

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2011年度 在宅医療助成 一般公募（前期）

報告書

転移・再発がん患者の在宅療養から入院に至る経過におけるコーピング

【申請者】 谷澤久美

淀川キリスト教病院 がん診療センター 看護係長

【共同研究者】

大石ふみ子 （長野県看護大学 成人看護学 教授 ）

葉山有香 （梅花女子大学 看護学部 講師 ）

南裕美 （元大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 がん教育研究センター）

三輪恭子 （淀川キリスト教病院 地域連携センター 地域看護専門看護師）

高沢洋子 （淀川キリスト教病院 訪問看護ステーション 所長 ）

【報告日】 2012年8月31日

## I. はじめに

厚生労働省によると、1981年以降我が国の死因の第1位はがんであり、2010年の死亡数は年間35万人を超え、全死亡者のおよそ3人に1人はがんで死亡している。今後ますますの高齢化が進行することを踏まえると、その死亡数は今後も増加していくと推測される<sup>1)</sup>。しかしその一方、今日のがんの診断・治療の進歩はめざましく、多くのがん患者が治癒、あるいは延命されるようになり、がんは慢性疾患という側面をもつようになった。

このように、がんが慢性疾患になると、長期間において必要とされる治療や療養はわが国の医療費を増加させることになってきた<sup>2)</sup>。今日の経済状況も手伝い、国は入院期間を短縮するという方針を打ち出した。また、2006年度に成立した「がん対策基本法」に基づき策定された「がん対策推進基本計画」<sup>3)</sup>でも、がん患者の意向を踏まえ、在宅医療の充実を図ることが打ち出されている。がんの治療段階から終末期といわれる段階まで、様々なステージにおいて在宅療養をするがん患者はさらに増加していくと思われる。

がんは進行性の疾患であり療養中の身体状態の悪化は避けがたいものであるが、在宅療養においては患者自身や家族が対処の責任者であり、進行する症状に合わせたセルフケアや医療者との調整が患者らに求められる。しかし、がんは慢性疾患に位置付けられているように徐々に進行するため、本人あるいは家族がその変化を生活の中で見出して適切に対応していくことは難しい。一方で医療者は、入院中と異なり在宅での24時間の観察は行えず、その変化をとらえる機会は少ない。

多くのがん患者は、在宅療養の中で病状の進行に伴う苦痛や困難・不安を抱え、ついには何らかの破綻を迎えて入院する。訪問看護ステーションをはじめとした在宅医療に何らかのコンタクトがとられるのは、この破綻を迎えて入院した後、多くの不安を抱えて再度在宅療養に戻ろうという時である。がん患者が破綻を迎えて入院する理由は、終末期で在宅療養を行っている患者が、症状や生活が悪化する詳細な状況が明らかになっていないことや、問題を把握する評価システムの不在により、生活の破綻前に適切な介入ができていないことによるものである。

そこで、本研究では、在宅療養から身体症状の変化によって入院に至った転移・再発がん患者の体験に注目する。その入院に至る経過において、どのような出来事が起こっているのか、そして患者はどのように反応し生活の工夫を行っているのか、また病院とどのようなやりとりをしているのかを明らかにすることが必要と考えた。これらを明らかにすることにより、在宅療養の継続を困難にした要因はどのようなものであるか、患者・家族を支えるサポートシステムがどのようにあればよいかを検討する資料となる。そして、療養中におこる変化を把握するための適切な評価視点が得られれば、在宅で療養する患者を尊重しつつ、安心できる在宅療養を継続するための患者の視点での切れ目のないがん医療体制を構築することにつながると考えられる。

## II. 研究の目的

身体症状の変化によって入院療養となった転移・再発がん患者の在宅療養から入院に至る経過において体験する困難とそれに対するコーピングやサポートを明らかにする。

## III. 用語の定義

- ・在宅療養を行うがん患者：外来での治療および緩和治療を受けながら、自宅で療養をしているがん患者。
- ・入院に至る経過における体験：今回の入院に至る経過において、在宅療養中に生じた困難な状況で身をもって経験したこと。

## IV. 研究方法

### 1. 対象者の条件と選定方法

在宅療養から身体症状の変化によって入院療養に移行した再発・転移がん患者で、研究の同意を得られたもので以下の条件をみたすものとした。

- ①自身が「がん」であることを医師から説明されている。
- ②認知症がなく、意思疎通に問題がなく、日本語での会話が可能である。
- ③現在症状が落ち着き30分以上の会話が可能で、面接が身体的負担にならない。

退院支援看護師・病棟看護課長に上記の条件を満たす研究対象候補者を選定してもらい、病棟看護課長から研究対象候補者に研究の概要を文書で説明してもらった。口頭にて本人の同意があった対象候補者に対し、研究者が、身体状況を確認しながらプライバシーに配慮しつつ、研究の趣旨を口頭および文書で説明し同意を得た。

### 2. 調査内容と方法

#### 1) 入院前のQOL

SF-36V2™日本語版<sup>4)</sup> (健康関連QOL を測定するための、科学的な信頼性・妥当性をもつ尺度) を用いて、初回面接時に入院前のQOLを測定した。SF-36V2™日本語版は、(1)身体機能(2)日常役割機能(身体)(3)身体の痛み(4)全体的健康感(5)活力(6)社会生活機能(7)日常役割機能(精神)(8)心の健康の8つの健康概念を測定するための複数の質問項目から成り立つ、自記式質問紙である。

Performance status (以下: PS)<sup>5)</sup> は、がん患者の身体的な活動程度を示す尺度である。がんおよび併存する病態がどの程度患者の活動に影響しているかを表すものであり、多くのがん腫において重要な予後因子ともなってくる。ECOGによるPSは5段階評価の分類という簡便な方法であり、実際に臨床現場で広く用いられている。本研究においてはECOGによるPSを使用して初回面接時に測定した。

## 2) 入院前の身体状態

STAS-J症状版<sup>6)</sup> (英国で開発されたホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の日本語版アイテム2をもとに22の症状に焦点をあてた尺度、0~4の5段階評価)を用いて、初回面接時に入院前の症状について調査を行った。

## 3) 入院に至るまでの体験

ラザルスのストレスコーピング理論<sup>7)</sup>を用いて、インタビューガイドを作成した。

在宅療養から入院に至るまでに生じていた出来事、状況、困難であった内容、それに反応して考えていたこと(認知)、感情・気持ち(情動)、患者や家族の対応、医療機関との連携状況(対処)、入院したことについてどう考えているか(再評価)について、30分~1時間程度・2~3回の半構成的面接調査を行った。1回目のインタビューは、調査内容に関して作成したインタビューガイドを用いて行い、2回目以降はインタビュー内容から導き出された体験構造を本人に示し、追加のより深いインタビューを行った。インタビュー内容は参加者に許可を得て、ICレコーダーを使用し録音した。レコーダー記録は逐語記録に起こした。

## 4) 患者属性に関すること

年齢・性別・疾患名・転移部位・治療経過・診断からの期間・入院までの期間、家族構成・職業、入院におけるまでの経過、状態を診療録・看護記録より収集した。

## 3. 分析方法

### 1) 入院前のQOL・身体状況の評価

SF-36V2<sup>TM</sup>日本語版(アキュート版)・STAS-J、PSについては、各々マニュアル手順に沿って得点を算出し、関連性を比較検討する。さらに半構成的データと比較検討した。

### 2) 半構成的インタビューデータの分析

本研究においては、ラザルスのストレスコーピング理論<sup>7)</sup>の枠組みを用いた。この理論では、人間の心理的ストレス反応への対処を一連のプロセスで表わしている。人間は生じた出来事・状況に対して、その状況が自分にとってどうであるか判断する一次的認知評価を行う。一次的認知評価は、害-損失、脅威、挑戦、という3つに分けられ、ストレスフルと評価した時に、その状況に対して、自分には何ができるのか判断する二次的認知評価を行う。この認知評価に基づいて、問題に対処するコーピング、コーピングの結果得られた情報で状況を再評価していくという一連のプロセスがある。このプロセスにおいて情動が生じたり、サポートが影響する。在宅療養を行うがん患者が、どのような出来事に対しどのように認知し、どのように行動しているかというプロセスの変化を検討するときに、Lazarusのストレスコーピング理論が分析の視点としてふさわしいと考えた。具体的分析手順は以下に示す。

#### ①場面分析

逐語録の中で、『対象者のコーピング行動』を取り出し、再度患者の語りに戻り、コーピングの概念を軸に、取り出した前後の文脈からコーピングプロセスを形成する諸要因を意識して、一連の語りを取り出した。その一塊のデータから、一次的認知評価、二次的認知評価、それに伴う情動、コーピングの結果生じた変化、サポートを表す部分を抽出した。また、状況に関しては、カルテからの客観的な情報を含めて記述し、一連のコーピングプロセスが示せるようにした。最終的に、A氏12場面、B氏14場面、C氏11場面の計37場面が得られた。

#### ②要素別分析

場面分析で得られたコーピングを構成する要素である、状況、一次的認知評価、二次的認知評価、コーピングなどに関して、それぞれの要素別にカテゴリー化した。

#### ③時期別のコーピングプロセス

要素別分析で得られた、カテゴリー化された状況、一次的認知評価、二次的認知評価、コーピングなど各要素を逐語録と照らし合わせながら、在宅療養中、入院から1～2週前である入院直前、入院後という時期別に示せるようにした。

### 4. 分析の信頼性・妥当性の確保

面接の実施前に、研究者は模擬面接にて訓練を行った。そして研究の全過程を通し、質的研究に熟練した指導者のスーパーバイズを定期的に行うことで真実性の確保に努めた。また、患者の面接において、1回目の面接内容の仮分析を2回目の面接までに行い、図式化したものを2回目の面接で対象者に提示し、内容の妥当性に関する確認を受けた。さらにがん看護の経験のある研究者によって分析内容確認を得て、妥当性の確保に努めた。

### 5. 倫理的配慮

本研究の実施に関しては、大阪大学大学院保健学科及び、淀川キリスト教病院の倫理委員会での承認を得た。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要

対象者は6名で、男性4名、女性2名、年齢は70±4歳であった。疾患名は、胃がん2名、膵臓がん2名、食道がん1名、大腸がん1名であった。初回診断からの期間は3ヶ月～22ヶ月であり、6名中5名は、初回診断時にStageIVであった。診断後の治療は、3名は手術と化学療法、1名が放射線療法と化学療法、1名が化学療法のみ、1名は緩和治療のみであった。今回の入院前の状況は、2名が外来化学療法中の時期、1名が治療終了後の経過観察中に再発診断された時期、3名が支持療法・緩和治療のみの時期であった。家族構成は、4名が配偶者と2人暮らし、1名が配偶者と子の3人暮らし、1名が独居であった。

表1. 対象者概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏
年齢 性別	60代 男性	60代 男性	70代 男性	70代 女性	70代 男性	70代 女性
診断名	胃がん	膵臓がん	膵臓がん	食道がん	胃がん	大腸がん
発症時の病期	StageIV	StageIV	Stage I b	StageIV	StageIV	StageIV
診断からの期間	5か月	3か月	22ヶ月	20ヶ月	3か月	19ヶ月
入院前の治療	外来化学療法	外来化学療法	経過観察	支持療法	緩和治療	支持療法
入院前のPS	PS1	PS2	PS1	PS1	PS4	PS3
入院前の症状 重度…STAS-J 3 or4 中等度… " 2 軽度… " 1	重度…発熱 中等度…咳・痰 食欲不振 軽度…全身倦怠感 嘔気、下痢 不眠	重度…呼吸困難、発熱 食欲不振、不安 中等度…全身倦怠感 口渇 軽度…疼痛、しびれ 嘔気、腹満 不眠、浮腫	重度…疼痛、不安 中等度…不眠 軽度…全身倦怠感 咳、嘔気 食欲不振	重度…通過障害 軽度…呼吸困難 動悸	重度…嘔気 中等度…嘔吐 軽度…全身倦怠感 食欲不振、 不眠、不安 呼吸困難、 腹満、浮腫	重度…疼痛 中等度…食欲不振 腹満 軽度…全身倦怠感 不安、浮腫 下痢
オピオイド使用	無	有	無	無	無	入院後より
家族構成	妻と2人暮らし・	妻と2人暮らし・	妻と2人暮らし・	独居	妻・息子と3人暮らし	夫と2人暮らし

### 2. 入院前のQOL

入院前のPS（がん患者の身体的な活動程度を示す尺度、0～4の5段階評価）においては、PS1（軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や坐業はできる）が3名、PS2（歩行や身の廻りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している）、PS3（身の廻りのある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している）、PS4（身の廻りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている）が各1名であった。介護保険申請ありは2名、申請中1名、未申請は3名で、訪問看護が行われていたのは1名であった。

入院時の主症状は、発熱、咳・痰、呼吸困難、疼痛、不安、嘔気、通過障害であり、入院前の症状としては、軽度のものを含めると一人あたり3～13種類の症状を抱えており、平均8.2±3.4種類であった。6名中5名の患者に認めた症状は、全身倦怠感、食欲不振であった。次いで、嘔気、不眠、不安が6名中4名、疼痛、呼吸困難、腹満、浮腫が6名中3名、咳、発熱、下痢、味覚異常が6名中2名に出現していた。

健康関連QOL（SF-36V2™）ではQOLを0～100で示す。対象者は、項目により0～100と個人差が激しかった。平均では、全国平均より全体的に低く、特に身体機能、日常役割機能（身体）、全体的健康感が低い結果であった。

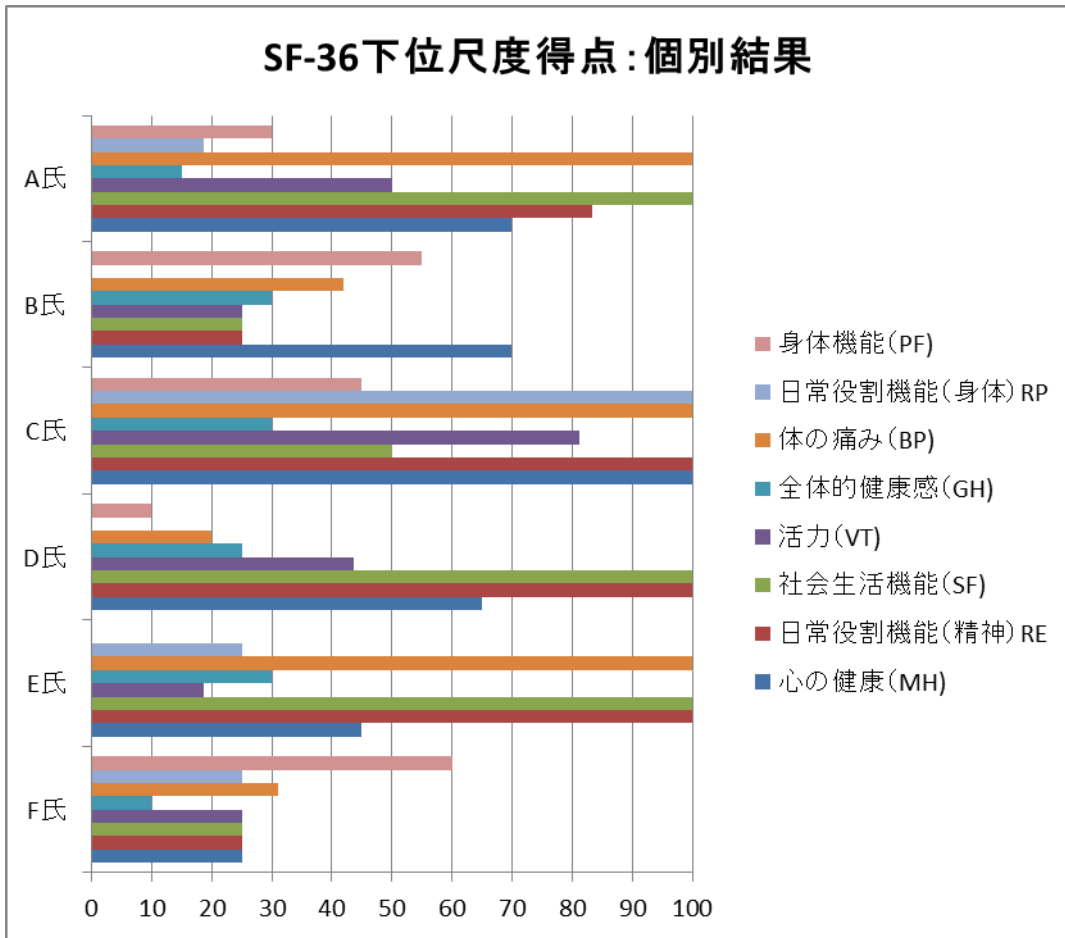


図1. SF-36の下位尺度得点：個別結果

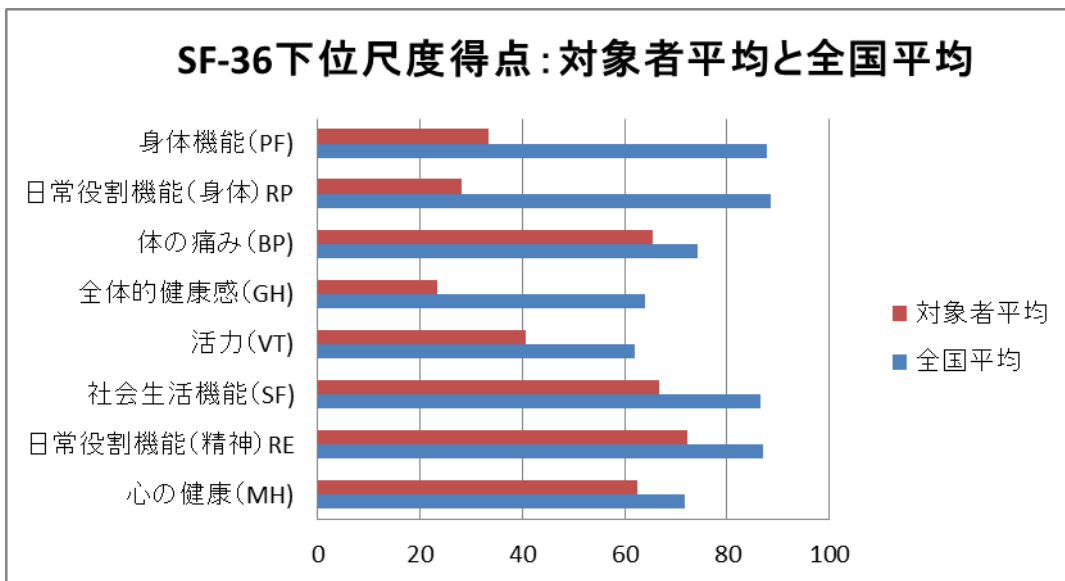


図2. SF-36の下位尺度得点：対象者平均と全国平均

### 3. 対象者の入院に至るまでの体験の質的分析（時期別のコーピングプロセス）

2回以上の面接が可能であった対象者は3名（A氏、B氏、C氏）であり、化学療法中、再発告知の時期であった。入院後は、1名は化学療法減量、1名は緩和治療に移行、1名は化学療法開始となった。以下、カテゴリーを【 】で、概念を[ ]で、患者の語りを「 」で示す。

#### 1) 在宅療養中の困難な状況とコーピングプロセス

在宅療養中の時期の特徴は、病名告知・厳しい予後告知を受け、進行する症状や新たな症状が出現する中で生活をしているという状況があり、「僕死ぬの？まともにいったら1年で死ぬ？」などから導かれた【自分の生命が脅かされる】のほか、【残された時間に限りがある】【自分の存在価値が脅かされる】という一次的認知評価が行われ、自らの死を意識していた。さらに、「症状自体が初めてですから、私自身、今後どういう症状が出るのかもわかりませんし、不安で」などから導かれた【予測される病状の悪化への懸念がある】のほか、【病状の不確かさがある】という一次的認知評価を行い、患者は状況を脅威と評価していた。このような一時的認知評価に基づいた二次的認知評価は、【どうすればいいかわからない】なりに、【なんとかしないといけない】というものであった。そして、【ショック】や【不安】という情動を抱きながらも「湿布を貼ったり、鍼をしてもらったり、薬局で栄養剤のようなものを買ったり」などから導かれた【自分で工夫して頑張ろうとする】というコーピングを行っていた。救急対応をしていないことを知り「話しにくくても聞かないといけないと思い、先生に尋ねました。外来通院では、お医者さん一人ですからね」などから導かれた【信頼できる医療者の不在】のほか、【自分への家族の愛情】を対象者はサポートと捉えていた。

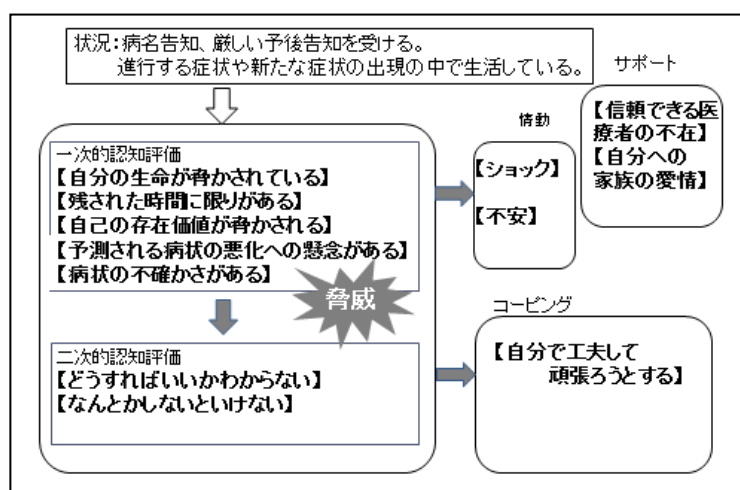


図3. 在宅療養中の困難な状況とコーピングプロセス



## 2) 入院直前の困難な状況とコーピングプロセス

入院直前の時期の状況の特徴は、病状の不確かさの中で徐々に進行する症状を抱えている状況があり、「背中が痛みが続く。食べても体重がどんどん減ってくる。少しずつ悪くなっている」などから導かれた【予測を超えて身体状況が悪化している】や、「私自身のしんどさは人にはわからんわね。」などから導かれた【理解されない苦悩がある】という一時的認知評価をし、状況を脅威と評価していた。そして「自分の辛さは気力で乗り越えるしかない。」などから導かれた【耐えるしかない】のほか、【どうにもならない】【もうだめだ】という二次的認知評価をしていた。これは、これまでのコーピングでは、状況を乗り越えられなくなってきていることを示している。「痛みが不気味で、なんというか恐怖心やな。どんどん悪くなっていくから、奈落のどん底にいくんじゃないか」などから導かれた【恐怖】のほか、【焦り】【苛立ち】【絶望感】といった情動は、状況へのコーピングが限界に達したことを感じて湧き上がってきたものであった。患者は積極的なコーピングが不可能になり、【我慢する】ことで状況の好転を望みつつ、「誰かと話すと気が紛れるし、平静を装って、どこも悪くないように振る舞っている。」などから導かれた【現実から目を背ける】など回避的なコーピングしか行えなくなっていた。最終的には、この時期ののちに、全ての対象者の在宅療養は困難になり緊急入院に至っていた。

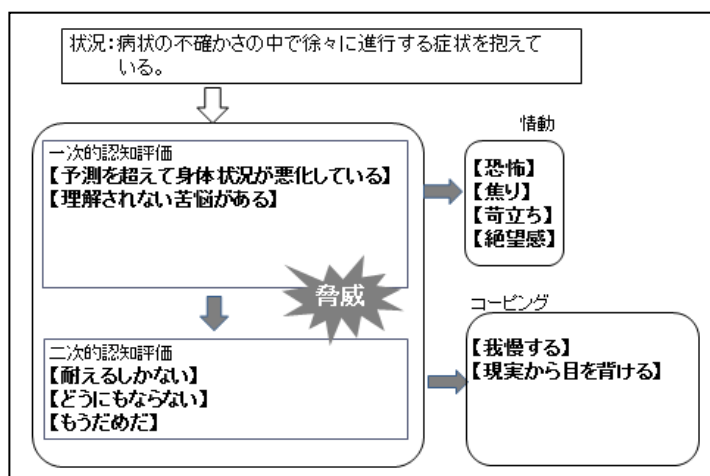


図4. 入院直前の困難な状況とコーピングプロセス

また、対象者は、入院前に【自分への家族の愛情】【信頼できる医療者の不在】をサポートと捉えていた。入院後に症状が改善し、危機的状況から脱した対象者は、コーピングの結果生じた変化として、コーピングパターンの変化、価値観の変化があった。全員に生じた変化としては【サポートへの気づき】があり、【自分への家族の愛情】【家族の自分への関心と理解】【信頼できる医療者の存在】をサポートと捉えていた。このように転移・再発がん患者は、サポートを強く認識するようになり、穏やかな情動を体験して、人として成長していた。

## VI. 考察

在宅療養を行う転移・再発がん患者のおかれている全体的状況について考察する。

### 1. 在宅療養を行う転移・再発がん患者の心理的な苦悩

在宅療養を行う転移・再発がん患者は、悪い知らせによる心理的な苦悩と、今後起こりうる変化を見つめ続ける心理的な苦悩という2つの苦悩を抱えながら生活をしてきた。

転移・再発という悪い知らせを告げられ生活していくことは、衝撃が大きい、辛い状況であったと考えられる。R. Buckman<sup>8)</sup>は、悪い知らせを、患者の将来の見通しを根底から否定的に変えてしまう情報と定義し、悪い知らせによる衝撃の大きさは、患者が期待している願望や計画と医学的現状との隔たりの大きさに比例すると述べている。本研究の対象者は、治療に望みをかけたにも関わらず厳しい予後告知を受けるといふ、期待している願望との隔たりが大きく、衝撃も大きいことが考えられる。病名告知に関するがん患者の通常の心の反応として、患者は、がんと診断されると、生命の危機に直面し、衝撃を受けるが、再発を告げられた患者の心理は、がんの知識が豊富な分さらに深刻で、現実を否認しきれず破局的な心理的打撃をうける<sup>9)</sup>とされている。外来で再発を告げられたC氏が「がんが、臍臓なり、肝臓にくれば、まず、ねえ、命を落とすというか、もたんだらう…」と語ったように、本研究の対象者は、衝撃の大きい転移・再発がん患者であり、死を意識せざるを得ず【もうだめだ】と二次的認知評価を行っている。このような状況にありながら、本研究の対象者である転移・再発がん患者は、医療者がそばにいない在宅において、患者自身で悪い知らせに対処しなくてはならない状況であり、心理的苦悩を体験していたと言える。

さらに、転移・再発がん患者は、悪くなる状況をわかっているながらも見通しのつかない療養生活を送ることへの不安を抱えている。Mishelは、不確かさを、病気に関連する出来事に対してははっきりと意味づけられない状態であり、それはある出来事について、十分な手がかりが得られないために、うまく構造化したり分類したりできないときに生じる認知的状態であると定義している<sup>10)</sup>。本研究の対象者である転移・再発がん患者は、進行するがんという疾患を抱え、どのように症状が表れるか予測がつかないという不確かさ、症状の原因がわからないという不確かさ、症状が改善されずにさらに苦しむのではないか、今後どうなっていくのだろうかという未知への不確かさの中で、【不安】が助長し【どうすればいいかわからない】と二次的認知評価を行っていた。体調が安定している間の患者は、自分で何とかしようと頑張り耐えていたが、症状が改善しない状況が続くと、不確かさは【恐怖】となった。そして、入院直前には身体症状の悪化を自覚して、【焦り】【苛立ち】【絶望感】という情動を伴い【もうだめだ】という二次的認知評価が行われていた。

本研究の対象者である転移・再発がん患者がおかれている状況において生じた反応は、先行文献にも述べられており、これは在宅療養中に誰にでも起こりうると考えられる。

## 2. 在宅療養を行う転移・再発がん患者を支えるシステムの脆弱性

身体の悪化や先が見えない在宅での生活を続けているがん患者に対し、医療者は頼りになる存在であるが、今回の対象者の在宅療養はそれに応え得る十分なシステムに支えられておらず、転移・再発がん患者は安心を得られていなかった。緊急時の受け入れがない、信頼できる医療者がいない転移・再発がん患者である対象者は、孤独である状況が示された。

B氏は、「胆管にステントを入れているものですから、早い方はもう何週間で詰まったり、2、3カ月で詰まったりするらしいんですよ。それ（ステント閉塞）が平日ならまあいいんですけど、土曜日、日曜日なら困る」と語っていた。いつ起こるかわからない治療に伴う副作用や、がんに伴う症状の出現、急変のリスクがある<sup>11)</sup>ことは、がん患者に特徴的なことである。また、「緊急時の対応をA病院にお願いに行っていなかったら、今頃どうなっていたか」と語っていたように、転移・再発がん患者は、症状の出現を自分でコントロールできないため、緊急時の対応の有無が在宅で生活していく上では重要な問題となる。「まして、救急を受け付けてもらえないと聞いていますし、不安だったですね」と語られたように、胆管ステントの閉塞の恐れがあり、副作用を伴う治療を行っているが、治療病院での緊急時に対応するシステムがないということはB氏に大きな不安を与えていた。病状の急変に対する不安は多くの在宅で療養中の終末期がん患者が抱いている<sup>12)</sup>ことであり、今回の対象者から得られた結果は、先行研究と一致している。また、今回の対象者は全員が治療病院のみの受診であり、在宅医療者との関わりがなかったが、『緊急時の受け入れ体制』に関しては、多くの地域の医師も病診連携上で問題視している<sup>12)13)</sup>ことである。さらに、「（緊急時のことを聞いていなかったので質問したら）先生は、救急を受け付けてもらえるところの病院を見つけといて下さいということだったんですよ。私はもちろん、医療のことみたいなのは知りませんし、何が常識で、そうあるのが常識なんか、ちょっとおかしいなというのはあったんですけど」と語り、[自分で救急対応してくれる病院への段取りをすることで万が一に備える]というコーピングを行っていた。これらのことは、現在の在宅で療養するがん患者へのサポートシステムの脆弱さを反映していると考えられる。「病院の規則に合わせたくても、病気は、曜日や時間を選べない」と語ったB氏は、不確かさ、不安を感じながらも家族のために辛い治療を頑張ろうとしていたが、自分の病状が急変した場合に病院で診てもらえないという患者本位ではないサポートシステムの中では、医療に不満・不信を感じ、苦悩を抱くことになったと考えられる。

また、今回【信頼される医療者の不在】というカテゴリーが示された。外来診療においては、医師は多忙な中、短時間で患者の診察を行っており、患者は、相談したくても、短時間では相談しにくい環境にある。そのような中で、本研究の対象者である転移・再発がん患者は、[説明不足で不親切な医師に話しにくい]と医療者の対応に不満・不信を抱いている。さらに本研究の対象者である転移・再発がん患者は、[外来通院では医師しか関わる人がいない]と認識しているように、不安、不満を抱いても相談先がないことにより不安が増

強する。宇都宮<sup>14)</sup>が、多くのがん治療病院では、病気の説明から治療法の決定、化学療法、放射線治療、小手術、そしてバッドニュースになる説明（再発・転移・積極的治療の限界）が、外来へ移行されているが、このような場面で外来看護師が十分支援できていないと指摘しているように、外来でのサポート体制は十分に整っていない。この背景には、看護職員1人当たりの入院患者数で決まる入院基本料が、7：1看護基準の新設により、従来より高額に医療保険から病院に支払われるよう設定された<sup>15)</sup>ことで、多くの病院は、看護師確保に努め、病棟に重点的に人員が配置され、一方外来の人員が削減されていることが影響していると考えられる。外来看護師は、少ない人員で、外来看護の充実の必要性を感じながらも、多忙な日々を追われ十分なサポートに至っていないと考える。

さらに、対象者は、入院後に「家族だけでは、堂々巡りの辛い日々から抜け出すことが難しいと気づいた」(B氏)、「医師以外の身近な専門家に自分の病いについて相談できることは心強い」(C氏)などの【サポートへの気づき】があり、医療者からのサポートの重要性を認識していた。がん診療連携拠点病院の要件に、相談窓口の設置が義務づけられているが、本研究の対象者は、その存在を周知しておらず、3人とも利用していなかった。がん診療連携拠点病院の現状報告<sup>16)</sup>でも、この3年間でがん診療連携拠点病院の相談支援センターの体制整備は大きく進展したが、3年間における相談記入シートの提出件数の著しい伸びはみられないと報告されている。相談窓口が設置されていても、患者がその存在を知らず、患者が必要と思ったときに利用できる資源になっていない現状があると考えられ、これは、相談窓口に対する情報提供が十分なされていないことが原因の一つと考えられる。

Mishel<sup>17)</sup>は、不確かさの認知の3つの先行要因の一つとして、構造提供因子を挙げている。これは、外的な因子で『信頼できる専門家』『ソーシャル・サポート』『教育』からなる。本研究で示された【信頼できる医療者の不在】は、Mishelの述べている不確かさの先行要因そのものであると言える。

在宅療養を支えるシステムが脆弱な結果、転移・再発がん患者は、医療者と信頼関係が結ばず、誰にも助けを求められないことで【自分のことをわかってもらえない】と認知し、苦悩を抱えながら孤立していったと考えられる。

### 3. 表面化しないまま進行する症状への対応困難

がんは慢性疾患であるが、進行には個別性があり、どのように症状が出現するかを予測することは難しい。今回の患者の語りからは、入院1～2週間前の時期に、強い症状が存在していたが症状の意味を患者が認識できていなかったこと、そしてその症状は突然出現するのではなく、徐々に増強するという性質のものであることが明らかになった。体調の変化を感じてから、日々の体調を記録に書留めていたC氏は、「薬を飲んだら、良くなるけど、2、3日でまたもとに戻るとか、根本的によくなる。で、(1週間とか、1ヶ月とか)長い目でみると、やっぱりずっと悪くなってきている」とノートを見ながら語っていた。このように患者自身も、繰り返す症状の中では、日々の対処に懸命になっており、

日々の少しずつの変化に気づきにくい。また、発熱を繰り返していたB氏は、「言われると入院する前日から息が吸いにくいというのはあったけど、病気だから、多少はこんなものかと思っていた。」と語ったように、転移・再発がん患者は、「何かおかしい」と感じていても、その変化をうまく言語化できなかつたり、医療者にタイムリーに伝えることが難しい。一方、医療者にとっても、患者からの申告がない限り短時間の診療の中では、進行する症状が患者の生活の重圧になっていることに気づくことが難しい。

以上のことから、転移・再発がん患者は、問題が表面化しないままに症状が進行・増悪していくことで対応しきれず苦しんでいたと考えられる。

## Ⅶ. まとめ

在宅療養中、入院直前の時期別における患者の体験の特徴が明らかになった。在宅療養中の患者は、死を意識せざるを得ない脅威を感じ、不安を抱きながらも何とかしようと自分で必死に生活の維持に努めていた。入院直前の時期に至ると患者は、身体症状の悪化が予測以上に深刻なものとなり孤立し、苛立ち、絶望感を抱く。患者は何とか持ち応えようとするが積極的なコーピングが不可能となり、身体的、心理的破綻をきたし入院となった。

在宅で療養している転移・再発がん患者の体験する困難は、①在宅療養を行う転移・再発がん患者の心理的苦悩、②在宅療養を行う転移・再発がん患者を支えるシステムの脆弱性、③表面化しないまま進行する症状への対応困難の3つであった。

このような困難を抱える転移・再発がん患者がよりよい在宅療養を行うために必要な看護を構築していく必要がある。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2011年度の研究助成を受けて行った。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：平成22年人口動態統計月報年計（概数）の概況。  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai10/index.html>)
- 2) 児玉有子, 上昌広：慢性骨髄性白血病患者の経済的負担－がん医療における医療経済とガバナンス－ 癌と化学療法 37(4) ; 577－581, 2010
- 3) 厚生労働省：がん対策推進基本計画. 7－8, 2007  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>)
- 4) 福原俊一, 鈴鴨よしみ：SF-36v2™日本語版マニュアル：特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 京都, 2004
- 5) 天野功二：全身状態の評価（KPS, ECOG-PS, PPS）. 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 緩和ケア18（Supplment. Oct.）; 9－11, 2008
- 6) 宮下光令：代理症状評価尺度（STAS-J症状版）. 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 緩和ケア18（Supplment. Oct.）; 20－21, 2008
- 7) Richard S. Lazarus Susan Folkman : Stress, Appraisal, and Coping, ; 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳：ストレスの心理学[認知的評価と対処の研究]. 実務教育出版. 155, 1991
- 8) バックマン, R. 著, 恒藤暁監訳：真実を伝える コミュニケーション技術と精神的援助の指針. 診断と治療社. 13－36, 2000
- 9) 内富庸介：がんに対する通常の心の反応. がん看護15（1）19－23, 2010
- 10) 野川道子編著：看護実践に生かす中範囲理論. メディカルフレンド社. 223－248, 2010
- 11) 恒藤暁：最新緩和医療学 最新医学社. 11－24, 1999
- 12) 沼田久美子, 長井浜江, 大堀洋子ら：がん終末期患者の在宅療養移行における病診連携のアンケート調査. 癌と化学療法. 32（Supplement I）; 44－46, 2005
- 13) 林昇甫：最近の緩和ケアの動向と地域での緩和医療連携の取り組み. 治療増刊号90 ; 783－792, 2008
- 14) 宇都宮宏子：がん患者の在宅療養を支える. 看護管理20(6). 医学書院. 472－475, 2010
- 15) 遠藤久夫：医師や看護師の人手不足が発生していること. 日本労働研究雑誌. 561 ; 28－32, 2007
- 16) 診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査2007～2009年度総括報告書 ([http://ganjoho.jp/professional/cancer\\_control/report/2007-2009report.html](http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/report/2007-2009report.html))
- 17) 野川道子編著：看護実践に生かす中範囲理論. メディカルフレンド社. 223－248, 2010

### <感想>

この研究は、大阪大学大学院博士前期課程で行った研究である。病院を休職して進学していたが、この助成をうけて所属していた病院、訪問看護ステーションの協力を得て研究を行うことができた。研究を行っていくうえで、書籍やICレコーダー等の物品購入が難しいことが少し残念に思ったが、助成を得られたことは非常に感謝している。

本研究では、対象を身体変化で入院した転移・再発がん患者とし、治療時期に関しては特定しなかった。実際のインタビューでは、治療内容を変更する時期、抗がん剤治療を中止し緩和治療のみに移行する時期、転移・再発が判明した時期と、様々な局面の患者で、診断からの時期も様々であった。それぞれの治療時期による相違や予後が異なることなどが結果に影響している可能性がある。しかし、どの時期においても、症状が出現し、予測以上に危機的状況に陥り入院していることも今回の研究で明らかになった。研究対象候補者に上がっても病状の変化・精神的落ち込みでインタビューに至らなかったケースも多く、危機的状況から脱することができずに、対象者が少ない状況となった可能性がある。このような中で協力していただいた対象者の方々の思いを反映できるように、学会発表等で伝えていきたいと思う。