

令和6年度 博士学位論文

当事者が拓いていった

若年男性がんピアサポート・グループ参加者の体験

東亜大学大学院

総合学術研究科 臨床心理学専攻

学籍番号 2024406

氏名 古谷 浩

目次

序論	1
第1章 我が国のがん患者支援の動向	2
第1節 我が国のがん	2
第2節 がん患者やその家族への精神的ケア	3
第3節 がんピアサポート	5
第4節 筆者の立ち位置.....	8
第5節 本論の目的と構成.....	9
本論	11
第2章 研究1 ピアサポートグループ設立体験 —7年間にわたる活動のスケッチ—	12
第1節 はじめに.....	12
第2節 研究方法.....	12
第3節 精巣腫瘍とは.....	13
第4節 本論.....	14
第3章 研究2 入院病棟内での若年男性がんピアサポート・グループ参加者の体験—たわいもない話の重要性—	22
第1節 研究の概要.....	22
Table1. 調査協力者の背景.....	23
第2節 倫理的配慮.....	24
第3節 結果.....	24
Fig1. 結果図.....	25
Table2. PSG・参加前の体験.....	27
Table3. PSGの体験.....	28
第4節 考察.....	30
第5節 結語.....	34
結論	35
第4章 本論の総合考察と意義	36
第1節 本論の総合考察.....	36
第2節 本研究の意義.....	39
第3節 本研究の限界と今後の課題.....	39
引用文献	41

謝辭.....	44
要旨.....	45

序論

第1章 我が国のがん患者支援の動向

第1節 我が国のがん

1. 我が国のがん罹患数の推移

我が国では、2013年12月にがん登録等の推進に関する法律¹⁾が成立した結果から可能となった全国がん登録によるデータでは、2020年に新たに診断されたがんは、945,055例であり、その中でも男性は534,814例で女性は410,238例という結果となった²⁾。ただ、国立がん研究センターがん情報サービスによると、がん罹患数の増加の主な原因は人口の高齢化であるとされ、高齢化など年齢構成の変化の影響を取り除いた年齢調整率で見ると、がん罹患数は2010年前後まで増加し、その後は横ばいとなっている。

生涯のうちに、約2人に1人ががんに罹患している現状ではあるが、近年の医学や医療の大きな進歩により、がんの生存率³⁾は年々上昇している。そのため、がんによる死亡者数は1990年代半ばをピークに減少している結果となっている。しかし日本では1981年以降から、がんは死因の第1位⁴⁾のであり、その状況は最新の2023年のデータ⁵⁾でも変わらず続いている。

がんはどの年代でも罹患する。その中で0歳から15歳までを小児がんと言い、15歳から39歳までをAYA世代のがんと言われている。AYA世代の名はAdolescent&Young Adult（思春期・若年成人）からきており、その年代にがんと診断された患者やその家族は、治療により学業や入試、進学、就職、恋愛、仕事、結婚、出産、子育てなど人生のライフイベントとして大切な時期の生活に支障をきたすことになる。

以上のように、がんは、がんに罹患した人だけの問題ではなく、その家族や仕事など、その人を取り巻く人たちまで何らかの影響が出る。そのため、依然としてがんは国民の命と健康にとって重大な問題となっている。

2. 我が国のがん対策

この重大な問題に対し、これまで我が国ではがん対策を進めてきた。1984年に「がんの本態解明を図る」をテーマに策定された「対がん10カ年総合戦略」、1994年に「がんの本態解明から克服へ」をテーマに策定された「がん克服新10カ年戦略」、さらに2004年には「がん罹患率と死亡率の激減を目指して」をテーマとした「第3次対がん10カ年総合戦略」と、がん対策に取り組んできた⁶⁾。2014年からは「がん研究10カ年戦略」に基づき、がん研究を総合的かつ計画的に推進することになった。現在は第5次のがん研究10カ年戦略として、がん患者を含む全ての国民と協働した研究を総合的かつ計画的に推進す

ることにより、「がん予防」、「がん医療」及び「がんと共生」の各分野のより一層の充実を実現し、がん対策推進基本計画の全体目標（「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」）を達成することを目指すこととなった⁷⁾。

一方でがんに対する法律では、2006年に、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法⁸⁾が策定され、このがん対策基本法に基づき、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるがん対策基本計画⁹⁾（以下基本計画）が2007年に策定され、各都道府県でがん対策が進められてきた。2024年現在では、2023年に閣議決定された第4期の基本計画がスタートしており、全体目標には「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」と明記され、各都道府県ががん対策の取り組みを開始しているところである¹⁰⁾。

基本計画には重点的に取り組むべき課題として位置付けてられているものがある。その中の一つには「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」¹¹⁾があり、がん患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、身体的症状の緩和や精神心理的な問題などへの援助が終末期だけでなく、がんと診断された時からがん治療と同時に行われることが求められている。そのため、各医療機関では、がんに携わる医療従事者への緩和ケア研修が行われていたり、病院には医師（身体症状・精神症状）、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、医療心理に携わる専門職（臨床心理士・公認心理師）、リハビリテーション専門職（作業療法士・理学療法士・言語聴覚士）、管理栄養士など、他職種がそれぞれの専門性を活かして関わる緩和ケアチームが整備され、がんの治療だけではなく、患者やその家族に対し身体的苦痛への緩和や、精神的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアの提供体制をより充実させることとなった。

第2節 がん患者やその家族への精神的ケア

1. 専門職の支援

我が国では基本法が策定される以前である1996年に日本緩和医療学会が、がんやその他の治療困難な病気の全過程において、人々のQOLの向上を目指し、緩和医療を発展させるための学際的かつ学術的研究を促進し、その実践と教育を通して社会に貢献することを目的として創設されている。その日本緩和医療学会は世界保健機関（WHO）が定義をした「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」¹²⁾と定訳したものをもとにがん患者やその家族の支援を行なっている。

また、がん治療以外の心のケアとしては、1986年に日本臨床精神腫瘍学会（現日本サイコオンコロジー学会）が設立されており、がんを取り巻く医療と科学の発展に貢献することで、がん患者、家族及びがんと向き合うすべての人々の健康に寄与し、豊かな人間性を涵養することをその目的とし、がん医療における「心」を専門とする活動を行っている。サイコオンコロジー（Psycho-Oncology）は、「心」の研究をおこなう精神医学・心理学（サイコロジー=Psychology）と「がん」の研究をする腫瘍学（オンコロジー=Oncology）を組み合わせた造語で、「精神腫瘍学」と訳され、1980年代に確立した新しい学問であり、現在では学会員の約20%が心理職となっている。そのサイコオンコロジーでは、日本緩和医療学会が行った緩和ケアの定訳をもとに、主に心理職が行うがん患者へのアセスメント方法として、包括的アセスメント¹³⁾があり、1 身体症状の評価を行い、2 精神症状(精神医学的問題)の評価、3 社会・経済的問題の評価、4 心理的問題の評価、5 実存的問題(霊的苦痛)のアセスメントを必ずこの順番で行い、医療従事者へのコンサルテーションや支援を行っている。

その他、専門職による患者やその家族の支援先として、「がん相談支援センター」がある。「がん相談支援センター」は、全国の「がん診療連携拠点病院」や「小児がん拠点病院」「地域がん診療病院」に設置されており、がんに関する様々な問題の相談窓口となっている。がん相談支援センターでは、看護師や医療ソーシャルワーカーや心理職などが常駐しており、診断や治療の状況にかかわらず、がんの疑いがあると言われたとき、診断から治療、その後の療養生活、さらには社会復帰と、生活全般にわたって疑問や不安を感じたときの相談窓口となっている。

また、医療機関によっては、がんサロンやサポートグループなどを定期的で開催しており、がんの治療だけではなく、がんを罹患した患者やその家族に対し、講演を行うなど様々な専門職が介入し支援が行われている。

2. 非専門職の支援

がん患者やその家族の支援として専門職が介入するサポートの他に、専門職ではない者の支援方法も存在する。その中での一つの支援方法としてピアサポートが注目されている。「ピア」とは同じ体験をした仲間のことを指しており、「サポート」は支えのことである。

ピアサポートは、医療領域の他に教育領域や福祉領域など様々な領域で行われている。伊藤は、ある人が同じような苦しみを持っていると思う人を支える行為、あるいは、そのように思う人同士による支え合いの相互行為ととらえている¹⁴⁾。がん領域では、時山・牧野が、ピアサポートには、がん体験者同士だからこそ得られる共感、孤独感の解消は、医療関係者との相談では得られないものと論じている¹⁵⁾。つまり、その場は医療従事者の介入はなく、お互いががん体験者同士という極めて対等な支え合いの場であると言える。対

等な支え合いのため、当然支援する側（ピアサポーター）も支援を受ける側もお互いに支えられていることになる。

また、ピアサポーターと専門職が協働で行うサポートグループも行われるようになっていく。医療従事者がメインのファシリテーターとなり、ピアサポーターがサブファシリテーターとして進めていくサポートグループや、ピアサポーターがメインファシリテーターとなり医療従事者が後方支援に回るなどさまざまな形で行われており、患者はより多くの相談できる資源を選択できるようになった。

第3節 がんピアサポート

1. ピアサポートの定義

厚生労働省委託事業である「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」では、ピアサポートとは、同じ体験をした仲間（ピア）が相互に助け合う（サポート）ことと明記した。加えて、ピアサポートは自発的に始まる要素も大きく、その活動や内容は幅広い。ピアサポートで相談を受ける側をピアサポーターと呼ばれており、ピアサポートの形態は「利用者1人対ピアサポーター1人」「利用者1人体複数のピアサポーター」「数人のグループ」など様々である¹⁶⁾。本研究では、対面によりピアサポーターと複数の人数が参加するピアサポートをピアサポート・グループ（以下 PSG）と定義した。

2. 我が国のピアサポートの動向

我が国のがん領域では、厚生労働省が「ピアサポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実するよう努める」と、基本計画にピアサポートが明記¹⁷⁾されたことにより、ピアサポートが注目された。加えて、厚生労働省が公益財団法人日本対がん協会に委託し、2013年には「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」により、ピアサポートに必要な相談員の基本的スキルを身につけるための研修プログラムを策定し、その研修プログラムによって各地で研修が行われピアサポーターの養成が行われた。しかし、第3期の基本計画¹⁸⁾では、2016年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった全国36の拠点病院のうち、ピアサポーターの活動実績のある拠点病院の数は、26施設にとどまっていることが明らかとなった¹⁹⁾。そのため、ピアサポートが普及しない原因を分析した上で、研修内容の見直しや、ピアサポートの普及を図ることが個別目標に掲げられた。

2024年現在は日本サイコオンコロジー学会が「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を受託し、新たに改訂版プログラムを使用し全国でピアサポーター養

成研修事業を行っている。さらに第4期の基本計画では、がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指すこととされ、国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピアサポーター等の連携体制の構築について検討する。あわせて、相談支援の一層の充実を図るため、ICTや患者団体、社会的人材リソースを活用し、必要に応じて地方公共団体等との協力を得られる体制整備の方策について検討する。また、国は、がん患者がピアサポーター等からの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピアサポーター等につなげるための仕組みについても検討するとあり、よりピアサポートの重要性が認識されることになった²⁰⁾。

一方で、患者側からのピアサポートの認知度は、令和5年に国立がん研究センターが行った患者体験調査報告書²¹⁾では、全国の382施設が参加し13,188名が回答した結果、ピアサポートを知っていると回答した人は15.4%であった。そのピアサポートを知っていると回答した人の中で、ピアサポートを利用した人は4.9%という結果となり、ピアサポートが多く患者やその家族に認知されていない現実と、認知されていても利用する患者やその家族は少ないことが分かった。しかし、ピアサポートを利用した人のうち、役に立たと回答した人は70.4%と高い数値が得られており、今後はピアサポートの認知と利用に至るまでの課題を検討することが必要である。

以上のように、我が国ではピアサポートの重要性が認識されているが、各医療機関ではピアサポーターに相談できるよう患者とピアサポートをつなげる体制ができていないことや、ピアサポーターを導入したいがどのようにピアサポーターを確保すればいいかなど、様々な理由からピアサポートを行うことができない医療機関などもあることが現実である。また、がんピアサポートの研究も数は少なく、ピアサポートを利用する患者や家族にとっても医療従事者にとっても、ピアサポートではどんな内容なのか、どのような話し合いが行われているかなど不明な点も多く、ピアサポートの認知や普及が進んでいない現実があると感じる。

3. がんピアサポートに関する先行研究

がんピアサポートの先行研究は、研究者の属性や、研究対象など様々な方面からの研究がある。その中でもピアサポートは、がん治療における患者やその家族への心理的支援の一つであり、主に医療側からの研究がされてきた。福井はピアサポート活動するピアサポーターが活動を続ける意味の研究について、長期サバイバーが捉えている使命感や生きがい、医療者との繋がりや政策提言を志向していることを尊重した連携が必要であると報告している²²⁾。吉田は医療機関を活動の場とするがんピアサポーターに対し、行われている支援と必要な医療側の支援について、がんピアサポーター同士が相互に支援し合い、利用者から学びと元気を獲得し、自己研鑽し、周囲からの協力を得ていた。必要な支援とし

て、がんピアサポーター同士がさらに向上していくための学びの場と支える環境、活動を支える確かで最新の情報を求めている。また、相談等の場面で対処困難な場合もあり、病院など周囲からの助言や情緒的な支援を必要としていた。社会のがんに関する理解と協力、活動や患者団体に対する経済的支援、病院におけるがんピアサポーター配置の制度化やがんピアサポーター養成講座の質保証など多面的な支援が望まれていたと報告している²³⁾。また、奈良は、がんピアサポーターのコミュニケーションスキルの特徴をピアサポートの経験によって高まるかを、作成した12項目の設問によって、がんピアサポーターのコミュニケーション・スキルを評価するための有用な指標になる可能性があることが示唆されたと報告している²⁴⁾。一方で海外では Shufang Zhang によりピアサポートは、QOL と自己効力感の向上、ならびにがん患者のうつ病と不安の緩和に重要な効果があると、ピアサポートによる効果に関する報告も出てきている²⁵⁾。以上の研究のように多くはピアサポートを支援する側に関する研究であり、実際にピアサポートに参加した患者やその家族はどのような体験をしているかについて研究されたものは多くなかった。

がんピアサポートの体験の先行研究では、時山は、3施設で行われた1対1で行われたピアサポートに対し、入院中や外来通院中に参加した男性6名、女性4名を対象にインタビュー調査を分析した。結果は、ピアサポート参加前の患者は、【誰にも言えず孤独】で【病気や治療に関する漠然とした不安を解消したい】【人との出会いの場を求める】という体験をしている中で【他者の勧め】【自ら情報を得る】【入りやすい】の利用動機の後押しがありピアサポートを受けていた。そして患者は、ピアサポートを受けることにより、ピアサポーターから【聴いてもらえた実感】が得られ、【やすらぎ】や【病気を自覚】【心の拠り所をみつけ自信を取り戻す】という変化がみられた。一方でピアサポートを受け、【信頼の揺らぎ】を感じる体験をしていた者もいた。ピアサポートを行う上で、患者に関心を示し、聴くという態度が患者の今後の闘病生活を送るうえで、やすらぎをもたらし、心の拠り所を見つけ自信を取り戻すために重要な関わりであるといえると報告している²⁶⁾。

山谷は、過去1年以内に治療を受けて日常生活を過ごす研究者を含む3人のがん体験者にインタビュー調査を行い質的帰納的分析法で分析した結果、9つのカテゴリ【入院中に患者という立場で体験したこと】【がんを抱えながら日常生活を送る心理】【家族への複雑な思い】【気持ちの折り合いをつける葛藤】【身近なものとして死を実感する】【限られた時間であると認識した上での人生設計の変更】【周りの人に自分の気持ちを言いづらい理由】【当事者間の交流がもたらす影響】【がん体験がもたらした変化】と、39個のサブカテゴリが抽出した結果、日常生活を過ごすがん体験者の気持ちと心理的变化とピアサポート機能について考察している²⁷⁾。

以上のように、がんピアサポート研究でも、ピアサポートでの体験を明らかにした研究は少ない。

第4節 筆者の立ち位置

筆者は31歳の時にがんを罹患した経験がある。31歳という年齢でがんを罹患し、仕事と治療の両立の難しさや、親に心配や迷惑をかけたくはないと思いながらも親に頼ることしかできない葛藤など様々な問題に直面した。また、友人などと会う機会では、相手がどうやって声を掛ければ良いかわからないようで、相手に気を使わせてしまう体験をしてきた。そのような状態であったが一番気掛かりであったことは、身体に痛みが生じた時や、体調が悪い時、検査結果を聞く瞬間などには自分の身体がこの後どうなっていくのかもわからず、死という圧倒的恐怖がたびたび訪れることであった。

幸い治療が奏功し治療は終了したが、体力の衰えが著しく社会復帰に約半年を要することとなり、治療が終わった後にでもがんというものに苦しみ葛藤を抱えながら生活することになった。ようやく体力も戻ってきて社会復帰を果たしたが、治療終了から2年後に再発が発覚した。再発に対する治療が始まったが、治療は奏功せずホスピスも検討された。しかし、他県の病院で予後は厳しいながらも治療することができた。約2年間の治療により命は取られることは無く下半身に麻痺が残り車椅子生活となったが、なんとか社会復帰ができた。

この2年間の入院生活での体験が筆者にとってとても大事で意味のある体験であった。治療はさらに強い薬剤を使用し、生まれ育った地元を離れ精神的にも肉体的にもダメージはあったが、その場には同じ病気を患い、筆者と同じように生まれ育った地元を離れて入院していた患者が複数人いた。そこでは同じ病気の入院患者が、誰から教えてもらったわけではなく病院の談話室に自然と集まり、治療に関する情報を提供しあったり、お互いに治療の結果を一喜一憂したりしながら入院生活を送ることができた。同じ病気の仲間たちとは、気を使うことなく接する空間で、目的のない雑談などしながら日常を感じたり、時には喜びや悩み事の共有をしたりしながら過ごすことができていたからこそ2年間という入院生活を続けられたと感じている。この時期の病院内には、ピアサポートという概念はなかったが、その場で行われていたことはまさしくピアサポートであった。この自然発生的に始まった言わばピアサポートにはもちろんマニュアルはない。そこに相談をする側、相談を受ける側のようなものや受動的な関係はない。年齢による上下関係もなく、ごく自然に雑談や情報共有がされていた。高松²⁸⁾によるとセルフヘルプ・グループは、基本的に本人たちの自主性・自発性が最も重視されると述べており、この自然発生的に始まった話し合いを、筆者が患者会でピアサポートとして行うようになってからも変わらずに継続していった。このように自然発生的な本来のピアサポートだからこそ、強制的に始められたピアサポートとは違った知見が出てきていると考えられる。

改めて、本研究での筆者の立ち位置は、当事者であり研究者であり実践者である。伊藤²⁹⁾は、当事者から見た主観的情報としての「当事者視点」は、客観的な視点から全体を俯瞰する研究者等の第三者のよる分析とは異なる局所的なものであると述べており、筆者の

立ち位置は参加者の体験を外側からの視点では無く、内側の視点から捉えることができると考える。

第5節 本論の目的と構成

1. 本論の目的

第1章では、まず我が国でのがんの現状を述べ、がんに関する精神的ケアやがんピアサポートの先行研究を概観した。先行研究で見てきたように、がんピアサポートの研究の多くは医療従事者側がピアサポーターや支援する医療側を対象に研究がなされてきた。その中でもピアサポートに参加した参加者を対象にした研究は多くはなされていない。また現在のピアサポートは、基本計画にピアサポートが明記されたことをきっかけに医療機関や行政から広まったピアサポートであり、現在はマニュアルやテキストも存在する。これは本来の自主性・自発性をもったピアサポートではなく、病院や行政が準備したピアサポートに患者やその家族が参加しているものがほとんどである。筆者が拓いていったピアサポートは、実際に自然発生的に始まった患者の話し合いの延長上にあるピアサポートである。そこにはテキストやマニュアルはなく体験から拓いて行ったピアサポートがある。そのピアサポートに参加した患者の体験は本来の自然なピアサポートの体験と言える。その自然なピアサポート参加者の体験を知ることが必要と考える。そして、そのピアサポート参加者にどんな体験が起こっているのかを医療者側にも患者側が知ることでピアサポートの理解が進み、改めてピアサポートの必要性が再認識され、ピアサポートの普及や認知度が上がる可能性があると考ええる。

本研究は所属施設生命倫理委員会の承認を得て実施した。

以上、先行研究を概観し、現在の我が国でのピアサポートが普及されていないことやがん患者やその家族への認知不足の状況を踏まえ、本研究の目的を以下の2点とした。

目的1

当事者の視点を持ちながらも研究者として、筆者の入院中での自然発生的に始まった患者同士の話し合いの体験をもとに、患者支援活動（ピアサポート）を同じように行っていた体験と、自分自身が現在の考えに至ったプロセスをオートエスノグラフィーで明らかにする。

目的2

がんピアサポート実践者と研究者として、自然発生的に始まった患者同士の支え合いのやり方で拓いていったピアサポートを、実際にピアサポートに参加した患者を対象にピアサポートでの体験をインタビューによって語っていただいたデータを修正版グラウンデッドセオリー（以下 M-GTA）で分析し明らかにする。

2. 本論文の構成

第1章 序論

我が国のがん患者支援の動向を述べ、がん患者やその家族への精神的ケアとして専門職の支援と非専門職の支援があることを述べ、非専門職の支援であるピアサポートが普及されていないことやがん患者やその家族への認知不足の状況を踏まえ、本研究の目的を以下の2点とし、目的に基づいて本論では以下の二つの研究を行なった。

第2章 研究1 ピアサポートグループ設立体験 —7年間にわたる活動のスケッチ—

目的1である「筆者の入院中での自然発生的に始まった患者同士の話し合いから始まり、その体験から患者支援活動（ピアサポート）を同じように行っていた体験と、自分自身が現在の考え方に至った体験のプロセスをオートエスノグラフィーで明らかにする」を研究1で明らかにした。

第3章 研究2 入院病棟内での若年男性がんピアサポート・グループ参加者の体験 —たわいもない話の重要性—

目的2である「自然発生的に始まったピアサポートのやり方で行ったピアサポートを、実際にピアサポートに参加した患者を対象にピアサポートでの体験を修正版グラウンデッドセオリー（以下 M-GTA）で明らかにする」は、研究2で研究を行なった。

第4章 総合考察

第1研究と第2研究の考察と結果を踏まえて総合考察を行い、本研究全体を通じて明らかとなった特徴を示し、今後我が国でのがんピアサポートに応用できる点をまとめた。本研究の意義を述べた後に、本研究の限界と課題を述べた。

本論

第2章 研究1 ピアサポートグループ設立体験 ―7年間にわたる活動のスケッチ―

第1節 はじめに

第1節 はじめに

我が国でのがんピアサポートは、序論の6で示したように普及や認知度は進んでいないと言える。筆者は31歳の時にがんに罹患し再発も経験しているが、当時はピアサポートの概念は無く、がん患者の相談窓口も整備されていない状況であった。そのため、自分の身体がどうなっていくのか、今の仕事は辞めないといけないのかなどの不安が絶えずあった。その後、我が国では徐々にピアサポートの必要性が高まり患者会や病院などでピアサポートが行われるようになっていった。第4期の基本計画³⁰⁾では、がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、一定の研修を受けたピア・サポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること明記され、全国でピアサポーター養成講座が開催されるようになっていく。

筆者は自分の体験を活かし、がんの患者会で共同代表をしている。その患者会2010年に設立されており、第2期の基本計画に初めてピアサポートが明記された以前の2012年1月からピアサポートを行っており、現在まで約900名と出会い様々な体験をしてきた。1回目のピアサポートは3名のみ参加者であったが、ピアサポートを定期的で開催することで、徐々に参加者も増え病院や医療従事者の理解もあり、ピアサポートを行う病院を増やしてきた。

ピアサポートは当事者だからこそ知り得るものや、当事者だからこそ客観的から物事を見ずに相手の話を身をもって感じられるものがあり、その体験を生かした支援ができると考える。筆者がピアサポートを開始した時には、現在のようなピアサポーター養成研修やテキストのようなものはなく、筆者が入院中に体験してきたものをそのまま行っており、2024年12月現在でも筆者の体験をベースとしたピアサポートを継続して行うことができている。

本論では、患者としての体験から現在までをオートエスノグラフィーを用いて丁寧に振り返り、どのような体験をしてきたか、どのようなプロセスを経て現在のピアサポートに至ったかを考えてみたい。

第2節 研究方法

オートエスノグラフィー

本論では筆者の体験から拓いていったピアサポートを、当事者性を失わずに分析できる、オートエスノグラフィー(autoethnography; 以下 AE)という研究方法を用いて分析する。筆者自身が研究フィールドとなり、病院での患者会立ち上げ、そしてピアサポートの開始からピアサポートでの対応の仕方や変遷、そして別の病院でのピアサポート開始してきた体験を記述し丁寧に振り返る。そしてピアサポートのあり方を示すことで、いまだピアサポートの普及や認知度が進んでいないことへの問題提起を示したいと考える。

AEとは、土本ら³¹⁾は社会科学において、研究者が自ら有する文化(own culture)を理解することを目的とした記述的研究の総称であるとされ、1970年代にエスノグラフィーから派生したジャンルであり、研究者の主観性を文化(人びと)の理解に結びつけることに関心を持つものであるとしている。また、伊藤は、「自己エスノグラフィー」の著者としての「当事者研究者」は、ある事象の当事者としての自らの経験を対象化して、自己について再帰的に振り返る。そして、「何を」「なぜ」「どのように」行ったか、感じたかを探ることを通して自己自身、自己の行為あるいは自己と他者との相互行為、さらにその文化的・社会的な背景等を深く理解しようと述べている³²⁾。

第3節 精巣腫瘍とは

筆者が罹患した胚細胞腫瘍(以下精巣腫瘍)とは男性特有のがんである。精巣癌ガイドライン³³⁾によると精巣癌の発生率は、人口10万人にあたり1~2人と稀な疾患である。精巣腫瘍の最大のピークは30~40歳台であり、40~50歳台がこれに続いている。精巣腫瘍の約30%の症例が転移を認められるが、例え転移を認めても抗癌剤による化学療法が著効し、転移のある症例の80%以上を治癒に導くことができるようになっている。

しかし、治療によって治癒することができても、好発年齢は10~40歳代といった就業や子育て、働き盛りの人を襲うがんであり、治療以外でも様々な問題が待ち受けていることになる。

また、精巣に異常を感じてもデリケートな部分であるため、誰にも相談することができないうえに、病院に行くことにも抵抗がでてくる。そのため、発見が遅れやすくなることもある。罹患数が少ないがんのため、情報も少なく治療中に同じ病気の人と会う事はほぼないに等しい。そのため、精巣腫瘍に罹患した患者やその家族が、罹患した時の気持ちや治療までの過ごし方をはじめ、どのような治療を受けてどのような工夫をしてきたか、また治療の話だけではなく、生活や社会との繋がりをどのように送っていたかなど、体験者からの生の情報が欲しくても手に入れることがとても難しいがんである。

第4節 本論

1. 筆者の治療での体験と患者会設立

筆者は再発治療により約2年間A病院で入院していた。A病院は、地元の病院で「使える薬がなくなりました」「これ以上の治療はできない」と言われた患者が、より良い治療を受けるために全国から患者が集まる病院であった。筆者も病院から「もう使える薬はありません」と言われた立場である。まだ死ぬことはできないと、セカンドオピニオンを希望し他の病院に意見を聞きに行ったが一つの病院では「治療法なく、緩和ケアを勧めます」と言われ、もうその状態なのだとの状況に直面し32歳という年齢で、いよいよ死と向き合わなければならないと感じて途方に暮れたところだったが、望みを持って訪れた病院であった。そこでの医師が「まだ治療法はあります。治療をやる気があるならとことん付きあいます」と言っていただき、「よかった、まだ望みはあるのだ」と、地元を離れ入院をした病院である。A病院に着いた時、同じ病気で入院している患者が複数いたことに驚いた。年齢層も20歳～40歳で薬物療法により髪が抜けているのも筆者と同じなため、すぐに同じ病気だと分かった。地元の病院では同じ病気の患者は一人もおらず他の病気で入院していた患者は年齢層も高かったため、ほぼ孤独で治療をしており、話すのは家族や医療従事者のみであった。しかしA病院には年齢層も同じぐらいで同じ病気の患者が入院しており、その人数にも驚いたが、みな楽しそうに入院生活を送っており、「がんになっても笑えるのだ」「同じ病気のひと初めて会った」「医療従事者が薬物療法に慣れている」など今まで治療してきた病院とはちがう環境にカルチャーショックを受けた。その患者たちとは、同じ病気ということがあるのか、多くを話さなくても関係が打ち解けるには早かった。

長い入院生活であり、厳しい治療内容であったが、同じ入院中の仲間の存在に助けられた。自然と病棟内にある談話室に患者が集まり、仲間と体験を話し合い、お互いに治療の参考にしながら過ごすことができた。また、治療の情報だけでは無く、テレビを見ながら談笑したり、お互いの地元の話題などを話したりしながら非日常の入院生活が日常に近いものになっていた。中でも、体験者の生の声は医療者から聞く話とは重さが違っていた。自分と同じ薬剤を使っていた患者から、「この時期はこんなことが起こるよ」「放射線はこんなことするよ」など実際に体験した人から生の声が聞けることは、今後起こりうる出来事などをある程度予測できることはありがたかった。もちろん主治医や看護師からも話は聞けるが、治療を体験していないため患者からの情報とは重さが違っていた。

また、同じ病気ということもあり、多くを話さなくても理解ができる関係性が心地よく、ただ一緒にいるだけでも辛い治療が緩和された。患者仲間が手術室に向かう際には、みんなで送り出し、その間はそのご家族と一緒に過ごしなが、手術が終わるのを待っていた。手術が長時間になり深夜までに及ぶ時もあり、自分の身もどうなるかわからない中

で、仲間の状況を気かけながら深夜でも家族と一緒にみんなで帰りを待っていた時もあった。このような自分の体験から、他の患者にも同じように体験者と一緒にその場にいることができ、あなたは一人ではないという事の他に実際の体験者から生の声を届ける必要性を伝えていかなければと感じ、新たに入院してくる患者にも同じように接していった。筆者の退院が見えてきた時、集約的かつ永続的にサバイバー（患者・元患者・家族）そして医療従事者をサポートするための患者会「精巣腫瘍患者友の会“J-TAG”」が筆者が入院していた病院の医師らが主導で2010年10月30日に設立されることになった。筆者は予後が悪い再発患者であったが、現在の医療で救われた命のため、自分の体験を役に立てたいと思っていた矢先であり、患者会を手伝う事にした。患者会では、希少がんという情報の無さが問題であったため、患者支援の柱として精巣腫瘍の情報提供と、体験者の生の声を伝えることができるピアサポートを行っていく事になった。

2. ピアサポートの準備

ピアサポートを病院内で行う事は決まっていたが、病院内のどこで行うかも個別で行うか、グループで行うかどうかも決まっていなかった。場所は院外患者も参加できるようにしていただいたので、わかりやすい外来の待合室の一角や会議室などが候補にあがっていた。しかし、現在困っている入院患者やその家族をメインにピアサポートを行いたい思いが強く、病棟に近い場所をお願いしたところ入院病棟のカンファレンスルームを使用できることになった。そこは、筆者らが入院中に過ごしていた病棟内の談話室では無く、同じフロアだが病棟から少し離れた場所であった。少し離れているが、これで点滴をしながらでも、体調が思わしくなくても参加でき、もしも疲れたらすぐベッドに戻ることもでき、ナースコールも置いていただいたので、患者が急変しても安心・安全な場所が確保できた。

日時は毎月1回平日に開催することにした。時間は13時から17時に設定し、その間はいつでも参加できるように出入り自由のオープン方式を取った。平日に行う理由は、筆者が経過観察で訪れる外来日に合わせて設定したことが理由の一つになるが、平日だと、筆者のように過去に治療をした患者やその家族が診察前後にピアサポートの場に来ることができ、自分の心配事などを話したり、現在治療している患者やその家族と出会うことで、「治った患者がいるんだ」など目標になったり、存在だけではなく自分の体験を伝えてもらうためでもあった。

3. 初回ピアサポート

初回のピアサポート参加者は3名であった。病棟近くで行ったが入院患者は来なかった。しかし、ピアサポートや患者会が始まる前である筆者が入院していた時期に入院していた患者が1名と、わざわざ遠方から会場のA病院まで足を運んで来た患者もいた。

いま初回ピアサポートを振り返ると、このころは、ピアサポーター養成研修などはなく、手探りでのピアサポートであったため、どのように進めていけばいいかもわからない上に、当時の筆者はとても緊張しており、何かやらなくてはいけない、お役にたたなければならないという思いでおこなっていた。その時の筆者は話を聴くどころか指示的なことを言うなど何とも傲慢な態度であり、後に振り返ってみると誰のためのピアサポートかわからない、とても恥ずかしいことをしていたと感じる。このことは現在になっても反省点であり、自分の戒めの為にも忘れてはいけない事になっている。

4. ピアサポートの体験を考える

最初の頃は参加者が少なかったが、継続していくうちに徐々に周知されるようになり参加者も増えていった。初回でのピアサポートの反省もあり、どのようにピアサポートを進めていけばいいか、目の前の人のお役に立つためにはどうすればいいか考えたところ、筆者が入院していた頃、同じ入院患者と情報共有や非日常の生活を日常に近づけるために雑談などで談笑したり、その空間にいただけでなぜか居心地が良かったことを思い出した。その体験をもとにピアサポートを行なっていったところ、徐々に入院中とおなじような感じに近づくことができた。場所もさらに患者が入院している病室に近い、筆者たちが入院中に集まっていた談話室で行えることになった。筆者が入院中だったころと同じ環境でできることとなった。病棟の看護師も協力的で、新しい入院患者にピアサポートのお知らせをしてくれるようになったことで参加者が増えていった。

参加者が増えていく事で失敗や問題がでてきた。いうまでもないが、がんという病はすべてが完治できる病ではない。ピアサポート活動を行っていくと、参加者の治療がうまくいかない場合や死などを目の当たりにする。その度に自分の無力感や仲間の死にひどく落ち込み「何もしてあげられなかった」「こんな活動をしなければ、こんな気持ちにならなかったのに」と、何度もこの活動を辞めようとした。筆者が入院中と同じように行なっていると感じていた頃、ある患者から「あなたは治ったから良いよね」と言われた事もあった。とてもショックだった。自分が入院中であった時は、お互いに治療中という同じ立場であったため、何かをしなくてはならないという感覚はなかった。しかし、いまは治療が終わった身である上に医療者でも無い人間が死や病に対し何もすることができないのに、まだ万能感的で傲慢な発想が残っていたと感じる。その傲慢さが患者の「お役に立つ」どころか、相手を傷つけていたことを気づかされた。この頃、ピアサポートを行っていく事で、人の心の動きに興味を持つようになった。そして心理学を基礎から学ぶために通信大学の心理学部に入学し心理を学び始めた時期でもあった。そのため参加者のバッドニュ

ースなどがあっても、気分の落ち込みはあるが、その参加者に教えていただいたこともたくさんあることを振り返れるようになった。ピアサポートは相互支援であることを実感できることであった。

5. 考え方の変化

学んでいた大学では、一般向けに対人援助職セミナーが年6回開催されており、そのセミナーに積極的に参加した。対人援助職セミナーは、応募によって集まった対人援助職の方々が3時間グループワークを行うものである。グループワークの内容は、セミナーと名はついているが、内容は非構成エンカウンターグループである。大学教授がファシリテーターとなり、様々な対人援助職が参加し、参加者同士がそれぞれの問題意識をテーマに話し合いを展開していく。教授は参加者に少しでも傲慢さがでる発言があるとしっかり戒めてくださった。また、理論ではなく対人援助に必要な態度もきっちり教えてくださった。印象に残っている言葉は「傲慢になるな」「お前はどうか生きるのだ」「本で学んだことは棚に置いておいて、まずは人間と人間の出会い」と、やさしく時には厳しく指導してくださった。教授から態度をしっかりと学べたことにより筆者のピアサポート活動に大きな変化が起こった。その変化とは、ピアサポートでは筆者は傲慢になることはなく「何もできないが、その中で何ができるのかを考える」ようになった。そのことにより、かなり心が楽になった。また、仲間の死はショックではあるが「貴重な体験をさせてくれてありがとう」と、相互支援を実感できることからさらに深い感謝をできるようになった。いまではピアサポーターに見えないピアサポーターを意識し活動している。ピアサポーターに見えないということは、そこには上下関係や相談する側とされる側という関係もないことであり、一人の人間と人間が自然に対話をできる関係のことである。そのことを気づかせていただいた教授の影響で心理臨床の道で生きていく覚悟ができた。

6. B病院でのピアサポート立ち上げ

A病院でのピアサポートを3年行って手ごたえを感じることができていた。そこでもう一つピアサポートの拠点を作りたいと感じていた。現在、ピアサポートは西日本で行っており、東日本からのアクセスは悪く、なかなか東日本から参加される方は少なかった。そこで精巣腫瘍の治療では実績のある関東のB病院での開催を考えた。筆者は2010年から日本癌治療学会学術集会に参加しており、2013年に参加した時に精巣腫瘍の治療を多く経験しているB病院の病院教授にご挨拶がわりに名刺をお渡し、ピアサポートをB病院で開催できるようにお願いした。病院教授は患者会の立ち上げイベントに参加されておられ、患者会への理解はあり、ピアサポートの必要性は理解してくださったと感じた。そして学会終了後に病院教授にメールでお礼と再度ピアサポート開催のお願いをした。数日後、病院の

医事課から打ち合わせがしたいと筆者に連絡があった。いそいで資料を作成し何度もプレゼンのシミュレーションを行った。その時の気持ちは、プレゼンなどしたこともなく不安であったが、患者仲間の顔を思い浮かべながら使命感のような感じで資料作成した。プレゼンの日になり、作成した資料で患者会やピアサポートの話をさせていただいた結果、B病院もピアサポートの必要性を感じていたようだが、筆者はB病院の患者でもなく、患者会自体もB病院が設立したものではないため結果は「前例がないので…」と言う判断であった。ピアサポートの必要性は感じているが、前例がないところの一から始める難しさや、いま思うとピアサポートが普及しない要因が現れているのだと感じた。そして、なにも答えがもらえないまま帰路に就いた。それから数カ月メールでやり取りをしたが、進展はなく時だけが過ぎ希望が見えないままであった。

翌年の2014年に日本癌治療学会学術集会に参加した時、筆者はたまたまB病院泌尿器科教授（病院教授の上席）が講演するセッションの座長をすることになった。これも何かの巡り合わせと考え、会場で座長のご挨拶をしたところ、筆者がB病院まで来てピアサポートの打ち合わせをしていることを知っておられた。改めてピアサポート開催のお願いをしたところ快く引き受けて下さった。そして学会終了後に教授からピアサポート行うようにと病院関係者に指示があったようで医事課より筆者に連絡があった。数日後、B病院へ向かい打ち合わせをしたところ、ピアサポート開催の許可がおりた。ピアサポートのお願いから約1年かかったがようやくピアサポートを開催できるようになった。ピアサポートには患者や患者会などの想いだけではうまくいかず、病院の理解と、医療者個人個人の理解が必要であることが分かった。

その後明らかとなったことは、B病院からA病院へ連絡がはいっており、ピアサポートがどのように行われており、どのような結果となっているかなど問い合わせがあったと聞かされた。改めてA病院の医療従事者の理解があることが分かったと同時に今後もしっかりやらなければいけないという自覚がでてきた。

7. B病院でのピアサポート

B病院でのピアサポートでは、外来棟の端にある部屋を用意していただいた。その場所は入院病棟からは遠く、病院入口からも遠い位置にあり、A病院で行っている環境とは程遠い環境であった。しかし、病棟から点滴をしながら参加していただいた患者や、同じ病気の人の生の声が聴きたいと山形県から参加する患者もおりピアサポートの必要性を改めて認識した。筆者の自宅からB病院まではかなりの移動距離で身体には酷であったが、A病院で行ってきたピアサポートは継続していくことで、患者や医療従事者の理解も深まっていったため、継続する事が大事だと経験しているので続けていった。

また、A病院で行っているピアサポートは雑談のなかで、ポロっとこぼれ落ちる本音を拾い上げる形で行っていたので雑談が多かった。しかし地域性があるのか、B病院では家

族の参加が多かったのもあり、A病院で行っているようなピアサポートは出来なかった。悩みの相談ではなく情報が欲しいとの相談が多かった。この辺りが面白いと感じることもあったが、まだ自然な関係でピアサポートができていないことであり今後の課題となった。

ようやく始まったB病院でのピアサポートだが、いつまでも毎月B病院まで行っていると身体がもたないと感じていたので、筆者に代わってピアサポートができる人材を見つけることが重要であった。そこでピアサポートに参加している人の中から、ピアサポーターの適性がある人をみながらピアサポートを行う事にした。そこで毎回参加している1名の言動や人となりを見て適性がありそうと感じたので、ピアサポート終わりに声を掛けたところ快く引き受けてくれることになった。ただ、適性があると言っても今までは参加者であり、ピアサポーター講習を受けたわけではないため、最初のうちはとにかく筆者のピアサポートをどのように行うかを観てもらった。また、ピアサポートがない日では参考資料などで学んでもらい、学んだことをピアサポートの実践で筆者が確認するというところを行った。ピアサポートの勉強のためにと筆者がA病院で行っているピアサポートにも自宅からわざわざ顔を出すような人物でもあり、既存のマニュアルだけでは無く、実際にピアサポートに参加して経験を積んでいただいた。後にB病院でのピアサポートで筆者がサブに回り、サポートをしながら約1年かかったが、一人でも任せても良いと思えるようになりB病院のピアサポートを任すことにした。いまでは学会に参加するなど自己研鑽も欠かさず、ピアサポートでも筆者のやり方を参考にしながら、自分の持ち味を出したピアサポートを行っているようであり、ピアサポーターを引き受けていただいたことに感謝している。

8. ピアサポートを体験して

約7年間ピアサポートを行ってきて感じていることを書いてみたい。精巣腫瘍は男性にしか罹患しないがんである。そうするとピアサポートの対象は主に男性になってくる。ピアサポート開始当初から感じていたのは、男性は簡単には相談はしないという事である。ピアサポートの場所には来るが、相談というよりは雑談が多い。雑談をしていくうちに筆者と関係性が構築されていくと「実は…」と話が相談に切り替わることが多かった。関係性を早く構築していかなければならないと感じた。筆者が入院中のことを振り返ってみると、入院中の関係性作りの中心は雑談であった。雑談を言い合えるからこそ、普段の自然な会話となり本音が言える関係となってくる。このことがわかってから、普段のピアサポートは日常性をどう作るかを考えながら行なってきた。

次に、当初は筆者もそうであったが、ピアサポートを行っているのは心理の専門家ではなく、ピアサポーター養成講座を受けた自治体や患者支援団体の一員である。養成講座では簡単な守秘義務は教えられるが、しっかりとした治療構造は教えられない。よって、ピ

アサポートの時間以外でも相談対応をしてしまうといった、相談する側も相談される側も護られていない状態で行われていた。そのため、現在のピアサポーター養成講座では、自分も相手も護るためにバウンダリーの説明をしている。

また、支援している側の人間が壁にぶつかった場合、ピアサポーターにはSVといったものは無く、相談は患者支援団体の仲間や個々で解決するしかない。支援する側に迷いや不安がある場合に PCAGIP や PCA グループなどグループ、もしくはセラピストフォーカシングやクリアリング・ア・スペースなどが有効ではないだろうかと筆者は考える。このあたりもピアサポートを養成する側が考えないといけない事でもあるため今後を検証していかなければならない。

9. 患者会活動を続けていくうえで

患者会活動や学会参加していくことで医療者に患者会が認知されるようになっていった。同じように筆者のことも徐々に認知されていき医療機関や学会から講演依頼が入るようになっていった。第二回泌尿器腫瘍学会では、ピアサポートの体験から患者の苦悩を発表することができた。また、日本で一番大きながんの学会である癌治療学会学術集会でも発表する機会をいただき 550 名が入る会場で講演でも患者の苦悩や問題提起を講演することができた。

また閣議決定された第3期がん対策推進基本計画では、「国はピアサポートの実態調査、効果検証を行ったうえで、3年以内に研修内容を見直し、ピアサポートの普及に取り込む」と明記され、筆者は「厚生労働省委託事業 平成30年度がん総合相談に携わる者に対する研修事業の作成委員に選んでいただいた。その事業はピアサポーター養成テキストの見直しとピアサポーターを養成研修のマニュアルを作成し全国でピアサポーター養成研修を行うものと、ピアサポーターと医療者が協働でがん患者やその家族を支援する短期サポートグループワーキンググループがあり、私は短期サポートグループの委員となり、今までの PSG 体験を活かしながらサポートグループのテキストを1から作成し全国で研修を行なっている。

10. 考察と第1研究のまとめ

本研究では、オートエスノグラフィーを通して、筆者の治療体験から始まり、患者会設立からピアサポートを実践開始から現在のやり方のピアサポートに至るまでを回顧的に解釈した。そこには筆者ががんに罹患してから治療後の今まで体験してきたこと全てが重なり合っていることが明らかとなった。

筆者が行ってきたピアサポートにはマニュアルはなく、筆者が入院中に患者仲間と話し合っていた時と同じように行うようになった。そのため雑談も多いのが特徴である。既存

のマニュアルやピアサポーター養成テキストには雑談などの記載がない。雑談ができる関係は、相談を受ける側と相談をする側のような受動的な関係性はなく極めて自然な話し合いができていると感じる。雑談を含めたピアサポートこそ自然な感覚で行える本来のピアサポートではないかと筆者は考える。加えて、筆者の患者であった時の体験と現在までのピアサポートで出会ってきた患者やその家族との体験によって教えていただいたり、気付かされたりするものだけではなく、普段の日常での一人の人間としての体験や考え方などが重要になっていると考える。

筆者が行っているピアサポートは2024年現在で13年継続できている。我が国が、ピアサポートの普及に取り組むようになるほどピアサポートは普及していないのが現実である。なぜ普及しないのか、人の問題なのか、それとも地域性があるのか、病院側に問題があるのかを研究する必要があると考えられる。そこで既存のマニュアルではなく、筆者の体験から拓いていったピアサポートに参加した患者のピアサポートでの体験を明らかにすることは、既存のマニュアルで行うピアサポートとは違った要因が出る可能性がある。その違った要因によって我が国のピアサポートが普及につながる可能性がある。

第3章 研究2 入院病棟内での若年男性がんピアサポート・グループ

参加者の体験－たわいもない話の重要性－

第1節 研究の概要

1. 研究の背景

第1章で述べたように、近年は医学や医療の進歩によりがんの生存率は上昇している。しかし日本では1981年以降、悪性新生物(以下、がん)は死因の第1位のままであり、がんを罹患した患者は、死という圧倒的恐怖や、自分の身体が今後どうなっていくのかという先が見えず、精神的苦痛を感じながら治療を受けることになる。

がん患者の精神的苦痛への支援方法は、専門医療職が介入するものと専門職ではない者が行う支援方法がある。その非専門職が行う支援としてピアサポートがある。厚生労働省は、「がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実するよう努める」とし、がん対策推進基本計画にピアサポートが明記された。

がんピアサポートに関する先行研究は様々な報告がされている。しかし、研究者の属性や研究対象などは幅広い。その中で、がん患者が入院生活を送っている入院病棟内でピアサポート・グループ(以下 PSG)参加者の体験を明らかにした研究は無い。また、若年男性に限られた研究も無い。がんを罹患し、自分の身体が今後どうなっていくのか、死という圧倒的恐怖を感じながら、入院という普段の日常から離れた非日常の生活の日々を過ごしていることに加え、治療により、仕事や家庭、男性としての社会的役割を担えない患者の、より足元に近い支援こそ必要ではないかと考える。そこで、第一研究では、筆者の入院中での自然発生的に始まった患者同士の話し合いから始まり、その体験から患者支援活動(ピアサポート)を同じように行っていた自分自身の体験のプロセスをオートエスノグラフィーで明らかにした。

本研究では、筆者が入院病棟内で行ってきた若年男性への PSG 参加者の体験を明らかにすることを目的とし、本邦でのがんピアサポートのあり方や、未導入の医療機関にとって、がんピアサポートの理解や普及に貢献できると考える。

2. 方法および対象

1) 調査対象

入院病棟内談話室で患者会 A が行っている PSG の過去と現在の参加者を対象とした。その中で、調査許可の得られた方で日程調整可能な 6 名を調査対象とした。調査対象者すべ

て難治性の精巣腫瘍であり，筆者と同じように県外の地元の病院を離れてより良い治療を求めてきた患者である．調査対象者の詳細を (Table1) に示す．

Table1. 調査協力者の背景

仮名	調査時年齢	罹患年齢	性別	進行	居住地	PSG 参加時・参加回数
A	40歳代	30歳代	男性	難治性	県外	経過観察中・複数回
B	40歳代	30歳代	男性	難治性	県外	入院治療中・複数回
C	40歳代	30歳代	男性	難治性	県外	入院治療中・複数回
D	20歳代	20歳代	男性	難治性	県外	入院治療中・複数回
E	40歳代	40歳代	男性	難治性	県外	入院治療中・複数回
F	20歳代	20歳代	男性	難治性	県外	経過観察中・複数回

2) 医療機関の概要

都道府県がん診療連携拠点病院であり，他の医療機関で治療困難となった難治精巣腫瘍の患者のほか，初発で入院となった患者の治療を積極的に行っている．

3) 精巣腫瘍の特徴

男性特有の希少がんであり，化学療法を中心とした集学的治療により根治が期待できる悪性腫瘍であるが，治療が奏功せず難治性となれば，新規抗がん剤による救済化学療法や放射線を組み合わせながら行うため，治療期間は長期に渡ることが特徴である⁸⁾．好発年齢が20歳代から30歳代のため仕事や子育て学業などの時期に重なっており，がん治療だけでは無く様々な問題や不安が積みまってくるがんである．

4) 患者会 A の PSG の概要

2012年より月に1回，泌尿器科単科病棟内談話室で平日の13時～17時まで行われており入院患者及び外来患者の他，他院の患者や家族も参加可能で途中の出入りは自由となっている．毎回ほぼ同じ患者会 A のファシリテーター一件ピアサポーターが2名程度加わり，グループの動きを修正する他，1人の参加者として自分の体験を話したりしている．毎回テーマは設定されず様々な話し合いが自由に行われている．また，グループだけではなく個別相談用に別室は病院から確保していただいているが，個別相談の利用数は少なく，ほぼグループで行っている．ピアサポートの利用はもちろん無料である．

5) 調査方法

2019年9月から2019年11月までの期間に実地した．インタビュー調査を個別でおこない，プライバシーが確保できる貸し会議室などを利用して半構造化面接を行なった．イン

タビューには「初めて参加した時の状況」「PSGをどこで知ったか」「PSGに参加してどうだったか」「PSGはどんな意味があったか」など、あらかじめ用意をしていたインタビューガイドを用いたが、そのほかは話された内容から発展させる形で自由に語れるように努めた。なお調査対象者には書面と口頭により、許可を得てICレコーダーに録音し面接時間は平均67.5分であった。

6) 分析方法

分析には質的研究法である修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下M-GTA)を選択した³⁴⁾。質的研究は対象者の現象や体験を記述していき、現場や当事者の中で実際に「何が」「どのように」「なぜ」起こっているのかを探索することにある³⁵⁾。また、数ある質的研究法の中でM-GTAを用いた理由は、人間と人間が直接的にやり取りする社会相互作用に関わる研究に適していることや、ヒューマンサービス領域に適しており、研究対象とする現象がプロセス的性格を持っているからであり³⁶⁾、PSG参加者の体験を明らかにするために最適と考えた。

インタビュー結果を聞きながら逐語記録を作成し、その逐語記録を何度も読み込んだ結果から生成した概念毎に分析ワークシートを作成していき、結果図をもとにストーリーラインを作成した。なお本研究は、質的研究の業績がある指導教員からスーパーバイズで助言を受けながら行なった。

第2節 倫理的配慮

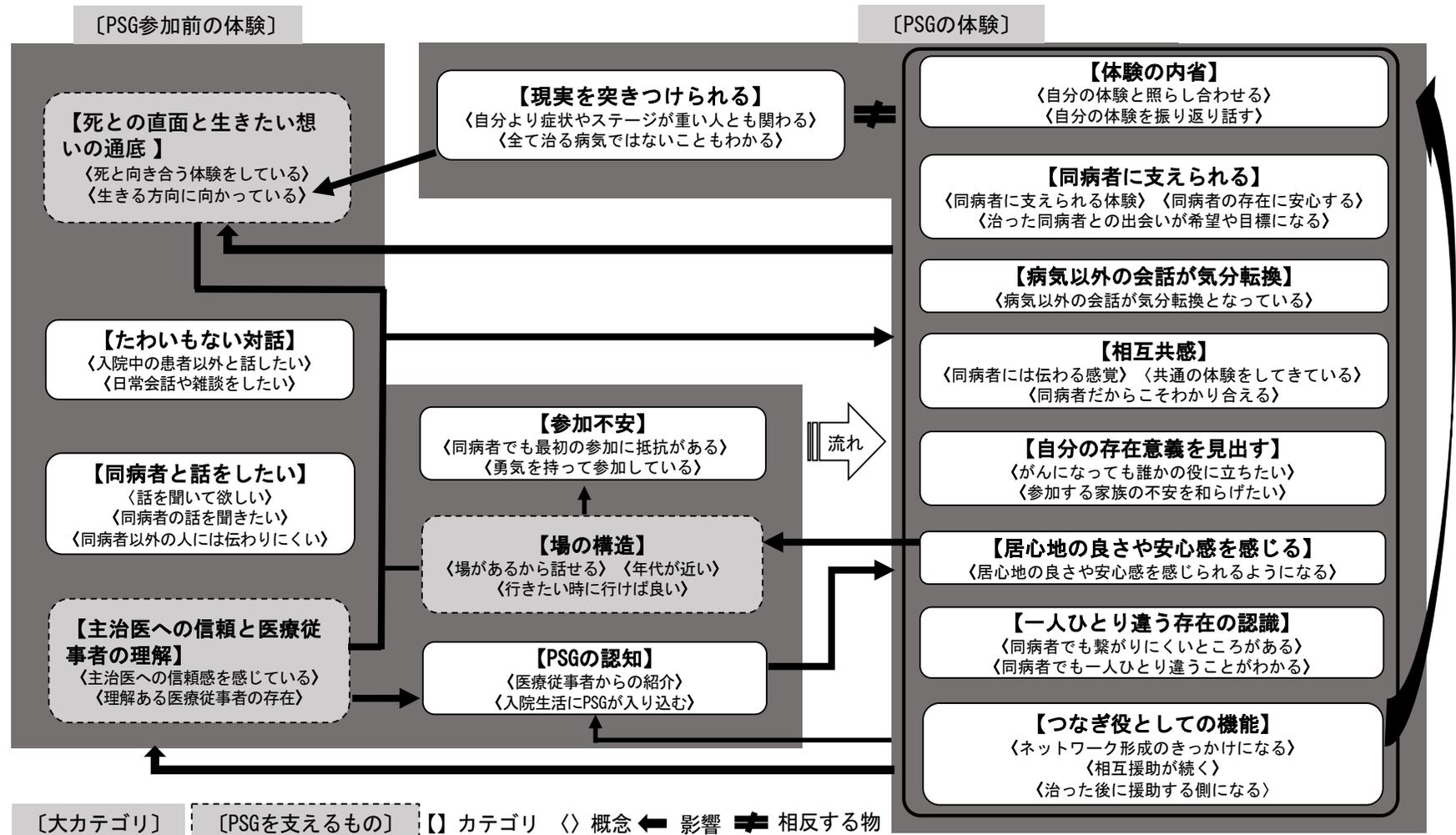
大学院で倫理の検討を重ね承認を受けると同時に、ヘルシンキ宣言ならびに人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則って行なった。調査協力に対しては、いつでも協力撤回の権利があること、研究目的以外にデータを使用しないこと、学会や学会誌に発表する場合は個人を特定できるような情報は一切出さないこと、得られた録音データは研究終了後責任を持って破棄することを書面及び口頭にて丁寧に説明し用意した同意書にサインを得た。

第3節 結果

1. オープン・コーディング結果

35個の概念、16個のカテゴリ、3個の大カテゴリが生成された。概念を〈〉、カテゴリは【】、大カテゴリは□としたものをFig. 1に示した。その結果図を元にストーリーラインを作成していった。また(Table 2, 3)にはカテゴリ、概念、主なヴァリエーション一覧を示す。

Fig1. 結果図



2. ストーリーライン

〔PSG参加前の体験〕では、病気の話（同病者以外の人には伝わりにくい）（同病者の話を聞きたい）ことを体験しており、【同病者と話をしたい】ことを求めていたが、入院以外の同病者に病気の話だけでなく（日常会話や雑談をしたい）と【たわいもない対話】も求めていた。また PSG の認知をしていても最初は（同病者でも最初の参加には抵抗がある）や（勇気をもって会参加している）ことがわかり PSG 参加者は【参加不安】を持って参加をしていた。

〔PSGの体験〕では、お互いに（共通の体験をしてきている）ことや、（同病者には伝わる感覚）、（同病者だから分かり合える）と【相互共感】を体験していた。そして（同病者の存在に安心）し、（治った同病者との出会いが希望や目標となる）ことで、【同病者に支えられる】体験をしていた。加えて、参加者の話を（自分の体験と照らし合わせる）、（自分の体験を振り返り話す）ことで【体験の内省】をしていた。たとえ（同病者でも繋がりにくいところがある）こと（同じ病気でも体験が一人ひとり違うこともわかる）こととなり、同病者であっても【一人ひとり違う存在の認識】をしていた。調査対象者は、自分の先が見えない状況の中でも、（がんになっても誰かの役に立ちたい）、（参加する家族の不安を和らげたい）と【自分の存在意義を見出す】体験をしていた。そして、病気の話だけではなく【病気以外の会話が気分転換】となっていたことや、PSGが調査対象者の【居心地の良さや安心感を感じる】場となっていた。PSGが患者同士の（ネットワーク形成のきっかけ）となり、PSG開催以外でも同じように集り（相互援助が続く）ように【つなぎ役の機能】もしていた。さらに（治った後に援助する側となる）調査対象者もおり『支え合いの継続』がされていた。一方、がんは（全て治る病気ではないこともわかる）、自分より（症状やステージが重い人とも関わる）こととなり、まだ先が見えていない入院患者にとっては【現実を突きつけられる】体験をしており、それが【死との直面と生きたい思い】を再認識することとなっていた。

その他〔PSGを支えるもの〕があることが明らかとなった。調査対象者はお互いに（死と向き合う体験をしている）が、（生きる方向に向かって）治療を受けており、お互いに【死との直面と生きたい思いの通底】があることを感じていた。そこに、【主治医への信頼と医療従事者の理解】と、【場の構造】が加わり、PSG内で起こる体験を支えていた。

Table2. PSG・参加前の体験

カテゴリ	概念	ヴァリエーション
死との直面 と生きたい 想いの通底	死と向き合う体 験をしている	皆さん死と直面している人たちばかりなんで、だからこそ繋がれる感覚（調査協力者 G）
	生きる方向に向 かっている	みんなその…生に一生懸命になっているからこそ、自分もそこに行つて、一緒にやってきたいって思うのかな（B）
主治医への 信頼と医療 従事者の理 解	主治医への信頼 感を感じている	治すんだっていうのがすごい…やっぱり先生とかからも見えてきたし…結構…あ、もう自分は治るんだな、みたいな感じで（F）
	理解ある医療従 事者の存在	信頼感がある、あるからこそ繋がり感、みんな同じであるじゃ無いですか、任せているって言うのがあるのかな（G）
場の構造	場があるから話 せる	こう集まって良いよっていう場があつて（中略）そこに行けば話ができる。（B）
	年代が近い	年齢的にもそれが多分…年配の人と話をすると、やっぱりちょっとここまで話はしないんだと思うんですよね。（B）
	行きたいときに 行けば良い	強制されないし、ちょっと気が向いたら行って少し話して、帰つて来ればいいかなあみたいな気持ちも楽ですし、そこが大きかった（B）
たわいもな い対話	入院中の患者以 外と話がしたい	病棟で付き合いのある人っていうのは、話題がどんどん無くなってくるんですよね…（D）
	日常会話や雑談 をしたい	話題が豊富な人だったら…いろんな事を話すじゃないですか。新たなリフレッシュみたいな（G）
同病者と話 がしたい	話を聞いて欲し い	（普通の人では）大変大変になっちゃうんですけど、（中略）今こうやってやってますよって言うのを、簡単な話にしたい。（B）
	同病者の話を聞 きたい	自分が選ばなきゃいけない分岐が待ってるかもしれないですよ、（中略）話を聞いて知っている方がまあ有利だと思う（C）
	同病者以外の人 には伝わりにく い	普通の人にはまず伝わらない、それがどうゆうものなのか、経験したことがない人だったら抗がん剤は皆一括りになって（A）

参加不安	同病者でも最初の参加には不安がある	たどってきた過程は大体一緒ですよ、いきなり初対面って言うのもすぐに話せると言うのも表面ですかね… (G)
	勇気を持って参加している	行ったら絶対良いに決まっていますよ、やっぱり行く前って言うのはまあそういう勇氣的なものって必要だった (F)
PSG の認知	医療従事者からの紹介	ピアサポートの話は先生からあるよって、(中略)先生も気にしてくれてその日に合わせてくれたんだと思うんです (B)
	入院生活に PSG が入り込む	なんかやり始めた。俺はその時何かとは知らない訳で、(中略)いたメンバーが、まあ、あの一輪の中に入って (E)

Table3. PSG の体験

カテゴリ	概念	ヴァリエーション
体験の内省	自分の体験と照らし合わせる	同じように自分もしてたんだなって言うのが…そういう経験を再認識させてもらえる場なのかなってのがありません (調査協力者 F)
	自分の体験を振り返り話す	自分のしてきた経験と照らし合わせる、(中略)新たに振り返りができてっていうのがあった (A)
同病者に支えられる	同病者に支えられる体験	あのグループの中にいるとこう受け止めてくれるとうい か理解をしてもらえる人たちがあの中にいる安心感 (A)
	同病者の存在に安心する	ああ…いるんだなって、ちょっとそこで安心感っていう かありましたね。 (B)
	治った同病者との出会いが希望や目標になる	治ってる人いるんだとか、まあその…元気にこうやっ て話をしている人がいるんだなって言うのが、その時は すごく嬉しかったというか (B)
病気以外の会話が気分転換	病気以外の会話が気分転換となっている	ケモしかしてないから現実には、退院した人の暮らしぶりの話とか、そんなんは気分転換になりましたね。実際に話題ないからもう (D)

一人ひとり 違う存在の 認識	同病者でも繋がりにくいところがある	多分自分もググって入っていけるのは、なんでも聞いてくれって思うのはこっち（重い方）が先かな…もちろん別にこっちが良いと言うわけではなくて… (E)
	同病者でも一人ひとり違うことがわかる	自分の経験だけではなく（中略）一人ひとりいろんなプロセスを経て、本当に人それぞれで、なんかこうゆうのを話を聞いてて、もっといろんな人にあっているんな人の話を聞いてみたいな (A)
相互共感	同病者には伝わる感覚	この人たちだったらこう…分かってくれるというか伝わるのかなっていう安心感があったかな (A)
	共通の体験をしてきている	同じような立場から見ると体験しているものがあるはずなので、そういうものが登場したりすると「そうだよねー」って (C)
	同病者だからこそわかり合える	すべてとは言わなくても共感してもらえるところはあるのかな、（中略）治療をすところだねっていう、理解してもらえ (A)
自分の存在 意義を見出す	がんになっても誰かの役に立ちたい	人の役に立てる…自己満足なんでしょうけれども、（中略）自分の治療していくモチベーションにもなっていたんじゃ無いのかなあ (E)
	親御さんの不安を和らげたい	家族とか…本人が来たりするじゃないですか（中略）少しでも経験とかそういうのが、少しでも何か掴むきっかけになってくれればなっていうのもあって (B)
居心地の良さや安心感を感じる	居心地の良さや安心感を感じられる	あそこって言うのは、僕らにとってそう言うなんかパワースポットじゃないですけどね、なんか不思議な場所だね (E)
つなぎ役としての機能	ネットワーク形成のきっかけになる	周りに同じ同世代がいるって知ってても、その人の病室のカーテンを開けて喋りに言ったり、道ですれ違うからなんか喋るって言うほど勇気はないんです。 (B)
	相互援助が続く	1回ピアサポートで顔見知りになったからその後はもうねえ…廊下を歩いているだけで情報が入るみたい (D)
援助側になる	治った後に援助する側になる	楽しいなと思えるようになった（中略）そうゆうのがだんだん感じれるようになったからこそ、ピアサポーターになった。 (A)
現実を突きつけられる	自分より症状やステージが重い人とも関わる	自分より長く闘病していて治らない人もいたしそういうのを見ると…もちろんその分不安にもなりました (B)

全て治る病気で 入院が長かったもので、お亡くなりになった人って何人
はないこともわ も死っているんですよ（中略）すごい…うーん…
かる (D)

第4節 考察

本研究によって、入院病棟内での若年男性がん PSG の体験の要因が明らかとなった中で、重要な体験及びピアサポートの新しい知見と考えられる6つのカテゴリに絞り考察する。

1. 【死との直面と生きたい想いの通底】

ここでは〈死と向き合う体験をしている〉と〈生きる方向に向かっている〉から生成した。

がん患者は、最初のがん告知だけではなく、主治医から治療経過の報告など何度も告知が訪れる。また、体調の悪化や身体の痛みなどにより死というものが頭をよぎり、その都度死と向き合う体験が訪れる。一方でがん患者は生きるために治療を行う。つまり、がん患者は、何度も命と向き合う体験をしていた。

ピアサポートは同じ体験者をした者同士の助け合いである。しかし、このような一般的に使われている記号的意味の他に象徴的意味があると考ええる。がん患者は、診断時から現在まで様々なプロセスを経ながら生きている。そのプロセスや体験は一人ひとり違うものであり、その時の想いや感じたことは簡単に言葉で言い表すことはできない体験である。そのため、自分の体験を言葉にすればするほど自分の大切な体験がこぼれ落ちる感覚になる。カール・G. ユングは、言葉やイメージはそれが明白で直接的な意味以上の何かを抱合しているとき象徴的であると言っている³⁷⁾。つまり、お互い同じ「がん体験者」という記号的括りではなく、PSGで死や生の話をしなくても、お互いに言葉では表現することができない想いや感じている象徴的意味を通底している者同士だからこそ自分の気持ちを素直に表現でき、多くを話すことなくとも理解してもらえ体験ができると考える。この概念は、先行研究でも報告されておらず、がんピアサポートがなぜ必要なのかを示唆しているものの一つと考えられる。

皆さん死と直面している人たちばかりなんで、だからこそ繋がれる感覚（調査協力者
G)

みんなその…生に一生懸命になっているからこそ、自分もそこに行って、一緒にやって
きたいって思うのかな (B)

ピアサポートの人達って、たとえ死が心にあっても逆に…その生に対しても…それをさらにそこに変えてあげようって考えになってる人が多いんだと思うんですよね…生きたいとか力とか、それを…そのためにみんな嫌でも治療して、嫌でもそこに対してどんな治療でもいいからやろうって言うてる人達が、あそこに来ているような感じもするんですよね
(B)

2. 【自分の存在意義を見出す】

ここでは〈がんになっても誰かの役に立ちたい〉〈参加する家族の不安を和らげたい〉から生成した。

入院による治療では、従来担っていた仕事や学業、子育てなどといった若年男性としての社会的役割が喪失してしまう。そして入院という非現実の生活と、メディアやお見舞いに訪れる家族などから感じる現実との相違により、社会から置いていかれるのではと不安に苛まれながら入院生活を送っている。この状況の中で、〈がんになっても誰かの役に立ちたい〉と感じており、PSGで自分の体験が誰かのお役に立つことができた体験は、限られた入院生活の中では生きがいとなり、形は違うが失った社会的役割を補い【自分の存在意義を見出す】ことになっていた。

そしてこの体験が、患者の希望や自己肯定感を高め、治療へのモチベーションとなっていたと考える。先が見えていない患者や、入院による非日常生活の中で社会的役割を喪失している若年男性患者にとって【自分の存在意義を見出す】体験はとても大きな意義があるといえる。

人の役に立てる…自己満足なんでしょうけれども、(中略)自分の治療していくモチベーションにもなってたんじゃ無いのかなあ (E)

家族とか…本人が来たりするじゃないですか(中略)少しでも経験とかそういうのが、少しでも何か掴むきっかけになってくれればなっていうのもあって (B)

あの…自分自身が…綺麗事とかではなくて、ほんのちょこっとだけでも、ま…なんか役に立てることだったらあれば役に立ちたいなって言うのがちょこっとだけあるんですね。
(E)

3. 【たわいもない対話】

ここでは〈入院中の患者以外と話をしたい〉〈日常会話や雑談をしたい〉から生成した。

調査対象者は、日常会話や雑談などを求めている。先行研究では、ピアサポートはロールモデルを獲得する³⁸⁾³⁹⁾や、お互いの支え合い⁴⁰⁾⁴¹⁾など、情報交換や体験の共有の場は報

告されている。しかし、〈病気以外の会話で気分転換〉を求めていることは報告されていない。これは入院病棟内という限られた構造の中での入院生活で、話すメンバーは固定され会話も少なくなっている。しかし、PSGで象徴的意味を通底している参加者に気兼ねなく話し合いができることで、マンネリ化していた入院生活が外部からきた参加者によって刺激になり、本来の自分を取り戻せたのではないかと考える。

患者はただ、がんを患っているだけであって一人の人間であることに変わりはない。この当たり前であった日常が、入院生活によってできなくなっていたが、PSGの場では一人の人間としての当たり前の自然な生き方を感じさせる重要な体験であったと考える。

病棟で付き合いのある人っていうのは、話題がどんどん無くなってくるんですよね…

(D)

話題が豊富な人だったら…いろんな事を話すじゃないですか。新たなリフレッシュみたいな (G)

病室とかではぜんぜん、(中略) (化学療法投与の辛い時期が終わり) ちょっと少し動けるようになってきて、でまあちょっと元気になれば、まあ誰か捕まえて話すわけにはいかないから、そこ(ピアサポート)に行けば一緒にたわいのない話もできるし、まあそこに座っていればみんなのにぎやかな話を聞きながら病院じゃないところの空間にいる気持ちになる。(B)

4. 【つなぎ役としての機能】

このカテゴリは、〈ネットワーク形成のきっかけになる〉〈相互援助が続く〉〈治った後に援助する側になる〉から生成した。

PSGは月に一回だけの開催である。しかし月一回の開催で参加がたとえ一回だけでも入院患者同士をつなぐことになっていることが明らかになり、PSGが入院患者同士のネットワークを形成する場にもなっていた。PSG参加後、話したくても話せなかった関係から、PSG参加によって相手のことがわかりそこから自然と会話が始まり、その後は関係性も深まっていき入院中のたわいもない話や実体験の情報交換などの支え合いが行われていた。つまり、PSGが開催されていない日でも同じような話し合いが行われていた。これは、PSGがその場だけでの支え合いではなく、つなぎ役としてその後の入院生活まで影響を与えその後にピアサポーターになった参加者もおり入院病棟内で行う意義はあると考える。その関係があるからこそ、PSGでの体験がより自然となっていたからこそ【居心地の良さや安心感を感じられる】場にもなっていたと考えられる。

周りに同じ同世代がいるって知ってても、その人の病室のカーテンを開けて喋りに言ったり、道ですれ違うからなんか喋るっていうほど勇気はないんです。(B)

1回ピアサポートで顔見知りになったからその後はもうねえ…廊下を歩いているだけで情報が入るみたいな (D)

ちょっとしたたわいのない話で、どこどこ出身なんだとかちょっとお互い話をする、そのあと、夜会っていると…なんか話したり、で、それで結局、E君とかその辺と仲良くなって、最終的にそこにご飯を食べに一緒に行ったり、いろいろ、ねえ、そこでいろいろ会話したりっていうきっかけになったので、それはすごく良かったかなと思います。

(B)

いろんなプロセスを経て…いる人たちとのこう…違いというか…そこでまたこう学びみたいなのがあって…そういうのが学べるだとか教えてもらえるっていう感覚が今でもあってそれがだんだん楽しいなと思えるようになったのはあると思うな、最初の方は、最初の方は参加者としての立場にいるときに、そうゆうのがだんだん感じれるようになったからこそ、ピアサポーターになった。(A)

5. 【現実を突きつけられる】

ここでは、〈症状やステージが重い人とも関わる〉〈全て治る病気ではないことがわかる〉から生成した。

PSGは良い体験ばかりではない。ピアサポートを非構造化のグループで行っている以上、参加者は初発の患者から中にはステージが重い人とも出会うことになる。また、過去に参加していた患者が亡くなることもある。PSG参加者のほとんどは自分自身の先が見えていない患者やその家族ばかりである。例え〈同病者でも繋がりにくいところがある〉ことや同病者でも【一人ひとり違う存在の認識】をしていても、自分がいま置かれている現実を突きつけられる体験となっていた。

PSGの良い場面もあるが、そこだけ取り上げるのではなく、このような体験も容易に起こる事を想定しておき、その場での対応やその後のフォローを医療従事者に繋ぐなどの必要があることが示唆されたと考える。しかし、成熟した参加者が揃ったPSGであれば、症状が重い人に対したり、亡くなった患者に対しての想いや考えを溜め込むのではなく、吐き出せる場になる可能性となることも考えられ、それは相反するものではなく、安心安全な場が作り上げられていることにもなると考えられる。

自分より長く闘病していて治らない人もいたしそういうのを見ると…もちろんその分不安にもなりました (B)

入院が長かったもんで、お亡くなりになった人って何人も死っているんですね (中略) すごい…うーん… (D)

あの時かな…神様って人間の生きるとか死ぬとか…そう言うのに全く関係ない存在なんだと強く意識したのは…なんで僕自身もいい加減に生きてきたけれども、人様に迷惑をか

けるとかそんな事は全くしてなかったし…なんやねんと思ってたけれど、でもすごく決定的な出来事だったのは間違いないですね、〇君が亡くなったのは。(D)

6. 【主治医への信頼と医療従事者の理解】

ここでは、〈主治医への信頼感を感じている〉と〈理解ある医療従事者の存在〉から生成した。

ピアサポートは同じ立場である患者同士の支え合いであるため、原則として医療従事者は介入はしない。しかし、PSGでは、その場に医療従事者が参加していなくても、参加者の体験を支えていたことが明らかになった。少しでも主治医や医療従事者に不満があり、PSGで批判をする参加者がいれば、良質な相互作用は生まれず、その場は安心安全ではなくなる。しかし調査対象者は、医療従事者の支えがあった事を語っている。また、入院病棟内の談話室でPSGが行われることにより、ピアサポートには介入しない医療従事者にとっても、距離が近い場所でPSGが行われているため、そこでの雰囲気などが知れることになる。そのため、PSGを紹介しやすくなり入院してくる患者や家族にとっても、医療従事者にとっても【PSGの認知】にもなっていたと考える。このように間接的にだが、がん患者にとって医療従事者がPSGでの体験に影響を及ぼしていることは新たな発見である。

治すんだっていうのがすごい…やっぱり先生とかからも見えてきたし…結構…あ、もう自分は治るんだな、みたいな感じで (F)

信頼感がある、あるからこそ繋がり感、みんな同じであるじゃ無いですか、任せてるって言うのがあるのかな (G)

まあ先生方に対する信頼があったんだろうという風に思うんですよね一つは、患者に対する、治療に対する信頼というものが。それは一つでかいんじゃないかと思うんです。(C)

第5節 結語

今までの先行研究では報告が無かった知見や重要な知見が本研究では明らかとなった。この6つの知見はPSG参加者の体験並びに内側から見た世界から生成されたものである。この知見とともに既存のピアサポーター養成講座のテキストを組み合わせれば、がんピアサポートが行われていない行政や医療機関にとっての理解になり我が国でのピアサポートの普及に貢献できると思われる。さらにはピアサポートが行われている医療機関などにはどのようにピアサポートを行なっていけば良いかのヒントにもなると考える。しかし、ピアサポートの普及や理解だけを考えるのではなく、PSGが万能ではないことも明らかとなったため、参加者やピアサポーターのフォロー体制も整備していくことが必要である。

結論

第4章 本論の総合考察と意義

第1節 本論の総合考察

がんに罹患した患者は、いままで当たり前の日常を送っていた生活や暮らしが、がん治療のために入院病棟という非日常である場に移ることを余儀なくされる。それは、生活や暮らしだけでなく、仕事や学業、子育てなど若年男性としての社会的役割を失うことになる。その中で治療をしながら、自分の病気が治るのか治らないのかなどもわからず、先が見えない状況の中で身体だけではなく心までがんに冒された状態になっていながら入院生活を送っているといえる⁴²⁾。第1研究では自分自身の体験から、PSGの場ではいかに自然な対話が必要であるか、そのために必要なことは雑談であることが浮かび上がった。そして、第2研究でのインタビューによる参加者の語りから、がん患者は家族や友人など健康者の前で病気のことを話すと同情されたり相手を困らせたりしてしまう体験をなん度も過去にしてきており、相手を困らせることがないように、不安な気持ちやなどを隠して相手と接しており、本来の自分を出すことができなくなっている状態と言える。増井⁴³⁾は、心理臨床では患者それぞれの心が、その患者らしく生きることの援助であると述べている。そして、最近では、自分の中から「自分以外」の不要なものを取り除き、本来の自分に戻る「自己自体感」の概念を述べている⁴⁴⁾。がん患者は本来の自分を出すことができなくなっており、その自己自体感を失っている状態と考える。また、研究1で示したように筆者のピアサポート開始初期の頃は「自分が何かしなければいけない」といった万能感的によって傲慢な発想で行っていた時期もあり、その傲慢さが患者の「お役に立つ」どころか、相手を傷つけていた。その関係はピアサポートの重要な対等性とは極めて真逆な発想であり、自分自身の自己自体感がないまま支援していた。

ピアサポートは、対等性を意識しながら行うが、どうしてもサポートをする側とされる側という、お互いの役割や受動的な関係性が生じる。このような関係は、どちらの立場でも本来の自分ではなく、自然の対話がそこにあるとは言えない。村山⁴⁵⁾は、グループでの配慮は、参加するメンバーの初期不安の緩和し、自分の気持ちを変えようとしなくていいこと、「今のままでいられる」「無理をしないでそこにいられる」つまり、ありのままの自分でいられることを重要と述べている。筒井⁴⁶⁾は、雑談のことを相手との間に、会話に先立ってお願い事や相談事、業務連絡など、相手との会話を通して何らかの決定や結論に至ることを目的とする課題があって会話を行うという状況ではない場合に行われる会話と述べている。したがってこの論でみるとPSGでは同じ体験をした仲間が相互に助け合うという、相談事など特定の達成すべき課題を持った参加者のグループということになる。その論の中ではPSGで雑談などの【たわいもない対話】の体験の存在は矛盾することになるが、本論でのPSGでの参加者の体験では【たわいもない対話】も求めていることが明らかになった。一人の人間と人間の自然な対話というものは、何気ない会話や【たわいもない

対話】に加え、相談や情報共有など様々なことが入れ替わりながら行われるものであり、達成すべき課題のあるなしを意識すること無く自然と行われるものと考え。神田橋⁴⁷⁾は、自然はものを言わないで、ただ存在しているだけで我々を癒す。作為もなしに癒すと述べている。加えて、日本庭園を例に、いかにも人為ではないかのように見せる人為という先達の知恵がある以上、心理療法家も、いかにも人為でないようにしつらえた人為という「一見雑談ふう精神療法」を提唱しており、いかに特定の達成すべき課題がない会話、つまりクライアントにとって役には立たないと思われる雑談も精神療法に取り込み、いかに自然な対話による精神療法を創り上げようとしている。PSG では、相談事などに加え、達成すべき課題ではない【たわいもない対話】を含めたものが PSG 参加者の体験であり、その場が作為では無く極めて自然な対話ができている場であると考え。したがって、雑談のような【たわいもない対話】ができる場や関係性は、お互いに役割や受動的なものが有りながら、言語だけのやりとりだけではなく、一人の人間としての態度を含めたありのままの自分として自然な対話ができている関係性になっていると考え。つまり、ピアサポートという場で【たわいもない対話】を人為で行っても、一人の人間と人間の対話というものは本来そういうものであり、自然な形でピアサポートを行うためには必要で、すべてを含めてピアサポートではないかと考えられ、PSG という場が、神田橋が目指している「雑談精神療法」のようなものになっていたのではないかと考える。そして、その場が入院病棟内という場であっても、雑談のような【たわいもない対話】ができなかった患者にとって、その時間は非日常ではなくなり、本来の自分としてお互いに悩みや不安を表出することや、自分の生きてきた体験をお互いに気兼ねなく話せるため、PSG の場が【参加不安】の緩和や【居心地の良さや安心感を感じられる】場になっていたのではないかと考える。つまり【たわいもない対話】ができる関係性は、サポートする側もされる側もありのままの自分としてお互いの目の前に立つことができ、そしてその場に居続けることができるようになる。そして、お互いの自然な対話のやり取りによって、相互作用が生まれ、失った自己自体感を感じられる体験となっていたと考えられる。この関係性があるからこそ対話が促進され、相談や悩み事が話せるようになり〈同病者には伝わる感覚〉や〈共通の体験をしてきている〉体験である【相互共感】が生まれることになる。したがって雑談や【たわいもない対話】が本研究の中で最も重要な体験であると考えられ我が国でのピアサポートのあり方の一つになると考えられる。

本研究で明らかになったものは、筆者が拓いて行ったピアサポートに参加者だけではなく、筆者自身や全国のピアサポートの場で活動をしているピアサポーター側にとっても重要な知見があると考え。ロジャース C.R. は、経験は私にとって最高の権威であると述べている⁴⁸⁾。加えて、この経験こそ繰り返し繰り返し立ちもどってゆかなければならないものであり、そうすることによって、私自身の中で形成されてゆく真理へと徐々に近づいていくと述べている。ピアサポーターも同様に、自分のがんに関する言葉にできる体験だけではなく、今まで出会ってきた患者や日常の生活を含めた一人の人間として自分の体験

を、眼の前の人との対話によって何度も振り返りながら相手と出会っている。そして、相手との相互作用によって自分の体験が豊かになっていき、ピアサポーターとしての自分というものを形成していくものである。ピアサポートはお互いに同じ体験をした仲間（ピア）が相互に助け合う（サポート）ことであり、ピアサポーター自身にとってもありのままの自分でいられるピアサポートでの体験が重要であることが明らかとなった。以上のように一人の人間としての体験がピアサポートでは影響しており、つまり人間性の問題が大きく関わっていると言える。その体験は既存のテキストやマニュアルには記述できないものであるが本研究の特徴の一つである。

次に本研究全体を通じて明らかとなった特徴を示し、今後我が国でのがんピアサポートに応用できる点をまとめる。

本研究の結果から、筆者が拓いていった若年男性がんピアサポート・グループには次の3点の特徴があることが明らかとなった。

第1に、本研究は、医療従事者や他の支援者ではなく当事者が行なった研究であることである。加えてPSG参加者の体験という参加者の内面から捉えていることが特徴である。増井⁴⁹⁾は「眼に見えないものにこそ、本当に人間としての大事なものがある」と述べている。本研究では、当事者と研究者である立場だからこそ、眼に見えない大切な物に近づけたのではないかと感じる。そのため、医療機関や行政などにとって、PSG内ではどのようなことが行われているかをより理解ができるのではないかと考える。このように、当事者による研究が増えていくことで、さらにピアサポートの理解が深まる可能性があり、今後の研究が増えることを期待したい。

第2に、【たわいもない対話】の重要性である。先に述べたように、ピアサポーター養成には、テキストを使用した研修が行われている。そこで養成されたピアサポーターはテキストを参考にしながら、ピアサポーター自分自身のがんに関する体験だけではなく、一人の人間として日常の生活や考え方など様々な体験を組み合わせることで目の前の患者やその家族に対しピアサポートを行なっている。そのピアサポートをよりありのままの人間と人間の自然な対話にするものが、【たわいもない対話】であると考えられる。既存のピアサポーター養成テキストには、【たわいもない対話】の記載はないが、【たわいもない対話】ができる場や関係性が必要であり、特定の達成すべき課題の対話や【たわいもない対話】が入れ替わりながら行われることが、本来の自分としてその場に居合わせることができるピアサポートのあり方ではないかと考えられる。

第3は、患者としての体験から始まり、がん以外での日常の生活や考え方から拓いていったPSGであることである。PSGでは一人の人間が自らの体験を通して目の前の人間に対して支援を行うことになる。がん治療からピアサポーターとしての自分を含めたこれまでの体験は他の参加者と何一つ同じものではない。またがん以外の生活や日常など、今まで歩んできた道も一人ひとり違うことに加え、ピアサポートで出会う目の前の人の体験によっ

てピアサポーターとしての自分を形成していくことになり、ピアサポーター側まで影響を及ぼしていることは既存のプログラムには記載されていないため、ピアサポーター養成講座などで応用できると考える。

第2節 本研究の意義

本研究の意義としては、研究数が少ないがんピアサポート参加者の体験を明らかにし、今までは言われてこなかった概念やピアサポーター養成テキストには記載がない概念を知ることができ、応用できるものが明らかとなった。そして、ピアサポート参加者だけではなく、支援するピアサポーターにとっても自分を形成していくことが明らかになったことは大きな意義があると思われる。また、医療従事者が研究を行うのではなく、今までされてこなかった当事者が研究を行なっていることは、客観的では無く当事者視点で考えることができたのも意義があると思われる。

そして本研究において、ピアサポートが行われていない行政や医療機関などの支援者に対してピアサポートでは何がおこっていてなぜ必要かを示すことができたと考える。またピアサポートを受ける側もピアサポートの理解になり、我が国でのピアサポートの認知や参加者が増えるためのものを示唆できたことは大きな意義があると思われる。

また、本研究で得られた知見は、けして若年男性がんだけのものではなく、他の疾患や様々な領域で行われているピアサポートにとっても重要な知見と考えられる。また、ピアサポート以外でも、エンカウンターグループやサポートグループなどグループにも応用できるものではないかと考えられ、本研究の意義はあると考えられる。

第3節 本研究の限界と今後の課題

以下に本研究の課題をあげる。

研究1で使用した研究法のAEは当事者性の視点で記述していくため、自分自身でも気づきや深い理解があり、記述した生データの迫力は客観的に観察するだけでは理解できない部分まで理解できる利点はある。しかし、観察者であり研究者としての主観性は排除できない。そのため更なる検証をしていく必要がある。

次に第2研究では、インタビューの協力を得られたのはPSG参加者のうちの一部であるため偏りが生じている可能性がある。今後、調査対象者が増えれば多くのデータが収集する事ができ、その中から新たな概念やカテゴリが生成される可能性が十分にある。また、データの分析も研究者個人の主観を完全に排除できているとは言い切れない。その他、得られた知見のもとに量的研究や入院治療を必要としない他のがん種などと比較をすることも必要である。

また第2研究で示したようにピアサポートによって【現実を突きつけられる体験】をした参加者もあり、PSGが万能では無いことも明らかとなり、そのような体験をした参加者のケアをどうやって行なっていくか、またピアサポーター自身も同様に精神的ケアをどう行うかを考えていくこと必要と考える。

最後に、本研究は医療従事者や行政など、まだピアサポートの導入が進んでいない医療機関や行政などに対して、ピアサポートでは何が起こってなぜ必要なのかを示したが、それは医療従事者や行政の理解の先にはがんに罹患した患者やその家族がおり、そのがん患者やその家族に対してより良いところの安寧のために支援をしてもらうためである。どれだけ良い知見を明らかにしても対象となるがん患者やその家族に対して役に立たなければ意味がない。したがって、既存のピアサポーター養成テキストに本研究で得られた知見を加えたピアサポートを展開できるよう整備が必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：がん登録等の推進に関する法律. 2013
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_toroku.html] (2024年12月25日閲覧)
- 2) 国立がん研究センター：がん情報サービス 最新がん統計. 2024
[https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html] (2024年12月25日閲覧)
- 3) 同上：年次推移 [https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html] (2024年12月25日閲覧)
- 4) 厚生労働省：人口動態統計月報年計(概数)の概況. 2022
[<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/dl/gaikyouR4.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 5) 国立がん研究センター：最新がん統計. 前掲 Website
- 6) 厚生労働省：がん研究10か年戦略について. 2014
[<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000042870.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 7) 厚生労働省：がん研究10か年戦略(第5次)について. 2023
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_231115_00001.html] (2024年12月25日閲覧)
- 8) 厚生労働省：がん対策基本法. 2006
[<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 9) 厚生労働省：がん対策推進基本計画(第1期). 2007
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku03.pdf] (2024年12月25日閲覧)
- 10) 厚生労働省：がん対策推進基本計画(第4期). 2023
[<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001138884.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 11) 厚生労働省：がんと診断された時からの緩和ケアの推進. 2012
[<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000085027.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 12) 日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会：緩和ケアチーム活動の手引き 第2版. 2013
[https://www.jspm.ne.jp/files/active/active_guidelines.pdf] (2024年12月25日閲覧)
- 13) 平井啓：がん患者への Bio-Psycho-Social Model によるケア 心身医学 58:231-236. 2018
- 14) 伊藤智樹 編書：ピア・サポートの社会学 晃洋書房 京都. 2-6. 2013

- 15) 時山麻美, 牧野知恵: ピアサポートを受けたがん患者の体験. 石川看護雑誌 14: 5-45. 2017
- 16) 令和5年度厚生労働省委託事業: がん総合相談に携わる者に対する研修事業『ピアサポーター養成テキスト』 青海社 10-15. 2024
- 17) 厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第2期) 2012
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf] (2024年12月25日閲覧)
- 18) 厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第3期) 2017
[<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf>] (2024年12月25日閲覧)
- 19) 総務省: がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書 2016
[https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/107650.html] (2024年12月25日閲覧)
- 20) 厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第4期) 前掲 Website
- 21) 国立がん研究センター: 患者体験調査報告書 2024
[https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/R5index/R5pes_sokuho_all_ver2.pdf] (2024年12月25日閲覧)
- 22) 福井里美, 吉田みつ子, 守田美奈子, 他: 長期がんサバイバーがピアサポート活動を続ける意味-10年以上の活動経験を通して-. Palliative Care Research14(2): 79-88. 2019
- 23) 吉田由美, 安斎ひとみ, 糸井志津乃, 他: 医療機関を活動の場とするピアサポーターへ行われている支援と必要としている支援. 日本公衆衛生雑誌, 65, 277-287. 2018
- 24) 奈良雅之: がんピアサポーターのピアサポート経験とコミュニケーション・スキルに関する調査研究. 目白大学健康科学研究, 15: 51-59. 2022
- 25) Shufang Zhang, Juejin Li, 他: Peer support interventions on quality of life, depression, anxiety, and self-efficacy among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling 105: 3213-3224. 2022
- 26) 時山麻美, 牧野知恵: 前掲論文
- 27) 山谷佳子: がん治療後, 日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義. 国際医療福祉大学学会誌, 21(1): 54-65. 2016
- 28) 高松里: 改訂増補セルフヘルプ・グループとサポート・グループ実施ガイド, 金剛出版, 東京. 17-21. 2021
- 29) 伊藤精男: 経営学論集, 25(4): 25-43. 2015
- 30) 厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第4期) 前掲 Website
- 31) 土元哲平・サトウタツヤ: 対人援助学研究 12: 72-89. 2022
- 32) 伊藤精男: 前掲論文
- 33) 日本泌尿器科学会: 精巣癌診療ガイドライン 2024年度版, 金剛出版, 東京 2-10. 2024
- 34) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 質的研究への誘い, 第1版.

弘文堂, 東京. 25-35. 2003

35) 今福輪太郎: 質的研究を実施するうえで知っておきたいこ基本理念. 薬学教育, 5, 133-138. 2021

36) 木下: 前掲書, 89-91

37) カール・G・ユング: 人間と象徴: 河合隼雄 (監訳) 第 37 班 河出書房新社 東京. 18-36. 1975

38) 大松重宏: がん患者会におけるピア・サポートに関する考察 認知の再構築の視点から: 医療社会福祉研究 20: 51-59. 2012

39) 桜井なおみ: AYA 世代がロールモデル(参照点)と出会うことの大切さ AYA 世代のピア・サポート. AYA がんの医療と支援, 1, 23-29. 2021

40) 廣津美恵, 辻川真弓, 大西和子: がん患者・家族の抱える困難の分析-三重県がん相談支援センターにおけるがん患者・家族との面接を通して-. 三重看護雑誌. 12, 19-29. 2010

41) 大野裕美: 福祉の現場から がん相談支援におけるピアサポートの推進に向けた質保証の検討. 地域ケアリング, 22, 44-48. 2020

42) 古谷浩: 精巣腫瘍患者のためのピアサポートグループ設立体-7年間にわたる活動のスケッチ-. 東亜臨床心理学研究, 18, 69-74. 2019

43) 増井武士: 「自己学」としての精神療法. 心理臨床第 4 巻 3 号, 星和書店. 1991

44) 増井武士: 来談者のための治療的面接とは 心理臨床の「質」と公認資格を考える. 遠見書房, 東京. 101-102. 2019

45) 村山正治: 「自分らしさ」を認める PCA グループ入門. 創元社, 大阪. 12-26. 2014

46) 筒井佐代: 雑談の構造分析. くろしお出版, 東京. 2012

47) 神田橋條治, 滝口俊子: 不確かさの中を 私の心理療法を求めて. 創元社, 大阪. 2003

48) ロジャース C.R. 村山正治 (編訳): 人間論. 岩崎学術出版社, 東京. 3-35. 1967

49) 増井武士: 不登校児から見た世界: 有斐閣選書, 東京. 2-6. 2002

謝辞

本研究にご協力をいただきました皆さま大変お世話になりました。皆さまにはここから感謝を申し上げます。

まず初めに、本研究に快く参加していただきインタビューをさせていただいた方々に深くお礼を申し上げます。皆さんの体験や感じていたことを何とか形にすることができました。また、その中から新たな発見もあり、その後のPSG参加者の理解にもなり、より深いグループができるようになりました。

主査であり指導教官として7年間私を支えてくださった村山正治教授にここから感謝を申し上げます。いつも私の体調を気にかけていただき、体調面から論文作成が進まず諦めかけていたときに絶妙なタイミングで声をかけていただき、その言葉と態度が安心安全を造り出し私のエネルギー源となっていました。学会誌に投稿するにあたり、あえて難しい医学系の学会誌に投稿したのも、研究の先には一人の人間がおり、その人の役にたたなければ意味がないという村山先生の教えからであり、何とかその想いを胸に、最後まで完成させることができました。

専攻主任の桑野浩明教授にもここから感謝を申し上げます。お忙しい中、論文の倫理面や学位審査の流れなど、私のために時間を取っていただき丁寧にご指導を賜りました。ご指導があったからこそ論文をまとめることができました。

同じく副査をしてくださった桑野裕子教授にもここから感謝を申し上げます。公聴会でも論文の中からの的確な質問をしていただき、その後の論文のさらなる理解があり加筆修正することができました。

最後に、私を支え続けてくれている家族に深く感謝しています。

2025年
古谷 浩

要旨

全国がん登録によると、2020年に新たに診断されたがんは、945,055例という結果となった。近年の医学や医療の進歩により、がんの生存率は年々上昇しており、がんによる死亡者数は1990年代半ばをピークに減少している結果となっている。しかし日本では、1981年以降からがんは死因の第1位のままという現実は変わらず続いており、2023年のデータでは、382,504人の人が、がんが原因で亡くなっている。この重大な問題に対し、我が国ではがん対策基本法が策定され、がん対策基本計画がスタートした。基本計画には重点的に取り組むべき課題の一つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられており、がん患者とその家族に対し、がんの治療だけではなく、患者やその家族に対し精神的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアの提供体制をより充実させることとなった。

がん患者やその家族への精神的ケアには、専門職による支援と非専門職による支援が存在する。非専門職が行う支援方法としてピアサポートがある。「ピア」とは同じ体験をした仲間のことを指しており、「サポート」は支えのことである。がん領域では、厚生労働省が「ピアサポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実するよう努める」と、がん対策推進基本計画にピアサポートが明記されたことにより、ピアサポートが注目された。しかし、2016年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書」によれば、調査対象となった全国36の拠点病院のうち、ピアサポーターの活動実績のある拠点病院の数は、26施設にとどまっていることが明らかとなった。そのため、ピアサポートが普及しない原因を分析した上で、研修内容の見直しや、ピアサポートの普及を図ることが個別目標に掲げられた。

がんピアサポートの先行研究は、研究者の属性や、研究対象など様々な方面からの研究があるが、多くはピアサポートを支援する側に関する研究であり、実際にピアサポートに参加した患者やその家族はどのような体験をしているかについて研究されたものは多くなかった。そこで、当事者の視点を持ちながらも研究者として、筆者の入院中での自然発生的に始まった患者同士の話し合いの体験をもとに、患者支援（ピアサポート）を同じように行っていった体験と、自分自身が現在の考えに至ったプロセスを明らかにし、次にがんピアサポート実践者と研究者として、そのピアサポートに実際に参加した患者の体験を理解することで、なぜ患者やその家族にピアサポートが必要なのか、また相談を受ける側にとっても何が行われているかを知ることになりピアサポートの認知や普及につながると考えた。

研究1では、筆者が7年間にわたってがん患者やその家族に対し患者会でのピアサポートの立ち上げから、様々な患者やその家族と出会って行くうえでの葛藤や考え方や行動、そして立場が変わっていったことを論じた。そしてピアサポートのキーワードは雑談と自然な対話が必要ということがと明らかとなった。雑談ができる関係は、相談を受ける側

と相談をする側のような受動的な関係性はなく極めて自然な話し合いができていていると感じる。雑談を含めたピアサポートこそ自然な感覚で行える本来のピアサポートではないかと筆者は考える。加えて、筆者の患者であった時の体験と、現在までのピアサポートで出会ってきた患者やその家族との体験によって教えていただいたり気付かされたりするものだけではなく、普段の日常での一人の人間としての体験や考え方などがピアサポートで重要になっていると考える。そして課題として、ピアサポートの普及が進まない事や効果の検証が必要であると考えられた。そこで筆者が行なっている PSG 参加者の体験を理解するため、実際に参加した方の体験を明らかにする研究をすることになった。

第2研究では、入院病棟内での若年男性がんピアサポート・グループ (PSG) 参加者の体験を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を使用し分析した。その結果、その中で重要な体験及びピアサポートの新しい知見と考えられるものとして【死との直面と生きたい想いの通底】【自分の存在意義を見出す】【たわいもない対話】【つなぎ役としての機能】【現実を突きつけられる】【主治医への信頼と医療従事者の理解】があることが明らかとなった。PSG でロールモデルなど情報を得ることの他に、雑談のようなたわいもない話が気兼ねなくできる場合は、自己自体感を失っていたものを回復させ、その人がその人らしく生きることができると考えられる。また、ピアサポート未導入の医療機関にとり本研究が、ピアサポートの理解に繋がり、ピアサポートの普及にも貢献できると考えられる。

がんに罹患した患者は、いままで当たり前の日常を送っていた生活や暮らしが、治療のために入院という非日常の場に移ることを余儀なくされる。それは、生活や暮らしだけではなく、仕事や学業、子育てなど若年男性としての社会的役割を失うことになる。その中で自分の病気が治るのか治らないのかなどもわからず、先が見えない状況の中で身体だけではなく心までがんに冒された状態になっていながら入院生活を送っているといえる。第1研究では筆者の体験から、PSG の場ではいかに自然な対話が生まれるために必要なことは雑談であることが浮かび上がった。そして、第2研究での参加者の語りから、がん患者は家族や友人など健常者の前で病気のことを話すと同情されたり相手を困らせたりしてしまう体験を過去にしてきており、相手を困らせることがないように、不安な気持ちやなどを隠して相手と接しており、本来の自分を出すことができなく自己自体感を失っている状態と考える。また、筆者のピアサポート開始初期の頃は「自分が何かしなければいけない」といった万能感的によって傲慢な発想で行っていた時期もあり、その傲慢さが患者の「お役に立つ」どころか、相手を傷つけていた。その関係はピアサポートの重要な対等性とは極めて真逆な発想であり、自分自身の自己自体感がないまま支援していた。

ピアサポートは、対等性を意識しながら行うが、どうしてもお互いの役割や受動的な関係性が生じる。このような関係は、どちらの立場でも本来の自分ではなく、自然の対話がそこにあるとは言えない。しかし、雑談のような【たわいもない対話】ができる関係性は、お互いに役割や受動的なものが有りながらも、ありのままの自分として自然な対話が

できている関係性になっていると言える。そして、その場が入院病棟という場であっても、その時間は非日常ではなくなり、本来の自分としてお互いに悩みや不安を表出することや、自分の生きてきた体験をお互いに気兼ねなく話せるため、PSGの場が【参加不安】の緩和や【居心地の良さや安心感を感じられる】場になっていたのではないかと考える。つまり【たわいもない対話】ができる関係性は、サポートする側もされる側もありのままの自分としてお互いの目の前に立つことができ、そしてその場に居続けることができるようになる。そして、お互いの自然な対話のやり取りによって相互作用が生まれ、失った自己自体感を感じられる体験となっていたと考えられる。この関係性があるからこそ対話が促進され〈同病者には伝わる感覚〉や〈共通の体験をしてきている〉体験である【相互共感】が生まれることになる。したがって雑談や【たわいもない対話】が本研究の中で最も重要な体験であると考えられ我が国でのピアサポートのあり方の一つになると考えられる。

本研究で明らかになったものは、参加者の体験だけではなく、筆者自身や全国のピアサポートの場で活動をしているピアサポーター側にとっても重要な知見があると考えられる。ロジャースC.R.は、経験は私にとって最高の権威であると述べている。加えて、この経験こそ繰り返し繰り返し立ちもどってゆかなければならないものであり、そうすることによって、私自身の中で形成されてゆく真理へと徐々に近づいていくと述べている。ピアサポーターも同様に、自分のがんに関する言葉にできる体験だけではなく、今まで出会ってきた患者や日常の生活を含めた一人の人間として自分の体験を、目の前の人との対話によって何度も振り返りながら相手と出会っている。そして、相手との相互作用によって自分の体験が豊かになっていき、ピアサポーターとしての自分というものを形成していくものである。ピアサポートはお互いに同じ体験をした仲間が相互に助け合うことであり、ピアサポーター自身にとってもありのままの自分でいられるピアサポートでの体験が重要であることが明らかとなった。以上のように一人の人間としての体験がピアサポートでは影響しており、つまり人間性の問題が大きく関わっていると言える。その体験は既存のテキストやマニュアルには記述できないものであるが本研究の特徴の一つである。

本研究の意義としては、研究数が少ないがんピアサポート参加者の体験を明らかにし、今までは言われてこなかった概念やピアサポーター養成テキストには記載がない概念を知ることができたのは大きな意義があると思われる。また、医療従事者では無く、当事者が研究を行なっていることは、客観的では無く当事者視点で考えることができたのも意義があると思われる。そして本研究において、ピアサポートが行われていない行政や病院などの支援者に対して、ピアサポートでは何がおこっていてなぜ必要かを示すことができたと考えられる。また、ピアサポーターにとっても自分を形成していく場となっていたり、ピアサポートを受ける側もピアサポートの理解になり、我が国でのピアサポートの認知や参加者が増えるためのものを示唆できたことは大きな意義があると思われる。

また、本研究で得られた知見は、けして若年男性がんだけのものではなく、他の疾患や様々な領域で行われているピアサポートにとっても重要な知見と考えられる。また、ピアサポート以外でも、エンカウンターグループやサポートグループなどグループにも応用できるものではないかと考えられ、本研究の意義はあると考えられる。