

人間・社会科学専攻交渉紛争解決学領域 博士論文
「在宅療養がん患者の日常生活支援のための RISK FACTOR (危険因子)
尺度開発」

熊本大学大学院社会文化科学研究科人間・社会科学専攻
交渉紛争解決学領域
101G9109
幸 史子

在宅がん患者の日常生活支援のための RISK FACTOR（危険因子）尺度開発

目次

はじめに	1
第1章 背景と目的	3
1. 1 がん疾患の我が国における状況	
1. 2 我が国におけるがん政策	
1. 3 これまでのがん患者支援策と問題点	
1. 3. 1 医学的視点による支援策	
1. 3. 2 介護の視点による支援策	
1. 3. 3 生活の視点による支援策	
1. 3. 4 これまでの支援策の問題点	
第2章 看護師からみた在宅療養若年がん患者が抱える問題	11
2. 1 インタビュー調査	
2. 1. 1 インタビュー対象者	
2. 1. 2 インタビュー方法	
2. 1. 3 倫理上の配慮	
2. 1. 4 分析方法	
2. 2 インタビュー調査の結果	
2. 2. 1 インタビュー内容	
2. 3 インタビュー調査における結果の考察	
2. 3. 1 医療制度の問題	
2. 3. 2 支援体制の問題	
2. 3. 3 心身の問題	
2. 3. 4 生計の問題	
2. 4 インタビュー調査から得られた結論	
第3章 がん患者の QOL に関する文献レビュー	16
3. 1 パイロット調査	
3. 1. 1 分析方法	
3. 1. 2 文献検索の結果	
3. 2 がん患者の QOL に関する文献レビュー	
3. 2. 1 文献の抽出方法	
3. 2. 2 がん患者の QOL に関する文献の分析方法	
3. 2. 3 文献サーベイランスの結果	
3. 2. 4 考察	
第4章 在宅療養若年がん患者の日常生活上の QOL と その低下リスクファクター	26

- 4. 1 インタビュー調査
 - 4. 1. 1 インタビューの対象者
 - 4. 1. 2 インタビュー方法
 - 4. 1. 3 分析方法
 - 4. 1. 4 倫理上の配慮
 - 4. 1. 5 調査結果
 - 4. 1. 5. 1 カテゴリー1 ピア・サポート
 - 4. 1. 5. 2 カテゴリー2 生計
 - 4. 1. 5. 3 カテゴリー3 関係性
 - 4. 1. 5. 4 カテゴリー4 役割
 - 4. 1. 6 考察
 - 4. 1. 7 まとめ

第5章 在宅療養若年がん患者の QODL 低下のリスク度評価尺度開発

..... 34

- 5. 1 若年がん患者の QODL の概念
- 5. 2 若年がん患者の QODL 概念図
- 5. 3 QODL の評価
 - 5. 3. 1 生計に関する評価指標
 - 5. 3. 2 関係に関する評価指標
 - 5. 3. 3 役割に関する評価指標
- 5. 4 リスク評価
- 5. 5 アセスメント時期

第6章 QODL 評価者..... 56

- 6. 1 カナダ・アルバータ州における在宅支援の取り組み
 - 6. 1. 1 カナダ・アルバータ州における Continuing Care System
- 6. 2 がん関連の専門性のある看護師
- 6. 3 がん看護専門看護師
- 6. 4 がん看護 CNS へのインタビュー調査
 - 6. 4. 1 インタビュー調査対象
 - 6. 4. 2 インタビュー方法
 - 6. 4. 3 インタビュー調査における倫理的配慮
 - 6. 4. 4 インタビュー調査結果の分析方法
 - 6. 4. 5 外来で抗癌剤治療を継続的に受けている若年がん患者の QODL についてのインタビュー調査結果
 - 6. 4. 6 がん看護 CNS が考えるがん看護 CNS の役割についてのインタビュー調査結果

6. 4. 7	がん看護 CNS へのインタビュー調査結果についての考察	
6. 4. 8	がん看護 CNS へのインタビューから得られた結論	
第7章	本研究の限界と今後の課題	74
	おわりに	75
	付表	78
	【引用・参考文献】	102

在宅療養がん患者の日常生活支援のための RISK FACTOR (危険因子)

尺度開発

人間・社会科学専攻 交渉紛争解決学領域
101-G9109 幸 史子

はじめに

「がん」はわが国の死因のトップとなり、死亡者数は 1980 年以降年々増加してきている。(詳しくは後述) 政府のがん対策においては、1984 年度から開始された「対がん 10 カ年総合戦略」および 1994 年度から開始された「がん克服新 10 カ年戦略」により、診断や治療技術は進歩を続けてきている。しかしながら、依然として「がん」は我が国において死因の 1 位を占めており、また、加齢によるがん発症のリスクの高まり等から、「がん」が国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている¹⁾。そこで、がん対策の一層の推進を図るために、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006 年に「がん対策基本法」(以後基本法と表記) が制定された。基本法では、がんの予防及び早期発見の推進・がん医療の均てん化促進・研究の推進について国家と地方公共団体の責任を明示している。

特に「がん医療の均てん化」については、がん患者が、等しく適切な医療を受けられるようにするための整備や患者やその家族の生活の質の向上のため「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められている」と述べられており、「在宅医療の推進」を明示している²⁾。

以上のことから、「がん」に関する医療政策において、地域や在宅における医療サービスを充実させることで、がん患者の療養場所を医療機関から住み慣れた環境である自宅へとシフトさせ、それによって、がん患者の生活の質を向上させるという国の考えが読み取れる。

しかし、公的に法律の下で提供される在宅療養支援の対象は、終末期にあるがん患者や高齢のがん患者が主であり、外来で継続して治療を受けている若い世代の患者を対象とした検討は少ない。つまり現状では、がん患者の生活の質の向上と謳いながらもその対象者が限られていると言わざるを得ない。特に 65 歳未満 (以後若年と表記する)、つまり老人医療保険や介護保険の対象となる以前の、若年がん患者やその家族を対象とした検討は、殆どなされていないのではないかと考える。

では、がん患者の生活の質とは、何だろうか。がん患者の生活の質 (QOL: Quality of Life) の向上について、これまでどのような調査がなされてきただろうか。

臨床においては、がん患者の QOL について多くの論文が発表されてはいるものの、内容は治療効果や副作用の軽減に関する内容が殆どである。(詳しくは後述)

しかし、柳原が「治すことを目的に進歩を遂げてきた現代医療は、治せない患者の具体的な心、日常のプログラムについては無力だ³⁾」と述べているように、臨床における治療効果等の評価としての QOL だけでなく、患者や家族の日常生活の視点から見た QOL も重要であると考える。

現在、がん患者の社会復帰に関する研究や調査が行われ始めており、論文検索サイト GeNii で「がん患者」&「社会復帰」で検索したところ、84 件のヒットがあった。(2013 年 11 月検索) 特に、患者と家族との関係⁴⁾や治療後のボディー・イメージの変化に関する

1) がん対策推進基本計画 平成 19 年 6 月 がん対策推進協議会

2) 前掲 1 18 頁

3) 柳原和子著「がん患者学」晶文社 2000 年 9 月 14 頁

4) 広瀬由美子「若年女性生殖器がん術後患者の他者との関係における体験」千葉看護学会誌 2011 年 17(1)

広瀬らは、9 名のがん患者に面接調査を実施し、若年女性生殖器がん術後患者の心理的

心理的变化についての支援策の必要性などの報告⁵⁾ や、2012年に山形大学で実施されたがん患者の就労支援に関する調査⁶⁾ による若年のがん患者の就労の実態についての調査報告による問題提起など、既に若年のがん患者の日常生活における質の向上に関心が向けられ始めていることを示唆している論文も見うけられる。

しかし、今回筆者が取りあげる若年がん患者の日常生活上の QOL とは、WHO（世界保健機構）の健康の概念⁷⁾ によるところの社会的健康、つまり、①家族や社会との調和や②社会的役割、③経済的環境が満たされている状態であると考え。もちろんこの 3 つの条件のそれぞれについて QOL を検討することは重要であるが、筆者はこの 3 つの条件がバランスよく満たされていることが重要であり、もしこれら 3 つの条件が満たされていなければ、若年がん患者の日常生活における QOL は低下する危険があるのではないかと考える。よって、患者を生活者として尊重し、患者の意思や価値に応じた QOL の維持のための支援についての検討が必要となる。ところが、このような日常生活上の QOL の評価は、個々人の考え方・価値に大きく左右されるため非常に難しく、これまで研究の対象とされてこなかったのではないかと考える。

そこで、本論では、在宅療養を続けている若年がん患者にとって現在の医療政策では、かえって生活の質を低下させる可能性があるという仮説に基いて、在宅療養中の若年がん患者を対象として日常生活上の QOL とは何かを明らかにし、更に QOL を低下させる要因を抽出し、抽出された要因の危険度を把握するための尺度を開発することを目的とする。

また、本研究では、リスク・マネジメントの考え方を導入し、若年がん患者の日常生活上の QOL の低下の可能性をリスクと考え、抽出された要因をリスクファクターと捉え検討を進める。

その結果、若年がん患者の日常生活上の QOL の低下というリスクを早期に把握し、リスク回避あるいはリスク軽減のための介入をタイムリーに実施することができるようになると考えられ、若年がん患者の在宅療養上の QOL の維持向上に貢献できると考える。

支援や家族との調整、社会復帰支援が必要であると述べている。

- 5 野澤桂子他、「がん患者の外見的变化に対応したサポートプログラムの構築に関する研究」 科学研究助成金データベース 研究課題番号 21530754

野澤らは、外見変化の実態と患者ニーズに関する数量的研究を通して基礎的なデータを収集し、患者の QOL を高め社会復帰を促すために外見ケアの必要性を述べている。

- 6 山形大学蔵王協議会山形大学医学部がんセンター「がん患者の就労支援・社会復帰に関する調査」結果概要 2012年5月25日 <http://www.fcsc.jp/img/yamagata.pdf>
2013年11月28日閲覧

嘉山らによる山形県内のがん診療連携拠点病院の協力を得て行われた質問紙調査で、早期がんの患者が、とくに症状なく以前と同じように社会活動できる割合や職場復帰率は高いことや、職業によって、罹患後の就業・社会復帰をめぐる環境に大きな違いがみられること、診断時より収入が減少する者が多いことなどを報告している。

- 7 日本 WHO 協会訳 健康の概念

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にもそして社会的にもすべてが満たされた状態にあることをいう」

第1章 背景と目的

1. 1. がん疾患の我が国における状況

「がん」は、わが国の死因のトップとなり、死亡者数は1980年以降年々増加してきている。2009年度「人口動態統計」によると、年間30万人以上の国民が亡くなっている⁸⁾。

また、2007年のがん対策推進協議会の資料によると、継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上と推計されるとともに、1年間に新たにがんにかかる者は50万人以上とされている⁹⁾。

医療費からみると、2008年度の国民医療費¹⁰⁾は34兆8084億円で国民一人当たりの医療費は27万2600円となり過去最高となった¹¹⁾。中でも新生物に係る医療費は一般診療医療費¹²⁾の12.8%を占め、新生物で65歳以上が占める医療費の割合は57.7%、65歳未満は42.3%となっている。

一方、年齢階級別一般診療医療費構成割合によると、15歳から64歳までの年齢階層でも新生物が上位を占めている¹³⁾。

また、新生物に係る医療費を年間で比較すると、2007年度3兆716億円から2008年度には3兆3121億円、0.8%の増加となっている。一方、医療費の構成割合が最も高い循環器系疾患でみると、2007年度5兆4353億円から2008年度には5兆2980億円に減少しており、0.8%減少となっている。その他の疾患も殆ど減少している中で、新生物の医療費の増加は特徴的である。

また年齢構成別にみると、65歳未満では平成20年度1兆3997億円(12.3%)で、循環器疾患の1兆3385億円(11.8%)を上回っている¹⁴⁾。

1. 2. 我が国におけるがん政策

「がん」が加齢により発症リスクが高まることが明らかになったことや、新薬の開発のめざましい発展に伴い、がんの増悪を長期間抑えることにより、延命が可能となってきている。そのような中、政府はがん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006年に「がん対策基本法」を制定し、翌2007年にがん対策基本法に基づき「がん対策推進基本計画」を策定した。

基本法では、がんの予防及び早期発見の推進・がん医療の均てん化促進・研究の推進について国家と地方公共団体の責任を明示しており、特に「がん医療の均てん化」については、がん患者が、等しく適切な医療を受けられるようにするための整備やがん患者の療養生活の質の向上を図るために、在宅におけるがん医療の提供が述べられている。

ところで、基本法で述べられている「均てん化」について、その背景はどのようなものだったのだろうか。基本法では、生活の質の向上を目的とした均てん化について、がん患

⁸⁾ 厚生労働省人口動態調査 平成21年度死因順位別死亡数の年次推移

⁹⁾ がん対策推進協議会 平成19年6月「がん対策推進基本計画 2. がんをめぐる現状」

¹⁰⁾ 国民医療費には、一般診療医療費・歯科診療医療費・薬局調剤医療費・入院時食事・生活医療費・訪問看護医療費が含まれる。

¹¹⁾ 厚生労働省 国民医療費、人口一人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移より、平成20年度分

¹²⁾ 一般診療医療費には、入院医療費(病院、一般診療所)・入院外医療費(病院、一般診療所)が含まれる。

¹³⁾ 厚生労働省傷病分類 平成20年度入院・入院外、年齢階級別一般医療構成割合の年次推移

¹⁴⁾ 厚生労働省 平成20年度国民医療費の概況について：性、傷病分類別一般診療医療費

者が居住する地域に拘わらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けられるようにするために、緩和医療の早期提供や在宅におけるがん医療提供のための連携協力体制、医療従事者の質の確保などについて国および地方公共団体が取り組むことなどとしている¹⁵⁾。しかし、あえて「均てん化」という表現を用いている背景には、恐らく「がん難民」の増加¹⁶⁾が影響しているのではないかと考えるが、それについて明らかなデータはない。

いずれにせよ、基本法の制定により現在では2次医療圏内において高度先進医療の提供等どこでも同じような診断と治療が行える体制が整いつつある。

しかし、がん患者やその家族が、長期にわたり療養していくための整備は本当になされたと言えるのだろうか。

基本法は、がん患者が在宅でがん医療の提供を受けることが質の向上の一つだと述べているが、現状で果たしてそう言えるだろうか。医療技術の発展や新薬の開発により、確かに「がん」そのものの治療については前進したかもしれないが、患者や家族の療養生活の質の向上とがん治療との関係については未だ明らかではない。例えば、地域医療再生計画¹⁷⁾で交付金を交付することで、医療機関の役割の明確化と医療連携が進み、誰もが同じ医療を受けることは可能となる。つまり、がん医療の均てん化が進むことになるが、そのことと在宅療養患者の生活の質の向上との関係についての明確な根拠は、殆ど示されていない。

また基本法では、高齢化とともにがんの罹患率も増えることから、がん患者の在宅医療対象者を特に高齢の終末期のがん患者に特定しているように読み取れ、それ以外のがん患者への支援についてはあまり検討が進んでいないように思われる。

しかし、実際に在宅で療養している患者には65歳未満の若い世代、つまりがんと闘いながら社会生活を続けなければならない人達が多く含まれており、年齢やライフスタイル、価値観などが違う人達に対して、これまでのような「がん患者」という一括りの支援策で、療養生活の質の向上が図れるとは言い難い。

一方、がん対策基本法に基づき、2007年に策定された「がん対策推進基本計画¹⁸⁾」では、その趣旨を「長期視点に立ちつつ、2007年度から2011年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるととも

15 がん対策基本法 15 条

16 日本医療政策機構「がん患者会調査報告—『がん難民』解消のために—」がん政策提言 Vol.5

「がん難民」という言葉は、使う人により多様に解釈されており、現時点ではコンセンサスのある定義は存在していない。狭義には、治療は尽きたと医師から宣告されたが、国内未承認の最新の抗がん剤を受けるべく医師を探し求めているがん患者が「がん難民」と呼ばれていることが多い。一方、より広義には、自分にあった治療を受けたいが適切な情報がなく、前に進めないがん患者、過去に受けた治療に納得できず後悔を持ち続けるがん患者なども「がん難民」と呼ばれている。調査の結果、①がん患者の53%が「がん難民」であること②「がん難民」の9割が日本のがん医療に不満であること③「がん難民」は「がん難民以外のがん患者」に比べ総医療費が7割高く、「がん難民」が全て解消できれば国民医療費が年間5200億円削減できること④「がん難民」解消のための具体的な対策として「専門医の有無、医師・病院の治療成績などの情報を社会的に整備すること」「理解できるまで時間をかけて主治医に何度も説明してもらうこと」「知り合いの医療関係者に相談すること」「インターネットによる情報収集を行うこと」が有効であることが明らかになったと説明されている。

17 医政発第0605009号 「厚生労働省医政局長地域医療再生計画について」2009年6月5日

18 がん対策基本法に基づき政府が策定するものであり、2007年6月に策定され基本計画に基づきがん対策が進められてきた。2012年に、見直しが行われた。

に、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。今後は、『がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんを負けることのない社会』の実現をめざすこととする」として、

1. 「がん患者を含めた国民」の視点に立った対策を実施すること
2. 全体目標の達成に向け、重点的に取り組むべき課題を定め、分野別施策を総合的かつ計画的に実施すること

を基本方針とした。そして、重点的に取り組む課題として、

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成
2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
3. がん登録の推進

の3点を挙げ、取り組みが開始された。

また、2007年からの10年目標を

1. がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）
2. すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

とした¹⁹⁾。

しかし、2012年には、前基本計画策定から5年が経過していること、新たな課題が明らかになったことから、2012年度から2016年度までの5年間を対象として見直しが行われた²⁰⁾。重点的に取り組むべき課題については、前基本計画の3項目に加え、「働く世代や小児へのがん対策の充実を挙げ、我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取り組みを推進するとしている。また、全体目標においても、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が追加された。

このように、これまで、「がん患者」という一括りの表現で示されていた支援から、平成24年度の見直しにおいては、「働く世代」と、より具体的な表現がなされるようになった。では、その具体的内容はどうか。

見直されたがん対策推進基本計画「第2. 重点的に取り組むべき課題」の「4. 働く世代や小児へのがん対策の充実」では、「毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している。また、がんは40歳代より死因の第1位となり、がんは高齢者のみならず、働く世代にとっても大きな問題である」とし、「働く世代ががん罹患社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がん罹患したことに起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である」と説明している。

¹⁹⁾ 厚生労働省健康局がん対策推進室 「がん対策推進基本計画の概要」2007年6月15日発表

²⁰⁾ 2012年6月 がん対策推進基本計画 厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html

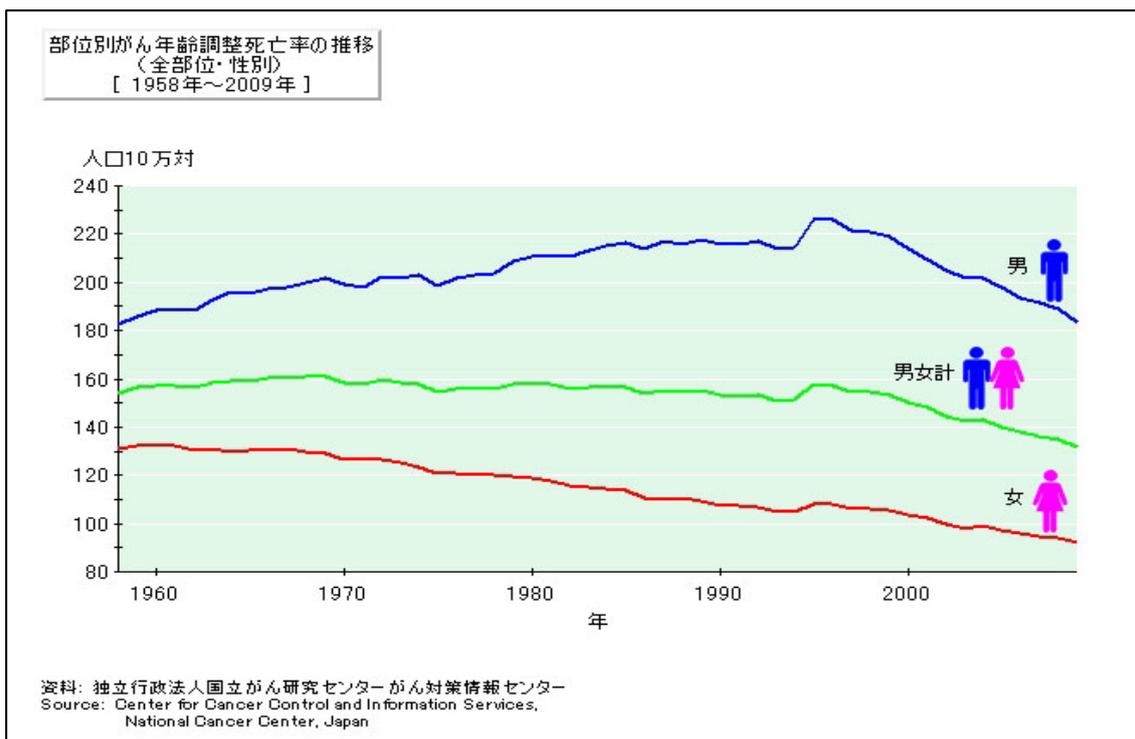


図1. 全部位がん年齢調整がん死亡率の推移

(独立法人国立がん研究センターがん対策情報センターより抜粋)

このことからわかるように、働く世代のがん対策は、「がんは働く世代にとっても大きな問題である」としながらも、実際の対策については、がん予防に重点をおいており、がん罹患した患者のための方策は未だ検討がなされていない。

また、「第3. 全体目標」の「2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」では、「がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得のできるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、『全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上』を実現することを目標とする」と述べており、がん患者だけでなく家族も対象とした支援が必要であることを示しているにも拘わらず、具体的な内容については全く触れられていない。

以上のことから、がん対策基本に基づくがん対策推進計画においても、24年度に見直されたにも拘わらず、その内容はガイドライン的なものであり、未だ生活者としてのがん患者のQOLについては、何も語られていないと考える。

1. 3. これまでのがん患者支援策と問題点

これまでのがん患者支援策について、医学的視点・介護的視点・生活支援の視点の3つの視点を通して問題点を明らかにする。

1. 3. 1. 医学的視点による支援策

診断や治療技術、薬剤開発の発展により、死亡率の低下などから、がんは治療可能あるいはコントロール可能な疾患となっており、多くのがん患者が長期生存できるようになった。このことは、がんが急性期の疾患としてだけでなく、長期にわたって闘病していく疾患として認識しなければならないことを示唆している。(図1. 参照)

がん治療の多くは疾患のステージによって決定される。疾患のステージとは、がんの進行度と広がり の程度を一度に表すことができるように作られた分類法で、国際対がん連合の「TNM分類」と呼ばれるものが一般的である²¹⁾。

これは、がんの大きさ (T因子) と周辺のリンパ節転移の有無 (N因子) および遠隔臓器への転移 (M因子) の3つの因子によって病期を0期からIV期までの5段階に分類するものである。この分類によると、0期に近いほどがんは小さくとどまっている状態であり、IV期に近いほどがんが広がっている状態をさしている。この分類を基に疾患によって更に細かく分類されていることもある。医師はこのステージを基に、患者の全身状態も加味しながら、治療方針の決定や予後の予測を行う。このように疾患のステージは、医師が治療を決定する上で大きな因子となっている。

一方、それとは別に治療により期待される効果、つまり治療のアウトカムから病期を分類する方法もある。

一般的に患者に病状を説明する場合、TNM分類でがんの様相を説明し、治療アウトカム分類ともいえる方法によって、患者の置かれている位置を説明することが多いのではないかと考える。患者の置かれている位置とは、大きく3つに分けて考えられる。(図2. 参照)

この3つの病期の中で、在宅療養の検討対象時期は、急性期を過ぎた時期からターミナル期にかけてである。本論では、こうした長期にわたる闘病期間を総称して「安定期」と呼ぶこととする。そして、がん患者の長期生存の可能性が進むということは、この「安定期」と呼ばれる時期が以前に比べ長期化しているということであると考えられる。

²¹⁾ 国立がん研究センター・がん対策情報センター「患者必携 がんになったら手に入るガイド」学研 121-122 頁

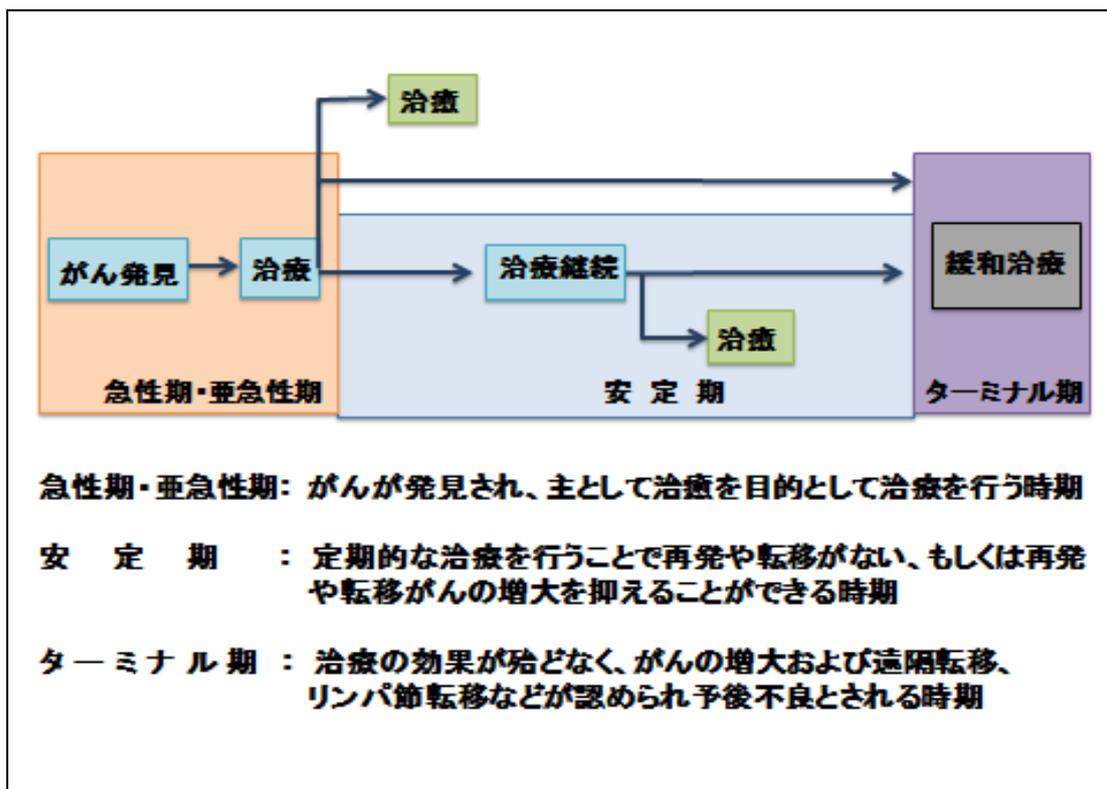


図2. 治療のアウトカムからみた病期

(筆者作成)

この安定期とよばれる時期は、がんの進行は比較的緩やかであるが、これまでこの時期は他の時期に比べると短い期間であった。よって、がん患者の多くは、この時期を在宅ではなく、殆ど医療機関で過ごしていた。

しかしながら、診断と治療技術の進歩により、現在は、安定期と呼ばれる期間が長くなり、この時期に位置する患者の多くは、社会の中で生活しながら、抗癌剤による治療を続けていくことが可能となった。よって、この時期に位置する患者の多くは、社会の中で生活しながら、抗癌剤による治療を続けていかなければならないという状況におかれていると言えるだろう。

ところが、がん患者の QOL について書かれた論文²²⁾を調べてみると、内容の多くは、治療効果や副作用対策について書かれているものだった。(詳しくは後述)つまり、がん患者の療養拠点が医療機関から在宅へと移行しているにも拘わらず、医療者の関心は、依然として治療に関連したものに集中しているということだと考えられる。

以上のことから、在宅療養中の若年がん患者への支援は、これまでのような医学的視点から見た支援策(より効果的な治療方法の選択や抗癌剤による副作用のコントロール等)だけではなく、患者を生活者としてみた日常生活上の支援策が必要になってくることを示唆していると考えられる。

1. 3. 2. 介護の視点による支援策

在宅療養検討対象時期のうち、ターミナル期においては、緩和医療を中心に患者の意思を最大限に尊重し、患者・家族の支援を行いながら QOL の向上を目指したケアが提供され

²²⁾ 2013 年から過去 5 年間にさかのぼって「医学中央雑誌」を「がん患者」and「QOL」で検索

る必要がある。この時期には患者の意思を最も尊重し、療養場所の決定が行われるが、患者の置かれた様々な状況から、在宅ではなくホスピスや医療機関を療養場所として選択するケースが殆どで、その結果、医療機関で死亡する割合が 80%を超える状況となっている²³⁾。最期を自宅で迎えたいといった「在宅での看とり」を希望する人は多いものの、家族に迷惑をかけたくない、あるいは緩和医療については在宅では困難であるとの理由から結局医療機関を選択してしまうという調査報告書もある²⁴⁾。このことは、多くの人々が病気になっても、なるべくなら家族に迷惑をかけたくないと思っており、家族との関係が療養生活に大きな影響を与えていることを示している。

つまり、家族との関係や家族の置かれている状況が、治療を続けながら在宅で療養するがん患者にとって療養生活に大きく影響するということが推測される。

ところで、ターミナル期にある患者の状況については、2007年に「がん対策推進基本計画」が、がん対策基本法第9条第1項に基づき策定され、在宅医療に関して、訪問看護推進事業・在宅療養支援診療所についての診療報酬加算・40歳から64歳までのがん末期患者の介護保険給付・療養通所介護サービスの創設等々、終末期医療の充実に向けて様々な取り組みが始まっている²⁵⁾。

一方、がんのターミナル期ではないが自立した日常生活を送れない患者や、40歳に満たないがん患者を対象とした介護支援は殆どなく、家族の支援に全面的に頼らざるを得ない状況にある。

また、若い世代であれば特に、生命保険等に加入していないケースも多く、医療費や生活費の問題が大きな問題となってくる。更に、たとえがん患者であっても、患者は、生活者として、日々の家事労働や子供たちの育児・教育、親の介護、労働等々の社会的役割を多く担わなければならない²⁶⁾ 時期でもある。

以上のことから、在宅療養のがん患者が必要なときに必要な介護支援が得られないことは、家族の負担を増やすばかりでなく、働き手の家族が介護に専念する必要も出てくることで、経済的負担にもつながる可能性が高いと考える。よって、がん対策推進計画における「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」ということにはつながらないのではないかと考える。

1. 3. 3. 生活の視点による支援策

安定期にある患者にとって、選択される退院後の療養場所によって抱える問題は違ってくる。一つは、急性期医療機関から慢性期医療機関への転院、もう一つは急性期医療機関から施設への入所、そして急性期病院から自宅へというケースである。おそらく、年齢や病状を考慮すると、安定期にあるがん患者の殆どは自宅へ戻るのではないかと考える。

これらの患者は核家族化により、家族間の相互支援システムが十分機能せず、家族からの支援を得られにくい状況にあり、患者はそのような在宅環境の中で、治療を継続することになる。また、先にも述べた通り、患者は一方で生活者として、日々の家事労働や子供たちの育児・教育、親の介護、労働等々の社会的役割を多く担わなければならない時期でもあり、このことは、先の見通しがつかないことや通院や治療にかかる費用・副作用対策等々の問題に加え、患者・家族の心身の負担を増すことにつながると思われる。

調査によると、外来を受診し継続治療を受けているがん患者数は、入院し治療を受けて

²³⁾ 2006年度厚生労働省医政局委託医療機能調査事業 報告書調査結果

²⁴⁾ 厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査等検討会報告書」2004年7月

²⁵⁾ がん対策推進基本計画 がん対策推進協議会 2007年6月 厚生労働省

²⁶⁾ 筆者が行ったA市の総合病院地域連携室に3年以上勤務する担当看護師5名へのインタビュー調査による。

いるがん患者数と殆ど変わらない²⁷⁾。にも拘わらず、がん対策推進基本計画²⁸⁾における在宅医療についての支援対象は、高齢の終末期患者が中心となっているように読み取れる。

また上で述べたように、がん対策推進基本計画は2012年に改訂され、そこでは働く世代へのがん対策が挙げられているが、内容的には生活者の視点での支援策にはつながっていないように思われる。

つまり、外来で治療を継続しながら自宅で療養している若年がん患者への日常生活上の支援については、殆ど検討されていないのではないかと考えられ、これらの患者や家族にとって現状での在宅療養は決して生活の質を向上するものではないと考える。

1. 3. 4. これまでの支援策の問題点

診断や治療技術、薬剤開発の発展により、がんは治癒可能あるいはコントロール可能な疾患となってきていると述べた。つまり、「安定期」と呼ばれる時期が以前に比べ長期化している状況にあり、自宅で療養する患者が増えているということである。よって、これまでのような治療を中心としたステージの分類つまり、クリニカル・インディケータ²⁹⁾による評価や介護支援による評価だけでは、がん患者やその家族の療養生活の質の維持向上を図ることは難しいと言えよう。なぜならば、いかにがん治療がうまく進んだとしても生計の問題や介護支援の問題等を放置することにより、患者は在宅療養継続が困難となるばかりでなく、家族の心身の健康への悪影響や経済的理由から家族の生活さえも脅かすことにつながると考えられるからである。

にも拘わらず、基本法では、がん患者の療養生活の質の維持向上のための方策として治療を中心とした支援や高齢者のがん患者を中心とした介護支援と老人福祉とを合わせたような支援策で対応しようとしており、在宅療養を行う若い世代のがん患者にとっては効果的な支援策にはなりえないと考える。

また、各種調査報告書や文献を調査したが、この時期にある患者・家族の支援やQOLについては、症状コントロールを中心に述べられているものが殆どであった。(詳しくは後述) なお、最近になり、厚生労働省がん対策推進協議会において「サバイバーシップ³⁰⁾」の検討が開始されている³¹⁾が、この件についての検討は本論では扱わず、別の機会に検討したい。

²⁷⁾ 厚生労働省「医療機能調査事業報告書」2006年度

²⁸⁾ がん対策推進基本計画 2007年6月にがん対策基本法第9条第5項の規定に基づき、国会に報告されたもの。第3-3-(1)-③在宅医療

²⁹⁾ クリニカル・インディケータとは、医療行為あるいは医療サービスの提供状況をモニタリングしたり、評価したりするための指標を言う。診療の結果から医療の質を評価するための指標として、評価機構でも研究を進めている。財団法人日本医療機能評価 http://www.report.icqhc.or.jp/icqhc/yougo.php?page_id=di040P&mode_search=0&yougo_id=48 2013年10月閲覧

³⁰⁾ がんサポート情報センター「患者よ！がんサバイバーになろう」
サバイバーシップとは、がんが慢性疾患として位置づけられ、医学的見地から5年生存率や治療効果を評価した生存期間を重視するものではなく、発病しがんと診断された時からその生を全うするまでの過程をそのひとらしく生き抜いたかを重視した考え方。
http://www.gsic.jp/support/sp_07/01/index.html 2012年1月閲覧

³¹⁾ 2011年11月2日、第27回がん対策推進協議会、議案(5)サバイバーシップについて(参考人よりヒアリング)

第2章 看護師からみた在宅療養若年がん患者が抱える問題

現在のがん患者支援策では若い世代のがん患者の生活の質は向上しないと述べてきたが、本章では、患者を医学的治療の視点からではなく、自らの人生を生きる一人の人間として見たとき、その生活過程に関わる社会経済的、心理的環境の質について検討を進め、現在のがん患者支援策では若年がん患者の生活の質は向上しないことを明らかにしたい。

そこで先ず、患者を医療機関から在宅療養への移行を支援している地域連携支援室に勤務する看護師を対象としてインタビュー調査を行い、常に患者の身近で患者の社会的課題の解決と取り組んでいる看護師の視点から若年がん患者の在宅療養上の問題について検討し、日常生活上のQOLとは何か、また、それを低下させる要因は何かを明らかにしたい。

2. 1. インタビュー調査

若年がん患者が社会の中でがんと闘いながら暮らして行く上で、どのような問題が生活を脅かしているのかを探る一つの手がかりとして、外来で治療を続けている若年がん患者が、どのような問題を抱えているかを知る必要がある。そこで先ず、地域連携支援室に勤務する看護師を対象としてインタビュー調査を行った。

2. 1. 1. インタビュー対象者

インタビューの対象は、病院退院後に外来治療を続けている患者や家族の身近に存在し、患者の生活も含めて支援を行っているA市の総合病院で地域連携支援室に3年以上勤務する看護師5名である。

2. 1. 2. インタビュー方法

インタビューの方法はフォーカスグループインタビューとして、「療養場所の選択について」「治療の選択について」「在宅療養を行う上で必要なもの」「家族の支援」の4点について質問を行い、その後フリートーキングを行った。所要時間は1時間であった。

会話の内容については、参加者に了解を得て録音した。

2. 1. 3. 倫理上の配慮

対象者へは調査の趣旨を説明し、インタビュー参加はあくまで個人の意思であることを確認した。また、インタビューから得られた結果については、本調査研究以外には使用しないことを約束し、参加者の了承を得て行った。

2. 1. 4. 分析方法

インタビューの際、録音した逐語録から「看護師が考えるがん患者が在宅療養を続けるために整備されるべき問題」を全体のテーマとして分析した。また、インタビューで得られた結果を内容に応じて大分類を試みた。

2. 2. インタビュー調査の結果

インタビュー調査の結果、地域連携室に勤務する看護師は、在宅療養中の若年がん患者が抱える問題について十分意識しており、適切な支援の必要があることを認識していた。以下にインタビューの内容と問題の分類結果を示す。

2. 2. 1. インタビュー内容

5名の看護師が、それぞれの経験をもとに4つの個別テーマについて出した意見は、付表1の通りであった。(付表1参照) これらの意見を整理したところ、大きくは

- (1) 患者自身の問題
- (2) 患者を取り巻く環境の問題

の2つに分類できた。(表1参照)

その後、2つに分類した内容について更にキーワードを抽出して分析したところ、①心身の問題・②生計の問題・③医療制度の問題・④支援制度の問題に分けることができた。これらから、一方の軸を「社会制度」と「患者の生活」とし、他方の軸を「患者の問題」と「患者を取り巻く環境の問題」とするマトリックスで表した。(表2.参照) このマトリックスでの分類に基づいて考察を行う。

2. 3. インタビュー調査における結果の考察

インタビュー調査における結果を、作成したマトリックスでの分類に基づき、医療制度の問題、支援体制の問題、心身の問題、生計の問題の4つに分けて考察する。

2. 3. 1. 医療制度の問題

インタビューを受けた5名の看護師は、患者に何かあれば紹介元の病院へ入院できるという保障(back bed)が、患者や家族のみならず、地域で医療を提供する医療者にとっても重要なことであると考えていた。更に24時間体制での相談窓口についても、患者・家族にとって重要度が高いと認識していた。このことは、5名の看護師が「がん」という疾患の特徴から、いくら外来での治療が可能だといっても、患者や家族にいつ増悪し病状が変わるかもしれないといった漠然とした不安を常に抱かせているのではないかと危惧しているということだと考える。

また、新しい治療薬の開発は外来での治療を可能にしたが、一方で患者は、治療を続けなければ再発、もしくは悪化するという不安も抱えることになる。更に、長期にわたる治療継続はゴールが見えにくいだけに、患者や家族にストレスを与える原因となっているのではないかと考えていた。

表 1. インタビューでの典型的な意見と分類

分類	患者自身の問題	患者を取り巻く環境の問題
治療面	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者・家族が不安を持っている。 ・地域の医療機関には、緩和医療、特に疼痛や症状コントロールに経験の浅い医師が多く、患者の安楽が得られにくいのではないかと医療者は心配している。 ・治療選択の時点での緩和医療の説明が不十分なことによる治療優先の選択。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での治療を継続するためには、家族の協力は不可欠だが、いつ急変するかわからないという不安を抱えての患者支援は難しい。 ・支援する家族が、一時休息できる場所がない。 ・医療保険3割負担の若い患者たちにとって、長期化する抗がん剤治療による医療費負担が大きい。
生活面	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が女性であれば、夫からの支援は受けにくい。逆であれば、夫は妻の支援を受けやすい。患者が男性か女性かで受けられる支援が違ってくる。 ・がん患者専用のデイケア施設やショートステイが必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で患者・家族が集える場所がない。 ・抗がん剤治療では、見た目がどうもないため、特に女性は他の家族から主婦の役割を期待される。

詳細は付表 1 参照

(筆者作成)

表 2. インタビューから抽出された分類

	分類 Category	区分 Type	
		患者 Patient side	患者を取り巻く環境 Environment side
領域 Area	社会制度 Social System	医療制度の問題 Medical Service	支援体制の問題 Social Support
	患者の生活 Patient's Life	心身の問題 Physical & Mental	生計の問題 Living

(筆者作成)

2. 3. 2. 支援体制の問題

また、彼らはがん患者専用のショートステイ施設や、家族の一時休息（respite）のための支援も重要であると考えていた。現在のデイケア等が老人福祉の範疇で考えられており、患者の年齢や背景等を考慮すると、若年がん患者が利用するには老人と同じ施設では難しいのではないかと感じていた。

介護保険についても、そのシステムの複雑さを問題と考えていた。通常 64 歳までは、医療保険で医療が賄われ、被保険者は 3 割の負担となる。65 歳からは介護保険の適応となり 1 割負担となるが、あくまで介護が中心であり、もし看護師の訪問を希望するのであれば、他のヘルパー派遣等に比べるとその単価は高く、結局介護保険内で他のサービスの利用が厳しくなる可能性が高い。一方、基本法により 40 歳から 64 歳までの患者で「末期がん」の診断がついた場合は、介護保険の利用が可能となるが、介護サービスについては 1 割負担であっても疼痛緩和ケアなどの医療サービスについてはやはり 3 割負担となる。

このように、彼らは医療保険や介護保険のシステムの複雑さが、患者や家族に対しタイムリーな支援ができない要因の一つであると考えていた。

2. 3. 3. 心身の問題

彼らは、患者が女性の場合と男性の場合では心理的負担度が違うことを指摘している。患者が男性の場合、多くのケースで妻の支援を得ながら療養を続けることができているが、患者が女性の場合、その多くが家族に迷惑をかけていると感じ遠慮し我慢するため、夫や家族から十分な支援が得られない場合が多いという。特に主婦の場合、在宅療養とは言え主婦という立場上、家族の食事の準備や洗濯、子供の世話等の家事全般をせざるを得ない状況にある。よって、女性の在宅療養については、家族が疾患や治療をどのように理解しているかが鍵となり、退院時の家族への指導は欠かせない重要なケアの一つだと話していた。

更に、家族の心理的負担が長期化することで、家族が抑うつになっていく可能性が高いとも考えていた。つまり、彼らが「24 時間の相談体制が必要」という言葉の中には、患者の状態に対する不安だけではなく、家族の心理的相談にも対応できる必要があるということをも含んでいると考えられた。特に、「自分たちの思いを誰に相談してよいかわからない」や「総合的に相談できる場所がほしい」などの患者や家族の言葉から、現在の在宅療養支援策では心理的負担軽減には不十分であることを示していると考えられた。

2. 3. 4. 生計の問題

生計の問題について彼らは、治療が長期化することで医療費が支払えなくなるケースや外来治療費が入院治療費より患者負担が多いこと等から、在宅療養における医療費の経済的負担は深刻であると感じていた。また、がん患者が在宅療養へ移行することで、介護保険の対象外であればそれまで働いていた家族の一人が患者の介護支援にまわらざるを得なくなるため、これまで通りの家庭経済を維持していくことが困難となる場合もあるという。特に、医療費の 3 割を負担する若年がん世代については、子供の教育費にもお金がかかる世代であり、生活を脅かされる状況が続くことで患者や家族の心理的負担も増強していくという悪循環へつながっていくのではないかと考えていた。

2. 4. インタビュー調査から得られた結論

今回のインタビューの結果から、がん患者が在宅療養を続けながら外来での治療を継続することについて、看護師は患者や家族が多く新たな問題を抱えることになるということに自覚していた。

在宅療養を続ける患者にとって、具体的な生活上の問題として

- ① 「医療制度の問題」では、バックベッドの確保とタイムリーなケア提供が困難である。
- ② 「支援体制の問題」では、家族の一時休息支援と、がん患者を中心としたショートステイやデイケアシステムが必要であり、また、医療保険と介護保険のシステムの複雑さが更に問題を深刻化している。
- ③ 「心身の問題」では、患者自身の心理支援もだが、家族の心理的支援も重要である。
- ④ 「生計の問題」では、患者の医療費だけでなく、患者・家族の生活を脅かす問題が存在する。

の4点にまとめることができた。

このことを別の視点で考えると、「安定期」と呼ばれる時期にある患者や家族にとっての在宅療養は、抗がん剤治療に伴う副作用や容体の急激な変化に対する適切な対応が受けにくくなること、これまでの家族関係を維持することが困難となること、家族の日常的介護からの逃避による家庭崩壊、所得の減少や治療費など家族の経済的負担の増加などから、かえって生活の質を低くするリスクが存在することが明らかとなった。

つまり、今回のインタビューから、若年がん患者の日常生活上のQOLとは、安心して治療を受けられる医療支援や家族からの支援体制が整い、経済的支援や心理面での支援などが満たされている状態であるということが示唆されており、QOLの低下リスクファクターとして、「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」の4つのカテゴリーが考えられることがわかった。

第3章 がん患者の QOL に関する文献レビュー

今回の看護師を対象としたインタビュー調査の結果は、治療を中心とした支援や、高齢者のがん患者を中心とした介護支援と老人福祉とを合わせたような支援策中心では、若年のがん患者の生活の質の向上は期待できないとした考えを支持するものだった。

では、在宅療養中の若年がん患者の QOL について、どのような検討がなされてきたのだろうか。その手がかりを文献から探る。

まずパイロット調査として、「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」の4つのカテゴリーについて、国内でこれまでどのような検討がなされてきたかを調査し、その後、がん患者の QOL に関する文献を検討する。

3. 1 パイロット調査

医学中央誌 Web.を基に、キーワードを「緩和医療」and「がん患者」and「在宅療養」として、2008年から2012年までの5年間を対象期間として論文調査を行った。キーワード決定においては、がん看護専門看護師・外来化学療法室担当医師・がん化学療法認定看護師と検討して決定した。その結果60の論文がヒットした。

3. 1. 1 分析方法

医療機関でがん看護に携わっている看護師2名ずつの2つのチームによって、論文の抄録を基に先のマトリックス表(表2. 参照)を用いて分類した。分類に当たっては、60の論文を2つに分け、それぞれのチームが30の論文の抄録を担当し分類した。分類に関しては2名の意見が一致するまで検討を続けた。次に相互に論文を交換し同様の手順で分類した。最後に2つのチームの意見の相違点について検討を行い、最終分類とした。

3. 1. 2 文献検索の結果

書かれた論文の対象となるがんのステージを比較した。その結果は、ターミナル期が58%で、安定期が42%であった。

論文の種類は、ターミナル期は、調査研究・症例報告・ケーススタディともに同程度であった。安定期に関しては、調査研究が大部分を占め、次いで症例報告であり、ケーススタディが最も少ない結果だった。(図3. 参照)

また、各病期における4つの分類について調査したところ、ターミナル期では、4つの分類の内「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」が全体の4分の1しか占めておらず、多くは症状コントロールや退院支援に関するものだった。

安定期においても「心身の問題」についてやや多かったものの、結果は殆どターミナル期と同様であった。

更にどちらの病期においても患者や家族の生活を支える問題(経済的問題等)を取り上げた論文は全く見当たらなかった。(図4. 参照)

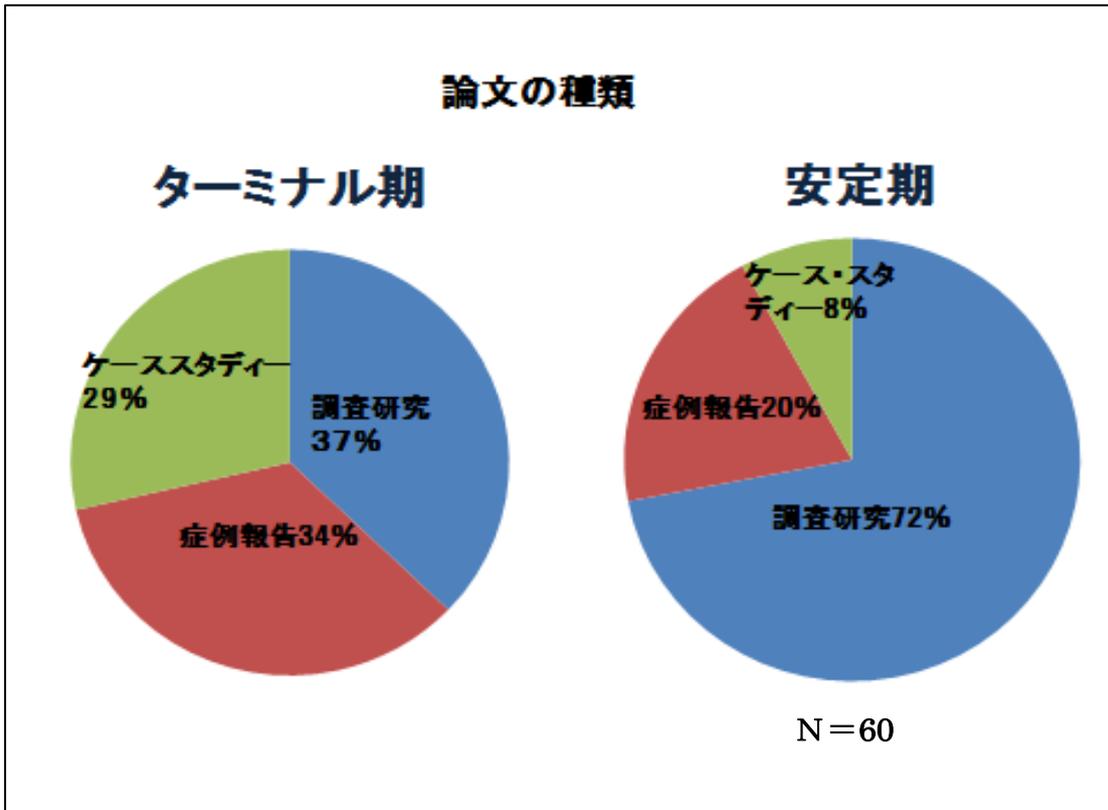


図 3. 論文の種類

筆者作成

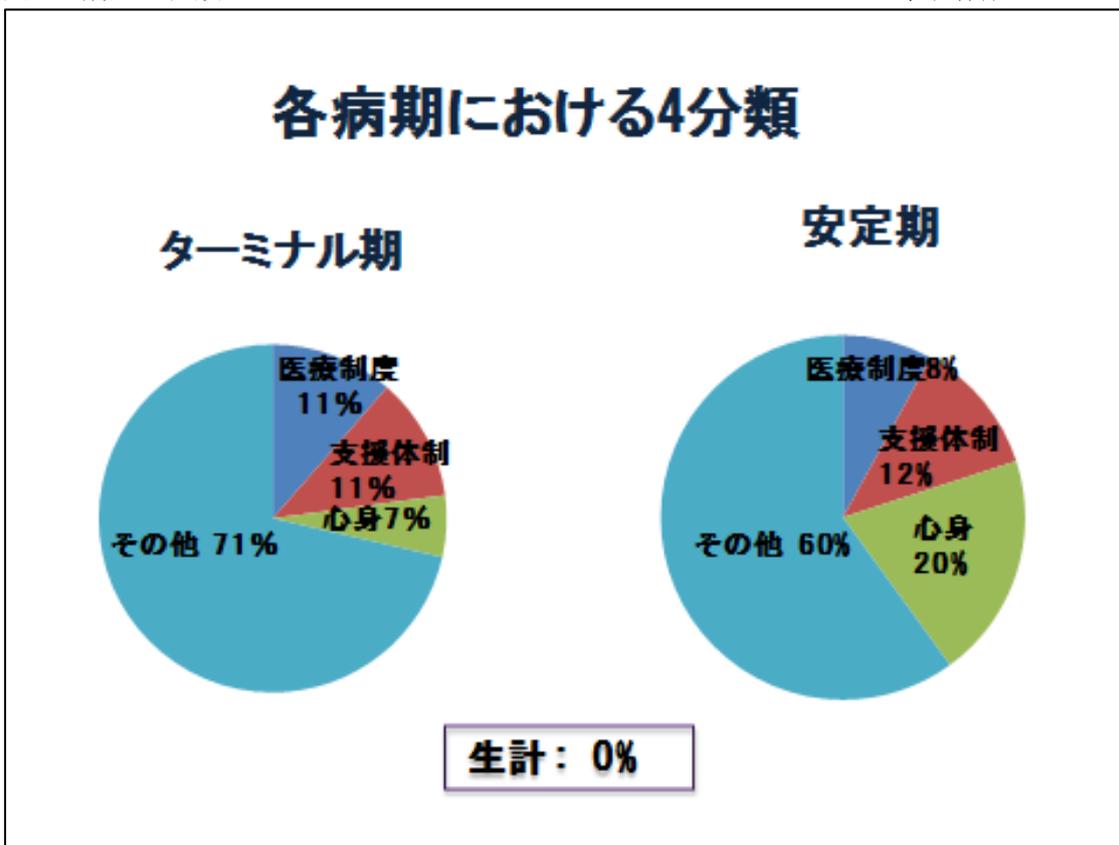


図 4. 各病期における 4 分類の数の比較

筆者作成

以上のことから、今回の調査では、国内において「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」といった、がん患者の日常生活に視点をおいた支援策の問題についての検討が少ないことがわかった。

3. 2 がん患者の QOL に関する文献レビュー

がん患者について、「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」といった日常生活の内容に関する文献を調査したが、殆ど検討されていなかった。では、患者の QOL についてはどうであろうか。

それを知る手掛かりとして、がん患者の QOL についての論文に関するサーベイランスを行った。サーベイランスの対象に関しては、がん患者の QOL について国内外において多くの論文が執筆されているが、QOL が医療制度の違いや文化の違いによって影響をうけるため、今回は、国内の文献を対象とした。

3. 2. 1 文献の抽出方法

文献の抽出は、邦文医学文献の検索サイトである「医学中央雑誌 Web.」により、2008 年から 2012 年までの過去 5 年間に掲載された論文を対象とした。

Key Word は、「がん患者」and 「QOL」とした。

3. 2. 2 がん患者の QOL に関する文献の分析方法

まず、論文を著者の職種別に分けて抽出し、その中から、明らかに QOL の概念を明示した何らかの QOL 尺度を用いた内容の文献だけを再抽出した。

次に、抽出した論文の内容から、何の目的のために QOL 尺度が用いられたかについて目的別に整理を行った。

3. 2. 3 文献サーベイランスの結果

文献サーベイランスの結果一覧を表 3. に示す。Key Word による検索の結果、2799 件のヒットがあった。更に最新の過去 5 年分の論文で、フルテキスト有り検索したところ、209 件がヒットした。

これらの論文の著者を職種別に分類すると、医師が 140 件、看護師 26 件、薬剤師 24 件、理学療法士 8 件、その他（著者の職種が不明）11 件であった。（図 5. 参照）

その内、何らかの QOL 尺度を用いて検討されている論文は 80 件で、医師の論文が最も多く、56 件であった。（図 6. 参照）

表 3. 文献サーベイランスの結果一覧

文献レビュー 結果一覧													
職種別	論文数	内 訳	内 容										
		QOL尺度 用いた文 献数	治療効果 評価	心理等 調査	疼痛コ ント ロール	治療副 作用評 価	ケア 介入 評価	システ ム評価	要因検 討	尺度 開発	薬剤効 果評価	薬剤副 作用評 価	その他
医師	140	56/140	38/56	9/56	5/56	3/56							1/56
看護師	26	9/26		1/9			5/9	1/9	1/9	1/9			
薬剤師	24	7/24					1/7	1/7			4/7	1/7	
その他	19	8/19											

(筆者作成)

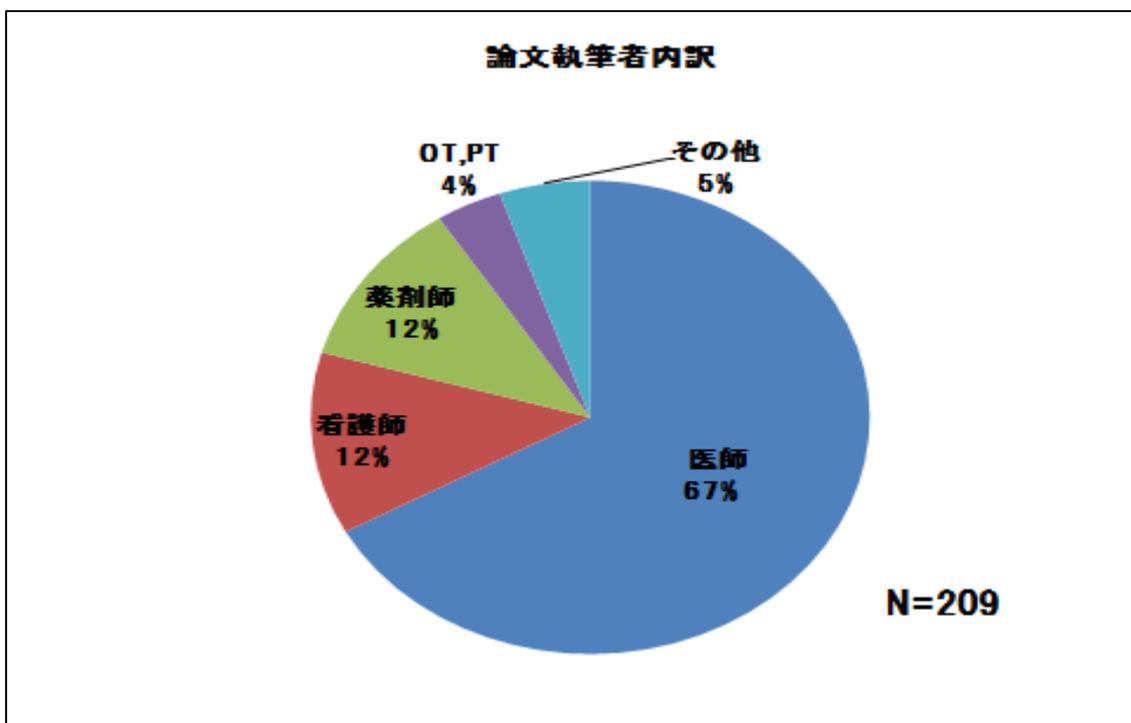


図 5. 職種別論文著者割合

(筆者作成)

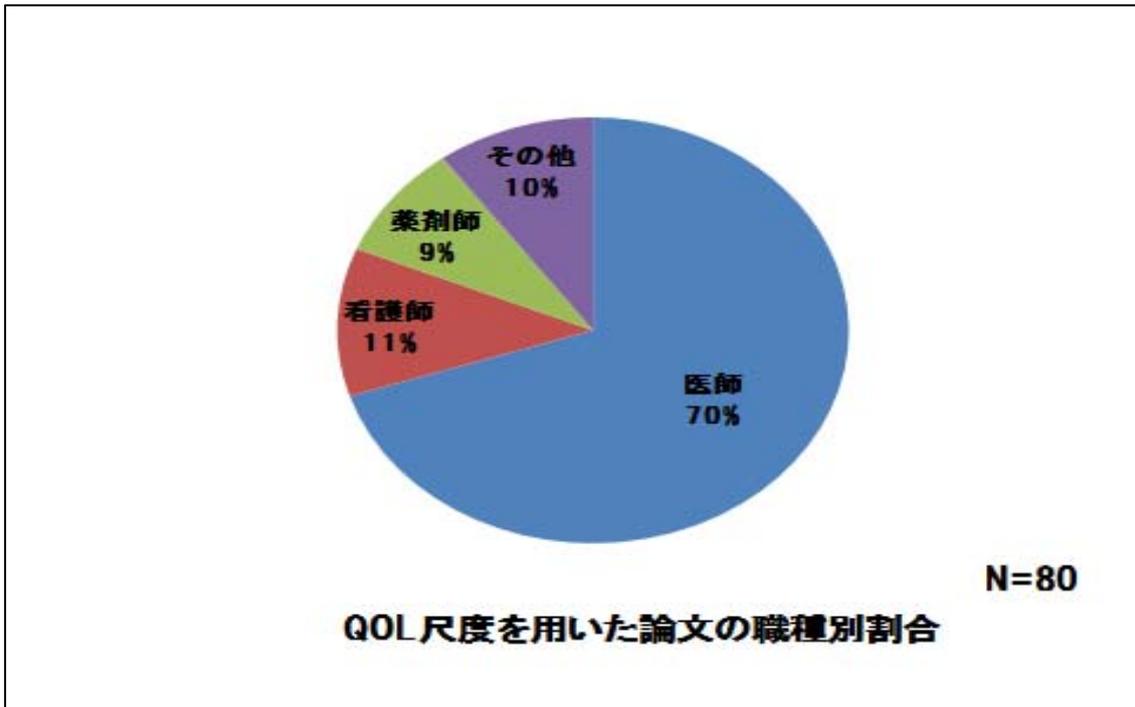


図 6. QOL 尺度を用いた論文の職種別割合

(筆者作成)

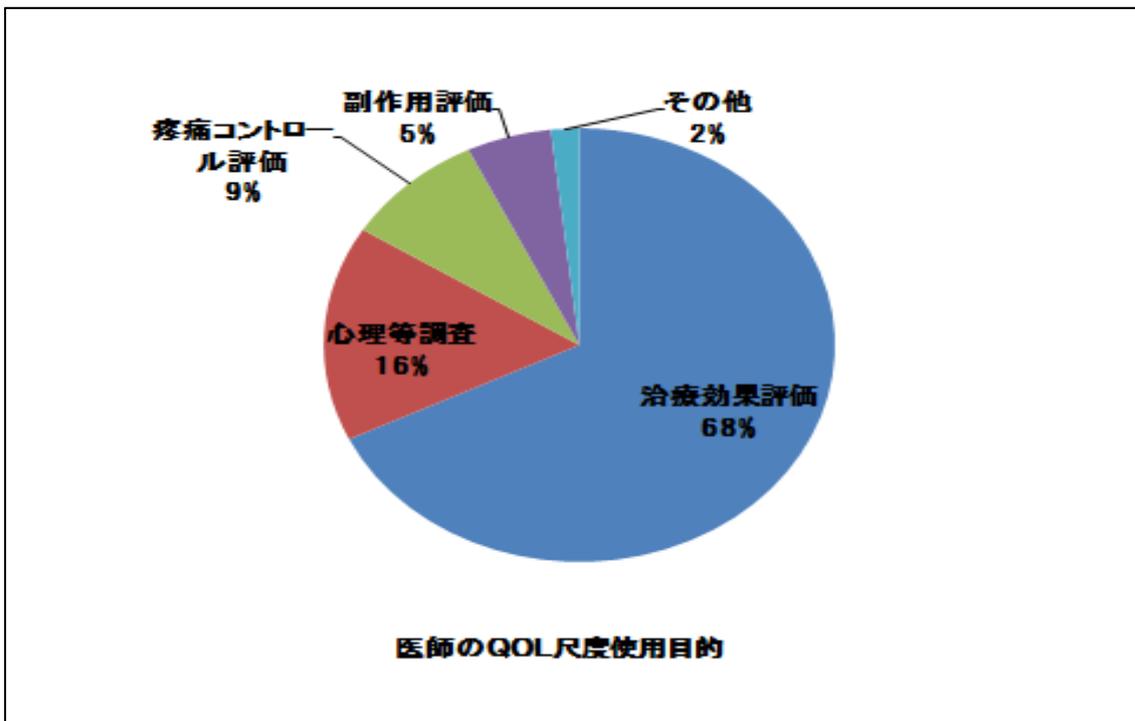


図 7. 医師の QOL 尺度使用目的

(筆者作成)

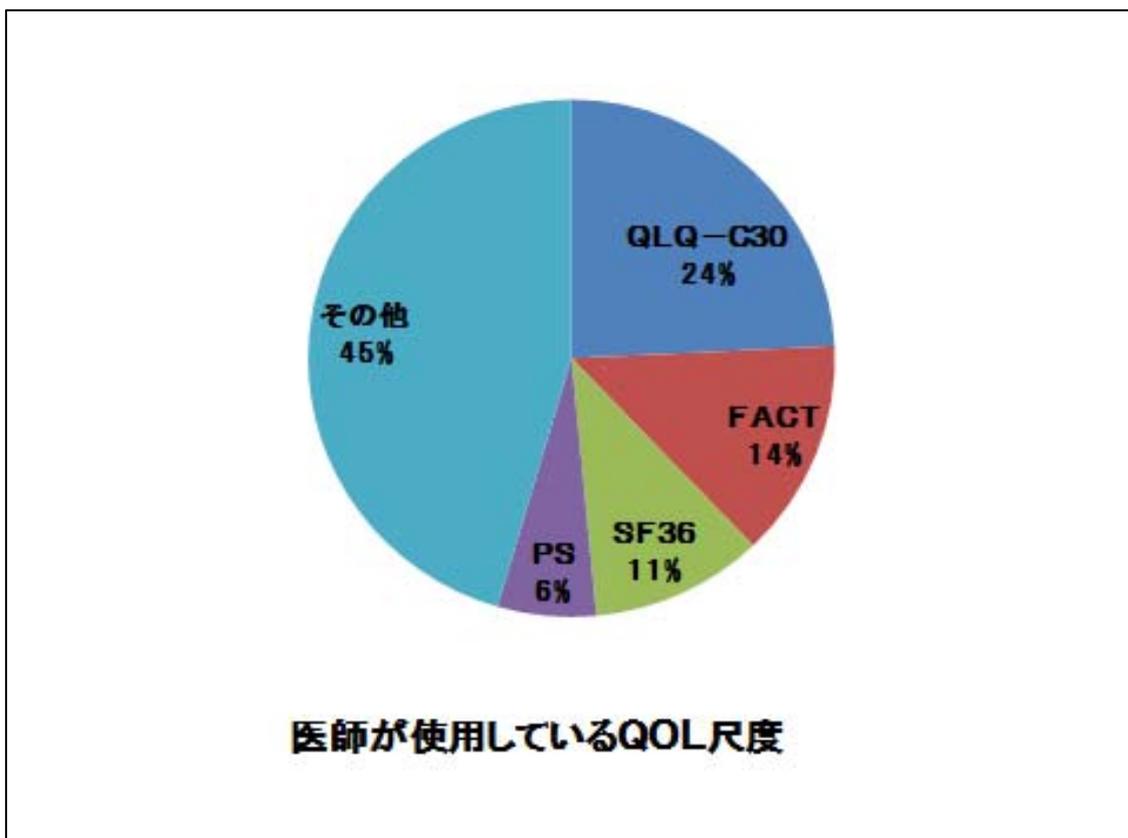


図 8. 医師が使用している QOL 尺度

(筆者作成)

これら医師の論文を目的別に分類すると「治療効果評価」が 38 件、「心理等調査」9 件、「疼痛コントロール評価」5 件、「副作用評価」3 件、「その他」1 件であった。(図 8. 参照)

また、使用されている尺度は、QLQC-30³²⁾ が最も多く、次いで SF-36³³⁾、FACT³⁴⁾、PS³⁵⁾、およびその他 (生存率・QOL-ACD³⁶⁾・フェーススケール等) であった。(図 9. 参照)

看護師の論文では、9 件が何らかの QOL 尺度を用いたものであった。目的別では、「ケア介入評価」5 件、「心理等調査」1 件、「システム評価」1 件、「要因検討」1 件、「心理尺度開発」1 件であった。(図 10. 参照) 使用されている尺度は、FACT、QLQ-C、その他で、同じ QOL 尺度の使用はなかった。

³² EORTC QLQ がん患者の QOL 評価ツールの一つで、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire の略。C-30 は、30 項目の質問からなり、日本語に訳されている。

³³ SF-36 Mos-Short From 36 の略、健康人から主に良性疾患の患者まで幅広い対象の QOL が測定できる。

³⁴ FACT Functional Assessment of Cancer Therapy scale の略 抗癌剤臨床試験で現在汎用されている。

³⁵ PS Performance Status の略、患者の全身状態を日常動作のレベルに応じて 0～4 の 5 段階で表した指標

³⁶ QOL-ACD QOL Questionnaire for Patients treated with Anticancer Drugs の略 わが国独自に開発したがん薬物療法に関する QOL 調査票

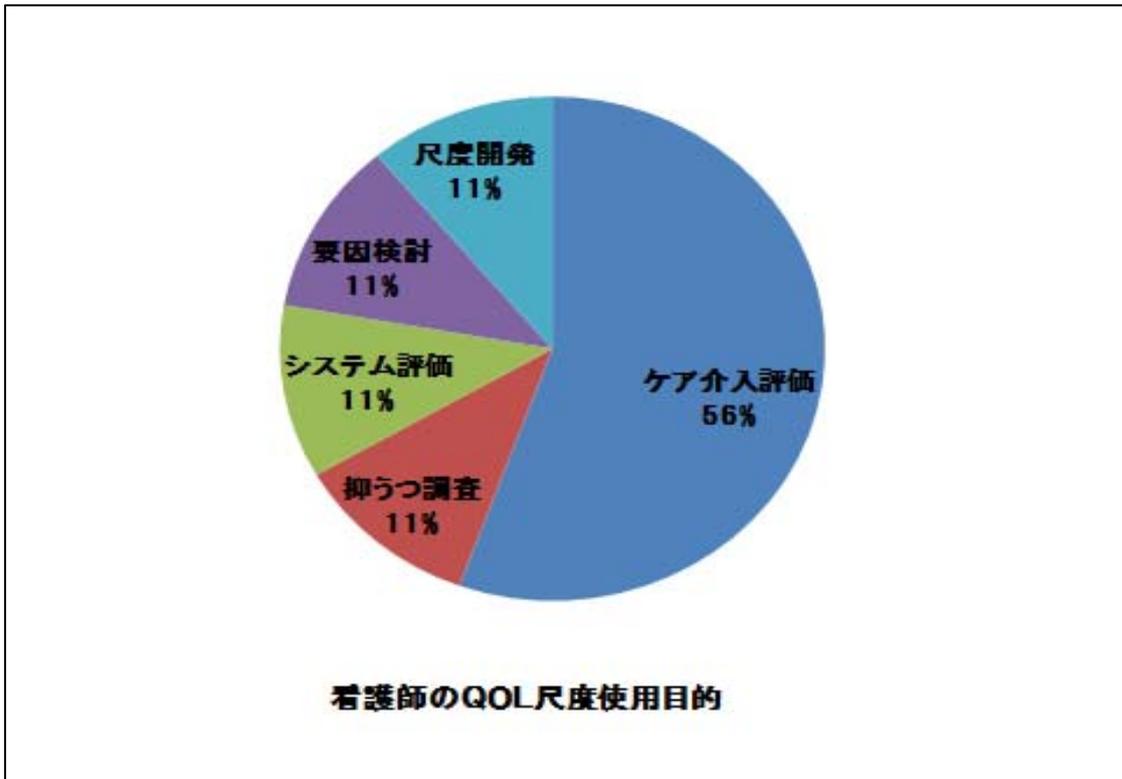


図 9. 看護師の QOL 尺度使用目的

(筆者作成)

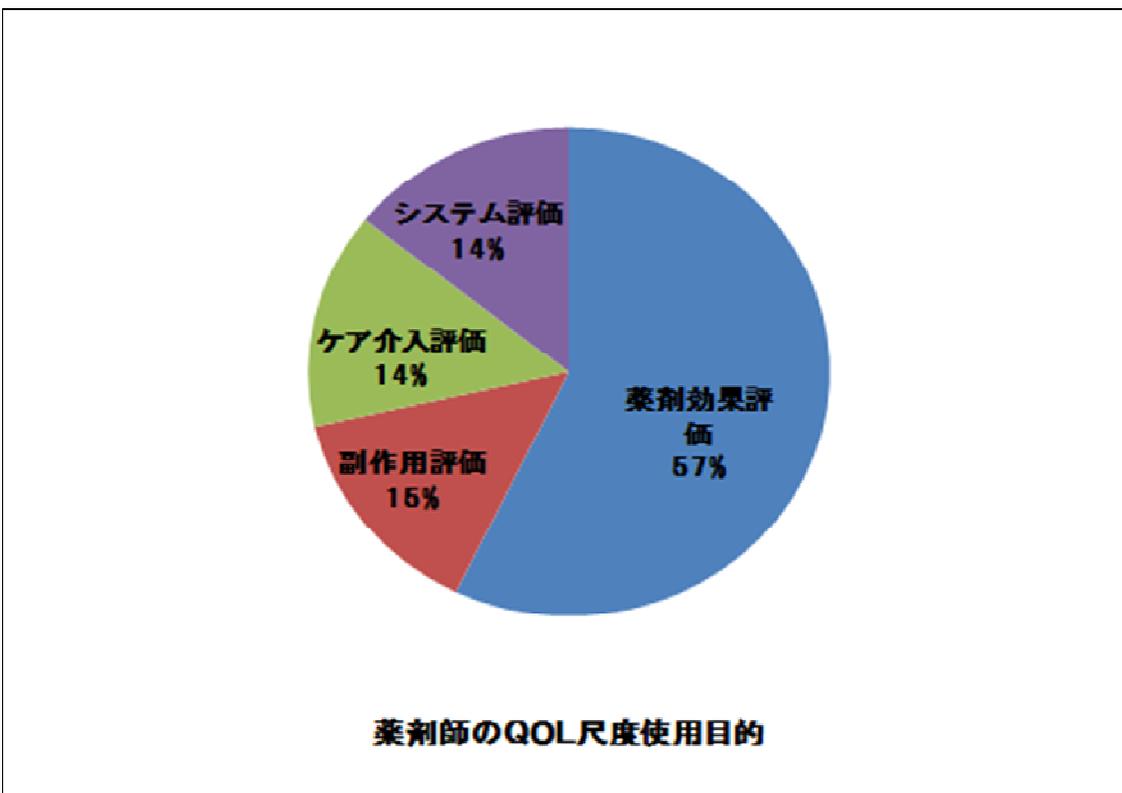


図 10. 薬剤師の QOL 尺度使用目的

薬剤師では、7件の論文が掲載されていた。目的別では「薬剤効果評価」4件、「副作用評価」1件、「ケア介入評価」1件、「システム評価」1件となっていた。(図10. 参照) 使用されている尺度は、EQ-5D、PS、SF-36、その他であった。

医師や薬剤師の殆どは、実施した治療の効果の評価尺度としてQOL尺度を用いていた。また、看護師で、尺度開発や要因検討を除き、日常生活に関連ある調査が実施されていたが、内容は、入院患者の療養支援のための情報収集や、外来治療継続のための支援の検討、あるいは、介護者の支援等に関するもので、実際に若年がん患者の在宅における日常生活支援について具体的に検討したものはなかった。

尚、がん患者のQOLについて書かれた論文のうち、代表的な7件についてその概要を表4.(28頁)に示す。

3. 2. 4 考察

がんの治療現場においては、EBM(Evidence-Based medicine)に基づき患者の得るアウトカム(成果)、例えば生存期間や副作用等に関するEBMが求められる。そして質の高いEBMを得るために、質の高い臨床研究や臨床試験が必要であり、そのアウトカムについて適切な評価尺度がなければ、正しい評価ができない。そのような意味において、医療におけるQOLは、治療の効果や副作用などの評価尺度として用いられることが多い。現在開発されているQOL評価尺度は、1)効用値を測定するための「選好に基づく尺度」と2)QOLを多次的に測定するための「プロファイル型尺度」の2種類がある。このうち、プロファイル型尺度が、健康関連QOLに含まれる複数の重要な要素(身体面・心理面・社会面)について測定、評価する尺度である。この尺度は、①包括的尺度(健康人から主に良性疾患の患者まで幅広い対象のQOLが測定できる尺度で、異なる疾病や国別のQOL比較に適している。SF36《MOS-Short Form 36》は、代表的な尺度である)と②疾患特異的尺度(がんの専門領域で馴染みが深い尺度。EORTC QLQ《European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire》やFACT《Functional Assessment of Cancer Therapy》scaleなどがある)の2つに下位分類できる。今回の文献サーベイランスの結果、何らかのQOL尺度を用いた論文を医師が多く報告していることや、QOL尺度においてQLQC-30やFACTが使用されていること、また治療効果評価のために使用されていること等から、医師はがん患者のQOLについて、実施した治療の効果をもって患者のアウトカムとし、その評価をQOL尺度を用いて行っていることがわかった。また、他の分野(看護・薬剤・リハビリテーション等)においても殆ど疾患や治療に関連したアウトカム評価であったことから、医療におけるQOLは、一般的にアウトカム評価を目的として使用されることが多いと考えられる。

また、下妻らは

「医療におけるQOLの概念構造について身体面・心理(精神)面・社会面・機能(役割)面が中心をなし、身体面・心理面・機能面は特に、健康関連QOL(Health Related QOL: HRQOL)と呼ばれ、治療やケア等の評価において欠くことのできないQOLの要素であると考えられている。一方社会面については、一部の環境要因など、医療の介入によって変わることがあまりなくHRQOLに含めるべきでないという意見がある。しかし、どの範囲が本当に医療の介入によって変わるか、変わらないのか、は実際に測定してみないとわからないことも多い³⁷⁾」

と述べており、社会面に関するQOLは、今あるQOL尺度では測定できにくいと説明して

³⁷⁾ 下妻晃二郎他「がん患者用QOL尺度の開発と臨床応用(Ⅰ)」日医総研ワーキングペーパー No.56 2001年10月

いる。

更に Thomas Kiichler は、著書「がんにおける QOL 研究」で、

「QOL は、限定された時間の枠組みの中における、心理的、身体的、社会的経験の主観的評価を含んだ多くの特質からなる概念と理解されている。この定義は QOL が何で構成されているかについての文献上にみられる合意事項を反映させたものである。それは、a：身体的特質 b：心理的特質 c：社会的特質である。これらの包括的な特質は、より特異的な領域に細分化されうる。すなわち、一般的または特有の症状、特に疼痛、そして機能状態は身体的特質に含まれる。疼痛はとりわけ日常生活に非常に厳しい制限をもたらすので、治療成功の判断基準として含まれる必要がある。心理的特質には、心配、うつ、そして主観的満足度の領域が関連している。社会的特質には、働く能力と一般的な経済環境だけでなく、家族や社会の支え、医師患者関係、財政的負担などの領域を含んでいる。これらの包括的な特質の範囲以外に、QOL に含まれる領域が存在する。性的能力、ある文化特有の現象、そして霊性などである。一つの臨床試験に特異的な課題によっては、上述した領域を更に分類したり追加することもありうる。いわゆるモジュール（疾患あるいは、治療特異的）追加の方法により、QOL 研究のより一般的な特質が完成する可能性がある。

個人的なそして一生の体験を系統的に評価することは、がん比較研究の目的にはなりえない。むしろ、包括的な概念と関連した、その QOL の研究に特異的な特質が評価決定されなければならない³⁸⁾」

と述べている。

つまり、医療におけるがん研究においては、QOL 評価は治療効果の比較などホリスティックに捉えるという意味で用いられており、個人的な内容についての評価ではないということであり、がん疾患において従来の QOL を評価したことが、その人の療養生活の個別的課題に対処するものではないということがわかった。もちろん、医学研究における QOL 評価も重要ではあるが、人は社会の一員として尊重され、社会の中で役割を果たしていくことも重要である。よって、健康に関連した社会面における QOL も医療における QOL と同様に重要となる。そしてこの社会面における QOL はきわめて個人的で、個々の価値観が色濃く出るもので、一般化できない QOL であり、それこそが、がん患者の在宅療養における QOL として重要なものであると考える。

文献サーベイランスの結果から、現在のところ、医療者の注目を集める QOL 調査は殆どが治療効果あるいは副作用対策評価であると言わざるを得ないが、今後は、多様化する価値観などを含め、社会的健康の QOL 評価、つまり個別的課題に対処するための QOL 研究を進めて行く必要があると考える。

今回の調査で社会的健康における QOL についての論文が殆ど見当たらなかったのは、尺度が一般化できないことや、尺度そのものが未だ検討されていないからであろうと推測される。それ故、社会的健康、つまり日常生活の視点から見た QOL 調査が行われるよう、研究が進むことが求められる。

³⁸⁾ Thomas Kiichler 著 下妻晃二郎訳『癌における QOL 研究』I・グッゲンムース・ホルツマン他(編) (漆崎一郎・栗原稔監修)「QOL その概念から応用まで」115 頁-116 頁 シュプリンガー・フェアラーク東京 1996 年

表 4. がん患者の QOL について書かれた論文の概要

(筆者作成)

	研究者及び 研究年	目的・方法	対象	内容
医師	Namiki Shunichiら (2009)	健康関連QOL (HRQOL) に関する根治的前立腺摘出術 (RP) の影響を検討。	205例	特定の高齢患者は、RP後の満 足な機能的転機に到達でき た。
	Tsunoda Akiraら (2010)	治療前と治療開始後5週目に 健康関連クオリティ オブ ライフ (HRQOL) を評価し た。	37例	CPT-11併用S-1治療は、有意 な臨床作用を有し、HRQOLお よび症状の悪化は許容範囲内 であった。
	Hikosaka Mkotoら (2011)	治療後の日本人頭頸部癌患者 の健康関連QOL (HRQOL) を評価 した。	29例	頭頸部癌の包括的QOLは、比 較的保たれていたが、口腔疾 患特異的QOLは、標準的な日 本人と比べ低下していた。
	Kurosaka Shinjiら (2012)	ストロンチウム-89 (Sr- 89) 放射性核種療法が疼痛性 骨転移のある前立腺癌患者の QOLに及ぼす疼痛改善効果に ついて検討する。	13例	Sr-89放射性核種療法は、疼 痛性骨転移のある前立腺癌患 者の特性を減少させるだけで なく、心理社会的側面と機能的 干渉を改善する。
看護師	笹川寿美ら (2010)	外来で、BCG注入療法を受け る膀胱がん患者の治療中の QOLの変化を明らかにする。	13例	外来で、BCG注入療法を受け ている患者のQOLは、治療開 始前に比べ治療開始後に高い 傾向にあった。
薬剤師	荒川真紀ら (2008)	症例報告	1例	ZAの投与は、骨転移を有する 固形がん患者における集学的 治療において、効果的な手段 であると考えられる。
理学療法士	本山美由紀ら (2010)	食道癌患者の術前と退院時に おける倦怠感と心理状態およ びQOLに関する検討を行う。	20例	食道癌患者は、術前から抑う つ傾向にあることがわかり、 倦怠感がQOLに関与している ことが明らかとなった。

第4章 在宅療養若年がん患者の日常生活上のQOLとその低下リスクファクター

筆者は看護師を対象として、在宅療養がん患者の抱える問題についてインタビュー調査を実施し、「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」の4つのカテゴリーを抽出した。そしてこれらが在宅療養の若年がん患者の日常生活上のQOL低下のリスクファクターになっていると述べた。しかしこの調査は、あくまで看護師の視点を通じたものであり、看護師の視点と実際にがん患者が直面している問題、つまり、QOLの低下に影響すると考えられるもの間で差異がある可能性もある。よって、がん患者を対象とした調査を実施し、実際に在宅療養中の若年がん患者のQOLを低下させるリスクファクターは何かを確認する必要がある。

そこで、若年がん患者を対象としてインタビュー調査を実施し、語れた内容を基に、若年がん患者の日常生活上のQOLを低下させるリスクファクターについて分析する。

4. 1 インタビュー調査

若年がん患者の日常生活上のQOLを評価するためには、彼らが日常の中でどのようなことを考え、感じているか、また、どのようなことを問題と意識しているかを明らかにし、何が彼らの日常生活上のQOLを低下させる要因となっているのかを検討する必要がある。そのためには、実際に患者との面接調査を実施することが重要であると考えられる。よって、調査方法の選択においては、インタビュー調査方法を選択した。

4. 1. 1 インタビューの対象者

インタビュー調査の対象は、30代～50代のがん患者で、A市内のがんサロン³⁹⁾に所属し、現在継続して外来治療を受けている患者7名（男性1名、女性6名）である。尚、本調査に協力を得るために、いくつかの患者会や医療機関に協力依頼を行ったが、患者から協力の了承を得ることが困難であった。今回、調査の意図を説明し、7名の協力を得ることができ、インタビューを実施した。

4. 1. 2 インタビュー方法

インタビューはフォーカスグループインタビューとし、若年がん患者あるいはその家族にとって必要と思われる支援について、先に実施した看護師へのインタビュー調査結果を基に、インタビューガイドを作成した。(表5. 参照) インタビューの時間は約1時間で、会話の内容は参加者に了解を得て記録した。

4. 1. 3 分析方法

作成した逐語録を基に、日常生活上のQOLを低下させる要因に関する内容を文脈単位

³⁹⁾ がんサロンとは、患者間で安らぐための空間、対話を通して患者・家族の不安や孤独感を緩和する場所、よりよく過ごすきっかけを自分のペースで見つける場所、がん医療に対する情報交換をする場所のことで、多くは医療機関に併設されているが、患者やその家族が自宅を開放して、アットホーム的な雰囲気で開催しているがんサロンも増えてきている。

表 5. がん患者へのインタビューガイド

インタビューガイド	
1. 退院時には予測しなかったようなストレスを感じたことがあるか。また、それはどう いうものか。	
1) 患者自身の問題について (身体的機能・心理的機能)	
	再発への不安や副作用について
2) 職業的・経済的問題について	
3) 身体的機能低下 (日常生活動作の低下) はあるか。それに伴う具体的な苦痛の内容	
4) 社会的役割の変化の実感や喪失の経験はるか。その具体的内容はどのようなものか	
5) 家族関係に変化はあったか。具体的にどのような変化か。	
2. 在宅療養生活を続けるうえで、必要な支援は何だと思うか	
1) 人的支援	
	同じ経験を持つもの同士の相互支援 (ピア・サポート) について
	24時間電話相談 (医療の専門家や心理の専門家への相談) について
2) 環境改善	
	がん患者専用の短期入所施設は必要か
	緊急時すぐに入院できるベッドの保証は必要か

(筆者作成)

で抽出し、コード化した。コード化した内容に従って、カテゴリー化した。分析の信頼性、妥当性を高めるため、がん看護に携わる看護師 2 名とともに分析を行った。

4. 1. 4 倫理上の配慮

対象者へは、書面にて調査の趣旨および目的を説明した。また、自由意思で参加の同意あるいは同意しないことが決定でき、本インタビューに同意が得られない場合や途中で同意を撤回する場合も何らかの不利益が生じないことを書面で説明し、同意が得られる場合は同意書に署名を得た。個人情報については、書面上に本研究以外には使用しないことを明記し、研究対象者については特定できないよう配慮し、個人情報保護について、守秘義務を遵守することを明記した。

インタビュー調査実施に際し、熊本大学大学院社会文化科学研究科倫理委員会の承認を得た。

4. 1. 5 調査結果

若年がん患者の日常生活上の QOL に関連した要因は、表 6. に示すように 13 のサブカテゴリーから 4 つのカテゴリーが抽出された。

4. 1. 5. 1 カテゴリー1 ピア・サポート

患者は、がんサロンについて「がんサロンに来れば、同じ仲間がいる」「仲間に支えられている」と話し、有効なピア・サポートが行われていることが伺えた。サロンの主催者⁴⁰⁾は「特にテーマがあるわけではないが、自分が思っていることや困っていること、悩みを気兼ねなく話せる場所と時間は大事で必要なこと」と話し、更に彼らは、「サロンに来られる人はまだ良い。問題なのは、家に引きこもっている人達にどうやって支援をするかです」とも話していた。

4. 1. 5. 2. カテゴリー2 生計

外来治療における医療費の控除について問題意識を持っている発言が多く聞かれた。「がん治療を続けると、検査や心理療法を受ける必要が出てくる。がん治療に関連したものなのに、診療科が違えば費用も合算されないの、高額医療給付⁴¹⁾を受けられない。これは辛い」と話していた。また、「治療が続く限り費用はかかるが、それは何とかなくても、生活がまわらなくなってしまう。若い世代の人たちは、もともと生活がやっただから生命保険に入っている人も少ないと思う」と話し、治療費が家計を圧迫していることがわかった。

更に「医師から新しい薬を紹介されても、医療費のことを考えると使用を断ることもある」とも話し、経済的な圧迫は、治療そのものにも影響を与えていることがわかった。

一方、どのような経済的支援があるのかの情報を知り、自分達に必要な支援を選択したいという希望も持っており、生計の問題について、より現実的に能動的に対処しようと考えていることも明らかになった。

4. 1. 5. 3. カテゴリー3 関係性

患者にとって、家族の存在は筆者が想像した以上に大きく、自分のがんになったことで、家族を苦しめているという思いを抱いていることが分かった。また、家族も患者と同様にがん告知後は動揺し、現実を受けとめきれずに苦悩していることも患者の口から語られ、「家族のことを誰に相談して良いかわからない」といった言葉も聞かれた。

また、患者にとって「家族の苦しみが自分にとって、最も辛い」とも話していた。更に「家族には、この苦しみを乗り越える力がある。でも、突然家族の一人ががんだと言われ、混乱してどうしていいかわからないでいる。自分にそれが分かっても自分もどうしていいかわからない。それが悔しい」とも話しており、患者は、家族が患者本人と同様にがんを受け入れるプロセスを辿ることで家族機能⁴²⁾を回復し、お互いに支え合う存在として再

⁴⁰⁾ 一般的にがんサロンは、患者会やその連合体、あるいは行政、医療機関主導で始める場合が多いが、何人かのがん患者や家族が中心になって、がんサロンを立ち上げるケースも増えている。熊本県の場合、2013年4月時点で、24のがんサロンが開催されているが、殆どが医療機関主導であり、個人が代表者としてがんサロンを立ち上げているのは5グループである。

⁴¹⁾ 高額療養費制度とは、公的医療保険における制度の一つで、医療機関や薬局の窓口で支払った額が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度 厚生労働省HP
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html 2013年5月閲覧

⁴²⁾ 鈴木和子、渡辺裕子著「家族看護学」第1章5頁 日本看護協会出版会
家族機能とは、個人と社会の間であって、内部では家族構成員の発達と生活を互いに支え合い外部からは、その時代に特有な文化的背景を反映する社会的集団の影響をうけている

生できるが、そのためにはがん家族を対象とした、タイムリーで継続的な支援が必要だと考えていた。

更に子供に対するケアについては、「これまで親が病気であることを隠していた。かわいそうだと思った。それに子供に伝えたその時から、どのようにフォローして行けばよいか解らなかったから」と述べている。しかし、子供も家族構成員の一人だと考えれば、成長発達に応じた説明が必要であるとも考えており、それには子供の心理を専門とした人達の支援は欠かせないと考えていた。

4. 1. 5. 4. カテゴリー4 役割

若年がん患者と高齢の患者の社会的背景の違いについて「担っている役割が違う」と彼らは語っている。親役割や生計維持者としての役割、そして介護者役割等々この世代の患者は多くの役割を担っており、「役割を果たせないことが辛い」とも述べ、役割の遂行が個人や家族にとって重要な位置にあることがわかった。また、がんに罹患したことで、自分も含めて家族の目標の転換や役割交代の必要性が出てくる。そこで、なるべく早く新しい生き方を確立していく必要があると考えており、より個別的で継続した支援が必要であると話した。

という人間社会の凝縮された集団である。

表 6. 患者インタビューから見えてきた日常生活上の QOL に関連した要因

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
がんサロンは、同じ仲間が集まる場所 がんサロンの仲間に支えられている	仲間に支えられているという 思い	ピア・サポート
自分の思いを話せる場所がある	ナラティブの必要性	
若い世代（子育て世代）のがんサロン が必要	他の世代とは違う悩みや苦し みを共有したいという思い	
自分の体調に合った働き方のできる職 場は少ない	仕事を継続することの困難と 生活費の圧迫	生 計
治療費は入院より外来が高いのは苦し い 経済的な問題が治療選択に影響する	治療費に関連した経済的圧迫 とそれによる治療制限のリス ク	
利用できる福祉や使える医療制度など の情報を提供してほしい 情報をなるべく多く入手し、必要なも のを選択したい	必要な情報を入手し、自分達 に合った経済的支援を選択し たいという自律した思い	
両親に病気のことを伝えていない 家族が病気を受け止めるのには時間が かかる がん患者の家族はがん家族になる	家族も病気を受け入れるプロ セスを辿ることで家族機能が 回復する	関 係 性
家族への告知は専門家の支援が必要 家族への告知後のフォローも必要 家族への支援もタイムリーに行ってほ しい	家族を対象とした専門家のタ イムリーで継続的な支援が必 要	
自分が家族を苦しめている 家族の悲しみが自分の最も大きな苦し み 家族の問題を誰に相談して良いかわか らない	自分が家族を苦しめていると いう思い	
子供問題は最も苦しむ 子供に親の病気をどう伝えれば良いか わからない 子供に伝えるために専門家の支援が必 要	チャイルドライフの専門家に よる子供への支援	
若い世代は、自分のことより考えなけ ればならないことが多くある (子供の将来・介護・家族の生活)	若い世代のがん患者の社会的 役割	役 割
自分が死んだら家族の面倒は誰が見る のか 若い世代、再発や転移等の可能性が高 いのでいつも不安	役割を果たせないことによる 不安	
新しいライフスタイルを確立する必要 がある なるべく早期から整理をしておく必要 がある	自分も含めた家族の新しい生 き方の確立	

筆者作成

4. 1. 6 考察

若年がん患者の日常生活上の QOL 低下リスクの要因として、「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の4つがインタビューより明らかになった。これは、下妻らの「QOL 概念構造」の社会面《家族や社会との調和、社会的役割、経済環境など》⁴³⁾ とほぼ一致するものであった。

「ピア・サポート」はがんサロンの役割の一つでもあり、今回のインタビュー結果から、調査対象としたがんサロンが有効に活用されていることが伺われた。

松下らの調査⁴⁴⁾によると、

「入院ないし外来通院中に患者同士で病気について話し合ったり、助言し合う経験が『あった』という者は調査対象の 46.8%で、『なかった』者は、48.8% であった。『あった』者 234 名のうち、そうした経験を通じて精神的に助けられることが『あった』という者は、84.2%、『なかった』は 9.8%、『わからない』という者は、6.0%であった。松下らは、そのような体験がもたらされることは、患者にとって大変有効なサポートになると述べている。更に、松下らは、共通した悩みを分かち合うことで『なぜ自分だけが・・・』といったスピリチュアルな葛藤から解放されることも多い」

と述べている。

今回のインタビューにおいても「ピア・サポート」の重要性が語られており、松下らの研究を裏付けるものであった。

以上のことから、がんサロンの活動は、患者自身がナラティブによってエンパワーされ、様々な問題に前向きに取り組む力を持つことにつながっているのではないかと考える。また、ピア・サポートにより、患者のがん告知後の混乱が速やかに収束し、徐々にではあるが、自分だけでなく家族や自宅に引きこもっている患者への支援についても思いやることができるようになるなど、患者の周辺のことにも注意を向けることができるようになってきているのではないだろうかと考える。よって、ピア・サポートを受けているかどうか、患者の日常生活上の QOL に強く影響すると考えられる。しかし、このような心理支援の必要性については先にも述べたとおり、既に明らかにされており、その必要性と重要性から、がんサロンは全国に広がりを見せているのだと考える。

更に患者自身がエンパワーされているかどうかは、家族との関係や役割遂行にも影響している。特に「患者と共に家族もがんを受け入れて行くプロセスを辿る必要がある」と患者自身が語っているように、患者は、自分が辿ったプロセスについて、客観的に確認できている。更に家族もそのプロセスを辿ることで、悩みや苦しみを克服し、新たな目標を持った家族の再生へとつながることを実感しているのだと考える。

松下らによると

「がん罹患以降、日常的に心の支えになってくれる人（相談できる人、話を聴いてもらえる人）が必要だったという者は、64.6%を占め、いつでも気楽にアクセスできて、相談したり話を聴いてもらえる人を必要とするがん患者は少なくないことが把握されたという。更に、日常的な心の支えとなる担い手は、家族が 85.8%、友人が 47.1%など、プライベートな関係者が圧倒的に多かった」

⁴³⁾ 前掲「がん患者用 QOL 尺度の開発と臨床応用 (I)」

⁴⁴⁾ 「がん患者の心の支えと相談行為の実際」松下年子他 The Japanese Society of General Hospital Psychiatry 2010 Vol.22 No.1

と述べている。しかしながら、一方で、病名告知から治療期間中に家族が落ち込んだという者は42.4%を占め、落ち込まなかったとはっきり言える者が28.2%であったことから、家族のメンタルヘルスの重要性が示唆されたと述べ、その家族の落ち込みに対して、62.7%の患者が、自分が家族と話し合うなど自分自身で対処していること、また何かしらの対処の結果、84.4%の家族が落ち着いていることが示唆された。これは、患者が自らのメンタルヘルスを維持しながら、家族のメンタルヘルスにも気を遣わなければならなかったことを意味しており、その負担は大きいと述べている。

今回のインタビューにおいても家族の苦しみを自らの苦しみとして受け止め、自責の念を抱いている発言からも同様のことが伺われる。そして、患者たちは家族への働きかけや支援を患者自身が行うことは非常に困難であり、何らかの外部からの支援が必要であると述べており、家族が家族本来の力を取り戻すためには専門家の支援が必要であると訴えている。よって、家族を含めたメンタルヘルスがより重要となって来る。

つまり、がんサロンにおける活動は、患者自身のエンパワーを行う場としては十分機能しているものの、家族やその周囲に活動範囲を広げることは難しい状況にあると考えてよい。また、個別の対応も必要となるため、家族の支援には、それに関する専門家の介入が必要であると言えるだろう。

また、家族が新たな目標を持つことで再生できるということは、患者のこれまでの役割を縮小するかあるいは、場合によっては交代の必要性も出てくるということでもあり、そのことを家族全員が理解し納得することで、家族の新たな目標を持つことができるのではないかと考える。家族の一員ががんに罹患するという事は、家族構成員の一人一人がこれまでとは違った役割を担うということを理解して行かなければならないだろう。例えば、親の病気について子供へ説明するという事は、このような意味も含まれているのではないだろうかと考える。だからこそ、専門の心理支援が必要であると感じているのではないだろうか。

経済的支援については、医療費の控除など直接的な支援も必要だが、今回のインタビューからは、支援を得るための情報を自分たち自身で得ることがより重要であると考えていることがわかった。この結果には、おそらくインタビュー対象が女性が殆どであったことも影響しているのではないかと考えられるが、情報化あるいは価値が多様化する社会において、患者が自分の生き方や価値に応じた支援を選択するという事の重要性を示すものではないかと考える。患者たちは、自分に必要な支援を得るためにより多くの情報を得ておく必要性を実感しており、どこにアクセスすれば、その時のニーズにあった支援をタイムリーに得られるかという情報を持っていることが、より自分らしく生きていくために重要なことだと考えているのではないかと考える。

また、今回、7名の患者にインタビューし、結果を得ることができたが、7名の協力者を得ることはたやすいことではなかった。患者たちは「自分ががんになったことを近所に知られたくない」と話し、自分ががんになったことで、子供たちが学校で噂の対象となることや、がん家系として将来に影響がでることなどを非常に心配し、自分や家族が、学校や近所で噂の対象となるのが辛いと泣きながら話した。このことは、がんという疾患が、患者や家族を社会から孤立させ、引きこもらせてしまう状況にあることを示唆しており、「なるべく自分の病気について話したくない」「そっとしておいてほしい」という思いにつながっていると思われる。これまでがん患者を対象とした調査では、インターネット調査や質問紙法による調査が主であり、インタビュー調査においては、先の理由から同意を得ることが難しく、高島ら⁴⁵⁾や後藤⁴⁶⁾、広瀬⁴⁷⁾らの調査報告のように、QOLの面接調査

45 高島尚美他「胃癌胃切除周術期の心理的要因の変動（HADS）と生活状況・QOL とその関連」 消心身医 Vol.19 No.1 2012年

46 後藤みゆき「在宅終末期がん患者の家族介護者支援～ボランティアによるインフォーマルな支援の意義～」 *Hospice and Home Care* Vol.20 No.1 2012年

報告の対象者が少数の報告例しかなかった。有り難いことに、7名の患者がインタビューに応じてくれたことは、有益なことであった。

4. 1. 7 まとめ

今回のインタビューで、若年がん患者の日常生活上の QOL とは、看護師へのインタビューを通して示唆された、医療体制や支援体制といった大きな枠組みによる充実ではなく、「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の4つのカテゴリーが抽出されたことに示されるように、社会の中の一員として役割を果たしながら生きて行くといった、いわば、より内面的なものの価値が満たされていることを意味するものであることが示された。

つまり、若年がん患者の日常生活上の QOL とは、社会の一員として生きて行くための内面的な充実のことであり、それゆえに個々人の生き方や価値観によって影響を受けるものであることを示していると考えられる。よって、この4つのカテゴリーを、若年がん患者の日常生活上の QOL 低下のリスクファクターを示唆するものとして考えることができるのではないだろうか。

尚、がん患者へのインタビュー内容については、付表 3. を参照。

⁴⁷ 前掲 広瀬由美子他「若年女性生殖器がん術後患者の他者との関係における体験」
千葉看護学会誌 17(1), 43 頁-50 頁 2011 年

第5章 在宅療養若年がん患者の QODL 低下のリスク度評価尺度開発

若年がん患者の在宅療養生活上の QOL について、既存の評価尺度では、社会的健康面での評価が不十分であり、将来のリスクを予測し対応するといった点においても効果的でないことを述べてきた。そこで、若年がん患者の在宅療養生活上の QOL 低下のリスク度を評価する新たな尺度が必要となる。

筆者は、当初日常生活における QOL 低下のリスク度を評価する尺度について、本論文第3章で述べた、治療効果測定や心理状態の調査に用いられている評価、つまり医療のアウトカム指標としての QOL と同様の方法を用いること（量的評価）を検討していた。よって、その方法として、在宅療養中の若年がん患者へのインタビュー調査を実施し、そこからある一定のアウトカムを導き出し、それをもとに質問票を作成し、答えられた数値から QOL 低下のリスク度を評価しようと考えていた。

医療における QOL の概念構造は、身体面、心理（精神）面、社会面、機能（役割）面が中心を成している。（図 11. 参照）下妻らは、がん医療において評価すべき QOL の範囲について「5つの要素の範囲の評価は是非必要であるが、加えて、様々ながん種や治療別に特異的な問題（身体イメージ、性的機能の問題、抗がん剤の副作用である吐き気、脱毛、末梢神経障害など）が重要である⁴⁸⁾」と述べている。

例えば、第3章で述べた治療効果測定に多く用いられていた EORTC QLQ-C30 の調査表⁴⁹⁾では、表 7.（40 頁）に示すような質問が儲けられており、多くの患者の答えを定量的に処理して QOL の評価を行う。また、SF36 の調査票⁵⁰⁾では、11 項目 36 の質問が用意され、それぞれの質問において、自分が最も当てはまると思う番号を記入するようになっている。（41 頁表 8. 参照）QLQ-C30 や SF36 は、がん患者の一般的な状況を調査するものであるが、FACT-B（第 4-A 版）などは、乳がん用の QOL 調査表であり、乳がんの特異的な問題や抗がん剤治療の副作用等について記載するようになっている。（42 頁表 9. 参照）このように、治療効果測定のための QOL は、がんの種類や治療の方法、副作用等により多くの調査票が開発され有用性が検証されてきた。

しかしながら、日常生活の視点での QOL は、個人によって千差万別でありそれを測る尺度もまた、膨大な数になる。

長井らは、1997 年から 2001 年にかけて、外来通院中の末期がんの患者を対象に、在宅がん患者の QOL 調査を実施しているが、調査報告書の中で既存の質問票を（EORTC QLQ-C30）用いた調査について「瀬戸山らが指摘しているように、心理学的症状は、患者の個人の信念、文化的で民族的な要因により大きく変化しうるため、種々の要素をアセスメントしなければならない問題もある⁵¹⁾」と調査の限界を述べている。

48 「がん患者用 QOL 尺度の開発と臨床応用（1）」日医総研ワーキングペーパーNo.56

49 「EORTC QLQ-C30(Ver.3)」

http://www.csp.or.jp/cspor/seminar/text/1/lcrc_shimozuma_sub.pdf

2013 年 5 月閲覧

50 「SF36 日本語版 面接用質問用紙」

http://www.i-hope.jp/activities/qol/list/samplefile/SF36v2_interview_sample.pdf

2013 年 5 月閲覧

51 長井吉清ら「在宅がん患者の QOL 調査」病院管理—（255）2003 年

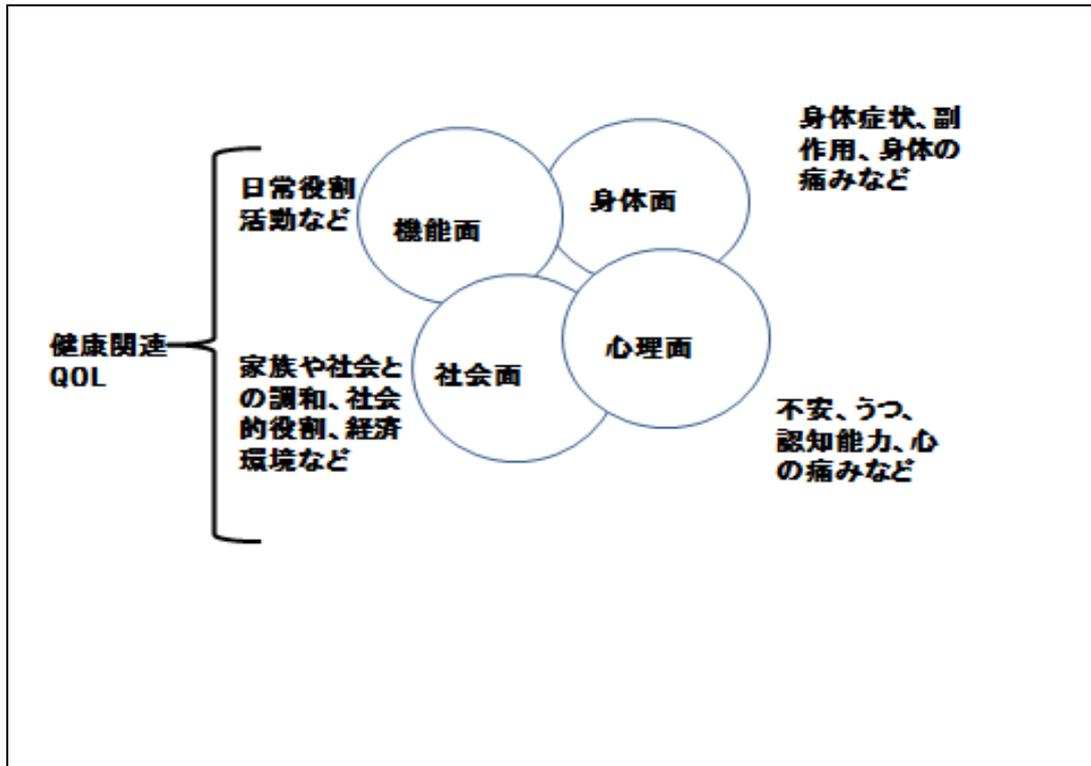


図 11. 医療における QOL の概念構造

「日医総研ワーキングペーパーがん患者の QOL 尺度の開発と臨床応用 (1)」を基に筆者が作図。

また、Marcia A. Testa らは、論文「Assessment of Quality of Life Outcomes」のなかで、「quality of life、そして更に具体的に言うと、健康に関連した quality of life という用語は、その人の経験・信念・期待そして認識（正確に記すと健康認識）によって影響される健康の身体的、精神的、社会的領域に言及するものである。これらの領域はそれぞれが 2 次元で測定できる：機能あるいは健康状態の客観的アセスメントと健康の主観的認識である⁵²⁾」とも述べている。（筆者訳）

つまり、QOL には、身体的、心理的、社会的健康の領域があり、個人の経験・信念・期待・認識によって影響をうけるものであるが、それぞれの領域は 2 つの次元で測定でき、一つは、機能あるいは健康状態の客観的アセスメント (Y 軸) であり、他は主観的な健康認識 (X 軸) であると説明できるとしている。

一方、Dan Brock⁵³⁾ は、QOL と密接な関係を持っている概念として「健康」と「幸福感 (well-being)」を挙げている。更に、「ヘルスケアにおける QOL の測定と医療倫理」で「人の QOL の最も広い解釈を表す概念としてふさわしい完璧な概念、あるいは広く認められているものは、哲学的な意味においても日常的な用法においても存在しない。しかし私はここで『良き生 (good life)』という概念を用いながら、QOL について検討する。医療とヘルスケアにおいては、善き生には客観的な要素と主観的な要素の両方があると考えざるを得ないような事例が多くある⁵⁴⁾」と述べている。

⁵²⁾ Marcia A. Testa 「Assessment of Quality of life Outcomes」

The new England journal of Medicine Vol. 334 No. 13 835 頁

⁵³⁾ Dan Brock : Professor of Philosophy and Professor of Human Values in Medicine.

Department of philosophy, Brown University, Providence, RI, USA

⁵⁴⁾ マーサ・ヌスパウム、アマルティア・セン共著「クオリティー・オブライフ 豊かさの

以上のことから、若年がん患者の日常生活上の QOL については、個々の価値観や信念等に影響を受けるため医療におけるアウトカムを評価する指標としての QOL 調査と同様の手法では評価できないことが予想される。つまり、評価尺度の開発は難しいことが明らかとなった。

しかし、先にも述べた通り、在宅療養若年がん患者の QOL について、リスク・マネジメントの考え方を導入し、日常生活上の QOL の低下をリスクと捉えたところ、リスクファクターを 4 つのカテゴリーに集約することができたことから、各リスクファクターのリスク度を評価することで、在宅療養中の若年がん患者の日常生活上の QOL を評価することができる。そこで、日常生活上の QOL 低下のリスク度を評価するために、あらたな方法を用いて検討する必要がある。そして、それは定量化するものではなく、個々の価値観にあった QOL を評価できるものでなくてはならないと考える。

よって本章では、先ず若年がん患者の日常生活の視点から見た QOL（筆者はこれを「Quality of daily life」と名付け、以下 QODL と表記する）について、患者のインタビューから導かれたものが、一般化できるかについて検討し、QODL を低下させるリスクファクターに注目して、QODL 低下リスク度を評価するための測定モデルの作成を試みる。

表 7. QLQ-C30 質問表

添付資料 LORIC QLQ-C30 (Ver. 3) (下巻頁 25)

第1回CSPOR-GRセミナー (2000/5/12~13)

JAPANESE



質問表 EORTC QLQ-C30 (version 3)

私達は、あなたとあなたの健康状態について関心を持っています。あなたの状態に、もっともよく当てはまる番号一つを○で囲み、全設問にお答え下さい。「正しい」答えや「誤った」答え、といったものはありません。なお、お答え頂いた内容については秘密厳守とさせていただきます。

あなたの名前前の頭文字を書いて下さい。 姓: ___ 名: ___ (例: 山田花子さん。姓: や 名: は)
 あなたの生年月日を書いて下さい。 19 ___ (明 大 昭 平 年)年 ___ 月 ___ 日生
year month day
 今日の日付を記入して下さい。 19 ___ (平成)年 ___ 月 ___ 日生
year month day

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
1. 重い買い物袋やスーツケースを運ぶなどの力仕事に支障がありますか。	1	2	3	4
2. 長い距離を歩くことに支障がありますか。	1	2	3	4
3. 屋外の短い距離をあるくことに支障がありますか。	1	2	3	4
4. 一日中ベッドやイスで過ごさなければなりませんか。	1	2	3	4
5. 食べること、衣類を着ること、顔や体を洗うこと、便所に行くことに人の手を借りる必要がありますか。	1	2	3	4

この一週間について

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
6. 仕事をすることや日常生活活動に支障がありましたか。	1	2	3	4
7. 趣味やレジャーをするのに支障がありましたか。	1	2	3	4
8. 息切れがありましたか。	1	2	3	4
9. 痛みがありましたか。	1	2	3	4
10. 休息をとる必要がありましたか。	1	2	3	4
11. 睡眠に支障がありましたか。	1	2	3	4
12. 体力が弱くなったと感じましたか。	1	2	3	4
13. 食欲がないと感じましたか。	1	2	3	4
14. 吐き気がありましたか。	1	2	3	4
15. 吐きましたか。	1	2	3	4

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved.
 Version 3.0

使用目的を研究者の自己学習用に限り、その他への転用を禁じる

1

http://www.csp.or.jp/cspor/seminar/text/1/1crc_shimozuma_sub.pdf

より、一部引用、詳しくは付表 7.参照

表 8. SF36 質問表

質問3は 10 問あります。

次の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、次のような活動をするのがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。それぞれの質問について一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問3の1、激しい活動、例えば一生けんめい走る、重いものを持ち上げる、

激しいスポーツをする、など。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

(回答された数字
をご記入下さい)

質問3の2、適度の活動、例えば家や庭のそうじをする、1～2時間散歩するなど。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の3、少し重いもの、例えば買い物袋などを持ち上げたり、運んだりする。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の4、階段を3、4階まで登る。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

SF-36v2TM Health Survey © 1992, 2000, 2003 Medical Outcomes Trust, Health Assessment Lab, QualityMetric Incorporated and Shunichi Fukuhara. All rights reserved.
SF-36v2 is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SF-36v2 Standard, Japanese)

表9 FACT-B 質問表

FACT-B (第4-A版)

下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。項目ごとに、ごく最近(過去7日間程度)のあなたの症状に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び○で囲んでください。

身体症状について		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
SP1	体に力が入らない感じがする。.....	0	1	2	3	4
SP2	吐き気がする。.....	0	1	2	3	4
SP3	体の具合のせいで家族への負担となっている。.....	0	1	2	3	4
SP4	痛みがある。.....	0	1	2	3	4
SP5	治療による副作用に悩んでいる。.....	0	1	2	3	4
SP6	自分は病気だと感じる。.....	0	1	2	3	4
SP7	体の具合のせいで、 ^{とこ} 床(ベッド)で休まざるを得ない。.....	0	1	2	3	4
社会的・家族との関係について		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
BS1	友人たちを身近に感じる。.....	0	1	2	3	4
BS2_1	家族を親密に感じる。.....	0	1	2	3	4
BS2	家族から精神的な助けがある。.....	0	1	2	3	4
BS3	友人からの助けがある。.....	0	1	2	3	4
BS4	家族は私の病気を充分受け入れている。.....	0	1	2	3	4
BS5	私の病気について家族間話し合いに満足している。.....	0	1	2	3	4
BSX_2	私は病気ではあるが、家族の生活は低調である。.....	0	1	2	3	4
BS6	パートナー(または自分を一番支えてくれる人)を親密に感じる。.....	0	1	2	3	4
SI	次の設問の内容は、現在あなたの性生活がどの程度あるのかとは無関係です。答えにくいと思われる場合は四角に <input type="checkbox"/> 印を付け、次のページの設問に進んで下さい。					
BS7	性生活に満足している。.....	0	1	2	3	4

Japanese

12/24/1997

© 1987, 1997

1/1

日医総研ワーキングペーパーがん患者の QOL 尺度の開発と臨床応用 (1) より、一部引用。詳しくは、付表9. 参照

5. 1 若年がん患者の QODL の概念

Marcia A. Testa らは、患者の QOL は、個人の経験・信念・期待・認識によって身体的・心理的・社会的領域で影響を受け、それぞれの領域は 2 つの次元で測定できる⁵⁵⁾ と述べ、Dan Brock は、医療とヘルスケアにおいては、善き生には、客観的な要素と主観的な要素の両方があると考えざるを得ないような事例が多くあると述べている⁵⁶⁾。

ところで、「主観的」「客観的」とは何を意味するのだろうか。Erik Allardt⁵⁷⁾ は、論文「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる福祉リサーチのアプローチ」で、

『客観的』『主観的』という言葉には、不明確で曖昧な部分がある。これまでも述べたように、この場合の客観的指標というのは、この場合事実関係に基づいた状況または、表に現れる行動に関する報告であり、主観的指標というのは個人の物の見方を測るものである。客観的指標と主観的指標の区別は、ニーズ (needs) と欲求 (wants) の哲学的な区別に類似するものがある⁵⁸⁾

と述べている。

看護の領域では、常に「患者のニーズは何か」を考えて行動する。この場合のニーズは、単なる患者の希望ではなく、患者の自律を目的とし、健康回復のためにとられる行動をニーズと呼び、ニーズに即して看護計画を立案し実施する。しかし、患者のニーズは、患者の希望と一致しない場合もある。例えば、患者が喫煙したいと希望しても、看護師は、患者がより健康に生きるためにどうやれば禁煙できるかを検討しプランを立てる。よって禁煙が患者のニーズとなる。このことから、Erik Allardt の「主観的」と「客観的」の区別を wants と needs で区別できるという考え方に筆者も同意し、同様の考え方をしたい。

これらのことから、QODL は、機能或いは健康状態の客観的アセスメントである Y 軸と、主観的な健康認識である X 軸 2 次元での説明が可能であり、QODL は、医療者の客観的アセスメントと個人がそのことをどのように捕らえているかの合意点で決定されるのではないかと考える。

では、ここでいうところの「健康」とは何を表しているのだろうか。これまで、がん患者にとっての QOL とは、単に治療効果があるとか不安の程度といった、身体的精神・心理的健康を中心に評価されてきた。しかしそれだけでなく、それに加えて生活者としての視点による QOL (QODL) も重要であると筆者は述べてきた。

世界保健機構 (WHO) は、健康の概念を「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にもそして社会的にもすべてが満たされた状態にあることをいう⁵⁹⁾」と説明している。

また、先にも述べたとおり、下妻らは、医療における QOL の概念構造について「身体

⁵⁵⁾ 前掲「Assessment of Quality of life Outcomes」

⁵⁶⁾ Dan Brock 著「ヘルスケアにおける QOL の測定と医療倫理」

「クオリティー・オブ・ライフ」マーサ・ヌスバウム、アマルティア・セン編著 里文出版 163 頁-164 頁 2006 年

⁵⁷⁾ Erik Allardt : President of Finnish Academy, Professor of Sociology, University of Helsinki, Finland

⁵⁸⁾ Erik Allardt 著「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる福祉リサーチのアプローチ」

「クオリティー・オブ・ライフ」マーサ・ヌスバウム、アマルティア・セン編著 里文出版 155 頁 2006 年

⁵⁹⁾ 前掲日本 WHO 協会訳

面・心理（精神）面・社会面・機能（役割）面が中心をなし、社会面を家族や社会との調和、社会的役割、経済環境」と説明している。

では、社会的に満たされるとはどういう状態を指すのだろうか。「健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究⁶⁰⁾」によると、空気・水といった環境や、貧困による健康格差、乳児死亡率等による公衆衛生的問題、またそれらに関する政策的課題等々マクロ的な視点で述べられた文献が主であった。しかしながら、筆者はがん患者の日常生活上の QOL 評価を目的としており、ミクロ的視点での社会的健康を定義する必要がある。

Marcia A. Testa らは、社会的健康の因子を「生計・役割・関係」⁶¹⁾と述べている。また、Erik Allardt は、

「(福祉リサーチアプローチについて) スウェーデン・アプローチの根底には、生活水準調査の主な関心は人のリソースを正確に測定することにある、という揺るぎない前提があった。そのリソースとは、個人が自らの生活を自分のものとしてコントロールするために用いるものである。事実、生活水準は『個人が、金銭、財産、知識、精神的、身体的なエネルギー、社会関係、安全といったリソースを自由にコントロールする権利のことで、個人はそれを通じて自らの生活状況をコントロールし、また意識的に方向づけることができる』と定義されていた。しかし、リソースばかりを強調すると内容が限られてしまうのではないかと懸念もあった。人の生活の発展のための条件を、より幅広く、より豊かに捉えるためには、これまでとは異なったアプローチが必要になってきた。この調査(北欧福祉比較調査⁶²⁾《The Comparative Scandinavian Welfare Study》)の指標体系は、ノルウェー人のヨハン・ガルトウングが提唱したベーシック・ニーズ・アプローチに基づいている。ベーシック・ニーズ・アプローチは、リソース・アプローチより複雑であると同時に、より曖昧なものである。しかしそれを用いると、人の生活の発展のために必要な条件をより包括的に考慮することが可能になる。ベーシック・ニーズ・アプローチが注目するのは、人は、それがないと生き残ることや苦難を避けること、他人との関係を持つこと、また、孤立を避けることなどできないような条件である。『所有すること』(Having)、『愛すること』(Loving)、そして『存在すること』(Being)というのは、人の生活の発展と存続のために必要な中核的条件を表す標語なのである⁶³⁾」

と述べ、「所有すること」「愛すること」「存在すること」という区分と、客観的指標と主観的指標という2つの区分を組み合わせ、6つの領域を提唱している。(表10. 参照)

ベーシック・ニーズ・アプローチが注目する「人が、それがないと生き残ることや苦難を避けること、他人との関係を持つこと、また、孤立を避けることなどできないもの」とは、「日常生活における健康」と解釈することができるのではないかと考える。そして、「所有すること」とは、その人の生活水準や環境的状况を測る客観的な尺度と説明されることから、Marcia A. Testa らの言うところの「生計」として、また、「愛すること」は、

60 近藤克則 尾島俊之「健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究」
厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）分担研究報告書

61 前掲「Assessment of Quality of life Outcomes」

62 北欧福祉比較調査：北欧の生活水準の比較調査をヘルシンキ大学が1972年に実施したもので、約1000人の標本がデンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン各国から無作為抽出され聞き取り調査が実施された。

63 前掲「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる福祉リサーチのアプローチ」150頁・151頁

人間関係と説明されているので、「関係」として、そして「存在すること」は、ロイ⁶⁴が「人は社会の中で隔離された単位として活動するものではない。その人は役割ニードと目標を満たすために、環境の中で絶えず他者と相互作用を持つ⁶⁵」と述べているように、「役割」として関連付けることができる。

また、第5章で筆者は、がん患者へのインタビューから、「生計」「関係性」「役割」の3つのカテゴリーについて、現状では QODL が低下するリスクを伴っていることを明らかにした。

以上のことを総合的に検討した結果、若年がん患者の QODL 低下のリスクファクターは、WHO の健康概念の社会的健康、つまり「生計」「関係」「役割」として一般化して捉えることができるのではないかと考える。

更に、健康関連 QOL (HRQOL) は、治療やケア介入のアウトカムとして評価されるが、QODL は、個々の価値や信念に影響を受けるものであるから、標準的なアウトカムとして提示することはできない。また、QODL のリスクファクターを「生計」「関係」「役割」として捉えるのであれば、それら3つのファクターについて、リスクの回避或いは軽減のためのリスク度評価が重要となる。そうであれば、QODL はアウトカム評価ではなく、リスクを回避或いは軽減するためのアセスメントツールとして利用されるものでなくてはならないと考える。そして、それぞれのファクターの QODL のリスク度は、主観的健康状態 (X 軸) と客観的健康状態 (Y 軸) の不一致として確認することができるのではないかと考える。

つまり、現在患者が置かれている状況を3つのリスクファクターをもとに、それぞれのリスク度を客観的指標と主観的指標によってアセスメントし、その結果得られるリスク度に応じたリスク回避策の介入を行うための測定モデルが必要となると考える。

表 10. 生活状況の調査に用いられる諸指標

生活状況の調査に用いられる諸指標		
	客観的指標	主観的指標
「所有すること」 (物理的・非個人的ニーズ)	1. その人の生活水準や環境的状况を測る客観的な尺度	4. 生活状況 (不満があるか、満足しているか) に関するその人の主観的な気持ち
「愛すること」 (社会的ニーズ)	2. その人の人間関係を測る客観的な尺度	5. 社会関係に関するその人の主観的な気持ち
「存在すること」 (人間としての成長に対するニーズ)	3. その人の (a) 社会、そして (b) 自然との関係を測る客観的な尺度	6. 孤立を経験しているか、人間としての成長を経験しているかに関する、その人の主観的な気持ち

「クオリティ・オブ・ライフ」157 頁表 1 引用

⁶⁴ **Sister Callista Roy** : 1977 年、カリフォルニア大ロサンゼルス校 (UCLA) 社会学博士号 (Ph.D) を取得。博士号取得後は同校にて研究に従事、87 年よりボストンカレッジ大学院教授。93 年より全米看護学会特別会員。主要著書に『Introduction to Nursing: An Adaptation Model』(1976), 『Essentials of the Roy Adaptation Model』(1986), 『The Roy Adaptation Model 3rd Edition』(2008)。

⁶⁵ 「ロイ適応看護モデル序説」第2版 松木光子監訳 へるす出版 236 頁

5. 2 若年がん患者の QODL の概念図

そこで、この考え方を基に QODL の概念図を作成した。この QODL 概念図は、X 軸を患者の「健康に関する主観的認識」とし、Y 軸を医療者が客観的にアセスメントする健康状態、つまり「客観的健康状態」とした。それぞれの軸は、positive から negative までの幅で表す。

では、QODL のリスク度は、どのように表すことができるだろうか。これまで述べてきたように Y 軸と X 軸が一致した状態、つまり、客観的評価と主観的評価が等しい状態が理想的な QODL であることは間違いないのではないかと考える。

Marcia A. Testa らは

「健康は、その人の健康に対する期待と人生の満足度に大きく影響を及ぼすため、同じ健康状態にあっても QOL は、其々違う。健康の領域には、測定される多くの構成要素がある。健康状態の度合いは、殆ど無限にあり、そのすべてが質も違えば寿命も違う。例えば、脳の活動がないためにか回復の見込みがなくて、生命維持装置をつけている人は、もし比較的長い間生きていてもそれぞれの領域において最も基本的な quality of life はないだろう。完全に健康な生活との 2 つの両極端な間には、計測できる quality of life の連続がある⁶⁶⁾」(筆者訳)

と述べている。

また、アマルティア・センは、いくつかの研究で、善き生の構成要素それぞれを、人の生の総合的な善さに貢献する独立のものとして理解する形式的な方法論を提示してきた⁶⁷⁾。

よって、これらの考え方を採用すると、QODL のリスク度は客観的健康状態の評価 (Y 軸) と主観的健康認識 (X 軸) の不一致を示す集合として表すことができるかもしれない。

例えば、客観的健康状態のアセスメントにより QOL が決定される考え方 (つまりこれまでの治療効果等に関連したアセスメント) であれば、恐らく治療効果による評価が QOL に影響するとされ、患者の主観的評価はどれほどであっても殆ど考慮されないであろう。

一方、ターミナル期にある患者の場合は、客観的な健康状態のアセスメントより、患者や家族の思いを優先してケアの提供が検討される。例えば、喫煙は健康に害があるとわかっているにもかかわらず患者の希望に沿って喫煙を許可する場合もある。

しかし、Erik Allardt が、「人々の生活状況についてどんなことを記録するべきかを決定する際に、人々のニーズと欲求の両方を考慮している⁶⁸⁾」と述べているように、QODL は、客観的状況だけでなく、そのことについて患者あるいは家族が満足しているかといった主観的な考え方にも大きく影響を受ける。若年がん患者の場合、がんという疾患を持ちながら、生活を維持していかなくてはならず、がんの治療を受けながらも、治療効果だけでなく、日常の役割や関係性、生計の維持にも何らかの満足感が得られなければ QODL が高いとはいいがたい状況にあると言える。よって、QODL は、客観的と主観的健康認識の 2 つの評価のバランスが最も重要であると考えられる。

ところが、Erik Allardt は、ヘルシンキ大学が行った調査結果から「研究対象になった状況の殆どにおいては、客観的な状況と主観的物の見方あるいは認識の間の相関関係は驚くほど弱いものなのである⁶⁹⁾」と述べており、主観と客観の 2 つの間での相関については、

66 前掲「Assessment of Quality of life Outcomes」

67 前掲「ヘルスケアにおける QOL の測定と医療倫理」164 頁-165 頁

68 前掲「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる福祉リサーチのアプローチ」155 頁

69 前掲「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる

未だ明らかではないと述べている。

しかし一方で、

「満足と不快感の両方を明瞭に表現するための能力には、人によって大きな差があることはよく知られており、また社会的、経済的に恵まれない人々は、自分たちの懸念を他の人々ほど明瞭に言い表せないことが多い。従って、福祉の基準を人々の主観的な見方だけに限ってしまうと、必要以上に控えめな評価になってしまう可能性がある。一方、人々の意見を完全に無視してしまうと、今度は専門家の独断を許してしまうことになる。客観的な尺度を用いた時の結果と主観的な尺度を用いた時の結果に強い相関関係があることが実証されるなら、このジレンマはもう少し簡単に解決できるだろう⁷⁰⁾」

とも述べており、このことは、客観と主観の間に相関は実証されていないものの、だからこそこの2つの間には強い相関があることを理想とするものだと解釈できるのではないだろうか。

よって、理想の QODL、つまり日常生活上の QOL の低下リスクがない状況とは、客観的健康状態を示す Y 軸上の指標と主観的健康認識を示す X 軸上の指標の双方から等距離にある点の集合として表されると考えられ、客観的健康状態の評価 (Y 軸) と主観的健康認識 (X 軸) の一致を表す点の集合と考えられる。(図 12. 参照)

但し、この図は、主観的健康認識と客観的健康状態の関係を二次元で表現する工夫を筆者が行ったものであり、線形回帰での説明を試みたものではない。

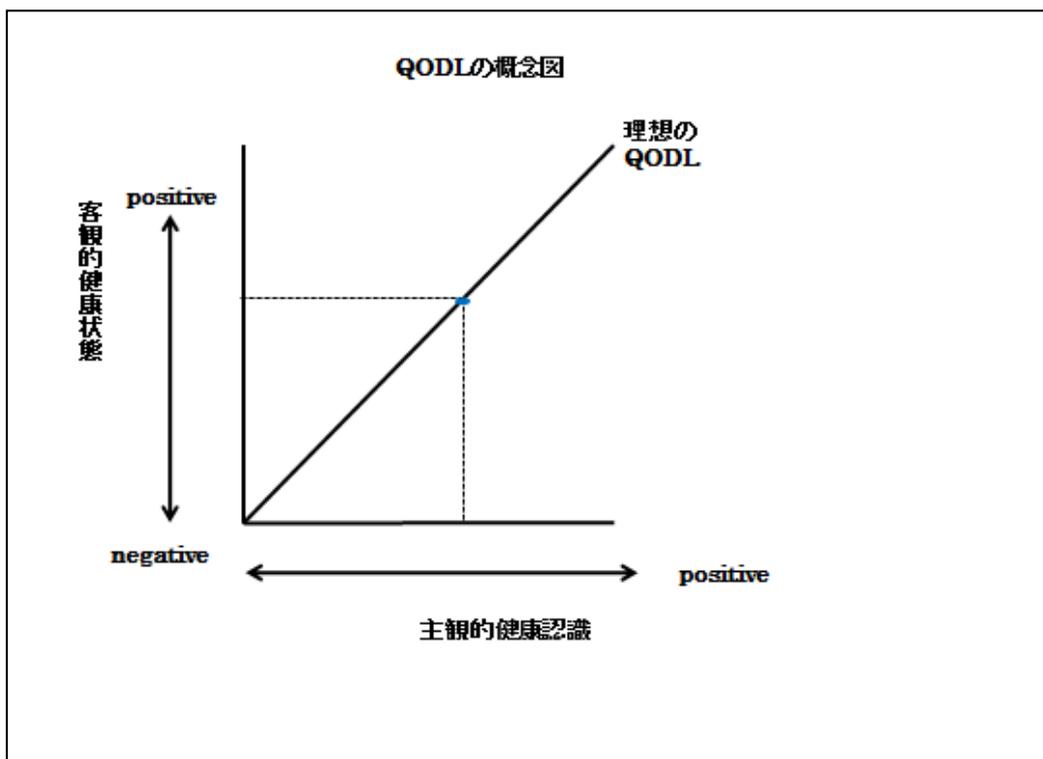


図 12. QODL の概念図

福祉リサーチのアプローチ」156 頁

⁷⁰⁾ 前掲「所有すること、愛すること、存在すること：スウェーデン・モデルに代わる福祉リサーチのアプローチ」156 頁

5. 3 QODL の評価

実際に社会的健康状態を評価するためには、3つのリスクファクターつまり「生計」「関係」「役割」の客観的健康状態と主観的健康認識について、それぞれ X 軸、Y 軸上に示される評価指標が必要である。なぜならば、QODL 低下リスク度測定モデルは、リスクを回避あるいは軽減する介入のためのアセスメントツールとして使用できるのもでなくてはならず、よって考え方だけでなく実際に患者の置かれている状況を総合的にアセスメントするための道具として用いられる必要がある。先にも述べた通り、量的な評価尺度では、患者の個々の生き方や価値観を評価できない。よって、評価指標を数値で表すことは難しいが、X 軸、Y 軸上に評価を何らかの方法で表すことができるよう検討する必要がある。

まず、主観的健康認識についてであるが、リッカート尺度⁷¹⁾では、評価のあいまいさを避けるために4段階で評価されることが多い。よって、リッカート尺度の採用に際し、回答の曖昧さを排除するために「どちらでもない」等の中間回答を排除し、かつ、できるだけ簡潔な運用を目的として、「思う」「やや思う」「あまり思わない」「思わない」の4段階を選んだ。

また、客観的評価指標は、3つのリスクファクター「生計」「関係」「役割」それぞれの内容をよく表す内容のものでなくてはならない。看護の領域では、患者や家族の状況や置かれている環境について、看護診断⁷²⁾(詳しくは付表5参照)を用いてアセスメントし介入を計画しアウトカムを明らかにするプロセスを辿ることが多い。よって、この看護診断の考え方を参考にして、客観的評価指標の内容を検討したい。

5. 3. 1 生計に関する評価指標

生計については、その患者、或いは患者を含めた家族が、社会の中で生きて行く上で必要な物質的条件に関するものとする。例えば、所得や財産、雇用状況等である。

ジョセフ・E・スティグリッツらは、経済的安全度の脅威について

「病気になると、直接のおよび間接的なかたちで、経済的な安全度が低下する。(中略)

病気に関連する安全度の低下度合いは、高額な医療費の自己負担以外にも、その人が仕事を休まざるを得なくなり、所得保障が得られないことによる、所得低下を付け加えるべきである」

と述べ、また

「経済的な安全度低下のすべてを計測しようとする、理想としては、それぞれの危険の頻度と危険がもたらす結果の両方を計測するべきであり、その方向での計測も幾つかの

⁷¹⁾ リッカート尺度とは、アンケートなどで使われる心理検査的評価尺度の一種であり、各種調査で広く使われている。リッカート尺度では、提示された文に回答者がどの程度同意できるかを回答する。その名称は、この尺度の利用に関する報告を出版した Rensis Likert に由来する。Wikipedia より

⁷²⁾ 黒田裕子著「入門看護診断」照林社 2011 年
看護診断とは、健康問題に対するその人の反応を臨床判断によって診断することである。つまり、正確には、看護の対象は問題ではなく、健康問題に対する反応と言わなくてはならない。医師が、健康問題そのものを診断するのに対して、看護師は健康問題に対する反応を診断するのである。したがって看護師は看護の視点でその患者の反応、つまりその病気に罹患した患者が病気に罹患したことで、どのような反応を示しているだろうかという行動の観察およびアセスメントをしなければならない。

されている。こうした危険度を示す諸指標には、その深刻さを測る共通の計測単位がないので、経済的暗線度の低下をつくり出す多様な危険度の合計をどうやって算出するのか課題である⁷³⁾」

と述べている。よって、検討中のアセスメントツールによりどの程度の経済的支援が必要かを予測することは困難であろう。

患者へのインタビューの結果からも、経済的支援については、単に金銭的な援助を希望するのではなく、自分たちの置かれている状況から必要な支援を選択したいといった主体的な考え方を持っており、そのためにどのような公的支援策があるのか、あるいは、どこへ行けばその情報を得ることができるのかといった「支援に関する情報を知りたい」という思いが強かった。

このことから、生計に関する客観的評価指標は、所得や財産、雇用といった条件を備えているかどうかという視点ではなく、「経済的に支援してくれる人がいる」「公的支援システムを知っている」「必要な支援内容を選択できる」「支援について、相談できる人あるいは相談できる場所を知っている」の4つの指標が妥当ではないかと考える。そして、この4つの指標の中から当てはまるとして選択された数（1～4）によって negative から positive へと移行する。

また、主観的指標については、「満足している」「やや満足している」「あまり満足していない」「満足していない」の4指標とし、満足している positive に、満足していないを negative として評価することとした。よって、生計というリスクファクターについて、リスクのない状態は、客観的健康状態の評価と主観的健康認識が一致する、図 13.の青い点で表され、リスク度はこの一致した点からどのくらい離れているか（不一致の幅）で見ることができると考える。

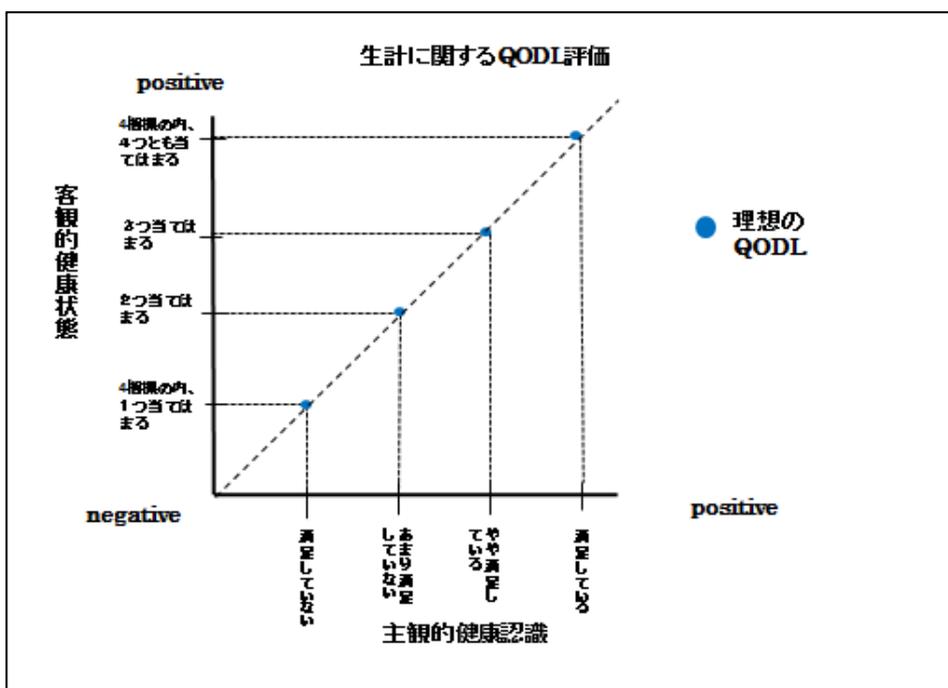


図 13. 生計に関する QODL 評価

(筆者作成)

⁷³⁾ ジョセフ・E・スティグリッツ他 福島清彦訳「暮らしの質を測る」金融財政事情研究会 88頁-90頁 2012年

5. 3. 2 関係に関する評価指標

「関係」とは、人間関係を持ち、社会的アイデンティティーを形成することに対するニーズに関するものである。

がん患者へのインタビューでは、家族との関係について多くの言葉が聞かれた。特に「自分ががんになったということより、それを聞いた家族が苦しんでいるのを見るのがもっと辛い」や「がんの告知を受けた瞬間から家族はがん家族になるのです」といった家族との関係の中で悩み苦しむ姿が表出されている。

近年、在院日数の短縮による在宅ケアへのシフトや生活習慣病等家族全員を対象として指導する必要がでてきたこと、家族形態の多様化による家族関係の複雑さなどから、家族を視野に入れた看護の必要性が論じられるようになってきている⁷⁴⁾。瀬山らは、がん患者の家族への介入に関する研究⁷⁵⁾で、がん患者家族に対する介入について

「我が国に限れば、がん対策基本法においても課題とされている5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）の家族は、患者同様増加することが予測されるため、診断から死別後、さらには予後も含む一連のプロセスの中で提供すべき支援方法を確立することが急務である。その上で、整備が進められている地域連携クリティカルパスにも十分な家族支援を内包し、すべての療養過程において家族システムが機能するよう働きかける体制を構築することが重要である。なぜなら、家族看護の最終的な目標である『家族が地域社会と交流しながらより健康な生活を営むことができる』を達成するためには、病院施設のみならず、保健、福祉、がんサロン等の地域資源からサポートを受ける必要があるためである。したがって、患者や家族個人が抱える問題を短期的に解決する方略を構築する中でも、家族システムを調整するための幅広いアプローチを見据えた研究モデルを描くことが求められている」

と述べている。

また、鈴木らは、著書「家族の看護学」の中で⁷⁶⁾

『『家族という存在』は、個々の家族成員同士の影響と、家族を取り巻く社会環境からもたらされる影響という両者から、しかも毎日の時間的な経過という積み重ねによって日々形づくられている流動的な存在である。そして、そのような家族全体に起こる変化を長い経過の中でとらえると、それはその家族の成長過程であると言い替えることもできる。つまり『家族』は、個人と社会との間にあって、内部では家族成員の発達と生活を支え合い、外部からはその時代に特有な文化的背景を反映する社会集団の影響を受けているという、人間社会の凝縮された集団である。すなわち、家族は、個人にとっても社会にとっても、つまりその時代に応じた特有な対内的、対外的機能を果たしてきた社会にとって欠くことのできない存在である」

と述べている。

ところで、1970年代にBowenがはじめて家族療法として開発したシステムモデル⁷⁷⁾は、その前提としてホメオスタシス（恒常性）を有するシステムであり、それは均衡を失

74 「よくわかる中範囲理論」黒田裕子監修 学研 270頁

75 「がん患者の家族に対する介入研究の動向と今後の課題」瀬山留加他
Kitakanto Med J 2009 No.59 351頁-356頁

76 「家族看護学」鈴木和子、渡辺裕子著 第3版 日本看護協会出版会 5頁

77 「クリニカルナーシング1看護診断 診断分類の理論的背景と診断名一覧」石川捨生他監訳 医学書院 335頁

ったあとに一体の状態を回復する能力を指すとしている。ここでいうところのホメオスタシスは、ある状態を維持するための原理ではなく、そのシステム内での不均衡や変化のコントロールを可能にするものである。つまり、健康な家族ならば、家庭内のストレスや変化に耐えることができるが、うまく機能していない家族にはそれができない。がん患者へのインタビューでも「がんの告知を受けたことによるショックは、自分で何とか現実を受け止め対処しようとするが、家族がショックを受けている状況については、なんともできない。それが辛い。できれば早くショックから回復していく過程を辿ってほしいが、それを支援してくれる人がいない。でも家族が立ち直るには、時間は早ければ早いほど良いと思う」と述べており、ホメオスタシスがうまく機能することを希望する言葉が聞かれている。

このように、「関係」というリスクファクターには家族の問題が重要な位置にあり、患者自身が家族の中でどのような位置にあるかといったことだけでなく、家族そのものの機能についても評価していく必要があると考える。

また、松下らは、がん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査⁷⁸⁾から、がん患者の日常的に心の支えになっているのは家族が殆どであり、家族の落ち込みに対処していたのは、患者自身であったことを明らかにし、患者だけでなく家族への支援の必要性を述べている。

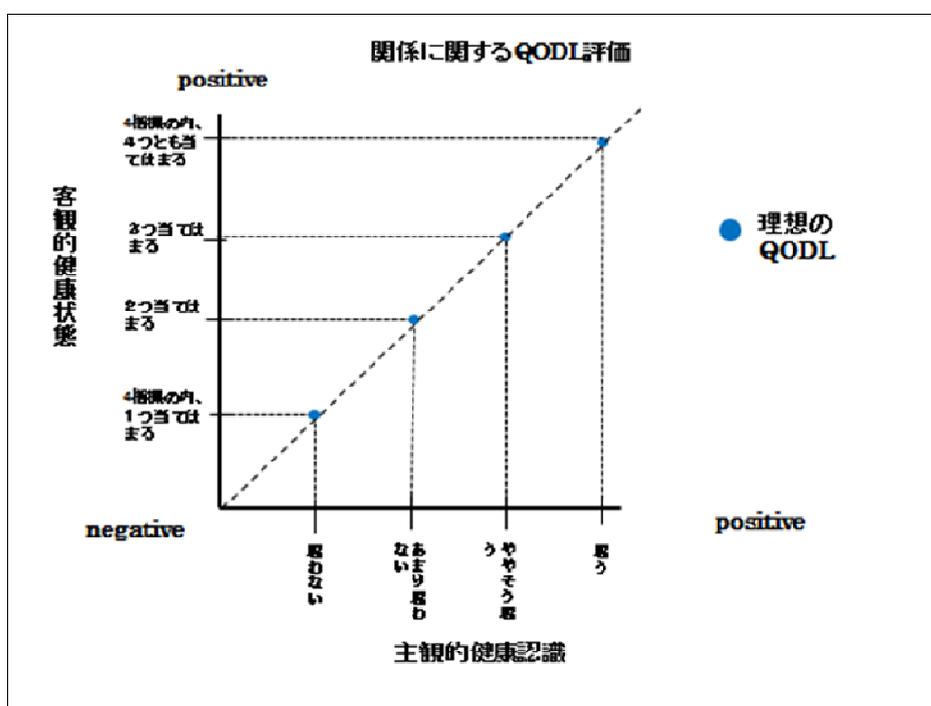


図 14. 関係に関する QODL 評価 (筆者作成)

そこで、看護診断における領域6「自己知覚」類2「自尊感情(自己に対する評価感情)」及び領域7「役割関係」類2「家族関係」の診断群を参考にして検討を行った⁷⁹⁾。(詳しくは付表6. 参照) その結果、客観的評価指標は「家族の目標を修正や調整できている」「家族のためのソーシャルサポートを知っている」「家族が相互に支援し合う力を持っている」「家族が変化に適応する能力を有している」の4指標とした。

主観的健康認識の評価は「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「思わない

⁷⁸⁾ 前掲「がん患者の心の支えと相談行為の実際」

⁷⁹⁾ 「NANDA-1 看護診断定義と分類 2012-2014」T.ヘザー・ハードマン編集 日本看護診断学会監訳 医学書院 321頁-371頁

い」の4指標とした。(図14. 参照)

5. 3. 3 役割に関する評価指標

役割は、一般的には諸個人が社会システムに参加し、一定の位置を占めることによって獲得する行為のパターンと説明される⁸⁰⁾。では、この役割と健康の関連はどのようなものだろうか。

高城は著書「パーソンズ医療社会学の構想」で、

「1930年代のアメリカ社会科学界に、役割概念が登場する。これには、二つの系譜がある。第一の系譜は、ミードを代表とする『対人役割』概念である。この場合、A・B二人の行為者を想定し、A（自我）が、B（他我）の期待に応じてパターン化された行為を行うとき、この行為を「役割」と言い、BのAへの期待を『役割期待』と呼ぶ。第二の系譜は、人類学者リントンを代表とする『構造的役割』概念である。この場合は、ある特定の文化によって規定された社会構造を前提とし、その中で個人の占める位置を『地位』と呼び、この地位と結びついた行為規範を役割と規定する⁸¹⁾」

と述べており、また、

「社会の中で生活する人間は、役割を担い、役割を遂行することによって、欲求を充足させている。この役割遂行の能力の基礎条件が健康に他ならない。多くの人々は、職業役割の遂行を通して所得を獲得し、欲求を充足させていること、そのための基礎条件が健康であることは言うまでもない。パーソンズは、社会が所属する基礎的条件の一つとして、構成員の健康という条件をあげている⁸²⁾」

とも述べている。

つまり、パーソンズは、役割を果たすために健康である必要があると述べており、役割と健康は、目的とそれを果たすための条件という関係であると考えているように受けとめられる。しかし、筆者は役割そのものが直接的に人々の健康に影響しているのではないかと考える。

ロイ⁸³⁾は、「人は、適切に活動するために、他者との関係において自分が何者であるか、自分が占めている地位に対する社会の期待は何であるかを知る必要がある。人はまた、他者を知り相互作用を持ちたいなら、他者が占めている環境での役割を知るべきである。これらが役割様式におけるニードである。役割様式の機能とは、可能な限り最大にこのニードを満たすことである。役割様式の目標は社会的統合である。人は社会の中で隔離された単位として活動するものではない。その人は役割ニードと目標を満たすために、環境の中で絶えず他者と相互作用を持つ。しかし、生活や社会、そして環境の状況の変化はその人に次のようなことを要求する：①病人の役割あるいは学生の役割という一時的役割をとること、②母親、稼ぎ手、あるいは糖尿病患者といった新しい、ときには永続的な役割を獲得する、③すでに占めている妻あるいは被雇用者といった役割に変化が生じる、などである。役割機能様式の崩壊は、役割失敗をもたらし他の3つの様式の一つまたは全部に悪い結果

80 世界大百科事典第2版 <http://kotobank.jp/word/%E5%BD%B9%E5%89%B2>
2013/05/04 閲覧

81 「パーソンズ 医療社会学の構想」高城和義 岩波書店 51頁

82 前掲 「パーソンズ 医療社会学の構想」62頁

83 前掲 Sister Callista Roy

を及ぼすと考えられる⁸⁴⁾と述べている。このことは、役割そのものが社会の中で生活する人にとって重要なものであり、役割機能が崩壊することは、社会の中で生活することを困難とし、社会的孤立を招く、あるいは自尊心の低下につながると解釈できる。よって「役割」は社会的健康のリスクファクターとして重要なものであると考えられる。

そこで、客観的評価指標については、インタビュー内容および看護診断における領域6「自己知覚」類1「自己概念（自分自身をどのように捉えているか）」類2「自尊感情」や、領域7「役割関係」類3「役割遂行」及び、領域9「コーピング/ストレス耐性（ストレスを対処しようとして意識的に行われる認知努力）」類2「コーピング反応」（詳しくは付表6参照）を参考にして検討した。その結果「支援してくれる重要他者がいる」「自尊感情が維持できている」「自分の思いを自由に話せる場所をもっている」「新しい役割や変化した役割について自分の行動を明らかにできる」の4指標とした。

また、主観的評価指標は、「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「思わない」の4指標とした。（図15. 参照）

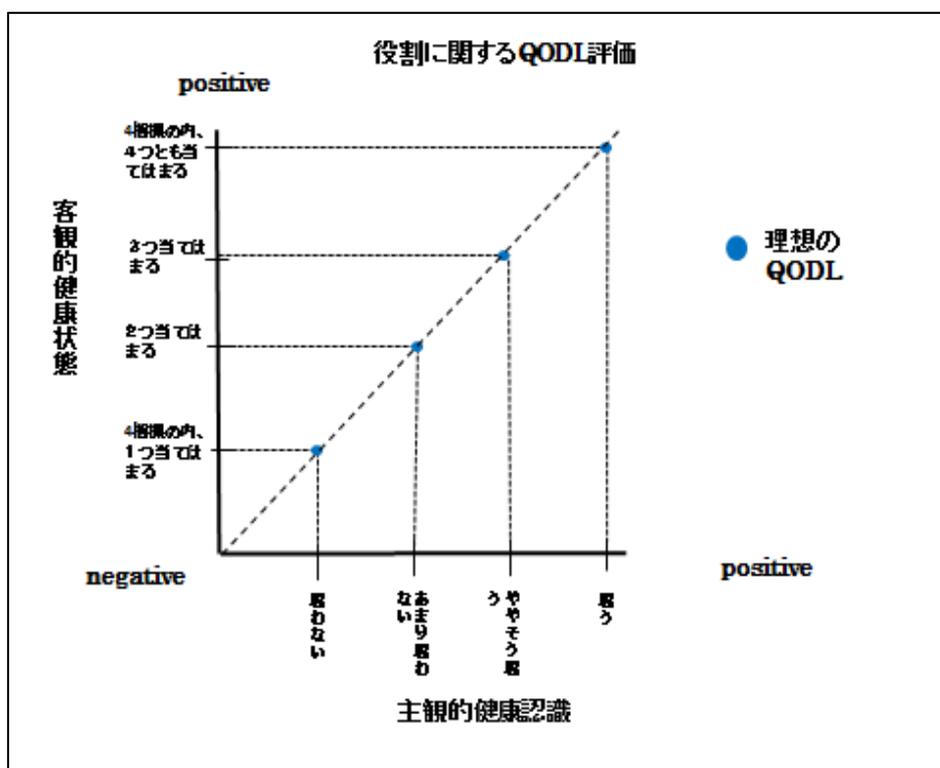


図 15. 役割に関する QODL 評価 (筆者作成)

5. 4 リスク評価

ここまで、3つのリスクファクター（生計・関係・役割）について、QODLを求めするための評価指標について検討してきた。しかし、QODLにおいて、リスクのない状態を表す点の集合すなわち、客観的健康状態の評価（Y軸）と主観的健康認識（X軸）の一致はあくまで理論上であり、実際のQODLは、理想のQODLから離れた位置に存在していると考えられる。

例えば、リスクファクターが「生計」の場合に、客観的健康状態が「2指標当てはまる」

⁸⁴ 前掲「ロイ看護適応モデル序説」 236頁

で、主観的健康認識が「やや満足」となれば、図の上では、赤の点の位置が QODL となる。(図 16. 参照) しかし、理想の QODL は青い点の位置であるから、その青い点の位置、つまり理想から赤い点の位置（現実の状況を示す位置）までの幅が QODL 低下のリスクとして表されると考える。また、客観的健康状態が「3 指標当てはまる」で、主観的認識が「満足していない」となると、赤い点の位置は図 17. のようになり、QODL 低下のリスクは、赤い点から青い点までの幅で表すことができる。

このように 3 つのリスクファクターについてそれぞれ評価していくと、個々のリスクファクターにおけるリスク度が可視化できる。これにより、リスク評価者は、それぞれのリスクアセスメントを行い、リスク回避あるいは軽減のための介入計画を立案して行くことができる。

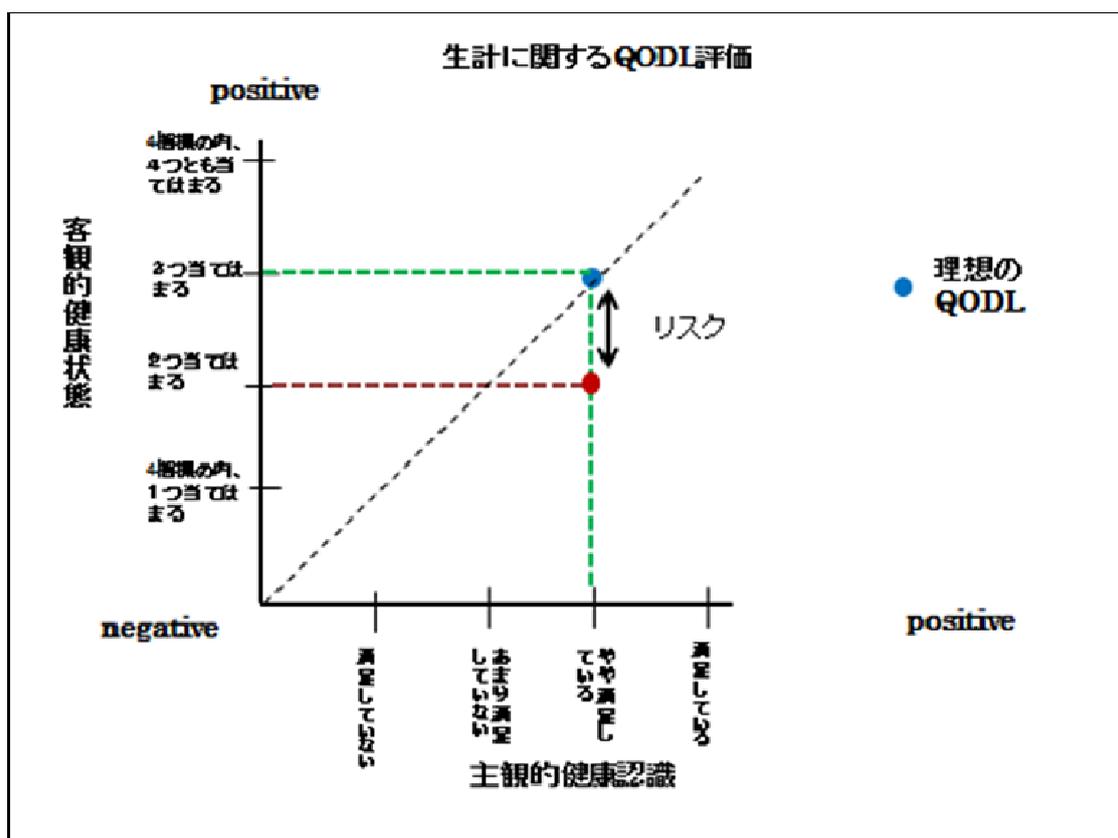


図 16. リスクの可視化 (1)

(筆者作成)

また、3 つのリスクを同じ図上に表すと (図 18. 参照)、それぞれのリスクファクターにおける QODL 低下リスクを比較することが可能となり、リスク評価者やその他の支援者の介入の優先順位がアセスメントしやすくなる。

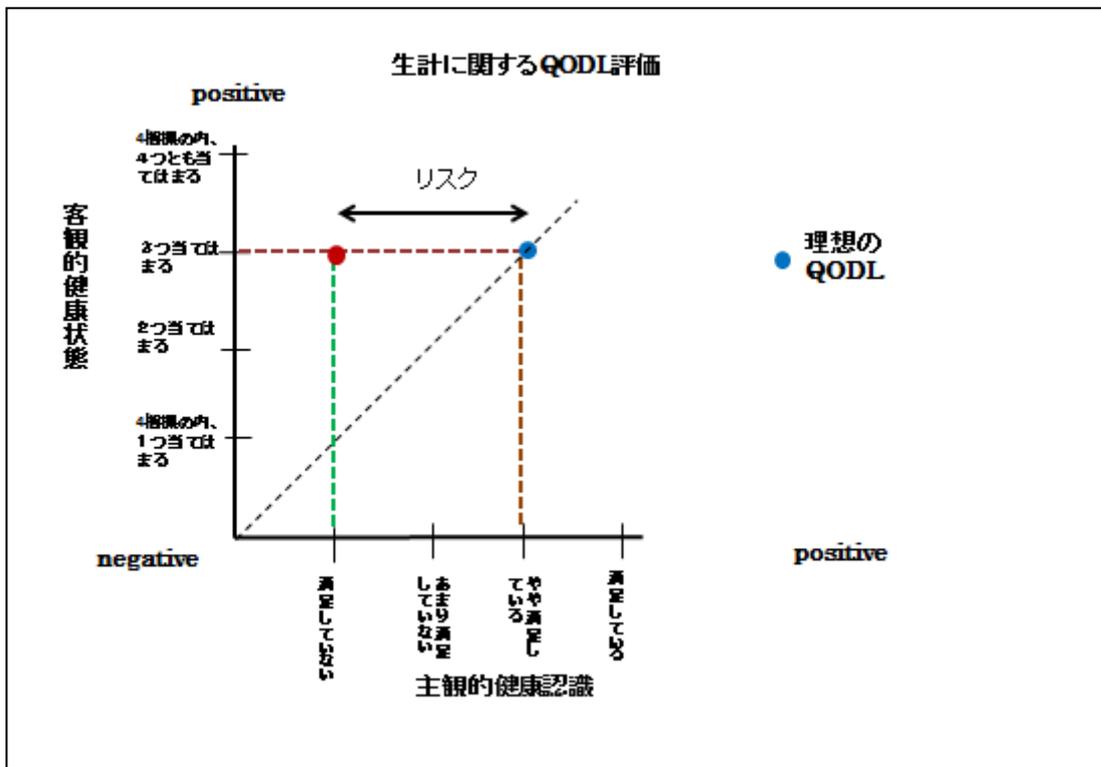


図 17. リスクの可視化 (2)

(筆者作成)

また、松下らの調査⁸⁵⁾で、日常的な心の支え手を必要としないと答えた者が24%を占めていたことから、必要としないという患者の心理的背景を明らかにすること、顕在化されていないニーズを査定・判断できる専門家を配置することの重要性も伺われたと松下らは述べているように、患者や家族自身のニーズが顕在化していない、つまり認識されていないケースも多い。

よって、QODL 低下リスク値を可視化することで、患者・家族へもこれらの図を用いて説明することができ、自分たちにどのようなニーズがあるのかを客観的に知ることができ、支援者だけでなく患者・家族も協力しながらリスク軽減あるいは回避に向けて努力することが可能となるツールとしても利用価値あるのではないかと考える。

85 前掲 「がん患者の心の支えと相談行為の実際」

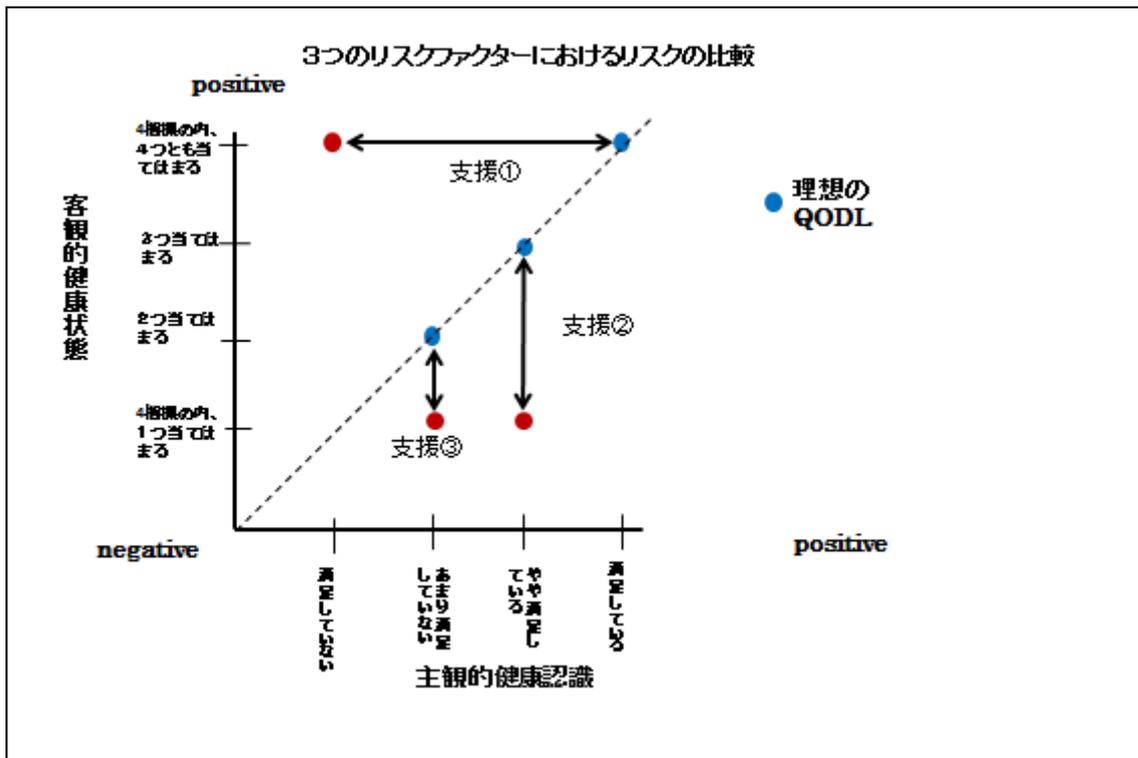


図 18. 3つのリスクファクター間のリスク比較 (筆者作成)

以上、QODL 低下リスクの評価方法について述べた。日常生活における QOL 測定は、Marcia A. Testa からもその論文⁸⁶⁾で述べているように、多様化する個々の価値に対応できるものでなければならず、全ての患者に対応できる尺度を設けることは難しいと考える。しかし、今回 QODL の低下のリスクファクターを決定し、支援を行うためのアセスメントツールとして位置づけたことにより、若年がん患者が、在宅療養を行う上での顕在的な、および潜在的なニーズに適切に対応できるのではないかと考える。つまり、リスクを可視化することにより、支援の優先順位を予測することができるだけでなく、支援の提供者のみならず支援を必要としている患者・家族にとっても、それまで意識していなかった潜在的ニーズを意識化し、そのまま放置すれば、将来起きるだろうと予測される QODL 低下のリスクに対して、患者・家族自身がリスク回避のための努力を自ら行い、そのために必要な支援を求められることができるようになるのではないかと考える。

以上のことから、今回開発した QODL 低下のリスクアセスメントツールは、若年がん患者の個々の価値に合った支援を得ることにつながり、地域社会においてより長く自分達らしく自律して生活していくためのツールとして有効であると考えられる。

86 前掲 「Assessment of Quality of Life Outcomes」

5. 5 アセスメント時期

社会的健康、つまり「生計」「関係」「役割」の3つについて、アセスメントリスクを評価する方法について述べてきた。では、このアセスメントは、いつ行えばよいだろうか。がん患者へのインタビューでは、

「自分が、がんであることを家族がなるべく早く受け入れてくれるようにするには、専門家の支援がある。家族も、受け入れるまでの時間が短ければ短いほどよい。そして、その支援は、タイムリーであってほしい。例えば、がんの告知をするとき、治療をするとき、病状が変わったときなどです。決して一度きりの支援ではできない」

とある患者は話していた。つまり、患者やその家族が必要とする支援は、一度だけでなく、状況に応じて必要な支援の提供を受けることの重要性が語られていた。

また、平成24年度診療報酬改定において、重点課題2の4.「訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携」で、効果的な退院調整の評価として、新たに「地域連携計画加算（入院中1回）」を設け300点の診療報酬が加算できるようになった。このことは、医療機関から在宅療養へ移行する際、退院時には、在宅における必要な医療やケアについて在宅を担う医療機関等と情報を共有することで在宅療養への移行を速やかに行うという狙いがあると思われる。更に今回の改訂では、退院時のカンファレンスを医療機関だけでなく、訪問看護ステーションと一緒に行った場合にも、同様の加算が追加されることになった。

更に、退院後特別な管理が必要な患者については、在宅医療を担う医療機関の保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が退院時協働指導を行った場合の加算（200点）の新設が行われた。

以上のことから、医療機関から在宅へ移行する際は、退院時に在宅療養についてのアセスメントを行うことが最も重要であることが医療政策上に活かされていることがわかる。しかしながら、ここでもやはり医療支援や介護支援に関するアセスメントが主で、社会的健康のためのアセスメントは殆ど行われていない。よって、社会的健康に関するアセスメントを先ず退院時に実施する必要がある。

また、退院後のアセスメント時期について、長井らは、末期がん患者を対象とした調査報告⁸⁷⁾の中で「在宅の期間は平均1か月程度の症例が多く在宅中のQOLを測定するには、2週間に一度程度の測定が妥当と思われた」と述べているが、安定期にある患者も同様に考える。先ずは、2週間毎のアセスメントを行い、その後はがん患者へのインタビューでも語られているように、病状の変化があった時、あるいは、患者・家族が置かれている環境に変化があった時、その他、患者・家族から相談や依頼があった時に速やかに実施されることが望まれる。（図19. 参照）

しかしながら、あくまでこれらは目安であり、QODL評価者のアセスメントの結果によって判断されるものであると考える。

87 前掲「在宅がん患者のQOL調査」

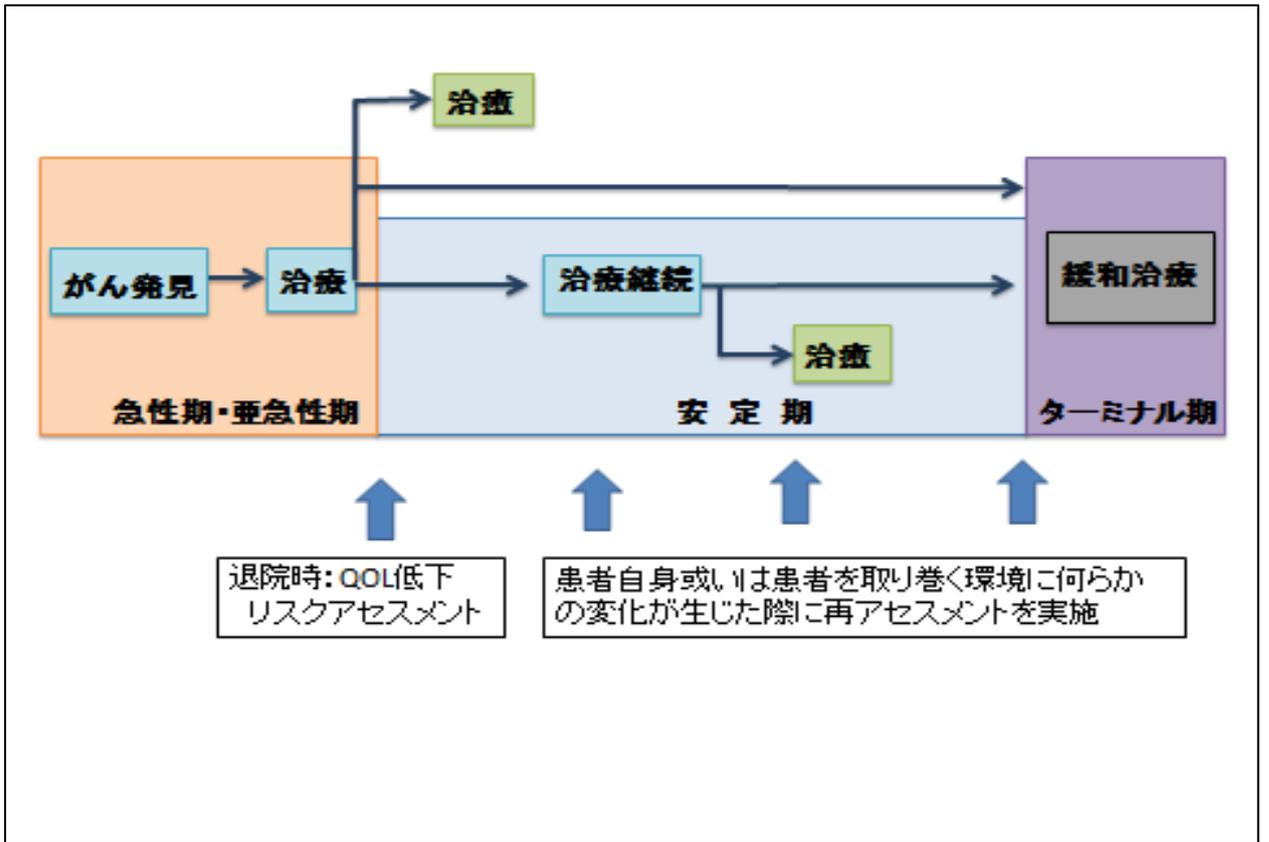


図 19. リスクアセスメント時期

(筆者作成)

第6章 QODL 評価者

がん患者・家族がより質の高い在宅療養を続けるためには、QODL の低下リスクを回避、あるいは軽減するためのアセスメントツールが必要であることを述べてきた。そして、そのツールを用いて、患者や家族の顕在的・潜在的ニーズを可視化し介入計画を立案するためには、専門的知識を持った人材が必要となる。

現在、在宅療養に関わる専門家としては、介護支援専門員、訪問看護師、訪問薬剤師、医療機関の医師・看護師による往診などがあげられる。

介護支援専門員（ケアマネージャー）と呼ばれる人は、介護に関連した調整等を担当している⁸⁸⁾。介護支援専門員の資格については、「保険・医療・福祉の分野で要介護者等に対する相談・援助の業務に一定期間従事した経験のある人の中から要請され、厚生労働省で定める実務の経験を有し介護支援専門員実務研修受講試験に合格かつ介護支援専門員実務研修の課程を修了することで、介護支援専門員として登録をすることができる⁸⁹⁾」とされており、医療者とは限られていない。更に介護支援専門員が対象とするのはあくまで、介護保険の適応内における要介護者または要支援者であり、在宅療養中の全ての患者に対応するものではない。

訪問看護師は、医師の指示を受けて病院や診療所、あるいは訪問看護ステーションから派遣されるが、その役割は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その居宅において療養上の世話又は必要な診療の補助を行うとされている。また、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる⁹⁰⁾。しかしながら、そのサービス内容については、30分未満の利用では、処置や与薬が最も多く、60分から90分の利用者では、与薬・処置も身の回りの世話も実施するが79.4%と大半を占めている⁹¹⁾。（具体的な活動内容については、表11.を参照のこと）

⁸⁸⁾ 介護保険法第7条第5項 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けた者をいう。

⁸⁹⁾ 全国社会福祉協議会 ホームページ 「福祉の資格：介護支援専門員」
<http://www.shyakyo.or.jp/qualofying/caremanager.html> 2013年10月閲覧

⁹⁰⁾ 「訪問看護について」中医協 総-1 23.11.11 4頁
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>
2013年9月閲覧

⁹¹⁾ 「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」
社団法人 全国訪問看護事業協会 平成15年3月

表 11. 訪問看護師が行うケアの内容

(%)

ケア内容コード		実施割合					
		合計 (n=668)	30分未満 (n=228)	30~60分 (n=236)	60~90分 (n=204)		
A 状態観察		1 バイタル測定	99.3	99.1	99.6	99.0	
		2 心身の状態観察、生活状況の観察	88.9	89.9	88.6	88.2	
B 処置等	与薬	3 服薬管理（点眼薬、軟膏、座薬等を含む）	43.3	44.7	41.1	44.1	
		4 注射、点滴	3.9	4.8	3.8	2.9	
		4-1 うちインシュリンの自己注射	1.0	1.8	0.4	1.0	
		5 吸入	1.0	0.9	1.7	0.5	
		6 在宅中心静脈栄養	0.9	1.3	0.4	1.0	
		処置	7 褥創の処置	16.0	6.6	16.9	25.5
	8 創傷部の処置		12.7	7.0	12.7	19.1	
	9 医師の指示による採血などの検査		0.9	0.9	0.4	1.5	
	10 気管内吸引、排痰ケア、気管カニューレの管理		3.9	1.3	3.8	6.9	
	11 タッピング		7.2	0.9	8.1	13.2	
	12 在宅酸素療法、酸素吸入		6.1	5.7	7.6	4.9	
	13 人工呼吸器の管理		0.6	-	0.4	1.5	
	14 口腔内、鼻腔内吸引		6.0	1.3	6.8	10.3	
	15 経管栄養		5.4	2.2	6.4	7.8	
	16 膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理、導尿		11.7	3.5	15.7	16.2	
	17 浣腸、排便		19.3	6.1	19.9	33.3	
	18 人工肛門、人工膀胱、胃ろうの管理		6.9	2.2	7.6	11.3	
	19 CAPDの管理		-	-	-	-	
	20 疼痛管理		2.7	1.3	2.1	4.9	
	21 死後の処理	-	-	-	-		
	その他	22 マッサージ	17.5	11.8	19.9	21.1	
		23 リハビリテーション	21.0	10.1	25.4	27.9	
		24 その他のリハビリテーション	23.8	20.2	25.4	26.0	
		25 その他	4.8	5.7	3.0	5.9	
	C 身の回りの世話		26 入浴、シャワー浴介助	20.5	1.8	23.7	37.7
			27 清拭	26.8	6.6	31.4	44.1
		28 口腔内ケア、歯磨き、歯磨き介助、うがい等	11.2	1.8	9.3	24.0	
		29 洗髪、手浴、足浴、陰部洗浄等	35.6	13.2	44.1	51.0	
		30 髭剃り、散髪、整髪、爪さき、更衣等	29.5	16.7	33.1	39.7	
		31 排泄援助、おむつ交換	31.6	15.8	37.7	42.2	
		32 経口での栄養、食事、水分摂取に関わる援助	11.2	5.7	13.6	14.7	
		33 移動、移乗、散歩の介助	24.9	10.1	25.4	40.7	
		34 体位変換、良肢位の保持等褥創予防処置	24.1	12.3	25.8	35.3	
		35 環境整備	16.2	8.8	16.9	23.5	
	36 その他	1.0	0.4	1.3	1.5		
D A~C関連		37 看護師の手洗い、物品等の消毒	43.1	32.0	45.8	52.5	
		38 物品の定期的、臨時的整理、調達、手配	10.9	4.8	11.4	17.2	
E 本人とのコミュニケーション		39 痴呆・精神障害に対するケア	15.0	17.1	16.5	10.8	
		40 話し相手、談話	52.8	57.9	50.8	49.5	
		41 一緒に〇〇をする	3.1	3.5	3.8	2.0	
		42 声かけ、タッチ	35.9	34.2	39.4	33.8	
F 本人以外への働きかけ		43 本人への療養指導・説明	30.1	34.6	25.8	29.9	
		44 主治医、他機関等への連絡、相談	21.3	21.5	19.1	23.5	
		45 家族への説明、連絡	50.7	40.4	54.7	57.8	
		46 家族の状態観察	29.2	18.0	36.9	32.8	
		47 地域住民への声かけ	0.9	0.9	0.8	1.0	
G その他		48 その他	2.1	1.8	1.7	2.9	
介護支援専門員		49 介護支援専門員の業務	4.3	6.6	2.5	3.9	
無回答		無回答	0.6	0.4	0.4	1.0	

「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」より引用

このように、訪問看護師の役割は、直接ケアの提供者としての役割が主であり、予防介入についての活動は、殆ど行われていない現状がある。

また、訪問看護師の質の向上に向け臨床実践能力向上のための実務研修等が実施されているが、知識や技術の習得については未だ訪問看護師間でばらつきがあり、十分とは言えない。よって、若年がん患者の QODL 低下リスク評価者として訪問看護師に期待することは、制度上からも役割上からも難しいと考える。

医師や看護師の訪問診療による対応についても、診療報酬上の問題から更に難しいと言えよう。つまり、リスク回避のための介入は、それが放置されることで様々な不具合が出現するが、現在は何も症状がなく診療報酬上の対象になり得ないということである。

医師についても、リスク評価者としては難しい。日本の医療制度では、基本的に医療行為はすべて医師の指示から開始され、診療補助者（看護師、理学療法士(PT)など）には医師への報告こそ求められるものの、医師に代わって意思決定を行う権限はない。しかし、昨今の医師不足により、在宅療養に関して十分な医師が配置される保証はなく、また医師の業務が多忙になれば、個々の臨床的判断は可能でも、患者や家族の日常生活に目を向けた支援は不可能と思われる。

以上のことから、既存の在宅医療に関する制度や支援組織では、若年がん患者の QODL 低下リスク評価の担い手として活動が可能と思われる専門家はいないということになる。

では、他に適任と思われる人材はいるのだろうか。そこで、日本の国民皆保険等と医療政策の考え方に類似点を持つカナダの在宅支援制度を参考にしながら、我が国においてどのような人材がリスク評価の担い手として可能かについて検討する。

6. 1 カナダ・アルバータ州における在宅支援の取り組み

安川は、カナダ・アルバータ州の在宅支援の取り組みについて

「Integrated rural health network は、地域医療の組織論的構造としては一つの理想形を示しているが、実際にはその実現は容易ではない。しかしこの理想形に果敢に挑戦している例として、カナダ・アルバータ州の Continuing Care System を挙げることができる⁹²⁾」

と述べている。

カナダにおける医療政策の考え方は、国民皆保険等日本の政策と類似点も多いので、アルバータ州における Continuing Care System の考え方は、本論文の QODL 評価者を検討する上で参考となると考え、2013年2月にカナダ・アルバータ州エドモントン市を訪問した。そして、そこで取り組まれているホームケアの具体的活動について学ぶことができた。

また、安川は

「Continuing Care System とは、端的に言えば在宅ケア（Home Care）を核として、医療 health care、介護 long-term care、生活サポート home care assistance (HCA) が有機的なネットワークを構築し、まさに地域住民特に高齢者の健康と生活を支える『生活モデル』である。カナダの医療制度は、保険料と税金を財源とし、医療給付に関しては原則として自己負担を要求しない『公営医療 medicare』 の特質を持っている（給付の方法やサービス予算は各州 province が責任を負っている）が、治療後のいわゆる療養

92 安川文朗著「地域医療研究の社会経済的視座：医学モデルから生活・人間環境モデルへの転換」熊本大学社会文化科学研究 Vol.10 45 頁 - 46 頁

期になると、たとえば nursing home の費用は medicare の給付対象外となり、各州の判断で給付補助が実施される。カナダでも医療費高騰に伴うコスト効率化は至上の命令であり、あらゆるチャンネルを通じてコスト削減が実施されるが、そのプレッシャーは医療給付の無料化政策によって、医療よりも生活支援により厳しく注がれている。こうした状況を緩和し、高齢者の社会ニーズを地域 community 単位で包括的にカバーしようというのが、Continuing Care System の政策的ゴールである。

現在 Continuing Care System では、1) 病床削減に伴う在宅医療の推進、2) 医療から介護へのスムーズな移行と、生活支援の充実、3) ケアの担い手不足の克服に向けた、テクノロジーベースの支援拡大、を重要なターゲットとして多様なプロジェクトと実践計画が練られている⁹³⁾」

とも述べている。

そこで、アルバータ州における在宅療養支援の取り組みについて具体的に紹介する。

6. 1. 1 カナダ・アルバータ州における Continuing Care System

安川は、アルバータ州の Continuing Care System について

「医療—介護—生活支援サービスという異なる局面のサービスを効果的に統合、調整するためにケース・マネジャー⁹⁴⁾に重要な役割を与えているが、州内にいる医師はほぼ半数しかプライマリ・ケアのネットワークに参加していない現状があるため（カナダでは患者の8割は最初にプライマリ・ケア施設を訪問するため、結果的にカナダのプライマリ・ケア施設では長い待ち時間が生じている）、結局繁忙な医師の代わりに看護師がケース・マネジャーの資格を保有している（全ケース・マネジャーの約9割は看護師）。Continuing Care System における clinical purpose は1) improving access, reducing wait time, 2) choice and quality for senior. 3) enabling our people すなわち、医療へのアクセスがより早くなり、多様なサービスが選択可能になり、住民が自律的に生活可能となる地域環境の創生である。そのためのサービス提供者のネットワークは、healthcare facilities, nursing home, home care (assistance) services であり、case manager としての看護師は（所属がどこであっても）これらのサービスの調整の中心を担っている。Continuing Care System では、ネットワークの組織論的特性は明確に維持されており、例えば生活支援の主体である home care assistance agency(HCAA) は、他のサービスの利用状況とは独立に、クライアントが必要なあらゆる生活支援サービス（たとえば屋根の雪下ろし、庭の芝刈り、買い物、犬の世話、google や facebook の操作方法など）を独自にアセスメントし、基本的に無料で提供する。そのため HCAA は、これも他のサービスとは独立に州政府にサービス予算を請求する必要があるため、予算要求に沿える根拠を収集するための調査を実施し、その成果を一般にも公開している⁹⁵⁾」

と説明している。

このように、アルバータ州では、疾病管理を中心に在宅療養を考えるのではなく「より善く生きる」という考え方で在宅支援の提供を行うことを理念として掲げており、例え

⁹³⁾ 前掲「地域医療研究の社会経済的視座：医学モデルから生活・人間環境モデルへの転換」

⁹⁴⁾ クライアントのニーズを把握し、どのタイミングでどの資源をどう提供するかについて適切な判断が行えるマネジメント機能を有する者

⁹⁵⁾ 前掲 「地域医療研究の社会経済的視座：医学モデルから生活・人間環境モデルへの転換」 46 頁

ば「アルバータ・ヘルスサービス・ホームケアプログラム」では、「自分の家で、できるだけ長く、安全に、自立して生活する」ことを目的に支援するという考え方のもとで在宅療養患者への支援の提供が検討されており、この取り組みは、医療関係者だけでなく、州や患者・家族会等と協力して実施され、ACCA 総会等⁹⁶⁾で成果報告がなされている。

また、エドモントン市内をいくつかの地区に分け、一つのチームが一つの地区の在宅支援を担当し、実際に必要な支援のための活動を行うといった取り組みが行われていた。チームのメンバーは、医師・看護師・理学療法士・臨床検査技師・ケースワーカー・ソーシャルワーカー・臨床心理士等で構成されており、そこにはチームをマネジメントする「ケース・マネジャー」が必ず存在する。患者が医療機関から退院する際は、このケース・マネジャーに医療機関から連絡が入るようになっており、ケース・マネジャーは、すぐに患者・家族と面談し、在宅療養を行う上でどのような支援が必要かを検討する。その後チームでカンファレンスを行い、誰がいつどの支援を行うかについては、患者が退院する時点で既に決定している。また、ケース・マネジャーは、各メンバーからの情報を収集し新たな支援の必要性も検討する。

筆者はエドモントン市内で、がん患者の訪問看護に付き添い見学することができた。その際、訪問看護師が患者から浴室で転倒したとの話を聞き、すぐに理学療法士と電話相談し早急に理学療法士の訪問日が決定されたという場面に遭遇した。訪問看護師は筆者に、「在宅支援をチームで支えることが重要であり、チームメンバーには患者本人と家族も含まれる」と説明してくれた。また、必要であればチーム全体でカンファレンスをタイムリーに開催し、支援内容を検討しているのだとも付け加えた。そして彼女は、「在宅支援を行う際に重要なことは、患者や家族がどのような生活を希望するかということであり、どのような疾患を持っているかではない。疾患は、患者や家族が希望する生活が可能となるようにコントロールすれば良いこと」と話した。つまり、疾患をコントロールするための療養生活支援ではなく、生活するために疾患をコントロールするという考え方であり、これこそが「より善く生きる」ということではないかと、この経験を通して学ぶことができた。そして、在宅療養患者にとって、更には国の政策実現に向けて、地域で患者や家族を支えるチームの存在が重要な位置を占めていることを実感することができた。更に、そのチームをマネジメントするケース・マネジャーの役割が大変大きく重要であることも学ぶことができた。

Charlene Knudesen 氏⁹⁷⁾によると、ケース・マネジャーは医師とは限らず、医療従事者であり、州が提供する1年間のプログラムを終了した者がケース・マネジャーとして活動できるとのことだった。プログラムは、6か月間専門的な講義受け知識を習得した後、6か月間実習を行い、合格すればそのライセンスが与えられるとのことである。先に安川が説明しているとおり、ケース・マネジャーの殆どは看護師であるとのことだった。

以上、カナダアルバータ州のホームケアの取り組みについて述べてきた。日本においても、医療機関では、患者が入院したその時から退院支援のための活動が開始される。そして退院の日程が決定すると、医師や臨床看護師とケア・マネジャーや訪問看護師等と共に合同カンファレンスが開かれ、退院後の支援内容が検討されている。また、このことは診療報酬制度に反映され、病院経営にも反映される。厚生労働省は、2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自律生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している⁹⁸⁾。そして、市町村の地域包括セ

⁹⁶ ACCA 総会：Alberta Continuing Care Association（アルバータ継続ケア協会）のヘルスケアに関する取り組みについて、実践の立場や政策的立場、ケアを受ける側の立場、そして教育研究の立場から意見を交換し、達成するべき課題について再確認される。

⁹⁷ Charlene Knudesen：アルバータヘルスケアサービスセンター・エリアマネージャー

⁹⁸ 厚生労働省 地域包括ケアシステム

ンターにおいて、地域ケア会議が開催され、医療、介護従事者、行政機関、家族等の支援関係者や対象者が一堂に会し、個々の利用者について、アセスメント結果を活用したケア方針の検討・決定等が行われる。日本におけるこれらの取り組みは、先に紹介したカナダアルバータ州の **Continuing Care System** の取り組みとあまり変わらないように思われる。しかし、このシステムは 2012 年の介護保険制度改正で、今後の介護及び医療サービス需要の増加をふまえ、総合的な提供システムとして、その構築が明言されたもので、あくまで介護保険適応者が対象となっている。また、筒井らは、この地域包括ケアシステムについて「この改革を実行するにあたって、自治体として実施すべき施策や保険者機能の実態がどのような状況にあるのかのエビデンスは十分とは言えない⁹⁹⁾」と述べており、今後多くの問題を解決して行く必要性を示唆している。

また、在宅療養におけるがん患者の支援についての我が国の動向は、終末期にある患者を中心とした支援や処置や疼痛コントロールなど、直接的なケア提供の必要のある患者を対象として在宅療養支援の検討がなされており、若年がん患者への支援については、殆ど触れられていない¹⁰⁰⁾。

以上のことから、我が国においては重症度の高い在宅療養者や高齢者を中心としたサービス提供、あるいは、疾患の早期発見のための集団検診等の検討に力がそそがれており、社会的健康面において、それを放置すれば新たな疾患の発生につながる可能性のあるリスクに対応するといった考え方は未だなされていない。よって、リスク評価者については、これまでの制度やシステムを前提にして検討することは難しいと考える。

6. 2. がん関連の専門性のある看護師

若年がん患者の QODL 低下リスクの評価者について、現在ある制度上では検討できないと前章で述べたが、一方で、現在わが国で育成されている専門性のある看護師がいくつかの分野にわたって活躍している。そこで、現在ある、がん関連の専門性のある看護師の中から、その役割拡大を行うことで、QODL 低下リスク評価者として活用できる看護師がいないだろうか。

専門性のある看護師は、大きくは「認定看護師」と「専門看護師」に分類できる。

認定看護師とは、日本看護協会認定看護師認定審査合格し、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできるものを言う¹⁰¹⁾。認定看護師は、看護現場において、以下の次の各号に示す実践・指導・相談の 3 つの役割を果たす。

- ①認定看護分野において、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践)
- ②認定看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う。(指導)
- ③認定看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う。(相談)

また、その教育課程は、看護師免許取得後 5 年以上の実務研修（うち、3 年は認定看護分野の実務研修）の経験を持ち、認定看護教育機関（課程）（6 か月・615 時間以上）を修了し、認定審査に合格した者に認定看護師認定証が交付される。また、認定証取得後は 5

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisaha/chiiki-houkatsu/ 平成 25 年 8 月閲覧

⁹⁹ 「地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発」

筒井孝子他 保健科学 2012 Vol.61 No.2 104 頁-112 頁

¹⁰⁰ 前掲「訪問看護について」

¹⁰¹ 「看護白書 日本看護協会編 平成 21 年度版」日本看護協会出版会 14 頁

年毎に、看護実践と自己研鑽の実績について書類審査を受け資格を更新する。そのうち、がんに関連した認定看護師の活動分野は、平成 23 年の時点で 5 分野（①緩和ケア認定看護師 1100 名 ②がん性疼痛看護認定看護師 563 名 ③がん化学療法看護認定看護師 844 名 ④乳がん看護認定看護師 163 名 ⑤がん放射線療法看護認定看護師 64 名）2734 名である¹⁰²⁾。(表 12.参照)

がんに関連した認定看護師の各分野の特徴を以下に示す¹⁰³⁾。

①緩和ケア認定看護師

- ・徹底した苦痛症状の緩和（疼痛および疾患に伴うその他の苦痛症状の緩和 - リンパドレナージ、呼吸理学療法、口腔ケア等）及び療養の場に応じた患者・家族の QOL の向上
- ・患者・家族へのグリーフケア

②がん性疼痛看護認定看護師

- ・がん性疼痛の全人的ペインアセスメントと症状マネジメント
- ・薬物療法の適切な使用と管理及びその効果の評価

③がん化学療法看護認定看護師

- ・がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理、副作用症状のマネジメント
- ・がん化学療法を受ける患者・家族のアセスメント及び、問題に対するマネジメント能力向上のための支援

④乳がん看護認定看護師

- ・乳がんの集学的治療及び治療に伴う副作用に対するケアとセルフケア確立に向けた指導
- ・リンパ浮腫予防、症状緩和についての指導
- ・ボディイメージの変容に対する心理・社会問題に対する支援

⑤がん放射線療法看護認定看護師

- ・がん放射線治療を受ける患者・家族のアセスメント及びセルフケア支援
- ・がん放射線療法における安全・安楽な治療環境の提供
- ・がん放射線療法に伴う副作用の予防と症状緩和ケア

102 前掲「訪問看護について」

103 前掲「看護白書 平成 21 年度版」

表 12. 専門性のある看護師（がん関連）

専門性のある看護師（がん関連）		
認定看護師		専門看護師
認定プロセス	認定看護師教育課程修了	<ul style="list-style-type: none"> ・看護系大学院修士課程修了者 ・日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得していること ・実務研修が通算5年以上、うち3年間以上は専門看護分野の実務研修であり、このうち6か月は修士課程修了後の実務研修であること
審査プロセス	書類審査・筆記試験	書類審査・筆記試験
分野と人数（平成23年10月1日時点）	5分野 ・緩和ケア 1100名 ・がん性疼痛 563名 ・がん化学療法看護 844名 ・乳がん看護 163名 ・がん放射線療法看護 64名	1分野 ・がん看護 250名

厚生労働省 「訪問看護について」資料を一部引用

専門看護師（以下 CNS と表記）は、アメリカで 1965 年から急増しだした看護系大学院の増加を背景に、看護系大学院修士課程を修了して所定の経験を経て認定センターにより認定を受けた Clinical Nurse Specialist (CNS) がはじまりであり、高度看護実践家として医療界で活躍し、医療や看護の質を改善、向上、維持、発展させてきた。CNS は、実際に、ケア困難な患者への直接ケア、コンサルテーション、治療チーム間と患者・家族間の調整、教育、研究という機能を有し、様々な職位においてこれらを実践している¹⁰⁴⁾。

Nick Bosanquet¹⁰⁵⁾ らは著書「The economics of cancer care」で、CNS について、

「専門看護師は、治療計画を管理し、患者とのコミュニケーションをとるメンバーとしてますます重要になっている¹⁰⁶⁾」

と述べ（筆者訳）、また、Carol A. Tringali らは、

「ケアコーディネーションのゴールは、積極的に患者のアウトカムを促進し、高めることだが、CNS は、この目標達成に対して、大きな貢献をしていることは、論文でも紹介されている。費用対効果に優れた患者看護の提供のための看護実践と組織的なシステムが影響を及ぼすことによって、CNS は、患者アウトカムに影響を与えることができる¹⁰⁷⁾」

¹⁰⁴ 宇佐美しおり著「CNS が考える看護職の拡大」 インターナショナルナーシングレビュー日本版 Vol.32 No.1 21 頁 日本看護協会出版会

¹⁰⁵ Nick Bosanquet : Professor of Health Policy Imperial Collage

¹⁰⁶ 「The economics of Cancer Care 」 Nick Bosanquet and Karol Sikora
CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS 139 頁

¹⁰⁷ 「Clinical Nurse Specialist Practice in a Care coordination model 」
Carol A. Tringali , Tamara H. Murphy, Mary Lou Osevala
Clinical Nurse Specialist Vol.22 No. 5

と述べている。(筆者訳) このように、CNSは、アメリカで看護師の高等教育課につれて活躍しはじめ、現在は深い知識と判断力、高い実践能力で確実に活動の成果を上げている。

一方、日本における専門看護師資格認定制度は、1987年の厚生労働省「看護制度検討会報告書」において、専門看護師の育成が求められたことを契機として検討が開始された。

日本看護協会は、この専門看護師制度を1996年より開始した。専門看護師(日本ではCertified Nurse Specialist : CNS)とは、看護系大学院を修了し、5年(がんに関連した)の臨床経験の後、日本看護協会専門看護師認定審査に合格し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門分野の知識及び技術を深めた者を言い、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の6つの役割を果たすことにより、保健福祉や看護学の発展に貢献するものであるとされている¹⁰⁸⁾。以下にその役割を示す。

- ①専門看護分野において、個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。(実践)
- ②専門看護分野において、看護者を含むケア提供者に対し、コンサルテーションを行う。(相談)
- ③専門看護分野において、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々との間のコーディネーションを行う。(調整)
- ④専門看護分野において、個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。(倫理調整)
- ⑤専門看護分野において、看護者に対しケアを向上させるための教育機能を果たす。(教育)
- ⑥専門看護分野において、専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。(研究)

現在、専門看護師は11分野(がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護)で活動を行っている。このうち、がんに関連した専門分野は、がん看護専門看護師である。しかし、在宅療養においては、地域看護専門看護師、家族支援専門看護師、在宅看護専門看護師の活動も重要である。以下に、4分野の専門看護師の特徴を示す¹⁰⁹⁾。

①がん看護専門看護師

がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対してQOL(生活の質)の視点にたった水準の高い看護を提供する

②家族支援専門看護師

患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め、主体的に問題解決できるよう身体的、精神的、社会的に支援し、水準の高い看護を提供する。

③地域看護専門看護師

産業保健、学校保健、保健行政、在宅ケアのいずれかの領域において、専門の高い看護を提供し、地域の保健医療福祉の発展に貢献する。

④在宅看護専門看護師

在宅で療養する対象者及びその家族が、個々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する。また、在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り、水準の高い看護を提供する。

108 前掲 「看護白書 平成21年度版」

109 「資格・認定制度」日本看護協会ホームページ

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

2013年5月閲覧

以上がんに関連した専門の高い看護師の活動について述べた。がんに関連した認定看護師については 5 分野での活躍が挙げられたが、これらは、緩和ケアや疼痛緩和等活動の特徴から身体的・精神的ケアを実践することを専門としており、彼らの役割が実践・指導・相談の 3 つであることから、社会的健康をアセスメントする、つまり QODL の低下リスクに対応するには不十分であると考ええる。

次に専門看護師は、その役割が、実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究と多岐にわたっており、特に調整や倫理調整役割は、QODL 低下リスクの評価者としては必要な役割であると考ええる。若年がん患者の QODL 低下リスクをアセスメントするには、疾患と治療及び副作用について深い知識を持ち更に患者・家族の持つ背景を理解したうえで、生活の質の評価をしていく力が必要であり、医療支援のための専門的知識と的確な判断力を持ち、尚かつ生活支援者として患者・家族の置かれている状況を適切にアセスメントできる能力を持つ者が必要であると考ええる。よって、上記 4 分野で活躍する専門看護師の中でも、特にがん看護専門看護師はその活動特徴から、リスク評価者としての活動が十分可能ではないかと考える。

6. 3 がん看護専門看護師

がん看護専門看護師は QODL 低下リスク評価者として期待できるのではないかと述べてきたが、現在わが国におけるがん専門看護師（以下がん看護 CNS と表記）は、どのような活動を行っているのだろうか。

我が国におけるがん看護専門看護師は 1996 年に誕生し、2010 年 5 月現在全国で 193 名が活動している。その活動目的は「がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対して QOL(生活の質)の視点に立った水準の高い看護を提供するものである¹¹⁰⁾」と日本看護協会は説明している。具体的には、以下の活動を行っている。

- 1) 質の高い看護の提供
がんの予防から診断・治療・終末期のケアを、時期を問わずに実施
- 2) 医療政策の推進
都道府県および地域がん診療連携拠点病院の整備に参画し、がん医療の均てん化や、地域医療連携を促進する
- 3) チーム医療の推進
外来化学療法室・緩和ケアチーム・相談支援センターなどのがん医療均てん化に向けた新たな部門作りに参画し、円滑なチーム作りを推進する
- 4) がん看護教育
「がん看護実践に強い看護師の育成」や「がんプロフェッショナル養成プラン」、大学院 CNS 教育、認定看護師養成教育を実施
- 5) 倫理的な判断に基づく調整
倫理事例の検討・臨床倫理カンファレンス・看護倫理委員会などを担当し、積極的に患者さんの擁護者役割を担う
- 6) 看護師のエンパワーメント
症状マネジメントやコンサルテーション、カンファレンスなどを通して、一般看護師の判断力を高める
- 7) がん看護の技術開発、エビデンスの構築を行う

以上の活動のほか、緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究などの社会活動も行って

110 前掲 「看護白書 平成 21 年度版」

いる¹¹¹⁾。

しかしながら、その活動の場については日本看護協会も、「専門看護師全体の40%は、教育や調整など組織横断的な役割の期待から、主任以上の職位で看護部全体や施設全体へと広範囲に活動している。しかしながら、管理業務との兼業では、活動時間に限界があり、限られた数の専門看護師らの質の高い活動を事例的に示すことしかできなかった。今後専従ポジションで活動する専門看護師が増加することや専門看護師総数が増加すれば、専門看護師の活動の成果をより明確に示すことが期待される。そうなれば、広く社会からの専門看護師に対する認識が高まり、社会的な評価にもつながるだろう」と述べており、活動の場が未だその専門を活かせるものとはなっていないことが述べられている。がん看護 CNS については、今後 500 人程度まで増えることが予測され、その活躍の場についてはこれまで以上に拡大して行くことが予測される。現在、国立がんセンターや国立病院等において、外来におけるがん相談などを積極的に開設している施設もある。嘉山は「医療機関が専門性の高い看護師を採用したものの、その活用に悩み CNS の力を十分引き出せず右往左往しているのではないか。しかし“場”さえあれば CNS は十分活躍できる能力を持っている¹¹²⁾」と述べているように、がん看護 CNS の活躍についてもその場を施設内から地域へと更に拡大していく必要があると考える。そうすることにより、他の地域看護 CNS や家族看護 CNS、在宅看護 CNS とも協働でき、患者の生活に視点を置く QODL についての評価者としての役割を果たすことが可能となるのではないかと考える。

そこで、実際にがん看護 CNS に対するインタビュー調査を実施し、がん看護 CNS を QODL 評価者として位置づける妥当性について検討する。

6. 4 がん看護 CNS へのインタビュー調査

若年がん患者が抱える問題と支援について、実際に活動しているがん看護 CNS はどのように捉えているのだろうか。本当に QODL 評価者としての妥当性はあるのだろうか。これらを確認するために、がん看護 CNS にインタビュー調査を行った。

6. 4. 1 インタビュー調査対象

インタビュー対象者は、A市の病院で働くがん看護 CNS 3名で、がん看護 CNS としての活動経験は2年～3年である。

6. 4. 2 インタビュー方法

がん看護 CNS へのインタビューは、患者へのインタビューの結果から得られたリスクファクターであるピア・サポート、生計、関係性、役割の4つを基にインタビューガイド(表13.参照)を作成し、それを用いて個人インタビューを行った。また、インタビューの最後に、がん看護 CNS として、がん患者の在宅療養について感じることや思うことを自由に語ってもらった。インタビュー時間は30分程度である。

111 日本専門看護師協議会 分野：がん看護ホームページ
<http://www.jpncns.jp/index.html> 2013年5月閲覧

112 嘉山孝正他「看護の役割拡大に向けて」医学新聞第2970号 医学書院

表 13. がん看護 CNS へのインタビューガイド

がん看護 CNS インタビューガイド
1. 外来で抗癌剤治療を継続的に受けておられる若い世代のがん患者について
1) 患者や家族は、今どのような状況に置かれていると思うか。
2) 患者のサポート体制について。
3) 患者や家族の経済的問題について
4) 患者と家族の関係性について
5) 患者の社会的役割について
2. がん看護 CNS の役割について
3. その他

(筆者作成)

6. 4. 3 インタビュー調査における倫理的配慮

倫理的配慮として、熊本大学大学院社会文化科学研究科の倫理委員会で審査を受けた後、インタビューの目的、インタビュー内容の録音、個人のプライバシーに最善の注意を払うことを紙面で説明した。

また、同意書を作成し、本人の自由意思に基づいてインタビューへの承諾を得た。

6. 4. 4 インタビュー調査結果の分析方法

インタビュー調査の結果分析は、がん患者に実施したものと同様に、先ず、作成した逐語録を基に日常生活上の QOL を低下させる要因に関する内容を文脈単位で抽出し、コード化した。次に、コード化した内容を比較し、共通性によってまとめ、カテゴリー化した。また、分析については、がん看護に 10 年以上携わる看護師 2 名の協力を得て実施し、分析の客観性を担保した。

また、インタビューの内容は、外来で抗癌剤治療を継続的に受けている若年がん患者の QODL について調査したものと、がん看護 CNS が考えるがん看護 CNS の役割について調査したものに分けられるため、調査結果についても分けて報告する。

6. 4. 5 外来で抗癌剤治療を継続的に受けている若年がん患者の QODL についてのインタビュー調査結果

インタビューの結果、外来で治療を受けている若い世代のがん患者及び家族が置かれている状況についてがん看護 CNS は、「がん患者はこれから自分がどうなっていくのかといった先の見通しのつかない不安定な状況に置かれており、特に生活と治療のコーディネイトをどうするかといった問題を抱えながら治療を継続している」と話した。更に若い世代のがん患者への公的支援は他の世代に比べて非常に少ないとも話していた。

サポート体制に関連したインタビューでは、これらの不安について誰に相談して良いか

解らない状況にあり、また、患者自身が「家族以外に自分がかんであることを知られたくない」という思いから、患者会等への参加も消極的で、心理的面で支援を受けるといった行動を自ら取れずにいる場合も多く、不安な状態が長期に続く可能性が高いと話していた。また、このような状況にある患者や家族が、適切な支援を得られないことで、患者だけでなく家族までもが抑うつになっていくことを危惧していた。

患者の経済的な問題に関連したインタビューでは、治療が長期にわたって継続されることで家族の経済的不安や疲弊感も強くなって行き、そのことにより患者と家族の関係が変化して行くと感じていた。また、患者がかんに罹患したことで患者だけでなく家族の生活も急激に変化するが、その変化は何らかの支援なしには受け入れることは困難で、しかもそのような支援は、医療機関では難しいと話した。

家族との関係性でも、患者がかんに罹患したことで、その家族もショックを受け、支援が必要な状況にあるが、現在は医療機関においては患者の心理支援が中心であり、家族までを支援の対象としてはいないと語った。長期間家族が支援を得られず、不安やショックを持ったまま過ごすことで、家族もまた抑うつになって行くと言っていた。

また、患者が本来の役割を果たせないことで、家族の誰かがそれを代行する必要がある、役割交代が家族間でスムーズに行われるためには、家族も疾患や治療の理解を得ておく必要があると語った。更に、本来家族は変化に対応できる力を持っているが、ショックや不安を抱えた状態では、エンパワーされず、家族機能が果たされない状況にあると考えていた。

患者の社会的役割に関連したインタビューでは、患者は常に家族に迷惑をかけているのではないかという思いを抱いており、若年がん患者にとって、果たすべき役割を担えない現実と家庭内での役割の交代による心理的苦痛は、身体的苦痛に匹敵すると感じているのではないかと考えていた。更に、この世代の患者は、多くの役割を持ちそれが生きがいになっている場合も多く、それを果たせないことで、患者の自尊心低下につながり、治療への意欲も低下してくるのではないかと危惧していた。また、医療者からの支援が支援を受ける側のニーズに即しておらず、一方的なものになっている場合も多く、患者や家族の個々の価値観に合った、つまり生活背景に合った支援が必要であるとも語っていた。

また、その他として、多くの在宅療養患者にとって医療者と話す機会が、外来受診日に限られることが一つの問題であると語った。自分の生活上の価値と治療の「すりあわせ」について、医師へ伝えることができる患者は僅かしかおらず、多くは、医師に言われた通りに治療を受けているのが現実であると話し、医師は EBM を中心とした考えに基づいて患者への治療を検討しており、生活者としての患者の意思をくみ取って治療に反映させる医師は少ないと話した。よって、生活者としての患者の思いや価値を理解し、患者が医師とそのことについて話し合えるよう支援する必要があると考えていた。

以上のことから、がん看護 CNS が考える若年がん患者への必要な支援を分析した結果、「心理支援」「役割喪失に関連した支援」「家族機能回復への支援」「患者背景に応じた支援」「医療者とのコミュニケーション支援」といった 5 つの支援内容に分けることができた。(表 14. 参照)

6. 4. 6 がん看護 CNS が考えるがん看護 CNS の役割についてのインタビュー調査結果

がん看護 CNS が専門と考えるがん患者への支援についてインタビューを行った。その結果、「生活者の視点での患者支援」「家族も含めたケアの提供」「症状マネジメント及び日常生活マネジメント」の 3 つのカテゴリーが抽出された。(表 15. 参照)

がん看護 CNS は、治療と患者の日常生活を調整する、つまり治療決定において EBM だけでなく、患者の日常生活上の価値も考慮しながら患者自身が最も良い治療方法を選択できるように支援することだと考えていた。それには、患者の最も近くにおいて、患者の日常生

活をアセスメントできる自分たちの力が必要だと語っていた。また、ケアの対象は患者だけでなく家族も含まれるとも述べていた。

更に、がん看護 CNS は、疾患と疾患を持った患者・家族の理解を専門としており、高い専門能力をもって疾患と生活をマネジメントできると考えていた。

表 14. がん看護 CNS へのインタビューから見えるがん患者に必要な支援

コード	カテゴリー	必要と思われる支援内容
先の見通しがつかないことへの不安	先の見通しがつかないことや解決の糸口が見いだせない	心理的支援
誰に支援を求めているか解らない状況		
家族に迷惑をかけているのではないかという思い	家族の一員としての役割を果たせないことに関連した抑うつ状態	役割喪失に関連した支援
役割喪失感を抱いている		
役割を果たせないことで、自己価値を相当に低下させて、鬱へと移行		
家族の関係性が、がんという疾患によって変化する	疾患により、家族関係の変化する	家族機能回復への支援
治療が長期化することで、家族機能がうまく働かない		
患者のニードではなく、お仕着せの支援が多い。	必要なニードが満たされていない	患者背景に応じた支援
若い世代のがん患者へのサポートが少ない		
自分の価値観を医師に伝えるにくい	医療者とのコミュニケーションの問題	医療者とのコミュニケーション支援

(筆者作成)

表 15. がん看護CNSが専門と考えている支援

がん看護CNSが専門と考えている支援		
がん看護CNSは、生活と治療のコーディネイトする	医療と生活の双方の視点でアセスメントできる	生活者の視点での支援
がん看護CNSは、家族を含めた支援を行う	患者だけでなく家族も対象としている	家族もケアの対象
がん看護CNSは、疾患に特化した知識や技術をもっている	専門的知識を持っている	症状マネジメントおよび日常生活マネジメント
家族機能をアセスメントできる		

(筆者作成)

6. 4. 7 がん看護CNSへのインタビュー調査結果についての考察

今回、がん看護CNSへのインタビューから得られたカテゴリーとがん患者がリスクファクターとして捉えているカテゴリー、およびがん看護CNSが自分たちの専門と考えている若年がん患者の療養生活上の支援についてのカテゴリーについて、それぞれの関連を検討した。

まず、患者がリスクファクターと語った4つのカテゴリーとがん看護CNSが、若年がん患者に必要なと考える支援について検討した。

- 1) ピア・サポートに関連して語られた内容から、がん看護CNSは、患者や家族の不安や抑うつに対する「心理的支援」や、家族の中での役割の変化等に対する「役割喪失に関連した支援」、家族の疲弊感などに対する「家族機能回復への支援」、若い世代のがん患者の支援が少ないといった「患者背景に応じた支援」の4つの支援内容が必要と考えていた。よって、患者が捉えるリスクファクター「ピア・サポート」は、がん看護CNSが語る4つの支援内容に関連していると考えられる。
- 2) 生計に関連して語られた内容から、これまで通り仕事をする事ができないなどに対する「役割喪失に関連した支援」、治療の長期化に伴い、一家の働き手の交代などに対する「家族機能回復への支援」、医療者による一方的な支援に対する「患者背景に応じた支援」の3つの支援内容に分類された。よって、患者が捉えるリスクファクター「生計」は、がんCNSが語る3つの支援内容に関連していると考えられる。
- 3) 関係性に関連して語られた内容から、家族も患者と同様に不安を持っているといった「心理的支援」や治療が長期化することにより、家族の機能がうまく働かなくなるといった「家族機能回復への支援」、個々の家族に応じた支援の必要性といった「患者背景に応じた支援」の3つの支援内容に分類された。よって、患者が捉えるリスクファクター「関係性」については、がんCNSが語る3つの支援内容に関連

していると考えられた。

- 4) 役割に関連して語られた内容から患者が家族に迷惑をかけているといった思いに対する「心理支援」や、社会的役割を果たせないことによる自尊心の低下などに対する「役割喪失に関連した支援」、家庭内での役割の変化に家族が十分適応できないことに対する「家族機能回復への支援」、そして患者や家族の価値や生き方に応じた「患者背景に応じた支援」といった4つの支援内容に分類された。よって、患者が捉えるリスクファクター「役割」については、がん CNS が語る4つの支援内容に関連していると考えられた。

また「医療者とのコミュニケーション支援」については、患者のインタビューからはリスクファクターとしては挙げられなかったが、がん看護 CNS が日頃診療の場面で、医師や他の医療者とのやり取りを通して問題意識を持っているのではないかと考えられ、患者の認識としては重要性が低い、専門家から見れば、重要な潜在的ニーズとして捉えているのではないかと考える。(表 16. 参照)

表 16. がん患者が捉えるリスクファクターとがん看護 CNS が語った内容との関連

患者が捉えるリスクファクター		がん看護CNSが必要と思う支援
ピア・サポート		心理支援
生計		役割喪失に関連した支援
関係性		家族機能回復への支援
役割		患者背景に応じた支援
		医療者とのコミュニケーション支援

筆者作成

次に、がん看護 CNS が若年がん患者に必要と思われる支援と、自分達自身が専門であると考えている支援との関連について検討を行った。その結果、がん看護 CNS が若年がん患者の在宅療養に必要な支援と考えている「心理的支援」「役割喪失に関連した支援」「家族機能回復への支援」「患者背景に応じた支援」の4つのカテゴリーは、がん看護 CNS が専門と考えている「生活者の視点での支援」「家族もケアの対象」「症状マネジメント及び日常生活マネジメント」の3つのカテゴリーすべてに関連していると考えられた。

また、患者の潜在的ニーズである「医療者とのコミュニケーション支援」については、診療の場面において必要であり「症状マネジメント及び日常生活マネジメント」に関連していると考えられた。(表 17. 参照)

以上のことから、

- ①患者が捉えるリスクファクターと、がん看護 CNS が、若年がん患者に必要と考える支援は、関連があった。
- ②がん看護 CNS が若年がん患者に必要と考える支援と、がん看護 CNS が自分達の専門と考えている支援は、ほぼ一致していた。

の 2 点が明らかとなった。

このことはつまり、がん看護 CNS の専門と、若年がん患者の在宅療養におけるリスクファクターには関連があり、リスク評価者としてがん看護 CNS は妥当であることを示唆していると考ええる。

表 17. がん看護 CNS が若年がん患者に必要と考える支援と、自分たちの専門と考える支援の関連

がん看護CNSが必要 と思う支援		がん看護CNSが専 門と考えている支援
心理支援		生活者の視点での支援
役割喪失に関連した支援		家族もケアの対象
家族機能回復への支援		症状マネジメント及び日常生活マネジメント
患者背景に応じた支援		
医療者とのコミュニケーション支援		

筆者作成

6. 4. 8 がん看護 CNS へのインタビューから得られた結論

今回、がん看護 CNS が、若年がん患者の在宅療養上のリスク評価者として妥当であるかどうかについて、3名のがん看護 CNS にインタビューを行った。その結果、在宅療養の若年がん患者が捉えていたリスクファクターとがん看護 CNS が、彼らに必要と考える支援とは関連があり、また、がん看護 CNS が、自分たちの専門と考える支援と、在宅療養中の若年がん患者に必要と考える支援でも関連があった。

よって、がん看護 CNS が、がん患者の捉えるリスクファクターに対して提供する支援は、がん看護 CNS の専門であると考えてよい。

以上のことから、疾患と治療および副作用について深い知識と的確な判断力を持ち、患者や家族が抱える個別な生活背景を理解したうえで、生活の質を評価し生活支援者としての能力を持つ者として、専門的に活動できるがん看護 CNS は、リスク評価者として妥当であることが明らかとなった。

また、今回作成したアセスメントツールを用いて、がん看護 CNS に実際にごん患者に試用してもらった。その結果、作成したアセスメントツールについて「在宅療養がん患者の状況を反映できると考えるが、評価の4指標については表現が一部抽象的であり（例えば、役割に関する評価で『自尊感情が維持できている』といった指標は、非常に評価しにくい）、更に検討が必要ではないか。しかし、療養生活が長期化することで、患者や家族は知識と感情がかい離していく傾向にあり、そのような状況の患者をアセスメントするには非常に有用である」との回答を得た。このことは、今後より多くの患者からの語りを基に検討していく必要があることを示唆していると考ええる。

尚、がん看護 CNS のインタビュー内容については付表4. を参照。

第7章 本研究の限界と今後の課題

若年がん患者が、在宅療養を行うためには、社会的健康（生計・関係性・役割）での支援が必要であるが、現状ではそれを得ることが難しく、若年がん患者の日常生活上のQOL(QODL)は低下する可能性があるとして、検討を進めてきた。

がん患者を対象としたインタビュー調査から、患者自身も社会的健康に関する支援を必要としていることが明らかとなった。しかし、社会的健康に関するQOLについては、日常生活という極めて個人的で、多様化した価値が影響するものであり、標準的な目安を設けることは非常に困難であることがわかった。そして、そのことが理由となって、これまで研究の対象とされて来なかったことが、筆者が行った文献調査から明らかとなった。その結果、在宅療養におけるQODLの支援が、医療支援や介護支援に比べ国の制度として非常に遅れていると考えられた。

筆者はこれに対し、若年がん患者が在宅療養を行う上でのQODLの低下をリスクと捉え、社会的健康の指針として、インタビュー調査から「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の4つのカテゴリーを抽出した。更にその中から、「生計」「関係性」「役割」をQODLのリスクファクターとして取り上げ、それぞれのリスクを評価することによって、リスク回避のための支援を得ることができると考えた。

また、リスクをアセスメントできるのは、疾患や治療、副作用に深い知識を持ち、患者の最も近くで生活者としての患者支援を専門としているがん看護CNSであるという結論を導いた。

しかし、本論文で扱った議論には、まだいくつかの課題が残っている。

第1に、がん患者を対象としたインタビューでは、7名の内、男性が一人であり、就労支援等についての内容は、殆ど聞かれなかった。このことから、メンバー構成が、語られた内容に何らかの影響を及ぼしている可能性を否定できない。よって、社会的健康におけるQODLリスクファクターについて、「生計」「関係性」「役割」以外にもまだ検討しなければならない課題があるのではないかと考える。また、がん看護CNSのインタビューも対象が3名と少なく、それだけでがん看護CNSが考える支援と在宅療養中の若年がん患者が捉えているリスクファクターが関連していると主張するには限界があると考えられる。また、がん看護CNSの働き方については、現在、医療機関内での活動が主であり、地域で活躍するがん看護CNSはほんのわずかしかない。よって、どのような地域医療システムが、彼らの地域における活動を可能にするかについても議論の必要がある。

第2に、今回の評価指標は、客観的健康評価と主観的健康認識の評価指標を看護診断の手法を用いて検討したものであるが、評価指標の妥当性については議論の余地がある。今後はより広範囲のデータを収集し（例えば、インターネット調査等）、評価指標を再検討していくことで、課題の解決につなげたいと考える。

第3に、がん患者やその家族にとって在宅療養上のリスクを回避、あるいは軽減させるために、現在利用できる支援が他にあるか、あるとすれば、それらを有効活用するための方策はあるかについても調査および検討が必要であるが、今回の調査では、そのことについては明らかにしていない。今後調査範囲を広げて確認して行きたいと考える。

以上、これらの課題については、今後、より広範囲な情報収集を実施し、段階的に研究を進めて行く必要がある。

また、最終的には65歳未満のがん患者の在宅における療養生活の質の向上を図るための支援策について、リスク・マネジメントの視点に立ってがん専門看護師を中心とする支援システム構築へと議論を発展させて行く予定である。

今後も継続して、本研究課題に取り組みたいと考える。

おわりに

今回、在宅療養を続けている若い世代のがん患者（65歳未満）にとって、現在の医療政策では、かえって生活の質を低下させる可能性があるという仮説に基づき、在宅療養中の若年がん患者を対象として、日常生活上のQOL（QODL）とは何かを明らかにした上で、QODLを低下させる要因を抽出し、抽出された要因の危険度を把握するための尺度を開発することを目的として研究に取り組んだ。

まず、看護師のインタビューから、在宅療養若年がん患者には、生活の質を低くするリスクが存在することが明らかとなり、実際のがん患者を対象としてインタビューを行った結果から、若年がん患者のQODLとは、「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の4つのカテゴリーがリスクファクターとして抽出されたことにより、社会の中の一員として役割を果たしながら生きていくといった、いわば、社会生活上のより内面的なものの価値が満たされている必要があることがわかった。

よって、若年がん患者のQODLについては、個々の価値観や信念等に影響を受けるため、医療におけるアウトカムを評価する指標としてのQOL調査と同様の手法では評価できないことがわかった。つまり、評価尺度の開発は難しいことが明らかとなった。しかし、在宅療養若年がん患者のQODLについて、リスク・マネジメントの考え方を導入し、QODLの低下をリスクと捉えたところ、リスクファクターを4つのカテゴリーに集約することができたことから、各リスクファクターのリスク度を評価することによって、在宅療養中の若年がん患者のQODLを評価することができると考えた。

そこで、QODLをアウトカム評価ではなく、リスクを回避或いは軽減するためのアセスメントツールとして利用できるものを求めて再検討を行った。そして、それぞれのファクターのQODLは、客観的健康状態の評価（Y軸）と主観的健康認識（X軸）の一致、不一致として確認することができると考えた。そして、理想のQODL、つまり日常生活上のQOLの低下リスクがない状況として、客観的健康状態を示すY軸上の指標と主観的健康認識を示すX軸上の指標の双方から等距離にある点の集合として表され、客観的健康状態の評価（Y軸）と主観的健康認識（X軸）の一致を表す点の集合と考えた。（44頁図13.参照）

更に、それぞれのファクターのQODLのリスク度は、客観的健康状態の評価（Y軸）と主観的健康認識（X軸）の不一致として表すことができるのではないかと考えた。

また、これらのリスク度を可視化することで、リスク回避或いは軽減のための支援の優先度がわかるとした。

つまり、個々人の生き方や価値観に影響を受けるQODLであっても、それぞれのリスクファクターについてリスク評価を行うことで、リスク回避或いは軽減が可能であると結論付けた。

更に、このリスク評価を行う評価担当者については、インタビューの結果から、現在のところがん看護CNSが妥当であると考えられた。

現在のところ、がん患者のQOLについては、治療効果判定や治療の副作用による評価や心理評価が主であり、日常生活上のQOLについての研究は、殆どなされていないと考える。しかしながら、医療政策上、がん患者の在宅療養を更に進めて行くのであれば、この問題は避けて通ることはできないと考える。

現在の医療政策は、高齢者やがんのターミナル期にある患者に焦点が当たっており、若い世代の、つまり仕事や子育て、親の介護などの役割を担う世代の患者には殆ど支援がないと言ってよいのではないだろうか。在宅療養を進めるために、医療機関は、在院日数短縮や退院支援などの努力を行ってはいるが、今後は、社会を支え生活を支える世代のがん患者の置かれている環境の改善に向けての支援も提供して行かなければ、在宅療養は決して進まないと考える。

そのためには、これまで一定の基準を示すことができないことから注意が向けられなか

った、がん患者の日常生活上の QOL (QODL) について、患者個々の価値観にあった評価方法や支援策の研究を進め、患者の生活の視点に立ったニーズを明らかにしていく必要があると考える。

また、本論文では、がん患者の QODL 低下について、リスク・マネジメントの視点に立って検討を行ったが、現在医療政策として、在宅療養支援について検討されている内容は、既に何らかの症状があるか（例えば疼痛や褥瘡など）、人工呼吸器等を装着した患者の支援あるいは、ADL（日常生活動作）の低下に伴う支援などが主である。しかし、本論文で述べた通り、がん患者は何らかのリスクを抱えて生活しており、それを放置すれば、新たな疾患を生み出す可能性が高い。リスクを早期に把握し、軽減或いは回避することで、在宅療養がん患者の QODL が維持され、ひいては医療費の削減にもつながると考える。医療政策の検討においては、実在する問題だけでなく、将来起こるであろう危機を早期に回避するための支援、つまりリスクの支援も、検討課題として取り組む必要があると考える。

更に地域医療支援システムにおいても、現在のような医療・介護・福祉に携わる人々がそれぞれに縦割りで活動するのではなく、カナダにおける在宅療養支援のチーム及びそこでコーディネーションするケース・マネジャーのような役割を担う人材が必要になってくると思われる。安川が

「いわばケース・マネジャーのような役割がネットワークのなかに位置づけられる必要がある。それを誰が担うかによって、このマネジメント機能は微妙に左右されるが、現時点では医師と診療補助者の双方にコンタクトが可能な看護師が重要なキーパーソンとなるかもしれない¹¹³⁾」

と述べているように、疾患を理解し、尚且つ患者の生活の視点でのアセスメントができる人材として、がん看護 CNS の地域における活躍が期待される。そしてそのためには、がん看護 CNS を中心としたリスク・マネジメントの視点による支援システム構築が急がれる。

113 前掲 「地域医療研究のシャイ経済的視座：医学モデルから生活・人間環境モデルへの転換」 45 頁

謝辞

今回の研究に際し、多くの方の支援を頂いたことに感謝する。特に快くインタビューを引き受けて下さったがん患者の皆様のご厚意に熱く感謝したい。

また、長期にわたりご指導頂いた安川教授（現横浜市立大学教授）および岡部教授に心から感謝する。

付表 1.
地域連携室で働く看護師へのインタビュー結果

それぞれのテーマで話された内容
<p>○療養場所の選択について 「本人は帰りたいけど、家族のことを思うと帰れない」「患者や家族の置かれている状況で違う」「医師のICの仕方によっても違う」「一人暮らしで、誰かの支援がなければ帰れない」「家に帰りたくないという患者さんでもその背景は様々です」「患者さんは病院が安心と言われても家族が在宅を希望されることもある」 「療養場所の選択は、患者さんと家族双方の意思による」「家族は帰ってきてほしくないというケースもある」 etc.</p> <p>○治療の選択について 「ぎりぎりまでケモができるようになって本当にますます、その人自身の価値とか生き方とかがぎりぎりまで治療優先でいってしまう」「こんなはずじゃなかったのに。そしてもう選択肢がない状況になって患者は転院や在宅を迫られる」「治療費が生活しながらどんどんかかる。いつまでも分からずかかる。どんどん体は動かなくなる。でも治療ができる事が唯一のささえだったりするわけで、そこに患者はすがっているかたもたくさんいる」「家族も罹患する年齢や戦う療養期間が長いと大変になる。特に女性が患者だと、支援するのはご主人だから中々思うような支援は得られない。逆だと奥さんが支援してくれるし、そういう意味では患者が男性か女性かで違ってくる」「介護保険の対象とならない30代40代は特に難しい」「治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることが返ってできにくくなっているようだと感じます」 etc.</p> <p>○在宅療養を行う上で必要なものについて 「紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者ともに不安を持っている。それが一番不安なのではないだろうか」「バックベッドは、緩和医療の病院と言う事もある」「あとは24時間の連絡体制。すぐ来てくれるというより、24時間いつでも相談できること」「地域には、症状コントロールについて経験の浅い医師も多いため、患者の安楽が得られない可能性がある」 etc.</p> <p>○家族の支援について 「家族が一時休息できる場所がない」「がん患者のショートステイなど一時休息のための支援システムが必要」 「いま respite という考え方がある」「ショートステイなどがあると家族も仕事に行けるし経済的にも何とかなる」「がん患者さん用のデイサービスは、通常のデイサービスとは分けてあったが良い」「若い世代つまり3割負担の世代の患者さんに在宅であれやこれやのサービスが受けられますと言ったところで、費用がかかるので、結局病院が割安ということになる」「経済的支援が一番です」「家族が安心して働けるという環境ですよね」「ほんとに3割世代は、仕事も続けられない、保障はない、家族の生活を支えなければならない、でも治療費は払わなくてはいけないといった苦しみがありますよね」「がんが慢性化しているのに、何の制度もないというのは苦しい」「女性だと、倦怠感とか外から見えないしご両親と同居してたりすると特になんか甘えてみたいにとられるし」「核家族であれば、どんなきつくても見た目がどうもないから、主婦業をしなくちゃならないでしょ」 etc.</p>

付表2.
地域連携室で働く看護師のインタビューでの典型的な意見と分類

分類	患者自身の問題	患者を取り巻く環境の問題
治療面	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者・家族が不安を持っている。 ・地域の医療機関には、緩和医療特に疼痛や症状コントロールに経験の浅い医師が多く、患者の安楽が得られにくいのではないかと感じる。 ・治療選択の時点での緩和医療の説明が不十分なことによる治療優先の選択。 ・治療費が生活しながらどんどんかかる。いつまでもわからずかかる。どんどん体は動かなくなる。でも治療できることが唯一の患者の支えだったりするわけで、そこにすがっている患者も多くいる。 ・治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることがかえってできにくくなっているように感じる。 他 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での治療を継続するやめには、家族の協力は不可欠だが、いつ急変するかわからないという不安を抱えての患者支援は難しい。 ・支援する家族が、一時休息できる場所がない。 ・医療保険3割負担の若い患者にとって、長期化する抗がん剤治療による医療負担が大きい。 ・家族は患者のADLが落ちてきたら在宅というわけにはいかない。 ・若い世代、つまり3割蓋の世代の患者に、在宅であれやこれやのサービスが受けられると説明しても費用がかかるので、結局入院しているほうが割安ということになる。 ・本当に、3割世代は仕事も続けられない、保証はない、家族の生活を支えなければならぬ、でも治療費は払わなくてはならないといった苦しみがあります。 他
生活面	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が女性であれば、夫からの支援は受けにくい。逆であれば、夫は妻の支援を受けやすい。患者が男性か女性かで受けられる支援が違ってくる。 ・がん患者専用のデイケア施設やショートステイが必要。 ・今、緩和ケア病棟が短期入院で受け入れてくれるようになった。そうすることで、家族もほっとする時間を得ることができる。そのような緩和ケア病棟がもっとあればいい。 ・がん患者さん用のデイサービスは、通常のデイサービスとは分けてあった方がよい。 他 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で患者や家族が集える場所がない。 ・抗がん剤治療では、見た目がどうもないため、特に女性は他の家族から主婦の役割を期待される。 ・治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることがかえってできにくくなっているように感じる。 ・ショートステイなどがあると家族も仕事に行けるし経済的にも何とかなるのではないかと感じる。 他

付表3.
がん患者へのインタビュー内容

<p>1. 退院時には、予測しなかったようなストレスを感じたことがあるか、また、それは、どのようなものか</p>
<p>1) 患者自身の心身の問題について（身体的機能・心理的機能）再発への不安 副作用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人で悩むことは本当に辛い ・子供の問題は最も苦しむ ・家族の悲しみが自分の最も大きな苦しむ ・子供に親の病気をつたえるのに、いつどうやって伝えれば良いかわからない ・いつも死を意識している ・いつも死ぬことを感じながら生きている ・自分が今後どのようなプロセスをたどるのが分からないことが恐怖だった
<p>2) 職業的・経済的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院費に比べ、外来治療費が高い ・主な診療科、心療内科・副作用の担当科と幾つも受診するが、費用は合算されないため高額医療給付が受けられない・入院費に比べ、外来治療費が高い ・入院していた方が費用はかからない ・経済的な苦しさは治療選択時にも影響する ・経済的にも苦しいが、福祉や医療制度など相談に乗ってもらえる社会福祉関連の支援も必要 ・いつ再発するかかわからないので、仕事は続けられない ・自分の体調に合った働き方のできる職場は少ない
<p>3) 身体的機能低下（日常生活動作の低下）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつ再発するかかわからず、はやめに色々な整理をつけておく必要がある ・残された時間はすくないと感じる ・治療が終了しても以前の自分の体には戻れないことへのいら立ち
<p>4) 社会的役割の変化或いは喪失</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若い世代と60才以降の人ではせおっている責任みたいなものがちがう ・若い世代は、子供の将来や親の介護、残された家族の生活のこと等自分のことより考えなければならないことが多くある ・自分が死んだら子供や親の面倒は誰がみるのだろうと思うと怖くなる
<p>5) 家族関係の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が集まるサロンがあればいい ・両親には病気のことを伝えていない ・自分ががんになったことで家族をくるしめていると思う ・自分の思いは家族へは言えない ・自分の辛さを話せば自分以上に家族が苦しむ ・家族に苦しい姿は見せたくない ・患者ががん告知を受けたと同時に家族はがん家族になる ・自分の辛さを話せば自分以上に家族が苦しむ
<p>2. 在宅療養生活を続けるうえで、必要な支援は何だと思うか</p>
<p>1) 人的支援</p>
<p>(1) 相談者の相談（ピア・サポート：同じ病気を持つ者同士で助けあう）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんサロンにすれば、情報交換できる ・がんサロンで悩みを話すと落ち着く ・自分の思いを話せる場所があるのは大事 ・がんサロンにすれば、仲間がいる

- ・自分の思いを話せる場所があるのは大事
- ・悩みを話せる仲間がいることは重要
- ・家族のケアが必要
- ・自分はサロンで支援してもらおうが、家族への支援はない
- ・家族は本人以上に病気を受け止めるのに時間がかかる
- ・自分ががんになったことで家族も病気になる
- ・家族への告知は専門家の力を借りたい
- ・家族への告知後のフォローも必要
- ・家族の問題を誰に相談して良いかわからない
- ・自分ががんであることを家族が受け入れるには専門家の支援が必要
- ・家族が受け入れるまでの時間は早ければ早いほど良い
- ・家族への支援もタイムリーに行ってほしい
- ・家族への支援もタイムリーに行ってほしい
- ・がん告知のときから心身面と経済面で助言をくれる人が必要
- ・告知された瞬間から生きている限り包括的な支援を得られる体制が必要

2) 環境改善

(1) がん患者専用の短期入所施設

- ・デイケアやレスパイトを必要と思ったことはない

(2) 緊急時にすぐに入院できるベッドの保証

- ・すぐに利用できる緩和ケアベッドを充実してほしい

3. その他

- ・一般のがんサロンは、60歳代70歳代の皆さんが多い。30歳代、40歳代の方は入りにくい
- ・若い世代は、子育てや仕事があるので、ウィークデイに開催されるがんサロンへはいけない
- ・自らがんサロンに来れる人は良い方だと思う
- ・家に引きこもっている人たちが大勢いる
- ・新しいライフスタイルを確立する必要があると実感した

付表4
がん看護 CNS へのインタビュー内容

<p>1) 患者や、家族は今どのような状況におかれていると思うか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・これから自分がどうなっていくのか予測できないことへの不安を抱えている ・自分の価値観を医師に伝えにくい ・家族はもともと変化を受け入れる力をもっているがそれが機能していない ・自ら支援を求められない患者・家族が多い ・性や生殖についてのケアが足りない ・治療が長期化することで家族の不安や疲弊感が強くなる ・患者は、家族に迷惑をかけているのではないかという思いを抱いている ・在宅療養期間は長い、自ら訴えなければ支援が得られない ・多くの患者・家族は、どこにあるいは誰に支援を求めているか解らないでいる ・在宅療養がん患者へも地域の看護師による定期的な訪問が必要 ・家族の一人ががんになったということは、家族にとっても急激な変化 ・現在、家族への継続的支援にうちの検討はされていない ・家族の中でも子供への支援は重要 ・若い世代のがん患者へのサポートが最も少ない ・患者・家族が求める支援ではなく、医療者側からの一方的な支援になっている
<p>2) 患者の社会的役割についてはどうか</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・役割喪失感を抱いている ・身体苦痛も重要だが、若い世代の人たちにとって、社会的役割はかなりのウエイトを占めている ・役割を果たせないことで、自己価値を相当に低下させて、鬱へと移行する
<p>3) 家族との関係性について</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の役割関係性が、がんという疾患によって変わる ・治療が長期化することで、家族機能がうまく働かなくなる
<p>4) がん看護 CNS の役割について</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・生活と治療のコーディネイトをどうするかをアセスメントする ・EBM と患者の QOL の折り合いをつける ・家族全員で価値の修正に取り組める支援 ・家族機能をアセスメントする ・家族全員の価値の修正支援 ・がんの特化した知識や技術をもっている ・患者や家族が現状を受け止め、価値の転換までのプロセスを辿れるよう支援する ・患者を全体的にみてアセスメントできる
<p>5) その他</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・子供も役割を担っている。子供の専門を紹介し、CNS もその中に一緒に入る必要がある

付表5. NANDA-1 看護診断の考え方

I. 領域(ドメイン)と類(クラス)

NANDA-1 看護診断には、13 領域とそれぞれに幾つかの類が分類され、それぞれに情報を収集しアセスメントする。

<p>領域1：ヘルスプロモーション 類1) 健康自覚 類2) 健康管理</p>	<p>患者が自分の健康をどのように受け止めているか 自分の健康状態を良好なものとするにはどのような健康管理をしようとしているのか</p>
<p>領域2：栄養 類1) 摂取 類2) 消化 類3) 吸収 類4) 代謝 類5) 水化</p>	<p>患者の栄養状態 患者の消化機能 栄養吸収機能 代謝機能 電解質バランス</p>
<p>領域3：排泄と交換 類1) 泌尿器系機能 類2) 消化器系機能 類3) 外皮系機能 類4) 呼吸器系機能</p>	<p>排尿に関する機能 排便に関する機能 皮膚からの分泌および排泄機能 肺または、気管からの分泌物および異物の排泄機能</p>
<p>領域4：活動 / 休息 類1) 睡眠 / 休息 類2) 活動 / 運動 類3) エネルギー平衡 類4) 循環 / 呼吸反応</p>	<p>患者の休息状況及び睡眠状況 患者の日常生活活動における運動機能 睡眠/休息と活動/運動のバランス 活動/休息を支えている循環及び呼吸機能</p>
<p>領域5：知覚 / 認知 類1) 注意 類2) 見当識 類3) 感覚 / 知覚 類4) 認知 類5) コミュニケーション</p>	<p>物事に対する注意力や観察力 意識状態 触覚・味覚・臭覚・資格・聴覚・運動覚 記憶・学習・思考・問題解決・抽象化・判断・洞察 の能力および知的な能力 言語的、非言語的意思伝達能力</p>
<p>領域6：自己知覚 類1) 自己概念 類2) 自尊感情 類3) ボディーイメージ</p>	<p>自分自身をどのように捉えているか 自分自身の価値や能力をどのように捉えているか 自分自身の身体をどのように受け止めているか</p>
<p>領域7：役割関係 類1) 介護役割 類2) 家族関係 類3) 役割遂行</p>	<p>患者を介護する役割を担っている介護者の状況 家族構成や同居の有無 過去・現在・未来の社会地位や役割</p>

<p>領域 8 : セクシャリティー</p> <p>類 1) 性 同 一 性</p> <p>類 2) 性 的 機 能</p> <p>類 3) 生 殖</p>	<p>男性としてあるいは女性としての自分をどのように捉えているか</p> <p>男性あるいは女性生殖器疾患によって、患者の性的機能は正常に機能しているか</p> <p>生殖機能</p>
<p>領域 9 : コーピング / ストレス耐性</p> <p>類 1) 身体的/心的の外傷後反応</p> <p>類 2) コーピング反応</p> <p>類 3) 神経行動ストレス</p>	<p>患者が心理的な外傷体験を受けたあと、どのような心理的な状態であるか</p> <p>高いストレス状態にあるか、そのストレスについてどのように受け止め対処しようとしているか</p> <p>神経および脳機能を反映した正常な行動の観察</p>
<p>領域 10 : 生活原理</p> <p>類 1) 価 値 観</p> <p>類 2) 信 念</p> <p>類 3) 価値観/信念/行動の一致</p>	<p>どのような価値観を持って生きてきたか</p> <p>どのような信念で生きてきたか</p> <p>価値観や信念をつらぬくような行動の観察</p>
<p>領域 11 : 安全 / 防御</p> <p>類 1) 感染リスク状態</p> <p>類 2) 身 体 損 傷</p> <p>類 3) 暴 力</p> <p>類 4) 危 険 環 境</p> <p>類 5) 防 御 機 能</p> <p>類 6) 体 温 調 節</p>	<p>感染徴候観察の有無</p> <p>患者の身体は危害や障害がないか</p> <p>自己および他者に対して身体損傷や虐待を起こす可能性があるか</p> <p>患者の周辺環境には、危険を起こす発生源があるか</p> <p>身体的防御機能（例えば、免疫力）</p> <p>体温調節機能</p>
<p>領域 12 : 安楽</p> <p>類 1) 身 体 的 安 楽</p> <p>類 2) 環 境 的 安 楽</p> <p>類 3) 社 会 的 安 楽</p>	<p>疼痛や身体的不快感の体験</p> <p>患者の置かれている環境は安全な感覚を得られているか</p> <p>社会的相互作用は社会的孤立をもあたらないか</p>
<p>領域 13 : 成長 / 発達</p> <p>類 1) 成 長</p> <p>類 2) 発 達</p>	<p>身体的・臓器的な成長</p> <p>発達理論に基づくアセスメント</p>

付表 6

NANDA 13 領域のうち、参考とした看護診断と定義一覧

●領域 6 【自己知覚】

◎類 1 自己概念 : 看護診断 絶望感

定義: 選択肢が殆どないか、あっても自分の思うように選択できない、自分のためにエネルギーを使えないと考える主観的状态

診断指標 感情の減、言葉数の減少自発性の消失 etc

◎類 2 自尊感情 : 看護診断 自尊感情状況的低下

定義: 現状を受けて、自己価値の否定的な見方が生じている状態

診断指標 出来事に対処できないと自己評価する

無力感を訴える etc

●領域 7 【役割関係】

◎類 2 家族関係 : 看護診断 家族機能障害

定義: 家族単位の機能が、心理社会的、スピリチュアル、生理的なまとまりを慢性的に欠いた状態。葛藤、問題の否認、変化への抵抗、無効な問題解決など、尽きることの無い一連の危機につながる。

診断指標 矛盾したコミュニケーション、援助を受け入れられない、社会的孤立 etc

◎類 3 役割遂行 : 看護診断 非効果的役割遂行

定義: 行動と自己表現のパターンが、周囲の状況・規範・期待に合わない状態

診断指標 役割知覚の変化、他者が認識している役割の変化、差別 etc

●領域 9 【コーピング / ストレス耐性】

◎類 2 コーピング反応 : 看護診断 非効果的コーピング

定義: ストレス因子の正当な評価ができない、習得した反応を適切に選択できない、あるいは入手可能な資源を利用できない状態

診断指標 通常のコミュニケーションパターンの変化

ソーシャルサポートの活用が減る

情報を整理できない etc

JAPANESE



質問表 EORTC QLQ-C30 (version 3)

私達は、あなたとあなたの健康状態について関心を持っています。あなたの状態に、もっともよく当てはまる番号一つを○で囲み、全設問にお答え下さい。「正しい」答えや「誤った」答え、といったものはありません。なお、お答え頂いた内容については秘密厳守とさせていただきます。

あなたの名前の頭文字を書いて下さい。 姓: ___ 名: ___ (例: 山田花子さん。姓: 山 名: 花子)
 あなたの生年月日を書いて下さい。 19___ (明 大 昭 平 年) 年 ___ 月 ___ 日 生
year month day
 今日の日付を記入して下さい。 19___ (平成) 年 ___ 月 ___ 日 生
year month day

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
1. 重い買い物袋やスーツケースを運ぶなどの力仕事に支障がありますか。	1	2	3	4
2. 長い距離を歩くことに支障がありますか。	1	2	3	4
3. 屋外の短い距離を歩くことに支障がありますか。	1	2	3	4
4. 一日中ベッドやイスで過ごさなければなりませんか。	1	2	3	4
5. 食べること、衣類を着ること、顔や体を洗うこと、便所に行くことに人の手を借りる必要がありますか。	1	2	3	4

この一週間について

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
6. 仕事をすることや日常生活活動に支障がありましたか。	1	2	3	4
7. 趣味やレジャーをするのに支障がありましたか。	1	2	3	4
8. 息切れがありましたか。	1	2	3	4
9. 痛みがありましたか。	1	2	3	4
10. 休息をとる必要がありましたか。	1	2	3	4
11. 睡眠に支障がありましたか。	1	2	3	4
12. 体力が弱くなったと感じましたか。	1	2	3	4
13. 食欲がないと感じましたか。	1	2	3	4
14. 吐き気がありましたか。	1	2	3	4
15. 吐きましたか。	1	2	3	4

質問1。

あなたの健康状態はいかがですか？ 一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「最高に良い」場合は1、
- 「とても良い」場合は2、
- 「良い」場合は3、
- 「あまり良くない」場合は4、
- 「良くない」場合は5。

(回答された数字を
ご記入下さい)

↓

質問2。

1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか？ 一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「1年前より、はるかに良い」場合は1、
- 「1年前よりは、やや良い」場合は2、
- 「1年前と、ほぼ同じ」場合は3、
- 「1年前ほど、良くない」場合は4、
- 「1年前より、はるかに悪い」場合は5。

質問3は 10 問あります。

次の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、次のような活動をするのがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。それぞれの質問について一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問3の1、激しい活動、例えば一生けんめい走る、重いものを持ち上げる、

激しいスポーツをする、など。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

(回答された数字
をご記入下さい)

質問3の2、適度の活動、例えば家や庭のそうじをする、1～2時間散歩するなど。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の3、少し重いもの、例えば買い物袋などを持ち上げたり、運んだりする。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の4、階段を3、4階まで登る。

「とてもむずかしい」場合は1、

「すこしむずかしい」場合は2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の5、階段を2階まで登る。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

(回答された数字
を記入下さい)

質問3の6、体を前に曲げる、ひざまづく、かがむ。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の7、1キロメートル以上歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の8、数百メートルくらい歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の9、百メートルくらい歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

質問3の10、自分でお風呂に入ったり、着替えたりする。

- 「とてもむずかしい」場合は1、
- 「すこしむずかしい」場合は2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は3。

SF-36v2™ Health Survey © 1992, 2000, 2003 Medical Outcomes Trust, Health Assessment Unit, QualityMetric Incorporated and Shuntich Fukuhara. All rights reserved.
SF-36v2 is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SF-36v2 Standard, Japanese)

4

質問4は4問あります。

過去1ヶ月間に、仕事や、家事などのふだんの活動をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか？ それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問4の1、仕事やふだんの活動をする時間を減らした。

- 「いつも」あった場合は1、
- 「ほとんどいつも」あった場合は2、
- 「ときどき」あった場合は3、
- 「まれに」あった場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5、

《回答された数字
を記入して下さい》

質問4の2、仕事やふだんの活動が思ったほどできなかった。

- 「いつも」あった場合は1、
- 「ほとんどいつも」あった場合は2、
- 「ときどき」あった場合は3、
- 「まれに」あった場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5、

質問4の3、仕事やふだんの活動の内容によっては、できないものがあった。

- 「いつも」あった場合は1、
- 「ほとんどいつも」あった場合は2、
- 「ときどき」あった場合は3、
- 「まれに」あった場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5、

質問4の4、仕事やふだんの活動をすることがむずかかった。例えばいつもより努力を

必要とした、など。

「いつも」あった場合は1、

「ほとんどいつも」あった場合は2、

「ときどき」あった場合は3、

「まれに」あった場合は4、

「ぜんぜんない」場合は5。

(回答された数字
をご記入ください)

質問5は3問あります。

過去1ヶ月間に、仕事や、家事などのふだんの活動をするにあたって、心理的な理由で、例えば、気分が落ち込んだり不安を感じたりしたために、次のような問題がありましたか。それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問5の1、仕事やふだんの活動をする時間を減らした。

「いつも」あった場合は1、

「ほとんどいつも」あった場合は2、

「ときどき」あった場合は3、

「まれに」あった場合は4、

「ぜんぜんない」場合は5。

質問5の2、仕事やふだんの活動が、思ったほどできなかった。

「いつも」あった場合は1、

「ほとんどいつも」あった場合は2、

「ときどき」あった場合は3、

「まれに」あった場合は4、

「ぜんぜんない」場合は5。

質問5の3、仕事やふだんの活動が、いつもほど集中してできなかった。

- 「いつも」あった場合は1、
- 「ほとんどいつも」あった場合は2、
- 「ときどき」あった場合は3、
- 「まれに」あった場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

(回答された数字
を記入下さい)

質問6。

過去1ヶ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、
身体的理由あるいは心理的な理由で、どのくらいさまたげられましたか。一番よくあて
はまる番号を選んで下さい。

- 「ぜんぜんさまたげられなかった」場合は1、
- 「わずかにさまたげられた」場合は2、
- 「すこし、さまたげられた」場合は3、
- 「かなり、さまたげられた」場合は4、
- 「非常に、さまたげられた」場合は5。

質問7。

過去1ヶ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。一番よくあてはまる番号を選ん
で下さい。

- 「ぜんぜんなかった」場合は1、
- 「かすかな痛み」を感じた場合は2、
- 「軽い痛み」を感じた場合は3、
- 「中くらいの痛み」を感じた場合は4、
- 「強い痛み」を感じた場合は5、
- 「非常に激しい痛み」を感じた場合は6。

SI-36v2TM Health Survey © 1992, 2000, 2002 Medical Outcomes Trust, Health Assessment Lab, QualityMetric
Incorporated and Shunfield Fukuhara. All rights reserved.
SI-36v2 is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SI-36v2 Standard, Japanese)

7

質問8。

過去1ヶ月間に、いつもの仕事、家事も含みます、が、痛みのために、どのくらいさまたげられましたか。一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「ぜんぜんさまたげられなかった」場合は1、
- 「わずかにさまたげられた」場合は2、
- 「すこしさまたげられた」場合は3、
- 「かなりさまたげられた」場合は4、
- 「非常にさまたげられた」場合は5。

(回答された数字
をご記入下さい)

質問9は9問あります。

過去1ヶ月間に、あなたがどのように感じたかの質問です。それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問9の1、元気いっぱいでしたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の2、かなり神経質でしたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の3、どうにもならないくらい気分が落ち込んでいましたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

(回答された数字
をご記入下さい)

↓

質問9の4、おちついていておだやかな気分でしたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の5、活力、エネルギーにあふれていましたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の6、おちこんで、ゆううつな気分でしたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の7、疲れはてていましたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

(回答された数字
をご記入下さい)

↓

質問9の8、楽しい気分でしたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問9の9、疲れを感じましたか。

- 「いつも」の場合は1、
- 「ほとんどいつも」の場合は2、
- 「ときどき」の場合は3、
- 「まれに」の場合は4、
- 「ぜんぜんない」場合は5。

質問 10。

過去1ヶ月間に、友人や親戚を訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらいさまたげられましたか。

一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「いつも」さまたげられた場合は1、
- 「ほとんどいつも」さまたげられた場合は2、
- 「ときどき」さまたげられた場合は3、
- 「まれに」さまたげられた場合は4、
- 「ぜんぜんさまたげられなかった」場合は5。

(回答された数字
を記入下さい)

↓

質問 11 は4問あります。

それぞれの項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 11 の1、私は他の人に比べて病気になりやすいと思う。

- 「まったくそのとおり」の場合は1、
- 「ほぼあてはまる」場合は2、
- 「何とも言えない」場合は3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は5。

質問 11 の2、私は、人並みに健康である。

- 「まったくそのとおり」の場合は1、
- 「ほぼあてはまる」場合は2、
- 「何とも言えない」場合は3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は5。

SF-36v2TM Health Survey © 1992, 2000, 2002 Medical Outcomes Trust, Health Assessment Lab, QualityMetric Incorporated and Shunichi Fukuhara. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SF-36v2 Standard, Japanese)

質問 11 の3、私の健康は悪くなるような気がする。

- 「まったくそのとおり」の場合は1、
- 「ほぼあてはまる」場合は2、
- 「何とも言えない」場合は3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は5。

(回答された数字
をご記入下さい)



質問 11 の4、私の健康状態は非常に良い。

- 「まったくそのとおり」の場合は1、
- 「ほぼあてはまる」場合は2、
- 「何とも言えない」場合は3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は5。

これでこのアンケートはおわりです。

ご協力ありがとうございました。

付表9. FACT-B

FACT-B (第4-A版)

下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた項目です。項目ごとに、ごく最近(過去7日間程度)のあなたの症状に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び○で囲んでください。

身体症状について		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
SP1	体に力が入らない感じがする。.....	0	1	2	3	4
SP2	吐き気がする。.....	0	1	2	3	4
SP3	体の具合のせいで家族への負担となっている。.....	0	1	2	3	4
SP4	痛みがある。.....	0	1	2	3	4
SP5	治療による副作用に悩んでいる。.....	0	1	2	3	4
SP6	自分は病気だと感じる。.....	0	1	2	3	4
SP7	体の具合のせいで、 ^{とこ} 床(ベッド)で休まざるを得ない。.....	0	1	2	3	4
社会的・家族との関係について		全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
GS1	友人たちを身近に感じる。.....	0	1	2	3	4
GS2-1	家族を親密に感じる。.....	0	1	2	3	4
GS2	家族から精神的な助けがある。.....	0	1	2	3	4
GS3	友人からの助けがある。.....	0	1	2	3	4
GS4	家族は私の病気を充分受け入れている。.....	0	1	2	3	4
GS5	私の病気について家族間の話し合いに満足している。.....	0	1	2	3	4
GS6-2	私は病気ではあるが、家族の生活は低調である。.....	0	1	2	3	4
GS6	パートナー(または自分を一番支えてくれる人)を親密に感じる。.....	0	1	2	3	4
GI	次の設問の内容は、現在あなたの性生活がどの程度あるのかとは無関係です。答えにくいと思われる場合は四角に✓印を付け、次のページの設問に進んで下さい。 <input type="checkbox"/>					
GS7	性生活に満足している。.....	0	1	2	3	4

Japanese

12/24/1997

© 1987, 1997

1 / 1

FACT-B (第4-A版)

項目ごとに、ごく最近(過去7日間程度)のあなたの状態に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び、○で囲んでください。

精神的状態について		全くあてはま らない	わずかに あては まる	多少あて はまる	かなり あては まる	非常に よくあて はまる
2P1	悲しいと感じる。.....	0	1	2	3	4
2P2	病気を冷静に受け止めている自分に満足して いる。.....	0	1	2	3	4
2P3	病気と闘うことに希望を失いつつある。.....	0	1	2	3	4
2P4	神経質になっている。.....	0	1	2	3	4
2P5	死ぬことを心配している。.....	0	1	2	3	4
2P6	病気の悪化を心配している。.....	0	1	2	3	4

活動状況について		全くあて はまら ない	わずかに あては まる	多少あて はまる	かなり あては まる	非常に よくあて はまる
2F1	仕事(家のことも含む)をすることができる。.....	0	1	2	3	4
2F2	仕事(家のことも含む)は生活の張りになる。.....	0	1	2	3	4
2F3	生活を楽しむことができる。.....	0	1	2	3	4
2F4	自分の病気を充分受け入れている。.....	0	1	2	3	4
2F5	よく眠れる。.....	0	1	2	3	4
2F6	いつもの娯楽(余暇)を楽しんでいる。.....	0	1	2	3	4
2F7	現在の生活の質に満足している。.....	0	1	2	3	4

FACT-B (第4-A版)

項目ごとに、ごく最近(過去7日間程度)のあなたの状態に最もよくあてはまる番号をひとつだけ選び、○で囲んでください。

その他心配な点

	全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常によくあてはまる
59 忌切れがする。	0	1	2	3	4
60 どのような服をどう着るか、人目が気になる。	0	1	2	3	4
61 片方あるいは両方の腕に腫れまたは痛みがある。	0	1	2	3	4
62 女性としての魅力があると思う。	0	1	2	3	4
63 脱毛に悩まされている。	0	1	2	3	4
64 家族の他の者がガンにかかるのではないかと心配である。	0	1	2	3	4
65 ストレスがたまると病気に影響が出るのではないかと心配である。	0	1	2	3	4
66 体重の変化に悩んでいる。	0	1	2	3	4
67 女であると感じる事ができる。	0	1	2	3	4

引用・参考文献

1. アン J. デーヴィス監修, 見藤隆子他編集; 「看護倫理」 日本看護協会出版会, 2006 年
2. 赤木博文著; 「生活基盤型社会資本の経済分析」 多賀出版
3. 天田城介他編; 「老いを治める」 生活書院, 2011 年初版第 1 刷.
4. 荒川真紀; 「骨転移を有する前立腺がん患者に対する化学療法とゾレドロネートの投与による QOL の改善」 Palliative Care Research Vol.3. No.2 (2008.8)
5. 池永満著; 「患者の権利」, 九州大学出版会, 2001 年改訂増補版 3 刷.
6. 石川捻生他監訳; 「クリニカルナーシング 1 看護診断 診断分類の理論的背景と診断名一覧」 医学書院
7. 印南一路著; 「社会的入院の研究」 東洋経済
8. 井部俊子・中西睦子監修, 手島 恵編集; 「看護における人的資源活用論」 日本看護協会出版会
9. 宇佐美しおり著; 「CNS が考える看護職の拡大」 インターナショナルナーシングレビュー 日本版 Vol. 32 No. 1 日本看護協会出版会
10. 衛藤幹子著; 「医療の政策過程と受益者」 信山社
11. 江原 朗著; 「医師の過重労働」 勁草書房
12. 荻原俊男編; 「老年病と QOL」 医薬ジャーナル社 1996
13. 大庭健他; 「現代倫理学辞典」 弘文堂
14. 介護保険法第 7 条第 5 項
15. 数間恵子他編集; 「手術患者の QOL と看護」 医学書院, 1999 年第 1 版第 1 刷.
16. 嘉山孝正他; 「看護の役割拡大に向けて」 医学会新聞第 2970 号 医学書院
17. 川村佐和子他; 「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金、障害保健福祉総合研究事業 平成 17 年度総括・分担研究報告書
18. がん対策推進基本計画 平成 19 年 6 月 がん対策推進協議会
19. がん対策推進協議会 平成 19 年 6 月 「がん対策推進基本計画 2. がんをめぐる現状」
20. がん対策基本法 15 条
21. 「がん患者会調査報告一『がん難民』解消のために一」 日本医療政策機構 がん政策提言 Vol. 5
22. 「がん対策推進基本計画の概要」 厚生労働省健康局がん対策推進室 平成 19 年 6 月 15 日発表
23. 「がん看護」 Vol. 14. No. 5 南江堂
24. 「がん看護」 Vol. 14. No. 7 南江堂
25. 黒田裕子著; 「入門看護診断」 照林社
26. 厚生労働省 「医療機能調査事業報告書」 平成 18 年度
27. 厚生労働省傷病分類 平成 20 年度入院一入院外、年齢階級別一般医療構成割合の年次推移
28. 厚生労働省 平成 20 年度国民医療費の概況について：性、傷病分類別一般診療医療費
29. 厚生労働省医政局長地域医療再生計画について 医政発第 0605009 号 平成 21 年 6 月 5 日
30. 厚生労働省人口動態調査平成 21 年度死因順位別死亡数の年次推移
31. 厚生労働省平成 24 年 6 月 がん対策推進基本計画
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html
32. 厚生労働省医政局 「終末期医療に関する調査等検討会報告書」 平成 16 年 7 月
33. 厚生労働省 国民医療費、人口一人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移、平成 20 年度分
34. 小池和男著; 「日本の熟練」 有斐閣選書
35. 「患者必携 がんになったら手に取るガイド」 国立がん研究センター・がん対策情報

センター 学研

36. 後藤みゆき；「在宅終末期がん患者の家族介護者支援～ボランティアによるインフォーマルな支援の意義～」Hospice and Home Care Vol. 20No. 1 2012年
37. 近藤克則, 尾島俊之；「健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究」厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）分担研究報告書
38. ジョセフ・E・スティグリッツ他著, 福島清彦訳；「暮らしの質を測る」一般社団法人 金融財政事情研究会刊, 2012年第2刷.
39. ジョンN. モリス他編著, 池上直己翻訳；「在宅ケアアセスメントマニュアル」厚生科学研究所, 1996年第1版第1刷.
40. ジョン・D・グラハム他編, 菅原務監訳；「リスク対リスク」昭和堂, 1998年初版第1刷.
41. 笹川寿美；「外来でBCG膀胱内注入療法を受けている患者のQOL」泌尿器ケア Vol. 15. No. 3 (2010. 3)
42. 清水哲郎著；「医療現場に臨む哲学」勁草書房
43. 清水哲郎著；「医療現場に臨む哲学Ⅱ」勁草書房
44. 下野恵子他著；看護師の熟練形成」名古屋大学出版会
45. 下妻晃二郎他；「がん患者用 QOL 尺度の開発と臨床応用（Ⅰ）」日医総研ワーキングペーパーNo. 56 (2001. 10)
46. 鈴木和子, 渡辺裕子著；「家族看護学」日本看護協会出版会, 2008年第3版第5刷.
47. 瀬沼麻衣子他；「外来で放射線療法を受けているがん患者のQOLに影響する要因」
48. 「世界大百科事典第2版」<http://kotobank.jp/word/%E5%BD%B9%E5%89%B2> 2013/05/04 閲覧
49. 全国社会福祉協議会 ホームページ「福祉の資格：介護支援専門員」<http://www.shyakyo.or.jp/qualofying/caremanager.html> 2012年9月16日閲覧
50. 高城和義；「パーソンズ 医療社会学の構想」岩波書店, 2009年第7刷.
51. 高木廣文；「概念の数量化、尺度開発の基本的な考え方」看護研究 Vol. 44. No. 4
52. 高島尚美他；「胃癌胃切除周術期の心理的要因の変動（HADS）と生活状況・QOLとその関連」消心身医 Vol. 19No. 1 2012年
53. 鷹野和美編著；「チーム医療論」医歯薬出版株式会社 2005 第1版第3刷
54. 高橋隆雄, 浅井篤編；「日本の生命倫理」, 九州大学出版会, 2007年初版.
55. 高橋隆雄編；「ヒトの生命と人間の尊厳」九州大学出版会, 2002年初版.
56. 田中真弓他；「終末期がん患者の自律した日常生活行動を援助する上で生じる看護師の倫理的問題を解決する影響要因に関する研究」日本看護倫理学会誌 Vol. 5. No. 1 2013
57. 外口玉子編；「患者の理解」現代社, 1994年第3版第14刷.
58. 筒井孝子他；「地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発」保険科学 Vol. 61No. 2 2012年 104頁-112頁
59. 長井吉清他；「在宅がん患者のQOL調査」病院管理 (255)
60. 並木俊一；「高齢男性における根治的前立腺摘出術後のQOL」International Journal of Urology Vol. 16 No. 10 (2009. 10)
61. 波平恵美子著；「医療人類学入門」朝日新聞社, 2002年第5刷.
62. 日本専門看護師協議会 分野：がん看護ホームページ <http://www.jpncns.jp/index.html> 2013年5月閲覧
63. 「人間と医療」九州医学哲学・倫理学会 2011年創刊・第1号
64. 野澤桂子他；「がん患者の外見的变化に対応したサポートプログラムの構築に関する研究」科学研究助成金データベース 研究課題番号 21530754
65. 橋本和幸著；「社会的役割と社会の理論」恒星社厚生閣, 1989年第1刷.
66. 長谷川敏彦, 松本邦愛編；「医療を経済する」医学書院, 2006年第1版第1刷.

67. 日野原重明他編集；「薬剤のQOL評価と応用」株式会社薬業時報社, 1997.
68. 広井良典著；「医療の経済学」日本経済新聞社 1996年第6刷.
69. 広瀬由美子他；「若年女性生殖器がん術後患者の他者との関係における体験」千葉看護学会誌 Vol. 17(1)43頁-50頁 2011年
70. 平成18年度厚生労働省医政局委託医療機能調査事業 報告書調査結果
71. 「平成21年度版看護白書」 日本看護協会出版会
72. 「平成19年版厚生労働白書」厚生労働省編
73. 「平成21年版厚生労働白書」厚生労働省編
74. 「平成22年版厚生労働白書」厚生労働省編
75. 「平成24年版厚生労働白書」厚生労働省編
76. マーサ・ヌスバウム、アマルティア・セン共著；「クオリティー・オブライフ 豊かさの本質とは」 里文出版 2006年
77. 松本光子監訳；「ロイ適応看護モデル序説」第2版, へるす出版, 2007年第2版第10刷.
78. 松下年子他；「がん患者の心の支えと相談行為の実際」The Japanese Society of General Hospital Psychiatry 2010 Vol. 22No. 1
79. 南 裕子編著；「心を癒す」講談社
80. 宮本真己著；「セルフケアを援助する」日本看護協会出版会, 1996年初版第1刷.
81. 村上陽一郎著；「医療」読売新聞社, 1996年第1刷.
82. 本山美由紀；「食道癌患者における倦怠感と心理状態およびQOLに関する検討」理学療法科学 Vol. 25. No. 5 (2010. 10)
83. 安川文朗；「地域医療研究のシャイ経済的視座：医学モデルから生活・人間環境モデルへの転換」熊本大学社会文化科学研究 Vol. 10
84. 安川文朗著；「医療安全の経済分析」勁草書房
85. 安川文朗他；「住民の支払い意思を考慮した人的医療資源の最適配分に関する研究」平成17年度～平成18年度科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告書
86. 柳原和子；「がん患者学」晶文社 2009年8刷
87. 矢野正子監修；「看護管理—システムアプローチ—」HBJ出版局
88. 山口光恒著；「現代のリスクと保険」岩波書房
89. 山形大学蔵王協議会山形大学医学部がんセンター；「がん患者の就労支援・社会復帰に関する調査」結果概要 2012年5月25日
<http://www.fcsc.jp/img/yamagata.pdf> 2013年11月28日閲覧
90. 山田昌弘著；「家族というリスク」勁草書房, 2006年第1版第6刷.
91. Carol A. Tringali, Tamara H. Murphy, Mary Lou Osevala；「Clinical Nurse Specialist Practice in a Care coordination model」Clinical Nurse Specialist Vol. 22 No. 5 (2008)
92. D. F. ポーリット他 近藤潤子監訳；「看護研究 原理と方法」医学書院, 2006.
93. EORTC QLQ-C30 (Ver. 3)
http://www.csp.or.jp/cspor/seminar/text/1/lcrc_shimozuma_sub.pdf
94. Frank W J Smeenk 他；「Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review」BMJ Vol. 316 27JUNE 1998
95. Gail Low 他；「Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study」Research in Nursing & Health, 30, 2007.
96. Hikosaka Makoto 「頭頸部再建術後のQOL SF-36とGOHAIによる日本人患者の評価」Auris・Nasus・Larynx Vol. 38. No. 6 (2011. 12)
97. H. Schupper 他；「Measuring the Quality of Life of Cancer Patients: The Functional Living Index -Cancer: Development and validation」
98. I. グッゲンムース-ホルツマン他編, 漆崎一郎・栗原稔監修；「QOLその概念から応用

- まで」 シュプリンガー・フェアラー東京, 1996.
99. Kurosaka Shinji 「ストロンチウム-89 放射性核種療法を受けた前立腺癌の疼痛性骨転移患者における EORTC QLQ-BM22 と QLQ-C30 QOL スコア」 *Annals of Nuclear Medicine* Vol. 26. No. 6 (2012. 7)
 100. Marcia A. Testa ; 「Assessment of Quality of life Outcomes」 *The new England journal of Medicine* vol. 334 No. 13
 101. Nick Bosanquet and Karol Sikora 「The economics of Cancer Care 」 CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS
 102. R. S. Samuel 他 ; 「The development of family quality of life concepts and measures」 *Journal of Intellectual Disability Research* Vol. 56 Part1
 103. S F 3 6
http://www.i-hope.jp/activities/qol/list/samplefile/SF36v2_interview_sample.pdf 2013 5 閲覧
 104. Thomas Kiichler 著, 下妻晃二郎訳 「癌における QOL 研究」
 105. Tsunoda Akira 「Uracil と Tegafur+leucovorin を経口投与された結腸直腸癌患者の健康関連 QOL」 *Japanese Journal of Clinical Oncology* Vol. 40. No. 5 (2010. 5)
 106. T. ヘザー・ハードマン編集, 日本看護診断学会監訳 ; 「NANDA-1 看護診判定義と分類 2012-2014」 医学書院
 107. Lena Swedberg 他 ; 「From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support」