



緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 吉田, 智美, 小島, 操子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005616

研究報告

緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知 および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因

吉田 智美・小島 操子*

本研究は、肺悪性腫瘍再発患者の緩和治療・ケアの場の決定過程を支える看護ケアプログラムを考案するための基礎資料を得るために、緩和ケア病棟に入院中の患者の病状認知および緩和治療・ケアの場をどのように決定してきたのか、どんな影響要因があったのかなどを明らかにすることを目的とした。対象者は、緩和ケア病棟に入院中の75歳までの成人患者8名で、面談可能で本調査への承諾が得られた者。方法は、半構成的質問紙を用いた面接および基礎情報用紙を用いた情報収集とし、内容分析を用いて分析した。結果、対象者の平均年齢は60歳(53~73)、男性6名、女性2名、病期は全員StageⅣであった。根治治療困難が知らされた時の病状の受け止めは「あきらめ」「経過からの覚悟」「否認」であり、緩和治療・ケアの場の決定のための情報収集は「家族主体」「患者主体」「周囲から」であり、決定に影響した要因は「症状や不安の増強」「根治治療に伴うつらさ」「家族への気遣い」などであった。

キーワード：緩和ケア病棟，病状認知，緩和治療・ケア，場の決定

I. はじめに

がんによる死亡が死因の一位を占め始めて25年がたった。部位別死亡では、肺悪性腫瘍が首位を占めており、年間の死亡者は5万人を超えている(厚生統計協会編 2003)。肺悪性腫瘍は、治療後の5年生存率が20%前後、平均生存期間の平均値も約1年半であり難治性疾患である(厚生労働省大臣官房統計情報部編 2003)。一方、終末期の苦痛症状に対応する専門病棟である緩和ケア病棟は140施設以上となったが、稼働率は78%に留まっており(安達 2005)、選択可能な緩和治療・ケアの場の理解および決定への支援の必要性が考えられる。そこで本研究では、肺悪性腫瘍再発患者の緩和治療・ケアの場の決定過程を支える看護ケアプログラムを考案するための基礎資料を得るために、一般病院で肺悪性腫瘍の治療を受け、根治治療困難の説明の後、緩和ケア病棟に入院中の患者の、病状の認知および、緩和治療・ケアの場をどのように決定してきたのか、どんな影響要因があったのかなどを明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象者

対象は、一般病院で肺悪性腫瘍の治療を受け、緩和

ケア病棟に入院している患者8名で以下の条件を満たす者とした。

- 1) 20歳以上、75歳までの者
- 2) 緩和ケア病棟入院後、数日程度たっている者
- 3) 病状が比較的落ち着き、面談(応答)可能な状態の者
- 4) 本調査の目的や方法を説明し、調査への承諾が得られた者

2. データ収集に関する用具の作成

緩和治療・ケアの場の決定過程がどのようなものであったのかを明らかにすることを目的に本研究の概念枠組みを基盤にして、半構成的質問紙および、基礎情報用紙を作成した。

1) 質問紙の質問項目の設定

質問紙は、肺悪性腫瘍再発患者の病気について、緩和治療・ケアの場の決定過程に影響を及ぼした要因とその内容、決定過程において必要だった援助および最終的な決定に対する思い等を中心として構成した。

2) 基礎情報用紙

基礎情報用紙は、緩和治療・ケアの場の決定過程に影響した要因を明らかにするために、患者の個人的要因、病気関連要因、環境要因で構成し、作成した。個人的要因については、年齢、性別、職業、婚姻状況、家族構成、近親者のがん体験の有無などで、病気関連要因は、既往歴、現病歴(治療の方法、内容、治療期

間、前医師の説明内容など)で、環境要因は、ソーシャルサポート(キープソン)とその内容などとした。

3. データ収集の方法

データ収集は、作成した半構成的質問紙を用いた面接法により行った。面接は、入院中の落ち着いた環境で行うことを配慮した。面接場所は、プライバシーが守れる個室とした。面接時間は対象者の負担とならないよう1回30分から60分程度とし、必要があればいつでも中断できることを伝えて行った。面接内容は、対象者の会話を正確に収集するために、本人の承諾を得てテープレコーダーに録音した。録音した内容については、患者毎に逐語録を作成した。基礎情報用紙については、診療録を中心に、必要時対象者から収集した。

4. 分析方法

得られたデータの分析は、内容分析法を用いた。患者毎に作成した逐語録から、病状・根治治療困難について、緩和治療・ケアの場の決定過程について、緩和治療・ケアの場の決定過程に影響した要因について、最終決定に対する思いなどについて、それぞれの項目に該当する内容を文脈単位ですべて抽出した。抽出した文脈単位は、意味内容の類似したものを集めて分類し、その分類内容を表現している名称を付けてカテゴリ化した。

5. 倫理的配慮

対象者への研究依頼は、入院中の落ち着いた状態を確認のうえ、主治医の許可のもと研究者が対象者の自室に訪ね、研究者が口頭で研究の具体的な説明を行って、研究協力の承諾を得た。承諾を得る際には、研究協力は、患者の自由意志であること、参加途中でも断ることはいつでも可能なこと、研究に協力できない場合でも治療や看護には一切影響しないことを説明した。さらに、収集したデータのプライバシーの保護、個人名は出さないこと、研究以外に使用しないことを、研究協力者に説明した。

面接時は、対象者の疲労状態に留意し、適時、本人に確認しながら行った。身体的疲労はもちろんのこと、精神的疲労等が生じないように面接時間は、60分以内もしくは、対象者の希望があれば、随時沿うようにした。面接場所は、対象者のプライバシーが守れるよう環境に配慮した。また、面接内容において、再発後の大変な経過を伺うため、経過に伴うつらい感情が強い場合には、面談を中断し誠意を持ってサポートを行った。さらに介入が必要と判断した場合は、対象者の承諾を得て、そのことを担当医師に伝えるようにした。

III. 結果

1. 対象の特徴

対象は、表1-1, 1-2に示すように8名であった。平均年齢は60.0歳(53~73歳)、50歳代4名、60歳代2名、70歳代2名で、性別は男性6名、女性2名、疾患の病理組織分類は、腺がん6名、扁平上皮がん2名、時期的に病期はstageIVで転移があり、症状の軽い1名以外は何らかの緩和治療を体験していた。キープソンは配偶者や子供が7名で、なしの女性患者が1名であった。また、近親者のがん体験は半数にみられ、そのうち半数は別施設で療養中であった。

2. 根治治療困難が知らされたときの思い

根治治療が困難であることが知らされたときの思いは、仕方がない、どうしようもない、あきらめているという「あきらめ」が5名、診断までに症状があり、やはりそうかと思ったり、検査をするうちに医師から聞いて腹をくくっていたという「経過からの覚悟」が3名など、大半は経過のなかで病状を受け入れていた。このうちそれまでの病気治療の延長と理解していた2名の思いは、思いもよらなかったという反応であった。しかし病状の進展もあり、あきらめることで次の緩和治療を受けるように気持ちを向けていた。また、考えないようにしていたという「否認」が1名あり、その対象者は、その後の病状変化が早かった。

3. 医師による緩和治療・ケアの場の提示

医師による緩和治療・ケアの場の提示については、表2に示すとおり、本人への提示が3名、家族への提示が2名であった。

提示内容は、現在病状が悪化しているので、専門の施設としてホスピスや緩和ケア病棟を紹介された者が3名、将来悪化した場合は専門の施設があると説明された者が1名、症状が落ち着いているので在宅療養はどうか1名であった。いずれも処置、症状への対応が、一般病院では難しいという理由が内容として説明されていた。

4. 緩和治療・ケアの場を提示された時の思い

提示された時の思いは、表3に示すとおり、仕方がない、まあいいかという「あきらめ」が3名、症状緩和が専門だったらやってみよう、生きる望みをもらおうという「症状緩和への期待」が2名、まだまだ先のことという「先送り」が1名で、場を提示されたときの自覚症状が重いほど期待が大きく、軽い場合は、あきらめという傾向がみられた。

表1-1 対象の背景1

番号	年齢	性別	組織型	転 移	stage	緩和治療	入院～面談日
1	54	男	腺	脊椎, 骨, 副腎	IV	疼痛コントロール	5(日)
2	54	男	扁平上皮	肋骨, 肺内	IV	なし	1
3	53	女	腺	脳	IV	放射線, ステロイド	9
4	54	男	腺	脳, 腹腔, 骨	IV	塞栓術, ステロイド	13
5	62	女	腺	脳	IV	全脳照射	12
6	67	男	扁平上皮	脳	IV	ガンマナイフ	30
7	70	男	腺	骨	IV	疼痛コントロール	74
8	73	男	腺	肺内	IV	酸素療法	40

表1-2 対象の背景2

番号	職 業	同居家族	キーパソン	宗教	近親者のがん体験
1	あり(事務系)	妻, 娘2人	妻	なし	なし
2	なし(元事務)	妻	妻	なし	なし
3	あり(福祉関係)	息子	なし	なし	両親2人共死亡
4	あり(電気関係)	妻, 娘	妻	なし	なし
5	なし(植木販売)	嫁	子供	あり	夫が15年前死亡
6	なし(木工経営)	妻, 娘, 息子	妻	あり	妻が10ヶ月前に手術
7	なし(元会社員)	妻	妻	なし	なし
8	なし(元会社員)	妻	妻	なし	息子と息子嫁が治療中

表2 医師による治療・ケアの場の提示

(n=8)

提示先	内 容	人 数
本 人	手術の対象にもならない, ホスピスの対象 最後の生活の場としてホスピスもある	3
家 族	症状が落ち着いているので在宅療養はどうか 症状が悪化しているので緩和ケア病棟を予約しては	2
な し	症状が悪化しているので専門のところを紹介 提示前に申し出た	3

表3 緩和治療・ケアの場を提示された時の思い

(n=6)

カテゴリ	内 容	人 数
あきらめ	あきらめないと仕方がない まあいいか	3
症状緩和への期待	どうもそう言う感じだな 専門だったらやってみよう	2
先送り	生きる望みをもらおう まだまだ先のこと	1

5. 緩和治療・ケアの場の決定のための情報収集

緩和治療・ケアの場の決定のための情報収集は、表4に示すとおり、家族主体の情報収集が4名、本人主体が2名で、いずれの場合も家族が関与していた。情報収集の方法は、4家族が施設見学を行っていた。また、本人がすでに場を決定している際は、本人に家族が同伴して施設見学を行っていた。また、情報収集の手段として、2家族がインターネットを使用して施設の情報を集めてから見学を行っていた。周囲からの情報として知人からの勧めもあった。

6. 医師による場の提示前に既に得ていた情報

場の提示がなされる前に、すでに場の情報を得ていた対象があった。その情報源は、看護職、他病院での同室患者、知人、マスメディアと多様であった(表5参照)。

7. 場の決定に影響した要因

場の決定に影響した要因は、表6に示す通り、複数の要因が絡み合っていた。整理分析の結果、7要因が見いだされ、最も多かったのは、「症状・不安の増強」であった。これは、症状があった、何もしなかったら苦しくてしょうがない、(今も)息苦しいし、いざというときに不安だから、痛みがひどくなったので、というものであった。また、家族に迷惑をかけたくないという「家族への気遣い」は、半数以上であった。「根治治療に伴うつらさ」として、苦痛の多い治療はもういない、抗がん剤は延命するだけ、苦しむだけという根治治療そのもののつらさや、「治療環境に伴

うつらさ」として、治療を行う施設の規則や人間関係が合わないことを見いだされた。また、発病以前に緩和ケアやホスピスについて知り得ていた者は、手厚く看護されたい、苦しまずに逝きたいという「おだやかな死への期待」が場の決定に影響していた。そして、自宅から通い易い、遠いが施設周囲の環境が良いという「面会・通院の利便性」、差額料金が低い、あるいは差額料金はいらぬという「差額料金に対する考え」が、場の決定に影響した要因として見いだされた。

8. 最終的な場の決定

最終的な場の決定は、表7に示すとおり、本人と家族が共同して決定していた。半数以上は、本人と家族が話し合っただけで決定していたが、本人が事前に施設まで決めている2名は、本人が家族に説明し納得させていた。家族のみが決定したのは、決定時期の本人の病状の進行に伴うものであり、家族が決定後、本人が後日承諾していた。

IV. 考 察

1. 病状認知と緩和治療・ケアの場の提示について
場を提示された時の思いとして「症状緩和への期待」や、影響要因として「おだやかな死への期待」が見いだされたことは、緩やかな病状経過の中で症状が出現したり、場の提示前に情報を持っていたことで、医師からの場の提示は場の理解を促すこととなっていたと考えられる。

また、肺悪性腫瘍患者は根治治療が困難な状況を知

表4 緩和治療・ケアの場の決定のための情報収集

(複数回答)

カテゴリ	内 容	人 数
家族主体の情報収集	家族が数カ所、施設を見学	4
	家族がインターネットで検索	2
本人主体の情報収集	本人が家族と共に希望施設を見学	2
	周囲からの情報	1

表5 医師による緩和治療・ケアの場の提示前の情報源

(n=5)

情報源	内 容	人 数
看護職	いざとなったらこんな病院もある	1
同室患者	もう助からんという人が行くところへ行く	1
知 人	ホスピスケアされる病院がある	1
マスメディア	ホスピスが何か、一般メディアで流れているので自然とわかる	1
本 人	以前から興味があって施設を見学	1

表6 決定に影響した要因

(複数回答)

カテゴリ	内 容	人 数
症状・不安の増強	症状がひどくなった いざという時、不安だから 何もしなかったら苦しくてしょうがない 病気を楽にしてくれる	7
家族への気遣い	家族に迷惑をかけたくない 子供に世話になりたくない	5
根治治療に伴うつらさ	副作用がひどいので治療はいや 抗ガン剤は延命するだけ、苦しむだけ 効果はわからず副作用は確実 前の治療がきつかったから受ける気はない	4
おだやかな死への期待	手厚く看護されて死にたい 無様な死にはしたくない 苦しまずに逝けたらいい	3
治療環境に伴うつらさ	同室者との関係がイヤだった 施設規則が自分のやり方と合わなかった	2
面会・通院の利便性	自宅から通い易い、自宅からの距離が遠い 施設周囲の環境が整っている	2
差額料金に対する考え	こんなに高いとは 差額料金がいらぬ	2

表7 最終的な場の決定

(n=8)

決定者	内 容	人 数
本人と家族	本人と家族が話し合い 本人が家族に説明	6
家族のみ	家族が決め、本人が後日承諾	2

らされた時、治療や検査の経過の長い者が、「あきらめ」や「覚悟」として受け止めていたことや、「根治治療に伴うつらさ」や「治療環境に伴うつらさ」という患者自身の体験が決定過程に影響していたことは、患者が良くならない病状を少しずつ実感し自らの病状を受け入れるのを助けていたと考えられる。このような場合、緩和治療・ケアの場の提示は、病状に応じた新たな選択肢として気持ちを向けやすい状況であったと考えられる。

一方、病状進行の早かった者は、根治治療が困難な状況を知らされた時、症状があるにも関わらず「否認」して考えないようにしたり、場の提示に関する内容を「先送り」して現実感を持たないで見いだされた。これは危機状態であったと考えられる。病状進行が早い場合、患者は、危機的状況となり病状の受け入れは難しくなる。このような状況で緩和治療・ケ

アの場の提示がなされても、患者はその内容を吟味するのは困難であろう。医療者は、危機的状況への援助を行い、危機から回復した段階で、場の提示を行うことが大切であると考えられる。

2. 緩和治療・ケアの場の決定と家族について

場の決定のための情報収集において「家族が主体的」に行っていたこと、決定時に必ず「家族」が関わっていたことは、家族が決定過程に影響する要因として大きな力を持っていたと考えられるだろう。これは、同居するケア提供者が施設への入院を決定していたという Gochmanら (1990) の調査結果と同様である。

また場の決定影響因子の中に「家族への気遣い」「面会・通院の利便性」など、家族に関連するカテゴリが見いだされたことは、緩和治療・ケアの場の決定において、患者は家族への配慮を大切にしていたと考

えられる。このことは、緩和治療・ケアの場の決定において、患者と家族との意見交換や家族への情報提供方法の工夫や必要性を示唆していると考ええる。

V. おわりに

これらの結果と考察より、場の決定過程を支える看護ケアプログラムの考案には、以下の点を考慮することが示唆された。すなわち、プログラムに必要な要素は、それまでの治療経過での体験を明らかにしながら、前向きな病状認知を促すことである。病状進行の早い患者は、提示によって危機的状況が助長され得るので、危機的状況への看護が大切となる。また、場の決定を支える看護プログラムは、決定過程に大きな影響をもつ家族への配慮や、家族との意見交換の契機や具体的

な緩和治療・ケアの場のイメージがもてるような提示方法の工夫の必要性が示唆された。

引用文献

- 安達勇 (2005) : 臨床の現場から緩和医療のあり方を考える, 日本緩和医療学会ニュースレター 28, 21.
- Gochman, D.S. & Bonham, G.S. (1990) : The Social Structure of the Hospice Decision. *The Hospice Journal* 6 (1), 15-35.
- 厚生統計協会編 (2003) : 厚生指標 臨時増刊 国民衛生の動向, 50 (9), 48-49.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編 (2003) : 平成13年人口動態統計 下巻, 財団法人厚生統計協会, 東京, 462.

Recognition of the condition of the patients with recurring pulmonary malignancies
who decided to be admitted to palliative care units and factors influencing
decision-making at the setting of palliative treatment and care

Satomi YOSHIDA, Misako KOJIMA

The purpose of this study is to clarify of issues concerning palliative treatment and care — recognition of the patients' condition, how to decided the setting of palliative treatment and care, and factors influencing decision-making at such settings — in order to obtain basic data for developing a nursing care supporting program for patients with recurring pulmonary malignancies receiving palliative treatment and care. The subjects were 8 adult patients aged up to 75 who were able to respond in an interview. Data were collected using semi-structured interviews and a questionnaire for demographic information.

Following results were obtained. Average age of informants was 60 (range 53-73), and they were all at stage IV of the illness. Content analysis, revealed the following: 1) when they were informed of palliative treatment and care, their responses were classified into three categories, "resignation," "expected outcome," and "denial;" 2) main sources of information for deciding the setting of palliative treatment and care were classified into three categories, "mainly patient's family," "mainly patients themselves" and "mainly people around them;" 3) factors influencing the decision to enter the setting were classified into three categories, "worsening symptom and increasing anxiety," "bitterness with normal treatment procedure," and "consideration for the family members."

Key words: Palliative care units, Recognition of the condition, Palliative treatment and care, Decision-making at the setting