

2024 年度

静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程

乳がん看護分野 事例報告集

目 次

【 乳がん看護分野 】

乳がん患者における術後の行動変容を促す関わり ～リンパ浮腫指導を通して～	荒木 優香	2
周術期乳がん患者へのセルフケア支援	生田 明日香	10
仕事復帰を目指した周術期乳がん患者へのセルフケア支援 ～継続する意欲に着目して～	植西 佳奈	17
A Y A世代乳がん患者の周術期の看護 ～自分らしさを支持する関わりを通して～	梅坂 明日香	25
認知症の高齢乳がん患者に対する周術期看護	加胡川 香純	33
病状進行について家族と情報共有を避ける進行再発乳がん患者への看護	窪田 知子	42
乳房全切除術を受ける患者のボディイメージの変容	柴田 香菜子	52
乳房再建術を選択した患者のボディイメージ変容への看護 ～術前の揺らぎへの関わりから～	田中 裕子	60
乳房全切除術を受ける患者の看護 ～乳房に対する患者の価値観への気付き～	寺島 恵美	68
通院で全脳照射の完遂を目指す乳がん患者の症状マネジメント	松山 絵梨菜	76
周術期における高齢乳がん患者の対処行動への気づき	吉田 万綾	84
乳がん治療と就労の両立への支援	渡部 真希	92

乳がん患者における術後の行動変容を促す関わり
～リンパ浮腫指導を通して～

乳がん看護分野 荒木 優香

はじめに

乳がんは、日本人女性において部位別がん罹患数第1位であり、2020年に診断された女性の乳がん患者は91,531例¹⁾である。乳がんの治療としては、局所治療と全身治療の2本の柱があり、局所治療として手術療法と放射線療法、全身治療として化学療法と内分泌療法がある。手術療法は、現在最も確実な局所療法となっているが、手術に伴い出血や術後疼痛、感染、リンパ浮腫などの術後合併症のリスクを伴う。乳がん術後におけるリンパ浮腫とは、手術や放射線療法によりリンパ管の途絶や圧排のためにリンパ液の流れが停滞し、むくみが生じることをいう。腋窩リンパ節郭清を受けた患者が、リンパ浮腫を発症する時期は術後3年以内が多い。10年以上経過した患者にもリンパ浮腫は発症するため、術後3年経過後も継続的なセルフケアや観察が必要になる²⁾。

私が今回受け持ったA氏は、右乳房全切除術と腋窩リンパ節郭清(Level II)を施行した。また、A氏のBody Mass Index(BMI)は肥満であったことから術後のリンパ浮腫発症のリスクは高い状態であった。A氏は、元々健康管理に対して意識が低く、術後のリンパ浮腫のセルフケアについて課題があった。しかし、術後第12病日に発熱があり創部感染のため退院が延期となったことで、危機感を抱き、創部感染が出現する前後でリンパ浮腫のセルフケアに対する言動の変化がみられた。

今回事例を通して、健康への意識が低い患者の行動変容に関する学びを得たためここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 40歳代 女性

2. 診断名：右炎症性乳がん、右腋窩リンパ節転移

ER：100%、PgR：0%、HER2：0、Ki-67：40%

TNM分類：cT4dN1M0 Stage III B

3. 患者背景

1) 現病歴

X年3月に右乳房の痛みとしこりを自覚した。最初は乳腺炎だと思い病院には受診しなかった。X年5月に右乳房の痛みがひどくなり、しこりが大きくなったため近医を受診した。その際、乳房の発赤を自覚していなかった。紹介元で右炎症性乳がん、右腋窩リンパ節転移と診断された。A氏はがん専門病院での治療を希望し、X年5月に受診し精査を行った結果、右浸潤性乳管癌、右腋窩リンパ節転移の診断に至った。

2) 受け持つまでの経過

治療方針については、化学療法の効果があった場合には手術を行う方針となっていた。治療はX年6月よりddEC療法、X年8月よりddPTX療法を2週間ごとに4コース施行した。抗がん剤治療により、腫瘍の大きさは29mm×22mm×24mmから7mm×8mm×8mmと腫瘍の縮小を認め、原発巣は部分奏効の判定であった。右腋窩リンパ節はほぼ縮小し完全奏効の判定であった。術前の化学療法施行中の経過については、パクリタキセルによる末梢神経障害が出現しており、ミロガバリンベシル酸塩(タリージェ®)を内服しながら日常生活を送っていた。抗がん剤の副作用

用によって脱毛も出現していたが、外見の変化に対しては気にする様子はなく帽子を着用していた。また、抗がん剤治療は一度も中断や延期することなくスケジュール通りに終了した。A氏は化学療法により腫瘍が縮小し手術を行うことが可能となったため、X年11月に右乳房全切除術と腋窩リンパ節郭清(Level II)を目的に入院となり、手術当日から受け持ちを行った。

3) 社会背景

義母、夫、小学生の息子の4人暮らしである。仕事はパソコンを用いて事務仕事を行っている。A氏は実の両親とは関係性は良好であったが遠方に住んでいるため、数年間会っていなかった。手術時の面会には夫、両親が来院していた。家事は義母とA氏で協力して行っている。入院中は仕事を休んでおり、退院後は体調次第で仕事復帰する予定であるが早期に仕事復帰を予定している。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の元々の健康管理について、親戚や友人に乳がん患者がいたが、自分自身が乳がんになるとは思っておらず乳がん検診には行っていなかった。また、A氏は炎症性乳がんであり乳房周囲に発赤を伴っていたが、発赤には気付いていなかったことから日頃より自身の乳房に対する意識は低かったと考える。更に、食事は特に気を付けておらず好きなものを摂取していた。健康のために日頃から行っていたことはなく、歯科には十年以上受診していなかった。入院中に自然脱落歯が1本みられており、術前に化学療法を施行していたが口腔内の清潔を保つことが出来ていなかった。これらのことから、A氏は自分自身の健康管理に関する意識は低いと考えられる。

今回A氏は、右乳房全切除術と腋窩郭清(Level II)を施行目的に入院となっている。腋窩郭清(Level II)を行う予定であることから、リンパ浮腫を発症するリスクがあると考えられる。

A氏の身長は147.7cm 体重74.9 kg、BMIは34.3であることから肥満度はⅡ度である。乳がん診断時に肥満である患者の乳がん死亡リスク、全死亡リスクが高いことは確実とされている。更に、肥満であることはリンパ浮腫のリスク因子である。A氏は術式に加えて肥満であることから術後にリンパ浮腫を発症する可能性が高いと考える。

リンパ浮腫は発症すれば完治が困難である一方、適切なリスク管理は有効な発症抑止となることが明らかである³⁾。そのため、リンパ浮腫の発症リスクを軽減するためには正しい知識を指導していく必要がある。また、患者自身が意識してリスク管理を行うことが重要となる。しかし、A氏はこれまでの日常生活において保湿剤を塗る習慣がなく、リンパ浮腫や蜂窩織炎などに関する知識がない。また、知り合いに乳がん罹患者はいるが、リンパ浮腫や蜂窩織炎となった人はいないことから具体的にリンパ浮腫に関してイメージすることができていない。以上のことから、退院後のリンパ浮腫のセルフケアに向けてA氏がリンパ浮腫を自分のこととして捉え、意欲的にセルフケアに取り込むことができるよう言動を変化することが出来るような介入が必要であると考えた。

2. 看護上の問題

#肥満であることや腋窩郭清(Level II)を施行したことによりリンパ浮腫の発症リスクが高い

3. 看護目標

リンパ浮腫のセルフケア行動について言動の変化がみられる

4. 看護の実際

1) 術後第5病日

術後第1病日から術後第4病日までは術後の創部痛の訴えが多く、主に疼痛コントロールを中心に行っていた。術後第5病日頃より、疼痛コントロールが徐々に図ることが出来るようになってきたため、私はA氏が疼痛以外にも意識や目を向ける事ができると考えた。また、退院に向けた指導やリンパ浮腫指導が行われる時期であることから、リンパ浮腫に関する看護介入を開始した。

まず初めに、A氏はリンパ浮腫発症のリスクが高いため、リンパ浮腫に対する危機感や現在のリンパ浮腫に関する認識を確認する目的でA氏に「リンパ浮腫について耳にしたことはありますか。」と質問した。A氏より「リンパ浮腫って何ですか？聞いたことはありません。知り合いに何人も乳がんの人がいるけど、リンパ浮腫になった人はいないと思います。色んな所が浮腫んじゃないの？」と発言があった。このことから、A氏はリンパ浮腫に関する知識はないことや身近にリンパ浮腫を発症している人はいないことから実際にリンパ浮腫が出現した際の腕の状態についてイメージすることが出来ていないと考えた。実習施設では、術後に作業療法士よりリンパ浮腫に関する日常生活指導が行われている。A氏は術後第6病日にリンパ浮腫に関する指導が行われる方針であるが、リンパ浮腫に関する知識がない。そのため、作業療法士から指導がされた後に再度理解度を確認し、不明点などの補足説明を行い理解を促していく必要があると考えた。私はA氏からの質問に対して、手術で脇のリンパ節を切除することでリンパの流れが悪くなりリンパ浮腫になる可能性がある事や、浮腫は全身ではなく手術を施行した側の腕や胸部、背部に出現する事などを簡単に口頭で説明し、明日に不明点などは復習していくことをお伝えした。

2) 術後第6病日、術後第7病日

作業療法士よりパンフレットを用いてリンパ浮腫に関する指導が行われ、私も指導の場に同席した。A氏は質問など行わず、頷いて説明を聞いており、メモを取る様子はなかった。

病室に戻り、A氏に質問はないか確認したが特に質問はなかった。パンフレットの説明内容は多く、これまでリンパ浮腫に関する知識はなかったが質問等もなかったことから本当に理解しているのか疑問に感じた。そのため、退院後の生活についてA氏はどのように取り組もうと考えているのか確認しようと考えた。確認内容としては、スキンケアについて、保湿剤などは元々行っている可能性があることや手軽に取り組むことができると考え、保湿剤等は普段使用しているか質問を行った。A氏より、「保湿剤なんて面倒だから塗ってないよ。今はすることなくて暇だから塗れたとしても、家に帰ったら絶対に塗りません。」と発言があった。そのため私は、リンパ浮腫の予防行動に関しては課題があると考えスキンケアに着目して介入を行おうと考えた。

3) 術後第8病日

A氏は、元々健康管理について意識していない様子であったため、一度の説明や復習で知識は定着することはできないと考えた。そのため、日々繰り返し指導を行い、知識を定着させる必要があると考えた。指導内容としてはパンフレットを基に、リンパ浮腫の初期症状や、リンパ浮腫が出現する部位、スキンケア、蜂窩織炎等について説明を行った。A氏より「蜂窩織炎も聞いたことなかったです。まあ、いつもと違うことがあったら電話すればいいんでしょ。暇だから早く家に帰りたいです。息子の習い事もあるのでそれには絶対行きたいです。」と発言があった。

術後の患者のこれまでの発言内容から、指導内容に関して理解が深まっていないことや、現在の考えでは退院後にセルフケアは意識して行うことができない可能性があると考え、現在の看護介入で良いのか迷いが生じた。また、現在のタイミングで看護介入を行うのが妥当なのかという迷いも生じた。そのため、行動変容ステージモデルの理論を用いて患者のステージモデルの段階

を把握することとした。この理論を用いた理由としては、行動変容ステージを把握しステージに沿った看護介入を行うことで、患者の言動が変化する可能性があると考えたからである。A氏は、退院後は保湿剤は塗らないと発言している。このことから、行動変容ステージモデルの6ヶ月以内に行動を変えるつもりはないという時期である無関心期であると考えた。無関心期の時期であることから、一方的な指導や指示的に指導を行うことは適切ではないと考えた。そのため、看護介入として、パンフレットを基に毎日繰り返しリンパ浮腫について振り返りを行い、行動変容に繋がらないとしても、興味や関心を持ったり、頭の片隅に記憶が残るように意識して関わった。また、信頼関係を築き、質問しやすい関係になれるよう毎日コミュニケーションを図った。

4) 術後第9病日

午前中にA氏の部屋に訪室すると保湿剤を上腕に塗布していた。そのため、A氏に保湿剤を塗る事ができていることをフィードバックした。A氏からは、「暇だから塗ってみました。まあ今だけだと思うけどね。」と発言があった。現在A氏は保湿剤を塗布することができているが、発言内容から、保湿剤を塗布するのは一時的である可能性が高いと考えた。

5) 術後第12病日

A氏は朝から38.3度の発熱があり、血液検査、新型コロナウイルス検査、インフルエンザウイルス検査を施行した。検査結果から創部感染が疑われ、抗生剤の投与が開始された。夕方には体温が40.2度まで上昇し、倦怠感が非常に強く排泄以外はベッド上で臥床状態であった。A氏は身体的苦痛が非常に強い状況であったため、リンパ浮腫に関する指導の優先度は低いと考えリンパ浮腫に関する看護介入は行わなかった。

6) 術後第16病日

A氏の体温は36度台で経過し退院時期が検討されていた。A氏は、子どもの用事もあり予定通りに退院することを希望していたため、発熱により退院延期となった現在の思いを語ってもらった。A氏は「熱が40度出た時は辛くて、2度とこんな辛い思いはしたくないです。そういえば蜂窩織炎が出たら熱が出るのでしたっけ。熱が出てまた入院するのは嫌です。」と発言があった。A氏は創部感染により40度の発熱をきたしたことから身体的苦痛を経験し、子どもの行事にも参加する事が出来ず、退院延期に伴い仕事を休む期間が延長していた。創部感染を契機として、様々な要因から今後入院をしたくないという気持ちが高まっていた。そのため、退院後のリンパ浮腫や蜂窩織炎の理解を深め、日常生活を見直すきっかけとなっていると考え、再度パンフレットを用いてリンパ浮腫の指導を行った。A氏はこれまではない真剣な表情で説明を聞いていた。説明が終了した後にA氏より、「家に帰って気を付けることは虫刺され等傷つけないことです。虫に刺されても洗って消毒すればいいのです。あと、保湿剤も毎日は難しいけど、塗れるときは塗るようにします。」と発言があった。また、蜂窩織炎についてA氏より質問があったため、蜂窩織炎が出現した場合に高熱が出る可能性があること、蜂窩織炎が出現した際には抗生剤の投与が必要となり、場合によっては入院となることを説明した。A氏より、「今回、40度の熱が出て身を持って気を付けられないと感じました。もう入院したくないので、家に帰ってから手術したほうの腕の浮腫みや、赤くなっていたり熱を持っていないか、発熱がないかを注意していきたいと思います。熱が出たら病院に連絡します。」と発言があった。

III. 考察

リンパ浮腫は、日常生活上の注意点に気を付けることで発症リスクを下げることができ、早期発見

と早期治療により重症化を防ぐことができる。増島は、乳がん治療後のリンパ浮腫が患者にもたらす影響の側面と苦悩の側面として、身体面、自立した生活、仕事、趣味の活動、浮腫との共存、外観、自己価値、経費、支援関係⁴⁾の9側面について明らかにしている。術後リンパ浮腫を発症することで、身体面のみならず、仕事や趣味、治療費用などの社会面、外観や自己価値などの精神面など様々な側面で影響をきたすため、リンパ浮腫発症リスクを早期発見するためのリンパ浮腫指導は重要となる。A氏は、手術で腋窩リンパ節郭清(Ⅱ)を施行し肥満であったことから、リンパ浮腫発症リスクは高かったため、パンフレットを用いてリンパ浮腫指導を行ったことは適切であったと考える。A氏は創部感染が出現する前後で、リンパ浮腫に対する言動が大きく変化したため、A氏の言動や行動変容、行動変容のステージについて考察していく。

【術後第12病日までの言動について】

A氏は作業療法士からのリンパ浮腫に関する説明や、私からの補足説明の際に、退院後に保湿剤は塗らないと発言している。このことから私は、A氏に関わる重要な指導を医療者が行ったとしても、A氏にはこれまでの生活があるため、瞬時に行動変容を起こすことは難しいと考えた。広瀬は、長年行われてきた生活習慣は、医療者から説明されたからといって楽々と変更できるものではない。看護師が専門的知識を分かりやすく伝えても、患者の行動変容にはつながらない⁵⁾。と述べている。また中村は、わが国のこれまでの健康教育における生活習慣改善への働きかけは、知識伝達型ならびにコンプライアンスを重視した指示型のアプローチが中心であった。しかし、これらの方法では健康行動変容の促進につながらないことから、個人の自発的な行動変容を支援する行動科学的なアプローチの普及が求められている⁶⁾と述べている。そのため、ただ知識を提供するだけではなく、行動変容を起こすような支援を行うことや、セルフケアに対する興味や意識を持ってもらうような介入が重要であると考え。実際に、術後第9病日に1度だけ保湿剤を塗る様子があり、塗った動機は暇であったからだと述べているが、セルフケアに対する意識付けは行うことができていると考える。よって、繰り返し日々リンパ浮腫指導を行ったことでA氏が保湿剤を塗布するという行為につながったと考える。

【術後第12病日以降の言動について】

A氏は創部感染による発熱により倦怠感などの身体的苦痛、帰れないことの精神的苦痛、息子の習い事に参加できないことによる社会的苦痛などの様々な苦痛を生じていた。A氏は、発熱時は辛く、同じ経験はしたくないと発言している。また、「蜂窩織炎が出たら熱が出るんでしたっけ。」と発言があり、発熱と蜂窩織炎を結び付けて考えることができている。更に、「今回40度の熱が出て身を持って気を付けないといけないと感じました。」と発言している。発言内容から、A氏は創部感染を引き起こしたことにより手術による合併症を自分の事として捉えることができていると考える。また、再度発熱することで身体的苦痛を経験することや、仕事復帰が妨げられること、息子の行事に参加できないことなど社会的役割を果たせなくなる等の危機感を抱いたことで、意識が変化したと考えられる。A氏は創部感染後に蜂窩織炎について質問があった。このことから、無関心期の時期に毎日繰り返し介入したことで、指導内容が思い出され蜂窩織炎に関する質問に至ったと考えられるため、毎日繰り返し指導を行ったことは効果的であったと考えられる。

健康信念モデルについて松浦は、予防的健康行動の有益性から障害を差し引いたとき、前者が上回ると判断された場合に、個人が自分に勧められた予防的健康行動をとる見込みは高まると考える⁷⁾と述べている。また、個人が予防的健康行動をとる見込みは病気への脅威が大きいこと、予防的健康行動の有益性の認識が、予防的健康行動の障害の認識よりも大きい場合に高まると言われている。A氏は発熱により身体的苦痛が増大し、社会的にも影響を来していた。A氏は義母と夫、息子と4人暮ら

しであり、妻、母、娘としての役割を担っている。自宅では家事を義母と分担して行っており、息子の習い事に参加するなど社会的役割も担っている。更に、事務仕事を行っており退院後には仕事に復帰する予定である。リンパ浮腫のセルフケアについて予防的行動や意識をすることで、リンパ浮腫や蜂窩織炎といった合併症のリスクを減らすことや、重症化を防ぐことができ、社会的役割を継続して遂行することや身体的苦痛を軽減することにつながる。そのため、A氏は創部感染を契機に予防的行動をとる事へのメリットを感じたことで、セルフケアについて意識し、目を向けることができるようになったと考える。

【行動変容について】

行動変容とは、健康の保持増進、病気回復のために行動・ライフスタイルを望ましいものに修正・習慣化することである。1970年代には、知識だけでは行動変容は起きないことから、個人の心理的側面や価値観に着目され、「①健康に対する危機感を抱くことと、②健康行動をとることのマイナス面よりプラス面が大きいと感じること」の2つの条件を満たすと健康行動を促進するというヘルスビリーフモデルが示された⁸⁾と述べている。このことから、A氏は創部感染により身体的苦痛や社会的苦痛などを経験したことで、自分の事として捉え危機感を生じ、健康行動が促進されたと考えられる。また、蜂窩織炎等で入院が必要となる可能性があることが分かり、セルフケアなど適切な行動をとることで早期発見を行うことができることや、入院を回避することができるという思考になったことでA氏は自分の事として捉え、意識の変化がみられたと考えられる。

【行動変容のステージについて】

変容ステージモデルは、健康について期待される行動変容を起こし、維持するためには5つの変容ステージを経ることを説明したモデルである。5つのステージとは、無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期に分類し、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるような支援が求められている。無関心期は6ヵ月以内に行動を変えるつもりがないという時期、関心期は6ヵ月以内に行動を変えるつもりがあるという時期、準備期は1ヵ月以内に行動を変えるつもりがあるという時期、実行期は過去6ヵ月以内にライフスタイルの修正を実行したという時期、維持期は行動を変えて6ヵ月以上経過したという時期を指す。A氏の「今はすることなくて暇だから塗れたとしても、家に帰ったら絶対に塗りません。」と発言しており、行動を変える意思がないことから創部感染が出現する前までは、無関心期の時期であると判断した。諏訪は、無関心期の支援技術としては、行動変容の必要性を正しく理解してもらい、関心を持ってもらう援助が、まずは必要である。そのためには、一方的になったとしても、パンフレットなどを使った情報提供としてのティーチングを、根気強く繰り返すしかない⁹⁾と述べている。そのため、私が術後にA氏に繰り返し行ったリンパ浮腫の指導は、A氏にとっては実行不可能な内容であったとしても、関心を持つための支援になっていた可能性がある。実際に、創部感染が出現する前の術後第9病日には、1度だけ保湿剤を塗布していたことから、リンパ浮腫指導を行ったことはA氏にとって影響があったと考える。また、保湿剤の塗布という行動に移すことができたため、実行期へ移行した可能性はあるが入院中に保湿剤を塗布していたのは1度きりであった。そのため、A氏が自分のこととしてリンパ浮腫について考えることができていないと考えられる。松浦は、変容ステージモデルについて、何らかの理由で変化が妨げられた場合は、個人はこれらのステージを途中から逆戻りすることもある¹⁰⁾と述べている。そのため、一度しか保湿剤を塗っておらず退院まで継続することが出来ていなかったことや、保湿剤を塗布する意義を理解していないこと、自分の事として捉えることが出来ていないと判断されることから、この時期には、変容ステージを行き来し、無関心期に逆戻りしていた可能性がある。

創部感染後のA氏について、発言内容や積極的に質問があったことから、行動変容ステージモデルの関心期や準備期の段階に移行していると考えられる。そのため、A氏の発言内容やリンパ浮腫に対して意識を向けることが出来るようになった時期に、再度リンパ浮腫に関する指導を行ったことはA氏にとって自分の事として捉えることにもつながったため効果的な介入であったと考える。また、退院後のリンパ浮腫や蜂窩織炎の早期発見やセルフケアについて意識の変化や行動の変化がみられていることから看護目標は達成することが出来たと考えられる。

おわりに

腋窩郭清を施行した肥満の乳がん術後の患者について、リンパ浮腫のセルフケアへの意識が低い患者が行動変容や意識の変化を起こすには、元々の健康に対する認識や、行動変容ステージモデルの段階を確認し、ステージに応じた看護介入を行うことが重要である。また、行動変容を起こすためには、患者が身体的や社会的な危機感を抱くことや、健康行動をとることでのメリットを感じることで、自分の事として捉えることで意識の変化が見られることを学んだ。

乳がん治療は長期に渡るためセルフケアを継続するためには行動変容が重要となる場合もある。また、患者一人一人によって行動変容を起こす契機は異なる。更に、健康に対する考えや意識、習慣は異なる。そのため、患者個々の健康に対する意識や考えを理解し、看護介入を行うタイミングや時期に着目していく必要がある。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れてくださり、多くの学びを与えてくださったA氏に心から感謝申し上げます。また、ご多忙の中ご指導、ご協力をいただきました実習指導者様、ならびに病棟スタッフの皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 国立がん研究センター．“乳がん患者数”．がん情報サービス．2023 - 7 - 5.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/14_breast.html (参照 2025 - 3 - 10)．
- 2) 武石優子，阿部恭子．“手術療法時のケア”．乳がん患者ケアパーフェクトブック．阿部恭子編．東京，学研メディカル秀潤社，2017，154．
- 3) 日本リンパ浮腫学会．“予防と治療”．2024年版リンパ浮腫診療ガイドライン．日本リンパ浮腫学会編．東京，金原出版，2024，14．
- 4) 増島麻里子ほか．“乳がん治療後のリンパ浮腫が患者にもたらす苦悩”．千葉看会誌．2007，13，87 - 92．
- 5) 広瀬会里．“アンドラゴジー成人教育理論”．事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門．佐藤栄子編．第2版，東京，日総研，2009，478．
- 6) 中村正和．“行動科学に基づいた健康支援”．栄養学雑誌．2022，60，1．
- 7) 前掲 5) 469．
- 8) 益子育代．“行動変容”．アレルギー用語解説シリーズ，2017．アレルギー66(3)，238 - 239．
- 9) 諏訪茂樹ほか．“行動変容ステージと支援技術”．日本保健医療行動科学会雑誌，2019，34(1)，3．
- 10) 前掲 5) 444．

参考文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛編. 乳がん患者ケア パーフェクトブック. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2017.
- 2) 日本乳癌学会編. 乳腺腫瘍学. 第4版, 東京, 金原出版, 2022.
- 3) 日本リンパ浮腫学会編. 2024年版リンパ浮腫診療ガイドライン. 東京, 金原出版, 2024.
- 4) 日本がんサポーターズケア学会編. Q&Aで学ぶリンパ浮腫の診療. 東京, 医歯薬出版, 2019.

はじめに

初発乳がん患者は、基本治療として手術療法が行われる。手術で腋窩リンパ節郭清を行うことで、患肢のリンパ浮腫が発症する恐れがある。乳がん術後に発症するリンパ浮腫は、一度発症すると完治は難しく術後早期から予防策の実施が重要となり、セルフケアの獲得が求められる。吉田らは、治療に取り組んでいる多くのがん患者は、心身の安定を得るためにさまざまなセルフケアの継続が求められている。その継続にはセルフケアの基盤となるセルフケア能力の獲得と活用が重要と考える。¹⁾と述べている。このことから、セルフケア能力はセルフケアをなしえる力であり、他者あるいは患者自身が病気と治療の体験から獲得した能力や、自己管理に対する思考の仕方や認識の転換によって養われるといえる。

今回、初発乳がん手術目的に入院した患者を受け持った。A氏は乳がんの再発やリンパ浮腫発症のリスクが高く、肥満がリスク増加の要因となり生活の見直しが必要であった。しかし、A氏はリンパ浮腫と肥満は関係ないと話し、術前にもかかわらず術後補助療法が気になりとなってその本質に迫ろうとすると話題を変える様子がみられていた。今回、セルフケアの獲得に向けた関わりで気づきを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 女性

2. 診断名：右浸潤性小葉がん、腋窩リンパ節転移(Level II)

ER：95% PgR：95% HER2：0 Ki-67：10% Luminal A

組織学的グレード分類：2 TNM分類：cT3N1M0 Stage IIIA

3. 患者背景

1) 現病歴

X年6ヶ月前に右乳房腫瘍自覚し精査の結果、右浸潤性小葉癌と診断された。上記診断により、術前化学療法としてddEC療法+パクリタキセル療法を各4コース実施した。実施後のRECIST評価はPRであった。今回は右乳房全切除+腋窩リンパ節郭清(Level II)の手術目的で入院となった。

2) 受け持つまでの経過

A氏は乳がんの進行度から再発リスクが高く、予定術式からリンパ浮腫の発症リスクがある状態であった。さらに、Body Mass Index(BMI)：30と肥満であることは今後の乳がん再発リスクやリンパ浮腫の発症リスクとなるため、今後の生活の見直しが必要だと捉えた。A氏は入院時に医師からの手術説明で、術後合併症として患側上肢の肩関節障害やリンパ浮腫などが起こる恐れがあることを説明された。また、Luminal A・Stage IIIAであることから術後補助療法を行う予定であるが、具体的な治療については手術の病理結果によって決定されると説明された。説明内容に対して、術後合併症として患肢の肩関節拘縮やリンパ浮腫の恐れがあることを理解していたが、BMI：30と肥満であることと術後合併症の発症リスクは結びついていない様子であった。一方で、A氏は雑談も多く会話につまることなく話している様子がみられてい

たが、術前にもかかわらず今後の術後補助療法について一番の気がかりと話していた。

3) 家族背景

夫・次女・次男との4人暮らし。夫は近隣に住んでいる長男と共に、市場で週に3～4日働いている。次女はコンビニエンスストアで、夜勤をしている。次男は今年から新社会人となり働いている。長女は仙台に住み子供3人の育児をしながら看護師として勤務している。家族関係は、夫とは家庭内別居で日常会話も全くしない状態であるが、子供達との関係性は良好である。病気のことは次女や次男に話すよりも、長女によく話しをしている。しかし、長女も家庭や仕事があるため、毎日のようにA氏の話しを聞くことは難しい現状となっている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

右浸潤性小葉癌と診断され病期や再発リスクから、術前化学療法の適応となり、ddEC療法＋パクリタキセル療法×4コースが実施された。術前化学療法の結果はRECIST評価でPRとなり、右乳房全切除＋腋窩リンパ節郭清(Level II)の予定となった。その後は、術後補助内分泌療法＋化学療法、腋窩リンパ節の転移個数に応じて乳房全切除術後放射線療法の追加が予想される。右乳房全切除＋腋窩リンパ節郭清(Level II)を行うことで、術後合併症として肩関節の運動障害や知覚障害に対してA氏は認知しており、術後のリハビリテーションに対する意欲があることから、積極的に取り組むことができると考える。一方で、リンパ浮腫の発症リスク因子として肥満度Ⅱがあることから、腋窩郭清に伴うリンパ浮腫リスクが問題と考える。

A氏は乳がんと診断されたことで衝撃を受け心理的葛藤を生じていたが、医師から治療の説明を聞いたことで安心したと発言していた。そのため、心理的葛藤を生じながらも術前化学療法を完遂することができ、手術を迎え治療に一つの区切りがつく時期となった。これまでの治療の副作用で脱毛を生じていることに加え、乳房の喪失によりさらなるボディイメージの変容が生じることから、自尊感情の低下やボディイメージの変容に適応できない恐れがあると考え。また、A氏の術前検査でのサブタイプはLuminal Aであるが、病期がStageⅢAまで進行していることから再発リスクが高く、リンパ節転移の個数やコンパニオン診断の結果によって術後治療が決定される。そのため、A氏が手術説明後に術後治療が一番気になっていると話したことからも、今後の治療が確定しておらず将来に対する不安を抱いていたと考える。さらに、疾患に対する思いを吐露する場が少なく、乳がんへの罹患や治療に対し気持ちの折り合いをつけながら適応していくことが進まない恐れがあると考え。

治療前は介護士として勤務し家庭内でも中心的な役割を担っていたが、治療のため仕事を退職し生活や役割の変化が必要となった。これまでの役割や関係性を果たせないことで、周囲に対する負い目を感じている可能性がある。一方で、経済面で高額医療制度を利用しているが、仕事を退職し収入が減り年金申請をしていることから、治療に伴う経済的負担も大きいと考える。乳がんに対する思いや今後の治療に対する不安を理解し、何年にもわたる治療が継続できるように支援する必要があると考えた。

2. 看護上の問題

■腋窩リンパ節郭清に伴うリンパ浮腫の発症の恐れがある

3. 看護目標

A氏が病気今後の治療に対する思いをありのまま表出することができる

退院後の生活を見直すことができる

4. 看護の実際

1) 受け持ち 1～2 日目(術前)

A氏は術前にも関わらず術後補助療法に目が向いている状態であった。なぜ今後の治療が今一番気になっているのかA氏は「術後治療がなんで気になるかは…私に効くのかなって…がんは治るのかなって…」表情暗く視線を下に向けながらと話すと、沈黙のあとすぐに話題を変えた。A氏は雑談が多く笑顔を見せ話している様子がみられていたが、術後治療についての話を尋ねると表情が硬くなった。このことから、今は話したくないのかもしれないと考え、無理に思いを確かめることはしなかった。手術当日に訪室した際に、A氏から術後治療の話があったため、どのように理解しているか問いかけてみると乳がんについての冊子を私に見せながら返答された。A氏の反応から、今後の方針について医師の説明については理解できていると判断した。

2) 受け持ち 3～5 日目(感情表出)

話題を変える様子から乳がんについての思いを直接確認することは避け、リンパ浮腫指導の中でA氏が発する言葉に関心を注ぎ、言葉に込められた思いを確かめていった。A氏は「がんって言われたときもあんまり驚かなかったんです。ご飯も食べれてたし、夜もちゃんと眠れてました。抗がん剤の点滴をしても、なんか夢を見てみたい…実感がなくて…。考えないようにしてたというか…なんだろう…わかんない」と話し沈黙がみられた。これに対し、乳がん罹患に対して他人事として捉えていると気づき、術前化学療法や手術を終えている時期に、実感がわかないと発言したことに驚いた。このような心理状態では、乳がん術後に必要となるリンパ浮腫に対するセルフケア能力の獲得ができず、生活を見直し自己をコントロールしていくことはできないと考えた。そこで、A氏が今後の生活を見直ししていくには、まず乳がんの罹患について気持ちの折り合いをつけ、自分事として認識する必要があると考えた。

3) 受け持ち 6～7 日目(疾患への捉え)

リンパ浮腫のセルフケア支援中に「さっきちょうどリンパ浮腫のDVD見たんです。でも1回見ただけでは、できなくてどうしようと思ってたの。」という発言があった。このことから、リンパ浮腫予防に向け前向きに取り組もうという思いがあることに気付いた。また、「病院に行くってなった時はなんて言われるんだろうってドキドキした。乳がんって言われた時は、やっぱりがんなんだって思った」という言葉が聞かれた。これに対し、乳がん罹患について他人事のように捉えていると考えていたが、何度も乳がん告知時の思いを繰り返し話す様子から、私に話すことで気持ちに折り合いをつけようとしていると考えた。そして、「最近乳がんの人のブログを読み始めたの。若い人でも乳がんの人がいて、読んでるとみんな前向きに闘って強いなって思う。再発とかそんなこと考えてなかったけど、そういうこともあるんだなって思った…」と話した。乳がん向き合い気持ちに折り合いをつけようと模索している中で、再発に対する不安を感じていると捉えた。さらにA氏は、「仕事をしようと思ったのはこれまでの人生の恩返しをしなくちゃと思った」と発言した。これらのことから、A氏は乳がんの罹患や再発に対する不安などを抱えながらも、前を向き折り合いをつけようとしていると捉え直した。

4) 受け持ち 8 日目～退院まで(生活の見直し)

リンパ浮腫指導の際にA氏は、「心に響くフレーズ集があったから良い言葉だと思って、もらってきちゃった。私も帰ったら日記つけようかな。患者会っていうのがあるんですね。行

ってみたいです」と話した。これに対し、A氏は同病者のブログを読んでいたリフレーズ集に関心を寄せ、家庭内でも乳がんに対する思いを語る機会が少なく。そのため、同病者との交流を通じて気持ちの分かち合いや上手く対処している人との交流が良い機会になると考え患者会を紹介した。退院前には、「体重を今より 10kg は痩せようと思って、朝に歩きに行こうと思ってます。30 分くらいだから、4000 歩くらいかな。自分のことだからできることはやりたいなあって思うね」という発言がみられた。

Ⅲ. 考察

私はA氏の病期から乳がんの再発やリンパ浮腫発症リスクが高いと考えた。リンパ浮腫ガイドラインで、Body Mass Index(BMI):30 以上はリンパ浮腫の発症リスク因子とされている。さらに、乳がん発症リスク増加させるため、乳がん再発リスク因子となっている。そのため、生活の見直しが必要だと考えた。今回の事例を通して、A氏に対するセルフケア獲得に向けた関わりを振り返り、感情表出の促進・疾患に対する捉え・生活の見直しの3つに分けて考察する。

はじめに、A氏へ感情表出の促進を行った関わりについて考察する。がんに対する心理的適応について渡辺は、がんというストレスフルな体験によって引き起こされたストレス反応である不安定な心理状態が回復し、新しい価値観を持てるようになった状態であり、不安、抑うつ、怒りなどの否定的感情がコントロールされ、がんもしっかり向き合い、がんによって起こる困難な出来事に積極的に対処している状態である²⁾と述べている。乳がんとともに生きていくうえで不確かさを完全に排除することはできない。そのため、不確かさといかに折り合いをつけていけるかが、乳がんの心理的適応において重要な意味をもつと考える。A氏は術前にも関わらず術後治療が気になりとなっていたが、言葉の本質に迫ろうとすると話題を変える様子が見られていた。この時期のA氏の反応から、自分の思いを言語化することを避けていたと考える。これには、受け持ち開始して早期であることから信頼関係の構築の不十分さや、乳がんの罹患や手術という脅威から防衛機制が働き、言語化することで現実に直面すること避けていたと考える。私はリンパ浮腫指導を通してA氏の言葉の意味を探索しながら、A氏が抱えている思いを紐解いていくことが必要だと考えた。感情表出の促進は、患者が何を考え自己や周囲の世界をどのように見ているのか関心を注ぐことであり、先入観や自己の価値基準にとらわれずに、患者の言葉に積極的に耳を傾けることだと考える。私の関わりを振り返ると、患者が発する言葉に関心を注いでいたことは、A氏の話丁寧に聴き気持ちを理解しようという姿勢を示していた。これにより、A氏は自分の思いを理解しようとしていたと感じとり、関係性の構築へと繋がったと推測する。関係性の構築や感情の探索を行ったことで、内在化していた思いを表面化させることに繋がったと考える。これは、傾聴や共感、情報提供を通して、がん罹患に伴う不確かさや現実を患者が認識できるように助けとなっていたといえる。また、患者の価値観の変化を受け止め、病気と共に積極的に生きる姿勢を支持することで、否定的な自己イメージの形成を防ぐことができると考える。これらのことから、感情表出のために行った関わりは、A氏がリンパ浮腫予防のために生活を見直していくうえで、乳がんについての思いやA氏の価値観を捉える足がかりとなり、セルフケア支援を行う上で重要な支援であった。

次に、A氏の乳がんに対する自己概念を捉え直しができたことについて考察する。私はA氏が乳がんの罹患について夢を見ているみたいと他人事のように語っていたことで、乳がんに対する受容ができていないと考えていた。しかし、A氏と対話を重ねいくことで、A氏が乳がんの冊子を読み疾患に対する知識をつけようと行動していたことや、乳がん罹患時の思いを繰り返し話していたこと、乳が

ん患者のブログを読み他者がどのように対処してきたのか知ろうとしていたことに気づくことができた。尾沼らは、乳がん患者が、がん罹患という苦悩の中で生きるには、身に起きた変化を認識し現実に対処し、他者との関係の中で新しい自己概念を形成する必要があると考えられる。この過程には様々な困難が生じることが予測され、適切な援助が必要とされる³⁾と述べている。乳がん罹患というストレスフルな体験は、不安定な心理状態や否定的感情をもたらす。しかし、疾患や治療、予後など先の見えない不確かさの経験は、人生を貴重なものと意味づけることに繋がり、家族や医療者、同病者などのソーシャルサポートを適切に受けることにより、積極的なコーピング行動が可能となる。このことから、A氏は乳がん罹患という現実に向き合い、新たな自己概念を再構築していくと途上に位置し、乳がんに対する心理的適応に向かうためのコーピング行動を実施していたと考える。尾沼らは、乳癌罹患の事実と直面した患者が、自分なりの納得に行きついたと思ってはいても、実際の治療経過の中で行きつもどりつして思い悩む、という自己概念の変化を示すものである⁴⁾と述べている。A氏は乳がん罹患から半年ほど経過し、術前化学療法を施行し現在は手術後となっていたが、乳がん罹患時の思いを何度も繰り返し話していた。このことから、A氏は治療経過の中で乳がん罹患について納得したと思っても、何度も行ったりきたりを繰り返しているといえる。そのため、自分が今後どのように行動していくべきか模索しながら、手術により変化した自己に適応しようとしていたと考える。この時の私の関わりは、A氏が言語化した思いについて受容し理解しようという姿勢で関わりながら見守り、リンパ浮腫に対する指導を継続していた。この関わりは、A氏が言語化された思いを聴くことで気持ちの整理の促進へと繋がっていたと考える。

最後に、A氏は乳がん再発やリンパ浮腫発症のリスクが高く生活の見直しが必要である。今後の生活に目を向けることができたことについて考察する。入院時のA氏は、肥満とリンパ浮腫は関係がないと話していたため、誤った認識があると考えていた。しかし、A氏の中でリンパ浮腫に対する優先度は低く術後治療に目が向いていたため、現在の優先度が高いものに目をむける必要があると考えた。私はA氏の価値観や乳がんに対する思いを知り、乳がん罹患に対する思いに折り合いをつけていくことで、リンパ浮腫に目を向けることができると考え指導を実施していった。吉田らはセルフケアは、日々の生活のなかで行われるため、個人の認識の仕方や判断力などがもとになり実行される。そのため、患者が自主的にセルフケアに取り組むには、心身の安定感を得ることが必要となる。治療を行うがん患者の心理面の特徴として、心身の負担や生活の変化を経験し、多くの気がかりを抱えている。⁵⁾と述べている。このことから、A氏は乳がんに対する思いを繰り返し表出し、乳がん罹患に対する行ったりきたりする思いを支持することで気持ちの整理が促進され、リンパ浮腫予防について目を向けることができるようになったと考える。私は冊子を使用し理解度を確認しながら説明することで、知識を習得できると考えた。指導の中で、肥満のままではいけないことは漠然と理解していたため、リンパ浮腫と肥満の関係について情報提供することで知識が結びつくと考え実施した。その結果、退院後の生活について「毎日30分、4000歩くらい歩こうと思う」という発言に至った。A氏がなぜこのような発言に至ったのか振り返ると、A氏は介護士としての経験から、実際にリンパ浮腫を発症した人を見たことがありイメージが付きやすく、わからないことは自ら情報収集しようとする積極性が強みであると捉えていた。しかし、それだけではなく術前化学療法を完遂しており、セルフケアに取り組んでいた経験があることも、A氏がセルフケア行動を実践していく上で強みとなっていたことに気付くことができた。また、術前化学療法中にも肥満による肝機能障害で休薬経験があり、肥満による影響を実体験していた。これにより、自分の身体をコントロールしていく上で、肥満のままではいけないという認識はあったが、行動に移すことができていなかったと考える。そのため、リン

パ浮腫発症リスクや乳がん再発リスクという点からも肥満のままでは良くないということを理解したことで、自分の生活の中で実践可能なものを目標に設定に至ることができたと考える。

そして、A氏は仕事を辞め友人とも会えていない状況で、家庭内で乳がんに対する思いを語ることができる人は遠方に住む長女だけとなっていた。そのため、A氏は退院後に自己の思いを表出する機会が少ないと考え患者会を紹介した。尾沼らは、看護師は、患者が同病者との間にサポート的な関係を築くのを支えることで、同病者との共感の機会を提供し、自信の回復を促すことができる。さらに、術後数ヶ月や数年を経た者との交流の機会を設けることで、患者が今後の見通しをもてるように助けることができる⁶⁾と述べている。このことから、私が患者会を紹介したことは、A氏にとって同病者との交流を通じて気持ちの分かち合いやより具体的な情報や体験的知識得ることができ、自尊心を高める機会にも繋がることが示唆された。

おわりに

周術期乳がん患者が長期にわたるセルフケアを継続していくには、がんと向き合い気持ちに折り合いをつけていくことが必要となる。そのため、一方的な情報提供ではなく、患者の価値観や乳がんに対する思いを知ることが大切だといえる。乳がん患者は多くの気がかりを抱えながら治療を実施しているため、気がかりを一つずつ紐解き、必要なことに目を向けられるように支援することが求められる。その中で、思いの表出がないから問題がないと短絡的な思考にならずに、周術期に起こりうる苦痛を予測し患者から発せられるサインを見逃さず、適切なタイミングで支援していくことは乳がん看護認定看護師としての役割だと考える。さらに、内在化している思いを表面化させる支援は、乳がんに対する認識を再構築することへ繋がり、セルフケア獲得の一助となることを示唆している。今回、A氏との関わりを通して得た気づきを、今後の看護実践で活かしていきたい。

謝辞

事例報告をまとめるにあたり、多くの学びを与えて下さったA氏、ご指導頂いた実習指導施設の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 吉田久美子. 神田清子. 治療期にあるがん患者のセルフケア能力. 日本がん看会誌 26 巻, 1 号, 2012.
- 2) 渡辺孝子. 乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究. 日本がん看護学会誌. 2001, 29-39.
- 3) 尾沼奈緒美. 佐藤禮子. 井上智子. 乳がん患者の自己概念の変化に即した看護援助. 日本看護科学会誌. 1999, 59 - 67.
- 4) 前掲 3)
- 5) 前掲 1)
- 6) 前掲 3)

参考文献

- 1) 阿部恭子. 矢形寛ほか. 乳がん患者ケアパーフェクトブック. 東京, 学研, 2017.
- 2) 鈴木ひとみ. 診断から手術までの術前プロセスにおける乳がん患者の心理変化.

- 三重看護学誌, 2008.
- 3) 国立がん研究センター東病院看護部. “がん看護実践ガイド” 患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル. 医学書院, 2023.
- 4) 野川道子・桑原ゆみ・神田直樹. 看護実践に活かす中範囲理論. 第3版, メヂカルフレンド社, 2023.

仕事復帰を目指した周術期乳がん患者へのセルフケア支援
～継続する意欲に着目して～

乳がん看護分野 植西 佳奈

はじめに

近年、乳がんは女性の罹患率第1位となり¹⁾、がん患者の増加とともに高齢者の乳がん患者も増加傾向にある。そして、加齢に伴い身体機能の低下が顕著になってくる中で、高齢者においては、セルフケアを意識的に実践することで、身体機能の低下を遅らせ健康維持に繋がることが期待される。

乳がんの手術後には、乳房切除やリンパ節郭清に伴い、肩関節可動域の制限や筋力の低下、リンパ浮腫といった合併症を生じる可能性がある。これらはQuality of Life(QOL)に深刻な影響を与えるため、セルフマネジメントが重要であり、その中でも、上肢機能障害予防のリハビリテーション(リハビリ)は手術後早期から開始される必要がある。藤らによる研究では、術後1年までの乳がん体験者の85.3%が上肢機能障害を知覚している²⁾という報告があり、退院時後もセルフケアとして継続的に実践できるような支援が求められる。

今回、右浸潤性乳管癌と診断された70歳代女性のA氏を受け持った。A氏は術前薬物療法を受けながら介護施設で働いており、手術後の仕事復帰について不安を抱えていた。手術前の言動からは治療に対する関心や意欲が低いように見受けられたが、潜在的な意欲や遂行力に気づき、それを活かして支援を行うことで、A氏の自己効力感を高め仕事復帰を目指したセルフケアの獲得を促進できたと考えた。今回、セルフケアの中で上肢機能障害予防のリハビリに焦点をあて、A氏のセルフケアを獲得する過程と、それに対する看護介入を振り返り、その中で得た気づきについて報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性

2. 診断名：右浸潤性乳管癌、c T4N0M0、StageⅢB

トリプルネガティブ(ER：0%、PgR：0%、HER2：score0)、Ki-67：10%)

3. 患者背景：

1) 現病歴

X-3年より右乳腺のしこりを自覚していたが放置していた。X年1月頃よりしこりが徐々に大きくなり、皮膚が茶色に変色し凹んできた。心配になりかかりつけ医に相談し、乳がんが疑われ精査目的で現在の病院を受診した。精査の結果、D領域からC領域にまで進展がある右浸潤性乳管癌と診断され、術前薬物療法後、右乳房全摘出術+センチネルリンパ節生検を施行する方針となった。術前薬物療法として、X年2月からペムブロリズマブ+カルボプラチン+パクリタキセル療法を4クール施行し、その後ペムブロリズマブ+AC療法4クール施行した。術前薬物療法後、腫瘍は縮小しリンパ節転移や遠隔転移もなく治療効果を認め、同年11月右乳房全切除術およびセンチネルリンパ節生検施行目的で入院した。

2) 受け持つまでの経過

手術前日に入院したA氏と夫は入院時、術式や今後の治療方針、手術後も就労できるのか理解が曖昧な状態で不安を抱えていた。手術前日のインフォームドコンセントで、術式、合併症、今後の治療方針に加えて、仕事復帰も可能であることが説明された。

A氏は控え目な性格であり、夫と一緒にいる時は夫が主体的に話し、自身からの発言は少ない傾向にあった。また両耳難聴があり、右耳に補聴器を使用していた。難聴の影響か、質問に対する返答が異なることがあった。

3) 家族背景

夫(70歳代)、長男(40歳代)、長女(40歳代)と4人暮らしである。夫は製造業の会社勤務であり、胃癌の手術後であった。キーパーソンは夫と長男であり、入院時は夫の付き添いであった。長女は仕事を2つ掛け持っており、家に不在のことが多い。

4) 社会背景

A氏は60歳代前半まで工場勤務をしていた。退職後は自宅でじっとしていても仕方ないと考え、介護施設でのパートを始めた。術前薬物療法中は、治療日と治療翌日以降は仕事に出て、入院の3日前まで働いていた。仕事が生きがいであり、仕事が趣味みたいなものと話している。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、StageⅢB期のトリプルネガティブ乳がんのため再発リスクが高く、術前薬物療法を施行後、右乳房全切除術、センチネルリンパ節生検施行のために入院となった。退院後は、術後薬物療法を行う予定である。

乳がんの手術によって肩関節の拮抗筋の弛緩が障害され、肩関節可動域制限が起こるリスクがある。さらに、侵害受容性疼痛の体性痛が生じると、患側肩関節を動かさなくなり拘縮が進み上肢機能障害を起こす可能性がある。またA氏は70歳代と高齢であることから、長時間の臥床や活動の減少により拘縮を起こしやすい。そのため、肩関節可動域拘縮や身体機能の低下が日常生活動作に制限を与え、介護施設での仕事や家事にも影響を及ぼしQOL低下を招くことが考えられる。

A氏の受診までの経緯や入院時の反応から、自分から知識を得たり発信することがなく、術式や今後の見通しについて不確かな状況であるため、治療に対して関心や意欲が低い可能性がある。その反面、定年後も介護施設での仕事をし、術前薬物療法を行いながら仕事を行っていることから、認知力や理解力は問題なくアドヒアランスも良いとも推測できる。質問に対し意図と異なる返答があり、難聴の影響で聞き取れていないのか、理解力が低いのか査定できない状況である。また、疑問や考えの表出が少ないことで、説明に対し理解していると捉えられてしまい、疑問が解決できていない可能性がある。そのため、手術後の上肢機能障害予防やリンパ浮腫時発症予防のためのセルフケア獲得する際に、コミュニケーション不足により理解が不十分になり、適切な予防行動が行えないことが予測される。

A氏は、術前薬物療法時は、情報提供を行う事で脱毛や嘔気などの副作用に対しては問題中心型コーピングをとり、乗り越えることができていた。しかし、しこりに気づいた時、受診行動に至らなかった時の思いや考えを確認できていず、ストレス耐性やコーピングスタイルについては情報が不足している。

入院時、手術についての情報が曖昧であり、今後の見通しも持てていないことから、手術自体や手術による合併症や身体的苦痛がストレス因子となることが考えられる。A氏にとって仕事が生きがいと感じ、早く仕事に戻りたいという思いが強い。今までも、働きながら家庭での役割を發揮してきており、家族や職場の人との関係性がA氏の支えとなっていると考える。また、治療を続けながら仕事をするという姿勢が、A氏の自律的な生き方を表しており、その自律性がA氏の支えとなっ

ているともいえる。

2. 看護上の問題

#1 肩関節可動域制限が生じ、日常生活に影響を及ぼす可能性がある

#2 コミュニケーション不足により適切な理解を妨げ、セルフケア獲得が困難となる可能性がある

3. 看護目標

1) 肩関節可動域のリハビリを継続して実践できる

2) 予防的セルフケアに関する疑問や不安を表出できる

4. 看護の実際

1) 術後第1 病日

私は、手術翌日であったため、手術後の状況を確認するために、まずはA氏の創部痛の程度や心理的反応を観察した。前日の手術直後は痛みが強く Numerical Rating Scale(NRS)7 であったが、点滴鎮痛剤を使用することで、翌日には安静時NRS1、体動時NRS2~3 に軽減した。また、手術前から痛みが心配と話していたが、患側の上肢を動かすと創部痛の増強があるも、A氏が想像していたよりも痛みが少なく安堵していた。術翌日からリハビリが開始となったが、痛みの増強による上肢を動かすことへの恐怖心はなく実施できた。

リハビリ後、A氏は自主リハビリのパンフレットを読み返し、それに沿って運動を実施していた。難聴があり医療者の説明が聞き取れず完全には理解できないことがあること、アドヒアランスの查定が十分できていないことから、A氏の理解度や疑問を解決しようとしているか確認する必要があると考え、リハビリの説明内容を尋ねた。A氏は「リハビリの先生に、自分でもできるようにパンフレットに○をつけてもらったから復習していました」「○がついている所を全部やってもいいのかな」と自信がない様子で話した。また、クリニカルパスでリハビリ目標を確認していた。リハビリはステップ1~4 まで段階的に設定されており、クリニカルパスではステップ2 までとなっていた。しかし、○印はステップに関係なくつけられており、A氏は疑問を持っていた。A氏の言動から、聞き取れた内容に対しては覚えており、理解もあると判断した。また、リハビリに取り組む姿勢や、曖昧なことを解決しようとする意欲が見られた。A氏のリハビリに対する積極的な姿勢から、セルフケアを習慣化しようとする強い意欲を感じ、支援を通じてその遂行力を高めていけると確信し、支援の方向性を再考すべきだと考えた。また、A氏は自分の疑問を伝えられていなかったため、理解に時間がかかる、または、理解して疑問があっても遠慮し表出ができていない可能性があると考え、疑問を表出するための環境を作る必要があると考えた。一方、仕事復帰するために早く体力を戻したいという気持ちがあり、過度なリハビリを行ってしまうことも予測された。そのため、A氏の目標達成に向けた意欲と、過度な負担を避ける視点から、適切なリハビリ範囲を確認した。さらに、手術翌日の出血リスクを考慮し、痛みや体調に合わせて段階的に進めることを説明した。A氏は「無理せずに行います。明日からもリハビリを頑張りたいです」と答えた。

A氏は自分から質問しないため、同じ目線になるよう座りゆっくりと会話ができる場を設け、リハビリやセルフケアのサポートを強化することとした。仕事復帰という目標がリハビリ継続の動機づけになると考えた。また、A氏の考えや疑問を表出し主体的にセルフケアを獲得するためには、対話に工夫が必要であると感じた。そのため、指示的に一方的な情報提供だけでなく、双方向的なコミュニケーションとなるよう工夫した。

A氏は乳がんや治療に対する気持ちを自ら表出することはなかった。また、入院時にも質問に

対しては夫が返答し、A氏の考えや思いが明確には表れていなかった。そのため、乳がんの治療に対する思いや、腫瘍発見時や受診までの気持ちを確認することが重要だと考え、A氏に手術を終えての心境を尋ねた。手術を終えて「痛みが心配だったが、思ったよりも痛みが少なくてよかった」「傷は乳房全体になるかと思っていたが、ここだけだったので安心した」と話し、安堵感が見て取れた。また、腫瘍発見時の時を振り返り「しこりがあることに気がついたが、どうしようか、病院行こうか…と考えていたら時間がたってしまっていた。病院に行くのが怖かったのもあった」「がんは、年寄りにはならない、若い人になると思っていたからね」「病院が嫌いというものもあるかな。行くまでがね…誰かが背中を押してくれるといいんだけどね」とやや硬い表情で話した。その後「今は、がんの治療ができてよかった」「転移もなく、手術もできて安心しました」と笑顔で話しポジティブな感情を話した。私は、A氏が抱えていた恐怖や不安だけでなく、高齢者はがんにならないという認識に基づく情動中心のコーピングがあったと推測した。また、早期に受診できなかったことに対して後悔の念があるようにも感じられた。そのため、A氏の怖い気持ちに理解を示し「その時は本当に怖かったんですね」という言葉をかけた。現在は治療を受けることで安心感を得ており、この気持ちを維持・向上できるよう支援する必要があると考えた。また、A氏は体調の変化や異常を感じた際に病院に行くことに恐怖心や抵抗感を抱く傾向があり、A氏自身も背中を押してくれる人がいると安心と話していた。このことから、A氏にとって夫が身近な相談者であり、支えとなっていることが確認できた。そして、今後も夫との協力関係を活かし、支援を行うことが重要であると認識した。また、手術前の治療を振り返り「抗がん剤治療をしていた時は、副作用は辛くなかったから、点滴翌日は(仕事を)休んだけど、それ以外は仕事に行っていた」と話した。

2)術後第4病日

ドレーン量の増加や血性の増強など出血所見は認められず、手術後2日目・3日目はリハビリを順調に拡大し、回復の過程が順調に進んでいた。患者であるA氏に対して、日常生活や介助職への復帰時に起こり得る問題点について予測し、それに備えた情報提供を意図的に行った。具体的には、A氏と共に日常生活やセルフケアに関する確認の時間を設けた。そして私は、A氏が考えや疑問を表出しやすいように、オープンクエスションを用いて尋ねた。また、聞き取りやすいようにゆっくりと会話を進め、自身の思いや考えを表出しやすい環境を作ることを心掛けた。A氏からは、「週末もリハビリをやりました。痛みもないです」「シャワーも入りました」「壁にこうやって貼るリハビリをしました」「昨日よりもあがるようになりました」と、自己管理の成果を自ら表現することがあり、前向きな姿勢が見受けられた。実際に、創部の痛みはなく、屈曲・外転の角度も改善されており、A氏のリハビリに対する努力と進展が確認できた。これに対して、「先週よりも腕があがっていますね。効果が出ていますね」と伝えた。

順調に回復が進めば、翌日にはドレーンの抜去が見込まれ、明後日には退院となる可能性が高いと予測される。そのため、退院に向けてリハビリやセルフケアが効果的に継続できるよう支援する必要があると考えた。具体的には、A氏の日常生活や仕事での活動を確認し、痛みや拘縮が生じる動作、または拘縮予防となる動作を洗い出すことに重点を置いた。

A氏は、「今くらいであれば仕事もできそうかな。2人で介助すれば大丈夫」「家事もリハビリになりますね」と話し、日常生活動作をリハビリの一環として捉えるようになっていた。また、リハビリの目的として拘縮予防に加えて、リンパ浮腫予防の効果があることを伝えたところ、A氏は「リハビリはリンパ浮腫にも効果があるといっていました」と理解を示し、リハビリの重要

性を認識している様子が伺えた。

3) 術後第5病日、術後第6病日(退院日)

ドレインからの排液量が減少し抜去となった。A氏は「明日退院と言われました。1週間なので思っていたよりもだいぶ早いです」「(管が抜けて)腕も動かしやすくなりました。リハビリも頑張ってます」と話し、手術後の順調な回復に喜びを感じている様子だった。A氏自身が、手術後の経過が順調だったことを実感していた。一方で、「(後ろのものを取る動作のとき)ちょっとやりにくいですね。胸ではなくて、腕が痛いです」と言われ、腕に痛みが生じていた。これは、効果的なリハビリではなく、負担のかかるものになっている可能性があり退院を控えているため、リハビリ方法について再度確認する必要があると考えた。

リハビリやリンパ浮腫予防などセルフケアについてパンフレットを使用し振り返ることをA氏に提案したところ、その時は積極的な返答はなかった。しかし、再訪時にはA氏がパンフレットを準備して待っており、前向きに取り組む意欲が見られた。最初に、A氏がパンフレットを読みながらリハビリ動作の確認をした。介護の仕事をしており、高齢のため関節の回復に時間がかかることを踏まえて、肩の回し方や伸びている部分の確認を行い、また、今後創傷治癒過程に伴う突っ張り感の強くなりため積極的に動かすようにするなどポイントを説明した。また、パンフレットに沿って、異常時の早期発見の重要性やその根拠を明確に伝えながら確認を行った。パンフレットを読み合わせている際には、こちらから一方的に提案するのではなく、A氏自身がどうしていくかを考えられるよう、オープンクエスションを使用して、同じ目線でコミュニケーションを図った。また、肩関節可動域が改善していること、リハビリの効果が出ていることを伝えた。その結果、「リハビリも続けていきます」「外来にきた時に、仕事ができそうか先生とも相談します」など、具体的な行動についての表出があった。

さらに、A氏が手術4日目に、受診をする際に後押しがあった方が良いと話していたことから、夫など家族にも異常時の受診方法について共有した方がよいことを提案した。すると、A氏は「大事なところには印をつけておくね」と言い、夫にも伝えた方がよいと考える重要な部分に印をつけながらパンフレットを一つずつ確認していた。

4) 術後13病日(退院後初回受診日)

A氏は肩関節に突っ張る感じがあると話した。私は、肩関節可動域を確認し、左右差が無いくらいまで回復していることを伝えた。そして、リハビリの進捗状況を尋ねると「洗濯物を干すのもいい運動です。リハビリも続けています」と話し、日常生活のなかでリハビリができていると評価し、頑張りを支持した。仕事についても、現在の肩関節可動域と痛みの状況から、仕事もできそうな気がする」と自信が持っており、自ら医師に相談し仕事復帰していくこととなった。

III. 考察

本事例において、A氏は乳がんの手術後、治療を受けながらも介護施設での仕事に復帰するという明確な目標を持ち、リハビリに積極的に取り組んでいた。初期段階では、A氏はセルフケアに対する自信が低く、意欲が乏しいように見受けられたが、看護師はA氏が潜在的にセルフケアを獲得する意欲と遂行力を持っていることに気づき、再評価を行った。この再評価に基づき、A氏の潜在的な力を引き出し、意欲を高めるアプローチを取ったことで、セルフケアの獲得を促進することができたと振り返る。そこで、看護師がA氏の潜在的な力があることを再評価し介入したことがどのようにA氏の意欲を高め、セルフケアの獲得と継続に繋がったのかを、【潜在的な力の再評価】、【セルフケアの意欲

を高める支援】、【退院後をイメージさせる支援】の3つの視点で考察する。

はじめに、【潜在的な力の再評価】について考察する。A氏は性格や難聴の影響から、考えや思いを表出することが少なかった。また、手術前日には夫が主導的に会話を進める場面が多く、セルフケアに対して積極的な意欲を示しているようにみえなかった。そして、他職種からの説明に対しての理解が曖昧であったことから自信や意欲が低いと私は捉えた。しかし、表出の少ないA氏の言動に着目しその意図を再評価したことで、A氏の持つ意欲や遂行力に気づくことができた。セルフケア能力を発達させるために、患者の潜在的能力に気づき、セルフケア行動の学習・獲得を支援することは看護師の重要な役割である。また、その人がどのような力を持っているか、また他にどのような力を補えばよいか検討することが重要である³⁾。A氏は、リハビリを習得したいという気持ちと、疑問を解決したいという意欲を持っており、その気持ちを出表する機会を作ることで、自ら解決に向け確認し学習する姿勢や意欲を持っていた。A氏が潜在的に持っている力は強みであり、その強みに気づき、それを活かした看護介入を行うことで、A氏のできることを増やす支援ができたと考える。A氏のセルフケア能力を考える上で、今までの経験や対処行動についても考えることが重要である。乳がんの治療は多様であり、手術、薬物療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療が行われ、手術後も治療が続き、その後も再発リスクを考慮した長期的な経過観察が求められる。そして、長期に渡り治療による合併症や後遺症、有害事象のセルフケアマネジメントが必要である。A氏には、妻・母・社会的役割を担いながら長年行ってきた生活習慣があり、そして、乳房にしこりと発見してから受診行動に至るまでの経過や、術前薬物療法時の症状コントロールをしながら治療と仕事を両立した経験ある。しかし、入院時のA氏の様子から、過去の経過や治療に着目したアセスメントが不足していたと振り返る。そのため、早期から身体自己認知力を捉える視点を持ち、具体的にA氏の過去の経験をアセスメントすることで、身体への関心や主体性を把握できたといえる。A氏は術前薬物療法時の時は「辛くなかった」と話しており、そこから具体的な症状コントロールについて引き出せたら、より今までの経験や価値観を反映したセルフケア支援ができたのではないかと考える。

次に、【セルフケアの意欲を高める支援】について考察する。A氏は手術前には術式や治療の見通しが不明確であり、不安を抱えていた。しかし、看護師から気になることについて説明し、リハビリと日常生活動作を結びつけて情報提供を行うことで、治療をしながら仕事を続けるという前向きなイメージを持つことができた。特に、A氏が「仕事が生きがい」であることを明確に語ったことは、セルフケアへの意欲を引き出す大きな要素となったと考える。小宅は、リハビリ意欲を高める動機付け因子として、『回復の実感』『明確な目標の設定』『患者の生活に関連する訓練』は、患者と医療者の双方から支持させる中核的な動機付け因子であることが示された⁴⁾と述べている。このことから、A氏にとって『仕事復帰』という目標が『明確な目標の設定』となり、セルフケア実践の原動力となったと考えられる。

A氏が仕事復帰を目指してリハビリを進める中で、退院後には“また仕事ができる”という自信を持つことができた。自己効力感を高めることは治療へのアドヒアランスとセルフケアを高め、心身症状を軽減することが報告されている。そして、自己効力感が変化する情報源には、成功体験、言語的説得、代理体験、生理・感情的状態の4つがあり、影響し合って自己効力感を上昇させたり低下させたりしている⁵⁾。具体的には、日々のリハビリを通して、苦痛や合併症なく段階的にリハビリが進んでいることを実感し、肩関節可動域の改善が見られたことは、『回復の実感』としてA氏にとって成功体験となり、自己効力感を高める要素となったと考える。さらに、看護師がA氏のできていることや肩関節可動域が改善していることを肯定的にフィードバックすることによって、A氏は自分のリハビ

りが正しくできているという認識を強化し言語的説得となったといえる。また、「今くらいであれば仕事もできそうかな。2人で介助すれば大丈夫」という発言や疼痛スケールから、手術後の痛みの増強がなくリハビリが行えていたと評価した。生理的・感情的状態において、A氏が手術前に予想していたような疼痛がなく、リハビリも順調に進められたことで、リハビリに対して抵抗感を抱かず自分の回復に繋がるものとして捉えることに繋がったと推測する。本事例では、代理体験が提供できなかったものの、成功体験や言語的説得がA氏の自己効力感の向上に働きかける重要な役割を果たした。また、自己効力感に最も影響するのは成功体験といわれている。A氏の場合は、術前薬物療法時に治療しながら体調に合わせて仕事をできていたという経験がある。また、その経験では辛さを感じることはなかったため、そのポジティブな経験が、退院後の術後薬物療法時も、治療を受けながら仕事ができるというイメージに繋がり、その結果として実践できる自信にもなったと考えられる。

最後に、【退院後をイメージさせる支援】について考察する。A氏への介入においては、日常生活や仕事の動作の中でリハビリを取り入れる方法を具体的にイメージできるように支援した。特に、A氏が持つ「仕事復帰」という目標に向けて、肩関節可動域制限により生活や仕事で支障がでる動作やリハビリとなる動作など具体的にA氏と共有したことで、退院後もリハビリの実践が生活の中で自然に行われるようになったと考える。本庄らは、セルフケアは一人ひとりの生活の中で行われる行動であり、医療者は疾患や障害をもつ人とともに、実際の生活のなかで必要とされるセルフケアをイメージしながら、必要な「力」をみにつけられるよう支援していくことが重要である⁶⁾と述べている。A氏から日常生活状況の表出を促し、生活の中でのセルフケアをイメージさせたことで、退院後も継続して実践する力を身に付けることに繋がったといえる。さらに、A氏に生活の中でのセルフケアをイメージさせるためには、コミュニケーションの工夫が重要であった。A氏が持つ両耳の難聴の影響を考慮し、視覚的支援として病棟で使用しているパンフレットを活用し、非指示的な双方向のコミュニケーションを活用し情報の伝達方法に工夫を加えることで、A氏の理解度を確認しながら進めることができた。これにより、A氏はセルフケアを生活や仕事と結びつけて考え、退院後も積極的に実践する姿勢を維持した。そして、A氏からも退院後自分はこうしていこうという具体的な発言が増え、A氏の主体的な考えや意図を言葉にすることに効果的であった。また、A氏の考えや気持ちを言語化することで、A氏からは“仕事”という言葉が多く聞かれ、仕事を大切にしているという価値観を知ることができた。患者は内面に自分の感情を抱えている。対話を通してそれを引き出し言語化することは、患者の価値観を知り、理解を深めるのことに重要であるということに改めて気づいた。

乳がん患者に対する看護実践は、病状や治療経過を追うことに加え、患者の個別的な背景や価値観を理解し、それに基づく支援が求められる。A氏の場合、仕事復帰という明確な目標が回復への原動力となり、その価値観を尊重した介入を行うことで、A氏の自己効力感を高め、セルフケアの実践を促進することができたと考える。これにより、A氏はセルフケアを実践する力を育み、退院後もその実践を継続する姿勢が形成され、その後も前向きに治療に取り組む意欲が維持されると推測する。今回は退院後初回受診までの介入にとどまったが、今後もA氏の前向きな意欲を支える中で、術後のセルフケアや薬物療法の継続、そして仕事と治療を両立できる生活を支援し続けることが今後の課題となる。

おわりに

乳がんの治療は多様であり、長期に渡り治療による合併症や後遺症、有害事象のセルフケアマネジメントが必要である。そして、長期的にセルフケアを継続していくためには、患者のできていないと

ころだけに目を向けるのではなく、できていることや持っている力に目を向けることが重要である。今回の報告では、患者は潜在的な力をもっており、その力に焦点を当てセルフケア支援することが大切であった。そして、患者の身体機能や今までの生活や治療経験、これからの治療と仕事を両立した生活を考え、患者の特性や価値観に合わせたセルフケア指導を行うことで、退院後もセルフケアを継続していく意欲を高める支援に繋がるという示唆を得た。

謝辞

今回症例報告をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださったA氏をはじめ、ご指導いただいた実習指導施設の皆様には感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 国立がん研究センター．乳房：[国立がん研究センター がん統計]．がん情報サービス．2025 - 2 - 3.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/14_breast.html#anchor1, (参照 2025 - 3 - 5)
- 2) 佐藤富美子, 黒田裕子. 術後1年までの乳がん体験者の上肢機能障害に対する主観的認知とクオリティ・オブ・ライフの関連. 日本看護科学会誌, 2008, 28(2), 28 - 36.
- 3) 山本瀬奈. セルフケアエージェンシー(セルフケア能力). がん看護. 2024, 29(3), 258 - 260
- 4) 小宅一彰. リハビリテーション意欲を高める動機付け因子. 臨床栄養. 2024, 144(2), 170-172
- 5) 青柳道子. “自己効力感”. 看護実践に活かす中範囲理論. 野川道子他編. 第3版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 393 - 410.
- 6) 本庄恵子. セルフケア能力を高める支援 - 人々のもつ力に焦点をあてて -. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2012, 16(4), 295 - 299.

参考文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛. 乳がん看護ケアパーフェクトブック. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2019.
- 2) 阿部恭子. 乳がんで乳房切除術を受けた患者の看護. がん看護. 2013, 18(2), 243 - 246.
- 3) 黒田久美子. 《看護診断の気づきとアセスメント》セルフケア支援. 東京, 中央法規出版, 2024.
- 4) 諏訪茂樹. 対人援助とコミュニケーション. 第2版, 東京, 太洋社, 2020.
- 5) 市川加代. 術後の乳がん患者の療養生活の支援. がん看護. 2012, 17(6), 625 - 628.
- 6) 砂賀道子, 二渡玉江. 乳がんサバイバーのレジリエンスを促進する要素. 日がん看会誌. 2014, 28(1), 11 - 20.

AYA世代乳がん患者の周術期の看護
～自分らしさを支持する関わりを通して～

乳がん看護分野 梅坂 明日香

はじめに

Adolescent and Young Adult (AYA) 世代とは15～39歳と定義され、思春期から成人期に移行する時期に相当する。全世代乳がん患者の約5%の割合数で、絶対数は少ないのが現状である¹⁾。しかし乳がんは、20歳代から増加し始め、30～39歳においてはAYA世代のがん罹患の中で最も多くなる。AYA世代は、多くの人にとって親から自立し、生活の中心が家庭や学校から社会での活動に移行したりしていくなど、大きな転換期を迎える時期である²⁾。このような時期に乳がん罹患することで、仕事や家庭内の役割の調整を必要とされ、治療による乳房喪失や妊孕性低下などの現実と直面する。そのため第4期がん対策推進基本計画では、AYA世代がん患者のライフステージに応じた支援の必要性が謳われており、個別性の高い支援が求められている。

私は、20歳代後半で乳がんを罹患したA氏を受け持った。A氏は乳がん治療による妊孕性低下が避けられないため、妊孕性温存を検討しなければならなかった。しかし乳がん罹患後から行動や食事を制限したことで苦痛を抱き、意思決定が出来ないまま周術期に至った。自分らしく生活することや自己決定することを支持した関わりは、困難を乗り越えるための力を引き出す支援となっていた。A氏が妊孕性温存への意思決定に至るまでの支援から気づきを得たためここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 20歳代後半 女性
2. 診断名：右浸潤性乳管癌 閉経前ホルモン受容体陽性乳がん
TNM分類：c T1N0M0 病期分類：Stage I A

3. 患者背景

1) 現病歴

X年7月肩こりで定期的に受診している整体院に行き、腹臥位になった際に右乳房に疼痛と腫瘍を自覚した。同月に大学病院を受診し、検査の結果で右浸潤性乳管癌と診断された。

2) 受け持つまでの経過

A氏の乳がんは、腫瘍径 15×12×10mm で乳管内伸展はなく、乳房部分切除術が可能と判断された。しかし若年発症の乳がんは、遺伝的要因によるリスクが高く、遺伝性乳がんの場合は、乳がんの再発率が上昇するため乳房全切除術が推奨される。そのため遺伝性乳がんが多い遺伝性乳癌卵巣癌症候群とLi-Fraumeni 症候群の検査を施行した。関連遺伝子であるBRCA1/2、TP53の病的バリエーションは保持していなかった。A氏は乳房再建を考慮し形成外科を受診したが、最終的に乳房温存を希望し、乳房部分切除術を選択した。以上から手術療法、内分泌療法、放射線療法の集学的治療の方針となった。また、腋窩リンパ節は画像上転移を否定出来ない所見であったが、臨床的腋窩リンパ節転移陰性と判定された。医師から病理学的腋窩リンパ節転移が認められた場合は、化学療法を実施する可能性があるとの説明を受けていた。内分泌療法や化学療法は妊孕性低下を生じるため、術前に妊孕性温存について検討することを勧められていた。A氏は育児希望があり母親とともに生殖器外来を受診したが、泣き崩れてパニック様症状が出現した。その

ため妊孕性温存に関する説明を聞くことが出来ず、外来は中断し帰宅となった。A氏は術前に妊孕性温存について結論が出せないまま、右乳房部分切除術とセンチネルリンパ節生検の目的で入院した。私は入院当日からA氏の受け持ちを開始した。

3) 社会背景

派遣会社に勤め事務職をしていたが、現在は入院に伴い、休職している。独身で、パートナーはいない。

4) 家族背景

大学進学を機に両親とは離れて生活をしていていたが、乳がん罹患以降、母親は休職しA氏と同居している。受診には常に母親が付き添っている。家族関係は良好である。乳がんの家族歴はない。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は Stage I の早期乳がんであり、治療の目的は乳がんの根治と再発予防である。A氏は若年発症の乳がんであるが、遺伝性乳がんに関与する遺伝子である *BRCA1/2* や *TP53* の病的バリエーションを保持していなかったことから遺伝学的要因の可能性が低いことと、乳がんの病状から乳房部分切除術が可能である。術式は乳房再建を検討したが、乳房温存を希望し乳房部分切除術を選択している。以上から、右乳房部分切除術とセンチネルリンパ節生検後に残存乳房に対する放射線療法と内分泌療法を行う集学的治療の方針である。乳がんの治療による妊孕性低下が避けられず、妊孕性温存を考慮する必要がある。A氏は育児希望があり、妊孕性温存に関する説明を聞くため生殖器外来を受診したが、泣き崩れてパニック様症状を生じ、受診を中断した経緯がある。検査や治療によって仕事の調整や生活の変化を余儀なくされ、乳がん罹患はA氏にとって急激にストレスが負荷された出来事であったといえる。診断期を越え手術療法に臨もうとしているが、手術侵襲による創痛はパニック様症状を誘発し、活動を制限させる恐れがある。

2. 看護上の問題

■1. 手術侵襲による創痛に関連した活動制限のリスク

3. 看護の目標

短期目標：離床することができ、食事、排泄、更衣などの動作を行うことができる

長期目標：創痛により仕事や家事を含めた活動が制限されない

4. 看護の実際

1) 術後第1病日

創痛に対する看護計画を立案し介入したが、創痛による活動への影響はなく、短期目標は達成することが出来た。術後の経過は良好で、術後第2病日に退院することが決定した。しかし退院に向けた看護介入から、生活を制限し苦痛を抱えていること、妊孕性温存について迷いを生じていることが問題として表面化した。生活の制限に関しては、翌日の退院のためその場で介入することを判断し、妊孕性温存に関しては、次治療までの意思決定が困難となりうることを予測したため、看護計画を新規立案した。

看護問題：#4. 妊孕性温存について迷いを生じている

看護目標：#4. 自己価値を反映し、妊孕性温存への意思決定ができる

手術による身体変化が、A氏の生活に影響するかを確認するために、A氏に退院後の生活を想像するように促した。A氏は「ヨーグルトを食べるのは良くないですか?」、「外出はしない方が

いいですか？」など、乳がんだからしない方がいいかという質問を繰り返し口にした。手術前の話をしているため、「乳がん」がA氏の生活に大きく影響していると考えた。私はA氏に生活を制限する必要はなく、乳がん罹患前の生活が可能であることを伝えた。A氏は驚いた表情をして「本当に普通の生活でいいですか？」と述べた。A氏の生活情報からは乳がんリスクファクターに該当する事項はないため、今まで通りの生活が可能であることを再度伝えた。A氏は、術前に食事や行動を制限し過ぎてきたことが辛かったことや医療スタッフに相談出来ずインターネットの情報を頼りにするしかなかったこと、また気持ちの余裕がなくなりパニック様症状を生じたことを語り始めた。A氏の話を支え傾聴した後、共感的態度を示すとA氏は頷いた。

退院後の初回乳腺外科受診日に治療方針が決定することを予測し、術後補助療法に影響を及ぼさないように、自宅療養の期間に妊孕性温存に対して再考して欲しいと考えた。A氏の治療に対する理解度を探るために治療方針について尋ねると、内分泌療法と放射線療法を実施することや、腋窩リンパ節に転移を認めた場合、化学療法を実施する可能性があることを述べた。また術前は気持ちに余裕がなく、妊孕性温存を検討することが出来なかったことを話した。術後早期であるが落ち着いた状態で話していることや、治療方針を理解していることから、妊孕性温存に対する現在の意思を尋ねた。A氏は「手術をして自分の体を痛めつけたばかりなのに、まだ自分の体を痛めつけないといけな気がする」と話し、術前の希望とは相違があった。卵子凍結は自己注射をして排卵を誘発させる方法をとるため、術後早期であるA氏は、自分の身体に侵襲を加えることに対し、否定的な気持ちを芽生えていると考えた。A氏が妊孕性温存に対する意思を表出したことに「今はそのように感じているのですね。」と感情を受け止めた。私はA氏の発言から、妊孕性温存の話をするには時期として早かったのではないかと考えた。しかし外来受診日までに医療者が介入しないことを考慮し、自分がよく考えた結論であればどちらを選択してもいいことや、その選択が今の最善の選択になるのではないかと伝えた。A氏は落ち着いた表情で頷きながら聞いていた。その後A氏は、なぜ妊孕性低下が生じるのか私に尋ねた。内分泌療法を実施した場合と化学療法を追加して実施する場合では、妊孕性低下の機序が異なるため、各治療における妊孕性低下の原因を説明した。

2) 術後第2 病日、退院日

A氏の部屋を訪室すると、A氏は荷造りをしていた。荷造りがリハビリになっていることを伝えるとA氏は微笑んだ。その後来院した母親が、「乳がんにとって悪いと感じたことは全て排除した生活を送ってきました。」と述べた。A氏は母親がいると意見せず、母親が返答することが多かった。その姿からA氏が生活を制限してきた背景に、母親の意向も反映していると考えた。私は母親に乳がんの罹患を理由に生活を制限する必要はないことを伝えた。しかし母親は生活に対して不安を抱いていたため、A氏と母親に乳腺外科の外来受診日に面談が出来ることを伝えた。またA氏と母親の同意を得て、外来に同席することを約束した。

3) 術後第16 病日、乳腺外科受診日

手術の結果説明と治療方針を決めるための外来日であった。腋窩リンパ節に転移を認めた場合は、化学療法を上乗せして投与することが推奨される。A氏は術前から脱毛に対して嫌悪感を抱いていたため、A氏が再びパニック様症状を生じる恐れがあることを懸念し、医師の診察前に介入した。A氏は穏やかな表情で、創痛が増強せず仕事や家事を再開したことを述べたため、肯定的にフィードバックをした。A氏は自分が想像していたよりも乳がん罹患前と同じような生活を送ることが出来たことや運動をしようと試みていることを述べたため、無理のない範囲で実施可

能であることを伝えた。

A氏と母親が同伴することでA氏の意味を聞くことが出来ないと考え、私はA氏が一人になったタイミングでA氏に妊孕性温存に対する意思を尋ねた。「何度考えても答えが出ません。自分の体をこれ以上痛めつけるのは嫌です。でも、あの時妊孕性温存をしておけばよかったと後悔すると思うと答えが出なくて…」とA氏の素直な思いを聞くことが出来た。私はA氏が再考したことを肯定的にフィードバックし、迷う思いを受け止めた。A氏は術前に生殖器外来を中断した経緯があり、私はA氏に再度生殖器外来を受診することを提案した。A氏は提案を受け入れ、生殖器外来を予約した。その後A氏は乳腺外科医師から、腋窩リンパ節に転移が認められ化学療法を行うことが標準治療であると説明を受けた。A氏は沈黙して意思を示すことが出来ず、1週間後に再度治療方針を決めることになった。診察後もA氏は帽子を深く被り俯いた状態で、待合室に座っていた。嫌悪感を抱いている脱毛を伴う化学療法を推奨されたA氏的心情を推察すると、私はかける言葉が見つからず、A氏の横に座り見守ることに努めた。母親から脱毛に関する質問があり、私は沈黙しているA氏の横で母親の質問に対して返答することに躊躇したが、A氏にも伝わるように脱毛の対応策について伝えた。化学療法を実施する場合、卵巣機能障害は避けられないが、A氏の状況から面談は実施せずA氏と母親を見送った。数日後の生殖器外来の受診は予約時間の都合上、会う約束は出来なかった。

4)術後第20病日、生殖器外来受診日

私は乳腺外科受診日のA氏の様子から、A氏に再度パニック様の症状が出現している恐れがあることを懸念していた。A氏と母親は生殖器外来を受診し、妊孕性温存に関する説明を聞いたが、温存するか否か結論が出せずにいるとカルテから情報を得た。この日が最後の介入となってしまったため、私は生殖器外来に向かった。A氏は私を見るなり驚き、私に会いに行こうと母親と話していたことを述べた。その後A氏は「自分の体を痛めつけるのは嫌だけど、卵子凍結をやってみることにしました。やらなくて後から後悔するのも辛いから…」と落ち着いた表情で語った。母親はA氏の横でA氏の発言を聞いていた。私はA氏の選択に驚いたが、A氏が自分のことについて悩み考えた過程や、自分の意思で決めたことに対して肯定的にフィードバックした。A氏は微笑みながら大きく頷いた。A氏は妊孕性温存療法後に術後補助療法を長期間継続する予定である。A氏から希望があり、心理的サポートの目的で乳がん看護認定看護師と乳腺外科の外来看護師に継続看護を依頼した。

III. 考察

AYA世代は乳がん治療に伴う妊孕性低下に対し、妊孕性温存をするか否か意思決定を迫られる。意思決定するためには、患者の挙児希望、病期、ライフスタイルを考慮する必要があり、複雑さがゆえ専門的介入を要する。支持的関わりは、自律性の苦悩を抱えるA氏に対し、自分らしさを取り戻す一助となり、困難を乗り越えるための力となっていた。そして、私はA氏が妊孕性温存への意思決定過程からA氏自身の力を感じ、レジリエンスと捉えた。支援から得た気づきについてAYA世代への支援、自分らしさ見失った過程と支持する関わり、レジリエンスの視点から考察する。

はじめにAYA世代への支援の視点から考察する。AYA世代は挙児可能年齢に相当し、治療方針と並行して妊孕性温存を検討しなければならないことが、この世代の特徴の一つである。A氏はホルモン受容体陽性乳がんであり、術後補助療法として内分泌療法を行う方針である。術後内分泌療法は一般的に治療期間が5～10年と長期に渡り、治療中は避妊が必要であるため、A氏が治療に伴い年齢

を重ねることで妊孕性低下を生じることが予測された。また閉経前乳がんは、腋窩リンパ節に転移を認めた場合、再発抑制のため化学療法を上乗せして行うことが推奨される。乳がん治療で一般的に使用される化学療法薬は卵巣機能低下を生じ、直接的な妊孕性低下が避けられない。そのためA氏は術前から妊孕性温存に関して検討することを勧められていた。しかしA氏はパニック様症状が出現したため、妊孕性温存を行うか結論が出せないまま周術期に至っている。周術期を過ぎると、再発リスクに応じた術後補助療法が開始される。A氏が妊孕性温存を望む場合、術後補助療法の開始前に妊孕性温存療法を行う必要があり、乳がん治療に影響を及ぼさないように意思決定するためには、時間的制約があった。また、A氏は独身でパートナーがいなかったため、不確かな未来への自分に対して、妊孕性を温存するか検討しなければならない状況であった。これらの背景から、A氏の希望に沿う意思決定が出来るように支援をする必要があると考えた。

看護の実際には、周術期のため手術侵襲による身体への看護を優先とし、創痛に対する看護介入を行った。創痛による活動への影響はなく、術後の経過が良好であったため、A氏は術後第2病日に退院することになった。私は退院後初回の外来受診日に治療方針が決定することや、A氏が術前に挙児希望を示していたことを考慮し、術後第1病日に妊孕性について意図的に提起している。A氏は「今は手術をして自分の体を痛めつけたばかりなのに、まだ自分の体を痛めつけないのかと思うとやる気にはなれません。」と発言している。術前は挙児希望があったが、術後はやる気にならないと意思が異なっており、手術を乗り越えたばかりであることが起因し、妊孕性に対して意識が向いていないことが影響していると推測する。そのため術後早期のタイミングで妊孕性温存の話を取り上げることは、術前にパニック様症状を生じたA氏にとって脅威となりうる。しかし手術侵襲による身体状況を考慮し、治療への理解度を確認した上で、現在の意思を確認している。さらに表出した気持ちを否定せず、どちらを選択してもいいという中立的な立場を示すことで、A氏の脅威となることなく介入が出来たと考える。A氏は実際に自宅療養中に妊孕性温存に対して再考した。将来を想像し後悔したくないという感情が芽生え、術後第1病日と第16病日の意思には相違があった。そのため術後第1病日に妊孕性温存に関して提起したことは、A氏が将来を見据えて妊孕性温存に対して再検討する機会となったと考える。

妊孕性温存は専門性に富み、乳がんの治療も多様化していることから、患者のみの意思決定は困難を要する。小西らは、妊孕性温存に関する意思決定過程において、「他者の力を借りる」が過程の進行を支えていたことにより、意識決定には医療者による支援が不可欠である³⁾と述べている。そのため患者が望む意思決定をするためには、患者自身が意思決定を行うことが出来る身体的、精神的状態であることと同時に、治療に関するメリットやデメリットを理解している必要があり、情報提供は支援の上で重要であると考えます。A氏は術前にパニック様症状を生じ、生殖器外来を中断したため、吟味するための知識が不足していたと考える。A氏の質問に答えるように不足している情報を提供し、A氏の理解度を査定した。またタイミングを見計らい、再度専門外来に繋いだことで、A氏は治療に関する知識が増え、自分で考えるための判断材料を得ることが出来たと考える。A氏のライフプランを考慮し、治療方針の先を見越して支援することは、A氏の希望を治療に反映させていく一助となると考える。

乳がんの病状によっては、命を優先し妊孕性温存を諦めなければならないことがある。患者の希望を考慮しながらも、乳がん治療と妊孕性温存の両者に対してリスクを最小限とし、患者が望むベネフィットが得られるように支援していくことが、乳がん看護認定看護師の役割であり、自身の課題であると考えます。

次に、A氏が自分らしさを見失った過程と支持する関わりについて考察する。私はA氏の受け持ちを開始した周術期から術後補助療法までの期間に、A氏が妊孕性温存に関して意思決定が出来るように支援する必要があると考えた。しかし、カルテからA氏は術前にパニック様症状が出現していたという情報を得ていた。さらにA氏がインターネットから情報を取捨選択せずに取り入れ、生活に苦痛を抱いていたことから、A氏の自律性が低下していると捉えていた。そのため妊孕性温存の意思決定をするためには、まずA氏が苦痛を抱えている生活に対する支援が必要であると考えた。考察するにあたり、実践ではA氏を主観的に捉えていたことに気づいたため、再度A氏が生活を制限し、自分らしさを見失った過程を振り返る。

A氏は乳がんと診断後から初期治療までに、遺伝学的検査や術式の選択、妊孕性温存の検討、仕事の調整など、多岐にわたる要素を考慮する必要があった。同時に乳がんの進行を防ぐために、インターネットで積極的に情報を収集していた。これは、A氏が病状に対する不安を少しでも軽減したいという思いからの対処行動の一つであったと考える。しかしA氏の乳がんは遺伝性ではないという結果が出たため、A氏は自分の生活習慣が乳がんの発症に関与したのではないかと懸念していた可能性がある。A氏の母親もまた、A氏の乳がんを心配して情報を収集していた。母親は「乳がんにとって悪いことは全て排除した生活を送ってきた」と表現しており、A氏は母親の影響を強く受けていたことが考えられる。これらの複合的要因からA氏は自分の選択に自信が持てず、情報を過度に取り入れ、生活を抑制していったと予測する。「辛かった」という表現から、術前の生活はA氏にとって我慢を強いられ、自己コントロール感の低下が、心身の余裕を奪った要因であると推測する。そしてA氏の状態が限界に達し、パニック様症状として身体症状の出現に至ったと考える。これらを踏まえるとA氏は自ら情報を収集し、検査や手術方法の意思決定を積み重ねてきたため、本来のA氏は自律的であるといえる。しかし乳がんと向き合う過程で自己コントロール感が低下し、その結果、自律性の苦悩を抱えていたことが、A氏が自分らしさを失っていた要因であったと考える。看護の実際には、パニック様症状の原因を評価することが出来なかったため、入院までの過程を俯瞰的に解釈することで、A氏の全体像を把握することが出来たと考える。

退院後の生活をイメージするように促したところ、A氏は術前の食事や行動を制限していた話をし、自己コントロール感の低下がA氏にとって、耐え難い苦痛であったことが考えられる。私はA氏に、乳がん罹患を理由に生活を制限する必要はないことを伝えた。しかし私の意見は、インターネットで収集した情報と相違していたため、A氏はどちらかが信用性のある情報が判断できず「本当に普通の生活でいいのですか」と尋ねていたと推測する。私はA氏の生活情報と乳がんのリスクファクターを比較し、根拠を明示して信頼性を向上させた。退院後の初回介入日に、A氏は仕事や家事を再開させ、新たに運動を始める意向を示していた。この発言は自分の意思で行動を拡大させようとしていることから、以前と比較し自己コントロール感が回復していると考えられる。専門的知識を用いて根拠を持った説明をしたことで、A氏は過去的生活習慣が問題ないという保証と安心感を得ることができ、本来の生活を取り戻すきっかけとなったと推測する。そして乳がんの罹患が想定していたよりも生活に影響しないと感じたことは、A氏にとって自ら意思決定し行動する自己コントロール感を向上させる要因であったと考える。A氏の苦痛に焦点を当て介入したことは、自律性の苦悩に対するアプローチとなり、A氏が自分らしく生きることへの支援となったと考える。

A氏は親元を離れ、自立して仕事を中心に社会活動を行っていた。しかし乳がんの診断を受けた後、母親と同居するようになり、全ての家事を母親が担っていた。医療者に対しても母親が前面に立ち、A氏は母親の陰に隠れて意見を述べない姿が見受けられ、A氏の自立が阻まれている状況であった。

一人娘を心配するあまり、母親の干渉が強まり、過保護になる一方で、A氏も甘えが生じていた可能性があったと推測する。私は母親の価値観が反映されやすい状況を避けるため、A氏と2人で話す環境を意図的に設けた。その結果、A氏は自分の意思を表明することができた。枷場はAYA世代患者の価値観は必ずしも保護者や医療者と一致するとは限らず、意思決定に際して患者の価値観を組み込むことで自律性が促進される⁴⁾と述べている。親子関係を理解し、A氏が自分の意思を言語化するように働きかけたことで、A氏の希望が明確になり、価値観が明らかになったと考える。さらに介入当初は母親が主に返答していたが、次第に母親が一步引き、A氏の発言を見守るようになった。母親と医療者の双方が、A氏の意思を尊重する姿勢を示したことで、A氏の自律性の促進に寄与したと考える。

最後にレジリエンスの視点から考察する。レジリエンスについて石井は、個人内および環境要因の両者を活用しながら困難な状況に適応する心理的回復力で、ストレス予防の段階で働くのではなく、過大なストレスにより心理的危機状況に陥った場からの立ち直りに作用する心理的機能であり、自己概念やサポート概念を統括した複合的概念⁵⁾と定義している。A氏は嫌悪感を抱いていた化学療法を提案された後、会話が出来ない状態となり、危機的状況に陥ったと考えられる。私はA氏が妊孕性温存に関する決断を迫られていたが、この状況から決定に至るまでには時間を要することを予測していた。一方で、A氏が診断期や手術療法を乗り越えてきた過程から、A氏が自分で意思決定できるのではないかと考え、これら双方の想定をしていた。A氏はこの告知から4日後に「後悔したくない」という思いから妊孕性温存を行う決断をした。私の想定を超えて決断するに至り、レジリエンスが促進されていたと考える。

A氏は術前に医療者へ相談することが出来ず、インターネットで収集した情報を頼りにしていたと述べており、医療者への遠慮があったと推測する。A氏は当初頷いて返事をしていたことが多かったが、次第に意思を表出することが増えた。石井らは患者のレジリエンスを引き出す支援として支えてくれる家族や友人、看護師がいるという、闘病生活を送る上でサポートの認識という側面が支援として重要⁶⁾であると述べている。A氏の力を信じ、支持する姿勢が信頼関係の構築に寄与し、A氏が私を単なる看護師としてではなく、サポートする存在として認識するようになったと考える。その結果、A氏自ら医療者の支援を求めるようになり、継続的な看護を希望するに至ったと考えられる。

術前にはパニック様症状が見られたA氏だったが、困難を乗り越え、妊孕性温存をすると決断した。A氏への支援として、A氏の感情に対して否定せずに受け止め、試みた行動に対しては肯定的にフィードバックを繰り返した。全てを支援するのではなく、適度な距離を保ちながら、A氏の意思を尊重する関わりを継続した。私の支援を振り返ると、多角的なアプローチで自律を促すものだったと考える。A氏は社会の中で自立を目指すAYA世代に属しており、自律性の向上がA氏の困難を乗り越える力を後押し、レジリエンスの柔軟性を発揮する一助となったと考える。

おわりに

AYA世代であっても、ライフステージや社会的背景によって状況は異なり、支援には個別的なアプローチが必要である。AYA世代の乳がん患者が、がん罹患という危機的状況乗り越えながら意思決定を行い治療に向かうためには、個々の置かれている状況を理解し、レジリエンスを信じて自律性を高めていく重要性が示唆された。また患者の希望や治療方針を考慮し、先を見越して支援をしていくことは、AYA世代乳がん患者ががんと共生するための一助となり、乳がん看護認定看護師の役割であると考えられる。

謝辞

このたび認定看護師臨地実習におきまして、多くの学びをくださったA氏とその家族に心から感謝申し上げます。ご協力くださいました実習病院の指導者様はじめスタッフの皆様にも心から感謝いたします。

引用文献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス. 最新がん統計. 2017, 2018.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照 2025 - 3 - 9)
- 2) 日本乳癌学会編. “AYA世代の乳がんの現状”. 患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2023 年版. 東京, 金原出版株式会社, 2023, 184.
- 3) 小西玲奈, 秋元典子ほか. 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程. 日本がん看護学会誌. 2022, 36, 66 - 77.
- 4) 榎場美穂. ライフステージからみたがんサバイバーのQOL AYA世代を中心に 公認心理師・臨床心理士の立場から. MB Med Reha. 2022, 277, 22 - 30.
- 5) 石井京子. レジリエンス研究の展望. 日本保健医療行動科学会年報. 2011, 26, 179 - 186.
- 6) 石井京子, 藤原千恵子ほか. “患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析”. 日本看護研究学会雑誌. 2007, 30(2), 21 - 29.

参考文献

- 1) 厚生労働省編. がん対策推進基本計画. 2023.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>. (参照 2025 - 3 - 9)
- 2) 鈴木久美. “がんによって生殖機能障害を受けた女性を支える” がん看護実践ガイド 女性性を支えるがん看護. 東京, 医学書院, 2015. 56 - 75.
- 3) 竹井淳子. “遺伝性乳がん”. 乳腺腫瘍学. 日本乳癌学会編. 第4版, 東京, 金原出版, 2023. 91 - 97.
- 4) 阿部恭子, 矢形寛. “乳がんと妊娠” 乳がん患者ケアパーフェクトブック. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2017. 261 - 269.

はじめに

乳がんは日本人女性の部位別がん罹患数の第一位であり、平均寿命の延長に伴い高齢者乳がんは増加している。内閣府の統計情報より認知症有病率も増加傾向であり、認知症高齢者の増加から、患者だけでなく家族へのサポートの必要性や看護・介護の需要は高まることが予測される。

認知症高齢者の周術期の支援では、その人のできるという自信を支持することは大切である。一方で、加齢とともに身体機能や認知機能が低下していく中で、実際にその人ができること、サポートがあればできること、できないことを見極め、必要なサポートを家族や社会に依頼していくことが必要である。本事例では、認知症の高齢乳がん患者に対する周術期看護において、家族を巻き込んだ支援の必要性について気付きを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 女性

2. 診断名：左浸潤性乳がん(充実型)

ER：＋(100%)、PgR：＋(100%)、HER2：－(score 1+)、

ki-67：10%、サブタイプ分類：Luminal A

核グレード：1、組織学的グレード：II

TNM分類：c T3N0M0、Stage II A

3. 既往歴：アルツハイマー型認知症があり、ガラントミン臭化水素酸塩口腔内崩壊錠(レミニール[®])4 mgを内服している。

高血圧、脂質異常症

4. 患者背景

1) 現病歴

A氏はX年8月に左乳房のしこりを自覚し、Stage II Aの左浸潤性乳がんの診断を受けた。がんの告知に対してA氏は、これまで健康だったから驚いた、治療のことは分からないと話されるが大きな混乱や動揺した様子はなかった。当初家族が手術を受けさせるか迷っていたため、タモキシフェンエン酸塩錠(タモキシフェン錠[®]10 mg 2錠夕食後)が内服開始となった。手術を受けさせるか迷っていた理由として、長男はA氏が入院すると認知症が進行するのを心配し、長女は入院することでA氏のActivities of Daily Living(ADL)が低下することを懸念していた。しかし、転移がないことや術後6時間で歩行できるという説明を聞いて安心し、手術を同意した。入院日には長男、長女、孫がA氏に付き添っていた。医師から本人と家族に対して手術の説明が行われ、本人はうなずきながら説明を聞いていた。A氏からの質問や発語はなく、家族が今後の治療についていくつか質問し終了した。説明後、A氏に理解度を確認すると、手術を受けることは理解しているが、手術内容や合併症についての具体的な回答は得られなかった。翌日、予定通り左乳房全切除術とセンチネルリンパ節生検が行われ、転移は認められなかったため腋窩リンパ節郭清は省略となった。

2) 患者の状態

A氏は、院内の移動は家族の介助のもと車椅子を利用していたが、身の回りのことは行うことができる。生活の場は自宅であり、自分の食事をつくるなど家事を行い過ごしている。術後も自宅に戻りたいと希望がある。介護度は要支援1で、週に1回送迎付きで日中デイサービスを利用している。内服管理については長男が朝昼夕で配薬ケースにセットしたものを本人が内服する方法をとっていたが、飲み忘れがあった。

3) 家族背景

A氏の夫は5年前に癌で他界し、兄弟もみな他界している。子どもは3人おり、授乳歴あり。現在A氏は50歳代の長男と2人暮らしである。長男は自営業をしており日中は不在である。県内に住む長女が週に1回はA氏の自宅を訪問し、一緒に買い物に行っている。長女も10年前に乳がんにて手術の既往がある。家族の思いとして、A氏が今と変わらない状況で退院してきてほしいと思っている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏はこれまで高血圧や高脂血症の既往はあるが手術歴なく、これまで健康だったから驚いたという発言から、乳がんの診断を受けるまでA氏自身は健康であったと自覚している。認知症の詳細は不明であったが、術前の説明内容が十分に理解できていなかったことや、長男が配薬ケースにセットした内服薬を飲み忘れることがあったという情報から、記憶障害や理解力などの認知機能の低下があることが考えられる。入院による環境の変化や手術による身体侵襲、心理的負担によってせん妄の発現やさらなる記憶力の低下が生じる可能性がある。また、がん罹患したことでも健康であった自分との変化を感じ、日常性の喪失によるアイデンティティの危機に陥る可能性がある。手術に関する意思決定は家族が中心となりA氏をサポートしている。家族の存在もあり、がんの告知後、大きな混乱や否定的な言動はなく、手術に同意していることから、危機は脱していると考えられる。3人の子を授乳し育て、乳房への愛着はあることが考えられるが、外見の変化に対してあまり執着はない。長男と二人暮らしで、毎週長女や孫の訪問があるなど家族関係は良好である。これらのことからA氏は家族からのサポートが大きく、認知症のあるA氏には家族への退院指導は必要であると考えられる。

A氏のADLはJ2で歩行可能であるが、加齢による下肢筋力低下があり、入院中はシルバーカーを利用している。一般的に乳がんの術後合併症として創部感染や、リンパ浮腫、肩関節機能障害などがあり、腋窩リンパ節郭清をしていないA氏においては、リンパ浮腫は発症のリスクが低く優先度は低いと考えた。創部感染についてはA氏が異常を家族に伝えられるように指導し、家族にも創部感染の徴候を説明しておくことで、受診につなげることができる。身体機能の低下に加えて、術後肩関節機能障害が生じると、日常生活に支障をきたし、A氏にとって今までできていたことができないことで苦痛を生じる可能性がある。

2. 看護上の問題

#術後肩関節機能障害のリスクがある

#認知機能の低下があり術後合併症についての理解が不十分である

3. 看護目標

A氏が肩関節機能障害を予防するためのリハビリテーション(リハビリ)を継続できる。

4. 看護の実際

【術後1日目】

術後出血はなく、患肢のしびれや浮腫はない。意識レベルの低下や不穏症状はなく、術後せん妄症状はなかったが、認知機能障害にて手術時に留置されたドレーンの存在については「なにかな。」と理解していなかった。私が説明するとA氏は「そうなの、はじめてだから。」と返答があったが、数時間後にはまた忘れていた。しかしA氏にとってドレーンの留置はそれほど不快ではないようで、常に首からさげ、トイレに行く際にも忘れることはなかった。体動時に創部痛があったが、鎮痛剤を内服するまではないと希望はなかった。肩関節可動域を確認すると、屈曲位で疼痛があるが、肩関節屈曲・外転ともに90°まで挙上できた。私はA氏に、ドレーン挿入中であるため上肢の挙上を90°までにとどめ、首をまわしたり、手の開閉の運動を中心に運動を指導しながら一緒に行った。私はA氏のできていることに対して、「いいですね。」と声をかけると、A氏は「腕も上がるでしょ。動かしたら痛いけどね。大丈夫。もともと運動が好きだからね。テニスやバレーを自治会で長くやっていたの。今はもうできないけどね。足腰は強いよ。家でもずっと動いてるよ。じっとしてない。」と発言があった。家ではじっとしていないと話すA氏に対して、入院してからはベッドに臥床している時間が長く、活動量が低下していると考え、座った状態でもよいので手足を動かして運動するよう提案した。また廊下を歩いて運動をしてもよいことを説明し、トイレから戻るタイミングで、A氏に提案して廊下を一緒に歩いた。

手術を行ったことについてA氏の思いを確認すると、A氏は「これでしばらくは安心して過ごせます。孫がおばあちゃんすぐ病院行った方がいいよって言うから来たんです。そしたらまさかね。」と左乳房のしこりを発見した時のことを想起した発言があった。手術したことは理解しているが、再発・転移のリスクについては認識しておらず、手術をしてしこりがとれたから安心であると認識していると考えられた。孫が受診を促したことでがんの診断につながった経緯もあるため、家族に術後の生活指導しておくことは異常の早期発見や早期受診のためにも必要であると考え、家族来院時に指導を行うことを計画した。

【術後4日目】

病棟看護師がパンフレットを用いてA氏にリンパ浮腫指導を行った記録から、A氏に指導内容について確認すると「パンフレット？まだ読んでない。説明もまだ。」と返答があった。私は創部の異常やリンパ浮腫、肩関節機能障害など起こりうる主な合併症の症状について簡易的な言葉で説明し、異常があれば医師や看護師、退院後は家族に伝えるよう指導した。指導後にはわかったと理解されているようであったが、短期記憶障害や理解力の低下によって、時間がたつとまた忘れてしまう可能性が高いことも予測できた。そこで毎日A氏と一緒に観察を行い、創部や患肢を気にする意識づけを行うことで、理解が得られ習慣化できるのではないかと考えた。また文章による説明よりも実践のほうが効果的であると判断し、声掛けを行いながら毎日創部や患肢の観察と肩関節可動域訓練を一緒に行うようにした。病棟スタッフにもリンパ浮腫指導を行ったこと自体忘れていることを伝え、指導内容について共有した。

毎日の作業療法士のリハビリについて、A氏は「リハビリおわったよ。あんなもんでいいんだね。」と否定的な言動はなく、意欲的に毎日のリハビリに取り組まれていた。しかしどのようなリハビリを行ったか尋ねると「なんだったかな。でもかるいもんよ。」とリハビリ内容については習得できず、退院後のリハビリ継続につながらない可能性があった。普段の運動習慣をA氏に尋ねると「家ではあんまり体操はしないね。ぴよんぴよん動いてはいるけどね。」と家事をして日中過ごしているが、運動習慣はないことから、家事などで体を動かす際に肩関節をまわすなどの運動を取り入

れてみることを提案し、同意されたため一緒に肩甲骨をまわす運動を行った。

【術後5日目】

A氏と自宅での生活の話をしていると、A氏は「いつも朝起きたらこうやって運動する。」と手をグーパーグーパーさせる運動を行った。私は、手の開閉運動に合わせて、上肢を挙上させたり、肩の運動を取り入れること、またそのタイミングでリンパ浮腫の観察として皮膚を見ることを提案した。A氏は「こうね。」と肩をまわす運動を行った。患肢の肩関節屈曲 130° 、外転 130° と昨日よりスムーズに行えており、私は今後も継続していけるように支持的な関わりとして、「昨日よりもスムーズに上がっていますね。いいですね。」と声かけを行った。するとA氏は「みんなのんびりしたらいいって言うけど、こっちの気も知らないで。帰ったら何をするっていうんじゃないんだけどね。」と早く自宅に帰りたいという発言があった。これまで自宅で家事などしていたが、入院中に家のことができていないためのんびりしていられないと思っていたことが考えられた。さらにA氏は「娘が乳がんだったから、娘がよく分かっている。今は一番頼りだね。」と話し、同じく乳癌で手術を行い知識がある長女を頼りにしていることが分かった。長女の手術の詳細は確認できず、長女に行われた指導内容とAさんへの指導内容では異なる部分があると考えられるため、A氏への指導内容を長女に知ってもらうことも必要であると考え、長女と共有し指導することを看護計画に追加した。

【術後7日目】

作業療法士によるリハビリに同行し、リハビリ状況を確認した。体動後は息切れがあり、肩関節外転時に痛みを生じて苦悶表情となる。洗濯物を干す動作や背面で手を組む動作に支障はない。肩関節屈曲は右が 140° 、患肢の左が 130° で左右差があるが、毎日のリハビリによって可動域の低下はなかった。リハビリ運動を大きく図示したり、運動するタイミングを生活にあわせるなどの工夫をすることでA氏がリハビリの内容を習得できるのではないかと期待し、作業療法士とミニカンファレンスを実施した。その結果、乳がん術後の肩関節機能障害が生じやすく、洗濯の動作にもつながる肩関節の屈曲の運動と、肩甲骨をまわす2つの運動を大きく図示して病室の壁に掲示することとなった。リハビリ訓練後、A氏に自宅でもリハビリができそうかを確認すると、「家でもできるんじゃないかな。」と断定はされず、体力の低下を実感し少し不安そうであった。自宅退院の目標を共有し、A氏が毎日リハビリを頑張っていることを伝え、支持する声掛けを行った。

【術後8日目】

リハビリ訓練後、A氏は「リハビリは運動のうちに入らない。かるいもんだよ。でも早く帰るのもね。できるかな。」と発言があり、私は「家事をですか？」と尋ねるとA氏は「そうそう。体力も落ちているし。」と返答があった。術後早期には早く自宅に帰りたいと話していたが、現在は自宅に帰って普段通り家事ができるのかと帰ることを心配していた。患肢の肩関節屈曲 130° 、外転 125° と外転時の可動域が昨日より 5° 低下していることから、創部の拘縮により突っ張り感が生じはじめ、肩関節の可動域が制限されていることが考えられた。A氏としては可動域が低下している自覚はないが、うまく動かせないという感覚が、今までの自己の身体との変化を感じ、これまでは退院して早く家に帰りたいと思っていたが、自宅に帰って今まで通り家事ができるかという心配が生じ、「早く自宅に帰ってもね。」という発言につながっていたと考える。リハビリにて洗濯物を干したりする動作を行っており、上肢挙上してスムーズに行うことができているが、体動後は息切れがあり深呼吸される様子があった。できる自分を保つために人前では無理をしてしまっていることも考えられた。リハビリを継続できるように精神面でのフォローが必要と考え、リハビリをしっかりとで

きていること、昨日よりできていることを積極的に伝えた。

【術後 13 日目】

医師にて大胸筋前面ドレーンを抜去となった。病室の壁に貼った肩関節の運動について行っているか尋ねると、A氏はやっているよと肩甲骨を回したり、手をあげる動作を行っているが、肩甲骨の動きは小さく、手を挙げる際には肘が曲がっていた。自己でのリハビリが効果的にできておらず、普段実際に行っているかどうかは不明であった。リハビリの動きが小さくなっている原因として、研修生と意見交換を行い、痛みによるものや、痛みが生じる怖さによるもの、創部に影響する怖さ、認知機能の問題、または自己ではできていると思っているのかなど確認したうえで対策をする必要があると分かった。A氏に確認すると、動かす怖さや我慢できないほどの痛みはなく、実際に病棟看護師が鎮痛剤の提案をするが毎回不要と返答していた。

明日の退院を前に、入院生活を振り返ったA氏から楽しかったという言葉が聞かれ、つらいだけの入院生活ではなかったことが分かった。入院中、毎日のリハビリにも意欲的に取り組まれていたことをねぎらい、退院後も肩関節のリハビリ等運動を継続するよう説明した。

【術後 14 日目】

本日自宅退院となる。病棟看護師が長男に術後のリンパ浮腫予防などパンフレットを用いて事前に説明しており、私からは長男に肩関節の運動について行った指導を説明した。A氏は「もらったの見てやるね。痛くなるかもだから、そうね、痛み止めもらっとこうかね。」と、鎮痛剤について当初はいらないと話されていたが、体動時に痛みが伴い肩関節の可動が制限されていることがあるため、本人と相談し退院処方で鎮痛剤を医師に依頼した。適切な肩関節の運動を、私はA氏の肩に手を添えながら一緒に行い、少し痛い、のびていると感じる程度で継続していくことを再度説明した。長男はA氏の横で運動する様子を見ていた。一人でのリハビリだと、動きが小さくなる可能性はあるが、リハビリに対して前向きであるため、洗濯など家事を通して必要な動作でリハビリを継続していけると考えた。

【退院後初回外来時】

長男と来院され、退院後の自宅での様子を本人と長男に確認した。A氏は「特に何もしていない。ぼーっとしてる。家事っていっても息子も自分でやるから。」と話した。長男は「退院してすぐは活気がなく見えました。次の日がデイサービスで、聞いたら行くっていうからそのつもりでいたら、当日朝自分で行かないって電話していました。今はだいぶ体調も戻ったみたいです。日中はテレビ見たりしてるんじゃないかな。」という話から、環境の変化による疲れや、入院や手術による体力の低下や倦怠感を感じていることが考えられた。毎日入ると言われていたシャワー浴にも3日に1回程度しか入れていなかった。退院処方の鎮痛剤の内服についてA氏に尋ねると、「痛み止め？もらってないよ。」と返答があった。鎮痛剤の内服管理について長男に確認すると、痛み止めが欲しい時は長女に連絡してから内服するという決まりをつくっており、一回も連絡していないことから術後鎮痛剤は内服していなかった。電話については入院中も長女に電話する様子があり認知機能的には可能であるが、電話をして内服するまでに手順が多いこと、また鎮痛剤を内服するという認識がなかったことが、結果として内服まで至らなかったことが予測された。A氏は退院後も体動時に創部痛があり、倦怠感で活動量も低下していたことから、長男に処方のカロナールを1回分のみ痛み止めと記載して本人に手持ち分として渡しておくことを提案するが、他の薬と混ざって分からなくなってしまふことの心配を話され、長女に連絡してから飲む方法の継続を希望された。そのため、本人へデイサービスに行く時など動くときに痛ければ、家族に我慢せずに伝えるよう説明した。

肩関節可動域を確認すると、肩関節可動域は屈曲 120° 外転 90° と外転の可動域が著明に低下していた。可動時に痛みを生じていることから、今後さらに肩関節の可動域が低下する可能性があった。診察時に医師からも肩関節が固まるため動かすように説明され、診察後にはA氏は「肩が固まってしまうから動かさないでね。」という発言があった。リハビリの必要性は理解されるが、やはり肩甲骨をまわす動きが小さくなっているため、長男同席の元、肩関節を大きくまわすよう指導した。

Ⅲ. 考察

今回、私は短期記憶障害のあるA氏に合わせた退院指導を実施したつもりだったが、退院後に指導したリハビリが継続されておらず、肩関節可動域が低下していた。私がA氏に行った指導や関わりを振り返り、不足していた視点に気付きをえたためここに述べる。

まず、認知症による認知機能低下とその査定について考察する。一般的に認知症とは、後天的に認知機能が低下することで、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、アルツハイマー型認知症の特徴として記憶力や判断力の低下がある。認知症による記憶障害によって、説明した内容や指導したことを忘れてしまうため、家族などキーパーソンへの説明や指導が必要である。A氏も同様に、認知症による短期記憶障害があることで家族への指導が必要であると考えたが、A氏は会話の中では適切な応答があり、コミュニケーションは良好であった。家事などの身の回りのこともでき、遂行能力があった。これらのことから、私はA氏を認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅰと判断し、認知症の程度は軽度であると捉えた。家族への指導も退院に向けて必要であるが、短期記憶障害があっても生活の中にリハビリを取り入れることで、A氏自身が肩関節機能障害の予防を行えると考えた。またA氏は日中一人で過ごしていることからA氏主体の指導を行うことを優先した。しかし、結果として指導したリハビリが行われなかった要因を考察すると、短期記憶障害があることで自宅に帰って入院中の行ったリハビリを思い出して行うことが困難であったことや、図示したものが自宅で活用されず思い出すきっかけもなかったことが考えられた。実行能力の査定として、図示した運動について、実際にそれを見て一人でできるのかどうかを入院中に確認することも必要であった。認知症患者において西川は、患者にとっては習慣に基づいて生活することが最も容易で混乱が少ない¹⁾と述べている。認知症のあるA氏にとって、入院という新しい環境は普段の生活とは異なり、加えて肩関節機能障害の予防のためのリハビリを取り入れることは、より混乱が生じやすく、適応するまでに時間を要する。A氏は退院後、日常を取り戻そうとするだけで精一杯であったことも考えられる。約2週間の入院期間で新しい習慣を身につけ、自宅に戻ってもその習慣を継続することは、認知症のあるA氏にとって困難であった可能性がある。したがって、私がA氏ならできると捉えたリハビリを習慣化し継続することは、認知症のあるA氏にとっては困難なことであり、記憶力や理解力、指導内容を実施する実行能力の査定にずれが生じていたと考える。

次に、A氏の自信とサポートの必要性の見極めについて考察する。私がA氏ならできると判断した背景には、A氏のリハビリに対する自信があげられる。リハビリについてA氏は、「リハビリは運動のうちに入らない。かるいもんよ。」や「長く運動やってきたからね。足腰は強いよ。」と話していた。これらの発言から、長年のスポーツ経験や、体が丈夫であることが、A氏にとって健康を意味し、自信につながっていたと考える。実際にA氏はリハビリ時に息が上がるがあったが、否定的な発言はなく、言われた回数をこなしていた。一方で、「自宅ではじっとしていない」というA氏の発言に対して、トイレ歩行以外に自主的な運動をしていなかった点に私は違和感を抱いた。また、自宅での運

動習慣について、前日と異なる内容を新しい情報として話されることがあり、本当に行っているか疑問に思うこともあった。この違和感や疑問をそのままにしてしまったことで、A氏の全体像を捉えきれず、本当にA氏の生活に沿ったリハビリにつながらなかったと考える。私はその時々で話されるA氏の話信用し、それに伴いリハビリを取り入れるタイミングや方法の指導が異なっていたことで、具体的な提案とならなかった。実際にはできないこともできると思うA氏の自信が弱みにもなりうる可能性についてその時は気付くことができなかった。自分でできるのか、サポートがあればいいのか、あるいはできないのか、その見極めが重要である。自分でできない場合には、どのようなサポートがあればいいのかを家族や周囲と入院時から話し合い、サポートを依頼する必要がある。実際にA氏はサポートがあればリハビリを行うことができていた。認知症高齢者のケアについて天木らは、認知症高齢者とのかかわりでは、機能の低下に注目しがちであるが、機能低下だけでなく患者ができることを意識的にとらえる姿勢が適切なケアを導き、患者の強みを理解することが患者の自尊心を擁護し尊厳順守につながると考える²⁾と述べている。私は、A氏が認知症であっても、A氏のできるという自信を支持し、どうすればA氏ができるようになるかに焦点をあてていた。A氏を主体として指導を行ったことは、A氏のできるという自信や残された機能を尊重した関わりであった。しかし、それらを大切にすあまり、A氏の言葉を疑わず家族に確認するに至らなかった。これらのことから、患者の強み、自信ばかりに目を向けず、言葉を全面的に信用するのではなく、違和感をそのままにしないことが重要である。患者の言葉に行動が伴っているか、一番近くにいる家族からの情報とすりあわせを行い、正しい情報であるかを判断する必要があった。

次に、効果的な指導にするためにはどうすればよかったのか考察する。認知症は進行する病気であり、症状も今後さらに進行していく。短期記憶障害に加えて、実行機能障害や妄想、徘徊などの周辺症状が生じると、家族や社会など周りのサポートは必要不可欠となる。金子らは、回復期リハビリテーション病棟の高齢者のセルフケアを支援する看護師の家族への援助技術について、高齢患者の入院生活の内容や会話から高齢者の考え、意欲や依存、能力など、高齢者の特徴を踏まえ、高齢患者のADLでうまくいったところ、うまくいかなかったところを家族に伝えて、その家でのやり方、状況に合わせて指導を工夫する必要がある³⁾と述べている。A氏の場合、家族が中心となり意思決定した経緯や良好な家族関係であることから、家族のサポートが得られることが期待できた。実際に長男と暮らしており内服セットや、長女が毎週訪問し買い物に一緒に行くなど、A氏ができないことに対してサポートをされてきた。A氏にとっても家族は安心できる存在であり信頼されていたことから、家族の協力を得ることが最も効果的な指導であったと考えられる。A氏の生活状況はA氏の家族がよく知っており、生活に沿った指導を行うにあたり、家族からの情報も得ることでより確かな情報となる。認知症のA氏にとって、言葉にできない苦痛を家族が代弁する状況や新しい生活情報を得られることがある。反対に家族だからこそ知らない患者の思いや入院中の生活がある。家族の視点と看護師の視点をすりあわせて患者を捉えることで、患者の理解を深めることにつながる。

私は認知症のあるA氏に対して家族への指導が必要であると当初から考えていたが、A氏と関わる中で、A氏ならできるのではないかと判断し、A氏を主体とした指導を優先したことで、家族への積極的な情報共有や指導の機会を確保するまでに至らなかった。長女は乳がん経験者であり、長女を頼りにしているというA氏の言葉から、長女へ指導を行うことがよいと考えていたが、実際に一緒に暮らしているのは長男であり、A氏にとって最も身近で毎日の直接的な関わりがある長男へ指導することは適当であった。サポートがあればリハビリ訓練を行うことができるA氏に対しては、図示した運動を自宅でも見える位置に貼付してもらうことや、長男からの運動の声掛けや実施したか確認をして

もらうこと、長女に週に1回A氏の困っていることや身体状況を確認してもらい長男と共有してもらうこと、電話で声掛けをしてもらうことなど様々な方法が考えられた。家族にとっても負担にならない程度で、どうすればA氏が自身で行うことができるのか家族ができる具体的なサポート方法について相談し提案することができると、よりA氏の生活に沿った具体的な指導になったと考える。これは退院時のみの指導で行えるものではなく、入院当初から家族を巻き込んでいくことが重要である。入院中に家族と日時調整し指導する時間を確保することや、病棟看護師に家族への具体的な指導を依頼することも必要であったと考える。これらのことから、認知症の高齢乳がん患者に対する周術期看護において、その人の残された機能を尊重しつつ、看護師として客観的な判断に基づき、認知機能や遂行能力を査定し、家族と認識をすり合わせることで、そして患者と家族双方を主体として、入院当初から家族を巻き込み、具体的で実践可能な指導につなげていくことが重要である。

おわりに

認知症があってもA氏のできるという自信を支持し、残された機能を尊重し介入を行った結果、退院後に指導内容が継続できていなかった。今回の事例を通して、認知機能や身体機能が低下していく認知症の高齢乳がん患者に対する周術期看護において、家族からの情報と看護師からみた患者の情報を総合的に捉え、A氏自身でできることと、サポートがあればできること、できないことを見極めることが重要であることが示唆された。早期から患者と家族の双方を主体として、入院当初から家族を巻き込み指導を行うことが重要である。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださった患者様とご家族様、ご指導いただきました実習指導者様と病院関係者の皆様、乳がん看護分野専任教員の方々に、心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 西川隆, 大西久男. 認知症の原因疾患による症状・行動の特徴とケアの方針.
J Rehabili Health Sci. 2009, 7, 1-7.
- 2) 天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子. 一般病棟で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護師の判断. 日本看護研究学会雑誌. 2014, 37(4), 63-72.
- 3) 金子史代, 倉井佳子他. 高齢患者のセルフケアと支援する家族への退院支援としての援助技術. 新潟青陵学会誌. 2012. 5(3), 41-49.

参考文献

- 1) 国立がん研究センター がん情報サービス. がん種別統計情報. 2025.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照 2025-03-03).
- 2) 内閣府編. 高齢社会白書 2 健康と福祉. 令和6年版, 2024.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1_2_2.html
(参照 2025-03-03).
- 3) 日本認知症協会. 認知症を知る. <https://ninchi-a.com/index.html> (参照 2025-03-03).
- 4) 鈴木和子, 渡辺裕子. 家族看護学 理論と実践. 第4版, 東京, 日本看護協会出版会. 2012, 1-323.

- 5) 大森純子. 高齢者にとっての健康:「誇りを持ち続けられること」農村地域におけるエスノグラフィーから. 日本看護科学会誌. 2004, 24(3), 12-20.
- 6) 金子史代. 看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因. 日本看護研究学会雑誌. 2011, 34(1), 181-189.
- 7) 黒沢直子. 認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題. 北翔大学 人間福祉研究. 2011, (14), 121-128.
- 8) 齋藤静. 高齢期における生きがいと適応に関する研究—ネットワークの観点から—. 現代社会文化研究. 2008, 41, 63-75.

はじめに

厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」によると、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である¹⁾と明記されている。がん患者においても、患者・家族間で話し合いをすすめることで、それぞれの価値観を確認し合い、人生の最終段階に向けての意思決定を円滑に行っていくことにつながると言える。

乳がん患者は、長期間の投薬や経過観察により経過が長く、日常生活動作が維持できていることから一人で通院している患者が多い。そのため、患者が家族に現状を説明できず家族に正確な情報が伝わらないことや、患者があえて家族に病状を伝えないことで、現状と家族の認識に差が生じることがある。さらに、家族は必ず病院に来るわけではないため、家族がどのように病状認識しているか、どのような心配事を抱えているか、気づくことができないという問題がある。

今回、進行・再発期であるA氏もその一人であった。A氏は再発治療を行っていたものの病状が進行し、命に関わる症状が出現する可能性があった。しかし、長女の精神的負担を懸念し、病状進行について伝えることを先延ばしにしていた。そのため、人生の最終段階に向けての患者・家族間で話し合いを行うことができていなかった。そこで、家族と病状共有する必要性を認識するために、カルガリー家族アセスメント／介入モデルを参考に介入したため、支援から得た気づきを報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：右乳がん術後再発、多発脳転移・多発骨転移・多発肝転移、右腎転移・左副腎転移、右肺転移、縦隔リンパ節転移、右肺門リンパ節転移、多発リンパ節転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X年、浸潤性乳管がんトリプルネガティブ乳癌と診断された。術前化学療法（EC+DTX療法）実施し、X+6か月、右乳房全切除術+センチネルリンパ節生検を施行した。Ki67 70%、HG3、TNM分類はT2N0M0、StageⅡAであった。術前化学療法後、残存病変があり、術後補助化学療法としてカペシタビン錠（ゼローダ[®]）を内服した。X+2年、眩暈、歩行時のふらつきが出現し、多発脳転移、右小脳転移の他、縦隔リンパ節転移、多発リンパ節転移が発覚した。右小脳転移巣切除、全脳照射、γナイフも施行した。治験を行うも、4か月でProgressive Disease(PD)判定となった。X+2年7か月、多発脳転移が再燃し、多発肝転移が新出した。エリブリン療法、アバスチン+パクリタキセル療法も行われたが、それぞれ、2か月でPD判定となる。多発脳転移、多発肝転移は増大し、左鎖骨上窩、右肺門リンパ節転移、多発骨転移(胸骨体部、左第4肋骨、L1椎体、C6及びTh11に圧迫骨折)、右肺転移、右腎転移、左副腎転移が新出し、病勢は増悪傾向であった。X+2年11か月、GEM+CDDP療法へ治療変更となり、1投目が終了した。今後、がん性疼痛が出現している胸骨に対し緩和照射を行う方針となる。

2) 受け持つまでの経過

脳転移による運動麻痺、運動失調はなく日常生活動作は自立していたが、X+2年7か月、多発肝転移が新出した時期から、倦怠感と眠気が出現していた。また、胸骨転移部の疼痛が著明であり、看護師から麻薬性鎮痛剤の使用方法について指導を受けたが、速放性製剤を使わず、疼痛コントロールが不良であった。痛み、倦怠感、眠気のためPerformance Status(P S)3に低下し、日常生活にも支障をきたし、苦痛が生じていた。さらに、食欲低下により食事摂取量が少なく、体重減少が顕著であった。

再発治療開始後も、動けなくなることや薬の効果に不安を抱きながら治療を継続してきたが、X+2年7か月から、自身がなくなったあとの家庭のことを考え始めていた。病状の進行に伴い残りの時間が限られてきており、X+2年9か月に最期の療養先を決めるよう医師から説明された。医師や看護師から、家族に病状を伝えること、家族を病院に連れてくるよう何度も説明されていた。A氏は、長男には再発治療の話はしていたが、病状が進行し医師から療養先を決めるよう話されたことについては、長男、同居する長女どちらにも伝えることができていなかった。X+2年10か月、明らかな肝転移の増悪が見られた。A氏を受け持つ1週間前、医師から、GEM+CDDP療法を行ってはいいるが、長期的な予後が期待できないため、再度、療養先について決めるよう説明をされていた。GEM+CDDP療法1投目終了し、緩和照射目的で胸骨に対し8Gy/1fr照射のための受診日から受け持ちを開始した。

3) 家族背景

A氏は20歳代の長女と二人暮らしをしている。30歳代の長男は結婚し、別世帯である。夫とは別居し、連絡はとっていない。長女は精神的に落ち込みやすい性格であり、長男と相談の上、長女に悪い知らせは伝えないと決めていた。そのため、再発したことだけは伝えていたが、治療内容や病状進行に関して長女に伝えていなかった。長女はA氏が通院する病院内で勤務していたが、毎回受診はA氏一人で、長女の付き添いはなかった。A氏からの話以外、長女の情報はなかった。

4) カルテの情報(S情報を『 』で示す)

『私がいなくなって耐えられるか心配。娘が結婚していればいいんだけどね。一人になっちゃうから。そのうち話をしないとは思っているんだけどね。』『娘が子どもを産むときに傍にいて、相談に乗ってあげられないのはかわいそう』『娘も息子も仕事が変わったばかりだから、できれば半年は頑張りたい。』と発言していた様子がカルテに記載されている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は初発乳がんであり、集学的治療(術前化学療法、手術療法、術後化学療法)を行い、経過観察をしていたが、悪性度が高く、術後1年6か月で再発・遠隔転移した。多発脳転移の発覚後もさまざまな臓器に転移が新出した。骨転移は、胸骨体部、左第4肋骨、L1椎体、C6及びTh11に転移しており、脊髄圧迫が起きやすく、高カルシウム血症のリスクがある。さらに、多発脳転移が病勢増悪傾向であり、頭蓋内圧亢進症状が出現するリスクが高い。そのため、オンコロジーエマージェンシーにより命に関わる危険な状態に陥る可能性があると考ええる。

また、麻薬性鎮痛剤である速放性製剤をタイミングよく使えないことで胸骨転移部の疼痛コント

ロールが不良であり、倦怠感、眠気のためP S3に低下し、日常生活にも支障をきたし、苦痛が生じている。さらに、食欲不振のため食事摂取量が少なく体重減少が顕著であることから、がん悪液質の可能性もあると考える。

A氏は、再発治療がそれぞれ2～4か月と短期間でPD判定となり、自身がなくなったあとの家庭のことを考え始めていたことから、医師の説明や身体の状態から死を意識し、今後のことを考えることはできていた。しかし、医師や看護師に、長女に病状を伝えることや家族の来院を促されても、長女の精神的に落ち込みやすい性格を懸念していた。つまり、オンコロジーエマージェンシーにより命に関わる危険な状態に陥る可能性があるにも関わらず、長女の精神的負担を優先させ、病状進行について家族と情報共有する必要性を認識できていないと考える。家族間で対話ができないことで、家族、医療者でA氏の望む療養生活を支えることができない可能性がある。そのため、A氏自身が情報共有の必要性を感じ、家族と病状進行の情報共有をしていく必要がある。

2. 看護上の問題

#家族と病状進行について情報共有できないことで、療養生活を家族、医療者で支えることができない

3. 看護目標

短期目標：家族と病状進行について情報共有する必要性が分かり、話し合うことができる

長期目標：患者、家族、医療者間で、今後の療養生活について話し合うことができる

4. 看護の実際

【受け持ち1日目】

病状進行や療養先を決めるように医師から説明されていることを、家族と情報共有することができたか確認をした。A氏からは「娘にも息子にも話してない。息子が月に1回来てくれるの。息子はしっかりしているから、そのときに息子には話そうと思う。いつ来るかは決まってない。自分から息子と呼び出すつもりはない。娘には、息子から話してもらおうと思っているの。私からは話せない。娘はへこたれやすい性格だから。心配かけたくない」との発言が聞かれた。元々のA氏と長女のコミュニケーション状況を確認すると、生活で必要なことが中心で、お互いの思いや考えを伝え合うことはないという情報を得た。

A氏は長男から長女に伝えてもらおうと考えているが、早めに伝えようとする認識は低く、長女に伝えることを先延ばしにしようとしている。そのため、病状共有の必要性を理解できていないと考える。現在の病状や出現する恐れのある症状の理解を深め、家族が病状を知らないことで、どのようなデメリットがあるか、動機付けを強化していく必要があると考えた。

【受け持ち2日目・午前中】

前回の受け持ち、介入から2週間経過している。A氏は受診4日前に自宅で転倒し頭部を強打した。頭部と頸部周囲の痛みが出現していたが、自宅で様子を見ていたとA氏から情報を得る。医師に報告し、検査の相談後、転倒したことをきっかけに、家族と病状進行について情報共有をする必要性をA氏に感じてほしいと考えた。

〈表1. 病状や今後起こりうる症状による動機付けの介入〉

介入前／A氏の反応	アセスメントによる看護介入	介入後／A氏の反応
「まだ話してない」	〈アセスメント〉 長女の精神的負担を心配し、病状や今後起	「来月に3人で家のこと

よ。息子まだ来てない。いつ来るか分からない」 「伝えた方がいいと分かっているけど、娘の反応を自分で受け止めるのがね。その姿に向き合えないといけないから」	こりうる症状を関連付けて必要性を認識できていない。 〈看護介入〉 ・4日前に転倒したこと、病状的にいつ体調を崩すか分からないこと、今後起きる可能性がある症状を説明した。 ・家族がA氏の病状を知らないことについてどう考えると思うか、病状を知らずにA氏が急変した場合、どのようなことが起こると思うか問いかけた。	を話そうと思っていた。その時に言おうと思う」 「娘は痛がっている私の姿を知っているから、話さなくても体調が悪いつて察していると思う。息子は、私が痩せてきているのに気づいているから、分かっていると思う」
--	--	--

〈表2. 長男・長女の状況を想像させる介入〉

介入前／A氏の反応	アセスメントによる看護介入	介入後／A氏の反応
黙ってうなずいている。	〈アセスメント〉 病状の進行や急変について説明しても先延ばしにする様子があり、介入効果はなかった。 A氏自身の感情や認識のみで物事を捉えている状況であり、長男、長女の気持ちや状況を想像できていない。 〈看護介入〉 ・長男、長女はそれぞれどんな気持ちだと思うか、一緒に考えてみましょうと問いかけた。(痛がっている姿、痩せていく姿だけ見て、何が起こっているのか知らない怖さや心配な気持ちは生じないか、詳細を知らない事で、長男、長女はどう思うか、もし急変した場合、長男、長女は病状についてもっと早く知りたかったと思うかどうか) ・急変を起こすと長男、長女と話ができなくなる可能性もあること、後悔しない方法を一緒に考えることを提案した。 〈アセスメント〉 今まで家族へ病状を伝えることを先延ばしにする様子があったこと、4日前に転倒し時間的な猶予はないことから、具体的な期限を決める必要がある。	「…そうだよ、そう思う。息子も娘も知りたいと思っているかもしれない…」 「知りたいと思うけど、息子と娘の気持ちは聞いてみないと分からないから、先生から直接話聞きたいか、両方に聞いてみる」 「今日はダメ。娘はダメ」 「聞きたいって言ったから、1週間後に来てもらう。娘にも、先生に話聞

	〈看護介入〉 ・4 日目の転倒や、いつ急変するか分からない状況であることを再度説明した。 ・本日、もしくは1 週間後と期限を決めて提示した。	く？って聞いてみる」 「息子と娘がその気持ちがあるんだったらいいかなとは思うけど、私は、先生の話に入ってもらいたい気持ちはないね」
--	--	--

〈表 3. その他の介入とA氏の反応〉

医療者の行動	A氏の反応
最期の療養の場について確認した。	「できるだけここに通いたい。体調悪くなったらここで入院。そのあと最期はホスピスと考えていた。誰にも話したことないけどね」
A氏が長男、長女に確認し、1 週間後に連れてくる意思があることを医師へ報告した。医師は、1 週間後ではなく本日長女に話をした方がいいと判断し、医師からA氏に提案した。	「それは無理ですね、娘は気持ちが弱いんです。だから、話はちょっと…。話した方がいいことは分かっているんですけど」と、医師からの提案を最初は納得できなかった。しかし、医師からの説得により、長女を呼び出し、病状説明をすることを了承した。 「先生に今日って言われて驚いたけど、さっき1 週間後と決めていたから、今日でもいいと思えた」

【受け持ち2 日目・夕方(長女への病状説明)】

医師がA氏、長女に病状説明をする場に同席した。全身に癌が散らばっている状態であり、脳転移、肝転移は命に関わることを、年は越せても、その次の年は越せないことを説明された。長女は「意識しないようにしていて…でも具合悪そうで…。心配していた。ご飯全然食べないから。我慢強いから。一人で抱え込んでしまうので…」と長女は涙ながらに思いを表出した。

【長女への介入】

医師からの病状説明後、A氏は処置で別室に移動したため、別室で長女と話をした。

〈表 4. 長女への介入〉

介入前／長女の反応	アセスメントによる看護介入	介入後／長女の反応
泣き続けている。	〈アセスメント〉 「意識しないようにしていた。」ということから、長女も病状を知ることから目を背けていた。A氏との話し合いを避けてきていることから、A氏の思いを知るきっかけが必要である。また、医師から病状説明を受け、長女が心配に思っていることに対する支援が必要である。	泣きながらもうなずいている。 「家で本当に動かないんですが、筋力とか大丈夫ですか？このままどんどん動けなくなっていくような気がして。痛みは、これからどん

	〈看護介入〉 ・現在のA氏の症状と、買い物や料理をしてもらいA氏が長女に感謝していたことを説明した。 ・今一番心配なことはなにか確認し、質問には一つずつ答えた。 ・長女がA氏のためにできることを具体的に提示した。	どん上向きになっていくんですか？それとも下がることもあるんですか？ご飯全然食べないんですけど、どうしたらいいのでしょうか？」 長女はうなずきながらメモをしている。話が終わることには、泣き止み、A氏と会話できるくらいになった。
--	---	--

【受け持ち2日目・帰宅時のA氏】

長女は仕事に戻り、帰宅するA氏を玄関まで見送った。A氏と長女は今まで病状に関するこの話し合いを避けてきたため、長女の気持ちを伝える代弁者としての役割を果たす必要があると考えた。長女の思いや心配なことを確認したこと、A氏のためにできることをしたい様子があったこと、長女に買い物の介助やA氏の食べやすい物、麻薬性鎮痛剤のコントロール方法など支援の情報提供をしたこと、そして、これからも医療チームが長女を支援していくことを伝えた。A氏は「娘のことだけが心配だったからね。娘に話してもらってよかった。自分じゃ絶対言えなかったから。もう大丈夫だと思う。息子には大丈夫。娘と今日こうなったよって、ちゃんと言える。ありがとう」と、明るい表情が見られた。

III. 考察

法的視点から見たときに、個人情報保護法では、家族であっても患者以外の者に病状説明を行う場合は、患者本人の同意を得ることが望ましいとされている。A氏は、長女の精神的負担を懸念し、病状進行について長女に知られることを望んではないいたため、同意を得ることはできていなかった。しかし、看護師には専門職として果たすことが求められる倫理的責任がある。ICN看護師の倫理綱領の中には、看護師は、個人や家族がケアや治療に同意する上で、理解可能かつ正確で十分な情報を、最適な時期に、患者の文化的・言語的・認知的・身体的ニーズや精神状態に適した方法で確実に得られるよう努める²⁾と示されている。A氏は、病状の進行について家族と情報共有しないことで起こりうる事象について十分に理解しているとは言えず、家族も情報を知らない状況であった。今後病状進行に伴い、命に関わる急変やA氏の身体的苦痛が緩和されず、家族間の問題などが生じる可能性がある。そのため、倫理的視点から見て、現状の問題点を共に考え、家族と病状進行について情報共有をする必要性を、A氏が十分に理解する必要があった。

〈表1〉では病状の説明や、今後起こりうる症状による動機付けを試みたが、A氏の認識は変わらず、病状進行について家族と情報共有する必要性の認識には至らなかった。A氏は、自分自身の感情や認識のみで物事を捉えており、家族の気持ちや状況を想像することができていなかった。

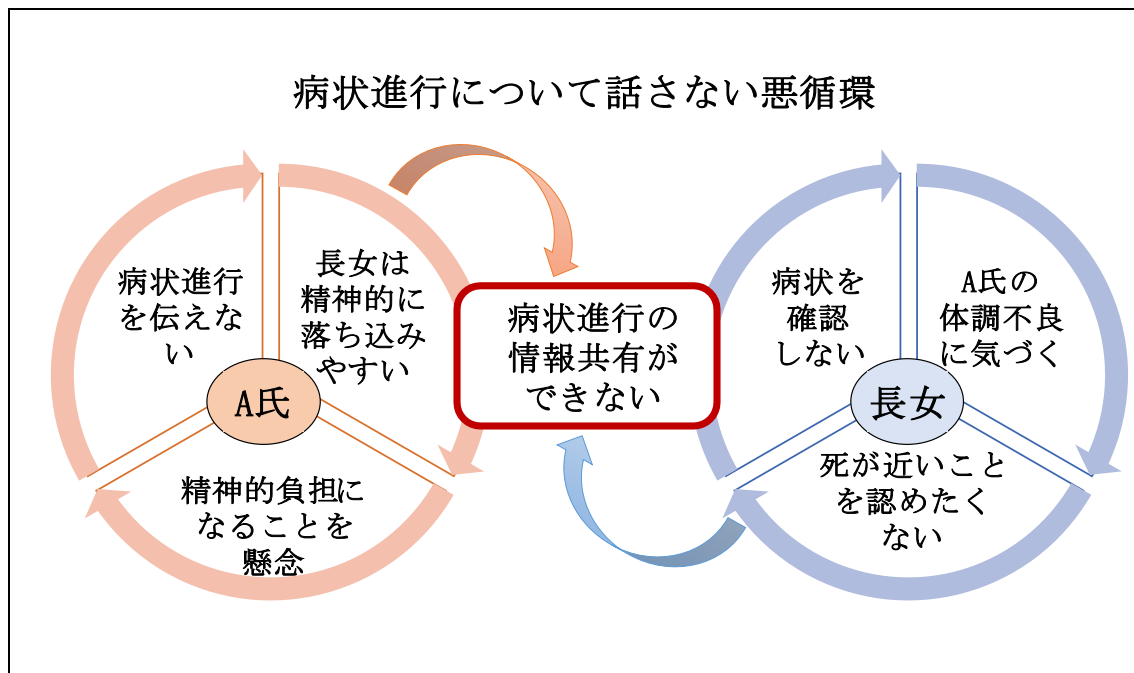
そこで、カルガリー家族アセスメント／介入モデルを参考にした。カルガリー家族アセスメント／介入モデルとは、家族を一つのシステムとして捉え、系統的なアセスメント枠組みと介入法を用いて、家族自身が問題解決に向けて変化するよう支援するための実践モデルである。また、円環的コミュニケーションとは、家族員間のコミュニケーションで生じている相互関係を表したものである。円

環コミュニケーションの中の悪循環パターンでは、否定的なフィードバックによるパターンを指し、非難や怒り、不信感など否定的内容が特徴となる。一方で、円環パターンは、感謝やいたわり、相手の状況を理解するなど肯定的な感情と認知が特徴となる³⁾。A氏と長女も、コミュニケーションがうまくいかず、悪循環パターンとなっていると考え、カルガリー家族アセスメント／介入モデルを活用して、A氏と長女に介入した。

その結果、A氏からは「私は先生の話に入ってもらいたい気持ちはないね。」と、病状進行についての情報共有の必要性を認識した発言は聞かれなかった。しかし、A氏と長女との関りを振り返る中で、A氏と長女は、相手の気持ちを想像することで、自身の感情や認識とは別の、新たな捉え方に気づいていたことが分かったため、考察を述べる。

〈A氏と長女の悪循環〉

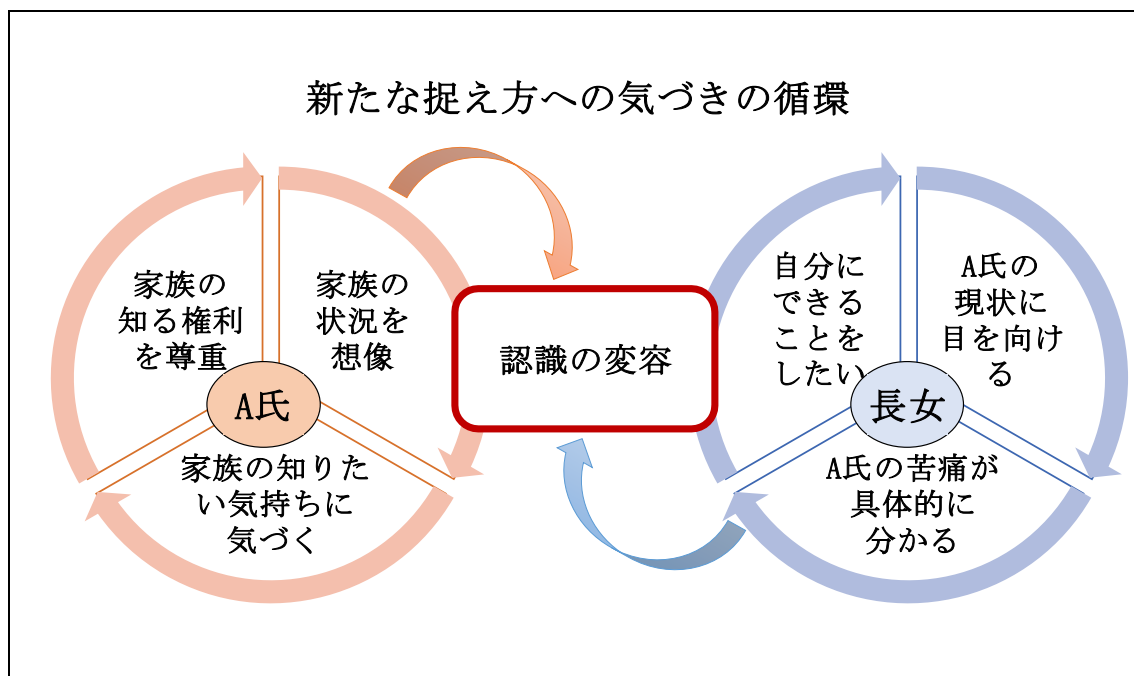
A氏は長女の精神的に落ち込みやすい性格から、長女が病状の進行を受け止め切れないという固定観念を強く抱き、病状を伝えることを先延ばしにするという行動に至っていた。A氏は「娘は痛がっている私の姿を知っているから、話さなくても体調が悪いって察していると思う」と、自身の感情、認識だけで物事を捉え、長女と病状について話をしないという悪循環に陥っていたと考える。さらに〈表4〉の長女への介入では、長女も同様に「意識しないようにしていて…でも具合悪そうで…。心配していた」と、A氏の体調不良に気付いていたものの、A氏の死が近づいていることを認めたくない思いから、病状を確認しないという悪循環に陥っていたと考える。お互いの悪循環により、A氏と長女は、病状進行の情報共有ができていなかったと考える。〈図1〉



〈図1. 病状進行について話さない悪循環〉

そこで〈表2〉の長男・長女の状況を想像させる介入では、カルガリー家族アセスメント／介入モデルを参考に、A氏が痛がっている姿、痩せていく姿だけを見る家族の気持ち、長女が病状を知らない怖さや、万が一急変に長女が遭遇した場合など、長女の気持ちや状況を想像できるように介入した。すると、A氏から「息子も娘もそう思っているかもしれない。息子と娘の気持ちは分からないか

ら、先生から直接話聞きたいか、両方に聞いてみる」と発言があった。家族の状況になって考えることで、家族の知りたい気持ちに気づき、家族の知る権利を尊重したいという認識の変容につながったと考える。A氏は、再発治療でPD判定を受ける中でも、精神的に落ち込みやすい長女を心配し『娘が子どもを産むときに傍にいて、相談に乗ってあげられないのはかわいそう』『娘も息子も仕事が変わったばかりだから、できれば半年は頑張りたい』と、常に家族を気遣っていた。母親として家族を大切に思うA氏だからこそ、長男・長女の“知りたい気持ちがあるかもしれない”ことに気づき、その気持ちは制限したくないという思いから、直接長男と長女に確認をするという意味につながったと考える。また、〈表4〉では、長女がA氏の現状や気持ちに目を向けられるように介入をした。介入したことで、医師からの病状説明を聞き泣き続けていた長女から、A氏の様子を質問し、A氏のためにできることを模索する発言が聞かれた。A氏の現状を知ることで具体的な苦痛が分かり、A氏の気持ちに目を向け、長女がA氏の死から目を背けたい自分自身の気持ちではなく、A氏のために自分にできることはないかという新たな捉え方に気づき、認識の変容につながったと考える。〈図2〉



〈図2. 新たな捉え方への気づきの循環〉

元々のA氏と長女のコミュニケーションは、生活で必要なことが中心で、お互いの思いや考えを伝え合う習慣はなかった。そのため、今回のA氏の病状に限ったことではなく、自分自身のみの感情や認識を中心に考えてしまう傾向が普段から生じていた可能性がある。しかし、実際にはA氏は常に家族を気遣い、長女はA氏を心配し、お互いを思い合っていた。今回の介入により相手の状況を想像したことで、自分自身のみの感情や認識で物事を捉えていた習慣から、新たな捉え方に気づくことができ、関係性に変化をもたらす可能性があると考え。患者と家族が、気持ちを伝え合うコミュニケーション方法を元々とっていない場合、病状進行についての情報共有を促すだけでは、悪循環は変わらない。相手の感情や状況の想像を促し、感情を引き出すことは、悪循環を回避する一つの契機となると考える。

〈患者と家族が話し合えない要因〉

A氏は、病状進行についての情報共有を先延ばしにしていた理由を、長女が精神的に落ち込みやすい性格であることを挙げていた。しかし、〈表1〉で受け持ち2日目のA氏との会話の中で「娘の反応を自分で受け止めるのがね。その姿に向き合わないといけないから」と発言しており、A氏自身にも要因があることが分かった。渡邊氏は、がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題は、ただ話していないという単純な現象ではなく、互いに話し合いを避けていたり、どちらか一方が話そうと働きかけても他方が避けていたり、話し合っているとはいえ患者の意向が尊重されていないなど、様々な形で問題が表れている。また、話し合いの問題の要因は様々であり、その患者と家族がどんな要因により話し合いがうまくいかないのかを把握することにより、一律に話し合いを促す支援ではなく、存在する要因に重点を置いて支援をすることが可能になる⁴⁾と述べている。

今回、A氏との対話の中で、表面化されていなかったA氏自身の要因を引き出すことができた。患者と家族が話し合えない要因は一つではなく、複雑に絡み合っている場合がある。また、家族側に要因があると考えていても、患者自身にも要因があり、患者が自覚せずに行動や思考に影響を与えている可能性もある。さらにA氏だけではなく、長女もA氏の死が近づいていることを認めたくない思いから、A氏の現状を知ろうとしなかったため、お互いに病状を話し合うことを避けている状況であった。患者だけでなく、家族とも対話を行い、家族側の要因にも目を向ける必要があると考える。

病状共有することができない要因を患者・家族両方から引き出してアセスメントすることで、患者と家族が向き合い、状況に合わせた支援を行うことにつながると考える。

〈看護の示唆〉

患者と家族が自分自身の感情や認識により、病状についての話し合いをしないという悪循環に陥っている場合、相手の感情や状況を理解できるように促すことで、自分の感情や認識だけで物事を捉えていたことに気づき、新たな捉え方を見出すことができる。患者と家族が、気持ちを伝え合うコミュニケーション方法を元々とっていない場合でも、医療者が介入をすることで、関係性にも変化をもたらすことができると考える。

患者が病状について家族と話し合いができない場合、ただ単に話し合うことを促す支援ではなく、話し合えない要因をアセスメントすることが重要である。要因は、患者が自覚していないために表面化されず、複雑に絡み合っている場合がある。要因を捉えるためには、対話を通して確認し、分析、整理する必要がある。

今回は、自宅で転倒するという事態がきっかけとなったが、オンコロジーエマージェンシーのリスクや病勢増悪である場合には、迅速に物事を動かさなければいけない状態を見極め、病状の進行と時間的猶予を見計い、支援に踏み込むタイミングを逸することがないようにする必要があると考える。

おわりに

今回、A氏からは家族と情報共有する必要性を認識した発言は聞かれなかったため、短期目標である「家族と病状進行について情報共有する必要性が分かる」は達成されなかった。しかし、患者や家族は、相手の状況を想像し理解することで、新たな捉え方に気づくことができることが分かった。この学びを、家族と病状共有できない患者の看護に活かしていきたい。

また、受け持ち2日間という短い介入期間であったが、患者や家族への介入により変化が見られた。それは、2日間の介入の成果ではなく、長期に渡る再発治療に医師や看護師が継続して支援を行ってきた成果である。患者や家族にとって、必要な時期に、必要な場面で、適切な介入によって、患

者と家族はいい方向に向かうことができると考える。そのプロセスを踏まえ、必要な時期や場面、適切な介入を見極めて患者や家族と関わるのが、今後の自己課題である。

謝辞

実習の受け持ちを快諾してくださったA氏とそこそご家族は、大切なお時間を割き、大変貴重なお話を聞かせていただき、厚く御礼申し上げます。また、認定看護師臨地実習の指導者である乳がん看護認定看護師のお二人と、病院の先生方、スタッフの皆様、認定看護師教育課程の先生方に、深く感謝いたします。

引用文献

- 1)厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン 改訂. 平成 30 年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>(参照 2025. 1. 7)
- 2)小西恵美子. 看護倫理 よい看護・よい看護師への道しるべ 改訂第3版. 南江堂, 2023, 252 - 253.
- 3)野川道子, 桑原ゆみ, 神田直樹. 看護実践に活かす中範囲理論 第3版. メヂカルフレンド社, 2023, 47.
- 4)渡邊美和, 増島麻里子. 進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラムの開発. 千葉未開始, 26(1), 2020, 45.

参考文献

- 1)岩山真理子. 自分の病気を家族に伝える葛藤を支える. 死の臨床, 30(2), 2007, P4 - 01.
- 2)久松美佐子, 丹羽さよ子. 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護科学会誌, 31(1), 2011, 65.
- 3)小西恵美子. 看護倫理 よい看護・よい看護師への道しるべ 改訂第3版. 南江堂, 2023, 127 - 128.

はじめに

原発性乳癌の初期治療は局所療法である手術・放射線療法と、全身療法である薬物療法を組み合わせた集学的治療が基本¹⁾となるが、乳がんと診断された患者の多くが手術を経験する。

治療の中で乳房の変形や喪失、脱毛による身体状況の変化が生じる。ボディイメージは、その人が自分自身の身体について持つ自己イメージ²⁾であり、その人の経験によって変化するものである。ボディイメージの変容とは身体の変化や感情状態などの要因によって、その人が自分自身の身体について持つ自己イメージが変化していくことを指す³⁾。

今回、A氏との関わりの中でボディイメージの変容について身体のどの部分に関心があるかによって価値観が異なることに気が付いた。また、ボディイメージは個々の中で刻々と変化していくものであり、その変化に対して患者の感情を受け止めながら柔軟に対応することの大切さを認識した。これらの気づきを報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：左浸潤性乳管癌 T NM分類：c T2N0M0 Stage II
3. 患者背景

1) 現病歴

A氏はX年に右乳がんと診断され右乳房部分切除とセンチネルリンパ生検を施行した。術後に薬物療法、放射線療法を施行し術後10年間は定期検診では異常の指摘はなく経過観察は終了となった。X+17年、左乳房腫瘍を自覚。翌日近くのクリニックを受診。左乳がん疑いにて紹介受診となる。

視触診にて左2時方向に境界不明瞭腫瘍、マンモグラフィで、左乳房に境界不明瞭腫瘍の画像所見を認め、乳腺超音波検査では左乳房2時方向に37mm×24mm×21mm形状不整、低エコー腫瘍、腋窩リンパ節12mm×5mm、MRI検査は気管支喘息の既往があり施行しなかった。(既往歴に慢性気管支炎、気管支喘息、器質性肺炎があり呼吸器内科通院中である。)

針生検を施行し浸潤性乳管癌、組織学グレード分類Ⅲ、核グレード分類Ⅲ、ER0%、PgR0%、HER2/1+、Ki67/95%、腋窩細胞診では異形細胞なし。CT検査にて腋窩リンパ節腫大、遠隔転移は認めなかった。PET-CT検査では左乳がん、左腋窩リンパ節軽度集積があったが、明らかな遠隔転移は認めなかった。遺伝性乳がん卵巣がん症候群検査では病的バリエーション陰性であった。術前化学療法前診断は左乳癌 stage IIにて術前化学療法が計画されたが肺疾患の既往歴によりPembrolizumab (キイトルーダ[®])は使用できず、AC療法4コース、weekly-PTX (タキソール[®])療法中、8月頃より手指、足趾にしびれが出現した。化学療法誘発性末梢神経障害 (chemotherapy induced peripheral neuropathy: CIPN)にて減量するが症状軽減なく12回目で終了となった。しびれ感、下肢浮腫出現により一時的に歩行障害が出現し、4点杖使用したこともあった。現在も書字に不安があった。しびれの残存により苦痛を感じており抗がん剤はもう、やりたくないなど話されていた。

術前化学療法後、乳腺超音波検査の所見は左 2 時 9 mm 形状不整低エコー腫瘤、左乳がん y c T 1 b N0 M0 ステージ I となった。医師より乳房全切除術が推奨され、11 月左乳房全摘出術とセンチネルリンパ節生検予定となった。

2) 受け持つまでの経過

A 氏は、「乳がんと聞いてはじめは以前と同じく（乳房を）残したかったけど、医師から再発のリスクを聞いて全部取ろうと思いました」と、乳房全切除術を選択され命のほうが大事と乳がんを受け入れ立ち向かおうという気持ちになっており、再適応の時期にあった。A 氏は手術前日に入院された。入院当日より受け持ちとなった。

2) 家族背景

A 氏は、結婚歴はなく、実家を二世帯住宅へ建て替え姪家族と同居している。病気については同居家族、自身の兄弟・いとこたちにも説明している。周囲の病気に対する理解は良好であり定期的に連絡を取り合い、旅行に出かける仲である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A 氏の乳がんは組織診の結果ではホルモン受容体・HER2 ともに陰性であり、サブタイプ分類はトリプルネガティブ乳がんである。Ki67 は 95% と高値を示している。また、異時性乳がんでもあり遺伝性乳がん卵巣がん症候群の検査対象となり検査を受験した。その結果、病的バリエーションなしと判断されている。診断当初は乳房温存手術を望んだが再発リスクを考慮する医師からの説明を聞き乳房全切除術を選択した。術前化学療法を施行し脱毛、爪障害、C I P N というボディイメージの変化を経験した。

術前には手術による創痛の心配や乳房切除術によるボディイメージの変容に関して不安を表出している様子は伺えず術前化学療法を経験し、やっと手術に向えるという気持ちが強く、迷いはなかった。このことより A 氏は今後も自律した日常生活を継続していくことと、定例行事であるいとこ達との旅行を楽しむことに重きを置き、人生の意味を見出している。

婚姻歴がなく子供のいない A 氏にとってこれを継続していくことが人生で必要とされており、治療後の先の生活を見据えて乳がん向き合い、治療内容を理解されたうえで意思決定ができていたと思われる。他者との関わりを持つことで孤独感を回避し社会とのつながりを維持できる手段となっているとも考えられる。しかし、術後に自己の想像していたボディイメージと相違し、ボディイメージの混乱が生じることで旅行に行く事や他者との関わりを躊躇する可能性も考えられる。外出を控えることになれば社会とのつながりが途絶え A 氏の望む生活が困難になることも考えられる。術後は A 氏とのコミュニケーションの中でボディイメージへの不安や退院後の不安がないかを確認し A 氏が不安を表出できるような関りや介入を図る必要があると考えられた。A 氏は術前より術前化学療法により生じた C I P N 症状が日常生活に支障を来していることを常に気にかけていた。このことから C I P N の遷延が術後の A 氏にどのように影響を与えるかを検討する必要があった。

しびれ症状の残存があり、しびれに関心が向いていることで、乳房への関心が向いていないとも感じられた。そんな A 氏が、乳房全切除術を受け、術後の乳房喪失に直面し、ボディイメージの変容に対し、混乱が生じ変容を乗り越えられない可能性が考えられた。その為、今回この問題に焦点を当てボディイメージの変容を乗り越えられる為の支援を開始した。

2. 看護上の問題

#術後の乳房喪失、傷によるボディイメージの混乱

3. 看護目標

乳房喪失の身体変化を自らの言葉で表出できる

4. 看護の実際

【手術前日・受け持ち1日目】

入院当日、夕方に受け持ちの挨拶のために訪室した。A氏はまず初めに術前化学療法による脱毛やCIPN症状について話された。脱毛は「帽子やウィッグにてカバーできているがしびれはいまだに生活に影響するし困る」乳房切除術に対しては「はじめは昔みたいに残してもらおうと思ったけれど、再発することを考えたら心配するなら全部取ってもらった方が安心。命のほうが大事」と話していた。

時を経て、再び乳がんが診断され驚きや不安もあったが、術前化学療法を施行している期間に乳がんが診断された事と、手術で乳房を切除することへの受け入れはできているようであった。また過去に乳がん治療を自身が経験していることで当初は部分切除を望んだが、医師からの再発へのリスク説明を受容し術式を選択されたこと、A氏の手術に対する思いを聞くことができ、私はA氏の決定を支持した。また、A氏は術前化学療法により脱毛、CIPN、爪障害の症状が遷延している。これらを受容し対処行動をとってきた。症状と共存することはA氏にとって生活の一部になっているとともに苦痛となっている。また、旅行を人生の楽しみとしていることもあり、一緒に出かけるいとこたちにも手術を受けることを話してきた。みんな、元気になって戻ってきて、また一緒に旅行に行こうと励ましてくれた。会話の中では、「そんなにまじまじと人の胸を見る人いないでしょう」と話していた。乳房喪失に関してのイメージが手術前の段階ではできているか定かではなかったが、乳房を切除する事に対しての不安は聞かれなかった。

【手術当日】

朝、訪問し体調を伺うと入院による環境の変化も気にならずゆっくり休めたとのことであった。手術することに緊張は無いかと問うと、「抗がん剤治療が大変だったから、やっと手術に迎えるよ」と話された。やっと手術を迎えられること、手術が無事に終わられることを期待されていた。手術当日はキーパーソンである妹が来院されていた。同居ではないが近所に住んでおり何かあれば協力できるとのことので今後はA氏の体調を気遣うことや通院にも同行してくれると話を聞くことができた。

【手術終了し帰室後】

手術後、A氏は「もう終わったの、安心した」と無事に手術が終わり帰室されたことで安心されていた。安堵の表情がみられた。麻酔の覚醒に問題はなかったが、既往歴に肺疾患があり呼吸器症状に注意が必要であった為、術後は喀痰喀出を促しながら全身状態を観察し帰室後1時間後には歩行し離床図ることができた。酸素投与終了後も酸素飽和度低下することなく経過された。年齢を考慮してもクリニカルパス通り順調に経過されていると思われた。当日は創部を見ることはなかった。A氏からも創部に対する発言は聞かれなかった。飲水開始となり鎮痛剤内服により疼痛のコントロールもできていた。予定通り夕食から経口摂取開始となり経過順調となったが、夜間帯で呼吸苦は伴わないものの酸素飽和度の低下を認め酸素投与が再開された。深部静脈血栓症を懸念しCT検査を施行したが血栓症は否定され術後無気肺の診断となった。

【手術後1日目】

肺合併症により酸素飽和度が維持できず酸素投与は継続となり、呼吸リハビリテーションが追加となった。A氏は、当初からの予定であった患肢リハビリテーション（1時間程度/日）に加え、呼

吸リハビリテーション（1時間程度/日）、吸入1日3回（15分程度×3回）を行うこととなった。リハビリテーションや処置の間を見計らいA氏とのコミュニケーションを図った。A氏は手術当日の夜を振り返り、「昨日の夜は、突然検査が追加になって「あらら…」って感じで看護師さんが忙しそうだった。検査が終わってからは眠れたから大丈夫、疲れていない」と話した。リハビリテーションや処置の追加に関しても否定的な発言は聞かれず、必要なことはしっかりやるよと話してくれた。実際にA氏は各リハビリテーションを真摯に実行していた。A氏は当初の予想以上に多忙な入院生活を過ごすことになったが弱音は吐かず真摯に現状に向き合っていた。酸素投与は継続となり接続されているルートは予定より多いものの、術後の創部ドレーン管理も問題なく行えており、せん妄等無く経過されていた。

【手術後2日目】

A氏は、血中酸素飽和度の低下を認め酸素投与下でリハビリテーション継続となっていた。医師回診時に創部を見る機会となりA氏にとって初めて創部を見るタイミングとなった。A氏が術後の乳房に向き合えるように、まず乳房への関心を向けることから始めた。回診時の様子を聞くことで、手術後のボディイメージへの変容を受け入れられているか、心配に思ったことはないか確認した。「テープが貼ってあるからちゃんとは見ていないけど胸は見たよ。こんな感じがって思った」と話した。乳房に対する受け止めや思いに触れるように促しながら、会話を重ねた。回診時、創部はガーゼと被覆材で保護され創部ドレーン挿入中でもあり、しっかりと創部を観察できる状態ではなかったのかもしれないが、乳房切除した胸は視認することができており、自身のタイミングで創部の観察等行えるように援助していく必要があると考えられた。A氏からは手術後の乳房喪失やボディイメージに対しての不安や否定的な言葉は聞かれていないが、手術後、酸素投与の継続やリハビリテーションや処置に費やす時間が主になっており気持ちが追い付いていない可能性、喪失した乳房には向き合えていない可能性もあると考えられた。リハビリテーションに関しては真摯に向き合えており、患肢である左上肢を挙上することへの不安感や恐怖心もなく順調に行われていた。上肢の挙上訓練を問題なく行えることについて順調に回復していることを伝えた。このことを通してA氏は安心感と自信を得られていた。

【手術後5日目】

呼吸リハビリテーションや吸入の効果を得ることができ酸素投与終了となった。また創部ドレーンが抜去され予定通り翌日退院許可となった。ドレーン抜去後も出血や浸出液の増加などに変化がない為、シャワー浴を行った。創部はガーゼや被覆材はないものの皮膚接合用テープで隙間なく固定されている状態を視認した。「胸は見たよ、やっぱりこんな感じがって感じだな」と表情を変えず話した。術後初めてのシャワー浴であり被覆材がない状態で初めて創部を見るタイミングであった。この時も否定的な言葉は聞かれなかった。創部を見ることに拒否的ではない為、創部を見るときに触れてみましょうと声かけを行い、乳房の変化をイメージできるように促す援助を行った。それらの行動に対し、A氏は拒否無く創部を見る事、触れることができるが、それよりも…といった様子で「やっぱり、しびれがさ」と、しびれの話題に置き換えることがあった。このように、しびれの症状に関心が強いA氏に対し、思いを傾聴し対策をともに考えることも必要な支援として並行して行っていたが、対話を重ねる中で乳房喪失を受容できているかという事に違和感があった。本人の価値観なのか、術後の乳房に目を背けているのかわからず、A氏の思いを捉える事に難しさを感じていた。翌日の退院を控え、既存のパンフレットを用いて言葉を補足しながら退院指導を行った。

創部のケアや観察方法を説明すると、「できるかな」と気乗りしない様子を示した。創部の観察は異常の早期発見をするために必要である。また、手術の傷跡をきれいにする方法として自宅でのマイクロポアの貼付を推奨されていた。A氏は創部を視認できていたがケアをすることには気乗りしない様子を示した為、だれかに依頼することはできそうかと問いを投げかけたところ、少し考えた後、A氏は「傷を見せたらびっくりするかな。でも自分ですることができなかつたら同居の姪に見てもらいます。テープ貼りも手が届かなかつたら姪に頼みます」と話された。他者に迷惑をかけたくない気持ちを持つ、自律心が強いA氏自ら誰かに頼むという言葉が出るとは思わなかったが、A氏は自ら姪に対して「自分ではできないかもしれないからテープを貼ることを手助けを頼むかもしれない。その時はお願いね」と伝えていた。姪も快諾された。

また、下着メーカーのパンフレットを用い術後補整下着についても説明を行い補整下着の目的も伝えた。好きな温泉旅行でも使えるアイテムがあることも補足説明した。「こんなものもあるんだね。」と感心した様子で耳を傾けてくれていたが、「人の胸なんてだれも見ないから大丈夫かなとも思う」と話し、捉え方は個人差があるが、この時点でA氏は補整について強い関心は向いていない様に見受けられた。

【手術後6日目】

退院指導を振り返り疑問や質問がないか確認した。「また外来に来院時に会えるよね。わからないことがあったらその時に聞かせてね」と話しこの時は疑問を呈することはなく妹の迎えがあり退院された。

【呼吸器内科外来受診・手術後8日目】

呼吸器内科外来受診にて来院された。待合室にて診察前後にお話しをした。呼吸状態悪化なく呼吸リハビリテーションを継続できているとのことであった。

未だ創部には皮膚接合用テープが貼られている状態であるが、創部を視認できおり外見上、発赤や腫脹など特に異常がなく経過しているとのことであった。A氏の発言から特に変化はないように見受けられた事、A氏は心配事も出てきていないと発言されたため、創部異常がある場合は外来予約日を待たずに連絡する旨を再度説明するにとどまった。

【退院後乳腺外科外来2回目・手術後20日目】

退院後、乳腺外科の初外来にて待ち時間と診察後に面談を行った。A氏は前回の乳腺外来受診時に創部に漿液腫を認め穿刺吸引処置を行っていた。

A氏は「あれから自宅でお風呂の時にまじまじと傷をみた時があったの。(皮膚接合用)テープも取れてきていて。あれ、こんな感じだったのか。本当に(胸が)無くなったんだなと思った。少し驚きだった」と話した。A氏は入院中にも創部を視認し触れる行為は行っていたが、その行為は乳房喪失というボディイメージ変容を受容していたものでは無く、創部の受容に繋がるものであったのだ。

また、補整について困ったことはないか確認すると、説明当初はあまり関心が無いように見受けられたが「これから、教えてもらった下着屋さんに聞いてみようと思っている、自分に合うものを考えようと思っている。温泉用の物もね」と話してくれた。現在の補整方法に対する考えを承認し、補整方法の方向性を強化し今後の生活の安心に繋げる為、補整方法への考えを認めた。「今日のような、ゆったりとしたお洋服であると乳房全切除術を行ったことは気が付かないですね」と、自分の感想を伝えた。すると「そうだね。わからないよね。そう言われると安心するね」「手術して胸がなくなった事は仕方ないって思える。という発言があり、A氏の補整方法への考えや外見について

評価を受け認められることで日常生活に対する安心に繋がったと考える。退院後は、少しずつ家の片づけをし、生活に慣れるように過ごしているとのことであった。呼吸状態は悪化することなく自宅でもリハビリテーションを継続していた。A氏は「いつも話を聞いてくれてありがとう。退院後のことも教えてくれてありがとう」と笑顔で話してくれた。

Ⅲ. 考察

乳がんの集学的治療におけるボディイメージの変容は患者の自己概念や日常生活に大きな影響を及ぼすと考えられる。今回、A氏との関わりを通して乳房喪失が患者に与える心理的影響とそれに対する看護ケアの重要性を考察する。術前術後の心理的变化や患者の感情の表出から見える事、家族支援の役割などを通じて患者が変化をどのように認識・承認・適応していくのかを探った。

【A氏の経過と心理的变化】

A氏は術前化学療法を経験し、しびれへの関心が強くあった。手術前には乳房に対して「はじめは残したかったけど、命が大事」と発言していることから医師からの説明などで手術により乳房を喪失するという事実に関しては理解できていたと考える。術後入院中に創部を視認し触れることができていたことと、入院中リハビリテーションに向き合うことである意味、身体のコントロール感を得られつつあった。乳房喪失に関して懸念する発言は聞かれず、退院後もボディイメージの変容に関して問題は生じていないかと思われた。しびれという苦痛症状を軽減するための支援とともに、術後乳房へ関心を向ける支援を行った。A氏は、頭では乳房喪失を理解していたが、退院後に自宅で皮膚接合用テープが剥がれた創部を視認した時に初めて思っていた状態とは異なる旨の驚きを語る事となる。A氏は、過去の乳房手術の経験から今回の手術との違いを想像できているかと思われたが、実際は手術後の乳房の状態を総合的には想像しておらず、乳房のふくらみがなくなることを認識できていなかった可能性がある。自宅でのこの時に手術によって乳房のふくらみが喪失し左右のバランスが変化したことを視覚的・身体的実感を得、改めて認識したことで乳房の喪失感を抱いたのだ。この体験はA氏のボディイメージに影響を与え自己概念に影響を及ぼすことが懸念される出来事である。看護者が患者のボディイメージを正確に捉え支援を行うことは看護実践において重要であるが、患者の言動や反応は日々変化していくため実践することの難しさを感じた。患者のボディイメージを捉え支援を行うにはどのようなことが大切かを考察した。

【ボディイメージと自己概念について】

ボディイメージとはボディイメージの構成的概念モデルにおいて「身体知覚」「身体期待」「身体評価（他者からの評価も含む）」の3つの構成概念の相互関係の認識の総体であると定義づけられている³⁾。ボディイメージとは常に変動しており、身体期待や身体評価、身体知覚は相互に関連し合いながら変化していく。A氏は入院中には術後の乳房に対して「こんなものかな」と身体評価をしているが、退院後は「本当に無くなったんだ。少し驚いた」と新たな身体評価が出現している。この間には数日期間があった。患者の身体評価は数時間、数日間の中で大きく変化することがある。ボディイメージにおいて自身の姿を確認した上での身体評価は患者のその時の感情に伴い変化していく。変化していく事を当然のことであると受け止め、変化の過程を捉えることは重要であるが、その場の発言のみで患者のボディイメージを判断することは単一の時点で患者を評価することになり患者の本来持っている身体期待と乖離が生じる場合がある。患者の発言や行動を通じて、これまでの生活の歴史などの情報を客観的に判断して患者の持つボディイメージの変容を理解し総体を捉え看護支援を行う必要がある。萩原らは、術後は手術による疲労感や手術の恐怖から解放された後の疲労感を感じる。そして変

化した自分自身の身体と対面し、自分をどう受け止めたらいいかという混乱を感じる。退院後は変化した自分の身体との日常生活への適応の時期である。日常生活に戻って改めて自分自身を見つめ直した時に、自分自身の大きな変化に気が付き不安や混乱の感情を抱く³⁾と述べている。A氏もまた退院後自宅へ環境が変化し、改めて自身で胸部を確認した際に乳房の平坦さを感じることで自身の思い描いていた状態との差が生じ、A氏に驚きを与えることになったと考える。しかし、A氏は驚きがあった出来事と思いを私に言語化し報告してくれた。乳房喪失の認識に気が付くのはずれがあったが、A氏が入院時期に自身の語りから今までの人生を振り返り整理することや、退院指導を通してこれから起こりうる事象を否定しない為の対処準備を積み重ねることができていた結果と振り返る。だからこそ乳房喪失を認識した時、自己概念を大きく揺るがされることなく否定的感情を抱かず承認・適応し、日常生活を維持することができたのだらうと考えた。

【家族支援と看護者の役割について】

自律した生活を送ってきたA氏ではあるが高齢であるA氏にとって、家族の支援は心理的安定と回復において重要であった。姪との関係を通じて、術後のケアや創部観察の共有が進み乳房喪失への認識を受け入れる準備が整うことに繋がったと考えられる。高齢者は若年者に比べて身体機能の低下や社会的役割の喪失から自尊感情が低下しており、乳房の喪失により更なる自尊感情の低下が推測される⁴⁾。そのため高齢のA氏にとって家族を巻き込んだ支援は必要な看護であったと考える。

【結論】

乳がん術後のボディイメージの変容は、患者の心理的適応や社会復帰に影響を与える重要な課題である。社会復帰に向けて新たな生活を構築していく時期であったA氏との関わりを通して術前・術後・退院後のボディイメージの変化が明らかになった。阿部らは、術後に創部をみることでできたからといって、ボディイメージの変化を受け入れたわけではない⁵⁾と述べているが、入院中のA氏の発言や行動から、術前からのしびれへの関心に対し症状マネジメントが最も重要で、乳房喪失によるボディイメージの変容は受け入れられているかもしれないと考えた時期もあり、乳房喪失の受容と創部受容について混同して捉えていたところもあった。それは、ボディイメージへの認識について齟齬が生じていたと考えられる。

今回は手術前に乳房切除術や創部についての認識を確認することができていなかったが、手術前から確認することで、必要時には事前に情報提供を追加するなどの介入が行える。集学的治療を行い多くの情報が提供される中で乳房喪失についての情報を理解したとしても、認識にまでは至らない可能性がある。そのため乳房、創部に起こる変化についてどのように考えているか、自身の乳房がどのように変化するかを共に検討し認識を促すことは術後のボディイメージへの支援として有効と考えられた。また、A氏の遷延するしびれという今ある症状への強い関心を受け止めながら、先にある今後向き合うであろう乳房喪失への再適応を促進するためには、今ある感情を受け止めながら先を見越し、柔軟に対応する看護が求められることに気付くことができた。萩原らは、言葉では表現しにくい身体に対する思いを看護者は患者の感情状態を通して察知し、患者の感情の状態に配慮しながら、ボディイメージの変容を自分自身が肯定的に受け入れ、対処できるよう看護援助を提供していく事が必要である⁶⁾と述べている。

個々の中で刻々と変化を遂げていくボディイメージに対し手術前後の承認・適応を促進するためにも患者の感情に寄り添いながらボディイメージの変容を受容できるように、どのように理解しているかを知り、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな側面から支援を見出し、充実させることにより、患者が新たな生活に適応し、自身の人生を肯定的に再構築することが期待される。

おわりに

乳がん治療は、高齢者でも標準治療が適応となることが多く、治癒を目指せる。治療は長期間に及び治療法は複雑化してきており、がん治療の場合は入院から外来へと移行している。それは患者自身で身体や生活上の変化をマネジメントし行動することが必要不可欠となっていることでもある。集学的治療の中で様々な症状が出現し生活に影響を及ぼす。その中で患者は生活に戻り適応していく。ボディイメージの変化は乳房の喪失だけでなく、身体機能の変化もある。身体のどこに関心があるか患者によって価値観は異なる。また、その時の感情や取り巻く状況によっても変化していく為、ボディイメージの変化をどのように理解しているのか、なにを大事にしていきたいのかを知り対応できるように支援を行うことが重要である。

謝辞

このたびの認定看護師臨地実習におきまして、多くの学びを与えてくださったA氏とご家族、ご協力くださいました実習病院の指導者様はじめスタッフの皆様から感謝いたします。

引用文献

- 1) 乳癌診療ポケットガイド第3版. 聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター, 医学書院, 2024, 45 - 46.
- 2) 河野友信. からだとこころの関係からみたボディイメージ. 看護技術. 1997, 43(1), 9 - 13
- 3) 前掲2)
- 4) 吉田千文, 佐藤禮子. 手術を受ける老人がん患者の家族の成長を促す看護に関する研究 家族の成長を促すことに効果的な看護援助. 千葉看会誌. 2000, 6(2), 55 - 56.
- 5) 阿部恭子, 矢形寛. 乳がん患者ケアパーフェクトブック. 学研プラス, 2017, 212 - 213.
- 6) 萩原英子, 藤野文代, 二渡玉江, 乳がん患者のボディ・イメージの変容と感情状態の関連. 2009, 北関東医学, 59(1), 15 - 24.

参考文献

- 1) 佐藤まゆみ, ボディイメージの変化についての理解とケア. 月刊ナーシング. 2004, 24(2), 24 - 27.

乳房再建術を選択した患者のボディイメージ変容への看護
～術前の揺らぎへの関わりから～

乳がん看護分野 田中 裕子

はじめに

日本人女性において、最も罹患率の高い悪性疾患は乳がんであり、毎年9万人以上が罹患し、1万5千人以上が亡くなっている。近年乳がんの治療は選択肢も多く、複雑化、個別化している。しかし乳がん治療の第一選択は手術療法であることに変わりはなく、乳がんと診断された患者の多くは手術を経験する。乳がんの手術療法は乳房の変形や喪失によるボディイメージの変容を伴う。大野は、乳房は女性を価値付ける重要なものであり、個人の価値観が反映される部分が大きいため、患者自身が決定していく必要性が高い¹⁾と述べている。国府は、患者が納得できる治療を選択することは病気の受容を促進し、治療に伴う苦痛や病状変化への適応に効果がある²⁾と述べている。ボディイメージ変容への受容を促進するには、患者自身が治療方法を意思決定できるように支援することが重要である。

今回、乳房再建術を選択したA氏を受け持った。ボディイメージ変容への看護として関わったケアを振り返り、手術を目前に控え、一度決断したことでも自己の決断に揺れる思いを表出した発言に介入し、意思決定支援を行っていたという気づきを得た。また術後に患者が乳房への思いを言語化できるように促すことで、変化した身体と向き合い、変化した自分を受け入れる過程を支援することになり、その結果、自己の選択に対する満足感を得られる援助となることを学んだため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：左非浸潤性乳管癌 TNM分類：c TisN0M0 Stage0
3. 患者背景

1) 現病歴

X年6月頃より左乳房に腫瘍と疼痛を自覚し、同年7月に近隣の医療機関を受診した。近医で針生検を行った結果、左乳がんと診断された。これまでに乳がん検診歴はなかった。MRI検査では、左9時方向に53mm×25mmの病変の広がりがあったため乳房全切除術が推奨された。その後、医師から自家移植法による乳房再建術について説明された。X年9月、A氏は自家移植法による乳房再建術を希望しがん専門病院を受診した。受診後の検査ではマンモグラフィで、左乳房にカテゴリー4の区域性石灰化の画像所見が認められ、乳房超音波検査では、左乳房8時方向に30mm×13mm×23mmの低エコー域が確認された。前医の針生検の結果、非浸潤性乳管癌と診断された。この結果より、左非浸潤性乳管癌、TisN0M0、Stage0と診断された。

2) 受け持つまでの経過

9月下旬、担当医より手術療法について説明された。術式は病変が広範囲であるため乳房全切除術が提案された。乳房再建については、家族と相談しながら術式選択に至っていた。10月上旬、形成外科を受診し一次一期再建を希望し広背筋皮弁、脂肪注入による乳房再建に同意された。11月担当医に再建の意思を伝え、左乳房全切除術、センチネルリンパ節生検、広背筋皮弁および脂肪注入による乳房再建術の方針となった。12月上旬手術目的で入院となり、手術の前日からA氏

に介入した。

3) 家族背景

50 歳代の夫と 10 歳代の娘 2 人の 4 人暮らしである。入院中、毎日夫と娘達が面会に来ていた。夫は外来受診にも毎回付き添っていた。A 氏は初診時から、自身の治療が受験を控えた娘の進学に影響を与えないか、気がかりに思っていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A 氏の診断時の左非浸潤性乳管癌は、TisN0M0、Stage0 であることから、根治を目的とした手術適応となった。術前の病理結果で腫瘍径が 3 cm 以上であることから乳房全切除術が提案された。A 氏は乳がんの手術と乳房再建を同時に行う一次一期での自家組織移植法を選択した。A 氏は再建を希望した理由について、「温泉に行く機会が多いこと、胸がないと悲しいと感じる」と話し、乳房の喪失感を軽減するために再建術を選択した。しかし A 氏は予定している術式に対して「本当にこれで良かったのか迷いますね」と話し、術式選択に対して迷いが見受けられた。家族に再建について相談し、それぞれの異なる意見を参考にしながら、最終的には A 氏が自分の意思で自家組織移植法による乳房再建を選択した。しかし手術を目前に控え、A 氏の発言内容から揺らぎを生じていると捉えた。術前に覚悟を決めて手術を受けたとしても、術後現実に直面し一時的に気持ちが揺らぐ可能性もある。また手術が問題なく遂行しても、A 氏がイメージしていた乳房とかけ離れていた場合には、ボディイメージの混乱をもたらす可能性があると考えられる。そのため A 氏がボディイメージの変化に対処できるように、術前から乳房喪失への思いを表出できるように支援し、創部の位置や術後の経過をイメージできるように支援する必要がある。さらに術後に A 氏がボディイメージの変化を受容できるように、A 氏の反応や様子を観察し、変化した乳房への思いの表出を促し、語られる思いに支援していくことが必要である。

A 氏は予期しない病気に罹患したことにより、自身の治療が娘の受験や進学に影響を与えないかが気がかりに思っており、関係性の苦悩を抱いている。また術後の病理結果まで治療方針が分らない不確かさを自覚しており、自律性の苦悩も抱いている。A 氏は家族にも術式のことを相談しており、夫や娘達との関係性は良好であると考え。以上から関係性と自律性のスピリチュアルペインを抱えているものの、家族との関係性が、スピリチュアルペインの強みとして、A 氏の支えとなると考える。

2. 看護上の問題

#手術による身体の変化に起因するボディイメージ変容の可能性

3. 看護目標

1) 術前

- ①ボディイメージの変化に対する心の準備のために、乳房喪失への思いを語ることができる
- ②術後に変化した乳房への肯定的なイメージを描くために、乳房の変形する部位や創部の位置などをイメージすることができる

2) 術後

- ③手術後のボディイメージの変化を受容できる

4. 看護の実際

<手術前日・受け持ち初日>

A氏が入院に至るまで、様々な思いを抱え、葛藤を繰り返しながら入院に至っていると考えた。その中で、再建術を選択した経緯について尋ねると、「自家組織再建は人工物と違って、胸が温かいと聞きました。普段から温泉に行くので、胸がないと悲しいと感じると思います。でも本当にこれで良かったのか迷いますね。」と話した。言葉の最後に「迷いますね」という発言があったため、A氏は納得して術式を決断してきたと考えられるが、手術直前になり揺らぎを生じていると捉えた。A氏が術式を決める際、どのように選択されたのかを尋ねると「人工物の再建か自家組織かで悩みました。夫は人工物には反対でした。娘は創が増えるのは嫌だから人工物にすると。人によって考え方が違うのだと思いました。」と話した。A氏の発言から、人工物か自家組織による再建かで迷いが生じていると考えた。A氏は家族の意見を聞きながら、最終的に自分の意思で術式選択をしていることから、「家族にも相談されたのですね。人によって考え方が違うというのは、本当にその通りですね。その中で術式を決定されたのですね。」とA氏の意味決定過程を振り返り、その決定を尊重する姿勢で関わった。対話の最後に、A氏は「術式を変更したいわけではないんです。この気持ちを話せて良かった。」と落ち着いて話した。術前に不安を感じるのは当然であり、その不安を表出して良いことを伝え、話しを聞くことを保証した。

午後に形成外科医師からの術前説明に同席した。医師からは、人工物と自家組織による再建方法の違いや創の位置、術後の回復過程、広背筋皮弁による漿液腫の合併症について説明があった。A氏は、形成外科医師に創の位置など質問していた。診察後、A氏に医師からの説明について疑問点や不明点の有無を確認すると、「術後のイメージがなんとなく分かりました。担当医からも術後は痛みがあると聞いています。覚悟しています。」とはっきりした口調で話した。この発言から、術後の乳房や身体イメージはできていると考えた。また「覚悟しています」という言葉から、手術への決意が固まっていると捉えた。

<手術当日>

手術前にA氏の部屋に訪室した。手術着に着替えたA氏は緊張した表情であったが、前日話しをしていたことから、しばらくすると会話中には笑顔も見られた。A氏は前日に術式への迷いの発言があったため、入室前に手術への思いを確認した。「手術は緊張するけど、ここまできたら、もう手術をするだけ」と話した。手術への緊張はあるものの、覚悟を決めている様子であった。A氏は「行ってくるね」と夫に告げ、手術に臨んだ。

<術後1日目>

前日の手術時間は約7時間かかり、術後には会えなかったため、患者記録で術後の状況を確認した。予定通り手術が行われ、センチネルリンパ節生検の結果、転移はなかった。A氏の部屋に訪室すると、A氏は疲労した様子であったが、「手術が終わりました。頑張りました。」と話した。前日の長時間の手術や身体を労うと、表情が少し和らいだ。午前中に医師の回診があり、術後の経過は順調であることがA氏に説明された。回診時、A氏は創部を見ることに対して怖々な様子であったが、創部を見ること自体を拒否する様子はなかった。そのため清潔ケアの際に、A氏が術後の創部や乳房を見ることができると、また術後の乳房に対する思いを聞いてみることにした。上半身の清拭を行う際に、A氏にタオルを渡すと、自身の創部を見ながら創の周囲を清拭することができていた。A氏は「術後の創が順調なのか分かりませんね」と話した。術後1日目であり左乳房全体に内出血が出現していたため、乳房の色調について不安を感じていると考えた。A氏に創部の色調の変化について心配していることを確認した。その後、担当看護師とも創部の状態は術直後の経過として問題ないことを確認し、A氏にそのことを伝え、「良かったです」と安

心した様子であった。自家組織再建では、乳房以外にも組織採取部位である背部にも創ができる。そのため、A氏が自身で確認が難しい背部の状態については、回診時にその状態を伝えた。さらに術後の乳房についてどのように捉えているか確認すると「胸を見たらちゃんと膨らみもあって、医療ってすごいですね。胸は想像していたのと違う感じはないのでショックはないです。」と笑顔で話した。A氏は術後の変化した胸を見ることができ、術後の乳房への思いを前向きに捉えた発言ができていた。

<術後4日目>

休日を挟み、A氏の部屋に訪室した。事前に患者記録で創部の状態、ドレーン排液量、疼痛コントロールの状況について確認し、順調な経過であることを確認した。A氏とも術後の経過が順調であることを共有した。A氏は休日に家族と面会した話から、その中で入院に至るまでの経過を話した。「乳がんって聞いた時に、死をやはり考えました。京都に一人旅に行って病気のことをお参りしました。死ぬかもってなったら、何でも踏み出せるようになった気がします。」と語った。A氏は非浸潤性乳管癌のStage0と診断されているが、乳がんから死を連想し、そのような思いに至ったと考えた。術後に、今までの治療経過を振り返る中で語られた言葉であり、死を連想し時間性の苦悩も生じていたと考えた。そのため、その思いを傾聴した。

<術後7日目>

術後の経過も順調で、週末に退院が決定した。受け持ち看護師から退院指導が行われ、その中で性生活に関する項目も含まれていたが、特に質問はなかった。ボディイメージの変化が性生活にも影響を与える可能性があるため、術後の性生活に関して気になることはないかを確認した。A氏は「術後はまだ創も不安なので、そんな気にならないですね。」と話した。夫がその思いを理解しているか確認すると、「夫には嫌な時は嫌と言えるので大丈夫です。」と話した。性生活再開後に不安や問題を生じる可能性もあるため、今後不安や心配なことがあれば、外来看護師や医療者に相談できることを伝えた。また再建した乳房のことを、現在どのように思っているかを確認した。「再建して良かったと思います。平らだったらやっぱりショックだったと思います」とはっきり語った。再建後の思い、再建しなかったら自分はどう感じるかを改めて考え述べていた。

<形成外科外来受診日：退院5日目>

退院が週末であったため、形成外科外来で会うことを約束していた。術後は広背筋皮弁の影響で背部に漿液腫が出現しやすいため、退院前に形成外科での穿刺について説明されていた。A氏に、退院後の自宅での生活や再建した乳房への思い、創部の変化の有無を確認する必要があると考えた。A氏は私を見ると笑顔で手を振ってくれた。形成外科外来の待ち時間に面談を行った。創部痛は鎮痛剤でコントロールできていること、肩関節のリハビリも継続できており、日常生活に大きな問題はないことを話してくれた。また、背部の漿液腫が気になり早く受診したかったと話した。形成外科の診察に同席し、医師から漿液腫については問題はなく、順調な経過であることが説明され、A氏は安心した様子であった。また背部の創部には医療用テープが貼付されており、テープの貼り替えについて確認すると、「長女が器用に貼ってくれました。」と話した。A氏が退院後早期に創部を家族に見せることができていることに驚いた。家族が創部に対してどのように受け止め、A氏に言葉をかけたのかを確認すると「最初は背中にも創があってびっくりしていたけど、再建した胸はすごいねって胸を見ていました。」と笑顔で話した。術後に家族の協力を得ながら創部のテープの貼り替えができていることを認め支持した。入院から退院までの経過を労い、本日で介入が終了となることを伝えると「入院中、色々話を聞いてくれて安心しました。

ありがとうございました。」と話し、介入は終了となった。

Ⅲ. 考察

A氏に介入した当初、乳房再建術を選択した理由や経緯を聞くことで、乳房への思いや喪失への受け止め状況からボディイメージ変容への支援として介入した。しかし対話の中で、入院前に家族の意見を参考にしながら自己決定し自家組織再建を選択したが、入院後に「本当にこれで良かったのか迷いますね」と話し決断へのゆらぎが生じていると捉えた。術前の決断への揺れる思いを受け止め、支援を行ったことで、術後に「再建して良かった」という患者の満足感を高めた支援について振り返り考察する。

砂賀は、手術を目の前にし、生命の優先と自己の価値観、ボディイメージとの間で揺れ動いている時期には、心理的な変化、動揺が誰にでもあることであり、一度決断したことであっても、手術のその時まで迷うことはよくあることであることを伝え、体験者の意思決定を尊重する姿勢で関わるのが大切である³⁾と述べている。A氏はこれまで経験したことのない恐怖や不安が目前に迫り、自己決定してきた自己の乳房への価値観、ボディイメージ、夫や娘の異なる意見、性生活などのセクシュアリティとの間で再建方法への不安が出現したと考える。その結果、自分の決断が正しいのかという揺らぎが生じ、言葉として表出されたと考えられる。その不安や揺らぎに対し、その思いを受け止めて、意思決定過程を振り返ったことで、A氏が意思決定してきた自分の感情や再建への認識を整理する支援に繋がったと考える。また自分の感情を整理する中で、乳房への価値観が明確になり、決断してきた過程を再認識できたことで、納得して手術に臨むことにつながったと考える。対話の最後に「この気持ちを話せて良かった」とA氏が語っていることから、手術直前まで迷い葛藤する思いがあることを、誰にも表出できていなかった可能性が考えられる。対話の中でA氏が「本当にこれで良かったのか迷いますね」と話した言葉を見逃さず、それが術前の揺れる気持ちの表れであることに気づき、揺れる思いを引き出し、言語化を促した支援は、A氏が自分の選択に納得して手術に臨む後押しになったと考える。

手術当日にA氏は「手術は緊張するけど、ここまできたら、もう手術をするだけ」と発言している。これは、入院日に術式を決断したことへの迷いがあったものの、自己決定してきた過程を踏まえ、手術への脅威と直面しながらも、気持ちを奮い立たせ、手術に対する覚悟を決めた発言であると考えられる。

術後、A氏は創部に対して「術後の創が順調なのか分らないですね」という発言があった。広背筋皮弁による自家組織再建は乳房以外に背部にも創ができるため、自分では創を見ることが難しい。医師から順調な経過と説明はあったが、A氏は内出血の色調を見て、本当に順調な経過なのか不安を感じ、その思いが表出されたと考える。A氏の術後の創部や乳房への反応から、サポートを必要としているのか見逃さず、乳房の色調の経過や創部の状態が順調であることを伝えることで、A氏の変化した身体に対する安心感を促進する支援であったと考える。

大椋らは、ボディイメージ変容へのケアとして術後のケアは、患者が自分のことをどのように感じ、評価しているかという点を理解することと述べている。そのために患者が自己を洞察し、気づきを得ることができるように、患者が思いを言語化するのを助けることが重要である⁴⁾と述べている。A氏は術後1日目の時点では、自分の胸について「胸を見たら、ちゃんと膨らみもあって、医療ってすごいですね」との発言があった。その発言からは、自分の胸ではないような感覚を持っていたと考える。その後、退院前には「再建して良かったと思います。平らだったらやっぱりショックだったと思います。」と自分事として捉え、術前から考えていた乳房喪失への思いと、術後に感じた思いが同様だった

という気づきを得た言葉であると考え。術後の乳房への思いの言語化を促したことは、A氏が変化した身体に目を向ける機会となり、変化した自分と向き合い、変化した自分を受け入れるための過程を支援したと考える。術前に決断したことに納得して手術を受けたこと、さらに術後にイメージしていた乳房であったことから、自分の選択への満足感につながり、退院時の「再建して良かった」という発言につながったと考える。さらにこれらの過程は手術によって変化したボディイメージの受容を促進していたと考えられる。よって術前に、決断したことに納得して手術を受けたことは、術後の意思決定への満足感を高めたと考える。

A氏は術後に入院までの過程を振り返り、死をイメージしたことを語っている。三浦は、急性期の生存の時期として、がん告知を受けた時、サバイバーは死のイメージを伴うがんという言葉に衝撃を覚える⁵⁾と述べている。A氏は早期乳がんと診断されたが、がんという診断に死を連想し衝撃を受けたと考える。A氏の言動として、術前に一人旅に行き、病気のことをお参りしたこと、死ぬかもってなったら、何でも踏み出せるようになった気がしますと語っている。今まで体験してこなかった一人旅や、お参りの行動は、自分に与えられた時間の有限性と向き合い、限られた今を生きるための行動と考えられる。さらにA氏が、がんと共生していくために、適応に向けて自己の体験を価値あるものへの意味づけとなっていると考える。そしてお参りに行っている行動は、自分ではどうしようもない病気の罹患という状況に、何かに守ってもらいたい、何かにすがりたいという対処行動と考える。術後にこのような思いを語った背景には、手術を乗り越えたことの達成感と術後の経過が順調であることの安心感が影響していると考え。そのような語りを表出できたのは、術前から、積極的に語ってもらうことを意識して関わってきたことや、信頼関係が構築できていたことも影響していると考え。さらにA氏が「死ぬかもってなったら、何でも踏み出せるようになった気がします」との発言からは、今後新しく再建した乳房と生きていけるという前向きな思いも含まれていたのではないかと考える。

A氏は退院後、創部のテープの貼り替えを娘にお願いし、創部を見せることができていた。これはA氏が術前から娘と再建方法について相談できる関係であったこと、A氏が再建した乳房を肯定的に捉えていることが影響していると考えられる。入院前、娘は創が増えるのは嫌だから人工物にするという意見であった。しかし退院後のA氏に対して「再建した胸はすごいね」と話している。A氏にとって、娘から再建した乳房について言葉をかけられたこと、術後の創部のテープの貼り替えを自発的に手伝ってくれたことは、術後のボディイメージ変容への受容を促進したのではないかと考える。

A氏の夫は連日、娘達とともに面会に来ており、外来受診にも毎回付き添っていた。術式についても相談できる関係であり、夫婦関係は良好であると考え。看護計画では、術後に夫からA氏の創部をいたわるような言葉かけを促すことを挙げていた。しかし夫と関わるタイミングはあったが、踏み込んで介入をすることができなかった。荒堀は、乳房喪失はセクシュアリティに関連するため、夫(パートナー)の言動は、サバイバーの受容に影響する。術後の変化した身体に対するパートナーからの肯定的な言葉が重要である。しかし、パートナーもどのように声をかけるとよいか迷っていることがある。パートナーの思いを確認し、サバイバーの存在自体を認める言葉は、術後の身体の変化を受容するのに有効な場合があることを伝える⁶⁾と述べている。退院後、A氏は夫から術後の乳房に関して特に発言はなかったと話していた。そのため、夫がA氏の手術をどのように受け止めているか、またA氏との対応で困っていることはないかは不明であった。夫からA氏に肯定的な言葉かけが行われるように支援することで、術後のボディイメージの受容をさらに促すことに有効であったのではないかと考える。また、A氏の術後のボディイメージ変容の受容を促すためには、夫や娘の存在が重要であったと考える。そのため、家族からの支援を得られるように、早期から看護計画に家族の関与を立案し、

介入していく視点が必要であったと考える。

高橋らは、性生活は生きていく上で大切なことの一つである。性についてどう感じているかは、生きていく意欲や、自分自身へのイメージや、人間関係に影響を与える⁷⁾と述べている。A氏は乳房再建方法を選択する際、夫に相談し、夫は人工物には反対していた。A氏は術後の胸の温かさを考慮し術式を選択していた。そのことから、術後の性生活への影響を考慮し再建方法を選択していた可能性も考えられる。Tim Regan は患者やパートナーは、性の問題を担当の医療チームと話し合うことにやや抵抗があり、自分たちのほうから相談する可能性が低い⁸⁾と述べている。さらに臨床スタッフ側の障壁には、セクシュアリティについて話し合うことに関するトレーニングや自信が不十分であること、このような話し合いをはじめた場合に患者および配偶者を不愉快にさせたり困らせたりするのではないかというおそれがある⁹⁾と述べている。患者や家族がセクシュアリティに関して相談しにくいと感じる場合、医療者からのサポートが非常に重要である。退院指導の際に、意図的にセクシュアリティに関して介入を行ったことは、A氏が術後の性生活をイメージする上で必要な支援となったと考える。セクシュアリティに関する支援は、術後の患者にすぐに必要な支援とされるわけではないかもしれないが、性相談のあり方として活用されるPLISSITモデル¹⁰⁾の性相談ができることを伝える、基本的な情報を伝えるという点を伝え、セクシュアリティの支援を行っていくことは、ボディイメージ変容への支援として必要であると考えられる。

おわりに

手術に臨む乳がん患者は、一度決断したことであっても、手術直前まで揺らぎや迷いを抱くことがある。こうした患者の揺らぎや迷いの言動を見逃さず、その思いを受け止め、言語化を支援することが必要になると考える。患者が自分の決断したことに納得して治療に臨めるように支援することは、患者の意思決定への満足感を高め、ボディイメージの受容を促進することが示唆される。今後の課題として、患者の思いの表出を促す際は、その表出が感情なのか、価値観なのか、または疾患や治療に対する認識の表出なのかを意図的に捉え、言語化を促すように支援していきたい。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの学びを与えて下さったA氏とご家族、ご指導いただいた実習指導者様、ご協力いただいた各部署のスタッフの皆様にも心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 大野真司. インフォームドコンセントと decision making. 専門医に学ぶ乳がん治療のインフォームドコンセント. 第1版. 東京, 金原出版, 2004, 39-53.
- 2) 国府浩子. “治療選択・意思決定時のケア”. 乳がん患者ケアパーフェクトブック. 阿部恭子, 矢形寛. 東京, 学研, 2017, 206-211.
- 3) 砂賀道子, 二渡玉江. 乳がん体験者の自己概念の変化と乳房再建の意味づけ. 北関東医学会. 2008, 58, 377-386.
- 4) 大槻裕美, 阿部恭子. ボディイメージ変容へのケア. がん看護. 2012, 17(6), 643-647.
- 5) 三浦里織. “手術療法を受ける体験者”. がんサバイバーシップ: がんとともに生きる人々への看護のケア. 近藤まゆみ, 久保五月編. 東京, 第2版, 医歯薬出版株式会社, 2019, 162.
- 6) 荒堀有子. “乳がん体験者”. がんサバイバーシップ: がんとともに生きる人々への看護のケア.

- 近藤まゆみ，久保五月編．東京，第2版，医歯薬出版株式会社，2019，100.
- 7) 高橋都，針間克己．がん患者の幸せな性．アメリカがん協会編，東京，春秋社，2007，vi.
- 8) Tim Regan, Chiara Acquati, Tania Zimmerman. “対人関係”がんサバイバーシップ学．マイケルファイヤーステイン．東京，メディカル・サイエンス・インターナショナル，2022，256.
- 9) 前掲8)
- 10) 高橋都．“セクシュアリティへのサポート”．乳がん患者ケアパーフェクトブック．阿部恭子，矢形寛．東京，学研，2017，248 - 252.

参考文献

- 1) 国立研究開発法人国立がん研究センター．がん情報サービス．最新がん統計．2024年10月16日更新版．2022．https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/14_breast.html (参照 2025-1 - 8)
- 2) 佐藤富美子．“乳がん患者が術式選択をめぐって心理的衝撃をうけた情報とその対処”．日本がん看護学会誌．2004，18(2)，47 - 55.
- 3) 鈴木ひとみ，江藤由美他，大石ふみこ．診断から手術までの術前プロセスにおける乳がん患者の心理変化．三重看護学誌．2008，10，47 - 57.

乳房全切除術を受ける患者の看護
～乳房に対する患者の価値観への気づき～

乳がん看護分野 寺島 恵美

はじめに

乳がんの治療には、手術療法、薬物療法、放射線治療などがあり、多岐にわたり治療が続いていく。手術を受ける乳がん患者は、乳房喪失への不安や術後のボディイメージが想像できない不安を抱くことがある。患者のボディイメージは常に変化を続けており、自分で受け入れながら納得をして適応していく過程の中で、時には混乱を生じ看護師による的確な援助を必要とすることがある。

腫瘍の自壊は、がんの転移、再発あるいは2次性局所浸潤として現れる。わが国での詳細な報告はないが、がん患者の10%、転移を認める患者の5%に腫瘍の自壊を認めると報告されている。森岡によると、がん性創傷は、出血や滲出液、悪臭などの症状コントロールに難渋し、ボディイメージを変容させることで、患者のQuality of Life(QOL)を低下させてしまう¹⁾。

今回右局所進行乳がんStageⅢBの自壊創を有し、化学療法を行い自壊創の上皮化を認め手術目的で入院したA氏の受け持ちをした。A氏は手術当日に流涙し、手術を行うことへの不安や不満を表出していた。その行動を当時は乳房喪失への悲嘆と捉えて看護を行っていたが、実習を終えて振り返る中で様々な側面があることに気付いた。A氏のこれまでの治療経過や手術への反応を通じて、患者個々の乳房に対する価値観に新たな気づきを得たため、報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 40歳代 女性

2. 診断名：右局所進行乳がん(浸潤性乳管癌：充実型)

右9時方向に潰瘍形成あり、腋窩リンパ節転移陽性

TNM分類：c T4N1M0→y c T2N1M0

サブタイプ：トリプルネガティブ ER：0% PgR：0% HER2：0(4B5 0)Ki67：90%

組織学的グレードⅢ 核グレード3

3. 患者背景

1) 現病歴

X年1月に右乳房にしこりを自覚し、徐々に腫脹を認めていた。しかし痛みや発赤、発熱もなかったため受診をしなかった。X年5月になると痛み、発赤を伴うようになり近医クリニック受診し、すぐに総合病院を紹介された。超音波ガイド下吸引式乳房組織生検を施行し浸潤性乳管癌、充実型の診断に至った。X年6月にがん専門病院での治療を希望し受診した。受診時には右乳房は腫大し皮膚の菲薄化も著明であった。病理の再検査を行い浸潤性乳管癌、充実型、ER：0% PgR：0% HER2：0(4B5 0)Ki67：90%、組織学的グレードⅢ、核グレード3の診断となった。腋窩に腫大リンパ節あり、前医で吸引細胞診施行したがClassⅢで診断に至らなかった経緯があり、再検査を予定していたが、検査への恐怖や前医での検査に対する医療不振から検査への拒否があったため、画像上転移の判断となった。手術を前提とした全身検査を予定したものの経済的理由で検査をキャンセルし、受診できない期間が2カ月弱生じた。その間に局所は潰瘍を形成した。A氏が再度がん専門病院を受診したときにはTNM分類でc T4N1M0の

StageⅢBの診断となり、手術不能と判断され、ダウンステージを目指した薬物治療を行うこととなった。

X年8月からweeklyPTX療法が開始され、一時腫瘍の縮小は認めたが、次第に局所増悪を認めたため、X+1年6月よりdose-denseEC療法へ変更となった。dose-denseEC療法を6サイクル行った時点で、潰瘍部は縮小し、上皮化が見られたため手術可能と判断され、X+1年11月右乳房全切除術+腋窩リンパ節郭清術(LevelⅡ)を施行する目的で入院となった。

2)受け持つまでの経過

手術前日に入院したが、入院後より流涙する姿があった。入院当日の夜、ナースステーションで流涙し不安な感情を看護師へ吐露することもあった。手術への不安、術後の生活がイメージできないなど、様々な要素が関係し看護師へ感情をぶつけていた。手術当日の朝訪室時に目を真っ赤に腫らし、看護師を見ると再度流涙し感情を表出している状況であった。

3)家族背景

夫と二人暮らしである。夫とは再婚同士で結婚して数年であり、夫婦仲は良いほうである。前夫との間に子供が3人いるが、親権は前夫が持っており、A氏は月に1回会う程度であり、子供とはSNSでのやり取りを行っている。子供に会うことがA氏と夫にとって楽しみとなっている。近くに実母が住んでおり、手術説明や手術当日の付き添いは実母と夫が来院していた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は右浸潤性乳管癌の診断を受け、右乳房に潰瘍形成を伴うトリプルネガティブ乳がんであること、局所は手術不能であることなどからダウンステージを目的とした薬物治療を行うこととなった。weeklyPTX療法を10サイクル行い、一時は潰瘍部の縮小を認めたが再度局所増悪を認め、RECIST判定ではProgressive Disease(PD)判定となりdose-denseEC療法へ変更し6サイクル施行した。治療が奏功し、潰瘍部は上皮化し手術可能と判断され、右乳房全切除術と腋窩リンパ節郭清術(LevelⅡ)が予定された。退院後は放射線治療と術後薬物療法を行う予定である。

最終の薬物療法から4週間経過し、現在副作用は自覚していないが、腋窩リンパ節郭清術(LevelⅡ)によって肩関節可動域制限が起こる可能性がある。A氏の中では可動域の回復には時間制限があると認識しており、手術経過に反して過度な運動を行うことで手術経過への影響を生じる可能性がある。

A氏はこれまで化学療法に伴う脱毛によるボディイメージの変容のみならず、自壊創を生じ乳房に変形を認め、自壊創の臭気による影響で外出ができない社会的な苦痛を経験した。治療が奏功し現在は自壊創が上皮化し、A氏は治ったと感じていた。診断当初は手術不能と説明を受けていたことから自分が手術を行うことを想像ができていなかったために手術を行うことへの混乱を生じている状態であると捉えた。手術に伴い乳房の喪失が生じ、術後のボディイメージの変容に適応できない可能性があると考えた。混乱期にあるA氏に対し術後のボディイメージへの受容に対して時間をかけ情報提供を行っていくことで、ボディイメージの変容に対して受け入れができるように支援していく必要がある。

診断時、経済的理由で治療を中断した経緯がある。A氏は現在自営業と話し、入院に伴い収入が

なくなることへの不安を吐露している。夫の扶養内であり、高額療養費制度の利用はあるものの、今後も治療は長期的に続くため、社会資源の活用を確認していく必要がある。

A氏は、診断当初、「手術はできないこと、今後の治療は延命になる」と説明を受け、死を意識し、時間性の苦悩を生じた。また、自壊創の増悪に伴い外出の機会が減少し、活動性が低下し、自律性の苦悩を生じていた。A氏を支えていたのは夫と離れて住んでいる子供たちであり、子供たちのためにも生きなくちゃいけない。と話している。以上から時間性と自律性のスピリチュアルペインを抱えているものの、家族との関係性がスピリチュアルペインの強みとして、A氏の支えになると考える。

2. 看護上の問題

#左乳房全切除術に伴う乳房喪失によるボディイメージの混乱

3. 看護目標

ボディイメージの変化について、自分の感情を認識し表出できる

4. 看護の実際

【入院2日目・受け持ち初日】

訪室時、目をはらし涙目のA氏がベッドに端座位になっていた。受け持ちの挨拶後、今までの治療に対して労いの声掛けをすると堰が外れたように流涙し「傷が臭くて外に出られないときもあった。臭いが硫黄みたいな時もあった自分でもしんどかった。ずっと匂いがしていたから、

ご飯が食べられない時期もあった。でも今は傷も治ったのにいきなり手術するって言われて。私の思いなんて確認することもなく手術の日程が決まっていたの。ここを受診したとき最初に言われたのは、手術はできない、これから先の治療は延命です。って、はっきり言われたのに…手術ができるようになったのは喜ばしいのかもしれないけど。おっぱいなくなることが嫌なんじゃなくて、この先自分がどうなるのかわからないことが怖い。動けるようになるの？今より生活の質が落ちることはない？」と話した。私は、A氏の話を遮らないよう相槌を打ちながら傾聴した。そして「辛いことを今までたくさん乗り越えてきたのですね」と声をかけた。

A氏は乳房に自壊創を伴い、自己処置を行っていた時期からボディイメージの変容を経験し、軽快、増悪を繰り返していく中で、折り合いをつけながら生活を送ってきたことが分かった。現在は自壊創の上皮化を認め、処置が不要な段階に軽快をした状態をA氏は「治った。」と表現し、手術を行うことに対してしっかりと理解していない状態であった。新たな傷が生じることで、かつて処置を行っていた時期の苦痛を経験することへの恐怖を感じているようにも捉えられた。そこで、本人の感じている不安を明確にしていくために、術後の傷のイメージについて確認していくこととした。私はA氏に術後の傷がどのようなになると説明を受けているか聞くと、「わからない、聞いたのかな。全く想像がつかない」と返答があった。そこで、術後の傷のイメージを「お胸のところに一本の線のように傷がつくこと、脇の下まで線は続き、その傷から乳房と脇のリンパ節をとってくる」ことを説明した。すると、A氏は「そんなものなんだ。もっとひどい傷になるのかと思っていた」と少し表情が和らぎながら返答があった。その後A氏は術後の日常生活への不安を話した。本人の表情が落ち着き、談話ができる状態になったことを見計らい、術後の日常生活への影響は術後の段階的なリハビリテーション(以下：リハビリ)にて不都合ない程度に回復をしていくことを説明した。すると、A氏はインターネットを使用して自分で術後のリハビリを調べており、「1カ月が勝負だってここには書いてある」と話した。その時点で訂正を行うことなく自分で情報収集を行っている行動を肯定した。すると、

徐々に笑顔が見られ、「少し解決したらほっとした」との発言があった。入室時間に再度訪室すると、家族と談笑するまでに表情が穏やかになった。

【術後1日目】

朝、A氏の元を訪室すると、ベッドを起し離床を行うところであった。訪室時からA氏は穏やかな表情であった。離床後、創部痛は鎮痛薬を使用するほどではなく、「思ったよりも動けることにびっくりした。ただ、この管が邪魔だけだね。これっていつまで入っているのだろう」と創部ドレーンに関しての疑問があった。私は、ドレーンの排液量が減ってきたら抜去になることを伝え、「この管ってすごい仕事しているのだね」との反応があった。この日は清拭を行ったが、A氏からはドレーンに関する質問が多くあった。創部についての発言はなかったため、あえて乳房喪失に関する話題に触れることはしなかった。

【術後3日目】

A氏から「傷って上からのぞいてもうまく見れないんだよね。どうやったら見れるかな？写メ取るのもなんか変だなって思うし何か見れる方法あるかな」と質問があった。シャワーの際や、更衣の時に上からのぞこうとしている様子を自室にて再現してくれた。

そこで、歩行時のバランスの変化や乳房喪失に関する違和感はあるかを確認すると、「やっぱり、反対が大きいかからなんか変とは思う。でも、今下着付けてないからそこまで感じてないのもあるんだよね。何より管が邪魔」と返答があった。

術後から入院中はパジャマ1枚で過ごしているため、バランスの変化を感じているが、深く悩んでいる様子はなかった。そこで、A氏へ鏡などを用いて創部を見ることはできるが、見たいかどうか再度確認をしたら、「見たい気持ちはあるけど、鏡を準備してまで見るかとなるとなんか気が引けちゃうな。やっぱ今日はやめとく」と返答があった。私は、創部を見ることに対して、見たい気持ちと怖い気持ちが交差している思いを受けとめ、見たいときにはすぐに鏡を持ってくることはできること、焦る必要はないことを伝えた。すると、A氏からは、「ごめんね、見たいって言ったりやっぱやめた、って言ったり。でも何かの拍子に見えちゃうとショックも少ないのかな」と反応があった。自宅では浴室に鏡が設置されていることも多く、そういったときに不意に見えてしまうことがあることを話し、自宅の浴室の状況を伺うと「お風呂にあった気がする、そっか、見たくないときに見えちゃうのも困りものだね」と返答があった。

A氏は、術後のボディイメージの変容に対して自分のペースで受容しようとしているのが伺えた。

【術後5日目】

朝訪室すると、A氏から「聞いて、昨日シャワーの時に目の前に鏡があつてさ。見えちゃったんだよね、傷」と困ったような、だがすっきりとしたような表情で話された。そこで私は創部を見たときにどのように感じたのか、その感情をどう捉えているのか、そして術後のボディイメージの受容段階を確認することが必要であると考えた。表情から落ち込みや逃避行動が見られていないことから、気持ちを確認してもよいと判断し、A氏に傷を見たときの思いを確認した。すると、「もともと自壊してたから、おっぱいがなくなってもそんなにショックに感じなかったんだよね。見るのが怖かったのにシャワーの時にふとしたきっかけで見たらこんなもんか、って思った。手術前にはあんなに泣いてたのに、いまは吹っ切れた感じ。それにこの傷は私のがんと闘った証だもんね。誇らしいとすら感じるよ」と笑顔で話された。私はA氏が創部に対する感情を意識し向き合っただけでなく、創部に対する愛着のような表現を用いて私に言語化をして

くれた内容から、現時点でのボディイメージの混乱は生じていないと判断した。そして、手術創に対する思いを言語化できたことを肯定的な言葉で伝え、A氏は何度も「この傷は私のがんと闘った証だもん」と話をしていて。また、「手術できないって言われていた状況から、手術ができるようになるってすごいよね。私もまだまだ生きられるってことなのかな。この先もこんな風に乗れ越えていけるよね」と笑顔で話した。

【術後9日目】

朝訪室すると、「今日は管抜いてもらおうと思うんだ。昨日は量が少なかったけど、退院の都合で明日ねって言われていたから」と笑顔で話した。その後、乳腺外科回診があり、胸部の皮下ドレーンは抜去された。抜去後の率直な思いを表出してもらうため、「管が抜けて体の動かしやすさとか変化がありましたか」と聞くと、「子分(ドレーンバッグ)がいなくなって楽になった。でもその分胸がないのがよくわかる感じがする」と返答があった。そこで、術後の生活がイメージしやすいように、持参のカップ付きタンクトップを着用し、退院後の生活のイメージをしてみることを提案すると、「そうだね。いるときだとなんでも相談できるし今から使ってみようかな」とカップ付きタンクトップを取り出し、着用をした。すると、「ああ。ほんとに無くなったんだね。あんなに大変だった処置ももうなくていいのか」としみじみとつぶやくように話した。そこで私はA氏の手術を終えた率直なボディイメージを確認する機会だと判断し、簡潔に「手術でお胸を全部取ったことはどう感じますか」と聞いた。すると、「やっぱり、管とか取れるとほんとになにもないんだ、って感じはする。でも、私のがんと闘った証なのは変わらないからね。寂しいとかなくなったことが辛いつて言うより、みんなに見てほしいかも。私はあんなに大変だった状況からここまで来たんだぞって。どうだ、すごいだろって」と晴れやかな表情で語りがあった。A氏にとって、乳房はがんそのものであり、手術で切除したことはがんとの決別との思いがあったのだと感じた。夕方、再度A氏の元を訪室し、カップ付きタンクトップを着用した後の日中の状況を確認すると、「なんだか、違和感があったのは最初だけで、何もなくてもいけそうな感じだよ」と返答があった。A氏にとってバランスの崩れなどの自覚はなく、喪失に対しての思いも聞きだすことができた。

【退院後初回外来】

私は、A氏が外来に来院する時間に合わせ外来に行った。するとA氏から声をかけてくれ「家に帰ったらやっぱりやること多いよね。なんだかんだ動いちゃうし、手術する前と変わらない生活に戻った感じ」と話した。退院後、下着などの不都合はないかを確認すると、「思ったよりも困ってはいないかな。手術前は先が真っ暗で、何もかも怖くて。こんなに普通に生活ができると思わなかった」と返答があった。退院してから自宅へ帰り、日常生活を送るうえでの困りごとを聞くと、「パッドとかなくても大丈夫そうだよね。もともとえぐれていたのがなくなっただけだし、見栄えとか気にするような服装しないしさ。ここまで来られて本当に良かった」との返答があった。A氏の表情からは晴れやかな表情に読み取れた。その後さらにA氏は「人って、辛いこととうれしいことが交互に来るんだなって感じた。あんな状態になったおっぱいがお薬で傷が小さくなって、もうすぐ綺麗にふさがるとこまで来て。そんな時に手術って言われたときには、この医者って鬼かと思った。生活の質が良くなったのに、またどん底に落とすのかって思った。けど今となっては手術してよかった。きれいさっぱり取れたことのほうが私は嬉しいって思えた」とA氏の言葉で思いを表出した。私は、今までたくさんの苦痛を経験し、その都度乗り越えてきたA氏を称える言葉で声をかけた。するとA氏はいままでに見たことのない笑顔で反応があっ

た。そして、私の介入が最後になることを伝え介入は終了した。

Ⅲ. 考察

私は、看護実践を行っている時には気がつかなかったが、後から看護実践を振り返る過程において“乳房に対する患者の価値観への気付き”について、学びを得た。

A氏が術前に涙したことに対して、私は手術に伴う恐怖や先が見通せないことに対する不安などを理由に流涙しているのだと捉えていた。しかし、自壊創を経験したA氏にとって、自壊創と手術創、どちらも“きず”であり、自壊創が縮小し上皮化を認めた過程において、手術に伴う創は新たな“きず”ができることに対しての脅威であり混乱を生じたのではないかと考えた。混乱期において、A氏が納得いくまで語る時間を設けたことで、自分の感情を言語化し向き合うことにつながった支援であったと考える。

術後1日目の看護介入では、患者からの創部に対する発言がなかったことに対して、私から乳房喪失に対する話題に触れることはしなかった。このことは私自身が「患者は乳房喪失に触れたくないのだろう」と自己の見解で物事を捉えて介入していたため、A氏の真のボディイメージに対する思いを確認していなかったことになる。齋藤らは乳癌患者が最大の危機であるボディイメージの変化に直面し、その変化を受容するためには、影響因子を的確に捉えた適切な看護援助が必要となる²⁾と述べている。乳房喪失に対して、目をそらしているのか、受け入れの準備ができていない状態であるか観察し、言動なども含めた総合的な判断をして乳房喪失に対する反応を確認していくことが重要となる。

術後3日目の「傷を見たいけれど、やっぱりやめた」の行動を振り返って考えると、A氏は傷に関しての情報を得ようとして服の上からのぞき込むという行動を起こしていた。しかし、思うように観察ができなかったため、私に何か方法があるか情報を得ようとしていた。それに対し、私は鏡を用いた傷の観察を提案したが、A氏からの最終的な反応としては傷を見ることはやめておくという行動につながっていた。なぜ、A氏が直前になって傷を見るということから逃避したのかを考察していくと、術後3日目には術創の痛みもなく、ドレーンの刺入部痛もなく日常生活を送るうえでADLの回復期にあり、創部への関心に興味が出るという気持ちの余裕が生まれていたと考える。しかし私がA氏から傷をどう見たらいいか問われたときに、ここで術後早期の時期から創部を見ることは患者にとって悲嘆につながるのではないかと勝手な認識を持ってA氏と対話を行っていたため、A氏に“傷を見ることはまだ早いのではないかと”と遠回しに伝えていたのだろう。中尾は乳がん患者は、胸の異常を知った時から心理的葛藤が始まるとされている³⁾。術創への受容の過程は個人差が大きく、一概に何日目に見ることが望ましいといった文献などはなく、患者との日々の対話を通して、乳房喪失に対する受容ができたとアセスメントをしたのちに一緒に傷の確認を行っていくことが周術期の看護において重要な看護であるといえる。A氏のように、ふとしたきっかけで傷を見てしまった。ということは少なくはない。その時に、手術創に対する思いや現在の心情を言語化し表出する作業が重要となってくる。A氏においても現在の心境を聞くことができたことは日々の看護介入により信頼関係を構築し、効果的な感情表出を行うことができていたため抵抗なくA氏は思いの表出が行えたのだと考える。

A氏にとっての乳房とは、潰瘍形成を伴う腫瘍を経験し、幾度となくボディイメージの変化を繰り返してきた過程において“悪いもの”や“敵”のような存在だったのだと推測される。また乳がんが進行し手術はできないと言われても「絶対に治す」という信念から治療を続けてきた結果として手術を終えた後の乳房喪失に対し「この傷は私ががんと闘った証」と話し、「無くなったことで清々した」との発言になったと考える。“悪いものを取り除くことで安心して生活ができる”という結果が乳房喪

失よりも上回ったために術後にポジティブな考えで創部を受容することができたのだろう。これは、小西らが指摘するように、乳房切除術を受けることで完治を目指し元の生活を取り戻そうとする姿勢であり、転移や再発の危険性を一つでも減らすために、今の自分にできる限りの治療を受けることで自分なりの安定した状況を獲得したと考える。

私は乳がんの手術に伴うボディイメージの変容に対して、今までは乳房喪失に伴う悲嘆やバランスの変化に焦点を当て患者の反応や患者への看護を行ってきた。A氏に対しての看護においても、受け持ち初日のA氏の涙を流して看護師へ感情を吐露していた行動は、A氏にとって手術への不安や乳房喪失に関しての悲嘆などが重なった結果であろうと考えていた。しかし、A氏が根底に抱えている悩みや、今までの治療を行ってきた自分と、今後の生活が見通せないことへの大きな不安が重なった結果としての行動であり、乳房喪失が嫌で涙を流していることでは無いということに気付かされた。この気づきは、無意識にバイアスをかけて介入をしていたということにも気づくきっかけとなった。

思いを表出させるためのコミュニケーションスキルとして、聴くための準備にできる限りの環境調整を心がけるとある。A氏は2人部屋ではあったが、隣に他患者はいなかったため、感情を吐露しやすい環境づくりはできていたと考察する。プライバシーの保たれた場を設定することで感情の表出をしやすい環境が整うと考える。また、A氏の斜め前に腰掛け、視線を合わせた位置も意識的に調整を行ったことがA氏の感情を表出することにつながったと考察する。また、涙を流しているA氏に対して、肩や背中をそっとさすりながら対話を行った。このことは、タッチングなどの非言語的コミュニケーションスキルであり、非言語的コミュニケーションには、患者に安心感を与えることにつながり、私がA氏の感情を理解しようとしている姿勢を示すことにもつながると考える。感情の表出を促しA氏の語りに対して批判や解釈を与えることなく傾聴をすることで、患者は自分の関心ごとを率直に話すことができるようになると思う。

おわりに

看護師は患者のボディイメージの変容に対して非常に重要な役割を果たしている。患者の身体的・精神的なニーズに寄り添い、適切なケアとサポートを提供することで、患者が新たなボディイメージに適応し、自己肯定感を維持できるよう支援していく役割を担っている。看護師は、患者との信頼関係を基盤にした対話を重視し、個々の患者の背景や状況に応じた柔軟な対応を行っていくことが求められる。患者が前向きなボディイメージを持続するための力強いサポートを提供できる。

謝辞

この度の臨地実習におきまして多くの学びを与えて下さった患者様とご家族の皆様へ心から感謝申し上げますと共に、ご指導頂きました実習指導者様と病院職員の皆様へ心より感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 森岡直子. 皮膚表出がんへの対応がん性創傷に Mohs(モーズ) の変法を取り入れよう!. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2013, 17(4), 272-276.
- 2) 齋藤英子, 藤野文代他. 乳がん患者の術前・術後におけるボディイメージの変化に応じた看護援助. 北関東医学. 2002年 52(1), 17-24.
- 3) 小西敏子, 佐藤禮子. 乳がん患者の手術に臨む姿勢とそれに影響を及ぼす要因. 千葉看護学会誌. 2001. 7(1), 67-73.

参考文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛編. 乳がん患者ケア パーフェクトブック. 東京. 学研メディカル秀潤社, 2017.
- 2) 日本乳癌学会編. 乳腺腫瘍学. 第4版, 金原出版, 2022.
- 3) 齋藤英子, 藤野文代, 越塚君江 (2002) 乳がん患者の術前・術後におけるボディイメージの変化に応じた看護援助, 北関東医, 52(1), 17-24.

はじめに

再発乳がん患者の多くは、長期にわたり治療を継続することになるが、その療養の場は主に在宅であり通院治療となることが多い。第4期がん対策推進基本計画の3つの分野別目標のうち、「がんとの共生」では、がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることの出来る地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す¹⁾ことを目標に掲げられている。これらのことから再発乳がん患者においても、通院治療を行う患者や家族が自宅で安心して療養生活を送るための様々な体制の構築や支援の工夫が求められている。

再発治療の中でも全脳照射は、転移による症状と共に、放射線療法による副作用症状による様々な身体的苦痛を長期に渡って体験する治療である。森本の研究では、外来で緩和を目的とする放射線治療を受ける患者について、癌の再発・転移の事実から受ける心理的な苦痛と共に、治療の進行につれて転移や放射線治療からもたらされる様々な身体的な苦痛を抱えていた。そしてそれらの困難は複雑に影響し合いながら、患者の治療後の残された時間、生活そのものに長期に渡る困難をもたらしていた²⁾と述べており、より早期からの病状経過とその後の見通しを考慮した上での継続した支援の重要性が示唆されている。

今回、全脳照射を通院治療で行う再発乳がん患者であるA氏の看護を通して、在宅療養を支持するための症状マネジメントや家族との関わりが、患者の自律性を支える援助であったことに気付いた。再発乳がん患者の通院治療において、患者の自律性を支え、在宅療養を可能とするために家族のサポート体制の強化や医療者との協働的な立場にあることが重要となることについて学びを得たので、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏、60代、女性
2. 診断名：左乳がん術後、多発脳・肺・肝・左腎・両副腎転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X-3年、Stage Iの左乳がんの診断にて左乳房部分切除＋センチネルリンパ節生検術後、2年で肺への転移が分かり再発と診断された。悪性度の高いトリプルネガティブ乳がんであることから、術後補助療法として化学療法が勧められたが、治療を拒否した経緯がある。再発を機に一次治療としてテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(ティーエスワン[®])が開始されたが、嘔気などの苦痛が強く自己中断している。その後、肝臓や骨などの多臓器への転移が分かり、麻痺の出現が見られ、骨転移部への定位放射線治療を行っている。X年6月より2次治療としてw P T X療法を隔週で投与を行っていたが肝転移の進行や嘔気などの副作用のコントロール不良から治療はProgressive Disease(PD)の判定となった。また、X年7月に左頭頂葉と前頭葉に脳転移が出現し、各々20Gy、24Gyの定位放射線治療を行っている。

2) 受け持つまでの経過

今回、肝転移の増大とともに右側頭葉と左前頭葉に各々数mm径の新規転移が見つかった。一過

性の麻痺症状などが出現し、緊急受診された背景などからも脳転移に対する緊急的な対処が必要と判断され、30Gy/12 回予定で全脳照射導入となった。以前の脳転移部である左前頭葉及び外包への2 か所の転移巣は縮小が確認されており、ティーエスワン®の治療が有効であったと判断されていた。

3) 家族背景

A氏は夫と同居しており、長男夫婦と孫の二世帯住宅に居住している。長男夫婦は就業、孫は専門学校に通学のため、平日の日中は夫と二人になる。長女は別居であるが、同じ町内に住んでおり、殆ど毎日A氏の自宅を訪れ、体調の確認やサポートを行っている。夫は60代であり、持病はない。3カ月前にA氏の介護のために退職している。

4) 患者の状態

A氏は、第5腰椎への骨転移及び脳転移の影響から、両下肢不全麻痺の状態であり、Activities of Daily Living(ADL)はPerformance Status(PS)3程度ある。照射前より遷延していた嘔気や倦怠感などの症状が全脳照射導入後悪化を来し、ADLの低下及び認知機能の低下もみられていた。しかし、病状の進行や精神状態などと放射線による急性有害事象との鑑別は難しく、様々な誘因が複合していることが考えられた。要介護3の認定であり、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリを隔週1回で其々サービスを利用している。移動は車椅子だが、自宅では1階の居住空間にて家族の介助で歩行し生活をされている。最近は全身倦怠感や嘔気が遷延していることから、ベッドから離れて過ごす時間が減り、臥床している時間が増えていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、実母の治療体験などから化学療法に対する嫌悪感があったことなどの精神的な要因も影響し、化学療法の副作用としての嘔気が出現しやすい状態であった。さらに肝転移の増大や脳転移という癌の病状そのものの進行という様々な要因により、嘔気が遷延していることが考えられた。今回A氏は、2回目の全脳照射終了後に急速に嘔気が増したことから、今回の症状の増悪は、全脳照射による頭蓋内圧亢進が誘因となっている可能性が高いと考えられた。嘔気が増悪したことにより、A氏の臥床時間は長くなり活動性が低下していた。常に嘔気が遷延した状態であることは、「横になって、じっとしている方が楽なのよね。」とA氏自身が話され、ベッド上で過ごす時間が増えたことから、A氏自身の活動に対する意欲も奪ったと言える。これらのことから私は、遷延する嘔気がA氏の身体的コントロール感を奪い、自律性を阻害している要因であると考えた。全脳照射による急性有害事象に注意をしつつ、今回は嘔気の症状マネジメントに焦点を当てて述べていく。

2. 看護上の問題

#放射線治療による頭蓋内圧亢進や肝転移進行に伴う嘔気の遷延

3. 看護目標

嘔気のコントロールを行い、全脳照射を完遂することが出来る

1. 看護の実際

【全脳照射治療3日目】

A氏は全脳照射治療2日目(5.0Gy/30Gy)照射後より嘔気や頭痛が増し、自宅でも殆ど寝た切りの状態であった。体動後、浮遊感と共に嘔気の増悪があり、昨日の通院後の車の降車の際、嘔吐してしまったと話された。A氏は、右手にビニール袋を握りしめ、嘔吐に備えつつ、ぐったり

した様子で夫に車椅子を押され、来院された。放射線科の判断で、本日の治療前にグラニセトロン塩酸塩(グラニセトロン点滴静注バッグ[®])1mg/50mL1袋を静脈内投与し、照射の可否を判断することとなった。処置を行うまでの時間は、ロビーで車椅子に座り右前額部を抑えた状態で肘を付き、一定の体勢を崩さないよう処置を待っている状態であった。私は、A氏に処置時間までには待機時間を要したため、隣に居ても負担にならないか確認し了承を得て、傍に付き添った。A氏は会話をすることで、嘔気が増強したため、会話は必要最小限の内容に留め、辛ければ答えなくても良い事を伝えた。付き添いの夫に対しては、ご自宅での様子などを伺っても良いか本人に確認し、本人を交える形で聴取を行った。また、点滴治療を行っても症状が改善しない場合、本日の治療を休止することや入院加療に切り替える相談が出来る事もお伝えした。その間、症状について特に辛かった場面や本日の治療は受けたいと考えていること、家に帰って横になっているだけであれば耐えられる範囲の体調であるので入院は避けたいと考えていること等を、A氏自ら伝えてくれる場面があった。グラニセトロン[®]投与後20～30分程で症状が軽減した自覚あり、放射線科医に経過と本人の治療意思があることを報告し、同日も照射治療を行う事となった。またグラニセトロン[®]投与による効果を実感できたことから、照射による頭蓋内圧亢進が、遷延する嘔気の中でも現在の起因要素とし大きいと言う判断に至った。これらのことから、グラニセトロン塩酸塩(カイトリル錠[®])1mg1錠を1日1回照射30分前(照射のない日は、好きな時間に1回/日)に内服する対策を講じることとなり、薬剤の効果や使用方法についてA氏と夫へ説明を行った。

【全脳照射4日目】

週末の照射休止日を挟んで、照射4日目であった。A氏はカイトリル錠[®]を内服してから、調子が良いと話され、頓用のドンペリドン(ナウゼリン坐剤[®])60mgを1～2回/日併用し、おにぎりやパンなどを少量だが摂取することが出来、起きて過ごす時間が増えたと話されていた。また、夫からみても比較的調子良く過ごせていたとの実感があった。しかし、嘔気が遷延した状態は続いており体動にて増悪する状態には変わらなかった。また、以前に処方されていたメトクロプラミド(プリンペラン錠[®])を自己判断で内服されていた経過があることが分かった。元来、本人の薬剤に対する拘りがある性格でもあることから、適切な内服が出来ているか評価する必要もあり、医師と相談し、薬剤師への薬剤指導の依頼を調整した。全脳照射治療を開始してから、嘔気の増強があり、コントロールが不良な状況が続いていたため、現在の身体状況の共有や対策の相談を兼ね、翌日主治医の診察を受ける事を勧めた。しかし本人は、「今はこの放射線治療だけを集中して、やり終えたい。放射線治療のためだけに病院へ来るのが精一杯。ただ、じっとして過ごしたい。」と話され、診察の待機時間や診察室への移動などを負担に感じていた。また、翌日は整形外科の受診も予定されていたことが本人の気掛かりとなっており、受診を延期したいとの申し出があった。私は、整形受診について延期の希望があることを整形外科担当医に伝わるよう手配し、家族の代理受診ということで話が纏まり、A氏と夫へ伝えた。また主科である乳腺科主治医の診察については、A氏の治療を完遂したい気持ちを支持しつつ、体調の悪い現在こそ診察を受けた方が良く、辛い症状を抱えて過ごす今の時間も安楽に大切に過ごしてほしい時間である事を伝え、対処の緊急性や重要性が伝わるよう働きかけ、受診を勧めた。A氏は先生に会いたい、診察の待ち時間や移動の体力的な自信が無いと話され、受診に対しての積極的な同意は得られなかった。また整形外科の代理受診の際、長女が来院する予定であったため、長女から最近のA氏の様子や生活の状況を聴取させてほしい旨を伝え、A氏と夫に、長女から話を伺う了承を得た。

【全脳照射治療5日目、面談・乳腺科診察日】

長女が整形外科を代理受診され、その後面談を行った。長女は「私たち家族が母を頑張らせてしまっているのでしょうか。元々頑なに化学療法をやりたくないと言っていた人だから。…母はいつも家族の中心にいて、今も母の元に帰る形で家族が集まるんです。」と、涙ながらに話され、A氏を支える家族としての精神的な辛さと家族にとってもA氏が精神的な支柱となっていることが分かった。私は長女の感情を共有し、支持的に関わった。夫はA氏の病状を考慮し、3 カ月前に退職をされA氏との時間を大切にされながら主体的に介護をされていた。「孫の成人の記念に家族写真を撮ろうと思っているが、1 年早めて次の 1 月にしようと思っている。寝たきりの状態になる前にね。」と話され、夫なりのA氏の病状の悪化や進行を認識していることが分かった。私は、現在のA氏の状況や家族の思い、受診に係る移動や待ち時間の負担によって受診を拒まれていることを医師に報告し、対応の相談をした。結果、A氏が来院されている最中に医師が放射線治療室まで出向き、診察する運びとなった。また事前に長女と医師のみの面談が行えるよう調整をし、長女に現在の病状や経過や今後の見通しなどの説明が行われた。

A氏本人の診察では、嘔気のコントロール目的に入院を出来ることも勧められたが、A氏は通院治療を希望され、家族もA氏の希望を尊重する意向であった。私はA氏に通院治療に拘る理由について伺ってみると、「家に居たらすぐ傍に家族がいる。病院ではトイレに行くにも、わざわざ看護師さんと呼ばなきゃいけないでしょう。」と話され、家族と離れて過ごす不安や医療者など家族以外に生活の支援を受けることへの遠慮があることが分かった。A氏と家族、医療者との協議の結果、家族のサポート状況が手厚く体制が整っている事から、今回は入院を無理に進めない方針で治療を続ける方針に決定した。また嘔気のコントロールとして、カイトリル錠[®]の効果を実感しつつも、1 日 1 回の使用制限であること、倦怠感も付随し、病状そのものの進行による悪液質も起因していることが考えられた事からステロイドの使用について医師やA氏に提案をし、導入の運びとなった。

【全脳照射終了後 7 日目、乳腺科診察日】

診察前にA氏と夫、長女と同居の長男の嫁と面談を行った。A氏は全脳照射治療終了後、有害事象の増悪は無く比較的穏やかに過ごされた様子を伝えてくれ、表情や姿勢にこれまでと違ったゆとりが見られた。A氏は徐に「これからのことについて考えたのだけど、どうしても身体が辛くなったら、最期の時間はホスピスに入りたいと思っているの。それまで出来るところまで化学療法をして家で過ごしたい」と、語り出した。私は身体が辛くなったらとは、具体的にどのような時かをA氏に確認した。それは、今回の全脳照射治療がA氏にとって十分辛い状況であったと捉えていたため、A氏の言葉で辛いとはどのような状況であるかの認識を確認する必要があると考えたためである。A氏は少し考えつつ「自分でトイレに行けなくなり、動けなくなった時ですね。」と話され、A氏は自分でトイレに行くという動作の自立に価値を置き、辛さの限界におけるひとつの基準としていることが分かった。

III. 考察

A氏のケアを通して、全脳照射を通院治療で行う患者の看護において症状マネジメントは、患者の望む療養方法で治療の完遂を目指した自律性を支えるケアであったことに気付いた。また、全脳照射を通院で行う患者の療養は、家族のサポートによって大きく支えられるものであり、そのサポート体制を見直し強化する関わりや、本人、家族との協働的な関係の構築が重要であることが分かった。全脳照射を通院で行う患者の看護において、症状マネジメントが患者の療養生活の安全性を担保すると

共に、身体的精神的な負担を軽減し、患者の自律性を守るケアとなることについて学びを述べていく。

【症状マネジメントと自律性】

A氏は今回、右側頭葉と左前頭葉底部の2か所に脳転移が出現していた。右側頭葉の転移巣の影響により軽度の耳閉感は生じていたが、聞き取りは行えており、言語の理解や記憶力などに明らかな異常はなかった。また、左前頭頂葉底部の病変により右半身麻痺や下肢脱力などが出現し、現在のADLからさらに低下する恐れがあった。これらの全身状態悪化のリスクがあることを念頭に、適切なリスク管理と症状マネジメントしていくことが、A氏の予後や生活に大きく影響することが判断出来た。

全脳照射3日目のA氏は、嘔気による苦痛から車椅子に座って治療までの時間をじっと耐え、ただ辛い時間が通り過ぎるのを待っているように見受けられた。遷延する嘔気から、心身に過度の負担がかかり、活動性の低下や精神的な消耗が明らかな状態であった。さらにこの状態は、脳転移における側頭葉への障害として、感情の制御を来すなどの高次機能の一部に影響を来していたことも考えられた。私はA氏の自宅での過ごし方や、嘔気について症状が増悪するタイミングや姿勢などの情報収集を行い、A氏やサポートする家族と共に振り返り、嘔気の誘因や生活への支障について探索した。この探索を通じて、A氏と夫は自宅での嘔気マネジメント状況を評価し、生活上の課題を自ら把握する機会を得たと考えられる。A氏にとって体動が嘔気の誘因として最も強いことや、同一の姿勢が保持出来れば増悪が比較的少ないことが分かった。このことから翌日より、来院してから治療を受けるまでの待機時間を出来るだけ臥床して過ごせるよう、放射線科と連携し、A氏の治療環境を整えたことで症状の増悪を防ぎ、身体的負担を軽減することが出来た。さらに、治療の待機時間もA氏にとって安楽に過ごすための環境調整といった配慮があることで、A氏の治療に対する安心感を得ることとなり、精神的な負担の軽減に繋がったと考える。

また自宅での嘔気のマネジメント状況を聴取する中で、薬剤についての使用方法や効果について適切であるか検討を行った。これまでの治療背景からA氏が薬剤への拘りがある傾向であると認識し、処方されている薬剤が適切に使用出来ているか評価すると共に、使用する事への抵抗感などの精神的な負担がないか確認する必要があると考えた。実際、現在の処方でない制吐剤を自己判断で内服していたことが分かり、現在の急性的な嘔気に対する適切な薬剤の選択を、改めて吟味することとなった。全脳照射3日目の治療前にグラニセトロン[®]を投与することになり、私は薬剤の効果や使用目的と併せ、効果の有無によって今後の治療計画や対策が変わってくることをA氏と夫に説明した。この説明により、A氏と夫は薬剤の使用効果を主体的に評価する意識を持つことが出来たと考える。処置後、グラニセトロン[®]の投与によって症状の軽減が得られたというA氏の主体的な評価が、同日の照射治療の実施を決定付けたことや、カイトリル錠[®]が処方に至った。これらのA氏自身が治療を受けることや薬剤の使用について医療者と共に吟味することにより、A氏が自分の意思で取り決め、治療を主体的に受けているという感覚を強めたと考察する。これらの関わりにより、A氏の通院で全脳照射治療を完遂したいという希望を実現し、A氏の症状や治療に対するコントロール感の保持へ繋がったと推測する。

田村は、自律性の喪失による苦悩は、今まで出来ていたこと、今まで自分らしいと意味づけ/価値づけていたもの(自分らしさ)を失うことによる苦悩であり、本書のコア概念の苦悩分類では「同一性」「コントロール感」に相当する³⁾と述べている。症状マネジメントが上手く図れていなかった時のA氏は、嘔気への自己の対処方法として、横になってじっとしていることで、症状が増悪することを防いでいた。このことは、全脳照射を完遂する自分でありたいというA氏の自己像である同一

性や、嘔気の増悪を防いでいるという症状のコントロール感を保持していた行為であったと考える。即ちこれらの同一性やコントロール感の保持は、A氏の自律性の喪失を留めようとしていた対処行動であると言え、活動量の低下に至っていたと考える。全脳照射の継続は、長期にわたる身体的苦痛を伴い、これまでのような生活動作が困難になることで、自分らしく過ごすことを妨げ、患者の自律性を低下させる要因となる。特に外来通院による治療は、通院するという患者の行動レベルにおける自律性は保たれるが、適切なタイミングで、症状を和らげるための医療者による支援が届きにくいことから、苦痛症状の悪化と持続をもたらす不都合が生じやすい。私はA氏の苦痛症状を制御するため、全脳照射治療の休止や入院療養することも提案したがA氏は頑なに拒まれた。このことから、A氏にとって放射線治療を遂行することは絶対的な優先事項であり、自宅で過ごしながらか通院で治療を行うことにも大きな価値を置いていることを理解した。またA氏を支える家族もA氏の希望を尊重していたことから、私はこのまま通院で全脳照射を完遂することがA氏と家族の希望であることを認識し、医療チームへ情報を共有することで支援の方向性を明確にした。

辛い身体状況の中で、全脳照射治療の継続をA氏が望んでいたことは「自分が分からなくなることや、身体が動かなくなるのが怖いから。」という言葉に表されているように、自律性が阻害されることへの恐怖があったと言える。患者は、これまでと同じ生活を送ることが出来なくなった時や、誰かの支援を得なければ日常生活が成り立たない身体状況となった時、自律性の喪失を感じると言える。介入していた当初の私は、A氏が通院治療に拘る理由として医療者という家族以外の他者から支援を受けることへの遠慮や不自由さと、家族と離れて過ごすことへの孤独感によるものだと捉えていた。しかし事例報告を通してA氏への支援を振り返る中で、A氏が家族以外の他者からの支援を受けることに抵抗感を抱き、通院治療に拘っていた理由には、自律性を維持する事の意味を含んでいたことに気が付いた。A氏は脳転移などの病状進行による不可逆的な症状の出現することに加え、入院治療となり医療者の支援を受けることで自律性が脅かされる恐怖感が、治療に向かう気持ちを奮い立たせている理由の一つとなっていると言える。A氏が全脳照射を通院で行うことは、全脳照射を完遂する自分でありたいというA氏の自己像である同一性を保持すると同時に、病状進行に伴う自律性の喪失などの恐怖感に抗う手段であったと考える。

全脳照射終了後の受診の際にA氏が「最期はホスピスで過ごしたい。」と述べていたことや、そのタイミングを「自分でトイレに行けなくなったら」と、明確にしており、A氏にとっての自律性が大きく低下するタイミングで、最期は病院での過ごし方を考えていることが分かった。このことから、A氏はその身体症状の辛さから、全脳照射治療中に入院をすることになれば、自宅にもう帰れないということを予感し、時間性の苦痛も感じていた可能性があり、入院治療を拒んだ一つの理由となったと推察する。A氏にとって全脳照射を行うことは、麻痺などの病状進行による症状を制御し、通院で治療を行う事やトイレに行くという動作が出来るという自律性が保ち、「まだ家で過ごせる時間」と感じられる時間性を引き延ばす意味があるものであったと言える。

今回、A氏の嘔気の症状マネジメントによって嘔気が軽減されたことにより、結果としてA氏が望む在宅での療養や通院での全脳照射の完遂が可能となった。A氏と家族は来院する都度、看護者である私が嘔気の程度やマネジメント状況と生活について繰り返し聴取することを経験し、生活の注意点や嘔気の増悪する因子について鑑みる視点を得たと言える。さらにその経験から、A氏と家族が自ら自宅での生活の様子や工夫、薬剤の使用方法を語り始めるように行動が変化していった。このことは、自宅で自分達なりの対処行動を医療者である私に話しその方法が正しいか査定してもらうことで、確認や安心を得る機会となっていた。A氏や家族は、看護者である私と繰り返し思考

し、吟味や評価をする過程を踏むことで、主体性が発揮されていったと考える。また嘔気の症状がマネジメントされることで、A氏は起床して過ごす時間を延ばし、食事に向かうなどの活動性を取り戻すなどの身体的な回復が得られた。身体的な回復は、A氏が自分で語ることを可能とし、A氏自身の言葉で症状を伝えられる機会が増えていった。症状マネジメントが為される前には、「今は放射線治療だけに集中したい。」と語っていたA氏であったが、全脳照射終了後の受診の際には今後の過ごし方についての思いの表出も見られた。これらのことから、A氏の望む療養方法や治療を目指した症状マネジメントは、A氏が自身の生活に関心を向ける精神的余裕も取り戻すことを可能としたと言える。

これらのことから、患者が望む療養方法や治療の継続を可能とするための症状マネジメントが、患者の自律性を保つ支援となったと言える。

【家族のサポート能力の強化】

ここでA氏を支える家族の側面から考察する。日常的な生活動作に介助が必要な患者が、毎日通院で治療を行うには、周囲のサポート体制によっても可否が左右される。A氏の通院の際は必ず夫が同行し、車椅子での移送や更衣など身の回りのサポートを行っており、日常生活を営む上でもKeyとなる存在であることは明確であった。私は、日常的に介護を行っている夫の健康状態や体力など、身体的・精神的疲弊が無いことを確認し、通院の都度夫を労った。この関わりは、A氏を中心とした日常生活の状況を確認しサポート体制の見直しをする中で、A氏とその家族の暮らしをより安心で安楽にするための協働的な立場として、看護者の私が存在することとなったと言える。その結果、看護者の私と家族との間で良好で対等な関係性が築けたと考察する。

また長女は介護休暇を取得する予定であったが、その取得時期がA氏の病状を踏まえて適切であるか検討する必要があると考えた。それは、私が家族との関わりの中で、A氏の予後についての認識が医療側と乖離があると感じたためである。私は、今後の見通しや予後などについて家族も正確に認識したいという希望も伺っていた。そのため、主治医と現在のA氏の身体症状を含め、家族のサポート体制や意向を報告し、病状共有の必要性の確認と、医療者側と家族の見解を一致させる機会を設けるための調整を行った。その後長女に向け、病状説明の面談の運びとなり、結果として家族が想像しているよりも病期の進行が早く、予後が短い可能性があることを伝えられた。このことから、長女は介護休暇を予定より早い時期に取ることを考慮し、夫も少しでも体力のあるうちに、計画していた家族写真の撮影時期を早めることに決定された。よってこれらのA氏の家族に対する関わりによって、家族のA氏の病状の認識を改め、サポート体制を見直す効果的な関わりとなったと考える。

これらのことから、患者を支える家族の関係性やサポート能力を査定し、必要な支援を導き出すための家族との関わりは、患者の在宅療養を支える家族のサポート能力の強化に寄与すると言う、看護の示唆を得た。

【協働的パートナーシップ】

看護学におけるパートナーシップとは、共通の課題をもったパートナーが、対等な信頼関係を基盤とし、相互理解をしながら合意形成し、相互理解の過程を共有するものである。その結果、互いの自己肯定感やQOLの改善、成長につながるものである⁴⁾と定義されている。

また、協働的パートナーシップにおいて野川らは、価値判断しないこととは、パートナー双方が相手の信念、価値観、行動、見解に寛容な態度を示すことである。…看護師には、対象者の見解、背景、習慣を理解するよう努める姿勢が大切ということである⁵⁾と述べている。このことは、価値

判断をせずに受容的であることがパートナーの態度として必要であることを説いていると言える。

今回、私がA氏との関わりの中で、A氏の意向を尊重することを前提に、A氏が望む全脳照射の完遂や通院治療に向かう思いの背景を捉えに行く作業をし、通院での治療完遂に向けた症状マネジメントやサポート体制を整える看護実践を行った。この看護実践において、A氏は自分を否定せず、尊重されていると言う安心感を実感することが出来たと考える。このことは、先に述べた医療チームとしての支援の方向性を決定づけただけではなく、A氏や家族と看護者である私の間に協働的パートナーシップの関係が構築され、対象者と看護者が共に歩む看護実践へと繋がったと考察する。

おわりに

患者が望む療養方法や治療の継続を可能とするための症状マネジメントは、患者の自律性を支えるケアであることが示唆された。患者の自律性を支え、望む生活を送るために、サポート体制を見直していく中で、患者や家族と協働的な関係で療養生活を検討し、患者と家族、看護者が共に歩む関わりが患者の希望する治療や療養方法を支持することの重要性が示唆された。

謝辞

本実習にご理解を下さり、多くの学びを与えて下さった患者様、家族の皆様は心から感謝申し上げます。またご多忙の業務の中、ご指導頂きました指導者並びに関係職種の皆様に御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. がん対策推進基本計画の概要. がん対策推進基本計画. 2024 - 3 - 28.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077912.pdf> (参照 2025 - 1 - 11)
- 2) 森本悦子. 緩和的放射線療養を外来通院で受けるがん患者の体験する困難. 高知女子大学看護学会誌. 2013, 38(2), 41 - 49.
- 3) 村田久行, 田村恵子ほか. “時間性・関係性・自律性からみたスピリチュアルペイン”. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 第2版, 東京, 青海社, 2017, 10.
- 4) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会. “JANSpedia - 看護学を構成する重要な用語集 -”. パートナーシップ.
<https://scientific-nursing-terminology.org/terms/partnership/> (参照 2025 - 1 - 11)
- 5) 野川道子ほか. “協働的パートナーシップ理論”. 看護実践に活かす中範囲理論. 第3版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 172.

参考文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛編. 乳がん患者ケア パーフェクトブック. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2017.
- 2) 日本乳癌学会編. 乳腺腫瘍学. 第4版, 東京, 金原出版, 2022.
- 3) 佐藤まゆみ, 佐藤禮子ほか. 外来通院がん患者が自分らしく生活するために求める外来看護師の関わり. 千葉県立保健医療大学紀要. 2013, 4(1), 33 - 40.

はじめに

日本は今や超高齢化社会となっており、乳がんだけでなく多くのがん患者が増加傾向となっている。全がん腫における割合では65歳以上が90.6%、75歳以上が66.9%を占めており、乳がんでは女性だけの統計となるが、65歳以上が68.9%、75歳以上が44.1%を占めている。第4期がん対策基本計画でも高齢者の適切ながん治療として、ガイドラインの作成や、適切な意思決定支援に係る取り組みが挙げられている。その中では特に高齢者の身体的な特徴や限界、認知機能の低下している背景から、がん治療についての研究が多く進められている。一方で、乳がんを罹患した高齢者の心理的側面に焦点を当てた研究は多くはない状態である。老化の進行速度は大きな個人差があり、その影響により身体的・精神的・社会的な機能面も多様性に富んでいると言われており¹⁾、その多様な高齢者の心理的側面については、より理解を深めていく必要があることが考えられる。今回受け持った高齢乳がん患者との関わりの中で、患者の反応や状態の理解に疑問をもつ部分があり、振り返ることで自身の思考過程でのバイアスがあったことに気づいた。高齢患者の特徴から受け持ち患者への理解を深め、乳がん患者の特徴と併せて高齢乳がん患者との関わりにおいて、視野を広げることができたので、報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏、80歳代、女性
2. 診断名：右浸潤性乳管がん(腺管形成型>硬性型、ER：95%以上、PgR：90%以上
HER2：1+ Ki67：5-10%(hot spot)、NG：スコア1
TNM分類：cT2N0M0、病期：Stage II A

3. 術式：右乳房切除術+センチネルリンパ節郭清

4. 患者背景

1) 現病歴

いままで検診をうけたことはなかったが、偶然地域における検診案内がきたことで、初めて乳がん検診を受検した。乳がん検診において、約8mmの腫瘍を指摘された。自覚症状はなかった。X年6月に前医受診し、乳腺エコーを実施した。右乳房11.12時方向に10×9×8mm大の腫瘍を認め、周囲の拡がり30mmに及び、腋窩リンパ節に腫大はなかった。組織診として、吸引式組織生検を施行された。組織生検の結果、非浸潤性乳管がんの診断となった。紹介状持参にて来院する予定で電話予約があったが、コロナ罹患により予約変更となり、同年9月に精査加療目的にて受診となった。

2) 受け持つまでの経過

マンモグラフィにて、右乳房MLO画像でカテゴリー4の構築の乱れがみられ、さらに周囲に微小円形石灰化が乳頭から区域性に続いている画像所見が得られた。乳腺エコーでは右AC領域に境界不明瞭な低エコー域が最大径32mmの所見が得られており、右腋窩リンパ節の腫大はなかった。腫瘍径が30mm以上と大きく、乳頭から区域性の所見が得られていることから、乳頭乳房温存術は適応ではなく、乳房全切除術をA氏、夫同席の診察で提示され、同意を得て乳房全切除

術の治療計画となった。

前医での組織検体から再度病理学的診断を行ったところ、一部浸潤と判断され、手術までの間に診断名を浸潤性乳管がんに変更され、センチネルリンパ節生検が計画された。私は手術前日の入院時よりA氏を受け持った。A氏は遠隔地に居住していることから前日に病院近くに夫とともに宿泊していたため、当日は付き添いをしていた。A氏は笑顔で受け持ちを受け入れてくださり、こちらからの質問に積極的に話してくれる方で、明るい印象だった。その内容は前向きな内容が多く、今までのコーピングについても表現されている他、今回の乳がんの手術についても割り切ったように話していた。がんだと分かった時のことについて、びっくりして、少し落ち込み食事もしべられない時期もあったがすぐに落ち着いたことや、入院に際してやはり不安もあり、夫を伴って前泊したことなどを話されていた。

3) 家族背景

夫(80代)と二人暮らしである。心疾患を抱えた弟が同じ敷地内に在住しており、経済的には年金でまかなえているため自立しているが、A氏が弟の食事のみ世話している。家事は自分がやれなくとも、夫と自然と分担している。それぞれがどの家事もできるため、術後のA氏の家事の役割代行は可能である。夫との夫婦の関係は良好である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

術後に起こりうるA氏にリスクの高い合併症として、術後の疼痛、肩関節の拘縮が挙げられる。術後は胸壁全面において乳腺と切除剥離している部分の疼痛があることが考えられる。創部の痛みにより、屈曲・水平外転運動に支障があることが考えられ、安静にするあまりに運動機能が起こった場合には、高いところに手を伸ばす作業や、鍬を使った農作業など、家事の役割や農作業を楽しむとしているA氏にとって困難が生じる可能性がある。手術侵襲による疼痛は、せん妄のリスクともなることから、80歳代で全身麻酔の手術を行うA氏にとってはリスクを高めることともなりうると考えられた。

2. 看護上の問題

#手術操作に伴う術後疼痛

3. 看護目標

疼痛の評価に参画し、鎮痛薬を適切に使用することができる。(退院時まで)

4. 看護の実際

<受け持ち1日目～3日目>

「痛みには強いほうなのよ。」と話されていたが、術前のセンチネルリンパ節同定のための乳房へのRadioisotope(RI)の注射の際には、注射部位から必要以上に目を背けていた様子が見られた。また、事前情報として、以前歯科にかかった際に出血が止まらず、医療機関に苦手意識があるとの情報もあったことから、処置に対する恐怖感があることも考えられた。そのため、術後の様子がイメージできるように、術後の疼痛は少なからず起こる可能性があり、我慢せずに鎮痛剤を内服してコントロールしていくことや術後の状況として、朝一緒に歩行をしてみて、トイレまで歩ければ尿道カテーテルを抜去できることやドレーンが入っているので、肩からドレーンをかけて過ごすことになること、そして運動に制限はないが、痛みなどから右腕は動かさずらくなると思われることなどを説明した。疼痛については精神的な不安や恐怖も影響することから、

情報収集もかねてお話を伺った。なぜ検診に行ったのか、どのように診断を受けたのかなどの経緯に始まり、診断を受けた際にはショックがあったこと、今は精神的に落ち着いていること、入院になって「不安がないわけではない」と話された。しかし一方で「今は大丈夫」と気丈に、且つご本人の性格からか明るく話された。術前に乳房を失うことに対して「おっぱいがなくなるというのが悲しくない訳じゃないけど、こうなったら仕方ないっていうものもあるし、年だしね。それよりも早く帰りたい。」と表現されており乳房の喪失や手術に対する悲しみはあるものの、早く治療を終え、元の生活に戻ることに価値を置いているとアセスメントした。また、弟の食事の世話ができなくなる期間があるため、ショートステイを利用する手配をするなど、入院に向けて役割の調整も図っていた。

自分の可能な範囲で乳がんの手術についての情報を得ていることから、検討の上で決定できているとアセスメントし、いろいろな情報を聞いて決定できていることをフィードバックした。

「そう、同じ病気の人に話を聞いたりしているうちに、自分の考えが落ち着いたのかもしれない。」と発言があった。加えて、会話の中で人生観についても語られ、両家両親とも在宅で看取られたことや子供を授からなかったことにも触れ、それでもなお、「自分は困難に合ったことはない」「素晴らしい人生で、困ったことって今までなかった」「いつ死ぬことになるかはわからないけど、それまで残りの人生を謳歌したい。」という発言があり、物事を前向きに捉える力があると考えられた。

術後翌日は痛みがあり、鎮痛剤の使用を勧められ服用することで疼痛がNRSで2～4程度で落ち着いてきたことを確認でき、その他病棟内歩行や清拭などを自力で行うなど、リハビリ体操に参加することができた。

【受け持ち4日目(術後4日目)】

術後の経過は順調であり、創部の痛みとそれによる可動域の制限はあったが、痛みも鎮痛剤を使用し軽減していた他、それ以外の行動は自立しており、表情も穏やかであった。ところが、創部の状態などを共に観察するタイミングで、眼を背けている様子がみられた。創部観察を促してみると「怖い」と表現されており、傷を見ることへ不安・恐怖がある様子であった。「うーん、まだ怖いなあ。まだもう少し入院しているもんね。だからまだ見なくていい？」と、傷を見ることの恐怖を話されていた。「怖い」という表現が具体的にどのような感情であるのかを明確にすることで解決の糸口を探ることができると考え、具体的に何が「怖い」のかを聞いてみるが、「うーん…とにかく怖いよ。」とそれ以上の言葉にはならなかった。病気やケガをしたことがないことで、いわゆる傷や出血に対する恐怖症のような感覚で創部が見られないというような傷への怖さや乳房を失ったことを受け入れることができないボディイメージの混乱と考え、ボディイメージの混乱として改めて立案して介入を図ることとした。その後精神状態や、心身の状態を図る目的で、お話を伺った。創部のことなどについては、あまり積極的に話さなかったが、その他会話の中では居住地域では周辺の住民との交流はほとんどないことや、弟のところに遊びに来る弟の孫たちのことなどに触れ、楽しみにしていることを話す一方で、「子供さんがいるおうちだったら、今どんな感じなんだろうね。私たちは子供がないからわからないけど。でも子供さんがいるところも今大変でしょ。学費のこととか色々ね。」などの発言があった。知人などから情報を得ていたり農作業から得た野菜を農協に収めたりするとの話を聞いていた私の印象としては、地域住民との交流がないことは意外であった。また不意にA氏の子供に関連した話題がでてくることについては、子供を儲けられなかったという事実を知ったからこそ、ネガティブな印象

をうけた。

【受け持ち5日目】

回診に同行して、創部の観察を行った。同様に目を背ける様子もあるため、医師が退室した後、お話を伺った。創部を見ていないことについて、怖さがあるならば看護師と一緒に観察してみようことを提案したが、「うん、また今度ね。」と拒否的であり、無理に見せようとするのが、受容の妨げになる可能性があると考えた。それ以上には勧めず、私以外でも看護師が創部の観察などについても相談に乗ってくれることを説明した。症例カンファレンスにおいて、術後の創部を見られないことへの対応方法について討議した。無理に創部を見ることで、受容の段階の妨げになることも考えられた。感染のリスクとなる糖尿病やその他の既往歴や内服歴もなく、創部の治癒過程としては順調な経過であったことから、通常であれば経過を見守る方向も考えられた。しかし、A氏は遠隔地に在住であったことから、退院後に漿液腫や感染といった合併症が起こった場合にも、すぐに来院や対処することができない。そのため、自己で創部の観察をこまめに行い、異常の早期発見に努める必要があった。A氏は高齢であり、漿液の排出が遷延する可能性、つまり早期抜去により漿液腫の出現の可能性は高いと考えられ、そのため、創部ドレーンからの排液が十分に減少してから退院が計画されていた。そのような遠隔地在住という状況の個別性から、A氏に対するボディイメージの混乱に対する看護として、受容過程を積極的に進める介入を行うことで、可能な限り創部を観察できるように指導を続けていくこととなった。

【受け持ち6日目】

創部が見られない状況は続いていたが、観察をするうえで、現在の正常な状態を知っていたことが必要となるため、創部周囲を触ることが可能か確認した。すると、「触るのは大丈夫よ。触れる。」と右前胸部から側胸部にかけて触ることはできた。ドレーンが当たるため、局所的には痛みを増幅するために触れないが、全体を触って、熱感の状態や凸凹の状態を確認してもらった。また、創部の写真をとりたいという希望があった。それは術前に再建術を受けた知り合いが、乳房切除後の写真を見せてくれたので、自分の状態も見せたいという理由であった。スマートフォンで写真を撮った後、知り合いに見せてもらった写真について話を進めていくと、A氏は傷の状態を、乳房切除術の説明の絵を見て、皮下の剥離操作をしている部分も表面上に傷としてでているものと勘違いしており、前胸部一体に創部があると考えていたことがわかった。表面上は一本の傷であることを説明すると、「それなら見られるかも」と本人の創部をみることへの意識が変わった。まずは写真を見ることを提案し、了承された。しかし、実際に写真を見ると、「ああ、こんななんだ」とやや落胆したような様子が見られ「ぼこぼこしてる。」と話された。現在は傷の治りをよくするために創部にドレッシング剤が貼付されていることや、治癒の段階であり、ドレッシング剤をはがす段階で創部も落ち着いてくると平らになってくると伝えた。「そうなのね。でも私も年だから別にいいんだけどね。まあどうせならきれいに治る方がいいかなって思ってる。」と切り返すように明るく話された。明るく話されていることから、治癒の過程を伝えることで、見通しが立ち、自分の気持ちを前向きに捉え直したと考え、「そうですね、もう少し時間がたつと、少しずつキレイになって来ると思いますよ。」と伝えた。

【受け持ち7日目】

私が訪室した際に、創部の観察について触れると、「そうね、今日はまだ見られないかな。今日はやめといてもいい？」と話された。あまり話題を振られたくない様子であったため、その点については、敢えて話をしなかった。下着について、リンパ浮腫についてなど、創部のことに

触れないものの、本人の興味に従って説明を行った。

【受け持ち8日目】

写真を見てみて、創部についての思いが何かあるか確認すると、「傷はあの人みたいにきれいになるのかな。以前知り合いに見せてもらった時にはすごいペタンってなってきれいだったの。わたしの傷はぼこぼこだよね。」と改めて創部の様子について話した。改めて創部が治っていく段階であり、テープも張っているため、ぼこぼこしているように見えるが、傷が落ち着いてくるときれいになっていくことを説明したが、一貫して、創部に対しては「怖い」と表現されていた。創部はテープをはがし、少しずつ赤みやひきつれが少なくなっていくことを引き続き伝え、本人の訴えを傾聴した。

この日で実習受け持ちは終了となり、翌日、A氏は創部を見ることはなく退院となった。

III. 考察

患者が術後に創部を直視できなかった理由は、明確にならないまま、退院の日を迎えることとなった。しかし、術前から多くのことを語ってもらう言葉の端々などから、周術期乳がん患者の心理や高齢者の特徴を踏まえて、患者の心理を推察し、考察する。

最初に、A氏の術前術後の心理とその対処行動について考察する。A氏は術前に、医師より診断を受けたことを、びっくりしたという表現をしており、その後数日間眠れなかったり食べられなかったりする期間があったことを話していた。しかし、その後、衝撃の段階を経たA氏は、説明用紙を熟読し、知人より乳がんの治療やリンパ浮腫などの話を聞く、その他、術後の写真を見せてもらうなどの方法で情報を得ていた。そのことで、手術後の創部や乳房喪失のイメージ化をして、自分自身のこととして受容しようという対処行動を行っていたと考えられる。また手術に向けて、弟のショートステイの調整や自分が行っている畑の整備などの環境を整え、手術時の前泊や交通手段の手配など、実務的なことも行えており、手術に向けて調整ができていたと考えられた。

手術当日、心細さがあり夫とホテルに前泊してからの入院となった。心細さや不安について「入院になって不安がないわけではない。」とは話されるものの、今は精神的に落ち着いていることを気丈に話されていた。一方でセンチネルリンパ節生検前の検査として、R I の注射をした際には、目を背けながらも「痛みには強いほうなのよ。」と発言していた。これらの発言は手術当日までに手術に向けて調整を行い、精神的にも前向きになってきたものの、当日に手術に対する不安に対して、自分を奮い立たせ、不安を打ち消していた発言と考えられ、これらの言動も、A氏のストレスに対する対処行動の一つであったことに気づいた。

術後4日目に創部から目を背ける様子が気が付いた。これは、術直後より、創部に対する拒否感があった可能性もあるが、術直後には痛みを含めた身体の違和感や環境へ意識が集中しており、身体症状が落ち着いてきたころに、創部をみるということができないという問題が顕在化してきたものと考えられた。ボディイメージの混乱として創部を見られない場合の看護として、創部を無理に見せることはせず、受容の段階に沿って介入を行うことが示されている。しかし、A氏の場合、遠隔地に在住していることから、創部の異常があった際にすぐに来院できる環境におらず、自分自身での早期発見が望まれるという背景から、創部・創部周囲の観察が重要であると考えられた。A氏は遠隔地に在住のため、術後創部周囲の観察ができることが術後合併症の早期発見に必要であった。そのため、看護師間でカンファレンスを行い、創部を見ることへの受容を促すために、情報的なアプローチから段階を追って介入を行った。A氏は術前に知人に見せてもらった創部の写真を思い出し、自分の創部も写真

にとってほしいと希望し、写真撮影を行った。これは創部に対して間接的なアプローチをすることで、創部や乳房喪失に向き合おうとしている姿と捉えられた。A氏は大きな病気をしたことがないことや、受診経験が少ないなどのことから大きなけがや病気に対しての経験値が少ないことが予想された。また、術前の乳房へのR Iの注射から目を背けたり、以前歯科への受診で出血が止まらなかった経緯から病院が得意ではないなどの情報から、血や傷などを恐怖症のようにみることができない恐怖があることが考えられた。そこで、日々の回診や看護師との会話では、術後の創部の治癒過程が順調で合併症などがなかったことなどを話した。また、創部に関する会話から、創部に対するA氏の認識が誤っていることがわかり、より大きな創部をイメージしていることから恐怖感が増していると考えられたため、その認識を正すことで、創部に対して、A氏の恐怖感を軽減できたと考えられる。そのことで、「それならみられるかも」と写真を見る段階まで、A氏が踏み出すことができた。しかし、その時点で、A氏は、知人に見せてもらった術直後ではない写真をイメージしてしまったために、術直後の自分の創の状態との間にギャップが生じ、「思っていたよりきれいじゃない」という発言に至ってしまったものと考えられた。このことから、術前からの対処行動が、術後に至っても大きな影響を与え、その内容によって受け止め方が大きく左右されることがわかった。術前、術直前、そして写真を見る前の段階で、創部の状態や治癒過程を詳細に説明し、イメージ化を図り、創部を見る心構えをつくることやギャップを少なくすることは、受容に大きく影響することが考えられ、個々の理解の状態を十分に確認した上での情報提供が必要であったと考えられた。A氏は創部を直視できない理由として「怖い」という表現をしている。「怖い」すなわち「恐怖」について永岑は、「不安と異なり脅威が、今、目の前で起きているときに起こる感情であり、直接的に身に迫る危険がある場面から逃避する行動を喚起させる機能があること」²⁾を説明している。A氏は看護師の創部に対する看護介入に対して、拒否される場面もあった。これは本人が自分自身の心理として限界を感じ、脅威から逃避している場面であったと考えられた。逃避を一時的にすることで、自分の心の状態を保っている行動であったと考えられ、その状態に応じて、無理強いしないということが、患者の心理的な安全を守ることにつながり、次の段階で情報を得て、創部についての会話をするできるようになった。

このように、術前から術後にかけてA氏自身が多くの対処行動を行っていたことがわかった。しかし、退院までに創部を見るということはできなかった。

A氏は術前に、がんになったことにびっくりしたという表現で告知時の衝撃を語っているが、その後乳がんという病気の受容についての発言はなかった。乳房喪失については「仕方ない」「年だからね」など言葉があった。また、術前に告知時に資料を読んだり、知人からの情報を得たとのことであったが、私に伝えてくれたその内容の多くは手術に対するものや術後の手術の影響に関してのものであった。このことから、A氏にとっての“病気”の受容が十分でない可能性があり、創部を見るということは、現実を直視することであり、乳がんという病気自体そして、病気を持った自分を再認識することや、その先に死への脅威を感じていたとも考えられた。安藤らははじめてがんに罹患した患者の心理の一つとして「死の脅威から現実的に回避するための最大の手段を手術として捉え、苦痛を感じながらも『手術への気持ちの焦点化』を行っている。」³⁾と述べている。A氏の場合も同様に、手術に意識を向けて前向きに対処することが、病気、すなわち死の脅威に対しての受容を回避する対処行動の一つであったという可能性も考えられた。

次に高齢者という背景からA氏の心理と患者理解について考察する。A氏は入院してから退院までの間に、人生を振り返るような語りを多くしていた。今井は、「高齢がん患者の持つ過去の経験は人生を反芻するうえで重要な材料であり、がんという脅威を乗り越える自信にもつながる。」⁴⁾と述べ

ている。A氏は、「今までの人生で困ったことは何もなかった。」「素晴らしい人生だった。」「いつ死ぬことになるかはわからないけど、それまで残りの人生を謳歌したい。」という前向きな言葉は、術前にA氏が手術をふくめ、がんを乗り越えるための対処行動の一つとして想起していた可能性もあることが考えられた。榎本は老年期がどのような時期であるのかという説明で、「やがて訪れる死を想定しつつ、自分自身のこれまでの人生を統合的にとらえて受容するということが目の前の課題として突きつけられているといつてよいであろう。」⁵⁾と述べている。A氏は老年期でもあり、さらに乳がんという死の脅威に立ち向かっていた状況であり、人生の統合という課題も同時にもっていたと言える。A氏の人生の語りを肯定的に振り返ることはがんという脅威を乗り越える自信につながっていたのではないかと捉えられた。私は、今までの看護師経験で高齢者の人生の語りを傾聴することで患者を尊重するという関わりを行ってきており、A氏に対しても、その語りを傾聴し、A氏の人生を肯定し支持的に関わっていた。その関わりで、自己肯定感を向上することや乳がんに関心を持つことの助となったとも考えられた。

このように告知から術後の過程において、患者は様々なストレスを抱えており、それに対して多くの対処行動をしていることがわかった。しかし、私は術前日の状況から、①手術に向けた対処行動の状況、②手術に対する前向きな言葉(不安を打ち消すための前向きな言葉)③人生の振り返りの前向きさ、といった情報を切り取っていた。それに加え、A氏の人生観の語りが前向きだったことから、その姿により高齢者が遠くから見て全てを受容している姿である私自身のバイアスが働き、言葉のさらに奥にある背景や思いに気づくことができなかった。高齢者は今までの人生経験や喪失体験の中で多くの経験の中で培った、判断材料・対処方法を若い世代よりも豊富に持っている。しかし、個々によりその経験は異なるものであり、その対処法も異なるものである。社会的背景も個々に異なることもあり、高齢者の心理的側面は大きな個人差があると考えられる。今回の振り返りから、高齢者というバイアスを持つことなく、多側面からの個々の病状や個性に応じたアセスメントが重要であることを学び、その上で、高齢者という特性などの背景に応じた、個別的で継続した看護が重要であることを改めて学ぶことができた。

おわりに

実習での受け持ち期間、そして事例を振り返ることで、A氏が手術・治療に向かい、様々な手段で受容する対処行動を実施していたことや、術後の創部をみることができない場面においても、もがきながらも何とか受容しようとする姿を捉えることができた。また、そのA氏の術前術後の反応を通して、改めて周術期の患者の心理と、高齢者の発達課題から見た背景の一側面を知った。その上で、患者の置かれている環境や、個々のコーピング能力、価値観・人生観などをより深く全人的にアセスメントすることで個別性を見出し、ケアにつなげることが考えられた。自身のバイアスや思考性を常に内省し、意図した関わりをすることを課題とし、看護介入の質を上げていくことが求められる。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださったA氏とご家族様、そしてご指導いただきました実習指導者、ご協力ご助言いただきました各部署のスタッフの皆様に、心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班, 高齢者に対する適切な医療提供の指針, 日本老年医学会雑誌, 51 (1), 2014.
- 2) 永岑光恵. 初めてのストレス心理学. 東京. 岩崎学術出版社. 2022. 57 - 58.
- 3) 安藤千英子, 白尾久美子, 服部淳子ほか. はじめてがんに罹患した患者の術前の心理的プロセス. 日本看護研究学会会誌. 2004, 27(3). 20.
- 4) 今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝. 治療過程にある高齢がん患者の“がんと共に生きる” ことに対する受け止め. 日本がん看護学会誌. 25(1), 2011, 14 - 23.
- 5) 榎本博明. 高齢者の心理. 家計経済研究. 2006. 70. 28 - 37

参考文献

- 1) がんの統計編集委員会. がんの統計 2023 年版. 公益財団法人がん研究振興財団.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班, 高齢者に対する適切な医療提供の指針, 日本老年医学会雑誌. 2020.
- 3) 阿部恭子, 矢形寛ほか. 乳がん患者ケア パーフェクトブック. 東京. 学研, 2017.

はじめに

乳がんは女性の部位別がん罹患数の第1位であり、30歳代後半から急増し、40歳代後半から60歳代後半にピークがあり¹⁾、就労世代での罹患数が多い。この時期の女性は、仕事、家事、育児などで担う役割が大きく、治療を行いながら役割を遂行することが困難となり、がんと診断後に離職してしまう患者もいる。第4期がん対策推進基本計画の分野別施策の「がんと共生」の中では、がん患者等の社会的な問題への対策として、働く世代のがん患者の離職防止や再就職への就労支援の充実が課題である²⁾とされている。外来通院している患者は、治療に伴う副作用症状による苦痛や、再発への不安などの様々な困難を抱えながら治療を継続している。乳がんの治療をしながら就労を継続している患者も多い中で、副作用の症状マネジメントが重要であり、仕事への影響を共に考えて支援していくことが必要であると考えられる。今回、A氏との関わりの中で、仕事を生きがいにしてきた患者が、治療による副作用症状を抱えながら、仕事と就労の両立を目指すために必要な支援について気付きを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性

2. 診断名：右特殊型乳がん(粘液癌)、ホルモン受容体陽性、ルミナルA

TNM分類：p T3N1M0、病期分類：StageⅢA

3. 患者背景

1) 現病歴

両側乳腺のう胞で経過観察していたが、X年9月に右乳房腫瘍を自覚し、近医を受診した。精査の結果で3カ月後にフォロー予定となったが未受診であった。X+1年3月に腫瘍増大があり、再度近医を受診し、針生検(CNB)を施行した結果は良性であったが、画像所見と乖離していたため3ヶ月後にフォロー予定となったが、未受診であった。X+2年2月に再び腫瘍増大を自覚したため、再度近医を受診し、CNBの結果で粘液癌と診断された。X+2年3月に大学病院紹介受診となり、X+2年6月に右皮膚温存乳房全切除術+右腋窩リンパ節郭清+シリコンインプラント挿入術施行した。X+2年8月から術後補助療法として、ddEC療法4コース施行後、現在はddPTX療法施行中である。

2) 受け持つまでの経過

ddEC療法の副作用による脱毛があり、ウィッグを装着している。ddPTX療法1回目の投与後より、両足底部の痺れが出現し、2回目の投与後より両手親指の痺れが出現している。CTCAE分類はGrade2である。痺れに対しては、ddPTX療法開始後より、プレガバリン(プレガバリン口腔内崩壊錠[®])と牛車腎気丸エキス顆粒(ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒[®])の内服を開始した。ddPTX療法施行中は、末梢神経障害の予防のためにフローゼングローブを装着して治療を行っている。ddPTX療法3回目に受け持ちとなった。

3) 家族背景

独身で一人暮らしであったが、乳がんと診断された後に、会社員の姉と同居するようになった。

姉が身の回りのことを手伝ってくれている。父(80歳代)は一人暮らしである。父も病氣療養中のため、心配をかけたくないという思いがあり、A氏が乳がんの治療中であることは伝えていない。

4) 社会背景

A氏は教員をしており、担任を持っている。治療のために現在は休職しているが、現在行っている化学療法が終了後に放射線療法施行を予定しており、その後に復職の予定である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

ddPTX療法1回目の投与後より、両足底部の痺れが出現し、2回目投与後より両親指の痺れが出現している。パクリタキセル(パクリタキセル[®])の副作用として末梢神経障害が出現していると考えられる。CTCAE分類はGrade2であり、痺れによりペットボトルの蓋が開けられないなどの親指を使う動作が困難であるとの訴えがある。しかし、現在は姉の協力が得られており、家での日常生活は問題なく過ごせている。痺れの軽減のために、ddPTX療法開始後よりプレガバリン口腔内崩壊錠[®]とツムラ牛車腎気丸エキス顆粒[®]を内服し、末梢神経障害の予防のためにフローズングローブを装着して治療を行っている。パクリタキセル[®]は、蓄積毒性があるため、投与の継続により痺れの症状が悪化し、長期化することにより日常生活や仕事への影響が出る可能性がある。仕事復帰を目指しているため、痺れがあることにより、教員の仕事をする上で業務に支障をきたす可能性がある。現在、痺れの治療で使用しているプレガバリン口腔内崩壊錠[®]の有害事象による眠気が出ているが、本人は痺れの治療を優先したいという思いがあるため、内服は継続していく方針である。しかし、仕事復帰するにあたっては、昼間の眠気が仕事に影響してしまう可能性がある。プレガバリン口腔内崩壊錠[®]の減量となった場合には、痺れの増強に繋がる可能性が考えられる。A氏は、教員の仕事が生きがいになっており、職場復帰をするにあたり、今後予定されている抗がん剤の内服による副作用の心配があり、仕事を続けていけるかとの不安が生じている。今後は、ホルモン剤や抗がん剤内服などの治療に伴う副作用により、職場での役割遂行が困難になってしまう可能性がある。

2. 看護上の問題

#1 パクリタキセルの副作用による末梢神経障害が出現している

#2 内服抗がん剤による副作用への心配がある

3. 看護目標

1) 末梢神経障害による痺れを緩和する方法を知ることができる

痺れがあることによる仕事の影響についての対策を考えることができる

2) 副作用への対処方法を知ることができる

4. 看護の実際

【介入1回目 ddPTX療法3回目】

A氏は教員をしており、手術終了した後は仕事復帰を目指していたが、抗がん剤治療を行うことになり、副作用の影響を考えて、休職のままで治療を行うことになった。ddECの投与中の経過について聞くと、脱毛に対しては、苦痛を感じており、鏡でウィッグを外した自分の姿を見ることはできていないということであるが、ウィッグを装着しており、外出もできているという発言が聞かれた。その他には、吐気や食欲不振、便秘、倦怠感などの有害事象が出現していたが、処方されていた支持薬を使用したり、食べられる物を食べたり、体調不良時は休息をとることができていた。

という発言が聞かれたため、副作用に対してはセルフケア行動がとれていたと判断した。

d d P T X療法1回目の投与後より両足底部の痺れが出現し、2回目投与後より両手親指の痺れが出現している。d d P T X療法開始後よりプレガバリン口腔内崩壊錠[®]とツムラ牛車腎気丸エキス[®]を内服し、末梢神経障害の予防のためにフローズングローブを装着して治療を行っている。ペットボトルの蓋が開けられないなどの親指を使う動作が困難であり、日常生活に支障をきたすようになっている。しかし、現在は外出の機会は少なく、姉の協力があるため、家での日常生活には困っていないとの発言が聞かれた。痺れの治療で使用しているプレガバリン口腔内崩壊錠[®]の有害事象による眠気が出ているとの発言が聞かれたが、現在は生活に支障がない程度であった。痺れの治療を優先したいという本人の思いがあり、本日の診察で医師と相談の上、現在の内服量で継続していく方針となった。パクリタキセル[®]の投与が継続することにより、痺れの症状が悪化することや、症状の改善には時間がかかることが考えられるため、今後の日常生活や仕事に影響が出る可能性があることを説明した。A氏は「治療が終わったら新学期から仕事復帰しようと思っています。今は家にいるだけなので、あまり困ることはないけど、痺れがひどくなったら、仕事への影響も出てくるかもしれないですね」と話された。今後は仕事復帰を目指しているため、痺れの症状により具体的に職場で困難になる状況を想像して、対策を検討していく必要があると考えた。そのほかの痺れの症状緩和の方法は行っていないと発言が聞かれたため、痺れている部分を温めたり、マッサージすることや手指の運動を行うことにより、血行を良くすることで症状を緩和することができると説明した。日常生活の注意事項としては、痺れによって足に力が入らないことで、転倒や転落のリスクがあるため、階段を使用する場合は手すりを使用することや、足にフィットする靴を履き、ヒールの高い靴は避けるように説明した。また、痺れによって感覚が鈍くなると、熱傷やけがに気付きにくくなることもあるため、注意が必要であることを説明した。

抗がん剤投与前の診察に同席した際、医師より今後の治療として、抗がん剤の内服についての話があった。診察後に、A氏からは「まだ抗がん剤をやるんだと思いました。新学期から仕事復帰をするので、また副作用が出るのが心配です。まだ先になるので少し考えてみます」という発言が聞かれた。A氏にとって内服抗がん剤での治療についての説明は、初めて聞いた情報であったため、患者の思いを傾聴し、再発予防のための標準治療であることを補足説明した。医師からは予定している治療の薬剤名は伝えられていなかったため、副作用の話には触れなかった。これまでの治療の副作用に対しては対処行動がとれていたため、副作用に対しての正しい情報を提供することにより、対処行動がとれるのではないかと考えられた。しかし、治療をしながら仕事復帰をするについて不安を感じているため、副作用が出現した場合の対処方法について確認していく必要があると考えた。

【介入2回目 放射線療法初回診察時】

前回のd d P T X療法から12日目の介入となった。d d P T X療法終了後に乳房全切除後放射線療法(PMRT)を施行予定であり、照射部位のマーキングが行われた。3回目のd d P T X療法後からの様子を聞くと「親指だけだった痺れが指全体に範囲が広がったので、気を付けていても持っているものを落としてしまいます」と話された。痺れによって感覚が鈍くなっていることが考えられるため、熱傷やけがなどに注意が必要であることを説明した。現在行なっている症状緩和の方法について聞くと「お風呂などで温めることで痺れが少し良くなる気がします」と話された。

【介入3回目 d d P T X療法4回目】

今回が最後のd d P T X療法の投与であった。3回目投与後に痺れの増強があったため、A氏が

らは「また4回目の後に痺れが強くないか心配です。痺れによって仕事への影響があるかもしれないですね」との発言が聞かれた。回数を重ねるたびに痺れの悪化がみられ、手指の感覚が鈍くなっており、持っているものを落としてしまうなどの日常生活に支障がみられているため、仕事復帰後は業務への影響が出てくる可能性があると考えられた。教員としての仕事をする上で困難と思われることについて、具体的に本人と一緒に対策を考えることで、仕事復帰に対しての不安が軽減することができるのではないかと考えた。私は、A氏と同じ教員の仕事をしている痺れのある患者さんが板書のときにチョークを持つところを太くして工夫して仕事をしているという情報提供をした。するとA氏は「みんな工夫して働いてるんですね。板書は大丈夫だと思うけど、連絡帳などのノートに書いたりするのがうまく文字が書けないかもしれないし、時間がかかってイライラしちゃうのかな。あと持ってるものを落としたりしちゃうかもしれないね」と話された。ボールペンを持って文字を書くことに対して影響があると考えられるため、パソコンで打ったものを配布することや、重いものを持つ際には、バックに入れて肩に掛けることなどの対策と一緒に検討した。A氏は「痺れがいつまで続くかわからないけど、工夫してやってみます」と話された。また、痺れの治療で使用しているプレガバリン口腔内崩壊錠[®]の副作用による眠気については、仕事復帰後に影響が出てしまうのではないかと考えて本人に確認すると「痺れの薬に対する眠気は、仕事を始めてみて影響があれば先生に相談してみます。まだやってみないと分からないことも多いけど、何とかかなと思っています」と前向きな発言が見られた。A氏は「今日、先生からやっぱり抗がん剤は飲んだほうが良いと言われました。ちょうど仕事復帰の時期に飲み始める予定なので、副作用の影響が心配になり、先生にホルモン剤と抗がん剤を飲む時期をずらすことはできないか確認しました。少しずらすことはできると言われました」と話された。A氏は副作用についての心配を医師に伝えられており、ホルモン剤と抗がん剤の内服の時期を調整するという対処行動をとろうとしていることが伺えた。また、これまでの治療の副作用に対しては対処行動がとれていたため、正しい情報提供をすることにより、今後も対処行動がとれるのではないかと考えられた。A氏は今までの治療の中でも、副作用の症状を軽減することができるように処方された内服薬を使用したり、食事の調整をしたり、体調不良時は休息をとることができていたため、自分自身で副作用の症状をコントロールできていたことをフィードバックして、今後も対処行動がとれるように、タモキシフェンクエン酸塩(タモキシフェン錠[®])とテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(ティーエスワン[®])の主な副作用や出現時期などについて情報提供して、対処方法を共に検討した。副作用による体調不良がある場合に、仕事を休んだりすることは可能であるか職場の協力体制についてA氏に確認すると「職場には病気のことは話しているので、体調が悪かったら仕事は休めるし、午前中で早退することもできると思います。薬を飲んでみないと分からないので、症状が出た時は薬でコントロールして、だめなら仕事は休みます。再発しないのが一番大切ですよ」と話された。教員は立っていることが多いとの話であったため、仕事中でも、椅子に座ったりして少しでも休める時間を作り、無理をせずに自分の体調を一番に考えることを伝えた。また、体調不良時は仕事量や仕事内容の調整をしていくことが仕事を継続するためには必要であることを伝えた。本日で最後の介入となるため、今までの治療を自分で意思決定して、乗り越えてきたことに対して労いの言葉を掛けた。A氏は「外来の看護師さんは忙しそうであまり話ができないから、今回いろいろと話ができて良かったです。仕事復帰後のことも具体的にイメージができた気がします。これからは、あまり無理はしないで休める時は休みます。前のようににはできないこともあると思うけど、何とか工夫してやってみます」と話された。

Ⅲ. 考察

今回、A氏の乳がんと診断されてからの経過や背景を振り返り、仕事を中心に生活してきた患者の治療中の心理的、社会的な影響について考察する。また、治療をしながら仕事を継続するためには、副作用の症状マネジメントが重要であり、セルフケア能力を有する患者でも、継続的に支援していくことの重要性について気付きを得た。A氏との関わりから、治療と就労の両立支援について焦点を当てて考察する。

A氏は乳房の腫瘍を自覚して受診するが、異常なく経過観察となるとフォロー受診しなくなってしまい、再度腫瘍が増大すると受診するという状況を繰り返していた。フォロー受診をしなかった理由については、「異常がなかったから大丈夫だと油断してしまった。」という言葉が聞かれたことから、過信してしまっていた可能性がある。A氏は、乳房の異常を自覚してからは、受診行動がとれているため、自分の持っている乳がんの知識や情報などから、早期に治療を行いたいという思いに至り、治療には積極的であると考えられた。乳がんと診断されてからは、姉や父親に迷惑を掛けたくないという思いがあり、医師からの説明を一人で聞き、自分で術式や治療を意思決定していた。また、A氏は仕事をなるべく休みたくないという思いや、職場に迷惑を掛けたくないという思いから、自分の体調や治療スケジュールなどを考慮して、自分で休職や仕事復帰の時期を調整して、治療と就労の両立に向けての準備をしていたと考えられる。

まず、仕事復帰する上で、副作用の脱毛による外見の変化を苦痛として捉えているのではないかと推察された。野澤は、外見の変化による苦痛は、その痛みの本質が、①自分らしさや女性性といった自己のイメージに関する心理的な苦痛にあること、②他者とのかかわりのなかではじめて成り立つ、相対的な苦痛であること、の2点である³⁾と述べている。職場の人には治療をしてから会っていないということであり、治療前と外見の変化が見られることが、社会の中で自己の存在を脅かす苦痛になってしまう可能性が考えられた。A氏は、副作用の中で脱毛が一番の苦痛であったと話してくれた。しかし、自分に似合うウィッグを探して、現在は装着して外出ができています。仕事復帰に対しても否定的な発言はなく、ウィッグを被っている自分を受け入れることができていると考えられた。一方で、A氏は、鏡でウィッグを外した自分の姿を鏡で見ないようにしていることや、同居している姉に対してもウィッグを外した姿を見せていないという情報からは、ウィッグを被っていない自分の姿を見たり、他人に見せたりすることに苦痛を感じ、対処行動をとっていたと考えられる。A氏は、ウィッグを被っていない自分の姿を、今までの自分らしくないと感じてしまい、自己イメージの低下があると推察される。しかし、自分の生きがいとしている教員の仕事に復帰をすることで、自分らしさを取り戻すきっかけになるのではないかと考えられる。仕事において自分の役割を果たすことにより、社会生活において自分自身の存在価値を見出すことができるのではないかと考えられ、A氏にとっては仕事復帰が重要な意味を持っていると気付くことができた。A氏は、治療と就労の両立をすることにより、自分らしさを取り戻し、仕事を生きがいに感じたり、自分の役割を遂行できるという満足感を得ることができ、これらのことが治療を乗り越えていける原動力になるのではないかと考えられる。

A氏は元々子供好きであり、教員になる夢を叶えて、現在の職業に就いた。A氏は独身であり、仕事は生計の維持のために必要なこととして捉えているが、仕事を生きがいにしており、仕事が生活において重要な位置を占めている。林らは、治療と就労の両立を支援していくためには仕事を続ける上で何が支障になるのかを一緒に考えていくことが必要である。その際に、患者の働き方や仕事内容だけに焦点を当てるのではなく、その仕事に就いた経緯など、患者の人生全般に興味を持ち関わること

が、患者の求める就労支援につながる⁴⁾と述べている。患者のこれまでの生き方や思いを踏まえた上で、今後どうしていきたいのかを共に考えていく必要がある。患者にとっての仕事がどのような意味を持つのか、仕事についてどのような思いがあるのかを知ることも重要である。

A氏は化学療法終了後に、放射線療法を行い、その後に仕事復帰の予定になっていた。化学療法の副作用による痺れが増強したことや、抗がん剤の内服開始時期と仕事復帰が重なることが分かり、先の見通しが立たないという不確かさにより、治療と仕事の両立に懸念がみられた。A氏は、今までの治療の副作用症状に対しては、処方されていた支持薬を使用し、体調不良時は休息をとることなどの対処行動がとれていた。これまでの治療の副作用については対処行動がとれていたため、今後の治療に対しても副作用や対処方法についての情報提供をすることで、再び対処行動がとれるようになると考えられる。A氏は、今後の治療に関しては、自分で医師にホルモン剤と抗がん剤の内服開始の時期を調整できるかを確認し、対処行動をとろうとしていることが伺えた。また、A氏に今まで副作用症状を自分自身でコントロールできていたことをフィードバックしたことが、新たな副作用に対しても対処行動がとれるという後押しになったのではないかと考えられる。橋爪らは、看護師は患者自身が行っている身体症状に対するセルフマネジメントが適切かを判断し、患者に肯定的なフィードバックを与えることで自己効力感を高め、仕事と治療を両立できるよう支援していく必要がある⁵⁾と述べている。私が介入したことにより、A氏は自分で新たな副作用に対しても対処行動がとれるという気持ちになり、治療と就労の両立がイメージできたと考えられる。また、痺れが仕事復帰をする上で、どのようなことが支障になるのかを一緒に考えて対策を検討することにより、仕事をしている状況を具体的にイメージすることができたと考えられる。このように仕事復帰後の状況を共に考えて、先を見越した支援をすることにより、A氏の気持ちが何とか工夫してやってみるという前向きな気持ちに変化して、治療と就労の両立に対しての不安が軽減したのではないかと推察される。

一方で、痺れなどの副作用を経験してきたことや、今後の治療の副作用や対処方法などの情報を得たことにより、乳がん罹患前と同じように仕事することが難しいという気持ちに変化していたと推察される。A氏は、今までは仕事が生活において重要な位置を占めており、仕事を中心に生活してきたが、治療をしながら仕事を継続するためには、無理をせずに自分の体調を一番に考えることが必要であると考えた。そして、体調不良時の職場の協力体制を確認するなど、体調不良時の対処方法を共に検討することができた。この検討によって、A氏の「これからは、あまり無理はしないで休める時は休みます。前のようにはいできないこともあると思うけど、何とか工夫してやってみます」という発言に至り、仕事への向き合い方への変化に繋がった。堀井らは、復職には患者個々の仕事観が根底にあり、がんに罹患したことや、生活や仕事上の困難の自覚から、自らの仕事に対する考え方の転換として、仕事に向かう姿勢に折り合いをつけている状況があった⁶⁾と述べている。患者それぞれの仕事に対する熱意や仕事への思いは違うと思うが、治療をしながら仕事を継続するためには、無理をして今まで通りの仕事の仕方をするのではなく、自分の仕事に対する価値観を見直して、仕事との折り合いをつけることが必要になる場合もある。A氏の現在の痺れや今後の治療に対する副作用は、これから仕事復帰をするにあたり、日常生活や仕事にどの程度の影響を及ぼすかは不確かである。しかし、A氏は治療をしている自分の状況を理解して、自分を労うことが必要であることに気付くことができるようになったと言える。これらのことから、治療と就労の両立では、治療に伴う副作用の症状マネジメントが重要であり、自分の状況を理解した上で、自分の体調に合わせて仕事に対する取り組み方を変化させていくことが必要であると考えられる。

おわりに

A氏にとっては、治療と就労の両立をすることにより、自分らしさを取り戻し、仕事を生きがいに感じたり、自分の役割を遂行できるという満足感を得ることができ、仕事復帰が重要な意味を持っていることに気付くことができた。患者にとっての仕事がどのような意味を持つものか、仕事についてどのような思いがあるのかを知ることが、治療と就労の両立支援へと繋がることが分かった。そして、仕事を続ける上で何が支障になるのかを共に考えて、患者に応じた個別性のある支援を行うことが必要である。また、先を見越した支援を行い、治療に伴う副作用の症状マネジメントができるように支援し、仕事復帰後をイメージできるような関わりをしていくことが重要であると考えられる。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの学びと気付きを与えてくださった患者様、ご指導いただきました実習指導者様、各部署のスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス. がん統計. がん種別統計情報. 乳房. 2025.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/14_breast.html (参照 2025 - 3 - 10)
- 2) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課. 第4期がん対策推進基本計画について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf> (参照 2025 - 2 - 28)
- 3) 野澤桂子. “アピアランスケア”. がん看護実践ガイド女性性を支えるがん看護. 鈴木久美編. 東京, 医学書院, 2015, 133.
- 4) 林桂子. 外来化学療法を受ける乳がん患者の就労に関する経験. 保健医療社会学論. 2021, 31(2), 33.
- 5) 橋爪可織, 岩永和, 井上真由子ほか. 外来科学療法を受けるがん患者の就労支援を可能にする要因. 保健学研究. 2018, 31, 29.
- 6) 堀井直子, 小林美代子, 鈴木由子. 外来化学療法を受けているがん患者の復職に関する体験. 日本職業・災害医学学会誌. 2009, 57(3), 123.

参考文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛. 乳がん患者ケアパーフェクトブック. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2017.
- 2) 鈴木久美. がん看護実践ガイド女性性を支えるがん看護. 東京, 医学書院, 2015.
- 3) 元井好美, 掛橋千賀子. 外来化学療法を受ける初発乳がん患者の就労上の困難と対処. 日本がん看護学会誌. 2018, 32, 137 - 146.