

資料1 ファシリテーター養成講座自己診断票

職 種	医師 看護師 SW 心理士 PT OT ST (管理) 栄養士 検査
	技師 事務職
	患者 家族 教員・研究者 その他 ()
経験年数	() 年 ※月数は四捨五入, 1 年未満は 0 年

A-J のすべての項目について縦線上にXをつけてください

A 話し合いの目的や方法を参加者に手短にわかりやすく説明できる できない ----- ----- ----- ----- できる
B 予定に従ってその日の討論や作業を時間通りに進行できる できない ----- ----- ----- ----- できる
C 一人で話し続けたり威圧的・否定的な発言をする人をうまく抑制することができる できない ----- ----- ----- ----- できる
D 予期しない方向に話し合いが進んでも参加者を信じて黙って見ていられる できない ----- ----- ----- ----- できる
E 場の雰囲気やそこまでの発言から話し合いのその先の流れや行先を予測できる できない ----- ----- ----- ----- できる
F 発言の意図や真意を汲み取り共感的に理解できる できない ----- ----- ----- ----- できる
G 話し合いに巻き込まれたり感情的になることなく自分の役割に徹することができる できない ----- ----- ----- ----- できる
H メンバー間の言い争いを収めて気まずい雰囲気や局面を打開できる できない ----- ----- ----- ----- できる
I グループワークを企画して場所や物品を揃え自ら参加者を募ることができる できない ----- ----- ----- ----- できる
J その日のグループワークを振り返り次に生かすヒントを見つけることができる できない ----- ----- ----- ----- できる

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【図一2a,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方がよいことについて(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, 「私もうダメなんではしょうか?」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、「私もうダメなんではしょうか?」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かったが、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しれない。最後の, うつ病のスクリーニングは出来そうですか? に対しての 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究として, 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

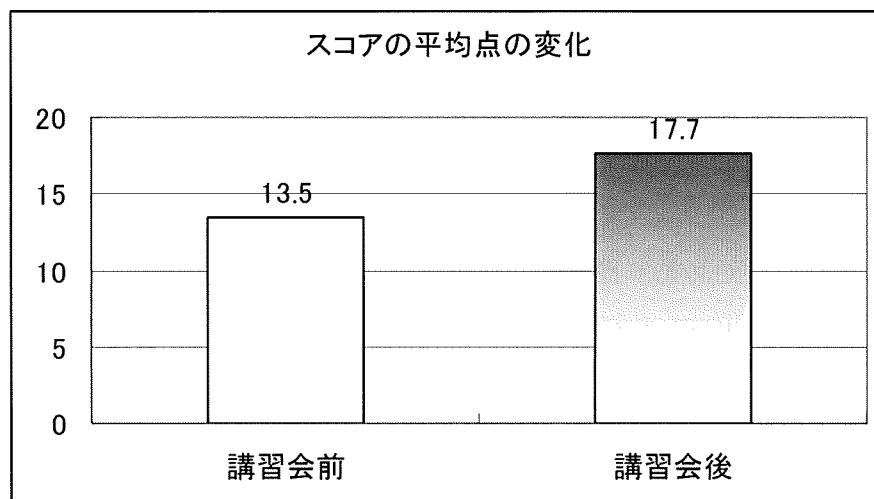
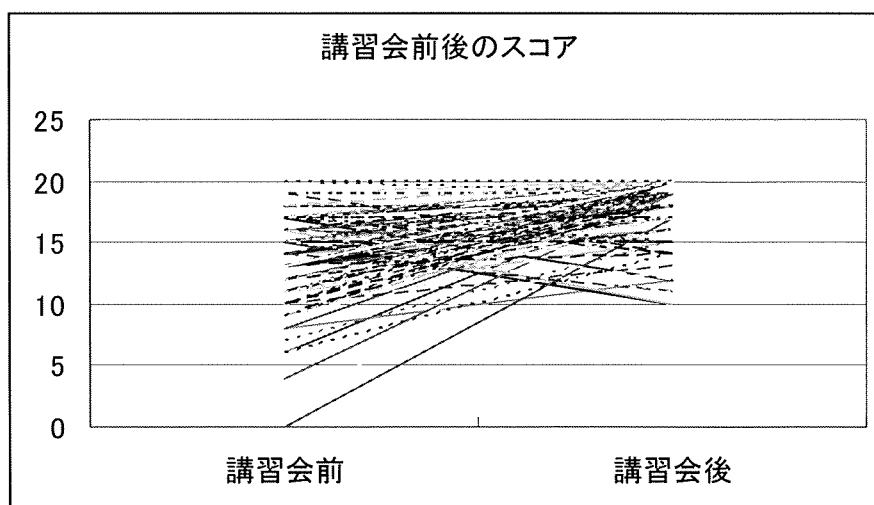
理解できない | _____ | _____ | _____ | _____ | 理解できた

7, うつ病のスクリーニングは出来そうですか？

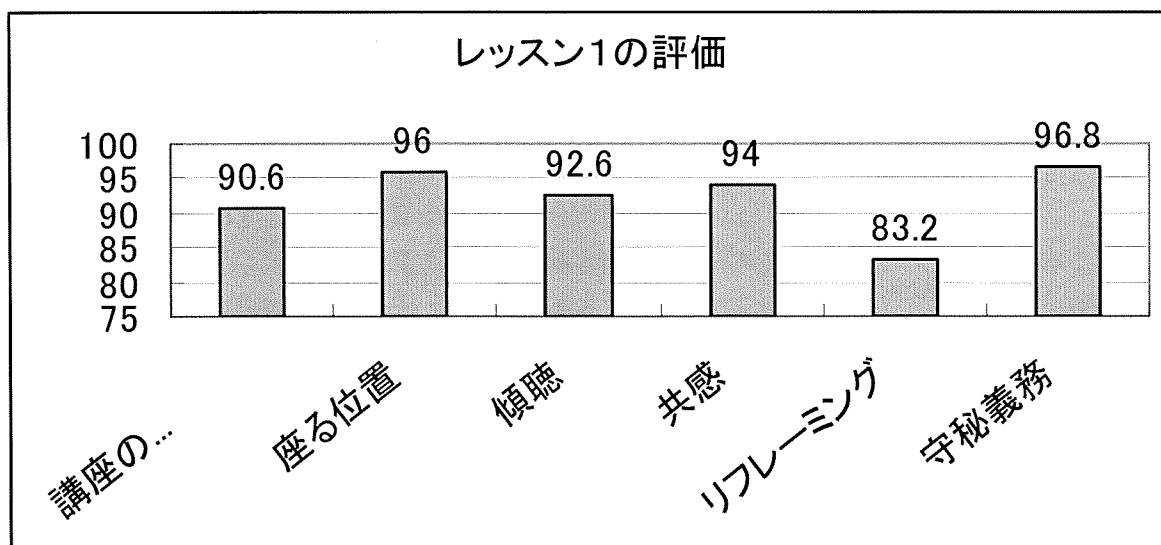
絶対できない | _____ | _____ | _____ | _____ | できる

○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

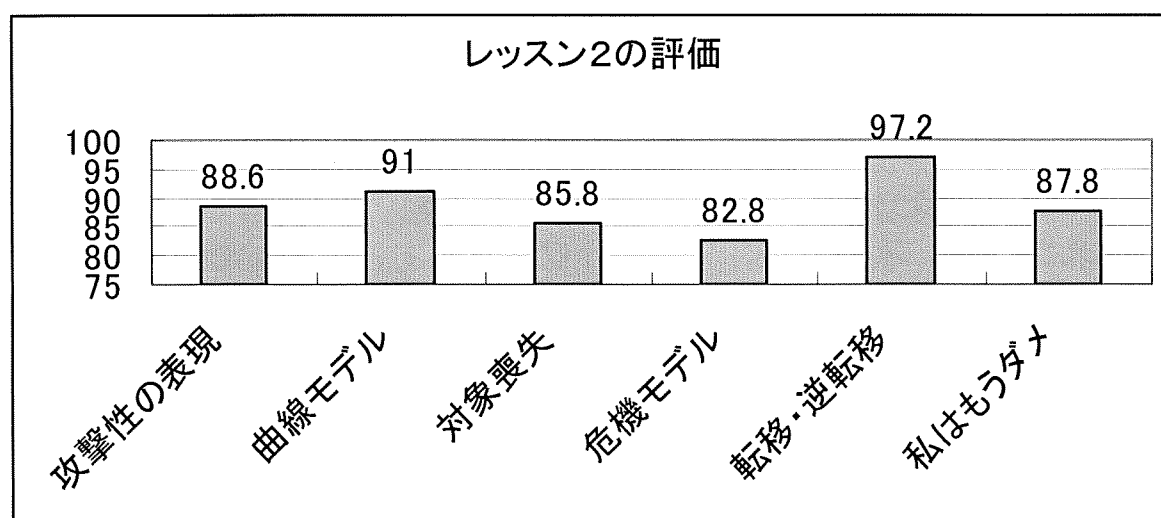
【図-1 a,b】



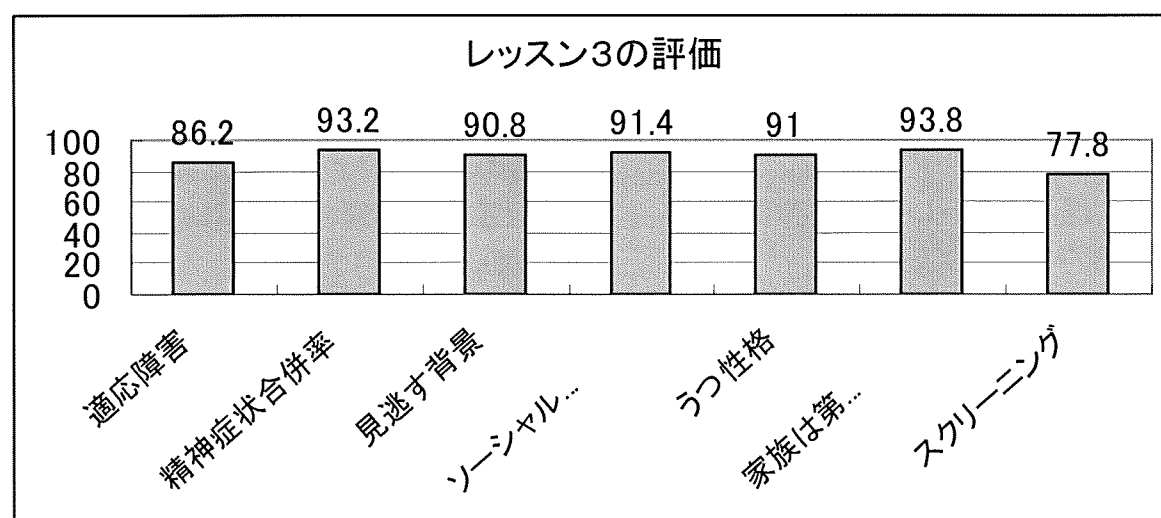
【図-2a】 レッスン1の評価



【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「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

3. 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

4. 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 週後（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 x 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。

B. 研究の対象と方法

(1) 非介入研究

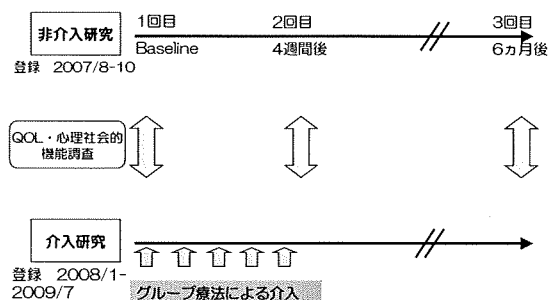
鹿児島県のS病院，大分県U乳腺外科，滋賀県立Sセンター（解析対象症例なし）の3施設で治療を受けている20-79歳，根治術後2週間-3ヶ月以内の116人を対象に，HRQOL・心理社会的機能に関する調査を前向きに行った。調査時点は登録時，4週目（介入群の介入終了後の時期に相当），6ヶ月目の3回である。調査に用いた患者自記式尺度は，HRQOLがEORTC QLQ-C30，心理社会的機能がPOMS，MAC scale，特性的自己効力感尺度，の3つである。

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。

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。