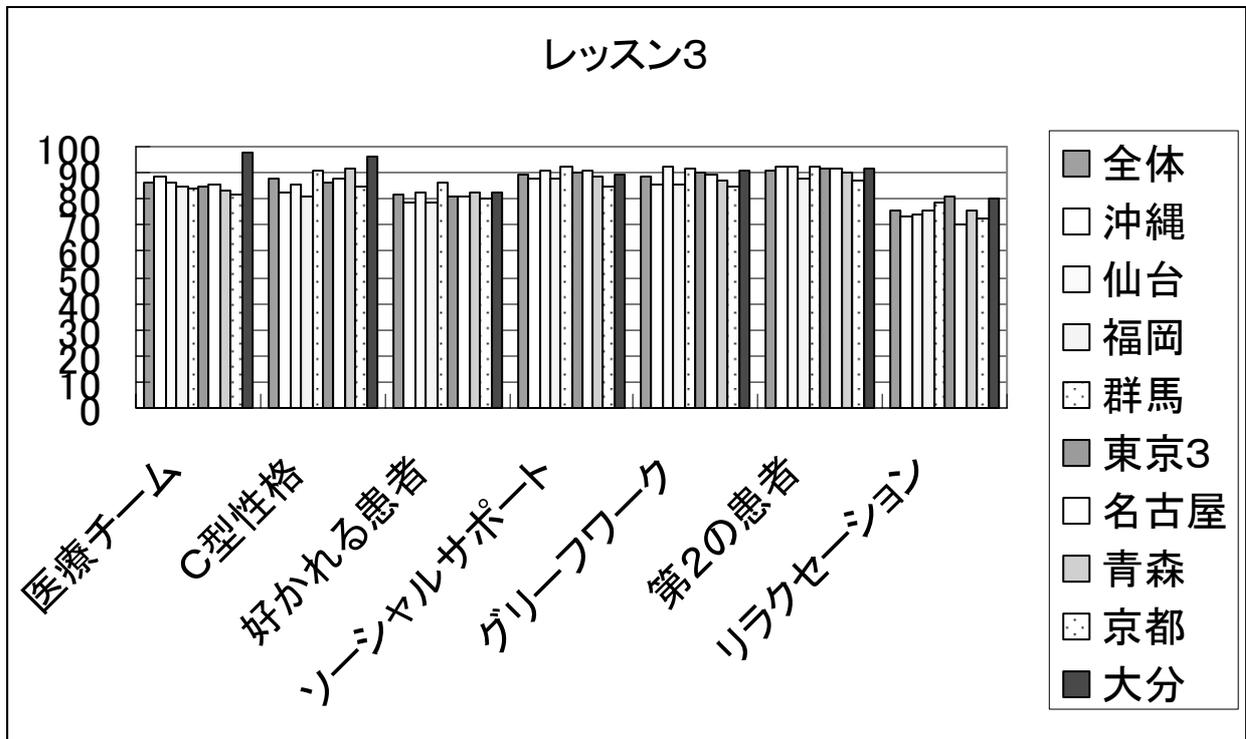
【図-2a】 レッスン1の評価



【図-2b】 レッスン2の評価



【図-2 c】 レッスン3の評価



参考

がん患者さんのためのグループ療法マニュアル（第4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かなくても結構ですから、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。・・・」

個人の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・・・吐いて・・・。

では、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ょう。

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ょう。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ょう。

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、早速やってみましょう。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ょう・・・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．．ふた一つ．．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）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」「もう少しで良くなってきますよ」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—これは絶対的ではないが—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いて後悔したり、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よう。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)

以下のリラクゼーションの部分は、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度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。前はさわりだけをやりましたから、今日は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あるからである。

「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よ。そこで、リラックスする時にはまず、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、もっともつです。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、もっともつとです。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・・・。

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・・・。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なくて、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」と声に出さなくて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。

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否認：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ります
(悲観はうつ病の可能性もある→免疫機能が低下)

これまでのストレス時はどんなコーピングでしたか？

今回の病気に対して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。しか
し頑張らせるのは不要であるばかりか有害なこともある)

「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。

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。結婚している方は配偶者、またはパートナー、その他、家族や友人や近所の人も大切なソーシャルサポートです。そのような人の全体をソーシャル・ネットワークとも言います。皆さんの場合には、誰が一番支えになりますか？」

(順番に話してもらおう)

「このグループで知り合った方もソーシャル・ネットワークになりますが、どうでしょうか？」

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、体中を点検に行って、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

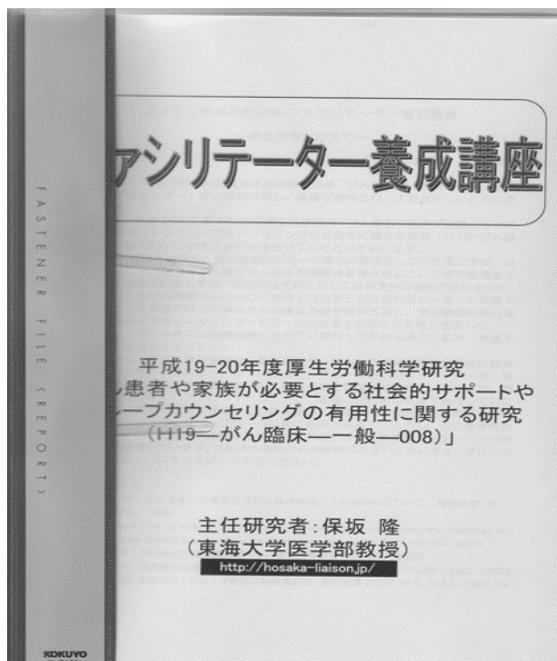
保坂 隆：がんところ。テンタクル，東京，2001

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 19-20 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。

ファシリテーター養成講座テキスト 90ページ



ファシリテーター養成講座DVD3枚組み + リラクゼーションDVD1枚



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
- *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
- *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: あの人「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所, 東京, 2008
- *保坂 隆: 平常心。中公新書ラクレ, 東京, 2008
- *保坂 隆: おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社, 東京, 2008
- *保坂 隆, 寺田佐代子: がんの心の悩み処方箋。三省堂, 東京, 2008

【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
- *保坂 隆: 転移・逆転移を知らない大きなストレスに。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
 - * 保坂 隆 : 医療技術の進歩を活かす医療の在り方とは? 医療経済研究 162: 26-27, 2008
 - * Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):834-42.
 - * Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, Hosaka T, Furukawa TA, Uchitomi Y. : Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study. J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):515-523.
 - * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer. Psychooncology. 2008 May; 17 (5):460-5.
 - * Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, Eguchi K, Hosaka T, Furukawa TA. : Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2008 Oct;38 (10):653-60.
 - * 保坂 隆 : 書評「青少年のための自殺予防マニュアル」・医学のあゆみ 225(4), 336-337, 2008
 - * 保坂 隆 : 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の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
 - * 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆 : がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート。総合病院精神医学 20: 129-138, 2008
 - * 保坂 隆 : がん患者の心理の理解とうつ・適応障害のアセスメント。消化器肝胆膵ケア 13: 14-19, 2008
 - * 保坂 隆 : 医師のストレス。医学のあゆみ 227(2): 87-88, 2008
 - * Masashi Kato, Yasuhiro Kishi, Toru Okuyama, Paula T. Trzepacz, Takashi Hosaka. : Japanese Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity (in press)
 - * 保坂 隆 : 精神障害の見分け方。治療 91: 21-25, 2009
 - * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians : a preliminary study.

Palliative and Supportive Care (in press)

- *保坂 隆：希死念慮を持つ患者にどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 479: 39-42, 2009
- *保坂 隆：疼痛性障害。ドクターサロン 53(2): 26-30, 2009

【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】

- *保坂 隆：医療体制の明日：近年の進展から将来を読む。医療経済研究会新春特別講座, 2007 年 1 月 19 日
- *保坂 隆：医療技術の進歩を活かす医療の在り方とは。医療経済研究会新春特別講座, 2008 年 1 月 11 日
- *保坂 隆：こころの安全週間—普及啓発は自殺予防に有効か？。第 21 回日本総合病院精神医学総会, 2008 年 11 月 28 日
- *保坂 隆：医療へのアクセスと資源配分～医療崩壊への処方箋を考える。医療経済研究会新春特別講座, 2009 年 1 月 9 日
- *保坂 隆：がん患者のための心のケア—サイコオンコロジーへの招待。第 17 回 Tokyo Cancer Themothrapy Symposium。2009 年 3 月 7 日

【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 15th 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」との上手なつき合い方：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
 - *保坂 隆：がんと心—サイコオンコロジーへの招待。尾張乳癌勉強会。2008年4月16日
 - *保坂 隆：緩和ケアにおけるコミュニケーションスキル。第12回青森緩和ケア懇話会。2008年4月19日
 - *保坂 隆：企業におけるメンタルヘルス。志木市こころの安全週間啓発事業。2008年5月14日
 - *保坂 隆：うつ・ストレスとその対策。製鉄原料七洋会第56回講演会。2008年5月16日
 - *保坂 隆：がんとこころ。志木市こころの安全週間啓発事業。2008年5月18日
 - *保坂 隆：なぜ今こころの安全週間なのか。志木市こころの安全週間啓発事業。2008年5月18日
 - *保坂 隆：子どもの心の健康について。杉並区小中学校保健主任会。2008年5月19日
 - *保坂 隆：あなたのためにこころのケアを。かごしま女性医療フォーラム。2008年5月24日
 - *保坂 隆：ストレス・うつとその対策。杉並区勤労者福祉協会。2008年5月26日
 - *保坂 隆：疼痛性障害。ラジオNIKKEI「ドクターサロン」。2008年6月12日
 - *保坂 隆：リハビリテーションにおける障害受容の問題。日本リハビリテーション学会近畿地方会教育講演。2008年7月5日
 - *保坂 隆：がんと心—サイコオンコロジーへの招待。第44回日本婦人科腫瘍学会学術集会特別講演。2008年7月17日
 - *保坂 隆：がんと心—サイコオンコロジーへの招待。第16回岐阜乳腺疾患カンファレンス特別講演。2008年11月7日
 - *保坂 隆：小児のエンドオブライフケアに関わるスタッフのソーシャルサポート。第6回日本小児がん看護研究会学術集会特別講演。2008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。2008年1月30日
 - *保坂 隆：がんと心—サイコオンコロジーへの招待。第9回和歌山乳腺疾患研究会特別講演。2009年1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。第4回磐田緩和ケア研究会。2009年2月6日
 - *保坂 隆：がんと心—サイコオンコロジーへの招待。第32回Health Science20/20研究会特別講演。2009年2月18日

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

がんグループセラピーのファシリテーターの適性と職種 および養成プログラムとの関連性に関する研究

分担研究者：長谷川 聡

（北海道医療大学看護福祉学部准教授）

【研究要旨】

がん患者の集団精神療法やソーシャルサポートの有用性と必要性が認められつつある。本研究班は「構造化されたグループ療法」の均てん化と医療職によるその実施者を養成する目的で「ファシリテーター養成講座」を展開してきた。

この分担研究ではその養成講座を受講した医療職のファシリテーション力の構造と職種による違いを明らかにし、講座および療法の実施への影響について検討した。

班が2008年度内に10箇所で開催した「ファシリテーター養成講座」のうち6箇所（青森・群馬・東京・名古屋・京都・大分）の講座に参加した医療関係者他532名を対象に、独自に作成したファシリテーション能力10項目（説明・司会・統率・信頼・予測・理解・情緒・調整・企画・分析）から成るVAS(Visual Analog Scale)による自己評価「ファシリテーター自己診断票」を一斉記述試験方式で実施した。また受講者の職種と経験年数などの基本属性項目を記録し、講座受講前後にサイコオンコロジーの知識を問うテストも行った。

診断票10項目の得点を用いた因子分析（最尤法，バリマックス回転）の結果，固有値1以上の2因子を得て，その累積寄与率は55.4%だった。第1因子は「予測・理解・調整・分析」などから成る「人間関係力」，第2因子は「司会・説明・統率」などから成る「司会進行力」と考えられた。2つの因子得点の平均値を医師・看護職・心理職・福祉職の4職種間で比較したところ，降順に「人間関係力」は「心理職>医師>福祉職>看護職」，「司会進行力」は「医師>心理職>看護職>福祉職」となり，医師・心理職群と看護職・福祉職群で有意差が認められた。また，いずれの群も因子得点の標準偏差が0.8-1.2とばらつきが大きかった。受講前後の知識テスト（20点満点）の平均点（受講前得点，受講後得点）は医師（5.9点，14.1点）・看護職（4.1点，12.7点）・心理職（8.3点，17.4点）・福祉職（3.5点，14.0点）と職種間の差が認められ，同時に全職種ともに講座の学習効果は有意（ $p < 0.05$ ）に上がり，特に福祉職の変化率は大きく受講後得点は職種間にほぼ差がなくなった。受講前後得点と2因子得点の間の相関は認められなかった。

グループ療法のファシリテーション力として「人間関係力」と「司会進行力」が重要

で、量的には医師・心理職と看護職・福祉職とで差が認められた。しかしそのばらつきや因子の二次元的グラフ分析を行うと単なる優劣は判じがたく、むしろ職種別に特徴傾向の異なることが推定される。よって養成講座の構成やグループ療法実施時の人員配置にこの点を配慮する必要のあることが示唆された。

【研究協力者】

池山 晴人（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）

木川 幸一（国立病院機構北海道がんセンターがん相談支援情報室 医療ソーシャルワーカー）

吉川 真理子（東海大学医学部附属東京病院）

A. 目的

本研究班はがん患者に対する「構造化されたグループ療法」の均てん化と医療専門職の中からその実施者を養成する目的で、「ファシリテーター養成講座」を展開してきた。研究代表者らは養成講座を繰り返す中で、講座およびグループ療法自体のプログラムや教材に改良を加えてマニュアルの整備を行ってきた。講座修了者なら「(医療職の)誰もが(全国)どこでもマニュアルに従った一定水準の集団精神療法」を実施することができ、「がん患者やその家族がどこでも同じサービスが受けられる」ことを意図した試みである。

しかし、どれほどプログラムやマニュアルを整備したとしても、グループ療法がファシリテーターの手によって実施される限り、ファシリテーターの適性・能力・経験などによる影響を完全に排除することはできない。同時に、ファシリテーターを含むグループ参加者全員の個性とグループダイナミクスにより、その効果や成果が異なることは自明のことである。

われわれ分担研究者・研究協力者は構造化されたグループ療法における人的資源、すなわちファシリテーターの役割や

機能に着目して、本療法の実施に必要な医療専門職の資質やスキル、あるいは適性などについて分析を進めることにした。中でも特に医療専門職のファシリテーション・スキルに焦点を当て、その構造と職種による違いを明らかにし、講座および療法の実施への影響について検討することを目的とした。

B. 方法

本研究班が2008年度内に10箇所で開催した「がんグループ療法のためのファシリテーター養成講座」のうち6か所（青森・群馬・東京・名古屋・京都・大分）の参加者532名を対象として、独自に作成したファシリテーション能力10項目（説明・司会・統率・信頼・予測・理解・情緒・調整・企画・分析）から成るVAS(Visual Analog Scale)による自己評価「ファシリテーター自己診断票」(資料1)を一斉記述試験方式で実施した。また受講者の職種や経験年数などの基本属性項目を記録し、講座受講前後にサイコオンコロジーの知識を問うテストおよび講座に関するアンケート調査（研究代表者による研究報告資料参照）も行った。

分析は初めにファシリテーション力の構造解析を行う目的で、すべての有効な診断票をデータとして因子分析法を試みた。いくつかの因子が得られたならば、次にそれらの因子に基づく医療専門職の因子得点に着目して、職種によるファシリテーション力の特徴ないし差異を中心に基本属性項目との関連を、また同様にして知識テストや講座アンケートとの関連性についても検討した。

C. 結果

6 講座の参加者総数 532 名の内訳は、医療専門職は看護職 248 名(57.4%)、心理職 43 名(10.0%)、医師 42 名(9.7%)、福祉職 41 名(9.5%)で、他に病院事務職・患者・家族等の非医療専門職参加者の「その他」45 名(10.4%)、「不明」13 名(3.0%)だった(表1)。4 種の医療専門職 374 名(86.4%)の経験年数の平均は看護職 16.9 年(標準偏差 9.01 年, 以下同様), 医師 19.5 年(12.53 年), 心理職 7.3 年(6.52 年), 福祉職 7.3 年(5.45 年)で、看護職・医師群が心理・

表 1 職種別参加者数 (人)

看護職	248	57.4%
心理職	43	10.0%
医師	42	9.7%
福祉職	41	9.5%
その他	45	10.4%
不明	13	3.0%
合計	432	100.0%

福祉職群より有意に高く($p<0.05$), 医師, 看護職は標準偏差も 10 年前後と経験年数(あるいは年齢)に幅があり, 心理・福祉職群は比較的若い受講者が多かった。

診断票 10 項目の得点を用いた因子分析(最尤法, バリマックス回転)の結果, 固有値 1 以上の 2 因子を得てその累積寄与率は 55.4%だった。(表 2)

表 2 最尤法による因子抽出結果

因子	初期の固有値			回転後の負荷量平方和		
	合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %
1	4.51	45.09	45.09	2.62	26.19	26.19
2	1.03	10.29	55.38	1.96	19.65	45.84
3	0.81	8.13	63.51			
4	0.78	7.78	71.29			
5	0.68	6.84	78.13			
6	0.59	5.88	84.01			
7	0.47	4.66	88.67			
8	0.42	4.20	92.87			
9	0.39	3.89	96.76			
10	0.32	3.24	100.00			

この 2 因子について因子行列を降順に並べるならば第 1 因子は「予測(0.667)・理解(0.618)・調整(0.617)・分析(0.607)」が高くこれらはグループワークの過程で生じる参加者間のダイナミクスを調整する力すなわち「人間関係力(HRS: Human Relation Skill)」とみることができる。同様にして第 2 因子は「司会(0.953)」が特に高く, ついで「説明(0.569)・統率(0.427)」と続くので, これらはグループワークを予定に従って進めていく「司会進行力(CMS: Ceremonial Master Skill)」と考えられる。(表 3)

表3 適性試験の因子行列

項目	第1因子	第2因子
適性A：説明	0.395	0.569
適性B：司会	0.208	0.953
適性C：統率	0.524	0.427
適性D：信頼	0.387	0.081
適性E：予測	0.667	0.300
適性F：理解	0.617	0.272
適性G：情緒	0.469	0.386
適性H：調整	0.617	0.256
適性I：企画	0.447	0.312
適性J：分析	0.607	0.262

2つの因子得点を4職種間で比較するために、職種が判明しかつ因子得点を得られた341名(医師38名・看護職228

名・心理職39名・福祉職36名)についてさらに分析した。職種ごとの各因子得点の平均値(カッコ内)は、降順にHRSが「心理職(0.226)＞医師(0.100)＞福祉職(-0.034)＞看護職(-0.061)」, CMSが「医師(0.405)＞心理職(0.244)＞看護職(-0.102)＞福祉職(-0.228)」で、医師・心理職群と看護職・福祉職群で有意差($p<0.05$)が認められた。また、いずれの群も因子得点の標準偏差が0.8-1.2とばらつきが大きかった。なお、2因子を直行座標軸とする2次元空間に職種別の個人因子得点をプロットしたグラフを図1a, b, c, dに、またこの2次元空間の第1-4象限にプロットされる職種別の人数および群内比率を表4に示した。

図1 HRS-CMS因子得点の職種別比較

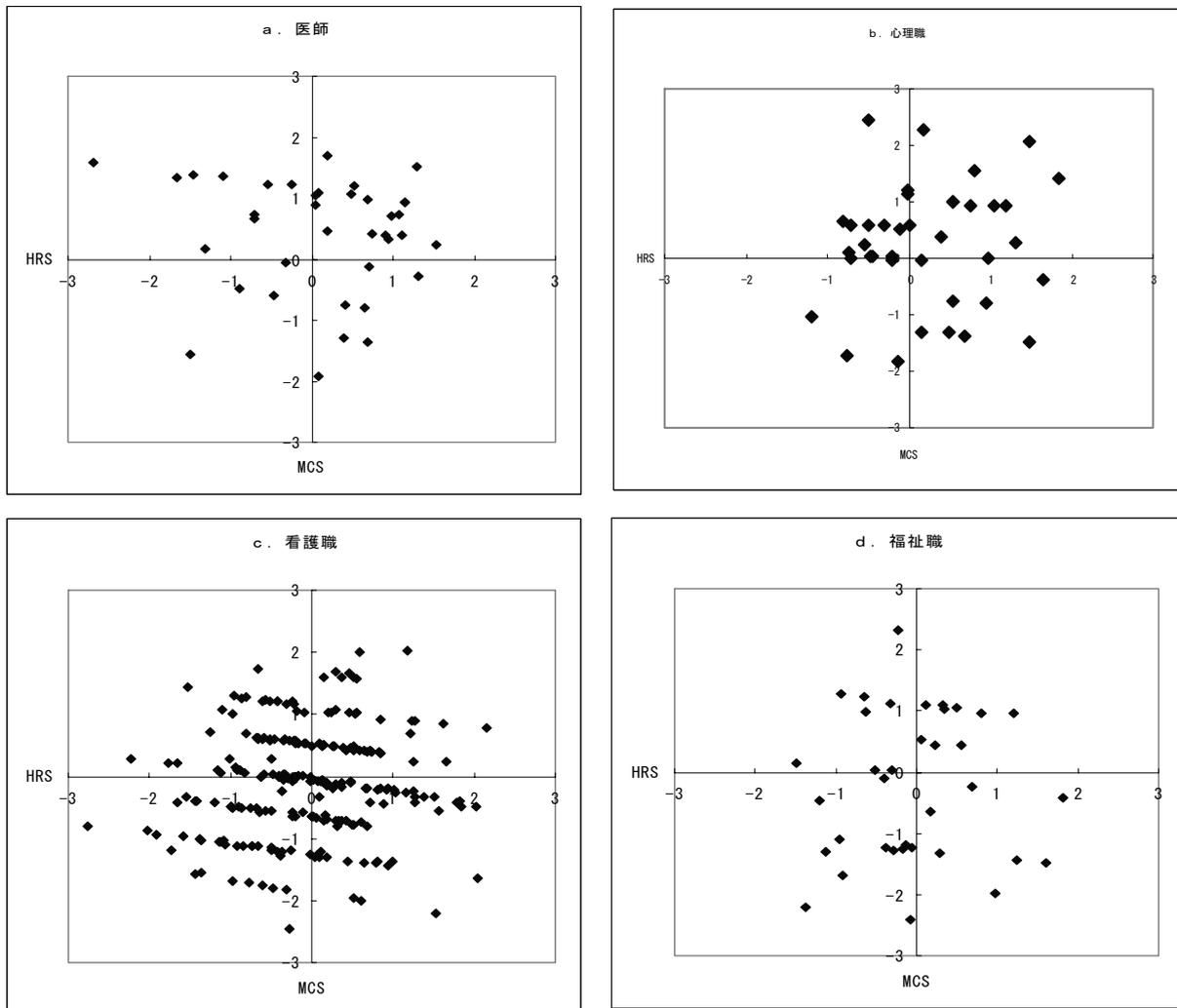


表4 因子得点の正負による分類

(人)	HRS(+) MCS(+)	HRS(-) MCS(+)	HRS(-) MCS(-)	HRS(+) MCS(-)	計
医師	18	9	4	7	38
	47.4%	23.7%	10.5%	18.4%	100.0%
看護	44	55	63	66	228
	19.3%	24.1%	27.6%	28.9%	100.0%
心理	13	14	4	8	39
	34.2%	36.8%	10.5%	21.1%	102.6%
福祉	9	8	12	7	36
	25.0%	22.2%	33.3%	19.4%	100.0%
計	84	86	83	88	341
	24.6%	25.2%	24.3%	25.8%	100.0%

医師群は半数近い47.4%が第1象限(HRS+, CMS+)にあり両因子ともに得点が高く、心理職は第1(HRS+, CMS+)・4(HRS+, CMS-)象限併せて71.0%で、人間関係力がやや正方向に寄るものの市改心効力は正負がほぼ35%ずつで半々となった。看護職・福祉職は各象限にほぼ均一に分散していた。

なお、職種間で経験年数に差を認めたので、抽出した2因子の因子得点と経験年数との相関分析も行ったが、人間関係力と経験年数、司会進行力と経験年数ともに5%水準で有意差を認めたものの、それぞれの相関係数は前者で+0.10、後者で+0.14といずれもとても低かった。

サイコオンコロジーに関する知識テスト(20点満点)の結果について、受講前後のデータが揃っている者は416人だった。その受講前成績(Pre)は平均4.7点、標準偏差2.88点、受講後成績(Post)は平均13.7点、標準偏差3.88点で、t検定による講座受講前後の平均点は有意差を認めた($p < 0.05$)。さらにこれを職種別の平均点(Pre, Post)をみると医師(5.9点, 14.1点)・看護職(4.1点, 12.7点)・心理職(8.3点, 17.4点)・

福祉職(3.5点, 14.0点)だった。すなわち受講前後ともに心理職は他のどの3職種に比べも高得点だった。その3職種は受講前後ともに職種間差は認められず、講座の学習効果は有意($p < 0.05$)に認められた。(表5)

次に、受講前後の知識テストの成績およびその変化量(Post-Pre)を目的変数に、経験年数、人間関係力、司会進行力の

各因子得点を説明変数として重回帰分析を試みた。各回帰式の重相関は目的変数が受講前得点の時に0.231、同受講後得点時0.303、受講前後得点の変化量では0.136で、ほとんど説明力がなかった。しかしそれを前提としながら説明変数に着目してみると、すべての回帰式で経験年数が、受講前得点と受講後得点を目的変数とする回帰式で司会進行力が有意確率5%水準で有効変数として選択され、標準化係数は経験年数で負値、司会進行力が正值だった。(表6)

表 5 知識テストの職種別平均得点と 95%信頼区間

(点)		度数	平均値	標準 偏差	標準 誤差	平均値の 95%信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
受講 前成 績	医師	42	5.9	3.49	0.54	4.82	6.99	1	20
	看護職	240	4.1	2.40	0.16	3.83	4.44		15
	心理職	42	8.3	3.04	0.47	7.31	9.21	2	16
	福祉職	40	3.5	1.57	0.25	2.95	3.95		7
	合計	403	4.7	2.88	0.14	4.43	5.00		20
受講 後成 績	医師	42	14.1	3.90	0.60	12.90	15.34	5	20
	看護職	246	12.7	3.76	0.24	12.22	13.16	3	20
	心理職	43	17.4	1.97	0.30	16.79	18.00	12	20
	福祉職	41	14.0	3.46	0.54	12.86	15.04	8	20
	合計	413	13.5	3.88	0.19	13.17	13.92	3	20
成績 変化 量	医師	42	8.2	4.19	0.65	6.9074	9.5211	-8.00	15.00
	看護職	238	8.7	3.09	0.20	8.2645	9.0548	-5.00	16.00
	心理職	42	9.2	2.56	0.39	8.3702	9.9631	3.00	14.00
	福祉職	40	10.5	3.17	0.50	9.4861	11.5139	4.00	15.00
	合計	397	8.9	3.22	0.16	8.5913	9.2273	-8.00	17.00

講座内容とファシリテーション力との関連を調べた。まずレッスン 1-3 の理解度を各レッスンごとに一つの指標で表現するためにレッスンごとの下位チェック項目を主成分分析にかけた。固有値 1 以上の主成分を 3 レッスンに一つずつ得て、その(固有値, 寄与率%)はレッスン 1(3.457, 49.39%), レッスン 2(3.665, 52.36%), レッスン 3(3.616, 51.66%)だった。そして各レッスンから得られた主成分得点(理解度 L1, 理解度 L2, 理解度 L3)を目的変数に、経験年数・HRS・CMS を説明変数として重回帰分析を行ったところ、理解度 L1 を目的変数とした時の重相関は 0.405, 同じく理解度 L2 は 0.312, 理解度 L3 は 0.262 だった。そして有意確率 0.05 で変数選択を行うとレッスン 1 では経験年数・人間関係力・司会進行力のすべて、レッスン 2 と

レッスン 3 では人間関係力と司会進行力が選択され、標準化係数はいずれの場合も経験年数が負値, 人間関係力・司会進行力が正値で、その大きさは経験年数に対して人間関係力・司会進行力が大きく、レッスン 1 では人間関係力と司会進行力がほぼ同じ、レッスン 2 とレッスン 3 では人間関係力が司会進行力の約 2 倍だった。(表 7)

表 6 知識テストとファシリテーション力の重回帰分析結果

目的変数: 受講前成績		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		21.367	.000
	経験年数	-.210	-4.050	.000
	人間関係力	.063	1.227	.221
	司会進行力	.122	2.368	.018
目的変数: 受講後成績		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		44.611	.000
	経験年数	-.258	-5.104	.000
	人間関係力	.076	1.524	.128
	司会進行力	.186	3.695	.000
目的変数: 成績変化量		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		31.404	.000
	経験年数	-.106	-2.004	.046
	人間関係力	.028	.535	.593
	司会進行力	.099	1.880	.061

表 7 座理解度とファシリテーション力の重回帰分析結果

目的変数: レッスン 1		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		1.801	.073
	経験年数	-.111	-2.282	.023
	人間関係力	.276	5.742	.000
	司会進行力	.283	5.863	.000
目的変数: レッスン 2		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		.099	.921
	経験年数	-.007	-.133	.894
	人間関係力	.280	5.608	.000
	司会進行力	.122	2.432	.015
目的変数: レッスン 3		標準化 係数	t	有意 確率
		β - η		
説明変数	(定数)		.290	.772
	経験年数	-.002	-.031	.975
	人間関係力	.231	4.513	.000
	司会進行力	.111	2.155	.032

D. 考察

独自のチェックリストに基づくデータを因子分析したところ、がんグループ療法のファシリテーターには「人間関係力」と「司会進行力」の二つのスキルが認められた。「人間関係力」はグループワークの状況を読み取り、その後に何が起こるかを予想して、参加者のやり取りや関係性から発生する事態を収拾したり展開したりする力のことである。また「司会進行力」は自信を持って司会者としてきち

んと説明したり予定のプログラムを時間にしがって遂行し、そのための統率力を発揮する力である。一般にファシリテーション論では、コミュニケーション力・プレゼンテーション力・パーソナリティがファシリテーターには必要であると言われているが、本研究でおおむね前二者についてデータをもってこの言明を証明できたことになる。ただし本適性試験は自己評価によるものであるから、正確に言えばこの結果は「得手・不得手意識」か「自己肯定感」を示したデータである。今後、何某かの客観評価あるいは

グループ療法時の患者・家族によるファシリテーター役の医療者に対する他者評価などで検討を深めなければならない。またパーソナリティについても今回検討していないが、本研究班の進める養成講座や、あるいは実際のグループ療法実施の経験などから、医療者のいわゆる「人柄・性格」などによってグループダイナミクスへの対応が異なることも十分に経験している。因子分析における「人間関係力」「司会進行力」の累積寄与率がおおむね 50%程度であることは、残りの 50%にこうした側面が秘められている可能性を示唆するもので、ファシリテーターの適性とパーソナリティとの関連について今後研究していく必要があると思われる。

「人間関係を調整しプログラムを遂行するスキル」がこのように一応証明されたことは、医療・福祉教育あるいは継続教育・研修の中でトレーニングが可能であることも示唆している。そして職種による適性の特徴傾向や職種間差があればそれを考慮した教育や療法実施が必要となることが推察できる。本研究班の実施した講座に出席した医師・看護職（看護師・保健師）・福祉職（医療ソーシャルワーカー・介護福祉士など）・心理職（臨床心理士・カウンセラーなど）の 4 職種について、抽出した 2 因子の因子得点に基づいて検討すると、結果に示したとおり、量的には医師・心理職と看護職・福祉職とで差が認められた。しかしそのばらつきや因子の二次元的グラフ分析を行うと単なる優劣は判じがたい。図 1a をみると、医師の場合は半数近く（18 名、47.4%）が両スキルともに肯定的であるものの、司会進行力に比して人間関係力に苦手意識を持つ者のあることがわかる。また心理職は司会進行力に一定の自信を持ち

（27 名、71.0%）つつも、その専門職でありながら人間関係力では否定的な自己評価をしている者も少なからずいた。福祉職にあっては司会進行力にやや否定的であった。なお、今回の分析では全医療職サンプル 532 名に対して看護職サンプル数 248 名（57.4%）と過半数を占め、図 1a-d に示すように特徴的な分布型を示すことなく「いろいろな人がいる」ことしか見えてこない。経験年数との積率相関係数は人間関係力+0.132、司会進行力+0.124 でほとんど関連性がなく、また本調査ではそれ以外の属性項目を取っていませんでしたので、今後新たに調査を行う必要がある。なお受講した医療職種のうち医師（19.5 年）・看護職（16.9 年）が心理職・福祉職（いずれも 7.3 年）に比べて平均年数が高く、経験年数と職種の 2 変数を考慮した各因子スキルとの関係性は今後の研究課題とする必要を認めた。

グループ療法ファシリテーターにとって人間関係力と司会進行力はどちらも大切なスキルであるが、このように個人差・職種間差が認められることから、「1 グループに 2 人のファシリテーター」を構造の一つとして提案している本研究班では今後、適性傾向の異なるファシリテーターの組み合わせ法やその効果・相互作用などについて検討する必要がある。

次に養成講座の受講前後成績と、経験年数および 2 つの因子（人間関係力・司会進行力）との間の関係性は弱いながらも一定の関係性を認めた。成績と経験年数は負の関係で、若い医療者、すなわち今回は職種間年齢差があったため心理職が特に成績がよく、因子では司会進行力が高いものが成績が良いことが示された。年齢との関係は論を待たないが、司会進行力は学力的な知識との関係性が大きいと考えられるから、サイコオンコロジーに

関する教育・研修に欠かせないことが改めて示唆できただろう。

養成講座 3 つのレッスンの理解度を示す主成分得点とファシリテーション力の 2 因子の関係は、またレッスン 1 では経験年数と負の関係、そして人間関係力・司会進行力と正の関係、レッスン 2 と 3 では人間関係力・司会進行力と正の関係を認め、各レッスンの理解がファシリテーションスキルの向上に寄与していると推定する。またレッスン 1 はがんグループ療法の総論的知識を伝達する位置づけだが、これが若い人ほど理解がよかったことを示している。

E. 結論

がんグループ療法ファシリテーターにとって「人間関係力」と「司会進行能力」がそのスキルとして重要であることを示

すことができた。このスキルには職種による特性傾向の違いがあり、医師はこれについての自己肯定感が高いものの、人間関係力については不得手とする者もあった。心理職はおおむね人間関係力に長けていると判断しているものの、その専門職でありながら苦手意識を持つ者も少なからずあった。看護職は多種多様で特徴的傾向はなかったが、福祉職は両スキルともやや苦手意識が強かった。これらのスキルは養成講座の理解度や成績とも関連し、また療法の実施にあたっては個人や職種によるスキル特性を考慮したファシリテーション・チームの編成なども検討する必要が示唆された。

資料1 ファシリテーター養成講座自己診断票

職 種	医師 看護師 SW 心理士 PT OT ST (管理)栄養士 検 査技師 事務職 患者 家族 教員・研究者 その他 ()
経験年数	()年 ※月数は四捨五入, 1年未満は0年

A-Jのすべての項目について縦線上に×をつけてください

A 話し合いの目的や方法を参加者に手短にわかりやすく説明できる できない ----- ----- ----- ----- できる
B 予定に従ってその日の討論や作業を時間通りに進行できる できない ----- ----- ----- ----- できる
C 一人で話し続けたり威圧的・否定的な発言をする人をうまく抑制することができる できない ----- ----- ----- ----- できる
D 予期しない方向に話し合いが進んでも参加者を信じて黙って見ていられる できない ----- ----- ----- ----- できる
E 場の雰囲気やそこまでの発言から話し合いのその先の流れや行先を予測できる できない ----- ----- ----- ----- できる
F 発言の意図や真意を汲み取り共感的に理解できる できない ----- ----- ----- ----- できる
G 話し合いに巻き込まれたり感情的になることなく自分の役割に徹することができる できない ----- ----- ----- ----- できる
H メンバー間の言い争いを収めて気まずい雰囲気や局面を打開できる できない ----- ----- ----- ----- できる
I グループワークを企画して場所や物品を揃え自ら参加者を募ることができる できない ----- ----- ----- ----- できる
J その日のグループワークを振り返り次に生かすヒントを見つけることができる できない ----- ----- ----- ----- できる

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 総合理工学院 生命科学部 生命医科学科 教授）

【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（週 1 回×5 週連続）の効果、心理社会的機能/QOL に加えて医療経済面からも実証する研究計画を 2007 年 8 月より進めている。

研究対象は、乳癌根治手術を受けた後、2 週間から 3 ヶ月の 20-79 歳の患者である。

対象施設は、鹿児島県 S 病院、滋賀県 S センター、大分県 U 乳腺外科、の 3 施設である。

研究デザインとしては非介入（対照）群の試験に引き続き介入群の研究を行っている（滋賀県 S センターは介入群のみ）。

心理社会的能/QOL の調査ポイントは、登録時（介入群では介入直前にあたる）、4 週後（介入群では介入終了直後にあたる）、6 ヶ月後、の 3 回である。

本研究は、倫理審査委員会の承認を得て開始した。

今回は、データが得られている対照群（非介入群）100 人と介入群 24 人の 2 回目までの心理社会的機能および QOL の調査結果を報告する。

結果の概要は、（1）調査票の回収率は、非介入群で 87-92%、介入群で 96-100%であった。（2）開始から 4 週間でスコアの有意な上昇（改善）が見られたのは、非介入群で EORTC QLQ の Dyspnea (DY)、介入群ではなかった。（3）スコアの有意な低下（悪化）が見られたのは、非介入群で、MAC の Fighting Spirit (FS) と Anxious Preoccupation (AP)、介入群で MAC の FS であった。（4）非介入群と介入群の比較ではいずれの尺度のスコアにおいても有意差がなかった。

今後の症例登録増加と 6 ヶ月目までの解析、および費用の解析を来年度は行う予定である。

【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】

寺田 佐代子（わかば会）

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）

井上 和子（広島大学大学院保健学研究科）

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）

上尾 裕昭・久保田 陽子（うえお乳腺外科）

A. 研究の背景と目的

乳癌術後に心理社会的健康を損なう女性は少なくないが、わが国ではその詳細は明らかでない。また、心理社会的グループ療法を健康保険で行う基盤は整っていない。そのような背景から、乳癌術後患者の QOL・心理社会的機能および医療経済に関するグループ療法の効果を検証する目的で本研究を行った。

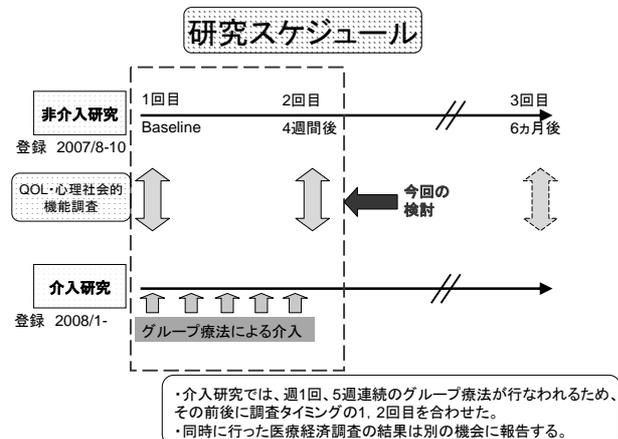
B. 研究の対象と方法

(1) 非介入研究

乳癌の根治術後3ヶ月以内の100人を対象に、QOL・心理社会的機能に関する調査を前向きに行った。調査時点は、登録時、4週目、6ヶ月目の3回である。調査に用いた尺度は、EORTC QLQ-C30, POMS, MAC scale, 特性的自己効力感尺度、の4つである。医療経済情報は、直接医療費をレセプトから、直接非医療費と間接費用を患者自記式調査から得た。

(2) 介入研究

非介入研究と同様の適格条件、調査項目で、24人を対象(50人目標)に行った。介入法は保坂の開発した標準化したグループ療法である。ファシリテーターは専門的な訓練を受けた。



(3) 解析

4週目までの2回の調査データを用いて、非介入研究、介入研究それぞれにおいて、QOL・心理社会的機能スコアの変動を解析した。さらに、介入と非介入研究の結果を比較した。

<倫理的事項>

分担研究者および実施医療機関の倫理委員会の承認を得て開始した。患者に対して、文書および口頭による十分な説明を行った後、非介入研究では、調査票の回収をもって同意とみなし、介入研究では、研究開始前に文書で同意を確認した。

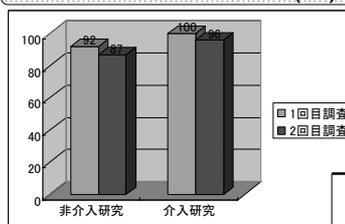
C. 結果

結果－患者背景

	非介入研究 N=100 (%)	介入研究 N=24 (%)
年齢(平均±SD)	53±11	53±9
病期		
0/Tis	8 (8)	6 (25)
I	37 (37)	8 (33)
II	42 (42)	8 (33)
III	12 (12)	2 (8)
不明	1 (1)	0 (0)
手術法		
乳房温存術	52 (52)	16 (67)
乳房切除術	47 (47)	8 (33)
不明	1 (1)	0 (0)

(1) 調査票の回収率は、非介入群で87-92%、介入群で96-100%であった。

結果－調査票回収率(%)



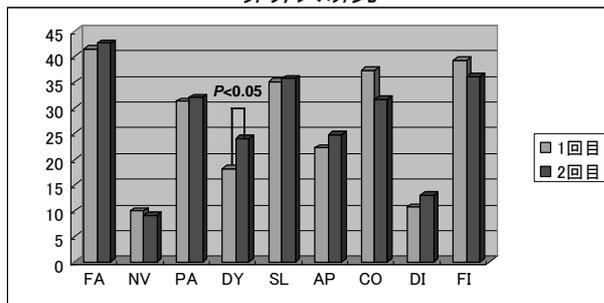
結果－介入のコンプライアンス

グループ療法参加回数	人数 (%) N=24
1回	2 (8)
2回	2 (8)
3回	1 (4)
4回	6 (24)
5回(すべて)	13 (56)

(2) 開始から 4 週間でスコアの有意な上昇（改善）が見られたのは、非介入群で EORTC QLQ の Dyspnea (DY), 介入群ではなかった。

結果 - QOL 尺度

EORTC QLQ-C30 Symptom scales/items
非介入研究

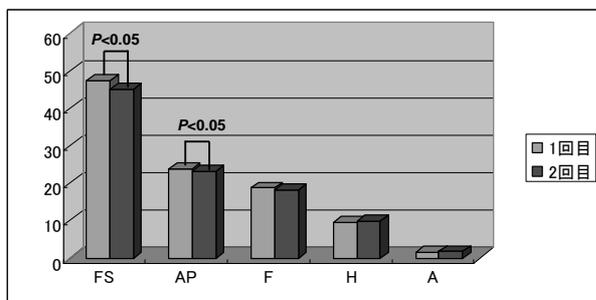


FA: Fatigue, NV: Nausea/vomiting, PA: Pain, DY: Dyspnea, SL: Insomnia, AP: Appetite loss, CO: Constipation, DI: Diarrhea, FI: Financial difficulties
スコアが高い方が訴えが多い

(3) スコアの有意な低下（悪化）が見られたのは、非介入群で、MAC の Fighting Spirit (FS) と Anxious Preoccupation (AP), 介入群で MAC の FS であった。

結果 - 心理機能尺度

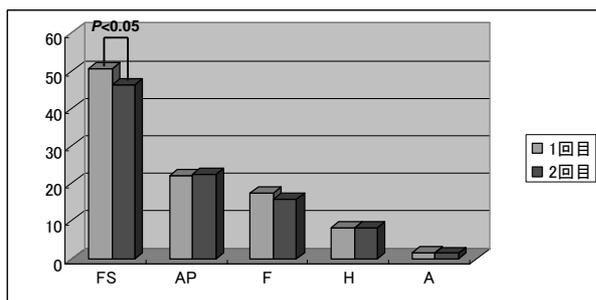
MAC scale 非介入研究



FS: Fighting spirit, AP: Anxious preoccupation, F: Fatalism, H: Helplessness/hopelessness, A: Avoidance

結果 - 心理機能尺度

MAC scale 介入研究



FS: Fighting spirit, AP: Anxious preoccupation, F: Fatalism, H: Helplessness/hopelessness, A: Avoidance

(4) 非介入群と介入群の比較ではいずれの尺度のスコアにおいても有意差がなかった。

D. 考察

グループ療法介入の有無に関わらず、MAC scale の Fighting spirit のスコアは、登録から 5 週間目までに有意に低下していた。

介入研究 24 人登録の現段階では、グループ療法介入による効果は明らかにはならなかった。

今後、介入研究の登録を予定の 50 人まで終了するとともに、3 回目（6 ヶ月目）調査の結果を解析することにより、持続効果を含めた介入の効果が明らかになると期待される。

また、医療経済調査の解析も本格的に進める予定であり、わが国において心理社会的介入を行うに当たって、必要な資源が明らかになると期待される。

E. 結論

乳癌術後患者を対象に、心理社会的グループ療法による介入が、患者の心理社会的機能と QOL に及ぼす影響を明らかにした。

【謝辞】

研究にご協力いただいた、鹿児島県 S 病院、滋賀県 S センター、大分県 U 乳腺外科の患者さんに厚く御礼を申し上げます。

また、上記 3 病院のスタッフの方々と、データ管理をしていただいた、立命館生命科学部生命医科学科 医療政策・管理学研究室の川田麻里様に感謝します。

【関連文献（分担研究者の 2008 年度の
主な業績）】

1. Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, et al.: Cost-Effectiveness Analysis of Capecitabine Compared with Bolus 5-Fluorouracil/1-Leucovorin for the Adjuvant Treatment of Colon Cancer in Japan. *Pharmacoeconomics* (online)
2. Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, Hisamatsu K, Masuda N, Takeuchi A, Aranishi T, Morita S, Ohsumi S, Hausheer FH: Prospective assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy due to weekly paclitaxel in patients with advanced or metastatic breast cancer (CSP-HOR 02 study) *Support Care Cancer* (online)
3. Watanabe T, Sano M, Takashima S, Kitaya T, Tokuda Y, Yoshimoto M, Kohno N, Nakagami K, Iwata H, Shimozuma K, Sonoo H, Tsuda H, Sakamoto G, Ohashi Y: Oral uracil-tegafur (UFT) compared with classical cyclophosphamide, methotrexate, 5-Fluorouracil (CMF) as postoperative chemotherapy in patients with node-negative, high-risk breast cancer: Results from National Surgical Adjuvant Study for Breast Cancer (N-SAS-BC) 01 trial. *J Clin Oncol* (in press)
4. Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, Takeuchi A, Aranishi T, Morita S, Ohsumi S, Watanabe T, Bain S, Hausheer FH: A questionnaire survey of physicians' perspectives regarding the assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with breast cancer. *Jpn J Clin Oncol* 38(11):748-754, 2008
5. 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* 109(3):559- 566, 2008
6. 下妻晃二郎, 平成人: 4. QOL, 医療経済 1) QOL 評価について 医薬ジャーナル社 2009 (印刷中)
7. 下妻晃二郎: がん薬物療法学 基礎・臨床研究のアップデート VII 抗悪性腫瘍薬の臨床試験—行政との関わり 11. QOL 日本臨床 67(1): 454-458, 2009
8. 下妻晃二郎, 平成人: 肝胆膵疾患と QOL 健康関連 QOL の尺度 癌特異的尺度 (QOL-ACD, EORTC QLQ, FACT) 肝胆膵 57(6): 1129-1135, 2008
9. 下妻晃二郎: V. QOL 3. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT). 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 緩和ケア 18(Suppl):63-65, 2008
10. 野口海, 下妻晃二郎, 松島英介: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール IV. 心理・社会・霊的ケア 5. スピリチュアルペインの評価 (FACIT-Sp 日本語版). 緩和ケア 18(Suppl):56-57, 2008

11. 下妻晃二郎：緩和医療における精神症状への対策．緩和医療におけるQOLの評価と対応．緩和医療学 10(1):31-36, 2008
12. 科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 5. 疫学・予防 2008年版
- 日本乳癌学会 編 2008 金原出版
13. 斎藤信也, 下妻晃二郎：第5章 疫学・予防 2. 日本と世界の乳癌罹患率・死亡率の動向．これからの乳癌診療2008-2009 金原出版 2008年3月 pp108-114

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（1）

研究協力者：天野 可奈子（2）

（1）滋賀県立成人病センター緩和ケア科主任部長

（2）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】

わが国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、「カード送付」と「追悼会」が遺族ケアの2大プログラムであるとされている（高山,2002）。しかし、「追悼会」のように、ご遺族のグループによる介入は積極的になされているものの、多くの場合、その介入方法は構造化されていないもの（グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっていないもの）であり、ご遺族に対するグループ療法として、構造化された介入（グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっているもの）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、ファシリテーターの技術や人間性など、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という点が利点ではないか、と考えた。

そこで、今回、保坂（2008）の「がん患者さんのためのグループ療法マニュアル（第3版）」に基づき、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構造化されたグループ療法を実施することを考えた。そのために、まず、①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ために、ご遺族の健康度調査を行うこと、②ご遺族を対象に構造化されたグループ療法の効果を検討することを本研究の目的とする。調査は現在までに4回実施しており、そのうち1回グループ療法を実施することができた。そこで、今回は第IV回目までの調査結果と今後の展望について報告する。

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い、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。

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、退院後6ヶ月以上（死別後6～11カ月）経過したご遺族。なお、2007年6月以降に退院した患者様のご家族が対象。

2) 調査時期：2008年1/31～2009年2月末現在（継続中）。

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。）

(2) 倫理面の配慮：以下の7点について、対象者に同意を得た。また、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。

- 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体を癒していくことに役立つこと）
- ④ プライバシーの保護（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

⑦ わからないことや疑問点はいつでも質問できること

(3) 実施場所：成人病センター
職員会館2階

(4) グループの人数と時間：人数は未定。90分。

(5) 回数：5回(毎週水曜日の15:00～16:30)

(6) 実施頻度：3ヶ月に1回

(7) ファシリテーター：臨床心理士1名・緩和ケア医1名

(8) グループ療法の構成：以下の3つの内容から構成される。1)話し合い、2)心理教育的介入、3)リラクゼーション

〔1回目〕

- (1) ファシリテーターより初めの挨拶
- (2) グループ療法の説明
(グループ療法の目的・ルール・内容 etc)
- (3) 質問紙調査 (GRS・GHQ・POMS)
- (4) メンバーの自己紹介
- (5) 談話 (これまでの経緯について etc)
- (6) リラクゼーション導入
(漸進的筋弛緩法・簡易版自律訓練法・イメージ療法)
- (7) 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？」談話
- (2) 学びと談話 (心理教育)
(「大切な人を亡くされた後の悲

しみ・心や身体への影響」)

- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査 (グループ療法に参加した感想)

〔3回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話 (心理教育)
(「悲しみに対する対処法」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査 (グループ療法に参加した感想)

〔4回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話 (心理教育)
(「大切な家族を亡くされた後の生活への適応・社会的サポート」)
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査 (グループ療法に参加した感想)

〔5回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか?」, 「グループ療法はどうでしたか?」談話
- (3) 質問紙調査 (GRS・GHQ・POMS)
- (4) アンケート調査 (グループ療法に参加した感想)
- (5) ファシリテーターより終りの挨拶

4) 調査手順

- (1) 介入群：構造化されたグループ療法参加群。グループ療法開始前、グループ療法第1回目、グループ療法第5回目の合計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。

介入群のグループ療法開始前、介入群のグループ療法第5回目終了時期の合計2回、同一の質問紙調査を実施。

5) 評価方法：質問紙調査 (添付資料参照)。

- ・ 患者・家族の基本属性, 死別後における心身の健康に関する質問項目 (独自に作成)
- ・ GRS (Grief Response Scale : 悲嘆反応尺度)
- ・ GHQ (General Health Questionnaire : 精神的健康調査票)
- ・ POMS (the Profile of Mood States : 気分プロフィール検査)

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. 結果

これまで, 合計 4 回の調査を実施した。

- ・第 I 回目調査 (2008.1/31~3/19)
参加者が集まらず, 質問紙調査のみ実施 (非介入群 : 20 名) 。
- ・第 II 回目調査 (2008.4/30~6/18)

介入群 5 名 (1 名は見学者) にグループ療法実施 (参加者は Table1 を参照) 。

非介入群 (9 名) に質問紙調査のみ実施。

- ・第 III 回目調査 (2008.7/31~9/17)
参加者が集まらず, 質問紙調査のみ実施 (非介入群 : 12 名) 。
- ・第 IV 回目調査 (2008.10/31 ~ 12/17)
参加者が集まらず, 質問紙調査のみ実施。 (非介入群 : 14 名)

第 I・II・III・IV 回目調査において, 非介入群では, GRS,GHQ,POMS 得点に有意差は見られなかった。第 II 回目調査のグループ療法では, 介入前後において, T 検定を行った結果, 参加者全体で GRS,GHQ,POMS 得点に有意差は見られなかった。しかし, それぞれの参加者の得点を見ると, 顕著な変化が見られた。(図表を参照)

D. 考察

第 II 回目調査のグループ療法では, 介入後に GRS 得点が上昇している者 (A・B さん) がおり, グループ療法は悲嘆を促進する効果もあることが考えられる。また, GHQ「不安と不眠」の減少 (A・D さん), POMS「抑うつ-落ち込み」の減少 (A・B・D さん), POMS「疲労」の減少 (A・D さん) が顕著であり, グループ療法は, 不安や不眠, 抑うつ気分や疲労感を解消する効果があることが考えられる。中には, GHQ「身体症状」・POMS「疲労」が増している者 (B さん) もおり, 悲嘆と向き合うことで抑圧された感情が身体化された可能性も考えられる。また, 見学者 E さんは, グループ療法に参加することで「すごく心が落ち着きます」という感覚を得られ

たが、アンケート得点（GRS「悲嘆の解決」・POMS「活気」以外）は他メンバーに比べて高かった。おそらく、一人だけ親との死別体験者であったことや、グループ療法には2回のみ参加であったことが関連しているのではないかと予測される。立証するにはより多くのデータが必要であるが、このことから、グループ療法には5回参加することに意味がある可能性とグループの構成メンバーが偏らないように配慮していく必要性があることが示唆された。

また、グループ療法の中では、亡くなった人の遺品の処分、生活をするにあたって困ることなどについての具体的な情報共有や、これからの人生の生き方、一周忌について、患者さんとの対話など、それぞれの参加者にとって共通のテーマをわかちあうことができたように思われる。参加者の感想からは、構造化されたグループ療法が、ご遺族に「がんばろう」という気持ちをわかかせ、「癒し」の体験となることがわかった。（「参加者の感想」を参照）

ここで、グループ療法における参加者の力動の変化に少し触れることにする。中でも、特に顕著な変化が見られたのは、参加者の中で最年少であり、死別からの期間が最も短かったDさんである。Dさんは泣いておられることが多かったが、“Dさんをみんなで支えよう”という空気がグループ内に生まれ、他の参加者の支持的な関わりによって次第にDさんに笑顔が生まれるようになった。日々の生活の中で亡き配偶者のことをふり返ることのなかったDさんにとって、グループ療法では自分の気持ちと向き合う時間となったのではないだろうか。また、他の参加者にとっても、Dさんがいることによって、先輩体験者として勇気付ける役割をとることができ、グループの凝集性がより高まった印象を受けた。

一方で、グループ療法の参加者が少ない

理由としては、調査対象者数が少ないこと、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、開催日が平日であることなどが考えられる。しかし、グループ療法の中で、グループの凝集性やサポート力が高まっていくことを目の当たりにし、5回セッションの意味も実感した。そこで、今後は、参加者数を増やすため、週1回×5セッションではなく、週1回2セッション×2週+1セッションの組み合わせで土日に行くなど、方法を検討していき、介入群に有意な効果が出ることを期待したい。（第V回目調査では、毎週土曜日に週1回×3セッションのペースでグループ療法を実施する予定である。）

E. 結論

今回、緩和ケア病棟を退院されたご遺族を対象に健康度調査とグループ療法を実施した。非介入群においては、有意差は見られなかったが、介入群（グループ療法実施群）には、不安や不眠、抑うつ気分や疲労感を解消する効果が見られたり、一方では悲嘆が促進され、悲嘆が身体化されるといった変化も見られた。また、グループ療法を通して、グループの凝集性やサポート力が高まっていく様子も見受けられた。今後は、ご遺族を対象にしたグループ療法の効果を検証するために、より多くの方に参加して頂くことができるよう、実施方法を含め検討していく。

【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.
- 保坂隆 2008 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,3-39.
- 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の比較— 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.)

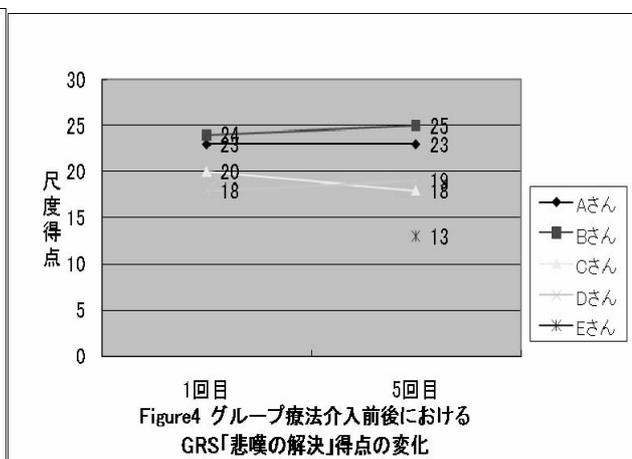
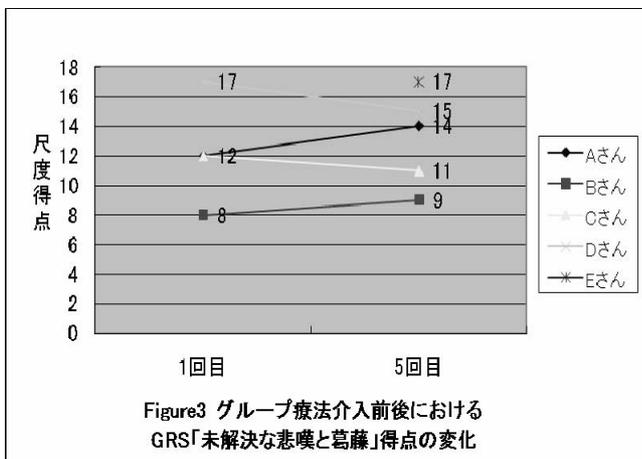
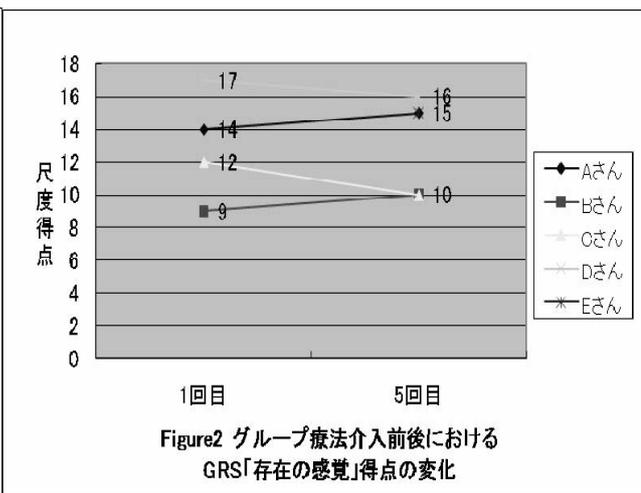
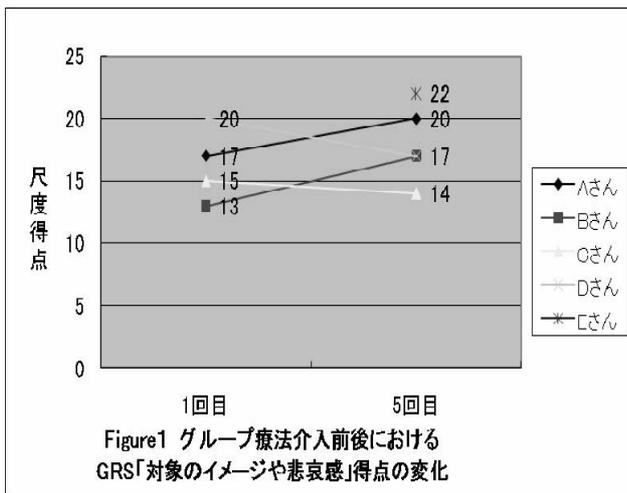
・第Ⅱ回目調査時のグループ療法

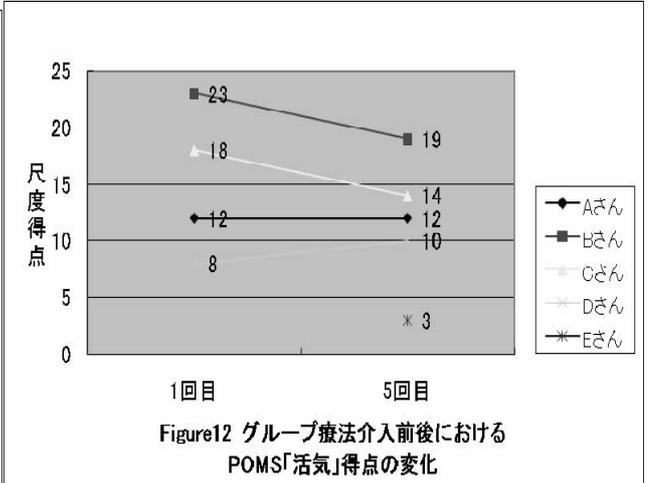
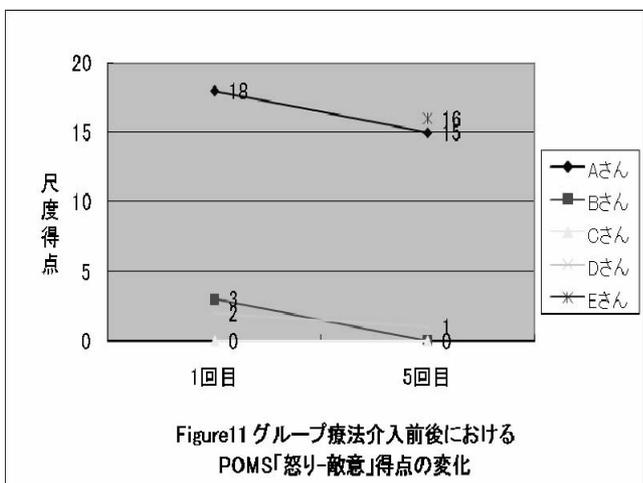
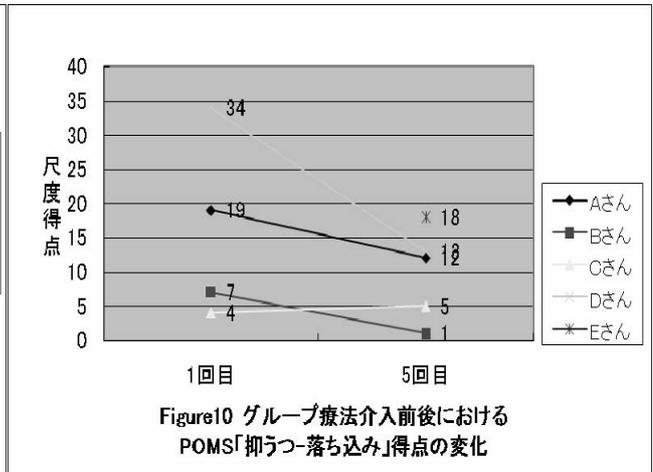
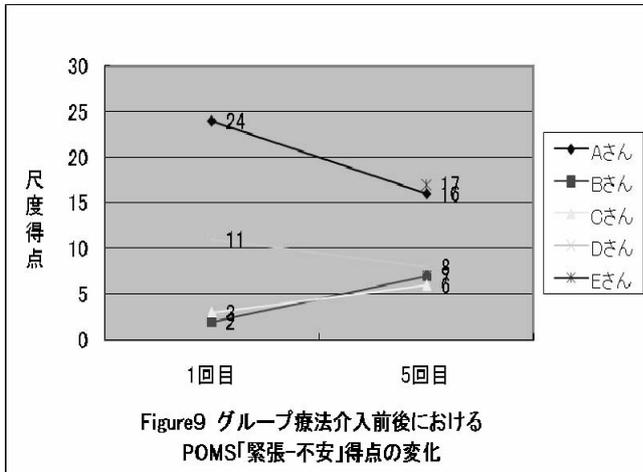
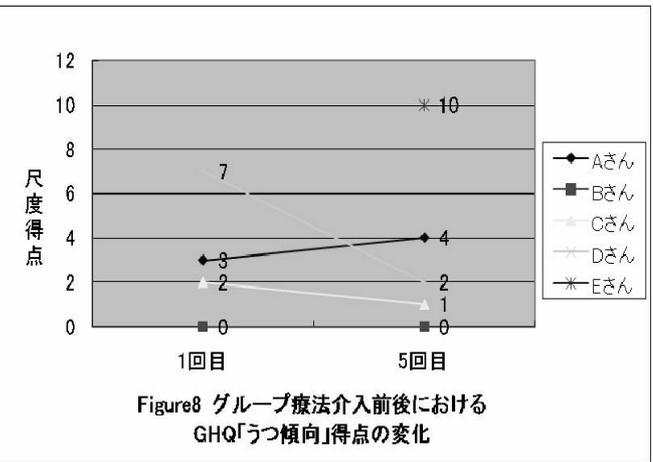
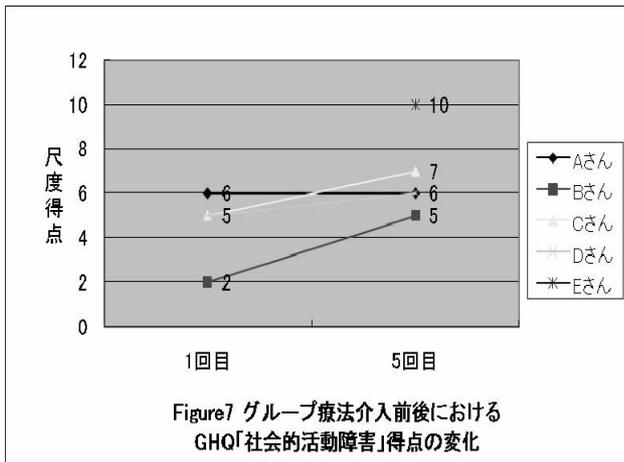
Table1 参加者の出席状況

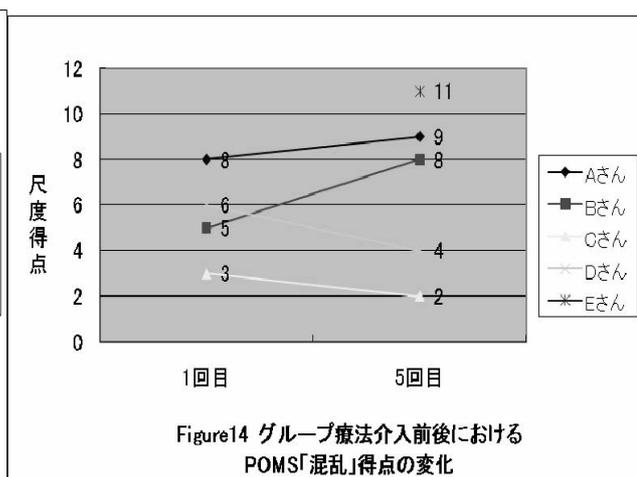
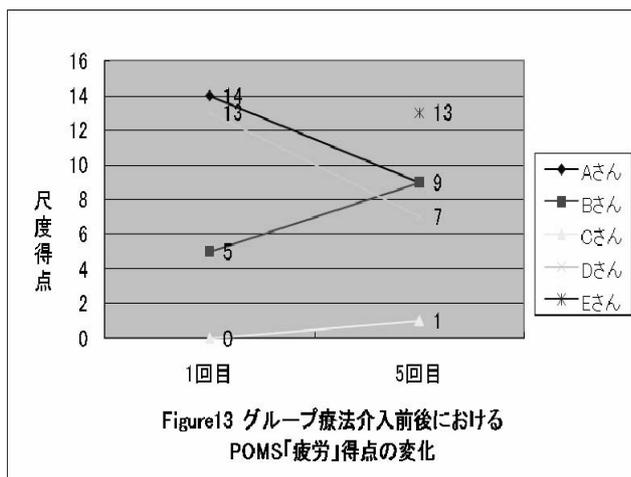
参加者	性別/年齢/患者	5月21日	5月28日	6月4日	6月11日	6月18日
Aさん	M/70代前半/妻	○	○	×	○	○
Bさん	F/60代後半/夫	○	○	○	×	○
Cさん	M/60代後半/妻	○	○	○	○	○
Dさん	F/40代後半/夫	○	○	○	○	○
Eさん	F/50代前半/父	×	×	○	×	○

○:出席 ×:欠席

※Eさんは、見学者として途中参加。







・グループ療法参加者のコメント

グループ療法に参加した感想（第5回目終了時）

- 「自分と同様の環境の方々と話し合えて大変今後の為になりました。」
- 「今日が最後になりますが色々な人生があるなーと皆さんとのお話の中でがんばろうという気持ちがわいてきました。」
- 「遺族同士の話し合いは、その内容に共通事項が多く、心が癒されると同時に、それまで持っていた疎外感を激減する事ができた。また悲しみについての対処法の学習・リラクゼーションの体験等は、新しい環境への適応化のスピードUPが図れた。」
- 「いろいろなお話が聞け共感する事もありましたし、参考にもなりました。このグループ療法に参加でき良かったと思います。」
- 「すごく心が落ち着きます。皆さんの顔が見られてとてもうれしく思い、明日からがんばっていこうと思います。」

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

【書籍】

- *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

【論文】

- *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

2. 学会発表

- *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—
- *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」
- *天野 可奈子：緩和医療研修会講演 (2008 年 2 月 24 日, 京都) 「がん医療・緩和医療における臨床心理士の役割」
- *天野 可奈子：第 27 回日本心理臨床学会 (2008 年 9 月 5 日, つくば) 「最期まで人生を生き抜かれた A さんとそれを支える心理士の歩み - イニシャルケースにおける Th の夢について - 」
- *天野 可奈子：NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第 14 回全

国の集い in 京都 2008 講演会 (2008 年 9 月 15 日, 京都) 「在宅緩和における心のケア」

*天野 可奈子, 堀 泰祐: 第 21 回サイコオンコロジー学会 (2008 年 10 月 10 日, 東京) 「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 (第 1 報)」

*天野 可奈子: 世界ホスピスデー記念県民公開講座講演会 (2008 年 10 月 11 日, 滋賀県近江八幡市) 「広げようホスピス・緩和ケアの心と実践 - チームで支える医療 - 」

*天野 可奈子: 第 28 回京滋緩和ケア研究会講演 (2008 年 12 月 6 日, 京都)

「緩和ケアにおけるコメディカルの関わり」

*天野 可奈子: 滋賀県薬剤師会在宅ホスピスフォローアップ研修会講演 (2009.1.18, 滋賀県草津市) 「がん患者さんご家族の心のケア・コミュニケーション」

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

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	ときどきある	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	ときどきもある	いつもまたは非常に何度も↓	
	↓	↓	↓	↓	
10	どんな理由であれ、〇〇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	あたかも〇〇さんを見ているかのように 感じるがありますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
12	写真や状況や音楽や場所といった、 さまざまな〇〇さんの思い出が、 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、 さまざまな〇〇さんの思い出から、 〇〇さんに対する涙が流れますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
14	〇〇さんの夢を見ると、あたかも〇〇さんが まだ生きているかのように感じますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
15	〇〇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	〇〇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	〇〇さんの死を取り巻く出来事を想像しますか。・・・・・・・・	1	2	3	4
18	あなたは〇〇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 少しあるいはとぎとぎづきづき ↓	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事が
..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

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ことが
・・・・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ことが
・・・・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、何かがこわ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
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
	 まったく なかった ↓	 少し あった ↓	 まあ まあ あった ↓	 かなり あった ↓	 非常 に多 くあ った ↓
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. 気ははりつめる 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。

肺がん患者および家族へのグループ療法の効果に関する研究

分担研究者：所 昭宏（1）

研究協力者：池山晴人，小杉孝子，松田宣能，日保ヒサ，山中政子，
宮部貴識，青野奈々，川口知哉，河原正明，林 清二（2）

(1) 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科医長 支持・緩和療法チーム室長

(2) 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター

【研究要旨】

我々は、肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を 2008 年 11 月～2009 年 2 月に実施した。

肺がん患者・家族のグループ療法への認知度は約 15－20%と低いが、必要性、参加希望は約 40%あり、肺がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。

今後、参加希望意志が「わからない」という方々へのグループ療法に関する適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法（保坂モデル）の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族の QOL に関して前向き観察研究を行う予定である。

A. 研究目的

1. 背景：がんの統計 2007 の ICD10 分類別癌死亡率の推移¹⁾ では、肺がんががん患者の死因の第一位であり、2003 年の男性においては、全がん患者の 22.3%が肺がんで死亡している。2007 年 4 月がん対策基本法²⁾ が施行され、同年 6 月がん対策推進

基本計画³⁾ が策定され、がんの治療の初期段階からの緩和ケアが行われること、とりわけ全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上に重点が置かれている。特にがん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアチームの設置やがん相談支援室によるがん患者・家族への個別のがん闘病に関連する心理・社会的苦痛や苦悩、療養相談の充実が期

待されている。また、「がんの社会学」に関する合同研究班によると⁴⁾、外来通院中の20歳以上の肺がん患者の悩みや負担の第1位に「不安などの心の問題」があがっている。また同報告書ではこれらの悩みや負担についての必要な対応策・支援策の第1位に「同病者との交流・患者会」というセルフヘルプグループが要望されていた。

一方、がん患者へのグループ療法は、米国のスタンフォード大学の Spiegel⁵⁾、UCLA の Fawzy ら^{6) - 8)}により患者の心理社会的な QOL の改善効果が報告されている。わが国では、Fukui ら⁹⁾による乳がん患者への無作為比較対照試験によるグループ介入にて情緒的状态の有意な改善を報告している。さらに、本研究班代表である保坂ら^{10) - 13)}は、乳がん患者へ週1回90分ずつ、計5回からなる「構造化された」介入プログラムによるグループ療法にて情緒的状态の有意な改善及び患者同士の交流の促進というソーシャルサポートの提供の意義を報告している。また最新の総説によれば、がんグループ療法は生存期間を延長する効果はないが、QOL の向上させ、患者や家族の満足させるものであるということで、一致している。¹⁴⁾

しかし、わが国のがん患者・家族グループ療法の現状として、①がん患者・家族グループ療法の認知度、充足度が低い、②構造化されたグループ療法実施施設は数少ない、③グループ療法実施のための訓練された専門スタッフが少ない、④診療報酬化されていない、⑤がん患者・家族グループ療法の効果(QOL、医療経済など)検証の必要性があるということが「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班」より報告されている。¹⁵⁾

上記の知見を考え合わせると、がん医療における心理社会的支援の「均てん化」のひとつの具体的な支援モデルとしてがん患者・家族へのグループ支援プログラムを提供する必要

性がある。

そこで本研究では、今後のがん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として、肺がん患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケートを無記名式の横断調査をすることを計画した。

2. 研究目的

肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的調査を行い、今後のがん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立や介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的とする。

B. 研究方法

1. 方法

【方法】

当院で治療中の肺がん患者及びその家族を対象として、「肺がん患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」を配布し、記入を依頼する。アンケートは無記名で、任意の1日における横断調査とする。

【対象】

NHO 近畿中央胸部疾患センターに入院治療または通院治療の肺がん患者およびその家族で、以下の適格基準を満たす者

①患者の適格基準

- 1) 20歳以上
- 2) 肺癌と診断され、病名告知をうけている
- 3) ECOG の Performance Status (PS) で、0~3
- 4) 重篤な認知障害がない
- 5) 調査票に自記可能

②家族の適格基準

- 1) ①の適格基準を満たす患者の家族
- 2) 重篤な認知障害がない

3) 調査票に自記可能

2. フローチャート

任意の調査日に適格基準を満たす対象者をスクリーニングする



対象者へ調査票を配布する



各病棟及び外来で回収箱を設置し、留め置き調査とする



1週間後、調査票を回収する



調査票を集計し、分析する

3. 【主たる調査項目】(調査表1, 2)

- 1) がん患者・家族のグループ療法の認知度に関する質問
- 2) がん患者・家族のグループ療法の必要性に関する質問
- 3) がん患者・家族のグループ療法における希望する内容や構造に関する質問
- 4) 患者ないし家族属性

4. 予定集計数と調査期間

NHO 近畿中央胸部疾患センターへ入院ないし通院中で、平成20年6月から平成21年3月まで期間の任意の調査日に横断的調査を行う。予定症例数は400例(患者200例、家族200例)とする。

C. 結果

1) がん患者・家族のグループ療法の認知度(図1)：患者本人では有効回答147人中(男性97名、女性50名、平均年齢67歳)、「知っている」32人(21.8%)、「知らない」115名(78.2%)であった。一方、患者家族では有効回答

97名中(配偶者55名、子供27名、親5名、その他10名、平均年齢57歳)、「知っている」15名(15.5%)、「知らない」82名(84.5%)であった。先行調査にあるように、がん患者、家族のグループ療法に関する認知度は肺がん専門施設においても低いことが明らかになった。

2) がん患者・家族のグループ療法の必要性に関する質問(図2)：患者本人では有効回答151人中(男性97名、女性54名、平均年齢67歳)、「参加したい」62名(41.1%)、「いいえ」17名(10.1%)、「わからない」72名(47.7%)であった。一方、患者家族では、有効回答97名中(配偶者55名、子供27名、親5名、その他10名、平均年齢57歳)、「参加したい」37名(38.1%)、「いいえ」8名(8.2%)、「わからない」52名(53.6%)であった。患者、患者家族とも約40%が必要性、参加を希望していた。1)にあるようにがん患者、家族へのグループ療法の認知度が低い母集団であるため必要性、参加希望の態度が「わからない」という割合が約50%であったと推察される。

3) がん患者・家族のグループ療法における希望する内容や構造に関する質問(図3)：参加希望の患者では、62名中42名は病気の治療法、33名は他の患者の体験、26名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)参加希望の家族では、37名中28名は病気の治療法、26名は他の患者の体験、16名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)

一方、参加希望の態度が「わからない」と回答した患者では72名中33名は、病気の治療法、22名は他の患者の体験、17名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)また参加希望の態度が「わからない」と回答した患者家族では52名中38名は、病

気の治療法、15名は他の患者の体験、15名はストレス対処法を希望された。(複数回答あり)

さらに上記の「グループ療法の認知」, 「グループ療法の参加希望」について、年齢、性別、初発再発、続柄、ソーシャルサポート数などの属性要因との関連性については統計的析有意差を示す因子はなかった。

D. 考察

今回の「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認知について探索的なアンケート調査」によると、肺がん専門施設において、①がん患者、家族のグループ療法の認知度は本研究班の先行研究と同様に低かった。またグループ療法に関するする情報が、がん患者、家族に十分に行き渡っていない可能性が示唆された。②がん患者、家族のグループ療法の必要性、参加希望については、患者、家族とも約40%あり、肺がん専門施設でのニーズが確認された。また認知度が低いことより本研究結果などを適切に情報提供、広報するなどの方略の工夫をすることで、参加希望の態度が「わからない」とした約50%の患者、家族の方々のニーズが十分促進する可能性があると考えられる。③グループ療法で希望する構造や内容では、病気の治療、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順で希望されていた。この結果は、病気の知識を習得するグループ学習と心理社会的なピアサポートに主眼をおいたグループ療法(保坂モデル)とが患者、家族のなかでは十分整理、理解できていない可能性が認知度の低さなどを考慮すると示唆される。このことへの対応として病態、治療(たとえば化学療法や放射線治療についてなど)、支持・緩和療法についてといった知識伝達、集合教育型のグループ学習講座と心理社会的ピアサポートを主眼とするがん患者・家族へのグループ療法は分け

て開催していくほうが、グループ療法の効果を検証し、均てんしていくには必要ではないかと考えられる。

E. 結論

肺がん専門施設において、「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認知について探索的なアンケート調査」を実施した。がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15-20%と低いが、必要性、参加希望は約40%あり、がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。参加希望意志が「わからない」という方々への適切な情報提供をおこないつつ、ファシリテーターの養成、QOLをエンドポイントとした前向き観察研究およびグループ療法(保坂モデル)による介入研究を準備していく予定である。

【文献】

- 1) ICD10分類別癌死亡率の推移 がんの統計 2007 財団法人がん研究振興財団
<http://www.fpcr.or.jp/publication/statistics.html>
- 2) がん対策基本法
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0098.html>
- 3) がん対策推進基本計画
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>
- 4) 厚生労働省「がんの社会学」合同研究班調査報告書「がんと向き合った7885人の声」
- 5) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al: Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet. 888-891, 1989

- 6) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. :A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1990 Aug; 47(8):720-5
- 7) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N, Fahey JL.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry. 1990 Aug;47(8):729-35.
- 8) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, Morton DL. :Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatry. 1993 Sep;50(9):681-9.
- 9) 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
- 10) Hosaka T.: A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psychooncology 5:59-64, 1996
- 11) Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y.: Effect of a Structured Psychiatric intervention on Cancer patient's Emotions and Coping Styles. Internat J Clin Oncol 5:188-191, 2000
- 12) Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, et al.: Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. General Hospital Psychiatry Elsevier Science (2001) 23, 145-151
- 13) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al.: Effect of a Structured Psychiatric intervention with additional meetings for early-stage breast cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 23: 145-151, 2001
- 14) Gottlieb BH, Wachala ED.: Cancer support groups: a critical review of empirical studies. Psychooncology. 2007 May;16(5):379-400.
- 15) 平成19年度厚生労働省科学研究費補助金(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班(保坂班)報告書

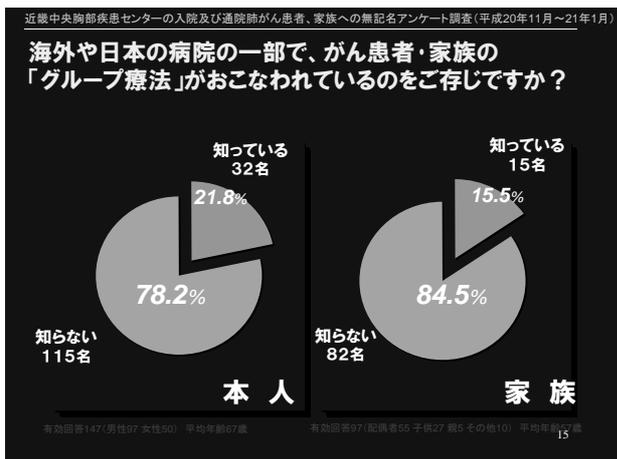


図1

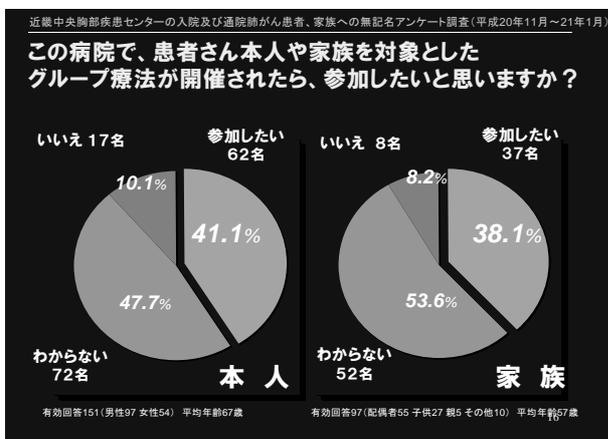


図2

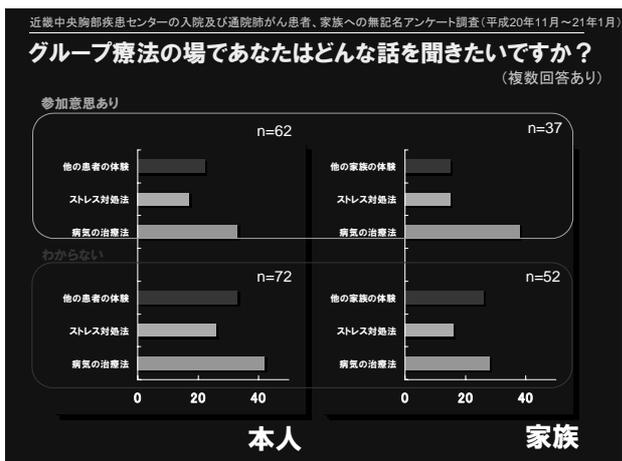


図3

肺がん「患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」へのご協力をお願い 本人用

以下の質問について、空欄に記入またはいずれかに○をつけてください。

0) 今日の日付をご記入ください	平成()年()月()日
1) あなたの性別は、	男・女
2) あなたの年齢は、	()歳
3) あなたが最初にその病氣と診断されたのは、	昭和・平成()年()月ごろ
4) あなたの現在の病氣は、	初発・再発
5) あなたが、現在うけておられる治療は何ですか(複数回答可) 1. 手術 2. 化学療法(抗がん剤治療) 3. 放射線治療 4. 緩和ケア 5. 特になし 6. その他()	
8) 海外や日本の病院の一部で、がん患者・家族の「グループ療法」※がおこなわれているのをご存じですか? ※「グループ療法」については、このアンケート表紙の説明【グループ療法とは】をご覧ください	(1. はい 2. いいえ)
7) この病院で、患者さんご本人を対象としたグループ療法が開催されたら、あなたは参加したいと思いますか (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	
8) 困ったことがある時に、本当に助けになってくれる人が、あなたの身の回りには、すぐに思いつくだけで何人おられますか? ()人	
9) この病院で、患者さんご本人を対象としたグループ療法をおこなうとき、どの日時なら参加しやすいですか (1. 平日の午前 2. 平日の午後 3. 平日の夜間 4. 土曜日の昼間 5. 土曜日の夜間 6. 日曜日)	
10) グループ療法の場で、あなたはどんな話しを聞きたいですか (1. 病氣の治療法 2. ストレスの対処法 3. 他の患者さんの体験)	
4. その他	
ご協力まことにありがとうございました	

調査票1

肺がん「患者・家族グループ療法に関する認識についてのアンケート」へのご協力をお願い 本人用

以下の質問について、空欄に記入またはいずれかに○をつけてください。

0) 今日の日付をご記入ください	平成()年()月()日
1) あなたの性別は、	男・女
2) あなたの年齢は、	()歳
3) あなたが最初にその病氣と診断されたのは、	昭和・平成()年()月ごろ
4) あなたの現在の病氣は、	初発・再発
5) あなたが、現在うけておられる治療は何ですか(複数回答可) 1. 手術 2. 化学療法(抗がん剤治療) 3. 放射線治療 4. 緩和ケア 5. 特になし 6. その他()	
8) 海外や日本の病院の一部で、がん患者・家族の「グループ療法」※がおこなわれているのをご存じですか? ※「グループ療法」については、このアンケート表紙の説明【グループ療法とは】をご覧ください	(1. はい 2. いいえ)
7) この病院で、患者さんご本人を対象としたグループ療法が開催されたら、あなたは参加したいと思いますか (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	
8) 困ったことがある時に、本当に助けになってくれる人が、あなたの身の回りには、すぐに思いつくだけで何人おられますか? ()人	
9) この病院で、患者さんご本人を対象としたグループ療法をおこなうとき、どの日時なら参加しやすいですか (1. 平日の午前 2. 平日の午後 3. 平日の夜間 4. 土曜日の昼間 5. 土曜日の夜間 6. 日曜日)	
10) グループ療法の場で、あなたはどんな話しを聞きたいですか (1. 病氣の治療法 2. ストレスの対処法 3. 他の患者さんの体験)	
4. その他	
ご協力まことにありがとうございました	

調査票2

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

【書籍】

なし

【論文】

- * Hirai, K., Tokoro, A., et al : Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Annals of Oncology*, 200819(1): 49-55
- *Hirai, K., Tokoro, A.et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health*, 2008 in press
- *所 昭宏: がん医療における全人的な多職種チーム医療の可能性と課題 サイコオンコロジスト(精神腫瘍医)の役割 医療2008 vol.62 No4 207-211
- *所 昭宏: 日本サイコオンコロジー学会ニューズレター JPOS新常任世話人就任にあたって2008.no52 2-3
- *高田 實 池山晴人, 所 昭宏: 肺がん患者の在宅治療, 日本臨床 66巻 増刊号6 709-717, 2008

*高田 實, 池山晴人, 所 昭宏: 地域との連携を踏まえたがんのチーム医療, 腫瘍内科, 2 (4) :285-292,2008

*久保昭仁, 所 昭宏: 臨床プラクティス 実践・緩和医療のすべて (13) 疼痛治療が困難になってきたとき, どうするか Vol.4No4 366-368 2008

*所 昭宏: 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 がん補完代替療法を希望する患者と医療者のコミュニケーションはどのようにすればよいか? 臨床へのファーストステップ 医事新報 junior 35 No477 35-38 2008

【その他】

2. 学会発表

【シンポジウム】

- *所 昭宏: 全人的患者理解が難しかったがん性疼痛の一例: 第12回泉州緩和医療懇話会, 堺, 08, 04, 26
- *所 昭宏: “がんを知ってこころのケアを” がんとこころのケア, 第31回日本呼吸器内視鏡学会学術集会市民公開講座, 大阪, 2008, 6. 21
- *所 昭宏: がん治療・緩和ケアにおける補完代替療法: 正しい理解と患者サポートのために CAMに期待をかける患者・家族への対応, 第13回日本緩和医療学会学術大会 シンポジウム4 2008,07,04,静岡
- *所 昭宏: 呼吸器専門病院における抑うつへの対応~当院緩和ケアチームの取り組み~, 第5回うつ病学会 シンポジウム3

緩和ケアにおけるうつへの対応
2008,07,26,福岡

*所 昭宏：心療内科は、がん緩和医療に貢献すべきである！？，第7回西日本心療内科未来研究会，2008，11.15，京都

*所 昭宏：バッド・ニュースが患者に与える心理的影響 精神腫瘍医の立場から，平成20年度 国立病院機構近畿ブロック医療技術研修「インフォームド・コンセント研修会」2008.11.25，大阪 刀根山病院

*所 昭宏：心身医学的な多職種チーム医療を行うための OJT（On-the-Job Training）～近畿中央胸部疾患センターでの取り組み～，第47回日本心身医学会近畿地方会ラウンドテーブルディスカッション「チーム医療のための新たな教育」，京都，2009,02,07

【一般演題】

*日保ヒサ，所 昭宏，他：近畿中央胸部疾患センター支持・緩和療法チームにおけるがん性疼痛看護認定看護師の活動と役割 第62回国立病院総合医学会，東京，2008,11,21

*所 昭宏，平井 啓，古村和恵，黒丸尊治，中井吉英：肺がん患者における補完代替療法の受療行動に関する行動科学的研究，第49回日本心身医学会総会学術大会，札幌

*所 昭宏：がん患者・家族の意思決定を支援するための多職種チーム医療，第12回肺癌薬物療法研究会，大阪，2008,06,26

*小杉孝子，所 昭宏，金井泰子，光國若也，松田能宣，新井徹，難治性肺疾患患

者の退院に向けての心理的サポートの一例，第46回日本心身医学会近畿地方会，神戸，2008，07，26

*所 昭宏，日保ヒサ，宮部貴織，川口知哉，山中政子，神山智秋，小杉孝子，松田能宣，中井吉英：呼吸器専門病院における緩和医療への取り組み，第13回日本心療内科学会総会・学術大会 弘前，2008，11，29

*所 昭宏：がん医療における補完医療 サイコオンコロジーの視点より 第5回補完医療を考える会，大阪，2009，01,23

*小杉孝子，所 昭宏，日保ヒサ，宮部貴織，山中政子，神山智秋，川口知哉，松田能宣，中井吉英：心理的危機対応として関わった肺がん患者4症例についての検討，第47回日本心身医学会近畿地方会，京都，2009，02，07

【教育講演など】

*所 昭宏：多職種チームによる全人的緩和ケア～近畿中央胸部疾患センターでの取り組み～，北出病院緩和セミナー，和歌山県御坊，2008,06,18

*所 昭宏：緩和医療・サイコオンコロジー，平成20年度国立病院機構呼吸器研修会，2008,06,27

*所 昭宏：がん医療における心の痛み～サイコオンコロジーの視点より～，第15回金曜学術講演会，和歌山県田辺市，2008,09,19

*所 昭宏：不安，抑うつ，せん妄について，近畿中央胸部疾患センター支持・緩和療法チームセミナー，2009年1月16日

*所 昭宏：コミュニケーション，大阪府緩和ケア研修会，2009，01.18，大阪

*所 昭宏，田伏成行，宮部貴識，古村和恵
厚生労働省がん助成金「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班 平成20年度分担研究会議，2009.1.21

*所 昭宏：がん医療における悪い知らせの伝え方とそのサポートについて 大阪労災病院，2009年1月28日

*所 昭宏：サイコオンコロジーと緩和ケアチームの活動の実際，九州厚生年金病院腫瘍セミナー，2009，02，04

*所 昭宏：緩和ケアとリハビリテーション～がん医療に求められるリハビリテーション医療技術者の役割～，第二回南大阪緩和リハビリ研究会，2009年2月21日，堺

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

がん患者への個人精神療法的介入の効果研究

分担研究者：河瀬 雅紀（1）

研究協力者：中村 千珠（2）

(1) 京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科教授

(2) 京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科

【研究要旨】

平成 20 年度では、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ついて医師の理解の把握を試みた。その結果、がん患者へのソーシャルサポートとして心の相談窓口に対するニーズはきわめて高かった。そこで平成 21 年度では、心理的ケアにかかわる多くの専門家が容易にまた効率よくがん患者へ個別的な心理的サポートができる介入方法を計画した。特に本研究では、グループ療法への参加を躊躇したりグループ療法から脱落したりする場合、あるいは病院の規模からグループ療法の実施が困難な場合などに適用できることを想定したがん患者への個人療法的介入のプログラムを作成した。また、プログラムの主なテーマとして、がん患者のニーズ調査からその必要性が高かった実存的問題を取りあげてみることを試みた。

A. 研究目的

がん患者はその臨床経過においてさまざまな心理的苦痛を経験するため、質の高い療養生活の実現には心のケアが適切に提供されることが必要である。また、がん患者は精神障害の罹患率が高く、その予防的観点からも有効な心理社会的介入の普及が求められている。

平成 20 年度では、がん診療連携拠点病院において、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の医師の理解を把握することを試みた。その結果、がん患者へのソーシャルサポートとして、グループ療法のニーズは高かったが普及は不十分であると認識されて

いた。そこで、今後は多くの施設でグループ療法の実施ができるようにファシリテーターの養成を含めた環境整備の必要性が示唆された。一方、心の相談窓口に対するニーズはきわめて高く、がん患者への個人療法的介入はより一層充実することが求められていた。

すなわち、がん患者にとって、その時々
の必要性に応じてグループ療法や個人精神療法
の選択枝があることは有益である
と考えられる。

そこで本研究では、グループ療法との
連携を考慮した個人精神療法のプログラム
を作成することを試みた。すなわち、
多くの患者と語らうことに抵抗を感じる
などの理由でグループ療法への参加を躊

躊躇する患者やグループ療法から脱落してしまう患者などが利用できること、またグループ療法と個人精神療法間での移行が容易であることに配慮してプログラムを作成し、その有効性を検証することを目的とした。

B. プログラムの作成過程

プログラムの作成にあたり、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」で用いられているがん患者へのグループ療法の枠組みを用いることとした。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムとした。

また、プログラムにおける各セッションのテーマについては、身体的状態の比較的良いがん患者を対象に筆者らが行った心理社会的ニーズに関する調査の結果を参考にした（心身医学 47(2)：111-121, 2007)。すなわち、がん患者においては実存的問題へのニーズが高いことが示され、それは、ただ単にこの世の中に「いる（ある）」のではなく、何らかの目標や可能性を持ちつつ自分の生き方を問題にして生きている、そのような人間の生き方が生命の危機に直面してかけがえのない自分本来の生き方を模索し、他者やこの世界との新たな関係を構築していくその過程を援助する必要性が示された。そして因子分析の結果からニーズの高かった「受容」「自己価値」「家族・友人」「自立・協力」をテーマとしてプログラムに組み入れることとした。

C. 研究結果

がん患者への個人精神療法的介入プログラムの内容と実施計画は以下の通りで

ある。

【実施方法】

心理教育、話し合い、リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムで、1セッション30分、週1回、連続して5週間実施する。

第1回目は、導入として症状に気づいてから今までの経緯などを聞き、プログラムの内容に関する説明を行い、最後にリラクゼーション(呼吸法)を実施する。

第2回目以降は、導入として1週間の様子を聞き、引き続いてテーマを設定した心理教育を行ない、話し合い、リラクゼーション(呼吸法)を実施する。

心理教育のテーマとして、第2回目では「がんに伴う不安について」、第3回目では「ソーシャルサポートについて」、第4回目では「不安への取り組みについて」、第5回目では「自分らしく過ごすために」を取り上げる。

「受容」は毎回のセッションで取り上げられ、「家族・友人」は主に第3回目、「自己価値」「自立・協力」は主に第4・5回目で取り上げられる。

【評価方法】

評価は質問紙法により行ない、プログラム開始2～3週前から評価を開始し、プログラム終了4週後に最終の評価を実施する。

本研究で使用する質問紙は以下の通りである。

- ① Profile of Mood States (POMS) 短縮版：気分を評価する尺度で「緊張－不安」「うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」から構成される（30項目、5件法）
- ② Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorkranken (SELT-M)：スピリチュアリティを含んだ QOL 尺度で「スピリチュアリティ」「サポート」に関する項目からなる（15項目、4件法）
- ③ Mental Adjustment to Cancer

(MAC)尺度：がんに対する対処様式を評価するための尺度で、「前向き」「不安の先取り」「絶望感」「運命」「回避」の5側面から構成される（40項目，4件法）

- ④ 1項目簡易スケール法：抑うつ，不安に関する各1項目簡易尺度

【評価時期】

①②③については，プログラム実施前，プログラム終了時，終了後4週目の計3回実施する。

④については，プログラム実施前の2～3週間に4～7回，プログラム実施中に10回実施する。

【対象】

告知を受けている身体状態の良い乳がん患者（初発）で術後1～12ヶ月の者を対象とする。すなわち，乳がん患者で以下の条件を満たすものとする。

- a) 告知を受けていること。
- b) 女性。
- c) 年齢は30歳以上65歳以下。
- d) 初発の乳がん。
- e) 化学療法の施行は問わない。
- f) 術後1ヶ月～12ヶ月であること

【倫理面への配慮】

プログラム実施前に，プログラムについての説明（プログラムの目的，内容など）を行い，同意書にて同意を得る。

また，本研究内容については，京都ノートルダム女子大学心理学部倫理委員会の承認を得た（平成21年1月）。

D. 考察

個人精神療法的介入プログラムおよび実施計画の概要が整い，京都ノートルダム女子大学心理学部倫理委員会の承認を得て，被験者募集を始めたところである。実施後の分析について，1項目簡易スケール法では頻回の評価を予定しているためシングルケースによる分析も可能となれば，効果の判定を順次行なうことも期待できる。

E. 結論

乳がん術後患者を対象とした標準化されたグループ療法に対応する枠組みを持つ個人精神療法的介入プログラムの効果が実証されれば，患者にとっては両者の移行が容易となり，また治療の選択の幅が広がる。一方，治療者にとっては，両者の構造が類似しているため，実施にあたっての負担が軽減されることが期待できる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 河瀬雅紀，羽多野裕，中村千珠，廣澤六映：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
- 2) 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，榎 則章，霜田 求編。金芳堂，京都，pp20-29, 2008
- 3) 中村千珠，河瀬雅紀，保坂 隆。がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート－医師へのアンケート調査より－。総合病院精神医学 20(2)：129-138, 2008
- 4) 河瀬雅紀。謔妄が生じた時はどのように対応すればよいか？。月刊「Junior」472(5)：33-36, 2008
- 5) 河瀬雅紀。否認様言動へはどのように対応すればよいか？。月刊「Junior」473(6)：37-40, 2008
- 6) 河瀬雅紀。緩和ケアにおける心理的側面－不安・抑うつへの対応・精神的ケア。バイオフィードバック研究 35(2)：122-127, 2008
- 7) 河瀬雅紀。第7章 ターミナルケア・緩和ケアの実践－がん患者の心のケア－。忠井俊明編。医療心理学。東京：星和書店，pp201-236, 2008

2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 河瀬雅紀. 終末期がん患者への関わりー精神科医の立場からー. 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
- 3) 河瀬雅紀. 緩和ケアにおける心理的側面～不安・抑うつへの対応, 精神的ケアの基本
第36回日本バイオフィードバック学会学術総会. 2008.6, 枚方

- 4) 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆. がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート. 第21回日本サイコロジ学会総会. 2008. 10, 東京

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

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 一致度とその予測要因に関する研究

分担研究者：松島 英介（1）

研究協力者：久村 和穂（2）

（1）東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授

（2）東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野

【研究要旨】

以下の 2 点を明らかにすることを目的として、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）のペアを対象に自記式質問紙による調査を実施した。①終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価はどの程度一致するのか。②患者-家族間の患者の QOL 評価の一致度に関連する心理社会的要因は何か。

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-家族間の QOL 評価の差に関連する要因として、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、介護負担感、患者-家族間のコミュニケーションを測定した。分析方法としては、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、重みづけ κ 係数、級内相関係数などを算出した。また、患者-家族間の QOL 評価の差を従属変数とした重回帰分析を行った。本研究は当大学および当該病院の倫理委員会の承認を得て実施された。

2007 年 5 月～2008 年 9 月に適格条件を満たした 134 組の患者・家族に調査票を配布し、90 組を回収した。QOL 全体としては患者-家族間の一致度は中等度で、多くの項目で家族は患者の QOL を有意に低く評価した。また QOL の領域や項目によって一致度は異なり、身体面・機能面は一致度が高く、スピリチュアリティは中等度で、社会/家族面（特に家族との関係に関する項目）・心理面は低かった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の 3 要因が患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族の患者とのコミュニケーションの満足度が高い程、患者-家族間の QOL 評価は一致する傾向があることを示した。しかしながら、このモデルの決定係数は低く、他要因の関連が大きいことを示した。さらに症例数を増やし、患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定することが今後の課題である。

A. 研究目的

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^{1,2,3,4}。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^{5,6,7}。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^{8,9,10,11}。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つたりすること、患者一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^{12,13,14}。したがって、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。

近年、終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価を比較した研究報告は増加している。しかしながら、先行研究には次のような重要な問題が残されている。第 1 に、先行研究で最も頻りに使用された QOL 評価は EORTC-QLQ-C30（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30、以下 EORTC と略す）や SF-36 であり、これらの尺度は身体機能や症状を中心とした項目で構成されている。しかし、身体機能の回復が困難または著しい低下が予想される終末期においては、心理面、社会面、スピリチュアリティが患者の QOL に影響を与える重要な側面になると考えられる。第 2 に、死に直面したがん患者の QOL を理解する上でスピリチュアリティは見逃すことのできない重要な側面である。にもかかわらず、先行研究では十分なサンプル数とスピリチュアリティの測定尺度を用いて調査は 1 件のみであり¹⁵、この側面における患者一家族による評価の一致度については未だ十分に検討されていない。第 3 に、先行研究において、患者一家族観の QOL 評価の一致度に関連する様々な要因について調査されているが、その結果は一貫していない。終末期がん患者および家族への支援の焦点になり得る介入可能な心理社会的要因を解明することが求められている。第 4 に、先行研究は 1 つを除くすべての研究は欧米で行われたものであり、先行研究で示された知見は、欧米以外の国に適用できるのか殆ど検討されていない。

以上のことから、本研究では主に次の2つの課題について調査し、検討する。
①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評価はどの程度一致するか。本研究では、患者のQOLの心理面、社会面、スピリチュアリティの側面に焦点をあてて調査する。
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を明らかにする。また、以上の結果に基づき、終末期がん患者および家族介護者への支援の在り方を検討する。

B. 研究方法

1. 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、⑥推定予後が6か月未満の者。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た者。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。

2. 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。

3. 調査項目

(1) QOLの評価

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）で構成されているFunctional Assessment of Cancer Therapy（FACT-G）とスピリチュアリティを査定するサブスケールFACIT-Sp-12（12項目）を含めた5つの下位尺度、合計39項目から構成されている。各項目について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意味する。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示すことができる。なお、FACIT-Sp-12は、「生きる意味/平穩」(No.30~No.37)と「信念」(No.38~No.41)の2つの要因から構成されている。また、FACIT-Sp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。

本研究でFACIT-Spを採用した理由は以下の通りである。①FACIT-Spは、多くの先行研究で使用されたEORTCと共にがん患者のためのQOLの評価尺度として最も広く使用されており、日本語版の標準化作業が完了している。②FACIT-SpはEORTC-QLQ-C30と同様に、QOLを多角的に評価するための複数のサブスケールで構成され、サブスケールごとに患者-家族間の評価得点の比較が可能である。特に、スピリチュアリティについて標準化された尺度を用いて評価することが可能であり、患者-家族間の評価の一致度についてより正確な情報が得られると期待できる。③EORTC-QLQ-C30とFACT-G (Functional Assessment for Cancer Therapy・General: FACIT-Spのスピリチュアリティ以外の4サブスケールから構成されている)の2つの尺度を比較した実証研究¹⁶によれば、EORTC-QLQ-C30は身体面・機能面に焦点を置いている一方、FACT-GはQOLの様々な側面を広く含有するという特徴をもっており、その意味で本研究の目的により合致した評価尺度と判断した。特に、家族や周囲の人々との感情的なつながりは、日本人の終末期がん患者にとって「良い死」に関連する重要な要因と考えられている¹⁷。EORTC-QLQ-C30の社会面に含まれる2項目は身体状態に関連する社会役

割機能を測定している一方、FACIT-Spの社会/家族面は、社会支援および家族や周囲の人々との感情的なつながりに焦点を当てている。

(2) 患者-家族間のQOL評価の一致度の予測要因

患者-家族間の患者のQOL評価の一致度に関連すると考えられる主な心理社会的要因として、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、家族の介護負担感、患者-家族間のコミュニケーションを測定した。

① 家族の心理状態

家族の心理状態は、抑うつ・不安についてHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹⁸を用いて測定した。本尺度は、Zigmondらによって作成された不安(7項目)、抑うつ(7項目)を測定するための簡便な自記式質問紙である。本尺度のわが国のがん患者における信頼性・妥当性は確立されている¹⁹。

② 患者-家族間の人間関係

患者-家族間の人間関係は、Quality of Marriage Index (QMI)で測定した。QMIは夫婦関係の満足度について本人が回答する尺度で、夫婦関係の全体的な良さを反映する項目に限定して作成された1次元の尺度である²⁰。QMI日本語版は諸井によって作成され、各項目について4点尺度で回答させている²¹。Porterらの研究²²を参考にし、QMIの中で使用されているmarriage(結婚)という語彙をrelationship(人間関係)に置き換えることにより、患者と家族介護者との人間関係の質を測定した。

③ 介護負担感

介護負担感の測定には、Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)²³

日本語版を用いた。ZBI 日本語版については、8 項目で構成される短縮版 (J-ZBI_8) の信頼性・妥当性も確認されている²⁴。下位尺度には個人負担 (Personal strain factor: PS 因子) と役割負担 (Role strain factor: RS 因子) の 2 領域がある。前者は介護を行うことの辛さを、後者は介護者の役割を果たすことによる制限を意味する。ZBI の各項目は 5 段階で評価され、得点の高さが介護負担感の強さを表す。

④ 患者-家族間コミュニケーション

患者-家族間のコミュニケーションについては、いくつかの尺度を用いて測定した。まず、家族内コミュニケーションについて、Family Assessment Device (FAD) 日本語版のコミュニケーション・サブスケールの 6 項目を使用した。FAD は McMaster Model of Family Functioning (MMFF) を理論的根拠に、家族の健康度を評価するためのスクリーニング検査として開発された自記式質問紙であり²⁵、日本語版は標準化作業が完了している²⁶。

これに加えて、Lobchuk ら²⁷によって使用された患者-家族間のコミュニケーションの頻度に関する 1 項目、および Chen らによる研究²⁸で使用された「緩和ケア病棟への入院の経緯」における患者-家族間コミュニケーションに関する質問の 3 項目を翻訳し使用した。Fried らによる研究²⁹で使用された項目を参考にして作成した病気や医療に関する患者-家族間コミュニケーションを査定するための質問項目 (4 項目) も使用した。これらに「病状に関する患者の認識」に関する 1 項目 (家族のみを対象) を独自に作成し追加した。

4. 分析方法

(1) 患者-家族間の一致度の分析

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、相関係数、一致回答率、重みづけ κ 係数 (weighted kappa) または級内相関係数 (Interclass Correlation Coefficient: ICC) を算出した。さらに、FACIT-Sp を構成する各サブスケールの内的整合性を確認するため、患者と家族のそれぞれの回答の Cronbach α を示した。

重みづけ κ 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 κ 係数は不一致の程度も考慮をした一致度を示す。重みづけ κ 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。 κ 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、 κ 、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³⁰。

また、患者と家族による評価得点の平均値の差の統計上の有意性を調べるために、対応のある t 検定 (paired t-test) を行った。ただし、2 群間の有意差の有無はサンプルサイズに依存するために、患者-家族間の QOL 評価の差を標準化した効果量 d (=effect size) を算出することによって、患者-家族間の QOL 評価の差の大きさを調べた。Cohen のガイドラインに基づき、 $d =$

0.2；差は小さい、 $d=0.5$ ；差は中くらい、 $d=0.8$ ；差は大きいと解釈した³¹。

(2) 患者—家族間の QOL 評価の一致度の予測要因についての分析

患者—家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定する方法として、重回帰分析（ステップワイズ法）を実施した。重回帰分析に投入する独立変数を選定するために、患者—家族間の QOL 評価の差、および、その絶対値を従属変数として 2 変量解析を行った結果、 $p<0.25$ の水準を満たした変数を独立変数とした。2 変量解析による統計的有意性の評価は、Wilcoxon 符号付順位和検定、または、Spearman 順位相関係数で行った。データの統計的処理には SPSS for Windows 17.0J を使用した。

5. 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。また、研究対象となった患者と家族の双方から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 134 組に調査票を配布し、90 組のデータを回収した（回収率は 67.2%）。有効回答は 81 組だった。

1. 調査対象者の基本的属性 【表 1】

(1) 患者の基本属性

性別は、男性 54.3%、女性 45.7%、年齢の中央値は 71.0 歳であった。緩和ケア病棟入院者が 17.3%、緩和ケア外来患者が 82.7%だった。外来患者の療

養場所としては、54.3%が自宅、27.2%が一般病院入院中だった。Performance Status (PS) は Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)³² で判定し、PS1 = 33.3%、PS2 = 24.7%、PS3 = 22.2%、PS4 = 13.6%で、確定診断から調査日までの期間の中央値は 16 ヶ月だった。

(2) 家族の基本属性

性別は、男性が 38.3%、女性が 61.7%で、年齢の中央値は 61.0 歳であった。患者との関係は、配偶者 (50.6%)、子ども (29.6%)、きょうだい (12.3%)、親 (3.7%) であった。患者と同居している者は全体の 69.1%、患者に会う頻度は毎日が 66.7%、週 5 日以下は 32.1%だった。過去にがん患者の介護経験がある者は 23.5%であった。

2. 患者—家族間の QOL 評価の比較

(1) サブスケールの比較 【表 2】

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た。まず、各サブスケールの α 係数を算出したところ、社会/家族面以外の 4 サブスケールにおいて患者と家族の双方の評価で十分な内的整合性 ($\alpha = 0.79 \sim 0.92$) があることが確認された。

すべてのサブスケールには有意な相関関係があり、級内相関係数 (ICC) が示す一致度は、身体面・機能面については一致度が高く (ICC = 0.66 ~ 0.71)、スピリチュアリティについては中等度 (ICC = 0.50)、社会/家族面および心理面は低い一致度 (ICC = 0.35) を示した。QOL 全体としては、中等度 (ICC

=0.54) の一致を示した。また、患者得点と家族得点の差の検定では、身体面を除くすべてのサブスケールおよび QOL 全体で有意な差があり、そのいずれにおいても家族の得点は患者よりも低かった。ただし、2 者間の差の大きさを示す効果量は、社会家族面を除いて低～中等度以下であった (effect size $d=0.14\sim 0.50$)。

(3) 身体面サブスケール 【表 3】

7 項目中 2 項目で家族は患者の状態を有意に低く評価した。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、中等度以上の一致度を示した。しかし、「家族への負担に対する懸念」(No.3) と「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連する項目は低い一致度を示した。

(4) 家族・社会面サブスケール 【表 4】

社会/家族面の Chronbach α は患者評価および家族評価のいずれも内的整合性が十分ではなく、さらにその α 係数の値は患者評価と家族評価で明らかな相違があった。このことから、本サブスケールは偶然誤差の影響を受ける可能性が高いため、必然的に患者一家族間の評価の一致度が低くなること、さらに、患者と家族は社会/家族面に含まれる項目の一貫性について異なる見解をもつ可能性が示唆された。よって、本サブスケールを 1 尺度と扱って患者一家族間の評価を比較するのは適切ではない。

そこで、患者評価と家族評価の項目間の相関関係を調べたところ、以下の 2 点の特徴が明らかになった。①「性生活」に関する項目 (No.16) は、患者評価

と家族評価のいずれにおいても他のすべての項目と有意な相関がなかった。②「友人との関係」に関する 2 項目 (No.8, No.11) の患者評価は、その他のすべての項目との間に有意な相関はなく、この点で家族評価とは異なっていた。よって、このサブスケール内の項目を「友人との関係」(No.8, No.11)、「家族との関係」(No.9, 10, 12, 13, 14, 15)、「性生活」(No.16) という 3 要因に分類し、前者 2 者の α 係数を算出したところ、患者評価と家族評価の双方で十分な内的整合性が確認された ($\alpha=0.79\sim 0.83$)。

「友人との関係」要因については、相関係数 (0.68) と ICC (0.67) が示す一致度は高く、効果量の値は患者一家族間の差の大きさは小さいことを示している ($d=0.26$)。一方、「家族との関係」要因については、相関係数 (0.23) と ICC (0.17) の値は低い一致度を示した。さらに、効果量の値は患者一家族間の評価の差の大きさが中等度以上 ($=0.68$) であることを示した。

(5) 情緒面サブスケール 【表 5】

6 項目中 5 項目で、家族は患者よりも有意に低く評価した。6 項目中 4 項目には有意な相関があったが、 κ 係数はすべての項目で 0.30 以下であり、3 項目で極めて低い一致度 ($\kappa < 0.20$) を示した。特に、No.21「死ぬことを心配している」、No.22「病気の悪化を心配している」の 2 項目では、約 4 割の家族は患者本人の回答と 2 段階以上乖離していた。

(6) 機能面サブスケール 【表 6】

7 項目中 3 項目で家族は患者の状態を有意に低く評価していたが、すべての

項目で有意な相関があった。相関関係は 0.34~0.74 と範囲が広く、一致回答率は 33.8~54.3%、 κ 係数は 0.28~0.57 だった。

(7) スピリチュアリティ・サブスケール

【表 7】

FACIT-Sp-12 を構成する 2 つの要因で、患者-家族間の評価の一致度が異なっていた。相関係数と ICC の値から、「生きる意味/平穏」要因の一致度は中等度であり ($r=0.51$, $ICC=0.51$)、「信念」要因の一致度は低かった ($r=0.37$, $ICC=0.37$)。ただし、effect size が示した差の大きさはどちらも小さいことを示した。

12 項目中 6 項目で家族は患者の状態を有意に低く評価した。10 項目には有意な相関があり、相関係数は 0.07~0.54 であった。 κ 係数はすべて 0.40 以下であり、5 項目で極めて低い一致度を示した。特に No.40「病気をわずらったお陰で、自分の人生観はいっそう深まった」は、全 41 項目中最も低い一致度を示し、適切回答率は 53.8% だった。

3. 患者-家族間の QOL 評価の一致の予測要因 【表 8】【表 9】

独立変数の概要を【表 8】に示した。患者-家族間の QOL 評価の差（絶対値）と独立変数との 2 変量解析の結果、「性別」「入院/外来」「療養場所（自宅）」「診断からの期間」「患者とのコミュニケーションの重要性」の 5 要因と関連があることを示した。しかし、重回帰分析の結果、どの要因も従属変数との関連を示さなかった。

患者-家族間の QOL 評価の差と独立変数との 2 変量解析の結果、「PS」、

「入院/外来」、「介護負担感（個人負担）」、「介護負担感（役割負担）」、「患者と家族が同居」、「家族内コミュニケーション」（家族が回答）、「家族とのコミュニケーションに対するニーズ」（患者が回答）、「家族とコミュニケーションをとる辛さ」（患者が回答）、「患者とのコミュニケーションについての満足度」（家族が回答）の 9 要因が、患者-家族間の QOL 評価の一致度との関連を示した。すなわち、外来患者であること、患者の全身状態が良好であること、患者と家族介護者が同居していること、家族の介護負担感が低いこと、家族内のコミュニケーションがオープンであること、患者が家族と病気についてもっと話をしたいと思っていること、患者が家族と病気の話をするについて辛いと感じていること、家族が病気について患者とこれまで話し合ってきたことに満足していることが、患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連していた。患者・家族の性別や年齢などの社会人口的要因との関連は見られなかった。

上記の 9 要因を独立変数として重回帰分析を行った結果、「診療形態 ($\beta = -.307$, $p < .009$)」「介護負担感（個人負担） ($\beta = .317$, $p < .007$)」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度 ($\beta = -.287$, $p < .015$)」の 3 要因が患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族が患者との話し合いに満足している程、患者-家族間の QOL 評価は一致する傾向があることを示した。このモデルは従属変数の変化の 21.6% ($\text{adjusted } R^2 = .216$) を説明するものであり、 $p < 0.000$ で統計的に有意であることを示した。

D. 考察

1. 患者-家族間の QOL 評価の一致度について

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 評価を比較したところ、その一致度については、以下の点で海外の先行研究^{33,34,35,36}を支持していた。第 1 に、患者と家族による QOL 全体についての評価の一致度は、相関係数(=0.58) および ICC (=0.54) の値から中等度であり、統計上有意な差はあるものの、その差の大きさは中等度 (effect size=0.50) であった。第 2 に、家族は患者の QOL を低く評価する傾向があった。本研究では調査項目全体の 56.1% (23/41 項目) で患者-家族間の評価に有意差が見られたが、それらすべての項目で家族は患者自身よりも患者の QOL を悲観的に評価していた。また、2 者間の評価の差の大きさは、社会/家庭面を除く各サブスケールで低度～中等度 (effect size=0.14～0.45)、個々の項目では全体の 85.4% (36/41 項目) で中等度以下 (effect size<0.50) であった。第 3 に、終末期がん患者と家族による患者の QOL 評価の一致度は、測定した QOL の領域や項目によってかなり異なっていた。相関係数・ICC の値からは、身体面、機能面では一致度が高く (それぞれ $r=0.71$, 0.64 、 $ICC=0.71$, 0.66)、心理面、社会/家族面、スピリチュアリティの側面は比較的低い ($r=0.37\sim 0.52$ 、 $ICC=0.35\sim 0.50$) と解釈できる。ただし、サブスケールにかかわらず、患者の心情や考えや価値観などの観察困難で抽象的な項目は一致度が低く、観察可能で具体的な項目は一致度が高い傾向があった。

一方、本研究によって得られた QOL

評価の一致度に関する新たな知見として、以下の点があげられる。まず第 1 に、本研究は患者-家族間の患者の QOL 評価の比較に FACIT-Sp を用いた最初の研究であった。その結果は、上述の 3 点について EORTC-QLQ-C30 や SF-36 など他の QOL 尺度を用いた先行研究の結果を支持した。

第 2 に、先行研究は 1 つの研究¹⁵を除き、すべて欧米で実施されたものであった。日本人を対象とした今回の調査結果は、欧米および台湾での先行研究の結果を支持するものであり、患者-家族間の QOL 評価の一致度は異文化間で共通の傾向があるという根拠を示した。

第 3 に、本研究は終末期がん患者のスピリチュアリティに関する患者-家族間の評価の一致度について十分なサンプル数と標準化された調査項目を用いて検討した。その結果、「生きる意味/平穏」要因は患者-家族間で中等度の一致度を示した一方、「信念」要因は一致度が低かった。今回の調査参加者が特定の信仰をもっていなかったことが、この要因に関する一致度に影響したのかもしれない。また、研究者の予想に反して、スピリチュアリティは心理面と比較すると一致度が高く、患者-家族間の差も小さいことを示唆した。この点は、スピリチュアリティが様々な QOL の側面と比較して最も低い一致度を示した先行研究¹⁵の結果と異なり、さらなる調査が必要である。

第 4 に、社会/家族面サブスケールの相関係数・ICC は低く、患者-家族間の評価の差の大きさ (effect size= .51) は 5 つのサブスケール中で唯一中等度の範囲を超えていた。しかし、社会/家族面の一致度の解釈については、以下の理由から家族による評価が他の領域と

比較して最も不正確と解釈することには慎重であるべきと考える。①このサブスケールは患者評価と家族評価の内的整合性はともに十分ではなく、偶然誤差の影響を受ける可能性が高いため一致度が低くなっている。②社会/家族面に含まれる個々の項目の一致回答率および適切回答率は比較的高い。ICC と α 係数は対象となる変数の分散が小さいと値が低くなるという特徴をもつため、ICC の値の低さは、患者回答と家族回答の差の範囲が狭いことに影響を受けている。よって、社会/家族面についてはサブスケールごとの比較よりも、個々の項目ごとに患者-家族間の一致度を検討するのが適切と考える。

最後に、本研究における最も重要な発見は、患者の QOL についての悲観的評価が最も顕著だったのは社会/家族面の中の「家族との関係」に関する要因であったことである。社会/家族面の α 係数の値は患者評価と家族評価で明らかな相違があり、患者は家族と友人に関する項目を家族よりも明確に区別して評価していた。つまり、患者は家族との感情的なつながりを友人とのものとは異なる特別なものとして捉えており、「家族との関係」要因に含まれる 6 項目すべてにおいて家族よりも有意に高く評価をしていた。また、effect size が示した 2 者間の差の大きさは、全 41 項目中 5 項目が中等度以上だったが、その内の 3 項目は「家族との関係」に関する項目 (No.12, 13, 14) であった。これは、多くの家族が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という確かな傾向を示しているのかもしれない。日本において終末期がん患者と家族が互いに抱いている感情について率直に語り合うことが一般的では

ないために、このような傾向が現れたと考えられる。しかし、家族介護者にとって、患者が家族との感情的なつながりについて高く評価していることを知るとは、患者への介護や支援に対する満足感を強めたり、患者の死後の悲嘆から回復するにあたって重要な要因となるかもしれない。

2. 患者-家族間の QOL 評価の差の予測要因について

本研究は患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連する介入可能な心理社会的要因として、介護負担感、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、患者-家族間のコミュニケーションに焦点を当てて調査した。重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「患者とのコミュニケーションの満足度」の 3 要因が同定された。介護負担感については、先行研究において異なる尺度を用いて調査されてきたが、それらの研究結果と同様に本研究においても、介護負担感は患者-家族間の QOL 評価の一致度に負の影響を及ぼしていることが確認された。ただし、本研究では、家族の介護負担の中でも役割負担 (= 介護役割を果たすことによる制限についての負担感) よりも個人負担 (= 介護を行うことの辛さ) が、患者-家族間の QOL 評価の一致度に影響を及ぼすという結果を示した。一方、HADS で測定された家族の心理状態は、重回帰分析のみならず 2 変量解析の結果においても患者-家族間の QOL 評価の一致度には関連はなかった。この点から、終末期がん患者の家族への支援においては、家族介護者の抑うつや不安に焦点をあてた心理的援助だけでは十分ではなく、患者と家族介護者を取りまく社会環境をアセスメン

トし、実質的な介護負担の軽減を図ることが有益な支援となるのかもしれない。ただし、本研究は横断研究であるために、介護負担感が強いから評価が一致しないのか、評価が一致しないから介護負担感が強いのかという因果関係は明らかにされていない。介護負担感と患者—家族間の QOL 評価の一致度の関係性についてさらに調査を行うことは、終末期がん患者とその家族に対する効果的な介入方法を開発するにあたって重要と考える。

今回の調査では患者—家族間の人間関係にかかわる要因と一致度の関係について調査した。QMI で測定した患者—家族介護者の人間関係が両者間の QOL 評価の一致度に関連することを予想していたが、2 変量解析においても、その関連は確認されなかった。また、患者と介護者の性別、患者と介護者の同居/別居、患者—家族介護者間の血縁関係（配偶者/非配偶者）でも、その関連は見られなかった。よって、主要な介護者が患者と同居をし、患者との人間関係が良好であるという理由から、医療従事者がその家族介護者が患者の QOL を正確に把握していると考えるのは不適切かもしれない。

さらに、本調査では QOL 評価の一致度の予測要因として、患者—家族間のコミュニケーションに焦点を当てた。FAD のコミュニケーション・サブスケールで測定した家族内のコミュニケーションの率直さが一致度に関連すると予想されたが、そのような関連は見られなかった。唯一、「家族が病気のことについて患者との話し合いについて満足していること」が、患者—家族間の QOL 評価の一致との関連を示した。2004 年の松島らの調査³⁷によれば、終末期に

近づくほど医療者は病状や見通しについて家族のみに情報を提供する傾向を示した。家族介護者が患者の病状についての情報を本人に隠している場合、本人と率直に話し合うことができないため、患者とのコミュニケーションに関する家族の満足度は低くなる可能性がある。よって、医療者および家族介護者が患者とのコミュニケーションを避けていることが、家族の患者とのコミュニケーションに対する満足感を低下させ、患者の QOL の過小評価につながっていることが考えられる。

家族による患者とのコミュニケーションの満足度が低下する別の原因としては、患者側が家族に身体的・心理的負担をかけたくないために、病気に関する様々な症状やそれに伴う心身の苦痛について家族と話し合うことを避けていることが考えられる。しかし、今回の調査結果は、家族が患者とのコミュニケーションに満足している程、すなわち患者—家族間で率直な話し合いが行われている程、家族は患者の QOL について悲観的評価をせず、患者—家族間の QOL 評価の一致度が高くなることを示唆している。

3. 本研究の限界

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、データ数も十分ではないためにこの結果を一般化することには限界がある。特に、患者—家族間の QOL 評価の一致度の予測要因を解明するためには、さらなるデータが必要である。第 2 に、本調査は緩和ケア外来で入院の登録をした、あるいは入院中の患者とその家族を対象としたため、すでに患者—家族間で今後の治療や

ケアの方針について話し合い、合意に達している人々であった。つまり、今回の調査対象者は患者―家族間の人間関係やコミュニケーションが比較的良好な集団であった可能性が考えられる。よって、現在日本において最も多くのがん患者が最期を迎える一般病棟で療養している終末期がん患者とその家族を対象とした場合には、今回の調査とは異なる結果が出ることも予想される。第3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4に、重回帰分析が示したモデルの決定係数は低く、本研究が示した3要因は、終末期がん患者―家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因について十分に説明できていない。

4. 臨床への示唆

本研究による臨床への示唆としては、第一に、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るとは言えなかった。よって、医療者がこれらの QOL の側面のアセスメントを行う際、家族からの情報に頼るのではなく、患者本人からの情報が不可欠と考える。

家族からの情報しか得られない場合には、患者―家族間の QOL 評価の一致度の特徴を考慮して患者と家族をアセスメントすることが重要と考える。家族が患者の心理面やスピリチュアリティを過小評価しているのは、医療者がこれらの側面を軽視しているという不満や、

患者の心理面について十分にケアしてほしいという医療者への期待感を反映しているのかもしれない。また、終末期医療やケアに対する患者と家族の考えが異なる可能性が高い場合には、医療者は事前に患者が終末期医療とケアについての意思を表明できるような機会を提供することで、患者の尊厳を支えることは重要である。

第2に、家族が患者の QOL を過小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考えられる。よって、患者―家族間の患者の QOL 評価の不一致を修正していくことに焦点をおく介入は、双方にとって重要な支援になりうると考える。本研究の結果が示した有効な介入方法としては、それぞれの家族介護者を取り巻く社会的環境と介護負担感について適切な心理社会的アセスメントを行い、様々な社会サービスやインフォーマルな支援などの社会資源を動員することによって実質的な個人負担を軽減することである。加えて、家族が患者とのコミュニケーションについて満足感をもつことができるよう、医療者が終末期に至る前の段階から患者―家族間のコミュニケーションを促していくことが重要であると考えられる。

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 評価は必ずしも一致せず、QOL 全体としては中等度であることが確認された。両者間の QOL 評価の一致度は測定する側面によって異なり、特に患者の心情や価値観などの抽象的で観察困難な側面は一致度が低く、身体面、機能面などの観察可能で具体的な事項については一

致度が高かった。また、家族は患者本人よりも患者の QOL を低く評価する傾向が確認された。

家族の悲観的評価によって生じる患者-家族間の QOL 評価の不一致は、「診療場所」「患者とのコミュニケーションの満足度」「介護負担感」に関連していた。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、および介護負担感の軽減は、患者と家族介護者の双方に有効な援助の焦点になりうると考えられる。ただし、今回の調査では、これらの 3 要因は患者-家族間の QOL 評価の一致度を十分に説明するとは言えないことも示された。

よって、今後は調査施設およびデータ数を増やし、患者-家族間の QOL 評価の一致度とその予測要因について、さらに詳しい分析をする必要がある。また、本研究の結果に基づいた終末期がん患者とその家族に対する介入方法を開発・試行し、その介入効果を検証することを計画している。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアをうけるがん患者と家族介護者による患者の QOL 評価の一致の検討 総合病院精神医学 20(2): 139-148, 2008.
- 2) Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S: Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. Head Neck 30(10): 1303-1309, 2008.
- 3) 小林未果、松島英介、野口 海、松下年子、平澤秀人：特別養護老人ホームにおける尊厳ある死に関する研究—その現状と課題について—。日本社会精神医学会雑誌 16(3): 255-262, 2008.
- 4) 松島英介、野口海：緩和医療における尊厳とスピリチュアリティ。緩和医療学 10(1): 23-29, 2008.
- 5) 松島英介、野口海、松下年子、小林未果、松田彩子：わが国の医療現場における「尊厳死」の現状—告知の問題（集計および解析）終末期医療と生命倫理: 94-118, 2008.
- 6) 松島英介：サイコオンコロジーの歴史と現状。精神科 13(2): 89-93, 2008.
- 7) 松島英介：緩和医療における痛みと精神的苦悩。ストレス科学 23(1): 16-22, 2008.
- 8) 織田健司、松島英介 第 14 章精神疾患 ナーシング・グラフィカ EX 2 疾病と治療, 2008.
- 9) 織田健司、松島英介：うつ病、抑うつ状態。ナーシング・グラフィカ EX 2 疾病と治療（林正健二、山内豊明編集），メディカ出版，大阪，pp.359-362, 2008.
- 10) 織田健司、松島英介、内田淳子 睡眠薬の正しい使い方-医師の処方意図を知る-6 薬局 1, 2008.
- 11) 野口 海、松島英介：がん患者のスピリチュアリティをどう捉えるか？JUNIOR 4(No.471): 33-36, 2008.

2. 学会発表

- 1) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度の検討、第13回日本緩和医療学会、静岡、2008年7月4-5日。
- 2) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度の検討、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 3) 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：婦人科系がん患者における放射線治療後のQOL、第13回日本緩和医療学会総会、静岡、2008年7月4-5日。
- 4) 小林未果、杉本太郎、松田彩子、松島英介、岸本誠司：頭頸部がん治療に伴うQOL、スピリチュアリティ、自尊感情の変化およびその関連について、第21回日本サイコオンコロジー学会、東京、2008年10月9-10日。
- 5) 小林未果、松下年子、松田彩子、野口海、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(Ⅳ)患者が感じるスピリチュアルペインについて、第21回日本サイコオンコロジー学会、東京、2008年10月9-10日。
- 6) 望月裕美、小村健、小泉文、松島英介：手術を受ける口腔がん患者の心理特性とQOLの経時的変化の傾向、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 7) 下妻晃二郎、保坂隆、戸畑利香、寺田佐代子、井上和子、毛利光子、矢嶋多美子、堀泰祐、河瀬雅紀、松島英介、森山美知子：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、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 8) 野口海、松下年子、小林未果、松田彩子、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(Ⅱ)コミュニケーションによる満足度の違い、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 9) 小泉文、松島英介、小村健、天笠光雄：口腔がん患者の術前・術後の心理特性とスピリチュアリティ、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 10) 松田彩子、小林未果、松島英介、新井文子、三浦修：入院から外来化学療法に移行する悪性リンパ腫患者のQOL、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 11) 松田彩子、松下年子、小林未果、野口海、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(Ⅲ)患者からみた家族のこころのサポート、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

【文献】

¹ 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.

² 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.

³ Reust CE, Mattingly S. Family involvement in medical decision making. *Family Medicine* 28(1): 39-45, 1996.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Tang ST. Concordance of Quality-of-Life assessments between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Cancer*

Nursing 2006;29(1):49-57.

¹⁶ Kemmler G, Holzner B, Kopp M, Dunser M, Margeriter R, Greil R, Sperner- Unterweger B.

Comparison of two quality of life instruments for cancer patients: The Functional Assessment of Cancer Therapy -General and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -C30. *Journal of Clinical Oncology* 1999;17(9):2932-2940.

¹⁷ Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;31:140-.

¹⁸ Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 67: 361-370, 1983.

¹⁹ Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 28: 333-338, 1998.

²⁰ Norton R. Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family* 45, 141-151, 1983.

²¹ 諸井克英 家庭内労働の分担における
衡平性の知覚. *家族心理学研究*
10(1) : 15-30, 1996.

²² 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.

²³ Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the

impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 20: 649-655, 1980.

²⁴ 荒井由美子、田宮菜保子、矢野栄二、Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. *日本老年医学会雑誌* 40 (5) :497-503, 2003.

²⁵ Epstein, NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy* 9: 171-180, 1983.

²⁶ 佐伯俊成、飛鳥井望、三宅由子、箕口雅博、山脇成人 Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 8:1997:181-192.

²⁷ Lobchuk MM, Degner LF. Symptom experiences: perceptual accuracy between advanced-stage cancer patients and family caregivers in the home care setting. *Journal of Clinical Oncology* 20(6): 3495-3507, 2002.

²⁸ Chen H, Haley WE, Robinson BE, Schonwetter RS. Decisions for hospice care in patients with advanced cancer. *Journal of American Geriatric Society* 51: 789-797, 2003.

²⁹ Fried TR, Bradley EH, O' Leary JR, Byers AL. Unmet desired for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of American Geriatric Society* 53: 59-65, 2005.

³⁰ Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174, 1977.

³¹ Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988:19.

³² Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649-655.

³³ 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

³⁴ 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

³⁵ 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

³⁶ 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

³⁷ 松島英介、厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「わが国の尊厳死に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書、2005.

【表1】患者・家族の基本属性

(n=81)

基本属性		患者		家族	
		度数	(%)	度数	%
性別	男性	44	(54.3)	31	(38.3)
	女性	37	(45.7)	50	(61.7)
年齢	中央値(範囲)	71 (34-91)		61 (30-83)	
原発部位	呼吸器	26	(32.1)		
	消化器	22	(28.4)		
	頭頸部	8	(9.9)		
	乳腺	5	(6.2)		
	泌尿器	5	(6.2)		
	婦人科	4	(4.9)		
	その他	9	(11.1)		
診療形態	入院	14	(17.3)		
	外来	67	(82.7)		
診断からの期間 (月)	中央値 (範囲)	16 (1-194)			
教育	中学卒業程度	23	(28.4)	12	(14.8)
	高校卒業程度	26	(32.1)	35	(43.1)
	専門学校・短大程度	13	(16.0)	10	(12.3)
	大学卒業以上	19	(23.5)	24	(29.6)
PS	ECOG1	27	(33.3)		
	ECOG2	20	(24.7)		
	ECOG3	18	(22.2)		
	ECOG4	11	(13.6)		
調査時の療養場所	緩和ケア病棟	14	(17.3)		
	一般病棟	22	(27.2)		
	自宅	44	(54.3)		
患者との関係	配偶者			41	(50.6)
	子ども(実子)			24	(29.6)
	きょうだい			10	(12.3)
	親			3	(3.7)
	その他			3	(3.7)
生活状況	患者と同居			56	(69.1)
	患者と別居			25	(30.9)
患者との接触頻度	毎日			52	(66.7)
	週5日以下			26	(32.1)
信仰	あり	20	24.7	8	(9.9)
	なし	57	70.4	71	(87.7)
介護経験	あり			19	(23.5)
	なし			59	(72.8)

【表2】患者-家族間のQOL評価の比較：サブスケール

	n	得点範囲 (項目数)	患者得点 平均値(±SD)	家族得点 平均値(±SD)	患者得点 α係数 ¹	家族得点 α係数 ¹	相関 係数 ²	ICC ³	t 値 ⁴	2群間の差 ⁵ (±SD)	効果量 d ⁶
身体面	80	0-28 (7)	12.88 (±6.51)	12.23 (±6.37)	.81	.81	.71***	.71	n.s.	.68 (±4.89)	.14
社会家族面	81	0-28 (7)	20.28 (±4.29)	17.55 (±5.43)	.41	.67	.42***	.35	4.62***	2.73 (±5.33)	.51
家族との関係	78	0-24(6)	20.90(±3.46)	17.69(±4.25)	.79	.83	.23*	.17	5.98***	3.24(±4.79)	.68
友人との関係	81	0-8(2)	4.37(±2.67)	3.84(±2.45)	.80	.80	.68***	.67	2.33*	.53(±2.05)	.26
心理面	81	0-24 (6)	13.77 (±6.12)	10.84 (±5.50)	.86	.84	.39***	.35	4.10***	2.93 (±6.44)	.45
機能面	81	0-28 (7)	13.82 (±5.98)	12.67 (±5.69)	.78	.78	.67***	.66	2.17*	1.15 (±4.76)	.24
スピリチュアリティ	81	0-42 (12)	26.93 (±10.86)	23.47 (±10.64)	.91	.92	.52***	.50	2.96**	3.46 (±10.53)	.32
生きる意味/平穏	81	0-32(8)	18.05(±6.97)	15.96(±7.26)	.87	.88	.51**	.51	2.67**	2.09(±7.03)	.30
信念	80	0-16(4)	8.88(±4.46)	7.55(±4.34)	.88	.85	.37**	.37	2.47*	1.37(±4.96)	.28
QOL 全体	80	0-156 (39)	87.51 (±23.98)	76.77 (±24.55)	.87	.92	.59***	.54	4.46***	10.96 (±21.99)	.50

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ¹信頼性α : Cronbach α ²Pearson 相関係数 ³ICC : Interclass Correlation Coefficient (級内相関係数)

⁴対応ある t 検定 (paired t-test) ⁵患者得点 (平均値) - 家族得点 (平均値)

⁶効果量 d : effect size d = 2 群間の差 (平均値) ÷ 2 群間の差の標準偏差

【表3】患者-家族間のQOL評価の比較：身体面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t値 ¹	相関 係数 ²	一致回 答率%	適切回 答率 ³	κ ⁴
1 体に力が入らない感じがする。	79	1.54 (1.25)	1.46 (1.19)	0.08	n.s.	.55***	40.5	83.5	.40
2 吐き気がする。	77	3.05 (1.30)	2.91 (1.35)	0.14	n.s.	.79***	63.6	90.9	.64
3 体の具合のせいで家族への負担となっている。	78	1.59 (1.24)	1.82 (1.38)	-0.23	n.s.	.15	23.1	55.1	.07
4 痛みがある。	79	2.04 (1.54)	1.79 (1.46)	0.25	2.47*	.80***	45.6	89.9	.60
5 治療による副作用に悩んでいる。	79	2.51 (1.50)	2.40 (1.43)	0.11	n.s.	.58***	53.7	74.7	.45
6 自分は病気だと感じる。	81	1.00 (1.29)	.37 (.81)	0.63	4.50***	.36**	53.1	75.3	.22
7 体の具合のせいで、床 (ベッド) で休まざるを得ない。	81	1.25 (1.43)	1.51 (1.50)	-0.26	n.s.	.60***	54.3	80.2	.51
身体面サブスケール	80	12.88(6.51)	12.23(6.37)	.68	n.s.	.71***	47.7†	78.51†	

【表4】患者-家族間のQOL評価の比較：社会/家族面

対応ある t 検定 (paired t-test)	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回 答率%	適切 回答率	κ
8 友人たちを身近に感じる。	81	2.36 (1.43)	2.12 (1.32)	0.24	n.s.	.56***	42.0	76.5	.42
9 家族を親密に感じる。	81	3.58 (.69)	3.21 (.92)	0.37	3.28**	.22*	45.7	81.5	.08
10 家族から精神的な助けがある。	81	3.52 (.84)	3.04 (.86)	0.48	3.91***	.15	34.6	84.0	.08
11 友人からの助けがある。	81	2.01 (1.49)	1.72 (1.36)	0.29	2.17*	.63***	33.3	82.7	.44
12 家族は私の病気を充分受け入れている。	81	3.72 (.58)	3.17 (.91)	0.55	11.32***	.17	43.2	85.2	.08
13 私の病気について家族間の話し合いに満足している。	81	3.42 (.85)	2.75 (1.02)	0.67	5.75***	.27	34.6	75.3	.14
14 私自身病気であるが、家族の生活は順調である。	78	3.19 (.95)	2.38 (1.07)	0.81	5.96***	.34**	32.1	71.8	.18
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。	81	3.53 (.99)	3.01 (1.01)	0.52	3.63***	.17	39.5	72.8	.11
16 性生活に満足している。	24	.38 (1.01)	.43 (1.17)	-0.05	n.s.	.44*	79.2	87.5	.38
社会/家族面サブスケール	81	20.28(4.29)	17.55(5.43)	2.73	4.62***	.42***	42.7†	79.7†	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ¹対応ある t 検定 (paired t-test) ²Pearson 相関係数 ³適切回答率；患者得点±1点以内の家族回答が占める割合

⁴ κ ：重みづけ κ 係数 † 一致/適切回答率の平均値

【表5】患者一家族間のQOL評価の比較：心理面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回 答率%	適切 回答率	κ
17 悲しいと感じる。	77	2.10 (1.42)	1.33 (1.24)	0.77	4.67***	.35**	29.9	71.4	.25
18 病気を冷静に受け止めている自分に満足している。	80	2.68 (1.24)	2.08 (1.12)	0.60	3.75***	.30**	35.0	70.0	.23
19 病気と闘うことに希望を失いつつある。	74	2.13 (1.38)	2.01 (1.28)	0.12	n.s.	.24*	25.7	64.9	.15
20 神経質になっている。	80	2.31 (1.32)	1.91 (1.38)	0.40	2.22*	.37**	31.3	67.5	.26
21 死ぬことを心配している。	81	2.56 (1.44)	2.10 (1.33)	0.46	2.34*	.20	32.1	59.3	.18
22 病気の悪化を心配している。	81	1.91 (1.44)	1.40 (1.09)	0.51	2.85**	.19	27.2	60.5	.12
心理面サブスケール	81	13.77 (6.12)	10.84 (5.50)	2.93	4.10***	.39***	30.2 †	65.6 †	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ¹対応ある t 検定 (paired t-test) ² Pearson 相関係数 ³ 適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合

⁴ κ ：重み付け κ 係数 † 一致適切回答率の平均値

【表6】患者一家族間のQOL評価の比較：機能面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回 答率%	適切回 答率	κ
23 仕事 (家のことも含む) をすることができ。	81	1.12 (1.24)	1.33 (1.39)	-0.21	n.s.	.74***	54.3	87.7	.57
24 仕事 (家のことも含む) は生活の張りになる。	80	1.46 (1.37)	1.65 (1.47)	-0.19	n.s.	.34**	33.8	72.5	.28
25 生活を楽しむことができる。	81	1.75 (1.37)	1.74 (1.22)	0.01	n.s.	.55**	42.0	82.7	.43
26 自分の病気を充分受け入れている。	81	3.12 (1.12)	3.04 (1.01)	0.08	n.s.	.35**	44.4	81.5	.26
27 よく眠れる	81	2.46 (1.28)	2.02 (1.27)	0.44	3.29**	.57**	37.0	79.0	.39
28 いっもの娯楽 (余暇) を楽しんでいる	80	1.79 (1.33)	1.35 (1.14)	0.44	2.93**	.48***	36.3	73.7	.32
29 現在の生活の質に満足している。	80	2.10 (1.39)	1.51 (1.22)	0.59	3.84***	.49***	37.5	71.2	.34
機能面サブスケール	81	13.82 (5.98)	12.67 (5.69)	1.15	2.17*	.67***	40.8 †	78.3 †	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ¹対応ある t 検定 (paired t-test) ² Pearson 相関係数 ³ 適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合

⁴ κ ：重み付け κ 係数 † 一致適切回答率の平均値

【表7】患者一家族間のQOL評価の比較：スピリチュアリティ

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回答 率%	適切 回答率	κ
30	81	2.30 (1.28)	1.88 (1.20)	0.42	2.69*	.36**	27.2	71.6	.22
31	78	1.82 (1.25)	1.68 (1.23)	0.14	n.s.	.54***	37.2	78.2	.36
32	80	2.23 (1.27)	1.79 (1.27)	0.44	3.13**	.52***	36.3	83.7	.38
33	80	2.48 (1.24)	2.28 (1.27)	0.20	n.s.	.19	32.5	68.7	.16
34	78	1.96 (1.31)	1.88 (1.15)	0.08	n.s.	.39**	37.2	79.5	.30
35	76	2.13 (1.19)	1.63 (1.16)	0.50	2.72**	.29*	23.7	69.7	.16
36	79	2.21 (1.19)	1.78 (1.20)	0.43	2.62*	.29**	26.6	73.4	.18
37	77	2.87 (1.29)	3.01 (1.11)	-0.14	n.s.	.32**	44.2	80.5	.29
38	78	2.23 (1.34)	2.10 (1.19)	0.13	n.s.	.41**	43.6	73.0	.34
39	74	2.08 (1.37)	2.08 (1.32)	0.00	n.s.	.38**	33.8	71.6	.28
40	78	2.15 (1.29)	1.58 (1.27)	0.57	2.75**	.07	21.8	53.8	.06
41	81	2.42 (1.29)	1.77 (1.37)	0.65	3.70***	.29**	21.0	61.7	.16
スピリチュアル・サブスケール	81	26.93 (10.86)	23.47 (10.64)	3.46	2.96**	.52***	32.1†	72.1†	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 †対応あるt検定 (paired t-test) † Pearson 相関係数 †適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合

‡ κ ：重み付け κ 係数 † 一致適切回答率の平均値

【表8】 主な独立変数の概要

独立変数	使用したスケール	得点範囲 (項目数)	度数	平均値 (±SD)	最大値-最小値
家族の心理状態 (f)	HADS	0-42 (14)	81	17.77 (±8.69)	0-37
抑うつ	HADS (anxiety)	0-21 (7)	81	9.58 (±4.72)	0-19
不安	HADS (depression)	0-21 (7)	81	8.19 (±4.59)	0-19
介護負担感 (f)	ZBI	0-32 (8)	80	7.61 (±6.62)	0-32
個人負担	ZBI (p 得点)	0-20(5)	81	5.70 (±4.80)	0-20
役割負担	ZBI (r 得点)	0-12 (3)	80	1.90 (±2.57)	0-12
患者-家族間の人間関係	QMI	4-24 (6)	80	19.59 (±4.34)	8-24
家族とのコミュニケーション: 重要性 (p)	—	0-4 (1)	77	3.47 (±.98)	0-4
家族とのコミュニケーション: ニーズ (p)	—	0-4 (1)	74	2.38 (±1.40)	0-4
家族とのコミュニケーション: 辛さ (p)	—	0-4 (1)	73	1.30 (±1.47)	0-4
患者とのコミュニケーション: 重要性 (f)	—	0-4 (1)	77	3.38 (±.87)	0-4
患者とのコミュニケーション: ニーズ (f)	—	0-4 (1)	77	2.29 (±1.22)	0-4
患者とのコミュニケーション: 辛さ (f)	—	0-4 (1)	78	2.26 (±1.48)	0-4
患者とのコミュニケーション: 満足度 (f)	—	0-4 (1)	78	2.68 (±1.24)	0-4
家族内コミュニケーション (f)	FAD(コミュニケーションサブスケール)	4-24 (6)	78	17.46 (±3.29)	6-24

(p) : 患者による評価 (f) : 家族による評価

【表9】患者と家族による患者のQOL評価の差の予測要因：重回帰分析の結果

(n=65)

<独立変数>	<従属変数>		患者評価と家族評価の差 (絶対値)		患者評価と家族評価の差			
	相関係数 ¹	(p)	β^2	(p)	相関係数 ¹	(p)	β^2	(p)
患者の特徴								
性別 [※]	—	(.063)						
PS					.161	(.167)		
外来入院*	—	(.028)			—	(.107)	-.307	.009
療養場所 (自宅) *	—	(.104)						
診断からの期間	-290	(.021)						
家族の特徴								
介護負担感 (p得点)					.311	(.005)	.317	.007
介護負担感 (r得点)					.136	(.233)		
患者と同居*					—	(.116)		
患者—家族間のコミュニケーション(f)					-.173	(.133)		
家族とのコミュニケーション: ニーズ(p)					-.165	(.163)		
家族とのコミュニケーション: 辛さ(p)					-.187	(.115)		
患者とのコミュニケーション: 重要性(f)	.135	(.246)						
患者とのコミュニケーション: 満足感(f)					-.241	(.035)	-.287	.015
Adjusted R ²			—				.216	(.000)

¹Spearman 順位相関係数 ²標準偏重回帰係数 (f)家族による評価 (p)患者による評価

*Wilcoxon 符号付順位検定で有意水準 25%以下だった変数 (p 値のみ記載)。

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：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
- *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：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008
- *保坂 隆：平常心。中公新書ラクレ，東京，2008
- *保坂 隆：おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社，東京，2008
- *保坂 隆，寺田佐代子：がんの心の悩み処方箋。三省堂，東京，2008

- *下妻晃二郎：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 5. 疫学・予防 2008年版 日本乳癌学会 編 2008 金原出版
- *斎藤信也，下妻晃二郎：第5章 疫学・予防 2. 日本と世界の乳癌罹患率・死亡率の動向。これからの乳癌診療2008-2009 金原出版 2008年3月 pp108-114

- *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，野口 海，松下年子，小林末果，松田彩子：わが国の医療現場における「尊厳死」の現状—告知の問題—。終末期医療と生命倫理（飯田巨之、甲 斐克則編）。太陽出版，東京，pp.94-118，2008.
- *野口 海，松島英介：精神療法。講義録腫瘍学（高橋和久編）。メジカルビュー社，東京，pp.76-77，2009.

- *河瀬雅紀：第7章 ターミナルケア・緩和ケアの実践—がん患者の心のケア—。忠井俊明編。医療心理学。東京：星和書店，pp201-236，2008

- *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

【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—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 : 患者の暴力。こころのマネジメント 10(6): 70-75, 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
- * 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
- * 保坂 隆 : 医療技術の進歩を活かす医療の在り方とは? 医療経済研究 162: 26-27, 2008
- * Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):834-42.
- * Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, Hosaka T., Furukawa TA, Uchitomi Y. : Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study. J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):515-523.
- * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer. Psychooncology. 2008 May;17(5):460-5.
- * Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, Eguchi K, Hosaka T., Furukawa TA: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2008 Oct;38(10):653-60.
- * 保坂 隆 : 書評「青少年のための自殺予防マニュアル」・医学のあゆみ 225(4), 336-337, 2008
- * 保坂 隆 : 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の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
- * 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆 : がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート。総合病院精神医学 20: 129-138, 2008
- * 保坂 隆 : がん患者の心理の理解とうつ・適応障害のアセスメント。消化器肝胆膵ケア 13: 14-19, 2008
- * 保坂 隆 : 医師のストレス。医学のあゆみ 227(2): 87-88, 2008
- * Masashi Kato, Yasuhiro Kishi, Toru Okuyama, Paula T. Trzepacz, Takashi

- Hosaka: Japanese Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity (in press)
- *保坂 隆：精神障害の見分け方。治療 91: 21-25, 2009
 - *Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K,Hosaka T: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians : a preliminary study. Palliative and Supportive Care (in press)
 - *保坂 隆：希死念慮を持つ患者にどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 479: 39-42, 2009
 - *保坂 隆：疼痛性障害。ドクターサロン 53(2): 26-30, 2009
 - *保坂 隆：がん診療における患者－医療者のコミュニケーションとは？医事新報 Junior 480: 43-47, 2009
-
- *Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, et al.: Cost-Effectiveness Analysis of Capecitabine Compared with Bolus 5-Fluorouracil/1-Leucovorin for the Adjuvant Treatment of Colon Cancer in Japan. Pharmacoeconomics (online)
 - *Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, Hisamatsu K, Masuda N, Takeuchi A, Aranishi T, Morita S, Ohsumi S, Hausheer FH: Prospective assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy due to weekly paclitaxel in patients with advanced or metastatic breast cancer (CSP-HOR 02 study) Support Care Cancer (online)
 - *Watanabe T, Sano M, Takashima S, Kitaya T, Tokuda Y, Yoshimoto M, Kohno N, Nakagami K, Iwata H, Shimozuma K, Sonoo H, Tsuda H, Sakamoto G, Ohashi Y: Oral uracil-tegafur (UFT) compared with classical cyclophosphamide, methotrexate, 5-Fluorouracil (CMF) as postoperative chemotherapy in patients with node-negative, high-risk breast cancer: Results from National Surgical Adjuvant Study for Breast Cancer (N-SAS-BC) 01 trial. J Clin Oncol (in press)
 - *Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, Takeuchi A, Aranishi T, Morita S, Ohsumi S, Watanabe T, Bain S, Hausheer FH: A questionnaire survey of physicians' perspectives regarding the assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with breast cancer. Jpn J Clin Oncol 38(11):748-754, 2008
 - *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 109(3):559-566, 2008
 - *下妻晃二郎, 平成人：4. QOL, 医療経済 1) QOL評価について 医薬ジャーナル社 2009 (印刷中)
 - *下妻晃二郎：がん薬物療法学 基礎・臨床研究のアップデート VII 抗悪性腫瘍薬の

- 臨床試験—行政との関わり 11. QOL 日本臨床 67(1):454-458, 2009
- * 下妻晃二郎, 平成人: 肝胆膵疾患とQOL 健康関連QOLの尺度 癌特異的尺度 (QOL-ACD, EORTC QLQ, FACT) 肝胆膵 57(6):1129-1135, 2008
 - * 下妻晃二郎: V. QOL 3. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT). 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 緩和ケア 18(Suppl): 63-65, 2008
 - * 野口海, 下妻晃二郎, 松島英介: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール IV. 心理・社会・霊的ケア 5. スピリチュアルペインの評価 (FACIT-Sp日本語版). 緩和ケア 18(Suppl):56-57, 2008
 - * 下妻晃二郎: 緩和医療における精神症状への対策. 緩和医療におけるQOLの評価と対応. 緩和医療学 10(1):31-36, 2008

 - * 松下年子, 野口海, 小林末果, 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.
 - * 松下年子, 野口海, 小林末果, 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.
 - * 松島英介、野口 海: 緩和医療における尊厳とスピリチュアリティ. 緩和医療 学 10(1): 23-29, 2008.
 - * 松島英介: サイコオンコロジーの歴史と現状. 精神科 13(2): 89-93, 2008.
 - * 松島英介: 緩和医療における痛みと精神的苦悩. ストレス科学 23(1): 16-22, 2008.
 - * 野口 海、松島英介: がん患者のスピリチュアリティをどう捉えるか? JUNIOR 4(No.471): 33-36, 2008.
 - * 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.
 - * 小林末果、松島英介、野口 海、松下年子、平澤秀人: 特別養護老人ホームに おける尊厳ある死に関する研究—その現状と課題について—. 日本社会精神医学会雑誌 16(3): 255-262, 2008.
 - * 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦: 緩和ケアを受けるがん患者とその家族介護者による患者のQOL 評価の一致度の検討. 総合病院精神医学 20(2): 139-148, 2008.
 - * Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S: Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. Head Neck 30(10): 1303-1309, 2008.
 - * Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of

- psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38: 151-159, 2009.
- *Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psycho-oncology*, 2009(in press).
- * Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38: 151-159, 2009.
- *河瀬雅紀, 羽多野裕, 中村千珠, 廣澤六映: 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
- *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
- *中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆. がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート- 医師へのアンケート調査より-. *総合病院精神医学* 20(2): 129-138, 2008
- *河瀬雅紀: 謔妄が生じた時はどのように対応すればよいか?. 月刊「Junior」472(5): 33-36, 2008
- *河瀬雅紀: 否認様言動へはどのように対応すればよいか?. 月刊「Junior」473(6): 37-40, 2008
- *河瀬雅紀: 緩和ケアにおける心理的側面 -不安・抑うつへの対応・精神的ケア. *バイオフィードバック研究* 35(2): 122-127, 2008
- *堀 泰祐: 1.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
- * Hirai, K., Tokoro, A., et al: Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Annals of Oncology*, 200819(1):49-55
- * Hirai, K., Tokoro, A. et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health*, 2008 in press
- *所 昭宏: がん医療における全人的な多種職チーム医療の可能性と課題 サイコオンコロジスト(精神腫瘍医)の役割 *医療*.2008 vol.62 No4 207-211

- *所 昭宏：日本サイコオンコロジー学会ニューズレター JPOS新常任世話人就任にあたって2008.no52 2-3
- *高田 寛, 池山晴人, 所 昭宏：肺がん患者の在宅治療, 日本臨床 66巻 増刊号6 709-717, 2008
- *高田 寛, 池山晴人, 所 昭宏：地域との連携を踏まえたがんのチーム医療, 腫瘍内科, 2 (4) :285-292,2008
- *久保昭仁, 所 昭宏：臨床プラクティス 実践・緩和医療のすべて(13) 疼痛治療が困難になってきたとき, どうするか Vol.4No4 366-368 2008
- *所 昭宏：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 がん補完代替療法を希望する患者と医療者のコミュニケーションはどのようにすればよいか?臨床へのファーストステップ 医事新報 junior 35 No477 35-38 2008

【その他】

HP:

<http://hosaka-liaison.jp/>

ラジオ:

*保坂 隆：疼痛性障害。ラジオNIKKEI「ドクターサロン」。2008年6月12日

テレビ:

*保坂 隆：『本当は怖い物忘れ～老年期うつ病～』。2008年7月22日

IV. 研究成果の刊行物・別刷

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の実際と意義

保坂 隆

【要約】 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セッションのなか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。

はじめに

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强したり、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。本稿では、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、その方法と結果を報告し、その意義につい

て考察する。

まず、スタンフォード大学のSpiegelらは、遠隔転移を起こした乳がん患者を数名ずつのグループに分けて、毎週1回ずつ集団精神療法を行った。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。米国だけでなく世界中でこの研究に関

キーワード：グループ療法、がん患者、ファシリテーター

東海大学医学部 (〒151-0053 渋谷区代々木1-2-5)

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始まった⁵⁾。最近の Kissane ら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⁶⁾。

もう一つの研究も、やはり集団で行う介入研究で、カリフォルニア大学 (UCLA) の Fawzy ら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、自由に何でも話すというよりも、毎回決められたテーマの話の聞いたり、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カ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回からなる「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⁾⁶⁾。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。このなか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を受けられる、いわばがん治療の「均てん化」がキーワードの一つになっている。そしてもう一つの重要な点は、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、その一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。

対象と方法

まず、このファシリテーター養成プログラムは、Table 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つのセッ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(2時間半×3回)についてのみ、その内容と教育的効果について述べる。

対象は全国6カ所で計358名であり、受講者の

Table 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)

Table 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：18, 患者・支援者：8, その他：1)
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)

職種などはTable 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。

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施行し、ファシリテーター養成講座の前後で実行し比較した。また毎回のセッション終了時には、Table 3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、講習中に要領を自由記載してもらった。

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Fig. 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Fig. 2a~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、講師の教え方の工夫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。

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、グループ介入用のマニュアル (現在第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

Table 3. ファシリテーター養成講座評価表 (1～3回目)

職種 (医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他)
ファシリテーター養成講座評価表：レッスン1 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 (Visual Analogue Scale は以下の設問でも同じであるため以下省略) 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 3. がん患者への集団療法の歴史と概要について 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 5. グループ療法第1回目の導入や方法について 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 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 ○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
ファシリテーター養成講座評価表：レッスン2 下記の項目についてVAS (Visual Analogue Scale) 上に×を記してください。 1. 日本のがんの告知率について 2. がんの告知率が低い理由の3つについて 3. 非告知はがん患者の心を守っているのかについて 4. がんを受容していく段階について 5. がん患者の精神疾患合併率について 6. がんへのコーピングと予後の関係について 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 ○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
ファシリテーター養成講座評価表：レッスン3 下記の項目についてVAS (Visual Analogue Scale) 上に×を記してください。 1. がんの医療チームの概念について 2. がんになりやすい性格 (C型性格) について 3. 好かれる患者の予後が悪い理由について 4. ソーシャルサポートとがんの予後との関係について 5. グリーフワークが1年間必要な理由について 6. 家族は第2の患者である理由について 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 ○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

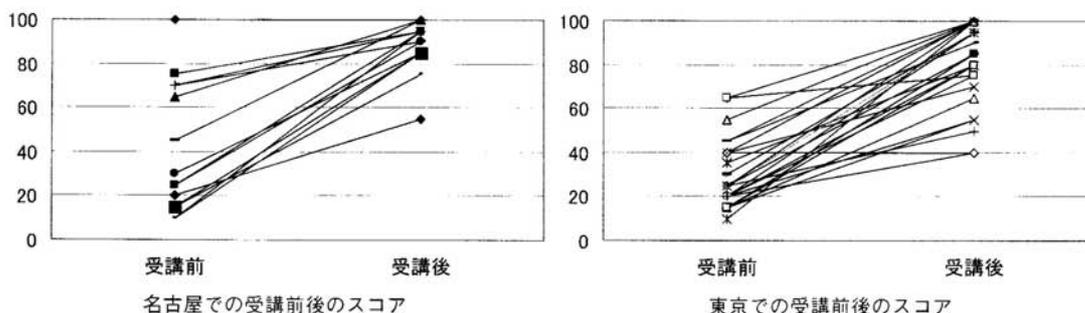


Fig. 1. 受講前後のスコア

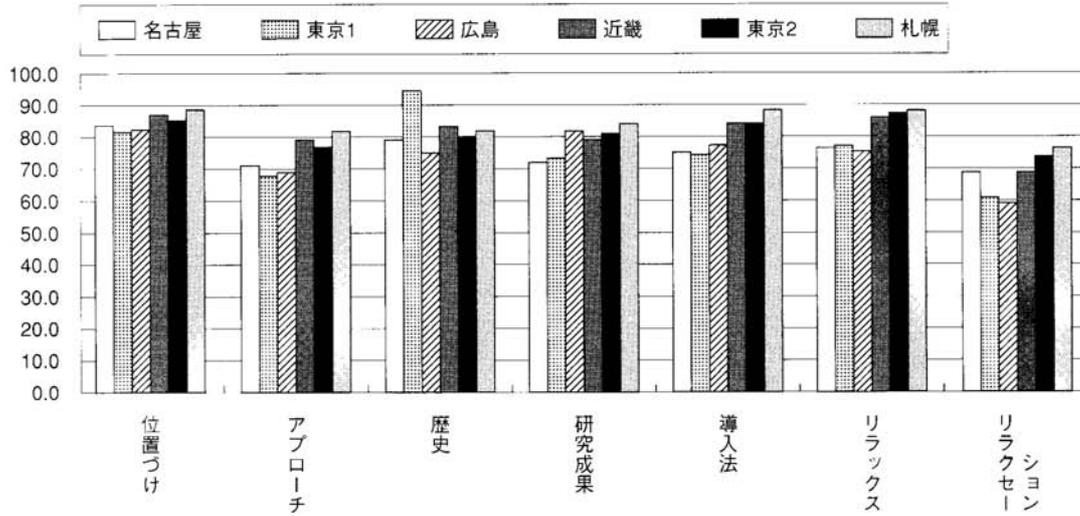


Fig. 2a. レッスン1の評価

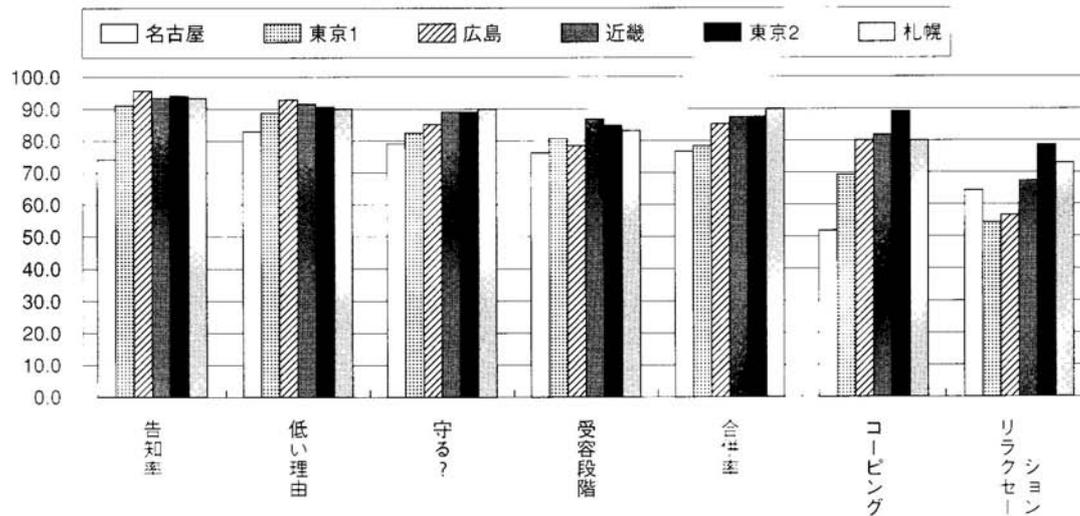


Fig. 2b. レッスン2の評価

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される集団力動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・ミーティングのなか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

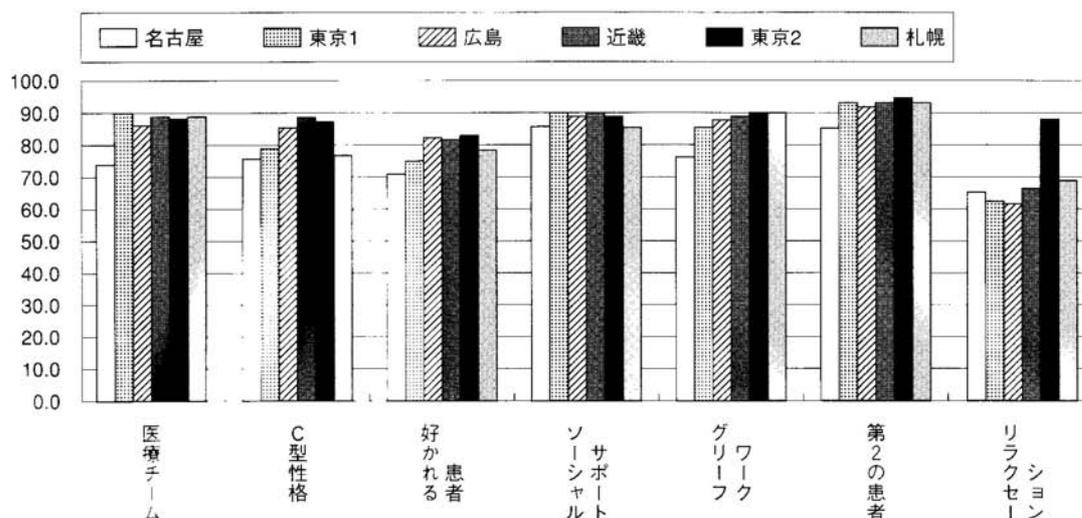


Fig. 2c. レッスン3の評価

うにした。その目的は、数名のグループというだけでなく、全体を一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いえる。しかし、教育的介入のテーマに関しては、3回のセッションのなか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、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、Fig. 2a～cには各開催地の理解度を並べて示したが、向かって右側のほう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、今後の医療のなか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・卒後教育のなか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思われる週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。感覚的にはこのほうが集中力が増し、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集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、Table 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。このなかで、

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。

おわりに

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技法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、講座中には気づけ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たからである。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:本報告中のファシリテーター養成講座は、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」(主任研究者:保坂 隆)、および、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)の助成を受けた。

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 LD, 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. *N Engl 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 : 277-286, 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 : 720-725, 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 : 729-735, 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, et al : A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 89 : 1026-1036, 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

- 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, Hira 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)

受理日:2008年3月15日

Abstract

The Practice and Significance of a Facilitator Training Course of Group Intervention for Cancer Patients

Takashi Hosaka

*Tokai University School of Medicine, Tokyo Hospital,
1-2-5, Yoyogi, Shibuya, Tokyo 151-0053, Japan*

The author conducted a Facilitator Training Course of Group Intervention for Cancer Patients which consists of 3 lessons lasting 2.5 hours (7.5 hours totally) in 6 various places. The total number of participants was 358. Comparing two scores related to inquiring knowledge in the field of psycho-oncology, almost all participants showed significantly ($p<0.01$) higher scores after completing 3 lessons. The author also compared the comprehension level of several categories taught in each lesson using a visual-analogue scale (VAS) among 6 groups. The results revealed that newer groups generally showed higher comprehension levels, which indicates that the author's teaching skill had gradually improved because of feedback from the participants, the teaching experiences of the author, and other factors.

The Facilitator Training Program, which took a total of 20 hours, was completely conducted in just one location. Further research is needed to establish a total program.

Key words : Group intervention, Cancer patients, Facilitator

がんの心の悩み 処方箋

精神科医
からあなたに

保坂 隆

東海大学医学部教授

寺田佐代子

乳がん患者会ファンリター

不安と悩みをQ&A方式で解決!

自分でできる
心のセルフケアノート付き

うつ薬情報/グループ療法
家族の心のケアなどの最新情報

三省堂

