

原 著

胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難

長松 康子¹⁾・堀内 成子¹⁾・名取 雄司²⁾

Difficulties faced by nurses in caring for patients with malignant pleural mesothelioma

Yasuko Nagamatsu¹⁾, Shigeko Horiuchi¹⁾, Yuji Natori²⁾

Abstract

Objective : This study was to explore nurses' difficulties in taking care of patients with malignant pleural mesothelioma (MPM).

Method : 21 nurses who cared for MPM patients were interviewed. Data was qualitatively analyzed. The Research Ethics Committee of St. Luke's College of Nursing approved the study.

Result : Difficulties faced by nurses caring for MPM patients were categorized into : ① groping for care ; ② failure of introducing palliative care ; ③ limitation of support for patients' decision making ; ④ difficulty in dealing with families ; ⑤ short of communication skill, and ⑥ painful being with MPM patients.

Conclusion : Educational programs and supports are necessary because nurses faced many complex difficulties in the care of the MPM patients.

Key words : asbestos, malignant pleural mesothelioma, nurse difficulty.

I. 研究の背景と目的

中皮腫は、中皮細胞に生じる悪性腫瘍で、その大半がアスベスト（石綿）によっておこる（森永, 2008）。胸膜中皮腫は増加傾向にあり、2000年から40年間で男性だけでも10万人が死亡するとの予測もある（Murayama, Takahashi, Natori & Kurumatani, 2006）。胸膜中皮腫はごく初期の外科療法以外に根治療法がなく、2年および5年生存率はそれぞれ29.6%、3.7%と極めて予後が悪い（三浦, 2008）。また、肺がんと比べてより多くの症状が出現する（Hollen, Gralla, Liepa,

Symanowski & Rusthoven, 2004）。英国胸部学会は、完治が極めて稀なこと、診断期患者の4割が根治療法に適さないこと、多くが診断時から緩和療法を必要とする症状を呈することから、緩和ケア導入を胸膜中皮腫ケアの重点項目に挙げ、肺がん・中皮腫専門看護師がケアコーディネーターとしての役割を担うべきだとしている（British Thoracic Society Standard of Care Committee, 2007）。また豪国の粉じん病補償会は、胸膜中皮腫患者にはエンドオブライフケアやその後に訪れる死について例を用いた分かりやすい説明が必要だとして、その提供を行っている（Hawley & Monk, 2004）。こ

1) 聖路加看護大学看護学部 (St. Luke's College of Nursing, Department of Nursing)

2) 医療法人社団ひらの亀戸ひまわり診療所 (Hirano Kameido Himawari Clinic)

受稿2011.7.22 受理2011.12.27

のように、完治が極めて稀で、進行が速い胸膜中皮腫に対しては、診断期からターミナルケアを意識したケアを提供する必要がある。わが国ではこれまで中皮腫と診断される患者が少なかったことから、発生部位を問わず中皮腫に関する看護分野の研究や報告が非常に少ない。秋山（2006）は、中皮腫患者への訪問看護の経験から、急速に症状が進む中で、QOLを高めながらその人らしくすごせるよう調整することが重要だとしている。葛西・本田（2009）は、中皮腫患者の多くが同僚の発症を経験し、受診した時点で不安と苦悩にあることから、確定診断前からの心理的支援が必要だとしている。胸膜中皮腫患者を対象とした調査では、患者は、難治性の悪性疾患、希少疾患、石綿被害によって起こるといふ胸膜中皮腫の特性から生じる様々な困難を体験していた。しかも他のがんのように症状の落ち着いた時期がほとんどなく、診断から終末期まで一気に進行するため、ひとつの困難を解決する前に新たな困難が発生して困難の重層化が生じていた（長松・堀内・名取、印刷中）。これらの先行研究は、胸膜中皮腫の特性をよく理解して、問題を予期したケアを適正な時期に提供する、特に症状コントロールを含めたターミナルケアを早期から準備する必要があることを示している。しかし、胸膜中皮腫に関する詳しい看護教材やケアのガイドラインはなく、各医療施設における胸膜中皮腫症例が少ない我が国では、看護師の胸膜中皮腫に関する知識や経験が不足し、ケアに困難をきたしている可能性がある。そこで本研究は、胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難を明らかにすることを目的とし、それを胸膜中皮腫患者のケアを行う看護師に対する支援策に役立て、ひいては胸膜中皮腫患者へのケアの向上に資することを意図とするものである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

胸膜中皮腫患者のケアに携わる看護師のケア上の困難を、看護師の語りを通して探索する質的帰納的デザインを用いた。

2. 研究協力者

中皮腫患者会に依頼し、過去1年間に会員が治療やケアを受けた14の医療機関の情報を提供してもらい、それぞれの看護部長に書面で調査協力を依頼した。協力の申し出のあった12の医療機関の看護部長に複数の胸膜中皮腫患者のケア経験を有する看護師21名を紹介してもらい、研究参加の同意の得られた21名を対象にインタビューを行った。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。研究協力者の属性についてはアンケート用紙を用いて情報収集を行った。

1) インタビューガイドの作成

胸膜中皮腫には、がん看護、特にターミナルケアが必須であると考えられたことから、終末期がん患者のケアにおける看護師の困難（Sasahara, Miyashita, Kawa & Kazuma, 2003；加藤, 2008）を参考に筆者らがインタビューガイドを作成し、胸膜中皮腫患者のケア経験のある看護師2名と呼吸器内科医師に意見を求め、妥当性と調査実現可能性の確認を行った。質問内容は、胸膜中皮腫患者の概要、研究協力者が関わった時の患者の様子と行ったケア及びケア上の困難とその理由であった。

2) 面接の実施方法

研究協力者が、当時の状況を思い出しやすいよう、初めに①受け持った患者の病気や治療の経過

と②患者が心身面でどんな問題を抱えていたかについて、入院から退院というように経時的に話してもらい、その上で、③看護師としてどのようなことが困難であったかを語ってもらった。研究協力者が自由に語れるよう、「どんなことが大変でしたか？」と大枠な質問をし、何を最初に語るかによって研究協力者が何を最も重要な問題とすることを理解するようにした。最後に、インタビューガイド内容のうち面接中に出てこなかった項目に限って質問した。面接時間は60分から150分で平均87.4分であった。インタビュアーは筆者で、調査はプライバシーが保てる場所で実施した。データ収集期間は2010年10月から12月であった。

4. 分析方法

分析は、グレッグ（2007）による質的記述的分析法を参考に行った。

まず研究協力者の語った内容を逐語記録におこし、研究協力者本人による確認を経たうえで正式な逐語録とした。次に、逐語録を繰り返し読み、胸膜中皮腫患者のケアにおける困難を示す陳述を研究協力者の言葉のまま抽出して、意味を損なわない程度に明瞭に表現してコード化を行った。次に記述内容が同類のものをひとまとめにして共通する意味を表わすよう表現し、サブカテゴリーとし、同様にサブカテゴリーからカテゴリーを作成した。

なお、分析にあたっては質的研究の専門家からスーパービジョンを受けながら行った。

5. 倫理的配慮

調査に先立ち、協力者の所属する医療機関の看護部長に了承を得た。依頼文書と口頭で、研究協力は任意であり、協力しないことで不利益を被ることがなく、いつでも協力を中断でき、データは研究目的のみに使用し、個人を同定しない形で報告書、学会、論文等で発表する可能性があること

を説明し、同意を得られた者のみを対象とした。なお、本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認された（承認番号10-038）。

III. 結果

1) 研究協力者の属性（表1）

研究協力者は、複数の胸膜中皮腫患者のケア経験のある女性20名、男性1名、計21名の看護師であった。所属医療機関は、関東から中国地方の中核病院と大学病院の呼吸器内科、呼吸器外科、緩和ケア及び訪問看護ステーションで、臨床経験は2年から36年で平均11.9年±6.0年であった。ケア経験のある胸膜中皮腫患者数は、2名から100名以上であった（表2）。

2) 胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難（表3）

分析の結果、6つのカテゴリーと19のサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、〈未経験ゆえの手探りのケア〉、〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉、〈コミュニケーションスキル不足〉、〈看護師自身の辛い気持ち〉からなる。以下にカテゴリーについてサブカテゴリーをあげながら説明する。〈 〉はカテゴリーを、《 》はサブカテゴリーを示す。

(1) 〈未経験ゆえの手探りのケア〉

《胸膜中皮腫の知識不足》、《問題を予測したケアができない》、《胸膜肺全摘術後の管理が難しい》、《コントロールできない重い症状》のサブカテゴリーから成る。以下に、それぞれのサブカテゴリーについて述べる。また、「 」内にゴシック体で協力者の語りを挿入し、わかりにくいところには（ ）の中に言葉を補った。

《胸膜中皮腫の知識不足》

胸膜中皮腫に関する知識が不足しているため、

表1 勤務部署

(n=21)	
勤務部署	
呼吸器外科病棟	8
呼吸器内科病棟	7
緩和ケア	4
訪問看護ステーション	2

表2 ケア経験のある胸膜中皮腫患者数

(n=21)	
2～9人	15
10～49人	3
50人以上	3

表3 胸膜中皮腫のケアにおける看護師の困難

(n=21)

カテゴリー	サブカテゴリー
未経験ゆえの手探りのケア (38)	胸膜中皮腫の知識不足 (14)
	問題を予測したケアができない (5)
	胸膜肺全摘術後の管理が難しい (5)
	コントロールできない重い症状 (14)
導入できない緩和ケア (8)	調整が追いつかない (5)
	告知していないのでホスピスを勧められない (3)
意思決定支援における限界 (12)	意思決定支援の機会が無い (3)
	効果のない治療の継続 (4)
	本人の意向を家族が妨げる (5)
家族への対応における苦慮 (7)	家族もケアを必要としている (4)
	家族間で意見が違う (3)
コミュニケーションスキル不足 (9)	声のかけ方がわからない (3)
	複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち (3)
	ニーズが引き出せない寡黙な患者 (3)
看護師自身の辛い気持ち (11)	苦痛にある患者をみる辛さ (3)
	治らない患者をケアする辛さ (2)
	業務と不安へのケアが両立できない (2)
	最期まで看取れないフラストレーション (2)
	見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感 (2)

() 内は回答者数

看護師は、類似すると思われる肺がんへのケアを参考にして、症状に応じたケアを行っていた。

「中皮腫についてはわからないので、肺がんと変わらないのではないかと、痛み、息苦しさ、胸水という症状に対して何とか手探りでやってきました。中皮腫であって肺がんではないので、これでいいのかという気持ちもありながらやっていた。」

(協力者A、呼吸器内科)

看護師は、中皮腫に関する知識を得ようと試みるものの、必要とする情報が得られないために、患者に十分なケアを提供できていないと感じていた。

「中皮腫は情報が少ない。教科書の(中皮腫の部分の)半分に石綿の写真が載っているのを見

て、意味が無いと思った。石綿、疫学、予後不良の3つだけで、あとは役に立たない。治療法、化学療法の薬剤、検査、術後に退院して自宅に居られる期間が知りたい。そうすれば在宅(ケアチーム)に依頼する時に、どこに注意してほしいか伝えられるし、退院する患者さんに、その後の検査や治療の見通しを教えられるから、患者さんは退院中に何をすべきか考えられる。」(協力者B、呼吸器外科)

《問題を予測したケアができない》

看護師は、胸膜中皮腫患者の経過や時期ごとのケアニーズがわからないため、問題を予測したケアを行う事が難しいと感じていた。

「中皮腫の患者さんにもステージがあるように

感じた。それを理解するのが大変。」(協力者C、呼吸器内科)

「肺がんだと、その後の経過が分かるから、前もって問題を見越したケアをする。中皮腫は、病気の経過もその後の治療もわからないので、何をすればいいのか見えない。」(協力者D、呼吸器内科)

《胸膜肺全摘術後の管理が難しい》

胸膜中皮腫に特有な手術である胸膜肺全摘術後は、痛みが強く、心房細動等の合併症が出やすいので、看護師は術後の管理が困難だと感じていた。

「術後疼痛のコントロールが難しい。肺がんの方は『動いたときに突っ張る。』とおっしゃるが、中皮腫の方は動けない。『身の置き所がない。』というくらい痛い。」(協力者E、呼吸器外科)

「術後の出納バランスがどう保たれているかを見ることが大事。サードスペースにとられているのか、循環に入っているのか、ドレーンにきているのか。サードスペースも、侵襲を受けやすい肺だけに留まっているのか、全身に取られているのかを見なければならぬ。それが難しい。」(協力者E、呼吸器外科)

《コントロールできない重い症状》

看護師は、理解を超えて重症な胸膜中皮腫患者の症状に対処できず、胸膜中皮腫の症状は取ることができないという固定観念を持つ者もあった。

「痛みのコントロールが困る。中皮腫の痛みは取りきれない。重い痛み、身の置き所のない痛みがずっと続く。」(協力者D、呼吸器内科)

「呼吸困難のたちが悪い。がん性リンパ管腫で胸水が急に肺に流れ込んでくる状態がずっと続く感じ。それが急激におこる。朝元気で『ちょっと痛いけど。』と言っていた人が、夕方呼吸困難になって酸素とモルヒネが始まる。看護師は急激なハードな呼吸困難への対処方法を身につけておいた方が良く思う。」(協力者C、呼吸器内科)

「大量胸水の方が大変だった。チューブが入っ

ていてもどんどん出てきて、癒着術もできなくて、先生も『どうするか。』となった。」(協力者G、呼吸器外科)

「中皮腫が腸を取り巻いて、お腹がパンパンになる。苦しくて患者さんは『お通じが出ない。』『水を抜いてくれ。』というが、ガチッとなって、針を刺すスペースもない。」(協力者H、呼吸器内科)

「なぜか中皮腫の人は、心が壊れることがあると思う。理由はわからないが、人格が変わって、せん妄が現れたり、暴力的になる。そこが肺がんと違う。」(協力者I、呼吸器内科)

一方で、緩和ケアのスキルを持つ看護師は症状の緩和に問題を感じていなかった。

「中皮腫だから特別とは思わない。肺がんに比べて重いということも感じない。」(協力者J、緩和ケア)

「中皮腫の痛みが緩和できるのは、特別(な場合だけ)だろうと言われるが、そんなことはない。早く緩和ケアを入れれば大丈夫。」(協力者K、訪問看護)

(2) 〈導入できない緩和ケア〉

《調整が追い付かない》と《告知していないのでホスピスを勧められない》のサブカテゴリーから成る。

《調整が追い付かない》

緩和ケア導入やホスピス入所の調整を始めても、実現の前に症状が進んで、その機会を失ったり、非常に進行した状態での実現になっていた。

「治療が終わってから緩和にケアを繋げるのが難しい。(病気の進行が)速い。緩和ケアが必要だと思った時はどんどん症状が進んで、看護が追いつかない。」(協力者C、呼吸器内科)

調整が難航する一因として、医師が緩和ケアやホスピスの導入をためらった例も挙げられた。

「退院できるタイミングもあったが、外科の先生が抱え込んでしまい、退院支援センターに申請しなかった。そうでなければ、緩和ケアやホスピ

スに行けたと思う。」(協力者L、呼吸器内科)。

一方、訪問看護ステーションの看護師は、緩和ケアや在宅ケアの導入が遅れることで患者の心身の安寧が妨げられていると感じていた。

「手術の後の痛みや、中皮腫が進行した痛みにはすぐに緩和や在宅が入っていくべきなのに、それが進まず、増悪して痛みが強く、体力気力ともに落ちた状態で来る。それまで患者は不安が強く、寝たきりで過ごさなければならない。」(協力者K、訪問看護ステーション)

《告知していないのでホスピスを勧められない》

看護師が、ホスピスを勧めても、末期であることを告知されていない場合は、移行には至らなかった。

「ホスピスに行ってほしいが、それには患者さんに末期であることを告知しなくてはならない。患者さんがホスピスに持っているイメージは末期の人が死ぬために行くところなのでなかなかうまくいかない。」(協力者M、呼吸器内科)

(3) 〈意思決定支援における限界〉

《意思決定支援の機会がない》、《効果のない治療の継続》、《本人の意向を家族が妨げる》のサブカテゴリーから成る。

《意思決定支援の機会がない》

治療選択の多くが外来で行われるため、看護支援が不十分でよい意思決定に至らないと病棟看護師は感じていた。

「セカンドオピニオンを受けていない上、信頼性が疑わしいインターネット情報をもとに意思決定をしており、適切な意思決定ができてはいえない。看護師が患者さんに始めから介入して意思決定を支えていかないといけないが、入院して来る患者さんは既に治療選択をした後で、看護師が介入する余地がない。」(協力者G、呼吸器外科)

《効果のない治療の継続》

患者の治りたいという気持ちが強いために、病

状にすぐわれない化学治療継続に至った例があった。

「化学療法ができる状態ではないのに、患者さんは『もっと治療して欲しい。』という。先生も、『大丈夫かな。』といいながら行っていた。」(協力者N、呼吸器外科)

《本人の意向を家族が妨げる》

患者と異なる家族の意向が、患者の意に反した治療継続や治療上の医療者と患者の関係の悪化を引き起こしていた。

「本人が『(化学療法は) もういい。』といっても、家族が『やったほうが良い。』という。」(協力者O、呼吸器内科)

「『化学療法ができないことを本人に言わないで欲しい。』という家族の場合、患者さんは『いつ化学療法をしてくれるのだろう?』と待っている。先生も後になればなる程(できないとは)言いにくくなり、患者との関係に齟齬ができてしまう。患者さんと先生だけの時にもめることはほとんどない。家族が入ってくるからもめる。」(協力者H、呼吸器内科)

(4) 〈家族への対応における苦慮〉

《家族もケアを必要としている》と《家族間で意見が違う》のサブカテゴリーから成る。

《家族もケアを必要としている》

看護師は、患者のために家族の協力を期待するものの、家族もまた困難にあるため、期待する支援が得られない状況に陥っていた。

「患者さんが身辺整理を希望しているが、家族の気持ちがついていかない。看護師は、『今帰らないと帰れない。』と思うが、(家族は)『痛いのに帰るのは無理。』という。」(協力者N、呼吸器外科)

「家族の理解力が悪いことがある。化学療法をしても1, 2か月延命するだけだということを話しても、いざ悪くなると家族が受け入れられない。本人がパニックになると家族も一緒にパニックになることが多い。」(協力者H、呼吸器内科)

《家族の間で意見が違う》

家族間で意見が分かれたり、それぞれに多様な思いがあるため、看護師はそれらを聞き、調整するのが非常に難しいと感じていた。

「(ターミナルで) 傾眠傾向の患者さんで、家族の中でも『仕方がない。』という方と『積極的な治療をしてくれ。』という方で意見が分かれて、看護師もどうしていいかわからず、緩和ケア(のスタッフに調整)に入ってもらった。」(協力者P、呼吸器内科)

「たまに来る親戚が『この病院で大丈夫か?』『こういう治療もあるらしい。』と妻に言うので、医師ともめて、その間に入るのが大変だった。」(協力者D、呼吸器内科)

(5) 〈コミュニケーションスキル不足〉

《声のかけ方がわからない》、《複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち》、《ニーズを引き出せない寡黙な患者》のサブカテゴリーから成る。

《声のかけ方がわからない》

看護師は、予後が悪いゆえに、胸膜中皮腫患者の不安に対して真実を伝えることができず、返答に困っていた。

「患者さんがわーっとなると、どうしようもない。『そうですね、そうですね。』とただ聞いているしかできない。良くなると言えないことが辛い。看護師も辛いから(患者の所へ)行かない。」(協力者E、呼吸器内科)

「術後の息苦しさ、『いつか(病気が進んだら)こんなに苦くなるのか。』という患者さんがいる。声かけできずに聞くことに徹することが多い。声をかけてあげるとしたら『これ以上辛くならないといいね。』というのが限界。『最期も苦しくない。』とは言えない。」(協力者Q、呼吸器外科)

《複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち》

石綿で発症したことに対する気持ちは患者によって様々で、デリケートな問題であるため、一

様の対応では患者の気持ちに添えないと感じていた。

「『患者会があるのは知っているが、中皮腫の患者さんと話はしたくない。』と言う人がいた。そこには病気の原因である石綿があるのだと思う。人に知られたくないというか、そうっとしておいて欲しいという感じで、難しいと思った。」(協力者C、呼吸器内科)

《ニーズを引き出せない寡黙な患者》

看護師は、問題を持っていると感じながらも、ニーズを引き出すのが難しい寡黙な患者を経験していた。

「患者さんが何となく不安を持っているように感じる時がある。話を聞いてあげられたら良いが、中皮腫の方は職人さんで我慢強いから、泣き言が言えない。」(協力者D、呼吸器内科)

(6) 〈看護師自身の辛い気持ち〉

《苦痛にある患者を見る辛さ》、《治らない患者をケアする辛さ》、《業務と不安へのケアが両立できない》、《最期まで看取れないフラストレーション》、《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》のサブカテゴリーから成る。

《苦痛にある患者を見る辛さ》

患者の訴える苦痛は、看護師に動揺とストレスを生じていた。

「『痛い、痛い。』といわれるのが辛い。患者さんが『痛い、痛い。』と言うと、自分も『どうしよう、どうしよう。』と思っていた。」(協力者B、呼吸器外科)

苦痛を取って欲しいという患者のニーズに応えられないため、看護師は自分を責めることもあった。

「呼吸困難は取りきれない。見ているのはとても辛い。何もできないのに、そばにいないとられない。何もできない自分を責めてしまう。」(協力者C、呼吸器内科)

その結果、患者の苦痛を見るに忍びないため、

看護師に、患者のところへ行きたくないという気持ちを生じていた。

「あまりにも痛がるから、こちらが行きたくなる時がある。『あの人、また辛どいとばかり言っている。』と、苦手な部類の人になる。」（協力者Q、呼吸器外科）

《治らない患者をケアする辛さ》

胸膜中皮腫は完治しないため、手術の完了を手放して喜べないことに外科看護師はストレスを感じていた。

「(患者さんは) 予後が悪いと知っている。(手術が終わっても) 手放して『オペして良かった、万歳。』とは、こちらも患者さんも喜べない。結局、胸膜肺全摘術をした人のほとんどが亡くなっている現実を見ているだけに重さを感じる。」（協力者Q、呼吸器外科）

《業務と不安へのケアが両立できない》

一般病棟の看護師は、胸膜中皮腫患者の不安に対するケアの必要性を感じつつも、業務に追われてじっくり話を聞く余裕がないため、心理的な負担を感じていた。

「夜勤で20人位看なくてはいけないのに、(胸膜中皮腫患者の話を) 1時間位聞かなくてはならない。聞いてあげたいが、他の業務もあるので、気が焦る。」（協力者E、呼吸器外科）

《最期まで看取れないフラストレーション》

最期まで看取ってあげたいという気持ちを、病院の制約から果たせなかった看護師は、理想の看護と現実のギャップにフラストレーションを感じていた。

「大学病院という特殊性から、小康状態になった患者さんは居られない。転院の前に状態が悪くなったが、それを逃すと転院できないので、涙ながらに出発して、次の病院で3日後に亡くなった。3日間ならここにいられたのにと悲しかった。看取ってあげたかった。消化できない。」（協力者F、呼吸器外科）

《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》

医師の判断や治療が患者に有益でないと考えたものの、治療が遂行され、それが患者のQOLを損ねた場面に遭遇した看護師は、看護師という職業の継続を危ぶむほどの強い無力感を感じていた。

「手術や気管切開でQOLがどんどん悪くなった。その度に止めたが、先生は『本人の同意がとれたから。』とやってしまった。この人の幸せはなんだろう？ 私たちの何がいけなかったのだろうと思うと、やりきれない。看護師の中では、先生のいない時にそういう話をしている。『やっぱり間違いだよ。』とか『でも止められなかったよ。私たち。』とか。もし、周りのスタッフもわかってくれない、患者さんも嫌だという、先生も聞いてくれないとなったら、看護師をやっていられなくなる。」（協力者G、呼吸器外科）

IV. 考 察

本研究結果は、胸膜中皮腫患者のケア経験のある看護師21人にインタビューを行い、ケアにおける困難を質的に分析した。その結果、看護師が中皮腫患者のケアにおいて様々な困難を体験していることが明らかになった。

1. 胸膜中皮腫の特性による看護師の困難

胸膜中皮腫は、希少で、難治性の悪性疾患で、石棉被害によって起こる。同じく希少で治療法のない神経性難病のケアにおける看護師の困難と比較すると、医師との見解の違いから思うようなケアを出来ずに辛いと感じ、進行を恐れる患者への声かけに悩むという点で一致していた。一方で、身体機能低下に伴うコミュニケーションの難しさ、体の位置変えや吸引などに要する時間と忍耐、懸命のケアにもかかわらず解消できない患者や家族の不満、徐々に進行していく患者にあても

なく同じケアを行わねばならない無力感（安東・片岡・小林・岡村, 2006；山田・池田・片山・藤原・圓井・木下, 2010；伊藤・高橋・佐藤・中野・早川・石上・中保, 2008）は胸膜中皮腫患者のケアでは経験されなかった。これは、神経性難病が長期間にわたって徐々に進行し、ADLやコミュニケーション能力が低下しやすいのに対し、胸膜中皮腫は進行が速く、食事、排せつ及びコミュニケーションが最後まで保てることによる違いと考えられた。胸膜中皮腫においては、むしろ〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉など、がん患者のケアにおいて看護師が経験する困難（Sasahara et al., 2003；中村・中村・清水, 2010）が経験された。また、本研究結果で最も回答が多かった〈未経験ゆえの手探りのケア〉は、知識不足で業務を行うことによる自信不足と患者の不安や疑問への対応困難を経験する点で、治験業務を行う看護師の困難（金澤・小山・中野・小西・奈良, 2006）と一致していた。これらは、看護師がケアを行うにあたって、疾患や治療についての専門的知識が不可欠であることを示している。胸膜中皮腫は、これまで患者数が少なかったために看護師向け教材や教育の機会が不足していることがその原因であると考えられることから、早急な改善が必要である。さらに、本研究協力者の看護師は、患者が患者会への参加を希望する者がいる一方、参加したくないと感じる患者の気持ちを、石綿被害に由来する《複雑な胸膜患者の気持ち》として、理解が難しいと感じていた。小西（2006）によると、被害者は、被害によって体験する恥、自責、加害者への病的な憎悪、自分が汚された感じ等の複雑な感情や、被害者の気持ちを理解しない他者による二次被害から、他者に対して心を閉ざしやすい。胸膜中皮腫患者は、「石綿を使ってきた社会への怒り」、「自分のせいではない理由で死を迎える無念さ」などの被害感情をもつことが明らかに

されている（長松ら, 印刷中）。本研究協力者に、被害やそれに伴う患者の気持ちを聞くことに関する困難が観察されなかったのは、胸膜中皮腫治療を主目的とする治療の場では、患者が被害に関する辛い気持ちを表出する機会が少ないことによるものと推察された。

以上の結果から、胸膜中皮腫のケアにおける困難は、進行が速い悪性疾患、被害によっておこる及び疾患や治療に関する情報が少ないという特性を併せ持つことが明らかになった。

2. 胸膜中皮腫患者に必要なケア

1) タイミングを逃さないケア

〈意思決定支援における限界〉と〈導入できない緩和ケア〉は、看護師が、意思決定支援や関連機関との連携を試みるものの、胸膜中皮腫の進行が速いため、時間切れになる現状を示した。その背景には、《調整が追い付かない》が示す医療従事者側の働きかけの遅れ、化学療法が効かないほど進行した病状に気持ちが追いつかずに《効果のない治療の継続》を選択する患者側の要因、さらに〈家族への対応が難しい〉が示す、急激に死に近づく患者の死を受け入れられない家族側の要因が関連していた。これは秋山（2006）が、中皮腫は患者と家族の予想以上に症状が進むため、意思決定や調整に十分な時間をとれず、患者や家族の希望を実現することが難しいとし、Hawleyら（2004）が、自宅での看取りを望む患者の多くが、進行の速さ、重い症状および家族の負担から、病院で亡くなるとしているのに一致する。このような問題に対して、Hawleyら（2004）は、家族に速い進行を告げ、やり残しのない時間の過ごし方を考える時間を与えることを、秋山（2006）は、患者が完治に固執して状態の良い時期を消費しすぎないように助言することが必要だと報告している。このように、進行が速いため問題解決にかけられる時間が少なく、患者と家族が問題に向

き合う余裕がない胸膜中皮腫においては、問題が未解決のまま重積しやすいので、タイミングを見計らって一つ一つの問題を確実に解決することが重要と考えられた。これは、英国の胸膜中皮腫ケアガイドの中でDarlison（2010）が中皮腫患者のQOLを上げるにはタイムリーな支援、情報、看護アセスメントが必要であるとしている内容と一致する。ケアのタイミングを逃さないためには、胸膜中皮腫の経過とケアニーズを理解して問題を予測し、先手を打つケアが重要だが、〈未経験ゆえの手探りのケア〉は、看護師の胸膜中皮腫に関する知識不足を示しており、早急な改善策が必要である。

2) 緩和ケアと多職種チーム体制

Hollenら（2004）やClayson, Seymour & Noble（2005）によれば、胸膜中皮腫は肺癌より疼痛や呼吸困難の重症度が高い。Lübbe & Ahmedzai（2004）やClaysonら（2005）は、モルヒネを含めた薬剤投与、神経ブロック、セデーション、リハビリテーション等の身体的ケアだけでなく、ADLの維持や不安への働きかけなど、心理的支援を含めた全人的な症状コントロールが重要だとしている。本研究結果の《コントロールできない重い症状》でも、緩和ケアのスキルを有する看護師は、胸膜中皮腫の症状緩和に問題を感じていなかった。これは、緩和病棟や在宅という全人的ケアに適した場の利と、症状緩和やコミュニケーションのスキルが胸膜中皮腫患者のニーズと合致したためと推察された。一方で、一般病棟では症状コントロールが困難であったが、これは急性期、慢性期およびターミナル期の患者を同時にケアしなくてはならない中で、全人的ケアを提供する限界を示したものと考察された。〈導入できない緩和ケア〉が示したように、治療途中でも病状が進行する胸膜中皮腫は、緩和ケアの導入が遅れがちであることも症状コントロールを困難にした

ものと考えられた。これらの結果から、胸膜中皮腫患者のケアにおいては医師、看護師、訪問看護チーム、緩和ケアチーム、カウンセラー、医療ソーシャルワーカーなどのチーム体制を組んで、緩和ケア、ホスピス、在宅ケアに繋がられるよう連携することが重要であると考えられた。英国では、全人的ケアを提供するために、肺癌・中皮腫専門看護師が中心となって、治療、緩和、ホスピス、訪問看護などのコーディネーションを行った結果、多くの患者がQOLを維持したまま長い時間を在宅で過ごしている（Ahmedzai & Walsh, 2000；Bolg-Bortolo, Simmonds & Ahmedzai, 2000；Ahmedzai & Clayson, 2006）。

3) 家族への支援

〈家族への対応における苦慮〉は、家族が急激に死に向かう患者を目の前に動揺し、それが家族内の葛藤を誘発して混乱と困難を生じ、家族へのケアニーズが生じていることを示した。また、〈意思決定支援における限界〉が示すように、家族の意向がしばしば患者のそれと異なり、患者の意向を実現する上での障害になっていた。胸膜中皮腫患者の家族のニーズについての看護研究はないが、中皮腫患者の家族を対象にした調査（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会, 2005）は、家族もまた混乱、苦悩、迷いの中にあることを示している。医療従事者にとって、ケアの協力を得る重要なパートナーである家族のニーズは、ともすると見落とされることがある。胸膜中皮腫においては、家族もまた、患者の絶望的な予後と速い進行にショックを受け、十分な時間が与えられないまま意思決定を迫られる困難な状況にあることを理解し、ケアが必要な対象者として支援を行うことが重要であると考えられた。

3. 看護師の辛い感情への支援

死にゆく患者のケアにおいては、看護師に感情労働が生じることが知られている（三苦・堀・中園・藤原・岡・大村・福本・草野, 2008；大槻・小林・唐沢, 2010）。胸膜中皮腫のケアにおいても、〈看護師自身の辛い気持ち〉が示された。このうち、《苦痛にある患者をみる辛さ》は、症状コントロールの知識と技術の向上によって改善される可能性がある。《治らない患者をケアする辛さ》と《業務と不安へのケアの両立ができない》は、ほとんどの患者が完治する外科病棟や急性期・慢性期が混在する多数の患者をケアしなくてはならない環境の中で、重症でケアニーズの多い胸膜中皮腫患者をケアすることに起因しているため、緩和ケアを早期に導入することで、軽減することが可能であると考えられた。一方で、《最期まで看取れないフラストレーション》や《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》の原因となる状況は、看護師だけで改善することは難しいので、辛い気持ちへの支援が必要である。ターミナルケアに伴う看護師の感情労働を軽減する支援策として、チームカンファレンスの実施（益塚・池田・古谷, 2009）、リエゾンナースの活用（桑田・森, 2009）、がん看護の実践的知識とケア技術の獲得機会の提供（宇宿・前田, 2010）などが報告されている。

4. 胸膜中皮腫に関する看護師向け教育教材やプログラムへの示唆

本調査で示された、胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難より、看護師向けの教育プログラムやプログラムに望まれる4つの内容について記す。困難として〈未経験ゆえの手探りのケア〉がもっとも回答が多かったことから、まず疾患と治療に関する知識が不可欠であると考えられた。次に、がん看護の継続教育で実施されているように、症状アセスメントとコントロール、患者と家

族の精神的支援、意思決定支援のための情報提供や相談、他の専門職や医療機関との連携、ニーズを引き出すコミュニケーション（近藤・古郡・池田・豊田・宮井・藤田, 2011；看護協会子文献）の習得を目的とするプログラム内容が必要と考えられた。さらに、犯罪被害者ケア教育プログラムで、警察や司法による支援、治療方法、被害者自身の語り、ケアスキルのロールプレイが実施されている（国立精神保健研究所, 2011）ように、中皮腫患者に対する労災・救済などの社会保障支援策に関する知識と患者の複雑な心理を理解するための患者自身の語りが望まれた。最後に、看護師自身の辛い気持ちを緩和するためのストレスマネジメントが必要と考えられた。

5. 本研究の限界と今後への示唆

本研究は、先行研究が乏しい胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難を明らかにするために行った探索的研究である。本研究協力者は、一部の医療機関に所属する看護師であること、また、緩和ケア病棟や訪問看護ステーションに勤務する看護師の割合が少なかったことから、研究結果が我が国の看護師の困難を代表するとは考えにくい。看護師の困難を明らかにするためには、全国の医療機関で胸膜中皮腫患者のケアに従事する看護師を対象とした大規模な調査が必要である。

本研究結果は、胸膜中皮腫のケアは高度に専門的な知識と技術を要しているにもかかわらず、十分な知識を得ることが難しいため、ケアを行う看護師の心身の負担が大きいことを示した。今後の教育教材の開発や教育プログラムの開発と実施が望まれる。

V. 結 語

胸膜中皮腫患者のケアに携わる看護師21人に対してインタビューを行った結果、〈未経験ゆえ

の手探りのケア)、〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉、〈コミュニケーションスキル不足〉、〈看護師自身の辛い気持ち〉などの困難を経験していた。

謝 辞

本調査は、文部科学省科学研究費（平成19-22年度基盤（C）課題番号：19592610）の助成を受けて行った「アスベスト相談事業に対する保健師の対応・指導ガイドラインの構築と評価」の一部であり、第16回日本緩和医療学会学術大会において一部を発表した。

研究にご協力いただきました看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

文 献

- Ahmedzai, SH., & Walsh, D. (2000). Palliative medicine and modern cancer care. *Semin oncology*, *27*, 1-6.
- Ahmedzai, SH., & Clayson, H. (2006). Supportive and palliative care in mesothelioma. O'Byrne, K. & Rusch, V. (Eds.) *Malignant pleural mesothelioma*. Oxford University Press, 403-434.
- 秋山正子 (2006). 患者と家族のケアについて 医療関係者のためのアスベスト講座「石綿関連疾患—診断・ケア・予防—」, 78-91.
- 安東由佳子・片岡 健・小林敏生・岡村 仁 (2006). 神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスの明確化 臨床看護, *32*, 412-419.
- Borg-Bortolo, P., Simmonds, & Ahmedzai, SH. (2000). Conflicting advice in the care of dying patients. *Practitioner*, *244*, 672-677.
- British Thoracic Society Standard of Care Committee (2011). BTS statement on malignant mesothelioma in the UK, 2007 [Electronic version]. *Thorax*, *62*, 1-19.
- 中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会 (2005). 中皮腫・アスベスト肺がんに関するアンケート報告書.
〈<http://www.chuuhishu-family.net/survey200506.pdf>〉 (2011.11.11)
- Clayson, H., Seymour, J., & Noble, B. (2005). Mesothelioma from the patient's perspective. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, *19*, 1175-1190.
- Darlison, L. (2010). Role of Clinical Nurse Specialist (CNS) in Malignant Pleural Mesothelioma. Mesothelioma UK, *Mesothelioma-Good Practice guide*, 22.
- グレッグ美鈴 (2007). 質的記述的研究. グレッグ美鈴・麻原きよみ・横山美江編. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして 医歯薬出版, 54-72.
- Hawley R, Monk A. (2004). Malignant mesothelioma : current practice and research directions. *Collegian*, *11*, 22-26.
- Hollen, PJ., Gralla, RJ., Liepa, AM., Symanowski, JT.,

- & Rusthoven, J.J. (2004). Adapting the lung cancer symptom scale (LCSS) to mesothelioma. *Cancer*, **101**, 587-595.
- 伊東美由紀・高橋隆恵・佐藤しのぶ・中野弘枝・早川陽子・石上節子・中保利通 (2008). ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス 東北大学医学部保健学科紀要, **17**, 59-70.
- 金澤さおり・小山祐子・中野絹子・小西敏子・奈良明子 (2006). 看護職者の治験に関する実態調査(1) 看護職者の治験に関する業務及び認識の実態 日本看護学会論文集：看護管理, **36**, 130-132.
- 葛西好美・本田彰子 (2009). アスベスト・中皮腫の診断・治療期における患者の苦悩 お茶の水看護学雑誌, **4**, 34-44.
- 加藤英子 (2008). 在宅ターミナルにおける訪問看護師の困難感 日本看護学会論文集：地域看護, **38**, 112-114.
- 国立精神保健研究所 (2011). 第 6 回犯罪被害者メンタルケア研修.
 〈http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/h23/h23_hanzai06.html〉 (2011.11.18)
- 近藤恵子・古郡夏子・池田久乃・豊田邦江・宮井千恵・藤田佐和 (2011). 高知県における専門分野「がんにおける質の高い看護師育成事業」成果と今後の展望 臨床看護, **37**, 253-260
- 小西聖子 (2006). 犯罪心理学者の心の傷 白水社, 193-216.
- 桑田響・森明子 (2009). がん病院に勤務する看護師の SOC とストレスの関連について 看護管理, **40**, 315-317.
- Lübbe, AS., & Ahmedzai, SH. (2004). A new approach for cancer pain management-the pyramid model. *Prognostic palliative care*, **12**, 287-292
- 益塚典子・池田正子・吉谷こずえ (2008). 終末期がん患者の看護において困難を体験している看護師へのサポート 看護管理, **39**, 354-356
- 三苫里美・堀 美保・中園麻衣子・藤原優子・岡亜希子・大村久美子・福本洋美・草野ひとみ (2008). 急性期病院における看護師のストレスおよび感情労働の実態 日本看護学会論文集：看護総合, **39**, 72-74.
- 三浦溥太郎 (2008). 中皮腫一臨床. 森永謙二編. 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患 基礎知識と労災補償 増補新装版, 三信図書, 133-161.
- 森永謙二 (2008). 中皮腫, 森永謙二編, 石綿ばく露と石綿関連疾患 基礎知識と補償・救済 (増補新装版), 三信図書, 112-127
- Murayama, T., Takahashi, K., Natori, Y., & Kurumatani, N. (2006). Estimation of future mortality from pleural malignant mesothelioma in Japan based on an age-cohort model. *American Journal of Industrial Medicine*, **49**, 1-7.
- 長松康子・堀内成子・名取雄司 (印刷中). 悪性胸膜中皮腫の経過と患者が直面する困難 ヒューマン・ケア研究採択
- 日本がん看護学会 (2010). がん看護コアカリキュラム
 〈http://jscn.umin.jp/core/img/panf_2010.pdf〉 (2011.11.18)
- 中村悦子・中村圭子・清水理恵 (2010). 緩和ケアに関わる一般病棟看護師の心身の負担度とその要因 新潟青陵学会誌, **3**, 1-9.
- 大槻裕江・小林和美・唐沢京子 (2010). プライマリナーズの看護師としての苦悩とストレス 慢性期疾患で入退院を繰り返す患者を同じ看護師が受け持つ事に焦点をあてて 日本看護学会論文集：成人看護 II, **40**, 266-268.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*, **17**, 520-526.
- 宇宿文子, 前田ひとみ (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討 熊本大学医学部保健学科紀要, **6**, 99-108.
- 山田成功・池田紀子・片山恵子・藤原早弥香・圓井和恵・木下まり子 (2010). 中国四国地区国立病院機構・国立療養者看護研究学雑誌, **6**, 177-181.