

平成 18 年 1 月 松江赤十字病院に県内初の院内がんサロン「くつろぎサロン」を開設

平成 18 年 4 月 佐藤愛子氏が「がん情報サロン ちよっとよってみませんか」を開設

平成 18 年 7 月 島根大学に「ほっとサロン」開設（出雲市）
松江市立病院に「ハートフルサロンまつえ」（初代代表 故三成一瑠氏）開設
益田赤十字病院に「がん患者サロン」開設

平成 18 年 8 月 島根県立中央病院に「がん患者サロン」開設
がん患者サロン代表、島根県、がん診療連携拠点病院の意見交換会開催
国立病院機構浜田医療センターに「ひまわりサロン」開設
邑南町に「がん患者サロン」開設

平成 18 年 9 月 島根県がん対策推進条例が全会一致で可決

平成 19 年 1 月 「がんサロンおおだ」が市民センター内で開設
「がんをいっしょに考える集い」開催（がんサロンメンバーを中心とした実行委員会方式）

平成 19 年 2 月 出雲市で「がん撲滅条例」制定

平成 19 年 4 月 島根県がんサロンネットワーク副代表三成一瑠氏が国のがん対策推進協議会に委員として参加

平成 19 年 7 月 「がんをいっしょに考える集い」開催

平成 19 年 11 月 医療の質・安全学会（代表・高久史磨自治医科大学学長）の「第 1 回新しい医療のかたち賞」受賞
がんケアサロン代表納賀良一氏、ほっとサロン多久和和子氏の 2 名が島

根県がん対策推進協議会に委員として参加

平成 16 年 4 月 がん患者である納賀良一氏が発起人として県内初の「がん患者交流サロン」が誕生し約 2 年間で県内のすべてのがん診療連携拠点病院、地域の公民館や福祉センター等に計 15 か所のがんサロンが開設し、それぞれのサロンが独自の活動を展開している。

当院においては三成一瑠氏が発起人となって開設した「ハートフルサロン松江」は、開設後 1 年間で延べ 600 名の参加があった。がん患者自らが発起人となりスタートした「がんサロン」が医療機関や行政、メディアなど様々なコラボレーションを生み出しながら、がん患者を主体としたがん医療の在り方を模索するプロセスをがんサロンの特徴を中心に紹介する。

（1）セルフヘルプグループとしての特徴

第一の特徴として、しまねのがんサロンは専門家が医師や行政ではなく、がん患者や遺族が発起人としてスタートしたセルフヘルプグループであることがあげられる。がん患者や遺族が自分たちの受けるがん医療の現状について、深い問題意識を持っていることに根ざしていると言える。

抗がん剤の承認の問題やがん情報センターの設置を訴え続けた故佐藤均氏（癌と共に生きる生きる会・前会長）の意思を引き継ぐ形で、妻の佐藤愛子氏が出雲市に「がん情報サロン ちよっとよってみませんか」を開設したり、当院に「ハートフルサロン松江」を開設した三成一瑠氏は、国のがん対策推進協議会に患者代表の一人として、がん医療の格差について政策提言を行った。島根県のがん対策推進協議会委員としても、がんケアサロン代表納賀良一氏、ほっとサロン多久和和子氏の 2 名が島根県がん対策推進協議会に委員として参加し、がん死亡率目標を押し上げるなどの提言

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

さらに発起人自身が、がん患者同士での悩みや不安の分かち合いを目指していることが大きな動機づけとなっている。三成一琅氏がサロン開設の趣旨として、当時すでに開設され三成氏も参加されていた松江赤十字病院の「くつろぎサロン」での体験をもとに、「がんになってひとに言えない悩みを患者どうしで話し、少しでも悩みを解消できる場が欲しい」と述べ、今も院内に掲示している「ハートフルサロン松江」のポスターに書かれている。がん患者が気軽に相談できる場所として機能していることがサロン参加者の体験談からも読み取れる。

➤ 誰に相談していいかわからない

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

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

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



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



外来患者と入院患者の対話の様子

(2) オープングループとしての特徴

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

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

あると同時に、情報発信の場でもある。



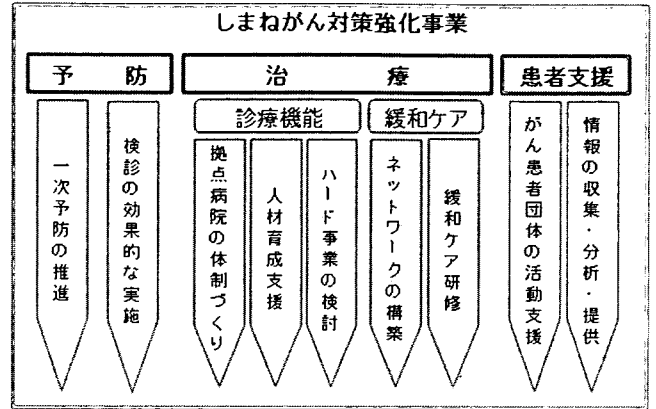
島根県知事を囲んで

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

① 行政による支援

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

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



② 医療機関によるがんサロンへの支援

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

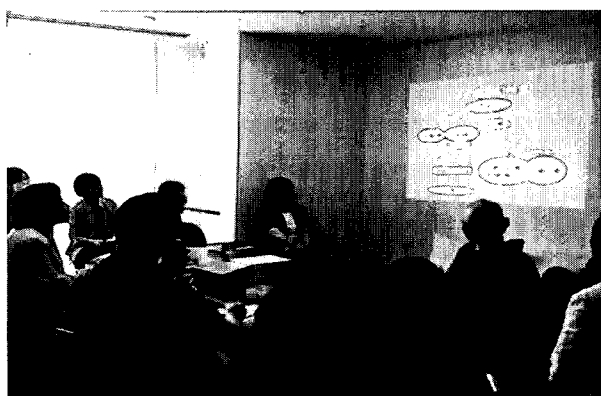
ソフト面では、院内のスタッフによる人材提供があげられる。がんサロン開設当初は患者同士の交流のみの活動が中心であったが、がん診療に関わるスタッフを招いて学習会が開かれるサロンが増えている。当院においても毎月 1 回サロン学習会を開催し、医師や看護師、管理栄養士やMSWなどのコメディカルががん診療について情報提供を行い、がん患者の学びのなっているとともに、医療者とがん患者の相互理解に役立っている。しかし当院のようにMSWが専門的な視点と方法で、サロンの支援と協働を行っているところはほとんどない。

(4) ステークホルダーとのコラボレーション

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

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

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



サロン学習会の様子



ハートフルサロン松江1周年に松江市立病院長からサロン代表にお祝いの花束

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

三つ目は「教育とのコラボレーション」である。当院のがんサロンには看護学科の教員と看護学生が顔を見せる。がんサロン開設一周年記念のイベントでは、がん患者と学生と一緒にサロンメンバー手作りのケーキにろうそくを吹き消しともに一周年を祝った。三成一瑠氏（前ハートフルサロン

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

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

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

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

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

(1) がんサロンの Key Person との対話

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

のがん患者のリーダー的存在として活躍する彼の後ろ姿を追いかける形になって行った。彼が亡くなる間際には「在宅で緩和ケアを受ける体制をつくるために地元医師会に行きたい」とMSWのところに話が持ち込まれた。さっそく医師会の役員をしている副院長のところに出かけ、地元医師会長のところと一緒に相談に出かける手筈が整ったところで、彼は肺炎と意識障害となり、帰らぬ人となった。

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

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

(2) グループにおけるMSWのポジショニング

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

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

(3) MSWのファシリテーターとしての役割

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

① がんサロンの立ち上げから継続のプロセスに関わる

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

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

② がん患者と医療者のコミュニケーションを促す

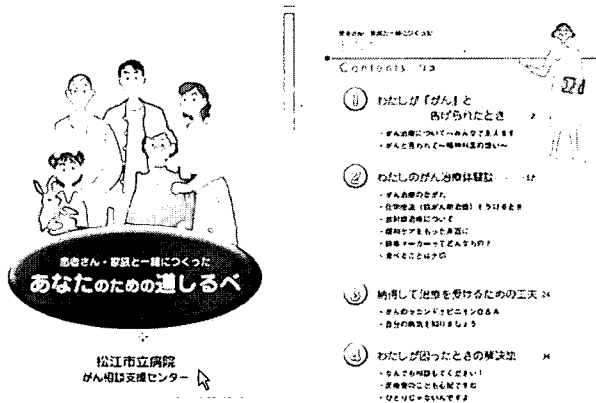
医療者にはサロン学習会のゲストスピーカーという形で参加してもらおう。小さいグループで十分な時間をとって、医療者ががん患者に一方的に情報提供を行うだけでなく、医療者と患者の対話を通じて、がん患者と医療者との間にある保守的な壁を取り除き相互理解を促す。がん患者にとっては自己決定を支える EBM (エビデンス・ベースト・メディスン) に関する情報提供を受けると同時に、医療者にとっては NBM (ナラティブ・ベースト・メディスン) を理解し患者の治療満足度を高める新たな気づきが生まれるのである。

③ がん患者と医療者とのコラボレーション

当院がん相談支援センターでは、がんサロンと

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

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



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

参考文献

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

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

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

「がん患者と家族のためのサポートグループ」デイビッド・スピーゲル

がんナビ：日本列島がん対策・現地レポート（1）【島根県】患者の想いは日本一「患者サロン」で悩み受け止め

高橋都：がん患者とセルフヘルプグループ、ターミナルケア Vol 13 No.5 P.359 2003 表1 セルフヘルプグループとサポートグループの相違点

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

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

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

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

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

【論文】

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

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

29-32, 2007年12月

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. 研究成果の刊行物・別刷

私の視点

siten@asahi.com

東海大医学部教授 (精神医学)

ほさか たかし
保坂 隆



◆がん治療

グループ療法に保険適用を

がんの患者同士が心の痛みや不安を分かち合ったり、情報を共有したりする「グループ療法」が、日本では広がらない。患者の気持ちや前向きにし、生活の質(QOL)を高める効果があるのに、診療報酬化されていないからだ。「心のケア」にも保険適用し、普及を急ぐべきではないか。

私は10年ほど前、がん研究助成金が厚生労働省から出たため、乳がん患者を対象にグループ療法の開発研究に携わった。米国留学中に学んだ手法を頼りに、試行錯誤の末に完成させた。私が確立したグループ療法は、約10人の患者とセラピーター(促進者)と呼ばれる医師と看護師の2人が毎週1回1時間半、数回話し合うものだ。毎週顔を合わせる必要がある。3回会えば信頼関係ができて、「同病相哀れむ」と言われるように、同じ病気の患者同士しか分かり合えないことは多く、医療者からのサポートとは質が違ふ。

再発の不安やストレス解消策、日常生活上の問題点などを話す一方、他の患者の話も興味深そうに聞く。日常生活上の工夫や解決策が定期的に続けられる。

私は医療政策に精通し、うと、医師、看護師、医療者、ジャーナリストらが参加する東大の医療政策人材養成講座を昨年9月から1年間受講した。「グループ療法を普及させるべきだ」という持論に支持者が多かったことが、私の新たな出発点になった。

グループ療法の普及には、ファシリテーターの養成が不可欠だ。厚生省の研究費が採択されたので、医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、それに指導的な患者も対象に全国の病院で養成する仕組みの研究も始めたところだ。

4月に施行された「がん対策基本法」には、「がん患者の療養生活の質の維持向上」が明記されている。患者同士の支え合いも含め、心をケアする「ソーシャルサポート」は、多くの症例からがんの予後を左右する力があることが実証されている。今回の研究でも、グループ療法が同法の目的を実現する医療形態になることを裏付けたい。

究に携わった。米国留学中に学んだ手法を頼りに、試行錯誤の末に完成させた。私が確立したグループ療法は、約10人の患者とセラピーター(促進者)と呼ばれる医師と看護師の2人が毎週1回1時間半、数回話し合うものだ。毎週顔を合わせる必要がある。3回会えば信頼関係ができて、「同病相哀れむ」と言われるように、同じ病気の患者同士しか分かり合えないことは多く、医療者からのサポートとは質が違ふ。

再発の不安やストレス解消策、日常生活上の問題点などを話す一方、他の患者の話も興味深そうに聞く。日常生活上の工夫や解決策が定期的に続けられる。

私は医療政策に精通し、うと、医師、看護師、医療者、ジャーナリストらが参加する東大の医療政策人材養成講座を昨年9月から1年間受講した。「グループ療法を普及させるべきだ」という持論に支持者が多かったことが、私の新たな出発点になった。

グループ療法の普及には、ファシリテーターの養成が不可欠だ。厚生省の研究費が採択されたので、医師、看護師、臨床心理士、それに指導的な患者も対象に全国の病院で養成する仕組みの研究も始めたところだ。

4月に施行された「がん対策基本法」には、「がん患者の療養生活の質の維持向上」が明記されている。患者同士の支え合いも含め、心をケアする「ソーシャルサポート」は、多くの症例からがんの予後を左右する力があることが実証されている。今回の研究でも、グループ療法が同法の目的を実現する医療形態になることを裏付けたい。