

200721048A

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

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

平成19年度 総合研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成20年(2008)年3月

目 次

I. 総括研究報告

- がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリング
の有用性に関する研究 3
主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

II. 分担研究報告

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

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 109

IV. 研究成果の刊行物・別刷 117

厚生労働科学研究研究費補助金
がん臨床研究事業

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

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者： 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

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

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

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

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

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

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

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

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

のQOL 調査結果を報告している。

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

【分担研究者】

堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科部長）

河瀬 雅紀（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科教授）

松島 英介（東京医科歯科大学大学院心療・ターミナル医学分野・准教授）

下妻 晃二郎（立命館大学理工学部化学生物工学科教授）

森山 美知子（広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座教授）

【研究協力者】

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

寺田 佐代子（わかば会）

藤富 豊（厚生連鶴見病院乳腺外科）

天野 可奈子（滋賀県立成人病センター 地域医療サービス室臨床心理士）

中村 千珠（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科）

森 さとこ・井上 和子（広島大学大学院保健学研究科）

石川 和穂（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）

戸畑 利香（博愛会相良病院）

毛利 光子・矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット）

所 昭宏（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科）

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

天野瑞枝（藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科老年看護学教授）

原 敬（松江市立病院がん相談支援センター）

佐藤千秋（聖マリアンナ医科大学病院メディカルサポートセンター）

吉川真理子（東海大学医学部附属東京病院）

A. 研究目的

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. 研究方法

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

ついて、その内容と教育的効果について述べる。

【表一1】ファシリテーター養成プログラム (計20時間)

①ファシリテーター養成講座：2時間半×3回

(実際のグループ介入を意識した講義と、教育的介入のロールプレー、リラクゼーション技法の実践、など)

②介入の実習：1時間半×5回

(実際の患者または模擬患者を対象として介入プログラムを施行)

③補講：2時間半×2回

(介入プログラムを施行してみて生じた疑問などを解決)

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

【表一2】受講者(計358名)

講習場所 受講者人数(内訳)

東京1：40名(医師：4，看護師・保健師：9，医療ソーシャルワーカー：14，患者・支援者：8，その他：5)

名古屋：25名(医師：4，看護師・保健師：4，臨床心理士：5，患者・支援者：8，その他：4)

広島：36名(看護師・保健師：30，薬剤師：1，その他：5)

近畿：56名(医師：6，医療ソーシャルワーカー：11，看護師・保健師：22，臨床

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

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

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

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

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

C. 結果

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

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

また、【図一2a,b,c】には各開催地の理解度を並べて示したが、向かって右側の方が左側の開催地と比較してやや高くなっている（有意差はないが）のは、講師を務めた筆者が、自らの経験や、受講者からの意見や要望を取り入れ、少しずつ資料に手を加えたり、教え方を修正したためだろうと思っている。しかし、いずれの開催地においても、リラクゼーション技法の獲得への自信は少ないことがわかった。医療職の卒前・卒後教育のなかでリラクゼーション技法は十分に教えられていないが、今後の医療の中でもリラクゼーションは重要な意味があると思われるので、今後、この技法は卒前・卒後教育の中にもっと取り入れられなければならない。

また、本養成講座は、2.5時間を3レッスンまで行うが、当初は実際の患者が体験できると思われる週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。感覚的にはこの方が集中力が増し、知識や技術の習得のためにも、また、同一メンバーで行うグループワークで生ずる集団力動的にも凝縮力が高まるようである。今後も、形式的には1.5日バージョンのほうが望ましいと思っている。

現在考えているファシリテーター養成プログラム全体は、【表一1】で示したように、本講座の後で、実際に患者あるいは模擬患者を対象にしてグループ療法を実践し、その後、補講を2回するという、計20時間に及ぶプログラムである。この中で、補講を行う理由は、グループ療法を実践中に生じた問題を、改めて質問したり確認する時間が必要なためである。この構成は筆者が、在宅介護者支援ファシリテーター養成講座の研究のなかで明らかにした必要時間・内容・組み合わせなどが元になっている。(17)これが実際に、がん患者のグループ療法のファシリテーター養成のために必要十分であるのかについては、引き続き検討中である。

E. 結論

がん患者へのグループ療法ファシリテーターの養成プログラムのうち、2時間半ずつ3セッションの養成講座を全国6カ所で実施し、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レッスンの中で毎回体験学習した「リラクゼーション・スキル」の習得に関しては、

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

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

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

【謝辞】

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

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

【文献】

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

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

【表—3a】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン1

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他)

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

1. ファシリテーター養成講座の位置づけについて

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

2. 身体疾患患者への心理社会的アプローチの種類について

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

3. がん患者への集団療法の歴史と概要について

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

4. わが国での乳がん患者への集団療法の研究成果について

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

5. グループ療法第1回目の導入や方法について

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

6. グループ療法内で行われるリラクゼーションの種類について

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

7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

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

○レッスン1全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

--

【表—3b】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン2

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

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

1. 日本のがんの告知率について

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

2. がんの告知率が低い理由の3つについて

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

3. 非告知はがん患者の心を守っているのかについて

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

4. がんを受容していく段階について

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

5. がん患者の精神疾患合併率について

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

6. がんへのコーピングと予後の関係について

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

7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

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

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表—3c】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン3

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

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

1, がんの医療チームの概念について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

2, がんになりやすい性格（C型性格）について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

3, 好かれる患者の予後が悪い理由について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

4, ソーシャルサポートとがんの予後との関係について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

5, グリーフワークが1年間必要な理由について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

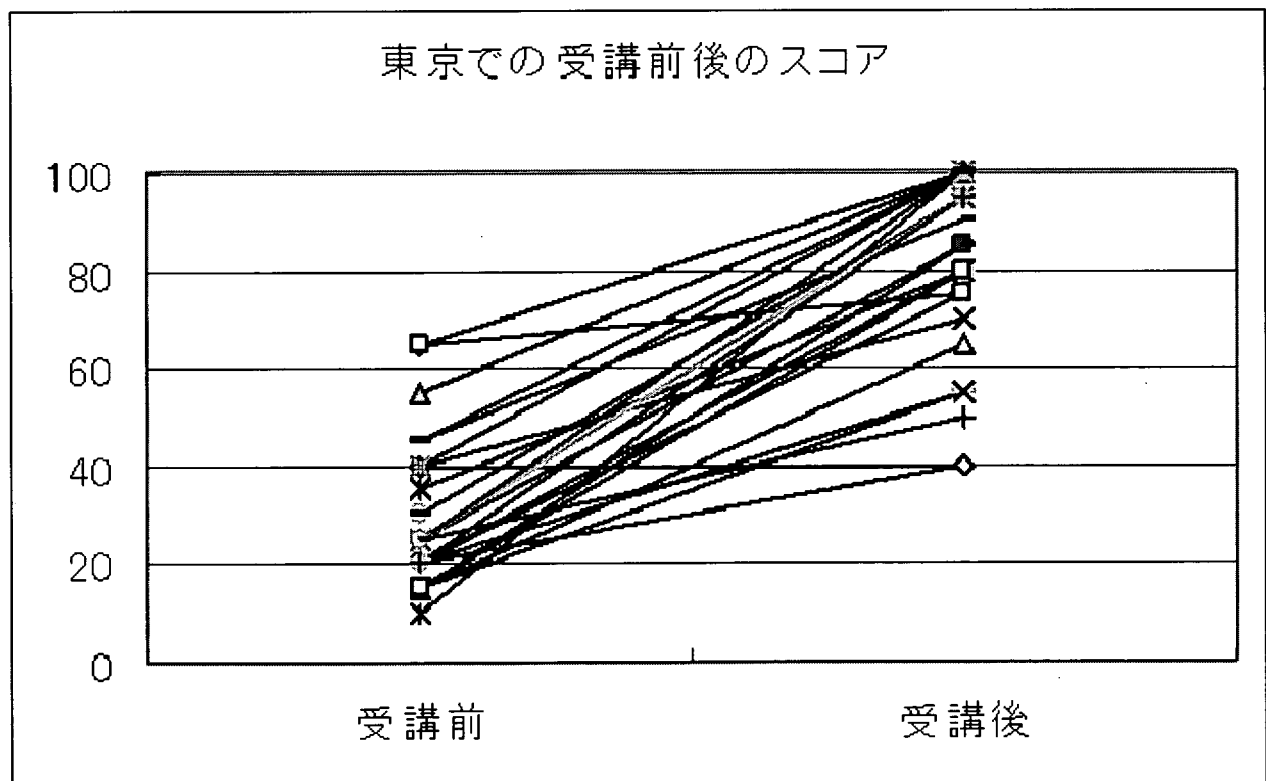
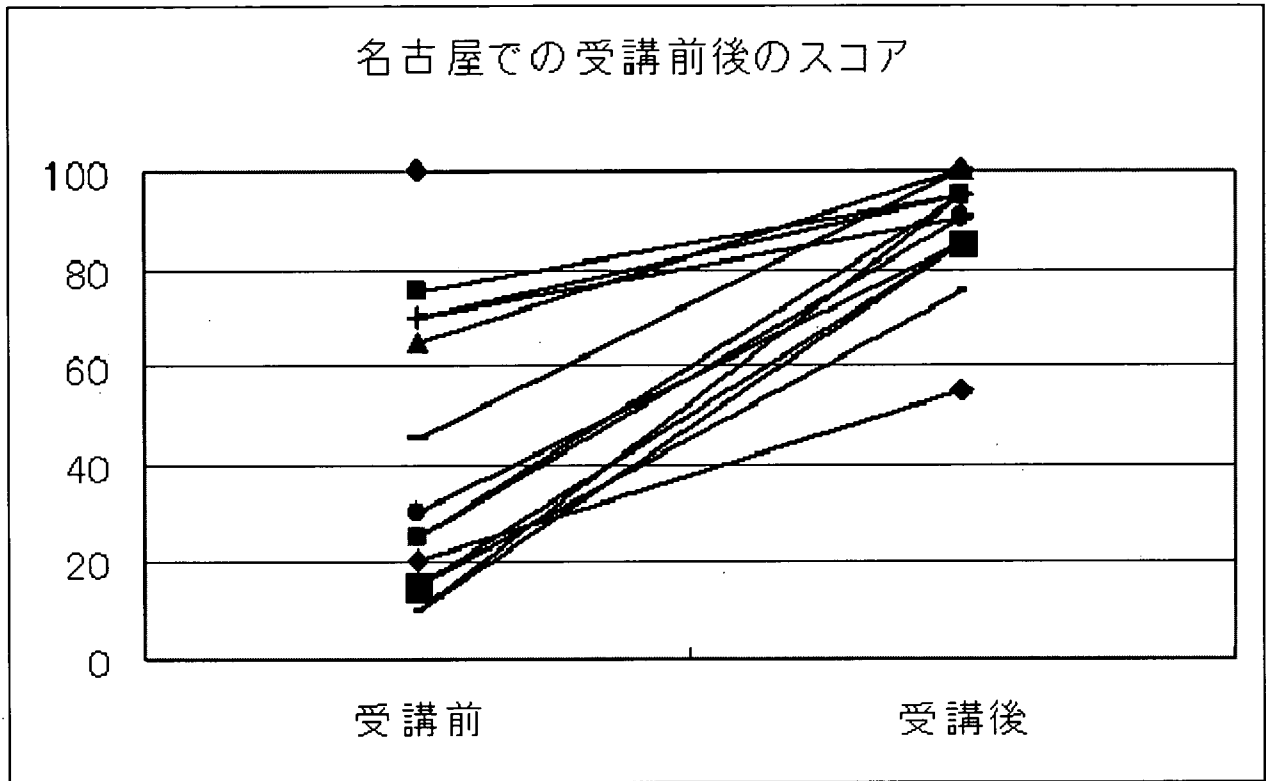
6, 家族は第2の患者である理由について
理解できない | ———— | ———— | ———— | ———— | 理解できた

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

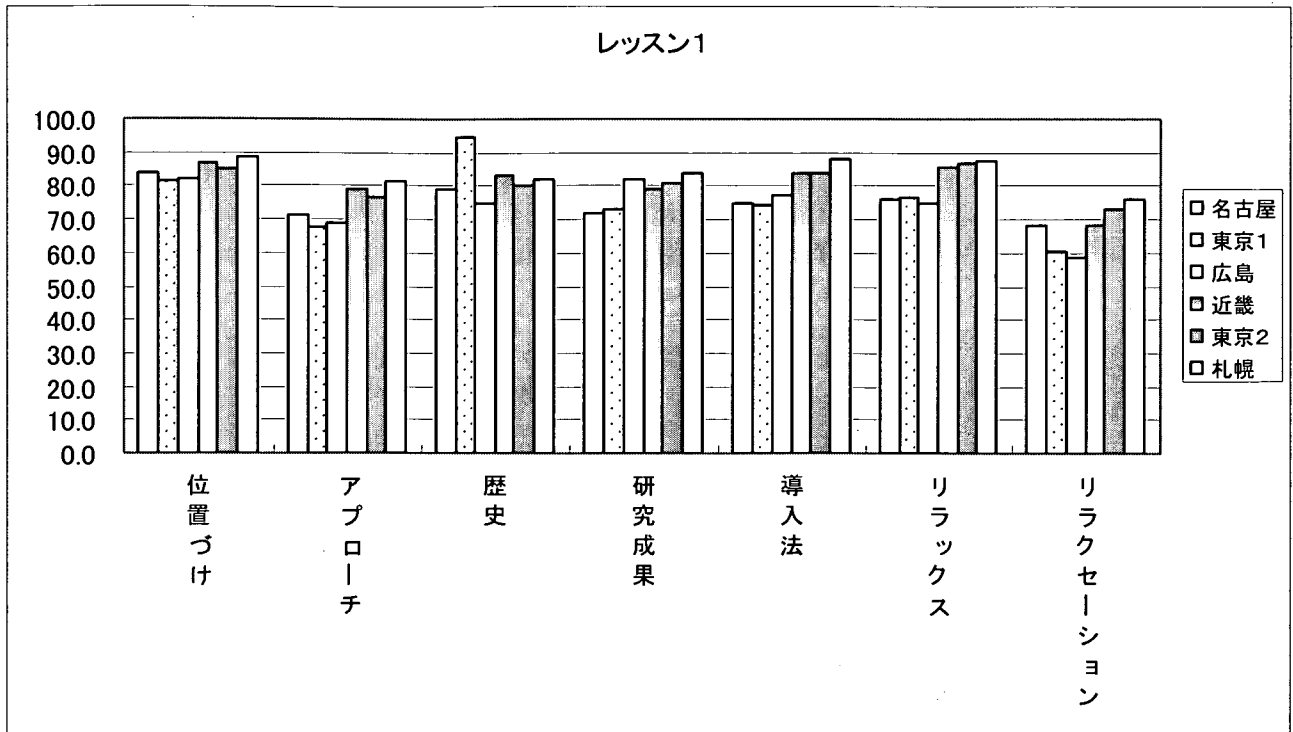
○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

図1 受講前後

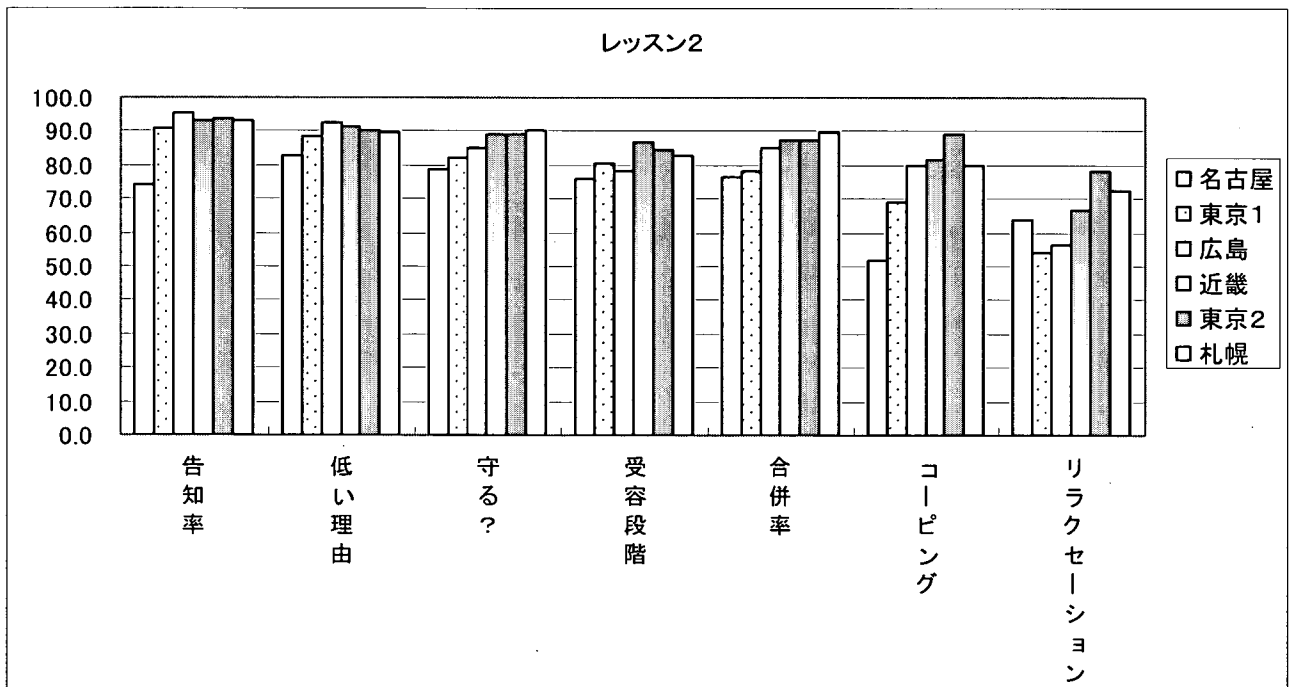
図1 受講前後のスコア



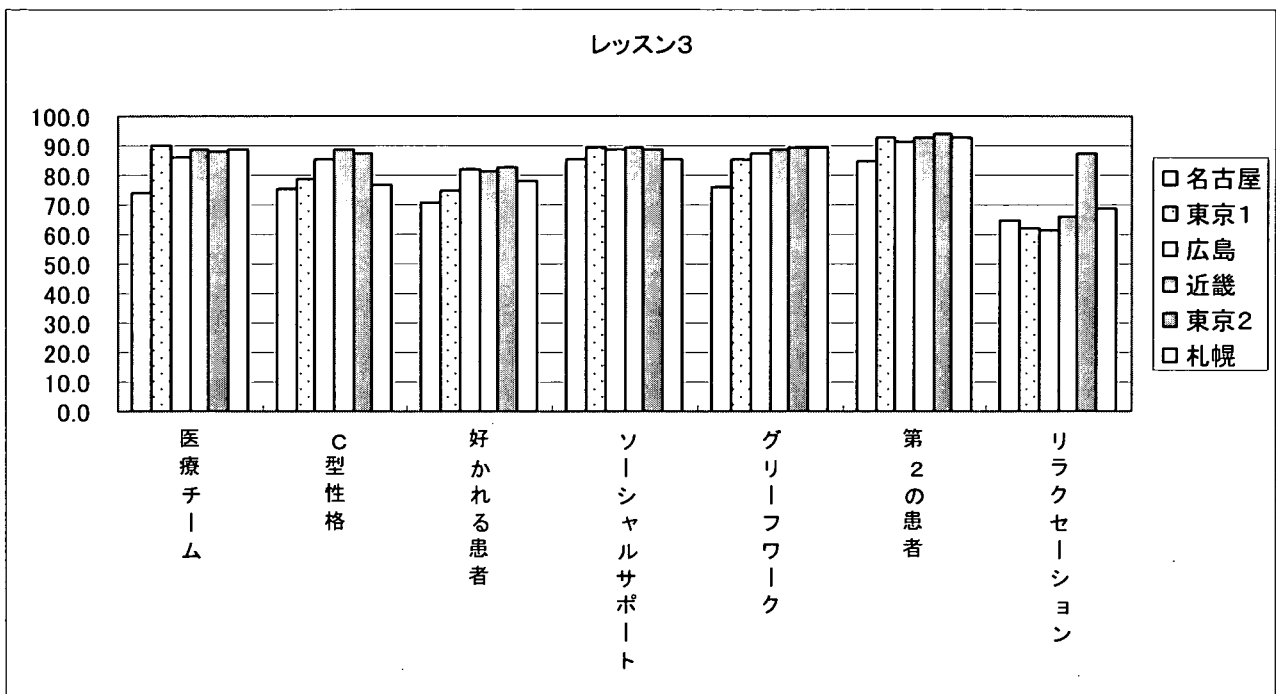
【図-2a】 レッスン1の評価



【図-2b】 レッスン2の評価



【図-2c】 レッスン3の評価



参考：

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

●政策立案者より

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

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

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

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

といったスタンスではいかがでしょうか。

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

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

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

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

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

●医療提供者

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

●患者支援者

○この講座に参加したことで、いくつかの発見がありました。

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

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