

外来化学療法患者の苦痛と困難に関する看護師と患者の認知の比較と看護のあり方

中 滉子¹, 大石ふみ子², 大面 和子²

Abstract

The purpose was to clarify the comparison between nurses' and patients' recognition relating to outpatient's distress and difficulty in receiving chemotherapy and to find out effective nursing care. Ten nurses and 6 patients who were involved in chemotherapy at outpatient clinic were interviewed. And the following results were obtained through qualitative analysis.

The patient's distress and difficulty were classified into five categories for both nurses and patients.

1. Distress and difficulty in physical condition: relating to medical treatment and clinical symptom.
2. Distress and difficulty in psychological condition: relating to the duration of the treatment and mind facing to the cancer.
3. Distress and difficulty in socio-cultural condition: relating to daily life and social activity.
4. Distress and difficulty in human relationship: relationships among health care giver, family and friends.
5. Distress and difficulty in treatment surroundings: relating to the surrounding of outpatients department.

There was a difference in recognition of those distress and difficulty between nurses and patients. Nurses were inclined to take each category as a separate content, while patients were more apt to take whole categories related in all. Nurses might notice patients' distress and difficulty, but not get in understanding deep enough what patients were feeling.

For better future care, nurses need to recognize patients' hardship more to establish more quality-effective nursing care system, and to organize a nursing team including clinical oncology specialists.

I. はじめに

がんによる死亡率は増加の一途をたどり、2003年には死亡者が「3人に1人がんで死亡する」^{1) 2)}という時代となった。また、がん征圧に向けた取り組みにより、がん罹患者の生存率が上昇し、「がんサバイバー」としてのがん患者の増加に繋がっている。長期化する治療により、慢性疾患の様相を示すがん患者への看護は、生活者としてのがん患者を視野に入れたケアの提供が重要である。

現在、がんの入院治療は手術や骨髄移植など限られた場合になり、入院期間は極めて短縮され、退院後に

外来で化学療法を受ける形が一般化しつつある。外来での化学療法は、闘病を生活の一部として捉え、QOLの向上に主眼を置く考え方により需要の増加と同時に、2002年に外来化学療法に診療報酬上の加算が認められたことにより急速に普及した。現在、外来へ治療が移行することにより、外来での看護師の役割拡大と、質の高いケアが要求され、外来化学療法患者のニーズの探求^{3) ~7)}や外来での看護ケアの標準化に向けた取り組み^{8) 9)}が行われている。

しかし、地域の一般病院における外来看護師の業務においては、パートの看護師を主体とした、診療の介助を主な業務とした状況があり、外来化学療法を受け

1. 岡波総合病院
2. 医学部看護学科

る患者の看護ケアを提供できる環境とは言い難い。外来化学療法での看護に関して、看護実践上の困難^{10)~12)}や患者のニーズについては報告されているが、看護師が患者の苦痛や困難をどのように認知しているかについては記述されていない。

外来看護師が看護ケアを行うには、自分達の思いではなく、患者が苦痛・困難と感じていることを知り援助することが大切である。そこで、患者との短い関わりを余儀なくされる外来診療の場で、看護師の認知している外来化学療法を受ける患者の苦痛・困難を明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

外来化学療法を受ける患者の苦痛・困難についての看護師と患者の認知を比較することにより、両者間の類似点と相違点を明確にし、外来化学療法看護について検討することを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象

- 1) 外来化学療法担当者の看護師・准看護師で、研究趣旨の理解が得られ、研究参加の同意が得られた者
- 2) 以下の4点の条件を全て満たす患者
 - (1) 20歳～70歳までの外来化学療法中の消化器がん患者
 - (2) 外来化学療法を開始し、半年以上経過している進行がん患者
 - (3) Performance Status (PS) 0～1の患者で、告知されている患者
 - (4) 研究趣旨の理解が得られ、研究参加の同意が得られた患者

2. データ収集期間および研究施設

- 1) データ収集期間: 2005年8月～11月
- 2) 研究施設: 地域の一般病院 2施設

3. データ収集方法

- 1) 上記条件に当てはまる看護師及び患者の紹介を受け、対象の条件を確認したうえで、外来師長に対象者に研究参加の意思の打診を依頼し、了解を得た対象者に対し、研究者より改めて研究趣旨を説明し、研究参加の承諾を得た。
- 2) 記録物からの情報収集

対象の疾病の経過など基礎的情報は、医師診療録、看護記録、主治医、看護師などよりデータ収集を行っ

た。

3) インタビュー

研究参加者の時間的拘束の負担を最小限にするため、予め日程調整し、負担にならないスケジュールの調整に努めた。また、プライバシーの確保が保たれた個室を確保した。面接は、研究者の作成したインタビューガイドに基づいて、半構成的な面接法を用いた。正確なデータを得るために、面接内容は研究参加者の同意を得た上で録音し、逐語録を作成した。

4. 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、三重大学医学部倫理委員会と研究協力施設の倫理委員会に研究計画書の審査を申請し、承認を得た。

研究参加を依頼する際には、研究への参加は強要されるものではなく、質問への回答は自由意志であること、研究参加の中断が可能であること、得られた情報は他者に漏洩しないこと、研究参加を拒否・中断しても今後の治療、看護になんら影響しないこと、また、勤務等になんら影響しないことを十分に説明し、同意を得た。

得られた情報は、匿名化し、鍵のついた保管庫で厳重に保管し、個人情報の漏洩を防止した。

5. 分析方法

- 1) 作成した全対象者の逐語録より、外来化学療法を受ける患者の苦痛・困難に関係している部分を一連の「苦痛・困難」のまとまりで抽出し、分析単位とした。
- 2) 各分析単位において、「苦痛・困難」を表現している内容を抽出し、必要や言葉を補いつつ、意味を変えことなく簡潔に表現し、コードとした。
- 3) コードの意味が類似するものをまとめ、サブカテゴリーとし、名称をつけた。
- 4) サブカテゴリーの意味の類似するものをまとめ、カテゴリーとし、名称をつけた。
- 5) カテゴリーの意味の類似するものを大カテゴリーとして名称をつけた。
- 6) 1)～5)の操作を、〈看護師・准看護師〉グループ、〈患者〉グループに分けて実施した。
- 7) 分析にあたっては、複数の研究者の客観的アドバイスを得て、データの解釈が操作的にならないよう、先入観にとらわれないよう努めた。また、全プロセスに置いて、がん看護のエキスパートである指導教官のスーパーヴィジョンをうけることにより、本研究の信頼性・妥当性を高める努力をした。

VI. 結 果

1. 対象者の概要

1) 看護師

対象者は、A 病院 6 名、B 病院 4 名の合計 10 名であった。内訳は看護師 7 名、准看護師 3 名であった。対象者の年齢は、30 代 6 名、40 代 3 名、50 代 1 名の平均年齢 39 歳であった。勤務形態は、正規職員 4 名、パート 6 名であった。面接回数は一回ずつで、一人当たりの平均面接時間は 48 分であった。

2) 患者

対象者は 6 名で、男性 3 名、女性 3 名であった。年齢は、40 代 1 名、50 代 2 名、60 代 3 名の平均年齢 58.3 歳であった。全ての対象者が原疾患および転移巣に対して手術療法を経験し、その後化学療法を受けていた。面接回数は一回が 4 名、2 回が 2 名、平均面接時間は 32 分であった。

2. 分析の結果

1) 看護師の認知する外来化学療法患者の苦痛・困難

収集したデータから、「患者の苦痛・困難」に関する内容として、総数 108 コードが抽出され、これらのコードから 45 のサブカテゴリーが形成され、さらに

15 のカテゴリーが形成された。これらのカテゴリーは、最終的に【身体面の苦痛・困難】【社会面の苦痛・困難】【治療環境の苦痛・困難】【精神面の苦痛・困難】【人との関係の苦痛・困難】の 5 つの大カテゴリーにまとめられた。(表 1)

以下、〔 〕はコード、《 》サブカテゴリー、『 』はカテゴリー、【 】は大カテゴリー、「 」は対象者が語った言葉を表す。

(1) 身体面の苦痛・困難

【身体面の苦痛・困難】は、『治療そのものによる副作用』と『病状進行からくる症状』の 2 つの身体面に関連するカテゴリーから構成されていた(表 2)。

『治療そのものによる副作用』は、手術後の体力の回復が十分でないことや、手術後の身体機能の変化による症状に加えて治療が行われることにより患者が消耗していく様子から認知された《手術後の体力低下のなごりによる副作用の増強》、副作用による苦痛や日常生活上の困難による《化学療法そのものによる副作用》、副作用が持続することで、いつも気分が晴れず精神面への苦痛へと繋がる《副作用の持続》、そして積み重ねられる治療により、徐々に気力が出ない状況に陥ることを認知した《繰り返される治療による副作

表 1 看護師が認知する外来化学療法患者の苦痛・困難：大カテゴリーとカテゴリー

大カテゴリー	カテゴリー
【身体面の苦痛・困難】	『治療そのものによる副作用』 『病状進行からくる症状』
【社会面の苦痛・困難】	『時間的拘束による制約』『日常生活への影響』 『社会活動の制約』『経済的要因による治療選択の制限』
【治療環境の苦痛・困難】	『治療環境による苦痛』
【精神面の苦痛・困難】	『治療の継続および中断についての葛藤』 『がん(死)と向き合うことによる葛藤』 『心のやり場のない苦痛』『がんと向き合う孤独感』
【人との関係の苦痛・困難】	『医師との関係』『看護師との関係』『家族との関係』 『友人との関係』

表 2 看護師が認知する身体面の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
治療そのものによる副作用	手術の影響のなごりによる副作用の増強
	化学療法そのものによる副作用
	副作用の持続
	繰り返される治療による副作用の蓄積
	自宅に対応しなければならない副作用対策
病状進行からくる症状	病状進行による症状の出現
	緩和されない症状

用の蓄積」と、『自宅で対応しなければならない副作用対策』の5つのサブカテゴリーにより構成された。

『病状進行からくる症状』は、『病状進行による症状の出現』と『緩和されない症状』の2つのサブカテゴリーにより構成されていた。『病状進行による症状の出現』は、進行する病状により出現する様々な症状による苦痛とそれによる日常生活の困難が語られた。しかし、日常生活への具体的な影響について認知には至っていない状況であった。

『緩和されない症状』については、外来診療の中で看護師は〔苦痛な症状に対する指示がすぐにせず苦痛が緩和されない〕ことを感じていた。

(2) 社会面の苦痛・困難

【社会面の苦痛・困難】は、『時間的拘束による制約』『日常生活への影響』『社会活動の制約』『経済的要因による治療選択の制限』の4つのカテゴリーから構成されていた(表3)。

『時間的拘束による制約』は、『外来での長時間(2~3時間)の点滴による拘束感』『病院の都合で生じる待ち時間』『治療終了が遅くなることによる日没後の移動』などの自分の時間が治療に割られることから生じる3つのサブカテゴリーにより構成された。看護師は患者の時間的拘束感やそのことによる苦痛は体調により左右されることを認知していた。

『日常生活への影響』は、治療の影響が普段の生活を変化させる内容を示し、『治療後寝ている時間が長くなる生活』を認知していたが、具体的な内容までは

認識していなかった。

『社会活動の制約』では、長期にわたる治療と仕事を両立させるための調整の困難さからくる『治療にあわせた仕事の調整』と社会活動での活動時間の制約や活動範囲の制約が生じることによる『社会活動の制約』の2つのサブカテゴリーから構成された。看護師は、患者自身がそれらの調整を行う上で、自らの役割や生活の変化に対する葛藤を苦痛・困難と認知していた。

『経済的要因による治療選択の制限』については、治療を選択する上で、家のローンや子供の学費、生活のため余儀なくされる『経済的負担の少ない治療法の選択』、『治療費より生活費を優先』、『収入の為に治療より仕事の都合を優先』することの3つのサブカテゴリーにより構成されていた。長期的な治療が必要ながん治療においては、治療費の目途が立たないことが苦痛・困難へと繋がっていた。

(3) 治療環境の苦痛・困難

【治療環境に関する苦痛・困難】は、治療環境が影響を与える『治療環境による苦痛』に集約された。サブカテゴリーは、治療室の複合的な微妙な臭気による吐き気の誘発や個別に環境調整ができないことによる『個別調整できない室内環境』、体調不良時や病状の進行による移動の苦痛を示す『動線の多い病院の構造・システム』、カーテンの仕切りの狭いベッド間隔など、治療室の空間的な問題による『プライバシーの確保ができない治療環境』の3つより構成されていた(表4)。

表3 看護師が認知する社会面に関する苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
時間的拘束による制約	外来での長時間(2~3時間)の点滴による拘束感
	病院の都合で生じる待ち時間
	治療終了が遅くなることによる日没後の移動
日常生活への影響	治療後寝ている時間が長くなる生活
社会活動の制約	治療に合わせた仕事の調整
	社会活動の制約
経済的要因による治療選択の制限	経済的負担の少ない治療法の選択
	治療費より生活費を優先
	収入の為に治療より仕事の都合を優先

表4 看護師が認知する治療環境の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
治療環境による苦痛	個別調整できない室内環境
	動線の多い病院の構造・システム
	プライバシーの確保が出来ない治療環境

(4) 精神面の苦痛・困難

【精神面に関する苦痛・困難】は、心（精神）とスピリチュアルに関する苦痛・困難である『治療の継続および中断についての葛藤』『がんと向き合うことによる葛藤』『気持ちと向き合う困難』『がんと向き合う孤独感』の4つのカテゴリから構成され、治療を受けることで生じる治療における精神面の苦痛・困難とがん疾患そのものがもたらす精神面の苦痛・困難が見出された（表5）。

『治療の継続および中断についての葛藤』は、『現在の治療への疑問・不安』を抱きながら、それを払拭する為に現在の治療以上に良い治療がないのかと『より良い治療法の模索への苦慮』する苦痛・困難と、治療の結果が伴わず厳しい現実と直面し、『治療を続ける意味を見出す苦しさ』と病状の進行に向き合う『治療不能であることを認める葛藤』の4つのサブカテゴリにより構成されていた。

『がん（死）と向き合うことによる葛藤』は、がんという死を連想する疾患と向き合うことによる『現状を受け入れられない苦悩』『再発・病状進行への不安』『自らの生き方への葛藤』『近づきつつある死への意識』の4つのサブカテゴリにより構成された。

精神面での3つ目のカテゴリ『心のやり場のない苦痛』については、自分の気持ちと向き合う上での困難である『気持ちのやり場がない』『気持ちの安定が得られない』の2つのサブカテゴリから構成されていた。

『がんと向き合う孤独感』は、『医療者への疑念が押さえられない』『相談する場所がわからない』『質問しても得られない疑問への答え』

『期待できない専門的ケアや情報提供』の4つのサブカテゴリで構成された。看護師は、患者ががんという疾患・治療に向き合う中で、自分の求める治療の情報や相談する場所を模索するが得られない状況が闘病する患者を孤独に陥らせていると認識していた。

(5) 人との関係の苦痛・困難

【人との関係の苦痛・困難】は、『医師との関係』『看護師との関係』『家族との関係』『友人との関係』の4つの人との関係に関するカテゴリから構成された。とくに、医師、看護師との関係による内容が多く、病を体験する患者にとって医療者との関係が重要であると認知されていた。

『医師との関係』は、『医師に自分の気持ちを伝えられないジレンマ』『医師から十分な説明をもらえない不安』『医師との思いのズレによる軋轢』『医師との信頼関係における不安』『説明を受けることへのあきらめ』の5つのサブカテゴリから構成されていた。

また、『看護師との関係』では、外来診療をスムーズに進めることや、業務（診療補助や輸液の管理など）を安全に施行することに意識が行くことで、患者のニーズや苦痛に意識がいていないと感じ、患者が話すきっかけを持っていない状況より『看護師との心の距離感』『担当が決まっていない事による相談のしにくさ』の2つのサブカテゴリが認知されていた。

『家族との関係』では、『自らの役割の葛藤』『家族の世話になることへの遠慮』『家族との心の距離感』『サポートを期待できない家族関係』の4つのサブカテゴリが、『友人との関係』では、『友人との心

表5 看護師が認知する精神面に関する苦痛・困難

カテゴリ	サブカテゴリ
治療の継続および中断についての葛藤	現在の治療への疑問・不安
	より良い治療法の模索への苦慮
	治療を続ける意味を見出す苦しさ
	治療不能であることを認める葛藤
がんと向き合うことによる葛藤	現状を受け入れられない苦悩
	再発・病状の進行への不安
	自らの生き方への葛藤
	近づきつつある死への意識
心のやり場のない苦痛	気持ちのやり場がない
	気持ちの安定が得られない
がんと向き合う中での孤独感	医療者への疑念が押さえられない
	相談する場所がわからない
	質問しても得られない疑問への答え
	期待できない専門的ケアや情報提供

表6 看護師が認知する人との関係の苦痛

カテゴリー	サブカテゴリー
医師との関係	医師に自分の気持ちを伝えられないジレンマ
	医師から十分な説明をもらえない不安
	医師との思いのズレによる軋轢
	医師との信頼関係における不安
	説明を受けることへのあきらめ
看護師との関係	看護師との心の距離感
	担当が決まっていないことによる相談のしにくさ
家族との関係	自らの役割との葛藤
	家族の世話になることへの遠慮
	家族との心の距離感
	サポートを期待できない家族関係
友人との関係	友人との心の距離感

の距離感》が抽出された。

以上、15のカテゴリー、45のサブカテゴリーが看護師の認知する患者の苦痛・困難として抽出された。看護師は、経験した臨床の場面、日常の患者の言動から患者の苦痛・困難を認知し、患者のニーズについて認知していた。

インタビューの中で、看護師は、患者の苦痛・困難を認知しながらも「ケアが出来ていない現状」に苛立ちを感じ、自らの「知識の足りなさを実感していること」や「不足している専門性に対するサポートがなく、患者に関わる自信がない」と感じているとの言葉が聞かれた。

2) 患者の認知する外来化学療法患者の苦痛・困難

収集したデータから、「患者の苦痛・困難」に関する内容として、総数57コードが抽出され、これらのコードから26のサブカテゴリーが形成され、さらに

11のカテゴリーが形成された。

これらのカテゴリーは、最終的に【身体面の苦痛・困難】【社会面の苦痛・困難】【治療環境の苦痛・困難】【精神面の苦痛・困難】【人との関係の苦痛・困難】の5つの大カテゴリーにまとめられた(表7)。

(1) 身体面の苦痛・困難

【身体面の苦痛・困難】では、『治療における身体的苦痛』と『病状進行からくる症状』の身体的な苦痛・困難に関する2つのカテゴリーにより構成された(表8)。

『治療における身体的苦痛』は、《化学療法そのものによる副作用》《治療中の体位の苦痛》《手術後の体力低下のなごりによる副作用の増強》の3つの治療を受けることで生じる身体的な苦痛・困難を意味するサブカテゴリーにより構成されていた。《化学療法そのものによる副作用》では、消化器症状を主とした副作用による苦痛が表出された。しかし、患者は、個々

表7 外来化学療法を受ける患者の苦痛・困難：大カテゴリーとカテゴリー

大カテゴリー	カテゴリー
【身体面の苦痛・困難】	『治療における身体的苦痛』 『病状進行からくる症状』
【社会面の苦痛・困難】	『時間的苦痛』『日常生活への制約』 『社会活動の制約』
【治療環境の苦痛・困難】	『治療環境による苦痛』
【精神面の苦痛・困難】	『治療を継続する上での葛藤』 『病に蝕まれる心の苦しさ』
【人との関係の苦痛・困難】	『医療従事者との関係』『家族との関係』 『友人との関係』

表 8 患者が認知する身体面の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
治療における身体的苦痛	化学療法そのものによる副作用
	治療中の体位の苦痛
	手術後の体力低下のなごりによる副作用の増強
病状進行からくる症状	病状進行に伴う症状による苦痛

に対処し、セルフケア能力を身につけることにより、日常生活に適応していた。これら消化器症状に比して、倦怠感に関しては対処に苦慮し、精神面への影響が表現された。また、『治療中の体位の苦痛』では、治療環境に選択の幅がなく苦痛を強いられる場合や、点滴中は動くことをためらい辛さを我慢してしまうことが語られた。

『手術後の体力低下のなごりによる副作用の増強』は、術後の体力のない中で治療が開始される苦痛が表出された。最初の数ヶ月は体力のなさを実感し日々の生活と治療を非常につらく感じていたことが語られた。治療経過の中で、徐々に手術の影響が薄れ、消耗した体力を少しずつ取り戻すと同時に患者は自信を回復させていた。回復の実感が、治療を続ける上で患者の支えになっていることが表現された。

『病状進行からくる症状』は、サブカテゴリーとして『病状進行にともなう症状による苦痛』により構成されていた。病状進行と共に出現する倦怠感がある上に、治療によりその倦怠感がさらに増強する状況に気力までも奪われる。また、日常生活に直結した具体的な苦痛が語られた。

(2) 社会面の苦痛・困難

【社会面の苦痛・困難】は、『時間的苦痛』『日常生活への制約』『社会活動への制約』の3つのカテゴリー

より構成されていた(表9)。

『時間的苦痛』では、『待ち時間への苦痛』が表出され、病院の状況の理解をしていながらも、自分の体調によって苦痛度が変化することが語られた。

『日常生活への制約』は、『副作用により一日中寝ている生活』『PMC装着中の不便さ』『体力低下により自分のことを行うつらさ』がサブカテゴリーとして抽出された。身体面の症状コントロールが患者の日常生活に影響を与え、自宅での生活に必要なあたり前の日常生活動作を行う困難さが語られた。また、日常生活を穏やかに過ごすことは患者の精神面を支える上で大切な要素であることが表現された。

『社会活動への制約』では、役割を担うことができず、代行を依頼しなければならないことによる心苦しさや、自分自身の無力感による『役割への影響』と、体調の変化が大きく約束ができないことや、移動距離などにより参加に制限が課せられることによる『社会活動への参加の制限』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

(3) 治療環境の苦痛・困難

【治療環境の苦痛・困難】では、カテゴリー『治療環境による苦痛』、サブカテゴリーとして『個別調整できない治療環境』が抽出された。個別に調整できない環境が患者の苦痛を増強させていた(表10)。

表 9 患者が認知する社会面の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
時間的苦痛	待ち時間への苦痛
日常生活への制約	副作用により1日中寝ている生活
	PMC装着中の不便さ
	体力低下により自分のことを行うつらさ
社会活動への制約	役割への影響
	社会活動への参加の制限

表 10 患者が認知する治療環境の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
治療環境による苦痛	個別調整できない治療環境

(4) 精神面の苦痛・困難

【精神面の苦痛・困難】は、治療に関する『治療を継続する上での葛藤』とがんという病気を患うことから発生する『病に蝕まれる心の苦しさ』の2つのカテゴリーから構成されていた(表11)。

『治療を継続する上での葛藤』では、《病名・病状との直面》《発見の遅れへの自責と他者非難》《治療への不安・疑問》《近づきつつある死への意識》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

《病名・病状との直面》することから、患者はがんと向き合い始める。今回の対象者はすべて、自宅で何らかの症状が出現し、発見された時には進行がんであることが告げられたことにより《発見の遅れへの自責と他者非難》の念に捉われていた。発見の遅れを自責する言葉が聞かれ、転移については発見の時期がもっと早くにできたのではないかと医療者への疑念と非難の感情を内包させていた。

《治療への不安・疑問》については、現在の治療にたいし漠然とした不安を抱えている場合と病状の進行や副作用により「治療に縛られていると感じ、何のための治療か」と治療そのものの意味を問う治療への疑問が表現された。また、《近づきつつある死への意識》では、進行してくる症状や、使用している薬剤が効かなくなってくるにより予後への不安を持ち、死を意識しながら

らも、今の時間を大切にすることで対処している状況が語られた。

『病に蝕まれる心の苦しさ』は《体調による気力の低下》《無力感に陥る体験》《いつも辛い苦しいと感じる生活》《生きる意味への問い》の4つのサブカテゴリーから構成された。患者にとって『病に蝕まれる心の苦しさ』は、身体面の苦痛との関連が深く、《体調による気力の低下》では、体調が優れないことによる気分の落ち込みや、抑うつ症状が語られた。がん患者にとっての症状の出現は「死への意識」に否応なく、繋がっていた。また、《無力感に陥る体験》では、他の患者と比較して自分の体力のなさを弱さと感じ無力感を体験していた。そして、《いつも辛い苦しいと感じる生活》を送ることになる。身体面に関する苦痛により、「いつも辛い苦しいなと感じている」生活は、今そのときが辛さや苦しみに満たされている為、《生きる意味への問い》を発する。「何のために生きているのか」と自らの生の意味を問うことで、《いつも辛い苦しいと感じる生活》に患者は意味を見つけ出そうとしていた。このように患者にとっての精神面での苦痛は、治療と向き合うことによる苦痛とがんを患うことによる苦痛の2つカテゴリーに集約された。

(5) 人の関係の苦痛・困難

【人との関係の苦痛・困難】では、『医療従事者と

表11 患者が認知する精神面の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
治療を継続する上での葛藤	病名・病状との直面
	発見の遅れへの自責と他者非難
	治療への不安・疑問
	近づきつつある死への意識
病に蝕まれる心の苦しさ	体調による気力の低下
	無力感に陥る体験
	いつも辛い、苦しいと感じる生活
	生きる意味への問い

表12 患者が認知する人との関係の苦痛・困難

カテゴリー	サブカテゴリー
医療従事者との関係	医師との相談できない関係
	説明がないことによる不安
	自分に注意が払われているか不安
	看護師による対応の違い
家族との関係	夫の期待にこたえられない頼りない自分
	サポートが得られない家族関係
友人との関係	周囲からサポートが期待できない関係

の関係』『家族との関係』『友人との関係』の3つのカテゴリーから構成された(表12)。

『医療従事者との関係』では、診察での医師の態度に、自分の気持ちが伝えられない《医師との相談できない関係》、医師のみでなく看護師や薬剤師からも思うように説明を得られない状況からくる《説明がないことによる不安》、そして《医師との相談できない関係》《説明がないことによる不安》である状況が積み重ねることによって生じる《自分に注意が払われているか不安》、《看護師による対応の違い》の4つのサブカテゴリーにより構成されていた。

『家族との関係』は、夫が安心できない状況を自分が作っていると感じ卑下する《夫の期待に答えられない自分》と、頼れる家族が遠方であるなどの状況による《サポートが得られない家族関係》の2つのサブカテゴリーにより構成されていた。

患者の認知する苦痛・困難は、各項目がお互いに複雑に絡み合っただ全人的な苦痛として存在していた。患者は、いまある状態を受け入れ、自分を支えてくれる周囲に感謝することで、苦痛・困難を内包しながら、日々の生活をよりよく生きるための努力していた。

V. 考 察

外来看護師は、診療時や待ち時間の言動、治療中の会話など短い関わりのなかで患者の苦痛・困難を認知していた。看護師の捉えた苦痛・困難の内容は患者の苦痛・困難の内容と大体共通していたが、患者の方が、実際体験をしていることからより主観的な表現がされていた。以下に患者の苦痛・困難とそれに対する看護師の捉え方の類似点と相違点を考察し、患者のニーズに添った外来看護について検討した。

1. 患者の苦痛・困難の認知における看護師と患者の比較

1) 身体面の苦痛・困難について

【身体面の苦痛・困難】では、『治療に関連したも

の』と『病状に関連したもの』が両者に共通して示された。看護師の捉える苦痛・困難は、患者を客観的に観察した内容から認知されていた(表13)。それは、長期の経過をたどるがん治療においては、治療が繰り返されることで、常に気分が悪い身体状態におかれていることに基づいていた。一方、患者の認知は、身体的苦痛と共に、自らの衰えつまり自分の存在を実感する表現がなされていた。河¹³⁾は、スピリチュアルペインの影響を受けた各領域での苦痛反応は、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛として表出されると述べている。本研究でも、患者はスピリチュアルペインと関連した身体的苦痛を自らの衰えとして表現していると考えられる。

『治療に関連したもの』において、がん化学療法の副作用に関しては両者間の大きなズレは認めなかった。小澤¹⁴⁾は、患者が主体的に化学療法を受ける生活に取り組むことを容易にするには、患者が「副作用に対処していける」という自己効力感や闘病の主体は患者であるという意識づけをもつことであると述べている。本研究でも、患者がセルフケア能力を身につけ、日常生活に適應することにより、自己効力感を高め意欲的に闘病生活を営むことに繋がっていた。反面、症状マネジメントが難しい場合には、自己コントロール感覚が失われ、無力感やむなしさといった精神的苦痛へ繋がっていた。このようなケースにおいては、看護師は患者の身体苦痛を、単なる症状としてではなく、その奥に潜んでいるスピリチュアルペインを考慮したケアが必要であることが示唆された。

『病状進行からくる症状』においては、両者共に病状進行に伴う症状による苦痛が認知されていた。看護師の認知は、病状そのものとして捉えていたが、患者の認知は、単なる病状ではなく生活と関連した体験そのものを苦痛・困難と表出していた。つまり、看護師の認知は、病状は捉えているがそのことがどのような日常生活に影響を与えているか、そのことが患者にとってどのような意味をもっているかという具体的な認知

表13 看護師と患者の認知の比較:身体面に関する苦痛・困難

	看護師の認知する苦痛・困難	患者の苦痛・困難
身体面	『治療そのものによる副作用』 《手術後の影響のなごりによる副作用の増強》 《化学療法そのものによる副作用》《副作用の持続》 《繰り返される治療による副作用の蓄積》 《自宅で対応しなければならない副作用対策》 『病状進行からくる症状』 《病状進行による症状の出現》 《緩和されない症状》	『治療における身体的苦痛』 《手術後の体力低下のなごりによる副作用の増強》 《化学療法そのものによる副作用》 《治療中の体位の苦痛》 『病状進行からくる症状』 《病状進行に伴う症状による苦痛》

に至っていない状況があった。このことは、看護師が外来診療の中で何となく気づいているが、患者の体験している苦痛の認識までには至らず、「何となく気づいている」ことを「看護ケア」に活かすことが出来ない状況を示していた。ゆとりのない診療介助を主とした業務環境に加え、複雑・困難な事例などにおいて、看護師自身が自分の能力に負えないと感じ患者に関わる事をためらっている状況であった。林¹⁵⁾が「煩雑でかつ流動的な環境の中で個々の患者ニーズに応じたケアを提供する為に、看護の専門家を外来でどのように活用するかを検討する必要がある」と述べているように、外来化学療法において専門的な看護ケア提供する看護師が必要であると考えられる。

2) 社会面の苦痛・困難について

【社会面の苦痛・困難】では、『時間的制約』、『日常生活への制約』、『社会活動への制約』が両者共通の項目として認知されていた(表 14)。

『時間的制約』、『社会活動への制約』では、看護師は、自分達の業務の都合上、患者に負担をかけているとの思いや、患者の言葉から患者の苦痛・困難を認識していた。一方、患者自身は、待ち時間の苦痛を訴えてはいるが、「必要な部分」「仕方ない」と理解を示し、スケジュールの調整など自ら調整を行うことで対処していた。『日常生活への制約』について看護師は、倦

怠感などの症状により日常生活に影響が出ていることは認知しているが、患者にどのような意味を持っているかという内容までは認識していなかった。患者の認知は、生活と関連した体験そのものを苦痛・困難と表出していた。

『経済的要因による治療選択の制限』については、看護師が認知していたのに対し、患者では抽出されなかった。これは、半年以上化学療法を継続されている患者に対象者を絞っていたために、経済的な問題は対処されていた事によるものと考えられる。

3) 治療環境の苦痛・困難について

【治療環境の苦痛・困難】において、看護師の認知は、病院の構造・システム、プライバシー確保の不備などの内容であったが、患者の認知は、ベッドの固さによる体位の苦痛のみであった(表 15)

これは、看護師が患者により良い環境での治療提供を望み、環境調整を自らの役割と考えていることに対し、患者は現在の環境で自らの治療を受けるという両者の立場の違いからくるものであると考える。

4) 精神面の苦痛・困難について

【精神面の苦痛・困難】では、両者ともに治療を継続する上での苦痛・困難とがん(死)と向き合うことによる苦痛・困難が認知されていた(表 16)。

治療を継続する上での苦痛・困難は、両者に大きな

表 14 看護師と患者の認知の比較：社会面に関する苦痛・困難

	看護師の認知する苦痛・困難	患者の苦痛・困難
社会面	『時間的拘束による制約』 《外来での長時間(2~3時間)の点滴による拘束感》 《病院の都合で生じる待ち時間》 《治療終了が遅くなることによる日没後の移動》 『日常生活への影響』 《治療後寝ている時間が長くなる生活》 『社会活動の制約』 《治療合わせた仕事の調整》 《社会活動の制約》 『経済的要因による治療選択の制限』 《経済的負担の少ない治療法の選択》 《治療費より生活費を優先》 《収入の為に治療より仕事の都合を優先》	『時間的苦痛』 《待ち時間への苦痛》 『日常生活への制約』 《副作用により1日中寝ている生活》 《PMC装着中の不便さ》 《体力低下により自分のことを行うつらさ》 『社会活動への制約』 《役割への影響》 《社会活動への参加の制限》

表 15 看護師と患者の認知の比較：治療環境に関する苦痛・困難

	看護師の認知する苦痛・困難	患者の苦痛・困難
治療環境	『治療環境による苦痛』 《個別調整できない室内環境》 《動線の多い病院の構造・システム》 《プライバシーの確保が出来ない治療環境》	『治療環境による苦痛』 《個別調整できない治療環境》

表 16 看護師と患者の認知の比較：精神面に関する苦痛・困難

	看護師の認知する苦痛・困難	患者の苦痛・困難
精神面	『治療の継続および中断についての葛藤』 《現在の治療への疑問・不安》 《より良い治療法の模索への苦慮》 《治療を続ける意味を見出す苦しさ》 《治癒不能である事を認める葛藤》 『がん（死）と向き合うことによる葛藤』 《現状を受け入れられない苦悩》《再発・病状の進行への不安》《自らの生き方への葛藤》 《近づきつつある死への意識》 『心のやり場のない苦痛』 《気持ちのやり場がない》 《気持ちの安定が得られない》 『がんと向き合う孤独感』 《医療者への疑念が押さえられない》 《相談する場所がわからない》 《質問しても得られない疑問への答え》 《期待できない専門的ケアや情報提供》	『治療を継続する上での葛藤』 《病名・病状との直面》 《発見の遅れへの自責と他者非難》 《治療への不安・疑問》 《近づきつつある死への意識》 『病に蝕まれる心の苦しさ』 《体調による気力の低下》 《無力感に陥る体験》 《いつも辛い苦しいと感じる生活》 《生きる意味への問い》

違いはなかった。しかし、患者の認知では、不安や葛藤を抱えながらも現在の状態に感謝し、いまあることを大切に生活している姿がみられた。武田¹⁶⁾は、《このままでいたい》というニーズには、現在の治療を続けていくこと、病状が進行しないこと、そして今の生活をつづけていくこと、の3つの内容が含まれるとされている。本研究でも、治療を継続する上で様々な葛藤を抱えながら、患者は今の生活によるこび、感謝を紡ぎ情動中心の対処を行い、日々の生活を送っていた。

がん（死）と向き合う精神的な苦しさにおいて、看護師の認知は、身体面に関連した表現は少なく、精神面は心の問題として体とは分けて捉えられていた。一方、患者の認知は《体調による気力の低下》や〔人よりも弱い自分を実感〕し《無力感に陥る体験》や体調により《いつも辛い苦しいと感じる生活》などの身体的苦痛と関連する精神面の苦痛・困難が多く『病に蝕まれる心の苦しさ』が表現された。患者自身の体調は、心の変動へと密接な相関関係を持つことが明らかであり、改めて症状コントロールの重要性が示された。また、《生きる意味を問う》といった自分の存在に疑問を持つ表現がなされスピリチュアルペインが表出されていた。体験者としての患者は、精神面の苦痛・困難を、身体、精神、スピリチュアルな側面が相まって構成されており切り離すことのできないものとして表現していた。看護師は、このことを十分理解する必要がある。

また、看護師が認知した『がんと向き合う中での孤独感』における「相談する場所がない」、「質問の答えが得られない」、「専門的な情報が得られない」などの内容は、患者の認知にはなかった。患者の認知では、

これらの内容は医療者との人間関係がとれていない苦痛・困難として認知されていた。

看護師は、患者の求めるケアニーズを満たせていないという認識が強くあった。十分な対応ができていないという思いから、患者が情報不足を感じ、専門的な治療が受けられていないと感じていると認知していた。このことは、看護師自身の看護上の困難感が患者の苦痛・困難として表現されたと考えられる。瀬川ら¹⁷⁾は、外来化学療法で継続・個別的に関わる為に、継続看護に適した記録方式・用紙の開発、専門領域の看護師による看護相談、チームでの取り組みと成果を報告している。このことから、外来看護師が安心してケアを提供する為には、がん専門領域の看護師から支援を得ることが有効であると考えられた。

5) 人との関わりの苦痛・困難について

【人と関わりの苦痛・困難】では、両者共に医師との関係に関する項目が多くを占めた（表 17）。

看護師は、医師－患者関係を客観的な立場で観察し、患者が医師に自分の気持ちを伝えられていないと捉え、患者は「医師の態度に相談できない」、「気持ちを伝えられない」と感じていた。患者への説明に関しては、看護師は、医師は説明しているが十分でなく、患者が納得できる形の説明になっていないと捉え、患者は「医師から説明されていない状況である」と感じていた。患者は自分に注意が払われていない印象から「不安と孤独感」を感じていた。看護師はこれらの状況を《医師との思いのズレによる軋轢》と医師の異動などの要因による《医師との信頼関係における不安》と関係づけていた。また、看護師はこれらの状況が積み重なり、患者が《説明を受けることへのあきらめ》とい

表 17 看護師と患者の認知の比較：人との関係に関する苦痛困難

	看護師の認知する苦痛・困難	患者の苦痛・困難
人との関係	『医師との関係』 《医師に自分の気持ちを伝えられないジレンマ》 《医師から十分な説明をもらえない不安》《医師との思いのズレによる軋轢》《医師との信頼関係における不安》《説明を受けることへのあきらめ》 『看護師との関係』 《看護師との心の距離感》《担当が決まっていないことによる相談のしにくさ》 『家族との関係』 《自らの役割との葛藤》《家族の世話になることへの遠慮》《家族との心の距離感》《サポートを期待できない家族関係》 『友人との関係』 《友人との心の距離感》	『医療従事者との関係』 《医師との相談できない関係》 《説明がないことによる不安》 《自分に注意が払われているか不安》《看護師による対応の違い》 『家族との関係』 《夫の期待にこたえられない頼りない自分》 《サポートが得られない家族関係》 『友人との関係』 《周囲からサポートが期待できない関係》

う状況に陥ることを認知していた。患者は医師に深い愛着がありながら医師の多忙に配慮して、遠慮しながらも強く医師のコミットを求めている¹⁸⁾と述べられているように、本研究でも患者は医師との関わりを求めている。

看護師との関係では、患者は看護師にいつも同じ対応や言わなくてもわかってくれる気配りを求め、担当の看護師が違えば対応が変わるため不安なことが表出された。患者自身が外来で看護師に望むことは、「優しさ」「気配り」「笑顔」といった項目が語られた。

実際には、病状や日常生活についての相談において患者自身は看護師に相談するという意識はなく、「医師に相談する」との答えが返ってきた。内布ら¹⁹⁾は、治療以外の医療についてはニーズを認識するに至っておらず、医療者の介入をイメージできない、心のケアや生活ベースの対処行動は、医療者に求めるというより当然のことながら家族や社会に求めているといっている。その反面、1990年に行われた450人の外来患者のアンケート調査によると看護師の相談活動を利用したい患者は77.1%、さらに、必要があれば受診予約がなくても来院するという患者が59.8%あり、外来患者は療養上の悩みを相談する場を求めていると報告されている²⁰⁾。生活面での相談は医師より看護師の方が適切に対応できることが多いが、患者自身にその認識がなく相談できずに不安を抱えているか、医師から説明がないと不安を募らせていると考えられる。がんなどの長期の療養が必要な患者や侵襲の強い治療を継続する必要のある患者の場合は、担当者を配置し患者へ安心を与え、適切な日常生活の相談・指導を行うことが重要であると考えられる。今後、外来での看護師の役割を再構築する必要性が示唆された。

『家族との関係』『友人との関係』において、看護師

の認知は、「自らの役割との葛藤」や「家族との心の距離感」、「家族の世話になることへの遠慮」、「サポートの期待できない家族関係」などが認知されていた。患者の認知においても、「夫の期待に答えられない頼りない自分」「サポートの得られない家族関係」という内容が抽出されたが、「家族が遠方に住み日常生活でのサポートが得られない」というものであった。他の研究では、「患者が孤独感や否定的な影響を感じとっていること」の報告²¹⁾や「世話になることについての心理的負担感があるためにサポートを求められない」の報告²²⁾があり、本研究の看護師の認知したものと異なる内容ではないと考えた。

VI. まとめ

本研究の結果、以下の点が明らかになった。

- 1) 看護師の捉える患者の苦痛・困難と患者の捉える苦痛困難の類似点は、大カテゴリーの5項目、カテゴリーの項目において大体一致していた。このことより看護師は患者の苦痛・困難について認知していると考えられた。
- 2) 看護師の捉える患者の苦痛・困難と患者の捉える苦痛困難の相違点において、患者の捉える苦痛・困難は、主観的で、身体面・社会面・治療環境面・精神面・人間関係面、さらにスピリチュアル面が加わり、それらが複雑に絡み合い、影響しあった全人的なものとして存在していた。しかし、看護師の捉える苦痛・困難は、それぞれのカテゴリー項目内容とのつながりが少なく、各カテゴリーの項目内容のみで捉えている傾向があった。
- 3) 診療介助中心の業務のあり方や専門職によるサポート体制の問題、そして看護師自身の知識不足などによ

り、看護師の認知は、外来診療の中でなんとなく気づいているが、患者の体験している苦痛の認識までは至っていない。そして、「気づき」を「看護ケア」に活かすことが出来ない状況であった。

4) 患者の苦痛・困難における看護師と患者の認知の比較より、外来化学療法における看護のあり方に関して以下の3つのことが示唆された。

- ①患者の看護師の認知とのズレを意識した看護ケアの提供
- ②患者のニーズに対応するための外来看護体制の構築
- ③がん看護の専門看護師を活用することによるケアの質の保障

VII. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は限られた施設、および期間に行ったために、対象者の人数や背景に限界があり、対象者の特性を十分に反映しているとは言えない。また、研究者自身がデータ収集の道具であり、面接や観察能力により得られるデータが限定されていること、および分析や解釈において、研究者の主観が入っている可能性を否定できない。

今後は、対象者を増やし、得られた結果を検証していくとともに、看護師の気づきをケア行動につなげる為の要因や患者により良いケアを提供するための促進因子を明らかにし、患者のみならず、外来看護師のサポートプログラムの開発につなげていきたいと考える。

引用文献

- 1) 福島雅典監修：がん化学療法と患者ケア 改訂版，第2版，2-22，医学芸術社，東京（2005）
- 2) 財）厚生統計協会：国民衛生の動向 2005年，43，144-146，廣済堂，東京（2005）
- 3) 片桐和子他：継続治療を受けながら生活しているがん患者の困難・要請と対処-外来・短期入院に焦点をあてて-，日本がん看護学会誌，15（2）：68-74（2001）
- 4) 小西美ゆき他：外来に通院するがん患者の療養生活上のニーズの起因，千葉大学看護学部紀要，24：41-45（2002）
- 5) 林田裕美他：外来で化学療法を受けながら生活するがん患者の困難と対処，広島県立保健福祉大学誌 人間と化学，5（1）：67-76（2005）
- 6) 武田貴美子他：外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズ，長野県看護大学紀要6：73-85（2004）
- 7) 菅原聡美他：外来に通院するがん患者の療養生活上のニーズ，千葉大学看護学部紀要，26：27-36（2004）
- 8) 内布敦子他：外来化学療法を受けるがん患者の自己管理能力の開発プログラム臨床応用平成14年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合）研究成果報告書（2002）
- 9) 佐藤禮子他：癌患者の主体的療養を支援するために外来モデルの構築に関する研究，平成11~14年度科学研究助成金（基盤研究（B）（2））研究成果報告書（2004）
- 10) 青木和恵：外来で化学療法を受ける患者の看護-その実践と課題-，日本がん看護学会誌13（2）：29-31（1999）
- 11) 酒井禎子他：外来・短期入院を中心としたがん医療の現状と課題-外来・短期入院を中心としたがん医療に携わる看護師の困難と対処-：日本がん看護学会誌，15（2）：75-81（2001）
- 12) 佐藤まゆみ他：がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取組み，千葉大学看護学部紀要，25：37-44（2003）
- 13) 河正子：スピリチュアリティ，スピリチュアルペインの探求からスピリチュアルケアケアへ，緩和ケア15（5）：368-374（2005）
- 14) 小澤桂子：患者・家族へのサポートと外来治療の評価，がん看護8（5）：384-390（2003）
- 15) 林 桂子：外来看護の役割と課題：看護が変われば医療全体が変わる，看護技術，47（7）：17-21（2001）
- 16) 前掲6)
- 17) 瀬川善子：継続的・個別的にかかわる外来がん化学療法の看護，看護学雑誌，68（10）：975-978（2004）
- 18) 前掲8)
- 19) 前掲8)
- 20) 林 啓子：患者のニーズに答える外来看護，看護展望，15（1）：58-62（1990）
- 21) 前掲7)
- 22) 前掲4)

要 旨

【目的】外来化学療法を受ける患者の苦痛・困難について看護師と患者の認知を比較し、外来化学療法看護について検討することを目的とした。

【結果及び考察】外来化学療法患者の苦痛・困難は、看護師・患者共に【身体面に関する苦痛・困難】【精神面に関する苦痛・困難】【社会面に関する苦痛・困難】【人とのかかわりに関する苦痛・困難】【治療環境に関する苦痛・困難】の5つの大カテゴリーに集約された。

身体面では、治療に関係するものと病状進行による症状に関するものが見出された。精神面では治療の継続に関するものとがんという病と向き合う苦痛困難、社会面では時間的なもの、日常生活に関するもの、社会活動に関するもの、人との関係では医療者、家族、友人との関係によるもの、が見出された。看護師と患者の比較における相違点として、患者の認知は主観的で、身体面を中心に精神面、治療環境面、社会面、人間関係面、さらにスピリチュアル面が加わり、各カテゴリーの内容が複雑に絡み合い影響した全人的なものとして存在していた。しかし、看護師の認知は各カテゴリーの内容の繋がりがなく、各カテゴリーの内容独自のものと捉えている傾向があった。また、看護師の認知はなんとなく気づいているが、患者の体験している苦痛の認識まで至らず、「気づき」を「看護ケア」に生かすことが出来ない状況であることが示唆された。

今後、看護師の「気づき」を「看護ケア」に繋げるため①患者と看護師の認知のズレを意識した看護ケアの提供、②患者ニーズに対応する外来看護体制の構築、③がん看護専門看護師の活用によるケアの質の保証の3点の取り組みが必要であると考えられる。