

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＞

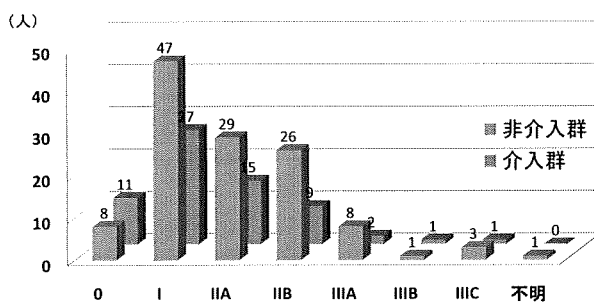
研究代表者および実施施設の倫理審査委員会の承認を得て開始した。患者に対して文書および口頭による十分な説明を行った後、非介入研究では、調査票の回収をもって同意とみなし、介入研究では、研究開始前に文書で同意を確認した。

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

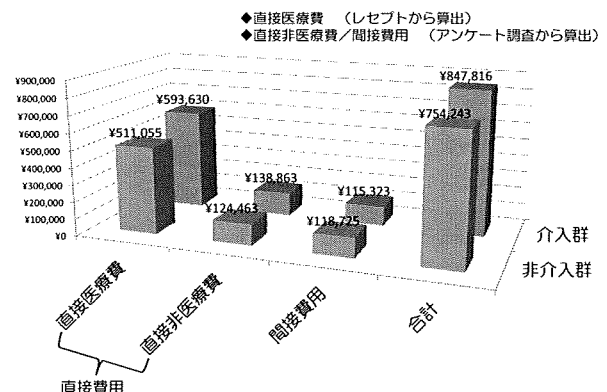
解析では Fatalism (MAC_F で測定)のみであった。一方2) 施設別サブグループ解析では、ある施設において認知機能の HRQOL (EORTC_CF で測定)，緊張－不安 (POMS_TA で測定)，Helplessness / hopelessness (MAC_Hで測定)，Fatalism (MAC_F で測定)で有意な効果が認められた。また3) 年齢別サブグループ解析 (50 歳以上) では、Fatalism (MAC_F で測定)で有意な効果が認められた。いずれの効果も6ヶ月目まで持続していなかった。

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。

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

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 同意した後いつでも同意を撤回す

(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える。

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「共有し合え」、「癒し」や「気分が楽」、「スッキリ感が持てる」などの体験となることがわかった。

また、昨年度は、5回版グループ療法では参加者がなかなか集まらなかったため、第V回目調査以降、5回版のグループ療法を毎週土曜日に週1回×3セッションのペース（3回版）で実施した。3回版グループ療法は、5回版グループ療法の内容をまとめたものであり、5回版も3回版

も共に介入前後に有意差は見られなかった。また、3回版では参加者が毎回集まり、実施することができた(第V・VI・VII回目調査)。3回版のグループ療法は、参加者にとっても実施者にとっても負担がない形で継続できるものと思われる。今回、介入群全体(第II・V・VI・VII回目調査の合計)では、統計的に有意差は見られなかったが、対象者が少ないため、今後も3回版の形でグループ療法を継続して行い、これまでの結果が他のグループにおいても見られるか検討する必要がある。

E. 結論

今回、緩和ケア病棟を退院されたご遺族を対象に健康度調査とグループ療法を実施した。介入群・非介入群ともに、有意差は見られなかったが、構造化グループ療法には、悲嘆を促進する動きと悲嘆を解決する動きの両面があることがわかった。また、不安・うつ傾向・疲労・怒りを緩和する動きと抑圧されていた感情が身体・精神面に表現される可能性も考えられる。これらの反応を、グループ療法における、遺族の自然な心の揺れの反応として捉え、遺族に心理教育することが重要である。最後に、心理社会的側面だけでなく、生活を支える上で、遺族へ具体的な情報提供を行う必要もあることがわかった。

今後の展望としては、院内スタッフにてファシリテーターを養成し、他職種で運営することで病院内に遺族のグループ療法を根付かせていくことを課題としたい。

【文献】

Burnett,P., Middleton,W., Raphael,B., & Martinek,N. 1997 Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*,27,49-57.

広瀬寛子 2005 がん患者へのカウンセリングー患者と家族への援助 臨床心理学5(2),174-179.

Holmes,T.H.,&Rahe,R.H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*,11(2),213-218.

保坂隆 2008 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19年度総合研究報告書,3-39.

河合千恵子(編) 1996 夫・妻の死から立ち直るためのヒント集 三省堂

河合千恵子 1997 配偶者と死別した中高年者への連続講座による介入とその効果 臨床臨床学研究,15(5),461-472.

松井豊・安藤清志・福岡欣司 2003 近親者との死別による心理的反応(5) 日本心理学会第67回発表論文集 pp.246.

松島たつ子 2001 ホスピス緩和ケアにおける死別を体験する家族のケア - 現状と今後の展望 - 死の臨床,24(1),45-51.

松島たつ子・赤林朗・西立野研二 2001 ホスピス緩和ケアにおける遺族ケア - 遺族意ケアについての意識調査と今後の展望 - 心身医学,41(6),pp.430-429.

坂口幸弘 2001 死別後の二次的ストレスと精神的健康ー死別した配偶者と子どもの比較ー 家族心理学研究,15(1),13-24.

坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤暁 1999 家族機能認知に基づく死別後の適応・不適応家族の検討 心身医学,39(7),525-532.

坂口幸弘・恒藤暁・柏木哲夫・高山圭子・田村恵子・池永昌之 2004 わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状 心身医学,44(9),697-703.

瀬藤乃理子・村上典子・丸山総一郎 2005 死別後の病的悲嘆に関する欧米の見解ー「病的悲嘆」とは何か 精神医

学,47(3),242-250.

高山圭子 2002 遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究 - わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題 - (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2002 年度調査研究報告
 富田拓郎・太田ゆず・小川恭子・杉山晴子・鏡直子・上里一郎 1997 悲嘆の心理過程と心理学的援助 カウンセリング研究,30(1),49-67.
 富田拓郎・大塚明子・伊藤拓・三輪雅子・村岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊

則・上里一郎 2000 幼い子どもを失った親の悲嘆反応と対処行動の測定 カウンセリング研究,33(2),168-180.

ト部文麿 1991 キューブラ・ロス生と死の癒し: 日本に定着した LDT ワークショップ アニマ2001
 ウォーデン,J.W./鳴澤 實(訳) 1993 グリーフカウンセリング 川島書店 (Woden,J.W. 1991 *Grief counseling and grief therapy : A handbook for the mental health practitioner* 2nd ed. New York :Springer.)

・第Ⅱ回目調査時のグループ療法

Table1 参加者の出席状況

参加者	性別/年齢/患者	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
Aさん	M/70代前半/妻	○	○	×	○	○
Bさん	F/60代後半/夫	○	○	○	×	○
Cさん	M/60代後半/妻	○	○	○	○	○
Dさん	F/40代後半/夫	○	○	○	○	○
Eさん	F/50代前半/父	×	×	○	×	○

○:出席 ×:欠席

※Eさんは、見学者として途中参加。

・第Ⅴ回目調査時のグループ療法

Table2 参加者の出席状況

参加者	性別/年齢/患者	1回目	2回目	3回目
Fさん	M/70代前半/妻	○	○	×
Gさん	F/50代前半/妻	○	○	×
Hさん	F/40代前半/妻	○	×	×
Iさん	M/50代後半/夫	○	×	○
Jさん	M/60代前半/妻	○	○	×
Kさん	F/50代後半/夫	×	○	×
Lさん	F/30代前半/父	○	○	○
Mさん	F/30代前半/父	○	×	×
Nさん	F/50代前半/父	×	○	×

○:出席 ×:欠席

※H,K,M,Nさんは見学者として参加。

・第Ⅵ回目調査時のグループ療法

Table3 参加者の出席状況

参加者	性別/年齢/患者	1回目	2回目	3回目
Oさん	M/50代前半/妻	○	○	○
Pさん	M/50代後半/妻	○	○	○
Qさん	F/70代後半/夫	○	○	×
Rさん	M/80代前半/妻	○	○	○

※ Qさんのみ、3回目のアンケートは郵送調査。

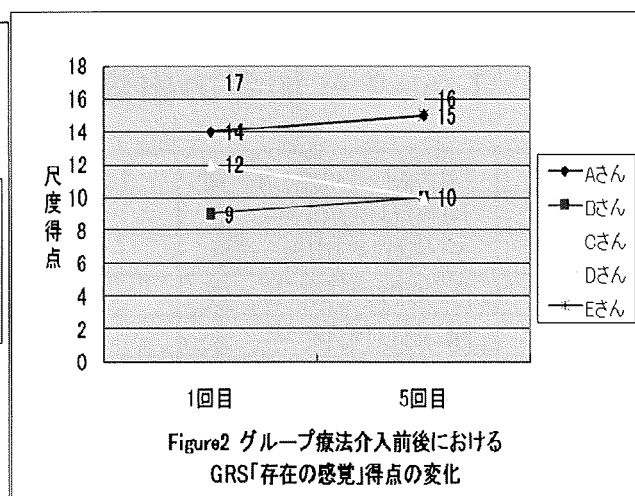
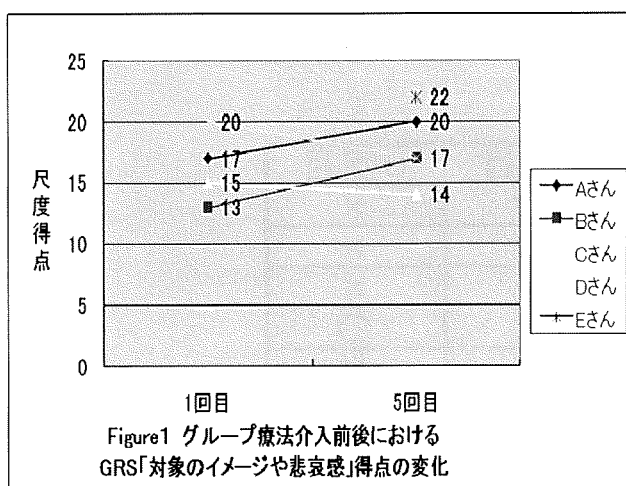
・第Ⅶ回目調査時のグループ療法

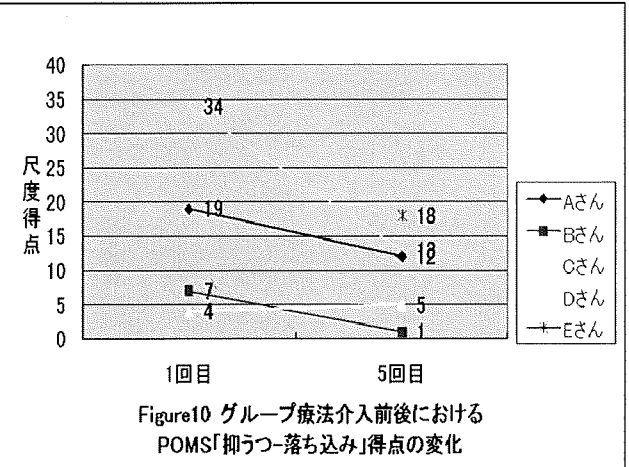
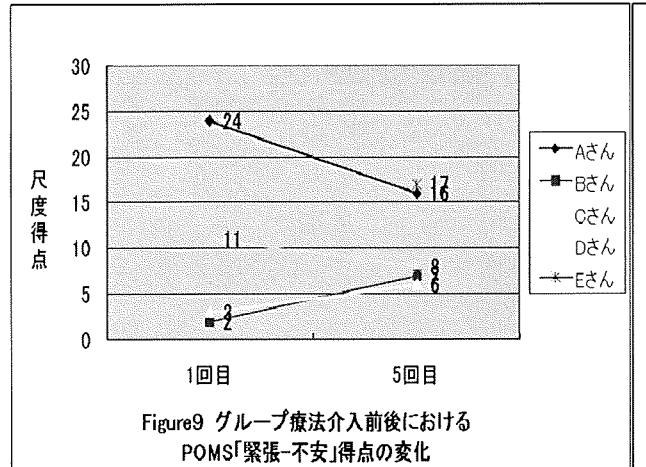
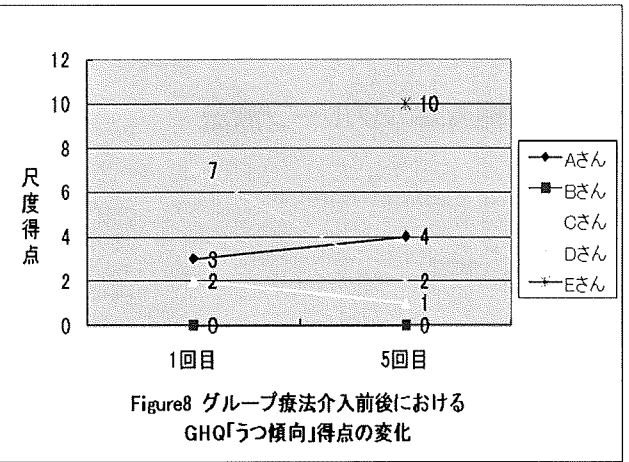
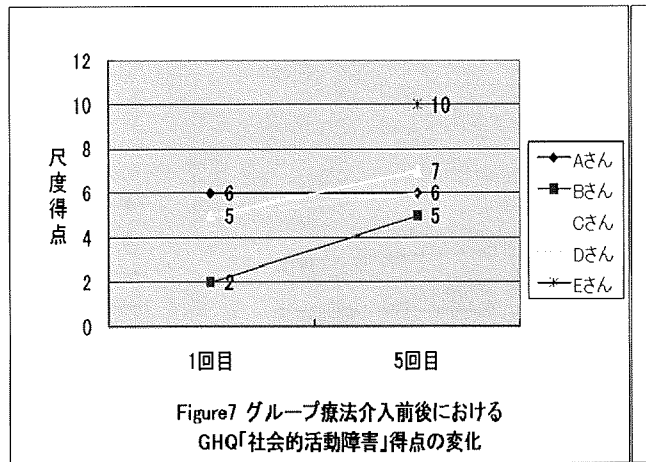
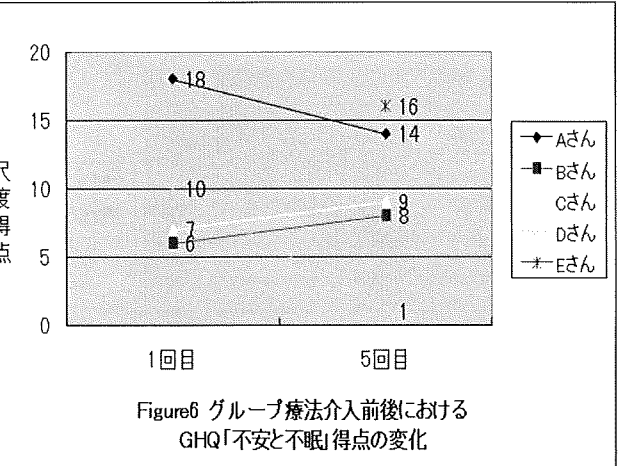
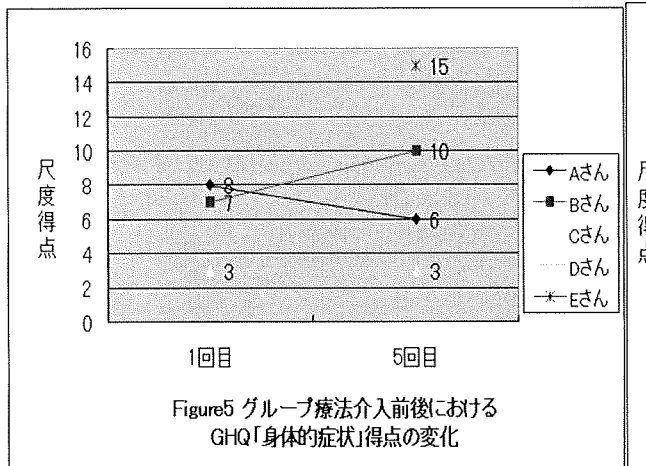
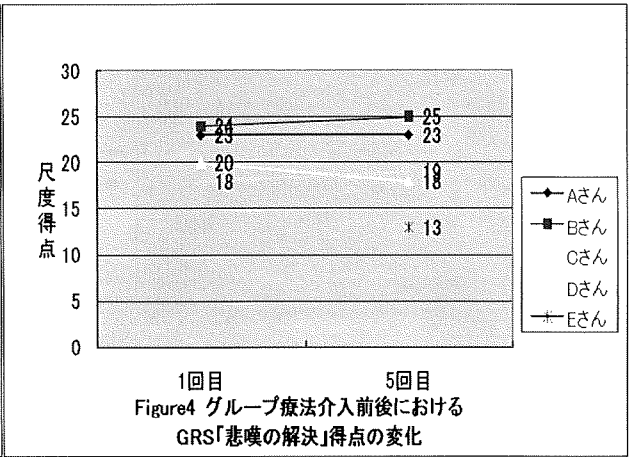
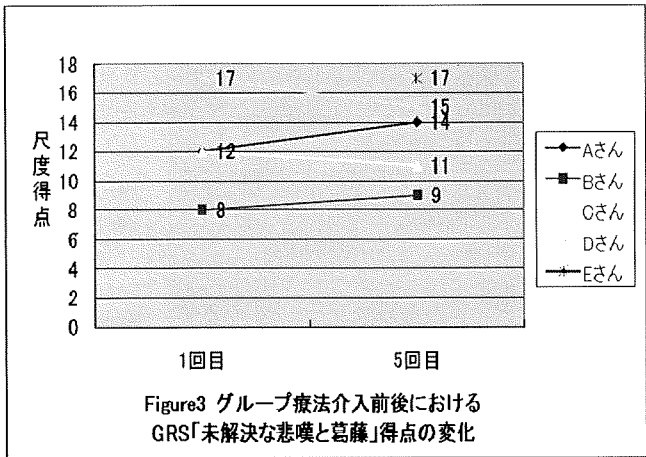
Table4 参加者の出席状況

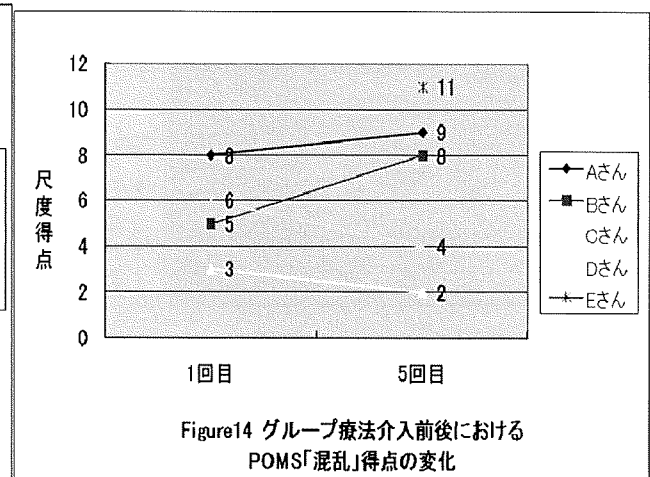
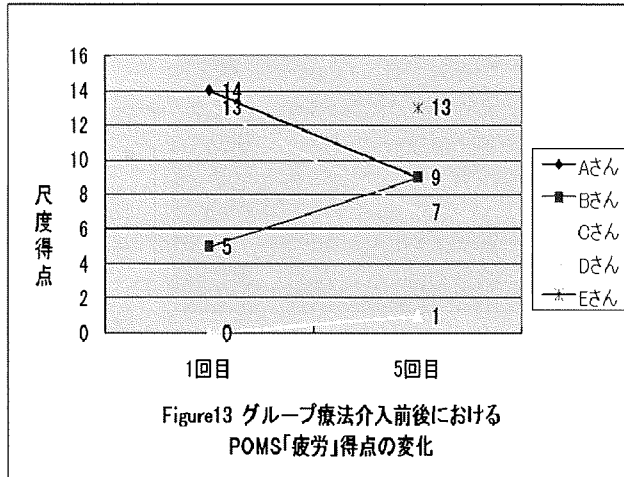
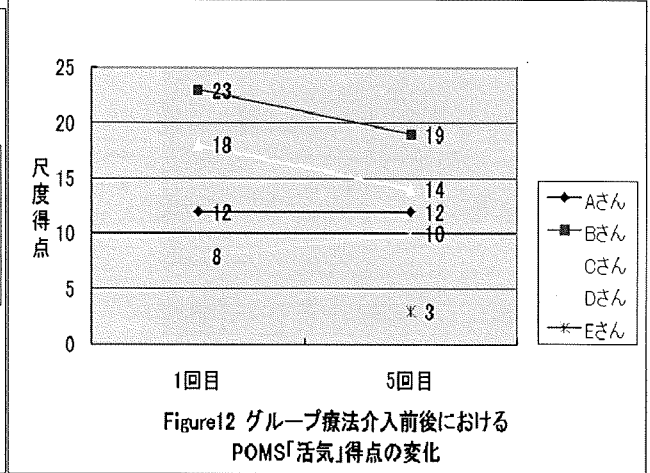
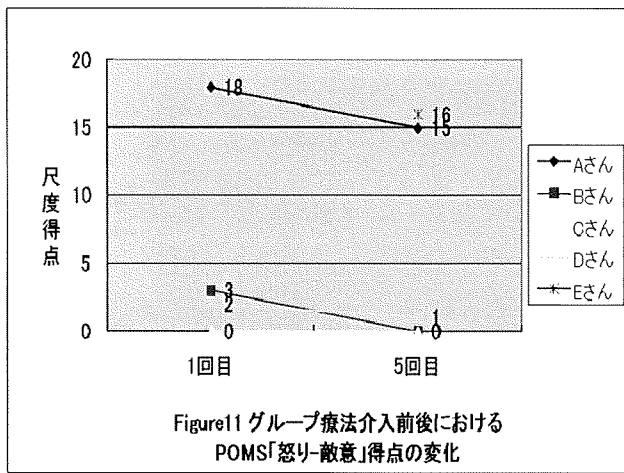
参加者	性別/年齢/患者	1回目	2回目	3回目
Sさん	F/70代前半/夫	○	○	×
Tさん	M/70代後半/妻	○	○	×
Uさん	F/30代前半/母	×	○	○
Vさん	F/60代後半/夫	×	×	○

※Sさん・Tさんは、3回目のアンケートは郵送調査。

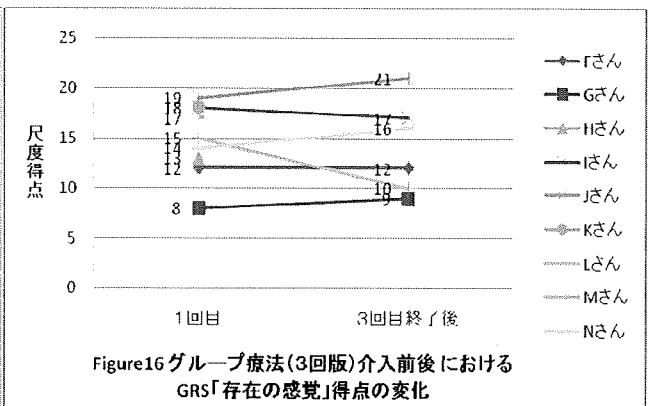
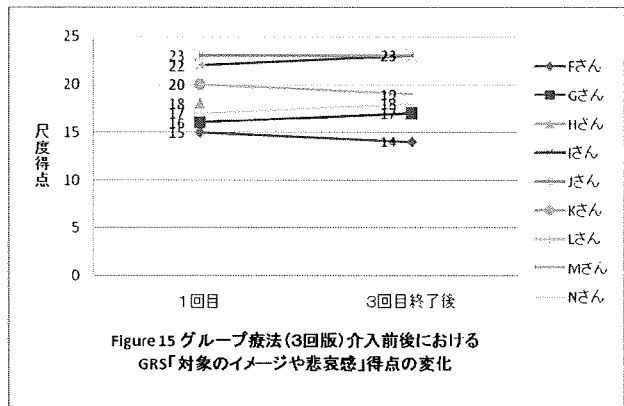
・第Ⅱ回目調査時のグループ療法

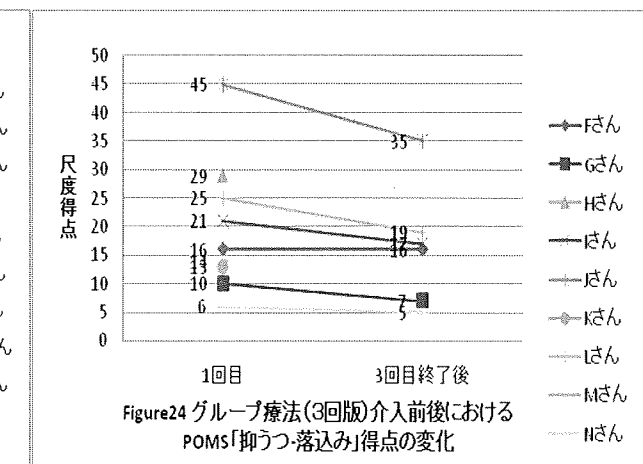
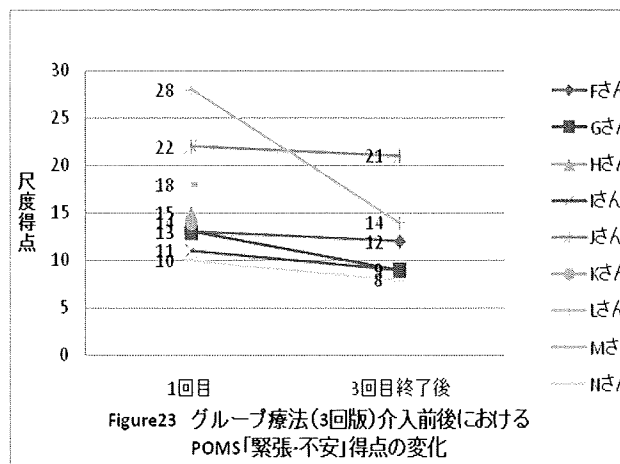
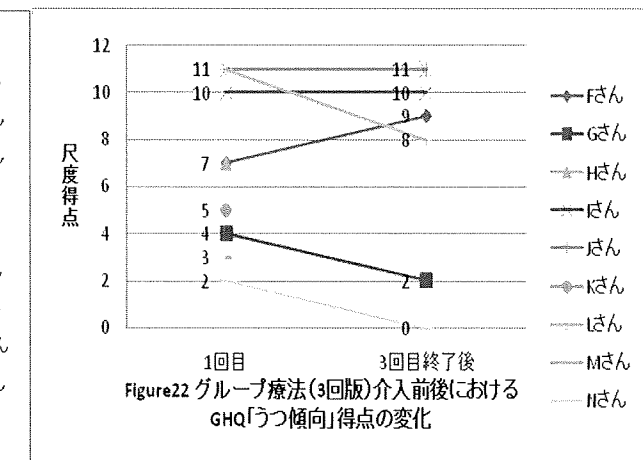
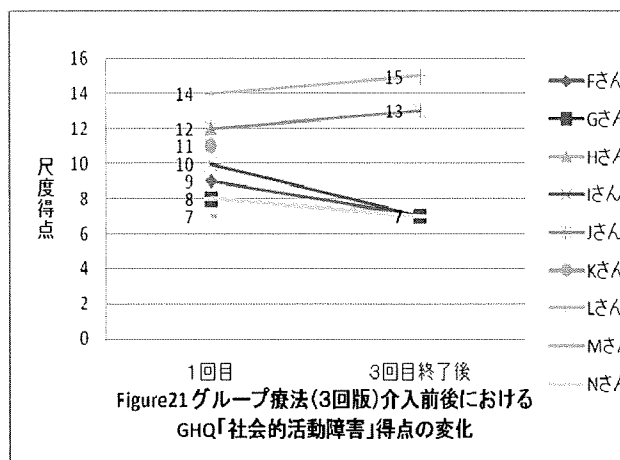
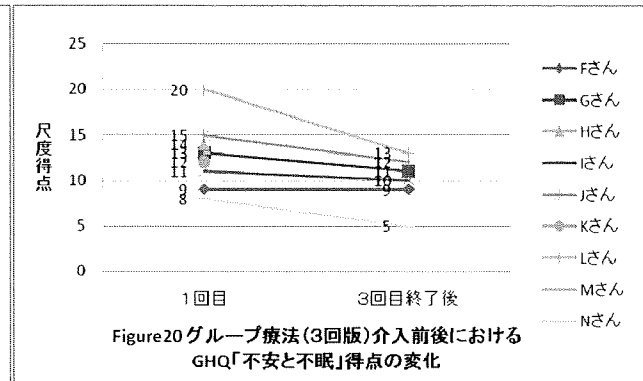
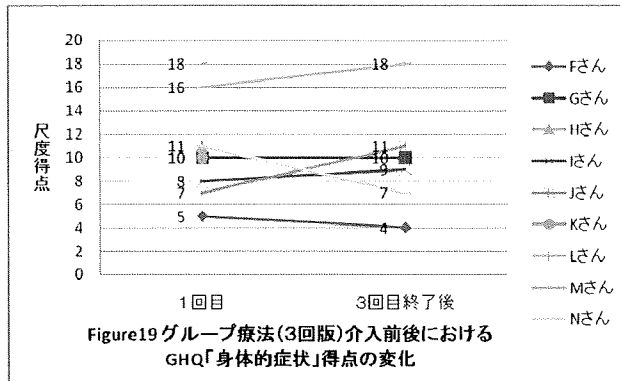
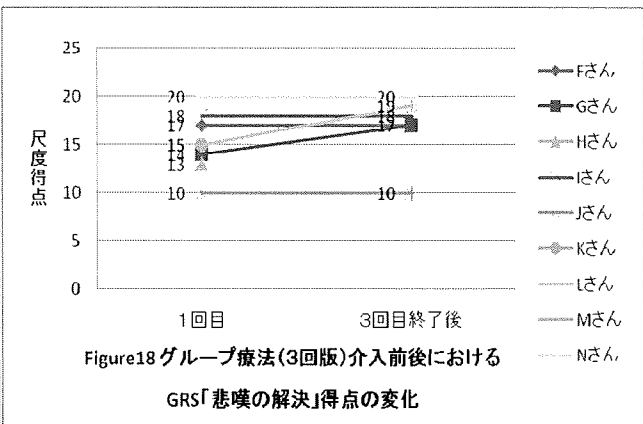
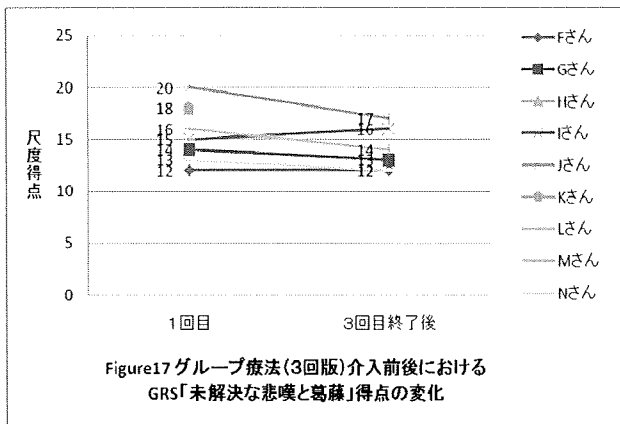


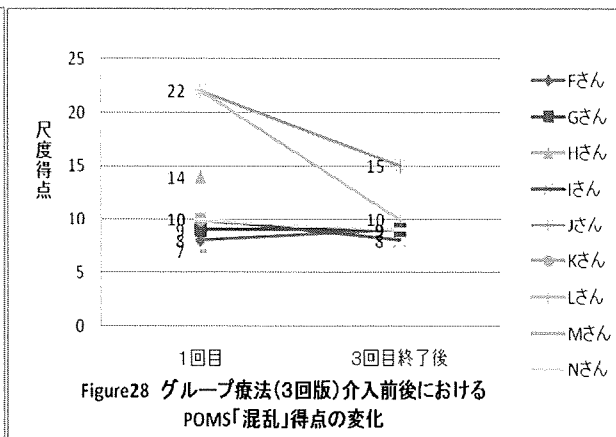
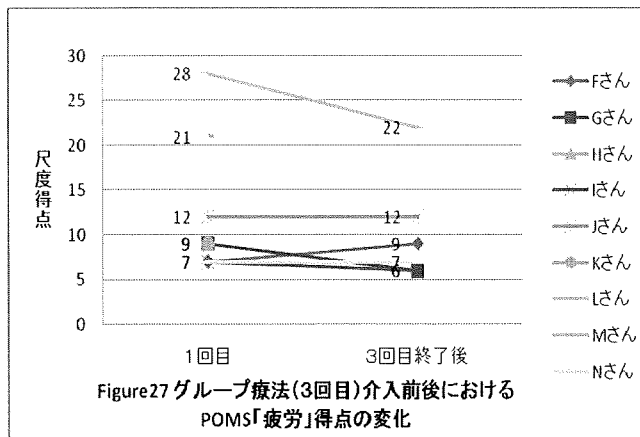
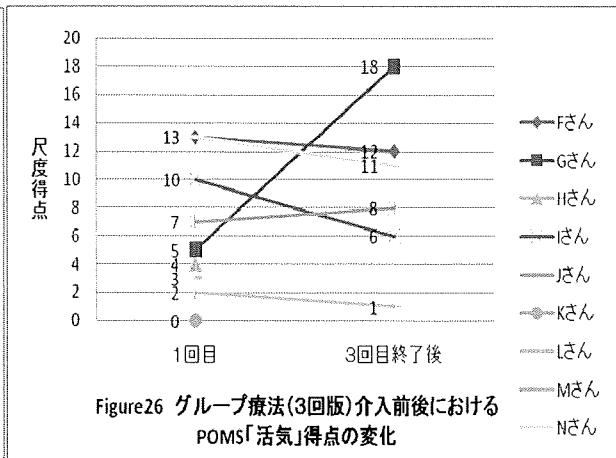
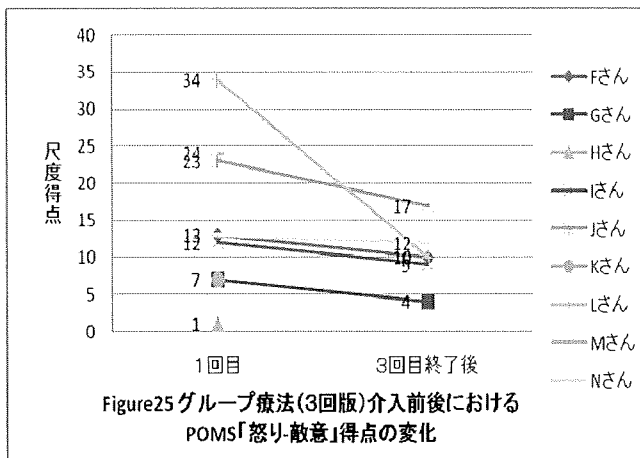




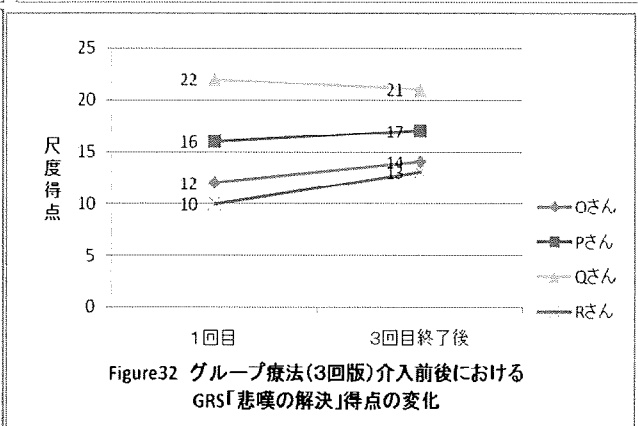
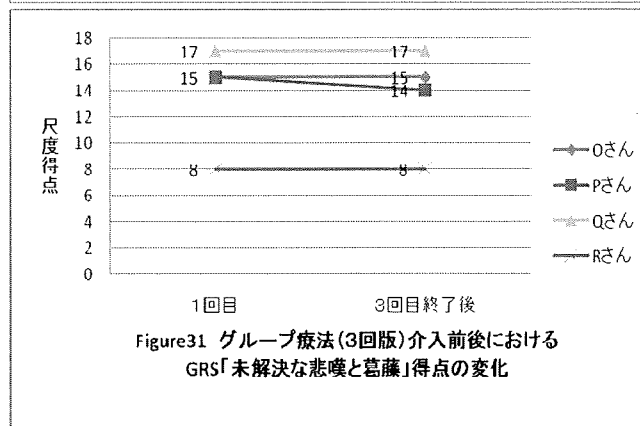
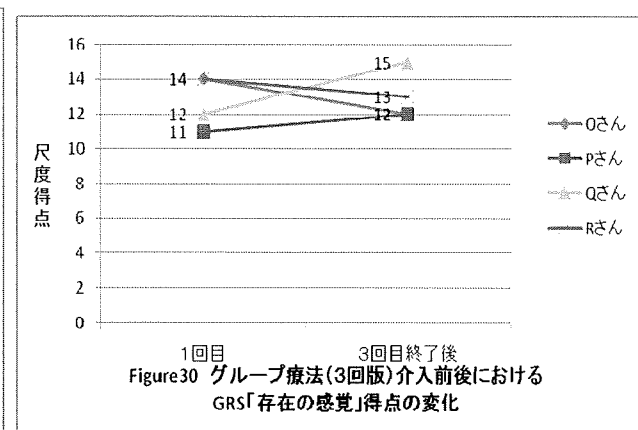
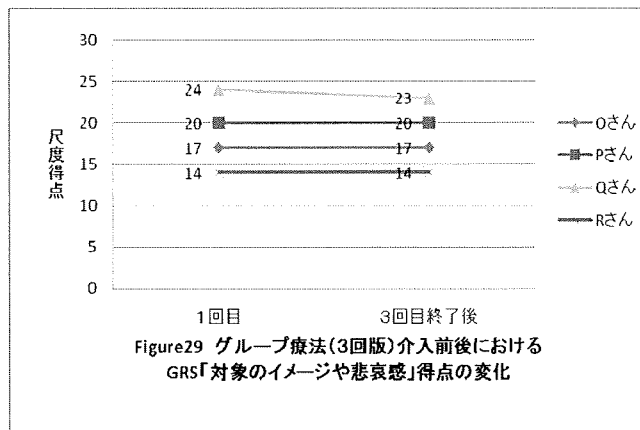
・第V回目調査時のグループ療法

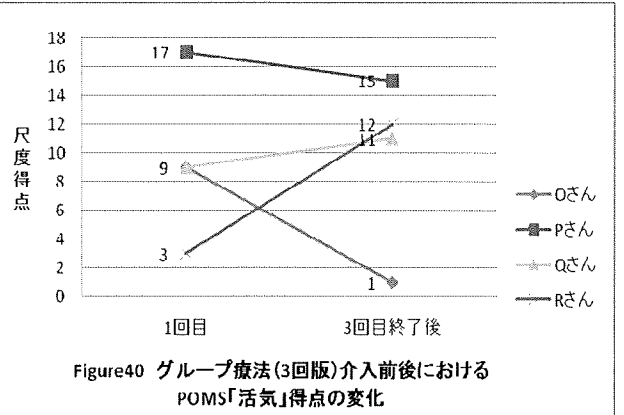
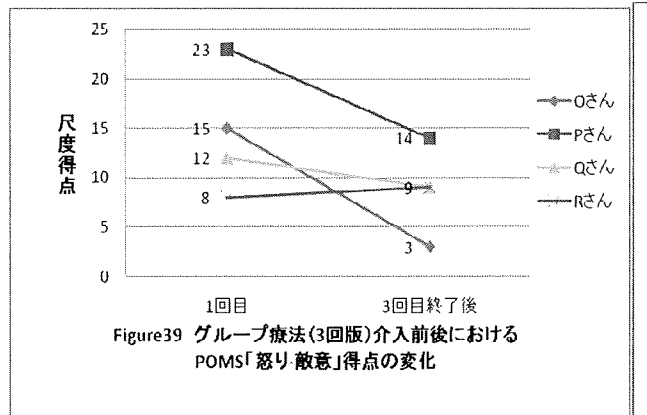
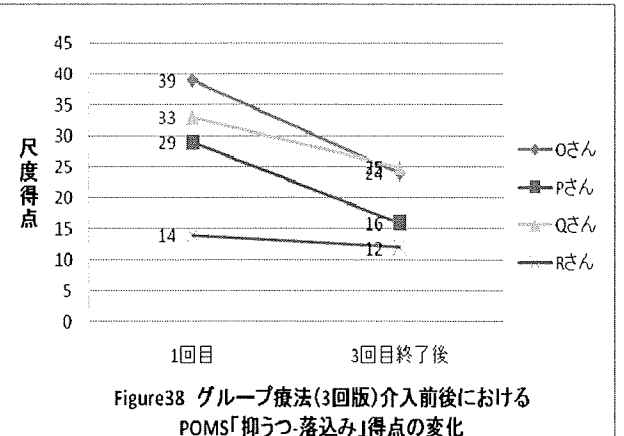
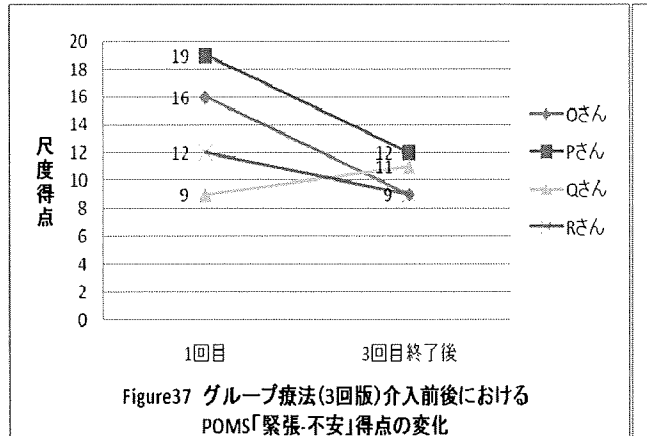
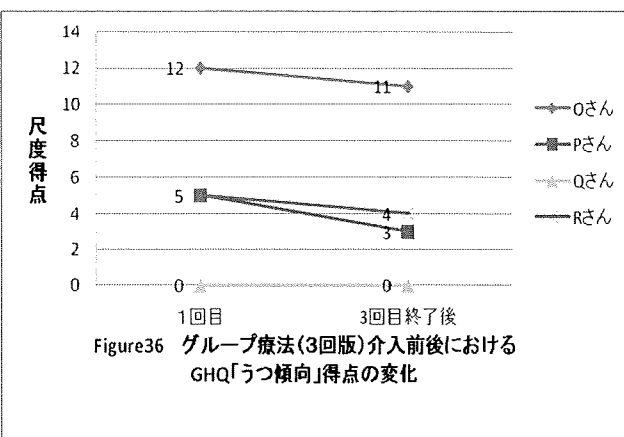
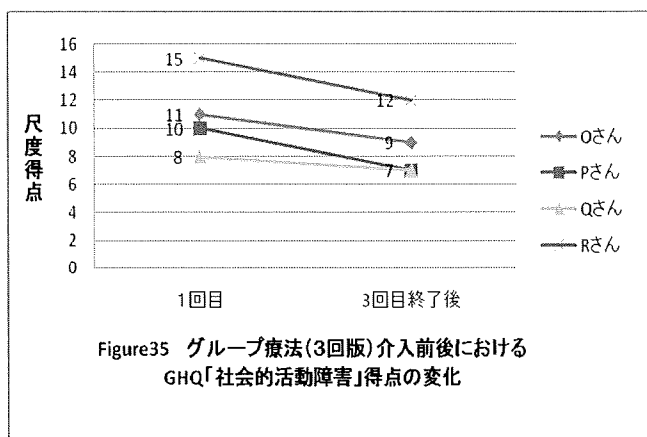
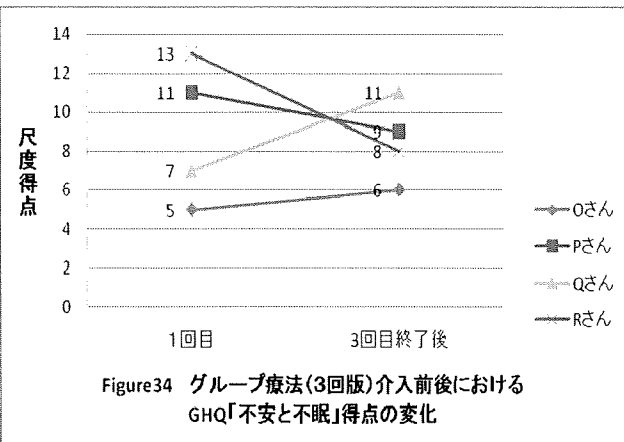
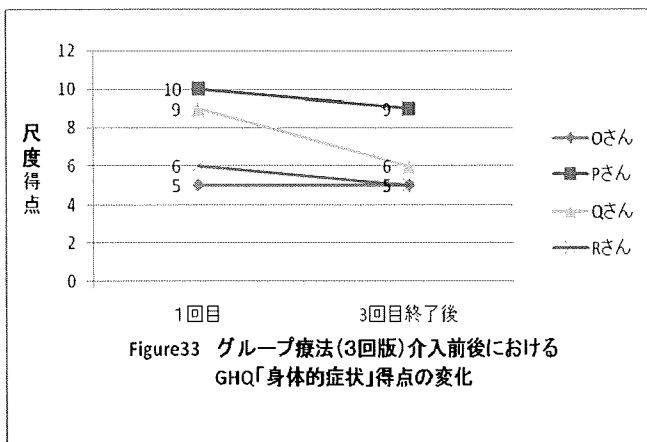


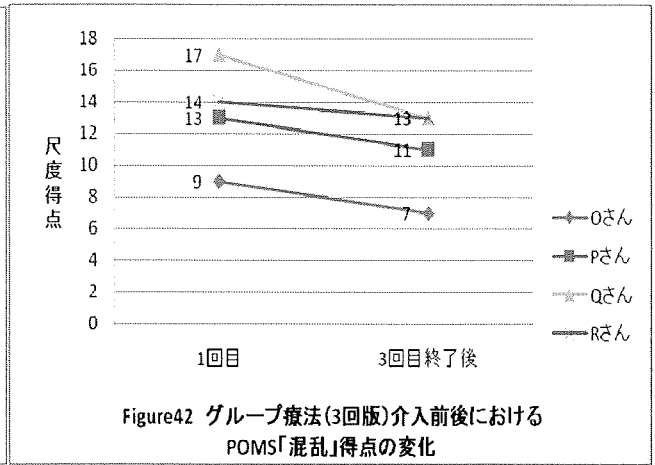
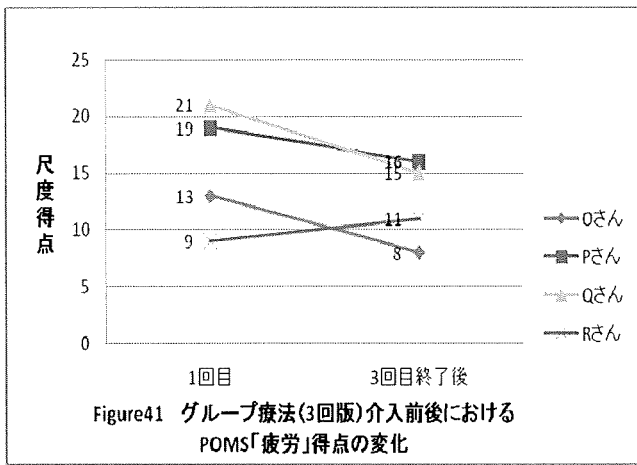




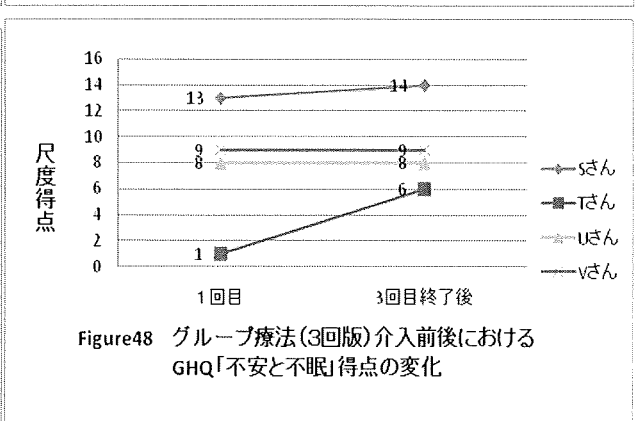
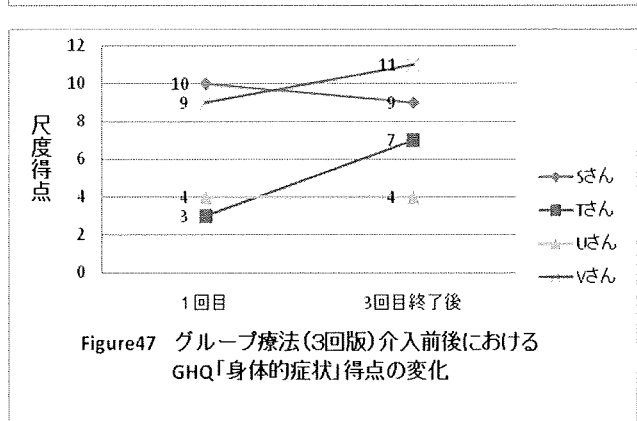
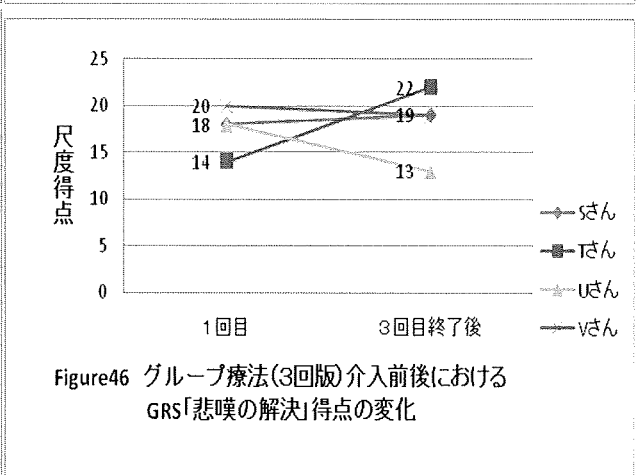
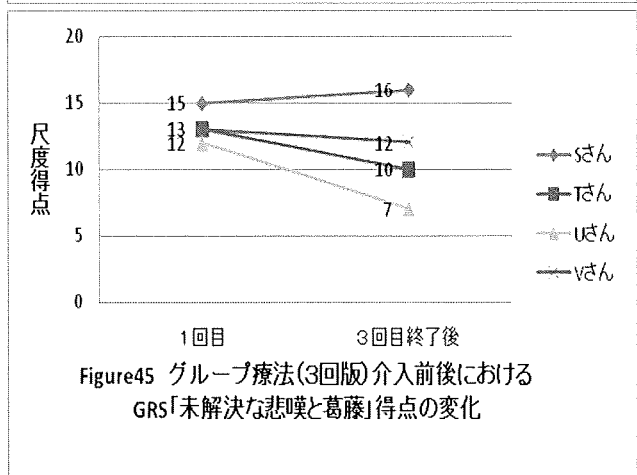
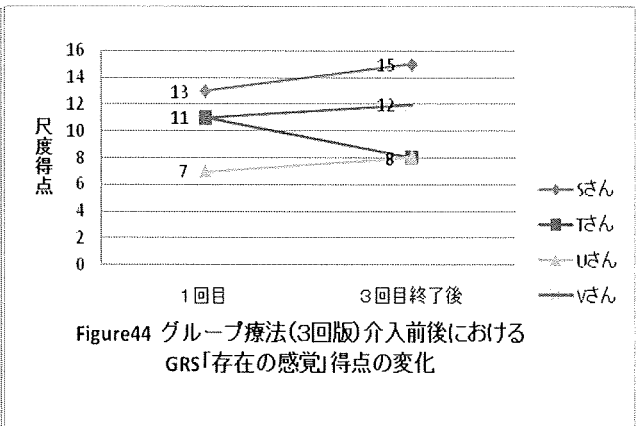
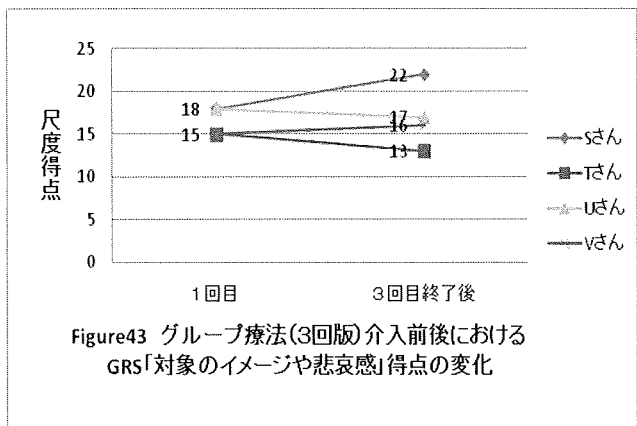
・第VI回目調査時のグループ療法

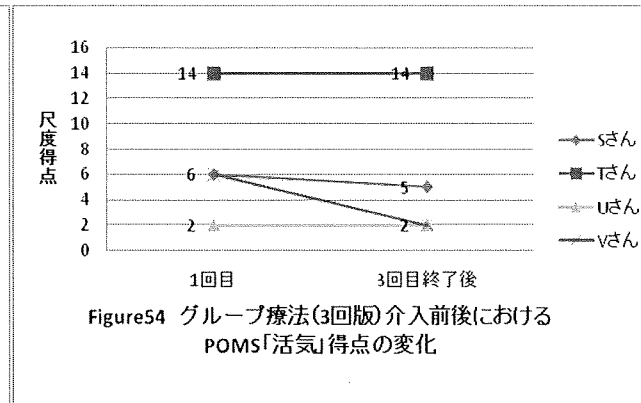
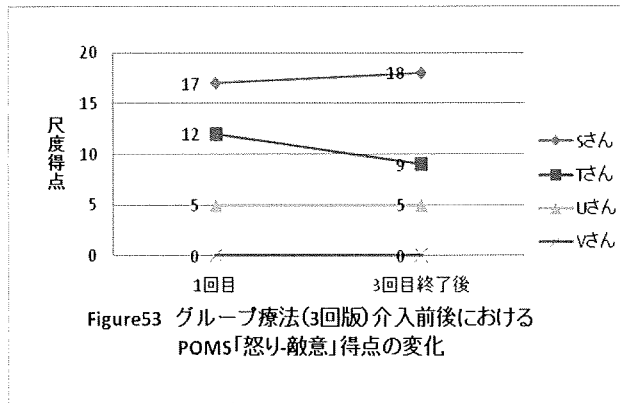
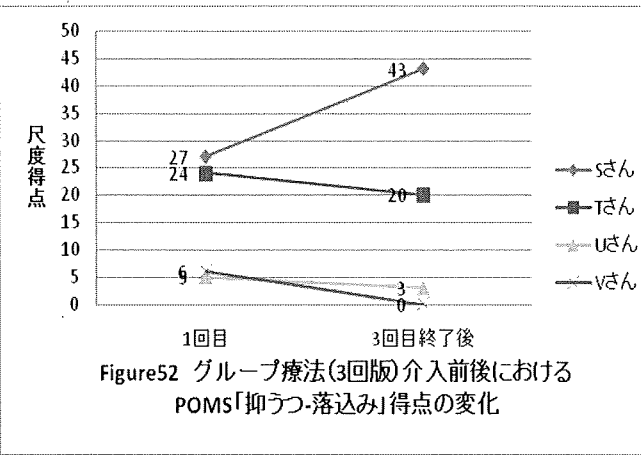
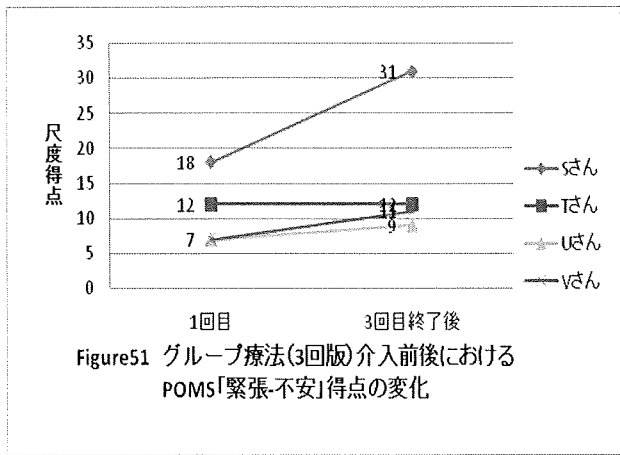
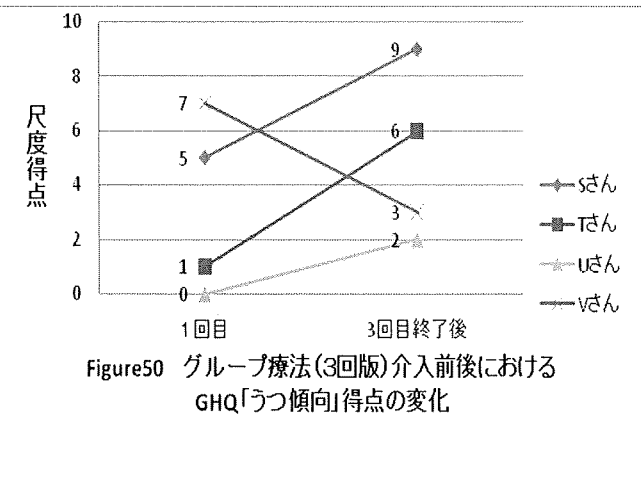
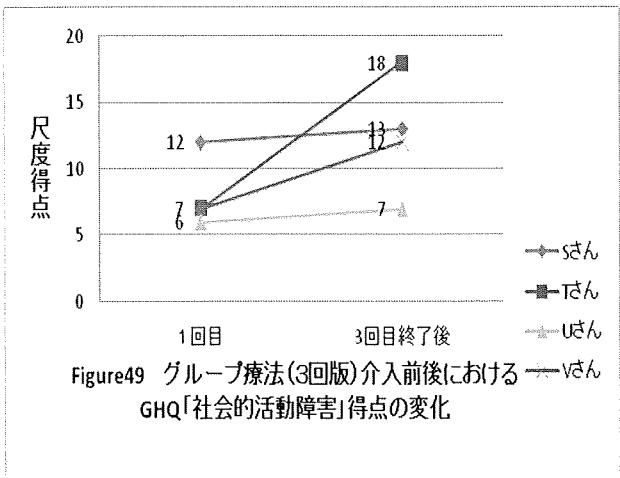


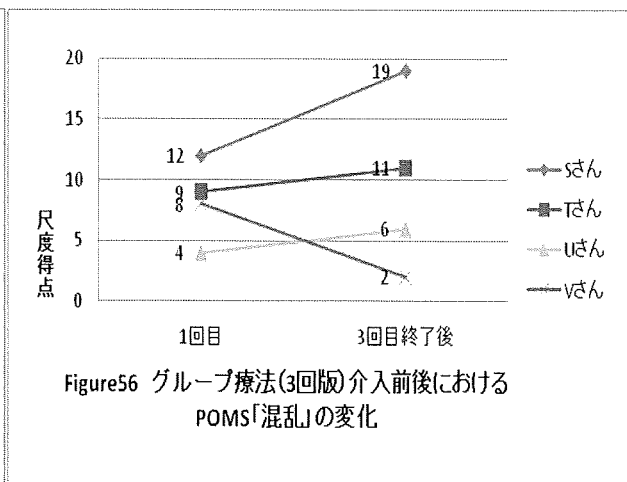
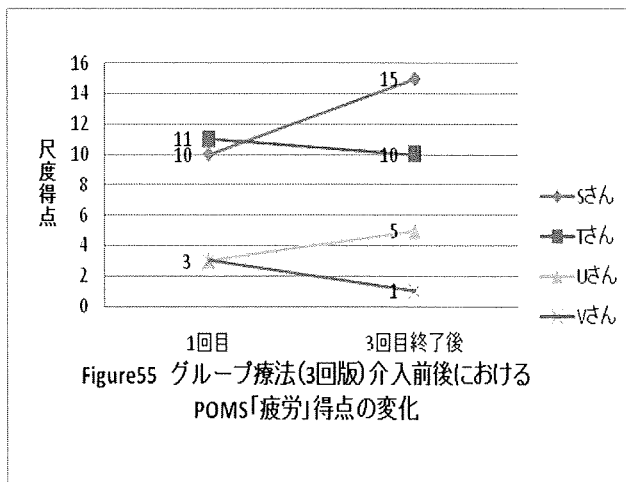




・第七回目調査時のグループ療法







・グループ療法参加者のコメント

グループ療法に参加した感想（グループ療法終了時）

- 第Ⅱ回目調査（5回版）「自分と同様の環境の方々と話し合えて大変今後の為になりました。」，「今日が最後になりますが色々な人生があるなーと皆さんとのお話の中でがんばろうという気持ちわいてきました。」，「遺族同士の話し合いは，その内容に共通事項が多く，心が癒されると同時に，それまで持っていた疎外感を激減する事ができた。また悲しみに関する対処法の学習・リラクセーションの体験等は，新しい環境への適応化のスピードUPが図れた。」
- 第Ⅴ回目調査（3回版）「いろんな思いを口に出して言う事でずいぶん気分が楽になることがこのグループ療法に参加してよくわかりました。みなさんがおもいきって参加されたらなと思います。」，「今日は天野さんと三人でしたのでたくさん込み入ったお話しが出来て本当に良かったです。当時の話しの他のお話しも出来明るい雰囲気雑談出来充実した時間になりました。」
- 第Ⅵ回目調査（3回版）「他人（日頃かかわりが無い）と話をすることでスッキリ感が持てる事が判った様に思います。」，「話し合う事も意味があるという事を実感しました。」，「勉強になって全く良かった。」
- 第Ⅶ回目調査（3回版）「今日はまた違う経験をされた方とお話ができ，良かったです。前回もそうですが，自分の経験した事も振り返る事もでき，共有し合えて良かったです。」，「よせてもらって良かったです。」

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

【書籍】

- *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】

- *堀 泰祐：I.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

2. 学会発表

- *堀 泰祐：第36回日本慢性疼痛学会 (2007年2月24日, 京都) シンポジウム「がん性疼痛からの解放—さまざまなアプローチ」医師の立場から

- *堀 泰祐：第1回西日本心身医学セミナー (2007年7月21日, 滋賀県大津市) シンポジウム「患者中心の医療から人間中心の医療へ」—緩和ケアの現場から—
- *堀 泰祐：第2回桂がん診療地域医療連携講演会(2007年7月28日, 京都)「在宅で役立つ癌性疼痛治療のコツ」
- *堀 泰祐：第5回京都府緩和ケアチーム育成コース(8) (2007年8月24日, 京都) 「緩和ケア病棟のある施設におけるケアと緩和ケアチームの役割」
- *堀 泰祐：第9回公立南丹病院学術講演会 (2007年8月25日, 京都)「がん患者に対する心のケア」
- *堀 泰祐：第1回済生会滋賀県病院緩和ケア講演会(2007年9月10日, 滋賀県栗東市) 「一般病棟に必要な緩和ケア～疼痛コントロール～」
- *堀 泰祐：第2回草津保健所ホスピスケア実践講習会(2007年10月17日, 滋賀県栗東市)「STAS-Jについて」
- *堀 泰祐：京都府看護協会研修会 (2007年11月17日, 京「ターミナルケア～一般病棟で死を迎えるがん患者の看護～」
- *堀 泰祐：2007年度守山野洲医師会学術講演会(2008年1月26日, 滋賀県野洲市) 「在宅でも役立つがん性疼痛治療の要点」
- *天野 可奈子：緩和医療研修会講演 (2008年2月24日, 京都) 「がん医療・緩和医療における臨床心理士の役割」
- *天野 可奈子：第27回日本心理臨床学会 (2008年9月5日, つくば)「最期まで人生を生き抜かれたAさんとそれを支える心理士の歩み-イニシャルケースにおけるThの夢について-」
- *天野 可奈子：NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第14回全国の集