OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	がん患者のグループ療法に対する参加動機
Author(s)	松井, 智子; 平井, 啓; 松向寺, 真彩子 他
Citation	生老病死の行動科学. 2014, 17-18, p. 49-63
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/36357
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

原著論文

がん患者のグループ療法に対する参加動機

Cancer patients' motivation for participating in group therapy

（大阪大学人間科学研究科博士前期過程）松　井　智　子
（大阪大学大型教育研究プロジェクト支援室）平　井　　啓
（市立豊中病院）松向寺　真彩子
（市立豊中病院）徳　山　まどか

Abstract

The aim of this study was to explore the factors that contribute to cancer patients' motivation for participating in group therapy. Seven cancer patients（mean age = 63; *SD* = 10.3）who had participated in group therapy were interviewed. Participants were asked about their motivation for participating in group therapy. Through the content analysis of the interviews, seven factors related to motivation for participation in group therapy were identified: the perception of one's own problem and the need to solve it; the lack of and need for social support; the lack of and need for companionship; the ease of participation; the introduction to and recommendation of the program by medical staff; the perception of flyers; and the interest in and concerns about the program. It's important that medical staff should introduce group therapy to patients who have problems or do not have social support. Therefore, medical staff should not only build good relationships with patients, but also know about support services such as group therapy. In addition, it is also important for medical staff to assess what kind of support patients need, and whether patients need companionship.

Key word: group therapy, cancer patients, participating motivation

Ⅰ　背景と目的

1．がんへの罹患と心理・社会的苦痛

現在、2 人に 1 人ががんに罹患する時代となっているが、治療技術の進歩にともない、がん患者の生存率は上昇し、がんになっても長期生存するものが増加してきた（独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2012）。しかしながら、がん患者は再発や死についての不安や、治療に伴う副作用や後遺症、さらには対人関係などについて悩むなど、心理・社会的苦痛を抱いている（厚生労働省研究班, 2004）。さらに、がん患者のうち、32%が適応障害を、6%がうつ病を有しているとも言われ（Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs, & Carnicke, 1983）、がん患者の心理社会的側面のケアの必要性が高まってきた。

2．がん患者を対象としたグループ療法

がん患者の心理・社会的苦痛のケアのひとつにグループ療法がある。がん患者に対するグループ療法とは、グループリーダーからのアプローチを軸として、同様な状況に置かれた者同士の相互支持の場として機能し、グループ内で生じるお互いの精神的援助や日常生活に

おける情報交換を通じて、より適応的な対処方法を身につけていく治療技法である（明智, 2010）。河瀬・中村（2009）によると、グループ療法といっても、そのあり方は様々であり、内容は大きく分けて、①教育的介入、②支持・感情表出型、③認知行動療法型などがあげられる。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。支持・感情表出型は、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。そして、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するためのトレーニングを主に行っていくものである。形態としては、構造化グループと非構造化グループがある。構造化グループは、話題に対するテーマや、実施回数などがあらかじめ設定されたプログラムに沿って進められていく。非構造化グループは、特にテーマを設定せずに、参加者が話題にしたいことを扱っていくというものである。

３．がん患者を対象としたグループ療法の効果の検討

がん患者に対するグループ療法は、1980年代前後に欧米で開発され、生存期間や心理社会的側面であるQOLに対する効果が検討されてきた。また、我が国におけるがん患者を対象とした精神療法の有用性に関する研究では、グループ療法が最も早く着手され、最も幅広く試行されてきた（明智, 2010）。生存期間に関しては、介入群の生存期間は対照群より有意に長かったとする報告があり（Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989; Spiegel, Boom, & Yalom, 1981）、それ以降その効果が検証されてきたが（Cunningham, Edmonds, Jenkins, Pollack, Lockwood, & Warr, 1998; Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey, & Morton, 1993）、2001年の大規模調査において、ベースラインでPOMSと痛みの苦痛の高い患者に対して介入の効果が認められるものの生存期間には有意差がなかった（Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vincent, Guther, Drysdale, Hundleby, Chochinov, Navarro, Speca, & Hunter, 2001）ことから、現在ではグループ療法は生存期間の延長には寄与しないものと考えられている。一方で、心理社会的側面については、抑うつ症状や絶望感、孤独感といった心理的負担の軽減（中條, 2006; Edelman, Bell, Kidman, 1999; Goodwin, et al, 2001; Samarel, Tulman, & Fawcett, 2002; Fukui, Koike, Ooba, & Uchitomi, 2003; Spiegel et al., 1981; 吉田・遠藤・守田・朝倉・奥原・福井・竹中, 2004）、コーピングの改善（Edmonds, et al., 1999; Spiegel et al., 1981; 吉田ら, 2004）、自尊感情の向上（Edelman, et al., 1999）、痛みの軽減（Goodwin, et al., 2001; Spiegel & Bloom, 1983）、身体・心理・社会的なQOLの向上（Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer, & Schwartz, 1986; Kissane, Bloch, Smith, Miach, Clarke, D.Ikin, Love, Ranieri, & McKenzie, 2003）、セルフエフィカシーの向上（Fobair, Koopman, DiMiceli, O'Hanlan, Butler, Classen, Drooker, Davids, Loulan, Wallsten, & Spiegel, 2002）、病気に関する知識の改善（Ferlic, Goldman, & Kennedy, 1979; Okamura, Fukui, Nagasaka, Koike, & Uchitomi, 2003）、自己概念、病院への適応、死に関連した問題について探求する能力の改善（Ferlic, et al., 1979）、情緒状態の改善（Fawzy, et al., 1993; 藤富・上野, 2003; Fukui, Kugaya, Okamura, Kamiya, Koike, Nakanishi, Imoto, Kanagawa, & Uchitomi, 2000; 塗師・松原・原田・磯部・佐高・今川, 2005; 山道, 2003）、ソーシャルサポートの改善（Cella & Yellen, 1993; Cohen & Kuten , 2006; Fukui, et al., 2003; Oz, Dil Inci & Kamisli, 2012）、相

談人数の増加（藤富・上野, 2003）などが報告されている。以上より、現在では、がん患者のグループ療法は、生存期間の延長には寄与しないものの、がん患者の心理・社会的側面の向上に有用であると考えられている。さらに、個別のカウンセリングと比較して、不安や抑うつ、精神的苦痛の改善に対する効果に差がないことが報告されている（Cain, et al., 1986; Sheard & Maguire, 1999）。

４．がん患者のグループ療法への参加について

グループ療法の有用性についてはこれまで述べていたように多くの研究で示されてきた。それにもかかわらず、グループ療法の参加者が少ないことが指摘されている。そこで、これまでいくつかの研究によってグループ療法に対する興味と関連する要因が検討されてきた。興味があるがん患者は、診断されてからの期間が短いこと（Thiel de Bocanegra, 1992）、若年であること（Bui, Last, Bradley, Law, Maier, & Smith, 2002; Winzer, Hoppe, Altenhoff, Kuwert, Koch, & Schulz, 2009）、医療スタッフからの促進（Bui et al., 2002）パートナーがいないこと（Winzer et al., 2009）、男性であること（Winzer et al., 2009）、認知的回避傾向が低いこと（Winzer et al., 2009）が報告されている。認知回避傾向とは、脅威と関連する全ての情報に対する防衛である。学歴については一貫した結果が得られていない（Bui et al., 2002; Thiel de Bocanegra, 1992）。興味関心をもった理由としては、病気に関する情報を得ること（Thiel de Bocanegra, 1992; Winzer et al., 2009）、経験を分かち合う他者に会うこと（Thiel de Bocanegra, 1992; Winzer et al., 2009）、好奇心（Winzer et al., 2009）、病気の情緒的重要性について話すこと（Winzer et al., 2009）、専門家によるカウンセリングを受けること（Winzer et al., 2009）、他者を助けること（Winzer et al., 2009）、相互サポートや経験を交換すること（Thiel de Bocanegra, 1992）が挙げられてきた。

しかしながら、がん患者のグループ療法に対する興味と実際の参加には乖離があることが指摘されている。Bui et al.,（2002）によると、44名のがん患者に調査を行ったところ、グループ療法に興味を持った人は32%であったにも関わらず、参加したのはそのうちの29%であった。Winzer et al.（2009）は悪性黒色腫の外来がん患者121名に調査に、グループ療法に対して興味があるか尋ねたところ、興味があると回答した人は77%であった。しかし実際に参加に同意した人はそのうちの約半数の55%であった。我が国においては、乳がん患者72名を対象とした研究で、68%の患者がグループ療法に対してニードを持っていたことが報告されている（上野・山本・林・田中・河野・藤吉・藤富, 2001）。そして、同研究において、グループ療法に対するニードがあった患者は、希望していない患者に比べて、POMSの緊張、抑うつ、怒り得点が有意に高かったと報告されている。一方で日本におけるがん患者のグループ療法への参加率は、35%～48%であった（中條, 2006; Fukui et al., 2000; 山道, 2003）。

次に、グループ療法への参加に関連する要因について述べる。これまでの研究では、グループ療法の参加者と非参加者を比較した研究が多く、若年であること（Bauman, Gervey, & Siegel, 1992; Grande, Myers, & Sutton, 2006）、女性であること（Grande et al., 2006; Owen, Goldstein, Lee, Breen, & Rowland, 2007; Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986）、学歴が高いこと（Bauman et al., 1992; Grande et al., 2006; Owen et

al., 2007)、パートナーがいないこと（Bauman et al., 1992; Grande et al., 2006)、診断時の年齢が45歳以上65歳未満であること（Owen et al., 2007)、心理的苦痛の程度が高いこと（Grande et al., 2006)、多くの問題を報告すること（Taylor et al., 1986)、診断からの期間が長いこと（Taylor et al., 1986)、社会的地位が高いこと（Taylor et al., 1986)、ソーシャルサポートが不十分であること（Bauman et al., 1992)、家族の表出性が高いこと（Bauman et al., 1992)、がんと関連することおよびがん以外のことをメンタルヘルスの専門家に相談したいと思っていること（Taylor et al., 1986)、メンタルヘルスの専門家に相談したことがあること（Bauman et al., 1992)、がんに関する問題を解決するために本を読む努力をしたこと（Taylor et al., 1986)、がん以外のことで以前にグループ療法を利用した経験があること（Taylor et al., 1986)、他の任意団体へ参加していること（Bauman et al., 1992)、フォーマルサポートの利用（Grande et al., 2006)、グループ療法に対するポジティブな信念（Grande et al., 2006)、参加に対する重要他者のポジティブな信念 （Grande et al., 2006)、参加するにあたっての困難が少ないこと（Grande et al., 2006)、積極的で適応的なコーピング戦略を用いること（Grande et al., 2006)、自身のがんをコントロールできると思っていること（Grande et al., 2006)、補完代替医療を使用していること（Owen et al., 2007)、健康保険への加入（Owen et al., 2007)、便秘（Chujo, Kigawa, & Okamura, 2011)、ボディイメージ（Chujo et al., 2011)、将来の見通し（Chujo et al., 2011）などが関連要因として報告されている。また、参加を予測する要因として、グループ療法に対するポジティブな信念（Grande et al., 2006)、参加に対する重要他者のポジティブな信念（Grande et al., 2006)、積極的なコーピング戦略（Grande et al., 2006)、重要他者からのサポート（Grande et al., 2006)、働いていないこと（Sautier, Mehnert, Höcker, & Schilling, 2013)、治療数の多さ（Sautier et al., 2013)、情動焦点型のコーピングスタイル（Sautier et al., 2013）などが報告されている。

参加者を対象に参加動機について尋ねた研究では、自分の感情的および身体的な進捗を他者と比較すること（Bauman et al., 1992)、病気について情報を得ること（Bauman et al., 1992; Chujo et al., 2011)、他の患者と心配事を共有し助けること（Bauman et al., 1992; Stevinson et al., 2011)、同病者に会うこと（Chujo et al., 2011; Stevinson, Lydon, & Amir, 2011)、情緒的サポートを得ること（Stevinson et al., 2011)、実用的な助言を得ること（Stevinson et al., 2011)、専門家からの助言を得ること（Stevinson et al., 2011)、医療の情報を得ること（Stevinson et al., 2011)、グループ療法が魅力的であること（Chujo et al., 2011)、リラクゼーションを試したいということ（Chujo et al., 2011)、他の参加者からの勧め（Chujo et al., 2011)、家族からの勧め（Chujo et al., 2011）など多くの要因が挙げられている。

５．本研究の目的

これまでの研究より、がん患者のグループ療法に対する興味と実際の参加には乖離があり、そして参加の関連要因については多くの要因が明らかになっている。また、がん患者のグループ療法への参加動機についていくつか要因があげられているが、がん患者のグループ療法への参加を促進するためには、その行動が起こるまでのプロセス全体を構成する要因を明らかにし、今後それをもとにした介入することが効果的であると考える。そこで本研究で

は、がん患者のグループ療法への参加動機を構成する要因を広く抽出することで、臨床現場においてニードのあるがん患者がグループ療法へ参加しやすくなるような知見を得ることを目的とした。

Ⅱ　方法

1．調査対象者

がん患者のグループ療法参加者が少ないという現状では、我が国における臨床現場を想定した場合、特定のがん種を対象としたグループ療法の開催は困難が予想される。そこで本研究では、グループ療法を必要とするがん患者の実態を幅広く捉えるために、がん種や性別等は制限しないこととした。2011年～2012年度に近畿圏内のA病院にて開催された、がん患者を対象としたグループ問題解決療法（Group-Problem Solving Therapy：G-PST）プログラム3回の参加者に対して、プログラムの最終セッション時に、インタビュー調査への参加を募った。加えて、2008～2010年度のG-PSTプログラム参加者で、現在もA病院のG-PSTプログラムとは異なるサポートプログラムに参加しているものに対して個別に依頼をした。G-PSTプログラムとは、がん患者への効果も示された認知行動療法のひとつである問題解決療法（Hirai, Motooka, Ito, Wada, Yoshizaki, Shiozaki, Momino, Okuyama,& Akechi, 2012; Nezu, Nezu, Felgoise, McClure,& Houts, 2003）をベースとした構造化グループ療法プログラムである。G－PSTプログラムは、週に1回（90分）開催され、全5回と3ヶ月後のフォローアップで構成される。1回のセッションの参加者は、2～5名であった。スタッフは、ファシリテーター、臨床心理士、記録係の3名であった。

2．調査期間

2011年7月～2012年11月であった。

3．手続き

院内のプライバシーが保てる場所にて、個別に40分～1時間程度の半構造化面接を行い、インタビュー内容はICレコーダーに録音した。がん患者のグループ療法への参加にいたる動機についてインタビューを行った。具体的には、「どうしてこのプログラムに参加されようと思いましたか？」と尋ねた。

4．分析

分析には内容分析（content analysis）を用いた。具体的な手順としては、平井（2007）の手法を参考にした。まず、音声記録から正確な逐語録を作成した。そして、1名の研究者と2名の研究者所属研究室の大学院生が、がん患者のグループ療法に参加した動機に関連する発言をすべて抽出した。その後、研究者1名が該当箇所を意味が損なわれないように簡潔に表現し直し、それらを内容の類似点および相違点に基づいてグループの編成を行った。次にそのグループに、研究者1名が発言内容の特性を概念化したカテゴリー名を付けた。最後に、対象者の発言がいずれの項目に該当するかということについて、別の大学院生1名および、臨床心理士1名が独立して判定を行った。判定が一致しなかった場合には、意見が一致するまで研究者1名および判定者2名で協議し、結論を得た。協議前のKappa係数は0.69で

あった。

5．倫理的配慮

本研究は大阪大学人間科学研究科行動学系の倫理審査会およびA病院倫理委員会の承認を受けた後、調査を行った。参加者には、研究目的、参加者の権利、個人情報保護、ICレコーダーを用いた録音等について口頭と文書で十分に説明を行い、文書で同意を得た。また、インタビュー調査にあたり、A病院精神科の臨床心理士に、毎回インタビュー調査の前後に相談および報告を1時間程度行い、スーパーバイズを受けた。

Ⅲ　結果

1．対象者について

分析対象者は、調査の同意を得られた7名（男性2名、女性5名）で、平均年齢63歳（*SD*=10.3）であった。対象者それぞれの、性別、年齢、がん種、治療、外来・入院の状況、居住形態についてTable 1に示した。がん種は原発部位を示し、胃がん1名、子宮体がん1名、直腸がん1名、膀胱がん1名、大腸がん2名、乳がん1名であった。また、グループ療法参加時の治療状況については、抗がん剤治療中が3名、抗がん剤途中断念が1名、ホルモン療法が1名、なしが2名であった。入院・外来の状況については、外来のみが6名、入退院を繰り返したものが1名であった。そして、居住形態については、独居が2名、家族と同居が5名であった。

Table 1　対象者の基本属性

対象者	性別	年齢	がん種	治療	外来／入院	居住形態
A	女性	65	胃がん	抗がん剤途中断念	外来	独居
B	女性	46	子宮体がん	なし	外来	同居
C	女性	71	直腸がん	抗がん剤	外来	独居
D	男性	71	膀胱がん	抗がん剤	入院→外来→入院	同居
E	男性	62	大腸がん	抗がん剤	外来	同居
F	女性	69	大腸がん	なし	外来	同居
G	女性	31	乳がん	ホルモン療法	外来	同居

2．参加動機について

内容分析の結果、83の発言が抽出され、それらは16カテゴリーに分類された。そして、より抽象的な概念の上位カテゴリーに分類した結果、『問題の認識と解決欲求』『ソーシャルサポートの不足と欲求』『同病者の集まりへの参加欲求』『参加に対する容易さ』『医療スタッフからの紹介や勧め』『フライヤーの認知』『プログラム内容への興味・関心』という7つの上位カテゴリーに分けられた。抽出された上位カテゴリー、上位カテゴリーを構成するカテゴリー、および発言者の内訳についてTable 2に示した。また、上位カテゴリーを『 』、カテゴリーを【 】、対象者の発言を「 」、研究者の発言を（ ）で表す。

（1）問題の認識と解決欲求（*N* = 6）

『問題の認識と解決欲求』は、がんに関連することや日常生活に関連することなどについて、理想の状態と現状に乖離があり苦痛を感じていること。および、その状況を解決しようという思いがあることである。【問題の認識（*N* = 6)】という、参加者は、がんに関連することや日常生活に関連することなどについて理想の状態と現状に乖離があり苦痛を感じていることが示された。また、【問題の解決欲求（*N* = 1)】という、現状のままではよくないと思い、問題を解決しようと思うことが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「がん患者で、介護があって、父が亡くなって、いろんな問題を私は抱えているので、多分私はこの先どうなるか不安なので、助けてほしいんですって言って…」（対象者　B）が挙げられる。

（2）ソーシャルサポートの不足と欲求（*N* = 6）

ソーシャルサポートとは、社会関係の機能的側面のひとつであり、ある人をとりまく重要な他者から得られるさまざまな形の援助である（久田, 1987)。『ソーシャルサポートの不足と欲求』とは、周囲からのサポートが不足していること、およびそれを欲することを指す。これを構成するカテゴリーとして、まず【情緒的サポートの不足と欲求（*N* = 2)】という、自分の気持ちを理解してもらうことや、話を聞いてもらうことといったサポートが不足していること、およびそれを必要としていることが示された。そして、【道具的サポートの不足と欲求（*N* = 5)】という、日常生活を手伝ってもらうといった実用的なサポートや、専門家からのサポートが不足していること、およびそれを必要としていることであり、そして【情報的サポートの不足と欲求（*N* = 3)】という、病気や副作用に関する情報を提供してもらうといったサポートが不足していることおよびそれを必要としていることが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「今迄、言うたらその友人が精神安定剤みたいなもんだったから、それがなくなってね、やっぱりその、自分のこのなんていうのかな、気持ちを本当に聞いてもらえるいう人がいなくなったもんですからね。」（対象者　A）や、「十分かみさんと喋ってるだけで、十分よ。…うんうんうん、もういらないいらない、かみさんで一人。うん、ただそれで足りないからいろいろアンテナ張りたいっていうな。（あ、足りていないということなんですね。）だって、かみさんなんてガンのことなんも知れへんし。」（対象者　E）が挙げられる。

（3）コンパニオンシップの不足と欲求（*N* = 3）

コンパニオンシップとは、社会関係の機能的側面のひとつであり、他者と共通の話題で時間を過ごすことや余暇を一緒に過ごすことを通して間接的に援助効果をもたらすといわれている（Rook, 1987)。『コンパニオンシップの不足と欲求』とは、他者と共通の話題で時間を過ごすことや、余暇を一緒に過ごすことがないこと、および欲することである。この上位カテゴリーを構成するカテゴリーには、【他者との相互作用の不足と欲求（*N* = 2)】という、同病者に限らず、他者と共通の話題で時間を過ごすことや、余暇を一緒に過ごすことがないこと、および欲することや、【同病者との相互作用の不足と欲求（*N* = 4)】という、同病者とそういった時間や余暇を一緒に過ごすことがないことが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「やっぱり、同じ患者さん同士喋ってみると、何かいろいろあるだろ

うなと思って、」（対象者　F）が挙げられた。

（4）参加に対する容易さ（*N* = 6）

『参加に対する容易さ』は、グループ療法への参加に対して心理的、環境的、そして身体状況的に参加がしやすかったということである。【心理的な容易さ（*N* = 4)】というカテゴリーから成り、参加者は軽い気持ちでグループ療法に参加したということが示された。【環境的な容易さ（*N* = 2)】とは、参加者は入院中であり、会場へアクセスしやすかったということや、開催時期のタイミングがよかったということである。【身体的な容易さ（*N* = 2)】は、参加者の身体状況や病状がグループ療法へ参加できる程度の状態にあったということである。上位カテゴリーの代表的な発言として、「一回も出たことないし、ちょっと参加してみようかなという程度の軽い気持ちだった。」（対象者　F）や、「ほいから、こんなんでつながれとるから（点滴）。この程度でしょ。ベッドでうんうん言うてたら、ねえ、そう簡単には行かれへんし、たまたま手術の翌日なんかがそのあれだったら参加できないわけだけどね。せいぜいこの程度で歩けるということやから行けるわけでね、」（対象者　D）が挙げられた。

（5）医療スタッフからの紹介や勧め（*N* = 6）

『医療スタッフとの接触』は、医療スタッフへ自身の状況を相談した際や、別のプログラムに参加した際に、本プログラムを紹介または勧められたということである。【医療スタッフへの相談（*N* = 5)】という自身の状況につて医療スタッフとのやりとりがあったということや、【別のサポートサービスの利用（*N* = 3)】という本プログラムとは別のサポートサービスを利用していたことが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「それは、S先生が一度こういうグループのがあるからいらしたら言うて、参加してみませんかって言うて教えてもらて、行ってみたんですけど」（対象者　C）が挙げられた。

（6）フライヤーの認知（*N* = 5）

『フライヤーの認知』は、ポスターやパンフレットを見ることを通して、グループPSTを知ったことである。また、【ポスターの認知（*N* = 4)】という、院内に掲示してあったポスターを見てプログラムを知ったということや、【パンフレットの認知（*N* = 3)】という、パンフレットを見てプログラムを知ったということが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「定期的に通院していた時点で、精神科の外来のところにポスターがあったんで」（対象者　F）が挙げられた。

（7）プログラムの内容への興味・関心（*N* = 4）

『プログラム内容への興味・関心』は、開催されるプログラムはどのようなことをするのか、内容に興味・関心をもつことである。【PSTへの興味・関心（*N* = 3)】というカテゴリーから成り、PSTではどのようなことをするのか、内容に興味・関心を持つことが示された。また、【心理療法への興味・関心（*N* = 2)】というカテゴリーから成り、一般的な心理療法やカウンセリング技法に興味・関心をもつことが示された。上位カテゴリーの代表的な発言として、「“問題解決セミナー”て書いてあったから行ってみよか、という単純な、なん

Table 2 がん患者のグループ療法への参加動機

上位カテゴリー	定義	カテゴリー	定義	発言者の内訳
問題の認識と解決欲求 (*N* = 6)	理想の状態と現状に乖離があり苦痛を感じていること。および、その状況を解決しようという思いがあること。	問題の認識 (*N* = 6)	がんに関連することや日常生活に関連することなどについて理想の状態と現状に乖離があり苦痛を感じていること。	A, B, C, E, F, G
		問題の解決欲求 (*N* = 1)	現状のままではよくないと思い、問題を解決しようと思うこと。	B
ソーシャルサポートの不足と欲求 (*N* = 6)	周囲からのサポートが不足していること。およびそれを欲すること。	情緒的サポートの不足と欲求 (*N* = 2)	自分の気持ちを理解してもらうことや、話を聞いてもらうことといったサポートが不足していること、およびそれを必要としていること。	A, C
		道具的サポートの不足と欲求 (*N* = 5)	日常生活を手伝ってもらうといった実用的なサポートや、専門家からのサポートが不足していること、およびそれを必要としていること。	B, C, E, F, G
		情報的サポートの不足と欲求 (*N* = 3)	病気や副作用に関する情報を提供してもらうといったサポートが不足していることおよびそれを必要としていること。	A, C, E
コンパニオンシップの不足と欲求 (*N* = 3)	他者と共通の話題で時間を過ごすことや、余暇を一緒に過ごすことがないこと、および欲すること。	他者との相互作用の不足と欲求 (*N* = 2)	同病者に限らず、他者と共通の話題で時間を過ごすことや、余暇を一緒に過ごすことがないこと、および欲すること。	A, C
		同病者との相互作用の不足と欲求 (*N* = 1)	同病者と共通の話題で時間を過ご、余暇を一緒に過ごすことがないこと、および欲すること。	G
参加に対する容易さ (*N* = 6)	グループ療法への参加に対して心理的、環境的、そして身体状況的に参加がしやすかったということ。	心理的な容易さ (*N* = 4)	参加に対する抵抗感が低く、軽い気持ちでグループ療法に参加したということ。	A, B, C, F
		環境的な容易さ (*N* = 2)	入院中であり、会場へアクセスしやすかったということや、開催時期のタイミングがよかったということ。	D, E
		身体的な容易さ (*N* = 2)	身体状況や病状がグループ療法へ参加できる程度の状態にあったということ。	D, E
医療スタッフからの紹介や勧め (*N* = 6)	医療スタッフへ自身の状況を相談した際や、別のプログラムに参加した際に、本プログラムを紹介または勧められたりしたこと。	医療スタッフへの相談 (*N* = 5)	自身の状況について医療スタッフとやりとりがあったということ。	B, C, D, E, G
		別のサポートサービスの利用 (*N* = 3)	本プログラムとは別のサポートサービスを利用していたこと。	A, B, C
フライヤーの認知 (*N* = 5)	ポスターやパンフレットを見ることを通して、グループPSTを知ったこと。	ポスターによる認知 (*N* = 4)	ポスターを見てプログラムを知ったということ。	D, E, F, G
		パンフレットによる認知 (*N* = 3)	パンフレットを見てプログラムを知ったということ。	A, F, G
プログラム内容への興味・関心 (*N* = 4)	開催されるプログラムはどのようなことをするのか、内容に興味・関心をもつこと。	PSTへの興味・関心 (*N* = 3)	グループPSTではどのようなことをするのか、内容に興味・関心を持つこと。	C, D, E
		心理療法への興味・関心 (*N* = 2)	一般的な心理療法やカウンセリング技法に興味・関心をもつこと。	B, D

でやどんなことしはんのやろなという」(対象者　D) や、「カウンセリングと言うたらオーバーだけれども、ようはその、人の気持ちをこの上手に変えるというかね、そういうことができるかということに興味を持っていたということがひとつ。」(対象者　D) が挙げられる。

Ⅳ考察

本研究は、がん患者のグループ療法への参加動機を構成する要因を抽出することで、臨床現場においてニードのあるがん患者がグループ療法へ参加しやすくなるような知見を得ることを目的とした。内容分析の結果、83の発言が抽出され、それらは16カテゴリーに分類され、さらに『問題の認識と解決欲求』『ソーシャルサポートの不足と欲求』『コンパニオンシップの不足と欲求』『参加に対する容易さ』『医療スタッフからの紹介や勧め』『フライヤーの認知』『プログラム内容への興味・関心』という 7 つの上位カテゴリーに分類された。

1．参加者の背景と参加動機について

本研究では、参加者のがん種や性別等を制限することなく広く参加者を募集し、乳がんや大腸がん等様々ながん種の患者が参加した。性別については、女性の参加者が 5 名（71%）と多かった。

ほとんど上位カテゴリーについて、半数以上の参加者より関連する発言が認められた。特に、『問題の認識と解決欲求』『医療スタッフからの紹介や勧め』『ソーシャルサポートの不足と欲求』については 7 名中 6 名の参加者が発言していた（86%）。すなわち、参加者のほとんどは、自身の抱える問題を解決すべきものとして認識し、そして情緒的や道具的、または情報的なサポートが不足している状態であった。「援助要請行動」という、問題を抱えた時に自ら援助を求める行動において、問題を認識することは欠かせない要因となっているが、患者がグループ療法へつながるために、やはり問題を認識できることが非常に重要な要因となると言える。

また、本プログラムの参加に至るまでに医療スタッフへ相談したことや、本プログラム以外の別のサポートサービスを使用したことを通して、医療スタッフから本プログラムを紹介されたことが参加動機として示された。すなわち、参加者は比較的、医療スタッフへ自身の抱える問題について相談することや、援助を求めることが能動的にできる患者であることが示唆された。実際に、参加者の同病院における別のサポートサービスの利用歴を参照したところ、7 名中 5 名（全て女性）に利用歴があったことがわかった。先行研究においても、がん以外のことで以前にグループ療法を利用した経験があること（Taylor et al., 1986）、メンタルヘルスの専門家に相談したことがあること（Bauman et al., 1992）、フォーマルサポートの利用（Grande et al., 2006）、補完代替医療を使用していること（Owen et al., 2007）が参加との関連要因としてあげられている。このように患者が医療スタッフへ援助を求める背景のひとつには、自身にどのようなサポートが不足しているかを認識していることがあると考えられる。本研究において、『ソーシャルサポートの不足と欲求』という上位カテゴリーを構成するカテゴリーに、【情緒的サポートの不足と欲求】【道具的サポートの不足と欲求】【情報的サポートの不足と欲求】が抽出されたが、自分自身でどういったサポートが不足しているか把握できている患者は、その不足を補うことのできると考えられるサポート資源へ

アプローチできると考える。先行研究においても同様に、参加動機として情緒的サポートや専門家からの助言や医療の情報を得ることといった、どのようなサポートを必要としているかが報告されていた（Chujo et al., 2011; Stevinson et al., 2011）。

以上より、がん種や性別に関わらず、問題を認識でき、医療者へ接触することができる患者については、サポートのひとつとしてグループ療法を紹介することで利用へとつながると考えられる。また、『フライヤーの認知』という上位カテゴリーについて半数以上の参加者から発言が認められた（57%）。医療スタッフはこのようなフライヤーを見たという患者からの問い合わせに対応し、同様にサポートのひとつとしてグループ療法を紹介することが重要である。

『参加に対する容易さ』についても同様にほとんどの参加者から発言が認められた（86%）。これを構成するカテゴリーに着目すると、【心理的な容易さ】に関する発言をしたのは全て女性（57%）であり、一方で【環境的な容易さ】【身体的な容易さ】に関する発言をしたのは全て男性であった（29%）。従来、一般的にも精神科受診への心理的な抵抗の高さが指摘されてきている。したがって、グループ療法のような心理的なサポートサービスは精神科が提供していることが多い現状では、利用に対する心理的な敷居は高いことが予測される。しかしながら、本研究において女性の参加者は、心理的な容易さについて発言している。その背景には、本研究の女性参加者は全員本プログラムとは別のサポートサービスの利用歴があるために、医療スタッフからとのやりとりを通して敷居が下がっていたことが考えられる。

2．グループ療法固有と考えられる上位カテゴリー

『コンパニオンシップの不足と欲求』という上位カテゴリーについて半数弱の参加者からこれに関する発言があった（43%）。この発言は、他の上位カテゴリーとは異なり、グループ療法という、他の同病者と接触できる機会であるからこそ抽出されるものであると考えられる。患者会のような他のがん患者と交流できる会を探したがなかなか見つからなかった者（対象者　G）や、同病者との会話から何か得るものを求める者（対象者　F）などからの発言がみられた。先行研究においても、他の患者と心配事を共有すること（Bauman et al., 1992）、同病者に会うことや話をすること（Chujo et al., 2011; Stevinson et al., 2011）、といったような、同様の参加動機が挙げられている。

3．臨床への提言

ニードのあるがん患者をグループ療法の参加につなぐためには、発言人数の多さより、特に医療スタッフが問題を抱えたがん患者にグループ療法を紹介することが有効であると考える。そのためにも、医療スタッフは普段より、患者が問題について相談しやすい関係を構築することだけでなく、患者からの問い合わせに対応できるようにグループ療法のようなサポートサービスについて把握しておくことが重要である。

また、患者の状況によっては、適しているサポートは必ずしもグループ療法ではない。したがって、医療スタッフが患者の問題をきちんと把握し、誰からのどのようなサポートを必要としているかということや、特にコンパニオンシップを求めているかどうかをアセスメントすることがグループ療法へつなぐ際に大切なポイントとなると考える。

４．本研究の限界点と今後の展望

本研究では男性（特に中年）や、独居、そして入院中の参加者が少ないことが限界点としてあげられるため、今後の研究においては考慮すべき点である。

また、本研究の結果より、参加者は比較的、医療スタッフへ自身の問題を伝え、援助を求めることが能動的にできる患者であることが示唆された。しかしながら、本研究では不参加者を対象としていないため、不参加の理由は明らかではない。そのため、問題を認識していても援助へつながらない可能性もある。本当に援助が必要であるのは、問題を抱えながらも、援助につながっていない患者である。援助の要請には、実際に自分にとって助けとなる利得だけでなく、心理的負債も含まれるため、援助の必要な人が必ずしも援助を要請するわけではないと考えられる。多くのがん患者は心理的な問題を抱えていることが指摘されているが、日本のがんを対象とした調査では、がん罹患以降に精神科医ないし心療内科医の受診経験が「あった」者は10.8%という報告もある（松下・松島・野口・小林・松田, 2010）。したがって、ストレスを抱え、かつグループ療法という形の援助を必要としている患者が参加できるように、患者がどのような要因の影響によって参加を決定するのかを、不参加者も対象として利益と心理的損失の側面からも検討することが期待される。また、本研究の結果より、『参加に対する容易さ』という上位カテゴリーが抽出されたが、本研究では７名中５名がすでに別のサポートサービスを利用していたため、その影響が大きいと考える。そのため、グループ療法への参加に伴う容易さ、および医療スタッフへ援助を要請するにあたっての容易さについて具体的に明らかにされることが今後期待される。これらの視点からアプローチすることを通して、患者の参加に伴うバリアを低減し参加を促進することに寄与できるのではないかと考える。

引用文献

明智龍男（2010）. 精神療法 臨床精神医学, 39(7), 897-901.

Bauman, L.J., Gervey, R., Siegel, K.（1992）. Factors associated with cancer patients' participation in support groups *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(3), 1-20.

Bui L.L., Last L., Bradley H., Law C.H., Maier B.A.,& Smith A.J.（2002）. Interest and participation in support group programs among patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing,* 25, 150-157.

Cain, E.N., Kohorn, E.I., Quinlan, D.M., Latimer, K., & Schwartz, P.E.（1986）. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57, 183-189.

Cella, D.F., & Yellen, S.B.（1993）. Cancer support groups: the state of the art. *Cancer practice*, 1, 56-61.

Chujo M., Kigawa J.,& Okamura H.（2011）. Psychological Factors and Characteristics of Recurrent Breast Cancer Patients with or without Psychosocial Group Therapy Intervention. *Yonago Acta Medica*, 54(4), 65-74.

中條雅美 2006 乳がん患者へのグループ療法の評価　QOLの側面から 看護研究, 39(3), 191－204.

Cohen M.,& Kuten A.（2006）. Cognitive-behavior group intervention for relatives of cancer patients: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research,* 61, 187-196.

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., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., & Carnicke, C.L.Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
〈http://ganjoho.jp/public/index.html〉(取得日2012月30日)

Edelman S., Bell D.R.,& Kidman A.D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.

Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L., & Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.

Ferlic, M., Goldman, A., & Kennedy, B.J. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43, 760-766.

Fobair, P., Koopman, C., DiMiceli, S., O'Hanlan, K., Butler, L.D., Classen, C., Drooker, n., Davids, H.R., Loulan, J., Wallsten, D., & Spiegel, D. (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*, 11, 427-438.

Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology nursing Forum*, 30, 823-830.

Fukui S., Kugaya A., Okamura H., Kamiya M., Koike M., Nakanishi T., Imoto S., Kanagawa K., Uchitomi Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89, 1026-36.

藤富　豊・上野徳美 (2003) 乳がん患者への心理的援助のプログラムとその実際：サイコオンコロジーの立場から 心身医学, 43, 847-852.

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. The new England *Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.

Grande, G.E., Myers, L.B. and Sutton, S.R. (2006). How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not?. *Psycho-Oncology,* 15, 321-334.

久田　満 (1987). ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題 看護研究, 20, 170-179

平井啓 (2007). がん医療における「望ましい」死　高橋都・会田薫子 (編)　はじめての質的研究法 事例から学ぶ 医療・看護編　東京図書 pp136-158.

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. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 42, 1168-74.

保坂隆（2008）. がん患者のためのグループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義 総合病院精神医学, 20, 156-163.

保坂隆（2009）.がん患者やその家族に対する社会的サポートやグループカウンセリングに関する研究について 緩和医療学, 11, 367-372.

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

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. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.

松下 年子・ 松島 英介・ 野口 海・ 小林 未果・ 松田 彩子（2010）. がん患者の心の支えと相談行為の実際 -がん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査より- 総合病院精神医学, 22, 35-43.

森さとこ・森山美知子・保坂隆（2009）. がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制に関する実態調査　緩和医療学, 11, 141-148.

Nezu A.M., Nezu C.M., Felgoise S.H., McClure K.S.,& Houts P.S.（2003）. Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036 - 48.

塗師恵子・松原良次・原田眞雄・磯部　宏・佐高晶子・今川民雄（2005）. 肺がん患者に対する短期グループ療法の効果. 精神医学, 47, 1277-1283.

Okamura, H., Fukui, S., nagasaka, Y., Koike, M., & Uchitomi, Y.（2003）. Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80, 331-338.

Owen, J.E., Goldstein, M.S., Lee, J.H., Breen,N., & Rowland, J.H.（2007）. Use of health-related and cancer-specific support groups among adult cancer survivors. *Cancer*, 109, 2580-2589

Oz F, Dil S, Inci F,& Kamisli S.（2012）. Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey.*Cancer Nursing*, 35(4), 27-34.

Rook, K.S.（1987）. Social support versus companionship: effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 1132-1147.

Samarel, N.A, Tulman, L.BD,& Fawcett, J.C.（2002）. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 25, 459-470.

Sautier, L., Mehnert, A., Höcker, A. & Schilling, G.（2014）. Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact?. *European Journal of Cancer Care,* 23, 140-148.

Sheard, T. & Maguire, P.（1999）. The effect of psychological interventions on anxiety

and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.

静岡がんセンター（2004）. がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書　概要版 がんと向き合った7,885人の声〈http://cancerqa.scchr.jp/sassi1.html〉（取得日2012年12月30日）

Spiegel, D.,& Bloom, J.R.（1983）. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45, 333-339.

Spiegel, D., Bloom, J.R., & Yalom, I.（1981）. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38（5）, 527-533.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E.（1989）. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2, 888-891.

Stevinson C., Lydon A., & Amir Z.（2011）. Support Cancer support group participation in the United Kingdom: a national survey. *Care Cancer*, 19, 675-83.

Taylor, SE., Falke, RL., Shoptaw, SJ., Lichtman, RR.（1986）. Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54, 608-615.

Thiel de Bocanegra H.（1992）. Cancer patients' interest in group support programs. *Cancer Nursing*, 15, 347-52.

上野 徳美・山本 義史・林 智一・田中 奈津美・河野 佳子・藤吉 健児・藤富 豊（2001）. 乳癌患者のストレスとQOL及びカウンセリングに対する要請に関する研究 緩和医療学, 3, 311-317.

Winzer A., Hoppe A., Altenhoff J., Kuwert C., Koch U.,& Schulz H.（2009）. Interest in a psycho-educational group intervention among out-patients with malignant melanoma in relation to their need: which patients are likely to participate? *Psycho-Oncology,* 18, 1179-88.

山道　昇（2003）. 外科医による乳癌患者への構造化された集団介入　緩和医療学, 5, 15-19.

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.