

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

黄 正国・中岡千幸・兒玉憲一

(2012年10月2日受理)

The Relationship between Group Leaders' Benefit Finding and Their Evaluations of Supportive Functions in Community-based Self-help Groups for Cancer Survivors

Zhengguo Huang, Chiyuki Nakaoka and Kenichi Kodama

Abstract: The present study discussed the issues of supportive functions in community-based self-help groups (SHGs) for cancer survivors. Two questionnaires were sent to 265 SHGs for cancer survivors. The purpose of study 1 was to clarify the current situations of activities in these SHGs and collaborations between SHGs and clinical psychologists. The results suggested that only a few SHGs had collaborated with clinical psychologists although most leaders of SHGs expected supports from clinical psychologists. We proposed the bidirectional exchange of information between SHGs and the community of clinical psychologists. In the study 2, we investigated the relations between group leaders' evaluations of supportive functions in their SHGs and the benefit finding in their cancer experiences. The results showed that the psychosocial and social supports from SHGs might be effective to help group leaders to find benefits in their cancer experiences.

Key words: cancer survivor, self-help group, benefit finding,

キーワード：がん患者、セルフヘルプ・グループ、ベネフィット・ファインディング

問題と目的

近年がん患者の社会への再適応の問題が多く指摘されており、がん患者への心理社会的なサポート体制を整備することは喫緊の課題である。それに伴い、がん経験者が自発的に企画運営を行う当事者団体であるがん患者会が脚光を浴びている(大松, 2010)。特に、がん対策基本法に基づき策定されたがん対策推進基本計画(厚生労働省, 2012)において、がん患者の不安や悩みを軽減するため、がんを経験した者もがん患者者に対する相談支援に参加することが必要であること、また、地方公共団体、学会、医療機関は患者団体と連携し、患者にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することをめざすことが明記されたことは意義深い。しかし、日本では、海外と比べてが

ん患者会に関する研究は極めて少なく、がん患者会の具体的な数や活動状況等の基礎的データも十分明らかにされているとはいいがたい。そこで、日本のがん患者会の実態を把握するために、患者会の名称、所在地、会員数、構成メンバー、運営委員会の有無、活動内容、活動場所等を調査する必要があると考えられた。また、筆者らは臨床心理士としてがん患者会に参加し、がん患者会を通じたがん患者への支援を試みているが、全国的にがん患者会と臨床心理士との協働がどの程度実践されているかも明らかにする必要があると考えられた。

国内外のがん患者会の研究を展望した黄・館野・山村・岩田・兒玉(2011)によれば、日本のがん患者会研究の多くは個々の会の活動報告や面接調査に基づく事例研究にとどまり、がん患者会がそのメンバーに対

して有する心理社会的援助機能（以下、援助機能）に関する実証的研究はほとんど見当たらない。このことは、がん患者・家族を含めた国民に対して、がん患者会の役割や機能について学術的なエビデンスを踏まえた説明責任が果たされているとは言えないことを意味する。

がん患者会の援助機能に関する研究が少ない理由として、がん患者会の活動がきわめて多種多様であるため、がん患者会の援助機能を正確に評価測定する指標が確立されていないためと考えられる。そこで、黄・兒玉（2012）は、がん患者会がひとつのコミュニティとしてそのメンバーに対して有する援助機能を測定するコミュニティ援助機能評価尺度（以下、援助機能評価尺度）を作成した。この尺度は、「健康な自分として交流する場」、「援助が得られる場」、「病について学ぶ場」、「友情を深める場」の4下位尺度計17項目からなる。この尺度によって、メンバーが自分の所属するがん患者会の援助機能をどのように評価しているかだけでなく、多くのがん患者会の援助機能を横断的に比較することができるようになった。

ところで、がん患者会がコミュニティとして有する援助機能が実際に参加したメンバー一人ひとりにもたらす心理学的な効果はどのようなものがあるだろうか。この点について、海外ではベネフィット・ファインディング（Benefit Finding; BF）という概念が注目されてきた（Antoni, et al., 2001）。BFとは、慢性疾患に直面した人が、病気の体験が教えてくれたことや病気の体験によって得られた自分自身のポジティブな変化を意識することである。Lepore & Kernan (2009)によると、BFはがん患者会などの社会的ネットワークに参加するがん患者の中長期的な適応度を評価する重要な指標となりうると示唆している。そこで、黄・兒玉（2012）は、がん患者会メンバーを対象としたBF尺度日本語版を作成した。この尺度は、「家族関係への再認識」、「自己統制力の向上」、「有意義な行動の増加」、「現実受容の促進」の4下位尺度計12項目からなる。

なお、黄・兒玉（2012）の調査対象は、がん患者会の一般参加者であった。おなじがん患者でありながらがん患者会の活動を企画運営するリーダー層では、会の援助機能評価も一般参加者と異なるかもしれないし、BFも異なるかもしれない。したがって、援助機能評価やBFについて、リーダー群と一般参加者群の異同を検討する必要があると考えられた。

そこで、本研究では、がん患者会の活動の概要及びがん患者会と臨床心理士の協働の実態を把握し、がん患者会のリーダーが会の援助機能をどのように評価

し、その評価と彼らのBFがどのように関連しているかを明らかにすることを目的とした2つの調査が行われた。研究1では、全国の265のがん患者会の代表者に、彼らのがん患者会の活動の実態、及び患者会と臨床心理士との協働の現状について質問紙で尋ねた。研究2では、同じ対象に、自分の所属するがん患者会について援助機能評価をしてもらい、各自のBFについて質問紙で尋ねた。結果の分析では、援助機能評価とBFについて、代表者群と一般会員群の比較をしたうえで、代表者群における会の援助機能評価とBF及び精神的健康度との関連を調べた。

研究1

目的

全国のがん患者会の代表者を対象に患者会の活動状況及び臨床心理士との協働の現状について調べる。

方法

調査対象 がん患者会や患者団体を紹介した本（和田, 2007）やインターネットで掲載された患者会のホームページを基に患者団体265団体を調査対象とした。

調査手続き 2011年12月から2012年2月の間に郵送法で質問紙を配布回収した。回収された123通のうち患者会以外の団体4通を除き119通の有効回答（有効回答率44.9%）を分析対象とした。

調査内容 質問1で、患者会の名称、所在地、会員数、構成メンバー、運営委員会の有無、活動内容、活動場所を尋ねた。質問2で、臨床心理士が会の活動に参加したか、参加の場合はその立場や役立った点を、不参加の場合は今後の希望を尋ねた。質問3で、患者会と臨床心理士の橋渡しに関する希望を尋ねた。

結果と考察

1. 患者会の概要

(1) 会の名称を具体的に尋ねた。会の名称に疾患名を含むかどうかで分類したところ、含む会47団体（39.5%）より含まない会72団体（60.5%）がやや多いという結果であった。会の名称にも会の考え方が反映しているように思われた。

(2) 事務局の所在地を尋ね、北から南へブロック別に分けた。北海道4団体（3.4%）、東北20団体（16.8%）、関東29団体（24.4%）、甲信越2団体（1.7%）、北陸3団体（2.5%）、東海6団体（5.0%）、近畿16団体（13.4%）、中国21団体（17.6%）、四国6団体（5.0%）、九州沖縄12団体（10.1%）と全国にわたった（Figure 1）。

(3) 回答者の立場は、代表者（会長、理事長等）84名（70.6%）、事務局24名（20.2%）、その他11名（9.2%）

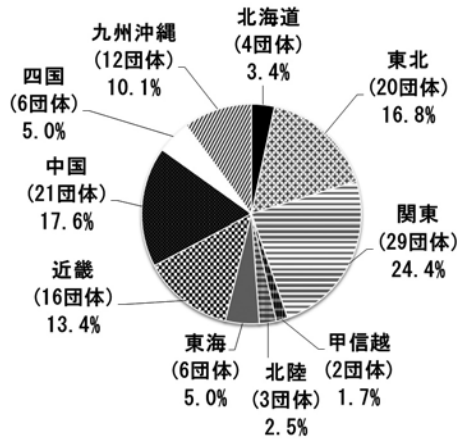


Figure 1. 事務局所在地

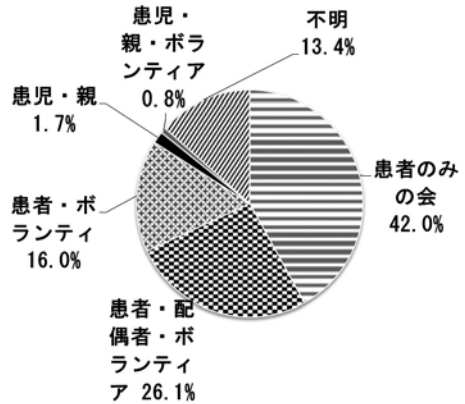


Figure 3. 会のメンバー構成

と、代表者の方々が7割を占めた。

(4) 回答者の所属する患者会のおおよその会員数は、200名以上が29団体 (24.4%)と最も多く、次いで、10名以上50名未満、50名以上100名未満、100名以上200名未満がいずれも27団体 (22.7%)であった。その他、10名未満2団体 (1.7%)、未記入7団体 (5.9%)であった。患者会といっても、その規模は大小さまざまであることがわかった (Figure 2)。

(5) 会をメンバー構成によって分類すると、患者のみの会が50団体 (42.0%)と最も多く、次いで患者・配偶者・ボランティアから成る会が31団体 (26.1%)、患者・ボランティアから成る会が19団体 (16.0%)、患児・親から成る会が2団体 (1.7%)、患児・親・ボランティアから成る会が1団体 (0.8%)で、患者のみの会とそれ以外の会ではほぼ2分された。自由記述回答によると、積極的な意味で会員を患者に限定している会もある一方で、ボランティアの参加を求めている会も得られていない会もある (Figure 3)。

(6) 会員を特定の部位のがん患者に限定している

かどうかを尋ねた。その結果、73団体 (61.3%)が特定の部位のがん患者に限定していた。73団体のうち、乳がん限定が42団体 (57.5%)と最も多く、次いで食道・喉頭など頭頸部のがん限定が13団体 (17.8%)、血液がん限定が6団体 (8.2%)だった。一方、4割の会は部位限定ではなかった。

(7) 会がどの程度組織化されているかを知るために、会に運営委員会があるかどうかを尋ねた。運営委員会がある会が87団体 (73.1%)、ないのは30団体 (25.2%)であった。87団体のうち運営委員会のなかで役割分担があると答えたのは57団体 (65.5%)、ないのは30団体 (34.5%)だった。

(8) 会の運営について会員以外に相談相手がいるかどうかを尋ねた。いると答えたのは56団体 (47.1%)で、そのうち相談相手は「医師・看護師」と答えたのは56団体中26団体 (46.4%)と最も多く、次いで「他の患者会の代表やリーダー」16団体 (28.6%)、「友人」7団体 (12.5%)の順で、「臨床心理士」はわずか3団体 (5.4%)に過ぎなかった (Figure 4)。

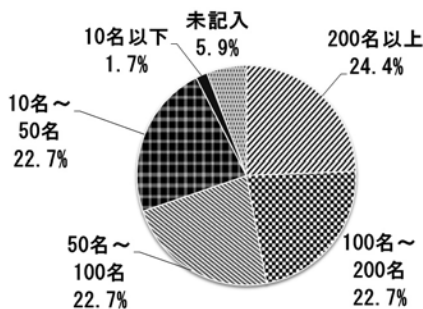


Figure 2. 会の規模

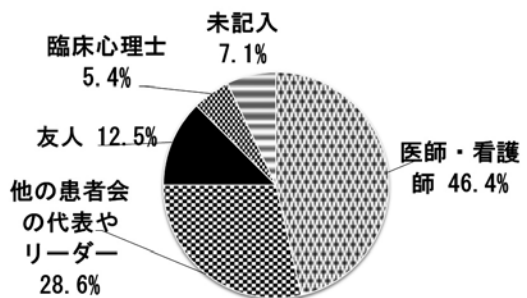


Figure 4. 会員以外の相談相手

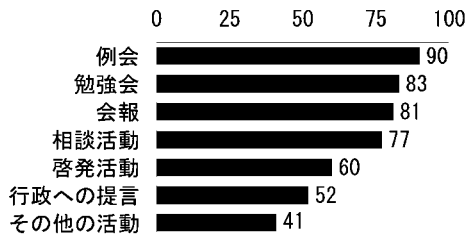


Figure 5. 会の活動内容 (複数回答)

(9) 会の主な活動内容を複数回答で尋ねた。「例会」が119団体中90団体 (75.6%) と最も多く、次いで「勉強会」が同じく83団体 (69.7%)、「会報の発行」81団体 (68.1%)、「相談活動」が77団体 (64.7%) だった。この4つの活動は大半の会で行われていることがわかった。「その他」の活動として、「発声訓練」や「旅行」、「他のボランティア活動」などが記入されていた (Figure 5)。

(10) 会の活動場所はどこかを尋ねた。医療機関以外の公的施設等67団体 (56.3%) と最も多く、次いで医療機関29団体 (24.4%)、医療機関とそれ以外の場所を併用23団体 (19.3%) でした。

2. 患者会と臨床心理士のかかわり

(1) 会の活動に臨床心理士が参加したことがあるか尋ねたところ、119団体のうち36団体 (30.3%) で臨床心理士の参加があったことがわかった。また、実際に協働している臨床心理士の名前を10団体から教えてもらった。裏を返せば、7割の会には臨床心理士が参加していないのが現状である。

(2) 上記団体に臨床心理士がどのような立場で参加したか複数回答で尋ねたところ、Figure 6に示すように、「専門家 (の講師) として」が36団体中24団体 (66.7%) と最も多く、次いで「(自らの) 研究や研修のため」が13団体 (36.1%)、「ボランティアとして」11団体 (30.6%) の順だった。

(3) 上記団体に臨床心理士がどのように役立ったか複数回答で尋ねたところ、Figure 7に示すように、「メンバーの話をよく聴いてくれた」が36団体中18団体 (50.0%) と最も多く、次いで「専門的な知識やス

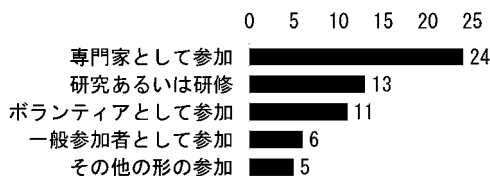


Figure 6. 臨床心理士の参加時の立場 (複数回答)

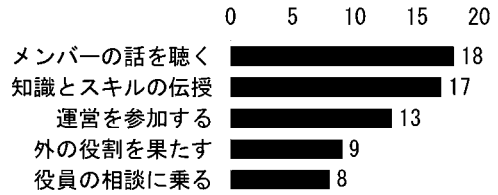


Figure 7. 臨床心理士の果たした役割 (複数回答)

キルを教えてくれた」17団体 (47.2%)、「裏方で運営を助けてくれた」13団体 (36.1%) の順だった。専門家の講師のとして参加し知識やスキルを提供するのは他職種でもあることだが、傾聴や裏方で会に役立っているのは臨床心理士の特徴といえる。

(4) 臨床心理士が参加したことのない団体に、どんな立場での参加を希望するか複数回答で尋ねたところ、Figure 8に示すように、「研修会の講師担当」を希望するのが88団体中48団体 (57.8%)、次いで「会員のカウンセリング担当」36団体 (43.4%)、「役員の相談相手」21団体 (25.3%)、「特に希望なし」18団体 (21.7%) の順だった。

(5) 同じく臨床心理士が参加したことのない83団体に、臨床心理士にどんな役割を期待するか複数回答で尋ねたところ、Figure 9に示すように、「専門的な知識やスキルを教えてくれる」が88団体中55団体 (66.3%) と最も多く、次いで「メンバーの話をよく聴いてくれる」49団体 (59.0%)、「役員の相談に乗ってくれる」24団体 (28.9%) の順だった。いまだ臨床心理士が参加したことのない会のうち6割で、「講師のとして知識やスキルの提供」および「カウンセラーと

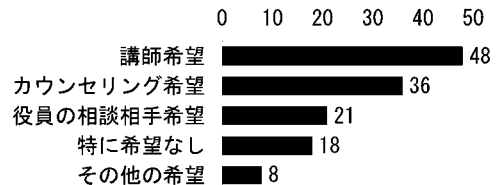


Figure 8. 臨床心理士に対する希望 (複数回答)

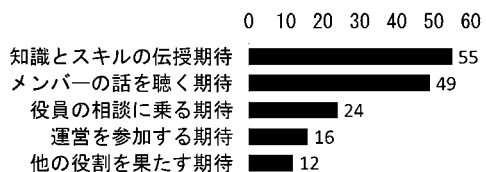


Figure 9. 臨床心理士の役割に対する期待 (複数回答)

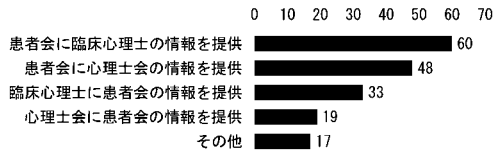


Figure 10. 患者会と臨床心理士の橋渡し（複数回答）

して傾聴」を期待していることが分かった。

（6）患者会と臨床心理士の橋渡しのためにどのような方法を希望するか複数回答で尋ねたところ、Figure 10に示すように、「現場の臨床心理士の情報を患者会に提供してほしい」が119団体中60団体（50.4%）と最も多く、次いで「最寄りの都道府県臨床心理士会の情報を患者会に提供する」48団体（40.3%）、「最寄りの現場の臨床心理士に患者会の情報を提供してほしい」33団体（27.7%）の順で、会としては最寄りのがん医療現場で働く臨床心理士の情報を最も多く求めていることがわかった。

研究2

目的

がん患者会の代表者を対象に患者会の援助機能評価とBFを測定し、一般会員を対象に行った先行研究の調査結果との比較を行う。患者会代表者における患者会の援助機能評価とBF及びGHQとの関連を調べる。

方法

調査対象者 研究1と同じ。

調査手続き 研究1と同じだが、無記名で回答し別々の封筒で返送してもらった。回答のあった130通のうち回答もれのあった16通を除き114通の有効回答（有効回答率43.0%）を分析対象とした。

質問紙の構成 ①回答者の性別、年齢、がんと最初に診断された時期についての質問、3項目。②所属の患者会を最初に知った時期とその情報源についての質問、2項目。③BFを問う質問：黄・兒玉（2012）が作成したBF尺度日本語版12項目に、109人のがん経験者に対する予備調査の自由記述で得られた回答に基づいて作成された17項目を加えた計29項目、4件法。④患者会のコミュニティとしての援助機能を問う質問：黄・兒玉（2012）が作成したBF尺度日本語版17項目に、109人のがん経験者に対する予備調査の自由記述で得られた回答に基づいて作成された14項目を加えた計31項目、4件法。⑤精神健康調査票（GHQ）、28項目、4件法。⑥患者会の運営で困ったことを自由記述で聞いた。⑦患者会の夢や希望を自由記述で聞いた。

た。

結果と考察

1. 回答者の概要

（1）性別は、女性70名（61.4%）、男性40名（35.1%）、不明4名（3.5%）と、女性が6割だった。これは、研究1で示したように、乳がん患者会からの回答が多かったためと思われる。

（2）年代別には、60代以上が70名（61.4%）と最も多く、次いで50代29名（25.4%）、40代13名（11.4%）、不明2名（1.8%）と、60代以上が6割を占めていた。

（3）最初にがんと診断された時から現在までのがん経験年数は、平均14年6か月、最短1年9か月、最長36年6か月で、総じてかなり長いと言える。

（4）現在受けている治療を複数回答で尋ねたところ、「特に治療を受けていない」56名（43.1%）が最も多く、「その他（代替療法や症状の緩和等）」21名（16.2%）、「手術」14名（10.8%）、「化学療法」13名（10.0%）、「放射線療法」7名（5.4%）の順だった。回答者の4割は現在治療を要しない状態にあり、積極的な治療を受けているのは少数派だった。

（5）現在所属する患者会のことを知った時期を聞いたところ、「自分で立ち上げた」48名（42.1%）が最も多く、次いで「がんの入院加療中」19名（16.7%）、「がんの外來治療中」13名（11.4%）の順であった。

（6）患者会のことをどのように知ったかを聞いたところ、「自分で立ち上げた」48名（42.1%）が最も多く、次いで「医療者から紹介された」18名（15.8%）だった。

2. 患者会の援助機能評価

患者会の代表者や事務局である回答者が患者会の援助機能をどのように評価しているかをコミュニティ援助機能尺度を用いて尋ねた。黄・兒玉（2012）の行った一般会員を対象にした先行研究と比較するために、17項目を用いて分析を行った。Table 1には、下位尺度ごとの評定平均値を高い順に示している。このことから、患者会の代表者は、会の援助機能のなかでも「友情を深める場」、「病について学ぶ場」といった機能を高く評価していることがわかった。患者会の代表者が自分たちの会が悩みを共有し、メンバー同士でつながり、医療情報を交換する場として有益であると評価していることが明らかになった。

この結果を患者会の一般会員を対象に行った調査結果（黄・兒玉，2012）と比較したところ、Table 2のような結果になった。すなわち、「友情を深める場」、「健康な自分として交流する場」の下位尺度で、代表者群は一般会員群より有意に高いことがわかった。

3. ベネフィット・ファインディング

回答者が自らのがんという病気の経験を通してもの見方や考え方がどの程度肯定的な変化をもたらしたかをBF尺度で測定した。黄・兒玉（2012）の行った一般会員を対象にした先行研究と比較するために、12項目を用いて分析を行った。Table 3にはBF尺度の4下位尺度ごとの評定平均値を高い順に示した。このことから、患者会の代表者は、病気の経験を通して、「現実受容促進」、「家族関係再認識」、「有意義な行動増加」、「自己統制力向上」の順にそれぞれポジティブに変化したと回答している。この結果を患者会の一般会員を対象に行った調査結果（黄・兒玉，2012）と比較したところ、

Table 4のような結果となった。すなわち、代表者群は一般会員群より、「有意義な行動増加」と「自己統制力向上」の2下位尺度で有意に高いことがわかった。

4. 心身の健康度

回答者の心身の健康度をGHQ-28尺度で測定し、先行研究に基づいて、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ状態」の4つの下位尺度の値を算出した。がん患者ではない一般群50名の得点中川・大坊（1985）との比較をTable 5に示した。回答者は、総合点、「身体的症状」、「不安と不眠」、「うつ傾向」の下位尺度において一般群より健康度が有意に低かった。回答者の心身の健康状態を年代別に比較したとこ

Table 1
患者会のコミュニティ援助機能尺度の項目一覧

因子1：友情を深める場
大事な友達と定期的に会う場である
他者とつながりが得られる場である
自分自身の経験を生かして、人を助ける場である
因子2：病について学ぶ場
医療・福祉制度など社会の仕組みについて学ぶ場である
闘病のスキルや健康に関する知識などが得られる場である
自分の病気の治療についての情報が得られる場である
因子3：援助が得られる場
いろいろ役に立つアドバイスが得られる場である
本、雑誌などの参考資料を紹介してもらえる場である
相談などの援助を求める場である
今の生活について考えるきっかけを作ってくれる場である
因子4：健康な自分として交流する場
趣味、関心など従来の自分自身を楽しむ場である
病気のことを忘れて、自分の健康の部分を発揮する場である
慰めてもらう場である
同病者を見つけ、自分の将来について考える場である
家族と相談できないことが話せる場である
地域社会とのつながりを実感させる場である
励ましてもらう場である

Table 2
患者会の援助機能評価の基本統計量とリーダー群と一般参加者群の比較

下位因子	平均値		標準偏差		t 値	有意確率 (両側)
	リーダー	参加者	リーダー	参加者		
健康な自分として交流する場	19.14	17.66	4.42	5.29	-2.05	.04*
援助が得られる場	12.17	11.62	2.41	2.84	-1.40	.16
病について学ぶ場	9.73	9.25	1.95	1.99	-1.60	.11
友情を深める場	10.36	7.96	1.63	2.64	-7.51	.00**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 3
ベネフィット・ファインディング尺度の項目一覧

因子1：現実受容促進
物事を受け入れられるようになってきた
自分の力で変えられないことを受容することができるようになった
因子2：家族関係再認識
家族との距離が近くなった
家族のことをもっと大切にするようになった
以前より責任感を感じるようになった
家族の将来について考えることの大切さを痛感した
因子3：有意義な行動増加
新しい社会活動に参加し、新たな趣味関心を見つけた
自分の時間を有効に使うようになった
もっと創造的になってきた
因子4：自己統制力向上
自分の感情をコントロールできるようになった
我慢強い人間になった
ストレスに対処できるようになった

Table 4
BFの基本統計量とリーダー群と一般参加者群の比較

下位因子	平均値		標準偏差		t 値	有意確率 (両側)
	リーダー	参加者	リーダー	参加者		
家族関係再認識	12.73	11.94	3.03	2.76	-1.81	.07
自己統制力向上	8.58	7.85	2.60	2.03	-2.06	.04*
有意義な行動増加	9.40	8.29	2.34	2.29	-3.19	.00**
現実受容促進	6.41	6.28	1.57	1.35	-.60	.55

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 5
患者会代表者群と一般群のGHQ-28得点の比較

	患者会代表者群 (n=113)	一般群(n=50)	有意確率
GHQ 総合点	5.80±5.59	2.76±2.31	<.01**
身体的症状	2.12±1.97	1.02±1.09	<.01**
不安と不眠	1.47±1.59	0.28±0.53	<.01**
社会的活動障害	1.48±1.76	1.24±1.40	=.16
うつ傾向	0.71±1.56	0.28±0.79	<.01**

* $p < .05$, ** $p < .01$

る、Table 6に示すように、60代群より40代群のほうは健康度が低い傾向がみられた。

5・患者会の機能評価とBF及びGHQとの関連

患者会の機能評価とBFとの関連 患者会のコミュニティ機能尺度とBF尺度の尺度得点及び下位尺度得点との間の相関分析を行った(Table 7)。

患者会の援助機能尺度の各下位尺度得点は、「病について学ぶ場」を除き、BF尺度の各下位尺度得点との間に、弱いから中程度の正の相関がみられた。全体的に患者会の機能を高く評価する人が、病気を通して見方考え方の肯定的な変化が大きいことがわかった。

しかし、「病について学ぶ場」得点は、BFの「有

Table 6
年齢による GHQ 総合点及び下位尺度得点の差

GHQ-28	(I) 年齢	(J) 年齢	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
GHQ 総合点	40代	60代	4.10	1.96	.09 †
社会的活動障害	40代	60代	1.39	0.62	.06 †
うつ傾向	40代	60代	1.18	0.55	.08 †

† $p < .10$

Table 7
患者会の機能評価と BF の相関分析の結果

	家族関係再認識	自己統制力向上	有意義な行動増加	現実受容促進
健康な自分として交流する場	.55**	.47**	.29**	.34**
援助が得られる場	.37**	.33**	.31**	.25*
病について学ぶ場	.17	.07	.27**	.16
友情を深める場	.34**	.30**	.24*	.32**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 8
患者会の機能評価と GHQ の相関分析の結果

	身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
健康な自分として交流する場	.15	.26**	-.12	.04
援助が得られる場	.07	-.03	-.28**	-.12
病について学ぶ場	-.04	-.10	-.25*	-.07
友情を深める場	.04	-.06	-.20*	.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

意義な行動増加」得点との間にしか相関はみられず、一般会員を対象にした調査と違った結果を示した。

患者会の援助機能評価と GHQ との関連 患者会のコミュニティ機能尺度と BF 尺度の尺度得点及び下位尺度得点との間の相関分析を行った (Table 8)。

患者会の援助機能の各下位尺度得点は、「健康な自分として交流する場」得点を除き、GHQ の「社会的活動障害」得点との間に弱い負の相関がみられた。「社会的活動障害」の評価が低い人ほど、患者会の「援助を求める場」、「病について学ぶ場」、「友情を深める場」としての機能を高く評価していることが分かった。

また、「健康な自分として交流する場」得点は、GHQ の「不安と不眠」得点との間に正の相関はみられたことから、「不安と不眠」の傾向が高い人ほど、「健

康な自分として交流する場」としての患者会の援助機能を高く評価していることがわかった。

総合考察

がん患者会の活動と臨床心理士との協働

研究 1 で、日本全国で数多くのがん患者会が活動していることが明らかになった。がん患者会の規模や活動の内容は千差万別であり、がん患者会の援助機能を横断的に比較検討するには、本研究で使用した援助機能評価尺度だけでは不十分であり、多面的に評価測定するための指標を開発することが今後の課題である。例えば、会の活動にどの程度の割合で参加しているかといった行動指標と、会の主な活動にどの程度満足し

ているかなどの主観的な指標を組み合わせて用いる必要がある。

がん患者会と臨床心理士の協働については、数は少ないが、がん患者会に積極的に関わっている臨床心理士がおり、会の運営に貢献していることが明らかになった。がん患者会からの臨床心理士に対する期待は大きく、臨床心理士がこの期待にどう応えていくかが今後の課題である。そのため、筆者らは現在がん患者会に関与している臨床心理士対象に面接調査を行い、がん患者会と臨床心理士の協働マニュアルを作成する予定である。

がん患者会代表者の援助機能評価の特徴

研究2の患者会代表者群の結果を、黄・兒玉（2012）一般参加者群の結果と比較したところ、代表者群は一般会員群より、「健康な自分としての交流の場」と「友情を深める場」としての評価が有意に高いことが明らかになった。Ussher, Kirstena, Butow, & Sandoval（2006）によると、グループ・リーダー群と一般会員群ではコミュニティ援助機能について異なる評価をしていると示唆されているが、具体的にどのような側面にどのように異なっているのかについては明らかにされていない。本研究では、医療に関する情報的なサポート源としての機能に対する評価においては、代表者群と一般会員群では差は見られなかったが、健康的な自分としての社会参加の場という機能や友人関係といった社会的ネットワーク形成を促す機能において、代表者群が一般会員群より高い評価を与えているという興味深い点が明らかになった。今後は、このような差異がどのような要因で生じるかを明らかにするため、代表者群と一般会員群を会の規模、活動内容、活動頻度、活動年数などによって下位分類し比較検討する必要がある。

がん患者会代表者におけるBFの特徴

研究2の代表者群の結果を、黄・兒玉（2012）参加者群の結果と比較したところ、代表者群は一般会員群より、「自己統制力の向上」と「有意義な行動の増加」において有意に多く体験していることが明らかになった。この結果について、代表者群は元々パーソナリティ面で強靱で行動力も旺盛な人が多いのかもしれないし、がん患者会で指導的な立場で参加者を援助する経験が適応力を高めたのかもしれない、断定的なことは言えない。今後は、ストレス尺度やソーシャルサポート尺度などを導入し、代表者群と一般会員群のBFの違いに関連する要因を検討する必要がある。

がん患者会代表者の精神的健康度

研究2の代表者群の結果を、中川・大坊（1985）が報告している健常者のGHQの平均値と比較したとこ

ろ、代表者群はがん経験年数が長く病状も安定し、特段の治療は受けていない人が多いものの、心身の苦痛を多く抱えていることが明らかになった。また、通常は加齢によって心身の健康度が下がるとされているが、代表者群の場合、その逆の結果となった。これは、年齢が低いほどがん経験年数が短くがんへの適応が困難で、仕事や家庭のストレスが高いためと考えられる。

今後、がん患者会代表者群のメンタルヘルスに注目し、適切なケアを提供していく必要があると思われる。特に、若年層の代表者の場合、心理的な危機に直面していることが予想され、臨床心理士からストレス低減のためのサポートを提供していくことが必要と思われる。このような援助者支援が臨床心理士と地域コミュニティとの協働の一つ重要な切り口だと思われる。

コミュニティ援助機能とBFとの関連

本研究の結果では、援助機能評価尺度とBF尺度との相関が示され、先行研究と一致した結果が得られた。特に、代表者群における援助機能評価とBFとの関連のうち、援助機能評価尺度のほとんどの下位尺度得点とBF尺度得点との関連がみられた。以上のことから、代表者群は一般会員群より、がん患者会の援助機能を高く評価しており、BFとの関連をより明確に意識している可能性が考えられる。言い換えると、BFはがん患者会のコミュニティとしての援助機能の中長期的な効果を評価するうえで有用な指標となる可能性があることを示唆している。

【引用文献】

- Antoni, H., Lehman, M., Kilbourn, M., Boyers, E., Culver, L., Alferi, M., et al. (2001). Cognitive behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*, 20-32.
- 黄 正国・兒玉憲一（2012）. がん患者会のコミュニティ援助機能トベネフィット・ファインディングの関連 *Palliative Care Research*, *7*, 301-309.
- 黄 正国・館野一宏・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 厚生労働省がん対策情報 2012年6月8日 < http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf >（2012年9月20日）

- Lepore, S. J., & Kernan, W. D. (2009). Positive life change and the social context of illness: An expanded social-cognitive processing model. In C. L. Park, S. C. Lechner, & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?*. Washington, DC: American Psychological Association, pp.139-152.
- 中川泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 大松尚子 (2010). がん患者会運営のプロセスに関する考察 ルーテル大学研究紀要, 44, 79-92.
- Ussher, J., Kirstena, L., Butow, P., & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not?: The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine*, 62, 2565-2576.
- 和田ちひろ (2007). がん！患者会と相談窓口全ガイド 三省堂