

2024 年度

静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程

がん放射線療法看護分野 事例報告集

目 次

【がん放射線療法看護分野】

行動変容ステージの理解とステージに応じたセルフケア支援の重要性・・・・・・・・・・	荒木 裕子	2
口腔・咽頭粘膜炎がある患者のセルフモニタリングを獲得するために必要な支援・・	井上 美鈴	10
化学放射線治療継続の意欲を支える看護から学んだ自己効力感 ～口腔ケアの視点から振り返る～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	佐藤 忍	18
照射中の疼痛コントロールに難渋した患者の行動や心理的变化に自己効力感が与えた影響・・	渋谷 麻美	27
放射線治療を行う認知機能障害を有する高齢前立腺がん患者のセルフケア支援・・	曾我 和美	35
密封小線源治療に対する恐怖心軽減のための関わり ～ストレス・コーピング理論を用いて振り返る～・・・・・・・・・・・・・・・・・・	立花 咲	45
有害事象に対するセルフケア能力の見極めの必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・	西原 彩美	54
子宮腔内照射におけるA氏の思いに焦点を当てた看護実践の振り返り・・・・・・・・	松井 由佳	62
組織内照射併用腔内照射を受ける患者の身体的・精神的苦痛に対する介入・・・・・・・・	山科 美樹	71

はじめに

放射線療法を受ける頭頸部がん患者は、口腔粘膜炎が高頻度に発症し、強い苦痛と経口摂取や会話等の日常生活への支障を招くことが多い。越智らは口腔ケアを継続できれば、口腔内をより清潔に保つことができ、口内炎の重症化を予防することにつながり、経口摂取や会話等の日常生活への支障を低減できる可能性がある。また、誤嚥性肺炎および齲歯の悪化、下顎壊死などの合併症のリスクを最小限にでき、患者の苦痛の軽減、ならびに、化学放射線同時併用療法(concurrent chemo radiotherapy 以下：CCRT)の完遂による長期生存に寄与できる¹⁾と述べている。これらのことから頭頸部がんの放射線療法は、口腔に照射野が含まれるため口腔粘膜への直接的な影響は避けられないことから、口腔粘膜炎を重症化させないために支持療法を踏まえた患者のセルフケアが重要となる。

今回、私は左舌癌に対し術後化学放射線療法を受けるA氏を受け持った。A氏は術後合併症で開口障害があり、自分自身で口腔内を観察することはできない状態であったが、指示された口腔ケア方法を実施することができていた。また、舌癌術後に口腔内の吸引・胃ろう管理の手技を獲得できていたため、口腔内の状態を観察するという一部代償的ケアと、有害事象に応じた必要な知識と技術を伝えるという指示教育的ケアを行うことで、このまま口腔ケアを継続することができると考えた。実習中、A氏はセルフケアを実施することができていたが口腔粘膜炎は増悪し、口腔ケアを継続することが困難な状況に至った。有害事象が出現した後も医療者に自ら報告することや、支援を求めることができず、症状マネジメントの介入も遅れてしまった。私は、A氏に説明をしてもなぜ実施してもらえなかったのだろうかと事例を振り返る中で、A氏の準備状態(変化のステージ、知識レベル、障害に感じていること)を理解できておらず、その準備状態に応じた動機づけの方法が適切ではなかったと気づくことができた。行動変容を働きかけるためには、プロセスを理解し、適切な働きかけを行うことで行動変容をスムーズに進めることができる。ジェイムス・プロチャスカらによって提唱された「変化ステージモデル」を用いて、A氏の変化ステージ・必要な看護について分析し考察したため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性
2. 診断名：左舌癌 pT4aN2b0M0 StageⅣ A期
3. 患者背景

1) 現病歴

X年6月頃から左舌に口内炎のような痛みがあり、近医を受診した。X年7月精査・加療目的で大学病院を紹介され、受診した。精査の結果、左舌癌と診断され、X年8月左舌癌に対し舌亜全摘術・両側頸部リンパ節郭清(右SOHND：肩甲舌骨筋上頸部郭清術、左MRND：保存的頸部郭清術)・嚥下改善手術・右腹直筋皮弁による再建術・気管切開術が施行された。A氏は舌癌術後に、口腔からの吸引や嚥下ボトルを使用した経口摂取方法、胃ろうからの栄養剤(エレンタール®配合内用剤)の注入といった手技は獲得し、一時退院となった。

X年10月、術後化学放射線療法目的(weekly-CDDP+両側頸部、顎下、気管切開部 46G/

23 回、腫瘍床に追加照射 20Gy／10 回)にて入院となった。

2) 受け持つまでの経過

受け持ち時は、両側頸部・顎下・気管切開部に 12 回目 (24Gy) まで放射線療法が施行されている。口腔内の両頬粘膜・口峽部・舌に紅斑・偽膜形成があり、口腔粘膜炎は有害事象共通用語基準 (C T C A E v5.0) Grade2 であった。両頸部は放射線皮膚炎も有害事象共通用語基準 (C T C A E v5.0) Grade2 の有害事象が出現していた。口腔ケア習慣は、1 回／朝であったが、治療開始後は重曹水 3 回／日、歯磨き 3 回／日、グリセリン＋アズレンスルホン酸ナトリウム水和物炭酸水素ナトリウム (ハチアズレ®顆粒) での含嗽を 6 回／日と指示された内容を実施することができている。さらに、化学放射線治療開始後、口腔カンジタ症を発症したがアムホテリシン B シロップ (ファンギゾン®シロップ) を使用し含嗽を行い、治癒することができていた。しかし、開口量が 2 横指と術後合併症である開口障害がみられ、口腔内を自分で観察することはできない状態であった。また、術後合併症として、再建舌の運動不良にて構音障害、摂取嚥下障害・上肢・肩関節の可動域が生じており、コミュニケーションは筆談で行っていた。

3) 家族背景

妻、息子、実母との 4 人暮らし、娘は近隣に在住している

4) 社会的背景

長年、建設現場の現場監督の仕事を務めている。舌癌の手術時から休職中であり、X+1 年 1 月に職場復帰予定である。A 氏自身は現場監督に復帰したいと希望しているが、構音障害があることや大きな声で指示が出せないため他者とのコミュニケーションや仕事に支障をきたす可能性があると考えており、部署異動も検討していた。

【用語の定義】

頭頸部領域のがんに対する放射線治療の際に、放射線治療時の位置誤差を減少させる目的でマウスガードを装着する。本事例ではマウスピースと定義する。

II. 看護の実際

1. アセスメント

今回 A 氏の放射線治療の照射範囲は両側頸部・顎下・気管切開部に 46Gy、その後、腫瘍床 (口腔内) に 20Gy 照射される。そのため、起こりうる有害事象として、口腔粘膜炎・咽頭粘膜炎・両頸部の放射線皮膚炎が予測できた。また、耳下腺へ最大線量は右 56.4Gy、左 60.5Gy であった。耳下腺は大唾液腺とされ、漿液腺であるため、耳下腺への照射はサラサラとした唾液分泌を低下させ口腔内乾燥が生じる。さらに化学療法と併用しているため、口腔粘膜炎が強くなることが考えられた。C C R T を受ける患者の場合、放射線単独治療よりも治療効果が高いが毒性も強く、口腔粘膜炎は必発し、重症化することが多い。A 氏は唾液腺にも放射線が照射するため、唾液腺障害も高頻度で起こる。その上、口腔粘膜炎により唾液が減少することで、さらに口腔内の乾燥が悪化する。口腔粘膜炎が悪化すると痛みが出現するため、鎮痛剤を使用しながら治療を継続しなければならないことが予測できた。さらに、放射線開始前の口腔ケア習慣は、1 回／日と口腔衛生を保てず口腔カンジタを発症した経緯があったことから、口腔衛生保持は重要な看護と考えた。また、口腔粘膜炎を含む口腔内の障害は不快感だけではなく、話しづらさや、食事が食べにくいなど様々な影響を及ぼす。術後合併症の構音障害、摂食嚥下機能障害の改善を希望している A 氏にとって、口腔・咽頭粘膜炎を低減できるように、指示されたケアを継続し、口腔内の衛生を保ち治療を完遂できるように

看護介入をしていく必要があると考えた。

A氏は、指示された方法を実施しているか確認すると「うん(うなずく)」と返答された。しかし、臼歯部の疼痛がある部位はスポンジブラシを用いてケアをするよう指示があったが、スポンジブラシを使用した形跡はなかったため、再度使用状況を尋ねると「スポンジはやったりやんなかったり。衛生士が来た時に使う感じ」と発言があることから、今後照射線量が増加することで疼痛が増強し、口腔内の衛生が保てなくなる可能性があるため、口腔ケアは口腔粘膜炎の重症化予防のために重要であるという動機づけを行いながらセルフケア支援を行っていく必要があると考えた。

A氏は重曹水3回/日、歯磨き3回/日、グリセリン+ハチアズレ[®]顆粒での含嗽を6回/日と指示された内容を実施することができ、口腔内の衛生状態は良好であった。しかし、方法として臼歯部の疼痛がある部位はスポンジブラシを用いてケアをするよう指示があったが、やったりやんなかったりの状態であった。A氏は両頸部リンパ郭清を左ⅠA～Ⅴ領域、右ⅠB～Ⅳ領域と広範囲に行われ、肩関節機能障害を生じていた。そのため頸部のリンパ液がうっ滞し、頸部が腫脹していた。さらにその部位に照射が加わることで、微小なリンパ管にリンパ節周囲の軟部組織の壊死や肉芽化、照射した周囲の正常組織のダメージによりさらに口腔内にリンパうっ滞が生じ、口腔粘膜の摩擦がおきてしまう可能性があった。スポンジブラシを使用し内頬部をケアすることでドレナージとなるため、ケアに追加し口腔内のうっ滞予防を行っていく必要があると考えた。また、開口障害があり、口腔ケア前後に自分自身で口腔内の観察ができない状況であった。そのため、口腔内の観察は、看護師が実施するといった一部代償的ケアが必要と考え、看護計画に1. 現在出現している口腔粘膜炎の部位を患者と口腔内のイラストを用い共有する、2. 口腔内の状態を確認・評価し、昨日との変化を患者と共有する(口腔機能アセスメントツール使用)というケアを毎日行う、3. 多職種カンファレンスで週1回/日(口腔外科医、放射線腫瘍医、病棟看護師、放射線治療室看護師、歯科衛生士)で口腔内の状況・セルフケア状況を共有することとした。

2. 看護上の問題

累積線量の増加に伴い、口腔咽頭粘膜炎や疼痛が増悪し、セルフケアが不十分となり口腔・咽頭の衛生が保てなくなる可能性がある

3. 患者目標

- 1) 両側頸部・顎下・気切部に予防照射 46Gy～追加照射 1 回目まで
感染を合併することなく、口腔・咽頭の衛生を保ち、治療を完遂することができる
- 2) 追加照射 2 回目以降
 - ・経口より飲水することができる
 - ・口腔衛生を保持でき、カンジタ症を発症しない

4. 看護の実際

【両側頸部・顎下・気切部に予防照射 32Gy～46Gy】

32Gy(介入初日)、口腔ケアを行う際にスポンジブラシで頬粘膜をケアすることはドレナージとなることを説明し、一緒に実施してみることを提案したが「いいよ。やり方わかったから」と返答され、実施できなかった。翌 34Gy 時頃から放射線治療時、マウスピースを装着すると歯茎と頬粘膜に疼痛が出現した。A氏は「歯磨きもちゃんとしているよ。マウスピースを入れるとき以外痛くない、だから大丈夫」と発言があり、痛みの原因について理解できていないと考えた。そのため、前日説明した内容について確認すると「放射線の影響でしょ」と返答された。昨日説明した内容について、不足している部分を再度説明し、一緒に実施することを提案した。しかし、A氏からは「放

射線の時だけだから、あとで歯磨きする時にやるよ」と返答され、一緒に実施することはできなかった。現状をA氏自身もきちんと理解しておく必要があるため、口腔内のイラストを用い、口腔粘膜炎の部位・マウスピース装着時に疼痛が出現する部位についてA氏と共有した。

その後もマウスピース装着時に粘膜の摩擦により、疼痛が持続していた。A氏はスポンジブラシを使用した新たなケアを行うことに抵抗があるのではないかと考え、病棟看護師や治療室看護師、歯科衛生士と情報共有を行い、マウスピースを調整してもらうことを提案した。しかし、A氏はマウスピースの調整も受け入れることはなかった。その理由を尋ねると「あれはつけなければ痛くない。あれは、放射線の影響でしょ。そこに口内炎があるから、当たっている。今はいい。歯磨きするとブラシが当たって、血がでる。でも、その時だけ。歯ブラシもブラシが小さいもの使っているし、悪くなってないでしょ」とA氏自身で口腔内を解釈し、セルフケアを実施することができていた。そのため、症状が苦痛となっていないのであれば、毎日口腔内の状況をA氏と共有し、現在の口腔ケア方法を支援していくことにした。しかし、42Gy 頃から嚥下時痛 Numerical Rating Scale (以下: NRS) 2-4/10 が出現し、アセトアミノフェン錠 500 mg 2 錠内服を頓用で内服していた。口腔ケア状況を確認すると「口の中は大丈夫。でも、歯磨きはしていない。うがいだけにしている」と話した。口腔機能アセスメントツール 3/16 点、口腔内の衛生状態はやや不良、上顎に汚染がみられた。嚥下時痛は 30~40Gy 頃から出現するため、治療計画からアセスメントした通りの出現時期であった。咽頭への照射線量 30.8~35.4Gy であり、現状と同様 Grade1 の咽頭粘膜炎より悪化する可能性は低い。しかし、咽頭粘膜炎により嚥下時痛が出現し、現在、飲水も制限している。咽頭を使用しないことで唾液分泌は減少し、自浄作用が低下するため細菌は増加しやすい状況であった。さらに、A氏は水分摂取も避けているため、さらに自浄作用は低下し、口腔内・咽頭の衛生を保てなくなる可能性も考えられた。そのため、適切に鎮痛剤を使用しながら治療が完遂できるようにA氏、病棟看護師と共有し、アセトアミノフェン錠 500 mg 2 錠、朝昼夕と定時内服が開始となった。また、含嗽は継続できているが口腔内の汚染がみられてきているため、毎日歯科衛生士による口腔ケアの調整をした。私は引き続き、毎日口腔内の状態をA氏と共有すること、口腔ケアの必要性を説明しながら、できていることはフィードバックするように介入した。しかし、46Gy 時に「水も唾液も飲み込めない。水とか飲まないと痛みは(NRS) 0-1/10 も飲むとむせかえちゃって5 とかになる。唾液も飲み込めないから、夜も眠れてない。30 分に1 回吸引している」と咽頭粘膜炎による嚥下時痛の症状が悪化していた。口腔ケアは歯磨き 1 回/日、グリセリン+ハチアズレ[®]顆粒含嗽 5 回/日、重曹水での含嗽は歯磨き前後で実施はできていた。口腔粘膜炎の部位は両頬粘膜・口峡部・舌に紅斑・潰瘍・偽膜形成があり Grade2 の状態、さらに舌の口腔粘膜炎が増悪していた。口腔機能アセスメントツール 3/16 点と口腔内の汚染が持続していた。舌苔も増加していたことから、口腔・咽頭カンジタ予防としてファンギゾン[®]シロップの含嗽後の飲み込みが開始となった。咽頭粘膜炎について主治医より鎮痛剤の増量の希望を確認されているが、このままで良いと返答していた。なぜ鎮痛剤を増量しないのか尋ねると「飲まないと痛くない、だからいい」と発言があった。A氏は今までも医療者に症状を確認されると返答することができていたが、自ら症状を伝え、支援を求めることはなかった。私はここまで治療や口腔ケアを頑張ってきたことを労い、今の口腔・咽頭粘膜炎の状態であることは素晴らしいことであると伝えた。その後、唾液を飲みこむこともできない疼痛であるため我慢しなくてよいこと、口腔内の衛生を保てなくなること、口腔カンジタ症を発症するリスクもあるため、適切に鎮痛剤を使用し口腔内を清潔に保ち、医療者に頼りながら治療の完遂を目指しましょうと伝え、涙を流された。その内容を病棟看護師

と共有し、トラマドール塩酸塩OD錠 25mg を4回/日が追加となった。

【腫瘍床に追加照射時】

安静時の咽頭部の疼痛は消失したが、嚥下時痛はNR S3-5/10 になり除痛効果がみられたが、飲水することは困難な状況であった。また、疼痛により舌苔も増加し、カンジタ症を発症するリスクがあり、ファンギゾン®シロップの使用が開始となった。そのため、A氏と相談し、目標を①経口より飲水することができる、②口腔衛生を保持でき、カンジタ症を発症しないに変更した。口腔ケア状況は歯磨き1回/日、グリセリン+ハチアズレ®顆粒含嗽5回/日、重曹水は歯磨き前後で実施していた。歯磨きは1回/日しか自身で実施できないため、歯科衛生士による口腔ケアも1回/日継続していた。A氏に粘膜炎の状態を確認すると「喉の痛みはある。でも、飲んだり動かさないと痛みはない。水も少しずつ飲むようにしている」「歯ブラシは当たると痛いから、ゆっくりしている。歯磨きは口の浮腫み対策なんですよ」「みんなが口内炎大丈夫？今後ひどくなるからちゃんと歯磨きやうがいをするんだよと言われていたことがわかったよ。こんなことになるなんて想像していなかった」と介入当初に私が説明した内容についての発言があった。徐々に水分を少量ずつ内服できるようにはなったが、ファンギゾン®シロップの飲み込みはできていない状況であった。口腔・咽頭粘膜炎は放射線治療後1-2週間後がピークとなるため、今後さらに疼痛が増強することが予測された。その場合は、遠慮せずに医療者に相談できること、咽頭を使用し水分摂取することは感染予防として大切なこと、粘膜炎は治癒することを説明した。

腫瘍床へ10Gy 目で実習終了となったため、病棟看護師・治療室看護師に引き続き、口腔内の観察と口腔内の状況を本人と共有していくよう依頼した。また、カンジタ症予防でファンギゾン®シロップでの含嗽後の飲み込みが実施できていないため、口腔ケアや水分摂取前にレスキュードーズの使用を提案した。

Ⅲ. 考察

今回A氏は開口障害があり、口腔内の観察を医療者が代償することで、その他のセルフケアは指示-教育的支援を行うことによりセルフケアを獲得できると考えていた。実際は、A氏は代償的ケアを実施したが、予防的セルフケアはもちろん、重症化予防のためのセルフケア能力を高めるといったセルフケア支援を実施するには至らなかった。有害事象が出現した後も医療者に自ら報告することや、支援を求めることができず、症状マネジメントの介入も遅れてしまった。私は、A氏に説明をしても「できない、やってもらえない」と認識していたが、A氏の準備状態(変化のステージ、知識レベル、障害に感じていること)を理解できておらず、その準備状態に応じた動機づけの方法が適切ではなかったと考える。杉山らは、頭頸部がんの化学放射線療法における看護の目標は、患者の苦痛症状を早期に発見し、症状緩和に努めながらQOLの維持・向上を図り、治療が完遂できることである。そのため患者自身のセルフケア能力を高めることができるようにかかわる²⁾と述べている。その能力を高めるには、諏訪らは、必要な支援技術を考えるには、まず、行動変容ステージを十分に理解しなければならぬ³⁾と述べている。トランスセオレティカルモデル(以下：TTM)を活用すると、患者の準備状態の一つである変化ステージを把握できる。TTMの構成概念は、「変化ステージ」、「変化のプロセス」、「意思決定バランス」、「自己効力感」の4つ、その中の変化ステージとは、前熟考期、熟考期、準備期、実行期、維持期、完了期がある。その変化ステージを基に、A氏がどの変化ステージであったのかを明らかにするとともに、私自身が行ったセルフケア能力を高めるために実施した看護について振り返り、分析する。

【口腔内のうっ滞が生じ、マウスピース装着時に疼痛が出現した時期 32Gy～40Gy】

放射線治療が開始となり、A氏は新たに指示された口腔ケアを実施することができていた。しかし、今までの口腔ケア習慣や放射線治療計画、術式から考えると口腔衛生が保てなくなることや口腔内のうっ滞を生じるリスクがあった。32Gy 時に口腔内のうっ滞が生じるリスクを説明し、その後一緒にケアを実施することを提案したが断られてしまった。翌 34Gy 時にA氏は放射線治療の際にマウスピースを装着すると口腔粘膜の摩擦が生じ、疼痛が出現した。有害事象の原因や対処方法を説明したが、実行するには至らなかった。このことはA氏が前熟考期にあり、A氏自身の行動が今後どのような結果をもたらすか知識を持っていなかったと考える。

前熟考期の動機づけとしては、真田は自分自身が行っている防衛反応に気づくこと、それを認められるように動機づけを行っていくことが重要である。この時期は、自分自身の問題がわかっていない場合が多い⁴⁾と述べている。そのため、口腔粘膜炎を低減させたい、重症化を予防したいと思える動機づけをして意欲的になれるように関わり、A氏に不足している情報を提供し、知識づけをしていくことが必要である。しかし私は、A氏に放射線治療における有害事象予防に必要なケアを一方的に提供・提案するだけであり、これまでどんな説明を受けてきたのか、どの程度有害事象についての知識があり、実行できているのか確認し、そのケアを継続すると今後どのような結果を招くかということとA氏に伝えるといった動機づけが不足していたと考える。また、真田はこの時期は、心を開いてくれるまでは多大な忍耐、援助や励ましが必要となる⁵⁾と述べている。32Gy～40Gy 時に口腔内の汚染がみられていなかったこともあり、有害事象予防のために必要なケアを強制するのではなく、現在の口腔ケア方法を支持し、口腔内のイラストを用いA氏と一緒に口腔内の状態を共有した。このことは、A氏自身が自分の口腔内に関心が向くようになる動機づけであったと考えるが、セルフケアへの意識を高めるためには、口腔ケアを実施したことが口腔内の清潔が保持できていることにつながると認識できるように、意図的にA氏と一緒に口腔ケアを振り返るなどの関わりが必要であった。

【咽頭粘膜炎症・嚥下時痛が出現した時期 42Gy～46Gy】

今回、A氏は口腔内の線量は 66Gy、咽頭への線量は 30.8～35.4Gy であり、口腔・咽頭粘膜炎症は必発する。受け持ち当初、A氏は 26Gy の照射が終了しており、両頬粘膜・口峡部・舌に紅斑・偽膜形成と Grade2 の口腔粘膜炎症が出現していた。そのため、私の行っていたセルフケア行動への動機づけは口腔粘膜炎症の重症化予防が中心となっており、咽頭粘膜炎症や嚥下時痛についての予防的セルフケア支援は実施することができていなかった。そのため、起こった症状に対して対処方法を実施することになり、症状がある中でなかなか予防的セルフケアを実践することができなかった。越智らは、口内炎出現前には口腔ケアを行うことで口内炎などの副作用の予防に努め、口内炎出現後では症状の改善に役立つことを実感し、セルフケア行動が継続できていた。そのことから、患者に C C R T の副作用についての発現時期や程度、持続期間などの知識を提供し、その理解の程度を確認しながら正しい副作用の理解を促すことが大切である⁶⁾と述べている。放射線治療は、放射線治療計画よりどの臓器にどのくらい照射され、どの程度の有害事象が出現するか把握することができる。その利点を生かし、A氏の出現している症状ばかりに介入するのではなく、今後予測される有害事象であった咽頭粘膜炎症・嚥下時痛について早期より情報提供を行い、鎮痛剤を使用することで安心して治療や日常生活を送ることができるなど説明を行っておくことが、A氏にとって必要なセルフケア能力を高める動機づけであったと考える。

【腫瘍床に追加照射が開始となった時期～10Gy(実習終了まで)】

A氏より「歯ブラシは当たると痛いから、ゆっくりしている。歯磨きは口の浮腫む対策なんでし

よ」「水も少しずつ飲むようにしている」「みんなが口内炎大丈夫？今後ひどくなるからちゃんと歯磨きやうがいをするんだよと言われていたことがわかったよ。こんなことになるなんて想像していなかった」と今まで指導していた内容が理解できたような発言があった。これは、32Gy～40Gy で必要であったと述べたA氏自身の口腔粘膜炎の重症化予防のセルフケア行動が、今後どのような結果をもたらすかといった知識づけとその行動に意味づけができたのではないかと考える。また、T T Mの変化ステージで考えると、前熟考期から熟考期に行動変容ステージを進めるためには、①意識の高揚、②感情体験、③環境の再評価が最も有効な変化プロセスである。今回、私が口腔内の観察を代償したことで問題に対する情報収集ができ、問題を直視するきっかけとなり意識の高揚への介入となったのではないかと考える。また、実際にA氏が自分自身でよいと思って実行したケアを行うことで口腔・咽頭粘膜炎が増悪したといった負の体験が感情体験につながった。さらに口腔外科医や放射線腫瘍医、病棟看護師や放射線治療室看護師、歯科衛生士と週1回、多職種カンファレンスにて口腔衛生状態やセルフケア状況について共有したことは、早期から患者の問題点を共有でき、多職種でA氏に必要な知識やケアなどを提供すること、歯科衛生士による毎日の口腔ケアを実施することが環境の再評価となり、セルフケア行動への動機づけがチームで行えたことで変化ステージを進めることにつながったと考える。よってこの3つの経験的プロセスが、A氏自身が自分自身の問題に気づき、真剣にその問題を解決しようと努力する時期である熟考期に移行したと考察する。

私は、今後も続くと予測した有害事象とその対処方法を説明するとともに、今まで指示された行動を行っていたことについて労い、フィードバックを行い、今後も口腔粘膜炎・咽頭粘膜炎の重症化予防が必要であるといった言葉での動機づけを行った。しかし、熟考期は、一般的に自己の再評価を行う働きかけが必要である。現在の行動に関する、自己の価値観を再評価することが必要であり、できるだけ自分自身の実行している行動が今後どうなるかをイメージさせることが重要である。また、行動変容の具体的な方法や過程についても正しく理解してもらい、患者ともに“これならできそうだ”、“これなら自信がある”と思えるような方法を実践し、成功体験などを通し自己効力感を高めながら、口腔・咽頭粘膜炎の重症化予防のための口腔ケアについての動機づけを行う必要があったと考える。

おわりに

私は、今回放射線治療計画から起こりうる有害事象を予測し、有害事象の低減・重症化予防を行うことを目的とし、A氏のセルフケア能力を高められるように看護介入を行うことを目標としていた。しかし、実習中、セルフケア行動は実行できているため、一部代償的ケアを実践することでセルフケアは継続できると考え、実践した。しかし、治療後半に口腔・咽頭粘膜炎が増悪し、セルフケアはもちろん、水分摂取もできない状況となってしまった。急性有害事象の予防と低減にはセルフケアが不可欠であるが、患者に必要なセルフケアについて提案しても、患者が納得しなければ実行されない。実行されなければ、どんなに有効なセルフケアでも効果を示さない。セルフケア支援を行うためには、まず変化ステージを十分に理解しなければならないということが重要である。そのステージに応じた動機づけや介入を行うことがセルフケア能力を高める支援につながることを学んだ。

今後は患者の変容ステージを正しく理解し、ステージに応じた動機づけや支援を意図的に行い、有害事象を低減できるようなセルフケア支援や症状マネジメントを早期から行っていきたい。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、受け持ちを快く承諾し多くの学びを与えて下さったA氏、熱心にご指導くださいました実習指導者様、協力していただいた実習施設と外来・病棟師長をはじめスタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 越智幾世, 光木幸子, 岩脇陽子. 化学放射線同時併用療法を受ける頭頸部領域がん患者の口内炎出現前後における口腔ケアに対する認識. 京府医大看護紀要. 2017, 27, 23-34.
- 2) 杉山 直子, 川口 真紀. 頭頸部がんの化学放射線療法の看護. がん看護. 2007, 12(16), 603.
- 3) 諏訪茂樹, 酒井幸子. 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), 1-6.
- 4) 真田将幸. Physical Activity なぜ運動を開始・継続できないのか? 習慣化と行動変容. PT ジャーナル. 2024, 58(1), 32-33.
- 5) 前掲 4) 32.
- 6) 前掲 1) 30.

参考文献

- 1) 野中道子. “看護実践に活かす中範囲理論”. 第2版, メヂカルフレンド社, 2016.

はじめに

頭頸部の放射線治療では、口腔・咽頭粘膜炎(以下、粘膜炎)や頸部の皮膚炎は避けて通れない有害事象である。これにより、経口摂取量が減少し栄養状態が不良となり体重減少や創傷治癒遅延を起こす。その結果、患者がもとの生活に戻るまでの期間は延長し、Activities of Daily Living(ADL)の低下やQuality of life(QOL)の低下が起こる。また、放射線治療の有害事象は、治療完遂後1週間がピークとなり回復するまでには約1カ月かかるため、退院後もセルフケアを継続する必要がある。富崎は、セルフモニタリングは、セルフマネジメントの一部である。(中略)症状の有無と程度、症状が身体活動や日常生活、心理面に及ぼす影響などを自覚し、解釈することである¹⁾と述べている。A氏は、粘膜炎や皮膚炎に対しセルフケア行動がとれていた。今後、体調が悪化した時や退院後もセルフケアを継続する必要がある、セルフモニタリングの獲得を目指し、症状の流れの理解と、自己観察表などを書くことを習慣化できるように介入した。その結果、セルフケアは継続できた。しかし、セルフモニタリングが獲得できていたのか振り返り考察し、自己の関わりで不足していたことと、必要な支援を学ぶことができたのでここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性
2. 診断名：中咽頭がん(左舌根部がん 前壁+左側壁) p16 陰性 cT2N2bM0 StageⅣ
3. 患者背景

1) 現病歴

X年3月 咽頭痛出現したため、近医受診し鼻腔ファイバーにて異常が発見され、総合病院に紹介となった。同年8月末に総合病院で検査し舌癌と診断され、9月にがん専門病院紹介となり、中咽頭がんと診断された。化学放射線同時併用療法にて治療することが決まり胃瘻造設施行した。シスプラチン 100mg/m² 3週間毎3コース+放射線療法(両側全頸部 40Gy/20回+原発巣のみ 30Gy/15回 計 70Gy/35回 6MV 強度変調放射線治療)目的にて入院し、治療が開始された。

2) 受け持つまでの経過

入院3日目から放射線治療はスケジュール通り開始され、同時にシスプラチン(day1)も1コース目が開始されていた。シスプラチンはday22から2コース目が開始予定だったが、骨髄抑制が出現したため、受け持ち初日(入院26日目 day23)シスプラチン2コース目が開始され、放射線治療 34Gy/17回であった。

ADLは自立していた。食事は、もともと常食だったが、粘膜炎のため全粥刻み食に変更され全量摂取できていた。口腔ケアは歯磨き3回/日できておりアズレンスルホン酸ナトリウム水和物・炭酸水素ナトリウム(含嗽薬ハチアズレ®顆粒)を8回/日できていた。受け持ち開始時の症状は、有害事象共通用語基準(CTCAE v5.0)口腔咽頭粘膜炎 Grade2 numerical rating scale(NRS)2/10 味覚障害 Grade2 頸部皮膚炎 Grade1 が出現していた。

3) 家族背景

内縁の妻と二人暮らしで、自分の子供2人、内縁の妻の連れ子が3人いるが、家族関係は

良好である。内縁の妻と、娘3人、妹は、看護師である。

4) 社会背景

仕事は建設業で会社を経営している。多趣味であり、地域で行っている習い事の会長をしている。喫煙・飲酒は習慣化されていたが、病気が診断されてからは禁煙できている。

5) 治療選択

A氏は、病気を治したいが、話すのが好きで声を失いたくないから、手術ではなく、治療期間はかかるが声を失わない化学放射線治療を選んだ。この治療は、粘膜炎が起こることと、嚥下時痛が出現し一時的に経口摂取ができなくなることが必須なため、治療開始前に、胃瘻造設術を行うことを承諾し自己決定していた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の腫瘍の位置(舌根部)と根治的照射(70Gy/35回)により高線量が咽頭にあたることとGrade3以上の重篤な粘膜炎を発症する可能性が高く、化学放射線同時併用療法によるシスプラチン投与の副作用で口腔粘膜炎や骨髄抑制による感染が起こるおそれがある。それにより、粘膜炎の悪化は、痛みの増強をまねき経口摂取困難、ADLの低下や体力・意欲の減退を引き起こし、治療を中断させるリスクがある。受け持ち開始時、A氏はまだ放射線治療が17/35回であり、最後の15回は、原発巣のみ限局し照射されるため線量分布図からも、舌根部に線量が集中しており、粘膜炎の悪化が予測された。そのため、食事量が減少し、シスプラチンの副作用も重なり倦怠感が増強し今と同様のセルフケアが継続できなくなる恐れがある。現在、歯磨き3回/日、アズレンスルホン酸ナトリウム水和物・炭酸水素ナトリウム(含嗽薬ハチアズレ®顆粒)8回/日はできており、粘膜炎Grade2、嚥下時痛NR S3~4/10で症状は抑えられていた。

A氏の妻・妹・娘は看護師であり、今回の入院治療に際しても口腔ケア用の歯ブラシなどの必要物品は用意されており周囲のサポート体制はある。病気や治療についても「放射線が病気以外の周りのところにもあたるから口の中やのどや皮膚もあるんでしょ。この病気は転移するとしたらどこなの。何か気を付けるところはある。」という質問が聞かれており、自分の病気や治療への関心はあり理解しようとしている。一方で、排尿便回数や食事量については用紙に記入しておらず、看護師に聞かれたら口頭のみ返答であり、含嗽も7~8回/日やっていると一言ながらも時間は決まっておらず、施行した回数や時間をチェックしているわけではなかった。また、病気の診断がつくまでは、喫煙しており、退院後も「職場や友人が吸っているからやめられないかも」という発言があった。以上のことから、A氏のセルフケア能力は高いと判断できたがモニタリングする力はないと考えた。また、A氏は指示されたことに対しては行えていたが、自分の症状やケアを客観的に捉えてはいなく、今後を予測して自ら実施できてはいないと判断した。今後、治療が進むことで痛みの増強や体力・意欲の減退が起こる可能性と、退院後仕事に復帰し今までの生活に戻った際に、セルフケアが不十分になる恐れがあると推測される。そこで、A氏がセルフモニタリングを獲得できれば、セルフケアの継続ができADLやQOLを低下させずに急性期有害事象を乗り越えられると考えた。

2. 看護上の問題

舌根部への根治的放射線同時併用療法により粘膜炎が悪化するリスクがある

3. 患者目標

口腔・咽頭粘膜炎の悪化を予防するためにセルフモニタリングができ、口腔ケアが継続できる。

4. 看護の実際

<介入1日目 44Gy/22回> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 2~3/10)

現在の自分の症状や行っているケアを可視化し客観的に観察することが必要だと考え、A氏の希望を入れA5の用紙で自己観察表を作成した。自己観察表には、照射回数、体重、食事量、排便回数、首の痒み・痛み、頸部への軟膏塗布、嚥下時痛、口腔内痛の項目を挙げた。また、放射線治療の照射回数を入れることで、「残りがあと何回だから頑張ろう」と思えるように工夫した。観察項目には、自身で栄養状態を把握する目的で体重と食事量(経腸栄養剤の注入量)の欄を入れ、症状の程度を把握できるように嚥下時痛・口腔内痛・頸部皮膚炎の痒み/痛みの欄を入れ、オピオイドの内服による便秘や化学療法による腎機能障害の有無の観察の意図も含め排便回数の欄を作り、記入をしてもらった。口腔ケアと含嗽については、別紙に歯磨き3回/日、含嗽8回/日できるように作成した。A氏に渡し、記入方法を説明し開始した。その後、自主的に記入できていた。

<介入4日目 50Gy/25回目> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 7/10)

A氏のセルフケア能力は高いと判断したが、本当に高いのか確かめるため、講義で学習した症状マネジメントの統合アプローチ(The Integrated Approach to Symptom Management: IASM)を使用して確かめようと考えた。口腔粘膜炎のIASM看護活動ガイドブックをもとに面談を行った。その結果、A氏の体験は、口腔内の痛みや乾燥などによる不快やその対処方法が聞かれ、「また生活の中で一番大変なことは美味しく食べられなくなったことであり、食べることが好きだったからイライラすることもあるけど平常心を保つようにしている。そうすることで周りに気を使わずに気兼ねなく面会に来てもらえる。周りをみれば自分よりもっと大変な患者さんがいて自分は幸せだ」と語った。この言葉より、A氏は、家族や友人や同僚には、自分の弱い部分を見せたくないと思っていることがわかり、また他者と比較することでつらい状況の中でも幸福感を求め、それを力にしようとしていると考える。また、面談内容から分析し以下のことが導き出された。

①症状の認知：A氏は、症状体験を振り返り、症状が起こっている時の状況を自分の言葉で表現できており、症状の認知はできている。②症状の評価：放射線治療で口腔内の痛みや乾燥が出ていることは理解できており、疾患や治療と結び付けられて考えられている。どのようなときに痛みが強くなるなど評価しており対処もできている。鎮痛剤の効果も評価している。③症状への反応：口腔咽頭痛の出現と味覚障害によって大好きな食事を楽しめなくなっているためイライラしてしまうことがあるが平常心を維持できるようにしている。他者と比較することで自分をなだめている。④症状の意味：現在出ている症状は、病気を治すために仕方がないと思っている。そして、A氏がとっている対処行動は、症状の機序に準じており適切であり、放射線治療をしている間や終了後しばらくすればよくなる一時的な症状であることを理解している。

以上のことから、A氏のセルフケア能力は、セルフケアレベル基準判定ではレベルIV(自立した状態、自らの病気を正しく理解し最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる)であり、高いという結果になった。

しかし、今回IASMをしっかり理解できていない自分にとっては、実習期間という時間的制約のある中で、これを活用し実践に活かすことは難しく、しっかり分析し方略を導き出し、チームを巻き込んだ看護活動につなげ評価まですることはできなかった。

<介入5日目 52Gy/26回目> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 7/10)

A氏より「痛くなったね。この間ほどじゃないけど水も痛いよ。夜中に寒気がして39度まで熱が

上がって今は37度。だるいね。朝は食べてないです。お昼は胃瘻から入れてもらうことにした。今日のリハビリは休みます。」との発言があった。記入が大変であれば代筆することを伝えたが、自己にて記入できるとのことだった。粘膜炎が増強し経口摂取が難しくなり発熱もあることから、自己観察表へ記入する意欲が減退していた。経口からはウイダーインゼリーと水のみとなり、お昼から胃瘻より経腸栄養注入が開始となった。

<介入6日目 54Gy/27回目> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 7/10)

経口摂取は、嚥下時痛の増強によりほとんどできなくなり胃瘻からの経腸栄養が主になってきていた。A氏は、今まで口腔ケアはできていたが、「放射線を当てているのだから痛くなるのは仕方ない。体重は58kgくらいがベストで今は多いから少しやせたくらいがちょうどいい。」と、ケアの必要性を理解していなく今後を予測できていなかったため、このまま体調が悪くなる中で、セルフケアが継続できなくなる可能性があると考えた。そこで、A氏に今自分の体に起きていることや今後予測されることを知識として習得し理解して頂くことで、セルフケアの必要性を理解し継続できるのではないかと考えた。また、症状の流れが分かりやすくなること、何度も見返せること、建築業を営んでいるA氏は普段から設計図を見慣れていることから、症状の流れを関連図にしたものを用いて、①現在起きていること②症状が悪化することで今後起きてしまう可能性があること③今行っているケアを継続することで症状の悪化を予防できること④胃瘻から栄養剤を注入して栄養を補ってあげることで痛みを我慢して無理に口から食べなくても創傷治癒促進につながることなどを指導した。A氏は真剣に聞いており、「うん、わかった。今やってることを続けてやればいいんだね。やれるよ。」と言ったが、とくに質問はなかった。

<介入7日目 56Gy/28回目> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 7/10)

昨日、体調が悪く歯磨きや含嗽など行うのが大変だったか問うとA氏は「大丈夫ですよ。うがいは今のまま最低でも8回できますよ。8回よりもやってる時もあるしね。」と、歯磨きも含嗽も予定通りの回数で継続できており観察表への記入もできていた。今後、症状が悪化し倦怠感が悪化する可能性はあるが、今の歯磨きや含嗽が継続できるか確認すると「大丈夫」との返答だった。入院中は、トイレやリハビリから戻った時にうがいをする決めており、生活の中にセルフケアを取り込んでいる。退院後は、含嗽をする時間が取れるか確認すると、仕事中は何度も手洗いをするということで、含嗽液は手洗い場に置き手を洗うタイミングで含嗽ができるとよいことを提案すると「そうですね。それならけっこうやれそうです。」という返答がきかれた。また、今後経腸栄養剤注入のみになり、経口摂取をしなくなるにより嚥下機能が低下する恐れがあるため、栄養補給だけの意味ではなく嚥下機能を低下させないためにも少しずつでよいので水やゼリーを経口で摂取してもらうように指導し、嚥下訓練のリハビリも継続してもらうように伝え、「わかりました。ウイダーインゼリーならちょっと痛いけど飲めるから、売店でいっぱい買っておくよ。」との発言が聞かれた。

<介入9日目 60Gy/30回目> 粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS 7/10)

A氏より「まあ痛いけど、歯ブラシも柔らかいのに変えてできてるし、うがいもやってるよ。今日、頭頸部外科の先生がカメラで見てくれて腫瘍はほとんど消えてるって言われた。よかった。」と笑顔で報告があり治療効果が出てきていることを共感した。A氏は、頑張って治療している中でよい報告が聞けたことであと一週間続く治療に対しても前向きになれていると考えた。しかし、栄養面では、ハリスベネディクト計算式での目標エネルギー量1700kcalとなっており、現在エネーボ配合経腸用液が3本/日で900kcalしか注入されておらず経口摂取はほとんどできていないため栄養

が不足しており、体重減少もみられていた。放射線治療の固定具のシェルも現在やや隙間はあるが、画像誘導CTで確認する中でもずれはなく再現性は確保できているが、これ以上体重減少が起こると再計画になってしまう可能性がある。そのため、A氏にできるだけエネーゴ配合経腸用液を5缶/日注入できるようにしてほしいことを説明し、5本注入できるようになった。

<介入 11 日目 64Gy/32 回目シスプラチン 3 コース目>粘膜炎 Grade2 (嚥下時痛 NRS9/10)

自己観察表の欄外に「エネーゴ5本入っていればよし。AM10:50 点滴開始3回目」とメモが書いてあり、先週説明したことを心がけようとしている姿が見受けられた。また、シスプラチン3コース目のメモもあり、表には週末も含め全ての項目に記入してあった。また、痛みに関してもNRSの値だけでなく、「ヒリヒリ」や「ズキズキ」や「血痰あり、口内炎あり」といった自分で感じた言葉も記載されており、セルフモニタリングが習慣化されてきていた。私は、セルフマネジメントを行うためには自己効力感を高めることも必要だと思い、①粘膜炎の現在の状態は、照射線量からみると軽度に保たれておりA氏が頑張って口腔ケアや含嗽を継続しているからであること②自分の言葉で記入できており素晴らしいこと③A氏は自分の判断で歯ブラシを柔らかいものに交換したり、部屋の湿度を上げるために濡れタオルをかけたり工夫しており自分で症状をコントロールでき、その方法が粘膜炎にはよいことの以上3つを伝え、言語的説得の関わりを行なった。

A氏は、結果的に、歯磨きと含嗽、皮膚炎への軟膏塗布や保湿、胃瘻からの栄養剤注入などのセルフケアを継続でき、粘膜炎 Grade2、皮膚炎 Grade2 と介入時より悪化せずに総線量から予想される有害事象より軽度で治療完遂できた。

III. 考察

A氏は、「放射線を当てているのだから痛くなるのは、仕方ない。体重は58kg くらいがベストで今は多いから少しやせたくらいがちょうどいい。」と、がんを治すために治療を行い、それにより副作用で痛みが出現するのは仕方がなく食べられなくなって痩せても大丈夫だと思っていた。

日浅は、放射線治療のイメージは、有害事象に対して「自分にやれることは何もない」「副作用が起きるのはしかたがない」とセルフケア意欲の減退を招く恐れがある²⁾と述べている。また、日浅は、高齢者は、これまでの人生や環境から自分の価値感や考え方を築きあげてきており、それらが有害事象に対するセルフケアに大きな影響を与える。(中略)他の人から助けをもらうことを好む高齢者もあり、患者の性格もセルフケアに関連している。「入院しているのだから・・・」や「がんの治療をしているから・・・」と看護師や家族にケアしてもらうのが当たり前だと思っている患者もいる。(中略)セルフケアの必要性を自分自身の問題として認識できず、他者に依存的になる傾向は男性に多いように思われる³⁾とも述べている。このように、A氏は妻や娘が看護師であり入院の準備や副作用の対処方法も教えてくれたりしていること、入院して治療を行っていること、男性であること、食事量や排便回数を病棟で使用している記録用紙への記入はしておらず看護師へは自分が覚えている範囲で口頭にて報告していることから、依存的傾向にあったと考える。また、入院しているという環境は医療者に監視されている環境下であるため、退院して医療者の目がなくなることによってセルフケアができなくなる恐れもあることが予測された。A氏は、セルフケアの必要性を自分自身のものとして認識していなく、自身の症状を客観的に捉えていなかった。そして、自身が症状コントロールをしているという観点からは予防的セルフケアを行っておらず、セルフモニタリングはできていなかったと考える。よって、A氏にADLやQOLの低下を起さず治療完遂し、その後有害事象が回復するまでの間セルフケアを継続してもらうための動機づけを行っていく必要があると考えた。今回、A氏がセルフモニタ

リングを獲得するために実践した2つの介入について振り返り分析した。

まず1つ目は、A氏が自分の体に起きていることを客観的に捉えるために自己観察表と歯磨き・うがいチェック表を作成した。日浅は、有害事象チェック表の活用は、有害事象の早期発見・早期対応とともに、セルフケアへの意識を高める目的がある。(中略)チェック表を題材にして定期的に患者と一緒に体調管理について話し合うことで、患者は自分の体調により関心が向くようになる。チェック表を振り返ることで(中略)セルフケアへの意識を高めることができる⁴⁾と述べている。A氏は、自己観察表と口腔ケア・含嗽チェック表を活用することでセルフケアへの意識が高まり、自分の体調に関心が高まるようになったと考える。しかし、私は記入してある自己観察表を見ながらできていることを認めることはしたが、表を題材として定期的に患者と一緒にモニタリングしていることについて話し合うことをしなかった。そのため、A氏がどのように理解し記入しているかを知ることや、A氏の反応を確認することができなかったことに気づいた。富崎は、がん患者のセルフモニタリングを推進するためにはがん患者が自分の疾患や治療に関する知識を有していること、観察・測定する内容を理解し、測定できる技術を必要とするため、これらを踏まえた教育的支援が必要である。⁵⁾と述べている。受け持ち時の段階で、A氏は自分の疾患や治療に関する知識は少しあったが、観察・測定する内容は理解できておらず、測定する技術も持っていなかったと考える。自己観察表や歯磨き・うがいチェック表で観察・測定する内容は理解し、NRSなど測定する技術は習得したが、なぜその項目を観察するかなど自分が考えていることを意図的に伝えなかったことで、その内容の解釈や疾患・治療に関する知識習得には至らなかったと考える。

2つ目は、A氏が、今後自身に起こる可能性のある症状の成り行きを知り、それを予防するために今行っているセルフケアを継続する必要性を理解するために、症状の流れを関連図に示し説明を行ったことである。

富崎は、セルフモニタリングの項目や内容、それを行うための技術を患者が習得できるような患者教育を行う必要がある。その際、今後起こりうる症状を患者がイメージできるよう視覚的に働きかける。症状をどのようにとらえたらよいかなど教育方法を工夫する必要がある。また、セルフモニタリングは一時的なものではないため、セルフモニタリングを行うための動機づけを図り、長期的なセルフマネジメントができるような支援が必要である⁶⁾と述べている。A氏は、普段から仕事で設計図など使用しており視覚的に働きかけることで理解しやすいと考え、粘膜炎と皮膚炎に対し「A氏の症状の流れ」を関連図に示し伝えた。それによりセルフケアを継続できないことでどんなことが起こるか予測ができ、それを予防するために今何をすべきかケアの必要性を理解でき、それがセルフモニタリングを行うための動機づけとなり、対処行動につながれたと考えた。

しかし、振り返ってみると、図に入れた内容は、A氏の症状をセルフケアで行っている粘膜炎と皮膚炎と栄養低下に絞ってしまい、オピオイドの内服やその副作用などのA氏の体に起きていることの全体を入れていなかったことに気づいた。A氏にとってのセルフモニタリングとは、自分に起きている症状と自分が行っているケアとを関連付けること、観察した症状や状態を把握し観察していく中でその変化に気づくこと、どのような状態になったらどのようなケアをするまたは医療者に報告するかを習得し行動につながられることであると考えた。よって、この図の中に自己観察表にあげた項目はすべてあげ、図と表を関連させて指導した方がより知識の習得につながったのではないかと考える。

以上の2つの介入から、A氏は、自己観察表や歯磨き・うがいチェック表の記入ができ、体調が悪化してもセルフケアが継続できていたため、セルフモニタリングが獲得できたと思っていた。

富崎は、がん患者が行うセルフモニタリングは、がんの治療過程で生じる身体症状や徴候、心の変

化を自覚し、その内容を解釈することでセルフマネジメントに結び付けるものである⁷⁾と述べている。このように、がん患者が行うセルフモニタリングとは、①身体症状や徴候の自覚②心の自覚③内容の解釈ができることの3つから成り立っているとしている。しかし、自分がA氏に行った介入を振り返ると、A氏がセルフモニタリングを獲得するうえで自分の介入が不足していたことに気づいた。

そこで、A氏に必要な支援について以下3点を述べる。①症状や徴候の自覚では、自己観察表をA氏と相談し記入することで、症状を自覚し客観的に捉えられ症状体験を自分の言葉で記入できていたことから、モニタリングの一助となったと考える。しかし、私の関わりは表へ記入できていればよいという評価になってしまっており、A氏自身が体験し・自覚した内容を医療者に報告し共有できるように意図的に関わる必要があったと考える。②心の変化の自覚では、痛みなどの症状に対して気にしないようにしていると病気について語らないA氏だったため、一度面談しただけでその後定期的に心の変化を確認する関わりをもっていなかった。丹生らは、治療期間中に抱く不安として、放射線治療の副作用に対する苦痛・食べられない辛さ・社会復帰への不安など治療前に想像していたよりも強い症状やコントロールできない疼痛に、大きなストレスと不安を抱く⁸⁾と述べているように、A氏も治療が進む中で症状の悪化が進み、このような不安を抱いていた可能性があったと考える。このことから、毎日続く治療の中で心身の変化に気づけるようにA氏と意図的に関わりを持ち、身体的苦痛や精神的な辛さを表出できる環境を提供する必要があったと考える。③内容の解釈では、関連図より症状の流れを把握し、口腔ケアを継続する意味を理解することでケア継続の動機づけにつながったと考えていた。しかし、その後A氏に解釈できているか定期的に確認できていないことから、A氏が自分に必要なセルフケアに意味づけができるように目的・目標・評価基準を共に考え、A氏の考えや解釈を定期的に確認していく必要があったと考える。

また、今回のA氏は入院での治療だったが、これが外来治療の場合は、さらにセルフモニタリングやセルフマネジメントが放射線治療の有害事象を予防・悪化させないためには重要になってくる。通常、入院治療は、常に医療者が見守っており不足した部分に対してはいつでも支援してもらえる環境ではあるため、セルフケア能力を意識する必要は低い。しかし、放射線治療の有害事象は、出現から回復するまでに時間を要するため、退院後の生活にも影響を与える。よって、入院中にセルフモニタリングやセルフマネジメントを習得し習慣化できるような働きかけや、適切なケアが行えているか確認し指導することは重要であり、特にA氏のようにADLが自立していてセルフケア行動が実践できる患者には有効であると考ええる。また、放射線治療の有害事象に対しては長期的セルフマネジメントが必要であるため、入院中だけではなく退院後の在宅での状況の把握や、適切なセルフケアができなかった時の再指導が必要になってくる。そのため、病棟から外来への情報共有し継続看護を行うことも患者のセルフモニタリングや症状マネジメントを支援するために必要な看護師の役割となる。しかし、今回、私は、自分の介入を受け持ち看護師には報告していたが、タイムリーに病棟看護師全体と共有する時間を持てず最終日にチームカンファレンスで情報共有しただけになってしまったため、外来スタッフへの情報共有ができず、次回外来受診時の指導に活かしてもらうことができなかった。

Wengstrom らは、看護師はがん治療における放射線療法の使用や治療計画のプロセス、スケジュール、患者が治療に関連する副作用症状をコントロールできるようにセルフケア行動についての情報を提供するという立場にある⁹⁾と述べている。このことより、がん放射線療法看護認定看護師は、患者のセルフケア能力を見極め、患者が捉える症状体験を理解した上で、セルフモニタリングや症状マネジメントを支援することが重要であり、患者が治療に関連する副作用症状をコントロールするためのセルフケア行動ができるように、正しい放射線療法に対する情報提供を行う必要がある。また、セル

フケア支援において患者が行うセルフモニタリングの内容を共有することは、患者のニーズに合わせた看護を提供するうえで重要であると考え。

おわりに

A氏がセルフモニタリングを獲得するためには、A氏が体験・自覚した内容を医療者に報告・共有できるように意図的に伝えること、A氏と意図的に関わりを持ち身体的苦痛や精神的つらさを表出できる環境を提供すること、A氏が自分に必要なセルフケアに意味づけができるように目的・目標・評価基準を共に考え定期的にA氏の考えや解釈を確認していくことが、必要な支援であることを学んだ。また、今回の実習を通して、自分は結果を出すことに気を取られその過程(患者の気持ちや理解度)を疎かにしてしまう傾向にあることに気づいた。今後は、この学びを活かし、何事も過程を大事に患者が自らの力で放射線治療の有害事象を軽減できるように支援し、患者のQOL維持・向上に努めていきたい。

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A氏、ご指導いただきました実習指導者の皆様、放射線治療室ならびに病棟スタッフの皆様、ご尽力いただいた多くの方々に心から深く感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 富崎ゆかり. がん看護実践の基本概念と方法 セルフモニタリング. がん看護 29 巻 3 号. 2024, 5/6, 273.
- 2) 日浅友裕. がん治療を受ける高齢者を支えるケア 高齢がん患者のがん放射線療法による有害事象の特徴とセルフケアを支えるケア. がん看護 21 巻 2 号. 2016 増刊, 213.
- 3) 前掲 2), 213.
- 4) 前掲 2), 214.
- 5) 前掲 1), 273.
- 6) 前掲 1), 274.
- 7) 前掲 1), 273.
- 8) 丹生健一ほか. カラーアトラス目で見て学ぶ! 多職種チームで実践する 頭頸部がんの化学放射線療法. 日本看護協会出版会. 2015, 6, 215.
- 9) 森本悦子. がん治療における放射線療法と看護実践の展望. Yamanashi Nursing Journal Vol4 No. 2. 2006, 12.

参考文献

- 1) 内田恵. がん看護実践の基本概念と方法セルフマネジメント. がん看護 29 巻 3 号. 2024, May / Jun.

化学放射線治療継続の意欲を支える看護から学んだ自己効力感
～口腔ケアの視点から振り返る～

がん放射線療法看護分野 佐藤 忍

はじめに

頭頸部がんの治療では集学的治療が基本となる。頭頸部における根治的放射線治療は効果を期待できる一方で 60Gy 以上の照射を必要とし、患者に出現する有害事象も重度となり、その苦痛は治療完遂を目指す患者にとって大きな障害となる。森本らは、根治目的の放射線療法を受ける患者は、現在経験している治療に伴う副作用症状の身体的苦痛にも、治癒の可能性を信じて積極的に取り組もうと努める¹⁾と述べている。しかし、一方で患者は想像を超える大きな苦痛に直面し、治療を継続することを断念したいと表出されることもある。放射線治療による有害事象をコントロールすることは治療を継続するために重要なことである。

今回、口腔がん術後の化学放射線療法を受ける患者を受け持った。患者は有害事象による苦痛から治療を中断したいと発言され、その後治療を継続する意欲を見せられた。なぜ、治療を継続する意欲へ変化したかを振り返る中で、自己効力感に気づいた。患者に行った支援のうち口腔ケアの視点から、自己効力感について学びを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60 歳代 男性
2. 診断名：右下歯肉癌、TNM分類 cT4aN0M0、StageIVA
3. 患者背景

1) 現病歴

X年7月、口内炎を自覚し近医で病理組織検査を受けた結果右歯肉癌を診断された。現在の病院を紹介され受診し、X年9月に右下顎区域切除(I-IV)、気管切開、遊離皮弁再建術(右腓骨切除)施行し完全切除が得られた。術後の病理組織診断でリンパ節の節外浸潤があり、術後同時化学放射線療法(Postoperative chemoradiotherapy：以下POCRT)を希望された。10月より化学療法シスプラチン(以下CDDP)と放射線治療が開始となった。

2) 受け持つまでの経過

POCRTを開始して8日目。CDDP1コース投与後Day8、放射線治療は5回目であった。CDDP初回投与Day4～6にかけてGrade1程度の嘔気、倦怠感を自覚していた。歯科衛生士による口腔ケアの指導を受けスポンジを用いた口腔ケアを実施していた。

3) 治療計画

右下歯肉癌術後リンパ節浸潤再発予防の根治を目的とした weeklyCDDP投与と右口腔底から右頸部にかけて、1回線量2Gyを30回、総線量60Gy放射線療法を強度変調放射線治療(Intensity Modulated Radiation Therapy：IMRT)で行った。X線エネルギーは4MV、門数は2門(2回転)、治療体位は仰臥位、シエルを使用していた。線量体積分布(Device Viewport Height：DVH)は右耳下腺35Gy、脊髄26Gy、舌25Gy、皮膚50Gy、口腔底粘膜30Gy、下顎骨50Gy、喉頭48Gyである。

4) 社会歴

高校卒業後、大手企業に勤め海外駐在の経験がある。早期退職後はこれまでの人脈を生かし日本語教師として独立して事業を営む傍らボランティア活動など地域での活動も行っている。

5) 家族歴

9年前に妻をがんで亡くされている。今は次男家族と同居している。長男、長女家族との関係も良好で入院中は差し入れなど協力ある。

6) 疾患の受け止め

A氏は受け持ち当初「がんになった時はあまり深く考えずに、まあ治すかって思った。あまり深く考えることはしない。特に病気とか治療とかについて思うことは何もないな。年も年だしそんなにせかせかしなくてもいい。」と話されていた。医師記録には「治療選択時にPOCRTを強く希望」と記載されていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は根治治療でPOCRTを行っている。放射線線量が多いことから急性有害事象が強く出ると予測される。特に口腔粘膜炎は口腔底粘膜への照射線量から放射線治療開始3週目頃より出現すると予測され、さらにCDDPの増感効果により口腔粘膜炎も起こしやすく化学療法開始後数日で出現する可能性がある。味覚異常は舌と耳下腺への照射線量から治療開始2週目ころより出現すると予測される。これら口腔粘膜炎と味覚障害は経口摂取を妨げる要因となる。また、術後後遺症による開口制限と歯の欠損による咀嚼機能低下に加え、CDDPは悪心の高リスク群であり、また放射線宿酔が疑われる悪心が出現しておりこれらも経口摂取を妨げる要因である。経口摂取不良による栄養状態の悪化は肉芽組織となるたんぱく質が不足することにより粘膜炎の回復を遅延させる。このことから可能な限り有害事象を抑え経口摂取を維持していく必要があり口腔ケアを継続できるよう支援していく必要がある。

A氏は妻を亡くしているが、子供たち家族や友人との関係は良好で実生活、入院生活でもサポートを受けている。A氏は疾病や治療に伴うストレスに適切に対処できているが、有害事象悪化やリハビリ効果の有無によりストレス耐性が低下する可能性がある。その際に家族、友人の存在が支えとなることが考えられる。A氏は治療を完遂して癌を根治し、再び自立した生活を送れるようになることに価値を見出している。A氏ががんを治癒し自立した生活を送るためには治療を完遂する必要がある。そのために有害事象をコントロールすることが必要である。

2. 看護上の問題

#口腔粘膜炎、悪心による経口栄養摂取不良から栄養状態低下を招き粘膜炎の回復が遅延する可能性

3. 看護目標

支持療法を受け苦痛最小限に経口摂取ができる

治療を継続するために自分ができていることを知り実行できる(受け持ち12日目追加)

4. 看護の実際

1) 看護計画(悪心・口腔粘膜炎に関して挙げる)

O-P

- ・栄養摂取の状況(食事内容、形態、量)
- ・口腔ケアの受け入れ、認識、実施状況

- ・放射線照射範囲・照射線線量
- ・口腔ケア習慣、口腔ケア方法
- ・自覚症状に対してどのように医療者(医師、病棟看護師、歯科衛生士)に相談、報告をしているか確認する
- ・治療継続への思い(受け持ち9日目追加)
- ・口腔粘膜炎、口腔乾燥指導実施後の理解と活用状況とセルフケアへの取り組み(受け持ち9日目追加)
- ・表情、言動(受け持ち9日目追加)
- ・悪心の程度、持続時間
- ・制吐剤使用状況と効果(受け持ち9日目追加)

T-P

- ・有害事象の程度と発症時期が想定範囲内で経過できているか患者と一緒に評価する
- ・嘔気
 - ・嘔気時指示の制吐剤を使用
 - ・嘔気が軽減する時間に食事を摂取する
 - ・症状が辛い時は休息を促す
 - ・嘔気が強い時は放射線治療時間の調整をする
- ・口腔状態と口腔ケア実施状況を評価しできていることをフィードバックしケアの継続を促す
- ・パンフレットを用いて予測される口腔粘膜炎症状、観察ポイント、ケア方法について説明する
- ・病院食の中で可能な食事内容、形態、補助食品を取り入れる
- ・食事摂取状況を確認し具体的な食事工夫内容を提案し、必要に応じて栄養士に介入依頼する(受け持ち9日目追加)
- ・治療を継続している努力を認め、成果をフィードバックしていく
- ・不安を軽減する関わりをする(受け持ち12日目追加)
 - ・不安に思う苦痛体験に対して自分がしたことできたことを認識するために、どのように対応してきたか問いかける
 - ・その内容をフィードバックし、不安を軽減するために自分ができることを共に考える
 - ・苦痛軽減と治療継続のために医療者としてできること、したいと思っていることを伝える

E-P

- ・食事摂取量、口腔粘膜炎症状の変化を医療者に伝えるように説明

2)看護の実際

受け持ち5日目、放射線投与総線量18Gy、味覚変化による食事摂取量低下があった。照射線量から唾液腺照射による唾液分泌量低下と味蕾照射による味覚変化と考えられた。翌日CDDP投与予定であり、悪心や倦怠感による食思低下が重なりさらなる食摂取量低下が予測された。A氏は直接病棟看護師、栄養士に相談する能力があり、相談できる関係も築けていたため、相談内容を具体的に提示し患者の行動を促していくことで適切な援助を受けられると考え実施した。受け持ち時A氏はすでに歯科衛生士より口腔ケア方法について指導を受け実施していた。「右下の手術したところと頬の間に食べ物がたまるからここはスポンジで拭って、他は歯磨きで磨いている。口は指2本分しか開かないけど歯磨きはできている。口が開かないから自分では見えにくい

けど別に難しくないよ」と指導された内容を細かく教えてくれた。また、A氏はこれまでの生活習慣から口腔ケアの習慣は身についており治療中も継続できていた。そして、指導された口腔ケアを難しいとは感じていなかった。

A氏に歯科衛生士から受けた口腔ケア指導の内容は技術的な指導であり、POCRTによる口腔粘膜炎については指導を受けていなかった。A氏の口腔粘膜炎についての知識は放射線科医師から放射線治療開始前に受けたもので、口腔粘膜炎が起こることは知っていたが、発症時期や治療経過に伴い症状がどう変化していくかということまでは詳しく知らなかった。この時点では、A氏にとって口腔ケアを行うことは当たり前の習慣であり、口腔ケアを継続するという事に特別な理由は感じていなかった可能性がある。A氏はから「口内炎とか皮膚は時間がたてば治るけど味ってどうなのかな？いつぐらいまで続くのだろう？このまま戻らないのかとかは知りたいよね」と味覚に関する有害事象について知りたいという要望があった。このことはA氏が症状をコントロールしていきたいという意欲であると考えられた。症状をコントロールするためには症状の観察とセルフケアの継続が必要であり、A氏が有害事象の経過と対応を知ることは症状をコントロールする意味付けにつながると考えた。有害事象出現のリスクが高く治療継続に支障をきたす可能性のある粘膜炎と唾液分泌障害についてパンフレットを用いた指導を計画した。指導内容は放射線量によって予測される有害事象の出現時期と経時的な症状と変化、症状に応じた口腔ケア方法、予測される症状の持続期間、回復過程についてとした。A氏は日本語教育の仕事から自身も資料を作成する機会もあり文字から情報を得る能力は高いと考えられたこと、A氏が知りたいと望む情報量が多いことから繰り返し内容を確認できることからパンフレットが適切と考えた。

受け持ち7日目、放射線投与総線量24Gy、CDDP3コース目Day3、「今までで一番ひどい。全然食べられない」と悪心、倦怠感が強く車いすで治療室へ来られた。新たに内服の制吐剤が処方されていたが効果は見られていなかった。CDDP投与後に嘔気倦怠感が強くなることと放射線宿酔は治療開始から10日前後で落ち着くことから化学療法による悪心と判断でき化学療法に対しての制吐対応が必要であった。病棟薬剤師が介入しており、制吐剤の調整が図られていた。言葉を発することも苦痛な様子であり必要最低限のコミュニケーションにとどめ、客観的観察を行った。パンフレット指導を予定していたが週明け体調が回復してからが望ましいと判断した。

受け持ち9日目、放射線投与総線量28Gy、治療終了後A氏は目に涙を浮かべられており話を聞く機会を持った。「気持ち悪いのが辛い。全然食べられない。こんなになるなんて。(治療)止めてもいいかなって。やめても多少は効いているでしょ。先生は最後まで頑張ればいいのかってしか言わなかった。手術の時も4週間(入院)って言われたのに2週間で帰った。筋肉落ちてても頑張って歩いてリハビリしてきた。なんでも一番じゃないと嫌だから。看護師さんにはうるさいくらいにいろいろ頼んでいる。今日も栄養士さんに来てもらった」と話された。「治療を止めようかな」という言葉を聞いた時に私はどのように対応すべきか考えながらA氏の話に傾聴することに努めた。始めは、A氏は放射線治療完遂の必要性を理解しているのだろうか、その原因を追究したいという思いで話を聞いていた。身体的な苦痛が強いことを傾聴しつつ、気持ちの面で辛いことはないかと問うと、A氏は「何事にも一番じゃなきゃ嫌だ。そうやってこれまでも頑張ってきた」と自分に言い聞かせるように話された。私はA氏のこれまでの努力を承認する姿勢をとるように心掛けた。そして、A氏には薬剤の調整で苦痛の緩和を図っていききたいことと、今行っているセルフケアがA氏の努力であることを伝えた。A氏から自分が病棟看護師や栄養士に相

談できている行動を認識する発言が聞かれ、その後治療を継続したい気持ちを表出された。パンフレット指導を約束していた日であったが身体的精神的に実施するべきではないかもしれないと考え、A氏には日を改めることを相談したが「今日で良い」と言われたため、負担にならないように口腔粘膜炎の治療経過に伴う症状の変化とその時の対応方法、症状の持続期間と回復の目安について説明を行った。合わせて、引き続き苦痛症状の緩和に努めていくことと対応方法を共に検討することを伝えた。A氏からは「今まで誰もこういうこと教えてくれなかったからよかった。こうやって知っておくことは大切。知っていた方がいろいろ考えられる。妻もがんで亡くなったけどその時もあとどのくらいかって聞いたんだ。1年って聞いたから、じゃあその時できることをしようと思った」という言葉が聞かれた。これらを踏まえてA氏には今後の経過やそれに対応するべき方法を知ることは、自分がやるべきことを見出すことにつながる必要なことであったと考えた。指導内容をどのように理解し受け止め、セルフケアの動機付けになったかを評価するために看護計画に観察項目を追加した。

受け持ち13日目、投与総線量32Gy、CDDP4コース目Day4、放射線治療休止日であった。A氏は「先週ほどじゃないけどだるいね。今週は(放射線治療)3回だからまだましな方だと思うけどね。美味しくないけど食べている。食べていると元気な気がする。口の中はまだ荒れてないと思う。まだだるくてパンフレットは読み返せてない。元気になったら見るね」と話された。追加した観察項目に沿ってA氏の症状の観察と口腔ケアの実施状況を確認した。今週のCDDP投与時から制吐剤が変更になった効果があり先週と比べ悪心は強くなり経過していることを医療者に伝えることができていた。倦怠感が持続していたが治療開始4週目であり放射線治療の蓄積による疲労感が考えられた。A氏は放射線治療を重ねると倦怠感が増強することを自覚していた。治療を継続するためには休息ととることも必要なケアであることを伝えた。口腔ケアは継続できおり粘膜炎症状の出現が予測される時期であったが症状なく経過できていた。しかし、パンフレットを見直していなく、口腔ケアの動機付けになったかどうかの確認はできなかった。私は症状の観察と口腔ケアを継続すること、自分の症状を医療者に伝える必要性和、そのことが症状をコントロールし治療を継続するために意味のある行動であることを伝えた。その上でA氏が自分で症状をコントロールできているという自信を持つために、口腔ケアを正しく行い症状の出現がなく効果が出ている事をフィードバックする言葉かけが必要と考え実施した。

受け持ち15日目、放射線投与総線量36Gy、CDDP5コース目実施日であった。「今日はまだ調子いいね。先週くらいで過ごせたらいいよね。(放射線)始まったからまた腫れてくるけどね。でも、(口の中)荒れてくるころかと思ったけどまだそうでもないよ」と話された。A氏はこれまでの経験からこれから悪心出現の可能性があること、放射線治療により右口腔皮弁部が腫脹してくることを予測できていた。そして、自分がどの程度まで苦痛に耐えられるのかということも理解されていた。A氏が症状を把握し伝えてくれていることは医療者が苦痛症状に早めに対応できることにつながっていること、口腔ケアを継続していることが症状をコントロールできていることをフィードバックする言葉かけを行った。A氏はパンフレットを読み返し指導内容に沿って必要な口腔ケアを継続されていた。そのことを自ら報告してくれる行動も見られたことから口腔ケアを行うことの必要性を理解し、症状コントロールを行っていく意味付けがされたと考えた。

受け持ち17日目、放射線投与総線量40Gy、「吐き気はあるけどこのくらいなら我慢できるかな。昨日は怠かったから歩くのをやめたけど今日はいつもの半分歩いた。今も気になることは看

看護師さんに相談して栄養士とか薬剤師にも来てもらっている。治療、最後まで頑張るからね」と話された。これまでの経験から嘔気、倦怠感は軽減してくることを予測し、適切に休息をとるなどの対応ができていた。また、自分で症状の変化を医療者に伝え適切な対応を受けられるように主体的に動く行動がみられた。これらの行動を承認する言葉かけを行った。A氏は経験を重ねることと知識を得ることで症状コントロールが図ることができ、治療を継続するという意思を維持できていると考えられた。

Ⅲ. 考察

Bandura は、人が行動するときには、「効力予期」と「結果予期」の2種類の予期が働くと述べている。「効力予期」とは自分の行動に関してやれそうだという可能性の予測である。A氏は術後の口腔形態が変化した中で口腔ケアの物品を使い分け、磨き方を工夫していた。そして開口不良から観察しにくい口腔内の観察を病棟看護師に委譲することができていた。術後の新しい口腔ケア技術を取得し難しくないと感じ行動に移すことができていたことは、A氏が自分には口腔ケアができると認識していることであり、口腔ケアを行えるという「効力予期」はあったと考える。しかし、悪心が強い状況でも口腔ケアを継続できるという「効力予期」をもっていたかは不明であった。A氏が悪心による苦痛が強い状況下でどの程度口腔ケアを継続できるか、または、続ける必要があるととらえているかを把握し、A氏の「効力予期」を理解する必要があったと考える。「結果予期」は自分が行動することによって引き起こされる結果の予測である。A氏の場合、歯磨きは当たり前の習慣であり、口腔ケアを行う目的はこれまでの習慣の継続であり特別な意味を持った行動ではなかった可能性から、口腔ケアを行った結果、口腔粘膜炎の悪化を予防できるという「結果予期」は、もともとは持っていなかった可能性が考えられる。しかし、口腔粘膜炎のパンフレット指導後に「今まで誰もこういうこと教えてくれなかったからよかった。こうやって知っておくことは大切。知っていた方がいろいろ考えられる。」という言葉が聞かれたことは、口腔ケアを行うことによる良い「結果予期」につながり、良い結果を予期できることが行動の目的となり、口腔ケアを実施する行動へ働きかける要因となったのではないかと考える。A氏は自立した生活に価値を置き、妻の余命を知った時には「その時できることをしよう」という思考を持っていた。A氏にとって今できることの一つとして口腔ケアがあり、口腔ケアの必要性を伝えたことがケアを行う動機となったと考える。また、江本は、自己効力感に影響を及ぼす因子として目標を達成するための方略があげられ、ある課題を達成するための方略を知っていて、それを活用できることが自己効力感を高める要素であることが明らかにされている²⁾と述べている。このことからA氏が症状の対処方法を知ることは自己効力感を高める要素の一つとなったと考えられる。

私がA氏に口腔ケア指導を行ったタイミングはA氏が「治療を止めたい」と発言した時であった。私自身、指導を行うべきタイミングであるか判断がつかなくA氏に指導日を変更することも相談したが、A氏は指導を希望された。この時の状況を振り返ると、私がA氏の「治療を止めたい」という思いを傾聴しているときに問いかけた「気持ちで辛いことは？」との問いかけに、A氏は「自分が一番じゃなきゃ嫌だ。これまでもずっとそうしてやってきた」と自分に言い聞かせるように言葉を発せられた。この時A氏は、自分の言葉で自分の本当の思いを確認し、このことをきっかけに「本当は頑張りたいと思っている自分」を認識したのではないかと考える。この時の私自身の思考を振り返ると、私はこの反応があったからこそ、A氏は治療を続けたいと思っていると認識し、口腔ケア指導を行うことは必要であると感じ、その実施のタイミングをA氏に相談した。口腔ケア指導を行う前のA氏は

頑張りたいという思いはあるが、これまで自分が行ってきた努力を続けること以外にできることは何かということ知識がなく、自分が今できることを見いだせていない状況であったと考えられる。しかし、話を聞こうという気持ちになり、指導を受けた結果「知ることはよかった」という反応を示された。そして、指導を受けたことが「結果予期」に繋がったと考えられる。

Bandura は、自己効力感を獲得するための主な要因として①成功体験、②代理体験、③言語的説得、④生理的・情動的状態の4つを述べている。言語的説得は「あなたにはこれを行うことができる」「よくできている」と他者から言われたり、認められることで遂行可能性を高めることである。私はA氏の口腔ケアが効果的であることを認め言語的にフィードバックしていった。その結果A氏は「まだ口の中は荒れていない」と主体的に口腔内の状況を評価し、「気になることは看護師さんに相談して栄養士とか薬剤師にも来てもらっている。治療、最後まで頑張るからね」と自分自身の行動を認め治療の継続に意欲を見せられた。この時のA氏は口腔ケアを行う目的を認識できているからこそ自分の行った口腔ケアを認め評価することができていると考える。そして言語的にフィードバックされることで自己評価の正当性を確認できていたと考える。私が行ったフィードバックの内容は励ましと評価であり言語的説得であった。言語的に励ましと評価を得たことでA氏は自分が行っていることは意味があることだと認識し、その後も症状コントロールを行いながら治療を継続する意欲につながったと考える。また、悪心が強い状況で口腔ケアを継続できなくなった場合に、症状コントロールを積極的に行うこと、実施可能な口腔ケア方法に変更することを保証したことは、苦痛緩和が得られると情報を提供した言語的説得の一つであり、A氏の「効力予期」をさらに高めることに繋がったと考える。成功体験は行動に対し、目標とした結果、成功した経験をもつことである。A氏は悪心がありながらも口腔ケアを継続できていた。それは予測される口腔粘膜炎の発症時期を遅らせることに繋がっている。このことはA氏が行った行動の成功体験であったと考えられる。江本は、自己効力感の認識に影響を与える要因として行動に対する意味付けや必要性が挙げられており、何のために行うかという意味に価値を置いているほど自己効力感が高い³⁾と述べている。A氏が口腔ケアを継続できた理由の一つは、A氏が口腔粘膜炎症状をコントロールするという目的を持っていたことが考えられる。そして、A氏にとって口腔ケアを継続し症状をコントロールすることは治療を継続するために行う意味のある行動に繋がったと考える。成功体験は4つの自己効力感の情報源のうちで、最も強力な影響力をもつことから、成功体験を認識することは自己効力感を高めるうえで重要である。私は、A氏は悪心がありながらも口腔ケアを継続できていることが成功体験であるという認識が不足していた。そのため、A氏が口腔ケアを行おうとする意思を理解することができなかった。そのA氏の意思を理解しA氏が成功体験を認識できる声掛けが必要であったと考える。青柳は、言語的説得だけで自己効力感を形成することは難しいが、成功体験や代理体験に付加することによって、自己効力感を高めたり、低下させたりすることができる⁴⁾と述べている。このことから言語的説得が成功体験の達成感をより実感できる要因として効果的に影響を与えていたと考えられ、自己効力感を高めることへ影響していたと考えられる。生理的、感情的状態とは、その行動をすることで生理的状态や感情面で変化が起きることである。安酸は、生理的、感情的状態を高める方略として自己の気づきを高める(セルフモニタリング)⁵⁾ことを挙げている。A氏は口腔ケアを実施し「まだ口の中は荒れていない」と言われていることから、自分の口腔ケアにより粘膜炎症状を回避できていることを実感していると考えられる。A氏は自分の口腔ケアが粘膜炎の悪化を抑えることができていると気づく「セルフモニタリング」ができており、肯定的な感情であったと考える。しかし、私はA氏のこの感情が生理的、感情的状態に影響しているという認識はなかった。そのため、単にA氏が自分で症状をコントロールで

きているという評価についてのフィードバックにとどまっていた。A氏のこの感情を理解しA氏が肯定的な感情を実感できるような声掛けが必要であったと考える。代理体験は他人の成功体験から自分も同じような行動をとれそうだと予測することができることである。今回のA氏との関わりでは代理体験に沿った援助はまだ行っていない。代理体験ではモデルと自分との類似性が高いほど、影響を受けやすくなると言われている。A氏は病室、放射線治療室で同じように治療を受けられる患者と接する機会があり、妻をがんで亡くしたという経験もあった。この経験がA氏の闘病意欲に影響を与えていることも考えられ、A氏の背景が代理体験として影響する可能性の視点が不足していたと考える。身近な人の癌闘病の経験は、闘病意欲に影響を与えることを認識し、周囲の患者の経験をどのように受け止めているかを確認していくとともに、実際に悪心をコントロールしながら口腔ケアを行えている事例や方法を具体的に伝えていくことがA氏の代理体験として必要であったと考える。

Bandura は、自己効力に気づくということは、予測される状況を管理するのに必要な行動を計画したり、実行したりするための能力にかかわってくる⁶⁾と述べている。また、自己効力感を得た結果生じるものの一つに達成に向けた努力が挙げられ、自己効力感が高いほど目標としている行動に挑戦しようと努力する傾向を示す⁷⁾ことが報告されている。A氏に行った口腔ケアを通して口腔粘膜炎症状とそのケア方法について行った指導は、A氏は自分がPOCRTによる粘膜炎症状の悪化を抑えるために、今自分ができるとをやるという動機付けと、この先起こるかもしれない症状に対する先見性を持つことにつながり、自分が症状の悪化を予防するために行動を起こしているという自己効力感を高めることにつながったと考えられる。A氏の「治療を頑張る」という言葉から、自己効力感を高めたことは治療を継続する意欲と自信を取り戻すことの要因の一つであったと考える。

おわりに

症状をコントロールできるという自己効力感を高める支援は、治療を継続するうえで有害事象の症状コントロールが必要ながん放射線治療において重要な支援であり、携わる看護師にとって重要な役割である。今回の事例を振り返り、自己効力感を高める支援には①患者がそのケアに対してどのような「効力予期」と「結果予期」を持っているのかということを理解し、ケアに必要な「効力予期」と「結果予期」を持てるように働きかける。②ケアを行う目的を認識できているうえで「言語的説得」を得ることで、自分が行ったケアを認めることができるという視点を持つ。③「成功体験」を実感するためには患者がなぜこの行動をするのかという目的を認識し、その目的を達成することが必要であり、その達成感を実感できるように働きかける。④生理的、感情的状態を高めるためにはケアを通して患者が感じている感情を理解する。⑤患者にとって、自分と似たモデルとなる人がいる環境や経験は代理体験として影響する可能性がある視点をもつ、ということが必要であると学んだ。患者の持つ価値観や思考から治療に臨む患者の意思を理解し、患者が自分にはできそうだという自己効力感を持てる支援を行っていきたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、実習を通して多くの学びを与えてくださったA氏と、実習において多くの気づきと看護において大切な視点を示唆してくださった実習指導者様、関係部署のスタッフの皆様、放射線治療部門の医師、診療放射線技師の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 森本悦子, 佐藤禮子. 放射線療法を受けるがん患者の構えに関する研究. 日本がん看護学会誌. 2000, 14(1), 45 - 52.
- 2) 江本リナ. 自己効力感の概念分析. 日本看護化学会誌. 2000, 20(2). 39 - 45.
- 3) 前掲 2)
- 4) 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, 桑原ゆみ, 神田直樹. 第 3 版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 393 - 410.
- 5) 安酸史子. 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 - エンパワメントと自己効力. 改訂 3 版, メディカ社, 2020, 127.
- 6) Bandura A. “激動社会における個人と集団の効力の発揮”. 激動社会の中の自己効力. 東京, 金子書房, 1997, 1 - 41.
- 7) 前掲 6)

参考文献

- 1) 岡西幸恵. 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後 1 か月までの病気体験のプロセス. 日本看護研究学会雑誌. 2019, 42(1).
- 2) 松本光寛. 慢性疾患患者教育における自己効力感を高める看護. 群馬保険学研究. 2023.
- 3) 林亜希子. 外来がん化学療法患者における自己効力感の関連要因. 日本がん看護学会誌. 2010, 24(3), 2 - 11.
- 4) Bandura A. self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977, 84(2), 191 - 215.
- 5) 高仲雅子. セルフコントロールと自己効力感. がん看護. 2011, 16(7), 737 - 741.

はじめに

緩和照射は、患者の生活の質(Quality of Life : QOL)を維持・改善することを目的とした治療であり、治療を実施する場合、有害事象が最小となることや患者の安楽も優先される。一方で、放射線療法を受けるためには硬い寝台の上に仰臥位になる必要があり、苦痛症状がある患者にとって必ずしも安楽な治療と言えない場合がある。本症例も、照射体位による疼痛増強を認め、さらに薬物療法による疼痛コントロールに難渋し治療完遂が困難な可能性があった。結果的に治療中の疼痛を軽減することはできなかったが、治療が進むにつれて患者は自ら治療時の疼痛をコントロールしようという意欲をもち治療に臨む姿が見られたという経験をした。放射線療法では、治療中の安楽のためにできることに限りがあるからこそ、照射体位の調整や薬物療法による疼痛コントロール以外のアプローチ方法を見出すことは有益であると考え、今回の患者の変化にはどのような要因があったのかを振り返り、考察する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性
2. 診断名 胸部上部食道癌 右鎖骨上窩リンパ節転移 cT4N2M0 StageIVA
3. 患者背景

1) 現病歴

X年3月、嚥下困難感のため総合病院消化器外科を受診し、胸部上部食道癌と診断された。切除不能であり同年4月より薬物療法(FP+Niv o療法)を開始したが、免疫関連有害事象(immune-related Adverse Events : irAE)による副腎不全のため、9月下旬より薬物療法は中断となった。同年10月下旬頃から右鎖骨上窩リンパ節転移が増大し、右頸部痛が増強したため、11月上旬に疼痛緩和目的で腫瘍放射線科に紹介となった。右鎖骨上窩リンパ節転移に対して、除痛と局所制御目的に放射線療法が開始となった。

2) 放射線療法の目的・方法

除痛目的で紹介されたが、転移巣が右鎖骨上窩リンパ節に限局されていたため、除痛に加えてリンパ節転移の局所制御を目指す方針となった。A氏にはサイバーナイフを用いた定位放射線療法が選択され、総線量50Gy/10frの治療計画がなされた。定位放射線療法は、従来の緩和照射と比較し、線量集中性が高く標的病変に高線量を投与できる一方で、治療精度や安全性担保のために治療中の体位保持にも精度が求められる。A氏の場合は、頭部～肩までをシェルで固定しポジショニングされた。多方向のビームからリスク臓器を避けるため、患者は照射中に、疼痛がある右頸部を伸展させるよう姿勢を保つ必要があった。またビーム数が60ビームと多く、治療時間は約20～30分程度要した。

3) 疼痛の状況と疼痛コントロールについて

X年10月下旬頃から、右頸部の腫脹、右頸部から右側頭部にかけて広がる疼痛が出現した。CT画像では右鎖骨上窩リンパ節転移の増大が認められ、疼痛部位が一致することから、右鎖骨上窩リンパ節転移による疼痛と判断された。

疼痛に対して、定時内服としてフェンタニルクエン酸塩経皮吸収製剤(フェントス[®]テープ)2mg/日(1枚/日)、トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合錠(トアラセット[®]配合錠)4錠/日、セレコキシブ(セレコキシブ[®]錠)200mg/日、レスキュードーズとしてオキシコドン塩酸塩水和物(オキノーム[®]散)5mg/包が処方され内服していた。疼痛の評価は、数値的評価スケール(Numerical Rating Scale: NRS)を用い、A氏は「常に(NRS)10の痛みがある」と表現し「痛み止めは気休め程度、期待していない」「何をやっても変わらない」と話していた。

放射線療法開始日に、照射中の頸部痛増強により照射実施困難となった経緯があり、放射線療法中は疼痛コントロールを強化する必要があると判断され、フェントス[®]テープからフェンタニルクエン酸塩注射液(フェンタニル注射液)の持続注射へスイッチングを行った。スイッチングに伴い、レスキュードーズもフェンタニル注射液1時間量へ変更された。また、放射線治療前の予防的疼痛コントロールとして、フェンタニル注射液1時間量、アセトアミノフェン(アセリオ[®]静注液)1000mg投与を行う方針となった。

4) 疼痛や治療に対するA氏の思い、受け止め

A氏は、右頸部痛を緩和させる方法がないか自ら主治医に相談し、放射線療法を受けることになった。「痛みさえなければ楽に過ごせる、痛みを何とかしたい」という思いがあり、放射線療法による除痛効果に期待し治療を開始した。しかし、照射中の疼痛増強により、照射開始が延期となったり、照射途中で中断したりすることが続いており、「放射線はつらい、こんなにつらいと思わなかった」「今日もできないかもしれない」「ここ(放射線治療室)に来ただけで緊張する」「グッと押さえられて(固定されて)動くことができない感覚はなんとも言えない怖さがある」と放射線療法についてネガティブな発言が増えていた。

5) A氏の生活背景

妻、義父と3人暮らしである。義父は介護が必要だが、その役割は妻が担っている。そのため、A氏は1人で通院することが多く、腫瘍放射線科の初診時も1人で来院されていた。これまでの治療経過や医師からの説明内容は理解している。診察時に配布された検査データやパンフレット等はファイリングして持参し、その他胃瘻の管理等も自身で行っている。「人に任せるよりも自分で管理する方がよい」と話し、自身のことは自ら管理しようという気持ちが強い。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の右頸部痛は、右鎖骨上窩リンパ節転移によるものである。A氏にとって最も苦痛となっているのが放射線治療中に頸部痛が増強することであり、疼痛の程度はNRS10と表現している。照射前に予防的疼痛コントロールを行っても、約30分間の治療中、体位を保持することが困難で、途中休憩を挟み中断しながら治療を行うことが続いていた。

治療中に疼痛が増強する要因として、シエル装着のため病変が圧迫されること、照射中は右頸部を伸展させた状態で体位保持する必要があること、A氏にとって安楽な体勢ではないことが挙げられる。放射線療法は、予定された線量、回数を完遂することで期待される治療効果が得られる治療である。そのため、照射中の苦痛によって治療継続困難となった場合は、A氏が期待する除痛効果が得られない可能性があり不利益である。治療の目的を達成するために、治療中の疼痛コントロールは重要である。

また、適切に疼痛コントロールを行うためには、疼痛に対する患者の主観的評価も重要であるが、

A氏は疼痛の主観的評価に一貫性がないように思われた。腫瘍放射線科初診時、A氏は右頸部痛について「常に(NRS)10の痛みがある」と表現していた。しかし、A氏の様子を客観的に見ると、穏やかな表情で診察や看護師のオリエンテーションを受け、歩行も問題なく可能であった。看護師から「NRS10の疼痛は自身が想像できる最大の痛み、涙が出そうなくらいの痛み」と想定してみるよう補足されるが、それでも今現在の疼痛の程度はNRS10であると返答された。また、レスキュードーズ内服前後での疼痛の程度の変化について「これまで薬を飲んでどれくらいで効果があるとか、どれくらい和らぐとか意識したことがなかった」と話し、レスキュードーズの内服タイミングについても「痛い時に飲むってわけじゃない」「大体同じような時間に飲んでいる、痛くなるかもしれないと思って飲んでいる」と曖昧な様子が見受けられた。NRSを用いた疼痛の評価が適切であるかを含め、評価方法を検討すること、客観的な指標も用いて評価、介入をすることが必要であると考えた。

また、A氏は「ここ(治療室)に来ると緊張する。グッと押さえられて(固定されて)動くことができない感覚はなんとも言えない怖さがある」と話し、治療中に疼痛が増強するかもしれないという緊張や不安が疼痛の閾値を下げる要因となっていると考えられた。

2. 看護上の問題

#治療中の疼痛増強により体位保持ができず、治療継続が困難となる可能性がある

3. 看護目標

治療中の疼痛がコントロールでき、患者が安心してコントロール感を持ちながら治療に臨める

4. 看護の実際

1) 初回照射

フェントステープ[®]からフェンタニル注射液へスイッチングを行い照射に臨んだ。加えて、放射線治療前の予防的疼痛コントロールとして、フェンタニル注射液1時間量、アセリオ[®]静注液1000mgを投与し入室した。

A氏に疼痛の状況を確認すると「(NRS)10」と返答があったが、疼痛が増強し照射継続困難となった時と比較して、表情や呼吸も穏やかであり、疼痛の程度は明らかに異なるように見受けられた。現在は疼痛コントロールを強化、調整している段階であるため、疼痛の程度や変化をできるだけ正確に把握することが重要である。私は前日の疼痛を比較することでA氏自身に疼痛の変化を実感してもらおうと考えた。A氏に「昨日、放射線治療ができなかった時の痛みを(NRS)10とすると、今この瞬間の痛みはどのくらいですか」と尋ねると、A氏は「(NRSは)6~7くらいかな」と前日の疼痛と比較して現在の状況を伝えることができた。スイッチング前と比較すると、疼痛はやや軽減していたが、A氏は「でも、注射にしたからと言ってあまり変わらない、よくなった感じはしない」「今日も痛くなるかもしれない、またできないかもな」「あまり痛いようだったら今日も止めよう」「痛み以外のことは自分でなんでもうまくできていたのに、自分の力ではどうにもできない」と発言し、表情や声色が暗い。

治療室入室後、ポジショニングを始めるが、シェル装着による圧迫感と息苦しさの訴えがあり、何度かシェルを装着し直して調整を行った。ポジショニングに約5~10分要したが、本人ができそうだと判断できたところで照射を開始した。位置合わせから照射まで約20分中断なく治療でき、照射中の体動もほとんどなかった。フェントス[®]テープからフェンタニル注射液へのオピオイドスイッチング、直前のアセリオ[®]静注液投与は、治療中の除痛に有効であった。

治療終了後、A氏からも「我慢はしたけど、頭の方まで広がるような痛みはなかったね」との発

言があり、本人の実感としても昨日より疼痛が緩和していた。また疼痛の程度について確認すると、「頭の方まで広がらなかったけど、(NRS)10 だった」と返答があった。照射終了直後は右頸部を押さえて、呼吸も荒く医療者が話しかけても「待って」と手で制する様子が見られたが、退室後は会話も可能であった。A氏に起き上がって(治療室の)外に出てきてからの痛みについて尋ねると「(NRS)6 くらいだね」と疼痛の変化について伝えることができていた。A氏に、痛みの変化を細かく教えてもらうことで、薬を使うタイミングや量などを調整しやすくなるため、今後も教えてほしいと伝えると「わかりました。そのくらいならできると思います」と前向きな返答が聞かれた。

2) 照射 2～3 回目

フェンタニル注射液の維持量を増量し、平常時の疼痛はNRS3～5 まで軽減している。A氏は、「(NRS)3 くらいならいいよね」と話し、除痛効果を実感している。疼痛部位も右頸部のみに留まり、右側頭部へ広がる疼痛は消失している。照射中はNRS7～9 程度まで疼痛増強が見られるため、必要に応じてフェンタニル注射液 1 時間量を追加しながら照射を実施した。照射 3 回目には、A氏から「治療の前にもう一度フェンタニル注射液 1 時間量を追加できないか」と医療者へ相談する様子が見受けられた。照射の 30 分前に予防投与を実施していたため、入室直前に投与することができると伝えると安堵していた。結果的には追加投与はせず、また照射中の中断なく実施できた。A氏自身が、NRSでの疼痛評価に慣れ、またフェンタニル注射液 1 時間量の追加により除痛を図ることができると実感できているという変化が見られた。

一方で、治療中の体位保持により疼痛が増強するため、治療室に来ると緊張・不安が増強する変化は続いていた。A氏は、治療中に自身で数を数えることに集中することで、A氏なりに疼痛に集中しないよう工夫している様子が見受けられた。A氏は「大体 17 分かかって聞いているから、100 を何回数えたら終わるって考えてそこに集中するようにしている」と話していたため、疼痛ばかりに集中しないようにするのは良い方法であると伝え、自身で疼痛を緩和する方法を見つけれられたことを認め支持した。

シェルによる圧迫について毎回苦痛の訴えがあり、固定・圧迫されることも緊張や不安につながっているように捉えられる。シェルの目の部分をくり抜くことで、圧迫感を減らし苦痛の軽減を図ることができる可能性があり、試みることになった。

3) 照射 4～6 回目

病棟でアセリオ®静注液を投与開始して来たが、滴下不良のため半分以上が残っている状態で入室した。A氏に、アセリオ®静注液の血中濃度が最大となるまでに要する時間について平素な言葉で説明し、アセリオ®静注液投与し終えてから少し時間をおいて照射を始めるのはどうかと相談した。A氏もアセリオ®静注液を投与終了してから照射をすると疼痛が和らぐと認識できていたため「その方がいい」と抵抗なく受け入れる様子だった。

これまでの治療経過の中で、フェンタニル注射液 1 時間量、アセリオ®静注液 1000mg の照射前の投与時間が日によってばらつきがあったため、投与時間を決めておくことが望ましいと考えた。フェンタニル注射液 1 時間量追加投与がどの程度の時間で効果が得られるのかは評価できなかったが、照射中に中断して追加投与をしている背景を考慮すると、照射中に追加投与ができる状況にしておくことが望ましいと考え、A氏にその旨を伝え提案した。A氏からも「(照射中に)もう 1 回使えると思えば安心できる」と発言があったため照射 30 分前に投与とした。アセリオ®静注

液も最高血中濃度を考慮し照射 30 分前に投与することとした。病棟看護師へ情報共有し毎回の照射前に継続されるようカルテ記載を依頼した。

また、右鎖骨上窩リンパ節転移の縮小を認めており、A氏も「少し小さくなった」と実感していた。疼痛の程度についても「前はマックス 10 だったのが、今は 6 か 7 くらい」「効果が出てきているってことだね、目に見えてわかると頑張っている甲斐がある」と話していた。

シェルのくり抜きは、A氏にとって効果的ではなく「変わらない。これで楽になる人はいいいね」と発言があった。

4) 照射 7～8 回目

A氏から「今日は点滴がなかなか落ちなくてこれ(アセリオ*静注液)遅れちゃったんだよ。全部入れてからの方が安心だね」といった発言が聞かれるようになった。「また、(治療直前のフェンタニル注射液 1 時間量追加投与は)やらなくても大丈夫じゃないかな」「今日はいける気がする」と言った発言が聞かれるようになった。また、診療放射線技師や看護師に対して「薬(投与のタイミング)が遅くなっちゃったから、今日は途中でナースコール押すかもしれない」と自身の心配ごとを自ら伝える姿が見られた。

治療開始時には、「痛み止めは気休め程度、期待していない。何をやっても痛いのは変わらない」と言った疼痛コントロールに対する否定的、諦めと捉えられるような発言があったが、治療終盤には、自ら疼痛をコントロールしようとする意欲やコントロールできるという自信、コントロール感を持ち治療に臨んでいる様子がうかがえた。

Ⅲ. 考察

看護介入の結果として、A氏の治療中の疼痛は緩和されたものの、治療自体が安楽にできたと言える状況には至らなかった。しかし、A氏自身は治療開始当初とは異なり、自ら治療前の予防的な疼痛コントロールに参加しようとする意欲が見られ、治療中の疼痛をコントロールできるという思いを持ち治療を受けるように変化していった。これらの変化は、自己効力感によるものではないかと推察する。

自己効力感は、「ある課題を達成するための状況下において、必要な行動を自分がどの程度うまく行うことができるかという認知とその結果に対する主観的な判断」のことをいう¹⁾。1977 年にアルバート・バンデューラにより提唱された社会的学習理論の中心的な考えとなっているもので、「～ができる」と強く思うことで、その人自身の目標とする行動を取ることができる²⁾。私たちは、何かに取り組む時に、自身が遂行可能であるという見通しを持っていることによって行動化することができる。反対に、遂行可能であると感じられない場合や自己効力感が低い場合には行動化されにくく、自己効力感の高低は行動化されるか否かを左右すると言われている。

また、バンデューラは、人が行動する時には、「結果予期」、「効力予期」という 2 種類の予期が働くとしている。結果予期とは、ある行動がどのような結果を生み出すかという予期である。肯定的な結果を予測する場合は行動化が促進され、反対に否定的な結果が予期される場合には、行動化されにくい³⁾。効力予期とは、必要な行動をどの程度うまく遂行できるかという予期のことをいう。自己効力感是自己の効力予期のことであり、必要な行動をどのくらいうまくできるかを予期することを指す⁴⁾。

A氏の結果予期について、治療開始時には、放射線療法を受けることで除痛効果を得られると肯定的に捉える様子もあったが、放射線療法開始後は、照射中の疼痛が辛いという否定的な要素が多かった。また「今日もまた痛くなるかもしれない、できないかもな」「あまり痛いようなら今日も止めよう」

と発言し、疼痛をコントロールして放射線療法を完遂するということに対する効力予期も低い状態であったと言える。

自己効力感が変化する情報源には、成功体験、代理体験、言語的説得、生理的・感情的状態の4つがあるとされ、これら4つの情報源は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。A氏との関わりの中で、これらに影響したと考えられる事柄について振り返った。

1. 成功体験

A氏は、食道癌に罹患してから自身の力で薬物療法を乗り越えてきた。他者の力を借りずとも、自身で通院や胃瘻の管理ができるという成功体験がある。一方で、治療開始予定日に疼痛のため照射することができなかったこと、さらに鎮痛薬を内服して再度照射を試みたがそれでも照射ができなかったことは、これまで自身の力で闘病してきたA氏にとって失敗体験として捉えられたと考えられる。「最後までできるか自信がなくなった」「痛み以外のことは自分でなんでもうまくできていたのに、自分の力ではどうにもできない」という発言から自己効力感が低下している状態だといえる。

自己効力感を高めるためには、A氏が自身の力で疼痛コントロールができていと感じられるような成功体験を重ねていくことが必要である。治療を重ねていく中で、A氏自身が予防的疼痛コントロールの効果を実感でき、さらに、自ら今の疼痛の状況なら追加の鎮痛薬は必要ない、できると判断し、中断することなく治療を受けることができたことがA氏の成功体験につながった。疼痛の程度を正しく評価するための方法について指導を受ける、疼痛の程度を正しく医療者に伝える、医療者と鎮痛薬の投与タイミングなどを相談しながら治療に臨むというように、A氏ができる小さなところから疼痛コントロールに取り組んでいくことで、自身で行動して達成できたという成功体験につながったと考える。

また、治療後半に右頸部の腫瘍が縮小し始めたことで、放射線療法を受けることはつらいが、効果を実感できたこともA氏の自己効力感を高めることにつながったと考える。

2. 代理体験

A氏は、疼痛を抱えながら放射線療法を受ける患者が他にもいるのか、その患者はどのように疼痛を乗り越えているのかについて質問した。私は、他の患者が様々な工夫によって照射ができている様子を伝えることで、A氏が放射線療法に前向きな気持ちになれるのではないかと考え、その方法を説明した。フェンタニル注射液1時間量、アセリオ®静注液の投与タイミングの工夫と調整、シエルによる圧迫を緩和するために可能な範囲で圧迫部位を減らせるようくり抜く等の工夫について説明を受け「これだったらできそう」という効力予期が高まることにつながった。実際、鎮痛薬の予防投与は効果的で、A氏もその効果を実感できた。それによって、自ら疼痛コントロールに参加するような行動の変化が見られた。しかし、シエルのくり抜きは効果がなく「変わらない。これで楽になる人はいいいよね」という発言から、自分よりも恵まれた人がいるのを知ることによって自己効力感を低下させることにつながった可能性がある。代理体験として自分と同じ状況の人の成功体験や問題解決方法を知ることによって自己効力感を高めることにつながるとされているが、今回は代理体験によって得た方法がA氏にとって失敗体験として捉えられることに繋がってしまった。その代理体験をすることや内容が、A氏の置かれている状況にとって適切であるのかを考慮する必要がある。

3. 言語的説得

A氏がつらさを抱えながらも継続して治療を受けることができてい、自身で疼痛が緩和できるように照射中に数を数える等の工夫ができてい、こと等について認める声掛けを行った。また、

A氏が自ら治療前の疼痛コントロールの状況に不安があることについて、医療者に事前に相談できたことで、照射の時間を調整する等の対策を取ることができ、より良い治療につながったことをフィードバックした。それによって、A氏も自身の工夫や取り組みについて、肯定的に捉えることができるようになった。言葉や態度で評価され「認められている」と感じられたことが、A氏の自己効力感を高めたと考える。

4. 生理的・感情的状態

「痛み止めは気休め程度、期待していない」「何をやっても痛いのは変わらない」という思い込みがあり、照射中の疼痛増強に不安を感じていた。疼痛コントロールの効果は十分とは言えなかったが、A氏自身がどのような対策をすれば疼痛が緩和するのかを理解し、自らも疼痛コントロールに参加しながら治療を進められたことで、不安を払拭することができた。そして、「痛み止めを使ったから大丈夫、できる気がする」と前向きな発言が聞かれた。

おわりに

苦痛症状がある患者の放射線療法を実施するにあたり、症状マネジメントを十分に行うことは大前提である。一方で、放射線療法は治療の特性上、必ずしも安楽な状態で治療が行えるわけではない治療であり、苦痛緩和のためのアプローチにも制限が生じる場合がある。今回のA氏との関わりでは、できるだけ安楽に治療を受けてもらいたいという思いに反して、照射中の疼痛が緩和できず苦痛が強い状況に、無力感やもどかしさを感じていた。しかし、A氏が治療経過の中で、安楽に治療を受けるための方法を習得し、治療に対して前向きな気持ちへと変化していく様子から、患者の自己効力感を高めることに対してアプローチするという新たな方法論を知ることができた。A氏には、A氏ができる小さなことから疼痛コントロールに取り組み成功体験を重ねること、A氏が取り組んでいることを言葉や態度で認められること、鎮痛薬の効果を実感でき「何をやっても痛いのは変わらない」という思い込みを払拭できたことが自己効力感を高めるために有効であった。結果的に、照射中の疼痛をなくすことはできなかったが、A氏が自身で疼痛をコントロールしながら照射ができているという実感を持つことができ、治療完遂に向けて前向きな気持ちになれたことはA氏にとっては良い変化であった。

謝辞

本症例を報告するにあたり、受け持ちを快く承諾し多くの学びを与えてくださったA氏、実習指導者ならびに腫瘍放射線科・病棟スタッフの皆様へ深く感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 高仲雅子. レスキュー・ドーズから読み解く疼痛マネジメント～患者の体験に焦点を当てて～“セルフコントロールと自己効力感”. がん看護. 16(7), 2011, 737 - 741.
- 2) 前掲 1)
- 3) 青柳道子. “自己効力感”. 看護実践に活かす中範囲理論. 第2版. メヂカルフレンド社. 2023, 393 - 410.
- 4) 前掲 3)

参考文献

- 1) 青柳道子. “自己効力感”. 看護実践に活かす中範囲理論 “自己効力感”. 第2版. メヂカルフレンド社. 2023, 393 - 410.
- 2) 江本リナ. 自己効力感の概念分析. 日本看護科学学会誌. 2000, 20(2), 39 - 45.
- 3) 上田さとみほか. 高齢がん患者の心理的適応に影響する要因 “身体症状に対する認知、身体的状況、セルフ・エフィカシーに着目して”. 日本看護科学学会誌. 2009, 29(3), 52 - 59.
- 4) 高仲雅子. レスキュー・ドーズから読み解く疼痛マネジメント～患者の体験に焦点を当てて～“セルフコントロールと自己効力感”. がん看護. 16(7), 2011, 737 - 741.

はじめに

前立腺がんは60歳以上の高齢者に多く発症し、男性の悪性腫瘍の中で最も多い腫瘍の1つである。前立腺がんの治療法は、がんの悪性度(グリソンスコア)やProstate Specific Antigen(P S A)値、転移の有無、年齢などによって異なるが、放射線治療は体の負担が比較的軽いため、高齢者でも通院治療が可能で、入院によるリロケーションダメージを防ぐこともできる。しかし、放射線治療は分割照射法が用いられるため治療完遂には週日毎日休まずに通院することが不可欠であり、高齢者にとって身体的な負担となることもある。さらに、前立腺は解剖学的に膀胱や尿道、直腸と隣接しており、照射の前に膀胱を伸展させることで、膀胱や尿道、直腸への照射を最小限にして再現性を確保する必要がある。そのため、前立腺の放射線治療には、照射前に膀胱に一定量の尿をためる(以下、膀胱内蓄尿とする)ことや直腸の便やガスの貯留を少なくする排便・排ガスコントロールなどの前処置が重要となる。

今回、受け持った前立腺がんの70歳代のA氏は、身辺動作の遂行に問題はなく、放射線治療に対して前向きな姿勢で取り組んでいるように見えた。しかし、見当識と短期記憶の低下があり、前処置に関するセルフケア指導の内容は「病院に到着したら排尿をして水を飲む」、「尿を溜めているときに我慢できなくなったら、少しすましている」、「便は出ているけど便秘と言われたので整腸剤を飲む」と認識し、その必要性は理解されていなかった。結果、前処置が不良となり、治療の待機時間の延長や肛門からカテーテルを入れて直腸内のガスを抜く処置(以下、ガス抜きとする)を度々行っていた。そのため、A氏には前処置やセルフケアの正しい知識の獲得と理解、認識の歪みの修正が必要であると考えた。そこで、認知機能の低下をきたしたA氏の記憶方法を検討し、前処置やセルフケアが適切に実施できることを目的に介入した。その結果、高齢がん患者のセルフケア支援には、高齢者の身体的特徴や認知的機能のアセスメントとセルフケアへの意思確認が重要であることを再認識したため、ここに報告する。

本稿での意思確認とは、患者が治療プロセスや前処置、セルフケアの内容を理解し、自らの選択や実行に納得しているかを確認する行為と定義する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：高リスク前立腺がん c T3 c N0M0 III期
3. 患者背景

1) 現病歴

X年1月、近医でグリソンスコア4+3=7の前立腺がんを指摘され、がん専門病院を紹介され受診した。ステージングのため検査を行い、右葉辺縁域を中心とした前立腺がんと診断された。病名告知をされ、A氏は入院しないで治療ができる放射線治療を希望された。X年4月からネオアジュバンド内分泌療法を開始し、X年10月にP S Aが低下したため、放射線療法が開始となった。

2) 既往歴

生来、大きな病気をしたことや内服を必要とする既往歴はなかった。今回、前立腺がんと診断された時に、前立腺肥大も指摘された。

3) 治療計画

根治目的：原発巣・原発領域＋所属リンパ節へ全骨盤併用

強度変調回転照射(VMA T) 10MV X線

全骨盤照射 44Gy／22 回＋前立腺局所照射 32Gy／16 回、1 回 2Gy 総線量 76Gy／38 回予定

内分泌療法併用あり

4) 線量分布図・線量体積ヒストグラム

①前立腺：最小線量 43.69Gy～最大線量 78.18Gy

②膀胱：最小線量 7.53Gy～最大線量 76.21Gy

③直腸：最小線量 5.55Gy～最大線量 76.13Gy

④小腸：最小線量 1.21Gy～最大線量 47.09Gy

5) 前処置

①膀胱内畜尿：病院到着後、排尿し 500ml 飲水後、30 分尿止めをする。

②水分：前処置で飲水した 500ml 以外で 1 日 1000ml を目安に飲水する。

③排便：宿便やガスが多いため、酸化マグネシウム(酸化マグネシウム[®]錠)330mg1 錠を毎食後に内服する。ガス抜きを行った日は就寝時にセンノシド(センノシド[®]錠)12mg1 錠を内服する。

④ガス：大腸内のガスが多いため、モサプリドクエン酸塩水和物(モザプリドクエン酸塩[®]錠)5mg1 錠を毎食後に内服し、直腸内のガスが多い時は、照射前にガス抜きを施行する。

6) 家族背景

2 世帯住宅に妻と長男夫婦と孫と同居している。妻や長男夫婦との関係性も良好である。

7) 社会歴

30 歳代で一級建築士の資格を取得し、個人設計事務所を立ち上げた。現在も自宅でパソコンを使用して設計をしている。

8) 疾患・治療の受け止め

がんと言われたときはショックという気持ちはなかったが、がんだったのか、仕方ないと思った。がんだからと悩んでいる時間はなく、検査が多くて数か月が目まぐるしかった。すぐに治療を選択しなくてはならなかったため、入院は愛犬の介護ができないと考え、手術ではなく外来で治療ができる放射線治療を選んだ。妻の兄と友人が前立腺がんで治療をしていたから、自分も治療をすれば治るだろうと思った。

9) 受け持つまでの経過

全骨盤照射 21 回目より受け持ちとなった。前立腺に 42Gy、膀胱へは最大 42.21Gy 照射されていた。放射性膀胱炎の頻尿・尿意切迫・尿線細少・排尿困難の症状が出ており、非感染性膀胱炎の有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版(以下、CTCAE と略す)の Grade1 であった。膀胱内蓄尿も普段の 2 倍の 80 分程度かかることが多く、蓄尿中に排尿が我慢できずに尿漏れしてしまうこともあった。直腸のガスも多く、ガス抜きを 2～3 日に 1 回施行していた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

受け持ち開始時、前立腺や膀胱への放射線量が 42Gy を超えて、放射性膀胱炎による頻尿・尿意切迫・尿線細少、排尿時痛、排尿困難が強くなっており、非感染性膀胱炎の CTCAE の Grade1 の

急性有害事象が出現していたと考える。今後、さらなる線量増加に伴い、前立腺や尿道の浮腫による排尿困難や尿閉など生活に支障が出現するCTCAEのGrade2となる可能性がある。さらに、放射線は膀胱粘膜にダメージを与え血管内皮炎が生じることから、この炎症は膀胱壁の刺激を引き起こし、頻尿、尿意切迫などの蓄尿症状が増悪することが予測される。そのため、膀胱内蓄尿中の尿意を我慢できず、再現性が確保できなくなる可能性がある。現在、膀胱内蓄尿は40分ほど我慢するのが限界である。しかし、ここ数回は80分ほど待たないと膀胱容量の再現性が確保できず、尿意を我慢することに対して身体的苦痛を感じている。また、酸化マグネシウム[®]錠330mg1錠とモザプリドクエン酸塩[®]錠5mg1錠を毎食後に内服して、ブリストルスケール6の泥状便が少量ずつ1日5〜6回出ているが、宿便や直腸内のガスが多く排ガスコントロールが不良のため、2・3日に1回ガス抜きを行っている。A氏は「男は見た目が大事」という価値観と「治療に必要であるとわかっている、しもを人に見せるべきではない」という信念を持っており、下着を脱いで陰部や肛門を人に見せるガス抜きは耐え難いストレスであると感じていた。自分でできるセルフケアを行っているのに、「仕方がない」と周りから日々の努力を承認してもらえず、「自分ではどうすることもできない」と無力感を感じていたことから、自己効力感やQuality of lifeに影響を及ぼしているのではないかと考える。また、放射線治療に対して、「尿を済ませて水を飲むだけと思っていたのに、想像と違って」と困惑していた。

A氏はPerformance Status(PS)0で日常生活動作・手段的日常生活動作ともに自立している。放射線治療開始時には放射線治療医からの説明に対してその場では認識して、がん治療の選択も自分にとっての利点を考え自己決定していた。仕事もセーブし生活習慣を変えて治療に取り組み、治療と生活を両立できるようにスケジュールリングする力はもち合わせていた。夫婦仲も良好で自家用車を交代で運転して通院し、家族のサポートは受けることもでき、A氏のセルフケア能力は高いのではないかと考えた。しかし、加齢に伴う認知機能の低下により、治療の回数、食事指導は記憶に残っておらず、膀胱内蓄尿の方法や運動については誤認識し自己解釈した間違った前処置を行っていた。そのため、適切なセルフケア行動が取れていないのではないかと考える。よって、A氏の認知機能に合わせた記憶の方法を検討し、正しい知識の獲得と理解を促す支援が必要である。また、A氏が前処置やセルフケアに対して、どのようなセルフケア能力をもって、セルフケア行動を実施しているのか把握し、適切なセルフケア行動が取れるように支援していくことが必要であると考え

2. 看護上の問題

#セルフケア能力は高いが、認知機能の低下があるため、適切なセルフケアが実施できず、再現性が確保できないことにより、有害事象が悪化する恐れがある。

3. 患者目標

A氏が適切なセルフケアを理解して、日々の生活の中で実施できることで、再現性が確保でき、有害事象を悪化させずにモチベーションを保ちながら治療が完遂できる。

4. 看護計画(概要)

O - P

- 1) 照射線量と照射部位、回数
- 2) 放射線性膀胱炎の症状：頻尿、尿意切迫感、排尿時痛、残尿感、尿閉、尿線細小
- 3) 放射線性腸炎の症状：排便回数・性状（ブリストルスケールを使用）・排便の量、腹痛、残便感、肛門痛、排便時の痛み、出血の有無と程度

4) 食事量、食欲の有無：高齢者の食欲チェック、食事内容、腹部症状、体重、水分摂取量と飲水のタイミング

5) A氏の表情、訴え

T - P

1) 排泄について

① A氏に急性有害事象の症状や程度、前日の便や尿回数を確認し、排泄日記に記載する。

② 線量と照らし合わせて症状の予測と必要なセルフケアをA氏に繰り返し伝える。排便状況の程度・回数から整腸剤や下剤の調整を行う。尿閉時の対応を理解しているか確認する。見当識や短期記憶の低下を補うように、前日伝えたことの理解度や解釈を確認する。

③ ガス抜き体操：飲水 20 分後のベッドへの移動の声掛けと誘導を行う。体操はA氏が行っていた臥床で行う体操を行うため、場所の確保を外来看護師に相談する。

2) 食事について

普段食べている食品にガスが発生しやすい食品が多くないか一緒に確認する。

3) 運動について

A氏の運動に関する認識のずれを修正する。A氏の生活の中でできそうな運動と一緒に考える。何を行うのか、いつ行うのかはA氏が選択する。

4) 精神・心理・認知面について

① 文章でのセルフケア指導は忘れてしまう、読み返すことがないため、記憶に残すためにイラストや図を使用、あるいはユーチューブなどの映像を使用する。

② A氏と妻の気持ちや疑問、困りごとなどを傾聴する。

③ 毎回の治療が終了時に、「治療は残り〇回ですね」と「明日は土曜日ですね。ゆっくりできそうですね」と見当識に働きかける。

④ できているセルフケア行動を承認し、称賛する。

E - P

1) ガスの発生しやすい食品と発生しにくい食品についてイラストを使用して説明する。

2) 適度な運動の目的と必要性を、イラストを使用して説明する。

3) ブリストルスケールのイラストを使用して、現在より便が軟らかく水様便になった時(ブリストルスケールの7になった時)には、看護師に報告してほしいことを説明する。

4) ガス抜き体操の効果はユーチューブを使用して説明する。

上記は、見当識や短期記憶の低下があるため、指導や説明は通院に同行している妻と一緒に時に行う。

5. 看護の実際

受け持ちの同意を得る際に、日付や曜日がわからないという見当識障害が見られた。理解度の良い患者であると聞いていたが、会話の中で治療前オリエンテーションの内容を覚えていない、繰り返し同じ質問をするなどの短期記憶の低下もみられた。前処置が不良となる要因は認知機能の低下により前処置に必要な知識が記憶されず理解もできていないため、適切なセルフケアが実施できないのではないかと考えた。そこで、A氏が知識を獲得し理解するための学びの工夫を考えた。A氏の治療前オリエンテーションは文章の説明用紙を用いて前処置やセルフケア指導が行われている。しかし、A氏は加齢により文章の読解力が低下し、指導の内容を理解できなかったのではないかと考えた。A氏の調べ物はユーチューブで行うことが多い。知識獲得・理解は文章ではなく、映像な

どビジュアル的なイメージの方が理解しやすいではないかと考えた。そこで、A氏が適切なセルフケアが実施できるように、前処置やセルフケアの情報提供をイラストや図を使用した視覚的な資料で説明した。その結果、食事・運動の認知の歪みは修正することができたが、膀胱内蓄尿と排便の内服に関するセルフケア行動の変化は認められなかった。セルフケア支援前後のA氏の前処置に関するセルフケア行動を表1にまとめた。A氏は排ガスコントロールが不良の時にやるガス抜きが続いてしまったことで「自分にできることをしてもうまくいかない」と無力感を感じ、自己効力感が低下していた。A氏の努力やできているセルフケアは労い、承認し称賛する関わりを行った。その結果、「自分に出来ることがあった」とモチベーションを維持して治療を継続できた。

表1 看護介入前後のA氏のセルフケア行動

	介入前のセルフケア行動	看護介入	介入後のセルフケア行動
膀胱内蓄尿	・蓄尿の待ち時間に、指定飲水量以外の水分摂取をしていた。	・「飲水した水が腎臓を通過して膀胱に溜まるのを待っているため、追加で飲むことで膀胱容量が計画CTの容量と誤差が出てしまうので、水は飲まずに待ちましょうか」と伝えた。	・「今まで膀胱の尿が足りないなら水を飲めばいいと思って追加で飲んでいて。尿が多いから少し出してきてと技師に言われたのはそういうことだったかもしれないね」と膀胱容量過多になる理由を理解することができた。
	・「尿意が我慢できずに、漏らしてしまったことがあった。それから、尿意が我慢できなくなると、少しくらいならすましてしまおうと思った」と自己判断で排尿をしていた。	・尿意が我慢できずに尿失禁してしまった経験を理解し、NURSEを使って対話を繰り返し、何でも話せる雰囲気作りを行った。	
	・頻尿は放射線治療の影響ではなく、前立腺肥大が悪化していると思っていた。	・頻尿は放射線治療の影響であると説明した。頻尿に伴い尿を我慢することが困難となることが予測されるが、蓄尿は放射線治療の前処置の1つであるため、尿意を感じたら医療者に報告してほしいことを伝えた。	・頻尿は前立腺肥大が悪化していると思っていたけど、治療の影響だったと気づくことはできた。
	・「突然、尿意がはしる」と表現されており、A氏から尿意の報告はなく、トイレに駆け込んでいた姿が見られた。	・A氏の表情や言動を観察し治療のタイミングを判断して、声掛けを行うことにした。	・蓄尿中に尿漏れや排尿してしまうことはなく、蓄尿の待ちも40分前後となった。

排 便	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬は自己管理をしていた。「酸化マグネシウムの残数が足りない」と医療者に報告することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・残薬が足りないことに気づいたことを称賛した。次回診察日を伝え、何錠あれば足りるのかA氏に尋ね、計算力を確認した。過剰内服をしていた可能性があると考えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「1日3回飲んでいるから〇錠あれば足りる」と答えることができ、計算力はもっていた。
	<ul style="list-style-type: none"> ・「カス抜きをした時にはセンノシドを飲むように言われていた。飲んだら漏らしてしまった。それで凝りて今は飲んでない」と自己判断で中止していた。 ・内服の理由は「便は出ているけど便秘と言われた、ガスが多いから内服する」と認識し、内服薬が必要となった経緯は覚えていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ブリストルスケール6：泥状便、排便回数1日5～6回で排便回数が多いが、生活に支障はなく、宿便は少ないため経過をみた。 ・内服することになった経緯と内服薬の目的を線量と照らし合わせて説明した。 ・便の性状がブリストルスケール4：普通便になったため、整腸剤を内服しているか確認した。 ・酸化マグネシウム[®]錠とモザプリドクエン酸塩[®]錠を中止していることを診療放射線技師に報告し、コーンビームCTで宿便や直腸内のガスを確認する。許容範囲内であったため、内服なしで経過をみる。排便状況と放射線線量から整腸剤の内服のタイミングは、医療者から声をかけて排便コントロールを行うことにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2日間連続ガス抜きとなり、「酸化マグネシウムとモザプリドクエンは効果がない。効果がなければ全部やめてしまえばいいと思った」と言われ、自己中断していたことを医療者には報告していなかった。
	<ul style="list-style-type: none"> ・治療終了3日前：排便の性状を観察時「出始めが硬い」と言われる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・便が硬いと思うなら、酸化マグネシウム[®]錠330mg1錠を内服したほうが直腸への刺激を防ぎ、出血予防になることを説明した。 ・治療終了1か月後くらいまで直腸粘膜炎は続くため、外来看護師にA氏の内服と排便状況の引き継ぎを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「大丈夫、たぶんないよ。出はじめは少し硬いけど、するっと出る」と内服再開を拒否された。

排ガス	<ul style="list-style-type: none"> ・「食事のことは聞いた気がするけど覚えていない」と食事指導の内容は覚えていない。 ・排ガスコントロールが困難で悩んでいる。「内服以外に自分にできることがないか教えてほしい」と言われる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄コントロールは内服だけでなく、ガスを発生しやすい食品の摂取を控える、睡眠、運動など日常生活で注意することがあると説明した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「ガスが発生する食品があるなら教えてほしい」と希望された。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ガスを発生しやすい 12 食品のうち 8 食品を好んで食べていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ガスを発生しやすい食品、ガスを発生させにくい食品をイラストで伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「びっくりした。こんなにガスを発生しやすい食品を食べているとは知らなかった。冷蔵庫に説明書を貼って気を付けるわ」と興味を示し、妻と一緒にこれまでの食生活を振り返ることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> ・「運動をするといいと言われたけど、筋肉トレーニングはこの年ではできないからやってない」と適度な運動は行っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・腰痛の時に筋肉を鍛えたほうがいいと言われたことがあり、運動＝筋肉トレーニングと捉えていた。体を動かすことは腸蠕動を促進して便やガスを出しやすくするという根拠を説明し、散歩、ラジオ体操、掃除などがあることを伝えた。A氏は生活や自分にとっての利点を考え、自己決定できるため、何を行うのかは一緒に決めなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動に対する認知の歪みを修正できた。 ・「妻と一緒に散歩をするわ。近くに公園があって近所の人も歩いている」と翌日から散歩を行っていた。生活の中でいつ散歩をするのか自分で考え、その日の体調や睡眠時間に合わせて距離を調整できていた。
	<ul style="list-style-type: none"> ・内服を行っても、排ガスコントロールが不良で、自分でできることは、何でもやりたいという希望をもっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ガス抜き体操を行っている施設もあることを話す。その施設の看護師から効果など伝えてもらった。 ・体操は即効性があるため、病院では蓄尿中に行うことを勧め、体操ができる場所の確保し、飲水後 20 分後に一緒に体操を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自主的にユーチューブで調べ「以前やっていた腰痛体操と一緒にだったから、時間を決めて行った。すぐに 3 発くらいガスが出て、排便も出る。調子いいみたい」と体操の効果を実感し、受け入れはスムーズであった。排ガスの状況に合わせてガス抜き体操を行う時間を変更し、日常生活に取り入れていた。

Ⅲ. 考察

荒尾らは、セルフケア支援では、患者の「強み」に着目し、「強み」が発揮できないバリア(障壁)を取り除くことが大切である。高齢者はバリア(障壁)となるものが多いが、セルフケア支援においては、バリアを明確にするとともに、どうすれば「強み」を発揮できるのかという視点でアセスメントする¹⁾と述べている。がん看護コアカリキュラム日本版では、必要なセルフケアの内容と習得を促す必要なケアとして7つの力²⁾をあげている(表2 参照)。A氏は前処置に関するセルフケアを行う上で、がん看護コアカリキュラム日本版のどのセルフケア能力を発揮していたのか、発揮できなかった障壁は何だったのか明らかにし、セルフケア能力を発揮できる看護介入について考察する。

表2 必要なセルフケアの内容と習得を促す必要なケアとして7つの力

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・自身の身体に起こっている症状が、治療の影響で起こっているのかどうかを判断する力・症状をモニタリングする力・医療者に報告すべき症状の程度がわかり、必要に応じて報告できる力・急性有害事象に対する予防的、あるいは症状出現時のケアの実施、継続する力・セルフケアを日常生活に取り入れていく力・治療と生活とを両立できるようにスケジューリングする力・必要時は他者に支援を求める力 |
|---|

1. A氏が発揮していた前処置に関するセルフケア能力

A氏はセルフケアを行う上で必要となる7つの力を全てもっていた。膀胱内蓄尿、排便・排ガスコントロールの3つの前処置の中で、7つの力を全て発揮していたのは、A氏の関心が1番高い排ガスコントロールであった。本庄は主体的な取り組みとされる「セルフケア」では、その人が取り組む行動の根底に「どのようにしたいか」、「どうありたいか」というその人の意思存在する³⁾と述べているように、A氏も排ガスコントロールが不良の時にガス抜きを回避したいという強い意思をもち「できることなら何でもやりたい」と考えていた。この前向きな意思がセルフケアへのモチベーションとなり、セルフケア能力を発揮させていたのではないかと考えた。A氏は自分の生活パターンを決めて生活していた。食事や運動、ガス抜きなどの新たに始めるセルフケアも自らユーチューブで調べて理解を深めて、すぐに生活に取り入れていた。さらに、症状をモニタリングしながら1日の生活の中でいつ行うのがよいか自分で考え判断して継続していた。「症状をモニタリングする力」は3つの前処置全てで発揮しており、尿意や便やガスの回数などの症状をモニタリングし、セルフケアの効果や体調に合わせて応用・調整する力をもっていた。高齢者は新しい環境への適応や新しいことを学習するのが遅いことが多いが、A氏にとってはこれらの力は強みと言えるのではないかと考えた。

2. A氏がセルフケア能力を発揮できなかったバリア(障壁)について

A氏は排ガスコントロールの前処置では、セルフケア能力を発揮していたにも関わらず、膀胱内蓄尿と排便コントロールの前処置では、「症状をモニタリングする力」以外のセルフケア能力は発揮できていなかった。A氏がもっているセルフケア能力を発揮できなかったバリア(障壁)について考察する。

A氏は放射線治療による有害事象や前処置、日常生活の注意事項の説明を文章の説明用紙を使用して受けている。しかし、認知機能の低下により記憶に残っておらず、知識の獲得や理解に繋がらなかったと考えた。知識獲得について、黒田は本やパンフレットをじっくり読むタイプ、人と話して対話しながら学習するタイプ、文字は苦手映像などのビジュアル的なイメージのほうが理解し

やすいタイプとさまざまである⁴⁾と述べている。A氏の場合は文章での治療前オリエンテーションでは理解に繋がらなかったことより、読解力も低下しているのではないかと考え、普段から使用している映像やイラストを使用した視覚的な指導方法がA氏には適していると考えた。その結果、「ガス抜きを回避するためなら何でもやりたい」という強い意思もっていた排ガスに関する知識を新たに獲得し、認識の修正ができたと考える。しかし、「どうありたい」と意思確認できていなかった膀胱内蓄尿や排便に関しては、必要性が理解できず、介入前と行動の変化は見られず、もっているセルフケア能力も発揮できていなかった。田墨は高齢者の機能低下や社会的な状況はセルフケアのバリア(障壁)になることが多い⁵⁾と述べている。A氏の場合は、加齢に伴う膀胱機能の低下や過活動膀胱などの身体機能の低下と認知機能の低下がセルフケアのバリア(障壁)となったと考えられる。その理由として、加齢により膀胱の平滑筋が過敏となり、神経伝達物質の異常放出が起こることで、膀胱が十分に尿を溜める前に収縮し、急激な尿意を起こすようになる。A氏も「蓄尿中、突然尿意が走る」と訴えていることから、医療者に報告する機会を待てない状態であったことが考えられる。A氏の排尿パターンや放射線性膀胱炎の症状の程度の把握、蓄尿中のA氏の言動を観察し、照射のタイミングをアセスメントして、医療者から声をかけていく介入が必要であると考え。さらに、A氏は膀胱内蓄尿や排便において、蓄尿時間や排便状態が日ごとに変動し、戸惑いを感じていた。小川は高齢がん患者の認知機能障害がセルフケアの与える問題として、有害事象の理解や支援や受診が必要などきの判断が困難になる。決まりきった方法がないようなことや、新しいことへの対応がうまくできなくなる⁶⁾と述べている。認知機能の低下により、日ごと変動する膀胱内蓄尿や排便に関するセルフケアにはうまく対応できず、必要性も理解できなかったのではないかと考える。そのため、膀胱内蓄尿や排便に関しては、セルフケアの効果を実感できず、「これならできる」と思うことができなかったことや正しく情報が理解できていない中でセルフケアへの意思が形成されていた可能性もあると考えた。

3. セルフケア能力を発揮できるセルフケア支援について

上野らは放射線治療を開始する患者は、入院してから治療開始までの期間が短く、入院当日に医師や看護師からさまざまな説明があり、一旦は理解されたようであっても、実際は患者の記憶に残っていなかったことがわかった⁷⁾と述べている。このように、説明を受けてから開始されるまでの期間が短くても、説明内容を忘れていたことは大いにある。さらに、高齢者は加齢に伴う記憶力の低下や難聴などの身体機能の低下により、一度の説明では理解できず、思い込みや勘違いすることもある。A氏の治療前オリエンテーションは、治療開始2週間前に行われているが、短期記憶の低下で治療の説明を記憶に残すことや内容を理解することができなかったため、自己解釈した前処置やセルフケアを行っていた可能性がある。今回、A氏の認知機能に合わせた記憶の方法でセルフケア指導を行ったことで、関心と意欲がある前処置に関しては指導内容の理解を深めることができ、本来もっていたセルフケア能力も発揮することができていた。よって、前処置やセルフケアに対して、A氏が前処置やセルフケアに対して「どうありたい」という意思をもっているのか、さらには納得して受け入れているのか意思確認し、その意思に寄り添うことが大切であると考え。さらに、加齢に伴う膀胱機能の低下による蓄尿困難に対して、A氏の排尿パターンや蓄尿中の行動を観察し、照射のタイミングを検討し、医療者から声掛けを行う介入や認知機能低下を一部代償しながらA氏のもつセルフケア能力が発揮できるように、バリア(障壁)となっていることを早期に発見し、取り除く支援が必要であると考え。

おわりに

前処置やセルフケアに対して、患者が「どうありたいか」という意思確認は、セルフケア支援の中で患者のセルフケア行動の動機づけになることを実感した。そして、その意思が適切な情報の理解や認識下で形成されているのか確認することも必要である。そのために、高齢がん患者の身体的特徴や認知的機能が放射線治療に与える影響をアセスメントし、患者の疾患や放射線治療への思いや理解度、患者の歩んできた人生や価値観、患者のもっているセルフケア能力の把握することが重要である。そのうえで、「これなら自分にもできる」と思えるセルフケアを一緒に考え、できていることや患者の努力を労い承認、称賛し、できていないことは一部代償しながら、患者の意思に寄り添いもっている力を発揮できるように、発揮できないバリア(障壁)を取り除く支援が大切であることを再認識できた。

謝辞

今回、臨地実習において多くの気づきと学びを与えてくださったA氏とそのご家族をはじめ、丁寧できめ細やかなご指導をいただいた指導者の方々、放射線治療室のスタッフの皆様、そして、根気強くご指導していただいた教員の先生方に、心より感謝も申し上げます。

引用文献

- 1) 荒尾晴恵, 田墨恵子. 副作用の症状マネジメントにあたってのセルフケア支援とは. スキルアップがん化学療法看護 事例から学ぶセルフケア支援の実践. 東京, 日本看護協会出版会, 2010, 45.
- 2) 一般社団法人日本がん看護学会教育・研究活動委員会コアカリキュラムワーキンググループ. がん看護コアカリキュラム日本版ー手術療法・薬物療法・放射線療法・緩和ケア. 東京, 医学書院, 2018, 296 - 297.
- 3) 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.
- 4) 黒田久美子, 清水安子, 内海香子. 看護判断のため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, 2022, 27 - 29.
- 5) 田墨恵子. 化学療法を受ける高齢がん患者のセルフケア. がん看護. 2015, 20(2), 249 - 253.
- 6) 小川朝生. 高齢がん患者の認知機能の特徴とアセスメントと対応. がん看護. 2015, 20(2), 239 - 243.
- 7) 上野かおり, 松木 麻美, 土橋 由美子ほか. 放射線治療を一時中断しその後完遂した頭頸部癌患者の支えについての検討 - 4 事例へのインタビューより -. 日本放射線看護学会誌. 2016, 4(1), 12 - 19.

参考文献

- 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. 日本がん看護学会誌. 2012, 26(1), 4 - 11.
- 2) 黒田寿美恵, 秋元 典子. 外照射療法を受けるがん患者のセルフケアに関する文献検討. 日本がん看護学会誌. 2012, 26(1), 76 - 82.

密封小線源治療に対する恐怖心軽減のための関わり
～ストレス・コーピング理論を用いて振り返る～

がん放射線療法看護分野 立花 咲

はじめに

子宮頸癌FIGO2018 進行期分類ⅢCr2期は、根治治療としてシスプラチン単剤を併用する同時化学放射線療法(concurrent chemoradiotherapy: 以下CCRT)と、遠隔操作式後充填法(remote after loading system: 以下RALS)による高線量率密封小線源治療を併用する。岡本らは、小線源治療の利点は治療効果が高く、晩期(遅発性)有害反応の頻度を低く抑えることができる点だが、逆に体内に器具や直接線源を挿入するため、治療時に苦痛や痛みを伴うという欠点もある¹⁾と述べている。

子宮頸癌でRALS予定のA氏は、RALSに対する恐怖心が強く「治療の説明を聞きたくない」との言動が聞かれていた。RALSを受ける患者の思いについて徳重らは、患者は必要に応じた【疼痛緩和】や【精神的安楽の提供】を求めている。身体的ケアに加えて、患者の思いを理解し、治療を完遂するために共に歩み続ける姿勢を持ち、関わるのが大切である²⁾と述べている。A氏にとっての恐怖心の要因を考え、理解を示し、傾聴しつつA氏自身で乗り越えるための対処方法を支援し、安全にRALSを完遂する事を目標に看護介入を行った。A氏のRALSに対する反応と自身の関わりがどのようにA氏に心理的变化を及ぼしたのか、ストレス・コーピング理論に沿って振り返った。結果、ストレスに対する認知的評価に影響する要因やコーピング過程を理解することは、コーピングを支援する因子や阻害する因子の理解に繋がることや、ストレスに対する認識やストレスフルな状況を変化させるためのコーピング行動の変化に繋がると学んだため、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: 子宮頸癌 TNM分類: T2N0M0

FIGO2018 による子宮頸癌進行期分類: ⅢCr2期

3. 患者背景

1) 現病歴

A氏は、年に1回子宮頸部細胞診検査を受けており、これまでは異常なしの診断だった。X年8月頃から大量の不正出血を認め、個人病院を受診し、その後子宮頸癌の疑いで総合病院産婦人科を受診した。MRIで子宮頸部に66mm程度の腫瘍を認め、腹部CTでは右骨盤内リンパ節の腫大を認めていた。子宮腔部全体を置換する易出血性の腫瘍を認め、病理検査で低分化の扁平上皮癌の診断がされている。総合病院では、化学療法が検討されたが、若年であり手術の可否も含めがん専門病院のセカンドオピニオンを提案されている。がん専門病院受診の結果、CCRTと広汎子宮全摘術+術後補助療法を提示され、CCRTを希望しX年10月から治療を開始している。通常、がん専門病院ではCCRTを外来治療で行うが、治療当初に輸血を要する貧血症状があり入院治療を行っている。

受け持ち時は、治療開始20日目、照射13回目(投与線量23.4Gy)である。

2) 治療方法

外部照射の範囲は、原発巣である子宮頸部に加え、骨盤リンパ節領域(総腸骨、外腸骨、内腸骨、

閉鎖、仙骨前)、子宮頸部・体部全体、子宮傍組織、膣、卵巣、傍大動脈リンパ節領域を加えた拡大照射野である。照射方法は、三次元治療計画を用い、最初に全骨盤照射を行い、その後中央遮蔽、最後に総腸骨リンパ節への追加照射を予定している。1回線量は1.8Gy、総線量55.8Gy、総治療回数は31回である。また、腫瘍周囲へより多くの線量を得るために全3回RALSを併用する。RALSは、タンデムとオボイドといったアプリータを膣内に直接挿入し照射を行う。痛みを伴う治療であり、鎮痛薬・鎮静薬を用いる。治療体位は砕石位で行われ、照射中は照射部位のずれが生じることを防ぐため、同一体位を保持する必要がある。化学療法は、シスプラチンを用い1回投与量は40 mg/m²、週1回投与し合計5〜6クール行う。

3) 疾患・治療の受け止め

受け持ち初日、涙を流し、検診を毎年受けていたのにもかかわらず進行した状態で病気が発覚したことへの怒りや、一度余命一年と宣告されたが、根治治療を目的に治療を実施できることへの希望を表出していた。また「今まで自分で壁と感じた事は、たくさん努力して乗り越えていくタイプだったけど、病気には勝てないのかもしれない」「こんなに泣いたのは初めて」と話している。外照射については、放射線性腸炎の有害事象があるが困りごとはないと話し、RALSについては「痛いのは怖い、嫌だな…」と恐怖心を表出していた。病気に対し、考えたって仕方がないと受容しようとする思いと、なぜ自分ががんになったのかと病気を否認したい思いを行き来している状態と考えられた。

4) 周囲の支援

母と2人暮らしで県外に兄がいる。心配をかけたくないとの思いから、不安や悩み事があっても相談はしていない。友人には時々相談をするが、不安を口に出すと辛さが増すためにあまり表出しない。医療者にも迷惑をかけたくない話す。研修生との会話時も時間を気にしながら話される。

5) 社会背景

発病前は動物関係の仕事をしていた。スキルアップのために海外留学するなど仕事への熱量は高い。現在休職中で、治療が落ち着いたらできるだけ早く復職したいと話す。

6) 受け持ちまでの経過

がん専門病院転院時は、出血量が多くふらつきや労作時息切れ等の貧血症状が強かった。CCRT導入後は、不正出血が減少し現在の出血量はごく少量である。血球減少がみられ、2・3クール目はシスプラチンを休薬している。血球減少は、全骨盤照射による骨盤骨への照射線量が多いことが関与しており、好中球数の回復、および感染予防として顆粒球コロニー形成刺激因子製剤を投与している。初回化学療法の有害事象は嘔気・便秘があり、支持療法として、制吐剤はメトクロプラミド錠(プリンペラン[®]錠)、下剤はセンノシドA・Bカルシウム塩錠(センノシド[®]錠)を用い、1週間程度で症状緩和が図れている。受け持ち時は、化学療法による有害事象の訴えはない。

放射線治療の有害事象は、放射線性腸炎が見られており、排便回数8回/日、性状は水様便で、ロペラミド塩酸塩カプセル(ロペラミド[®]カプセル)1mgを1日1〜2回内服しているが下痢の回数は減少していない。腹痛緩和には温罨法が有効で、症状が出現した際は病棟看護師に自ら相談して対応している。食事は、病院食をほぼ全量摂取し体重の減少はみられていない。下痢症状が緩和する夕方からは、院内を散歩し体力維持に努めている。放射線治療科初診時に、今後の照射の説明を受ける際RALSについて「今は怖いから聞きたくない」と意思表示されていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の照射は、腹部～骨盤部の広い範囲に及ぶ。腸管・膀胱への投与線量が20Gyを超えると細胞粘膜に障害が生じ、粘膜の浮腫により局所の灌流障害が起こる。これに伴い、腸管での栄養・水分の吸収障害による下痢や、膀胱刺激症状の亢進により頻尿や膀胱炎を生じる。これらの有害事象は、外照射終盤のRALSを受ける時期に症状がピークとなり、日常生活へ影響が生じることが推測される。

受け持ち時(投与線量23.4Gy)、A氏が自覚している有害事象は、1日8回程度の下痢症状のみである。A氏は、症状に対し、身体に起こっている変化を自覚し、医療者へ症状を正しく伝えることが出来ている。そして、疑問点はその都度医療者へ確認し、対処するように努めている。また、体調の良い時間帯に運動習慣を取り入れ、治療と生活習慣のスケジュールを立てる事ができている。これらは、放射線治療を受ける患者に必要なセルフケア能力である、症状をモニタリングする力・医療者に報告すべき症状の程度がわかり必要に応じて報告できる力・治療と生活を両立できるようにスケジュールリングする力・必要時は他者に支援を求める力があると考えられる。今後、症状増悪によりセルフケアが困難となっても、症状について医療者に相談できる環境が備わっており、医療者が適宜支援することで、症状コントロールは継続できると考えた。

一方で、RALSへは強い恐怖心を表出している。過去の婦人科での内診や子宮がん検診で、強い痛みを経験しており、腔内にアプリータを挿入する治療は、痛みを想起させる。子宮頸部の腫瘍の大きさ、子宮口の角度、子宮頸部の狭小さ等で痛みの程度が異なり、未産婦や若年者は痛みを強く感じやすいとされている。A氏は、未産婦で40歳代と若年者であることや、子宮頸癌発見時の腫瘍径は約6cm大であり、痛みが強く出現するリスクがある。RALSは、アプリータ挿入時の体動により子宮腔内・腔の損傷を生じる可能性や、照射位置のずれによる直腸・膀胱線量の増大、腫瘍への線量不足のリスクがあり、治療中は安静同一体位の保持が求められる。また、複数回の治療が必要であり、初回治療時の苦痛を軽減し、継続して治療が受けられるように支援していく必要がある。以上のことから、RALSが安全に実施できることを目標とし、恐怖心の軽減のために、治療に対する理解度に応じた治療オリエンテーションの実施や、十分な鎮痛・鎮静薬の使用、病棟や治療室のスタッフと連携をとり、A氏の恐怖心の軽減を図り安全にRALSが受けられるように支援することが必要であると考えた。

2. 看護上の問題

身体的侵襲を伴うRALS照射に対し、不安が強く、安全な照射が困難となる可能性がある

3. 看護目標

- 1) 患者が治療内容を理解し、不安や緊張を軽減して治療に臨むことができる
- 2) 照射に伴う身体的苦痛が最小限に抑えられる

4. 看護の実際

・受け持ち4日目(RALS 22日前)

婦人科医師から、今後の治療方針について、MRI検査の結果で腫瘍縮小が不十分だった場合の治療方針や、RALS前には内診や頸管拡張を行うと説明があった。説明中「先生怖いから優しくお願いしますね～」とやや戯ける様子があったが、医師が退室後は表情が陰しく「また痛い嫌だな…治るのかな…」「泣きたくないのに涙が出てくる」と話し5分ほど涙を流す。痛みを伴う処置を行うことへの苦痛や、MRI検査の結果で今後の治療方針が変わる可能性を理解し、不

安が増強したと考えられた。A氏が、医師へは涙を見せず耐える様子や、会話時に研修生の時間を気にする様子から、医療者へ十分に思いを表出できていない状況と考え、研修生が時間を取って話を聞ける環境であることを伝え、思いを傾聴した。治療を行う必要性を理解しつつも治療への恐怖心は強く、現段階で詳細に治療について説明を行うことは恐怖心を助長させる可能性があった。また、MRI検査の結果でRALSが中止となる可能性があり、RALSの説明は、MRIの検査結果を確認後に行う方針とした。医師の説明前後は、時折笑いながら入院生活や下痢の症状について話している。食欲はあり、夜間は排泄時以外の覚醒はなく、熟眠感も得られていると話すことから、過度な抑うつ状態ではないと判断した。病棟看護師と、医療者へ十分に思いを表出できていない可能性を共有し、心理的状況の変化の可能性を共通認識した。下痢症状に関しては、投与線量が増えることで今後症状が増悪する可能性が考えられた。A氏が自身の症状を知りケアが継続できるよう、今後症状の見通しや、排便回数や量を理解することの必要性、止痢剤の効果出現時間と持続時間の説明、下痢時に勧められる水分や食品について説明した。

・受け持ち6日目(RALS 15日前)

放射線性腸炎による下痢に加え、放射線性膀胱炎による頻尿、排尿時痛が出現している。新たな症状が出現したことに戸惑う様子はあるものの「仕方ないね」と症状を受け入れ、ゆっくり時間をかけ排尿することで排尿時痛を軽減させたり、自ら鎮静薬の内服を病棟看護師に相談しアセトアミノフェン錠(カロナール[®]錠)を頓用したりするなど、解決方法を模索しながら症状に対応する様子が見られる。A氏に対し、新たな有害事象が出現しても継続して実践できていることを意図的に伝え、セルフケア行動を認めるよう関わった。A氏から「RALSの説明っていつだっけ？心の準備をしておかなくちゃね」との言動が聞かれた。MRI検査の結果をみてオリエンテーションを予定している旨を伝えると緊張感を表出される。これらの反応から、治療開始時は恐怖心が強く説明を聞きたくないと思いを表出していたが、治療を受ける覚悟に心境の変化が見られていると考えた。しかし、緊張感は持続している。RALSはイメージ化が図りづらく、理解を高めるために治療室の見学や治療の流れをイメージ化したビデオ等、視覚的情報を用いた具体的な説明が良いと思われたが、詳細に治療方法を知ることにより恐怖心が増強する可能性も考えられた。A氏へ、他患者が受けているオリエンテーション方法(子宮頸癌の外照射を含めた放射線治療の一連についてのビデオ・パスに沿ったパンフレット資料の提示)を伝え、同様の説明を検討している事を話すと、ビデオを見るのは怖いと話され、再度オリエンテーション前に希望を確認し対応する方針とした。

・受け持ち12日目(RALS 7日前)

前日のMRI検査の結果は、腫瘍は縮小しているが、子宮頸部の腫瘍は残存しているとの報告だった。放射線治療科医師は、RALSは実施可能との判断であり、予定通りオリエンテーションを実施することとした。本人へオリエンテーションを行う事を伝えると「みんなビデオ見てるって聞いたから私も見ておきます」との反応があり、子宮頸癌の放射線治療に関するビデオの視聴後に、パスに沿ったパンフレット資料を用いてオリエンテーションを行うこととした。パンフレットは病院共通のものを使い、下痢止めや鎮静薬服用のタイミング・腹圧を和らげるための呼吸法等、A氏に必要な情報を書き加え配布した。A氏からは「器具はどのくらいの長さを入れるの？」等の質問や、説明を復唱する等、治療をイメージし理解を深めようと努力する様子が見られた。表情は陰しかったが「みんなやってるんだもんね。怖いけど頑張ります」との反応であった。放射線治療科医師に対し、十分な鎮痛・鎮静薬の使用を希望していたため、医師と共有し

対応を検討することを伝えた。

・受け持ち 13 日目(RALS 6 日前)

前日のオリエンテーションに対する理解度を確認すると「イメージはできた。怖いのは怖いけどやらずにちやいけないう。痛み止めを飲んで頸管拡張も頑張る」と話す。緊張で顔に過度に力が入り筋肉痛になったと話しており、緊張は強かったが、恐怖心が増強された様子はない。食欲は維持し夜間も睡眠を確保できている。治療に対するA氏の希望と、医療者の支援方法を共通認識する目的で、放射線治療科医師とA氏の反応を共有する。痛みへの恐怖心が強いことや、RALS後のタンポン抜去に伴う疼痛を緩和出来ないか相談し、出血量が少ない場合は、タンポンを挿入しない方針となった。鎮静については、入院中であることから全身状態に応じ鎮静量を検討していく方針となった。

・受け持ち 15 日目(RALS 3 日前)

病棟看護師と、RALSに対するA氏の心理的反応の共有と、看護方針を共通認識する目的で症例カンファレンスを行う。痛みへの恐怖心が強いこと、頸管拡張前の鎮痛薬の増量の有無について等意見交換を行い、頸管拡張前は現在内服中のロキソプロフェンナトリウム水和物錠(ロキソニン®錠)とカロナール®錠の併用で経過を見る方針となる。A氏の精神的支援について、病棟看護師から、多職種が支援していることが安心に繋がるとA氏が話されていたとの情報があり、今後も治療室と病棟で情報共有しながら継続支援を行うことを共有した。

・受け持ち 16 日目(RALS 前日)

外照射後にヘガールを用いて頸管拡張術を行う。内診台に上る前から緊張していたが「私はできる！ってイメージして行きます」と話す。内診時から痛みの訴えが聞かれ体動が多くみられた。腹圧を和らげる目的で、隣で身体をさすりながら呼吸法を支持した。一時は呼吸法を実践し体動なく過ごせていたが、痛みが強く腹圧がかかることで子宮頸部が狭窄していた。それに加え、子宮口の位置がヘアピン状に曲がり狭小していることからヘガールの挿入が困難であり頸管拡張は中止となった。施術後A氏は「できなかったね…痛いし怖いし、私何も出来てないね」と涙を流す。頸管拡張術は施行できなかったが、治療当初は説明を拒否していた状況から受容しようと努力し、現在は治療に挑む事が出来ている経過を振り返り、大きく前進出来ていることをフィードバックして伝えた。A氏からは「そうだね…」との反応はあったが、落ち込みは強かった。

・受け持ち 17 日目(RALS 当日)

RALS前、A氏は「夜は寝れたよ。ドキドキするね。昨日は出来なくて悔しかったけど、仕方ないよね。やるしかないから頑張ります。騒いで迷惑かけたらよろしくね。下痢止め飲んでおかなくちゃ」と話しながら、配布したパンフレットを見ながらスケジュールを確認している。前処置は、ヒドロキシジン塩酸塩注射液(アトラックス®-P)+ペンタゾシン注射液(ソセゴン®注射液)の点滴を投与する。眠気を訴えるが、受け答えははっきりしており訴えが多弁で「痛いかな～近くにいてね」と話す。ミダゾラム注射液(ドルミカム®注射液)2mgを生理食塩水 18mlで希釈し投与開始後、閉眼する時間が増え鎮静効果が得られていると思われたが、アプリケーション挿入時は痛みを訴え開眼している。身体をさすりながら隣で呼吸法を支持し、頸管拡張時より呼吸法が上手く出来ていることを伝えた。一時は安静保持が保たれていたが、子宮腔内へアプリケーションを挿入する際は、痛みが強く体動がみられた。途中鎮静薬を追加投与するが、子宮口の狭窄のため放射線治療科医師手技でのアプリケーション挿入は困難であり、婦人科医師へ応援を要請することとなる。婦人科医師が入室するまでの待機中も多弁で、膀胱留置カテーテルに対する違和感を訴

える。婦人科医師がアプリータ挿入時も、痛みの訴えは強く体動があったが、何度か呼吸法を促しアプリータを挿入することが出来た。その後痛みの訴えは聞かれず、同一体位での安静保持は問題なく実施できた。鎮静薬は合計 7ml 投与しており、覚醒状況は、鎮静スケール Richmond Agitation-Sedation Scale(R A S S)で-1~0 で経過した。バイタルサインの変動や呼吸抑制は見られなかった。照射中、アプリータの違和感を訴え一時照射を中断したが、異常は見られず照射終了となった。アプリータ抜去時は痛みの訴えは聞かれず、体動もなく処置は終了した。出血量は軽度でありタンポンは挿入せず経過観察となった。A氏からは「私頑張ったよね！出来たね！」との言葉が聞かれた。病室帰室後は、鎮静から覚醒しており病棟内歩行が可能な状態だった。

・受け持ち 18 日目(R A L S 翌日)

研修生の顔をみるなり「昨日は頑張ったよね、私！こんなもんか〜って感じでした。思ったより大丈夫だった。2 回目も大丈夫そう。直前になったらまた怖いなって思うかもしれないけど、達成感だ！」と話す。治療中、痛みを訴えていた事を伝えるが覚えておらず、婦人科医師がアプリータを挿入したことも分からないとのことだった。眠りたいというA氏の希望の鎮静レベルではなかったものの、治療を終えられたことがA氏の自信に繋がったと考えられる。

III. 考察

末國は、R A L Sは、病巣のみに的確に線量を集中させ、正常組織への線量を減少させられるという利点がある、しかし、苦痛や不安を伴う場合も多く、積極的な看護介入が求められる³⁾と述べている。また清水らは、治療に伴う苦痛の強さは、腫瘍の大きさ、浸潤の程度以外にも、治療への恐怖心、羞恥心などの影響も受け、患者によって感じ方の個人差は大きい⁴⁾と述べている。R A L Sは苦痛を生じるリスクが高く、患者の認識する苦痛を医療者が理解し、個々に合わせた苦痛緩和の方法を検討していく必要がある。A氏は、治療当初、R A L Sを必要な治療と認識しているものの、治療を想像すると涙を流しており、治療がA氏にとってストレスとなっていたと考える。その後、治療の説明を受ける心構えをしておきたいと言動や、治療に関する質問をする等理解を深めようとする姿が見られている。頸管拡張時には、処置を受けられなかった事で再度強いストレス反応を表出するも、治療から逃避することなく、治療を終えることが出来た。これらの経過から、看護援助がどのようにA氏に心理的变化を与えていたのか、ストレス・コーピング理論に沿って振り返る。

ラザルスは、心理的ストレスを人間と環境との間の特定な関係であり、その関係とは、その人の原動力に負担をかけたり、資源を変えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるもの⁵⁾と定義している。そして、雉子谷は、ストレスが個人にとってストレスになるか否かは、ストレスとの関係にどのような意味付けや解釈をするかという「認知的評価」によって決定され、個人のもっている能力や資源を用いてもストレスへの対処ができないか、あるいは難しいと判断された場合にだけ心理的ストレスとなる⁶⁾としている。A氏にとってR A L Sは、痛みを伴う治療で恐怖心を抱くストレスとなっている。ストレスの認知的評価に影響する要因には、個人の要因と環境の要因がある。個人の要因は、外照射で生じている有害事象に対し医療者に相談しながら対処方法を見出し、症状緩和に繋げる力を持っていること、過去に仕事等で問題に直面した際は自ら解決策を見出し成し遂げてきた経験があること、治療を完遂させて完治を目指すという目標を持っていること、そして今後社会復帰をして自身の社会的居場所を取り戻したいとの意欲が挙げられる。環境の要因は、R A L Sは未知の治療であり治療への恐怖や、過去経験した痛みを想起させる治療であること、複数回治療が必要

であること、骨髄抑制で化学療法が計画通り実施できていないこと、RALSを含む照射の完遂が必要であること、一度は余命を宣告されており治療を完遂出来ないことで根治治療にならないと考えていることなどが挙げられる。入院中であり医療者の支援が常時受けられ、周囲の支援体制は整っている。これらの要因が、ストレスの認知的評価にどのように影響を及ぼしていくのかをみていく。

「認知的評価」は、一時的評価、二次的評価、再評価から構成され、一時的評価は「無関係」「無害」「肯定」「ストレスフル」に分けられる。A氏は、RALSを過去受けた内診や子宮癌検診と同様、苦痛を伴う治療であると認識し、治療を想像することで涙を流すことから、自身の安寧を脅かし負担を強いる治療であると評価し、一次的評価のストレスフルの区分のうち、脅威と認識している。二次的評価では「治療の説明を聞きたくない」と表出し、痛みを想像するだけで恐怖心を抱いていた。これに対しA氏のコーピングは「説明を聞かない」と、ストレスへの状況を変化させることが困難で、問題から距離を取り一時的に問題から逃避することで、ストレスを和らげようとしていた。これは情動中心コーピングにあたる。このコーピングは「泣きたくないのに涙がでる」と話すことから、効果的ではないと考えられる。ここでの看護援助を振り返ると、A氏の思いを時間をかけて傾聴したことは、気持ちや考えの表出の促しに繋がった。岡本らは、情緒的支援に対し患者は語ることで自分が用いてきた対処法を再認識したり、不安の実体を見据えたりすることが出来るのではないかと述べており、感情の表出により問題へ目を向ける準備ができ、RALSに対し心構えをしておきたいとの心境の変化に繋がったと考える。この時期に、岡本らは、認知的支援として患者の認知の過程に焦点をあて、その歪曲部分を修正するための支援が、治療を受ける状況に対する脅威性を緩和させる介入として効果があると示唆される⁸⁾としており、受け入れの過程に合わせたオリエンテーションを行うことは有効だったと考える。そして、治療内容を正しく理解することに繋がり、鎮痛・鎮静薬によりA氏が過去に経験した疼痛が緩和されること、治療の一連の流れ、起こり得る痛みの程度や持続時間を知り、治療をイメージすることに繋がった。これは、環境の因子でコーピングにマイナスに作用していた、未知の治療に出会うことに対する情報の曖昧さや不足が軽減したと考える。加えて、オリエンテーションでA氏が実践できるセルフケア行動を具体的に提示したことは、個人の要因にある有害事象に対処し症状緩和ができた経験がプラスに作用し、恐怖心はあるが対処できる可能性を見出すことに繋がり、対処の準備を行う段階に移行したのではないかと考える。オリエンテーション終盤で、医療者が提供する情報に加え、より詳細な情報を得て理解を深めようとする反応がみられている。これは、ストレスに対する認知的要因が、脅威から「みんなやってるんだもんね。怖いけど頑張ります」といった挑戦に変化し、コーピング方法が、これまでの「怖いから聞かない」という情動中心コーピングから、自ら情報を得ようとする問題中心コーピングへ変化していることがうかがえる。

ストレスに対して、脅威から挑戦へ認知的評価が変化した。RALS前日の頸管拡張術で、想像以上の痛みを経験し、処置が中止となり成功体験を得られなかった。ここでA氏は、ストレスへの一次的評価を再び脅威と評価している。そして、二次的評価で自分は何も出来ていないと評価し自信を喪失している。看護援助では「何も出来ていない」と話すA氏に対し、処置が出来なかった要因は器質的な問題が関与しており、A氏の実力不足だけが問題ではないことを伝えた。医療者の対処法の見通しを伝えたことは、環境の要因である出来事の不確実性を低減することに繋がったと考える。また、痛みが強い中でも呼吸法を実践しようと努力した事や、これまで恐怖心を抱きながらも治療に挑んできた経過をフィードバックし、A氏の努力を認める関わりをしている。これは、個人の要因である、A氏が過去に成し遂げてきた経験が想起され、治療を完遂したいという意欲を再認識することに繋がったと考える。結果、RALS当日には「頑張ります」との言動が聞かれ、治療当日のスケジ

ュールに沿ってセルフケアを実践する等、問題中心のコーピングの継続がみられた。これらのA氏のコーピングと、多職種の関わりによりRALSを安全に終わられたことで、ストレスナーに対し今後でも実践できそうだと、肯定的な認知的評価に変化したと考えられる。

しかし、次回のRALS前に恐怖が再燃する可能性があると話することから、適応に至ったとは言い難い。また、ストレスナーに対する一時的評価において挑戦は、ストレスフルな状況であることには変わらない。雉子谷は、適応またはストレス反応が持続するという過程に至り、ストレスが持続する場合には再び評価を行い、適応に至るまでコーピングが繰り返される⁹⁾と述べており、認知的評価が脅威から挑戦に変化した段階で、適応に向けた援助が必要だったと振り返る。具体的な看護援助のポイントとして、雉子谷は①認知的評価に影響する要因にはプラスに作用するものとマイナスに作用するものがあるので、それらを強化または軽減できるように介入する②ストレス状況から生じる身体症状の軽減を図る③コーピングの資源を増やす④コーピングに影響する要因への介入を含め、効果的なコーピングができるよう支援する。具体的には、コーピングの原動力となるもの、原動力を妨げるものについて話し合い、強化したり軽減したり取り除いたりする。効果的な情動中心コーピングと問題中心コーピングについて話し合い、それらをどのように取り入れていけばよいかを決定する¹⁰⁾と述べている。A氏は、脅威から挑戦へ認知的評価を変容させた際「みんなやってるんだもんね」と他患者の治療経験を参考にしていて、認知的評価に影響する要因でプラスに作用していた、他者に相談しながら対処法を見出し有害事象に対応してきた経験を踏まえ、医療者視点の提案だけでなく、他患者の体験や対処法に関する情報提供を行うことで、より治療のイメージ化が得られコーピングの選択肢が広がるのではないかと考える。また、頸管拡張に対しA氏は「処置が出来る」という目標を掲げていたが、器質的な問題から処置が困難となる可能性があった。処置の中止はコーピングの原動力を妨げる可能性が高く、事前に目標の修正が必要だったと考える。医療者の考える目標とA氏の目標を共有し、A氏が取り入れられる行動を共に考え、A氏が対処方法を見出すことを支援することで、より効果的なコーピング方法を見出すことができたのではないかと考える。

おわりに

ストレスの認知的評価に影響する要因やコーピング過程を、多角的にアセスメントしプラス要因・マイナス要因をそれぞれ強化・軽減する関わりは、ストレスナーに対する認識やコーピング行動の変化に繋がる。そして、コーピングが繰り返されることや、患者が状況に応じてコーピングを使い分けできるよう支援していくことが、ストレスナーの認知的評価を変化させるために大切であると学ぶことができた。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、実習に快く承諾してくださり多くの学びを与えてくださったA氏、多くの視点を得られるよう導いてくださいました実習指導者様をはじめ、病棟ならびに放射線治療室スタッフの皆様、丁寧にご指導くださいました教員の先生方に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 吉田賢史, 佐々木良平. “放射線の照射法にはどのようなものがありますか?” 看護の力でQOLを向上させる! 放射線治療を受けるがん患者の看護ケア. 藤本美生編. 日本看護協会出版会, 2009, 37.

- 2) 徳重涼子, 浦邊真由美ほか. 子宮腔内照射治療を受ける患者の思い. 山口県母性衛生学会会誌. 2011, 27, 7-11.
- 3) 末國千絵. 特集子宮がん・卵巣がん～最新の治療と看護(1)～放射線治療に対する看護【2】腔内照射. がん看護. 12(7), 2007, 715-712.
- 4) 清水倫子. 特集子宮頸がん、子宮体がんの最新トピックスと看護, 子宮頸がんでがん化学療法・放射線療法を受ける患者の看護. がん看護. 16(5), 2011. 552-555.
- 5) リチャードS ラザルス, スーザン・フォルクマン. (1984). 本明寛他(訳). ストレスの心理学 - 認知的評価と対処の研究 -. 実務教育出版. 1991, 22.
- 6) 雉子谷朋子. “ストレス・コーピング理論”. 看護実践に活かす中範囲理論. 野川道子編. メヂカルフレンド社. 2020, 211.
- 7) 岡本愛, 森本美智子. 非小細胞肺がんて病期Ⅲ期以上と診断され初回治療(化学療法・放射線治療)を受ける患者に対する心理的な看護介入の効果. 日本がん看護学会誌. 2015, 2, 33-42.
- 8) 前掲 7)
- 9) 前掲 6)
- 10) 前掲 6)

参考文献

- 1) 中野敬子. ストレス・マネジメント入門 - 自己診断と対処法を学ぶ -. 金剛出版. 2005.
- 2) 山勢博彰. “心理的ストレス・コーピングモデル”. 事例でわかる看護倫理を看護過程に生かす本. 小田正枝編. 照林社. 2008.
- 3) 後藤志保. 生活をみる！放射線療法の看護ケア第5回. “子宮頸がんの放射線治療 - 外照射・腔内照射の特徴を踏まえたセルフケア支援が重要” . 緩和ケア. 2015, 25(7).

はじめに

頭頸部癌に対する放射線治療は、機能温存が可能であることから有効な治療法の一つとして確立されている。しかし、照射野に唾液腺や口腔内を含むと、唾液腺障害による口腔内乾燥や口腔粘膜炎の発生を避けることは難しい。腫瘍が皮膚表面に近いことから放射線性皮膚炎の出現も予測される。そのため、患者は有害事象に自己で対応するためのセルフケア能力が必要である。由藤らは化学放射線療法を行う頭頸部がん患者のセルフケアは、身体的な症状や医療者・他患者の情報から自分の病状を理解し、治療を完遂するために、自分なりの態度で治療に臨み、がん治療について積極的に自分から支援を求めたり、必要と判断した場合は医療者に委ねることであり、気持ちの安寧を保ちながら治療と生活の折り合いをつける取り組みを行うことである¹⁾と述べている。

今回、外耳道癌に対して化学放射線療法を行っている患者を受け持った。50歳代と若く、セルフケアの獲得は可能であると判断し、有害事象が出現する前段階の予防的セルフケアから介入を行ったが、セルフケアの行動変容と習慣化がすぐにはできなかった。しかし、セルフケア能力の見直しと必要なケアの優先度、介入方法を考慮し、口腔ケアの手技の獲得と習慣化へ繋げることができた事例を経験したため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 男性
2. 診断名：右外耳道癌 乳様突起、顎関節内、翼突筋、頭蓋底、左中頭蓋底より硬膜まで浸潤
右頸部に多発リンパ節転移あり TNM分類：cT4N2bM0 Pittsburgh 分類：4

3. 患者背景

1) 現病歴

X年1月頃から、右耳からの出血や耳漏、腫脹を自覚していたが放置していた。X年7月に疼痛により食事摂取困難となり近医受診し、耳内の肉芽腫を指摘された。X年9月に生検にて扁平上皮癌と診断され、10月にがん専門病院での集学的治療のため紹介受診。X年11月から根治目的に化学放射線療法の開始のため入院となる。

2) 受け持ちまでの経過

A氏は外耳道の腫瘍が周囲に浸潤しており、右頸部リンパ節への転移もみられている。そのため手術では広範囲の切除になり、整容面や摂食嚥下機能、発声機能等の術後の機能障害が大きな問題となることが予測された。機能温存のため、化学放射線療法が選択され、受け持ち3日前から、3週毎のCDDP100 mg/m²投与と強度変調放射線治療(intensity modulated radiation therapy：IMRT)による6MVのエネルギーで1回線量2.0 Gy、総線量70 Gy/35回の照射が開始されていた。

3) 患者背景

寡黙であり多くは語らない性格である。父親は他界しており、母親は認知症で施設入所中のため独居で生活している。他の親族もおらず、キーパーソンはいない。Activities of daily living(ADL)は自立しているが、歯磨きは1日1回仕事の間に時間がある日のみ昼食後に磨き、

夕食後は口腔ケアを行わない、入浴も1回/2日しか行わないような生活習慣であった。口腔内には齲歯が8本あったが、放置されていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は右外耳道癌、乳様突起、顎関節内、翼突筋、頭蓋底、左中頭蓋底より硬膜まで浸潤があり、右頸部に多発リンパ節転移もあり、3週毎のCDDP投与とIMRT70Gy/35回(右頸部予防域46Gy/23回、原発+リンパ節ブースト24Gy/12回)が予定されている。放射線療法によるリスク臓器は、脊髄、脳幹、左右水晶体、左右視神経、視交叉、左右耳下腺、左右顎下腺、下顎骨、口腔粘膜、喉頭、食道、大脳、皮膚などがある。特に照射範囲の皮膚と右耳下腺は線量から確実に有害事象が出現することが予測される。

皮膚の最大線量は46Gy程度であり、基底細胞の細胞分裂率の低下に影響し、落屑が生じる。また、微小血管も放射線の影響を受け、血管内皮細胞の崩壊と血管浸透圧の亢進により浮腫や炎症をきたし、発赤やびらんが起こる。累積線量20Gyとなる治療2週目頃から終了後1~2週間にかけて、Grade1~2程度の急性放射線性皮膚炎を発症すると予測される。右耳介裏に腫瘍が露出し、滲出液が垂れており、その部位に対してテープでガーゼを固定し、2~3回/日交換している。テープの剥離は皮膚への機械的刺激となり、角質だけでなく表皮も同時に剥離してしまい、表皮がなくなり真皮が露出した状態であると細菌感染を起こしてしまうリスクがある。また、放射線治療により皮脂が分泌される皮脂腺や、汗が分泌される汗腺も影響を受けるため、皮膚の水分を保つバリア機能が低くなり、皮膚の乾燥や炎症につながる。皮膚炎の重症化により治療を休止することにもなりかねないため、皮膚炎を最小限にとどめることが重要である。そのため、皮膚を清潔に保ち感染を予防することや、保湿による皮膚の水分や油分を補って皮膚の乾燥を防ぎバリア機能を保持することは重要であり、清潔保持や保清・保湿の方法について指導が必要であると考えた。しかし、入院前のシャワー浴の習慣は2日に1回であり、ひげも剃らないなど身だしなみを整える様子はなく、清潔に対する意識は低いと考えられた。

また、放射線治療による直接的な粘膜への刺激と二次的に誘導されたサイトカインによる炎症や細菌感染による炎症により口腔粘膜炎が起こることも予測される。口腔粘膜炎は20Gyの照射で照射野に一致し、口腔内の発赤、違和感、潰瘍、疼痛などの症状が出現する。さらに、金冠歯があるため、散乱線による照射野と一致しない部位にも口腔粘膜炎が出現することが考えられる。また、唾液腺の腺房細胞の放射線による損傷、組織の変化が生じ、口腔内の乾燥も出現する。標的病変が右外耳道であり、右の耳下腺への線量が高くなる。耳下腺は漿液性の唾液を分泌し、唾液の約7割の分泌を担っている。A氏の線量分布図では、予防域を含めた照射の時点で45Gy程度であり、ブースト照射を含めるとさらに高い線量が照射されることが予測される。25Gy以上の照射で腺内に非可逆的な変化を生じ、50Gy以上で回復困難になるため、ブースト照射も考慮するとA氏の場合は右耳下腺の永続的な唾液腺障害が起こることが予測される。唾液量の減少により口腔内乾燥と自浄作用の低下、齲歯や細菌感染のリスク、咀嚼や嚥下への支障や味覚障害、会話へも影響が出現すると考えられる。そのため、口腔ケアによる口腔内の清潔保持が永続的に必要である。しかし、A氏の入院前の口腔ケアの習慣は1日1回昼のみであり、口腔ケアに関する行動変容が必要であった。

治療について「先生にやれって言われたからやってる」という発言からA氏は、意思決定を他者に委ねる傾向にあると推察される。今後、治療の有害事象が出現してきた際に、自己で治療決定し

たという意識がないことから容易に治療中断に至ってしまうことも予測され、「しんどくなったら途中でやめてもいいしね」という発言にもつながっていると考ええる。そのため、自己にて意思を形成できるような介入が必要であった。

2. 看護上の問題

- #1 放射線照射範囲に腫瘍の自壊があり浸出液があることにより皮膚の刺激があり、適切なケアを行えないことで放射線性皮膚炎の悪化を招く可能性がある
- #2 永続的な唾液腺障害が予測されるが、口腔内の清潔が保持できておらず、齲歯の悪化や新たな口腔内トラブルが出現する可能性がある

3. 看護目標

- #1 皮膚炎のリスクについて理解し、処置の受け入れと必要なセルフケア行動が実施できる。
- #2 口腔ケアを日常に取り入れて、退院後も口腔内の清潔を保持することができる。

4. 看護の実際

線量分布図から、皮膚炎や口腔粘膜炎が出現する可能性が高い。しかしA氏は、入浴は2日に1回であったり、口腔ケアも1日1回、腫瘍自壊部からの滲出液を放置していたりするなど清潔に対する意欲は低く、清潔に関する行動変容とセルフケアの獲得が必要であると考えた介入を行った。放射線治療開始4日目(8Gy 照射)から18日目(36Gy 照射)までの受け持ち期間中の看護展開を記載する。

【受け持ち1週目(照射4～8回、累積線量8～16Gy)】

治療開始1週間前後であり、倦怠感の出現がみられていた。ADLは自立しており、50歳代と若く、記憶力や集中力の低下もなく、意識レベルもクリア、見当識障害も問題ないため、認知機能の低下はみられていないと考えた。そのため、セルフケアは問題なく獲得できると判断し、照射野の皮膚の清潔保持や保湿、毎食後の口腔ケアの必要性について説明を行った。

倦怠感もあり、シャワー浴は拒否する日が多く、シャワー浴をしない日は照射範囲の皮膚だけでも洗浄と保湿を行うように必要性を説明したが、実施には至らなかった。また右耳介裏に腫瘍が自壊しており、ガーゼにて保護していたが、そのガーゼが剥がれても看護師に伝えず、そのまま放置していた。

口腔内には食物残渣が著明にみられていたが、口腔ケアは声かけを行うまで実施しておらず、促しにて実施するような状況であった。院内で歯科受診し、口腔ケアの方法について歯科衛生士より指導が実施された。その後も自ら口腔ケアは実施していないが、声かけを行うと「歯の裏が磨けてないって言われた」と研修生に説明しながら口腔ケアを行う様子がみられた。歯科衛生士の指導後は、口腔ケア後の口腔内に著明な汚染はみられなかった。夕食後も病棟看護師と連携して声かけを行ってもらい、口腔ケアを行っていた。なぜ口腔ケアが必要なのか、アセスメントから予測された経口摂取継続のためということに重点を置き容易な言葉で繰り返し説明を行ったが、「難しいことは言われても分からない」や「治療して口の痛みが収まっても何か食べたいとかはないかな」と述べながら自ら口腔ケアを行う様子はみられなかった。

【受け持ち2週目(照射9～13回、累積線量18～26Gy)】

変わらず倦怠感の訴えはみられたが、身の回りのことはすべて自己にて行うことが可能であった。しかし、ひげが伸びており身だしなみを気にする様子がみられないことや「一人暮らしだからごはんとかお風呂とかめんどくさいって思う時もある。人に会わないとひげも剃るのも嫌になるね」との発言がみられることなどから清潔に対する意識はやはり低いと考えた。受診に至った経緯も疼痛

により食事摂取が困難になったからであり、齲歯に対しても何も対応していなかった経緯もあることから、自分の身体の変化に対する意識も低い状態であった。また、A氏は「治療やれって言われたからやってる」という発言から、疾患に対する治療方法についてA氏が十分に理解し納得した上で実施継続できていない可能性が考えられ、そのためアドヒアランス不良であると推察された。A氏は疼痛や倦怠感を医療者に訴えることはできており、この時点で、A氏が持っているセルフケア能力は“必要時、他者に支援を求める力”である。「治療についてあんまりよくわかってないから不安も分からない」との発言から自分がどのような治療を受けているのか理解しようとする意識も低いと考えられた。腫瘍の自壊部から滲出液が垂れていても気にならず、受診に至らなかったことや、入院中も保護のガーゼが剥がれてもそのままにしていた。そのため、A氏には“自分の身体で起こっている症状が治療の影響で起こっているのかどうかを判断する力”、“症状をモニタリングする力”、“医療者に報告すべき症状の程度がわかり必要に応じて報告する力”、“急性期有害事象に対する予防的あるいは症状出現時のケアを実施・継続する力”、“セルフケアを日常に取り入れていく力”が不足していると考えた。病棟看護師から放射線治療についてのオリエンテーションを受け、「虫歯があるけど、放射線治療始める前に病院行つといたほうがよかったかな。もう5回も(放射線)治療行つたけど」という発言から、ケアの必要性が理解できれば行動変容につながる可能性が考えられたため、A氏の理解を確認しながら可能な範囲で優先順位をつけて必要なことからケアが実施できるように介入することが望ましいと考えた。

皮膚炎などの急性期有害事象は照射が終了すれば症状も軽快するが、唾液腺障害は総線量から永続的である。唾液腺障害による齲歯などの二次的な疾患を予防するためには治療終了後も口腔ケアの継続的な実施が必要である。口腔ケア自体は1日1回ではあるがもともと毎日行っていることであり習慣化しやすいと考えられるため、薬剤を用いたこまめな含嗽などの新たなケアの獲得ではなく、口腔ケアについて重点を置いて指導することが有効であると考えた。そのため、皮膚炎等の急性期有害事象のケアは指導をメインに行うのではなく看護師が手伝いながらケアを行い、口腔ケアに関しては口頭で指導をメインに行い自己にて実施してもらうように介入を行った。また、この方針について病棟での症例カンファレンスを通して、関わり方について統一できるようにした。その後、A氏から「口内炎出てきて菌入るから菌磨きしないとダメなんですよ」と必要性について理解しているような発言がみられていた。しかし、自主的に口腔ケアを行う様子は見られず、昼食後は拒否しながらも朝・夕食後の2回/日は声かけにて実施していた。口腔粘膜炎や食道炎の出現はみられていなかったが、倦怠感から食事摂取量が減少したため、胃管留置となった。その後も経口にてゼリーやヨーグルトなどを補食はしていた。毎食後、口腔ケアを実施することが望ましいとは考えていたが、現時点で2回/日の口腔ケアが実施できていること、口腔ケア後の口腔内の汚染が目立たないことを認め、A氏へポジティブフィードバックを行った。照射野の皮膚の清潔保持に関しては、A氏がシャワーに入れる日は入ってもらい、入らない日は洗面所で看護師が洗うなどその日に応じて行い、保湿や腫瘍自壊部の処置は看護師にて行っていた。

受け持ち3週目(照射14~18回、累積線量28~36 Gy)

倦怠感が軽減し、シャワー浴は毎日行っていたが、保湿や腫瘍自壊部の処置は看護師にて適宜行うことを継続した。

照射線量から口腔粘膜炎の出現時期であるが口腔内にトラブルがみられていないことを伝えると、「ごはん食べてなかったら口内炎できないと思ってた」といった発言がみられた。倦怠感から胃管が留置されており、経口摂取はゼリー等を少量摂取していたのみであり、経口摂取が少ないために

口腔粘膜炎が出現しにくいとA氏が認識していると知ることができた。口腔内の乾燥を自覚しており、ゼリー等の経口摂取量も減少しており、自ら口腔ケアを実施することなく、声かけにて実施していた。そのため、放射線治療の影響で細胞にダメージがあるため、経口摂取を行わなくても口腔内の有害事象は出現するということや、口腔内の乾燥に対しても口腔ケアを行うことで刺激につながり唾液が分泌されるため対策として有効であることも説明した。そうすると、「やっぱり口から食べたいから歯磨きは続けられそうです。食べなくてもしないとイケないっていうのは分かったから」という発言が得られた。昼食後は職場で歯磨きを行うのは難しいが、朝・夕なら自宅で可能と自己にて判断し、2回／日の口腔ケアを声かけなしで行う様子がみられた。

Ⅲ. 考察

セルフケアについてオレムは、その人自身の機能と発達を調整するために、自分自身や自分の環境に向けた活動を自発的に開始し実践することであり、生命、健康、安寧の維持を目的としている²⁾としている。また、セルフケアを行うことを学習し、セルフケアを持続的に行うのは、人間の機能である。セルフケアに対する中心的要件は、内的・外的に指向された一連のセルフケア行為をするための知識を学習し、活用することである³⁾とも述べている。セルフケアは学習された行動であり、セルフケア操作の遂行を可能にする人間の力として10個のセルフケア・エージェンシーの構成要素が挙げられている。

A氏は今後起こりうる有害事象に対し予防的セルフケアの手技獲得が必要であり、50歳代と若く認知機能も問題ないと判断したことからケアの獲得ができると考え、全てに対して支持・教育的システム中心の介入を行った。しかし、セルフケア行動の獲得に至らず、セルフケア能力に関する評価と支持・教育的システムを中心とした関わりが妥当であったか疑問が生じた。この疑問を明らかにするため、すべて支持・教育的システムで介入していた段階でのA氏のセルフケア能力について、セルフケア・エージェンシーの10個の構成要素から分析を行う。

1つ目の構成要素は「セルフケア・エージェントとしての自己、およびセルフケアにとって重要な内的・外的条件と要因に注意を払い、そして必要な用心を向ける能力」である。A氏は治療について「先生にやれって言われたからやってる」と述べており、「治療して口の痛みが収まっても何か食べたいとかはないかな」という発言もあり、治療を完遂し、疼痛を軽減させ経口摂取を継続することがA氏にとって重要であるということを認識していないため、内的要因は不足していたと考える。また、独居であり、今後も身の回りのことはすべて自己にて行っていく必要があるが、セルフケア獲得の必要性を説明しても「難しいこと言われても分からない」と言いながら実施しないということもあり、外的要因に対してもA氏は自覚が乏しい状態であった。

2つ目の構成要素は「セルフケア操作の開始と継続に必要なだけの身体的エネルギーの制御的使用」である。A氏は入院にて治療を受けており、家事や仕事といったことは行っていない。治療による倦怠感が出現してきていたが、ADLは自立していた。また、倦怠感により食事摂取量にムラがあったが経口補液も摂取しながら1日に必要なエネルギーは摂取できており、栄養状態も問題はなく、身体的エネルギーは持っていたと考える。

3つ目の構成要素は「セルフケア操作を開始し遂行するのに必要な運動を実施するにあたって、身体的および身体部分の位置をコントロールする能力」である。A氏は身の回りのことは自己にて実施できており、手指の巧緻性や関節可動域の制限もなく、口腔ケア動作や、照射範囲の皮膚を洗浄・保湿することは可能であり、身体的機能は保たれていた。

4 つ目の構成要素は「セルフケアの枠組みの中で推論する能力」である。ここでのセルフケアの枠組みとはセルフケアを可能とする環境であると考え、A氏が治療を完遂するために現在の環境の中でどのような行動を自ら考えられるかという能力であると考えた。A氏の口腔内は齲歯や金冠歯があり、口腔粘膜炎の出現、その後の感染のリスクが高い状態であったが、「ごはん食べてなかったら口内炎できないと思ってた」という発言がみられていた。また、皮膚に関しても洗浄・保湿を拒否する状況であった。有害事象を最小限に抑えるために必要なケアについて自己にて考え行動しようという思考は不足していたと考えられる。

5 つ目の構成要素は「動機付け」である。指示・教育的システム中心で介入していた段階では、A氏は治療を「先生にやれって言われたからやってる」と述べていた。独居であり、母親の施設に支払う金銭的な準備はできているといった状態であり、仕事に復帰しなければいけないといった思いもなく、治療を行う意義をA氏本人は見いだせていなかった可能性が高い。また、「治療して口の痛みが収まっても何か食べたいとかはないかな」との発言からA氏は、経口摂取そのものが大切であるという認識も持っていなかった。そのため、有害事象を最小限に抑え、治療を完遂させるためのセルフケアを行う動機付けができていなかったと考える。

6 つ目の構成要素は「自己のケアについて意思決定し、それらの決定を実施する能力」である。A氏は治療もセルフケアも医療者に言われるから行っているといった状況であり、この能力については持っていないと考えた。

7 つ目の構成要素は「セルフケアについての技術的知識を権威ある資源から獲得し、それらを記憶し、実施する能力」である。A氏はケアについて自ら医療者に質問する様子はみられなかった。しかし、歯科衛生士から指導された口腔ケアの方法に関して研修生に伝えながら実践し、口腔内の汚染も軽減したことから、医療者から提供された情報に関しては記憶し、実施する能力を持っていた。

8 つ目の構成要素は「セルフケア操作の遂行に適した認識技能、知覚技能、操作技能、コミュニケーション技能、および対人関係技能のレパトリー(セルフケア・スキルのレパトリー)」である。これはセルフケアを遂行するための方法をいくつ持っているかであると考え。A氏は疼痛や倦怠感など起こっている症状を医療者に伝えることはできており、医療者の介入を拒否なく受け入れている様子であった。しかし、A氏には“自分の身体で起こっている症状が治療の影響で起こっているのかどうかを判断する力”、“症状をモニタリングする力”は不足しており、医療者に言われたことを実施するだけではセルフケア・スキルのレパトリーを持っているとは考えにくい。

9 つ目の構成要素は「セルフケアの調整的目標の最終達成に向けて、個別的なセルフケア行為あるいは行為システムを、先行の行為および後続の行為と関連付ける能力」である。A氏は現在行っている治療に関して「治療についてあんまりよくわかっていないから不安もない」といった発言があり、治療について説明しても理解しようとしせず、今後の見通しもA氏の中では曖昧な様子であった。指示・教育的システム中心の介入を行っていた段階では、セルフケアの必要性についての説明を行っても口腔ケアやシャワー浴を自主的に行う様子はみられなかった。そのため、治療による今後の有害事象の影響についても理解に至らず、この思考は弱いと考えられる。

最後の構成要素は「セルフケア操作を、個人、家族、コミュニティの生活の相応する側面に統合し、一貫して遂行する能力」である。A氏の生活の中で、口腔ケアについて、昼食後は職場で歯磨きを行うのは難しいが、朝・夕なら自宅で可能であるとのことであった。しかし、支持・教育的システム中心の介入の段階では、セルフケアを行う必要性について理解しておらず、医療者の声かけにてケアを行っており、退院後も日常生活の中に取り入れてセルフケアを遂行する能力は弱かったと考える。

以上より、セルフケア操作の遂行を可能にする10個のセルフケア・エージェンシーの力の構成要素のうち7つがA氏には不足していた。そのため、支持・教育的システムですべて関わろうとしてもセルフケアの獲得に至らなかったと考える。不足を補うため、一部代償的システムでの介入を行った。治療を継続する動機付けとして、受診に至った経緯からA氏と振り返り、「やっぱり口からごはんを食べたい」との発言があった。このことは1つ目の構成要素の「セルフケア・エージェントとしての自己、およびセルフケアにとって重要な内的・外的条件と要因に注意を払い、そして必要な用心を向ける能力」の内的要因に気付くきっかけとなり、同時に5つ目の構成要素の「動機付け」にもつながっていた。放射線治療による影響として永続的な唾液腺障害が起こること、口腔ケアを行うことは口腔内感染の予防になることや刺激による唾液分泌を促し経口摂取につながることを容易な言葉で説明し、A氏の理解を得ることができた。その結果、セルフケアを行わなかった場合の起こりうる状態について予測でき、4つ目の構成要素の「セルフケアの枠組みの中で推論する能力」、9つ目の構成要素の「セルフケアの調整的目標の最終達成に向けて、個別的なセルフケア行為あるいは行為システムを、先行の行為および後続の行為と関連付ける能力」を補うことにつながっていた。これらの結果、口腔ケアに関して行動変容に至ったことから、必要性について理解できれば自己のケアを意思決定し行動できしており、6つ目の構成要素の「自己のケアについて意思決定し、それらの決定を実施する能力」も補うことができていた。さらに、永続的に唾液腺障害が出現するため口腔ケアは退院後も確実に必要であったが、仕事などの日常生活との兼ね合いを考え、2回/日口腔ケアを実施するに至っており、「セルフケア操作を、個人、家族、コミュニティの生活の相応する側面に統合し、一貫して遂行する能力」も強化されていたと考える。鈴木は、セルフケア・エージェンシーのセルフケア能力について、普遍的セルフケア要件を基に分析し、分類することで、対象者の強みと弱みが明確となり、どの要因に働きかければ良いかが明らかとなり、早期からの効果的な介入が可能となった⁴⁾と述べている。A氏においても支持・教育的システムを中心とした介入では、セルフケア能力の不足している部分を強化することができず、セルフケアの獲得に至っていなかった。受け持ち期間において、10個のセルフケア・エージェンシーの構成要素を考えながらの介入はできていなかったが、看護介入を振り返ると、A氏の弱みであると考えたことは構成要素の不足している部分であり、そこに対しての介入がセルフケアの獲得につながったと考える。今回の事例では、8つ目の構成要素の「セルフケア操作の遂行に適した認識技能、知覚技能、操作技能、コミュニケーション技能、および対人関係技能のレパートリー(セルフケア・スキルのレパートリー)」であるセルフケアを遂行するための方法をいくつ持っているかという力について考え介入することができていなかった。治療による様々な有害事象が出現してきた際に指導している方法でセルフケアが継続できるのか、他の方法で補うことは可能であるのかといったことも考慮し、A氏への介入方法を検討する必要がある。

本庄は、人々の力に焦点をあててセルフケア能力を高めるには、対話を通して、一人ひとりに合わせた支援を行う必要がある⁵⁾と述べている。セルフケア獲得に向けた支援ではまず、コミュニケーションを通して対象の理解を行い、10個のセルフケア・エージェンシーの力の見極めを行うことで看護システムのタイプを決定し介入を行うことが有効であると学ぶことができた。また、治療中の患者の状態は日々変化しており、その変化によっても介入方法の変更や検討が必要であり、その変化に気付くためにもコミュニケーションは必要である。

おわりに

セルフケアに関する能力を正しく評価し、不足している能力を明確にすることで介入の方法を決定

することができる。治療による有害事象の出現の有無や程度によっても能力は変化しており、状況の変化に応じてセルフケア能力の再評価が必要である。また、セルフケア獲得に向けた動機付けは個人によって様々であり、コミュニケーションによる患者理解が大切である。

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A氏と、ご指導いただきました実習指導者様、放射線治療室ならびに病棟スタッフの皆様、ご尽力いただいた多くの方々に心からの感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 由藤知里, 藤田佐和ら. 化学放射線療法を行う頭頸部がん患者のセルフケア. 高知女子大学看護学会誌 VOL43, NO. 1, 2017, 119.
- 2) コニー・M・デニス. “第4章 主要概念: セルフケア/依存的セルフケアとセルフケア不足”. オレム看護論入門 - セルフケア不足看護理論へのアプローチ -. 小野寺杜紀訳. 東京, 医学書院, 2021, 40.
- 3) ドロセア E. オレム. “第11章 セルフケア・エージェンシーと依存的ケア・エージェンシー”. オレム看護論看護実践における基本概念. 小野寺杜紀訳. 第4版, 東京, 医学書院, 2011, 248
- 4) 鈴木美保. オレムのセルフケアモデルを用いた排せつ方法の確立に向けての介入. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録. 2005, 59.
- 5) 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 -. 第21回日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 Vol. 16 No. 4. 2012, 298.

参考文献

- 1) 阪井丘芳. 唾液と口腔機能の関わり. 日本静脈栄養学会誌. 2016, 675 - 680.
- 2) コニー・M・デニス. オレム看護論入門 - セルフケア不足看護理論へのアプローチ -. 小野寺杜紀訳. 東京, 医学書院, 2021.
- 3) ドロセア E. オレム. オレム看護論看護実践における基本概念. 小野寺杜紀訳. 第4版, 東京, 医学書院, 2011.

はじめに

子宮頸癌の根治的治療では、外照射と腔内照射の組み合わせが標準的治療である。腔内照射は碎石位でアプリケータを挿入すること、羞恥心を伴うこと、処置に伴う苦痛があること、これまで経験したことのない未知の治療であることから不安を抱く患者は多い。

今回担当したA氏もまた、初めての腔内照射に対し不安を抱き、処置による苦痛を感じた。そのため、私はA氏の不安や苦痛を軽減するために看護介入を行ったが、根拠に基づいたものではなかったためA氏にとって有効な看護であったのか自信が持てなかった。徳重によると、子宮腔内照射を受ける患者の思いは【前向きな思い】【治療への苦痛】【第3者の支え】【情報の補足】【疼痛緩和】【精神的安楽の提供】の6つのカテゴリーに分類され、看護師は患者が治療を継続できるように患者の思いを共有し【情報の補足】【疼痛緩和】【精神的安楽の提供】を行う必要がある¹⁾と述べている。A氏が抱いていた腔内照射前の不安や治療中の苦痛、治療完遂時の思いを知るために、自分が行った看護実践がA氏にどのような影響をもたらしたか、A氏にとって必要な看護介入を行うことができていたのかをA氏の訴えから検証し考察した。患者が安楽に腔内照射を受けるために必要な看護介入について学びを得たことをここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：子宮頸癌 cT2aN1M0 F I G O分類ⅢC1期
3. 患者背景

1) 現病歴

X年7月、帯下が濃黄色となり近医を受診したところ細胞診の異常を認め、X年8月総合病院を紹介された。精査の結果子宮頸癌ⅡA2～ⅢC1期の診断となり、がん専門病院へ紹介受診された。同時化学放射線療法の適応となり、X年10月より全骨盤照射＋中央遮蔽 50.4Gy/28回＋腔内照射 18Gy/3回、Weekly-CDDP療法が開始となった。全骨盤照射 30.6Gyの時点で腔内照射を行う予定であったが、子宮頸部後唇病変が直腸に接していたため原発巣の縮小を待ち腔内照射が可能となることを期待し、全骨盤照射を 39.6Gy/22回まで実施してから腔内照射を実施することになった。

2) 受け持つまでの経過

受け持ち開始時点で全骨盤照射 32.4Gy/18回、CDDP4コース終了している。放射線治療開始より30日目、weekly-CDDP5コース目的で入院となったが血小板減少のため化学療法は延期となった。化学療法開始後から味覚障害が出現し食事摂取量が減少し、1日4～5回泥状便が続いている。整腸剤の内服と肛門部にジメチルイソプロピルアズレン軟膏（アズノール®軟膏）を自己塗布している。

3) 家族背景

夫、長女、長男、次女。キーパーソンの夫と2人暮らしで、夫は家事や通院をサポートしており、夫婦関係は良好である。長男、長女は市内在住、次女は他県在住。それぞれの家族とは定期

的に行き来している。

4) A氏の性格

A氏は日常生活動作が自立しており、認知力に問題はない。通院に約1時間かかるが、入院生活によるストレスの蓄積を避けるため本人の希望で外照射は外来通院している。週1回の内診時に体を固くこわばらせ、腔内照射に対する不安を訴えていたことから、放射線治療室ではA氏のことを不安が強い患者と認識していた。A氏は自分のことを「もともと怖がり」と話し、初めてのことに對し不安を抱くことが多いと考えている。不安やストレスの解消のために意識して行っていることは特になく「自分は今不安だ、怖いと思っているのだ」と意識するようにしている。1冊の古い本を大切にしており、お守りとして枕元に置いている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の放射線治療は全骨盤＋中央遮蔽にてX線エネルギー15MVで50.4Gyの放射線治療が行われ、膣・膀胱・直腸にはそれぞれ約30Gy照射されることから、有害事象共通用語規準(C T C A E) v5.0でGrade1～2程度の粘膜炎が生じることが予想される。受け持ち開始時点で泥状便があり、放射線性腸炎による下痢症状と排便時の肛門痛が出現していた。今後は放射線性膀胱炎による頻尿や排尿時痛が生じることが予想される。照射30日目、入院時採血結果で総リンパ球数が650/μLであり栄養状態は高度不良であった。化学療法による味覚障害によって食欲低下と食事摂取量の減少があり、高齢による活動量低下や栄養状態不良、体重減少による骨格筋減少で筋力低下が進行し活動量の低下を招くおそれがある。

腔内照射はアプリケータ挿入やパッキング、治療計画CT撮影や治療計画、照射、器具抜去を治療時に行うため施行時間が長く、その間に強い痛みや不快感、羞恥心を伴う。特に強い苦痛を伴うアプリケータ挿入時は、適切な鎮静鎮痛が行えるよう鎮静のレベルと本人の自覚する苦痛を評価していく必要がある。A氏は自身の性格をもともと怖がりと話しており、放射線治療室でも内診時の苦痛が強く腔内照射への不安を訴えており「不安が強い患者」と認識されていた。A氏に話を伺うと「内診の時は器具を入れる時痛い。先生に子宮の入り口が狭いと言われているので余計に怖いです」「自分にとって初めてのことだから何がわからないのかもよくわからない」と話し、腔内照射に対する不安や恐怖を口にしていた。ゾンデ診や内診時には体がこわばり、表情が固く不安や緊張により体に力が入ることで余計に苦痛が増すおそれがある。一方、A氏は不安や恐怖を医療者に表現できていることや「治さないといけないと思うしがんばりたい」「自分は、これまでいいようになってきていると思っている。自分は守られていると思う」と治療に対し前向きな思いを話していることから、A氏は自分なりの対処行動ができる強みがあり治療に対する受け入れはできていると考えた。A氏が治療を完遂するためには、治療意欲を失わないように不安を表出できていることを継続して支えつつ、適切に鎮静鎮痛が行われることで苦痛を最小限にすることが必要である。

2. 看護上の問題

腔内照射や処置に対する恐怖心があり、治療に対する不安が増大するおそれがある

3. 看護目標

不安や苦痛を表出し、必要な鎮静・鎮痛を受け放射線治療を完遂することができる

4. 受け持ち後の経過

A氏は照射32日目に治療室看護師から腔内照射時のオリエンテーションを受けた。照射33日目

に1回目の腔内照射のためアプリータの留置をされたが機械トラブルのため施行できなかった。照射36日目に腔内照射1回目、照射40日目に腔内照射2回目、照射45日目に腔内照射3回目が施行された。照射46日目に外照射が完遂し、一連の放射線治療は完遂した。

5. 看護の実際

腔内照射についてのオリエンテーション後(照射32日目)、機械トラブル時(照射33日目)、腔内照射1回目(照射36～39日目)、腔内照射2回目(照射40～44日目)、腔内照射3回目(照射45～47日目)の5つの時期に分けてA氏の反応、行われた医療処置、自分の関わりについて表にした。腔内照射時の鎮静の深さについては、「婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン」の米国麻酔科学会(ASA)の鎮静の定義による。

1) 腔内照射についてのオリエンテーション後(照射32日目)

放射線治療室看護師からのオリエンテーション後、A氏は腔内照射に対する不安を話した。そこで、何について不安や恐怖を持っているのかを明確にすることを目的に、A氏が不安に思っていることは何かを具体的に話してもらい、疑問点について補足説明した。介入後も処置に対する不安は消えなかったが腔内照射に対する拒否的な言動は聞かれなかった。

表1 腔内照射についてのオリエンテーション後のA氏の反応と自分の関わり

A氏の反応	行われた医療処置	自分の関わり
<p>「これまでも放射線通ってきてるし、抗がん剤もしたのだから治さないといけないと思うしがんばりたいと思ってます」</p> <p>「私は、いいようになってきていると思ってるんです。自分は、守られてるように思うから」</p> <p>「もともと怖がりです。内診の時は、最初は痛いけど、ずーっと痛いわけじゃないから特別痛いことはないけど怖いです」</p> <p>「入り口が狭いって言われてたものだから、どうなるんだろう、大丈夫かなあって心配で震えてたわ」</p> <p>「病気が小さくなってるよって先生が言ってくれてるので、よくなってるのかなって思う」</p> <p>「先生も大丈夫だよって言ってくれるんだけど、実際どんなのがどう入っているのかも分からないので、余計に怖くて」</p> <p>「お医者さんとか看護師さんにとってはいつものことだろうけ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ゾンデ診 ・放射線科医の内診 ・腔内照射のオリエンテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーションに同席し、腔内照射について不安に思う点を聴取し、説明の内容と本人の理解度を確認した。 ・オリエンテーションでは聞けなかった質問や、その後に出てきた不明点や疑問について返答した。 ・具体的に不安に思っていることを言語化するよう促すと、A氏から「腰が痛くなったり、足がつったらどうしよう」という訴えがあり、その際に想定される対応について答えた。 ・肯定的にフィードバックするために、明日の治療に向けて不安に思っていることを傾聴し、不安や恐怖にA氏なりに対処できているところを伝えた。

ど、自分にとっては初めてだから ね・・・何がわからないのかもよく わからない」 「腰が痛くなったり、足がつった りしたらどうすればいいですか」		
---	--	--

2)機械トラブル時(照射 33 日目)

腔内照射 1 回目が予定されていたが、アプリケータを挿入し照射を開始しようとしたところで機械トラブルが生じたため治療を行うことができなかった。A氏は病状の問題で治療ができなかったと受け止めていた。そのため、私は機械トラブルとA氏の病状に関連がないことを説明した。その後安静解除後に再び訪室すると、「仕方がないわよね」と話し、笑顔が見られた。週末は一時退院し、週明けに再入院し腔内照射を行うこととなった。

表2 機械トラブル時のA氏の反応と自分の関わり

A氏の反応	行われた医療処置	自分の関わり
「ずっと起きていて、声も聞こえているんだけど、何をしゃべっているのか理解できない感じだった」 「私の体が悪くてできなかったのかしら」 「仕方が無いわよね」	<ul style="list-style-type: none"> ・前投薬ヒドロキシジン塩酸塩(アタラックスP[®]) 25mg ・処置前ペンタゾシン(ソセゴン[®]) 15mg+フルニトラゼパム(サイレーズ[®]) 0.4mg 静脈内注射施行 ・浅鎮静～中等度鎮静 ・アプリケータを挿入し照射に向けて準備をしたが、機械トラブルが発生し実施できず抜去された ・医師より、今回は機械トラブルがあり照射ができなかったことを説明された 	<ul style="list-style-type: none"> ・恐怖を感じながらも処置を受けられたことを労った。 ・医師の説明時、鎮静剤の影響下であり説明への理解が不十分であると考え、治療ができなかったことはA氏の病状や身体の状態のためではなく、あくまでも機械トラブルによるものであることを説明した。処置のための疲労感と、照射ができなかったことへのショックがあると考え、A氏への説明後は離床可能となるまで退室し、離床後に再訪室しA氏の受け止めを確認した。 ・放射線治療室での様子を病棟看護師に伝達した。

3)腔内照射 1 回目(照射 36 日目～39 日目)

再入院後、腔内照射 1 回目が施行された。アプリケータ挿入時は中等度鎮静の状態であった。処置開始から約 2 時間後、照射前に声がけすると開眼し、浅鎮静の状態であったが鎮静剤の追加はされなかった。アプリケータ抜去の際に疼痛を自覚し体に力が入る様子があった。終了時には声がけにより容易に開眼し覚醒できる状態であり、帰室時に車椅子で帰室したが目立ったふらつきはなかった。病棟への帰室後は入眠していたが、容易に覚醒できる状態であった。病棟看護師は、A氏の鎮静の程度について、腔内照射による鎮静が遷延することによって転倒のリスクや昼夜逆転のおそれがあるが基本的には患者の安楽を優先する必要があると考えていた。

1 回目の腔内照射翌日、A氏に疼痛や苦痛について話を伺うと、治療中のことは概ね記憶して

おり、アプリケータ抜去時の疼痛を自覚していた。サイレース[®]使用による前向き健忘はなかった。放射線治療室の処置担当看護師にA氏の苦痛の自覚について伝え、次のサイレース[®]の量や投与タイミングについて検討してもらうこととした。放射線治療室では、患者の満足度を評価するために週1回放射線治療科医師と放射線治療室の看護師とで疼痛カンファレンスが行われており、処置の途中に鎮静剤を追加する必要性を話し合ってもらったよう臨地実習指導者を通して依頼された。

表3 腔内照射1回目のA氏の反応と自分の関わり

A氏の反応	行われた医療処置	自分の関わり
「治療できなかったのは残念だけど、しかたがないわね」 「この前一度したので、こういう感じかってわかったのでこの前ほどは緊張しないです」 (腔内照射施行後) 「前は、最初のうちは痛くない感じだったけど、抜く時けっこう痛かったです」 「処置の時、お尻をぺた一としてって言われたけど、確かにそうした方が痛くなかった」	・前処置アタラックスP [®] 25mg ・処置前ソセゴン [®] 15mg + サイレース [®] 0.2mg 静脈内注射施行 ・中等度鎮静 ・車椅子で帰室 ・放射線科医と治療室看護師とで疼痛カンファレンス実施	・アプリケータ抜去時の苦痛に対してタッチングし、体の力を抜くように声をかけた。 ・処置中は腰を浮かさず治療台に殿部を付けるように促した。 ・処置後は無事に治療が受けられたことを労った。 ・1回目腔内照射時の苦痛の程度をA氏から聴取し、放射線治療室の処置担当者に伝達した。 ・病棟看護師と、腔内照射時の患者の鎮静の程度が病棟での看護に与える影響について情報を共有した。

4) 腔内照射2回目(照射40～44日目)

照射開始40日目、腔内照射2回目は処置前にサイレース[®]0.2mgを投与したが鎮静が浅かったため、0.2mg追加された。アプリケータ抜去時の疼痛の訴えはなく、翌日以降にA氏から苦痛がなかったことを聴取した。処置台から車椅子への移動時にふらつきが強く動作が緩慢であった。移動時はストレッチャーが適していると考え、病棟看護師に次の移動はストレッチャーで行うよう伝達した。

表4 腔内照射2回目のA氏の反応と自分の関わり

A氏の反応	行われた医療処置	自分の関わり
「一度経験しているからね。多少痛いのは仕方ないわね」 「途中痛みはなかったです。最初の方も大丈夫だったと思うけど。使った薬が強かったのかな」 「(2回目は) 痛いのを感じなくてよかった。今度も同じようにで	腔内照射2回目 前処置アタラックスP [®] 25mg 処置前ソセゴン [®] 15mg サイレース [®] 0.2mg + 照射前0.2mg 追加 中等度鎮静	・2回目腔内照射の苦痛や鎮静の程度について本人から聴取し、治療室の処置担当看護師に結果を伝達した。 ・次の帰室時はストレッチャーの使用を病棟看護師と治療室看護師に提案した。

きるといい」	車椅子で帰室 ふらつきあり介助を要した	・ A氏から聴取した内容を放射線治療室看護師と病棟看護師に伝達した。
--------	------------------------	------------------------------------

5) 腔内照射 3 回目 (照射 45～47 日目)

3 回目腔内照射はサイレース®を 0.2mg、照射前に 0.1mg を追加されたところ、A氏は「今回も前回のようになかったし辛くなかった」と話し、苦痛が少なかったという受け止めが聞かれた。照射 46 日目、放射線治療はすべて完遂し、看護問題は達成とした。

表 5 腔内照射 3 回目の A 氏の反応と自分の関わり

A 氏の反応	行われた医療処置	自分の関わり
「嫌だなーとは思いますが、前みたいに不安でいっぱいってことはないです」 「この前は痛いのが感じなくてよかった。今度もおんなじようにできるといいわね」 「今回も痛くなかった」 「病棟の看護師さんも放射線の看護師さんもみんな優しかったので安心して過ごせてよかった」	出棟前アタックス P® 25mg 側管投与 処置前サイレース®0.2mg +照射前 0.1mg 投与 中等度鎮静 帰室時はストレッチャーを使用	・ 同時化学放射線療法が完遂できたことを労った。

III. 考察

実習中の A 氏から聞かれた S 情報を類似した内容にグループ化し、徳重による子宮腔内照射を受ける患者の思いを 6 つに分類したカテゴリー【前向きな思い】【治療への苦痛】【第 3 者の支え】【情報の補足】【疼痛緩和】【精神的安楽の提供】に分類し直した。各カテゴリーの内容参照のため、サブカテゴリーを以下の表に示す。

表 6 徳重による子宮腔内照射を受ける患者の思いを分類したカテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
【前向きな思い】	[病気を治したい] [治療後の安堵感]
【治療への苦痛】	[生殖器疾患特有の羞恥心] [治療器具による恐怖心] [身体的苦痛]
【第 3 者の支え】	[医療者の支え] [家族・友人の支え] [同病者の支え]
【情報の補足】	[治療前説明ではイメージしづらい] [同病者からの情報]
【疼痛緩和】	[前投薬の効果] [治療前に伴う痛み]
【精神的安楽の提供】	[自分の思いを表出しづらい] [看護師との関わり]

1. 【情報の補足】に対する看護介入

A 氏は、腔内照射施行前のオリエンテーション時は「何がわからないのかもわからない」「医師や看護師は慣れているんだろうけど、自分にとっては初めてだからね」と話し、未知の治療への不安と恐怖【治療への不安】を感じ、【情報の補足】を求めている。加えて、A 氏は放射線科医師から内診時アプリケーションを設置する膣内や子宮腔内のスペースが狭いと説明を受けており、苦痛がより強

くなるのではないかと【治療への苦痛】への不安を募らせていた。A氏は腔内照射に対する不安が強いと放射線治療室の看護師にアセスメントされていた。これまで特記する既往歴がなく、医療処置を受ける経験がほとんどないA氏にとって悪性腫瘍の罹患は大きなストレスであり、不安が強い要因になった可能性がある。しかし、A氏の言動やカルテにも腔内照射に対して拒否反応を示す言動はなく、A氏は治療に不安を感じながらも治療を継続できている。A氏は自身の性格を「怖がりである」と考えているが「今までいいようになってきている」「自分は守られているように思う」という考えを持ち、心の拠り所となる宗教があり、信念を持ち【前向きな思い】を語ることが多く、それが本人の対処方法であったと考える。

自分の看護実践ではA氏がオリエンテーションの内容を理解できているかアセスメントした。オリエンテーションだけでは未知の治療への不安が解消されなかった部分があり【情報の補足】が必要であった。A氏がどのようなことに具体的に不安を感じているのかを知り、A氏がそれを自覚できるように一つ一つの疑問を解消できるように関わった。結果、A氏は治療を受けることはできたが、自分が関わったことがA氏に変化をもたらすことができたのか、A氏自身の持つ力であるのか、言動や反応からは明確にできなかった。

同時に【精神的安楽の提供】が必要であり、不安を表出できるように訴えを傾聴するようにした。初回の不安を軽減するには、患者が何に不安を感じているのか、具体的にイメージできるように部屋の見学や可視化といった工夫が必要と考える。しかし、未経験なものに対して不安は増大する。柳澤は、子宮頸癌の腔内照射について治療前に治療のイメージが出来た患者は48%であり、治療を行う前に不安を感じた患者は87%であった²⁾と報告している。また、手術前看護の分野ではあるが平山らは外来でのオリエンテーションが理解できたとしても、手術への漠然とした不安、手術が成功するか否かへの不安、疼痛への不安等未知の世界に対する不安はなくなると述べている³⁾。患者の心理状態によって、説明の受け止め方や理解が変化する可能性があり、不安の緩和には、患者の不安を引き出して表出させるよう促すことや、疑問点があればその都度対応すること、患者の理解度や患者の対処行動に合わせて変更するといったことが必要である。

2. 【疼痛緩和】に対する看護介入

初回の腔内照射は機械トラブルのために治療を行うことができなかった。緊張し、苦痛がある処置に耐えたにも関わらず治療が中止となったことはA氏にとって大きなストレスであった。しかし、一度アプリータ留置の処置を経験することで「こういう感じかってわかったので、この前ほどは緊張しないです」と話し、不安や恐怖が経験により軽減し、ストレスに対処できたと考える。しかし「多少痛いのは仕方がない」「抜く時に痛かった」と【治療への苦痛】を訴えた。同時に「殿部を浮かせないように声がけに応じたところ痛みが少なかった」「途中までは痛みはなかった」と話し【第3者の支え】と鎮静鎮痛による【疼痛緩和】を自覚していた。A氏は精神的安楽の提供に対する希望は聞かれなかったが、第3者の支えを感じている。また、矢吹らの報告によると腔内照射を含む同時化学放射線療法を受けた子宮頸がん患者は日々の医療者との関わりで安心感を得る体験をする⁴⁾。疼痛緩和と同時に精神的安楽の提供は必須であり、鎮静がまだ浅く苦痛が強い時期はタッチングをしたり声をかけたりすることで処置中に安心感を持てるように関わる必要があった。緊張で力が入ることで処置中の苦痛が増すため、力みを和らげることができるよう処置中に声をかけリラックスできるよう促すことは、患者の苦痛を緩和するだけでなくアプリータを適切に設置し、よりの確に照射することにも繋がる。「婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン」によると、処置中の鎮静鎮痛において、患者の意識は抑制されるが、気道が確保され自発的呼吸を維持す

るレベルであること、処置中に患者の痛み刺激に対する反応が完全に失われるレベルにしないこととされている⁵⁾。初回は鎮静鎮痛に伴う有害事象を注意深くモニターする必要があることから薬剤の適正量を調整する必要がある、痛みを緩和し不安を軽減させる援助が必要である。加えて、鎮静鎮痛に使用される薬剤により呼吸抑制が起こる可能性があるため、施行中の全身状態の管理や呼吸状態の観察が必須である。

3. 【精神的安楽の提供】に対する看護介入

照射1回目、A氏はアプリータ挿入時には疼痛がコントロールされていたが、処置開始から終了まで2時間半を要したため終了時には鎮静から覚醒している状態であった。そのためアプリータ抜去時の苦痛を自覚し【治療への苦痛】があった。末國は、腔内照射の処置時に苦痛が強かった患者は、トラウマとなり不安や緊張が増強することが多く、過度の緊張により器具挿入が困難となる場合があると述べている⁶⁾。A氏は一度処置を経験したことで「もう緊張はしないと思う」と話し、処置に対する不安言動は聞かれなくなった。しかし、腔内照射はあと2回施行予定であり、疼痛を経験したことで照射への不安が増強するおそれがある。そのため、鎮静剤や鎮痛剤の量や使用するタイミングを改善し、次回施行時は抜去時の疼痛を緩和する必要があるとアセスメントし処置時の苦痛についての受け止めをA氏から聴取した。1回目の腔内照射時、アプリータ抜去時の疼痛があったことを放射線治療室の処置担当者に伝達した。

病棟看護師に、腔内照射時の患者の鎮静度レベルと病棟での看護に与える影響と2回目の照射の際、サイレース[®]の量を増量することで「痛くなかった。今度も同じようにできるといい」という【疼痛緩和】の効果がA氏より聞かれた。3回目には、「(施行後) 今回も痛くなかった」と話し、処置による不安や苦痛がなかった。処置に対する不安が和らいだのは、処置の苦痛が鎮静によってコントロールされたことが大きい。

放射線治療室では、患者の満足度を評価するために週1回疼痛カンファレンスが行われており、放射線科医師と放射線治療室看護師が話し合う機会があることもA氏の満足度に繋がったと考える。患者の治療継続には患者の苦痛を最小限にすることが必須であり、鎮静や鎮痛のコントロールを優先する必要がある。疼痛を緩和するために、処置時の様子と病棟に戻ってからの様子、後日処置に対する受け止めと疼痛がどうだったか、処置をどう記憶しているのかを把握し、他職種や他部署で情報共有し疼痛緩和を図る必要がある。

「婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン」では、次回の治療に対する受容性を個別に改善するために痛みや不安の評価を治療ごとに行うことが推奨されている。鎮静の深さについては、治療内容別に鎮静レベルが推奨されているものの、痛みや不安の強さには個人差が大きく、処置を行う医師の方針に左右される可能性がある。処置時に患者がどの程度苦痛を感じていたのか、処置前の不安はどうか、処置後の様子はどうかを医師のみが把握することは難しく、放射線治療室の処置担当者や医師だけでなく、病棟や外来といった他部門で情報を共有することが必要である。苦痛を伴う処置による患者の不安が強い場合には特に、処置担当者や医師の所感、病棟の様子を総合して鎮静レベルが適正であるか検討することが重要である。

おわりに

A氏は最初に子宮腔内照射という未知の治療に対する不安や恐怖を感じ、情報の補足を求めている。看護介入として、A氏の思いを理解し何に対して不安を感じているのか具体的に明らかにできるように介入する必要がある。処置時の苦痛に対し、タッチングや声かけで精神的安楽を提供し、患者の恐怖

心を軽減させ疼痛緩和の方策を取れるように関わり、鎮静時の全身状態をモニタリングすることが求められる。また、A氏の処置時の苦痛に対応するため痛みや不安の評価を治療ごとに行い、改善につなげるためには他職種や他部門との連携が重要である。今回は予期せぬトラブルが生じたが、その出来事がA氏に与えた影響についても検証する必要があった。子宮腔内照射を受ける患者の置かれた状況や心理状態、患者の対処方法を理解し、その場に適した看護は何か、治療経過に合わせた看護介入を行う必要性を学んだ。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、受け持ちを快く承諾され多くの学びを与えてくださったA氏、多大なご助言とご指導をくださいました実習指導者様、ご多忙中にも関わらず温かく研修生を迎えてくださった放射線治療室ならびに病棟看護師の皆様や関係各部署の看護師長様、疑問に対し快くご指導くださいました放射線科医師や診療放射線技師の皆様、実習環境を整えてくださった看護部の皆様、そしてあたたかく見守りつつ導いてくださった先生方に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 徳重涼子. 子宮腔内照射治療を受ける患者の思い. 山口大学医学部附属病院看護部研究論文集 2010, 85 巻. 1-6.
- 2) 柳澤裕子. 子宮腔内照射を受ける患者の看護 患者の苦痛に焦点をあてて. 信州大学医学部附属病院看護研究集録(1343-3059) 41 巻 1 号, 2013, 1-4.
- 3) 平山百子. 手術前日入院患者の外来での術前オリエンテーション効果 術前不安をSTAIで評価して. 日本看護学会論文集: 成人看護 I 40 号, 2010, 9-11.
- 4) 矢吹久美子. 子宮腔内照射を含む同時化学放射線療法を受ける子宮頸がん患者の体験と人生への影響. 第 50 回日本看護学会論文集: 慢性期看護, 2020, 7-10.
- 5) 日本放射線腫瘍学会, 日本麻酔科学会. 婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン 2020 年 11 月(初版).
https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/guideline_20201129.pdf
(参照 2024-12-26)
- 6) 末國千絵. 放射線治療に対する看護【2】腔内照射. がん看護 12 巻 7 号, 2007, 712-715.

参考文献

- 1) 日高早苗. 同時化学放射線療法を受ける子宮頸がん患者の治療への思いと治療を乗り越える力を支える看護のあり方インタビューを通して見えてきたもの. 第 50 回日本看護学会論文集ヘルスプロモーション, 2020.
- 2) 黒田寿美恵, 秋元典子. 外来外照射療法開始前のがん患者が必要とする情報と患者の内的世界—患者のセルフケアを促進する治療開始前の看護支援の検討—. 日本がん看護学会誌 27 巻 3 号, 2013.
- 3) 近藤まゆみ, 久保五月編著. がんサバイバーシップ がんとともに生きる人びとへの看護ケア第 2 版. 医歯薬出版株式会社, 2019.

はじめに

子宮頸癌の根治的放射線治療の標準治療は、領域リンパ節を含めた外部からの全骨盤照射と密封小線源治療(腔内照射)の併用である。密封小線源治療は病巣のみに的確に線量を集中させ、正常組織への線量を減少させられるという利点がある。「婦人科腫瘍に対する組織内照射併用腔内照射ガイドライン 2021」によると、腔内照射と組織内照射のそれぞれの利点と欠点を補い合う発想で、通常腔内照射に組織内照射針を組み合わせる、組織内照射併用腔内照射(ハイブリッド小線源治療)が開発された。定型的な腔内照射ではカバーできない標的部分に組織内照射を追加することで、リスク臓器の線量増加を回避しつつ標的目標線量の達成を可能とする。海外のみならず本邦の先進施設からも優れた臨床成績が報告され、実施施設は徐々に増加しつつある¹⁾と記載されている。しかしアプリケーション挿入に加えニードルの穿刺という一定の侵襲を伴う治療であり、苦痛や不安を伴う場合も多く、積極的な看護介入が求められる。日本放射線腫瘍学会の「全国放射線治療施設の 2021 年定期構造調査報告」によると、外照射の施行施設 645 施設に対し子宮頸癌に対するハイブリッド小線源治療ができる施設は 51 施設と限られている。末國は、医療者さえも知識が不十分であったり、誤った認識をしている場合もある²⁾と述べている。

私は今回ハイブリッド小線源治療による苦痛を訴える A 氏を受け持ち、自己の知識の不十分さから A 氏の苦痛への理解とアセスメントに時間を要してしまった。そのため適切な介入が遅れ、初回ハイブリッド小線源治療で A 氏に苦痛が生じてしまった。そこで、A 氏の発言から苦痛の内容を丁寧にアセスメントし、腔内照射に関する先行研究などを基に自己のどのような介入が A 氏の苦痛を軽減させることにつながったのか、看護を振り返り、学びを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A 氏 60 歳代 女性 身長：159.7 cm 体重：81.3Kg Body Mass Index(BMI)：31.8 肥満 2 度
2. 診断名：子宮頸癌(扁平上皮癌) TMN 分類：cT4N1M0 FIGO 分類：Stage IVA 期
3. 患者背景
 - 1) 現病歴

A 氏はかかりつけ医の定期受診の採血にて X 年 4 月頃から腎機能低下が出現し、X 年 8 月下旬造影 CT 撮影にて子宮頸癌及び浸潤による右水腎症を認め、精査加療目的に大学病院を紹介受診した。精査にて子宮頸癌 IVA 期と診断され同時化学放射線療法(Concurrent Chemoradiotherapy：CCRT)を予定されたが、腫瘍による右尿管圧排で右腎が萎縮し、腎後性腎不全による腎機能障害を認めていた。腎機能改善を目的に尿管ステントの留置を試みたが圧排が強いため行えず、腎瘻を造設したが腎機能の改善がみられなかった。そのため化学療法を行わず、根治目的に放射線療法単独外照射とハイブリッド小線源治療を行うため X 年 10 月より入院し治療開始となった。

2) 受け持つまでの経過

A 氏には全骨盤に 10MV X 線を使用し、4 門照射総線量 45Gy/25 回の外照射治療が開始されていた。外照射 30.6Gy/17 回目以降より 1 回/週、24Gy/4 回のハイブリッド小線源治療が予定

されており、受け持ち開始時(ハイブリッド小線源治療 3 日前)には、外照射 27Gy/15 回照射していた。全骨盤への外照射終了後、続けて強度変調放射線治療による 14.4Gy/8 回のリンパ節 boost 照射が予定されている。

3) 社会背景

30 年介護士として施設で働いており、加療のため休職している。Numerical Rating Scale(NRS)やバイタルサインなど医学知識がある方であった。

II. 看護の実際

1. アセスメント

国内での子宮頸癌は扁平上皮癌の割合が高く、放射線治療への感受性が比較的高いとされ、放射線治療は手術と並ぶ根治的治療法である。日本婦人科腫瘍学会で作成された「子宮頸癌治療ガイドライン 2022 年版」では、手術非適応となる StageⅣA 期に対し、全骨盤外照射 40Gy に加え中央遮蔽 10Gy と腔内照射 18Gy の放射線治療と化学療法を併用する C C R T が推奨されている。A 氏は StageⅣA 期、扁平上皮癌であり C C R T の予定であったが、腎機能の低下にて化学療法が行えず放射線療法単独で治療を開始している。StageⅣA 期に対するガイドラインに沿った標準治療を行えないが、その分中央遮蔽は行わず通常より線量を増やした全骨盤に対する外照射と腔内照射では網羅できない歪な腫瘍の形状に合わせニードルを穿刺するハイブリッド小線源治療を組み合わせることで治療効果を高めることを治療の目標としている。全骨盤に対する外照射において、ハイブリッド小線源治療開始頃には放射線腸炎や放射線膀胱炎、放射線宿酔、膣口や肛門の放射線皮膚炎の出現が考えられた。ハイブリッド小線源治療前より軟便があったが、酪酸菌製剤(ミヤBM[®]錠)を内服開始し苦痛増強はなく、食事の工夫が行えていたため看護問題としては介入順位が下がると考えた。また夜間頻尿や残尿があったが、放射線治療前からの症状であり、A 氏は飲水の必要性を理解しセルフケアできていたため苦痛増悪しておらず、優先順位は下がると考えた。ハイブリッド小線源治療開始時は 30Gy 程度まで照射が進んでおり、宿酔症状は見られていなかったため宿酔症状の出現時期は問題なく経過しており今後も問題に挙がらないと考えられた。放射線皮膚炎については、ウォシュレットを使用し適宜軟膏塗布することが出来ていたため、セルフケアにて増悪しないことが予想された。

ハイブリッド小線源治療 2 日前に外照射の治療効果確認と治療戦略をたてるための放射線治療医による内診、看護師によるハイブリッド小線源治療に対するオリエンテーションが行われた。外照射の効果やハイブリッド小線源治療の必要性・注意点など医療者からの説明を A 氏は復唱することができており、説明を理解しているとアセスメントした。一方診察後「先生の話、心配なことはない。まな板の鯉だからお任せするしかないね。眠くなる薬が効けばいいな」との発言が聞かれた。内診にてクスコ挿入時に腰を上げ、体をよじる動作があった。「(内診時)痛かったわけではない」と A 氏より発言があり、体動の原因は疼痛がなくても違和感があった可能性や、同室患者との会話から治療に対する痛みの情報を得たことで「痛かったっていう人とそうでない人がいた」「自分はお産したことがあるから痛くないかな」など漠然とした不安を助長している可能性が考えられた。内診時に声かけやタッチングを行うことで気分不快や疼痛の訴えがなかったことから、ハイブリッド小線源治療時には鎮静鎮痛剤：ペンタゾシン注射液(ソセゴン[®]注射液 15mg)＋ヒドロキシジン塩酸塩注射液(アトラックス[®]-P 注射液 25mg)を使用し、声かけ・タッチングを行えば問題なく治療が行えると考えた。

初回ハイブリッド小線源治療では、A氏の体格により腔内の視野がとりにくく、さらに歪で大きな腫瘍であったため通常の腔内照射では照射範囲を網羅できず、治療時間は2時間以上を要した。治療開始時には鎮静鎮痛剤や催眠鎮静剤：ミダゾラム注を投与し中等度鎮静であったが、ニードル穿刺やガーゼパッキング時には覚醒状態にあり、A氏はその時のことを鮮明に覚えていた。また、長時間同一体位での苦痛により膝裏痛が出現した。

A氏にとってハイブリッド小線源治療にてニードルが予定された位置に穿刺されないことにより標的目標線量が達成されず根治の治療とならない可能性が考えられた。そのためA氏の苦痛が少なく予定されたハイブリッド小線源治療を受けられるための看護介入が必要と考え、ケアを立案した。

2. 看護上の問題

■ハイブリッド小線源治療に伴う疼痛や、恐怖・不安、長時間の同一体位保持に伴う膝裏痛により体動してしまい、アプリケーションが適切に配置されず予定線量が入らない可能性がある

3. 看護目標

ハイブリッド小線源治療による疼痛・治療体位保持の苦痛・不安がなく、安全・安楽に予定された治療を受けられる

4. 看護の実際・結果

A氏のハイブリッド小線源治療に対する苦痛が最小限となり、標的目標線量達成のために介入した結果を、苦痛に対するA氏の発言を振り返り分析する。

【2回目ハイブリッド小線源治療までの介入】

表1 2回目ハイブリッド小線源治療までのA氏の苦痛に関する発言

受け持ち	痛みについて	不安について	治療・効果について
初回 ハイブリッド 小線源治療 3日後	「意識がなくやれるといいな。足はね、フットポンプ自体は辛くないの。でも膝を少し曲げてできればいいんだけどね。やっぱり痛いときは針出す時だよ。(NRS)8~9くらい。確かに腰が引けていましたね。分かりました。頑張ります」	「(治療について)なんだか恐怖で。眠剤もらえないですか。2回目だから不安も少し違うかな。リラックスしてできるかな」「点滴がちょうど昼ご飯の時に来るんだよね。15分くらいで食べないよね。食事抜いたほうがいいかな。点滴も時間かかるしね」	「病気はどのくらい小さくなっていますか」
初回 ハイブリッド 小線源治療 5日後	「先生はもっと足広げるって言ってたもんね。薬使ってもらえるんだよね」	「恐怖はあの、足の釣り天井になることだな。でも、日にちがたったらなんとなく辛いのも薄れてきた。2回目だし大丈夫だと思う」	「治療するには頑張らないと。ちゃんと最後まで治療しないと効果ないもんね」「治療終わったらもう管(腎瘻カテーテル)もないし退院かな。また入院することあるのかね」

2回目 ハイブリッド 小線源治療	「今日は薬が少し増えるんだっけ。今日は楽だと良い」「今はなにか当たって痛いところはないです」 「今日は右膝じゃなくて、左膝が痛かったね。でも前回よりずいぶん楽だった」	「手を握っててもらって安心した」 「あと30分くらいで終わるんですね」	「足を上げるのはちゃんと治療するためには仕方ないんだもんね」
------------------------	--	--	--------------------------------

初回ハイブリット小線源治療のアプリケーター挿入時、予定された鎮静鎮痛剤やミダゾラム注の投与を行っていたが、腔内の処置による苦痛があった。そのため苦痛や鎮静の程度の評価をA氏と行い、2回目のハイブリッド小線源治療時に苦痛がなく安全に行えるよう計画する必要があると考えた。A氏の苦痛を明らかにするため表1の通り日々の会話から聞き取りを行い、A氏の体験や体験に対する方略を分析した。すると疼痛だけではなく、恐怖感により腰がひけてしまいさらに視野の確保が困難となっていたことがわかった。またオリエンテーションでは、鎮静鎮痛剤を使用し眠りながら治療すると説明を受けていたが、実際には治療中覚醒状態にあり疼痛を感じたことから不安が増強した。そのため初回ハイブリッド小線源治療3日後に病棟看護師と症例カンファレンスを行い、A氏の体格や病気の大きさから考え通常の腔内照射と違い視野が確保しにくく時間を要し、時間の経過で鎮静鎮痛剤の薬剤効果が薄れてきたためさらなる苦痛増強があったことを共有した。そのためアタラックス®-P注射液投与の量や投与タイミングの工夫を病棟スタッフから主治医へ相談することとなった。結果A氏の体重にあった投与量で長時間の治療に合わせ持続投与が行えたことで、疼痛が軽減し体動はごくわずかで治療を行うことができた。

治療中におこる体動の原因には、治療による身体的侵襲以外に同一体位による治療体位の苦痛があるとアセスメントした。初回ハイブリッド小線源治療で適切なニードル配置が行えず、2回目以降のハイブリッド小線源治療で線量の調整を行う方針となり、今後の治療はさらに時間を要することが予測され治療体位の工夫が必要であると考え、診療放射線技師と情報を共有した。しかしA氏の体厚により、下肢屈曲姿勢はCT撮影時ガントリーにぶつかってしまい支障があるため、治療体位の工夫は行えず、臀部や膝下にタオルやクッション材等固定具で安楽な体位がとれるように検討することとなった。

またA氏は「不安」や「恐怖」という言葉で自己の感情を訴えている。私はA氏の話の傾聴することに重点を置いたため、効果的な症状体験の聞き取りが行えておらず、時間の経過にてA氏の苦痛の認識が曖昧となった。一方、A氏は治療を予定通り行うことの重要性を理解されており、治療効果も含め発言が聞かれた。2回目のハイブリッド小線源治療前にA氏より「手を握ってほしい」と希望を確認することができ、実施できたことで「安心した」と発言が聞かれた。初回治療中に時間を気にする様子があったため都度治療の目途が分かるような声かけを行ったことや、治療前の点滴のことを気にする様子があったため治療日のスケジュール調整を病棟看護師に対応してもらうことができた、時間を気にする様子は見られなくなった。

【3回目ハイブリッド小線源治療までの介入】

3回目のハイブリッド小線源治療までの苦痛に関する発言を表2にまとめた。苦痛が強い初回の治療イメージがあるため不安が増強することを推測したが、治療後の不安に対する発言は減少し

た。また痛みに関する症状体験を評価し伝えることができおり、3回目の治療での薬剤調整に役立ちミダゾラム注の追加を行わなくても、苦痛が増強せず体動も見られなかった。鎮静下であっても、覚醒のタイミングで治療中にA氏と疼痛の評価ができた。また診療放射線技師と治療室看護師と事前に治療体位の苦痛に対して情報共有し対策を検討した。膝裏痛はハイブリッド小線源治療後に足を下ろす場面でみられていたため、治療中は良肢位を保つように足の架台をA氏の意見を聞きながら調節し、足を下ろす前にA氏に下肢を自由に動かしてもらい、A氏のタイミングで治療台から降りる3つの配慮を行ったところ、A氏から膝裏痛の訴えは聞かれなかった。

表2 3回目ハイブリッド小線源治療までのA氏の苦痛に関する発言

受け持ち	痛みについて	不安について	治療・効果について
2回目 ハイブリッド 小線源治療 3日後	「1回目と違って痛くなかった。器具が痛いんじゃないくて、子宮口が開いていることが痛かったんだなって分かった。1回目は器具を抜くときに痛かったけど、2回目はスコーンって抜けた感じね」「足開いている角度が広がったから、足の痛みが少なかった」	「心構えがあったから(痛くなかった)かな」	
2回目 ハイブリッド 小線源治療 5日後	「前回の治療(ハイブリット照射)は痛みはほとんどなかった。1回目と比べれば全然(痛み)ないと言ってもいいくらい」		
3回目 ハイブリッド 小線源治療	(治療中)「目は開いているけど、辛くはない。薬追加とかはいらない。このままで大丈夫」「今日は膝が少し曲がっているから楽だね」 (治療後自室で)「今日の治療は辛くなかったよ。一番良かった」		

【4回目ハイブリッド照射前までの介入】

3回目のハイブリッド小線源治療後のA氏の苦痛に関する発言を表3にまとめた。3回目のハイ

ブリッド小線源治療後、治療に対する苦痛の訴えはなく、介入の継続で予定された治療を完遂できると考えられた。また治療室看護師からチームで関わっていることをA氏に伝えることや、病棟で治療日のタイムスケジュールを調整することで、A氏より安心との発言が聞かれた。

表3 4回目ハイブリッド小線源治療前までのA氏の苦痛に関する発言

受け持ち	痛みについて	不安について	治療・効果について
3回目 ハイブリッド 小線源治療 3日後	「中からの治療は同じように薬使ってもらって、足の台調整してもらえば、あとは辛いことはない」		
3回目 ハイブリッド 小線源治療 4日後			「今日婦人科の先生が、中の状態確認するって。内診だよ。治療の効果はどうかね」
3回目 ハイブリッド 小線源治療 5日後		「昨日(外照射)治療の帰りに治療室の看護師さんに会って。『この間の治療どうだった？辛くなかったのなら良かった。看護師みんなで方法考えているから心配いらないからね。』って言ってもらった。安心」	
3回目 ハイブリッド 小線源治療 6日後	「前回の治療と同じであれば、辛くなかったから大丈夫。足の台も調整してもらったからずいぶん楽だった」	「治療時間が朝1番だから、焦らず治療に行けるように、朝食は持ち込みにさせてもらった。これで安心して治療に行けそうよ」	「あと1回の中からの治療、ちゃんと治療したら病気小さくなるんだもんね。頑張る」

Ⅲ. 考察

初回ハイブリッド小線源治療にて長時間同一体位による苦痛や身体的侵襲による疼痛がみられており、A氏の苦痛を軽減し予定通り決められた治療を完遂する必要があることや、医師や診療放射線技師と協働し治療体位の工夫や鎮静鎮痛剤の調整が必要であると私は認識していた。しかしA氏に対し看護師として介入できるケアが不明確であったため、介入方法に迷いが生じていた。腔内照射が痛みを伴う治療だと認識していたものの、A氏に行われているハイブリッド小線源治療自体に対する知識が乏しく、痛みの要因を理解しアセスメントすることが不足していたためと考える。末國は、放射線治療においては医療者さえも知識が不十分であったり、誤った認識をしている場合もある。看護師の

腔内照射に対する知識の深さが患者の苦痛と不安軽減に大きく影響するため、放射線治療部門の看護師だけでなく病棟看護師など、患者にかかわるすべての看護師の知識習得が必要である³⁾と述べている。そのため、治療介助に関わる看護師は十分な知識を習得することにより、患者の苦痛を軽減することにつながるのである。また「苦痛」は、一般的にも「精神や肉体が感ずる苦しみや痛み」⁴⁾と示されているように、身体的だけでなく精神的な面も含む苦しみを指す。実際の苦痛は疼痛だけではないことを、A氏の発言を振り返ることで再認識できた。そのため、ハイブリッド小線源治療に対する苦痛に対し、〈身体的な苦痛〉と〈精神的な苦痛〉の2つの視点から看護を振り返り、分析する。

〈身体的苦痛〉

岡本らは、小線源治療の利点は治療効果が高く、晩期(遅発的)有害反応の頻度を低く抑えられることが出来る点だが、逆に体内に器具や直接線源を挿入するため、治療時に苦痛や痛みを伴う欠点もある⁵⁾と述べている。A氏の発言より、A氏の感じていた疼痛は“アプリーケーター挿入時”“ニードル穿刺・抜去時”“ガーゼパッキング時”“長時間の治療体位保持”により出現していた。私は“アプリーケーター挿入時”や“ニードル穿刺・抜去時”などの器具挿入時の疼痛があることは理解できていた。しかし鎮静鎮痛剤投与調整は医師の指示によるものであるため看護師として介入できるケアが不明確であったと同時に、薬剤使用により少なからず疼痛は軽減するだろうと考えていた。また鎮静鎮痛下にある患者に必要な声かけは行わない方がよいのではないかと、私の間違った認識のために、初回ハイブリッド小線源治療の時には声かけの回数をわざと少なくしていた。そして私には“ガーゼパッキングによる疼痛”に対しての知識が乏しかった。北田は、照射時には、直腸・膀胱への線量低減を目的に、アプリーケーターを挿入する際にガーゼなどを腔内に挿入してパッキングを行う。腔から器具を挿入する手技自体に不安を抱く患者や、同じ治療を受けた患者からつらい治療であったと情報を得ている患者も多く、とくに緊張して体が硬くなりがちである。この手技は患者が緊張している場合には腔が緊張して萎縮するためとくに困難となり、痛みが増強し安全・安楽に治療を行うことが困難となる。そのため治療時には適切に鎮痛・鎮静を行うことが必要である⁶⁾と述べている。A氏の病態は膀胱浸潤が強く疑われており、主治医の治療計画は膀胱への線量を多少オーバーしても仕方ないと考えていたが、線量低減のためにガーゼパッキングを行わなければならない状況であった。またA氏の体型により腔内の視野がとりにくかったため、さらに器具を深く差し込む必要があり、疼痛が増強したことが考えられる。また同室患者と治療による疼痛について情報共有をしたことで、さらに腔の緊張を高め、疼痛増強につながっていた可能性も考えられる。

「婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン」によると、組織内照射を併用するため、中等度鎮静以上の鎮静鎮痛をかけることが患者の苦痛軽減に有効と考える。中等度以上の鎮静鎮痛を行う場合には、術者・介助者とは別に患者の状態について持続的に管理・監視を行う専任の医師または看護師を配置する⁷⁾と記載されている。当初鎮静鎮痛剤投与に関し看護師として介入できるケアが不明確であったが、バイタルサインや表情から苦痛の程度を確認し、A氏が鎮静鎮痛により利益が得られるように観察・管理することは看護師として介入できる大切なケアの1つであった。A氏は症状に対する表現力があり自分の言葉で医療者に表現することができている。また介護士の職歴によって、医学的な知識が豊富であり、A氏自身で初回ハイブリッド小線源治療後にNR Sによる疼痛評価を行い、現状の把握をして医療者に伝えることができている。実際に初回ハイブリッド小線源治療時には、「治療中バイタルサインのモニターが見えていた」「やっぱり痛いのは針出す時だよ。(NR S)8〜9くらい」と覚醒している状態で疼痛を強く感じていた。そのため看護師は治療の知識を持った上で初回治療中にアセスメントし、A氏に合わせた適切な鎮静鎮痛剤の投与管理ができていれば、初回

ハイブリッド小線源治療の苦痛も軽減されたと考えられる。2回目のハイブリッド小線源治療時にアタラックス® - P注射液の投与の工夫を行ったことで、覚醒時間が大幅に減少し体動が激減した。また3回目のハイブリッド小線源治療では「目は開いているけど、辛くはない。薬追加とかはいらない。このままで大丈夫」と、A氏本人が苦痛について自己評価することができていた。「婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン 2020」では、婦人科小線源治療は、複数回の治療が必要であることが多いため、次の治療に対する受容性を個別に改善するために痛みや不安の評価を治療ごとに行うことを推奨する⁸⁾と記載されている。毎回ハイブリッド小線源治療後にA氏と疼痛や鎮静鎮痛の効果を評価したことは、次回治療に対する受容の一助になったと考える。

またA氏は長時間下肢を伸展させたまま同一体位をとっていたことで、足台から足を下ろすタイミングで苦痛が増強し、「長時間の治療体位保持」による苦痛が生じていた。しかし私一人で解決策を考えチームへの働きかけが遅れてしまったことから、良肢位をとる治療体位の調整までに時間を要してしまった。山本は、できる限り患者の苦痛が増強しないよう、部署間で患者の情報や問題を共有し、可能な限り無理のない体位をとれるように工夫する必要がある⁹⁾と述べている。部署に限らず、他職種が関わる放射線治療部だからこそ、チームへの働きかけが必要であった。

〈精神的苦痛〉

腔内照射を受ける患者が感じている苦痛に焦点をあてた先行研究がされており、照射前より87%の患者が“未知の治療に対する恐怖”や“痛みへの恐怖”、“漠然とした不安”“情報が少ないことへの不安”を感じている¹⁰⁾と明らかにされている。治療前の医師の説明や看護師のオリエンテーションを受けたA氏は説明内容を理解しているとアセスメントしたが、書面や口頭だけの説明では治療に対する想像がつきにくく“未知の治療に対する恐怖”“漠然とした不安”があったものと考えられる。そのため具体的な質問ができず「心配なことはない。まな板の鯉だからお願いするしかない」との発言が聞かれていたと考えられる。そして初回ハイブリッド小線源治療後「なんだか恐怖で」との発言があったことから、一つの要因では表現しがたい苦痛があったものと推測される。またA氏は「今一番つらいことは寝台に乗ることが不安」と述べており、A氏は寝台でまた同様の痛みを体験することの不安“痛みへの恐怖”が増していたと考えられる。そこでアタラックス® - P注射液投与の量や投与タイミングの工夫を病棟スタッフが主治医と相談し、A氏の体重にあった投与量で2回目のハイブリッド小線源治療を行うことをA氏と共有したことで、痛みへの恐怖が軽減したのと考えられる。私はA氏の症状体験をきちんと聞き取りたいと思い傾聴に努め疼痛に対する発言にフォーカスすることで、不安への介入に時間を要してしまった。また、鎮静下にある患者には覚醒させないよう、必要以上に声をかけない方が良くと考えていた。しかし前述した先行研究によると、看護師にして欲しい関わりについて「手を握ってもらって励ましてもらってありがたかった」「そばに看護師さんがいて、声をかけてくれれば安心していられる」という結果がある¹¹⁾。鎮静下のA氏にも同様であり、私の誤った認識が初回治療の苦痛となってしまうことが、覚醒状態に配慮し開眼時には現在時刻を時計で共有し、治療の経過が分かるような声かけを行うことで不安の言動が減少したと考えられる。治療中処置する下肢側ではなく、患者の枕元に付き添いA氏の覚醒の程度を確認しながら声かけやタッチングを行ったことは有用であった。

最後に今回A氏と関わる中で、多くの医療者と関わりながらケアを行った。私は放射線治療医や診療放射線技師・治療室看護師や病棟看護師と協働することは大切なことであると再認識できた。末國は、患者の複雑な心情を真摯に受け止め、辛い治療を少しでも安楽にかつ安心して受けられるように、介入する看護師の果たす役割は大きい。さらに放射線部門の医師や看護師、診療放射線技師、医

学物理士だけでなく担当医や病棟看護師とさまざまなスタッフが関わるため、密接な連携や情報共有も重要である¹²⁾と述べている。今回の事例も放射線治療部や病棟看護師と、A氏特有のハイブリッド小線源治療の方法や苦痛について共有することで、A氏に対するケアが統一された。病棟看護師とA氏が治療日の1日のスケジュール調整を行うことで、“情報が少ないことへの不安”にも介入でき、不安の軽減となったと考えられる。また治療室看護師がA氏に「医療者みんなで苦痛がない治療方法を考えているから心配いらない」とチームで関わっていることの声かけを行うことにより、さらなるA氏の安心につながり苦痛を軽減したと考えられる。

初回ハイブリッド小線源治療時には、A氏の身体的・精神的苦痛に対するアセスメントに不足があり介入が遅れたが、A氏と関わりながら苦痛を理解し他部署多職種と協働することにより、A氏に対し疼痛や不安の軽減が図れていた。そのため、A氏への身体的・精神的苦痛に対する介入は、効果的に行えていたと考えられる。

おわりに

放射線治療に伴う苦痛には様々な要因がある。A氏の身体的苦痛は、治療による身体的侵襲と長時間の治療体位による苦痛があった。病態や治療方法に配慮し、A氏と共に鎮静鎮痛評価することや医療チームが適切に薬剤管理を行うこと、治療体位の工夫を行うことで苦痛の軽減につながっていた。放射線治療は日々進化し患者への有害事象を減らし高精度になっていくが、それに伴い放射線治療に携わる医療者には高度な知識と関わりが必要になること、知識を踏まえ個別性に合わせたケアが必要であることを学んだ。また精神的苦痛に対しては、鎮静下であっても声かけやタッチングは有効であり、医療チームの統一した介入や声かけは、A氏の不安軽減につながっていた。

自施設はハイブリッド小線源治療の実施設ではなく、連携病院に治療を依頼する立場である。連携先の治療に直接介入することはできないが、A氏との関わりを通じて患者が身体的・精神的な苦痛を感じることを理解することが出来たため、治療前オリエンテーションの充実を図ろうと考えている。そして“未知の治療に対する恐怖”や“痛みへの恐怖”、“漠然とした不安”“情報が少ないことへの不安”を減らし、予定された治療を連携して行えるよう疼痛の評価を含めて自施設でフォローできるように関わりに生かしていきたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、実習に際し快く承諾してくださり多くの学びを与えてくださったA氏、お忙しい中ご指導くださいました実習指導者様、放射線治療部ならびに病棟スタッフの皆様、ご尽力いただいた多くの方々に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本放射線腫瘍学会ガイドライン作成委員会編. 婦人科腫瘍に対する組織内照射併用腔内照射ガイドライン 2021 年版, 2021.
<https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/202107.pdf> (参照 2024 - 12 - 26)
- 2) 末國千絵. 放射線治療に関する看護【2】腔内照射. がん看護, 2007, 12(7). 712 - 715.
- 3) 前掲2)
- 4) 新村出編. 広辞苑第七版. 東京都, 岩波書店, 2018, 841.
- 5) 菱川良夫監修, 藤本美生編集. “第1章がん放射線治療の基礎知識”. 看護の力でQOLを向上さ

- せる！放射線治療を受ける患者の看護ケア．日本看護協会出版会，第1版第2刷，2009，37．
- 6) 北田陽子．がん放射線療法看護～治療計画から看護支援を考える～子宮頸がんの放射線治療計画とケア．がん看護．2013，18(6)，614 - 620．
- 7) 日本放射線腫瘍学会，日本麻酔科学会ガイドライン作成委員会編．婦人科癌小線源治療における鎮静鎮痛ガイドライン 2020 年版，2020，8 - 16．
https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/guideline_20201129.pdf (参照 2024 - 12 - 26)
- 8) 前掲 7)
- 9) 山本知美．放射線治療による痛み．がん看護．2018，23(2)，259 - 263．
- 10) 柳澤裕子，窪田里恵，遠山理江ほか．子宮癌腔内照射を受ける患者の看護～患者の苦痛に焦点をあてて～．信州大学医学部付属病院看護研究集録．2013，41(1)，1 - 4．
- 11) 前掲 10)
- 12) 前掲 2)

参考文献

- 1) 日本放射線腫瘍学会データベース委員会．全国放射線治療施設の 2021 年定期構造調査報告，2024．https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/data_center/JASTRO_NSS_2021-00.pdf (参照 2024 - 12 - 26)
- 2) 日本婦人科腫瘍学会子宮頸癌ガイドライン改訂委員会編．子宮頸癌治療ガイドライン 2022 年版 (第 4 版)，2022 年．金原出版，<https://jsgo.or.jp/guideline/keiganguide2022.html> (参照 2024 - 12 - 26)
- 3) 日野利美，土居安南，小関碧ほか．初回ラルス治療における患者のニーズ - 今後の看護介入の検討 - ．中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌．2013，vol. 9．313 - 316．