

2020 年度 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文

乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラムの
開発および有効性の検討

ND16N004 湯浅 幸代子

指導教員

主査	兵庫県立大学	内布 敦子	教授
副査	兵庫県立大学	工藤 美子	教授
副査	兵庫県立大学	川崎 優子	教授
副査	大阪医科大学	鈴木 久美	教授

2020 年 4 月 7 日提出

目 次

第Ⅰ章 序論

- 1. 背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3. 研究の意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

第Ⅱ章 文献検討

- 1. がんサバイバーシップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2. がん治療後のサバイバーのニーズと課題・・・・・・・・ 4
- 3. がんの再発不安とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 4. 乳がんサバイバーの抱く再発不安・・・・・・・・・・ 8
- 5. がんの再発不安による影響と支援の必要性・・・・・・・・ 10
- 6. がんの再発不安と関連要因・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 7. がんの再発不安に対する先行介入研究と結果・・・・・・・・ 13
- 8. 複合的介入の有効性に関する検討研究・・・・・・・・ 17
- 9. がんの再発不安に対するピアサポートと医療者による支援の必要性・・ 18
- 10. がんの再発不安に対する介入の評価指標・・・・・・・・ 21

第Ⅲ章 がんの再発不安に対する看護相談技術に関するフィールド調査

- 1. フィールド調査の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 2. フィールド調査の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 3. データ収集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 4. データ分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
- 5. 調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

第Ⅳ章 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入モデル・・・・・・・・ 29

第Ⅴ章 研究方法

- 1. 用語の操作的定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
- 2. 予備調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
 - 1) 予備調査の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
 - 2) 研究協力者・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
 - 3) 「乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム」・・ 34
 - 4) データ収集・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
 - 5) 分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
 - 6) 倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
- 3. 本調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
 - 1) 研究デザイン・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
 - 2) 研究協力者・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
 - 3) データ収集・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44

4) 分析方法	46
5) 倫理的配慮	46

第VI章 研究結果

1. 予備調査の結果	50
1) 研究協力者の背景	50
2) 介入の評価	50
(1) 再発不安、一般的な不安・抑うつ、 QOL 、コーピングの変化	50
(2) プログラムに参加した乳がんサバイバーの反応	52
(3) プログラムに関する評価	53
(4) 調査質問紙に関する評価	53
2. 本調査の結果	54
1) 研究協力者の参加状況	54
2) 研究協力者の背景	55
3) 介入の概要	57
4) 介入による影響の評価	58
(1) 再発不安、一般的な不安・抑うつ、 QOL 、コーピングの変化	58
①再発不安（ CARS-J ）の変化	58
②一般的な不安・抑うつ（ HADS ）の変化	60
③ QOL （ FACT-B ）の変化	61
④コーピング(MAC)の変化	62
(2) 質的データより確認された乳がんサバイバーの変化	65
①ピアサポートによる情緒面への影響	65
②看護師の関わりによる安心感	68
③知識の獲得と内面の変化	69
④サバイバーによる再発不安の対処への影響	71
⑤介入プログラムによる効果の実感	73
(3) 介入プログラムの評価	74

第VII章 考察

1. 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラムの有用性	76
1) 再発不安、精神状態、 QOL 、コーピングの変化について	76
2) 再発不安に対するピアサポート提供の意義と課題について	79
3) 看護介入の意義について	81
2. 看護介入プログラムの評価	83
1) 看護介入プログラムの構成について	83
2) 看護介入プログラム実施上の課題	84
3. 看護実践への示唆	85
4. 研究の限界	86

第VIII章 結論	87
-----------	----

謝辞	88
引用文献	89
資料	

—図目次—

・図 1. がんの再発不安に関する研究報告の数の推移	7
・図 2. がんの再発不安の増強に関連する要因	13
・図 3. 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入モデル	31
・図 4. 本調査の研究デザイン	42
・図 5. 再発不安（CARS-J—総合的な恐怖）の事例毎の変化	51
・図 6. 研究協力者の参加状況	54
・図 7. 介入による再発不安（CARS-J—総合的な恐怖）の変化	58
・図 8. 介入による再発不安（CARS-J—下位項目）の変化	60
・図 9. 介入による一般的な不安（HADS）の変化	60
・図 10. 介入による QOL（FACT-B—総スコア）の変化	61
・図 11. 介入による QOL（FACT-B—下位項目）の変化	62
・図 12. 介入によるコーピング（MAC）の変化	63

—表目次—

・表 1. 再発不安を抱くがんサバイバーへの看護相談技術	27
・表 2. 個別看護相談で用いる 9 つの看護相談技術と具体的内容	38
・表 3. 予備調査における介入の量的評価	52
・表 4. 本調査の研究協力者の背景	56
・表 5. サポートグループの構成	57
・表 6. 本調査における介入の量的評価	59
・表 7. HADS の得点の状態：カットオフ地による比較	61
・表 8. MAC の得点の状態：カットオフ値による比較	63
・表 9. ピアサポートによる情緒面への影響	66
・表 10. 看護師の関わりによる安心感	68
・表 11. サバイバーの知識の獲得と内面の変化	70
・表 12. サバイバーによる再発不安の対処への影響	72
・表 13. 介入プログラムによる効果の実感	73
・表 14. 介入プログラムの評価に関する意見や感想	75

第 I 章 序論

1. 背景

日本におけるがんの罹患数は、1985 年以降人口の高齢化を主な原因として増加し続けている（国立がん研究センターがん対策情報センター，2017）。中でも乳がんの罹患数は年々増加しており、女性のがんの中では最も頻度が高くなっている（国立がん研究センターがん対策情報センター，2017）。

がんの診断や治療技術の向上により、がんの生存率は多くの部位で上昇傾向にあるが（国立がん研究センターがん対策情報センター，2017）、治療を終えてもなお再発の可能性は残されており、がんサバイバーは再発不安を抱えて過ごしている。再発不安は、がんサバイバーが抱える心の問題において、最も割合が高く（「がんの社会学」に関する研究グループ，2016）、がんサバイバーに共通してみられる。医学的に、多くのがん種においては治療後 5 年間再発がなく経過した場合は、治癒と判断されることが多いが、乳がんの場合は、10 年～20 年以上経過しても再発することがあり（伊藤，2011）、乳がんサバイバーは長期間再発のリスクを抱えて過ごしている。

しかし、再発や転移の可能性はあっても、身体的な経過が順調と主治医から判断された者は、同時に医療的な関わりが不要と判断されてしまうことが多く、外来通院中であっても医療者からのサポートが受けにくい等の問題が指摘されている（宮坂，2005）。現時点で再発不安への効果を認める心理的介入はいくつか明らかにされているが、効果が持続しない等の問題があり、有効な看護介入は明らかになっていない。また、日本のがん看護の実践者の多くは、診断時や治療期もしくは緩和ケアおよび終末期ケアに関わっており、治療後のサバイバーへの関心が希薄であることが指摘されていることから（三浦，田中，細田，2015）、治療後のサバイバーにも目を向けた取り組みが必要であると考えられる。

2. 研究目的

本研究は、根治的治療を終えた乳がんサバイバーが再発不安をマネジメントしていくための複合的看護介入プログラム（以下、プログラムとする）を開発し、その効果について検討することを目的とする。そのために、予備調査にてプログラムの不足点や妥当性について点検し、本調査において単群試験を実施しプログラムの効果について検討する。

3. 研究の意義

再発不安はがんサバイバーに広くみられるものの、対処されていないニーズの一つとなっている（Simard et al., 2013）。再発不安に対して有効性が示されている心理的介入はいくつか存在するが、効果は限定的であり、より効果的な看護介入を明らかにすることで、再発不安を抱えながら過ごすサバイバーに直接的に貢献でき、サバイバーケアにおける看護の役割拡大にもつながる可能性がある。

第Ⅱ章 文献検討

1. がんサバイバーシップ

全世界では、過去 5 年以内にがんと診断され生存している者は、2018 年の時点で約 4380 万人いるとされており、検診や診断、治療体制の整っている欧米やオーストラリア、日本などの先進国において特にその数が集中している (American Cancer Society, 2019)。最新のがん統計データ (国立がん研究センターがん対策情報センター, 2019) によると、わが国で 2016 年に新たに診断されたがん (全国がん登録) は 995,131 例 (男性 566,574 例、女性 428,499 例) となっており、一方、2017 年にがんで死亡した人は 373,334 人 (男性 220,398 人、女性 152,936 人) となっている。この先もがんに罹患する人の数は更に増え続けると予測されており、2019 年のがん罹患数予測は約 1,017,200 例 (男性 572,600 例、女性 444,600 例) と見積もられている。また、がんの生存率は多くの部位で上昇傾向にあり、早期発見と治療の向上により、長期生存する者の数も増え続けている。かつてはがんを治癒させることが医療のゴールと考えられてきたが、がんを克服した患者がさまざまな後遺症に悩んでいる実態が徐々に明らかになるにつれ、これらの患者の QOL の向上ががん医療の中で大きなテーマとされるようになった (清水, 2011)。

このような状況のなか、survivor (生存者) を語源とする“がんサバイバー (Cancer Survivors)”や“がんサバイバーシップ (Cancer Survivorship)”という言葉が一般的に普及してきた。そもそも、「がん患者」と「サバイバーシップ」を関連づけて考える動きは、1980 年代の米国で、医療者サイドからではなくがんを体験している一般市民の側から出てきており、がんになっても、がんとともに自分らしい生き方を目指して、がんサバイバーとして自分の存在や当然の権利を主張していきたい、認めてもらいたいという考えのもと、当事者らが中心となって声を上げ始めたとされている (近藤, 2015)。最も古い患者団体として 1986 年に設立された全米がんサバイバーシップ連合 (The National Coalition for Cancer Survivorship : NCCS) によると、“がんサバイバー”とは、がんと診断された人と定義している。つまり、必ずしもがんを克服した者を意味するのではなく、がんと診断されてから、死を迎える時まで一生サバイバーであり続けるということである。更に、がん患者に関わる人々も影響を受けるということから、NCCS はサバイバーにはがん患者を支える家族や友人、介護者も含むと、広く定義している。米国でこの広い定義を歓迎する人は多いが、一方では不快感を抱く人もいると言われている (Foxhall, 2014a ; Miller, 2010/2012)。日本語の定訳は存在しないが、古典的で狭義の概念では、サバイバーとは手術後 5 年生存者などの積極的抗がん治療が終了してがんが治癒したと思われる患者のことを指す (清水, 2011)。

また、NCCS は“がんサバイバーシップ”について、がんと診断された時から死を迎えるまで、がんを乗り越え、あるいは向き合いながら生きていくことと定義している。つまり、サバイバーシップは、人ではなく過程を表す言葉である。医師であり、自らもがんを経験し NCCS の結成に携わった Mullan (1985) は、がんサバイバーシップの時期を、生存期間を seasons で表現し、①急性期の生存

の時期 (acute survival)、②延長された生存の時期 (extended survival)、③生涯にわたる生存の時期 (permanent survival) の 3 つのステージが含まれるとしている。NCCS の会長を務めた看護師であり自らもがんサバイバーである Leigh は、Mullan の示した 3 つのステージに終末期の生存の時期 (final stage of survival; dying) を加えた 4 つのステージを提唱している (嶺岸, 高木, 池田, 2006)。日本においては、Leigh が来日時を示した 4 つのステージが用いられている (嶺岸, 高木, 池田, 2006)。

一方米国では、2008 年に Miller[K], Merry, & Miller[J] (2008) が、Mullan の示したモデルを再概念化して、①急性期のサバイバーシップ (acute survivorship)、②移行期のサバイバーシップ (transitional survivorship)、③延長された時期のサバイバーシップ (extended survivorship)、④生涯にわたるサバイバーシップ (permanent survivorship) の 4 つをサバイバーシップの seasons として提示している。更に、2015 年に発表された報告 (Miller, Pandey, Jain, & Mehta, 2015) では、①急性期のサバイバーシップ (acute survivorship)、②治療終了後の移行期のサバイバーシップ (transition at the end of treatment)、③延長された時期のサバイバーシップ (extended survivorship)、④慢性期のサバイバーシップ (chronic survivorship)、⑤生涯にわたるサバイバーシップ (permanent survivorship) の 5 つが含まれるとし、より幅広い概念で説明されるようになってきている。いずれにしても、こうしたサバイバーシップの考え方の基になっている NCCS の定義は、医療の受け手である“患者”として、がんを病気ととらえて医療というルールに機械的に従っていくのではなく、がんの診断を受けた人自らが主導権を握る時代への転換を呼びかけたものであると言われている (近藤, 2015)。“がんサバイバーシップ”について概念分析を行った Doyle (2008) によると、がんサバイバーシップの先行要件は、“がんの診断”であり、属性は“診断から始まる過程”“不確かさ”“人生が一転するような経験”“プラスとマイナスの二面性”、帰結は“身体的健康”“精神的健康”“社会的健康”“実存的健康”であるとしている。これらのことから、“がんサバイバーシップ”とは、身体的な側面のみならず、様々な側面で直面する課題にも対処し、より良く生きることを目指す過程であると考えられる。

米国では、2016 年の時点でがんサバイバーの数は 1533 万人を超えるとされているが (National Cancer Institute, 2019)、多くのがんを体験した当事者自らが中心となって、これまでがんサバイバーの生存権に関する運動をリードし続けている (峰岸ら, 2006)。NCCS は、がんサバイバーたちがその人らしい、より QOL の高い生活をしていくうえで必要不可欠な「良質の医療を長期にわたり継続して受ける権利」や、「病気の有無に関係なく等しく雇用を求める権利」「健康な人びとと同じように幸せを求める権利」、等々を擁護する活動として、(1) 苦難に自ら直面できるようにする、(2) がんサバイバーへの支援の必要性を社会にアピールする、(3) 社会に対して、質の高い教育、医療、ケアを求める、の三点を主眼とするアドボカシー運動に力を入れ、米国社会全体に大きなインパクトを与えたと言われている (近藤, 2015)。また、増大するサバイバーのニーズに注目すべきであるという患者の声を受けて、米国がん研究所 (National Cancer

Institute: NCI) には、1996 年にがん生存者室 (Office of Cancer Survivorship) が設置され、①サバイバーシップに関する研究の推進、②サバイバーシップに関する研究者や医療者の育成、③サバイバーやそのケアギバーに対する教育ツールやプログラムの提供、の 3 つの領域において積極的な活動が続けられている (清水, 2011)。このように、米国では、がんを経験した当事者らの力によって、がん対策が進んできたと言っても過言ではない。

NCCS が主導した「がん患者からがんサバイバーへ」の動き、そしてそれを支えるアドボカシー運動は、日本においても、がんを体験したサバイバー自身が自分たちの思いや存在を広く社会にアピールしようと動き始めたことを契機として徐々に広がり、次第に社会に認知されるようになってきている (近藤, 2015)。日本では、この 10 年ほどの間に国のがん対策が飛躍的に進んできているが、その基となったのは、2006 年 6 月に制定されたがん対策基本法である。がん対策基本法の成立には、自らもがんサバイバーとして法律の早期成立に尽力した (故) 山本孝史議員をはじめとする、多くのがんサバイバーたちの切実な訴えが原動力となっている (近藤, 2015)。この法律の成立から 10 年が経過し、その間に、がん医療のみならず、がん患者に係る社会的問題等に対処していく必要が明らかになったことを踏まえて 2016 年 12 月に成立した改正がん対策基本法では、がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、福祉的支援・教育的支援も含む必要な支援を受けることができるようにすること等が基本理念に明記された (がん研究振興財団, 2017)。これは、まさにがんサバイバーシップの考えに通ずるものであり、わが国においても今後益々サバイバーシップが重視されると思われる。

2. がん治療後のサバイバーのニーズと課題

がん治療を終えたサバイバーは、普通の健康な生活にもどることを求めており、がんに関わる環境やがんに関する情報から距離を置くことを望む傾向があると言われている (Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2016)。しかし、寛解状態であっても再発の可能性は残るため、定期的に医療機関を受診しなければならない状況は何年にも渡って続く。また、治療が終わっても体力低下や副作用などによる症状に伴う日常生活への影響から (「がんの社会学」に関する研究グループ, 2016)、退院しても病気を体験する前とは少なからず異なる状況に直面する。がん治療がひと段落した後は、医療者との頻繁な接触やサポートが減り、治療が休止することで、逆にストレスが大きくなることや (Spiegel & Classen, 2000/2003)、治療者から離れるために不安が強くなることも指摘されており (福江, 内富, 山脇, 黒井, 峠, 1995)、治療を終えてもなお、サバイバーには病気の影響が続く。

白田ら (2010) の調査では、術後のがん患者らは退院後に、「緊急時・困ったときに相談できる」、「不安な気持ちを聞き相談にのる」、「退院後の生活上の工夫を知りたい」、「治療中の症状や副作用の対処方法についてのサポート」、「栄養面のサポート」、「同じような体験した人の話を聞きたい」、「健康相談などの健康づくりに対する支援の情報がほしい」といった看護支援を求めている者が多くみら

れたことが示されており、治療後は、身体面、精神面、生活面と多面的なケアニーズがあることが伺える。Slusser（2016）は、サバイバーシップにおいて、身体面、精神面、スピリチュアル面、教育面、社会面に関する患者のニーズアセスメントおよび、症状マネジメントや健康増進の面での看護ケア、更には、ケアの調整や患者に必要な専門家や地域社会の資源につなぐことが看護の役割であると述べており、多面的な役割が求められている。

米国では、2012年の時点でがんと診断された全サバイバーのうち、64%は診断後5年以上、40%は10年以上、15%は20年以上生存しており、診断後5年以上生存する長期生存者の数は次の十年間で益々増加すると予測されている（de Moor et al, 2013）。がん治療後に長期生存するがんサバイバーが増加している中で、米国を中心に諸外国ではacute survivorship領域の研究のみならず、extended survivorship や permanent survivorship の段階にあるがんサバイバーへの看護実践や研究も多くなされている（藤田，2003）。世界の25の主要がんセンターのNPO（同盟）団体であり、がん患者に提供されるケアの質および有効性の向上に尽力しているNational Comprehensive Cancer Network（NCCN）は、サバイバーシップに関する臨床実践のガイドラインを公表しており（NCCN，2017）、また、乳がんや前立腺がんといった長期生存者が多いがん種においては、米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）が、がん治療後の合併症や晩期障害のフォローアップ、再発や二次がんの早期発見と予防、健康増進といった治療後のサバイバーのニーズに対応したガイドラインを公表するなど（Resnick et al., 2015；Runowicz et al., 2016）、がんサバイバーが抱える問題への取り組みが進んできている。臨床では、サバイバーシップクリニックの展開や（Foxhall, 2014b）、治療後のひとりひとりの健康上の問題やリスクに関する情報を医療者とサバイバーが共有して解決するための“Survivorship Care Plan”と呼ばれるツールの普及が進められるなど（Brennan, Gormally, Butow, Boyle, & Spillane, 2014）、治療後のサバイバーに向けた支援も充実しつつある。

わが国においてもがんの生存率は多くの部位で上昇傾向にあることから、がんサバイバーの数は増加していると考えられ、治療後に直面する問題へのフォローアップや支援は重要であると考えるが、1980年代から2000年におけるサバイバーシップの研究動向に関する報告（藤田，2003）では、がん治療後のサバイバーに焦点をあてた国内の研究は少なく、外来での支援やサポートシステムも未確立であることが指摘されている。わが国では、がん対策基本法の成立から5年後の2012年6月に策定されたがん対策推進基本計画（第2期）において、全体目標の一つに「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が掲げられ、サバイバーの直面する問題の一つであるがん患者の就労の問題とその対策が取り上げられるようになった（厚生労働省，2012）。更に、2016年には法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方

公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている（厚生労働省，2017）。これらの動きによって、がん患者の就労や教育の支援への取り組みが加速しているが、治療後のサバイバーのニーズはそれだけに留まらない。サバイバーは、治療後も体力低下や副作用症状の持続による日常生活への影響をはじめとする、身体面、生活面、心理面、社会面での影響や困りごとを抱えている現状が報告されている（「がんの社会学」に関する研究グループ，2016）。その一方で、現在のところ、サバイバーの体力低下や症状、健康管理といった問題に、医療サービスを提供する体制が整っていないことが指摘されている（「がんの社会学」に関する研究グループ）。三浦ら（2015）の報告においても、日本のがん看護の実践者の多くは、診断時や治療期もしくは緩和ケアおよび終末期ケアに関わっており、治療終了後や長期生存しているサバイバーへの医療や看護の提供が希薄であることが指摘されていることから、今後取り組んでいくべき課題であると思われる。

諸外国の調査では、診断後 1 年以上経過し寛解状態にあるがんサバイバーの 26% が再発不安の問題に関するニーズが満たされていないとした報告や（Hodgkinson et al., 2007a）、寛解状態で経過している乳癌サバイバーの 61% が少なくとも一つ以上満たされていないニーズがあると回答し、中でも再発への気がかり（いわゆる再発不安）に関する支援ニーズが最も多くみられたことが報告されている（Hodgkinson et al., 2007b）。また、診断後 5～16 年と長期に無再発で経過している乳がん、大腸がん、前立腺がんサバイバーへの調査（Harrison et al., 2011）においても、少なくとも 1 つ以上満たされていないニーズがあると回答したサバイバーは 47.4% に上り、この調査でも、最も多くみられたケアニーズは、再発不安のマネジメントに関するものであったことが報告されている。わが国のがんサバイバーへの調査でも、再発不安は最も多い心の問題であることが報告されていることから（「がんの社会学」に関する研究グループ，2016）、支援ニーズがあるものと思われる。これらのことから、治療後も支援を求めているサバイバーは多く存在し、中でも再発不安を抱くサバイバーへの支援について検討していく必要があると考える。

再発不安に関する研究の動向として、PubMed をデータベースにして “fear of cancer recurrence” を検索用語として検索したところ、982 件がヒットした（2020 年 2 月現在）。年毎の件数の推移で見ると、年々増加しており、特にここ 10 年間で顕著な増加傾向がみられる（図 1）。一方、国内での文献について医学中央雑誌で “がん／腫瘍” と “再発不安” もしくは “再発の不安” を検索用語として検索したところ、ヒットしたのは 38 件のみであり、再発不安をテーマとして扱っているものに限るとわずか 7 件のみと、国内ではほとんど研究がなされていない状況であると推察される。

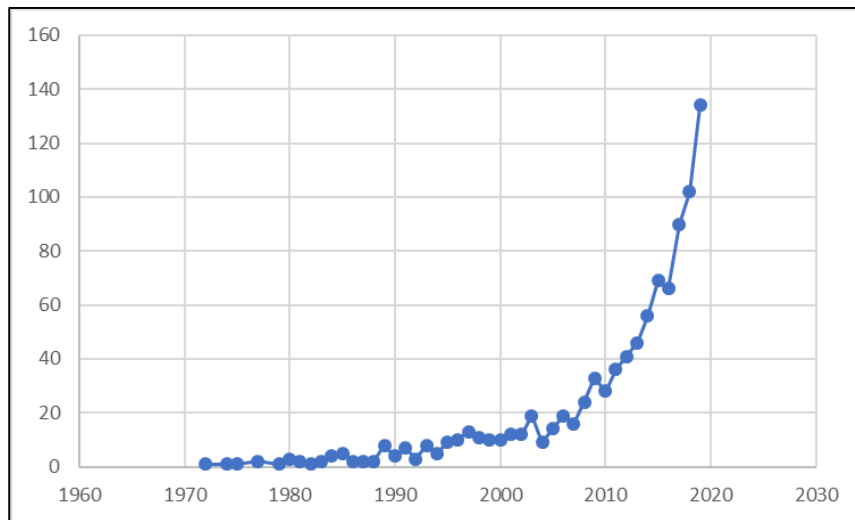


図 1. がんの再発不安に関する研究報告の数の推移

※PubMedにて検索用語「*fear of cancer recurrence*」にて検索（2020年2月現在）

結果をもとに筆者作成。縦軸は件数、横軸は西暦を示す。

3. がんの再発不安とは

がんの再発不安について、広く受け入れられている定義は存在しないが、主に二つの定義が使用されている (Thewes et al., 2012a)。一つは、「がんが同じ部位において再発・進行することや、別の場所に転移することに対する心配 (worry) あるいは恐怖 (fear)」 (Simard, Savard, & Ivers, 2010; Vickberg, 2003) という定義であり、もう一つは「将来的にがんが再発する可能性に関する患者の関心の程度」 (Northouse, 1981) という定義である。現時点において、コンセンサスの得られた再発不安の定義は存在しないため (Simard et al., 2013; Lebel et al., 2016)、Lebel らは複数ある再発不安の定義について検討し、新たに、「がんが再発・進行する可能性に関する恐怖 (fear)、心配 (worry)、関心 (concern)」という定義を提唱している。

ちなみに、がんの再発不安は、英語では “*fear of cancer recurrence*” との表記が最も多く、他に “*worry about cancer recurrence*”、“*concern about cancer recurrence*” といった表記もみられるが、これらは明確に区別はなされておらず同様の意味合いで用いられている。日本でも同様に、がんの “再発不安”、“再発の不安”、“再発の恐怖”、“再発の心配” といった複数の表現が用いられている。

これら “不安”、“恐怖”、“心配” は類似する概念である。不安とは、未知の、内面的で漠然とした、あるいは葛藤的な脅威に対する反応であるのに対して、恐怖は既知の、外界の、はっきりと限定された、あるいは非葛藤的な脅威に対する反応であり、この2つの感情的反応の間の主な心理学的差異は、恐怖が突然であるのに対して、不安は潜行性であることだとされている (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015/2016)。また、Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree (1983, p.10) によると、“心配” は「ネガティブな情動性の比較的制御の難しい思考やイメージの連鎖」と定義されている。そして、この “心配” は、「不安を構成する概

念の一つであり、認知的要素に相当する」(金築, 伊藤, 根建, 2008, p.311)とも言われている。これら 3 つの感情を示す概念は、日常的に誰もが経験しうるレベルから、不安障害のように、制御することが難しく日常生活に著しく支障をきたすレベルに至るものまで様々な程度がみられる。

諸外国の調査では、22~87%のサバイバーが中~強度の再発不安を経験していると報告されている (Simard et al., 2013)。しかし、がんの再発不安はがんサバイバーに広くみられるものの、現時点において有効な介入方法は確立していない (Simard et al., 2013)。

がんサバイバーが再発不安を抱えることは、通常は病的な反応ではなく、当然の反応である。明智 (2011, p.940) は、「患者が経験する再発・転移の不安・恐怖の多くは実際に起こりうる現実的な問題であるため、精神疾患を念頭においた通常の治療法のみでは患者のニーズに応えることができない」と述べているが、一般的に、患者が不安を苦痛に感じている場合や、不安によって日常活動や医療に支障が生じているなどの機能障害を生じている場合には、何らかの介入を検討することが推奨されている (藤澤, 2016)。

4. 乳がんサバイバーの抱く再発不安

国立がん研究センターがん対策情報センター (2019) の報告によると、わが国の女性の乳がん罹患数は、2014 年の統計で年間 76,257 人 (上皮内がんを含む)、罹患率 116.3 (人口 10 万人対) で、女性の部位別の罹患数では第 1 位となっている。女性の約 11 人に 1 名が乳がんにかかる計算され、今後もその数は増加することが予想されている。年齢別でみると、20 代以降年齢とともに急激な増加がみられ、40 代後半にピークに達し、その後一旦やや減少するも、60 代前半に再び増加し、以降は年齢とともにやや減少するという傾向にある。40 代後半が最も多いという点で、高齢でピークを迎える他の多くのがん種とは特徴が異なっている。多くのがんにおいて、がんの発症には 5~10% 程度の患者で遺伝の関与があると考えられているが、これは乳がんでも同様で、BRCA1/2 遺伝子変異があると、乳がんの発症リスクが大きく上昇し、とくに若い年齢 (閉経前) で発症しやすくなることが知られている (矢形, 2017)。このように、乳がんは若年者から高齢者まで、様々なライフサイクルにある女性が罹患することのあるがんである。乳がんの好発年齢である 40 代後半~50 代という時期は、家庭や職場での役割が大きい世代であり、この時期の者が乳がん罹患することによる家族や周囲の人々への影響は少なくない (阿部, 2017)。また、若年層の乳がん罹患も増加しており、20 代、30 代で結婚・妊娠を希望する者においては、乳がんの罹患によって先の見通しが立たないことへの不安が強まると言われている (阿部, 2017)。更に、「乳房という女性の象徴ともいえる部位のために、さまざまな障害や困難感を抱いているサバイバーも多い」(児玉, 近藤, 2006, p.95)。

一方、乳がんの死亡数は 2017 年のデータでは 14,285 人、死亡率 22.3 (人口 10 万人対) となっており、死亡数も増加の一途をたどっている (国立がん研究センターがん対策情報センター, 2019)。「乳がんは決して予後の悪いがんではなく、早期発見により救命が可能な病気である」(橋本, 2017, p.2) と言われながら、

手術をして5年後の時点で、I期では10%、2期では15%、3期では30～50%の者が再発することや、腋窩リンパ節転移の数が、再発に関する一つの重要な予測因子であることが知られている（伊藤，2011）。乳がんの再発は、初期治療後3年以内が最も多いとされているが（日本乳癌学会，2015）、10～20年以上経過しても再発することがあり（伊藤，2011）、女性の乳がんの5年相対生存率は91.1%、10年相対生存率は79.3%と（国立がん研究センターがん対策情報センター，2019）、5年以降の再発が少ないがん種と比較すると比較的差が大きい。これらの現状から、無事に治療を終えた者にとっても、再発の問題は長きに渡る懸念事項となっていると考えられる。

Vickberg（2001）は、乳がん治療後の女性が抱く再発不安について、16名の女性へのインタビューから明らかにしている。それによると、もっとも多く女性が語った再発の恐怖や心配の内容は、死の可能性に関する事であり、その他、共通して語られた内容としては、化学療法、痛み、精神的苦痛、病気の進行、乳房の喪失といった、再発することによってもたらされる可能性のある身心の苦痛に関することであったことが報告されている。更には、大切な人を苦しめること、離職や母親として存在できなくなることといった、社会的な面での苦痛を述べた者もいたことが示されている。また、これら乳がんを経験した女性たちが再発不安を感じるきっかけとして、①がんに罹っている他者の存在や話題、②受診や検査といった再発が明らかになる可能性のある状況、③治療痕など身体的に思い出させるものの存在、④買い物や長期の計画など未来志向の活動、といった4つのトリガーが明らかとなっている。

再発不安を抱くことは、サバイバーにとって自然なことであるが、調査では乳がんサバイバーの24～56%が中等度～強度の再発不安を感じていたと報告されている（Simard et al., 2013）。診断後5年以上が経過している乳がんサバイバーへの調査でも、依然として17%が中等度以上の再発不安を経験しており、長期間経過してもQOLや日常生活の支障となる問題となっている（Koch, Jansen, Brenner, & Arndt, 2014）。

Mutsaerら（2016）は、臨床的に問題となる再発不安を感じている者には、死に関連した思考や、孤独な感覚、癌が戻ってくるという信念、不確実さに耐えられない経験があると指摘している。また、制御が困難な癌に関連した思考やイメージが、毎日繰り返される、30分以上の持続する、経過とともに増強する、苦痛が日常生活にも影響する、といった特徴があることを報告している（Mutsaer et al.）。こうした臨床的に問題となる再発不安を抱える若年早期乳がんサバイバーへの調査では、43%が心気症、36%が不安障害のスクリーニング基準を満たしていたことが示されている（Thewes et al., 2013）。

乳がんは、手術、放射線治療、化学療法が完了すれば経過期間によって3ヶ月～1年毎の通院間隔となる。術後ホルモン療法を必要とする場合、治療開始後3ヶ月は心身の症状が悪化しやすく同時にQOLも低下することが報告されているが（四方，鈴木，2017）、生命に直結する状態ではないことから通院間隔が短縮されることはない。医療者のサポートは希薄となりセルフマネジメントの必要性が増える一方で、乳がんサバイバーは再発不安をはじめとする様々な身体的、精

神的症状を経験し続けており、持続する治療の影響、精神的苦痛、ライフスタイルの変化に関する情報を含む、治療後の具体的な情報および支援ニーズを有することが示されている (Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007)。わが国の調査 (作田ら, 2002) でも、乳がんサバイバーは看護師に対して退院後に再発不安や治療の副作用などについて話しをする場や情報を望んでいることが報告されている。また、乳がんはほかのがんに比べて治療期間が長く、初発治療後 10 年以上の長期にわたって経過をみていくことから、乳がん患者の増加による慢性的な外来の混雑につながることも指摘されている (阿部, 2017)。これらのことから、再発不安を始めとする乳がんサバイバーへの支援を充実させていく必要があると考える。

5. がんの再発不安による影響と支援の必要性

治療を終えて寛解状態にあるサバイバーにとって、再発不安は重要な関心事であり、サバイバーは再発を取り巻く不確かさを経験していると言われている (Kyriacou, Black, Drummond, Power, & Maheu, 2017)。「再発するか否か」の不確かさに耐えられない患者は、心氣的となつて何度も検査を要求したり、少しの体の変調にパニックになるなど (福江ら, 1995)、再発不安の反応は、認知面、情動面、行動面において表れるとされる (Costa, Smith, & Fardell, 2006)。こうした反応のプロセスに関して Lee-Jones ら (1997) は、再発不安は、医療機関への受診や身体的な変化といった何らかのきっかけがトリガーとなつて、認知的、情動的に知覚され、結果として、身体の確認行動や、アドバイスを求める行動、限られた将来設計といった行動面での反応や、身体症状の誤った解釈、身体的不安の増強、パニック発作といった心理的な影響につながるというプロセスモデルを提唱している。Simard ら (2013) の行ったレビューでは、再発不安の帰結には①代替補完療法の活用、健康行動の変化、保証を求める行動 (医師への連絡や受診など)、治療を受ける決定といった健康行動面でのもの、②精神的苦痛、不安・抑うつ、倦怠感など心身の反応面でのもの、③生活上問題となる身体機能や精神機能など QOL 面でのものがあることが報告されている。

健康行動は、再発不安の結果であるのと同時に、再発不安を抱くサバイバーのコーピングの一つとしてもみられる (Vickberg, 2001)。Hawkins ら (2010) の調査では、定期的な検診、健康的な食事、日焼け止めの活用など健康にプラスとなる行動が再発不安と関連していることが報告されている。こうした行動上の変化は、再発の危険から自らを守るための対処行動であり (竹内, 小川, 原, 鈴木, 2016)、大部分は適応的なものと考えられている (Taylor, Richardson, & Cowley, 2011)。軽度の不安は、学習の動機を与え、個人の成長と創造力を生み出すものであると言われており (福嶋, 2004)、再発への不安がサバイバーの健康行動における一つの動機づけとなれば、身心の健康にとって利益となる可能性も考えられる。また、サバイバーの中には、がんの脅威や不確かな見通しの中で単に苦悩を抱えて生きるだけでなく、苦難を乗り越えるプロセスの中で、体験の肯定的な意味づけや価値観の転換といった新たな変化を見出している者もいることが報告されている (今泉, 2013; 砂賀, 二渡, 2013)。

こうしたプラスの面がある一方で、喫煙等の健康リスク行動との関連や (Van Liew et al., 2014)、身体の変化や症状に関する過度な確認行動 (Taylor et al., 2011)、予約外の頻回な病院受診 (Lebel, Tomei, Feldstain, Beattie, & McCallum, 2013; Thewes et al., 2012b) といった行動との関連も指摘されている。再発不安の強い者においては、長きにわたってこうした再発リスクを回避する行動を順守し続けて日々の活動が制限されている可能性も示唆されている (竹内ら, 2016)。

また、強い再発不安は、QOL の低下 (Handschel, Naujoks, Kübler, Krüskemper, 2012; Van Liew, Christensen, Howren, Hynds Karnell, & Funk, 2014) や、情緒的 well-being の低下 (Janz et al., 2014)、睡眠障害 (Berrett-Abebe, Cadet, Pirl, & Lennes, 2015) などの悪影響をもたらし、一部の者においては抑うつや、不安障害、PTSD (心的外傷後ストレス障害) など、病的な精神的状態に至っていることも報告されている (Ozga et al., 2015; Simard & Savard, 2015; 竹内ら, 2016)。

これらのことから、強い再発不安はサバイバーの社会生活や健康において支障や悪影響をもたらすものであると考えられ、不安の程度やニーズに応じた支援を行っていくことが重要であると考ええる。

6. がんの再発不安と関連要因

がんの再発不安には様々な要因が関連することが明らかとなっている。まず、個人の特性として、年齢 (若年) と強い再発不安は関連することが報告されており (Liu et al., 2011; Ziner et al., 2012)、システマティックレビューでも年齢は強い根拠のある予測要因として示されている (Crist & Grunfeld, 2013; Simard et al., 2013)。若年であることが再発不安の程度に関連する背景として、一つには未成年の子どもがいること (Ares, Lebel, & Bielajew, 2014) など、彼らの担っている社会的役割が影響している可能性が考えられるが、一方で、再発不安は年齢に関係なくみられるとの報告もある (Ozga et al., 2015)。その他、個人の特性として、性別 (女性)、低学歴、低収入、人種 (非白人) といった要因との関連性も示されている (Simard et al., 2013)。

また、病気の特性と再発不安との関連についてもいくつか調査がなされている。Simard ら (2013) によるシステマティックレビューでは、がんの病期 (進行)、過去の再発・転移の診断歴、併存疾患は、再発不安の増強に関わる要因として示されている。がんの病期に関しては、根拠の弱い要因として報告されており (Crist & Grunfeld, 2013)、見解は一致していない。その他、がんの部位や治療の種類との関連についても調査されているが、関連性は明らかではない (Crist & Grunfeld)。

身体に関する変数としては、治療の副作用、倦怠感、痛みなどの身体症状と再発不安との関連が調査されており、身体症状は、システマティックレビューにて強い根拠のある再発不安の増強要因として示されている (Crist & Grunfeld, 2013; Simard et al., 2013)。身体症状は、それががんの再発と直接関係のない症状であったとしても、サバイバーががんの再発の兆候や指標として誤って捉え

る場合があり (Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Hatcher, 1997 ; Liu et al., 2011)、再発不安を増強させる一つのきっかけとなり得る。乳がんサバイバーへの調査では、痛みや倦怠感といった身体症状は再発不安と関連することが明らかとなっている (Cho, Chu, & Lu, 2017 ; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)。Liu ら (2011) は、再発不安を軽減させるためには、治療の前だけでなく治療後にも副作用等に関する患者教育の必要性を指摘しており、病気や症状、症状マネジメント、治療の選択肢などに関する情報提供を行うことを勧めている。

こうした医療サポートに関わる変数として、ヘルスケアの満足度の低さや、対処されていないニーズ (unmet needs) は高いレベルの再発不安と関連することが示されている (Crist & Grunfeld, 2013 ; Simard et al., 2013)。一方で、情報の理解しやすさや、症状マネジメント、ケアの調整に関する満足度が高い者においては、有意に再発不安が低かったことが報告されており (Janz et al., 2011)、患者のニーズに沿った十分なサポートを提供することによって、再発不安が低減できる可能性があると考ええる。

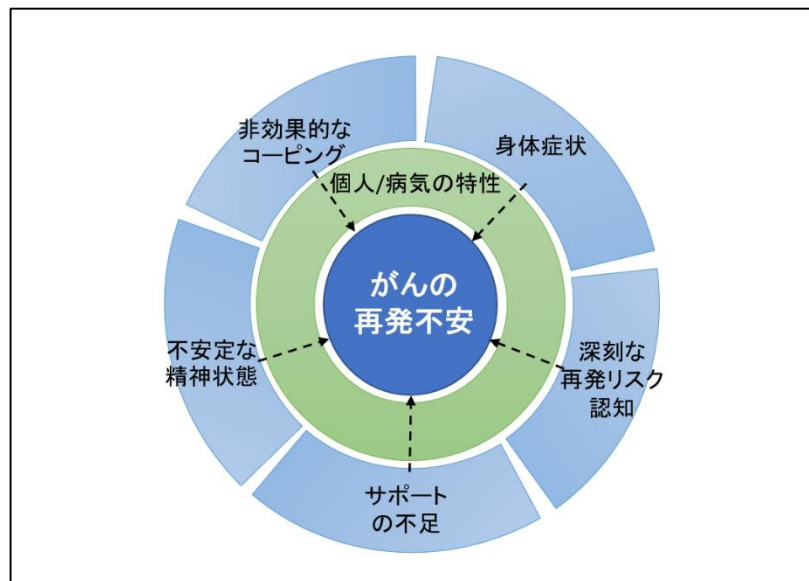
更に、サバイバーの精神状態も、再発不安の程度に関わる可能性がある。様々な調査から、不安、抑うつ、精神的苦痛 (distress)、回避・侵入思考など、サバイバーの不安定な精神状態は、高いレベルの再発不安と関連することが示されている (Crist & Grunfeld, 2013 ; Simard et al., 2013)。

また、サバイバーの再発リスク認知も再発不安の程度に影響する可能性がある。サバイバーの楽観性は再発不安と負の関連が示されている (Simard et al., 2013) 一方で、楽観性が低く脆弱で重症であるという病気の認識が強いほど再発不安が強い傾向にあることが示されている (Crist & Grunfeld, 2013)。

コーピングも再発不安に関わる要因の一つとなっている (Crist & Grunfeld, 2013 ; Simard et al., 2013)。再発不安に対する乳がんサバイバーのコーピングに関して、Vickberg (2001) の調査では、サポートグループや家族・友人、専門家といった「ソーシャルサポートの活用」、再発について考えないようにするなどの「認知的対処」、仕事や趣味に没頭するなどの「注意をそらす行動」、運動などの「健康行動の実施」、祈とうなどの「宗教による対処」、という 5 つのバリエーションがみられたことが報告されている。長きにわたって持続する再発不安とつきあっていくためには、サバイバー自らが不安に効果的に対処することが重要と考える。更に、再発不安の強い乳がん女性は、回避をベースとした対処方略を用いる傾向がみられたことや、対処法をほとんどもっていないことが報告されており (Thewes, Lebel, Seguin, & Butow, 2016)、効果的に再発不安に対処できるよう働きかけることが再発不安を抱くサバイバーへの支援となる可能性がある。

以上の先行研究の結果より、再発不安の増強には、サバイバーの個人／病気の特徴、不安定な精神状態、非効果的なコーピング、身体症状、深刻な再発リスクの認知、サポートの不足といった多面的なことが関連すると考えられる (図 2)。Lewis (2006) は、介入援助をデザインする時には、変化させられる (介入可能な) 原因 (変数) に着目する重要性について述べている。再発不安の増強に関連する要因の中には、個人の特性や病気の特徴など変えられないものもあるが、その他の側面は看護師として支援することが可能であり、こうした要因に着目して

介入を検討していくことが重要であると考える。



※文献検討より研究者が作成。薄緑色は変えられない要因、
水色は介入可能な要因として色分けしている。

図 2. がんの再発不安の増強に関連する要因

7. がんの再発不安に対する先行介入研究と結果

これまでがん患者の再発不安に対する介入研究は限られているが、いくつかの心理療法や心理社会的介入において有用性が認められている（Chen et al., 2018; Hall et al., 2018; Simard et al., 2013）。

乳がんサバイバーに対するいくつかの研究（Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2011 ; Lengacher et al., 2014）では、マインドフルネスに基づくストレス低減法を提供することによる再発不安や、精神状態、QOL 面に対する効果を検証している。これらの研究では、治療後の乳がんサバイバーを対象に、毎週 2 時間の心理士による集団介入を 6～8 週間に渡って提供し、マインドフルネスをベースとした瞑想的な技術の訓練と自宅での実践によって、介入終了時点での再発不安をはじめとする精神状態や QOL が改善したとの結果が報告されている。介入効果の持続についての評価はなされていないが、再発不安は長期に持続する可能性のある問題であることから、サバイバー自らが自宅でも実践できるストレスマネジメントの技術を提供することは、再発不安の支援として有効である可能性が考えられる。

Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskas, & Harman (2007) の研究では、こうした心理的介入の持続的な有効性についても評価を行っている。この研究では、乳がんの診断後 6 週以内の女性に対して毎週 2 時間、計 12 週間の集団介入にて、感情やがんについての教育および、リラクゼーション、イメージ療法、瞑

想、優先順位と目標の設定、書くことを通じた感情の開示 (disclosure)、怒りのマネジメントに関するトレーニングの提供とグループディスカッションで構成されたプログラムを提供し、介入に同意した (介入群) 54 名と、介入を拒否した (非介入群) 56 名、通常ケアを受けた (通常ケア群) 44 名の 3 群について比較検討を行っている。結果、介入群においては介入終了時点で再発不安や再発リスク認知に関するスコアの有意な改善がみられているものの、介入終了から 2 カ月後および 8 カ月後の持続効果は認められなかったことが報告されている。再発不安は再発の可能性がある限り長期に続くものであり、介入終了後もサバイバー自らが不安をマネジメントしていくことが求められる。この研究では、提供したリラクゼーション技術の活用に関して、3 群で統計的な有意差がみられておらず、こうしたことが再発不安の介入効果が持続しなかった一因である可能性も考えられる。

Lebel ら (2014) の研究では、I 期から III 期の乳がんもしくは卵巣がんサバイバーを対象に毎週 90 分の構造的な集団介入を 6 週に渡って実施し、再発不安への効果について検証している。リラクゼーションやイメージ療法、心理教育、マインドフルネスといった心理的アプローチを主に提供しているところは前述までの研究と共通しているが、医療者が再発兆候や治療後のフォローアップケアの情報提供を行うといった、身体的側面からの介入も一部組み込まれている。現時点においては予備調査の結果報告のみであり、対照群を設定した比較検討は行われていないが、不安レベルの高い 56 名のサバイバーを対象とした予備調査では、介入後 71% の者において再発不安の低下が認められ、低下した状態が 3 か月後も維持されていたことが報告されている。また、この介入では、サバイバーのコピーングについても改善が認められたことが報告されている。砂賀と二渡 (2014) は、再発や合併症を予防するための対処行動がとれることがサバイバーの支援として必要であると指摘しており、再発不安への支援としては、心理的側面からの支援のみならず、身体管理に関する要素も取り入れ、対処行動に働きかけることが有効な可能性があると考えられる。

Dieng ら (2016) の研究でも、一部身体面に関する内容を含んだ介入が提供されている。この研究では、0 期から II 期の悪性黒色腫サバイバー 80 名に対して、心理教育のパンフレットと、心理士による 3 回の個別の電話介入による心理療法が提供され、病気に関する情報が載ったツールのみを提供した 84 名の対照群との比較が行われている。結果、介入による全般的な再発不安の改善効果は認めていないものの、再発不安のトリガーおよび、精神的苦痛に関する下位尺度のスコアにおいて有意な改善がみられ、6 か月後も介入効果の持続が認められたことが報告されている。この研究の介入提供者は心理士であるが、介入群に提供された心理教育パンフレットの作製には多職種チームが関わり、心理面のみならず、病気や診療に関する医学的な最新のエビデンスなども含んだ多面的なものとなっている。また、電話介入では個人のニーズや目標に応じ個別性を重視した介入が行われており (Dieng et al, 2015)、こうしたことが持続的な介入効果につながった可能性もあると考える。

再発不安を抱くサバイバーへの個別介入を試みた研究もいくつか報告されている。van de Wal, Thewes, Gielissen, Speckens, & Prins (2017) は、1 時間

の個人介入を 5 回と 15 分のインターネットのチャット（ネット環境がない場合は電話）による 3 回の相談を組み合わせて、心理教育や認知行動療法を含んだ心理療法を、再発不安の強い乳がん、前立腺がん、大腸がんなど複数のがん種のサバイバー 45 名に提供し、43 名の対照群との比較検討を行っている。結果、介入後の時点で、再発不安の有意な低下を認めたことが報告されているが、介入後一定期間空けての評価は行われておらず、介入効果の持続については明らかではない。

個別介入の提供後、一定期間空けて効果を評価しているものとしては、Smith ら（2015）の研究がある。この研究では、早期がんの治療後 2 ヶ月以降に、臨床的に問題となるレベルの再発不安のある者を対象として、注意療法やメタ認知療法、心理教育といった心理療法をベースとした個別介入（Butow et al., 2013）を行い、8 名という小さなサンプルの予備調査ではあるが、介入終了の 2 カ月後においても再発不安の低下がみられたことが報告されている。認知行動療法に基づく介入は、この他にも検討されているが（Dodds et al., 2015 ; Lichtenthal et al., 2017）、再発不安介入効果は限定的（評価尺度の一部の下位項目のみ）である。その他、感謝を表す手紙を書く方法による再発不安への効果について検討している研究もみられた（Otto et al., 2016）。

一方、これまで研究されている多くの介入は、訓練を受けた心理士が提供しており（Chen et al., 2018）、看護師による介入の報告はほとんど見られない。Humphris と Rogers（2012）は、口腔もしくは中咽頭がんで治療した者に対するスペシャリストナースによる心理的介入（Humphris & Ozakinci, 2008）が再発不安や一般的な不安の低下に効果があるか検証している。研究では、個別に 6 回のセッションによって、患者中心の問題について評価することや、再発不安の表出を促す、患者からの希望があれば家族も入れる、病気の信念と行動への探索を勧める、リラクゼーションを取り入れるといった内容の介入を提供した 53 名の介入群と、34 名の対照群を比較調査している。結果、再発不安、予期的不安に関しては介入前後で有意な低下が見られたが、介入の 4 カ月後の評価において持続はみられなかったことや、一般的な不安や抑うつに関しては変化がみられなかったことが報告されている。このように個別性を重視した介入は重要であると考えるが、心理面からの働きかけのみでは十分ではない可能性も考えられる。

異なる側面からの個別介入としては、Shields ら（2010）による報告がある。この研究では、乳がんサバイバーが受診時に、治療医に対して自らの病気の不安や気がかりについて話すことができるよう、がん看護領域のナースプラクティショナーが支持的・教育的な関わりを行い、その効果について通常ケア群との比較検討を行っている。この介入では自己効力感の上昇はみられているものの、再発不安への直接的な効果は認められなかったことが報告されている。

日本では、再発不安について評価している介入研究の報告は少ない。Imai ら（2019）は、乳がんサバイバーの再発不安に対して、スマートフォンを用いた問題解決療法を開発し、予備的調査で、良好な結果が得られており、現在 RCT による検証が行われているところである（Akechi et al., 2018）。その他、関連する研究として、再発リスクが高い術後乳がんサバイバーに対し、集団介入による、

健康教育、コーピングスキル訓練、ストレスマネジメント、心理社会的サポートの有効性を検討したものも報告されている (Fukui et al., 2000)。この介入では、気分の改善のほか、コーピングの評価において前向きな態度 (**Fighting spirit**) の項目で有意な改善がみられるも、再発不安に対するコーピングの効果は認められなかったと報告されている。また、同様の介入における情報の満足度についての調査 (福井, 2001) では、医学的情報や、がんによるストレスに関する情報などへの満足度に有意な改善は認められているが、再発不安に関する情報の満足度の改善は認められなかったことが報告されている。これら 2 つの研究は、再発不安の問題に焦点化されたアプローチではないため、再発不安に対するコーピングや情報の満足度を得るには十分ではなかった可能性が考えられる。

以上の先行介入研究の結果から、これまで再発不安への効果を検証した介入研究は限られており、介入方法は確立していない。どのようなアプローチが再発不安に対して有効であるかについては、更なる調査や検討の余地がある。先行介入研究の多くは、心理療法や集団療法といった心理的介入が中心となっており、こうした介入は、サバイバーの精神状態、コーピング、再発リスクの認知といった再発不安の関連要因への働きかけとして機能している可能性がある。認知行動療法など専門性が高い介入も多く存在するが、心理教育や、リラクゼーション技術の提供、不安の表出を促す関わりなど、ストレスマネジメントを促進する内容を取り入れた心理的介入は、看護師としても提供可能と考えられ、サバイバーが自らの不安をマネジメントしていくうえで有用である可能性がある。また、介入の形式として、集団療法は、ピアサポートの機能も期待できる。わが国の乳がん術後のサバイバーへの調査からも、精神健康の維持に患者同士のサポートシステムが重要な役割を果たす可能性が示唆されており (宮下, 久田, 2004)、ピアサポートの提供は再発不安を抱えたサバイバーにとって有効な支援の一つとなる可能性が考えられる。一方で、再発不安は長期に持続する問題であり、サバイバー自らがマネジメントしていくことが重要であることから、集団を対象とした一律の介入では十分ではない可能性もある。

限られたエビデンスではあるが、再発不安への効果が報告されている介入では、こうした心理的な介入要素だけではなく、医学的な知識や治療後のフォローアップケアに関する情報など、サバイバーの身体的な問題に具体的に対処するための教育的要素が効果をあげている (Dieng et al., 2016 ; Lebel et al., 2014)。これまでのところ身体的な問題に対する働きかけは心理教育の一部として提供されているのみで、主要な介入要素としては取り上げられていない。がん治療を終えて寛解状態となっても再発リスクは常に存在し、身体症状は再発を想起させるトリガーとなることや (Lee-Jones et al., 1997 ; Liu et al., 2011)、高いレベルの再発不安との関連が明らかであることから (Crist & Grunfeld, 2013; Simard et al., 2013)、サバイバーの身体面に焦点をあてた支援を組み合わせた介入について検討する必要がある。

米国がん研究所が発行しているがん治療後のサバイバーを支援するための情報ツール『Facing Forward : Life After Cancer Treatment』では、再発不安の対処の一つとして、自分の健康のためにできることについて知ることや、生活を見

直したり健康管理に取り組むなど、コントロールできるものに着目することを促している (National Cancer Institute, 2014)。つまり、身体面に焦点をあてた介入として、身体の調子を整える具体的な健康対処行動を促すことが再発不安を軽減させる方法として勧められている。サバイバーにとって健康行動に関する情報や支援はニーズが高いことが明らかとなっているが (「がんの社会学」に関する研究グループ, 2016 ; Kwok, Palermo, & Boltong, 2015 ; 白田ら, 2010)、再発不安の根底には、再発のリスク認知や再発を取り巻く不確実性があり (Kyriacou et al., 2017)、不確実性の中で、たとえ再発リスクの低減を保証できなくても、自分ができる確実な健康のための行動によってリスクをコントロールすることは可能である。そのため、健康行動に関する情報を提供するなどの働きかけは、再発不安の軽減に効果をもつものと考えられる。

以上のことから、再発不安を抱えるサバイバーへの支援としては、ストレスマネジメントを促進する内容に加えて、症状マネジメントや健康行動など具体的に身体で直接実感できる内容を含んだ多面的な要素を含む看護サポートを提供することが有効である可能性がある。更に、こうした多面的な内容を、集団を対象とした介入と個別性を重視した介入を組み合わせ提供するなど、複合的な介入が必要である可能性が考えられる。

8. 複合的介入の有効性に関する検討研究

身体、心理、社会など多面的アプローチを複合的に提供する試みはこれまでも行われている。van der Meulen ら (2014) は、頭頸部がんサバイバーが病気や治療の結果として抱える身体的、精神的、社会的な問題に対処するのを助けるための包括的看護介入 (comprehensive intervention) の提供による健康関連 QOL および抑うつ症状への効果について検証している。この研究では、根治的治療後 6 週～1 年以上に渡り、2 か月ごとに 45-60 分/回のカウンセリングを最大 6 回実施し、①精神状態の評価と共有、②体調など現在の問題についての話し合い、③生活面についての話し合い、④再発不安を呈する者に対して、再発不安の表出、再発の信念の明確化、自己検診の評価と過度な身体の確認行動を減らす働きかけ、リラクゼーションで構成された Humphris と Ozakinci (2008) の介入提供、⑤診療補助と助言、⑥必要なリソースにつなぐといった看護介入を 62 名の介入群の者に提供し、通常ケアのみを受けた 51 名の対照群との比較を行っている。結果、介入終了の時点で情緒、身体機能、痛み、嚥下、社会的接触、開口障害、抑うつ症状が有意に改善したこと、その半年後の時点で全般的な QOL、役割と情緒の機能、痛み、嚥下、開口障害、抑うつ症状が対照群と比較して有意に良好であったこと、更に介入後 1 年の時点でも情緒機能と倦怠感介入群において有意に良い状態がみられたことが報告されている。この研究では、再発不安のアウトカム評価は行われていないが、サバイバーのニーズに応じて、必要な者に対して再発不安の介入が提供されるなど、心身両面からの包括的な介入が治療後のサバイバーにとって重要であることが示唆されている。

一方、これまでも述べてきたように、再発不安は再発リスクのある限り続く可能性があることから、サバイバー自身が自らの不安を効果的にマネジメントして

いくことが求められ、サバイバーの対処能力への働きかけは重要であると考える。Herschbach ら（2009）による研究では、回復期に強い進行不安（再発もしくは病気のひろがりの不安）のみられた 174 名を介入群として無作為に、認知行動療法群（再発不安と日常生活への影響の確認および、対処方略（coping strategy）について学ぶ群）と支持的経験的療法群（感情体験とソーシャルサポートについての個人の体験を共有する群）に割り付け、90 分の集団療法を計 4 回と、更に退院 6 か月後と 9 か月後の 2 度に渡る 15 分間の電話介入を実施し、通常ケアのみを受けた対照群 91 名と比較評価を行っている。結果、介入群では時間経過とともに有意な進行不安の改善や対処能力（coping ability）の向上が認められたことが示されている。進行不安に対する介入であるため再発や転移のある患者も対象に含んでいることや、再発不安に特化した評価指標によるアウトカム評価は行われていない。集団療法として、医療者による介入のみならず、ピアサポートとしての介入要素が情緒面で有効に働いた可能性に加え、フォローアップとして個別介入を組み合わせる介入を提供したことが個別のニーズや対処能力への働きかけとなり、持続的な介入効果につながった可能性があると考える。サバイバーに対する集団療法と個別介入を組み合わせる介入は他にも検討されているが、個別介入はいずれも電話による介入のみで、対面での介入はみられない（Hall et al., 2018）。加えて、集団療法と個別介入を組み合わせる介入について、再発不安の評価指標によるアウトカム評価がなされたものはみられない（Hall et al., 2018）。

9. がんの再発不安に対するピアサポートと医療者による支援の必要性

「7. 再発不安に対する先行介入研究と結果」の項で述べたように、再発不安に対する先行介入研究の多くは、集団療法が組み込まれている。広瀬（2003, p.201）は、「入院中は、医師や看護師、同病の患者たちに囲まれ、情報やアドバイスを得ることができるが、退院したとたんに、受けることができるソーシャルサポートが、質、量共に減ってしまう」といった問題点について指摘している。集団療法では、医療者による介入に加えて、参加者同士の交流によるカタルシスと分かち合い、情報交換など、医療者には提供できないがんを経験した者同士の相互作用による情緒的サポートのメリットがあると言われている（柴田ら, 2013）。また、ピアの視点による生活者としての生活術や闘病術を伝授できるといったメリットも指摘されている（大野, 2011）。このようなピアサポートは、同等と考えられる人からの援助や励ましと定義されている（Dennis, 2003）。がん領域で一般的に提供されているピアサポートには主に二つの形態がみられる。一つは、自助グループ（セルフヘルプグループ）であり、もう一つはサポートグループである。当事者が自らの体験や感情をお互いに話し合うことによって、情報交換や相互理解を深めるところにおいて両者は共通しているが、自助グループは当事者がグループを所有し方向性を決定するのに対して、サポートグループは医師や看護師などの専門家が計画運営するサービスであるとされている（川名, 2014）。

自助グループの情緒的サポートの効果について調査した研究（高橋, 小笠原, 久米, 2004）によると、参加者の多くは、治療を終えた者で、がん治療の副作用や後遺症による不快感や生活上の困難感、転移や再発に対する恐怖などの悩みを

抱えていたが、自助グループへの参加により前向きな気持ちの変化や、自己の肯定的評価や情緒面の安定を示したという結果が報告されていることから、再発不安に対する支援として有用である可能性が考えられる。

しかし、自助グループで情緒的サポートを得ること出来ても、サバイバーが再発不安をマネジメントしていくための知識やスキルを獲得することには限界があると考えられる。一方、「サポートグループは、がんとの闘病に必要な知識・技術の習得を目指し、また精神的苦痛を軽減するように専門家によって計画されたプログラム」(川名, 2014, p.162)であり、参加者の相互作用の中で、情緒的サポート(体験の分かち合い)の他、モラルサポート(励まし合い)、情報的サポート(情報交換)を提供し合ったり、ストレスに対処するために効果的なコーピング方法を学び合うことが可能とされる(広瀬, 2003)。サポートグループは、がんサバイバーに対する支援として国内外で広く行われ、抑うつや不安の改善、適応、QOL向上などに有効であることが検証されていることから(Sanchez[S], Sanchez[P. D.], & Juando, 2005)、再発不安に対しても有効である可能性がある。

Spiegel & Classen (2000/2003)は、サポートグループの中でグループメンバーが、がんと共に伴う心理的、社会的、身体的な問題に対処できるようになるための方法として、1. 継続してがんに関心をあてる、2. メンバーががんに伴う個人的な体験を思索できるよう援助する、3. 「今、ここで」という観点で取り組む、4. 積極的なコーピング(対処行動)を促す、5. メンバーの支持的な相互作用を促す、6. 痛みに対処したり、がんによって引き起こされる問題に取り組むためにリラクゼーションやイメージ療法を利用する、といった6つの方法を推奨している。Yalomは、グループセラピーで効果もたらすメカニズムとして、①希望をもたらし、②普遍性、③情報の伝達、④愛他主義、⑤社会適応技術の発達、⑥模倣行動、⑦カタルシス、⑧初期家族関係の修正的繰り返し、⑨実存的因子、⑩グループの凝集性、⑪対人学習の11項目を精神科領域の経験に基づいて展開させている(Vinogradov & Yalom, 1989/1997)。川名(2014)は、これら11項目のうち、希望をもたらし、普遍性、情報の伝達、愛他主義、模倣行動、カタルシス、実存的因子、グループの凝集性の8項目はがん患者のサポートグループでも効果が期待でき、実際のサポートグループのなかでも観察されているとしている。Setoyama, Yamazaki, & Nakayama (2011)は、乳がん患者への調査からピアサポートの局面として、“情緒的サポート/ヘルパーセラピー”、“感情表出”、“葛藤”、“アドバイス”、“洞察/普遍化”の5つが認められたことを報告している。これらのことから、サポートグループでは、ピアの相互作用を用いて、体験の共有、感情表出、励まし合い、情報交換、対処に必要な一般的知識・技術の提供といった機能を用いたサポートが可能であると考えられる。ピアサポートにおいては、葛藤が生じるなどのリスクも示されているが、サバイバーにとって医療者による関わりだけでは得られにくい情緒面、情報面でのメリットが得られることが考えられる。

こうしたサポートグループには、サポートグループの開催中、参加者を固定し、途中からの参加や、単回の参加は原則として認めない閉鎖型サポートグループと

メンバーの出入りが自由な開放型サポートグループがあるが、前者の場合は、「参加者のグループへの帰属意識や仲間としての凝集性が高まりやすく、実存的問題についても話が深まり、集団療法的な効果が高まることが期待できる」（川名，2014，p.175）と言われている。短期間のグループにおいて、途中からの新規参加者を認めると、新たなメンバーの紹介やグループの新たな結束を高めるために、グループの流れが中断したり時間を費やす必要がある（Spiegel & Classen, 2000／2003）。また、新メンバーがすでに開始した短期グループから何かを得るには時間が足りない場合がある（Spiegel & Classen, 2000／2003）。そのため、限られた時間内で最大限の成果を得るためにはメンバーを固定した閉鎖型グループが推奨されている（Spiegel & Classen, 2000／2003）。特に、期間限定の介入プログラムにおいて再発不安のような特定のテーマを扱う介入には、閉鎖型サポートグループが適していると思われる。

サポートグループでは、個人的な体験を打ちあけることがあるため、グループを安全で一貫したものと感じとれることが重要であり、つまり、グループメンバーは、毎週決まった時間に会合が開かれること、グループの構成と機能がいつも同じであること、グループで語られることはグループ内だけの話として外では話さないこと、そして自分についてどんな話をしてもらってもかまわないことを知っておくことが必要とされている（Spiegel & Classen, 2000／2003）。セッションでは、全てのグループメンバーが、他のメンバーを見ることができるとできるように、輪になった座席の配置とすること（Vinogradov & Yalom, 1989／1997）など、サポートグループの効果を最大限発揮するための環境面の配慮や工夫が必要とされる。更に、実際にサポートグループを展開する場合には、提供方法も考慮する必要がある。サポートグループの継続期間に関しては、運営する側の時間や資源、患者の関心やニーズによって変わるとされる（Spiegel & Classen, 2000／2003）。頻度に関しても、そのグループの臨床上の制約や治療目標によって、大きく変化するが、外来患者のグループのワークでは、週に1度のスケジュールが最も一般的とされている。時間的には、セッションの大きなテーマを終了するためには少なくとも60分は必要とされ、グループの規模に関しては、最低5人以上、6人から8人のグループが、メンバーが互いに体験を分かち合える最適なグループとされている（Vinogradov & Yalom, 1989／1997）。どんなグループでも1～2名の脱会者がでることが予想され（Spiegel & Classen, 2000／2003）、これらを見込んだ人数設定が必要である。以上のように、サポートグループを成功に導くためには、効果を引き出すための環境面での配慮やグループの設定が重要となる。

一方で、集団介入では個別の問題解決にはつながらないことも指摘されており（増島ら，2015）、サバイバーが自らの再発不安をマネジメントしていくためには、個別のニーズにも対応できる介入を組み合わせることで、より効果的な介入となる可能性がある。これまでのところ、再発不安を抱えるサバイバーに対して看護師がどのように働きかけることが効果的か、個別介入の看護技術については明らかになっていない。

10. がんの再発不安に対する介入の評価指標

主に再発不安の問題を扱っているでは、再発不安の低減を主要なアウトカムとしている (Cameron et al., 2007 ; Dieng et al., 2016 ; Dodds et al., 2015 ; Humphri & Rogers, 2012 ; Imai et al., 2019 ; Lebel et al., 2014 ; Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2011 ; Lengacher et al., 2014 ; Lichtenthal et al., 2017 ; Otto et al., 2016 ; Shields et al., 2010 ; Smith et al., 2015 ; van de Wal et al., 2017) 一方で、再発不安を測定する尺度は、現在のところ 20 以上存在し (Thewes et al., 2012a ; Simard et al., 2013)、研究で使われている尺度にはばらつきがみられる。がん種を特定しない介入研究では Fear of Cancer Recurrence Inventory (以下、FCRI) が使われていることが多い (Dieng et al., 2016 ; Smith et al., 2015 ; van de Wal et al., 2017)。FCRI は、認知行動モデルを基盤とした再発不安の概念モデル (Lee-Jones et al., 1997) と文献レビューおよび精神障害の分類を提供する DSM-IV の診断基準に基づき Simard & Savard, (2009) によって開発された 42 項目の自記式質問票である。一方、乳がんサバイバーを対象とした再発不安の介入研究においては、再発不安の評価に Concerns About Recurrence Scale (以下、CARS) が最も多く用いられている (Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2014 ; Lengacher et al., 2011 ; Lichtenthal et al., 2017 ; Otto et al., 2016 ; Shields et al., 2010)。CARS は、乳がんサバイバーの再発不安を評価するために、Vickberg (2003) によって開発された自記式質問票であり、乳がん再発に関する総合的な不安の程度について評価する 4 項目の質問および、「健康についての心配」「女性らしさについての心配」「役割についての心配」「死についての心配」に関する 4 つの下位尺度 (26 項目) から構成されている。総合的な不安の程度を問う 4 項目は、1 点 (全くない) から 6 点 (質問によって常に、非常に、極めて) の 6 段階で回答する形式となっており、得点が高いほど乳がん再発に関する不安の程度が強いことを示している。また、4 因子 26 項目の下位尺度は、0 点 (全くない) から 4 点 (極めて) までの 5 段階で回答する形式となっており、得点が高いほど乳がん再発への心配が強いことを示している。CARS は、Momino ら (2014) によって日本語版 (日本語版 Concerns About Recurrence Scale : CARS-J) 開発の際に「健康と死についての心配 (13 項目)」「女性らしさの心配 (6 項目)」「自身の価値についての心配 (5 項目)」「役割についての心配 (2 項目)」という異なるサブスケールを抽出し、信頼性、妥当性を確認している。

再発不安と併せて、一般的な不安や抑うつといった精神的苦痛に関しても多くの先行研究で評価がなされている (Cameron et al., 2007 ; Dieng et al., 2016 ; Dodds et al., 2015 ; Fukui et al., 2000 ; Humphri & Rogers, 2012 ; Lebel et al., 2014 ; Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2011 ; Lengacher et al., 2014 ; Shields et al., 2010 ; Smith et al., 2015)。これら先行研究にて、不安や抑うつの評価に使われているスケールは、State-Trait Anxiety Inventory (Shields et al. ; Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2011 ; Lengacher et al., 2014)、Center for Epidemiological Studies Depression scale (Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al., 2011 ; Lengacher et al., 2014 ; Shields et al.,

2010)、Hospital Anxiety and Depression Scale (Humphri & Rogers ; Fukui et al., 2000)、Impact of Event Scale (Smith et al., 2015)、Cortauld Emotional Control Scale (Cameron et al., 2007)、State-Trait Anxiety Inventory-short form (Cameron et al., 2007) など、目的によって様々である。がんやがん治療の影響で身体症状を経験する可能性のあるサバイバーの場合、精神状態の評価には身体症状が身体の問題か精神反応かを区別する必要があるが出てくる。Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) は、全部で 14 項目の自記式質問票で、奇数番号 7 項目が不安について、偶数番号 7 項目が抑うつについての下位尺度になっている。これは、身体疾患を有する患者の精神症状（不安と抑うつ）を測定するために作成された尺度で、身体症状に関する質問が含まれていない(Zigmond & Snaith, 1983)。項目内容は抑うつや不安の認知的部分に関するものであるため、身体症状による修飾を受けにくいと考えられており（北村、1993）、サバイバーの精神状態を評価する尺度として有用であると考えられる。HADS は、北村(1993)によって日本語に翻訳され、日本のがん患者において信頼性、妥当性が確認されている（Kugaya, Akechi, Okuyama, Okumura, & Uchitomi, 1998）。各項目 0～3 点で採点し、下位尺度の合計点が高得点ほど不健康（不安、抑うつ状態）を示すとされている（北村、1993）。Kugaya ら（1998）は、HADS の不安の項目については合計 8 点以上を不安状態、抑うつの項目については合計 11 点以上を抑うつ状態、総得点 11 点以上を適応障害、総得点 20 点以上を大うつ病のスクリーニング得点として示している。

また、再発不安の先行介入研究では、QOL (Dieng et al, 2016 ; Humphri & Rogers, 2012 ; Lengacher et al, 2009 ; Lengacher et al, 2011 ; Lengacher et al, 2014 ; Lebel et al, 2014 ; Smith et al, 2015 ; van de Wal et al, 2017)、適応 (Fukui et al, 2000 ; Humphri & Rogers, 2012 ; Lebel et al, 2014 ; van de Wal et al, 2017)、ソーシャルサポート (Lengacher et al, 2009 ; Lengacher et al, 2011 ; Lengacher et al, 2014 ; van de Wal et al, 2017)、ストレス認知 (Dodds et al., 2015 ; Lengacher et al, 2009 ; Lengacher et al, 2011 ; Lengacher et al, 2014 ; Dieng et al, 2016)、楽観性 (Lengacher et al, 2009 ; Lengacher et al, 2011 ; Lengacher et al, 2014 ; van de Wal et al, 2017) などが複数の研究で評価されている。

再発不安は、サバイバーにとって当然あるものであり、コントロールすることは出来ても無くすことは難しい。そのため、不安を長期にわたって自らマネジメントする能力も介入の焦点になり得る。先行介入研究では、コーピングについて評価する尺度として、Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale（以下、MAC）が用いられている（Fukui et al., 2000 ; Humphri & Rogers, 2012）。MAC は、Watoson ら（1988）によって開発されたがん患者の心理的適応を測定するための評価尺度であり、Fighting spirit（16 項目）、Helpless（6 項目）、Anxious preoccupation（9 項目）、Fatalistic（8 項目）、Avoidance（1 項目）の 5 つの下位尺度で構成された合計 40 項目からなる自記式調査票で、患者のコーピングを測定することが出来る。MAC は、明智ら（1997）によって日本語に翻訳され、通院中のがん患者によって良好な信頼性・妥当性が確認されていることから、日本人のサバイバーのコーピングを測定する評価尺度として活用可能であると考え

る。各質問は、1 点（全く違う）から 4 点（全くその通りだ）の 4 段階で回答し、得点が高いほど各項目のコーピングが強いことを示している。**Fighting Spirit** は得点が高い方が、また、その他は低い方が良好な適応状態と判断される。**MAC** 使用者マニュアル（Watson & Homewood, 2008）によると、下位項目のカットオフ値はそれぞれ、**Fighting spirit** 47 点以下、**Helpless** 12 点以上、**Anxious preoccupation** 25 点以上、**Fatalistic** 22 点以上、**Avoidance** 3 点以上となっており、中でも、心理的介入を要する事例を特定するカットオフ値を、**Fighting Spirit**（前向きな態度）47 点以下かつ、**Helpless/Hopeless**（無力感/絶望感）12 点以上としている。

再発不安については、身体とのつながりで評価することも必要であると考え。前述したように、複数の先行介入研究では介入指標の一つとして **QOL** の評価がなされている。**QOL** と再発不安は関連することが明らかになっており（Crist & Grunfeld, 2013 ; Simard et al., 2013）、身体面はもちろんのこと、心理面、社会面も含めた健康面、機能面からの包括的な評価は重要である。先行介入研究では、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core Questionnaire 30 : **EROTC-QLQ-C30**（Humphri & Rogers, 2012 ; van de Wal et al., 2017）、Functional Assessment of Cancer Therapy-General : **FACT-G**（Smith et al., 2015）、**FACT-Melanoma : FACT-M**（Dieng et al., 2016）、Medical Outcomes Studies Short-Form General Health Survey: **MOS SF-36**（Lengacher et al., 2009; Lengacher et al., 2011; Lengacher et al., 2014）など、様々な **QOL** 尺度が用いられている。乳がん患者用に作成され研究において利用できる **QOL** 尺度としては、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Breast23 : **EROTC-QLQ-BR23** および Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast : **FACT-B** 等があるが、**EROTC-QLQ-BR23** は他のがん種にも共通のコア調査票 **EROTC-QLQ-C30** と併用して用いるため、質問項目が全部で 53 項目と多くなり回答者の負担が多くなることや、スコアリングがあまり容易でないといったデメリットがあるとされている（日本乳癌学会, 2002）。一方 **FACT-B** は、1993 年に米国にて開発されたがん患者を対象とした臨床試験用の自己記入式 **QOL** 質問紙 **FACT-G** をベースとした質問票である（下妻, 2001）。現在利用されているのは Version 4 であり、核となる質問紙 **FACT-G** は身体的健康感 7 項目、社会的健康感 7 項目、精神的健康感 6 項目、機能的健康感 7 項目の 4 つの下位尺度、計 27 項目から成る。乳がん患者用の **FACT-B** は、これに乳がん用の追加下位尺度 9 項目を加えた、計 36 項目で構成されている（日本乳癌学会, 2002）。**FACT-B** 日本語版は、わが国の乳がん術後患者において良好な信頼性、妥当性が確認されている（下妻, 江口, 2001）。なお、**FACT-B** 日本語版 version 4 は、社会的健康感にスコアリングに関係しない 2 項目が追加されており、全ての項目は 0 点（全くあてはまらない）から 4 点（非常によくあてはまる）の 5 段階で回答する形式となっており、合計点が高いほど **QOL** が高いことを示している。

介入の評価時期に関しては、先行研究では介入前（ベースライン）と介入後に加え、介入終了の 1 カ月後（Dodds et al., 2015 ; Otto et al., 2016）、2 か月後

(Cameron et al., 2007; Smith et al., 2015)、3 か月後 (Lebel et al., 2014; Lichtenthal et al., 2017; Otto et al., 2016)、4 か月後 (Humphri & Rogers, 2012)、5 か月後 (Dieng et al., 2016)、6 か月後 (Fukui et al., 2000; 福井, 2001) 8 か月後 (Cameron et al., 2007) と、介入の 1 か月から最大 8 か月後の時点で追跡調査が行われていた。再発不安は時間が経過しても持続する問題であり (Crist & Grunfeld, 2013)、持続する不安を自らがマネジメントしていくことが必要とされる。Shimazu, Okada, Sakamoto, & Miura (2003, p.207) は、「学んだコーピングスキルを実生活に移すにはいくらか時間がかかる可能性があり、長期の観察により介入効果を明確にすることができる」と述べており、van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk (2001) は、少なくとも 12 週間 (約 3 ヶ月) の追跡調査を介入研究の設計の一部とすることを推奨している。

これらのことから、再発不安を抱えるサバイバーへの支援としては、サバイバーが自らの再発不安をマネジメントしていくことが出来ることを目標として働きかけることが重要であり、介入効果の評価に関しては、再発不安や精神状態、QOL、コーピング等について介入前後のみならず 3 ヶ月程度の一定期間をおいた後に追跡調査を行うことが必要であると考ええる。

また、「6. がんの再発不安と関連要因」の項でも述べたように、再発不安には様々な側面での要因が関連することが明らかとなっており、先行介入研究に関する文献検討 (「7. 再発不安に対する先行介入研究と結果」「8. 複合的介入の有効性に関する検討研究」) から、多面的な視点での介入や、集団介入に個別介入を組み合わせた形での介入など、複数の介入要素を組み合わせた、いわゆる複合的介入が有効である可能性が考えられる。こうした複合的介入の場合は、どの介入要素がどのように影響してアウトカムにつながったかについて評価することは難しい。近年、医療の分野では複合的な要素を含んだ介入研究が散見され、Medical Research Council (MRC) は、複合的介入の開発と評価に関する手引きを作成している (Craig et al., 2008)。Möhler, Bartoszek, Köpke, & Meyer (2012) は、MRC の枠組みと更なる文献検討によって、医療の分野での複雑な介入の開発と評価に関する基準 (チェックリスト) を作成している。この基準は、(1) 開発、(2) 実行可能性と予備的調査、(3) 介入の導入と評価の 3 段階に分かれており、一般的な介入の開発や評価において共通する基準も多いが、「実施プロセスの評価に関して記述する」、「プロセスの評価によって明らかになった、介入の実施に影響した促進因子あるいはバリアに関して記述する」、「介入の構成要素と介入が行われた環境の間での予期しない相互作用に関して記述する」といった、介入のプロセスについての評価や介入の構成要素との相互作用の評価を推奨している。フィールドノートなどを用いてこうしたプロセスや相互作用について質的に評価していくことも重要であると考ええる。

第Ⅲ章 がんの再発不安に対する看護相談技術に関するフィールド調査

1. フィールド調査の背景

文献検討より、長期に持続するがんの再発不安をサバイバー自らがマネジメントしていくためには、個別性を重視した介入を取り入れる必要があると考えるが、再発不安を抱くサバイバーに対してどのように働きかけることが効果的かについては明らかになっていない。そこで、再発不安を抱くがんサバイバーへの効果的な看護相談技術について明らかにすることを目的にフィールド調査を行った。

2. フィールド調査の目的

再発不安を抱くがんサバイバーへの効果的な看護相談技術について明らかにすること。

3. データ収集

1) 調査協力者

本調査では、看護師が相談の中で用いている技術について、意図や判断プロセスをより明確に引き出す必要があると考え、がんの再発不安について相談対応経験のあるがん看護専門看護師で、調査協力への同意が得られた者を対象とした。

2) 調査期間

2017年8月～2017年12月

3) データ収集方法

- (1) 関西圏で開催されるがん看護専門看護師が集まる会において、代表者に説明をし、承諾を得た。
- (2) 会終了後に研究者より会に参加しているがん看護専門看護師に対して、調査の趣旨と方法について依頼書と口頭にて説明し、同意書への署名をもって調査協力の意思を確認した。
- (3) 10名以下の調査協力者で1つのインタビューグループを構成。インタビューガイドに沿って1グループにつき1時間程度の半構成的インタビューを実施し、がんサバイバーの再発不安に対する具体的な相談対応の方法や判断および内容とそれに対するがんサバイバーの反応についての情報を得た。なお、インタビュー内容は調査協力者の同意を得てICレコーダーに録音した。また、調査協力者の年代、性別、看護師経験年数、専門看護師経験年数、所属部署について質問紙により情報を得た。

4) 倫理的配慮

調査への協力は自由意思に基づき、強制力が働かないよう配慮し、プライバシーおよび個人情報保護の確保、中断や途中辞退の自由の保証、得られたデータの取り扱いと結果の公表について文書と口頭にて説明し、同意書への署名によって同意を得た。また、本調査は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究

倫理委員会の承認を受けて実施した。

4. データ分析

インタビューで語られた内容を録音した音声逐語録として書き起し、がんサバイバーの再発不安に対する相談対応の事例データの中から、相談技術に関連した部分を単位データとして抽出した。データの分析は、Vaughn, Schumm, & Sinagub (1996) による質的内容分析の手法を用いた。抽出した単位データを文脈に照らして正確に意味を読み取り、再発不安の看護相談技術を表現する名称をつけ、それらを分類してサブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーを作成した。

分析に際しては、がん看護ならびに質的研究に精通した専門家にスーパーバイズを受け、妥当性を高めた。

5. 調査結果

1) 調査協力者の概要

調査協力者は、11 名のがん看護専門看護師であった。全員が女性であり、年齢は 30 代～50 代、看護師としての経験年数は平均 18.5 年 (SD=5.03)、がん看護専門看護師としての経験年数は平均 5.9 年 (SD=3.70) であった。所属部署（兼任の場合、複数回答あり）は、外来 3 名、病棟 1 名、がん相談支援センターが 6 名、緩和ケアチーム 3 名、その他 2 名であった。フォーカスグループインタビューは、2 名、3 名、6 名の研究協力者で構成する 3 つのグループにおいて実施し、所要時間 62 分～最長 86 分（平均 73.7 分）であった。

2) 再発不安を抱くがんサバイバーへの看護相談技術

11 名のがん看護専門看護師への調査から、再発不安を抱くがんサバイバーへの効果的な看護相談技術として、209 の単位データを抽出した。単位データの各文脈における看護相談技術としての意味を読み取りコード化し、これらのコードを帰納的に分類した結果、11 の大カテゴリー（【】として表わす）、22 のカテゴリー、64 のサブカテゴリーに分類できた。大カテゴリーとして分類された看護相談技術は、①【再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師自身の準備性】、②【再発不安を抱えるサバイバーをキャッチする】、③【ケアとして傾聴する】、④【心身の状態を評価する】、⑤【対処の状況を確認する】、⑥【不安の程度に応じた関わりについて判断する】、⑦【不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える】、⑧【サバイバーの準備性を高める】、⑨【再発不安に対処することを勧める】、⑩【適切なリソースの活用につなげる】、⑪【サバイバーの精神状態に影響する家族の不安に対処する】であった。これら 11 の看護相談技術に含まれるカテゴリーとサブカテゴリーは、以下表 1 の通りである。これらの相談技術は、相談のプロセスにおいて必ずしも順序通りではなく、看護師はサバイバーの反応に合わせ複数の相談技術を組み合わせて用いられていた。

表 1. 再発不安を抱くがんサバイバーへの看護相談技術

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
再発不安を抱えるサバイバーをキャッチする	再発不安を抱えるサバイバーをキャッチする	不安を予測して関わる
		不安をキャッチする質問をする
		日頃の関わりの中で不安をキャッチする
再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性	再発不安を抱えるサバイバーに専門家として向き合う構え	医学的な理解に基づきサバイバーの状況をプロセスで捉える
		消えない不安を抱えるサバイバーと対峙する心構え
		逃げずに向き合う
	看護師としての自身のマネジメント	自らの関わりの妥当性について評価する
		自らの感情をマネジメントする
ケアとして傾聴する	再発不安を効果的に受け止める	感情の表出を促す
		消えない不安につきあう
		感情に理解を示して受け止める
		不安について表出することを強制しない
		張り詰めた気持ちを労わる
		タッチングを効果的に取り入れる
		気分を紛らわせる
	尊厳に配慮する	プライバシーに配慮する
		尊厳を守る
心身の状態を評価する	再発不安について評価する	全人的な視点で不安を捉える
		生活状況から不安の程度を評価する
		客観的な視点で不安を評価する
	再発不安に関与する身体症状を専門的に評価する	再発を連想する身体症状について確認する
		身体症状の原因についてアセスメントする
不安の程度に応じた関わりについて判断する	不安の程度に応じた関わりについて判断する	不安の程度によって関わり方を変える
		どのように関わるのが妥当か判断する
対処の状況を確認する	生活の話からコーピングの状況を捉える	生活の話からコーピングの状況を捉える
	身体の心配への対処について確認する	再発を連想する身体症状への対処について確認する
		心配なことを医師に話せているか確認する
	身近なソーシャルサポートの活用について確認する	身近な相談者について確認する
		家族への相談状況を尋ねる
不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える	ケアを保証する	困ったときのサポートを保証する
		相談のハードルを下げる

		続けて看ることを保証する
	不安な時にそばにいる	不安な時にそばにいる
サバイバーの準備性を高める	不安を抱える自身への気づきを促す	生活を取り戻してきていることへの気づきを促す
		不安に囚われている自身への気づきを支える
		不安を客観視することを促す
	身体の状態を正しく認識することを助ける	現実的な身体を理解を助ける
		サバイバーの心配に沿って情報を提供する
		誤った認識は修正する
	再発に備えて準備する	診療内容について分かりやすく伝える
		再発した場合に備えてできることがあることを伝える
		再発した場合の医療的な対応の可能性を示す
再発不安に対処することを勧める	再発不安に対処する気持ち強化する	その人なりの対処を支持する
		自己効力感に働きかける
		出来ている部分を認めて強化する
	ストレスマネジメントを促す	心の状態をモニタリングできるよう知識を提供する
		根拠があるストレスマネジメントの方法を提案する
		効果的にリラックスする方法を提案する
		その人が普段行っているストレス対処法を取り入れることを勧める
		話せる相手に不安なことを話すよう勧める
	再発を連想する身体症状のマネジメントを促す	症状の原因について正しく伝える
		症状をモニタリングするスキルを提供する
		症状への対処法を探る
		医師とのコミュニケーションの促進を図る
		異常を見逃さないためのサポート体制を示す
	健康行動に働きかける	健康維持のためにできることがあることを伝える
		回復過程に沿った健康管理のアドバイスを行う
		無理なく継続できる健康行動を一緒に見出す
		適切な健康行動を促す
適切なリソースの活用につなげる	適切なリソースの活用につなげる	適切な専門家につなぐ
		その人に合ったサポートの場を紹介する
		サポートに関する情報ツールを提供する
サバイバーの精神状態に影響する家族の不安に対処する	サバイバーの精神状態に影響する家族の不安に対処する	家族の不安を聴く
		家族の気持ちの整理を促す

第IV章 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入モデル

文献検討および研究者の臨床経験をもとに、乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入について検討を行い、看護介入モデルを考案した（図3）。介入モデルのデザインには、すべての原因のなかから、変化させられる（介入可能な）ものに着目しそれにフィットする援助を考えることが重要と言われている（Lewis, 2006）。再発不安の根本的な原因は再発そのものであるが、再発のリスクを完全になくすことは出来ない。一方、文献検討で述べた通り、サバイバーの個人／病気の特性、不安定な精神状態、非効果的なコーピング、身体症状、深刻な再発リスク認知、サポートの不足は、再発不安の増強の要因として指摘されている。これらの要因のうち、個人／病気の特性は変化させることはできないが、不安定な精神状態、非効果的なコーピング、身体症状、深刻な再発リスク認知、サポートの不足に関しては介入の余地があると考えられ、これらに対する包括的な支援を組み合わせることにした。

まず、再発不安に対する先行介入研究の多くは、心理的介入を中心としたものであり、不安の表出や、心理教育、リラクゼーション技術の提供といった“ストレスマネジメントの促進”を図る支援は、不安の軽減につながる働きかけとして重要であると考ええる。“ストレスマネジメントの促進”を図る介入では、再発不安やストレスについての理解や表出を促し、自らの不安やこころの状態を客観的に見つめることを支援するとともに、ピアサポートによる情緒的サポートも組み込む。こうした働きかけは、再発不安に関わる要因のうち、不安定な精神状態に直接的に作用し、こころの安定を図る働きかけである。また、自身のこころの状態のモニタリングや、不安やストレスへの積極的な対処を促すことで、サバイバーのコーピングにも働きかける。

次に、サバイバーの身体の変調や不調は再発不安を増大させるなど、心身相関の観点からも、身体面のニーズに対応したサポートがこころの安定につながると考える。特に、サバイバーが治療後に経験する身体症状は、再発を想起させるトリガーとなることや再発不安の増強要因となることが示されていることから、“症状マネジメントの促進”を図る支援の提供が、再発不安の看護として重要であると考ええる。ここでは“症状マネジメントの促進”を図る支援として、乳がん治療後の身体を理解を促すことによって、身体症状を正しく捉え、冷静に客観的に再発リスク認知ができるよう働きかけるとともに、身体症状の適切な対処を共に考え、身体症状の軽減とそれによる効果的なコーピングの促進を期待する。

更に、治療後のサバイバーにとって健康行動に関する情報や支援のニーズは高く、健康行動をとることによって再発不安のコーピングが促進されることから、サバイバーの“健康行動の促進”を図る支援を提供する。不安の原因であるがんの再発は自らの意思でコントロールすることは出来ないが、体調管理や生活をコントロールすることは可能であり、自ら行うことができる健康行動を支援することは、再発不安のマネジメントに役立つものと考ええる。ここでは“健康行動の促進”への働きかけとして、乳がん治療後のフォローアップや、自己検診法、医療者とのコミュニケーションなど体調を管理する上で必要な知識や技術の提供、更

には、再発予防に関するエビデンスに基づく情報提供や健康管理の促進を図る支援を提供し、主に非効果的なコーピングや深刻な再発リスク認知といった再発不安の要因に働きかける。

これら“ストレスマネジメントの促進”“症状マネジメントの促進”“健康行動の促進”の3つの側面からの介入によって、持続する再発不安を乳がんサバイバー自身がマネジメントしていくことができる状態を目指す。

さらに効果を上げ持続させるためにピアグループを用いた支援(第1段階)と、それに続く個別看護相談による支援(第2段階)の2つの異なる介入形式によって支援を提供する。

まず第1段階のピアグループを用いた支援では、サポートグループを展開することで、より効率的・効果的に情緒的サポートと再発不安の対処に必要な知識や技術を習得するための機会を提供し、サバイバーが再発不安を自らマネジメントしていくための基盤を築く。具体的な働きかけの方法として、ピアの相互作用を用いて、感情表出、体験の共有、励まし合い、情報交換の機会を提供し、更に再発不安の対処に必要な一般的知識・技術を提供する。

そして、個々のサバイバーが自らの再発不安をマネジメントしていくためには、個別のニーズや能力に合った支援が必要となることから、第1段階のサポートグループの提供に続き、第2段階として個別看護相談による支援を提供する。ここでは、フィールド調査によって得られた再発不安に対する看護相談技術のうち、直接的な相談場面において活用する「再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性」「心身の状態を評価する」「ケアとして傾聴する」「不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える」「不安の程度に応じた関わりについて判断する」「適切なリソースの活用につなげる」「サバイバーの準備性を高める」「対処の状況を確認する」「再発不安に対処することを勧める」の9つの看護相談技術を用いて研究者自身が関わる。

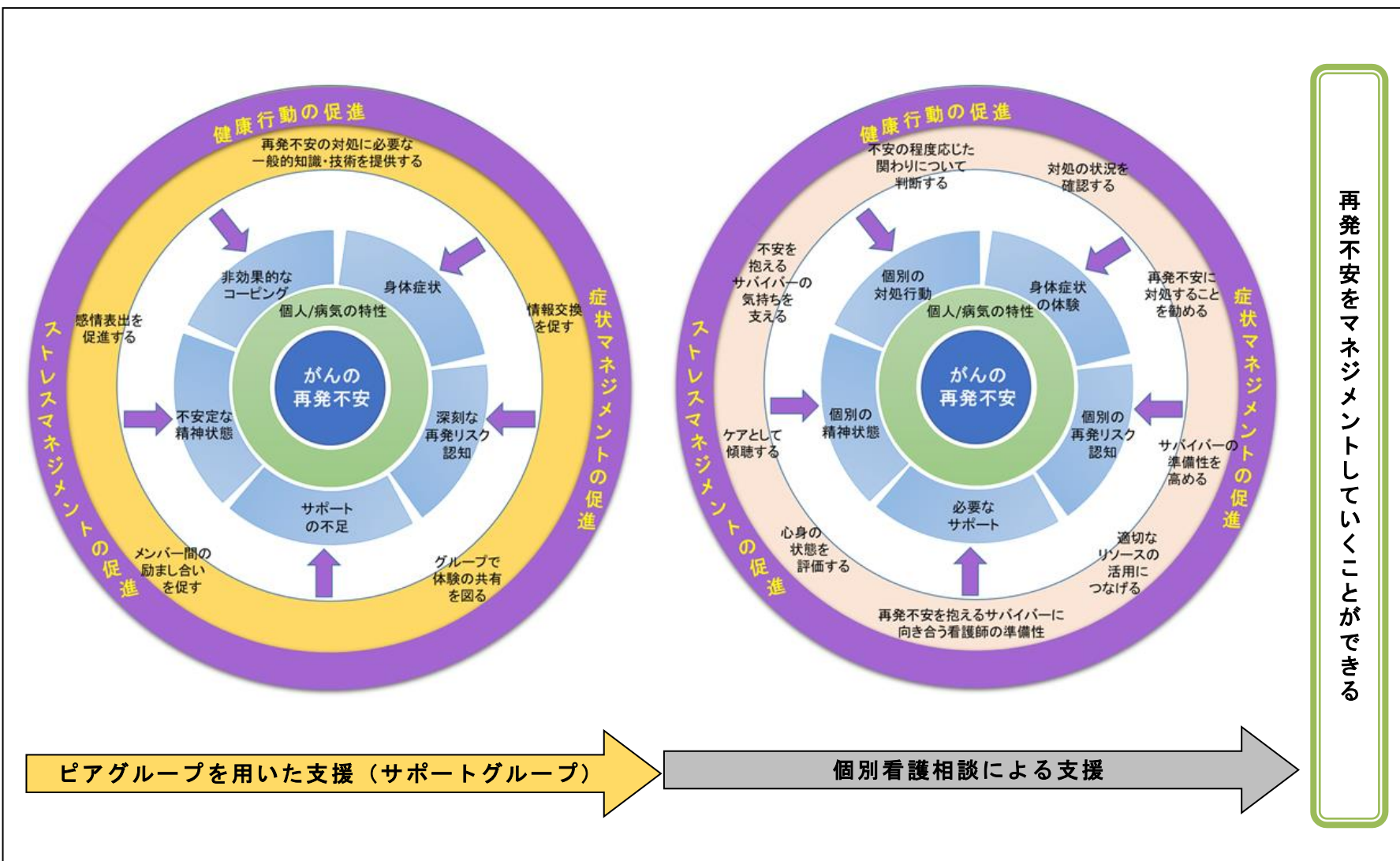


図 3. 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入モデル

第Ⅴ章 研究方法

1. 用語の操作的定義

- ・再発：以前がんができたのと同じ側の乳房に再びがんができること、乳房以外の部位にがんができること、どちらかの乳房に新たな乳がんができることとする（Vickberg, 2003／Momino et al., 2014）
- ・再発不安：乳がんが再発する可能性に関する恐怖、不安、心配、関心、気がかりとする。
- ・がんサバイバー：NCCS（The National Coalition for Cancer Survivorship）によると、がんサバイバーは必ずしもがんを克服した者を意味するのではなく、がん治療中の者や、がんと共存している者も含まれ、さらにはがん患者を支える家族や友人もサバイバーに含まれるとしているが、本研究においては、操作的定義として、がんの根治的治療を終えがんが新たに再発や転移することなく寛解状態で生存している者とする。

2. 予備調査

1) 予備調査の目的

文献検討および調査によって作成した「乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム」（以下、介入プログラムとする）の不足点や妥当性について点検し、確定させること。

2) 研究協力者

（1）研究協力者の選定

研究協力者の適格基準を以下のように設定し、1 グループの人数を最低 5 名以上、最大 8 名で募集した。

<適格基準>

- ・乳がんの再発不安を感じている女性患者
- ・手術によって病巣の残存は確認されておらず、新たな局所再発や転移が判明していない状態（完全寛解）であること
- ・乳がんの一般的なフォローアップ期間である術後 10 年以内の者を対象とするが、手術、放射線療法、化学療法が完了してすぐの時期や、ホルモン療法を開始して 3 ヶ月前後は状態が安定せず、研究協力やアウトカムに影響する可能性が考えられるため、手術、放射線療法、化学療法を完了して 6 カ月以上、ホルモン療法は開始後 6 カ月以上経過していること
- ・20 歳以上、80 歳未満であること
- ・認知症や精神疾患を有していないこと
- ・日本語による言語的コミュニケーションおよび調査質問紙への回答が可能であること
- ・原則として全ての介入プログラムに参加可能であること

（２）研究協力施設

乳がん治療後の患者を診療している一カ所のがん診療連携拠点病院

（３）カウンターパート

研究協力施設においてサポートグループを実施するため、乳がんサバイバーの支援に興味や関心があり、下記の役割に協力が得られる研究協力施設の看護師 1 名をカウンターパートとして募集した。

＜カウンターパートの役割＞

- ・ 介入場所の調整やサポートグループ当日の運営への協力
- ・ サポートグループ中に、研究協力者の遅刻や気分不良など何らかの不測の事態が生じた際の対応協力
- ・ 研究協力施設に何らかの問い合わせがあった場合の研究者への連絡

（４）研究協力依頼および選定方法

- ① 研究協力施設の施設長および看護部長に対して文書（資料 1）を用いて、研究実施の了承と、カウンターパート候補者として看護師 1 名の紹介を依頼した。
- ② カウンターパート候補者に対して、文書（資料 6）を用いて研究協力を依頼し、自由意思による同意書（資料 7）への署名をもって、同意の意思を確認した。
- ③ 研究協力施設の外来看護師長および担当医師に文書（資料 2）を用いて、研究協力者の適格基準に合致する患者の紹介を依頼した。紹介に際しては、強制力が働かないよう患者紹介方法（資料 3）の文言を用いて紹介の可否を確認いただくよう依頼した。
- ④ 紹介を受けた患者（研究協力候補者）に対して研究の目的、方法について書面（資料 4）と口頭にて十分に説明し、自由意思による同意書（資料 5）へのサインをもって、研究協力の意思を確認した。
- ⑤ 当初、予備調査では、上記①～④の手順で介入の提供および介入前後の調査を依頼したが、介入 3 か月後の質問紙調査も必要と判断し、下記 a～c の手順で追加調査の依頼を行った。
 - a. 研究協力施設の施設長および看護部長に対して文書（資料 8）を用いて、研究協力者に追加調査の依頼を行う了承を得た。
 - b. 研究協力施設の外来看護師長および担当医師に対し、研究協力者が定期受診した際に強制力が働かないよう研究者からの追加調査の説明の可否について患者紹介方法（資料 10）の文言を用いて確認いただくことを依頼（資料 9）。
 - c. 説明の了承が得られた研究協力者に対して、追加調査の依頼を文書（資料 11）と口頭にて十分に説明し、自由意思による同意書（資料 12）への署名をもって協力の意思を確認した。

3)「乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム」

介入プログラムは、介入手順①～⑨に沿って週に1回、計5週間（セッション1～5）提供している。介入は2つの段階から成り、第1段階は120分のサポートグループを3週に渡って提供し、続く第2段階の介入では30分～60分／人の個別看護相談を2週に渡って提供する。

第1段階 ピアグループを用いた支援（サポートグループ）

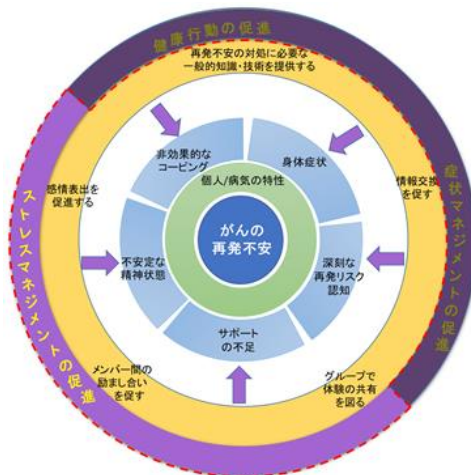
●セッション1：第1回サポートグループ（120分）（資料31を使用）

介入手順	介入の概念図
<p>【介入手順①】サポートグループを導入する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーに配慮した個室で、輪になって向かい合って椅子に座る。 ・開始の挨拶をし、グループの目的、内容、ルールについて説明する。 ・各自の自己紹介とプログラムの参加にあたって期待していることについて共有する。 <p>※個人のプライバシーに配慮し、自己紹介はニックネームでよいこと、また、プライベートな話はしなくてもよいことを説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊張を和らげ話しやすい場の雰囲気づくりに努める。 <p>【介入手順②】再発不安の知識とピアサポートを提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再発不安の成り立ちや特徴、プラスとマイナスの側面、不安を抑圧せず適度な水準にコントロールすることの重要性、対処について、一般的な知識を提供する ・グループで再発不安の体験の共有を図る。 ・メンバー同士の支持的なやりとりを促し、感情表出やメンバー間の相互理解（励まし合い）による情緒的サポートが進むよう働きかける。 ・知識提供した内容や他者の話を聞いて感じたことについて言語化を促し、洞察と普遍化が進むよう働きかける。 	

●セッション2：第2回サポートグループ（120分）（資料32を使用）

【介入手順③】ストレスマネジメントを促す

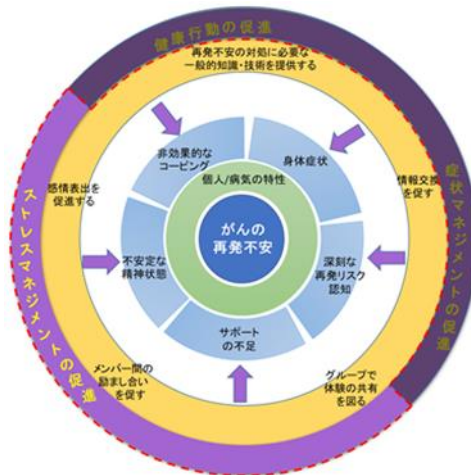
- ・ストレスの成り立ちとストレス反応、がん
とストレスとの関係、こころの状態を自身
でモニタリングするための知識と技術、ス
トレス対処の選択肢について一般的な知
識を提供する。
- ・ストレスに関する各自の認識や対処につ
いてグループで体験の共有および情報交換
を促す。
- ・知識提供した内容や他者の話を聞いて感
じたことについて言語化を促し、自分に合
ったストレスマネジメントの方法について
の思索が進むよう働きかける。
- ・乳がん術後のサバイバーが安全に日常で実
践できるリラクゼーション法として、呼吸
法、イメージ療法についてグループで実践
し技術を伝え、日常場面での活用について
検討を促す。



●セッション3：第3回サポートグループ（120分）（資料33を使用）

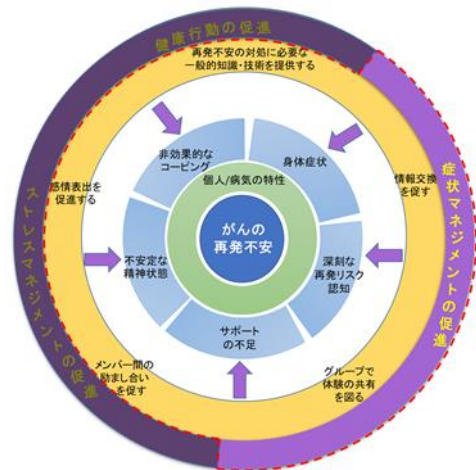
【介入手順④】前セッションの内容の活用状況や生活への反映について確認する

- ・この1週間のリラクゼーション法の活用状
況や生活への反映についてグループで共
有することで、活用を積極的に推進する。



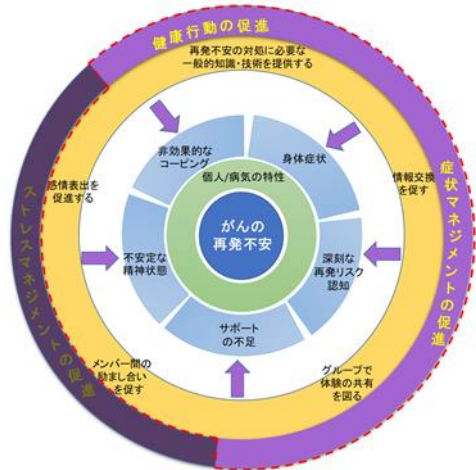
【介入手順⑤】乳がん治療後の身体に関して正しく理解することを促す

- ・乳がん治療後によくみられる身体症状、身体症状と再発不安のつながり、身体症状への適切な対応について一般的な知識を提供する。
- ・身体症状の心配や対処についてグループで共有を図る。対処について、看護師としての意見をフィードバックし、適切なマネジメントを促す。



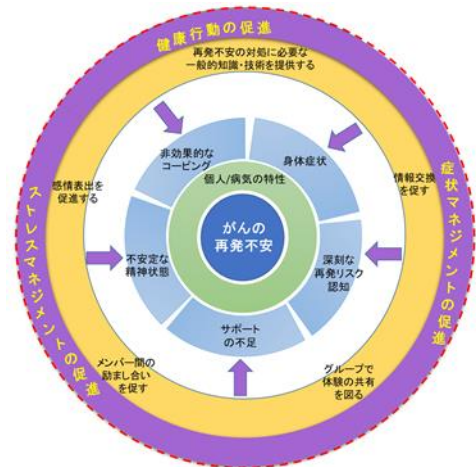
【介入手順⑥】乳がん治療後の体調・健康のマネジメントを促す

- ・乳がん治療後の定期受診、自己検診法、医療者とのコミュニケーション、再発リスクと生活について一般的な知識を提供する。
- ・各自が行っている健康行動や健康管理に関する気がかりについてグループで共有を図る。
- ・知識提供した内容や他者の話を聞いて、再発リスクや自らの不安に対して各自が取り組みそうだと感じたことについて尋ね、思索を促す。



【介入手順⑦】サポートグループを終結させる

- ・サポートグループの内容を振り返り、参加した感想、役立ったこと、今後活用できそうなことについて各自に尋ね、意見を共有する。
- ・引き続きの個別サポート（個別看護相談）について伝え、会を終結させる。

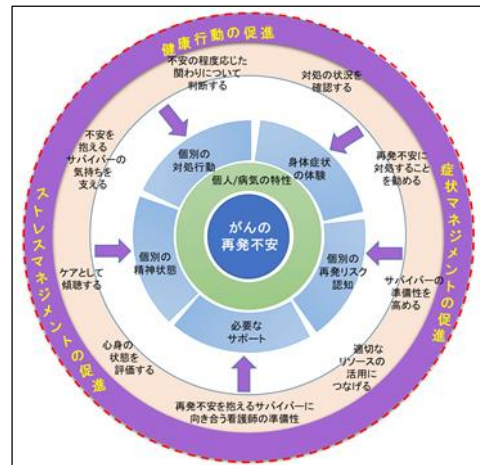


第2段階 個別看護相談による支援

●セッション4：第1回個別看護相談（30～60分／人）

【介入手順⑧】個別化プログラムを提供する

- ・サポートグループによる介入を基盤として、「再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性」「心身の状態を評価する」「ケアとして傾聴する」「不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える」「不安の程度に応じた関わりについて判断する」「適切なリソースの活用につなげる」「サバイバーの準備性を高める」「対処の状況を確認する」「再発不安に対処することを勧める」の9つの看護相談技術【表2】を用いて、個別の心身の状態や体験、リスク認知、対処行動に合わせた個別化プログラムを提供する。



- ・9つの看護相談技術のうち、「再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性」は個別看護相談の全プロセスにおいて基盤をなす看護師自身の構えや認識である。その他の相談技術については、サバイバーの不安の状況や相談内容に応じて用いるため、順序は必ずしも固定させず流動的に用いるが、基本的な流れとしては、初めの段階で「心身の状態を評価する」「ケアとして傾聴する」「不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える」技術を組み合わせて相談を導入することで、サバイバーの不安をケアしながら心身の状態や気がかり、認識について把握する。そして、「不安の程度に応じた関わりについて判断する」技術を用い、必要に応じて「適切なリソースの活用につなげる」技術を用い各自のニーズに合ったサポートを提供する。また、話の流れの中で、「サバイバーの準備性を高める」技術を用いることで、不安を抱える自身の状況への気づきや、再発リスクの認知に働きかける。更には、「対処の状況を確認する」技術を用いてサバイバーの対処の状況や力量について把握し、「再発不安に対処することを勧める」技術を使って、不安に対処する気持ちの強化を図りつつ、ひとりひとりの再発不安とのつきあい方を見いだすことをサポートする。

●セッション5：第2回個別看護相談（30分／人）

【介入手順⑨】個別マネジメントの強化・発展を図る

- ・介入手順⑧と同様に看護相談技術を用いて継続的に関わることで、再発不安に対する個別マネジメントの更なる強化と発展を図る。

表 2. 個別看護相談で用いる 9 つの看護相談技術と具体的内容

看護相談技術	具体的内容
「再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性」	個別看護相談の全プロセスにおいて基盤をなす看護師自身の構えや認識で、医学的な理解や対峙する心構えを持って、専門家として向き合う。
「心身の状態を評価する」	「この 1 週間の調子はいかがですか？」のような質問や、気がかり、生活状況について尋ね、不安の程度や認識、不安に関与する身体の状態に関する情報を引き出し、アセスメントする。
「ケアとして傾聴する」	再発不安や関連した気がかりに対して、感情の表出を促す、消えない不安につきあう、不安について表出することを強制しない、張り詰めた気持ちを労わる、タッチングを効果的に取り入れる、気分を紛らわせる等によって不安を効果的に受け止めること、また、尊厳に配慮することが含まれる。
「不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える」	不安を抱えるサバイバーに寄り添い、サポートを保証する。
「不安の程度に応じた関わりについて判断する」	不安の程度や状況に応じて、他職種の介入の必要性や関わりの内容について判断する。
「適切なリソースの活用につなげる」	不安の程度や状況によって、必要に応じて適切な専門家やサポートの場、情報ツールなどのリソースについて情報提供し、活用を促す。
「サバイバーの準備性を高める」	自身の心理面や身体面を客観視できるようサポートすることで不安を抱える自身への気づきを促すとともに、身体の状態を正しく認識すること、再発した場合に備えて出来ることがあること、再発した場合の対応について伝えることで、心身両面から再発不安を抱えるサバイバーの準備性に働きかける。
「対処の状況を確認する」	再発不安や不安に関与する身体症状への対処、生活、ソーシャルサポートについて尋ね、対処の状況や対処に関わる個人の能力について確認し、十分な対処が行えているか、サポートグループの内容が活かされているか等について把握する。
「再発不安に対処することを勧める」	個々の対処を支持したり保証したりすることで不安に対処する気持ちの強化を図りつつ、個々の再発不安や対処の状況、能力によって、サポートグループで提供した知識・技術をベースに、更なる個別の提案や支援を行い、その人なりの再発不安とのつきあい方を見いだすことをサポートする。

4) データ収集

(1) 評価内容と評価時期

研究協力者の基本情報として、年齢、乳がんの部位、病理・サブタイプ、病期、治療歴、受診までの期間、併存疾患、患者会の参加経験、再発不安の相談経験と相談相手に関する情報を得た。

質的評価として、サポートグループの様子は、研究協力者の同意を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成するとともに、観察したことについてフィールドノート（資料 22）に残した。フィールドノートには、具体的に、参加者の表情や様子、サポートグループにおける雰囲気・体験の共有・感情表出・励ましあい・情報交換といった相互交流の状況、知識・技術の提供に対する参加者の反応、参加者の再発不安の状況、対処のバリエーションや内容（回避、抑圧、気分転換など認知的対処、確認行動や生活習慣の変化など行動的対処、他者への相談などリソースの活用状況など）、経過による変化について観察し記録した。また、個別看護相談の内容（相談の内容や様子、アセスメント、介入、反応）は、個別介入シート（資料 23）に記録。更に、介入後に介入プログラムに関して、インタビューガイド（資料 29）を用いて、プログラムの不足点や気になる点、質問紙調査などに関して 30 分程度の半構造化面接を行った。インタビュー内容は研究協力者に同意を得て、IC レコーダーに録音し、逐語録に起こした。

介入の量的評価として、①再発不安、②一般的な不安・抑うつ、③QOL、④コーピングについて、質問紙調査票（資料 25～28）を用いて、介入前（ベースライン）、介入後、介入 3 か月後の 3 時点で調査を行った。質問紙調査票の詳細は、下記①～④に示す通りである。

①再発不安

乳がんサバイバーの再発不安を介入のプライマリーアウトカムとし、日本版 Concerns About Recurrence Scale : CARS-J（資料 25）（Momino et al., 2014）を用いて測定した。CARS-J は乳がん再発に関する総合的な不安の程度を問う 4 項目の質問および、「健康と死についての心配」「女性らしさについての心配」「自身の価値についての心配」「役割についての心配」の 4 つの下位尺度（26 項目）で構成されている自記式調査票である。総合的な不安の程度についての 4 項目は、1 点（全くない）から 6 点（質問によって常に、非常に、極めて）の 6 段階で回答する形式となっており、得点が高いほど乳がん再発に関する不安の程度が強いことを示している。また、4 因子 26 項目の下位尺度は、0 点（全くない）から 4 点（極めて）までの 5 段階で回答する形式となっており、得点が高いほど乳がん再発への心配が強いことを示している。

②一般的な不安・抑うつ

一般的な不安・抑うつは、Hospital anxiety and depression scale : HADS 尺度（資料 26）（北村, 1993）を用いて測定した。HADS 尺度は、14 項目からなる自記式質問紙で、奇数番号の 7 項目が不安、偶数番号の 7 項目が抑うつに関する下位尺度になっている。各項目 0～3 点で採点し、下位尺度の合計点が高いほ

ど不安・抑うつが強い状態であることを示している。Kugaya ら (1998) は、HADS の不安の項目については合計 8 点以上を不安状態、抑うつ項目については合計 11 点以上を抑うつ状態、総得点 11 点以上を適応障害、総得点 20 点以上を大うつ病のスクリーニング得点として示している。

③QOL

QOL は、日本語版 Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast : FACT-B (資料 27) (下妻, 江口, 2001) を用いて測定した。FACT-B は、核となる質問紙 (FACT-General : FACT-G) の 4 つの下位尺度である身体的健康感 7 項目、社会的健康感 7 項目、精神的健康感 6 項目、機能的健康感 7 項目の計 27 項目に、乳がん用の追加下位尺度 9 項目を加えた、計 36 項目から構成されている。日本語版の FACT-B は、社会的健康感にスコアリングに関係しない 2 項目が追加されており、全ての項目は 0 点 (全くあてはまらない) から 4 点 (非常によくあてはまる) の 5 段階で回答する形式となっており、合計点が高いほど QOL が高いことを示している。本研究において使用するにあたり、www.FACIT.org にて登録を行い、使用許諾を得た。

④コーピング

コーピングは、Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本版 (資料 28) (明智ら, 1997) を用いて測定した。MAC は、Fighting Spirit (前向きな態度) 16 項目、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) 6 項目、Anxious Preoccupation (予期的不安) 9 項目、Fatalism (運命論的態度) 8 項目、Avoidance (回避的態度) 1 項目の 5 つの下位尺度で構成された合計 40 項目からなる自記式調査票であり、コーピングを測定することが出来る。各質問は、1 点 (全く違う) から 4 点 (全くその通りだ) の 4 段階で回答し、得点が高いほど各項目のコーピングが強いことを示している。Fighting Spirit は得点が高い方が、その他は低い方が良好な適応状態と判断される。MAC 使用者マニュアル (Watson & Homewood, 2008) によると、下位項目のカットオフ値はそれぞれ、Fighting spirit 47 点以下、Helpless 12 点以上、Anxious preoccupation 25 点以上、Fatalistic 22 点以上、Avoidance 3 点以上となっており、中でも、心理的介入を要する事例を特定するカットオフ値を、Fighting Spirit 47 点以下かつ、Helpless/Hopeless 12 点以上としている。

(2) データ収集の手順と方法

介入前評価 (ベースライン評価) は、研究協力の同意が得られた日に実施した。再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングに関する調査のため、研究協力者に対して質問紙 (資料 25~28) を配布し、記載を依頼した (当日時間がない場合は、返信用封筒を渡し、自宅での記入と返送を依頼した)。また、年齢、患者会への参加経験、再発不安の相談経験について、基礎情報調査票 (資料 24) へ記入を依頼した。加えて、介入プログラムの日時や場所の連絡、介入 3 カ月後の調査時期を知らせる手段および、緊急時の連絡手段として、連絡用メールアドレスについても説明のうえ情報を得た。乳がんの部位、病理・サブタイプ、病期、

治療歴（内容・時期）、次の外来受診までの期間、併存疾患に関する情報は、研究協力者から同意を得て担当医師もしくは担当看護師から情報を得た。介入後評価は、介入プログラム最終の個別看護相談（2回目）の後に、質問紙（資料 25～28）を配布し、その場で回収もしくは、希望に応じて返信用封筒を渡し、自宅での記入と返送を依頼した。また、介入に関するインタビュー調査として、プログラムの不足点や気になる点などに関して、インタビューガイド（資料 29）を用いて 30 分程度の半構成的面接を行った。なお、インタビュー内容は、同意を得て IC レコーダーに録音した。

介入 3 カ月後評価は、追加調査の同意が得られた研究協力者に対して、介入前後と同じ再発不安、一般的な不安・抑うつ、**QOL**、コーピングについて評価する質問紙（資料 25～28）を配布し、介入終了から 3 カ月経過した時点での回答と返信用封筒での返送を依頼した。

（3）データ収集期間

予備調査のデータ収集期間は、2018 年 9 月～2019 年 2 月であった。

5）分析方法

デモグラフィックデータは単純集計を行い、CARS-J、HADS、FACT-B、MAC スケールの得点は事例ごとに介入前後および 3 か月後の変化をみるとともに、サポートグループの様子を録音したデータやフィールドノート、個別介入シートの内容から、介入のプロセスや介入の構成要素との相互作用、介入効果について評価する。また、介入後に行う研究協力者へのインタビューの内容から、「乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム」の不足点や気になる点などを抽出し、修正の必要性について検討した。調査質問紙についても、研究協力者へのインタビュー内容から、見にくさや書きにくさ、また理解困難な部分がないか、適切な量であるかを点検した。

6）倫理的配慮

予備調査は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会および研究協力施設の審査・承認を受けて実施した。調査への協力は自由意思に基づき、強制力が働かないよう配慮し、プライバシーおよび個人情報保護の確保、中断や途中辞退の自由の保証、研究協力による利益、負担やリスクおよびそれらが生じた場合の措置、得られたデータの取り扱いと成果の公表について文書と口頭にて説明し、研究協力者からの同意書への署名によって同意を得た。

3. 本調査

1) 研究デザイン

本調査では、単群試験（single arm による非ランダム化介入研究）によって、介入の効果を検討した（図 4）。まず、研究協力に同意した研究協力者には、ベースライン評価として介入前に質問紙調査を実施した。その後、介入期として 5 週間の介入プログラムを提供し、介入後に 2 回目の質問紙調査を実施した。更に、後観察期として 3 カ月後に 3 回目の質問紙調査を実施した。

2 の予備調査の結果、介入プログラムに不足点や変更すべき点がなかったことから内容の変更は行なわず、予備調査と同様に行うこととした。

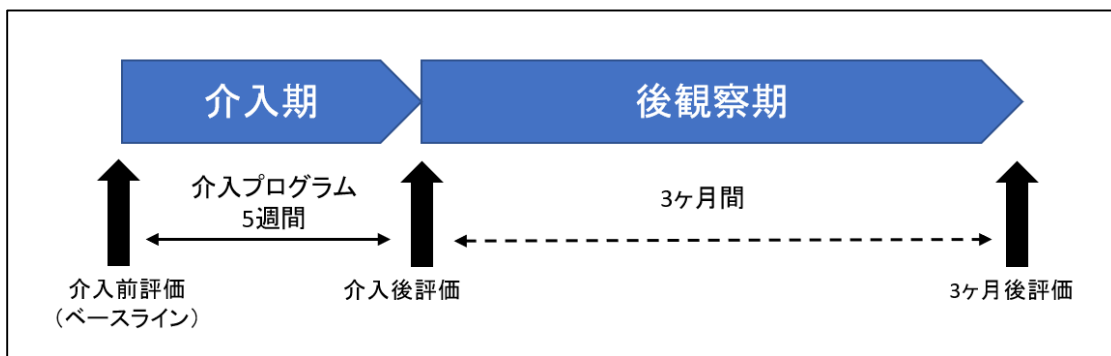


図 4. 本調査の研究デザイン

2) 研究協力者

(1) 研究協力者の選定

予備調査と同様、下記の適格基準を満たし、研究協力の上承が得られた者を研究協力者とした。また、予備調査と、研究協力者の適格基準、介入および調査内容が同じであることから、予備調査の研究協力者の同意を得たうえで、本調査のサンプルに加えることとした。

再発不安に対する介入研究で、CARS を介入の評価指標として用いている先行研究（Lengacher et al., 2009 ; Lengacher et al. 2011）では、effect size は 0.63 ～0.72 と報告されている。有意水準 $\alpha=0.05$ 、検出力 0.8 と設定し、対応のある 2 群の差の検定（両側検定）に必要なサンプル数を G*Power 3.0.10 にて計算したところ、必要なサンプル数は 18～22 名と算出された。脱落者を 1 割程度と予測し、25 名程度を目標に募集を行った。

<適格基準>

- ・乳がんの再発不安を感じている女性患者
- ・手術によって病巣の残存は確認されておらず、新たな局所再発や転移が判明していない状態（完全寛解）であること
- ・乳がんの一般的なフォローアップ期間である術後 10 年以内の者を対象とするが、手術、放射線療法、化学療法が完了してすぐの時期や、ホルモン療法を開始して 3 ヶ月前後は状態が安定せず、研究協力やアウトカムに影響する可能性が考えられるため、手術、放射線療法、化学療法を完了して 6 カ月以上、ホル

モン療法は開始後 6 カ月以上経過していること

- ・ 20 歳以上、80 歳未満であること
- ・ 認知症や精神疾患を有していないこと
- ・ 日本語による言語的コミュニケーションおよび調査質問紙への回答が可能であること
- ・ 原則として全ての介入プログラムに参加可能であること

なお、研究の同意意思確認後に再発や転移が判明した場合は、介入プログラム参加の意向を確認し、希望しなければその時点で同意の撤回や参加を中止し、継続を希望した場合には、医療機関での治療や体調に支障がない範囲で参加可能とするが、継続の有無に関わらず研究の分析データからは除外する。また、途中で研究協力の同意撤回や中止した者、自己都合などで全ての介入プログラムに参加できなかった場合も、分析対象から除外する。なお、グループ介入の特性上、質的なデータにおいては、一人の情報を削除した際に全体の文脈や他の研究協力者に関する情報を適切に記録することができない可能性があるため、途中辞退の場合でも、すでに収集済みのデータについては完全に取り消すことができない旨について事前に説明し、それも含めて研究協力への同意を得た上で調査を実施し、分析データに用いる。

（２）研究協力施設

研究協力施設は、乳がん治療後の患者を診療しているがん診療連携拠点病院とした。本研究では、研究者が調査および介入を一人で実施することから、研究者が赴くことが出来る範囲にある 2 か所の国指定のがん診療連携拠点病院に研究協力の依頼を行った。

（３）カウンターパート

研究協力施設においてサポートグループを実施するため、乳がんサバイバーの支援に興味や関心があり、下記の役割に協力が得られる研究協力施設の看護師 1 名をカウンターパートとして募集した。

＜カウンターパートの役割＞

- ・ 介入場所の調整やサポートグループ当日の運営への協力
- ・ サポートグループ中に、研究協力者の遅刻や気分不良など何らかの不測の事態が生じた際の対応協力
- ・ 研究協力施設に何らかの問い合わせがあった場合の研究者への連絡

（４）研究協力依頼および選定方法

- ① 研究協力施設の施設長および看護部長に対して文書（資料 13）を用いて、研究実施の了承と、カウンターパート候補者として看護師 1 名の紹介を依頼した。
- ② カウンターパート候補者に対して、文書（資料 18）を用いて研究協力を依頼し、自由意思による同意書（資料 19）への署名をもって、同意の意思を確認

した。

- ③研究協力施設の外来看護師長および担当医師に文書（資料 14）を用いて、研究協力者の適格基準に合致する患者の紹介を依頼した。紹介に際しては、強制力が働かないよう患者紹介方法（資料 15）を用いて紹介の可否についての確認を依頼した。
- ④紹介を受けた患者（研究協力候補者）に対して研究の目的、方法について書面（資料 16-1）と口頭にて十分に説明し、自由意思による同意書（資料 17-1）への署名をもって、研究協力の意思を確認した。
- ⑤介入では 1 グループ最低 5 名以上、最大 8 名のサポートグループを形成する必要があるため、各研究協力施設においてグループを形成できる人数に達するまで、また、最終的に必要サンプル数に達するまで③④の手順を繰り返した。
- ⑦予備調査の研究協力者に対しては、研究協力施設の担当看護師長または担当医師に、当該患者が受診した際に強制力が働かないよう患者紹介方法（資料 15）の文言を用いて研究者からの依頼説明の可否について確認後、了承が得られた場合に、待機している研究者から文書（資料 16-2）と口頭にて本調査への協力依頼を行い、自由意思による同意書（資料 17-2）への署名をもって、研究協力（予備調査のデータを本調査の分析にも活用することへの協力）の意思を確認した。

3) データ収集

(1) 評価内容と評価時期

①量的評価

予備調査と共通の調査票（資料 24～28）を使用し、デモグラフィックデータ、再発不安、一般的な不安・抑うつ、**QOL**、コーピングについてデータを収集した。再発不安、一般的な不安・抑うつ、**QOL**、コーピングの評価（調査票の内容については p40～41 参照）は、介入前、介入後、3 カ月後の 3 時点で行った。

②質的評価

介入による効果を質的に評価するために、サポートグループの様子を、研究協力者の同意を得て IC レコーダーに録音するとともに、研究協力者の様子や変化はフィールドノート（資料 22）に残した。フィールドノートには、具体的に、参加者の表情や様子、サポートグループにおける雰囲気・体験の共有・感情表出・励ましあい・情報交換といった相互交流の状況、知識・技術の提供に対する参加者の反応、参加者の再発不安の状況、対処のバリエーションや内容（回避、抑圧、気分転換など認知的対処、確認行動や生活習慣の変化など行動的対処、他者への相談などリソースの活用状況など）、経過による変化について観察し記録した。また、個別看護相談の内容（相談の内容や様子、アセスメント、介入、反応）は、個別介入シート（資料 23）に記録した。更に、介入後のプログラムに関する調査票（資料 30）によって、研究協力者の感じたことや、気づいたこと、気持ちや生活上の変化等についてデータを収集し、量的データと併せてプログラムのアウトカムを探索した。

(2) データ収集の手順と方法

①介入前評価

介入前評価（ベースライン評価）は、研究協力の同意が得られた日に実施した。再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングに関する調査のため、研究協力者に対して質問紙（資料 25～28）を配布し、記載を依頼した（当日時間がない場合は、返信用封筒を渡し、自宅での記入と返送を依頼した）。また、年齢、患者会への参加経験、再発不安の相談経験について、基礎情報調査票（資料 24）へ記入を依頼した。加えて、介入プログラムの日時や場所の連絡、3 カ月後の調査時期を知らせる手段および、緊急時の連絡手段として、連絡用メールアドレスについても説明のうえ情報を得た。乳がんの部位、病理・サブタイプ、病期、治療歴（内容・時期）、次の外来受診までの期間、併存疾患に関する情報は、研究協力者から同意を得て担当医師もしくは担当看護師から情報を得た。

②サポートグループのグループ化

最低 5 名以上、最大 8 名の研究協力者で一つのサポートグループを形成した。グループが形成出来次第、介入プログラムの日時および場所を研究協力施設およびカウンターパートと調整し、研究協力者にメールで連絡し参加の可否について確認を行った。

③「乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム」の提供

予備調査と同様、介入手順①～⑨（p.35～39 参照）に沿って週に 1 回、計 5 週間（セッション 1～5）の介入プログラムを提供した。サポートグループの様子は、研究協力者の同意を得て IC レコーダーに録音するとともに、気づいた点などはフィールドノート（資料 22）に記録し、また、個別看護相談の内容（相談の内容や様子、アセスメント、介入、反応）は、個別介入シート（資料 23）に記録した。

④介入後評価

最終の介入（セッション 5）終了後に、再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングに関する質問紙（資料 25～28）を配布し、記入を依頼した。また、プログラムに関する調査票（資料 30）にも記入を依頼し、介入の感想や気づき等に関する情報を収集した。全ての質問紙は、その場で回収もしくは、希望に応じて返信用封筒を渡し、自宅での記入と返送を依頼した。

⑤3 ヶ月後評価

上記④の介入後評価の際に、研究協力者に 3 ヶ月後評価のための、再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングに関する質問紙（資料 25～28）と返信用封筒（研究者の宛先を記載し、切手を貼ったもの）を配布し、3 ヶ月後に回答と返送を依頼した。3 ヶ月間の期間が空くため調査時期になれば、研究者よりメールでも通知した。

(3) データ収集期間

本調査のデータ収集期間は、2019 年 4 月～2020 年 1 月であった。

4) 分析方法

(1) 量的研究データの分析

デモグラフィックデータは単純集計を行った。介入効果の評価は、まず CARS-J、HADS、FACT-B、MAC スケールの得点について、介入前（ベースライン）と介入後、3 カ月後における変化を調べるために、対応のある t 検定を行い、有意水準 5%未満を有意差ありとした。また、検定における効果量もそれぞれ算出した。分析には SPSS Statics 25 を用いた。

(2) 質的研究データの分析

サポートグループの様子を録音した内容、フィールドノート（資料 22）、個別介入シート（資料 23）の記録およびプログラムに関する調査票（資料 30）より、発言の意図や文言に含まれる意味にも細心の注意を払い、介入のプロセスや介入の構成要素との相互作用、介入効果、通常ケアとの違いに焦点をあてて分析、解釈を行った。

5) 倫理的配慮

本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所倫理委員会および研究協力施設の審査・承認を受けて実施し、以下の点に配慮した。

(1) 担当医師もしくは担当看護師長より研究者に患者の紹介をしてもらう際には、強制力が働かないよう患者紹介方法（資料 15）を使用してもらうこと。

(2) 研究者に紹介する了承が得られた患者（研究協力候補者）に対し文書（資料 16-1）と口頭にて研究の目的と方法および、以下①～⑬の倫理的配慮について十分な説明を行い、同意書（資料 17-1）への署名による同意が得られた者を研究協力者とすること。また、研究者の連絡先を提示し、研究に関する疑問や不明な点について研究者に問い合わせが出来るよう配慮すること。

①研究への参加は自由意思によって行われるものであり、参加を同意した場合でもいつの段階でも辞退できること。また、参加を辞退した場合でも何ら不利益は被らないこと。

②本研究への参加の有無、中断によって、現在受けている診療や看護に不利益は一切生じないこと。また、本研究に参加しない場合や、途中でとりやめた場合でも、医療機関における通常の診療や看護は変わらず受けられること。

③介入プログラムの開催日程は、おおよその時期の目途と曜日、時間帯のみ予め研究協力施設側と相談して設定して研究協力依頼時に提示し、サポートグループの開催に必要な 5 名以上の研究協力者が確保でき次第日程調整を行い、研究協力者に連絡の上参加の可否について最終確認すること。その際、研究協力者が受ける診療や研究協力者の生活に支障のない範囲で協力を依頼すること。

④研究参加にかかる費用として、5 回の介入プログラムの参加に必要な会場までの交通費に関しては自費負担となるが、参加費や質問紙調査返送のため費用は生じないこと。研究協力者には、謝礼として 2000 円分の商品券（QUO カード）を提供させていただくこと。

⑤介入では、過去・現在の体験を想起したり、語ったりすることになるため、研究協力者の反応には十分に配慮しながら進め、もし、気分不良や強い疲労感があれば申し出ていただいて良いこと、過度な負担を避けるために予定の時間を超えないようにすること、研究協力者からの申し入れがなくても、身体的・精神的に大きな負担になっていると研究者が判断した場合は、研究協力者と相談の上、中断や休憩をすすめる場合があることや、必要に応じて研究協力施設の看護師（カウンターパート）に対応を依頼すること。また、精神的苦痛が非常に大きいと判断した場合や、医療が対応すべき症状が明らかになった場合は、受診を勧めるとともに、研究協力者の了解を得て当該医療機関の担当医師や担当看護師長に報告すること。

⑥研究協力者のプライバシーや個人情報保護の観点から、看護介入や調査は個室で行い、研究で知り得た個人の情報は研究のためだけに使用し口外しないこと、研究協力者の連絡用アドレスは、介入プログラムの日時や場所の連絡、介入3カ月後の調査時期を知らせる手段および、緊急時の連絡手段としてのみ用いること、調査票は無記名での回答を依頼し実名を避けてコード化して扱うこと、返信が必要な調査票は返信用封筒によって直接研究者に返送してもらい、他人の目に触れないよう配慮すること、同意書（資料 17-1）と調査票は照合できるように対応表（資料 20）によって管理すること、調査内容は個人や施設が特定できないように処理すること。また、介入プログラムに参加する場合、サポートグループでは実名を公表する必要はなくニックネームを使用するとともに、サポートグループの中で知り得た参加者同士の情報や話した内容は口外しないよう参加者に依頼した上で実施することや、研究協力施設のカウンターパート対しても、研究上知り得た研究協力者の情報については口外しないよう協力を依頼すること。なお、本研究は多施設共同研究として行うが、調査からデータの処理および保管まですべて研究者のみで行い、個人の情報やデータが他の研究協力施設や大学側に伝わることはないこと、指導教員に報告等を行う場合も個人が特定されないよう処理したうえで行うこと。

⑦研究協力者から承諾が得られた項目（乳がんの部位、病理・サブタイプ、病期、治療歴（内容・時期）、次の外来受診までの期間、併存疾患）についてのみ、担当医師もしくは担当看護師から情報を得させていただくこと。

⑧研究の中で、答えにくい、あるいは答えたくない質問等には、無理に答える必要はないこと。

⑨サポートグループの内容は IC レコーダーに録音させていただくとともに、介入プログラムにおいて観察されたことをフィールドノートにデータとして記録させていただくこと。なお、録音した IC データの逐語録作成などのデータの入力作業について外部業者など第3者に委託する際には、機密保持および個人情報の取り扱いに関する確認書（資料 21）により誓約を交わした上で依頼すること。

⑩研究で得られた情報は、パソコンを利用する場合でもハードディスクには保存せず、パスワードをかけて USB に保管すること。また、得られた情報やデータ（紙媒体および電子データ）は全て鍵のかかる保管庫に入れて5年間保管

し、その後紙媒体はシュレッダーで裁断、電子データはファイル消去ソフトを用いて復元が不可能な状態で確実に削除・破棄を行うこと。

⑪研究協力に中断の申し入れがあった場合には、それまでに得られた情報やデータ（紙媒体および電子データ）はすべて復元が不可能な状態で確実に削除・破棄を行うこと。また、研究協力の途中で再発が明らかになった場合は、希望があれば医療機関での治療や体調に支障がない範囲で介入プログラムへの参加継続は可能とするが、継続の有無に関わらず研究の分析データからは除外し、それまでに得られた情報やデータは確実に処分すること。なお、グループ介入の特性上、質的なデータにおいては、一人の情報を削除した際に全体の文脈や他の研究協力者に関する情報を適切に記録することができない可能性があるため、途中辞退の場合でも、すでに収集済みのデータについては完全に取り消すことができない旨について事前に説明し、それも含めて研究協力への同意を得た上で調査を実施し、分析データに用いること。

⑫介入中にがん療養について何らかの相談を受けた場合には、エビデンスが明確な情報を提供するにとどめ、特定の療法を薦めるなどの行為は行わないこと。

⑬研究結果は、研究協力者が特定できないようにした上で、博士論文としてまとめて成果を発表するほか、安田記念医学財団研究助成事業として成果報告を行うこと、その他学会発表や学術雑誌への発表が行われる可能性があること。研究結果について研究協力者より研究結果の開示希望があった場合は、個人が特定されないよう研究成果としてまとめたものを開示すること。

（３）予備調査の研究協力者への依頼（予備調査のデータを本調査の分析にも活用することへの協力依頼）に関しては、研究協力施設の担当看護師長または担当医師に、当該患者が受診した際に強制力が働かないよう文書（資料 15）の文言を用いて研究者からの依頼説明の可否について確認後、了承が得られた者に対して、文書（資料 16-2）と口頭にて上記（２）の①②⑩⑬および以下の①～③の倫理的配慮について十分な説明を行い、自由意思による同意書（資料 17-2）への署名をもって同意の意思を確認すること。

①本調査に協力いただくにあたり、新たに追加の調査等の負担は特にないこと。

②予備調査と同様、研究協力者のプライバシーや個人情報保護の観点から、研究で知り得た個人の情報は研究のためだけに使用し口外しないこと、同意書（資料 17-2）と調査票は照合できるよう対応表（資料 20）によって管理し、調査内容は個人や施設が特定できないようコード化して扱うこと。なお、本研究は多施設共同研究として行うが、調査からデータの処理および保管まですべて研究者のみで行い、個人の情報やデータが他の研究協力施設や大学側に伝わることはないこと、指導教員に報告等を行う場合も個人が特定されないよう処理したうえで行うこと。

③研究協力に拒否や辞退の申し入れがあった場合には、予備調査で得た情報やデータ（紙媒体および電子データ）は本研究では使用しないこと。この場合、サポートグループにおける録音および記録データについては、拒否や辞退の申し入れがあった者に関するデータのみ除いて分析に用いること。

（４）カウンターパートの候補者を研究者へ紹介いただく際には、強制力が働かないよう候補者に意思を確認いただくことおよび、研究協力の同意が得られた場合は、カウンターパートとしての役割を担っていただくにあたり業務に支障を来さないよう配慮いただくことについて、研究協力施設の施設長および看護部長、担当看護師長に対して文書（資料 12, 13）を用いて協力を依頼すること。

（５）カウンターパート候補者として紹介のあった看護師に対して、研究への協力は自由意思によって行われるものであり、辞退や同意撤回も可能であること、また、その場合でも何ら不利益は被らないこと、研究結果は個人が特定されない形で公表することについて文書（資料 18）を用いて十分に説明し、同意書（資料 19）への署名をもって、同意の意思を確認すること。また、研究者の連絡先を提示し、研究に関する疑問や不明な点について研究者に問い合わせが出来るよう配慮すること。

なお、本研究は、安田記念医学財団による研究助成を受けて実施した。利益相反はない。

第Ⅵ章 研究結果

本研究は、乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラム（以下、介入プログラム）の効果について検討することを目的とした単群試験（single arm）による非ランダム化介入研究）である。研究では、まず予備調査としてプログラムの妥当性や不足点について点検し、次に本調査として対象数を増やしてプログラムの効果について量的、質的に評価を行った。以下に、予備調査および本調査の結果について記述する。

1. 予備調査の結果

1) 研究協力者の背景

予備調査の研究協力者は7名の乳がん治療後のサバイバーであり、平均年齢は55.9歳（44～72歳）であった。研究協力者の病期は、Ⅰ期2名、Ⅱ期3名、Ⅲ期2名であり、また、サブタイプはルミナルAが2名、ルミナルB（HER2陰性）1名、ルミナルB（HER2陽性）2名、HER2陽性1名、トリプルネガティブ1名と全てのタイプがみられた。術後の経過としては、1年未満が2名（うち1名は治療後6カ月以上という基準を満たしていなかったが、体調が安定していたため医師より紹介があり、本人の強い希望がみられたため対象に加えた）、1年以上3年未満が3名、3年以上5年未満が1名、5年以上が1名であり、補助療法は、化学療法6名、放射線療法4名、ホルモン療法5名（うち4名は継続中）となっていた。2名は併存疾患を有していたが、服薬のみで状態は安定しており、自覚症状は特になかった。研究協力者の中で、患者会の参加経験のある者は、1名のみであり、6名は経験がなかった。再発不安の相談経験については、6名が有りと回答し、相談者の内訳（複数回答可）は、家族や知人・友人がともに5名と最も多く、次いで、同病者3名、看護師2名、医師1名、親戚1名となっており、1名は相談経験なしとの回答であった。

2) 介入の評価

（1）再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングの変化

介入による影響の量的評価として、介入前と介入後および3か月後の時点における再発不安（CARS-J）、一般的な不安・抑うつ（HADS）、QOL（FACT-B）、コーピング（MAC）について調査を行った結果を表3に示す。

質問紙調査の結果、7名の再発不安（CARS-J）の得点（平均±SD）は、『総合的な恐怖』では、介入前の 11.7 ± 3.5 から、介入後 9.9 ± 4.1 、3か月後 7.6 ± 2.3 へと低下がみられた。事例毎に変化をみたところ、7名中1名のみ介入後に一時的な上昇を認めたが、6名は経時的な不安の低下を認めた（図5）。下位項目では、『健康と死についての心配』、『女性らしさについての心配』、『役割についての心配』の項目で、それぞれ経時的な低下がみられた。『自身の価値についての心配』の項目では、介入前の 3.7 ± 3.3 から、介入後 4.4 ± 3.7 と一旦上昇がみられたが、3か月後の時点では 1.9 ± 0.8 へと介入前よりも低値となっていた。

一般的な不安・抑うつ（HADS）の得点（平均±SD）については、不安の項目では介入前の 3.6 ± 2.8 から、介入後 2.0 ± 1.7 、3か月後 0.9 ± 1.0 へと低下がみら

れ、抑うつ項目においても、介入前の 4.1 ± 2.6 から、介入後 2.4 ± 1.8 、3 か月後 2.1 ± 1.6 へと低下がみられた。事例毎に介入前後で比較したところ、介入後に得点が上昇した者はいなかった。

QOL (FACT-B) に関しては、総スコア (平均 \pm SD) は介入前の 110.9 ± 18.5 と比較すると、介入後は 122.2 ± 11.7 と上昇がみられ、3 か月後も 122.4 ± 11.1 と維持されていた。事例毎の変化については、7 名全員が介入後上昇しており、3 か月後の時点では 7 名中 6 名は介入前よりも高値、1 名が介入前と同スコアとなっていた。下位項目では、身体的健康感、社会的健康感、精神的健康感、機能的健康感、乳癌関連項目と全ての下位項目において介入前と比較して介入後に得点の上昇を認めた。3 か月後の調査では、身体的健康感、精神的健康感、乳癌関連項目については、介入後よりもさらに得点の上昇がみられた。社会的健康感、機能的健康感の項目では、介入後に比べると 3 か月後の時点では得点がやや低下していたものの、介入前に比べると高い得点を維持していた。

コーピング (MAC) の得点 (平均 \pm SD) については、**Fighting Spirit** (前向きな態度) の項目では、介入前 48.3 ± 5.1 、介入後 50.0 ± 6.6 、3 か月後 50.7 ± 5.5 と経時的な上昇がみられた。**Helpless/Hopeless** (無力感/絶望感) の項目では、介入前 8.3 ± 2.3 、介入後 7.3 ± 1.3 、3 か月後 6.9 ± 1.0 と経時的に低下がみられ、**Anxious Preoccupation** (予期的不安) の項目においても、介入前 21.4 ± 4.9 、介入後 19.9 ± 2.6 、3 か月後 17.4 ± 2.9 と低下傾向がみられた。**Fatalism** (運命論的態度) の項目では、介入前と比べて介入後、3 か月後ともにほとんど変化はみられなかった。**Avoidance** (回避的態度) の項目では、介入前 1.1 ± 0.3 、介入後 1.9 ± 1.0 と若干上昇がみられたが、3 か月後は 1.3 ± 0.5 となっていた。事例毎に変化をみたところ、**Fighting Spirit** (前向きな態度) は 7 名中 6 名で上昇がみられ、**Helpless/Hopeless** (無力感/絶望感) が上昇した者はいなかった。

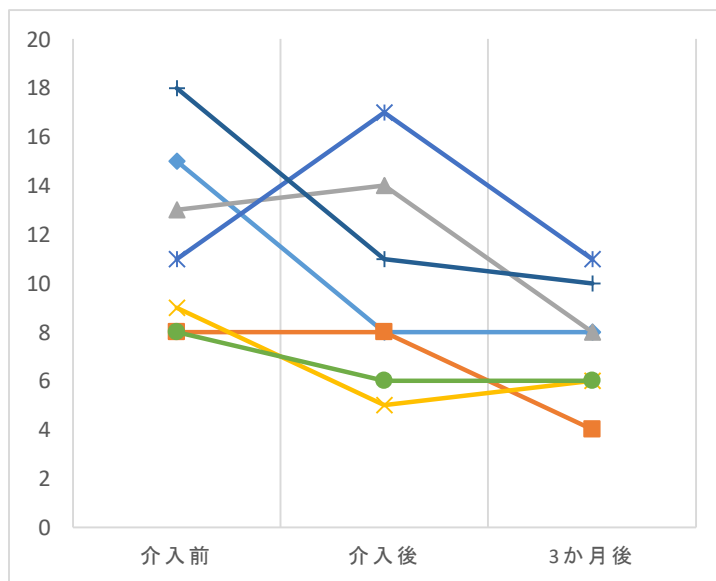


図 5. 再発不安 (CARS-J—総合的な恐怖) の事例毎の変化

表 3. 予備調査における介入の量的評価

(n=7)

評価項目	介入前	介入後	3 か月後
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
CARS-J^a			
総合的な恐怖	11.7(3.5)	9.9(4.1)	7.6(2.3)
健康と死についての心配	24.9(13.6)	21.3(10.7)	16.7(8.9)
女性らしさについての心配	3.0(2.7)	2.6(1.7)	2.3(2.1)
自身の価値についての心配	3.7(3.3)	4.4(3.7)	1.9(1.8)
役割についての心配	3.3(2.7)	2.9(1.9)	1.9(0.8)
HADS^b			
不安	3.6(2.8)	2.0(1.7)	0.9(1.0)
抑うつ	4.1(2.6)	2.4(1.8)	2.1(1.6)
FACT-B^c			
FACT-B 総スコア	110.9(18.5)	122.2(11.7)	122.4(11.1)
身体的健康感	21.3(5.3)	24.6(3.2)	24.7(3.2)
社会的健康感	23.5(2.0)	26.2(1.6)	25.7(3.0)
精神的健康感	17.6(5.8)	20.9(2.4)	21.6(1.4)
機能的健康感	23.7(3.0)	25.1(2.6)	24.1(2.9)
乳癌関連項目	24.9(6.7)	25.7(5.2)	26.3(5.3)
MAC^d			
Fighting Spirit	48.3(5.1)	50.0(6.6)	50.7(5.5)
Helpless/Hopeless	8.3(2.3)	7.3(1.3)	6.9(1.0)
Anxious Preoccupation	21.4(4.9)	19.9(2.6)	17.4(2.9)
Fatalism	17.3(0.7)	17.3(4.1)	17.6(3.6)
Avoidance	1.1(0.3)	1.9(1.0)	1.3(0.5)

^aCARS-J は高得点ほど再発不安が強い状態を示す。^bHADS は高得点ほど不安・抑うつが強いことを示す。^cFACT-B では高得点ほど良好な QOL であることを示す。^dMAC は高得点ほど各項目のコーピングが強いことを示す。

(2) プログラムに参加した乳がんサバイバーの反応

サポートグループでは、メンバー間で体験を共有する中で「皆さん一緒なんだと思った」など、自分だけではないという心強さや安心感がみられ、「“そんなの私もよ” って言ってもらうのは、ただ言葉だけだけど、気持ちが楽になった」など、情緒面へのプラスの作用が確認された。また、他者の体験を知ることによって「自分だけじゃないってちょっと冷静になったかなと思う」など、自らの状況を客観視することや、「他の人が再発したらした時とおっしゃっていたのを聞いて、確かにそうかなと思った」というように、認識面での影響もみられた。介入後に再発不安 (CARS-J) の程度を示す『総合的な恐怖』の得点が上昇した 1 名に関

しては、介入後のインタビューにおいて、「これまで周囲にほとんど病気のことは話していなかったけど、同じ病気になった人の集まりで堂々と病気の話が出来て良かった。言いたいことが言えて楽しかった」と話すなど、サポートグループの中でカタルシスが促進された様子が伺えたが、「(自分は) ホルモン療法(の適応)がないので、ホルモン療法をしている人の話を聞いて不安に思った」と他のメンバーとの違いから来る不安や、「他の人の体験を聞くのはちょっと怖いなと思った」と他者の体験を聞く恐怖心もみられるなど、ピアグループで体験を共有することによるプラスとマイナスの影響がみられた。

一方、ピアグループのやり取りの中では、不安や葛藤が生じた場面において「看護師さんがフォローしてくれるので、言って良かったと思う」といった思いも聞かれ、サポートグループにおける看護師の支持的な関わりの重要性が示された。また、「いいペースで個別相談の時間をとってくれるというのがとても有難かった」といった声も聞かれるなど、グループ介入のみでは充足できない個別のニーズへの関わりの意義も確認された。

再発不安のマネジメントに必要な知識や技術の提供に対しては、例えば、再発の有無をモニタリングする定期検診への不安に対して、「(ガイドラインで) そういう風になっているというのを教えてもらって、(自分が受けている検査で) 足りているんだと分かった」という反応が聞かれるなど、安心感につながっていた。また、心身のマネジメントに関して理解することによって、「こころと体はつながっているんだということを改めて実感した」と、こころの状態を身体とのつながりで捉えて評価することや、誤った認識に基づく対処行動に気づくなどの変化もみられた。研究協力者によっては、再発不安への対処として、再発リスクにつながる生活習慣を見直したり、リラクゼーション法を取り入れたりするなど、行動面で変化が生じた者もみられた。

(3) プログラムに関する評価

予備調査では、7名全員がプログラムを完遂した。介入後のインタビューでは、全員が5回のセッションへの参加に関して「負担はなかった」と回答し、サポートグループの規模(人数)、頻度、回数、時間、環境面についても、「ちょうど良かった」との声が聞かれた。2名の研究協力者より更なる要望として、最新のがん治療や(乳がんも含めたがん全般の)がん予防に関する情報ニーズがみられ、根拠が明らかな情報に関して提供を行った。介入プログラムの内容に関しては、全員から「参加して良かった」と満足感がみられた。

(4) 調査質問紙に関する評価

調査質問紙の量に関しては、7名中6名が「負担は感じなかった」とし、1名のみ「やや多く感じた」と回答した。調査質問紙の見にくさや書きにくさ、また理解困難な部分についての意見は特になかった。

以上の結果より、今回参加した7名においては、脱落者や明らかな問題点はみられず、介入プログラムについておおむね良好な評価が得られた。

2. 本調査の結果

1) 研究協力者の参加状況

本調査において、研究協力者としての適格基準を満たし研究に同意が得られた者は19名であった。内2名は、仕事等の自己都合により介入プログラム参加前に脱落となり、17名が介入プログラムに参加した。1名のみ3回のサポートグループ参加後に個別看護相談（以下、個別相談とする）の希望がなく脱落となり、16名がプログラムを完遂した。この16名においては全員、3か月後の質問紙調査まで協力が得られ、これに予備調査の研究協力者の内、本調査の適格基準を満たし同意の得られた6名を加えた計22名を分析対象とした（図6）。

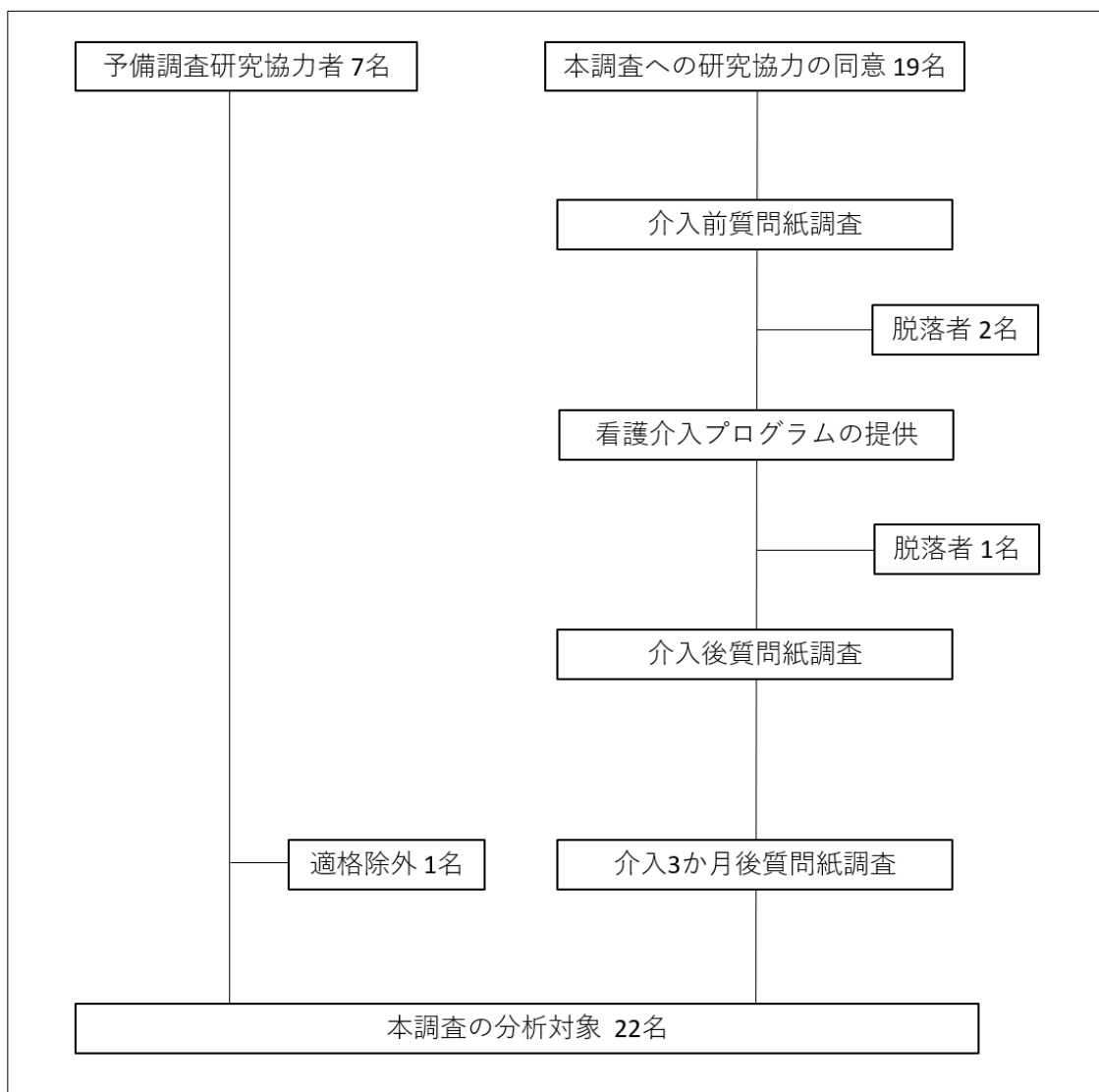


図 6. 研究協力者の参加状況

2) 研究協力者の背景

研究協力者の背景は表 4 の通りである。研究協力者の平均年齢は、59.5 歳 (SD=11.3、範囲 44~77 歳) であった。22 名全員が浸潤性乳癌と診断されており、Ⅰ期が 7 名 (31.8%)、Ⅱ期が 13 名 (59.1%)、Ⅲ期が 2 名 (9.1%) であった。乳がんのサブタイプは、ルミナル A が 7 名 (31.8%)、ルミナル B (HER2 陰性) 5 名 (22.7%)、ルミナル B (HER2 陽性) 2 名 (9.1%)、HER2 陽性 1 名 (4.5%)、トリプルネガティブ 7 名 (31.8%) と全てのタイプがみられた。術後の経過としては、1 年以上 3 年未満が 12 名 (54.5%) と最も多く、次いで 3 年以上 5 年未満が 6 名 (27.3%)、1 年未満が 3 名 (13.6%) となっており、術後 5 年未満の者が全体の 9 割以上を占めた。補助療法としては、化学療法 17 名 (77.3%)、放射線療法 9 名 (40.9%)、ホルモン療法 15 名 (68.2%) となっており、全員いずれかの補助療法を経験していた。なお、ホルモン療法経験者 15 名のうち 1 名は途中中断となっていたが、あとの 14 名は継続中であった。

併存疾患を有していた者は 13 名 (59.1%) であり、その内容は高血圧 5 名、高脂血症 5 名、糖尿病 1 名、甲状腺疾患 4 名 (内 1 名は過去に悪性腫瘍を経験)、婦人科系疾患 4 名 (内 2 名は過去に悪性腫瘍を経験)、整形疾患 1 名、その他 1 名となっていた。いずれも治療によって状態は安定しており、日常生活において支障となるような自覚症状は特に有していなかった。

研究協力者の中で、患者会の参加経験のあるものは、2 名 (9.1%) のみであり、20 名 (90.9%) は参加経験がなかった。また、再発不安の相談経験については、12 名 (54.5%) が有り、9 名 (45.5%) が無しとなっていた。相談経験有りと回答した者の相談者の内訳 (複数回答可) は、家族が 10 名 (40%) と最も多く、次いで、知人・友人 7 名 (28%)、同病者 4 名 (16%)、医師 2 名 (8%)、看護師 2 名 (8%) の順となっていた。

研究協力者の中で、仕事を有していたのは 13 名 (59.1%) で、内 7 名はフルタイムで就業していた。9 名 (40.9%) は専業主婦であった。

表 4. 本調査の研究協力者の背景

研究協力者	n=22
年齢	平均 59.5 歳 (SD=11.3 , 範囲 44 ~ 77)
	人数 (%)
病期	
0 期	0 (0)
I 期	7 (31.8)
II 期	13 (59.1)
III 期	2 (9.1)
サブタイプ	
ルミナル A	7 (31.8)
ルミナル B (HER2 陰性)	5 (22.7)
ルミナル B (HER2 陽性)	2 (9.1)
HER2 陽性	1 (4.5)
トリプルネガティブ	7 (31.8)
術後経過	
1 年未満	3 (13.6)
1 ~ 3 年	12 (54.5)
3 ~ 5 年	6 (27.3)
5 年以上	1 (4.5)
補助療法	
化学療法 (抗がん剤)	17 (77.3)
放射線療法	9 (40.9)
ホルモン療法	15 (68.2)
患者会の参加経験	
あり	2 (9.1)
なし	20 (90.9)
再発不安の相談経験	
あり	12 (54.5)
家族	10 (40)
知人・友人	7 (28)
同病者	4 (16)
医師	2 (8)
看護師	2 (8)
その他	0
なし	10 (45.5)
併存疾患	
あり	13 (59.1)
なし	9 (40.9)

3) 介入の概要

形成したサポートグループは全部で4グループであり、グループを構成する人数は、5～7名であった（表5）。グループの構成として、Cグループのみ平均年齢が72.1（SD=3.6）歳と比較的高く、またトリプルネガティブの者が複数含まれているという特徴的な違いがみられた。すべてのグループにおいて、120分のサポートグループを3回実施し、遅刻や欠席者はいなかった。個別相談は、ひとり2回実施し、1回あたりの平均時間は49.8分（SD=14.8）であった。

表5. サポートグループの構成

		グループ A	グループ B	グループ C	グループ D
グループ人数(分析対象者数)		7(6)	5(4)	7(7)	5(5)
平均年齢(歳) (標準偏差)		53.7 (10.8)	55.3 (10.8)	72.1 (3.6)	52.2 (5.5)
病期	I 期	2	1	2	2
	II 期	3	3	5	2
	III 期	1	0	0	1
サブタイプ	ルミナル A	2	2	2	1
	ルミナル B(HER2 陰性)	1	0	1	3
	ルミナル B(HER2 陽性)	1	1	0	0
	HER2陽性	1	0	0	0
	トリプルネガティブ	1	1	4	1
術後経過	1 年未満	1	0	0	2
	1～3 年未満	3	4	2	3
	3～5 年未満	1	0	5	0
	5 年以上	1	0	0	0
補助療法	化学療法	5	4	4	4
	放射線療法	3	2	2	2
	ホルモン療法	4	3	4	4
患者会の参加経験	あり	1	0	0	1
	なし	5	4	7	4
再発不安の相談経験	あり	5	1	2	4
	なし	1	3	5	1
併存疾患	あり	2	2	6	3
	なし	4	2	1	2

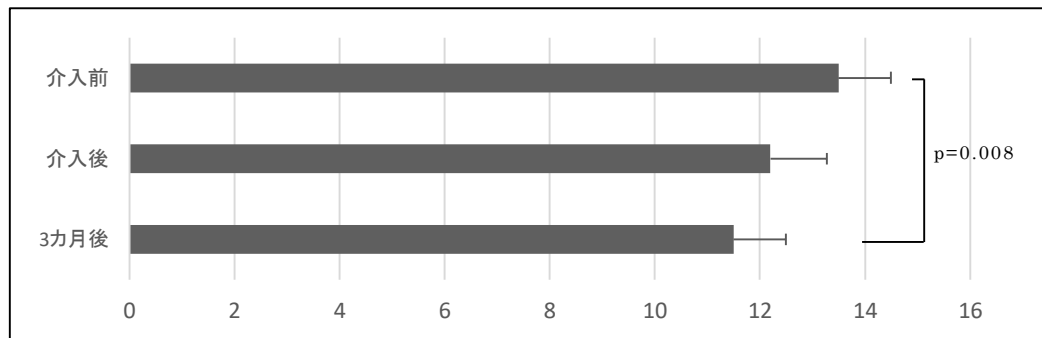
4) 介入による影響の評価

(1) 再発不安、一般的な不安・抑うつ、QOL、コーピングの変化

今回、介入による影響の量的評価として、介入前、介入後、3 か月後の時点における再発不安 (CARS-J)、一般的な不安・抑うつ (HADS)、QOL (FACT-B)、コーピング (MAC スケール) について質問紙調査を行い、対応のある t 検定によって変化を確認した (表 6)。以下に、それぞれの結果の詳細について述べる。

①再発不安 (CARS-J) の変化

再発不安の程度を示す『総合的な恐怖』(平均値 \pm SD) については、介入前 13.5 ± 4.6 と比べて、介入後 12.2 ± 5.1 は、有意差は認められなかったものの、有意傾向が認められた ($p=0.094$ 、効果量 $r=0.36$)。また、介入前と 3 か月後 11.5 ± 4.7 の比較では、有意な低下が認められ、効果量も大きかった ($p=0.008$ 、効果量 $r=0.54$) (図 7)。介入後から 3 か月後までの期間においては、有意な変化は認めなかった。



棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 7. 介入による再発不安 (CARS-J—総合的な恐怖) の変化

下位項目 (図 8) では、『健康と死についての心配』、『女性らしさについての心配』、『自身の価値についての心配』は、介入前、介入後、3 か月後の間でいずれも有意な変化は認めなかった。『役割についての心配』は、介入前 3.0 ± 1.9 と比較して、介入後 2.4 ± 1.8 は有意な低下が認められた ($p=0.039$ 、効果量 $r=0.43$)。介入前と 3 か月後の比較においては、有意差は認めなかったものの、平均得点は介入後と同じく 2.4 となっていた。

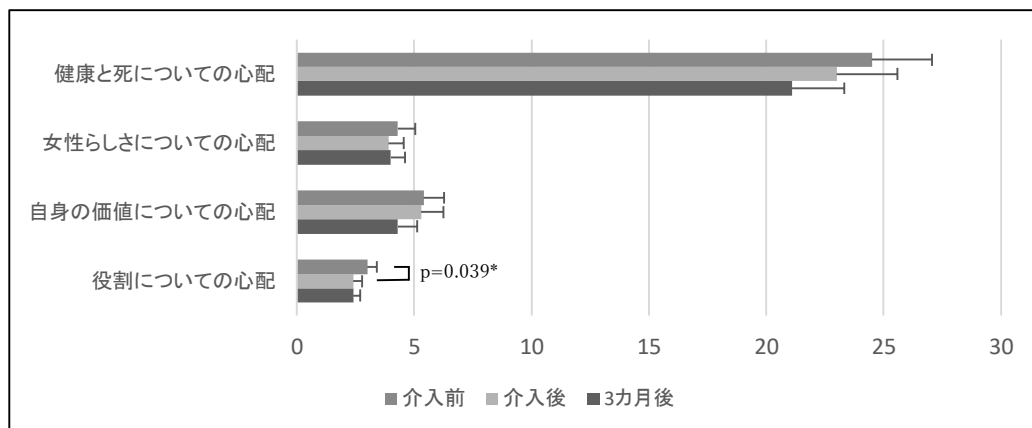
今回、4 つのサポートグループを展開したが、介入前の再発不安の程度や、再発不安の推移に関しては、各事例において特徴的な違いはみられなかった。

表 6. 本調査における介入の量的評価

(n=22)

評価項目	平均値 (SD)			介入前と介入後			介入前と3カ月後			介入後と3カ月後		
	介入前	介入後	3カ月後	平均差 (95%CI)	p 値	効果量 r	平均差 (95%CI)	p 値	効果量 r	平均差 (95%CI)	p 値	効果量 r
CARS-J^a												
総合的な恐怖	13.5(4.6)	12.2(5.1)	11.5(4.6)	-1.3(-0.23, 2.68)	0.094	0.36	-2.0(0.56, 3.26)	0.008*	0.54	-0.7(0.87, 2.23)	0.371	0.20
健康と死についての心配	24.5(12.0)	23.0(12.1)	21.1(10.4)	-1.5(-1.08, 4.17)	0.235	0.26	-3.4(-1.16, 7.89)	0.137	0.32	-1.9(-2.17, 5.81)	0.354	0.20
女性らしさについての心配	4.3(3.5)	3.9(3.1)	4.0(2.8)	-0.4(-0.94, 1.76)	0.536	0.14	-0.3(-0.95, 1.49)	0.646	0.10	0.1(-0.95, 0.68)	0.731	0.08
自身の価値についての心配	5.4(4.0)	5.3(4.5)	4.3(3.8)	-0.1(-0.85, 1.03)	0.842	0.18	-1.1(-0.18, 2.36)	0.088	0.36	-1.0(-0.34, 2.35)	0.138	0.32
役割についての心配	3.0(1.9)	2.4(1.8)	2.4(1.4)	-0.6(0.03, 1.15)	0.039*	0.43	-0.6(-0.26, 1.44)	0.163	0.30	0.0(-0.77, 0.77)	1.000	0.00
HADS^b												
不安	4.7(4.1)	4.0(3.3)	3.4(3.3)	-0.7(-0.61, 1.89)	0.302	0.22	-1.3(0.04, 2.60)	0.044*	0.42	-0.6(-0.24, 1.60)	0.139	0.32
抑うつ	4.0(3.2)	3.5(2.8)	3.3(2.9)	-0.5(-0.74, 1.65)	0.439	0.17	-0.7(-0.37, 1.74)	0.193	0.28	-0.2(-0.53, 0.99)	0.541	0.13
FACT-B^c												
FACT-B 総スコア	106.1(18.0)	112.1(18.4)	112.7(17.4)	6.0(-11.54, -0.40)	0.037*	0.44	6.6(-11.84, -1.33)	0.017*	0.49	0.6(-3.95, 2.73)	0.706	0.08
身体的健康感	23.2(4.6)	24.7(2.9)	24.8(2.6)	1.5(-2.77, -0.23)	0.023*	0.47	1.6(-3.32, 0.23)	0.084	0.37	0.1(-0.77, 0.69)	0.898	0.03
社会的健康感	20.0(6.0)	20.9(6.8)	21.0(6.2)	0.9(-2.42, 0.56)	0.210	0.27	1.0(-3.30, 1.34)	0.391	0.19	0.1(-2.19, 2.09)	0.962	0.01
精神的健康感	16.2(5.9)	18.7(4.8)	18.6(4.4)	2.5(-4.17, -0.83)	0.005*	0.56	2.4(-4.20, -0.53)	0.014*	0.50	-0.1(-0.92, 1.19)	0.790	0.06
機能的健康感	23.4(4.0)	23.3(3.9)	22.6(4.0)	-0.1(-1.49, 1.67)	0.906	0.03	-0.8(-0.62, 2.08)	0.275	0.24	-0.7(-0.63, 1.90)	0.308	0.22
乳癌関連項目	23.3(5.1)	24.5(5.5)	25.3(5.0)	1.2(-3.13, 0.68)	0.195	0.28	2.0(-3.38, 0.71)	0.004*	0.57	0.8(-2.47, 0.83)	0.315	0.22
MAC^d												
前向きな態度	47.1(7.5)	47.7(7.7)	48.0(6.2)	0.6(-2.99, 1.71)	0.580	0.12	0.9(-2.94, 1.22)	0.398	0.19	0.3(-2.16, 1.71)	0.809	0.05
絶望的な態度	8.8(2.5)	8.4(2.2)	8.1(2.0)	-0.4(-0.50, 1.41)	0.330	0.29	-0.7(-0.10, 1.55)	0.080	0.37	-0.3(-0.47, 1.01)	0.451	0.17
予期的不安	20.5(3.9)	20.1(3.2)	19.3(3.8)	-0.4(-1.08, 1.90)	0.574	0.12	-1.2(-0.57, 3.03)	0.171	0.30	-0.8(-0.75, 2.38)	0.289	0.23
運命論的態度	19.5(3.4)	18.8(4.2)	18.7(4.8)	-0.7(-1.05, 2.42)	0.422	0.18	-0.8(-1.17, 2.72)	0.418	0.18	-0.1(-1.36, 1.54)	0.897	0.03
回避的態度	1.8(1.2)	1.7(1.0)	1.6(0.8)	-0.1(-0.40, 0.49)	0.833	0.05	-0.2(-0.08, 0.44)	0.162	0.30	-0.1(-0.26, 0.53)	0.480	0.16

対応のある t 検定 (両側検定), SD=標準偏差, CI=信頼区間 (上限, 下限), 有意確率 * $p < 0.05$, ^aCARS-J は高得点ほど再発不安が強い状態を示す。 ^bHADS は高得点ほど不安・抑うつが強いことを示す。 ^cFACT-B では高得点ほど良好な QOL であることを示す。 ^dMAC は高得点ほど各項目のコピーングが強いことを示す。

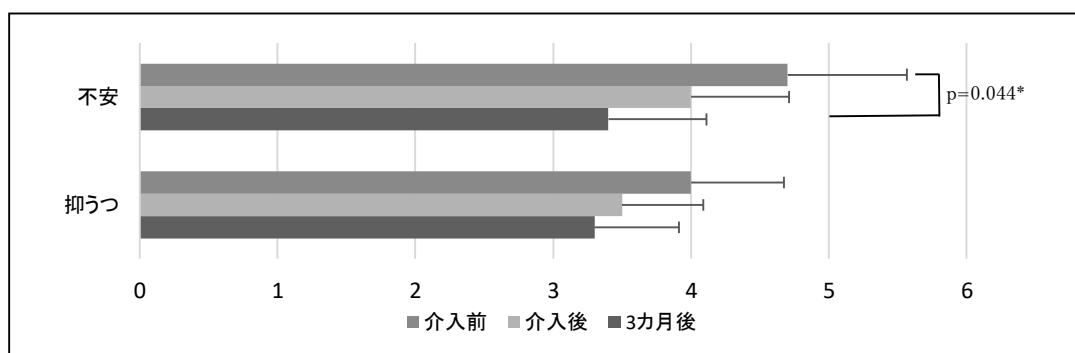


棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 8. 介入による再発不安（CARS-J—下位項目）の変化

②一般的な不安・抑うつ（HADS）の変化

不安の項目については、介入前 4.7 ± 4.1 と比べて、介入後 4.0 ± 3.3 は、有意差を認めなかったが、3 か月後 3.4 ± 3.3 の時点において有意な低下が認められた（ $p=0.044$ ，効果量 $r=0.42$ ）（図 9）。介入後から 3 か月後までの期間においては、有意な変化は認めなかった。抑うつの項目では、介入前、介入後、3 カ月後の間でいずれも有意な変化は認められなかった。



棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 9. 介入による一般的な不安（HADS）の変化

HADS のカットオフ値と比較した結果を表 7 に示す。不安の項目において、研究協力者 22 名のうち 4 名（18.2%）が、介入前の時点で不安状態と判定されるカットオフ値 8 点以上を示したが、4 名ともに介入後もしくは 3 カ月後に得点の低下を認め、2 名はカットオフ値以下まで低下がみられた。しかし、新たに介入後に 2 名、3 カ月後に 1 名の者がカットオフ値以上の得点となっていた。抑うつの項目において、介入前の時点で抑うつ状態と判定されるカットオフ値 11 点以上を示したのは、1 名（4.5%）であった。この 1 名は介入後に、カットオフ値以下の数値まで低下がみられ、3 カ月後もカットオフ値以下のまま推移していた。

介入前の時点で、総得点が適応障害のスクリーニング値とされる 11 点以上を示した者は、8 名であり、内 2 名は大うつ病のスクリーニング値とされる 20 点以上となっていた。8 名中 6 名は、介入後に得点の低下を認め、3 カ月後までにカットオフ値以下の水準まで低下がみられた。残りの 2 名については、20 点未満ではあったものの、介入後に若干の得点上昇が認められた。

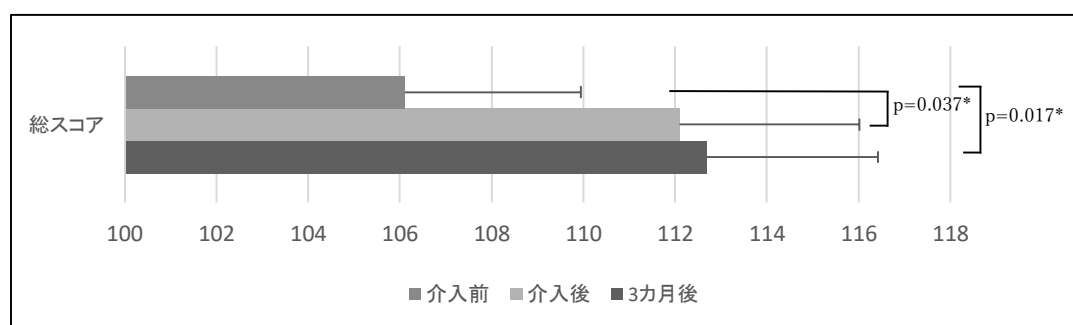
表 7. HADS の得点の状態：カットオフ値による比較

(n=22)

	基準	介入前	介入後	3 カ月後
		人 (%)	人 (%)	人 (%)
不安	<8	18 (81.8)	18 (81.8)	18 (81.8)
	≥8	4 (18.2)	4 (18.2)	4 (18.2)
抑うつ	<11	21 (95.5)	22 (100)	21 (95.5)
	≥11	1 (4.5)	0 (0)	1 (4.5)
総合	<11	14 (63.6)	17 (77.3)	17 (77.3)
	11~19	6 (27.3)	4 (18.2)	5 (22.7)
	≥20	2 (9.0)	1 (4.5)	0 (0)

③QOL (FACT-B) の変化

FACT-B の総スコア（平均値±SD）は、介入前 106.1±18.0 に比べ、介入後 112.1±18.4（ $p=0.037$ 、効果量 $r=0.44$ ）、3 か月後 112.7±17.4（ $p=0.017$ 、効果量 $r=0.49$ ）に有意な上昇が認められた（図 10）。介入後と 3 カ月後の得点に有意差は認められなかった。

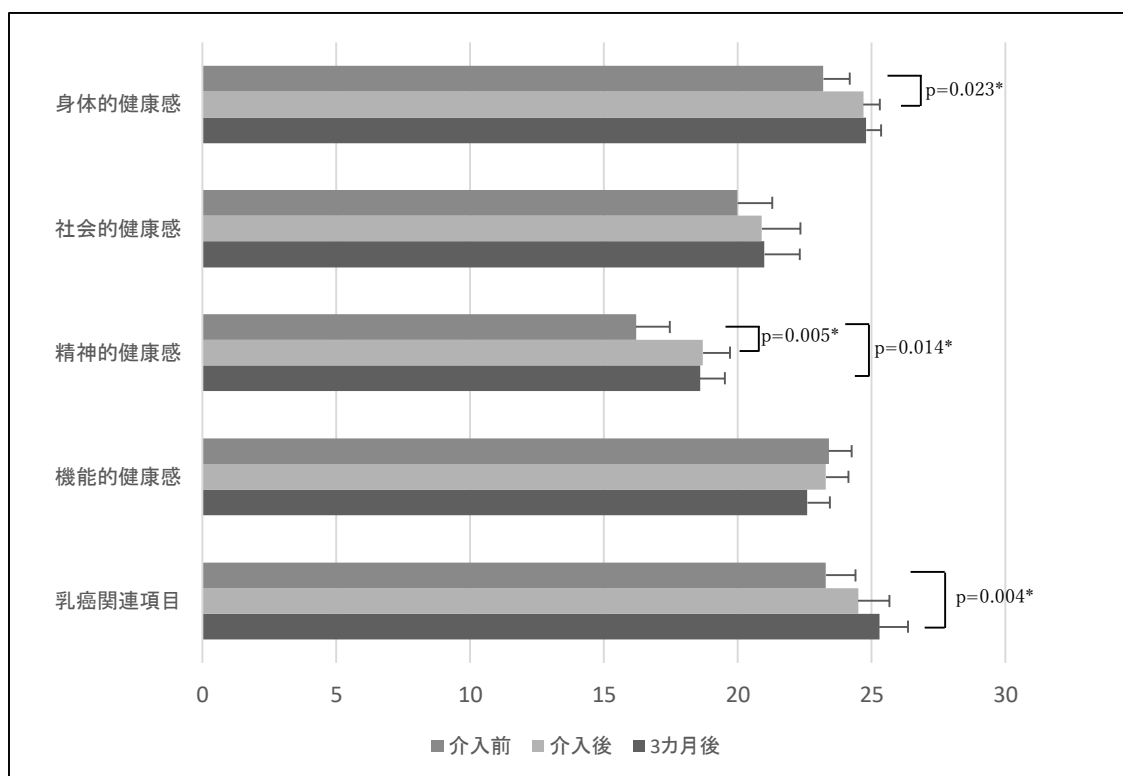


棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 10. 介入による QOL (FACT-B—総スコア) の変化

下位項目（図 11）では、身体的健康感に関しては、介入前 23.2±4.6 と比較して、介入後 24.7±2.9 に有意な上昇が認められ（ $p=0.023$ 、効果量 $r=0.47$ ）、介入前と 3 カ月後 24.8±2.6 の比較では、有意傾向を認めた（ $p=0.084$ 、効果量 $r=0.37$ ）。また、精神的健康感において、介入前 16.2±5.9 と比べ、介入後 18.7±4.8（ $p=0.005$ 、

効果量 $r=0.56$)、3 か月後 18.6 ± 4.4 ($p=0.014$ 、効果量 $r=0.50$) とともに有意な上昇がみられ、効果量も大きかった。更に、乳癌関連項目においても、介入前 23.3 ± 4.9 と比較し、3 か月後 25.3 ± 5.0 に有意な上昇が確認され、効果量も大きかった ($p=0.004$ 、効果量 $r=0.57$)。社会的健康感および機能的健康感については、介入前と比較し、介入後、3 か月後ともに有意な変化は認められなかった。全ての下位項目において、介入後と3 か月後の得点に有意差は認められなかった。



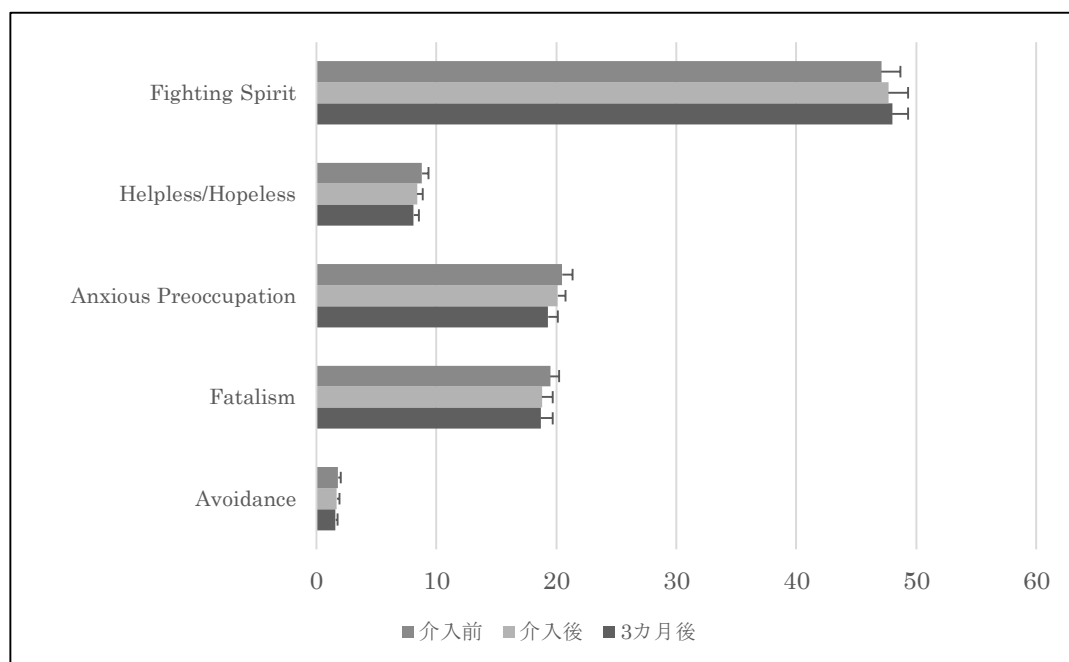
棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 11. 介入による QOL (FACT-B—下位項目) の変化

④ コーピング(MAC)の変化

コーピング (MAC) については、Fighting Spirit (前向きな態度)、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感)、Anxious Preoccupation (予期的不安)、Fatalism (運命論的態度)、Avoidance (回避的態度) いずれの項目においても、介入前、介入後、3 か月後の得点に有意な変化は認められなかった (図 12)。

また、研究協力者の MAC の得点を、カットオフ値と比較した結果は表 8 の通りである。この中で、心理的介入を要する対象を特定するスクリーニング値とされる、Fighting Spirit (前向きな態度) 47 点以下かつ、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) 12 点以上を満たす者は、介入前の時点において 3 名 (13.6%) であった。3 名ともに、介入後に Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) が 12 点未満に低下したが、3 名中 2 名は 3 カ月後の時点で再び 12 点まで上昇がみられた。



棒グラフは平均値および標準誤差。対応のある t 検定，有意確率（両側）* $p < 0.05$

図 12. 介入によるコーピング（MAC）の変化

表 8. MAC の得点の状態：カットオフ値による比較

(n=22)

項目(得点幅)	基準	介入前	介入後	3 カ月後
		人 (%)	人 (%)	人 (%)
Fighting Spirit (16-64)	> 47	10 (45.4)	9 (40.9)	10 (45.4)
	≤ 47	12 (54.5)	13 (59.1)	12 (54.5)
Helpless/Hopeless (6-24)	≥ 12	3 (13.6)	2 (9.1)	2 (9.1)
	< 12	19 (86.4)	20 (90.9)	20 (90.9)
Anxious Preoccupation (9-36)	≥ 25	4 (18.2)	3 (13.6)	3 (13.6)
	< 25	18 (81.8)	19 (86.4)	19 (86.4)
Fatalism (8-32)	≥ 22	7 (31.8)	8 (36.4)	5 (22.7)
	< 22	15 (68.2)	14 (63.6)	17 (77.3)
Avoidance (1-4)	≥ 3	6 (27.3)	4 (18.2)	4 (18.2)
	< 3	16 (72.7)	18 (81.8)	18 (81.8)

得点が高いほど各項目のコーピングが強い傾向にあることを示しており、Fighting Spirit は得点が高い方が、その他は低い方が良好な適応状態と判断される。

本介入プログラムの効果をまとめると、介入後に軽減もしくは改善したものは、CARS-J の『役割についての心配』（ $p=0.039$ 、効果量 $r=0.43$ ）および、FACT-B の総スコア（ $p=0.037$ 、効果量 $r=0.44$ ）、身体的健康感（ $p=0.023$ 、効果量 $r=0.47$ ）、

精神的健康感 ($p=0.005$ 、効果量 $r=0.56$) であり、総スコア ($p=0.017$ 、効果量 $r=0.49$) および精神的健康感 ($p=0.014$ 、効果量 $r=0.50$) は、3 か月後の時点においても改善が認められた。3 か月後に軽減もしくは改善したものは、CARS-J の『総合的な恐怖』($p=0.008$ 、効果量 $r=0.54$)、HADS の不安項目 ($p=0.044$ 、効果量 $r=0.42$)、FACT-B の乳癌関連項目であった ($p=0.004$ 、効果量 $r=0.57$)。コーピング (MAC) に関しては、有意な変化はなかった。各指標において、悪化したものはみられなかった。

（２）質的データより確認された乳がんサバイバーの変化

フィールドノートなどの記述データを分析すると、介入を通じて参加した乳がんサバイバーに様々な影響や変化が生じていた。今回、介入による影響や変化として読み取れた部分を、サポートグループの様子を録音したデータ、フィールドノート、個別介入シート、介入プログラムに関する介入後の調査（予備調査はインタビュー、本調査は紙面調査）の結果から文章として書き起こし単位データとして抽出、単位データを意味内容の類似性によってカテゴリー化した。これらのカテゴリーを大きく分類すると、介入による影響や変化は、①ピアサポートによる情緒面への影響、②看護師の関わりによる安心感、③知識の獲得と内面の変化、④サバイバーによる再発不安の対処への影響、⑤介入プログラムによる効果の実感に分けられた。以下、分析結果についてカテゴリーを〔〕、単位データを＜＞で示す。

①ピアサポートによる情緒面への影響

本研究では、３回のサポートグループの提供により、サバイバーの情緒面に様々な影響が生じていることが確認された（表 9）。研究協力者の多くは、これまで患者会などピアサポートを得た経験はなく、今回サポートグループの中で同じ境遇にあるサバイバーと交流することを通じて、＜心強い仲間が出来たことをうれしく思う＞など、〔同病者とのつながりを心強く感じる〕という反応が確認された。

サポートグループでは、再発を気にする場面や、不安の体験、心身の問題への対処など、各々の状況について意見交換がなされた。また、すべてのグループで、闘病に伴う家庭や仕事への影響や再発への懸念について話題が及ぶなど、女性同士の集まりの中で妻や母の役割の葛藤や不安について共有する様子も確認された。介入では、交流における支持的なやりとりや感情表出を促すことによって、＜不安な思いを理解してもらえらることで安心する＞など、〔同病者から共感的理解が得られ安心する〕といった反応や、＜同病者とは安心して話せる＞など、〔表出することで気持ちが楽になる〕という反応がみられたほか、＜同病者の悲壮感のない様子を勇気をもらう＞など、〔同病者の前向きさに励まされる〕という情緒的サポートの効果がみられた。更に、サポートグループでは、メンバー間で再発不安の体験共有を図るのみならず、他者の話を聞いて感じたことについても言語化を促し、洞察と普遍化が進むよう働きかけ、〔不安なのは自分だけではないとわかり気持ちが楽になる〕という実感や、〔他者と比較することを通して自らを客観視する〕、〔話すことを通して自らの感情に気づく〕、〔他者の認識に触れがん治療へのネガティブな捉えが変化する〕という反応がみられるなど、同病者との交流はサバイバーの認識面にも影響を及ぼしている様子が確認された。

また、すべてのグループにおいて、３回目のサポートグループ終了までにメンバー間で連絡先を交換するなど〔終了後もグループメンバーと関係を維持しようとする〕様子が確認され、＜グループメンバーと今後もつながりを持ちたいと思う＞、＜グループメンバーとプログラム後も続くつながりができたことを嬉しく思う＞といった思いがみられた。

一方、サポートグループでは、同病者の前向きさに圧倒されたり、他者と乳が

んのタイプや治療が異なることを認識するなど、〔他者との違いに不安が生じる〕という情緒面におけるマイナスの影響も確認された。中でも、今回トリプルネガティブのサバイバーが複数参加した1つのグループでは、＜同じトリプルネガティブの人とは分かり合える点が多い＞として活発な相互交流がみられた一方で、1名のみであったグループの参加者からは、＜トリプルネガティブであることを共有するのは勇気がいる＞とした思いが聞かれた。その他、同病者との交流において、〔他者の体験を聞くことを怖いと感じる〕といった反応も認められた。

表 9. ピアサポートによる情緒面への影響

カテゴリー	単位データ
同病者とのつながりを心強く感じる	心強い仲間が出来たことをうれしく思う
	同病者と仲良く交流できたことを喜ぶ
	同病者と交流できたことを喜ぶ
	同病者と仲間になれたことを心強く感じる
	同病者と話が出来たことをうれしく思う
	同病者と話せる機会が出来て良かったと思う
	グループメンバーと知り合えてよかったと思う
同病者から共感的理解が得られ安心する	同病者から共感的理解が得られ安心する
	同病者から共感的理解が得られ気持ちが楽になる
	前向きになれなくて当然と思えたことで気持ちが楽になる
	不安な思いを理解してもらえることで安心する
	同病者と分かり合えたことで心強く感じる
	同病者から共感が得られ気持ちが楽になる
	同病者と分かり合えて気持ちがすっきりする
	同病者にはわかってもらえる
	同病者とは同じ経験をしているので共感し合える
	同じトリプルネガティブの人とは分かり合える点が多い
表出することで気持ちが楽になる	同病者とは安心して話せる
	堂々と病気の話が出来て良かった
	表出することで気持ちが楽になったと感じる
	同病者の前では病気について気兼ねなく表出できる
	ピアグループに参加することで心が解けた
	同病者と話すことで気持ちが変わる
	家族に話せないことでも話せる
	同じ病気の人とは共通点が多く何でも話せる
同病者の前向きさに励まされる	同病者の前向きな生き方に刺激を受ける
	同病者の前向きな姿勢に励まされる
	同病者の明るく前向きな様子に励まされる
	同病者の意見を聞いて心強くなる

	同病者の悲壮感のない様子に勇気をもらう
	自分より進行している仲間が元気であることに励まされる
不安なのは自分だけではないと分かり 気持ちが楽になる	不安を抱えているのは自分だけではないことに励まされる
	同じ体験をした者と話すことで癒される
	不安なのは自分だけではないと分かり気持ちが楽になる
	他の人も自分と同じく不安に思っていたことが分かり気持ちが楽になる
	不安なのは自分だけではないと分かり心が安らぐ
	同病者も同じ気持ちだと分かり勇気がわく
	自分だけではないと思える
	他の同病者も同じ気持ちだと感じる
	自分だけではないことが分かり冷静になる
	自分だけではないと感じ安心する
	他の人も同じ経験をしていたことを知り納得する
	同病者と共有できることが沢山あり安心する
他者と比較することを通して自らを 客観視する	様々な受け止め方があると知る
	自分の気持ちを見つめるきっかけになる
	ホルモン療法が受けられるのは幸せだと感じる
	同病者の体験を聞いて視野が広がる
	他者と比較して自分はましな方だと感じる
	人それぞれ受け止め方が違うのを感じる
話すことを通して自らの感情に気づく	他者と自分の治療後の状態を比較する
	自らの心情に気づく
他者の認識に触れがん治療へのネガティブな捉えが変化する	表出することで自らの感情に気づく
	同病者の体験に触れホルモン療法についての認識が変化する
終了後もグループメンバーとのつながりを維持しようとする	同病者の認識に触れ再発した場合の治療について前向きに考えられるようになる
	グループメンバーと今後もつながりを持ちたいと思う
他者との違いに不安が生じる	グループメンバーとプログラム後も続くつながりができたことを嬉しく思う
	同病者の前向きさに圧倒される
	他者との治療の違いに不安が生じる
同病者の体験を聞くことを怖いと感じる	トリプルネガティブであることを共有するのは勇気がいる
	同病者の体験を聞くことを怖いと感じる

②看護師の関わりによる安心感

サポートグループおよび個別相談では、サバイバーから、痛みや倦怠感などの再発を想起する身体症状、受診時に医師に相談すべき内容や方法、定期受診の合間に気になる身体の変調がみられた場合の対処、生活習慣やストレスによるがんへの影響、再発予防につながる食事内容や運動の実施、補完代替療法等の気がかりや質問がみられ、根拠に基づき知識提供や助言を行った。また、サバイバーの思いに耳を傾け、不安が高まった場合のサポートを保証するなど、不安があることを当然のこととして受け止め、気持ちを支える働きかけを行った。結果、介入におけるサバイバーの反応から、看護師の関わりによる安心感がみられた(表 10)。

サバイバーからは、＜医師に聞きづらいことを相談できて良かった＞など、〔気がかりを相談できたことで安心する〕という反応がみられた。また、個人的な悩みは個別相談の場において相談するなど、〔個別の対応が安心感につながる〕とした反応もみられ、＜看護師に解決方法を示してもらえたことで孤独な気持ちが和らぎ気持ちが軽くなった＞、＜心配が生じた際の看護師のサポートの保証を心強く感じた＞といった思いが聞かれるなど、医療者である〔看護師のサポートを心強く感じる〕ことにつながっていた。同病者との交流の中では、＜他者との違いに不安を感じた場面で看護師のフォローに救われた＞と感じた者もいたことより、サポートグループの中で看護師の存在が安心、安全な場の形成につながっていることが確認された。

表 10. 看護師の関わりによる安心感

カテゴリー	単位データ
気がかりを相談できたことで安心する	医師に聞きづらいことを相談する
	医師に聞きづらいことを相談できて良かった
	再発の不安についてのアドバイスに気持ちが安らいだ
	看護師に相談することで安心した
	看護師に相談できてうれしかった
	分からないことや気がかりなことを相談できて良かった
個別の対応が安心感につながる	個別の対応が安心感につながる
看護師のサポートを心強く感じる	専門的な知識をもっている看護師と話が出来たことが心強かった
	看護師が中心となって会を進めたことが良かった
	看護師に解決方法を示してもらえたことで孤独な気持ちが和らぎ気持ちが軽くなった
	対処法を一人で考えるばかりだったのが色々と教えてもらった
	心配が生じた際の看護師のサポートの保証を心強く感じた
	他者との違いに不安を感じた場面で看護師のフォローに救われた

③知識の獲得と内面の変化

介入プログラムにおける同病者や看護師との交流を通して、サバイバーは様々な知識を獲得し、また内面にも変化が生じていることが確認された（表 11）。介入プログラムでは、サバイバーの抱えている再発不安の問題やストレスマネジメントといった心理面のマネジメントにつながる内容に加え、サバイバーの気がかりである乳がん治療後の体調や健康管理に関する内容についても知識提供を行った。こうした知識提供は、ストレス反応やストレス対処など〔ストレスマネジメントに関して理解が深まる〕ことや、サバイバーの気がかりである〔再発転移について正しく理解する〕こと、〔再発に注意する方法を理解する〕ことにつながっていることが確認された。また、自らが経験した乳がんに関して、自分と異なる乳がんのタイプや、異なる治療を経験した同病者と交流すること、また、看護師に疑問や気がかりについて質問することを通して、＜同じ乳がんでも人によって症状や治療法が異なることが分かった＞、＜医療者から正しい情報を聞くことができて良かった＞など、これまで以上に〔乳がんについて理解が深まる〕ことにつながっていた。

そして、こうした知識の獲得はサバイバーの内面にも変化をもたらしていた。介入では、看護師による働きかけとして、再発の不安を抱くことは当然の反応であることを保証するとともに、不安のマイナス面のみならず健康行動に役立っている面があるなどプラスの側面についても説明を行った。参加したサバイバーからは、〔不安はあってよいものだと分かり気持ちが楽になる〕、〔不安のプラスの側面について知ることによって気持ちが楽になる〕といった認識の変化がみられた。また、ストレスマネジメントや、症状マネジメント、健康行動の側面から知識提供を行うことを通して、〔ストレスが病気の根源ではないと分かり安心する〕、〔自分の身体の状態が分かり安心する〕、〔治療後の健康管理が分かり安心する〕、〔頑張りすぎなくても大丈夫だと思える〕といった反応が聞かれ、正しい知識に基づく理解がサバイバーの安心感につながっていた。その他、乳がんの治療や治療後のフォローアップに関する事など医療面での正確な情報を知ることによって、＜定期検診で必要な検査がなされていることが分かり安心する＞など、〔自分が受けている医療に納得する〕ことにもつながっていた。

表 11. サバイバーの知識の獲得と内面の変化

カテゴリー	単位データ
ストレスマネジメントに関して理解が深まる	日常生活の中でできるリラックス法が分かった
	交感神経と副交感神経の違いが分かってよかった
	正しい呼吸法について学ぶことができた
	自分なりの楽しみを見つけて過ごすことの大切さを感じる
	ストレスと対処法の話聞き心が開いた
	同病者の対処法を知ることができた
再発転移について正しく理解する	再発転移についてきちんと知ることができた
	転移について理解することができた
再発に注意する方法を理解する	再発の兆候に注意する方法が分かった
	医療者に自分の状態を伝えることの大切さを学んだ
	再発予防について勉強になった
	再発の予防につながる方法が理解できた
乳がんについて理解が深まる	乳がんには色々なタイプや性質があることが分かった
	同じ乳がんでも人によって症状や治療法が異なることが分かった
	医療者から正しい情報を聞くことができて良かった
	ストレスとがんとの関係について理解する
不安はあって良いものだと分かり気持ちが楽になる	不安はあって良いものだと分かり気持ちが楽になる
不安のプラスの側面について知ること で気持ちが楽になる	不安のプラスの側面について知ること で気持ちが楽になる
ストレスが病気の根源ではないと分か り安心する	ストレスが病気の根源ではないと分か り安心する
自分の身体の状態が分かり安心する	術前化学療法の効果が高いと再発リスクは低下することを 知り安心する
	自分の身体の状態が分かり安心する
治療後の健康管理が分かり安心する	治療後の健康管理が分かり安心する
頑張りすぎなくても大丈夫だと思える	頑張りすぎなくても大丈夫だと思える
自分が受けている医療に納得する	自分の受けた治療に納得する
	定期検診で必要な検査がなされていることが分かり安心す る
	異常の早期発見のためには受けている検査で足りているこ とが分かり安心する
	最新の情報を知り納得する

④サバイバーによる再発不安の対処への影響

介入プログラムを通して、サバイバーの再発不安の対処には様々な変化や影響が認められた（表 12）。再発不安の対処には、＜不安があることを当然のこととして受け入れ前向きに考えていこうと思う＞など、〔前向きに過ごすことを心がける〕や、＜悪いように考えて心配しすぎるのはやめようと思う＞など、〔再発のことを考え過ぎないようにする〕といった認知的対処が認められた。また、〔再発について楽観的に構える〕というように、再発への構えに変化がみられたケースもあった。更に、介入を通して〔頑張っている自分を認め励ます〕、〔健康的に過ごすことを心がける〕、〔リラクゼーションを取り入れる〕、〔身体症状に適切に対処する〕、〔つらい時は信頼できる相手にサポートを求める〕というように、行動面で変化が生じたサバイバーも認められた。

こうしたサバイバーの対処の変化には、サポートグループにおける知識提供や同病者との交流をきっかけに始まったものもあれば、個別相談の中で認められたものもあった。個別相談では、受診前など＜不安を感じた時に深呼吸をして落ち着く＞など、サバイバーの再発不安のパターンに合わせて効果的に取り組める方法を提案することが対処につながったケースや、＜生活の中で活動量を多くするよう意識する＞など、サバイバーの生活状況に合わせて実践できることを共に探索することで行動に変化がみられたケースもあった。また、＜今取り組んでいる健康管理の継続に努める＞など、これまでサバイバーが取り組んできたことを支持する関わりが継続の意欲につながったケースも認められた。

このように、サバイバーは、介入を通して自分なりに再発不安をマネジメントする方法を見出していることが確認された。

表 12. サバイバーによる再発不安の対処への影響

カテゴリー	単位データ
前向きに過ごすことを心がける	不安があることを当然のこととして受け入れ前向きに考えていこうと思う
	病気の事を少しだけ気にしながら前向きに過ごして行きたいと思う
	余生を自分なりに過ごそうと思う
再発のことを考え過ぎないようにする	悪いように考えて心配しすぎるのはやめようと思う
	深刻に考えず楽に過ごすことが良いと思う
	不安に囚われすぎず気持ちを明るく持とうと思う
再発について楽観的に構える	再発について楽観的に構える
頑張っている自分を認め励ます	頑張っている自分を認め励ます
健康的に過ごすことを心がける	食事や運動に注意して生活していこうと思う
	健康に気をつけないといけないと思う
	リラックスによる免疫系への影響を知りリラックスタイムを増やそうと思う
	再発予防のために運動に取り組む
	今取り組んでいる健康管理の継続に努める
	再発予防のために大豆製品を摂取する
	生活の中で活動量を多くするよう意識する
リラクゼーションを取り入れる	呼吸法についての内容が役に立った
	腹式呼吸を意識的にやってみる
	ストレス対処のひとつとして呼吸法を取り入れる
	ストレスを感じた時に呼吸法に取り組む
	イメージ療法をやってみようと思う
	朝に腹式呼吸に取り組む
	不安を感じた時に深呼吸をして落ち着く
身体症状に適切に対処する	イライラする時に呼吸法を実践してみる
	リンパ浮腫を予防する
	気になる身体症状について看護師に相談する
	ホルモン療法による関節痛に関節運動を取り入れる
	受診の必要がある症状か判断する
	ほてりの悪化を招く生活行動を回避する
	受診の際に気になる症状を医師に相談する
つらい時は信頼できる相手にサポートを求める	外見の悩みに対処する
	つらい時は信頼できる相手にサポートを求める

⑤介入プログラムによる効果の実感

介入プログラムによる効果の実感は、表 13 に示す通りである。サバイバーによって効果の実感は様々であり、〔考えや行動に特に変化はない〕とする反応もみられた一方で、全てのグループで〔再発の不安が軽減したことを実感する〕サバイバーが認められた。〔再発の不安が軽減したことを実感する〕には、＜深く考えて不安になることがほとんどなくなった＞、＜再発について考えることが減った＞、＜同病者の話を聞いて不安が軽減した＞といった実感が含まれていた。また、介入プログラムへの参加を通して、〔病気を受け入れることが出来たと感じる〕という自身の変化を実感する者も認められた。

表 13. 介入プログラムによる効果の実感

カテゴリー	単位データ
再発の不安が軽減したことを実感する	再発が怖くてジンスのように使い続けてきた帽子を買い替える気持ちになった
	深く考えて不安になることがほとんどなくなった
	インターネットで再発の情報を探すことが減った
	同病者の話を聞いて不安が軽減した
	再発を気にする気持ちが減った
	再発した場合のことについて心配する時間が減った
	自分なりの対処法で気持ちの切りかえが出来るようになった
	参加して気持ちが楽になった
	体調を心配して血圧測定する回数が減った
病気を受け入れることが出来たと感じる	病気を受け入れることが出来たと感じる
考えや行動に特に変化はない	考えや行動に特に変化はない

（３）介入プログラムの評価

研究では、サポートグループ、個別相談ともに特にトラブルや気分不良の者が出る等の問題はみられず、計画通りに進行した。介入後の調査（予備調査はインタビュー、本調査は紙面調査）より、介入プログラムの評価として読み取れた意見や感想を抽出した結果を表 14 に示す。

介入プログラムの全般的な評価としては、「負担や不足は特にない」、「満足している」、「楽しかった」、「毎回すっきり元気になって帰った」などの感想の他、「今後も同様の機会があれば参加したい」や「他の同病者にも支援をお願いしたい」とした意見がみられた。

一方、介入プログラムの構成や内容に関する具体的な意見や感想も聞かれた。今回、介入プログラムへの参加は、研究協力者の適格基準に合致する乳がんサバイバーに医師や看護師が直接声をかける形で募集を行った。参加に至った動機として、サバイバーからは「直接の誘いが参加につながった」、「途中辞退もできる気軽さから構えずに参加できた」という意見が聞かれ、掲示広告等ではない医療者からの直接的な働きかけが参加につながっていた。また、「治療後体調が落ち着いたタイミングに参加できたことは良かったと思う」や、「医療機関に来る頻度が減った時期に参加できたことが安心につながった」との意見も聞かれるなど、介入のタイミングに関して肯定的な意見がみられた。

3 回のサポートグループおよび 2 回の個別相談から成る今回の介入プログラムの回数設定に関する意見としては、「適切な回数設定であった」との意見もあったが、2 名の研究協力者からは、「もっと関わりを継続して欲しい」との意見も聞かれた。毎週 1 回という開催間隔に関しては、決まった曜日ごとの設定により予定が立てやすく「参加しやすい開催間隔だった」とする意見がある一方で、1 名からは「毎週だと間隔が短いため隔週間隔でも良いと思う」とする意見もあった。介入プログラムの開催日程に関しては、研究協力依頼時におおよその時期の目途と曜日、時間帯のみ予め研究協力施設側と相談して研究協力者に提示し、サポートグループの開催に必要な 5 名以上の研究協力者が確保でき次第詳細な日程調整を行った。そのため、「参加しやすい時間設定だった」という意見が聞かれるなど、研究協力者のほとんどが問題なく参加できていたが、平日昼間の開催に関して「参加が困難な人もいないのではないかと思う」とする意見もみられた。実際、時間的都合によって 5 回の介入プログラムへの参加が困難との理由で研究協力への同意が得られなかったケースもあり、また、1 名は日程上の理由によって介入前に脱落する結果となっていた。

今回、サポートグループの人数は、1 グループ 5 名～7 名であったが、開催環境に関しては、研究協力施設側と事前に調整を行い、人数設定に見合った会場の広さに配慮した。結果、研究協力者からは「ちょうど良い部屋の広さで良い距離感でメンバーと話ができた」との感想が聞かれた。グループの人数規模的にも、全員に発言の機会を提供することが可能な人数であり、研究協力者からは、「グループの人数はちょうど良かった」とする感想が聞かれた。グループのメンバー同士の交流に関しては、乳がんのサブタイプや治療後の経過期間など共通点のあるメンバー間では特に活発な意見交換が行われる様子がみられた。一方で、今回乳

乳房再建術を受けた者が 1 名のみであったことに関連し、「自分と同じく乳房再建している人の話が聞きたかった」とする意見も聞かれた。

介入プログラムの内容面に関する意見としては、予備調査では 2 名の研究協力者より更なる要望として、最新のがん治療や（乳がんを含むがん全般の）がん予防に関する情報ニーズがみられていたが、それ以外には特に意見はみられなかった。その他、介入プログラムに関する直接的な意見ではないが、「がんが判明した時に病気や医療の理解につながる本の紹介等があれば安心につながる」と、治療前からのサポートに関する意見もみられた。

表 14. 介入プログラムの評価に関する意見や感想

項目	意見や感想
プログラムの全般的な意見、感想	<ul style="list-style-type: none"> ・負担や不足は特にない(13) ・満足している ・楽しかった(2) ・毎回すっきり元気になって帰った ・参加できてよかった ・有意義な時間を過ごせた ・今後も同様の機会があれば参加したい ・他の同病者にも支援をお願いしたい
参加動機に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・直接の誘いが参加につながった(2) ・途中辞退もできる気軽さから構えずに参加できた
参加対象設定に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・治療後体調が落ち着いたタイミングに参加できたことは良かったと思う ・医療機関に来る頻度が減った時期に参加できたことが安心につながった
プログラムの回数に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な回数設定だった ・もっと関わりを継続して欲しい(2)
開催間隔に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・参加しやすい開催間隔だった ・毎週だと間隔が短いため隔週間隔でも良いと思う
開催日時に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・開催日程が負担な人もいないのではないと思う ・参加しやすい時間設定だった
グループの人数規模に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・グループの人数はちょうど良かった(2)
サポートグループの開催環境に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ちょうど良い部屋の広さで良い距離感でメンバーと話ができた
内容面に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・最新の治療について知りたい ・がん予防につながる食品について知りたい ・自分と同じく乳房再建している人の話が聞きたかった
配布資料に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・資料が端的でわかりやすかった
その他の意見	<ul style="list-style-type: none"> ・がんが判明した時に病気や医療の理解につながる本の紹介等があれば安心につながる

※（）内の数字は、同様の意見が複数あった場合の件数

第Ⅶ章 考察

本研究では、乳がん治療を終えたサバイバーが再発不安を効果的にマネジメントできるようになることを目指して看護介入プログラムを開発し、効果の検討を行った。本章では、得られた結果を基に介入プログラムの有効性および評価の点から考察する。

1. 乳がんサバイバーの再発不安に対する看護介入プログラムの有効性

1) 再発不安、精神状態、QOL、コーピングの変化について

介入による影響の評価として質問紙調査を行った結果、乳がんサバイバーの再発不安（CARS-J）は、介入前と比べて3か月後の時点で全般的な不安の程度を示す『総合的な恐怖』の項目で 13.5 ± 4.6 から 11.5 ± 4.6 へと有意な低下が認められた（ $p=0.008$ 、効果量 $r=0.54$ ）。また、HADS を用いて精神状態について評価を行ったところ、不安の項目において同じく3か月後に 4.7 ± 4.1 から 3.4 ± 3.3 へと有意な低下が認められた（ $p=0.044$ 、効果量 $r=0.42$ ）。質的データにおいても、〔再発の不安が軽減したことを実感する〕とする反応がみられ、介入プログラムは乳がんサバイバーの不安の軽減に対して一定の効果があったと考える。先行研究では、心理療法を中心とした介入が検討されているが（Chen et al., 2018; Hall et al., 2018; Simard et al., 2013）、効果が持続しないなどの問題がみられる。再発不安には多面的な要因が影響することから、包括的な支援を行うことが必要であると考え、本研究では、ストレスマネジメント、症状マネジメント、健康行動の側面からアプローチを行ったことが、不安の軽減につながったと考える。更に、本研究では、サポートグループと対面による個別介入を組み合わせた複合的な介入を提供した。これまでも集団介入と個別介入を組み合わせた試みは報告されているが（Hall et al., 2018）、個別介入は電話による手段が用いられており、病気の不確かさや進行不安に対する効果は認められているものの、再発不安について効果が検証されたものはみられない。本研究では、サポートグループによって、情緒的サポートとともに再発不安の対処に必要な知識や技術を提供し、更に、対面による個別介入によって、個別の悩みやニーズに沿った関わりを提供した。このように、2つの異なる形式による介入を組み合わせた介入は、再発不安の支援として効果的であったと考える。

今回、CARS-J、HADS とともに不安の程度が介入直後よりも3か月後に低下を示した理由として、一つには介入内容が影響していることが考えられる。介入の5回のセッションでは、乳がんの再発不安の体験や病気の気がかりを話題として取り上げるが、こうした介入は参加したサバイバーにとってはある種不安の根源である再発の問題と向き合う作業とも言える。乳がんサバイバーの再発不安の程度を評価する CARS-J の『総合的な恐怖』の質問は、4項目の内2項目が、乳がんが再発する可能性について心配する時間や頻度を尋ねる内容となっており、再発の問題に向き合った直後には低下を示しにくい状況であったことが考えられる。

また、本研究では、プログラムにおいて再発不安への対処を促す介入を提供したが、Shimazu ら（2003, p.207）は、「学んだコーピングスキルを実生活に移すにはいくらか時間がかかる可能性があり、長期の観察により介入効果を明確にす

ることができる」と述べている。本研究では、表 12 に示した通り介入による再発不安の対処への影響が認められたが、これらは介入中から介入直後までに認められたものであり、介入による影響を全て反映しているとは言えない。介入後から 3 カ月後までの変化については、今回調査を行っていないが、その間に対処行動に変化が生じた可能性もあり、3 カ月後の評価において介入効果として現れたことが考えられる。

不安の程度に関して、CARS-J の各項目におけるカットオフ値は示されていないが、HADS では精神的苦痛の強い者をスクリーニングする基準が示されている (Kugaya et al., 1998)。本研究の HADS の平均得点をカットオフ値と比較すると、不安、抑うつともに介入前の時点から基準値より大幅に低い数値であった。同じく日本の乳がんサバイバーを対象としている再発不安の介入研究 (Imai et al., 2019) と比べると、介入前における不安の平均得点は、4.6 と示されており、本研究の平均得点 (4.7) と同程度となっている。抑うつの平均得点は 5.2 と示されており (Imai et al., 2019)、本研究の平均得点 (4.0) よりは若干高いものの、本研究と同様にカットオフ値 (11 点以上) よりは大幅に低い数値となっている。研究協力者 22 名の中で、介入前 (ベースライン) の時点でスクリーニング陽性となる人数は、不安の項目では 4 名、抑うつの項目では 1 名、総合得点 (うつ病スクリーニング) では 2 名であった。これらのことから、多くは再発不安を抱えつつも臨床的に問題とは判断されない精神状態であったと推察されるが、介入によって再発不安の有意な低下や「再発の不安が軽減したことを実感する」といった反応がみられるなど、介入の提供は意義あるものであったと考える。

CARS-J の下位項目に関しては、『役割についての心配』のみ介入後に 3.0 ± 1.9 から 2.4 ± 1.8 へと有意な低下が認められた ($p=0.039$ 、効果量 $r=0.43$)。介入前と 3 か月後の比較では有意差は認めなかったが、3 カ月後の平均得点は (有意差が認められている) 介入後の平均得点と同じく 2.4 となっており、ある程度効果が維持されていた可能性もある。『役割についての心配』の項目は、再発した場合に仕事や家庭で重要な役割を担うことができなくなる心配や、責任を果たすことができなくなる心配の程度について評価している。今回のサポートグループでは、全てのグループで、妻や母としての役割の葛藤や不安に関する話題が共有されており、女性同士の集まりの中で共通した役割の心配についての話し合いが行われたことが、効果につながったと考える。

一方、CARS-J の下位項目である『女性らしさについての心配』、『自身の価値についての心配』については、一連の調査で有意な変化は認められなかった。女性らしさや、自身の価値に関する心配は、今回のサポートグループや個別相談の中ではほとんど表出はみられず、主な気がかりとなっていなかったことも考えられるが、共有がなされなかったことが介入効果につながらなかった一因である可能性も否定できない。サポートグループにおいてどのような話題が展開されるかについては、サバイバーの気がかりやグループメンバーの体験によっても多少異なるが、下位項目にあるような乳がんサバイバーの具体的な心配の内容について取り上げることで、より効果を高められると考える。

また、今回 CARS-J の『健康と死についての心配』についても、有意な変化は

認められなかった。この項目には、再発した場合に必要な治療や身体の苦痛、死への恐怖等に関する心配等が含まれており、こうした心配は、全てのサポートグループ、個別相談の中で表出がみられた。健康と死についての心配は、再発した場合に現実的にサバイバーの身に起こり得ることであるため、不安を完全に払拭することは難しい。今回の介入プログラムでは、全般的な不安の程度が低減してもこれらの下位項目では変化が認められず、更なる検討の余地があると考ええる。

QOL (FACT-B) に関しては、介入前と比較し、介入後に総スコア ($p=0.037$ 、効果量 $r=0.44$)、身体的健康感 ($p=0.023$ 、効果量 $r=0.047$)、精神的健康感 ($p=0.005$ 、効果量 $r=0.56$) で有意な上昇がみられ、3 か月後との比較でも総スコア ($p=0.017$ 、効果量 $r=0.49$) および精神的健康感 ($p=0.014$ 、効果量 $r=0.50$) の有意な上昇が認められた。介入後と 3 か月後の比較では、有意な変化は認めなかったことから、介入後に QOL が向上した状態が 3 か月後も持続していたことが考えられる。ストレスマネジメントや身体症状のマネジメントの促進は、本研究での重要な介入要素であり、精神面、身体面の QOL 向上につながったことが考えられる。また、FACT-B の乳癌関連項目についても、介入前 23.3 ± 5.1 と比較し 3 か月後に 25.3 ± 5.0 へと有意な上昇が認められた ($p=0.004$ 、効果量 $r=0.57$)。介入前後の比較では有意差は認めなかったが、平均得点は 23.3 から 24.5 へと上昇がみられた。乳癌関連項目には、乳がんや治療に関連して一般的にみられる心身への影響や外見上の悩み等の項目が含まれており、介入プログラムにおけるピアサポートの提供や乳がん治療後の体調面、健康面への支援がプラスに作用した可能性がある。

今回、FACT-B の社会的健康感、機能的健康感に関しては、介入前後で有意な変化は認められなかった。介入前 (ベースライン) の得点について、同じく治療後の乳がんサバイバーを対象に FACT で評価を行っている先行研究と比較すると、Gonzales-Hernandez ら (2018) の研究では社会的健康感 17.11 ± 6.05 、機能的健康感 15.75 ± 6.10 となっており、下妻ら (2001) の研究では、社会的健康感 17.5、機能的健康感 20.0 となっている。本研究の研究協力者における得点は、社会的健康感 23.2 ± 4.6 、機能的健康感 23.4 ± 4.0 となっており、これら先行研究よりも比較的高値であることから、介入前より良好な状態であったことが推察される。

再発不安は再発のリスクがある限り続くことが予測され、サバイバー自らが継続的に不安をマネジメントしていくことが求められる。こうした状況について評価するため、本研究では MAC を用いて乳がんサバイバーのコーピングについて評価を行ったが、一連の調査で有意な変化は認められなかった。MAC では、心理的介入が必要なケースを特定するカットオフ値を、Fighting Spirit (前向きな態度) 47 点以下かつ、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) 12 点以上としているが (Watson & Homewood, 2008)、本研究の平均得点は Fighting Spirit (前向きな態度) 47.1 ± 7.5 、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) 8.8 ± 2.5 とそれぞれこの基準よりも良好な数値であった。事例毎に見たところ、このカットオフ値を満たす研究協力者は、介入前の時点で 3 名のみであった。本研究と同じく治療後の日本人乳がんサバイバーを対象に介入を提供している Fukui ら (2000) の研究と比べると、ベースラインにおける Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) の平均得点は、介入群 8.5 ± 2.2 、対照群 8.4 ± 2.5 と、本研究 (8.8 ± 2.5) と大きく変わ

らないが、**Fighting Spirit**（前向きな態度）の平均得点は、介入群 48.8 ± 5.2 、対照群 52.3 ± 6.3 と、本研究 (47.1 ± 7.5) の方がやや低い状態であった。**MAC** のカットオフ値を満たした 3 名については、介入後に **Helpless/Hopeless**（無力感/絶望感）が 12 点未満に低下したものの、3 名中 2 名は 3 カ月後の時点で再び 12 点まで上昇がみられた。**Fukui** ら（2000）の研究では、乳がんサバイバーに対して教育的グループ介入の中で、コーピングシナリオに基づき参加者間で体験談を話し合う“コーピングスキル訓練”を取り入れるなどした結果、**Fighting Spirit**（前向きな態度）において有意な改善が認められたとの結果が示されているが、本研究では、再発不安の問題に焦点化した内容であったため、コーピング（**MAC**）の評価では影響がみられなかったことが考えられる。しかし、質的データにおいては、介入を通じて「前向きに過ごすことを心がける」や、「頑張りすぎなくても大丈夫だと思える」など、乳がんサバイバーの認識面における変化がみられ、対処面においても、「再発のことを考え過ぎないようにする」や、「リラクゼーションを取り入れる」などの様々な変化が認められた。再発不安（**CARS-J**）、一般的な不安（**HADS**）、**QOL**（**FACT-B**）においても改善がみられ、本介入プログラムの内容は乳がんサバイバーが再発不安をマネジメントしていくうえで有用であったと考える。

以上のことより、本研究では乳がんサバイバーの再発不安（**CARS-J**）、一般的な不安（**HADS**）、**QOL**（**FACT-B**）において有意な改善が認められており、また、サバイバーの認識面、対処面でも変化が確認されていることから、介入プログラムの内容は妥当であったと考える。

2) 再発不安に対するピアサポート提供の意義と課題について

本研究では、3 回のサポートグループを提供し、「同病者とのつながりを心強く感じる」、「同病者から共感的理解が得られ安心する」、「表出することで気持ちが楽になる」、「同病者の前向きさに励まされる」、「不安なのは自分だけではないと分かり気持ちが楽になる」、「他者と比較することを通して自らを客観視する」、「話すことを通して自らの感情に気づく」、「他者の認識に触れがん治療へのネガティブな捉えが変化する」、「終了後もグループメンバーとのつながりを維持しようとする」という、ピアサポートによる情緒面へのプラスの影響が認められた。今回研究に協力したサバイバーの約 9 割は、これまでに患者会等の集まりを通じて同病者と交流した経験がなかったことから、初めてピアサポートを得たことが考えられた。

グループへの帰属意識や仲間意識は、グループの凝集性と呼ばれ（川名、2014）、本研究でみられた「同病者とのつながりを心強く感じる」や「終了後もグループメンバーとのつながりを維持しようとする」といった反応は、グループの凝集性であると解釈できる。グループの凝集性の発現は、サポートグループが精神療法的な効果をもたらしている目安とされている（川名、2014）。また、参加者は凝集性のある状態で彼ら自身をよりよく表現し、探求する傾向があり、これまで受容されなかった彼ら自身の側面を、さらに気づき統合するようになると言われている（Vinogradov & Yalom, 1989/1997）。本研究では、同病者同士の交流の中

で〔他者と比較することを通して自らを客観視する〕ことや、〔話すことを通して自らの感情に気づく〕といった反応が認められており、凝集性のあるピアグループが形成されていたと推察される。また、ピアグループの中でお互いの交流を通じて、〔表出することで気持ちが楽になる〕というカタルシスの作用や、〔同病者の前向きさに励まされる〕という励ましの効果、〔他者の認識に触れがん治療へのネガティブな捉えが変化する〕という認識面でのプラスの影響も認められた。更に、グループセラピーでは、参加者が自分の問題は自分一人のものではないと認識することで、力強い安心感を体験すると言われており（Vinogradov & Yalom, 1989/1997）、本研究においても、〔同病者から共感的理解が得られ安心する〕や、〔不安なのは自分だけではないと分かり気持ちが楽になる〕といった反応が認められた。このように、ピアサポートによる様々な情緒面へのプラスの影響が認められ、ピアサポートは再発不安を抱くサバイバーにとって有用であると考ええる。

今回の研究では、“乳がん治療後に再発不安を抱えるサバイバー”に対象を限定しサポートグループを展開した。がん種別のサポートグループに関しては、共通の治療や悩みについて話し合うことができ、仲間意識を高めたり、貴重な情報交換が出来るというメリットがあるが、ともすれば病状の進行具合の比較など、不幸の比べ合いのような事態が生じるリスクもあることも指摘されており（川名, 2014）、こうした“比較”に伴う問題は、今回の研究でも観察された。研究協力者によっては、＜ホルモン療法が受けられるのは幸せだと感じる＞や＜他者と比較して自分はましな方だと感じる＞というように、同病者との比較が心理的にプラスに作用した者もいた一方で、＜他者との治療の違いに不安が生じる＞など、マイナスの影響がみられた者もいた。このような比較による反応は、病期やサブタイプ、治療内容の違いによってみられ、中でも、トリプルネガティブのサバイバーにおいて、特徴的な反応が認められた。今回、トリプルネガティブの参加者が複数存在したグループは1つのみであったが、このグループの参加者からは、＜同じトリプルネガティブの人とは分かり合える点が多い＞として活発な相互交流がみられた一方で、トリプルネガティブが1名のみであったグループの研究協力者からは、＜トリプルネガティブであることを共有するのは勇気がある＞とした思いも聞かれた。こうした反応には、乳がんのサブタイプの中でトリプルネガティブが最も再発リスクが高いとされていることが、サバイバーの心理に影響したものと考えられる。しかし、事例毎の再発不安の推移に関しては、グループによる特徴的な違いはみられなかったことから、アウトカムへの影響はあまりなかったものと考ええる。

原則的に、サポートグループでは、病状を含め個人の安全やプライバシーに配慮し、話したくないことやプライベートな話はしなくてもよいことを事前に保証したうえで進めたが、中には、他のメンバーに対し診断や治療に関する踏みこんだ質問をする場面もみられ、自らの病状を明かすことに不安や躊躇があった者がいた可能性は否定できない。臨床において完全に同質のグループを形成することは困難である反面、サポートグループではメンバーひとりひとりの差異があることで視野が広がるなどプラスの側面もある。そのため、サポートグループではこうした比較によるリスクがあることを前提として捉え、個人的なことへの質問に

関してお互いの配慮を求めることでより安全な場を提供できるものと考ええる。

また、病期別に参加者を募ることにしても、グループ内で病期が進んでしまった参加者が生じた場合に、グループの間に不安・恐怖が高まる等の問題が生じる可能性が指摘されている（川名，2014）。今回、介入プログラムの途中で再発が判明した者はいなかったため、そうしたケースが発生した場合は異なる結果が生じた可能性は否定できない。Spiegel & Classen（2000/2003）は、グループ内で再発や転移したメンバーが出た場合、グループから離脱を求めることは、本人のみならずグループにも恐怖感を与えることになるため、がんが進行したメンバーをグループに残れるように働きかけることを強く勧めているが、その場合それぞれの参加メンバーやグループダイナミクスにどのような影響があるかについては更なる検討の余地があると考ええる。

3）看護介入の意義について

再発不安の問題に関して、今回サポートグループではピアサポートの提供によって多くのメリットが認められ、再発不安の支援におけるピアサポートの意義は非常に大きい。一部には「他者との違いに不安が生じる」、「同病者の体験を聞くことを怖いと感じる」としたマイナスの影響も確認された。そんな中、研究協力者からは、同病者との交流において「他者との違いに不安を感じた場面で、看護師のフォローに救われた」など、サポートグループにおける看護師の存在が安心、安全な場の形成につながっていたことが確認され、場をコントロールする役割として重要であったと考える。

また、再発不安を抱えるサバイバーにとって、心身の悩みや疑問を当事者のみで解決することには限界もあるが、広瀬ら（2001）は、看護師がサポートグループに加わることで、心身両面からのアプローチを行うことができる利点があると述べている。本研究では、サポートグループと個別相談という2つの異なる形式で看護師が関わり、サバイバーからは、再発を想起する身体症状、受診時に医師に相談すべき内容や方法、気になる身体の変調がみられた場合の対処、生活習慣やストレスによるがんへの影響、再発予防につながる食事内容や運動の実施、補完代替療法など、身体面、生活面、健康面、医療面での気がかりや疑問がみられた。こうした気がかりや疑問に対して、本研究では、ガイドライン（日本乳癌学会、2015）や関連する文献の情報に基づいて作成した資料をサポートグループの中で用いて情報提供を行い、個別相談の中でも更なる情報提供や対処に働きかけるなど、サバイバーの気がかりやニーズに沿った支援を提供した。結果、介入を通じて「再発転移について正しく理解する」、「再発に注意する方法を理解する」といった知識獲得や、「ストレスが病気の根源ではないと分かり安心する」、「頑張りすぎなくても大丈夫だと思える」といった、適切な理解に基づく認識の変化が確認された。また、「リラクゼーションを取り入れる」、「身体症状に適切に対処する」、「健康的に過ごすことを心がける」など、ストレスマネジメント、症状マネジメント、健康行動において対処が促進されるケースが認められ、看護師の専門的知識や判断に基づく関わりが、サバイバーの気がかりの軽減や対処につながっていた。また、介入では、必要時のサポートを保証するなど、不安があることを

当然のこととして受け止め、気持ちを支える働きかけを行った。研究協力者からは、〔看護師のサポートを心強く感じる〕などの反応が得られ、看護師の関わりがサバイバーの安心感にもつながっていた。

更に、研究協力者からは、〔個別の対応が安心感につながる〕といった反応も得られた。サポートグループは、同病者や看護師と交流することを通して情緒的サポートを得られる場として機能するのみならず、一度に複数人に対応できるため知識や情報を伝える教育的介入としても効率的である。しかし、情報提供で得た知識だけでは自分固有の問題解決にはつながらないとする限界も指摘されている（増島ら，2015）。今回、個別相談では、『再発不安を抱えるサバイバーに向き合う看護師の準備性』『心身の状態を評価する』『ケアとして傾聴する』『不安を抱えるサバイバーの気持ちを支える』『不安の程度に応じた関わりについて判断する』『適切なリソースの活用につなげる』『サバイバーの準備性を高める』『対処の状況を確認する』『再発不安に対処することを勧める』という 9 つの看護相談技術を用いて関わった。個別の関わりでは、ひとりひとりの再発不安の体験に耳を傾け、情緒面、認識面に働きかけるのみならず、サバイバー自らが長期に持続する再発不安に効果的に対処していくために、個々の対処面への働きかけも重要となる。『再発不安に対処することを勧める』関わりでは、サバイバーの再発不安のパターンに合わせて効果的に対処する方法や、サバイバーの生活状況に合わせて実践できる方法の具体的な提案、サバイバー自身のこれまでの取り組みを支持する関わりを行うなど、個々の不安の特徴や、力量、生活スタイル等を把握して対処を促した。今回、コーピング（MAC）の調査では変化は認められなかったが、表 12 に示したように、介入を通してサバイバーそれぞれが自分なりの再発不安への対処を見出していることが確認された。質問紙評価において 3 カ月後の再発不安の軽減が確認されたことから、個別の状況に即した関わりは有効であったと考える。特に、介入では、サバイバーの再発不安への対処として、リラクゼーションなどの心理的な対処のみならず、〔身体症状に適切に対処する〕や、〔健康的に過ごすことを心がける〕という対処行動のカテゴリーが確認された。看護師が介入を行うことによって、心理面のみならず身体面や健康面も含めた包括的な働きかけが可能であり、再発不安を抱くサバイバーの心身の気がかりやニーズに対応することが出来ると考える。

今回、これまで医療者に再発不安に関する相談をした経験のある研究協力者は少ない状況であった。治療を終えて医療者との接点が減ったサバイバーにとって、定期受診の機会は、再発の気がかりや悩みを医療者に相談する貴重な機会であるが、今回研究協力者より＜看護師に解決方法を示してもらえたことで孤独な気持ちが和らぎ気持ちが軽くなった＞や、＜対処法を一人で考えるばかりだったのが色々教えてもらえた＞とする反応がみられた背景には、これまで不安があっても医療者に相談できずに抱え込んでいた現状も伺える。再発不安には、通常の心理的反応から臨床的に問題となる精神的苦痛まで、幅広いレベルがあり、後者には、最適なケアや治療が必要とされ（Akechi, Momino, & Iwata, 2015）、臨床的に問題となるレベルの再発不安を抱えるサバイバーをスクリーニングする方法も研究されている（Simard & Savard, 2015）。HADS のカットオフ値との比較が

らも、今回研究に協力したサバイバーの多くは通常の心理的反応と考えられ、こうしたサバイバーは、再発不安を感じていたとしても、臨床の中では一般的に“問題のない患者”と捉えられるケースが多いことが推察される。臨床現場においては、再発や転移の可能性はあっても、身体的な経過が順調と主治医から判断された者は、同時に医療的な関わりが不要と判断されてしまうことが多く、そのような者は、外来通院中であっても医療者からのサポートが受けにくいという問題が指摘されている（宮坂，2005）。一方、参加したサバイバーからは、「医療機関に来る頻度が減った時期に参加できたことが安心につながった」との声も聞かれ、一見すると問題がないと捉えられるサバイバーにおいても、様々な不安を抱えて過ごしている現状が伺える。このようなサバイバーは数多くいることが推察され、今回の介入プログラムは、心身の悩みや疑問を看護師に密に相談できる機会としても重要な意味合いをもつものとする。

2. 看護介入プログラムの評価

本研究において開発した看護介入プログラムの評価について、看護介入プログラムの構成、実施上の課題の視点から考察する。

1) 看護介入プログラムの構成

本研究では、週に1回、計5週間に渡って介入を提供した。最初の3回のセッションでは再発不安、ストレスマネジメント、治療後の健康管理をテーマとして120分のサポートグループを展開し、続く2回のセッションでは30分～60分／人の設定で個別相談を実施した。介入プログラムに参加した23名中22名がプログラムを完了し、高い完遂率であったことから、実行可能性の高いプログラムであることが考えられる。特に、サポートグループの途中で脱落者がなかったことには、研究協力者らによる研究への協力意思に加え、同病者同士の交流によってグループへの帰属意識や仲間意識が高まったことが、参加継続の意思に影響したものと推察する。また、今回のサポートグループは、5名以上8名以下という少人数設定で、個別相談までの一連の介入を基本的に研究者一人で提供可能であった。少ないマンパワーで介入を提供することが出来る点に関しても、実行可能性のあるプログラムであると言える。

セッションの間隔や回数設定に関しては、適切であったとする意見が多かったが、隔週間隔を希望する意見や、更なる継続介入を希望する意見もみられた。期間を限定して行われる短期型サポートグループについて、広瀬（2003）は、参加者が終了後に一種の分離不安を体験することから、フォローアップ・セミナーを取り入れるようになったことを紹介しており、グループの終結によって引き起こされるさまざまな感情に直面することを援助する視点が必要であると指摘している。今回、2名の研究協力者からは継続介入の希望がみられ、5回の介入プログラムのみでは不足と感じる者もみられた。このことから、サバイバーの不安の程度やニーズに沿って、介入回数を増やしたり、フォローアップの機会を設けたりするなど、更なる検討が必要であるとする。

介入プログラムの日程については、研究協力施設側の意向も踏まえて調整し、今回いずれも平日の昼間の時間に開催となった。しかし、介入プログラムの開始

までの期間に仕事等の時間的都合により 2 名の脱落者が出たことや、研究協力の同意が得られなかった者の中には、時間的都合によって参加が困難であった者もみられたことから、検討課題の一つであると考ええる。強い再発不安は、比較的若年の乳がんサバイバーに多いことが示されているが (Liu et al., 2011; Ziner et al., 2012; Crist & Grunfeld, 2013; Simard et al., 2013)、今回の研究では 20~30 代の若年サバイバーは含まれておらず、その理由の一つとして、時間的な都合により 5 回の介入プログラムへの参加が難しかったことが考えられる。わが国での乳がんの発症は、20 代以降年齢とともに急激な増加がみられ、40 代後半に最も多くなっているが (国立がん研究センターがん対策情報センター、2019)、こうした年代の女性は家庭や職場において大きな役割を担っていることが多いと考えられる。サポートグループを提供するプログラムの特性上、日程はある程度固定され、臨床現場では一人一人の参加者の都合に合わせて日程を柔軟に変えることは困難が予想される。しかし、複数日程での開催や休日の開催なども含め、可能な限り参加しやすい日程を予め調整することで、より多くのサバイバーにとって参加しやすいプログラムとなることが考えられる。

介入形式に関して、再発不安の問題を扱う先行研究では、対面による介入以外に、集団介入ではインターネットを活用したものがあり、個別介入ではインターネットや電話を活用したものがみられる (Hall et al., 2018)。また、最近では、幅広く支援を提供することを目指し、スマートフォンによる情報通信技術を用いた介入の試みも報告されている (Imai et al., 2019)。本研究における個別相談で用いた看護相談の技術は、サバイバーの表情等から不安の程度をアセスメントしたり、サバイバーの不安を和らげるためにタッチングを行ったりする等の行為も含んでおり、不安の評価やケアに効果的であるうえ、特別な用具を必要としないという利点はある反面、相談を受けるためにサバイバーが医療機関など所定の場所まで出向く必要があり、電話やインターネットによる介入と比較すると、時間的、経済的、労力的な負担が生じる。今後、どのような介入形式が最善であるかについて、更なる検討が必要であると考ええる。

今回、介入プログラムへの参加は、研究協力者の適格基準に合致する乳がんサバイバーに医師や看護師が直接声をかける形で募集を行った。参加に至った動機として、サバイバーからは「直接の誘いが参加につながった」との声が聞かれ、掲示広告等ではない医療者からの直接的な働きかけが参加につながっていた。一方で、今回医療者が比較的経過の短いサバイバーを中心に声かけを行う傾向がみられた。本研究の研究協力者の大半を治療後 5 年未満のサバイバーが占めていたことには、医療者に再発不安が治療後比較的早期のサバイバーに多くみられる問題であるという認識があった可能性も否定できない。再発不安を感じているかどうかは一見すると分からないことも多いが、治療後長期間経過しても再発不安に苦しむサバイバーは存在するため (Harrison et al., 2011; Koch et al., 2014)、より幅広い対象に支援を提供することが必要であると考ええる。

2) 看護介入プログラム実施上の課題

本介入プログラムは、多くの乳がんサバイバーが抱える再発不安への関わりと

して、臨床において活用できることを目指して開発したものであり、具体的な手順や参加者に提供する資料等は、そのまま活用できるものとなっている。

参加者に提供する資料の内容の中で、乳がんに関連する内容は、主に 2015 年に出版された乳癌診療ガイドライン（日本乳癌学会，2015）の情報をもとに作成している。今回、研究の途中で新たなガイドライン（日本乳癌学会，2018）が出版されたが、介入プログラムで提供する内容に関しての変更はみられなかったことから、そのまま使用した。このように、参加者に提供する資料の内容は現時点でのエビデンスに基づく内容となっており、今後内容が変更される可能性もあるため、確認が必要である。

また、介入プログラムにおけるサポートグループについては、ファシリテーションや集団療法等に関する基本的な知識や技術が必要とされ、研究者自身も実施するにあたり、学習の必要性があったことや、個別相談に関しても、乳がんや再発不安に関する知識、コミュニケーションのスキル等が必要となることから、介入プログラムを提示したのみで効果的に運用できるかという点に関しては検討の余地がある。この課題を解決するため、今後は、本介入プログラムに関する教育的支援についても検討していく必要があると考える。

3. 看護実践への示唆

本研究で開発した看護介入プログラムは、治療を終えた乳がんサバイバーが再発不安を効果的にマネジメントできるようになることを目指している。再発不安には多面的な要因が影響することから、介入プログラムではストレスマネジメント、症状マネジメント、健康行動の側面からアプローチすることを促している。看護師が介入を行うことによって、心理面のみならず身体面や健康面も含めた包括的な働きかけが可能となり、再発不安の軽減効果を高められるものと考ええる。

また、介入プログラムでは、サポートグループと看護師による個別相談を組み合わせることで支援を提供しているところが大きな特徴となっている。ピアサポートは、再発不安を抱える乳がんサバイバーの情緒的サポートとして効果的であり、また、サポートグループでは看護師の教育的介入を効率的に提供できるという利点もある。そして、個別相談は、個々の再発不安の程度や気がかり、対処の状況など、個別の状況に即した支援を可能とすることから、サポートグループと組み合わせることでより効果的なアプローチとなることが期待できる。

本研究では、作成した看護介入プログラムを再発不安を抱える乳がんサバイバーに提供し、再発不安の軽減や心身の QOL 向上が確認された。サバイバーの反応より、介入を通じて認識面や対処面においても様々な変化がみられるなど、介入プログラムはサバイバーが再発不安をマネジメントしていくうえで一定の効果が得られるものと考ええる。サポートグループの開催には多少準備期間が必要となるが、少ないマンパワーで実施可能であり、また、個別相談で用いる看護相談技術は、日々の看護実践においても適用可能ものであることから、日常の看護ケアと組み合わせることで提供することも可能である。

これまでのところ、再発不安の支援については、心理療法に基づく介入の効果が示されつつあるが、現状では広く普及したものではなく、介入を提供できる専

門家や機関も限られる。臨床的に問題となるレベルの不安に対しては、精神科医や心理士などの専門家につながることが一つの支援となるが、多くは通常の心理反応によるものであり、幅広くサバイバーに支援が行き届くことが重要であると考ええる。そのため、日々の臨床において多くのサバイバーと接点を持つ看護師の関わりは重要となる。再発不安を抱える乳がんサバイバーは、同時に身体面、健康面での気がかりや心配を抱えていることが多い。看護師は、心理面のみならず身体面や健康面も含めた包括的な支援を提供することが可能であり、再発不安を抱くサバイバーの心身の気がかりやニーズにも対応することが出来ると考える。わが国では、治療後の定期検診は、医師の関わりが中心となっているが、治療後の経過観察期においては、医師よりも看護師などの職種が関与した方が対応しやすい問題も多く、特にがん看護専門看護師や認定看護師などの専門性をもった看護職の役割拡大に期待する声もある（山内，2014）。今後は、介入プログラムの効果について更に検証していくとともに、臨床の中で普及させていくことが課題である。

4. 研究の限界

本研究は、サンプル数が 22 名と少なく、研究協力者のプログラムへの反応は、一般的な集団と比べて偏りがある可能性がある。また、介入の評価については、介入 3 か月後までしか追跡しておらず、それ以上の長期的な影響については言及できない。

今回、介入提供者である研究者自身が質問紙調査やインタビュー調査（予備調査のみ）を行ったことにより研究協力者の回答に介入効果以外のバイアスが生じた可能性や、対照群を設定していないことから、研究結果の一般化には限界があり、今後更なる検証が必要である。

第Ⅷ章 結論

本研究では、乳がん治療後のサバイバーが再発不安をマネジメントしていくための支援として、3回のサポートグループと2回の個別看護相談を組み合わせ、ストレスマネジメント、症状マネジメント、健康行動の側面からアプローチを行う包括的看護介入プログラムを開発し、単群試験によって効果の検討を行ったところ、以下のことが明らかになった。

1. 本研究では、乳がんサバイバーの再発不安を（日本版 **Concerns About Recurrence Scale : CARS-J**）を用いて介入前、介入後、3カ月後の3時点で評価したところ、3カ月後の時点で全般的な不安の程度（『総合的な恐怖』）の有意な低下が認められた。また、**HADS（Hospital anxiety and depression scale）**を用いて精神状態の評価を行ったところ、不安の項目において同じく3カ月後に有意な低下が認められた。質的データにおいても、再発不安の軽減を実感したことを示す意見がみられ、介入プログラムは乳がんサバイバーの再発不安の軽減に一定の効果があったと考える。

2. **CARS-J**の下位項目については、『役割についての心配』の項目のみ介入後に有意な低下が認められた。『健康と死についての心配』、『女性らしさについての心配』、『自身の価値についての心配』の項目では、今回有意な変化は認められなかった。

3. 本研究では、介入による **QOL** の変化について **FACT-B（Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast）**を用いて評価を行った。結果、介入前と比べ、介入後に総スコア、身体的健康感、精神的健康感の項目で有意な上昇がみられ、総スコアおよび精神的健康感については3カ月後との比較においても有意な上昇が認められた。また、乳癌関連項目に関しても、3カ月後に有意な上昇が認められた。再発不安は再発のリスクがある限り続くことが予測され、サバイバー自らが継続的に不安をマネジメントしていくことが求められる。今回、乳がんサバイバーのストレスマネジメントや症状マネジメントに働きかけたことが、心身の **QOL** 向上につながったと考えられる。一方、社会的健康感、機能的健康感の項目に関しては、有意差は認めなかったが、これらについては介入前の時点から比較的良好な状態であった。

4. 本研究では、**MAC（Mental Adjustment to Cancer）**を用いて乳がんサバイバーのコーピングについて評価を行ったが、一連の調査で有意な変化は認められなかった。しかし、介入を通じて乳がんサバイバーの認識面や対処面では様々な変化が質的データより確認された。

5. 本介入プログラムは、介入に必要なマンパワーもそれ程必要ではなく、結果として運営上の不都合も生じなかったことから実行可能性のあるプログラムであると考えられる。

謝 辞

本研究は、多くの方々のご協力により行うことができました。

本研究の介入プログラムの実施ならびに調査にご協力くださいました乳がんサバイバーの皆様、心より感謝を申し上げます。乳がんサバイバーの皆様におかれましては、快く研究協力にご同意いただき、時間を割いて何度も医療機関まで足を運んで頂き、ありがとうございました。また、ご多忙のところフィールド調査にご協力くださいました、がん看護専門看護師の皆様にも感謝申し上げます。

本研究にご理解をいただき、介入研究を進める場をご提供いただきました研究協力施設の病院長、看護部長、倫理審査委員会の手続き等でお世話になりました看護次長、倫理審査委員会の先生方、研究協力者のリクルートにご協力頂きました主治医の先生方、看護師長、外来の看護師やスタッフの皆様に深く感謝いたします。また、カウンターパートとして介入プログラムの運営にお力添えいただきました看護師の方々に心よりお礼を申し上げます。

そして、テーマの決定から研究の実施、論文の完成に至るまで、的確なご指導と力強い励ましの言葉でいつも背中を押してくださいました内布敦子教授に心から感謝を申し上げます。看護学の視点から、研究者としての姿勢まで、多くのことを学ばせて頂きました。多大なるご支援、ご配慮を頂き本当にありがとうございました。また、工藤美子教授には、がん看護とは異なる視点でのご助言をいただき、研究結果の示し方につきましても細やかなご指導を頂きました。川崎優子教授には、がん看護の専門家として、また介入研究のご経験をもとに、研究計画から考察に至るまで多くのご指導ご助言を頂きました。鈴木久美教授には、がんサバイバーのグループ介入や介入研究のご経験をもとに具体的で実際的なご指導ご助言を頂きました。坂下玲子教授には、量的分析において、貴重なご指導ご助言を頂きました。先生方のご指導により、様々な視点での学びを得て博士論文を完成させることが出来ました。看護学研究科の授業で、学問構築のあり方や研究方法など研究の基盤についてご指導いただきました諸先生方にも大変感謝申し上げます。

博士後期課程同期の皆様には、共に学び、いつも温かく支えて下さったことに深く感謝いたします。

最後に、進学に理解を示し、支えてくれた家族に感謝致します。

本学位論文の一部は日本がん看護学会誌 37 巻に掲載済みであり、掲載された論文は査読に基づき一部修正が加えられている。

引用文献

- ・阿部恭子 (2017). Chapter 5. 乳がんケアと患者サポート - 01 乳がんケアの特徴. 阿部恭子 (編). *乳がん患者ケアパーフェクトブック*. (pp.196-199). 東京: 学研メディカル秀潤社.
- ・明智龍男 (2011). がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応. *精神科治療学*, 26 (8), 937-942.
- ・明智龍男, 久賀谷亮, 岡村仁, 三上一郎, 西脇裕, 福江真由美, ... 内富庸介 (1997). Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学*, 12 (9), 1065-1071.
- ・Akechi, T., Momino, K., & Iwata, H. (2015). Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*, 153 (2), 475-476. doi: 10.1007/s10549-015-3537-6
- ・Akechi, T., Yamaguchi, T., Uchida, M., Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., ... Uchitomi, Y. (2018). Smartphone problem-solving and behavioural activation therapy to reduce fear of recurrence among patients with breast cancer (SMartphone Intervention to LEssen fear of cancer recurrence: SMILE project): protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8, 1-10. e024794. doi:10.1136/bmjopen-2018-024794
- ・American Cancer Society (2019 年 12 月). The Cancer Atlas. <http://canceratlas.cancer.org/the-burden/>
- ・Ares, I., Lebel, S., & Bielajew, C. (2014). The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychology & Health*, 29 (6), 651-670. doi: 10.1080/08870446.2014.881998
- ・Berrett-Abebe, J., Cadet, T., Pirl, W., & Lennes, I. (2015). Exploring the relationship between fear of recurrence and sleep quality in cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33 (3), 297-309.
- ・Borkovec, T. D., Robinson, E., Prunzinsky T., & Depree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21 (1), 9-16.
- ・Brennan, ME., Gormally, J. F., Butow, P., Boyle, F. M., & Spillane, A. J. (2014). Survivorship care plans in cancer: a systematic review of care plan outcomes. *British Journal of Cancer*, 111, 1899-1908.
- ・Butow, P., Bell, M., Smith, A., Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., ... members of the Conquer Fear Authorship Group. (2013). Conquer fear: protocol of a randomized controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*, 13 (201), <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/201>
- ・Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskis, D., & Harman,

- J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16 (3), 171-180.
doi : 10.1002/pon.1050
- Cappiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16 (4), 278-293.
doi : 10.1177/1054773807306553
 - Chen, D., Sun, Weijia., Liu, Na., Wang, Jie., Zhao, Jingxia., Zhang, Yue,...Zhang, Wei. (2018) . Fear of cancer recurrence: a systematic review of randomized, controlled trials. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 703-721.
 - Cho, D., Chu, Q., & Lu, Q. (2017). Associations among physical symptoms, fear of cancer recurrence, and emotional well-being among Chinese American breast cancer survivors : a path model. *Support Care Cancer*,
doi : 10.1007/s00520-017-4010-3
 - Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
 - Costa, D. S., Smith, A. B., & Fardell, J. E. (2006). The sum of all fears : Conceptual challenges with measuring fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24 (1), 1-3.
 - Crist, V., & Grunfeld, A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients : a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22 (5), 978-986.
doi : 10.1002/pon.3114
 - Dennis, C. (2003). Peer support with a health care content: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 321-332.
doi : 10.1016/S0020-7489(02)00092-5
 - de Moor, J. S., Mariotto, A. B., Parry, C., Alfano, C. M., Padgett, L., Kent, E. E.,... Rowland, J. H. (2013). Cancer survivors in the United States : prevalence across the survivorship trajectory and implications for care. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 22(4), 561-570.
 - Dieng, M., Kasparian, N. A., Morton, R. L., Mann, G. J., Butow, P., Menzies, S.,... Cust, A. E. (2015). The melanoma care study: protocol of a randomised controlled trial of a psychoeducational Intervention for melanoma survivors at high risk of developing new primary disease. *BMC Psychology*, 3 (23), 1-13.
doi : 10.1186/s40359-015-0074-3
 - Dieng, M., Butow, P. N., Costa, D. S., Morton, R. L., Menzies, S. W. Mireskandari, S.,... Kasparian, N. A. (2016). Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk

- developing another primary melanoma : results of randomized controlled trial . *Journal of Clinical Oncology* , 34 (36) , 4405-4414 . doi : 10.1200/JCO.2016.68.2278
- Dodds, S.E., Pase, T.W., Bell, M.L., Fiero, M., Negi, L.T., Raison, C.L., & Weihs, K.L. (2015). Feasibility of Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors: a randomized, wait list controlled pilot study. *Support Care Cancer*, doi: 10.1007/s00520-015-2888-1.
 - Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), 499-509.
 - Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2016). "I just have to move on" : Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205-211.
doi : 10.1016/j.ejon.2015.10.005
 - 藤澤大介 (2016). 第 2 章症状の緩和/精神症状の緩和 - 26 不安, 森田達也, 木澤義之 (監修). *緩和ケアレジデントマニュアル*. (pp.253-260). 東京 : 医学書院.
 - 藤田佐和 (2003). がん体験者のサバイバーシップに関する研究の動向と課題. *高知女子大学看護学会誌*, 28 (2), 42-57.
 - 福江真由美, 内富庸介, 山脇成人, 黒井克昌, 峠哲哉 (1995). 乳がん患者の精神科コンサルテーション, *精神科治療学*, 10 (8), 859-864.
 - Fukui, S., Kugaya, A., Okuyama, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., ... Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma : A randomized controlled trial. *Cancer*, 89, 1026-1036.
doi : 10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5
 - 福井小紀子 (2001). 初発乳がん患者に対する教育的グループ介入の有効性の検討—情報への満足度に関して—. *日本看護科学会誌*, 21 (3), 61-70.
 - 福嶋好重 (2004). 3. 精神的諸問題のアセスメントとケアの実際 1—不安の強い患者. 野末聖香 (編). *リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために*. (pp.96-104). 東京都 : 医歯薬出版株式会社.
 - Foxhall, L. E. (2014a) 1 編がんサバイバーシップの歴史と発展 - 1 章米国におけるがんサバイバーシップの歴史. 日野原重明 (監修). *実践がんサバイバーシップ*. (pp.2-6). 東京 : 医学書院.
 - Foxhall, L. E. (2014b) 1 編がんサバイバーシップの歴史と発展 - 2 章米国におけるがんサバイバーシップの発展. 日野原重明 (監修). *実践がんサバイバーシップ*. (pp.7-18). 東京 : 医学書院.
 - がん研究振興財団 (2017 年 5 月 10 日). がんの統計' 16 CANCER STATISTICS IN JAPAN—2016. https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2016/cancer_statistics_2016_fig_J.pdf
 - 「がんの社会学」に関する研究グループ (2016 年 8 月). 2013 がん体験者の悩

みや負担等に関する実態調査概要報告 がん向き合った 4, 054 人の声 (最終報告書).

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000129860.pdf>

- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, C., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., Negi, L.T., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies*, 17 (3), 684–696.
- Hall, D.L., Luberto, C.M., Philpotts, L.L., Song, R., Park, E.R., & Yeh, G.Y. (2018). Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 27 (11), 2546-2558. doi : 10.1002/pon.4757
- Handschel, J., Naujoks, C., Kübler, N. R., & Kruskemper, G. (2012). Fear of recurrence significantly influences quality of life in oral cancer patients. *Oral Oncology*, 48 (12), 1276-1280.
- Harrison, S. E., Watson, E. K., Khan, N. F., Turner, D., Adams, E., Forman, D., ... Rose, P. W. (2011). Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Oncology*, 29 (15), 2091-2098.
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., ... Henrich, G. (2009). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer*, 18 (4), 471-479. doi : 10.1007/s00520-009-0696-1
- 橋本秀行 (2017). Chapter1. 乳がんの基礎知識－01 乳がんの現状と動向. 阿部恭子 (編). *乳がん患者ケアパーフェクトブック*. (pp.2-8). 東京: 学研メディカル秀潤社.
- Hawkins, N. A., Smith, T., Zhao, L., Rodriguez, J., Berkowitz, Z., & Stein, K. D. (2010). Health-related behavior change after cancer: results of the American cancer society's studies of cancer survivors (SCS). *Journal of Cancer Survivorship*, 4 (1), 20-32.
- 広瀬寛子, 久田満, 青木幸昌, 一鉄時江, 白岩紘子 (2001). 術後乳がん患者のための短期型サポートグループの機能に関する質的研究～グループ・プロセスの分析を中心に～. *がん看護*, 6 (5), 428-437.
- 広瀬寛子 (2003). *看護カウンセリング* (第二版). 東京: 医学書院.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M., Lo, S. K., & Wain, G. (2007a). The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: The CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psycho-Oncology*, 16 (9), 796-804.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007b). Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10

- years after diagnosis. *Support Care Cancer*, 15 (5) 515-523.
- Humphris, G., & Ozakinci, G. (2008). The AFTER intervention: A structured psychological approach to reduce fears of recurrence in patients with head and neck cancer. *British Journal of Health Psychology*, 13 (2), 223-230.
 - Humphris, G. M., & Rogers, S. N. (2013). After and beyond : Cancer recurrence fear and a test of an intervention in oral and oropharyngeal patients. *Social Science and Dentistry*, 2, 29-38.
 - Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., Horikoshi, M., Furukawa, T.A., Kondo, N., ... Akechi, T. (2019). Smartphone problem-solving therapy to reduce fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: an open single-arm pilot study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 49 (6), 537-544.
 - 今泉郷子 (2013). 進行食道がんのために化学放射線療法を受けた初老男性患者のがんを生き抜くプロセス—食道がんを超えて生きる知恵を生み出す—. *日本がん看護学会誌*, 27 (3), 5-13.
 - 伊藤良則 (2011). 心配しないでいいですよ 再発・転移乳がん (改訂第2版). 東京: 真興交易 (株) 医書出版部.
 - Janz, N. K., Hawley, S. T., Mujahid, M. S., Griggs, J. J., Alderman, A., Hamilton, A. S., ... Katz, S. J. (2011). Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer*, 117 (9), 1827-1836.
doi : 10.1002/cncr.25740
 - Janz, K., Friese, R., Li, Y., Graff, J. J., Hamilton, A. S. & Hawley, S. T. (2014). Emotional well-being years post-treatment for breast cancer : prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 8 (1), 131-142.
doi : 10.1007/s11764-013-0309-3
 - 金築優, 伊藤義徳, 根建金男 (2008). 心配に関するメタ認知的信念尺度の作成及び信頼性・妥当性の検討. *パーソナリティ研究*, 16 (3), 311-323.
 - 川名典子 (2014). 第4章がん患者のためのサポートグループ. *がん患者のメンタルケア*. (pp.159-190). 東京: 南江堂.
 - 北村俊則 (1993). Hospital anxiety and depression Scale (HAD 尺度). *精神科診断*, 4, 371-372.
 - Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., ... 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 (5), 547-554.
 - 児玉美由紀, 近藤まゆみ (2006). IIIがん体験者を理解する—パートナーシップを通じた変化 2-乳がん体験者. 近藤まゆみ, 嶺岸秀子 (編). *がんサバイバーシップ—がんとともに生きる人びとへの看護ケア*. (pp.95-100). 東京: 医

歯薬出版株式会社.

- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2017 年 6 月 14 日更新). がん登録・統計 年次推移.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2019 年 10 月 4 日更新). がん登録・統計 最新がん統計.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
- 近藤まゆみ (2015). 臨床・サバイバーシップ “生き抜く力” を高めるかわり. 仲村書林.
- 厚生労働省 (2012 年 6 月). がん対策推進基本計画 (第 2 期).
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
- 厚生労働省 (2017 年 9 月) がん対策推進基本計画 (第 3 期).
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000181862.pdf>
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okumura, H., & Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 28 (5), 333-338.
- Kwok, A., Palermo, C., & Boltong, A. (2015). Dietary experience and support needs of women who gain weight following chemotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*, 23, 1561-1568.
- Kyriacou, J., Black, A., Drummond, N., Power, J., & Maheu, C. (2017). Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27 (3), 236-250.
- Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., & McCallum, M. (2013). Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care? *Support Care Cancer*, 21 (3), 901-906.
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer : a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8 (3), 485-496.
doi : 10.1007/s11764-014-0357-3
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J. . . . on behalf of the University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem : Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24, 3265-3268.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence - A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6 (2), 95-105.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M.

- S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W.,... Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (12), 1261-1272.
doi : 10.1002/pon.1529
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Barta, M., Fitzgerald, S., Moscoso, M. S., Post-White, J.,... Kip, K. E. (2011). Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors. *Journal of Holistic Nursing*, 29 (2), 107-117.
doi : 10.1177/0898010110385938
 - Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. S.... Kip, K. E. (2014). Mindfulness based stress reduction (MBSR (BC)) in breast cancer : evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (2), 185-195.
doi : 10.1007/s10865-012-9473-6
 - Lewis, F. M. (2006). 介入研究—理論とデータに結びついたケアプログラムをデザインする：介入研究に取り組む (2) 説明モデルをもとに介入研究をデザインする. 田高悦子 (訳・編). *看護研究*, 39 (1), 29-36.
 - Lichtenthal, W.G., Corner, G.W., Slivjak, E.T., Roberts, K.E., Li, Y., Breitbart, W.,... Beard, C. (2017). A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive Bias Modification to Reduce Fear of Breast Cancer Recurrence. *Cancer*, 123, 1424-1433.
 - Liu, Y., Peres, M., Schootman, M., Aft, R. L. Gillanders, W. E., & Jeffe, D. B. (2011). Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130 (1), 165-173.
 - 増島麻里子, 佐藤まゆみ, 岡本明美, 泰圓澄洋子, 吉田千文, 阿部恭子,... 楠潤子 (2015). 乳がん術後患者のためのサポートグループプログラム「ほっとカフェ」の効果-プログラム構成に着眼した参加者の体験分析, *千葉看会誌*, 20 (2), 41-49.
 - Miller, K., Merry, B., & Miller, J. (2008). Seasons of survivorship revisited. *The Cancer Journal*, 14 (6), 369-374.
 - Miller, K. D. (2012). がんサバイバーの課題. 勝俣範之 (監訳). *がんサバイバー*. (pp.2-6). 東京：医学書院 (2010).
 - 嶺岸秀子, 高木真理, 池田牧 (2006). I がんサバイバーシップ. 近藤まゆみ, 嶺岸秀子 (編). *がんサバイバーシップ - がんとともに生きる人びとへの看護ケア*. (pp.2-12) 東京：医歯薬出版株式会社.
 - 三浦浅子, 田中久美子, 細田志衣 (2015). がんサバイバーシップケアの研究の動向に関する英字文献レビュー, *福島県立医科大学看護学部紀要*, 17, 1-12.
 - 宮坂友美 (2005). がん治療後, 主に検査目的で外来通院している自覚症状の

- ない患者の経験と思い. *看護研究*, 35 (5), 369-382.
- 宮下美香, 久田満 (2004). 術後乳がん患者における心理的適応に対するソーシャル・サポートの効果. *がん看護*, 9 (5), 453 - 459.
 - Möhler, R., Bartoszek, G., Köpke, S., & Meyer, G. (2012). Proposed criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare (CReDECI) : guideline development . *International journal of Nursing Studies*, 49, 40-46.
 - Momino, K., Akechi, T., Yamashita, T., Fujita, T., Hayahi, H. Tsunoda, N.,... Iwata, H. (2014). Psychometric properties of the Japanese version of the concerns about recurrence scale (CARS-J). *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44 (5), 465-462.
doi : 10.1093/jjco/hyu032
 - Muller, K. D., Pandey, M., Join, R., & Mehta, R. (2015). Cancer survivorship and models of survivorship care : A review. *American Journal of Clinical Oncology*, 38 (6), 627-633.
 - Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270-273.
 - Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Leclair, C. S., Petricone-Westwood, D.,... Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue : a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24, 4207-4218.
doi : 10.1007/s00520-016-3248-5
 - National Cancer Institute (2014 年 5 月). Facing Forward: Life After Cancer Treatment.
<https://www.cancer.gov/publications/patient-education/life-after-treatment.pdf>
 - National Cancer Institute (2019 年 12 月 11 日更新). Surveillance, epidemiology, and results program.
<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html>
 - NCCS. <https://www.canceradvocacy.org/about-us/our-mission/>
 - NCCN (July 28, 2017) NCCN clinical practice guidelines in oncology—Survivorship, Version 2. 2017.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf
 - 日本乳癌学会 (2002 年 5 月). 乳癌患者の QOL 評価研究のためのガイドライン. Version1.0,
<http://www.csp.or.jp/qol/QOL.html>
 - 日本乳癌学会 (2015). 科学的根拠に基づく 乳癌診療ガイドライン 2 疫学・診断編 (第 3 版 (2015 年版)). 東京: 金原出版
 - 日本乳癌学会 (2018). 科学的根拠に基づく 乳癌診療ガイドライン 2 疫学・

診断編（第4版（2018年版））。東京：金原出版

- Northouse, L. L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 4 (3), 213-220.
- 大野裕美 (2011). がんピアサポートの有用性について. *看護実践の科学*, 36 (2), 82-85.
- Otto, A.K., Szczesny, E.C., Soriano, E.C., Laurenceau, J-P., Siegel, S.D., & Graham, H.F. (2016). Effect of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol*, 35 (12), 1320-1328.
doi: 10.1037/hea0000400.
- Ozga, M., Aghajanian, C., Myers-Virtue, S., McDonnell, G., Jhanwar, S., Hichenberg, S., & Sulimanoff, I. (2015). A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliative & Supportive Care*, 13 (6), 1771-1780.
doi : 10.1017/S1478951515000127
- Resnick, M. J., Lacchetti, C., Bergman, J., Hauke, R. J., Hoffman, K. E., Kungel, T. M., ... Penson, D. F. (2015). Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *Journal of Clinical Oncology*, 33 (9), 1078-1085.
doi : 10.1200/JCO.2014.60.2557
- Runowicz, C. D. Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., ... Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society/ American Society of Clinical Oncology Breast cancer survivorship care guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 66, 43-73.
doi : 10.1200/JCO.2015.64.3809
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). カプラン臨床精神医学テキスト: *DSM-5 診断基準の臨床への展開* (第3版). (四宮滋子, 田宮聡 監訳). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル (2015).
- 砂賀道子, 二渡玉江 (2013). がんサバイバーシップにおける回復期にある乳がんサバイバーのがんと共に生きるプロセス. *The Kitakanto Medical Journal*, 63 (4), 345-355.
- 砂賀道子, 二渡玉江 (2014). 乳がんサバイバーのレジリエンスを促進する要素. *日本がん看護学会誌*, 28 (1), 11-20.
- 作田朋加, 畔蒜さとみ, 瀧口章子, 越川広美, 鈴木正人, 長嶋健, ... 中野茂治 (2002). 乳癌術後患者が求める看護とは - 外来通院中の患者に対する面談調査 より -. *乳癌の臨床*, 17 (6), 596-597.
- Sanchez, S., Sanchez, P. D., & Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (4), 369-381.
- Setoyama, Y., Yamazaki, Y., & Nakayama, K. (2011). Coparing support to breast cancer patients from online communities and face-to-face support groups. *Patients Education and Counseling*, 85 (2), e95-e100.

- ・柴田純子, 佐藤まゆみ, 西育子, 笠谷 美保, 瀬尾 智美, 増島 麻里子 (2013). 日本におけるがん患者対象のサポートグループの評価方法に関する文献レビュー. *千葉県立保健医療大学紀要*, 4 (1), 41-46.
- ・Shields, C. G., Ziner, K. W., Bourff, S. A., Schilling, K. Zhao, Q., Monahan, P., . . . Champion, V. (2010). An intervention to improve communication between breast cancer survivors and their physicians. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28 (6), 610-629.
doi : 10.1080/07347332.2010.516811
- ・四方文子, 鈴木久美 (2017). 内分泌療法を受けている乳がん患者の苦痛体験に関する文献検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*, 7, 137-145.
- ・Shimazu, A., Okada, Y., Sakamoto, M., & Miura, M. (2003). Effects of stress management program for teachers in Japan: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45 (4), 202-208.
- ・清水研 (2011). 2. サバイバーの心理社会的問題—4. サバイバーシップ. 内富庸介, 小川朝生 (編). *精神腫瘍学*. (pp. 318-322). 東京: 医学書院.
- ・下妻晃二郎 (2001). 第 3 部 疾患特異的尺度-1 がん. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也 (編). *臨床のための QOL 評価ハンドブック*. (pp.52-61). 東京: 医学書院.
- ・下妻晃二郎, 江口成美 (2001 年 10 月 30 日). がん患者用 QOL 尺度の開発と臨床応用 (I) —欧米で開発されたがん患者用 QOL 尺度の日本語版開発と乳癌患者用 QOL 尺度「FACT-B」の信頼性・妥当性検証—. *日医総研ワーキングペーパー*, (56). <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP056.pdf>
- ・Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory : Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 17 (3), 241-251.
- ・Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence : specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361-371.
doi: 10.1007/s11764-010-0136-8
- ・Simard, S., & Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(3), 481-491.
- ・Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Osakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.
doi : 10.1007/s11764-013-0272-z
- ・白田久美子, 吉村弥須子, 花房陽子, 鈴木けい子, 別宮直子, 前田勇子, 岡本双美子 (2010). 手術後がん患者の退院時における状況と求める看護支援. *日本がん看護学会誌*, 24 (2), 32-40.
- ・Slusser, K. M. (2016). Late effects of cancer treatment. Yarbro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (Eds.). *Cancer Nursing: Principles and Practice*

- (8th ed.). (pp.2029-2044). Massachusetts : Jones & Bartlett Learning.
- Smith, A. 'B'. , Thewes, B. , Turner, J. , Gilchrist, J. , Fardell, J. , Sharpe, L. , ... Butow, P. (2015). Pilot of a theoretically grounded psychologist-delivered intervention for fear of cancer recurrence (Conquer Fear). *Psycho-Oncology*, doi : 10.1002/pon.3775
 - Spiegel, D. , & Classen, C. (2003). *がん患者と家族のためのサポートグループ*. (朝倉隆司, 田中祥子監訳). 東京 : 医学書院 (2000).
 - 竹内恵美, 小川祐子, 原沙彩, 鈴木伸一 (2016). 乳がんサバイバーにおける再発不安の構成要因の検討—再発の心配および対処行動の観点から—. *行動医学研究*, 22 (1), 9-17.
 - Taylor, C. , Richardson, A. , & Cowley, S. (2011). Surviving cancer treatment : An investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 243-249.
 - Thewes, B. , Butow, P. , Zacheriae, R. , Christensen, S. , Simard, S. , & Gotay, C. (2012a). Fear of cancer recurrence : a systematic literature review of self-report measures *Psycho-Oncology*, 21(6), 571-587. doi : 10.1002/pon.2070
 - Thewes, B. , Butow, P. , Bell, M. L. , Beith, J. , Stuart-Harris, R. , Grossi, M. , ... FCR Study Advisory Committee. (2012b). 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 (11), 2651-2659.
 - Thewes, B. , Bell, M. L. , Butow, P. , Beith, J. , Boyle, F. , Friedlander, M. , ... Members of the FCR Study Advisory Committee. (2013). Psychological morbidity and stress but not social factors influence level of fear of cancer recurrence in young women with early breast cancer: results of a cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2797-2806. doi : 10.1002/pon.3348
 - Thewes, B. , Lebel, S. , Seguin, L. C. , & Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 24(5), 2269-2276. doi : 10.1007/s00520-015-3025-x
 - 高橋育代, 小笠原知枝, 久米弥寿子 (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. *日本がん看護学会誌*, 18 (1), 14-24.
 - van den Beuken-van Everdingen, M. H. , Peters, M. L. , de Rijke, J. M. , Schouten, H. C. , van Kleef, M. , & Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence : a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, 17 (11), 1137-1145. doi : 10.1002/pon.1340

- van den Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckens, A., & Prins, J. (2017). Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, doi : 10.1200/JCO.2016.70.5301
- van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270–276.
- van der Meulen, I. C., May, A. M., de Leeuw, J. R. J., Koole, R., Oosterom, M., Hordijk, G-J., & Ros, W. J. G. (2014). Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health related quality of life in patients with head and neck cancer : a randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*, 110, 593-601.
doi : 10.1038/bjc.2013.733
- Van Liew, JR., Christensen, A. J., Howren, M. B., Hynds Karnell, L., & Funk, G. F. (2014). Fear of recurrence impacts health-related quality of life and continued tobacco use in head and neck cancer. *Health Psychology*, 33 (4), 373-381.
doi : 10.1037/a0032680
- Vaughn, S., Schumm, J. S., & Sinagub, J. (1996). *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. Thousand Oaks, California : SAGE Publications.
- Vickberg, S. M. (2001). Fear about breast cancer recurrence. *Cancer Practice*, 9 (5), 237-243.
- Vickberg, S. M. (2003). The Concern About Recurrence Scale (CARS) : A systematic measure of women's fear about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25 (1), 16-24.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1989). グループサイコセラピー—ヤーロムの集団精神療法の手引き— (新装版). (川室優 訳). 東京 : 金剛出版. (1997).
- 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. *Psychological Medicine*, 18 (1), 203-209.
- Watson, M., & Homewood, J. (2008). *Mental Adjustment to Cancer Scale, the User's Manual*. London, UK : International Psycho-Oncology Society.
- 矢形寛 (2017). Chapter1. 乳がんの基礎知識 - 04 乳がんの遺伝. 阿部恭子 (編). 乳がん患者ケアパーフェクトブック. (pp.19-24). 東京 : 学研メディカル秀潤社.
- 山内照夫 (2014). 3 編 各職種に求められるがんサバイバーへの関わり, 1 章 医師—腫瘍内科医、日野原重明 (監), 実践 がんサバイバーシップ—患者の人生を共に考えるがん医療をめざして (pp.141-145). 東京 : 医学書院.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression

- scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67, 361-370.
- Ziner, K. W., Sledge, G. W., Bell, C. J., Johns, S., Miller, K. D., & Champion, V. L. (2012). Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 39 (3), 287-295.