〈研究論文〉

肝がん患者と家族に対する看護相談内容の傾向および看護相談の普及へ向けた提案

庄村雅子*1・長田成彦*2・加川建弘*2・峯　徹哉*2・
柴崎かおる*3・堀口ゆかり*3・水元明裕*3・磯　みどり*3

Trends of needs in nursing consultation for patients with hepatocellular cancer and their family members

Masako SHOMURA*1, Naruhiko NAGATA*2, Tatehiro KAGAWA*2, Tetsuya MINE*2,
Kaoru SHIBAZAKI*3, Yukari HORIGUCHI*3, Akihiro MIZUMOTO*3 and Midori ISO*3

〈抄録〉

本研究は、肝がん患者とその家族を対象にした看護相談における相談内容の傾向を明らかにし、肝がん患者への看護相談の普及に役立つような基本的な相談項目と対応について提案することを目的とした。

2009年３月～2010年８月末までに62組の患者と家族が看護相談を利用した。相談内容は、①がんに関する治療の副作用、②症状・副作用への対処方法、③栄養・食事、④活動と休息のバランスの４つと、精神的苦痛に関する３つの計７つが全対象にみられた。対応は、上記７つの相談内容に対する支援に加え、「健康に気をつけている取り組みへの支援・ねぎらい」を全対象に実施した。

本研究で示唆された相談内容と支援の傾向は、基本的な相談と対応の指針として活用でき，肝がん患者の看護相談を啓発していく基礎資料が得られたと考える。肝がん患者の相談ニーズに沿う情報提供や傾聴は，気持ちの整理を助け患者のQOL向上に役立つ可能性が期待される。

Key words：心理社会的支援、看護相談、肝細胞がん

Ⅰ．はじめに

がん患者に対する心理的介入の利益について幅広い研究が積み重ねられている。Meyer & Mark（1995）は、62のがん患者に対する個人・集団の心理社会的介入の有効性に関する無作為・非無作為調査を文献レビューし、心理社会的介入を受けた対象の方が、無作為に割り当てられたコントロール群に比べて、すべてのアウトカム（情緒的適応、機能的適応、疾患や治療に関連する症状、全般的アウトカム）に改善を認めていることを示した。医学的成果を示した研究を除いたエフェクトサイズは、0.19から0.29の範囲だった（Meyer et al., 1995）。

さらに最近のメタアナリシスで、Ross et al.,（2002）は、43の無作為比較研究（RCT）を文献レビューし、70％の研究で介入群とコントロール群との間に全般的健康状態の測定値に、介入実践を支持する有意差が、報告されていることを見出した。23の研究は、患者だけに介入し、結果は介入群の患者の方がコントロール群に比べて、情緒的適応、痛み、不安、抑うつQOLを含む全般的健康状態の１つ以上の領域に、改善を報告した。

生理学・生物学的な心理社会的介入の効果は論議され

＊1　東海大学健康科学部（Tokai university School of health sciences）
＊2　東海大学医学部（Tokai university School of Medicine）
＊3　東海大学医学部付属病院（Tokai university hospital）

ているが、実験的に免疫システムの働きと生存期間における、心理社会的介入の有益さを支持する結果が報告されている（Cunningham et al., 1998: Davis et al., 1986: Edelman et al., 1999: Fawzy et al., 1990: Fawzy., 1993: Linn et al., 1982: Richardson et al., 1997: Spiegel et al., 1989）。心理社会的介入の有効性を検証した 6 の調査のうち4つは、心理社会的介入を受けた対象に免疫システム機能の回復を認める結果を示した（Davis et al., 1986: Fawzy et al., 1990: Berglund et al., 1994）。さらに、心理社会的介入を受けた対象は、生存期間が延長することを示唆する研究もあれば、個別および集団の介入と生存期間の間に関連は見られなかったと述べる研究もある（Cunningham et al., 1998: Edelman et al., 1990: Fawzy et al., 1993: Mantovani et al., 1996: Spiegel et al., 1989）。生物学的な心理社会的介入の効果は、論議が残されている。

肝胆系がんは、非常に高い罹病率と死亡率を占め続けており、世界的な保健問題として重大さを増す（American Cancer Society, 2004）。肝胆系がんのなかでも最も一般的なものは、主要な疫学報告上 B 型あるいは C 型肝炎に起因する肝細胞がん（hepatocellular carcinoma; 以下 HCC）である。毎年、25万人が HCC によって死亡し、HCC は東アジアとサハラ以南のアフリカでの主要ながんの死因である。さらに、先行研究は、肝胆系がん患者が、他の癌種の患者より高率に苦痛を抱えることを示し（Steel et al., 2005: Zabra et al., 2005）、このことから心理的介入が要求される。心理社会的介入を検証する研究では、研究する癌種が免疫学的な変化による成果の査定が可能かどうかの検討が不足している。あるいは、研究する癌種の進行に特異性のある免疫学的な指標を含んでいない（Chu et al., 1988: Sirai et al., 1990a: Sirai et al., 1990b: Sirai et al., 1990c）。HCC の進行は、免疫システムの調整と関連することが示唆され、抑うつ、免疫システムの働き、および生存期間との間に関連のあることが明らかになっている（Steel et al. 2007）。

先行研究に基づき、 3 つの基本となる以下の領域が、肝胆系がん患者の介入におけるターゲットとして注目される。基本となる領域は、(1) 症状と治療の副作用（痛み、倦怠感、嘔気、嘔吐）、(2) 併発する心理的問題（抑うつ、不安）、(3) 末期の問題（事前指示、霊的/実存的問題、末期のケア）である。

先行研究では、がん患者の心理社会的介入による前述した症状に対する焦点化が、効果的なことを示唆している。Redd et al.,（2001）は文献レビューで、がん患者への心理社会的介入の有効性を検証する RCT を実践することが、心理社会的介入は痛みのマネジメントを高めること（Thomas et al., 2000）、嘔気と嘔吐の軽減（King、1997）、倦怠感を改善すること（Ahlberg et al., 2003: Ream et al., 1999）を示している。さらに、いくつかの研究で、心理的苦痛の軽減を意図した心理社会的介入が、抑うつ症状（Cain et al., 1986: Classen et al., 2001: Davis et al., 1986: Fukui et al., 2000: Mantovani et al., 1996）と不安（Cain et al., 1986: Classen et al., 1998: Davis et al., 1986: Fukui et al., 2000: Mantovani et al., 1995）の減少に効果を挙げたことを示唆する。研究が少ないが、末期の問題に焦点をあてた研究では、がん患者の診断と治療に対する有益さが示されている（Cole et al., 1999: Georgeesn et al., 1996: Mitchell et al., 2002）。

いくつかの異なる種類の心理的介入方略が、がん患者の示す多様な問題に対応するのに採用されてきた。多くの心理社会的介入は、次の方略を一つ以上含んでいる。(1) 心理教育的、(2) 認知行動療法（以下 CBT）の技法、(3) 支持的表現的療法、(4) 薬理学的治療。がん患者の介入に教育を用いる目的は、患者に治療に対する統制（mastery）とコントロール感覚を与えることである（Rehse et al., 2003）。Rehse et al.,（2003）はメタアナリシスで、教育的介入が、他の種類の介入に比べて、最強のエフェクトサイズを示したと報告する。教育的介入あるいは、教育的要素を含んだ介入は、疾患や治療に関する患者の知識を増やすこと（Jacob et al., 1983）、不安（Ali et al., 1989）と抑うつ（Rainey、1985）の減少、医療レジメンへのアドヒアランスの改善（Richardson et al., 1997）および生存期間を高めること（Richardson et al., 1997）が明らかにされている。問題解決技法（Allen et al., 2002）もまた効果が示唆され、注目に値する。

CBT と支持的表現的療法もまた、がん患者の介入に採用されてきた。CBT 活用に関する理論的根拠は、認知の再構築とリラクゼーション技法を通して対処を高めることである。CBT 技法を取り入れた心理社会的介入は、症状や治療の副作用の改善（Burish et al., 1981: Lyles et al., 1982）、心理社会的苦痛の減少（Guruber et al., 1988: Guruber et al., 1993）、生活の質（以下 QOL）の改善（Linn et al., 1982）、免疫システムの働きの促進（Grossarth et al., 1984）、生存期間の延長（Classen et al., 2001）をもたらすことが示唆されている。がん患者に対する支持的表現的療法は、患者の QOL を改善すること（Owen. 2001: Rosenbrg et al., 2002）が見出されている。

がん患者が経験するさまざまな症状と副作用に対して、薬理学的治療が指示され、薬物の適切な使用を促す

ために行動的介入がとられる。具体的には、用量、摂取経路、薬物使用のタイミング、医療レジメンに対するアドヒアランス、およびヘルスケアチームとのコミュニケーションに関する問題への対応などである。がん患者の薬物療法の支援は、がん患者の治療にとって重大な要素であるが、患者の薬物療法のレジメンのマネジメントに対する介入の役割に関する研究はほとんどなされていない。

肝胆系がん患者を扱う専門家がいないこと、および治療のために多くの患者が転院する結果として、この患者集団には不定期な接触しかとることができず、心理社会的介入が困難であった。しかし、肝胆系がん患者が、心理社会的介入を提供されることにより、受ける利益は非常に大きいと考えられる。Steel et al.,（2007）は、進行肝胆系がん患者を対象に、個別性に適合した心理社会的介入（教育、CBT、支持的表現的療法、薬理学的治療を組み合わせた介入）の効果についてのRCTを実施した。介入の評価は、Owen（2001）が推奨する（1）生存期間と健康関連QOL（以下HQOL）などの広いアウトカムの活用、（2）抑うつと機能的健康などの身体的および心理的アウトカム、（3）免疫システム調整作用の働きの3つを用い、統計的に有意な介入効果は認めなかったが、臨床的な改善傾向を示唆している。Steel et al.,（2007）の研究は、実行可能性を示唆した小規模研究であるが、先行研究と比較し、次の7つの点で意義が高く、参考にできる。（1）無作為割り付けしたRCTであること、（2）患者の人種や社会経済的背景に偏りがない、（3）心理社会的介入は、予後不良ながん患者に、最も重要なHQOLをもたらすようデザインされている、（4）患者集団は、心理的介入を受ける意義の高い、高率に心理的苦痛を抱える者である、（5）介入は、患者が示す問題に包括的に個別に適合させている、（6）適合した介入は、患者のニーズと好みに基づき、治療方略を組み合わせて用いている（教育、CBT、支持的表現的療法および薬理学的）、（7）介入の提供システムには、患者との対話、電話のフォローアップ、紙面あるいは録音情報資料を含み、がんの診断や治療に対する心理社会的介入を直接受けにくい患者への介入を強化することを含んでいる。

日本の肝がんの多くは、肝炎ウイルス、特にC型肝炎・B型肝炎に起因する肝硬変が原因となり、発がん前から長期にわたる療養生活や、肝内転移と再発の繰り返しを強いられる慢性疾患で、部位別がん死亡の3位を占める。B型肝炎はキャリア数約110万〜140万人・患者数約7万人、C型肝炎はキャリア数約190万〜230万人・患者数約37万人（いずれも推定値、キャリア数は2004年肝炎等克服緊急対策研究事業報告書、患者数は2008年患者調査より推計）と見積もられている。我が国では肝疾患に対して2010年1月1日より肝炎対策基本法が施行され、ウイルス性を主とする肝炎対策の推進が強化され始めた。がん対策基本法に倣って、患者6名を含め肝疾患に関する学識経験者を含む肝炎対策推進協議会が2010年度6月より開催され、肝炎患者のニーズを反映した対策の充実が期待されている。肝炎診療体制の整備拡充策としては、肝炎情報センターの設置・肝疾患診療連携拠点病院の設置が進められている。肝疾患診療連携拠点病院は、原則都道府県に1カ所とされ、2010年6月1日現在45都道府県に65施設が指定されている。

日本の肝炎ウイルス感染拡大の背景として、血液製剤によるC型肝炎ウイルス感染、及び集団予防接種での注射器の連続使用に対する医療行政の対応の誤りが大きいことは司法と医学的根拠から既に明らかにされている。肝炎対策の推進への法整備など、近年の行政の対応が推進に向かった一因は、ウイルス性肝炎感染の拡大に関し国が責任を認めたことに伴う。また、肝疾患には全国規模の患者団体として日本肝臓病患者団体協議会（以下、日肝協）があり、2010年現在日肝協には、全国35都道府県、76の肝臓病患者会が加盟する患者会が力をつけてきたことも対策推進へ大きな役割を果たしている。患者と家族とかかわるなかでニーズを捉える意義は高い。

本研究では、肝がん患者と家族に対する個別の相談支援において、2009年3月の立ち上げから2010年8月末までの相談内容と対応の傾向を明らかにし、看護師が肝がん患者に情報提供を含む心理社会的支援を提供するための実践的な視点を提案する。

II．研究目的

1．がん診療連携拠点病院・肝疾患診療連携拠点病院に通院あるいは入院している、肝がん患者とその家族に対する個別の看護相談における相談内容と対応の傾向を明らかにすること。

2．看護師が肝がん患者と家族に看護相談を通し心理社会的支援を提供するための実践的な視点を提案する。

＜用語の定義＞心理社会的支援：教育、認知行動的かかわり、支持的表現的かかわりを含む介入の総称。

Ⅲ．研究方法

1．対象

A大学病院に通院あるいは入院中の看護相談の利用を希望した肝がん患者と家族のうち相談支援の実施について主治医の承諾を得て相談を実施した者

2．調査の場

A大学病院・消化器センター（入院および外来部門）

3．調査方法および内容

Spradley（1980）の参加観察法を参考に、参加者としての観察者としての立場で、肝がん患者と家族から相談を受けた内容および対応を相談記録として記述した。ワープロソフトで逐語録に書き起こし、全ての記述データを分析対象とした。

4．分析方法

Spradley（1972）のエスノグラフィーの手法を参考に、データ収集と並行して行った。全ての記述データから、看護相談における患者と家族および相談者の語り、医師の診察を含む出来事に関する人々のものの見方や、考え方、行動の仕方をあらわす言葉や文章を取り出しデータとして用いた。

言葉や文章は単独で理解可能な最小の単位（Lincoin、1979）で取り出し、意味内容の類似したものどうしをまとめていき、肝がん患者と家族の看護相談の内容および相談者の対応を簡潔な一文としてとりだした項目を結果として示した。相談内容と、それぞれの相談内容に対する対応があらわれた対象患者と家族の組数および割合を算出し、相談内容は割合の高い順に表示し、傾向として表わした。対応は、相談内容の順位に沿い対比させて表示すると共に、組数と割合を明示し、対応の傾向を示した。

相談内容と対応の項目を意味内容から、テーマにまとめ、テーマどうしの関係性を中心的意味から検討し、構造化して図示した。

分析の妥当性の確保のため、がん看護の研究者１名に相談内容の項目と対応および最終的なテーマの表現の妥当性と分析結果の提示方法に対する確証を得た。

5．倫理的配慮

東海大学健康科学部倫理審査委員会および調査施設の臨床研究審査委員会の承認を得て調査を開始した。看護相談は、主治医に承諾を得て実施した。対象患者と家族には、看護相談が調査の一環として実施されているものであること、相談活用は利用者の自由意思であること、相談内容のプライバシーの厳守を説明後、同意を得てかかわった。

介入は、米国でエビデンスが認められ、推奨されているがん患者と家族の心身の苦痛緩和や除去のための心理教育的介入（Deshrler et al., 2006: Hoff et al., 2005: Jones et al., 2006: Katz et al., 2004: Williams et al., 2004）と認知行動療法に基づく心理社会的支援（Antoni et al., 2006: Arving et al., 2007: Barger et al., 2007: Jacobsen et al., 2005: Kissane et al., 2003: NCCN. 2008: Osborn et al., 2006: Shepherd et al., 2006: Targ et al., 2002）およびナラティブセラピーの手法（野口、2007）を参考にした支援－療養に関する情報提供、療養行動と心配・不安への対応の助言と支持、精神的苦痛の傾聴－を行った。患者と家族への相談支援においては調査の場の医師・看護師らと密に連携し常に相談者の心身の負担に配慮した。

Ⅳ．結　果

1．対象の概要

対象は、研究者らががん看護相談を調査施設で開始後現在までに関わった肝がん患者と家族62組だった。対象患者は、男性49名（79%）および女性13名（21%）、年齢69.6±10.0歳*（範囲36～86歳）だった。肝硬変・HCCの主な原因は、HCV47名（75.8%）、アルコール性肝硬変10名（16.1%）、HBV 4名（6.5%）、自己免疫性肝硬変１名（1.6%）だった。相談開始時における、肝障害の程度は、Child-A：42名（67.7%）、B：16名（25.8%）、C：4名（6.5%）で、HCCの病期は、治癒2名（５年以上再発なし）、Stage Ⅰ：５名、Ⅱ：36名、Ⅲ：８名、Ⅳ：11名だった。対象家族は計87名で、配偶者／パートナー40名、子39名、きょうだい５名、親３名だった。対象の概要は表１に示す。

2．調査期間

2009年３月～2010年８月

3．肝がん患者および家族への看護相談の実施概況

肝がん患者と家族が看護相談を利用したきっかけは、主治医の紹介40組、ポスターをみて自ら電話連絡20組、肝臓病教室で知って２組だった。相談回数は、9.5±11.5回*（幅２～88回）だった。相談方法は、初回は患者が

表１　対象の概要（肝がん患者と家族62組）

対象患者　62名
性別：男性49名（79%）、女性13名（21%）
年齢：69.6±10.0歳*（範囲36〜86歳）
肝硬変・HCC の主な原因：
HCV47名（75.8%）、アルコール性肝硬変10名（16.1%）、
HBV 4 名（6.5%）、自己免疫性肝硬変 1 名（1.6%）
相談開始時の肝障害の程度：
Child-A：42名（67.7%）、B：16名（25.8%）、C：4 名（6.5%）
相談開始時の HCC の病期：
治癒 2 名（ 5 年以上再発なし）、Stage Ⅰ：5 名、II：36名、
Ⅲ：8 名、Ⅳ：11名
対象家族　計87名
患者との関係：
配偶者/パートナー40名、子39名、きょうだい 5 名、親 3 名

・注　*：平均±SD

入院中に実施し、2 回目以降は、主に外来受診時の待ち時間に、個室で患者と家族と対話する形をとった。患者が継続して入院中あるいは再入院する場合には入院病棟へ訪ね、相談を実施した。患者の好みに応じ、相談者と電話やメールで連絡できるようにし、連絡のあった患者や家族には希望に応じて、会って話す、あるいは電話でのフォローアップを行うよう対応し、メールによる対応は相手の反応がわからないため回避した。相談に当たっては、電子カルテだけでなく、隔週の消化器内科画像診断科カンファレンスに参加し相談患者の情報収集をしたり、医師に相談ニーズの高い患者の紹介・情報提供を受けたり、集団肝臓病教室で看護相談を紹介させてもらうことにより相談者の着実な増加と相談の充実に努めた。

前述の募集方法により、相談者数は漸増し最高54組の相談継続状況になったが、相談の負担が増したため相談者数を調整した。結果、2009年 3 月の相談開始から2010年 9 月末現在までに計62組の肝がん患者と家族に看護相談を実施し、31組が死亡・転院により相談終了となり、31組に看護相談を継続している。

4．肝がん患者と家族の看護相談における相談内容

看護相談における相談内容の項目と順位の詳細は、表 2 に示した。相談場面の参加観察から取り出したデータを分析対象とし、肝がん患者と家族の看護相談における相談内容を内容の類似性により統合した結果、43項目の相談内容が明らかとなった。全対象から相談内容に挙がったのは7項目だった。がんの治療に伴う副作用と病気の症状に関する項目には、「がんに関する治療の副作用・後遺症」と「症状、副作用・後遺症への対処方法」の2つがあり、原因となる肝疾患やがんの症状や治療の副作用をやわらげることは全対象で気がかりとなっていた。「栄養・食事」と「活動と休息のバランス」の 2 つは、肝庇護による肝機能の維持や肝がん再発を少しでも防ぎたいという患者と家族の日々の療養生活における関心事として全対象から高い頻度で話題にあがった。栄養は診察時にも常に医師と話題にされることから意識が高く、減塩、栄養バランス、摂取カロリーやアミノ酸製剤服用中の食事、鉄制限、貧血や低アルブミンの改善など肝に特有な相談が含まれた。全対象が相談した中で精神面の内容は3つと最も多く、「不安・精神的苦痛」「悩みや葛藤を聴いてほしい」「会って楽しみ・励みや安心を得たい」と苦悩自体および、精神的支援を求める内容を含んだ項目が挙がった。

90%以上の患者と家族に見られた相談内容は検査に関する3つで、10人前後は家族だけに表された。80%台の対象が示した相談内容は「運動・外出」で通院患者の多くは運動習慣をもち、運動に対する確認や支持を求めていた。「がんの治療」に関する疑問も80%以上の対象が表した。再発で経験のある治療を受ける場合にも理解の確認や情報提供が求められた。家族だけが示した内容は、「介護」と「死別後の悲しみ」だった。

5．肝がん患者と家族の看護相談内容に対する対応

相談内容に対する対応の内容は、相談内容の順位に沿い、対応と組数および割合%を併記して表 3 に示した。肝がん患者と家族の全対象で表された対応は、前述の全対象でみられた相談内容 7 つに12の対応があった。さらに、相談内容のがんの再発予防・検診に対する「健康に気をつけている取り組みへの支持・ねぎらい」も全対象

表 2　肝がん患者と家族の看護相談における相談内容の順位

相談内容（43）	数（%）
1．がんに関する治療の副作用・後遺症 1．症状、副作用・後遺症への対処方法 1．栄養・食事 1．活動と休息のバランス 1．不安・精神的苦痛 1．悩みや葛藤を聴いてほしい 1．相談看護師に会うのを励みにし、楽しみ・安心を得たい	62（100%）
8．検査：血液検査、画像検査など（9名家族のみ）	59（95.2%）
8．重要な・見ておくべき検査項目（11名家族のみ）	59（95.2%）
10．検査結果の見方（11名家族のみ）	58（93.5%）
11．運動・外出	55（88.7%）
12．がんの治療：TACE, RFA, PEIT など	51（82.3%）
13．自分の生活での楽しみ・生きがい	48（77.4%）
14．がんの再発予防・検診	47（75.8%）
15．肝炎・肝硬変・肝不全への治療	46（74.2%）
16．肝炎・肝硬変・肝不全への治療の副作用	37（59.7%）
17．服薬・薬物療法	36（58.1%）
18．告知：病状、予後	27（43.5%）
19．友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	26（41.9%）
20．医療者との関係・コミュニケーション	25（40.3%）
21．介護・看護（家族のみ）	22（35.5%）
22．治療の意思決定：開始や中止および新薬など	21（33.9%）
22．緩和ケアの選択	21（33.9%）
24．受診のタイミング	20（32.3%）
25．患者－家族間の関係・コミュニケーション	17（27.4%）
26．家族の健康状態・病気	16（25.8%）
26．入浴・清潔・整容	16（25.8%）
28．社会生活：仕事・就労など	15（24.2%）
29．検査結果の記録の仕方	14（22.6%）
29．在宅医療・介護保険サービスの利用	14（22.6%）
31．ホスピスケア	13（21.0%）
32．緊急受診の方法	12（19.4%）
33．医療機関の紹介	11（17.7%）
33．補完代替療法	11（17.7%）
35．転院	10（16.1%）
36．疼痛緩和・麻薬使用に関する心配	8（12.9%）
37．肝外・遠隔転移への治療	7（11.3%）
37．治療成績	7（11.3%）
37．医療費・生活費・社会保障制度	7（11.3%）
40．死別後の悲しみ(家族のみ)	6（9.7%）
41．セカンドオピニオン	5（8.0%）
42．患者会・家族会・ピアサポート	4（6.5%）
43．高度先進医療：重粒子線、樹状免疫療法など	2（3.2%）

* 注：患者と家族とをあわせた相談組数を示している。家族のみと明記している項目は家族だけに見られた相談内容を表す。

表3　肝がん患者と家族の看護相談内容に対する対応

相談内容	対応（52）　組数（%）
1．がんに関する治療の副作用・後遺症　15,16．肝炎・肝硬変・肝不全の症状・治療の副作用	1．がんおよび肝炎・肝硬変・肝不全に関する症状・治療後の副作用の苦痛と受け止めの把握、理解の促進.62(100)
1．症状・副作用・後遺症への対応方法	2．症状・治療後の副作用と伴う苦痛の程度・日常生活への影響と原因の査定、対応を促す教育・支持.62(100)
1．栄養・食事	3．食事摂取状況と体重変動をよく聴き、必要な教育・適切であれば支持する・個別栄養指導につなげる.62(100) 4．禁酒・飲酒状況をよく聴き、医師の指示が守れているか把握、必要な教育・医師への情報提供、適切であれば支持する.62(100)
1．活動と休息のバランスのとり方	5．運動と休息のバランスのとり方の確認と助言・支持.62(100)
1．不安・精神的苦痛	6．や気がかりについてよく聴き、気がかりは何でも教えてほしいことを伝える.62(100) 7．不安や抑うつの生活への影響と重症度を把握し、医師・看護師と情報を共有する.62(100)
1．悩みや葛藤を聴いてもらいたい	8．悩みや葛藤をよく聴き、気持ちの整理を助ける.62(100)
1．相談看護師に会うのを励みにし、楽しみ・安心を得たい	9．定期的な通院および入院時に患者と家族と話す時間をもつ.62(100) 10．信頼関係や親しみやすさを保つ.62(100) 11．看護相談の希望を把握しかかわる.62(100) 12．親身になってかかわる.62(100)
8．検査：血液データ・画像検査	13．検査データ・結果説明の理解を助ける.59(95.2)
8．大事な・知っておくべき検査項目	14．検査に関する理解や情報ニーズを査定し、関連した検査項目の理解を助ける.59(95.2)
10．検査結果の見方	15．検査結果に対する不安を受け止める：腫瘍マーカーの上昇、再発など.58(93.5)
11．運動・外出	16．運動・活動内容と量の確認と助言・支持.55(88.7) 17．運動習慣を維持し続けられていることを支持する.48(77.4)
12．がんの治療　15．肝炎・肝硬変・肝不全への治療　37．肝外・遠隔転移への治療	18．がんおよび肝炎・肝硬変・肝不全の治療の理解を助ける情報提供
10．検査結果の見方	19．通院・入院や検査・治療の負担を受け止め、ねぎらう.27(43.5)
13．自分の生活での楽しみ・生きがい	20．生活の中の楽しみをもち気分転換できているかを把握・支持する.48(77.4) 21．生きがいや楽しみの傾聴と支持.48(77.4)
14．がんの再発予防・検診	22．再発リスクと定期通院の必要性、および肝庇護のための生活習慣の理解を確認し、支持あるいは教育する47(75.8) 23．健康に気をつけている取り組みへの支持・ねぎらい.62(100)
17．服薬･薬物療法	24．服薬に関する問題を把握し、教育、自己管理の促進、医師への相談をとりもつ.36(58.1) 25．下剤などの頓用薬の服薬のタイミングや量を確認し助言・支持する.36(58.1)
18．告知：病状や予後など	26．病状・予後の告知に伴う衝撃・不安・悔しさ・自責を受け止め、気持ちの整理を助ける.27(43.5)
19．友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	27．友人・知人・職場での人間関係への気がかりをよく聴き、助言・支持する.26(41.9)
20．医療者との関係・コミュニケーション	28．医師・看護師との関係をとりもつ.25(40.3)
21．介護・看護（家族のみ）	29．介護・看護に関する悩みをよく聴き、効果的な資源の活用や相談窓口の情報提供や頑張りへの支持・ねぎらい.22(35.5)

表 3　（つづき）

相談内容	対応 (52)　**組数 (%)**
22. 治療の意思決定・開始や中止及び新薬等	30. 治療の意思決定に関する戸惑いや葛藤を受け止め、気持ちの整理を助ける.21(33.9)
23. 緩和ケアの選択	31. 納得のいく緩和ケアが選択できるよう苦痛をよく聴き、選択を見守る.21(33.9)
24. 受診のタイミング	32. 受診のタイミングについて、予期される症状や治療後の副作用を査定し、外来部門への連絡の促し、具体的な助言を返す.20(32.3)
25. 患者－家族間の関係・コミュニケーション	33. 患者－家族間の関係をとりもつ、助言・支持する：家族を気遣っていることに感心を示す.17(27.4)
26. 家族の健康状態・病気	34. 家族の体調・病気について気遣い、よく聴き、ねぎらいや可能な助言をする.16(25.8)
26. 入浴・清潔・整容	35. 入浴可能な時期について情報提供する.16(25.8) 36. 治療に伴う脱毛等の整容方法について助言・情報提供する.4(6.5)
28. 社会生活：仕事、就労など	37. 仕事や就労が可能かどうか医師に相談を促し、無理なく仕事が継続できるよう支える.15(24.2)
29. 検査結果の記録の仕方	38. 検査や治療経過について具体的な記録の仕方を共に考える・支持する・提案する.14(22.6)
29. 在宅医療・介護保険サービス利用手続き（家族のみ）	39. 在宅療法に向けた気がかりをよく聴き、手続きや相談窓口の紹介をする.14(22.6)
31. ホスピスケア	40. ホスピスケアへの期待と受け止めをよく聴き、主治医への相談をとりもつ.13(21.0)
32. 緊急受診の方法	41. 緊急受診の方法についての情報提供.12(19.4)
33. 医療機関の紹介	42. 医療機関の紹介に関する要望をよく聴き、必要に応じ MSW や医師への相談を促す.11(17.7)
33. 補完代替療法	43. 用いている・希望している補完代替療法についてよく聴き、必要に応じて主治医に続けてよいか確認するよう促す.11(17.7)
35. 転院	44. 転院の予定や決定に伴う不安・不満をよく聴き、気持ちの整理を助ける.10(16.1)
36. 疼痛緩和・麻薬使用に対する心配	45. 疼痛緩和・麻薬使用に対する心配をよく聴き、情報提供により気持ちの整理を助ける.8(12.9)
37. 治療成績	46. 治療成績に関する情報源の照会と、医師への相談の促し.7(11.3)
37. 医療費・生活費・社会保障制度	47. 医療費・生活費に関する悩みをよく聴き、社会資源の紹介、相談窓口を情報提供する.7(11.3)
40. 死別後の悲しみ（家族のみ）	48. 家族が死別に伴う悲しみを語りやすい関係をつくっておく.31(50.0) 49. 患者の死別後の家族の悲しみを受け止める.6(9.7)
41. セカンドオピニオン	50. セカンドオピニオンへの期待や思いをよく聴き、主治医への相談をとりもつ.5(8.0)
42. 患者会・家族会・ピア情報	51. 患者会・家族会および患者向け教育講演などの情報提供や参加していることの支持.4(6.5)
43. 高度先進医療：重粒子線,樹状免疫療法など	52. 高度先進医療への期待を受け止め、主治医との相談をとりもつ.2(3.2)

＊注：患者と家族とをあわせた対応組数を示している。家族のみと明記している項目は家族だけに見られた相談内容を表す。

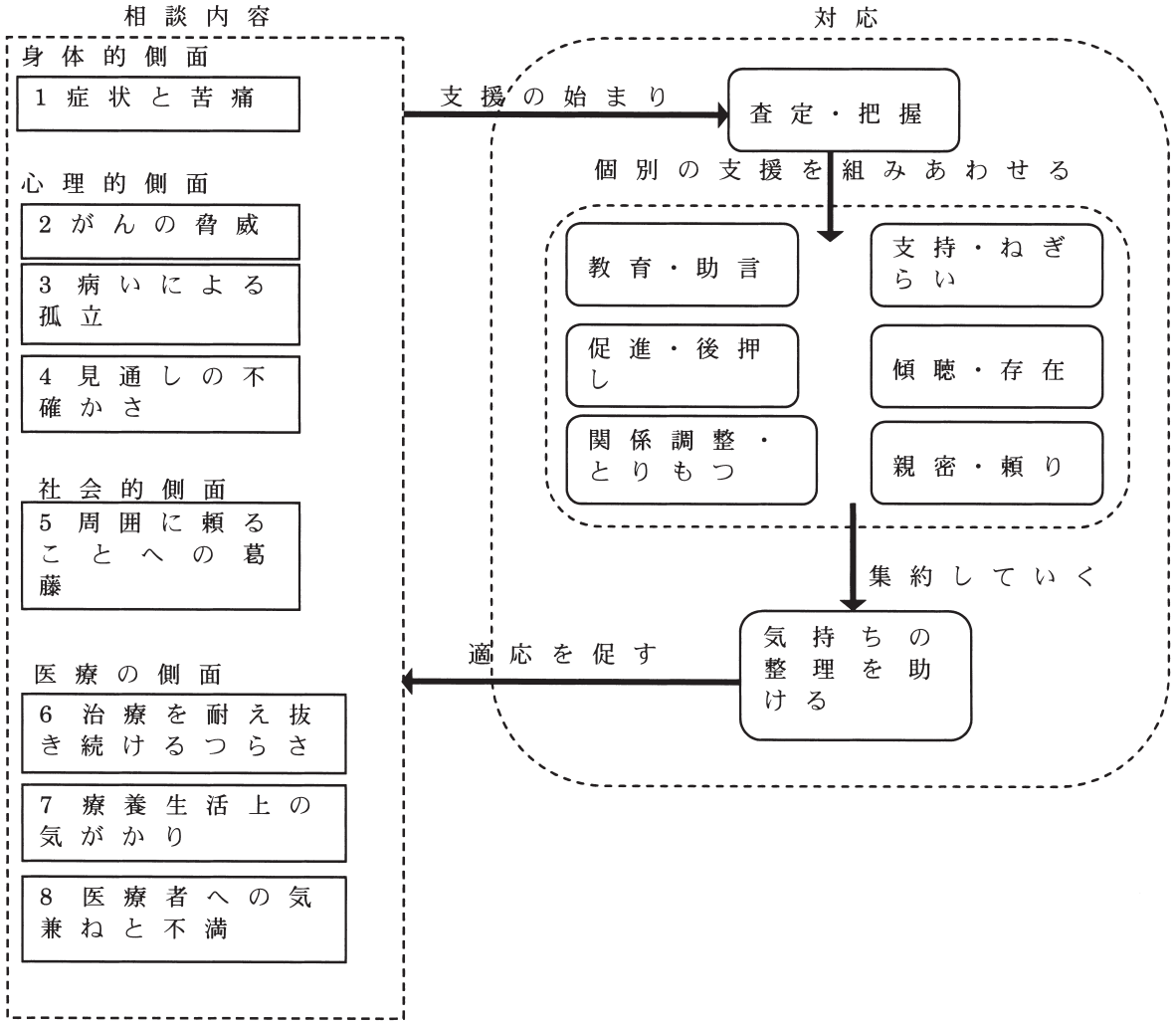
に対する対応に挙げられた。頻度を明記していないが、相談による対応が多く求められるのは、発がん間もない時期と、がんの治療が難しくなる時期に集中する傾向があった。

6．肝がん患者と家族の看護相談内容と対応の構造

肝がん患者と家族の相談内容と対応を意味内容の類似性から、テーマに統合し、テーマ間の関係性を構造化して図Aに示した。相談内容のテーマは、身体的側面に、「1症状と苦痛」、心理的側面に「2がんの脅威」など3つ、社会的側面に「5周囲に頼ることへの葛藤」、医療の側面に「6治療を耐え抜き続けるつらさ」など3つの計8つのテーマが導かれた。対応のテーマは、8つにまとめられた。8つの相談内容のテーマ全体に対して、対応のテーマは「査定・把握」から始まり、6つの対応のテーマを組み合わせて個別の支援がつくられていた。さらに、個別の支援は、集約され「気持ちの整理を助ける」対応につながり、状況への適応を促すことにつながる関係性が現された。

Ⅴ．考　察

62組の肝がん患者と家族に対して実施した看護相談から、43の相談内容と52の対応が明らかになった。相談内容は、がん治療の副作用と副作用への対処方法に関する2つ、「栄養・食事」、「活動と休息のバランス」の2つ、精神的苦痛に関する3つの計7つが全対象にみられた。対応は、上記7つの相談内容に対する12の支援に加え、



・実線内の言葉：テーマ
　四角：相談内容のテーマ　丸角四角：対応のテーマ
・点線内の言葉：関連のあるテーマのまとまり
・矢印：テーマおよびテーマのまとまりの関係を示す

図A　肺がん患者と家族の看護相談内容と対応の構造

「健康に気をつけている取り組みへの支援・ねぎらい」が全対象において示された。

あらゆる病期の対象を含む肝がん患者と家族の全てが示した７つの相談内容の傾向から、がん治療の副作用と副作用への対処、栄養、活動・休息バランスおよび精神的苦痛については欠かさず相談ニーズを捉えることが重要と考えられた。肝がんは治療時以外に顕著な自覚症状のない患者も多いが、発がんから末期まで患者の症状と副作用に関する気がかりを捉えることが重要といえる。療養生活に関する、栄養と活動・休息バランスの相談には、肝がん患者に特有の内容を含んでおり、専門医との情報共有や、栄養士による個別栄養相談の定期的な活用および、肝臓病教室での情報提供と質疑など、多職種連携により、日常生活に関する関心について表出を促すことが必要と考える。精神的苦痛に対する相談ニーズは高く、肝がん患者と家族に関わる看護師は、苦痛そのものと支援のニーズを表明できるような気遣いが欠かせない。

相談内容に対する52の対応のうち全対象から示された13の支援の傾向からは、相談内容に応じた、がんと肝疾患の症状と治療の副作用およびその対応、栄養、活動・休息バランス、精神的苦痛、療養行動の支持・ねぎらいが常に要求されるものと考えられた。療養行動の支持・ねぎらいは、発がん前から肝疾患をもち、再発を繰り返す肝がんの特徴から、病いと共に生きていくモチベーションを保つために（赤松、2003)、不可欠な対応であると考える。

相談内容は43、対応は52と多岐にわたり、それぞれ８のテーマにまとめられ、相談内容のテーマ全体に、対応のテーマが組み合わされて個別の支援となり、適応を促す関係が示された。相談内容のテーマは、研究者の先行研究（庄村、2006）で示唆した肝がん患者の闘病モデルで現された、全人的側面、身体、心理、社会および医療に分類された。先行研究に家族は含んでいないが、相談ニーズを捉える上で闘病モデルを参照することは有用な可能性が考えられる。また、個別性に応じた看護相談を臨床の場で多数の患者に実践していくには、本研究知見が示唆した相談内容を基に、施設のシステムに応じた記録様式の作成などの工夫により相談ニーズを把握しやすくしていくことが重要と思われる。対応のテーマの査定・把握において看護相談で支援計画を検討し、多職種連携へつなげることが個別対応の充実のために必要と思われる。教育・助言は、患者が必要な情報を入手できるリーフレットの充実、定期的な教育講演や少人数での専門家との情報交換の機会を設けることが必要と思われる。対応が多く求められる時期には看護相談者が直にかかわる必要があり、多様な支援を個別に組み合わせる必要があることから、肝疾患と肝がんに知識をもった専門家看護師の養成により相談を担える看護師を増やすことも重要と思われる。

家族に特徴的な相談内容と対応に、検査と結果の理解を助けること、介護および少数だが死別後の悲しみがあった。中でも死別後の悲しみは定期的な相談を繰り返した対象家族だけから表されたためニーズはより高い可能性が考えられ、死別後の家族の気持ちの整理を助ける機会や方法の検討は、重要な今後の課題と思われる。

本研究で示唆された相談内容と支援の傾向は、基本的な相談と対応の指針として活用でき、肝がん患者の看護相談を啓発していく基礎資料が得られたと考える。相談内容と対応のテーマの構造からは、肝がん患者と家族の相談ニーズに沿った教育や支持、傾聴などの個別に組みあわせた対応が、気持ちの整理を助け、難治な病いと共に生きていく状況への適応を促し、患者と家族のQOL向上に役立つ可能性が期待される。

Ⅵ. 結　論

1．62組の肝がん患者と家族の看護相談から、43の相談内容と52の対応が導かれ、それぞれ８つのテーマにまとめられ、相談内容のテーマ全体に、対応のテーマが気持ちの整理を助け、状況への適応を促す関係が示された。
2．本研究で示唆された相談内容と支援の傾向は、基本的な相談と対応の指針として活用でき、肝がん患者の看護相談を啓発していく基礎資料が得られたと考える。

本研究は対象と施設に限りがある点で一般化には限界があり、対象や施設を増やした調査を継続し結果を検証していく必要がある。また、本研究成果を生かした介入研究により看護相談の心理社会的介入成果の検証を積み重ねることもまた重要と考える。さらに、多職種や多施設および地域を包括し広く連携した看護相談へと発展させていくことが実践および研究課題であると考える。

謝　辞

本研究にご協力いただきました皆様に深謝いたします。なお、本研究は2009年度文部科学省科学研究費「若手研究Ｂ」を受け実施した成果の一部です。

【引用文献】

1）Ahlberg K., et al (2003): Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. The Lancet, 362, 640-650.

2）赤松利恵他著（2003）：行動変容のためのカウンセリング Motivational Interviewing、健康支援、5(2)、105-113.

3）Ali NS. & Khalil HZ. (1989): Effects of psyco-educational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients. Cancer Nursing, 12, 236-242.

4）Allen SM., et al (2002): A problem solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma; A randomized controlled trial. Cancer, 15(92), 3089-3100.

5）American Cancer Society (2004). Prevalence of liver cancer world wide. www.cancer.org 2010年9月25日アクセス.

6）Antoni et al (2006): Reduction of cancer-specific thought instructions and anxiety symptoms with a stress management interventions among women undergoing treatment for breast cancer. American journal of Psychiatry, 163(10), 1791-1797.

7）Arving et al (2007): Individual psychosocial support for breast cancer patients: A randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. Cancer Nursing, 30(3), E10-E19.

8）Barger et al (2007): Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. Nursing Research, 56(1), 44-53.

9）Berglund G., et al (1994): One-year follow-up of the "Starting Again" group rehabilitation programme for cancer patients. European Journal of Cancer, 30 A, 1744-1751.

10) Burish TG. & Lyles JN. (1981): Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. Journal of Behavioral Medicine, 4, 65-78.

11) Cain EN., et al (1986): Psychosocial benefits of a cancer support group. Cancer, 57(1), 183-189.

12) Chu MH., Chien SC., et al (1988): Natural and activated cytotoxic lymphocytes reactivity to human hepatocellular carcinoma cell lines in hepatocellular carcinoma patients. Liver, 8(4), 198-207.

13) Classen C., et al (2001): Suportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. Archives of General Psychiatry, 58, 494-501.

14) Cole B. & Pergament K. (1999): Re-creating your life; A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer.Psycho-Oncology, 8, 395-407.

15) Cunningham AJ., et al (1998): A randomized controlled trial of effect of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer, Psyco-Oncology, 7, 508-517.

16) Davis H., et al (1986): Effect of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer, Psychological Report, 59(part2), 967-974.

17) Deshrler et al (2006): A patient orientation program at a comprehensive cancer center. Oncology Nursing Forum, 33(3), 569-578.

18) Edelman, Lemon (1999): Effect of group CBT on the survival of patients with metastatic breast cancer, Psyco-Oncology, 8, 474-481.

19) Fawzy., Kemeny (1990): A structured psychiatric intervention for cancer patients II; Changes over time in immunological measures, Archives of General Psychiatry, 47, 729-735.

20) Fawzy FI., et al (1993): Malignant melanoma; Effect of an early structured psychiatric intervention, coping,and affective state on recurrence and survival 6 years later. Archives of General Psychiatry, 50(9), 681-689.

21) Fukui S., et al (2000): A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: A randomized controlled trial. Cancer, 89, 1026-1036.

22) Georgesesn J. & Dungan JM. (1996): Managing spiritual distress in patients with advanced pain. Cancer Nursing, 19(5), 376-383.

23) Grossarth-Maticek R., et al (1984): Psychotherapy research in oncology. In Steptoe A.& Mattews A (Eds). Health Care and Human Behavior. London, England, Academic press, 325-341.

24) Gruber BL., Hall NR., et al (1988): Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery. Scandinavian Journal of Behavioral Therapy, 17, 25-46.

25) Gruber BL., Hersh SP., et al (1993): Immunological responses of breast cancer patient to behavioral intervention. Biofeedback and Self-Regulation, 18, 1-21.

26) Hoff and Haaga (2005): Effect of an education program on radiation oncology patients and families. Journal of Psychosocial Oncology, 23(4), 61-75.

27) Jacobs C., et al (1983): Behavior of cancer patients; A randomized study of the effects of education and peer support groups. American Journal of Clinical Oncology, 6, 347-350.

28) Jacobsen et al (2005): Screening for psychological

distress in ambulatory cancer patients. Cancer, 103(7), 1494-1502.
29) Jones et al (2006): Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: Randomized trial. BMJ, 332(7547), 942-948.
30) Katz, Irish, and Devins (2004): Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. Psycho-Oncology, 13(9), 642-653.
31) King CR (1997): Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. Oncology Nursing Forum, 24(7), 41-48.
32) Kissane et al (2003): Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. Psycho-Oncology, 12(6), 532-546.
33) Lincoin, YS (1979): Naturalistic Inquiry. USA, Sage Publication.
34) Linn MW., et al (1982): Effects of counseling for late stage cancer patients. Cancer, 49, 1048-1055.
35) Lyles JN., et al (1982): Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 509-524.
36) Mantovani G., et al (1996): Impact of psychosocial intervention on quality of life of elderly cancer patients. Psycho-Oncology, 5, 127-135.
37) Meyer TJ & Mark MM (1995): Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients; A meta-analysis of randomized experiments. Health Psychology, 14(2) ,101-108.
38) Mitchell J., et al (2002): Religious belief and breast cancer screening. Journal of Women's Health, 11, 907-915.
39) NCCN (2008): Guidelines-Psychotherapy for cancer patients and their family members supported by oncology nurse.
40) 野口裕二 (2007)：物語としてのケアーナラティブ・アプローチの世界へー、医学書院.
41) Osborn, Demoncada, and Feuerstein (2006): Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors: meta-analysis. International journal of Psychiatry in medicine, 36(1), 13-34.
42) Owen JE., (2001): Psychosocial interventions for cancer; Review and analysis using a three-tiered outcome model.Psycho-Oncology, 10, 281-230.
43) Rainey LC. (1985): Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. Cancer, 56, 1056-1061.
44) Ream E. & Richardson A. (1999): From theory to practice: Designing intervention to reduce fatigue in patient with cancer. Oncology Nursing Forum, 26(8), 1295-1303.
45) Redd WH., et al (2001): Behavioral intervention for cancer treatment side effects. Journal National Cancer Institute, 6(93), 810-823.
46) Rehse B. & Purop R. (2003): Effect of psychosocial intervention on quality of life in adult cancer patients; Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. Patients Education and Counseling, 50, 179-186.
47) Richardson MA., et al (1997): Coping life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. Alternative Theory Health medicine, 3, 62-70.
48) Richardson MA, Post-White J., et al (1997): Coping, life attitudes and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. Alternative Therapy Health Medicine, 3, 62-70.
49) Rosenberg HJ., et al (2002): Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. International Journal of Psychiatry in Medicine, 32(1), 37-53.
50) Ross L., Boesen EH., & Dalton SO et al (2002). Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? European Journal of Cancer, 38, 1447-1457.
51) Shepherd et al (2006): The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: Results of a pilot study. Journal of Pain and Symptom Management, 32(5), 453-461.
52) Shirai M., et al (1990a): Depressed lymphokine-activeted killer activity in peripheral blood of patient with hepatocellular carcinoma. Hepato-Gastroenterology, 37(5), 465-468.
53) Shirai M., et al (1990b): Intramural injection of OK432 and lymphokine-activated killer activity in peripheral blood of patient with hepatocellular carcinoma. European Journal of Cancer, 26(9), 965-969.
54) Shirai, Watanabe & Nishioka (1990c): Defective immunological functions associated with abnormal lymphokine-activated killer activity in patient with hepatocellular carcinoma. Journal of Gastroenterology & Hepatology, 5(5), 542-548.
55) 庄村雅子 (2006)：難治性肝がん患者の闘病モデルの構築とがん緩和ケア看護に関する研究、お茶の水医学雑誌、54(4)、147-162.
56) Spiegel D., Bloom JR. et al (1989): Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet, II, 888-891.
57) Spradley. JP (1980): Participant observation, Wad-

sworth Thomson Learning, Australia.
58) Spradley. JP et al (1972): The cultural experience-ethnography in complex society, Science Research Associates, Chicago/USA.
59) Steel JL., Gamblin CT., et al (2007): Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. Journal of Clinical Oncology, 25, 2397-2405.
60) Steel JL., Geller DA., et al (2005): Proxy ratings of health related quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma. Journal of Clinical Oncology, 25, 2397-2405.
61) Steel JL., et al (2007): Preliminary results of an individually tailored psychosocial intervention for patients with advanced hepatobiliary carcinoma. Journal of Psychosocial Oncology, 25(3), 19-42.
62) Targ and Levine (2002): The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: A randomized controlled trial, General Hospital Psyciatry, 24(4), 238-248.
63) Thomas EM. & Weiss SM., (2000): Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. Cancer Control, 7(2), 157-164.
64) Williams and Schreier (2004): The effect of education in managing side effect in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. Oncology Nursing Forum, 31(1), E16-23.
65) Zabora J., et al (2001): The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-Oncology, 10, 19-28.

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to identify trends of needs in nursing consultation for patients with hepatocellular cancer and their family members.

Results: From March 2009 to the end of August 2010, 62 groups of patients and families have told with nurse counselor over their concerns. Consultation contents which all subjects have told with nurse counselor were seven, including (1) side effects of cancer treatment, (2) management method for symptoms and side effects, (3) nutrition and diet, (4) balance between activities and rest, and 3 emotional concerns. In addition to support for the above- mentioned seven consultation contents, appreciate the great pains for careful health initiatives indicated all subject groups.

Conclusions: The findings of this study suggest that, the trend of nursing consultation contents and support with those needs is applicable as a guideline for nursing consultations for HCC patients and their family members to grasp general consultation needs and support strategy. Also this knowledge will become a base to enlighten nursing consultation for HCC patients and family members. Along informational and emotional needs of the HCC patient and family members to nursing consultation, it is helpful and hopeful to improve HCC group's QOL.

Key words: Psychosocial interventions, Nursing consultation, hepatocellular carcinoma