

がんカウンセラー養成講座評価表：レッスン2

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

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

3, 「対象喪失と悲哀の仕事」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

4, フィンクの「危機モデル」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

5, 「転移と逆転移」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

6, 「私もうダメなんですか?」という質問に答えにくい理由について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

--

がんカウンセラー養成講座評価表：レッスン3

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, 「適応障害」と「心因反応」の違いについて

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

2, がん患者の「精神症状の合併率(約30%)」について

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

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

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

4, ソーシャルサポートとがんの予後との関係について

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

5, うつ病になりやすい性格について

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

6, 「家族は第2の患者である」理由について

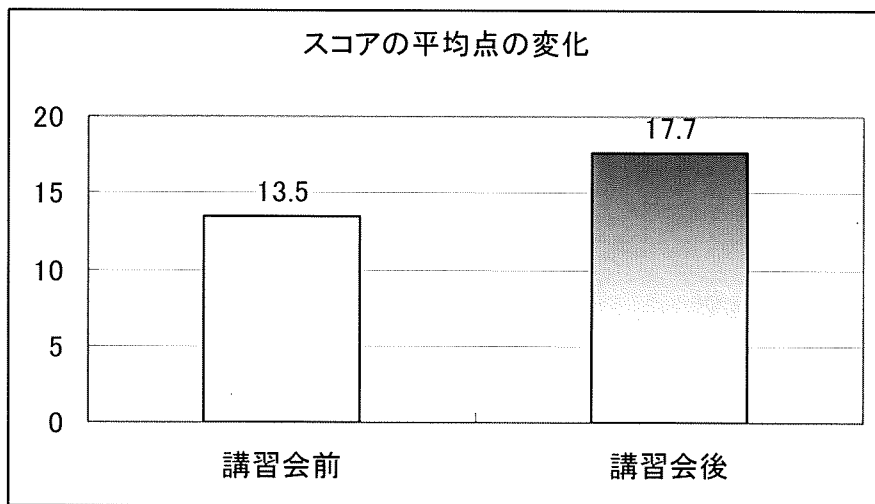
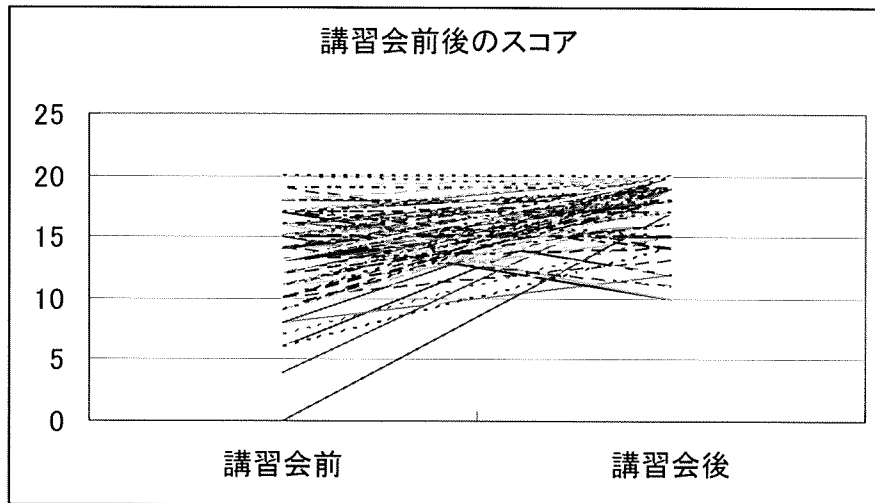
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

7, うつ病のスクリーニングは出来そうですか？

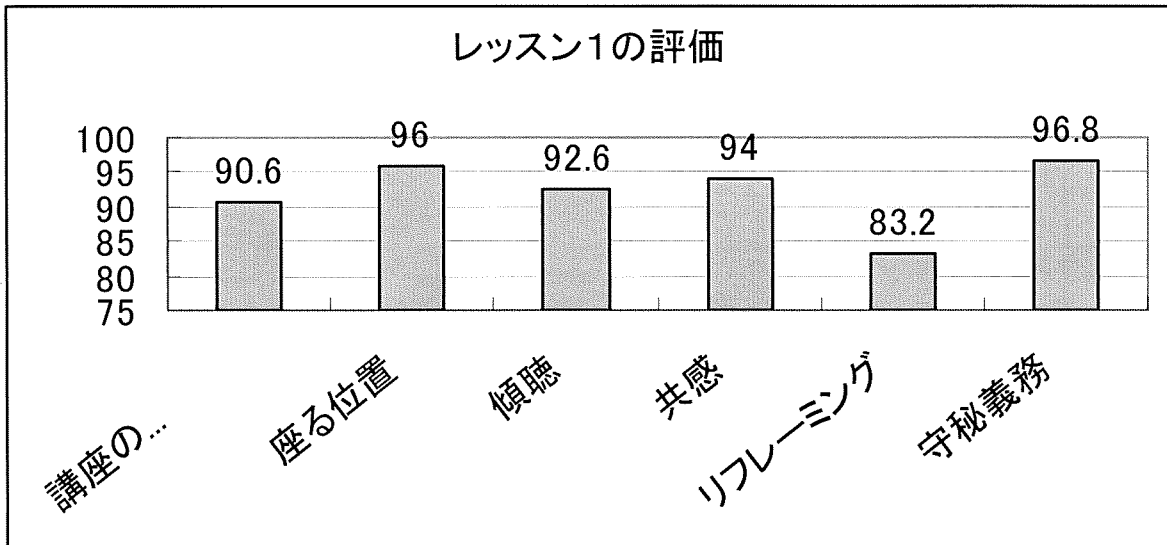
絶対できない | _____ | _____ | _____ | _____ | できる

○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

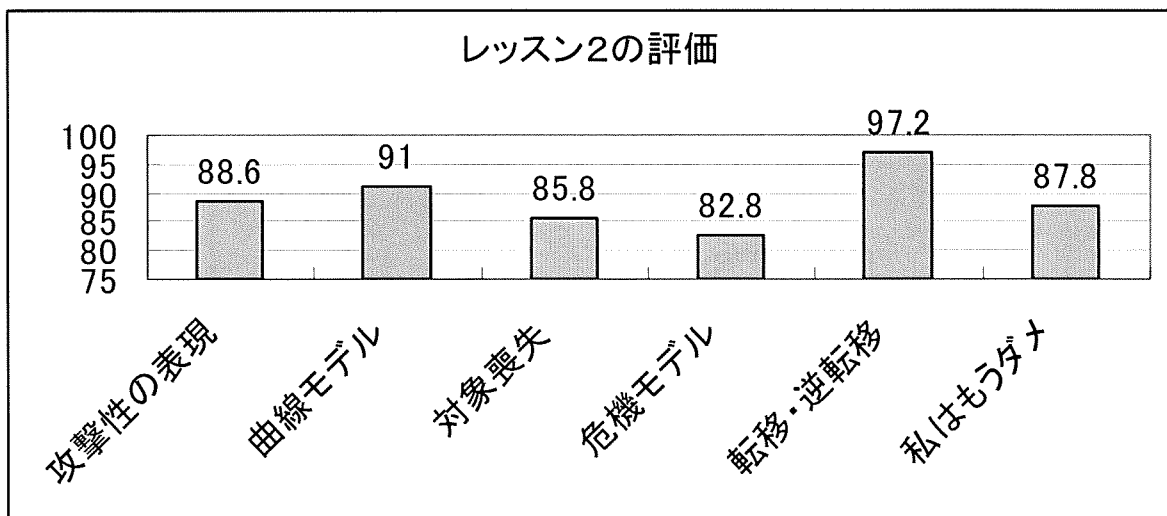
【図-1 a,b】



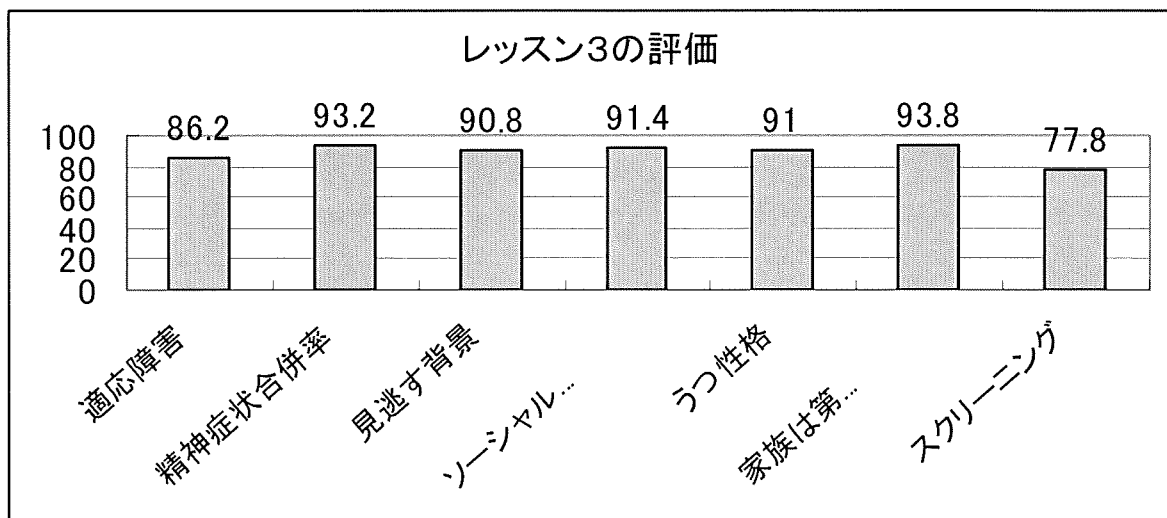
【図-2a】 レッスン1の評価



【図-2b】 レッスン2の評価



【図-2c】 レッスン3の評価



F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 書籍

- *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：「ひとり老後」の楽しみ方。リュウブックス，東京，2009
- *保坂 隆：平常心の鍛え方。ベースボールマガジン社新書，東京，2009
- *保坂 隆（編著）：医師のストレス。中外医学社，東京，2009
- *保坂 隆：ひとり老後はこんなに楽しい。ベスト新書，東京，2009

2. 論文（総説を含む）

- *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：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：医師のストレス。医学のあゆみ 227(2): 87-88, 2008
- *保坂 隆：精神障害の見分け方。治療 91: 21-25, 2009
- *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
- *保坂 隆：精神医療にも医療崩壊か？医療経済研究 173: 20-22, 2009
- *保坂 隆：うつ病診療最前線—産業医の立場から。治療 91: 2052-2055, 2009
- *保坂 隆：うつ病診療最前線—うつ病と自殺。治療 91: 2095-2098, 2009
- *保坂 隆：リエゾン精神医学。総合リハビリテーション 37(10): 909-912, 2009
- *保坂 隆：リエゾン精神医学。臨床リハビリテーション 19(2): 155-158, 2010
- *保坂 隆：内科疾患における不安・抑うつ の診方—悪性腫瘍性疾患。内科：105(2): 235-238, 2010

3. 学会発表

- *保坂 隆：こころの安全週間—普及啓発は自殺予防に有効か？第 21 回日本総合病院精神医学総会，2008 年 11 月 28 日
- *保坂 隆：医療へのアクセスと資源配分～医療崩壊への処方箋を考える。医療経済研究会新春特別講座，2009 年 1 月 9 日
- *保坂 隆：勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の取り組み。第 31 回日本産業保健活動推進全国会議，2009 年 9 月 10 日
- *保坂 隆：日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から。第 22 回日本総合病院精神医学会総会，2009 年 11 月 27 日
- *保坂 隆：勤務医支援—急性期医療崩壊を防ぐために。医療経済研究会新春特別講座，2010 年 1 月 8 日
- *保坂 隆：人間ドック・特定健診へのメンタルヘルス導入の意義。第 4 回日本ヘルス

サポート学会総会, 2009年7月4日

*保坂 隆: 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の取り組み。第31回日本産業保健活動推進全国会議, 2009年9月10日

*保坂 隆: 日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から。第22回日本総合病院精神医学会総会, 2009年11月27日

4. その他

*保坂 隆: がんと心—サイコオンコロジーへの招待。石巻がん医療セミナー。2009年4月10日

*保坂 隆: がん患者の心のケア—サイコオンコロジーへの招待。第12回和風会(大阪大学精神科同窓会)精神医学研究会。2009年6月14日

*保坂 隆: がんと心—サイコオンコロジーへの招待。第30回京大外科関連施設癌研究会。2009年7月11日

*保坂 隆: 明日から役に立つがん患者さんの心のケア。静岡県病胃薬剤師中部支部例会。2009年7月23日

*保坂 隆: 乳がん患者の心理と心のケア。第10回乳癌最新情報カンファランス。2009年8月22日

*保坂 隆: がんと心の医学—サイコオンコロジーの最先端。南和歌山医療センター。2009年9月26日

*保坂 隆: 働く人のストレス対策—うつ病を防ぐセルフケア。女性と仕事の未来館, 東京, 2009年10月16日

*保坂 隆: がん患者の心のケア。第10回医療相談支援センター講習会。2010年1月22日

*保坂 隆: がんカウンセラー講習会。徳島大学病院がん診療連携センター, 2010年1月23日

*保坂 隆: 乳がん診療におけるサイコオンコロジー。乳がん学術講演会, 2010年1月30日

5. メディアなど

*今村 聡, 保坂 隆(対談): 勤務医の働き方とワークライフバランス。日本経済新聞, 2009年12月21日朝刊

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

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。

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よいことについて
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

がんカウンセラー養成講座評価表：レッスン2

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

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

3, 「対象喪失と悲哀の仕事」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

4, フィンクの「危機モデル」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

5, 「転移と逆転移」について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

6, 「私もうダメなんですか?」という質問に答えにくい理由について
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

--

がんカウンセラー養成講座評価表：レッスン3

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, 「適応障害」と「心因反応」の違いについて

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

2, がん患者の「精神症状の合併率(約30%)」について

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

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

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

4, ソーシャルサポートとがんの予後との関係について

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

5, うつ病になりやすい性格について

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

6, 「家族は第2の患者である」理由について

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

7, うつ病のスクリーニングは出来そうですか？

絶対できない | _____ | _____ | _____ | _____ | できる

○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

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

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）

【研究要旨】

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 ヶ月後の 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。

【研究代表者】保坂隆（東海大学医学部基盤診療学系・精神医学）

【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），堀泰祐（滋賀県立成人病センター緩和ケア科）

【研究協力者】相良吉厚・戸畑利香（博愛会相良病院），上尾裕昭・久保田陽子（うえお乳腺外科），天野可奈子（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室），寺田佐代子（わかば会），毛利光子・矢嶋多美子（NPO 法人日本臨床研究支援ユニット），井上和子（広島大学大学院保健学研究科），倉橋一成（東京大学大学院医学系研究科疫学・生物統計）

A. 研究の背景と目的

乳癌術後に心理社会的健康を損なう女性は少なくないが、わが国ではその詳細は明らかでない。また、心理社会的グループ療法は国際的には一定の効果があるとされているが、わが国の患者を対象とした研究は多くない。さらに、グループ療法を実地臨床で行うには費用が発生するが、費用対効果はもとより、医療費の実態調査そのものも殆ど見当たらない。そのような背景から、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を、健康関連 QOL (HRQOL) ・心理社会的機能面から調査を行った。

月目の3回である。調査に用いた患者自記式尺度は、HRQOL が EORTC QLQ-C30，心理社会的機能が POMS，MAC scale，特性的自己効力感尺度，の3つである。

医療費に関する情報は、直接医療費をレセプトから、直接非医療費と間接費用を患者自記式調査から得た。

(2) 介入研究

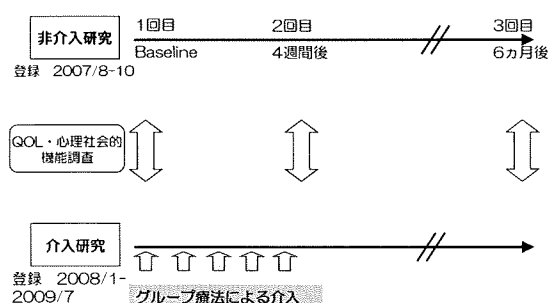
非介入研究と同様の適格条件、調査項目で、施設ごとに非介入研究に引き続き 66 人を対象に行った。グループ介入法の標準化は、研究代表者の保坂が研究協力者の寺田の協力を得て行った。グループ介入のファシリテーターは専門的な訓練を受けた後に行った。

B. 研究の対象と方法

(1) 非介入研究

鹿児島県のS病院，大分県U乳腺外科，滋賀県立Sセンター（解析対象症例なし）の3施設で治療を受けている 20-79 歳，根治術後 2 週間-3 ヶ月以内の 116 人を対象に、HRQOL ・心理社会的機能に関する調査を前向きに行った。調査時点は登録時，4 週目（介入群の介入終了後の時期に相当），6 ヶ

研究スケジュール



(3) 解析

HRQOL・心理社会的機能のスコアの登録時と4週目（介入群は介入後）の変化量について、介入群が非介入群に比べて良好かどうか多変量解析を用いて調べた。結果に影響を及ぼすことが予想された化学療法の有無、診断時病期、施設で制御した。

次にサブグループ解析として、施設別、50歳未満、50歳以上について解析を行った。なお有意水準は $P<0.1$ とした。

費用の解析は記述統計を用いた。直接費用と間接費用に分けて、さらに直接費用を直接医療費と直接非医療費に分けて算出した。

<倫理的事項>

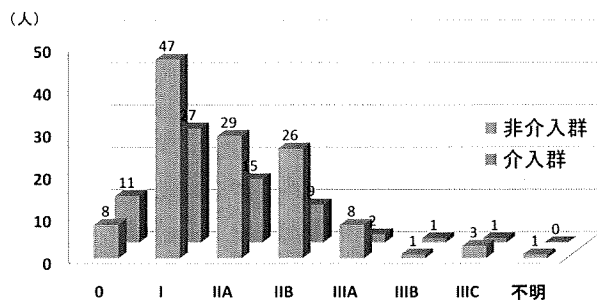
研究代表者および実施施設の倫理審査委員会の承認を得て開始した。患者に対して文書および口頭による十分な説明を行った後、非介入研究では、調査票の回収をもって同意とみなし、介入研究では、研究開始前に文書で同意を確認した。

C. 結果

(1) 患者背景

年齢の中央値は両群ともに53歳（30-70代）だったが、非介入群に病期が進んだ症例が多く認められた。同様に非介入群に乳房切除術が行われた症例が多かった。

患者背景－病期



(2) 調査票の回収率

非介入群で89-91%、介入群で85-100%であった。

(3) HRQOL/心理社会的機能調査

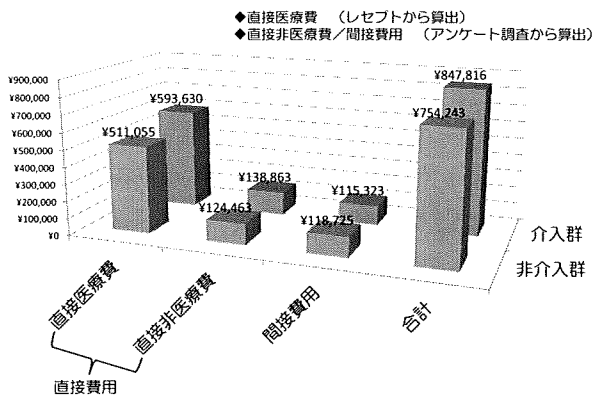
介入前後で有意に介入効果が認められたのは、1) 化療・病期・施設で制御した基準の解析では Fatalism (MAC_F で測定)のみであった。一方2) 施設別サブグループ解析では、ある施設において認知機能の HRQOL (EORTC_CF で測定)、緊張 - 不安 (POMS_TA で測定)、Helplessness / hopelessness (MAC_Hで測定)、Fatalism (MAC_F で測定)で有意な効果が認められた。また3) 年齢別サブグループ解析 (50歳以上) では、Fatalism (MAC_F で測定)で有意な効果が認められた。いずれの効果も6ヶ月目まで持続していなかった。

一方、非介入群の方が介入群よりも有意に良好だったのは、基準の解析では嘔気・嘔吐のHRQOL (EORTC_NV で測定)のみであり、施設別サブグループ解析で嘔気・嘔吐のHRQOLと食欲(EORTC_AP で測定)、50歳以上のサブグループ解析で嘔気・嘔吐のHRQOLであった。

(4) 医療費調査

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84万円であった。また、直接費用、間接費用などの内訳は両群で類似していた。

医療費 6ヶ月間の平均（円）



D. 考察

わが国の乳癌患者を対象として心理社会的グループ介入療法の効果を調べた。介入前後で一部の心理機能(Fatalism)の軽減や、サブグループ解析の結果ではあるが一部の施設や50歳以上において認知機能のHRQOLや複数の心理機能に介入の効果が認められたことは意義深い。

逆に嘔気・嘔吐や食欲に関するHRQOLにおいては非介入群が良好という結果が出たが、これは化学療法の有無で制御した解析結果とはいえ、両群の病期の違いによる術後補助療法（化学療法や放射線照射など）の分布の差が影響を及ぼした可能性は否定できない。

医療費に関しては、今回は実態調査の結果のみを示したが、今後のより詳しい分析と費用対効果の検討により、近い将来何らかの公的財源による支援を求めることができるようなエビデンスを明らかにしたい。

E. 結論

乳癌術後患者を対象にした、標準化された心理社会的グループ療法による介入が、一部のHRQOLや心理社会的機能の改善をもたらすことや、介入によって社会的費用の負担が有意に増えていないことが明らかになった。

【謝辞】

研究に協力いただいた患者さんにまず厚く御礼を申し上げます。

さらに、ファシリテーターの方々、医療施設やデータセンターのスタッフの方々、さらにデータの管理に尽力いただいた立命館大学総合理工学院生命科学部の川田麻里様に感謝します。

【関連文献(分担研究者の2009年度の主な業績)】

1. Taira N, Sawaki M, Takahashi M, Shimozuma K, Ohashi Y: Comprehensive geriatric assessment in elderly breast cancer patients. Breast Cancer (in press)
2. 佐藤威文, 小林国彦, 堀泰祐, 飯田真介, 佐藤温, 石黒洋, Edward Chow, 下妻晃二郎: 骨転移がん患者に対するEORTC QOL調査モジュール: EORTC QLQ-BM22日本語版の開発. 癌と化療 37(9) (印刷中)
3. Shimozuma K, Ohashi Y, Takeuchi A, Aranishi T, Morita S, Kuroi K, Ohsumi S, Makino H, Mukai H, Katsumata N, Sunada Y, Watanabe T, Hausheer FH: Feasibility and validity of the Patient Neurotoxicity Questionnaire during taxane chemotherapy in a phase III

- randomized trial in patients with breast cancer: N-SAS BC 02. Support Care Cancer 17(12):1483-1491, 2009
4. Shiroiwa T, Fukuda T, Shimozuma K, Ohashi Y, Tsutani K: Cost-Effectiveness Analysis of Capecitabine Compared with Bolus 5-Fluorouracil/1-Leucovorin for the Adjuvant Treatment of Colon Cancer in Japan. PharmacoEconomics 27(7):597-608, 2009
 5. 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 17:1071-1080, 2009
 6. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, Taira N, Aogi K, Takashima S: Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: Influence of the type of surgery. Jpn J Clin Oncol, 39(8):491-496, 2009
 7. 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 and tegafur compared with classic cyclophosphamide, methotrexate, fluorouracil as postoperative chemotherapy in patients with node-negative, high-risk breast cancer: National Surgical Adjuvant Study for Breast Cancer 01 Trial. J Clin Oncol 27(9):1368-1374, 2009
 8. 斎藤信也, 加藤恒夫, 山口三重子, 下妻晃二郎, 菊井和子: 在宅緩和ケアにおけるプライマリケアチームと緩和ケア専門チームの連携を促進する因子の検討—緩和ケア専門チームに対する調査から. 緩和ケア 19(6):577-582, 2009
 9. 下妻晃二郎: 患者の意向あるいはQOL視点のアウトカムによる医療技術評価. 医療情報学 29(Suppl):167-168, 2009
 10. 下妻晃二郎: がん在宅医療と緩和医療 がん在宅医療における多職種チームアプローチ 緩和医療学 11(3):195-200, 2009
 11. 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

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

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 緩和ケア科・地域医療サービス室 臨床心理士）

【研究要旨】

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（高山,2002）。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かったもの）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利点があるのではないかと考えた。

そこで、今回、遺族ケアの1つの取り組みとして、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。ここでは、これまでの調査結果を報告し、今後の展望について考察する。

A. 研究目的

本研究の目的は、以下の2点である。

- 1) 緩和ケア病棟において家族を亡くされたご遺族を対象に、ご遺族の健康度調査を行い、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。
- 2) ご遺族を対象に、構造化されたグル

ープ療法を行い、介入群と非介入群との間でグループ療法の効果があるか否かを検討する。

B. 研究方法

1) 調査対象者：滋賀県立成人病センター

緩和ケア病棟において、退院後6ヶ月以上（死別後6～11カ月）経過したご遺族。なお、2007年6月以降に退院した患者様のご家族が対象。

2) 調査時期：2008年1/31～2009年12/25。

3) 調査方法

(1) 対象者の募集方法：退院患者の家族リストから、本研究への参加依頼を郵送調査にて行う。（このとき、健康度調査のための質問紙、研究への参加依頼、同意書、グループ療法の案内、返送用封筒、遺族ケアのパンフレット、カウンセリング窓口案内を同封。）

(2) 倫理面の配慮：以下の7点について、対象者に同意を得た。また、本研究は、滋賀県立成人病センター倫理委員会の承認を得ている。

- ① 研究の目的
- ② 研究方法
- ③ 予想されるメリット（緩和ケア病棟で大切な患者を亡くした家族の心や体を癒していくことに役立てること）
- ④ プライバシーの保護（患者・家族の身元が特定されないように配慮されること）

⑤ 協力しない場合でも不利益を受けないこと

⑥ 同意した後にいつでも同意を撤回することができること

⑦ わからないことや疑問点はいつでも質問できること

(3) 実施場所：成人病センター隣の職員会館2階

(4) グループの人数：人数は未定。

(5) 回数と時間：5回（1回90分）から3回（1回180分）に変更。

(6) 実施頻度：約3ヶ月に1回

(7) ファシリテーター：臨床心理士1名・緩和ケア医1名

(8) グループ療法の構成：以下の3つの内容から構成される。1) 話し合い、2) 心理教育的介入、3) リラクゼーション

<5回版>

〔1回目〕

(1) ファシリテーターより初めの挨拶

(2) グループ療法の説明

（グループ療法の目的・ルール・内容 etc）

(3) 質問紙調査（GRS・GHQ・POMS）

(4) メンバーの自己紹介

(5) 談話（これまでの経緯について etc）

(6) リラクゼーション導入

（漸進的筋弛緩法・簡易版自律訓練法・イメージ療法）

(7) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔2回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話（心理教育）
（「大切な人を亡くされた後の悲しみ・心や身体への影響」）
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔3回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話（心理教育）
（「悲しみに対する対処法」）
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔4回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話（心理教育）
（「大切な家族を亡くされた後の生活への適応・社会的サポート」）
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔5回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」, 「グループ療法はどうでしたか？」談話
- (3) 質問紙調査（GRS・GHQ・POMS）
- (4) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）
- (5) ファシリテーターより終りの挨拶

<3回版>

〔1回目〕

- (1) ファシリテーターより初めの挨拶
- (2) グループ療法の説明
（グループ療法の目的・ルール・内容 etc）

- (3) 質問紙調査（GRS・GHQ・POMS）
- (4) メンバーの自己紹介
- (5) 談話（これまでの経緯について etc）
- (6) 学びと談話（心理教育）
（「大切な人を亡くされた後の悲しみ・心や身体への影響」）
- (7) リラクゼーション導入
（漸進的筋弛緩法・簡易版自律訓練法・イメージ療法）
- (8) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔2回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話（心理教育）
（「悲しみに対する対処法」）
- (3) リラクゼーション
- (4) アンケート調査（グループ療法に参加した感想）

〔3回目〕

- (1) 「この1週間どうでしたか？」談話
- (2) 学びと談話（心理教育）
（「大切な家族を亡くされた後の生活への適応・社会的サポート」）
- (3) 質問紙調査（GRS・GHQ・POMS）, アンケート調査（グループ療法に参加した感想）
- (4) リラクゼーション
- (5) ファシリテーターより終りの挨拶

4) 調査手順

- (1) 介入群：構造化されたグループ療法参加群。グループ療法開始前, グループ療法初回, グループ療法最終回の合計3回, 同一の質問紙調査を実施。
- (2) 非介入群：構造化されたグループ療法に不参加だが2回の質問紙調査には参加する群。介入群のグループ療法開始前,

介入群のグループ療法終了時期の合計 2 回、同一の質問紙調査を実施。

5) 評価方法：質問紙調査(添付資料参照)。

- ・患者・家族の基本属性、死別後における心身の健康に関する質問項目(独自に作成)
- ・GRS (Grief Response Scale : 悲嘆反応尺度)
- ・GHQ (General Health Questionnaire : 精神的健康調査票)
- ・POMS (the Profile of Mood States : 気分プロフィール検査)

① GRS (Grief Response Scale : 悲嘆反応尺度) : Burnett et al.(1997)による 'Core Bereavement Items' 35 項目(①イメージと思考, ②存在の感覚, ③夢, ④急激な分離, ⑤悲嘆, ⑥未解決と葛藤, ⑦個人的解決, の7因子)を日本語訳したもの。悲嘆反応に関する項目は 4 点尺度, 悲嘆の解決に関する項目は 5 点尺度である。尺度1「対象のイメージと悲哀感(6項目)」, 尺度2「存在の感覚(6項目)」, 尺度3「未解決な悲嘆と葛藤(6項目)」, 尺度4「悲嘆の解決(5項目)」の4因子23項目から成る。尺度1~3までは1(全くない)から4(いつもまたは非常に何度も)の4件法。尺度4は1(非常に弱くまたはほとんどできない)から5(非常に強くまたは非常にできる)の5件法(富田・大塚・伊藤・三輪・村岡・片山・川村・北村・上里,2000)。

② GHQ (General Health Questionnaire : 精神的健康調査票) 日本版の 28 項目版 : Goldberg,D.P. (1987) によって開発された神経症研究の的確で客観的な把握, 評価および発見に有効なスクリーニングテストであり,

国内外を問わず死別研究で使用されている。この28項目版は、「身体的症状」, 「不安と不眠」, 「社会的活動障害」, 「うつ傾向」という4つの下位尺度(各7項目)によって構成されている。4件法(坂口他,1999;坂口,2001)。

③ POMS (the Profile of Mood States : 気分プロフィール検査) : McNair ら(1992) によって米国で開発された気分を評価する質問紙法の一つ。被験者がおかれた状況により変化する一時的な気分・感情の状態を測定できるという特徴を有している。日本語版は、「緊張-不安(Tension-Anxiety ;T-A) : 9項目」, 「抑うつ-落ち込み(Depression-Dejection ;D) : 15項目」, 「怒り-敵意(Anger-Hostility ;A-H) : 12項目」, 「活気(Vigor ;V) : 8項目」, 「疲労(Fatigue ;F) : 7項目」, 「混乱(Confusion ;C) : 7項目」の6因子65項目(うち7項目はダミー項目)から成る。4(非常に多くあった)から0(全くなかった)の5件法(横山・荒記,1994)。

C. 結果

これまで、合計7回の調査を実施した。

- ・第I回目調査(2008.1/31~3/19)
参加者が集まらず、質問紙調査のみ実施(非介入群:20名)。
- ・第II回目調査(2008.4/30~6/18)
介入群5名(1名は見学者)にグループ療法(5回版)実施(参加者はTable1を参照)。
非介入群(9名)に質問紙調査のみ実施。
- ・第III回目調査(2008.7/31~9/17)
参加者が集まらず、質問紙調査のみ実施

(非介入群：12名)。

- ・第IV回目調査(2008.10/31~12/17)
参加者が集まらず、質問紙調査のみ実施。

(非介入群：14名)

- ・第V回目調査(2009.3/14~3/28)
介入群9名(4名は見学者)にグループ療法(3回版)実施。(参加者はTable 2を参照)。

非介入群(16名)に質問紙調査のみ実施。

- ・第VI回目調査(2009.7/4~7/18)
介入群4名にグループ療法(3回版)実施(参加者はTable 3を参照)。

非介入群(13名)に質問紙調査のみ実施。

- ・第VII回目調査(2009.12/12~12/26)
介入群4名にグループ療法(3回版)実施(参加者はTable 4を参照)。

非介入群(13名)に質問紙調査のみ実施。

非介入群(第I・II・III・IV・V・VI回目調査)では、GRS, GHQ, POMS 得点に有意差は見られなかった。介入群(第II・V・VI・VII回目調査)では、介入前後において、T検定を行った結果、参加者全体でGRS, GHQ, POMS 得点に有意差は見られなかった。しかし、それぞれの参加者の得点を見ると、顕著な変化が見られた。(図を参照)

D. 考察

これまでの調査の結果について、以下に考察する。悲嘆反応に関して、GRS「対象のイメージや悲哀感」、「未解決な悲嘆と葛藤」、「存在の感覚」のいずれかが上昇(A・B・

G・J・N・I・P・Q・Sさん)している者がいた。一方で、GRS「悲嘆の解決」が上昇(B・D・G・L・O・P・R・Tさん)している者もいた。このことから、グループ療法において、患者さんのことを振り返ることで、患者さんの存在をより感じ、未解決な悲嘆と向き合うことになるため、グループ療法には悲嘆を促進する働きと、悲嘆を解決する働きの両面があるのではないかと考えられる。

また、GHQ「不安と不眠」(A・D・G・I・J・L・N・P・Rさん)、POMS「緊張-不安」(A・D・F・G・I・J・L・N・O・P・Rさん)においては、不安の減少が見られ、GHQ「うつ傾向」(C・D・G・L・N・O・P・R・Vさん)、POMS「抑うつ-落ち込み」(A・B・D・G・I・J・L・N・O・P・Q・R・T・U・Vさん)では、うつ傾向の減少が見られた。その他、POMS「疲労」(A・D・G・I・L・O・P・Q・T・Vさん)では、疲労の減少が見られ、POMS「怒り-敵意」(A・B・D・F・G・I・J・L・N・O・P・Q・Tさん)では、怒りの減少が見られた。

一方で、GHQ「身体的症状」・POMS「疲労」(B・R・T・Vさん)、GHQ「不安と不眠」(O・Q・Tさん)の得点を見ると身体的症状や疲労、不安の上昇も見られた。このことから、グループ療法は、不安・うつ傾向・疲労・怒りを緩和する働きもあるが、徐々に自らの悲嘆と向き合うことで、抑圧されていた感情が身体・精神面に現れることもあるのではないかと考えられる。

また、第VI回目調査では、男性遺族は、料理の悩みを訴えていたため、男性向けの簡単な料理本の紹介を行った。このような、具体的な情報提供も必要であると考えられる。

これまでの参加者の感想からは、構造化されたグループ療法は、遺族に「がんばろう」という気持ちをわかせたり、お互いの経験を