

原 著

がん患者会の入会効果と意義に関する実証的研究 —ピアサポートの内部構造との関係—

三木 祥男 *

An empirical study on the effect and significance of joining a support group for cancer patients: relationship with the internal structure of peer support

Yoshio Miki

Abstract

The aim of this study was to clarify the internal structure of peer support in terms of the thought processes of members of support groups for cancer patients. A survey was conducted and responses were received from 176 cancer survivors. After joining a support group, cancer survivors received peer support. Peer support was divided into 4 processes, and each process was analyzed using confirmatory factor analysis. Latent factors that affected the thought processes of cancer survivors were identified. The cause-and-effect relationship between peer support and the thought processes of cancer survivors was analyzed using structural equation modeling, and a path diagram was constructed. Results revealed: (1) Having peers is itself extremely important, (2) There was a strong cause-and-effect chain whereby having peers → empowerment → benefit finding → well-being and recovery, (3) Restructuring of one's thought processes had the greatest impact on one's consciousness. This study revealed the internal structure of peer support in support groups for cancer patients. Based on these findings, the significance of support groups was discussed.

Keywords: cancer patient support group, peer support, internal structure, confirmatory factor analysis, structural equation modeling

問題と目的

大規模な調査報告によれば、がん経験者は肉体的苦痛より精神的苦痛の方が大きいことが明らかにされている（「がんの社会学」に関する合同研究班, 2003）。その結果、がん経験者のうち6割の人が「がん経験者との交流の場」（以下、患者会）を求めている（厚労省, 2013）。

ピアサポート（Peer Support）とは、「ある人が同じような苦しみを持っている人を支える行為、

あるいは、そのように思う人同士による支え合いの相互行為」と定義され、患者会の主要な活動の場になっている（伊藤, 2013）。本報はがん患者会におけるピアサポートに関するものであり、以下PSと略記する。

患者会の入会者の心理的变化を捉えるために、先行研究（大松, 2012; 砂賀・二渡, 2011）を参考にして、入会動機→情報交換（PSの授受）→認識の変化（認知の再構築）→アウトカム（帰結）という

* 大阪がん患者団体協議会 世話人代表（Representative of the Osaka Cancer Patient Association Council）
受領2016.9.15 受理2018.9.1

4つの過程を想定し、アンケート調査した。本研究では、このプロセス全体をPS過程と呼ぶことにする。

がん経験者は患者会に入会すると、PS過程でいろいろと意識が変化して行くが、それは意識の奥に存在する複数の潜在因子から生じたものと考えられる。従ってPS過程全体でみると、各因子が層状に因果関係で結ばれた経路の「連なり」を形成する。それを「PSの内部構造」と呼ぶことにする。

しかし患者会の実態は多種多様であり、しかもPSの様態は非常に複雑であるため、PSの内部構造にまで立ち入って研究されることはなかった。一方、少人数の語りの分析からではあるが、患者会には精神的に落ち込んだメンバーに生きる意欲や勇気、元気を与える力があることが報告されている(仲沢他, 2005)。しかし今までそのような力が発生して来るメカニズムまでは、明らかにされることはなかった。

先行研究では、臨床心理学的概念に対して開発された各種の尺度か、独自の尺度を用いて患者会を心理面から分析することが行われて来た。例えばベネフィット・ファインディング(Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Neison, 2001; 黄・兒玉, 2012; 黄・荒井・兒玉, 2013; 安藤・吉良, 2014), エンパワーメント(Joyce & Lesley, 1997; Maunsell et al. 2014), レジリエンス(若崎・谷口・掛橋・森, 2007), セルフ・エフィカシー(塚本, 1998; 平井他, 2001)などである。しかし患者会活動のアウトカムのみを分析しても、PS中の内面的変化を捉えることは出来ない。例えば患者会に入会するまでは「苦しんでいるのは自分だけだ」と思い込んでいる人は多い。伊藤(2013)は、そうした人が入会したらすぐに自動的に「自分だけじゃないんだ」という感情が生まれるわけではなく、情報の交換がなされている間の当事者の心の変化のプロセスが重要であることを強調すると共に、「PSの機能

をとらえる研究はまだ十分に進んではない」と指摘した。

PS過程でのダイナミックな心の変化を捉えない限り、前述のメカニズムを明らかにすることは難しい。

本研究の目的は、各PS過程の潜在因子を抽出して、各因子間の因果関係を分析し、それによってPSの内部構造を解明して、前述のメカニズムを明らかにすることにある。そのために、構造方程式モデリング(SEM, 最尤法)の手法を使って、確認的因子分析(CFA)とパス解析を行った。計算には、HAD14_701を用いた(清水, 2016)。

本研究の意義を確認するために「がん患者会のPSの内部構造に関する実証的研究」の先行事例を検索した。国内文献はCiNiiで、がん患者会、ピアサポートをキーワードに検索すると2件抽出された。海外文献はPsycINFOで[cancer or cancer patient] AND [peer consulting]で検索し22件を抽出した。PubMedで(cancer OR "cancer patient" OR "cancer patients") AND ("peer support") AND ("peer support group" OR "peer support groups") AND ("questionnaire" OR "survey")で検索し7件を抽出したが、いずれも入会後のPSに対する心の変化に関する研究ではなかった。さらにstructural equation modelingを追加するとPsycINFOでもPubMedでもヒット件数ゼロだった。このテーマに関する研究は、本研究が初めての試みであることを示唆している。

方法

研究対象

アンケート調査は平成27年11～12月に北海道から九州までの患者会17団体に所属する320名にアンケート調査票を配布し、9名の不完全データを破棄し、176名から有効回答を得た(有効回答

率55%)。対象は会員制で定期的会合をもつ患者会に限定した。全国的に乳がん患者会が圧倒的に多いため、先行研究では乳がん患者のデータに偏るものが多かった。これを避けるために、乳がん患者会は1団体に限定し50部を、その他は原則1団体10部(最大40部)を配布した。がんの部位別回答者の割合(%)は乳腺30、頭頸部17、大腸10、胃10、肝臓6、リンパ6、婦人科5、肺3、血液2、前立腺2、その他9であった(重複あり)。

研究方法

調査票の設問の作成に当たっては、妥当性(豊田, 2012)に配慮しながら、必要な潜在因子の抽出に抜けがないように、幅広い観点と多くの分野から下位尺度を網羅するように心掛けた。そのため文献32件を参考にして内容的重複を避けて作成した。

参考にした文献を Appendix に掲載し、設問ごとに参考にした文献番号を Table1—Table4の最右欄に記載した。ただし、文献数は主なもの3つまでに限定した。入会動機については、入会動機を記述する文献が少ないので、筆者の長年の患者会活動の経験から適切と思われるものを追加した。

入会動機の設定欄には「入会に際しての質問です」と前置きし19項目の質問をした。またPSの授受過程については、「患者会に参加している時に、仲間と話をした事柄についてお聞かせください」という前置きの下で、17項目の質問を行った。認知の再構築過程では、「患者会の中で、あなたが感じた事、思った事、学んだ事をお聞かせください」という前置きの下で、30項目の質問を行った。PSの帰結過程では、「患者会に入会したことで、あなたの心にどんな変化があったかをお聞かせください」という前置きの下で、32項目の質問をした。

設問の評価は「とてもよく当てはまる」を6点、

「どちらでもない・分からない」を3点、「全く当てはまらない」を0点として、7件法で評価した。

倫理的配慮

調査票は各団体代表者に送付し、個人への配布先は代表者に一任した。調査票には記入者の個人情報等を一切記載しないことを明記した上で、調査票を無記名で著者あてに郵便で返送するように依頼した。

従って本研究は文科省・厚労省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に照らして当倫理指針の対象外ではあるが、日本心理学会倫理規定も合わせて、その趣旨を尊重して、依頼書には研究の趣旨・目的を明記し、自由意志によること及び回答の有無によって患者会活動に不利益を受けないこと及び研究結果は公表されるが、個人名や団体名は公表されないことを明記した。

結果

本研究では、潜在因子の抽出には事前の探索的因子分析(EFA)により、適切な因子数を推定した上で、CFA分析を行うこととした。

入会動機のCFA分析

入会動機に関する19項目を確認的因子分析(CFA)した結果、適合度が良好なモデルが得られ、3つの因子が抽出された。第1因子は「同病者から日常生活の情報や工夫を聞いたかった」など、他のがん体験者の知見を求める項目から成るので、【体験者の知見への希求(CF1)】と名付けた。第2因子は「カウンセリングの体験を聞いたかった」「病気のことを忘れる場がほしかった」「慰めや励ましを受けたいと思った」など、不安から逃れたいという気持ちを反映する項目から成るので【不安からの脱却(CF2)】と名付けた。第3因子は「病院や医師の情報を知りたかった」「セカンドオ

ピニオンについて知りたかった」「就労の体験情報を知りたかった」など、情報を求める気持ちを反映する項目から成るので、【情報入手への希求(CF3)】と名付けた。つまり入会動機の中身は、①悩みの解消のために体験者の知見を求める心理、②不安から逃れたいという心理、③外部情報を知りたいという心理の3つの心理に分類されることが分かる。

Table1に因子の名称、下位尺度、因子負荷量、平均評価点、標準誤差(SE)、該当率及び下位尺度作成時の参考文献を記載した。ここで該当率とは、評価点に4点以上を与えた人、即ち「当てはまる」と回答した人の割合(%)のことである。平均評価点でその下位尺度に対する反応の強さを表わし、該当率で広がりを表した。

ピアサポートの授受過程のCFA分析

会員は、他の会員から体験情報などを得ると同時に、自分の方からも種々の情報を提供する。そこで、この過程をPSの授受過程と呼ぶことにする。CFA分析の結果、適合度の良好なモデルが得られ、3つの因子が抽出できた。その結果をTable2にまとめた。

第1因子は「日常生活の知恵や工夫を教え合った」「自分の病気についてしゃべり合った」など、教え合う気持ちを反映する項目から成るので、【学び合う心(DF1)】と名付けた。第2因子は「医療関係者や家族に話せないことを話せた」「グチや辛さを吐露し合った」など、心を開いた状態を表わす項目から成るので、【オープンな心(DF2)】とした。第3因子は「再発の不安な気持ちを語り合った」「悩みを語り合った」などの項目から成るので【悩み・不安を支え合う心(DF3)】と名付けた。

PSの授受過程では、どんな情報を交換したかではなく、どんな気持ちで情報を交換したのかという「心の働き」に関する因子が潜在因子となっ

ていた。

認知の再構築過程のCFA分析

PSの授受過程で他者から多くの情報を得ることにより、認識に変化が生じる。この過程を認知の再構築過程と呼ぶことにする。

CFA分析によって適合度の良好なモデルが得られ、5つの因子が抽出された。その結果をTable3にまとめた。

第1因子は「患者会では、それまでの孤独感から解放される」「患者会が楽しみとなった」など、「仲間の存在」があって初めて発生する項目から成るので【仲間の存在(EF1)】と名付けた。第2因子は「自分の辛さは他に比べれば大したことはない」「仲間の話が勉強になった」など、仲間との比較から派生する項目が多いので、【仲間と自分の比較(EF2)】と名付けた。第3因子の下位尺度は「入会してから、明るくなり、意欲が湧いて来た」「患者会のお蔭で、元気や勇気をもらった」に代表されるように、発病によって失われた生きる力(気力・意欲)を取り戻したことを表す内容が多い。

がん体験者のエンパワメントとは「本来の力を認識し、それを強めて、病気や人生を考え直す能力を獲得するプロセス」(Hagiwara, & Futawatari, 2013)と定義されるので、第3因子を【エンパワメント(EF3)】と名付けた。第4因子の下位尺度は「個人によって治療方法が違うことが分かった」など、医療に対する認識が深まったことを意味する項目が多いので、【医療認識の深化(EF4)】と名付けた。第5因子を構成する下位尺度をみると、「仲間を支援することで自分が成長したと感じる」「自分は大切に価値ある存在だと思った」は自尊心が芽生えていることを示唆している。そこから「仲間の心の支えになってあげたい」「患者会のために何か役立ちたいと思う」という気持ちが生じたと考えられる。つまり自尊心の発露の結果として、上述の下位尺度が得られた

Table1 入会動機の因子構造および評価特性

因子名と下位尺度	因子負荷量			評価点		該当率	参考文献
	CF1	CF2	CF3	平均	SE		
第1因子:CF1 体験者の知見への希求							
同病者から日常生活の情報や工夫を聞きたかった	.76	.00	.00	4.70	0.10	84.7	6, 25
経験者の生き様や知恵を聞きたかった	.74	.00	.00	4.50	0.11	80.1	
がんの医学的知識を学びたいと思った	.68	.00	.00	4.24	0.12	75.6	
がん経験者と会って、話をしたいと思った	.59	.00	.00	4.55	0.11	82.4	
第2因子:CF2 不安からの脱却							
カウンセリングの体験を聞きたかった	.00	.73	.00	3.66	0.13	56.8	7 19 25 19, 20 20
病気のことを忘れられる場が欲しかった	.00	.67	.00	3.03	0.14	43.2	
慰めや励ましを受けたいと思った	.00	.62	.00	2.02	0.13	21.0	
知人や医療関係者からの奨めがあったから	.00	.47	.00	2.49	0.16	38.6	
悩みや不安を誰かに聞いてほしかった	.36	.43	.00	3.89	0.12	69.9	
宗教のことについて教えてもらいたかった	.00	.41	.00	0.91	0.11	6.8	
周囲に知られる恐れから「ためらい」があった	.00	.31	.00	1.56	0.13	11.4	
何となく軽い気持ちで入会した	.00	.26	.00	2.93	0.13	39.8	
第3因子:CF3 情報入手への希求							
病院や医師の情報を知りたかった	.00	.00	.77	3.22	0.14	48.9	6 4, 6, 7
セカンドオピニオンについて知りたかった	.00	.00	.74	2.91	0.14	42.6	
就労の体験情報を知りたかった	.00	.00	.59	2.23	0.14	26.1	
経済的悩みを相談したかった	.00	.00	.51	1.71	0.13	15.3	
自分の体験を他人にも伝えたかった	.00	.00	.49	3.18	0.13	46.0	
後遺症や障害の対処法を知りたかった	.33	.00	.38	3.63	0.14	63.1	
医療・福祉の社会的問題を勉強したかった	.17	.00	.29	3.64	0.12	60.8	
Cronbachのα係数	.84	.76	.78				

注) 適合度指標 RMSEA=.049 CFI=.952 GFI=.898

Table2 ピアサポートの授受過程の因子構造および評価特性

因子名と下位尺度	因子負荷量			評価点		該当率	参考文献
	CF1	CF2	CF3	平均	SE		
第1因子:DF1 学び合う心							
日常生活の知恵や工夫を教え合った	1.37	-.74	.00	4.27	0.10	76.7	8, 16, 25
自分の病気についてしゃべり合った	.79	.00	.00	4.72	0.12	85.2	8, 18
後遺症や副作用への対処法を教え合った	.70	.00	.00	4.13	0.09	69.3	7, 16, 18
個人によって治療方法が違うことを知った	.70	.00	.00	4.87	0.11	88.6	16
仲間の振る舞いや生き様を知った	.68	.00	.00	4.70	0.10	88.1	8
将来を真剣に考える機会と時間をもらえた	.67	.00	.00	4.06	0.11	67.6	2
医療・福祉の仕組みや情報を教え合った	.67	.00	.00	4.06	0.10	71.6	8
医療者との付き合い方が話題になった	.66	.00	.00	4.20	0.10	73.3	19, 25
本・雑誌などの情報を教え合った	.58	-.23	.28	3.89	0.11	66.5	2
共通の体験者として仲間意識が芽生えた	.52	.24	.00	4.68	0.09	85.2	18, 20
医療関係者からでは得られない情報を得た	.50	.20	.00	4.57	0.13	80.7	16, 20
経験者にしか分からない悩みを語り合った	.45	.39	.00	4.61	0.12	81.8	20
第2因子:DF2 オープンな心							
医療関係者や家族に話せないことを話せた	.00	.84	.00	3.99	0.09	64.2	18, 25
病状や障害のグチや辛さを吐露し合った	.00	.82	.00	4.18	0.10	72.7	7
第3因子:DF3 悩み・不安を支え合う心							
再発の不安な気持ちを語り合った	.00	.00	.92	4.39	0.10	77.8	16, 18
仲間とお互いに励まし合った	.00	.18	.79	4.44	0.10	79.5	2, 7, 18
仲間の悩み事を親身になって語り合った	.00	.00	.77	4.78	0.09	85.8	8, 16, 29
Cronbachの α 係数	.93	.82	.90				

注) 適合度指標 RMSEA=.042 CFI=.988 GFI=.939

Table3 認知の再構築過程の因子構造および評価特性

因子名と下位尺度	因子負荷量					評価点		該当率	参考文献
	EF1	EF2	EF3	EF4	EF5	平均	SE		
第1因子:EF1 仲間の存在									
患者会では、それまでの孤独感から解放される	.95	.37	.00	.00	-.47	4.62	0.09	81.8	7, 8, 16
患者会が楽しみとなった	.90	.00	.00	.00	.00	4.34	0.10	73.3	7, 17
患者会では気兼ねなく癌の話が出来る	.68	.00	.00	.19	.00	4.68	0.10	85.2	6, 8, 17
共感をもって聴いてもらえ、悩み・不安が減少した	.58	.00	.30	.00	.00	4.33	0.09	77.8	29
新たな出会いに恵まれて、新しい友達ができた	.58	.00	.00	.24	.00	4.35	0.11	75.0	1, 13, 18
苦しみを分かち合える仲間の存在がありがたい	.46	.00	.00	.39	.00	4.60	0.10	84.7	7, 10, 29
第2因子:EF2 仲間と自分の比較									
自分の辛さは他に比べれば大したことはない	.29	.69	.00	.00	-.33	4.29	0.10	71.6	17
仲間の話(体験談・生活の知恵)が勉強になった	.00	.62	.00	.25	.00	4.98	0.08	92.0	8, 17, 30
仲間が大勢いることの重要性を認識した	.00	.59	.34	-.24	.00	3.61	0.12	54.5	17, 18
仲間の振る舞いや生き様に感動し、多くを学んだ	.00	.56	.31	-.07	.00	4.47	0.10	81.8	6, 8, 18
苦しんでいるのは自分一人ではないと分かった	.00	.55	.25	.12	.00	4.99	0.08	92.6	6, 17, 20
仲間に関心や悩みや苦しみを分かち合ってもらえた	.19	.50	.00	.00	.00	4.32	0.09	81.3	6, 8, 17
第3因子:EF3 エンパワーマント									
入会したお蔭で、生命の危機は脱出できた	.00	.00	.78	.00	.00	3.64	0.11	50.0	29
入会してから、明るくなり、意欲が湧いて来た	.12	.00	.78	.00	.00	4.20	0.10	70.5	6, 17
「ためらい」「気おくれ」があったが、来て良かった	-.35	.14	.74	.02	.00	4.06	0.14	66.5	19, 20
入会して安心感や心の余裕が持てるようになった	.35	.00	.60	-.11	.00	4.16	0.10	73.9	6, 17
患者会のお蔭で、元気や勇気をもらった	.18	.15	.60	.00	.00	4.44	0.10	75.6	14, 18
先輩の元気な姿が励みとなり、意欲が湧いて来た	-.24	.56	.59	.00	.00	4.76	0.10	87.5	18
問題に対処するとき、仲間の経験を参考にした	.15	.14	.44	.13	.00	4.32	0.10	77.8	8
人の苦しみや痛みを共感できるようになった。	.27	.18	.28	.00	.23	4.68	0.09	86.9	6, 13, 18
第4因子:EF4 医療認識の深化									
個人によって治療方法が違うことが分かった	-.15	.00	.19	.83	.00	4.84	0.08	87.5	16, 20
個人によって病気の考え方が違うことを知った	.00	.00	.00	.76	.17	4.72	0.08	85.8	16, 20, 31
患者会のお蔭で、癌という病気の理解が深まった	.33	-.03	.00	.55	.00	4.74	0.09	88.1	16, 25
医者選びや医師との意思疎通の仕方が分かった	.29	-.24	.37	.43	.00	4.07	0.09	71.0	19, 20, 25
仲間との情報交換のお蔭で、随分助けられた	.00	.15	.38	.40	.00	4.39	0.10	77.8	18, 20
第5因子:EF5 自尊心の発露									
仲間を支援することで自分が成長したと感じる	.00	.00	.00	.00	.80	3.94	0.10	60.2	8, 29
仲間の心の支えになってあげたいと思った	.37	.33	-.55	.00	.62	4.57	0.09	83.5	6, 7
自分は大切で価値ある存在だと思った	.00	.00	.28	.00	.51	3.81	0.09	59.1	6, 10, 28
患者会のために何か役立ちたいと思う	.39	.00	.00	.00	.45	4.57	0.09	82.4	8, 13, 20
がんに関するさまざまな情報を集めた	.18	.08	.00	.14	.26	4.46	0.10	82.4	25, 29
Cronbachのα係数						.92	.87	.92	.89

注) 適合度指標 RMSEA=.048 CFI=.968 GFI=.861

と解釈が出来る。そこで因子名を【自尊心の発露(EF5)】と名付けた。

ピアサポートの帰結過程のCFA分析

上述のようなダイナミックな過程を経て、人は心理的適応を示す。そのアウトカムが「PSの帰結」である。CFA分析の結果、適合度の良好なモデルで、5つの因子が抽出された。その結果をTable4にまとめた。

ベネフィット・ファインディング(以下、BF)とは、「慢性疾患などの逆境に直面した人が、そ

の経験を経て、ベネフィットがあったと感じること」(Affleck & Tennen 1996)と定義されるが、第1因子では「人生を大切に生きて行こうと思う」「家族や周囲の人に支えられていることを自覚した」など、「生きる力を失わず、逆にポジティブな意識を発見したり、肯定的に適応したこと」を表す項目が多い。即ち本人にとっては、ベネフィットの発見である。そこで、【BF(GF1)】と名付けた。第2因子の下位項目は、我慢強さやストレスに対処できる能力を表しているため、「コーピング戦略(GF2)」と名付けた。第3因子では「将来の見通

Table4 帰結過程の因子構造および評価特性

因子名と下位尺度	因子負荷量					評価点		該当率	参考文献
	GF1	GF2	GF3	GF4	GF5	平均	SE		
第1因子:GF1 ベネフィット・ファインディング									
身体を大事に、人生を大切に生きて行こうと思う	.95	-.15	-.20	.00	.00	5.25	0.07	93.8	13, 14, 20
家族や周囲の人に支えられている事を自覚した	.90	-.18	.00	.00	.00	4.76	0.09	88.6	10, 13, 31
病気をしたお蔭で、人生観がいつそう深まった	.89	-.19	.00	.00	.00	4.48	0.11	76.1	20, 22
自分の病気について受容できるようになった	.88	.00	.00	-.16	.00	4.66	0.10	84.7	2, 8, 29
命のあるうちに、やりたい事に挑戦しようと思った	.85	-.18	.00	.00	.00	4.36	0.11	70.5	14, 21, 31
困難な時でも物事を前向きに考えるようになった	.72	.15	.00	.00	.00	4.28	0.10	73.9	5, 9, 16
周囲からの支えに対する感謝の気持ちが強まった	.58	.14	.00	.00	.00	4.95	0.08	90.9	1, 13, 30
自分の感情や気持ちを制御できるようになった	.58	.27	.00	.00	.00	3.86	0.11	63.1	1, 5, 6
自分に対する自信が回復してきた	.43	.27	.31	.00	.00	4.03	0.12	66.5	16, 21, 31
職場や家庭での仕事をやりこなせる	.42	.00	.00	.17	-.21	4.04	0.09	67.0	5, 7, 22
がんに対する家族の理解が深まった	.38	.00	.00	.21	.00	4.12	0.10	72.2	7
第2因子:GF2 コーピング戦略									
我慢強い人間になった	.00	.62	.00	.34	.00	3.78	0.10	54.5	1, 23, 31
生活の問題やストレスに対処できるようになった	.39	.48	.00	.00	.00	4.25	0.10	75.6	5, 9, 17
第3因子:GF3 well-being									
将来の見通しは明るい	-.34	.12	1.10	.00	.00	3.52	0.11	50.0	14, 23
自分の将来に希望を持っている	.00	.00	.84	.00	.00	3.70	0.11	56.3	6, 15, 23
不安もなく、ふつうに日常生活を送る事ができる	.27	-.18	.59	.00	.00	3.93	0.11	65.3	5, 6, 9
自分には、到達したい人生の目標がある	.00	.00	.55	.26	.00	3.62	0.12	52.3	10, 15, 23
生きがいを感じる	.33	.00	.50	.00	.00	4.14	0.10	69.9	6, 15, 22
夜は眠ることができる	.00	-.27	.41	.11	-.14	4.23	0.11	69.9	9, 10, 12
第4因子:GF4 リカバリー									
時間を有効に使うようになった	.00	.00	.00	.85	.00	3.89	0.10	61.9	1, 2
医療・福祉制度などに関心を持つようになった	.00	.00	.00	.58	.00	4.22	0.10	75.6	2, 8, 29
自分が頑張ろうという気持ちになった	.20	.09	.00	.57	.00	4.21	0.11	71.0	6, 8, 17
生きる意味や人生について考えるようになった	.24	.00	.00	.51	.00	4.56	0.10	80.1	1, 22, 31
家族のことを考えるようになった	.38	.00	-.15	.45	.00	4.52	0.10	80.1	1, 2, 14
健康の大切さを知り、日常生活に注意している	.30	.00	.00	.40	.00	4.63	0.12	84.1	1, 14, 30
この辛さは「がん患者でない」と分からないと思う	.22	.13	-.13	.32	.13	4.31	0.11	73.3	7
第5因子:GF5 抑うつ									
最近、神経質(敏感、心配性など)になっている	.00	.00	.00	.00	.90	2.20	0.14	26.1	11, 20, 22
最近、悲しいと感じる	.00	.00	.09	.00	.81	2.07	0.13	18.8	10, 22, 27
最近、病気と闘うことに希望を失いつつある	.00	.00	.00	.00	.81	1.81	0.13	14.2	22, 30
最近、死ぬことを心配している	.00	.00	.00	.00	.81	1.99	0.14	21.6	6, 22, 29
最近、病気の悪化を心配している	.22	.00	-.25	.00	.64	2.59	0.13	34.1	10, 12, 22
最近、心配事が心に浮かび、心を悩ます	.00	.00	.00	.23	.61	2.76	0.13	33.5	10, 24
Cronbachのα係数	.92	.74	.87	.85	.91				

注) 適合度指標 RMSEA=.050 CFI=.949 GFI=.835

しは明るい」に代表されるように、「人生の目標、生き甲斐、日常生活などの点で精神的に良好な状態」を表す項目から成るので、【well-being (GF3)】と名付けた。

リカバリーとは「精神疾患の人達が破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味や目的を見出して行くプロセス」(Anthony, 1993)と定義されるが、第4因子では「時間を有効に使うようになった」「医療・福祉制度などに関心を持つようになった」「自分が頑張ろうという気持ちになった」「生きる意味や人生について考えるようになった」など、がんの罹患によって落ち込んだ状態から個人の生活や社会生活において、新しい人生に向って心の準備が出来た状態を表す項目から成るので、【リカバリー (GF4)】と名付けた。

第5因子では「最近、神経質になっている」「悲しいと感じる」などの項目が多いので、【抑うつ (GF5)】と名付けた。

第5因子では「最近、神経質になっている」「悲しいと感じる」などの項目が多いので、【抑うつ (GF5)】と名付けた。

SEM 分析による内部構造のモデリング

各 PS 過程で生じた潜在因子相互の因果関係を解明するために SEM の一つであるパス解析を行った。因子と下位尺度の数が非常に多く、そのまま SEM 分析しても適合度の良好なモデルを得るのは容易ではないので、個人別に各因子の因子得点を回帰法で得た上で、その因子得点をデータとしてパス解析し、標準化解の結果を Figure1 (パス図)に示した。

パス解析においては、適合度が「非常に良い」と呼ばれるレベルに到達するまで、パスの引き方を修正しながら反復計算を繰り返した。

なお PS の授受過程と認知の再構築過程では、各因子間で相互関係が生じると考えれるが、図の煩雑さを回避するために、因子間の相互関係は図中には図示せず、その関係を表す相関係数のみ図中に記載した。矢線は因果関係を示し、始点が原因を、終点が結果を表す。パス係数(影響力の大きさ)が0.4以上のときは太線で、0.2—0.4は中線で、0.2未満は細線で示した。このモデルの適合度は RMSEA=0.047, CFI=0.989, GFI=0.937 で、良好なモデルが得られた。パス図は極めて複雑な様相を示しているが、全体の因果関係が上から下へと進展するように図示した。

Figure1は、PS 過程での各因子間の因果関係と因果の強さを表しており、PS の内部構造を図示したものとなっている。

考察

1. モデルの適合性

本研究では、CFA 分析で適切な因子を抽出するために、Cronbach の α 信頼性係数が0.7以上であり(豊田,2012;下妻・江口,2001),かつ下記の適合度が一定水準以上のモデルを選択した。適合度としてはモデルの分布と真の分布の乖離度を表す RMSEA を最も重視し、CFI および GFI を参

考指標に選んだ。RMSEA は0.05未満であれば「当てはまりが非常に良い」とされ、CFI と GFI は、0.95以上なら「非常に良い」とされている(朝野・鈴木・小島, 2005)。

これらの値は Table1—Table4 および Figure1 に記載したが、いずれも α 値も適合度も良好な値が得られているので、すべて適切なモデルであると言える。

2. 該当率 (%) から得られる知見

次に Table1—Table4 の該当率 (%) から次のことが分かる。

Table1では、因子 CF1ではどの下位尺度も70%以上であるが、CF2及びCF3では50%以下が圧倒的に多い。つまり入会動機としては、【体験者の知見への希求(CF1)】が最大のニーズであることが分かる。

一方で、軽い気持ちで入会した人が38.9%もいて、中には入会に躊躇する人が11.4%もいた。これらは時々見られる現象であるが、Table1の結果は、それらの根底には今の不安から逃れたいという気持ちが存在して、それが彼らの背中を押した結果であることを示している。Figure1が示すように、最初の動機が「不安」にあることを示唆している。

Table2では、該当率が70%以上の下位尺度が全体の82%を占めている。これはPS授受過程で情報交換が活発に行われたことを示している。

Table3では、該当率が70%以上の下位尺度が全体の87%を占めた。これはほとんどの人に意識や認識の変化があったことを示している。

Table4をみると、【well-being (GF3)】では該当率が50%台の下位尺度が半数を占める。これは精神的に良い状態とは言えない人がかなりいることを示している。また【抑うつ (GF5)】ではすべての下位尺度の平均評価点が3.0未満で、しかも該当率が35%未満であることから、多くの人が

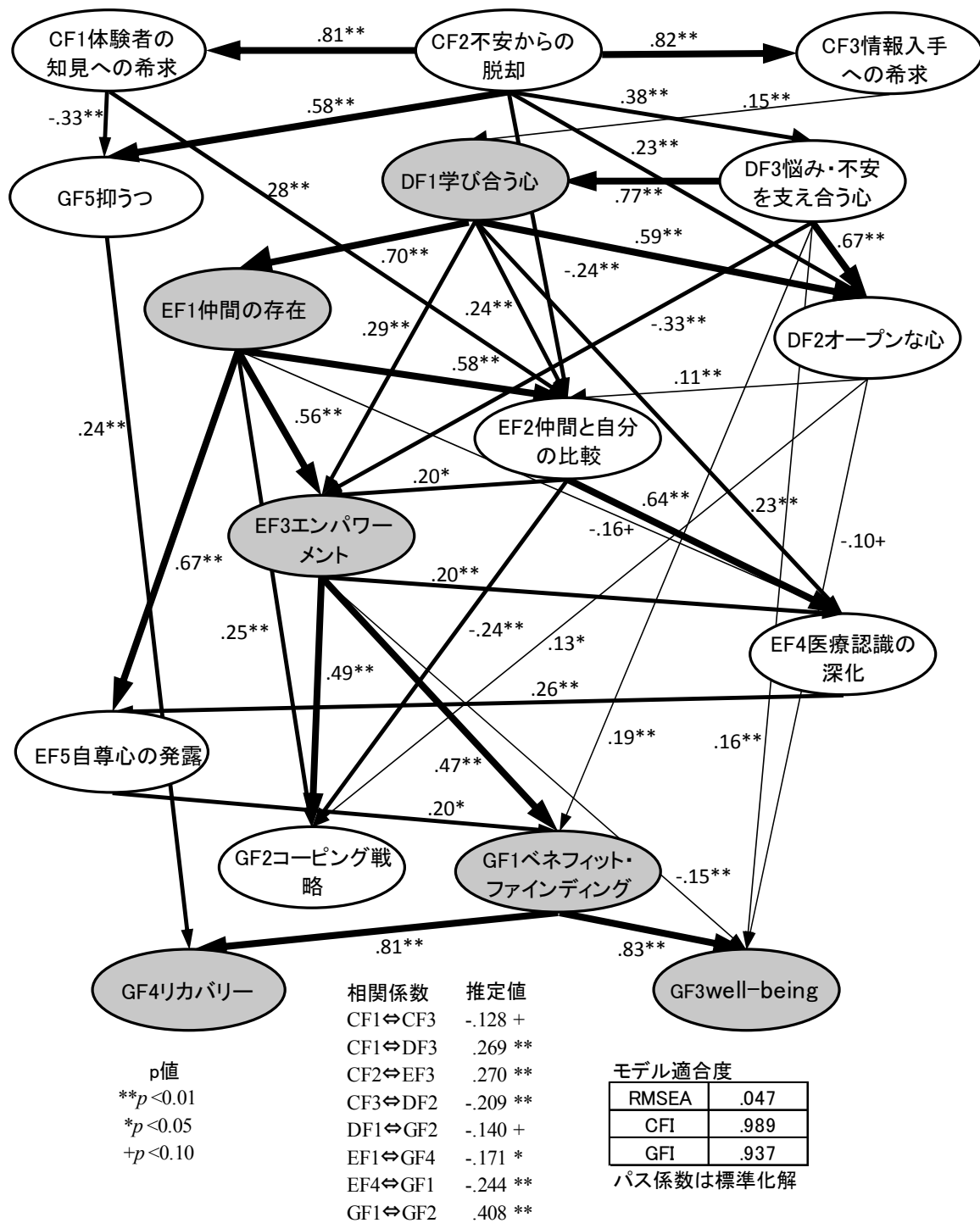


Figure1 ピアサポート過程で生じる意識の変化

抑うつ状態にはないことを示している。

3. パス図から得られる知見

Figure1によれば入会動機(CF1—CF3)では、

矢線の方から見ると、最初【不安からの脱却(CF2)】が生まれ、その後【体験者の知見への希求(CF1)】と【情報入手への希求(CF3)】へと動機が移ることが分かる。当初は体験者の知見には見

向きもせずに、自分の不安な気持ちに対処してくれるものを求めるが、やがて自分の知りたいことが「同病者の知見」であることに気付くことを表している。【体験者の知見への希求】は【抑うつ (GF5)】を抑制する方向(マイナス方向)に働くが、(CF2)→(GF5)を見ると、逆に【不安からの脱却】が【抑うつ】を強く促進することを示している。他の体験者の知見を積極的に求める人は抑うつになりにくいだが、逆に体験者の知見よりも、今の自分の不安への対処だけに興味のある人は、抑うつになりやすいことを示唆している。

PSの授受過程(DF1—DF3)では、はじめ【悩み・不安を支え合う心(DF3)】が生まれるが、やがて【学び合う心(DF1)】と【オープンな心(DF2)】へと変化する。当初悩みや不安だけに集中していた意識が、やがて他の事柄へも拡散して行く。【学び合う心】は認知の再構築過程の【仲間の存在(EF1)】に強く影響する。【仲間の存在】とは、仲間が存在するということそのものを意味するが、その下位尺度は「患者会では、それまでの孤独感から解放される」「患者会が楽しみとなった」「患者会では気兼ねなく癌の話ができる」など、がん経験者の仲間が居て初めて可能となるような状況を指している。

したがって学び合う気持ちが強い人ほど、自分ひとりの時には思いもしなかった、上述のような種々の状況を強く意識するようになる。

【仲間の存在】は【エンパワーメント(EF3)】を強く刺激する。仲間から受けた刺激が「元気や勇気をもらった」という気持ちを強く惹起するのである。

【エンパワーメント】はPSの授受過程の【学び合う心】によって促進される。しかし(DF3)→(EF3)のパス係数が負の値を示しているので、逆に【エンパワーメント】は【悩み・不安を支え合う心】によって抑制されることが分かる。学ぶ意欲の高い人ほど元気が出て来るが、悩みや不安に執

着し過ぎる人は、ポジティブな気持ちを萎えさせてしまうことを示唆している。

また【仲間の存在】は【仲間と自分の比較(EF2)】を強く刺激する。仲間が居ることで、他と自分を比較するようになる。その結果、【医療認識の深化(EF4)】が強く進む。つまり他と自分の比較を通して、医療と自分との関わりを深く認識するようになることを示している。

また(CF2)→(EF2)のパス係数が負の値を示しているので、入会時に不安な事ばかりに心を奪われていたような人は、仲間と自分を比較する気になりにくいことを示唆している。気持ちが閉鎖的になっているからであろう。さらに(EF2)→(EF4)の関係を考えると、そのような人は結局医療について深く理解できないままとなる可能性を示唆している。

【エンパワーメント】は帰結過程の【BF (GF1)】と【コーピング戦略(GF2)】を強く促進する。BFとは病気をすることで自分にとってプラスとなった事柄に気付くことであるが、その結果BFは【well-being (GF3)】と【リカバリー (GF4)】とを強烈に促進する。がんを経験することで多くのプラス面に気付くほど、精神的安定に向い、前向きな気持ちになることを示唆している。がん経験者はがんの罹患を経験することで、人生の意味を深く考えるようになる(砂賀・二渡, 2011; 黄・兒玉・荒井, 2014)が、【エンパワーメント】から【リカバリー】に至る連鎖をみると、その理由も納得できるのではないと思われる。

【自尊心の発露(EF5)】は【仲間の存在】から強い影響を受けると共に【医療認識の深化】からも影響を受けている。仲間が居ることの意味が理解され、仲間との比較の中で医療に対する認識が深まると、自尊心が刺激されて、「仲間や会の役に立ちたい」という前向きな気持ちが惹起されて来ることを示している。医療行為の中では生じない仲間意識や絆が、患者会の中では自然発生的に生

まれて来るのは、こうしたメカニズムが働いているからだと思われる。

これらの意識の変化は、著者が長年患者会活動で観察してきた事実とよく一致している。Figure1のモデルの妥当性を示唆している。

4. パス図に見られる内部構造

Figure1から得られる重要な知見の1つは、【学び合う心】が強く働いた結果【仲間の存在】が意識され、それが出発点になって、PS過程の中に【仲間の存在】→【エンパワーメント】→【BF】→【リカバリー】と【well-being】という強い連鎖が見られる事である。

ところで、仲間の存在が患者自らの力で元気を取り戻す力になっていることは従来から知られていた（小野・高山・草野・川田，2007）。仲間の存在の意義は、質的研究でも報告されている（仲沢他，2005；荒井，2007；岩下・繁田，2013；山谷・小野寺・亀口，2016）。しかし仲間の存在がどのような心理的メカニズムによって、患者を元気づけ勇気づけるのかという点については研究されることがなかった。上記の連鎖の結果として【リカバリー】が得られることを考えると、上記の連鎖こそ、そのメカニズムを説明しているものであると考えられる。この意味において、この連鎖はPSの内部構造の核心的部分と言えるので、網掛けをして図示した。この連鎖は「仲間」が存在しなければ生じない。「仲間が居る」ということ自体が大きな意味を持っているのである。

「心のケア」には、医療の枠組みだけでは対処できないという問題が指摘されている（谷本，2004；竹田，2011；黄・兒玉，2014）。医療の枠組みというのは、医療者が患者を一对一の上下関係の中で治療する仕組みである。その中では、患者は自分のことしか分からない。それに対して患者会のPSでは、当事者同士が対等に支え合う中で、仲間から多くを学び、自分を他者と比べることが出来

る。これが医療の枠組みと本質的に異なる点である。心のケアに対しては、緩和医療が第1の資源なら、患者会は第2の資源となりうることが分かる。

パス図に示されたPSの内部構造は、患者会活動の中で如何にして患者自らが元気を取り戻して行くのかというメカニズムをよく表しているが、これはかつて知られることの無い知見であった。これによって患者会という場がなぜ有効なのか、意味があるのかという理由の一端を説明できるのではないと思われる。

結論

SEM分析という手法を導入することにより、従来あいまいであったPSの内部構を初めて明らかにすることが出来た。それによって、「仲間が居ること」の意義が見出され、患者会の意義が確認できた。

謝辞

本研究は、研究費の一部として第6回ニッセンライフ基金がん患者団体支援助成金を受けた。ご支援いただいたNPO がん患者団体支援機構に厚く感謝申し上げます。

引用文献

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Anthony, W. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

- 安藤満代・吉良春子 (2014) . がん患者が病気の体験から得たベネフィット・ファインディングとスピリチュアリティとの関連 健康心理学研究, 27 (2) , 140-147.
- 荒井春生 (2007) . がん体験者のエンパワメントモデルに関する一考察 人間総合科学会誌, 3 (1) , 63-70.
- 朝野熙彦・鈴木督久・小島隆矢 (2005). 入門共分散構造分析の実際 講談社サイエンティフィック
- 「がんの社会学」に関する合同研究班 (2003) . がん体験者の悩みや負担等に関する実態報告書概要版「がんと向き合った7885人の声」, 1-36.
- Hagiwara,E., & Futawatari, T. (2013) . A Concept Analysis: Empowerment in Cancer Patients. Kitakanto Med J, 63, 165-174.
- 平井 啓・鈴木要子・恒藤 暁・池永昌之・芽根義和・川辺圭一・柏木哲夫 (2001) . 末期癌患者のセルフ・エフィカシー尺度開発の試み 心身医学, 41 (1) , 19-27.
- 伊藤智樹 (編著) (2013) . ピア・サポートの社会学 晃洋書房
- 岩下 彩・繁田里美 (2013) . 患者会に参加するがん患者の思いの検討. 第43回 (平成24年度) 日本看護学会論集 成人看護Ⅱ, 115-118.
- Joyce, B.D., & Lesley, F.D. (1997) . Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. Cancer Nursing, 20 (3) , 187-196.
- Katz, R.C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Neison, S. (2001) . The Psychosocial impact of cancer and lupus: a cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. Journal of Behavioral Medicine, 24 (6) , 561-71.
- Kinney,C., Rodgers,D.,Nash,K.,& Bray,C.2003) . Holistic Healing for Women With Breast Cancer Through a Mind,Body, and Spirit Self-Empowerment Program. Journal of HolisticNursing, 21 (3) , 260-279.
- 黄 正国・兒玉憲一 (2012) . がん患者会のコミュニティ援助機能とベネフィット・ファインディングの関連 Palliative Care Research, 7 (2) , 225-32.
- 黄 正国・荒井佐和子・兒玉憲一 (2013) . 地域がん患者会参加者における会の援助機能評価とベネフィット・ファインディングおよびメンタルヘルスとの関連 広島大学大学院研究科紀要, 3 (62) , 105-114.
- 黄 正国・兒玉憲一 (2014) . 地域がん患者会の参加者におけるソーシャルサポートの授受と心理的適応との関連 広島大学大学院教育学研究科紀要 , 3 (63) , 57-65.
- 厚労省 (2013) . がん患者のサポートプログラムに関するニーズ調査, 第37回がん対策推進協議会, 2-16.
- Maunsell E . , Lauzier S . , Brunet J . , Pelletier S., Osborne R.H , Campbell H.S. (2014) . Health-related empowerment in cancer: validity of scales from the Health Education Impact Questionnaire. cancer,120 (20) , 3228-3236
- 仲沢富枝・小野興子・小林美雪・古屋美代子・藤江鈴子・広瀬昌子 (2005) . がん患者のセルフヘルプ・グループの有効性の考察—参加者の語りの分析から— 日本看護学会誌, 15 (1) , 102-110.
- 小野美穂・高山智子・草野恵美子・川田智恵子 (2007). 病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連 日本看護科学会, 27 (4) , 23-32.
- 大松重宏 (2012) . がん患者会におけるピア・サポートに関する考察 - 認知の再構築の視点から 医療社会福祉研究, 20,50-59.
- 清水裕士 (2016) . フリーの統計分析ソフト HAD: 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案 メディア・情報・コミュニケーション研究, 1: 59-73.
- 下妻晃二郎・江口成美 (2001) . がん患者用 QOL 尺度の開発と臨床応用 (1) 日医総研ワーキングペーパー, 56, 1-21.
- 砂賀道子・二渡玉江 (2011) . がん体験者のレジリエ

- ンスの概念分析 Kitakanto Med J, 61, 135-143.
- 竹田 寛 (2011) . がん患者サロンにおけるヘルス・コミュニケーションに関する一考察 保健医療社会学論集, 22 (2) , 38-44.
- 谷本千恵 (2004) . セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討 一看護職は SHG とどう関わるかー 石川看護雑誌, 1, 57-64.
- 豊田秀樹 (編著) (2012) . 因子分析入門 (第2章) 東京図書
- 塚本尚子 (1998) . がん患者用自己効力感尺度作成の試み 看護研究, 31 (3) , 198-206.
- 若崎淳子・谷口敏代・掛橋千賀子・森 将晏 (2007) . 成人期初発乳がん患者の術後の QOL に関わる要因の探索 日本クリティカルケア看護学会誌, 3 (2) , 43-56.
- 山谷佳子・小野寺敦志・亀口憲治 (2016) . がん治療後、日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義 国際医療福祉大学学会誌, 21, 54-65.

Appendix 参考文献

番号	参考文献
1	黄正国, 他 (2014). 地域がん患者会参加者のベネフィット・ファインディングとメンタルヘルスとの関連 心理臨床学研究, 32 , 545-555.
2	黄正国, 他 (2012). がん患者会のコミュニティ援助機能とベネフィット・ファインディングの関連 Palliative Care Research, 7 (2), 225-32.
3	黄正国, 他 (2014). 地域がん患者会の参加者におけるソーシャルサポートの授受と心理的適応との関連 広島大学大学院教育学研究科紀要, 3 (63), 57-65.
4	黄正国, 他 (2013). がん患者会参加者による会の援助機能評価とその関連要因の検討 Palliative Care Research, 8 (2), 223-31.
5	塚本尚子 (1998). がん患者用自己効力感尺度作成の試み 看護研究, 31 (3), 198-206.
6	高橋育代, 他 (2004). がん体験者のQOLに対する自助グループの情緒的サポート効果 日がん看会誌, 18 (1), 14-24.
7	寺崎明美, 他 (2006). 喉頭摘出者のセルフヘルプ・グループから得ている支援内容とストレス対処パターンとの関連 日本看護科学会誌, 26 (4), 37-45.
8	小野美穂, 他 (2007). 病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連 日本看護科学会, 27 (4), 23-32.
9	平井啓, 他 (2001). 末期癌患者のセルフ・エフィカシー尺度開発の試み 心身医, 41 (1), 19-27.
10	金子眞理子 (1999). 「がん患者苦悩尺度」の開発—心霊性と妥当性の検討 聖路加看護学会誌, 3 (1), 25-32.
11	福原俊一 (1999). MOS Short-Form 36-Item Health Survey: 新しい患者立脚型健康指標. 厚生省の指標, 46 (4), 40-45.
12	江口研二, 他 (1993). がん薬物療法におけるQOL調査票 日本癌治療学会誌, 28 (8), 1140-1144.
13	佐藤三穂 (2007). 膠原病を持つ人におけるベネフィットファインディングの特性とその獲得に関連する要因 看護総合科学研究会誌, 10 (2), 15-25.
14	千葉理恵, 他 (2010). 精神疾患をもつ人におけるベネフィット・ファインディングの特性 日本看護科学会誌, 30 (3), 32-40.
15	千葉理恵, 他 (2012). 地域で生活する精神疾患をもつ人の, ピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較 精神科看護, 38 (2), 48-54.
16	大松重宏 (2012). がん患者会におけるピア・サポートに関する考察—認知の再構築の視点から 医療社会福祉研究, 20 , 50-59.
17	岩下彩, 他 (2013). 患者会に参加するがん患者の思いの検討 第43回 (平成24年度) 日本看護学会論集 成人看護 II, 115-118.
18	仲沢 富枝, 他 (2005). がん患者のセルフヘルプ・グループの有効性の考察—参加者の語りの分析から— 日本看護学会誌, 15 (1), 102-110.
19	竹田 寛 (2011). がん患者サロンにおけるヘルス・コミュニケーションに関する一考察 保健医療社会学論集, 22 (2), 38-44.
20	室田沙織, 他 (2013). がんサバイバーがセルフヘルプグループでの活動を通じて新たな役割を獲得するプロセス Kitakanto Med J, 63 , 125-131.
21	砂賀道子, 他 (2011). がん体験者のレジリエンスの概念分析. Kitakanto Med J, 61 , 135-143.
22	下妻晃二郎, 他 (2001). がん患者用QOL尺度の開発と臨床応用 (1) 日医総研, 56 , 1-21.
23	小塩真司, 他 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成— カウンセリング研究, 35 (1), 57-65.
24	八田宏之, 他 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績— 心身医, 38 (5), 310-316.
25	吉田みつ子, 他 (2011). 複合型がんサポートプログラムに対する課題の検討 Palliative Care Research, 6 (1), 201-208.
26	守田美奈子. 地域を拠点とした包括的ながんサポート提供システムの構築と評価に関する研究. 平成17年度～20年度科学研究費補助金 基礎研究A 研究成果報告書.
27	鈴木伸一, 他 (1987). 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討 行動医学研究, 4 (1), 22-29.
28	坂口幸弘 (2002). 死別後の心理的プロセスにおける意味の役割—有益性発見に関する検討— 心理学研究, 73 (3), 275-280.
29	荒井春生 (2007). がん体験者のエンパワメントモデルに関する一考察 人間総合科学会誌, 3 (1), 63-70.
30	上杉和美 (2004). 退院後のがん患者のエンパワメント 高知女子大学看護学会誌, 29 (1), 37-47.
31	竹内 弥央, 他 (2014). ストレス体験における有益性発見尺度の作成および信頼性・妥当性の検討 人文 13 号, 103-116.
32	安藤満代, 他 (2014). がん患者が病気の体験から得たベネフィット・ファインディングとスピリチュアリティとの関連 健康心理学研究, 27 (2), 140-147.