

平成 14 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合）

外来化学療法を受けるがん患者の  
自己管理能力の開発プログラム臨床応用

研究代表者：内布敦子（兵庫県立看護大学）

研究分担者：荒尾晴恵（兵庫県立看護大学）

滋野みゆき（兵庫県立看護大学）

大塚奈央子（兵庫県立看護大学）

川崎優子（兵庫県立看護大学）

宇野さつき（兵庫県立看護大学）

I. はじめに	1
研究の目的	2
II. 文献検討	3
1. 外来化学療法ニーズ先行研究	3
2. 肺がん化学療法の実際	5
3. 肺がん治療の副作用について	6
III. 研究計画	7
IV. 研究方法	7
1. 研究デザイン	7
2. 倫理的配慮	8
3. データ収集方法	8
4. 対象者	9
5. 研究期間	9
6. 分析方法	9
V. 結果	9
1. 対象者の概要	9
2. 外来化学療法を受けているがん患者におけるケアニーズ	10
3. 外来における看護ケアニーズ（患者版）についての考察	22
4. 医師が認知する外来が学療法における看護ニーズ	25
5. 外来化学療法における看護ケアニーズ（医師版）についての考察	26
6. 看護ケアニーズ調査結果から考える来年度の研究の方向性	27
VI. 米国における外来化学療法看護サービスの内容と体制について	
（現地調査報告）	28
1. 目的	28
2. 調査期間	28
3. 調査対象施設とインタビュー対象者	28
4. 結果	29
5. 考察	32
VII. 来年度の研究にどう反映させるか	32
引用文献	33
添付資料 1 : 「研究協力のお願ひ」と「同意書」	36
添付資料 2 : 「外来化学療法サポートプログラムの開発研究 医師ヒアリングマニュアル」	42
添付資料 3 : 「外来化学療法サポートプログラムの開発研究 患者インタビューマニュアル」	48

## I. はじめに

ここ数年の間でわが国の緩和ケア病棟の急増や、麻薬の使用に対する考えかたの変容などが起こっている。一方で多様な医療方法が開発されたことによって集学的治療が行われるようになり、がんは慢性疾患としての様相を見せ始めるとともに副作用の少ない薬剤の開発や分子標的治療によって患者の QOL が飛躍的に向上することも期待され、がん治療後の生存率にも影響している。

新しい治療法により長期生存例がふえ、慢性病化しているなかで患者は長期間に渡り様々な症状と直面しなければならない。また近年の医療費の削減対策において、がん患者はこれらの症状を自分で管理することが必要となってきた。

本研究は、外来治療に移行したがん患者の化学療法において、患者が不安なく、また知識や技術を獲得し、積極的に治療に参加することができるようにするための、サポートシステムを開発する事を目的にしている。

本研究の中核となるメンバーは、1998 年以来 4 年間にわたってがん患者の症状マネジメントに取り組み、患者自身が潜在的に持つセルフケア能力を引き出し、がんにとまなう症状（痛み、吐き気、倦怠感など）を患者が主体的にマネジメントすることを看護の専門家が効果的にサポートするモデル IASM (An Integrated Approach for Symptom Management) を実用段階まで精錬した(内布他 1999、竹本他 1999)。

このモデルは、患者の能力を引き出し、患者が自分で症状をコントロールすることができることを助けるものである。本研究は、このモデルの応用範囲を拡大し、外来で化学療法を受けるがん患者の身体管理能力を向上させ、感染や口内炎、倦怠感、脱毛、食欲不振、意欲の低下などの副作用・発生頻度を低下、悪化の防止などにより治療機関中の患者の QOL を向上させることを目的として実施される。IASM (An Integrated Approach for Symptom Management) は、看護理論家であるオレムのセルフケア理論をもとに Larson によって開発された症状マネジメントのための看護活動モデルである (Larson, et al 1999)。このモデルを用いることによって、症状を患者自身が自分の能力でマネジメントすることができるようになることが期待されている。このモデルの特色は、患者のもっている潜在的な力を活用することで、慢性疾患やがん患者が病院の管理をはなれて、自分自身の生活を維持しながら病気と付き合っていく必要が生じたときに効果を発揮することが理論的に期待される点である。

現在、我が国では入院による QOL の低下や医療費の増大に対応するために外来での日帰り治療があらゆる分野で押し進められている。実際に、国民全体の平均在院日数は、平成 11 年で 39.3 日と年々低下する傾向である(厚生統計協会 2002)。がんの化学療法は多くの副作用とともに不快な症状を生起させ、がん患者の意欲低下や QOL の低下を招くことが知られているが、外来では感染予防について指導を受ける程度で日頃の生活は患者の自己管理能力に依存している。がん患者は、

患者同士の情報交換を非公式に行うことによって治療継続を図っているのが現状である。心理的なサポートも含めて患者が化学療法に伴う副作用・症状をマネジメントできるよう支援する専門的技術は開発されておらず、患者はそのようなサービスを保証されていない。本研究の成果として外来看護で運用することのできる「化学療法に伴う副作用・症状マネジメントプログラム」が完成すれば、副作用・症状の軽減によって患者の QOL が向上するだけでなく、合併症を防ぎ化学療法の成績にも良い影響が期待されるであろう。またプログラムに包含される看護による心理的サポートは患者の治療意欲の向上に貢献することが期待される。またこのモデルの有用性は、当モデルの開発者である Dr. Larson と研究メンバーによる骨髄移植の患者で口内炎の発生率を低下させることに成果を上げていることで証明されている。米国では特定の①知識②技術③看護師によるサポートの3つからなるパッケージを提供したグループで、従来 44% 程度の発生率であった口内炎を 26% 以下までに減少させる可能性があることが報告されている (Dodd, Larson, and Dibble, et al 1996)。

今回の研究は、このモデルの応用範囲を拡大することで、外来で化学療法を受けるがん患者の副作用や症状の自己管理といった身体管理能力の向上を目的とし、患者の QOL の向上という効果を得ることができるサポートシステムの開発を最終目的としている。このため、2 年間の研究を段階に分けて実施する。

1 年目は、まず、外来で抗がん剤治療を受けている患者と治療を行っている医師を対象に外来化学療法に伴う看護ニーズについての調査を行い、開発を行う患者支援プログラムに優先順位をつける。同時に化学療法が行われている外来の物理的な環境や人的資源についても状況を分析し、開発したプログラムの効果を上げるために必要な構造要因を探索する。また、2000 年以降、外来での看護ニーズ研究が行われるようになってきたため、内外の文献等の調査も行う。

2 年目は、3 つ程度の症状に焦点をあて、IASM のモデルによって「化学療法に伴う副作用・症状マネジメントプログラム」の作成を行い、実際に外来化学療法患者に協力を得て実施し、効果判定を行う。その成果は副作用の軽減、感染症の発生率の低下、QOL の向上、セルフケア能力や意欲の向上という項目で測定し検証する。

この報告書では、1 年目である 2002 年度の研究成果を報告する。

## 研究の目的

外来で化学療法を受けるがん患者の副作用や症状を管理するためのサポートシステムの開発。このサポートシステムを開発することで外来化学療法をうけているがん患者の、感染や口内炎、倦怠感、脱毛、食欲不振、意欲の低下などの副作用・発生頻度を低下、悪化の防止などにより治療期間中の患者の QOL を向上させることを目的として実施される。

発生頻度を低下、悪化の防止などにより治療期間中の患者の QOL を向上させることを目的として実施される。

## II. 文献検討

### 1. 外来化学療法のニーズ先行研究

近年、がん患者の慢性化が進むにあたり、これらの患者の在宅での療養、外来治療が導入され始めている(小林 2003)。1999 年には、日本がん看護学会が特集を組んで、がんの外来化学療法に取り組んでいる。外来化学療法の看護に関しては、1999 年には、日本がん看護学会が特集を組んだことをはじめ、各雑誌などに特集が組まれるように、外来化学療法の看護の発展が望まれている。

藤井(1999)は、実践の経験からの報告で、現在の日本の医療費高騰、政策の変化による外来化学療法の増加、それにとまって外来におけるがん化学療法を発達させてゆくにわたり、医療従事者のがん化学療法に対する知識の向上や、がん専門家やその他の専門家でになる医療チームの整備が必要だと述べている。また、他の実践家は、外来化学療法の発展には、治療をうけている患者の理解、副作用対策、退院指導など、病棟看護師の働きの重要性などをあげている(長場 1999)。青木ら(1999)は、日常の実践の分析から、1, 熟練した看護師の必要性、2, 医療チーム間のコーディネート、3, 患者教育4, 副作用対策、5 その他の患者医師の意思の疎通の手助けなどの必要性を指摘している。

しかしながら、これらの特集は、実践での取り組みの報告にしかすぎず、日本において、大規模な研究がなされたものは少ない。酒井ら(2002)は、外来・短期入院を中心とした治療を受けるがん患者へのケアを行う上での困難について看護師に対して面接調査を行った。それによって明らかになった困難な項目は、1 患者ケアの質を高める上での困難、2. ケア提供者間の協働における困難、3. 患者ケア提供システム上の困難、4. 患者ケアに関わる上での心理的負担。とあげている。日本がん看護学会の平成 13 年の報告書では、化学療法を受けるがん患者・家族への看護実践上困難な問題についての研究がなされ、症状マネジメントに関するもの、精神的ストレスにたいするもの、インフォームドコンセント、家族ケア、正確・安全な治療管理の困難、患者教育、治療環境の提供の困難、連携、ケアの専門知識、医療チームでの取り組みの困難、倫理的ジレンマなどであった。

このように、社会的な背景としての外来化学療法の実施と、それにとまなう医療従事者の考え方は明らかになっているが、はたして治療を受けている患者の認識はどのようなものであろうか。本研究は、がん化学療法をうけるがん患者のサポートに関する認識を明らかにするものである。また医療を提供する医師は、看護サポートのあり方についてどのように考えているのかを、インタビューにより明らかにすることを目的としている。

海外においては、かねてから外来で化学療法を実施している現状がある。化学療法の外来治療に関する研究は、1980 年代中盤から 1990 年代においてなされている。Beddar and Aikin (1992) は、外来において継続ケアを行ってゆくためのポイントを文献検討から解説している。彼らは、外来継続ケアにおいての 7 つの重要要素をあげている。それらは、1, interdisciplinary approach to care, 2. Comprehensive assessment of Patient and Family needs, 3. Patient and family education and involvement in decision making, 4. Development of measurable goals and plan of care, 5. Identification and coordination of supplemental resources, 6. Integration of care through each transition, and 7. Evaluation である。この 1992 年の米国の報告は、現在の日本の在宅ケアへの移行の問題として参考になる。彼らがあげた外来継続ケアの重要要素の一つであり、これからケアを確立してゆくに当たり必要な項目が、患者家族のニーズのアセスメントである。米国の Fernsler(1986) は、がん化学療法を受けている患者のセルフケア不足において、オレムのセルフケア理論をもとに、看護師と患者の認識についてインタビュー調査を行っている。この 1980 年代の研究において明らかになったことは、外来で化学療法をおこなっているがん患者がセルフケア不足があると答えたカテゴリーは活動と休息に関するものであった。また、看護師が患者のセルフケア不足を認識するよりも、患者のほうがセルフケア不足を認識していたということ。看護師は患者よりも心理社会的問題に関心をもっていることがわかった(Fernsler, 1986)。英国において、外来で化学療法をうける患者の満足度について Sitzia and Wood (1998) が、文献検討をおこなっている。この研究は、化学療法看護に対しての患者満足度について 1980 年代から 1990 年半ばにかけて文献検討である。彼らの文献検討の結果、様々な文献は、外来化学療法において、副作用のアセスメントと管理、患者への情報提供がもっとも重要な課題だと述べている、と報告している。

Silveira and Winstead-Fry (1997)は、Patient Needs Scale と、Caregiver Needs Scale を使い外来化学療法中の患者のニーズおよび、介護者のニーズを明らかにした。このスケールは、個人的ケア、活動の管理、ヘルスケアへの関わり、仕事、相互作用、経済の 6 つのカテゴリーに分けられているが、そのうちの個別的ケア、ヘルスケアへの関わり、相互関係がもっとも大切な要素だとあげられている (Silveira and Winstead-Fry 1997)。彼らの先行研究である Longman et al. (1992) は、前述の patient needs scale を開発した。この研究で、30 例の患者がニーズとしてあげたそれぞれのアイテムは、個別的ケアのうち、・私にケアを与えるときは、安全な技術を使ってほしい。・医師の指示を行うことができる。・私の症状の理由を説明することで私の不安を軽減することができる ・薬や治療を的確な時間に受けることができる、であった。またヘルスケアへの関わりでは、・私の病気治療の状態について私に正直であること・私のわかる言葉で、私の病気や治療について知らなければならないことを教えてほしい、相互関係については、・私に対しての尊重を示しながらケアを与えてほしい・ほがらかでいてほしい・私の家族や、重要他者に、気持ちよく、親切に接してほしい・私のいうことを聞いてほしい、であった(Longman, Atwood, Sherman, et al.

1992)。

欧米の文献レビューを行うと、特に米国で 1990 年代初頭に体験されていることが現在日本の社会現象として認識される。実際に外来で化学療法を受けている日本の患者もこのような必要性を認識しているのだろうか？本研究は、患者の外来化学療法についての認識を明らかにする。

## 2. 肺がん化学療法の実際

本研究は、外来治療を行っている肺がん患者に焦点をあてて行った。

肺がんは、喫煙者との関係が知られているが、肺がん患者の 15 %は、非喫煙者でもおこる。肺がんのタイプは、small cell (小細胞癌) 20 %、Squamous (扁平上皮癌) 45%、Adenocarcinoma(腺癌) 20 %、Large cell (大細胞癌) 15% となっている(Kaye, 2003)。

この中で、小細胞癌は急速に進む転移、症状の悪化など進行が早い、神経内分泌系機能の分化発現による腫瘍随伴症候群の併発、化学療法、放射線療法の両者に感受性が高いなどの、それ以外の癌（非小細胞癌）と区別をしている。非小細胞癌は、TMN 分類などで示される病期の程度で手術、放射線療法などの適応、また化学療法との併用療法が行われる (Schiller, 2001)。

このように、肺がんの種類や病期により治療が異なってくるが、化学療法の対象となる癌は小細胞癌で原曲型のもの、進展型のものが対象となる。また非小細胞癌ではその進展度によって治療法が異なっているがシスプラチンと他の薬剤の組み合わせが考えられている (大崎 2001)。山口ら(2003)は、肺がんの併用療法に関して、非小細胞肺がん臨床病期Ⅰ—ⅢA 期においては手術が第一選択となるが、その成績は不良であるために術前術後の化学療法や放射線療法を含めた療法の有用性が考えられていると報告し、術前の化学療法の例としては、シスプラチン、ビンブラスティン、ビンデシン、マイトマイシンの組み合わせ例や、シスプラチン、ビンデシン、マイトマイシン、シスプラチン、ビンブラスティン、その後シスプラチン、ビンデシンから 54 グレイの照射などが例としてあげている。また、術前化学放射線同時併用療法では、シスプラチン、ビンブラスティン、5-FU、エトポシドなどの薬剤、また術後化学療法において、シスプラチン、アドリアマイシン、エトポシドなどの薬剤をあげている (山口、福山、一瀬 2003)。

また、肺がんの治療において、最近では分子標的治療の開発がなされている。これは、がんの異常分子の阻害を目的に開発された薬剤治療のことで、最近では上皮成長因子受容体を阻害するチロシンキナーゼ阻害剤などが試みられている (田村 2003)。

このように、肺がんの、ステージや、種類により、治療の方法がちがうが、様々な組み合わせの治療が研究されている。多剤併用で使うことにより、化学療法による副作用の対策も考えていかなければならない。

山本と福岡 (2002) は、肺がん治療のうち、切除不能Ⅲ期非小細胞肺がんでもっとも一般的に用いられているレジメンとして、シスプラチン／ビンブラスティンを 2 コ

ース終了後、胸部放射線を 60GY 行うこととあげている。またマイトマイシン／硫酸ビンデシン (VDS) ／シスプラチンと放射線の同時併用療法もあげ、これらのレジメンの主な副作用として、白血球数減少とそれに伴う感染、また食道炎をあげている。また、切除不能Ⅳ期非小細胞肺がんの推奨化学療法は、シスプラチンを含む 2 剤併用療法であり、併用薬は、塩酸イリノテカン (CTP-11)、ビノレルビン、ゲムシタビン、パクリタキセル(TXL)、ドキタクセル(TXT)などがあげられている。シスプラチンの一括投与の副作用としての腎機能障害や、悪心に対する対策のための分割投与について述べている。またゲムシタビンや、ビノベルビン、イリノテカンなどは単剤でも効果があると報告されている。小細胞肺がんに対しては、シスプラチン／エトポシドの使用があげられている。この療法の主な副作用は、白血球減少とそれに伴う感染食道炎、肺臓炎などがあげられている (山本、福岡 2002)。

### 3. 肺がん治療の副作用について

一般的に、化学療法でおこる症状としては、嘔吐嘔気、疲労、便秘、下痢、などがあげられる。多剤併用療法の中心にあげられているシスプラチンによる代表的な副作用は、聴力の変化、悪心・嘔吐、腎臓障害、白血球数の減少による感染症、血小板数の減少による出血、化学療法直後の過敏性反応、貧血、手足のしびれ、うずき (末梢神経障害)、注入部位の症状などである (ドッド、大西 1998)。硫酸ビンブラスティンで起こりうる副作用は、悪心・嘔吐、便秘、倦怠感、鬱状態、白血球数の減少による感染症、血小板数の減少による出血、排尿困難、手足のしびれ、気分の変化、脱毛症、口内の変化、薬剤投与直後の腫瘍部位の疼痛、けいれん、不妊症、化学療法薬投与中の注入部位の症状、呼吸の問題が、あげられている (ドッド、大西 1998)。先の山本と福岡(2002)の報告にあるように、白血球減少による感染症対策、腎機能障害、悪心・嘔吐の予防など、医師は対策としてあげている。

実際の肺がん患者の化学療法による副作用はどのようなものなのであろうか。

Youngblood, Williams, Eyles, Waring, and Runyon (1994) は、OTTAT( the Oncology Treatment Toxicity Assessment Tool) と QLI(Quality of Life Index) というアセスメントツールを用いた方法と、一般的な問診とヘルスアセスメントによるプロセスノートによるアセスメント方法の二つを比較し、がん患者の症状体験を明らかにした。この研究の対象者は、一般がん患者として、乳がん、リンパ腫、生殖器がん、消化器がん、と肺がんの患者と、白血病、頭頸部のがん 91 人であった。彼らが体験している症状としては、だるい感じ、眠れない、口渇、味覚の変化、食欲不振、うつ、脱毛、皮膚の変化、嘔気、であった。この研究ではアセスメントツールを使ったほうが、より明らかに患者の体験がわかると述べている (Youngblood et al 1994)。

Sarna(1994) は、69 人の肺がん患者の女性を対象に彼らの機能の状態を Karnofsky Performance Status(KPS)、Physical function (PE), CARES-Short form, を用い研究した。その結果、肺がんの女性患者のうち、身体機能が悪い人たちは、年齢、がんの転移、治療の種類、合併症などとは関係なく悪いことがわかった。外科手術を行っ



た患者は KPS が悪くなかった。ほぼ 3 分の 1 の患者が身体機能の限界があることを感じていた。また 3 分の 1 の人たちが、家事を行うことが難しいということであった。半数の人が、疲労とエネルギーの低下を訴えていた。この研究は米国での 1994 年のものであるが、肺がんの女性患者の身体状況の困難は、日本の患者においても予測されることが考えられる。

Sarna(1998)は、その後、化学療法を外来で受けている肺がん患者の症状体験についても研究している。彼らの症状体験は疲れがもっともきついものと報告されている。しかしながら患者のもつ症状は個別に考えるのではなく、疲れと咳、眠れないなどいくつかの症状が重なっており、症状を明らかにするための系統だったアセスメントの必要性が述べられている。この研究では質問紙を使い症状を明らかにし、それを患者とともに共有するという介入群は、介入しなかった群に比べると症状のスコアが低かったため、アセスメントを含む介入は効果があると述べている (Sarna 1998)。

### III. 研究計画

初年度である本年は、外来でがんの化学療法を受けている患者と行っている医師を対象に外来化学療法に伴う看護ニーズの調査を行い、開発を行う患者支援プログラムに優先順位をつける。同時に化学療法が行われている外来の物理的な環境や人的資源についても状況を分析し、開発したプログラムの効果を上げるために必要な構造要因を探索する。

次年度から 2 年間にわたり、3 つ程度の症状に焦点をあて「化学療法に伴う副作用・症状マネジメントプログラム」開発（現時点では口内炎、吐き気、倦怠感などの症状マネジメントや感染予防に関する知識提供と行動化支援、栄養摂取の知識提供と実施支援、意欲の低下に対するサイコエデュケーション戦略などが想定される）を行う。開発にあたっては、本研究班が過去 4 年間にわたって取り組み成果を上げたモデルを用い、看護による副作用・症状マネジメント支援ガイドブックを作成し、実際に外来で化学療法を受けているがん患者に提供する。その成果は副作用の軽減、感染症発生率の低下、QOL の向上、セルフケア能力や意欲の向上という項目で測定し検証する。この時点で患者のセルフケア能力に焦点を当てた支援戦略の有効性を明らかにする。

最終年度は、臨床現場での運用実験の段階を踏む。すなわち、初年度に探索した構造要因とコストについて検討し、開発したプログラムのうち少なくとも一つは実用化できるまで精練する。具体的にはフィールドを提供した病院の化学療法外来において運用実験を試み、副作用・症状マネジメントプログラムを精練すると同時に成果を上げるために必要な構造的条件について明らかにする。

### IV. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

初年度である平成 14 年度は、外来でがんの化学療法を受けている患者と、行っている医師とを対象に、外来化学療法に伴う看護ニーズの調査を行い、外来で化学療法を行う患者の副作用・症状マネジメントに関する看護ニーズは何か半構成的面接法によって聞き取り、その内容を質的に分析して看護ケアニーズをあきらかにする探索的記述研究である。それらのニーズのなかから、開発を行う患者支援プログラムに優先順位をつける。同時に化学療法が行われている外来の物理的な環境や人的資源についても状況を分析し、開発したプログラムの効果を上げるために必要な構造要因を探索する。

## 2. 倫理的配慮

### ＜対象者への配慮＞

外来で抗がん剤治療を受けている患者と治療を行っている医師に半構成的質問紙によるインタビューを計画しているので、調査協力を得る際に倫理的配慮を行う。すなわち、調査内容の説明、調査への参加への意思の確認を行い、断ることで不利益を生じることのないよう調査依頼時に書面によって説明し、同意を取る。調査によって得たデータは研究目的以外には使用されないことを説明する。

インタビューを行う際、外来施設で会議室など、声の漏れることのない部屋を確保し、インタビュー時の対象者のプライバシー保護を配慮する。

### ＜病院施設に対する配慮＞

調査によって、当該施設の医療サービスに支障をきたさないように配慮し、当該施設の倫理委員会での審査を経て行う。

## 3. データ収集方法

(1) 外来で化学療法をうけている患者に、半構成的質問紙にそったインタビューを行い、化学療法に伴う、副作用・症状マネジメントに関して患者の看護ニーズについて明らかにする。インタビューの内容は、以下の通りである。

- ① 知覚または認識している副作用と症状について
- ② ①に対して行っている行動（対処行動）
- ③ 副作用・症状の体験に伴って必要と感じる知識や療養技術
- ④ 医療者とのコミュニケーションの状況
- ⑤ 意欲の状況
- ⑥ 認知しているサポートとその意味

時間は1時間程度で実施する。

(2) 外来で化学療法を行っている医師が考える外来で化学療法をうけている患者の看護ニーズについて半構成的質問紙にそってインタビューを行う。インタビューの内容は、以下の通りである。

- ① 患者に期待する療養の知識、行動
- ② 必要と思われる看護サービスについて

### ③ 患者とのコミュニケーションの状況

面接時間は、1 時間程度とする。

尚、患者、医師ともに、インタビューに際しては、自由な発言をできるだけ促すようにつとめ、用意してインタビュー項目は、質問のきっかけとして用いる。インタビューガイドをあらかじめ研究班の調査員に説明し、ある程度同一の質のインタビューが実施できるように配慮した。また、インタビューデータは、了解を得て録音した。本研究は、研究者所属機関の倫理委員会の承認を得て行った。

## 4. 対象者

- (1). H 県内の 2 か所の病院の外来受診をしている告知をされているがん患者で、研究の同意を得られたもの。
- (2). 外来において、化学療法を行っている医師で、研究の同意がえられたもの。

## 5. 研究期間

2002 年 9 月～11 月 にデータを収集し、その後 6 ヶ月を掛けて分析を行った。

## 6. 分析方法

得られたデータの逐語記録を作成し、その中から、がん患者が化学療法を行ったときに体験した症状や症状への対処、治療をする上で必要なケアについて口述している箇所を抽出し、一つの意味をもつ文章または文節を意味を変えずにできるだけ単純な文章に置き換え単位データとした。

単位データの背景となる会話の文脈を読み取りながら、質的帰納的分析方法によって単位データをカテゴリー化し、中カテゴリー、大カテゴリーの抽出を行った。大カテゴリーの意味内容を読み取り、カテゴリーの位置づけを検討した。分析にあたっては、がん看護研究の実践者である複数のエキスパートで内容や分析の妥当性について検討した。尚、抽出されたすべてのカテゴリーの中から、今回はケアニーズの中でも看護ケアニーズに直接関連があるカテゴリーだけについて考察を加えた。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要

対象者は、協力を得られた県内の病院 2 か所において、外来で化学療法を行っているがんの告知をうけた患者で研究の同意をえられたもの計 17 名であった。患者は、男性 11 名、女性 6 名であった。平均年齢は、62.6 歳であった。また、対象の医師は、協力を得られた関西県内の病院 3 か所で、外来化学療法をおこなっている医師計 5 名であった。インタビュー時間は、一人あたり、60 分前後であった。

肺がん患者 17 名は全員、化学療法を受けており、パラプラチン、タキソール、シス

プラチン、ジェムザール、カルボプラチンまたは、当時の最新（2002 年 9 月）治療であるイレッサの服用を行っていた。17 名の患者のうち 11 名が手術を経験しており、化学療法のみ患者は内 3 名であった。また手術、化学療法、放射線療法すべてを行った者が 5 名であった。診断時期は、平成 8 年の者から平成 14 年に診断されていた。

表 1．対象者の概要

患者	医師
肺がん 17 名（男性 11 名、女性 6 名） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術経験者：11 名</li> <li>・ 化学療法のみ：3 名</li> <li>・ 手術，化学療法，放射線療法経験：5 名</li> </ul>	呼吸器内科医師 5 名（男性 4 名、女性 1 名） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来化学療法の経験               <ul style="list-style-type: none"> <li>4 年以上 3 名</li> <li>4 年未満 2 名</li> </ul> </li> </ul>
平均年齢：62.6 歳	
現在の治療： パラプラチン、タキソール、シスプラチン、ジェムザール、カルボプラチン、イレッサ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ これまでに担当した外来化学療法患者数               <ul style="list-style-type: none"> <li>100 名以上 2 名</li> <li>20-99 名 3 名</li> </ul> </li> </ul>

## 2．外来化学療法を受けているがん患者におけるケアニーズ

インタビューによって、外来で化学療法を受けながら療養生活が続いているがん患者の体験が語られた。その中からケアニーズに関連すると思われる表現を抽出したところ、1728 の単位データを取り出すことができた。表現されたケアニーズは、療養生活全般や治療に関連したニーズだけでなく、人生への希求、実存的に疑問など幅広い範囲にわたって表現されていた。これらのケアニーズをひとつひとつの単位データの背景にある状況と一緒に解釈しながら、ケアニーズとして読み替える作業を行い、それらのケアニーズをもとに小カテゴリーを抽出した。小カテゴリーの意味内容を読み取りながら中カテゴリーを作成し、さらに関連する中カテゴリーを集合させて、大カテゴリーを作成した。表 2 にカテゴリーの全貌を示す。

表2. 化学療法中の患者が認知するケアニーズ

【大カテゴリー】	〈中カテゴリー〉	(小カテゴリー)
【生存のニーズ】	〈がんをくい止めるニーズ〉	(がんの進行をくい止めるニーズ) (治療効果を上げるニーズ) (治療を行うニーズ) (適切な治療方針ニーズ) (早期発見のニーズ)
	〈がんを治すニーズ〉	(良い病院を選ぶニーズ) (良くなりたいニーズ) (新しい治療への期待・挑戦ニーズ) (代替療法ニーズ)
	〈生き延びるニーズ〉	(緊急時の対応ニーズ) (生きる目標をもつニーズ) (医師からの保証ニーズ) (死を遠ざけるニーズ)
	〈良い状態を保つニーズ〉	(代替療法ニーズ) (現状維持のニーズ)
【症状マネジメントニーズ】	〈病気の進行に伴う症状の体験〉	(痛み／機能低下／呼吸困難)
	〈化学療法の副作用マネジメント〉	(副作用への対応ニーズ: 吐き気／倦怠感／食欲低下／下痢／かゆみ／感染・発熱／しびれ／皮膚や爪の変化／脱毛／味覚・臭覚異常／むくみ／血管痛)
	〈症状への医療対応ニーズ〉	(個別性対応ニーズ) (治療中断のニーズ) (医療による対応ニーズ) (薬剤による対応ニーズ) (緩和ケアニーズ)
	〈自己調整・自己管理のニーズ〉	(食生活工夫のニーズ) (栄養摂取のニーズ) (感染予防ニーズ) (症状モニター・判断のニーズ) (症状のセルフコントロールニーズ) (服薬調整のニーズ)

	〈身体の変化に cope するニーズ〉	(容貌を維持するニーズ) (脱毛のショックを緩和するニーズ) (慣れる／耐えられない) (生活制限をして対処する) (安楽や休息をとるニーズ)
【心のケアニーズ】	〈気持ちを維持するニーズ〉	(気持ちを保つニーズ) (前向きでいるニーズ) (気分転換のニーズ) (楽な気分できるニーズ)
	〈心構えのニーズ〉	(心構えのニーズ) (覚悟するニーズ)
	〈精神的サポートニーズ〉	(気持ちをわかってもらうニーズ) (気持ちを話すニーズ) (治療中の不安や心配への対応ニーズ)
	〈防衛のニーズ〉	(病気のことを考えないニーズ) (普通でいるニーズ)
【自立／自己決定のニーズ】	〈自立のニーズ〉	(精神的自立のニーズ) (迷惑をかけないニーズ) (役割遂行・役に立つニーズ) (薬に依存しないニーズ)
	〈自己決定のニーズ〉	(意志決定サポートニーズ) (治療選択や代替療法の自己決定ニーズ)
【よりよく生きるニーズ】	〈ライフスタイルニーズ〉	(ライフスタイルの維持ニーズ) (仕事の継続ニーズ) (日常生活維持のニーズ) (普通でいるニーズ)
【家族のケア】	〈人生をまっとうするニーズ〉	(人生を整理するニーズ) (リビングウィルのニーズ) (残された時間を大切にするニーズ) (手術後の障害を乗り越える)
	〈家族が困らないようにするニーズ〉	(家事を伝えておくニーズ) (家族の将来を保証するニーズ) (家族を優先するニーズ)

	〈家族に迷惑・心配をかけないニーズ〉	(家族に心配をかけないニーズ) (家族に迷惑をかけないニーズ) (家族の不安を軽減するニーズ) (家族の負担を軽減するニーズ)
	〈家族に感謝するニーズ〉	(感謝の意を表したいニーズ) (家族を気遣うニーズ)
	〈家族に死を受け止めてもらうニーズ〉	(家族に死を受け止めてもらうニーズ) (家族が病状を理解するニーズ)
【ソーシャルサポートニーズ】	〈支えてもらうニーズ〉	〈専門家によるサポートニーズ〉 (家族、親戚によるサポートニーズ) (配偶者によるサポートニーズ) (同病者によるサポートニーズ) (友人によるサポートニーズ) (家族に相談するニーズ)
	〈他者を支えるニーズ〉	(他者の役に立つニーズ)
	(サポートネットワークニーズ)	(有益情報のやりとりニーズ) (情緒的なサポートニーズ)
【医療者の対応ニーズ】	〈確実な治療ニーズ〉	(安全な技術ニーズ) (確実な治療処置ニーズ) (正確な診断ニーズ)
	〈24 時間対応ニーズ〉	(24 時間対応ニーズ) (迅速な対応ニーズ) (迅速な治療ニーズ) (安心のニーズ)
	〈医師との関係を保つニーズ〉	(医師との良い関係ニーズ) (医師に気兼ねしないニーズ) (医師に見放されないニーズ) (適度な依存と自立のニーズ)

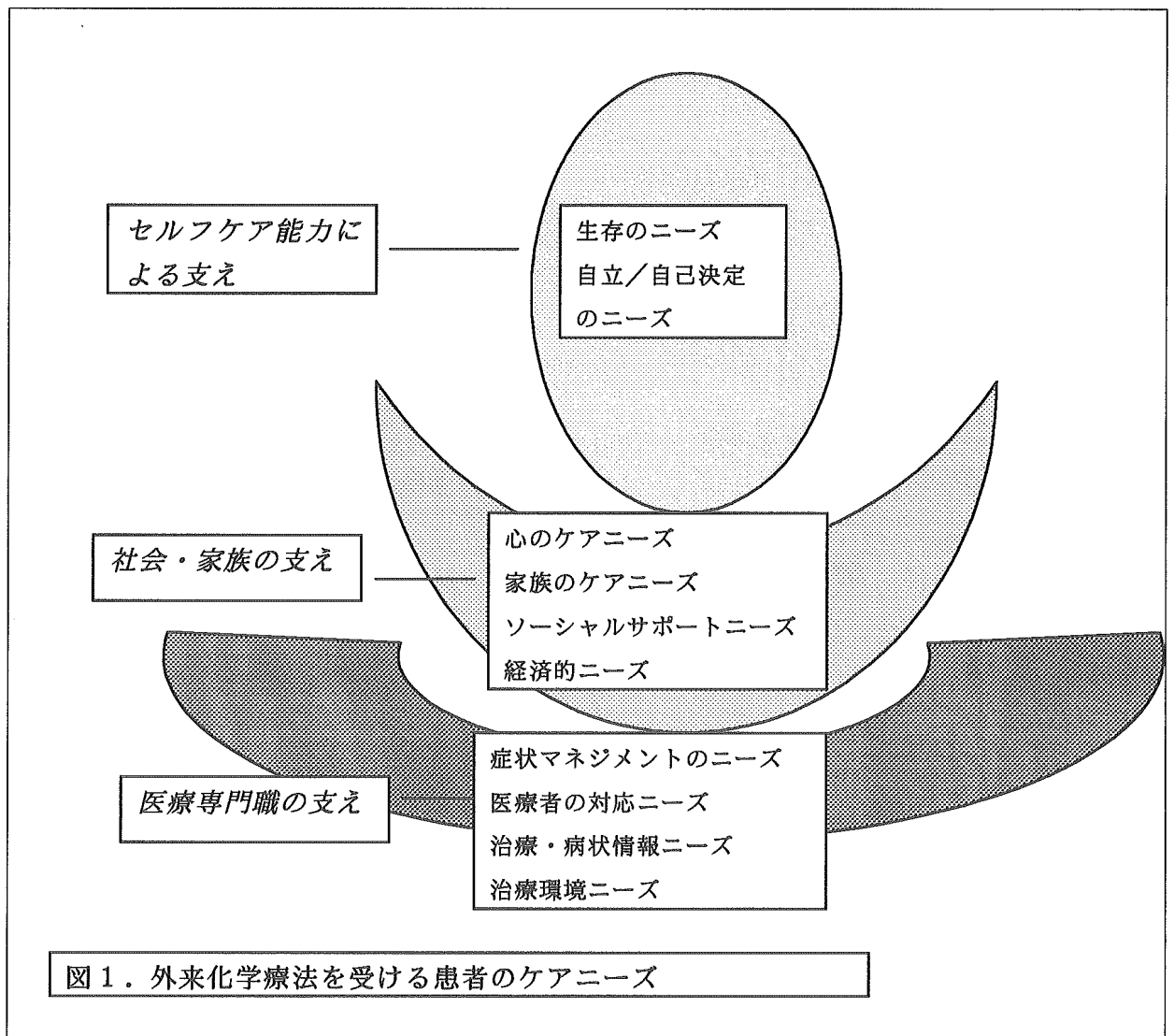
	〈医師ニーズ〉	(自分のことを理解してもらうニーズ) (医師からの情報提供ニーズ) (医師からの電話サポートニーズ) (医師への信頼ニーズ) (共に治療に取り組むニーズ) (良い医師に出会うニーズ) (上手に告知されるニーズ) (熱心に治療に取り組んでもらうニーズ) (わかりやすい説明ニーズ)
	〈相談ニーズ〉	(相談窓口のニーズ／体制) (医師への相談ニーズ) (療養生活／副作用対策相談ニーズ) (看護相談ニーズ／体制)
	〈専門性ニーズ〉	(医師の専門性／知識／治療) (看護師の専門性／経験／知識／経験／態度) (薬剤師の専門性／知識／説明) (専門家によるサポートニーズ) (セカンドオピニオンニーズ)
	〈医師のネットワークニーズ〉	(かかりつけ医ニーズ／利便性／信頼関係／情緒的サポート／生活指導／連携) (近医とのネットワークニーズ) (同じ医師に最期までみてもらうニーズ) (病院と企業とのネットワークニーズ)
	〈看護ケアニーズ〉	(気にかけてもらうニーズ) (受け持ち看護師ニーズ) (励まされるニーズ) (話を聞いてもらうニーズ) (個別性を知って対応してもらうニーズ) (丁寧な対応ニーズ) (統一した対応ニーズ)
【治療・病状情報ニーズ】	〈真実告知のニーズ〉	(すべてを知るニーズ) (だれよりも先に知るニーズ) (病状把握のニーズ)



	〈がんと治療情報ニーズ〉	(がんの知識ニーズ) (治療／薬／最新情報ニーズ) (副作用・対策情報ニーズ) (治療計画・手順情報ニーズ) (説明用の資料ニーズ) (治療選択のための情報ニーズ)
	〈緩和ケア情報ニーズ〉	(必要な時に求めるニーズ) (情報のリソースをもつニーズ)
	〈病状をモニターするニーズ〉	(治療経過・効果データを知るニーズ) (白血球数の変化を知るニーズ) (数値の意味を知るニーズ) (症状の変化から病状を推し量るニーズ)
	〈療養体験情報ニーズ〉	(患者間情報交換ニーズ) (生活上の工夫ニーズ)
	〈補助的療法情報ニーズ〉	(代替療法情報ニーズ) (体によい食事情報ニーズ)
	〈情報の量と質・内容ニーズ〉	(適当な量の情報ニーズ) (情報を整理するニーズ) (良い知らせニーズ) (正確な情報ニーズ)
【治療環境ニーズ】	〈快適な治療環境ニーズ〉	(音／広さ／清潔／においのニーズ) (自由さ／癒し／プライバシー／気分転換のニーズ) (待ち時間／通院負担の軽減ニーズ) (ベッドの快適性／高さ／広さ) (外来での治療 VS 入院治療ニーズ) (必要時いつでも入院のニーズ) (フレキシブルな治療時間ニーズ)
【経済的ニーズ】	〈費用軽減のニーズ〉	(保険適用のニーズ) (入院費の負担軽減ニーズ)
	〈ニーズ充足と費用のバランスニーズ〉	(サービス提供と病院の負担のバランス)

以下、文中の【 】は大カテゴリー、〈 〉は中カテゴリー、( )は小カテゴリーを示している。カテゴリーの全体構成を検討した上で外来化学療法に特化する看護ケアニーズを洗い出す必要があると思われるが、ケアニーズの全体像がつかめた上で外来化学療法に関連する看護ケアニーズについて記述するのが妥当と考え、全容についてまず説明を加える。

大カテゴリーの構成からケアニーズの全体像をみると、図1のような位置関係にあるものと解釈された。



まず【生存】という大カテゴリーが意味解釈上中心的なカテゴリーであると思われた。このカテゴリーでは、治療に期待を託し、生き抜きたいと願うがん患者の心情が語られた。大きく分類すると〈がんをくい止めるニーズ〉、〈がんを治すニーズ〉、〈生き延びるニーズ〉、〈良い状態を保つニーズ〉の4つの中カテゴリーが抽出された。

次にケアカテゴリーの中核に近いカテゴリーとして、【よりよく生きるニーズ】が抽出された。この大カテゴリーには、病気療養中であってもライフスタイルをできるだけ守ろうとする〈ライフスタイルニーズ〉、人生の終末を肌で感じ取り、残された人生を整理し時間を大事にしたいという〈人生を全うするニーズ〉が含まれていた。

そして〈ライフスタイルニーズ〉に意味的に隣接するカテゴリーとして、【自立／自己決定のニーズ】が抽出された。これは、周囲に迷惑を掛けずに自分の役割を最後まで遂行したいと願う〈自立のニーズ〉、自分で治療方法を選択し、意志決定する〈自己決定のニーズ〉によって構成されていた。

その他に【家族のケアニーズ】、【ソーシャルサポートニーズ】、【心のケアニーズ】、【経済的ニーズ】という大カテゴリーが存在していたが、いずれも医療者に直接的要求している内容ではなく、むしろ社会に存在しながら日常生活の上で、周囲の人々の中で生きていく自分自身の有り様について語られていた。

医療者特に看護師に対するニーズという形で直接的に解釈できる看護ケアニーズで、外来化学療法に直結する大カテゴリーは、【症状マネジメントニーズ】、【医療者の対応ニーズ】、【治療・病状情報ニーズ】、【治療環境ニーズ】の4つの大カテゴリーに分布していた。今回の研究は、外来化学療法中の看護ケアニーズを探索するものであるため、11の大カテゴリーから強く関連するこれら4つのカテゴリーについて詳述する。

### (1) 【症状マネジメントニーズ】について

症状マネジメントのニーズはカテゴリーの中でもっとも単位データ数が多かった大カテゴリーである。患者は、病気のみならず化学療法の副作用を日々体験しているので、非常に多くの症状が語られた。症状は、がんという疾患自体によって引き起こされる痛み、呼吸困難、各種機能低下と化学療法の副作用として体験されている嘔気嘔吐、下痢、倦怠感、湿疹、かゆみ、幻覚、食欲減退、体重減少、発熱、めまい、におい、脱毛、加えて様々な症状に伴う不安があげられた。今回の調査で対象者の多くを占めたのが、イレッサ®内服中の再発肺がん患者であったので、痛みは胸部の痛み、呼吸困難は肺がんの進展に伴う症状が中心となった。これらの様々な症状に患者は、自分自身で対応していた。特に食欲低下については多くの患者が食生活の工夫を行っており、食べられるものを食べ続ける努力をしていた。下痢、便秘、痛みには薬剤による対応、呼吸困難には体動制限など日常生活上の工夫を行っていたが、倦怠感、しびれ、嗅覚異常、味覚異常など生命の脅威が直接的ではない症状については放置し我慢しており、積極的な方略はとられない傾向にあった。一方、白血球減少、発熱など感染の危険性が高まる症状については迅速な対応を行っており、すぐに病院に行き、

医師と相談するなどの積極的すばやい対応を行っている患者が目立った。

〈自己調整・自己管理のニーズ〉で自ら症状に対応する努力を多くの患者が行い、それが困難な場合は、〈症状への医療対応ニーズ〉として薬剤による対応、治療中断などの医師の判断を伴う対応を行っていた。そして、症状の積み重ねによってさまざまに変化する自分自身の身体を認識し、〈身体の変化に cope するニーズ〉を語っていた。

#### ① 〈自己調整・自己管理のニーズ〉について

「食事や栄養状態のことは自分で判断して行っている」、「感染予防配慮した、日常生活を心がけた」、「肺の機能を考慮して、可能な範囲で活動している」など、栄養管理、感染管理、生活活動管理など療養生活全般にわたって、患者は自分自身で判断し、調整を行い、副作用が深刻にならないようにと努力していた。また、このカテゴリーの中には、自分自身の身体の状態をモニタリングするという行動も多く報告され、患者が自分自身の身体に大きな注意をはらって生活していることがわかる。

#### ② 〈症状への医療対応ニーズ〉について

「薬がどのくらい私に影響があり、副作用がでるかを見るときは外来ではなく入院する」、「咳がでるときは、もらっていた薬で対応する」など医療による対応を必要としたときは入院によってより専門的に症状に対応しようとする患者の行動がみられた。また「4度目の治療を受けたら、副作用で倒れてしまうと思い医師に伝えた」など、患者は、症状を見計らいながら、治療の中断を含めて専門家の対応を求めるなど、症状に対して自己調整ではなく、医療によって対応してもらおうとしていた。

#### ③ 〈身体の変化に cope するニーズ〉について

患者は、化学療法によっておこる脱毛で容貌が極端に変化しショックを受けた体験を語りながら「だんだん慣れてきた。しかし普通外出する時は帽子をかぶる」と状況に適應していく様子を語った。また「体重が減り、好きな服が着れるようになった」と体重減少を肯定的にとらえ、太っていたのがやせることができおしゃれができるという風に良いように解釈する努力をしていると述べた。その他にも「ほとんど副作用が出るということであった。そのため、何か出てくるという覚悟はしていた」などと化学療法に対する副作用に対して心構えをして備え、気持ちが大変にならないように適應を試みていた。

#### (2) 【医療者の対応ニーズ】について

このカテゴリーでは、病気や症状に対して医療者に対応して欲しいと患者が感じていることが表現された。切実な要望として、急激な変化に対する医療の対応を求める〈24時間対応ニーズ〉が、間違いのない診断や治療が行われることをのぞむ〈確実な治療ニーズ〉が語られた。医師に対して自分の治療に真剣に取り組んでももらいたいと