

2012 年度（前期）

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

一般公募研究

在宅がんターミナル患者への心理的援助

——臨床心理士を含む在宅ケアチーム
によるターミナルケアの実践研究——

報告書

研究代表者 向後裕美子

東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース

東京都文京区本郷 7-3-1

在宅がんターミナル患者への心理的援助

—臨床心理士を含む在宅ケアチームによるターミナルケアの実践研究

1. 研究の背景

厚生労働省が発表する人口動態統計によると、2011年の日本における死因は悪性新生物（がん）によるものが最も多く、死亡総数の28.5%を占める（厚生労働省,2012）。がんによる死は、死にいたるまでに数ヶ月から数年、数十年の時間があるうえ、その間の病気の進行についてある程度の予測ができること、死の数週間前まで高い生活機能や認知能力が維持されることが特徴的である（池上, 2008）。現在の日本では患者への病名告知が進んできている。特に在宅では、本人や家族が病態理解や今後の展望をもち、生活の中に主体的に治療を組み込むことが不可欠となるため、患者の認知機能が高いうちから、病名だけでなく予後についても何らかの説明がなされることが多い。こうしたことから、がんによって死に向かう過程では、多くの患者が、自分の死を予期しながら死に向かう過程を経験することになる。

がん患者は多くの心理的困難を抱えるが、特にターミナル期では、抑うつなどの深刻な心理的問題が特に高率に見られることが指摘されている（明智ら, 1998）。こうした中、集団精神療法、芸術療法、催眠療法、自律訓練法、再決断療法などの心理療法の他、サポート・グループ、ピア・カウンセリングなど、様々な形態のがん患者への心理的援助が試みられている。ターミナル期の患者を対象を特化した心理的援助技法としては、ディグニティ・セラピー（Chochinov, 2005）が提唱され、日本でも実践が始まっている（小森, 2007）。また、元来は高齢者を対象とした心理療法であるライフ・レビュー・インタビューを、ターミナル期のがん患者に実施する試みもなされてきた（安藤ら, 2007）。こうした言語を用いた心理面接により、自らの人生の振り返りや、人生の意味の再統合、人生の肯定的な捉え直しを可能にする効果が期待されるため、多くの喪失を重ね、生の意味への疑問（Spiegel&Classen, 2000）を経験するターミナル期のがん患者に対しても、有効性をもつと考えられる。

しかし、これまで述べた心理的援助は、主に緩和ケア病棟を含む病院などの施設内で行われており、在宅領域でのターミナル期の患者への心理的援助実践の報告（川居, 2009）はまだ少数である。日本では、今後、在宅死の急激な増加が見込まれており、在宅におけるターミナル期の心理的援助の実施と、ケース検討の積み重ねが急務となる。また、心理

的援助について検討する際は、クライアントとセラピストの関係を、介入する者とされる者に分けて捉えるだけでなく、双方向的な関係性として把握することが必要とされている。そのためには、クライアントとセラピストの相互作用を詳細に分析する視点が不可欠となる。

また、筆者が在宅ターミナルケアに携わる臨床心理士を対象として行った調査では、多職種が緊密に連携してチームとして患者・家族へのケアを提供することが重要であることが示唆された。そこで、本研究では、在宅ターミナルケアに既に半世紀以上も取り組んできた診療所の調査協力を得て、臨床心理である筆者自身が在宅ターミナルケアチームに参加し、ターミナル期のがん患者とのカウンセリングを試みた。本報告書では、手始めとして、1つのケースの中の相互作用に焦点を当てた分析を行った。こうしたケース単位の丁寧な検討を重ね、その結果を紹介することが、今後の在宅ターミナルケアにおける心理的援助を考える際の手がかりとなると考えられる。

II. 目的

上記をふまえ、本報告書では、調査期間に実施されたケースの1つに焦点をあて、マイクロな分析を通してクライアントとセラピストの間に見られた相互作用を分析することを目的とした。

III. 方法

1. 研究方法の理論的検討

臨床現場における研究では、研究者自身が援助実践者としての立場を兼ねることで、よりアクチュアリティの高い研究が可能になる。そこで、本研究では、臨床心理士である筆者自身が既に在宅医療が行われているフィールドに入り込み、訪問診療に同行するとともに、臨床心理士としてターミナル期の患者の心理面接を実施する実践研究の形態をとった。下山(2008)によれば、実践研究は、研究者自身が実践活動に携わりながら研究も行う「実践を通しての研究＝純粋な実践型研究」と、実践活動を調査する位置に研究者が立つ「実践に関する研究＝準実践型研究」に分類される。本研究は、筆者自身を含むチームによる援助の実践とその検討を行うものであるため、「実践を通しての研究」であるといえる。

研究者自身が実践者を兼ねる実践的研究においては、臨床家としての研究者自身の主観を排除することは不可能であり不必要である。本研究では、筆者自身の主観を、むしろ積

極的に分析の道具として活用する立場をとるものである。こうしたことから、本研究では、研究者の主観を活用した分析が可能となる質的研究法を採用した。

質的研究法には数多くの分析方法がある。本報告書における分析では、クライアントとセラピストの相互作用を、その文脈の中で捉える視点が不可欠となった。そのため、コミュニケーションと、それを取り巻く社会的な文脈を併せて分析できる方法として、ディスコース分析が適切であると考えられた。ディスコース分析は、コミュニケーションはその主体間の関係性や社会的なディスコースの影響を受けて生成されると同時に、そうした社会的文脈を再生産したり、変化させたりする作用をもつものであると考える。こうした視点に立つと、本研究は社会的なディスコースの中でその影響を受けながら行われていると同時に、本研究を行うこと自体が社会に対して何らかの影響を与えるものと考えられる。

ディスコース分析は、様々な理論を包含しているが、今回の分析では、関係的弁証法理論 (Relational Dialectics Theory) を採用した。関係的弁証法理論は、コミュニケーションの中で複数の矛盾したディスコースが相互作用する過程で意味が生成されると考える、関係性の中での意味生成の理論である。ここでいうディスコースは、私たちが他者と対話をするとき常に発せられている意味のシステムのことである。一つのディスコースは、意味についての一つの文化的なシステムである。これがコミュニケーションする話者の間で共有されることによって、発話の理解が支えられている。コミュニケーションの中では、複数のディスコースが矛盾し対立していることが多い。関係的弁証法理論は、こうした意味システム同士の競合、すなわち、ディスコースの緊張関係に焦点化する。関係的弁証法理論の立場では、ディスコースの矛盾は、不可避かつ不可欠なものであり、意味生成における核心的なものだと考えられる。

実証主義的、解釈的、批判的という従来の3つの研究パラダイムで考えると、関係的弁証法理論は解釈的パラダイムに近い。しかし、解釈的パラダイムでは、合意され、一元化され、共有された意味に焦点をあてることのあるのに対し、解釈的立場の新たな潮流では、意味は本性的に、断片化し競合するもので、討論的プロセスの中で生成されるものと考えられる。Deetz(2001)は、こうした動きを第4のパラダイムと捉え、「対話的パラダイム」と呼ぶが、関係的弁証法理論はこれに最も近いと思われる。

関係的弁証法理論は元々、Bakhtin の対話主義に依拠する。しかし、関係的弁証法理論では、「対話的」よりも「弁証法的」という言葉を用いる。ただし Bakhtin(1986)は、ヘーゲル・マルクスの弁証法における正-反-合という機械的な観念変化の展開は、コミュニケー

ションを作り上げる「生きた言葉」から離れているとして批判的だった。Bakhtin の意味での対話主義は、整ったシステムや秩序だった構成を破壊するものとして弁証法を捉える Murphy(1971)の立場に近いものである。Bakhtin(1984)が述べるように、すべての意味生成は多声的で対話的なものとして理解される。日常の会話において人々は、個人の視点のユニークさを保ちながらも、自分の視点を相手の視点と相互作用させなければならない。

この理論は、以下の3つの中心的な命題によって特徴づけられる。3つの命題は相互に関連するものであり、全体として理解されるべきものである。

命題1：意味は、異なる、あるいは、対立するディスコース間の葛藤から生起する

命題2：ディスコースの相互浸透 *interpenetration* は、共時的 *synchronic* であり、通時的 *diachronic* である

命題3；矛盾するディスコースの相互浸透が、社会的現実を構成している

意味は、互いに異なるディスコースをもつ話者間の対話の中で、ディスコースの葛藤を通して弁証法的に生成される（命題1）。これらのディスコースは葛藤しながら相互に浸透していく。こうしたディスコース間の相互作用は、ある瞬間において捉えることが可能な共時的なものであると同時に、その変化のプロセスとして捉えることも可能であるという点で通時的なものでもある（命題2）。さらに、こうしたディスコースの相互作用は、特定の対話の中に生起するものであると同時に、変化が一定の時間持続することによって、社会的な現実を構成していくものとして捉えることもできる（命題3）。ただし、こうして再生産された意味自体もまた、固定的ではなく、新たに生起する変化のプロセスの一部だと考えられる。

関係的弁証法理論によるコミュニケーションの分析では、(a)発言を理解可能で正統なものにしている多様なディスコースを特定すること、(b)意味を産出する中で、これらのディスコースがいかにして相互浸透するのかを問うことによって、この弁証法的プロセスを理解することを目指す。これが、分析の第1ステップとなるが、多くの研究は、この第1ステップの分析を用いている。今回の分析においても、全ステップを用いることはせず、この第1ステップを参照した分析を行った。

2. データ収集の手続き

在宅で療養するターミナル期の患者を研究協力者とし、臨床心理士である筆者が、週に

1 回程度患者宅を訪問し、カウンセリングを行った。1 回の面接時間は、60 分を目安として患者の体調および希望に応じて調整した。面接期間は、患者の体調などにより面接が困難になった時点で終了するとしていたが、本ケースでは、4 回目の面接後に呼吸苦を理由に中断となった。面接は、協力者および家族の同意を得て録音し、逐語録を作成した。

初回に「患者・家族向けパンフレット（説明文書簡易版）」（添付資料 1）をお渡しし、口頭で説明を加え、質問にお答えした。本ケースでは、同居家族である妻と、別居であるが介護に最も協力的であった長男嫁の同席のもと、インフォームド・コンセントを行った。その場になかった息子などの意思確認は、妻らを通して間接的に行った。

3. 倫理的配慮

本研究は、東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会による承認（審査番号：11-62）を得て実施した。

研究①では、研究協力の任意性を確保するため、自発的に協力を申し出た患者を対象とした。協力意思に変更があった場合であっても、面接を継続し、患者にとって不利益が生じないことを事前に説明し、実施期間中にも補足的に説明を行った。説明文書は、協力者の視力や理解力に配慮して作成し、口頭による説明で理解を補い確認した。

ターミナル期の患者や家族の自宅に入るという研究の設定であるため、プライバシーへの配慮を慎重に行った。まず、個人情報ランダムな符号への変換などの処理を行い、個人の特定につながることをないようにした。また、カウンセリングの中で話された内容のチーム内での共有および研究資料としての活用については、事前にクライアントと相談し、更に、カウンセリングの中で事後的に再度意思確認を行った。

また、在宅ターミナルケアにおける訪問カウンセリングという心理的援助の形態は、臨床心理学の中でも確立されたものではないため、カウンセリングの内容についての臨床的なスーパービジョンと学術的なスーパービジョンが必要であると考えね臨床心理士の資格をもつ質的研究の専門家によるスーパービジョンを継続的に受けた。

IV. 結果と考察

1. 調査協力機関について

本研究では、50 年ほど前から親子二代で地域に密着した医療を展開している A 病院に調査協力を依頼した。協力の窓口となった副院長の B 医師は、在宅での緩和ケアと看取りに

長く取り組んでこられ、心理的援助やスピリチュアルケアについても造詣が深く、本研究に理解を示し積極的に協力して下さった。

本ケースでは、協力機関である医院による訪問診療に加え、他事業所から訪問看護が入っていた。また、居宅介護支援事業所のケアマネージャーは福祉用具の手配などで関わっていたが、家族の意向で最後まで介護士は導入されなかった。

2. ケースの概要

Cさんは、60代後半の男性で、調査時は妻と2人暮らしであった。2人の息子は近所に暮らし、それぞれ妻と子ども2人がいる。X年Y月末、持病の定期検査の際に、末期の胆管がんが発見され、既に治療法がないことが本人と家族に告知された。突然の告知に驚き怒ったCさんは2日後に退院してしまい、A医院の訪問診療を受けるようになった。B医師から筆者の話聞いたCさんはカウンセリングを希望し、Y+1月中に4回のカウンセリングが実施されたが、呼吸苦が強くなりカウンセリングは中断された。Y+3月10日には、孫も集まって誕生日を祝い、2日後の12日、自宅にて息を引き取った。介護ベッドで添い寝していた長男が気づかなかったほど、静かな最期だったということだった。

3. カウンセリング場面の抜粋

以下に、今回分析対象とした場面の逐語録を示す。

上述のように、Cさんとの訪問カウンセリングは、在宅ターミナルケアにおける心理的援助についての研究を兼ねたものでもあった。セラピストはCさんに対し、自身が臨床心理士であると同時に、大学院生でもあると説明していた。カウンセリングを始めるにあたり、研究への協力を依頼したところ、「役に立ちたい」と話して快諾され、カウンセリングの録音にも積極的に応じて下さった。

肺気腫の既往のあるCさんにとって、話すという行為は苦痛を伴うものであった。また、呼気にのせて掠れた声を微かに吐き出すように話すため、発話の内容は非常に聞き取りにくいものであった。セラピストによる聞き返しや聞き間違いが多いのはこのためである。しかし、Cさんは自ら「人生のおさらい」という目標を設定し、これまでの人生や現在の思いについて熱心に語られた。Cさん自身が焦点となるカウンセリングの中で、以下の抜粋は、セラピストの過去の経験やCさんとセラピストの関係性に焦点が移動した珍しい場

面であった。なお、この場面は、全4回のカウンセリングのうち、3回目の中盤からの抜粋である。

TH:セラピストの発言、CL:クライアントの発言、<>:発言中に入る相手の相づちなど、

××:聞き取り不能、(笑):笑い声

TH1 (・・・)ご家族も変わりました？

CL1 いや、家族、あ、変わったね(笑)

TH2 変わりました。

CL2 全然みんなもう<あー>。(咳)気持ち悪い(笑)

TH3 気持ち悪い(笑)

CL3 そりゃそうですよ(笑)

TH4 誰がどんな風が変わったのが気持ち悪いですか？(笑)

CL4 (笑)

TH5 全体に。

CL5 全体によ<うん>。今まできもしない孫が子どもが毎日毎日来るんですよ。

TH6 あ、お孫さん、そんなに、来てなかったんですね。

CL6 いや<うーん>、××。

TH7 うんうん。そんなに、毎日毎日では。

CL7 孫は××××。僕の子ども達がね<はい>かわった。

TH8 息子さんたち。

CL8 孫たちは××。

TH9 うーん。お孫さんたちは病気とだけ聴かせてあるっていうことでしたよね。

CL9 ..あんたは××ですか<はい？>こういう××と会話して<はい>なんていうんですか、その、したのは初めてですか？

TH10 初めて？

CL10 うん、あなたの、経験が。

TH11 えーと、こういう感じで<ええ>、在、お家で、療養されている<うん>方とお話するのですか？

CL11 そうそうそう。

TH12 あ、あの一、何人か、お話をこれまでも聴かせて頂いてますね。

CL12 なくなったかた。

TH13 ん？

CL13 亡くなりました？

TH14 亡くなった方もいらっしゃいますし、あの、お元気で、っていう方ももちろんいらっしゃいますし。あの一、なかには、余命宣告を受けたにも関わらずくうん>、お医者さんの予想を超えて今もピンピンしてらっしゃるかたもいます(笑)<(笑)>色々な方がいらっしゃいました。

CL14 うん。××(笑)<(笑)>××。これはずっと続けんですか？

TH15 この、お話をするっていうことですか？くうん>A さんの方がよろしければ、こんな感じで週に1回ぐらいお聴き出来ればなって思っていますね。

CL15 打ち切る場合、××。

TH16 ん？仕切る場合ですか？

CL16 打ち切る場合。

TH17 仕切る場合。

CL17 うん。疲れたとか。

TH18 疲れた。あの一、お身体に障るようでしたら、もう、やめておきたいと思うんですけど、今、きついですか？お話するの。

CL18 いやいや、そんなことはない<大丈夫ですか>。今は。

TH19 今日は大丈夫ですか？

CL19 いや、そうじゃなくてねくうん>。なんて言うのかな<はい>。あの、自分の身辺整理のために<はい>××気持ちがよくてやっていますからね<身辺整理>のためにと思ってやってるんだけど。でも、やっぱりもう何ていうのかな。責任を感じちゃうっていうか。××。

TH20 責任を感じちゃうくうん>。

CL20 いや、あなたに対して。

TH21 私に対するくうんうん>責任を感じてくださってるんですか？うーん。あの、それは、とってもありがたいんですけど、どんな責任を感じさせてしまってますか？

CL21 うん、いやいや、××<はい>。あるじゃないですか、そういうのってくうん>。なんかちょっと心にひっかかるものが××。

TH22 心にひっかかるものがくうん>。今、心にひっかかるものが。

CL22 いやいや、今はくうん>、わかんないけどくうん>。今は元気ですよ(笑)くうん
>。

上記の逐語録について、関係的弁証法理論の枠組みから、クライアントとセラピストがもつディスコースの葛藤に注目して分析を行った。

[CL19,20]においてCLは、THに対して「責任を感じちゃう」と述べている。ここでCLは、THに対して何か申し訳なさのようなものを感じていたと考えられる。その内容は明言されていないが、ここでCLは、一人の社会人としての他者に対する責任を感じていたと想像して検討を進める。ここで想定される責任は、<引き受けたことは責任をもってやり遂げるべきである>という【社会的責任のディスコース】から生じるものと捉えることができる。上述したように、この面接は、CLへの心理的援助を第一の目的としながらも、THによる調査を兼ねるものであり、CLは、「役に立ちたい」という意図から研究への協力を承諾していた。つまり、CLは、自分が心理的ケアを受けることだけでなく、それが後の患者や社会に役に立つことをも求めていた。さらに、TH自身の研究にも役立ててあげたいという気持ちがあったのかもしれない。それが[CL20]の「あなたに対して」という言葉になったと考えられる。

それに対し、[TH21]に見られる「責任を感じさせてしまって(いますか)」という言い回しからは、CLが責任を感じることをネガティブに捉え、そのような状態を作ってしまうTHに非があると捉えていることがうかがわれる。その背景にはTHが、<カウンセリングにおいて責任を負うのはTHである>という【カウンセリングのディスコース】を持っていることが見てとれる。

ここでは、2人がそれぞれもつ2つの異なるディスコースが対立することで、責任を巡る齟齬が起こっていたことがわかる。実は、THはこの時、直前の[CL15-17]を聞き取ることができず、これが中断に関わる話題であることを理解していなかった。しかし、この次の回の面接の後CLから中断の申し出があり、このカウンセリングは終了した。もし、CLの言葉をTHがその場で受け取ることができていたなら、ここに【社会的責任のディスコース】と【カウンセリングのディスコース】の葛藤が生じ、新たな社会的現実を構成するような止揚が起こっていたかもしれない。たとえば、2人の関係性を互いがどのように捉えようとしているかという点での差異が明確になることによって、THの側はCLを共に責任

を担う主体として捉え、責任を果たそうとする CL に敬意を伝えながら中断を勧めることもできたかもしれない。そして、CL の側は「心にひっかかるもの」を軽減して、より楽な気持ちで中断の意向を伝えることができていたかもしれない。ここには、ディスコースの弁証法的な対立から意味が生成されるプロセスの端緒がありながら、残念なことに、それを逃してしまっていたわけである。

4. これまでの分析から得られた考察

この場面では、研究協力という要因の存在が、コミュニケーションに影響を与えていたと考えられるが、C さんのもつ【社会的責任のディスコース】は、より広く、ある程度以上の心理的健康度をもつクライアントに共通してある可能性がある。

カウンセリングの場面において、クライアントは被援助者という、ある意味で弱い立場が形成されることが多い。大きな困難を抱えるクライアントにとっては守られる立場が不可欠なこともあるが、身体疾患を契機とした心理的困難を抱えるクライアントの場合、クライアントが本来持つ主体性がある程度保たれていることが多い。

ターミナル期には、ADL の低下などから自律性が損なわれることが多く、自律性の喪失がスピリチュアルペインの一因になることが指摘されている。今回 C さんが「社会的責任」を引き受けようとしたことは、自律性が失われていく中でも C さんが社会的な存在として自己を呈示したものであったかもしれない。C さんを自律的存在として尊重することができていたなら、スピリチュアルケアの観点からも望ましいものであったと考えられる。ただし、患者によって病前のパーソナリティや社会的立場は異なる。個別の背景を考慮して、クライアントの主体性の尊重の度合いを決めていく必要があるだろう。その際、逐語録からクライアントが持つディスコースを抽出するディスコース分析が、1 つの有効な技法となりうると考えられる。

V. まとめにかえて

今回の分析では、1 つのケースから短い場面を切り出し、そこに見られるクライアントとセラピストの相互作用を、ディスコースの葛藤という視点から検討する、マイクロな分析を行った。その分析から、ターミナル期のカウンセリングにおいて、患者の主体性の尊重の度合いという視点をセラピストがもつ必要があることが示唆された。

本報告では、1 つのケースに焦点をあて、セラピストとクライアントの相互作用について

微視的に検討した。今後は、他のケースについても同様に個別の分析を行うこと、更に、複数ケースのバリエーションと共通性について検討していくことが必要になるだろう。また、多職種チームの中での臨床心理士による心理的援助についても検討していきたい。

VI. 謝辞

本研究にご協力くださった、患者さま、ご家族や関係者の皆さまに感謝申し上げますとともに、亡くなった患者さまのご冥福を心よりお祈り申し上げます。多忙な業務を抱えながら研究にご協力くださった研究協力機関の医院のみなさま、連携事業所のみなさまに、深く感謝申し上げます。また、東京大学大学院の能智正博教授には、温かいご指導とサポートに感謝いたします。

本研究は、勇美記念財団の助成を受けて実施しました。ここに深謝いたします。

VII. 引用文献

明智龍男, 久賀谷亮, 奥山徹, 三上一郎, 中野智仁, 岡村仁, 内富庸介. (1998). 末期癌患者に対する緩和療法. 血液・免疫・腫瘍, 3(3), 824-826.

安藤満代, 森田達也. (2008). 終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践. 看護技術, 54(9), 973-977.

Bakhtin, M. M.(1984). Problems of Dostoevsky's poetics. In C. Emerson(Ed. and Trans.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bakhtin, M. M.(1986). Speech genres and other late essays. C. Emerson & M. Holquist(Eds.); V. McGee(Trans.). Austin: University of Texas Press.

Baxter, L. A. & Braithwaite, D. O. (Eds.) (2008), Engaging theories in interpersonal communication: multiple perspectives. CA: Sage.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of Clinical Oncology, 23(24), 5520-5525.

Deetz, S.(2001). Conceptual foundations. In F. M. Jablin & L. L. Putnam(Eds.), The new handbook of organizational communication. Thousand Oaks, CA: Sage.

池上直己. (2008). わが国の医療提供体制と緩和ケア. (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究

- 振興財団「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2008, pp.1-5.
- 川居利有. (2009). 在宅緩和医療サービスにおける心理士の役割（特集 がん在宅医療と緩和医療）. 緩和医療学 11(3), 223-229.
- 小森泰永. (2007). 余命半年、あなたは何をしますか?—ディグニティ・セラピーの実践. 腫瘍内科 1(4): 372-377.
- 向後裕美子 (2011). 在宅ターミナルケアにおける臨床心理士による心理的援助実践—インタビューデータの質的分析に基づく2つの援助実践の比較検討— 日本心理臨床学会第28回大会発表論文集, 323.
- 厚生労働省(2012). 平成23年（2011）人口動態統計（確定数）の概況 結果の概要 厚生労働省 2012年9月6日
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/index.html>> （2013年8月30日）
- 下山晴彦・能智正博(編). (2008). 心理学の実践的研究法を学ぶ. 新曜社.
- Murphy, R.(1971). The dialectics of social life. New York: Basic Books.
- Spiegel&Classen. (2000). Group therapy for cancer patients -- A research based handbook of psychological care. Basic books, New York.

表紙

患者さま・ご家族の方へ

ご自宅で療養生活をされている
患者さん・ご家族のみなさまの
心のケアをさせていただきます

＊調査にご協力くださる方も募集しております。
今後の改善のために、お力をおかけください。

裏表紙

🌸途中でやめたくなったら？

カウンセリングも調査の協力も、いつでもやめることができます。調査協力のほうだけをやめて、それまでどおりにかウンセリングを続けることもできます。

調査協力をやめたいときは、最初にお渡しする「同意撤回書」に署名して、話しやすいスタッフにお渡しください。または、口頭でご意向をお伝えくださるだけでも構いません。「今日はやめておく」「最初から全部なしにする」など、ご希望を尊重いたします。

途中でやめたりましたからといって、先生や他のスタッフが気を悪くするようなことはありませんので、ご安心ください。

🌸カウンセラーはどんな人？

臨床心理士の向後裕美子（こうご ゆみこ）と申します。がん患者さんのサポート・グループや、心理相談室のカウンセラー、小学校のスクールカウンセラーなどの仕事をしています。また、大学院で心理学の勉強や研究をしています。

連絡先

電話：090-****-****

メール：kag@youme@gmail.com

住所：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院 教育学研究科 臨床心理学コース

向後裕美子（こうご ゆみこ）

🌸療養生活の中でつらいことやお困りのこと はありますか？

療養生活の中では、誰でもつらいことやお困りのことがあるものです。そんなときは、カウンセラ―に相談してみませんか？お話の中で、気持ちの整理ができたし、自分で気分を落ちさせられるためのヒントが見つめたりするかもしれません。関心をお持ちの方は、気軽に声をおかけください。ご希望の方には、カウンセラ―がご自宅にうかがって詳しくご説明いたします。

カウンセラ―には、たとえば下のような方法があります。
ご希望をお聞きして、患者さまの状況に合うものを選びます。
ご家族の方も一緒に、または別の時間に受けていただけます。

お話中心のカウンセラ―
どんな内容でも構いません。
お話をじっくりお聞きします。

メッセ―ジセラ―

これまでの人生のこと、大切な人に伝えたいことなどを文章にするお手伝いをします。お話を録音し、次の回の時に、文字にしてまとめたものをお渡しします。それをもとに、一稿に改訂をしていき、全部で4回くらいかけて完成させます。

リラククス・呼吸法

痛みや悩みがあるときは、体の力を抜くことが難しくなります。専門家が開発した方法で、体の力をほぐしてあげましょう。

気分調整ルーニング

自律訓練法という方法を使って体と心の状態を整えます。はじめは少し練習が必要ですが、上手になると一人でリラククスできるようになります。不安や痛みが軽くなる人もいます。

*カウンセラ―は、完全に無料です。

*時間や頻度は相談して決めさせていただきます。週に1回、30～60分くらいが一般的ですが、ご都合に合わせて調整いたします。

*医師や看護師などに知られたくないお話もあると思います。何を誰に、どのように伝えるかは、その程度ご相談いたします。誰かの身に危険がおよぶような場合を除き、秘密は厳守いたします。

ここからは、調査に協力してくださる方へのお願いです。
ご興味をお持ちの方、お力を貸してくださる方、往診の際などに、カウンセラ―や医師、看護師にお伝えください。

🌸今後の改善のために、よろしくねば調査にもご協力ください。

最近、大きな病院を中心にカウンセラ―が増えてきましたが、在宅ケアの中では、カウンセラ―はほとんど行われていません。今後、もっと多くの方が安心してご自宅で過ごせるように、在宅ケアでのカウンセラ―について調査しています。①②のどちらかでも構いませんので、よろしければご協力をお願いします。

①カウンセラ―を録音させてくださる方

カウンセラ―自体は、通常とお呼び行います。その様子を、小さなレコーダーで録音します。

②カウンセラ―の感想などを録音させてくださる方

カウンセラ―を受けて思ったことや感じたことを質問します。同じレコーダーで録音します。

*録音は文字化して、在宅ケアでのカウンセラ―を改善していくために、学術で発表したり、論文を書くときに引用したりします。その際は、お名前や地名などはあわせて、個人が特定されないように細心の注意を払います。

*ご関心をお持ちくださった方には、カウンセラ―から直接、詳しいご説明をいたします。説明をお聞きになってから、ゆっくりにお考えください。

調査協力のお申し出が、な、方のカウンセラ―
を、無断で録音したり公表したりすることは絶対
にございませので、ご安心ください。