

【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 (0)	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 (0)	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 (0)	—	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 (0)	—	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 (0)	—	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 (0)	—	0-4 (1)	78	2.68 (±1.24)	0-4
家族内コミュニケーション (0)	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 (0): 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)
患者の特徴						
性別*	—	(.063)				
PS					.161	(.167)
外来入院*	—	(.028)			—	(.107)
療養場所 (自宅) *	—	(.104)				.009
診術からの期間	-.290	(.021)				
家族の特徴						
介護負担感 (p 得点)					.311	(.005)
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)
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 符号付順位和検定で有意水準 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/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, 梶 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*, 2008 19(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スレター 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】

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カ所で開催し、その教育的効果を検討した。受講者は計358名であった。サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを前後で比較した結果、平均点は有意に($p < 0.01$)増加し、この養成講座には一定の教育効果があることがわかった。また、VASによる理解度調査でも講習会の経験が増すにつれて、講師の経験や受講者からのフィードバックによって、受講者の理解度は高くなることも示された。しかし、3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た多い。

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増強したり、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。話が脱線しそうなになったら、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この研究に開

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出始めた¹⁾。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²⁾。

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³⁾。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⁴⁾、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⁵⁾、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⁶⁾。

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⁷⁾。

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3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⁸⁾。

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⁹⁾。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、医療施設がこれを導入することはなかった。

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にあり、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、実際にか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のできる者、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×3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)
広島	56名 (医師:6, 医療ソーシャルワーカー:11, 看護師・保健師:23, 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:15, 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・心理士が多かった。

講習会は東京1、名古屋の2か所では、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活動を疑似体験できるように工夫したものが多かったが、地理的・時間的な理由で、その後の広島・東京2・札幌では土曜日の午後から日曜日午前・午後の3レッスンを1.5日で受講できるように行った。

開講の扱法については、サイコロジカルに関する知識を事前講習を施行し、ファシリテーター養成講座の前後で比較した。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、講師への満足度を記載してもらった。

結果

サイコロジカル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示されること示された。また、5カ所のコースを、時間的に左から右へ示した。それによりは、「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、講師の教え方の改善が改善されたことを示している。しかし、その後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が少ないことが示された。

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

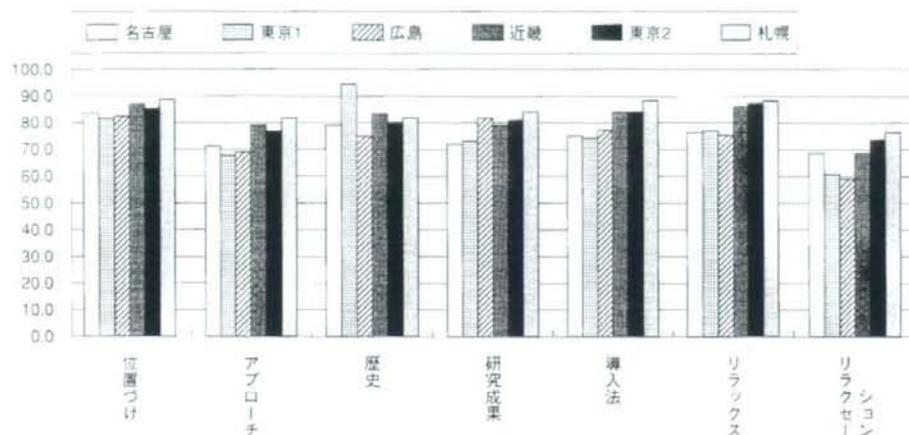


Fig. 2a. レッスン1の評価

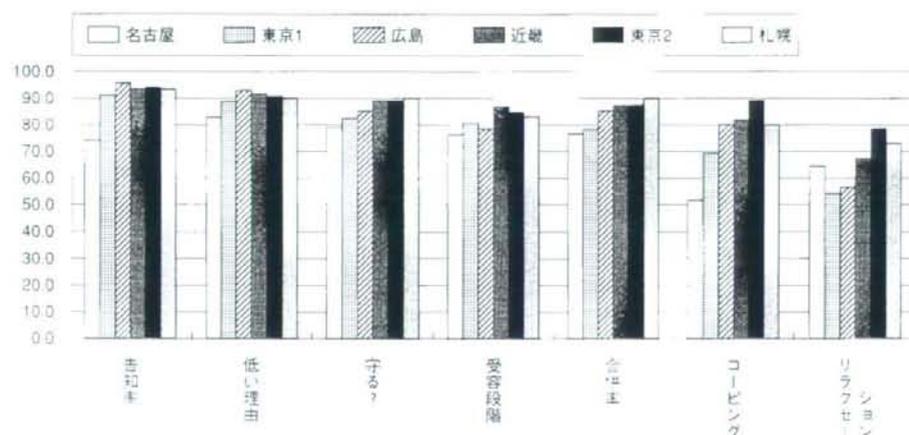


Fig. 2b. レッスン2の評価

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回のセッションなかでも生じるとされる集団力動を体験するためであり、受講者からの感想ではその目的は達成されたようである。

グループワークでは、まず1対1でその日学んだ教育的内容を、お互いがミニレクチャーをして

お互いに話し合い、その後はグループ・ミーティング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

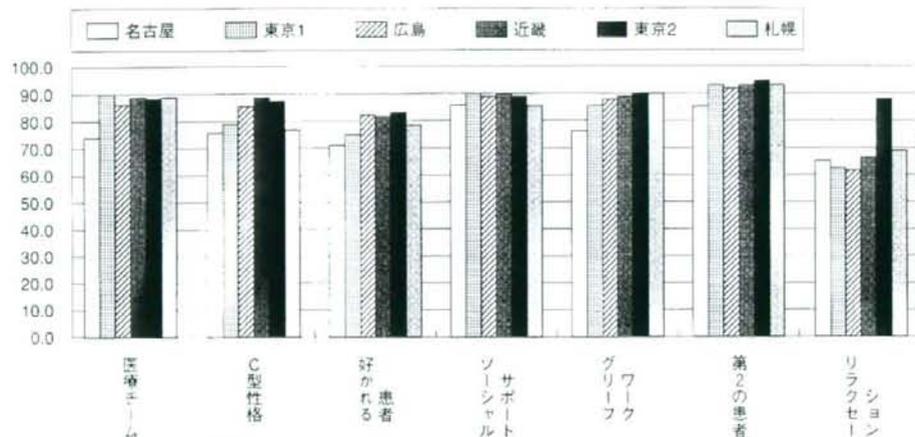


Fig. 2c. レッスン3の評価

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¹⁾。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、たとえばラクセッ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：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医療本拠地として推進事業(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 : Support-

ive-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, Grubbsch 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セラピー精神科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

- の研究, 精神医学, 43: 33-38, 2000
- 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, Hata 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, Yoiogi, 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