

患者主導型がんサロンに参加するがん患者の話題の類型化
—— 在宅で生活するがん患者に焦点をあてて ——

Classification of Discourse among Cancer Patients Participating in a
Patient-Led Support Group : With a Focus on House-bound Cancer Patients

中村 明美

NAKAMURA Akemi

武庫川女子大学大学院 教育学研究論集

第 18 号 2023 年

患者主導型がんサロンに参加するがん患者の話題の類型化

——在宅で生活するがん患者に焦点をあてて——

Classification of Discourse among Cancer Patients Participating in a Patient-Led Support Group : With a Focus on House-bound Cancer Patients

中村明美*

NAKAMURA Akemi*

要旨

本研究の目的は、患者主導型がんサロンに参加しているがん患者の会話を基に話題を抽出し類型化することにより、在宅で生活するがん患者の悩みや日常生活の課題を明らかとすることにある。参与観察の結果、がん患者の話題は話題件数105件、種類数84種となった。新たな類型化の分析方法によりがん患者の話題の類型化は、42中分類の類型を得た。日本対がん協会（2016）などの定義の11大分類に、新たに3大分類を追加、再構成することで14大分類の類型を得た。新たな3大分類「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」は、専門職が行う相談業務の11大分類にはなかったことから患者主導型がんサロンの特徴や効果を示した。またがん患者の話題は、同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。患者主導型がんサロンには専門職のインフォームド・コンセントに基づいた医療や社会資源の情報では補うことができない、がんという経験を通し、病気とともに歩むための生活上の創意工夫など、同病者同士の経験による知の共有と蓄積の活用という同病者支援ならではの支援機能が示唆された。

1. 緒言

日本人が生涯においてがんに罹患する確率はおよそ2人に1人といわれ、1981年から死因のトップである。がん医療の進歩や普及によって、がんの早期発見や患者の生存率も向上しているものの、がんの罹患率や死亡率は依然高い¹⁾。そのため社会保障費の増大も大きな課題となっている。2002年の診療報酬点数改正では公的保険の適用範囲を在宅医療や外来診療に拡大し、現在もその範囲を拡大している²⁾。これにより、患者は自宅で日常生活の営みや社会生活を継続しながら治療・療養が可能になった³⁾。つまり、がんは非常に身近な病気となり、また地域でがん患者が療養生活していることは珍しいことでもなくなった。

現在、国の施策として、地域で生活するがん患者とその家族等の支援のあり方と共に、がんを社会全体の課題として捉え、がんになっても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築が急がれている⁴⁾。がんになっても安心して暮らせる地域の創成として、1990年後半からがんソーシャルワーク領域では緩和ケアや看取りケア、小児がん患者を対象に研究が進んでいる^{5) 6)}。がん患者の悩みや生活課題は先行研究の医療施設内（がん相談支援センターなどを含む）において専門職が実施している相談から明らかになりつつある^{7) 8) 9) 10)}。一方、地域で生活して

いるがん患者の悩みや日常生活上の課題についての研究はこれからの課題である。

そこで、本研究は在宅で生活するがん患者の悩みや課題を分析するためにがんサロンに焦点をあてる。がんサロンに着目する理由は、地域でがん患者が自由に交流する場はがんサロン以外には確認できないからである。

がんサロンの設置は1995年に始まるが、2008年がん対策基本法に基づいた「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に“がん患者及びその家族が心の悩みや体験を語り合うための場を設けることが望ましい”と明記されたことにより、全国に運営が広がった¹¹⁾。同指針により全国の医療施設内でがんサロンが多く開設された。がんサロンは誰が主導、運営するかによってタイプが分かれる¹²⁾。本研究ではがん患者が主導する運営タイプのがんサロンを患者主導型がんサロンと規定し、本研究の対象とする。調査対象の患者主導型がんサロンはがん患者や家族が自発的に設立し、地域や医療施設内に開設している。

本研究では、患者主導型がんサロンをフィールドとして、そこに集うがん患者の会話を基に、話題を抽出し類型化を行うことで、地域で生活しているがん患者の体験や悩み、日常生活の課題を明らかとすることを目的とする。

* 武庫川女子大学 (Mukogawa Women's University)

2. 研究方法

(1) 対象

がん診療連携拠点病院内に開設している1か所の患者主導型がんサロン参加しているがん患者を対象とした。対象サロンを選定した理由は次の4点である。1.がん専門の高度医療機関であり一定のサロン参加者数が見込まれる。2.患者主導型がんサロン（以下、サロンと略）の発祥県にあり15年以上の活動実績がある。3.サロンではがん患者が本人の意志で自由に参加し、医療関係者の参加はないことから専門職の相談業務とは異なるニーズが明らかになると考えた。4.筆者が10年以上に渡り継続調査を実施している。なお、本研究では高度な個人情報の配慮からがん種や病期を特定しない。

(2) 期間

調査は2011年から2017年の間、毎年3月の最終月曜日にサロンを訪問し、計6回参与観察を行った。なお、2013年は訪問できなかった。

(3) 分析方法

参与観察調査を実施した。また先行研究として、医療施設で会話分析の研究をしている高木ら¹³⁾、西阪ら¹⁴⁾の会話分析法を参考にした。

1) データの収集

サロン訪問時に参加者に口頭で了解を得た上で参与観察を行った。参加者の匿名性はもとより、心身の状態や後遺症などの高度な個人情報への配慮から、映像の撮影や録音は行わなかった。

2) 新たな類型化の方法

本調査では、新たな類型化の方法として a から j までのステップ7段階からなる手続きを行なった（図1）。

【ステップ1】会話録作成

a. 参与観察時の記録

参与観察の記録は、参加者が不在になった時やサロン終了後に行った。「参与観察メモ」には、自然発生的な会話、性別、参加時間、行動、周辺の物理的環境など、サロン参加者の相互行為や相互関係に影響を与えると考えられることをすべて書き留めるよう心掛けた。メモの内容を口頭で世話役に確認し、方言などは世話役に相談の上、標準語に置き換えた。

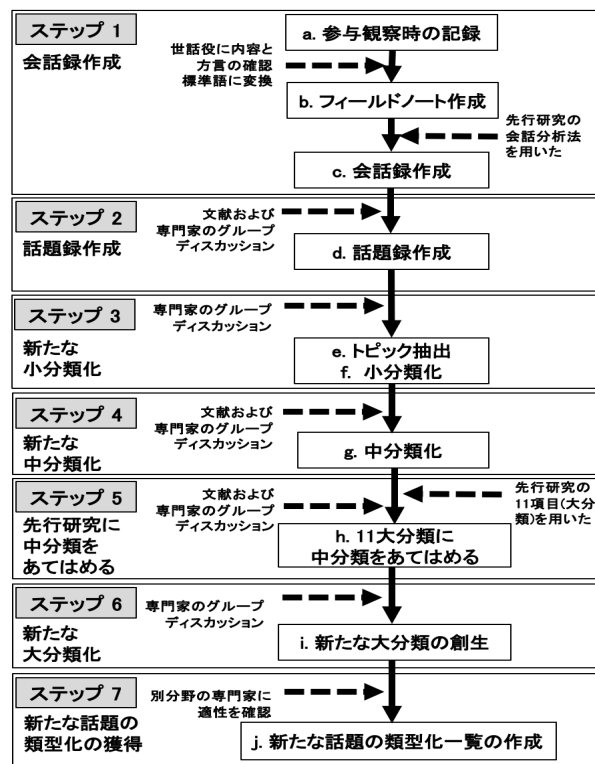


図1 がん患者の話題の類型化の方法

b. フィールドノート作成

「参与観察メモ」を整理し、「フィールドノート」を作成した。「フィールドノート」には、患者の会話の意味や文脈を損なわないように、患者が発話した言葉を用いた。ただし方言は a と同様に対処した。

c. 会話録作成

「フィールドノート」から発話のみを転記した「会話録」を作成した。

【ステップ2】話題録作成

d. 話題録作成

ある患者の発した言葉に他の患者が続けて反応し、会話となったものを1つの話題（会話のまとまり）とした。「話題録」を作成するにあたり、文脈を意識しながら「フィールドノート」と「会話録」を熟読し先行文献との照合に加えて、質的研究に精通する4名の研究者（社会福祉学、公衆衛生学、保健学、看護学）とのグループディスカッションを行った。抽出した話題とそれらの分類の一致や明確化を図った。これにより総話題数が明らかとなった。以下、各段階において、先行文献の参照および先の研究者とのグループディスカッションを行なった。

【ステップ3】新たな小分類化

e. トピック抽出

「話題録」の各話題の中から話題の主題である「トピック」を抽出した。その際に会話の意味が損なわれない

ように、できるだけ患者が発話した言葉を用いた。

f. 小分類化

「トピック」「話題録」「会話録」の順に熟読し、確認と相互比較を繰り返しながら、さらに共通性のあるものや関連性のあるものを見出し、「トピック」を整理、分類、比較検討し「小分類」とした。この手続きで分類した参与観察年ごとの話題件数と種類数を一覧にまとめた。

【ステップ4】新たな中分類化

g. 中分類化

話題を小分類とし、「話題録」を基に、新たな中分類を得た。先行研究である日本対がん協会（2016）では明らかにされてなかった過程である。

【ステップ5】先行研究に中分類をあてはめる

h. 11大分類に中分類をあてはめる

日本対がん協会（2016）「がん患者の悩みの選択肢に表示された各悩みの定義」の11項目（表1）を本調査では、“11大分類”とする¹⁵⁾。ステップ4で類型化した中分類を11大分類にあてはめた。

表1 先行文献の定義を用いた悩みの11大分類

	11大分類	各悩みの定義
1	身体	症状や副作用、後遺症などの身体のことについて
2	がんの進行・再発	がんの進行・再発について
3	気持ち(不安や落ち込み)	不安や落ち込みなど気持ちについて
4	治療	治療について
5	経済面	治療費などの経済的なことについて
6	医療者との関係	医療者との関係について
7	病院選びや転院	病院選びや転院について
8	家族や周囲の人との関係	家族や周囲の人との関係について
9	社会生活	仕事や学校など、社会生活について
10	日常生活	食事や運動、下着やかつらなど、日常生活に関わることについて
11	将来の生活	将来の生活について

出典：日本対がん協会(2016)『「平成27年度がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書資料集』「選択肢に表示された各悩みの定義」(p.37, p.91) などより筆者加筆

【ステップ6】新たな大分類化

i. 新たな大分類の創生

“11大分類”にあてはまらなかった6中分類は、11大分類とは異なる傾向を示すために、新たに3大分類を創作し新たな類型を得た。

【ステップ7】新たな話題の類型化の獲得

j. 新たな話題の類型化一覧の作成

分析結果の適切性を担保するために、随時「フィールドノート」や「会話録」に立ち戻り確認した。この作業は専門家とのグループディスカッションにおいて合意が形成されるまで継続した。その後、別分野の新たな4名の専門家に適切性を確認し、精緻化された「話題録」「中分類」「大分類」の類型を明示した。

がんサロンに参加するがん患者の話題の14大分類と42中分類の類型化を得て一覧を作成した。

3. 倫理的配慮・個人情報保護の保護

倫理的配慮は、個人情報保護の観点から会話・話題内容において個人が特定できる表記は類型化の過程で削除し、データの扱いや論文公表時に調査対象が特定されないよう「研究結果提示用」を作成した。本研究は武庫川女子大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」で承認を得ている（申請番号17-43号）。

4. 結果

(1) 参与観察した患者主導型がんサロンの概要

調査対象のサロンの概要を表2に示す。参加者はがん患者が多い。また、サロンを企画・運営しているのはがん患者などであり、一般的に「世話役」と呼ばれている。

表2 参与観察した患者主導型がんサロンの概要

基本情報	開催場所	がん診療連携拠点病院
	開設年	2006(平成18)年
	開設理由	患者からの要望
	参加者	がん患者、家族、遺族
	参加方法	自由参加・自由退席、事前予約は不要
	手続きと費用	登録制なし、会員制なし、匿名の参加可能 会費・参加費などの負担なし
活動内容	企画・運営者	がん患者
	活動目的	癒し、交流、情報交換
	プログラム内容	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動
	プログラム方法	オープングループ、自由参加・退出する交流会を中心とした自由なグループ活動、毎回のテーマ設定やグループの全体の開始・終結期はない
	活動頻度	週1回 10時-15時(5時間)
	交流会への専門職の参加	なし

(2) 基本属性

サロン参加者は延べ88人（実数83人）であった。調査対象者は付き添いの4人を除き、延べ84人（実数79人）で、世話役は女性のみで延べ10人（実数5人）、サロンの一般の参加者であるがん患者は延べ・実数共に74人（女性69人、男性5人）で総じて女性が多かった。調査時における1回の参加者数は、2016年を除き11人～27人（平均17.4人）であった。

(3) 話題の類型化

1) 抽出した話題数

抽出した話題件数はのべ105件で、話題数は84種に分類された。参与観察年ごとの話題件数と種類数は、2011年は16件（14種）、2012年は20件（15種）、2014年は20件（13種）、2015年は24件（17種）、2016年は0件、2017年は25件（17種）であった（表3）。

表3 参与観察年ごとの話題件数と種類数

年	総話題件数	種類数
2011	16件	14種
2012	20件	15種
2013	—	—
2014	20件	13種
2015	24件	17種
2016	—	—
2017	25件	17種
計	105件	84種

注：2013年は調査できなかった
2016年は暴風雨のために世話役1名のみ参加

2) 話題の中分類, 大分類の類型化までの話題数

話題の類型化の方法とそれに至る過程の話題件数, 中分類の種類数, 大分類の数の結果を示す(図2)。

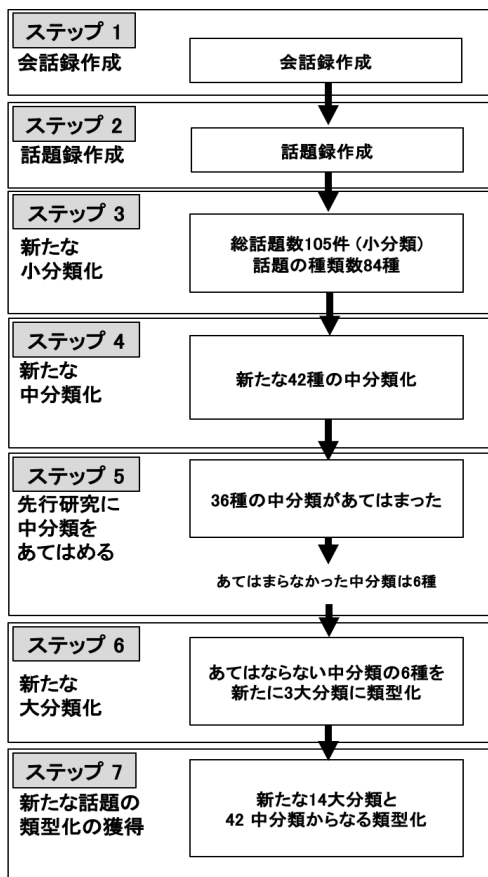


図2 話題の類型化に至る過程の話題数・中分類の種類数・大分類の結果

3) 抽出した話題 105 件を中分類化

全 105 件 (84 種) の話題から抽出された 42 種類の中分を示す。中分類の段階で, ⑱子ども以外の家族との関係 (話題数 6), ⑳近所との関係 (話題数 6), ㉑家事・食事 (話題数 6) など, 日常的な人間関係と生活に関わる話題がより多く確認されている (表 4)。

4) 先行文献 11 大分類に振り分けられた 36 中分類

中分類に類型化した話題を先行文献の“11 大分類”と相互比較したところ, 中分類①~⑳までの話題 88 件 (36 種) が 11 大分類に振り分けられた。11 大分類と異なる傾向を示す話題は, 17 件 (6 種) あった (表 4)。

表 4 中分類を先行研究の 11 大分類にあてはめた類型

中分類	総話題数(小分類)	大分類	大分類話題数
① 症状や状態	5	1 身体	7
② 副作用や後遺症	2		
③ 進行・再発・転移	1	2 がんの進行・再発	1
④ 再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安	4		
⑤ がんによる漠然とした不安や落ち込み	1	3 気持ち(不安や落ち込み)	9
⑥ 告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)	2		
⑦ 不眠症や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)	1		
⑧ 否認と孤立	1	4 治療	7
⑨ 治療や病気の説明	2		
⑩ 治療への思い	3		
⑪ 治療方法	2	5 経済面	4
⑫ 治療費問題	4		
⑬ 医師とのコミュニケーション	2	6 医療者との関係	5
⑭ 担当医師の変更	1		
⑮ 医療者への不満	1		
⑯ 相談員への認知不足	1	7 病院選びや転院	4
⑰ セカンドオピニオン	3		
⑱ 病院選びや転院	1	8 家族や周囲の人との関係	18
⑲ 子ども以外の家族との関係	6		
⑳ 子どもとの関係	1		
㉑ 子どもへの告知	3	9 社会生活	8
㉒ 近所との関係	6		
㉓ 友人・親戚などの関係	2	10 日常生活	20
㉔ 職場への説明と職場の配慮	3		
㉕ 職場復帰	2		
㉖ 退職と退職	1	11 将来の生活	5
㉗ 治療と就労のバランス	2		
㉘ 手術や入院の準備および退院の準備	1	あてはまらなかった話題	17
㉙ 家事・食事	6		
㉚ 外見変化の対応	2		
㉛ 余暇活動・趣味・楽しみ	1	12 肯定的な心情	11
㉜ 子育て	4		
㉝ 介護	4	13 同病者との交流	2
㉞ 家族内の役割変化	2		
㉟ 治療後の生活を考える	1	14 地域における同病者同士の配慮	4
㊱ 生き方について考える	4		
㊲ がん患者同士の情緒的なつながり	2		
㊳ 自分の気持ちを他者へ話せる	3		
㊴ 自己省察(がんになったから～できる～したい)	4		
㊵ 病気の受容	2		
㊶ 同病者との交流を深める	2		
㊷ 地域における同病者同士の配慮	4		

5) あてはまらなかった 6 中分類を新たな類型化

11 大分類にあてはまらなかった中分類の 6 種, 「㊲がん患者同士の情緒的なつながり」「㊳自分の気持ちを他者へ話せる」「㊴自己省察(がんになったから～できる～したい)」「㊵病気の受容」「㊶同病者との交流を深める」「㊷地域における同病者同士の配慮」であった。これらの 6 種に対して新たな大分類の追加を検討し, 大分類「12. 肯定的な心情 (中分類㊲, ㊳, ㊴, ㊵)」, 大分類「13. 同病者との交流 (中分類㊶)」, 大分類「14. 地域における同病者同士の配慮 (中分類㊷)」とする類型化を得るに至った (表 5)。

表 5 あてはまらなかった 6 中分類の新たな類型

中分類	総話題数(小分類)	大分類	大分類話題数
新たな3大分類	㊲ がん患者同士の情緒的なつながり	12 肯定的な心情	11
	㊳ 自分の気持ちを他者へ話せる		
	㊴ 自己省察(がんになったから～できる～したい)		
	㊵ 病気の受容		
	㊶ 同病者との交流を深める	2 13 同病者との交流	2
	㊷ 地域における同病者同士の配慮	4 14 地域における同病者同士の配慮	4

6) 新たな 14 大分類と 42 中分類の類型化

先行研究の専門職の 11 大分類に、新たに 3 大分類を追加して再構成することで、14 大分類と 42 中分類からなる新たな話題の類型化を示す（表 6）。

表 6 がん患者の話題の新たな 14 大分類と 42 中分類の類型化の一覧

大分類	中分類
1 身体	① 症状や状態
	② 副作用や後遺症
2 がんの進行・再発	③ 進行・再発・転移
3 否定的な心情	④ 再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安
	⑤ がんによる漠然とした不安や落ち込み
	⑥ 告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)
	⑦ 不機嫌や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)
	⑧ 否認と孤立
4 治療	⑨ 治療や病気の説明
	⑩ 治療への思い
	⑪ 治療方法
5 経済面	⑫ 治療費問題
6 医療者との関係	⑬ 医師とのコミュニケーション
	⑭ 担当医師の変更
	⑮ 医療者への不満
	⑯ 相談員への認知不足
7 病院選びや転院	⑰ セカンドオピニオン
	⑱ 病院選びや転院
8 家族や周囲の人との関係	⑲ 子ども以外の家族との関係
	⑳ 子どもとの関係
	㉑ 子どもへの告知
	㉒ 近所との関係
	㉓ 友人・親戚などの関係
9 社会生活	㉔ 職場への説明と職場の配慮
	㉕ 職場復帰
	㉖ 休職と退職
	㉗ 治療と就労のバランス
10 日常生活	㉘ 手術や入院の準備および退院の準備
	㉙ 家事・食事
	㉚ 外見変化の対応
	㉛ 余暇活動・趣味・楽しみ
	㉜ 子育て
	㉝ 介護
	㉞ 家族内の役割変化
	㉟ 治療後の生活を考える
11 将来の生活	㊱ 生き方について考える
	㊲ がん患者同士の情緒的なつながり
	㊳ 自分の気持ちを他者へ話せる
	㊴ 自己省察(がんになったから～できる～～したい)
12 肯定的な心情	㊵ 病気の受容
	㊶ 同病者との交流を深める
13 同病者との交流	㊷ 同病者との交流を深める
14 地域における同病者同士の配慮	㊸ 地域における同病者同士の配慮

5. 考察

本調査でのがん患者の話題は、分析の結果、表 6 に示した 14 大分類と 42 中分類に類型化された。類型化により、がん患者の悩みや日常生活上の課題が体系化された。次に、類型化の内容と考察を述べる。

大分類【1.身体】

2 中分類、7 件の話題が確認された。サロンでは身体や治療のつらさ、体調不良などの心情的な話題が多くあった。病気や治療などの医療に関する専門的な話題はあがらず、自身のがん治療や療養の経験談が話題になっていたことが観察された。また、病気や治療について尋ね

る参加者がいても「一人ひとり病状や治療方法が違うのでわからないので答えられない」と対応していたことが参加者に共通してみられた。このことから、参加者は病気にすることをむやみに発言することが巻き起こす事態の重要性を理解しているために、責任の持てない発言をしないのではないかがえた。

大分類【2.がんの進行・再発】

1 中分類、1 件の話題が確認された。この話題は個人の病気の進行や再発の医学的な会話であった。多くの参加者は、がんの進行や再発の話題とともに、不安の心情を吐露することが観察から明らかになった。そのために、大分類【3.否定的な心情】に多く割りあてることとなった。

大分類【3.否定的な心情】

5 中分類、9 件の話題が確認された。本調査では、慢性期（再発期）の段階、告知後の段階、症状が思ったより重かった落胆している段階、告知後 3 週間以上の適合障害などの段階、否認と孤立段階での話題が観察された。しかし、話題の 1 つひとつに個別性があることから、重複話題としてまとめることは困難であった。このことから、がん患者はさまざまな不安の心情やがん再発に対する心情があり、揺れ動いていることが話題からうかがえた。

また、「私だけなぜがんになった」「誰にもがんになったことを話せず一人で悩みを抱える」などの話題があった。まずは、安心して自己開示し否定的な心情をも話せる場が重要であることが示された。

大分類【4.治療】

3 中分類、7 件の話題が確認された。治療や病気の説明への不満として、「診察時間が短い」「治療法の情報がほしい」などがあつた。しかし、医療者のインフォームド・コンセントの法整備などからか 2012 年以降にこの話題は見られない。サロンでは同病者同士が治療への思いとして、治療のつらさの弱音を吐露する一方で、治療できる喜びの心情の表出もあつた。また、同病者の治療体験を聞きたいなどの話題が確認された。

大分類【5.経済面】

1 中分類、4 件の話題が確認された。実際に本調査では経済的なことはサロンであまり話題にされなかった。例えば、抗がん剤などの治療費が高いという話題になると皆がうなずいたが、それ以上の話題の広がりは見られなかった。専門職が相手の場合は経済的な支援の相談が多いが、サロンではプライバシーに踏み込んだ話題は避けられやすいのかもしれない。

大分類【6.医療者との関係】

4 中分類, 5 件の話題が確認された。医師とのコミュニケーションにおいて、医者の前では緊張し思うように話せないという話題に対して、医師への質問は紙に書いておくことや、看護師にも事前に不安なことを告げておく、また家族など信頼できる人と一緒に医療者の説明を聞くなど、同病者同士で具体的な経験を話し、一緒に対応を考えていた。また医療ソーシャルワーカーやがん専門相談員は何をしているかわからないという参加者に対して、利用したことのある参加者が体験や個人の人柄などを説明し、利用の方法を教えていた。

これらのことから、サロンに参加することによって、自分自身の状態を同病者に話すことで客観視でき、専門職への説明や質問がしやすくなると推測される。現在の高度化細分化された医療では患者の状態は患者自身で把握・管理することが求められており、患者力が必要である。サロンでは同病者同士でも患者力を高められるのではないかと考えられた。

大分類【7.病院選びや転院】

2 中分類, 4 件の話題が確認された。セカンドオピニオン利用による主治医との関係については、観察年度と話題の件数はあまり多くないが、医師には直接尋ねにくいという参加者がいた。セカンドオピニオン制度は周知されているが、医師との信頼関係が悪くなる恐れを危惧する患者が多い。医師への気兼ねなどから他医療機関への紹介状を依頼しにくいという話題が観察された。また、参加者同士の話題には「治療の選択肢についてしっかりと担当医と話し合うことは患者としてとても重要なことなので、気兼ねはしなくて良い」と自身の経験を話していた。特に、居住地域における病院選びや転院など患者が経験した情報の交換を行っていた。インターネットなどの普及から比較的情報収集は容易になったが、情報量が多いために正しい情報の入手や、安全な情報の選択が難しくなっている。加えて、地域を限定した情報は入手しにくいことが示唆された。

大分類【8.家族や周囲の人との関係】

5 中分類, 18 件の話題が確認された。この話題は全ての観察年でみられ話題数は大分類の 2 番目に多かった。病気に関する告知に関する話題は、従来、医師などの専門職と患者間で議論されることが多かった。調査では近隣や職場の人への病気の告知の話題が多かった。このことから在宅医療・療養が進み、告知の対象が広がったことが明らかになった。また在宅治療や療養が進む中、がん患者は家庭内での子どもへの告知や対応、学校行事、職場などへの対応や近隣住民との関わりや地域の行事への参加にも悩んでいたことが明らかとなった。

がん患者自身は治療とともに、家族（特に子ども）や友人、職場関係者、近隣の人などに、自らの病気や症状、生活上配慮してほしいことを伝える必要が生じる。そのために一層家族や周りの人（職場を含む）との関係が重要になることが示唆された。

その一方で、近隣住民や友人にがんを打ち明けられないという気持ちがあるなどの話題も多かった。また就労においては、育児休業や介護休業、有給休暇等の制度を使って休むことができる。しかし、近隣の行事や学校などの行事は体調に関わりなく実施されることからそれらの悩みが多く聞かれた。このことから家族や周囲の人との関係について今後さらなる研究が必要と考えられる。

大分類【9.社会生活】

4 中分類, 8 件の話題が確認された。長期にわたる治療を受けながら就職を希望されている方への就職支援の促進が社会問題となっている。国はがん患者等就労支援対策事業などにより対策をおこなっているが、十分とはいえない。がん患者は職場への病気の説明や就労時に職場での配慮事柄も自分で伝えなければならない。その説明によっては就労や職務を継続することに影響を与える可能性があることから、説明は慎重になると考えられる。がんになったことで退職させられるかもしれない不安や、治療を継続しながらの就労への不安など、先が見えない病状や不安な心情が観察からうかがえた。

次に職場が協力的だった参加者からは治療以前にも増して働かなければと思う気持ちやあせる気持ちなどが観察された。加えて、退職をした参加者は仕事を辞めたことによる社会的役割と家族内の役割の変化への切り替えが難しいことも明らかとなった。特に、家庭内で主な収入を得ている参加者が退職する場合は収入が減少するとともに、生活の張りが失われやすいことも示された。就労と治療を両立していくためには職場での合理的配慮が必要であり、それとともに同病者同士が生活の張りの喪失や役割の変化へどのように対応しているかという情報共有も大切であることが明らかになった。

大分類【10.日常生活】

7 中分類, 20 件の話題が確認された。中分類の種類と話題数が最も多く、全ての参与観察年で観察されたことから参加者にとって関心の高い分類であることが明らかとなった。患者自身の日常生活の話題では患者用下着やウィッグ、手術の準備などがあった。家族が関係する話題では家事・食事、子育て、介護などがあった。具体的には子どもの学校行事に参加し難い思いや自らが家族の主介護者を担っている苦しい気持ちなどが観察された。出産、子育て、介護等のライフイベントの時期に自らの治療・療養が重なっていることも多いことから、がん

患者は家庭内の役割の喪失と変化の経験に悩んでいることが明らかとなった。これは同病者である世話役が主導したサロンだからこそ、患者の日常生活の課題の会話の吐露があると考えられた。また、がん治療や療養は長期にわたることが多く、日常生活上の話題は同病者同士の共有の悩みとなっているとうかがえた。

在宅医療の促進には、がんの治療・療養の環境整備が重要であり、日常生活の悩みや不安の軽減や解消に向けて社会的な支援を考える必要が示唆された。

またサロンでは地域に密着した日常生活上の相談を身近で行うことができ、同病者と直接会話し、考えや行動を参考にしていることが観察された。がんになっても自分らしく日常生活を送っている共感できるロールモデルに出会い、話をするだけで元気が湧いてくるという心理的な影響もうかがえ、サロンの重要性が示唆された。したがって、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役が生まれるサロンの運営と普及が重要であると考えられた。

大分類【11.将来の生活】

2 中分類, 5 件の話題が確認された。参加者は日常生活を営みながら見通しの立たない将来に不安になり、落ち込むことも多い。しかし慢性期で状態が落ちついてくるとがんとともに生きるライフプランを立て直すことが必要になってくる。また、がんの末期はその後の人生をどのように過ごすかを考える重要な時期になる。「がんは終末まで自分でセルフケアを行える。また一度死を考えるから自分の今までの人生をふり返り、今後の人生を考えられる」という話題が確認された。これらの話題から、サロンに参加することで、同病者同士が直接対話し自らの生き方を考える機会となっているのではないかと考えられた。

大分類【12.肯定的な心情】

4 中分類, 11 件の話題が確認された。肯定的な話題は自己省察や病気の受容などで話題が重複していることが明らかとなった。すなわち、個人の考え方や個人の環境によりさまざまな影響を受け色々な形で否定的な心情は表現されるが、肯定的な心情はがん患者に共通する項目があるとうかがえた。今後研究によって詳細に類型化することが課題となる。

サロンでは不安や体調不良時の話も、参加者は否定せずに共感してきいていた。この話題の終結時は参加者の誰かが肯定的な心情へ言い換えて、参加者の全員がうなずきながら話題が終結した。実際に参加者の多くが一度は死ぬと真剣に悩むという。日常において同病者だからこそ死生観などのスピリチュアルな話題がしやすいことがうかがえた。

がんに罹患し、がんと共に生活することを受け入れることから、今までに気が付かなかった日常の生活のことやこれからの人生を考えられたという人も多いことが話題から明らかとなった。その一方、肯定的な心情もまた否定的な心情と同じく、家族や友人、職場の人には心情面は話せないと感じている人も多く、同病者だからこそ話すことができるということも参加者の話題から確認できた。

大分類【13.同病者との交流】

1 中分類, 2 件の話題が確認された。就労を継続しながら外来治療を行う場合、患者の日常生活は忙しくなり、入院治療に比べ、同病者同士が出会う場や機会が減少し、同時に専門職と対話する機会も少なくなっていることが話題からわかった。このことから、がん患者は身近な環境で自らのがんについて話すことや相談する機会が少なくなっていることが明らかとなった。加えてがん患者は同じ地域での同年代や同がん種の患者、同じ治療をしている患者などとの同病者との出会いや交流を求めている。

以上のことから同病者同士の交流とその場の提供として、地域に密着したがんサロンの必要性が示唆された。

大分類【14.地域における同病者同士の配慮】

1 中分類, 4 件の話題が確認された。具体的な事例として、参加者の家の前を通った時に異変があった場合は専門職につなぐなどがあった。このことから、サロンには同病者同士の見守りの効果がうかがえた。

サロンに参加することによって、同病者を含めた参加者とのつながりが広がる。そこから、地域でのつながりも広がっていくことが明らかとなり、地域での同病者同士の助け合いにつながると考えられた。

6. 結語

本研究では、がん患者の語りを基に話題の類型化を試み、新たな 14 大分類の類型の話題の事象を考察した。

分析の結果、総話題件数 105 件、種別数 84 種が抽出された。抽出した話題から新たに 42 中分類を類型化し、先行文献の 11 大分類にあてはめ、あてはまらなかった 6 中分類を 3 大分類に類型化した。

本研究の知見は、がん患者の話題の類型化では、新たに 3 大分類を追加し再構成することで 14 大分類と 42 中分類の類型化を得たことである。新たな 3 大分類「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」は専門職の相談業務にはないことから¹⁶⁾、サロンの特徴や効果を示すと考えられる。

また、がん患者の話題は同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。その結果サロンには専門職のインフォームド・コンセントに基

づいた医療や社会資源の情報では補えない、がんという経験を通し、病気とともに歩むための生活上の創意工夫など、同病者間の経験による知¹⁷⁾ 18)の共有と蓄積の活用という同病者支援ならではの支援機能があることが示唆された。

本調査を基に他地域においても患者主導型がんサロンで同病者支援が一般化できるかについて質的調査を行い、さらにサロン効果の実証的研究も行うこととしたい。

今後、本研究から得た知見をもとに、小児がんやAYA世代 (Adolescent & Young Adult) のがん患者のフォローアップを対象とした患者主導型がんサロンの創設と共に、がんになっても治療を受けながら学業を継続できる教育を含む社会システムについて、今後検討していきたい。

引用文献・註釈

- 1) 公益財団法人 がん研究振興財団 (2022). がん統計 2022.
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022.pdf (2022年10月1日アクセス)
- 2) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2021). 平成30年 全国がん登録 罹患数・率 報告.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000942181.pdf> (2022年10月1日アクセス)
- 3) 日本がん看護学会 (2014). 外来がん化学療法看護ガイドライン 2014 年度 (1) 抗がん剤の血管外漏出およびデバイス合併症の予防・早期発見・対処. 金原出版株式会社
- 4) がん対策推進基本計画 (平成30年3月) 第3期
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (2022年10月1日アクセス)
- 5) 田村里子 (1998). 緩和医療におけるソーシャルワーク;遺族の悲嘆と喪失への援助. 医療と福祉, 32 (1), pp.37-42.
- 6) 正司明美・田村里子・尾方仁 他 (2003). ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン. ホスピス・緩和ケアに関する調査研究報告書 2003年度調査研究報告.
https://www.hospat.org/report_2003-f1.html (2022年10月1日アクセス)
- 7) 日本対がん協会 (2016). がん患者の悩みの選択肢に表示された各悩みの定義.平成27年度 厚生労働省委託事業「がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書.
- 8) 三苫美和 (2021). がん相談支援センターにおける相談内容の経年推移に関する研究. 博士論文, 兵庫県立大学.
- 9) 根本貴子 (2022). がん相談支援センターの周知と利用に関する研究の動向. 上智社会福祉専門学校紀要, 17, pp.56-70.
- 10) 角田明美・渡邊恵・塚越徳子 他 (2021). 病院と大学との協働によるがん看護外来で行った10年間の相談の動向と今後の課題.群馬保健学研究, 42, pp.21-31.
- 11) 厚生労働省 (2008). がん診療連携点病院の整備に関する指針 (健発第0301001号 厚生労働省健康局長通知).
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb7148&dataType=1&pageNo=1 (2022年10月1日アクセス)
- 12) がんサロンは開設場所により院内サロンや地域サロンの形態がある。加えて運営を主導するタイプ別に、1.医療者が主導する運営タイプ。2.患者団体やNPO 法人, 病院組織下にあるがん患者会の会員などが主導する運営タイプ。3.行政 (職員) が主導する運営タイプ。4.がん患者が主導する運営タイプが確認されている。
平成25年度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わるものに対する研修プログラム策定事業 (2014). 研修テキスト がんサロン編 より良いグループ・サポートを進めるために. pp.81-118.
- 13) 高木智世・細田由利・森田笑 (2016). 会話分析の基礎. ひつじ書房.
- 14) 西阪仰・高木智世・川島理恵 (2008). 女性医療の会話分析. 文化書房博文社.
- 15) 日本対がん協会 (2016). がん患者の悩みの選択肢に表示された各悩みの定義.平成27年度 厚生労働省委託事業「がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書.
- 16) 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス (2019). がん相談支援センター「相談のための基本形式」を用いた「相談記入シート」.
https://ganjoho.jp/med_pro/consultation/support/pdf/seijin_sodankiroku_V2-1.pdf (2022年10月1日アクセス)
- 17) 安藤哲也 (2021). 就学前の学びをつなぐ生活科学習指導の探究 一子どもの経験知の見取りに着目して一.博士論文, 兵庫教育大学大学院.
- 18) 向谷地生良 (2017). 当事者研究とグループの力. ころの科学, 192, pp.78-81.

謝辞

本研究の実施に当たり、ご協力いただきました患者主導型がんサロン関係者の皆様に、そしてご指導賜りました研究者の皆様に心より感謝申し上げます。