

膵臓がん専門病院における 精査から手術治療終了までの看護ケア

犬丸 杏里, 坂口 美和

Nursing care for patients at a pancreatic cancer specialty hospital: From scrutiny to perioperative

Anri INUMARU and Miwa SAKAGUCHI

Abstract

Aim: The current study aims at visualizing the nursing care for patients diagnosed with pancreatic cancer (PC) at a PC specialty hospital in Japan.

Methods: A qualitative approach was taken to carry out the study. 10 nurses caring for patients diagnosed with PC at the specialty hospital were interviewed after obtaining signed consents. Notes of interview were analyzed using qualitative descriptive research.

Results: 3 categories and 12 sub-categories about nursing cares were found. 【Care of symptom】 was consist of 〈Observation of complications/side effects accompanying treatment/detailed examination〉, 〈Attention of advancer symptom〉, 〈Cooperation with professional and family〉 and 〈Treatment of refractory diarrhea〉. 【Support of willow-like heart】 was consist of 〈Careful thought for heart〉, 〈Guess of timing〉, 〈manipulation of information volume for anxiety alleviation〉 and 〈Setting a short term goal〉. 【Consideration for refractory cancer】 was consist of 〈Listening closely as best care〉, 〈Direction of decision〉 and 〈Support for surgical decisions not directly touched〉.

Conclusion: It was suggested that nursing care at a PC specialty hospital may lead to better nursing care by involved in patient decision making and snuggled with patients can achieve their life goals.

Key Words: Pancreatic cancer, Nursing care, Qualitative approach, Decision making

I. 緒 言

人口動態統計(厚生労働省, 2017)によると, 膵臓がんの年間死亡者は年々増加し, 2017年には死亡率(人口10万対)が34名となっている。膵臓がんは罹患者数と死亡者数がほぼ同じであり, 難治性のがんの代表である。手術は唯一の根治的治療であるが, 年間30例以上行う膵臓がん専門病院は全国で48施設に留まっている(Pancreatic cancer action network, 2018)。侵襲の高い検査のため精査から入院を必要とし, 術前化学放射

線療法, 手術と治療期間は2ヶ月以上となる。しかし, 手術をしても80%にも及ぶ患者が再発し, 生存率は切除後3年で23.2%(日本膵臓学会膵癌登録委員会, 2007), 5年相対生存率は9.3%(がん研究振興財団, 2017)と報告されている。

膵臓がん患者は, いずれの時期においても痛み, 悪心嘔吐, 食欲不振などの症状を有している(Wilson et al., 2000)と言われている。手術適応の可能性がある患者は術前化学放射線療法中, 手術や死に対する不安や恐怖と向き合いつつ, がん治癒への希望をもって治療

に取り組んでいると報告されている（松井他，2010）。さらに、術後も持続性の下痢や吐き気があり、生活の質の低下をおこすと言われている（Gooden et al., 2013）。こうしたことから、患者の複雑な心理状況を理解して関わること、栄養に関する知識の提供といった看護が必要であると示唆されている。しかし、これらは患者対象の研究であり、看護師を対象とした研究はほとんどなく、看護実践上必要な知識解説（Hronek et al., 2015; Kapritsou et al., 2014）にとどまっている。ベナー（Benner, 2005）は、臨床で身についた実践的知識を解釈して記述することによって、実践的知識を普及・発展できると述べている。膵臓がんの唯一の根治的治療が可能な専門病院における看護を記述することは、貴重な研究資料になると考える。

本研究の目的は、精査から手術治療終了までの入院中の膵臓がん患者に対して膵臓がん専門病院の看護師がどのような看護ケアを行っているのかを語りから明らかにすることである。本研究により、難治性でも希望を持ち治療に取り組む膵臓がん患者に対し、その人らしく生きることを支える看護ケアを提供するために、有用な手がかりを得ることができると考えた。

なお、本研究では、「看護ケア」を日本看護協会の示す用語の解説（日本看護協会，2007）を用いて次のように定義する。対象者との相互的な関係性の中で生まれ、生涯を通してその人らしく生を全うすることができることを目的とした、身体的・精神的・社会的に支援する直接的行為とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究領域は、未だその特徴が記述されておらず、記述することが目的となる。質的記述的研究は出来事の包括的な要約で、日常的な用語で記述するものとされている。よって本研究の目的と整合すると考え、グレッグら（2016）の手法を参考に分析した。

2. 研究対象者

膵臓手術を年間30例以上行っている膵臓がん専門病院の1つであるA大学病院の肝胆膵外科病棟で働く、看護師20名全員を対象とした。

3. データ収集方法

1人につき30-60分以内で個室にて、以下の半構成面接内容に沿って面接を行った。内容は①精査から手術治療終了までの膵臓がん患者に対してどのような看護ケアを行っているか、②看護ケアの際にどのようなこ

とに気を付けているか、③なぜそのような看護ケアを行っているのか、④膵臓がん患者に対する看護ケアについてどのように思うか、⑤そのように思うのはなぜか等であった。ICレコーダーの使用について対象者に同意を得た上で、面接内容を録音した。録音した内容は一語一句書き起こして逐語録にした。データ収集は2011年11月から12月であった。

4. 倫理的配慮

本研究は研究者が所属する機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号1202）。病棟看護師長に研究の趣旨を説明し研究協力依頼書の掲示許可を得た。口頭で研究参加の意思を示された方へ、研究説明書に沿って具体的方法、研究目的以外に情報を使用しないこと、研究への参加は自由であり、拒否しても不利益はないこと、中断の自由、個人情報保護を説明し、同意書へのサインをもって研究参加の承諾を得た。面接日時と場所は研究参加者の希望を優先して調整した。

5. 分析方法

面接で得たデータを一字一句逐語録におこし、研究テーマに照らし合わせながら1人ずつの語りを読み込んだ。1人の語りごとに全体の流れを読み取り、どのような看護を行っているかが読み取れるまとまりでコード化した。コードを相違点、共通点について比較することで分類した。分類した複数のコードが集まったものにふさわしい名前をつけた。類似するコードを集めて共通する名前をつけてサブカテゴリー、さらに類似するサブカテゴリーを集めて共通する名前をつけてカテゴリーとした。真実性を確保するため、質的研究を専門とする研究者とディスカッションを行い、研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けていないことを確認し、結果を研究対象者である看護師に示し、対象者チェックを行った。

III. 結果

1. 対象者の概要

同意の得られた対象者は10名であった。臨床経験年数は3年未満2名、3年以上5年未満3名、5年以上5名であった。また、肝胆膵外科病棟での経験年数は3年未満4名、3年以上5年未満4名、5年以上2名であった。平均面接時間は30分（25～37分）であった。概要を表1に示す。

表1 対象者の概要

臨床経験年数	肝胆膵外科経験年数	人数
3年未満	3年未満	2
3年以上5年未満	3年未満	0
	3年以上5年未満	2
5年以上	3年未満	2
	3年以上5年未満	1
	5年以上	3

2. 各カテゴリーの説明および実例

膵臓がん患者に対してどのような看護を行っているのか分析した結果、11のサブカテゴリー、3つのカテゴリーが抽出された。以下はカテゴリー名を【 】, サブカテゴリー名を< >, 研究対象者の言葉を「 】, 補足を()で記載する。

(1) カテゴリー【症状への対応】

このカテゴリーは、4つのサブカテゴリー〈治療・検査に伴う合併症・副作用の観察〉, 〈進行症状への注意〉, 〈各症状に対する専門家や家族との協力〉, 〈どうしようもない下痢への試行錯誤〉から構成されていた。

〈治療・検査に伴う合併症・副作用の観察〉は、精査時の膵炎、化学・放射線療法時期の嘔気や照射部位の皮膚症状などの副作用、術後の膵液漏などの合併症の観察が語られた。

「何回か仮性動脈瘤に立ち会ったことがあって膵液漏は怖いので、膵液の性状や量が減ってくるとすごい注意(して見る)」対象者2

「化学放射線療法の嘔気とか食欲不振(をみる)」対象者5

「化学放射線療法で、当たり前のことだけれど、照射部とかは気にして(見て)いる」対象者7

〈進行症状への注意〉は、膵臓がんが進行したときの症状である痛みや体重減少に注意していることが語られた。

「精査中に痩せたとか、体重も減ったとか、食べられないとか(といった症状は)、進行していることを意味するので注意する」対象者2

「(入院時)狭窄とかあって(食事)とれない人とかいるので、食事が取れてるかとか、体重とか、増えたり減ったりしないか聞くようにしてます」対象者7

〈各症状に対する専門家や家族との協力〉は、疼痛や食欲不振といった症状に対して、看護師だけではなく専門家や家族と協力して対応することが語られた。

「痛みがひどい人とか、臨床心理士さんや、緩和ケアチームのラウンドがあり(中略)(患者の)話を聴いて、うまく調整してくれる」対象者4

「嘔気や食欲不振には特別食や家族からの差し入れで対応する」対象者5

「食事は本当に、栄養士さん様さま。個別対応(食)、(栄養士に依頼して調整に)入ってもらうことで、患者さんの気持ちもちょっと違うような気も(する)。(患者さんは)何かちゃんと専門の人に見てもらえているのだと思う(と私は考える)」対象者8

〈どうしようもない下痢への試行錯誤〉は、医学的には対処に限界はある難治性下痢症状に対して、できる限りの対応が語られた。

「(1日に下痢)10回以上いく人がいますから、寝れないじゃないですか。あれはかわいそう。てんでうまくいった例はないです。腸痙を減らしてみるとか、ロペミンとか飲んだりしてもあんまり効かない」対象者3

「下痢をどうにもしてあげられず、最悪下痢止めを使うが排便が止まるとだめなので、下痢止めを使えないことを理論的に説明しても患者に納得はしてもらえず、見ているのもつらい。」参加者7

「(下痢の)訴えに(対し)何もしてもらってないという不満がどんどん出てくる。しょうがないねとか、大変だねとかいう気持ちを受け止める。腸痙のペース(経腸栄養の速さ)を落としてもらおうとか、何かできる(ことをする)(下痢は)致し方ないことではあるけれども、先生に(下痢がひどくて大変な状況を)伝えますと(患者に)伝える。(中略)腸痙のペースをちょっと落とすと、ちょっと何か対処してもらったっていう、何かあるのかなって思います。」対象者10

(2) カテゴリー【柳ようのこころの支持】

このカテゴリーは、4つのサブカテゴリー〈こころへの顧慮〉, 〈聴くタイミングの推察〉, 〈不安を増長させない為の情報量操作〉, 〈今を乗り越える目標設定〉から構成されていた。

〈こころへの顧慮〉は、治療中に患者が不安を抱えていることを知った上で、看護師が患者を気にしていると言葉や態度で示すことが語られた。

「何か困ってることありますかっていうのを、私、必ず言うようにしてて、そうすると、結構言ってくれたり(する)」対象者7

「(患者は)言わないけど何かあるのかなっていうのは、頭に入れながらかかわってはいる」対象者8

「結構、管とかも付いて、何か辛っていう感じで、リハビリ(で)、よく廊下を歩いているときに、“頑張っ

るね」と声掛けをすると、表情がほわっとほぐれたりとかする」参加者 10

〈聴くタイミングの推察〉は、患者のこころの変化や治療に対する理解などを聴くためにタイミングを見計らうということが語られた。

「話すタイミングとか、説明のタイミングとかを、間違えないようにしないといけないと思う。難しいなと思う。(中略)気分転換じゃないですけど、(点滴の)補整したりとか、何かする時とかに、何かのきっかけとかで、ちらちらと、話とかすると、ああそうなんだと思ってくれるのかな」対象者 4

「タイミングとしては、治療が終盤になってきたとか、あとは外泊に行くタイミングに、(声を)掛けたりします。“どうですか”みたいな感じで、その時期的なことを見計らって声を掛けている」参加者 8

「化学放射線療法が終盤に差し掛かってくると、手術できるのかできないのかで関わり方変わってくる。(中略)転移あって(手術が)無理そうな人だと、先生からのムンテラがあった後で、“説明聞かれて、わからないこととかありますか”っていう感じで、いつも出だしはそんな感じで聞いていく」対象者 9

〈不安を増長させない為の情報量の操作〉は、多くの情報を伝えることが患者の不安を増長する場合もある為、情報量を減らしたり、情報がない為に不安になっている患者に対して情報を伝えたり、情報量を加減することが語られた。

「確率で、何人ぐらいの人が腓液瘻、この合併症は何人ぐらいなってますとか、何パーセントぐらいになってますとか、データを伝えるのが一番ピンとくるかなと思います。けれどそれ(を伝えること)で不安をあおたらいけないと(思う)。」対象者 3

「手術前には、術後の状態をイメージしてもらいたいと思うので、例えば、こんな管が、これだけ入ってきてとか、例えばご飯をこれくらいから始まってとか、将来こんなのが出てくるとか、情報は、手術の前から、あんまり不安がらせるのも、だめなので、そこは状況見てだと、思うんです。」参加者 4

「術前の介入、物理的に(時間がなくて)無理なことがあるから、本当に最低限覚えてほしいことだけ伝える」対象者 8

〈今を乗り越える目標設定〉は、精査、化学放射線治療、手術、術後治療と、長期間に渡って治療が続いていくため、今日の前にある治療を乗り越えるという目標を設定して関わるということが語られた。

「精査の人は、まず入院とか不慣れで、何か戸惑って、明らかにおどおどしてる人とかいるので、まず、落ち着いてもらうように努めています」参加者 7

「手術というより、この今している(化学放射線)治療を乗り越えるために体力はいるからって言います。(中略)一定ラインをずっと維持できるということを目指している(中略)。患者さんのメンタルがある程度一定に保てるようにする方法として、声かけて加減するのが一番いいと思う」対象者 8

(3) カテゴリー【難治性がんへの配慮】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリー〈最善策としての傾聴〉、〈病識の確認〉、〈直接触れられない手術決断への支持〉から構成されていた。

〈最善策としての傾聴〉は、話を聴くことが最善と捉え、回復の遅延や予後不良のために患者の話を聴くことが語られた。

「痩せてきた人に対しては、普通だったら“食べたらずる、食べたらいいよ”と言うが、膵がんの人にそんなことは言えない。なので傾聴。“そうだね”、“細くなってしまったよね”、“体もつらいよね”など声掛けする。もうそれ以上のことは言えない。」対象者 2

「経過が思った通り進まずメンタル面で落ち込みがあるので、傾聴するしかない、徐々に頑張っていこうみたいな感じで」参加者 3

「患者さんがつらい時に、5分とか10分ぐらいでも聴くと、聴いただけなのに“本当にありがとう。心救われました”と言われると、薬も大事だけど、話を聞くというのは効果があるし大事だと思う。」対象者 7

〈病識の確認〉は、患者の病気に対する認識を把握して対応することが語られた。

「家族の希望とかで、ごまかされたりする人もいるので、どういうふうに、理解されているのか(聞く)」対象者 4

「膵の人は、沈黙の臓器なので発見されるのもすごい遅かったりするんで、そんな症状が出ずに入院してるから、自覚がない方が多い。(中略)すごいリスクを伴ってオペをされるので、慎重に入院オリエンテーションをして、今どんなふうに思っているのか(聞くことを)心がけています」対象者 5

〈直接触れられない手術決断への支持〉は、看護師自身は手術することだけが最適の決断とは思っていないが、手術をすると決めた患者・家族の決断を医療者として支持することが語られた。

「リスクもわかった上で、家族と本人がやりたい、いや、

やってほしいって言うんだったら、それはそれでしょうがない、いいかなとは思ふ。(中略) 予後悪いんだたら、人にもよると思うんですけど、そんな痛い思いせずに、残りの人生を、ご飯をおいしく食べて生きていったらどうか。(中略) ちょっとでも長く生きてほしいのか、ちょっとでも楽しい人生、そんな痛い思いをせずに、手術せずに楽しい人生を、短くてもそういうのいいのか、人それぞれ。」対象者3

「患者さんの Quality of life (QOL) で、例えば 80 (歳) の人とか、確実に、手術をすることで、それ (QOL) が落ちる人もいる。私たちもいろんな人を見てきて感覚的に分かる。私たちからしたら、そういうところ思えば、もう無理に勧めなくていいんじゃないかって。(中略) 先生としてはもちろん治療できるから手術するのであって、治すのが仕事だから。(中略) 意志決定した患者さん、家族だけでもありますけど、決めた以上は、これは支えてあげなきゃいけないと思います」参加者4

「どうすることもできないじゃないですか。その人たちは、オペをするって選択をしたわけだし、その選択をしたのはその人たちだから。私たちは変えられない。自分たち (患者・家族) で決めたことを (私たち看護師は) サポートはします」対象者7

IV. 考 察

1. 膵臓がん患者に対する看護ケアの特徴

King (1985) は、看護とは看護師と患者との人間的な相互行為のプロセスであり、各人が他者とその置かれている状況を知覚し、コミュニケーションを通して目標を設定し、目標達成のために手段を合意することであると述べている。本研究においても、カテゴリー【難治性がんへの配慮】から、看護師は予後不良という膵臓がん患者が置かれている状況を知覚し、患者を慮りながら、手術へ向かって共に進んでいる様子が見えがえた。しかし、膵臓がん専門病院に入院する患者は、入院時すでに手術選択という意思決定をしている。そのため、看護師は目標が手術であるとしか捉えられなかった。そして、患者が手術をしてどのように生きていきたいのかという目標設定に関わらず、〈直接接触れられない手術決断への支持〉につながっていたと考えられる。

カテゴリー【症状への対応】は、膵臓がん患者への看護として提示されているもの (Morrison, 2010) と類似していた。身体だけでなく心にも働きかけることで、各治療時期に出現する様々な症状に対応した看護を提供していることを示していた。その中でも、医学的に

抑えることが難しい (小菅 他, 1997) 〈どうしようもない下痢への試行錯誤〉は、膵臓がんに特徴的であると言える。看護師は下痢で苦しんでいる患者に関心を向け、大変な気持ちを受け止めたり、医師と相談して経腸栄養の速さを遅くしたり、症状を緩和するための気遣いを示していた。こうした看護師の実践は、症状マネジメントの統合的アプローチ (Dodd et al., 2001) で考えてみると、患者の症状の体験を少しでも理解しようとし、症状マネジメントに必要な看護サポートを見出そうとしていたのではないかと考えられる。

看護師は【柳ようのこころの支持】という看護ケアを提供していた。この看護ケアは、入院時から予後不良でありながらも積極的な治療を望んでいる患者に対して、患者が柳のようにしなやかに在れるように支持する看護ケアであった。緩和ケアに関わる看護師は、患者の思いを汲み、今後起こりうる事柄を予測してケアを柔軟に調整すると報告されている (廣岡 他, 2016)。本研究においても、看護師は〈タイミングの推察〉をしながら患者の〈こころへの顧慮〉をし、〈不安を増長させない為の情報量の操作〉や〈今を乗り越える目標設定〉をするなど柔軟に調整しており、類似の結果を得た。対象者である看護師は、膵臓がん患者が入院した時から、ターミナル期にある方と捉えていた。そのため、緩和ケアに関わる看護師と類似した結果が得られたと考えられる。

2. 看護への示唆

膵臓がんの唯一の根治術は手術であり、がん進行を抑える為の化学療法の種類も他のがんと比べて少ない。例えば乳がんには手術であっても全摘出や再建術などの選択肢がある。また、化学療法や分子標的薬など多種多様であり、乳がん患者には治療を選択する余地が存在する。しかし、膵臓がん専門病院へ入院する患者の多くは、選択肢の少ない中、根治術である手術を希望して精査や術前化学放射線療法を受けに来る。そのため、看護師は手術治療などの意思決定に関わることが少ない。しかし、看護師は〈直接接触れられない手術決断への支持〉にもあるように、手術をした後どう生きていきたいのかという人生目標を知ることができないと感じていた。まずは医師からのインフォームドコンセントの場で患者の意思決定に看護師も関わる必要がある。その意思決定過程を看護師が十分に記すことで、その後に関わる看護師は患者の人生目標を把握することができる。そして、コミュニケーションを通して患者と手術を含めた人生の目標達成に関わっていくことができると考える。また、インターネット上での相談を受け付ける (Grant et al., 2011) など、膵

臓がん専門病院に来る前や退院した後に関わっていく必要があると考える。

看護師は、下痢で苦しむ患者を見て何もしてあげられず、話を聴いているだけでつらいと述べていた。症状マネジメントモデルは、症状が患者の主観的なものであり、患者のセルフケア能力に焦点を当て、その力を活かすことを前提にしたものである。症状マネジメントモデルを用いることで、看護師だけが対処方法を考えるのではなく、患者のセルフケアを促す(Gustavell et al., 2017)ことが可能であると考えられる。特に膵臓がん患者の下痢は機能的変化に伴うものであり、特効薬は存在しない。その為、患者にとって下痢がどのような意味を持つか、どのように対処するのかといったことを一緒に考えることで、個々に適した包括的な看護が提供できると推察される。症状マネジメントモデルというツールを用いて患者の症状に対して介入することで、看護師は自分たちの行っている看護に自信をもつことができると考えられる。

看護師は、患者がどのような経過をたどるのかを経験から察知して関わっていた。これは多数の膵臓がん患者と接する機会のある膵臓がん専門病院の看護師特有であり、強みといえる。膵臓がん患者がどのような体験 (Cooper et al., 2015) をしているのかを知ることで、より適切な関わりが可能になると考える。また、看護師だけでなく医師、心理士などのコメディカル (Beesley et al., 2016) が連携することにより、的確な時期に適量の情報提供が可能になると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は膵臓がん患者に対する看護の可視化を目指すため、Benner (Benner et al., 2005) が示す中堅以上の看護師から語りを得ることが最適であると考えた。しかし、組織運営上、同じ病棟で5年以上勤務することは珍しく、最適な対象者を募ることは難しかった。結果として、同領域5年以上は難しかったが、臨床経験5年以上が6名と半数以上を占めた。また、1施設にてデータを収集したため、施設の独自性が反映していると考えられる。今後はその他の膵臓がん専門病院を対象にし、看護師との面接を重ねることで、データの質を高めていく必要がある。

V. 結論

- 膵臓がん患者に対する看護ケアについて分析した結果、3つのカテゴリー【症状への対応】、【柳ようこころの支持】、【難治性がんへの配慮】が抽出された。
- 膵臓がん専門病院における看護ケアは、患者の意思

決定に関わり、人生の目標を達成できるように寄り添うことで、より良い看護ケアにつながる可能性が示された。

謝辞：本研究にご協力くださいました看護師の方々に心より感謝申し上げます。なお本研究は、平成23-24年度文部科学省科学研究費補助金若手研究(B)の助成によって行った研究の一部であり、第27回日本がん看護学会学術集会にて発表した内容を一部加筆・修正したものである。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文献

- Beesley, V. L., Janda, M., Goldstein, D., et al. (2016). A tsunami of unmet needs: pancreatic and ampullary cancer patients' supportive care needs and use of community and allied health services. *Psychooncology*, 25 (2), 150-157. doi:10.1002/pon.3887
- Benner, Patricia E., Hooper-Kyriakidis, Patricia Lee, Stannard, Daphne (1999) CLINICAL WISDOM AND INTERVENTIONS IN CRITICAL CARE: A Thinking-in-Action Approach. W. B. Saunders Company / 井上智子 監訳 (2005). ベナー看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること (第1版 pp.2-34). 医学書院, 東京都.
- Benner, Patricia E (2001) FROM NOVICE TO EXPERT: EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE, COMMEMORATIVE EDITION. Prentice-Hall, Inc, Upper Saddle, New Jersey / 井部俊子 監訳 (2005). ベナー看護論：初心者から達人へ 新訳版 (第1版, pp.1-10), 医学書院, 東京.
- Cooper, C., Burden, S. T., & Molassiotis, A. (2015). An explorative study of the views and experiences of food and weight loss in patients with operable pancreatic cancer perioperatively and following surgical intervention. *Support Care Cancer*, 23 (4), 1025-1033. doi: 10.1007/s00520-014-2455-1
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33 (5), 668-676.
- がん研究振興財団 (2017). 資料編10 全国がんセンター協議会加盟施設における5年生存率 (2007~2009年診断例) https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2017/cancer_statistics_2017_date_J.pdf
- Gooden, H. M., & White, K. J. (2013). Pancreatic cancer and supportive care--pancreatic exocrine insufficiency negatively impacts on quality of life. *Support Care Cancer*, 21 (7), 1835-1841. doi: 10.1007/s00520-013-1729-3
- Grant, M. S., & Wiegand, D. L. (2011). Palliative care online: a

- pilot study on a pancreatic cancer website. *J Palliat Med*, 14 (7), 846-851. doi: 10.1089/jpm.2011.0036
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江. (2016). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして (第2版). 東京都: 医歯薬出版.
- Gustavell, T., Sundberg, K., Frank, C., et al. (2017). Symptoms and self-care following pancreaticoduodenectomy: Perspectives from patients and healthcare professionals-Foundation for an interactive ICT application. *Eur J Oncol Nurs*, 26, 36-41. doi: 10.1016/j.ejon.2016.12.002
- 廣岡佳代, 川越博美, 渡邊美也子 他. (2016). 在宅緩和ケアを担う訪問看護師に求められる実践能力. *がん看護*, 21 (7), 742-748.
- Hronek, J. W., & Reed, M. (2015). Nursing Implications of Chemotherapy Agents and Their Associated Side Effects in Patients With Pancreatic Cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 19 (6), 751-757. doi: 10.1188/15.cjon.751-757
- Kapritsou, M., Korkolis, D. P., Giannakopoulou, M., et al. (2014). Fast-track recovery after major liver and pancreatic resection from the nursing point of view. *Gastroenterol Nurs*, 37 (3), 228-233. doi: 10.1097/sga.0000000000000049
- King, Imogene M (1981) *A theory for nursing*. John Wiley & Sons, Inc / 杉森みどり 訳 (1985). *キング看護理論* (第1版). 医学書院, 東京都.
- 厚生労働省. (2017). 平成29年 人口動態統計の概要 第7表 死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率 (人口10万人対). https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/11_h7.pdf
- 小菅智男, 島田和明, 山本順司 他. (1997). 膵癌に対する上腸間膜動脈周囲神経叢を温存した拡大郭清 (〈特集〉第49回日消外会総会シンポ1・消化器癌における至適切除範囲 (胆・膵)). *日本消化器外科学会雑誌*, 30 (10), 2059-2063.
- 松井歩, 鈴木ひとみ, 町本実保. (2010). 術前化学・放射線療法中の膵がん患者の思い. *日本がん看護学会誌*, 24 (Suppl.), 211.
- Morrison, M. (2010). Post-pancreatic resection: general overview and unique complications. *Dimens Crit Care Nurs*, 29 (4), 157-162. doi: 10.1097/DCC.0b013e3181de95dc
- 日本看護協会. (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説: 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈: 日本看護協会.
- 日本膵臓学会膵癌登録委員会 (2007). 膵癌登録報告2007. *膵臓*, 22 (1), e39. doi: 10.2958/suizo.22.e39
- Pancreatic cancer action network NPO法人パンキャンジャパン 膵臓がんアクションネットワーク (2018). 膵臓がん専門病院一覧. https://www.pancan.jp/index.php?option=com_content&view=article&id=94&Itemid=613
- Wilson, H., Butler, L. J., Repetto, G., & Love, J. (2000). Providing care to patients with pancreatic cancer: a retrospective chart review. *Can Oncol Nurs J*, 10 (4), 134-138.

要 旨

《目的》本研究の目的は、精査から手術治療終了までの入院中の膵臓がん患者に対して膵臓がん専門病院の看護師がどのような看護ケアを行っているのかを語りから明らかにすることである。

《方法》年間 30 例以上の手術を行う膵臓がん専門病院である肝胆膵外科病棟で働いている看護師 10 名を対象に半構成的面接を行い、質的記述的方法を用いて分析した。

《結果》膵臓がん患者に対する看護は、3つのカテゴリーと 11 のサブカテゴリーから構成された。【症状への対応】は、〈治療・検査に伴う合併症・副作用の観察〉、〈進行症状への注意〉、〈専門家や家族との協力〉、〈どうしようもない下痢への試行錯誤〉から構成された。【柳ようのこころの支持】は、〈こころへの顧慮〉、〈タイミングの推察〉、〈不安を増長させない為の情報量操作〉、〈今を乗り越える目標設定〉から構成された。【難治性がんへの配慮】は〈最善策としての傾聴〉、〈病識の確認〉、〈直接触れられない手術決断への支持〉から構成された。

《考察》膵臓がん専門病院における看護ケアは、患者の意思決定に関わり、人生の目標を達成できるように寄り添うことで、より良い看護ケアにつながる可能性が示された。

キーワード：膵臓がん，看護ケア，質的研究，意思決定