

健康尺度調査を用いた頭頸部がんおよび 食道がん患者とその家族に対する退院支援の検討

－入院時と退院時の比較と具体的な看護援助について－

富 樫 団¹⁾・菅 原 京 子²⁾・小 池 修 治³⁾
古 瀬 秀 和³⁾・野 村 尚⁴⁾・佐 藤 寿 晃⁵⁾

Examination of the discharge support for patients with head and neck cancer and esophageal cancer and the families using a healthy investigation

-About the comparison at on admission and discharge and concrete nursing care-

Madoka Togashi¹⁾, Kyoko Sugawara²⁾, Syuji Koike³⁾,
Hidekazu Furuse³⁾, Hisashi Nomura⁴⁾, Toshiaki Sato⁵⁾

Abstract

This study investigated on admission and the healthy evaluation at discharge support for patients with head and neck cancer and esophageal cancer and the families. And we examined the nursing care that was necessary for discharge support. Six patients with head and neck cancer and esophageal cancer and their respective families were evaluated using a 12-item short-form health survey, performance status, and questionnaire survey at discharge. Results showed that the health of patients at admission was poor. At discharge, their health condition tended to show recovery. Families of patients with cancer had good physical health condition. However, mental health data tended to show a low level at admission. It was lower at the time of discharge, largely because of the mental health state. These findings underscore the special anxiety of head and neck cancer patients and their families. Accordingly, we suggested that the place planning the communication with the family and provide the environment that is easy to appeal for a question and anxiety. And it is necessary for the nurse to offer necessary information.

Key words : head and neck cancer, family, health investigation, discharge support

1) 山形県立中央病院 看護部
〒 990-2292 山形県山形市青柳 1800
Division of Nursing, Yamagata Prefectural of Central Hospital
1800 Aoyagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2292, Japan

2) 山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科
〒 990-2212 山形県山形市上柳 260
Department of Nursing,
Yamagata Prefectural University of Health Sciences
260 Kamiyanagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2212, Japan

3) 山形県立中央病院 耳鼻咽喉科 頭頸部科
〒 990-2292 山形県山形市青柳 1800
Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery,
Yamagata Prefectural of Central Hospital
1800 Aoyagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2292, Japan

4) 山形県立中央病院 外科
〒 990-2292 山形県山形市青柳 1800
Department of Surgery, Yamagata Prefectural of Central Hospital
1800 Aoyagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2292, Japan

5) 山形県立保健医療大学 保健医療学部 作業療法学科
〒 990-2212 山形県山形市上柳 260
Department of Occupational Therapy,
Yamagata Prefectural University of Health Sciences
260 Kamiyanagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2212, Japan

(受付日 2016. 9. 20, 受理日 2017. 2. 15)

はじめに

現在、日本の医療制度は国民皆保険のもと、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立した¹⁾。世帯主が 65 歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく中、国民の 60%以上が自宅での療養生活を望んでいる²⁾。そのため、患者のニーズに応じた病院、病床機能の役割分担や、医療と介護の連携強化を通し、効果的・効率的な医療・介護サービスの提供体制を構築することが急務である。2013 年に社会保障制度改革推進法が成立し、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革により、厚生労働省は、在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括システムの構築に取り組んでいる³⁾。

それらの背景から、近年では疾病を抱えても自宅などの住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を送ることができるように、入院治療から外来治療へと患者の療養環境は変化してきている。がん患者も例外ではない。家族のサポートを受けながら社会資源を活用して在宅で生活し、外来での治療を継続していかなければならない。

頭頸部がん患者および食道がん患者は、手術治療や化学療法による侵襲で、摂食、呼吸、発声などの機能が障害されることが多い。そのため、コミュニケーションの問題を招きやすい。また、障害される部位が日常生活に直接関与する部位であることから、医療処置や日常生活の介護が必要になることが多い。さらに、入院前と退院後の日常生活活動 (activities of daily living : 以下、ADL) が変化することで、在宅療養が困難になる場合も少なくない^{4,5)}。また、退院の際、患者と家族の在宅療養への認識が異なる場合があり、介護者となる家族が患者を受け入れる生活状況や、心理状態も在宅療養に移行するに重要な要件となる⁶⁾。

先行研究で、がん患者の退院支援は外来通院中から、入院時、入院中の取り組みなど、退院までの全期間において、看護師の関わりが重要であることが明らかになっている⁷⁾。

本研究では、患者と家族の入院時と退院時の健康関連 QOL、在宅療養に移行する際の、患者と家族の不安を調査した。また退院後の在宅療養へ移

行するにあたっての、患者と家族、それぞれの不安要因を明らかにし、不安に対処していくとともに、それぞれの退院支援で必要な具体的援助について検討した。

対象と方法

1. 研究対象者

頭頸部がんおよび食道がん罹患した患者で、がん告知を受け、I 病院で入院加療する患者 (以下、患者) と、キーパーソンにあたるその患者の家族 (以下、家族) とし、意思疎通を図ることができ、本研究の協力を同意できることを条件とした。外来で入院が決定した際に、入院の説明を受ける患者と家族に研究への協力を依頼した。

2. 調査期間

平成 26 年 7 月から 10 月 (4ヶ月間)

3. データ収集方法

質問紙法による調査を実施した。質問紙は、入院時用として、健康関連 QOL を測定する尺度である SF-12[®]を使用した。SF-12[®]とは、SF-36[®]健康調査票から選択された 12 項目からなる、SF-36[®]の短縮版質問用紙である。SF-36[®]と同様に、特定の年齢や疾患、治療に限らず、包括的な健康状態を測定するものである。SF-36[®]ができる以前、医療評価において、機能状態や健康状態を包括的に測定することはあまりなく、対象者や医療環境で使用可能な指標もなかった。1996 年に、英語版 SF-36[®]がバージョン 2 へと改良されたことによって、より高い精度が得られるようになった。SF-12[®] (スタンダード) の日本語版は、2004 年から使用が開始され、より少ない項目でありながら、妥当性を保ち、SF-36[®]に代わって使用できる尺度であるため SF-12[®]を使用した⁸⁾。

退院時調査として、退院決定の際に、SF-12[®]の質問用紙と、生活状況および不安に関するアンケート用紙 (患者用 : 別紙 1、家族用 : 別紙 2) を配布し記入を依頼した。

生活状況および不安に関するアンケートで、年齢、性別、家族構成、住居、介護認定、生活状況 (Performance Status : 以下、PS)、在宅療養の希望などについて質問した。PS とは患者の全身状態

を表す指標の一つであり、がん治療は患者の全身状態に配慮して行うため、臨床においても、日常生活の制限の程度を示す指標の一つとして PS を使用している^{9,10)}。

4. 分析方法

1) SF-12[®]

SF-12[®]は、スコアリング方法によって項目を得点化し、下位尺度を算出した。項目を合計し、0 - 100 得点に変換、2007 年の国民標準値を 50 点、その標準偏差を 10 点とする、国民標準値に基づいたスコアリング (norm-based scoring : NBS) による変換を行った。SF-12[®]の、各項目と下位尺度は、得点が高いほど良い健康状態であることを表す。データ入力後、各項目と下位尺度は、下記の 4 段階の手順でスコアリングした。

- ①再コードが必要な 4 項目を、それぞれ再コード化する。
- ②同じ下位尺度に属する項目の点数を合計し、下位尺度の素点 (row score) を算出する (下位尺度素点)。
- ③下位尺度素点を 0 - 100 得点に換算する (変換後尺度得点)。
- ④日本の国民標準値を 50 点、標準偏差を 10 点とした NBS 得点に換算する。(国民標準値に基づく尺度得点)。

患者と家族の入院時および退院時の中央値を、既存の国民標準値と比較検討した。

2) 生活状況および不安に関するアンケート

各質問項目の集計を行った。退院後の不安は、「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそう思わない」までの 5 段階のリッカート尺度により、回答を求めた。選択した回答に応じて、1 点から 5 点の得点を付与し得点化した。不安が強い方のスコア合計が高値となる。

5. 倫理的配慮

本研究は、放送大学倫理審査委員会および、I 病院倫理審査委員会による承認を得た。対象者には、書面と口頭で研究の趣旨および内容について説明し、研究参加に同意する場合は、同意書に署名を得た。質問紙への回答は、辞退も含め全くの自由意志であり、回答しにくい項目については、

空欄記載でよい旨を説明した。また、拒否によって診療上、何ら不利益を生じないことも説明した。本研究結果は、論文に公表するが、個人が識別されないようにプライバシーを厳守し、分析に使用した後はすべて消去することを伝えた。

結 果

1. 対象者の概要

I 病院の耳鼻咽喉科・頭頸部外科と消化器外科で、入院治療をすることになった患者 15 名と家族 13 名から協力を得ることができた。I 病院は、J 県の中核病院として、がん生活習慣病センターを備え、県内外のがん治療を担っている。

研究の同意が得られた患者と家族の 22 名に質問用紙を配布した。入院時の質問用紙は患者が 15 名、家族が 13 名から回収でき、退院時の質問用紙は、患者が 12 名、家族が 8 名から回収できた。回収した中で、患者と家族の入院時の質問用紙と、退院時の質問用紙が全て揃っていることを条件とし、8 名を採用した。患者 E に限り、SF-12[®]の回答はあったが、生活状況および不安に関するアンケートの非回答部分が多いため、SF-12[®]のみ採用し、生活状況および不安に関するアンケートの集計から除外した。そのため、生活状況および不安に関するアンケートの分析は 7 名とした。

性別は男性 6 名、女性 2 名であった。年齢は 40 歳代から 70 歳代。家族は全員配偶者が回答した (表 1)。

入院前、介護認定を受けている患者はおらず、全員 ADL が自立していた。退院後も介護認定を受ける予定はないと 7 名中 7 名全員が回答した。退院後、医療施設や他病院に転院した患者はおらず、全員が自宅へ退院した。患者 D は、「自宅での療養を希望しているか」の質問に対し、「どちらともいえない」と回答した。患者 F は、「いいえ」と回答した。その理由として、「医療処置が困難」を挙げている。また、患者 D、F は、「家族もあなたの在宅療養を希望しているか」の質問に対し、「どちらともいえない」「いいえ」と回答した。しかし、患者 D、F の家族は、「患者は自宅での療養を希望しているか」の質問に対し、「はい」と回答しており、「家族は患者の在宅療養を希望するか」の質問に対しても、「はい」と回答した。

表 1 対象者の概要

項目(※1)	A	B	C	D	E	F	G	H
年齢	60歳代	50歳代	70歳代	60歳代	60歳代	60歳代	50歳代	40歳代
性別	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性
病名	胸部食道癌	胸部上部+ 中部食道癌	胸部中部+ 下部食道癌	胸部下部食道癌	左耳下腺癌	下咽頭癌	甲状腺乳頭癌	甲状腺乳頭癌
入院時の症状	飲み込みがわるい	なし	なし	なし	腫脹 疼痛	咽頭痛	なし	なし
在院日数	21	52	20	19	30	19	8	7
今回の治療	手術	手術	手術	手術	手術	化学療法	手術	手術
チューブ類	腸瘻あり (注入なし)	腸瘻あり (注入なし)	腸瘻あり (注入なし)	腸瘻あり (注入なし)	なし	なし	なし	なし
退院後の後遺症	右反回神経麻痺	左反回神経麻痺	なし	左反回神経麻痺	なし	なし	なし	左反回神経 不全麻痺
患者の就業の有無(※2)	なし	あり	なし	あり	あり	なし	なし	なし
家族アンケートの回答者	妻	妻	妻	妻	妻	妻	夫	夫
リハビリの有無と内容	なし	理学療法	なし	なし	理学療法	なし	なし	なし
栄養指導の有無	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし

※1 A~Hは回答者個人を示す略号 ※2 入院時現在の患者の就業の有無

また、患者 A、B、C、D が経管栄養を使用するときに備えて、腸瘻チューブを造設した。安静臥床中の全身の筋肉拘縮予防のため、理学療法士による運動療法を受けた患者は B、E の 2 名であった。患者 A、B、D、H は手術後、反回神経麻痺があったが、言語療法士による嚥下に関するリハビリテーションは受けていなかった。

2. SF-12[®]

1) 患者の入院時調査 (表 2-1)

患者の入院時 SF-12[®] は、中央値が「身体機能」55.7、「日常役割機能 (身体)」36.6、「身体の痛み」40.6、「全体的健康観」51.9、「活力」47.6、「社会生活機能」39.4、「日常役割機能 (精神)」41.1、「心の健康」45.8 であった。「日常役割機能 (身体)」 「身体の痛み」 「社会生活機能」 「日常役割機能 (精神)」 「心の健康」が、国民標準値よりも低値となった。

2) 家族の入院時調査 (表 3-1)

家族の入院時 SF-12[®] は、中央値が「身体機能」55.7、「日常役割機能 (身体)」46.2、「身体の痛み」51.7、「全体的健康観」51.9、「活力」47.6、「社会生活機能」39.4、「日常役割機能 (精神)」41.1、「心の健康」39.8 であった。「日常役割機能 (身体)」 「社会生活機能」 「日常役割機能 (精神)」 「心の健康」が、国民標準値より低値となった。

3) 患者の退院時調査 (表 2-2)

患者の退院時 SF-12[®] は、中央値が「身体機能」55.7、「日常役割機能 (身体)」55.8、「身体の痛み」51.7、「全体的健康観」51.9、「活力」47.6、「社会生活機能」45.1、「日常役割機能 (精神)」53.2、「心の健康」45.8 であった。「日常役割機能 (身体)」 「身体の痛み」 「社会生活機能」 「日常役割機能 (精神)」の値が回復し、中央値が国民標準値に近い値

となった。

4) 家族の退院時調査 (表 3-2)

家族の退院時 SF-12[®] は、中央値が「身体機能」55.7、「日常役割機能 (身体)」43.0、「身体の痛み」51.7、「全体的健康観」51.9、「活力」38.5、「社会生活機能」33.7、「日常役割機能 (精神)」38.1、「心の健康」39.8 であった。「日常役割機能 (身体)」 「活力」 「社会生活機能」 「日常役割機能 (精神)」 「心の健康」の値が国民標準値より低値となり、入院時と同じ、もしくは、より低値となった。

5) SF-12[®] の中央値と国民標準値 (図 1,2)

SF-12[®] の調査結果の中央値を用いて表とグラフを作成し、患者と家族に分けて、既存の国民標準値と比較した。患者は、入院時に身体的および精神的には健康評価が低く、退院時には、健康評価が回復する傾向にあった。家族は、健康評価が入院時に低く、退院時にも低いまま改善しない傾向にあった。

3. 生活状況および不安に関するアンケート

1) 患者の退院後の不安

患者の退院後の生活状況および不安を調査したアンケートの結果で、スコアの最大値は、「病気の進行」で 25 点であった。「痛み」は 21 点であった。「発声やコミュニケーション」は 20 点、「呼吸」「治療効果があったか」「緊急時の対処法」の項目が 19 点であった。他、「副作用」が 18 点、「食事が口から摂れるか」は 15 点であった (表 4-1)。また自由記載に、「誤嚥性肺炎が起きないか心配している」「呼吸のこと」と記載した患者が 2 名であった。

2) 家族の退院後の不安

家族の退院後の生活状況および不安を調査したアンケートの結果で、最大値の 27 点が、「治療効

表 2-1 SF-12[®]における入院時の患者の中央値と国民標準値

患者	身体機能	日常役割機能(身体)	身体の痛み	全体的健康観	活力	社会生活機能	日常役割機能(精神)	心の健康
中央値	55.7	36.6	40.6	51.9	47.6	39.4	41.1	45.8
最大値	55.7	55.8	57.3	51.9	56.6	56.6	56.3	57.8
最小値	29.2	23.8	23.9	24.1	29.4	33.7	25.9	15.7
国民標準値	55.7	55.8	57.3	51.9	47.6	56.6	56.3	51.8

表 3-1 SF-12[®]における入院時の家族の中央値と国民標準値

家族	身体機能	日常役割機能(身体)	身体の痛み	全体的健康観	活力	社会生活機能	日常役割機能(精神)	心の健康
中央値	55.7	46.2	51.7	51.9	47.6	39.4	41.1	39.8
最大値	55.7	55.8	57.3	70.5	56.6	56.6	56.3	51.8
最小値	16.0	30.2	23.9	35.7	29.4	22.2	32.0	15.7
国民標準値	55.7	55.8	57.3	51.9	47.6	56.6	56.3	51.8

表 2-2 SF-12[®]における退院時の患者の中央値と国民標準値

患者	身体機能	日常役割機能(身体)	身体の痛み	全体的健康観	活力	社会生活機能	日常役割機能(精神)	心の健康
中央値	55.7	55.8	51.7	51.9	47.6	45.1	53.2	45.8
最大値	55.7	55.8	57.3	51.9	56.6	56.6	56.3	63.8
最小値	42.5	30.2	12.8	24.1	38.5	22.2	32.0	33.8
国民標準値	55.7	55.8	57.3	51.9	47.6	56.6	56.3	51.8

表 3-2 SF-12[®]における退院時の家族の中央値と国民標準値

家族	身体機能	日常役割機能(身体)	身体の痛み	全体的健康観	活力	社会生活機能	日常役割機能(精神)	心の健康
中央値	55.7	43.0	51.7	51.9	38.5	33.7	38.1	39.8
最大値	55.7	55.8	57.3	70.5	47.6	56.6	56.3	57.8
最小値	29.2	30.2	35.0	35.7	29.4	22.2	25.9	21.7
国民標準値	55.7	55.8	57.3	51.9	47.6	56.6	56.3	51.8

果があったか」と「病気の進行」であった。患者のスコアで最大値を示した「病気の進行」は、家族のスコアでも高い値を示した。「痛み」「発声やコミュニケーション」は24点であった。「緊急時の対処法」が23点、「副作用」が22点、「呼吸」が21点、「食事が口から摂れるか」が19点であった(表4-2)。

3) 退院を意識した時期と退院までの期間

退院を意識した時期は、患者が、「退院が可能である説明を受けたとき」で7名中4名であった。他の3名は各項目に1名ずつであった。家族は、「入院が決まったとき」と回答したのが7名中3名であった。患者B、Fの家族は、「入院中(治療

が一段落したとき)」と回答した。患者C、Dの家族は、「退院が可能である説明を受けたとき」と回答した。また、「退院の準備には十分な時間があった」の質問に対し、患者と家族、それぞれ7名中5名が「そう思う」または「ややそう思う」と回答した(表5-1、5-2)。

4) PS

入院時と退院時のPSを一覧表にし(表6)、入院時と退院時で変化があったかを調査した。結果、患者E、G、Hは、入院時PSが1で、退院時PSも1であり、入院時と退院時の変化がなかった。患者A、B、C、D、Fは、入院時PSが1であったが、退院時は2または3であった。

表 4-1 患者の退院後の不安

(N=7)

質問内容	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない	スコア合計
	(5点)	(4点)	(3点)	(2点)	(1点)	
1 「痛み」のことに不安がある。	0	3	A、C、D 2	B、G 1	H 1	F 21
2 「呼吸」(息苦しさ)のことに不安がある。	0	3	B、C、D 1	G 1	H 2	A、F 19
3 「発声」や「コミュニケーション」の不安がある。	0	3	A、B、D 1	G 1	H 2	C、F 20
4 「食事が口から摂れるか」不安がある。	0	1	B 2	D、G 1	H 3	A、C、F 15
5 「病気の進行」が心配だ。	3	B、F、G 1	A 1	H 1	C 1	D 25
6 「治療効果があったか」が心配だ。	1	F 1	B 1	G 3	A、D、H 1	C 19
7 治療の「副作用」が心配だ。	1	B 1	F 1	G 2	A、H 2	C、D 18
8 「緊急時の対処法」に不安がある。	1	B 0	3	C、D、G 2	A、H 1	F(※4) 19

※3 不安が強いほど高値 ※4 A~Hは回答者個人を示す略号

表 4-2 家族の退院後の不安

(N=7)

質問内容	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない	スコア合計
	(5点)	(4点)	(3点)	(2点)	(1点)	
1 「痛み」のことに不安がある。	2	C、D 1	H 3	A、B、G 0	1	F 24
2 「呼吸」(息苦しさ)のことに不安がある。	2	C、D 0	3	A、B、G 0	2	F、H 21
3 「発声」や「コミュニケーション」の不安がある。	3	A、C、D 1	B 1	G 0	2	F、H 24
4 「食事が口から摂れるか」不安がある。	1	D 2	A、C 1	G 0	3	B、F、H 19
5 「病気の進行」が心配だ。	5	A、B、C、D、G 0	0	0	2	F、H 27
6 「治療効果があったか」が心配だ。	3	B、C、D 2	A、F 1	G 0	1	H 27
7 治療の「副作用」が心配だ。	1	C 2	A、F 2	B、G 1	D 1	H 22
8 「緊急時の対処法」に不安がある。	1	C 3	A、B、F 1	G 1	D 1	H(※6) 23

※5 不安が強いほど高値 ※6 A~Hは回答者個人を示す略号

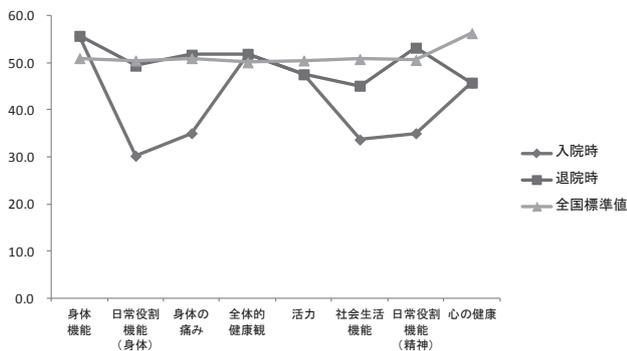


図 1 SF-12®患者の中央値と国民標準値

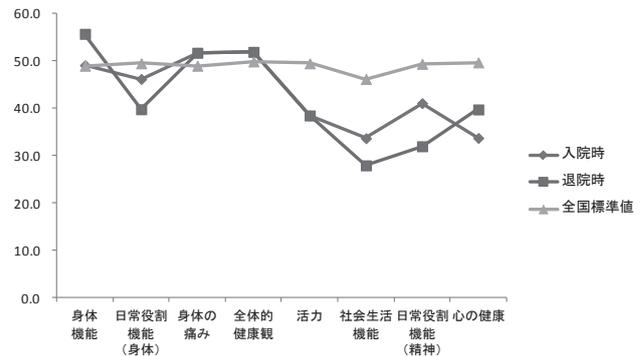


図 2 SF-12®家族の中央値と国民標準値

考 察

1. 患者と家族の健康評価の特徴

患者の入院時調査 SF-12®で、国民標準値との差が認められる項目は、「日常役割機能(身体)」の項目である。「日常役割機能(身体)」とは、過去1ヵ月間に仕事や普段の活動をした時、身体的な理由で問題があったかを示す。得点が高い場合は問題がなく、低い場合は問題があったと解釈される。国民標準値が 55.8 に対し、中央値が 36.6 と低値を示した。患者は、入院前に身体的な理由で、仕事や普段の活動に問題があったといえる。「身体の痛み」の項目で、その値が低い場合、過去1ヵ

月間に非常に激しい身体の痛みのため、いつもの仕事が非常に妨げられたことを示す。国民標準値が、57.3 であるのに対し、中央値が 40.6 と低い値を示した。患者は、「痛み」によりいつもの仕事に支障をきたしたと感じていた。一方、表 1 の入院時の症状として、痛みの訴えが、8 名中 2 名にあった。実際の訴えと SF-12®で、痛みの表出が異なることから、情報収集では聞きとれなかった痛みを、SF-12®で検出できた可能性を示唆する。

また、退院時に PS は低下したが、患者の SF-12®は全体の値が国民標準値に近づいており、入院時と比べて上昇する傾向にあった。その中でも、「日常役割機能(身体)」「日常役割機能(精神)」

表 5-1 退院を意識した時期 (患者)

		(N=7)	
質問内容	患者		
1 入院が決まったとき	1	H	
2 入院中(治療を始める前)	1	G	
3 入院中(治療が一段落したころ)	1	D	
4 退院が可能である説明を受けたとき	4	A、B、C、F(※7)	
5 その他	0		

※7 A~Hは回答者個人を示す略号

表 5-2 退院を意識した時期 (家族)

		(N=7)	
質問内容	家族		
1 入院が決まったとき	3	A、G、H	
2 入院中(治療を始める前)	0		
3 入院中(治療が一段落したころ)	2	B、F	
4 退院が可能である説明を受けたとき	2	C、D(※8)	
5 その他	0		

※8 A~Hは回答者個人を示す略号

表 6 全身状態 (生活状況 Performance Status : PS) の変化

		(N=8)	
		入院前	退院時
A		1	2
B		1	3
C		1	2
D		1	3
E		1	1
F		1	2
G		1	1
H	(※9)	1	1

※9 A~Hは回答者個人を示す略号

- まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
- 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例: 軽い家事、事務
- 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
- 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

「身体の痛み」は、退院時に上昇した。この原因は、治療を終えた達成感によるものと推察する。患者は、治療による身体的な変化を経験したが、退院時には身体的、精神的にストレスから解放されたためと推測される。また、医療者と家族による入院中の支援により、患者の身体的苦痛と精神的不安を軽減した可能性があると考ええる。

家族の SF-12® で、「社会生活機能」は、その値が低い場合、過去 1 ヶ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間との普段の付き合いが、身体的あるいは心理的な理由で、非常に妨げられたことを示している。家族の「社会生活機能」は、入院時の中央値が 39.4 に対して、退院時の中央値が 33.7 へと低下した。また、「活力」は値が低い場合、いつも疲れを感じ疲れ果てていたことを表し、値が高い場合は、いつでも活力にあふれていたことを表している。家族の入院時の「活力」の値は 47.6、退院時の値は 38.5 であった。このことから、治療を受ける患者より、患者をサポートする家族の方が大きなストレスにさらされている可能性があると考ええる。

2. 患者と家族の不安と医療援助

患者と家族の不安の全体的なスコア合計から、患者のスコア値よりも家族のスコア値が、全項目において高いことが特徴的であった(表 4-1、4-2)。患者より、家族の不安が強い傾向があった。

退院後の具体的な不安において、患者と家族ともに、「病気の進行」に対する不安が、患者 25 点、家族 27 点と、高値を示した。患者と家族のニーズは、治療によりがんの進行を食い止めること、そのための積極的な取り組みである。生き延びるため、医療者の関わりが生存の保証であり、がんを治すための医療的サポートを求めながら治療を受けている^{11,13)}。治療を受けるうえで、医療者に対し、積極的な治療への関わりを求めることが、患者と家族の当然のニーズであると考ええる。

頭頸部がん患者および食道がん患者の特徴である、反回神経麻痺による、嚥下障害に対して、「食事が口から摂れるか」の不安があるのではないかと予測されたが、実際の結果では、患者 15 点、家族 19 点と、双方でスコアの値が一番低い値を示した。退院までに医師と看護師から、嚥下指導など、食事の摂取方法の指導を受けたことにより、

患者と家族の食事摂取に対する不安が軽減したものと推察する。4 人の患者は、退院時には食事の摂取量が良好と判断されたため、一旦経管栄養を中止した。しかし、腸痙を閉鎖せずに退院し、退院後に食事量の不足や体重減少があった場合、外来で経管栄養の処方を受け、在宅で注入できるように、手技を看護師から指導されていた。栄養指導も 8 名中 4 名が栄養士による食事指導を治療後に受けていた。これらの働きかけも患者と家族の食事に対する不安の軽減に寄与したものと考えられる。

3. 患者への具体的支援

頭頸部がんおよび食道がん患者の特徴として、手術合併症である、反回神経麻痺による嘔声、嚥下障害などが挙げられる。本研究では、患者 8 人のうち、4 人が術後反回神経麻痺を合併していた。早川ら¹⁴⁾によると頭頸部がんおよび食道がん患者には、下記のような特有の訴えがある。「退院後の生活で最も心配だったのは、痰詰まりによる呼吸困難の体験である」「失声によるコミュニケーション障害、嚥下障害による 1 日 3 度の食事の苦勞が辛い」「苦しみに追い打ちをかける喉の痛みが辛い」などの訴えである。本研究のアンケートでも、呼吸に対する不安や誤嚥性肺炎に関する記載が認められた。

I 病院は、言語聴覚士が 1 名、嚥下・摂食障害看護認定看護師 1 名という体制で、専門的なリハビリテーションを受ける事が難しい状況である。本研究では、言語聴覚士および嚥下・摂食障害看護認定看護師の嚥下リハビリテーションや指導を受けた患者はいなかった。外科で食道がんの手術をした患者は、耳鼻咽喉科・頭頸部外科を受診し反回神経麻痺の評価、観察を行っていた。患者の症状により状態を適切に評価し、必要に応じて、リハビリテーション指導などを行っていく必要がある。また、退院時に、患者 8 名中、5 名の PS が変化しており、変化のあった患者が自宅へ退院することを迷う傾向であった。患者は、自宅での医療処置が困難と考え、家族に介護負担をかけたくないことを理由に、自宅への退院を諦めてしまう可能性があることが明らかになった。退院後、自宅での医療行為や、介護が必要と予測される場合、介護認定、身体障害者手帳の交付などの手続きを行うように、地域連携室と協力して援助する必要

がある。患者と家族に、社会的資源が活用できる事を伝え、どのようなサービスを受けることができるのかを、具体的に説明しておく必要がある。在宅療養での日常生活の負担を軽減する働きかけが重要であると考え^{15,16)}。

がん性疼痛による「痛み」は、ただ単に身体の痛みだけを指すものではない。がんの痛みの背景には、「絶望感・挫折感」と、様々な苦悩（収入の途絶、療養費の工面、家族の生活費など）や苦痛（検査や手術、化学療法に伴う苦痛、がんの進行に伴う苦痛）、そして、これらの苦痛が死ぬまで持続するであろうこと、それを予期して、不安感が極度に高まることで、がん特有の「痛み」不安が現れると言われている¹⁷⁾。これまでの調査において、「疼痛」と「心の健康」は、相関性があることが明らかになっている¹⁸⁾。入院時に明らかな疼痛を訴えているのは患者 E、F であるが、患者 E は、「痛み」のことは「全く心配していない」という回答であった。必ずしも、実際の疼痛が「痛み」不安の要因ではないことがわかった。「痛み」不安は、精神的側面が大きく影響していると推察する。退院支援において、退院後の「痛み」不安が強いと、患者が感じる身体の「痛み」も強くなると懸念される。そのため、退院時で軽減している「身体の痛み」が、在宅療養に移行するにあたり、入院前のように低下しないよう、看護援助していく必要がある。外来での関わり、入院時のアセスメントなどを通じて、がん罹患した患者の苦痛を真摯に受け止める必要がある。看護師は積極的な関わりを持ち、不安要素の訴えを見逃さないように努めなければならない。患者から引き出される不安に対処していくことが、「痛み」不安の軽減につながると考える。

4. 家族への具体的対支援

これまで、がん患者の不安に対して注目され、看護援助が行われてきた。家族においても、患者のがんの罹患と入院治療などにより、精神的健康が阻害されるため、援助が行われてきた¹⁹⁾。今回の研究から、家族の不安の内容が明らかになることで、より具体的な援助を検討した。退院時に患者の健康評価は回復するが、家族の健康評価は低下しており、退院を意識した時期に関して、患者よりも家族の方が早い傾向にあった。このことが

ら、家族は、患者よりも退院後の生活について、不安を募らせる時間が長く、その不安を解決できずに、患者の退院時期に至ると考える。「退院を意識した時期と退院までの期間」の質問で、「退院の準備をする時間が十分にあった」という回答者が多かった。しかし、退院の準備をする時間があっても関わらず、不安を除去できないまま、退院を迎えたと推察する。家族の不安の分析から、「病気の進行」「治療効果」が、強い不安要素であることがわかっている。桑田ら²⁰⁾は「家族とは家族成員同士でお互いに大きな影響を及ぼし合う存在であり、回復を求める強さをもつ患者と共にがんと闘っている。患者と共に回復への希望を持ちながら、治療を支える家族の力強さがある」と述べており、退院を受け入れる家族に対しての看護援助が必要であると考え。患者は、入院中に自分の体調の変化を感じることができ、医師が回診をしたときに診察を受け、質問をすることができるため、不安が解消されやすい。また、看護師が何度も病室に訪室するため、不安を訴えやすい。一方家族は、面会時間の数時間を病院で過ごすのみであり、患者と比べて、はるかに不安を訴える機会や心配事を表出する機会が少ない。担当看護師は、家族が来院する時間帯を把握し、来院時に、積極的にコミュニケーションを図ることで、不安や心配事が訴え易い関係を、構築する必要があると考える。家族からの訴えがなかった場合でも、可能な範囲で、その日の患者の身体の状態や訴えを共有し、家族も患者と共に、「治療に参加している」という、意識を持つことができるように援助する必要がある。それにより、治療を終えたときに、患者と共に治療を終えた達成感を感じ、自宅で生活するイメージを持つことができると推察する。また、医師からの説明が必要な際には、病状説明の場を設け、患者のみならず、家族にも説明していくことが重要である。看護師は、患者と家族から具体的な不安が表出された際に、その不安が軽減されるように働きかけ、対処法を提供し、共に支える存在として、支援することを伝えることで、不安を軽減すると考える。

結 語

頭頸部がんおよび食道がん患者とその家族に対して、入院時と退院時の健康状態を把握し、不安を分析することにより、看護師が取り組むべき具体的援助が、以下のように明らかになった。

1. 患者は、入院時に身体的、精神的にも健康評価が低いが、退院時には健康評価が回復する傾向にあり、家族は、健康評価が入院時に低く退院時にも低いまま改善しない傾向にあった。
2. 患者と家族ともに、病気の進行に対する不安が強く、がん治療への医療的サポートが求められている。
3. がんに罹患した患者の苦痛を受け止め、不安要素を見逃さないように努め、必要に応じて、リハビリテーションや地域連携室との協力を図る必要がある。
4. 家族の退院後の不安を軽減するために、看護師が積極的にコミュニケーションを図る場を設け、疑問や不安を訴えやすい関係を構築するとともに、患者と共に「治療に参加している」意識を持つことができるように、情報提供していくことが必要である。

謝 辞

研究にご協力いただきました患者の皆様には深くお礼を申し上げます。また、貴重なご助言をいただきました皆様、ご多忙中ご協力いただいた施設スタッフの皆様には、心より感謝申し上げます。なお、本論文は平成26年度放送大学卒業研究を一部加筆したものである。

利益相反

本論文について他者との利益相反はない。

文 献

- 1) 在宅医療・介護の推進について. 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム. 厚労省 online <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkouiryou/iryoyou/zaitaku/>

- dl/zaitakuiryou all.pdf;2014.10.14.
- 2) 平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査結果. 内閣府, Cabinet Office, Government of Japan online http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka_1.pdf;2014.10.22
 - 3) 厚生労働省. 政策について. 社会保障・税一体改革 online <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html>;2014.10.22.
 - 4) 日本頭頸部癌学会編集. 頭頸部癌診療ガイドライン. 東京: 金原出版; 2013.
 - 5) 特定非営利活動法人日本食道学会編集. 食道癌診断・治療ガイドライン. 東京: 金原出版; 2012.
 - 6) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 渡邊眞理. がん患者の在宅療養サポートブック. 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 東京: 日本看護協会出版会; 2007.
 - 7) 石橋みゆき, 吉田千文, 小暮みどり, 津野祥子, 丸谷美紀. 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴. 千葉看会誌. 2011;VOL.17(2);1-9.
 - 8) 福原俊一, 鈴嶋よしみ. 健康関連 QOL 尺度 SF-36v2 日本語版マニュアル. 【SF-12[®]v2 スコアリングマニュアル収録】. 第 3 版 1 刷. 京都: NPO 法人健康医療評価研究機構; 2011
 - 9) 頭頸部癌取り扱い規約. 第 5 版. 日本頭頸部癌学会編. 東京: 金原出版; 2012.
 - 10) 食道癌取り扱い規約. 第 11 版. 日本食道学会編. 東京: 金原出版; 2015.
 - 11) 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵, 大塚奈央子, 滋野みゆき. 外来化学療法を受けているがん患者の潜在的ニーズ. UH CNAS, RINCPC Bulletin.2011;18:35-47.
 - 12) 本間ともみ, 鳴井ひろみ, 中村恵子. 外来で化学療法を受ける進行がん患者の家族の心理社会的問題と看護援助. 青森保健大雑誌. 2006;7(2):271-280.
 - 13) 柳原清子. がん患者家族の意志決定プロセスと構成要素の研究—ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて—ルーテル学院研究紀要. 2008;No.42:77-96.
 - 14) 早川満利子, 嶺岸秀子. 術後外来通院中の老年期頭頸部がん体験者・家族へのがんリハビリテーション看護. 日本看護科学会誌. 2012;32(2):24-33.
 - 15) 幸史子. 在宅療養がん患者の日常生活支援のための RISK FACTOR (危険因子) 尺度開発甲学術. 2014; 第 274 号.
 - 16) 上村康子, 小林三希子, 渡辺睦子, 渡辺美由紀, 藪中朋. 在宅がんターミナル患者の疼痛コントロールにおける看護婦の役割. 癌と化学療法. 1998; 25:5.
 - 17) 武田紀子, 大西和子. がん患者におけるがん性疼痛と QOL の関連性 The Relationship Cancer Pain and QOL for Cancer Patients. 三重県看護学. 2009;19-27.
 - 18) 水野照美, 佐藤禮子. 痛みのあるがん患者の在宅療養における苦痛とセルフケア. 千葉大学看護学部紀要. 2003; 25:1-8.
 - 19) 八尋陽子, 中井裕子, 東あゆみ. 外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討—対象論文を和文献に限定して—. 日本看護研究学会誌. 2012;35(5)129-136.
 - 20) 桑田恵美子, 古瀬みどり. 緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動. 日本看護研究学会誌. 2012;35(1):117-125.

富樫団，他：頭頸部がんおよび食道がん患者とその家族に対する退院支援の検討

患者様用

◆◆◆あなたのことについてお尋ねします◆◆◆

問1 あなたの年齢をお答えください。

_____ 歳

問2 あなたの性別をお答えください。

1.男性 _____ 2.女性 _____

問3 あなたのご家族構成をお答えください。

例・・・一人暮らし・夫婦二人暮らし
本人と子2人・本人と両親 など

問4 入院前のあなたのお住まいについてお答えください。

1.自宅 _____ 2.介護施設 _____ 3.当病院以外の医療機関 _____

問5 退院後のあなたのお住まいについてお答えください。

1.自宅 _____ 2.介護施設 _____ 3.当病院以外の医療機関 _____

問6 入院前のあなたの介護認定についてお答えください。

1.認定を受けたことがない 2.要支援1 3.要支援2 4.要介護1
5.要介護2 6.要介護3 7.要支援4 8.要支援5

問7 退院後のあなたの介護認定についてお答えください。

1.認定を受ける予定はない 2.要支援1 3.要支援2 4.要介護1
5.要介護2 6.要介護3 7.要支援4 8.要支援5

問6 下記の質問にお答えください。

	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
(1)もしあなたが在宅療養をした場合、あなたが生活の中で重視したいと感じることはなんですか？					
1 家族と過ごす時間がたくさん必要だ	1	2	3	4	5
2 一人で過ごす時間がたくさん必要だ	1	2	3	4	5
3 自分の仕事の時間を重視したい	1	2	3	4	5
(2)退院前の準備についてお答えください。					
1 退院の準備には十分な時間があると感じた	1	2	3	4	5
2 看護師に退院後の不安について相談することができた	1	2	3	4	5
3 看護師から退院後の症状(痛み、吐き気、皮膚障害など)の対処について指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5
4 看護師から退院後の医療処置の指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5
5 薬剤師から薬についての説明を受けたので不安はない。	1	2	3	4	5
6 栄養士から食事指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5

別紙1 生活状況および不安に関するアンケート患者用（一部抜粋）

ご家族用

◆◆◆患者さんのことについてお尋ねします◆◆◆

問1 患者さんの年齢をお答えください。

_____ 歳

問2 患者さんの性別をお答えください。

1.男性 _____ 2.女性 _____

問3 あなたからみた患者さんとのご関係をお答えください。

1.配偶者 _____ 2.親 _____ 3.子供 _____ 4.その他(_____)

問4 患者さんのご家族構成をお答えください。

例・・・一人暮らし・夫婦二人暮らし
本人と子2人・本人と両親 など

問5 入院前の患者さんのお住まいについてお答えください。

1.自宅 _____ 2.介護施設 _____ 3.当病院以外の医療機関 _____

問6 退院後の患者さんのお住まいについてお答えください。

1.自宅 _____ 2.介護施設 _____ 3.当病院以外の医療機関 _____

問7 入院前の患者さんの介護認定についてお答えください。

1.認定を受けたことがない 2.要支援1 3.要支援2 4.要介護1
5.要介護2 6.要介護3 7.要支援4 8.要支援5

問8 退院後の患者さんの介護認定についてお答えください。

1.認定を受ける予定はない 2.要支援1 3.要支援2 4.要介護1
5.要介護2 6.要介護3 7.要支援4 8.要支援5

問6 下記の質問にお答えください。

	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
(1)もし患者さんが在宅療養をした場合、あなた自身が生活の中で重視したいと感じることはなんですか？					
1 家族と過ごす時間がたくさん必要だ	1	2	3	4	5
2 一人で過ごす時間がたくさん必要だ	1	2	3	4	5
3 患者さんと過ごす時間がたくさん必要だ	1	2	3	4	5
4 自分の仕事の時間を重視したい	1	2	3	4	5
5 患者さんの介護に専念したい	1	2	3	4	5
(2)退院前の準備についてお答えください。					
1 退院の準備には十分な時間があると感じた	1	2	3	4	5
2 看護師に退院後の不安について相談することができた	1	2	3	4	5
3 看護師から退院後の症状(痛み、吐き気、皮膚障害など)の対処について指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5
4 看護師から退院後の医療処置の指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5
5 薬剤師から薬についての説明を受けたので不安はない。	1	2	3	4	5
6 栄養士から食事指導を受けたので不安はない	1	2	3	4	5
7 リハビリで運動(理学療法)の訓練を十分に行うことができた。	1	2	3	4	5
8 リハビリで作業(作業療法)の訓練を十分に行うことができた。	1	2	3	4	5
9 リハビリで言語や嚥下(言語療法)の訓練を十分に行うことができた。	1	2	3	4	5
10 地域医療室の医療相談スタッフ(ソーシャルワーカーなど)に退院後の生活についての相談ができたので不安はない。	1	2	3	4	5

別紙2 生活状況および不安に関するアンケート家族用（一部抜粋）

要 旨

本研究は、頭頸部がんおよび食道がん患者を対象とし、患者と家族の入院時と退院時の健康評価を調査した。その結果を基に退院支援で必要な具体的援助について検討した。

対象は、患者およびその家族であった。調査は、健康関連 QOL を測定する尺度として SF-12[®]、生活状況および不安に関するアンケートを使用した。

その結果、患者は入院時に身体的、精神的にも健康評価が低く、退院時に健康評価が回復する傾向にあった。また、家族は身体の状態は概ね良いが、精神的な面の健康評価が、入院時に低く退院する時にさらに低下した。

これらの結果より、治療を受ける患者よりも、家族の方が大きなストレスにさらされている可能性があることを推察する。このことより、家族とコミュニケーションを図る場を設け質問や不安を訴えやすい環境をつくり、看護師は必要な情報提供を行っていく必要があると考える。

キーワード：頭頸部がん 家族 健康尺度 退院支援