

存者に対するケアを、体系的、全人的に実施するための学術的・医療的基盤は十分に整備されているとはいえない。

本研究においては、診断後5年未満のがん生存者を対象に、がん種別に無再発生存者数、再発生存者数、緩和ケア受療者数を推計する。ついで、患者、家族の視点に立って、身体的、精神的障害、社会的適応状況などを調査、分析し、すでに一部の医療機関で行われているものも含め、がん生存者を支援する様々なツールの開発と整備を目指すことを最終目的とする。この研究により、特に診断後5年未満のがん生存者の抱えている不安、障害の実態を家族をも含めて明らかにし、その支援のための具体的な技術を確立することが期待される。

悪性腫瘍の治療は、手術、化学療法、放射線療法、内分泌療法などの集学的治療により行われるが、対象とする癌腫、病期や患者さんの病態によってどの部分が主体となるか異なってくる。また、治療を行う医療施設ががん専門病院であるか他の疾患も扱う地域中核病院であるか、また受診地域が都会であるか地方であるかなどの要因でも、患者さんの癌という病期の捉え方に影響があると予想される。即ち、ある程度共通の部分はあるにせよ患者さんに対する身体的精神的支援を考える際、各々の医療機関に於ける患者背景、治療実態を把握することがまず重要であると考えられる。

分担研究者の施設は、福岡県粕屋宗像医療圏での中核的病院であり、平成15年度に新たに地域がん診療拠点病院に認定された。主に消化器癌、乳癌、肺癌を主体として手術、化学療法、放射線治療による集学的治療を行ってきた。分担研究者は、消化器癌を中心に診療を行ってきたが、消化器がんのなかで胃癌は、死亡率としては日本人において第2位、罹患率では数的減少傾向はあるものの依然として第1位を占める重要な疾患である。胃癌の治療は、切除がその中心であり、近年、外科領域では内視鏡手術の導入により胃癌に対しても腹腔鏡補助下胃切除が全国的に普及しつつあり患者のQOLが術後も大きく変化しているこ

とが想定され、以前の画一的な開腹胃切除術を受けられた患者群との比較による検証が必要である。切除不能、再発、非治癒切除術後の病態については、抗癌剤による治療が主体となるが近年TS-1, taxol, taxotere, CPT-11などの新しく開発された抗癌剤が胃癌臨床に応用され始めより少ない副作用で従来と同様或はそれ以上の効果が認められるようになった。治療の場も入院治療から外来治療に移行しており、患者を取り巻く治療環境自体が大きく変化している。また、胃癌の化学療法は、腫瘍縮小による症状緩和が治療の目的であり治癒が厳しいという現実があり、最終的に全ての患者さんが時期の差はあれターミナルステージに移行する。この際の疼痛を中心にした症状管理の状況は、患者家族への精神的負担に大きく影響する。

今回の研究は、患者家族の視点に立つ支援システム構築の前段階として、胃悪性腫瘍を中心にした治療の実態について調査し、今後の身体的精神的支援の方向性を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

本研究では、分担研究者が現在勤務している国立療養所福岡東病院のデータを中心に、胃悪性腫瘍（胃癌、原発性悪性胃リンパ腫）の外科治療並びに進行再発症例での化学療法の実態を明らかにした。原発性悪性胃リンパ腫に関しては、単一施設での症例数が少ないため、施設責任者の了解をとった上で、九州大学大学院消化器・総合外科（第二外科）、国立病院九州がんセンター消化器部、松山赤十字病院の症例も含めレトロスペクティブに解析した。

（倫理面への配慮）現段階では、外科治療並びに化学療法に関するカルテ調査のみであるので、プライバシーの保護を前提に各施設責任者の承認のみで実施可能と判断した。今後、がん生存者及び家族へのアンケート調査においては、調査内容について各施設の倫理審査委員会の承認を得、実施することを原則とする予定である。

### C. 研究結果

平成2年1月より平成15年12月までの期間で国立療養所福岡東病院外科での胃悪性腫瘍に対する手術件数は、下表の通りであった。予後調査は現在進行中であるので確定した患者数は現時点では不詳であるが、現状で早期癌が約60%でありこの患者群はほぼ手術で完治することを勘案すると、少なくとも当院で治療をなされた患者のうち300名が5年以上生存者であることが推定される。5年生存率を含めた詳細は近日中に国立療養所福岡東病院のホームページに公表される予定となっている。

進行再発胃癌に対する化学療法は1999年3月のTS-1の登場により劇的に変化した。分担研究者はTS-1単独治療の成績をレトロスペクティブに解析したが、九州大学大学院消化器・総合外科およびその関連病院における治療症例29例（初回治療21例、2次治療以降8例）において全体の奏効率37.9%、初回治療例に限定すると47.5%の高い奏効率が示された。

TS-1の臨床応用開始前後で、taxanesやCPT-11が相次いで使用可能となったことで、これらをどのように組み合わせて、患者のQOLを保ちつつ良好な治療効果を獲得できるかが検討課題となった。そこで、国立療養所福岡東病院での実際の抗癌剤の使用状況、生存日数を調査したが、全体27症例の50%生存期間が290日、化学療法を施行された23例の50%生存期間は375日であった。使用薬剤としては初回治療例としてはTS-1単独或はTS-1とCDDPとの組み合わせが計17例、2次治療としてtaxolの使用が最も高頻度であり、薬剤に対する反応がPR以上であった症例は50%生存期間が546日と著明に延長しており、奏効率の向上が生存期間の延長に結びついていることが示唆され、今後の治療の方向性として、(1). 更に良い薬剤の組み合わせの検討、(2). 有効性を期待できる薬剤を確実に選択するための感受性因子の同定、が必要であることが明らかとなった。

胃原発悪性リンパ腫は、胃悪性腫瘍の約1%を占める比較的稀な疾患であるが、ヘリコバクター・ピロリ菌との関連などにより除菌治療、化学療法、

手術のいずれをどのように選択するのか総合的検討がなされている段階である。その基礎データとしての外科治療成績をレトロスペクティブに解析したが、リンパ節転移を認めない症例に対する外科治療の成績が良好であることが再確認されたが、リンパ節転移陽性患者に対する治療は、治療手段が多様であり手術治療の意義も含め再検討すべき課題であることが明らかとなった

年度	胃悪性腫瘍症例数
H2	31
H3	28 (1)
H4	40
H5	53
H6	43
H7	52
H8	34 (1)
H9	35
H10	40 (1)
H11	42
H12	32
H13	28 (1)
H14	17
H15	28 [内視鏡補助下胃切除4]
合計	499 (4)

括弧内；胃原発悪性リンパ腫症例数

### D. 考察

がん生存者は、ほぼ治癒したと見なされる長期がん生存者と診断後5年未満のがん生存者とに分けられる。1999年末の時点においては、長期がん生存者（診断後5年以上、25年未満）が161万人、5年未満がん生存者（診断後5年未満）が137万人と推計されている。長期がん生存者の悩み、苦しみが主としてがんの治療に伴う身体的、精神的後遺症であるのに対し、5年未満がん生存者のそれは、がん再発に対する不安あるいは再発患者においては、死の恐怖などの精神的な諸問題が中心となる。本研究では、主に、診断後5年未満のがん生存者を対象にがん生存者研究の学術的体系化を図るため、患者や家族における身体的、精神的障害、社会的適応状況などを調査、分析し、がん生存者を支援する様々なツールの開発

と整備を目指すことを最終目的とした。

胃癌は、消化器がんのなかで胃癌は、死亡率としては日本人において第2位、罹患率では数値的減少傾向はあるものの依然として第1位を占める重要な疾患である。外科治療および化学療法が主体となるが、その両面に於いて近年の治療手段の変遷は著しいものがある。日本胃癌学会は、2001年3月に「胃癌治療ガイドライン（医師用）」、2001年12月に「胃癌治療ガイドライン（一般用）」を刊行し、治療水準の施設間および医師個人間の格差を解消する方向で支援していった。治療内容を、公的な機関で発行しこれが普及すれば患者家族にとって、受けている治療が標準的な治療か、或は先進的研究的治療であるかなどを理解するうえで役立ち、精神的な不安の解消に有用であると考えられる。しかし、ガイドライン自体は、治療法自体の具体的指示はなく細部は医師の裁量にゆだねられている。従って、ガイドラインが刊行され今後改訂されるいくものの医師の説明義務は重要であり、むしろ患者が正確な医療情報を容易に入手できるようになる分、説明範囲が更に広範になり且つ詳細に亘る方向に向うことが推測される。

早期胃癌に対しての腹腔鏡手術の導入 1991年より日本において開始され、近年徐々に普及してきている。元来早期胃癌は、外科治療により5年生存率 90%以上の良好な治療成績が報告されており、腹腔鏡手術の導入には、手技的な問題を解決しているだけでなく根治性を損なわないことを第一に挙げなければならない。現時点では腹腔鏡手術を受けた早期癌症例に関しての大規模な患者数を検討した生存率の報告はない。反面、腹腔鏡手術後には、周術期の回復やQOLの面での優位性を示す報告もあり、患者家族の説明の際、このような利益と危険度を説明することは最低限必要なことと判断される。

進行再発胃癌に対する治療に関しては、内服薬である TS-1 を中心に治療が展開していることがあきらかになった。しかし、化学療法の目的が根治でない現状は変わりはなく、どのような治療を行う上でも、どこまでこの治療を続ける意味があるかを常に考えなければならない。奏効を得た患

者群は、そうでなかった患者群に比較して生存期間が延長されていたが、3次治療以降ではいかなるレジメを用いても partial response 以上を得る事ができなかった事実があり、3次以降の治療に関しての積極的根拠がないと判断せざるを得ないと言える。患者への説明には、他に治療がないから抗癌剤を使用するといった安易な説明ではなく、過去の治療経験に基づく情報提供が必要と考えられる。

胃原発悪性リンパ腫は、元来欧米では化学療法、放射線療法が主体で、日本では手術時の合併症が少ないこともあり、手術療法を中心にした治療が行われる傾向があった。しかし、近年化学療法施行中の腫瘍の出血、穿孔も以前強調されていたほど高頻度でないことが報告されてきており、手術療法の位置付けは小さくなる方向となっている。第76回胃癌学会の胃リンパ腫のワークショップでは、化学療法に主体を發表が多く、low grade 胃 MALT リンパ腫に対しての非外科的治療(他施設共同 prospective study) の中間解析が報告されていたが、当該疾患での除菌土放射線治療の胃温存は効率であったことが報告されていた。しかし、今回のデータはリンパ節転移のない症例での外科治療の再発は33例中わずか1例であり、将来的に非手術療法の妥当性は生存率の差がないことを確認する時点まで待たないといけないのが現状であると思われる。

分担研究者は、以前緩和ケア病棟での勤務経験があり、そこで積極的治療を行わない側からの患者家族の診療を行ってきた。このとき最も感じたのは、積極的治療から緩和治療主体にギアチェンジした際だけでなく、治療主体の主治医よりの説明が十分でない患者さんが予想以上に多く、また説明が不十分な患者さんほど、ターミナル期の病状を受け入れるのにエネルギーを要していたということであった。緩和的アプローチは、例え手術のみで完治するような患者であっても診断の時点より取り入れるべき課題であり、ある日突然積極的治療から切り替わるという性質のものではない。現時点で、再び手術、抗癌剤治療を行う立場で癌診療に携わっているが、このような段階

的な緩和的アプローチが欠如した中では患者は不幸なだけであり（高橋郁雄 et al. 平成 15 年 6 月日本緩和医療学会発表）、がんに従事するものはターミナル期の症状管理にも重点を置くことが、精神的ケアを行う上での基礎となる。

#### E. 結論

胃悪性腫瘍の治療実態、特に病状や患者自身を取り巻く身体的社会的状況を強く考慮すべき進行再発胃癌患者の治療実態、成績を把握することで、病態に適した患者家族への精神的ケアの為の適切な医療情報を提供することが可能となった。

#### F. 健康危険情報

本分担研究においては、患者、家族と接触することが無く、明らかな健康危険情報はない。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

Takahashi I, Maehara Y, Koga T, Sumiyoshi Y, Oshiro T, Baba H, Kohnoe S, Okamura T, Uike N, Matsusaka T, Kume K, Sugimachi K.

Role of surgery in the patients with stage I and II primary gastric lymphoma.

Hepato-Gastroenterology. 50 :877-82, 2003

Takahashi I, Kakeji Y, Emi Y, Sakurai M, Yonemura Y, Kimura Y, Maehara Y.

S-1 in the treatment of advanced and recurrent gastric cancer: current state and future prospects.

Gastric Cancer. 6 Suppl 1:28-33, 2003.

高橋郁雄、江見泰徳、渡邊雅之、沖 英次、徳永えり子、後 信、掛地吉弘、馬場秀夫、前原喜彦  
(九州大学大学院消化器・総合外科)

進行再発胃癌に対する TS-1 単独療法の位置付けと taxotere 併用療法の展望  
癌の臨床 49 ; 595-598, 2003

#### 2. 学会発表

第 8 回日本緩和医療学会総会

(6月27日-28日千葉)

高橋郁雄、石川健二、赤木智徳、増野浩二郎、武内秀也、富川盛雅、荒巻政憲、安部良二、狩野 律

消化器・乳腺外科病棟でのモルヒネ持続皮下注射の適応

第 41 回日本癌治療学会総会

(10月22日-24日 札幌)

高橋郁雄、徳永えり子、沖 英次、渡邊雅之、江見泰徳、掛地吉弘、馬場秀夫、前原喜彦

進行・再発胃癌に対する TS-1+biweekly docetaxel 併用療法の検討（臨床第 I 相試験）

第 76 回日本胃癌学会総会

(3月4日-6日 米子)

高橋郁雄、野添忠浩、森恵美子、江崎卓弘

1. 進行再発胃癌に対する weekly taxol 療法の位置付け

#### H. 知的所有権の取得状況

特記事項なし

分担研究報告書

肝癌の継続的治療における患者・家族の支援と病診連携のあり方についての研究

分担研究者 野口 和典 大牟田市立総合病院 研究研修部長

研究要旨

肝細胞癌は多発・再発性（多中心性）発癌という特性を有するため、初回治療で腫瘍を消失させても異時性に肝内の別部位に肝細胞癌が出現してくるという問題を有している。このため、肝細胞癌は他の消化器癌などと違い再発・治療を繰り返し、原疾患の進行と相まって5年生存率も20%余りに過ぎない。このため、患者と家族は、元々の慢性肝疾患を有する上に、加えて肝細胞癌の告知と治療を受け、癌の再発と再治療に関する不安と悩みを持続的に持ち続けるという状況になる。このような状況下で、癌患者・家族のために精神的、肉体的、社会的支援の具体的な技術を確立することは、治療を継続する上でも、全人的医療を行なう上でも極めて重要なことである。

今回の研究では、肝細胞癌患者には、大きく二峰性の集団があることが明らかとなった。HBVに起因し45歳をピークとする肝細胞癌の患者・家族に対しては、患者の就業継続と家族養育のための精神的、身体的支援が重要であり、いっぽう現在65～69歳をピークとするHCVに起因した同疾患の患者・家族に対しては、離散した核家族の再構築と通院支援、および情報の共有化を伴った病診連携による支援が重要であると考えられた。

肝細胞癌の患者と家族の支援には、基礎疾患、発生年齢、家族構成に基づいた精神的、身体的な支援ツールが必要である。

A. 研究目的

肝癌の中でも、肝細胞癌は原発性肝癌の90%を占めており、さらに、この80%はC型肝炎ウイルス（HCV）の持続感染が原因で、10%がB型肝炎ウイルス（HBV）持続感染が主な原因であることが知られている。このように、肝細胞癌の大半は、ウイルス性肝炎患者に発生してくることから、今日その患者集団を検診などで特定化し、肝細胞癌を早期発見することに全力が傾けられている。しかしながら、患者は基礎に慢性肝炎や肝硬変症を有しており、初回治療で根治に至らない例が多いばかりでなく、さらに肝細胞癌は多発・再発性（多中心性）発癌という特性を有するため、初回治療で腫瘍を消失させても異時性に肝内の別部位に肝細胞癌が出現してくるという問題を有している。このため、肝細胞癌は他の消化器癌などと違い再発・治療を繰り返す頻度が極めて高く、原疾患の進行と相まって5年生存率も20%余りに過ぎない。

このことより、元々の慢性肝疾患を有する上に、加えて肝細胞癌の診断・告知を受けた患者と家

族は、癌の再発と再治療に関する不安と悩みを持続的に持ち続けるという状況に追い込まれることになる。このような、特殊な状況下で、癌患者・家族のために精神的、肉体的、社会的支援の具体的な技術を確立することは、治療を継続する上で必要であるばかりでなく、全人的医療を行なう上でも極めて重要なことである。

本研究においては、本邦における肝細胞癌患者の現状と特性を分析し、合わせて肝細胞癌と診断された患者家族の、その後の継続的治療における支援と病診連携のあり方について研究することを目的とした。

B. 研究方法

本邦における肝細胞癌の原因となる基礎疾患群を検討し、各々の患者の年次の発生推移、発症年齢、年齢に伴う問題を明らかにし、社会的、家族的、身体的な見地から分析した。さらに、肝細胞癌が再発を繰り返す疾患であることから、初回インフォームド・コンセントを受けた後の患者家族ケアのあり方と、通院を含めた継続的治療維持

のために如何なる支援ツールが必要かについても検討・考察した。

### C. 研究結果

肝細胞癌の原因の90%は、HBVあるいはHCV持続感染によるものであるが、これらの持続感染が発癌に及ぼす影響は肝細胞癌の発生年齢によって大きく異なっている。49歳以下ではB型肝炎ウイルス（HBV）持続感染が主な原因であり、50歳以上ではC型肝炎ウイルス（HCV）持続感染が主要な原因である。さらに、60歳以上では発症する肝細胞癌の8割がHCVに起因している。この傾向は、わが国の高齢者の増加と関連しており、今後さらにHCV関連の肝細胞癌が増加するものと考えられる。

HBV関連肝細胞癌は、HBVキャリアー（推定250万人）からの慢性肝炎を発生母地とするが、必ずしも活動性肝炎を有しているとは限らず、また男女差が無く、比較的若年者に発生する。このため、患者は必ずしも定期的検査を受けているとは限らず、心の準備が無い状態で癌を告知され、治療を受けることが多い。さらに、この型の肝癌は、45歳にピークがあることから、患者の大半は就労し、社会的にも一定の評価を得て、家庭内では子供の養育中であることが多いと推測される。このことは、家族単位の支援は受けやすいものの、経済的負担と社会的不安は大きいものと考えられる。基礎疾患が慢性肝炎であれば継続的社会活動、就労は可能であるが、肝硬変症への移行が早い場合は、通院加療と入退院を繰り返しながらの癌治療となるため、患者本人だけでなく家族の精神的、経済的負担はさらに増大するものと考えられる。

HCV関連の肝細胞癌は、現在65～69歳をピークとしており、今後さらに年齢層が高くなるものと推測される。患者層は、男性で飲酒歴が高いリスクであり、肝炎罹患期間が長くなって肝硬変症に近づくほど発生リスクが高くなる。このため、患者の大半は既に社会の一線を引退し、その多くは慢性肝炎患者として通院しており、ある程度は発癌リスクに関するインフォームド・コン

セントを受けていることも少なくない。しかし、高齢化と核家族化によって、独居生活であったり、配偶者のみとの生活であることが多く、家族の支援は得られにくいのが現状である。さらに、経済的、身体的負担が大きくなり、同時に高齢化した配偶者の精神的、身体的負担も増大している。

これらの支援には、介護サービスや訪問看護だけでなく、通院している医療機関での患者・家族支援サービスや医療ソーシャルワーカーの関与も必要と考えられる。さらに、癌の再発（異時性発癌）が極めて高い疾患であることから、このことを十分理解しうる家族へのインフォームド・コンセントが別に必要になる。場合によっては、遠方の息子、娘に連絡せねばならないことも少なくなく、離散した家族を再構成して、患者と配偶者を支援することも必要となる。さらには、高齢化で遠方通院が困難な場合は、近隣の診療所を利用し、定期的に専門医療機関を受診させる病診連携が重要となる。病診連携のあり方としては、患者の癌情報だけでなく、インフォームド・コンセントの内容、家族構成とキーパーソン、家族内支援情報、経済的、身体的情報などの共有化が極めて重要であると考えられる。

さらに、肝硬変症を基礎とする場合は、初回治療で根治に至らない事が大半であり、多くは通院化学療法が中心とならざるを得ない。この場合は、さらに精神的、肉体的苦痛が増大するため、専用の外来化学療法室の整備ときめ細やかなコミュニケーションに基づく緩和ケアも必要と考えられる。

### D. 考察

肝細胞癌は、他の癌と違い初回治療が成功しても、ほとんどが1～2年以内に肝内の他部位に再発する特徴を有する疾患である。このことについては、初回に必ずインフォームド・コンセントを行なうのが診察医師の鉄則である。このため、患者と家族は、外来受診する度に新たな癌発生の告知に怯えて生活しなければならず、継続的な「安心」を得ることができない。今日、肝細胞癌に対する種々の治療方法が開発されて、個々の肝細胞

癌（腫瘍）の根治的治療法は飛躍的に改善している。しかし、この疾患の再発特性と、今日でも5年生存率が20%余りであることを考慮すると、如何にこの肝細胞癌患者と家族に対する継続的な支援ツールが必要であるかが理解される。また、癌の治療と重なって腹水、肝性脳症、糖尿病など種々の合併症が併発することも患者の不安と苦痛を増大することになる。この意味で、断続的な繰り返しともいえる治療を、根気よく継続させるためには、患者と家族の支援体制を確立することが重要であり、全人的医療の面からも重要なものであると考えられる。

今回の研究結果から、肝細胞癌患者には、大きく二峰性の集団があることが明らかとなった。HBVに起因する比較的若い肝細胞癌の患者・家族に対しては、患者の就業継続と家族養育のための精神的、身体的支援が重要であり、いっぽうHCVに起因する高齢者の同疾患の患者・家族に対しては、離散した核家族の再構築と通院支援、および情報の共有化を伴った病診連携による支援が必要であると考えられた。

#### E. 結論

肝細胞癌の患者と家族の支援には、基礎疾患、発生年齢、家族構成に基づいた精神的、身体的な支援ツールが必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床事業）  
平成15年度分担研究報告  
看護の立場から見た、がん生存者の身体的・心理的障害に関する研究  
（ターミナル期の妻をもつ中高年の夫のストレスコーピングと予期的悲嘆の関係）

分担研究者 清水千世 財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院看護部  
ホスピス病棟 瀧田喜恵子 神田セツ子 七海清美

## 研究要旨

妻がターミナル期にある中高年の夫は、妻の病状により予期的悲嘆を経験していく中で、仕事・食事などの日常生活の事・休養・子供・親の事・妻の病気の心配・付き添いの事などによって、今まで経験したことのないストレスや重圧を抱える場合が多い。しかし実際に夫がいらいらしている様子がみられても、夫のほうから看護者に相談し気持ちを打ち明け、援助を求めて来ることは少ない。また、新しい環境に多忙に見える夫に時間を設けて関わることがうまくできず、夫の予期的悲嘆の状況やそのストレスを知って介入して行くことが難しい現状がある。そこで、妻のターミナル期に実際に夫はどのようなストレスを持ち、対処しているのか、経過を追って面談を行ない、会話の中からストレスと思われる言葉とストレスコーピングを分析した。経過の中で夫の予期的悲嘆のプロセスの時期に応じた介入を行うことにより、ストレスコーピングと予期的悲嘆の関係性を明らかにし、看護援助に対する若干の示唆を得たので報告する。

## A. 研究目的

1. 妻がターミナル期にある中高年の夫のもつストレスを探りコーピングスタイルを検討分析する。
2. ストレスコーピングと予期的悲嘆の関係性を明らかにし、看護援助の方法を検討する。

### [用語の定義]

ストレス：本研究では、夫が知覚に基づいて体験している困難・心配・要求など

コーピング：認知的・情動的・行動的努力  
対象者の自覚的な身体的兆候・身体的反応

予期的悲嘆のプロセス：家族が患者の終末期に体験する激しい心理過程。  
危機のプロセス  
（衝撃・防御的退行・承認・適応）同様に变化する。

## B. 研究方法

### 1. 研究対象

告知を受けているがんターミナル期の妻をもつ、中高年の夫。妻が当院ホスピス病棟に入院（在宅ホスピス）していて、本研究に同意を得られた1名。

### 2. 研究方法

面接法と参加観察を用いた。面接は夫の

ストレスコーピングを明らかにするために、不安困難について研究者が作成した半構成的な質問用紙、及び会話の中から研究者が必要と感じた内容をメモした。面接場所は個室に準ずる所で行い、面接時間は30分から1時間で行った。

### 2. データ収集期間

平成14年10月22日～平成15年1月16日

### [倫理的配慮]

本研究はターミナル期の妻をもつ夫を対象とし、精神的に苦痛が大きい時関わるため、十分な倫理的配慮を行った。また、面接開始時および途中で対象者が心理的・身体的理由から話しが継続出来ないときは、断ることも出来ることを十分に説明し同意を得たうえで行った。

### 5. 分析方法

- 1) 夫の言葉からストレスと思われる言葉を抽出する。
- 2) 類似の記述部分をカテゴリー化し名称をつけ、ストレスコーピングと共に検討する。
- 3) 夫の予期的悲嘆のプロセスと看護介入の関連について、検討分析する。

### 事例

N氏 男性 55歳

<プロフィール>



4人兄弟の次男、実父は昨年、実母は若いころ亡くなり、近くに義母と実兄夫婦がいる。30歳で見合い結婚、長男は心疾患のため生後3ヶ月で死亡、20歳の長女がいる。平成13年11月妻が発病、胃癌で余命3ヶ月であることを告知された。妻が在宅で過ごす為に介護休暇をとっていたが、会社と気まづくなり翌年8月退職した。家事の経験は無いが、妻の指示を受けながら日常生活全般の仕事を引き受けていた。N氏は時々パチンコで気分転換をしていたが、そのことを妻は快く思っていなかったようである。家族の今後のことは実兄、義兄に相談していたが、介護の支援を得られる関係ではなかった。身体的には、椎間板ヘルニアの既往があるが現在は問題ない。性格は細かいほうで、口が重く短気なところがある。

#### <妻の病気の経過>

N氏の妻、52歳、平成13年11月、K病院で胃癌と診断され試験開腹術を受け予後3ヶ月と診断された。化学療法施行後、自宅療養していたが、心のケアを求めて平成14年10日当ホスピス病棟を希望し入院。10月14日より在宅ホスピスを受ける。疼痛コントロールとして塩酸モルヒネを持続投与していたが、11月初め癌性腹膜炎による腹水が増加し在宅での腹水抜水を余儀なくされる。その後腹痛、倦怠感の増強もあり、11月20日再入院となり、次第に全身状態の低下がみられ苦痛も増し、平成15年1月8日からセデーション開始、1月16日永眠された。

#### C. 結果及び分析

妻の病気進行から、ディケアから入院までをⅠ期(10/22~11/19 面談4回)入院からセデーションまでをⅡ期(11/20~1/9 面談4回)さらにセデーションから死亡までをⅢ期(1/10~1/16)面談1回)とした。その中でストレスと思える言葉の抽出、及びストレスコーピングの方略を示した。N氏のストレスは言葉の内容から①日常生活に関わるストレス、②妻が苦痛を持っていることでのストレス、③今後の病状悪化に伴うストレス、④症状緩和に対する迷い、要求、⑤死期が近いことでの情緒的動揺、⑥近い死に対するあきらめ、覚悟、

⑦妻の役割不遂行に対するストレス、⑧自分の仕事に関わるストレスの8つのカテゴリーに分けられた。

Ⅰ期では自宅ですごしていたということもあり、日常生活に関わるストレスが9項目にいたるなど不慣れな家事の項目も含め細かい内容のストレスが多い。他のストレスは2~3項目。妻が苦痛を持っている為、いままでの生活が維持できないことによるストレスがあり、予期的悲嘆のプロセスの<防御的退行の段階>と<承認の段階>であることが伺えた。また、覚悟はしているものの死期が近いことでの情緒的動揺、病状変化に伴うストレスからは緊迫感を受け取れない。ストレスコーピングとしては、「パチンコをする」「覚悟する」など感情調節のコーピングをしていた。在宅ホスピスを受けていたが、それ以上の看護者へ対する要求要望は見られなかった。また、主な介護者であるため、「自分の身体を調節」したり「妻の面倒を見る」「日誌を書く」など行動的コーピングがみられた。仕事は辞めていたので積極的なコーピングはされなかった。

看護介入としては<防御的退行の段階>と<承認の段階>の援助に伴い、N氏の感情をあるがままに受け入れ、N氏、妻が必要とする時に援助を与え支持するを行なった。家族が在宅で過ごす時間を大切に考え、訪問看護との連携を取りながら、週1回のディケア時に妻の腹水抜水や点滴等の症状コントロールを図った。苦痛が増してくると在宅でもできるように夫に手技を覚えてもらったがスムーズに行なうことができた。また夫には看護者の方から積極的に話しかけコミュニケーションを取るよう心掛けた。夫からは不慣れな家事に対するストレスの内容や妻に対する不満などが聞かれたが、看護者は話しに耳を傾け、夫に息抜きや気分転換も必要なことを話し苦勞を労った。

Ⅱ期では日常生活に関わる家事のストレスは減り、妻の苦痛や病状悪化に伴うストレスのカテゴリーに具体的な不安の言葉が多くなる。特に出血斑が出てきた頃より死期に近いものと受けとめられ具体的な説明を要求することもあった。その反面、車椅子に乗ったり、普通に会話ができること

など今の生活が続くことを望んでいた。介護に消極的だった娘もN氏と交代で泊まるようになり、N氏から今後の娘との生活や仕事に対して具体的に考えている言葉が聞かれ、「覚悟している」と繰り返されていた。ストレスコーピングとしては、タバコを吸う回数が増え、喫煙室での姿が多く見られた。外出を必要とするパチンコは少なくなった。妻の側にいる時間が増え、ビデオも部屋で観ていた。妻の病状が悪くなってくると看護者に説明を求めることも多くなってきた。感情調節コーピングを中心に行動的コーピングも取り入れられていた。看護者を交えた他者志向的コーピングもみられた。

看護介入としては <承認の段階> としN氏の気持ちを受け入れ、何もできなくとも近くにいることが妻の精神的支えになることを話し、夫としての行動が意味のあることと認識させるように働きかけた。また、看護者から妻の状態の変化をその都度説明することにより現状を理解出来るように努めた。介護に消極的な娘にも、娘の気持ちに十分な配慮を行ないながら夫と一緒に話す場を設け、感情表出を促し、N氏と娘が協力しあいお互いが孤独にならないよう働きかけた。それまで娘に遠慮がちだった夫も医師からの病状説明を聞かせたり、交代で付き添うなど関わりが持てるように変化していった。

Ⅲ期ではN氏は、妻の死前の兆候についてストレスを感じていた。しかし今後の病状悪化に伴うストレスに対しては、「眠っているみたいで苦しい感じがないようだ」と話され、セデーションを受け入れていた。N氏を通して親戚兄弟から医療行為に対する要求の言葉が聞かれたが、看護者の説明により納得された。しかし、死期が近いことでの情緒的動揺の中で「ピンとこないな」と、妻の死という衝撃的な事実と結びつかない様子もみられながらも亡くなった時に着る着物を準備するなど、死はN氏の中で着実に現実のものとなっていた。ストレスコーピングはタバコで気を紛らわす感情調節コーピングは同様であるが、妻の側にいたいという気持ちがさらに強くなり行動的コーピングとなり、回数は減って行った。妻の死を現

実的なこととして受けとめられてきている。娘や親戚兄弟らの連帯感は強められ、自分しかいないという気持ちから他者の援助を受けるという他者志向的コーピングもみられ、気持ちの変化が伺えた。

看護介入としては <適応の段階> として妻の状態の情報を与えることにより、死を現実的なものとして捉えられるよう援助した。また思い出話をする事で妻の存在が認められ、心の中の思いを昇華できるよう働きかけた。歳後にN氏が妻と共に過ごした一日一日が価値ある日々だったことを尊重し労った。

#### D. 考察

結果から予期的悲嘆のプロセスの段階に沿って変化する夫のストレスコーピングの関連性を述べる。さらに、夫の心理状況の段階の分析により明らかになった看護援助と方向性を示す。

<予期的悲嘆のプロセスとストレスコーピングの関連性>

##### 1、防御的退行の段階、承認の段階の時期

N氏は前病院で既に予後3ヶ月と告知されていたため、当ホスピス病棟に入院してきた時には <ショックの段階> は経験されていた。I期では在宅ホスピスを希望されたが、在宅であるがうえに健康な時の姿と寝ている妻の姿に現実とのズレを感じていることから <防御的退行の段階> と <承認の段階> をゆらいでいる時期であるといえた。この時期のストレスコーピングとしては「妻の面倒を見るのは自分である」と役割意識が強く「気を紛らわせる」「覚悟する」などの感情調節的コーピングと「早寝早起き」「怒らないようにする」などの行動志向的コーピングなど取り入れ自己コントロールされていたと考える。

##### 2、承認の段階の時期

Ⅱ期では妻の病状が進み現在の生活を維持できず入院するといった経過の中から、新しい現実を知覚していることが伺える。妻の状態の変化はもはや逃げることでできない現実と感じ、予期的悲嘆そのものがストレスになっていると考えられた。小島は「承認の段階では変更された現実を吟味し

だし新しい現実を知覚し自己調整していく」と述べている。このようにN氏は 現実と直面した <承認の段階> の中でもがいていた。この時期は妻の死を少しづつ具体的な形で予期しながらのコーピングであり感情調節的コーピング、行動的コーピング、他者志向的コーピングの3方略がみられた。

### 3、適応の段階

Ⅲ期では妻の死前の兆候にストレスを感じているものの「眠っているみたいで苦しい感じはないようだ。」と安心感がみられ不安は減少されていた。さらに亡くなった時の着物の準備に動揺することなく応じられたことや親戚兄弟らにも気を配るなど <適応の段階> を示していた。N氏はストレスコーピングとして妻に触れ、感情調節的コーピングをしながら妻の死を間近と認識し、自分の役割を見出そうとする新しい自己イメージや価値観を築いていたと考えられた。妻のいない現実に向き合い対処しようとしている行動的コーピングや他者志向的コーピングに表れていた。

#### <看護援助と方向性について>

国谷によると中高年の夫にとって妻の喪失によるストレスは妻が夫を失う場合に比して大きいことが統計数字によって示されている。子供の自立を迎え、親の老化に対応しつつ夫婦間の再調整と言う課題に直面する中、夫は妻に心理的に依存する度合いが強くなる。しかもDvis が述べているように男性は自分の辛い感情を滅多に認識しないこと、したがって心の重荷をおろす機会を持ちにくいという性差からも看護者と関わりを築きにくいといえる。

N氏も面談中は表情が分りにくく淡々と答える傾向があり、Ⅰ期では「不安は特にない」Ⅱ期では「仕方がない、覚悟している。」という言葉は面談ごとに繰り返されていた。国谷が中高年になると身体的な行動パターンも固定化し、心の動き、思考や感情もパターン化されてしまっていると述べているように、N氏もやさしい妻に世話されてただ仕事をしている生活を当然と思っていた。妻の病気が深刻だと知った時も現実否認で対応したと考えられる。在宅での経過の中には仕事をやめ役

割意識を持っていながらも、妻の病状の変化に気持ちがついていかずストレスを感じていた。そして、入院後もこの状態が長く続くことを願っていた。看護者の面談にも、今の状況に不安はあるが「変わりのない自分」を創らずにはいられなかった。つまり対象が夫の場合には「不安はない。変わりはない。」と訴える言葉をそのまま受け取らずに、看護者の方から積極的に話しかけ、会話する機会を多く持つよう意図的に話しかける必要性が示唆されたといえる。

また、予期的悲嘆のプロセスを辿っていることが明らかになったことから看護者はその段階に応じた看護介入が重要であることが分った。N氏の場合、Ⅰ期では <防御的退行の段階>と <承認の段階> として在宅での生活を支えることを目的とし必要な時に必要な援助を行い、コミュニケーションを取りながら見守っていった。Ⅱ期では <承認の段階> とし、現実に向き合い感情表出できるような援助を行なった。無力感を感じていた夫を労い、夫の存在が妻にとってかけがえのないものであることを伝えた。また、娘を交えて話せる場を設け協力しあえる環境を整えた。Ⅲ期では <適応の段階>とし、間近に迫った妻の死に直面した中で思い出話しをしながら心の中の思い出を昇華でき、最後の別れができるよう援助した。この事例で言えることは看護者の傾聴そのものが看護介入となり、信頼関係を築きあげた経過が重要だったということである。夫の気持ちを全面的に受け入れる姿勢、そして共有の時間を持つという意図的コミュニケーションが夫の予期的悲嘆のプロセスを辿ることの起きた要因になった。小島の危機モデルの介入に示すように、細かい配慮の目をもって患者である妻の変化する状態を理解し、段階に応じて夫に対し思いやりのある態度で側に付き添うこと、あらゆる安全を保証すること、感情表出を促すこと、傾聴、自己洞察させることが、看護者に課せられたグリーフケアであり、夫自身のストレスコーピングを高めることにつながると考えられる。

[研究の限界と今後の課題]

本研究は一事例に過ぎず対象者の特性を反映しているとは言い切れない。また、研究者自身がデータ収集の道具であり、研究者の面接や観察する能力によって得られるデータが限定される。分析や解釈において、研究者の主観や偏見が混入されている可能性があることは否めなく、また、個性の大きいものである。今後は、対象者の背景、おかれている状況を考慮し、より相手に合わせた介入ができるように事例を重ねて行きたい。

#### E. 結論

本研究の結果、以下の点が明らかになった。

- 1、妻がターミナル期にある夫のストレスは8つのカテゴリーに分類できた。
- 2、夫のストレスは、予期的悲嘆のプロセスとともに変化しストレスコーピングの方略も変化していった。
- 3、看護者は夫の心理状況がどの段階にあるかを分析し、その段階に必要な援助を行なうことにより夫のストレスを軽減し悲嘆の緩和を図ることができる。

#### 参考、引用文献

- 1) 小島操子：末期患者の近親者への悲嘆への援助、ターミナルケア1：375～378、1991
- 2) 吉田智美：がんの終末期で症状緩和を受ける患者の家族のストレスコーピング - 一般病棟と緩和ケア病棟の比較-日本看護科学会誌：Vol. 11 No.3, 10～20, 1996
- 3) Davis, A, Jann: Listening and Responding, 1994, 瀬戸正子訳, 11 死別, 神郡博, 正田美智子訳, 患者の訴え-その聴きかたと応え方, 医学書院, 334, 1998
- 4) 国谷誠朗：中高年期における喪失と悲嘆の援助, ターミナルケア1：383～386、1991
- 5) 中村めぐみ：悪性腫瘍で病名を告知されずに科学療法を受けている患者と密接にかかわる家族のストレスコーピング:看護研究 Vol. 12 No.2, 33～41, 1992

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 清水千世：看護師への緩和医療への教育②、実践を通して学ぶホスピス・緩和ケア, 緩和医療学, Vol. 5 No.2, P20-25, 2003
- 2) 清水千世：在宅ホスピスケアの経験から学んだホスピスケアの視点, がん看護, Vol. 8 No.4, P281-284, 2003
- 3) 清水千世：肺癌治療における在宅医療・看護師の立場から, Pulmonary Oncology Review, No.6, P6-8, 2003

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

以上

分担研究報告書

ストーマ造設患者と家族が快適に日常生活を送るための援助

分担研究者 廣川裕美子 山口県立中央病院 看護師

研究要旨

ストーマ造設患者はボディイメージの変容、排泄機能障害、自己概念の喪失を強いられる。看護師は入院短縮という期間限定の中で、患者が障害を受容でき、新たな排泄のケアを自分の生活に取り込み、社会復帰できるように、入院時よりケアしている。しかし、患者が退院後、患者と家族の持つ不安や悩みは計り知れなく、心理面のケアの重要性が問われているが支援方法については確立していない。そこで、患者と家族の持つ不安や悩みを把握し支援方法を知るために、アンケート調査をした。その結果患者や家族の思いを知ることができ、不安については、転移や再発の他に、患者や家族が病気になる装具交換ができなくなった時の対処方法がほとんどを占めており、患者や家族が快適に日常生活を過ごせるよう支援していくことが必要であると理解できた。

A. 研究目的

ストーマ造設患者はボディイメージの変容、排泄機能障害、自己概念の喪失を強いられる。看護師は入院短縮という期間限定の中で、患者が障害を受容でき、新たな排泄のケアを自分の生活に取り込み、社会復帰できるように、入院時より支援している。しかし、患者が退院後、患者と家族の持つ不安や悩みは計り知れなく、外来受診時や再入院にはじめて知ることが多く、心理面のケアの重要性が問われている。そこで、患者と家族の悩みを把握するために、アンケート調査を行い、支援方法について検討していく。

B. 研究方法

I. アンケート調査

1 アンケート調査表の作成

患者の属性 15 項目および S. C. ロイの 4 つの適応様式を参考に患者と家族の日常生活の適応度を知るための 37 項目、計 52 項目からなり、無記名で自己記述式の調査表を作成し、倫理審査委員会常生活の適応度を知るための 37 項目中 35 項目は 0 から 5 点のリカートで合計 0 点から 175 点で高得点ほど自己適応度が高くなるようにした。

2 対象

山口県立中央病院でストーマ造設術を受けた患者または外来受診している患者と家族 62 名を外科、泌尿器科の医師、各外来主任、病棟師長に相談し、対象者を選択し、アンケートを郵送した。46 名を回収しうち 44 名を有効とし集計分析した。

3 分析

回答された患者を①短期生存者（治療後 5 年未満）A 群 21 人、長期生存者（治療後 5 年以上）B 群 23 人、②男性 25 人、女性 19 人、③外科 22 人、泌尿器科 22 人で比較検討した。

II. 医療相談室にストーマ造設患者と家族が相談した件数と内容の調査

III. ストーマ造設患者の会「オストメイトの会ほうふ」で結果報告と郵送による報告

IV. ストーマ外来に受診した患者の調査

（倫理面への配慮）

アンケート調査は個人を特定することなく、プライバシーを守りデータ処理をした。その結果を倫理委員会で審査し承認を得たものを「オストメイトの会ほうふ」で報告し、アンケートを配布した全員に郵送した。

C. 研究結果

アンケート調査の結果、患者と家族の持つ不安

や悩みは、再発や転移以外に、病気などで患者や家族が装具交換できなくなった時のことが大部分を占めていた。そのことについて、医療相談室やWOC看護師に相談したところ、早めに訪問看護ステーションと連絡をとり、訪問看護の支援や施設への入所の紹介などの支援を受けられることを伝え、いずれも医師の指示書が必要となるため、外来や医療相談室に相談にするよう説明した。医療相談室に患者と家族が相談した件数は年間10件程度で内容は障害手帳の交付や、介護認定であった。患者や家族は医療保障について知識不足のため、入院時より医療相談室の紹介など積極的にかかわっていくことが必要であるとわかった。また、アンケート内容では14人の患者がストーマ周囲の皮膚障害としてかぶれ、かゆみ、出血があり、他に、ストーマの形で満足していない患者が4人あり、その理由として高さが低い、陥没、狭窄、腰をかがめる と皺がはいるという意見があった。良い位置に良いストーマを造設されること、予防的スキンケアの前提条件であることからストーマサイトマーキングは管理しやすい位置に高さのあるストーマ造設を医師の参加をもとめて行うことの必要性を実感した。次に装具交換については、毎日交換が外科で6人、泌尿器科は8割以上の方が2~4日で交換している。ストーマ装具の購入費は苦にならないのかの質問で、違う、やや違うと答えた人が泌尿器科6人に対し外科11人であり、経済的悩みとなっている。

病院に望むことは、ストーマ外来を月1回でも日にちをきめてオープンしてほしい、ストーマ用品を少しでも安くしてほしい、ストーマケアについて常時相談できる窓口がほしい、待ち時間が長いなどであった。ストーマ外来がない時は相談窓口がなく、不安も増大していると考える。ストーマ外来を開いてほしいという患者と家族の強い要望を報告し、患者会の支援と患者の署名により平成15年1月より、外科、泌尿器科で月2回であるがストーマ外来がはじまった。4月より中央処置室で稼動し、4月から平成16年2月末までの受診者は外科19人25回、泌尿器科8人で23回受診しており、受診理由としてスキントラブル（発

赤糜爛、皮膚剥離、皰、かゆみ、色素沈着、浸軟）肥満、やせ、ストーマサイズの変化などにより装具があわないなどがあった。指導には、30分前後かけて、スキンケア、新しい装具の紹介、保護剤の使用、診察の時期などの相談を行っており、患者だけでなく家族の相談も応じ、支援している。

日常生活適応度の分析  
1. 治療後5年未満A群、5年以上B群の比較  
A群21人122.95点、B群23人117.21点（平均）

2. 男女の比較

男性25人122.64点、女性19人114.21点

3. 外科、泌尿器科の比較

外科22人110.86点、泌尿器科22人127.13点

4. 全体の比較（項目別）

ベスト3（最高5点中の平均）

食事や飲み物がおいしく楽しみである（4.59点）

ストーマ装具の交換は上手にできる（4.54点）

睡眠は十分とれる（4.18点）

ワースト3

旅行は苦にならず、以前と同じようにできる

（2.0点）

以前と同じように仕事ができる（2.36点）

以前と同じようにスポーツや趣味ができる

（2.54点）

5. 項目別で得点差があるもの（平均の得点差）  
平均値（SD）の有意差検定（TAION）

① 5年未満A群5年以上B群の比較

無気力や自己嫌悪を感じることはない

（0.91点） $P < 0.05$

5年以上の方が高得点

排泄物の臭いや漏れ、音が気になり神経質になることはない（0.79点） $P < 0.05$

5年未満のほうが高得点

② 男女差

自分の闘病経験や技術を人のために役立てたい

（1.23点） $P < 0.05$

無気力や自己嫌悪を感じることはない

（1.11点） $P < 0.05$

衣服に気を使うことは苦にならない

（0.82点） $P < 0.05$

いずれも男性の方が高得点

### ③ 外科泌尿器科の比較

手術前と同じように日常生活が送れる

(1.59点)  $P < 0.01$

衣服に気を使うことは苦にならない

(1.08点)  $P < 0.01$

ストーマを保有していることで特別扱いされたり寂しい思いをしたことはない(1.09点)  $P < 0.05$

便や尿の始末や処置は苦にならない

(1.04点)  $P < 0.01$

いずれも泌尿器科の方が高得点

### D. 考察

日常生活適応度から考えると、5年以上のB群より5年未満のA群の方が、男女では男性、外科、泌尿器科の比較では泌尿器科の方が高得点であった。患者は日常生活の中で苦慮しながら生活しており、旅行や趣味など不便を感じながら過ごしていることが理解できた。また、患者の思いを知ることは患者理解につながることから、患者がこのような思いでいることを理解し、支援していくことが必要であると感じた。

### E. 結論

1 ストーマ造設患者と家族の不安は転移や再発と装具交換が出来なくなったときのことである。

2 外科患者は装具交換の頻度が高く、装具が高価で経済的な悩みとなっている。

3 ストーマ外来がないときは患者、家族の不安も増大していたが、ストーマ外来がはじまり、患者と家族の相談窓口となっている。

4 社会保障について、患者や家族は知識不足であり看護師は入院時より説明し、医療相談室や外来と連携をとり支援していくことが必要である。

5 患者理解に努め患者の思いを知り、患者家族の声に耳を傾け支援していくことが必要である。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

1. 論文発表 なし

### 2. 口述発表

第19回山口県緩和ケア発表会

### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

分担研究報告書

看護の立場から見たがん生存者の身体的・心理的障害に関する研究

初期治療の過程における肺がん患者の情報ニーズについて

—患者を支援するケアプログラムの検討—

分担研究者 近藤 まゆみ 北里大学病院 総合相談部

研究要旨

がん患者が病気と向き合い、自分らしく生きていくためには様々な情報が必要である。本研究では肺がん患者の情報探求を支援するためのケアプログラムの原案を作成することを目的とした。

手術療法を受け外来通院している肺がん患者 18 名を対象とし、面接によって得られたデータから、「ナースのどんな関わりが情報ニーズを明らかにしたいニーズの表出を促したのか」の観点から分析し、平成 14 年度本研究事業の研究結果「治療後 5 年以内の肺がん患者が持つ情報ニーズについて」を踏まえ、以下のようにケアプログラム原案を作成した。

情報ニーズは初期治療過程の時期によって得たい情報の内容が違うということから、その時期を考慮して「初期治療を受ける前の面談」と「初期治療を終えて退院を目前にした時期の面談」の2回の面談を行う。各々の時期に患者が必要としている情報について語り合い、どんな情報ニーズを持っているかを共に明らかにしていく。個室や時間の確保などの環境を考慮し、情報探求パターンなど患者の個別性を重視しながら、情報探求を支援する。情報探求支援においては、「患者を理解したいというナースの気持ちを現す」「患者を擁護するナースの姿勢を示す」「患者が表現している語りの意味を、患者自身が明確に意識できるように関わる」「患者の主体性が発揮できるように関わる」の4つの姿勢を持って支援する。

A. 研究目的

患者ががんとともに生きていく上で、自分の病気や治療に関する情報は欠かせない。がん患者が情報を探求することを支援する看護師には、単なる情報提供にとどまらず、患者自身が自分にとって最適な選択・決定ができるように自らをコントロールし、サポートする力を高めることが求められている。本研究では肺がん患者の情報探求を支援するケアプログラム原案を作成することを目的とする。

B. 研究方法

研究デザイン: 初期治療を受ける肺がん患者の情報ニーズを支援するケアプログラム原案を作成するデザイン。

作成のプロセス: ①呼吸器外科外来担当医師に研究趣旨を説明し、承諾を得て対象者のリストを作成した。②外来受診した患者に研究趣旨を説明し、承諾を得られた患者に面接を行った。③面接の内容は許可を得てテープに録音し逐語録を作成した。

④「情報ニーズを明らかにしたいニーズ」に注目して逐語録を読み、「ナースのどんな関わりがこれらのニーズの表出を促したのか」の観点から研究者4名で分析した。⑤分析結果と文献、および平成 14 年度本研究事業の研究結果「治療後 5 年以内の肺がん患者が持つ情報ニーズについて」を踏まえ、ケアプログラム原案を作成した。

研究参加者: ①肺がんの初期治療(手術療法)後に外来通院をしている患者 18 名、②面接を実施したがん専門看護師と看護師と、がん看護を専門とする教員ナース(以下、研究者)。

(倫理面への配慮) 研究は対象者が被る負担や不利益が最小限になるよう配慮した。研究に関する情報は文書を使用して口頭にて対象者に説明し、対象者の自由意志の元に承諾を得た。研究への参加や中止は自由であり、それによって不利益を被ることがないことを伝えた。また、データはすべてコード化し個人が特定できないよう配慮すること、データは本



調査以外には使用しないことを説明した。所属施設の倫理審査委員会の承認を受けて、同意を得た。

### C. 研究結果

初期治療を受ける肺がん患者の情報探求を支援するケアプログラムについて、実践可能かどうかという観点から検討を重ね、以下のケアプログラムを作成した。

I. 患者が話しやすいように環境を整える。個室などを準備することが重要である。また、情報に関してナースと対話をするための時間を確保していることをあらかじめ伝えておく。これによって、患者は情報について思いをめぐらし、その準備をすることができる。

II. 初期治療を受ける肺がん患者の情報探求を支援する‘ナースの姿勢’には4つの特徴があった。①患者を理解したいというナースの気持ちを現す、②患者を擁護するナースの姿勢を示す、③患者が表現している語りの意味を患者自身が明確に意識できるように関わる、④患者の主体性が発揮できるように関わる。ナースはこれらの姿勢を持って患者と向き合う。

III. 情報ニーズは初期治療過程の時期によって得たい情報の内容が違ふということから、その時期を考慮して2回の面談を行う。

初期治療を受ける前の面談：

患者の情報探求に焦点を当てた面談では、「どんな情報探求パターンなのか」を考えながら、「どんな情報ニーズがあるか」を患者と共に明らかにしていく。患者が知りたいことや逆に知りたくないことについて自由に語ってもらうが、もしなければ、「検診から現在までに知りたかったことは?」「初期治療に向けて知りたいことは?」と問いかける。患者が積極的に情報を求めてきた場合は可能な範囲で情報提供をする。

初期治療を終えて退院を目前にした時期の面談：初回の面談内容に加えて、「最初の受診からこれまで何か知りたかったことは?」「退院の説明を受けて知りたいことは?」「患者会、民間療法、社会資源についてはどうか?」という問いを用意しておく。

### D. 考察

この研究に参加した患者からは、「話ができてよかった」、「このようなことを言葉にして話したことはなかった」、「また話をしたい」というような肯定的な反応が得られた。このことは、患者には医療者と話をしたいというニーズがあり、患者とナースが情報ニーズについて語り合うこと自体が意図しない看護介入となっていたと言える。ナースのケアリングの姿勢を含んだこのケアプログラムは、単に患者の情報ニーズをあきらかにするだけでなく、患者とナースの相互作用を通して患者自身が情報とどう関わっていくのかを明確にすることを促進するものである。この過程が患者の自己擁護の力を発揮することを支援することにつながると考える。

### E. 結論

肺がん患者の情報探求を支援するケアプログラム原案を作成した。情報ニーズは初期治療過程の時期によって得たい情報の内容が違ふということから、その時期を考慮して「初期治療を受ける前の面談」と「初期治療を終えて退院を目前にした時期の面談」の2回の面談を行う。ナースは初期治療の過程に沿って、各々の時期に患者が必要としている情報について語り合い、どんな情報ニーズを持っているかを共に明らかにしていく。個室や時間の確保などの環境を考慮し、情報探求パターンなど患者の個別性を重視しながら、情報探求を支援する。

情報探求支援においては、「患者を理解したいというナースの気持ちを現す」「患者を擁護するナースの姿勢を示す」「患者が表現している語りの意味を、患者自身が明確に意識できるように関わる」「患者の主体性が発揮できるように関わる」の4つの姿勢を持って支援する。今後はこのケアプログラムを実践に導入していく。

### F. 健康危険情報

特記すべきことはなし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 初期治療の過程における肺がん患者の情報ニーズ(1)－検診・受診から退院後の生活における情報ニーズの特徴－  
第18回日本がん看護学会学術集会講演集、vol. 18、123、2004、
- 2) 初期治療の過程における肺がん患者の情報ニーズ(2)－情報探求のパターン－  
第18回日本がん看護学会学術集会講演集、vol. 18、124、2004、
- 3) 初期治療の過程における肺がん患者の情報ニーズ(3)－患者を支援するケアプログラムの検討－  
第18回日本がん看護学会学術集会講演集、vol. 18、125、2004、

## H. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

「外来化学療法のセンター化した体制作り」に関する研究

分担研究者 佐藤文子 水摩明美 松山辰男病院長

研究要旨

医療法改定により在院日数短縮が病院経営にとって重要になってきた。それに後押しされるように、従来入院して行われていた化学療法は外来に転換されつつある。現在 70%の患者・家族は医療内容を知りたい・病名を知りたいと希望されている。患者の QOL に配慮しつつ外来で化学療法を行うため 3 段階に分けて体制作りを行った。まず、2001 年より第 1 段階として外科の患者を対象に外来クリニカルパス表を作成し、インフォームドコンセントを充実させ、外来化学療法を行う体制を整えた。2002 年 1 月から第 2 段階として患者数の増加に伴い中央処置室を利用して実施し、体制が整ってくるに伴い病棟と外来の連携も取れるようになった。2003 年 4 月から第 3 段階として全診療科を対象に外来化学療法をセンター化し毎日実施する。

従来、入院中心で行われていた化学療法が、外来化学療法クリニカルパスを作成することで体制が整い、患者と医療者がともに情報を共有して治療を行う外来化学療法がセンター化するまで過程を示し、促進した要員と成果について明らかにする。

A. 研究目的

外科外来で行っていた化学療法のセンター化を促進した要因と成果について明らかにする。

B. 研究方法

外来化学療法の対象者は

- ①病名を告知している
- ②治療時間が 5 時間以内である
- ③重篤な合併症が出現しない
- ④通院が可能な患者

1. 第 1 段階：外科患者の化学療法を手術日に集中して実施（2001.7～2001.12）

手術日である火曜日の午前中に、外科外来で医師と看護師が交代で実施していた。集中化にあたって、患者と共有するクリニカルパス（以下 CP と略す）は薬剤の種類、用法、容量と血液検査の

種類、副作用の観察項目をチェックする形式にした。患者説明用紙は治療スケジュールと手続き、副作用と日常生活の注意点を明記し、患者教育指導の充実を図った。化学療法の対象者は、肝胆・膵疾患の患者約 30～40 人である。

2. 第 2 段階：中央処置室で実施（2001.12～2003.3）

化学療法の対象者が月平均約 90 人と増加したため、中央処置室の 15 床と座ってできるスペースを確保し、火・水曜日の午後 1 時と 3 時に開した。医師は交代で常駐し、看護師は中央処置の 3 名に、外科から 2 名を派遣し、全疾患を対に実施する。

3. 第 3 段階：外来化学療法のセンター化（2003.）  
中央処置室の午後を毎日使用し、予約制を導入し全診療科を対象に実施する。

2003 年 5 月よりミキシングは薬剤部が行い、

科看護師の派遣は1名にした。

## C. 結果

1. 2001年の第1段階では、外来化学療法CTを作成し、医師によってさまざまであった治療、検査の標準化を図ることができた。これにより薬剤の内容を変えるだけで対応することができるようになった。また、患者と医療者が共通の情報をもつことで、検査結果や治療内容、治療効果を共有できるようになった。看護師は意思の説明に同席し、リンパ節への転移があり、再発予防のための治療が必要である。CTや腫瘍マーカーの結果によってはがんの再発が疑われる。患者が衝撃を受けているとき声かけを行い不安や緊張を和らげる役割を担った。

CTをチェック方式、検査結果や診察日の一定化、オリエンテーションが充実することで、診察担当医師が交代しても化学療法が実施できるようになった。また、化学療法外来として独立したことで実施人数は急増し、2001年12月までの半年間で3倍の90人になる。

2. 第2段階では各診療科の協力を得て、中央処置室の15床と座って治療が受けられるスペースを確保し、毎週火曜日の13時と15時に開始する。ミキシングは中央処置室の看護師3名と外科外来の看護師2名が担当する。外科外来の看護師は午前中診療介助で患者の状態を把握しており、「白血球が減っています。食事は十分食べられましたか」など声かけができ、患者は安心感をもって治療を受けることができた。また、副作用の自覚症状があり治療を中止したいときは、電話連絡や来院時の自己申請で、早期に担当医師の診察を行えるようになった。入院患者への外来化学療法の説明は、医師・病棟看護師とともに行うことで病棟と外来の連携がスムーズになっ

た。また、当院では薬剤部のミキシングは行われていなかったが、短時間にミキシングが必要なため薬剤部に協力を依頼し1名の協力を得た。

3. 第3段階では中央処置室という環境の整備を行ったことで、2002年度の対象患者は1950人、1日平均約20人になった。2003年4月から薬剤部の安全キャビネット内でのミキシングと服薬指導が行われるようになった。これにより、予約制を導入しベッドコントロールし、全診療科の受け入れが可能となった。また、看護体制の変更を行い、外科外来と中央処置室が同一グループになり、業務量に応じた看護師を配置し、センター化が可能になった。
4. 2002年5月には外来化学療法加算、2003年5月には2001年度約640万円が2002年度は約1180万円、2003年4月は1400万円に増加した。

## D. 考察

2002年度の実施人数は、CPの導入から急増している。薬剤レジメンの固定とチェック内容の統一、中止基準を明確にしたCPを作成したことで、医療の標準化が図られ、医師が交代しても実施できるシステムが構築できた。当番医師制が取り入れられ、外来診療と切り離すことで実施の効率が上がった。

また、CPを患者と共有することによって、医療者にはインフォームドコンセントが行えるようになった。実施前から実施中を通して、個々の患者に合った情報収集や指導をタイムリーに行うことで、看護師の専門的な指導能力とモチベーションを高めることにつながった。同時に、患者や家族も主体的に医療に参加する姿勢がみられるようになり、実施人数が増加したと考えられる。また、

また、CPによるレジメンの統一は、薬剤部でのミキシングの導入を容易にした。これによって、