

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

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

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

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

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

（特に良いグループでは顕著ではないかと思えます）

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

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

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

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

●ジャーナリスト

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

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

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

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

以上

がん患者さんのためのグループ療法マニュアル（第3版）

1回目

「皆さんのなかには、きょうはじめてお会いする方もいらっしゃるでしょうし、もうすでに病棟で仲よくなっている方もいらっしゃるかと思います。そこで、まず自己紹介を兼ねて、ご自分の病気の経過について順番にお話してください。その際、プライベートな話はしていただ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、もっともつとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・吸って・・吐いて・・。

では、次のリラクセーションに移りましょう。これは自律訓練といわれるものの、ごく一部です。一種の自己暗示です。いいですか、じゃあ目を軽く閉じてください。そして、「両手がだんだん温かくなる」と、声には出さないで、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つ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よう・・はい、頭の中にがん細胞とリンパ球のイメージをつくり、両方が戦って、やがてはがん細胞が弱って行って死んでしまうところをイメージしてください。

・・・・・・はい、それでは今から数字を七つまでゆっくり数えます。五つ目までは、今のイメージを強く持ち続けてください。ひとつ・・ふた一つ・・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。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)これでリラクゼ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ょう。話ただけで楽になったり環境調整を手伝ってくれるでしょう
- うつ病の可能性があったら主治医に伝えて専門医を紹介してもらいましょう

(残り20-25分間くらいのところで)

以下のリラク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回目からはそれだけで、条件反射的に集中したりリラックスできたりするようである。

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。前はさわりだけをやりましたから、今日のはじめてのようなものです。改めてはじめてから、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か。さあ始めましょう。ここではいくつかの段階で、リラクゼーションからイメージ療法まで連続的に行っていきます。」

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

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

今度は全身の筋肉の力を順番に抜いていくリラクゼーションです。だんだん進んでいくという意味で、漸進性筋弛緩法といいます。どんな人でも、1日起きて仕事したり動いたりしていると、からだの筋肉には自然に力が入って固くなっているはずで。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、もっともっとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・。このように、からだの部分部分を順番に、一旦、5秒から10秒間くらい力を入れて、そして一気に力を抜く。力を抜いたらそこで2-3回腹式呼吸をするというのが第2段階です。じゃあ、一通りやってみましょう。

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

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

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

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

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

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

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

そのまま次の、もうひとつの漸進性筋弛緩法に移っていきます。これは、一旦、力を入れるということをしてしないで、その部分に気持ちを集中して、スッと力を抜いていくやり方です。さっきと同じ順番でやってみましょう。足全体に気持ちを集中してはい、その力をスッと抜いて下さい。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下さい。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いきましょう。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、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下さい。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下さい。ゆっくりした呼吸を続けましょうはい、最後に、全身に気持ちを集中してはい全身の力を抜いて下さい。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。

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

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

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

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

上のA案かB案を選ぶ

2分間くらいの時間で自由にイメージを作ってください。はい、始めてください。

(その後は1分間くらいは何も指示しない)

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

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

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

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

「さて、きょうはこれで終わりです。」

3回目

「さあ、この1週間どうでしたか？ Aさんから順番に話してください。」

(2回目を参照。「問題解決技法」「心理的サポート」)

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

「さて、今日の話は、がんに対する構え方、コーピングの話です。

(配布資料1枚)

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

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

コーピング・スタイルを以下のように分類した研究があります。

①前向き・ファイティングスピリット：診断を受け入れ積極的に取り組む

②逃避・回避：がんを否定する

③あきらめ：診断を受け入れるが運命としてあきらめる

④不安：再発の不安などがあり何かしないではいけない

⑤悲観・絶望：もうダメだと希望をなくす

このうち以下のことがわかっています。

●前向き→QOL 向上, 悲観→QOL 低下

●悲観は再発や生存率と関係するという報告がある

(悲観はうつ病の可能性もある→免疫機能が低下)

さあ皆さんの場合にはどのようなコーピングがありますか？

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

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

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

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

(全員が話せるようにし、それぞれに対して他の患者が発言するように促す)

【参考文献】

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

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

3) Pettingale K, Morris T, Greer S, et al.: Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. Lancet. ii: 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、最後にリラクセーションの練習をしましょう。・・・(以下、前回と同じ)」

4回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

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

「今日は、がんになりやすい性格があるのかないのかという話です。

(配付資料 1 枚)

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

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

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

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

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

(順番に話してもらおう)

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

(順番に話してもらおう)

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

(残り 15-20 分間くらいのところで)

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

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

イメージに関しても、がん細胞とリンパ球の戦いだけでなく、自由にイメージを作らせるか(この場合には誘導イメージ *guided imagery* とは言わない)、別の誘導イメージ、例えば「体が小さくなって行って、自分の体の中に入り込んで、宇宙船のようなものに乗って、体中を点検に行って、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年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究(H19-がん臨床—一般—008)主任研究者：保坂 隆」のために作成されたものです。

研究中の資料であるため、著作権は製作者に帰属し無断複製は禁じられています。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

【書籍】

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

-38

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

【論文】

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

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

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

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

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

* 保坂 隆: 適応障害。コンセンサス癌治療, 8-9, 2008

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

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

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

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

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

* 二井谷真由美・宮下美香・森山美知子: 外

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

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

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

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

* 森山美知子, 森田桂子: 家族ケア 患者と家族は一つのユニット。DITN 2(347) 2007/2

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

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

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

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

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

* 松下年子, 野口 海, 小林末果, 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

社

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

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

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

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

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

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

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

【その他】

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

2. 学会発表

【シンポジウム】

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

*松島英介：緩和医療における痛みと精神的苦悩. 第 23 回日本ストレス学会学術総会, 東京, 2007.11.10.

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

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

【教育講演】

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

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

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

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

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

会, 第7回集学的医療セミナー. 金沢, 2007年11月16日.

【一般演題】

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

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

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

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

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

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

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

*松田彩子, 大野達也, 小林末果, 野口 海,

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

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

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

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

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

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

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

*高倉倫子, 森山美知子, 竹内美知枝, 中西

京子：退院調整体制の整備に向けた研究.第1
1 回日本看護管理学会年次大会(高知),2007
/8

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

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

*大津美香, 森山美知子：慢性心不全の疾病
の自己管理の実態と悪化要因との関連. 第4
5回日本病院管理学会学術総会(横浜),2007
/10

*堀 泰祐：第36回日本慢性疼痛学会(2
007年2月24日, 京都)シンポジウム「が
ん性疼痛からの解放—さまざまなアプローチ
—」医師の立場から

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

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

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

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

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

2007年11月30日—12月1日. 札幌
*廣澤六映, 木下清二郎, 國澤正寛, 河瀬雅
紀, 福居顯二. 京都府立医科大学附属病院に
おけるコンサルテーション・リエゾン活動の
現況. 第102回近畿精神神経学会. 2008
年2月9日, 三田

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

【教育講演など】

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

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

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

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

* Hosaka T.: Introduction to
Psycho-oncology. The 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

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

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

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

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

ロール～

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*森山美知子：いのちみつめる研修会 「支

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

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

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

ぼう～」講演, 平成 19 年 11 月 4 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

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

—がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート—

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

対象者

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

調査時期および調査手続き

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

調査内容

①フェイスシート

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

②がん患者・がん患者の家族に対するソーシャルサポートの現状を問う項目