

石川県立看護大学
大学院 看護学研究科

博士論文

外来で放射線療法を受けるがん患者への
精神心理的援助

—PIL テストを手がかりとした対話による
看護介入の効果—

岩城 直子

2015

Mental and Spiritual Care for Patients with Cancer Receiving Outpatient Radiation Therapy–The Effect of Communication-based Nursing Interventions Using the Purpose-in-Life Test as the Clue

I. Introductory chapter

Radiation therapy has favorable outcomes due to medical device advancement. In addition, the number of patients with cancer who receive outpatient radiation is increasing because radiation therapy is less invasive. In such situations, there are growing concerns that patients with the mental and spiritual pain receiving radiation therapy can suffer from quality of life (QOL) deterioration. In order to support patients holistically in the future, care for mental and spiritual pain must be developed. However, studies examining the effect of mental and spiritual care are few.

II. Purpose of study and conceptual framework

This study was designed based on Mishel's reconceptualized framework for uncertainty in illness and aimed at improving mental and spiritual support through communication between patients and the researcher. This study examined the effect of communication-based nursing interventions using the Japanese Purpose-in-Life (PIL) test (Study 1) and the effect of the effect created by sharing patient information from Study 1 with radiation treatment department medical personnel. In doing so, this study considered how we can provide better mental and spiritual care for patients with cancer receiving outpatient radiation therapy.

III. Effect of communication-based nursing intervention using the PIL test for patients with cancer receiving outpatient radiation therapy (study 1)

I randomly sorted patients receiving outpatient radiation therapy into control (20 patients)

and intervention groups (19 patients). I administered the PIL test to the intervention group at radiation therapy onset and communicated with the patients using the results as the clue. I then used two questionnaire surveys to evaluate results at three points in time. The surveys were the Quality of Life Radiation Therapy Instrument in Japanese (QOL-RTI) and the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. Time-points were onset and end of radiation therapy and three months post-therapy completion. I also conducted two-way mixed analysis of variance (ANOVA) with two factors (presence or absence of the intervention) and three times. A marginally significant interaction ($p < .10$) was seen in Helplessness/Hopelessness (an MAC subscale measuring a sense of despair) for all subjects. In the intervention group, a sense of despair decreased with the passage of time but there was no significant interaction in QOL-RTI. Patients with breast cancer were 60% of all subjects. For them, there was a significant difference ($P < .05$) between the interaction in the total QOL score and the QOL psychology/mind score. In the intervention group of patients with breast cancer, improvement in mental and spiritual pain was seen with the passage of time since therapy onset. I also conducted interviews with the intervention group three months post-therapy completion. I extracted the verbal evaluations of nursing interventions. Nursing intervention evaluations included several opinions such as “opportunity for self-insight,” “disease consciousness,” “feel better thanks to talk,” “opportunity to gain consciousness of goal,” and “unpredictability of questions.” It was suggested that the communication-based nursing intervention using the PIL test as the clue results might alleviate the sense of despair irrespective of types of cancer. Moreover, this intervention effectively improved QOL and its mental aspects in patients with breast cancer. I inferred that the nursing intervention became a support to find the meaning of life and disease from the nursing intervention evaluations such as “opportunity for self-insight,” “disease consciousness,” and “opportunity for gaining consciousness of goal.”

IV. Effect of sharing information on holistic views of patients including PIL results with radiation treatment department medical personnel (study 2)

Holistic views of intervention group patients were shared in 16 joint conferences as an intervention for radiation treatment department medical personnel (two doctors, five clinical radiologists, one nurse). I evaluated the intervention after all joint conferences and completed a group interview with them. The verbatim report contents indicated several opinions such as “promotion of understanding patients,” “benefit of the responses to patients,” “usual communication,” “apathy about the test results,” “anxiety about negative effects on patients,” and “confusion about responses to patients.” While they understood the benefits for patients in the promotion of understanding by information sharing, some clinical radiologists expressed confusion over how to respond to patients. It is important that nurses provide mental and spiritual care and share information with other healthcare professionals to support patients holistically in radiation treatment departments.

V. Final chapter

The opportunity to communicate about ideas on life, views of anguish over disease, and views of life and death alleviated the sense of despair of patients with cancer receiving radiation therapy and improved QOL and its mental and spiritual aspects for patients with breast cancer. In the future, it will be necessary to examine the efficacy in more cases. This study dealt with questions on such topics as purpose of life, quality of life, meaning of life, views of life and death, and views of anguish over disease. Thus, nurses should be trained and educated and gain experience in order to address these matters.

Keyword: radiation therapy, Purpose-in-Life test, nursing intervention, cancer patient, team approach

目 次

序章	1
1. 研究の背景	1
2. がん放射線療法の現状	3
3. がん放射線療法看護の現状	4
I 章. 文献検討	6
1. 文献検討の方向性	6
2. 放射線療法におけるがん患者への看護介入に関する研究	6
3. PIL テストに関連した研究	9
4. 放射線治療部門におけるチーム医療に関する研究	10
II 章. 研究の目的と概念枠組	12
1. 概念枠組み	12
2. 研究の目的と仮説	13
3. 研究の意義	13
4. 用語の定義	14
III 章. 外来で放射線療法を受けるがん患者への PIL テストを手がかりとした対話による看護介入の効果	15
1. 研究方法	15
1) 研究デザイン	15
2) 研究対象者	15
3) 研究対象者の選出と振り分け	15
4) 研究期間	15
5) 放射線治療部門で両群に共通して行なわれる看護師による面接内容	15
6) 介入内容	16
(1) PIL テストの実施	16
(2) PIL テストを手がかりとした対話	17
7) 介入効果の評価	18
(1) 介入効果の測定用具	18
(2) 介入群への放射線療法終了3ヵ月後の面接	19
8) データ収集方法	19

(1) 基本属性	19
(2) データ収集スケジュール	19
9) 分析方法	20
(1) 対象の属性および効果の測定用具の分析方法	20
(2) 面接調査の分析方法	21
10) 倫理的配慮	21
2. 結果	23
1) 対象者の概要	23
2) 介入群への PIL テストを手がかりとした対話の状況	24
3) QOL と心理的適応への効果	28
(1) 全対象者の結果	28
(2) 乳がん患者の結果	29
4) 介入群の放射線療法終了3ヶ月後の面接②の結果	33
3. 考察	35
1) PIL テストを手がかりとした対話による看護介入が外来で放射線療法を受けるがん患者の QOL や精神心理的側面に及ぼす肯定的効果の検証	35
2) 生きる意味・病気の意味を見出す支援への有用性	38
IV章. PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有が放射線治療部門医療関係者にもたらす効果	
1. 研究方法	40
1) 研究対象者	40
2) 研究期間	39
3) 介入内容	39
4) 介入効果の評価	39
5) データ収集方法	41
6) データ分析方法	41
7) 倫理的配慮	41
2. 結果	42
1) 対象者の概要	42
2) PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する放射線治療部門医療関係者の評価	42
3) PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する専門職種別の評価	45

3. 考察.....	47
1) 放射線治療部門における全人的支援を行なうためのチーム医療.....	47
終章	48
1. 研究のまとめ.....	48
2. 看護への示唆.....	49
3. 研究の限界と課題.....	50
謝辞	51
引用文献	52

序章

1. 研究の背景

がん医療のめざましい進歩にもかかわらず、我が国の死因の第1位は1981年以来悪性新生物(以後、がんとする)である¹⁾。平成18年にがん対策基本法が制定され、国はがん対策の総合的かつ計画的な推進を図り、罹患率、死亡率の減少に取り組んでいる²⁾。しかし、依然として3人に1人ががんで死亡しており、今後の高齢化の進展により、さらにがん患者は増加することが予測される。

がん放射線療法は、身体的侵襲が大きい手術療法や有害事象の多い化学療法に比べ低侵襲である。そして、治療技術や支持療法、治療装置の進歩などにより、根治を目指す治療から、生存期間の延長、併用療法、症状緩和に至るまで、がんの早期から終末期まですべての時期に、あらゆるがんに対して行われており³⁾、重要な治療法として位置づけられている。そのため、今後、がんに対する放射線療法は、国内がん患者の20%から欧米並みの50~60%へ増加していくであろうといわれている⁴⁾。さらに、昨今の在院日数の短縮化や医療費の抑制の方針による外来への治療シフトの推進や、患者の Quality of life (以下 QOL とする) の観点からも、外来でがん放射線療法を受ける患者が増加していくと思われる。よって、外来で治療を受ける患者に対して放射線療法完遂への支援を行なうことは看護師の重要な役割であり、専門的知識に基づいた看護の必要性がますます高まっている。しかし、従来より、看護師不足のため患者ケアが医師、放射線技師に委ねられていたという現状やこの分野に配属される看護師数の少なさもあり、がん放射線療法看護は手術療法やがん化学療法の看護に比較して、エビデンスの産出の少なさなどが指摘されている⁵⁾。

このような中、平成24年度に見直されたがん対策推進計画の中では、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについて、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、また、放射線療法についても更なる充実が必要であるという課題が明らかになったことが述べられており、その改善が求められている²⁾。したがって、これらの問題の改善にむけたこの分野における看護の構築への研究の積み重ねがいっそう必要とされてきているといえよう。

これまでの放射線療法に関する看護の研究では、有害事象や QOL の実態や影響要因については多くの研究がなされており⁶⁻¹⁵⁾、また、海外では QOL の改善や不安の軽減に対する補完代替療法を用いた介入への効果を検証する研究¹⁶⁻¹⁷⁾ がなされている。その中には乳がん患者に対する情緒的サポートに焦点を当てた看護介入の研究において一部のセッションでスピリチュアルケアを実施した効果について報告されたものもみられる¹⁸⁾。また、患者の体験について、治療に対する身体的苦痛やがんの脅威¹⁹⁻²⁰⁾、スピリチュアルペインの存在²¹⁻²⁴⁾、再発・転移への不安を抱え不確かさの中で生きている状況²⁵⁾ やそのような中でもがんと対峙して生きる姿²⁶⁻²⁸⁾ が明らかにされており、放射線療法を受ける患者への生きる力を支える援助への示唆が述べられている。

放射線療法は、患部に限局したピンポイントの治療を受けられることが特徴であり²⁹⁾、治療スケジュールは週

5 日で 1 回の治療時間は数分である。外来で放射線療法を受ける患者の場合、病院滞在時間は短く、このような治療環境の中では、患者と看護師が関わる時間は短時間で、看護師のケアの内容も、有害事象への予防や対処に限られがちであると推察される。しかし、放射線療法を受けるがん患者に「自責の念」「無気力」「なぜこんな病気になるのだろう」等の精神心理的苦痛を抱えていることが明らかにされており²¹⁻²⁴⁾、治療に伴う有害事象の予防のみならず、精神心理的側面へのケアも同時に行なう必要があるといえる。また、それに対する適切なケアが行なわれない場合、患者の QOL が低下してしまうことが懸念される。そのため、治療期間中に患者の精神心理的側面についてキャッチし、早期からの支援を検討する研究が必要と思われる。

昨今、放射線療法の専門医の不足が指摘され、医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、さらに、治療による身体的、精神心理的苦痛を抱える患者とその家族に対して、質の高い医療を提供し、きめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになってきている²⁾。それぞれの専門性を発揮し機能することで患者が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的ケアを受けられるよう、チームでアプローチしていくことが必要とされてきているといえよう。そのため、放射線療法において、他の職種が実践している内容や、それぞれの視点から捉えた情報を十分に共有することは、患者を全人的に支援していくことへの必要不可欠な条件であり、その中で、患者の身近な存在として患者の心のケアを看護師が担うことが必要とされてきているのではないだろうか。WHO の「がんの痛みからの解放とパリアライブ・ケア」の報告書でも、緩和ケアの実践には医療チームが必要であり、その中でも看護師が大きな役割を果たすと述べられている³⁰⁾。

がんの治癒率が高まったとはいえ、がんの罹患は生命を脅かす体験であり、がん患者は、全人的な苦痛(total pain)、すなわち身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面での苦痛・苦悩を体験する。そのため、緩和ケアの課題としてあげられている精神心理的な痛みに対するケアにおいて、全人的な視点からアセスメントし、支援していくことで、QOL の低下を防ぐことが必要である。したがって、放射線療法を受けるがん患者に、有害事象への対処と同様によりよく生きることを支援することは、QOL を維持する上でも重要なケアであるといえよう。この QOL を高めるための支援として意味を探索する看護ケアが必要とされている³¹⁾。また、塚本ら³²⁾は、がん患者の心理的適応において、意味の探索が有益であり、意味の探索によって患者は自分らしさを作り変え、意味を見いだすことで心理的適応を果たしていくと述べており、がん患者が意味の探索や意味をみいだしていくことは心理的適応にも、QOL を維持していく上でも重要であるといえる。

このように、がん看護において、意味の探索や意味をみいだす支援が求められており、意味の探索や意味をみいだすことはがん患者が自分らしく生きていくことや苦難を乗り越える上での力となると考えられる。

Viktor Emil Frankl (以下、V.E. Frankl)³³⁾は、人間はどのような状況においても意味を求め、意味を見出さる存在であるとし、強制収容所の極限状態での体験から「囚人が現在の生活の恐ろしい『如何に』(状態)に、つまり収容所の生活のすさまじさに、内的に抵抗し身を維持するためには、何らかの機会がある限り囚人にその

生きるための『何故』を、すなわち生活目的を意識せしめねばならないのである。」³³⁾と生きる意味に目を向けることが苦悩を乗り越え、生きる上での重要な要因であったことを述べている。Post-White ら³⁴⁾は がんと共に生きていくには、希望を持ち続けることが必要であり、その希望は人生に意味をみいだすことにより生まれていたことを明らかにし、また、Ferrell ら³⁵⁾は、スピリチュアリティは QOL の重要な構成要素で、がん経験から意味を得るプロセスにも関与することを明らかにし、看護師がスピリチュアリティや意味の重要性について注目することを提言している。

このような中、がん患者への意味の探求を支援するプログラムとして、V.E Frankl が創始したロゴセラピーの応用によって進行がんの患者に対する意味を中心とした集団心理療法³⁶⁾、ナラティブアプローチによる体験の価値づけ³⁷⁾、ライフレビューによって人生の意味づけを共に行うことが介入研究³⁸⁻³⁹⁾としてなされている。しかし、これらには、全セッションへの参加が求められたり、ナラティブアプローチにおいては、思いを語ることを望む患者の選択や、その時期の判断が難しいことが課題としてあげられている。そのため、外来で放射線療法を受ける患者の時間的制限がある現状をふまえ、その現状に即した意味の探索や意味をみいだす支援を考える必要がある。

田多⁴⁰⁾は Purpose in Life test 日本版 (以下、PIL テスト) の実施は、じっくりと話しをすることが困難な現状であっても、患者、スタッフ双方にとって、患者の内面に目を向ける機会と枠組みを提供するとし、また、黒丸⁴¹⁾ はがん患者の場合、ネガティブな感情や現実的な問題が存在しながらもそれを今現在どのように受け止め、どのような態度で対処しているかという実存的評価の重要性から、PIL テストが重要な役割を果たすと述べている。さらに、PIL テストはその記載によって自己洞察され、生きる意味を模索するといわれている。よって PIL テストを手がかりに患者の人生観を可視化し、それを基に対話することは、効果的に患者の心と生き方を明らかにするだけでなく、生きる意味をみいだす援助にもなりうる考えた。

そこで、本研究では、病院での滞在時間が短い外来で放射線療法中の患者に PIL テストを実施し、それを手がかりに人生について対話することが患者の精神心理的ケアに有効であり、また、PIL テストを手がかりとした患者の全体像の結果を他の専門職と情報共有することは、放射線療法を担う専門職が患者の内面に目を向ける機会となり、患者の精神面を連携して支えることに繋がるのではないかと考えた。

2. がん放射線療法の現状

がん放射線療法は、精度の高い放射線治療装置の導入により、周囲の正常組織を避け、がん病巣に大線量を照射することが可能となった。例えば、定位放射線治療、IMRT (強度変調放射線治療)、画像誘導放射線治療、呼吸同期定位放射線治療が行なわれるようになり、治療成績が向上してきている¹⁾。また、粒子線治療、ガンマナイフなどの新しい放射線治療装置の開発によって、更なる治療成績の向上が期待されている。そして、集学的

治療においては、他の治療法との組み合わせで、治療成績の改善も可能になり、形態や臓器機能の温存が可能、身体的負担が少なく合併症を有する患者や高齢者にも適応可能、通院治療が容易であるなど、低侵襲で QOL を維持できる治療法としてその重要性が高まってきている。

このような治療の進展に伴って、放射線療法を受けた患者数は年々増え続けており、日本放射線腫瘍学会（以下、JASTRO）の全国放射線治療施設の定期構造調査でも、2010 年の推定実患者数は 251,000 人と増加の傾向にある²⁾。

原発巣の臓器別の放射線治療患者数（2010 年）では、乳がんが 23.7%、肺がん 17.8%、前立腺癌 11.1%となっており、これらが全治療患者数の約半数を占めている²⁾。乳がん罹患率は今後も増加傾向にあり³⁾、高齢化の進展による手術や化学療法が困難な症例や緩和療法への適応の拡大などから、放射線療法をうける患者数の増加は当面続くと予測され、現状の 27.7%から²⁾、今後は欧米並みの 50～60%へと増加していくであろうといわれている⁴⁾。

しかし、2010 年の調査（705 施設）では、週 40 時間放射線治療専任業務に換算し直した実質的マンパワー数は、放射線治療担当医 852 人、放射線治療担当放射線技師 1841 人、医学物理士 131 人、放射線治療担当看護師 650 人であり²⁾、年々微増しているが、マンパワーの不足が顕在化している。その一因として、医療スタッフの養成が容易ではないことがあげられており、今後、放射線治療の質を担保していくうえでの重要な課題となっている。平成 24 年度のがん対策推進基本計画においても、「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行なう医療従事者の育成」が重点的に取り組む課題⁵⁾として挙げられており、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランなどの取り組みも増加の傾向にあるが、急速な患者数の増加には対応できていない状況である。

このような中、2012 年に外来放射線療法照射診療料の運用が開始され、放射線治療における医師の診療行為の 1 部を専従の看護師や放射線技師が担うことによって、医師の業務負担が軽減された⁶⁾。今後、放射線療法を安心かつ安全に提供できるような診療体制を確保していくためにも、チーム医療を充実させ、増加する患者への対応をはかっていくことが期待されている。

3. がん放射線療法看護の現状

放射線療法における看護師の役割として、治療内容の理解と意思決定への支援や、有害事象に対するケア、セルフケアの支援、治療を完遂するための精神的支援などがあげられている⁷⁾。これらの役割を達成するために、看護師には専門的知識に基づいたケアの実践を行なっていくことが求められている。寺尾ら²⁾は放射線療法看護

の文献レビューにおいて、放射線療法を受ける患者の看護援助について「身体的苦痛と看護介入」「心理的苦痛と看護介入」「社会的苦痛と看護介入」「霊的苦痛と看護介入」「看護の提供方法の改善」の5つに集約されたと報告している。そして、この研究の中で放射線療法看護の領域における既存研究の少なさの要因として、放射線療法を受ける患者数や、放射線看護に従事する看護師数および外来看護の業務体系が影響していると指摘している。また、小林ら³⁴⁾は乳房温存術患者へのケアの実態調査において、放射線治療を担当する看護師と乳がん認定看護師の70%以上が、放射線療法に対する看護師の専門知識の不足を問題と考えており、質の高い放射線看護の実践が課題として挙げられていることを明らかにした。これらのことから、放射線療法を担うスタッフ不足と専門的な知識不足とが、放射線療法看護の実践の大きな問題となっていることが伺える。

JASTROの構造調査では、実質的マンパワーとしての治療担当看護師は、2007年494人(721施設中)⁵⁾、2009年は621人(700施設)⁶⁾、2010年は650人(705施設)⁷⁾と増加しているものの、この部門における看護師の不足を指摘している。根本⁸⁾は、多くの放射線療法の現場で「看護師は1人配置またはパート配置で先輩から教育を受ける機会もなく手探りで勤務していることも多い。また、ローテーションのため放射線療法業務に専念しにくい職場環境がある。」と推察し、放射線療法担当看護師に対する教育機会の増加を促す短期教育プログラムの提供を提言している。鈴木⁹⁾も基礎教育における教育の少なさと看護師として就職後も系統的に学ぶ機会の少なさが専門的知識の不足となって看護実践の課題となっていると述べている。

一方、放射線療法の急速な進展に伴い専門的知識を有する看護師の必要性が指摘され、2008年より、がん放射線療法認定看護師の育成が始まり、2014年には177人の認定看護師が誕生している¹⁰⁾。しかし、この分野における専門家の数としてはまだまだ不足している状況であるとともに、地域格差も生じている¹⁰⁾。また、「放射線療法看護」をサブスペシャリティとしているがん看護専門看護師が非常に少ない⁹⁾。

そのような中、平成24年に外来放射線照射診療料の運用が開始され、その施設基準において専従の看護師や診療放射線技師の配置が必要とされている。また、この適用により、放射線治療医の診察が週1回あれば毎日の照射前の診察がなくとも放射線治療が行なえるようになり、現場医師の負担は大幅に軽減したが、患者の観察することが看護師や診療放射線技師の業務内容として明記され、役割が拡大することになった¹¹⁾。このことは、医師の診療行為の一部を、専従の看護師や診療放射線技師に権限を委譲したという多職種協同のあり方を導入したものであり、その責務は大きい。この運用によって、専従看護師が増加したとの報告もされている¹²⁾。

今後ますます増加する患者に対応していくには、専門看護師や認定看護師の養成以外に放射線療法を担当する指導的看護師の教育も必要とされており、がん看護学会とJASTROは年2回のセミナーを開催し、がん放射線療法看護の質向上への教育の充実をはかっている。

I 章. 文献検討

1. 文献検討の方向性

本研究では、外来で放射線療法を受けるがん患者に、PIL テストを手がかりとした対話による看護介入を実施することが、精神心理的援助に有効であり、また、PIL テストを手がかりとした対話から得られた患者の全体像を他の専門職と情報共有することは、患者の精神面を連携して支えることに繋がるかを検討することを目的としている。そこで、放射線療法における看護の介入研究の現状および放射線治療部門におけるチーム医療と、PIL テストについて文献検討をする。

2. 放射線療法におけるがん患者への看護に関する介入研究

放射線療法における看護に関する介入研究について、(“radiotherapy” or “radiation therapy” or “radiation”) and “nursing” and “intervention”の検索式で文献のタイプを Interview, Introductory Journal Article, Journal Article とし、目的に沿う海外文献を抽出した。19 件が該当し、その内容は「補完代替医療による介入」「電話訪問による介入」「皮膚有害事象へのスキンケアに関する介入」「医療職者別にみた介入効果の比較」に分類された。

補完代替医療による介入は、「心身医療による介入」「運動療法による介入」「芸術療法による介入」「音楽療法による介入」「動物による介入」の効果について報告されていた。

心身医療による介入と関連した研究としては、Kwekkeboomら¹⁾は、進行がん患者に対して、12の認知行動療法(リラクゼーションエクササイズ、自然のイメージ、自然音、症状の焦点化されたイメージなど)を放射線療法中2週間実施し、その前後で痛み、倦怠感、睡眠障害、症状のつらさの評価を行った。その結果、認知行動療法の前後では、痛み、倦怠感、睡眠障害が減少したと報告した。Lee ら²⁾は、乳がん患者に対して、看護師主導の認知行動療法(認識の再編成、健康教育、筋弛緩法とリハビリテーション運動)を6週間実施する群と実施しない群との倦怠感とQOLを比較した。その結果、認知行動療法が倦怠感を制御してQOLを改善することを報告した。

Susan ら³⁾は乳がん治療後の持続的な倦怠感に対して心身医療プログラムを10週間実施し、その前後で倦怠感の評価した。その結果、倦怠感が40%改善され、補完代替療法による介入を支持していた。

Kim ら⁴⁾は、放射線療法を受けている乳がん患者に、韓国の伝統的な冥想法「Danhak」を、治療中週2回実施した。その結果、瞑想法の実施が、不安、倦怠感を減少させ、QOLを改善させたとし、患者の情緒的な能力を向上させる明確で非侵襲的な介入方法であると結論していた。Serraら⁵⁾は、放射線療法中の乳がん患者にイメージ療法を実施した。各セッションの前後の血圧、脈拍、呼吸数、体温、QOLを評価した結果、呼吸数、脈拍数、収縮期および拡張期血圧の減少および、皮膚温の上昇がみられ、QOLに改善があったことを明らかにした。そし

て、イメージ療法を乳がん患者のケアに取り入れることを支持していた。Gümüşら⁶⁾は、乳がん患者に対する情緒的サポート（週1回『60～90分』のセッションを7回実施、うち2回スピリチュアルケアを取り入れたもの）に焦点を当てた看護介入を実施し、その効果を7つの心理社会的調整領域で評価した。その結果、心理的苦痛が減少したことを明らかにし、患者の心理社会的調整の改善の一助となることを示唆していた。Chan⁷⁾らは、進行肺がんの患者に対して、症状管理に関する教育と漸進的弛緩法を放射線療法開始1週前に指導し、それを放射線療法中実施する群としない群を比較した。その結果、息切れ、倦怠感、不安と機能的な能力の変化に対する効果がみいだされ、心理教育的方法（PEI：psychoeducational intervention）の介入は、個々の症状を楽にするための有望な治療であると結論付けていた。

運動療法による介入と関連した研究としては、Hsiehら⁸⁾は、乳がんサバイバーへの運動療法の効果について、手術のみ、手術と化学療法、手術と放射線手術、化学療法と放射線の4群に分けて検討した。その結果、心肺機能は4グループとも改善し、手術を受けた群においては行動、感情、感覚、認知と気分、そして倦怠感を改善させたと報告した。治療のタイプに関係なく、緩やかな効力で個々に適した規則的な運動が、倦怠感の減少、心肺機能の維持または向上させることを示唆していた。Kimら⁹⁾は、補助療法を受けている乳がん患者に対して有酸素運動を実施した。その結果、適度な強度の有酸素運動は心肺に良い変化を示し、アドヒアランスも比較的高かった。介入群内の分析では、エネルギー消費が増加し、坐位でいる状態が減少していた。これらのことより、適度な強度の有酸素運動が体調の変調を低下させることに有益であると結論付けていた。

芸術療法による介入と関連した研究としては、Osterら¹⁰⁾は、乳がん患者に対して、放射線療法中にアートセラピーを実施し、その効果を評価した。2回目のアートセラピー実施において患者のコーピング資源が増加した。また、2回目および3回目のセッションにおいて社会的領域の資源の増加がみられた。芸術セラピストにより提供される個々の芸術療法が、有益なサポートを与えることを示唆していた。

音楽療法による介入と関連した研究としては、Chenら¹¹⁾は、放射線治療前に15分間の音楽療法を実施した。その結果、対照群と介入群ともに状態不安と特性不安は減少したが、介入群は大きく減少していた。また、バイタルサインは、両群ともテスト前後の心拍数と呼吸数の有意な減少があった。介入群ではそれに加え、収縮期血圧の有意な減少があった。よって、音楽の介入が、不安を軽減することに効果的であると結論付けていた。

Clarkら¹²⁾は、介入群に放射線療法の期間中、不安、痛み、倦怠感が増加した時や抑うつ時に、音楽セラピストのコーディネートした音楽を聞くよう指導し、実施させた。その結果、介入群の患者は、より低い不安と治療の苦悩を報告したが、放射線療法完遂後には、対照群と介入群ともに不安と苦悩は減少した。抑うつや倦怠感と痛みへの影響はなく、音楽療法が情緒的反応と症状の改善に効果的であるとの結論には至らなかった。

動物による介入と関連した研究としては、Johnsonら¹³⁾は、放射線療法中に犬の訪問を受ける効果を、犬訪問群、人訪問群、読書群で比較した。その結果、気分、倦怠感、主観的健康感、Sense of coherence（首尾一貫感覚）に有意な違いはなかったと報告している。

第2のカテゴリーに属する電話訪問による介入として、Leahyら¹⁴⁾は、根治的治療を行った前立腺がん患者に対して、放射線療法完遂後6ヶ月間、看護師が月1回電話訪問を行なった。その結果、看護師主導のフォローアップ群と標準的な健康診断群で、患者の満足感が変わらなかった。

Høyerら¹⁵⁾は、放射線療法完遂後に看護師による電話訪問（内容は放射線療法終了間近に受けるセッションの内容と同様）を実施した。その結果、電話訪問を受ける群と受けない群でのQOLは変わらなかったと結論している。

Kimmanら¹⁶⁾は、乳がん治療後の1年間のフォローアップの方法を、通常の外來受診、看護師の電話のフォローアップ、通常の外來受診と教育グループプログラムの受講、看護師の電話のフォローアップと教育グループプログラムの受講の4群で、患者のQOLを調査した。その結果、いずれのフォローアップでもQOLに違いはみられなかったと結論している。

皮膚有害事象へのスキンケアに関する介入として、Gosselin¹⁷⁾らは、3つの異なるスキンケア製品(Aquaphor、Biafine RE、RadiaCare)が、放射線療法によって誘発される皮膚反応の発生率を減らすことが出来るかをプラセボとの比較で効果をみた。その結果、有害事象共通用語規準のグレード2-4（中等症 - 緊急処置を要する）レベルでは、3製品群とプラセボ群との効果の差はなかったと結論している。

医療職者別に介入効果を比較した研究に属するものとして、Andrejevら¹⁸⁾は、骨盤放射線治療を受けた患者について、通常のケア（自助的ガイドブックを配布）、アルゴリズムに基づく消化器専門医によるケア、アルゴリズムに基づく看護師によるケアを実施し、評価した。いずれもアルゴリズムを活用することで患者の症状は改善し、看護師のケアを受けた患者と、専門医のケアを受けた患者の腹部症状は変わらなかったことが明らかにされた。

また、Arving¹⁹⁾は、乳がん患者への心理社会的サポートについて、看護師のサポートを受けた群と心理学者のサポートを受けた群とで、満足感、利用、利益に違いがあるかを比較した。その結果、患者は、心理学者と看護師のどちらにおいても、心理社会的サポートに満足していた。一方、看護師の介入を受けた患者は心理的なサポートに加え、疾患に関連した問題へのサポートについての利益を得ていたと報告している。

以上より、放射線療法による有害事象を改善することを目的とした研究を概観したところ、多くの研究がみられ、その中でも補完代替医療を用いた研究が最も多かった。放射線療法の有害事象として、最もおこりやすい倦怠感については、運動療法、認知行動療法、瞑想法などの介入によってその効果が示されていた。また、不安や動揺といった精神的側面やQOLの改善に対しては、認知行動療法やイメージ療法、芸術療法、音楽療法、支持療

法による介入によって効果が検証されていた。これらのことから、補完代替療法を用いた有害事象を改善しようとする試みについては徐々にその成果が確立されてきていると考えらる。

3. PIL テストに関連した研究

国内における PIL テストに関連した研究を、医中誌 Web で“PIL テスト”をキーワードとして検索したところ 11 件ヒットした。がん患者以外を対象とした研究では、菊池^{1・2)}の看護師や看護学生を対象とした人生の意味・目的意識を測定した研究、大石^{3・4)}の大学生を対象とした生きがい感と死生観の関係や死生観教育の効果を PIL テストで評価したもの、鈴木ら⁵⁾の施設に暮らす高齢者の人生の意味・目的意識とその関連要因を明らかにしたもの、嶋根⁶⁾が尺度開発のための妥当性を確認するための尺度として PIL テスト使用したもの、長尾⁷⁾の神経疾患患者の QOL を PIL テストを用い在宅患者、入所患者、健常者との間で比較検討したものなどがある。これらは、PIL テスト PartA (人生の意味・目的を体験しているかの態度尺度) を用いて、特定の人を対象に人生の意味・目的意識を測定したものや、人生の意味・目的意識と他の心理傾向との関連を見たものであった。また、山元ら⁸⁾は看護大学生の病気や苦しみに対する思考を PIL テスト PartB の(病気や苦しみは)の文章完成法を用いて、その内容について質的分析を試みている。がん患者を対象とした野口ら⁹⁾の研究では、がん患者のスピリチュアリティを明確にし、がん患者を対象としたスピリチュアルケアの可能性とその評価尺度として妥当なツールを検討した。がん患者 298 人に対して FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual) と PIL テスト PartA を実施した。その結果、FACIT-Sp が PIL テスト PartA と内容的に類似していることを明らかにし、ロゴセラピーに基づいたスピリチュアルケアの測定尺度として適切なツールであることを示唆していた。

海外では“purpose in life test” “PIL test”の検索式で文献のタイプを Interview、Introductory Journal Article、Journal Article としたところ 67 件ヒットした。がん患者以外を対象とした研究では、PIL テストの自国版の尺度開発に関して信頼性妥当性を検討したもの¹⁰⁾や、高齢者に対して経時的に人生の目的とうつ病の関係を調査したもの¹¹⁾、老人ホームの患者における人生の意味を PIL テストで検証したもの¹²⁾、HIV 陽性の人のスピリチュアリティと人生における目的と幸福の関係を調査したもの¹³⁾、体外受精で治療した女性の人生の意味に関連した要因を調査したもの¹⁴⁾などがあつた。

PIL テストをがん患者に適用した研究として、Wnuk ら¹⁵⁾は、がん患者 50 人(乳がん、肺がん)を対象とし、人生の目的と希望の関係について調査し、人生における目的は、幸福と人生に対する満足感と関連し、希望は、現在の幸福と人生に対する満足感と関連していることを明らかにした。

Taylor¹⁶⁾は、再発がん患者 74 人(乳がん、非固形がん、メラノーマ、大腸がん等)を対象とし、どのような因子が「人生の意味づけ」に関係しているかを調査した。その結果、疾病に対する肯定的な適応状態と既婚であ

ることが、「意味づけ」に関連していることを示し、また、「意味」をみいだした群は「意味」をみいだせなかった群より PIL 得点は高かったことを報告した。そして、看護師が全人的視点でケアを行うことの重要性や、意味をみいだすための看護介入は、がんの身体的な苦痛が強く、疾病に対する適応が不十分な再発がんの未婚者に特にむけられるべきであることを示唆した。そして、患者が意味をみいだすことにおいて、自分の人生について語ることを奨励していた。

Pinquart ら¹⁷⁾ は、がん患者の人生の目標と目的の関連について、153 人の化学療法を受けた患者に、化学療法前および 9 ヶ月後に PIL テストと人生目標テストを実施した。その結果、患者の社会的・心理的・健康関連の目標の高さと、人生の目的の高さが関連しており、化学療法前に社会的目標が高かった場合、時間の経過とともに人生の目的が高くなることが、予測された。しかし、物質的目的が高い場合は、9 ヶ月後の測定時に人生の目的がより低くなることを予測し、時間の経過とともに人生の目的が低下することを明らかにした。

Lewis¹⁸⁾ は、末期がん患者 57 人（喉頭がん、肺がん、乳がん、子宮がんなど）に対し、自尊心尺度、主観的健康統制感（Health Locus of Control）尺度、不安尺度、PIL テストを実施し、個人的統制感と生活の質の関連をみた。その結果、個人的統制感は、自尊心及び不安と関連し、主観的健康統制感は、人生の目的に関連していたことを報告している。

海外では、PartB は数量化されていないため、研究では PartA のみ使用されている。そして、がん患者を対象とした研究では、人生の目的を PartA で測定し、希望や人生の満足感との関連や主観的健康感との関連を明らかにしていた。また、疾病に対する肯定的な適応状態と既婚であることが意味づけに関連していることを示し、心理的サポートが患者に必要であることや、患者が自らの人生について語ることを奨励していた。また、看護師は患者に達成可能な人生の目標に焦点を当てることを助けなければならないとし、意味を中心とした集団心理療法が提案されていた。

4. 放射線治療部門におけるチーム医療に関する研究

国内では、医師がチームを組みそれぞれの専門性を生かした治療が効を奏したとする症例報告が多く、多職種連携によるチーム医療に関する研究はなく、解説のみであった。

チーム医療に関する海外の研究では、(“radiation oncology” or “radiotherapy ” or “radiation therapy” or “radiation”) and “team approach” の検索式から目的に沿った文献は 2 件であった。Dieperink ら¹⁹⁾ が、前立腺がん患者の放射線療法完遂後の治療の副作用へのリハビリテーションの効果について、通常のケアを受ける群(対照群)と通常のケアに理学療法士の骨盤底筋力訓練と腫瘍看護師のカウンセリングを受ける群(介入群)とにわけ、その効果を検討している。その結果、介入群は、尿、ホルモンの症状と身体的な QOL を改善したと結論していた。この研究からは、放射線治療に伴う有害事象の改善に多くの専門職が関わることの効果が示されてお

り、チーム医療における多職種連携の重要性を支持するものと思われた。

Rose ら²⁾ は、外来放射線治療部門でプライマリーナーシング制の導入を試み、その結果、個別に応じた看護の提供に至るだけでなく、看護師は仕事に対して自律性と責務の満足感を感じていた。そしてさらに、円滑なチーム医療に発展したと報告している。

これらの文献から、放射線療法を受ける患者は、多職種との連携によって有害事象の改善を図ることができ、プライマリーナーシング導入がチーム医療を促進することが伺えた。

Ⅱ章. 研究の目的と概念枠組み

1. 概念枠組み

本研究は、Mishel の病気の不確かさ認知モデル(再概念化)¹⁾をもとに、放射線療法を受けているがん患者への介入についての概念枠組みを考えた (図 1)。この理論の前提には、「不確かさは人生における自然なリズムであるため、取り除くことはできないが、人生の見方を変えることにより、不確かさを生活に統合していける」¹⁾ という考えがある。ここでいう不確かさとは、病気に関連する様々な出来事に対してはっきりとした意味を見出せない状態²⁾ であり、不確かさは、揺らぎとみなされる。

例えば、がんの罹患は、生命を脅かす体験であるといわれており、がん患者は疾患に対して否定的な感情を抱き、予後に対して不安を持つ中で生きている。放射線療法を受けるがん患者が、病気や予後など様々な出来事に対して意味づけができなかったときには、先が見えないという不確かさが生じ、つらさを抱えながら治療を受けることになる。しかし、がんの罹患によって生じた不確かさは、排除することはできないが、その人の生活の中に統合していくことができれば、この揺らぎの中でも日々を大切に生きようと、がんと共に生きる新しい自分へと自己変容していくことが可能となる。このように、揺らぎの中で、患者自身が人生に対する見方を変えられるためには、「他者との相互作用が不可欠」であり、「外部環境からの力として医療提供者の存在がある」と Mishel は述べている。つまり、医療提供者が患者との関わりの中で意味を見出す支援をすることで、患者は病気に対するさまざまな出来事を再評価し、意味を見出すことができれば、その人らしく生きていけるのではないかと考えた。そこで、外来で放射線療法を受けるがん患者に PIL テストを手がかりとし、自己洞察を促し、自らの人生観や死生観、病気・苦悩観について研究者と対話することによって、患者はがんを持ちながらの人生について見方がかわり、不確かさが生活に統合していけると考えた。また、PIL テストを手がかりとした患者の全体像を放射線治療部門の専門職と情報共有することは、放射線療法を担う専門職が患者の内面に目を向ける機会となり、それが患者理解を促し、チーム医療を実践していく上で患者の精神面を連携して支えることに繋がるのではないかと考えた。

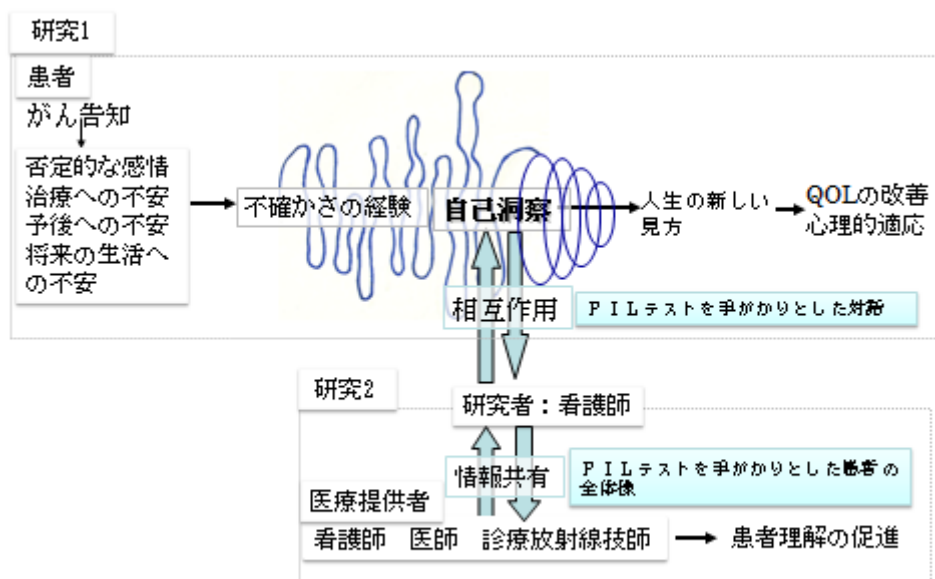


図1 概念枠組み

2. 研究の目的と仮説

- 1) PIL テストを手がかりとした対話による看護介入を実施し、それに伴う患者への効果（研究1）と、チームでの患者情報の共有による放射線治療部門の医療関係者への効果（研究2）を検討することを研究目的とした。
- 2) PIL テストを手がかりとした対話による看護介入の実施により、以下の仮説をたてた。
 - ①PIL テストを手がかりとした対話による看護介入をすることにより、患者の QOL や精神心理的側面に肯定的効果をもたらす。
 - ②PIL テストを手がかりとした看護介入によって得られた患者の全体像を情報共有することによって、放射線療法担当の医療チームの患者理解が促進する。

3. 研究の意義

PIL テストを手がかりに患者の人生観を可視化し、それに基づいて患者の人生や死生観、病気・苦悩観について対話することによって、患者の QOL の改善、精神心理的側面への肯定的効果が明らかになれば、外来で放射線療法を受けるがん患者に対する緩和ケアの実践への示唆をえることができる。

また、患者の全体像について放射線治療部門の医療関係者で情報共有することによって、患者理解が促進され、それがチームアプローチを円滑にする一助となるかについて示唆を得ることができる。

4. 用語の定義

精神心理的苦痛：がん患者の全人的苦痛は、身体的苦痛だけでなく、精神的、社会的、靈的（スピリチュアル）な苦痛から構成されている³⁾。そのうち、身体的苦痛（physical pain）は、がん性疼痛や全身倦怠感、不眠、呼吸困難などの身体症状に対する苦痛であり、社会的苦痛（social pain）は、経済的な問題（医療費、入院費、生活費）、仕事の問題などに対する社会的問題に関する苦痛であり、本研究でいう精神心理的苦痛には含まれない。一方、精神的苦痛（mental pain）は、不安、孤独感、うつ状態、恐れ、怒りなどがあり、靈的苦痛とは、人生の意味への問い、苦しみの意味、死の恐怖、死生観に対する悩みなどである³⁾。がん患者の精神的苦痛は、靈的苦痛つまり、死や病の接近によって脅かされて経験する全存在的苦痛⁴⁾と密接に関わっており、区別が困難である。そのため、本研究では、精神的苦痛と靈的苦痛とを精神心理的苦痛として用いる。

看護介入：看護大辞典によれば、「看護活動を通して患者によい成果をもたらすために看護師が介入すること」⁵⁾と定義されている。看護活動（看護行為）とは患者の意思を尊重しつつ、生活行動を援助するために身体に直接働きかけること以外に、教育的働きかけや心理的働きかけも含まれる⁶⁾。本研究では、看護師が、患者の精神心理的な痛みが軽減されるように、意図的に患者に働きかけることとする。

Ⅲ章. 外来で放射線療法を受けるがん患者への PIL テストを手がかりとした対話による看護介入の効果

1. 研究方法

1) 研究デザイン

介入研究

介入は研究者が行なった。PIL を手がかりとした対話では、直接的に、人生観、病氣苦悩観、死生観、自殺観について問いかけるため、そのプロセスの中で、患者の語りや表情を受け止め、戸惑うことなく、対話を進めるための経験と知識が必要であった。研究者は、臨床経験 25 年で、約 15 年間がん患者の医療、看護に携わってきた。また、がん患者に、人間の心理や身体を超えた、「意味」や「価値」といったスピリチュアルな次元への働きかけをすることから、実存的アプローチ（ロゴセラピー）についてその理論と会話法について学び、人生観、病氣苦悩観、死生観について対話できるよう準備して臨んだ。

2) 研究対象者

A 病院において放射線療法完遂まで外来で治療が可能な患者で、①会話が可能、②医師より病名・病状の告知がされている、③はじめて放射線療法を受ける、がん患者とした。

3) 研究対象者の選出と振り分け

放射線治療部門の医師に放射線療法完遂まで外来で治療が可能な患者を紹介してもらい、研究者自身が研究対象者に口頭と文書で研究の説明を行ない、研究参加の同意を得た。

紹介された患者を受付順に、奇数を対照群、偶数を介入群とした。

4) 研究期間

平成 24 年 8 月～平成 26 年 2 月

5) 放射線治療部門で両群に共通して行なわれる看護師による面接内容

放射線療法を受ける患者には、放射線療法開始前及び終了時に放射線治療部門の看護師がオリエンテーションを含め面接を行なっている。その内容を以下に記す。

(1) 放射線療法開始前

- ① 医師からの治療説明の理解と不明点の確認
- ② 放射線療法の実際説明：治療の体位、治療時間、治療室の状況、治療スケジュール、診察日、治療費
- ③ 日常生活上の注意点の説明
- ④ 有害事象についての説明：症状、出現時期、対処方法、
- ⑤ 患者の現在の状況について：通院方法、身体状況、痛みなど苦痛の程度、心配事の有無と内容

(2) 放射線療法終了時

- ① 医師の説明に対する理解と不明点の確認

- ② 患者の現在の状況について：有害事象の有無、身体状況、心配事の有無と内容など
- ③ 有害事象に対するセルフケア指導
- ④ 今後の受診予定、日常生活の注意事項、症状変化時の対処方法など

6) 介入群への介入内容

本研究の介入内容は (1) PIL テストの実施 (2) PIL テストの結果図を手がかりとした対話で構成されている。

(1) PIL テストの実施

- ①外来通院で放射線治療を受けている研究対象者 1 名につき、放射線治療開始直後（開始時から 3 日以内）に PIL テストを実施した。PIL テストの記載は 20～30 分で可能である。

【PIL テスト】について

本研究で用いるものは PIL テスト日本版¹⁾ である。PIL テストは、V.E. Frankl の考えに基づいて、1964 年アメリカの J. Crumbaugh によって考案された。本テストは、日本では「生きがいテスト」「実存心理検査」と呼ばれている。1993 年に「PIL テスト日本版」が出され、2008 年には妥当性と信頼性に関して改訂された。

PIL テストは、PartA、B・C の 3 つの部分から構成されている。PartA は構成概念妥当性、併存の妥当性、基準関連妥当性が確認されており、信頼性係数は 0.901、Part B・C は構成概念妥当性、基準関連妥当性が確認されており、信頼性係数は 0.865 で十分な内的整合性が確認されている。学生のカウンセリングや産業衛生の増進、中高年の生きがい対策などへの幅広い適応が可能であるとされており、医療分野においては、1995 年より健康保険適用となった。精神科や心療内科のみならず、慢性病を抱えた内科患者に実施されている。臨床的診断に用いられる場合には、心理アセスメントの基礎知識を有することが前提とされる。特に、B、C の解釈には投影法としての文章完成法の解釈についての基礎知識が必要である。PIL テストの得点や内容の分析、評価の仕方についての研修会はロゴセラピーゼミナール 10 回の受講終了後に参加できる。

PartA(20 項目) は『『人生の意味・目的をいかに体験しているか』』についての内容であり、20 項目で構成されている。内容は「私はふだん/1. 退屈しきっている～7. 非常に元気一杯ではりきっている」「私にとって生きることは/1. 全くつまらない～7. いつも面白くてわくわくする」「私は人生の目標の実現に向かって/1. 全く何もやっていない～7. 着々と進んできている」などについて 7 段階で回答を求めている。得点の高い人ほど人生の意味・目的意識を感じているとみなされる。PartB は 13 項目の文章完成法からなり、「私の人生は」「私が今までに成し遂げてきたことは」「私の人生の本当の目的は」などの問いかけがある。それに続けて、文章を完成してもらう。PartC (自由記述) は、「あなた

は生きていくこと（人生）にどんな目的や希望などを持っていますか」の問いかけに対して自由に記載を求める。これらの問いの回答を考えたり、記述をすることによって、対象者が人生の意味・目的をどう意識しているのかをみようとするものである。

②研究者は研究対象者が PIL テスト PartB・PartC の内容を手がかりに、千葉²⁾、牧野³⁾ のものを参考に、研究対象者が人生観をイメージしやすいように（図 2）のような結果図を作成した。結果図は、研究対象者毎に作成した。

(2) PIL テストを手がかりとした対話（面接①）

①PIL テスト実施 1 週間後に実施した。

②面接の最初に、研究対象者に結果図（図 2）を提示した。

③提示した結果図について、説明したのち、「過去」「現在」「未来」の時間軸に基づいて、対話を行なった。

i. 過去、記述された内容にそって尋ねた。記述内容が「子育て」と単語のみで、抽象的なところは詳細な語りを促すように質問した。

ii. 現在、現在をどう受け止めているかについて、記述内容について同様に詳細な語りを促すようにした。

iii. 未来、将来の目標についての記述内容について同様に詳細な語りを促すようにした。

iv. 病気・苦悩観、死生観、自殺観について、記述された内容を手がかりに質問しながら、自由に語っていただいた。面接時間は体調を考え 30 分を目安とした。

④研究対象者のすべての語りを尊重し、途中で妨げないように対話を進めた。

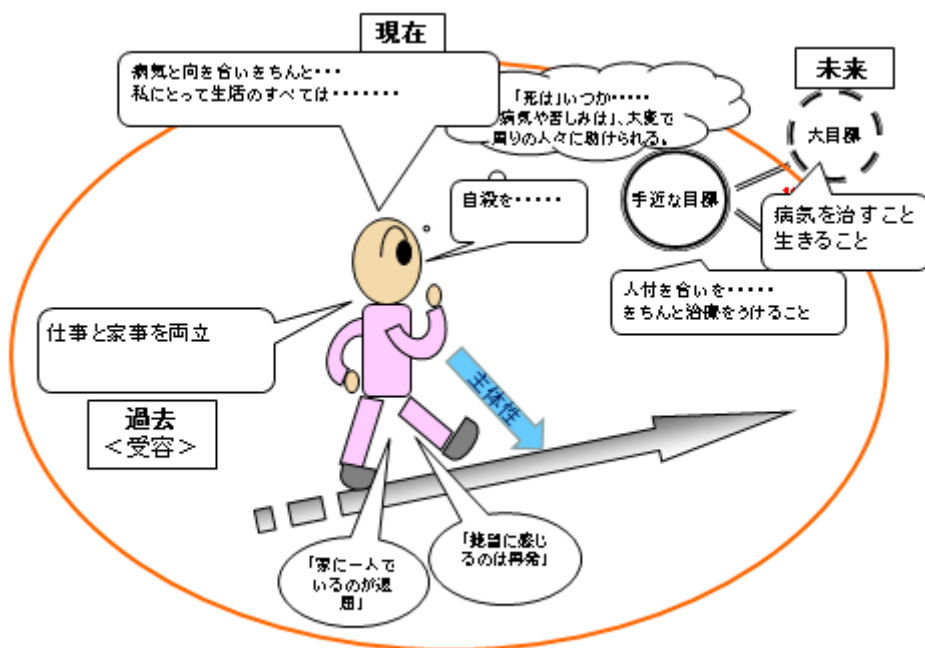


図2 結果図の例

7) 介入効果の評価

(1) 介入効果の測定用具

①Quality of Life Radiation Therapy Instrument (以下、QOL-RTI) 日本語版⁴⁾：放射線治療患者用に開発された QOL 評価尺度である。内部妥当性を示す α 係数は 0.8 以上、再現性 Test-retest reliability は良好、併存的妥当性は良好であったが構成概念妥当性については確認されていない。質問項目は 25 項目あり、「全く違う」0 から「その通り」10 として 11 段階で回答を行う。(得点範囲 0～240：包括的質問 1 項目はスコア化しない) 合計点を算出する。点数が高いほど QOL が高いと評価される。

下位概念は、QOL 身体的/健康 11 項目(得点範囲 0 - 110)、QOL 心理/精神 6 項目(得点範囲 0 - 60)、QOL 社会・経済/家族 5 項目(得点範囲 0 - 50)、QOL 総括 2 項目(得点範囲 0 - 20)の 4 側面で構成される。今回、QOL 下位概念 (QOL 身体的/健康、QOL 心理/精神、QOL 社会・経済/家族、QOL 総括) については対象者数が少ないため、先行研究の因子構造をそのまま利用し、得点化した。得点が高いほど各下位概念の QOL が高いと評価される。

②Mental Adjustment to Cancer (以下、MAC) 日本語版^{5・6)}：がんに対する心理的適応を評価するために開発された尺度であり、被験者(患者)はがんの診断を知らされていることが前提になる。内的整合性の α 係数は 0.60～0.78、Test-retest で $r=0.64$ 以上、併存的妥当性と因子的妥当性が確認されている。質問項目は 40 項目あり「全く違う」1 から「全くそのとおりだ」4 の 4 段階で回答を行う。Fighting Spirit (前向きな態度) 16 項目(得点範囲 16 - 64)、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) 6 項目(得点範囲 6 - 24)、Anxious Preoccupation (予期的不安) 9 項目(得点範囲 9 - 36)、Fatalism (運命論的態度) 8

項目(得点範囲 8–32)、Avoidance (回避的態度) 1 項目(得点範囲 1–4)の 5 側面から構成される。各下位尺度で得点化し、得点が高いほど各下位概念に関する心理的適応が高いと評価される。

Fighting Spirit は高得点であるほど、前向きな療養姿勢である、Helpless/Hopeless は高得点であるほど絶望感が強い、Anxious Preoccupation は高得点であるほど、予期的な不安が強い、Fatalism は高得点であるほど、運命と諦める姿勢である、Avoidance は高得点であるほど、がんであると思わないようにするという回避的な療養姿勢を示すと解釈される。

(2) 介入群への放射線療法終了 3 ヶ月後の面接 (面接②)

PIL テストを手がかりとした対話に対する看護介入の感想について、放射線療法終了 3 ヶ月後、介入群の患者にインタビューガイドに基づいた半構造化面接 (面接②) を実施した。

インタビューガイドの内容は、以下の通りである。

①PIL テストの記載やそれを手がかりとした対話はその後の治療継続に何か影響を与えたか

②PIL テストの記載やそれを手がかりとした対話の良否の感想と感じたこと

これらをきっかけに自由に語っていただいた。

8) データ収集方法

(1) 基本属性

年齢、性別、婚姻、職業、子供、居住形態について尋ね、病期、照射量、Performance Status (以下、PS) についてはカルテより情報収集した。

(2) データ収集スケジュール

介入群と対照群の調査は平行して行った。

①介入群のスケジュール

・一人の患者につき、図 3 のように実施した。

i . 放射線療法開始時、フェイスシートと質問紙調査 A (QOL-RTI 日本語版、MAC 日本語版) を記載後、PIL テストをしてもらった。

ii . 1 週間後に PIL テストを手がかりに作成した結果図を基に面接した。(面接①)

iii . 放射線療法終了時、放射線療法終了 3 ヶ月後に質問紙調査 A の記載を依頼し、記載後は研究者宛封筒に入れ厳封し、投函してもらった。

iv . 放射線療法終了 3 ヶ月後に面接を行なった。(面接②)

☆ 面接①②は、放射線治療部門の面談室で行い、研究対象者の同意を得た上で IC レコーダーに録音またはフィールドノートに記載した。

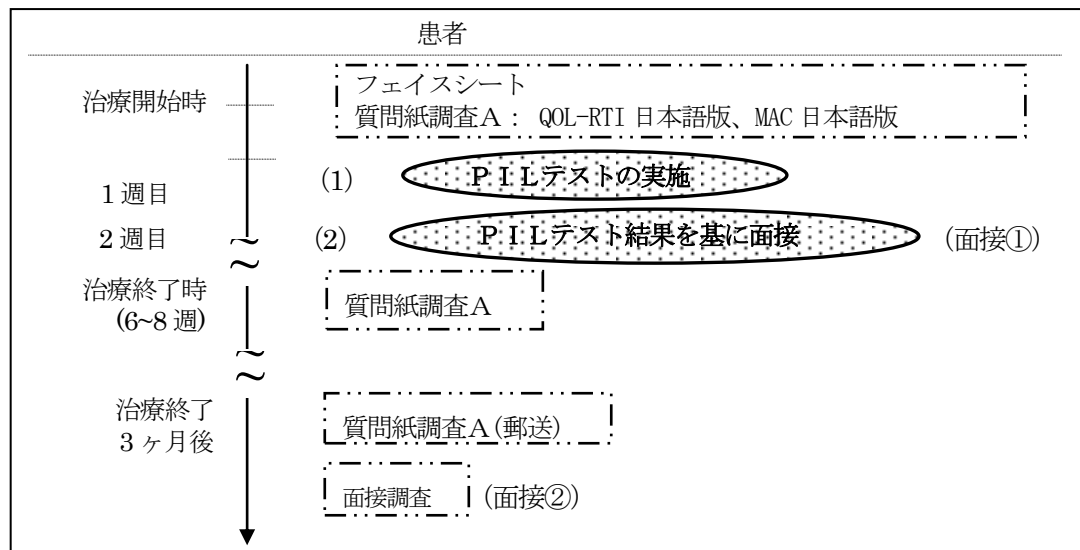


図 3. 介入群 1 事例の流れ [---]: 評価指標 (●●●): 介入内容

②対照群のスケジュール

・1 人の患者につき、図 4 のように実施した。

- i. 放射線療法開始時、フェイスシートと質問紙調査 A を記載してもらった。
- ii. 放射線療法終了時、放射線療法終了 3 ヶ月後に質問紙調査 A を記載してもらい、記載後は研究者宛封筒に入れ厳封し、投函してもらった。
- iii. 希望があった場合のみ、放射線療法終了 3 ヶ月後に PIL テストを実施し、結果を送付した。

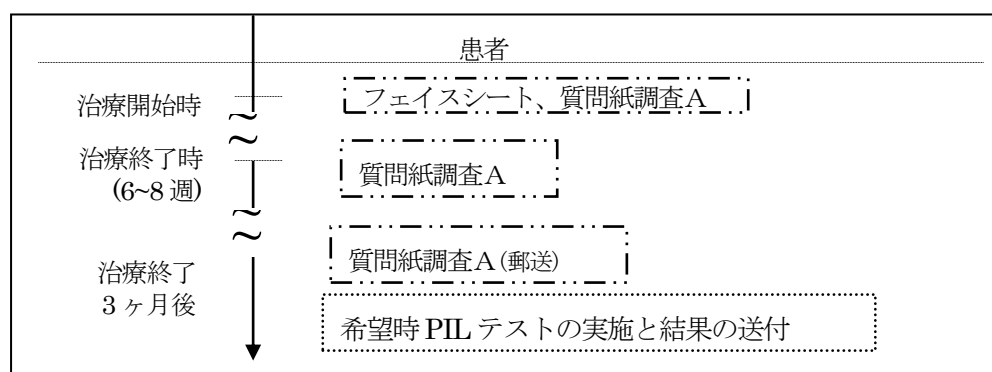


図 4. 対照群 1 事例の流れ [---]: 評価指標

9) 分析方法

(1) 対象の属性および効果の測定用具の分析方法

両群の基本属性の等質性は独立した t 検定および χ^2 検定で比較した。QOL-RTI 日本語版、MAC 日本語版については、独立変数を介入有（以下、介入群）・無（以下、対照群）の 2 群（対応なし）と、放射線療法開始時・放射線療法終了時・放射線療法終了 3 ヶ月後の時期（対応あり）の 2 要因分散分析（混合計画）を行なった。2 要因の交互作用を検証し、交互作用が認められた場合 ($p < 0.05$ 、 $p < 0.10$) には、単純主効果の検定を行った。単純主効果の検定で有意であった場合 ($p < 0.05$ 、 $p < 0.10$) には、その後の検定（多重比較：

Bonferroni 法)を行なった。交互作用が認められなかった場合は、主効果の検定を行ない、主効果が有意であった場合($p<0.05$ 、 $p<0.10$)には、その後の検定(多重比較: Bonferroni 法)を行なった。2 要因分散分析(混合計画)については、全対象者と乳がん患者で分析した。統計解析には SPSS Advanced Statistics Academic 22.0 を使用した。有意水準 5%を有意差あり、有意水準 10%を有意傾向ありとした。

(2) 面接調査の分析方法

①介入群の放射線療法終了 3 ヶ月後の面接(面接②)

介入群への放射線療法 3 ヶ月後の面接調査のインタビュー内容は、質的帰納的に以下の手順で行なった。

- i. 放射線治療終了 3 ヶ月後の介入群の患者に対して行なったインタビュー内容を逐語録に起こし熟読した。
- ii. 「PIL テストの記載やそれを手がかりとした対話の実施が、患者自身にどのような意味があったのか」を表している記述を対象者の言葉のまま抽出した。
- iii. 文脈の意味を損なわないよう解釈した内容をコード化した。
- iv. コード化したものを差異性、類似性を検討し、抽象度をあげて、カテゴリー化した。
- v. カテゴリー化にあたって、指導教員のスーパーバイズを受けた。

10) 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する大学の倫理委員会の承認(承認番号 366)と、研究協力施設の倫理委員会の承認を得た後、実施した。以下のような倫理的配慮を行なった。

(1) その対象となる個人の人權の擁護

- ①研究協力施設の病院長、看護部長に対して、口頭及び文書で研究内容について説明し、研究の承諾を頂いた。
- ②研究協力施設の放射線治療部医師に患者を紹介していただき、研究者が調査の依頼を行なった。
- ③研究者の連絡先を提示し、調査に対する質問や意見にはいつでも説明を行うことを保証した。
- ④PIL テストの記入及び面接は個室またはそれに準ずる環境で行い、調査の参加に関してはいつでも中止を申し出ることができることとし、面接に関しては話したくない内容については話す必要がないことを十分に説明した。今回の研究で得られた情報は研究以外の目的で使用しないことを保証した。
- ⑤論文作成にあたっては、参加者個人が特定できないよう匿名またはアルファベットを使用し、属性などのデータは修正して使用すること、研究公開に際しても同様な扱いとし、プライバシーの保護に万全を尽くすことを説明した。
- ⑥調査用紙、フィールドノート、パソコン、電子媒体など得られたデータは鍵のかかるロッカーにて厳重に管理し、外部に漏洩することがないよう細心の注意を払う。なお、パソコンはインターネットに接続しな

いものを使用し、研究終了時には、復元不可能な状態にして破棄することを確約した。

③研究結果は、博士論文としてまとめ、学内で発表すること、また、学術誌で公開する予定であることを説明した。

(2) その実施によって生じる個人の不利益並びに危険性に対する配慮

①研究への参加は、あくまでも個人の自由意思に基づいて決定されるものであり、参加しない場合でもその後の治療に関し何ら不利益を被らないこと、参加の途中でも、一時中断、あるいは辞退できることを説明した。

②面接の日時、場所は研究対象者(外来で放射線療法中のがん患者)と研究者と研究施設の意向により決定した。

③面接は個室またはそれに準ずる環境で行い、面接では、話すことにより精神的負担を感じたり、不利益を被ると感じることは無理に話さなくてもいいことを伝えた。面接内容は許可を得てから録音した。

④PIL テスト日本版の使用には、V.E Frankl の理論を理解していることが必要である。研究者は、PIL 研修会を受講し、テスト実施・分析のための PIL テストの基礎とスコアリングについて学んだ。年3回開催されるロゴセラピーゼミナールにも継続して参加した。

⑤外来で放射線療法中のがん患者の心身の状態には十分配慮し、質問紙の記載や研究者との面接による体調不良の出現に注意を払った。

⑥調査開始時には外来で放射線療法中のがん患者の体調を確認して、調査中、あるいは面接中に心身の不都合が生じた場合は直ちに中止し、必要であれば、病院の担当者に連絡し、必要な対処がとれるようにした。

⑦外来で放射線療法中のがん患者が研究に協力することによって不利益を得たと感じた場合や気づいたことがある場合、いつでも研究者に申し出ることができるよう説明した。しかし、直接研究者に言いにくいと思われる場合は、相談窓口が放射線治療部の看護師であることを伝えた。

⑧質問紙調査A(QOL-RTI 日本語版、MAC 日本語版)は個人のプライバシー確保のため無記名とし、データはすべて責任者のみ取り扱い統計的に処理されること、個人のプライバシーが漏れることのないことを明記した文書を調査票とともに本人に配布し、回答後受付ナンバーを記入した研究者宛封筒に厳封して回収した。

⑨PIL テストを手がかりとした研究対象者の全体像に関しては研究対象者の許可を得て、放射線治療部門の医療関係者と情報共有した。

⑩録音した内容を逐語録にする際には固有名詞は、すべてアルファベットに変換した。

⑪対照群の研究の同意をとる際に、治療終了後3ヶ月のPILテスト実施の希望をきき、希望者には、実施した。

(3) その対象となる者（本人又は家族）の理解と同意

①患者を、受付順に、奇数を対照群、偶数を介入群とし、それぞれの調査方法にあわせた説明用紙を用い、本研究の趣旨を口頭と文章で説明し、同意を得た。

②研究対象者(外来で放射線療法中のがん患者)に PIL テストをはじめ、質問紙調査Aを示しながら研究の趣旨を説明し、研究全過程において、研究対象者の意思が尊重されること、研究の参加を同意した後でも、自由意思で辞退できること、不参加や途中の断りの場合、不利益は一切無いことを説明し、研究に参加する意思を口頭で確認した後に、研究参加・協力の同意書を得てから実施した。

③同意書は複写とし、一部は研究対象者に渡し、一部は研究者が保管した。

2. 結果

1) 対象者の概要

研究参加の協力について 41 名の患者に説明を行ない、41 名が同意した。無作為割付の結果、対照群 21 名、介入群 20 名となった。対照群 1 名、介入群 1 名で、放射線療法終了 3 ヶ月後の質問紙の返送がなかった。最終的に、放射線療法開始時、放射線療法終了時、放射線療法終了 3 ヶ月後の全調査時期の質問紙が回収できた、対照群 20 名、介入群 19 名を分析対象とした（図 5）。回収率は 95%、有効回答率は 85~100% であった。

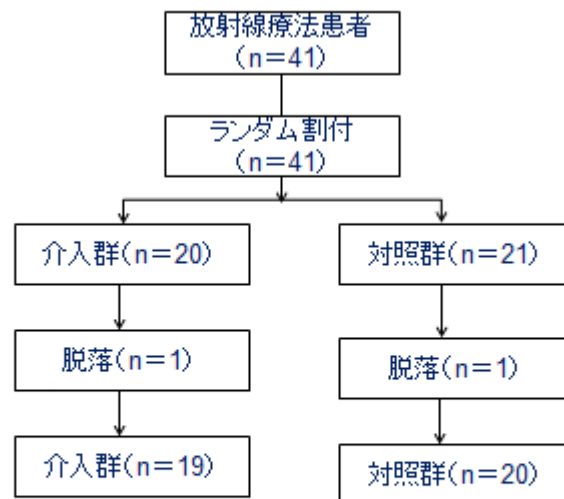


図5 フローダイアグラム

全対象者の結果を表 1 に示す。平均年齢は、対照群 62.6±12.3 歳、介入群 56.8±13.2 歳であった。対照群、介入群で年齢、照射量、性別、職業、婚姻、子ども、居住形態、疾患、病期に偏りはなかった。対照群、介

入群ともに、乳がんが最も多く(65.0%、58.0%)、乳がん患者は全員女性であった。病期では、対照群では0～Ⅱ期までが95%で、介入群は0～Ⅱ期が74%、Ⅲ・Ⅳ期が26%であった。PS^{注1)}は放射線療法開始時から、放射線療法終了時まで全員グレード0～1であった。

乳がん患者の結果を表2に示す。乳がん患者の平均年齢は、対照群57.5±11.6歳、介入群49.2±9.7歳であり、介入群の平均年齢が若い傾向にあった(P<0.10)。対照群、介入群で、照射量、職業、婚姻、居住形態に偏りはなかった。介入群は、子供がいない人が多い傾向にあった(P<0.10)。また、病期において、介入群は対照群に比べⅢ期が多く、対照群は介入群に比べⅠ期が多かった(P<0.05)。

疾患別の平均年齢は、乳がん患者は53.7±11.6歳、その他のがん患者(前立腺がん、肺がん、喉頭がん、大腸がん、卵巣がん)が69.5±8.8歳で、乳がん患者が有意に若かった(P<0.01)。

その他のがん患者の対照群の平均年齢は72.9±7.2歳、介入群は67.3±9.9歳で有意差はなかった。

介入群の中で本研究に同意が得られた人の概要を表3に示す。

放射線療法終了3ヵ月後の面接②に協力が得られた研究対象者は16名で、男性3名、女性13名で、平均年齢は53.1±12.5歳であった。30歳代2名、40歳代5名、50歳代4名、60歳代3名、70歳代1名、80歳代1名であった。乳がん11名、前立腺がん2名、肺がん1名、喉頭がん1名、卵巣がん1名であった。病期は0期1名、Ⅰ期6名、Ⅱ期7名、Ⅲ期2名であった。

2) 介入群へのPILテストを手がかりとした対話の状況

対象者は20名で、面接時間は平均35.9分であった。PILテストの記述内容で、病気や苦しみに対して否定的であったB氏(50歳代、乳がん)と、肯定的であったT氏(40歳代、乳がん)との対話の状況について以下に記述する。「」はPILテストの記述内容、“ ”は具体的な語り()は研究者の補足として以下に示す。

B氏は、「私が今までに成しとげてきたことは」のPILテストの質問項目に対する記述「子育て」について説明を求めると、“結婚生活当初の孤独感、子育てに対する余裕のなさから、子供への接し方に対する罪の意識があった”と語り、さらに、語りが進む中で、“子供が思春期を過ぎてからは和解し、現在は子供との関係がよかった”と語っていた。また、「私の最高の望みは」では、自分も含めた家族の健康を望む思いや、

注¹⁾ Performance Status (PS) は全身症状の指標であり、ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) によってグレード毎に分類される。

グレード0: 全く問題なく活動できる。発症前と同様の日常生活が制限なく過ごせる。

グレード1: 肉体的な激しい活動は制限されるが、歩行は可能。軽作業や座位の作業は可能。例: 軽い家事、事務作業。

グレード2: 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。

グレード3: 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

グレード4: まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

グレード5: 死亡

「私ができたらと思うことは」では、昔からの夢について語られた。「死や病気は恐怖」に対し具体的にと問うと、“死って、乳がんってわかったとき、向こうからぐっと迫ったような感覚。やっぱり怖かった。一番に思ったのはどれだけ生きられるんだろうって。病気のことは再発を思うと怖い。もう不安でいっぱい。抗がん剤治療とか、つらかったかな。主人の前でより、自分の病気のことは友達の前でのほうが泣けたかも。”と、がん告知後、自分の生の保障がないという不確かな状況の中で、不安と恐怖の中で揺れていた思いが語られた。しかし、対話終了時には、“自分に向き合える機会を与えてもらったことで、いろんなものが自分なりに見えてきた気がする”との感想を述べていた。

T氏は、「私が今までに成しとげてきたことは」に対するPILテストの質問項目に対する記述「自分育て」について説明を求めると、“いろいろ経験することで何かを得て、今まで少しずつ成長してきた、人とかかわる仕事はつらいこともあるが、生きがい、やりがいとなっていたと思う”と語られた。「生きていくこと（人生）に、どんな目標や希望を持っていますか」に対する「今やりたいこと、やらなくちゃいけないことなどが出てきた」ことについては、子供のことや両親の看病のこと家事などの身近な目標や、化学療法のある有害事象がなくなり、食事を楽しみたいとの語りもあった。「死は遅かれ早かれみんなに訪れる」について具体的にと問うと、“がんといわれ、家族に話をしたら親は泣いた。私自身も大変な病気だと今まで思ってきた。告知されて手術してから、今度、免許の書き換えまでいるのかなと単純に思ったりとか。年を取ってからの病気ではないので、いつかはって（死を）すごく身近に感じる。”と死への思いを語ってくれた。「病気や苦しみはつらいことだけど、経験することで何かを得る」について具体的にと問うと、“がんになった事で周囲の人や家族の思いやりに気づき感謝の気持ちが生じた”と語っていた。一方で、“病気になったと受け止めてるけど、あまり詳しいことはいいわって、受け止めたくないっていうのもあるかな。テレビでがんのこととかをいってたりすると、具体的なことを見ないようにしているところがあるかもしれない。”と病気に対して不確かな思いも語られていた。

表1 全対象者の概要

		対照群 n=20	介入群 n=19	p 値
		n(%), Mean±SD	n(%), Mean±SD	
年齢		62.6±12.3	56.8±13.2	0.163
照射量		59.7±11.8	60.4±10.2	0.835
性別	男	6(30.0)	5(25.0)	0.798
	女	14(70.0)	14(75.0)	
職業	有	12(60.0)	12(63.0)	0.839
	無	8(40.0)	7(37.0)	
婚姻	有	16(80.0)	17(90.0)	0.661
	無	0(0.0)	1(5.0)	
	離婚	2(10.0)	1(5.0)	
	死別	2(10.0)	0(0.0)	
子供	有	21(100)	16(84.0)	0.106
	無	0(0.0)	3(16.0)	
居住形態	独居	0(0.0)	0(0.0)	1.000
	家族と同居	19(95.0)	19(100)	
	その他	1(5.0)	0(0.0)	
疾患	乳がん	13(65.0)	11(58.0)	0.704
	前立腺がん	5(25.0)	3(16.0)	
	喉頭がん	1(5.0)	2(11.0)	
	肺がん	0(0.0)	1(5.0)	
	卵巣がん	0(0.0)	1(5.0)	
	大腸がん	1(5.0)	1(5.0)	
病期	0	2(10.0)	1(5.0)	0.324
	I	11(55.0)	6(32.0)	
	II	6(30.0)	7(37.0)	
	III	1(5.0)	4(21.0)	
	IV	0(0.0)	1(5.0)	

注) 年齢、照射量はt検定、性別、職業、婚姻、子供、居住形態、疾患、病期は χ^2 検定を行なった

注) 婚姻は「離婚」、「死別」を「無」とし、居住形態は「その他」を「家族と同居」とした

注) 期待度数が5未満のセルが1以上ある場合はFisherの有意確率とした

注) 疾患、病期は期待度数が5未満のセルが1以上あったが漸近有意確率(両側)とした

表2 乳がん患者の概要

		対照群 n=13	介入群 n=11	p 値
		n(%), Mean±SD	n(%), Mean±SD	
年齢		57.5±11.6	49.2±9.7	0.071
照射量		52.3±4.4	53.6±5.0	0.497
職業	有	9(69.0)	9(82.0)	0.649
	無	4(31.0)	2(19.0)	
婚姻	有	9(70.0)	9(82.0)	0.649
	無	0(0.0)	1(9.0)	
	離婚	2(15.0)	1(9.0)	
	死別	2(15.0)	0(0.0)	
子供	有	13(100)	8(73.0)	0.082
	無	0(0.0)	3(27.0)	
居住形態	独居	0(0.0)	0(0.0)	1.000
	家族と同居	12(92.0)	11(100.0)	
	その他	1(8.0)	0(0.0)	
病期	0	2(15.0)	1(9.0)	0.030
	I	9(70.0)	2(18.0)	
	II	2(15.0)	5(46.0)	
	III	0(0.0)	3(27.0)	
	IV	0(0.0)	0(0.0)	

注) 年齢、照射量はt検定、職業、婚姻、子供、居住形態、病期は χ^2 検定を行なった

注) 婚姻は「離婚」、「死別」を「無」とし、居住形態は「その他」を「家族と同居」とした

注) 期待度数が5未満のセルが1以上ある場合はFisherの有意確率とした

注) 病期は期待度数が5未満のセルが1以上あったが漸近有意確率（両側）とした

表3 介入群の概要

n = 20

対象者	性別	年齢	疾患	病期	面接① 面接時間 (分)	面接② 面接時間 (分)	照射量 (Gy)
A	女性	30歳代	乳がん	Ⅱ期	26	10	60
B	女性	50歳代	乳がん	Ⅱ期	38	17	60
C	男性	60歳代	前立腺がん	Ⅰ期	30	40	78
D	男性	80歳代	肺がん	Ⅲ期	73	56	60
E	女性	40歳代	乳がん	0期	20	21	50
F	女性	50歳代	乳がん	Ⅱ期	74	40	50
G	男性	70歳代	前立腺がん	Ⅰ期	20	15	78
H	女性	60歳代	喉頭がん	Ⅰ期	86	41	63
I	女性	40歳代	乳がん	Ⅰ期	36	16	60
J	女性	50歳代	乳がん	Ⅲ期	63		50
K	男性	70歳代	前立腺がん	Ⅱ期	18		78
L	女性	40歳代	乳がん	Ⅰ期	43	19	50
M	男性	70歳代	喉頭がん	Ⅱ期	8		70
N	女性	50歳代	卵巣がん	Ⅱ期	25	11	70
O	女性	60歳代	大腸がん	Ⅳ期	25		60.4
P	女性	50歳代	乳がん	Ⅱ期	26	12	50
Q	女性	40歳代	乳がん	Ⅲ期	22	13	50
R	女性	30歳代	乳がん	Ⅱ期	23	12	60
S	女性	60歳代	乳がん	Ⅰ期	40	30	50
T	女性	40歳代	乳がん	Ⅱ期	22	12	50

年齢 Mean(SD) 56.1(13.2)

面接時間 Mean(SD) 35.9(21.5) 22.8(14.1)

注) この表題の介入群とは本調査に同意し、PILテストをてがかりとした対話を行なった対象者をさす。

3) QOL と心理的適応への効果

(1) 全対象者の結果 (表 4)

QOL 総得点および QOL 下位概念 (QOL 身体的/健康、QOL 心理/精神、QOL 社会・経済/家族、QOL 総括) と MAC 下位概念 (Fighting Spirit (前向きな態度)、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感)、Anxious Preoccupation (予期的不安)、Fatalism (運命論的態度)、Avoidance (回避的態度)) について、介入の有無 (介入有・介入無) × 時期 (放射線療法開始時・放射線療法終了時・放射線療法終了 3 ヶ月後) の 2 要因分散分析 (混合計画) を行った。

その結果、Helpless/Hopeless (無力感/絶望感) において、交互作用に有意傾向が認められた ($F(2,74)=2.65, p$

<0.10)。介入群は、放射線療法開始時から放射線療法終了時、放射線療法終了3ヶ月後と経過に伴って絶望感が徐々に減少し、対照群は、経過に伴って絶望感が増加している傾向がみられた（図6）。単純主効果の検定では、時期および介入に有意な結果は得られなかった（表5）。

QOL 心理/精神については、交互作用に有意差はなかったが、時期の主効果に有意差が認められた ($F(2,70)=4.55, p<.05$)。つまり、対照群、介入群共に、放射線療法開始時より、放射線療法終了後、放射線療法終了3ヶ月後に QOL の精神心理面の改善がみられていた。

(2) 乳がん患者の結果（表6）

今回、本研究の対象者の中で乳がん罹患している人が60%と多かった。そのため、同じがん腫である、乳がん患者に焦点をあて介入効果を検証した。

QOL 総得点と QOL 下位概念と MAC 下位概念について、介入の有無（介入有・介入無）×時期（放射線療法開始時・放射線療法終了時・放射線療法終了3ヶ月後）の2要因の分散分析（混合計画）を行った。

その結果、QOL 総得点において、介入群と対照群に有意な交互作用が認められた ($F(2,40)=3.24, p<.05$)（表6）。そして、介入群では、時期の単純主効果に有意差が認められた ($F(2,40)=5.30, p<.01$)（表7）。つまり、放射線療法開始時より、放射線療法終了時 ($p<0.10$)、放射線療法終了3ヵ月後 ($p<.05$) と QOL 得点は高くなっていき、QOL の改善がみられていた（図7）。

また、QOL 心理/精神得点において、有意な交互作用が認められた ($F(2,40)=4.75, p<.05$)。そして、介入群では、時期の単純主効果に有意差が認められた ($F(2,40)=9.09, p<.01$)（表8）。つまり、放射線療法開始時より、放射線療法終了時に QOL 心理/精神得点は高くなり ($p<.05$)、放射線療法終了3ヵ月後も維持され ($p<.05$)、QOL の精神心理面の改善がみられていた（図8）。

QOL 身体的/健康は、交互作用に有意差はなかったが、時期の主効果に有意差が認められた ($F(2,44)=3.75, p<.05$)。対照群、介入群共に、放射線療法終了後から、放射線療法終了3ヵ月後に QOL の身体面の改善がみられた。

Fighting Spirit、Fatalism、Avoidance は、交互作用は有意でなかったが、Fighting Spirit、Fatalism、は、介入の主効果に有意傾向が認められ（それぞれ $F(1, 22)=3.06, p<.10$; $F(1, 22)=3.12, p<.10$ ）、Avoidance は介入の主効果に有意差が認められた ($F(1, 22)=4.95, p<.05$)。つまり、介入群は Fighting Spirit と Avoidance が、対照群よりも高く、対照群の Fatalism は介入群より高い得点傾向を示していた。

表4. 介入×時期の2要因分散分析（混合計画）結果(全対象者)(n=36-39)

	開始時						終了時						3ヶ月後						F値			多重比較
	対照群			介入群			対照群			介入群			対照群			介入群						
	n	M	e a nSD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	介入	時期	交互作用	
Q O L総得点	17	173.94	30.13	19	159.63	33.86	17	169.59	40.10	19	163.26	31.09	17	178.47	34.68	19	170.68	39.22	.92 n.s.	1.46 n.s.	.31 n.s.	3ヵ月後＞開始時*, 終了後＞開始時†
Q O L 身体的 / 健康 得点	20	77.20	17.67	19	74.42	22.10	20	75.85	19.51	19	68.84	14.32	20	79.85	17.95	19	76.68	20.97	.81 n.s.	1.73 n.s.	.27 n.s.	
Q O L 心理 / 精神 得点	18	37.44	11.52	19	33.89	8.97	18	39.56	13.73	19	40.42	9.47	18	38.83	10.76	19	39.89	10.96	.03 n.s.	4.55 *	1.42 n.s.	
Q O L 社会・経済 / 家族 得点	20	40.21	6.47	19	35.58	7.31	19	38.84	8.34	19	38.21	8.12	19	41.21	9.32	19	38.53	8.31	1.28 n.s.	2.11 n.s.	2.07 n.s.	
Q O L総括得点	20	15.70	4.34	19	15.74	4.48	20	14.45	4.80	19	15.79	3.66	20	14.90	3.71	19	15.58	3.96	.39 n.s.	.45 n.s.	.47 n.s.	
MA C Fighting Spirit得点	20	47.35	7.14	19	48.05	4.77	20	46.35	8.68	19	48.00	6.43	20	45.45	7.94	19	47.11	6.51	.52 n.s.	.84 n.s.	.12 n.s.	
MA C Helpless/Hopeless得点	20	9.55	2.68	19	10.05	2.88	20	9.85	4.04	19	9.37	2.48	20	10.45	4.01	19	8.84	2.57	.37 n.s.	.10 n.s.	2.65 †	
MA C Anxious Preoccupation 得点	20	20.05	5.39	19	22.84	3.11	20	19.75	5.31	19	21.74	4.32	20	20.65	5.89	19	21.05	4.13	1.54 n.s.	.87 n.s.	2.24 n.s.	
MA C Fatalism得点	20	22.30	4.53	19	20.58	4.66	20	21.25	4.40	19	20.63	3.68	20	21.20	4.64	19	19.89	3.74	1.07 n.s.	1.03 n.s.	.40 n.s.	
MA C Avoidance得点	20	2.30	1.08	19	2.05	1.13	20	2.35	1.04	19	1.84	1.17	20	2.05	1.00	19	1.74	1.10	1.70 n.s.	1.23 n.s.	.26 n.s.	

† $p < .1$ † $p < .05$

表5 全対象者 MA C Helpless/Hopeless得点 単純主効果の検定結果

単純主効果	変動	自由度	不偏分散	F値	P値
時期（対照群）	8.40	2	4.20	1.02	0.304
時期（介入群）	14.00	2	7.00	1.71	0.189
誤差		74			
介入（開始時）	2.46	1	2.46	0.32	0.576
介入（終了時）	2.28	1	2.26	0.20	0.658
介入（3ヵ月後）	25.19	1	25.19	2.20	0.146
誤差		37			

表6. 介入×時期の2要因分散分析（混合計画）結果（乳がん患者）(n=22-24)

	開始時						終了時						3ヶ月後						F値			多重比較
	対照群			介入群			対照群			介入群			対照群			介入群						
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	介入	時期	交互作用	
Q O L総得点	11	169.91	29.88	11	150.64	27.38	11	157.91	42.34	11	161.27	25.22	11	169.18	37.70	11	176.36	34.37	.05 <i>n.s.</i>	3.49 *	3.24 *	注1) 3ヶ月後>開始時*
Q O L 身体的/健康得点	13	76.77	15.17	11	67.27	14.17	13	72.62	19.14	11	66.64	10.81	13	77.92	15.89	11	79.27	17.47	.84 <i>n.s.</i>	3.75 *	1.33 <i>n.s.</i>	
Q O L 心理/精神得点	11	37.73	10.59	11	33.27	7.24	11	37.00	14.25	11	40.82	5.76	11	37.91	10.34	11	42.36	7.12	.12 <i>n.s.</i>	4.43 *	4.75 *	注2) 終了時,3ヵ月後>開始時*
Q O L 社会・経済/家族得点	13	39.62	7.01	11	35.27	8.24	13	38.08	9.13	11	38.09	9.19	13	39.38	10.69	11	38.27	8.92	.30 <i>n.s.</i>	.54 <i>n.s.</i>	1.45 <i>n.s.</i>	
Q O L 総括得点	13	14.92	4.89	11	14.82	4.24	13	14.23	5.07	11	15.73	3.32	13	14.62	4.03	11	16.45	3.27	.59 <i>n.s.</i>	.32 <i>n.s.</i>	.67 <i>n.s.</i>	
M A C Fighting Spirit得点	13	46.77	7.25	11	47.55	3.96	13	44.00	7.06	11	48.55	6.99	13	43.23	7.70	11	48.91	5.82	3.06 †	.29 <i>n.s.</i>	1.44 <i>n.s.</i>	
M A C Helpless/Hopeless得点	13	8.77	2.39	11	9.09	2.63	13	10.23	4.15	11	8.73	2.37	13	10.23	4.36	11	8.18	1.99	.94 <i>n.s.</i>	.44 <i>n.s.</i>	2.23 <i>n.s.</i>	
M A C Anxious Preoccupation 得点	13	19.92	6.50	11	22.36	3.26	13	19.69	5.76	11	21.82	5.10	13	20.23	5.97	11	20.64	4.30	.69 <i>n.s.</i>	.40 <i>n.s.</i>	.95 <i>n.s.</i>	
M A C Fatalism得点	13	21.00	3.72	11	18.55	3.47	13	20.38	3.97	11	19.36	3.59	13	20.15	4.39	11	18.00	2.68	3.12 †	.43 <i>n.s.</i>	.32 <i>n.s.</i>	
M A C Avoidance得点	13	2.38	1.12	11	1.64	1.03	13	2.46	1.13	11	1.36	.92	13	2.08	1.12	11	1.55	1.04	4.95 *	.41 <i>n.s.</i>	.85 <i>n.s.</i>	

† $p < .10$, * $p < .05$

注1) QOL総得点 介入群 時期の単純主効果の検定結果 (F(2,40)=5.30)後の多重比較の結果

注2) QOL心理/精神得点 介入群 時期の単純主効果の検定結果(F(2,40)=9.09) 後の多重比較の結果

表7 乳がん患者 QOL総得点 単純主効果の検定結果

単純主効果	変動	自由度	不偏分散	F値	P値
時期（対照群）	995.88	2	497.94	1.44	0.250
時期（介入群）	3676.79	2	1838.39	5.30	0.009
誤差		40			
介入（開始時）	2042.91	1	2042.91	2.49	0.130
介入（終了時）	62.23	1	62.23	0.05	0.823
介入（3ヵ月後）	283.68	1	283.68	0.22	0.646
誤差		20			

表8 乳がん患者 QOL心理・精神得点 単純主効果の検定結果

単純主効果	変動	自由度	不偏分散	F値	P値
時期（対照群）	5.09	2	2.55	0.09	0.915
時期（介入群）	520.55	2	260	9.09	0.001
誤差		40			
介入（開始時）	109.14	1	109.14	1.33	0.263
介入（終了時）	80.18	1	80.18	0.68	0.420
介入（3ヵ月後）	109.14	1	109.14	1.39	0.253
誤差		20			

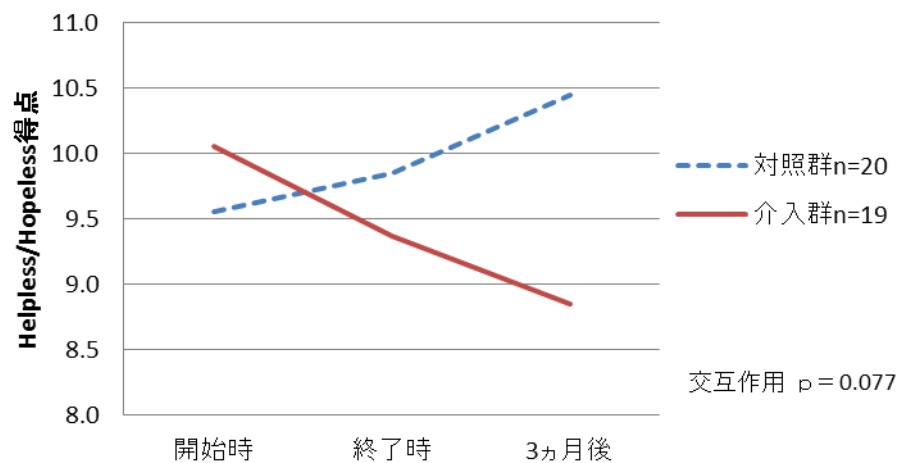


図6 全対象者のHelpless/Hopeless得点

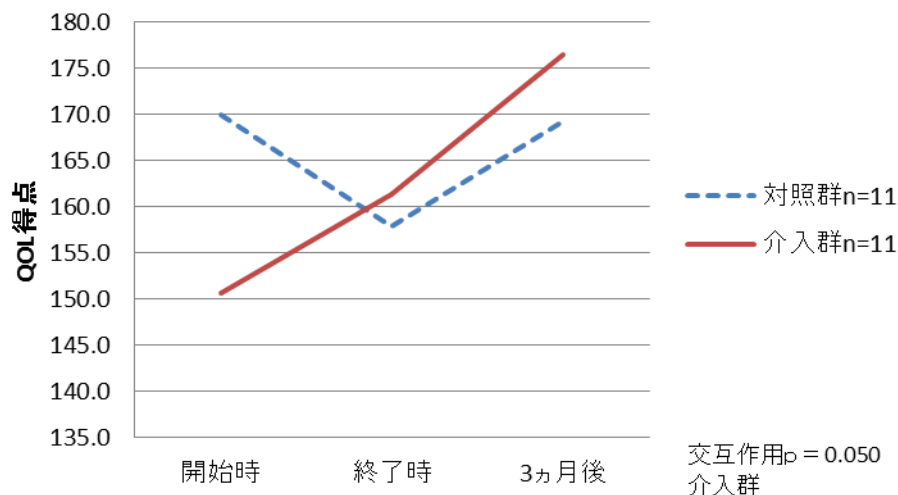


図7 乳がん患者のQOL総得点

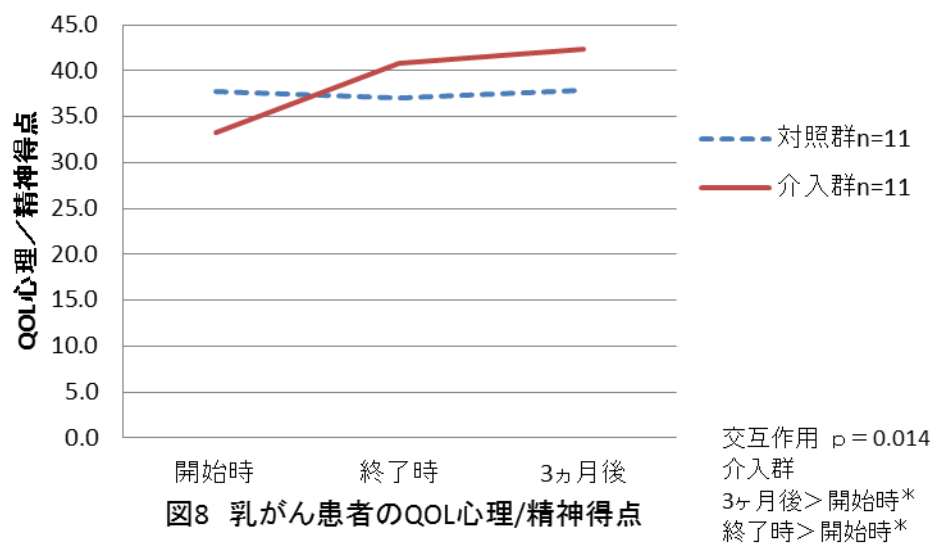


図8 乳がん患者のQOL心理/精神得点

4) 介入群の放射線療法終了3ヶ月後の面接②の結果

表9 PILテストを手がかりとした対話(面接②)による看護介入の評価

カテゴリー	コード	対象者
自己洞察の機会	自分に向き合える機会になった	B
	アンケートで自分が見えてくる	B
	聞かれると、見えてくる	B
	いいものだ	B
	自分のことを見直すきっかけになった	E、R
	振り返る機会が持てたので、プラスになった	E
	自分の生きてきた証なのかなと思う	F
	客観的に自分のことを見れた	L
	支えられていることに気付かされた	N
	順序立てて考えられる	Q
	改めて自分が思っていたことを確認した	S
	将来を気にせず生きていたことを自覚した	T
	自分の気持ちの中に影響があった	T
病気の自覚	自分の病気が自覚された	I
	死が早まる病気だとあらためて思った	I
語ることで楽になる	何となく救われた感じ	B
	研究者との出会いが幸運	C
	振り返りで気持ちが落ち着く	D
	昔のことを話すと心が和む	D
	話すことで楽になった	F
	誰かに言えば、ここで切り替えられる	F
	気を使わず話せたので頭を整理しすっきりした	I
	話を聞いてくれば、自分自身が楽になる	P
目標を意識する機会	前向きにいこうという感じ	E
	進むしかない	G
	向かっている方向はわかった	G
	1日1日を充実していかないといけない	I
	日々の生活が目標に向かっていくのは大事と思う	L
	目標を書くということが大事と思う	L
	ショックもあるが、それよりその先にすべき目標ができた	T
	目標を意識して過ごすことを強く感じた	T
	振り返ることで、前に向かう力が以前よりすごくある	T
質問内容の意外性	先のことを今までより意識して生活したい	T
	自殺という言葉も考えてなかったの、そういうことをちらっと考えた	Q

放射線療法終了3ヵ月後に実施した面接②の結果を、表9に示した。面接②の対象者は16名（男性3名、女性13名）で、面接時間は平均22.8分であった。PILテストを手がかりとした対話による看護介入に対して34コードと5つのカテゴリーが抽出された。得られたカテゴリーについて説明する。【 】はカテゴリー、[]はコード、“ ”は具体的な語り、()は研究者による補足を示す。

(1) 【自己洞察の機会】

このカテゴリーは、自己の内面にあった自分自身や現実への気づきの機会となったことへの評価内容を表す。“聞かれてはじめて、支えられていたんだと思った。”と〔支えられていることに気づかされた〕や、“こんなこと特に考えたことないから、自分が思っていたことを確認できたかな。”と〔改めて自分が思っていたことを確認した〕、結果の話し合い中で“しみじみと考えるなと思って。どうしてこういうことを思うって聞かれると”と〔聞かれると、見えてくる〕や、“今までは、将来のこととか気にしないで生きていたんだなっていうことがわかった。”と〔将来を気にせず生きていたことを自覚した〕などの内容がみられた。

(2) 【病気の自覚】

これは、自分ががんであるということを改めて実感したという評価内容を示す。“あのアンケートを取っている時は割と書いている時にだんだん自分は病気なんだっていうのが自覚された。職場復帰してばたばたと手術、治療っていう感じになったので、あらためて書くと、「ああ」って。”と〔自分の病気が自覚された〕や“がんっていう病気なので、死ぬ、死が早まることもある病気なんだなとあらためて思いました。”と〔死が早まる病気だとあらためて思った〕などがんに関連した現実を自覚し、死を意識した内容が含まれた。

(3) 【語ることで楽になる】

このカテゴリーは、自分自身の生き方や今の思いを語ったことによって精神的な安寧を得たことへの評価内容を表す。これには、“自分で思っただけでもだんだん落ち込むだけだったけども、しゃべって気が紛れた、話を聞いてくれたりすれば、自分自身が楽になる”と〔話を聞いてくれれば、自分自身が楽になる〕や“昔のこと、人に伝えれば、やっぱり心は和む、そういう気持ちにはなったね。”と〔昔のことを話すと心が和む〕、“誰かに言えば、ここで切り替えられる。話をするから、楽なのかもしれない。”と〔誰かに言えば、ここで切り替えられる〕などの内容がみられた。

(4) 【目標を意識する機会】

このカテゴリーは、将来を見据えるきっかけになったことへの評価内容を表す。これには、“明確化したというか、自分自身で見詰め直したというか、・・・いいことでした。前向きにこういう感じ”と〔前向きにこういう感じ〕や“目標がないと頑張れないから、こういう風を書くということは凄く大事なのかなと思う。”と〔目標を書くということが大事と思う〕、“目標をあらためて考えさせてもらって。そういうことを意識して過ごしていかなくてはと、より強く感じることができた。”と〔目標を意識して過ごすことを強く感じた〕などの内容がみられた。

(5) 【質問内容の意外性】

これはPILの質問項目に自殺に関する質問があったことに対する評価内容を示す。

“あまり自殺という言葉も考えてなかったんで、ちらっと考えましたね。がんになってそういうふうになること、そういう道を選ぶ選択肢もあるんだなっていうか”と〔自殺という言葉も考えてなかったんで、そういうことをちらっと考えた〕と自殺という選択肢を連想させたという内容であった。

3. 考察

1) PILテストを手がかりとした対話による看護介入が外来で放射線療法を受けるがん患者のQOLや精神心理的側面に及ぼす肯定的効果の検証

本研究では、外来で放射線療法を受けるがん患者にPILテストを手がかりとした対話による看護介入を実施することによって、患者のQOLや精神心理的側面に肯定的な効果があるという仮説を立てた。

がん患者の心理的適応のうち、Fighting Spiritは前向きな療養姿勢、Helpless/Hopelessは無力や絶望的な療養姿勢を示すものである¹⁾。Fighting Spiritの値はQOLとは密接な関係があり、がんに対する最も有益な反応である²⁾とされている。Fighting Spiritを示す患者は、抑うつや不安を呈することが少ないといわれている³⁾。Helpless/Hopelessは生存期間に影響する⁴⁾との報告がされており、最も有害な反応とされている²⁾。

今回、患者のQOLや精神心理的側面に肯定的な効果があるという仮説をもとに、PILテストを手がかりとした対話による看護介入により、Helpless/Hopeless得点が低くなり、Fighting Spirit、QOL得点が高くなったということを肯定的評価とみなし、放射線療法終了3ヵ月後の本介入に関する評価も含め、仮説の検証を試みた。

全対象者のHelpless/Hopelessは、介入群と対照群の交互作用は有意傾向であり、介入群では放射線療法開始時から放射線療法終了時、放射線療法終了3ヶ月後と経過を経るに従い、平均値が10.05から8.84と絶望感が減り、対照群は平均値が9.55から10.45へと増加する傾向であった(図7)。このことから、PILテストを手がかりとした対話による看護介入が、絶望感を軽減させることへの影響が示唆された。しかし、QOLやFighting Spiritには有意な交互作用が認められなかったことから、本介入がQOLの改善や前向きな療養姿勢を高めることへの影響は示されなかった。

一方、放射線療法終了3ヵ月後の介入群への面接②の結果では、本介入が、〔日々の生活が目標に向かっていくのは大事と思う〕〔進むしかない〕〔向かっている方向はわかった〕といった【目標を意識する機会】と評価されており、自分では避けようのない病気や放射線療法を受けている現在の状況で、研究者との対話の中で、意味を探索しはじめ、がんを持ちながらも、自分のなすべきことに気づいた様子が伺えた。

そこで、PIL テストを手がかりとした対話による看護介入が、全対象者において、絶望感の軽減に影響があったことについて考察する。

がんに罹患することは生命を脅かす体験であり、今までに意識化されなかった死への恐れやがんの再発と向き合わざるを得ない状況である。がん患者は、そのような状況の中、さらに、新たな治療が加わり、次々に訪れる治療の局面において「なぜ、自分ががんにならなければならなかったのか」「こんな状態で、生きている意味がない。」という生きる意味への問い、つまり、スピリチュアルペインを抱え、このことが、身体的、精神的、社会的苦痛にも影響するといわれている。V.E Frankl は、このような絶望感を抱いている時に必要なのは生命の問いの観点変更であると述べている⁵⁾。それは、「われわれが人生を問うのではなく、われわれ自身が問われたものとして体験されるのである」⁵⁾と、つまり、「なぜ、自分ががんにならなければならなかったのか」「こんな状態で生きている意味がない」と人生に問うのではなく、自らが問われたものとして、がんを持った人生をいかに生きるかという問いに答えていくことで、自分自身の人生や病気に対する見方が変わるということである。PIL テストの PartB では、「私が何よりもしたいことは」「今、成し遂げつつあるのは」「私ができたらと思うことは」など、今この状況においてどう生きるかを問う質問になっている。このような問いかけに答え、さらに、1 週間後に人生について研究者と対話を持つことで、放射線療法を受けなければならないという自分では避けることのできない状況の中、今、自分がなすべきことの答えを出す機会となり、それが問いの観点変更のきっかけになったことが考えられる。そのため、絶望感の軽減に影響があったものと推察される。

一方、乳がん患者においては、放射線療法開始時から時期の経過に伴って、QOL と QOL の精神心理面の改善がみられていた。このことから、放射線療法開始時の介入によって、QOL と QOL 心理/精神の改善効果がみられたと推察できる。よって、肯定的な効果があるという仮説は支持されたものとする。

また、交互作用に有意差はないも、Helpless/Hopeless の値は対照群では、平均値が 8.77 から 10.23 と高くなっていき、介入群の平均値は、9.09 から 8.18 と低くなっている状況や、Fighting Spirit の平均値が対照群では 46.77 から 43.23 と低くなっていき、介入群は、47.55 から 48.91 と高くなっていく状況があった。そして、介入群に対する 3 ヶ月後の面接結果の【目標を意識する機会】のコードには、前向きな姿勢を推察させるコード〔振り返ることで、前に向かう力が以前よりすごくある〕〔前向きにこういう感じ〕なども抽出されていた。

乳がん患者にこのような QOL の改善がみられた理由として、今回の介入群の平均年齢が、 49.2 ± 9.7 歳と他の全がん対象者に比べ、有意に若いことが影響していたのではないかと考えられる。乳がんは他のがんに比べ、45-50 歳と若い年代で好発する⁶⁾。この年代は、自分のことでだけでなく、家庭、仕事、地域において、多様な役割を担う年代である。そのため、「母親として生きること」や「社会復帰を望む」

7) という使命感をもっている。しかし、乳がん罹患したことによって、治療後 10 年間のフォローが必要とされ⁸⁾「病気を抱えて生きることへの不安」や「想像がつかない状況への不安」、「今後の生活への不安」⁷⁾といった不安を長期にわたって抱えながら、がんサバイバーとして生き抜いていかねばならない。B 氏や T 氏の語りからも、「病気を抱えて生きることへの不安」や「想像がつかない状況への不安」、「今後の生活への不安」といった不安を抱え、不確かさの中で生活している様子が伺えた。また、乳房温存術後の放射線療法は、術後できるだけ早期に開始することが勧められており⁹⁾、告知から手術、そして放射線療法に至るまで、矢継ぎ早に訪れる局面に、気持ちの整理もつかないままに、放射線療法を受けている患者も多い。例えば、I 氏のように“あのアンケートを書いている時に、だんだん自分は病気なんだっていうのが自覚された。職場復帰してばたばたと手術、治療っていう感じになったので、あらためて書くと、「ああ」って。”と【病気の自覚】に至るまでのあわただしい様子や、[気を使わず話せたので頭を整理しすっきりした]という I 氏のコードからは、気持ちの整理がつかないままに治療を受けていた様子が伺えた。そのような中、本介入で自己をみつめなおす機会を持ったことで、今のこの状況で、自分が何をしたいのか、何をしなければならないのかといった意識的な努力目標が前景化されたことによって、混沌とした状態から抜け出したことが考えられる。3 ヶ月後の介入群へのインタビュー結果での、[日々の生活が目標に向かっていくのは大事と思う][目標を意識して過ごすことを強く感じた]といった【目標を意識する機会】は、30-40 歳代の乳がん患者から抽出されたものであり、病気を持った今をどう生きるか、将来どのようにになりたいかを意識できた事が伺える。そのことが、精神的安寧につながり、QOL 心理/精神の質問項目の「明るい気分です。」「将来に希望がもてます」などの得点に影響したことが考えられる。

V.E Frankl は、「収容所の中の人間に、ふたたび未来や未来の目的に目を向けさせることが内的にいつそう効果を持つことが指摘されているのである。」¹⁰⁾と述べている。過酷な状況下にあっても、「誰か」あるいは「何か（何かの課題が）」が自分を待っていると未来にまなざしが向けられることで、悲惨な状況を乗り越えようとする意志が強くなるといわれている。つまり、今回の介入は、多様な役割をもっている若い乳がん患者にとって、「誰か」あるいは「何か（何かの課題が）」といった自分にとってなすべきことが意識され、それが危機を克服するための「内的な効果」となったのではないかと考えられる。吉田¹¹⁾は、意味や価値といったスピリチュアリティに関連するアプローチによって、自らの人生から問われている意味に気づくと肯定的に生きるようになると述べている。また、千葉¹²⁾も意味や、価値といったアプローチは、個人が様々な制約を受け限られた状況にありながらも「どのように自分なりに『ふんばって』生きてきたか」を確認し、「どのように人生の意味や目的を見出していくか」を探求し、よりよく生きようとする個人を支えるアプローチであると述べている。今回、本介入で、過去を振り返るこ

とによって、今まで自分がどのように頑張ってきたかが確認でき、それによって、過去の人生を肯定的に受け止め、さらに、病気を持った今の状況の中でなすべきことの答えが出たことによって、精神的安定につながっていったことが考えられる。

2) 生きる意味・病気の意味を見出す支援への有用性

塚本ら¹³⁾は、がん患者の心理的適応を概観し、意味の探索によってがん患者は自分らしさを作りかえ、意味をみいだすことで心理的適応を果たしていくと述べている。つまり、意味の探求のプロセスは、がん患者が苦悩を乗り越え、自分らしく生きていく上での重要なプロセスであり、このプロセスを順調に踏めるよう支援することが必要であるといえる。塚本らはさらに、生きる意味をみいだすプロセスについては明らかとなっており、次の段階として、がん患者が意味をみいだすプロセスを順調に踏めるためにどのような支援が有効かを展開していく必要があると提言している。

今回、PILテストを手がかりとした対話による看護介入が、生きる意味・病気の意味をみいだす支援としての有用性について考察する。

PILテストは直接的に、生きがいや死、病気に関する感じ方について問いかけており、時間的な制限がある中でも、効果的に患者の心と生き方を明らかにすることが可能である。そして、その記述内容から、過去の人生、現在の受け止め、将来の目標、病気・苦悩観、死生観を可視化し、それを基に対話することは、意図的に患者の人生のナラティブを促すことになったと思われる。やまだは、ナラティブについて、「経験や人生を意味づける行為であり、有機的に組織化し、編集する行為でもある」とし、人間は、ナラティブによって、個々の行動を選択構成し、経験として組織し、出来事を意味づけている¹⁴⁾と述べている。つまり、患者は過去、現在、未来について語ることによって、これまでの人生における経験や個々の出来事を関連付け、どのように生きてきたかを振り返りながら、自らの人生を意味づけ、今後どのように生きたいかを見出していったことが推察される。また、乳がん患者や老年患者を対象とした研究において、「ナラティブ・アプローチはどのように生きたいかを語る機会であり、健康で質の高い生活に向けての手がかりをみつける機会を作りだす土壌を準備する支援であった」¹⁵⁻¹⁶⁾とされており、今回の看護介入で対話することが、生きる意味をみいだすきっかけとなっていたことが考えられる。

放射線療法終了3ヵ月後の面接で抽出された【自己洞察の機会】【病気の自覚】【目標を意識する機会】という評価からも、生きる意味や病気の意味をみいだす支援となっていたことが推察される。B氏(乳がん)は、子育てについて語る中で過去の人生を肯定的に意味づけし、将来の目標を語っていた。対話終了時には、“自分に向き合える機会を与えてもらったことで、いろんなものが自分なりに見えてきた気がする”と【自己洞察の機会】を得たことで、今の状況の中で生きる意味を見出し始めている様子が伺えた。I氏(乳がん)は、PILテストを手がかりとした対話によって、【病気の自覚】が促進され、〔1

日1日を充実していかないといけない]と【目標を意識する機会】となっていた。また、T氏(乳がん)は、「病気や死」について、告知後の混沌とした状況を振り返りなおしたことにより、「病気や苦しみはつらいことだけど、経験することで何かを得る」と、がんになった事で周囲の人や家族の思いやりに気づき感謝の気持ちが生じたことを語りながら、病気の意味をみいだしている様子が伺えた。そして、[将来を気にせず生きていたことを自覚した]と【自己洞察の機会】を得たことによって、[ショックもあるが、それよりその先にすべき目標ができた][振り返ることで、前に向かう力が以前よりすごくある]と【目標を意識する機会】になったと評価していた。今回の対象者は、特に苦悩しているとは限らなかったが、Mishelのいうように、放射線療法を受けながら、将来の生活(B氏)、予後への不安(T氏)など不確かな中で大きく揺れていた。しかし、PILテストを手がかりとし対話をすることによって、がんになったという現実の中、命がどれくらいか予測のつかない生活の中でも、自らの生き方を統合しながら自己受容していく様子が伺えた。

PILテストの記載は30分の面接において可能であり、その中で精神心理的苦痛を捉えることや、患者の病気に対する捉え方を把握することが可能である。Travelbeeは、「個人が病気をいかに知覚しているかを、その人とともに探り、その人の状態に彼がつけてくわえている意味を彼から引きだすのでなければ、保健医療従事者は、その人の病気の知覚を前もって知ることなどできないのである。」¹⁷⁾と看護師は患者と共に、患者がどのように自分の病気を捉えているかを引き出し、病気に対してどのような態度をとっているかを知らなければならないと述べている。しかし、日常業務の時間のない中で、患者の病気の受容を把握することや、その話題に触れるきっかけを作ることは難しい。そのような中で、PILテストをきっかけとしてアプローチすることによって、病気をどのように受け止め対処しているかを把握することが可能となるであろう。また、PILテストの結果を用いることによって、直接的に患者の心と生き方を明らかにできることから、外来で放射線療法を受ける患者の病院での滞在時間が短い現状や、放射線治療部門における看護師の人員が少ない中での援助としては、患者、看護師共に時間的負担が少なく現状に即した援助と思われる。

これらのことから、外来で放射線療法を受けるがん患者への意味を見出す援助として有用であると考えられる。

さらに、患者の【語ることで楽になる】という評価からは、研究者との対話が精神的安寧を与えていたことが伺えた。患者が、PILテストを手がかりに対話を行ったことは自己の体験を披露したことになろう。榎本は、「自己の体験を披露し、それをめぐるさまざまな思いを吐露する語りには、カタルシス効果、自己洞察効果、不安低減効果という自己開示の機能が働いている」¹⁸⁾と述べている。つまり、自己の内面に対する洞察が促進され、心の内にあるさまざまな不安や苦悩の感情を言葉にして表現する事によって、その

苦痛が解消されたことが推察される。このことから、患者の人生や病気に関連する様々な出来事について語れる機会を設けることが重要であると考ええる。

IV章. PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有が放射線治療部門医療関係者にもたらす効果

1. 研究方法

1) 研究対象者

A 病院放射線治療部門に所属する医療関係者

2) 研究期間

平成 24 年 8 月～平成 25 年 9 月

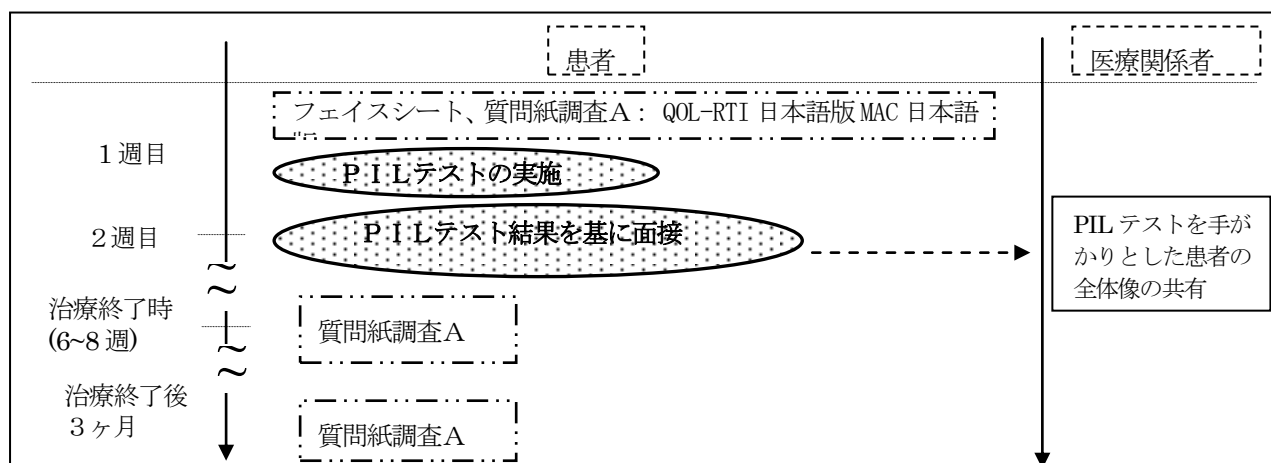
3) 介入内容

(1) 研究者は、週 1 回開催される放射線治療部門合同カンファレンス（医師、診療放射線技師、看護師が参加）に参加した。そこでは、新患患者の治療計画や治療方針のほか、放射線療法療中の患者の有害事象への対応などについても話し合われる。

(2) 放射線治療部門合同カンファレンスでの話し合いが終わった後で、PIL テストを実施した患者の結果図を提示し、結果図の解釈を伝え、全体像について口頭で説明した。

PIL テストの結果とは、患者の過去に成し遂げてきたこと、現在の受け止め、将来の目標、病気苦悩観、死生観、自殺観について患者の記述した内容とそれに基づいた対話も含めた内容である。

(3) 研究者は、放射線治療部門合同カンファレンスに 16 回出席し 20 名の患者について説明を行なった。



4) 介入効果の評価

(1) 面接調査

インタビューガイドの内容は、以下の通りである。

- ①PIL テストの結果図の解釈と患者の全体像の報告を放射線治療部門合同カンファレンスで聞いたときに感じたこと
- ②PIL テストの結果図の解釈と全体像の報告を聞いたことは、患者さんを捉える上でどうだったか
- ③PIL テストの結果図の解釈と全体像がわかったことで患者さんとかかわる時に参考になった内容について
- ④PIL テストの結果図の解釈と全体像がわかったことで患者との会話の内容に変化を感じたこと
- ⑤PIL テストの結果図の解釈と全体像がわかったことで患者さんに関わるときにとまどった点
- ⑥PIL テストの結果図の解釈と全体像がわかったことで患者さんに関わるときに楽になった点

5) データ収集方法

すべての放射線治療部門合同カンファレンスでの介入が終了した後、インタビュー内容を記載した用紙を配布した。その後、上記に基づいたグループインタビューを実施した。インタビュー内容全体をデータとするため、許可を得て IC レコーダーでの録音を行った。研究者が司会進行した。

6) データ分析方法

インタビュー内容は、質的帰納的に以下の手順で行なった。

- ① インタビュー内容を逐語録に起こし熟読した。
- ② 「PIL テスト結果図の解釈と全体像を共有したことに対する評価」を表している記述を対象者の言葉のまま抽出した。
- ③文脈の意味を損なわないよう解釈した内容をコード化した。
- ④コード化したものを差異性、類似性を検討し、抽象度をあげて、カテゴリー化した。
- ⑤カテゴリー化にあたって、指導教員のスーパーバイズを受けた。

7) 倫理的配慮

(1)その対象となる個人の人権の擁護

- ①研究者の連絡先を提示し、調査に対する質問や意見にはいつでも説明を行うことを説明した。
- ②放射線治療部門の医療関係者に本研究の趣旨を説明し、研究過程において、研究協力者の意思が尊重される事、研究の協力を同意した後でも、自由意思で辞退できること、不参加や途中の断りの場合でも不利益は一切無いことを説明した。
- ③録音した内容を逐語録にする際および論文作成、研究公開にあたって個人が特定できないよう固有名詞は、すべてアルファベットに変換することを説明した。
- ④得られたデータは鍵のかかるロッカーで厳重に管理し、外部に漏洩することがないように細心の注意を払うなお、パソコンはインターネットに接続しないものを使用する。研究終了時には、復元不可能な状態

にして破棄することを確約した。

③今回の研究で得られた情報は研究以外の目的で使用しない、研究結果は、博士論文としてまとめ、学内で発表すること、また、学術誌で公開する予定であることを説明した。

(2)その実施によって生じる個人の不利益並びに危険性に対する配慮

①放射線治療部門の医療関係者(以後、研究協力者とする)に本研究の趣旨を説明し、研究全過程において、研究協力者の意思が尊重される事、研究の協力を同意した後でも、自由意思で辞退できること、不参加や途中の断りの場合でも不利益は一切無いこと、研究者の連絡先を提示し、調査に対する質問や意見にはいつでも説明を行うことを説明した。

②録音した内容を逐語録にする際には固有名詞は、すべてアルファベットに変換した。

③論文作成、研究公開にあたって、研究協力者個人が特定できないよう匿名またはアルファベットを使用し、プライバシーの保護に万全を尽くした。フィールドノート、パソコン、電子媒体など得られたデータは鍵のかかるロッカーで厳重に管理し、外部に漏洩することがないように細心の注意を払った。パソコンはインターネットに接続しないものを使用し、研究終了時には、復元不可能な状態にして破棄することを確約した。

④今回の研究で得られた情報は研究以外の目的で使用しないことを説明し、研究結果は、博士論文としてまとめ、学内で発表すること、また、学術誌で公開する予定であることを説明した。

(3)その対象となる者（本人又は家族）の理解と同意

①研究対象者に研究全過程において、研究対象者と研究協力者の意思が尊重されること、研究の参加を同意した後でも、自由意思で辞退できること、不参加や途中の断りの場合、不利益は一切無いことを説明し、研究に参加する意思を口頭で確認した後に、研究参加・協力の同意書を得てから実施した。

②同意書は複写とし、一部は研究対象者に渡し、一部は研究者が保管した。

2. 結果

1) 対象者の概要

対象者は8名（医師2名、診療放射線技師5名、看護師1名）であった。男性が7名、女性は1名で、年齢は、20歳代1名、30歳代1名、40歳代4名、50歳代2名であった。

2) PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する放射線治療部門医療関係者の評価（表10）

研究者は放射線治療部門合同カンファレンスに計16回出席し、1回の結果報告は5～15分であった。

グループインタビュー時間は29分であった。

PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する医療関係者の評価について、29コードと6つのカテゴリーが抽出された。

表10 PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する医療関係者の評価

カテゴリー	コード
患者理解の促進	さらなる患者の背景がわかって患者の見方が変わった 淡々としているように見えたが、苦労しているのがわかった 患者の背景がわかったのは何人かいた 患者が苦しめられていて大変だなと思った 自分が思っていたのと違うような人がいたときには頭に残った 家族とか、子供とかで前向きになる人が多いのが参考になった PILテストを受けた患者の心境を考えた PILテストを書いた患者の気持ちを推測した
患者対応への利益	余計なことをいわなくて済んだのはプラスだった 診察予備みたいな感じと思っていた
いつもの態度で接する	患者の背景がわかったからといって治療方針は変わらない PILテストの結果を聞いても、こんな人なのかと思うだけで戸惑うのはない。 科学者としてやっていくべきで、やることは変わらない 戸惑ったというのではない 実際の治療では先入観も飛んでいつもと同じような接し方 先入観は持たないようにして普通に接している
テスト結果に無関心	PILテストの結果をあまり真剣に見てなかった テストやった人とやってない人は次の診察の時には忘れていたので意識して話していない 参考になったっていうのもあまりなかった テストやった人とやってない人はほとんど意識してない PILテストをした人は割りといい人なのかなというイメージしかなかった
患者への否定的効果を心配	自分を知ることによって落ち込む患者も中にはいるのではないか 患者が自分のことがわかったほうがいいのか、知らないままのほうが良いかもしれない
患者対応への戸惑い	背景がちょっと重たい人は意識してしまう 先入観をもって患者と話してしまう感じがある PILテストの結果を意識してよからぬ事を言ってしまうと思った 患者の内情を口を滑らせていってしまうことが心配 知りすぎると余計なことを言いそうな怖さがある PILテストに関することで患者と話をすることはない

得られたカテゴリーについて説明する。【 】はカテゴリー〔 〕はコード、“ ”は具体的な語り、()は研究者による補足を示す。

(1) 【患者理解の促進】

このカテゴリーは、PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有によって、より患者への理解が深まったことを意味する。“診察中にいろいろ患者さんの背景もある程度聞けるようなことは、聞いてるつもりだけど、やっぱり言ってもらって、さらに家庭環境がわかって見方が変わった。”と〔さらなる患者の背景がわかって患者の見方が変わった〕や“家でも淡々としているけれども、いろいろ苦労しているんだなというのがあった。”と〔淡々としているように見えたが、苦労しているのがわか

った〕と患者への理解が促された内容であり、〔PILテストを受けた患者の心境を考えた〕〔PILテストを書いた患者の気持ちを推測した〕〔自分が思っていたのと違うような人がいたときには頭に残った。〕〔家族とか、子供とかで前向きになる人が多いのが参考になった〕などがあつた。

(2) 【患者対応への利益】

このカテゴリーはPILテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有によって、患者への配慮ができたことを意味する。“やるべきスケジュールもあるので、そんなゆっくりはできない。できるだけ限られた時間で能率的にと思ってます。その点、診察予備みたいな感じで思っていた。”と〔診察予備みたいな感じとと思っていた〕や〔余計なことをいわなくて済んだのはプラスだった〕などがあつた。

(3) 【いつもの態度で接する】

このカテゴリーは、PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有により、患者情報がわかっていても患者への日常診療の対応への影響はないということの意味する。“いろいろ苦勞しているんだなというのがあつた。治療方針は何も変わらないんですけども。”と〔患者の背景がわかったからといって治療方針は変わらない〕や“聞いた時は意識しますが、実際治療に入ってしまうと、先入観も飛んでしまって、いつもと同じような接し方。”と〔実際の治療では先入観も飛んでいつもと同じような接し方〕といった変わらない態度でいるという内容であり、〔科学者としてやっていくべきで、やることは変わらない〕〔先入観は持たないようにして普通に接している〕などがあつた。

(4) 【テスト結果に無関心】

このカテゴリーは、PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報に対する関心のなさを意味している。〔PILテストの結果をあまり真剣に見てなかった〕や“診察の時に、テストやった人、やっていない人と意識してない、ここで結果を教えていただいても、それは多分、次の診察の時には忘れていきます。”と〔テストやった人とやってない人は次の診察の時には忘れていたので意識して話していない〕といった無関心さを表す内容であり、〔参考になったっていうのもあまりなかった〕〔テストやった人とやってない人はほとんど意識してない〕などがあつた。

(5) 【患者への否定的効果を心配】

このカテゴリーは、PILテストを手がかりとした対話による看護介入が、患者に悪影響を及ぼすことを危惧していることを意味する。“知ることでテンションが下がる人も中には。性格にもよりけりかもしれません。”と〔自分を知ることでも落ち込む患者も中にはいるのではないかと〕や“自分ははっきりわかったほうがいいのかどうかっていうのも。自分のことがわからないままだったらいいかもしれない。”〔患者が自分のことがわかったほうがいいのか、知らないままのほうが良いかもしれない〕などがあつた。

(6) 【患者対応への戸惑い】

このカテゴリーは、PILテストを手がかりとした患者の全体像の情報が先入観となり、患者との対応に戸惑いを感じていることを意味する。“生きがいか、家庭環境とか、・・・これを真剣に頭に入れていると、先入観を持ってその人としゃべってしまうような感じがある。”〔先入観をもって患者と話してしまう感じがある〕や“家庭環境の深すぎることを知ってしまうと、それを意識して良からぬことをちょっと言ってしまう可能性もあるのかなと思った。”と〔PILテストの結果を意識してよからぬ事を言ってしまうと思った〕、“みんな接し方は同じというような感じにはしている。知りすぎるとかえって余計なことをいいそうだなという怖さはあるかなと思います。”と〔知りすぎると余計なことを言いそうな怖さがある〕という患者対応に支障があるとする内容であり、〔背景がちょっと重たい人は意識してしまう〕などがあつた。

3) PIL テストを手がかりとした患者の全体像の情報共有に対する専門職種別の評価

(1) 医師

医師は、〔さらなる患者の背景がわかって患者の見方が変わった〕〔淡々としているように見えたが、苦労しているのがわかった〕〔自分が思っていたのと違うような人がいたときには頭に残った〕と【患者理解の促進】の一助となったことで、〔余計なことをいわず済んだのはプラスだった〕ことやPILテストを手がかりとした患者の全体像の情報が〔診察予備みたいな感じとと思っていた〕と【患者対応への利益】を述べ、〔別に結果を聞いても、こんな人なのかと思うだけで戸惑うのはない〕ことや、〔科学者としてやっていくべきで、やることは変わらない〕こと、〔患者の背景がわかったからといって治療方針は変わらない〕と【いつもの態度で接する】ことで、医師としてあるべき役割について述べていた。また、〔患者が自分のことがわかったほうがいいのか、知らないままのほうが良いかもしれない〕〔患者がテストを受けて良かったといわれたなら良かった〕と【患者への否定的効果を心配】し、患者への影響を気にかけていた。また、一方で、情報共有によって、患者との対応に〔戸惑ったというのではない〕と話し、診察時には〔テストやった人とやってない人は次の診察の時には忘れてるので意識して話していない〕〔参考になったっていうのもあまりなかった〕と【テスト結果に無関心】な様子もあつた。

(2) 診療放射線技師

診療放射線技師は、〔家族とか、子供とかで前向きになる人が多いのが参考になった〕〔PILテストを受けた患者の心境を考えた〕と【患者理解の促進】で患者への理解が深まったことや、また、〔テストやった人とやってない人はほとんど意識してない〕と【テスト結果に無関心】な一方で、〔背景がちょっと重たい人は意識しまう〕〔知りすぎると余計なことを言いそうな怖さがある〕〔患者の内情を口

を滑らせていってしまうことが心配】と【患者対応への戸惑い】はあるが、【いつもの態度で接する】としていた。そして、〔自分を知ることによって落ち込む患者も中にはいるのではないかと〕と【患者への否定的効果を心配】を述べていた。

(3) 看護師

看護師は、〔PIL テストを書いた患者の気持ちを推測した〕と【患者理解の促進】があったことを感じながら、基本的に〔先入観は持たないようにして普通に接している〕と【いつもの態度で接する】としていた。

3. 考察

1) 放射線治療部門における全人的支援を行なうためのチーム医療

チーム医療は、患者を中心として各職種が平等な関係にあり、それぞれの職種が持つ専門的な意見をもとに患者とともに議論し、そこで得られたコンセンサスに基づき、協同しながら行なう医療である¹⁾といわれている。放射線治療部門においてもこのような患者を中心としたチームアプローチが行なわれることによって、患者への全人的支援を行なっていくことが必要とされている。Dieperink²⁾らが、通常のケアに加えた理学療法士と看護師のケアが放射線療法を受けた患者の有害事象を改善したと報告しており、多職種協同で患者のケアを行っていくことが患者の利益となることが、明らかになってきている。また、外来放射線治療部門にプライマリナースングを導入したことが、個別性のある看護となり、看護の自律性や責務への満足感を与えたのみならず、放射線治療部門の医療関係者との関係性を改善することに至っていたことも報告されており³⁾、看護体制が患者ケアやチーム医療を円滑にする一助となることが示唆されている。さらに、心理的サポートにおいて、心理学者が行なっても看護師が行なっても実践による効果の差はなかったが、看護師にサポートされた患者群は心理的なサポートに加え、疾患に関連した問題についてのサポートを受けられたことについて利益を得ていたことが示されていた⁴⁾。つまり、放射線部門において看護師は患者の身体症状のマネジメントと心理的サポートの両面においてその支援が可能であり、精神心理的な痛みに対するケアにおいてその専門性を発揮することが期待される。Travelbee は、「専門看護師は、病人が病気・苦難・痛みの体験のなかで意味を見つけるよう、援助できなければならないという、さらに困難な責任を有しているのである。・・・この責任は、そのほかの保健医療従事者たちにも共有されてはいるが、何といたっても基本的には看護の責任である」⁵⁾と述べ、患者が病気や苦難の中に意味をみいだせるよう援助していくことにおいて、看護師がその責任を担っているとしている。

全人的支援の実現にはチーム全体で関わる必要があるが、医師による診察は週1回であり、そのため、週5日の限られた時間の中で患者の状態変化を捉えるのは、看護師や診療放射線技師に依存するところが大き

い⁶⁾。しかし、診療放射線技師の本来の業務は、治療計画（線量計算）、放射線利用の安全管理、放射線診療に用いる機器・器具の管理等であり、患者の精神面への援助方法について、養成過程も含めて学ぶ機会は少ないことが推察される。そのため、看護師ががん患者の抱える全人的な痛みを適切にアセスメントし、援助していくことで、放射線治療部門におけるチーム医療を効果的に機能させることが期待される。

今回、医療関係者への PIL テストを手がかりとした患者の情報共有に対する評価内容から、医師、看護師、診療放射線技師の中には「さらなる患者の背景がわかって患者の見方が変わった」「PIL テストを受けた患者の心境を考えた」など【患者理解を促進】し、診療場面において医師は「余計なことをいわずに済んだのはプラスだった」「診察予備みたいな感じと思っていた」という【患者対応への利益】に至っていた。一方、診療放射線技師は「実際の治療では先入観も飛んでいつもと同じような接し方」で対応していたが、「背景がちょっと重たい人は意識してしまう」「先入観をもって患者と話してしまう感じがある」などの【患者対応への戸惑い】がみられていた。本来の診療放射線技師の専門性から考えると、精神心理的側面へのケアを引き受けることは困難と思われる。医師と診療放射線技師の中には「自分を知ることで落ち込む患者も中にはいるのではないか」「患者が自分のことがわかったほうがいいのか、知らないままのほうが良いかもしれない」といった【患者への否定的な効果への心配】もあった。

放射線治療部門では、医師や診療放射線技師、看護師の人員が不足しているが、そのような中でも、患者を全人的に支援していくことが求められている。そのため、それぞれの専門性を発揮し、患者が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的ケアを受けられるよう、アプローチしていくことが必要である。今回、PIL テストを手がかりとした患者の全体像を共有することが、患者理解の促進や患者対応への利益と評価されていたが、診療放射線技師には患者対応への戸惑いがみられていた。しかし、看護師に戸惑いはなくいつもと同じ態度で接していた。質の高い緩和ケアを目指すためには看護の力を発揮させることが求められており、医療チーム内で看護が及ぼす影響は大きい⁷⁾といわれている。そのため、放射線治療部門において、看護師が、患者の精神心理的援助を担い、それを他職種と情報共有していくというチーム医療の重要性が示唆された。

終章.

1. 研究のまとめ

今回、外来で放射線療法を受けるがん患者への精神心理的援助として、PIL テストを手がかりとした対話による看護介入を試みた。また、PIL テストを手がかりとした患者の全体像を放射線治療部門の医療関係者と情報共有した。その結果、以下のことが明らかとなった。

- ①全対象者に対しては、絶望感の軽減に影響を与えることが示唆された。
- ②乳がん患者には、QOL 全体と QOL の精神心理的側面への改善効果がみられたと推察できた。
- ③患者は PIL テストを手がかりとした対話による看護介入について、【自己洞察の機会】【病気の自覚】【語ることで楽になる】【目標を意識する機会】【質問内容の意外性】と評価していた。
- ④放射線治療部門の医療関係者は、患者の全体像を情報共有したことについて、【患者理解の促進】【患者対応への利益】【いつもの態度で接する】【テスト結果に無関心】【患者への否定的効果を心配】【患者対応への戸惑い】と評価していた。

これらのことから、PIL テストを手がかりとして、患者の人生や病気苦悩観、死生観について対話することによって、がん腫に関わらず、絶望感が軽減する可能性が示唆された。しかし、有意な傾向でしかなかったため、今後は症例数を増やして、その有効性について更なる検討が必要である。一方、乳がん患者には、QOL 全体と QOL の精神心理的側面の改善に有効であることが示唆され、これには、乳がんの特徴的問題が影響していることが考えられた。今後、その考察が確定的になるには、症例数を増やして、乳がんと他のがんとの比較をすることが必要と考える。また、PIL テストを手がかりとして対話をしたことが、【自己洞察の機会】となって患者自身の自己理解を促し、その中で【病気の自覚】をし、病気を受容していく様子や、今の病気を持つ状況から【目標を意識する機会】となり、生きる意味や病気の意味をみいだす支援になっていたことが推察された。また、患者は、【語ることで楽になる】と対話によって精神的安寧を得ている様子も伺えた。今回の対象者の中で、Mishel のように、将来の生活、予後への不安など、不確かな中で大きく揺れていた患者が、医療関係者と対話をするという相互作用の機会を持ったことによって、がんになったという現実の中、命がどれくらいか予測のつかない生活の中でも、自らの生き方を統合しながら自己受容していく様子が伺えた。

放射線治療部門の医療関係者は、患者の全体像を情報共有したことに対して、患者理解の促進や患者への利益を評価する一方で、診療放射線技師には患者対応への戸惑いがみられていた。このことより、がん放射線部門において、患者を全人的に支援していく上で、看護師が精神心理的援助を担いそれを他職種と情報共有していくことが重要であることが示唆された。

PIL テストの記載は20～30分、面接は約30分で可能であり、その中で精神心理的苦痛を捉えることや、

患者の病気に対する捉え方を把握することが可能であった。また、PIL テストを用いることで、効果的に患者の生きがい、死生観、病気苦悩観を明らかにできることから、外来で放射線療法を受ける患者の病院での滞在時間が短いという現状や、放射線治療部門の看護師の人員が少ない中で、時間的負担が少ない現状に即した援助と思われた。

がん患者には、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的ケアが求められており、今回の PIL テストを手がかりとした対話による看護介入は、患者、医療関係者ともに限られた時間の中で、効果的にアプローチすることが可能な援助方法であり、この看護介入に対する【自己洞察の機会】【病気の自覚】【目標を意識する機会】との評価からは、生きる意味や病気の意味をみいだすきっかけになっていることが推察された。また、Mishel のいうように、不確かな中で大きく揺れている患者に対して、PIL テストを手がかりとし対話をするという他者との相互作用が、自らの生き方を統合しながら自己受容していく様子が伺え、意味をみいだす援助としても有用であると考えられた。

今後、病院滞在時間が短い患者への精神心理的ケアを行なう上で、有効な方法であると考えられる。その実践において、日常の業務の中で患者との対話をどのように確保していくかを考えていく必要がある。

2. 看護への示唆

放射線療法を外来で受ける患者が増加する中、放射線治療部門では人員が不足しており、さらに、外来患者に看護師が関わる時間は短時間で、ケアの内容も、有害事象への予防や対処に限られがちである。しかし、有害事象への対処と同様によりよく生きることを支援することは、QOL を維持する上でも重要なケアである。今回、QOL を高めるための支援として、意味を探索するケアを考えた結果、PIL テストを手がかりとした対話をするに至った背景には、共同研究者として同席した調査で、自分の人生について生き生きと語っていたがん患者の存在を知ったことが大きい。

本研究では、精神心理的援助として、患者の生きる意味や、病気・苦悩観、死生観について対話することで、絶望感軽減の可能性が示唆され、乳がん患者においては、QOL 改善の効果が示唆された。このことから、患者の人生の語りを聞くことや病気や死について患者がどのように感じ受け止めているのか対話していくことの必要性が示唆されたと考える。また、病気や死について対話したことによって、将来の生活や予後への不安など不確かな中でがん罹患した苦悩が語られたり、死の恐怖に怯えていたり、患者は苦悩の中でゆれていることもわかった。がんの罹患によって、患者は苦悩していても、その苦悩を限られた病院滞在時間に表出することは難しく、医療関係者がその苦悩を聞くことも難しい。しかし、PIL テストを手がかりに対話することによって、死や病気の苦悩を捉えることができただけでなく、それについて話し合うことができた。これらのことから、看護師自身が恐れずに、患者に生きがいや死生観について尋

ね、語ることを促すような実践を行なっていくことが重要であることが示唆された。また、語りを促し、その語りの中で患者の苦悩を受け止める準備がなければ、これらの実践には困難感が生じることが推察される。そのため、患者の人生観や、死生観、病気苦悩観について対話することの意義やその会話法について院内外での研修が必要であると考え。自らの人生やがん体験に関連した苦悩を語ることが精神的安寧につながっていることから、患者の人生について語る機会を設けることの意義は大きく、患者を全人的に支援していくことへの一助となると推察される。

3. 研究の限界と課題

本研究は1施設の外来で放射線療法を受けるがん患者を対象とした調査であり、協力していただいた患者は、放射線療法の完遂まで外来通院できることを条件とし、精神的に安定していると医師が判断した患者であった。そのため、バイアスがかかったことは否定できない。また、症例数が少なく、疾患にもばらつきがあったため、一般化には限界がある。

今後の課題として、症例数を増やし、絶望感の軽減への有効性、乳がん患者に対する有効性について更なる検討が必要である。また、PILテストの質問項目は、直接的に生きがい、死生観、病気苦悩観、自殺観について問いかけており、自我侵襲的な側面を持つ。そのため、患者から、【質問内容の意外性】という評価がなされ、その内容として自殺という選択肢を連想させたということがあった。そして、対話において、死生観、病気苦悩観について問うため、そのような事柄について、経験や教育、訓練をして看護師が聞く準備をする必要があると考える。さらに、放射線治療部門で看護師がPILテストを手がかりとした援助を容易にするために、質問内容の検討やどのような方法で行うことが適切かも検討していく必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く研究のご協力を頂きました対象者の皆様に心より御礼を申し上げます。

また、調査をすすめるにあたり、フィールドの提供を承諾してくださった施設の病院長、看護部長、放射線治療科部長、看護師長、看護師、診療放射線技師の皆様方に深く感謝いたします。

本研究をまとめる過程において、御指導いただきました、石川県立看護大学、成人・老年看護学講座、牧野智恵教授に心より感謝いたします。牧野教授には、研究活動全般において、多くの助言や多大な配慮をしていただきました。また、私の理解の至らなさにも、辛抱強く時間をかけて御指導下さり、そのおかげで私はここまでたどり着くことができました。

本論文をご精読いただき、有用なコメントを頂きました石川県立看護大学、成人・老年看護学講座高山成子教授、石川県立看護大学、人間科学、浅見洋教授、石川県立看護大学、健康科学講座、今井美和教授に心より御礼申し上げます。

本研究について、ご助言を頂きました千葉大学名誉教授、三浦香苗先生、昭和女子大学特別研究員、満野史子先生に心からお礼を申し上げます。論文を作成する過程において、成人看護学講座の先生方に、多くのご配慮を賜りましたことに心よりお礼を申し上げます。また、当大学の先生方にも、暖かい励ましを頂きましたことに感謝致します。また、大学院生の皆様にもいろいろな形で支えていただき深く感謝いたします。

そして、遠くドイツからエールを送ってくださった南ドイツロゴセラピー研究所公認ロゴセラピスト、勝田茅生先生に感謝いたします。

最後になりますが、これまで自分の思う道をすすむことに対して、温かく見守りそして心身共に支援してくれた家族に深く感謝致します。

なお、本研究は平成24～26年度文部科学省科学研究費(基盤研究C:課題番号24593315)の助成を受けて実施しました。

引用文献

序章

1.研究の背景

- 1) 厚生労働省：人口動態調査. 2013. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>, 17(2014.09.03 参照)
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf. 1-36(2014.09.03 参照)
- 3) 濱口恵子編集：がん放射線療法ケアガイド. iii-iv, 中山書店, 東京, 2009.
- 4) 宮坂和夫編集：放射線科エキスパートナーシング. 序, 南江堂, 東京, 2005.
- 5) 寺岡 幸子, 瀬尾 良子, 藤永 正枝ら：日本におけるがん放射線療法看護に関する研究の動向と課題. 川崎医療福祉学会誌, 22 (1), 93-102, 2012.
- 6) 山内真弓, 野戸結花, 小倉能理子ら：放射線治療を受けている乳がん患者の急性放射線障害と QOL. 日本放射線看護学会誌, 1(1), 13-21, 2013.
- 7) 瀬沼麻衣子, 武居明美, 神田清子：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. The Kitakanto Medical Journal, 61(1), 51-58, 2011.
- 8) 大釜徳政, 片山知美, 大釜信政：頭頸部がん患者における放射線治療に伴う有害事象と食事摂取に関する検討. ヒューマンケア研究学会誌, 2(1), 1-10, 2011.
- 9) 谷山奈保子, 中島陽子, 石川仁ら：放射線治療を受けた食道癌・肺癌患者における放射線食道炎の実態と看護介入の検討. The Kitakanto Medical Journal, 60 (2), 105-110, 2010.
- 10) 細川舞, 平井和恵, 皆川理穂ら：化学療法患者と放射線療法患者の倦怠感の比較. 群馬保健学紀要, 29, 63-70, 2009.
- 11) Sharp H., Morris J.C., Van Waes C., et al : High incidence of oral dysesthesias on a trial of gefitinib Paclitaxel, and concurrent external beam radiation for locally advanced head and neck cancers. American Journal of Clinical Oncology, 31(6), 557-560, 2008.
- 12) Erickson J.M., Spurlock L.K., Kramer J.C., et al : Self-care strategies to relieve fatigue in patients receiving radiation therapy. Clinical Journal Oncology Nursing, 17(3), 319-324, 2013.
- 13) Pasek M., Suchocka L., Urbański K. : Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. Journal Clinical Nursing, 22(5-6), 690-697, 2013.
- 14) Poirier P. : The impact of fatigue on role functioning during radiation therapy. Oncology Nursing Forum, 38(4), 457-65, 2011.

- 15) Merriman J.D., Jansen C., Koetters T., et al : Predictors of the trajectories of self-reported attentional fatigue in women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 423-432, 2010.
- 16) Kim Y.H., Kim H.J., Ahn S.D., et al : Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary Therapy in Medicine*, 21(4), 379-387, 2013.
- 17) Appling S.E., Scarvalone S., MacDonald R., et al : Fatigue in Breast Cancer Survivors : The Impact of a Mind-Body Medicine Intervention. *Oncology Nursing Forum*, 39(3), 278-286, 2012.
- 18) Gümüs A.B., Cam O. : Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* , 9(4), 691-697, 2008.
- 19) Ekfors H., Petersson K. : A qualitative study of the experiences during radiotherapy of Swedish patients suffering from lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 329-34, 2004.
- 20) 黒田 寿美恵, 秋元 典子 : 外来外照射療法開始前のがん患者が必要とする情報と患者の内的世界 患者のセルフケアを促進する治療開始前の看護支援の検討. *日本がん看護学会誌*, 27(3), 14-23, 2013.
- 21) 森本悦子, 佐藤禮子 : 放射線療法を受けるがん患者の構えに関する研究. *日本がん看護学会誌*, 14(1), 45-52, 2000.
- 22) 矢野久美, 増山純二 : 外来放射線治療患者への看護の課題 外来通院にて放射線治療を受ける患者の問題点を調査して. *長崎県看護学会誌*, 5 (1), 57-63, 2008.
- 23) 赤石三佐代, 石田順子, 石田和子 : 放射線治療経過に伴う乳がん患者の気持ちの変化. *The Kitakanto Medical Journal*, 55 (2), 105-113, 2005.
- 24) 赤石三佐代, 布施裕子, 神田清子 : 初めて放射線治療を受けるがん患者の気持ちとストレス対処行動に関する質的研究. *群馬保健学紀要*, 25, 77-84, 2005.
- 25) 三本 芳, 藤田 佐和 : 放射線治療を受けているがん患者の不確かさと対処, *日本がん看護学会誌*, 26(2), 76-85, 2012.
- 26) 今泉 郷子 : 進行食道がんのために化学放射線療法を受けた初老男性患者のがんを生き抜くプロセス 食道がんを超えて生きる知恵を生み出す放射線治療経過に伴う乳がん患者の気持ちの変化. *日本がん看護学会誌*, 27(3), 5-13, 2013.
- 27) 森本 悦子 : 緩和的放射線療法を外来通院で受けるがん患者のレジリエンスを獲得するプロセス. *千葉看護学会誌*, 19(1), 1-9, 2013.

- 28) 作田裕美, 坂口桃子, 新井龍ら:放射線治療を受けるがん患者の闘病体験. 日本放射線看護学会誌, 1(1), 30-36, 2013.
- 29) 嶺岸秀子ら編著:放射線治療を受けるがんサバイバーへの看護ケア. 19-27, 医歯薬出版, 東京, 2009.
- 30) 世界保健機構編/武田文和訳:がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 6, 金原出版, 東京, 1993.
- 31) 黒田裕子編集:成人看護学, 嶺岸秀子執筆, 第7章 がん看護. 149, 医学書院, 東京, 2009.
- 32) 塚本 尚子, 舩木 由香:がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望. 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 159-166, 2012.
- 33) V.E.Frankl:(霜山徳爾訳), 夜と霧. 182, みすず書房, 東京, 1961.
- 34) Post-White J.: Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 23(10), 1571-1579, 1996.
- 35) Ferrell BR.: Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. Oncology Nursing Forum 30(2), 249-257, 2003.
- 36) Breitbart W., Rosenfeld B., Gibson C., et al: Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology, 19(1), 21-28, 2010.
- 37) 山田恵子, 稲吉光子:外来で分子標的治療を受けているがん患者に対するナラティブ・アプローチ. 日本がん看護学会誌, 24 (3), 12-22, 2010.
- 38) Ando M., Morita T.: Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. Support Care Cancer, 19(2), 309-314, 2010.
- 39) Ando M., Morita T., Akechi T., et al: Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients, Japanese Task Force for Spiritual Care. Journal of Pain Symptom Manage, 39(6), 993-1002, 2010.
- 40) 佐藤文子監修: PIL ハンドブック [改訂版]:田多香代子執筆, 第Ⅲ部 第2章透析患者の PIL テスト. 79-94, システムパブリカ, 東京, 2008.
- 41) 佐藤文子監修: PIL ハンドブック [改訂版]:黒丸尊治執筆, 第Ⅲ部 第1章P I Lテストから見た心身症患者の検討. 67-77, システムパブリカ, 東京, 2008.

2. がん放射線療法の現状

- 1) 土器屋卓志:わが国の放射線治療の現状. がん看護, 14(3), 349-357, 2009.
- 2) 日本放射線腫瘍学会 HP :2010 年度 全国放射線治療施設構造調査の解析結果 第1報, (図表版)
[http://www.jastro.or.jp/\(2014/09/22参照\)](http://www.jastro.or.jp/(2014/09/22参照))

3) がん研究振興財団がんの統計¹³

http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2013/cancer_statistics_2013.pdf, 34-36. (参照 2014/09/04 参照)

4) 宮坂和夫編集：放射線科エキスパートナーシング．南江堂，序，2005.

5) 厚生労働省：がん対策推進基本計画． http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf, 3. (2014.09.03 参照)

5) 根本健二：ここまで進んだ放射線療法 放射線療法の展望と看護に求めるもの．がん看護, 18(6), 633-637, 2013.

3. がん放射線看護の現状

1) 濱口恵子編集：がん放射線療法ケアガイド：久米恵江執筆，第1章 がん放射線療法の看護．1-7，中山書店，東京，2009.

2) 寺岡幸子，瀬尾 良子，藤永 正枝：日本におけるがん放射線療法看護に関する研究の動向と課題．川崎医療福祉学会誌, 22 (1), 93-102, 2012.

3) 小林 万里子，市川 加代，樋口 友紀ら：乳房温存術後に放射線治療を受ける乳がん患者の看護に関する調査 乳がん看護認定看護師の看護ケアの実状と課題．The Kitakanto Medical Journal, 61(3), 349-359, 2011.

4) 小林 万里子，高平 裕美，市川 加代ら：乳房温存術後に放射線治療を受ける乳がん患者に対する看護ケアの特性 乳がん看護認定看護師と乳がん患者に関わる看護師の看護実践の比較．The Kitakanto Medical Journal, 62(2), 129-137, 2012.

5) 手島昭樹，沼崎穂高，渋谷均ら：全国放射線治療施設の2007年定期構造調査報告(第1報)．日本放射線腫瘍学会誌, 21, 113-125, 2009.

6) 手島昭樹，沼崎穂高，西尾正道ら：2009年度 全国放射線治療施設構造調査の解析結果 第1報，(図表版)日本放射線腫瘍学会 HP : <http://www.jastro.or.jp/>(2014/09/22 参照)

7) 日本放射線腫瘍学会 HP : 2010年度 全国放射線治療施設構造調査の解析結果 第1報，(図表版) <http://www.jastro.or.jp/>(2014/09/22 参照)

8) 根本 健二：放射線療法チームのスキルミクスと看護の役割 患者のQOLの維持・向上のために(第2回) ここまで進んだ放射線療法 放射線療法の展望と看護に求めるもの．がん看護, 18(6), 633-637, 2013.

9) 鈴木 志津枝：放射線療法チームのスキルミクスと看護の役割 患者のQOLの維持・向上のために(第6回) 放射線療法看護の現況と課題．がん看護, 19(4), 415-419, 2014.

10) 日本看護協会ホームページ，がん放射線療法看護の認定看護師登録者一覧

http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku/show_unit.cgi?mode=subcategoryb&subcategory

(2014/09/22 参照)

- 11) 井垣 浩, 白木 尚, 山上 睦実ら : 放射線治療におけるチーム医療. 癌と化学療法, 40(4), 440-443, 2013.
- 12) 井垣浩, 大西洋, 中川恵一ら : 外来放射線照射診療料運用の実態 日本放射線腫瘍学会アンケート調査結果の解析. 臨床放射線, 58(2), 364-371, 2013.

I 章. 文献検討

2. 放射線療法におけるがん患者への看護に関する介入研究

- 1) Kwekkeboom K.L., Abbott-Anderson K., Wanta B. : Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. Oncology Nursing Forum, 37 (3), E151-E159, 2010.
- 2) Lee H., Lim Y., Yoo M.S., et al : Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy : an exploratory study. Cancer Nursing, 4(6), E22-E30, 2011.
- 3) Susan E., Susan Scarvalone., Ryan MacDonald., et al : Fatigue in Breast Cancer Survivors : The Impact of a Mind-Body Medicine Intervention. Oncology Nursing Forum , 39(3), 278-286. 2012.
- 4) Kim Y.H., Kim H.J., Ahn S.D., et al : Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. Complementary Therapy in Medicine, 21 (4), 379-387, 2013.
- 5) Serra D., Parris C.R., Carper E., et al : Outcomes of Guided Imagery in Patients Receiving Radiation Therapy for Breast Cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing, 17(2), 162-169, 2012.
- 6) Gümüs A.B., Cam O. : Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 9(4), 691-697, 2008.
- 7) Chen L.C., Wang T.F., Shih Y.N., et al : Fifteenminute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. European Journal of Oncology Nursing, 17(4), 436-441, 2013.
- 8) Hsieh CC., Sprod LK., Hydock DS., et al : Effects of a supervised exercise intervention on recovery from treatment regimens in breast cancer survivors. Oncology Nursing Forum, 35(6), 909-915, 2008.
- 9) Kim C.J., Kang D.H., Smith B.A., et al : Cardiopulmonary responses and adherence to exercise in women newly diagnosed with breast cancer undergoing adjuvant therapy. Cancer Nursing, 29(2), 156-165, 2006.
- 10) Oster I., Svensk A.C., Magnusson E. : Art therapy improves coping resources : a randomized controlled study among women with breast cancer. Palliative Support Care, 4(1), 57-64, 2006.

- 11) Chan C.W. , Richardson A. , Richardson J. , et al : Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy : results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal Pain Symptom Manage*, 41(2) , 347-357, 2011.
- 12) Clark M. , Isaacks-Downton G. , Wells N. , et al : Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of Music Therapy*, 43(3), 247-265, 2006.
- 13) Leahy M. , Krishnasamy M. , Herschtal A. , et al : Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 162-169, 2012.
- 14) Høyer B.B. , Toft G.V. , Debess J. , et al : Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy : an exploratory study, *Cancer Nursing*, 34(6), E22-E30, 2011.
- 15) Kimman M.L. , Dirksen C.D. , Voogd A.C. , et al : Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment : results of a 2×2 randomised controlled trial. *European Journal Cancer*, 47(7), 1027-1036, 2011.
- 16) Gosselin T.K. , Schneider S.M. , Plambeck M.A. , et al : A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 37(5), 619-626, 2010.
- 17) Andreyev H.J. , Benton B.E. , Lalji A. , et al : Algorithm-based management of patients with gastrointestinal symptoms in patients after pelvicradiation treatment (ORBIT): a randomised controlled trial. *The Lancet* 382, 2084-2092, 2013.
- 18) Arving C. , Sjöden P-O. , Bergh J. : Satisfaction utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- a randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education Counseling*, 62(2), 235-243, 2006.
- 19) Johnson R.A. , Meadows R.L. , Haubner J.S. , et al : Animal-assisted activity among patients with cancer : effects on mood, fatigue, self-perceived health, and sense of coherence. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 225-232, 2008.

3. PIL テストに関する研究

- 1) 菊池 和子 : 看護師のスピリチュアリティに関する研究 PIL テストの分析より. 岩手県立大学看護学部紀要, 10, 55-61, 2008.

- 2) 菊池 和子：看護学生の人生の意味・目的意識 PIL テストの分析より．岩手県立大学看護学部紀要，3，1-7，2001.
- 3) 大石 和男，安川 通雄，濁川 孝志：死生観に関する教育による生きがい感の向上 飯田史彦による「生きがい論」の応用事例．トランスパーソナル心理学/精神医学，8(1)，44-50，2008.
- 4) 大石 和男，安川 通雄，濁川 孝志，飯田 史彦：大学生における生きがい感と死生観の関係 PIL テストと死生観の関連性．健康心理学研究，20(2)，1-9，2007.
- 5) 鈴木 圭子，本橋 豊，金子 善博：施設に暮らす高齢者の人生の意味・目的意識とその関連要因 老年看護学の視点から．秋田県公衆衛生学雑誌，3(1)，32-38，2005.
- 6) 嶋根 卓也，三砂 ちづる：薬物依存症者自助回復尺度“DASH-scale”の開発．日本アルコール・薬物医学会雑誌，39(6)，537-547，2004.
- 7) 長尾 秀夫，多田羅 勝義：神経筋疾患患者の Quality of Life(QOL)に関する研究 PIL テストにおける在宅患者，入所患者，健常者の比較から．小児保健研究，62(4)，467-473，2003.
- 8) 山元 恵子，平松 正臣，山口 浩：看護大学生グループの病気・苦しみへの思考概要 文章完成法 No.11 を手がかりに．ヒューマンケア研究学会誌，3(1)，25-30，2012.
- 9) 野口 海，森田 智視，大野 達也ら：がん患者の spirituality とロゴセラピーを用いた spiritual care の可能性．総合病院精神医学，17(1)，48-56，2005.
- 10) Brunelli C.， Bianchi E.， Murru L.： Italian validation of the Purpose in Life(PIL) test and the Seeking Of Noetic Goals (SONG) test in a population of cancer patients. Supportive Care Cancer，20(11)，2775-2783，2012.
- 11) Hedberg P.， Brulin C.， Aléx L.， et al：Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. International Psychogeriatrics，23(5)，806-813，2011.
- 12) Haugan G.， Moksnes U.K.：Meaning-in-life in nursing home patients: a validation study of the Purpose-in-Life test. Journal of Nursing Measurement，21(2)，296-319，2013.
- 13) Lewis M. P.， Erlen J.A.， Dabbs A.D.， et al：The utility of the Purpose-in-Life Test in persons with AIDS. Journal Association Nurses AIDS Care，17(1)，51-9，2006.
- 14) Su T.J.， Chen H.F.， Chen Y.C.：Factors related to meaning of life in Taiwanese women treated with in vitro fertilization. Journal of Formosan Medical Association，105(5)，404-413，2006.
- 15) Wnuk M.， Marcinkowski J.T.， Fobair P.：The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. Journal Psychosocial Oncology，30(4)，461-483，2012.
- 16) Taylor E.J.：Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. Oncology Nursing Forum，20(9)，1399-1405，1993.

17) Pinquart M., Silbereisen R.K., Fröhlich C. :Life goals and purpose in life in cancer patients. Support Care Cancer, 17(3), 253-259, 2009.

18) Lewis F.M. : Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31(2), 113-119, 1982.

4. 放射線治療部門におけるチーム医療に関する研究

1) Dieperink K.B., Johansen C., Hansen S., et al : The effects of multidisciplinary rehabilitation : RePCa-a randomised study among primary prostate cancer patients. British Journal of Cancer, 109, 3005- 3013, 2013.

2) Rose P., Yates P. : Person centred nursing care in radiation oncology : a case study. European Journal of Oncology, 17(5), 554-562. 2013.

II章. 研究の目的と概念枠組

1) 佐藤栄子編集 : 中範囲理論入門 : 野川道子執筆, 第IV章 2 Mishel の病気の不確かさ理論. 353, 日綜研, 名古屋, 2008.

2) 前掲 1), 343.

3) 恒藤暁 : 最新緩和医療学, 第 1 章 総論 II 全人的苦痛とチーム医療. 6-7, 最新医学社, 東京, 1999.

4) 窪寺俊之 : スピリチュアルケア学序説 : 第 5 章 スピリチュアルペイン. 43-59, 三輪書店, 東京, 2004.

5) 和田攻ら編集 : 看護大辞典第 2 版. 590, 医学書院, 東京, 2010.

6) 日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会編集 : 看護行為用語分類 第 1 部 作成の背景と目的 作成の方法と経過. 9, 日本看護協会出版会, 東京, 2005.

III章. 外来で放射線療法を受ける患者へのPILテストをてがかりとした対話による看護介入の効果

1.研究方法

1) 佐藤文子監修 : PIL ハンドブック [改訂版] : 田中弘子執筆, 第 1 部 第 2 章 PIL テスト日本版の全体像. 17-29, システムパブリカ, 東京, 2008.

2) 佐藤文子監修 : PIL ハンドブック [改訂版] : 千葉征慶執筆, 第III部 第 6 章職場のメンタルヘルス活動現場で. 149-180, システムパブリカ, 東京, 2008.

3) 牧野 智恵, 岩城 直子, 洞内 志湖ら : 外来で化学療法を受ける患者の「生きる意味」【第 2 報】PIL テスト B・C の分析から. 日本がん看護学会誌, 25, 120, 2011.

- 4) 佐々木武仁：放射線治療における QOL 評価法の確立に関する研究(最終報告) 頭頸部腫瘍について. 日本放射線腫瘍学会誌, 14(3), 181-184, 2002.
- 5) 明智龍男, 久賀谷亮, 岡村仁他：Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討. 精神科治療学, 12(9), 1065-1071, 1997.
- 6) Akechi T., Fukue-Saeki M., Kugaya A., et al: Psychometric properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. Psychooncology, 9(5), 395-401, 2000.

2. 結果

- 1) 小松浩子著：系統看護学講座 がん看護学：中根実執筆，第2章がんの病態と臨床経過. 32, 医学書院, 東京, 2013.

3. 考察

- 1) 上田 伊佐子, 雄西 智恵美：再発・転移のある乳がん患者のコーピング方略と心理的適応. 日本看護科学会誌, 31(2), 42-51, 2011.
- 2) Akechi T., Okuyama T., Imoto S., et al : Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. Breast cancer research and treatment, 65(3), 195-202, 2001.
- 3) 岡村 仁：サイコオンコロジー, サイコオンコロジー総論. 心身医学, 53(5), 386-391, 2013.
- 4) Watson M., Homewood J., Haviland J., et al : Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. European Journal of Cancer, 41(12), 1710-1714, 2005.
- 5) V. E. Frankl : (霜山徳爾訳), 夜と霧. 183, みすず書房, 東京, 1961.
- 6) がん研究振興財団がんの統計' 13 http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2013/cancer_statistics_2013.pdf, 15-16. (参照 2014-09-04)
- 7) 妹尾 未妃：中年期乳がん患者の乳がん罹患後の人生の希望と不安 家族や同病者、重要他者からのサポートとの関連について. 母性衛生, 50 (2), 334-342, 2009.
- 8) 阿部恭子編集：乳がん患者ケアガイド, 阿部恭子執筆, CAPTER5 乳がんケアと患者サポート 乳がんケアの特徴. 136-139, 学研, 東京, 2006.
- 9) 日本乳癌学会『乳癌診療ガイドライン』<http://www.jbcsftguideline.jp/category/cq/index/cqid/300501> (参照 2015-01-02)

- 10) 前掲 5), 177.
- 11) 吉田香里：第Ⅱ部各論-1 技法の各種 ロゴセラピー. 精神科治療学, 24 増刊号, 64-65, 2009.
- 12) 山田邦男編：フランクフルを学ぶ人のために. 千葉征慶執筆, 第4章職場のメンタルヘルス活動とフランクフル. 86-110, 世界思想社, 京都, 2003.
- 13) 塚本 尚子, 船木 由香:がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望. 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 159-166, 2012.
- 14) やまだようこ編：人生と病の語り, 1 喪失を生きるナラティブ. 21, 東京大学出版会, 東京, 2008.
- 15) 山田恵子, 稲吉光子：外来で分子標的治療を受けているがん患者に対するナラティブ・アプローチ. 日本がん看護学会誌, 24 (3), 12-22, 2010.
- 16) 吉村 雅世, 内藤 直子：看護ケアにナラティブ・アプローチを導入した老年患者の語りの変化の研究. 日本看護科学会誌, 24 (4), 3-12, 2004.
- 17) J.Travelbee：Interpersonal Aspects of Nursing. 1971. 長谷川浩訳, 人間対人間の看護 第1版. 75, 医学書院, 東京, 1974.
- 18) 榎本博明著：「ほんとうの自分の作り方」自己物語の心理学. 113, 講談社, 東京, 2001.

IV章. P I Lテストを手がかりとした患者の全体像の情報共有が放射線治療部門医療関係者にもたらす効果

3. 考察

- 1) 西村恭昌：放射線治療におけるチーム医療. 新医療, 38(7), 126-130, 2011.
- 2) Dieperink K.B., Johansen C., Hansen S., et al：The effects of multidisciplinary rehabilitation： RePCa-a randomised study among primary prostate cancer patients. British Journal of Cancer, 109, 3005- 3013 , 2013.
- 3) Rose P., Yates P.：Person centred nursing care in radiation oncology：a case study, European Journal of Oncology, 17(5), 554-562, 2013.
- 4) Arving C., Sjöden P-O., Bergh J.：Satisfaction utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- a randomised study of nurse versus psychologist interventions. Patient Education Counseling, 62(2), 235-243, 2006.
- 5) J. Travelbee：Interpersonal Aspects of Nursing. 1971. 長谷川浩訳, 人間対人間の看護. 235, 医学書院, 東京, 1974.
- 6) 井垣浩, 白木 尚, 山上 睦実ら：放射線治療におけるチーム医療, 癌と化学療法, 40(4), 440-443, 2013.
- 7) がん医療に携わる看護研修事業特別委員会：看護師に対する緩和ケア教育テキスト, 小松浩子執筆, 2 基本的緩和ケアを担う看護師に求められる役割と必要な実践能力. 6-11, 日本看護協会, 東京, 2013.