

等の経過・特徴に関する事例分析

- 3) 分析結果をふまえた術後機能回復促進プログラム(STEP プログラム)の構築のプロセス
2. 構造化された術後機能回復促進プログラム(STEP プログラム)の Feasibility study に向けた研究計画とプロトコール作成

B. 研究方法

1. 胸部食道がん術後患者に対する看護外来における看護ケアの分析

1) 研究目的

がん専門病院における胸部食道がん術後患者に対する看護外来においてどのような看護ケアがなされているかを分析する。

2) 対象

2009年1月～2010年12月の間に、関東圏のがん専門病院において胸部食道がんの手術を受けた患者66事例の看護外来(退院2週目～12ヶ月)の診療録。看護外来で対応した看護師は、がん専門病院における看護師経験10年以上の摂食・嚥下障害看護認定看護師とがん性疼痛看護認定看護師であった。

3) データ収集方法

研究者が診療録を閲覧し、外来の看護フォローアップ・データシートに記載されている看護ケアについて抽出した。

4) フォローアップ・データシートとは

本研究に先立ち、食道がん患者に対する QOL 調査票(EORTC QLQ C-30と OES-18)を参考にし、構造的なシートを作成し、患者の多様な症状の推移と、看護師によるフォローアップについて、診療録に詳細に記述を残す取り組みを行った。本研究はそのデータシートを活用した。

5) 分析方法

データの分析はベレルソンの内容分析の手法(Berelson, 1957)を参考に実施した。診療録に記載されている外来看護師の記述内容を、意味内容の1つのまとまりを記録単位とし、類似性に基づき分類し、カテゴリ化し、記録単位数を算出した。カテゴリの信頼性の確保として、看護臨床経験があり、内容分析による研究経

験を有する看護学研究者で確認しながら分析した。

2. 胸部食道がん術後患者の体重・症状・徴候等の経過・特徴と外来看護に関する事例分析

1) 研究目的

がん専門病院における胸部食道がん術後患者の体重や症状・徴候等の経過やその特徴と外来において看護師のケアを、事例分析から明らかにする。

2) 対象

関東圏内のがん専門病院における診療録調査を実施した。食道がん根治術後における、入院中および退院後の患者の実態を、2009年1月～2010年12月に調査し、特に体重減少が著明であった事例について検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、研究実施施設の研究倫理審査委員会の手続きを得て、以下のことに留意して実施された。診療録調査は、包括同意のもとでの調査であり、研究に必要な最低限の項目のみを収集した。収集した情報は本研究の目的以外には使用せず、厳重に管理した。データは、ID管理として連結可能匿名化とし、対照表は研究実施施設の施設できる場所で管理した

C. 研究結果

1. 胸部食道がん術後患者に対する看護外来における看護ケアの分析

胸部食道がん術後患者に対する外来看護ケアに関する記録単位は 414 抽出され、カテゴリは 13 に分類された(表)。以下、カテゴリを「」に、サブカテゴリを『』に、コードを〔〕に提示し、結果の概要を解説する。

看護外来においては、胸部食道がん術後患者の退院後も継続する多様な「症状・徴候の早期発見・苦痛緩和のためのケア」として、症状の特徴や患者の対処を確認しながら指導を実施していた。

また、患者に対する「効果的な摂食嚥下を促進するケア」として、しっかり咀嚼したり、ゆっくり

食物を口の中に取り込む(捕食)など、術後の形態・機能の変化をふまえ、『少量ずつ確実な咀嚼を行うためのケア』や『誤嚥を回避する嚥下を促進するケア』、『消化管狭窄に対する効果的な対処を促進するケア』、『消化液逆

流の苦痛を緩和するケア』を実施していた。特に、嚥下に関しては術後の反回神経麻痺の有無をふまえたリスクアセスメントをもとに、術後からの継続的な視点でケアを実施していた。

表1 胸部食道がん術後患者に対する看護外来における看護ケア内容

カテゴリー(カテゴリー内コード数合計)	n	カテゴリー(コード数)	n
コード		コード	
症状・徴候の早期発見・苦痛緩和のためのケア(89)		効果的なセルフモニタリング促進のためのケア(11)	
症状・徴候の有無・程度・苦痛を確認する。(食欲低下、ダンピング、下痢、便秘、痛み、咳、息切れ・体重減少など)	39	セルフモニタリング実施状況を確認する。	1
症状の憎悪因子を確認する。	14	セルフモニタリング阻害要因を確認する。	2
症状・徴候に関する対処を確認する。	5	患者の体調管理に重要なセルフモニタリング項目を指導する。	1
症状・徴候の経過の見込みを説明する。	2	患者が工夫しているセルフモニタリング方法を認める。	1
症状・徴候を緩和する対処法を指導する。(体位、薬剤など)	30	医療者に伝える症状を説明する。	6
効果的な摂食嚥下を促進するケア(109)		効果的な日常生活を促進するケア(37)	
少量ずつ確実な咀嚼を行うためのケア		身体活動と栄養のバランスを確認する。	3
捕食・咀嚼の速さ・程度を確認する。	2	身体活動と栄養のバランスの必要性を指導する。	9
よく咀嚼するよう指導する。	4	飲酒への認識確認、飲酒を控えるように勧める。	13
1回の捕食量を少なくするよう指導する。	1	睡眠状況を確認する。	3
ゆっくり捕食するよう指導する。	3	夜間の逆流による睡眠障害を確認する。	1
誤嚥を回避する嚥下を促進するケア		口腔衛生指導	2
術後の麻痺状況等からハイリスク患者を確認する。	6	不眠への対処を指導する。	1
むせ、喉の貯留感の有無・頻度・悪化要因を確認する。	8	在宅ケアの必要性を確認する。	1
嚔声の有無を確認する。	10	職場復帰状況の確認と復帰に伴う生活指導を行う。	4
水分のむせなど食品の形態によるむせの違いを確認する。	5	フィジカルアセスメント(7)	
嚥下に集中していないとむせることを確認する。	1	呼吸状態視診、肺音聴診、SpO2の測定を実施する。	2
特殊な嚥下法の指導をする。(顎引き嚥下、息こらえ嚥下、横向き嚥下、声門内転訓練)	24	創部、経腸カテーテル挿入部、抜去部皮膚の視診、触診を実施する。	3
誤嚥の症状と肺炎予防について説明する。	3	検査データと関連し栄養状態、回復状況をアセスメントする。	2
誤嚥のハイリスク患者に対する適切な食形態の指導をする。	1	精神的なケア・自己効力を高めるケア(43)	
消化管狭窄に対する効果的な対処を促進するケア		苦痛・不安の訴えを受け止める。	2
食物のつかえの有無、つかえやすい食品を確認する。	10	改善しない症状への不安、見通しの立たない不安等不確かな気持ちを受け止める。	8
つかえに対する工夫を確認する。	6	自分の行動への自信の無さを受け止める。	1
狭窄への処置の実施と効果を確認する。	3	病態悪化などの苦悩に対して訴えを受け止める。	3
消化液逆流の苦痛緩和を促進するケア		回復が順調であると伝える。	8
逆流の有無、嘔吐の併発を確認する。	5	一般的な症状であり異常ではないことを説明する。	3
夜間の逆流・体位による逆流を確認する。	6	自己管理がうまくしていること・現状でよいことを認める。	13
逆流に対する工夫を確認する。	5	患者とともに療養の計画を立案する。	1
症状の機序の説明、対処に関する指導をする。	6	患者が実行可能な簡便な食品を勧める。	1
効果的な栄養摂取量・水分バランスを保つケア(20)		患者の頑張りを認め励ます。	3
食事の回数・形態・内容・量を確認する。	3	家族ケア(15)	
栄養補助食品・栄養価の高い食品・調理法を勧める。	9	家族の相談にのる。	5
分割食を勧める。	1	家族の患者支援状況、疲労の程度を確認する。	5
栄養状態や水バランスを整える食事内容を指導する。	3	家族の労をねぎらう。	4
経腸栄養と経口摂取と組み合わせさせた指導をする。	3	家族への指導を行う。	1
栄養摂取について再指導を実施する。	1	医師との効果的な連携促進(30)	
経腸栄養の自己管理のためのケア(14)		処置・検査の必要な症状をトリアージし医師に報告する。(逆流、つかえ、ダンピング、創状態、皮膚症状)	16
経腸栄養の管理法を確認する。	2	検査・処置の補足説明を行う。	2
経腸栄養の管理法を指導する。	7	検査・処置を確認する。	3
経腸栄養カテーテル挿入部の観察、処置の確認をする。	5	患者の希望を医師に代弁する。	9
効果的な身体活動を促進するケア(23)		チームの連携による継続的なケア(13)	
身体活動の種類・程度を確認する。	4	皮膚排泄ケア認定看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、栄養士、訪問看護師と連携して活動する。	13
身体活動時の体調を確認する。	1	社会資源の活用(2)	
身体活動阻害要因を確認する。	3	介護保険申請について確認する。	2
身体活動拡大の効果を説明する。	5		
患者にあった身体活動拡大指導する。	10	合計	414

患者は、多様な原因により体重減少を生じていたが、「効果的な栄養摂取量・水分バランスを保つケア」「経腸栄養の自己管理のためのケア」を行っていた。徐々に拡大する活動に合わせ「効果的な身体活動を促進するケア」、「効果的な日常生活を促進するケア」等自宅において効果的な体調の改善ができるよう関わっていた。

患者の有する多様な症状・徴候は、個性が高く「効果的なセルフモニタリング促進のためのケア」を行って患者からの情報を得るとともに、看護師が直接「フィジカルアセスメント」を行っていた。しかし、患者が「体重減少にイライラして測定したくない」等セルフモニタリングを阻害する要因をふまえたアセスメント方法を考慮する必要性も示された。

患者が長期的なプロセスの中で抱く『改善しない症状への不安、見通しの立たない不安等不確かな気持ちを受け止め』たり、『自分の行動への自信のなさ』などを受け止め、『自己管理がうまくいっていること、現状でよいこと』を認めるなど「精神的なケア・自己効力を高めるケア」を行うことで患者が自らの回復促進に向けたケアに取り組む自信を高めることができるよう関わっていた。

自宅で重要な支援者である「家族ケア」のために、家族への声かけや家族からの相談にのっていた。看護外来は医師の外来の前に実施されその内容は「医師との効果的な連携促進」として医師の診察に活用され必要な検査、処置がなされていた。また、患者が経腸栄養を負担に感じていること、症状をがまんしていることなど、患者が遠慮し直接医師に言えことを代弁し、その結果、処置が追加されている状況もあった。術後患者のケアは、皮膚のケア、栄養、社会資源等多様であり、「チームの医療連携による継続的なケア」も行いながら、多職種や地域と連携していた。

2. 胸部食道がん術後患者の体重・症状・徴候等の経過・特徴と外来看護に関する事例分析

胸部食道がんの術後、外来で経過観察期間中の患者のBMI (body mass index) 減少率を分析した結果 (表2)、BMI が減少した患者が大半であり、入院時からは10~20%、退院時からは5~15%の低下であった。中には、20%以上の減少を経験した患者もいた。

表2. BMI 減少率と患者頻度 (N=66)

BMI減少率	BMI最低値 (対術前値) の頻度	BMI最低値 (対退院時値) の頻度	最終観察日の頻度
増~4.9%減	5	14	12
5~9%減	15	21	11
10~14%減	16	16	22
15~19%減	20	10	12
20%減~	10	5	9
中央値	13.5%	9.6%	12.5%
最小値	0.8%	0.0%	-10.5%
最大値	31.3%	27.5%	31.3%

BMI 減少率が20%を超えた患者のうち、特徴的な事例の概要 (図1) を以下述べる。

【A氏】: 60歳代女性。退院時経口摂取は少量のままであった。術後2~12ヶ月にかけBMIが減少し続けた。つかえ感を訴え、入院中および9ヶ月に食道拡張術を受け、逆流や嘔気、息切れの症状が術後2ヶ月目にあった。9ヶ月後には常食を約8割摂取し自営業に復帰していた。術後12ヶ月目にはのどの違和感程度で体調不良はなく順調な日常生活を送っていた。

<A氏: 外来における看護ケア>

2ヶ月目: 症状に対して、問診及びフィジカルアセスメント実施し、逆流に関する内服時間の変更の必要性をアセスメントし医師と相談、摂食嚥下障害看護認定看護師に嘔気の機序を相談し患者に説明した。その他、生活指導を実施した。

9ヶ月目: 症状に対して、問診及びフィジカルアセスメントを実施、「つかえ感」に対し拡張術が必要であると判断し医師に報告、拡張術施

行。症状に対する不安の訴えに対し、「つかえ」以外は順調であること等日常生活は順調であることを説明し、継続するよう指導していた。

12ヶ月目：社会復帰に伴う身体活動量と栄養摂取のアンバランスをアセスメントし生活指導実施。

【B氏】：50歳代男性。退院時経口摂取は、お粥で250kcalであった。術後2ヶ月までのBMI低下が顕著であったが、その後は横ばいであった。術後入院中に縫合不全を経験したが、術後1ヶ月目から食事を開始し、術後2ヶ月目には軟食を1日5回分食、術後6ヶ月目には水分で流し込むようにしながら1日2食と間食を摂取できるようになり、仕事に復帰した。

<B氏：外来における看護ケア>

2・6・9・12ヶ月目：問診、フィジカルアセスメント、患者の「つかえ感」への対処を確認した。6ヶ月目に社会復帰とともに身体活動量が増加することに伴い、生活指導を実施する。体重は横ばいであり、日常生活がうまくコントロールしていることを患者にフィードバックした。

【C氏】：60歳代男性。退院時経口摂取は、950kcalであった。術後に反回神経麻痺を認めたため、声帯コラーゲン注入を受け、術後約1週目から食事開始となった。その後の経過は順調だったが、術

後4ヶ月目に肺炎とイレウスを併発し、術前に25前後あったBMIは19前後まで低下した。イレウス解除術を受けた後はBMIが徐々に回復し、術後5ヶ月で短時間の仕事に復帰し、食事・排便・運動の自己管理も良好となり、術後12ヶ月目までにBMIは22台まで回復した。

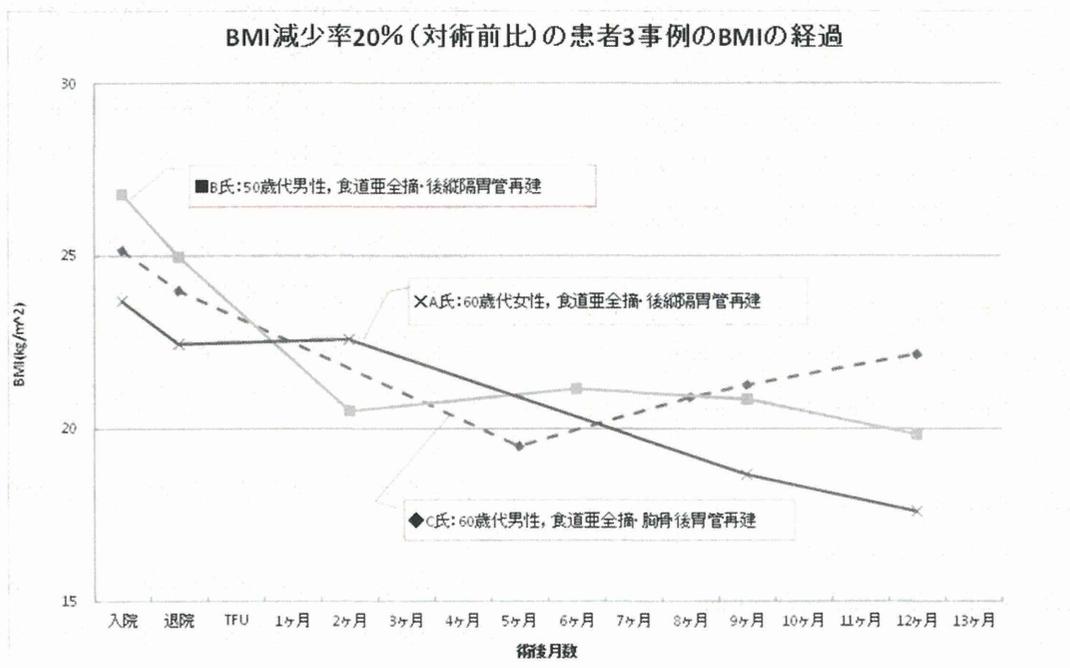
<C氏：外来における看護ケア>

5日月目：問診、フィジカルアセスメント、腹部痛の状況観察。食事量、咀嚼法、食事内容等食事の詳細を再指導。

8ヶ月目：問診、フィジカルアセスメント、指導内容の遵守状況確認。嘔声確認し、術後の反回神経麻痺であった既往をふまえ、誤嚥を防止する嚥下法を指導する。

9ヶ月目：問診、フィジカルアセスメント、患者のセルフケア行動を確認し、自分の体調をふまえながら生活をうまくコントロールできていることを患者にフィードバックした。

また、術後の経過の中で、縫合不全を経験した患者16名中、吻合部狭窄や通過障害に対する食道拡張術の処置を経験する患者が12名いた。これは、縫合不全を経験しなかった患者50名中、食道拡張術を受けた患者6名の割合と比較して、有意に高かった（Fisherの直接法： $p<.001$ ）。



3. 胸部食道がん患者の術後機能回復促進プログラム (STEPプログラム) の構築のプロセス

研究に先立ち実施した、食道がん術後患者の症状・徴候に関する文献のシステマティックレビューおよび診療録調査の結果、(1) 患者の退院後6ヶ月ほどは様々な症状・徴候が顕著にみられ、体重減少が継続していた。また、(2) 症状・徴候の種類・頻度の経過に関しては患者による個別性が高く、患者の状況や経過に沿って、個別の問題を特定し対応することが不可欠であることが示唆された。(3) そのような現状にもかかわらず、患者は遠慮して医療者に症状を訴えず我慢し、悪化してから受診している状況がある。さらに、(4) 心理・社会的側面については、抑うつなどの心理的な反応が、症状や対処行動に影響する状況が示されていた。(5) 社会復帰など生活パターンが変化する時期は症状を悪化させやすく、社会復帰や活動量の変化に伴い、患者の指導強化を行うことが重要であることが示唆された。

1) 23年度に実施した診療録調査に基づき、看護外来における患者の訴えおよび看護師の対応を分析し、また入院中および退院後の患者の経過を明らかにした(前述)。

2) がん専門病院における専門的な看護の実践内容、および摂食・嚥下障害看護認定看護師の実践内容について面接調査を行った。

a. 関東圏にある2施設のがん専門病院において食道がん患者に対する退院に向けた指導方法、用いている指導教材に関する情報を収集した。

b. 上記退院指導に際して、摂食・嚥下障害看護認定看護師および食道外科病棟経験5年以上の看護師より、専門的な指導法を面接にて聴取した。

<面接調査の概要>

b-1: 主な障害別の指導方法

b-2: 特殊な摂食・嚥下障害指導技術

b-3: 患者への退院指導のポイント

3) 上記の1) 2)を踏まえた、構造化されたプログラムの構築

以上の研究成果に加え、がん専門病院における専門的な実践内容、摂食・嚥下障害看護認定看護師へのインタビューによって「STEPプログラム」を構築した。これは、上部消化管手術を受けたがん患者が、

- **Self-monitoring and Sharing**: 手術によって変化した体を理解し、日々の変化のセルフモニタリングを行い、それについて療養日記を通して医療者と共有し、
- **Tailor-made program**: 自分に合った回復を目指す個別性あるプログラムである。具体的には入院中から外来において
- **Eating, swallowing, and nutrition taking**: 適切に摂食・嚥下を行って必要な栄養を摂り、
- **Physical activity, Patient-professional Partnership**: 適切に身体活動を行うことを、患者と医療者がともに取り組むことで、活力とQOLの向上を目指すものである。

2) STEPプログラムの概要

STEPプログラムは、これまでの診療に加え、患者のセルフモニタリングに沿って手術後の回復過程をアセスメントし、適切な身体活動・栄養摂取を促進し、退院後は看護師による電話相談や外来を行うことで、適切な保健行動を促し、術後の効果的な機能回復の促進、患者のQOLの向上を目指すプログラムである。

胸部食道がん患者の術後において、継続的かつ効果的な医師・看護師連携によるシステムを構築するため、看護師には一定の知識・技術が必要とされる。以下が設定した要件である。

1) STEPプログラムを実践する看護師の要件

看護師は、一定の経験年数として「がん看護の経験を半年以上積んだ者」を講習会の受

講対象者とする。その対象者は、標準化された一定時間の講習会（講義・演習等）を受講し、知識と技術を習得することとする。

2) 講習会の内容

<食道外科医からの教育>

- ①胸部食道、周辺臓器の基本的な解剖生理学
- ②胸部食道がんの病態および標準的な術式
- ③胸部食道がん手術後形態・機能の変化と症状

<がん看護専門看護・コミュニケーションスキルトレーニング講師等からの教育>

- ④胸部食道がん術後患者の外来看護の特徴
- ⑤外来における患者トリアージ技術
- ⑥電話相談技術
- ⑦フィジカルアセスメント
- ⑧理論（Bandura, 2004）を応用したがん患者指導（自己効力感、動機付け、セルフモニタリング）
- ⑨患者中心のコミュニケーションスキル
- ⑩専門職同士でのコミュニケーションを効果的に行うスキル

<摂食・嚥下障害看護認定看護師・栄養士等からの教育>

- ⑪摂食および嚥下の機能障害
- ⑫術後の栄養管理

<精神腫瘍科医師、リエゾン看護師等から教育>

- ⑬がん患者の心理
 - ⑭食道がん患者の心理の特徴とケア
- ### <調査票の記載方法等>

- ⑮STEPプログラムの目的・方法
- ⑯調査票の記載方法

2. STEPプログラムのプロセス

<入院中：手術前にオリエンテーションを実施し、術後より開始>

- (1) セルフモニタリング：患者が手術で変化した形態や機能、および自己観察や医療者とのコミュニケーションの重要性を理解し、「療養日記」を通した「セルフモニタリング」が行えるように関わる。
- (2) 指導項目の整理と指導法の工夫：手術後に「適切な身体活動」「適切な栄養摂取」について系統的に指導する。

(3) 視聴覚教材の活用：DVD・パンフレットを活用し理解を高める。

(4) 退院前には患者が自分の今後の目標を認識し、主体的に取り組めるよう促す。

<電話相談：退院1週間後>

看護師から患者へ電話し、退院後の生活や身体的状況などについて話を伺いながら、直面している問題などについて相談を受ける。

<医師・看護師連携による外来：退院2週間後、術後3ヶ月後、術後6ヶ月後>

医師と看護師が協働で外来を実施する。具体的には、患者の外来受診時、医師の診察の前に、講習会を受けた看護師が、患者が記述した療養日記を用いながら、退院後の生活の状況について情報収集し、以下の役割を実施し、医師の診察と有機的に連動させる。

- (1) 患者の症状・徴候に関するトリアージ
- (2) 心理社会面および生活上の問題に関するアセスメント
- (3) (1)と(2)に基づき、医師・看護師が患者の健康問題を共有し、協働
- (4) 看護師は主に患者の生活指導やカウンセリング
- (5) 患者と医療者で、今後の目標を確認

3) 開発した教材

1) 視聴覚教材の開発

食道がん術後患者を想定したモデル患者・家族の行動を観察し、自分に合った生活をイメージしやすくすることを意図して、DVD視聴覚教材を作成した。

【教材DVDの概要】 約20分

テーマ：胸部食道がんの手術を受けた皆様へ退院後の過ごし方

—ご自分に合った毎日を送るために—

<内容>

- ①胸部食道がん手術後の体の変化
- ②退院の前に—食事の練習
 - a. 摂食・嚥下のポイント
 - b. 特殊な嚥下方法の指導
- ③退院後の過ごし方

a. 退院後の生活の紹介：

身体活動、療養日記の記載、栄養の摂取

b. 食事の仕方

④食事指導場面

⑤退院後—最初の受診日

看護師が「療養日記」に添いながら、
退院後の生活の様子について患者に
聞きながら指導する場面

2) 療養日記・患者パンフレットの開発

①療養日記は、手術等の基本的な情報と療養日記

の記載の仕方と、記載例を掲載した。

②患者パンフレットの構成は以下の通りである。

- | |
|--|
| <p>I. ステップ・プログラムとは
ステップ・プログラム（入院）
ステップ・プログラム（電話相談）
ステップ・プログラム（外来）
プログラムの目標を知る
内臓の形や働きの変化を知る</p> <p>II. ステップアップのための療養生活
ステップ1. 適切な体調の観察のしかた、
療養日記のつけかた
ステップ2. 適切な体の動かしかた
ステップ3. 適切な食事のしかた</p> <p>III. 日常生活の注意について</p> |
|--|

3) 上記を活用しながら効果的に指導するための

看護師用マニュアルを以下の通り開発した。

STEPプログラムの理論的背景と構成要素

- | |
|--|
| <p>1. STEPプログラム（入院）
1) 退院時の患者の目標
2) 系統的な観察と指導
(1) 胸部食道がん手術で変化した形態・機能の
変化とリスクに関する観察項目
(2) 消化器症状の評価
(3) 身体活動の評価
(4) 栄養摂取の評価
(5) 心理面、社会面、退院後の生活に関する情報収集</p> <p>3) 指導方法</p> <p>2. STEPプログラム（電話相談）</p> <p>3. STEPプログラム（医師と看護師連携による外来）
1) 外来における患者の目標
2) 看護師による系統的な観察および指導
(1) 患者のセルフモニタリングを踏まえた観察と
指導のポイント
(2) 外来で特に注意すべき症状
(3) 身体活動の評価
(4) 栄養摂取の評価
(5) 心理面、社会面、退院後の生活に関する情報収集</p> <p>3. DVD教材の内容と活用方法について</p> <p>4. STEPプログラム実施する看護師のための講習会</p> <p>5. 緊急時に関する指導について</p> <p>6. おわりに</p> |
|--|

2. 構造化された術後機能回復促進プログラム

(STEPプログラム)のFeasibility studyに
向けた研究計画とプロトコール作成

1) 研究の背景

本研究で開発したSTEPプログラムは、
長期にわたり患者と医療者がともに取り
組むプログラムである。今回は、Feasibility
studyにおいて患者が実際に「理解できる
か」、「実施できるか・記載できるか」な
どの実行可能性や評価指標の確認を行い、
この研究を経て、大規模調査におけるパイ
ロットスタディに移行することが妥当で
あると考えた。

2) 研究目的

STEPプログラムに関する実行可能性
(評価指標の開発も含む)の feasibility
study

3) 評価項目

①STEPプログラムの実行可能性：

プログラムにおける患者の研究参加率、患
者の追跡率、患者の回答率、教育内容に関
する患者の理解度、プログラムの遵守率、
プログラムの有用性・継続希望を評価する。

②評価指標の開発：

術後の回復状況およびQOLの評価として、
身体活動状況、QOL、体格指標などを評価
する。

4) 調査時期

手術前、入院中、退院後(2週間から6ヶ月)

5) 対象者

胸部食道がんの根治手術を受けたすべて
の患者で、再建術式は胃管再建に限る。手
術前後の化学療法・放射線療法の有無は問
わない。二期的手術および永久気管孔造設
の患者、言語的コミュニケーションが不可
能な患者、主治医が不適切と判断した患者
は除く。

4) Feasibility studyの倫理面への配慮

本研究は、研究実施施設の研究倫理審査委

員会の手続きを得て、以下のことに留意して実施する。

本研究に参加する患者は、担当医および当院による将来の治療に不利益を被ることなく、理由を問わずいつでも研究参加への同意を撤回することができる。対象者に対して、研究の目的、方法、予測される効果・副作用、研究協力の任意性と撤回の自由等について、口頭と文書で説明し、研究参加の諾否を選択して頂く。

5) 症例登録見込み

本研究は、feasibility study として、胸部食道がん術後患者の1群（開胸術15名、非開胸術15名）を対象とする。

D. 考察

1. 胸部食道がん術後患者に対する看護外来における看護ケアの分析

胸部食道がん患者に対する看護外来における

看護ケア分析の結果、コード数の最も多かったのは「効果的な摂食嚥下を促進するケア」であり「効果的な栄養摂取量・水分バランスを保つケア」、「経腸栄養の自己管理のためのケア」を含めた【適切な栄養摂取】に関連するコードは全体の1/3を占めていた。また、症状・徴候に関しては、消化器症状が多くを占めており、栄養に関連する外来患者の課題は大きいことが示された。これは、23年度研究報告書に示した通り（小松ら,2012）、胸部食道がん患者の退院時の経口摂取の摂取カロリーは、7割以上が1000未満であり、外来が手術によって変化した形態機能の変化に合わせた効果的な栄養摂取の主な獲得の場であり、固形物の摂取、高カロリーの摂取等入院中には体験しなかった食物形態や1日総カロリーの摂取への対応が外来において必要となるためである。

さらに、「効果的な身体活動を促進するケア」や身体活動と栄養のバランスを取るなどの「効果的な日常生活を促進するケア」も重要な看護ケアであることが結果から示された。主観的で個別性の高い症状にはフィジカルアセスメントとともに「適切なセルフモニタリング」を促していることが示され、いずれも医師との連携や多職種で継続的に関わる必要性が示された。

2. 胸部食道がん術後患者の体重・症状・徴候等の経過・特徴と外来看護に関する事例分析

胸部食道がん患者の術後患者の体重は、全般的に減少しているが、今回、体重が2割以上減少した3事例を分析した。この3事例は、何らかのトラブルや術後機能障害を有しており、体重は、術後の経過において栄養管理等の妥当性を評価する重要な指標の一つであることが示された。また、今回体重減少が強いと分析した3事例の共通点は仕事への復帰時期に顕著な体重減少があったことである。これは、身体活動の拡大と、摂取熱量や栄養代謝とのバランスが保てない時期があった可能性が示唆される。復職した患者については、術後約半年から1年、これらの状況を自己観察して保健行動に繋げる必要がある。

3事例とも外来で看護師が患者の訴えや身体的状況をアセスメントして、医師の診察に繋げたり生活指導を実施していた。特に体重減少の強い患者は指導項目も多く、摂食嚥下の再指導等含む看護援助の必要性が示唆された。今後のfeasibility studyにおいて、より外来看護の機能と役割について明確にしていきたい。

また、対象者全体の症状との関連を分析したところ、術後の縫合不全のあった患者は、その後の狭窄や通過障害につながる可

能性が高いことが示唆された。

現在でも看護師は、入院中の反回神経麻痺の有無を退院後のムセや嚥下指導の必要な患者としてリストアップの基準としていることが「看護外来における看護ケアの分析」結果より示されているが、今後は、術後の縫合不全患者を通過障害のハイリスク患者として重点的にフォローする必要があることが示された。今後、さらに事例を積み重ね効果的なフォローアップのためのデータを蓄積したい。

3. 胸部食道がん患者の術後機能回復促進プログラム(STEPプログラム)構築のプロセス

22年度から継続していた研究および今回の分析等をふまえ、「胸部食道がん患者の術後機能回復促進介入プログラム(STEPプログラム)」を構築した。

文献検討や診療録調査等より適切な栄養摂取には、特殊な嚥下法について指導に含める必要性が研究結果から明らかになった。これは、食道がん術後看護に関する新たな看護技術として確立する必要があるが、誤嚥のリスクをもつ患者に対する摂食・嚥下法は、主に脳卒中や耳鼻咽喉科疾患の患者に対するケアとして普及してきているが(日本脳卒中学会, 2009; 日本耳鼻咽喉科学会, 2012)、食道がん術後患者に関する摂食・嚥下法の研究報告は少ない(坪佐ら 2005)。しかし、反回神経麻痺をもつ患者に対する摂食方法の指導としては、頸部前屈(chin down)、息こらえ嚥下法(supraglottic swallow)をはじめ、誤嚥のリスクが高い患者には横向き嚥下(頸部回旋法)等が推奨されてきている(日本摂食・嚥下リハビリテーション学会, 2010)。そこで、本プログラムでは術直後から看護師が系統的なアセスメントを行い、必要時には上記の特殊な嚥下法を患者に指導できるように、看護師が講習会で習得し、患者に実際に指導するプログラムを構築した。今後、食道がん患者へ

の方法論の確立に向け詳細な内容を検討していきたい。

がん患者の手術後の身体活動に関する研究は、周手術期の肺合併症予防のため、食道がん患者に対する身体活動促進や運動療法による効果が報告されている(小池ら, 2010; Feeney et al., 2011)。また、食道がん術後の患者の身体機能は低く、健康関連 QOL に影響していたこと(Scapa et al., 2011)や、消化器系がんの術後患者に関する研究では、身体機能の高い患者群は身体機能の低い患者群よりも、抑うつ発生率が有意に低かったことが報告されている(Matsushita et al., 2005)。胸部食道がん患者に対しても適切に身体活動を促進することにより、呼吸機能の改善、QOL の向上や倦怠感の緩和などが期待される。現在の退院指導でも、身体活動の拡大に向けた指導は重要であるが、本プログラムでは、患者が身体活動の目標をもち、成果を体験しやすくするため、自分のペースで、身体活動の強度や時間を測定しながらのプログラムを考案した。外来において体重減少が著しい患者 3 名はいずれも身体活動量と栄養摂取のバランスが悪かったと分析される。今後、身体活動量を測定できることで、より具体的な指導に結び付けられると考える。今後、患者の実行可能性の評価等を行いより効果的な方法を確立していきたい。

セルフモニタリングとは、自らの病気の症状や身体感覚を定期的に測定したり、記録したり、観察して認識することであり、自己管理能力を高めると言われている(Wilde et al., 2007)。さらに、患者指導では患者個別の問題に特化した情報が患者の理解度を高め、不安を緩和し、満足度を高めると報告されている(Friedman et al., 2011)ことから、患者のセルフモニタリングに沿った個別的な指導は効果が高いと考え、STEPプログラムの柱として位置づけた。しかし、今回の「外来における看護ケア」の分

析結果からは、「体重減少してイライラし測定したくない」とセルフモニタリング阻害要因への対応の必要性も示唆された。患者主体の回復促進のために、今後実行可能性を検討していきたい。

25 年度は、このプログラムの実行可能性調査 feasibility study を実施する予定である。

E. 結論

胸部食道がん患者のための看護外来における看護ケアについて内容分析したところ、摂食嚥下、効果的な栄養摂取量などの「効果的な栄養摂取」のためのケアが最もコード数が多く、退院後も引き続き栄養に関する指導が重要であることが示された。その他、症状・徴候の早期発見・苦痛緩和のためのケア、精神的なケア・自己効力を高めるケアなど 13 カテゴリーが外来看護ケア内容として抽出された。

また、患者の事例分析により、体調の不良のみが体重減少の原因ではなく、社会復帰にともなう身体活動量と栄養摂取のアンバランスが体重減少の 1 要因であることが示唆された。

手術後に反回神経麻痺を有した患者は退院後の「ムセに関する摂食嚥下指導」の強化対象、縫合不全を生じていた患者は「つかえ・狭窄」のハイリスクであり、外来で注意して関わる必要があることが示唆された。

これらをふまえ「効果的な栄養摂取」「効果的な身体活動」「効果的なセルフモニタリング」を柱とした胸部食道がん患者の術後機能回復促進プログラム(STEP プログラム)を構築した。今後、feasibility study として実行可能性、評価指標を検討する予定である。

文献

- 1) Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 2004; 31: 143-64.
- 2) Berelson B/稲葉三千男, 金圭煥 訳. 内容分析の単位. *社会心理学講座VII—大衆とマス・コミュニケーション* 3, pp.47-63. みすず書房, 東京, 1957.
- 3) 部坂弘彦. 声帯麻痺 up to date Q&A 治療 声帯内コラーゲン注入術の適応と限界は? *JOHNS* 2005; 21(5): 737-9.
- 4) Djärv T, Blazeby JM, Lagergren P. Predictors of postoperative quality of life after esophagectomy for cancer. *J Clin Oncol* 2009; 27: 1963-8.
- 5) Feeney C, Reynolds JV, Hussey J. Preoperative physical activity levels and postoperative pulmonary complications post-esophagectomy. *Diseases Esophagus* 2011; 24: 489-94.
- 6) Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *Cancer Educ* 2011; 26(1): 12-21.
- 7) 小池有美, 岩橋誠, 中森幹人 他: 胸部食道癌患者に対する術前心肺機能強化トレーニング効果に関する前向き研究. *日消外会誌* 2010; 43(5): 487-94.
- 8) 小松浩子, 飯野京子, 小山友里江, 綿貫成明, 鈴木恭子, 和田千穂子, 上杉英生, 森美智子, 細矢美紀, 市橋富子, 栗原美穂, 市川智里, 岡田教子, 矢ヶ崎香, 久部洋子: QOL の向上をめざしたがん治療法の開発研究 — 上部消化器術後障害をもつがん患者の活力と QOL 向上をめざすリハビリテーション開発, 厚生労働科学研究費, 第 3 次対がん総合戦略研究事業「QOL の向上をめざしたがん治療法の開発研究」平成 23 年度 総括・分担研究報告書, 2012.
- 9) Lagergren P, Avery KNL, Hughes R, Barham CP, Alderson D, Falk ST, Blazeby JM. Health-related quality of life among patients cured by surgery for esophageal cancer. *Cancer*; 2007; 110: 686-93.

- 10) Liedman B, Svedlund J, Sullivan M, et al.
Symptom control may improve food intake, body composition, and aspects of quality of life after gastrectomy in cancer patients. *Dig Dis Sci* 2001; 46(12): 2673-80.
- 11) Martin L, Lagergren J, Lindblad M, et al.
Malnutrition after oesophageal cancer surgery in Sweden. *Br J Surg* 2007; 94(12): 1496-500.
- 12) Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M.
Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(5): 576-83.
- 13) 日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン 2009—2. 主な障害・問題点に対するリハビリテーション—2-7. 嚥下障害に対するリハビリテーション
http://www.jsts.gr.jp/guideline/318_321.pdf
- 14) 日本耳鼻咽喉科学会：嚥下障害診療ガイドライン 2012年版—耳鼻咽喉科外来における対応，嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査の実際．金原出版，2012
- 15) Scarpa M, Valente S, Alfieri R, Cagol M, Diamantis G, Ancona E, Castoro C.
Systematic review of health-related quality of life after esophagectomy for esophageal cancer. *World J Gastroenterol* 2011; 17(42): 4660-74.
- 16) 藤 也寸志, 大垣 吉平, 池田 貯, 他. 胸部食道癌手術における反回神経麻痺の予防と対策. *日本気管食道科学会会報* 2009; 60(2): 128-30.
- 17) 坪佐恭宏, 佐藤弘, 根本昌之, 安藤牧子, 辻哲也：胸部食道癌根治術後の嚥下障害に対する摂食嚥下リハビリテーションの施行経験. *日本消化器外科学会誌* 2005; 38(5), 571-6.
- 18) Wilde MA, Garvin S. A concept analysis of self-monitoring. *J Adv Nurs* 2007; 57(3): 339-50.

F. 研究発表

1. 論文発表

(研究の刊行に関する一覧表に記載)

2. 学会発表

1) 栗原美穂, 市川智里, 岡田教子, 上杉英生, 市橋富子, 飯野京子, 綿貫成明, 小山友里江, 鈴木恭子, 和田千穂子, 森美知子, 久部洋子, 矢ヶ崎香, 小松浩子. 胸部食道がん術後患者の回復を促進する効果的な教育プログラムの開発. 第27回日本がん看護学会学術集会. 金沢, 2月, 2013.

2) Iino K, Koyama Y, Watanuki S, Suzuki K, Mori M, Wada C, Kurihara M, Okada K, Ichikawa C, Uesugi H, Ichihashi T, Hisabe Y, Yagasaki K, Komatsu H. The incidence of symptoms 3 to 6 months after esophagectomy: Prospective observation study in Japan. The 17th International Conference on Cancer Nursing, Prague, Czech Republic, September, 2012.

3) Ichikawa C, Kurihara M, Okada K, Ichihashi T, Iino K, Koyama Y, Watanuki S, Suzuki K, Uesugi H, Mori M, Wada C, Hisabe Y, Yagasaki K, Komatsu H. Body weight and activity level after esophagectomy: Prospective observation study in Japan. The 17th International Conference on Cancer Nursing, Prague, Czech Republic, September, 2012.

G. 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

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）

分担研究報告書

QOLの向上をめざしたがん治療法の開発研究

がん看護カウンセリングの有効性に係る研究

研究分担者 小松浩子〇（慶應義塾大学看護医療学部）

矢ヶ崎 香（慶應義塾大学看護医療学部）

渡邊 真理（神奈川県立がんセンター）

栗原 美穂（国立がん研究センター東病院）

森 文子（国立がん研究センター中央病院）

福地本 晴美（昭和大学病院看護部）

本間 織重（昭和大学病院看護部）

梅田 恵（(株)緩和ケアパートナーズ）

研究要旨

外来看護相談・支援（カウンセリング）の内容は、主として、題解決的カウンセリングおよび開発的カウンセリングの機能を有する内容に分類できた。すなわち、問題解決的カウンセリングとして、がん看護専門看護師およびがん関連の認定看護師は、「患者の真のニーズを探る糸口」を患者とともに見出し、「混乱した気持ちや情報を整理する空間と間を創る」ことや、「漠然とした悩みを共に整理し、気づきを与える」や「患者のもつ力を取り戻す」ことにより、問題を対処できるよう支援していた。加えて、開発的カウンセリングにより、現在から未来に目を向け、将来のよりよい自己の在り方や生き方を考える支援を行っていた。

A. 研究目的

近年、がん治療の主たる場は、外来へと移行し、がん診断や再発の説明や治療の選択、療養場所の選択なども、その多くが外来で行われるようになってきている¹⁾。そのため、2010年度の診療報酬改定により、主治医によりがん診断の説明や治療の選択などの説明を受ける場面で、がん分野の認定看護師および専門看護師が支援することで、診療報酬が加算（がん患者カウンセリング料500点）されている²⁾。しかしながら、身体的、精神・心理的、社会的苦痛を抱えた患者やその家族への相談・支援は、一回のみのがん患者カウンセリングでは十分ではなく、看護師による複数回の相談支援が必要とされている³⁾。

先駆的施設では、がん患者や家族の要請に対して、がん看護専門看護師やがん看護関連

の認定看護師等により複数回の相談支援（以降、がん看護相談という）が施設の努力により試行されている。

本研究の目的は、1) がん看護専門看護師やがん看護関連の認定看護師がどのようにがん看護相談・支援（カウンセリング）を行っているか、また、がん看護相談・支援を実施するうえでどのような課題を抱えているかについて明らかにすることである。2) 先駆的施設におけるがん看護カウンセリングのアウトカムリサーチの実施し、がん患者カウンセリングにより患者の身体的、精神・心理的、社会的苦痛の軽減ならびに、QOLに影響を及ぼし短期間での治療選択が求められるがん患者の意思決定における影響を検討する。本研究の意義は、がん看護相談・支援（カウンセリン

グ)において実施されている身体的、精神・心理的、社会的苦痛に関する相談や支援内容と課題を抽出・構造化することにより、がん診断の説明や治療選択の過程で必要とされる新たなケアシステムの考案につながる。

また、平成24年6月に閣議決定された新たながん対策推進基本計画では、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点課題となっている。とりわけ、がん治療と並行して診断時より切れ目のない緩和ケアの提供体制の構築が喫緊であり、緩和ケア推進検討会で具体的施策が論議されている。先駆的施設において実施されている「がん看護カウンセリング」の有用性を検証し、実践内容がケアガイドラインならびにケアシステムとして標準化されることにより、<診断時からの切れ目のない緩和ケア提供体制>の具体的な施策に有用なエビデンスを提供できる。

B. 研究方法

1. がん看護相談・支援(カウンセリング)に係る構成要素の抽出、構造化

- 1) 研究デザイン：質的記述的研究
- 2) 対象者：関東近郊在住のがん看護関連認定看護師（緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、がん放射線療法看護、乳がん看護分野の認定看護師）およびがん看護専門看護師で、がん看護相談の経験者の中から、研究協力に同意を得られた者（約30名）。
- 3) リクルート方法：日本看護協会で公表されている認定看護師および専門看護師の名簿リストから、関東近郊在住のがん看護関連認定看護師（緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、がん放射線療法看護、乳がん看護分野の認定看護師）およびがん看護専門看護師を候補者として抽出する。候補者に対し、研究計画、研究の主旨、方法、依頼内容を記した文書による同意書、同意撤回書を

郵送する。研究協力に同意した方は、同意書に署名の上、返送して頂く。同意しない場合でも、何ら不利益はないこと、返信は不要であることを文書に明記する。

4) データ収集方法：フォーカスグループインタビューを行う。プライバシーが厳守される静かな部屋を設定し、1グループ5-8名で構成するフォーカスグループインタビューを実施する。1回約90分とする。フォーカスグループへの参加は1人1回とする。研究者は司会（ファシリテーター）の役割をとり、グループインタビューの目的や話し合いの趣旨および基本的なルール（二人が同時に話さないこと。正しい答えを期待しているのではないこと。一人が長く話しすぎないこと。個人名は出さないこと、互いに意見した内容はこの場限りとし、外で漏らさないこと、など）を説明した。ICレコーダーへの録音および必要時メモをとることについて、研究協力者の承諾を得た。インタビューガイドは下記の通りである。

1. あなたはどのような体制で看護相談を行い、どのような相談を受けていますか？
2. これまでに、患者の相談を解決するために調整や連携を行いましたか？
3. 患者に対して、どのようなことを考慮、重視して関わっていますか？
4. 看護相談において、患者を中心に支援するとはどのようなことですか？
5. 看護相談を看護師が行う意義はどこにあると思いますか？
6. 看護相談室とは、どのような役割があると思いますか？
7. 看護相談の効果をどのように評価し、また看護相談は患者にとって有用だと考えますか？
8. がん看護相談を行っている立場から、

がん患者カウンセリングの能力や資格について必要だと考えますか？

データ収集は飽和を確認するまで継続する。

なお、本研究においては、同じテーマが出現しなくなったところを飽和とする。

5) データ分析方法：フォーカスグループで得られたデータは逐語録に起こし、質的記述的に分析する。また、1回のインタビューを終える毎にデータ分析を開始し、さらに深めるべきことや飽和しているか等を確認し、次のインタビューに反映させ、発展させていく。

2. 先駆的施設におけるがん看護カウンセリングのアウトカムリサーチ

1) 研究デザイン：アウトカムリサーチ

2) 対象者：がん患者カウンセリングを受けるがん患者で下記の基準を満たすもの
採用基準 S 大学病院乳腺外科、婦人科、腫瘍内科、呼吸器内科に通院中の 18 歳以上の外来通院がん患者。がん看護関連のがん関連の CN/CNS によるがん患者カウンセリングを受けた患者のうち、文書による説明により同意を得た者。

除外基準：18 歳未満および意志の疎通が困難な患者を除く。

対象人数：100 名の予定（1 人 2 回以上のがん患者カウンセリングを受けるため、最低延べ 200 名）

3) 実施施設

対象者から資料の提供をうける施設：S 大学病院上記診療科外来でがん患者カウンセリングおよび調査を実施

4) データ収集方法

(1) 対象者のリクルート：外来に所属するがん看護分野の認定看護師およびがん看護専門看護師は、医師による病状説明をサポート後、がん患者カウンセリングとして、説明

内容の確認や今後必要な治療についての補足説明など、個別に面談を行う。面談後、当該外来看護師が、本研究について説明し、本人の同意を得る。

(2) 調査方法：同意の得られた対象患者に、「患者用質問紙」と封書を手交配布し、留め置き法あるいは郵送法で質問紙の回答・返却を依頼する。またがん看護関連の認定看護師あるいはがん看護専門看護師は、研究参加の同意が得られた患者の「患者背景調査票」および「がん患者カウンセリング実践内容調査票」を記載する。患者に対する質問紙調査ならびにがん患者カウンセリング実践内容調査は、がん患者カウンセリング毎に行う。

5) がん患者カウンセリングの実施方法
がん患者カウンセリングは以下の通りに実施する。

【初回】

①がん看護関連の認定看護師およびがん看護専門看護師は、あらかじめ介入を行う患者をピックアップし、外来看護師と調整する。担当医との調整は、研究開始時に研究について説明し、手順について同意を得る。

②認定看護師およびがん看護専門看護師は、担当科に出向き患者の病状説明のサポートをする。

③認定看護師およびがん看護専門看護師は、医師からの説明が終了したあとに、別室で患者家族と面談（表 1 に介入の内容をまとめた）を行う。

【2 回目以降】

①初回面談後、当該患者の次回受診日を確認し医師の診察前に患者と面談をする。

②がん看護関連のがん関連の CN/CNS は、初回の病状説明に対する理解度や初回面談時の患者に行った支援についての評価を行う

③認定看護師および専門看護師が介入後、外来看護師は、患者に研究の主旨を説明し、同意が得られた患者に「患者用質問紙」を渡す。

認定看護師およびがん看護専門看護師は、研究参加の同意が得られた患者について「患者背景調査票」および「がん患者カウンセリング実践内容調査票」を記載する。

④3 回目以降の面談については必要時行い、患者の同意が得られる限りがん関連の CN/CNS は「患者背景調査票」「がん患者カウンセリング調査票」の記載および患者には、外来看護師から「患者用質問紙」の配布を行う。

⑤認定看護師およびがん看護専門看護師（以降、CN/CNS とする）は 2 回目の面談終了後 1 カ月の時点で患者が受けている治療内容を確認する。

表1. がん関連の CN/CNS が標準的に行う介入

① 身症状のスクリーニングとマネジメント

② 病状や治療の追加説明

③ 患者のニーズに応じた情報提供

④ 意思決定支援、精神的サポート

⑤ 治療(化学療法、手術療法、放射線療法)オリエンテーション

⑥ 患者のニーズに応じた他部門、他部署との連絡・調整

6) 調査項目

【患者用質問紙】無記名自記式質問紙調査

①基本属性：婚姻状況、就労状況、家族構成、学歴

②がん看護関連のがん関連の CN/CNS の行ったがん患者カウンセリングの評価

③意思決定に関する葛藤尺度 (DCS: Decisional Conflict Scale)

DCS スケールは、信頼性、妥当性の検証

されたツールである。「とてもそう思う」から「全くそう思わない」までの 5 段階のリッカート尺度で、得点が高いほど葛藤が高い。DCS のスコアは、それぞれの項目の点数を合計し、項目数で割り、25 を掛けることにより算出され、0 (意思決定の葛藤がない) ~100 (非常に強い意思決定の葛藤にある) で表現される。DCS25 以下は意思決定することに自信があることを示し、37.5 以上を、意思決定に時間を要したり、選択に迷ったり、意思決定することについて自信がないことを示すとされている。また、「選択肢を知っているか (informed subscale)」「自分にとって何が重要であるか (values clarity subscale)」「意思決定において他者から十分なサポートを得ているか (support subscale)」「最善の選択ができるという自信があるか (uncertainty subscale)」「効果的な意思決定ができたか (effective decision subscale)」の 5 つの領域ごとに意思決定の葛藤の程度を見極めることができる。

【患者背景調査票】

①医学的情報：診断名、病期、罹患期間（診断日含む）、治療歴、パフォーマンス・ステータス

② STAS-J および STAS-J 症状版による身体症状および精神症状のスクリーニング

STAS (Support Team Assessment Schedule) は、1990 年代初頭に、英国の Higginson が開発したもので、信頼性・妥当性が証明されたホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の 1 つである。患者の身体的症状について (2 項目)、患者の不安・病状認識について (2 項目)、家族の不安・病状認識について (2 項目)、コミュニケーションにつ

いて(3項目)の計9項目からなる。各項目は0～4の5段階からなり、各段階につけられた説明文を見て最も近いものを選ぶようになっている。

STAS 症状版は、オリジナルのSTAS-Jでは、痛み以外の症状で最もつらい症状や日常生活の支障となる症状を評価する項目であったため、我が国において新に開発された。「疼痛」「しびれ」「全身倦怠感」「呼吸困難」「せき」「たん」「嘔気」「嘔吐」「腹満」「口渇」「食欲不振」「便秘」「下痢」「発熱」「眠気」「不眠」「抑うつ」「せん妄」「不安」「浮腫」の20項目に「その他」の項目を評価することが出来るようになっている。評価は、0が症状が最も軽い(問題が小さい)こと、4が症状が最も重い(問題が大きい)ことを意味する。STAS-Jでは、項目はそれぞれ個別に解釈される。今回の調査では、「疼痛」「全身倦怠感」「食欲不振」「不眠」「抑うつ」の項目に限定して使用し、患者に出現している他の症状がある場合には「その他」として記載する。

【がん患者カウンセリング実践内容調査票】

面談時間

インフォームド・コンセントの内容(病状説明、化学療法、手術、放射線療法、ホルモン療法、Best Supportive Care、その他の別)

③患者のニーズ

④患者に行った介入の別

- i 心身症状のスクリーニングとマネジメント
- ii 病状や治療の追加説明の内容
- iii 患者のニーズに応じた情報提供の内容
- iv 意思決定支援の内容、精神的サポート
- v 治療(化学療法、手術療法、放射線療法)オリエンテーションの別

vi 患者のニーズに応じた他部門、他部署との連絡・調整とその内容

⑤がん患者カウンセリング後の経過

i 患者が受けた治療

4) 解析方法

(1) 質問紙調査および患者背景調査票、がん患者カウンセリング実践内容調査票のデータ分析解析ソフトを用いて、がん患者カウンセリングが患者の意思決定の葛藤の軽減に及ぼす影響およびその要因についての関連性を解析する。また、がん看護関連の認定看護師およびがん看護専門看護師によるがん患者カウンセリングの介入評価と患者の意思決定の葛藤の軽減との関連性についても解析する。なお、データの分析は、基本データの記述統計、t検定、クロス集計、カイ2乗検定、重回帰分析にて検証する。また、がん看護関連のがん関連のCN/CNSの行ったがん患者カウンセリングの介入評価の患者自由記載欄については、質的帰納的に分析する。

(倫理面への配慮)

研究依頼文書には、人権の擁護、任意性の保証および拒否しても不利益を受けない権利を保証することを明記のうえ、十分に説明を行う。

・研究への協力は研究対象者の自由意思であること。

・研究参加へ同意した後に撤回する場合は、インタビュー開始前までに同意撤回書を研究代表者(小松浩子)へ提出することによって参加が中止できることを明記する。

・研究協力を中断、中止する場合の連絡先を伝える。また「同意撤回書」もあらかじめ渡し、前述した同意撤回書の使用方法を説明する。

・同意撤回した場合でも、一切不利益を被らないことを文書で説明する。

・グループディスカッション、フォーカスグループインタビューでは、語りたくことは無理に語らなくてよいことや公表したくない情報については提供しなくてよいことを保証する。

・個人情報保護のため、患者用質問紙および臨床情報は個人情報管理責任者（申請者）が連結可能匿名化する。

・本研究で行う質問紙調査によって、対象者に直接的なメリットはない。一方、対象者がアンケートを記入するための時間を拘束するが、大きな不利益が生じることはない。回答中であっても研究参加の中止および中断は可能であり、研究参加の可否により診療および看護上の不利益を被らないことを説明する。

C. 研究結果

1. がん看護相談・支援（カウンセリング）に係る構成要素の抽出、構造化

今年度は、看護師 12 名（がん看護専門看護師、緩和ケア看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師）を対象に 2 グループのフォーカスグループインタビューを行った。

研究協力者の外来看護相談の体制は、がん相談支援センターで相談を受けている者、教室という形態で患者の相談を受けている者、がん性疼痛の相談外来などある特定の相談を受けている者、あるいは「相談」の窓口はなく、フリーで医療者から相談の依頼があった時に相談に応じる者など多様であった。

分析の結果、がん看護相談・支援（カウンセリング）に係る構成要素として表 2 に示す内容が抽出できた。看護相談とは、「患者の真のニーズを探す糸口」であり、その糸口から、看護師が意図的に「混乱した気持ちや情報を整理する空間と間を創る」、「漠然とした悩みを共に整理し、気づきを与える」や「患

者のもつ力を取り戻す」ことを支援していた。それにとどまらず患者が「取り組む課題の優先順位を明確にする」こと、その「次に踏み出す自信と手段の獲得を支援する」ことを支援していた。たとえば、患者と医療者、患者と家族の「関係性を修復する」や「相互の信頼関係を築く」ために具体的な方法を助言したり、患者の能力を見極めて関係性を調整していた。さらに、患者が自分の力で自立し、次に歩みだすことを支援していた。さらに、患者の力を尊重しつつ、「真のニーズの解決に向けた次のケアへつなぐ」といった、必要な専門家へ紹介、連携や療養の場の調整なども行っていた。

看護相談室における看護相談は、“待ちの姿勢”のため、できる限り「門戸を開放する」ことで、ニーズのある患者が埋もれず、漏れなく、孤立しないように外来診療に同席して網を張ったり、他院からの紹介状の内容でトリアージし、早期から関わることを試みていた。

次年度はさらにデータ収集およびデータ分析を継続し、外来がん看護相談に関する概念化を進めていく。

表2 . 分析の結果、がん看護相談・支援(カウンセリング)に係る構成要素

- ・真のニーズの解決に向けた次のケアへつなぐ
- ・患者の存在を擁護する
- ・患者のニーズを探る糸口にする
- ・混乱した気持ちや情報を整理する空間と間を創る
- ・患者のもつ力を取り戻す
- ・漠然とした悩みを共に整理し、気づきを与える
- ・取り組む課題の優先順位を明確にする。
- ・次に踏み出す自信と手段の獲得を支援する
- ・相互の信頼関係を築く
- ・関係性(意向のずれ)を修復する
- ・相談者の門戸を開放する

2. 先駆的施設におけるがん看護カウンセリングのアウトカムリサーチ

がん看護カウンセリングのアウトカムリサーチ実施のために、介入の内的妥当性を高めた。

・看護カウンセリングの実施に必要な、アセスメントシート、カウンセリングシート、経過記録の作成を行った。

・診療科看護師の役割と CN/CNS との連携システムの構築およびケア内容の検討を行った。

【連携】

カンファレンスや必要時、CN/CNS がカウンセリングを行った患者について、患者サポートを継続する。

診察前に患者カルテから情報収集し、カウンセリング該当の対象をキャッチし医師に声かけを行う(確定診断のための検査後など)

【ケア内容の適切性検討】

意思決定支援: CN/CNS のカウンセリング後の継続問題がある場合

症状マネジメント: 抗がん剤治療に伴う副作用管理、その他がんに伴う症状のマネジメント

療養体制の調整: 社会生活を送る上で患者が

困っている経済的な問題や、介護に関する問題、人生の最後の療養の場への希望などの情報を取り、退院調整看護師や MSW との連携

【セッティング】 CN/CNS の面接場所

腫瘍センター患者説明室、面談室、総合相談センター面談室などの使用の許諾

・がん経験をもつ関係者に依頼し、質問紙調査の内容について、記載時間ならびに質問内容の適切性を検討した。質問紙の記載には、約20分を要したが、理解しがたい内容はなく、現実を反映した分かりやすい質問項目であるとの回答であった。

以上の表面妥当性の検証をすすめた質問紙により、データ収集および分析をすすめている。

D. 考察

外来看護相談・支援(カウンセリング)の内容として11の要素を抽出できた。これらの要素は、カウンセリングの目的分類⁴⁾に基づき、大きく2つに分類できる。ひとつは、問題解決的カウンセリング、もう一つは、開発的カウンセリングである。問題解決的カウンセリングは、判断力があり、基本的に健康であるが、手におえない問題に悩む人が、自覚的な問題の解決が目的となる。がん看護専門看護師およびがん関連の認定看護師は、「患者の真のニーズを探る糸口」を患者とともに見出し、「混乱した気持ちや情報を整理する空間と間を創る」ことや、「漠然とした悩みを共に整理し、気づきを与える」や「患者のもつ力を取り戻す」ことにより、問題を対処できるよう支援していたと考える。さらに、問題解決に向けて患者自身が「取り組む課題の優先順位を明確にする」ことに取り組めるよう導いていたと考える。

加えて、開発的カウンセリングにより、現在から未来に目を向け、将来のよりよい自己

の在り方や生き方を考える支援を行っていた。具体的には、「次に踏み出す自信と手段の獲得を支援する」とともに、患者と医療者、患者と家族の「相互の信頼関係を築く」ために患者の能力を見極めて関係性を調整し、より良い療養過程を患者が自分の力で自立し、次に歩みだせるよう支援していたと考える。

問題解決的カウンセリングおよび開発的カウンセリングの基盤として、「患者の存在を擁護する」こと、より良い生き方や自己実現にむけて必要な支援がいつでも受けられるよう常に「門戸を開放」して必要なケアにつなげることを重要視していたと考えられる。

がんの診断・治療・療養の全過程（whole cancer journey）を通じて、患者やケア・ギバーにとって key contact person の配置は不可欠である⁵⁾。key contact person は、患者が情報や助言が必要な時にアクセスが可能で、有用であり、患者ケアに一貫してかかわることができることが求められる。したがって、患者カウンセリング機能を有する外来看護相談・支援は、患者や家族にとって key contact person となる看護師が外来部門に明確にわかるよう配置される必要があるだろう。

外来看護相談・支援の基盤として、患者擁護と門戸を開放して患者ケアをつなげるという内容が抽出されたのは興味深い。複雑で高度ながん医療を受ける患者は、医療者との間にヘルスリテラシーに関して大きなギャップがあること、診断や治療に伴い心身の侵襲が大きいことから、「何を相談してよいかわからない」「相談する気力がない」という事態に陥りやすい。したがって、key contact person を配した外来看護相談・支援により、患者擁護と門戸を開放してケアをつなげることが重要視されることで、患者のニーズや意向をいち早くキャッチでき、適材適所で患

者に必要とされているケアが提供できるよう調整が可能となるであろう。

アメリカ看護協会では、患者中心のケアコーディネーションの重要性を看護白書（A White Paper of the American Nurses Association）⁶⁾において提言している。

ケアコーディネーションとは、「a.患者のニーズや意向が時間を超えて、専門職者、機能や部門を横断し健康サービスや情報に尊重されることの保証を支援する機能であり、b.患者ケアにかかわる複数の参加者間でヘルスケアサービスが適切に提供されることを促進するために患者ケア活動が組織化されること」と定義している。さらに分析を進める必要があるが、key contact person を配した外来看護相談・支援は、患者中心のケアコーディネーションに近い機能を持っている可能性があると考えられる。

E. 結論

外来看護相談・支援（カウンセリング）の内容は、主として、問題解決的カウンセリングおよび開発的カウンセリングの機能を有する内容に分類できた。すなわち、問題解決的カウンセリングとして、がん看護専門看護師およびがん関連の認定看護師は、「患者の真のニーズを探る糸口」を患者とともに見出し、「混乱した気持ちや情報を整理する空間と間を創る」ことや、「漠然とした悩みを共に整理し、気づきを与える」や「患者のもつ力を取り戻す」ことにより、問題を対処できるよう支援していた。加えて、開発的カウンセリングにより、現在から未来に目を向け、将来のよりよい自己の在り方や生き方を考える支援を行っていた。

文献

- 1) 厚生労働省：緩和ケア推進検討会中間とりまとめ（報告書）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002lyjb.html>
- 2) 平成22年度診療報酬改定 介護報酬改定完全速報
http://kaitei.wic-net.com/?id=13622&action_view_articleh22=true
- 3) 厚生労働省：第5回緩和ケア推進検討会資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002km7n.html>
- 4) 丸山和昭：職業としてのカウンセラーに関する一考察, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 第55集, 第2号(2007年)
- 5) Walsh J., Young JM., Harrison JD., Butow PN., Solomon MJ., & White K (2011). What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation, *European Journal of Cancer Care*, 20,220-227
- 6) The Value of Nursing Care Coordination, A White Paper of the American Nurses Association, American Nurses Association, June 2012

F. 研究発表

1. 論文発表
(研究の刊行に関する一覧表に記載)

G. 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