

学位論文要旨

地域がん患者会の援助機能
に関する心理学的研究

広島大学大学院教育学研究科
教育人間科学専攻

黄 正 国

目 次

第 1 章 背景と目的

- 第 1 節 地域がん患者会研究の必要性
- 第 2 節 がん体験者の心理的適応の新たな指標
- 第 3 節 本研究の目的

第 2 章 地域がん患者会の援助機能評価と参加者の心理的適応との関連

- 第 1 節 全国の地域がん患者会の構成と活動（研究 1）
- 第 2 節 参加者による地域がん患者会の援助機能評価尺度の作成と関連要因の検討（研究 2）
- 第 3 節 地域がん患者会参加者用ベネフィット・ファインディング尺度の作成と関連要因の検討（研究 3）
- 第 4 節 地域がん患者会参加者による会の援助機能評価とベネフィット・ファインディングとの関連（研究 4）

第 3 章 総合考察

- 第 1 節 本研究の成果
- 第 2 節 本研究の限界と今後の課題

引用文献

第1章 背景と目的

第1節 地域がん患者会研究の必要性

がん患者会には、院内がん患者会と地域がん患者会がある。前者は、主に入院患者を対象に医療者主導でサポート・グループ（以下、SG）として行われる。後者は、地域においてがん患者及び治療終了後のがんサバイバー（以下、がん体験者）主導でセルフヘルプ・グループ（以下、SHG）として行われる。がん対策基本法では、がん患者会の整備は重要な課題とされている（厚生労働省，2012）。その理由は以下の通りである。がん患者の生存率が大幅に上昇し、2015年には、がんの診断を受けて生存している人は533万に達する見込みである（山口，2002）。一方、がん患者の平均年間在院日数は22日と短くなり（がんの統計編集委員会，2012），がん患者の多くは、病院ではなく地域社会で暮らしている。そのため、地域レベルでがん患者の心身のケアを行う体制構築が喫緊の課題となっている（廣津・辻川・大西，2010）。このようなニーズに応じて、地域がん患者会が年々増えており、地域で暮らすがん体験者への心のケアの受け皿として注目されている（坂元，2006）。しかし、日本では、院内患者会の実態や支援の在り方については明らかにされているが、地域がん患者会に関する全国規模の実態調査は見当たらず、その数や具体的な活動内容が明らかにされていない（溝口・片岡，2003）。また、院内患者会では小グループの患者に対して心理教育プログラムが実施され、効果評価に関する実証的研究が活発に行われている（吉田・守田・福井・樋口・寄森・奥原・遠藤・生山・鈴木，2010）。それに対して、地域がん患者会に関する研究の多くは活動報告や面接調査による質的研究で、量的研究は見当たらない（高橋，2003）。その理由は、地域患者会の活動内容は多種多様で、様々な機能を有している。プログラムが構造化され条件統制

が可能な SG 研究で用いられる研究手法と機能評価を、会ごとに活動内容が異なる SHG 研究にそのまま適用できないためと考えられる（坂元，2006）。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、地域がん患者会の活動の機能を評価する新たな尺度の開発が求められている。

第 2 節 がん体験者の心理的適応の新たな指標

渡辺（2001）によると、がん体験者の心理的適応には、不安、抑うつ、怒りなどの否定的感情がコントロールされ、がんによって起こる困難な出来事に積極的に対処するなどの側面が含まれる。がん体験者の心理的適応を測定することは重要である。日本では、心理的適応の指標として、不安尺度（水口・下中・中里，1991）、感情プロフィール検査（横山・荒記，1994）、精神的健康調査票（中川・大坊，1985）が用いられているが、否定的な面を測定するものが多かった。これに対し、がん体験者の適応には、新たな自己概念を形成し、がんの体験を肯定的にとらえる意味もあり、このような肯定的な面に注目すべきという指摘もある（砂賀・二渡，2011）。海外では、病などの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概念として、ベネフィット・ファインディング（benefit finding：BF）、外傷後成長（posttraumatic growth）、ストレス関連成長（stress-related growth）などが提唱されている（Carver & Antoni, 2004）。これらの概念は互いに重複した部分が多く、最近では BF を用いる研究が多い（Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006）。BF は、積極的なコーピング方略や主観的ウェルビーイング（Schroevers, Kraaij, & Gamefski, 2011）、セルフ・エフィカシー（Schulz & Mohamed, 2004）などとの正の相関が指摘され、SG に参加するがん体験者の心理的適応を評価する指標として用いられている（McGregor, Antoni, Boyers, Alferi, Blomberg, & Carver, 2004）。従って、必要な修正を加えることで、BF 尺度は地域がん

患者会の参加者の心理的適応を測定する指標になりうると考えられる。しかし、従来の BF 尺度は治療中のがん患者を中心に作成されているため、がん患者だけでなく長期生存しているサバイバーも含めたがん体験者の BF 尺度は見当たらず、地域がん患者会参加者用 BF 尺度の開発が求められている。

第 3 節 本研究の目的

そこで、本研究では、地域がん患者会（以下、患者会）と協働する臨床心理士の立場から（兒玉・黄・岩田・荒井，2013）、患者会の自己評価及び自己点検の方法を確立するため、全国的な活動の実態を明らかにしたうえで(研究 1)、参加者は会の援助機能をどのように評価しているか（研究 2）、参加者は患者会活動を通して自己認識の肯定的な変化をどのように体験しているか（研究 3）、さらには会の援助機能評価と参加者の肯定的な変化の間にはどのような関連があるか（研究 4）を実証的な研究法で明らかにすることを目的とした。

第 2 章 地域がん患者会の援助機能評価と参加者の心理的適応との関連

第 1 節 全国の地域がん患者会の構成と活動（研究 1）

1. 代表者からみた地域がん患者会の活動状況（研究 1-1）

(1) 目的 全国の患者会代表者を対象に、患者会の構成、運営、活動形態を明らかにした。

(2) 方法 分析対象者 がん患者会・団体に関する書籍や患者会のホームページを基にリストアップされた 265 団体の代表者を調査対象とした。回収された 123 団体のうち患者会に該当しない 4 団体を除き 119 団体を有効回答（有効回答率 44.9%）とし分析対象とした。**質問紙の構成** 患者会の名称、所在地、会員数、構成員、運営委員会の有無、活動内容、

活動場所、臨床心理士との協働の有無等を尋ねた。**調査手続き** 2011年12月から2012年2月の間に郵送法で記名自記式質問紙を配布回収した。

(3) 結果と考察 119団体の所在地は、北海道から沖縄県まで全国にわたった。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%)と多様であった。73団体(61.3%)が特定の部位のがん限定で、そのうち乳がん限定が42団体(57.5%)と最も多かった。会の活動は複数回答で、「語り合いの会」が90団体(75.6%)と最も多く、次いで「勉強会」が83団体(69.7%)、「会報の発行」が81団体(68.1%)、「相談活動」が77団体(64.7%)の順であった。

2. 参加者から見た地域のがん患者会の活動状況（研究1-2）

(1) 目的 患者会参加者を対象に、属性の特徴と参加した活動内容を明らかにした。

(2) 方法 分析対象者 研究1-1の119団体の代表者に協力を依頼し、承諾を得られた37団体の参加者1,350名を全調査対象者とした。回収された666名のうち、記入漏れがなく、かつ実際に活動に参加したと回答した573名を分析対象者とした（有効回答率42.4%）。**質問紙の構成** ①回答者の属性：性別、年齢、罹患年数、がんの種類、就業状況、家族構成の6項目。②患者会の参加状況：参加のきっかけ（「自分で見つけた」、「他の人からの紹介」、「自分で立ち上げた」等5項目から択一）、参加年数、役職担当の有無、参加頻度の4項目。③会への満足度：1項目、7件法。④活動別の参加の有無：溝口・片岡（2003）と研究1-1の結果を参考に、「医師によるがん治療の勉強会」、「患者だけの語り合いの会」など15種類の活動への参加の有無を2件法で回答を求めた。**調査手続き** 無記名自記式質問紙を各会の代表者経由で配布し、郵送法で回収した。

調査時期は 2012 年 8 月から 10 月であった。

(3) 結果と考察 有効回答者 573 名のうち、男性 60 人 (10.5%)、女性 513 人 (89.5%) と 9 割が女性。平均年齢は 60.4 歳 ($SD=10.1$)。平均罹患年数は 8.4 年 ($SD=6.7$)。最も多かったのは、部位別では乳がんが 381 人 (66.5%)、就業状況では専業主婦が 217 人 (37.9%)、家族構成では「配偶者のみ」が 208 人 (36.3%)、参加のきっかけ別では「自分で見つけた」が 232 人 (40.5%) であった。平均参加年数は 6.7 年 ($SD=5.7$) で、参加頻度はかなり多様であった。参加した活動は「患者だけの語り合いの会」($n=450$)、「患者と医療者の語り合いの会」($n=390$) の順であった。また、53.6% の回答者が 5 種類以上の活動に参加していた。日本では乳がん患者会が地域で最も活発に活動しているが (溝口・片岡, 2003)、本研究の結果は主に地域がん患者会に参加している乳がん患者やサバイバーの意識を反映していると理解するのが妥当と思われる。

第 2 節 参加者による地域がん患者会の援助機能評価尺度の作成と関連要因の検討 (研究 2)

1. 患者会の援助機能評価尺度の作成 (研究 2-1)

(1) 目的 参加者による患者会の援助機能評価尺度を作成し、信頼性・妥当性について検討した。

(2) 方法 分析対象者 研究 1-2 と同じ。**質問紙の構成** ①回答者の属性と患者会の参加状況及び会への満足度：研究 1-2 と同じ。②患者会援助機能評価項目：参加者が会の援助機能について行う主観的評価を測定する。SHG の援助機能に関する石部 (2003) を参考に患者会の援助機能評価についての質問項目 22 項目を作成し、A 県にある患者会参加者 109 名に回答してもらった。因子分析の結果、17 項目が抽出された。また、研究 1-1 の調査の際に、全国の患者会代表者に患者会の援助機能評価に

ついて自由記述で回答してもらい、その結果を分類し、上記 17 項目とは別に 14 項目を新たに選出した。合計 31 項目、4 件法で回答を求めた。

③患者会の活動内容と参加の有無：研究 1-2 と同じ。**調査手続き** 研究 1-2 と同じ。

(3) 結果と考察 探索的因子分析 援助機能評価項目 31 項目に対して因子分析（主因子法，Promax 回転）を行なった。因子分析を繰り返し、21 項目 4 因子構造の援助機能評価尺度が得られた。第 1 因子を「学ぶ場としての機能」と命名した（7 項目。以下、「学ぶ機能」。項目例：「健康に関する知識が得られる場である」）。第 2 因子を「支え合う場としての機能」と命名した（6 項目。以下、「支え合う機能」。項目例：「悩みを共有する場である」）。第 3 因子を「社会参加の場としての機能」と命名した（5 項目。以下、「社会参加機能」。項目例：「地域社会とのつながりを実感させる場である」）。第 4 因子を「自己成長を促進する場としての機能」と命名した（3 項目。以下、「成長促進機能」。項目例：「自分のできることを見つけられる場である」）。**尺度の信頼性** α 係数は、尺度全体が.94，第 1 因子が.86，第 2 因子が.86，第 3 因子が.84，第 4 因子が.81 で、内的一貫性が確認された。**因子的妥当性** 確認的因子分析の適合度指標は、CFI=.91, GFI=.89, AGFI=.86, RAMSEA=.07 で、因子的妥当性がある程度確認された。**併存的妥当性** 援助機能評価尺度と会への満足度に正の相関を想定して検討した結果、各下位尺度得点と満足度の間に弱いもしくは中程度の正の相関 ($r_s=.33\sim.47, p<.01$) が見られた。よって、援助機能評価尺度の併存的妥当性がある程度確認された。

2. 援助機能評価尺度の関連要因の検討（研究 2-2）

(1) 目的 参加者の属性、参加活動、参加頻度と、援助機能評価尺度との関連を検討し、援助機能評価の関連要因を明らかにした。

(2) **方法** **分析対象者** 研究 1-2 と同じ。**質問紙の構成** 研究 1-2 と同じ。**調査手続き** 研究 1-2 と同じ。

(3) **結果と考察** **属性と下位尺度得点の関連** 4 下位尺度とも女性が男性より得点が高かった ($t_s=2.40\sim 3.99$, $p<.05$)。乳がん群と他のがん群に分けて比較したところ, 4 下位尺度とも乳がん群が他のがん群より評定値が高く, 患者会の援助機能を高く評価していた ($t_s=2.20\sim 4.62$, $p<.05$)。参加のきっかけ別に比較したところ, 「自分たちで立ち上げた」群は, 「支え合う機能」($F_{(5, 562)}=3.31$, $p<.01$), 「社会参加機能」($F_{(5, 562)}=3.76$, $p<.01$), 「成長促進機能」($F_{(5, 562)}=2.49$, $p<.05$) において, 他の群よりも得点が高かった。また, 役職担当有群が役職担当無群より, 援助機能評価が高かった ($t_s=2.77\sim 3.74$, $p<.01$)。自ら患者会を立ち上げたり役職を担当した人は会のリーダー層で, 会の運営や他の参加者の援助を通して患者会の援助機能を実感していると考えられる。**参加頻度及び参加活動数と下位尺度との関連** 各下位尺度得点と参加頻度及び参加活動数との相関係数を算出したところ, 4 下位尺度得点と参加頻度 ($r_s=.24\sim .41$, $p<.01$), 参加活動数 ($r_s=.26\sim .35$, $p<.01$) との間に, 弱いもしくは中程度の正の相関がみられた。参加頻度が高い, または参加した活動種類数が多い人ほど会の援助機能を高く評価し, 会への参加状況と援助機能評価の関連が明らかになった。**参加活動と下位尺度の関連** 各活動への参加の有無を独立変数に, 各下位尺度得点を従属変数に t 検定を行った結果, ほとんどの活動において参加有群が参加無群より下位尺度得点が高いことが明らかになった ($t_s=1.81\sim 6.59$, $p<.10$)。

第 3 節 地域がん患者会参加者用ベネフィット・ファインディング尺度の作成と関連要因の検討 (研究 3)

(1) **目的** 患者会参加者用 BF 尺度を作成し, 信頼性・妥当性を検討す

ること、参加者の属性、参加状況との関連を明らかにした。

(2) 方法 分析対象者 研究 1-2 の全調査対象者のうち 17 団体の 589 名を対象に質問紙を配布し、回収した 289 名（回収率 49.1%）の中で、記入漏れがなかった 281 名を分析対象者とした（有効回答率 47.7%）。**質問紙の構成** ①回答者の属性：研究 1-2 と同じ。②患者会参加者用 BF 質問項目：参加者ががんになってから生じた自己認識の肯定的な変化を測定する。A 県の患者会参加者 109 名を対象に予備調査を行い、Tomich & Helgeson（2004）のがん患者用 BF 尺度の 14 項目を翻訳し、回答を求めた。因子分析の結果、12 項目が抽出された。また、研究 1-1 の調査の際、全国の患者会代表者に彼らが考える BF 体験について自由記述で回答してもらい、その結果を分類し、上記 12 項目とは別に 17 項目を新たに抽出し、合計 29 項目、4 件法で回答を求めた。③がん体験者用病気行動セルフ・エフィカシー尺度（平井・鈴木・恒藤・池永・茅根・川辺・柏木，2001）：「身体症状に対する効力感」、「日常生活動作に対する効力感」、「情動統制に対する効力感」の 3 下位尺度、計 18 項目、5 件法で回答を求めた。**調査手続き** 研究 1-2 と同じ。

(3) 結果と考察 分析対象者の属性 281 名のうち、男性が 61 人（21.7%）、女性が 219 人（77.9%）、不明が 1 人であった。平均年齢は 61.2 歳（ $SD=10.6$ ）、平均罹患年数は 7.6 年（ $SD=6.8$ ）。がんの種類の内訳は乳がんが 105 人（37.4%）と最も多く、次いで女性生殖器（子宮など）がんが 60 人（21.4%）であった。現在の治療状況は、「治療なし」が 170 人（60.5%）と最も多く、次いで「ホルモン療法」が 44 人（15.7%）であった。**探索的因子分析** BF 質問項目 29 項目に対して因子分析（主因子法，Promax 回転）を行なった。因子分析を繰り返し、26 項目 6 因子構造の患者会参加者用 BF 尺度（以下，BF 尺度）が得られた。第 1 因子

は「肯定的人生観の獲得」と命名した（7項目。以下、「肯定的人生観」。項目例：「残った人生の中でできることを考えて、計画した」）。第2因子は「人間としての人格的な成長」と命名した（6項目。以下、「人格的成長」。項目例：「我慢強い人間になった」）。第3因子は「家族への愛情の深まり」と命名した（5項目。以下、「家族愛」。項目例：「家族との距離が近くなった」）。第4因子は「友人関係の広がり」と命名した（3項目。以下、「友人関係」。項目例：「新しい友達ができた」）。第5因子は「感謝の念の深まり」と命名した（3項目。以下、「感謝」。項目例：「日々感謝の気持ちを持って生活するようになった」）。第6因子は「宗教心の活性化」と命名した（2項目。以下、「宗教心」。項目例：「宗教に関心を持つようになった」）。

尺度の信頼性 α 係数は、尺度全体が.93, 第1因子が.88, 第2因子が.88, 第3因子が.90, 第4因子が.78, 第5因子が.72, 第6因子が.82 で、内的一貫性が確認された。

因子的妥当性 確認的因子分析の適合度指標は、CFI=.91, GFI=.85, AGFI=.83, RAMSEA=.07 で、因子的妥当性がある程度確認された。

併存的妥当性 BF尺度の各下位尺度得点とセルフ・エフィカシー尺度の下位尺度の得点及び合計点との相関係数を算出したところ、「肯定的人生観」($r=.27\sim.36, p<.01$), 「人格的成長」($r=.37\sim.43, p<.01$), 「家族愛」($r=.19\sim.24, p<.01$), 「友人関係」($r=.25\sim.42, p<.01$), 「感謝」($r=.14\sim.30, p<.01\sim.05$) と、両尺度の下位尺度間に弱いもしくは中程度の正の相関が認められた。また、両尺度の合計点間に中程度の正の相関 ($r=.41, p<.01$) がみられた。よって、BF尺度の併存的妥当性が確認された。

属性及び患者会の参加状況と BF 尺度との関連 BF尺度と各下位尺度得点と属性との相関係数を算出したところ、年齢と「人格的成長」($r=-.19, p<.01$), 罹患年数とBF尺度合計 ($r=.20, p<.01$), 参加頻度と「友人関係」($r=.30, p<.01$), 参加活動種類数と「友人関係」

($r=.29$, $p<.01$) といずれも弱い相関がみられた。さらに、役職担当有群は役職無群より、BF 合計 ($t=3.65$, $p<.01$) の得点が高かった。よって、年齢、罹患年数、参加状況、役職担当と BF との関連が明らかになった。

第 4 節 地域がん患者会参加者による会の援助機能評価とベネフィット・ファイディングとの関連 (研究 4)

(1) 目的 患者会参加者の属性や参加状況等の変数が、援助機能評価と BF との関連にどのように関連しているかを明らかにした。

(2) 方法 分析対象者 研究 1-2 の全対象者のうち残りの 20 団体、761 名を対象に質問紙を配布し、回収した 377 名 (回収率 49.5%) の中で、記入漏れのない 314 名を分析対象者とした (有効回答率 41.3%)。 **質問紙の構成** ①回答者の属性と患者会の参加状況：研究 1-2 と同じ。②援助機能評価尺度：研究 2-1 で作成した 21 項目、4 件法で回答を求めた。③ BF 尺度：研究 3 で作成した 26 項目、4 件法で回答を求めた。 **手続き** 研究 3 と同じ。

(3) 結果と考察 群分けの基準 年齢は、日本の高齢者の法的基準に従って 64 歳以下と 65 歳以上の 2 群に分けた。罹患年数は、がん医療研究の慣例に従い 10 年以下、11 年以上の 2 群に分けた。参加頻度は、中央値で 6 割以上と 5 割以下の 2 群に分けた。参加活動数は、中央値で 6 種類以上と 5 種類以下の 2 群に分けた。援助機能評価尺度の合計点及び下位尺度得点は、平均値で高低群に分けた。なお、交互作用は、合計点を用いた結果のみ示した。 **属性からみた援助機能評価と BF の関連** 年齢及び罹患年数が異なると、援助機能評価尺度と BF 尺度の関連が異なるか検討するため、BF 尺度得点と下位尺度を従属変数、年齢 (64 歳以下・65 歳以上) × 罹患年数 (10 年以下・11 年以上) × 援助機能評価尺度得点 (高群・低群) を独立変数とする 3 要因分散分析を行った。BF

尺度得点と各下位尺度について、援助機能評価の主効果が有意であった（高群＞低群）。また、2次交互作用は、BF尺度（ $F_{(1, 306)}=3.64, p<.10$ ）、「肯定的人生観」（ $F_{(1, 306)}=3.36, p<.10$ ）、「人格的成長」（ $F_{(1, 306)}=5.61, p<.05$ ）で有意であった。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で罹患年数が11年以上の場合には、援助機能が高い群は低い群よりBF尺度と「肯定的人生観」、「人格的成長」が高い傾向がみられた。このことから、比較的若くがんと診断されその後長い時間が経過した参加者は、患者会の援助機能を高く評価した場合、長くて辛い体験を糧により多く前向きに自己をとらえ直していることが示唆された。

参加状況からみた援助機能評価とBFの関連 参加状況が異なると、援助機能評価尺度とBF尺度の関連が異なるか検討するため、BF尺度得点と下位尺度を従属変数、患者会への参加頻度（高群・低群）×参加活動種類数（高群・低群）×援助機能評価尺度得点（高群・低群）を独立変数とする3要因分散分析を行った。援助機能評価の主効果以外に、2次交互作用は、BF尺度（ $F_{(1, 306)}=4.44, p<.05$ ）、「肯定的人生観」（ $F_{(1, 306)}=9.07, p<.01$ ）について、有意であった。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高くてより多くの種類の活動に参加した群では、援助機能が高い群は低い群よりBF尺度と「肯定的人生観」が高い傾向がみられた。このことから、患者会へ積極的に参加し心のよりどころとなる他者と場を得た参加者は、患者会の援助機能を高く評価し、自己認知の肯定的変化がより多く得られたと考えられる。

役職担当からみた援助機能評価とBFの関連 BF尺度得点と下位尺度を従属変数に、属性のうち会の役職担当（有群・無群）×援助機能評価尺度得点（高群・低群）を独立変数とする2要因分散分析を行った。BF尺度と各下位尺度得点について、援助機能評価の主効果が有意であった（高群＞低群。 $F_{(1, 310)}=3.92\sim 51.92$ 、「宗教心」以

外は $p<.01$, 「宗教心」は $p<.05$ 。また, 「人格的成長」について, 役職担当の主効果がみられた (有群 > 無群。 $F_{(1, 310)}=5.50, p<.05$)。さらに, 交互作用は, BF 尺度 ($F_{(1, 310)}=3.29, p<.10$), 「肯定的人生観」 ($F_{(1, 310)}=4.38, p<.05$), 「人格的成長」 ($F_{(1, 310)}=2.82, p<.10$), 「友人関係」 ($F_{(1, 310)}=3.18, p<.10$) について有意であった。単純主効果を検討したところ, 援助機能評価が高い場合, 役職担当有群が無群より, BF の値が高かった。会の役職を引き受けた者は, 新たな社会的役割を再獲得し, 自己認知の肯定的変化をより多く体験したと考えられ, より多くの参加者が役職を経験できるような運営が望まれることが示唆された。

第 3 章 総合考察

第 1 節 本研究の成果

第 1 の成果は, 全国の患者会の代表者及び参加者に対して実態調査を行い, 全国の患者会の規模, 活動内容等, さらに参加者からみた活動への参加状況等が初めて明らかになった点である。第 2 の成果は, 多くの患者会とその参加者の協力を得て, 参加者による会の援助機能評価尺度を作成したことで, 患者会の援助機能に関する数量的な検討が可能になった点である。第 3 の成果は, 患者会参加者用 BF 尺度を作成し, 長期生存者を多く含む患者会参加者の新たな心理的適応の指標を示した点である。第 4 の成果は, 参加者が高い BF を示すには, 会の援助機能評価が高いことに加えて, 参加者の年齢や罹患年数等の属性や参加状況等が関連することを明らかにした点である。

第 2 節 本研究の限界と今後の課題

本研究で得られたデータは, 患者会の中でも会の存在を積極的に社会に開示し, 調査研究に協力的な代表者や参加者によるもので, 抽出された標本には偏りがあった。今後は全国の患者会のリストを拡充し無作為

抽出法による調査を行う必要がある。また、本研究のような郵送法による自記式質問紙調査では、患者会に馴染めず既に退会した参加者のデータは含まれていない。今後、がん診療機関等の協力を得て、患者会を退会した患者が患者会をどう評価しているか検討する必要もある。本研究で作成した援助機能評価尺度及び BF 尺度は、上述の理由で結果的には乳がん患者会の参加者を主たる対象に作成されたため、他の患者会の参加者に対して使用する際には慎重な配慮が必要である。また、両尺度とも、今後は乳がん患者会以外の参加者のデータを加えて修正される必要がある。さらに、調査項目数の関係で、所属する会の規模や活動内容、さらには参加者のがんのステージ、治療の効果認知、治療終了後の年数、家族や医療関係者からのサポート認知等を聞くことができなかった。また、院内患者会と地域患者会の援助の在り方の比較もできなかった。今後は、がん医療現場の研究者と協働し、より詳細なデータを得て、患者会や参加者の特徴を関連させて患者会の援助機能を分析する必要がある。

引用文献

Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*, 595-598.

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

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797-816.

平井 啓・鈴木要子・恒藤 暁・池永昌之・茅根義和・川辺圭一・柏木哲夫 (2001). 終末がん患者のセルフ・エフィカシー尺度作成の試み

心身医学, **41**, 19-27.

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.

石部美鈴 (2003). 不登校の子どもを持つ親の会の援助機能に関する研究—参加機関, 活動内容, 会の種類との関連の検討— 広島大学大学院教育学研究科修士論文, (未公刊).

兒玉憲一・黄 正国・岩田尚大・荒井佐和子 (2013). 地域がん患者会と協働する臨床心理士に対する面接調査— 広島大学大学院教育学研究科紀要 第三部 (教育人間科学領域), **62**, 79-87.

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

McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004) Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, **56**, 1-8.

水口公信・下中順子・中里克治 (1991). 日本版 STAI 状態特性不安検査使用手引き— 三京房

溝口全子・片岡 健 (2003). 医療施設内における乳がん患者会の存在と役割— 広島大学保健学ジャーナル, **17**, 23-30.

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

坂元敦子 (2006). セルフヘルプ・グループ— 近藤まゆみ・嶺岸秀子(編) がんサバイバーシップ— がんとともに生きる人びとへの看護ケア

第1版 医歯薬出版株式会社 pp. 77-81.

Schroevers, M. J., Kraaij, V., & Garnefski, N (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: Relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, **20**, 165-172.

Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, **59**, 653-662.

砂賀道子・二渡玉江 (2011). がん体験者のレジリエンスの概念分析 北
関東医学雑誌, **61**, 135-143.

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.

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, **23**, 16-23.

渡辺孝子 (2001). 乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究 日本
がん看護学会誌, **15**, 29-37.

山口 健 (2002). がん生存者の社会的適応に関する研究 2002 年厚生
労働省がん研究助成金による研究報告集 pp. 180-182.

横山和仁・荒記俊一 (1994). 日本版 POMS の手引き 金子書房

吉田みつ子・守田美奈子・福井里美・樋口佳栄・寄森 梓・奥原秀盛・
遠藤公久・生山 笑・鈴木治子 (2010). 複合型がんサポートプログラ
ムに対する課題の検討 *Palliative Care Research*, **6**, 201-208.