

200925008A

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21年度 総括研究報告書

研究代表者 保坂 隆

平成22(2010)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	1
研究代表者：保坂 隆（東海大学医学部教授）	
II. 分担研究報告	
1. がんカウンセラー養成講座の意義と実際	12
研究代表者：保坂 隆（東海大学医学部教授）	
研究協力者：池山 晴人（独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター地域医療連携室主任）、吉川真理子（東海大学医学部附属東京病院）	
2. 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	29
分担研究者：下妻 晃二郎（立命館大学総合理工学院生命科学部生命医科学科教授）	
研究協力者：堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科部長）、寺田佐代子（わかば 会）、天野 可奈子（滋賀県立成人病センター 地域医療サービス室臨床心理士）、井上 和子（広島大学大学院保健学研究科）、戸畑 利香（博愛会相良病院）、毛利 光子・矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット）、上尾裕昭・久保田 陽子（うえお乳腺外科）	
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	34
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. 肺がん患者及び家族へのグループ療法の効果に関する研究	52
分担研究者：所 昭宏（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科医長 支持・緩和療法チーム室長）	
研究協力者：池山晴人、小杉孝子、松田能宣、日保ヒサ、山中政子、神山智秋、宮部貴識、野奈々、川口知哉、林 清二（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター）	
5. 乳がん患者に対する個人精神療法の展開	64
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）	
6. 緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因に関する研究	68
分担研究者：松島英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授）	
研究協力者：久村和穂（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	91
IV. 研究成果の刊行物・別刷	101

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21年度 総括研究報告書

研究代表者： 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

保坂らは、本研究の2年間で、「がん患者へのグループ療法ファシリテーターの養成講座」（2時間半ずつ3レッスン）を全国10数カ所で開催し、受講者は計1,200名を越えた。そこで、3年目は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（ファシリテーター養成講座）を、全国で実施してきたが、その度に、「ピアカウンセラー養成講座」のようなものを実施してほしいという希望を聞いた。がんが治るようになり、がん患者サバイバーが多くなってきた今、サバイバーが新しく診断されたがん患者を支えるという意味の「ピアカウンセリング」の質の担保は確かにどこかで専門家が検証し、担保していかなければいけない課題である。そこで、ピアカウンセラー養成講座の開催を考え、医療者や患者会メンバーらから意見を聞いたところ、「家族は参加できるのか？とか「医療者も対象にして欲しい」という声を多く聞いた。そこで、すべてを対象として「患者・家族・医療者のためのがんカウンセラー養成講座」と銘打って1回だけ試行したので、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、この「がんカウンセラー養成講座」は、2時間半ずつのレッスンを3回1日で行うものであり、講義内容は基本的には、テキストを配布してスライドでの座学と、3人1組みになったロールプレーを行った。当初は80名を募集したが、170名ほどの募集があり、急遽、会場を変更するなど、このテーマのニーズの高さを感じた。当日、すべての時間参加できた者は147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の平均点は、前後で20点満点中で、13.5点から17.7点に有意に($p < 0.01$)増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また毎回のセッション終了時には、講義の内容の理解度をVAS(Visual Analogue Scale)で記入したり、講座への要望を自由記載してもらった。その結果、概ね90%くらい

の理解度が得られたが、「リフレーミング・言い換えなどの技法について」のようにカウンセリングの専門技術や、フィンクの「危機モデル」のような専門的な理論になると理解度が低下していた。

また、下妻らは、乳癌術後患者に対する「心理社会的グループ療法」の介入効果を、健康関連QOL(HRQOL)／心理社会的機能と医療経済面から検証する研究を2007年8月から開始した。平成21年度は症例数の追加と最終的な分析を行った。

研究デザインは前向き観察研究(非介入群)と引続いて行った前向き介入研究(介入群)の比較である。研究実施施設は、鹿児島県S病院、大分県U乳腺外科、滋賀県Sセンターの3施設であり、研究対象は、乳癌根治術後2週間-3ヶ月の20-79歳の女性で非介入群123人、介入群66人であった。

調査尺度はHRQOLがEORTC QLQ, 心理社会機能がPOMS, MAC, 自己効力感尺度であった。調査ポイントは登録時, 4週間(介入群では介入プログラム直後), 6ヵ月後の3回であった。

介入群におけるグループ療法プログラムは、標準化された週1回90分×5回のプログラムである。本研究は実施各施設および研究代表者の施設の倫理審査委員会承認を得て開始した。結果は、

(1) HRQOL／心理社会的機能調査では、介入前後で有意に($P<0.1$)介入効果が認められたものは、①化療・病期・施設で制御した通常の解析ではFatalism(MAC_F)のみであった。一方②施設別サブグループ解析(ある単施設)において認知機能のHRQOL(EORTC_CF), 緊張-不安(POMS_TA), Helplessness/hopelessness(MAC_H), Fatalism(MAC_F)で有意な効果が認められた。③年齢別サブグループ解析(50歳以上)ではFatalism(MAC_F)で有意な効果が認められた。いずれも効果は6ヶ月まで持続しなかった。

(2) 6ヶ月間の医療費の合計は、非介入群で約75万円, 介入群で約84万円であり、両群の医療費の内訳は類似していた。

本研究で、わが国の乳癌患者を対象とした標準化した心理社会的グループ療法の効果と費用が明らかになったことは意義深い。

また堀・天野らは、このグループ療法の応用として、堀らは、緩和ケア病棟を退院された遺族を対象に健康度調査とグループ療法を実施した。本研究の目的は、まず、①ご遺族の悲嘆反応および身体的・精神的健康度を把握するために、ご遺族の健康度調査を行うこと、②ご遺族を対象に構造化されたグループ療法の効果を検討することである。調査はこれまで合計7回行い、そのうち4回グループ療法を実施した。グループ療法は、当初5回セッション(以下、5回版)で実施したが、参加者が集まりにくかったため、5回版と同一の内容を3回セッション(以下、3回版)にまとめて土曜日に実施することで継続ができた。

所らも、肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立のために①2007.08.23 主任研究者による院内レクチャーを開催し61名が参加。院内の知識の普及につとめた。②2007.11.03-04 がん患者のためのグループ療法ファシリテーター養成講座を開催し、院内スタッフ13名が受講し、実践スキルの向上につとめた。③介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグ

グループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を2008年11月～2009年3月実施した。がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15～20%と低いが、必要性、参加希望は約40%あり、がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。今後、参加希望意志が「わからない」という方々へのグループ療法に関する適切な情報提供、ファシリテーターの養成が必要である。また肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法（保坂モデル）の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族のQOLに関して前向き観察研究の研究計画書を立案し、院内IRBの承認を得た。逐次登録患者を増やし、効果検証をしていく予定である。

一方、河瀬・中村は、平成19年度のがん患者からのニーズ調査の結果から、がん患者にとっては、その時々必要性に応じて、グループ療法や個人精神療法の選択枝があることは有益であろうと推測した。そこで本年度は、グループ療法との連携を考慮した個人精神療法のプログラムを作成することを試みた。すなわち、多くの患者と語らうことに抵抗を感じるなどの理由でグループ療法への参加を躊躇する患者やグループ療法から脱落してしまう患者などが利用できること、またグループ療法と個人精神療法間での移行が容易であることに配慮してプログラムを作成し、その有効性を検証した。プログラムは本研究班が提唱している「がん患者へのグループ療法」の枠組みを用いて作成された。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムである。平成21年度は、がん患者に対する心理社会的ニーズと現状認識に関する調査の結果をもとに、前年度に作成した個別的な心理的サポートの介入プログラムにおける問題点を指摘しその改善を試みた。一方、グループ療法の効果と比較するため、同様のプログラムを有するグループ療法を試みた。

またこれらの流れとは別に、松島・久村らは、心理社会面およびスピリチュアリティの側面を含む多面的な生活の質（QOL）の評価尺度を用いて、日本における終末期がん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度およびその予測要因について検討した。都内の1医療機関の緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院登録をした患者とその主要な家族介護者のペアを対象とし、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-家族間のQOL評価の差に関連する要因として、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、介護負担感、患者-家族間のコミュニケーションを測定した。一致度の分析にあたり、一致回答率、重みづけ κ 係数または級内相関係数などを算出した。一致度の予測要因の分析には、患者-家族間のQOL評価の差を従属変数とした重回帰分析を実施した。

適格条件を満たした197組の患者・家族に調査票を配布し、102組を回収した。患者-家族間の一致度はQOL全体としては中等度であった。身体面や機能面などの観察可能な側面は比較的に一致度が高く、心理面やスピリチュアリティなど観察困難で主観的な側面は一致度が低かった。スピリチュアリティにおける信念に関する側面は、最も低い一致度を示した。また、すべてのQOLの側面において、家族は患者本人よりも患者のQOLを低く評価する傾向を示した。特に社会/家族面については、多くの患者が家族からの支援を高く評価

した一方、多くの家族はそれを過小評価していた。患者－家族間の QOL 評価の系統誤差の大きさは中等度であった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の3要因が患者－家族間の QOL 評価の一致度に関連していたが、このモデルの決定係数は低かった。

家族による終末期がん患者の QOL，特に心理社会面およびスピリチュアリティの側面の評価能力には限界があり，今回の調査では海外の先行研究と比較して患者－家族間の QOL 評価の差が大きいという結果を示した。患者－家族間の QOL 評価の一致を促すような支援的介入，および，両者間の QOL 評価の一致度に影響を与える要因を同定するための更なる研究の必要性が示唆された。

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

【分担研究者】

堀 泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科部長）
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）
所 昭宏（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科医長）
長谷川 聡（北海道医療大学看護福祉学部准教授）

【研究協力者】

池山 晴人（独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター地域医療連携室主任）
天野 可奈子（滋賀県立成人病センター 地域医療サービス室臨床心理士）
中村 千珠（京都ノートルダム女子大学心理学部心理学科）
石川 和穂（東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野）
木川 幸一（国立病院機構北海道がんセンターがん相談支援情報室 医療ソーシャルワーカー）
寺田 佐代子（わかば会）
井上 和子（広島大学大学院保健学研究科）
相良吉厚・戸畑 利香（博愛会相良病院）
毛利 光子・矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット）
上尾 裕昭・久保田 陽子（うえお乳腺外科）
小杉孝子・松田宣能・日保ヒサ・山中政子・宮部貴識・青野奈々・川口知哉・河原正明，林 清二（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター）
倉橋一成（東京大学大学院医学系研究科疫学・生物統計）
吉川 真理子（東海大学医学部附属東京病院）

研究目的

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

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

もうひとつの研究も、やはり集団で行う介入研究で、カリフォルニア大学(UCLA)の

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

しかし最新の総説によれば、グループ療法は生存期間を延長する効果はないことと、それにも関わらず少なくとも、QOLを向上させて患者や家族を満足させるものであるということ、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事は、がん患者に対して「ソーシャルサポートを提供する」という意味合いがあることがわかったのである。しかし、このプログラムは診療報酬に反映されていないので、その後、医療施設がこれを取り入れることはなかった。

そのような経緯のなかで、平成 19 年 4 月、がん対策基本法が施行された。この中では全国どこに住んでいるがん患者でも同じ質のがん治療が受けられる、いわばがん治療の「均てん化」がキーワードのひとつになっている。そしてもうひとつの重要な点は、相談支援センターの充実であり、患者や家族が相談支援できることが目標とされている。しかし、相談を受けたり支援するといっても、それは具体的ではなく、実際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、そのためのファシリテーター養成と診療報酬化、および遺族や家族への応用について検討した。

研究 1. がんカウンセラー養成講座について

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（ファシリテーター養成講座）を、全国で実施してきたが、その度に、「ピアカウンセラー養成講座」のようなものを実施して

ほしいという希望を聞いた。がんが治るようになり、がん患者サバイバーが多くなってきた今、サバイバーが新しく診断されたがん患者を支えるという意味の「ピアカウンセリング」の質の担保は確かにどこかで専門家が検証し、担保していかなければいけない課題である。そこで、ピアカウンセラー養成講座の開催を考え、医療者や患者会メンバーから意見を聞いたところ、「家族は参加できるのか?」とか「医療者も対象にして欲しい」という声を多く聞いた。そこで、すべてを対象として「患者・家族・医療者のためのがんカウンセラー養成講座」と銘打って1回だけ試行したので、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。

開催地は、グループ療法・ファシリテーター養成講座を各地で開催した際、カウンセラー養成講座開催の要望が特に強かった沖縄県と決めた。

当初は 80 名を募集したが、170 名ほどの募集があり、急遽、会場を変更するなど、このテーマのニーズの高さを感じた。当日、すべての時間参加できた者は 147 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の結果については、平均点は 20 点満点中で、13.5 点から 17.7 点に有意に ($p < 0.01$) 増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また各レッスンでの VAS による理解度の平均によれば、全体的には理解度は高く、今回のがんカウンセラ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。

研究2. 乳癌術後患者を対象とした心理・社会的グループ療法の効果検証

乳癌術後患者に対する「心理社会的グループ療法」の介入効果を、健康関連QOL(HRQOL)／心理社会的機能と医療経済面から検証する研究を2007年8月から開始した。平成21年度は症例数の追加と最終的な分析を行った。

研究デザインは前向き観察研究（非介入群）と引続いて行った前向き介入研究（介入群）の比較である。研究実施施設は、鹿児島県S病院、大分県U乳腺外科、滋賀県Sセンターの3施設であり、研究対象は、乳癌根治術後2週間-3ヶ月の20-79歳の女性で非介入群123人、介入群66人であった。

調査尺度はHRQOLがEORTC QLQ, 心理社会機能がPOMS, MAC, 自己効力感尺度であった。調査ポイントは登録時, 4週後（介入群では介入プログラム直後）, 6ヵ月後の3回であった。

介入群におけるグループ療法プログラムは、標準化された週1回90分×5回のプログラムである。本研究は実施各施設および研究代表者の施設の倫理審査委員会承認を得て開始した。結果は、

(1) HRQOL／心理社会的機能調査では、介入前後で有意に($P<0.1$)介入効果が認められたものは、①化療・病期・施設で制御した通常の解析ではFatalism(MAC_F)のみであった。一方②施設別サブグループ解析（ある単施設）において認知機能のHRQOL(EORTC_CF), 緊張不安(POMS_TA), Helplessness/hopelessness (MAC_H), Fatalism(MAC_F)で有意な効果が認められた。③年齢別サブグループ解析（50歳以上）ではFatalism(MAC_F)で有意な効果が認められ

た。いずれも効果は6ヶ月まで持続しなかった。

(2) 6ヶ月間の医療費の合計は、非介入群で約75万円、介入群で約84万円であり、両群の医療費の内訳は類似していた。

本研究で、わが国の乳癌患者を対象とした標準化した心理社会的グループ療法の効果と費用が明らかになったことは意義深い。

研究3. グループ療法の遺族ケアへの応用

わが国の多くのホスピス・緩和ケア病棟では、「カード送付」と「追悼会」が遺族ケアの2大プログラムであるとされている。しかし、「追悼会」のように、ご遺族のグループによる介入は積極的になされているものの、多くの場合、その介入方法は構造化されていないもの（グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっていないもの）であり、ご遺族に対するグループ療法として、構造化された介入（グループのファシリテーターが実施する教示や構成があらかじめ決まっているもの）に関する報告はあまり見受けられない。構造化された介入の場合、ファシリテーターの技術や人間性など、ファシリテーター側の要因にあまり左右されずに、誰がやってもある程度同じように介入しやすいという点が利点ではないか、と考えた。

そこで、今回、保坂(2008)の「がん患者さんのためのグループ療法マニュアル(第3版)」に基づき、緩和ケア病棟で大切な家族を亡くされたご遺族を対象に構造化されたグループ療法を実施することを考えた。そのために、まず、①ご遺族の悲嘆反応および身体的・精神的健康度を把握するために、ご遺族の健康度調査を行うこと、②ご遺族を対象

に構造化されたグループ療法の効果を検討することを本研究の目的とする。調査はこれまで合計7回行い、そのうち4回グループ療法を実施した。グループ療法は、当初5回セッション（以下、5回版）で実施したが、参加者が集まりにくかったため、5回版と同一の内容を3回セッション（以下、3回版）にまとめて土曜日に実施することで継続ができた。

研究4. グループ療法のがん患者の家族への応用

肺がんの専門施設において、肺がん患者・家族へのグループ療法実施体制の確立のために、

①2007.08.23 主任研究者による院内レクチャーを開催し61名が参加。院内の知識の普及につとめた。

②2007.11.03-04 がん患者のためのグループ療法ファシリテーター養成講座を開催し、院内スタッフ13名が受講し、実践スキルの向上につとめた。

③介入内容の基礎的情報を整理、集積することを目的として「肺がん患者及びその家族のグループ療法に関する認識について探索的なアンケート調査」を2008年11月～2009年3月実施した。その結果、がん患者・家族のグループ療法への認知度は約15～20%と低い、必要性、参加希望は約40%あり、がん患者・家族へのグループ療法の実施準備状況にあることを確認できた。またグループ療法に希望する内容は、病気の治療法、他の患者や家族の体験、ストレス対処法の順に多く、病気や治療の知識の習得とグループ療法による心理社会的ピアサポートは分けて開催することが適切かもしれない。今後、参加希望意志が「わからない」という方々

へのグループ療法に関する適切な情報提供、ファシリテーターの養成が必要である。また肺がん患者及びその家族を対象とした構造化されたグループ療法（保坂モデル）の効果を検証のための準備研究として、肺がん患者、家族のQOLに関して前向き観察研究の研究計画書を立案し、院内IRBの承認を得た。逐次登録患者を増やし、効果検証をしていく予定である。

研究5. 構造化された個人精神療法プログラムの作成

プログラムの作成にあたり、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究」で用いられているがん患者へのグループ療法の枠組みを用いることとした。すなわち、週1回、5週間のセッションとし、心理教育・話し合い・リラクゼーションからなる構造化された個人精神療法プログラムとした。

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

をテーマとしてプログラムに組み入れることとした。

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

【実施方法】

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

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

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

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

これらを踏まえ，本年度は，グループ療法では「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係」「受容」「周囲とのコミュニケーション」を含む実存的テーマを扱うプログラムを作成し，術後の乳がん患者へのグループ療法の実施を試みた(第28回日本心理臨床学会，2009. 9)。

これは，本研究班で用いられるグループ療法の枠組みを応用したもので，また，グループ参加者は5名～7名程度とした。このプログラムでは，全セッションを通じ，がん患者として不確実性を意識しながらも生きていかなければいけないことから生じる不安や喪失感，孤独感などが語られた。その中でも，ど

のような状況にあっても失われていない自分に気づくとともに，主体的にどのように生きていくかが話されていた。非構造化グループと比較して，この枠組みがある構造化されたプログラムでは，一貫したテーマに沿って毎週運営されるため，グループ内での話し合いでは，話題が拡散せず，より心理的・実存的な側面に焦点付けられた。なお，プログラムへの量的評価については，質問紙を用い，現在実施しているところである。一方，がん患者に対する個人精神療法プログラムについては改訂を施し，研究を新たに開始したが参加者を得ることが出来ていない。

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

心理社会面およびスピリチュアリティの側面を含む多面的な生活の質(QOL)の評価尺度を用いて，日本における終末期がん患者とその家族による患者の QOL 評価の一致度およびその予測要因について検討した。都内の1医療機関の緩和ケア病棟に入院，または，緩和ケア外来で入院登録をした患者とその主要な家族介護者のペアを対象とし，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-家族間の QOL 評価の差に関連する要因として，家族の心理状態，患者-家族間の人間関係，介護負担感，患者-家族間のコミュニケーションを測定した。一致度の分析にあたり，一致回答率，重みづけ κ 係数または級内相関係数などを算出した。一致度の予測要因の分析には，患者-家族間の QOL 評価の差を従属変

数とした重回帰分析を実施した。

適格条件を満たした 197 組の患者・家族に調査票を配布し、102 組を回収した。患者一家族間の一致度は QOL 全体としては中等度であった。身体面や機能面などの観察可能な側面は比較的に一致度が高く、心理面やスピリチュアリティなど観察困難で主観的な側面は一致度が低かった。スピリチュアリティにおける信念に関する側面は、最も低い一致度を示した。また、すべての QOL の側面において、家族は患者本人よりも患者の QOL を低く評価する傾向を示した。特に社会/家族面については、多くの患者が家族からの支援を高く評価した一方、多くの家族はそれを過小評価していた。患者一家族間の QOL 評価の系統誤差の大きさは中等度であった。また、重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度」の 3 要因が患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連していたが、このモデルの決定係数は低かった。

家族による終末期がん患者の QOL、特に心理社会面およびスピリチュアリティの側面の評価能力には限界があり、今回の調査では海外の先行研究と比較して患者一家族間の QOL 評価の差が大きいという結果を示した。患者一家族間の QOL 評価の一致を促すような支援的介入、および、両者間の QOL 評価の一致度に影響を与える要因を同定するための更なる研究の必要性が示唆された。

結論

本研究では、がん患者と家族に対する心のケアの具体例として、グループ療法をベースにして、その対象の拡大の意義を検証し、個人療法との対比を明らかにしようとしている。時として、患者自身の QOL 評価と、家族か

らみた患者の QOL 評価は異なることがあるため、その部分を考慮したアプローチが望まれることになる。「心のケアの均てん化」への道はまだ続く。

【文献】

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

- intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry 47: 729-35, 1990
- 7) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS., et al.: Malignant melanoma—Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatry 50: 681-689, 1993
- 8) Fawzy FI, Canada AL, Fawzy NW.: Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 60:100-103, 2003
- 9) Gottlieb BH, Wachala ED.: Cancer support groups: a critical review of empirical studies. Psychooncology 16: 379-400, 2007
- 10) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K & Uchitomi Y : A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. Cancer 89:1026-36, 2000.
- 11) Hosaka, T.: A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psychooncology 5: 59-64, 1996
- 12) 保坂 隆 : がん患者への構造化された精神科的介入の有効性について。精神医学 41 : 867-870, 1999
- 13) Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y.: Effects of a Structured Psychiatric Intervention on Cancer Patients' Emotions and Coping Styles. Internat J Clin Oncol 5:188-191, 2000
- 14) 平井啓, 保坂 隆, 杉山洋子, 他 : 乳がん患者に対する構造化精神科介入とその影響要因に関する研究。精神医学 43: 33-38, 2001
- 15) Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, et al.: Persistent effects of a structured intervention on breast cancer patients' emotions. Psychiatry Clin Neurosci 54: 559-563, 2000
- 16) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al.: Effects of a psychiatric intervention with additional meetings for early-stage breast cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 23: 145-151, 2001
- 17) 保坂 隆 : グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- 18) 保坂 隆 : がん患者のためのグループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
- 19) 保坂 隆 : 介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究報告書。平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)

がんカウンセラー養成講座の意義と実際

保坂 隆（1），池山 晴人（2），吉川真理子（3）

（1）東海大学医学部教授

（2）独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター地域医療連携室主任

（3）東海大学医学部附属東京病院

【研究要旨】

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（ファシリテーター養成講座）を、全国で実施してきたが、その度に、「ピアカウンセラー養成講座」のようなものを実施してほしいという希望を聞いた。がんが治るようになり、がん患者サバイバーが多くなってきた今、サバイバーが新しく診断されたがん患者を支えるという意味の「ピアカウンセリング」の質の担保は確かにどこかで専門家が検証し、担保していかなければいけない課題である。そこで、ピアカウンセラー養成講座の開催を考え、医療者や患者会メンバーらから意見を聞いたところ、「家族は参加できるのか？とか「医療者も対象にして欲しい」という声を多く聞いた。そこで、すべてを対象として「患者・家族・医療者のためのがんカウンセラー養成講座」と銘打って1回だけ試行したので、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、この「がんカウンセラー養成講座」は、2時間半ずつのレッスンを3回1日で行うものであり、講義内容は基本的には、テキストを配布してスライドでの座学と、3人1組みになったロールプレーを行った。当初は80名を募集したが、170名ほどの募集があり、急遽、会場を変更するなど、このテーマのニーズの高さを感じた。当日、すべての時間参加できた者は147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の平均点は、前後で20点満点中で、13.5点から17.7点に有意に（ $p < 0.01$ ）増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また毎回のセッション終了時には、講義の内容の理解度をVAS（Visual Analogue Scale）で記入したり、講座への要望を自由記載してもらった。その結果、概ね90%くらいの理解度が得られたが、「リフレーミング・言い換えなどの技法について」のようにカウンセリングの専門技術や、フィンクの「危機モデル」のような専門的な理論になると理解度が低下し

ていた。

さらに、うつ病のスクリーニングは出来そうですか？ に対しては 77.8%と最も低値であったが、他の精神障害普及啓発の講座や対象と比べて極端に低い数値ではない。

これらのことから、ピアカウンセリングや家族によるがん患者へのカウンセリングの研修として、このような1日の講習会でもある程度の効果があることがわかったが、さらに専門的なスキルやうつ病のスクリーニングなどについては、プログラムの修正が望ましいと思われた。

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。本研究でも1年目と2年目は、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（ファシリテーター養成講座）を実施してきた。

全国で実施してきたが、その度に、ピアカウンセラー養成講座のようなものを実施してほしいという希望を聞いてきた。がんが治るようになり、がん患者サバイバーが多くなってきた今、サバイバーが新しく診断されたがん患者を支えるという意味の「ピアカウンセリング」の質の担保は確かにどこかで専門家が検証し、担保していかなければいけない課題である。そこで、ピアカウンセラー養成講座の開催を考え、医療者や患者会メンバーから意見を聞いたところ、「家族は参加できるのか？とか「医療者も対象にして欲しい」という声を多く聞いた。そこで、すべてを対象として「患者・家族・医療者のためのがんカウンセラー養成講座」と銘打って1回だけ試行したので、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。

B. 研究方法

まず、この「がんカウンセラー養成講座」は、2時間半ずつのレッスンを3回1日で行うものである。

開講の挨拶に続いて、まず、【表—1】に示したような、サイコオンコロジーに関する

知識を問う質問票を作成し施行した。講座終了時にも同じ質問表を試行し前後比較した。

講義内容は基本的には、添付したようなテキストを配布してスライドでの座学と、3人1組みになったロールプレーを行った。

また毎回のセッション終了時には、【表—2a,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

開催地は、グループ療法・ファシリテーター養成講座を各地で開催した際、カウンセラー養成講座開催の要望が特に強かった沖縄県と決めた。

当初は80名を募集したが、170名ほどの募集があり、急遽、会場を変更するなど、このテーマのニーズの高さを感じた。当日、すべての時間参加できた者は147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の結果を【図—1】に示した。平均点は20点満点中で、13.5点から17.7点に有意に($p<0.01$)増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また各レッスンでのVASによる理解度の平均は【図—2a,b,c】に示した。全体的には理解度は高く、今回のがんカウンセラ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。

D. 考察

このような講座が知識の獲得には効果的で

あることは、これまで2年間のファシリテーター養成講座でも同様であった。

実際、各レッスン毎の評価項目について考察する

○レッスン1（各項目に示した数字は理解度の平均%である）

- 1, がんカウンセラー養成講座の位置づけ（経緯）について(90.6%)
- 2, カウンセリングの際の座る位置について(96.0%)
- 3, 傾聴とは「相手の立場・価値感に立って聴くこと」について(92.6%)
- 4, 「内容」と「感情」のふたつに関する共感があることについて(94.0%)
- 5, リフレーミング・言い換えなどの技法について(83.2%)
- 6, カウンセリングには守秘義務があると思っただ方が良いことについて(96.8%)

レッスン1では、全体的に90%以上の理解が得られたが、「リフレーミング・言い換えなどの技法について」だけが83.2%と低かった。これはやはり、カウンセリングの専門的なスキルであり、講座の中で練習はしたものの十分ではなかった。

次にレッスン2の理解度を示す。

○レッスン2（各項目に示した数字は理解度の平均%である）

- 1, 怒り/攻撃性の表現の違いによって患者さんの言動は異なることについて(88.6%)
- 2, キュブラーロスの「階段モデル」に対比した「曲線モデル」について(91.0%)
- 3, 「対象喪失と悲哀の仕事」について(85.8%)
- 4, フィンクの「危機モデル」について(82.8%)
- 5, 「転移と逆転移」について(97.2%)
- 6, 「私もうダメなんでしょうか？」という

質問に答えにくい理由について(87.8%)

この中でも、「対象喪失と悲哀の仕事」やフィンクの「危機モデル」についての理解度が低いことがわかる。さらに、「私もうダメなんでしょうか？」という質問に答えにくい理由については、87.8%とやや理解度は少なくなりましたが、臨床上で最も難しい返答が要求されると言われる状況での「難しい理由（Yes-No 質問なので、どちらにも返答できない）」については理解できたようである。もちろん、だからと言って、現場でスラスラと適切な対応が出来るという意味ではない。次にレッスン3の理解度を示す。

○レッスン3（各項目に示した数字は理解度の平均%である）

- 1, 「適応障害」と「心因反応」の違いについて(86.2%)
- 2, がん患者の「精神症状の合併率(約30%)」について(93.2%)
- 3, 主治医が、がん患者のうつ病を見逃しやすい背景について(90.8%)
- 4, ソーシャルサポートとがんの予後との関係について(91.4%)
- 5, うつ病になりやすい性格について(91.0%)
- 6, 「家族は第2の患者である」理由について(93.8%)
- 7, うつ病のスクリーニングは出来そうですか？(77.8%)

このうち、「適応障害」と「心因反応」の違いについて(86.2%)は精神疾患の差異についての話なので、やはり難解だったのかもれない。最後の、うつ病のスクリーニングは出来そうですか？ に対する77.8%は、全評価項目の中で最も低い%値であった。

しかし、保坂による「精神障害および精神

障害者の普及啓発に関する研究班」の平成20年度の研究(1)によれば、うつ病スクリーニング講座の前後で、スクリーニングが出来るかという質問に対して、一般住民の場合だと講習会前 30.7%が講習会後には 64.5%と上昇しているし、養護教諭の場合でも 32.3 %から 65.7%に上昇している程度であった。

同じ研究班の平成 21 年度の研究(1)によれば、一般住民に対して2時間半の講習会後でさえ「周囲の者を対象にして、うつ病のスクリーニングができるか？」という質問に対しては、70%と明らかに他の項目に比べると低値を示している。今回のがんカウンセラー養成講座のうつ病のスクリーニングは出来そうですか？ に対しての77.8%は他の講座や対象と比べれば決して低い数値ではないことがわかる。

いずれにしても、この「うつ病のスクリーニング技術の習得」は精神障害の普及啓発の面でも、あるいは、がん患者のカウンセリングの際にも不可欠なスキルであるため、この習得のための効果的なプログラムの開発が望まれる。

E. 結論

「患者・家族・医療者のためのがんカウンセラー養成講座」と銘打って1回だけ試行した。この「がんカウンセラー養成講座」は、2時間半ずつのレッスンを3回1日で行うものであった。講義内容は基本的には、テキストを配布してスライドでの座学と、3人1組

みになったロールプレーを行った。

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、講座前後で試行したところ、平均点は20点満点中で、13.5点から17.7点に有意に($p<0.01$)増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また毎回のセッション終了時には、講義の内容の理解度をVAS(Visual Analogue Scale)で記入したり、講座への要望を自由記載してもらった。その結果、概ね90%くらいの理解度が得られたが、「リフレーミング・言い換えなどの技法について」のようにカウンセリングの専門技術や、フィנקの「危機モデル」のような専門的な理論になると理解度が低下していた。

さらに、うつ病のスクリーニングは出来そうですか？ に対しては77.8%と最も低値であったが、他の精神障害普及啓発の講座や対象と比べて極端に低い数値ではない。

これらのことから、ピアカウンセリングや家族によるがん患者へのカウンセリングの研修として、このような1日の講習会でもある程度の効果があることがわかったが、さらに専門的なスキルやうつ病のスクリーニングなどについては、プログラムの修正が望ましいと思われた。

【文献】

- 1) 保坂 隆：精神障害および精神障害者の普及啓発に関する研究報告書。平成20-21年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

【表－1】

がんと心の関係についての調査表

お名前（ _____ ） グループ（ _____ ） 受付番号（ _____ ）

- 1, () カウンセリングは通常。正面に座って行う。
- 2, () 「傾聴」では、適切な助言をしてあげることが大切である。
- 3, () キュブラーロスのモデルでは、「怒り」の次は「取り引き」である。
- 4, () 「わかります、そのお気持ち。私にも・・・のことがあって」と自分の話をしてあげるのは「共感」の一種である。
- 5, () 「頭が痛いですか？」と明確に質問することを、「オープン・クエスチョン」という。
- 6, () がん患者さんの「怒り・攻撃性の表現型」という考え方は、患者心理の理解に役立つ。
- 7, () がん患者さんが「うつ病・適応障害」を合併する率は約30%である。
- 8, () 「がんばりましょう」は支持的精神療法ではない。
- 9, () 「リフレーミング」とは、足裏のリンパマッサージの一種である。
- 10, () 「問題解決技法」とは、具体的な解決策を提供することである。
- 11, () 「危機モデル」は、がん患者さんの心理を理解する際には役立たない。
- 12, () 現実を認めまいとする防衛機制は「抑圧」という。
- 13, () 「転移」と「逆転移」は、がんカウンセリングでも生じる。
- 14, () 事実をどのように認知して対応するかは「コーピング」と呼ばれる。
- 15, () 「メランコリー親和型性格」は、うつ病になりやすい性格である。
- 16, () 配偶者を亡くした後1年間は、残された配偶者の死亡率が高くなる。
- 17, () B型性格が、がんになりやすいと言われている。
- 18, () 「がん＝死」と思いがちながん患者さんには「認知療法」が有効である。
- 19, () 「非言語的なコミュニケーション」のほうが、「言語的」よりも多い。
- 20, () 「ソーシャルサポート」の有無や量はがん患者さんの生命予後とも関係する。

【表-2a,b,c】

がんカウンセラー養成講座評価表：レッスン1

お名前（_____） グループ（_____） 受付番号（_____）

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

1, がんカウンセラー養成講座の位置づけ（経緯）について

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

2, カウンセリングの際の座る位置について

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

3, 傾聴とは「相手の立場・価値感に立って聴くこと」について

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

4, 「内容」と「感情」のふたつに関する共感があることについて

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

5, リフレーミング・言い換えなどの技法について

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

6, カウンセリングには守秘義務があると思った方が良いことについて

理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

○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

--