平成24～27年度　日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究B）活動報告書

がん症状マネジメントにおける看護介入モデルの症状別臨床普及版の開発

（課題番号：24390494）

研究代表者　内布　敦子（兵庫県立大学 看護学部）

研究分担者　川崎　優子（兵庫県立大学 看護学部）
中野　宏恵（兵庫県立大学 看護学部）
永山　博美（兵庫県立大学 看護学部）
連携研究者　荒尾　晴恵（大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻）
共同研究者　安達　美樹（熊本大学医学部附属病院）
井沢　知子（京都大学医学部附属病院）
礒元　淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）
江藤美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）
大内紗也子（京都大学医学部附属病院）
方尾　志津（国立病院機構 熊本医療センター）
菊田　美穂（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院）
北川　善子（高知大学医学部附属病院）

共同研究者　北山奈央子（国立病院機構 姫路医療センター）
福井由紀子（姫路赤十字病院）
周治　規子（草津総合病院）
杉江　礼子（大津市民病院）
西谷　葉子（京都第二赤十字病院）
日下　　咲（兵庫県立がんセンター）
細見裕久子（国立病院機構 神戸医療センター）
吉岡とも子（京都府立医科大学附属病院）
吉野　　葵（市立池田病院）
吉本　　歩（松江市立病院）
湯浅幸代子（兵庫県立がんセンター）
脇口　優希（京都大学医学部附属病院）

平成28（2016）年３月

はしがき

平成 9 年に University of California San Francisco 校から兵庫県立大学（当時は兵庫県立看護大学）の教授として赴任してこられた Dr. Patricia Larson によってもたらされた症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management：MSM）の基本的な考え方に共鳴したときから、この研究活動は始まっている。そのころ、わが国では、看護職ががん患者の痛みと直面していた。オピオイドの使用量は極めて少なく、麻薬への偏見も強く、なによりも一部の医師以外のほとんどの医師はがん患者の痛みをはじめとする不快な症状に関心がなく、鎮痛剤の代わりにプラセボが指示されることさえあった。看護師たちはベッドサイドと医師との間を何度も行き来し、鎮痛剤が得られないなかでマッサージをしたり、罨法を行ったりして患者とともに長い夜をやり過ごしていた。Larson 先生は、患者の痛みの体験に焦点をあてること、患者は 24 時間症状を体験しているのでむしろ医療者より優れたマネジメントのエキスパートであると認識することなど、モデルを理解するうえで重要なポイントを私たちに示してくれた。その後、Dr. Larson は、臨床看護師たちの声にこたえて、このモデルを実践するために 1999 年、患者へのアプローチモデル（IASM；Integrated Approach to Symptom Management）を発表した。それを看護活動として実現するために、同年ガイドブックを作り、それ以降、多くの研究者や臨床看護師がモデルを用いて患者とともに医師にも働きかけ症状緩和に成果を上げている。ガイドブックも多くの問い合わせに応じられるよう数年前から本研究班の web サイトに公開しダウンロードできるようにしている。

がん患者の症状緩和ニーズは痛みだけではない。がんそのものによる症状だけでなく、治療にともなう有害事象もマネジメントする必要があり、IASM の提供範囲は広がっている。一方でガイドブックは「痛み」を前提に作られており、他の症状マネジメントの要望に応えられていない。修士課程で理論的な理解のもとに活動を展開できる専門看護師が育ち、研究のマンパワーもそろってきた。薬物療法の有害事象の症状マネジメントに提供できる医学的エビデンスもある程度蓄積されてきた。修了生達の力を結集すれば多くの症状に IASM を使えるようにできるのではないかと考え、この研究に取り組むことにした。

兵庫県立大学看護学研究科
がん症状マネジメントにおける看護介入モデルの症状別臨床普及版の開発（IASM 研究班）
研究班代表　内布敦子

【目　次】

Ⅰ．研究の概要 ····· 1
　１．研究の背景と目的····· 1
　２．研究組織 ····· 2
　３．研究計画 ····· 3

Ⅱ．The Model of Symptom Management を用いた各症状毎のマネジメントに関する調査···· 7
　１．がん治療に関連した続発性リンパ浮腫の症状マネジメントの実態調査····· 7
　２．分子標的薬による皮膚障害の症状マネジメントの実態調査····· 21
　３．薬物療法を受ける造血器腫瘍患者の口腔粘膜炎の実態とそのマネジメント····· 38
　４．がん化学療法による排便障害と日常生活上の困難····· 50

Ⅲ．セルフケアレベル判定基準の作成····· 61

Ⅳ．症状マネジメントの統合的アプローチ（IASM）の臨床普及版の開発 ····· 75
　１．看護活動ガイドブックの開発過程····· 75
　２．患者教育用マテリアルの開発過程····· 76
　３．公表と評価 ····· 77

Ⅰ．研究の概要

１．研究の背景と目的

症状は主観的なものであり心理的社会的要素による影響を受けて発現するので、薬剤による症状コントロールだけでは多くの限界があることがわかっている。特にがん患者の場合、患者自身のセルフケア能力はマネジメントの大きな成功要因である。代表者らは 1997 年以来、患者自身のセルフケア能力を査定して活用する症状マネジメントの統合的アプローチモデルを臨床に適用してきた。本研究では、この統合的アプローチモデルを用い、痛みに加え「リンパ浮腫」「皮膚症状」「口腔粘膜炎」「排便障害」の各症状で、①症状体験を明らかにし、②エビデンス検索のもとに知識、技術、看護サポートのパッケージを作成し、③臨床介入研究により患者に提供、成果を検証すること、そして④成果（産物）として各症状マネジメント看護ガイドブック作成をめざす。

１）研究の学術的背景

がんの痛みに対して WHO ラダーによる段階的なオピオイド投与が推奨され、1990 年代我が国でも疼痛緩和が進んできた。同時に慢性疾患やがんに伴う苦痛症状は複雑で単に生物学的に緩和されるものではないことが 1980 年半ばから強く言われるようになり、1994 年、UCSF 教員グループによって症状マネジメントモデル（MSM：Model of Symptom Management）が開発された（Larson, Dodd）。MSM は症状の体験、方略、結果という３つの概念と概念間の関係性を示すもので、その後の症状マネジメント研究に大きな影響を与えた。Larson はその後来日し、代表者らとともに症状マネジメント統合的アプローチモデル（IASM: Integrated Approach to Symptom Management）を開発し、臨床において事例に用い、モデルの検証に取り組んできた。一方、米国では Dodd らが MSM の改良版を作成し、「知識」、「技術」、「看護サポート」の提供で口内炎の発生の減少に成功している。

代表者らは臨床看護師が IASM を用いて痛みのマネジメントに取り組めるようにガイドブックを開発し、現在実際に臨床現場で運用している。「知識」、「技術」、「看護サポート」のパッケージ提供によって患者のセルフケア能力が向上し、その結果症状が改善するといった変化が確認されている。現場では 90%以上の患者が死亡までに体験するといわれる強い倦怠感や手術後のリンパ浮腫などが課題となっており、臨床看護師から痛み以外のガイドブック開発の問い合わせや開発を求める声が寄せられている。IASM を他の症状に用いるためには、事例を重ねてセルフケア能力を査定する視点を抽出し、看護活動をガイドする必要があり、それぞれの症状マネジメントに精通する看護師や医師の参加を得て、本格的な研究を展開する必要があると考え、研究に着手した。

２）期間内に明らかにしようとする点

苦痛症状の中でも頻度の高く、セルフケア能力が影響しやすい４つの症状（「リンパ浮腫」「皮膚症状」「口腔粘膜炎」「排便障害」）の範囲で研究を実施する。本助成期間内の４年間では、（１）患者の症状体験、（２）セルフケア能力の査定方法、（３）知識、技術、看護サポートパッケージの有効性を明らかにすることとした。

３）本研究の学術的な特色・独創的な点、及び予想される結果と意義

本研究は、（１）それぞれの症状における患者の症状体験が明らかになる点、（２）患者のセルフケア能力の向上が期待される点、（３）患者参加による将来の医療費削減効果に貢献できる可能性がある点に特徴がある。この研究により①症状が改善されること、②セルフケア能力が向上することの２点が予測されるが、患者の体験を大切に扱い、患者中心に症状に取り組むという考え方は、現代医療に最も必要な考え方であり、検証できれば特に看護の効果を顕在化する点で意義がある。また理論的モデルを背景にしたガイドブックが普及して汎用されれば、患者が主体的に自分の健康問題に取り組むことが看護によって促進されることも期待される。

（１）それぞれの症状における患者の症状体験が明らかになる点

がんに伴う疼痛の研究は進み、難治性の痛みは15%といわれている。しかしリンパ浮腫、口腔粘膜炎、排便障害などはQOLを低下させるにもかかわらず研究が進んでいない。また分子標的薬によって生じる手足症候群（皮膚症状）は「仕方のないこと」と片づけられる傾向があり十分な研究は進んでいない。本研究は患者の症状体験に関する詳細のデータを得ながら行うため、これまで手がつけられていない患者の主観的な症状体験を描き出すことができる。

（２）患者のセルフケア能力の向上が期待される点

看護師は知識、技術だけでなく患者に強い関心を示しながら看護サポートをパッケージとして提供する。このようなケアが症状マネジメントを継続させる患者の能力を高めることが期待される。介入への反応を分析して、症状マネジメントに主体となって取り組む患者のパワーを上手に使う方法に法則性を見いだすことができれば、看護学の知識体系に大きな貢献ができるだろう。

（３）患者参加による将来の医療費削減効果に貢献できる可能性がある点

がん患者のもつ不快症状は、患者のQOLを低めるだけでなく、医療費の増加、労働力の低減を容易に招き国民経済にも影響を与える。自己管理のもと患者が適切に医療を受けることができれば、医療資源の節約と医療費の低減に貢献できる可能性もある。

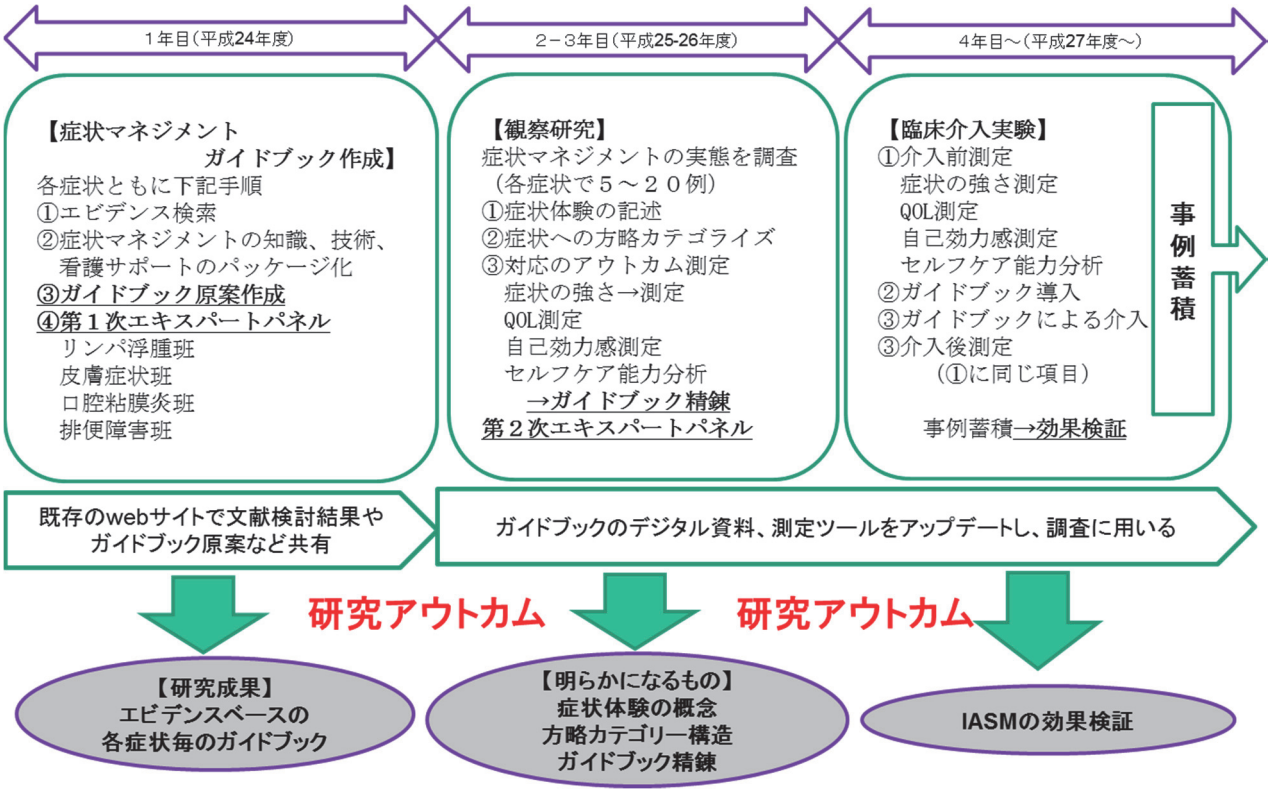
２．研究組織

研究代表者　内布　敦子（兵庫県立大学 看護学部）
研究分担者　川崎　優子（兵庫県立大学 看護学部）
　　中野　宏恵（兵庫県立大学 看護学部）
　　永山　博美（兵庫県立大学 看護学部）
連携研究者　荒尾　晴惠（大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻）
共同研究者　安達美樹（熊本大学医学部附属病院）
　　井沢知子（京都大学医学部附属病院）
　　礒元淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）
　　江藤美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）

大内紗也子（京都大学医学部附属病院）
方尾志津（国立病院機構 熊本医療センター）
菊田美穂（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院）
北川善子（高知大学医学部附属病院）（平成 24 年度）
北山奈央子（国立病院機構 姫路医療センター）
福井由紀子（姫路赤十字病院）（平成 27 年度～）
周治規子（草津総合病院）（平成 25 年度～）
杉江礼子（大津市民病院）
西谷葉子（京都第二赤十字病院）
日下咲（兵庫県立がんセンター）
細見裕久子（国立病院機構 神戸医療センター）
吉岡とも子（京都府立医科大学附属病院）
吉野葵（市立池田病院）
吉本歩（松江市立病院）（平成 25 年度～）
湯浅幸代子（兵庫県立がんセンター）
脇口優希（京都大学医学部附属病院）（平成 26 年度～）

３．研究計画

ガイドブックの開発と効果検証を含めた研究を計画した。研究アウトカムは図に示す通りであり、（１）４つの症状について IASM ガイドブックを開発・精錬、（２）４つの症状の体験、方略の概念化、構造化、（３）IASM の有用性検証である。



（1）４つの症状毎の症状マネジメントガイドブック作成

症状（リンパ浮腫、皮膚症状、口腔粘膜炎、排便障害）毎に研究班を組織する。

①エビデンス検索（文献検討）

文献のシステマティックレビューによって「リンパ浮腫」「皮膚症状」「口腔粘膜炎」「排便障害」の各症状のメカニズム、出現形態、影響因子、効果的対処法（薬剤投与などの医療的処置、理学的療法、その他のエビデンス）についてエビデンス検索を行い、ガイドブックの「知識」「技術」部分を充実させ患者教育用マテリアルなども準備する。

②マネジメントの知識、技術、看護サポートのパッケージ化

①により確認したエビデンスを用いて独自の症状マネジメントガイドブックを作成する。介入内容は IASM 概念図にもとづき「知識」「技術」「看護サポート」としてデザインする。「知識」は①で作成するパンフレットを用い、「技術」は服薬技術、症状の評価技術、医療者に症状を伝える技術などを患者が習得出来るようロールプレイなどの方法で強化する。「看護サポート」は先行研究をもとに患者のセルフケア能力に対し「肯定的評価」「承認」「支持」を行い、「体験の積極的傾聴と共感的理解」「継続的サポートの約束」を行うこと等を組み込んで作成する。

③ガイドブック原案の作成とエキスパートパネルによる精錬 （第１次精錬）

リンパ浮腫班、皮膚症状班、口腔粘膜炎班、排便障害班の 4 班に分かれ、IASM の概念枠組みを共有しながら原案作成を行う。原案は、複数のがん看護専門看護師、緩和医療に精通する医師等の参加によるエキスパートパネルによって我が国の実態にあわせ精錬する。

（2）４つの症状毎の症状マネジメント実態調査

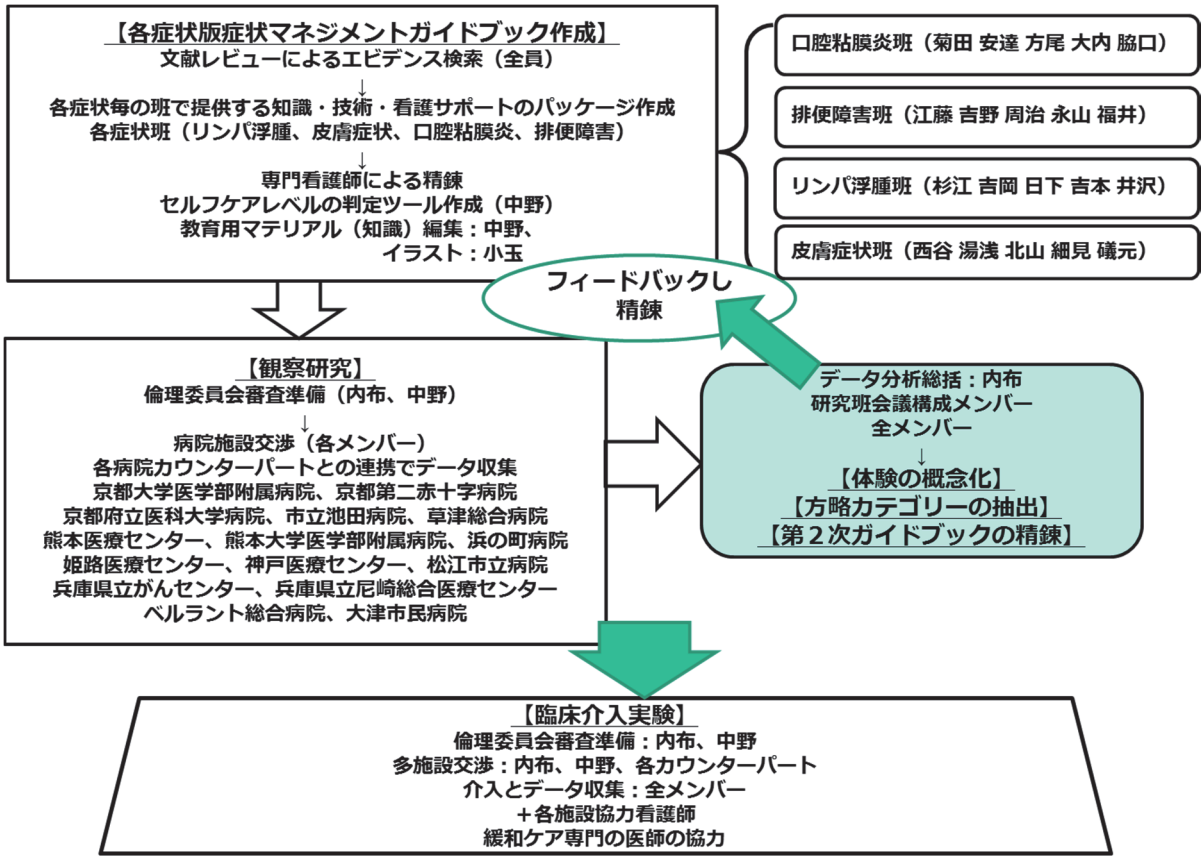
症状毎に、それぞれ 5-20 例程度を対象に、現行の看護ケアにおける症状マネジメントの実態を明らかにする。観察研究の過程で患者から聞きとられる症状体験及び方略に関するデータを分析して症状体験の概念化や方略カテゴリーの抽出を行う。

（3）ガイドブックの第２次精錬、および患者教育用マテリアルの精錬

症状体験の概念化、方略カテゴリーの追加に加えて、がん看護専門看護師を含む会議で検討しガイドブックの精錬を行い完成させる。また、患者教育用マテリアルにおいても、実態調査で得られた症状マネジメントの特徴を踏まえて精錬し完成させる。

（4）臨床介入実験による事例の蓄積→モデルによる効果検証

平成 27 年からモデルを用いた介入を行い、4 つの指標で検証する。QOL、症状の改善程度（VAS、CTCAE 等）、自己効力感の 3 つは数値尺度を用い、セルフケア能力は専門家による合議判定を用いる。



引用文献

P. Larson et al. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group(1994) A Model for Symptom Management IMAGE Journal of Nursing Scholarship 26(1) 272-276

M Dodd et al.(2001)Reversed Symptom Management Conceptual Model: Journal of Advanced Nursing 33(5) 668-676

Patricia J. Larson, Atsuko Uchinuno, An Integrated Approach to Symptom Management, Nursing & Health Sciences 1(4) 203-210

Ⅱ．The Model of Symptom Management を用いた各症状毎のマネジメントに関する調査

１．がん治療に関連した続発性リンパ浮腫の症状マネジメントの実態調査

杉江礼子，吉岡とも子，井沢知子，日下咲，吉本歩，中野宏恵，内布敦子

Ⅰ．はじめに

婦人科がんや乳がんなどの治療に関連して起こる二次的な症状のひとつに、手術療法や放射線療法後に起こりやすいリンパ浮腫がある。リンパ浮腫は、いったん発症すると難治性で一生付き合わなければならない。リンパ浮腫は、身体的な不快感、機能障害、社会での役割喪失、ボディイメージの変容、自尊心の低下、うつ病、不安を引き起こすほか、性的関係、家族関係、対人関係への影響、経済的な問題、生活の変化など個人の QOL に大きな影響を及ぼす。上肢リンパ浮腫は 3～5 万人、下肢リンパ浮腫は 5～7 万人いるといわれるが、リンパ浮腫による弊害は致死的なものではないため、これまで十分な注意が払われていなかった。現在、患者の現状の理解や医療者側のケアに対する意識が向上してきている。リンパ浮腫は、適切な治療がなされず放置されることで徐々に進行することが多いが、発症早期から適切な生活指導・治療を行い、患者自らが病態を十分理解しセルフケアを習得して日々実践すれば、進行例であっても浮腫の悪化を防ぐとともに、ADL の向上と QOL を改善させることは十分可能である。そのため、セルフケアに焦点を当てた看護ケアが重要であり、患者のセルフケア能力を高めることは症状マネジメントの成功要因となる。そして、オレムのセルフケア理論では、患者の持つセルフケアレベルを正確に査定し、必要な代償を行うことが看護の役割であるとされている。

リンパ浮腫に関する研究も増えており、リンパ浮腫を発症している患者の症状体験とリンパ浮腫に対するケアのエビデンスに関した報告はいくつかあるが、患者のセルフケア能力に関連付けた報告は少ない。

そこで、リンパ浮腫が出現した患者の症状体験、症状マネジメントの方略、方略の結果についてインタビューを行い、患者の症状マネジメントの実態を明らかにすることが必要であると考える。これらの結果は、患者が症状に気づき、対処していく為に必要な看護援助を導きだすことに寄与すると考える。

Ⅱ．目的

がん治療に関連した続発性リンパ浮腫（以下、リンパ浮腫）が出現した患者に対し、症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management：以下、MSM）を概念枠組みとして用い、症状マネジメントの実態を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

１．研究協力者

がん治療（手術療法・放射線療法）に関連したリンパ浮腫を発症しているがん患者。成人であること、言語的コミュニケーションが可能、記名力、認知、記憶に障害がなく、質問紙の記入が可能であることを基準とし、研究協力に同意を得られた者とした。ただし、リンパ節転移による浮腫や終末期の浮腫、手術後 3 ヵ月以内および放射線治療後 1 カ月以内であること、

複合的治療の禁忌事項（蜂窩織炎などの局所の急性炎症、重症心不全、動脈閉塞性疾患、下肢静脈の急性疾患下肢深部静脈血栓症、急性静脈炎など）があるものは除外した。

研究協力者のリクルートは、施設長および看護部長に研究協力が得られ、がん治療に関連したリンパ浮腫への対応を実施している施設の担当看護師長または担当医師に対象患者の紹介を依頼した。強制力が働かないよう、対象者に文書を用いて紹介の承諾を確認してもらい、承諾を得た対象者に研究の目的、方法について文書を用いて説明し同意を得た。

２．調査方法

記録および観察調査、質問紙調査、半構成的面接とした。調査期間は 2013 年 8 月～2014 年 11 月であった。データ収集内容は、（１）研究協力者の基本情報（２）リンパ浮腫の状態を観察①stemmer sign②圧痕③皮膚の線維化④皮膚の硬化⑤炎症兆候の有無（発赤、熱感）⑥皮膚障害の有無（リンパ漏、潰瘍）⑦皮膚の乾燥⑧患肢の周径⑨体重（３）質問紙調査①がん患者用自己効力感尺度②Skindex29（QOL）③Hand20（上肢機能）または SF36（下肢機能）（４）リンパ浮腫の症状体験の聴き取り（MSM の概念枠組みに基づいたインタビューガイドを使用）（５）セルフケアレベル（p.72 参照）とした。

データ収集方法は、研究協力者が受ける医療や療養生活に支障がないよう、面談日時や所要時間を研究究協力者と相談し設定した。プライバシーが保持できる個室で浮腫の状態を観察、質問紙への記入を依頼し、インタビューガイドに沿って患者の症状体験を聴いた。1 回の面接時間は 30～60 分程度とし、インタビュー内容は研究協力者に了承を得て IC レコーダーに録音した。1 回目の面談から約 3 カ月後に 2 回目の面談を行った。また、研究協力者の同意を得て診療録より基本情報を収集した。

３．データ分析方法

分析は以下のように行った。

１）リンパ浮腫の状態の観察データは、1 回目と 2 回目のインタビュー時の結果を比較した。

２）質問紙調査（がん患者用自己効力感、 Skindex29、SF36）データは、リンパ浮腫の客観的情報として 1 回目と 2 回目のインタビュー時の結果を比較すると同時にインタビューデータとあわせて評価し、症状マネジメントの実態を明らかにするために用いた。

３）インタビューより得られたデータは、①逐語録を記述データとし、１データ中に一つの意味が含まれるように単位データを作成する②概念枠組みに沿って単位データを分類し整理する③対象者ごとのリンパ浮腫に伴う症状の体験、症状マネジメントの方略、結果の状況、生活動作について、どのような状況にあるか描き出す④リンパ浮腫に伴う症状体験の共通性、各概念の下位項目を明らかにした。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者に、研究の目的・方法、研究参加は自由意思であること、研究参加の有無・中断・中止による不利益は生じないこと、インタビュー内容の録音、診療録からの情報収集、プライバシーと匿名性保護（データ管理・破棄を含む）の保証、研究結果公表の可能性を口頭と文書を用いて説明し、同意書への署名が得られたものを研究協力者とした。また、インタビューによ

って医療が対処すべき症状が明らかになった場合は、研究協力者の了解を得て当該医療機関の担当看護師長、担当医師に報告すること、面談による体調不良が生じた場合の対応をすること、面談中に身体的・精神的に負担になった場合は直ちに申し出てもらうよう合わせて説明し、研究者も観察・確認しながら面談を行った。本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所倫理委員会および研究協力施設の倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅴ．結果

１．研究協力者の概要

外来でリンパ浮腫のケアを受けている、30 歳代～70 歳代の患者 14 人に協力を得た。上肢のリンパ浮腫が 9 人、下肢が 5 人であり、病名は、乳がん 9 人、子宮体がん 4 人、子宮頚がん 1 人だった。治療状況は、全例において手術療法でリンパ節郭清術を受け、術後の追加治療として 14 人が化学療法、ホルモン療法のいずれか、6 名が放射線療法を受けていた。研究協力時は全員が治療を終了していた。リンパ浮腫の発症時期は術後約 5 カ月～9 年、リンパ浮腫に対して何らかのケア（リンパ浮腫外来に通う、セルフケアを行う等）をしている期間は約 1～10 年であった（表 1）。

表１　研究協力者の概要

	年齢	病名	術式	放射線治療	化学療法	術後発症時期	発症後の期間
A	67	子宮頸癌	拡大子宮全摘術、両側附属器切除、骨盤内リンパ節郭清	なし	あり	9 年	1 年
B	67	子宮体癌	拡大子宮全摘術、両側附属器切除、骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清	なし	あり	1 年	9 年
C	74	子宮体癌	拡大子宮全摘術、両側附属器切除、骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清	なし	あり	5 年	7 年
D	61	乳癌	右全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	9 年	4 年
E	74	乳癌	左全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	なし	あり	8 年	4 年
F	41	乳癌	左乳房円状部分切除術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	1 年	1 年
G	62	乳癌	左全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	なし	あり	6 ヶ月	1 年 6 ヶ月
H	66	乳癌	左全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	7 年	7 年
I	62	乳癌	右乳房温存術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	2 年	10 年
J	38	乳癌	左全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	なし	あり	4 年	1 年
K	63	乳癌	右乳房円状部分切除術、乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	2 年	5 年
L	65	乳癌	準広汎子宮全摘術、両側附属器切除、骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清	なし	あり	5 ヶ月	1 年 2 ヶ月
M	73	乳癌	右乳房円状部分切除術、腋窩リンパ節郭清術	あり	あり	1 年	4 ヶ月
N	76	乳癌	拡大子宮全摘術、骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清	なし	あり	6 ヶ月	4 年

２．リンパ浮腫の症状について

リンパ浮腫の状態（体重、容積、リンパ浮腫の病期)、上肢の機能（Hand20)、下肢の機能（SF36)、自己効力感（がん患者自己効力感尺度)、QOL（Skindex29)、セルフケアレベルの3カ月間の変化を表2に示す。浮腫の病期は1事例が改善した他は変化がなく、上肢の機能および下肢の機能は変化がなかった。自己効力感は上昇が2事例、低下が3事例で、全体的な変化の傾向はなかった。QOLにおいても、上昇・低下が各1事例で大きな変化はみられなかった。下位尺度を概観すると、症状、機能のQOLは変化が見られなかったが、感情面のQOLは4割の患者が向上していた。セルフケアレベルでも1事例が低下した他は、全体的に変化はなかった。

表２　3ヵ月間の症状、機能、QOL、セルフケアレベルの変化

	減少または改善	増加または悪化	変化なし
体重	減少　3人	増加　6人	変化なし　4人（不明1人）
容積	減少　6人	増加　8人	——
リンパ浮腫の病期 （0期：良い~3期：悪い）	改善(2 期後期→2期)　1人	——	変化なし　13人
上肢の機能 （Hand20：最高値100点）	——	——	±10点以内の変化　9人
下肢の機能 （SF36：最高値100点）	——	——	±10点以内の変化　5人
がん患者自己効力感尺度 （最高値40点）	4 点以上の上昇 2人	4 点以上の低下 3人	±4点以内の変化　9人
QOL （Skindex29:最高値100点）	10点以上の上昇 1人	10点以上の低下 1人	±10点以内の変化　12人
セルケアレベル （Ⅰ：低い～Ⅳ：高い）	——	Ⅳから Ⅲに低下 1人	変化なし　13人

３．症状マネジメントの実態

MSMの概念枠組みを基に、リンパ浮腫の症状体験（認知、反応、評価)、症状マネジメントの方略、方略の結果を、患者の逐語録のデータを＜＞で示し、1回目インタビューから3カ月後の変化、症状体験の共通性から下位項目を抽出し【】で示した。これらのデータを通して、患者の日常生活や症状マネジメントの状況について捉えた。また、得られた症状体験の内容を表3に示す。

表３　症状体験の内容

	初回インタビューの内容	3ヵ月後インタビューの特徴的な内容	下位項目
認知	＜前駆症状を感じている＞＜違和感がある＞＜張る＞＜硬くなる＞＜痛い＞＜重い＞＜だるい＞＜ぴりぴり、ちくちく、ぴちぴちという感じ＞＜皮膚が乾燥する＞＜熱が出る＞＜細い管が詰まったり流れたりするように感じる＞	＜むくむ気配を感じる＞＜むくみの程度は感覚でわかる＞＜ぼわっとした感じが持続する＞＜曲げにくい＞	【感覚的認知】
	＜疲れやすい＞＜手や指を曲げると違和感があり動かしにくい＞＜座り心地が違う＞＜歩行動作に関連する＞	＜就寝時の姿勢によって起床時の違和感がある＞＜文字を書きにくい＞＜荷物を持つと違和感がある＞	【運動機能的認知】
	＜急にむくんだ＞＜腫れる＞＜見た目が違うのですぐ気づいた＞＜だんだん太くなっている＞		【視覚的認知】
		＜硬くてドレナージできない＞＜スリーブをつけていると動かしにくいが慣れると違和感はない＞＜（スリーブを）はめるのに時間がかかる＞＜（グローブ使用時）小銭がつかみにくい＞	【複合的治療に関連した認知】
反応	＜症状が無い時に説明を聞いてもピンとこなかった＞＜どうしていいかわからなかった＞＜「えっ、何」「ああこれだな」と思った＞＜なぜむくむのか知りたい＞		【予備知識との関連や原因探索】
	＜袖が通りにくい＞＜半袖が着られない＞＜サイズが気になる＞＜服や履物のサイズを変える＞＜むくみの無い方ばかりで荷物を持つと負担がかかり、肩が凝る＞＜負担をかけないように趣味の裁縫はやらない＞＜他の仕事をしたいが思い切れない＞＜仕事に行ったらもうしょうがない＞＜家族の協力がないと無理をしてしまう＞＜家族に協力を得るのは気を遣う＞	＜あまりひどいと動かしにくい＞	【日常生活に影響を受ける】
	＜見た目が左右同じだと安心する＞＜すばやく動けないことに嫌だなと思う＞＜苛立つ＞＜嫌だ＞＜憂鬱＞＜スリーブの着用によって病気のことを話さなければいけないということに心理的負担を感じている＞＜むくみを発見できないと不安に感じる＞＜重症化するのかと心配になった＞＜これ以上ひどくなったら嫌だ、怖いと思っている＞	＜外に出るのも億劫になる＞＜ひどくなってとても憂鬱＞＜本当は何もしていない状態にしたい＞＜これ以上悪くなったら嫌だなとすごく不安で落ち込んだ＞＜浮腫がひどくなるかと憂鬱になる＞＜何か新しい症状が出ていたときに常に浮腫みと結び付けてしまう＞＜ケアを続けないとどうなるのか不安が出てきた＞＜まあいいかと思っているが以前に比べて長引いているので徐々に気になっている＞	【心理面にネガティブな影響を受ける】
	＜こういうものだと思っているのでむくみによる気持の負担はない＞＜あえて気にしないようにしている＞＜あまり深刻に考えない＞		【感情をマネジメントする】
	＜日常生活に支障や不自由さは感じない＞＜困ることはなく忘れることもある＞＜生活行動にはあまり変化が無い＞＜発症時は精神面の反応も多かったが落ち着いている＞＜初めは混乱してどうしていいかわからなかったが現在は特に困ることはない＞＜むくみが出て7年で今は慣れのほうが勝って家事に支障はない＞＜趣味を控えていたが再開しようと思う＞	＜今の方法で続けていけそうだと思う＞＜むくみには慣れた＞＜生活パターンがつかめて楽になった＞＜気になって心配にはなるが当たり前と思うとちょっと安心する＞＜乳癌のことを知って早めに対処しておけば一番いい＞＜周囲のサポートはストレスにならない＞	【時間経過に伴い適応する】
	＜スリーブは夏暑いのでむくみが引いて外せればいいなと思う＞＜夏はスリーブが使いにくい＞＜スリーブのしめつけ感で持続してつけにくい＞＜自分ではなかなかマッサージできない＞＜頑張りますといってばかりで申し訳ない＞	＜朝忙しい時スリーブをはめるのに少し慣れてきた＞＜夏は暑くてスリーブをつけにくい＞＜暑くてもはめてしまうと我慢できる＞＜グローブをつけるのがしんどい＞＜きついものはストレス＞	【複合的治療継続の負担】
	＜自分でマッサージしても治まらず浮腫は簡単なものではない＞＜5年で完治ではなくこれが後遺症だとわかった＞＜付き合っていかないといけないと思った＞		【症状と長期間付き合う必要性を認識する】
	＜進行しないように頑張って維持したい＞＜死ぬまで続く症状だから一人で出来るところまでやっていこうと思った＞	＜セラピストのお陰でドレナージを続けられており励まされると頑張れる、見放されてないのだなと思う＞＜硬くなりかけると進行するのかと不安が少しあるが、頑張ってやれば楽にいけるかなという思いでいる＞	【セルフケア継続を動機づける】

表３　症状体験の内容（続き）

	初回インタビューの内容	3ヵ月後インタビューの特徴的な内容	下位項目
評価	＜土いじりや重いものを持つなど手に力を入れるとむくむ＞＜買い物や長時間歩くことでむくみが悪化する＞＜夕方になると腕が重い＞＜しめつけ、重力、活動によってひどくなる＞＜利き腕と反対でよかった＞＜日常生活への影響はない＞＜年単位で進み気が付きにくい＞	＜手をよく使ったときはむくむ＞	【労作と浮腫の程度は関連する】
	＜太っていることと、リンパ節隔清などむくむ原因がある＞＜ホルモンや活動との関係を考える＞＜腕の筋が痛かったことや太ったことがむくみの原因かなと思う＞＜なぜこんなひどくなったかわからない＞＜前回はこんなにひどくなかった＞＜前回とはちょっと違うむくみ＞	＜体重が増えることや腕を使いすぎることが浮腫の悪化に影響している＞＜リンパ浮腫のメカニズムに則し評価を行っている＞＜前回に比べて治りが遅く長引いている＞	【浮腫の要因を探索する・以前と比較する】
	＜皮膚の状態をみながらむくみの状態を判断している＞＜むくむ範囲を評価する＞＜程度の判断ができる＞＜季節・温度や装着による圧迫感でスリーブの使用を判断する＞		【セルフモニタリングによる評価】
	＜包帯を試したらもっとよくなるか＞＜セルフケアを怠けるとむくんでやっていて現状維持＞＜リンパ浮腫がどういうものかわかってきてむくみはだんだん落ち着いてきていると思う＞	＜包帯は大変だし難しい、続けられないので生活には無理＞＜スリーブがまだ必要だからむくみが続いていると思う＞＜スリーブをしてもあまり変わるという感覚はない＞＜ケアをしないとむくみが悪化する＞＜グローブを外したら指先がむくむ＞	【セルフケア継続の効果を評価する】
方略	＜リンパ浮腫が起こるリスクを知り、予測して気にかける、注意深く観察する＞＜予防段階から圧迫＞＜保湿、炎症に気をつける、患肢の挙上、腹式呼吸、ドレナージ、弾性着衣、バンテージ、ストレッチやウォーキングなど適度な運動、腕を酷使しない、重いものを持たない、買い物にはカートを使用、同一体位にしない、体重コントロール、疲れたら休憩する、家事や外出で無理をしない＞	＜体重コントロールを意識する＞＜むくみがひどくならないように予防的に対処する＞＜バンテージを巻くのが早くなり巻きながら腕の状態に気づくことが多い＞＜硬くてドレナージできないのでぎゅっともみほぐす＞	【複合的治療を確実に実践する】
	＜労作時は必ずスリーブをつける＞＜スリーブによるしめつけ感が強いときはサイズや装着時間を調整する＞	＜腕に負担がかかるときはスリーブをつける＞＜仕事中はスリーブをして前より長く付けるようにする＞＜朝忙しい時はゆるいほうをはめ、帰ってきたらすぐ外す＞＜適当に調子を見てスリーブをつけたりつけなかったりする＞＜むくみの程度に応じてスリーブとバンテージを使い分けたり使うタイミングがわかってきた＞	【圧迫を自己調整する】
	＜自然に朝いちばんにむくみの状態をチェックする＞＜栄養に気をつける＞＜ゴム手袋を使って早く楽にスリーブをつける＞＜できる時はお風呂でマッサージする＞＜スキンケアはついでに行う＞＜本格的にできない時は指先から上をさするくらいにしている＞＜右肩が凝ったらマッサージに行く＞＜すばやく動けないことを意識して無理をしない＞	＜水仕事の時はグローブの上から手袋をする＞＜お風呂の時に保湿、腹式呼吸をしてドレナージをする＞＜むくみがひどくなりいつもより丁寧に頑張る＞＜むくみがひどいときは指から基本通りにマッサージを行う＞＜脇の下などポイントを決めて重点的にマッサージを行う＞＜生活の24時間の時間割が出来るようになってきた＞	【セルフケア内容を工夫、調整する】
	＜友人にスリーブのことを聞かれたら説明する＞＜あまり一生懸命やらない＞＜体力や栄養、気持ちなどバランスのとり方を24時間工夫している＞＜ストレスが抑えられるか毎日勉強している＞＜ドレナージに通って症状以外のストレスを聞いてもらって癒される＞		【感情をマネジメントする】
	＜家族や医療者のケアを継続して受けながら腕に負担をかけない＞＜家族の協力を得る＞＜家族に迷惑をかけたり気を遣わせないよう配慮して過ごす＞＜医療者が異常時に対処することを保証している＞＜スリーブの変更は専門家に紹介してもらう＞＜早期に気づいて医療者に相談し専門的ケアを受ける＞	＜むくんでいる時はドレナージを受けに行く＞	【必要に応じて他者にサポートを求める】
		＜ドレナージに通いながら続けていく＞＜セラピストにがっかりされないようにケアを続ける＞＜自分に言い聞かせて続ける＞＜体調不良によりケアが出来ない時期があり億劫さもあって悪いサイクルが続いた＞	【セルフケア継続を動機づける】

表３　症状体験の内容（続き）

	初回インタビューの内容	3ヵ月後インタビューの特徴的な内容	下位項目
方略の結果	＜浮腫の軽減を実感している＞＜ケアによってすっきりしたり軽くなる＞＜徐々に収まってきている＞＜日ごとの変化を感じている＞＜むくみがひいてしわができるようになった＞＜弾性着衣を使用してから楽になった＞＜バンテージは2日続けると効果が出る＞＜ドレナージやバンテージをすることでやわらかくなったり細くなったり、痛みがとれるなどむくみが改善する＞＜ドレナージをすると違う気がする、だるさがなくなる、老廃物が減るって感じ＞＜リンパの流れが良くなっている＞＜だるくて重くて何かちょっとおかしいなと思った時には肩回し、ドレナージして次の日には改善している＞＜一日中むくみやだるさに変化はない＞	＜スリーブの上からバンテージを播く方法を何回かやって調子が良い＞＜だいたい20分くらいドレナージすると楽になる＞＜マッサージをするとむくみがよくなり日常生活や趣味の活動に支障なく普通に生活している＞＜夜にちゃんとケアすれば朝にむくみはまた元に戻る＞＜炎症は起こっていない＞＜スリーブの違和感はあるがむくみはましになる＞＜気持ちはましになっている＞	【セルフケアによって症状マネジメントにつながる】
	＜冬のスリーブ着用は着ている服が多くて結構しんどい＞＜はずしてもむくみがひどくならないので冬は着用しない＞＜血流がしんどくて外してしまうことが多い＞＜スリーブで締め付け感が強すぎると感じたときは外して経過をみた＞	＜締め付けられ感がちょっとひどいように感じたので、あまり付けないほうがいいかなと思い外した＞＜腫れてきそうな、血がめぐっていないような感じがしたので、スリーブを外した＞	【圧迫療法は負担】
	＜医療者によるサポートが得られる安心感がある＞＜細くなっているかこれ以上太くならない＞＜努力すれば楽になる事がわかった＞＜スリーブはだるさが改善する感じがあることもあるが変化がないこともある＞＜セルフケアを怠けると腫れる＞＜やっていて現状維持＞＜少し腫れてきている＞	＜食事など意識しているが体重が減らずむくみも変わらない＞＜前回に比べ長引いている＞＜スリーブをしてもあまり変わるという感覚はない＞＜無理をしてスリーブをつけないことで気分的に楽になるが、スリーブをつけていないとむくみが悪くなる＞	【セルフケアを継続して現状維持、やめると悪化する】

１）症状体験

（１）認知

患者は、症状の出現に伴い＜前駆症状を感じている＞＜違和感がある＞＜ぴりぴり、ちくちく、ぴちぴちという感じ＞＜痛い＞＜重い＞＜だるい＞など【感覚的な認知】をする他、＜細い管が詰まったり流れたりするように感じる＞と浮腫のメカニズムを基にイメージしている事例もあった。また、＜手や指を曲げると違和感があり動かしにくい＞＜座り心地が違う＞＜歩行動作に関連する＞など【運動機能的認知】が語られていた。更に、＜見た目が違うのですぐ気づいた＞＜急にむくんだ＞＜だんだん太くなっている＞な【視覚的認知】も挙げられていた。

3 か月後では、＜むくむ気配を感じる＞＜むくみの程度は感覚でわかる＞と浮腫に対しての感覚的認知や、＜就寝時の姿勢によって起床時の違和感がある＞＜文字を書きにくい＞＜荷物を持つと違和感がある＞と、日常生活への影響に関連した運動機能の認知が加わっていた。また＜硬くてドレナージできない＞＜スリーブをつけていると動かしにくいが慣れると違和感はない＞＜（スリーブを）はめるのに時間がかかる＞など、【複合的治療の継続に伴う認知】が追加されていた。

以上のように、リンパ浮腫の認知として、感覚的・運動機能的・視覚的認知が下位項目として挙げられた。 3 カ月間では、リンパ浮腫を感じ取る身体感覚が鋭くなり、日常生活への影響や複合的治療に関連した認知をするようになっていた。

（２）反応

症状出現時の反応として、＜症状が無い時に説明を聞いてもピンとこなかった＞＜どうして

いいかわからなかった＞＜ああこれだな、と思った＞＜なぜむくむのか知りたい＞と、症状出現前にリンパ浮腫の説明を受けてもイメージしにくいこと、症状出現時は戸惑いがあり、しかし予備知識がある場合は症状の受け止めにつながっていること、【予備知識との関連や原因探索に関する反応】がみられていた。また、＜袖が通りにくい＞＜服や履物のサイズを変える＞＜むくみの無い方ばかりで荷物を持つと負担がかかり、肩が凝る＞＜趣味は止めた＞＜他の仕事をしたいが思い切れない＞＜家族に協力を得るのは気を遣う＞など、【日常生活に影響を受ける】ことや、＜見た目が左右同じだと安心する＞＜苛立つ＞＜憂鬱＞＜スリーブの着用によって病気を話さなければいけないことに心理的負担を感じている＞＜重症化するのかと心配になった＞など、【心理面にネガティブな影響を受ける】ことが示されていた。一方、＜こういうものだと思っているのでむくみによる気持ちの負担はない＞＜あえて気にしないようにしている＞と【感情をマネジメントする】ことや、＜初めは混乱してどうしていいかわからなかったが現在は特に困ることはない＞＜趣味を再開しようと思う＞など、【時間経過に伴い適応する】様子もみられた。そして、＜スリーブのしめつけ感で持続してつけにくい＞＜自分ではなかなかマッサージできない＞などの【複合的治療継続の負担】を感じ、リンパ浮腫に対して＜自分でマッサージしても治まらず浮腫は簡単なものではない＞＜5 年で完治ではなくこれが後遺症だとわかった＞＜付き合っていかないといけないと思った＞など、リンパ浮腫は一度発症すると改善困難であり、【症状と長期間付き合う必要性を認識する】ことが示されていた。このような状況に対して＜進行しないように頑張って維持したい＞＜死ぬまで続く症状だから一人で出来るところまでやっていこうと思った＞と、【セルフケア継続を動機づける】反応がみられた。

3 ヵ月後では、日常生活では＜夏は暑くてスリーブをつけにくい＞という季節に関する反応や、＜グローブをつけるのがしんどい＞＜きついものはストレス＞など複合的治療の負担が加わっていた。心理面では＜外に出るのも億劫になる＞＜ひどくなってとても憂鬱＞＜ケアを続けないとどうなるのか不安が出てきた＞＜これ以上悪くなったら嫌だなとすごく不安で落ち込んだ＞＜こういうものだ、まあいいかと思っているが以前に比べて長引いているので徐々に気になっている＞＜何か新しい症状が出ていたときにその初期症状なのかと、常に浮腫みと結び付けてしまう＞など、症状の程度による影響、悪化への不安が多く示されるようになった。同時に、＜むくみには慣れた＞＜生活パターンがつかめて楽になった＞＜気になって心配にはなるが当たり前と思うとちょっと安心する＞＜周囲のサポートはストレスにならない＞と、症状を抱えた日常生活に慣れ、対処方法の獲得によって気持ちが安定する反応も追加されていた。セルフケア継続の動機づけには、＜セラピストのお陰でドレナージを続けられており励まされると頑張れる、見放されてないのだなと思う＞と医療者のサポートが加わっていた。

以上のように、患者のリンパ浮腫に対する反応は、症状出現時は戸惑いがあり、予備知識によって症状の受け止めにつながる場合もあること、原因を知りたいという反応がみられていた。日常生活では歩行、運動、仕事、趣味活動、衣服類の制限、圧迫療法による負担（季節によって負担は大きくなる）などの影響を受けていた。心理面では、症状によるネガティブな反応と、時間経過の中で適応するという両面の反応をしながらも、リンパ浮腫を抱える生活が続くことによって、簡単には改善せず生涯付き合っていかなければならない症状であるという認識を持つようになった反応が見られている。3 カ月間では、複合的治療継続の負担が続く中で、

症状の悪化・長期化への不安と同時に、症状に慣れ日常生活や対処方法をある程度確立出来たことでの安心など、心理面での反応が増えていた。このような状況に対してセルフケアを継続するために、症状の悪化を防ぎたい思いに加え、医療者のサポートを活用する反応も挙げられるようになっていた。

（3）評価

患者は症状に対して、日常生活において＜土いじりや重いものを持つなど手に力を入れるとむくむ＞＜買い物や長時間歩くことでむくみが悪化する＞＜夕方になると腕が重い＞＜しめつけ、重力、活動によってひどくなる＞など【労作と浮腫の程度は関係する】と評価していた。また、＜太っていることと、リンパ節隔清などむくむ原因がある＞＜ホルモンや活動との関係を考える＞＜なぜこんなひどくなったかわからない＞＜前回はこんなにひどくなかった＞＜前回とはちょっと違うむくみ＞と、【浮腫の要因を探索する・以前と比較する】ことによる評価を行っていた。セルフケアに関しては、＜皮膚の状態をみながらむくみの状態を判断している＞＜むくむ範囲を評価する＞＜季節・温度や装着による圧迫感でスリーブの使用を判断する＞と【セルフモニタリングによる評価】や、＜セルフケアを怠けるとむくのでやっていて現状維持＞＜リンパ浮腫がどういうものかわかってきてむくみはだんだん落ち着いてきているのではと思う＞など、【セルフケア継続の効果を評価する】様子が示されていた。

3ヵ月後では、＜手をよく使ったときはむくむ＞＜体重が増えることや腕を使いすぎることが浮腫の悪化に影響している＞＜リンパ浮腫のメカニズムに則し評価を行っている＞と、浮腫の要因を探索しながらの評価を継続していた。また、＜包帯は大変だし難しい、続けられないので生活には無理＞＜ケアをしないとむくみが悪化する＞＜スリーブをしてもあまり変わるという感覚はない＞＜前回に比べて治りが遅く長引いている＞など、圧迫療法の負担やセルフケアをして症状の維持、ケアしなければ悪化すること、症状の長期化など、セルフケア継続の効果に関する評価が増えていた。

以上のように患者は、日常生活行動と浮腫の程度との関連や要因を探索し、以前の症状出現時との比較をしながら症状の評価を行っており、3カ月後も続いていた。また、圧迫療法の負担、ケアをしないと悪化するなどセルフケア継続の効果の評価を強化するようになっていた。

2）方略

リンパ浮腫に対するセルフケアの内容としては、＜リンパ浮腫が起こるリスクを知り、予測して気にかける、注意深く観察する＞＜保湿、炎症に気をつける、患肢の挙上、腹式呼吸、ドレナージ、弾性着衣、バンテージ、ストレッチやウォーキングなど適度な運動、腕を酷使しない、重いものを持たない、買い物にはカートを使用、同一体位にしない、体重コントロール、疲れたら休憩する、家事や外出で無理をしない＞など、【複合的治療を確実に実践する】方略が示されていた。他に、＜労作時は必ずスリーブをつける＞＜スリーブによるしめつけ感が強いときはサイズや装着時間を調整する＞と【圧迫を自己調整する】ことや、＜自然に朝いちばんにむくみの状態をチェックする＞＜予防段階から圧迫＞＜ゴム手袋を使って早く楽にスリーブをつける＞＜できる時はお風呂でマッサージする＞＜スキンケアはついでに行う＞＜本格的にできない時は指先から上をさするくらいにしている＞＜栄養に気をつける＞＜右肩が凝ったらマッサージに行く＞＜すばやく動けないことを意識して無理をしない＞など【セルフ

ケア内容を工夫・調整する】ことが示されていた。また、＜あまり一生懸命やらない＞＜体力や栄養、気持ちなどバランスのとり方を 24 時間工夫している＞＜ドレナージに通って症状以外のストレスを聞いてもらって癒される＞など【感情をマネジメントする】ことも行っていた。他者のサポートについては、＜家族の協力を得る＞＜家族や医療者のケアを継続して受けながら腕に負担をかけない＞一方、＜家族に迷惑をかけたり気を遣わせないよう配慮して過ごす＞両面の方略があったが、医療者に対しては＜医療者が異常時に対処することを保証している＞ことを認識し、＜スリーブの変更は専門家に紹介してもらう＞＜早期に気づいて医療者に相談し専門的ケアを受ける＞など【必要に応じて他者にサポートを求める】方略が示されていた。

3 ヵ月後では、セルフケアとして＜むくみがひどくならないように予防的に対処する＞＜バンテージを巻くのが早くなり巻きながら腕の状態に気づくことが多い＞＜仕事中はスリーブをして前より長く付けるようにする＞＜朝忙しい時はゆるいほうをはめ、帰ってきたらすぐ外す＞＜むくみがひどくなりいつもより丁寧に頑張る＞＜むくみの程度に応じてスリーブとバンテージを使い分けたり使うタイミングがわかってきた＞＜脇の下などポイントを決めて重点的にマッサージを行う＞＜むくんでいる時はドレナージを受けに行く＞など、症状の程度に合わせた細やかな調整が示されていた。また、＜ドレナージに通いながら続けていく＞＜セラピストにがっかりされないようにケアを続ける＞＜自分に言い聞かせて続ける＞と、【セルフケア継続を動機づけ】方略が加わっていた。他に、＜体調不良によりケアが出来ない時期があり億劫さもあって悪いサイクルが続いた＞とケアが中断した状況も示されていた。

以上のように、患者はリンパ浮腫に対する複合的治療の内容をセルフケアとし、時間の経過とともに日常生活に合う細かな工夫や調整を加え、ストレスマネジメントや、必要に応じて他者に支援を求めることも含め、豊富な方略を以ってセルフケアを継続していた。また、セルフケア継続のために、自分を励ましたり医療者のサポートを得ることを動機づけとする一方、体調不良やケアに対する億劫さがセルフケア中断の要因となることも示されていた。

3）方略の結果

それぞれの事例で方略を行った結果として、＜浮腫の軽減を実感している＞＜ケアによってすっきりしたり軽くなる＞＜徐々に収まってきている＞＜弾性着衣を使用してから楽になった＞＜ドレナージやバンテージをすることでやわらかくなったり細くなったり、痛みがとれるなどむくみが改善する＞＜ドレナージをすると違う気がする、だるさがなくなる、老廃物が減るって感じ＞＜一日中むくみやだるさに変化はない＞＜だるくて重くて何かちょっとおかしいなと思った時には肩回し、ドレナージして次の日には改善している＞など、【セルフケアによって症状マネジメントにつながる】様子が示されていた。一方、、＜冬のスリーブ着用は着ている服が多くて結構しんどい＞＜血流がしんどくて外してしまうことが多い＞＜はずしてもむくみがひどくならないので冬は着用しない＞＜スリーブで締め付け感が強すぎると感じたときは外して経過をみた＞など【圧迫療法は負担】であることが語られた。また、＜医療者によるサポートが得られる安心感がある＞と、医療者のサポートが感情面での安定につながっていることや、＜細くなっているかこれ以上太くならない＞＜努力すれば楽になる事がわかった＞＜スリーブはだるさが改善する感じがあることもあるが変化がないこともある＞＜セルフケアを怠けると腫れる＞＜やっていて現状維持＞＜少し腫れてきている＞と、【セルフケア

を継続して現状維持、ケアを止めると悪化する】いう評価が示されていた。

3ヵ月後では、＜スリーブの上からバンテージを播く方法を何回かやって調子が良い＞というアレンジの結果や、＜だいたい20分くらいドレナージすると楽になる＞＜マッサージをするとむくみがよくなり日常生活や趣味の活動に支障なく普通に生活している＞＜夜にちゃんとケアすれば朝にむくみはまた元に戻る＞＜スリーブの違和感はあるがむくみはましになる＞＜気持ちはましになっている＞など複合的治療による症状マネジメントの様子、＜ぎゅって腫れてきそうな感じ、血がめぐっていないような感じがしたので、スリーブを外した＞など、圧迫療法の負担とともに同様に示されていた。また、＜食事など意識しているが体重が減らずむくみも変わらない＞＜前回に比べ長引いている＞＜スリーブをしてもあまり変わるという感覚はない＞＜無理をしてスリーブをつけないことで気分的に楽になるが、しかしスリーブをつけていないとむくみが悪くなる＞と、3カ月間セルフケアを継続しても変化がないと評価していた。患者は、3カ月間の経過の中でセルフケアを実践することの効果を実感すると同時に、圧迫療法の負担や、セルフケアを継続しているから現状を維持しており、ケアをしないと悪化すると評価していた。

以上より、 患者はリンパ浮腫発症後の時間経過において、長期間浮腫と付き合っていかなければならないという認識を持ち、複合的治療のセルフケアを日常生活に組み込んで習慣化しようとしていた。自己の体験から症状の軽減・増悪因子を理解し、ケアの結果を評価しながら無理がないようにケア内容や分量を調整することや、セルフモニタリングの状況に応じて医療者のサポートを得るなどの方略を実施していた。更に3カ月間では、症状に対して鋭くなった自己の身体感覚を信頼し、症状の詳細な表現や、リンパ浮腫のメカニズムを捉えた症状の評価ができるようになり、蜂窩織炎への注意や季節に応じた準備、症状が悪化した時は医療者にケアを一部代償してもらうなどのケアの強化、生活に合わせた工夫や調整など、症状マネジメントの為の方略はより豊かになっていた。

感情面の反応をみると、症状マネジメントに関わる生活パターンが確立することや、セルフケアの効果を実感することで気持ちが落ち着く一方、毎日セルフケアを継続して症状は現状維持という状況に対し、新たな症状を浮腫と関連付ける、少しの変化にも悪化への不安が出現する、対処を続けていても症状が長引いていることを気にし始める、浮腫が悪化しケアの負担感や気分の落ち込みにつながるなどの反応も見られるようになっていた。それに対しては、症状を悪化させないためにストレスは許容範囲と思うことや、自分を励まして気持ちを保とうとする反応が増えるという特徴が示されていた。更に3カ月後には、セルフケア継続の動機付けとして、自分自身に言い聞かせること、医療者の存在を励みにすること、医療者のサポートを定期的に求めることも方略に追加されていた。同時に、今回の3カ月間で食事や体重コントロールに取り組むものの上手くいかず浮腫も変わらない体験や、ケアを続けても症状は不変であることを実感し、改善しないことが気になり始めていること、圧迫療法による負担感が語りの中に増えており、感情面のコントロールやモチベーションの維持に関しても対処しようとしている実態が明らかになった。

Ⅵ. 考察

１．リンパ浮腫を発症したがん患者の体験の現状

今回調査対象となった14名は、術後リンパ浮腫発症までの期間は5ヶ月～9年と幅があり、患者は術後何年経ってもリンパ浮腫発症の可能性を抱えながら過ごしている事がうかがえる。また、発症後のセルフケアも約１年～10年と年単位の長期間継続しており、一度発症すると症状と付き合っていかざるを得ない状況の中で生活していることが示されている。リンパ浮腫発症後は、歩行や運動、仕事、趣味活動、衣服類の制限など日常生活への影響に加え、他の身体症状をリンパ浮腫に関連付けて考える、症状の変化に敏感に反応する、症状増悪への不安や恐怖など、精神面へも影響を受けて過ごしていた。そのような状況に対して、患者は複合的治療に関する何らかのセルフケアを実践しており、症状への対処方法を組み込んだ生活パターンが確立していくことや、セルフケアによる効果を実感すること、医療者からサポートを得ることなどによって、精神的にもバランスを保ちながら症状マネジメントを続けていると考えられる。今回調査した３カ月間の数値データからは、リンパ浮腫の程度、上下肢の機能、自己効力感、全体的なQOLに大きな変化はみられなかった。患者がセルフケアを継続することによって症状は悪化していないため、QOLは保たれているとの評価につながっていると思われる。

２．症状マネジメントの現状と特徴

患者はリンパ浮腫を抱えながら、日常生活をどう整えるか、生活習慣としてセルフケアを継続するために探索的に対処を続けていく努力をしていた。また、リンパ浮腫に関する予備知識によって症状発症時の受け止めにつながるケースもあり、医療従事者からの複合的治療に関わる指導は、患者のセルフケア能力の維持に関して一定の効果につながっていると考える。

患者はセルフケアを続ければある程度症状が維持でき、リンパ浮腫を抱えた身体や生活に折り合いをつけて過ごせる実感から、一旦は安心を得ながらも、ケアに取り組んでも上手くいかない体験や、圧迫療法による負担感の増強、体調不良や負担からセルフケアを休止し浮腫が悪化する悪循環を体験していた。ケアを月単位で続けていても改善ではなく現状維持、ケアの中断が症状悪化につながることも実感し、症状改善の明確な見通しが見えない中で、モチベーションの維持に必要な動機付けの方略も加えるなど、様々な努力を続けて症状をマネジメントしている。今後、セルフケアをしても症状が改善しないことを連続して体験したり、負担感の増強、ケア継続の動機付けの要素となっていた医療従事者からの定期的なサポートがなければ、セルフケア中断の要因につながる可能性がある。明らかな改善を目的とできない長期間の症状マネジメントには、患者自身の努力を要する。 患者が生涯にわたりリンパ浮腫を悪化させないようにマネジメントしていくには、セルフケア能力の維持が課題であり、その努力に対する評価を含めた支援が必要であると考える。

３．看護への示唆

リンパ浮腫を発症した患者は、年単位で症状を抱え、セルフケアをし続けて現状維持という状況で生活しており、ケアをしても思うような結果につながらず症状が悪化する体験や、ケアの負担感などは、長期間のセルフケア継続を阻害する要因として考えられる。一方、患者は生活や心理面で折り合いをつけながら、時に医療従事者からのサポートを自ら得る事も含めて現

状維持の為の努力を続けており、今回調査した 3 カ月間で患者の症状マネジメントに関する評価能力は高まり、日常生活に組み込んだ方略はより豊かになっていた。これらのセルフケア能力を長期に維持し、更に高めることが出来れば、患者はリンパ浮腫の症状維持だけでなく、改善につなげていける可能性も示唆される。 リンパ浮腫の症状マネジメントは生涯続けていく必要があり、患者自身が症状をセルフモニタリングできること、複合的治療を日常生活に上手く取り込み実践につなげること、ケアの結果を評価できること、ケア継続の動機付けの強化、患者のセルフケアに対する医療者の肯定的な評価 などが、看護ケアとして効果的であると考える。リンパ浮腫の症状マネジメントは、患者のセルフケアが不可欠であり、これらのセルフケア能力を維持する看護プログラムの提供が有効であると示唆される。

Ⅶ. 結論

１．リンパ浮腫を発症したがん患者は、日常生活への影響、セルフケア継続による負担、症状悪化への恐れや不安を抱えながらも、生活や心理面に折り合いをつけ症状ネジメントの努力を続けている。

２．患者はセルフケアの継続によって症状が悪化しないことを実感しており、リンパ浮腫の症状マネジメントは、一般的な複合的治療の指導によって一定の効果が得られている。

３．患者がセルフケアを継続する動機付けの要因の一つに、医療者からの肯定的な評価などのサポートが含まれている。

４．患者がリンパ浮腫の症状マネジメントを長期間継続していくには、患者のセルフケア能力の強化とともに、セルフケア継続の努力に対する評価を含む看護介入プログラムの提供が有効であると示唆される。

Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

今回調査対象になった患者は、定期的にリンパ浮腫外来に通っている患者であり、自ら支援を得ようと行動できるセルフケアレベルが高い患者に偏っていると考えられる。また、調査人数は 14 名であり、本調査の結果を一般化することは難しい。今後は、患者のセルフケアレベルに応じて、リンパ浮腫の症状マネジメントに関する看護介入の内容や効果を評価することが課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様、医療機関の皆様に心から感謝申し上げます。

引用文献

上山武史.リンパ浮腫治療に対する社会認識の現状と今後の課題. 加藤逸夫(監修), リンパ浮腫診療の実際―現状と展望― (pp.129-138). 文光堂, 2003

小川佳宏.リンパ浮腫の病態. 加藤逸夫(監修), リンパ浮腫診療の実際―現状と展望― (pp.21-29). 文光堂, 2003

Orem ED（小野寺杜紀訳）．オレム看護論―看護実践における基本概念．第 4 版．東京，医学書院，2005

増島麻里子, 佐藤禮子. 乳がん治療後のリンパ浮腫が患者にもたらす苦悩. 千葉看護学会会誌. 13(1)，85-93 (2007)

増島麻里子，佐藤禮子．乳がん術後にリンパ浮腫を発現した患者のリンパ浮腫に対する捉え方と対処行動．千葉看護学会会誌．14(1)，17-25 (2008)

Carter JB. Women's experiences of lymphedema. Oncology Nursing Forum. 24(5), 875-882 (1997)

Fu RM, Rosedale M. Breast cancer survivors’ experiences of lymphedema-related symptoms. Journal of Pain and Symptom Management. 38(6), 849-859 (2009)

Greenslade VM, House JC. Living with lymphedema: a qualitative study of women's perspective on prevention and management following breast cancer-related treatment. Canadian Oncology Nursing Journal. 16(3), 165-179 (2006)

Didem K, Ufuk SY, Serdar S, et al. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery. Breast Cancer Research And Treatment. 93(1), 49-54 (2005)

井上エリ子，星野仁美，金子有紀子，他．複合的リンパ療法によるリンパ浮腫セルフケア支援の 2 事例．The Kitakanto Medical Journal．58(1)，87-92 (2008)

Leal FN, Carrara HH, Vieira FK, et al. Physiotherapy treatments for breast cancer-related lymphedema: a literature review. Revista Latino-Americana de Enfermagem.17(5), 730-736 (2009)

中尾富士子，山本滋，伊藤美佐江，他．乳癌術後のリンパ浮腫患者に行った複合的理学療法の効果．山口医学．56(1)，11-14 (2007)

井沢知子．乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラムの開発．日本看護科学会誌．26(3)，22-31 (2006)

井沢知子，野木幸子，高岡智子．がん術後のリンパ浮腫に対するリンパ浮腫セルフケア支援プログラム．日本がん看護学会誌．21(2)，57-61 (2007)

２．分子標的薬による皮膚障害の症状マネジメントの実態調査

西谷葉子，湯浅幸代子，細見裕久子，北山奈央子，礒元淳子，中野宏恵，内布敦子

Ⅰ．はじめに

分子標的薬による皮膚障害は生命を脅かすほどの影響はないが、重症化すると治療中止を余儀なくされ、重症化を予防する症状マネジメントが必要である。外来での治療が可能であり、症状の早期発見や対処の大半は患者に委ねられることから、患者自身が症状マネジメントを実施できることは重要である。薬剤による症状コントロールだけでは多くの限界があり、患者のセルフケア能力を高めることは症状マネジメントの成功要因となる。そして、オレムのセルフケア理論では、患者の持つセルフケアレベルを正確に査定し、必要な代償を行うことが看護の役割であるとされている。分子標的薬による皮膚障害の特徴についていくつか報告はあるものの、患者が症状をどのように認知し対処しているのか、症状が日常生活にどのように影響を与えているのかを明らかにした報告はない。

そこで、分子標的薬による皮膚障害が出現した患者の症状体験、症状マネジメントの方略、方略の結果についてインタビューを行い、患者の症状マネジメントの実態を明らかにすることが必要であると考えた。これらの結果は、患者が症状に気づき、対処していく為に必要な看護援助を導きだすことに寄与すると考える。

Ⅱ．目的

分子標的薬の上皮成長因子受容体（Epidermal Growth Factor Receptor：以下 EGFR）阻害剤またはマルチキナーゼ阻害剤による治療開始後に皮膚障害が出現した患者に対し、症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management：以下 MSM）を概念枠組みとして症状マネジメントの実態を明らかにすることである。

Ⅲ．文献検討

１．EGFR 阻害薬による皮膚障害

EGFR は皮膚、毛包、爪の増殖や分化に関与しており EGFR 阻害薬による皮膚障害の発生機序として、EGFR の活性化が減少すると角化異常が起こり、毛包の炎症、皮膚の乾燥、皮膚炎、爪囲炎が生じることが知られている。つまり、EGFR 阻害薬の皮膚毒性は、アレルギー性または感染性の反応ではない。EGFR 阻害薬の一つであるセツキシマブの皮膚毒性は、80%以上出現されるとされており、最も起こりうる皮膚障害は、ざ瘡様皮疹と乾皮症であり、ざ瘡様皮疹の好発部位は頭部・顔面・前胸部・背部・大腿部であり、投与後 7～10 日後に出現し、2～3 週後にピークになるとされる。皮膚の脆弱化とともに水分の保湿機能が低下する乾皮症は投与 3 週間以降に手足に多くみられ、乾燥が進むと亀裂が出現する(田中,2009)。Grade3～4(CTCAEv4.0)の皮膚障害はまれであるが、薬剤の中断や減量を必要とする場合もある（Melodie,2005)。また、別の EGFR 阻害薬であるゲフィチニブは、45～100%の患者の顔や上半身に皮疹がみとめられ、通常、投与数週間以内に出現する。その後、圧痛を伴う膿ほうが出現する。

２．マルチキナーゼ阻害薬による皮膚障害

マルチキナーゼ阻害薬による重大な副作用として、手足症候群が知られている。手足症候群の発現のうち 10%が有害事象共通用語規準 v3.0 によるグレード評価で３以上を示し、症状の出現における対症療法、減量、休薬又は投与の中止を考慮することが挙げられ（厚生労働省重篤副作用対策マニュアル,2010）、最も注意の必要な副作用の一つとして報告されている。

手足症候群は、手掌、足底に発赤、紅斑などさまざまな症状を有する皮膚障害で、薬剤の種類によって特徴があり、症状の出現形態が異なることが知られている（狩野，2009;Anderson,R., et al.,2009;厚生労働省，2010；Wood, S.L., et al., 2010）。薬剤の作用機序から考えて、殺細胞薬とは異なる事が考えられている。フッ化ピリミジン系薬剤による手足症候群では、皮膚基底細胞の増殖阻害、エクリン汗腺からの薬剤分泌、フルオロウラシルの分泌産物の関与が想定されている（厚生労働省,2010）。一方、ソラフェニブを含むキナーゼ阻害剤では、皮膚基底細胞や皮膚血管などへの直接的作用が考えられているが、詳細な発生機序は不明である。

マルチキナーゼ阻害薬の一つであるソラフェニブに伴う手足症候群の出現形態の特徴は、局所的な圧がかかる足底部（踵や中足骨部）に、痛みの伴う角質化紅斑として、典型的な過角化が存在したことが報告されている（Autier,J., Escudier,B., Wechsler,J., Spatz,A., and Robert,C.,2008）。手掌や足底は、圧力がかかりやすく、角質肥厚が起こりやすい部位で、マルチチロシンキナーゼ阻害薬によって引き起こされる角質化の異常が、特徴的な症状として現れると考えられている（狩野,2009;Anderson,R., et al.,2009;厚生労働省,2010；Wood, S.L., et al., 2010）。病理学的所見としては、過角化を伴う表皮肥厚、角化細胞の壊死や空胞変性、毛細血管拡張、血管周囲炎症細胞浸潤などがあげられている(Lacouture,M.E., Reilly,L.M., Gerami, P., Guitart, J., 2008)。しかし、ソラフェニブにおける角化性病変においても、その機序は、未だ不明であり、マルチキナーゼ阻害剤の中でもソラフェニブとスニチニブの 2 剤に突出してみられることから、VEGFR と PDGFR が同時に阻害されることで生じる可能性や、FMS-like tyrosine kinase 3 や RET kinase の阻害が関与している可能性などが指摘されている(Lacouture,M.E., Reilly,L.M., Gerami, P., Guitart, J., 2008)。また、Esucudier,B.,et al.,（2007）も、手足症候群の病理所見は、角層内ケラチナサイトの層状壊死と不全角化、顆粒層の消失、基底層の配列構造の乱れと核の大小不同、真皮上層の血管拡張を挙げており、花輪ら（2010）の報告においても同様の所見を認め、臨床所見における特徴的な膿瘍様水疱と疼痛は病理所見における特徴的な表皮層状壊死を反映していると指摘されている。

先にも述べたように、ソラフェニブによる手足症候群のメカニズムは明らかではないが、ソラフェニブの作用機序との関係より示唆されているものがある。その一つに、表皮ケラチノサイトは PDGF-αや PDGF-βといった血管内皮細胞や神経芽細胞における PDGF 受容体のリガンドを合成するが、マルチキナーゼ阻害剤は、これらの細胞における PDGF シグナルを阻害することで、手足症候群の症状を惹起するという考えである。しかし、表皮ケラチナサイト自身には PDGF 受容体や VEGF 受容体は発現しておらず、手足症候群の病理所見に特徴的な表皮の層状壊死が説明できないことを指摘している論文もある（Porta,C. et al.,2007）。また、Ponten.F.,et.al.,（1994）,Mikula.M., et.al.,（2009）が報告した細胞増殖シグナルを伝達する Raf がカスパーゼを阻害することでアポトーシスを抑制する機能があることを引用して、花輪

ら（2010）は、次のような推測を提示している。それは、ソラフェニブ投与により Raf の機能が阻害され、角化細胞のアポトーシス亢進が起こり、表皮層上壊死が形成されるというものである。いずれにしても、病理学的所見と臨床症状からいえることとして、Anderson,R. et al.,（2008）は、薬剤の直接作用による基底細胞の増殖抑制や、抗がん剤の汗管からの排出による角化細胞の傷害、血管修復能の阻害といった機序を述べている。一方、Autier,J., et al.,（2008）は、腎細胞癌患者に対して、手足症候群の発症の有無と無増悪期間との間に相関はなかったことを報告している。このことは、手足症候群の出現がバイオマーカーにはならなかったことを示している。

３．皮膚障害による QOL への影響

分子標的治療薬に伴う皮膚障害は、患者の QOL に影響することが報告されている（Hackbarth M,2008）が、現在のところ皮膚障害を完全に除去もしくは予防することはできない。また、皮膚障害の一つである手足症候群は、重症化すると水疱形成、痛みを伴う炎症性の障害により日常生活に支障をきたし、QOL を低下させ、その結果、治療中止や減量を余儀なくされる(Chu.D., Lacouture.M.E., Fillos.T.,Wu.S.,2008 ;馬場ら，2009；池原ら，2009；Wood, S.L., et al., 2010)。用量依存的な副作用であるため、休薬とともに症状の軽快が認められている（馬場ら,2009；公平ら,2009；池原ら,2009)。

しかし、治療を選択した患者にとって、症状の重症化に伴う QOL の低下と、同時に治療の中止や休薬は、腫瘍増殖への不安や治療への期待に影響を及ぼすこととなる。そのため、がん治療を中断しなければならない事態を避け、患者の QOL への影響を最小限にするという理由で皮膚障害のマネジメントを行うことは重要であり(Karen，2008)、これらの皮膚障害に対して予防的なスキンケアが必要とされている。ところが現在のところ、詳細なメカニズムはわかっておらず、予防法が確立していないのが現状である（池原ら，2009)。そこで、Lacouture,M.E., Reilly,L.M., Gerami, P., Guitart, J.（2008）, Wood, S.L., et al.,（2010）は、症状の早期発見と対処の重要性を指摘している。また、臨床試験で報告された症状の出現形態から考えられる重症化の予防策を推奨している（Chu,D.,et al,2008；Wood, S.L., et al., 2010)。それによると、過角化、手掌、足底の局所の摩擦・圧迫に関与したケアの重要性が強調されている。

４．皮膚障害に関する看護研究の現状

現在、予防的な看護介入プログラムとして明確に示されたものはない。日本における看護研究としては、第 24 回日本がん看護学会において口演発表された斎藤（2010）による「ソラフェニブによる手足症候群予防のためのケアプランの検討」がある。研究の対象は、腎細胞癌患者４名であり、予防ケアとして皮膚の観察と症状出現前から保湿剤の塗布を実施している。その効果として、症状の増悪は認められていないことが報告されている。

海外の文献では、Lacouture, M.E., Reilly, L.M., Gerami, P.,et al.（2008）による原著論文で、患者教育と一体化して過角化症のマネジメントを含むマルチキナーゼ阻害剤に関連した手足症候群のリスクファクターのコントロールと予防策を実施することで、手足症候群による治療中止を防ぎ、治療継続ができることを述べている。Wood,S.L .(2007)は、手足症候群の副作用マネジメントの必要性を強調している。副作用マネジメントは、症状のモニタリングを行い

徴候に気づくこと、患者の微妙なニュアンスを捉えて関係性を築くためのコミュニケーションが重要であることが述べられている。患者にとって必要なことは、治療が継続でき、QOL を維持して生活の質と量の拡大を図ることであると述べている。2010 年には、国際的な学会で発表された内容を専門家によるディスカッションで検討し、手足症候群のマネジメントとして、①Controlling Calluses（角質肥厚のコントロール）②Comfort with Cushions（クッションによる緩衝）③Cover with Creams（クリームによる保護）の３つの頭文字をとって３C アプローチを推奨している（Wood,S.L.,et.al.,2010）。

木下(2009）は、細胞障害性抗がん剤と分子標的治療薬の副作用である手足症候群に対して手足症候群判定基準を元に、保清、保湿、保護・保温を提供する方法を紹介している。この「清潔・保湿・保護」の 3 本柱を中心としたケア技術を患者の皮膚状態にあわせて提供することが重要であると考えられる。患者へのケアのポイントでは、皮膚科医との連携の重要性について述べており、「多職種の連携」の重要性も述べられている。また、「保護」の中で、四肢末端の循環不全は、さらなる知覚麻痺や皮膚障害を助長すると指摘し、手袋や靴下の着用による皮膚の「保温」が重要であると述べている。井沢(2009）は、化学療法によって引き起こされる皮膚障害について患者が行うためのスキンケア指導について述べている。この中で、治療前のセルフケア能力の査定、治療中のセルフケア能力を高める援助、治療後のセルフケア能力の再査定の３つの指導の概要を記している。治療前から症状体験の聴取を行うことが記述されているが、査定内容は、すでに皮膚障害が出現した患者の体験内容がもとになっており、予防的な視点はケアの概要に含まれてはいない。重症化を防ぐケアとして、スキントラブルに対する基本的知識・技術・看護サポートの提供をセルフケア能力に合わせて行い、QOL、症状、機能の状態で評価することが概要に含まれているが、どの程度、重症化を防ぐことができたかについては触れられていない。小林(2010)は、エルロチニブの皮膚障害のケアを通して、セルフケア能力の査定の重要性について述べている。個人の生活体験の中で、大きなライフイベントがある場合や、皮膚のモニタリング能力が低いこと、社会的・経済的な問題を抱えている場合には、セルフケア能力を再査定し看護ケアを提供しなければ、皮膚の重症化が進むことを示唆している。

以上のことから、分子標的治療薬を投与中に皮膚障害を抱えた患者の体験は十分に明らかになっておらず、体験をもとにした看護ケアの開発が必要であると考える。

５．MSM について

分子標的薬などの治療の発展により、ステージⅣであっても外来治療が可能となった。このことは、患者の従来の生活環境の中での生活を継続しながら、治療の副作用に対するケアを患者主体で行うことを意味する。患者主体のケアアプローチが重要となる。

MSM（図１）は、1994 年カリフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）の看護教員グループによって開発された症状マネジメントのための概念モデルである。MSM は、様々な疾患から起こってくる多様な症状に対する看護実践や看護研究のために活用することができる包括的なモデルとして開発された。このモデルは、「患者が、症状があると訴える場合はいつでも必ず訴える通りの症状が存在する」（McCaffery & Beebe，1995）と考えており、一人ひとりの患者が知覚している主観的な症状体験を重視している。MSM では、症状マネジメント

は患者の症状の体験（認知・評価・反応）、症状マネジメントの方略、症状の結果という 3 つの要素で成り立っている。これら 3 つの要素は相互に関連するダイナミックなプロセスであり、さらに、看護の関心領域である個人・環境・健康と病気がそれぞれに影響していることが示されている（Dodd et al，1997，Dodd et al，2001）。日本では、1997 年に MSM の開発メンバーの一人である、P．J．Larson によって MSM が紹介された。その後 Larson は、MSM を臨床の看護活動や学生への指導に活用することができるものにするために、症状マネジメントのための統合的アプローチ（The Integrated Approach to Symptom Management：以下 IASM）を開発している（1999）。さらに内布ら（1999）によって看護実践に活用できるガイドブックの開発、精錬が行われている（内布ら，1999；竹本ら，1999）。IASM は、看護師が症状をマネジメントする際に、患者がセルフケアできるように援助するうえで必要な症状の定義や機序、患者の体験を理解すること、看護師が、患者の症状の認知や体験、周囲のサポートなどを明らかにするために「傾聴する」、「客観的に問う」、「サインをモニタリングする」という 3 つの看護行為を駆使し、個別的な症状マネジメントの方略を導き出すこと、さらに、基本的知識・技術・看護サポートを提供することにより患者のセルフケア能力にはたらきかけ、症状の緩和や QOL の向上を期待するという手順で行っている。IASM を枠組みとした介入研究の報告も行われており（荒尾，2002；井沢，2006）、患者のセルフケア能力を高め、症状をマネージすることに有益であるということが明らかにされている。

MSM は、患者の症状体験そのものを理解するとともに、その症状体験のために患者がどのような方略を選択し、その患者の生活・生命全体にどのような結果をもたらしているのか理解することができる。また、症状マネジメントを行う際には必ずしも症状を体験していなくても症状を体験する前に方略を用いることができると言われている（荒尾，2007）。

分子標的治療薬による皮膚障害が出現した患者のセルフケア支援を行うためには、患者が症状をどのように認知し対処しているのか、症状が日常生活にどのように影響を与えているのかを一つ一つ明らかにする必要がある。MSM の枠組みには、これらの内容がモデルの中に位置づけられており、本研究の目的である分子標的による皮膚障害の症状マネジメントの実態を捉えるのに適していると考える。

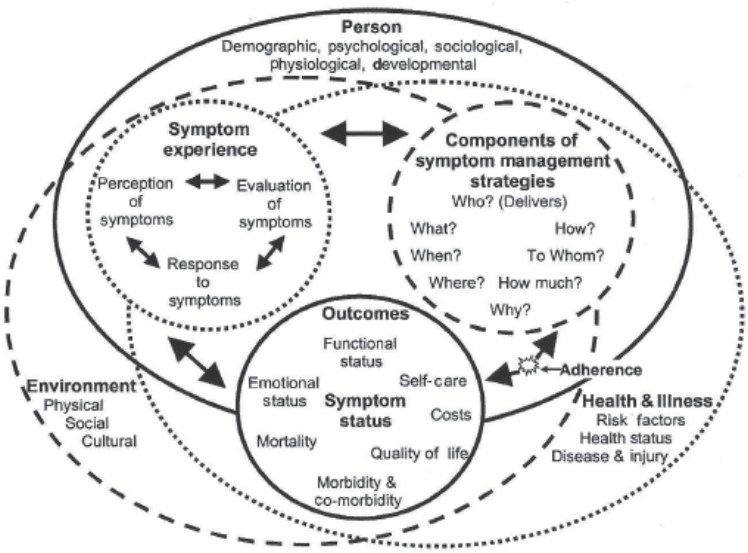


図 1　症状マネジメントモデル（MSM）

Ⅳ．研究方法

１．用語の定義

皮膚障害：EGFR 阻害剤及びマルチキナーゼ阻害薬の投与によって生じる角化異常に伴う皮膚症状とその合併症。主な症状は、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥、爪囲炎、掻痒症、手足症候群。

２．研究協力者

下記の基準を満たし研究の承諾が得られた者を対象とした。

１）EGFR 阻害剤またはマルチキナーゼ阻害剤による治療を受けており、皮膚障害が出現した患者

２）20 歳以上の患者

３）言語的コミュニケーションが可能で、記名力、認知、記憶に障害がなく、質問紙の記入が可能な患者

３．調査期間

2013 年 7 月～2015 年 3 月

４．データ収集方法

１）EGFR 阻害剤またはマルチキナーゼ阻害剤の治療を行っている医療機関の施設長および看護部長に対して文書を用いて研究協力を依頼し、担当看護師長または医師をご紹介いただいた。

２）担当看護師長または医師に文書を用いて、研究対象候補者の紹介を受けた。

３）研究対象候補者に対して書面にて研究の趣旨、方法を説明し、研究協力に同意した場合に同署への署名を得た。

４)研究協力に同意した者を研究対象者とし、治療や療養生活に支障をきたすことのないよう、初回および 2 回目（症状出現後 6 週目頃）の調査日時を設定した。

５）以下の調査項目および方法でデータ収集を行った。

（１）研究協力者の基本情報

年齢、性別、病名、治療薬と投与量、投与方法、治療開始日について、看護師を通じてカルテより情報を得た。

（２）皮膚障害の症状マネジメントの実態（症状体験、症状マネジメントの方略）

MSM を概念枠組みとして作成したインタビューガイドに沿って、40 分程度の半構成的面接を行った。インタビュー内容は同意を得て IC レコーダーに録音し、データとした。

（３）出現している症状と皮膚の状態

出現している症状と部位、程度、皮膚の脆弱性 について、研究者が観察を行い、有害事象共通用語規準 ver.4.0（以下、CTCAE v4 とする）を用いて Grade 評価し記録した。

（４）自己効力感、QOL の状態

インタビューの後に、がん患者用自己効力感尺度 および Skindex29 を用いて質問紙調査を行った。

（5）セルフケア能力の状態

半構成的面接で得られた内容より、セルフケア能力のレベルを判定基準（p.72 参照）に用いて研究者が 4 段階で評価した。

5）データ分析

（1）インタビューより得られたデータ

①録音データの逐語録を作成し、記述データとし、1 データ中に一つの意味が含まれるように単位データを作成した。

②概念枠組みに沿って単位データを分類し整理した。

③対象者ごとの皮膚障害に伴う症状の体験、症状マネジメントの方略、結果の状況、生活動作について、どのような状況にあるか描き出した。

④皮膚障害に伴う症状体験の共通性、各概念の下位項目を明らかにした。

⑤セルフケア能力について、そのレベルに基づいて判定した。

（2）皮膚の状態の観察データ（皮膚写真の撮影を含む）

有害事象共通用語規準（Common Terminology Criteria for Adverse Events、以下 CTCAE）v.4.0 を用いてグレードを評価し、症状出現時と症状出現後 6 週目の結果を比較した。

また、症状出現時と 6 週目で Grade2 の症状の数の変化を比較した。

（3）質問紙調査データ

がん患者用自己効力感、 Skindex29 で得られたデータは皮膚症状の客観的情報として症状出現時と症状出現後 6 週目の結果を比較すると同時にインタビューデータとあわせて評価し、症状マネジメントの実態を明らかにするために用いた。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て、倫理的配慮として以下の内容を実施した。

1．研究協力の依頼は、担当看護師長または担当医師からの紹介において強制力が働かないよう留意し、研究者が直接説明を行った。

2．研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報の保護、データの厳重管理、診療録の閲覧、結果の公表について文書と口頭で説明し、同意書を用いて同意を得た。

3．研究対象者が受ける医療や療養生活に支障をきたすことのないよう配慮し、調査日時と所要時間を設定した。体調不良や疲労感が強い場合は、休息がとれることを保証し、研究対象者に相談の上で必要に応じて医療者に対応を依頼することとした。

Ⅵ．結果

1．研究協力者の概要

研究協力者は 5 名（A～E）で、その内訳は、性別は 3 名（A、B、D）が女性であり、2 名（C、E）が男性であった。年齢は（50 歳代～80 歳代）で、現疾患は 4 名が大腸癌、1 名が肺癌であった。治療薬は、パニツムマブ 3 名、セツキシマブ 1 名、タルセバ 1 名であり、全ての患者が EGFR 阻害剤による治療であった。また、5 名ともインタビュー開始時から 6 週

間後（2 回目のインタビュー）までの治療薬投与量の変化はなかった。初回のインタビュー開始時にみられた皮膚障害は、皮膚乾燥、ざ瘡様皮疹、掻痒症、爪囲炎で、皮膚乾燥は全員にみられ、ざ瘡様皮疹、掻痒症は 3 名に、爪囲炎は 2 名の者にみられた（表 1)。

表 1　研究協力者の概要

事例	性別	年齢	疾患名	現在の治療	最初に出現した症状（Grade）
A	女性	50 歳代	大腸癌	mFORFOX6+ パニツムマブ	皮膚乾燥（2）
B	女性	70 歳代	大腸癌	CPT+パニツムマブ	ざ瘡様皮疹（1） 皮膚乾燥（1） 掻痒症（1）
C	男性	50 歳代	肺癌	タルセバ	ざ瘡様皮疹（2） 皮膚乾燥（1）
D	女性	60 歳代	大腸癌	CPT+パニツムマブ	ざ瘡様皮疹（2） 皮膚乾燥（1） 掻痒症（1） 爪囲炎（2）
E	男性	80 歳代	大腸癌	CPT-11＋セツキシマブ	ざ瘡様皮疹（1） 皮膚乾燥（2） 掻痒症（1）

２．皮膚症状の変化

研究協力者に出現した症状の数は 1 人あたり 1～4 症状で、2～3 症状の者が最も多く、皮膚乾燥は 5 名全員にみられた（表 2)。皮膚乾燥の CTCAE Ver.4 による評価では、全ての者が Grade1～2 内であり、出現時からインタビュー終了時点での Grade の変化はみられなかった。皮膚乾燥に続いて多くみられた症状は掻痒症とざ瘡様皮疹で、B 氏、C 氏、D 氏、E 氏の 4 名にみられた。今回症状が出現した研究協力者のいずれも、掻痒症とともに皮膚乾燥又はざ瘡様皮疹が出現していた。治療開始と同時に保湿剤の使用、ざ瘡様皮疹の出現時は、抗炎症効果を期待した薬剤投与（ミノマイシン®）などの医学的介入と、病棟看護師や外来看護師による通常のケアのみで状況の維持はしているが、6 週間後のインタビュー時には、B 氏のように皮膚乾燥が増強したり、E 氏のように 2 週目から 6 週目まで亀裂を伴い軽快しない状況がみられた。

Grade2 以上の症状の数が増加した者は、A 氏,B 氏の 2 名で、A 氏は Grade2 の皮膚乾燥に加えて、6 週間後には Grade3 の痛みを伴う肉芽形成を帯びた爪囲炎が加わり、B 氏には、初回 Grade2 以上の症状はなかったが、Grade1 であった皮膚乾燥が Grade2 となっていた（表 3)。重症化した A 氏の爪囲炎は、足趾の乾燥、亀裂の後に肉芽形成し疼痛を伴っている。A 氏は、症状の変化に気づいてはいるものの、深爪だと思い疼痛を避けるためにテープを巻きつけ重症化していた。

表２　出現した症状と程度の変化

事例	最初に出現した症状（Grade）	6 週間後の症状（Grade）
A	皮膚乾燥（２）	皮膚乾燥（２） 爪囲炎（３）↑
B	ざ瘡様皮疹（１） 皮膚乾燥（１） 掻痒症（１）	皮膚乾燥（２）↑
C	ざ瘡様皮疹（２） 皮膚乾燥（１）	ざ瘡様皮疹（１）↓ 皮膚乾燥（１） 掻痒症↑
D	ざ瘡様皮疹（２） 皮膚乾燥（１） 掻痒症（１） 爪囲炎（２）	ざ瘡様皮疹（１）↓ 皮膚乾燥（１） 掻痒症（１） 爪囲炎（２）
E	ざ瘡様皮疹（１） 皮膚乾燥（２） 掻痒症（１）	皮膚乾燥（２） 掻痒症（１）

表３　Grade2 以上の症状の数の変化

事例	初回インタビュー時（出現時）	6 週間後
A	1	2
B	0	1
C	1	0
D	2	1
E	1	1

３．QOL の変化（図 1）

Skindex29 による質問紙は、出現した皮膚障害の症状、皮膚障害による感情、皮膚障害が影響した機能について問うたものである。その総合得点が高いほど、皮膚障害による影響をうけたことになる。インタビュー開始時の総合得点と終了時の総合得点を比較すると、殆ど変化がみられなかったものが、B 氏 1 名、6 週間後に総合得点が上昇したもの（皮膚障害が影響したもの）は、A 氏と E 氏の 2 名であった。

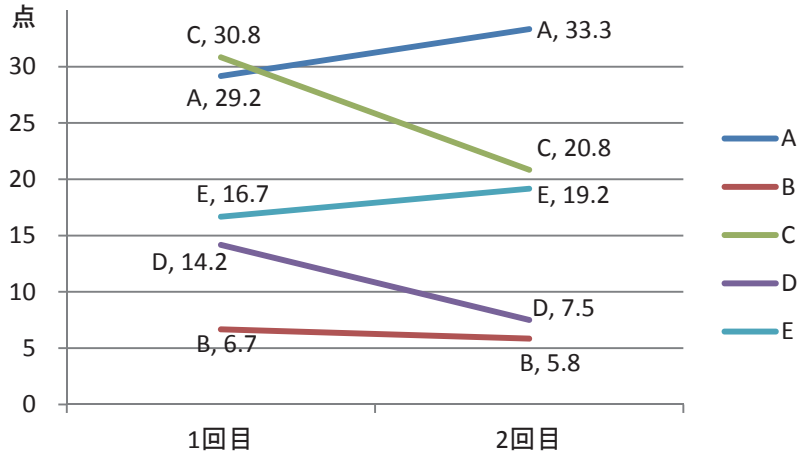


図 1　Skindex29（総合得点）の変化

４．自己効力感の変化（図 2）

がん患者のための自己効力感尺度を用い、インタビュー開始時の合計点と終了時の合計点を比較すると、僅かに上昇したものが A 氏 1 名、僅かに減少したものが B 氏、D 氏の 2 名、変化がみられなかったものが C 氏の 1 名で、殆ど変化がみられなかった。その中でインタビュー開始時から終了時点で明らかに減少しているものは、E 氏 1 名であった。自己効力感は、患者の精神面や身体面と密接に関係している。そこで、Grade2 以上の症状が増加した事例（A）と、QOL に皮膚障害が著しく影響した（A、E）について併せて述べる。

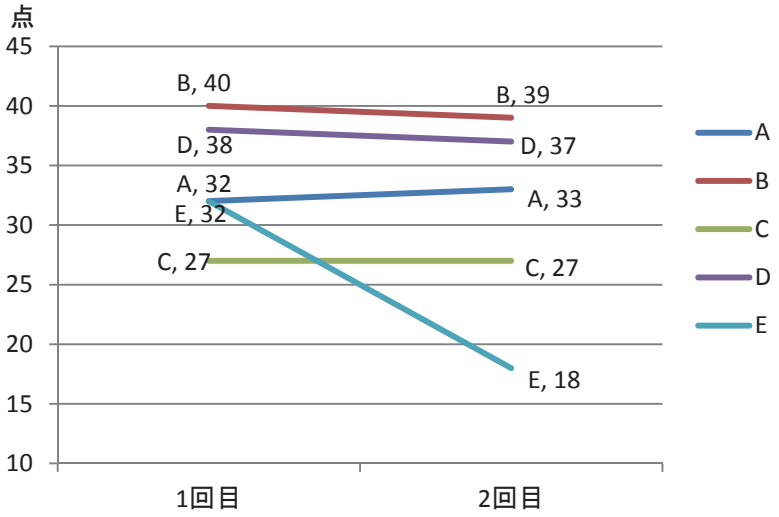


図２　自己効力感（合計点）の変化

１）Grade2 以上の症状が増加しているが自己効力感は僅かに上昇した事例（A 氏）

A 氏に出現した皮膚症状は、皮膚乾燥のみで Grade2 のまま重症化することなく経過していたが、その後 6 週間の間に、足趾の爪周囲に乾燥、亀裂から痛みのある肉芽形成を伴っている。また、その症状は、QOL に影響し Skindex29 による総合得点は、6 週間後には上昇しており明らかに生活に影響しているにも関わらず、自己効力感が僅かに上昇している。6 週間後のインタビュー時点では、爪囲炎に対して深爪と判断しテープを巻きつけるという誤った対処ではあるが、A 氏なりに工夫することで一時的に疼痛緩和が図れて歩行しやすくなったことが結果に影響したと考えられる。

２）皮膚障害が QOL に著しく影響した事例（E 氏）

E 氏は、初回治療の副作用である末梢神経障害による手足のしびれが日常生活に強く影響しており一番の気がかりとなっていた。EGFR 阻害剤による Grade2 以上の症状は皮膚乾燥のみであったが、Grade 1 の掻痒症が開始時期から軽減することなく持続し、2 週目頃より指先の亀裂の出現、亀裂部位が増加した。これらの症状が持続したことは、初回治療での「副作用は治らない」という体験がさらに強化され、自己効力感が低下したことに影響を与えたと考えられた。Grade3 のように痛みは伴わないまでも持続する皮膚障害によって QOL を著しく低下させ、スキンケアを継続しても症状が消褪しないことによる自己効力感の低下を招いたと考えられる。また、複数の抗がん剤による様々な症状体験が自己効力感に大きく影響すると考えられる。

５．セルフケア能力の変化（図 3）

セルフケア能力は、セルフケアレベル判定基準用紙を用いて、研究協力者から得られた症状体験に関するインタビューデータをもとに、研究者が判定した。セルフケアレベルはⅠ～Ⅳのレベルがあり、さらにレベルⅠは、全不可タイプ、判断不可タイプ、実施不可タイプと 3 つのタイプがあり、全 6 段階に分かれている。セルフケアレベルが変化したものは、A 氏と C 氏の 2 名で、A 氏はセルフケアレベルⅢからⅡへの低下がみられ、C 氏はセルフケアレベルⅣからⅡへの低下がみられた。B 氏、D 氏、E 氏のセルフケアレベルはⅢのまま変化なく、セルフケアレベルが向上したものはいなかった。

以下に、個々のセルフケア能力の変化を記述する。

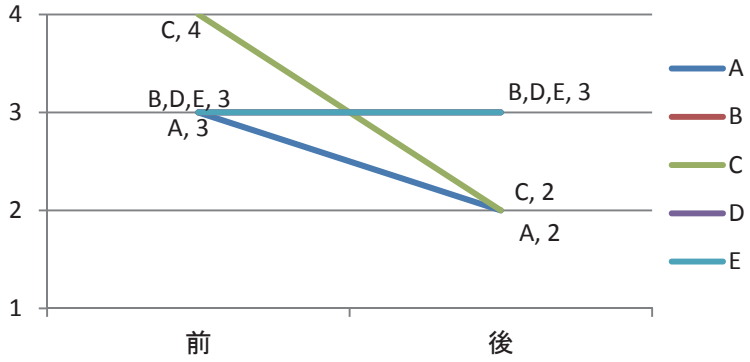


図３　セルフケアレベルの変化

１）A 氏のセルフケア能力の変化

A 氏は、自立した部分が大きく、医療者が代償する部分は小さいレベルⅢからⅡへの変化であり、自分の身体に関心を寄せ、出現した症状の特徴を表現し、説明をうけたスキンケアについて継続して実施していたが、説明をうけていなかった爪囲炎が出現した際には、自己判断による対処方法を行い重症化していたことから、医療者からの知識や技術を得ながらセルフケア行動を継続していく必要があると考え、レベルⅡと判断した。

２）B 氏のセルフケア能力の変化

B 氏は、レベルⅢのまま継続した。治療開始と同時に保湿剤、予防的にミノマイシン®の処方がされ、継続した軟膏塗布と内服投与により、症状が重症化することなく経過している。背部、前胸部へ皮膚乾燥、掻痒症、顔面のざ瘡様皮疹と多くの症状とつき合いながら、外来担当医の早期からの対処、皮膚科外来医師の症状出現時のステロイド軟膏の処方、使用方法の説明をうけ、指導内容をうけて注意深くモニタリングし、スキンケアに取り組むことが出来ている。医療者と協働して症状につきあい対処できていることから、レベルⅢと判断した。

３）C 氏のセルフケア能力の変化

C 氏は、自立した状態であるレベルⅣからレベルⅡへのセルフケア能力の低下がみられた。基礎的なスキンケア方法は理解し、無理なくスキンケアを開始していた。しかし、保湿剤やステロイド剤の使用によるベタベタした不快感と仕事で人と会うことが多いことから日中はクリーム剤を塗布しないという消極的な方法をとっていた。仕事等で外出から帰宅したとき以外

はスキンケアをしていなかった。C 氏のように処方内容の使用感が悪く、継続してスキンケアができていない場合には、生活へスキンケアを取り込んでいくためのケア方法の調整や方略の再検討が必要になる。C 氏は、皮膚をモニタリングして薬剤の評価もできていた。しかし、医療者から提案された方法が自分にとって適した方略ではない場合、あるいは症状が変化した場合には医療者に相談するなどの対処が必要になるが、C 氏の場合、昼間は塗布しないという消極的な対処であるため、レベルⅡと判断した。

4）D 氏のセルフケア能力の変化

D 氏は、レベルⅢのまま継続した。ざ瘡様皮疹や皮膚乾燥などの症状に対するケアの知識、技術は十分にあり、適切に対処できていたが、爪囲炎に関する知識、技術は不十分であり、「次回の受診日まで我慢する」といった消極的な方略をとっており、自分なりに工夫して対処できている部分と、医療者が代償する部分が一部あることから、レベルⅢと判断した。

5）E 氏のセルフケア能力の変化

E 氏は、レベルⅢのまま継続した。E 氏には治療直後からざ瘡様皮疹、2 週目頃より皮膚乾燥が出現し、処方された軟膏によって対処したり、基本的なスキンケアも医療者から言われたことは実践出来ていたが、持続する皮膚乾燥や亀裂などがある中、自ら工夫するあるいは予防的に対処するなどの積極的な方略には至らず、一部医療者の代償が必要であることから、レベルⅢと判断した。

6．症状マネジメントの実態の特徴

A～E 氏それぞれに出現した皮膚症状の変化と治療、その際患者がとったセルフケア行動と症状体験についてまとめ、患者の特徴を示した（表 4）。

治療に伴う皮膚障害として、説明を受けた症状については、関心が高く、症状の特徴をとらえモニタリングしていくことができている。基本的なスキンケアを継続して行うこと、症状の出現により処方された軟膏の塗布や対処方法について、説明されたことを実施することはできているが、爪囲炎のように特徴的な症状が出現した時の方略や（A、D）、顔に出現したざ瘡様皮疹のようなアピアランスに影響を示す症状に対する方略については（C）、症状の重症化を予防したケアの実施など生活との折り合いの中で積極的に工夫していくことについては難しく、症状の特徴、重症化した場合に自覚する症状の説明や、自分なりの工夫ができるまでの医療者の介入の必要性が示唆された（C、D、E）。また、皮膚乾燥が著明になり継続してケアを行っても、亀裂が途切れることなく出現するような場合、「仕方がない」「ここが治ってもまたつぎ…」「なるようにしかならない」というような感覚を抱いている（E）。乾燥が重症化しないような方略の検討と同時に、出現した症状とつき合いながら生活調整を行っていけるような情緒的サポートの必要性が示唆される。また、以前の抗がん剤治療の副作用である末梢神経障害の「治らない」という症状体験が強化され、「仕方がない」と消極的な方略につながっていた（E）。これまでの抗がん剤治療による症状体験を十分に傾聴し共感した上で、症状体験に応じた知識・技術・看護サポートの提供が必要であることが示唆された。

表４　症状出現後の経過サマリー

事例	経過サマリー
A	・治療変更開始後、１週目で皮膚乾燥が出現し、既に処方されていたヒルロイド®軟膏を継続塗布すること、6週後も重症化することなく経過した。しかし足趾の乾燥、亀裂対しドレニゾンテープ®貼用していたが、その後出現した爪囲炎は悪化しており皮膚科受診し外科的処置を受けることになった。 ・自分の身体に関心を寄せ、出現した症状の特徴を表現することができる。 ・医師から処方された保湿剤の使用を、家族の協力を得て継続実施していた。 ・著明な皮膚乾燥により、台所仕事などに影響がみられたが、手袋をして水仕事をするなど、自分なりに工夫をすることで皮膚乾燥の悪化は予防することができた。 ・また、皮膚の脆弱化を感じ入浴時には身体を手で優しく撫でて洗うなど自分なりに皮膚ケアを愛護的に実施、継続していた。 ・しかし、説明をうけていなかった症状（爪囲炎）については、足趾先の痛みを回避する為に先のないサンダルを履く、テープで爪際の肉芽を巻きつけることで、接触による痛みは軽減し歩行しやすくなったが、肉芽を巻きつけるという誤った判断の結果、症状の悪化を招いた。
B	・治療変更開始後から、保湿剤ヒルロイド軟膏®と予防的にミノマイシン®処方される2週目頃から徐々に顔面、背部に皮膚乾燥、掻痒症、ざ瘡様皮疹がみられるが。継続した軟膏塗布と内服投与により、6週目には皮膚乾燥のみとなる。 ・治療によって、どのような副作用の現れ方をするのか、注意深くモニタリングし、症状の出現時期、症状の特徴を表現でき、効果的だった対処法を継続実施することができる。 ・清潔と保湿をこまめに行うことが、対処法の秘訣であること、乾燥部位には早めに保湿剤を塗布していくことを体得されている。夏場で汗をかきやすい時期には、清拭もうまく取り入れ、1日の生活の中で身体全体 がケアできるようにご自分にできる範囲で取り組んでいた。 ・治療継続の為には、副作用とうまく付き合っていくことが自分にできることとして、積極的に副作用対策に取り組まれ皮膚症状は続いているが重症化することなく治療継続している。
C	・治療開始後、ざ瘡様皮疹を顔面、頭皮に認めロコイド軟膏R®が処方されていたが、使用感が悪く夜間のみ塗布していた。徐々に皮膚乾燥も出現し肝機能の悪化を認めたので、2週間休薬し、再開することになった。再開後、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥が出現したが、夜間のみのステロイド塗布のみ行っていた。 ・スキンケアが皮膚障害の予防のために必要だと理解しており、基礎的なスキンケア方法について理解していたが、仕事で人に会うことが多いために日中は保湿剤やステロイドを塗布するとべたべたするので、塗らないという方略や皮膚の湿疹が強いときは、外出も控えるという消極的な方略をとっていた。
D	・治療開始後数日目より全身にざ瘡様皮疹を認め、1-2週経過すると皮膚乾燥や掻痒症も併せて出現。保湿剤ヒルロイド軟膏®と部位に合わせたステロイド剤（マイザー軟膏®、ロコイド軟膏®、トプシムローション®）によりで悪化を防いでいた。1か月目ごろより爪囲炎も出現し、皮膚科を受診し、爪の切り方やテーピングの方法について指導を受ける。 ・副作用が抗がん剤の効果指標であるとの捉えから、「仕方がない」と折り合いをつけて過ごしている。 ・ざ瘡様皮疹のケアに関する知識、技術は十分あり、適切に対処できていたが、爪囲炎に関する知識や技 術は不十分であり、「次回の受診日まで我慢する」といった消極的な方略となっていた。 ・最初は、指導されたままの方法で対処していたが、経過の中で試行錯誤を重ね、自分なりに継続可能な方 法や工夫を見出すことが出来ている。
E	・治療開始直後より口周囲にざ瘡様皮疹が出現、既に処方されていた保湿剤ヒルロイド®で軽減した。治療開始1週目頃より皮膚乾燥や掻痒症が、2週目には亀裂が出現し、保湿剤に加えてステロイド剤（ネリゾナユニバーサルクリーム®）が処方された。6週目も亀裂は軽減せず「一日で割れて薬で治って翌日は別のところが割れる、その繰り返し」、治療回数を重ねるほど強くなっていると感じていた。 ・初回治療の副作用である末梢神経障害による手足のしびれが、日常生活に強く影響しており一番の気がかりとなっている。末梢神経障害について、医師から「時期に治る」と説明を受け、自ら書籍などから情報を得ようとするが、結局「個人差」でしか説明がつかず、副作用は「なるようにしかならない」治らないものであると体験していた。 ・皮膚障害も末梢神経障害と同様に抗がん剤治療による副作用であり、治らないと諦めている。症状のモニタリングはできており、スキンケアも医療者から言われたことは実践できるが、自ら工夫する、予防的に対処するなど積極的な方略にはならない状況が続いていた。

Ⅶ．考察

１．皮膚障害に伴う症状体験の共通性

5 名の研究協力者は、全員が皮膚乾燥を体験（A、B、C、D、E）し、保湿剤の処方、基本的なスキンケアについて説明をうけ実施していた。症状は次いで、ざ瘡様皮疹（B、C、D、E）、掻痒症の出現が多くみられ（B、D、E）ていた。手足の皮膚乾燥がすすむと亀裂（A、E）がみられ、日常生活に支障をきたしていた。投与後 2～3 週目をピークに皮膚の脆弱化とともに水分の保湿機能が低下し、皮膚乾燥が持続している場合は、亀裂が出現する（田中　2009）。

A 氏、E 氏にみられる亀裂は持続し、A 氏は爪囲炎を、E 氏は 6 週目も亀裂を繰り返しており、出現した皮膚障害に対して「なるようにしかならない」「仕方がない」という気持ちに、治療を行うほど症状はひどくなると自覚されており、工夫してスキンケアを実施することには至らず自己効力感は低下していた。

EGFR 阻害剤による掻痒症は、皮膚乾燥やざ瘡様皮疹に伴ってみられることが多く（川島ら，2014）、予防的介入が重要であり、実際に保湿剤の処方、ミノマイシン®の予防的投与も実施されている。しかし、治療継続中は繰り返し起こるざ瘡様皮疹と皮膚乾燥に対して、スキンケアに対する評価と継続したケア提供がなければ、重症化してしまう事例が潜んでいる可能性があると考えられた。E 氏のように乾燥が重症化し、説明されたスキンケアの実施のみでは症状の改善がみられない場合は、スキンケアへの取組み、ひいては治療に対する意味にも影響を与える。特に E 氏は男性でもあり、方略の検討と同時に、出現した症状とつき合いながら生活調整を行っていけるような情緒的サポートの必要性が示唆された。また、A 氏、D 氏にみられる爪囲炎について、2 名とも説明を十分に聞いていないと認知しており、その結果、A 氏は日常体験していた深爪と思い、D 氏は次回の受診までほっておくという消極的な対処となっていた。爪囲炎は、分子標的薬に特徴的な症状であり、通常の爪囲炎とは異なり、母趾以外、手指でもみられ、爪甲が薄くなり軟化していることが多く、亀裂を生じて疼痛を伴うようになる（清原、2012）。出現した 2 名共に症状の出現に気づいているものの、対処の必要な皮膚障害であるという認識がもてていなかった。多くの皮膚障害に対してその出現部位や時期、特徴を丁寧に説明し、出現時の方略と共に、一緒に検討していくサポート体制があることを提示していく必要性があると考える。

２．QOL の変化について

皮膚障害が日常生活に影響を与える症状を体験していたのは A 氏、E 氏の 2 名であった。症状の重症化あるいは、Grade2 内であっても持続する症状は、情緒的にも影響をうける。C 氏のように他者との交流をさけるなど、生活範囲が縮小されてしまうこともある。皮膚障害が、アピアランスにも影響することから、影響をうけたボディーイメージに考慮したスキンケアの必要性があると考える。

３．セルフケア能力について

分子標的治療薬による皮膚障害に対して、どのように取り組んでいるのか、セルフケアレベル判定基準を用いて測定した結果、5 名中 3 名はレベルⅢのまま変化なく、2 名はレベルⅡへの低下がみられ、セルフケアレベルが向上したものはいなかった。セルフケアレベルⅢは、医療者からうけたスキンケアに対する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協働して行うことができ、外来治療をしている場合、自立している部分が必要になり、必要に応じて医療者が代償するところを求めるなどの協働したケアが必要となる。

研究協力者は、ある一定の知識、技術は備えられており、初期からの保湿ケアについては取り組まれていたが、症状が持続、あるいは複数みられる、特異な症状が出現すると自らの健康のために必要な行動を判断して遂行することができていなかった。皮膚は治療経過と共に脆弱化してくるため、日常生活上のさまざまな外的刺激に影響をうけることになる。予防的ケアと

しての基本的なスキンケアと同時に、症状が出現してから重症化しないためのセルフケア行為に対する知識、技術、情緒的サポートの必要性があると考える。

４．症状マネジメントの実態の特徴について

経過を追って新たな皮膚症状が出現してくる特徴がある EGFR 阻害剤の場合、治療開始後から影響をうけて、先のことを想像しモニタリングする必要性が生れる。そのことは、痛みやかゆみなどの身体に影響を与えるような自覚症状があるか、日頃から自分の身体に関心を寄せて丁寧にモニタリングしていかなくては気づきにくいものと考える。患者が、無理なく継続したケアの実施ができ、生活のなかで折り合いをつける、工夫するなどの積極的な方略を行っていくには、看護師の意図的な介入が必要であると考える。

Ⅷ．結論

１．治療開始と同時に皮膚乾燥に対するケアの継続、乾燥を助長する要因に対する対策を検討する必要がある。

２．皮膚乾燥が増強した結果みられる皮膚症状に対する継続したケア提供がなければ、重症化してしまう事例が潜んでいる可能性がある。

３．予防的ケアとしての基本的なスキンケアと同時に、症状が出現してから重症化しないためのセルフケア行為に対する知識、技術、情緒的サポートの必要性がある。

４．症状に対する方略が患者の生活調整との折り合いがついている方法なのか確認する必要がある。

５．生活の中での折り合い、工夫、生活調整をすることに関する意図的な介入が必要であると考える。

Ⅸ．臨床への適応

今回の結果から、皮膚障害に対する症状マネジメントとして、治療開始時の知識、技術の提供のみならず、継続した介入が必要であることが示唆された。患者個人の生活習慣、皮膚の状態、社会生活など、症状の出現や対処などの影響する特性を把握しながら、外来という限られた時間と場所の中で、効果的にセルフケア能力を高めていけるよう、検討していきたい。

謝辞

最後になりましたが、本研究にご協力いただきました協力者の皆様に深く感謝致します。

引用文献

Anderson,R.,Jatoi,A.,Robert,C.,Wood,L.S., Kearting,K., and Lacouture,M.E.,(2009).Search for Evidence-Based Approaches for the Prevention and Palliation of Hand–Foot Skin Reaction (HFSR) Caused by the Multikinase Inhibitors (MKIs), The Oncologist, 14, 291－302

荒尾晴惠（2000）,An integrated approach to symptom management[IASM]に基づく看護活動の有効性;がん性疼痛のある１事例への適応,がん看護,5(3),p246－252

荒尾晴惠（2002）,症状マネジメントにおける IASM の有効性の検討；がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から,看護研究,35(3),213－227

荒尾晴惠（2007）,症状マネジメントモデルの実際,恒藤暁,内布敦子（編）,系統看護学講座　別巻 10　緩和ケア,（第 1 版,p.119－127）

Autier,J., Escudier,B., Wechsler,J., Spatz,A., and Robert,C.,（2008）.Prospective Study of the cutaneous adverse effects of Sorafenib , a novel multikinase inhibitor. Arch Dermatol, 114(7), 886－892

馬場直子,松下茂人,吉井典子,指宿敦子,久留光博,河井一浩,金蔵拓郎,西山賢龍（2009）,著明な皮膚壊死を呈した Sorafenib による限局性手足皮膚反応の一例,日本皮膚科学会西部支部,71（5）,503－505

Chu,D., Lacouture,M.E., Fillos,T., and Wu,S.（2008). Risk of hand-foot skin reaction with sorafenib:A systematic review and meta-analysis, Acta Oncologica,47,176－186

Dodd, M.et al.（ 2001）Advancing the science of symptom management, Journal of Advanced Nursing, 33(5)

Esucudier,B.,Eisen,T.,Stadler,W.M.,Szczylik,C.,Oudard,S.,Siebels,M.,Negrier,S.,Chevreau, C.,Solska,E.,Desai,A.A.,Rolland,F.,Demkow,T.,Huston,T.E.,Gore,M., Freemans,S., Schwaetz,B., Shan,M., Simantov,R., Bukowski,R.M.（2007）. Sorofenib in adovanced clear-cell renal-cell carcinoma, The New England Journal of Medicine,35,（2）,125－134

Hackbarth M, Haas N, Fotopoulou C, Lichtenegger W, Sehouli J.(2008) , Chemotherapy-induced dermatological toxicity: frequencies and impact on quality of life in women's Cancers. Results of a prospective study. Support Care Cancer,16(3):267-73

花輪書絵,出口順啓, 原田和俊,川村龍吉,柴垣直孝,島田眞路（2010）,ソラフェニブによる手足症候群の 4 例－足底膿瘍様皮疹・発生機序の考察を加えて－,皮膚臨床,52（3）,327－331

池原進,室井栄治,穐山雄一朗,吉崎歩,原肇秀,佐藤伸一（2009）,分子標的治療薬ソラフェニブによる手足症候群の 5 例,日本皮膚科学会雑誌,119（6）,1091－1095

井沢知子（2006）,乳がん患者のリンパ浮腫に対するリンパドレナージプログラムの開発,日本看護科学会誌,3,22－31

和泉成子,河野文子,内布敦子（1998）,症状マネジメントモデルを用いた事例検討,パトリシア J. ラーソン,内布敦子ら（編）,別冊「ナーシング・トゥデイ」⑫ Symptom Management 患者主体の症状マネジメントの概要と臨床応用,日本看護協会出版会,152－172

Karen Oishi.(2008), Clinical Approaches to Minimize Rash Associated with EGFR Inhibitors, Oncology Nursing Forum, 35(1), 103-111

狩野葉子（2009）,10 薬疹 3）新しい薬剤による薬疹,皮膚臨床,51（11）,1497－1411

公平誠,畠清彦（2009）,腎臓癌―高血圧,皮膚障害の管理,Current Therapy,27（11）,1010－1013

小林加世子,大塚奈央子,前田奈保子,塚本宏壮(2010),エルロチニブ塩酸塩の皮膚障害に対する看護ケア,日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集,234

木下幸子（2009）,手足症候群発生時の対応,がん看護,14（6）,660－663

厚生労働省（2010）,重篤副作用疾患別対応マニュアル　手足症候群

Lacouture,M.E.,Wu,Robert,C.,Atkins,B.M.,Kong,H.H.,Guitart,J.,Garbe,C.,Hauschild,A.,Puzanov,I.,Alexandrescu,D.T.,Anderson,R.T.,Wood,L.,Dutchr,J.P.,（2008）. Evolving straregies for the management of hand- foot skin reaction associated with the multitargeted kinase inhibitors sorafenib and sunitinib,The Oncologist,13,1001－1011

Melodie Thomas. (2005), Cetuximab : Adverse Event Profile and Recommendation for Toxicity Management ,Clinical Journal of Oncology Nursing, 9(3), 332-338

Patricia,J.Larson.(1997) /和泉成子(1997)(訳), 症状マネジメント－看護婦の役割と責任, インターナショナルナーシングレビュー, 20(4), 29-37

Porta.C.,Paglino.C., Imarisio.I., Bonomi.L.,(2007).Uncovering Pandora's vase: the growing problem of new toxicities from novel anticancer agents. The case of sorafenib and sunitinib, Clin Exp Med 7:127－134

斎藤美智子（2010）,ソラフェニブによる手足症候群予防のためのケアプランの検討,日本がん看護学会誌　第 24 回日本がん看護学会学術集会講演集,2（2）,p203

竹本明子,内布敦子,山本真澄,滋野みゆき,吉田智美,パトリシア J.ラーソン（1999）,Integrated approach to symptom management [IASM]について(2)IASM を概念枠組みとして行った事例分析,がん看護,4(5),418－424

田中久美子,縄野一美(2009),新薬導入に向けたチーム医療①チームアービタックス病棟看護師の立場より―病棟での副作用管理について,薬局,60(11),3411－3414

USCF 症状マネジメント教員グループ（1994）,河野文子（監）（1997）,症状マネジメントのためのモデル,インターナショナルレビュー,20（4）,22-28

内布敦子（1997）,新しい症状マネジメントと日本の看護,インターナショナルレビュー,20（4）,20－21

内布敦子（1998）,臨床看護婦の為の Symptom Management －The Model of Symptom Management の導入の可能性,パトリシア J.ラーソン,内布敦子ら（編）,別冊「ナーシング・トゥデイ」⑫Symptom Management 患者主体の症状マネジメントの概念と臨床応用,日本看護協会出版会,126－134

内布敦子,竹本明子,山本真澄,滋野みゆき,吉田智美,パトリシア J.ラーソン（1999）,Integrated approach to symptom management[IASM]について(1)IASM のための記録用紙 分析スタンダードの開発,がん看護, 4 (5),414－417

内布敦子（2008）,The Integrated Approach to Symptom Management 看護活動ガイドブック改訂版 Ver. 7 ,unpublished

Wood,S.L.,Manchen,B.,（2007）.Sorafenib : A promising new targeted therapy for renal cell carcinoma,Clinical Journal of Oncology Nursing,11（5）,649－656

Wood,S.L.,Lemont,H.,Jatoi,A.,Lacouture,M.E.,Robert,C.,Keating,K.,Anderson,R.,（2010）.Practical considerations in the management of hand-foot skin reaction caused by multikinase inhibitors, Community Oncology,7（1）,23－29

川島眞,清原祥夫,山崎直也,仁科智裕,山本信之(2014) ,分子標的薬に起因する皮膚障害対策―皮膚科・腫瘍内科有志コンセンサス会議の報告―,臨床医薬,30(11),975－981

清原祥夫（2012）, 分子標的薬による皮膚障害とその対策,臨床外科, 67(7),869－877

３．薬物療法を受ける造血器腫瘍患者の口腔粘膜炎の実態とそのマネジメント

菊田美穂，方尾志津，安達美樹，大内紗也子，脇口優希，中野宏恵，内布敦子

Ⅰ．はじめに

造血器腫瘍は抗がん剤に対する感受性が極めて高く、化学療法の効果が最も期待できる悪性腫瘍の一つ（吉田ら，2011）であり、全身のがん細胞を殺滅するために大量化学療法や多剤併用化学療法が行われる。特に、急性白血病の寛解導入療法や同種幹細胞移植時などには、高度の好中球減少が長期に渡り（石田ら，2011）、さらに、免疫機能が低下している可能性が高い患者（例：悪性リンパ腫、白血病）は粘膜炎を発症するリスクがより高く、口腔粘膜炎を発症した場合は感染のリスクに加え、疼痛、摂食能力の変化、出血といった苦痛も生じる（Eaton ら／鈴木ら訳，2013）。口腔粘膜炎が起こりやすい薬剤を繰り返し投与する造血器腫瘍患者においては、二次感染の予防、経口摂取の維持、そして苦痛を最小限にするために口腔粘膜炎の予防や悪化させないケアが重要である。

患者によっては突然の病気の告知を受けそのまま治療および歯磨きや含嗽などの感染予防行動に取り組まねばならず、患者の身体的、精神的苦痛は大きい。精神的苦痛が大きい時期など口腔ケアに取り組めない時は、医療従事者がサポートし継続できるように代償しながら支援を提供することが重要である（安達，2014）。さらに、先行研究では症状マネジメントアプローチとして、化学療法による口腔粘膜炎を予防する患者のセルフケア教育（PSMA; The PRO-SELF Mouth Aware）プログラムを行い、外来通院患者に知識、技術、継続的な看護サポートを提供したところ、このプログラムの参加者の口腔粘膜炎の発症率が有意に低下したことが報告されている（Larson ら，1998）。しかし、提供する知識の量が多く情報過多となり、個別的に対応できていない点で PRO-SELF には限界があった。このことから、セルフケアレベルをアセスメントし個別的に知識、技術そして看護サポートを提供する必要性がある。そのため、本研究では患者一人一人が行っている口腔粘膜炎における症状マネジメントに注目した。患者の症状体験、症状マネジメントの方略、方略の結果についてインタビューを行い、薬物療法を受ける造血機腫瘍患者の口腔粘膜炎における症状マネジメントの実態を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究デザイン

本研究は、造血器腫瘍による多剤併用薬物療法を受けた患者の口腔粘膜炎の実態と、口腔粘膜炎の症状マネジメントについて半構成的面接を行い、Dodd らの修正版症状マネジメントモデル（A Model of Symptom Management：以下,MSM）（Dodd ら，2001）を概念枠組みとして分析を行う記述研究である。

Ⅲ．概念枠組み

本研究において多剤併用薬物療法をうけた造血器腫瘍患者の口腔粘膜炎の状況をとらえるために用いた修正版 MSM は、カリフォルニア大学サンフランシスコ校教員グループが発表した MSM をもとにして 2001 年に Dodd らによって改定されたものである（図 1）。従来の MSM では症状を「生物的・心理的・社会機能や感覚、認知の変化を反映した主観的な体験」

と定義しており患者の症状に焦点をあてている。また「症状の体験」「症状マネジメントの方略」「結果」の 3 つの構成要素をもち、それぞれが相互に影響しあうとうい前提に基づいている。そして症状の認知に影響する変数として「個人」「環境」「健康/病気」が示されている（Larson ら，1994）。2001 年の修正版では 3 つの変数が構成要素全体に影響するものとして位置づけられており、症状マネジメントの方略と症状の結果との関係を「アドヒアランス」として定義されている。

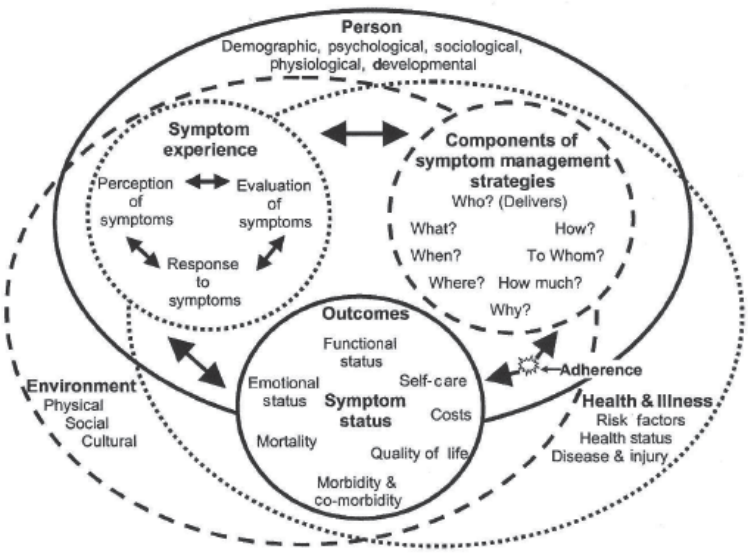


図 1　症状マネジメントモデル（MSM）

Ⅳ．用語の定義

口腔粘膜炎：化学療法および放射線治療による舌・歯肉・口唇・頬の内側などの口腔や咽頭などの粘膜に生ずる炎症の総称である。ここでは、粘膜等の乾燥、発赤、痛み等の前駆症状を含むこととする。

Ⅴ．研究方法

１．研究対象者

研究対象者は、①造血器腫瘍による多剤併用薬物療法を受けている 20 歳以上のがん患者で、②記銘力、認知、記憶に障害がなく、言語的コミュニケーションおよび質問紙の記入が可能な者とした。造血幹細胞移植治療のための薬物療法を受けている患者は除外した。当該診療科の担当看護師長または担当医師に研究対象候補者の紹介を受け、研究者が研究の趣旨を文書と口頭で説明し、書面での同意が得られた者を対象者とした。

２．調査期間

2013 年 10 月～2014 年 3 月

３．調査項目とデータ収集方法

研究対象者の薬物療法 1 クールの day1-5、day7-10、day14-20、day28-30 の時期に、下記の調査項目について半構成的面接および観察、質問紙調査、診療録よりデータ収集を行った。

１）研究対象者の基本情報

年齢、性別、病名、治療薬と投与量、投与方法、治療開始日、採血データ（WBC、CRP）、口腔ケアで患者が行えていること、口腔ケアで看護師が代償していること、歯科医師または歯科衛生士の介入の有無および Karnofsky Performance Status （以下、KPS）について診療録より情報収集した。

２）口腔粘膜炎の症状マネジメント

MSM を概念枠組みとして作成したインタビューガイドを用いて、半構成的面接を行った。面接は 1 回につき 40 分程度であり、時期は day1-5、day28-30 の計 2 回行った。医療や療養生活に支障をきたすことのないよう研究対象者と相談して日時、所要時間を設定し、個室環境で行った。

３）口腔内の状態

Oral Assessment Guide （以下、OAG）（Eilers ら，1988）を用いて、口腔内の観察および視診、触診を行った。観察項目は、声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯と義歯の 8 項目からなり、1 点から 3 点の 3 段階評定で得点化した。

４）自己効力感

がん患者用自己効力感尺度（塚本，1998）を用いて、day1-5、day28-30 の計 2 回、質問紙調査を行った。質問項目は 10 項目からなり、「非常にあてはまる（4 点）」から「全くあてはまらない（1 点）」までの 4 段階評定である。下位因子「日常生活行動の効力感」「感情統制の効力感」から構成され、それぞれの因子に該当する項目の評定値の粗点を合計したものを下位尺度得点として用いる。

５）QOL

SF-36v2®（アキュート版）を用いて質問紙調査を行った。SF-36v2®は、健康関連 QOL を測定するための尺度であり、日本語版は福原ら（2004）によって、信頼性と妥当性が示されている。

６）セルフケア能力の評価

セルフケア能力のレベルを判定基準（p.72 参照）を用いて研究者が 4 段階で評価し、研究期間を通して変化をみた。

４．データ分析

１）半構成的面接により得られたデータ

①録音データの逐語録を作成し、記述データとし、1 データ中に一つの意味が含まれるように単位データを作成した。

②概念枠組みに沿って単位データを分類し整理した。

③対象者ごとに口腔粘膜炎に伴う症状の体験、症状マネジメントの方略、結果の状況、生活動作について、どのような状況にあるか描き出した。

④口腔粘膜炎に伴う症状体験の共通性、各概念の下位項目を明らかにした。

２）口腔内の状態の観察データ

OAG を用いて評価し、口腔内の状態の変化を捉えた。

３）質問紙調査データ

がん患者用自己効力感および SF-36v2®で得られたデータは口腔粘膜炎の客観的情報としてインタビューデータとあわせて使用した。

Ⅵ. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て、倫理的配慮として以下の内容を実施した。

１．研究協力の依頼は、担当看護師長または担当医師からの紹介において強制力が働かないよう留意し、研究者が直接説明を行った。

２．研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報の保護、データの厳重管理、診療録の閲覧、結果の公表について文書と口頭で説明し、同意書を用いて同意を得た。

３．研究対象者が受ける医療や療養生活に支障をきたすことのないよう配慮し、調査日時と所要時間を設定した。体調不良や疲労感が強い場合は、休息がとれることを保証し、研究対象者に相談の上で必要に応じて医療者に対応を依頼することとした。

Ⅶ. 結果

１．研究対象者の概要

研究対象者は男性 7 名、女性 7 名の計 14 名であり、概要を表 1 に示した。平均年齢は 57.6±12.9 歳であった。いずれ初回化学療法を受けている対象者はいなかった。

研究対象者の血液データを図 2、図 3 に示す。14 名中 10 名が 4 週間の中で有害事象共通用語基準 v4.0 日本語訳（Common Terminology Criteria for Adverse Events：以下、CTCAE）で grade4 の白血球減少がみられた。そのうち 2 週目に白血球が低下した研究対象者が 4 名、3 週目に白血球が低下した研究対象者が 5 名であった。さらに、7 名が 3 週から 4 週目に白血球の回復がみられたが、2 名は 4 週目も grade4（CTCAE）の白血球減少が持続していた。A 氏のみが 1 週目から 4 週目において持続した grade4（CTCAE）の白血球減少がみられた。炎症反応は 14 名中 6 名が 2 週目、2 名が 3 週目より 1 名が 4 週目に CRP1.0 以上と上昇みられ、そのうち 6 名が 4 週目も CRP1.0 以上であった。特に、F 氏は重症肺炎を併発し 3 週目に CRP14 と炎症反応の上昇がみられた。

表１　研究対象者の概要

事例	年齢	性別	診断名	化学療法	備考
A	60	男	AML*	MEC[Ara-C1600mg,ETP150mg,MIT13mg]	※
B	66	女	ML***	R-ICE[RIT560mg,ETP150mg,IFM7.4g,CBDCA425mg]	※
C	27	男	AML*	大量 Ara-C 療法[Ara-C4600mg]	※
D	45	男	ML***	mICE[ETP170mg,IFM2.1g,CBDCA700mg]	※
E	77	男	ML***	R-DeVIC [RIT650mg,Dex33mg,ETP170mg,IFM2.5g,CBDCA510mg]	
F	70	男	ALL**	MA[MTX1740mg,Ara-C1500mg]	※
G	67	女	ML***	R-CHOP[RIT500mg,CPA1000mg,VCR1.8mg,DXR65mg, PSL120mg]	※
H	56	女	ATL****	mLSG15[CPA540mg,VCR1.5mg,DXR60mg,Dex33mg]	
I	56	男	AML*	CAG[ACR24mg,Ara-C17mg、G−CSF300μg]	
J	73	女	ML***	GDP[GEM1300mg,CDDP100mg,DEX33mg]	
K	50	女	ATL****	CHOP-V-MMV[ADM50mg,VCR1.3mg,CPA530mg,ETP45mg,PSL55mg,MIT9mg,VDS2.7mg,MCNU65mg]	※
L	49	男	AML*	大量 Ara-C 療法［Ara-C4600mg]	※
M	58	女	ALL**	Ph 陽性 ALL/MRD2008 C2 強化療法［VCR1.6mg,MTX1835mg 髄注: MTX15mg,Dex3.3mg,経口：Dasa 100mg/日]	※
N	53	女	AML*	大量 Ara-C 療法[Ara-C4600mg]	※

備考欄※：歯科衛生士介入あり
診断名略語）*AML：Acute Myeloid Leukemia(急性骨髄性白血病)、**ALL：Acute Lymphoid Leukemia(急性リンパ性白血病)、***ML：Malignant Lymphoma(悪性リンパ腫)、****ATL：Adult T cell Leukemia(成人 T 細胞性白血病)
薬剤略語）Ara-C：シタラビン、ETP：エトポシド、RIT：リツキシマブ、IFM：イフォスマイド、CBDCA：カルボプラチン、Dex：デキサメタゾン、MTX：メトトレキサート、CPA：シクロホスファミド、VCR：ビンクリスチン、DXR：ドキソルビシン、PSL：プレドニゾロン、ACR：アクラルビシン、GEM：ゲムシタビン、CDDP：シスプラチン、ADM：ドキソルビシン、MIT:ミトキサントロン、VDS：フィルデシン、MCNU：ラニムスチン、Dasa:ダサチニブ

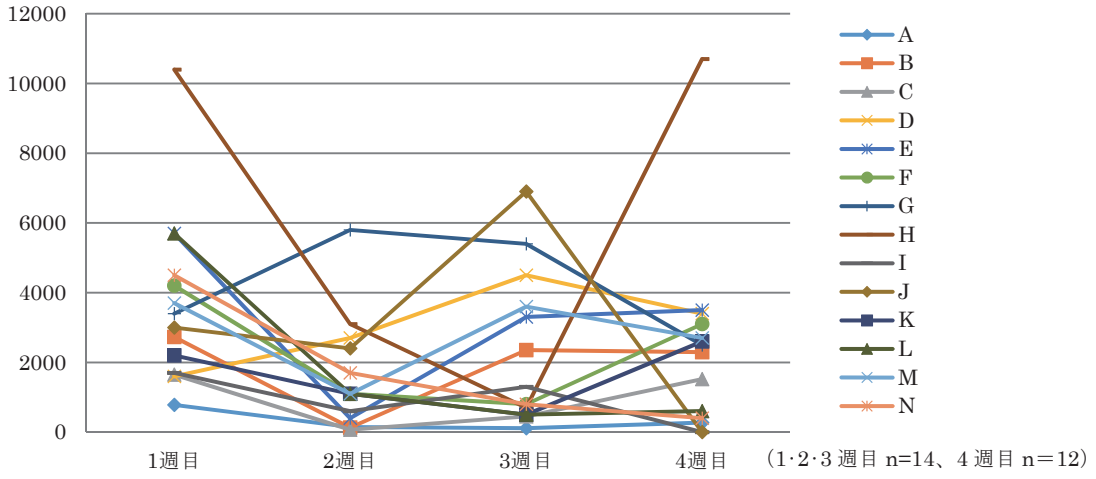


図２　白血球数（／μｌ）の変化

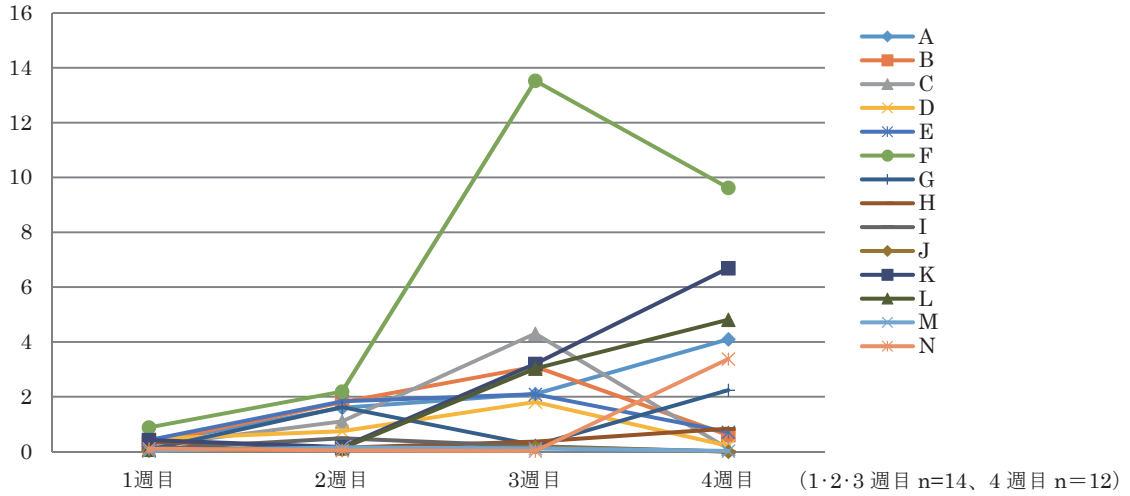


図３　CRP（mg/dl）の変化

２．口腔内の状態の変化

14 名の OAG スコアの変化を図 4 に示す。1 週目から 4 週目の中で、OAG スコアが低下した研究対象者は 5 名、2 週目あるいは 3 週目に OAG スコアが上昇して低下した研究対象者は 5 名、OAG スコアが上昇し続けた研究対象者は 2 名であった。OAG スコアに変化が見られなかった研究対象者は 2 名であり、1 週目から 4 週目にかけて最低スコア 8 点のままであった。薬物療法を受けた造血器腫瘍患者において OAG スコアが上昇した、つまり口腔内が悪化したケースは 14 名中 2 名と一部であった。

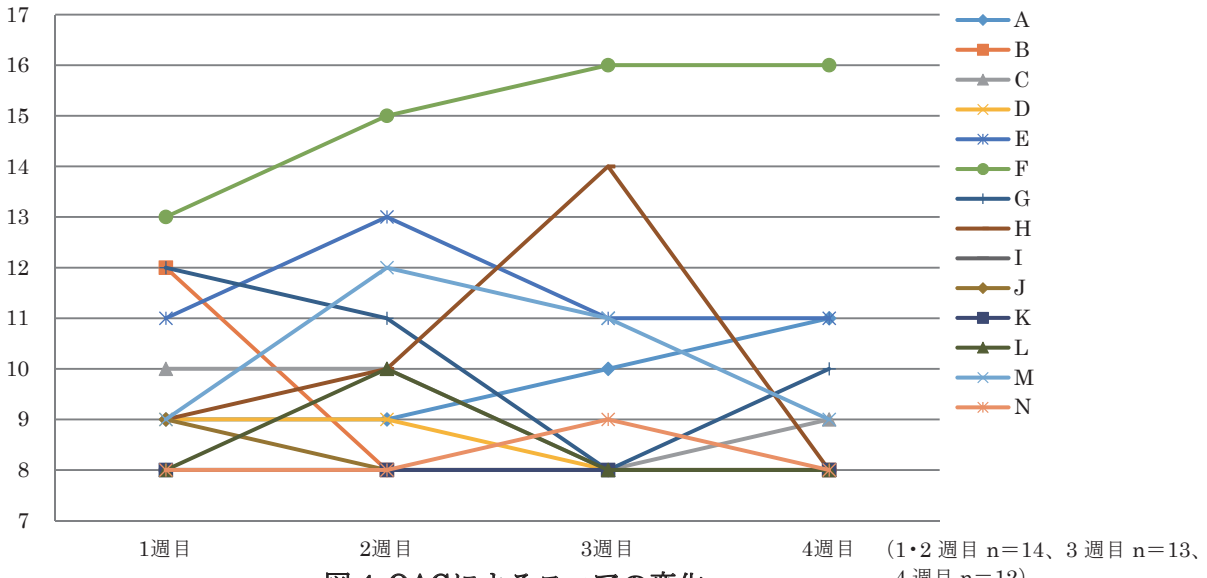


図４ OAGによるスコアの変化

OAG スコアに変化がみられた 12 名における該当項目は、【嚥下】以外の【口唇】【声】【粘膜】【唾液】【舌】【歯肉】【歯と義歯】の項目であった。さらに、【粘膜】の項目に関して 2 点だったのは、A,C,F,H,M 氏の 5 名であり、3 点はいなかった。例えば H 氏は、1 週目に【唾液】、2 週目に【口唇】【舌】がスコア 2 に該当し 3 週目に【粘膜】【歯肉】【歯】が新たに該当し 14 点と上昇していたが、4 週目には改善がみられ OAG スコアが最低スコアの 8 点となっ

た。また、F 氏は、歯垢や残渣が残る歯の状態であり【歯と義歯】の項目が最低の状態を示す 3 点であった。

３．QOL の変化

QOL の下位尺度のうち「身体機能」「心の健康」「全体的健康感」の各スコア変化を表 2 に示した。平均±SD に関しては、「身体機能」は、1 週目から 4 週目に 50.1±24.1 から 36.9±22.1 に、「心の健康」は 61.9±16.5 から 49.7±23.3 に、「全体的健康感」は 47.7±16.8 から 41.8±13.5 に低下していた。

表２　QOL の変化

QOL の下位尺度	平均±SD			
	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目
身体機能	50.1±24.1	45±22.1	43.4±23.9	36.9±22.1
心の健康	61.9±16.5	61.1±23.1	61.7±20.8	49.7±23.3
全体的健康感	47.7±16.8	47.7±11.6	46.3±10.1	41.8±13.5

（1 週目 n＝14、2 週目 n＝13、3・4 週目 n＝11）
注 1）国民標準値 50

４．自己効力感の変化

自己効力感が低下した研究対象者は 5 名、自己効力感が上昇した研究対象者は 5 名、自己効力感の変化がなかった研究対象者が 11 名中 1 名であった。

５．セルフケア能力の変化

14 名中 12 名のセルフケアレベルはⅢ、Ⅳであり、ほとんどの研究対象者は口腔トラブルが生じた時に、医療者のサポートを受けながら方略を変更追加し、身体の変化に応じた必要な対処を実践することができていた。一方で、F 氏と H 氏の 2 人がセルフケアレベルⅡあり、F 氏は 4 週続けてセルフケアレベルがⅡ、H 氏は 4 週目にセルフケアレベルがⅣに上昇した。F 氏は運動機能には問題がなかったが知的判断や動機において部分的にセルフケア能力が不足し、医療者が判断や必要なケアを部分的に代償しなければならない状況であった。H 氏は、今起こっている口腔内の症状がなぜ起こっているかといった知識が不足しており、対処も医療者など他の支援を求める手段には至っておらず適切な対処が行えずレベルⅡであった。しかし、医療者より知識を提供され対処を追加できたことでレベルⅣに上昇した。

６．口腔粘膜炎の症状マネジメントについて

１）口腔粘膜炎の症状体験

14 名のうち 5 名は口腔粘膜炎が出現し、口腔乾燥や舌のヒリヒリとした痛み、味覚異常、歯肉出血といった何らかの口腔トラブルを 14 名中 13 名が体験していた。その中でも、H 氏が「ネバネバ」や「ベタベタ」と表現したように 11 名が唾液減少、唾液の粘稠性や口腔内乾燥を知覚していた。また、12 名中 9 名が 1 週目と比較して 4 週目に、「歯肉が赤くざらざらし

ている」「舌が 2 カ所ピリピリ痛い」「口腔内の乾燥が強くなった」といった口腔内の症状の変化を知覚していた。これらの口腔内の症状に伴い、「硬い食事が食べにくい」「歯を磨く時に痛い」「口腔内が乾燥すると話しにくい」「人との会話が楽しめない」など、一時的に口腔内の症状が日常生活に影響があった研究対象者もいた。

症状の評価としては、D 氏「アズノールのうがいをするとよくなる」、E 氏「(4 週目)化学療法を開始してから口腔が乾燥する」といった口腔内の症状を細やかに捉え薬剤の評価を行っていた研究対象者や、N 氏や I 氏のように「血小板が低いから出血する」「輸血して出血が治まった」というように血液データと現在の身体の状況を結びつけて捉えることができていた研究対象者もいた。一方で、A 氏のように、身体症状を血液データと結びつけ評価しながら表現することが難しい研究対象者や H 氏のように、「なぜ（口腔内が）乾燥するのかわからない」「納豆を食べてひどくなった」と話し、自分の知識や経験の中で原因を捉え医療者から口腔内乾燥に関する情報を提供されていないと認識している研究対象者もいた。

症状体験としては、J 氏は、発症時に全身状態が悪かった経緯があり、その時に命を助けてもらった感謝の気持ちがあった。そのため、口腔ケアは「医療者への恩返し」と捉え自分ができるケアに取り組んでいた。また、N 氏は、過去にひどい口腔粘膜炎を経験してから口腔粘膜炎のない口のありがたさを痛感していた。「口は食べ物を摂取するための入り口であり、口腔ケアは命を繋ぐための大切なケア」と認識し、過去の口腔粘膜炎の辛い体験が口腔ケアの動機付けとなっていた。一方で、F 氏は、「中学生の時に歯科治療中に失神したことをきっかけに今まで歯科にはかかっていない」と語り、元々歯科治療に対してネガティブな体験があった。さらに歯科治療に対して、「虫歯を我慢して死んでも自分が選択したことなので本望」「歯科に触られて死ぬのが怖い」と語った。F 氏は、過去の経験がもととなり、現在も歯科治療が恐怖を伴う体験となっていた。

2）方略と過去の体験

研究対象者 14 名においてそれぞれの口腔ケア方法に違いはあるものの F 氏以外の 13 名が習慣として口腔ケアに取り組んでいた。研究対象者は口腔トラブル時には医療者に症状を伝え対処を追加するといった良好なケアの循環ができていた。例えば、D 氏は普段の口腔ケアに加えて、「口の違和感が出たらアズノール含嗽を開始する」といった対処を行い、抗がん剤投与後の血球数の変化を見て血球が回復し症状が改善すれば通常ケアに戻すという対処の加減を調整していた。その他の研究対象者も、「頻回にうがいをする」（B 氏）「夜間の口腔内乾燥に対してうがいを増やす」（I 氏）、「おやつの後も歯を磨く」（H 氏）、「ワセリンを唇に塗る」（G 氏）といった対処行動を普段の口腔ケアに追加していた。さらに M 氏は、歯肉の腫脹や痛みなど口腔ケアの取り組みを阻む症状があった場合でも、「痛みで奥歯が磨けなかったため、奥までガラガラうがいをする」「吐き気があったため、歯磨き粉をリフレケアに変更する」といったケア方法の変更や口腔ケアグッズによりケアを中断することなく継続できていた。これらの追加された対処行動は、医療者の知識の提供によるものや過去の症状体験により獲得された技術であった。

対処の特徴としては、研究対象者は普段の口腔ケア習慣だけでなく、過去の症状体験から獲得してきた方略が現在の方略となっていた。特に N 氏は、元々歯の表面のザラツキが気にな

るため歯を強く磨き過ぎる傾向にあった。しかし以前の薬物療法時に歯肉腫脹や出血した経緯があり、優しく磨くよう医療者の助言を受けていた。それ以降、歯肉の変調を知覚したら、歯を優しく磨く、うがいに変更する、柔らかい歯ブラシを選択することを学び行動を修正していた。過去の症状体験で獲得した対処が今回の薬物療法時の方略につながっていた。

一方、H 氏は口腔内に粘つきがあったが医療者に支援を求めず、元々介護職として職業上馴染みのあるスポンジブラシで頬粘膜をぬぐっていた。自分の知識の中で口腔内の粘つき感に対処していたが、自分の取り組みだけでは症状の緩和に繋がっていなかった。また、セルフケアの代償が必要な終日臥床の G 氏においては、ケアが義歯洗浄のみで医療者による残歯のブラッシングができていなかった。さらに、過去の歯科での経験がもとで歯科治療を受けることは困難になっていた F 氏は、「虫歯は痛みを我慢して自然に抜けるまで待つ」「(歯が抜ける前は) 口腔ケアは爪楊枝で済ます」「(歯が抜けてからは) うがい」といった元々の口腔ケア習慣であった。F 氏は、歯牙がほとんどない状態であり、歯が抜ける事は「年齢のせいで当たり前」と認識しており、薬物療法を受ける際に必要な口腔ケアが実践できていなかった。さらに、歯科への恐怖心のため医療者が介入することや薬物療法に伴うメンテナンスといった継続的なサポートさえ困難な状況であり 2 週目以降は重症肺炎を併発した。F 氏は、食べやすいものを選択するなどの方略をとってはいるが、歯科受診に伴う過去の怖い体験がもとになって考え行動しており、口腔自体への関心が少なかった。

Ⅷ. 考察

1．口腔粘膜炎の実態

14 名中 5 名は、OAG スコアが一時的に上昇した。これは、薬物療法後の血球減少に伴い一時的に口腔トラブルが悪化したが、血球回復により粘膜が改善したこと、方略を追加したことで口腔内の症状が改善していたことが考えられる。しかし、A 氏と F 氏は OAG スコアが上昇し続けた。A 氏は grade4 の白血球減少が 4 週みられており、さらに自己で抜歯するなど適切な口腔ケア習慣が獲得できていなかったことが要因として考えられる。また、F 氏もセルフケア能力がレベルⅡと低く、さらに KPS が 70 から 30 へ低下し身体状況が悪化していた。必要な残歯のブラッシングの代償が適切に行われておらず 1 週目からすでに口腔内トラブルのリスクが高まっていた。このように、遷延する高度の血球減少や身体状況の悪化、そしてセルフケアレベルが低い研究対象者においては OAG スコアの悪化がみられ、特に医療者の介入の必要性が高かったと考える。

QOL に関しては、下位尺度である「身体機能」「心の健康」「全体的健康感」の項目は、全て 4 週目にかけて低下がみられ、いずれも国民標準値 50 より下回っていた。特に「心の健康」に関する平均±SD は、1 週目 61.9±16.5 から 4 週目 49.7±23.3 と低下していた。先行研究においても、粘膜炎が出現した人は気分にも影響を与えたという報告がある (Eilers, 2004)。本研究においても血球減少による口腔内の状況の悪化を含む発熱や肺炎といった身体状況の悪化が「心の健康」にも影響を与えていたことが考えられる。

自己効力感に関しては、自己効力感得点が低下した 5 名いた。その中でも A 氏は元々の口腔ケアのマネジメント能力も低い状態から始まっており、口腔ケアについての知識が不足していた。さらに、遷延する grade4 の血球減少に伴い口腔内の改善がみられない状況であった。

H 氏も口腔内乾燥の対処について自分の知識や経験の中で自分なりの対処をおこなっていたが改善に結びつかなかった。症状が出現したこと、自身の対処で症状が改善しなかったことで自己効力感が低下したのではないかと考える。さらに、L 氏、M 氏の 2 事例は粘膜炎や歯肉症状は対処行動により重篤化せず改善したが自己効力感は低下していた。口腔トラブルが重篤化しなかったことを自分で取り組んだ口腔ケアによる効果として認識していないこと、医療者からの言語的説得が不足していたことが考えられる。第三者から行為を肯定や保証されることで患者は自信や確信を得られ、セルフケアの促進になる（飯野ら，2002）。よって、他者により肯定的な評価を加え保証することで自身のケアが満足や自信に繋がり自己効力感が上昇していく可能性がある。

一方で、自己効力感のスコアが向上していた研究対象者が 5 名いた。その中でも E 氏は、病気になる前から口腔を大切にしており、口腔内のモニタリング能力の高さが疾患の発見にもつながった経緯がある。元々口腔への関心が高く通常のケアが継続できていることに満足できていた可能性があり、他者からの肯定的な評価がなくても自己効力感のスコアが向上していたのではないかと考える。また、G 氏は、1 週目は人に依頼することができていなかったが、終日臥床であっても医療者スタッフが自分で口腔ケアを行える環境を整えたことで、4 週目には元々行っていた義歯以外の残歯のブラッシングを取り戻すことができ、口腔粘膜炎が生じることなく経口摂取が維持できた。ブラッシングによって、歯肉の改善・再発のない口腔の健康を獲得できたという成功体験が次の行動の見直しと意欲、自信を生む（岩本，1998）ことが知られており、身体状況が悪い中でも自ら口腔ケアを行うことができ、それによって症状がコントロールできたと実感することにより自己効力感が向上したと考えられる。

２．口腔粘膜炎の症状マネジメントの特徴

ほとんどの研究対象者が通常の口腔ケアに加えて頻回の含嗽、口腔内や口唇の保湿、優しくブラッシングなど身体の変化に応じた必要な対処を実践していた。その対処行動は、元々の口腔ケア習慣や薬物療法を繰り返し行う過程で獲得された知識や技術であったことが明らかとなった。

井ノ下と小松（2012）は、化学療法を受ける再発白血病患者の有害事象への対処行動として、【緩急をつけて必要だと思う予防行動を継続する】【経験と情報から必要な対処行動を見極める】といった対処を明らかにしている。本研究においても同様に、治療時期によって口腔ケア方法に緩急をつける事例や経験から獲得した対処を口腔トラブル時に実践する事例があった。高度な血球減少と改善を繰り返す長期治療を特徴とする造血器腫瘍患者において、患者が血液データを理解し血球減少期を予測しながらケアを強化するセルフケア能力は、症状の予防だけでなくエネルギーを最小限に消費する上で重要であると考える。口腔内の状況と血液データの変化といった身体の状況を結びつけて理解することを促進する看護支援が求められる。特に、血球が変化する血液内科においては、変化に応じた方略が必要であり継続的に看護サポートを提供していくことが重要であると考える。

口腔乾燥を化学療法と関連づけて認識できていない研究対象者が 2 名いた。自分の知識の中で考え取り組んでおり、有効な対処や結果に結びついていなかった。症状の改善に結びつくよう理にかなった方略を一緒に考えていくことが必要である。そのためには、知識の不足はな

いか、効果的な方略がとれているか確認していく必要がある。さらに、口腔粘膜炎だけでなく多彩な口腔内の症状の知識の提供や介入が求められる。

研究対象者 14 名の中で、F 氏のみ日常の生活においても適切な口腔ケアができていなかった。長年、歯科への受療行動に至らず知識や技術を獲得する機会がなかったため、基本的な口腔ケアが実施できていなかったことが考えられる。F 氏は、薬物療法といった専門的な口腔管理が必要になる状況においても、医療者が関わることが難しい状況であったが、含嗽や口腔内観察といった痛みを伴わないケアに関しては受け入れることができていた。井ノ下と小松（2012）は、ときに修正が必要な対処行動でもそれを強要しては非効果的であり、患者が対処行動を洗練してきた評価・フィードバックの過程に関心を寄せ、医学的視点を交えて実施可能な方法と必要性を患者とともに見出し効果を実感して継続できるようにサポートしていく重要性を述べている。この事例の場合、まずは医療者が患者の口腔に関心を寄せて関わっていくこと、痛みのない方法で患者が受け入れられるケアを一緒に考えていくことが必要な口腔ケアが広がる可能性がある。また、Eilers（2004）は口腔ケアが不十分といった口腔粘膜炎のハイリスク患者を見極める必要性を述べている。本研究において、N 氏のように、健康時には「爽快感を得るため」と良好な口腔ケア習慣であったにも関わらず、血小板が低い時には強く磨き過ぎとなっていた事例や F 氏のように元々の口腔への関心が低い事例、逆に E 氏のように元々口腔を大切にしており関心が高かった事例などそれぞれの背景があった。口腔ケア習慣や口腔に対する健康概念を背景に薬物療法を受ける中でそれぞれが辿り着いた口腔ケア方法を理解し関わっていく必要性が示された。

Ⅸ．本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究対象者の治療レジメンや治療回数、各施設での口腔ケアへの取り組みといった背景を限定していない。今後は、本結果から得られた口腔粘膜炎の症状マネジメントの実態を踏まえて、有効な看護介入を明らかにしていくことが課題である。

Ⅹ．結論

薬物療法を受ける造血器腫瘍患者は、口腔粘膜炎まで至る事例は一部であり重篤化した粘膜炎はみられなかった。しかし、口腔内の乾燥や粘つき感など何らかの不快な口腔トラブルを体験していた。また、元々の口腔ケア習慣やこれまでの治療経過の中で医療者から提供された知識や技術に影響を受けて自らの口腔ケアを行っていた。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に心より深く感謝申し上げます。

引用文献

吉田明，上田孝典．‘化学療法剤’．白血病・リンパ腫・骨髄腫-今日の診断と治療-．木崎昌弘．第 4 版．東京,中外医学社，2011,15

石田陽治，小宅達郎．‘造血器腫瘍に合併する感染症の特徴、予防と治療’．白血病・リンパ腫・骨髄腫-今日の診断と治療-．木崎昌弘．第 4 版．東京,中外医学社，2011,43

Eaton LH,Tipton JM，Irwin M(鈴木志津枝、小松浩子監訳,日本がん看護学会翻訳ワーキンググループ訳).がん看護 PEP リソース-患者アウトカムを高めるケアのエビデンス.東京，医学書院，2013,198

安達美樹.‘口内炎’.系統看護学講座　別巻　緩和ケア.恒藤暁・内布敦子編.第 2 版.東京,医学書院,2014,187

Larson PJ,Miaskowski C,MacPhail L,Dodd MJ,Greenspan D,Dibble SL,Paul SM,Ignoffo R.The PRO-SELF Mouth Aware program:an effective approach for reducing chemotherapy-induced mucositis.Cancer Nursing.21(4),263-268(1998)

Dodd M,Janson S,Facione N,Faucett J,Froelicher ES,Humphreys J,Lee K, Miaskowski C,Puntillo K,Rankin S,Taylor D.Advancing the Science of Symptom Management.Journal of Advanced Nursing,33(5),668-676(2001)

Larson P.J.,Carrieri-Kohlman V.,Dodd M.J.,Douglas M.,Faucett J., Froelicher E.,Gortner S.,Halliburton P.,Janson S.,Lee K.A.,Miaskowski C.,Savedra M.,Stotts N.,Taylor D.& Underwood P. A model for symptom management. Image Journal of Nursing Scholarship 26, 272–276 (1994)

Eilers J,Berger A,Petersen M.Development,testing,and application of the oral assessment guide.Oncol Nurs Forum,15(3),325-330（1988）

塚本尚子,がん患者用自己効力感尺度作成の試み.看護研究.31（3）,198-206(1998)

福原俊一、鈴鴨よしみ、SF36v2TM 日本語マニュアル.京都，NPO 健康医療評価機構,2004

Eilers　J.　Nursing Interventions and Supportive Care for the Prevention and Treatment of Oral Mucositis Associated with Cancer treatment .　Oncology Nursing Forum.31(4),14(2004)

飯野京子,小松浩子.化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析.日がん看会誌,16(2).68-78(2002)

岩本雅子.‘臨床におけるブラッシングの意味’.歯科衛生士のためのヘルスカウンセリング.宗像恒次監著.東京,クインテッセンス出版,1998,195−197

井ノ下心,小松浩子.化学療法を受ける再発白血病患者の有害事象への対処行動.日がん看会誌.26(2),45-53(2012)

４．がん化学療法による排便障害と日常生活上の困難

江藤美和子，吉野葵，周治規子，中野宏恵，永山博美，内布敦子

Ⅰ．はじめに

がん化学療法の有害事象の一つである排便障害は多くのがん患者が体験する症状であり、例え症状が軽度であっても患者のQOLへの影響は大きい。同時に、がん化学療法とは関係なく、日常生活においてしばしば体験する症状でもあり、従来からの排泄パターンや生活習慣などが大きく関与し、患者は身体的・精神的な苦痛を感じながら生活をしている（武居ら，2008）。

がん患者が体験する排便障害の主な原因として、腫瘍の浸潤による腸閉塞と脊髄圧迫による腸管の麻痺、疾患の進行による脱水や活動の低下、排便習慣の変化、がん治療に使用する薬剤の影響、症状緩和に使用する薬剤の影響があげられる（Woolery ら，2008）。近年、支持療法の発達や遺伝子多型との相関が明らかとなり、排便障害の重篤化予防が可能となってきていることが報告されている。また、様々な治験が実施され、抗がん剤による排便障害の程度や頻度等については調査され、排便障害が発生する頻度や程度については明らかにされてきている（吉野ら，2011、荒尾ら，2010）。しかしこれらは特定の施設における、整えられた条件下での調査であり、排便障害の有無や有害事象共通用語規準（Common Terminology Criteria for Adverse Events：CTCAE。以下 CTCAE と記す）に基づく問診は行なわれているが、詳細な排便障害の状況や生活への影響まで調査したものはない。また、データ上では排便障害の出現する頻度や程度は低いと報告されている薬剤の使用時や、消化器がん以外のがん患者にも排便障害が起こっている可能性があるが、この領域における研究は未だ少なく、その実態は十分に明らかにされていない。

そこで本研究では、がん化学療法中の患者の排便障害の実態を明らかにすることを目的とする。がん化学療法中の患者がどのような排便障害を体験し、そのことが患者の生活にどのように影響しているかについて明らかにすることによって、排便障害を持つ患者に関与する看護師に必要な看護援助についての示唆をもたらし、患者のQOL向上の一助となると考える。

Ⅱ．文献検討

１．がん患者が抱える排便障害

がん患者は多くの症状を抱えながら生活をしているが、その中でも排便障害は多くみられる症状のひとつである。便秘は、手術や化学療法といった特定の治療や、併用投薬、食事、身体活動、緩和ケアの状況に起因し、様々な段階で多くの患者に影響を与えている。

便秘に関する問題の１つは、「多くの患者が自分で対処しがちで、医療者にそれを話そうとしないことである」（Linda ら／鈴木ら訳，2013）と指摘されるように、がん患者が体験する排便障害の発生率や対処方法についてあまり注目されてこなかった。しかし、ある特定の薬剤やがんを限定した場合の排便障害の発生率についての報告はいくつか存在する。例えば、エピルビシン・シクロフォスファミド(EC)療法を受けた乳がん患者の排便障害の発生率についての報告では、便秘は24%と 88.9%、下痢が 22.8%と 12%となっており（鍋田ら，2009a、伊藤ら，2009）、施設によって結果に差があるが、便秘が高い確率で発症していることが報告されている。また、便秘の発生頻度に影響を与える要因として、木村ら（2007）は、がん化学療法

で 5-HT3 受容体拮抗薬が投与された患者は、投与されなかった場合に比べて高い頻度で便秘の訴えがあったと報告している。さらに、5-HT_3 受容体拮抗薬の使用だけでなく、精神的・身体的ストレスによる食事摂取量の低下が便秘の出現に相関していることも明らかにした。しかし、本邦において 5-HT_3 受容体拮抗薬による便秘を対象にした報告はほとんどなく、医療者の便秘に対する認識の低さが指摘されている（村上ら，2007）。一方、下痢は多くの化学療法で発生する可能性がある合併症で、特に大腸がんなどの消化管悪性腫瘍の患者においては問題になるが、便秘や下痢、それに伴う苦痛症状は過小評価されがちで、患者の QOL に影響を与えている。過小評価される原因の一つとして、他の研究では、排便障害の程度は CTCAE で Grade2 以上の便秘は 6.2%、下痢は 1.6%10）、Grade3 以上は便秘 16%、下痢は 5%（斎村ら，2012）と比較的軽度の症状であることが報告されており、症状の程度が医療者の認識に影響していることが示唆されている。さらに、抗がん剤投与日に患者から聞き取りを行った調査では、症状の発生率は、便秘 24～29%、下痢 6～12%であったが、患者自身に副作用を日誌として記載してもらうと、便秘は 63～77%、下痢は 22～25%の患者が報告しており、医療者が認識していない排便障害を患者は体験していることは明らかであり、その対策が求められている（鍋田ら，2009b）。

２．がん化学療法によって発生する排便障害のメカニズム

がん化学療法の有害事象である便秘のメカニズムは薬物の作用によるものと、それ以外のものの 2 つに大別される。便秘を引き起こす代表的な薬剤にはビンカアルカロイド系の抗悪性腫瘍剤、支持療法で用いる 5-HT_3 受容体拮抗薬がある（McMillan ら，2013、吉野ら，2011）。ビンカアルカロイド系の抗悪性腫瘍剤は細胞の有糸分裂などに働く微小管やチューブリンに作用する抗癌剤で、神経障害の作用があるため、副作用として手足のしびれや自律神経の異常などが出現する。自律神経が障害されると便秘や排尿障害が起きる。また、5-HT_3 受容体拮抗薬はセロトニンの放出の抑制や、腹部迷走神経求心路末端への作用により腸管の蠕動運動を抑制する結果、便秘が出現する。便秘を引き起こすその他の原因として化学療法による悪心、食欲不振、倦怠感により生じる経口摂取量の低下、活動量の低下、不安も関与している。

一方、下痢は大腸での水分吸収機能が低下することで発生するが、その原因は腸蠕動運動の亢進や炎症によるものなどがある。下痢を引き起こす代表的な薬剤にはイリノテカン、フルオロウラシル、メトトレキサート、抗 EGFR 製剤があり、抗がん剤によって副交感神経が活性化されて起こるコリン作動性下痢と、抗がん剤の消化管毒性によって起こる粘膜障害による下痢に大別される。近年は支持療法の発達や遺伝子多型との相関が明らかとなり、排便障害の重篤化予防が可能となってきていることが報告されている。

３．排便障害のマネジメント

便秘のマネジメントは、緩下剤や便軟化剤の服用などの薬物療法による介入と、水分摂取や腸管運動を促進するといった非薬物療法による介入が行われる。特に結腸通過時間の遅延が生じる抗がん剤の投与を受ける患者に対しては、便秘を予測した予防的な対処を行うことが推奨されている。しかし、便秘のマネジメントに関する従来の研究は慢性の便秘を伴った非がん患者を対象にしたものが多く、がん患者も一般的な便秘への対処方法を行っているのが現状であ

る。また、多くの患者が自己で対応しており、排便状態について医療者に話すことがないためにしばしば見過ごされ、その実態は明らかではない。

下痢のマネジメントは、腸管運動抑制剤、収斂剤、消化管用吸着剤、殺菌薬、乳酸菌製剤などの止痢薬を用いる薬物療法による介入と、温罨法や食事の工夫などの非薬物療法による介入がある。下痢を起こす代表的な抗がん薬であるイリノテカンについては、近年 UGT1A1 遺伝子の臨床的意義は確立され、副作用の予測として臨床で使用されている。イリノテカン使用による急性下痢などの抗コリン作動性下痢に対しては抗コリン薬が有効であるが、通常は長時間持続することがないため、下痢の程度によっては薬物を使用せずに様子をみることもある。イリノテカン投与の終日後に起こる下痢に対しては半夏瀉心湯が有効であり、予防的な投与とその効果に対する報告（高橋ら，2008）もあるが、予防目的の投与は現在のところ標準的なアプローチではない。

排便のマネジメントは個々の主観や従来の排便パターン、生活習慣などが大きく関与し、患者は排便の状態を自身でモニタリングして、独自に対処しているのが現状である。

４．排便障害を抱える患者への看護支援に関する研究

排便障害を抱える患者への看護支援に関する研究は、慢性の便秘を抱える患者を対象にしたもの（田中ら，2014）は多いが、がん化学療法を受けている患者を対象にした研究は少ない。また、がん化学療法を受けている患者の便秘対策として緩下剤の処方が一般的であるが、便秘が出現し緩下剤の処方を受けた患者のうち 18%が改善されていないという報告や、例えば便秘についてのケアは臨床でよく行われる看護実践であるが、その効果が特定されないこと、看護実践における検証が十分でないことも指摘されている（木村ら，2007、佐々木ら，2009）。

Ⅲ．研究方法

１．対象

外来がん化学療法を行っている医療機関において以下の基準を満たし、研究の承諾が得られた者とした。インタビューはプライバシーが確保できる状況で、対象者の身体的・精神的負担に配慮して日時を設定し、所要時間は 30 分程度とした。

１）外来通院でがん化学療法を受けている患者
２）排便困難が生じている、または普段の排便習慣から変化を感じている患者
３）20 歳以上の患者
４）言語的コミュニケーションが可能で、記名力、認知、記憶に障害がない患者

２．調査方法

2013 年 9 月から 2014 年 4 月に、自記式質問紙調査票を用いて年齢、性別、病名、ステージ、既往歴、治療薬剤、投与方法・量、治療開始日などの基本情報を収集した。また、インタビューガイドを用いて面接を行い、症状の種類、程度、出現する時期、および便の性状や排便回数と、排便障害が日常生活に及ぼす影響と対処について情報を収集した。同意が得られた場合には録音を行った。

３．分析方法

録音データから逐語録を作成し、自記式質問紙調査票で得られたデータと統合し記述データとした。対象者毎にデータを排便障害の症状の体験と対処、出現している排便障害の状態に分類し整理し、排便障害の程度や便の性状については、CTCAEv.4.0 およびブリストル便形状スケールを用いてグレードを評価した。また、疾患毎、使用薬剤毎、症状（下痢・便秘）毎に排便障害の実態を整理し、一覧表を作成して傾向を捉えた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会および研究協力施設の倫理委員会による承認を得て実施した。

Ⅴ．結果

１．対象者の概要

対象者の概要は表 1 のとおりである。対象者数は 23 名で、男性 8 名、女性 15 名、平均年齢は 67.6±10.7 歳であった。対象者の疾患は乳がんが 8 名で最も多く、次いで大腸がん 7 名、胆管がん 3 名、肺がん 2 名、胃がん 1 名、卵巣がん 1 名、非ホジキンリンパ腫 1 名と様々であり、いずれの対象者も便秘あるいは下痢の症状があった。化学療法継続期間は 2 週間～3 年 3 カ月であった。

対象者のうち便秘を発症している患者は 19 名で、男性 5 名、女性 14 名であった。疾患別では乳がん 8 名、大腸がん 7 名、胆管がん 3 名、肺がん 2 名、胃がん 1 名、卵巣がん 1 名、非ホジキンリンパ腫 1 名であった。レジメンは 15 種類とばらつきがみられた。支持療法を受けている患者は 19 名中 14 名で、そのうち 5-HT_3 受容体拮抗薬を使用している患者が 12 名と最も多く、デキサメタゾン 10 名、アプレピタント 6 名、抗ヒスタミン 3 名、NSAIDs が 1 名であった。下痢を発症している患者は 4 名で、男性 3 名、女性 1 名であった。疾患別では大腸がん 3 名、胃がん 1 名であった。レジメンは 3 種類であり、そのうち 2 種類のレジメンで CPT-11 が使用されていた。3 名の対象者が支持療法を受けており、使用薬剤は 5-HT_3 受容体拮抗薬が 3 名、デキサメタゾン 2 名、抗ヒスタミンが 1 名であった。

表１　研究対象者の概要

患者	年齢	性別	病名	レジメン	治療薬剤	支持療法	化学療法 実施期間	排便障害	程度(Grade)
1	38	女性	非小細胞 肺がん	PC	パクリタキセル カルボプラチン ベバシズマブ		4ヵ月	便秘	1
2	49	女性	左浸潤性 乳管がん	FEC	エピルビシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	3ヵ月	便秘	1
3	68	男性	右中葉 肺がん	VP	ビノレルビン シスプラチン	アプレピタント デキサメタゾン 5-HT3受容体拮抗薬	1ヵ月	便秘	2
4	71	男性	胃がん 腹膜播種 膵浸潤		カペシタビン トラスツブマブ		2ヵ月	下痢	1
5	79	女性	左浸潤性 乳管がん		ビノレルビン		3ヵ月	便秘	1
6	64	女性	右浸潤性 乳管がん	FEC	エピルビシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	6ヵ月	便秘	1
7	53	女性	左卵巣がん	PC	カルボプラチン パクリタキセル	デキサメタゾン 5-HT3受容体拮抗薬	2週間	便秘	1
8	65	女性	右浸潤性 乳管がん	FEC	エピルビシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	3ヵ月	便秘	1
9	73	女性	S状結腸がん 肺転移	IRIS	CPT-11 TS-1		3年3ヵ月	便秘	2
10	79	男性	大腸がん 左半結腸 切除術	FOLFIRI/AVA	ベバシズマズ CPT-11 レボホリナート	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	6ヵ月	下痢	1
11	65	女性	左浸潤性 乳管がん	FEC100	エピルビシン シクロホスファミド	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	2ヵ月	便秘	1
12	83	男性	横行結腸がん 術後肝転移	AVA/ゼローダ	ベバシズマズ カペシタビン		1年	便秘	1
13	74	女性	胆管がん PD術後	GEM/CDDP ShortVersion	ゲムシタビン シスプラチン	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年3ヵ月	便秘	3
14	61	女性	S状結腸がん	AVA/FOLFIRI	ベバシズマズ CPT-11 レボホリナート シクロフォスファミド	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン 抗ヒスタミン	1年7ヵ月	下痢	1
15	73	男性	胆管がん	GEMbiweekly	ゲムシタビン		11ヵ月	便秘	1
16	68	女性	NHL	R-Bendamustine	リツキシマブ ベンダムスチン	NSAIDS 抗ヒスタミン	4ヵ月	便秘	1
17	75	女性	大腸がん 肺転移 肝転移 リンパ節転移	VECTIBIX	パニツムマブ CPT-11	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	2年7ヵ月	便秘	1
18	72	男性	胆管がん	GEM/CDDP	ゲムシタビン シスプラチン	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	7ヵ月	便秘	1
19	64	男性	直腸がん 肺転移 リンパ節転移	VECTIBIX /CPT-11	パニツムマブ CPT-11	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年2ヵ月	下痢	2
20	59	男性	直腸がん 肝転移	ERBITUX	セツキシマブ オキサリプラチン レボホリナート 5-FU	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン H2受容体拮抗薬 抗ヒスタミン	5ヵ月	便秘	1
21	79	女性	右浸潤性 乳管がん 縦隔リンパ節転移	VNR単剤	ビノレルビン	デキサメタゾン	4ヵ月	便秘	2
22	78	女性	左浸潤性 乳管がん 左腋窩リンパ節転移 多発骨転移	AVA/PTX/ゾメタ	パクリタキセル	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン H2受容体拮抗薬 抗ヒスタミン 骨吸収抑制剤	1年6ヵ月	便秘	1
23	65	女性	両側浸潤性 乳管がん 左腋窩リンパ節転移	EC90療法(NAC) イメンド併用	エピルビシン シクロフォスファミド	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年1ヵ月	便秘	1

２．症状の特徴

便秘を発症した患者の排便障害の程度は、CTCAE で Grade 1 が 15 名、Grade 2 が 3 名、Grade 3 が 1 名であり、障害の程度が軽い傾向がみられた。便の性状はブリストルスケールで「①コロコロ便」と答えた患者が 10 名と最も多く、「④普通便」と答えた 1 名を除き、ほぼ全ての患者が「便が硬い」と答えた。便秘の時期については、「普段は問題ないが、投与後便秘になる」と答えた患者が 10 名と最も多く、次いで「投与に関わらず常に便秘」が 6 名、「普段から便秘だが投与後は特に便秘になる」が 2 名、「普段は下痢気味だが投与後は便秘になる」が 1 名となっていた。症状が出現する期間は、常に便秘である患者を除くと、当日から 2 日目に症状が出現する患者が 5 名と最も多く、その他の患者は投与当日から 7 日目以内に症状の出現していた。

一方、下痢を発症した患者は、排便障害の程度は CTCAE で Grade 1 が 3 名、Grade 2 が 1 名であり、下痢においても障害の程度が軽い傾向にあった。下痢の時期については、「普段は問題ないが投与後下痢になる」が 2 名、「投与に関わらず不定期」が 1 名、「普段は便秘で投与後は下痢になる」が 1 名であり、下痢の症状が出現する期間について「不定期」と答えた 1 名を除き、投与当日あるいは投与から 2〜3 日目に症状が出現していた。

３．症状への対処の特徴

患者は便秘または下痢の症状に対し、個々に何らかの対処を行っていた。便秘では「下剤を自己調節する」といった薬剤による対処をとっている患者が 15 名と最も多かった。その他の対処として、「腹部マッサージをする」「便意がなくてもトイレに行く」「トイレを我慢しない」「適度の運動をする」など日常生活上の工夫、「野菜やヨーグルトをよく摂る」「水分を多く摂る」などの食事面の工夫、またこれまでの経験から「自己にて摘便する」「何もせず勝手に出てくるまで待つ」という対処などがみられた。下痢では、「整腸剤の内服」という薬剤による対処、「食べると出るから食べないようにする」「活動予定に合わせて食事を制限する」「ヨーグルトを食べる」「水分や果物を採る」などの食事面での工夫、「外出する時はパットを使用する」といった日常生活上の工夫などがみられた。便秘または下痢の症状があるにも関わらず、全く対処行動がとれていないという患者はいなかった。

多くの患者は、これまでの化学療法中の排便障害に対して、まずは自分で何とかしようと対処方法を考えて個々に何らかの行動をし、成功体験や失敗体験を得ていた。そして、そのような個々に取り入れた対処方法で便秘または下痢の症状が緩和できたという成功体験を次の症状体験時に活かし、自己の排便障害の症状に対するマネジメントへと繋げている現状が今回の聞き取りから明らかになった。

４．症状と対処への対象者の認識

排便障害の症状があることで日常生活上困難に感じている患者は 23 名中 2 名であり、便秘が 1 名（CTCAE で Grade 2）、下痢が 1 名（CTCAE で Grade 1）であった。ほとんどの患者は便秘または下痢の症状に対して日常生活上の困難感を持っていなかった。

日常生活上の困難感を持っていない患者は、「不快症状が無い」、「体調は良い」と症状による苦痛を感じていない患者がいる一方で、「（排便時に）生みの苦しみを感じる」、「辛い」、「痛

い」、「食欲が低下する」、「あきらめている」など排便障害による苦痛を感じている患者がいた。前述したように、患者は排便障害に対して個々に何らかの対処を講じており、症状による苦痛の有無に関わらず、自己で対処を行うことで「自分で調整できている」、「慣れている」と考え、排便障害が自己でコントロールできる一時的な症状であり、日常生活において排便障害で困ることはないと認識していた。日常生活上の苦痛を感じていない患者の排便障害の程度は、便秘ではGrade 1が15名、Grade 2が2名、Grade 3が1名、下痢ではGrade 1が2名、Grade 2が1名であり、排便障害の程度は軽かった。しかし、便秘でGrade 3の患者が1名おり、何らかの介入が必要であると考えられる患者が含まれていた。

5．医療者とのコミュニケーション

便秘では、15 名の患者が治療の初回から数回の治療を受ける間に、便秘症状について医師に報告や相談を行っており、その結果、14 名が下剤の処方、1 名が生活上の指導を受けていた。下剤の処方を受けた患者のうち、内服量についてその後医師や薬剤師に相談した患者が2名、薬を内服するタイミングについて看護師から指導を受けた患者が1名いたが、その他の患者は「指示通りに飲むと下痢をした」「他の対応策を見つけた」などの理由から医療者に下剤について相談することなく自己調節を行っていた。また、便秘症状への対処について、「水分をとるように言われたが量が分からなかった」、「自分なりに工夫しているがそれが合っているかどうかは分からない」と語る患者がいたが、実際に医療者へ相談を行った対象者はGrade 3の対象者1人のみであった。

一方、下痢は4名全員が症状について医師に相談しており、3名が下痢止めの処方を受けていた。そのうちGrade1の2名は薬剤を自己調節しており、Grade 2の1名は「経験から対応をしているが医療者からの指導も取り入れながら調整している」と語り、必要時には医療者に相談を行っていた。また、薬剤の処方を受けていない1名に関しては受診時に症状の辛さを医師に相談していた。

Ⅵ．考察

1．がん化学療法による排便障害の症状と対処の特徴

McMillanら（2013）は、がん化学療法による排便障害の特徴として「抗がん剤やオピオイドなどの薬剤による排便障害は、身体機能に影響を及ぼすが、維持することは可能なレベルのものであった」と述べている。本研究においても、その多くは患者自身が日常生活の中で対処できる範囲の軽度から中程度のものであり、下痢を発症した患者は医師に相談し、何らかの支援を受けていたが、便秘を発症した患者が誰かに相談するということは少なかった。特に看護師に相談したと答えた患者は便秘・下痢に関わらず見当たらず、患者は、それまでの個々の体験から症状のマネジメント方法を見出しており、便秘に関しては、セルフケアで対処できない状況（本研究においてはGrade3の患者）に至った場合に医療者に相談している。この点に関して患者は、排便障害の原因は抗がん剤によるものと認識はしているものの事前に積極的な対処をとらず、「症状が高度になってから医療者に伝える」と述べている。また、排便障害に対して「仕方がないと言い聞かせている」「困っていたときにアドバイスがもらえたら」「相談したいが次々に主治医が変わるのでできない」との語りがみられており、便秘や下痢に対して不

快感や苦痛は感じていても、医療者に相談することが少なかった。この点に関しては、排便障害が軽度の場合、従来からの対処法で解決する場合も多いことが予測され、その場合は医療者に相談したり、事前に何らかの対処を希望したり実施することは少ないことが考えられる。また、排便障害は不快感や苦痛を伴う症状ではあるが、他の有害事象とは異なり、直接生命を脅かす症状ではないことも少なからず影響しているのではないだろうか。

２．排便障害への看護

排便障害は日常で体験されている症状であるが個別性が高く、文化的な背景や個々の排泄に対する認識、羞恥心などといったことが関連していることが考えられる（池田ら，2010）。また、その対処方法は多様であること、排便障害を有していても明らかな客観的サインに乏しく、対処が遅れがちになる要因が多い。本研究の調査では、排便障害が重症化しないと医療者に伝えるという行動には至っていなかった。これらの結果から、看護師は、抗がん剤投与前から日常的な体験とは異なる排便障害が起こりうることを患者に説明し、認識をもってもらうことから始める必要があると考える。先行研究では、排便回数や便の性状、排泄パターンなどに関する日記を記載してもらうと、排便障害の改善がみられたという報告（野村ら，2014）や、排便障害の程度について、医療者の評価よりも患者の症状体験の報告の方が相関が強く、信頼性が高かった（McMillan ら，2013）。このことから、排便障害に関して、患者自身で排便をモニタリングし、結果を記録して、通常のパターンから逸脱がみられたときは医療者に相談するという一連の行動を取ることができれば、排便障害の重症化を予防することができるのではないかと考えられる。

排便障害は生命に直結する症状ではないことから、他の症状と比べて優先順位が低いことが考えられるため、患者とのコミュニケーションにおいて、他の症状から話を進めていき、排便障害の体験を引き出していくという柔軟さも場合によっては必要である。そして、これまで患者独自で行ってきた対処方法を尊重しながらも、適切な観察や判断、対処法について伝えていくことが必要ではないだろうか。

Ⅴ．今後の展望

排便障害はがん患者の多くが体験しており、適切に対処を行わなければ腹部の痛み、膨満感、悪心・嘔吐、食欲不振といった身体面への影響、および精神面への影響も起こり得る。しかし、排便障害の有無について確立されたスクリーニングはなく、患者からの積極的な報告がないと排便障害は見過ごされてしまう可能性が高い。また、排泄は非常に個人的な行為であり羞恥心を伴うこと、普段の生活の中で営まれている習慣であることなどから、他者から支援を得ることや、支援を踏まえて習慣を変更することは容易ではない。看護師はそのような患者の心情や背景に配慮しつつ、症状の重症化を予防するために患者の主観的な症状体験について傾聴を行っていく必要がある。

進行がん患者の場合は特に、抗がん剤のみならず多様な排便障害の要因を考慮する必要があるため、症状の原因や程度、生活への影響などを包括的にアセスメントし、緩下剤の服薬指導、食事・水分摂取に関する教育、生活上の工夫や注意などを伝えていく必要がある。患者のセルフケア能力に働きかけ、出来る範囲で日常生活における活動を維持しながら、適切に水分と食

事を摂取することで、治療中であっても普段の排便パターンに近づけることが可能ではないかと思われる。

Ⅵ．本研究の限界と課題

本研究は、抗がん剤の種類や疾患に関わらず、抗がん剤治療を受けているがん患者の排便障害の実態を全般的に調査した。そのため、今回の結果を一般化することは難しいが、排便障害の起こる要因は幅広く多様であり、そのための看護のニーズも高いと考えられる。今後は観察研究をさらに積み重ねることよって、より詳細な実態を捉え、看護に役立てたいと考える。

Ⅶ．結論

本研究は、これまでその詳細が明らかではなかったがん化学療法中の患者の排便障害の実態について調査を行い、その内容について検討を行った。その結果、症状の程度に差はあるが患者は排便障害を体験しており、その対応は多くは自らの経験に基づいて対処をしていること、その対処は多様であること、そして、かなり症状が重くても医療者に相談することが少ないことが明らかになった。一方で、排便障害によって苦痛を感じているが誰に相談してよいかが分からないといった思いを持っていることも明らかになった。

患者の持つセルフケア能力を活かしながら、早めの対処の重要性ついて説明し、必要な場合は実施していくこと、日ごろから他の有害事象と共に排便に関してコミュニケーションを取ることによって、様々な排便障害を経験しているがん化学療法を受ける患者への支援となると考える。

謝辞

本研究にご協力をいただきました患者の皆様、病院の管理者および医師、スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

武居明美ほか：外来化学療法における副作用症状の特徴に基づいた看護支援の検討 副作用症状の自己記録ノートの分析．群馬保健学紀要　29：11-20，2008

Woolery et al：Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer.　Clinical Journal of Oncology Nursing12（2）：317-337, 2008

吉野真樹ほか：がん化学療法制吐剤適用時の有害事象調査．医療薬学 37(4)：225-231，2011

荒尾晴惠ほか：スキルアップがん化学療法看護、60-76、日本看護協会出版会、2010

鈴木志津枝ほか監訳，Linda.H.Eaton et al 著：がん看護 PEP リソース，便秘. 85 -105、医学書院、2013

鍋田いづみほか：乳腺外科領域の外来がん化学療法における有害事象情報を評価。日病薬誌 45（2）：230-234，2009a

伊藤大輔ほか：乳がん術後補助化学療法の EC 療法継続パクリタキセル療法における副作用解析．日本病院薬剤師会雑誌 45(9)：1213-1216,2009

木村美智男ほか：がん化学療法における副作用の解析-5-HT_3 拮抗剤併用による便秘の発生について．医療薬学 33(10)：863-868,2007
村上通康ほか：5-HT_3 受容体拮抗剤による便秘の発現．日本病院薬剤師会雑誌 43(9)：1219-1221,2007
斎村道代ほか：炎症性乳癌に対する Epirubicin・Docetaxel（ET）併用療法による術前化学療法の多施設共同試験．がんと化学療法 39（7）：1075 - 1079 ,2012
鍋田いづみほか：乳腺外科領域の外来がん化学療法における有害事象情報収集と評価。日本病院薬剤師会雑誌 45(2)：230-234,2009b
McMillan et al：Trajectory of medication-induced constipation in patients with cancer. Oncology Nursing Forum 40（3）：E92-100, 2013
高橋誠ほか:塩酸イリノテカンの下痢に対する半夏瀉心湯＋酸化マグネシウム併用投与の有用性．日本病院薬剤師会雑誌 45(7) ：1099-1101,2008
田中悠美ほか:排泄障害のある在宅要介護高齢者に対する看護介入行動の実態と自然排泄移行の可能性に関する調査．日本看護医療学会雑誌 16（2）：29-39, 2014
佐々木真紀子ほか：便秘の看護の実践状況と今後の課題．秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要 17（2）：37-43,2009
池田光穂：排除と排泄．看護人類学入門. 102-104, 文化書房博文社. 2010
野村香織ほか：がん化学療法の副作用モニタリングにおける症状チェックシートの活用．日本病院薬剤師会雑誌 50(4)：473-477,2014

Ⅲ．がん症状マネジメントにおける患者のセルフケアレベル判定基準の開発

中野宏恵，内布敦子

Ⅰ．はじめに

症状は、個々の生理的・心理的・社会的機能や、感覚、認知の変化を反映する主観的な体験と定義され（Dodd ら，2001）、症状コントロールには患者が主体的に症状を管理するためのセルフケアが重要となる。Orem（2005）は、セルフケアを「個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践」と定義し、セルフケアを行うのに必要な能力をセルフケア・エージェンシーと表現している。その概念の構造は「セルフケア・エージェンシーの基本となる能力と資質」、「セルフケア操作を可能にするパワー構成要素」、「セルフケア操作の能力」の 3 つの部分をもつ（Orem／小野寺訳，2005）と述べている。

カリフォルニア大学サンフランシスコ校(UCSF)の教員グループは、様々な疾患や状態から起こってくる多様な症状に対する直接ケアや研究のため、Orem のセルフケア理論を背景にもつ包括的な症状マネジメントモデル(The Model of Symptom Management：MSM)を開発している（The University of California, San Francisco School of Symptom Management Faculty Group，1994）。このモデルは相互に関連し合う症状の体験、症状マネジメントの方略、症状の結果の 3 つの概念から成る（Dodd ら，2001、The University of California, San Francisco School of Symptom Management Faculty Group，1994）。Larson（1997）はこれを看護活動として発展させ、患者のセルフケア能力をアセスメントし必要な代償を行うことを体系化した症状マネジメントの統合的アプローチ(The Integrated Approach to Symptom Management：IASM)（Larson ら，1999）を開発した。我が国においては IASM に関するガイドブックが開発され（内布ら，1999）、1997 年以来 Larson の研究班によって有効性の検証が行われている。荒尾（荒尾，2002）はがん性疼痛を持つ患者を対象とし、患者が自らの症状マネジメントに主体性を持ち、疼痛の軽減、セルフケア能力の向上、QOL の維持という結果が得られたことから、IASM が有効であったことを示している。また、竹本ら（1999）、井沢（2006）は IASM を概念枠組みとした看護介入を行い、患者の持つセルフケア能力に焦点を当て、臨機応変に知識や技術の内容や量を提供することによって症状の軽減、QOL の向上が認められたことを報告している。このように患者の持つセルフケア能力に応じて適切に代償する看護介入は症状マネジメントにおいて有効であると言える。しかし、患者がどの程度の代償を必要としているかを判断する明確な基準はなく、看護師が経験的に行っているのが現状である。また、研究者らが実感している看護介入によるセルフケア能力の変化も明確に示すことが困難な状況にある。そのため、がん患者のセルフケア能力のレベルを判定する基準を開発することは急務であると考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は、セルフケア能力のレベルを判定する基準（以下、セルフケアレベル判定基準とする）を作成し、その表面妥当性および利用可能性を検討することである。

Ⅲ．文献検討

セルフケア能力を査定するために、セルフケア能力の概念化およびセルフケア能力を測定する尺度の開発が並行して行われている。

Kearney and Fleischer（1979）は、看護のセルフケア概念を理解した看護大学院生らへの質問よりセルフケア能力の下位概念として状況に対する能動的対受動的反応、個人の動機づけ、個人の知識基盤、自尊心の 4 つを明らかにした。彼らが開発した Exercise of Self-Care Agency Scale(ESCA)は 43 項目の 5 段階のリッカート尺度からなり、信頼性および妥当性が検証されている。構成概念は自己の責任、自己に対するケアの動機づけ、セルフケアへの知識の適用、健康の優先事項、自己尊重である。Mcbride[11]は、看護学生 62 名および成人糖尿病患者 57 名を対象に、Self-Directed Learning Readiness Scale を用いて ESCA の構成概念妥当性を検証している。結果、両グループともに有意な相関関係は見られたものの、自発的学習準備要因との関係が看護学生では 8 項目あったのに対し糖尿病患者では 3 項目のみであり、疾病を持つ集団に用いる場合は注意が必要であると述べている。

Denyes は、セルフケア能力の構成要素として心理社会的、認知的、感情的、身体的の 4 つの構成要素を明らかにした（Gast ら, 1989）。青年期の人を対象とした 35 項目からなる Denyes Self-Care Agency Instrument(DSCAI)を開発した。これは 0%から 100%の反応形式で評価するものである。彼はセルフケア能力とセルフケア行動を区別しており、セルフケア行動を測定する尺度として 22 項目からなる Denyes Self-Care Practice Instrument(DSCPI)も開発している。

Hanson and Bickel は、Orem の 10 のパワー構成要素を測定する尺度として、53 項目の 5 段階のリッカート尺度からなる Perception of Self-Care Agency Instrument(PSCA)を開発した（Gast ら，1989）。これは 456 名の成人を対象に要因分析を行い、肯定的な 4 つの要因として認知能力、運動能力、動機づけ、技術のレパートリーと、否定的な 1 つの要因として認知の限界を明らかにした。これらの要因は 10 のパワー構成要素を演繹的に確認できていないが、彼らは 10 のうち 8 つの側面を含むと主張している。

本庄（1997）は、日本人の壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙として Self-Care Agency Questionnaire(SCAQ)を開発した。これは Orem の 10 のパワー構成要素を基盤とし、壮年期および慢性病者の特性、日本人の分化社会的特性を統合して構成概念としている。さらに本庄は 2001 年に質問紙を精錬させ、健康管理法の獲得と継続、体調の調整、健康管理への関心、有効な支援の獲得の 4 つの下位尺度からなる 29 項目の質問紙として改訂した（本庄，2001）。

荒尾（2008）は、がん疼痛マネジメントのための患者用セルフケア能力測定尺度を開発した。これは、積極的な関心に基づく意図的な方略、痛みと向き合い生活に折り合いをつける力、痛みを緩和する方法の継続した実践、他者からの支援、痛み予防のための注意と関心、感情の主体的な調整力、知識を活用して自己のありようを分析する力の 7 つの因子からなる 45 項目の質問紙である。荒尾は、構成概念妥当性の検討に一部課題が残るものの信頼性および妥当性の支持はされており、今後の精錬によって患者ケアの評価尺度として用いることが可能であると述べている。

以上のように、セルフケア能力の構成要素を測定する信頼性および妥当性が検証された既

存尺度がいくつかみられる。しかし、実臨床ではセルフケア能力の構成要素だけでなく、患者-看護師のパートナーシップにより行動として表れている部分も合わせて判断する必要がある。また、臨床で用いるためにはより簡便なツールであることが求められる。

Ⅳ．セルフケアレベル判定基準案の作成の経過

Orem のセルフケア看護理論を実践的な状況に適用させるために修正、操作を加えたUnderwood は、セルフケアを行うのに必要な能力として①特定のことに注意を向ける能力、②知識を得る能力、③決断する能力、④変化を起こす能力の 4 つを示している（岡谷, 2005)。また、患者と看護師との相互作用より、能力は 3 つのレベル(レベル 1：自己のディマンドを認識し、それを満たす方法を知っているし、自ら学ぶことができるレベル、レベル 2：その行為をしようと決断を下せるレベル、レベル 3:実際に行えるレベル)に分けられる（Underwood, 2003）と述べている。そこで、Underwood の考えを参考にした運動機能／知的判断／動機の 3 点をセルフケアレベル判定基準の枠組みとして用いることとした。

また Orem は、援助する患者-看護師の関係の在り方を「システム」という用語で示し、全代償的、一部代償的、支持・教育的看護システムの 3 つの基本的なバリエーションがある [2)] と述べている。一方、Underwood は患者の「ケアレベル」という言葉を用い、「自立的レベル(レベルⅣ)」を付け加えた 4 つのケアレベルを看護者が行っていく（粕田，1987）と述べている。この「自立的レベル」とは、「患者はほとんど自立しており、看護者の直接のケアを必要としていないこと」を示している。さらに Underwood がコンサルテーション活動をしていた長谷川病院では、Orem-Underwood 理論を実践に取り入れ修正し、レベルⅡを 2 つに分けた 5 つのケアレベルを実践している（粕田，1987)。がん患者を対象とした場合、外来通院であっても外来看護師のケアを要することから、長谷川式ケアレベルの「自立的レベル(レベルⅤ)」を削除したレベルⅠ～Ⅳの 4 段階から成るセルフケアレベル判定基準案を暫定的に作成した(表 1)。そして、症状によってセルフケアの在り様が異なると考え、がん看護で頻繁に遭遇するリンパ浮腫・皮膚障害・排便障害・口腔粘膜炎の 4 つの症状に焦点を当て、症状毎にセルフケア能力を判定しやすいように表現を変更したものを作成した(表 2～5)。

この判定基準案は、より簡便に且つ正確に患者の行動からセルフケアレベルを判定するため、Orem の述べているセルフケア・エージェンシーの概念構造を十分に理解している看護師が用いることを前提とした。

表１　セルフケアレベル判定基準案

セルフケアレベル（原案）	
レベルⅠ	内的・外的刺激に反応することができないので、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。判断がまったくでいない場合、行為がまったくできない場合は全代償と判断する。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施のすべてを他者にゆだねている場合 例）身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 例）認知症、知的障害などのために健康のために必要な行為が判断できないが動ける状態
レベルⅡ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分もあるがまだ医療者が代償する部分が大きい。 例）病気で専門的な管理が必要になると、医療者から知識や技術を得なければ自分一人ではできず、部分的に自立している状態。
レベルⅢ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。 例）療養管理に関する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協働して行うことができる
レベルⅣ	自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）療養管理の知識と技術があり、実施もできているが、外来等で医療者によるフォローアップや知識のアップデートなど教育を受けている状態

表２　セルフケアレベル判定基準（リンパ浮腫）

セルフケアレベル（リンパ浮腫）	
レベルⅠ	内的・外的刺激に反応することができないので、リンパ浮腫のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。 リンパ浮腫管理のための知識を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 例）リンパ浮腫の知識やドレナージの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 例）認知症、知的障害を合併した患者でリンパ浮腫の知識やドレナージの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合
レベルⅡ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足するため、リンパ浮腫に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。 例）リンパ浮腫の管理に関する知識がまだ不十分であったり、浮腫のアセスメントやドレナージの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態
レベルⅢ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、リンパ浮腫に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。 例）リンパ浮腫の管理に関する知識や浮腫のアセスメント、ドレナージの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態
レベルⅣ	自立した状態。自らのリンパ浮腫を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）リンパ浮腫の管理に関する知識や浮腫のアセスメント、ドレナージの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態

表３　セルフケアレベル判定基準（口腔粘膜炎）

セルフケアレベル（口腔粘膜炎）	
レベルⅠ	内的・外的刺激に反応することができないので、口腔粘膜炎のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。 口腔粘膜炎の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 例）口腔粘膜炎の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 例）認知症、知的障害を合併した患者で口腔粘膜炎の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合
レベルⅡ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足するため、口腔粘膜炎に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。 例）口腔粘膜炎の管理に関する知識がまだ不十分であったり、口腔のアセスメントや口腔ケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態
レベルⅢ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、口腔粘膜炎に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。 例）口腔粘膜炎の管理に関する知識や口腔のアセスメント、口腔ケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態
レベルⅣ	自立した状態。自らの口腔粘膜炎を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）口腔粘膜炎の管理に関する知識や口腔のアセスメント、口腔ケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態

表 4　セルフケアレベル判定基準（排便障害）

セルフケアレベル（排便障害）	
レベルⅠ	内的・外的刺激に反応することができないので、排便障害のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。 排便障害の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 例）排便障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 例）認知症、知的障害を合併した患者で排便障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合
レベルⅡ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足するため、排便障害に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。 例）排便の管理に関する知識がまだ不十分であったり、排便のアセスメントや排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態
レベルⅢ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、排便障害に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。 例）排便の管理に関する知識や排便のアセスメント、排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態
レベルⅣ	自立した状態。自らの排便障害を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）排便の管理に関する知識や排便のアセスメント、排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態を受けている状態

表５　セルフケアレベル判定基準（皮膚障害）

セルフケアレベル（皮膚障害）	
レベルⅠ	内的・外的刺激に反応することができないので、皮膚障害のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。 皮膚障害の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 例）皮膚障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 例））認知症、知的障害を合併した患者で皮膚障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合
レベルⅡ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足するため、皮膚障害に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。 例）皮膚障害の管理に関する知識がまだ不十分であったり、皮膚のアセスメントやスキンケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態
レベルⅢ	運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、皮膚障害に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。 例）皮膚障害の管理に関する知識や皮膚のアセスメント、スキンケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態
レベルⅣ	自立した状態。自らの皮膚障害を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）皮膚障害の管理に関する知識や皮膚のアセスメント、スキンケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態

Ⅴ．研究方法

１．対象

研究協力を承諾した関西圏内で開催されるがん看護専門看護師(以下、OCNS とする)が主催する勉強会会員を対象とした。

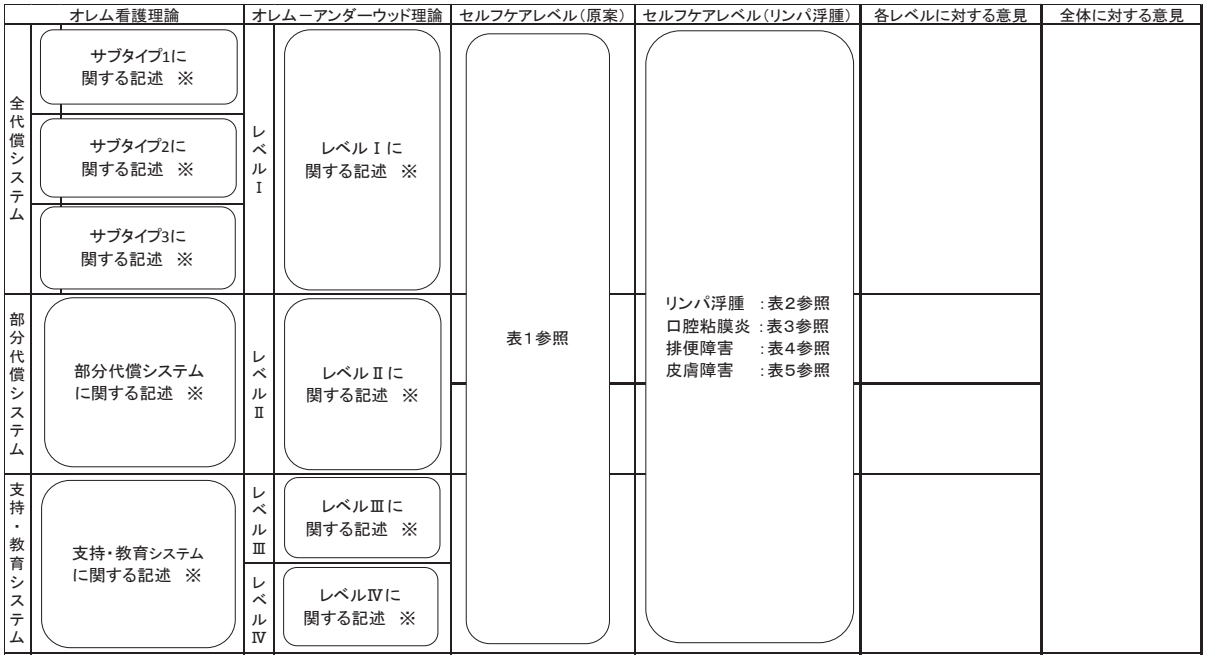
２．データ収集期間

2013 年 6 月 19 日から 2014 年 1 月 31 日

３．データ収集方法

関西圏内で開催される OCNS が主催する勉強会の主催者に、依頼書を用いて研究協力を依頼し、主催者を介して会員へ研究協力の依頼および調査票を郵送する旨を周知した。調査票は自記式、無記名であり、回収は返信用封筒を用いて個別に投函する方法を用いた。

調査票は、①対象者の基本情報(年齢、看護師経験年数、OCNS 経験年数、臨床で対応している症状、Orem のセルフケア理論の学習経験の有無)、および②セルフケアレベル判定基準案の判定の妥当性、理解のしやすさ、実用性を含む意見を問う自由回答の 2 種類とした。調査票の概要を図 1 に示す。Orem 看護理論と Orem-Underwood 看護理論の記述から、セルフケア判定基準案の説明が導かれていることが分かるようになっている。



※Orem 看護理論（Orem／小野寺訳，2005）、Orem-Underwood 看護理論（粕田，1987）で表現されているものを使用している。

図１　症状マネジメントに関連したセルフケア判定基準案についての意見調査票の全体像

（例：リンパ浮腫）

４．データ分析方法

得られた記述データについてはがん看護分野の専門的知識を有する 2 名の研究者で読み取り、表面妥当性の検討を行った。対象の基本情報については単純集計を行った。

Ⅵ. 倫理的配慮

本研究は、無記名、自由意思による郵送での回答とし、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て行った。研究協力の依頼の文書には以下の内容を含めた。

1）調査への回答は無記名、自由意思によること。

2）調査の内容で、研究協力者が答えにくい、あるいは答えたくない質問には無理に答える必要はないこと。

3）得られたデータは研究の目的以外では使用しないこと。

4）データは厳重に管理し、研究終了後、責任を持って処分すること。

5）研究結果は日本学術振興会科学研究費助成事業として成果報告を行い、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があること。

Ⅶ. 結果

1．対象者の概要

関西圏内で開催される OCNS が主催する勉強会会員 48 名(OCNS37 名、OCNS 教育課程修了または在学中の看護師 11 名)のうち、回答が得られた 17 名を対象者とした(回収率 35.4%)。概要は表 6 に示す。平均年齢は 39.35 歳(SD=5.97)、看護師経験年数は平均 14.5 年(SD=5.33)であった。17 名のうち 13 名が OCNS であり、OCNS 経験年数は平均 5.69 年(SD=2.75)であった。全ての対象者が Orem のセルフケア看護理論の学習経験があった。現在臨床で対応している症状は、リンパ浮腫 8 名、皮膚障害 10 名、排便障害 12 名、口腔粘膜炎 11 名であった。

表 6　対象者の概要

		人数（n=17）	平均	SD
がん看護専門看護師		13		
がん看護専門看護師教育課程修了または在学中の看護師		4		
年齢（歳）			39.35	5.97
看護師経験年数（年）			14.5	5.33
がん看護専門看護師経験年数（年）			5.69	2.75
オレムのセルフケア看護理論の学習の経験				
	あり	17		
	なし	0		
現在臨床で対応している症状（複数回答可）				
	リンパ浮腫	8		
	皮膚障害	10		
	排便障害	12		
	口腔粘膜炎	11		

２．セルフケアレベル判定基準案に対する意見の概要

得られた意見を分析した結果、4 つの症状による差は見られなかった。そこで、リンパ浮腫用セルフケアレベル判定基準案で得られた意見を中心に述べる。

レベルⅠでは、セルフケア行為が全くできない場合でも、意識があり必要性の理解や他者への依頼を判断できる患者をレベルⅡまたはⅢと判定してしまうという意見があった。そして、Orem のセルフケア看護理論の「部分代償システム」を代償の度合いによってレベルⅡ、Ⅲと二段階に分けて示すことで判定が容易になり、看護介入前後の患者の変化が分かりやすく伝えやすいという意見がみられた。一方、レベルⅡとⅢの代償の度合いでの判定は曖昧で難しいという意見もみられた。また、家族や介護者のサポートを含めて判定した場合はどこに分類したら良いのか分からないという意見があった。

全体的には表現が分かりやすく理解しやすいという意見が得られた。また判定の妥当性、実用性および有用性があり、各レベルに示している具体例が判定のしやすさにつながり、簡便で時間を要さないという意見が得られた。しかし、医療者の主観的な評価となるために複数の医療者で判定することが望ましいという意見や、判定基準を症状別に分ける必要性はないという意見がみられた。また、判定基準の使用には Orem のセルフケア看護理論の理解が必要であり、使用には教育的な関わりを要するという意見があった。

Ⅷ．考察

セルフケアレベル判定基準案は、論理性、簡便性、有用性、実用性の点で概ね表面妥当性を確保することができていた。各レベルで具体例を示すことによって患者をイメージすることができ、判定のしやすさにつながっていた。対象者が判定に迷うと答えた「意識があり、症状マネジメントの必要性を理解し他者に依頼できるが、行為を遂行できない患者」は、レベルⅠを行為および知的判断が全く不可能なタイプ、知的判断は可能だが行為が全く不可能なタイプ、行為は可能だが知的判断が全く不可能なタイプを選択できるように細分化すること、具体例の検討や表現の強調等の工夫をすることで正確に判定できると考える。

レベルⅡとⅢの境界が曖昧であるという意見の背景には、医療者の代償部分が「大きい」「小さい」という表現が厳密でないことが挙げられていた。明確な境界を明示することはできないが、判定の視点としてレベルⅡとⅢの違いを明記することで判定しやすくなると考える。また外来通院中の患者の場合、家族のサポートを含めてセルフケア能力を判定することが多い。患者自身のセルフケア能力のレベルと区別するための工夫が必要と考える。

今回、セルフケアレベル判定基準の使用には Orem のセルフケア・エージェンシーの概念構造を十分に理解していることを前提としたが臨床現場における教育には限界があり、正確に判定するには大学院（修士・博士課程）での教育が必要と考える。そのため汎用を目的とせず、Orem の看護理論をよく理解した看護師の利用に限定し、研究での患者のセルフケア能力の測定や、実臨床での専門的看護介入の効果判定の可視化や簡便化を目的として用いたいと考える。

表７　セルフケアレベル判定基準（修正版）

セルフケアレベル		
レベルⅠ	**全不可タイプ**	内的・外的刺激に反応することができないので、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。 判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）昏睡状態などで判断実施の**全て**を他者にゆだねている場合
	判断不可タイプ	判断が全くできないために内的・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、指示がなければセルフケア行為を遂行することもできない。 判断の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）認知症、知的障害などにより健康のために必要な行為の判断が**全くできない**が動ける状態
	実施不可タイプ	行為がまったくできないために内的・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することはできるが、セルケア行為を遂行することができない。 行為の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。 例）身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、**全く実施できない**場合
レベルⅡ		運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為を部分的に遂行できる。自立している部分もあるがまだ医療者が代償する部分が大きい。 例）病気で専門的な管理が必要になると、医療者から知識や技術を得なければ自分一人ではできず、部分的に自立している状態。 ※１参照
レベルⅢ		運動機能／知的判断／動機の３点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。 例）療養管理に関する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協働して行うことができる。 ※１参照
レベルⅣ		自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。 例）療養管理の知識と技術があり、実施もできているが、外来等で医療者によるフォローアップや知識のアップデートなど教育を受けている状態

※１　【レベルⅡとⅢの違いについて】長期（複数回）に渡り支援や確認が必要な場合は「レベルⅡ」、現時点では自立していないが知識や技術を提供すれば自立するだろうと思われる場合は「レベルⅢ」と判定する。

※２　家族のサポート（依存的ケア・エージェンシー）を含めセルフケア能力を判断した場合はレベルの後に「(Fa)」を付記する。例えば、Ⅲ(Fa)など

Ⅸ．今後の展望

本研究で得られた意見をもとに以下の 4 点の修正を加えた修正版（表 7）を臨床および介入研究に導入していきたいと考える。

１．各レベルに示す具体例の検討と表現の一部を強調する。

２．レベルⅡとⅢの違いを経験的に抽出し、判定の視点として明記する。

３．レベルⅠを細分化し「全不可タイプ」「判断不可タイプ」「実施不可タイプ」を選択できるようにする。

４．家族を含めた判断であることが分かるように「(Fa)」を明記する。

今回開発したセルフケアレベル判定基準は、あくまで暫定的なものであり、今後さらに緻密な理論的検討を含めて検証し、精錬させていく計画である。

謝辞

本研究にご協力いただきましたがん看護専門看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 33(5), 668-676(2001)

Orem ED（小野寺杜紀訳）．オレム看護論―看護実践における基本概念（第 4 版）．東京，医学書院，2005，17, 19, 238-245，320-325

The University of California, San Francisco School of Symptom Management Faculty Group. A model for symptom management. Image J Nurs Sch. 26(4), 272-276(1994)

Larson JP（和泉成子訳）．症状マネジメント：看護婦の役割と責任. インターナショナルナーシングレビュー. 20(4), 29-37(1997)

Larson PJ, Uchinuno A, Izumi S, et al. An integrated approach to symptom management. Nurs Health Sci.1, 203-210(1999)

内布敦子，竹本明子，山本真澄，他. Integrated Approach to Symptom Management(IASM)について(1) IASM のための記録用紙，分析スタンダードの開発．がん看護. 4(5), 414-417(1999)

荒尾晴惠. 症状マネジメントにおける IASM の有効性の検討　がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から．看護研究. 35(3), 213-227（2002）

竹本明子，内布敦子，山本真澄，他. Integrated Approach to Symptom Management(IASM)について(2) IASM を概念枠組みとして行った事例分析．がん看護. 4(5), 418-424（1999）

井沢知子. 乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラムの開発. 日本看護科学学会誌. 26(3), 22-31(2006)

Kearney B, Fleischer B. Development and testing of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health. 2(1), 25-34(1979)

Mcbride S. Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health. 10(5), 311-316(1987)

Gast LH, Denyes JM, Campbell CJ, et al. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. ANS Adv Nurs Sci. 12(1), 26-38(1989)
本庄恵子. 壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の開発―開発の初期の段階―. 日本看護科学学会誌. 17(4), 46-55(1997)
本庄恵子. 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. 日本看護科学学会誌. 21(1), 29-39(2001)
荒尾晴惠. がん疼痛マネジメントのための患者用セルフケア能力測定尺度の開発. 博士論文(2008)
岡谷恵子. “こころを病む人のセルフケア援助の看護モデル”. アクティブ・ナーシング 実践オレム-アンダーウッド理論 こころを癒す. 南裕子編. 東京, 講談社, 2005, 30-38
Underwood P. パトリシア・R・アンダーウッド論文集 看護理論の臨床活用. 東京, 日本看護協会出版会, 2003, 92-93
粕田孝行編. セルフケア概念と看護実践―Dr. P. R. Underwood の視点から. 東京, へるす出版, 1987, 43-44

Ⅳ．症状マネジメントの統合的アプローチ（IASM）の臨床普及版の開発

１．看護活動ガイドブックの開発過程

リンパ浮腫、皮膚症状、口腔粘膜炎の症状毎に、がん看護専門看護師からなる研究班を組織し、各症状のメカニズム、出現形態、影響因子等に関する文献レビュー、および効果的対処法などの苦痛緩和のエビデンス検索を行った。そして、1999 年に代表者らによって開発された、「痛み」を前提とした IASM 看護活動ガイドブックをもとに、エビデンスを用いた各症状版の IASM 看護活動ガイドブックの原案を作成した。さらに、観察研究により得られた患者の症状体験および方略、症状マネジメントの特徴を踏まえ、ガイドブックの精錬作業を行った。がん看護専門看護師の参加によるエキスパートパネルでの検討を経て、各症状版 IASM 看護活動ガイドブックを完成させた。各症状毎に考慮した点を表 1 に示す。

表１　各症状版 IASM 看護活動ガイドブックの考慮した点

	考慮した点
リンパ浮腫	・症状の定義、機序、出現形態を理解するため、国際リンパ学会(International Society of Lymphology: ISL)の定義、および病期分類の資料を付した。
	・患者の話を聴くポイントの表現を、リンパ浮腫特有の表現にした(例：だるい、重い、つっぱる　等)。
	・症状、機能、QOLの状態の評価に用いる指標として、四肢の周径や患者の知覚、ADL評価尺度、Skindex29等を示した。
	・基本的知識、技術には、複合的治療をもとに例を示した。また、基本的看護サポートには、セルフケア能力の維持に働きかけるサポートを提供できるよう表現した。
皮膚症状	・重症化を予防するには皮膚症状が出現する前からの介入が必要であるため、「予防編」「発症編」を作成した。
	・皮膚症状毎に症状の定義、機序や出現形態を理解するため、種類や発生機序、重症度の資料を付した。
	・患者の話を聞くポイントの表現を皮膚症状特有の表現にし、乾燥、皮疹、爪囲炎、皮膚の脆弱性、手足症候群の症状毎の表現を示した(例：カサカサ、プツプツ、小石を踏んでいるような感覚　等)。
	・症状、機能、QOLの状態の評価に用いる指標として、CTCAE、PS、Skindex29等を示した。
	・基本的知識、技術は、重症化する前の対処や予防的ケアの3ポイント(清潔、保湿、保護)、医療者への伝え方等を例に示した。また、基本的看護サポートには、症状と付き合う方法、スキンケアの維持に働きかけるサポートを提供できるよう表現した。
口腔粘膜炎	・症状の定義、機序や出現形態を理解するため、出現形態および進行プロセス、重症度の資料を付した。
	・患者の話を聞くポイントの表現を口腔粘膜炎特有の表現にし、口腔アセスメントガイド(OAG)をもとに口腔内、唾液、口唇、歯肉、舌の症状毎の表現を示した(例：腫れぼったさ、粘つき感、歯が浮く　等)。
	・現在の口腔ケアの方法は病前の口腔ケアの習慣や過去の体験が影響しているため、過去の習慣や体験を聴くことができるよう表現した。
	・症状の状態の評価に用いる指標として、OAGを示した。
	・基本的知識、技術には、口腔内の観察技術や口腔ケアの方法、医療者に援助を依頼することを例に示した。また、基本的看護サポートには、肯定的なフィードバックや口腔ケアの維持に働きかけるサポートを提供できるよう表現した。

＜URL＞

リンパ浮腫用：

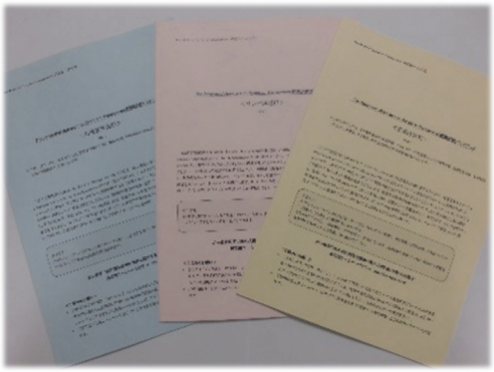
http://sm-support.net/program/data/spec02/guide.pdf

皮膚症状用：

http://sm-support.net/program/data/spec01/guide.pdf

口腔粘膜炎用：

http://sm-support.net/program/data/spec03/guide.pdf



２．患者教育用マテリアルの開発過程

IASM における「基本的知識」「基本的技術」を提供する際に用いる患者教育用マテリアルを開発した。まず、国内外の先行研究やガイドライン、症状対応マニュアル等を収集し、各症状のメカニズム、出現形態、症状マネジメントに必要なケア等のエビデンスに基づく情報を収集した。また、国内の病院施設、製薬会社が作成しているパンフレットや症状記録用紙を収集した。そして、南口陽子氏（リンパ浮腫）、西谷葉子氏（皮膚症状）、安達美樹氏（口腔粘膜炎）が兵庫県立大学看護学研究科の修士論文で用いたパンフレットを原案とし、収集した情報を参考に「リンパ浮腫のケア」「お薬による皮膚症状とスキンケア」「化学療法による口の症状とケア」の３つのマテリアルを作成した。

作成にあたっては研究班で複数回のセッションを設け、観察研究で得られた症状マネジメントの特徴を踏まえて、提供する知識と技術について内容を整理した。内容の記載方法や文言についても議論を重ね、患者が理解できるよう平易な言葉で表現することや、誤解を招くような表現を避けることに留意した。マテリアルに用いるイラストおよび写真は、患者の理解を助けることやメッセージ性を考慮して選択した。必要なイラストは、看護師兼イラストレーターである小玉高弘氏に依頼した。患者の見やすさを考慮し、文章とイラスト・写真の配置を編集の専門家と協議して完成させ、書籍として ISBN 登録し発行した。

１）リンパ浮腫のケア

［腕編］（ISBN978-4-908299-03-2）

http://sm-support.net/program/data/spec02/lymph_arm.pdf

［脚編］（ISBN978-4-908299-04-9）

http://sm-support.net/program/data/spec02/lymph_foot.pdf

２）お薬による皮膚症状とスキンケア

［EGFR 阻害薬編］（ISBN978-4-908299-00-1）

http://sm-support.net/program/data/spec01/egfr.pdf

［マルチキナーゼ阻害薬編］（ISBN978-4-908299-01-8）

http://sm-support.net/program/data/spec01/multikinase.pdf

３）化学療法による口の症状とケア

（ISBN978-4-908299-02-5）

http://sm-support.net/program/data/spec03/stomatitis.pdf

３．公表と評価

第 30 回日本がん看護学会学術集会にて、研究班が開発した各症状版の症状マネジメント統合的アプローチ（IASM）、看護活動ガイドブック、患者教育用マテリアルの公表および臨床看護師との意見交換を目的に交流集会を行った。以下に、活動内容を報告する。

１）日時および場所

日時：2016 年 2 月 20 日 14 時 10 分～15 時 10 分

場所：第 30 回日本がん看護学会学術集会　幕張メッセ国際会議場 302

２）開催目的

IASM 研究班では、患者自身のセルフケア能力を査定して活用する症状マネジメントの統合的アプローチ（The Integrated Approach to Symptom Management：IASM）の臨床普及版として、4 つの苦痛症状に絞りガイドブック、マテリアル等の開発を行っている。交流集会では、これらのガイドブックやマテリアルについて臨床看護師との意見交換を行いたい。

３）交流集会の概要

（１）IASM の紹介、臨床普及版の開発の研究計画および研究班組織、成果物（IASM 看護活動ガイドブック、パンフレット）の紹介、研究班ホームページの紹介

（２）各症状版 IASM の開発について

リンパ浮腫班・皮膚障害班・口腔粘膜炎班・排便障害班より、観察研究により得られた症状マネジメントにおける特徴と、それを反映させて開発した各症状版 IASM について報告を行った（資料 p.82 参照）。

（３）IASM に関する補足、今後の研究活動について情報提供

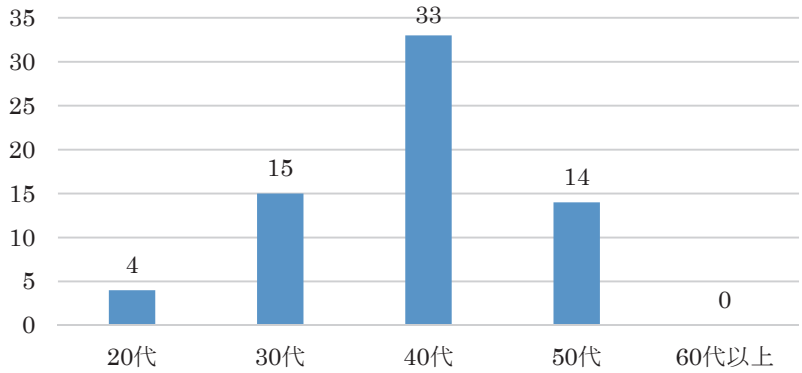
参加者に意見や感想を募ったが、発言はなかった。そのため、代表者より以下に関する情報提供を行った。

・研究班は、IASM の効果検証のために現行のケアにおける症状マネジメントの実態調査（観察研究）を行った。それにより、個々の症状の特徴を IASM 看護活動ガイドブックに反映させることができ、精錬させることができた。
・リンパ浮腫班、皮膚障害班、口腔粘膜炎班は、IASM を用いた介入研究を開始している。口腔粘膜炎班からの報告にあったように効果が期待される。排便障害班は、実態が不明な点が多く、観察研究の前に症状の実態調査を先行させた。そのため排便障害版はこれから開発する予定である。
・IASM の使用には、セルフケア理論を学んでいることが前提である。骨転移の患者等を例に挙げ、知識の提供ではなく患者の体験世界を理解することの必要性、患者の語る表現の豊かさがセルフケア能力の分析の視点になること、セルフケア能力によって提供する知識や技術、看護サポートが異なること等、IASM の用い方の補足説明がなされた。
・医師および看護師が行っているキュアとケアを融合させたモデルの開発を計画している。

4）質問紙調査結果［参加者：243 名、回答数：67 名（回収率 27.6%）］

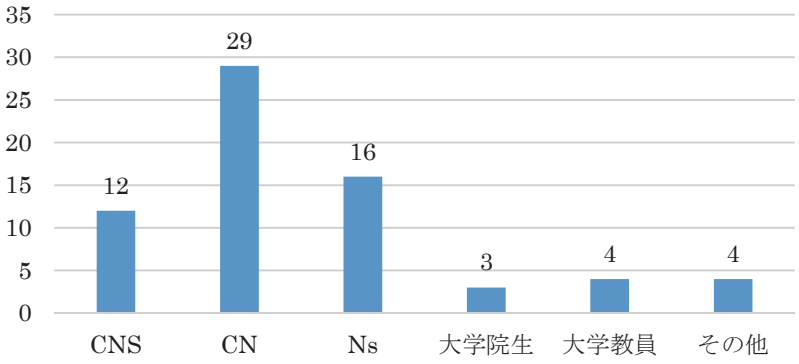
（1）参加者の背景

①年齢（回答数 66 名）

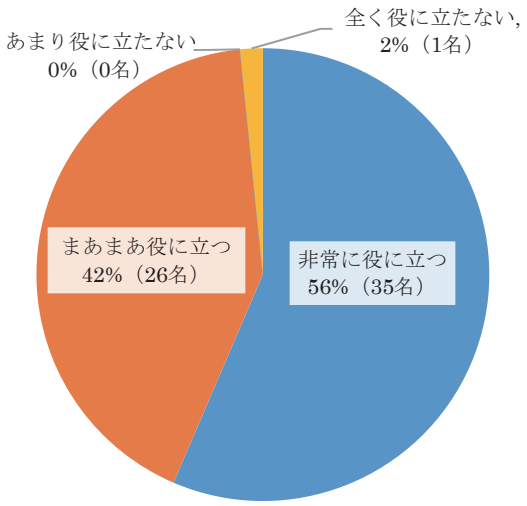


②臨床経験（回答数 49 名）：平均 18.5±7.9 年

③職種（回答数 64 名）



（2）交流集会の内容は今後の役に立つか（回答数 62 名）



【自由記載】

＜IASM の有用性について＞

・化学療法看護の経験が浅い看護師でも、一定水準のマネジメントが可能である

・専門分野の看護師に任せている部分があるが、ツールに沿って考えることができる

・患者自身の症状に対するマネジメントを知ることで、自己効力感を高めることにつながり、そこを支援できることでセルフケア能力を支持できると思った
・セルフケアをアセスメントすることで原因誘因が明らかになり、患者自身の自己効力感を向上させるから
・症状マネジメントするための必要なプログラムを使い、より患者の体験を活用しながら、専門的な援助の提供および患者からの学びが得られる
・患者の世界観を踏まえた指導が出来ること、そのツールを知った

＜IASM の臨床での活用上の課題＞

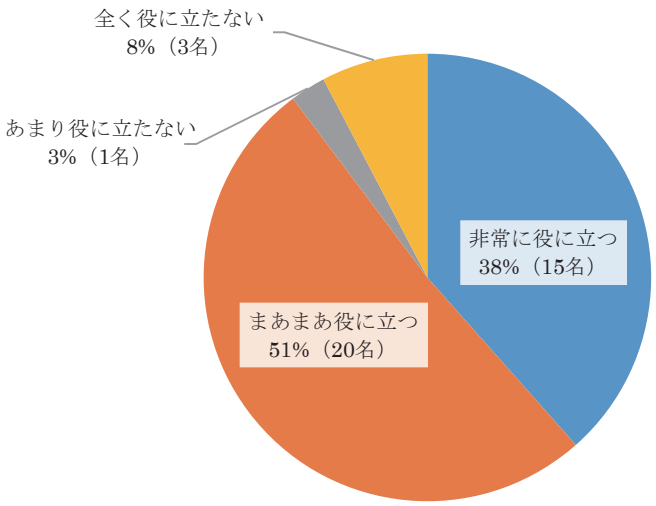
・まず自分が勉強してチームで勉強する等、すぐに（活用するの）は難しい
・IASM の内容の理解は出来たが、臨床で活用することを考えた場合、スタッフの理解が得られるか不安が残る
・患者のセルフケア能力、発達段階や獲得体験によって、看護師のケアの視点をさらに育むための学習が必要と考えた
・排便障害は抗がん剤によるもので研究されていたが、医療用麻薬による排便障害でも同様に今回の排便障害ガイドブックが利用できるかわからなかった

＜その他＞

・症状マネジメントの方法について分かりやすかった
・患者さんの体験、対処方法を知ることが出来た
・自分なりの解釈で取り組んでいることの整理につながった
・IASM を使ってみようかという案を出しているスタッフがいるので勉強になった。
・IASM を使用したいと考えている
・内容に興味をもった
・研究結果が長すぎる。もっと臨床普及における課題や工夫について知りたかった
・使ってみないと分からない

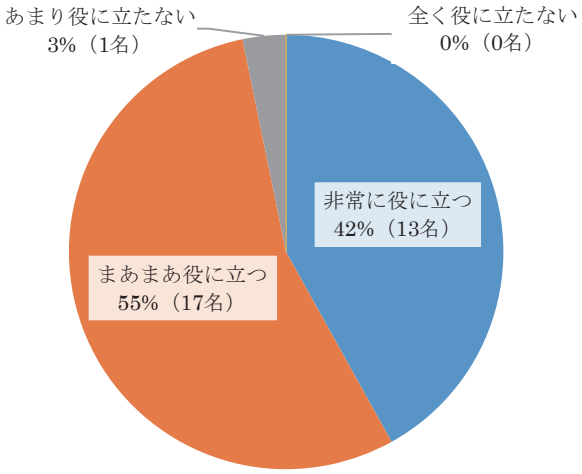
（3）媒体（IASM 看護活動ガイドブック、パンフレット）について

①IASM 看護活動ガイドブックについて（回答数 39 名）



【自由記載】
・症状ごとなので具体的だと思った
・セルフケアの評価指標がついたことで判定しやすい
・今日学んだことを合わせて活用していきたい
・使えそうだと思った
・実際に使用したことがないので、まずは使ってみたいと思う
・理解するまでに時間がかかったが、「分かる」ととても楽しい
・言葉の意味が難しいところがある
・セルフケア理論の理解が難しい
・Ver.10 ではセルフケア能力の算定が追加されましたが、言葉が難しいと感じた
・まだ使用していないので分からない
・見ていないのでなんともいえない

②パンフレットについて（回答数 31 名）



【自由記載】
・放射線による口内炎にも使ってみたい
・院内作成分や専門分野の看護師作成分とどう合致させていくかが課題
・実際に使用したことがないので、まずは使ってみたいと思う
・まだ使用していないので分からない
・見ていないのでなんともいえない

（4）症状マネジメントの実践において困っていること（自由回答）
＜対応困難な症状のマネジメント＞
・呼吸困難に対するマネジメント
・倦怠感など、原因が特定しにくいものに関して介入しにくい
＜スタッフ教育、症状マネジメントに関心のないスタッフへの対応＞
・スタッフ教育
・症状マネジメントに関心を持たない、根拠のない方法を患者に言う看護師の扱いが難しい
・症状（患者）に関心のないスタッフが多い

＜看護師の能力に差があること＞

・症状体験は患者一人ひとりにより異なるように、看護師によっても知識や看護観によりマネジメントの仕方も異なるため難しさを感じている。

・臨床看護師が普段聞き取っていっている内容は看護師のキャリアによって差がある。

＜患者理解、患者の体験を聞くことが難しい＞

・症状体験を聞き、それを有効と評価するときが難しい。患者理解で悩んでいる。

・実践の中で医療安全や感染予防の重要性が求められ、患者の体験を聞くということがスタッフには難しく思われてしまっている

・相手の体験を知るための傾聴が難しいと感じる

・患者との対話の中で、自分の解釈が違うのかどうか迷うことがある

＜症状に対する戦略が乏しいこと＞

・病院での採用薬で戦略が限られるので継続的に関わる戦略が乏しい。

＜IASM は時間がかかる＞

・症状マネジメントに時間がかかる、短時間でまとめられるものが欲しい

（学習するには IASM は大変よいが、実践用にもう少し簡易的なものがあるとうれしい）

・患者からの聞き取りに時間を要するためスタッフによる実践が難しい。

＜IASM を実践に普及させること、活用することは難しい＞

・認定看護師個人で使っているが、スタッフの実践で普及するためにはどうすればよいか

・（IASM を活用する上で）がん終末期になると、症状体験を具体的に伺うこと、セルフケアをすることが難しい（激しく変化する症状のために）

・（IASM を）理解するまでが難しい

・症状の体験を引き出すところまでは出来るが、患者独自の考え方で明らかに難しい考え方を成功体験に変えていくサポートは難しい。（腹水の腹部膨満感を便秘と思っているなど）

＜その他＞

・痛みを身体的な側面しか見られていないので、様々な意味を持つものと伝えるために有用と思う

・医師主体、尊重に気を使う

（5）意見、感想（自由回答）

・困難性の高い事例に適応できるかどうかに関心がある。

・患者の体験を聞くというのは、今まであまり聞いたことがないアプローチで面白いと思った。

・現在、院内で活用していきたいと考えている。

・看護活動ガイドブックを始めて知ったので、病棟でも使用できるか考えてみたいと思った

・Ver.10 を見ていないので、今後確認してみる。スタッフとの情報共有に使ってみたい。

・セルフケア理論をしっかり復習し、有効に使ってみたい

・患者教育資料は大変助かる。ダウンロードして、すぐに活用したい。

・患者の体験を理解するための看護師の捉え、価値が様々なため、解釈に幅がでることがある。

・統合した症状に関し 1 個ずつとなった後、その人に対し統合方法を確立すると良いと思う。

・記入するのに時間がかかる。

資料

1．IASM の臨床普及版の開発＜リンパ浮腫＞

症状マネジメントの統合的アプローチ（IASM）の臨床普及版の開発 ＜リンパ浮腫　Ver.1＞

平成28年2月20日（土）
第30回日本がん看護学会学術集会　交流集会3

○杉江　礼子、吉岡とも子、井沢知子、日下　咲、吉本歩、
川崎優子、中野宏恵、内布敦子

がん治療に関連した続発性リンパ浮腫の症状マネジメントの状況

がん治療に関連した続発性リンパ浮腫（以下リンパ浮腫）を生じたがん患者の症状マネジメントの状況を理解するために調査。

調査の内容

- 調査期間：2013年8月～2014年8月
- 対象者：リンパ浮腫外来に通うがん患者
- 内容：以下の項目について、3カ月後の変化を調査した。
  - ①症状体験（The Model of Symptom Managementを概念枠組としたインタビュー）
  - ②リンパ浮腫の状態（病期、容積）
  - ③患肢の機能（上肢：Hand20、下肢：SF36）
  - ④自己効力感（がん患者自己効力感尺度）
  - ⑤QOL（Skindex29）
  - ⑥セルフケアレベル
- 倫理的配慮：各施設の倫理委員会承認後、患者の同意を得て実施した。

調査の結果

- 対象者14名：
  - －40～70歳代女性
  - －乳がん9名、子宮体がん4名、子宮頸がん1名
- 治療状況：
  - －手術療法においてリンパ節郭清　14名
  - －術後化学療法、ホルモン療法のいずれか　14名
  - －放射線治療　6名
- リンパ浮腫の発症時期：
  - －術後約5カ月～9年
- リンパ浮腫への対応期間：
  - －約1～10年
  - （リンパ浮腫外来に通う、セルフケアを行う　など）

結果	減少または改善	増加または悪化	変化なし
体重	減少　3人	増加　6人	変化なし　4人（不明1人）
容積	減少　6人	増加　8人	——
リンパ浮腫の病期（0期：良い~3期：悪い）	2期後期から2期へ改善　1人	——	変化なし　13人
上肢の機能（Hand20：最高値100点）	——	——	±10点以内の変化　9人
下肢の機能（SF36：最高値100点）	——	——	±10点以内の変化　5人
がん患者自己効力感尺度（最高値40点）	4点以上の上昇　2人	4点以上の低下　3人	±4点以内の変化　9人
QOL（Skindex29：最高値100点）	10点以上の上昇　1人	10点以上の低下　1人	±10点以内の変化　12人
セルケアレベル（Ⅰ：低い～Ⅳ：高い）	——	Ⅳから Ⅲに低下　1人	変化なし　13人

結果	減少または改善	増加または悪化	変化なし
体重	減少　3人	増加　6人	変化なし　4人（不明1人）
容積	減少　6人	増加　8人	——
リンパ浮腫の病期（0期：良い~3期：悪い）	2期後期から2期へ		13人
上肢の機能（Hand20：最高値100点）			の変化
下肢の機能（SF36：最高値100点）			の変化
がん患者自己効力感尺度（最高値40点）			の変化
QOL（Skindex29：最高値100点）	10点以上の上昇　1人	10点以上の低下　1人	±10点以内の変化　12人
セルケアレベル（Ⅰ：低い～Ⅳ：高い）	——	Ⅳから Ⅲに低下　1人	変化なし　13人

リンパ浮腫に対する通常の介入では、3か月間で特徴的な変化はみられなかった。

リンパ浮腫の症状体験

1）認知
- 症状への身体感覚が鋭くなっていた
- 生活への影響や複合的治療の負担を認知していた

2）反応
- 症状への対処が確立した安心、症状の長期化や悪化への不安などの感情面の反応、セルフケア継続を動機付ける反応がみられた

3）評価
- 日常生活行動と症状の程度の関連やセルフケアの効果を評価していた

リンパ浮腫の症状体験

1）認知
- 症状へ
- 生活へ
  ていた

「むくむ気配を感じる」「むくみの程度は感覚でわかる」
「荷物を持つと違和感がある」「字が書きにくい」
「スリーブをはめるのに時間がかかる」

2）反応
- 症状へ
  化や悪
  ルフケ

「今の方法で続けていけそうだと思う」
「生活パターンがつかめて楽になった」
「ケアを続けないとどうなるのか不安が出てきた」
「セラピストのおかげでドレナージを続けられており、励まされると頑張れる」

3）評価
- 日常生
  ケアの

「体重が増えることや腕を使いすぎることが浮腫の悪化に影響している」
「ケアをしないとむくみが悪化する」
「スリーブをしてもあまり変わるという感覚はない」

リンパ浮腫の症状体験

4）方略

・日常生活や浮腫の程度に応じた方略、自分を励ますことや医療者にサポートを求めるなど、セルフケアを継続するための方略がみられた

5）方略の結果

・自分で工夫や細かな調整を加えた方略継続の効果を実感していた

・圧迫療法の負担を感じていた

・ケアをしても不変、ケアをしないと悪化すると評価していた

リンパ浮腫の症状体験

4）方略

「仕事中はスリーブをして長くつけるようにする」
「むくみの程度に応じてスリーブとバンテージを使い分ける」
「むくんでいる時はドレナージを受けに行く」
「セラピストにがっかりされないようにケアを続ける」
「自分に言い聞かせて続ける」

5）方略の結果

「夜にちゃんとケアすれば、朝にはむくみは元に戻る」
「だいたい20分くらいドレナージすると楽になる」
「しめつけられ感がひどく感じたのでスリーブを外した」
「無理をしてスリーブをつけないことで気分的に楽になるが、スリーブをしてないとむくみが悪くなる」
「食事など意識しているがむくみは変わらない」

リンパ浮腫の症状マネジメントの状況

- 患者は、症状の変化を敏感に捉えている。
- 圧迫療法やリンパドレナージ、ケアを継続する負担や、症状悪化への不安を抱えている。
- 生活に合わせて方略を工夫し、医療者の励ましを得ながら出来る範囲で症状マネジメントを行っている。
- ケアをしないと悪化すること、ケアの工夫による効果の実感、医療者のサポートなどの動機付けを用い、努力をしてケアを継続している。

考えられること

- 患者の努力に対する医療者からの肯定的な評価や、ケアの効果を実感することなどの、ケア継続のための動機付けが重要な要素となる。
- リンパ浮腫の症状マネジメントは長期間のセルフケアが不可欠であり、セルフケア能力維持に働きかける看護サポートが必要であると考えられる。

調査から捉えたセルフケア能力分析の視点

- **症状に関心を向ける力**

→看護活動その3：患者の体験（知覚、評価、反応）とその意味を理解する→知覚の分析の視点に含む

→＊症状に関心を向けているか

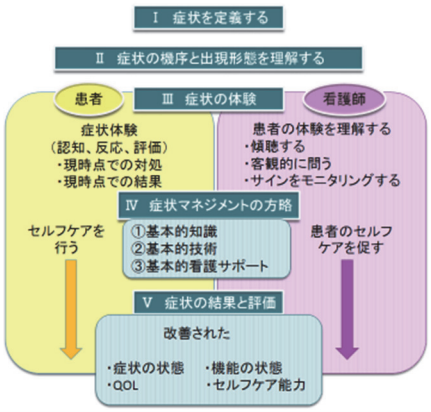
- **症状マネジメントの動機付け**
- **意思決定能力**

→看護活動その4：症状マネジメントの方略を明らかにする分析の視点に含む

→＊症状をマネジメントする動機を持っているか

→＊患者自身が症状マネジメントの主導権を持つということをどれだけ認識しているか

症状マネジメントを**継続する力**もセルフケア能力と考えられる



Ⅰ 症状を定義する

看護活動その1：

症状を定義する

【リンパ浮腫とは】

リンパの輸送障害に組織間質内の細胞性蛋白処理能力不全が加わり、高蛋白性の組織間液が貯留した結果起こる臓器や組織の腫脹である。

（国際リンパ学会）

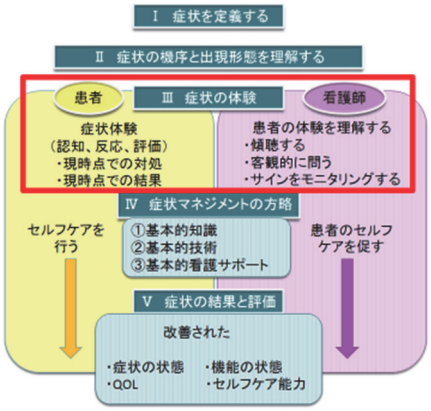
Ⅰ 症状を定義する
Ⅱ 症状の機序と出現形態を理解する

看護活動その2：

症状の機序と出現形態を理解する

悪性腫瘍のリンパ節郭清を含む外科的切除や放射線治療後の組織線維症により、リンパ系の輸送障害が発生した場合に、運び去られるべき組織間質内の血漿由来の蛋白成分が患肢に貯留する。

その蛋白成分や細菌などを白血球（リンパ球やマクロファージなど）が処理してリンパ系機能を代償する能力も低下するために発症する高蛋白性の浮腫である。



看護活動その3：
患者の体験（知覚、評価、反応）とその意味を理解する

症状に関心を向けているか

（2）客観的に問う

■ 認知・知覚（どんなふうに症状が出るか）

だるい、重い、疲れやすい、突っ張る、痛い、動かしにくい、握りにくい、靴や服がきつくなる、乾燥する、皮膚が硬くなる、毛深くなる　等

■ 評価（いつから症状が出たか、経過、どれくらい症状が続くか、どんな時に強くなるか、なぜ症状が出るか説明を受けたか）

むくみに気付いた時の様子、患肢を高くしていると翌朝むくみが引いている、動作、体位、環境、体重などは症状に影響がないか、原因をどのように考えているか　等

看護活動その3：
患者の体験（知覚、評価、反応）とその意味を理解する

■ 反応（症状によって生活上できなくなったことはあるか）

仕事や家事がしにくい、細かい動作がしにくい、身につけるものに困る、趣味への影響　等

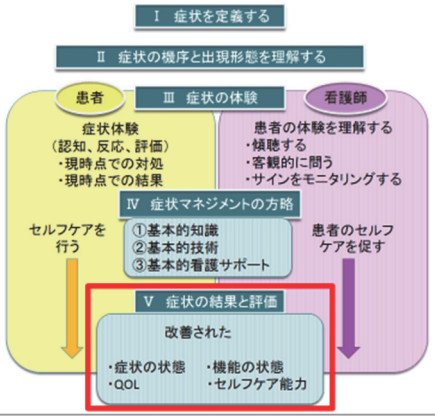
（3）サインをモニタリングする

■ 反応（症状に対する反応として見られるサイン）

患肢を挙げたり支えたりしている、歩行状態、圧痕、stemmer sign 、多毛　等

■ 反応（症状によって困っていること、生活の様子など）

仕事、家事、趣味、細かい動作などの支障の有無

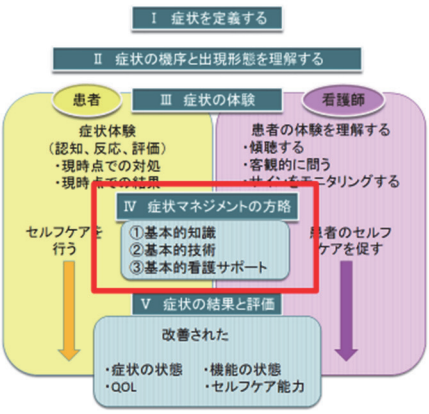


看護活動その5：
体験と方略の結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する

■ **症状の状態**

1）stemmer sign　2）圧痕　3）皮膚の繊維化　4）皮膚の硬化
5）炎症兆候の有無（発赤、熱感など）
6）皮膚障害の有無（リンパ漏、潰瘍など）　7）皮膚の乾燥
8）患肢の周径：
・上肢　①手背　②手関節　③肘下5cm　④肘関節　⑤肘上10cm
・下肢　①足背　②足関節（内果2cm上）　③膝下5cm　④膝関節　⑤膝上10cm　⑥大腿根部
9）体重　10）容積

■機能の状態	上肢：Hand20　下肢：SF36
■QOLの状態	Skindex29日本語版
■自己効力感	がん患者用自己効力感尺度
■セルフケアレベルの状態	セルフケアレベル



看護活動その6：
看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（1）基本的知識を提供する

- リンパ浮腫の原因、病態をわかりやすく示す。
- 挙上、スキンケア、ドレナージ、圧迫療法、運動、日常生活上の注意事項等その根拠をわかりやすく示す。
  図やパンフレットなどを用いる。

看護活動その6：
看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

（2）基本的な技術を患者に習得してもらう

①症状マネジメントのために患者に必要な技術

- 挙上、スキンケア、ドレナージ、圧迫療法、運動の仕方
- むくみを増強させないような日常生活の注意の払い方
- 伝えたいことを伝えられるような医師や看護師への言い方
- 医師に伝えたいことをメモして伝える方法
- 行った方略の効果を評価する方法
- 症状の変化を見る方法

②継続して行えるようにその技術を訓練する（行なった効果を評価する技術も含めて）

- 何度か繰り返し行う
- 患者が実施しやすいように修正する

看護活動その6：
看護師が提供
決定し実施する
セルフケア能力の維持に働きかけるサポート
（3）看護サポートを提供する

①患者を理解していることやサポートする意思があることを明確に示す
②患者が出来ていることを伝え、続けられるように励ます
むくみが増強しないように、
- 患肢の挙上をしている人には、挙上は病態にかなっていること
- スキンケアを実施している人には、健常な皮膚を保てていること
- ドレナージを実施している人には、リンパ液が誘導されること
- 圧迫療法と運動療法を実施している人には、外からの圧力と筋ポンプ作用によりリンパ液が誘導されること

などを話し、有効な対処方法であるので続けるように励ます。

看護活動その7：
活動による効果を測定する

①症状はどのように変わったか？
②機能の状態はどのように変わったか？
③QOLはどのように変わったか？
④セルフケア能力はどのように変わったか？
- その他適切な指標があれば追加しても良い

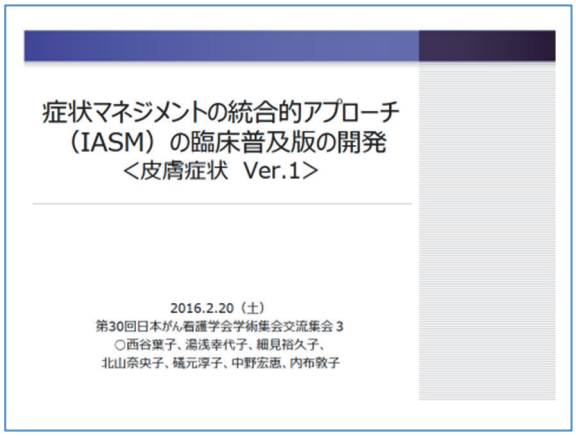
➡ 看護活動その5と同じ指標を用いて評価する

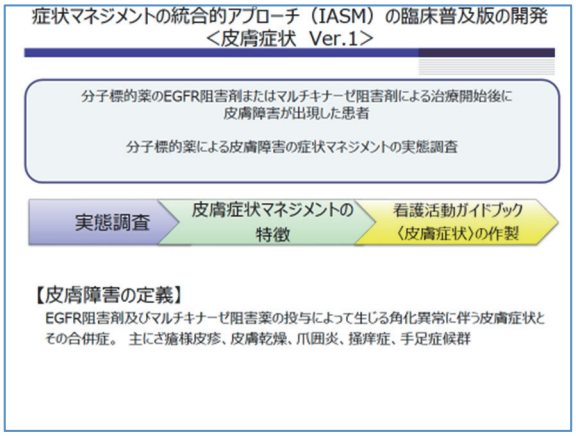
リンパ浮腫の症状マネジメント継続に必要なセルフケア能力維持に働きかけるには

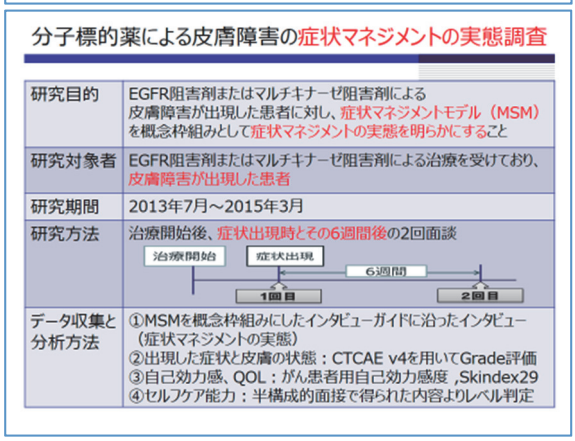
- 「IASM看護活動ガイドブック＜リンパ浮腫用ver1＞」を看護サポートプログラムとして用い、看護介入を行う。

- リンパ浮腫の症状マネジメントにおける効果を検証し、評価する。

2．IASM の臨床普及版の開発＜皮膚症状 Ver.1＞







結果　2）皮膚症状の変化（CTCAE　V.4）

事例	最初に出現した症状（Grade）	6週間後の症状（Grade）
A	皮膚乾燥　（2）	皮膚乾燥　（2） 爪囲炎　（3）↑
B	ざ瘡様皮疹（1） 皮膚乾燥　（1） 掻痒症　（1）	皮膚乾燥　（2）↑
C	ざ瘡様皮疹（2） 皮膚乾燥　（1）	ざ瘡様皮疹（1）↓ 皮膚乾燥　（1） 掻痒症　（1）↑
D	ざ瘡様皮疹（2） 皮膚乾燥　（1） 掻痒症　（1） 爪囲炎　（2）	ざ瘡様皮疹（1）↓ 皮膚乾燥　（1） 掻痒症　（1） 爪囲炎　（2）
E	ざ瘡様皮疹（1） 皮膚乾燥　（2） 掻痒症　（1）	皮膚乾燥　（2） 掻痒症　（1）

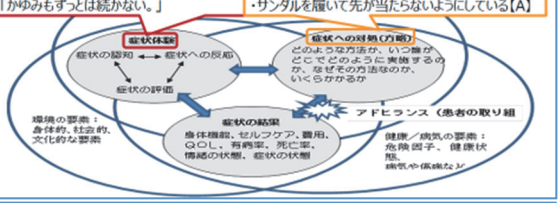
	Grade2以上の症状の数	
	1回目（出現時）	2回目（6週間後）
A	1	2 ↗
B	0	1 ↗
C	1	0 ↘
D	2	1 ↘
E	1	1 →

＊症状出現時から6週間後も全員が何らかの皮膚症状を有している
＊ Grade 2以上の症状の数が増加した者対象者：2名（A,B）
⇒A氏は6か月後にはGrade 3の爪囲炎を伴い重症化

結果３）症状マネジメントの実態（症状体験と方略）

【症状の認知】
・「カサカサしてて、白くポロポロとれてきた」
・「顔も乾燥、ああ仕方ないんだな」【D】
・「かゆみはましになってきた」
・「指先がわれて治っても次から次」【A,E】
【症状への反応】
・「あまり動きたくない感じ（爪囲炎）」【D】
・「なるべく手間をかけなくなった（家事）」
【症状の評価】
・「発疹はお薬をつけるとなくなった。」
・「かゆみもずっとは続かない。」

【症状への対処（方略）】
乾燥症／掻痒症
・乾燥と痛れがあるので洗い物は手袋をしてる【A】
・軟膏をちゃんと塗っている
ざ瘡様皮疹
・処方された軟膏を指示通り塗る【D】
・「べたべた」する為塗らずに外出。帰宅後塗布【C】
爪囲炎
・次回の受診まで我慢する【D】
・痛みを回避する為に爪をテープで巻きつける【A】
・サンダルを履いて先が当たらないようにしている【A】



結果５）自己効力感、QOLの変化

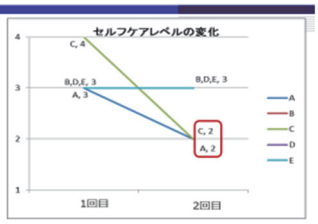
（１）自己効力感の変化
（がん患者のための自己効力感尺度）

（２）QOLの変化
（Skindex29）

（１）Grade 2以上の症状が増加しているが自己効力感は僅かに上昇（A）
Grade 2の症状が持続（皮膚乾燥）し自己効力感が著しく低下　（E）
（２）Skindex29によるQOLに皮膚障害が著しく影響した事例（A,E）

・テープを巻くという誤った方法であっても爪囲炎への痛みの緩和が自己効力感に影響 したと考える（A）
・Grade 3のように痛みは伴わないまでも持続する皮膚障害によってQOLを著しく低下させ、スキンケアを継続しても症状が消褪しないことによる自己効力感の低下を招いたと考えられる。（E）
また、複数の抗がん剤による様々な症状体験が自己効力感に大きく影響すると考えられる。

結果６）セルフケアレベルの変化



＊セルフケアレベルが上昇した者はいなかった。
＊A氏は、爪囲炎が出現した際には、深爪だと思い自己の判断による誤った対処方法を行い重症化していた
＊C氏は、基礎的なスキンケア方法は理解し、無理なくスキンケアを開始していたが、保湿剤やステロイド剤の使用によるベタベタした不快感と、仕事で人に会うことが多く、外見をきにかけ塗らないという消極的な方法をとっていた

考察

1.皮膚障害に伴う症状体験と対処に対する共通性

【体験した症状と症状への対処（方略）】
・保湿剤の処方、基本的なスキンケアについて説明をうけ実施していたが、全員が皮膚乾燥を、次いで、3名がざ瘡様皮疹、掻痒症を伴っていることから、効果的な保湿方法や個々の乾燥を助長する要因の検討の必要性が示唆された。
・特異な症状である爪囲炎の症状に気づき対処できる正しい知識と技術が不足しており、症状に気づけるような支援の必要性が示唆された。

【出現した症状への方略と自己効力感】
・スキンケアを継続しても持続する皮膚障害に対して「なるようにしかならない」「仕方がない」という気持ちになり、自己効力感が低下する可能性がある。
⇒症状とのつき合い方や情緒的サポートの必要性
・最初に医療者から提供された知識、方略以外に、工夫してスキンケアを実施することには至らず自己効力感は低下することがある。
・痛みなどの症状が一時的に回避されると誤った方略と気づかず続行してしまう危険性がある。

皮膚症状マネジメントの特徴

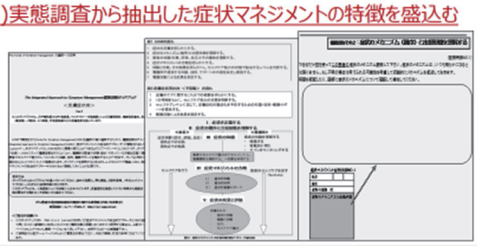
- 皮膚は治療経過と共に脆弱化してくるため、日常生活上のさまざまな外的刺激に影響をうけることになる。そのことを考慮したスキンケアであること。
- 予防的ケアとしての基本的なスキンケアと同時に、症状が出現してから重症化しないためのセルフケア行為に対する知識、技術、情緒的サポートの必要性があると考える。
- 症状の徴候や重症化した場合の特徴の理解と、生活との折り合いの中で対処していける工夫ができるような医療者の継続した介入の必要性

The Integrated Approach to Symptom Management 看護活動ガイドブック〈皮膚症状　Ver.1〉

1）ガイドブックの構成

①IASMガイドブックVer. 9を基盤とし〈皮膚症状〉編を1冊作成。
②症状出現前から介入し、重症化を予防する目的で、2段階とする。
＊予防編、発症編

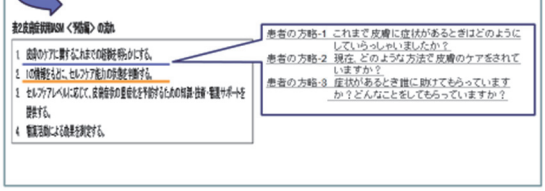
2)実態調査から抽出した症状マネジメントの特徴を盛込む

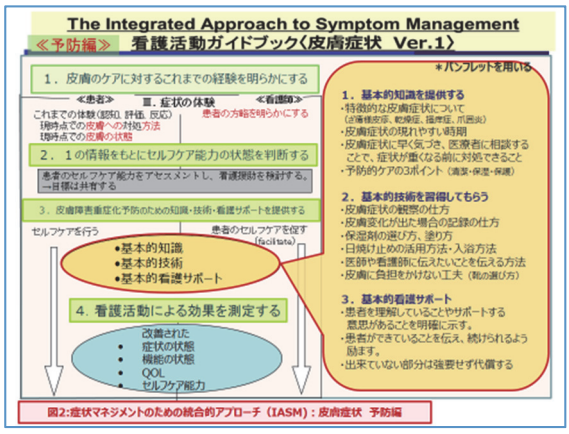


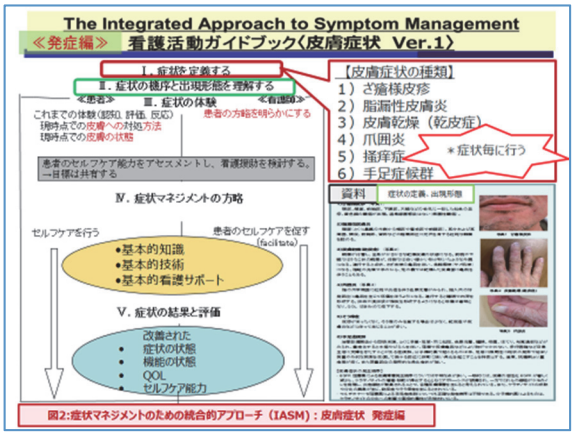
The Integrated Approach to Symptom Management 看護活動ガイドブック〈皮膚症状　Ver.1〉

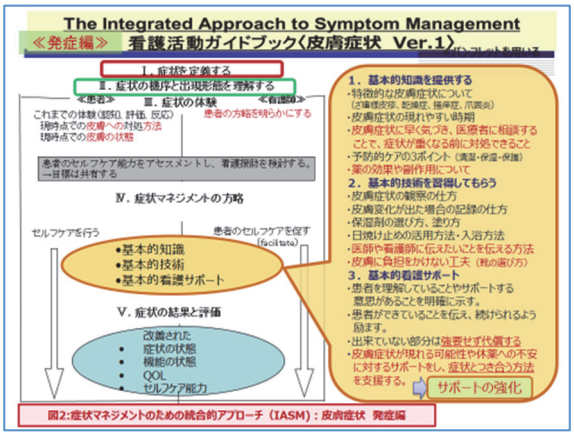
表１．IASMの流れ

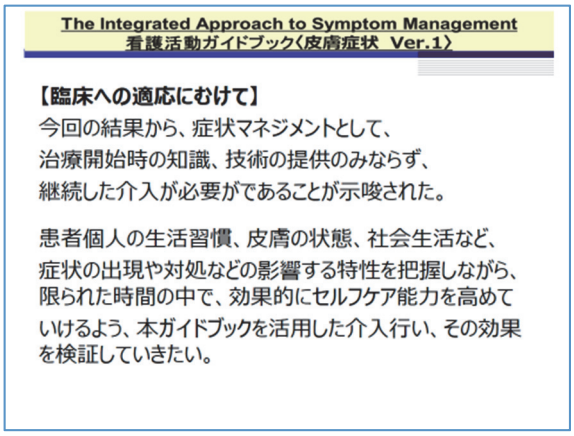
1. 症状の定義を明らかにする。
2. 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する。
3. 患者の体験（知覚、評価、反応）とその意味を理解する。
4. 症状マネジメントの方略を明らかにする。
5. 体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する。
6. 看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する。
7. 看護活動による効果を測定する。



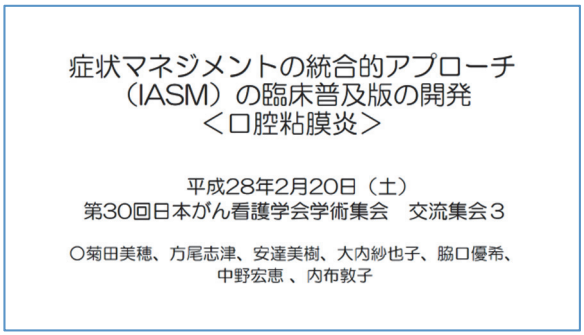


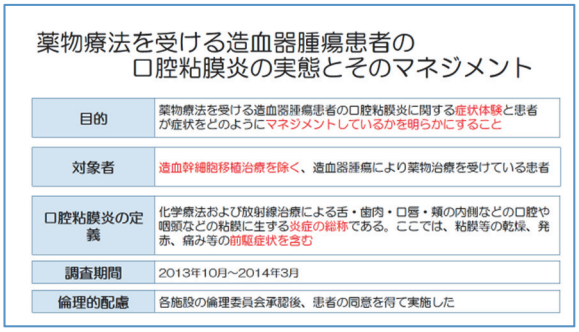


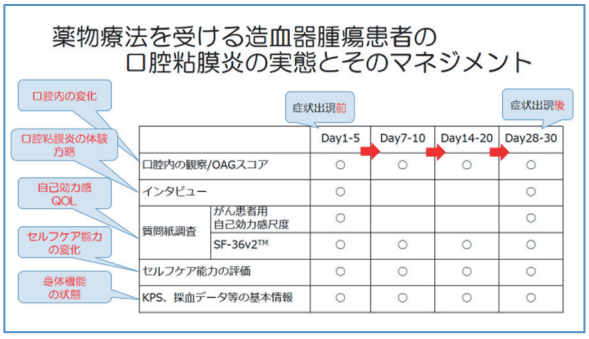


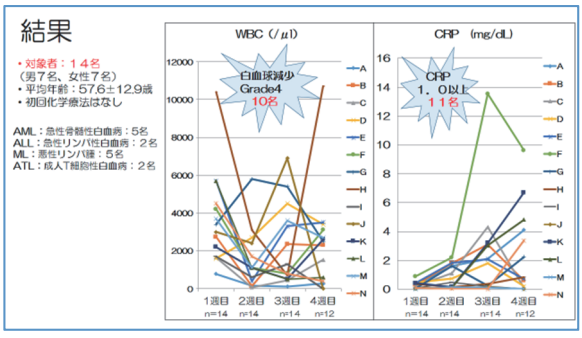


3．IASM の臨床普及版の開発＜口腔粘膜炎＞

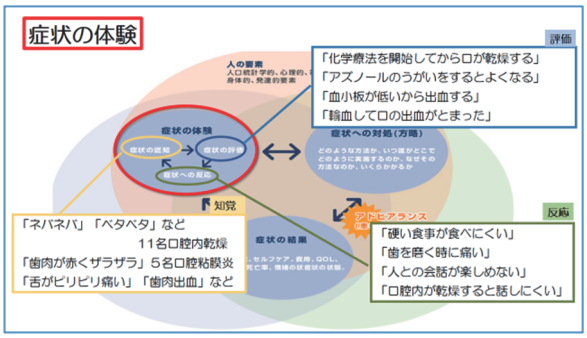








症状の体験



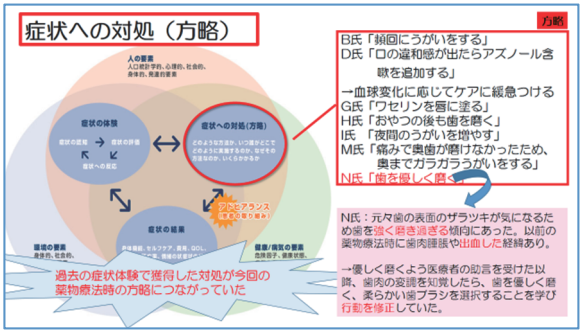
症状の体験

J氏：発症時に全身状態が悪かった経緯があり、その時に命を助けてもらった感謝の気持ちがあった。そのため、口腔ケアは「医療者への恩返し」と捉え自分ができるケアに取り組んでいた。

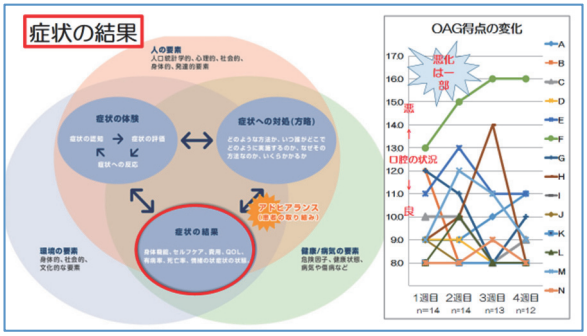
N氏：過去にひどい口腔粘膜炎を経験してから口腔粘膜炎のない口のありがたさを痛感していた。「口は食べ物を摂取するための入り口であり、口腔ケアは命を繋ぐための大切なケア」と認識し、過去の口腔粘膜炎の辛い体験が口腔ケアの動機付けとなっていた。

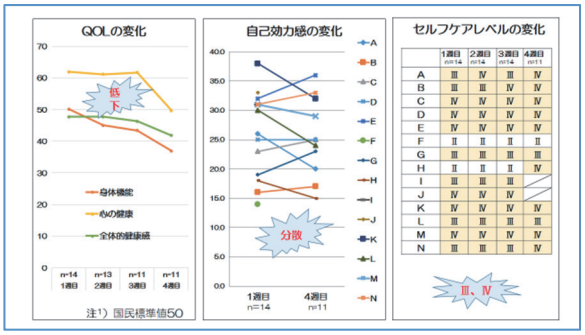
F氏：「中学生の時に歯科治療中に失神したことをきっかけに今まで歯科にはかかっていない」→元々歯科治療に対してネガティブな体験があった。歯科治療に対して、「虫歯を我慢して死んでも自分が選択したことなので本望」「歯科に触られて死ぬのが怖い」と語った。F氏は、過去の経験がもととなり、現在も歯科治療が恐怖を伴う体験となっていた。

症状への対処（方略）



症状の結果





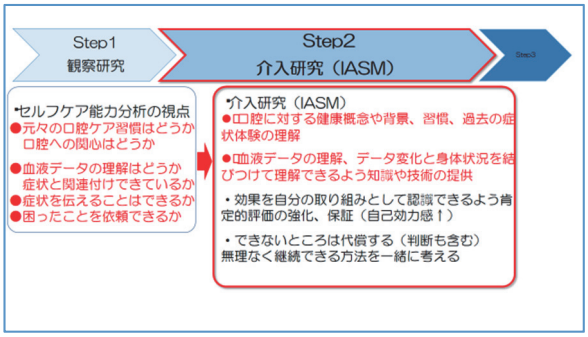
考察

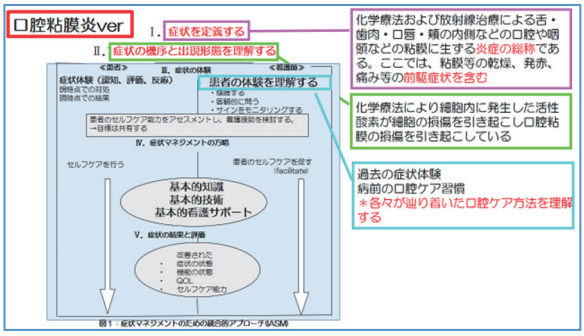
【口腔粘膜炎】

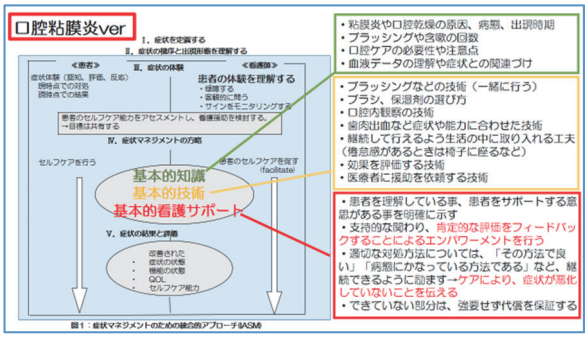
①口腔内は一時的な悪化はみられたものの改善していた
→血球回復により粘膜が改善したこと、方略を追加したことで口腔内の症状が重篤化しなかったことが考えられた

【口腔粘膜炎マネジメント】

①通常ケアに加えて方略を追加していた（含嗽、保湿、優しく磨くなど）
→その方略は、病前の口腔ケア習慣や薬物療法を繰り返し行う過程で獲得された知識や技術であった
→過去の体験の理解が重要
②口腔トラブルが重篤化しなかったことを自分で取り組んだ口腔ケアによる効果として認識していなかった
→医療者からの肯定的評価が不足していたことが考えられた







期待されるIASMの効果

Aさん「前回の化学療法のとき、歯茎から血が出たり熱が出て輸血とか大変だった。死とか言われてもピンとこない。口から血が出るっていうのが怖かったから移植を迷っていた。今回うまくいって移植も頑張ろうと思った。舌がきれいになってロもすっきりして嬉しい。」→１日１回歯磨きの習慣であったが３回に増やし継続できている。自身の取り組みを成功体験として、次の治療への自信に繋がっていた。

Bさん「がんになったし、口なんてどうでもいいと思った。治療前に歯を7本抜かれ、みっともないと思った。でも今はがんの治療も歯の治療もきちんと続けることが出来る」→入院時は持ってきた歯ブラシはカビだらけで歯磨きも気が向いたときに行っていた。今は必要性を理解し、口の状態に合わせ歯ブラシ、スポンジブラシ、歯磨き粉を使い分け、歯磨きも眠前や間食したときも行うなど、判断が出来るようになってきた。

4．IASM の臨床普及版の開発＜排便障害＞

平成28年2月20日（土）
第30回日本がん看護学会学術集会　交流集会3

症状マネジメントの統合的アプローチ（IASM）の臨床普及版の開発：排便障害班

○吉野葵（市立池田病院）
江藤美和子（ベルランド総合病院）
周治規子（草津総合病院）
福井由紀子（姫路赤十字病院）
中野宏恵（兵庫県立大学）
永山博美（兵庫県立大学）
内布敦子（兵庫県立大学）

はじめに

- IASM排便障害ver.の作成にあたり、文献検討を行った
- 化学療法中の排便障害における看護系の研究は未だ少なく、症状発生の現状および症状マネジメントの実態が明らかになっていないことが分かった
- 『化学療法による排便障害と日常生活上の困難』とのテーマで実態調査を行ったので報告を行った

研究目的：

- がん化学療法の有害事象の一つである排便障害は多くのがん患者が体験する症状であり、例え症状が軽度であっても患者のQOLへの影響は大きい
- がん化学療法中の患者がどのような排便障害を体験し、そのことが患者の生活にどのように影響しているかについて明らかにすることによって、看護師に必要な看護援助についての示唆をもたらし、患者のQOL向上の一助となると考えた
- 本研究では、がん化学療法中の患者の排便障害の実態を明らかにすることを目的とした

研究方法

1. 対象
- 外来通院でがん化学療法を受けている患者
- 排便困難が生じている、または普段の排便習慣から変化を感じている患者
- 20歳以上の患者
- 言語的コミュニケーションが可能で、記名力、認知、記憶に障害がない患者

とし、23名の質的インタビューを行うことができた

2. 調査の方法
- 2013年9月から2014年4月に、自記式質問紙調査票を用いて年齢、性別、病名、ステージ、既往歴、治療薬剤、投与方法・量、治療開始日などの基本情報を収集
- インタビューガイドを用いて面接を行い、症状の種類、程度、出現する時期、および便の性状や排便回数と、排便障害が日常生活に及ぼす影響と対処について情報を収集
- 同意が得られた場合には録音を行った

研究方法

3. 分析方法
- 録音データから逐語録を作成し、自記式質問紙調査票で得られたデータと統合し記述データとした。対象者毎にデータを排便障害の症状の体験と対処、出現している排便障害の状態に分類し整理し、排便障害の程度や便の性状については、CTCAEv.4.0およびブリストル便形状スケールを用いてグレードを評価した。また、疾患毎、使用薬剤毎、症状（下痢・便秘）毎に排便障害の実態を整理し、一覧表を作成して傾向を捉えた

4. 倫理的配慮
- 本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会および研究協力施設の倫理委員会による承認を得て実施した

結果

対象者の概要	
対象者数	23名（男性8名、女性15名）
平均年齢	67.6±10.7歳
疾患	乳がん(8名) 大腸がん(7名) 胆管がん(3名) 肺がん(2名) 胃がん(1名) 卵巣がん(1名) 非ホジキンリンパ腫(1名)
化学療法継続期間	2週間～3年3カ月
便秘	19名（男性5名、女性14名） レジメンは15種類 CTCAE：Grade 1（15名）、Grade 2（3名）、Grade 3（1名）
下痢	4名（男性3名、女性1名） レジメンは3種類（うち2種類のレジメンでCPT-11を使用） CTCAE：Grade 1（3名）、Grade 2（1名）

結果

- 症状の特徴：症状の程度に差はあるが対象者らは排便障害を体験していた
- 対処の特徴：対象者の多くは自らの経験に基づいて対処をしており、その対処は多様であった
- 症状と対処への認識：ほとんどの患者は、排便障害が自己でコントロールできる一時的な症状であり、日常生活において排便障害で困ることはないと認識。一方で何らかの介入が必要であると考えられる対象者が含まれていた
- 医療者とのコミュニケーション：かなり症状が重くても医療者に相談することが少なかった。一方で、排便障害によって苦痛を感じているが誰に相談してよいかが分からないといった思いを持っていた

考察

- 医療者への相談が少ないことについては、排便障害が他の有害事象とは異なり、直接生命を脅かす症状ではないことが影響している可能性がある
- 患者の持つセルフケア能力を活かしながら、患者自身で排便をモニタリングし、結果を記録して、通常のパターンから逸脱がみられたときは医療者に相談するという一連の行動を取ることで、排便障害の重症化を予防できる可能性がある
- 看護師は、抗がん剤投与前から日常的な体験とは異なる排便障害が起こりうることを患者に説明し、認識をもってもらうことから始める必要がある
- 日ごろから他の有害事象と共に排便障害の体験を引き出し、これまで患者独自で行ってきた対処方法を尊重しながらも、適切な観察や判断、対処法について伝えていくことが、様々な排便障害を経験しているがん化学療法を受ける患者への支援となると考える

まとめ：今後への展望

- 排便障害の起こる要因は幅広く多様であり、そのための看護のニーズも高いと考えられる
- 「自己で対処しきれない排便障害が起こる可能性がある」ことの知識提供、「医療者への伝え方」、「相談の仕方」などの技術提供、「独自の対処方法を十分傾聴した上で判断や対処方法を伝えていく」という看護サポートを要素として加え、セルフケア能力に働きかけていくことのできるIASMの排便障害ver.を開発していく必要がある

おわりに

本研究は、平成 24 年から平成 27 年までの 4 年間、日本学術振興会科学研究費の助成（基盤研究 B）を受けて行われた。リンパ浮腫、口内炎、皮膚症状、排泄障害といった優先すべき症状 4 つを取り上げ、MSM を用いて観察研究を行った。その結果を用いて症状ごとの IASM 活動ガイドブックを作り、知識提供に必要なマテリアルを作成した。現在、それを使って介入研究が進んでいる。

本報告書は４つの症状（リンパ浮腫、口内炎、皮膚症状、排便障害）に関する観察研究の結果を掲載した。さらに観察研究の結果を考慮して、リンパ浮腫、口内炎、皮膚症状３つの症状ごとの IASM 看護活動ガイドブック、知識提供に用いるマテリアルを開発しそれを紹介している。排便障害については、どのような健康障害にかかわる現象があるのか不明な点が多く、まだ観察研究が続いている。排便のマネジメントは患者自身にゆだねられることが多く、その方略も個人の体験の中にとどまっているために、医療者には対応法について知識の集積が少なく、当事者である患者の体験から探っていく必要がある。

この研究を通して深く感じるのは、24 時間症状を体験している患者（当事者）に内在する知恵や創意工夫という宝物の存在である。体験世界の広がりもまた、たびたびわれわれ研究者の想像を超え、驚かされる。今後この研究は、介入をしながら症状の当事者である患者の反応を拾うだけではなく、彼らと一緒にマネジメントの方法を作りあげるというコンセプトが必要である。患者が研究対象者ではなく共同研究者になることで、当事者科学として異なる次元で発展することが期待される。

IASM 研究班メンバーを代表して　内布敦子

本研究班 web サイト：http://sm-support.net/

IASM の紹介、開発したガイドブックと患者介入時に使用するマテリアルが公開されダウンロードして使用することができる。

執筆者一覧

内布　敦子（兵庫県立大学 看護学部）
中野　宏恵（兵庫県立大学 看護学部）
永山　博美（兵庫県立大学 看護学部）
安達　美樹（熊本大学医学部附属病院）
井沢　知子（京都大学医学部附属病院）
礒元　淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）
江藤美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）
大内紗也子（京都大学医学部附属病院）
方尾　志津（国立病院機構 熊本医療センター）
菊田　美穂（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院）
北山奈央子（国立病院機構 姫路医療センター）
福井由紀子（姫路赤十字病院）
周治　規子（草津総合病院）
杉江　礼子（大津市民病院）
西谷　葉子（京都第二赤十字病院）
日下　　咲（兵庫県立がんセンター）
細見裕久子（国立病院機構 神戸医療センター）
吉岡とも子（京都府立医科大学附属病院）
吉野　　葵（市立池田病院）
吉本　　歩（松江市立病院）
湯浅幸代子（兵庫県立がんセンター）
脇口　優希（京都大学医学部附属病院）