St. Luke's International University Repository

造血器腫瘍患者を対象とする心理教育の集団過程で生じた現象

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): Group Process, Hematological Malignancy, Out-patient, Psycho-education 作成者: 下枝, 恵子, 羽山, 由美子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/421

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

報　告

造血器腫瘍患者を対象とする心理教育の集団過程で生じた現象

下枝　恵子[1)]　　羽山由美子[1)]

The Processes of Psycho-education Groups for Out-patients with Hematological Malignancies

Keiko SHIMOEDA, R.N.,M.N.[1)], Yumiko HAYAMA, R.N., D.N.Sc[1)]

〔Abstract〕

This paper presents a description and anarysis of group processes during a psycho-education program for out-patients with hematological malignancies. The five sessions comprising the program were led by the first author. The first author tape-recorded and transcribed each session, met with other professionals immediately after each session, and then made notes to describe actions of group members and impressions of staff, as well as her own impressions. The group for each program consisted of five patients (volunteers), one staff physician and one staff nurse, and the first author. Each group session began with a short lecture that was followed by discussion. Two offerings of the program provide the data for this analysis.

Patient and staff interactions were quite active, and therapeutic value was attributed to both groups. Early in the process, the patients directed their questions and comments to the doctor. In the second and third sessions, discussions were among sub-groups. In the last two sessions there was discussion that involved all participants simultaneously and increased group cohesion, in part because of strategies used by the leader and other staff. In the first group, two members dropped out and cohesion was low, perhaps because staff were not noticing or eliciting the feelings of group members. Consultation after each session among the staff participating in the session contributed to the success of the sessions and is recommended for similar programs of group psycho-education.

〔Key words〕 psycho-education, hematological malignancy, out-patient,
〔キーワーズ〕 心理教育, 造血器腫瘍, 外来患者,
group process
集団過程

1）聖路加看護大学　精神看護学　St. Luke's College of Nursing, Psychiatric & Mental Health Nursing

2001年11月26日　受理

〔抄　録〕

［目的］本研究は，外来通院中の造血器腫瘍患者を対象とした心理教育を実施し，そのグループ・プロセスで生じる様々な現象について分析した，質的記述研究である。

［方法］実施した心理教育は，本研究者が作成した1クール5セッション，週1回，1回90分，前半ディスカッション，後半情報提供で構成されている。グループの参加者は，都内総合病院の血液内科に通院中で，病名告知をされた18歳以上の造血器腫瘍患者と，そのグループを運営するスタッフ（医師，看護者）である。本研究者はグループ・リーダーとしての役割を持ち，参加観察した。また，グループで話し合われた内容は参加者の同意の上，カセットテープに録音し逐語録で起こし，内容分析を行った。実施期間は2000年7月から11月。

［結果・考察］1グループ5名の悪性リンパ腫患者を対象とした心理教育を2クール実施した。両グループの過程で，活発な参加者間の相互作用が認められ，集団の機能が治療的に働いていた。また，セッション1，2の初期では参加者の［医師への依存］がみられ，さらにセッション2，3の中期では［グループの中にサブグループを形成する］動きがみられた。その後は，中期から後期に渡って，スタッフが参加者の気持ちに配慮し介入したグループは凝集性が高まり，集団の機能が発揮された。しかし，参加者の気持ちに配慮ができず経過したグループは，脱落者や欠席者を生み，凝集性の高まりにかけていた。そのため，スタッフは参加者の気持ちに焦点をあて，グループで生じる現象の意味をスタッフ間で検討しながらグループを進めていくことが重要である。

Ⅰ．はじめに

近年，白血病，悪性リンパ腫をはじめとする造血器腫瘍の治療成績は，各種の抗がん剤の進歩，支持療法，骨髄移植，末梢血幹細胞移植，臍帯血移植の確立などによりめざましく向上している[1]。化学療法による寛解率も80％と著しく向上し，さらに骨髄移植の誕生以降，完全克服できる疾患へと期待されている[2]。しかし，造血器腫瘍の主な治療法である化学療法に関しては，強い副作用を伴い患者にとって過酷な治療法である[3]。

これまで，造血器腫瘍患者に関する研究では，治療に伴い長期入院が余儀なくされることから，入院患者の quality of life や精神面に関する問題に焦点がおかれてきた[4-7]。しかし，患者は外来で治療を行うことも多く，地域で生活を送りながら病気や治療に対する不安，社会復帰の困難，社会的役割の変化，社会的疎外，孤独感などの様々な問題を抱えている[8-11]。

現在，精神科領域で発展した心理教育的アプローチが，1980年代以降，専門家の支援として注目を浴びている[12]。心理教育とは，心理療法的な配慮を加えた教育的アプローチの総称であり，患者・家族の不安を軽減し，対処能力を高め，患者に問題解決の時間を与えるものである[13]。本来，精神分裂病の家族に対して発展したアプローチであったが，エイズ患者やがん患者など心理面の援助が必要な幅広い分野で実施されるようになった[14-16]。

特に米国で発展したがん患者を対象とした「I can cope」のプログラムは，病気の受け入れや対処技術を促進するためのもので，心理教育的アプローチを活用している[17]。日本においても，がん患者を対象に心理教育的アプローチが行われ，その効果が実証されている[18]。そこでは，同じ悩みを抱えるもの同士の相互の支えあいである集団としての機能が活用されている。

しかし，本研究者の臨床体験上，造血器腫瘍患者は「がん患者」という認識は薄く，がん患者全般を対象とした集まりへの参加は少なく，また，地域で生活する造血器腫瘍患者を対象とした心理教育も実施されていない。造血器腫瘍患者の特徴的な体験が結びつくような集団で行う心理教育の

アプローチは，不確かな病気を明確化し，患者自らの対処能力も高まるだけでなく，社会で感じる孤独感も軽減され，情緒的に安定し，生活の質の向上への援助として貢献できると思われる。

本論文は，造血器腫瘍患者を対象に心理教育を実施し，グループ・プロセスで生じる様々な現象を探索・記述し，集団における造血器腫瘍患者への心理教育の介入方法を考察するものである。なお，本論文は聖路加看護大学大学院修士論文の一部であり，プログラムの実施群と対照群の比較データは別途発表し，ここではグループ・プロセスの質的データを分析する。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は，外来通院中の造血器腫瘍患者を対象に集団による心理教育を実施し，その過程で生じる様々な現象を探索・記述した質的記述研究である。

2．心理教育プログラムの紹介

本研究で実施した造血器腫瘍患者への心理教育プログラムを以下に紹介する。

1）本プログラムの目的

C. M. Anderson ら[13]が発展させた，生物学的・心理学的・社会学的な諸システムに注目したアプローチである心理教育の基本的原理をもとに，本研究者がプログラムを作成した。本プログラムの目的は，通院中の造血器腫瘍患者が，集団機能の活用と，病気や治療および対処法についての心理教育を通して，主体的な疾患の受容と対処技術の向上を促し，情緒的な安定をめざすものである。

2）本プログラムの構造と内容

本プログラムの構造は，クローズド・グループをとり，計5回のセッションで，毎週土曜日，1回90分の午後1時半から3時までとした。また，その日のテーマに沿って前半60分間フリーディスカッションとし，5分の休憩を入れ，後半25分を情報提供と質疑応答に当てた。情報提供は，すべて看護者である本研究者が行い，教材は，文献検討をもとにテーマに沿って本研究者がセッションごとに3枚程度の配布資料を作成した。

1グループの参加者は5～8名とし，参加スタッフは看護者2名（研究者を含む）と専門医1名とした。医師の参加は，医学的な話題が中心となるセッション1，2の計2回の参加を依頼した。開催場所は，参加者が通院する都内の総合病院の一室で，10名程度が入れるゆっくり落ち着いて話せる場所を用意した。また，プログラム会場の配置は，参加者同士の顔が見えるよう，真中に机を置き円陣に座席を配置し，お互いの名前がわかるように名札を準備した。座席は参加者が自由に好きな場所を選ぶようにした。

プログラムの内容は，①血液の働き，②病気と治療，③ストレスと心身，④社会支援，⑤これからの生活，の5つのテーマで行った。また，実施中のプログラムの名称は，〔血液疾患のサポートグループ〕とした。

3．研究対象

研究の同意の上，心理教育に参加した造血器腫瘍患者5名と，グループを運営するスタッフ3名の8名からなるグループを3クール実施し，そのうち同一疾患であった悪性リンパ腫患者を対象とした2グループのみを，本論文の研究対象とした。参加者は都内総合病院の血液内科外来に通院中の18歳以上の悪性リンパ腫を持つ患者で，主治医の承諾が得られた病名告知後1カ月以上経過した者とした。

4．手　順

下記の手順でデータ収集を行った。

1）主治医に研究対象の条件を満たす患者のリストアップを依頼した。

2）1）の患者に外来で会い，直接プログラムを紹介し，本人の参加同意を得た。

3）了解を得た時点で属性データの質問紙をその場で手渡し回収した。属性データの内容は，患者の年齢，性別，診断名，入院歴，現病歴，外来通院回数，治療法，病状，年齢，職業，婚姻状況，家族構成，宗教，相談相手，告知方法，現在の症

状，不安なこと，困っていること，である。

4）本研究者はグループ・リーダーとして役割を持ち，参加観察した。プログラム実施前に参加者の承諾の上，セッションの話し合いをカセットテープに録音した。また，セッションで印象に残った患者の行動や表情をメモに残し，データを収集した。

5．データの分析方法

プログラムに参加したスタッフ間で，セッション終了ごとに話題の流れ，グループや個人の力動，スタッフの介入方法など気づいたことを話し合った。その後，録音テープを逐語で起こし，1グループを1事例としてとらえ，グループの過程で生じる相互作用や参加者の変化について一つ一つ探索し，記述した。

6．調査期間

2000年7月22日～11月11日。

7．研究における倫理的配慮

研究対象者には，書面と口頭で以下のことを伝えた。研究内容および，責任の所在を明らかにし，研究への参加は参加者の自由意志であり，途中での辞退が可能であり，また辞退してもその後の看護および治療等に不利益を生じないこと。また，データは目的以外に使用されることはないこと，対象者のプライバシーを守り匿名性を保証することを約束した。研究に関する質問を受け理解が得られた後，研究参加の同意書に対象者の署名を受けた。また，論文発表する際には，対象者の名前はすべて仮名とする。本研究の研究計画は，2000年度聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査を受け，承認された。

Ⅲ．結　果

1．グループと参加者の概要（参加者の名前はすべて仮名である）

1）Aグループ（表1）

プログラムの開催時期は，平成12年7月22日から8月19日までの5週間の毎週土曜であった。天

表1　参加者の概要

	参加者（仮名）	診断名（腫瘍部位）	年齢	性別	治療体験	治療状況（現在の病状）	罹患期間（カ月）	通院回数	職　業	参加動機
Aグループ	山　田	悪性リンパ腫・非ホジキン（頚部・鼠頚部）	68	女	化学療法（内服薬）	化学療法中（リンパ腫残存）	36	月1回	ボランティア活動	患者同士の話し合い
	綿　貫	悪性リンパ腫・非ホジキン（頚部）	53	女	化学療法	化学療法中（完全寛解）	8	月2回	主婦	患者同士の話し合い 医師との話し合い
	高　井	悪性リンパ腫・ホジキン病（頚部）	48	女	化学療法 放射線療法	放射線療法直前（リンパ腫残存）	7	月2回	主婦	患者同士の話し合い 医師との話し合い
	佐　藤	悪性リンパ腫・非ホジキン（胸部）	29	女	化学療法 放射線療法	経過観察中（リンパ腫残存）	10	月2回	無職	患者同士の話し合い 医療者との話し合い
	金　子	悪性リンパ腫・非ホジキン（腋窩）	35	女	化学療法	経過観察中（完全寛解）	10	月1回	会社員	誰かの役に立てれば
Bグループ	塩　原	悪性リンパ腫・非ホジキン（腹部）	57	女	腫瘍摘出後，化学療法	経過観察中（完全寛解）	83	月1回	主婦	誰かの役に立てれば
	金　城	悪性リンパ腫・非ホジキン（頚部）	65	男	腫瘍摘出後，化学療法	経過観察中（完全寛解）	64	4ケ月1回	会社員	患者同士の話し合い
	新　木	悪性リンパ腫・非ホジキン（頚部）	60	女	化学療法（内服薬）	化学療法中（リンパ腫残存）	10	月1回	主婦	患者同士の話し合い
	鈴　井	悪性リンパ腫・非ホジキン（胸部）	70	男	化学療法 放射線療法	経過観察中（完全寛解）	18	2ケ月1回	無職	誰かの役に立てれば 医師との話し合い
	長　瀬	悪性リンパ腫・非ホジキン（腹部）	75	女	化学療法 放射線療法	経過観察中（リンパ腫残存）	27	月2回	主婦	患者同士の話し合い

候はすべて晴天であったが，気温は30から35度以上の猛暑が続いた。**表1**に示すように，参加者は5名全員が女性で，年齢は20代から60代の各1名ずつと様々だった。診断名は5名全員が悪性リンパ腫（内訳：非ホジキンリンパ腫4名，ホジキン病1名）。診断からの期間は4名が12カ月未満，1名が24カ月以上だった。治療の状況は2名が化学療法継続中であり，2名が経過観察中，1名が放射線治療の直前であった。

2）Bグループ（**表1**）

プログラムの開催時期は，平成12年10月14日から11月11日の5週間の毎週土曜日であった。天候はすべて晴天で，涼しくなり過ごしやすい気候であった。**表1**に示すように，参加者は2名が男性で，3名が女性であった。年齢は1名が50代，2名が60代，2名が70代と比較的年齢層がそろったグループであった。診断名は5名全員が悪性リンパ腫（非ホジキンリンパ腫）。診断からの期間は1名が12カ月未満，4名が12カ月以上だった。治療状況は1名が化学療法継続中であり，4名が経過観察中，だった。

2．プログラム参加動機（表1）

表1に示すように，Aグループの参加者の参加動機は［患者同士の話し合い］，［医療者との話し合い］，［誰かの役に立てれば］というものであり，［患者同士の話し合い］を求めていたものが5名中4名いた。Bグループの参加者では，Aグループ同様に3つのタイプが見られ，［患者同士の話し合い］を求めていたものが5名中3名いた。

3．プログラムの参加状況（表2，3）

表2に示すように，Aグループではセッション1～2までは参加者5名とスタッフ3名の計8名が参加した。以後，放射線治療の開始を理由に1名の脱落，参加者の遅刻や欠席が見られ，セッション5（最終回）では参加者3名とスタッフ2名で終了した。

Bグループでは**表3**に示すようにセッション1，2，4で1名のみ欠席がいた。セッション3とセッション5（最終回）では，参加者5名全員とスタッフ2名が参加した。

4．グループのプロセスと解釈

1）Aグループ：凝集性の高まりに欠けたグループ（**表2**）

Aグループにおけるグループ・プロセスについては，**表2**に示す。セッション1～2は，参加者5名とスタッフ3名の計8名ではじめられた。参加者同士は初対面ということもあり，誰もが緊張し全員で話し合うよりは，個人個人の思いを一方的に語っている傾向にあった。また，参加者は医師に対し病気や治療に関する質問を次々とし，依存的傾向にあった。特に放射線治療直前の高井氏は，不安の表れから医師に質問をする行動が多くみられ，また，グループ内での発言も多く存在感が大きかった。しかし，リーダーが高井氏の不安な気持ちをうまくグループの中で扱うことができず，高井氏の不安は軽減されぬまま周囲を巻き込み，さらに参加者の依存が医師へ向かっていた。また，参加者の年齢に差があったこと，ホジキン病と非ホジキンリンパ腫といった診断による違い，治療法の違いなどにより，他の参加者たちから距離をとる者や，参加者たちがある参加者から距離をとるといった，グループの中にサブグループを形成する動きがみられた。参加者の医師への依存に対して，リーダーが特に介入せずにいたことから，グループでの医師の存在感はさらに大きくなり，2回目以降の医師の不在が，高井氏の脱落，山田氏の欠席という結果につながったと考えられる。高井氏の脱落や，山田氏の欠席によるグループの縮小は，さらに他の参加者に影響を与え，綿貫氏が「参加者が減って残念だった」といった最終日の感想からも，参加者の欠席は凝集性の高まりに抑制をかける要因となったことがうかがえる。また，佐藤氏が日ごろ行っていた気功に対して他の参加者が関心を示してくれた喜びや，金子氏のグループに対する思いに，リーダーがセッション終了後に個人対応したことも，グループの凝集性の低下につながったのではないだろうか。しかし，セッション3以降から参加者が減少したにもかかわらず，参加者同士で「お互いがんばりましょう」

表2　Aグループのプロセス〈凝集性が高まりに欠けたグループ〉

テーマ	セッション1	セッション2	セッション3	セッション4	セッション5
参加状況（仮名）	綿貫，山田，金子，佐藤，高井：計5名［看護者2名，医師1名］	綿貫，山田，金子，佐藤，高井：計5名［看護者2名，医師1名］	綿貫，金子：計2名（欠席：山田，佐藤，高井）［看護者2名］	綿貫，佐藤，山田：計3名（欠席：金子，高井）［看護者2名］	綿貫，佐藤，金子：計3名（欠席：高井，山田）［看護者2名］
Aグループ・プロセス	全員が時間に集合。リーダーがプログラムの説明後，自己紹介を促す。金子氏がじゃんけんで順番を決め，緊張しながらも自分の病の体験を振り返り順に語った。自己紹介終了後，リーダーが自由な時間を提供すると，すぐに高井氏から「先生！」と，放射線治療について医師に質問した。医師の説明が終わるとすぐに，山田氏が「次いいですか？」と「病気の原因は？」と話題を変えた。しばらく，リーダーは様子をみて，他の参加者も話しができるよう時折，話題を振った。その後は，再発への不安，医療者に対する怒り，病気に対する疑問について各々が自分の思いを語っていた。しばらくして，突然，高井氏が「ホジキン病は私だけですか？」とたずねた。 5分間の休憩にはいると，急に全体の表情が和らぎ参加者間の会話が増えた。高井氏は「先生！先生！」と常に医師に質問を続け，周りも医師に質問を投げかけることが多くなった。後半も，情報提供後，次々に参加者が医師に治療法などの質問をし，それに対し医師が説明する傾向になった。また，綿貫氏は，自分と違う放射線治療を受けている者がいることをに気づき，治療の意味を確認していた。金子氏は，自己紹介以外語ることはあまりなかった。	全員が時間に集合。各々が告知された時の衝撃や，なかなか診断されなかった経過を語った。その後，金子氏が「病院に対する怒りはなかったか？」と全員に質問した。高井氏，綿貫氏が医療者に対する怒りの気持ちを語り，1つの話題を全体がしばらく話していた。その後，高井氏が「悪性リンパ腫は癌なのか？」との質問から，参加者の注目が医師に移った。リーダーは高井氏のその裏にある気持ちに配慮できず，医師の説明に依存的であった。金子氏は，あまり口を開くことがなかったが，突然，リーダーに「どのような患者がここで選ばれたのか？」と尋ねてきた。突然，リーダーに向けられた質問に，戸惑いながら選んでいないことを伝えた。コリーダーは，金子氏にその質問をした意図を尋ねると，「治らない人がここにいたら，辛いのでは」と語った。 後半の情報提供後，高井氏が，放射線治療の開始への迷いと不安な気持ちを語り，再び，「先生！」と医師に質問が向けられ，医師が再びその質問を説明する形になった。高井氏が，再発や病気自体の不安を話す姿を見ながら，山田氏と佐藤氏が「私は病気とともに生きていこうと思っている」と語った。また，山田氏は，「共通の課題があるから，皆の間に壁を感じない」と語り，一見グループがまとまったかのように見えた。	山田氏，佐藤氏が欠席。高井氏は数日前から放射線治療を開始した。そのため，今後のプログラムへの参加を控えることが，FAXでリーダーに届けられた。リーダーは参加者が少ないことに動揺しながら，セッションを開始した。病前の生活について，また今の生活についてリーダーが参加者にうかがった。綿貫氏は「私の場合は……」，「若いから違うわね」と金子氏の年齢による違いを気にしていた。しかし，金子氏は綿貫氏に対し「非常に共通しているところがある」「そうですよね」と共感したり，「それは大変でしたね」とねぎらいの言葉をかけていた。徐々に綿貫氏も金子氏に興味を示し，友人の大切さや，自分の病気は治っていると思いたい気持ちなど共通の思いを語り合うようになった。また，お互いキリスト教信者であったことをこの場で知り，宗教の大切さを語り合う場面も見られた。セッション2までは，綿貫氏も金子氏も，あまり自分の話を語らなかった。しかし，綿貫氏は退院後に自分の居場所がなかった辛さや，治療を止めてしまいたい気持ちを語り，金子氏は生活や仕事のこと，再発への不安な気持ちなどを語り出した。また，プログラム終了後，金子氏はリーダーに「このプログラムをぜひ広めてください」などプログラムを評価し，また参加費を支払いたいとお金を渡そうとした。	金子氏が連絡なく欠席。山田氏が遅刻して参加。前回，佐藤氏を山田氏が欠席したため，参加者に再び，高井氏が治療開始のため，参加を辞退したことを告げた。綿貫氏はグループが縮小したことを残念だと語った。佐藤氏は，治療中の参加は困難なことを自分の体験を振り返りながら語った。 山田氏は老後のことが病気のことよりも心配と語り，綿貫氏もその話に共感し2名の間で話が弾む。時々，佐藤氏が語ると，山田氏から「若い人はね……」と年齢の違いを口にした。 その後，佐藤氏は黙って2名の話を聞いているだけで，ダイエットの話題など健康を守るためのものとして苦労していることを綿貫氏と山田氏が話しつづけていた。しばらく，2名の会話に佐藤氏は入ることはなかった。しかし，黙っていた佐藤氏が，「健康を保つために，私は生薬を飲んで，気功をやっています」と話し始めた。気功の話にメンバー2名が興味を示し佐藤氏もうれしそうに説明しグループ全体で気功の話題で盛り上がった。その後は，参加者全体で，個人の気持ちの持ち方が病気に影響することについて語り合い，楽しく過ごすことの必要性を語るようになった。また，山田氏は，佐藤氏の家族の話に「いい家族なんですね」と暖かい言葉をかけ「人間同士なんでも言い合える関係はとてもいいですね」と語り，グループのまとまりがみえ，終了した。プログラム終了後，佐藤氏は気功に興味を示してくれたうれしさをリーダーに語った。	再び，山田氏が欠席。3名で始められた。4回までの情報提供の内容をリーダーが振り返り説明する。その後，3名が骨髄機能を活性化させるために，睡眠，体操をするなど自分なりに注意していることを語った。また，食事で何とかしたいという思いを綿貫氏が語った。その思いに他の2名も共感した。再び，自己努力として，佐藤氏が気功の話題を出した。前回，欠席した金子氏が興味深そうに，佐藤氏に質問したことで，うれしそうに気功について語った。また，「今，気になっていることは？」とのコリーダーの質問に，佐藤氏は結婚と仕事の思い，綿貫氏は，再発への不安をはじめて口にした。また，綿貫氏は治療をやめてしまいたい気持ちを今も，持っていることを語った。しかし，金子氏がねぎらいの言葉をかけると「続けていこうと思う」と前向きな言葉が聞かれるようになった。病気による辛さだけでなく，病気をしたことで得たものや，病気が改善していることへの喜びも全体で語られた。そして，これからの生活上の前向きな思いが話された。プログラム終了時には，参加者同士で「がんばって下さいね」と声を掛け合っている姿が見られた。 金子氏，佐藤氏が「このようなグループをぜひ広めてください。参加してとてもよかったです」という中，最後に綿貫氏は「参加者が減って，残念だった」とポツリと口にした。山田氏からは，数日後，最後に参加できなかった残念な思いと，患者同士で話せたよさを書いた手紙が送られてきた。

表3　Bグループのプロセス〈凝集性が高まったグループ〉

テーマ	セッション1	セッション2	セッション3	セッション4	セッション5
参加状況（仮名）	塩原，新木，金城，鈴井　： 計4名（欠席：長瀬） ［看護者2名，医師1名］	新木，金城，鈴井，長瀬： 計4名（欠席：塩原） ［看護者2名，医師1名］	塩原，新木，金城，鈴井，長瀬： 計5名 ［看護者2名］	塩原，新木，金城，長瀬： 計4名（欠席：鈴井） ［看護者2名］	塩原，新木，金城，鈴井，長瀬： 計5名 ［看護者2名］
Bグループ・プロセス	時間どおり4名集合。長瀬氏が発熱で欠席。リーダーがプログラムの目的や注意事項について説明し自己紹介を促す。参加者は，病気の診断から現在に至るまでの経過と思いを話し始めた。塩原氏は「とても緊張します」「何を話したらいいのか」と，自己紹介時に緊張していることをグループの中で口にした。新木氏も同じ気持ちを持っていることをすぐさま口にした。リーダーは，初回の参加で緊張するのは当然と思うことを伝えた。自己紹介終了後，一瞬全体に，沈黙が見られたが，新木氏から「私ね，髪の毛がすごく抜けて……。抜け続けちゃうんですか？」と薬の副作用による不安と戸惑いを語った。その後，他の参加者も入院中に経験した脱毛による辛さ，驚きなどを思い思いに語った。しばらくすると，はじめに緊張を訴えていた塩原氏が，退院後の生活の不安，入院中の辛かった体験を，独占気味で語るようになった。他の参加者は笑いながら聴いている姿をみて，リーダーは特に介入せず，塩原氏の語りをともに聴いていた。 後半の情報提供後，参加者から「この病気は癌なのか？」「リンパ腺とリンパ組織に違いは？」など医師に次々質問がでた。そして，全員が医師の話に興味を持ち，医師と参加者のやり取りが続いた。	塩原氏が，娘の引越し手伝いで欠席した。第1回目に長瀬氏が欠席したことから，再度，簡単な自己紹介を全員が行った。自己紹介で，長瀬氏は，悪性リンパ腫の体験よりも，血小板減少症と10年間つきあっている辛さを主に語った。長瀬氏以外の3名は，表情も比較的やわらかかった。また，長瀬氏以外の3名は，体験した化学療法の副作用の怖さや，病気の原因への疑問と不安などが共通の話題として語られた。しかし，長瀬氏はその話題に入っていく様子はなく，硬い表情で黙って座っていた。リーダーは，長瀬氏が話すタイミングを失っていると思い，「長瀬さんはどうですか？」と意図的に声をかけると，待っていたかのように，すぐに「私は……」と1年以上にわたる辛い長い入院体験や，物をのどに通すこともできず，さらに手足が動かなくなるほどの辛い体験を語り始めた。他の参加者は長瀬氏の語りに言葉をかけることもせず黙っていた。しばらくすると，再び長瀬氏以外の3名が共通の話題について話し，長瀬氏は黙っていた。 しかし，後半に新木氏が，長瀬氏に「痛みはありましたか？」と質問したり，「車椅子って大変ですよね」「自分でできないのは辛いですよね」と優しく言葉をかけている行動が見られ始めた。その間，長瀬氏の表情は和らいだ。	全員が参加した。セッション2に塩原氏は欠席したため，塩原氏と長瀬氏は初対面だった。 参加者のニーズもあり，予定を変更して，前半に「ストレスと心身」について情報提供した。その後，理解してくれない家族への不満について話題が出された。その間，塩原氏は，「男性はあまり物事を考えていない」「男性は大げさ」などと話した。また，金城氏の話に対し塩原氏は「私は違う」など抵抗をみせた。同性である新木氏には共感を示し，男性対女性のグループに分かれていくように見られた。その後，コリーダーが「鈴井さんもそうなのですか？」と話題を振ると，鈴井氏が「男性も同じですよ」と性別にかかわらず，塩原氏と共通する気持ちを持っていることを語ったことで，グループがまとまり始めた。しかし，長瀬氏はグループになかなか溶け込めず，沈黙を続けていた。リーダーが長瀬氏に話を振ろうと思った矢先に，新木氏が，長瀬氏に病気への思いを尋ねはじめた。また，長瀬氏の話に「そうですよね。私も……でした」と同じ気持ちや経験をしたことを口にした。長瀬氏は徐々に自ら話をするようになった。しかし，表情は以前硬かった。グループはスタッフに質問してくる場面は，減少し参加者間で話をすることが多くなった。また，リーダーが口を開かなくても，自然に参加者同士で語り，気持ちを伝え合い，質問するようになった。	鈴井氏が，はじめから予定された計画があり欠席した。前半はコーヒーとタバコの害に関する話題がしばらく続いた。参加者同士が興味深く語っている中，長瀬氏は興味を示さず沈黙を続けていた。その後，新木氏がプログラムに対する発展に向ける意見や，病院側への患者としての要望などを語り始めた。さらに，入院中の辛かった体験に話題が移行した。リーダーが長瀬氏に声をかけると，入院中，何度も自殺しようと考えたほどの辛い気持ちや，一人でいる寂しさを語り始めた。一瞬周囲は沈黙し，他の参加者の表情硬く見えたが，長瀬氏の語りに深くうなずき聴いていた。リーダーとコリーダーは「それは辛かったですね」と辛さや思いに焦点を当て長瀬氏に言葉をかけていた。しばらく，周囲は黙って長瀬氏の話を聞いていたが，「不治の病のイメージがある」「悪性という言葉の怖さがある」「どうして病気になったのか」など，参加者から次々と病気への怖さ，不安，疑問などが出されていった。それを長瀬氏は聞き，「あなたもそう思うのですか？」と顔を挙げ，急に硬かった表情が和らいだ。また，「私は治らないのです」と話した新木氏に対し，長瀬氏は「私もいつでる（再発する）か，分からないんですよ」と，病気を抱えることによる不安な共通する気持ちを伝えていた。グループの凝集性が一気に高まった。	5回目の参加を，予定と重なり欠席を告げていた塩原氏が，はじめから参加した。「みんなに会いたくて，来ちゃいました」と，予定を変更しグループに参加したことを語った。いつになく，参加者全員の表情は和らぎ，リラックスしていた。特に，長瀬氏の表情はやわらかく，笑顔がみえ，そのことがグループ内でも話題として取り上げられた。 プログラム前半は，リーダーが1回から4回目までの情報提供の内容を簡単にまとめて伝えた。「あの検査は，そのためにやっていたんだね」「あれは辛かったよね」など，参加者全員で今までの体験を振り返り，語り合っていた。参加者は自分が受けた検査や治療の意味を確認し，改めて病気を理解し，納得していた。その後，リーダーはグループに参加した今，これからの生活をどのように考えているのか，参加者へ自由に話す時間を与えた。病気とうまく付き合っていきたい思いや心のケアの重要性などが参加者全員から語られた。また，このグループに参加したことで，辛かったのは自分一人ではないということが分かり，安心し心が和んだことなどが，話題として取り上げられた。セッション終了の時間になっても，参加者は名残惜しそうにその場をなかなか離れず，しばらく参加者と語り合っていた。

と声を掛け合い，また，病気の体験や思いをゆっくりと語ることができ，縮小したグループの中にも活発な相互作用がみられた。その結果，自分だけでないという思い，そして参加者同士の情報交換ができ，それを自分もやってみようという参加者に希望をもたらすような集団による治療因子が働いていた。

2）Bグループ：凝集性が高まったグループ（表3）

Bグループにおけるグループ・プロセスについては，表3に示した。セッション1では辛い体験や気持ちをしているのは，自分だけではないかとそれぞれが感じながら，個人個人の思いを語っていた。しかし，参加者の話を聞く中で，「私も……」と参加者は辛い体験が，自分だけではないと思えるようになり，徐々にグループの結合が見られてきた。途中，塩原氏が男女と区別しようとする動きや，症状の重かった長瀬氏から距離をとり交わろうとしない他の参加者たちの動きも見られた。しかし，スタッフが参加者の思いをグループの中で取り上げるように介入し，またグループ外での参加者との交流を意図的に避けるようにしたこと，また時間と共に生じる参加者の愛他的な言動がグループの凝集性を高めていった。また，参加者全員が孫を持つ年齢層で固まっていたことも，気持ちを共有しやすく凝集性の高まりにつながった。Bグループにおいても，セッション1の初期には医師の存在が大きく質問も見られた。しかし，スタッフがその質問の意図に焦点をあて介入したこと，また，グループの中で感じた感情を口に出していたことで，参加者の話にメンバーが傾聴し共感することが多かった。最終回では参加者全員がそろい「辛いのは自分だけではなかった」という発言が聞かれ，時間終了後も名残惜しそうに席を立とうとせず話しつづけていたた光景からも，凝集性の高まったグループあったことがうかがえた。

Ⅳ．考　察

1．グループ・プロセスに生じた現象

集団は活動と時間の経過にしたがって，より集団らしく生成してくるが，同時に分裂・対立することもあり，調和もしくは崩壊に至る集団の過程が存在するといわれる[19]。今回の2グループにおいても，時間の経過とともに，グループ内で情報伝達や，他者を思いやる行動が存在し徐々に集団のまとまりがみられ集団らしく生成されていた。しかし，その過程では男女による区別，年齢による区別，診断名や病状，治療といった違いによる区別をし，グループ内にさらにサブグループを形成しようとする動きがみられた。その動きには，2つの意味が考えられた。1つは本人側が他の参加者たちと交わることを避け，距離をとる動きであり，Aグループの高井氏で見られた動きであった。この動きの背景には，比較的治療効果の高いホジキン病である高井氏が，悪性リンパ腫を「がん」と認めることを恐れ，自分と異なる非ホジキンリンパ腫（悪性リンパ腫）の他の参加者たちに交わることを避けようとした気持ちがあったのではないだろうか。他の参加者たちと交わることで自分が脅かされると感じたとき，その者は他の参加者たちと交わることを避けるのではないかと思われる。

また，2つ目は，参加者たちがある参加者を交えることを避け，距離をとる動きがあり，Bグループの長瀬氏の場合でみられた。この動きの背景には，長瀬氏以外の参加者たちが長瀬氏と交わることで，死に直面した彼女の辛い体験を共有することの恐れ持っていたのではないかと思われる。そのため，他の参加者たちが長瀬氏を交えることを避けるため，無意識のうちにグループ内での話題を彼女と交わりの持たないものとし，距離をとっていたのではないだろうか。つまり，ある参加者が交わることで，他の参加者たちがグループの脅かしを感じたとき，他の参加者たちが距離をとると考えられる。スタッフは，グループの中にそのような距離が続くことがないようグループの現象の意味を理解し，軌道修正していくことが必要であろう。

Bion[20]は，「指導者不在の集団」の考え方を発展させ，リーダーが何もしないときの集団の過程で起きる現象として，依存（dependency），闘争－

逃避（figth-flight），つがい形成（pairing）の3つの主題を挙げている。今回，両グループともに，参加者の［医師への依存］が見られた。この現象は集団が形成する段階で，参加者の緊張や不安が高いほど，誰かに依存しようとする現れとも考えられる。しかし，医師への依存を容認することで，医師不在になった時に，グループの育成にネガティブな作用が生じる危険性がある。リーダーは，参加者がなぜ医師へ依存するのかを理解し，その裏にある気持ちへ介入することが求められるであろう。

2．グループ内の治療的因子

Yalom[21]は，集団精神療法の治療的因子に11項目を経験に基づいて提唱している。これは今回のグループにおいても同様に働いていると考えらる。病気をもつ他の参加者と語り合うことで，自分だけが辛い体験をしているのではないことを知る［普遍性］。これについては，セッション5のプログラム終了時に参加者から「辛いのは自分だけでないことを知った」という声が聞かれた。特に凝集性の高まったグループにみられる現象である。また，病気からくる不安，怒り，失意などをグループの中で吐き出す［カタルシス］，それが同じ立場の患者同士に共感を持って受け入れられる［受容］。そのことで安定な情緒が保たれる。また，悪性リンパ腫患者はなかなか診断されなかった辛い体験や病院スタッフの対応への不満や怒りを持っている。しかし，不満を吐き出すことで，徐々にそのことにあまりとらわれなくなっていく。しかし，その気持ちが受け止められなかった場合，その不満や怒りは持続しグループにいる心地よさが感じられず高井氏のように脱落していくと考えられる。また，参加動機をみると，治療が終了し完全寛解したものは，自分が今後何らかの人に役に立つことをしたいと思う傾向にあった。集団による心理教育の参加は，患者にとって他人の役に立つ場［愛他主義］にもなる。発症から長年の時間を経て病気への心理的距離がとれている者の方が，他人をサポートしようとする姿勢が強く，またそれによって充実感を得るといわれている[22]。しかし，誰かの役に立つだけの動機での参加は，本来の心理教育の目的からはずれており，金子氏のように初回で自分の参加の意味を失い戸惑う危険性も考えられる。また，集団は患者にとって他者との相互関係の過程の中で，自分を客観的にみることができる場［対人学習］となり，さらに，情報提供者は医療者からだけでなく，医療者では気づかない具体的な情報交換の場［情報の伝達］にもなっていた。このように，集団による心理教育は1対1の治療関係では得られにくい，グループという特性が発揮されるといえる。

3．集団による心理教育の技法

グループには，ポジティブな成長促進的あるいは治療的機能があると同時に場合によってはネガティブな作用もあり，その特性を理解して意識的に活用することが求められるといわれる[19]。また，林[23]は，集団療法に求められる知識と技術として，グループの規則と目標を説明すること，目標に沿ったグループの雰囲気作り，メンバーのモデルとしてのスタッフ，治療者としての責任，グループへの信頼を持つこと，を述べている。参加者が参加目標をしっかり把握しておくよう，規則や目標などを明確に示し納得した上で参加することが重要であるだろう。つまり，今回，参加した金子氏は［誰かの役に立てれば］のみの動機であり，初回の参加に戸惑いが生じたのは当然の結果であったと考えられる。また，セション1では初対面の顔合わせとなることから，当然，参加者の緊張が生じる。そのため，参加者がリラックスして参加できるよう，スタッフがモデルになってその場で感じた感情を口に出すようにすること，そして，ここで話された内容はグループ以外では話されない安全性を保障することも大切である。また，グループ外で参加者と交流を持たず，すべてグループ内で話しをすることも大事である。

今回，医師に対して病気や治療について質問が多く見られたが，参加者が医師に質問したいと思う行動の裏にある不安な気持ちに焦点を当てグループの中で取り上げていくことが必要であろう。さらに，グループリーダーの自信の無さがAグルー

プの医師への依存傾向を強めていく。リーダー及びスタッフが集団によるトレーニングを受け自信と責任を持って実施すること，そして，スタッフ同士でサポートしあうことが重要である。グループの脱落や欠席が生じることで，リーダーが全責任を負ってしまいやすく，その落ち込みがグループへ投影される可能性もあり，セッション終了毎にスタッフ同士で気づいたことを話し合うことが必要である。林[23]は，複数のスタッフが関与し，協力することは多くの利点がある，という。その第1の利点は複雑なプロセスや錯綜した転移関係を複数の目で観察することができるという点である。また，スタッフの技能にこれで十分という限界はありえないという。重ねられる努力によって，グループの成長をサポートすることができるのであろう。

V．研究の限界と今後の課題

本研究は，研究方法において本研究者がプログラムを展開しながら，その過程をデータとして用いたものであり，展開そのものが本研究者自身の能力によるという限界がある。また，都内総合病院の1施設に通院していること，また2グループのみの実施から，今回の研究結果の一般化において限界がある。今後は，グループ数を増やし，類似性など集団に起きる現象をさらに追求し，看護者による造血器腫瘍患者への集団による心理教育の確立に向けて明らかにしていく必要がある。

VI．結　論

造血器腫瘍患者への集団による心理教育を実施し，グループの過程で生じる様々な現象を探索・記述し，集団による技法について検討した。その結果，グループの過程で活発な参加者同士の相互作用が認められ，集団の機能が治療的に働いていた。また，セッション1，2の初期には，参加者の［医師に対する依存］がみられ，さらにセッション2，3の中期では［グループ内にサブグループを形成する］動きが見られた。さらに中期から後期にわたって，リーダーが参加者の気持ちに配慮し介入したグループは凝集性が高まり，集団の機能が発揮された。しかし，参加者の気持ちに配慮できず経過したグループは，脱落者や欠席者を生み，凝集性の高まりに欠けた。そのため，リーダーは，参加者の気持ちをグループの中で話し合えるよう配慮し，スタッフ同士でグループを支えあい助言をし合いながら進めていくことが重要である。

謝　辞

研究にご協力下さいました患者様，フィールドを提供してくださいました施設の皆様，聖路加国際病院の岡田定先生に深く感謝いたします。この論文は，2000年度聖路加看護大学大学院修士論文として提出したものの一部を加筆・修正したものである。

引用文献

1）岡田定. がん（悪性腫瘍）という疾病の特性. Nursing Today. 11(11), 1996, 6－18.
2）中村忍. 白血病. medicina. 34(6), 1997, 1020－1022.
3）Lesko, L. M. Handbook of Psychooncology edited by Holland, J. C. and Rowland, J. H. 1st Ed. Oxford University Press, New York, 1990, 河野博臣他監訳: 造血器腫瘍. サイコオンコロジー1. 東京, メディサイエンス社, 1993, 201－213.
4）Persson, L., Hallberg, I. R., Ohlsson, O. Acute leukemia and malignant lymphoma patients' experiences of disease, treatment and nursing care during the active treatment phase. European Journal of Cancer Care 4, 1995, 133－142.
5）尾形牧他. 悪性リンパ腫の患者の看護－身体的，心理的苦痛緩和への援助，福島農医誌. 39(1), 1997, 68－71.
6）Takashi Hosaka. Emotional States of Patients with Hematological Malignancies: Preliminary Study. Japan Jounal Clinic Oncology. 24(4), 1994, 186－190.

7）尾崎佳代，福崎真由美他．血液悪性腫瘍化学療法におけるPOMSの有用性．第24回　成人看護Ⅱ．日本看護学会．1993，126－129．

8）Persson, L. Survivors of acute leukemia and highly malignant Lymphoma retrospective veiws of daily life problems during treatment and when in remission. Journal of Advanced Nursing. 25(1), 1997, 68－78.

9）Scott, Diane W. The Phychodynamics of multiple remissions in a patient with acute nonlymphoblastic leukemia. Cancer Nursing. 6(3), 1983, 201－206.

10）Cella, D. F and S. Tross. Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. J. Cosult. Clin. Psychol. 54, 1986, 618－622.

11）岡崎志保．化学療法を受けた造血器腫瘍患者の退院前および退院後のストレス・コーピング，聖路加看護大学　大学院看護学研究科　修士論文，1997．

12）羽山由美子．精神科領域における新たな看護援助の可能性．看護技術．43(4)，1997，86－89．

13）Anderson, Carol M. and Reiss, Douglas J and Hogarty, Gerard E. SCHIZOPHRENIA AND THE FAMILY, 1986, 鈴木浩二，鈴木和子監訳：分裂病と家族（上）（下），東京，金剛出版，1999．

14）Fawzy N. W. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. General Hospital Psychiatry. 16, 1994, 149－192.

15）Fawzy N. W. A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients. Cancer Nursing. 18(6), 1995, 427－438.

16）Steiner J. L., Lussier. R. G. etal. Psychoeducation about sexual issues in an acute tretment setting, Hospital and Commuity Psychiatry. 45(4), 1994, 380－381.

17）Judith Johnson. 遠藤恵美子訳：I Can Cope がん患者教育コース．がん看護．5(3)，2000，182－185．

18）小島操他．がん告知を受けた患者の主体的ながんとの共生を支える援助プログラムの開発に関する研究．日本がん看護学会誌．14(1)，2001，36－44．

19）羽山由美子．グループに内在する治療的因子と看護への活用．こころの看護学．3(1)，1999，3－5．

20）Bion, W, R.（対馬忠訳著）．グループ・アプローチ（集団力動と集団心理療法）．東京，サイマル出版会，1973，247p．

21）Irvin D. Yalom, M. D: Concise Guide to Psychotherapy. 川室優訳：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－．東京，金剛出版，1999，23－42．

22）大塚まり子他．山口隆，中川賢幸編，集団精神療法の進め方－身体障害者のグループ．東京，星和書店，1992，280－298．

23）林直樹．山口隆，増野肇他編，やさしい集団精神療法入門　集団精神療法の運営．東京，星和書店，1987，129－142．