

患者同士が集まり企画運営を担って活動する自助グループである「がん患者のピアサポート/セルフヘルプグループ」は34施設(19.3%)で実施されており、実施場所は病棟6施設、外来25施設で実施されていた。ピアサポート/セルフヘルプグループの実施者は、患者が主体となるが、看護師や医師も実施に協力していた。実施者としては、自由記述に、患者ボランティアや保健師な

どが挙げられた。院外のサポートグループ等の紹介は28施設あった。

医療者主導で組織された患者グループである「患者会」の実施は、49施設(27.8%)であり、実施場所は病棟10施設、外来39施設で実施されていた。患者会の実施者は、看護師、医師、その他の順に多く、その他の内訳は、薬剤師、がん患者ボランティア、栄養士などであった。

表5 がん患者へのサポートを実施している場所と実施者 (複数回答)

	実施数	実施場所		実施者数					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	14	5	11	6	12	5	4	5	
個人カウンセリング	89	57	67	25	50	55	30	6	
ピアサポート セルフヘルプグループ	34	6	25	8	12	2	2	16	
患者会	49	10	39	25	36	4	9	17	

表6 がん患者に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	12(6.8)	50(28.4)	114(64.8)
個人カウンセリング	32(18.2)	52(29.5)	92(52.3)
ピアサポート セルフヘルプグループ	28(15.9)	40(22.7)	108(61.4)
患者会	43(24.4)	39(22.2)	94(53.4)

n=176

## (2)がん患者家族に対するサポート体制

(表7, 表8, 表9)

がん患者家族に対してどのようなサポート体制を敷いているかについて、グループ療法、家族カウンセリング/家族療法、家族会、遺族会の実施の有無及びその実施者について尋ねた。

表7 がん患者の家族に対するサポート形態

	実施数(%)		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	165(93.8)	7(4.0)
家族カウンセリング 家族療法	56(31.8)	112(63.6)	8(4.5)
家族会	9(5.1)	160(90.9)	7(4.0)
遺族会	23(13.1)	145(82.4)	8(4.5)

n=176

複数のがん患者の家族（重要他者）数名をグループとして医療者がプログラムを提供する「がん患者家族に対するグループ療法」の実施割合は4施設（2.3%）と低く、2施設が病棟で、4施設が外来で実施していた。グループ療法の実施者は、看護師、MSWがともに3人（1.7%）、続いて医師2人（1.1%）の順に多かった。また、院外の施設等に紹介しているか否かについては、4施設が紹介していると回答した。

一定の時間と場所を確保しての心理療法、心理教育、家族相談である「がん患者の家族カウンセリング/家族療法」は56施設（31.8%）で実施されており、実施場所は病棟30施設、外来42施設であり、両方で実施している施設が22カ所あった。家族カウンセリング/家族療法の実施者は、看護師、臨床心理士が多く、MSW、医師と続いた。また、院外の施設等へ紹介は16施設あ

た。

がん患者家族の家族が、情報交換や自助活動をするグループである「家族会」は9施設（5.1%）と実施している施設は少なく、実施場所は病棟3施設、外来4施設で実施されていた。家族会の実施者は、看護師3施設（1.7%）、その他2施設（1.1%）であり、その他の内容は、薬剤師、保健師、がん患者ボランティアであった。院外のサポートグループ等の紹介は14施設であった。

がん患者の遺族がグリーフケアをグループで実施する「遺族会」は、23施設（13.1%）にあり、実施場所は病棟18施設、外来1施設であった。患者会の実施者は、臨床心理士、MSW、その他の順に多くその他の内容は、緩和ケアスタッフ、ボランティア、作業療法士によって実施されていた。院外の施設等の紹介は8施設であった。

表8 がん患者の家族に対するサポートを実施している場所と実施者（複数回答）

	実施数	実施場所		実施者					施設数
		病棟	外来	医師	看護師	臨床心理士	MSW	その他	
グループ療法	4	2	4	2	3	1	3	2	
家族カウンセリング	56	30	42	12	33	28	19	5	
家族療法									
家族会	9	3	4	1	3	0	0	2	
遺族会	23	18	1	12	18	6	5	4	

表9 がん患者の家族に対するサポートの紹介状況

	施設数(%)		
	紹介		
	有	無	無回答
グループ療法	4(2.3)	47(26.7)	125(71.0)
家族カウンセリング	16(9.1)	51(29.0)	109(61.9)
家族療法			
家族会	14(8.0)	41(23.3)	121(68.8)
遺族会	8(4.5)	51(29.0)	117(66.5)

n=176

### (3) がん患者に対するグループ療法の構造

がん患者に対するグループ療法について、すでに開発されている有効性のあるプログラムや理論を基礎にしているかどうか、つまり、evidence-based medicine/nursing (EBM/EBN) を行っているかを尋ねた。

実施していると回答した 14 施設のうち、EBM/EBN に基づいて行っていると回答したのは 7 施設 (50.0%) で、その内訳は、「がんを知って歩む会/I can cope」5 施設、「グループサイコセラピー」1 施設、無回答 1 施設であった。

構造化されているグループ療法の実施内容について尋ねた。実施回数は 1~3 回が 1 施設、4~5 回が 6 施設、1 回の時間は、1~2 時間以内が 6 施設、2 時間以上が 1 施設であった。また、実施期間は 4 週間が 4 施設、5 週間以上が 2 施設であった。1 グループの構成人数は、10 人以内が 6 施設、20 人で 1 施設あった。ファシリテーターは 7 施設で参加していた。ニーズ調査を行っているかについては 3 施設が行っている、5 施設は行っていないと回答した。実施評価は 6 施設が行っており、2 施設は行っていない結果であった。実施している時間帯は、勤務時間内、時間外が共に 5 施設であった (表 10)。

表10 がん患者に対するグループ療法の構造  
(複数回答)

実施内容	施設数	
回数	1~3回	1
	4~5回	6
1回の時間	1~2時間以内	6
	2時間以上	1
実施期間	4週間	4
	5週間以上	2
1グループ構成人数	10人以内	6
	20人	1
ファシリテーター	有	7
	無	1
ニーズ調査の実施	行っている	3
	行っていない	5
実施評価	行っている	6
	行っていない	2
実施している時間帯	勤務時間内	5
	勤務時間外	5

n=12

### (4) がん患者に対するグループ療法が実施できない理由

がん患者に対するグループ療法を実施していないと回答した施設に対し、実施できない理由を尋ねた。その内容は、「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいらない」136 施設 (87.2%) と多く、続いて「時間がない」72 施設 (46.2%)、「方法がわからない」67 施設 (42.9%)、「場所がない」「診療報酬の対象になっていない」の順に続いた (表 11)。

病床規模ごとに実施できない理由をみたところ、500 床以上の病院でも 500 床未満の病院でも同じ順位で差はみられなかった。

表11 患者のグループ療法が実施できない理由（複数回答）

理由	施設数(%)
専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない	136(87.2)
時間が足りない	72(46.2)
方法が分からない	67(42.9)
場所が足りない	32(20.5)
診療報酬の対象になっていない	21(13.5)
体制の未整備	9(5.8)
現在検討中	8(5.1)
人手が足りない	7(4.5)
グループの組み方によってはマイナス効果になる	7(4.5)
ピアサポートグループや患者会で十分対応できている	4(2.6)
意識が足りない	2(1.3)
必要性が足りない	1(0.6)
プライバシーのことが守られないことが危惧される	1(0.6)

n=156

## (5) がん患者のグループ療法を実施しないことによる不利益

患者にグループ療法が実施できない、又は実施しないことによって患者や家族にどのような影響があるかについて自由記述で回答を得た（表 12）。回答の得られた 100 施設(56.8%)の内容を表 12 に示す。

表12 患者に対してグループ療法が実施できないことの影響（自由記述）

	(複数回答) 施設数
<b>患者へのマイナスの影響</b>	
悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。 これによる精神的負担の増大。	24
孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める。	22
療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる。	19
上記の要因等から、前向きに病気と向き合えなくなる/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/ 病気等への対処能力(セルフケア能力)/自己コントロール能力の獲得が遅れる。	19
支え合える人間関係が構築できない。	13
患者の不安等の増大によって、家族の負担感や不安が増大する。患者・家族のコミュニケーションに障害が起こる。	6
意思決定に必要な情報の不足が起こる。	3
医療者が入ることによって、情報の偏りや誤った解釈を防ぐことができる。(その機会を奪うことになる。)	3
QOLが高められない。	2
患者の選択肢が狭まる。(さまざまな支援体制があつてよい。)	2
海外の文献では、余命に違いが有る結果が示されている。	1
患者の抱える問題が把握できない。	1
質の高いケアが受けられない。	1
<b>影響は少ない/不明</b>	
わからない、比較できないので不明ではないか。	10
必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によって是非は変わると思う。	2
なくても影響はないのではないか。	1
患者が高齢であり、必要性を感じない。	1
患者会があるので必要性はわからない。医療者主体になる必要はないのではないか。	1
地域性があり、病気を他人に知られたくない思いがあり、実施は難しい。	1

n=100

患者へのマイナスの影響があると回答した内容では、最も多かったのは「悩みや不安の解決、ストレス解消の場がない/不安や悩みを他者と分かち合うことができない。そのことによる精神的負担の増大」が 24 施設で、続いて「孤立・孤独に陥る/孤独による生きる意欲の喪失/不安。うつ、マイナス思考を強める」が 22 施設、「療養上必要な情報・他者の知恵などの共有の場がない/社会資源その他についての情報不足が起こる」が 19 施設、「前向きに病気と向き合えなくな

る/病気が受容過程/悲嘆過程が遅れる/病気等への対処能力(セルフケア能力)/自己コントロール能力の獲得が遅れる」が 19 施設の順に多かった。

患者への影響は少ないまたは不明と回答した内容では、「わからない、比較できないので不明ではないか」10 施設や「必要性は認識できるが、不十分なトレーニングのまま実施した場合の悪影響が考えられる/プログラムの質によって是非は変わると思う」2 施設といった少数の回答が得られた。

### (6)がん患者・家族教育

セルフマネジメントに関する患者教育の実施状況について、表13に示す。症状マネジメントに関しては、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で7施設(4.0%)、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟149施設(84.7%)と大半を占めた。ペインコントロール教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は、外来で11施設(6.3%)、病棟で11施設(6.3%)であり、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来124施設(70.5%)、病棟

152施設(86.4%)であった。ストレスマネジメントに関する教育の実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は外来で実施6施設(3.4%)、病棟で実施2施設(1.1%)と少なく、「日々のケアの中で適宜実施している」が外来90施設(51.1%)、病棟111施設(63.1%)であった。社会資源の活用方法に関する教育実施状況は、「教育プログラムの一環として実施している」は8施設(4.5%)、「日々のケアの中で適宜実施している」が145施設(82.4%)であった。

表13 がん患者・家族教育の実施状況（複数回答）

		実施している		施設数(%)	
		教育プログラムの一環	日々のケアの中で適宜	実施していない	無回答
症状マネジメント	外来	11(6.3)	124(70.5)	20(11.4)	30(17.0)
	病棟	7(4.0)	149(84.7)	12( 6.8)	12( 6.8)
ペインコントロール	外来	11(6.3)	124(70.5)	19(10.8)	28(15.9)
	病棟	11(6.3)	152(86.4)	10( 5.7)	10( 5.7)
ストレスマネジメント	外来	6(3.4)	90(51.1)	55(31.3)	28(15.9)
	病棟	2(1.1)	111(63.1)	48(27.3)	15( 8.5)
社会資源の活用方法		8(4.5)	145(82.4)	12( 6.8)	15( 8.5)

n=176

### (7)患者のボディイメージの変容に関する支援体制

患者のボディイメージの変容に関するかつらやリマンマなどの支援体制については、院内に支援体制があるのは42施設(23.9%)、院内になく紹介のみを行っているのは126施設(71.6%)、支援体制がない施設は5施設(2.8%)であった(表14)。

表14 患者のボディイメージの変容に関する支援

	施設数	%
院内にある	42	23.9
紹介のみ行っている	126	71.6
ない	5	2.8
無回答	3	1.7

n=176

### (8) 退院後のがん患者・家族のサポート

退院後のがん患者及び家族に対する相談窓口については165施設(93.8%)があると回答し、精神的な不安や危機に陥ったときの

緊急時の対応体制(ホットライン等)があると回答した施設は48施設(27.3%)であった(表15)。

表15 退院後のがん患者・家族のサポート状況

	施設数(%)		
	あり	なし	無回答
がん患者・家族の相談窓口	165(93.8)	11( 6.3)	0(0.0)
緊急時の対応体制	48(27.3)	127(72.2)	1(0.6)

n=176

### (9) 代替療法の実施と内容

(表16, 表17, 表18)

代替療法について情報提供を行っている施設は48施設(27.3%)で、代替療法を実施している施設は76施設(43.2%)であった。代替療法の具体的な内容を表17に示す。「アロマセラピー」を実施しているのは42施設(23.9%)、「音楽療法」20施設(11.4%)、「フットケア」7施設(4.0%)の順に多かった。代替療法について、evidence-based medicine/nursing (EBM/EBN)を行っているかを尋ねた。実施していると回答した76施設のうち、EBM/EBNに基づいて行っていると回答したのは24施設(31.6%)、実施評価を行っているのは27施設(35.5%)、定期的実施しているのは17施設(22.4%)であった。実施頻度は、週に一回が16施設あり、週に2~3回実施しているのは11施設であった。

表16 代替療法の実施状況

	施設数(%)		
	有	無	無回答
情報提供	48(27.3)	124(70.5)	4(2.3)
実施状況	76(43.2)	100(56.8)	0(0.0)

n=176

表17 代替療法の具体的な内容(複数回答)

代替療法内容	施設数	%
アロマセラピー	42	23.9
音楽療法	20	11.4
リラクゼーション	12	6.8
フットケア	7	4.0
アロママッサージ	5	2.8
イメージ療法	3	1.7
リフレクソロジー	3	1.7
リンパマッサージ	2	1.1
呼吸法	2	1.1
動物療法	1	0.6
筋弛緩法	1	0.6
無回答	2	1.1

n=176

表18 代替療法の内容(複数回答)

	施設数(%)
EBM/EBNに基づいて行っている	24(31.6)
実施評価を行っている	27(35.5)
定期的実施している	17(22.4)
無回答	17(9.7)

n=76

### 3)がん患者・家族ケアを実施する専門 スタッフ及び教育・支援体制

#### (1)専門職スタッフ体制

がん患者及び家族のサポートを行う専門のスタッフ体制は、精神科医(サイコオンコロジスト)の配置があるのは 69 施設 (39.2%) であり、そのうち常勤で配置し

ているのは49施設であった。がん専門看護師は 25 施設(14.2%)、全施設が常勤配置していた。がん看護領域の認定看護師は 121 施設 (68.2%)、医療ソーシャルワーカーは 149 施設(84.7%)と最も多かった。臨床心理士も88施設 (50.0%) が配置しており、常勤配置も 67 の施設で行われていた (表 19)。

表19 がん患者・家族のサポートを行う医療スタッフの配置状況 (複数回答)

	配置している	施設数(%)	
		常勤	非常勤
精神科医(サイコオンコロジスト)	69(39.2)	49	24
がん看護専門看護師	25(14.2)	25	0
がん関連領域の認定看護師	121(68.2)	121	1
医療ソーシャルワーカー	149(84.7)	146	22
臨床心理士	88(50.0)	67	31
学会や協会等が認定するカウンセラーや家族心理士などの資格を有する看護師	19(10.8)	16	3
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認定/専門等看護師	17(9.7)	18	0

n=176

病床規模ごとにみた、がん患者家族のサポートを行う専門スタッフの配置状況を表20に示す。学会等の認定する資格を有する看護師や所属する医療機関が認定する認定/専門等の看護師を除き、配置は 500 床以上の規模の大きな病院に高かつ

た。精神科医(サイコオンコロジスト)は、病床規模に関わらず 4 割の施設が配置していた。また、500 床以上の病院でも MSW がいない施設も存在した。認定看護師や臨床心理士の配置は、500 床以上の病院に有意に高かった (表 20)。

表20 病床規模ごとにみたがん患者・家族のサポートを行う専門医療スタッフの配置

		病床数				合計施設数	p値 <sup>注)</sup>
		500床未満		500床以上			
		人	%	人	%		
精神科医 (サイコオンコロジスト)	有	24	42.9	45	46.9	152	0.631
	無	32	57.1	51	53.1		
がん看護専門看護師	有	8	14.0	17	17.5	154	0.570
	無	49	86.0	80	82.5		
がん関連領域の認定看護師	有	35	58.3	86	79.6	168	0.003
	無	25	41.7	22	20.4		
医療ソーシャルワーカー	有	54	90.0	95	94.1	161	0.343
	無	6	10.0	6	5.9		
臨床心理士	有	24	41.4	64	66.0	155	0.003
	無	34	58.6	33	34.0		
学会や協会等が認定するカウンセラーや 家族心理士などの資格を有する看護師	有	9	16.7	10	11.4	142	0.368
	無	45	83.3	78	88.6		
所属する医療機関が認定するがん関連領域の認定/ 専門等看護師	有	6	11.1	11	12.1	145	0.860
	無	48	88.9	80	87.9		

注)  $\chi^2$ 検定

## (2) 専門スタッフを支援体制

がん患者、家族のサポート体制について「ボランティアスタッフ」「宗教家の協力体制」の有無を尋ねた。ボランティアスタッフ

がいる施設は 30 施設(17.0%)、宗教家の協力がある施設は 8 施設(4.5%)と少なかった(表 21)。

表21 専門スタッフを支援する体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
ボランティアスタッフ	30(17.0)	145(82.4)	1(0.6)
宗教家の協力体制	8(4.5)	167(94.9)	1(0.6)
スタッフのストレスマネジメントに関する体制	63(35.8)	111(63.1)	2(1.1)

n=176

また、がん患者、家族のサポートを行っているスタッフへの支援体制に関して、「スタッフのストレスマネジメントに関する支援体制(リエゾンナースや臨床心理士の配置, リラックスルームの配置, 気分転換休暇の導入など)」の有無を尋ねた。これらの支援体制があると回答したのは 63 施設(35.8%)であった(表 21)。

## (3) 医療従事者に対する研修体制

医療従事者に対する院内研修の内容に、がん患者や家族のサポートや教育に関する

内容が含まれているか否かについて問うたところ、含まれていると回答したのは 108 施設(61.4%)であった。

また、専門看護師や認定看護師の資格取得の推進状況について、専門看護師の資格取得を推進しているのは 117 施設(66.5%)であり、認定看護師の資格取得を推進しているのは 171 施設(97.2%)と専門看護師より認定看護師の資格取得を推進している施設が多かった(表 22)。

表22 院内での資格取得の推進状況

	施設数(%)		
	推進している	推進していない	無回答
専門看護師	117 (66.5)	58 (33.0)	1(0.6)
認定看護師	171(97.2)	5(2.8)	0(0.0)

n=176

## 4) その他のがん患者・家族を支援する体制

### (1) がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援

がん患者・家族への情報提供と意思決定への支援を併せ持つ機能として「がん患者や家族が参加するケースカンファレンスの実施」が挙げられるが、これは 51 施設

(29.0%)のみが行っていた。また、がん患者・家族を含む地域住民への教育にメディカルスタッフが果たす役割として、がんに関する講演会や研修会の開催など「地域住民に対する教育の実施」が挙げられるが、これについては 103 施設(58.5%)が行っていた(表 23)。



表23 情報や教育の提供体制

	施設数(%)		
	有	無	無回答
がん患者や家族が参加するケースカンファレンス	51(29.0)	122(69.3)	3(1.7)
コメディカルによる地域住民への教育	103(58.5)	73(41.5)	0(0.0)
コメディカルによる地域の医療機関コメディカルへのがんに関する教育提供	105(59.7)	70(39.8)	1(0.6)

n=176

**(2) 地域全体のがん診療のレベルを向上させるための取り組み**

がん診療連携拠点病院には、地域全体のがん医療の水準を上げる役割があり、この方策の一つとして、がん医療専門スタッフがもつ知識や技術を移転する「コメディカルによる地域の医療機関のコメディカルへのがんに関する教育の提供」が挙げられる。これは、105施設(59.7%)が行っていると回答した。(表23)

**(3) がん患者・家族を支援する院内の構造**

がん患者・家族を支援するための院内の構造についての結果を表24に示す。患者情報センター、患者が利用できるがん関連の資料を集めた図書室または資料室がある施設は76施設(43.2%)であった。また、家族が患者に付き添うための宿泊施設がある施設は39施設(22.2%)、ホテルと提携している施設は6施設(3.4%)であった。宿泊施設を有していない施設は134施設(76.1%)であった。

表24 がん患者・家族を支援する院内の構造

	施設数(%)		
	有	無	
図書室または資料室の設置	76(43.2)	100(56.8)	
宿泊施設の設置(複数回答)	有	ホテル等と提携	無
	39(22.2)	6(3.4)	134(76.1)

n=176

**3) 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援**

調査票に示した内容以外のがん患者・家族への支援について、自由記述で回答を得た。

「緩和ケアチーム活動」6施設、「在宅ホスピス支援(相談や紹介、訪問看護ステーションと連携)」6施設などが挙げられた(表25)。

表25 調査票に示した以外のがん患者・家族への支援(自由記述)  
(複数回答)

内 容	施設数
緩和ケアチーム活動	6
在宅ホスピス支援(相談・紹介・連携)	6
市民公開講座	5
セカンドオピニオン外来	3
電話による相談	3
都道府県と地域がん診療連携拠点病院との情報交換の場	2
緩和ケア外来	2
症状緩和に関する専属の看護師配置	2
病院ホームページでメール相談	1
住民参加の談話会	1
地域訪問看護ステーションとの連携	1
食堂で食べやすい食事の工夫	1

n=28

## D. 考 察

### 1. がん診療連携拠点病院におけるがん患者と家族へのサポート体制

今回、われわれは、がん診療連携拠点病院がもつ機能のうち、特にがん患者と家族への心理的サポート機能に焦点を当て、その実施状況と、その役割を中心となって担うと考えるコメディカルスタッフの体制について調査を行った。

その結果は、予測通りであり、極めて乏しい実態が明らかになった。複数ある心理的サポートでは、患者・家族の相談窓口の設置は設置基準で推奨されているせいか高い割合で実施されており、看護師や臨床心理士による個人面談やカウンセリングは半数の施設で実施されていた。その一方で、がん患者・家族のニーズが高く<sup>67)</sup>、その再発率や死亡率の減少及びQOLの向上が報告されているがん患者のグループ療法<sup>8-13)</sup>、がん告知の衝撃から回復し、がんとうまく付き合ってQOLの高い生活を送るスキルを身につける教育プログラム<sup>14)</sup>などは、その必要性和有効性が理解されながらも実施割合は極めて低い実態であった。これについ

ては、さまざまな要因が考えられるが、がん診療連携拠点病院に、「がん患者・家族に対する何のアウトカムを向上させるのか。そのゴールを達成するために誰をどこに配置し、どのような役割を担わせるか」といったゴール設定が明確にされないまま、指定を受け、試行錯誤の中で取り組んでいることが推察される。実際、看護師の重要な機能であるセルフマネジメント能力の獲得を促す患者教育は、日々のケアの中で適宜行われてはいるが、構造化された形で明確に実施している施設は少なく、ここにも「がん患者・家族に対して看護師としてどのような役割を果たす必要があるのか」の吟味が十分になされていないことが伺えた。

しかしながら、多くの施設で患者・家族ケアの量と質の向上に向けた努力は伺えた。心理療法的介入が実施できない理由では、多数回答を占めるのではないかと推測していた「診療報酬の対象になっていない」ことや「時間がない」は低く、むしろ、「専門スタッフ又はトレーニングを受けたスタッフがいない」ことや「方法がわからない」ことが挙げられた。この点からも、心理的サポートを実施しやすいように医療政策的な支

援体制を強化し、卒後専門教育課程や卒後教育の中でこれらのスキルを身につける研修の充実が推進される必要がある。自由記述の中で、患者・家族の選択の多様性を指摘した者がいたが、複数のプログラムの中から自分にあったものが選べるような体制にする必要がある。

Evidence-based medicine/nursing

(EBM/EBN)とアウトカムマネジメントの重要性<sup>15)</sup>は常に強調されているが、コメディカルスタッフが文献を検討し、有効性のあるものは患者・家族の利益のために早期に導入し、実施評価を継続的に行っていくことががん医療の質を高めていくことにつながると考える。

## 2. がん患者・家族ケアを実施する専門スタッフ体制や教育・支援体制

臨床心理士やがん関連領域の認定看護師の配置は、われわれが推測していた以上に進んでいた。一方で、がん患者・家族にベストプラクティスを提供するために組織のサービス提供システムを変えていくchange agent<sup>15)</sup>として活動する役割をもつ専門看護師の配置は進んでいなかった。また、資格取得の推進をしている施設も認定看護師に比較しても少なく、彼らの役割の理解を全国的に進めていく必要性が伺えた。加えて、宗教家やボランティアの支援を受けることや、緊張を強いられるスタッフのストレスマネジメントや能力の向上を図る院内教育システムの一層の向上の必要性も示唆された。

## 3. がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わり

チーム医療の重要性が強調される中、コメディカルスタッフの果たす役割は大きい<sup>16)</sup>。本調査結果でも、心理的サポートを提供している施設においては看護師や臨床心

理士などがプログラムを運営している様子も伺えた。また、地域住民に対しても、教育講演活動を行うなどの活躍がみられた。

「1」に述べたように、アウトカムを明確にすることによってコメディカルスタッフの役割や位置を明確にし、院内でのサービス強化に加えて、がん診療連携拠点病院は地域の中核病院として、連携する地域の医療機関への技術移転を行うなどして、地域のがん医療の水準を高める必要があることが伺えた。

## E. 結 語

全国のがん診療連携拠点病院を対象に、がん患者・家族の心理的側面へのサポート体制、サポートを提供する専門スタッフ体制や教育・支援体制、がん患者・家族に対するコメディカルスタッフの関わりの実態について調査を行った。がん患者・家族のサポート体制は全体に実施割合は低く、特にその有効性が先行研究で示されているグループ療法の実施割合は極めて低かった。また、がん患者・家族を支援する専門スタッフの配置も医療ソーシャルワーカーを除き十分ではなく、彼らへの院内の支援体制や教育体制も十分ではなかった。しかし、前向きに取り組む姿勢は伺え、サポート提供のための方法論や技術の習得によって実施施設割合が高まる可能性も示唆された。

文献

- 1) 皆川英明, 佐伯真由美, 山脇成人, 内富庸介, 石垣靖子: 精神・心理的苦痛とその対応, 季羽倭文子, 石垣靖子, 渡辺孝子編集, がん看護, 71-83, 三輪書店, 東京, 2001.
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et

- al. (1993). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- 3) Holland JC. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In JC Holland(Ed.), *Psycho-oncology*(pp.3-15). Oxford: Oxford University Press.
- 4)厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について（平成18年2月1日付 都道府県知事宛厚生労働省健康局長通知）. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 5)保坂隆:ナースのためのサイコオンコロジー, 58-76, 南山堂, 東京, 2001.
- 6)保坂隆:がん患者・家族の精神状態とケアの必要性, 消化器・がん・内視鏡ケア, 11, 50-52, 2006.
- 7)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, 47(2), 111-121, 2007.
- 8)Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. (1989). Effect of psychological treatment on survival of Patients with metastatic breast cancer, *Lancet*, ii, 888-891.
- 9)Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. Changes over time in methods of coping and affective disturbance, *Arch Gen Psychiatry* 47, 720-725.
- 10)Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients II. Changes over time in immunological measures, *Arch Gen Psychiatry* 47, 729-735.
- 11)Fukui S, Kamiya M, Koike M, et al. (2000). Applicability of a Western-developed psychosocial group intervention for Japanese patients with primary breast cancer. *Psychooncology*, 9(2), 169-177.
- 12)Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. (1993). 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.
- 13)保坂隆:東海大式乳癌患者への構造化された集団介入. 緩和医療学, 5, 9-13, 2003.
- 14)Johnson JL, Klein L. (1994). *I CAN COPE*. CHRONIMED publishing.
- 15)Wojner AW. (2001). *Outcome management: Application to clinical practice*, Philadelphia: Mosby.
- 16)保坂隆:がんの告知と医療チーム.現代のエスプリーサイコオンコロジー, 426, 39-46, 2003.

## がん患者グループ療法のためのファシリテータ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】

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（2時間半ずつ3レッスン）を全国 15 力所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計 1,038 名と 1,000 名を越えた。

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一定以上の高い理解度であることが示された。しかし、3レッスンの中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少ないことがわかった。これら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。そのため、リラクゼーション DVD を作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009 年度には改訂を重ねた約 90 ページから成るテキストと、3レッスンを収録した DVD 3 枚組みと上述したリラクゼーション DVD を作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

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。2008-2009 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施設は数力所に過ぎなかった。プログラム完成には課題はまだ多い。

## 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を聞いたり、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ているが、実際にこのグループ療法を進めることができる者、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。

## B. 研究方法

まず、このファシリテーター養成プログラムは、【表一】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つのセク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に

ついて、その内容と教育的効果について述べる。

### 【表一】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×5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みて生じた疑問などを解決)

対象は全国15カ所で2年間合計で1,038名であり、受講者の職種などは【表二】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・心理士らが多かった。

### 【表二】受講者(計1,038名)

平成19年度

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：14, 患者・支援者：8, その他：5)

○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)

○近畿：56名(医師：6, 医療ソーシャルワーカー：11, 看護師・保健師：22, 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：5, 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)

平成19年度受講者（計358名）

平成20年度

講習場所 受講者人数（内訳）

○沖縄：88名（医師：12, 看護師・保健師：24, 医療ソーシャルワーカー：12, 心理士：16, 薬剤師：3, 患者・支援者：8, その他：13)

○仙台：88名（医師：10, 看護師・保健師：61, 医療ソーシャルワーカー：5, 臨床心理士：1, 薬剤師：3, 患者・支援者：4, その他：4)

○福岡：71名（医師：8, 看護師・保健師：44, 医療ソーシャルワーカー：8, 心理士：4, 薬剤師：3, その他：4)

○群馬：69名（医師：2, 医療ソーシャルワーカー：3, 看護師・保健師：52, 臨床心理士：3, その他：9)

○東京3：76名（医師：5, 医療ソーシャルワーカー：12, 看護師・保健師：25, 臨床心理士：11, 学生：5, その他：18)

○名古屋：88名（医師：10, 医療ソーシャルワーカー：10, 看護師・保健師：55, その他：13)

○青森：71名（医師：10, 薬剤師：4, 看護師・保健師：46, その他：11)

○京都：46名（医師：7, 臨床心理士：8, 看護師・保健師：18, 薬剤師：3, その他：10)

○大分：83名（医師：8, 医療ソーシャル

ワーカー：9, 臨床心理士：9, 看護師・保健師：45, 薬剤師：3, その他：9)  
平成20年度受講者（計680名）

平成19-20年度受講者（計1,038名）

講習会は試行錯誤を経て、平成19年近畿開催の時から、土曜の午後（1レッスン）、日曜の午前/午後でそれぞれ1レッスンを行い、合計3レッスン（2.5時間×3レッスン＝7.5時間）が定例になった。平成20年度になり、東京3・大分では例外的に日曜日の1日だけで3レッスン（7.5時間）を施行した。

開講の挨拶に続いて、まず、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、テキストを配布してスライドでの座学と、グループワークを行い、受講後にはグループ療法をファシリテートできるように、知識や技術を獲得するよう配慮した。

また毎回のセッション終了時には、【表—3a,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。それを次の養成講座にできるかぎり反映させ、テキストも毎回修正し、方法も修正していった。

## C. 結果

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。そのうち大分・青森での講座参加者の結果を【図—1】に示した。他のどこの会場の受講者も、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。

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得られることが示された。19 年度の 6 カ所の結果では、次第に理解度が増していることがわかった。これは、講師の教え方の方法や質が改善されたことを示していた。しかし、20 年度になってからは、ある一定以上の理解度が示され、回を追う毎に理解度が増すという傾向はみられなかった。【表-4】には、各開催地による受講者の理解度を分散分析した結果を示したが、いくつかの場所で理解度に差が見られることもあったが、一定の固定した傾向ではなかった。

しかし、いずれの開催地においても、リラクセーションの技術の獲得への自信が少ないことがわかったので、リラクセーション DVD を作成することになった。

最終的には、図に示したように、90 ページから成るテキストと、3 回のレッスンを収録した DVD3 枚組と、受講者からの希望が多かったリラクセーション DVD1 枚を作成した。

## D. 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（2 年間の研究期間中だけでも第 4 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 回のセッションのなかでも患者の中で生じるグループダイナミクスを体得するためであり、受講者からの感想ではその目的は達成できたようである。

グループワークでは、まず 1 対 1 でその日学んだ教育的介入を、お互いがミニレクチャーをして相互に評価し合い、その後はグループ・ミーティングの中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、全体をひと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言える。しかし、教育的介入のテーマに関しては、3 回のセッションの中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いく必要もある。

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セーションの実習をした。全体の前でリラクセーションの指導をするのは無理があったために、3 回とも研究者（講師）が指導をしたが、その意味では、リラクセーションの指導について課題が残ったことになる。

また、【図-2a,b,c】には各開催地の理解度を並べて示した。初年度は、理解度が回を増す毎に増えていった。それは、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、2年目の理解度  
は既にほぼ一定以上に達し、大きな  
変化はなかった。

いずれの開催地においても、リラク  
セ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セーション  
技法は十分に教えられていないが、  
今後の医療の中でもリラクセーション  
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・卒後教育の中  
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、初年度の当初は  
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、土曜日の  
午後から日曜日の午前・午後の3レ  
ッソンを1.5日で受講できるように  
修正した。感覚的にはこの方が集中  
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  
凝縮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。その後、2  
カ所で1日バージョンも施行したが、  
受講者からはほぼ同じような満足度  
が得られているので、時間がない場  
合には、この1日バージョンも可能  
であると思っている。(17,18)

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、【表-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。この中で、  
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。(19)

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  
に必要な十分であるのかについては、  
引き続き検討していかなければなら  
ない。

## E. 結論

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レッスンの養成講座  
を全国15カ所で実施し、その教育  
的效果を検討した。受講者は計1,038  
名と1,000名を越えた。

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一  
定以上の高い理解度であることが  
示された。しかし、3レッスンの中  
で毎回体験学習した「リラクセー  
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  
少ないことがわかった。これらはわ  
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。そのため、  
リラクセーションDVDを作成し、  
必要な場合には配布する準備を  
している。

また、2009年度には改訂を重ねた  
約90ページから成るテキストと、  
3レッスンを収録したDVD3枚組  
みと上述したリラクセーションDVD  
を作成したので、今後はこれらの  
媒体を用いた研修方法も可能にな  
ってきた。

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  
た施設は数カ所に過ぎなかった。  
プログラム完成には課題はまだ多  
い。

筆者のグループ療法の経験からは、  
グルー

ブ療法には「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、たとえばリラクゼーション・テクニク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】

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ん医療水準均てん化推進事業(平成20年度)の助成を受けています。

#### 【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）