

2010（平成 22）年度在宅医療助成一般公募（後期）完了報告書

がんピアサポートのつなぎ機能に着目したピアサポートシステムモデル構築 —A 県を中心とした実態調査からの検討—

1. 問題の所在
2. 研究目的
3. 研究方法
4. 結果・考察
 - 4-1. ピアサポート活動のニーズと実態
 - 4-2. カリキュラムに着目したピアサポーター養成に関する状況
 - 4-3. がん患者学とがん教育の実態
 - 4-4. がんピアサポートシステムモデルの構築
5. 結語

（報告者）

〒467-8501 名古屋市瑞穂区瑞穂町山の畑 1
名古屋市立大学大学院人間文化研究科
大野裕美

平成 24 年 2 月 10 日提出

1. 問題の所在

疫学調査によれば、がんは1981年から我が国の死亡原因の第1位を占めており、国民の2人に1人はがんに罹患し3人に1人が死亡している。がんによる死亡は2020年まで増加すると言われており、今やがんはすべての国民の問題であると言っても過言ではない（人口動態統計特殊報告2007）¹。

だが一方で、がん対策及びがん医療の推進により治癒率が向上しており、第3次対がん10ヵ年総合戦略（平成16年～26年）において、5年生存率は50%を超えると発表された。このことは、がんと共に生きていく期間が長期となったことを示すものであり、それは闘病プロセスが長引くことによる退院後の地域支援の充実、QOLの向上が不可欠であることを示している。

このような背景から、近年「Cancer Survivor（以下がん体験者）」の「がんの体験」に焦点があてられ、「Cancer Peer Support（以下がんピアサポート）」と呼ばれる、がん体験者同士の互助的支援活動が注目されるようになってきた。それは、専門家から非専門家への支援に見られるような上下関係ではなく、両者の関係はあくまでも同等の関係であることが特徴である。医療者の担えない生活の視点を備えた地域支援をがん体験者らによるピアサポートが、その役割を担うことが出来るのではないかという期待が注がれるようになった。

がんピアサポートはがんの体験という共通基盤を核とした以心伝心的な互いに支え合う相互交流の関係から成り立つものであるので、どちらか一方が支援されるわけではなく、支援するピアサポーター自身の成長をも期待出来ることが特徴である（大野2010）²。

大野（2011）³の研究によれば、がんピアサポートの役割は、医療者（病院）とがん患者（地域）をつなぐ橋渡しとしての「つなぎ機能」があることを指摘している。ピアサポーターはピアという立場からがん患者のニーズを汲み取りやすい為、がん患者と地域を繋いでいく事が期待できるというのである。そのような点からもピアサポートは今までのがんサポートにはない有用性の高いサポートだと述べている。

しかしながら、がんピアサポートは一般的に互助的サポートと大筋では理解されているが、その位置づけ及び役割が定かでない。また、呼称においてもがんピアカウンセリング・がん心のサポーター等、一義的でなく見解も様々である。がん対策基本法の主旨及び今後のがん対策に鑑みれば、当事者の視点は欠かせないものであり、がん

¹厚生労働省発表資料：厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課、平成19年度人口動態統計特殊報告

²大野裕美：がん相談支援におけるピアサポートの意義—ピアの特徴に焦点をあてて—、人間文化研究No.13、2010

³大野裕美：がん治療前サポートにピアサポートは有用であるか—フィールドワークによる質的研究—、人間文化研究No.14、2011

ピアサポートをシステムとして構築していく方向性は時代のニーズに合致する先駆的な課題であると考えられる。

2. 研究目的

本研究の目的はピアサポートのつなぎ機能に着目することで、中部地方の A 県を中心とした実態調査からがんピアサポートのシステム構築に向けてそのモデルを提示することである。

3. 研究方法

主に A 県を中心とした参与観察とインタビューによるフィールドワーク及びアクションリサーチを用いた。調査領域の大項目として、①ピアサポート活動のニーズと実態、②カリキュラムに着目したピアサポーター養成に関する状況、③がん患者学とがん教育の実態の 3 つを軸としてフィールドワークを行い、②に関しては参与の度合いが強いアクションリサーチを用いた。分析方法は、質的分析の手法を用いてコーディング作業によって要素を抽出した。以上を踏まえて、ピアサポートシステムモデルの構築を提示した。尚、本研究に関しては筆者所属機関の研究倫理委員会の承認を受けた。

4. 結果・考察

4-1. ピアサポート活動のニーズと実態

全国的にも珍しい公的がんサロン「名古屋市がん相談情報サロンピアネット」を名古屋市と協働で運営する NPO 法人ミーネット（がん患者関係団体）を研究協力者として、ピアサポート活動の実態およびニーズを調査した。その他、国内の患者関係団体のうちピアサポート活動を行っていることをホームページ等で公開している団体も併せて比較検証した。

まず、NPO 法人ミーネットが 2010 年度に調査したアンケート結果によれば、ピアサポーターに望む支援として最も多かったのが「精神面での支え」であり、次いで「同病者として接すること・経験を話すこと」であった。これは、医療サポートでは得られないピア（がん体験者仲間）の独自性であり、ピアサポートの特徴を示しているものと思われた。

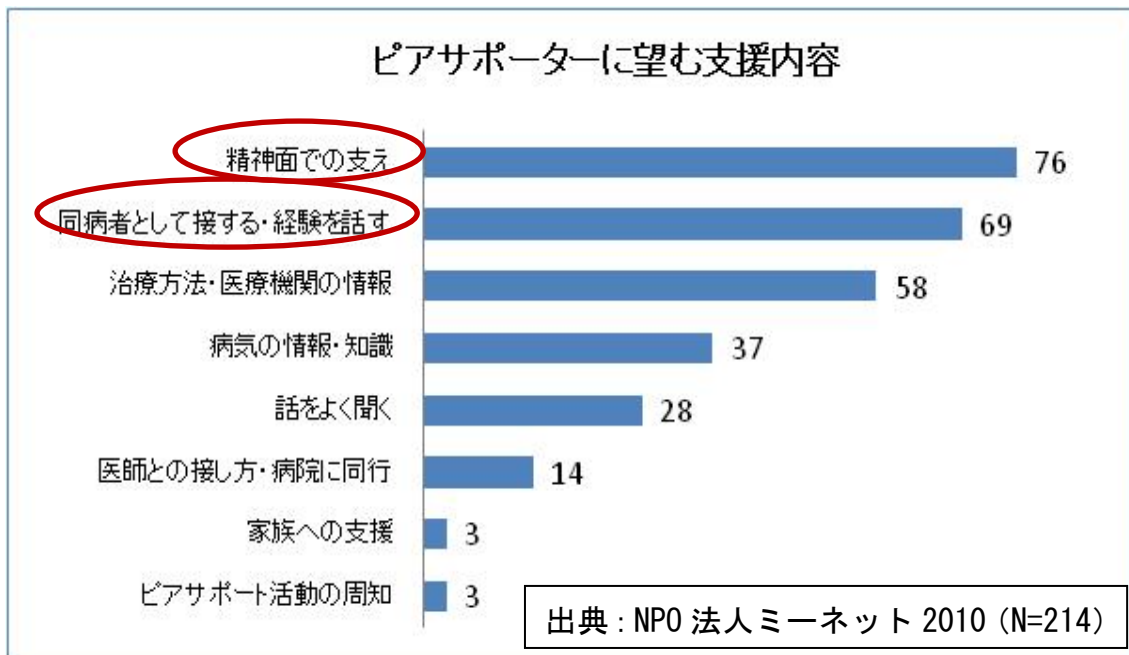


図 1. ピアサポーターに望む支援内容

次に、A 県を中心とした乳がん・胃がん・希少がんの患者会に半構造化インタビュー調査をした。インタビュー項目は、「患者会における相談はどのような内容のものがあるか」である。その結果を、図 2（分類の詳細は表 1 を参照）に示したが、幾つか特徴が見られた。

表 1. 分類の詳細

生活面	治療面	心理面	生きがい・人生	人間関係
・生活上の工夫	・治療法の選択	・再発・転移の不安	・今後の生き方	・職場の理解
・福祉用具店等の情報	・医師・病院情報	・不眠	・がんの体験を活かした活動	・家族・親族の理解
・治療と仕事のバランス	・治療費に関すること			・地域の理解

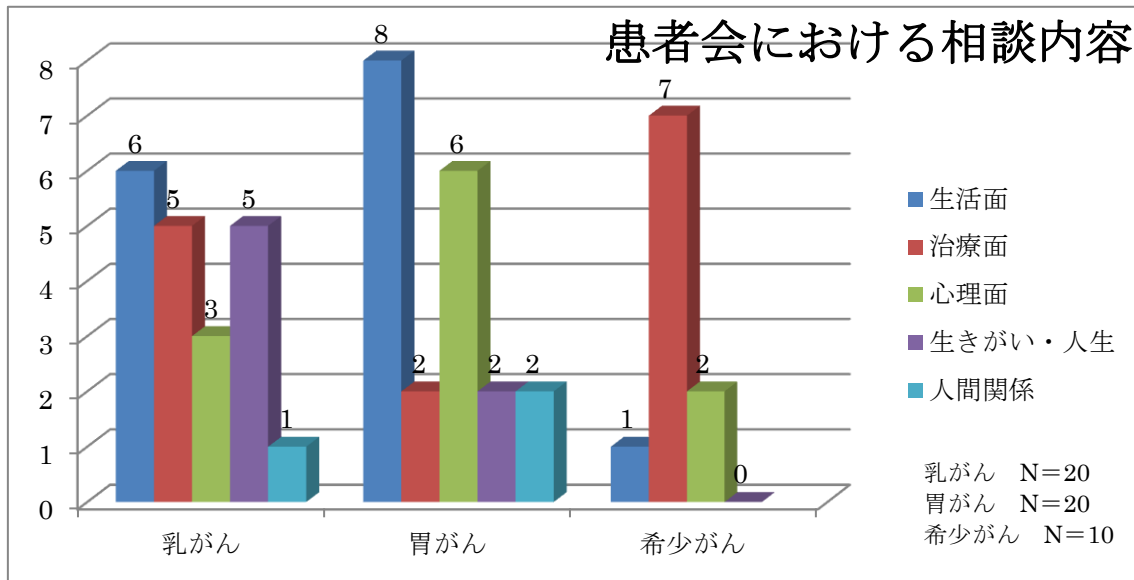


図2. 患者会における相談内容の内訳

その特徴とは、がんの種別によって相談内容に差異が見られたことである。乳がん・胃がんは生活面の相談が多かった。これは、治療後の後遺症に悩むことが多いことと関連していると思われる。インタビューにおいて、「浮腫やしびれの対応はどうしたら良いか (乳がん)」「既成の下着は合わないけどみんなどうしているのか (乳がん)」「トイレが困る (胃がん)」「排便が一定しない (胃がん)」「外食時の食べ物に困る (胃がん)」等の声が聞かれた。一方、希少がんは、その特殊性からか治療面に関する相談が多かった。標準ガイドラインが明確に定まっていない状況も反映してか、医療機関の選択も含めた治療に関する悩みが多かった。

さらに、今回のインタビュー結果から興味深いデータとして、「がんの体験を活かした活動」が示された。これは「生きがい・人生」における相談の関連項目として示されたものである。患者会における先輩メンバーからの助言や示唆は、参加者の悩みの解決に留まらず、自らが今度は相談の担い手として活動したいと思わせる行動変容に繋がる何かがあるのかもしれない。ただし、今回インタビューした患者会では、そうした活動を「ピアサポート」とは呼んでおらず、その自覚も無かった。「お互い様」「助け合い」「支え合い」等のキーワードを用いて活動していた。患者会では、ピアサポートという用語の認知・流布とは関係なく、がん体験者によるピア（仲間）の視点による相談支援活動が行われていた。

4-2. カリキュラムに着目したピアサポーター養成に関する状況

4-2-1. PDCA サイクル：①Plan (計画)

現在、がんピアサポーター養成に関する標準化されたカリキュラムは存在しない。

行政も含めて、個々に関心のある団体等が独自に養成しているのが現状である。そこで、行政も含めた養成団体5カ所の現況調査をした。その詳細は表2に示したが、個々の状況に応じて養成されていることが明らかになった。

表2. ピアサポーター養成の現況調査

区分	カリキュラムの公開	養成時間	修了試験	活動の場の提供
がん患者関係団体 A	有 (項目のみ)	38 時間	有	登録にて有
がん患者関係団体 B	無	10 時間	無	無
がん患者関係団体 C	無	7 時間	無	無
企業	有 (項目のみ)	32 時間	有	登録にて有
行政	有 (項目のみ)	7 時間	無	無

註) 団体によっては、ピアサポーター以外の名称を使用している

こうした状況に鑑みて、NPO 法人ミーネットの協力を得て「大野・ミーネット 2010 モデル」を共同開発し、アクションリサーチした (表3・表4参照)。このカリキュラムモデルの特徴を表3に示したが、習得すべき内容をグレード別にしたことで、受講生自身がニーズに応じて選択できることを可能にしたことと、教育の質を担保する為に修了試験を設けたことは、他団体の養成状況と比較しても特筆すべき点である。

表3. 大野・ミーネット 2010 モデルカリキュラムの特徴

- コース別に3コースの設定
- 「基礎講座」「がん種別講座 (11分野)」「ピアサポート実習 (患者会含む)」の3大領域による編成
- 履修時間は「基礎講座24時間 (4日間)」「がん種別講座36時間 (2か月連続11回講座)」「ピアサポート実習9時間 (3回) 以上」
→ 69時間以上をほぼ1年かけて履修
- 各コース修了時に修了認定試験を実施 (7割以上を合格)
- 講座・実習において毎回、リフレクションシートを提出

表4. PDCA サイクルを用いたアクションリサーチ

段階	概要	具体案	主担当
Plan (計画)	大野・ミーネット2010 モデル作成 (試案)	活動内容別に基礎資格(C1)・ 応用資格(C2)・応用実践資格 (C3)の3コースに対応するよう 設定	研究者
Do (実施)	ピアサポーター養成	NPO法人ミーネットが主催し、 講座の一部を講師として研究 者が担当	ミーネット
Check (評価)	マルチメソッド	分析材料は参与観察日誌・質 問紙・受講生レポート・インタ ビュー記録であり、最初に研究 者が第一次分析をしたものをメ ンバーでピアチェックし継続を 評価	研究者・ ミーネット
Act (改善)	試案の修正	研究者の作成した中間報告書 を基に、両者で検討会議を行う	研究者

4-2-2. PDCA サイクル：②Do (実施)

図3に示した流れで、講座を実施した。講座の実施主体はNPO法人ミーネットで、講座のアンケートやレポート等、教育評価は筆者が担当した。併せて、受講生の提出課題として毎回振り返りシート（以下リフレクションシート）を配布回収した。また、すべての講座に筆者はフィールドワークし、基礎講座の「ピアサポート概論」「ピアサポート実践」の一部を講師として担当した。

尚、C3 修了認定試験を基礎講座・がん種別講座終了後に行い、C2・C1 修了認定試験は応用講座終了後に筆記試験を通信で行った。実習に関しては、リフレクションシート及びピアサポート相談記録を提出課題とした。これらすべての回収資料は、筆者とNPO法人ミーネットの双方で確認し、リフレクションシートのコメントは筆者がスーパーバイザーとして記入した後、受講生には返却した。配布回収等の事務的手続き一般は、NPO法人ミーネットが担当した。

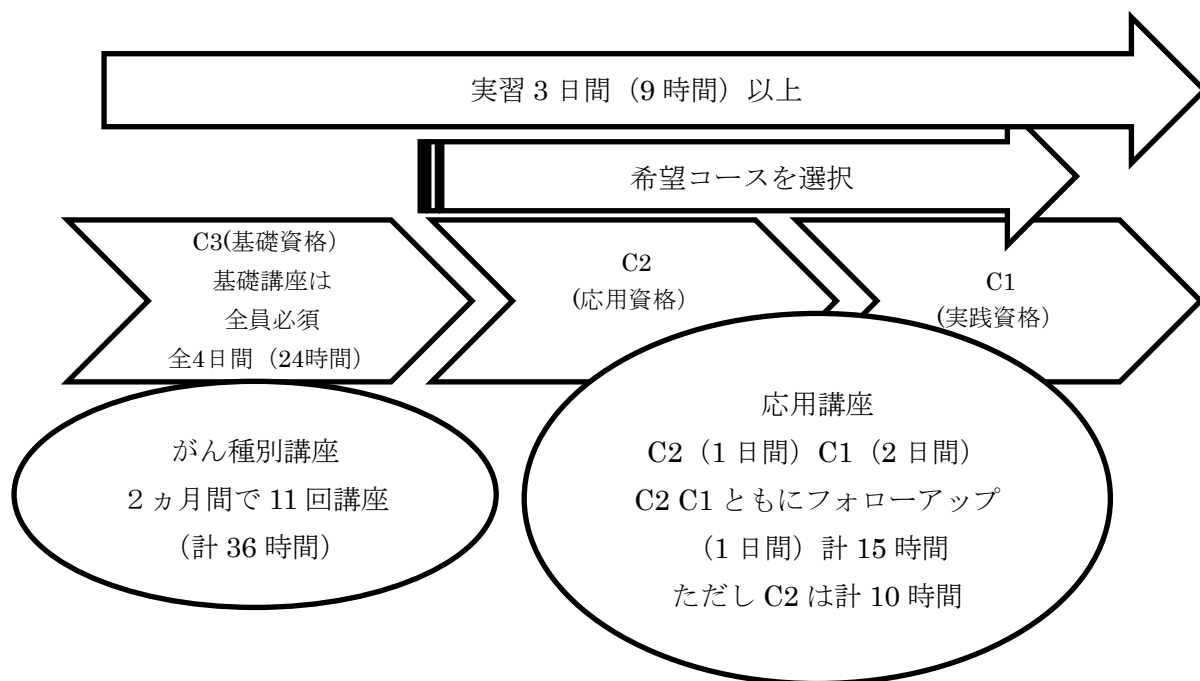


図3. 学習プロセス

4-2-3. PDCA サイクル : ③Check (評価)

まず、分析の方法は定性（質的）・定量（量的）の複数の視点を組み合わせたマルチメソッドアプローチ（多元的方法）を採用した。分析データは、フィールドノーツ（現場観察日誌）、アンケート及び感想レポート、講義資料、配付資料、関係者会議資料である。アンケートの選択項目に関しては単純集計を用いて分析し、その他は文字テキストデータのコーディングによる質的分析を行った。

以下、基礎講座とがん種別講座、そして応用講座に分けて述べる。まず、受講生の概要であるが、構成比は総数 33 人中、がん患者が 20 人（61%）と最も多かった。次に、がん患者でありながら医療関係の資格保持者が 5 人（15%）、その他、同数でがん家族と医療関係者が 4 人（12%）であった。受講生の年代別男女比は、男性は 50 代、女性は 40 代が多く、男女比は 3 : 8 と女性の受講者が多かった。コース別の割合は、C1 の希望者数が 16 名と最も多く、次いで C3 の 11 人、C2 の 6 人という順であった。

①基礎講座終了後の結果

受講前（N=32）と受講後（N=33）の比較から、受講前はピアサポートイメージを持っていない人が過半数で 20 人（74%）と多かったものの、受講後は持っていないが 7 人（26%）へと減少した。受講したことにより、自身のピアサポートイメージが明確に

なっている。

これは、2010 モデルにおけるサポート前の「個人プランニング」の効果であると考えられた。個人プランニングは、教育学分野におけるピアサポート研究成果の蓄積から、事前に実践計画を自ら立案することにより、自己肯定感の向上と積極的関心の向上が見られるという実績に依拠している（池本 2009）⁴。実践前に具体的なイメージを描くことで、その後の実践活動がスムーズになり能動的な態度が促進されるのである。

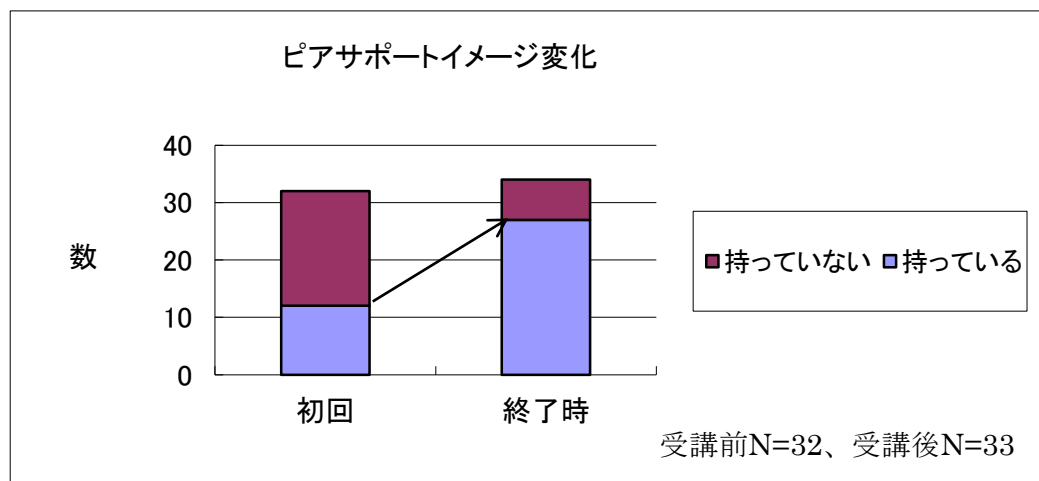


図4. ピアサポートのイメージ変化

そして、基礎講座の修了認定試験は、期日を設けた通信の形態で行った。がん種別講座を除く基礎講座4日間の範囲からの試験であり、受講資料からすべて出している。7割以上が合格であるが、受講生全員が合格であった。

②がん種別講座終了後の結果

次に、がん種別講座の結果である。がん種別講座は、11分野から構成された選択制であるが「放射線療法」「化学療法」「緩和ケア」の3項目は必須であった。講師はその領域の現役専門医師が担い、1講座30分程の講義とその後の質疑応答という形式によって開催された。尚、今回の講座は受講生以外の一般参加も併せて募った為、受講生に限定したものでは無かった。

講座は、11分野からの幅広い領域による基礎知識から最新の知識まで網羅した専門性の高い講義編成であった。受講生の中には初めて耳にする専門用語が飛び交う講座であったかもしれないが、各講座のスライド資料を事務局が配付資料として用意していたことで、テキストとして振り返ることが可能であった。また、質疑応答の時間が設けられたことで、受講生だけでなく一般参加者からの質疑のやりとりも含めて関わ

⁴ 池本しおり：高等学校におけるピア・サポート活動—あたたかい学校風土づくりのために、現代のエスプリ 502、121-129、2009

ることが出来、幅広い知見が得られたと思われた。例えば、がん拠点病院に設置が義務付けられているがん相談支援室の相談員研修のカリキュラムと比較してみると、こちらは5大がんに限定したものとなっており明らかに学習量の差は歴然としている。

しかしながら、医師の講義は専門用語が頻繁に発せられた。学会で使用したスライドを邦訳せずにそのまま使用した講師等に関しては、「これは医学生向きではないか」「何を言っているのかさっぱり分からない」等、講義内容に関しての不満も一部に見られた。ただし、「自分の治療法に関して詳しい説明があったので理解が深まった」と自身と同じがん種に関しては肯定的な感想が見られたので、どこまでのがん種を学ぶ必要があるのか、その学習量はどれほど必要なのか、具体的なラインを定めていく必要があると思われた。

③応用講座終了後の結果

この講座は、基礎資格（C3）の上級資格として設けられたC2・C1資格取得のための講座であった。がん情報をナビゲートするために情報リテラシーを学ぶ、応用実践2日間とフォローアップ1日間の計3日間であった。プログラムの詳細はNPO法人ミーネットが決定し、内容分析を筆者が担当した。

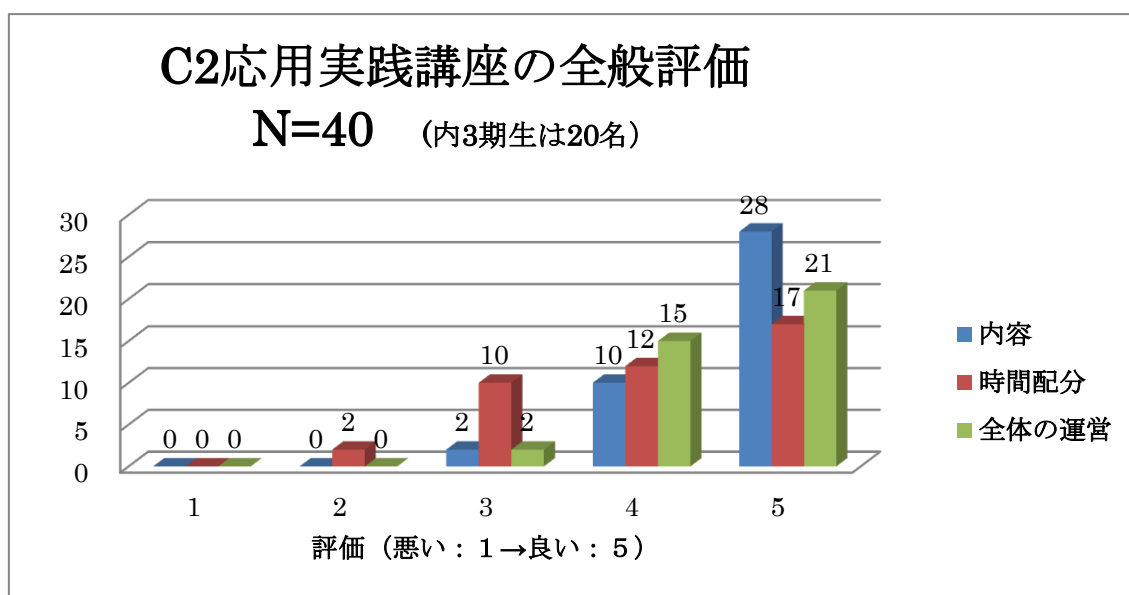


図5. C2 応用実践講座の全般評価

図5～7は受講生のアンケートから抽出した応用講座の評価である。初回のC2講座の内容についての評価は高いが、時間配分・運営等について評価が低かった。だが、翌日のC1講座になると、C2レベル講座に比べて、時間配分・運営等の評価が高くなった。そして、約1か月後のフォローアップ講座では、時間配分・運営等の評価が低

く応用実践講座初回の時と類似する傾向であった。

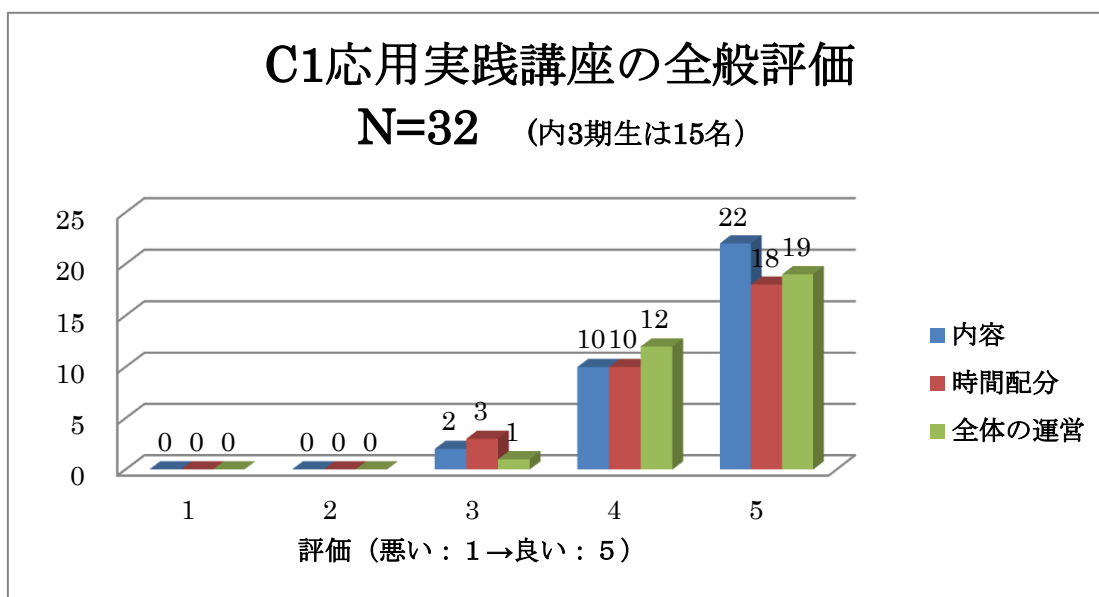


図6. C1 応用実践講座の全般評価

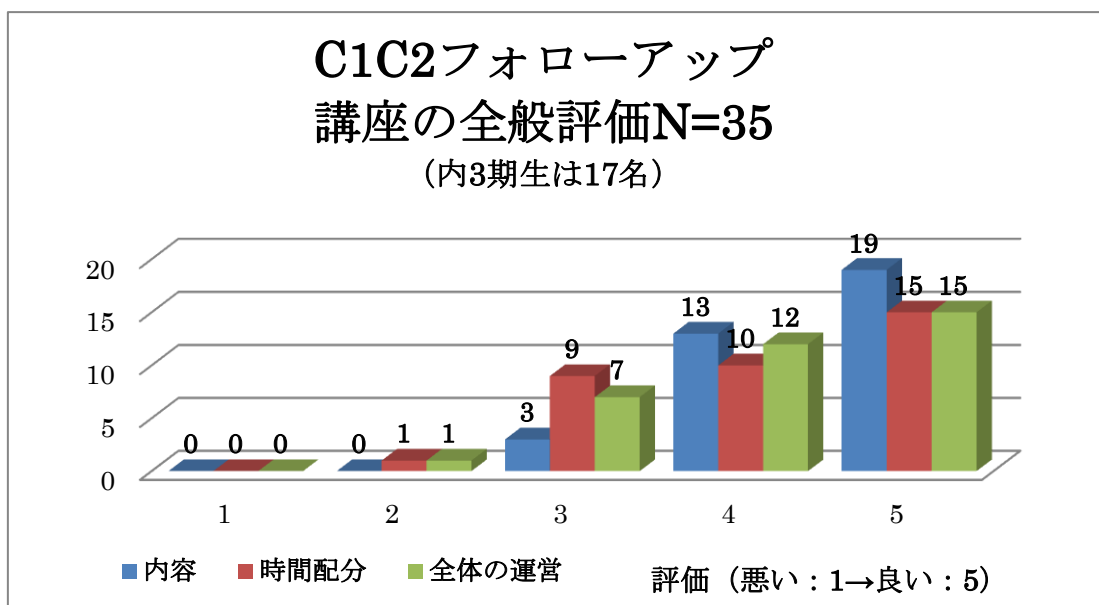


図7. C1・C2 フォローアップ講座の全般評価

次に、受講生のアンケートの感想部分の自由記述をカテゴリ化した。大きく分けて、図8に示した「メンバー間の交流」「学びによる気づき」の2項目が抽出された。

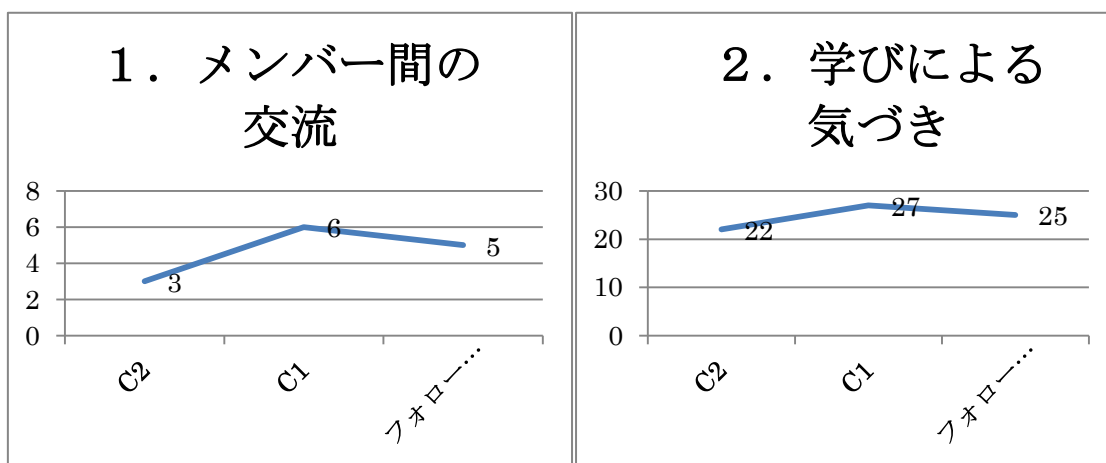


図8. アンケートの自由記述

試験は、C2 レベルと C1 レベルの 2 種であった。したがって、C1 レベルの受講生は C2 レベルも併せて試験を受ける必要があった。試験内容は各講座の内容に基づく配布資料からのもので、具体的な範囲も示した。各 1 問のみ自分の考えを述べるレポート形式を採用した。試験形態は 1 週間ほどの期日を設けた通信とした。

以上から、満点が当然であるが C1 レベルの満点は 17 名 (N=32)、C2 レベルの満点は 34 名 (N=35) であった。最低点は C1 レベル 80 点、C2 レベル 97 点であったが、全員合格であった。

4-2-4. PDCA サイクル : ④Act (改善)

これまでのプロセス (①から③の計画から評価まで) を基に、実践者である NPO 法人ミーネットと全日程を参与観察してきた筆者とで今後の課題と改善すべき点を検討した。表 5 に一覧にしたが、そのうちの主たる問題を 2 点採り上げ以下考察した。

表 5. 問題点と改善点

問題点	改善点
運営全般に関すること ・ 日程 (コース/時間配分/進行速度) ・ 役割分担 ・ 費用	1. 日程に余裕を持たせるように修了期限を 1 年とする 2. コースはピアサポートに関する基礎的事項に重点を置いた一本化とする 3. 全体の進行を把握できるマネージャーの存在等、事前に役割分担を決め責任の所在を明らかにしておく 4. 個々の団体では限界があるので公的機関からの助成は不可欠
受講者に関すること	1. 対象者は、がんの治療体験者に限定し、その他の人

<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の選定 ・がん治療後の年数 	<p>は単発講座か別途医療者用コース等、別枠にする</p> <p>2. がん治療後の年数設定は、受講中に再発し治療開始となることもあるので一概に決められないので、ひとまず受講開始時に寛解状態であることとする</p>
<p>講座内容に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学知識の範囲 ・座学と実践の比 ・講師の選定 ・ピアサポート実習のルール 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医学知識に関しては必須項目（放射線・化学療法・緩和ケア）と選択項目（自身のがん種）を基本とし、他のがん種は自主選択学習とする 2. 座学よりロールプレイやグループワーク、実習等を多く採り入れた実践面を重視した内容が現実的である 3. 講師は幅広く拠点病院を中心とした編成 4. 今後の予定として外部の講師に依頼するだけでなく認定ピアサポーターを受講生のチューターとして活躍できるトレーナー養成も視野に入れる 5. 院内ピアサポートの現場実習では、病院ごとにピアサポーターに求めるものが違うので、基本のルールとともに各病院の対応マニュアル等を作成しておく必要がある 6. ピアサポート実践においては、治療や診断に関する医療判断は行わない

1 点目として、受講対象者を限定するか否かの問題である。これは、ピアサポートとは何を指し、ピアサポーターはどのような役目があるのかという根拠に基づいて考える必要があるが、今回のようながんの体験者でもあり医療者（医療系資格保持者）の場合はどうなるのか。フィールドワークにおいて、彼らの指示的場面を幾度と見た。具体的には、グループワークによる事例検討で専門用語を並べて他の受講者に説明したり、時には説明だけでなく「こうしなければならない」とあるべき論を多用したりしていた。受講者のリフレクションシートからも、「〇〇さんは看護師さんだから、そういう対応が出来るかもしれないけど私には難しい」「自分の知識不足を思い知った」という記述が数人あった。いくらがんの体験者であっても、医療者は医療者の枠組みを外すことが出来ないのかもしれない。それに、他の受講者も彼らのがんの体験者同士と言うより、医療者として意識しているのかもしれない。

したがって、「ピア」というそもそもの「がんの体験を持つ仲間」の定義から考えると、がんの体験者でもあり医療者である人、がん患者の家族や遺族、がん患者を支援

したい人等は別枠で養成した方が良いのかもしれない。ただし、体験は唯一無二のその人独自のものなので、寸分違わぬ同じ体験と言うものは存在しないことを理解しておく必要がある。今後の調査研究が望まれる。

2点目は、がんの医学的知識の履修範囲である。フィールドワークで受講者が「自分のがんはおさらいが出来て良かったけど、他のがんはさっぱり」と医学知識の難しさを吐露していた。今回は一応、コースによってがんの種別講座を選択にしてあったものの、患者会を併設したこともありなるべく受講者は参加することが求められていた。その為、初めて聞く用語ばかりで、「そこまで、勉強する必要があるのか」という声も聞かれた。

また、中には「知識ばかりだと頭でっかちになって、つつい相談の時に医療的なことを言ってしまうのではないか」と、ピアサポート実践での医療判断という点に照らして心配する声もあった。今後、ピアサポーターが、医療相談のどこまでを射程とするかは重要な問題である。実際のピアサポート場面では、がんの漠然とした心配から具体的に診断や治療に関する話題へと相談内容が移っていく場合が多かった。そうした時に、ピアサポーターの強みとして自身の治療体験を話しながら相談者の悩みに寄り添い、その問題の解決に向かって一緒に話し合っていた。

しかしながら、一步間違えばその対応次第で相談者はピアサポーターから治療について指示されると誤解される可能性がある。主治医の薦めと違う治療法をピアサポーターが提示したとしたら、いくら自身の体験に基づいたものであれ、相談者と主治医の関係をこじれさせる要因にもなりかねない。場合によっては、医療行為に接触する事態であり法的にも問題である。そうすると、ピアサポートの「つなぎ機能」は消失し、ピアサポートによって患者は不利益を被る可能性が出てしまう。

新たな知識を習得すると、それをを用いて試してみたい衝動に駆られることは想像出来るが、それゆえ、どのようにその知識を活用するか、技法的な演習が必要なのだろうと思われる。総論としてピアサポーターは医療行為に携わらないけれども、がんという特殊性からその知識をある程度学んでおく必要があると言うのは、ピアサポーターら多くの見解である。しかしながら、どこまでの知識が必要であり、そして、それをどのように活用するか各論での討議が成されていない。現実的に、線引きすることは難しいと思うが、こうした各論レベルにおいてもガイドラインを示していく必要があると考えられる。

4-3. がん患者学とがん教育の実態

4-3-1. 学校教育におけるがん教育の現状

がん対策基本法の分野別施策の「がんの予防」では、3年以内に未成年者の喫煙率を0%にすることが設定されており、これは子どもに対するがん教育との関係が深い分野であるが、現状は学校教育において、がんに特化した教育は行われていない。が

んを扱うことが予想されるのは、「保健」の授業であるが、新学習指導要領の保健に関する分野において、がんと言及した記述は見当たらなかった。関連する記述として、喫煙との関係で肺がん、生活習慣病との関連で悪性新生物が示されているだけで、がんの特化した教育は現状では行われていないのであった。

周知のごとく小学校3年次から高等学校2年次まで「保健」の学習が必須である。小学校では「体育」科目において「保健」が位置づけられており、中学校では「保健体育」科目において「保健分野」として、高等学校では「保健体育」科目において「保健」として位置づけられている。このように保健は小学校3年次から必須であるが、現状として体育に授業時間が多く割かれており⁵、また、がんに関する教員の知識は一定で無い⁶。

表6は、代表的な教科書の「がん」関連の記述を一覧にしたものであるが、全般的に生活習慣病との関連でがんが採り上げられており、学年が上がるにつれて若干内容が追加された傾向となっていた。ただし、特筆すべきは「高等学校保健体育（株式会社第一学習社、平成20年）」のがんの扱いである。がんの特化した内容で、見開き2ページ全面にわたって「がんの予防」という観点から記載されていた。

表6. 教科書の「がん」関連の記述

<p>小学校</p>	<p>「新・みんなの保健5・6年」からの抜粋 株式会社学習研究社 平成20年</p>	<p>(生活習慣が関係する病気) がんがん細胞が増えていって、体のはたらきが悪くなる。</p>
<p>中学校</p>	<p>「新編新しい保健体育」からの抜粋 東京書籍株式会社 平成20年</p>	<p>(生活習慣病とは) がん喫煙や動物性脂肪の取り過ぎ、野菜の不足などが関係しています。 がん日本人の死因上位をしめる生活習慣病。 がんがん細胞が無秩序・無制限に増殖して、まわりの健康な組織をこわして起こるもので、特に肺がんは喫煙との関係が深く、死亡率も高い。</p>

⁵新小学校学習指導要領（平成23年度から全面実施）では1年次102単位時間／2年次105単位時間／3・4年次101単位時間（内保健は2学年間で8単位時間程度）／5・6年次82単位時間（内保健は2学年間で16単位時間程度）となっており、新中学校学習指導要領（平成24年度から全面実施）では、体育分野が3学年間で315単位時間／保健分野が3学年間で48単位時間である。明らかに体育分野の比重が大きいことが分かる。

⁶教職課程において「がん」の専門知識を学ぶ課程は無い。個々の裁量範囲である。

高等学校	「現代保健体育」からの抜粋 株式会社大修館書店 平成 20 年	(生活習慣病と日常の生活行動) がん正式には悪性新生物という。がんの特徴は、細胞が無制限に増殖することと、転移することである。肺・胃・肝臓・大腸・乳房などのがんが代表的で、胃がんは減少を続けているが、肺がんについては男女ともに増加中である。
	「高等学校保健体育」からの抜粋 株式会社第一学習社 平成 20 年	(がんの予防) 見開き 2 ページ全面にわたって、①がんの発生と予防②がん医療の現状と進歩③正しいライフスタイルの形成と早期発見の 3 項目から「がん」に特化した内容を扱っている。

このように、学校現場においては、生活習慣病との関連で「がん」が採り上げられていることが明らかになった。学習指導要領においては「がん」に特化した記述はなく「保健体育」の教科書において生活習慣病との関連で学ぶ形式であった。

4-3-2. 愛知県がん対策推進計画アクションプランの事例から

がん教育を示唆する「小学生、中学生及び高校生に対する適切な生活習慣とがんの知識の周知」を掲げた愛知県がん対策推進計画（以下愛知アクションプラン）に関するフィールドワークから、がん教育の現状を検討した。

地方公共団体の責務（基本法第 4 条）として、「基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する」と、地域の特性に応じた施策の策定が位置づけられている。更に、都道府県がん対策推進計画（基本法 11 条）において、「当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画を策定しなければならない」と、その責務が明示されており、先の基本計画と連動していく仕組みとなっている。

表 7 に愛知アクションプランの分野別の施策を示した。「予防」「治療」「研究」を基軸にして、個々に目標が設定されている。国が策定した基本計画と連動したものとなっているが、愛知県独自の取り組みとして①東海 3 県で初めてとなる粒子線を利用した治療施設の整備②小学生、中学生及び高校生に対する適切な生活習慣とがんの知識の周知③小児がん患児とその家族への支援体制の整備の以上 3 つが掲げられていた。

特に、この②と③に関しては教育分野からの介入と支援が不可欠であると思われるものであり、医療との協働において教育の比重が高いと考えられる。また、表 7 の傍線部は教育的介入が必要と思われる項目であり、このように愛知アクションプランは、「予防」「治療」「研究」のすべての分野で、がん教育との関連が見られた。

表 7. 愛知アクションプランの分野別施策（傍線は筆者）

予 防	がんの予防の 推進（1次予防）	①喫煙対策の一層の推進 ②食生活とがんの予防に関する知識 ③運動習慣とがんの予防に関する知識 ④小学生、中学生及び高校生に対する適切な生活習慣とがんの知識の周知
	がんの早期発見の 推進（2次予防）	①がん検診の精度管理の向上 ②がん検診の受診率の向上
治 療	がん患者とその家族が納得できるがん医療が受けられる体制の整備	①県内どこに住んでいても高度ながん医療が受けられる体制の整備 ②治療の初期段階から切れ目なく緩和ケアが受けられる体制の整備 ③在宅医療の推進 ④放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成 ⑤がん医療に関する相談支援及び情報提供の拡充 ⑥小児がん患児とその家族への支援体制の整備
研 究	がん医療に資する 研究の推進	①がん登録の推進 ②粒子線を利用した治療施設の整備 ③がんの予防及び難治がんの治療を目指した研究の推進

そこで、愛知アクションプランと関係のある教育機関と医療機関への半構造化インタビュー調査⁷を実施した。対象は、愛知県教育委員会、名古屋市教育委員会、愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課、名古屋市病院局の4部門である(N=4)。くわえて、当事者としての体験からがん教育をどのように捉えているか、がん体験者にもインタビューした(N=3)。なるべく自由な語りを重視したい為、がん体験者へは自由度の最も高い非構造化インタビュー調査を実施した。その際、自由に発言出来るよう、インタビュアーは傾聴に努め発言を阻止しないように心がけた。それぞれのインタビュー時間は約30分前後であった。

インタビューデータの分析は質的分析の手法により以下の手順で行った。①発言者

⁷ インタビューは、構造化の程度によって構造化インタビュー、半構造化インタビュー、非構造化インタビューに区分されている。事実の内実を探究したい場合は、半構造化インタビュー及び非構造化インタビューが適している。本研究は、がん教育のあり方を探ることを目的とした為、半構造化インタビュー及び非構造化インタビューを用いた。Wengraf, T: Qualitative research interviewing, London: sage

の語りを抜き出し意味のまとまりごとに区切り、それぞれにラベルを貼り付けていくコード化をした（第一次コーディング）。②類似するコードをグループごとにまとめて比較し、サブカテゴリを生成した（第二次コーディング）。③サブカテゴリ同士を集めて比較しコアとなるカテゴリを生成した（第三次コーディング）。④カテゴリとサブカテゴリの関係、そして、これらの基となるコードを照らし合わせて検討した。⑤妥当性の検討をする為に、対象者へのフィードバックと有識者によるチェックを受け確認作業を行った。

その結果として、愛知県がん対策推進計画にがん教育が示唆されているものの、実際は他部門との連携が図れておらず、がんの特化した教育は実施されていないことが明らかになった。こうした現状は、愛知県に限らず学校教育全般において示されていた。他部門との連携が重要な要素であると認識しているにもかかわらず、現実には行われていなかったのである。特に、小・中・高校生へのがんの知識の周知を図るためには、医療現場だけでは無理である。子どもたちにとって、最も身近な場所は病院ではなく学校であるゆえ、その実施主体は教育現場であると言っても過言ではない。がん体験者らも一様に、がんは特別なものではなく誰もがなり得る病気であるので、子どもの時から正しい知識の習得が必要であることを実体験から述べていた。小児がん患児の退院後のフォローケアの点からも、教育と医療の協働は重要課題であり、ヘルスプロモーションの概念⁸とも関係することから、学校教育におけるがん教育の位置づけを再考しなければならないことを強調しておきたい。

ところで、がん教育の担い手のひとりとしてピアサポーターの活動事例を以下に示した。ピアサポーターは、自身のがん体験を生かして、がんの体験を語り伝えることが出来る。医療者の視点からがんの知識を伝達することも重要であるが、学（理論）としての側面だけではリアリティに欠ける。子ども達の中には、はるか遠い出来事のように思ってしまうかもしれない。そこを補うことが可能なのは、医学的知識に加えて、生の体験の語りにより共有することによるイメージである。この事例は、筆者がフィールドワークで知り合った40代乳がんの患者Aさんの子ども（10歳）Bちゃんへのがん教育のエピソードである。

事例1 <ピアサポーターによるがん教育>

Aさんは、夫と10歳の女兒Bちゃんと3人でマンションに暮らす核家族である。Aさんは、乳がんと確定されたわけではなく疑いと診断されており、はっきりさせる為にも手術が必要であると説明を受けている。Aさんは、自身のがんのことを受容できて

⁸ ヘルスプロモーションとは、WHO(World Health Organization：世界保健機関)が、1986年のオタワ憲章で提唱した新しい健康観に基づく21世紀の健康戦略で、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義されている。

いない。ひとり娘の女兒には、がんのことを伝えておらず、今後の入院・手術、そしてその後の切除後の創部を娘に知られることが一番の心配であった。と言うのも、Aさんが病院通いを始めてからBちゃんが学校で嘔吐を繰り返し、クラスで浮いた存在になっていると担任の先生から言われたからである。Aさんは、Bちゃんが不安定な状態であることから、病名を告げることは困難だと思い、また、どのように子どもに告げれば良いのかも分からないので思案していた。手術を間近に控え、Bちゃんのことを気がかりなAさんは、ある患者会で、ピアサポーターに相談した。

(ピアサポーターCさんの対応)

CさんはAさんと同じ乳がんの体験者で、10年前に手術した60代前半の女性である。Aさんの一連の経過を聞いた後、BちゃんはAさんの病気を薄々気づいていると思われるが、Aさんから何の説明もないので、かえって不安が増強しているのではないかと。Bちゃんの不安を取り除く為には、がんであることを伝えること、がんの正しい知識を教えることだと言い、Cさんも手伝えることを申し入れた。

そして、CさんはAさんとともに、Bちゃんに分かる言葉でがんの原因・治療・治療後の生活等を説明した。「お母さんは、私に黙って遠くに行っちゃうのかと思っていた。」とBちゃんは思っていた。Bちゃんはがんの説明を聞くと安心したのか、落ち着きを取り戻し、学校生活もスムーズに行くようになった。

(Cさんのがん教育についての見解：インタビューから)

Cさんは、子どもだから分からないではなく、その子どもなりに分かる言葉でがんを包み隠さず伝えることが重要だと述べる。だから、がんとはっきり病名を伝える。そして、そのがんについて原因・治療・治療後の生活と一連の流れを話す。そうすることで、子どもはむやみに不安を煽ることなく親のがんに一緒に向き合えるのだと言う。子どもへのがん教育は、学校現場の協力も必要だが、がんの体験者だからこそ伝えられるものがあるはず、だからこそ、このような体験者による出前教育みたいなものが必要だと考える。

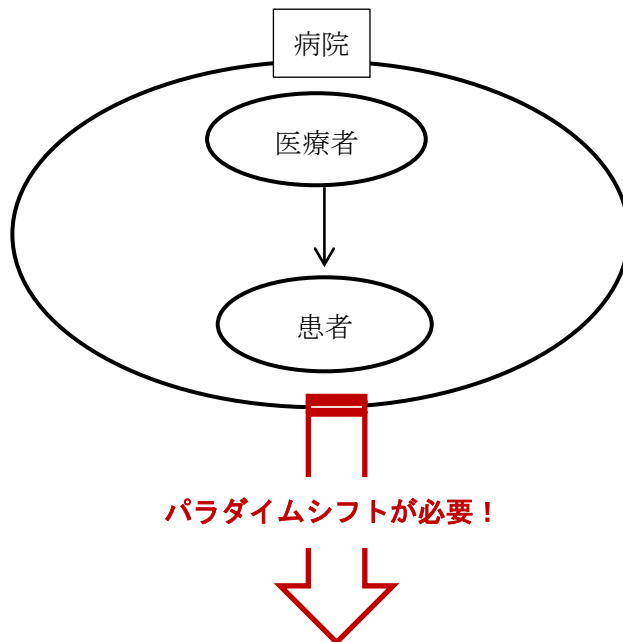
(考察)

事例1の場合は、「子どもへの親のがん告知」の問題の特徴である。がん教育は、予防の観点から進められるという見解が一般的に多いが、でも、この事例のように親のがんが子どもに与える影響、家族と言う単位で捉えた場合の家族ケアシステムの概念からも、子どもへのがん教育は重要な問題であることが解る。今後、Cさんのようながん体験者の活動が期待できるのではないかと考えられた。

4-4. がんピアサポートシステムモデルの構築

以上の結果から、がん患者支援システムとして、ピアサポートシステムモデルを図9に示した。

＜従来のがん患者支援：院内完結型支援＞



＜がんピアサポートモデル：地域医療連携型支援＞

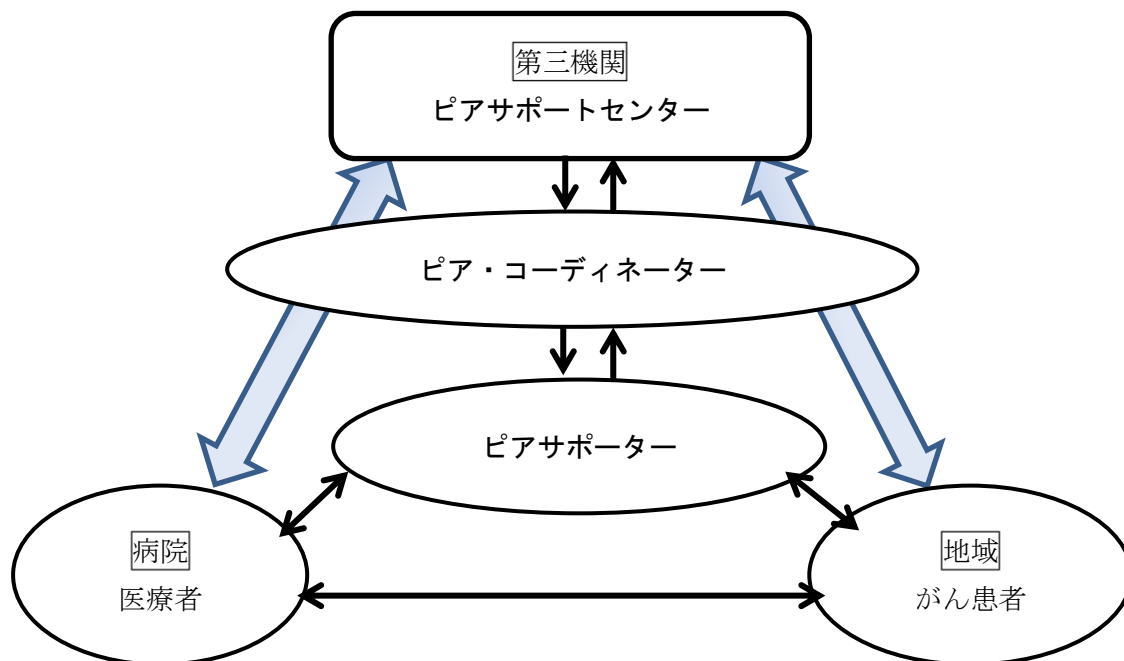


図9. がんピアサポートシステムモデルの構築に向けて
出典：大野（2011c）

5. 結語

ピアサポートの特徴として、ピアサポートは、新たにながんに罹患する患者だけが有用なのではなく、ピアサポーターにも有用であることがフィールドワークから示された。共に闘病体験を共有する両者だからこそ、双方向の支援システムとして、互いのQOLが高められるのである。

これまでに各地でピアサポート活動の取り組みが見られるようになったが、そのニーズと実態把握がなされていなかった。また、ピアサポーター養成に関しての統一基準が無く個々の団体が必要に応じて養成していた。こうした現状においての本研究の成果は、がんピアサポート研究を前進させるものであり、地域で暮らす在宅がん患者支援の在り方に一助を示すものであったと思われる。

がん体験者の増加により地域で生活する暮らしの視点が医療者側に求められるようになったが、医療者は近年の在院日数の短縮化により治療に特化するなかで、暮らしの視点を備えたケア及びサポートを行うことが現状として難しい。そこで、その相補的な役割として地域と医療をつなぐ機能が「ピアサポート」であると考えられる。がん体験者らが地域で暮らしていく為には、自身のアイデンティティを失わず社会と繋がっていることが重要なのである。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました関係者の皆様に深謝いたします。

付記

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成によるものであります。研究助成に、心より感謝いたします。

尚、本研究成果の一部を、『がん教育の現状と課題—愛知県がん対策推進計画を事例として—（人間文化研究No.15）』と、『がんピアサポートシステムに関する実証的研究—がん患者支援におけるピアサポートモデルの提示—（名古屋市立大学博士学位申請論文）』に発表しました。