広島大学大学院教育学研究科紀要　第三部　第63号　2014　57－65

地域がん患者会の参加者におけるソーシャルサポートの授受と心理的適応との関連

黄　　正国・兒玉　憲一[1]
（2014年10月２日受理）

The Relation Between Psychological Adaptation of Cancer Survivors and Receiving and Providing Social Support in Community-based Self-help Groups

Zhengguo Huang and Kenichi Kodama

Abstract: The relation between psychological adaptation of cancer survivors and receiving and providing social support in community-based self-help groups (SHGs) were investigated. Members of SHGs for cancer survivors (N=347) completed a questionnaire inquiring their background. They also responded to several scales, including the scales on receiving and providing social support, and Benefit Finding Scale-Revised (BFS). Results indicated that both receiving and providing social support had a direct buffering effect on BF domains. Moreover, the members of SHGs who scored high on both receiving and providing social support scales scored higher on the BFS compared to those with low scores of both types of support. These findings suggested that the levels of receiving and providing social support and an appropriate balance between these support, affected on psychological adaptation of cancer survivors.

Key words: self-help group, cancer survivor, receiving and providing social support
キーワード：セルフヘルプ・グループ，がん体験者，ソーシャルサポート受領と提供

問題と目的

近年，がん治療の技術の進歩によって，がんの治療効果は全体的に向上し，地域社会で暮らしているがん体験者が増えている。地域の中で周りとの社会的なつながりを維持させることがん体験者の心のケアにおいて重要とされている（厚生労働省，2012）。一方，伝統的なコミュニティの崩壊による人間関係の希薄化が様々な社会病理を生み出している中，社会関係におけるがん体験者の心理的な適応を促進する要因として，ソーシャルサポートの大切さが提唱されている（Spiegel, Morrow, & Classen, 1999）。

ソーシャルサポートとは，個人が生活していく上で，周囲から受ける様々な支援のことで，情緒的な側面と手段的な側面に大別される（野口，1991）。1960年代にコミュニティ心理学の分野において最初に注目されて以来，様々な年齢層や社会集団を対象に研究が行われてきて，良好な精神的健康や心理的適応に寄与すると報告されている（福井，2006）。がん体験者においても，他者からのソーシャルサポートは精神的健康の改善に効果があることが示されている（Spiegel et al., 1999）。

身体機能の低下や社会的役割の喪失を経験しているがん体験者には，他者から援助を受ける立場になりやすいという印象が強かったためか，今まで他者から受けたサポートに注目した研究が多かった（宮下，2004）。一方，従来のソーシャルサポート研究では，

[1]比治山大学現代文化学部

一方的に他者に依存したり援助してもらう（サポート受領）だけでなく，同時に他者に対する援助を行うこと（サポート提供）によって，個人の自尊感情が高まり，精神的健康と心理的適応が向上される報告もある（三浦・上里，2006）。また，ソーシャルサポートを双方向的に扱ったその後の研究では，人から支援を受けること（受）と，人に支援をすること（授）の均衡性が重要であり，つまり，ソーシャルサポートの受領と提供のバランスが保っている者が，最も生活の質（QOL）が高いと論じられている（林・岡田・白澤，2006）。しかし，がん体験者におけるソーシャルサポートについて，受領と提供の両側面から検討した研究は，きわめて少ない（高井，2011）。

また，がん体験者に対するソーシャルサポートとして，医療従事者や福祉機関の職員などの専門家によるサポートと，家族，友人などの非専門家によるサポートを取り上げた研究が多かったが，最近，重要なソーシャルサポートとして，同じくがんを体験した者の支え合いが注目されるようになった。全国各地で地域がん患者会が立ち上げられ，地域に住むがん体験者にとって，重要なソーシャルサポート授受の場となっている（黄・舘野・山村・岩田・兒玉，2011）。黄・荒井・兒玉（2013）は，がん患者会参加者を対象に質問紙調査を行い，積極的に地域がん患者会に参加し，会の役職を担当しているがん体験者ほど，精神的健康状態と心理的な適応が良いという結果が示され，患者会に参加することによって，がんで喪失した社会的な役割を再び獲得され，心理社会的な苦痛が緩和されることが示唆された。しかし，参加者同士におけるソーシャルサポートの受領と提供の程度や授受のバランスが参加者の心理社会的適応に及ぼす影響について，まだ検討されていない。

さらに，今までがん体験者へのソーシャルサポートについての心理学的な研究は，一般的な社会生活におけるサポートの有無や人数，接触頻度などソーシャルサポートネットワークのサイズを取り上げて検討したもの（塩崎・平井・所・荒井・中，2006）が多かった。しかし，がん患者会という限定された集団場面におけるがん体験者同士のソーシャルサポート受領と提供の程度及びそのバランスについて，測定する方法はまだ確立されておらず，数量的な手法で十分な研究成果が得られているとは言い難い。地域患者会が援助資源としての有効性を明確にするために，地域がん患者会におけるソーシャルサポートの授受とそのバランスを適切な手法で測定し，心理的適応との関連を数量的に検討することが求められている。

ところで，本研究では，黄他（2013）と同じく，がんという逆境体験によって得られた自己認識の肯定的な変化を表す「ベネフィット・ファインディング（以下 BF）」をがん患者会参加者の心理的適応の指標をとして取り上げた。がん体験者が患者会への参加を通して，がんによって損なわれた社会的な役割を再度獲得し，新たな生きる意味を模索する心理的適応のプロセスの中で，「がんの恩恵」を見出すことは欠かすことのできないステップとされている（室田・武居・神田，2013）。BF は，「がんの恩恵」を心理学的にとらえる概念とされている。黄・兒玉・荒井（投稿中）は，患者会参加者用に BF 尺度の改訂版を作成し，その信頼性と妥当性を確認した（詳細は，「方法」を参照）。また，BF 尺度改訂版の得点は，がん体験者の心理社会的な苦痛の軽減と関連していることが明らかになっている（黄他，2013）。

そこで，本研究では，がん患者会参加者のソーシャルサポートの受領尺度と提供尺度の得点と BF 改訂版尺度得点との関連性を検討し，ソーシャルサポート授受の程度及び両者のバランスと心理的適応との関連を明らかにすることを目的とした。

方　法

分析対象者　全国のがん患者会代表者を対象とした調査（黄・中岡・兒玉，2012）で回答が得られた119団体に，各会の参加者を対象とする質問紙調査の協力を依頼した。承諾を得られた20団体の参加者761名を対象に無記名自記式質問紙を各代表者経由で配布し，郵送法で376名から回収した（回収率49.4％）。そのうち記入漏れのない347名を分析対象者とした（有効回答率45.6％）。調査時期は2012年８月から９月であった。

質問紙の構成　質問紙の構成は，以下の通りであった。①回答者の属性（性別，年齢，罹患年数，治療状況，がんの種類）についてたずねた。②患者会の参加状況（参加年数，参加頻度，会の役職を担当しているかどうか），患者会への満足度（「この患者会の活動全体に，どの程度満足していますか」に７件法で回答を求めた）についてたずねた。③患者会参加者用ソーシャルサポート受領尺度項目：野口（1991）をベースとし，黄・中岡・高田（2011）のがん患者会参加者のやり取りに対する参加観察のデータに参考して，質問項目を作成した。情緒的サポート「例：悩み事や心配事があるとき相談に乗ってもらう」と手段的サポート「例：家事や外出などで困ったとき手助けをしてもらう」，それぞれ３項目で，合計６項目。「ほとんどない」＝１，「たまにある」＝２，「時々ある」＝３，「よく

ある」＝４の４件法で回答を求めた。④患者会参加者用ソーシャルサポート提供尺度項目：③の受領尺度項目と同じ項目内容であり，提供の程度をたずねた「例：悩み事や心配事があるとき相談に乗ってあげる」。③と同じように4件法で回答を求めた。⑤患者会参加者用 BF 尺度改訂版（以下，BFS-R）（黄他，投稿中）：「がんになってから現在まで」を想起期間として，自分自身のポジティブな変化についての認識を尋ねる。26項目，「あてはまらない」＝１，「あまりあてはまらない」＝２，「ややあてはまる」=3，「あてはまる」＝４の４件法で回答を求めた。①「肯定的人生観の獲得（以下，肯定的人生観）」（例：「残った人生の中でできることを考えて，計画した」），②「人間としての人格的な成長（以下，人格的成長）」（例：「我慢強い人間になった」），③「家族への愛情の深まり（以下，家族愛）」（例：「家族との距離が近くなった」），④「友人関係の広がり（以下，友人関係）」（例：「新しい友達ができた」），⑤「感謝の念の深まり（以下，感謝）」（例：「日々感謝の気持ちを持って生活するようになった」），⑥「宗教心の活性化（以下，宗教心）」（例：「宗教に関心を持つようになった」）の６つの下位尺度からなる。

調査手続き　質問紙と切手の貼られた返信用封筒と一緒に，患者会代表者経由で参加者に配布し，個別に回答した後に郵送してもらう形式で回収した。これは，それぞれのがん体験者は，自宅で自分の体調や記入速度に応じて回答できるよう考慮したためである。

倫理的配慮　本研究は広島大学大学院教育学研究科の研究倫理審査を受けた。患者会名や個人名を公表しないことを条件に，将来医学・心理学分野の学術誌に発表する可能性のあることを質問紙の表紙に明記し，協力者の承諾を得た。

結　　果

分析対象者の属性の概要 Table 1に示すように，347名のうち，男性11人（3.2%），女性336人（96.8%）。平均年齢は59.6歳（*SD*=10.3），平均罹患年数は8.8年（*SD*=6.9）であった。がんの種類の内訳は乳がん293人（84.4%）と最も多く，次いで血液がん24人（6.9%），消化器がん９人（2.6%）の順であった。現在の治療状況は，「治療なし」が最も多く204人（58.8%），次いで「ホルモン療法」87人（25.1%），「化学療法」40人（11.5%）の順であった。人口的分布は，患者会参加者を対象とした他の実態調査（黄他，2012，2013）でも同様であった。

がん患者会への参加状況の概要　Table 1に示すように，患者会への平均参加年数は6.9年（*SD*=5.7）。患者会の会合への参加頻度は，「8，9割参加」が最も多く75人（21.6%），次いで「6，7割参加」60人（17.3%），「2，3割参加」46人（13.3%）の順であり，参加頻度にバラつきがあった。「会の役職を担当している」と答えた人は91人（26.2%），「会の役職を担当していない」と答えた人は256人（73.8%）であった。がん患者会参加者の参加状況にばらつきがあった。その原因は，患者会は自発的な活動であり，参加者の自由参加が最も大切な特徴である（黄他，2011）。がん体験者たちは患者会への参加に意義を感じながらも，体調などによって，その時どきの参加が決められている。

ソーシャルサポート受領尺度　具体的な項目の平均値と標準偏差（*SD*）は Table ２に示した。情緒的ソーシャルサポート３項目の得点に特に問題はなかったが，手段的ソーシャルサポート３項目について，「平均値－標準偏差」の値は，最低値の１を下回っており，得点の分布に床効果がみられた。また，情緒的ソーシャルサポートの３項目と手段的ソーシャルサポート3項目の α 係数をそれぞれ計算したところ（表２），情緒的なソーシャルサポートは十分な内的整合性（α =.78）を示したが，手段的ソーシャルサポートの α 係数は低い値となった（α =.56）。特に，「モノやお金をもらう（貸してもらう）」という項目について，項目を削除したほうが，α 係数が高くなるという結果になった。このように，手段的ソーシャルサポートの項目は得点分布が偏っており，内的整合性が十分ではなかったため，以降の分析では，情緒的ソーシャルサポートの得点のみ用いた。

ソーシャルサポート提供尺度　具体的な項目の平均値と標準偏差は Table ３に示した。情緒的ソーシャルサポート３項目の得点に特に問題はなかった。手段的ソーシャルサポート３項目について，受領尺度と同様に，「平均値－標準偏差」の値は，最低値の１を下回っており，得点の分布に床効果がみられた。また，情緒的ソーシャルサポートの３項目と手段的ソーシャルサポート３項目の α 係数をそれぞれ計算したところ（表３），情緒的なソーシャルサポートは十分な内的整合性（α =.89）を示した。それに対して，手段的ソーシャルサポートの α 係数はやや低い値となった（α =.67）。手段的ソーシャルサポートの項目は得点範囲が狭かったため，以降の分析では，受領尺度と同じく，情緒的ソーシャルサポートの得点のみ用いた。

患者会参加者用 BF 尺度改訂版　BFS の各下位尺度得点の項目平均値と標準偏差及び α 係数は Table ４に示した。各下位尺度は十分な内的整合性を示した（α s>.67）。ただし，「宗教心」という下位尺度に床効果がみられ，得点範囲が狭かったため，以降の分析

では使用しなかった。

情緒的ソーシャルサポート授受と調査対象者の属性及び患者会の参加状況との関連　情緒的なソーシャルサポート受領及び提供尺度の得点と年齢，罹患年数及び会への参加年数との相関係数を計算したところ，情緒的ソーシャルサポートの受領と年齢の間に負の弱い相関（r=.24, p<.01），また情緒的ソーシャルサポートの提供と罹患年数の間に正の弱い相関（r=.23, p<.01）がみられた。情緒的ソーシャルサポート受領及び提供尺度得点と会への満足度との相関係数を計算したところ，会への満足度と情緒的ソーシャルサポートの受領（r=.34, p<.01）と情緒的ソーシャルサポート提供（r=.21, p<.01）との間に正の弱い相関がみられた。参加頻度の中央値で調査者を高低群に分けて，情緒的ソーシャルサポート受領及び提供尺度得点の平均値を比較したところ，情緒的ソーシャルサポート受領（t=4.00, p<.01）と情緒的ソーシャルサポート提供（t=6.94, p<.01）の得点ともに，参加頻度高群が参加頻度低群より得点が高かった。治療中の参加者と治療を受けていない参加者を比較したところ，治療を受けていない参加者が治療を受けている参加者より，情緒的ソーシャルサポート提供の得点が高かった（t=3.18, p<.01）。役職担当有群と役職担当無群を比較したところ，役職担当有群が役職担当無群より，情緒的ソーシャルサポート受領（t=3.12, p<.01）と情緒的ソーシャルサポート提供（t=4.61, p<.01）の得点が高かった（Table 5）。

Table 1
調査対象者の属性と参加状況

項目			度数(%)
性別		男性	11 人(3.2%)
		女性	336 人(96.8%)
病名	乳房		293 人(84.4%)
	その他	血液	24 人(6.9%)
		消化器	9 人(2.6%)
		婦人科	6 人(1.7%)
		頭頸部	4 人(1.2%)
		呼吸器	3 人(0.9%)
		不明	8 人(2.3%)
治療状況	治療なし		204 人(58.8%)
	治療中	ホルモン療法	87 人(25.1%)
		化学療法	40 人(11.5%)
		放射線療法	5 人(1.4%)
		代替療法	2 人(0.6%)
		緩和ケア	2 人(0.6%)
		手術	1 人(0.3%)
		不明	6 人(1.7%)
平均年齢（*SD*）			59.6 歳(10.3)
平均罹患年数（*SD*）			8.8 年(6.9)
平均参加年数（*SD*）			6.9 年(5.7)
参加頻度	全部参加		31 人(8.9%)
	8，9 割参加		75 人(21.6%)
	6，7 割参加		60 人(17.3%)
	4，5 割参加		41 人(11.8%)
	2，3 割参加		46 人(13.3%)
	1 割程度		35 人(10.1%)
	1 割以下		50 人(14.4%)
役職担当状況	役職を担当している		91 人(26.2%)
	役職を担当していない		256 人(73.8%)

Table 2
ソーシャルサポート受領尺度の平均値，標準偏差及び情緒的サポートと手段的サポート別のα係数

	項　目	*M*	*SD*	α
情緒的ソーシャルサポート	悩み事や心配事があるとき相談にのってもらう	2.17	1.01	0.78
	気を配ったり思いやったりしてもらう	2.20	1.06	
	くつろいだ気分にしてもらう	2.36	1.12	
手段的ソーシャルサポート	具合が悪いとき看護や世話をしてもらう	1.11	0.38	0.56
	家事や外出などで困ったとき手助けをしてもらう	1.05	0.25	
	モノやお金をもらう（貸してもらう）	1.04	0.22	

Table 3
ソーシャルサポート提供尺度の平均値，標準偏差及び情緒的サポートと手段的サポート別のα係数

	項　目	*M*	*SD*	α
情緒的ソーシャルサポート	悩み事や心配事があるとき相談にのってあげる	2.08	0.97	0.89
	気を配ったり思いやったりしてあげる	2.16	0.98	
	くつろいだ気分にしてあげる	1.94	0.97	
手段的ソーシャルサポート	具合が悪いとき看護や世話をしてあげる	1.11	0.62	0.67
	家事や外出などで困ったとき手助けをしてあげる	1.05	0.53	
	モノやお金をあげる（貸してあげる）	1.04	0.29	

Table 4
ベネフィット・ファインディング尺度改訂版の項目平均とα係数

	項目平均	*SD*	α
肯定的人生観	2.74	0.66	0.84
人格的成長	2.64	0.63	0.82
家族愛	3.04	0.79	0.90
友人関係	2.81	0.76	0.71
感謝	3.40	0.58	0.67
宗教心	1.45	0.76	0.77

Table 5
属性，参加状況とサポートの受領・提供

		サポート受領		サポート提供	
	n	平均値（*SD*）	*t*	平均値（*SD*）	*t*
参加頻度	高群(166)	7.32(2.56)	4.00 **	7.14(2.68)	6.94 **
	低群(181)	6.20(2.62)		5.29(2.27)	
治療状況	治療中(142)	6.67(2.63)	0.40 ns	5.64(2.53)	−3.18 **
	治療なし(205)	6.79(2.67)		6.54(2.66)	
役職担当状況	担当あり(91)	7.47(2.83)	3.12 **	7.24(3.00)	4.61 **
	担当なし(256)	6.48(2.53)		5.80(2.39)	

** $p < .01$

情緒的ソーシャルサポートの授受とBFとの関連

情緒的なソーシャルサポート受領及び提供尺度得点とBFSとの関連を検討するために，情緒的なソーシャルサポート受領尺度及び提供尺度得点を平均値によって高群と低群に分け，BFS-R の各下位尺度について，情緒的なソーシャルサポート受領尺度（高群，低群）×情緒的なソーシャルサポート提供尺度（高群,低群）の2要因分散分析を行った（Table 6）。

その結果,「肯定的人生観」では，サポート受領の主効果が有意であった(F(1, 343)=22.15, p<.01)。また，サポート受領とサポート提供の交互作用は有意であった（F(1, 343)=4.13, p<.05)。単純主効果を検討したところ，情緒的サポート提供では，ソーシャルサポート受領が高い群が低い群より「肯定的人生観」が高かった（F(1, 343)=4.91, p<.05)。

「人格的成長」では，サポート受領の主効果（F(1, 343)=3.42, p<.10）とサポート提供の主効果（F(1, 343)=3.55, p<.10）が有意傾向であった。サポート受領とサポート提供の交互作用が有意であった（F(1, 343)=5.33, p<.05)。そこで交互作用について検討したところ，サポート提供の高群のみ，サポート受領の単純主効果が有意であった（F(1, 343)=11.38, p<.01)。

「家族愛」では, サポート受領の主効果が有意であった（F(1, 343)=14.04, p<.01)。サポート提供の主効果と交互作用は有意ではなかった。

「友人関係」では，サポート受領の主効果（F(1, 343)=16.37, p<.01）とサポート提供の主効果（F(1, 343)=10.55, p<.01）が有意であった。さらに，サポート受領とサポート提供の交互作用が有意であった（F(1, 343)=4.35, p<.05)。そこで交互作用について検討したところ，サポート提供の高群のみ，サポート受領の単純主効果が有意であった（F(1, 343)=18.42, p<.01)。

「感謝」では，サポートの受領の主効果が有意であった（F(1, 343)=34.85, p<.01)。また，交互作用は有意であった（F(1, 343)=5.32, p<.05)。そこで交互作用について検討したところ，サポート提供の高群（F(1, 343)=25.34, p<.01）と低群（F(1, 343)=9.67, p<.01）では，サポート受領の単純主効果が有意であった。

情緒的ソーシャルサポート授受のバランスの類型と BF との関連　情緒的ソーシャルサポート受領尺度と提供尺度の得点を標準化し，Ward 法によるクラスタ分析を行った（Figure 1)。受領と提供の得点ともに平均より低いクラスタ（以下 LL 群，n=152)，サポート受領は平均より低いが，サポート提供は平均より高いクラスタ（以下 LH 群，n=31)，サポート受領は平均より高いが，サポート提供は平均より低いクラスタ（以下 HL 群，n=78), 受領と提供の得点ともに平均より高いクラスタ（以下 HH 群，n=86）が抽出された。次に，このような情緒的ソーシャルサポート授受の 4 つのバランス類型を独立変数，BF の各下位尺度得点を従属変数とする 1 要因分散分析を行った（Table 7）。その結果,「肯定的人生観」(F(3, 343)=5.86, p<.01),「人格的成長」(F(3, 343)=5.39, p<.01),「友人関係」(F(3, 343)=17.91, p<.01),「感謝」(F(3, 343)=8.73, p<.01）において，類型の主効果が認められた。多重比較の結果，LL 群より HH 群は,「肯定的人生観」の得点が高かった。また，HH 群は，LL 群と HL 群より「人格的成長」と「友人関係」の得点が高かった。最後に，LL 群と LH 群と比べて，HL 群と HH 群のほうが「感謝」の得点が高かった。

Table 6
情緒的サポートの授受とベネフィット・ファインディング下位尺度との関連

	サポート受領		サポート提供		サポート受領主効果	サポート提供主効果	交互作用
	低群	高群	低群	高群	F（1，343）	F（1，343）	F（1，343）
肯定的人生観	2.51(0.06)	2.90(0.05)	2.71(0.05)	2.69(0.07)	22.15 **	0.07 ns	4.13 *
人格的成長	2.55(0.06)	2.70(0.05)	2.55(0.05)	2.70(0.06)	3.42 †	3.55 †	5.33 *
家族愛	2.85(0.08)	3.22(0.06)	3.06(0.06)	3.02(0.08)	14.04 **	0.17 ns	0.20 ns
友人関係	2.62(0.07)	3.00(0.06)	2.66(0.05)	2.96(0.07)	16.37 **	10.55 **	4.35 *
感謝	3.17(0.05)	3.58(0.04)	3.38(0.04)	3.37(0.06)	34.85 **	0.03 ns	5.32 *

† p < .10; * < .05; ** p < .01

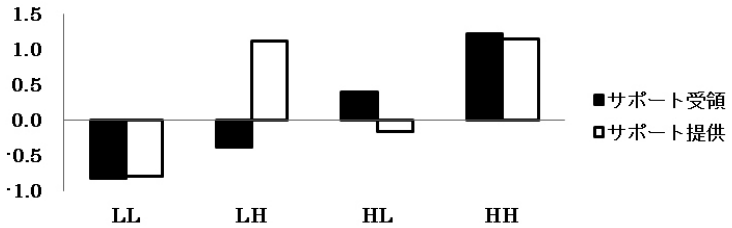

Figure 1. クラスタ分析による情緒的サポート授受のバランスの類型化

Table 7
情緒的サポート授受のバランスの類型のベネフィット・ファインディング下位尺度の比較

	LL	HL	HH	LH	$F(3, 343)$	多重比較
肯定的人生観	2.60(0.62)	2.75(0.59)	2.97(0.59)	2.69(0.80)	5.86 **	LL<HH
人格的成長	2.59(0.60)	2.49(0.55)	2.84(0.62)	2.75(0.78)	5.39 **	LL, HL<HH
家族愛	2.95(0.82)	3.08(0.76)	3.23(0.70)	2.87(0.90)	2.79 ns	
友人関係	2.56(0.77)	2.78(0.69)	3.26(0.61)	2.86(0.72)	17.91 **	LL, HL<HH
感謝	3.26(0.61)	3.48(0.48)	3.62(0.41)	3.28(0.78)	8.73 **	LL,LH<HL,HH

** $p < .01$

考　　察

本研究では，地域がん患者会を運営する際に役立てるための基礎的な知見を得るために，参加者におけるソーシャルサポートの授受と参加者の心理的適応との関連を検討することを目的とした。具体的には，ソーシャルサポートの受領と提供の程度だけではなく，ソーシャルサポート授受のバランスの類型も独立変数として取り上げ，心理的適応との関連について検討した。

がん患者会におけるソーシャルサポートの授受　本研究は，野口（1991）で作成したソーシャルサポート尺度をもとにがん患者会参加者用の項目を作成して，参加者に回答を求めた。「手段的ソーシャルサポート」の項目は低い値に偏っていたのに対して，「情緒的ソーシャルサポート」についての項目が概ね妥当な値を示した。同じくがん体験を持っている者との情緒的な支え合いは，患者会において最も重要なサポートだと考えられる（高橋，2003）。しかし，地域がん患者会では多種多様な活動を行っているため，今後，がん患者会参加者同士のソーシャルサポートについて，より洗練されたツールで多側面（情報，情緒，道具，手段など）から測定することが期待される。本稿では主に情緒的ソーシャルサポートと心理的適応との関連を中心に考察を試みた。

情緒的ソーシャルサポートの授受と参加者の属性及び患者会への参加状況との関連　地域がん患者会参加者の年齢と罹患年数，治療状況と情緒的ソーシャルサポートの受領と提供の関連について検討したところ，参加者の中で比較的に若いとされる中年期（40代，50代）の参加者は，サポート受領の得点が高かったことが明らかになった。中年期のがん体験者は，がんによる心理社会的な衝撃が特に大きくて，治療によって，人間関係が疎遠したり，出世コースから外れさせたり，就業を困難にするなど，様々な問題に直面せざるをえない状況である（福井，2002）。このような若年層のがん体験者の場合，患者会による情緒的な支援が特に重要と考えられる。今回の結果でも，患者会活動は中年期のがん体験者のニーズに応えていることが反映された。また，罹患年数が長く，現在治療を受けていない参加者ほど，サポート提供の得点が高かった。地域患者会の会合の場で，罹患年数が長い参加者は自分の経験を活かして，他の参加者に情緒的サポートを提供していると考えられる。がん患者会に医療者や家族にも話せない苦痛を抱えているとされている（黄他，2011）。当事者同士の支え合いが，重要な社会資源としてさらに展開されることが期待される。参加頻度が高いと会への満足度を高く感じている参加者ほど，情緒的ソーシャルサポートの受領と提供の得点がともに高かった。サポート授受を通して，患者会への満足感が高まり，さらに会への参加が積極的になるというポジティブな循環が考えられる。参加者の参加動機を維持することは，地域がん患者会の存続にかかわる重要な課題である（黄他，2013）。今後，縦断的なデータに基づいてこのような参加者の参加動機と継続動機の心理的プロセスを検証していく必要があると考えられる。

情緒的ソーシャルサポートの授受と BF との関連　地域がん患者会参加者の BF 尺度の下位尺度を従属変数，情緒的ソーシャルサポートの受領と提供の高低群を独立変数とした分散分析の結果，サポート受領の得点が高い群は，低い群より，BF 尺度の下位尺度の「肯定的人生観」，「家族愛」，「友人関係」，「感謝」の得点が高かった。このことから，情緒的なソーシャルサポートを多く得られたがん患者会参加者ほど，がんを体験している自己の肯定的変化をより多く認知していることが明らかになった。がん体験者の心身の健康を維持するには，分かち合える，自分の中のものを発散できる，自分を案じてくれていると思える他者と場の存在が重要である（水野，1997）。本研究の結果から，がん患者会で得られる情緒的なサポートは，より肯定的な人生観の獲得，家族，友人との関係性の深まり，生活に対する態度のポジティブな変化などを促進し，参加者の心理的適応に貢献していることが示唆された。

一方，情緒的ソーシャルサポート提供の得点が高い群は，低い群より BF 尺度の下位尺度の「友人関係」

得点が高かった，このことから，他者を援助することによって，がん患者会参加者は，今まで以上に人間関係が広がり，家族以外の他者との関係性が一層深まっていることが明らかになった。また,「肯定的人生観」,「人格的成長」,「友人関係」,「感謝」において，サポートの受領と提供の交互作用が確認され，情緒的ソーシャルサポートを受領していると同時に，情緒的ソーシャルサポートを他者に提供することは，自分自身の人格の成長，生活態度の肯定的変化，周りとの関係性の深まりにつながることが明らかになった。これは，林他（2006）と三浦･上里（2012）の一般高齢者のソーシャルサポートについての研究の結果と一致していた。がん体験者は，がんになったことによって，社会的な役割を失い，援助される側の立場に強いられている苦痛を体験されている（廣津・辻川・大西，2010)。このような苦痛を軽減していくには，他者からの援助を一方的に受けるのではなく，自分の経験を活かして他者を援助することが大切と考えられる。地域がん患者会は，このような「個人のがん体験の社会化」を可能にする場として，今後ますます重要になってくると考えられる。これからは，さらに縦断的なデータに基づいて，より緻密な検討が必要である。

情緒的ソーシャルサポート授受のバランスと BF との関連　従来のソーシャルサポート研究では，社会的交換理論の中の衡平理論に基づいた互恵性に関する検討が注目されている（三浦・上里，2006)。ソーシャルサポートを授受する量だけではなく，ソーシャルサポートを受ける側と与える側のサポート交換の均衡性，いわゆるサポート授受のバランスが重要であるとされている(林他, 2006)。本研究では, 情緒的ソーシャルサポート受領と提供尺度の標準化得点を用いて，非階層法（Ward 法）によるクラスタ分析を行い，情緒的ソーシャルサポート授受のバランスを最もよく表す４類型を採用した。さらにサポート授受のバランスの類型を独立変数にした一要因分散分析の結果, 低受領･低提供の群は，他の群よりも BF の下位尺度得点が低かった。このことから，情緒的ソーシャルサポートの受領と提供が低いレベルで釣り合っていても，心理学的な適応が促進されないことが明らかになった。一方, 高受領･高提供の群は，高受領･低提供の群より,「人格的成長」,「友人関係」の得点が高かった。このことから，一方的に情緒的サポートを受領或いは提供しているより，バランスよくサポートを受領しながら他者に提供していくことが重要であることが明らかになった。多くのメンバーが活動の中でソーシャルサポート提供の感覚を味わえることは患者会の最大の特徴だといえる（高橋，2003)。そのために，より多くの参加者が他者にサポートを提供できるように，患者会の組織作りと企画・運営を行うことが望まれる。

本研究の限界と今後の課題　本研究の分析対象者は，男女比やがんの種類において偏りがあった。性差やがん種による違いを検討するために，今後，乳がん以外のがん患者会参加者のデータを拡充する必要がある。また，本研究では，20団体の患者会のデータを一括に解析したため，各患者会の個別な特徴による検討はできなかった。今後，患者会の規模, 活動内容などの特徴を要因に取り上げて，さらに検討していく必要があると考えられる。さらに，本研究では個人の性格特性の影響を考慮していないため，臨床実践への示唆が少なかった。今後，患者会参加者の性格特性といった要因とソーシャルサポート授受との関連について，縦断的なデータを用いて検討する必要がある。

【付　記】

1. 本研究は，平成24年度日本学術振興会科学研究補助金基盤研究（C)「がん医療現場の臨床心理士と患者会の協働を促すコミュニティ心理学的試み」(研究代表者兒玉憲一）の一環として行われた。
2. 質問紙調査にご協力いただいた全国の患者会参加者の皆様に感謝申し上げます。

【引用文献】

福井貞亮（2006）. 要援護在宅高齢者が感じる日常生活における困りごとと生活全体満足度との関連―ディサービス利用者を対象にして　ケアマネジメント学，**5**, 73-83.

がんの統計編集委員会（2012）. がんの統計 <2012年版 >. 公益財団法人がん研究振興財団. http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2012/cancer_statistics_2012.pdf (2013年8月6日取得)

林　暁淵・岡田進一・白澤政和（2003）. 大都市独居高齢者の子どもとのサポート授受のパターン―基本属性，生活満足度との関連から見た特徴　ケアマネジメント学，**5**, 56-64.

廣津美恵・辻川真弓・大西和子（2010）. がん患者・家族の抱える困難の分析―三重県がん相談支援センターにおけるがん患者・家族との面接を通して―　三重看護学誌 , **12**, 19-29.

黄　正国・荒井佐和子・兒玉憲一（2013）. 地域がん患者会参加者における会の援助機能評価とベネフィット・ファインディング及びメンタルヘルスと

の関連　広島大学大学院教育学研究科紀要　第三部 (教育人間科学関連領域)，**62**, 105-144.

黄　正国・兒玉憲一（2012）. がん患者会のコミュニティ援助機能とベネフィット・ファインディングの関連　*Palliative Care Research*, **7**, 225-232.

黄　正国・兒玉憲一・荒井佐和子（2013）. がん患者会参加者による会の援助機能評価とその関連要因の検討　*Palliative Care Research*, **8**, 223-231.

黄　正国・兒玉憲一・荒井佐和子 (投稿中). 地域がん患者会参加者のベネフィット・ファインディングとメンタルヘルス指標との関連 心理臨床学研究

黄　正国・中岡千幸・兒玉憲一（2012）. がん患者会代表者のコミュニティ援助機能評価とベネフィット・ファインディングの関連　広島大学大学院教育学研究科紀要　第三部 (教育人間科学関連領域), **61**, 149-158.

黄　正国・中岡千幸・高田　純 (2012). 地域のがん患者会の援助機能に関する質的分析　広島大学心理学研究，**11**, 249-258.

黄　正国・舘野一宏・山村崇尚・岩田尚大・兒玉憲一（2011）. がん医療におけるセルフヘルプ・グループ研究の展望　広島大学大学院教育学研究科紀要　第三部 (教育人間科学関連領域)，60, 187-193.

厚生労働省（2012）. がん対策推進基本計画　厚生労働省2012年6月8日　<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf>　(2012年9月20日)

三浦正江･上里一郎（2006）. 高齢者におけるソーシャルサポート授受と自尊感情，生活充実感の関連　カウンセリング研究，**39**, 40-48.

宮下美香（2004）. 乳がん患者により知覚されたソーシヤノレ・サポートに関する研究　看護技術，50, 66-72.

水野道代（1997）地域社会で生活するがん体験者にとっての健康の意味とその構造　日本看護科学会誌 , **17**, 48-57.

室田紗織・武居明美・神田清子 (2013). がんサバイバーがセルフヘルプ・グループでの活動を通じて新たな役割を獲得するプロセス *The Kitakanto medical journal*, **63**, 125-131.

野口裕二（1991）. 高齢者のソーシャルサポート：その概念と測定　社会老年学，**34**, 334-348.

塩崎麻里子・平井　啓・所昭宏・荒井弘和・中　宣敬（2006）. 肺がん患者におけるサポートネットワークサイズとその予測要因　心身医学，46, 883-890.

Spiegel, D., Morrow, G. R., & Classen, C. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, **8**, 482-493.

高橋　都（2003）. がん患者とセルフヘルプ・グループ―当事者が主体となるグループの効用と課題　ターミナルケア , **13**, 357-359.

高井俊子（2011）. 乳がん患者の術後経過別にみた要望とソーシャル・サポートに関する研究　奈良看護紀要，**7**, 53-60.