

博士論文

がん患者への実存的グループ療法・ プログラムの開発

学籍番号 0561001

氏名 中村 千珠

京都ノートルダム女子大学大学院

心理学研究科

心理学専攻

2020年度

目 次

I	序論	
1	がん患者への心理社会的介入の必要性.....	1
2	実存的苦痛とは.....	3
3	各種心理社会的介入の概要	
1)	個人療法としての介入.....	5
2)	グループ療法的介入	
(1)	がん患者へのグループ療法のあり方について ..	6
(2)	がん患者へのグループ療法とその効果について .	9
4	実存的グループ療法・プログラム開発の必要性	15
II	がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識および心理 的サポートへのニーズの把握その1（研究1）	
1	はじめに.....	19
2	目的	20
3	方法	20
4	結果	
1)	対象者のプロフィール.....	24
2)	因子分析の結果.....	25
3)	全体の基本統計量.....	28
4)	罹患期間との関連.....	28
5)	所属場所における現状認識とニーズとの比較	29
6)	現状認識と各種心理評価との関連.....	31

7)	ニーズと各種心理評価との関連.....	32
5	考察とまとめ.....	35
III	がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識および心理 的サポートへのニーズの把握その2 (研究2)	
1	はじめに.....	39
2	目的.....	40
3	方法.....	40
4	結果	
	1) 対象者のプロフィール.....	43
	2) 因子分析の結果.....	44
	3) 全体の基本統計量.....	48
	4) ニーズと個人内要因との関連.....	48
5	考察とまとめ	
	1) 因子分析の結果より.....	56
	2) カテゴリカル回帰分析の結果より.....	56
	3) クラスタ分析の結果より.....	59
IV	がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート (研究3)	
1	はじめに.....	62
2	目的.....	63
3	方法.....	64
4	結果	
	1) 対象者のプロフィール.....	65
	2) 全体の基本統計量.....	65

3)	ソーシャルサポートの現状と基本属性との関連	66
4)	ソーシャルサポートの必要性について.	72
5	考察とまとめ	73

V 実存的グループ療法・プログラムの特殊性と応用可能性について
(研究 4)

1	はじめに	77
2	目的	79
3	方法	80
4	結果	
1)	がん患者と腎移植患者における現状認識とニーズの各項目間の平均値の比較	82
2)	腎移植患者における因子分析の結果.	86
3)	がん患者における因子分析の結果.	89
4)	基本統計量.	92
5	考察とまとめ	93

VI 実存的グループ療法・プログラムの作成

1	はじめに	98
2	プログラムの特色	
1)	実存的苦痛に焦点をあてているプログラム	99
2)	構造化グループでありながらも 自由度の高い話し合いを重視.	100
3)	さまざまな視点を組み込んでいるプログラム	101
3	プログラムの概要	

1)	目的	101
2)	参加対象者	102
3)	実施方法	102
4	各セッションの解説	
1)	第1回	104
2)	第2回	105
3)	第3回	111
4)	第4回	115
5)	第5回	119
VII	実存的グループ療法・プログラムの効果（研究5）	
1	はじめに	125
2	目的	126
3	方法	126
4	結果	
1)	対象者のプロフィール	132
2)	介入効果についての検討	133
3)	スピリチュアル QOL の介入効果の検討 ..	136
4)	情緒状態への介入効果の検討	139
5)	質的評価の分析からの検討	141
5	考察とまとめ	
1)	スピリチュアル QOL の介入効果の検討 ..	146
2)	情緒状態への介入効果の検討	149
3)	質的評価の分析からの検討	149
4)	第Ⅲ章(研究2)との関連	150

5) グループの完了率からの検討	156
6) 事例からの検討	156

VIII 総括的考察

1 本研究の成果	169
2 本研究の限界と今後の課題および展望	181

要約	185
----------	-----

引用文献	188
------------	-----

参考資料

謝辞

I 序論

1 がん患者への心理社会的介入の必要性

医学の進歩によって、わが国におけるがんの治癒の可能性は、以前よりもはるかに高まった。とはいえ、がんは日本人の死因のトップであり日本人のおよそ3人に1人はがんによって亡くなっており（厚生省人口動態統計，2018）、生涯でがん罹患する確率は男性62%（2人に1人）、女性47%（2人に1人）と示されている（国立がん研究センター，2015）。がんは、依然として死をイメージする病気としての印象が強く（大木，1997）、がん罹患するということは、まさに存在の危機を感じさせる体験である。そのため、がん罹患するという体験は患者にとって非常に衝撃的な出来事である。さらに、がんを抱えながら生活をしていくことは、例えば、手術や化学療法、放射線治療に対する不安、病気によるQOLの低下や予後に関する不安、再発への恐れ、緩和ケア移行時へのショックなど、病気にまつわる様々な不安や恐怖にさらされながら生活をしていくことである（大谷，2010）。Derogatis, Morrow, & Fetting（1983）は、がんセンターに通院あるいは入院中で身体状態の良いがん患者を対象に調査を行った結果、がん患者の47%に精神的障害を認め、その68%が適応障害、13%が大うつ病であったと報告している。また、Alexander, Dinesh, & Vidyasagarら（1993）も、がん患者の42%に精神障害を認め、その主なものは、適応障害、大うつ病、せん妄などであったと報告している。さらに、がん患者の抑うつの比率は健康な人の4倍も高くなる、という報告もある（Mermelstein, & Lesko, 1992）。また、欧米諸国において、過去20年にわたり、がん患者の多くが、抑うつ（Fallowfield, Hall,

& Maguire, 1990)、再発に対する不安 (Ganz, Shag, & Fred, 1996)、死への不安 (Spiegel & Glafkides, 1983 ; Goldberg, Scott, & Davidson, 1992)、社会的な孤立感 (Spiegel, 1997)などの心理社会的問題を抱えていることが明らかにされてきた。

一方、日本においても、がん患者の30~50%が、適応障害やうつ病などの精神的障害を経験すると言われている (山脇, 2001)。特に、わが国のがん患者における大うつ病の有病率調査からは、大うつ病の有病率は3~10%程度であることが示されている (Okamura, Watanabe, Narabayashi, Katsumata, Ando, Adachi, Akechi, & Uchitomi, 2000 ;Akechi, Okamura, Nishiwaki, & Uchitomi, 2001 ;Uchitomi, Mikami, Nishiwaki, Akechi,& Okamura, 2003 ; Akechi, Okuyama, Sugawara, Nakano, Shima, & Uchitomi, 2004)。

このような適応障害や大うつ病はがん患者のQOLを低下させるだけでなく、時にはがん治療そのものに対して適切な受療行為を受けることを妨げることにもなる。さらに、これらの精神的障害は、患者のQOLに影響を及ぼすだけではなく、自殺の要因ともなりうる (Akechi, Okamura, Nakano, Akizuki, Okamura, Shimizu, Okuyama, Furukawa,& Uchitomi, 2009)。がん患者の自殺の相対リスクは高く (Breitbart, 1987 ; Storm, Christensen, & Jensen, 1992 ; Harris, & Barraclough, 1994 ; Crocetti, Arniani, Acciai, Barchielli, Buiatti, 1998 ; Innos, Rahu, Rahu, & Baburin, 2003)、がん診断後1年以内での相対リスクが3.1倍であった、という報告がある (Fang & Fall, 2012)。日本においても、がん診断後1年以内の自殺のリスクは、罹患していない者に比べ23.9倍という報告がある (Yamauchi, Inagaki, Yonemoto, Iwasaki, Inoue, Akechi, Iso,& Tsugane, 2014)。

その背景には、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛だけでなく実存的苦痛（スピリチュアルペイン）との関連が示唆され（柏木，2001）、特に実存的苦痛（スピリチュアルペイン）から生じる絶望感のがん患者の希死念慮の予測因子になることが指摘されている（Chochinov, Wilson, & Enns, 1998）。したがって、がん患者の心理的援助を行う上では、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）への対応は重要である。

2 実存的苦痛とは

さて、WHO（世界保健機関，1993）では、スピリチュアルについて、以下のように定義している。

「スピリチュアルとは、人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人々にとって、「生きていること」が持つスピリチュアルな側面には宗教的な因子が含まれているが、「スピリチュアル」は「宗教的」とは同じ意味ではない。スピリチュアルな因子は、身体的、心理的、社会的因子を包含した、人間の「生」の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっている場合が多い」

そのため、スピリチュアルペインとは、自分の存在意味や価値が脅かされる危機から生じる苦痛で、自己存在の意味や価値に関わるより深いレベルの痛みといえる（ウァルデマール，2001）。

例えば、ピーター（1994）は、患者が表出する実存的苦痛（スピリチュアルペイン）を①不公平感「なぜ、私が？」②無価値観「家族や他人の負

担になりたくない」③絶望感「意味がない」④罪責感「ばちがあたった」
⑤孤独感「わかってくれない」⑥脆弱感「だめな人間である」⑦遺棄感
「神も救ってくれない」⑧刑罰感「正しく人生を送ってきたのに」⑨困
惑感「なぜ苦しみが存在するのか」⑩無意味感「私の人生は無駄だった」
のように分類している。

一方、森田・角田・井上・千原（1999）の終末期がん患者を対象とし
た文献調査では、霊的・実存的苦痛を表出した終末期がん患者が 42～45%
みられたという報告がある。その中で、「生きる意味の喪失」「迷惑を
かける」「希望がない」「苦難に対する問い」「必要とされていない・
愛を感じられない」「依存には尊厳がない」「別離」「罪責感」「死後
の問題」といった内容が見出され、これらは「自己の存在の意味や価値
に関わる」、「人生の意味・目的の喪失に伴う」苦痛などであった。ま
た、村田（2003）は終末期にあるがん患者がこのような苦痛を体験する理
由を意識の志向性という観点から明らかにし、時間存在、関係存在、自
律存在の 3 つの次元から理解することができると述べており、「自己の
存在と意味の消滅の苦悩」と集約している。以上より、日本のがん患者
においても、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）が表出されていること
がわかる。

このように、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）とは、人生の意味や
目的の喪失、依存に伴う自己価値の低下や無価値感、自己や人生に対す
るコントロール感の喪失、運命に対する不合理や不公平感といった広範
な苦悩が含まれている（松島，2009）。ただし、実存的苦痛（スピリ
チュアルペイン）においては統一された定義はなく、分類方法は諸説ある
のが現状である。そこで、本研究における実存的グループ療法・プログ
ラムで焦点をあてた実存的苦痛とは、前述したWHOのスピリチュアルの

定義から信仰心に関することを除外した、「生きている意味や目的に関わる問題や懸念」、と定義する。

3 各種心理社会的介入の概要

2007年6月よりがん対策推進基本計画では、目標として「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が明記され（厚生労働省，2007）、がん患者や家族に対するQOLの向上が義務付けられ、心理的援助に対してもさらに重要視されるようになった。その中でも、がん患者への不安や抑うつなどの心理的苦痛を緩和するための心理的援助の方法としては、個人療法的介入やグループ療法的介入などの精神療法がある。

1) 個人療法としての介入

がん患者への個人療法的介入としては、支持的精神療法、認知行動療法、マインドフルネスストレス低減法、ディグニティーセラピーなどがある。その中でも、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）を緩和する心理療法的介入としては、Chochinov, Hassard, Kristjanson, McClement, & Harlos（2005）のディグニティーセラピーがある。「ディグニティ」とは、尊厳を意味し、終末期の患者の尊厳を維持することを目的とする精神療法的アプローチのひとつである。これまでの人生を振り返り、自分にとって最も大切になったことを明らかにし、大切な人たちへの希望や夢を共有し、周りの人々に一番憶えておいて欲しいものについて話す機会を提供し、その際の対話を文書にし、患者とその大切な人たちに生成継承性文書を提供するものである。終末期のがん患者（平均生存期間51日）にディグニティーセラピーを実施したところ、苦悩と抑うつ程度は、介入により改善し、尊厳の高まり、目的感の増加、意味感覚の上昇、

生きる意志が高まった、との報告がある。さらに、終末期のがん患者（予後6ヶ月以内と診断）を対象に無作為比較試験（RCT）で検証した結果、ディグニティーセラピーを受けた患者では、他の2つの治療（支持的精神療法、標準的な緩和ケア）を受けた患者より、治療は役に立った、QOLが改善した、尊厳の感覚が改善した、家族の自分を見る見方が変わった、あるいは変わるだろう、家族のためになった、あるいはなるだろう、という項目の点数が有意に高かった。さらに、ディグニティーセラピーを受けた患者では、支持的精神療法を受けた患者より、スピリチュアルな健全さが改善し、標準的な緩和ケアを受けた患者より悲しみや抑うつが軽減した、という報告がある（Chochinov, Kristjanson, Breitbart, McClement, Hack, & Harlos, 2011）。日本においても、ディグニティーセラピーは実施されているものの（小森, 2011, 2018）、有効性の検証が不十分であり、海外との文化的な相違も注意しながら対応を検討する必要がある（Akechi, Akazawa, & Komori, 2012）。

2) グループ療法的介入

がん患者へのグループ療法は、1980年代から欧米諸国ではじまり、日本では、1990年代から研究がなされるようになってきている。ここでは、がん患者へのグループ療法のあり方と、海外および日本のグループ療法とその効果について述べる。

(1) がん患者へのグループ療法のあり方について

内容

グループ療法はそのあり方によっていくつかに分類される。内容的には、①教育的介入、②支持・感情表出型、③認知行動療法型、などに大きく分類される。①の教育的介入とは、正しい知識や情報提供を行い、よりよく問題に対処できるように働きかけるアプローチである。②の支

持・感情表出型とは、受容的な雰囲気の中で、感情を表出し合い、お互いに支え合う中で、自発的に問題解決を見出していく方法である。③の認知行動療法型とは、自分のものの見方や、考え方などのパターンに気づき、行動や考え方を変化させるためのトレーニングを主に行っていくものである。

形態

一方、形態としては、構造化グループと非構造化グループに分類できる。構造化グループというのは、各セッションでテーマが決まっているなど、あらかじめ設定されたプログラムに沿ってすすめられていくものである。そこでは、専門家による情報提供などの教育的なアプローチやリラクゼーションなどのアプローチが多くなされている。また、構造化グループは、グループの回数も設定されていることが多いのが特徴である。がん患者に対しては、カリフォルニア大学の Fawzy が始めたことから、Fawzy モデルと呼ばれている。

非構造化グループとは、特にテーマを設定せずに、参加者が話題にしたことを扱っていくグループである。参加者同士の気持ちや考えを共有し、お互いのやりとりを通じて、病気に対する適切な対処法を獲得していくものである。がん患者に対しては、スタンフォード大学の Spiegel が始めたことから、Spiegel モデルと呼ばれている。

グループの構成

グループ療法において、参加者をどう構成するか、すなわちメンバーの質をどうするかということは、グループ療法の効果を高めるために重要な点である。メンバーの質とは、機能水準、病態水準、性別、年齢、疾病の種類などがあげられる（河瀬，2012）。機能水準では、身体的側面と精神的側面から検討される。身体的側面では、パフォーマンス・ステ

イタス (Performance Status; PS) がしばしば用いられる。すなわち、無症状で制限なく行動ができる状態 (PS=0)、軽度の症状はあるが軽労働はできる状態 (PS=1)、軽労働はできないが、歩行は可能で日中の 50%以上はベッド外で過ごすことができる状態 (PS=2)、限られた身の回りのことしかできず、日中の 50%以上をベッド等で過ごす状態 (PS=3)、身の回りのことができず終日ベッド等で過ごす状態 (PS=4) で評価され、グループ療法では PS=0~2 が対象になることが多い。精神的側面では、精神症状や精神病理の重篤さなどが考慮され、さらに、不安やうつ症状の程度、さらには否認や行動化の有無なども評価の対象になり得る。疾患については、がんの原発部位別によるものか、あるいは、部位混合のグループにするかなどがあげられる。病期についても、初発患者を対象とするか、再発患者を対象とするか、あるいは病期を問わないかなどによって、話し合われるテーマやメンバー間の力動なども異なる。同質のメンバーの場合は、お互いに共感が得られやすいが、話題や理解の広がり限定されてしまうことがある。一方、異なった質のメンバーでは、共通のテーマを見出すのに時間がかかるが、話題も展開し、同質集団では得られない幅広い視点やそれに伴う深い理解が得られることになる。これらは、グループの目的や目標と関連しながら考えていく必要があるが、同質な面と異質な面をうまく組み合わせることが望ましい。例えば疾病が同じ場合は、年齢や性別を異質にするなど、の工夫が大切である。

さらに、ヤーロム (2006) はメンバーを選択する必要性も述べており、そのための基準を表 I -1 に示す。

表 I-1 メンバーを選択するための基準

包括基準
グループ課題を遂行する能力
活動参加への動機づけ
グループの目標と共存できる問題領域
グループに出席することと全セッションにとどまることへの約束
除外基準
グループ形成への不耐性
逸脱役割(態度)をとる傾向
高度の焦燥感
受容できる行動の基準に従わない場合
他のメンバーと極度に相容れない場合

次に、グループ運営の視点からグループ療法のあり方をとらえてみると、集団への参加が毎回自由で広く開かれているのか、閉じられたものなのかを考えていく必要がある。小集団の精神療法では、固定されたメンバーで実施していくことが基本となる。メンバーが固定されているほうが、メンバーの凝集性が高まり、自分の問題を表出しやすくなる。一方、メンバーが固定ではなくオープンな場合は、凝集性は弱まるが、気軽に参加しやすいという利点がある。さらに、医療施設内で実施するのか、地域で実施するのか、その中でも、いつも固定された場所で行うのか、時々場所を変えるのか、というところも重要な要素となる。回数や期間は、グループの目的に合わせて考えていく必要がある。例えば、継続的なグループにするのか、短期的なグループにするのか、定期的を開催するのか、不定期の開催にするのか、などを目的と合わせて考えていく。

(2) がん患者へのグループ療法とその効果について

海外の研究からの知見

Spiegel, Bloom, & Yalom (1981) は、転移性乳がん患者を対象に、各参加者が自由に話し合う支持・感情表出型の方法を用いて、非構造化のグループ療法を週1回、90分のセッションで約1年間実施した。そこでは、

情緒状態を測定するProfile of Mood States (POMS) を用いて、「不安」「混乱」「疲労」といった心理状態の改善を認めたことを報告した。さらに、10年後の経過において、介入群はコントロール群と比較して生存期間で約2倍の差が認められたことを示している (Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989)。一方、Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff, & Morton (1990)は、初期の悪性黒色腫患者38名に対して、心理教育、コーピングスキル訓練 (問題解決)、リラクセーション、支持の技法を用いた構造化グループを週1回、90分、連続6週実施した。介入群ではコントロール群28名よりも、POMSにおいて「活力」が、コーピングにおいて積極的行動に改善が認められ、そして6カ月後にもその効果が維持されていたことを報告している。さらに介入群とコントロール群を6年間追跡調査した結果、再発はコントロール群で34人中13人、介入群で34人中7人、死亡はコントロール群で34人中10人、介入群で34人中3人と、いずれも介入群で低かったことを明らかにした (Fawzy, Fawzy, & Hyun, 1993)。また、Worden & Weisman (1984) は、がんの診断後間もない患者381名から、情緒的な問題のリスクがあるものおよびコーピングが不十分なものを抽出した59名に対し、教育的介入、リラクセーション、問題解決の技法を用いた構造化グループを、6週間で4回のセッションを実施した。その結果、2~6カ月後の評価において情緒的苦痛の軽減、問題解決の改善を認めたことを報告している。

これらから、構造化グループでも非構造化グループでも、精神的健康の改善だけでなく、再発や生存期間などにも効果が期待される結果であった。

しかし、Cunningham, Edmonds, Jenkins, Pollack, & Warr (1998) は、転移性乳がん患者を対象とし、支持的および認知行動的グループ療

法を、週1回、2時間のセッションで35週実施した。RCTで検証した結果、5年後の生存期間に介入群とコントロール群で有意差がみられなかった。また、Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vincent, Guther, Drysdale, Hundleby, Chochinov, Navarro, Speca, & Hunter (2001) らは、転移性乳がん患者を対象とし、支持・感情表出を用いた非構造化のグループ療法を実施したところ、生存期間については介入群(17.9か月)、コントロール群(17.7か月)で有意差がみられなかった。ただし、介入群では心理的症状や疼痛の改善はみられた。Fawzy, Canada, & Fawzy (2003) の、前述の悪性黒色腫患者の10年後を追跡調査した結果では、生存期間および再発とも介入群とコントロール群で有意差が認められなかったことが示されている。そして、Kissane, Grabsch, Clarke, Smith, Love, Bloch, Snyder, & Li (2007) も転移性乳がん患者を対象とし、支持・感情表出を用いたグループ療法を1年以上実施し、RCTで、5年間の追跡調査をした結果、生存期間において、有意差は示されなかった。しかし、介入群において、うつの発症は有意に低く、無力感・絶望感は軽減し、心的外傷症状や社会機能も有意に改善したという報告をしている。

このように、がん患者のグループ療法では、生存期間に対する一致した結果は得られてはいない。しかし、精神的健康やQOLの改善には効果があることが認められ、グループ療法の心理的な側面での有効性が検証されてきた。その後も、うつや不安、倦怠感などが改善されるマインドフルネス認知療法などがグループ療法で実施されている(Piet, Würzen, & Zachiae, 2012; Lee, Garssen, 2012; Henderson, Clemow, Massion, Hurley, Druker, & Hébert, 2012; Zernicke, Campbell, Speca, McCabe-Ruff, Flowers, & Carlson, 2014)。

その中でも、実存的苦痛(スピリチュアルペイン)に焦点をあてたグル

ープ療法としては、Spiegelらの、非構造化モデルを用いた支持的・感情表出グループ療法がある。そこでは、患者が直面し得る、実存的、感情的、対人的な諸問題について、週1回、90分のセッションで約1年間にわたり、自由に話し合いを行う。実存的危機を現在の生活の再構築のための、また、将来の意味を豊かにするための機会とし、①相互支援、②感情表出、③社会的・家族的サポートの改善、④自己とボディイメージの変化の統合、⑤コーピングスキルの改善、⑥医師－患者関係の改善、⑦死と死にゆくことへの緩和、⑧人生の優先順位の入替え、がグループの目標となる。転移性乳がん患者を対象に有効性を検証した結果としては、気分障害、抑うつ、外傷後ストレス障害、適応障害を軽減し、QOLを改善させることが示されている（Classen, Butler, Koopman, Miller, Miceli, GieseDavis, Fobair, Carlson, Kraemer, & Spiegel, 2001）。初発の乳がん患者に対しては、1回、90分のセッションを12回実施したところ、情緒状態の改善や不安や抑うつの緩和がみられたという報告がある（Spiegel, Morrow, Classen, Raubertas, Stott, Mudaliar, Pierce, Flynn, Heard, & Riggs, 1999）。

さらに、Kissane, Bloch, Miach, Smith, Seddon, & Keks (1997) の Cognitive-existential group therapyがある。このグループ療法は、対処スキルに加えて、がん患者が抱える実存在的な関心にも焦点があてられているものである。そこでは、①支持的な環境の促進、②幾多の喪失を乗り越えるためのグリーフワークの促進、③不適応的な認知パターンを変えること、④問題解決および対処スキルを促すこと、⑤マスタリー感 (mastery) を育むこと、⑥未来に対する優先事項を整理する機会の提供、を目的として週に1回、90分で20回のセッションを実施している。早期の乳がん患者に実施しその効果をRCTで検証したところ、介入群におい

て不安が有意に低下し、家族機能の改善も認められたことを報告している。5年間の追跡調査をした結果、生存期間において、介入群とコントロール群では有意な差は示されなかった（Kissane, Bloch, Smith, Miach, Clarke, Ikin, Love, Ranieri, & McKenzie, 2003 ; Kissane, Love, Hatton, Bloch, Smith, Clarke, Miach, Ikin, Ranieri, & Snyder, 2004）。その後、Kissane et al. (2004) のCognitive-existential group therapyのエッセンスを用い、短期間（週に1回×6セッション）に改編されたグループ療法を、病期Ⅰ～Ⅲである乳がんおよび卵巣がん患者に実施したところ、介入後に再発の恐怖が有意に減少したという報告がある（Lebel, Maheu, Lefebvre, Secord, Courbasson, Singh, Jolicoeur, Benea, Harris, Fung, Rosberger, & Catton, 2014）。そこでは、がん特有の苦痛や不確実さが緩和され、情緒的および道具的サポート、肯定的リフレーミング、受容といったコーピングが増加した、という結果であった。

一方、Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Neison, Tomarken, Timm Berg, Jacobson, Sorger, Abbey, & Olden (2010) によって開発された、Meaning-centered group psychotherapyがある。これは、 فرانクルの「生の意味」「意味への意思」「意思の自由」といった意味という概念を基礎理論とし、物事に対処する資源として、意味の起源を用いる方法を教えることによって、意味と目的の感覚を維持し増強することを目的とするグループ療法である。1セッション90分、8セッションで構成され、進行がんの患者（病期Ⅲ、Ⅳの固形腫瘍か非ホジキンリンパ腫）を対象に、RCTで効果を検証した。コントロール群には、1回90分で8セッションの支持的精神療法を実施した。その結果、介入群、コントロール群ともにスピリチュアルな健全さ、意味の感覚の強化が有意に改善されたが、介入群のほうがより大きな改善が見られた。

このように、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）に焦点をあてたグループ療法は、がん患者の不安や抑うつを緩和し、スピリチュアルな健全さが改善することが報告されている。さらに、終末期のがん患者だけではなく、早期の段階におけるがん患者にも有効であることが示されている。

日本の研究からの知見

一方、我が国においても、グループ療法（サポートプログラム）がいくつか試行されている。季羽（1993）によって導入された「I Can Cope」のプログラムや、音楽療法などを用いた小島・小松・鈴木・南川・中川・岡光・野村・伊藤（1996）の「がんと共にゆったり生きる」プログラムなどがある。また、Fawzyらの構造化グループのモデルを取り入れた、保坂（1999）の「構造化された精神的介入」がある。これは、術後2～3週以内の乳がん患者を対象に実施し、がん患者のコーピングとQOLとの関連やがんと性格との関連などを心理教育のテーマとして扱ったグループ療法である。介入前後を比較した結果、POMS「不安」「抑うつ」「活気」「疲労」で有意な改善が見られた。また、Fukui, Kamiya, Koike, Kugaya, Okamura, Nakanishi, Imoto, Kanagaw, & Uchitomi（2000a）により、46人の乳がん患者を対象に、6週間の構造化されたグループ療法（健康教育、対処技術訓練、ストレス管理、など）を実施し、RCTにより効果を検証したところ、介入群は、POMS「抑うつ」「活気」「疲労」で有意な改善が見られ、がんに対しても「前向き」に対処できることが示された。その他、竹中（2001）のウェルネス・ジャパンのプログラムもある。これは、「がんの基礎知識」「がんと生活」といったテーマの心理教育と自律訓練法をがん患者（疾患部位混合のグループ）に実施したものである。介入前後による効果を検証した結果、介入後に絶望感の改善

が示された（吉田・遠藤・守田・朝倉・奥原・福井・竹中，2004）。フォーカシングを取り入れた広瀬（2003）のプログラムや、平井（2014）の問題解決や問題解決能力を高めることに焦点をあてた問題解決療法がある。これらのグループ療法の効果として、不安などの情緒状態の改善、がんへの対処スキルの改善やQOL（生活の質）の改善などが示されている（保坂，1999，2000；Hosaka, Sugiyama, Tokuda, & Okuyama, 2000；Fukui, Kugaya, Okamura, Kamiya, Nakanishi, Imoto, Kanagaw, & Uchitomi, 2000b；福井，2002；小池，2003；竹中，2001；Hirai, Motooka, Ito, Wada, Yoshizaki, Shiozaki, Momino, Okuyama, & Akechi, 2012；平井，2014）。最近では、藤澤（2018）のマインドフルネス認知療法などがある。心理教育およびマインドフルネスに基づくワーク（気づきの訓練や瞑想やヨガ）を実施し、その効果としては、不安や抑うつなどの情緒状態の改善や身体機能の改善、スピリチュアルウェルビーイングにも良い影響を与えていたとの報告がある。

しかし、これらのグループ療法の内容は、日常生活上の問題や医療情報の提供などを含めた心理社会的問題に焦点をあてたものであり、実存的な問題に焦点をあてたグループ療法プログラムに関する報告は本邦では極めて少ない。

4 実存的グループ療法・プログラム開発の必要性

がん患者の不安や抑うつの背景には実存的苦痛（スピリチュアルペイン）の存在が推測されているため、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）に焦点をあてた精神療法は、がん患者の不安や抑うつを緩和することや尊厳の維持を期待できる（Breitbart, 2002；Kissane et al., 2003, 2004；Lebel et al., 2014；Chochinov et al., 2005；Lee, Cohen, Edgar,

Laizner, & Gagnon, 2006)。そこで、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）に焦点をあてたグループ療法は、がん患者の不安や抑うつをより一層緩和し、早期のがん患者にも有効であることが期待される。すなわち、個人療法と比較してがん患者を対象としたグループ療法では、孤独感の緩和や他者の生き方をモデルにできること、情報交換の場にもなること、対処法を学びあえること、さらには労力、時間、および医療費の面からも、患者と医療提供者の両方に有利であるなどの利点があげられる。そして、我が国でがん患者を対象とした精神療法の有用性という点で、エビデンスが示された介入方法としてもグループ療法があげられる（明智， 2009）。しかしながら、日本においては実存的苦痛（スピリチュアルペイン）に焦点をあてた精神療法は、終末期の患者に対して行われているものが中心である（Akechi et al., 2012；小森， 2018）。他の病期（急性期や慢性期）のがん患者について、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）を取りあげた個人的介入やグループ療法は、本邦では極めて少ない。しかし、このような実存的苦痛は、終末期のがん患者だけに表出されるものではなく、がん患者に広く共通して認められるものと考えられる。すなわち、他の病期（急性期や慢性期）のがん患者も抱き、直面する苦痛であると考ええる。例えば、治療当初においては、治療に対する不安や、この先どうなるのかという不確実性、なぜ、どうしてがんに罹患したのかという不条理感などを強く感じるものである。さらに、治療が落ち着いたとしても、治療あるいは治療の維持が完了しているがん患者の53%が再発への恐れを抱いているとの報告(Rachel, Jimenez, Giselle, Katiria, Julia, Rabin, Daniel, Hall, Katharine, Elyse, & Show, 2017)からも理解できるように、再発への恐れを抱えながら生活をしていくこととなる。また、時に応じて、転移や再発などの悪い知らせ（BAD

NEWS) から生じる危機的状態に陥ることがあり得る。そのため、がんに罹患するという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず、患者は、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）を抱えており、心理的な援助が必要であると考えられる。

それゆえ、筆者はグループ療法の手法を用いて、がんを診断された時からの、さらにはがんという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず共通してがん患者が抱える実存的苦痛に焦点をあてた心理的援助プログラムの開発を目指した。その中でも、Performance Status (PS) の状態が良いがん患者 (PS=0~2) について、実存的苦痛を取りあげたグループ療法プログラムを作成した。

プログラムの作成にあたって、第Ⅱ章（研究1）では、がん患者への心理的援助の在り方を探るべく、がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズを把握するための実態調査を行った。第Ⅲ章（研究2）では、乳がん患者が多く、男女比も1:3であった第Ⅱ章（研究1）の課題を踏まえ、対象者数を増やし、男女比も1.9:1におさめて、消化器がん患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための調査を行った。また、グループ療法の効果を高めるために、心理的サポートへのニーズや心理状態に影響を及ぼす要因を探るべく、身体的問題、コーピングスタイル（対処様式）なども取りあげ、その関連性を検討した。加えて、がんに対するコーピングスタイル（対処様式）と性格特性との関連も明らかにすることで、患者に寄り添った援助へのあり方を探ることを試みた。一方で、第Ⅳ章（研究3）では、治療中のがん患者の心理的サポートへのニーズに応えるため、ソーシャルサポートの一翼を担う心理的援助の専門職が果たす役割を探るべく、がん診療連携拠点病院の医師からみたが

ん患者の心理的サポートの現状とニーズについて調査を実施した。第V章（研究4）では、腎移植患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための質問紙調査を行い、作成した実存的グループ療法・プログラムについて、がん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素（特殊性）と、他の患者のニーズにも関与する要素（応用可能性）について検討した。

これらの結果を踏まえ、第VI章で実存的グループ療法・プログラムを作成し、その内容について述べた。第VII章（研究5）では、作成した実存的グループ療法・プログラムを乳がん患者に実施し、その有効性について検討した。第VIII章では、本研究から得られた知見と限界および今後の展望について述べた。

II がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識
および心理的サポートへのニーズの把握その1
(研究1)

Ⅲ がん患者が抱える心理社会的問題に対する現状認識 および心理的サポートへのニーズの把握その2

—ニーズと個人内要因との関連—

(研究2)

1 はじめに

第Ⅱ章(研究1)では、がん患者への心理的援助の在り方を探るべく、がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズを把握するための調査を、Performance Status(PS)の状態が良いがん患者について行った。その調査では、「現状認識」とニーズの質問紙は独自に作成し、因子分析を行った結果、「現状認識」およびニーズともに7因子が抽出され、心理的サポートの必要性が強く示唆された。ニーズでは、「病気・死の受容」「自己価値」「忍耐」といった実存的な問題へのニーズも抽出され、「病気・死の受容」「自己価値」「家族」「自立・協力」「忍耐」へのニーズが高かった。これらより、実存的問題や家族との関係性を中心とした援助を提供する必要性が示唆された。さらに、患者の心理状態によって、心理社会的諸問題に対する「現状認識」やニーズの程度に差があることがわかり、患者に寄り添った援助を行う上では、患者の心理状態によって援助の内容を工夫する必要性が示唆された(中村・河瀬, 2007)。

しかし、性別やがんの原発部位に偏りがあったこと、調査対象数が少なかったことが課題としてあげられた。

2 目的

本研究では、乳がん患者が多く、男女比も 1:3 であった第Ⅱ章（研究 1）の課題を踏まえ、対象者数を増やし、消化器がん患者を対象に心理社会的諸問題に対する「現状認識」および心理的ニーズを把握するための調査を行った。また、グループ療法の効果を高めるために、心理的ニーズや心理状態に影響を及ぼす要因を探るべく、身体的問題、コーピングスタイル（対処様式）なども取りあげ、その関連性を検討した。加えて、がんに対するコーピングスタイル（対処様式）と性格特性との関連も明らかにすることで、患者に寄り添った援助へのあり方を探ることを試みた。

3 方法

1) 対象者

調査対象は、a)告知を受けていること、b) Performance Status (PS) が 0, 1, 2 レベル、という条件を満たす A 大学附属病院消化器外科の術後の通院および入院中の患者であり、年齢・性別、罹患年齢、再発の有無は問わなかった。

2) 調査時期および調査手続き

調査は、2007 年 12 月～2008 年 8 月にかけて行った。患者に対する直接的な調査協力の依頼と配布は、主治医と筆者が行った。そこでは、研究の趣旨や回答は任意であることを説明し、調査への同意が得られた場合には同意書の記入をお願いした。回収は無記名の郵送で行った。なお、本調査は、倫理面への配慮として京都ノートルダム女子大学の倫理委員会および A 大学附属病院の倫理委員会（承認番号 E-78）で承認を得て実施した。調査は匿名で行われ、データは統計処理をされるため個人が特

定されることはないこと、参加しないことによる不利益は生じないことに配慮した。

3) 調査内容

本研究では、以下の自己記入式の質問紙を用いて評価した（参考資料2）。

① 基本属性

調査対象者の基本属性として、性別、年齢、職業、主な生計負担者であるか、配偶者の有無、子供の有無、同居人の有無、罹患部位、罹患期間、再発の有無、手術歴、入院歴、Performance Status(PS)、身体症状の有無、痛みの程度、を調査項目とした。

② がん患者が抱える心理的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズの程度を測る質問紙

「現状認識」「ニーズ」を問う質問項目については独自に作成した。それは、第Ⅱ章の研究1のがん患者を対象に実施した心理社会的諸問題に対する「ニーズ」に関する調査結果より得られた項目について、若干の表現の修正を行った項目であり、全部で53項目から構成した。各項目について5件法での回答（1=あてはまらない、2=ややあてはまらない、3=どちらともいえない、4=ややあてはまる、5=あてはまる）を求めた。

③ 日本語版 Profile of Mood States (POMS) 短縮版

Douglas, Maurice, Heuchert, & Droppleman (1971)開発したProfile of Mood States (POMS) を横山らが翻訳した日本語版POMS短縮版を用いた（横山・荒記・川上, 1990 ; Yokoyama, Araki, Kawakami, & Tkakeshita, 1990)。これは、気分を評価する尺度であり、「緊張－不安」「うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの下位尺度か

ら構成される。30項目からなり5件法で回答する。

④ Mental Adjustment to Cancer (MAC) 尺度

Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson (1988)が開発し、明智・久賀・岡村・三上・西脇・福江・山脇・内富(1997)が翻訳した尺度を用いた(Akechi, Fukue-Saeki, Kugaya, Okamura, Nishiwaki, Yamawaki, & Uchitomi, 2000)。これは、がんに対する心理的適応を評価するための尺度であり、「前向き」(16項目)「絶望感」(16項目)「不安」(16項目)「運命」(8項目)「回避」(1項目)の5側面から構成される。40項目から成り、4件法で回答する。

⑤ Big five 尺度

和田(1996)により開発された日本語Big Five 尺度を用いた。これは、性格特性を「外向性」「情緒不安定性」「経験への開放性」「誠実性」「調和性」の5側面から測定し、60項目7件法で回答する。

4) 解析方法

「現状認識」および「ニーズ」を特定するために、因子分析によりそれぞれの構成因子の抽出を試みた。すなわち、「現状認識」「ニーズ」とも、53項目に対し、主因子法のプロマックス回転を用いて因子分析を行った。因子分析の結果にもとづき、因子負荷の高い項目を用いて下位尺度を構成した。その後、尺度の内的整合性を検討するために α 係数を算出した。次に、下位尺度を用いて、「ニーズ」や心理状態(POMS)に影響を与える要因を探るために、「ニーズ」、心理状態(POMS)を従属変数に、年齢、性別、再発の有無や身体症状などの背景要因、コーピングスタイル(MAC)を独立変数としたカテゴリカル回帰分析を行った。

次に、コーピングスタイルのあり方を明らかにするために、階層クラス分析によって、タイプ分けを行った。そのタイプによって、「ニーズ」

や心理状態が異なるのかを検討するために、タイプ分けをしたクラスタを独立変数とし、「ニーズ」と心理状態（POMS の下位尺度）を従属変数とする 1 要因の分散分析をそれぞれ行った。さらに、さらに、クラスタと性格特性との関連を探るために 1 要因の分散分析を行った。

4 結果

1) 対象者のプロフィール

質問紙は 395 名に配布し、286 名（有効回答率 72.4%）から回答を得た。対象者のプロフィールを表 III-1 に示した。男性は、186 名、女性は 98 名であり、平均年齢は 66.25 歳（ $SD=9.46$ ）であった。罹患部位は、大腸が 72 名、胃が 59 名、重複が 47 名、胆・肝・膵が 42 名、食道が 7 名、不明が 59 名であった。罹患期間は、6 ヶ月未満が 42 名、6 ヶ月から 1 年以下が 44 名、1 年以上 5 年未満が 102 名、5 年以上が 77 名、不明 21 名であり、平均罹患期間は 3.53 年であった。

表 III-1 調査対象者のプロフィール

性別	男	女	不明				
	186	98	2				
年齢	49歳以下	50歳～64歳以下	65歳以上	不明			
	17	89	177	3			
職業	常勤職員	非常勤職員	パート	主婦	無職	その他	不明
	46	7	13	47	105	52	16
部位	胃	大腸	胆、肝、膵	食道	重複	不明	
	59	72	42	7	47	59	
罹患期間	6ヶ月未満	6ヶ月～1年未満	1年以上～5年未満	5年以上	不明		
	42	30	116	77	21		
再発の有無	有	無	不明				
	48	227	11				
入院/通院	入院中	外来通院中	不明				
	17	259	10				
Performance Status	0	1	2	3	不明		
	147	114	15	4	6		

2) 因子分析の結果

「現状認識」と「ニーズ」を特定するために主因子法のプロマックス回転を用いて因子分析を行い、それぞれの構成因子を探索的に検討した。その際、回答の少なかった仕事に関する質問4項目を除く、57項目に対し因子分析を行った結果、「現状認識」では因子の内容、固有値、共通性を総合的に判断して、表Ⅲ-2に示すように、5因子解を最適な解として採用した(33項目)。それぞれの内容から、第Ⅰ因子は“生きる意味や価値の認識”、第Ⅱ因子は“受容”、第Ⅲ因子は“家族との関係”、第Ⅳ因子は“周囲や医療スタッフとの良好な関係”、第Ⅴ因子は“不安への対処”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表Ⅲ-4に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .62 \sim \alpha = .83$ の範囲であった。

表Ⅲ-2 「現状認識」における因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5
F1 生きる意味や価値の認識					
人生の意味を見出している	.74	.18	.03	-.22	.02
自分の持っている能力を出来る限り活かしている	.72	.02	.00	-.08	-.06
生きがいを見出している	.72	-.09	-.07	.10	.00
生きている意味を見出している	.67	-.03	.02	.01	.14
今後の生活設計をたてている	.60	-.16	.07	.14	-.03
本当に大事なものがわかってきた	.54	.11	.23	-.28	.13
何らかの点で自信をもっている	.52	.09	-.16	.10	.02
親しい友人に対して、自分が出来る限り協力している	.50	-.05	-.07	.27	.02
社会活動に参加している	.43	-.14	-.27	.15	.06
自分らしく生きている	.42	.19	.09	.14	-.20
F2 受容					
死に関する話題を冷静に口にすることができる	-.14	.67	.08	.03	.12
動揺せずに死をみつめることができる	-.01	.65	-.22	.12	.08
死に関して悩まないでいられる	-.07	.56	-.04	.15	.01
つらさを一人で耐えることができている	.12	.51	.09	-.20	.04
孤独にたえることができている	.05	.50	.04	-.05	.08
病気であることを受け入れている	-.10	.46	.32	.15	-.12
できていたことができなくなった自分を受け入れている	-.15	.44	.24	-.05	.03
これまでの出来事を受け入れている	.09	.40	.13	.23	-.09
心の奥深くでは穏やかで落ち着いた気持ちになっている	.22	.38	-.06	.18	-.02
精神的に自分自身に満足している	.27	.35	-.12	.27	-.17
病気と仲良く共にいきている	.12	.35	.10	.04	-.02
F3 家族との関係					
家族に対し感謝している	-.02	.02	.65	.15	-.05
家族のことを気にかけている	-.01	.00	.63	-.15	.03
家族は、病気のつらさを理解するための関わり方を身につけている	.15	.09	.54	.03	.00
家族に、素直に要求を出せている	.03	.01	.52	.40	-.06
家族に、負担をかけていると思っている	-.18	.09	.44	-.05	.08
F4 周囲や医療スタッフとの良好な関係					
友人に今の自分の病気の状態を理解してもらえる	.03	.15	-.15	.52	.02
家族以外の人に自分の病気の状態を話すことができる	-.11	.21	-.03	.51	.09
相談に乗ってくれる親しい人がいる	.14	-.32	.18	.46	.19
今の状態や要求を周囲に伝えるコミュニケーションを身につけている	-.02	.27	-.02	.40	.21
医療スタッフとスムーズなコミュニケーションがとれている	.11	.02	.09	.35	-.05
F5 不安への対処					
宗教的な信念の中に安らぎを見出している	-.05	-.02	.08	.17	.69
神や仏の存在に支えられている	.04	-.13	.16	.15	.57
専門的なカウンセリングの場を持っている	.07	.01	-.03	-.04	.45
死後、自分はどうなるのかということについて、自分なりの考えを持っている	.15	.24	-.04	-.12	.43
民間療法について知っている	-.07	.17	-.07	.08	.38
専門的なリラクスの方法を学べる場を持っている	.00	.22	-.11	.04	.35
因子間相関					
	F1				
	F2	.52			
	F3	.20	.15		
	F4	.40	.36	.21	
	F5	.23	.10	.01	.00

次に、「ニーズ」の因子分析の結果、因子の内容、固有値、共通性を総合的に判断して、表Ⅲ-3に示すように、6因子解を最適な解として採用した（33項目）。それぞれの内容から、第Ⅰ因子は“生きる意味や価値への探求”、第Ⅱ因子は“家族や医療スタッフとの関係改善”、第Ⅲ因子は“受容”、第Ⅳ因子は“補完療法への関心”、第Ⅴ因子は“宗教・信仰”、第Ⅵ因子は“周囲とのコミュニケーション”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表Ⅲ-5に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .74 \sim \alpha = .85$ の範囲であったことから、内的整合性をある程度有していると考えられる。

表Ⅲ-3 「ニーズ」における因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 生きる意味や価値への探求						
自分の持っている能力を出来る限り活かしたい	.90	-.06	-.09	-.12	-.04	.09
親しい友人に対して、自分が出来る限り協力したい	.73	.00	-.23	.07	.06	.14
人生の意味を見出せるようになっていたい	.69	.10	.11	-.11	.06	-.18
生きがいを見出したい	.63	.24	.06	.02	-.11	-.13
社会活動に参加したい	.57	-.29	.04	-.01	.06	.04
生きている意味を見出したい	.56	.02	.13	.04	.09	-.06
今後の生活設計をたてたい	.55	.09	-.11	-.05	-.01	.15
何らかの点で自信をもっていたい	.54	.19	.00	.03	-.05	-.09
本当に大事なものがわかっていたい	.44	-.03	.16	.12	.10	-.01
F2 家族や医療スタッフとの関係改善						
家族に対し感謝したい	-.13	.76	.01	.00	.05	.06
家族に、自分が出来る限りで協力したい	.08	.74	-.01	.13	-.12	-.17
家族に、素直に要求を出したい	-.06	.69	.07	-.03	.06	.03
家族に、自分の病気の状態を理解してもらっていたい	-.01	.68	-.02	-.18	.12	.16
医療スタッフとスムーズなコミュニケーションがとれてほしい	.08	.52	.04	-.12	.01	.09
家族は、病気のつらさを理解するための関わり方を身につけてほしい	-.01	.46	-.07	.16	.05	.10
家族のことを気にかけてほしい	.00	.43	.02	.07	.04	-.01
F3 受容						
動揺せずに死をみつめられるようになっていたい	.07	-.07	.80	-.04	-.04	.05
死に関する話題を冷静に口にすることができてほしい	-.17	.05	.75	.05	-.02	.03
孤独に耐えられるようになってほしい	.02	.07	.57	.00	.04	-.05
できていたことができなくなった自分を受け入れてほしい	-.05	.02	.54	-.04	.14	.05
精神的に自分自身に満足してほしい	.32	-.02	.45	-.09	-.24	.08
F4 補完療法への関心						
専門的なリラクスの方法を学べる場を持っていたい	-.02	.10	.05	.79	-.08	-.09
代替療法を受けてほしい	-.08	-.08	-.06	.66	-.03	.07
痛みを和らげる療法(音楽や催眠)を受けてほしい	-.23	.07	-.04	.64	-.10	.14
専門的なカウンセリングの場を持っていたい	.20	.00	.02	.62	.00	-.03
民間療法について知っていたい	.13	-.03	-.03	.43	.14	-.04
専門的なグループの場をもっていたい	.17	-.12	.13	.38	.23	.03
F5 宗教・信仰						
神や仏の存在に支えられてほしい	.02	.06	.03	-.08	.83	-.02
宗教的な信念の中に安らぎを見出したい	.04	.07	-.02	.02	.74	-.04
F6 周囲とのコミュニケーション						
家族以外の人に自分の病気の状態を話すことができるようになってほしい	-.20	.02	.17	.04	.02	.70
友人に今の自分の病気の状態を理解してもらっていたい	.24	.08	-.14	.11	-.02	.58
自分でできることは自分で行っていたい	.16	.14	.01	-.09	-.14	.46
今の状態や要求を周囲に伝えるコミュニケーションを身につけてほしい	.14	.01	.28	.12	.04	.39
因子間相関						
	F1					
	F2	.56				
	F3	.51	.33			
	F4	.41	.18	.40		
	F5	.25	.15	.14	.40	
	F6	.37	.38	.38	.26	.06

3) 全体の基本統計量

「現状認識」と「ニーズ」における下位尺度得点の平均値と標準偏差 (*SD*) を表 III-4、表 III-5 に示した。

表 III-4 「現状認識」の下位尺度得点の平均値

	平均値	<i>SD</i>	α 係数
生きる意味や価値の認識	3.48	.79	.83
受容	3.66	.74	.81
家族との関係	4.21	.62	.65
周囲や医療スタッフとの良好な関係	3.83	.89	.62
不安への対処	1.90	.80	.67

表 III-5 「ニーズ」の下位尺度得点の平均値

	平均値	<i>SD</i>	α 係数
生きる意味や価値への探求	3.90	.81	.85
家族や医療スタッフとの関係改善	4.37	.66	.86
受容	3.90	.87	.75
補完療法への関心	2.60	1.02	.78
宗教・信仰	2.62	1.35	.82
周囲とのコミュニケーション	4.11	.90	.74

これら平均値からは、「現状認識」では、“不安への対処”が3点（どちらともいえない）以下と低値であった。一方、「ニーズ」に関しては、“生きる意味や価値への探求”“家族や医療スタッフとの関係改善”“受容”“周囲とのコミュニケーション”へのニーズが高かった。

4) ニーズと個人内要因との関連

背景要因、コーピングスタイル（MAC）による「ニーズ」、心理状態との関連について

「ニーズ」や心理状態（POMS）に影響を与える要因を探るために、「ニーズ」、心理状態（POMS）を従属変数に、年齢、性別、罹患期間、再発の有無や身体症状などの背景要因、コーピングスタイル（MAC）を独立変数としたカテゴリカル回帰分析を行った。その結果を表 III-6、表 III-7 に示

した。

表Ⅲ-6 「ニーズ」を従属変数とするカテゴリカル回帰分析結果

	標準化係数β					
	「生きる意味や 価値への探求」	「家族や医療ス タッフとの関係 改善」	「受容」	「補完療法へ の関心」	「宗教・信仰」	「周囲との コミュニケーション」
性別	.02	.02	.13	.10	.12	.05
年齢	-.07	.10	.05	-.34 **	.13	-.16
配偶者の有無	.13	.01	.06	.11	.02	.22 *
子どもの有無	.06	.07	.02	.07	.03	.11
同居者の有無	.02	.01	.12	.11	.06	.13
罹患期間	.12	.05	.09	.11	.10	.02
再発の有無	.01	.13	.06	.02	.09	.03
PS	.07	.11	.14	.19 *	.17	.14
食欲不振	-.09	.14	-.10	-.06	-.14	-.09
体重減少	.08	.05	.15 *	.01	.14	.18 *
倦怠感	-.13	.02	.01	.20 **	-.09	-.11
睡眠障害	-.06	.04	.05	.06	-.13	.04
嘔気、嘔吐	-.01	-.04	.06	-.07	-.11	.00
呼吸困難	-.12	.14	.16	.05	-.10	.20
便秘	.08	.08	.11	.06	.04	.09
痛み	-.16	-.11	-.12	-.14	.04	.04
脱毛	-.08	.07	.14	.10	-.08	.09
浮腫	.12 *	-.11	.07	.13 *	.14	.11
MAC「前向き」	.44 **	.23 *	.21 *	.11	.19 *	.27 **
MAC「絶望感」	-.16	-.27 *	-.02	.00	-.07	-.13
MAC「不安」	.11	.15	-.12	.15	.13	.09
MAC「運命」	-.15	.03	-.06	-.12	.04	-.04
MAC「回避」	-.17 *	-.15	-.22 *	.04	-.03	-.24 *
R ²	.42**	.25*	.23*	.32**	.25**	.27**
Adj R ²	.33**	.11*	.10*	.19**	.11**	.11**

*p<.05 **p<.01

表Ⅲ-6 より、“生きる意味や価値への探求”へは MAC「前向き」「回避」と浮腫が、“家族や医療スタッフとの関係改善”へは MAC「前向き」「絶望感」が有意に影響をしていることがわかった。“受容”については MAC「前向き」「回避」に加えて、体重減少が有意に影響をしていた。“補完療法への関心”には年齢および PS、倦怠感、浮腫が、“宗教・信仰”には、MAC「前向き」が、“周囲とのコミュニケーション”においては、MAC「前向き」「回避」と配偶者の有無や体重減少が有意に影響を及ぼしていることがわかった。

表Ⅲ-7 心理状態(POMS)を従属変数とするカテゴリカル回帰分析結果

	標準化係数 β					
	「緊張」	「抑うつ」	「怒り」	「活気」	「疲労」	「混乱」
性別	.10	.05	.11	.09	.20 **	.10
年齢	-.32 **	-.21 *	-.33 **	.03	-.28 **	-.13
配偶者の有無	.01	.11	.07	.01	.15	.13
子どもの有無	.02	.02	.15	.07	.05	.01
同居者の有無	.06	.01	.04	.04	.08	.03
罹患期間	.11	.17	.36 **	.10	.11	.10
再発の有無	.00	.01	.13	.12	.08	.01
PS	.06	.04	-.02	.03	.02	.13
食欲不振	-.20	-.13	-.21 *	.04	-.11	-.14 *
体重減少	.10	.14	.19 *	-.08	.18 *	.06
倦怠感	-.05	.07	.06	-.16	.32 **	.13
睡眠障害	.20 **	.07	.02	-.04	-.05	.01
嘔気、嘔吐	-.07	-.06	-.08	-.04	-.06	-.02
呼吸困難	-.11	-.11	.22 *	.11	.11	-.03
便秘	.04	-.07	.03	.07	.03	.03
痛み	.14	.04	.06	-.10	.02	-.09
脱毛	.14	-.12	-.06	.07	-.08	-.11
浮腫	.13	.16	-.15	.03	.09	.16
MAC「前向き」	.09	-.04	.13	.36 **	-.03	-.08
MAC「絶望感」	.19 *	.33 **	.37 **	-.06	.17	.28 **
MAC「不安」	.21 *	.20 *	.07	-.09	.10	.14
MAC「運命」	-.02	.04	-.11	.01	-.08	.04
MAC「回避」	-.06	.06	.10	.12	.09	.02
R^2	34**	34**	39**	30*	43**	33**
Adj R^2	23**	24**	28*	18*	34**	21**

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

一方、表Ⅲ-7に示すように、心理状態に与える要因を検討してみたところ、POMS「緊張」にはMAC「絶望感」「不安」に加えて、年齢と睡眠障害が、POMS「抑うつ」についてはMAC「絶望感」「不安」と年齢が有意に強く影響を与えていた。さらに、POMS「怒り」にはMAC「絶望感」と、年齢、罹患期間、呼吸困難、食欲不振、体重減少が、POMS「活気」には、MAC「前向き」が、POMS「疲労」には性別、年齢、倦怠感、体重減少とが有意に影響を及ぼしていることがわかった。POMS「混乱」には、MAC「絶望感」と食欲不振が有意に影響を及ぼしていた。

これらから、身体的問題だけではなく、がんに対するコーピングスタイルが「ニーズ」や心理状態に影響を及ぼすことがわかった。

コーピングスタイルとのタイプによる「ニーズ」や心理状態との関連について

上記の結果を踏まえ、コーピングスタイル(対処様式)を基準にして、「ニーズ」と心理状態や性格との関連を検討した。

① コーピングスタイルによるクラスタ分析

「ニーズ」や心理状態に影響を与える要因をさらに詳しく探るために、まずはコーピングスタイル(MACの下位尺度得点)によって、どのようなコーピングのタイプが見られるのかを、階層クラスタ分析によって検討した。MACの下位尺度得点をもとにward法による階層クラスタ分析を行った結果、解釈可能性からクラスタ数は3が妥当であると判断され、その結果を図Ⅲ-1に示した。次に、得られた3クラスタの特徴を明らかにするために、3クラスタを独立変数、MAC下位尺度得点を従属変数とした1要因分散分析を行ったところ、いずれの下位尺度においても有意差が認められた(「前向き」: $F(2, 254)=13.7$, 「絶望感」: $F(2, 254)=22.1$, 「不安」: $F(2, 254)=33.27$, 「運命」: $F(2, 254)=52.33$, 「回避」: $F(2, 254)=637.0$, 全て $p<.01$)。そこで、Tukey法による多重比較を行ったところ、各クラスタの特徴が明らかになった。各クラスタの記述統計と多重比較の結果を、表Ⅲ-8に示した。

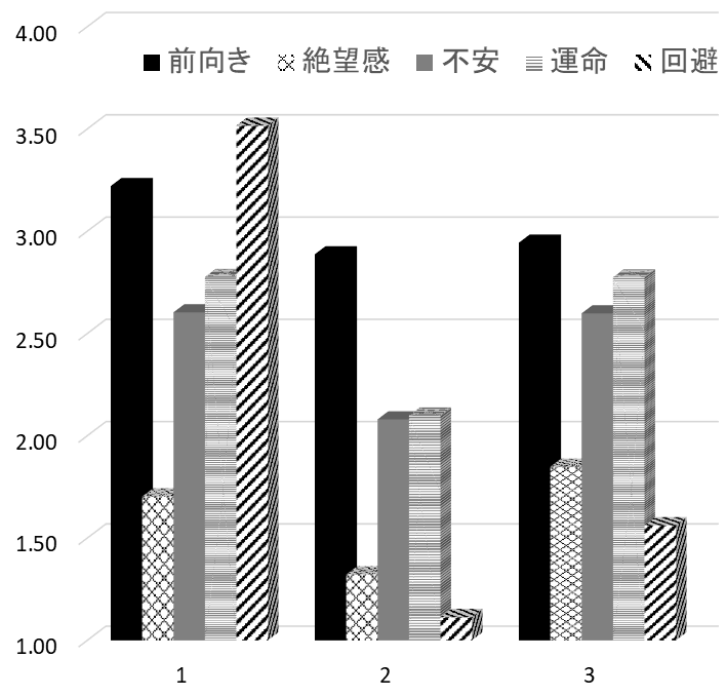


図 III-1 各クラスにおけるコーピングスタイル(MAC)の下位尺度得点

表 III-8 各クラスにおけるコーピングスタイル(MAC)の下位尺度得点と1要因分散分析結果(score range1-4)

	1 (n=91) M (SD)	2 (n=70) M (SD)	3 (n=96) M (SD)	F値	多重比較
前向き	3.22 (.41)	2.89 (.47)	2.94 (.46)	13.7**	1>2,3
絶望感	1.70 (.60)	1.32 (.34)	1.85 (.52)	22.1**	1,3>2
不安	2.60 (.54)	2.08 (.33)	2.60 (.45)	33.27**	1,3>2
運命	2.78 (.51)	2.10 (.48)	2.78 (.43)	52.33**	1,3>2
回避	3.52 (.50)	1.11 (.36)	1.56 (.50)	637.0**	1>3>2

*p<.05 **p<.01

クラスター1は、「奮闘群」である。その特徴としては、がんに対して、前向きに取り組んでおり絶望感も強くもないが、がんを運命と感じ、不安もあり、回避をしている群である。クラスター2は、「前向き安定群」で

あり、その特徴は、がんに対し、やや前向きに取り組み、絶望感も低く、不安も運命もそれほど高くはなく、回避をしていない群である。クラスター3は、「前向き不安群」であり、がんに対し、やや前向きに取り組み絶望感も強くもないが、がんを運命と感じ、不安もあり、軽度に回避をしている群である。

② 心理状態におけるクラスター間の比較

心理状態 (POMS) について、クラスター間でどのような違いがあるかを検討するため、3 クラスターを独立変数、心理状態 (POMS の下位尺度) を従属変数とする 1 要因の分散分析を行った。なお、POMS は、T 得点に変換した。「緊張」「抑うつ」「怒り」「疲労」「混乱」については、60 点以上が、「活気」については、40 点以下が「要注意」とされる。

その結果、「怒り」以外のすべての下位尺度で有意差が認められた（「緊張」： $F(2, 250)=4.82$ ，「抑うつ」： $F(2, 249)=9.56$ ，「活気」： $F(2, 240)=9.25$ ，「疲労」： $F(2, 246)=3.79$ ，「混乱」： $F(2, 249)=5.38$ ，いずれも $p<.01$ ）。その結果を Table9 に示した。その中でも特に、クラスター2の「前向き安定群」では、「緊張」、「抑うつ」、「疲労」や「混乱」が有意に低いことがわかった。さらに、クラスター3の「前向き不安群」では、他のクラスターに比べ「緊張」「抑うつ」「疲労」「混乱」が有意に高く、「活気」が低いことがわかった。

表Ⅲ-9 MACの各クラスタにおける心理状態(POMS)の下位尺度得点と1要因分散分析結果

	1 (n=91) M (SD)	2 (n=70) M (SD)	3 (n=96) M (SD)	F値	多重比較
緊張	44.00 (8.66)	42.27 (7.72)	46.45 (9.32)	4.82 **	3>2
抑うつ	47.77 (9.64)	43.80 (6.06)	49.89 (9.74)	9.56 **	1,3>2
怒り	44.95 (8.35)	43.49 (6.46)	45.36 (7.90)	1.22	n.s
活気	47.89 (10.43)	45.04 (8.52)	41.59 (9.84)	9.25 **	1>3
疲労	43.92 (7.71)	42.87 (5.41)	45.96 (8.20)	3.79 **	3>2
混乱	48.55 (9.53)	46.09 (6.70)	50.44 (8.37)	5.38 **	3>2

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

③ 「ニーズ」におけるクラスタ間の比較

「ニーズ」について、クラスタ間でどのような違いがあるのか検討するため、3クラスタを独立変数、「ニーズ」を従属変数とする1要因の分散分析を行ったところ、“生きる意味や価値への探求”、“受容”、“周囲とのコミュニケーション”で有意差が見られた(“生きる意味や価値への探求”： $F(2, 249)=2.74$ ，“受容”： $F(2, 251)=6.23$ ，“周囲とのコミュニケーション”： $F(2, 249)=4.62$ ，いずれも $p<.05$)。クラスタ2「前向き安定群」では、“生きる意味や価値への探求”、“受容”、“周囲とのコミュニケーション”へのニーズが有意に高いことがわかった。クラスタ1「奮闘群」では“受容”、“周囲とのコミュニケーションへのニーズが、クラスタ2「前向き安定群」に比べ有意に低かった。その結果を表Ⅲ-10に示した。

表 III-10 MACの各クラスタにおける「ニーズ」の下位尺度得点の1要因分散分析結果

	1 (n=91) M (SD)	2 (n=70) M (SD)	3 (n=96) M (SD)	F値	多重比較
生きる意味や価値への探求	3.87 (.77)	4.15 (.79)	3.77 (.84)	2.74 *	2>3
家族や医療スタッフとの関係改善	4.37 (.56)	4.39 (.72)	4.35 (.71)	1.05	n.s
受容	3.72 (.87)	4.19 (.77)	3.89 (.81)	6.23 **	2>1
補完療法への関心	2.49 (.96)	2.41 (1.01)	2.77 (1.04)	3.05 *	n.s
宗教・信仰	2.61 (1.28)	2.41 (1.32)	2.77 (1.38)	2.25	n.s
周囲とのコミュニケーション	3.97 (.91)	4.39 (.81)	4.09 (.89)	4.62 *	2>1

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

④ 性格におけるクラスタ間の比較

性格についても同様の1要因分散分析を行った結果(表III-11)、「情緒不安定性」、「開放性」で有意差が見られた(「情緒不安定性」： $F(2, 245)=4.55$ 、「開放性」： $F(2, 253)=4.82$ 、いずれも $p<.05$)。クラスタ3の「前向き不安群」では、クラスタ2「前向き安定群」に比べ、「情緒不安定性」が有意に高く、「開放性」が有意に低いことがわかった。

表III-11 MACの各クラスタにおける性格の下位尺度得点の1要因分散分析結果(score range1-7)

	1 (n=91) M (SD)	2 (n=70) M (SD)	3 (n=96) M (SD)	F値	多重比較
外向性	4.71 (.88)	4.82 (1.05)	4.49 (.89)	2.63	n.s
情緒不安定性	3.88 (.78)	3.63 (.93)	4.04 (.86)	4.55 *	3>2
開放性	4.52 (.79)	4.63 (.84)	4.24 (.88)	4.82 **	2>3
誠実性	4.65 (.82)	4.65 (.99)	4.56 (.87)	2.41	n.s
調和性	4.88 (.79)	4.76 (.83)	4.65 (.66)	4.55	n.s

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

6 考察とまとめ

1) 因子分析の結果より

「現状認識」についての調査結果からは、“不安への対処”が低く、中村ら（2007）の調査結果と同様に患者が心理社会的サポートについて、必ずしも満足し十分受けられているとは感じていないことが示された。がん患者のQOLを高めるためにも、専門的な心理社会的サポートの必要性がうかがわれる。一方、「ニーズ」については、“生きる意味や価値への探求”“受容”“宗教・信仰”など、生きている意味や目的についての関心や概念と関わっているスピリチュアル（世界保健機関，1993）に関するニーズが抽出された。その中でも“生きる意味や価値への探求”“受容”へのニーズが高いことが認められた。他方、“家族や医療スタッフとの関係改善”“周囲とのコミュニケーション”へのニーズも高いことが示された。このように患者は、実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆されたため、これらの問題を中心とした援助が必要である。ただし、“宗教・信仰”がスピリチュアルとは別に独立した因子として抽出され、あまり積極的にニーズが表明されなかったことは、中村ら（2007）と同様の結果であり、ここに日本の特徴がうかがえる。

2) カテゴリカル回帰分析の結果より

今回の調査対象者は、罹患期間は、1年以下が86名、1年以上5年未満が102名、5年以上が77名、不明21名であり、平均罹患期間は3.53年であった。ニーズと罹患期間との関連はなかったとの報告もあり（竹中，2001）、本研究からも「ニーズ」への影響としては、罹患期間の影響は有意に認められなかった。これより、がん患者においては、罹患期間にかかわらず、共通したニーズを抱えている可能性が示唆された。

表Ⅲ-6 より、「ニーズ」への影響としては、がんに対し「前向き」に取り組むほど“生きる意味や価値への探求”“家族や医療スタッフとの関係改善”“受容”“宗教・信仰”“周囲とのコミュニケーション”へのニーズが強かった。Rottman, Susanne, Jane, & Kirsten (2010) は、MAC「前向き」と自己効力感との間には正の相関関係があることを報告している。自己効力感とは、困難に直面した時に適切に行動し、遂行できる力であり、その力を有していると感じている患者は、実存的問題や関係性の問題について自ら主体的に取り組んでいくことを望んでいることが理解できる。

しかし、その中でも、MAC「回避」が高い場合には“生きる意味や価値への探求”“受容”“周囲とのコミュニケーション”へのニーズが低く、援助する場合は、死や孤独、喪失などの実存的問題や周囲との関係に向き合うことへの配慮が必要であると考えられる。さらに、いずれも身体症状の影響があるため、身体症状へのアプローチも必要である。一方、身体的な問題がある場合は、“補助療法への関心”へのニーズが高く、不安への直接的な対処を望んでいた。

次に、表Ⅲ-7 に示すように、心理状態への影響としては、睡眠障害や倦怠感、食欲不振や体重減少の身体症状が、POMS「緊張」「疲労」「怒り」「混乱」の心理状態に影響を及ぼしていることが認められた。そのため、POMS「緊張」「疲労」「怒り」「混乱」への心理状態改善のためには、リハビリテーションなどの身体的なアプローチの必要性も考えられる。POMS「怒り」について、身体症状では、呼吸困難の存在についても目を向ける必要がある。今回は、消化器系の術後のがん患者を対象としていることから、消化器系の症状に目が向きやすいかもしれない。しかし、呼吸困難の影響もみられたことから、心理的支援をする者にとって注意を喚

起するものである。

さて、MAC「絶望感」が高いほど、POMS「怒り」「混乱」も強く、それに加えて、MAC「不安」が高いほど POMS「緊張」「抑うつ」が強かった。MAC「絶望感」とは、がんに対して「自分を励ますことができない」「自分では何もできない」「あきらめたい」というコーピングであり、自分自身やがんに対して否定的な認知が強いと、緊張やうつ、怒りや混乱が強いということ考えられる。一方、がんに対して MAC「絶望感」が高いほど“家族や医療スタッフとの関係改善”へのニーズが低かった。“家族や医療スタッフとの関係改善”は、協力や感謝、要求をだしたい、理解をしてもらいたいという内容である。MAC「絶望感」とうつとの間には正の相関関係が見られるという報告があり (Kulpa & Kosowicz, 2014)、本研究からも MAC「絶望感」と POMS「抑うつ」との関連がみられた。うつの特徴として周囲に対する悲観的な考えをもちやすいことがあげられる (大野, 2003)。絶望感を抱えている患者は、家族に対して悲観的な考えにとらわれ、迷惑をかけている、負担になっているのではないかという罪責感を抱いている可能性があり、協力や感謝、要求を出したいといった思いの表明までには至っていないことが推測され、罪責感・負担感などを緩和するための心理的ケアが必要であると考えられる。これらから、絶望感に関わる自分自身やがんに対する否定的な認知と、うつに関わる否定的な認知の両方からのアプローチが必要であると考えられる。

以上から、身体的問題だけではなく、がんに対するコーピングスタイルがニーズや心理状態に影響を及ぼし、ニーズと心理状態の改善への手がかりになるとことが示唆された。そこで、コーピングスタイル (対処様式) のあり方を基準として、ニーズと心理状態との関連をあらためて

検討した。

3) クラスタ分析の結果より

クラスタ3の「前向き不安群」といったコーピングスタイルの患者は、「緊張」、「抑うつ」、「疲労」や「混乱」が他のクラスタ群に比べ、有意に強いことがわかった。さらに、性格との関連をみると、クラスタ2に比べ、「情緒不安定性」が高く、「開放性」が低かった。ただし、「情緒不安定性」の得点は、4点台であり、必ずしも高いとはいえないものの、クラスタ3「前向き不安群」では、危機に直面した時に、他のクラスタよりも情緒不安定さが顕在化する恐れがあると考えられる。すなわち、クラスタ3の臨床像として、がんに対する回避という対処行動をあまり使用せずに、病気と向き合おうとしている状態であり、しかし、MAC「運命」が高い、すなわちコントロール感（自分の行動などがものごとの経過や結果に影響を与えうると信じている感覚）が低いことは、潜在的な情緒不安定な性格傾向も影響しているのではないかと考えられる。ただ、「緊張」、「抑うつ」、「疲労」や「混乱」が有意に強かったとはいえ、情緒状態は適応障害やうつ病であるカットオフ値を超えることはなく正常範囲内ではあった。そのため、緊張や抑うつが顕在化し、適応障害やうつ病などに発展しないためにも、個別に患者に寄り添っていく支援が必要であると考えられる。加えて、患者は、“生きる意味や価値への探求”、“受容”、“周囲とのコミュニケーション”へのニーズも表明されているため、例えば、グループ療法で、お互いにモデルになり、励まし合いながらこれらニーズを満たすことで、心理状態改善などの効果をもたらすことが期待できる。しかし、このような患者には、グループ療法を行う場合でも、潜在的な情緒不安定な性格傾向から、他のメンバーの話を受け、情緒が揺さぶられる可能性が懸念されるため、個別のフォローが必要であると

考える。

次に、クラスタ 2 の「前向き安定群」の患者は、「緊張」、「抑うつ」、「疲労」や「混乱」が有意に低く、“生きる意味や価値への探求”、“受容”、“周囲とのコミュニケーション”へのニーズが高いことがわかった。さらに、性格傾向としては「情緒不安定性」が低く、「開放性」が高かった。

「情動性（情緒不安定性）」と「開放性」は精神的健康と密接な関連がある次元とされる（杉浦・丹野，2008）。すなわち、「情動性が低く，開放性が高い」程に精神的健康である可能性が高くなる。開放性が高いという性格特性からも、同じ体験者との交流が支援にもつながる可能性が考えられる。それゆえ、クラスタ 2 のコーピングスタイルの患者は、病気と向き合い、情緒的にも安定している状態である中で、がん患者として不確実性を抱えながらも人生に生きがいを見出し、家族に対して、また自分自身の生き方に対しても積極的に取り組んでいくことを望んでいることが認められたため、これらを援助していくことが大切だと考える。例えば、実存的問題や他者との関係性をテーマとして含むグループ療法で同じ体験者との交流を通じ、彼らのニーズを満たすことが示唆され、情緒のさらなる安定を維持していくことにつながると考える。

クラスタ 1 の「奮闘群」は、回避という対処行動をとることでもがんに直面化せず前向きになっている情緒は一応の安定が得られていると推測される。しかし、クラスタ 1 の「奮闘群」の患者の QOL が高いかどうかまで、本研究からは示されなかった。今後は、彼らが闘病生活を過ごしていく中で、どのような経過をたどるのかを明らかにしていくことが大切であると考え。すなわち、回避という対処が一時的にショックを和らげ、次のステップのがんに向き合うための準備期間として作用し、精神的に安定を保ちながら過ごしていけるのか、あるいは回避が解かれ

た際、がんに向き合うことで抑えられていた不安や恐怖が顕在化し適応障害やうつ病などに発展しないかどうか、などを明らかにする必要性が見出された。

以上、心理的援助プログラムの開発のために、わが国のがん患者の心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズの把握を試みた結果、実存的問題や他者との関係性を含む因子が各々抽出された。患者は、がんに罹患するという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず、これらの問題に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆された。がんに対するコーピングスタイルが、「ニーズ」や心理状態に影響を及ぼすことがわかった。そこで、コーピングスタイル（対処様式）のあり方を基準として、「ニーズ」と心理状態との関連を検討したところ、がんに対してどのように対処をしているかということが、「ニーズ」や心理状態の改善へアプローチするための手がかりになることが示唆された。さらに、性格特性との関連も示されたため、性格特性に合わせた援助をも考えていく必要性も示唆された。

IV がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート

－医師へのアンケート調査より－

(研究 3)

1 はじめに

第Ⅱ章（研究 1）、第Ⅲ章（研究 2）では、がん患者への心理的援助の在り方を探るために、がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズを把握するための実態調査を行った。一方で、第Ⅳ章（研究 3）では、治療中のがん患者の心理的サポートへのニーズに応えるため、ソーシャルサポートの一翼を担う心理的援助の専門職が果たす役割を探るべく、がん診療連携拠点病院の医師からみたがん患者の心理的サポートの現状とニーズについて調査を実施した（中村・河瀬・保坂，2008）。

さて、近年、緩和ケアの概念が拡大され、WHO の定義（日本ホスピス緩和ケア協会，2002）では、「疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOL を改善するためのアプローチ」とされている。その流れの中で、我が国では2002年からは、緩和ケアチームが保険診療点数の対象とされ、一般総合病院において緩和ケアの普及が進められている。この緩和ケアチームにおいて、精神科医がかかわることが必要とされており、精神科医の役割として、患者への精神療法や家族への援助なども含む精神症状マネジメントや、身体症状のマネジメント支援、職種間のコミュニケーション促進や医療スタッフ間の葛藤の解消、医療スタッフのメンタルヘルスの維持

といったチーム医療に対するアプローチ、さらには精神症状に関するスタッフへの知識の提供・教育、地域との連携などが期待されている（明智，2007）。しかし、一般総合病院では常勤の精神科医が存在しても1～2人と少人数のところが多く、非常勤での対応も多いのが現状である。そのような状況で、精神科医に一般の精神科外来業務に加え、がん患者への心理社会的な側面へのアプローチを求めていくことは大きな負担を強いることにもなる。そこで、リエゾン心理士などの心理専門家が関わることにより、精神科医の負担を軽減すると共に、精神科医と協同することで心理社会的側面への支援が充実していくことも期待されている（福澤，2005；栗原，2008）。そして、2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、各地にがん診療連携拠点病院が指定されるなど、がん医療に対する取り組みがますます本格化しつつあるが、そこにおいても、がん患者のQOLを高める上でがん患者へのソーシャルサポートが大変重要なものとして位置づけられている。

2 目的

本研究では、治療中のがん患者の心理的サポートへのニーズに応えるため、ソーシャルサポートの一翼を担う心理的援助の専門職が果たす役割を探るべく、がん診療の中心を担うがん診療連携拠点病院において、とくに心理社会的側面に焦点をあて、がん患者へのソーシャルサポートについての現状と必要性を医師がどのように理解しているのかを把握することを試みた。

3 方法

1) 対象者

調査対象は、全国のがん診療連携拠点病院 286 施設に勤務し、①外科、②内科、③緩和ケアチームに所属する各医師 1 名ずつである。質問紙は、858 名に配布された。

2) 調査時期および調査手続き

調査時期は、2007 年 12 月下旬～2008 年 1 月末であった。調査は、郵送により実施した。

3) 調査内容

以下の自己記入式の質問紙（参考資料 3）を用いて評価した

① フェイスシート

年齢、性別、所属、医師としての経験年数、勤務している病院の概要（病床数、ホスピスや緩和ケア病棟の有無、常勤の精神科医の有無、ソーシャルワーカー（MSW）の有無、心理専門家の有無、専門看護師（大学院修士課程修了者で、複雑で解決することが難しい問題を持つ個人や家庭、集団に対して、高い水準の看護ケアの技術や知識を持って接する専門的な看護師）の有無、認定看護師（熟練した看護技術と知識を有することが認められた看護師）の有無）について記入を求めた。

② がん患者に対するソーシャルサポートの現状を問う項目

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者に対するソーシャルサポートの現状を問う質問項目を独自に作成した（現状 12 項目）。各項目について、「非常に充足している」～「全く充足していない」まで 7 件法で回答を求めた。

③ がん患者に対するソーシャルサポートの必要性を問う項目

心理社会的側面に焦点をあてたがん患者に対するソーシャルサポートの必要性を問う質問項目を独自に作成した（必要性 12 項目）。各項目について、「非常に必要である」～「全く必要でない」まで 7 件法で回答を求めた。

なお、倫理面への配慮として、本研究は、京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科倫理委員会による承認を得て実施した。調査は匿名で行われ、データはすべて統計処理されるため、個人が特定されることはないこと、また、回答は、参加者自ら郵送することから、参加は任意であり、参加しないことによる不利益は生じないことに配慮した。

4 結果

1) 対象者のプロフィール

質問紙は、368 名から返送があり、有効回答は 360 名であった（有効回答率 42.0%）。男性 333 名、女性は 26 名、無記名 1 名であり、平均年齢は 48.67 歳（ $SD=\pm 9.08$ ）であった。所属としては、外科 97 名、内科 56 名、緩和ケアチームに所属する外科医 72 名、緩和ケアチームに所属する内科医 42 名、緩和ケアチームに所属するその他の医師（麻酔科 18 名、精神科 8 名、放射線科 1 名、不明 46 名）、不明 20 名であった。医師としての経験年数は、10 年未満が 13 名、10 年以上～20 年未満が 97 名、20 年以上～30 年未満が 192 名、30 年以上が 57 名、無記名が 1 名であった。

2) 全体の基本統計量

現状と必要性における対象者全体の平均値と標準偏差（ SD ）を表 IV-1 に示した。患者に対するソーシャルサポートの現状では、「専門家によるグループ療法」「宗教的ケアの専門家」「患者同士が集まれるサロン」「患者自ら情報を得る設備や施設」「ピアサポート」の平均値が 3 点（あまり

充足していない) 以下であった。一方、必要性に関しては、すべての項目で4点(どちらかと言うと必要である) 以上であり、必要性があることが認められた。

表IV-1 現状と必要性についての対象者全体の平均値(n=360)

項目	現状		必要性	
	Mean	SD	Mean	SD
1 病気の相談窓口	4.32	1.32	6.27	.85
2 心の相談窓口	3.80	1.42	6.21	.85
3 社会資源の相談窓口	4.69	1.21	6.27	.80
4 日常活動に関する相談窓口	3.79	1.27	5.55	1.09
5 情報提供パンフレット	3.92	1.26	5.57	1.04
6 専門家によるグループ療法	2.93	1.49	4.95	1.22
7 宗教的ケアの専門家	1.53	.89	4.11	1.19
8 患者同士が集まれるサロン	2.51	1.37	4.82	1.15
9 患者自ら情報を得る設備や施設	2.89	1.63	5.18	1.18
10 ピアサポート	1.70	1.01	4.18	1.16
11 補助器具等の相談窓口	4.00	1.26	5.89	.98
12 メール、電話による相談	3.34	1.45	5.12	1.29

3) ソーシャルサポートの現状と基本属性との関連

患者に対するソーシャルサポートの現状の充足度について、医師としての経験年数および勤務している病院の概要(精神科医の有無、緩和ケア病棟の有無など)との関連をそれぞれ検討した。医師としての経験年数による違いでは、ソーシャルサポートの現状の認識に差がみられなかった。また、病床数の違いでは、「心の相談窓口」について有意差がみられた。一方、ホスピスや緩和ケア病棟の有無、常勤の精神科医の有無、ソーシャルワーカー(MSW)の有無、心理専門家の有無、専門看護師の有無、認定看護師の有無により、いずれも医師によるソーシャルサポートの現状の受け止め方に差がみられた(表IV-2)。

表IV-2-1 精神科医の有無による現状の比較

項目	有 (n=233)		無 (n=127)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.48	1.29	4.04	1.34	3.04 **
心の相談窓口	4.20	1.31	3.06	1.31	7.84 **
社会資源の相談窓口	4.80	1.15	4.48	1.29	2.40 *
日常活動に関する相談窓口	3.88	1.20	3.64	1.37	1.63
情報提供パンフレット	4.03	1.24	3.73	1.28	2.16 *
専門家によるグループ療法	3.09	1.51	2.61	1.40	2.96 **
宗教的ケアの専門家	1.60	.95	1.39	.76	2.24 *
患者同士が集まれるサロン	2.54	1.33	2.46	1.45	.47
患者自ら情報を得る設備や施設	3.00	1.62	2.69	1.63	1.78
ピアサポート	1.75	1.02	1.61	.98	1.23
補助器具等の相談窓口	4.11	1.20	3.80	1.33	2.24 *
メール、電話による相談	3.42	1.38	3.20	1.55	1.40

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

表IV-2-2 心理士の有無による現状の比較

項目	有 (n=193)		無 (n=141)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.47	1.32	4.13	1.33	2.34 *
心の相談窓口	4.21	1.35	3.26	1.36	6.32 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.07	4.34	1.29	4.60 **
日常活動に関する相談窓口	3.96	1.31	3.63	1.24	2.32 *
情報提供パンフレット	4.11	1.27	3.74	1.24	2.66 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.56	2.81	1.43	1.40
宗教的ケアの専門家	1.55	0.92	1.44	0.77	1.19
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.43	2.46	1.34	.74
患者自ら情報を得る設備や施設	3.05	1.69	2.70	1.57	1.94
ピアサポート	1.78	1.04	1.64	1.00	1.22
補助器具等の相談窓口	4.19	1.28	3.81	1.20	2.74 **
メール、電話による相談	3.63	1.47	3.06	1.40	3.55 **

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

表IV-2-3 MSWの有無による現状の比較

項目	有 (n=334)		無 (n=19)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.34	1.31	4.05	1.47	.91
心の相談窓口	3.83	1.37	3.21	1.93	1.87
社会資源の相談窓口	4.76	1.14	3.47	1.65	3.37 **
日常活動に関する相談窓口	3.81	1.28	3.56	1.29	.81
情報提供パンフレット	3.95	1.26	3.56	1.10	1.29
専門家によるグループ療法	2.94	1.48	2.68	1.60	.74
宗教的ケアの専門家	1.55	0.91	1.16	0.50	3.15 **
患者同士が集まれるサロン	2.56	1.40	1.84	0.83	3.48 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.93	1.62	1.89	1.15	2.75 **
ピアサポート	1.73	1.03	1.16	0.37	5.60 **
補助器具等の相談窓口	4.06	1.25	3.44	1.15	2.04 *
メール、電話による相談	3.40	1.44	2.67	1.37	2.11 *

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

表IV-2-4 専門看護師の有無による現状の比較

項目	有 (n=146)		無 (n=199)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.73	1.18	4.05	1.35	5.03 **
心の相談窓口	4.11	1.39	3.56	1.42	3.59 **
社会資源の相談窓口	4.79	1.15	4.61	1.24	1.42
日常活動に関する相談窓口	4.01	1.25	3.65	1.27	2.58 **
情報提供パンフレット	4.19	1.27	3.75	1.22	3.27 **
専門家によるグループ療法	3.31	1.50	2.62	1.43	4.32 **
宗教的ケアの専門家	1.59	0.94	1.45	0.80	1.40
患者同士が集まれるサロン	2.73	1.40	2.34	1.35	2.65 **
患者自ら情報を得る設備や施設	2.99	1.57	2.77	1.64	1.25
ピアサポート	1.89	1.09	1.57	0.94	2.94 **
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.94	1.26	1.05
メール、電話による相談	3.43	1.48	3.32	1.46	.70

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

表IV-2-5 認定看護師の有無による現状の比較

項目	有 (n=248)		無 (n=98)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.51	1.29	3.91	1.29	3.91 **
心の相談窓口	3.99	1.41	3.31	1.34	4.14 **
社会資源の相談窓口	4.78	1.19	4.46	1.16	2.29 *
日常活動に関する相談窓口	3.90	1.30	3.54	1.14	2.42 *
情報提供パンフレット	4.07	1.25	3.58	1.20	3.33 **
専門家によるグループ療法	3.04	1.54	2.65	1.31	2.22 *
宗教的ケアの専門家	1.52	0.87	1.50	0.92	.21
患者同士が集まれるサロン	2.57	1.38	2.35	1.34	1.38
患者自ら情報を得る設備や施設	3.06	1.65	2.51	1.53	2.86 **
ピアサポート	1.76	1.03	1.55	0.95	1.72
補助器具等の相談窓口	4.09	1.25	3.73	1.16	2.44 **
メール、電話による相談	3.47	1.43	3.19	1.39	1.65

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

表IV-2-6 緩和ケア病棟の有無による現状の比較

項目	有 (n=84)		無 (n=275)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.86	1.24	4.15	1.30	4.40 **
心の相談窓口	4.38	1.33	3.62	1.40	4.44 **
社会資源の相談窓口	4.95	1.19	4.60	1.20	2.36 *
日常活動に関する相談窓口	4.28	1.32	3.64	1.22	4.10 **
情報提供パンフレット	4.43	1.36	3.76	1.18	4.05 **
専門家によるグループ療法	3.43	1.70	2.76	1.38	3.28 **
宗教的ケアの専門家	1.85	1.10	1.43	0.79	3.20 **
患者同士が集まれるサロン	3.25	1.54	2.28	1.24	5.27 **
患者自ら情報を得る設備や施設	3.58	1.61	2.69	1.57	4.54 **
ピアサポート	1.99	1.15	1.62	0.95	2.97 **
補助器具等の相談窓口	4.48	1.28	3.85	1.21	4.07 **
メール、電話による相談	3.87	1.54	3.18	1.38	3.88 **

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

表IV-2-7 病床数の有無による現状の比較

項目	500床未満 (n=125)		500床以上 (n=235)		t値
	Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.28	1.34	4.34	1.31	.44
心の相談窓口	3.54	1.45	3.94	1.39	2.62 **
社会資源の相談窓口	4.66	1.33	4.70	1.14	.25
日常活動に関する相談窓口	3.82	1.39	3.77	1.20	.33
情報提供パンフレット	3.99	1.28	3.89	1.24	.74
専門家によるグループ療法	2.84	1.33	2.97	1.56	.83
宗教的ケアの専門家	1.50	0.82	1.54	0.93	.35
患者同士が集まれるサロン	2.58	1.55	2.48	1.28	.62
患者自ら情報を得る設備や施設	2.90	1.66	2.89	1.62	.04
ピアサポート	1.70	0.99	1.71	1.02	.09
補助器具等の相談窓口	3.92	1.32	4.05	1.22	.91
メール、電話による相談	3.33	1.56	3.35	1.39	.17

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

その中でも、緩和ケア病棟の有無では、すべてのソーシャルサポートの項目で差がみられ、ソーシャルサポートの現状の認識に対する緩和ケア病棟の存在が大きいことがうかがえた(表IV-2-6)。そこで、緩和ケア病棟を有する病院において、ソーシャルサポートの現状と、常勤の精神科医の有無、専門看護師の有無との関連についてそれぞれ検討したところ、常勤の精神科医の有無では医師によるソーシャルサポートの現状の理解に差がみられず(表IV-3)、同様に、専門看護師の有無でも差がみられなかった。これらの結果から、緩和ケア病棟の有無とソーシャルサポートの現状の認識との間に強い関連があることがわかった。

しかし、本調査において緩和ケア病棟が設置されている施設からの回答は全体の4分の1以下であったため、緩和ケア病棟を有しないがん診療連携拠点病院に焦点をあて、以下の分析を行った。

ソーシャルサポートの現状と常勤の精神科医の有無との関連

緩和ケア病棟を有しない病院において、ソーシャルサポートの現状と常勤の精神科医の有無との関連について検討をした。その結果、常勤の精神科医を配置している病院は、配置していない病院に比べ、ソーシャ

ルサポートのいくつかの項目で有意な差が認められた。「病気の相談窓口」($t(274)=3.64, p<.01$)、「心の相談窓口」($t(224.3)=8.85, p<.01$)、「社会資源の相談窓口」($t(274)=1.91, p<.05$)、「情報提供パンフレット」($t(274)=2.15, p<.05$)、「専門家によるグループ療法」($t(274)=3.14, p<.01$)、「補助器具の相談窓口」($t(274)=2.70, p<.01$)が有意に充足されていると認識されていた。その中でも特に「心の相談窓口」では、常勤の精神科医を配置している病院では4点以上と充足していると認識しているが、配置していない病院では3点以下で両者に明らかな差がみられた。この結果を表IV-3に示した。

表IV-3 常勤の精神科医の有無による患者に対するソーシャルサポートの現状の比較

項目	緩和ケア病棟 有				t 値	緩和ケア病棟 無				t 値
	精神科医有		精神科医無			精神科医有		精神科医無		
	n=57	n=27	n=175	n=100		n=175	n=100			
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
病気の相談窓口	4.81	1.22	4.96	1.32	-.53	4.37	1.29	3.79	1.23	3.64 **
心の相談窓口	4.49	1.32	4.15	1.32	1.11	4.11	1.30	2.77	1.15	8.85 **
社会資源の相談窓口	4.96	1.18	4.93	1.24	.14	4.74	1.14	4.36	1.28	2.58 *
日常活動に関する相談窓口	4.27	1.24	4.30	1.49	-.09	3.75	1.16	3.46	1.29	1.91
情報提供パンフレット	4.48	1.36	4.33	1.39	.46	3.89	1.16	3.57	1.20	2.15 *
専門家によるグループ療法	3.49	1.77	3.30	1.54	.49	2.97	1.39	2.43	1.30	3.14 **
宗教的ケアの専門家	1.93	1.15	1.67	1.00	1.02	1.49	0.85	1.32	0.66	1.85
患者同士が集まれるサロン	3.30	1.57	3.15	1.49	.42	2.29	1.15	2.28	1.39	.06
患者自ら情報を得る設備や施設	3.67	1.68	3.41	1.47	.69	2.79	1.54	2.49	1.62	1.52
ピアサポート	2.05	1.14	1.85	1.17	.75	1.65	0.96	1.55	0.93	.87
補助器具等の相談窓口	4.45	1.26	4.56	1.34	-.36	4.01	1.17	3.60	1.26	2.70 **
メール、電話による相談	3.93	1.36	3.74	1.89	.46	3.26	1.35	3.05	1.42	1.22

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

ソーシャルサポートの現状と専門看護師・認定看護師の有無との関連

次に、緩和ケア病棟を有しない病院において、がん医療における専門看護師や認定看護師の有無によって、がん患者に対するソーシャルサポートの現状の理解に差が生じているかを検討するため、専門看護師や認

定看護師の有無を独立変数、現状を従属変数とする一元配置の分散分析を行った後、多重比較を行った。なお、独立変数は、専門看護師・認定看護師ともに有、認定看護師のみ有、専門看護師・認定看護師ともに無、という3群に分けて分析を行った。その結果、表IV-4に示すように、専門看護師が配置されている病院では、配置されていないところに比べ、「病気の相談窓口」($F(2, 251)=9.78, p<.01$)、「心の相談窓口」($F(2, 250)=5.9, p<.01$)、「情報提供パンフレット」($F(2, 251)=4.90, p<.01$)、「専門家によるグループ療法」($F(2, 251)=8.32, p<.01$)、「ピアサポート」($F(2, 251)=3.32, p<.05$)が有意に充足されていると認識されていた。

表IV-4 専門看護師、認定看護師の有無による患者に対するソーシャルサポートの現状の比較

項目	緩和ケア病棟無						F値	多重比較
	1 専門看護師有 認定看護師有 n=87		2 専門看護師無 認定看護師有 n=81		3 専門看護師無 認定看護師無 n=86			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
	病気の相談窓口	4.60	1.18	4.11	1.31	3.76		
心の相談窓口	3.97	1.38	3.65	1.42	3.24	1.35	5.95 **	1>3
社会資源の相談窓口	4.72	1.18	4.73	1.20	4.42	1.23	1.86	
日常活動に関する相談窓口	3.82	1.26	3.65	1.26	3.49	1.18	1.53	
情報提供パンフレット	4.06	1.24	3.78	1.11	3.50	1.16	4.90 **	1>3
専門家によるグループ療法	3.22	1.40	2.56	1.41	2.45	1.19	8.32 **	1>2, 3
宗教的ケアの専門家	1.49	.87	1.31	.65	1.43	.79	1.16	
患者同士が集まれるサロン	2.44	1.25	2.15	1.16	2.20	1.29	1.33	
患者自ら情報を得る設備や施設	2.84	1.58	2.72	1.59	2.43	1.52	1.55	
ピアサポート	1.81	1.01	1.46	0.82	1.55	0.98	3.32 *	1>2
補助器具等の相談窓口	3.86	1.16	4.02	1.28	3.66	1.15	1.92	
メール、電話による相談	3.17	1.37	3.38	1.35	3.13	1.42	.79	

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

ソーシャルサポートの現状と常勤の精神科医の有無・心理専門家の有無との関連

同様に、常勤の精神科医および心理専門家の有無によって、がん患者に対するソーシャルサポートの現状の理解に影響が生じているかを検

討するため常勤の精神科医および心理専門家の有無を独立変数、現状を従属変数とする一元配置の分散分析を行った後、多重比較を行った。その結果、表IV-5に示すように、精神科医（常勤）および心理専門家が配置されている病院では、それらのスタッフが配置されていない病院に比べ、「病気の相談窓口」（ $F(2, 251)=2.80, p<.01$ ）、「心の相談窓口」（ $F(2, 250)=31.5, p<.01$ ）、「社会資源の相談窓口」（ $F(2, 251)=6.07, p<.01$ ）、「情報提供パンフレット」（ $F(2, 251)=3.93, p<.01$ ）「専門家によるグループ療法」（ $F(2, 251)=3.93, p<.01$ ）、「宗教的ケアの専門家」（ $F(2, 251)=4.35, p<.05$ ）「補助器具の相談窓口」（ $F(2, 251)=3.51, p<.05$ ）が有意に充足されていると認識されていた。

表IV-5 常勤の精神科医、心理専門家の有無による患者に対するソーシャルサポートの現状の比較

項目	緩和ケア病棟無								F値	多重比較
	1 心理有		2 心理有		3 心理無		4 心理無			
	精神科医有		精神科医無		精神科医有		精神科医無			
	n=113		n=34		n=47		n=66			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
病気の相談窓口	4.45	1.28	3.91	1.33	4.28	1.35	3.73	1.18	2.80 **	1>4
心の相談窓口	4.31	1.30	3.26	1.21	3.77	1.22	2.51	1.03	31.50 **	1>2>4、3>4
社会資源の相談窓口	4.92	1.06	4.71	1.14	4.45	1.16	4.18	1.32	6.07 **	1>4
日常活動に関する相談窓口	3.91	1.18	3.53	1.54	3.55	1.12	3.42	1.15	2.67	
情報提供パンフレット	4.08	1.17	3.68	1.41	3.62	1.13	3.52	1.08	3.93 **	1>4
専門家によるグループ療法	3.08	1.45	2.50	1.62	2.94	1.33	2.39	1.12	4.16 **	1>4
宗教的ケアの専門家	1.60	.94	1.12	.33	1.26	.57	1.42	.77	4.35 **	1>2, 3, 2>4
患者同士が集まれるサロン	2.40	1.24	2.15	1.42	2.17	1.01	2.35	1.39	.58	
患者自ら情報を得る設備や施設	2.93	1.63	2.50	1.75	2.55	1.43	2.48	1.56	1.49	
ピアサポート	1.72	1.02	1.50	.75	1.60	0.90	1.58	1.01	.60	
補助器具等の相談窓口	4.12	1.12	3.74	1.60	3.91	1.25	3.53	1.04	3.51 *	1>4
メール、電話による相談	3.49	1.38	3.21	1.62	2.96	1.22	2.97	1.32	2.73	

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

4) ソーシャルサポートの必要性について

がん患者に対するソーシャルサポートの各項目の得点について、それぞれ一元配置の分散分析をした後、多重比較を行った。その結果を表IV

-6 に示した。

各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が他の項目に比べ有意に高かった。これらに続いて、専門家によるグループ療法、さらには患者同士が集まれるサロンへの必要性が認められた ($F(11, 4303)=157.2, p<.05$)。

表IV-6 患者へのソーシャルサポートの必要性についての
1要因分散分析結果

		Mean	SD
3	社会資源の相談窓口	6.27	.80
1	病気の相談窓口	6.27	.85
2	心の相談窓口	6.21	.85
11	補助器具等の相談窓口	5.89	.98
5	情報提供パンフレット	5.57	1.04
4	日常活動に関する相談窓口	5.55	1.09
9	患者自ら情報を得る設備や施設	5.18	1.18
12	メール、電話による相談	5.12	1.29
6	専門家によるグループ療法	4.95	1.22
8	患者同士が集まれるサロン	4.82	1.15
10	ピアサポート	4.18	1.16
7	宗教的ケアの専門家	4.11	1.19

F値

$F(11,4303)=175.2$ ** $P<.01$ **

多重比較

3, 1, 2 > 11 > 5, 4 > 9, 12, 6 > 10, 7
12 > 8 > 10

5 考察とまとめ

本研究では、病院内におけるがん患者のソーシャルサポートについてその現状と必要性を医師がどのように理解しているのかを検討してきた。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、比較的よく知られた資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状もあまり充足されてはおらず、またそれらの必要性は認められたものの上位ではなかった。その理由としては、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないこと、さらに勤務している病院での実現可能性の問題、さらには有効性の問題などが考え

られる。そこで、医師にそれらの活動内容を理解してもらい、またその有効性を明らかにしていくことが必要で、精神科医や心理士らにその役割を担うことが求められる。

次に、勤務している病院の概要と現状との関連を検討した結果、各項目のソーシャルサポートの充足度合いは、病院の規模に依る差はほとんどみられなかった。しかし、緩和ケア病棟や、専門看護師や精神科医などの専門スタッフを配置している病院では、それらを配置していない病院に比べ、ソーシャルサポートが充足していると認識されていることが認められた。これらの病院でソーシャルサポートの充足度が高い結果となったのは、病院のソーシャルサポートへの意識の高さによるものと、専門スタッフによる活動との相乗効果によるものと考えられる。その中でも、緩和ケア病棟の存在は大きいことがうかがえ、緩和ケア病棟の有無とソーシャルサポートの現状の認識との間に強い関連があることがわかった。このことから、緩和ケア病棟を有する病院では、緩和ケア病棟と院内他科との連携がはかられていたり、あるいは病院全体でソーシャルサポートの充実を積極的に進められている可能性が推測される。一方、緩和ケア病棟を有しない病院に焦点をあて、病院の概要（常勤精神科医の有無、専門看護師の有無など）とソーシャルサポートに対する現状理解との関連をみると、多くの項目で有意差がみられた。すなわち、常勤の精神科医を配置しているところのほうが、配置していないところに比べると、ソーシャルサポートが充足していると認識していることがわかった。その中でも特に、「心の相談窓口」が充足されているという結果については、がん診療連携拠点病院において常勤精神科医がいることで、がん患者への心理的援助に直接的にもまた間接的にも貢献している可能性が示唆された。また、専門看護師が配置されている病院では、配

置されていない病院に比べ、ソーシャルサポートが充足していると認識されていることがわかった。このことから、専門看護師の存在も大変重要であることが示唆される。ただ、専門看護師が配置されていると回答した者は全体の約 50%であり、専門看護師が配置されていないところも多いと思われる。そのため、そのような病院においては、ソーシャルサポートという観点からは、精神科医や心理士が多様な役割を果たす必要があるかもしれない。さらに、常勤の精神科医および心理専門家の両方が配置されているところが、それらのスタッフが配置されていないところに比べ、ソーシャルサポートが充足していると認識されていた。これは、精神科医と心理専門家の両者がいることの相乗効果によるものとも考えられる。また、精神科医か心理専門家のどちらかが配置されている病院でも、それらのスタッフが配置されていないところと比べると、「心の相談窓口」などのソーシャルサポートが充足していると認識されていた。このことから、カウンセリング的な側面においては心理専門家が十分な役割を果たしている可能性が示唆される。

さてソーシャルサポートの必要性についての医師に対する調査結果からは、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が高く認識され、現在提供しているいくつかのソーシャルサポートが有効に機能していることが伺える。またこれらに続いて、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンへの必要性が認められた。一方、実施したがん患者を対象にした心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的支持へのニーズに関する調査では、家族や周囲にいかに理解を得て協力できるか（「家族や医療スタッフとの関係改善」「周囲とのコミュニケーション」）、死や孤独にいかに向き合うか（「受容」）、生きる意味や自己価値の再認識（「生きる意味や価値への探求」）などへのニーズ

が高く、研究1では特に専門的な個人カウンセリングやこころのケアのための専門的なグループ療法、不安やストレスを和らげるためのリラックス方法を学べる場などへの参加の希望がみられた。しかしこのような社会資源に対する患者の現状認識では満たされていないと評価しており、今回の医師による理解と同様の結果であった。さらに、武田・田村・小林（2005）や柴田・佐藤・増島（2005）の研究でも同様に、「他の患者との交流」や「グループでの話し合い」に対する患者のニーズが報告されている。そのため、今後は各種相談窓口や情報提供のためのパンフレットなどに加えて、専門家によるグループ療法や患者同士が気軽に情報交換できる場などを提供していくことは、患者の多様なニーズに応える上で役立つものと考えられる。

以上、がん診療連携拠点病院におけるがん患者のソーシャルサポートの現状と必要性に関する医師の理解について把握することを試みた。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなどへの必要性が高く認識され、現在提供しているいくつかのソーシャルサポートが有効に機能していることがうかがえた。また、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンへの必要性も認められたものの、医師にそれらの活動内容や有効性をさらに理解してもらう必要性が示唆された。そのため、精神科医や心理士らがその役割を担うことも重要であると考えられる。さらに、精神科医や心理士、専門看護師などの専門スタッフが配置されている病院は、それらを配置していない病院に比べ、ソーシャルサポートが充足されていたことから、それぞれの役割や意義が見出された。今後は、他の医療スタッフや家族への調査とも比較していくことが必要である。

V 実存的グループ療法・プログラムにおける 特殊性と応用可能性について

－腎患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識および
心理的サポートへのニーズの把握からの検討－

(研究4)

1 はじめに

筆者は、がん患者が抱える実存的苦痛に焦点をあてた実存的グループ療法・プログラムを開発した。しかしながら、がんに限らず、生命を脅かす疾患に直面する患者は、程度に違いはあっても実存的苦痛を抱えている可能性がある。それゆえ、第V章(研究4)では、腎移植患者が抱える問題を取り上げ、腎移植患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための質問紙調査を行い、作成した実存的グループ療法・プログラムについて、がん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素(特殊性)と、他の患者のニーズにも関与する要素(応用可能性)について検討した。

腎移植により、腎不全患者の身体的側面を中心としたQOLが改善されてきた(Fisher, Gould, Wainwright, & Fallon, 1998)。腎移植患者は、生体腎、献腎(死体腎)ともに5年生存率は90%を超え、生着率も生体腎、献腎ともに88%以上である(日本移植学会ファクトブック, 2018)。しかし、一方で、移植後のレシピエントにおいて、身体的な回復が見られたにもかかわらず、適応障害やうつ病などの精神障害がみられることが多数報告されている(Fukunishi, Kita, Sugawara, & Makuuchi, 2003; Haruki, 1991; 橘, 2006; Penkower, Dew, EllisSereika, Kitutu,

& Shapiro, 2003 ; Wallace, yorgin, Carola, & Moore, 2004 ; Szeifert, Molnar, & Ambrus, 2010)。適応障害やうつ病などのうつ状態は、患者の QOL にも影響を及ぼすだけではなく、自殺の要因にもなる。つまり、腎移植患者の自殺のリスクは高く、1.77 倍という報告がある (Ojo, Hanson, Wolfe, Leichtman, Agodoa, & PortK, 2000)。さらに、うつ状態は、腎移植 5 年後の死亡率を上昇させるための独立した危険因子 (HR=1.7) にもなりうるという報告もあり (Novak, Molnar, Szeifert, Kovacs, Vamos, Zoller, Novak, Keszei, & Mucsi, 2010)、移植腎機能低下による再透析導入やレシピエントの生命予後に影響を及ぼすという報告もある (Dobbels, Skeans, Snyder, Tuomari, & MacleanKasiske, 2008 ; Dew, Rosenberger, Myaskovsky, DiMartini, DeVito, & Posluszny, 2015)。

その背景の一つには、慢性拒絶反応や慢性移植腎腎症に対する不安や恐怖を抱えながら生きていることが考えられる。慢性拒絶反応とは、数ヶ月より数年あるいは 10 数年後より次第に移植した腎機能が低下する拒絶反応であり、慢性移植腎腎症とは、移植腎が低下した状態であり、両者とも完全に防ぐことが困難である。すなわち、腎移植患者は急性期を乗り越えたとしても、拒絶反応がいつ起こるか、移植された腎臓の機能がいつ失われてしまうのかという、この先どうなるのかという不確実性や喪失への恐れを抱えながら生活をしているのである。そのため、腎移植からの経過期間に関わらず、移植後の生活において広きにわたって、再透析への不安などや死への恐怖を感じるものと、考える。さらに、それ以外にも、Haruki (2005)は、腎移植のレシピエントが感じる移植後の不安や抑うつの背景について、合併症や薬の副作用についての不安、社会復帰についての不安、再透析の不安、拒絶反応後の抑うつ、薬によ

る抑うつ、移植成功後の抑うつ (Paradoxical depression)、ドナー、家族、スタッフとの葛藤による抑うつ、移植不成功という問題を述べている。

それゆえ、レシピエントに対する心理的援助は重要であり、海外では、腎移植患者への心理療法やグループ療法などが見受けられる (Wilkins, Bozik, & Bennett, 2003 ; Baines, Joseph, & Jindal, 2004 ; Baines, Joseph, & Jindal, 2002)。他方、日本でも、医療技術や治療法も進み、精神的なケアの必要性について考えられるようになってきた (山下, 2000 ; 大久保, 1998 ; Suzuki, Nakamiya, Watanabe, Ando, Tanichi, Koga, Kohno, Usui, Yamagata, Ohkohchi, Toda, Saito, Yoshino, Takahara, Yamauchi, & Yuzawa, 2019)。さらに、実証的な研究もなされるようになってきており (児嶋・高原・花房・矢澤・奥山, 2002 ; Ohkubo, 1995)、中西・山下・柏木・高原 (2002) は、臓器移植後のストレスナーに対する認知評価と精神的健康との関連を調べている。そこでは、5 因子が抽出され、「拒絶反応・感染症の可能性」「移植への葛藤」について脅威に感じていると、不安や抑うつ傾向が高くなるという結果であった。ただ、これら因子は、日常生活上の QOL に関する内容が中心であった。そこで、筆者は、実存的な内容を含めた、より心理社会的な要因に注目をし、腎移植患者が抱く心理的諸問題に対する現状認識や心理的サポートへのニーズに関する調査を行った。

2 目的

本研究は、腎移植患者が抱く心理的諸問題に対する現状認識や心理的サポートへのニーズの把握を試みた。そして、得られた結果をもとに、がん患者への心理的援助として開発した実存的グループ療法・プログラ

ムのがん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素（特殊性）と、他の患者のニーズにも関与する要素（応用可能性）について検討した。

3 方法

1) 対象者、調査時期および調査方法

調査対象は、大阪府内の A 私立病院に通院する腎移植を受けた患者であった。そこでは、年齢・性別、移植してからの経過期間は問わなかった。調査時期は、2005 年 6 月中旬から 8 月下旬であった。患者に対する直接的な調査協力の依頼と配布は、主治医と筆者が行った。その際、回答は任意であることを説明し、調査用紙の回収は、無記名での郵送、あるいは院内に設置した回収箱への投函にて行った。なお、本調査は、A 病院の倫理委員会で承認を得た（承認番号 120）。

質問紙は 280 名に配布され、134 名（有効回答率 47.8%）から有効回答を得た。調査対象者のプロフィールを表 V-1 に示したように、男性は、68 名、女性は 65 名、不明 1 名であり、平均年齢は 48 歳（ $SD=\pm 12.04$ ）であった。移植してからの経過期間は、1 年以下が 15 名、2 年以上～3 年以下が 23 名、4 年以上が 92 名、不明が 4 名であり、平均 9.08 年であった。さらに、ドナー腎については、生体腎移植が 114 名であり、献腎移植が 18 名、不明が 2 名であった。

表 V-1 調査対象者のプロフィール

性別	男性	女性	記入なし			
	68	65	1			
年齢	29歳以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
	7	29	32	42	20	4
移植してからの経過期間	1年以下	2年～3年	4年以上	記入なし		
	15	23	92	4		
ドナーとの関係	家族	献体	記入なし			
	114	18	2			

2) 質問紙の構成

質問紙は、年齢・性別等の基本属性に関して問うフェイスシート、次に「現状認識」「ニーズ」を問う質問項目で構成された（参考資料 4）。

① フェイスシート

フェイスシートでは、年齢、性別、移植してからの経過期間、透析の年数、ドナー腎について記入を求めた。

② 腎移植患者が抱く心理的諸問題に対する「現状認識」「ニーズ」

第Ⅲ章の研究 2 で作成した筆者のがん患者の「現状認識」「ニーズ」の質問項目から、若干修正を加えた 51 項目から構成した。各項目について、「あてはまらない」「ややあてはまらない」「どちらともいえない」「ややあてはまる」「あてはまる」の 5 件法で回答を求めた。

3) 解析方法

実存的グループ療法・プログラムの特殊性と応用可能性を検討していく上では、第Ⅲ章の研究 2 でがん患者に対して実施した、がん患者への心理的諸問題に対する現状認識や心理的ニーズの把握との調査結果からも検討していくことが必要であると考えられる。しかし、がん患者への調査である研究 2 で用いた「現状認識」と「ニーズ」に関する質問項目と、本研究で用いた「現状認識」と「ニーズ」に関する質問項目に言葉の使い方について若干異なる項目があったため、共通項目を抽出し、第Ⅲ章の研究 2 で得られたがん患者 286 名の「現状認識」と「ニーズ」の調査データと腎移植患者における「現状認識」と「ニーズ」の、各項目間の平均値の比較を行った。次に、抽出した共通項目において、がん患者と腎移植患者における因子構造を検討するためにそれぞれ因子分析を行った。腎移植患者群に対する因子分析では、「現状認識」と「ニーズ」に関する質問項目である 51 項目のうち、回答の少なかった仕事に関する

項目 4 項目と研究 2 で用いた質問紙とは異なる 2 項目を除く、がん患者への調査で実施した共通の項目の 45 項目に対し、主因子法のプロマックス回転を用いて行った。一方、がん患者を対象にした調査に対する分析では、研究 2 で用いた「現状認識」と「ニーズ」に関する質問項目である 53 項目のうち、回答の少なかった仕事に関する 4 項目と内容が異なっていた 4 項目を除き、腎移植患者に対する調査項目と共通の項目である 45 項目を抽出し、主因子法のプロマックス回転を用いた。両者とも、因子分析の結果に基づき、因子負荷の高い項目を用いて下位尺度を構成した。その後、尺度の内的整合性を検討するために α 係数を算出した。

4 結果

1) がん患者と腎移植患者における「現状認識」と「ニーズ」の各項目間の平均値の比較

がん患者と腎移植患者における「現状認識」と「ニーズ」の各項目間の平均値を t 検定により比較した。その結果、表 V-2 に示すように、「現状認識」では、「落ち着いた気持ちになっている」($t(408)=2.17, p<.05$)、「満足している」($t(408)=2.74, p<.01$)、「社会活動への参加」($t(310.6)=.36, p<.05$)、「不公平感を受け入れている」($t(290.2)=2.09, p<.05$)、「生計をたてている」($t(408)=2.49, p<.05$)、「自分らしく生きている」($t(408)=3.06, p<.05$)、「自信をもっている」($t(408)=2.45, p<.05$) の得点で、いずれもがん患者の方が充足度は高かった。「患者同士の援助」($t(408)=2.88, p<.05$)、「グループの場」($t(199.3)=2.56, p<.01$) は腎移植患者の方が充足度は高かったが、いずれも低値であった。

「ニーズ」においては、表V-3に示すように、がん患者と腎移植患者の両者ともニーズは高いが、「自分のことは自分で行いたい」($t(401.8)=.36, p<.05$)、「能力を活かしたい」($t(333.6)=3.35, p<.01$)、「生活設計をたてたい」($t(331.7)=2.19, p<.05$)、「友人に協力をしたい」($t(409)=2.83, p<.01$)、「自信を持っていたい」($t(362.7)=4.58, p<.01$)、「死をみつめられるようになっていたい」($t(325.1)=2.17, p<.01$)、「価値のある体験だと思いたい」($t(301.2)=3.29, p<.01$)、「病気と仲良くいきたい」($t(365.5)=3.87, p<.01$)、「家事をしてほしい」($t(329.9)=2.74, p<.05$)という点で、腎移植患者の方がより高いニーズを持っていることがわかった。また、「家族以外の人に病気の状態を話せるようになりたい」($t(400)=3.91, p<.01$)、「不公平感を受け入れてほしい」($t(404)=2.79, p<.01$)では、がん患者の方が有意に高く、「社会活動」($t(303.9)=2.37, p<.05$)、「お互いに援助し合う」($t(408)=4.42, p<.01$)、「グループの場」($t(315.8)=4.07, p<.01$)の項目について、移植患者の方が有意に高かった。

表 V-2がん患者と腎移植患者における「現状認識」の各項目の比較

	がん患者群		腎移植患者群		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
痛み止め以外の、痛みをやわらげてくれる療法を受けている	1.19	.76	1.19	.71	-.10
身体的治療以外の代替療法(ヨガ・瞑想など)を受けている	1.12	.60	1.26	.89	2.17
心の奥深くでは穏やかで落ち着いた気持ちになっている	3.66	1.19	3.39	1.14	-.33 *
死に関する話題を冷静に口にすることができる	3.63	1.41	3.68	1.25	.16
専門的なリラクスの方法を学べる場を持っている	1.62	1.28	1.60	1.14	-.11
死への不安や恐怖に対処できる術(すべ)を持っている	2.21	1.40	2.22	1.25	.41
家族以外の人に今の自分の病気の状態を話すことができる	4.29	1.21	4.24	1.12	-.61
今の状態や要求を周囲の人に伝えるためのコミュニケーションのとり方を身につけている	3.23	1.48	3.31	1.28	-1.66
自分でできることは、自分で行えている	4.69	.80	5.14	4.41	.36
親しい友人に、今の自分の病気の状態を理解してもらえている	4.04	1.13	3.99	1.15	-.73
心のケアのための専門的なカウンセリングの場をもっている	1.30	.88	1.37	1.01	2.64
精神的に自分自身に満足している	3.71	1.18	3.40	1.08	-.41 *
動揺せずに死をみつめることができる	3.03	1.36	3.08	1.29	2.74
自分のできる限りで社会活動(ボランティア・自治会など)に参加している	2.45	1.63	2.03	1.36	-2.80 *
自分と同じ病気を抱えている患者同士で、お互いに援助をし合っている	1.85	1.31	2.25	1.42	-2.56 **
心のケアのために、患者同士で話し合える専門的なグループの場をもっている	1.18	.64	1.40	.88	-1.95 **
病気になったことが、他では得られないような価値のある経験だと思っている	3.12	1.48	3.42	1.31	-1.95
病気によって今までできていたことができなくなった自分を受け入れている	3.36	1.44	3.69	1.29	-2.32
神や仏のような存在に支えられている	2.47	1.51	2.30	1.47	1.10
「なぜ、私が」という不公平感を受け入れている	3.32	1.49	3.02	1.33	2.09 *
本当に大事なものがわかってきた	3.60	1.24	3.64	1.02	-.34
自分の持っている能力を出来る限り活かしている	3.47	1.28	3.23	1.16	1.97
死んだ後、自分はどうなるのかということについて自分なりの考えをもっている	2.35	1.48	2.32	1.36	.20
日頃、相談にのってくれる親しい人がいる	3.80	1.34	3.88	1.26	-.56
「死」に関して、悩まないでいられる	3.50	1.41	3.47	1.40	.18
自分の今後の生活設計をたてている	3.50	1.29	3.16	1.23	2.49 *
孤独に耐えることができている	3.39	1.35	3.25	1.13	1.05
自分らしく生きている	4.05	1.08	3.71	1.07	3.06 **
親しい友人に対して、自分が出来る限り協力している	3.65	1.16	3.50	1.12	1.26
自分と同じ病気の患者がどのような体験をしていくのかを知っている	2.48	1.34	2.69	1.25	-1.53
病気であることを受け入れている	4.40	1.02	4.38	.86	.21
生きがいを見出している	3.67	1.13	3.50	1.14	1.40
医療以外の民間療法について知っている	1.82	1.27	1.88	1.23	-.49
私は信仰心や宗教的な信念の中に安らぎを見出している	1.96	1.37	1.71	1.24	1.83
何らかの点で自分に自信をもっている	3.56	1.14	3.26	1.22	2.45 *
病気と仲良く共に生きている	3.93	1.16	4.01	.93	-.69
これまでの出来事を受け入れている	4.30	.97	4.16	.90	1.40
人生の意味を見出している	3.32	1.18	3.22	1.09	.82
つらさを一人で耐えることができている	3.37	1.30	3.43	1.15	-.45
出来る限りの家事をしている	3.82	1.35	3.87	1.23	-.37
家族に今の自分の病気の状態を理解してもらえている	4.59	.72	4.44	.88	1.70
家族に素直に要求を出している	4.12	1.08	4.20	.97	-.72
家族に対して、自分が出来る限りで協力している	4.31	.89	4.14	.97	1.74
家族に対し感謝している	4.67	.67	4.65	.68	.29
家族は、私の病気のつらさを理解するための関わり方を身につけている	3.88	1.04	3.88	1.10	.01

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

表V-3 がん患者と腎移植患者における「ニーズ」の各項目の比較

	がん患者群		腎移植患者群		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
痛みを和らげる療法(音楽や催眠)を受けていたい	2.35	1.52	2.83	1.50	-3.01 **
代替療法を受けていたい	1.86	1.21	2.13	1.31	-2.00 *
心の奥深くでは穏やかで落ち着いた気持ちになっていたい	4.26	1.06	4.31	1.04	-.46
死に関する話題を冷静に口にすることができていたい	3.79	1.35	3.75	1.26	.35
専門的なリラクスの方法を学べる場を持っていたい	3.06	1.58	3.11	1.39	-.26
死への不安に対処する術を持っていたい	3.35	1.50	3.24	1.34	.80
家族以外の人に自分の病気の状態を話すことができるようになっていたい	4.17	1.26	3.66	1.25	3.91 **
今の状態や要求を周囲に伝えるコミュニケーションを身につけていたい	3.72	1.38	3.61	1.20	.77
自分でできることは自分で行えていたい	4.59	.98	4.79	.54	-2.64 *
友人に今の自分の病気の状態を理解してもらってほしい	3.95	1.17	3.97	1.18	-.17
専門的なカウンセリングの場を持ってほしい	2.89	1.57	2.91	1.44	-.15
精神的に自分自身に満足してほしい	4.26	1.02	4.36	.93	-.84
動揺せずに死をみつめられるようになってほしい	3.82	1.23	4.07	.97	-2.17 *
社会活動に参加してほしい	3.19	1.45	3.51	1.23	-2.37 *
患者同士でお互いに援助し合えてほしい	3.07	1.40	3.66	1.15	-4.42 **
専門的なグループの場をもっとほしい	2.75	1.44	3.29	1.16	-4.07 **
病気になったことが他では得られないような価値のある経験だと思えるようになってほしい	3.49	1.39	3.93	1.20	-3.29 **
できていたことができなくなった自分を受け入れてほしい	3.73	1.28	3.96	1.10	-1.92
神や仏の存在に支えられてほしい	2.82	1.48	2.52	1.44	1.91
なぜ、私がという不公平感を受け入れてほしい	3.65	1.40	3.24	1.46	2.79 *
本当に大事なものがわかってほしい	3.96	1.23	4.19	1.06	-1.77
自分の持っている能力を出来る限り活かしてほしい	3.90	1.24	4.28	.95	-3.35 *
死後、自分はどうなるのかということについて、自分なりの考えを持ってほしい	2.81	1.50	2.85	1.43	-.19
相談に乗ってくれる親しい人がいてほしい	4.03	1.26	3.93	1.23	.76
死に関して悩まないでほしい	4.07	1.19	3.91	1.18	1.27
今後の生活設計をたててほしい	3.96	1.24	4.22	1.02	-2.19 **
孤独に耐えられるようになってほしい	3.86	1.24	3.87	1.14	.00
自分らしく生きてほしい	4.53	.80	4.58	.80	-.59
親しい友人に対して、自分が出来る限り協力してほしい	4.05	1.08	4.35	.85	-2.83 **
同じ病気の患者がどのような体験をしていくのかを知ってほしい	3.14	1.31	3.52	1.18	-2.82 **
病気であることを受け入れてほしい	4.28	1.12	4.25	.95	.29
生きがいを見出してほしい	4.30	.96	4.40	.92	-1.10
民間療法について知ってほしい	2.60	1.51	2.91	1.28	-2.14
宗教的な信念の中に安らぎを見出してほしい	2.44	1.45	2.38	1.40	.35
何らかの点で自信をもっとほしい	4.06	1.05	4.47	.71	-4.58 **
病気と仲良く共に生きてほしい	4.06	1.24	4.47	.84	-3.87 **
これまでの出来事を受け入れてほしい	4.33	.92	4.34	.93	-.12
人生の意味を見出せるようになってほしい	3.90	1.15	4.16	.98	-2.21 *
つらさを一人で耐えることができてほしい	3.79	1.25	3.98	1.01	-1.55
出来る限りの家事をしてほしい	4.13	1.16	4.43	.89	-2.74 **
家族に、自分の病気の状態を理解してもらってほしい	4.56	.83	4.43	.90	1.35
家族に、素直に要求を出してほしい	4.27	.99	4.31	1.03	-.39
家族に、自分が出来る限りで協力してほしい	4.51	.80	4.61	.77	-1.12
家族に対し感謝してほしい	4.72	.77	4.80	.62	-1.00
家族は、病気のつらさを理解するための関わり方を身につけてほしい	4.00	1.08	3.93	1.22	.57

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

2) 腎移植患者における因子分析の結果

「現状認識」と「ニーズ」を特定するために主因子法のプロマックス回転を用いて因子分析を行い、それぞれの構成因子を探索的に検討した。

因子の内容、固有値、共通性を総合的に判断して6因子解を最適な解として採用した(28項目)。その際の基準としては、因子負荷量が.35以上とした。それぞれの内容から、「現状認識」では、表V-4に示すように、第I因子は“能動的態度”、第II因子は“不安の緩和”、第III因子は“家族との相互理解”、第IV因子は“病気の受容”、第V因子は“患者との交流”、第VI因子は“家族への協力”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表V-8に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .68 \sim \alpha = .85$ の範囲であった。

同様に、「ニーズ」の結果は、表V-5に示すように、因子の内容、固有値、共通性を総合的に判断して6因子解を最適な解として採用した(33項目)。第I因子は“能動的態度”、第II因子は“社会的つながり”、第III因子は“補完療法への関心”、第IV因子は“死と忍耐”、第V因子は“家族への願い”、第VI因子は“宗教・信仰”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表V-9に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .82 \sim \alpha = .92$ の範囲であったことから、内的整合性をある程度有していると考えられる。

表 V-4 移植患者が抱える心理的諸問題への「現状認識」の因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 能動的態度						
人生の意味を見出している	.81	.10	-.27	-.02	-.06	.09
生きがいを見出している	.69	.05	.06	.00	.16	-.07
自信を持っている	.67	.02	.01	.01	.03	-.07
自分らしく生きている	.67	-.20	.13	-.10	.05	.18
自分の能力をいかしている	.66	.03	.07	.06	.01	-.16
今後の生活設計をたてている	.63	.08	-.03	.04	-.11	-.09
F2 不安の緩和						
神や仏のような存在に支えられている	.01	.67	-.03	.12	-.09	.16
信仰心や宗教心に安らぎを見出している	.20	.65	-.05	.00	-.13	.04
リラックスを学べる場を持っている	.12	.60	.16	-.16	.06	-.19
代替療法を受けている	-.22	.60	.06	-.09	.12	.03
カウンセリングの場を持っている	-.13	.57	.06	-.18	.12	.04
死への不安や恐怖に対処できる術がある	.09	.50	.08	.20	.03	-.01
死んだ後について自分なりの考えをもっている	.14	.48	-.12	.06	.02	.07
F3 家族との相互理解						
家族に要求をだしている	-.12	.12	.87	-.04	-.04	.11
家族に病気を理解してもらっている	.02	-.02	.78	.03	-.06	.01
家族は関わり方をみにつけている	.11	-.04	.66	-.06	-.07	.02
家族に感謝している	-.09	.05	.66	.19	.08	-.24
F4 病気の受容						
病気であることを受け入れている	-.09	-.06	.09	.72	.05	-.02
これまでの出来事を受け入れている	-.01	-.10	.00	.72	-.05	.00
今までできていたことができなくなった自分を受け入れている	.01	.04	-.09	.62	.00	-.01
病気と仲良く生きている	.20	-.01	.05	.59	.03	.04
家族以外に病気の状態を話せる	.00	.03	.07	.49	.10	.04
F5 患者との交流						
患者同士でお互いに援助している	-.10	.02	-.10	.08	.78	.18
グループの場を持っている	-.04	.10	-.23	.09	.57	-.06
友人に対して協力している	.34	-.15	.17	-.09	.51	.08
患者がどのような体験をしていくか知っている	.10	.06	.12	-.04	.44	-.08
F6 家族への協力						
出来る限りの家事をしている	-.12	.07	-.14	-.01	.12	.76
家族に協力をしている	.05	.03	.25	.05	-.10	.74
因子間相関						
	F1					
	F2	.19				
	F3	.41	.04			
	F4	.44	.08	.29		
	F5	.22	.06	.05	.08	
	F6	.39	.18	.24	.25	.05

表 V-5 移植患者が抱える心理的諸問題への「ニーズ」の因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 能動的態度						
これまでの出来事を受け入れていたい	.88	.22	-.06	-.09	-.12	-.07
家族に協力をしたい	.82	-.06	-.08	-.20	.19	.11
精神的に満足したい	.71	-.21	.22	.12	.07	-.05
人生の意味を見出したい	.70	.05	.14	.01	-.13	.11
本当に大事なものがわかっていたい	.68	.14	-.04	.02	-.19	.16
自信を持っていたい	.59	.31	.11	.04	-.11	-.32
穏やかで落ち着いた気持ちになりたい	.58	-.12	.27	.10	-.09	-.06
家族に感謝したい	.54	.03	-.16	-.02	.23	.13
自分でできることは自分で行っていたい	.52	-.26	-.05	.19	.12	-.04
自分らしく生きていたい	.51	.17	-.14	.23	.03	-.07
生きがいを見出したい	.51	.13	.17	.07	.15	-.18
病気であることを受け入れていたい	.46	.21	-.21	-.02	.21	.18
病気と仲良く生きていたい	.42	.25	.02	.03	-.08	-.11
F2 社会的つながり						
患者同士でお互いに援助し合っていたい	-.13	.95	.01	.05	.07	-.08
グループの場を持っていたい	-.07	.70	.27	-.05	.07	-.04
病気になったことが価値ある体験だと思えるようになっていたい	.20	.68	-.15	.06	-.08	.15
社会活動に参加したい	.13	.63	.09	.07	-.05	-.04
今までできていたことができなくなった自分を受け入れていたい	.10	.56	-.08	.32	-.03	.11
患者がどのような体験をしていくか知っていたい	.17	.51	.21	-.27	.18	.11
F3 補完療法への関心						
リラクセスを学べる場を持っていたい	.04	.04	.84	-.09	-.03	.00
死への不安や恐怖に対処できる術をみにつけたい	.15	-.20	.73	.04	.04	.14
カウンセリングの場を持っていたい	-.04	.22	.70	-.06	-.01	.04
痛みをやわらげてくれる療法を受けていたい	-.14	.11	.44	.20	.09	.20
民間療法について知っていたい	-.09	.25	.43	-.01	.04	.13
F4 死と忍耐						
孤独に耐えられるようになっていたい	-.20	.17	-.04	.80	.14	-.01
死をみつめられるようになっていたい	.15	-.04	.05	.73	.02	.06
死に関して悩まないでいたい	.10	.00	.04	.69	.07	-.12
つらさを一人で耐えることができたい	.09	.10	-.15	.60	-.11	.12
死に関する話題を冷静に口にすることができるようになっていたい	.29	-.16	.09	.50	-.02	.09
F5 家族への願い						
家族に要求をだしていたい	.12	.00	-.04	-.01	.87	-.08
家族に病気を理解してもらっていたい	.38	-.05	-.02	-.01	.70	.01
家族は関わり方をみにつけてほしい	-.25	.11	.17	.14	.65	-.04
F6 宗教・信仰						
神や仏のような存在に支えられていたい	.01	.03	.12	.00	.00	.75
信仰心や宗教心に安らぎを見出したい	-.03	-.02	.19	.07	-.10	.71
因子間相関						
	F1					
	F2	.56				
	F3	.39	.46			
	F4	.58	.45	.43		
	F5	.40	.16	.22	.21	
	F6	.18	.33	.28	.22	.13

3) がん患者における因子分析の結果

「現状認識」と「ニーズ」を特定するために主因子法のプロマックス回転を用いて因子分析を行い、それぞれの構成因子を探索的に検討した。

「現状認識」では、因子の内容、固有値、共通性を総合的に判断して 5 因子解を最適な解として採用した (32 項目)。その際の基準としては、因子負荷量が .35 以上とした。

表 V-6 がん患者が抱える心理的諸問題への「現状認識」の因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5
F1 生きる意味や価値への認識					
自分の持っている能力を 出来る限り活かしている	.71	.05	-.03	-.06	-.04
生きがいを見出している	.70	-.10	.02	.05	.04
人生の意味を見出している	.68	.23	-.04	.03	-.18
自分の今後の生活設計をたてている	.61	-.15	.14	-.01	.06
親しい友人に対して、自分が出来る限り 協力している	.59	-.10	-.01	-.05	.30
何らかの点で自分に自信をもっている	.54	.02	-.06	.07	.11
自分の出来る限りで社会活動に参加している	.51	-.21	-.11	.04	.10
本当に大事なものがわかってきた	.43	.21	.05	.10	-.25
自分らしく生きている	.40	.20	.10	-.13	.08
F2 受容					
死に関する話題を 冷静に口にすることができる	-.16	.63	.03	.10	.10
つらさを一人で耐えることができる	.08	.59	-.04	-.02	-.14
孤独に耐えることができる	.03	.57	-.06	.01	.01
動揺せずに死をみつめることができる	.05	.54	-.15	.06	.18
「死」に関して、悩まないでいられる	-.06	.52	.02	.01	.12
病気であることを受け入れている	-.11	.49	.31	-.12	.06
病気によって今までできていたことが できなくなった自分を受け入れている	-.16	.46	.12	-.02	-.06
これまでの出来事を受け入れている	.09	.43	.19	-.11	.13
病気と仲良く共に生きている	.11	.39	.10	-.04	-.05
F3 家族との関係					
家族に素直に要求を出せている	.04	-.05	.75	.03	.16
家族に対して、感謝している	-.07	.06	.63	.01	.00
家族は、私の病気のつらさを理解するための関わり方 を身につけている	.04	.17	.63	.09	-.21
家族に、今の自分の病気の状態を 理解してもらえている	.01	.02	.54	-.11	.14
F4 不安への対処					
私は信仰心や宗教的な信念の中に安らぎを見出している	-.03	-.14	.15	.77	.01
神や仏のような存在に支えられている	.04	-.21	.24	.66	-.06
死への不安や恐怖に対処できる術(すべ) を持っている	-.08	.28	-.05	.51	.13
心のケアのための 専門的なカウンセリングの場をもっている	.05	-.03	-.11	.46	-.03
死んだ後、自分はどうなるのかということについて自分なりの考えをもっている	.13	.20	-.12	.40	-.08
専門的なリラクスの方法を学べる場を持っている	.00	.17	-.17	.35	.10
医療以外の民間療法について知っている	-.05	.07	-.12	.35	.15
F5 周囲とのコミュニケーションの良好な関係 $\alpha=.650$					
家族以外の人に今の自分の病気の状態を 話すことができる	-.04	.07	.03	.03	.61
親しい友人に、今の自分の病気の状態を 理解してもらえている	.17	-.03	.05	-.03	.57
今の状態や要求を周囲の人に伝えるためのコミュニケーションのとり方を身につけている	.09	.13	.05	.18	.44
因子間相関					
	F1				
F2	.52				
F3	.32	.29			
F4	.32	.33	.02		
F5	.27	.38	.17	.14	

それぞれの内容から、表 V-6 に示すように、第 I 因子は“生きる意味や価値の認識”、第 II 因子は“受容”、第 III 因子は“家族との関係”、第 IV 因子は“不安への対処”、第 V 因子は“周囲とのコミュニケーションの良好な関係”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表 V-10 に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .65 \sim \alpha = .81$ の範囲であった。

同じく、「ニーズ」の結果は、表 V-7 に示すような 6 因子 30 項目を特定した。第 I 因子は“生きる意味や価値への探求”、第 II 因子は“家族との関係改善”、第 III 因子は“受容”、第 IV 因子は“補完療法への関心”、第 V 因子は“宗教・信仰”、第 VI 因子は“周囲とのコミュニケーション”と命名した。なお、各下位尺度の内的整合性については、表 V-11 に示した。尺度の内的整合性を検討した結果、 $\alpha = .74 \sim \alpha = .84$ の範囲であった。これらから、内的整合性は有していると考えられる。

表V-7 がん患者が抱える心理的諸問題への「ニーズ」の因子分析結果

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 生きる意味や価値への探求						
自分の持っている能力を出来る限り活かしたい	.87	-.05	-.07	-.12	-.04	.08
親しい友人に対して、自分が出来る限り協力したい	.77	-.05	-.23	.06	.07	.12
人生の意味を見出せるようになっていたい	.65	.10	.13	-.08	.06	-.18
生きがいを見出したい	.61	.23	.09	.04	-.11	-.15
今後の生活設計をたてたい	.60	.05	-.10	-.07	.00	.14
何らかの点で自信をもっていたい	.56	.19	.02	.03	-.04	-.12
社会活動に参加したい	.55	-.24	.06	-.01	.06	.01
本当に大事なものがわかっていたい	.41	-.04	.19	.10	.10	.02
F2 家族との関係改善						
家族に、素直に要求を出したい	-.08	.75	.07	-.01	.06	.01
家族に、自分が出来る限りで協力したい	.12	.70	-.01	.13	-.10	-.16
家族に対し感謝したい	-.08	.70	.00	.00	.05	.07
家族に、自分の病気の状態を理解してもらっていたい	.00	.69	-.02	-.19	.13	.17
家族は、病気のつらさを理解するための関わり方を身につけてほしい	.02	.43	-.05	.13	.06	.12
F3 受容						
動揺せずに死をみつめられるようになっていたい	.06	-.08	.82	-.04	-.04	.04
死に関する話題を冷静に口にすることができていたい	-.19	.06	.75	.06	-.01	.04
孤独に耐えられるようになっていたい	.02	.03	.58	-.01	.05	-.04
できていたことができなくなった自分を受け入れていたい	-.07	.02	.56	-.04	.13	.06
精神的に自分自身に満足したい	.29	-.01	.47	-.09	-.24	.07
F4 補完療法への関心						
専門的なリラクソスの方法を学べる場を持っていたい	.00	.06	.05	.78	-.06	-.07
痛みを和らげる療法(音楽や催眠)を受けていたい	-.26	.11	-.05	.67	-.12	.12
代替療法を受けていたい	-.10	-.04	-.06	.67	-.04	.05
専門的なカウンセリングの場を持っていたい	.20	-.03	.01	.62	.02	-.01
民間療法について知っていたい	.17	-.08	-.03	.42	.15	-.04
専門的なグループの場をもっていたい	.13	-.08	.15	.40	.23	.02
F5 宗教・信仰						
神や仏の存在に支えられていたい	.01	.07	.04	-.08	.83	-.02
宗教的な信念の中に安らぎを見出したい	.03	.08	-.01	.03	.75	-.06
F6 周囲とのコミュニケーション						
家族以外の人に自分の病気の状態を話すことができるようになっていたい	-.19	-.01	.15	.03	.01	.74
友人に今の自分の病気の状態を理解してもらっていたい	.24	.09	-.13	.09	-.03	.58
自分でできることは自分で行っていたい	.17	.16	.01	-.08	-.15	.43
今の状態や要求を周囲に伝えるコミュニケーションを身につけていたい	.18	-.02	.25	.11	.05	.40
因子間相関						
	F1					
	F2	.53				
	F3	.50	.33			
	F4	.41	.17	.40		
	F5	.25	.12	.12	.40	
	F6	.38	.36	.39	.28	.07

4) 基本統計量

移植患者において、現状認識と「ニーズ」の各下位尺度得点の平均値と標準偏差（SD）を表V-8 および表V-9 に示した。

表V-8「現状認識」の各下位尺度の平均値				表V-9「ニーズ」の各下位尺度の平均値			
	平均値	SD	α係数		平均値	SD	α係数
能動的態度	3.35	.85	.84	能動的態度	4.44	.61	.92
不安の緩和	1.83	.79	.78	社会的つながり	3.65	.92	.88
家族との相互交流	4.30	.76	.85	補完療法への関心	3.00	1.09	.84
病気の受容	4.11	.73	.80	死と忍耐	3.91	1.11	.83
患者との交流	2.48	.84	.67	家族への願い	4.22	.92	.83
家族への協力	3.99	.96	.68	宗教・信仰	2.45	1.30	.82

これら平均値からは、「現状認識」では、“不安の緩和”“患者との交流”が低値であった。一方、「ニーズ」では、表V-9より、“補完療法への関心”“宗教・信仰”が低値であり、“能動的態度”“社会的つながり”“死と忍耐”“家族への願い”が高かった。

腎移植患者の「ニーズ」について、経過期間との関連を検討した。表V-10に示すように、急性期を含む1年以下と慢性期である1年を超える2群で比較した結果、いずれの下位尺度においても有意差は認められなかった。

表V-10 経過期間における「ニーズ」の各下位尺度得点の比較						
	1年以下 (n=15)		1年超～ (n=111)		t値	
	平均値	SD	平均値	SD		
	能動的態度	4.36	.85	4.48		.56
社会的つながり	3.97	1.00	3.63	.91	1.3	
補完療法への関心	3.11	1.24	3.01	1.06	0.3	
家族への願い	4.48	.96	4.21	.87	1.0	
宗教・信仰	3.20	1.37	2.34	1.28	2.4	

*p<.05 **p<.01

次に、がん患者において、現状認識と「ニーズ」の各下位尺度得点の平均値と標準偏差（SD）を表V-11 および表V-12 に示した。第三章

の研究 2 と同様な結果であった。

表 V-11 「現状認識」の各下位尺度得点の平均値

	平均値	SD	α 係数
生きる意味や価値の認識	3.48	.79	.81
受容	3.66	.76	.78
家族との関係改善	4.33	.65	.73
不安への対処	1.94	.80	.72
周囲とのコミュニケーションの良好な関係	3.85	.98	.65

表 V-12 「ニーズ」の各下位尺度得点の平均値

	平均値	SD	α 係数
生きる意味や価値への探求	3.92	.79	.83
家族との関係改善	4.43	.68	.84
受容	3.91	.86	.75
補完療法への関心	2.58	1.01	.78
宗教・信仰	2.62	1.35	.82
周囲とのコミュニケーション	4.12	.89	.74

5 考察とまとめ

各項目におけるがん患者と腎移植患者の平均値の比較をしたところ、「現状認識」では、移植患者のほうが充足度の低い項目も見られたが、両者ともに各項目での平均値が同じような得点の動きをしていることがわかった。同様に、「ニーズ」については、「痛みを和らげる療法」「代替療法」「民間療法」「宗教や信仰に関すること」へのニーズが、がん患者と腎移植患者において両者とも低かった。それ以外の項目では、差がみられた項目もあるが両者ともにニーズが高く、また両者ともに各項目での平均値が、がん患者で点数が高い項目は、腎移植患者でも点数が高いことがわかり、がん患者と同様のニーズを腎移植患者も持っている可能性が認められた。その中でも、がん患者と腎移植患者の両者とも以下の項目においてニーズは高いが、「自分のことは自分で行いたい」「能力を活かしたい」「生活設計をたてたい」「友人に協力をしたい」「自信を持ってほしい」「家事をしてほしい」という自立や協力をしていく点や、「死

をみつめられるようになっていたい」「価値のある体験だと思いたい」「病気と仲良くいきたい」「人生の意味を見出したい」という病や生きる意味に関する項目では腎移植患者の方がより高いニーズを持っているということがわかった。また、「社会活動」「グループの場」「カウンセリング」の項目についても腎移植患者の方がよりニーズが認められ、グループ療法や患者同士が集まれる場などの提供が望まれていることが示唆された。

因子分析から検討してみると、「現状認識」では、“不安の緩和”“患者との交流”が低値であり、心理社会的サポートについて必ずしも満足をしているとうわけではなく、ここに心理社会的サポートへの必要性が読み取れる。「ニーズ」の検討をしたところ、腎移植患者においては“能動的態度”“社会的つながり”“補完療法への関心”“死と忍耐”“家族への願い”“宗教・信仰”へのニーズが抽出された。その中でも、“能動的態度”“死と忍耐”“宗教・信仰”と生きている意味や目的についての関心や概念と関わっているスピリチュアル（世界保健機関，1993）に関するニーズが抽出され、そして“能動的態度”“死と忍耐”へのニーズが高く、“宗教・信仰”へのニーズは低いことが認められた。この傾向は、がん患者を対象にした調査結果と同様であり、腎移植患者も、宗教・信仰への親和性は低いが、“能動的態度”“死と忍耐”の実存的問題に関するニーズを有していることが表V-9のニーズ得点の結果からも理解される。さらに、“家族への願い”“社会的つながり”へのニーズも高いことが示され、腎移植患者においても実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆された。

また、今回の調査対象者は、移植してからの経過期間は、1年以下が15名、2年以上～3年以下が23名、4年以上が92名、不明が4名であ

り、平均 9.08 年であり、移植体験という危機の発生から比較的期間を経た者も多く含まれている。しかし、腎移植患者の「ニーズ」と経過期間との関連を検討した結果、いずれの下位尺度においても経過期間で有意差は認められなかった。そのため、腎移植患者においても、移植後の経過期間にかかわらず、共通したニーズを抱えている可能性が示唆された。

このように、腎移植患者においても実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆されたことから、筆者が作成した実存的グループ療法・プログラムは、腎移植患者にも応用できる可能性があることが示唆された。さらに、移植後の経過期間におけるニーズの差も認められず、危機の発生から比較的期間を経た者にも応用できるものとする。

ただし、その中でも、「ニーズ」においてがん患者と腎移植患者では共通点と差異が認められる。「人生の意味を見出したい」「生きがいを見出したい」などの生きる意味に関する項目と、家族との関係に関する項目については、がん患者と腎移植患者において共通して見出された内容である。そのため、これらのテーマはグループ療法のプログラムで扱う必要があると考える。また、「死をみつめられるようになっていたい」「孤独に耐えられるようになっていたい」などの死や孤独に関する項目についても両者ともに共通してニーズが見出された。しかし、因子構造のまとめ方から鑑みると、がん患者と腎移植患者では項目内容の捉え方に差異がみられる可能性がある。

腎移植患者において、「現状認識」では、死と孤独に関する項目は抽出されず、病気の受容に関する項目のみが抽出された。「ニーズ」では死と孤独に関する項目は、“死と忍耐”とは独立して抽出されたことから、死や孤独に関することについては、他の項目内容とは独立したものとして捉

えていることが示唆された。一方、がん患者においては、死や孤独に関する項目は、「現状認識」では、“受容”の中に見出され、死や孤独にまつわる問題は、病気を受容することと同じ次元で捉えられていることがうかがえる。「ニーズ」では、“受容”の中に見出され、出来なくなっている自分を受け入れたい、精神的に自分自身に満足していたい、という内容と同じ次元で捉えられていた。「出来なくなっている自分を受け入れたい」という思いには、自律存在の苦痛が関連し（村田，2003）、その背後には、自己に対するコントロール感の喪失や無価値感の存在が示唆される。そこで、がん患者への援助としては、死の恐怖や孤独感だけではなく、喪失感や無価値感に対するアプローチも必要であることがうかがえる。そして、死や孤独、喪失感と対峙することが、病気を受容し、精神的な満足さにつながるのかもしれない。

腎移植患者においては、「精神的な満足」は、“能動的態度”の中に含まれ、「出来なくなっている自分を受け入れたい」は、“社会的つながり”の中に含まれていた。“能動的態度”は、生きる意味に関するものや病気の受容に関する項目が含まれていた。そのため、精神的な満足や病気の受容へのニーズが、腎移植患者にとっては、積極的に生きていく態度や姿勢のあり方と同じ次元であると考えられる。また、「出来なくなっている自分を受け入れたい」という思いは、がん患者が捉えているような受容という意味合いではなく、社会的なつながりの中で新たな役割を獲得し、回復されていくものなのかもしれない。

以上より、腎移植患者が抱く心理的諸問題に対する現状認識や心理的サポートへのニーズの把握を試みた結果、実存的問題や他者との関係性を含むニーズが抽出された。患者は、これらの問題に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆された。それゆえ、筆者が作成した実存的グル

ープ療法・プログラムは、腎移植患者にも応用できる可能性があることが示唆された。しかし、腎移植患者へ援助をしていく上で、死や孤独、病気の受容のありかたや出来なくなっていくことに対する思いががん患者とは異なっている可能性があり、工夫をしていく必要がある。

VI 実存的グループ療法・プログラムの作成

1 はじめに

第Ⅱ章(研究1)、第Ⅲ章(研究2)の基礎調査から得られた知見を基に、がん患者が抱える実存的苦痛に焦点をあてたプログラムを作成した。まずは、プログラム作成にあたり、構造化グループと非構造化グループの両モデルについて、どちらの形態を採るのかを検討した。そこで、筆者はNPO法人ジャパンウェルネス(現がんサポートコミュニティ)に2007年4月～2007年6月において、週に1回、90分セッションを計6回行う短期グループに研修生として参加し、非構造化グループを実際に体験した。この非構造化グループでは、特にテーマを設定せずに、参加者が話題にしたことを扱っていくグループである。そこで話された内容としては、「何で私がこんな病気に・・・」といった理不尽な思いや、「いつ再発するのかに怯え、ずっと患者であるんだと思うと何のために生きているのか・・・」

「(病気になる前)仕事と家事を両立していた自分と、仕事も休んで何も出来ない今の自分の違いを受け入れられない」「心も身体も固まってしまう、世界と遮断された自分がある。気を抜くと、崩れそうで怖い。夜寝ると、もう朝に目覚めないのでは、と思う。」「病気になると仕事をまわしてくれなくなり、社会から抹殺される」といった死への恐怖や孤独な思い、役割喪失、「(もう治らない状況であるのに)辛さを周囲に言うと、そんなこと言ったらだめだといわれた」などの家族にさえわかってもらえない辛い思い、などが語られた。すなわち、理不尽さやがん患者として不確実な中を生きていかなければならない思い、自分らしさ、役割の喪失、死の恐怖、孤独などの実存的な話が、短期グループの

中でも十分語られることがわかった。

次に、構造化モデルについて検討するために、筆者は、2007年6月に、保坂(1999)の「構造化された精神的介入」におけるファシリテーター養成講座に参加した。これは、がん患者のコーピングとQOLとの関連やがんと性格との関連などを心理教育のテーマとして扱った、週に1回、90分セッションを計5回行う短期グループである。ここでは、あらかじめ設定されたプログラムに沿ってすすめられていくものであるため、ファシリテーターの質にも左右されず、グループごとでも同じテーマを扱うことができること、が理解できた。

これらの知見を踏まえ、がん患者が抱える実存的苦痛に焦点をあてたプログラムを作成した(河瀬・中村, 2009)。以下では、そのプログラムの詳細について述べる。

2 プログラムの特色

1) 実存的な問題に焦点をあてているプログラム

本プログラムは、がん患者が共通して抱える実存的な苦痛に焦点をあてた介入プログラムである。これは、第Ⅱ章(研究1)、第Ⅲ章(研究2)で実施したがん患者を対象にした心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズに関する基礎調査を基に考案したものである。そこでは、これまでの研究では抽出されなかった“生きる意味や価値への探求”“受容”“宗教・信仰”といった実存的な問題へのニーズが抽出され、“生きる意味や価値への探求”“受容”への因子へのニーズが高いことが認められた。他方、“家族や医療スタッフとの関係改善”“周囲とのコミュニケーション”へのニーズも高いことが示された。このように患者は、実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望ん

でいる可能性が示唆されたため、これらの問題を中心とした援助が必要である（中村・河瀬，2020）。

そのため、本プログラムには全セッションを通して、実存的な問題への焦点をあてたプログラムを考案した。そして、実存的な苦痛を抱えながらも、その中で、新たな生き方・可能性・関係性を見出していくことを目指すこととした。

2) 構造化グループでありながらも自由度の高い話し合いを重視

本プログラムは、心理教育やリラクセーションの要素も取り入れた構造化グループを基本とし、各セッションのテーマや、回数も設定している。全体を通して実存的な問題に焦点をあてるためには、決められたプログラムに沿ってすすめるほうが良いと考え、心理教育的アプローチを含む構造化モデルを採用したものである。すなわち、実存的な問題を扱っていくには、参加者の中には心理的な負担が強くなる場合があり、プログラムに枠組みがあるほうが患者を守ることに必要だと考えたからである。また、深刻な問題が扱われることから、構造化モデルを採用することにより、ファシリテーターにとっても比較的短期間のトレーニングで一定の質を保ちながら、さまざまな場所で実施することが可能であるという利点がある。しかし、実存的な苦痛に焦点をあてる場合には、参加者同士の話し合いを重視したほうが、自由度が高まり、がん患者の多様なニーズに応じることができると考える。そこで、心理教育は最小限にし、自由度の高い話し合いを促進するようにし、各セッションを、1) 心理教育、2) グループ・ディスカッション、3) リラクセーション（呼吸法およびイメージ療法）から構成し、90分で実施するプログラムを開発した。そこで、以下では、本プログラムの内容と筆者が実施している方法について説明していく。

3) さまざまな視点を組み込んでいるプログラム

本プログラムは、心理教育、グループ・ディスカッションおよびリラクゼーションの3側面から構成している。心理教育は、それぞれのテーマについて正しい知識や情報提供を行うことで、それらを自分のものとして生かし、主体的に暮らせるように援助するという意味がある。また、グループ・ディスカッションは、参加者同士の連携を強め、相互作用をより引き出すためのものである。リラクゼーションには、身体的および心理的にリラックス効果があると考えられたため、がん患者の不安軽減の効果がより期待できるリラクゼーションの要素を取り入れている。また、本プログラムには、心身の緊張状態を緩和する方法を習得するとともに、セッションの最後に実施することで、クールダウンを兼ねて実施している。

これらは、相乗効果となり、グループをよりダイナミックなものへと展開させていくことになる。

3 プログラムの概要

1) 目的

「実存的グループ療法・プログラム」は、がん患者が共通して抱える実存的な苦痛に焦点をあてた介入プログラムであり、そこでは、情緒状態の改善、実存的苦痛の緩和、主体性の回復を目的としている。つまり、がんを体験することで生じる不条理な思いと不確実性に向き合いながら、生きていく主体性を再び取り戻していく過程を援助するとともに、グループの参加者同士がソーシャルサポートとして機能していくことを目指している。

2) 参加対象者

実存的グループ療法・プログラムでは、以下のような条件を満たす場合を参加対象者とし、1グループ5～7名で1コース中参加者の入れ替えをせず固定性している。

- がんと診断されている方で、自身の病名を知っている
- 原則としては、全セッションに参加可能な方

3) 実施方法

時間および回数

1コースを、週に1回5セッションとし、1回を90分程度で実施する。

スタッフ

がん医療に携わっている精神科医や看護師、臨床心理士など専門職がファシリテーターとなるのが望ましい。なお、ファシリテーターは2名いるほうが実施しやすい。また、記録係りのスタッフも1名いれば、グループがどのようにすすんでいくかなど振り返りがしやすくなる。

教材

本プログラムで開発したテキスト（図VI-1-1～図VI-4-3）を毎回配布しながらすすめていく。

場所

参加者とファシリテーターがそれぞれ、お互いの顔をみながら話し合えることが大事であるため、それが可能となるくらいの広さの部屋で実施するのが望ましい。

プログラムの構成

各セッションを、1) 心理教育 2) グループ・ディスカッション 3) リラクゼーション（呼吸法およびイメージ療法）から構成している。

プログラムの内容は、以下のとおりである。

<1回目>

- 1) 導入；参加メンバー自己紹介－初発から今までの経緯など
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法＋イメージ療法）

<2回目>

- 1) 心理教育；がんに伴う不安について－不確実性に向き合えるようになるために
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法＋イメージ療法）

<3回目>

- 1) 心理教育；家族や友人とともに生きていくために
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法＋イメージ療法）

<4回目>

- 1) 心理教育；主体的に生きるために－不安への取り組み
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法＋イメージ療法）

<5回目>

- 1) 心理教育；自分らしさを見直す－自分にとって大切なもの、支えとなるもの
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法＋イメージ療法）

イントロダクション

実存的グループ療法・プログラムを導入するにあたり、筆者は、本プ

プログラムの実施前に参加者と面談し、内容の説明およびその参加者の状態の把握を行っている。ファシリテーターと参加者が事前に顔合わせをしておく、お互いに安心してスムーズに臨めるという利点がある。

4 各セッションの解説

1) 第1回

参加メンバー自己紹介 －初発から今までの経緯など－

<ねらい>

- この回は、実存的グループ療法・プログラムの目的や構造、内容などを共有し、グループへの動機付けを高めることを目的とする。
- さらに、参加者の緊張を和らげ、お互いをよく知り合うことを目指す。

流れ

- 1、導入として、実存的グループ療法・プログラムの目的や、構造、内容およびルールの説明を行う。
- 2、心理教育；参加メンバー自己紹介－初発から今までの経緯などを中心に話し合う。
- 3、グループ・ディスカッション
- 4、リラクゼーション；リラクゼーションの体験

導入

導入として、実存的グループ療法・プログラムの目的や5回セッションから構成されていること、どのようなテーマについて話し合うのか、などを説明する。これは、参加者同士でグループの目的などを共有し、グループへの動機付けを高めることをねらいとしている。

また、グループ参加時のルールとして、①グループで話された内容を他では話さないこと、②特定の療法や宗教などの勧誘はご遠慮いただくこと、③欠席するときは連絡をすること、を説明しグループの枠づけを行う。

心理教育およびグループ・ディスカッション

第1回は、お互いがよく知りあうことを目的としているため、配布資料は無く、自己紹介を中心にすすめていく。初発から今までの経緯など、参加者には話したいことを話してもらおう。1回目ということから、参加者間で活発なやりとりが生じにくいことがある。ただ、ファシリテーターと参加者の1対1対応が続くと、今後もそのやり方が固定化してしまい、参加者同士のやりとりが促進されにくくなる。そのため、この回は、ファシリテーターの介入は必要最小限にとどめ、参加者の話したいことを聞くと言う姿勢で臨むことが大事である。

リラクゼーション

ここでは、不安や緊張状態が生じた時、心身をリラックスさせるための方法として呼吸法を学ぶ。導入として、①不安や緊張を和らげることができること、②自律神経を整えること、などを説明し、実際に体験してもらおう。時間は10分程度で実施している。

2) 第2回

がんに伴う不安について —不確実性に向き合えるようになるために—

<ねらい>

■この回は、がんと言われてからの心の動きや心身の変化を知り、自分がどのような気持ちなのか、どのような状態なのかに気づくこと

を目的とする。

- さらに、不確実性に向き合えるようになるために、これらの不安を安心して表出し、分かち合う大切さを学ぶ。

流れ

- 1、導入；一週間の様子などの報告および第2回のテーマについて、説明をする。
- 2、心理教育；がんに伴う不安について
- 3、グループ・ディスカッション；心理教育の内容に基づいて、参加者同士のディスカッションをする。
- 4、リラクゼーション；リラクゼーションを体験するとともに、リラクゼーション下で、今回の振り返りを行う。

導入

心理教育を始める前に、緊張を和らげる意味も含め、導入として、例えば、1週間の様子や、あるいは、参加者の話したいことを自由に話す、ということを行う。この時間は、参加者が何に関心があるのかを把握する機会にもなるため、ファシリテーターは注意をして聞いていく。また、ここでは、この1週間で、治療のことや日常生活で何か変化がなかったかどうか知る機会にもなる。ただ、ファシリテーターが話題を拾い過ぎて、話が拡がり、ここで時間を取ってしまわないことに留意する。時間としては、20分程度で行っている。

次に、第2回のセッションについてテーマや流れなどを、簡単に説明をしていく。

心理教育およびグループ・ディスカッション

ここで、本日の資料（図VI-1-1～図VI-1-3）を配布し、図VI-1から順に説明を行いながら、グループ・ディスカッションを行う。病気になる

と、今のような心身の状態が続き、もう元の生活には戻れないのでは、といった不安にかられることが多い。そのため、図 1-1 では、がんに伴うこころの動きを知り、こころの揺れを体験しながらも、そのつらい思いがずっと続くわけではないことを説明する。さらに、このテキストを用いて、「どのような気持ちを抱いているのか」など、自己の感情に気づくように促していく。ただ、自己の感情に気づくということは、自分の中で避けている不安や落ち込み、恐怖や孤独を感じることにもつながるため、今は向き合いたくない参加者もいる。そのような場合は、まだ 2 回目ということから、深く探求せずに語られるまで待つみることも大事である。たとえ何も語らない参加者がいても、グループには相互作用があるため、他の参加者の話を聞くだけで、心の中で向き合う準備が出来ていくことが期待できる。そのため、何も語らない参加者に無理に話を振らなくてもよいと考えている。

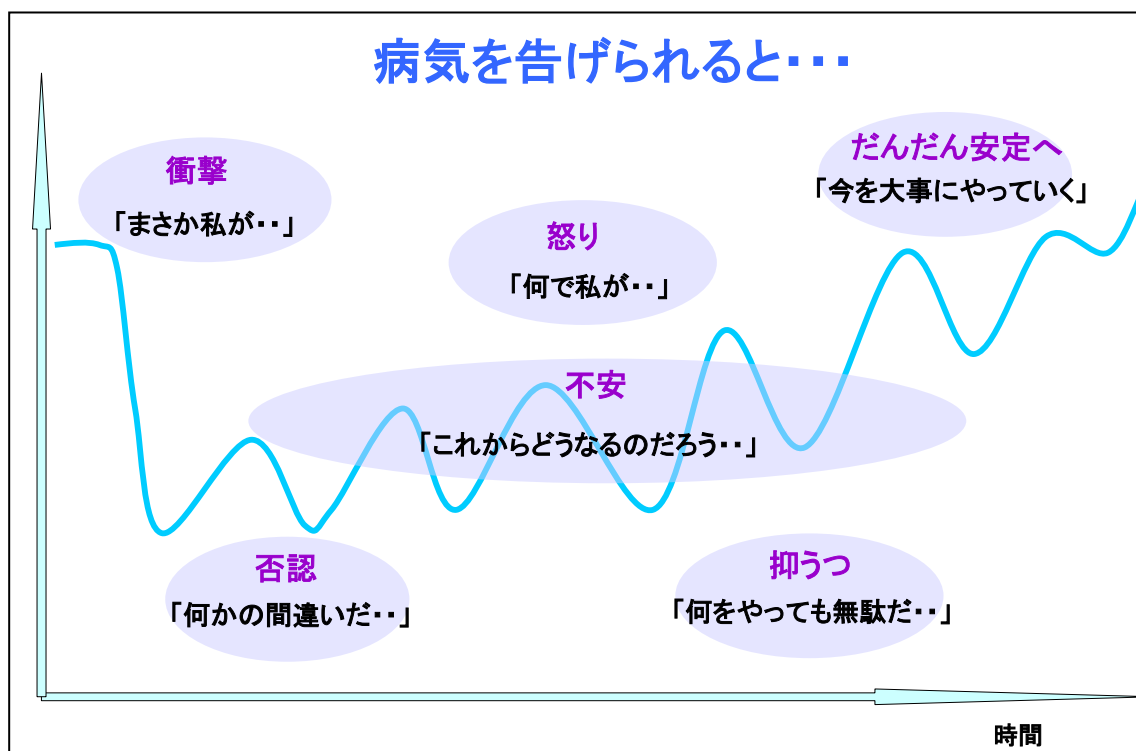


図 VI-1-1 心の反応

次に、テキストを用いて(図 VI-1-2)では、がんの罹患に伴う不安、特に、不確実性を意識することから生じる不安について話し合う。がんの罹患に伴う不安は、治療方法や副作用の話題が中心になることが多い。特に、参加者の原発部位が同じグループでは、この話題が中心となる可能性が高い。しかし、図 VI-1-2 のように「今まで通りの生活ができるのか・・・」「このまま仕事が続けられるのか・・・」「新しいことをはじめてもよいものか・・・」「再発するのではないか・・・」などを提示することで、自然に不確実性に関する話題に焦点化されていく。ただ、不確実性に由来する不安や苦悩が表出された時、他の参加者やファシリテーター自身も、その不安や苦悩に耐え切れなくなり、つつい早急に対処方法を提示しようとする、あるいは、何も答えられないことに対し無力

感を感じてしまう、などがグループの力動として生じることがある。しかし、ここでは、参加者が安心して不安を表出するとともに、同じような体験を分かち合うことで、自分だけが特別な思いをしているのではないことを実感することに意味がある。そのため、何か解決しなければと、と安易な対処方法を話し合おうとせずに、語られる苦悩を丁寧に聞いていき、思いを分かち合うことが大切である。



図 VI-1-2 病気に伴う不安

最後に、テキスト(図VI-1-3)を用いて、がんの罹患に伴う心身の変化を知り、自分はどのような状態なのかに気づくとともに、それを和らげるための方法の一つである、分かち合うことの大切さを説明していく。

また、実存的な苦痛を表出するという事は、かなりのエネルギーを

要する作業であるため、なかなか表出できず、「眠れない」「落ち着かない」などの比較的話やすい話題である身体症状として訴えられる場合がある。ファシリテーターは、語られる症状の背後に、どのような思いが込められているのかを考えながら話を聞き、深めていくことが大事である。


このような心配が過剰になると・・・

心身に次のような変化があらわれることがあります

- ◆ 何をしても楽しくない
- ◆ つねに身体が緊張する
- ◆ イライラする、落ち着かない
- ◆ 眠れない、食欲がない etc..

このような変化が続くと……

患者さんの3人に1人は、うつや適応障害に相当する苦痛に悩まされているといわれています。



一人で抱え込まずに、まずは気持ちをわかちあいましょう

図 VI-1-3 病気に伴う心身の変化

リラクセーション

表出された不安を緩和するためにリラクセーションを体験する。またセッションで表出した自分の思いや不安がメンバーに受け入れられた体験をイメージしてもらおう。

3) 第3回

家族や友人とともに生きていくために

<ねらい>

- この回は、家族や友人など周囲の人とのよりよい関係を築くために、コミュニケーションの改善を図ることを目的とする。
- さらに、サポートを受け取ること、求めることの重要性を学ぶ。

流れ

- 1、導入；一週間の様子などの報告および第3回のテーマについての説明をする。
- 2、心理教育；家族や友人とともに生きていくために
- 3、グループ・ディスカッション；心理教育の内容に基づいて、参加者同士のディスカッションをおこなう。
- 4、リラクゼーション；リラクゼーションを体験するとともに、リラクゼーション下で、今回の振り返りをする。

導入

前回と同様に、1週間の様子などを聞きながら、最後に、第3回のテーマや流れについて説明していく。

心理教育およびグループ・ディスカッション

ここで、本日のテキスト（図VI-2-1～図VI-2-4）を配布し、図VI-2-1から順に説明を行い、グループ・ディスカッションを行う。この回は、周囲の人とのよりよい関係を築くために、誰に、どのような思いを抱き、その思いはどこから生じるのか、ということに参加者自身が理解するとともに、相手に伝えていく大切さを学ぶ。

まず、図VI-2-1のテキストを用いて、自分の周りにはいる人、よりよい

関係を築きたいと思う人に気づいてもらうために、少し目を閉じてもらいながら、「側にいてくれる人」「心配してくれた人」「よく話す医療スタッフ」などを思い浮かべてもらう。筆者は、ここでは思い浮かべるだけで、実際にどのような人を思い浮かべたかを話し合うことはしていない。これは、この時間内では、誰も思い浮かばない人もいるかもしれないという配慮からである。また、誰も思い浮かばない、と言われることもある。ファシリテーターからすれば、その言葉に焦りも生じることもあるが、その場合は、その言葉の本意、つまりグループに対する抵抗があるのか、何か向き合いたくない問題があるのか、思い浮かばない程孤独なのかなど、を考えながらすすめていくことが大事である。

あなたの周りにいる人を思い浮かべてみましょう。

周りにいる人とのよいつきあいは、つらさや不安を、
和らげてくれるものです。

- ◆あなたのそばには誰がいるでしょうか？
- ◆これまでにあなたのことを心配してくれた人は誰でしょう？
気遣ってくれた人は誰でしょう？
- ◆あなたとよく話す医療スタッフは誰ですか？

図 VI-2-1 周囲の人とより良い関係を築くために

次に、図VI-2-2のテキストでは、思い浮かべてもらった人との間で困っていること、悩んでいることなどを話し合っていく。テキスト(図VI-2-2)を用いて、「家族の負担になっているのではないか」「誰にもつらさをわかってもらえない」などを提示することで、周囲との関係性にまつわる実存的な問題へと話が展開していくようにする。



図VI-2-2 家族や周囲の人にまつわる悩み

さらに、図VI-2-3のテキストを用いて、その思いは何から生じるのかを理解するために、その背後にある「孤独感」や「喪失感」まで話を深める。ここでは、自分の中にある「孤独感」や「喪失感」に気づき、その思いを共有できるようにしていく。また、第3回ということで参加者同士の連携も強まっていること、さらに内容的にも「喪失」に焦点をあ

てていることから、話が深まる回である。そのため、語る側も、語られる側もいずれの参加者にとってもつらさ、重たさを感じる可能性がある。しかし、これは、グループ全体で一つのテーマに向き合っていることの証明でもあり、参加者の間でその思いを共有することが大切である。そして、このように、共有する中で、自分の思いを誰かに伝え理解し合うことの大切さが実感され、周囲との関係性のあり方が自然に学ばれていく。また、他の参加者の周囲との関係のあり方を知ることで、ヒントも得られる。

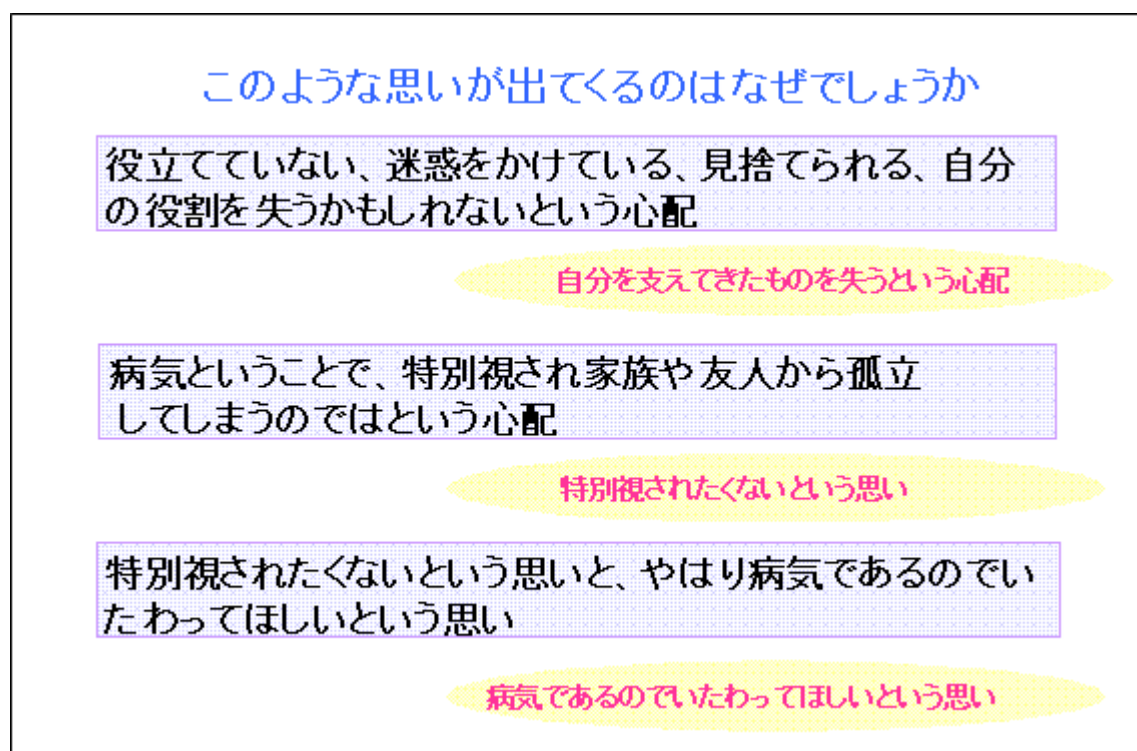


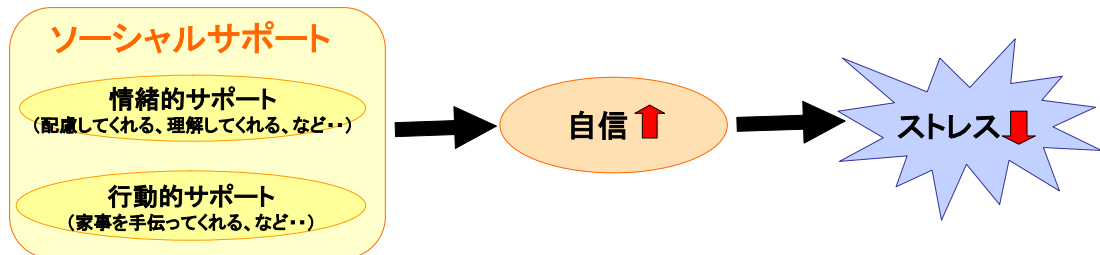
図 VI-2-3 孤独や喪失への思い

最後に図 VI-2-4 のテキストを用いて、これらの思いを和らげるために、ソーシャルサポートの重要性を学ぶ。つまり、相手に伝えていく大切さ、サポートを受け取ることの大切さを学ぶ。

このような悩みや思いを和らげる方法のひとつ…

それが**ソーシャル・サポート**です

それは、あなたのことを心配してくれたり、気遣ってくれる人たちからの援助のことです。



ソーシャル・サポートがあなたに力を与えてくれます

さあ、「もとめあい」「わかちあい」「ささえあい」ましょう！

VI-2-4 ソーシャルサポートの重要性

リラクセーション

リラクセーションを体験するとともに、リラクセーション下でグループ内において自分の思いを伝え理解された体験、参加者の間で思いを共有できた体験を振り返ってもらう。

4) 第4回

主体的に生きるために
—不安への取り組み—

<ねらい>

■この回は、不安や心配事に対処できるように、具体的に取り組み方を話し合うことを目的としている。

■さらに、対処方法を学びあう。

流れ

- 1、導入；一週間の様子などの報告および第4回のテーマについての説明をおこなう。
- 2、心理教育；不安への取り組み
- 3、グループ・ディスカッション；心理教育の内容に基づいて、参加者同士のディスカッションをする。
- 4、リラクゼーション；リラクゼーションを体験するとともに、リラクゼーション下で今回の振り返りをする。

導入

前回と同様に、1週間の様子などを聞きながら、最後に、第4回のテーマや流れについて説明していく。

心理教育およびグループ・ディスカッション

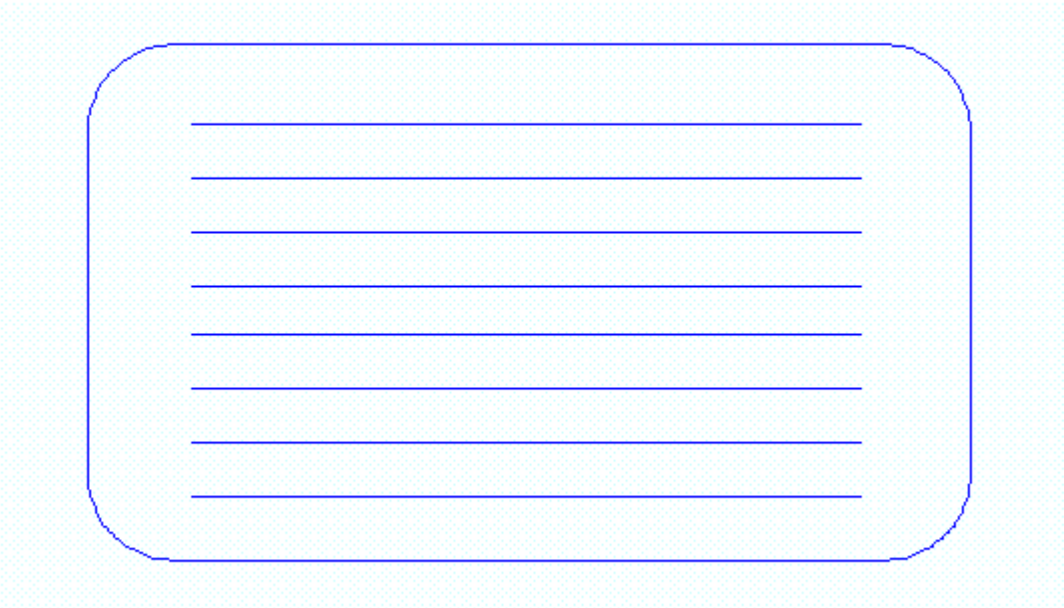
ここで、本日の資料（図VI-3-1～図VI-3-2）を配布する。第2回、第3回では、がんの罹患に伴う不安や周囲の人との関係性にまつわる心配事などを安心して表出し、分かち合うという作業を行ってきたが、今回は、これまで話された不安や心配事を整理し、それらに対処できるように、取り組み方を具体的に話しあっていく。

このセッションで用いる最初のテキスト（図VI-3-1）は、思いつくままに心配事を列挙してもらうために用いる。すなわち、少し時間をとって実際に書いてもらう。ここは、第2回、第3回と話し合ってきたため、漠然とした内容よりは、具体的な心配事がでてくることが多い。次に、その中で、話し合った心配事を参加者に選んでもらい（1人に対し2つ程度）、順に提案してもらう。

ファシリテーターは、その中から、ある程度参加者に共通な心配事を

話題として取り上げていく。あるいは、第2回、第3回で語られてはいたものの、対処方法までは話し合われなかった心配事を取りあげてもよい。

思うままに心配事を書いてみましょう



図VI-3-1 心配事について

次に、図VI-3-2のテキストを用い、その心配事をより詳細にみていくこととする。筆者は、主体的に生きていくためには、不安や苦悩を抱えながらもそれらに過度に振り回されず、すなわち自分なりにコントロール出来そうだと感じることは主体的に生きていくための大切な一歩になると考えている。そこで、このテキスト(図VI-3-2)では、コントロール感を軸に対処のあり方を考えていく。

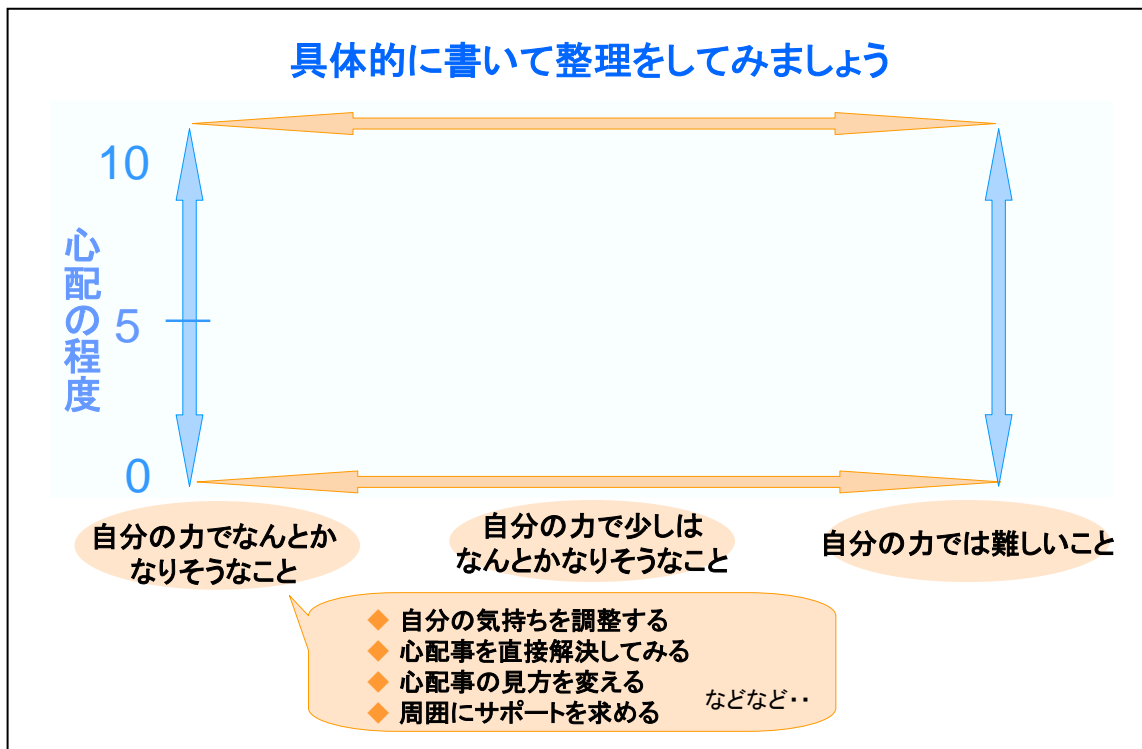


図 VI-3-2 不安の整理

そのため、図 VI-3-2 では、縦軸は心配の程度を、横軸は心配事に対するコントロール感を表している。そして、例えばある心配事について、その心配の程度はどの程度なのか(10 がとても心配、0 が全く心配ない)、また、その心配事に対しては、見方を変えたり、周囲からの援助などで、自分なりに対処できそうなものなのか、あるいは自分の力では困難なことなのかといった、コントロール感を丁寧に検討し図 VI-3-2 内でのおよその座標を定めていく。その際、同じような内容の心配事でも、参加者によっては、心配の程度やコントロール感などが異なることがある。そこで、その違いは一体何なのか、などを参加者で話し合えば、そこから新たな見方や対処方法のヒントが得られる。

すなわち、頭の中で考えていることを実際に文字にし、視覚的にとら

えることで、自分の心配事をより客観的にみることができ、さらに、それについて参加者どうしで話し合うことで、いろいろな物の見方があることが実感されていく。

リラクセーション

リラクセーションを体験するとともに、リラクセーション下で、心配事への対処などを共に語り合った体験を振り返ってもらおう。

5) 第5回

自分らしさを見直す

—自分にとって大切なもの、支えとなるもの—

<ねらい>

- この回は、かけがえのない存在であることに気づくために、病気に圧倒されて見失ってしまった自分らしさの回復を目指す。
- さらに、過去、現在、未来の軸で自分の中にある本質的なものに気づき、自己の一貫性を支える。

流れ

- 1、導入；一週間の様子などの報告および第5回のテーマについての説明をおこなう。
- 2、心理教育；自分にとって大切なもの、支えとなるものに気づく
- 3、グループ・ディスカッション；心理教育の内容に基づいて、参加者同士のディスカッションをする。
- 4、リラクセーション；リラクセーションを体験するとともに、リラクセーション下で、今回の振り返りをする。
- 5、まとめ

導入

前回と同様に、1週間の様子などを聞きながら、最後に、第5回のテーマや流れについて説明していく。

心理教育およびグループ・ディスカッション

ここで、本日のテキスト（図VI-4-1～図VI-4-3）を配布する。このセッションは、自分自身がかげがえのない存在であることを再確認することがねらいである。つまり、どのような状況にあっても失われていない自分を、また、困難な状況にあるからこそ気がついた自分らしさを確認していくためのセッションである。そして、それらを踏まえ、主体的に生きていくために具体的な姿勢や行動を考える。

まず、導入として、次のような説明を行っている。

『第1回から第4回まで、様々なことを学び合ってきました。がんを抱えながら生きていくということは、気持ちが上下したり、病気のことについて捉われ、自分のことが見えなくなったり、今後のことが不安になったりします。そうなるのは、自分一人だけではなく、皆同じように感じるものであり、がんを抱えながら毎日を暮らしているとそういう気持ちになるものです。そういう時には、いろいろな人の助けをかりたり、求めたりすることも大事です。しかし、それだけではなく、皆さんにも、病気と向き合っていくための力がたくさんあるものです。誰もが必ずその力を持っています。今回は、皆さんの中にある力をいつでもどこでも使えるように、今一度それをみていきませんか。

それでは、病気に向き合っていくための力をより一層引き出すために、自分自身に目を向けながら自分の中にある大切なものを振り返ってみましょう。病気をなさってから、いろいろな支えを得ながら、今日を迎

えることができました。少し、これまでの歩みを振り返って、皆さんにとって支えになったことを少し思い出してみましよう。』

「自分自身がかげがえのない存在であるということに気づく」ということは、周囲とのつながりの中でこそ気づけることである。そのため、テキスト図VI-4-1を用いて、自分を支えてくれている人たち、支えとなっている体験を振り返り、自分は価値がある存在であるということを再確認する作業を行っていく。ここでは、どのような状況にあっても失われていない自分を確認するために、自分の中にある揺るぎない支えに気づいてもらうために、過去に遡りながら自分の人生の過程を振り返ってもらい、自分にとって支えになったことを思い浮かべてもらう。

また、筆者は、自由に話し合ってもらう前に、参加者に目を閉じてもらい、いろいろと自分の中で思い浮かべてもらう時間をとっている。その後、思い浮かべたことをより確かなものにするために、可能であれば言語化し参加者で話し合いを行う。

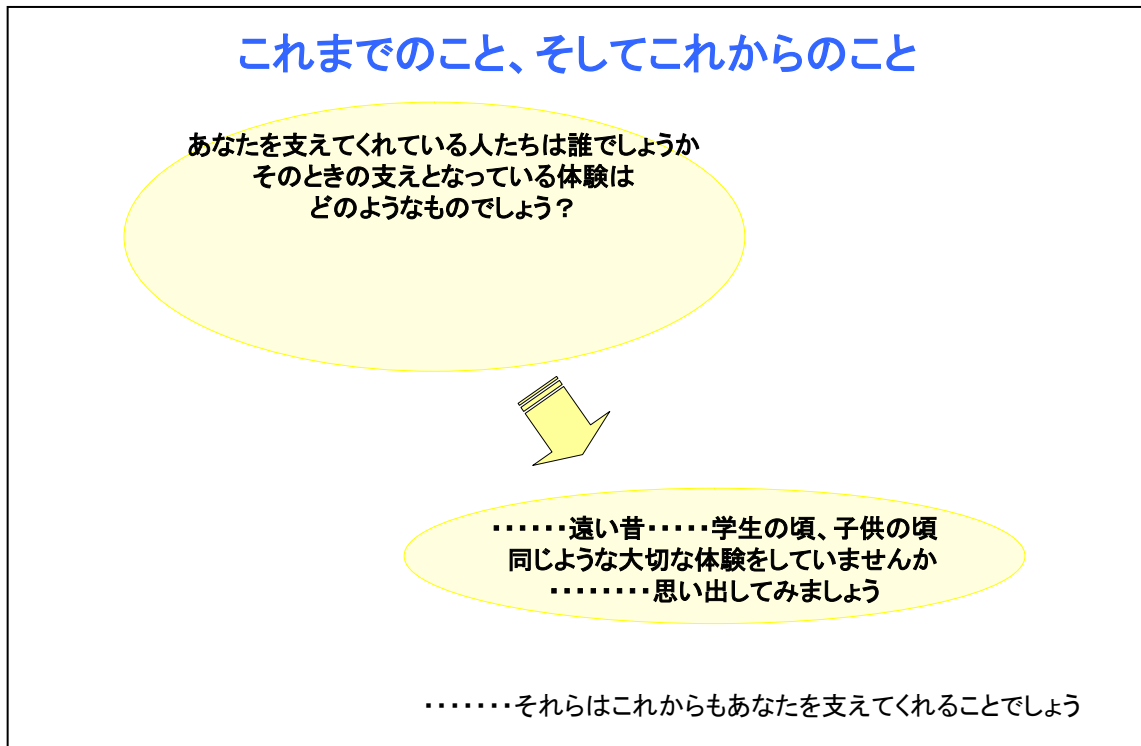


図 VI-4-1 支えへの気づき

このようにして「自分自身がかげがえのない存在」であることに意識を向けた後、その思いをより強めていくために、次のテキスト(図VI-4-2)へとすすめていく。そこでは、自分は決して誰かに支えられているだけの存在ではなく、相手にも還元していける価値のあるかけがえのない存在であるというところを目を向けていくことをねらいとしている。そのために、周囲に対して、自分が試みたこと、あるいは試みようと思っていること、例えば「今まで行ってきた家事などをこれからも継続してやっっていこうと思う」「明日のことは誰もがわからないので、他の人と比較して過ごすのはやめる」など、出来るだけ実現しそうな具体的な行動や姿勢が話し合われるようにする。

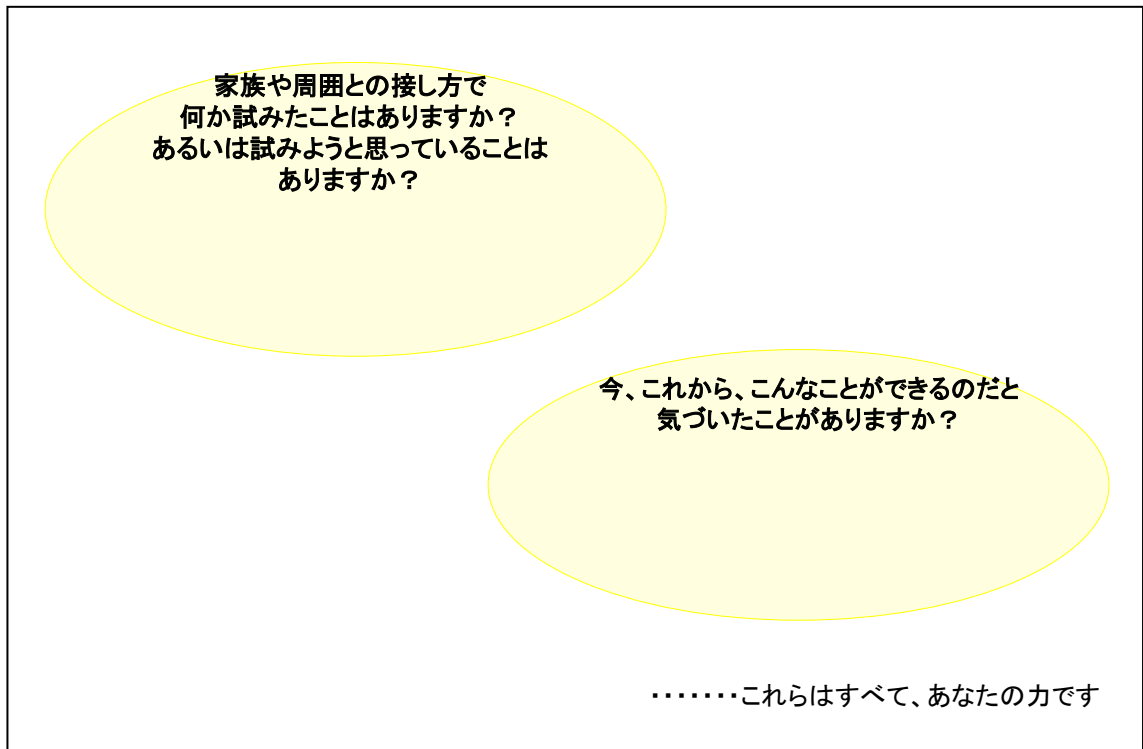


図 VI-4-2 周囲への貢献

そして、最後に、自分らしさに目を向けていくことが、本来の自分を生きていくための第一歩であると考えます。そこで、テキスト図 VI-4-2 を用いて、自分の中にある大切にしていきたいものに目を向け、そのためにどのようなことが出来るのかを考えていく。ここは、時間をとって、各参加者に直接テキストに記入してもらおう。そして、内容は話し合わずに、参加者だけの胸に留めてもらうようにし、本音を書いてもらうようにしている。

また、このような記入式にしたのは、これからも闘病生活を続けていくにあたり、様々な困難や混乱が生じることもあるかもしれないが、そのような時に、そっとひらいて思い出してもらい、少しでも力にして欲しいという思いを込めているからである。

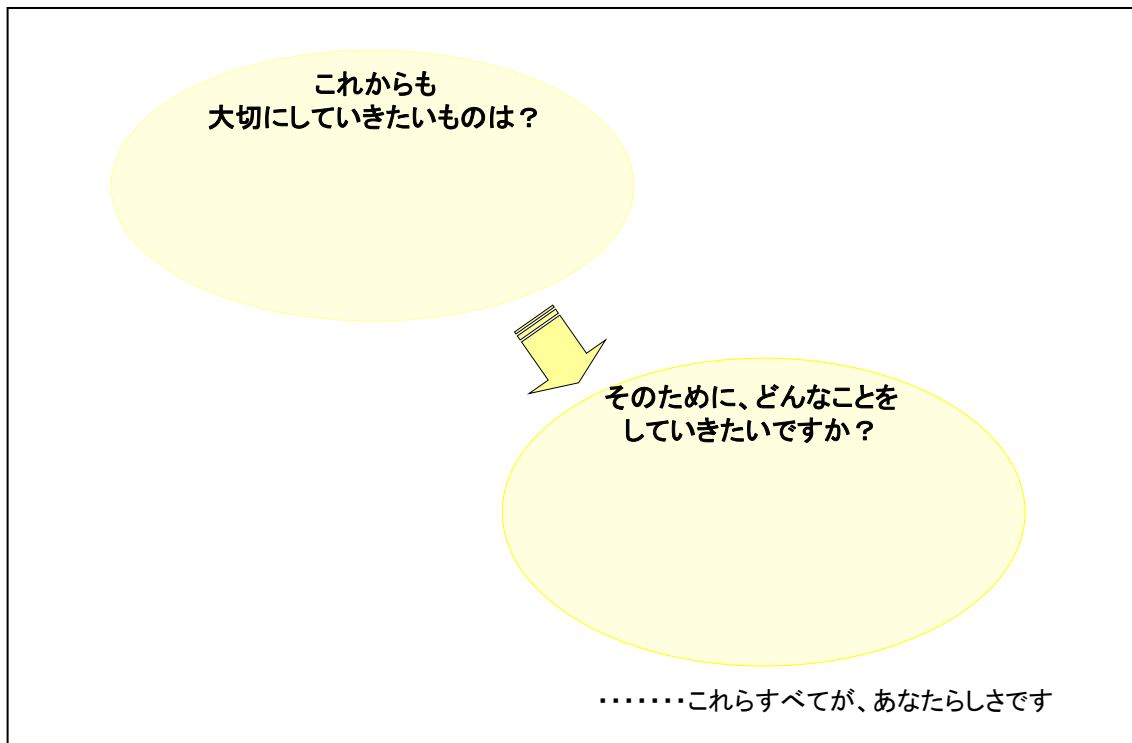


図 VI-4-3 自分らしさの発見

リラクセーション

リラクセーションを体験するとともに、このメンバーと5回のセッションを共に過ごし、様々なことを分かち合ったこと、その中でも印象に残ったことや特に支えとなった体験などをイメージしてもらおう。

最後に、まとめとして、グループ療法に参加した感想などを分かち合って、グループ自体を解散する

VII 実存的グループ療法・プログラムの効果

(研究 5)

1 はじめに

第II章(研究1)、第III章(研究2)の基礎調査を踏まえ、第VI章で述べたがん患者が抱える実存的苦痛に焦点を当てた短期グループ療法プログラムを開発した。新たなプログラムの効果を検討していくためには、対象者を可能な限りに均質化することが望ましいと考える。そこで、ここでは、乳がん患者に実存的グループ療法・プログラムを実施し、その効果について検討する。

さて、乳がんは、早期発見と治療により生存率が最も高いがんの1つである(全国がんセンター協議会の生存率共同調査, 2016)。しかし、それでもなお、寛解に達してから10年後に再発または転移を経験する場合があるのも乳がんの特徴である。Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards, & Ramirez (2005)は、早期乳がん患者222名にうつと不安に関する精神科診断面接調査をした結果、患者の50%近くが、診断後1年でうつ病、不安またはその両方の可能性が認められたことを報告している。また、心理的苦痛は、初期治療中に女性の80%に影響を及ぼし(Hughes, 1982)、18か月間持続する可能性が示唆されている(Northouse, 1989; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992)。さらに、早期乳がん患者に実施した調査によれば、診断後8カ月で苦悩のレベルが高い患者は6年目における苦悩のレベルが高いといった報告も示されている(Lam, Shing, Bonanno, Mancini, & Fielding, 2010)。これらの苦痛は、死の恐怖、再発への不安、将来に対する不確実性への不安、治

療の副作用、セクシュアリティ、ボディイメージへの変化が中心であった。

このように、乳がん患者は心理的および実存的苦痛に悩まされ、不安や抑うつなどの精神症状を経験する可能性がある。そのため、このような精神症状を呈する患者は、専門家や医療スタッフ、家族、および友人によってサポートされる可能性が高い。しかしながら、適応障害やうつ病と診断されていない患者へは、注意が向けられることがなく看過される場合が多い。これら患者は、社会的および家族的役割を果たし、診断される前と同様のアイデンティティを維持することが期待されている。ただし、実際には困難である場合が多く、孤独感、再発や死への恐怖、他者への負担感、または人生の意味の喪失に関連した実存的な問題を抱えている可能性がある。したがって、これら患者が、適応障害やうつ病に発展することを防ぐためにも心理的および実存的側面に関する援助が必要であると考えられる。

2 目的

乳がん患者にこの実存的グループ療法・プログラムを実施し、その有効性を検討することを目的とする。

3 方法

1) 研究デザイン

コントロール群をもたないオープンライアルにより評価を行った(図Ⅶ-1)。滋賀県内 A クリニックおよび京都市内の B クリニックで募集をし、参加者には、実存的グループ療法・プログラム実施前に、プログラムの目的、内容などについて説明を行い、同意書を得た。さらにそ

の際、スクリーニングのために Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (北村, 1993) を実施した。グループ療法・プログラムは集団で実施することから、ある程度の力やエネルギーを要する。そのため、うつなどの強い症状がある場合には、グループ療法自体が負担となり、中断することもありうる。今回は、HADS スコアの抑うつ (0 点~21 点) が 10 点以下の者とし、実存的グループ療法・プログラム参加につき、参加希望者の身体的状態などについても主治医と話し合いをした上で、参加者を決定した。

2) 対象者の選定条件

A および B クリニックのがん患者で以下の条件を満たすものとした。

- a) 告知を受けていること。
- b) 女性。
- c) 年齢は 30 歳以上 65 歳以下。
- d) 初発の乳がん。
- e) 化学療法の施行は問わない。
- f) 術後 1 ヶ月~12 ヶ月であること
- g) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) スコアの抑うつ (0 点~21 点) が 10 点以下の者 (うつ病の可能性のあるカットオフ値は 11 点以上)

3) 評価項目

本研究では、以下の自己記入式の質問紙 (参考資料 5) を用いて評価した。

① 日本語版 Profile of Mood States (POMS) 短縮版

Douglas et al. (1971) が開発した Profile of Mood States (POMS) を横山らが翻訳した日本語版 POMS 短縮版を用いた (横山, 1990)。

これは、気分を評価する尺度であり、「緊張－不安」「うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの下位尺度から構成される。30項目からなり5件法で回答する。

② Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorkranken
(SELT-M)

Van, Bacchi, Heusser, Heiwig, Schaad, vonRohr, Hürny, Castiglione, & Cerny (1998)が開発し、石川が翻訳したスピリチュアル QOL 尺度を用いた (石川, 2000)。これは、「サポート感 (3 項目)」「人生に対する考え方 (3 項目)」「スピリチュアリティ (8 項目)」「全体的 QOL (1 項目)」から構成される。「サポート感」「人生に対する考え方」「スピリチュアリティ」については、4 件法で回答する。「全体的 QOL」については、いまの状態を、最も良い状態を 10 点とし、0～10 点で評価してもらうものである。

③ Mental Adjustment to Cancer (MAC) 尺度

Watson et al. (1988)が開発し、明智らが翻訳をした日本語版 MAC 尺度を用いた (明智他, 1997)。これは、がんに対する心理的適応を評価するための尺度であり、「前向き」「不安」「絶望感」「運命」「回避」の 5 側面から構成される。40 項目から成り、4 件法で回答する。

④ Big five 尺度短縮版

和田 (1996) により開発された日本語 Big Five 尺度の短縮版である、内田 (2002) の Big five 尺度短縮版を用いた。これは、性格特性を「外向性」「情緒不安定性」「経験への開放性」「誠実性」「調和性」の 5 側面から測定し、20 項目 7 件法で回答する。

⑤ 個人が「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを文章の記述で問う質問紙

岡堂（2008）の Purpose in Life Test（PIL テスト）の日本語版 Part A、Part B から質問項目を抜粋し作成した。「私にとって毎日の生活（仕事や家事）は、…」「私にとって生きるということは、…」「私という人間は、…」「私の人生について考えると、…」「私にとって一日一日は、…」「病気や苦しみは、…」「私ができたらと思うことは、…」「私の人生の目標は、…」という 8 項目で作成した。「…」について文章で回答するものである。

4) 評価時期

実存的グループ療法・プログラム実施前（評価項目①②③④⑤）、実存的グループ療法・プログラム実施後（評価項目①②③⑤）、実存的グループ療法・プログラム実施後 4 週目（評価項目①②③⑤）の計 3 回実施した。これらを図 VII-1 に示した。

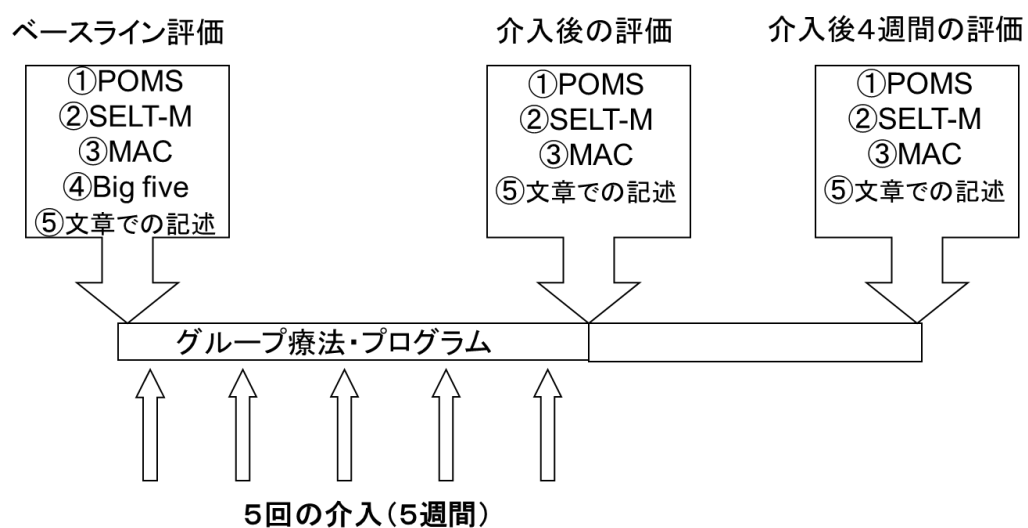


図 VII-1 研究デザイン

5) 実施期間

2008年3月から2013年にかけて実施した。

6) プログラムについて

プログラムの実施方法

1 コースを、週に1回5セッションとし、各セッションを、1) 心理教育、2) グループ・ディスカッション、3) リラクゼーション、から構成し、90分程度で実施した。メンバーは、ファシリテーター2名（精神科医、臨床心理士）、書記1名（臨床心理士）、グループ参加者5名～7名で構成した。

プログラムの概要

<プログラムの目的>

本研究で開発した実存的グループ療法・プログラムは、がん患者が共通して抱える実存的な不安に焦点をあてた介入プログラムであり、ここでは、情緒状態の改善、実存的苦痛の緩和、主体性の回復を目的としている。つまり、がんを体験することで生じる不条理な思いと不確実性に向き合いながら、生きていく主体性を再び取り戻していく過程を援助するとともに、グループの参加者同士がソーシャルサポートとして機能していくことを目指している。なお、プログラムの詳細な内容については、第VI章で記述した。

プログラムの構成

<1回目>

- 1) 導入；参加メンバー自己紹介－初発から今までの経緯など
- 2) グループ・ディスカッション
- 3) リラクゼーション（呼吸法）

<2回目>

- 1) 心理教育；がんに伴う不安について－不確実性に向き合えるようになるために

2) グループ・ディスカッション

3) リラクゼーション（呼吸法）

<3回目>

1) 心理教育；家族や友人とともに生きていくために

2) グループ・ディスカッション

3) リラクゼーション（呼吸法）

<4回目>

1) 心理教育；主体的に生きるために－不安への取り組み

2) グループ・ディスカッション

3) リラクゼーション（呼吸法）

<5回目>

1) 心理教育；自分らしさを見直す－自分にとって大切なもの、支えとなるもの

2) グループ・ディスカッション

3) リラクゼーション（呼吸法）

7) 倫理面への配慮

本研究は、京都ノートルダム女子大学大学院心理学研究科倫理委員会による承認を得て実施した（承認番号 H22-3, 14-008）。実存的グループ療法・プログラム実施前に、秘密保持の原則（実存的グループ療法・プログラム内で話された内容は、秘密厳守されること）を説明し、それに同意した者のみを参加者とした。また、実存的グループ療法・プログラム開始後も、随時この原則は伝えられ、厳守の注意を喚起した。

次に、質問紙に関するプライバシーの保護は、以下の方法で行った。すなわち、質問紙回収者と、実存的グループ療法・プログラム介入者/データ処理者を区別した。参加者には、質問紙の表紙に記名を求めるが、

質問紙回収者は、3 回分回収後、記名された表紙を破棄し、個人が特定されない状態で、データ処理者に渡した。また、プログラムの介入中は、質問紙回収者が、質問紙を保管し、介入者の目に触れないようにした。そして、データ処理者に質問紙が渡された後、それらのデータはすべて統計処理されるため、個人が特定されることはないように配慮した。

8) 解析方法

実存的グループ療法・プログラムの介入効果を検討するために、がんへのコーピングスタイルを評価する MAC と、情緒状態を評価する POMS、スピリチュアル QOL を評価する SELT-M の各下位尺度間において各尺度間の相関関係を検討した。次に、実施した実存的グループ療法・プログラムが、どのような患者に介入効果がより期待できるかを探るために、がんに対する対処のあり方を取り上げ検討した。すなわち、POMS、SELT-M の各下位尺度を従属変数に、時間（介入前、介入後、介入後 1 ヶ月）と MAC の各下位尺度の高低群を独立変数とした 2 要因分散分析（混合計画）を行った。その後、実存的苦痛の緩和および QOL 向上を促進させる要因を探るために、「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章の記述部分を取り上げ、分析を行った。

4 結果

1) 対象者のプロフィール

実存的グループ療法・プログラムは、計 6 コース実施し、5 週間のプログラムに参加し質問紙の回収が可能であった者 31 名を対象に量的分析を行った。なお、対象者のプロフィールを表 VII-1 に示した。

表VII-1 対象者のプロフィール (n =31)

性別	男性	女性			
	0	31			
年齢	30代	40代	50代	60代	平均
	6	14	7	4	50.5
手術方法	温存	切除			
	23	8			
転移の有無	無	リンパ節	骨	不明	
	19	8	2	2	
家族背景	配偶者有	配偶無			
	25	6			

対象者は女性で、平均年齢は、50.5歳（32歳～65歳）であり、手術方法としては、乳房温存手術が23名、乳房切除術が8名であった。また、転移の有無については、転移無が19名、リンパ節転移がある方が8名、骨転移が2名、不明が2名であった。

2) 介入効果についての検討

実存的グループ療法・プログラムの介入効果を検討するために、各尺度間の関係を検討した。ここでは、介入前のがんへのコーピングスタイルを評価するMACと、情緒状態を評価するPOMS、スピリチュアルQOLを評価するSELT-Mの各下位尺度間において、相関係数を算出し、その結果を表VII-2に示した。表VII-2より、MAC「絶望感」とPOMSの「緊張」、「抑うつ」、「怒り」、「疲労」、「混乱」で有意な正の相関が示された（「緊張」： $r = .65$ 、「抑うつ」： $r = .66$ 、「怒り」： $r = .61$ 、「疲労」： $r = .66$ 、 $p < .01$ 「混乱」： $r = .58$ 、全て $p < .01$ ）。すなわち、MAC「絶望感」が高いほど、POMSの「緊張」、「抑うつ」、「怒り」、「疲労」、「混乱」も高いという結果であった。

さらに、MAC「絶望感」とSELT-M「人生に対する考え方」「スピリチュ

アリティ」「全体的 QOL」で有意な負の相関が示された（「人生に対する考え方」： $r = .61$ ，「スピリチュアリティ」： $r = .64$ ，「全体的 QOL」： $r = .60$ ，全て $p < .01$ ）。すなわち、MAC「絶望感」が高いほど SELT-M「人生に対する考え方」「スピリチュアリティ」「全体的 QOL」が低いという結果であった。

これらより、がんに対する「絶望感」が、スピリチュアル QOL や情緒状態との関連し、重要な意味をもつことが示された。

表VII-2 尺度間の相関係数

	POMS					SELT-M					MAC				
	緊張	抑うつ	怒り	活気	疲労	混乱	サ ボ ー ト 感	人 生 に 対 す る 考 え 方	スピ リ チュ アル リ テ ィ	QOL	前 向 き	絶 望 感	不 安	運 命	回 避
POMS															
緊張	—	.849 **	.578 **	-.179	.764 **	.604 **	-.621 **	-.391 *	-.219	-.563 **	-.135	.651 **	.205	.184	.064
抑うつ		—	.702 **	-.320	.613 **	.545 **	-.654 **	-.294	-.126	-.539 **	.009	.504 **	.321	.129	.094
怒り			—	-.377 *	.603 **	.654 **	-.301	-.453 *	-.308	-.639 **	-.250	.611 **	.155	.117	.283
活気				—	-.149	-.017	-.009	.508 **	.249	.500 **	.317	-.279	-.362 *	.095	-.057
疲労					—	.674 **	-.413 *	-.572 **	-.357 *	-.537 **	-.249	.660 **	.152	.161	.122
混乱						—	-.313	-.232	-.352	-.441 *	-.185	.582 **	.064	.261	.162
SELT															
-M															
サボート感							—	.255	-.004	.353	.011	-.329	.029	-.215	.122
人生に対する考え方								—	.497 **	.695 **	.606 **	-.530 **	.005	.346	.150
スピリチュアルリティ									—	.540 **	.639 **	-.564 **	.031	.296	.024
QOL										—	.603 **	-.721 **	-.194	-.005	-.079
MAC															
前向き											—	-.646 **	.178	.277	.366
絶望感												—	.261	.281	.072
不安													—	.399 *	.427 *
運命														—	.288
回避															—

** P<.01 * P<.05

3) スピリチュアル QOL (SELT-M) の介入効果の検討

上記の結果を踏まえ、どのような患者に介入効果がより期待できるかを探るために、がんに対する対処のあり方を取り上げ検討した。SELT-Mの各下位尺度を従属変数に、時間（介入前、介入後、介入後1ヵ月）とMACの各下位尺度の高低群を独立変数とした2要因分散分析(混合計画)を行った。なお、MACの各下位尺度の高低群に分けた記述統計の結果を表VII-3に示した。

表VII-3 Mental Adjustment to Cancer (MAC) の各下位尺度における記述統計

MAC 下位尺度 (score range)	高群		低群	
	Mean	SD	Mean	SD
前向き(16-64)	52.53	4.00	39.14	4.67
絶望感(6-24)	12.77	4.41	7.35	1.22
不安(9-36)	28.07	2.89	20.00	2.26
運命(8-32)	23.08	3.30	14.38	2.45
回避(1-4)	3.63	.52	1.48	.51

表 VII-4-1 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるSELT-M「全体的QOL」得点(score range 0~10)

MAC	群	介入前 全体的 QOL		介入後 全体的 QOL		介入後1ヶ月 全体的 QOL		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	6.42	1.88	7.08	1.88	6.83	2.66	3.91 *	4.09	1.32
	Low	4.46	1.98	5.77	2.05	6.31	1.49			
絶望感	High	3.84	1.99	5.85	2.27	6.00	2.38	4.96 *	6.14 *	3.94 *
	Low	6.69	1.32	6.77	1.79	6.85	1.95			
不安	High	4.92	2.57	6.25	2.26	6.25	2.09	3.77 *	.35	.43
	Low	5.73	1.91	6.27	1.91	6.60	2.23			
運命	High	5.00	2.28	6.36	2.54	6.36	2.77	4.46 *	.50	.21
	Low	5.47	2.20	6.27	1.71	6.47	1.73			
回避	High	5.14	3.02	6.86	1.77	5.71	2.69	3.27 *	.05	1.81
	Low	5.45	1.96	6.05	2.11	6.70	1.92			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-4-2 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるSELT-M「スピリチュアリティ」得点(score range 0~32)

MAC	群	介入前 スピリチュアリティ		介入後 スピリチュアリティ		介入後1ヶ月 スピリチュアリティ		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	23.67	2.87	25.20	4.63	25.07	5.96	5.25 **	3.40	.74
	Low	19.79	3.28	22.92	5.62	23.08	4.65			
絶望感	High	19.18	3.52	21.77	5.97	20.20	6.24	5.15 **	10.10 *	.38
	Low	23.50	3.08	25.56	4.07	26.13	3.84			
不安	High	21.59	4.24	22.93	5.97	22.86	6.24	4.98 **	.66	.76
	Low	21.75	3.67	24.69	4.43	24.75	4.86			
運命	High	22.56	3.81	23.92	5.28	23.69	6.47	4.80 *	.30	.67
	Low	20.87	3.98	23.27	5.16	23.33	5.16			
回避	High	21.79	5.03	22.38	4.96	22.50	6.82	2.50	.49	.96
	Low	21.63	3.51	24.41	5.27	24.37	5.08			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-4-3 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるSELT-M「サポート」得点(score range 0~12)

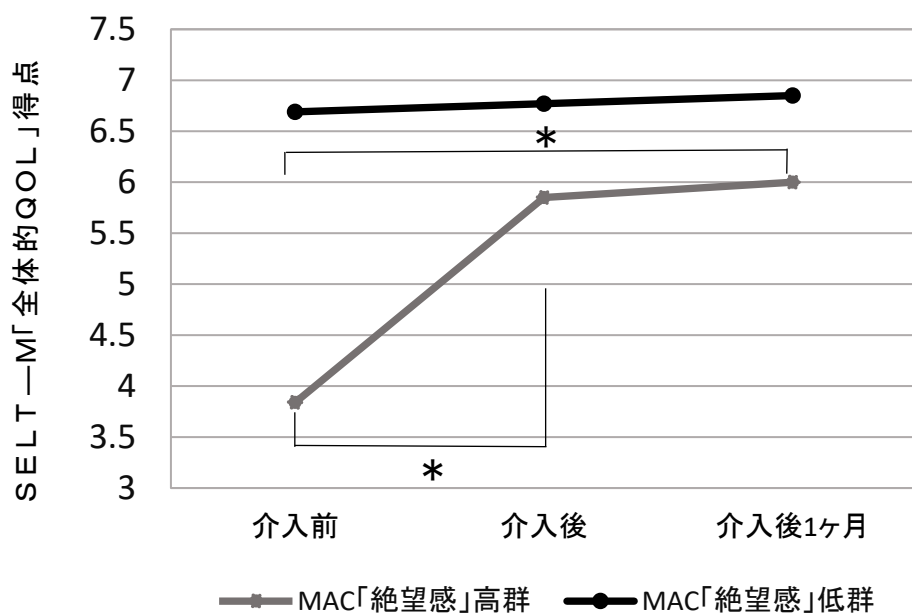
MAC	群	介入前 サポート		介入後 サポート		介入後1ヶ月 サポート		F 値 主効果		
		得点	SD	群	得点	群	得点	時間	群	交互作用
前向き	High	8.47	2.20	9.40	1.96	9.53	1.41	3.41 *	.00	.92
	Low	8.92	1.50	9.08	1.38	9.38	1.04			
絶望感	High	7.85	2.12	8.46	1.81	8.92	1.12	3.41 *	9.28 **	.62
	Low	9.44	1.31	9.88	1.26	9.88	1.15			
不安	High	8.57	1.87	8.79	1.85	9.29	1.07	2.78	1.09	.54
	Low	8.94	1.88	9.63	1.36	9.56	1.31			
運命	High	8.15	2.27	8.92	2.06	9.46	1.51	3.73 *	1.01	1.56
	Low	9.13	1.41	9.53	1.30	9.40	.99			
回避	High	9.25	1.58	8.75	2.12	9.25	.89	1.05	.02	2.26
	Low	8.59	1.94	9.41	1.44	9.50	1.30			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-4-4 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるSELT-M「人生に対する考え方」得点(score range 0~12)

MAC	群	介入前 人生に対する考え方		介入後 人生に対する考え方		介入後1ヶ月 人生に対する考え方		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	8.53	1.92	9.53	1.46	8.80	2.37	3.70 *	4.79 *	1.37
	Low	7.00	1.41	7.92	2.06	8.31	1.70			
絶望感	High	6.92	1.50	8.23	2.20	7.46	2.44	3.95 *	6.12 *	.52
	Low	8.38	1.96	9.19	1.52	9.19	1.68			
不安	High	7.79	1.81	8.64	2.13	8.43	2.17	2.63	.00	.00
	Low	7.81	2.04	8.69	1.78	8.44	2.22			
運命	High	8.23	1.88	9.00	2.16	8.62	2.63	3.66 *	2.36	.37
	Low	7.00	1.41	8.33	1.45	8.00	1.60			
回避	High	8.25	2.12	9.13	1.96	7.63	2.62	2.29	.01	2.70
	Low	7.64	1.84	8.50	1.92	8.73	1.96			

2 要因分散分析の結果、表 VII-4-1 に示すように、SELT-M「全体的 QOL」の下位尺度において、時間（介入前、介入後、介入後 1 ヶ月）×MAC「絶望感」（高低群）で交互作用が有意であった ($F(2, 48)=3.94, p<.05$)。



図VII-2 MAC「絶望感」(高低群)と介入前後による SELT-M「全体的 QOL」の 2 要因分散分析

そこで、単純主効果を検討した結果、「絶望感」が高い群では、実存的グループ療法・プログラムの介入後の SELT-M「全体的 QOL」の得点が有意に高かった ($F(1, 24) = 6.14, p < .05$)。つまり、図VII-2 に示すように、「絶望感」が高いほど、介入により、SELT-M「全体的 QOL」の得点が改善され、その効果が介入後 1 カ月でも持続することがわかった。一方、表VII-4-1 に示すように、SELT-M「全体的 QOL」において、MAC「前向き」「絶望感」「不安」「運命」「回避」の下位尺度では、時間の主効果が有意であった。また、表VII-4-2 に示すように、SELT-M「スピリチュアリティ」については、MAC「前向き」「絶望感」「不安」「運命」の下位尺度において交互作用は有意ではなかったが、時間の主効果は有意であった。すなわち、介入により、SELT-M「スピリチュアリティ」が有意に高くなり、その効果が介入後 1 カ月でも持続することがわかった。同様の結果が、

SELT-M「サポート」や「人生に対する考え方」でも示された（表VII-4-3, 表VII-4-4）。しかし、MAC「回避」においては、SELT-M「スピリチュアリティ」「サポート」「人生に対する考え方」において、いずれも時間の主効果は有意ではなかった。

4) 情緒状態 (POMS)への介入効果の検討

次に、情緒状態についての介入効果を検討するために、POMSの各下位尺度を従属変数に、時間（介入前、介入後、介入後1ヵ月）との各下位尺度の高低群を独立変数とした2要因分散分析（混合計画）を行った。なお、POMSの各下位尺度の高低群に分けた記述統計の結果を表VII-5に示した。2要因分散分析（混合計画）を行った結果、表VII-6に示すように、POMSのいずれの下位尺度においても有意差は認められなかった。

表 VII-5 Profile of Mood State (POMS)の各下位尺度における記述統計

POMS下位尺度 (score range:0-20)	Mean	SD
緊張-不安	7.83	4.59
抑うつ	5.00	4.40
怒り-敵意	3.66	2.66
活気	6.03	3.32
疲労	6.86	5.01
混乱	5.52	2.81

表 VII-6-1 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「緊張」得点

MAC	群	介入前		介入後		介入後1ヶ月		F値 主効果		
		緊張 得点	緊張 SD	緊張 得点	緊張 SD	緊張 得点	緊張 SD	時間	群	交互作用
前向き	High	7.47	5.13	5.67	3.83	7.07	4.92	1.37	.21	1.20
	Low	8.00	3.98	7.50	4.19	6.67	2.71			
絶望感	High	11.50	3.80	8.75	4.33	9.17	4.30	2.52	18.21 **	2.06
	Low	5.25	3.21	5.00	2.94	5.31	2.82			
不安	High	9.00	5.15	7.08	4.59	8.08	3.99	1.89	1.69	.54
	Low	6.88	4.00	6.19	3.41	5.94	3.70			
運命	High	8.83	5.08	6.42	4.42	8.17	5.02	1.98	.31	1.80
	Low	7.60	4.24	7.20	3.47	6.33	2.66			
回避	High	7.71	5.22	5.71	3.50	6.00	3.51	1.93	.60	.27
	Low	7.86	4.51	6.86	4.10	7.18	4.07			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-6-2 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「抑うつ」得点

MAC	群	介入前 抑うつ		介入後 抑うつ		介入後1ヶ月 抑うつ		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	5.00	5.18	4.13	3.62	3.67	4.59	.52	.09	.65
	Low	4.67	3.37	4.67	3.55	4.75	2.56			
絶望感	High	8.00	4.86	7.08	3.63	6.00	4.18	1.30	14.69 **	1.51
	Low	2.88	2.55	2.69	2.27	2.94	2.91			
不安	High	6.31	5.33	5.31	4.25	5.62	4.41	.76	.26	.56
	Low	3.94	3.28	4.00	2.90	3.19	2.69			
運命	High	6.33	5.37	5.42	3.85	4.92	4.87	1.03	1.02	.33
	Low	4.40	3.48	4.20	3.38	4.00	2.65			
回避	High	5.86	5.49	5.57	3.26	4.14	3.29	1.22	.24	.69
	Low	4.73	4.11	4.27	3.67	4.32	3.90			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-6-3 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「怒り」得点

MAC	群	介入前 怒り		介入後 怒り		介入後1ヶ月 怒り		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	3.00	2.27	2.33	1.91	2.47	2.42	.51	1.67	.29
	Low	3.67	2.10	3.67	2.64	3.33	2.64			
絶望感	High	5.42	2.87	5.08	3.00	4.67	2.81	.87	19.20 **	.09
	Low	2.25	1.57	1.88	1.82	1.81	1.76			
不安	High	3.62	2.50	3.46	2.73	3.46	2.60	.81	.12	.41
	Low	3.69	2.87	3.19	2.97	2.75	2.65			
運命	High	3.83	2.41	3.17	2.29	3.00	2.98	.89	.03	.18
	Low	3.67	2.92	3.53	3.27	3.27	2.40			
回避	High	5.00	3.51	5.14	3.24	4.14	2.85	.98	3.68	.51
	Low	3.23	2.27	2.73	2.47	2.73	2.49			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-6-4 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「活気」得点

MAC	群	介入前 活気		介入後 活気		介入後1ヶ月 活気		F 値 主効果		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	時間	群	交互作用
前向き	High	6.73	3.94	7.47	4.58	7.00	4.21	.38	2.36	.89
	Low	5.08	2.50	6.73	3.94	6.00	4.05			
絶望感	High	5.33	4.03	4.75	3.36	5.75	4.41	.19	1.37	.42
	Low	6.44	2.80	6.94	4.27	6.75	4.12			
不安	High	5.08	2.72	6.23	3.44	5.77	2.62	.17	.45	1.33
	Low	6.81	3.64	5.81	4.37	6.88	5.08			
運命	High	6.25	4.18	5.42	4.23	6.42	4.52	.11	.67	.54
	Low	5.40	2.41	5.80	3.03	5.47	2.72			
回避	High	5.57	2.23	4.86	2.91	5.00	3.11	.08	.90	.30
	Low	6.18	3.63	6.36	4.18	6.82	4.38			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-6-5 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「疲労」得点

MAC	群	介入前		介入後		介入後1ヶ月		F 値		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	主効果	時間	群
前向き	High	6.27	4.40	5.47	5.66	6.87	5.26	.27	.02	2.93
	Low	6.83	4.95	7.33	5.16	5.17	3.56			
絶望感	High	10.83	4.57	11.75	5.24	9.92	5.42	.33	35.82 **	1.79
	Low	4.06	3.15	3.00	2.48	3.88	2.13			
不安	High	7.54	4.68	7.62	6.32	8.00	4.51	.17	1.29	.79
	Low	6.31	5.34	5.88	5.33	5.00	4.79			
運命	High	7.33	4.46	8.00	6.58	8.17	5.42	.21	.84	1.52
	Low	7.07	5.59	6.07	5.31	5.27	4.27			
回避	High	8.29	5.71	8.57	7.79	7.57	5.65	.29	.96	.15
	Low	6.41	4.82	6.05	5.02	5.95	4.61			

* $P < .05$ ** $P < .01$

表 VII-6-6 MACの下位尺度得点の高低群別にみた介入前後におけるPOMS「混乱」得点

MAC	群	介入前		介入後		介入後1ヶ月		F 値		
		得点	SD	得点	SD	得点	SD	主効果	時間	群
前向き	High	5.27	1.91	4.73	2.87	5.20	2.73	.06	.04	.91
	Low	5.42	3.37	5.83	3.01	5.17	2.69			
絶望感	High	7.92	2.19	7.08	2.27	7.17	2.12	.35	25.70 **	.69
	Low	3.81	1.83	3.88	2.53	4.06	2.59			
不安	High	5.46	2.37	5.62	3.12	6.08	2.43	.19	.47	1.20
	Low	5.56	3.20	4.88	2.63	4.81	2.99			
運命	High	6.33	2.42	5.50	2.61	5.25	2.38	.41	.23	1.33
	Low	5.07	3.17	5.07	3.24	5.53	3.31			
回避	High	5.86	3.53	4.14	2.67	5.57	3.10	1.32	.05	1.98
	Low	5.41	2.63	5.55	2.86	5.32	2.75			

* $P < .05$ ** $P < .01$

5) 質的評価の分析からの検討

「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章の記述部分についての検討

次に、実存的苦痛の緩和および QOL を促進させる要因を探るために、「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章の記述部分を取り上げ、分析を行った。分析が可能であった 25 名の文章の記述を用いて検討した。この質問紙は、人生や病気、自己に対する意味づけ方や人生の目的意識が明らかになる 8 項目から構成されるものである。各下位項目における介入前、介入後、介入後 1 ヶ月の記述内容を合わせた

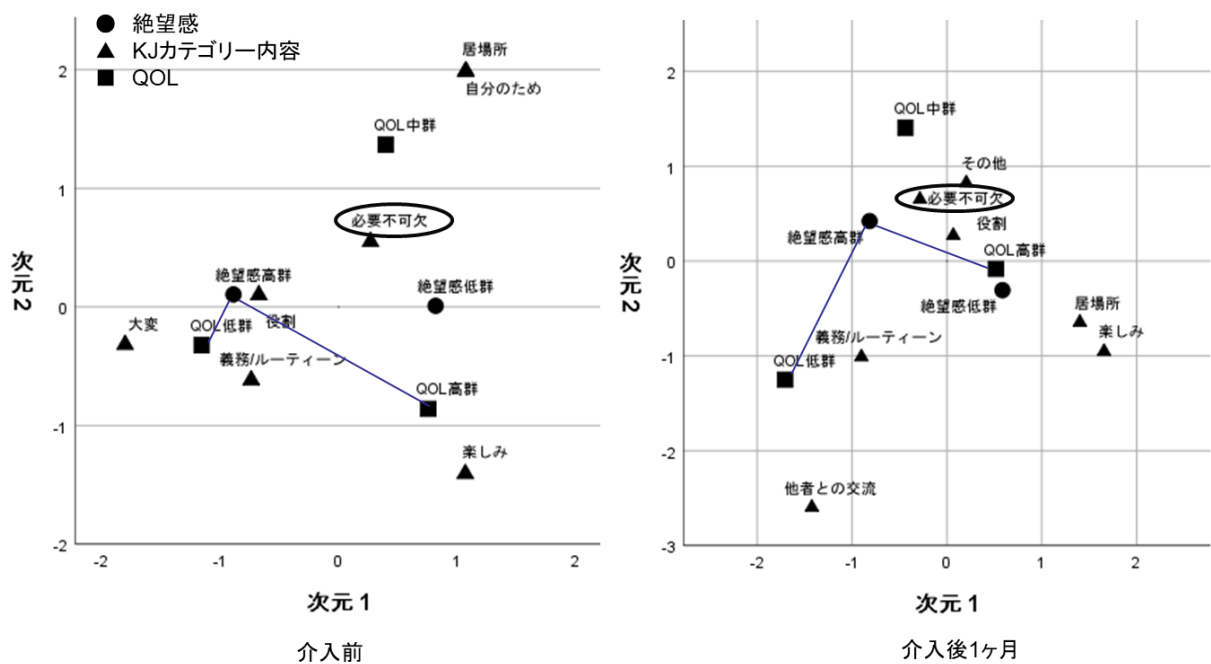
後、2名でKJ法によりカテゴリー化した。2名それぞれが、カテゴリーに分類し各カテゴリーを定義づけした後、協議を行った。

各下位項目におけるカテゴリー化した内容を以下の表VII-7に示す。

表VII-7 各項目におけるカテゴリー化した内容	
文章の記述	カテゴリー化した内容
「私にとって毎日の生活、…」	<義務/ルーティーン><居場所><自分のため><役割> <必要不可欠><大変さ><楽しみ><他者との交流><その他>
「私にとって生きるということは、…」	<自分らしさ><生かされていること><楽しむこと><成長すること> <当たり前><迷惑をかけないこと><楽しみ><他者への貢献> <達成感><自分らしさ><周囲とのつながり><その他>
「私いう人間は、…」	<肯定的なとらえ><否定的なとらえ><わからない><自分への気づき> <成長していく存在><意思><達観><達成感><自分らしさ> <家族の役割>
「私の人生について考えると、…」	<波乱万丈><肯定的なとらえ><否定的なとらえ><わからない> <日々を生きること><不安><移行期間><自分への気づき> <他者の支えの実感><良い人生>
「私にとって一日一日は、…」	<大切><日常生活><楽しみ><移行期間><早急に過ぎ去る日々> <前向きに過ごす><やり過ごすこと><その他>
「病気や苦しみは、…」	<乗り越えていくもの><付き合うもの><対処方法><否定的なとらえ> <成長をもたらすもの><不条理><他者からの援助>
「私ができたらと思うことは、…」	<他者への貢献><自立・仕事><以前の生活><家族と過ごす> <普通の生活><前向き>
「私の人生の目標は、…」	<他者貢献><笑顔で過ごす><家族に関すること><病気の克服> <迷惑をかけない><成果を残す><最期まで生きぬくこと><記入なし>

カテゴリー化した内容から、不条理さや負担感、自分らしさ、など実存的問題に焦点があたっているのがわかる。

次に、カテゴリーと絶望感、QOLの結びつきを検討するために、質問紙の下位項目ごとに、MAC「絶望感」の高低群、SELT-M「全体的QOL」の高低群、<カテゴリー>で多重コレスポネンズ分析を行った。その中でも、「絶望感」の高群に焦点をあて分析をした結果、「私にとって毎日の生活は、…」 「私の人生の目標は、…」 という項目において、特に変化が見られた。



図VII-3 「私にとって毎日の生活は、…」における多重対応分析

図VII-3に示すように、「私にとって毎日の生活は、…」では、KJ法の分類に従って回答内容を検討した結果、介入前では、＜義務/ルーティン＞＜居場所＞＜自分のため＞＜役割＞＜必要不可欠＞＜大変さ＞＜楽しみ＞の内容がみられた。介入後1ヶ月では、＜義務/ルーティン＞＜居場所＞＜役割＞＜必要不可欠＞＜楽しみ＞＜他者との交流＞＜その他＞の内容がみられた。

「絶望感」高群（介入前 $x=-.887, y=.105$ 、介入後1ヶ月 $x=-.815, y=.422$ ）と「全体的QOL」の高群（介入前 $x=.756, y=-.860$ 、介入後1ヶ月 $x=.517, y=-.082$ ）、「絶望感」高群（介入前 $x=-.887, y=.105$ 、介入後1ヶ月 $x=-.815, y=.422$ ）と「全体的QOL」の低群（介入前 $x=-1.154, y=-.322$ 、介入後1ヶ月 $x=-1.707, y=-1.251$ ）の距離が、介入前では、 $1.88: 0.58$ に対し、介入後1ヶ月では、 $1.42: 1.90$ であった。つま

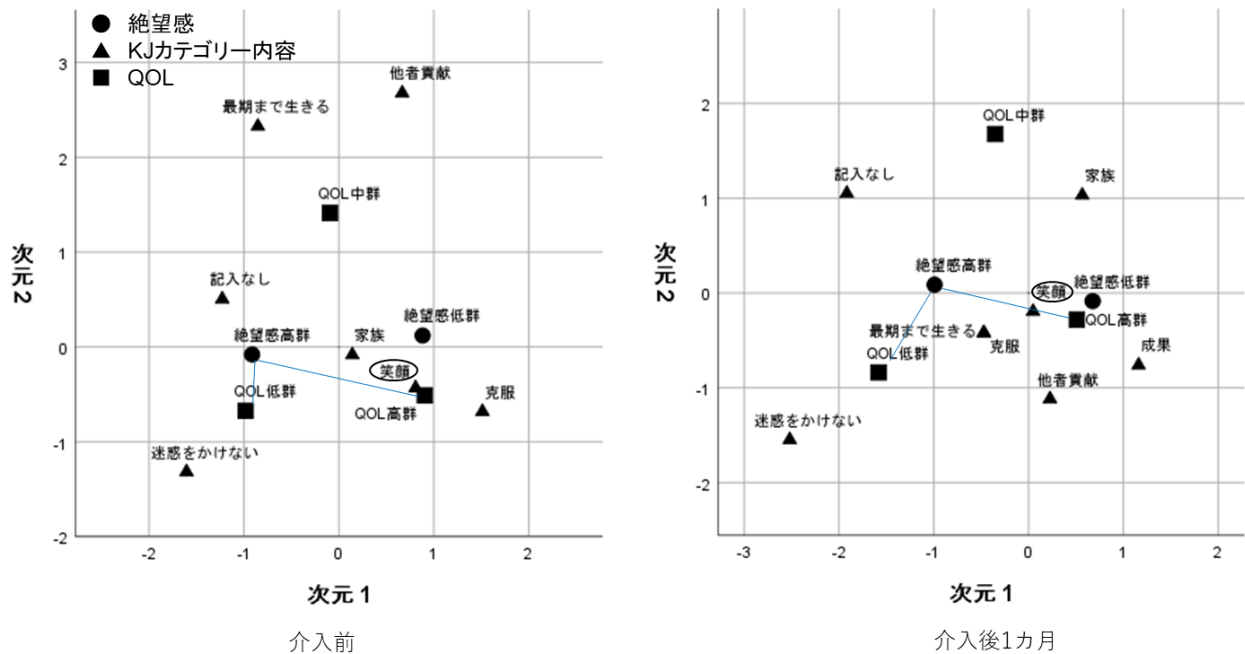
り、介入後 1 ヶ月では、介入前に比べ、「絶望感」高群と「全体的 QOL」高群との距離が近くなり、結びつきが強くみられることがわかった。

その要因を検討するために、〈必要不可欠〉と〈義務/ルーティン〉に注目をした。〈必要不可欠〉とは、生きていく上で大事なこと、生きていく上でのかけがえのないこと、大切なもの、生きがいなどの内容である。〈義務/ルーティン〉とは、最低限やるべきこと、習慣、やらなくてはいけないこと、ルーティンワークといった内容である。

「絶望感」高群との距離は、介入前では、〈義務/ルーティン〉(x=-.737, y=-.616、距離=0.74)が、〈必要不可欠〉(x=.269, y=.550、距離=1.24)より近かった。しかし、介入後 1 ヶ月において、〈必要不可欠〉(x=-.285, y=-.650、距離=0.58)が、〈義務/ルーティン〉(x=-.902, y=-1.01、距離=1.43)よりも、「絶望感」高群と近くなり結びつきがみられた。また、介入後 1 ヶ月において、「絶望感」高群と、〈義務/ルーティン〉の距離は、介入前に比べ、遠くに離れたことが示された(介入前の距離=0.74、介入後 1 ヶ月の距離=1.43)。さらに、〈必要不可欠〉は、介入後 1 ヶ月に、「全体的 QOL」高群との距離も近くなった(介入前の距離=1.49、介入後 1 ヶ月の距離=1.23)。その結果、「絶望感」高群では、〈必要不可欠〉が QOL を促進する一つの要因となることがわかった。さらに、〈大変さ〉の項目が、介入前では、「絶望感」高群と結びつきがみられたが、介入後には、〈大変さ〉の項目自体が見出されなかった。

次に、「私の人生の目標は、…」では、KJ 法で分類した結果、介入前では、〈他者貢献〉〈笑顔で過ごす〉〈家族に関すること〉〈病気の克服〉〈迷惑をかけない〉〈最期まで生きぬくこと〉〈その他〉の内容がみられた。介入後 1 ヶ月では、〈他者貢献〉〈笑顔で過ごす〉〈家族に

関すること<>病気の克服<>迷惑をかけない<>成果を残す<>最期まで生きぬくこと<>その他<>が見出された。



図VII-4 「私の人生の目標は、…」における多重コレスポネンス分析

同様の分析をした結果、図VII-4に示すように、「絶望感」高群（介入前 $x=-.914$ $y=-.079$ 、介入後1ヶ月 $x=-.992$, $y=.087$ ）と「全体的QOL」の高群（介入前 $x=.904$, $y=-.511$ 、介入後1ヶ月 $x=.509$, $y=-.282$ ）、「絶望感」高群と「全体的QOL」の低群（介入前 $x=-.983$, $y=-.674$ 、介入後1ヶ月 $x=-1.582$, $y=-.838$ ）の距離が、介入前では、 $1.87:0.60$ に対し、介入後1ヶ月では、 $1.55:1.10$ であった。つまり、介入後1ヶ月では、介入前に比べ、「絶望感」高群と「全体的QOL」高群との距離が近くなり、結びつきがみられることがわかった。

その要因を検討するために、<笑顔>に注目をした。<笑顔>とは、笑って過ごす、楽しく明るい笑える人生、毎日を楽しむ、明るく生きる、

笑って大切に過ごす、などの内容である。介入前は、「絶望感」高群と＜笑顔＞（ $x=.807, y=-.431$ ）との距離は、1.76であったが、介入後1ヶ月において、「絶望感」高群と＜笑顔＞（ $x=.048, y=-.194$ ）との距離は、1.08となった。さらに、「全体的 QOL」高群との距離も変わらず近い（介入前の距離=0.13、介入後1ヶ月の距離=0.47）。その結果、「絶望感」高群では、＜笑顔＞が QOL を促進する一つの要因となることがわかった。

5 考察とまとめ

1) スピリチュアル QOL (SELT-M) の介入効果の検討

本研究では、乳がん患者 31 名を対象に、実存的グループ療法・プログラムを実施し、その効果を、コントロール群をもたないオープンリアルにより検証した。その結果、作成した実存的グループ療法・プログラムは実存的苦痛の緩和すなわちスピリチュアル QOL の向上に有効であり、介入後1ヵ月にもその効果が持続していたことが示された（表VII-4-1～表VII-4-4）。本プログラムの有効性は直後の一時的なものではなく、通常の生活に戻ってからも維持されるような恒常的な内面の変化を促す可能性が示唆されたと言えよう。

さて、がん患者の自殺の相対リスクは高いと報告されており（Robinson, Renshaw, Okello, Møller, & Davies, 2009 ; Yousaf & Christens, 2005）、特に、がんの診断を受けた患者の自殺の相対リスクは、がんに罹患していない人と比較して告知後1週間は自殺率が12.6倍に上昇し、診断後1年以内で3.1倍高いことが報告されている（Fang et al., 2012）。これは日本においても同様な報告がなされており、がんと診断されてから1年以内の自殺リスクが高くなっている（suicide RR = 23.9）。加えて、がんの診断から2年以内のうつ病や不安などの精神疾患

への罹患率は、健康的な人よりも高いことも報告されている (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013)。がん診断時において、不安とうつ病のレベルは正常であるにもかかわらず、がん診断後 1 年以内に、不安とうつ病のリスクがあることが報告されている (Boyes, Girgis, & D'Este, 2013)。また、早期乳がん患者 222 名の 50% 近くが、診断後 1 年でうつ病、不安またはその両方の可能性が認められ、(Burgess et al., 2005)、診断後 8 カ月で苦悩のレベルが高い患者は、6 年目における苦悩のレベルも高いといった報告も示されている (Lam et al., 2010)。

このように、がん診断後 1 年以内の、自殺へのリスクは高く、適応障害やうつ病などの精神障害を罹患する可能性も高い。その罹患は、その後の闘病生活の精神状態にも影響を及ぼす可能性もある。それゆえ「がん対策基本法」の中でも、早期の段階よりがん患者への心理社会的な介入の重要性が明示されている。そこで、本研究では、術後 1 ヶ月～12 ヶ月以内のがんの初期治療中の乳がん患者を対象に、患者の心理的苦痛を緩和するために、実存的グループ療法・プログラムを実施した。その結果、実存的グループ療法・プログラムは有効な援助プログラムであり、早期の段階におけるがん患者に対する心理的介入の有用な手段になる可能性があることが示唆された。

特に、「絶望感」とスピリチュアル QOL が有意に関連していることが認められた。すなわち、「絶望感」が高いほど、介入により、SELT-M「全体的 QOL」の得点が改善され、その効果が介入後 1 か月でも持続することがわかった。これらより、「絶望感」が高い人に、より大きな介入効果が期待できることが示唆された。この結果は、がん患者が抱える絶望感に対する心理的な援助という点で、重要な意味があると考えられる。

がん患者が抱える絶望感に関する先行研究では、Kulpa et al. (2014)

らが、69人のがん患者を対象に、不安やうつおよびコーピングスタイルとの関連を検討した調査では、絶望感と、不安および抑うつと有意な正の相関が示された。さらに、回帰分析の結果、絶望感はうつに有意に影響を及ぼしていたという報告もある (Grassi, Travado, Gil, Sabato, Rossi, Tomamichel, Marmai, Biancosino, Nanni, & Group, 2010)。また、Chochinov, Wilson, Enns, Mowchun, Lander, Levitt, & Clinch (1995)は、終末期がん患者200人を対象として希死念慮の頻度に関する検討を行い8.5%が中等度以上の希死念慮を有していたことを示した。痛みの存在, Beck Depression Inventoryで評価した抑うつ状態、ソーシャルサポートの乏しさが希死念慮に有意に関連することを報告した。またこれら要因の相互関係を検討し、希死念慮に最も直接的に関係する症状は抑うつ状態であり、痛みと家族のサポートは抑うつ状態を介して間接的に希死念慮に寄与している可能性を示唆した。さらに、絶望感は自殺念慮の予測因子として同定され、絶望感は、うつ状態よりも希死念慮とより高い相関があることが示された (Chochinov, Wilson, Enns, & Lander, 1998)。Breitbart, Rosenfeld, Pessin, Kaim, Funesti-Esch, Galiotta, Nelson, & Brescia (2000)は、92名の終末期がん患者を対象として、17.4%に希死念慮が認められることを示した。さらに、絶望感 は希死念慮に独立して関与することも示された。Shim & Hahm (2011)は、131人の患者の13.7%が中程度の希死念慮を、1.7%が高いレベルの希死念慮を経験し、絶望感と不安が希死念慮の最も強い予測因子であることを明らかにした。Kelly, Burnett, Pelusi, Badger, Varghese, & Robertson (2003)の研究によると、256人の患者の14%で希死念慮が高く、ホスピスに入院中であること、抑うつ症状強いこと、他者への負担の認識が大きいこと、家族との絆が低いこと、ソーシャルサポートの低

さ、不安が高く、身体的症状の影響が大きい、という要因が希死念慮を生じさせると報告している。さらに、絶望感とがんの予後との関連性も研究されており、486人の乳がん患者の10年間の追跡調査を行った結果では、生存率に対し、絶望感の影響があることが示された (Watson, & Homewood, 2005)。

このように、がん患者が抱える絶望感は、精神的健康とがんの予後を脅かし、希死念慮を生じさせる可能性があることが示唆されている。それゆえ、本プログラムが、「絶望感」が高い人に、より大きな介入効果が期待できることが示唆されたことは、精神的健康の改善だけではなく、ひいては、希死念慮も緩和することへとつながり、意味のあるものだと考える。

2) 情緒状態 (POMS) への介入効果の検討

次に、情緒状態への介入効果を検討するために、POMS の各下位尺度を従属変数に、時間 (介入前、介入後、介入後 1 ヶ月) との各下位尺度の高低群を独立変数とした 2 要因分散分析 (混合計画) を行ったところ、有意な結果は示されなかった。これは、参加者に対して、介入前に HADS スケールを用いて抑うつ (0 点～21 点) が 10 点以下の者とするスクリーニングを行っている影響によるものと考えられる。参加者の情緒状態は、うつ病であるカットオフ値を超えることはなかったことから、情緒状態への改善にはいたらなかったと考える。

3) 質的評価の分析からの検討

「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章の記述部分からの検討

実存的苦痛の緩和および QOL 向上を促進させる要因を探るために、「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章の記述部分を

取り上げ、分析を行った。カテゴリーと絶望感、QOL の結びつきを検討するために、文章の記述式の質問の下位項目ごとに、MAC「絶望感」の高低群、SELT-M「全体的 QOL」の高低群、＜カテゴリー＞で多重コレスポンス分析を行った。その結果、毎日の生活を、＜義務/ルーティン＞と捉えるのではなく、＜必要不可欠で大切な時間＞と捉えること、＜笑顔＞で過ごすといった自分でできる目標が QOL を改善する要因となることがわかった。本プログラムを通じて、生活や人生への目的意識に認知的な変化が生じていることがわかり、これらの変化が QOL 向上へとつながるものと考えられる。

4) 第Ⅲ章（研究 2）との関連

さて、第Ⅲ章の研究 2 で実施した調査では、心理的ニーズや心理状態に影響を及ぼす要因を探るために、コーピングスタイル（対処様式）なども取りあげ、その関連性を検討した。さらに、がんに対するコーピングスタイル（対処様式）と性格特性との関連も明らかにし、患者に寄り添った援助へのあり方を探った。

ここでは、ニーズや心理状態（POMS）に影響を与える要因を探るために、ニーズ、心理状態（POMS）を従属変数に、年齢、性別、再発の有無や身体症状などの背景要因、コーピングスタイル（MAC）を独立変数としたカテゴリカル回帰分析を行った。その結果、がんに対して「絶望感」が高いほど“家族や医療スタッフとの関係改善”へのニーズが低かった。がんに対して「絶望感」が高い患者は、家族に対する思いの背後に、迷惑をかけている、負担になっているのではないかという無価値感や罪責感を抱いている可能性があり、“家族や医療スタッフとの関係改善”の内容である、家族に対し、協力や感謝、要求をだしたいといった思いを表明するまでに至っていないことが推測された。しかし、本プログラムの中で

は、負担感や孤独感などの周囲との関係性にまつわる実存的問題を扱っており、さらに出来るだけ実現しそうな具体的な行動や姿勢について話し合いを行っている。これらを通じて、自分は価値がある存在だという思いが回復し、それによって、家族や医療スタッフとの関係改善につながると思われる。次に、コーピングスタイルと、「ニーズ」と心理状態との関連を検討した。コーピングスタイル (MAC の下位尺度得点) によって、どのようなコーピングのタイプが見られるのかを、階層クラスタ分析によって検討した結果、コーピングスタイルのクラスタ 1 は、「奮闘群」、コーピングスタイルのクラスタ 2 「前向き安定群」、コーピングスタイルのクラスタ 3 「前向き不安群」という特徴の 3 クラスタが得られた。そして、この 3 クラスタと心理的ニーズや心理状態 (POMS)、性格との関連をみた結果、特にコーピングスタイルのクラスタ 1 「奮闘群」の今後の経過に注意を払う必要性を感じた。コーピングスタイルのクラスタ 1 「奮闘群」は、がんに対して、前向きに取り組んでおり絶望感も強くないが、がんを運命と感じ、不安もあり、回避をしている群である。すなわち、回避という対処行動をとることでがん直面化せず前向きになっている「奮闘群」では、情緒は一応の安定が得られていると推測される。しかし、コーピングスタイルのクラスタ 1 「奮闘群」の患者の QOL が高いかどうかまでは示されず、今後は、彼らが闘病生活を過ごしていく中で、回避という対処が一時的にショックを和らげ、次のステップのがんに向き合うための準備期間として作用し、精神的に安定を保ちながら過ごしていけるのか、あるいは回避が解かれた際、がんに向き合うことで抑えられていた不安や恐怖が顕在化し適応障害やうつ病などに発展しないかどうか、などを明らかにする必要性が見出された。そこで、コーピングスタイルのクラスタ 1 「奮闘群」の患者が、本プログラムに参加

し、がんに向き合うことで、どのような経過をとるのかを検討した。そのためにすなわち、本プログラムの参加者の中からコーピングスタイルのクラスタ1の傾向が見られる3名を取り上げ、情緒状態（POMS）とスピリチュアルQOL（SELT-M）における経過をみた。この3名のコーピングスタイルの得点は、Aさん（前向き=3.69, 絶望感=1.00, 不安=3.11, 運命=3.75, 回避=4.00）、Bさん（前向き=3.56, 絶望感=1.17, 不安=3.78, 運命=2.38, 回避=4.00）、Cさん（前向き=3.13, 絶望感=1.83, 不安=3.22, 運命=3.50, 回避=4.00）であった。表VII-8に示すように、POMSとSELT-Mの両者とも悪化はみられず、SELT-M「スピリチュアリティ」においては、得点が増加している参加者もみられた。

表VII-8 クラス1「奮闘群」のコーピングスタイルの参加者の介入前後のPOMSとSELT-Mの得点

	被験者A			被験者B			被験者C			
	介入前	介入後	介入後1ヶ月	介入前	介入後	介入後1ヶ月	介入前	介入後	介入後1ヶ月	
POMS	緊張(20点満点)	5	2	7	5	3	5	7	4	5
	抑うつ(20点満点)	4	1	0	7	7	5	1	4	2
	怒り(20点満点)	3	2	2	3	4	2	3	5	4
	活気(20点満点)	6	7	6	6	3	4	7	6	8
	疲労(20点満点)	4	0	5	4	4	5	7	6	7
	混乱(20点満点)	3	5	4	5	1	3	9	6	8
SELT-M	全体的QOL(10点満点)	8	7	7	記入なし	3	5	7	8	8
	サポート感(12点満点)	10	10	10	8	8	9	9	10	9
	考え方(12点満点)	12	11	10	8	8	9	9	10	9
	スピリチュアリティ(32点満点)	30	27	31	23	19	23	21	23	28

さらに、第三章の研究2で実施した調査では、コーピングスタイルのクラスタと性格特性との関連も検討した。その結果、図III-1のコーピングスタイルのクラスタ3「前向き不安群」では、コーピングスタイルのクラスタ2「前向き安定群」に比べ、「情緒不安定性」が有意に高く、「開放性」が有意に低いことがわかり、性格特性の視点からも援助のあり方を検討することも必要であると考えられる。ただし、コーピングスタイルのクラスタ3「前向き不安群」の「情緒不安定性」の得点は、4点台であり、必ずしも高いとはいえないものの、危機に直面した時に、他のクラスタ

よりも情緒不安定さが顕在化する恐れがあると考え。さらに、このような潜在的な情緒不安定な性格傾向から、グループ療法に参加することで、他のメンバーの話を受け、情緒が揺さぶられる可能性が懸念される。そこで、ここでは、性格特性の視点から、本プログラムに参加することの意義を検討していく。そのために、第Ⅲ章の研究2の286名の調査対象者に対し、性格（Big Fiveの下位尺度得点）によって、どのような性格のタイプが見られるのかを、階層クラスタ分析によって検討した。Big Fiveの下位尺度得点をもとにward法による階層クラスタ分析を行った結果、解釈可能性からクラスタ数は3が妥当であると判断され、その結果を図Ⅶ-5に示した。次に、得られた3クラスタの特徴を明らかにするために、3クラスタを独立変数、Big Five下位尺度得点を従属変数とした1要因分散分析を行ったところ、いずれの下位尺度においても有意差が認められた（「外向性」； $F(2, 250)=121.3$ ，「情緒不安定性」； $F(2, 250)=92.3$ ，「開放性」； $F(2, 250)=78.7$ ，「誠実性」； $F(2, 250)=47.2$ ，「調和性」； $F(2, 254)=35.2$ ，全て $p<.01$ ）。そこで、Tukey法による多重比較を行ったところ、各クラスタの特徴が明らかになった。各クラスタの記述統計と多重比較の結果を、表Ⅶ-9に示した。

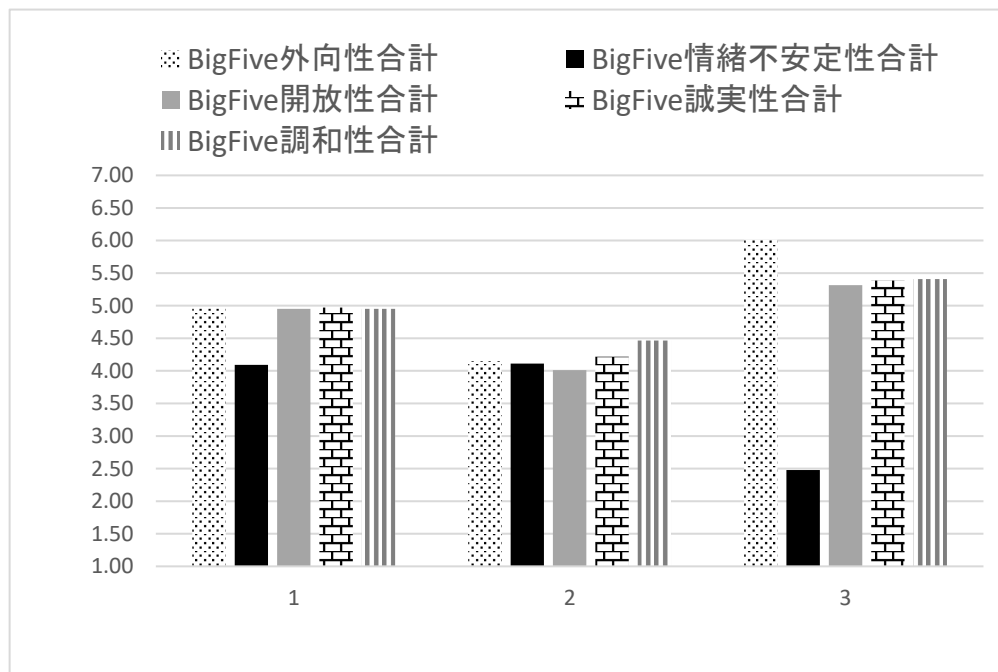


図 VII-5 各クラスにおける性格特性 (Big Five) の下位尺度得点

表 VII-9 各クラスにおける性格特性 (Big five) の下位尺度得点と1要因分散分析結果 (score range 1~7)

	1 (n=72) M (SD)	2 (n=145) M (SD)	3 (n=36) M (SD)	F値	多重比較
外向性	4.95 (.82)	4.15 (.60)	6.02 (.64)	2.63 **	3>1>2
情緒不安定性	4.09 (.58)	4.11 (.74)	2.48 (.46)	4.55 **	1,2>3
開放性	4.95 (.58)	4.01 (.66)	5.31 (.93)	4.82 **	1,3>2
誠実性	4.97 (.90)	4.22 (.56)	5.39 (1.01)	2.41 **	1,3>2
調和性	4.95 (.59)	4.46 (.63)	5.41 (.84)	4.55 **	3>1>2

*p<.05 **p<.01

性格のクラスター 1 は、「外向性」「情緒不安定」「開放性」「誠実性」「調和性」においていずれも高めの群である。性格のクラスター 2 は、「情緒不安定性」「外向性」「開放性」「誠実性」「調和性」が 4 点前後であり、特に特徴のない性格傾向である。性格のクラスター 3 は、「情緒不安定性が低い群」であり、「情緒不安定性」が低く、「外向性」「開放性」「誠実性」

「調和性」が高い。このタイプは、精神的に健康であり特に問題はない人が分類されるとの報告がある（小塩，2010）。

このように、性格特性の視点からみると、性格のクラスタ2の「特徴のない群」（図VII-5）が、第III章の研究2で実施した調査におけるコーピングスタイルのクラスタ3（図III-1）「前向き不安群」の性格傾向と似ていることがわかった。そのため、性格のクラスタ2の群は、特徴のない性格傾向で特に強みもないことから、危機に直面した時に、情緒不安定さが露呈する恐れがあるかもしれない。したがって、性格のクラスタ2の人に注意を払う必要があると考える。さらに、調査対象者の大多数を占めたことから、性格のクラスタ2の人が、本プログラムに参加することで、どのような経過をたどるのかを検討した。そこで、本プログラムの参加者の中から性格のクラスタ2の傾向が見られる3名を取り上げ、情緒状態（POMS）とスピリチュアルQOL（SELT-M）における経過をみるところ、表VII-10に示すように、3名とも改善している傾向がみられた。

表VII-10 クラスタ2の性格傾向の参加者の介入前後のPOMSとSELT-Mの得点

	被験者D			被験者E			被験者F			
	介入前	介入後	介入後1ヶ月	介入前	介入後	介入後1ヶ月	介入前	介入後	介入後1ヶ月	
POMS	緊張(20点満点)	14	10	9	16	14	7	6	記入なし	2
	抑うつ(20点満点)	11	10	7	11	12	5	6	記入なし	2
	怒り(20点満点)	12	12	8	7	7	3	1	記入なし	1
	活気(20点満点)	5	1	0	6	5	6	8	記入なし	13
	疲労(20点満点)	19	19	16	16	16	5	4	記入なし	2
	混乱(20点満点)	12	6	11	9	11	7	5	記入なし	4
SELT-M	全体的QOL(10点満点)	2	4	3	2	2	4	6	記入なし	7.5
	サポート感(12点満点)	10	9	9	7	8	9	7	記入なし	10
	考え方(12点満点)	5	8	4	6	7	8	9	記入なし	8
	スピリチュアリティ(32点満点)	13	16	14	20	19	21	17	記入なし	23

これらより、コーピングスタイルや性格特性の視点から注意を向ける必要のある患者が、本プログラムに参加することへの否定的な側面はみられなかった。

すなわち、本プログラムは、コーピングスタイルのクラスタ 1「奮闘群」のようながんに対して回避という対処をしている患者や、性格のクラスタ 2「特徴のない群」ではあるものの情緒不安定さを潜在的に有しているかもしれない患者に対して、安全に導入できる可能性が示唆された。

5) グループの完了率からの検討

本研究では、34 人の参加者のうち 31 人が、本プログラムを脱落することなく最後まで遂行することができた。本プログラムの脱落率は低く (8.8%)、グループ療法を終えた後も、参加者は不規則に会い続けたという報告もみられた。この高い完了率 (91.2%) は、参加者のニーズに添ったプログラムであること、実存的苦痛の緩和と QOL の改善が比較的短期間で支持されているため、参加者が 5 週間のグループ療法の意義を理解していることと考える。したがって、本プログラムは、労力、時間、および医療費の面からも、患者と医療提供者の両方に有益となる可能性があると考えられる。

6) 事例からの検討

最後に、参加したメンバーの事例を概観し、実存的グループ療法・プログラムの意義を事例から検討する。事例としては、本プログラムの心理教育の刺激により実存的苦痛を表出した G さん (事例 1) と、本プログラム介入前は、絶望感が高かったが、介入後に、QOL および絶望感も改善された H さん (事例 2) について取り上げる。

事例 1 (G さんの事例)

G さんは、夫と夫の母と 3 人暮らしの女性である。X 年 Y 月に、乳がんと診断され、術前にホルモン治療を開始し、X 年 Y+3 月に乳房温存手術、X 年 Y+5 月に放射線治療を終了した後で、グループ療法に参加され

た。

#1

第1回は、自己紹介を中心にすすめていく内容で、初発から今までの経緯など、参加者には話したいことを話してもらおう。そこで、Gさんは、X年Y+3月に乳房温存手術、X年Y+5月に放射線治療を終了したことを語られた。その中で、乳房に対するボディイメージとして、＜思ったより形はへこまず、結婚もしているからそれほどまでには思わなかった＞ことが話された。

#2

第2回は、がんの罹患に伴う不安、特に、不確実性を意識することから生じる不安について話し合うことを目的としている。ここでは、Gさんは、＜検査結果を待っている間が不安だった。組織の検査をしてから不安があつて、落ち着かなかつた＞などが語られた。他のメンバーからも夢だったらよかつた、しばらく何も出来なかつた、などのがんと言われてから生じた思いが次々と語られ、メンバー間で共有された。その中でも、メンバーから、仕事をしていると気が紛れることや、自分が気分良く過ごせるように好きなものを買ったりしていることなどの不安に対する対処策なども話し合われた。それを受けて、Gさんは、＜病気になって自分を心地よくさせるのが申し訳ない＞＜仕事が嫌で嫌で仕方がない時に、病気になったから、仕事を辞めた。逃げているのかもしれない。何もしないで家にいて、食べているのがすごく申し訳ない。主人に迷惑をかけているように思う＞＜ホルモン治療が終わる5年後に子どもができるかわからない＞などの不確実性や仕事にまつわる自責の念、罪悪感が表出された。それを受けて、あるメンバーからは、自分も時間があるのに何もしていないことを申し訳ないなと思ったこと、今の生活

がゆる過ぎて自分は何をしているのだろうと思うことなど、Gさんの思いに共感されたことが話された。一方で、他のメンバーからは、＜自分は働かざるをえなかったけれど、仕事をしないといけないことはない、専業主婦でいいと思うこと＞、また、他のメンバーからは、＜甘え上手になってもよいかな＞ということなどなどの発言があった。

#3

第3回は、家族や友人など周囲の人とのより良い関係を築くために、コミュニケーションの改善を図ることを目的としている。そこでは、Gさんからは、＜迷惑をかけていると思っているが、この前グループで話をしてもう少し自分自身を楽にしてもいいのかなと思った。それで、1人でカラオケに行ったり、友人に会ったりと、好きなことをして元気になった＞などの肯定的な思いが語られた。一方で、あるメンバー（Iさん）から、子どもに笑っていないと言われたこと、がんの化学療法中であり、家事をこなすことが精一杯で、心の底から笑うことができないこと、家族に迷惑をかけている、子どもをどこにも連れて行ったり出来ないことへの申し訳なさが語られた。その後、他の話題へと移ったのち、セッションの最後の方で、他のメンバー（Jさん）から、義母の介護が大変だったこと、その理不尽な思いから、子どもに笑っていないと言われたことへの共感が示された。それを受けて、他のメンバー（Kさん）は、「はつらつとした自分になれない」「何のために生きているのか」と発言され、Gさんからは、＜言おうかどうかと思っていた。生まれてきたくなかった。＞＜親にもいろいろ言った。せつかく病気になったんやし、これを踏み台にして何か人を支えるようなことをしたいなとも＞。＜何で生まれてきたのか？という思いは拭いされない＞などの葛藤が表出された。これに対して、あるメンバー（Lさん）から、2人の話（GさんとIさん）

を聞いて、涙が出てきたこと、自分の子どもがそういうことを言ったら、悲しいことなどが話された。そして、親からすれば居てくれるだけでいいのではないか、生きているだけいいのではないか、という思いが話された。このように、I さんの子どもに対する罪悪感という葛藤が表出されそれが刺激となり、各メンバーが、がんの罹患を契機に、心の奥に漂っていた理不尽さや、生きる意味への問いなどの実存的苦痛が表出された。グループでは、ある発言に触発されて、次々と心の奥底にある思いが表出されることがある。その場合、表層的には理路が辿れなくても、通底する主題に沿って話が展開することがある。そして、G さんからもまた、生きる意味への問いに関する実存的苦痛を表出され、それに付随する感情や思いが明確化され、メンバー間で共有された。そして、身近にいる大切な人からみれば私という存在への＜居てくれるだけでいいのではないか、生きているだけいいのではないか＞という思いは、罪悪感や生きる意味への問などの実存的苦痛に対する肯定的なメッセージとして、各メンバー間で共有されたように考える。

#4

第4回は、主体的に生きるために、不安や心配事に対処できるように、具体的に取り組み方を話し合うのを目的としている。そこでは、G さんは、心配ごととして、再発のこと、再発したら主人に迷惑をかけることなどを挙げた。他のメンバーからは、経済的なことへの心配や、心の持ち様、再発のことなどがあげられ、このグループでの共通する心配ごととして、①経済的なこと、②心の持ち様について、をそれぞれ取り上げ、取り組み方をメンバーで話し合った。その中で、②心の持ち様について、では、他のメンバーからは、＜グループがなかったら、もっと心配の程度が大きくなっていた。(皆の話が) 刺激になった＞＜グループが刺激に

なって一人で好きなカフェに行った>、Gさんからは<一人で旅行をした>ことなど、グループのメンバーの存在が支えや刺激になっていることが話された。Gさんからは、<がんになってから人生の夏休みをしています、と暑中見舞いを出した。返事に、夏休みが、素敵な始まりやったらいいですね、と書いてあった>ことが話された。<落ち込んでいたけれど、この手紙をみて、落ちていても、何か始まりになればいいなと思った>こと、<再発って怯えながら生きていくのはどうなんだろう・・・、今でもどうなんやろうと思う・・・、またその時の自分にまかせようとは思う>などの再発や不確実性に対するGさん自身の心の持ち様が語られた。

#5

第5回は、自分にとって大切なもの、支えとなるものに気づき、主体的に生きていくために具体的な姿勢や行動を考えることを目的としている。そこで、自分を支えてくれている人たち、支えとなっている体験を振り返るところでは、Gさんからは、<旦那と旦那の母と両親には支えてもらってきた。それ以外の人には虚勢をはって生きていたなと思う。病院のスタッフに励ましてもらったことや同じ病気で戦っている人達を思い出しました>と話された。次に、周囲に対して、自分が試みたこと、あるいは試みようと思っていることについては、Gさんからは<旦那さんに、冗談交じりで、自分が死んだらどうするの？再婚するの？とか聞いたりした。海が好きなので、海に骨をまいてほしいなと言った>と夫への思いが話された。最後に、大切にしていきたいものを各自書いてもらい、書いた内容を話し合うことはせずに、書いてみてどのような感じであったかを話し合った。Gさんとしては、<死ぬ時に後悔しないためにどうすればよいか、悔いの残らないようにやりたいことをしたい。

やりたいことを書いた。うじうじしたくないので、そういう風に生きたい>と語られた。

事例 2 (H さんの事例)

H さんは、夫と子ども（未就学児）と 3 人暮らしの女性である。Y 年 8 月に乳房温存手術、Y 年 10 月に放射線治療を終了、Y+1 年 3 月抗がん剤治療をするが、副作用が強く、終了となり、その後グループ療法に参加された。

#1

この回は自己紹介を中心にすすめていくものであり、初発から今までの経緯など、参加者には話したいことを話してもらおう。そこで、H さんは、自分でしこりを自覚し、P 年 Q 月に乳房温存手術、P 年 Q+2 月に放射線治療を終了、その 5 か月後に抗がん剤治療をしたことを語られた。その中で、<抗がん剤治療中は辛くて、冬眠状態だった。特に最初はしかばねのようだった>こと、脱毛があり、ウィッグをしていることが話された。

#2

この回は、がんの罹患に伴う不安、特に、不確実性を意識することから生じる不安について話し合うことを目的としている。ここでは、H さんは、<（告知されて）まさかと思った。（切除した）がんをみせて欲しいと先生に言うくらい、（本当にかんだったのか）信じられなかった>ことや、乳がんについての情報を調べれば調べるほど怖くなり、<入院中は子どもも側にいないので、思いっきり泣いて、落ち込んだ>ことを語った。また、<脱毛のためにビジュアル的にもショックで、外に出るのも嫌><不安からか母や子どもにあったってしまっていた>などの思い

を語った。また、<どこまで人に病気のことを言うのか。髪の毛のこともあるので、美容師さんに病気のことを言うと、ひかれてしまった。病気に対し、偏見があるのかなと思って、変に気を遣われるから、あまり病気のことは、人には言えないな>などの思いを吐露した。それを受けて、抗がん剤治療中で脱毛をしている他のメンバーからは、<自分もそう。近所の人には言っていない。他の人にどう思われるか不安で外に出るのも嫌なこと、さらに小学校高学年の子どもにも病気のことを言っていない>こと、あるメンバーからは、<たとえ、身近な人でも気を遣わせるかなと思って悩みとか日頃から打ち明けることはない。日々の生活を今まで通り送れることで安心しているが不安は晴れない。ずっと再発などの不安を抱えて生きていくのか>などの病気に関する不安を誰にも言えない孤独感や、将来への不確実な思いが表出され、メンバー間で共有された。

それを受けて、Hさんは<子どももいるしいろいろ考えるけど、なるようにしかならないな>と思った方が楽>と語り、自然にメンバー間で、毎日の生活を大切にするために日々していること、好きなテレビを視る、料理や掃除をして身体を動かす、などの工夫が話された。

#3

この回は、家族や友人など周囲の人とのよりよい関係を築くために、コミュニケーションの改善を図ることを目的とした話し合いであり、ここでは、Hさんは<病気になってはじめてわかったことが多い。病気にならなかつたら、偏見を持っていたと思う。すぐ死ぬとか・・・。死と直結する病気ととらえるのか、盲腸とったくらいの感覚を持っておくべきかと考えて価値観が変わった。>さらに、<家族以外の周囲の人には、病気のことを言っていない。気を遣われるのが嫌で・・・。本当に必要な

ところだけしか行かなくなった。そういう意味では、人と話すのが減ってしまった。人間関係が縮小された気がする>ことを語った。それを受けて、他のメンバーからは、<病気のことを言っていない人とは、あまり話さない>ことや、また、あるメンバーからは<病気のことを言った人には、たわいない話でも支えられた>経験などが話され、メンバーそれぞれから<病気のことを言う人と言わない人との人間関係をうまく使い分けている>ことが話された。さらに、Hさんは<母親的に私の年代は微妙な年齢とを感じる。仕事をしていなかったら、自分が存在しない感じに思ってしまう。私が付き合っている人間関係がダメなのかなと思う>と語った。それを受けて、メンバーからは、<(子どもが)小学生くらいの時の人間関係が一番大変なこと>が語られ、Hさんは<付き合いの悪いお母さんを演じている。まあそれでいいのかな>と話し、メンバー間でこのグループの場で、病気の体験を共有できる<居心地のよさ>が話された。さらに、Hさんは他メンバーの人間関係の悩みについては、積極的な対処方法を示された。

#4

この回は、主体的に生きるために、不安や心配事に対処できるように、具体的に取り組み方を話し合うのを目的としている。そこでは、Hさんは、心配ごととして、再発のことを挙げた。そして、このグループでの共通する心配ごととして再発への不安を取り上げ、取り組み方をメンバーで話し合った。その中で、Hさんは、<自分にあわてることなくシンプルに生きたい><子どもや主人や母にごめんという思いはある>と語った。メンバーからは、<精神的に大変だったけれど、これを機に学んだこともある><人生には再発だけではなくいろいろ心配なこともある>など、再発への不安だけをクローズアップするのではなく、誰に

とっても人生そのものが不確実であるのではないかという話へと至った。

#5

この回は、自分にとって大切なもの、支えとなるものに気づき、主体的に生きていくために具体的な姿勢や行動を考えることを目的としている。そこで、自分を支えてくれている人たち、支えとなっている体験を振り返るところでは、メンバーからは、両親が思い浮かんだとう話がそれぞれ語られ、Hさんからは、＜親に甘えずに育った。病気になって、母が泊りがけで家にきて、子どものことも家事も全部やってくれた。ありがたかった。不安から暴言を吐けたのも実の母だから。この年になって甘えられた。すごく受け入れてくれた。母に、子どもの時にしてもらえなかったと言ったら、母も時代が違うから出来なかったという。それまでの思いを母にぶつけてしまった＞と語られた。

それを受けて、あるメンバーからは＜自分は母に言いたいことを言えなかったからうらやましい＞など母への葛藤や、他のメンバーからは＜昔と今は環境も子どもとのコミュニケーションの取り方もちがう＞など母親側の視点が話された。

次に、周囲に対して、自分が試みたこと、あるいは試みようと思っていることについては、Hさんからは＜病気をして孤立化していて、それは楽でいい面もある。今から皆に合わせるのはしんどいので、嫌なことは嫌といえるのがよかった。でも、これから少しずつ慣れて、嫌なことでもいいよ、と言えるように成長できたらいいなと思っている＞と語られた。

事例から検討するグループ療法の意義
がん罹患に伴う心理的苦痛に向き合う

グループの中では、様々な、がんを体験することによるネガティブな思いが話された。G さんからは<検査結果を待っている間が不安だった>、H さんは<信じられなかった><思いっきり泣いて、落ち込んだ>など、がん罹患に伴う不安や落ち込みなどが示された。グループの中で、これらの思いを言語化することは、病気を受け入れていくことを可能にする第一歩であると考えられる。

喪失感、罪悪感、不確実性に向き合う

さらに、G さんからは<病気になって自分を心地よくさせるのが申し訳ない><主人に迷惑をかけている>などの自責の念や迷惑をかけているという罪の意識が語られた。また、H さんからは、<脱毛のためにビジュアル的にもショックで、外に出るのも嫌>という喪失感や<美容師さんに病気のことを言うと、ひかれてしまった>など、他者からの何気ない態度や言葉に対する傷つき体験が語られた。そして、喪失感や傷つき体験により<病気のことは言えないと思った><人間関係が縮小された>と語ったことから、特別視されることへの恐れを抱き、孤独感を抱いていることが考えられる。さらに、G さん、H さんともに再発への不安が語られ、将来に対する不確実性を抱いていた。このことより、本プログラムを通じて、実存的苦痛に向き合うことが可能になっていることが示された。特に、日常生活では、家族や友人に心配をかけまいとして、実存的苦痛を表出することを抑えていることもあるかもしれない。あるいは、H さんのように、誰にも自分の気持ちを理解してもらえないからという思いから、誰かに話すのを躊躇していることもあり得る。そのような時に、同じ体験をした者同士で、心の中で思っていることを話し、お互いの気持ちを分かちあうことで、自分の抱えている問題が整理されたり、苦痛が和らいだりすることがある。どうしたらよいか答えが

出ないことでも、心の内を言葉に出すだけで、気持ちは落ち着いていくと考える。このように、心の内を言葉にしそれを受け止めてもらえることで、不安は和らいでいき、参加者の話を聞くことやお互いに体験を分かち合うことで、さらに安定することができるようになると思う。

自己の再確認

病気になったことから、家庭や職場での自分の役割が病気になる前とは変わってしまうように感じることもある。Gさんが「迷惑をかけている」と語るように、今まで出来ていたことが出来なくなってしまったように感じ、自分はもう誰の役にも立てないのではないかと、自分に対する否定的なイメージを持ってしまうこともある。さらに、Hさんが「仕事がなかったら、自分が存在しない感じに思ってしまう。」と語ったように、自分にはもう何の価値もないのでは、と思い悩むこともある。しかし、グループに参加し、自分の体験を話すことで、他の誰かの役に立てていることがたくさんあることに気づく。特に、Hさんは、他メンバーの心配事については、積極的に対処方法を話していた。このように、他の参加者の役に立つということで、新たな役割を獲得し、それをきっかけに、自分の価値や重要性を再認識できるようになると考える。そして、がん罹患によって失われた自信や低下した自分自身の存在価値を再認識する自己の存在の意味への再確認は、自分に対する信頼や、自分で何とかやれそうだという自己効力感へとつながると考える。すなわち、Gさんは「がんになって人生の夏休みをしているけれど、何か始まりになればいいなと思った」と語ったことや、さらに、再発などの今後もし危機的状況に陥った場合でも、Gさんが「その時の自分にまかせよう」と思う、Hさんが「自分にあわてることなくシンプルに生きたい」と語ったように、自分への信頼から、危機に向き合い乗り越えていく力を

どこかで感じていることが考えられる。

現状を受け入れていく

グループの中では、メンバーの話が刺激となり、現状を受け入れていくことが見られた。Gさんは、＜迷惑をかけていると思っていただけ、・・・自分自身を楽にしてもいいのかなと思った＞こと、Hさんは＜付き合いの悪いお母さんを演じている。まあそれでいいのかな＞など、今の状態でも良いと感じ、現状を受け入れていることが話された。つまり、メンバーとのやりとりを通じ、ありのままの自分を受け入れられるようになることが示された。

未解決の葛藤に向き合う

がんという病気に対する理不尽な思いは、時にがんの罹患以前に抱えていた親や大切な人との理不尽な出来事や葛藤を喚起し、関連付けて語られることがある。本プログラムを通じて、Gさんは、＜なんで生まれてきたのか＞、Hさんは、＜親に甘えられなかった＞などのがんの罹患以前に抱えていた親との葛藤を表出し、グループの中で感情や思いが明確化された。そして、これらの思いは、メンバー間で共有され、受け止められていった。一人で向き合うには困難な出来事でも、グループという同じ体験をした集団の力が、未解決の葛藤に向き合う助けとなっていることと考える。さらにグループの中で語ることにより、思いを受け止めてもらえる体験は、自分自身を受け入れ、他者（親）を受け入れ、あるいは、他者（親）に対する見方が変わるなど、葛藤を受け入れていくことへのきっかけとなっていることが考えられる。

人生の再構築

Gさんは＜せつかく病気になったんやし、これを踏み台にして何か人を支えるようなことをしたい＞など病気への意味づけや＜旦那と旦那

の母と両親には支えてもらってきた。それ以外の人には虚勢をはって生きていたなと思う。＞と語り、また H さんは本当は親には受け入れてもらえている、といった自分自身への気づきが語られた。さらに、G さんは＜悔いの残らないようにやりたいことをしたい＞、H さんは＜病気になってはじめてわかったことが多い＞＜嫌なことでもいいよ、と言えるように成長できたらいいなと思っている＞など、価値観や生き方の変化が語られた。本プログラムへの参加により、自分の本質的な部分、例えば、大切なもの、こころの支えや、自分の価値などに気づきはじめ、実は本質的な部分は何も変わってないことを認識し、変わってしまった部分や喪失体験も、しだいに受け入れられるようになると考える。そして、病気であることへの積極的な意味を見出せるようになり、困難をまた成長の機会とも捉え、人生を再構築するきっかけになっていると考える。

以上より、実存的グループ療法・プログラムを通じ、集団の力が支えとなりながら、がん罹患に伴う心理的苦痛および実存的苦痛に向き合う中で、自己を再確認し、現実を受容し、さらに、未解決の葛藤に向き合いながら、人生を再構築していく内面的な変化の過程が見出された。これは、河瀬（2016）の乳がん患者 11 人の会話記録を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いたグループ療法による実存的苦痛の改善プロセスの結果とほぼ同様であった。この一連のプロセスが、実存的グループ療法・プログラムの意義であり、実存的苦痛への緩和につながる可能性があると考えられる。

本研究で開発した実存的グループ療法・プログラムは、がん患者への心理的援助の一助となり得る可能性が示唆され、患者の多様なニーズに応える上で役立つものと考えられる。

VIII 総括的考察

1 本研究の成果

本研究ではグループ療法の手法を用いて、がんという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず共通してがん患者が抱える実存的苦痛に焦点をあてた、心理的援助プログラムの開発を目指した。その中でも、Performance Status (PS)の状態が良いがん患者（PS=0～2）について、実存的苦痛を取りあげたグループ療法・プログラムを作成した。

このプログラムは、できる限り患者のニーズに添った援助の提供を目指した。そのために、第Ⅱ章（研究1）では、がん患者への心理的援助の在り方を探るべく、がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズを把握するための実態調査を行った。調査は一般全身状態が0～2の患者を対象にし、132名から回答を得た。作成した質問紙を、因子分析をした結果、以下のような7因子が抽出された。

「現状認識」 ①受容②家族③社会的資源④宗教・信仰⑤自立・協力⑥友人⑦平穩

「ニーズ」 ①病気・死の受容②自己価値③社会的資源④家族⑤宗教・信仰⑥自立・協力⑦忍耐

「現状認識」についての調査結果からは、“社会的資源”への充足度が低く、患者が心理社会的サポートについて、必ずしも満足し十分受けられているとは感じていないことが示された。「ニーズ」については、“病気・死の受容”“自己価値”“宗教・信仰”の因子は、生きている意味や目的についての関心や概念と関わっているスピリチュアル（世界保健機関，1993）に関するニーズが抽出された。その中でも “病気・死の受

容”“自己価値”へのニーズが高いことが認められ、これら実存的問題に関するニーズが見出されたことは、本研究で得られた新しい知見である。さらに、患者の心理状態によって、心理社会的諸問題に対する「現状認識」やニーズの程度に差があることがわかった。例えば、抑うつが低い場合には、「受容」「自己価値」「自立・協力」などへのニーズが高かった。患者に寄り添った援助を行う上では、患者の心理状態によって援助の内容を工夫する必要性が示唆された。

乳がん患者が多く、男女比も 1:3 であった第Ⅱ章（研究 1）の課題を踏まえ、第Ⅲ章（研究 2）では、対象者数を増やし、男女比も 1.9:1 におさめて、消化器がん患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための調査を行った。また、グループ療法の効果を高めるべく、心理的サポートへのニーズや心理状態に影響を及ぼす要因を探るために、身体的問題、コーピングスタイル（対処様式）なども取りあげ、その関連性を検討した。加えて、がんに対するコーピングスタイル（対処様式）と性格特性との関連も明らかにすることで、患者に寄り添った援助へのあり方を探ることを試みた。調査は一般全身状態(PS)が 0~2 の患者を対象にし、286 名から回答を得た。因子分析をした結果、以下の各因子が抽出された。

- | | |
|--------|---|
| 「現状認識」 | ①生きる意味や価値の認識②受容③家族との関係④
周囲や医療スタッフとの良好な関係⑤不安への対処 |
| 「ニーズ」 | ①生きる意味や価値への探求②家族や医療スタッフ
との関係改善③受容④補完療法への関心⑤宗教・信
仰⑥周囲とのコミュニケーション |

「現状認識」についての調査結果からは、“不安への対処”が低く、患者が心理社会的サポートについて、必ずしも満足し十分受けられている

とは感じていないことが示され、これは第Ⅱ章（研究 1）と同様の結果であった。がん患者の QOL を高めるためにも、専門的な心理社会的サポートの必要性がうかがわれた。一方、「ニーズ」については、“生きる意味や価値への探求”“受容”“宗教・信仰”など、生きている意味や目的についての関心や概念と関わっているスピリチュアル（世界保健機関，1993）に関するニーズが抽出された。その中でも “生きる意味や価値への探求” “受容” へのニーズが高いことが認められた。他方、“家族や医療スタッフとの関係改善” “周囲とのコミュニケーション” へのニーズも高いことが示された。また、罹患期間によるニーズへの影響はみられなかった。すなわち、がんという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず共通する実存的問題に対するニーズを持っている可能性があることも示唆された。それゆえ、実存的苦痛は、終末期のがん患者だけに表出されるものではなく、がん患者に広く共通して認められるものと示唆され、他の病期（急性期や慢性期）のがん患者も抱き、直面する苦痛であると理解できた。特に、実存的苦痛の “生きる意味や価値への探求” “受容” に関するニーズが見出されたことは、本研究における実証的な研究から見出された新たな知見である。このように患者は、実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆されたため、これらの問題を中心とした援助プログラムが必要である。ただし、“宗教・信仰” が、WHO の定義のスピリチュアルとは別に独立した因子として抽出され、あまり積極的にニーズが表明されなかったことは、第Ⅱ章（研究 1）と同様の結果であった。WHO の定義のスピリチュアルには、宗教的な因子も含まれ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっている場合が多い、と定義されている（世界保健機関，1993）。しかし、第Ⅱ章（研究 1）および第Ⅲ章（研究 2）の研究結果か

らは、信仰心に関する因子と「生きている意味や目的に関わる問題や懸念」に関する因子(実存に関する因子)が別々に見出され、その中でも、“宗教・信仰”といった信仰心へのニーズが低いものであり、ここに日本の特徴がうかがえた。すなわち、本研究で定義した、信仰心に関することを除外した、生きている意味や目的に関わる問題や懸念という実存的苦痛へのニーズを持っていることが、日本の特徴として浮かび上がってきた。これは、本研究における実証的な研究から見出された新たな知見である。

次に、がんに対するコーピングスタイルが、「ニーズ」や心理状態に影響を及ぼすことがわかった。すなわち、がんに対して「前向きで安定した」コーピングスタイルをとる患者は、“生きる意味や価値への探求”“受容”などへのニーズが高く、「緊張」「抑うつ」「疲労」「混乱」が有意に低く、性格傾向は「情緒不安定性」が低く、「開放性」が高かった。このような患者への援助として、実存的問題や他者との関係性をテーマとして含むグループ療法は同じ体験者との交流を通じ、彼らのニーズを満たすことが示唆され、情緒のさらなる安定を維持していくことにつながると考える。また、がんに対して回避という対処行動をあまり使用せず、病気と向き合おうとしているが、しかし、MAC「運命」が高い、すなわちコントロール感(自分の行動などがものごとの経過や結果に影響を与えようと信じている感覚)が低い、といったコーピングスタイルの患者(コーピングスタイルのクラスター3「前向き不安群」)は、他のコーピングスタイルをとる患者に比べ、「緊張」「抑うつ」「疲労」や「混乱」が有意に強く、性格傾向では「情緒不安定性」が高く、「開放性」が低かった。ただし、「情緒不安定性」の得点は、4点台であり、必ずしも高いとはいえないものの、危機に直面した時に、他のクラスターよりも情緒不安定さ

が顕在化する恐れがあると考え。さらに、これら患者は、“生きる意味や価値への探求”、“受容”、“周囲とのコミュニケーション”へのニーズも表明されていることから、お互いにモデルになり、励まし合うことができるグループ療法によりこれらニーズを満たすことで、心理状態改善などの効果をもたらすことが期待できる。しかし、このような患者には、潜在的な情緒不安定な性格傾向から、他のメンバーの話を受け、情緒が揺さぶられる可能性が懸念されるため、グループ療法を行う場合でも、個別のフォローが必要であると考え。一方、回避という対処行動をとることでがん直面化せず前向きになっているコーピングスタイルのクラスター1「奮闘群」では、情緒は一応の安定が得られていると推測される。しかし、回避という対処が一時的にショックを和らげ、次のステップのがんに向き合うための準備期間として作用し、精神的に安定を保ちながら過ごしていけるのか、あるいは回避が解かれた際、がんに向き合うことで抑えられていた不安や恐怖が顕在化し適応障害やうつ病などに発展しないかどうか、などを明らかにする必要性が見出された。これらの結果を踏まえ、がんに対してどのように対処をしているかということが、ニーズや心理状態の改善へアプローチするための手がかりになることが示唆された。さらに、性格特性との関連も示されたため、性格特性に合わせた援助をも考えていく必要性も示唆され、本研究から得られた知見は、患者のニーズに寄り添った援助を提供することにつながることを考える。

一方で、第IV章（研究3）では、治療中のがん患者の心理的サポートへのニーズに応えるため、ソーシャルサポートの一翼を担う心理的援助の専門職が果たす役割を探るべく、がん診療連携拠点病院の医師からみたがん患者の心理的サポートの現状とニーズについて調査を実施した。が

ん医療を担う全国のがん診療連携拠点病院 286 施設に勤務する医師に調査用紙を配布し、360 名から回答を得た。その結果、各種相談窓口や、情報提供のためのパンフレットなど、現状もある程度充足されており、よく知られている資源に対する必要性は高かった。一方、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状ではあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。ただ、その必要性が必ずしも高くなかったのは、医師に、グループ療法やサロンについて充分には知られていないことや、有効性の問題などによるものと推測される。患者のニーズに対応するためには、医師にそれらの活動内容を理解してもらい、またその有効性を明らかにしていく必要性が示唆された。そのために、精神科医や心理士らにその役割を担うことが求められる。つまり、グループ療法の有効性を検証することも必要であると考えられ、本研究の意義が見出された。また、「宗教的ケアの専門家」については、現状も充足されておらず、必要性についても低かった。この結果は、第Ⅱ章（研究 1）および第Ⅲ章（研究 2）のがん患者を対象に行った調査結果から得られた、宗教・信仰へのニーズが低かったことと同様の結果であり、今回の医師による理解と一致するものである。

さて、第Ⅴ章（研究 4）では、腎移植患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための質問紙調査を行い、作成した実存的グループ療法・プログラムについて、がん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素（特殊性）と、他の患者のニーズにも関与する要素（応用可能性）について検討した。腎移植患者 134 名の回答結果から、「ニーズ」については、“能動的態度” “社会的つながり” “補完療法への関心” “死と忍耐” “家族への願い” “宗教・信仰” へのニーズが抽出された。その中でも、“能動的態度” “死と忍耐”

“宗教・信仰”と生きている意味や目的についての関心や概念と関わっているスピリチュアル（世界保健機関，1993）に関するニーズが抽出され、そして“能動的態度”“死と忍耐”へのニーズが高く、“宗教・信仰”へのニーズは低いことが認められた。この傾向は、第Ⅱ章（研究1）および第Ⅲ章（研究2）のがん患者を対象にした調査結果と同様であり、腎移植患者も、宗教・信仰への親和性は低いが、“能動的態度”“死と忍耐”の実存的問題に関するニーズを有していることがわかった。さらに、“家族への願い”“社会的つながり”へのニーズも高いことが示され、腎移植患者においても実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆された。さらに、腎移植患者の「ニーズ」と経過期間との関連を検討した結果、いずれの下位尺度においても、急性期を含む1年以下と慢性期である1年を超える2群で、有意差は認められなかった。そのため、腎移植患者においても、移植後の経過期間にかかわらず、共通したニーズを抱えている可能性が示唆された。

それゆえ、実存的グループ療法・プログラムは、腎移植患者にも応用できる可能性があることが示唆された。しかし、腎移植患者へ援助をしていく上で、死や孤独、病気の受容のありかたや出来なくなっていくことに対する思いががん患者とは異なっている可能性があり、工夫をしていく必要が在る。他方、がん患者への援助としては、死の恐怖や孤独感だけではなく、喪失感や無価値感に対するアプローチも必要であることがうかがえた。そして、死や孤独、喪失感と対峙することが、病気を受容し、精神的な満足さにつながる可能性があることが示唆された。

以上の研究を踏まえ、第Ⅵ章では、実存的テーマを扱う、短期間（1セッション90分×5セッション）で実施できるグループ療法・プログラムを作成した。第Ⅲ章（研究2）より、“生きる意味や価値への探求”“受容”

へのニーズが高いことが認められ、“家族や医療スタッフとの関係改善” “周囲とのコミュニケーション” へのニーズも高いことが示された。このように患者は、実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆されたため、これらの問題を中心とした援助が必要である。そのため、本プログラムには全セッションを通して、実存的な問題への焦点をあてた心理教育的アプローチを含む構造化モデルのプログラムを考案した。そして、実存的な苦痛を抱えながらも、その中で、新たな生き方・可能性・関係性を見出していくことを目指すこととした。すなわち、がんを体験することで生じる不条理な思いと不確実性に向き合いながら、生きていく主体性を再び取り戻していく過程を援助するとともに、グループの参加者同士がソーシャルサポートとして機能していくことを目指した、筆者独自のプログラムである。また、本プログラムの特徴として、心理教育、グループ・ディスカッションおよびリラクゼーションの3側面から構成し、構造化グループでありながらも自由度の高い話し合いを重視した。5回のテーマを、#1参加メンバー自己紹介ー初発から今までの経緯など、#2がんに伴う不安についてー不確実性に向き合えるようになるために、#3家族や友人とともに生きていくために、#4主体的に生きるためにー不安への取り組み、#5自分らしさを見直すー自分にとって大切なもの、支えとなるもの、と設定した。

第Ⅶ章（研究5）では、作成した実存的グループ療法・プログラムを乳がん患者に実施し、その有効性について検討した。方法としては、乳がん専門クリニックで、研究参加者の募集（年齢は30歳以上65歳以下、初発の乳がんで、術後1ヶ月～12ヶ月）を行い、応募した者には、研究の目的および実施プログラムなどについての説明を行い、さらにHADSスコアの抑うつ（0点～21点）が10点以下の者を選定し、研究参加について書面

にて同意を得た者を研究対象者とした。研究デザインはコントロール群をもたないオープントライアルを用いた。

量的評価として SELT-M (スピリチュアル QOL 尺度)、POMS (情緒状態を評価する尺度)、MAC (がんに対する対処様式の評価尺度)を、質的評価として、「人生の意味・目的」に関する項目からなる文章を完成する記述式の方法を用いて、介入前、介入後、介入後 1 ヶ月の時点でそれぞれ評価を行った。

5週間のプログラムに参加し質問紙の回収が可能であった者31名を対象に量的分析を行った。実施した実存的グループ療法・プログラムが、どのような患者に介入効果がより期待できるかを探るために、がんに対する対処のあり方を取り上げ検討した。すなわち、SELT-Mの各下位尺度を従属変数に、時間(介入前、介入後、介入後1ヵ月)とMACの各下位尺度の高低群を独立変数とした2要因分散分析(混合計画)を行った。その結果、SELT-M「全体的QOL」の下位尺度において、時間(介入前、介入後、介入後1ヵ月)×MAC「絶望感」(高低群)で交互作用が有意であった($F(2, 48)=3.94, p<.05$)。そこで、単純主効果を検討した結果、MAC「絶望感」が高い群では、実存的グループ療法プログラムの介入後のSELT-M「全体的QOL」の得点が有意に高かった($F(1, 24)=6.14, p<.05$)。つまり、第七章の図VII-2に示すように、MAC「絶望感」が高いほど、介入により、SELT-M「全体的QOL」の得点が改善され、その効果が介入後1か月でも持続することがわかった。

さらに、実存的苦痛の緩和およびQOL向上を促進させる要因を探るために、「人生の意味・目的」をどのように体験しているかを問う文章完成についての記述部分を取り上げ、質的評価からの分析を行った。質的分析が可能であった25名の記述を用いて検討した。文章を完成してもらう

質問紙は、人生や病気、自己に対する意味づけ方や人生の目的意識が明らかになる8項目から構成されるものである。各下位項目における記述内容をKJ法によりカテゴリー化した。次に、カテゴリーと絶望感、QOLの結びつきを検討するために、文章完成法の下位項目ごとに、MAC「絶望感」の高低群、SELT-M「全体的QOL」の高低群、＜カテゴリー＞で多重コレスポネンス分析を行った。その結果、毎日の生活を、＜義務・ルーティン＞として捉えるのではなく、＜必要不可欠で大切な時間＞と捉えること、＜笑顔＞で過ごすといった自分でできる目標が、「絶望感」が高い人のQOLを改善する要因となることがわかった。以上より、作成した実存的グループ療法・プログラムは乳がん患者が抱える実存的苦痛の緩和すなわちスピリチュアルQOLの向上に有効であり、介入後1ヵ月にもその効果が持続していたことから、生活や人生への目的意識に認知的な変化が生じている可能性が示唆された。特に、「絶望感」が高い人に、より大きな介入効果が期待できることが示された。がん患者が抱える絶望感は、精神的健康とがんの予後を脅かし、希死念慮を生じさせる可能性があることが示唆されている。それゆえ、本プログラムが、「絶望感」が高い人に、より大きな介入効果が期待できることが示唆されたことは、精神的健康の改善だけではなく、ひいては、希死念慮も緩和することへとつながり、意味のあるものだと考える。

また、コーピングスタイルのクラスターや性格特性の視点から心理状態やニーズとの関連を検討したところ、コーピングスタイルのクラスター1の回避という対処行動をとることでがん直面化せず前向きになっている「奮闘群」の患者（図Ⅲ-1）や、性格のクラスター2「特徴のない群」の患者（図Ⅶ-5）に、特に注意を向ける必要性が見出せた。そこで、この傾向のある患者が、本プログラムに参加し、がんに向き合うことで、

どのような経過をたどるのかを、検討した。そのためにすなわち、本プログラムの参加者の中からコーピングスタイルのクラスタ 1「奮闘群」の傾向が見られる 3 名と、性格のクラスタ 2「特徴のない群」の傾向が見られる 3 名をそれぞれ取り上げ、情緒状態（POMS）とスピリチュアル QOL（SELT-M）における経過をみた。その結果、本プログラムに参加することへの否定的な側面はみられなかった。それゆえ、コーピングスタイルのクラスタ 1「奮闘群」のようながんに対して回避という対処をしている患者や、性格のクラスタ 2「特徴のない群」ではあるものの情緒不安定さを潜在的に有しているかもしれない患者に対して、安全に導入できる可能性が示唆された。

本プログラムの脱落率は低く（8.8%）、参加者のニーズに添ったプログラムであることが理解できる。実存的苦痛の緩和と QOL の改善が比較的短期間で支持されているため、グループ療法こそその利点である労力、時間、および医療費の面からも、患者と医療提供者の両方に有益となる可能性が考えられる。

また、実存的グループ療法・プログラムの意義を、典型的な 2 事例から検討した。参加者からの語りから、実存的な苦痛に向き合いながら、その中で、新たな生き方・可能性・関係性を見出していく一連のプロセスが見出された。グループ開始当初は、がん罹患に伴う不安や落ち込みなどが示された。グループの中で、これらの思いを言語化することは、病気を受け入れていくことを可能にする第一歩であると考えられる。次に、本プログラムを通じて、喪失感、罪悪感、不確実性などの実存的苦痛に向き合うことが可能になっていることが示された。同じ体験をした者同士で、心の中で思っていることを話し、お互いの気持ちを分かちあうことで、自分の抱えている問題が整理されたり、苦痛が和らいだりするこ

とがある。どうしたらよいか答えがでないことでも、心の内を言葉に出すだけで、気持ちは落ち着いていくと考える。このように、心の内を言葉にしそれを受け止めてもらえることで、不安は和らいでいき、参加者の話を聞くことやお互いに体験を分かち合うことで、さらに安定することができるようになると思う。そして、グループに参加し、自分の体験を話すことで、他の誰かの役に立てていることがたくさんあることに気づき、他の参加者の役に立つということで、新たな役割を獲得し、それをきっかけに、自分の価値や重要性を再認識できるようになるなど、がん罹患によって失われた自信や低下した自分自身の存在価値を再認識する自己の再確認へとつながっていた。そして、自己の存在の意味への再確認は、グループの中でのメンバーの話が刺激となり、現状を受け入れていくことへと展開させる。つまり、メンバーとのやりとりを通じ、ありのままの自分を受け入れられるようになることが示された。一方で、がんという病気に対する理不尽な思いは、時にがんの罹患以前に抱えていた親や大切な人との理不尽な出来事や葛藤を喚起し、関連付けて語られることがある。一人で向き合うには困難な出来事でも、グループという同じ体験をした集団の力が、未解決の葛藤に向き合う助けとなっていることと考える。さらにグループの中で語ることにより、思いを受け止めてもらえる体験は、自分自身を受け入れ、他者を受け入れ、あるいは、他者に対する見方が変わるなど、葛藤を受け入れていくことのきっかけとなっていることが考えられる。これらのプロセスを経ることで、人生に対する価値観や生き方の変化が語られた。本プログラムへの参加により、自分の本質的な部分、例えば、大切なもの、こころの支えや、自分の価値などに気づきはじめ、実は本質的な部分は何も変わっていないことを認識し、変わってしまった部分や喪失体験も、しだいに受け入れられ

るようになると考える。そして、病気であることへの積極的な意味を見出せるようになり、困難をまた成長の機会とも捉え、人生を再構築するきっかけになっていると考える。

このように、集団の力が支えとなりながら、がん罹患に伴う心理的苦痛および実存的苦痛に向き合う中で、自己を再確認し、現実を受容し、さらに、未解決の葛藤に向き合いながら、人生を再構築していく内面的な変化の過程が見出された。この一連のプロセスが、実存的グループ療法・プログラムの意義であり、実存的苦痛への緩和につながる可能性があると考えられる。

以上、本研究で開発した実存的グループ療法・プログラムは、がん患者への心理的援助の一助となり得る可能性が示唆され、患者の多様なニーズに応える上で役立つものと考えられる。

2 本研究の限界と今後の課題および展望

ここでは、本研究の限界と今後の課題および展望について述べる。本研究の限界として、安全性を担保するために、本プログラムへの参加者の情緒状態へのスクリーニングを行っているため、カットオフ値を超えることはなく、情緒状態 (POMS) が正常範囲であったことがあげられる。すなわち、新たなプログラムの効果を検討するために今回は、うつ病レベルではない患者に対する実存的苦痛の緩和を目的として本プログラムを実施した。しかし、本研究の結果は、実存的グループ療法・プログラムが絶望感を感じる患者に特に有効であることを示唆していた。また、第II章 (研究2) のニーズ調査の結果より、MAC「絶望感」が POMS「緊張」「抑うつ」「怒り」「混乱」の心理状態には影響を及ぼしていることがわかった。さらに、第VII章 (研究5) のからも、MAC「絶望感」が高いほ

ど、POMS の「緊張」、「抑うつ」、「怒り」、「疲労」、「混乱」も高いという結果であった。そこで、今後は、絶望感を高く感じ、心理社会的介入の必要性がある軽度のうつ病レベルの患者に対して本プログラムを実施し、その有効性について検証することで、本プログラムのさらなる意義が見出される。

また、今回は、術後 1 ヶ月～12 ヶ月以内のがんの初期治療中の乳がん患者を対象に実施した。本研究から、がんという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず共通する実存的問題に対するニーズを持っている可能性があることも示唆されたことから、今後は、治療は落ち着いたが、再発への恐れを抱えている患者にも本プログラムを実施し、その有効性について検証する必要がある。すなわち、治療あるいは治療の維持が完了しているがん患者の 53% (Rachel et al., 2017) や長期乳がんサバイバーの 80% が再発への恐れを抱いているとの報告 (Koch, Bertram, Eberle, Holleczeck, Schmid-Höpfner, Waldmann, Zeissig, Brenner, & Arndt, 2014) や、若年乳がんサバイバーの 70% が、再発に対し中等度から高度の恐れを抱いているという報告がある (Thewes, Butow, Bell, Beith, Stuart-Harris, Grossi, Capp, & Dalley, 2012)。そして、再発への恐れは、行動、気分、人間関係、仕事、目標設定、QOL などにネガティブな影響を与え、医療費を増加させる可能性がある (Koch et al., 2014 ; Thewes et al., 2012)。それゆえ、再発への恐れに対する心理社会的な介入は重要であり、海外では、心理社会的介入により、再発への恐れが緩和され、がん特有の悩みや QOL が改善された、との報告がある (Butow, Turner, Gilchrist, Sharpe, Smith, Fardell, Tesson, O'Connell, Girgis, Gebiski, Asher, Mihalopoulos, Bell, Zola, Beith, & Thewes, 2017)。本研究で開発した実存的グループ療法・プログラムは、がんという危機の

発生からの期間（罹患期間）にかかわらず共通する実存的問題に対するニーズを基に作成しているため、治療の落ち着いたがんサバイバーが抱える再発への恐れに対し、心理社会的側面での介入に役立つ可能性が考えられる。今後は、治療は落ち着いたが再発への恐れを抱えているがんサバイバーに本プログラムを実施し、例えば、再発への心配尺度（Fear of recurrence: Japanese version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J)）（Momino, Akechi, Yamashita, Fujita, Hayahi, Tsunoda, Miyashita, & Iwata, 2014）を用いて、再発への恐れが緩和されるかどうかを、検証していくことも重要であると考えられる。

さらに、がん患者は、時に応じて、転移や再発などの悪い知らせ（BAD NEWS）から生じる危機的状态に陥ることがあり得る。転移や再発により、死をさらに意識するなど、その時の心理的反応はがんの診断時よりも深刻なこともある。そのため、再発を経験したがん患者に対する心理的な援助が必要であると考えられる。そこで、本プログラムをもとに、一部を修正して、再発を経験したがん患者に適したプログラムを作成していくことも今後は検討していく必要がある。

一方、がんに限らず、生命を脅かす疾患に直面する患者は、程度に違いはあっても実存的苦痛を抱えている可能性がある。それゆえ、本研究では、腎移植患者が抱える問題を取り上げ、腎移植患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための質問紙調査を行い、作成した実存的グループ療法・プログラムについて、がん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素（特殊性）と、他の患者のニーズにも関与する要素（応用可能性）について検討した。腎移植患者においても実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいる可能性が示唆された。さらに腎移植患者においても、

移植後の経過期間にかかわらず、共通したニーズを抱えている可能性が示唆された。それゆえ、実存的グループ療法・プログラムは、腎移植患者にも応用できる可能性があることが示唆された。しかし、腎移植患者へ援助をしていく上で、死や孤独、病気の受容のありかたや出来なくなっていくことに対する思いががん患者とは異なっている可能性があり、工夫をしていく必要があることもわかった。それを受けて、本プログラムは、がん患者以外の、腎移植患者をはじめとする生命を脅かす疾患に直面する患者で、この先どうなるのかという不確実性、なぜ、どうして罹患したのかという不条理感などの実存的苦痛を感じる疾患、例えば、心不全の患者や運動ニューロン疾患の患者に対して、応用できる可能性が考えられる。

最後に、本研究の限界として、第VII章（研究5）の効果研究において、無作為化比較対照試験（RCT）ではなく、コントロール群がないオープントライアルの方法で実施したことがあげられる。臨床群において、無作為化比較対照試験（RCT）で実施することはかなりの困難さを伴うものである。海外では複数の無作為対照試験で効果が実証されているものの（Faller, Schuler, Richard, Heckl, Weis, & Küffner, 2013 ; Spiegel et al., 1981, 1989 ; Fawzy et al., 1990, 1993, 2003 ; Cunningham et al., 1998 ; Goodwin et al., 2001 ; Kissane et al., 2003, 2004 ; Breitbart et al., 2010）、本邦でのがん患者を対象にした精神療法の無作為化対照試験は極めて限定的である（Fukui et al., 2000a ; 藤澤, 2018）。しかし、今後は、実存的グループ療法・プログラムを実施する群と待機している患者をコントロール群として介入効果を比較する無作為化比較対照試験（RCT）の方法でさらなる有効性を検証することが必要であると考える。

要約

本研究では、がんという危機の発生からの期間（罹患期間）にかかわらず、がん患者が共通して抱える実存的苦痛に焦点をあて、グループ療法的手法を用いた実存的グループ療法・プログラムを開発し、その有効性を検討した。

第Ⅰ章では、実存的グループ療法・プログラムを作成する意義について述べた。第Ⅱ章（研究 1）では、がん患者への心理的援助の在り方を探るべく、がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識と心理的サポートへのニーズを把握するための調査を行い、132 名から回答を得た。「病気・死の受容」「自己価値」へのニーズが高いことが認められ、実存的問題に関するニーズが見出された。第Ⅲ章（研究 2）では、調査対象者として乳がん患者が多かった第Ⅱ章（研究 1）の課題を踏まえ、消化器がん患者を対象とし、心理社会的諸問題に対する現状認識と心理社会的ニーズを把握するための調査を行った。286 名から回答を得た結果、現状では、「不安への対処」が低く、心理社会的サポートを十分には受けられていないと感じていることが示された。一方、ニーズでは、「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係改善」「受容」「周囲とのコミュニケーション」へのニーズが高く、実存的問題および他者との関係性に対する取り組みを望んでいることが示唆され、これらの問題を中心とした援助プログラムの必要性が示された。さらに、がんに対しての対処様式とニーズおよび心理状態との関連が示された。すなわち、がんに対して「前向きで安定した」対処様式をとる患者は、「生きる意味や価値への探求」「受容」などへのニーズが高く、「緊張」「抑うつ」

「疲労」「混乱」が有意に低かった。また、性格特性との関連も示され、「前向きで安定した」対処様式をとる患者の性格傾向は「情緒不安定性」が低く、「開放性」が高かった。これらより、対処様式や性格特性を考慮しながら患者のニーズに寄り添った援助を提供する必要があることが示された。

一方で、第IV章（研究3）では、治療中のがん患者の心理的サポートへのニーズに応えるため、がん診療連携拠点病院の医師からみたがん患者の心理的サポートの現状とニーズについて調査を実施し、ソーシャルサポートの一翼を担う心理的援助の専門職が果たす役割を探った。医師360名の回答結果から、専門家によるグループ療法や患者同士が集まれるサロンなどは、現状はあまり充足されていなかったが、その必要性は認識されていた。そこで、患者のニーズに対応するためには、医師にグループ療法の活動内容を理解してもらい、その有効性を明らかにしていく必要性が示唆され、本研究の意義が見出された。第V章（研究4）では、腎移植患者を対象に心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズを把握するための質問紙調査を行い、作成した実存的グループ療法・プログラムについて、がん患者が抱える特徴的なニーズに関わる要素（特殊性）と、他の患者のニーズにも関与する要素（応用可能性）について検討した。

以上の研究を踏まえ、第VI章では、「生きる意味や価値への探求」「家族や医療スタッフとの関係改善」「受容」「周囲とのコミュニケーション」を含む実存的テーマを扱う、短期間で実施できるグループ療法・プログラムを作成し、第VII章（研究5）で、本プログラムを乳がん患者に実施し、その効果を検討した。量的評価として Skalen zur Erfassung von Leben-squalität bei Tumorkranken (SELT-M; スピリチュアル QOL 尺度)、

Profile of Mood States (POMS ; 情緒状態を評価する尺度)、Mental Adjustment to Cancer (MAC;がんに対する対処様式の評価尺度) を、質的評価として、「人生の意味・目的」に関する項目からなる記述式で文章を完成する方法を用いて、介入前、介入後、介入後 1 ヶ月の時点でそれぞれ評価を行った。31 名を対象に、SELT-M の各下位尺度を従属変数に、時間（介入前、介入後、介入後 1 ヶ月）と MAC の各下位尺度の高低群を独立変数とした 2 要因分散分析を行った。その結果、MAC「絶望感」が高いほど、介入により、SELT-M「全体的 QOL」の得点が改善され、その効果は介入後 1 か月でも持続した。質的評価の分析からは、毎日の生活を義務として捉えることから、大切な時間と捉え自分でできる目標を持つことへと変化することが QOL を改善する要因となることがわかった。そして、介入後 1 ヶ月にも実存的苦痛の緩和すなわちスピリチュアル QOL の改善が持続していたことから、生活や人生への目的意識に認知的な変化が生じている可能性が示唆された。特に、「絶望感」が高い群で、より大きな介入効果が期待できることが示された。以上、本研究で開発した実存的グループ療法・プログラムは、がん患者への心理的援助の一助となり得る可能性が示唆され、患者の多様なニーズに応える上で役立つものと考えられる。

引用文献

- Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. 2000 Psychometric properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-oncology*, **9**, 395-401.
- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. 2001 Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer*, **92**, 2609-2022.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. 2004 Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*, **22**(10), 1957-1965.
- Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T., & Uchitomi, Y. 2009 Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psycho-oncology*, **9**(4), 384-349.
- Akechi, T., Akazawa, T., & Komori, Y. 2012 Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med*, **26**, 768.
- 明智龍男・久賀谷亮・岡村仁・三上一郎・西脇裕・福江真由美・山脇成人・内富庸介 1997 Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学*, **12**, 1065-1071.

- 明智龍男 2007 精神科医の立場から. 精神医学, **49**, 907-913.
- 明智龍男 2009 がん患者に対する精神療法. 日本精神神経誌, **111**, 68-72
- Alexander, P. J., Dinesh, N., & Vidyasagar, M. S. 1993 Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol*, **32**, 623-636.
- 朝倉隆司・田中祥子（監修） 2003 がん患者と家族のためのサポートグループ 医学書院 pp.67-75. (Spiegel, D., Classen, C. 2000 *Group Therapy for cancer patients A Research-based Handbook of Psychosocial Care*: BasicBooks.)
- Baines, L.S., Joseph, J.T., & Jindal, R.M. 2002 Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. *Clin Transplant*, **16**, 455-460.
- Baines, L.S., Joseph, J.T., & Jindal, R.M. 2004 Prospective randomized study of individual and group psychotherapy versus controls in recipients of renal transplants. *Kidney Int*, **65**, 1937-1942.
- Boyes, A.W., Girgis, A., D'Este, C.A., Zucca, A, C., Lecathelinais, C., & Carey M. L. 2013 Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol*, **31**, 2724-2729.
- Breitbart, W. 1987 Suicide in cancer patients. *Oncology*, **1** (2) :49-55.

- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Neison, C. J., & Brescia, R. 2000 Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, **284**, 2907-2911.
- Breitbart, W. 2002 Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, **10**, 272-280.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Neison, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. 2010 Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, **19**, 21-28.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. 2005 Depression and anxiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. *BMJ*, **330**, 702.
- Butow, P.N., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith A.B., Fardell, J.E., Tesson, S., O'Connell, R., Girgis, A., Gebiski, V.J., Asher, R., Mihalopoulos, C., Bell, M.L., Zola, K.G., Beith, J., & Thewes, B. 2017 Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *J Clin Oncol*, **35**(36), 4066-4077.
- Chochinov, H. M., Wilson, K.G., Enns, M., Mowchun N., Lander S., Levitt, M., & Clinch, J. J. 1995 Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, **152**, 1185-1191.

- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. 1998 Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, **39**, 366-370.
- 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. *J Clin Oncol*, **23**, 5520-5525.
- Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. 2011 Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncology*, **12**, 753-762.
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. 2001 Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*, **58**, 494-501.
- Crocetti, E., Arniani, S., Acciai, S., Barchielli, A., & Buiatti, E. 1998 High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer*, **77**, 1194-1196.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C.V., Jenkins, G. P., Pollack, H., Lockwood, G.A., & Warr, D. 1998 A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-oncology*, **7**, 508-517.

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R. & Fetting, J. 1983 The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medicine Assotiate*, **249**,751-757.
- Dew, M. A., Rosenberger, E. M., Myaskovsky, L., DiMartini, A. F., DeVito, Dabbs, A. J., Posluszny, D. M., Steel, J., Switzer, G. E., Shellmer, D. A., & Greenhouse, J. B. 2015 Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation*, **100**, 988-1003.
- Dobbels, F., Skeans, M.A., Snyder, J. J., Tuomari, A. V., Maclean, J. R., & Kasiske, B. L. 2008 Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of Medicare claims. *Am J Kidney Dis*, **51**, 819-828.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner R.,. 2013 Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* ,**31**,782-793.
- Fallowfield, L. J., Hall. A., & Maguire, G. P. 1990 Psychological outcomes of different treatment policies in women with earky breast cancer outsaide a clinical trial. *BMJ*, **301**, 575-580.
- Fang, F., & Fall, K. 2012 Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*, **366**, 1310-1318.
- Fawzy F. I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. 1990 A structured psychiatric intervention for cancer

- patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* **47**,720-725.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., & Hyun, C. S. 1993 Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 100-113.
- Fawzy, F. I., Canada, A. L., & Fawzy, N. W. 2003 Malignant melanoma: Effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, **60**, 100-103.
- Fisher, R., Gould, D., Wainwright, S., & Fallon, M. 1998 Quality of life after renal transplantation. *J Clin Nurs*, **7**, 553-563.
- 藤澤大介 2018 乳癌患者の不安・うつ・倦怠感に関する新世代認知行動療法無作為対象比較試験 平成 27～29 年度 科学研究費補助金 研究成果報告書
- 福田一彦・小林重雄（構成）1983 うつ性自己評価尺度 三京房（Zung W. W. 1974 Self-Rating Depression Scale）
- Fukui, S., Kamiya, M., Koike, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. 2000a Applicability of a Western-developed psychosocial group intervention for Japanese patients with primary breast cancer. *Psychooncology*. **9**, 169-177.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. 2000b A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, **89**, 1026-1036.

- 福井小紀子 2002 がん患者のためのサポートグループ がん看護, **7**, 488-493.
- Fukunishi, I., Kita, Y., Sugawara, Y., & Makuuchi, M. 2003 Paradoxical psychiatric syndrome and DSM-IV psychiatric disorders in recipients after living donor transplantation. *Transplant Proc*, **35**, 294.
- 福澤理香 2005 緩和ケアチームにおける臨床心理士 臨床心理学 **5**, 186-191.
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M.A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., Le Moignan Moreau, J., & Breitbart, W. 2015 A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, **13**, 981-940.
- Ganz, P. A., Shag, C. A., & Fred, C. 1996 Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*, **38**, 183-199.
- Goldberg, J., Scott, R., & Davidson, P. 1992 Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur.J.Surg.Oncol*, **18**,327-331.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Speca, M., & Hunter, J. 2001 The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New Eng J Med*, **345**, 1719-1726.
- 後藤雅博（編著）1998 家族教室のすすめ方 —心理教育的アプローチによる家族援助の実際— 金剛出版

- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E., Tomamichel, M., Marmai, L., Biancosino, B., Nanni, M. G., & Group, T. S. 2010 Hopelessness and related variables among cancer patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Psychosomatics*, **51**, 201-207.
- Harold, H. M. 1977 *ON PURPOSE*. ADLER SCHOOL OF PROFESSIONAL PSYCHOLOGY, pp 100-117.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. M. 1994 Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, **73**, 281-296.
- Haruki, S. 1991 Paradoxical Depression in Successful Transplant Recipients in cases of Renal Transplantation from Living Related Donors. *Yokohama Med Bull*, **43**, 43-50.
- Haruki, S. 2005 Psychiatric problems in organ transplants: examples on the renal transplants from living relatives in Japan. *Nippon Rinsho*. **63**, 1908-1912.
- Heinz, L. A. 1956 *The Individual Psychology of ALFRED ADLER*. London: Harper Perennial.
- Henderson, V.P., Clemow, L., Massion, A.O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hebert, J. R. 2012 The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*, **131**, 99-109.
- Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., Wada, N., Yoshizaki, A., Shiozaki, M., Momino, K., Okuyama, T., & Akechi, T. 2012 Problem-solving

therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, **42**, 1168-1174.

平井啓 2014 がん患者に対する問題解決療法アプローチの適用 行動医学研究, **20**, 7-11.

広瀬寛子 2002 がん患者のストレスマネジメント がん看護, **7**, 471-474.

Hosaka, T., Sugiyama, Y., Tokuda, Y., & Okuyama, T. 2000 Persistent effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients' emotions. *Psychiatry Clin Neurosci*, **54**, 559-563.

保坂隆 1999 がん患者への構造化された精神科的介入の有効性について精神医学, **41**, 867-870.

保坂隆 2000 がんと心ーサイコオンコロジー 臨床外科, **55**, 1095-1099.

Hughes, J. 1982 Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *J Psychosom Res*, **26**, 277-283

Innos, K., Rahu, K., Rahu, M., & Baburin, A. 2003 Suicides among cancerpatients in Estonia: a population-based study. *Eur J Cancer*, **39**, 2223-2228.

石川邦嗣 2000 Spiritual QOL 緩和医療学, **12**, 44-52.

柏木哲夫（監修） 2001 緩和ケアマニュアル改定第4版 最新医学社

河瀬雅紀・中村千珠 2009 がん患者グループ療法の実際 金芳堂

河瀬雅紀 2012 がん患者のグループ療法から見えるもの - 第8回関西サイコオンコロジー研究会 特別講演 - .平成22年度～平成24年度科学研究費助成事業（基礎研究(C)研究成果報告書）, 38

- 河瀬雅紀 2016 実存的グループ療法によるがん患者の心理的苦痛改善
プロセスと無効例の検討 2013～2015 学研究費助成事業 研究成果
報告書
- 川室優（訳） 2006 グループサイコセラピー 金剛出版（Yalom, I.
D., & Vinogradov, S. 1989 *Concise Guide to Group Psychotherapy*,
American Psychiatric Publishing)
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson,
M. 2003 Factors associated with the wish to hasten death: a study
of patients with terminal illness. *Psychol Med*, **33**, 75-81.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks,
N. 1997 Cognitive-existential group therapy for patients with
primary breast cancer: techniques and themes. *Psychooncology*, **6**,
25-33.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G.C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin,
J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. 2003 Cognitive -
existential group psychotherapy for women with primary breast
cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, **12**, 532-546.
- Kissane, D. W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.
M., Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N., & Snyder, R. D. 2004 Effect of
Cognitive-Existential Group Therapy on Survival in Early-Stage
Breast Cancer. *J Clin Oncol*, **22**, 4255-4260.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W.,
Bloch, S., Snyder R. D., & Li, Y. 2007 Supportive-expressive group
therapy for women with metastatic breast cancer survival and

psychosocial outcome from a randomized, controlled trial.
Psychooncology, **16**, 277-286.

季羽倭文子 1993 疼痛と告知 ホスピスケア研究会 (編) 三輪書店
pp.119-154.

小池眞規子 2003 がん患者に対する心理教育的介入の有効性の検討
目白大学人間社会学部紀要, **3**, 35-50.

厚生省人口動態統計 2018 平成 30 年 (2018) 人口動態統計 (確定
数) の概況 (死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/dl/11_h7.pdf> (2020 年 5 月 7 日)

厚生労働省 2007 がん対策基本法

<<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>>
(2020 年 5 月 7 日)

国立がんセンター 2015 最新がん統計

<https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html>
(2020 年 5 月 7 日)

児嶋 康行・高原 史郎・花房 徹・矢澤 浩司・奥山 明彦 2002 腎移植
後の不安・抑うつ傾向と個人属性との関連 日本泌尿器科学會雑誌,
193, 314.

小島 操子・小松 浩子・鈴木 久美・南川 雅子・中川 雅子・岡光 京
子・野村 美香・伊藤 恵美子 2000 がん告知を受けた患者の主体
的ながんととの共生を支える援助プログラムの開発に関する研究 日
本がん看護学会誌, **14**, 36-44.

小森康永 2011 ディグニティセラピーのすすめ—大切な人に手紙を書
こう 金剛出版

- 小森康永 2018 デイグニティセラピー 日本保健医療行動科学会雑誌 **33**, 68-74.
- Kulpa, M., & Kosowicz, M., 2014 Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz Gastroenterol*, **9**, 329-335.
- 栗原幸江 2008 緩和医療にかかわるチームメンバー 心理療法士緩和医療学, **10**, 83-86.
- Koch,L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S.R., Brenner, H., & Arndt, V. 2014 Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors--still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship--a multi-regional population-based study. *Psycho-oncology*, **23**,547-554.
- Lam, W.W, Shing, Y.T, Bonanno, G.A, Mancini, A.D, & Fielding, R. 2010 Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psycho-oncology*. **21**,90-99.
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicoeur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M. F., Rosberger, Z., & Catton, P. 2014 Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *J Cancer Survive*, **8**, 485-496.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. 2006 Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer

- treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, **62**, 3133–3145.
- Lee, M.L., Garssen, B. 2012 Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology*, **21**, 264–272.
- 松島英介 2009 がん患者における尊厳 精神経誌, **111** 73-78.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. 1992. Psychosocial distress after initial treatment of breast cancer: Assessment of potential risk factors. *Cancer* **70**, 120–125.
- Mermelstein, H. T., & Leko, L., 1992 Depression in patients with cancer. *Psycho-oncology*, **1**, 199-225.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J. Paul, J., & Symonds, P. 2013 Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* , **14**, 721-732.
- Momino, K., Akechi, T., Yamashita, T., Fujita, T. Hayahi, H., Tsunoda, N., Miyashita, M., & Iwata, H. 2014 Psychometric properties of the Japanese version of the Concerns about Recurrence Scale (CARS-J) . *Japanese journal of clinical oncology*, **44**, 456–462.
- 水口公信・下仲順子・中里克治（構成）日本版 STAI 1992 三京房（Spielberger, C. D. 1970 State Trait Anxiety Inventory）
- 森田 達也・角田 純一・井上 聡・千原 明 1999 終末期癌患者の実存的苦痛—研究の動向 精神医学, **41**, 995-1002.
- 村田久行 2003 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア 緩和医療学, **5**, 61-69.

- 中西 健二,・山下 仰・柏木 哲夫・高原 史郎 2002 腎移植後のストレス
 ッサーに対する認知評価が精神的健康に与える影響 心身医学, **42(8)**,
 504-511.
- 中村千珠 2005 がん患者への統合的援助プログラム開発の必要性－
 患者会の役割と今後の課題－京都ノートルダム女子大学心理臨床セ
 ンター心理相談室紀要, **2**, 42-50
- 中村千珠・河瀬雅紀 2007 がん患者への心理的サポートプログラム作
 成に向けての基礎的研究－患者の現状とニーズの把握－ 心身医学,
47(2), 111-121.
- 中村千珠・河瀬雅紀・保坂隆 2008 がん診療連携拠点病院における心
 理社会的サポート－医師へのアンケート調査より－ 総合病院精神
 医学, **20(2)**, 129-138.
- 中村千珠・河瀬雅紀 2020 がん患者への心理的サポートプログラム作
 成に向けての基礎的研究 2－ニーズと個人内要因との関連－ プシ
 ケー, **19**, 17-30
- 日本移植学会 2018 ファクトブック
 <<http://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2018.pdf>> (2019
 年 10 月 30 日)
- Northouse, L. 1989. A longitudinal study of adjustment of patients and
 husbands to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, **16**, 511–516.
- Novak, M., Molnar, M. Z., Szeifert, L., Kovacs, A. Z., Vamos, E.P., Zoller,
 R., Keszei, A., & Mucsi, I. 2010 Depressive symptoms and mortality in
 patients after kidney transplantation: a prospective prevalent cohort study.
Psychosom, **72**, 527-534.

- Ohkubo, M. 1995 The Quality of Life After Kidney transplantation in Japan: Result from a National Questionnaire. *Transplantation Proceeding*, **27**, 1452-1457.
- 大久保通方 1998 移植者が抱える精神的問題について 移植, **33**, 211-215
- Ojo, A.O., Hanson, J. A., Wolfe, R.A., Leichtman, A. B., Agodoa, L. Y., & Port, F. K. 2000 Long-term survival in renal transplant recipients with graft function. *Kidney Int*, **57**, 307-313.
- 大木桃代 1997 ガンという言葉の心理的な意味 がん患者ケアのための心理学, 14-21.
- 大野裕・吉村公雄(構成) 2001 World Health Organization: The Subjective Well-being Inventory: WHO SUBI 金子書房
- 大野裕 2003 心が晴れるノート 創元社
- 岡堂哲雄(監修) 2008 THE PURPOSE IN LIFE TEST PIL研究会
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., Akechi, T., & Uchitomi, Y. 2000 Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*, **61**, 131-137.
- 小塩真司 2010 はじめて学ぶパーソナリティ心理学—個性をめぐる冒険—. ミネルヴァ書房 pp.112-113.
- Penkower, L., Dew, M.A., Ellis, D., Sereika, S.M., Kitutu, J.M., & Shapiro, R. 2003 Psychological distress and adherence to the medical regimen among adolescent renal transplant recipients. *Am J Transplant*, **3**, 1418-1425.

- ピーター, K./武田文和・中神百合子・大野善三 (訳) 1994 緩和ケア百科 A to Z 春秋社 (Perer, K. 1990 Notes on symptom control : in hospice & palliative care : A to Z, Hospice Education Inst)
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. 2012 The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* **80**, 1007-1020.
- Rachel, B., Giselle, P., Julia, R., Daniel, H., Katharinem Q., & Elyse, P. 2017 Fear of recurrence among cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology.* **35**, 10053.
- Robinson, D., Renshaw, C., Okello, C., Møller, H., & Davies, E. A. 2009 Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *Br J Cancer*, **101**, 198-201.
- Rottmann, N., Susanne, O., Jane, C. & Kirsten, F. 2010 Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, **19**, 827-836
- 柴田純子・佐藤まゆみ・増島麻里子 2005 再発乳がん患者のがんと共に生きることにするニーズ 千葉大学看護学部紀要 **27**, 49-53.
- Shim, E. J., & Hahm, B. J. 2011 Anxiety, helplessness/ hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care*, **20**, 395-402.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom I. 1981 Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, **38**, 527-533.

- Spiegel, D., & Glafkides, M. C. 1983 Effects of group confrontation with death and dying. *International Journal of Group Psychotherapy*, **33**, 433-447.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. 1989 Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**, 888-891.
- Spiegel, D. 1997 Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin Oncol*, **24**, 36-47.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., Pierce, H. I., Flynn, P. J., Heard, L., & Riggs, G. 1999 Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology*, **8**, 482-493.
- Storm, H., Christensen, N., & Jensen, O. M. 1992 Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer*, **69**, 1507-1512.
- 杉浦 義典・丹野 義彦 2008 パーソナリティと臨床の心理学 - 次元モデルによる統合 塔風館
- Suzuki, R., Nakamiya, Y., Watanabe, M., Ando, E., Tanichi, M., Koga, M., Kohno, K., Usui, J., Yamagata, K., Ohkohchi, N., Toda, H., Saito, T., Yoshino, A., Takahara, S., Yamauchi, K., & Yuzawa, K. 2019 Relationship Between Stress Coping Mechanisms and Depression in kidney Transplant Recipients. *Transplant Proc*, **51**, 761-767.
- Szeifert, L., Molnar, M. Z., Ambrus, C., Koczy, A. B., Kovacs, A. Z., Vamos, E. P., Keszai, A., Mucsi, I., & Novak, M. 2010 Symptoms of depression in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis*, **55**, 132-140.

- 橘 輝 2006 生体腎移植のレシピエントおよびドナーにおける術前術後の精神疾患 精神科治療学, **21**, 199-205.
- 武田貴美子・田村正枝・小林理恵子・志村ゆず 2004 外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズ 長野県看護大学紀要, **6**, 73-85.
- 竹中文良 がん患者とその家族を対象とする医療相談システム開発のための基礎研究 平成9~12年度 科学研究費補助金 研究成果報告書
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M.L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., & Dalley, D. 2012 Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: A cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer*, **20**, 2651-2659.
- 内田照久 2002 音声の発話速度が話者の性格印象に与える影響, 心理学研究, **73**, 131-139.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., & Okamura, H. 2003 Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, **21**, 69-77.
- Van, W. B., Bacchi, M., Heusser, P., Heiwig, S., Schaad, R., von Rohr, E., Hürny, C., Castiglione, M., & Cerny, T. 1998 The cognitive-spiritual dimension-an important addition to the assessment of quality of life: validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer. *Ann Oncol*, **9**, 1091-1096.

- 和田さゆり 1996 性格特性用語を用いた Big Five 尺度の作成 心理学研究, **67**, 61-67.
- ウォルデマール・キッペス 2001 心と魂の叫びに応じて—スピリチュアルケア サンパウロ
- Wallace, J., Yorgin, P. D., Carolan, R., Moore, H., Sanchez, J., Beison, A., Yougin, L., Major, C., Granucci, L., Alexander, S., & Arrington, D. 2004 The use of art therapy to detect depression and post-traumatic stress disorder in pediatric and young adult renal transplant recipients. *Pediatr Transplant*, **8**, 52-59
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. 1988 Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, **18**, 203-209.
- Watson, M., & Homewood, J. 2005 Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer*, **41**, 1710-1714.
- WHO／武田文和（訳） 1993 がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア：がん患者の生命へのよき支援のために 世界保健機関（編）金原出版（*Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: World Health Organization）
- World Health Organization 2002 *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. 2nd ed.: WHO(日本ホスピス緩和ケア協会)
- <<https://www.hpcj.org/what/definition.html>> (2019年10月30日)

- Wilkins, F., Bozik, K., & Bennett K. 2003 The impact of patient education and psychosocial supports on return to normalcy 36 months post-kidney transplant. *Clin Transplant*, **17**, 78-80.
- Worden, J. W., & Weisman, A. D. 1984 Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*. **6**, 243-249.
- 山下 仰 2000 臓器移植と精神療法 臨床精神医学増刊号, 380-383.
- Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., Iwasaki, M., Inoue, M., Akechi, T., Iso, H., & Tsugane, S. 2014 Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-oncology*, **23**, 1034-1041.
- 山脇成人 2001 がん患者の精神症状発現要因の解析及びその対応に関する研究. 医学のあゆみ, **197**, 410-411.
- Yokoyama, K., Araki, S., Kawakami, N., & Tkakeshita, T. 1990 Production of the Japanese edition of profile of mood states (POMS): assessment of reliability and validity. *Jpn. J public health*, **37**, 913-918.
- 横山和仁・荒記俊一・川上憲人 1990 POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討 日本公衛誌, **37**, 913-918. (Douglas, M., Maurice, L.M., Heuchert, J.P., & Droppleman, L.F. 1971 Profile of Mood States-Brief Japanese Version.)

- 吉田みつ子・遠藤公久・守田美奈子・朝倉隆司・奥原秀盛・福井里美・竹中文良 2004 がん患者のための地域開放型サポートグループ・プログラムの効果検討 心身医学, **44**, 133-140.
- Yousaf, U., & Christensen, M. L. 2005 Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer*, **92**, 995-1000.
- 全国がん（成人病）センター協議会の生存率共同調査 KapWeb <<https://kapweb.chiba-cancer-registry.org>> (2019年10月30日)
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Speca, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S., & Carlson, L. E. 2014 A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the eTherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosom Med*, **76**, 257-267.
- ジグモンド A.S.・スナイス R.P./北村俊則（訳）1993 HADS 精神科診断学, **4**, 371-372 (Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. 1983 Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370)

本論文は、以下の既発表論文および著書に新たなデータを加え、加筆修正した。

第Ⅱ章

中村千珠 2005 がん患者への統合的援助プログラム開発の必要性－患者会の役割と今後の課題－京都ノートルダム女子大学心理臨床センター心理相談室紀要, **2**, 42-50

中村千珠・河瀬雅紀 2007 がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究－患者の現状とニーズの把握－心身医学, **47(2)**, 111-121.

第Ⅲ章

中村千珠・河瀬雅紀 2020 がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究 2－ニーズと個人内要因との関連－プッシュケー, **19**, 17-30

第Ⅳ章

中村千珠・河瀬雅紀・保坂隆 2008 がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート－医師へのアンケート調査より－総合病院精神医学, **20(2)**, 129-138.

第Ⅵ章

河瀬雅紀・中村千珠 2009 がん患者グループ療法の実際 金芳堂 pp.115-138.

參考資料

付 記

第Ⅱ章 「がん患者が抱える心理社会的諸問題に対する現状認識および心理的サポートへのニーズの把握その1（研究1）」は、学会機関誌「心身医学」に掲載されている。

（中村千珠・河瀬雅紀 2007 がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究－患者の現状とニーズの把握－ 心身医学, 47(2), 111-121.）

第Ⅶ章「実存的グループ療法・プログラムの効果」は、「*BioPsychoSocial Medicine*」に掲載されている。

（Nakamura, C., Kawase, M. Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. *BioPsychoSocial Med.* November 2021 ; 15, 24. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00225-y>）

参考資料は非公開とする。

