

緩和ケア病棟入院患者と担当看護師が捉えた 患者の生活の質の相違

The Cognitive Difference of Quality of Life between Terminal Patients
and Nurses in the Palliative Care Unit

池田 直子¹⁾, 中村美知子²⁾

IKEDA Naoko, NAKAMURA Michiko

要 旨

緩和ケア病棟入院中の患者(以下, PCU患者)の生活の質の認知と担当看護師が捉えた患者の生活の質の認知を比較し, 共通点, 相違点を明らかにするため, PCU患者・担当看護師各19名を対象とし, 生活の質の認知を機能状態を測定するFLIQ(Functional Living Index-Cancer)日本語版とよい状態を測定するGWBS(General Well-being Schedule)日本語版を用いて調査した。PCU患者の生活の質の認知と担当看護師が捉えた患者の生活の質の認知の共通点は, 「ADLが高い」, 「家族・友人との関係に満足している」, 「悲しみ・失望がない」という項目に関してであった。また相違点は「医療スタッフとの関係に満足している」, 「医療スタッフ・家族との話し合いができていない」, 「不安・動揺がない」という項目に関してであった。全体的に患者は看護師と比較し, 生活の質を高く認知する傾向があることが示唆された。

キーワード 生活の質(QOL), ターミナル患者, 担当看護師

Key Words Quality of Life, Terminal Patients, The Nurses in Palliative Care Unit

緒言(はじめに)

近年, 医療現場では患者のQOL(Quality of Life)をキーワードとし, 患者の生活や生命の質の向上を目標とするケアの重要性が話題の中心となっている。水口ら¹⁾は, 心理的苦痛のある末期癌患者の62.9%はQOLが低下していると述べ, Cohen&Mount²⁾は, 抗がん剤治療を受けている癌患者より, 緩和ケアを受けている患者のQOLスコアが有意に低いと述べている。ターミナル期患者は, 死期が身近に迫り, 多面的苦痛を抱え, 心理的・社会的にも良好な状態ではなく, よりよい生活を送れていないという研究報告がある。ターミナル期患者が闘病生活をどのように認知しているかに関しては, 江向ら³⁾の患者のQOL 評価や水野ら⁴⁾や射場ら⁵⁾による心理状態の内容分析が行われている。しかし, 患者の闘病生活に関する認

識は亡くなった後, 看護記録, 医療者の記憶, 家族からの情報から推測されることが多く, 実態の把握は困難なことが多い。また, QOLは生活の質, 生命の質などと訳されるが, 内容の検討は充分されていない。本研究では, QOLを人間が生きていく上で, 重要である基本的な日常生活の質と捉えることとした。患者のQOL評価は患者自身の評価と医療者からの評価があるが, 松岡⁶⁾は, あくまで主観的評価が重視されねばならないと述べているが, 恒藤ら⁷⁾は, 末期では様々な身体的・精神的症状が出現し, 全身状態が不良で主観的評価が困難となるため, 医療者からの評価も重要となると述べている。Zhaoら⁸⁾は, 患者と看護師の認識に関する研究は, 看護師は患者のQOLを間違っで見積もる傾向を示すと述べており, Hovi⁹⁾らやBowman¹⁰⁾による患者の疼痛に関して, 患者・看護師の認識の相違があるとの報告もある。ターミナル期患者が対象であるPCUにおいては, ケアの目標が「患者のQOLの維持・向上」とされており, 特に看護師が患者のQOLの認知を患者と同様に把握していることが重要である。しかし, ターミナル期患者のQOLの認知を患者・看護師の両面から, 整合性を確認した研究はみられない。そこで本研究では, PCU患者の生活の質の認知と

受理日: 2004年8月30日

1) 東佐賀病院: Higashi Saga National Hospital

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(臨床看護学):
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering
(Clinical Nursing) University of Yamanashi

担当看護師が捉えた生活の質の認知の共通点, 相違点を調査し, PCU患者の生活の質の認知の特徴を明らかにすること, また, 今後生活の質の認知の差を是正し, PCU患者の生活の質の維持・向上を目指したケアを検討するための基礎資料とすることを目的とした。

・概念枠組み

本研究では, Haas¹¹のQOLを主観的, 客観的構成要素を持つ広義の概念と捉え, 主観的構成要素をQOLの主要な指標としての「well-being」と解釈し, 客観的構成要素をQOLの重要な特性である機能的な能力とされる「functional status」とし, 主観的, 客観的なQOLの構成要素を身体的, 心理的, 社会的, 霊的の4側面から, 「well-being」と「functional status」との関連性を概念化したものを参考とした。また, Oleson¹²のQOLの定義は, 客観的指標では人々がどのように自分の人生を認識し, 体験しているのかわからないので, 主観的指標に焦点をあてることが重要であるとの概念を基に, 本研究でもQOLを主観的に評価することを重視し, 患者の機能状態を主観的側面で評価することとした。この二つの概念を参考に, PCU患者の生活の質は, functional statusを機能状態とし, 機能状態をFLIQ(Functional Living Index-Cancer)日本語版を用いて測定することとした。FLICは, Eguchiら¹³が開発した患者の主観的な身体的, 心理的, 社会的, 霊的機能を包括する機能状態を測定するもので, 日々の患者の気分, 治療への信頼や励み, 身体的な状態, 他の人々との関係の4つの下位尺度の16項目から構成される。ただし, 主観的, 客観的なQOLの構成要素の4側面である身体的, 心理的, 社会的, 霊的側面の不足部分は, 自由記載で情報を得て補足した。ただし霊的側面は, 今回FLIC, GWBSの下位尺度に内容が含まれていないため, 身体的, 心理的, 社会的側面から生活の質を検討していくこととした。また, well-beingをよい状態とし, よい状態をGWBS(General Well-being Schedule)日本語版を用いて測定することとした。GWBSは, 中山¹⁴が開発した主観的良好状態を測定するもので, 精神的安定性(うつ), 健康関心, 生活満足度・情緒的安定性の3つの下位尺度の17項目から構成される。一方, 担当看護師は, 看護師の患者の生活の質の認知ではなく, 看護師の捉えた患者の生活の質の認知を検討した。

・方法

1. 研究対象: PCU入院中の患者19名と担当看護師19名(都内病院各13名, N県内病院各6名)
2. 研究場所: 都内の院内病棟型PCUとN県内の院内病棟型PCUの2ヶ所

3. 調査期間: 平成15年6月 - 8月の3ヶ月間
4. 研究方法: 各病棟師長が, 対象の条件に該当する患者を選定し, 研究協力の依頼を行なった。調査者が協力を承諾した患者に対し, 同意書の内容を説明しながら, 研究参加の意思を確認した。調査者が承諾の得られた患者に対して, 自記式質問用紙の患者属性, 生活の質に関する項目(FLIC 16項目, GWBS 17項目とその他), 生活の質に関する自由記載欄を含む45項目を使用し, 基本的に自記回答を依頼する。自記が不可能な患者に対しては, 調査者が代筆を行なった。担当看護師が患者の生活の質をどう認知しているかをみるために, 担当看護師も患者と同様の内容の質問用紙を使用した(49項目)。調査は平均10 - 20分/人を要し, 患者が体調不良を訴えた際は, 調査を中断し, 再開可能な場合は, 休憩をはさんで調査を再開した。
5. 分析方法: 2群の項目間の中央値の差の検定は, Mann-WhitneyのU検定, 尺度の合計点の平均値の差の検定はt検定を行う。2群の項目間の関係はSpearmanの順位相関係数, 尺度の合計点の関係は, Pearsonの積率相関係数を用いる。データの分析は統計解析ソフトJMP IN version4Jを使用する。
6. 倫理的配慮: 本研究は山梨大学医学部と対象が所属する施設の各倫理委員会によって承認を受けた後, 実施した。

・結果

1. 患者の属性: 対象は, 男性6名(32%), 女性13名(68%)であった。平均年齢63.8歳で, 男性の平均年齢70.8歳, 女性の平均60.5歳と男性の方が高かった。担当看護師の名前は患者・家族に紹介されているが, ベッドネームに名前が記載されていないことから, はっきり認識できているが5名(26%)で, ややあいまいであると回答した患者が多かった。職業の有無は, 有職2名(11%), 無職17名(89%)であった。疾患は, 消化器疾患, 婦人科疾患の癌が多く, 病名告知については100%済みであった。また, 罹患年数1年以上は18名(95%)で, 転移は18名(95%)であった。自覚症状で痛みがあると14名(74%)が回答し, 0の全く痛みがないから10の激しい痛みのVASスケールの表現では, PCU患者群は 3.5 ± 2.9 であった。ADLは, 常に介助の必要な人が4名(21%)と多く, 歩行または軽作業が可能やしばしば介助の必要な人が多かった。患者は全員PCUへの入院を自己選択していた。疾患の受け止め方や疾患に対する姿勢は, 「なってしまったから仕方ない。前向きに考えるようにしている」との回答が8名(42%)であった。しかし, 「今後どうなっていくのか不安である」や「入院しているという現状では, 幸福とはいえ

ない」との言葉も聞かれた。

2. 看護師の属性：平均年齢 30.5 歳で全員女性であった。
3. PCU 患者の生活の質の認知の特徴と看護師の捉えた患者の生活の質の特徴

- 1) 患者の認知する機能状態 (FLIC) と看護師の捉えた患者の機能状態 (FLIC)

PCU における患者・看護師群の機能状態 (FLIC) の項目の得点を示した (表 1)。患者群が下位尺度すべて看護師群と比較し高値を示し、「日々の患者の気分」、「治療への信頼や励み」、「他の人々との関係」で有意差があり、尺度全項目で患者群が高値であり、有意差が認められた。項目は、「治療に対するストレスがない」、「医療スタッフとの関係に満足している」、「家族との話し合いができています」、「医療スタッフとの話し合いができています」、「仕事や家事に対する不安がない」で両群に有意差があり、これらの項目は患者群が看護師群に比較して高値を示した。

- 2) 患者の機能状態 (FLIC) に関する看護師群の認知との関係

PCU 患者・看護師群の機能状態 (FLIC) の項目の相関を示した (表 2)。両群は下位尺度「他の人々との関係」で相関係数 0.4 以上の正の相関、項目の「家族との関係に満足している」で相関係数 0.5 以上の最も強い正

の相関を示し、患者・看護師群とも家族との関係に満足していると認知していた。「治療への信頼や励み」で相関係数は負の相関を示し、「治療に対する意欲がある」で看護師は意欲が低下していると認知しているが、患者は意欲があると認知していた。また、「ADL が高い」で相関が高く、ADL は客観的認知が比較的容易であることから、患者・看護師群の認知が同様になったと推察できる。

- 3) 患者の認知するよい状態 (GWBS) と看護師の捉えた患者のよい状態 (GWBS)

PCU と患者・看護師群のよい状態 (GWBS) の項目ごとの得点を示した (表 3)。全下位尺度で患者群の方が、看護師群より高値を示した。特に「精神的安定性 (うつ)」、「健康関心」で有意差が示された。項目で有意差が認められたのは「ストレス・圧迫感がない」、「不安・動揺がない」、「落ち込みがない」、「疲労感がない」、「制御感がある」、「良眠がえられている」であり、これらの項目は患者群が看護師群に比較して高値を示した。

- 4) 患者のよい状態 (GWBS) に関する看護師群の認知との関係

PCU 患者・看護師群のよい状態 (GWBS) の項目の相関を示した (表 4)。両群は全下位尺度相関係数 - 0.1 か

表 1 PCU 患者の機能状態 (FLIC) に関する患者・看護師群の認知の比較

No	項目	PCU 群 (n=38)				p 値
		患者群 (n=19)		看護師群 (n=19)		
		Me	Mean ± SD	Me	Mean ± SD	
	日々の患者の気分 (4項目)†		7.9 ± 2.7		5.7 ± 1.3	0.003
1	気分がよい	2.0	1.8 ± 0.7	2.0	1.7 ± 0.6	
4	気分が安定している	2.0	1.8 ± 1.2	1.0	1.3 ± 0.6	
9	治療に対するストレスがない	3.0	2.4 ± 0.9	1.0	1.3 ± 0.7	0.000
15	経済的不安がない	2.0	1.9 ± 1.2	2.0	1.5 ± 0.7	
	治療への信頼や励み (4項目)†		9.6 ± 1.1		8.6 ± 1.6	0.030
5	病気に対する関心がある	3.0	2.4 ± 0.9	3.0	2.6 ± 0.6	
7	治療に対する満足感がある	2.0	2.3 ± 0.7	2.0	1.9 ± 0.7	
8	治療に対する意欲がある	2.0	2.1 ± 0.7	2.0	2.2 ± 0.8	
13	医療スタッフとの関係に満足している	3.0	2.8 ± 0.4	2.0	1.9 ± 0.4	0.000
	身体的な状態 (3項目)†		4.9 ± 2.0		4.0 ± 1.3	
2	ADL が高い	1.0	1.6 ± 1.1	2.0	1.5 ± 0.7	
3	生活の満足感がある	2.0	2.0 ± 1.0	2.0	1.6 ± 0.5	
6	自覚症状がない	1.0	1.3 ± 0.9	1.0	0.9 ± 0.7	
	他の人々との関係 (4項目)†		10.3 ± 1.9		7.8 ± 2.0	0.000
10	家族との関係に満足している	3.0	2.4 ± 0.9	2.0	2.1 ± 0.7	
11	友人との関係に満足している	3.0	2.2 ± 1.1	2.0	1.7 ± 0.9	
12	家族との話し合いができています	3.0	2.8 ± 0.4	2.0	2.1 ± 0.8	0.004
14	医療スタッフとの話し合いができています	3.0	2.9 ± 0.3	2.0	1.9 ± 0.4	0.000
	FLIC 全項目 (15項目)†		32.8 ± 5.0		26.2 ± 3.9	<.0001
16	仕事や家事に対する不安がない	3.0	2.2 ± 1.3	2.0	1.3 ± 0.7	0.008

注：患者・看護師群間の項目の比較：Mann - Whitney の U 検定

患者・看護師群間の下位尺度の比較 († マーク)：t 検定

p 値は 0.05 以下だけ表示 No1-16 の Mean SD は参考値

No.16 は著者がカテゴリーから除外していたため 項目間の比較では使用したが、下位尺度間の比較では除外した

表2 PCU患者の機能状態(FLIC)に関する患者・看護師群の認知の相関

	PCU群(患者VS看護師)	
	r(r)	p値
日々の患者の気分	(0.157)	
1 気分がよい	0.118	
4 気分が安定している	0.218	
9 治療に対するストレスがない	-0.368	
15 経済的不安がない	0.256	
治療への信頼や励み	(-0.358)	
5 病気に対する関心がある	-0.051	
7 治療に対する満足感がある	0.025	
8 治療に対する意欲がある	-0.286	
13 医療スタッフとの関係に満足している	-0.074	
身体的な状態	(0.260)	
2 ADLが高い	0.384	
3 生活の満足感がある	-0.010	
6 自覚症状がない	-0.125	
他の人々との関係	(0.483)	0.040
10 家族との関係に満足している	0.577	0.001
11 友人との関係に満足している	0.201	
12 家族との話し合いができています	0.187	
14 医療スタッフとの話し合いができています	-0.049	
FLIC全項目	(0.169)	
16 仕事や家事に対する不安がない	0.254	

注)r: Pearsonの積率相関係数

rs: Spearmanの順位相関係数

p値は0.05以下だけ表示

表3 PCU患者のよい状態(GWBS)に関する患者・看護師群の認知の比較

No	項目	PCU群(n=38)				p値
		患者群(n=19)		看護師群(n=19)		
		Me	Mean ± SD	Me	Mean ± SD	
	精神的安定性(うつ)(6項目)†		12.5 ± 4.7		9.0 ± 2.7	0.009
2	神経質でない	3.0	1.8 ± 1.4	1.0	1.3 ± 0.7	
4	悲しみ・失望がない	2.0	1.7 ± 1.3	1.0	1.4 ± 0.5	
5	ストレス・圧迫感がない	3.0	2.2 ± 1.3	1.0	1.3 ± 0.5	0.008
7	自失の恐れがない	3.0	2.6 ± 0.7	2.0	2.2 ± 1.0	
8	不安・動揺がない	3.0	2.4 ± 0.9	2.0	1.7 ± 0.8	0.025
11	落ち込みがない	2.0	1.8 ± 1.2	1.0	1.1 ± 0.7	0.036
	健康関心(4項目)†		6.4 ± 2.4		4.5 ± 1.7	0.018
10	体調不良がない	1.0	1.5 ± 1.2	1.0	1.2 ± 0.6	
13	疲労感がない	3.0	2.2 ± 1.1	1.0	1.3 ± 0.7	0.003
14	心配がない	1.0	0.8 ± 0.9	1.0	0.5 ± 0.5	
15	リラックスしている	2.0	1.8 ± 0.8	2.0	1.6 ± 0.6	
	生活満足度・情緒的安定性(7項目)†		12.3 ± 4.1		12.2 ± 3.0	
1	全体的に気分がよい	1.0	1.5 ± 0.8	1.7	1.7 ± 0.3	
3	制御感がある	3.0	2.4 ± 1.0	2.0	1.9 ± 0.7	0.033
6	幸福感・満足感がある	2.0	1.3 ± 1.2	2.0	1.8 ± 0.4	
9	良眠がえられている	3.0	2.3 ± 1.2	2.0	1.8 ± 0.7	0.007
12	気持ちが安定している	2.0	1.9 ± 1.1	2.0	1.9 ± 0.5	
16	活力レベルが高い	1.0	1.2 ± 0.8	2.0	1.5 ± 0.6	
17	元気である	2.0	1.7 ± 0.9	2.0	1.5 ± 0.6	
	GWBS全項目(17項目)		31.2 ± 9.2		25.7 ± 6.4	0.042

注: 患者・看護師群間の項目の比較: Mann - Whitney のU検定

患者・看護師群間の下位尺度の比較(†マーク): t検定

p値は0.05以下だけ表示 No1-17のMean SDは参考値

表4 PCU患者のよい状態(GWBS)に関する患者・看護師群の認知の相関

	PCU群(患者VS看護師)	
	r(r)	p値
精神的安定性(うつ)	(0.205)	
2 神経質でない	0.400	
4 悲しみ・失望がない	-0.010	
5 ストレス・圧迫感がない	-0.024	
7 自失の恐れがない	0.078	
8 不安・動揺がない	-0.089	
11 落ち込みがない	0.336	
健康関心	(0.152)	
10 体調不良がない	-0.040	
13 疲労感がない	0.230	
14 心配がない	0.329	
15 リラックスしている	0.104	
生活満足度・情緒的安定性	(-0.116)	
1 全体的に気分がよい	-0.218	
3 制御感がある	-0.131	
6 幸福感・満足感がある	0.373	
9 良眠がえられている	-0.096	
12 気持ちが安定している	-0.115	
16 活力レベルが高い	-0.119	
17 元気である	0.246	
GWBS全項目	(0.190)	

注) r : Pearson の積率相関係数
 rs : Spearman の順位相関係数
 p値が0.05以下のものはなかった

ら0.2と低値を示していた。項目は「神経質でない」が相関係数0.4の正の相関を示し、患者・看護師群の認知の傾向が似ていた。「落ち込みがない」、「心配がない」、「幸福感・満足感がある」が正の相関を示し、負の相関を示した項目が認められなかったが、全体的に患者・看護師群の認知に類似性があるとはいえない。

考察

本研究において、「ADLが高い」、「自覚症状がない」などの身体的状態に関する生活の質の認知は、共通していることが示唆された。Zhaoら⁸⁾は婦人科系癌患者と看護師のQOLの認知を比較した結果、機能面や症状面に関しては、認知が一致していたが、役割面、感情面、社会面は認知の相違を示したと報告している。本研究においても、患者はターミナル期であり、自覚症状を訴える患者が大半を占め、自覚症状の認知が看護師からも視覚的に容易であるため、身体的状態に関しては、同様の結果が得られ、患者・看護師とも低値という点が、共通していたと推察される。「医療スタッフとの関係に満足している」、「医療スタッフ・家族との話し合いができていく」、「不安・動揺がない」という項目に関して、PCU患者は、生活の質を看護師と比較し、高く認知しているという相

違が示唆された。患者・看護師間の生活の質の認知に相違が生じた患者側の要因として、PCU患者は、病名告知を全員が受け、罹患年数が1年以上の人が大半を占め、PCU入院に関して自己決定しており、病状についても大半が十分把握し、病気を受け止めていることが、精神的安定性の維持に影響していると推察される。上野¹⁵⁾は患者は医療スタッフに対して気を遣って、感情を抑制したり、本心を隠す傾向があると述べており、本研究においても、患者自身が思いを表出すること、すなわち自己開示が十分できていないことが、影響を与えたとと思われる。一方看護師側の要因として、恒藤ら⁷⁾は終末期患者の心理は刻々と変化し、一日のうちでも症状や気分の変動があり、QOL評価が困難であると述べ、患者の短期間の心理的変動を看護師が捉えることが困難であったことが影響していると考えられる。Leinonenら¹⁶⁾、McCauleyら¹⁷⁾は患者・看護師群の認知は、患者の認知が看護師と比較して高く、看護師のアセスメントはネガティブであると述べ、看護師が患者と比較し、得点を低く見積もる傾向を示唆し、本研究でも同様の傾向が示されたと推察される。本研究におけるPCU看護師は、患者の生活の質の身体面を認識することはできているが、不安やストレスを感じているなど精神的安定性の認知に患者との相違があるという特徴が明らかになった。また、患者がPCU入

院や治療方法などを自己決定するようになり, 生活の質の認知が以前と比較し, 高くなっているが, 看護師が従来どおり, ターミナル期患者の生活の質は低いという認識であることが, 患者の生活の質の認知とそれに対する看護師の認知の相違を生じさせたと推察できる。

文献

- 1) 水口公信, 下山直人(1990) 痛みを持つ末期癌患者のQuality of life に関する研究. 癌生時研誌, 10(1): 63-66.
- 2) Cohen SR., Mount BM(1992) Quality of Life in Terminal Illness: Defining and Measuring Subjective Well-being in the Dying. Journal of Palliative Care, 8(3): 40-45.
- 3) 江向洋子, 谷口治子, 佐々木久美子(1993) 癌末期患者のQOLへの援助. 看護展望, 18(4): 96-104.
- 4) 水野道代, 佐藤禮子(1995) がん患者の終末期における経験とその意味の研究. 日本がん看護学会誌, 9(1): 27-36.
- 5) 射場典子, 川越博美(2000) わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題. 看護研究, 33(4): 261-271.
- 6) 松岡寿夫(1992) デス・エデュケーション: 患者の生命の尊厳と医療者の働き. 医学書院.
- 7) 恒藤暁, 柏木哲夫(1993) ターミナルケアと末期がん患者のQOL. ころの科学, 49: 66-69.
- 8) Zhao H, Kanda K, Liu SJ(2003) Evaluating of quality of life in Chinese patients with gynecological cancer: assessments by patients and nurses. International Journal of Nursing Practice, 9(1): 40-48.
- 9) Hovi SL., Lauri S(1985) Patients' and nurses' assessment of cancer pain. European Journal of Cancer Care, 8(4): 213-219.
- 10) Bowman JM(1994) Perception of surgical pain by nurses and patients. Clinical Nursing Research, 3(1): 69-76.
- 11) Haas BK(1999) Clarification and Integration of Similar Quality of life Concepts. Image, 31(3): 215-220.
- 12) Oleson M(1990) Subjectively Perceived Quality of Life. IMAGE, 22(3): 187-191.
- 13) Eguchi K, Fukutani M, Tajima K, Tanaka Y(1992) Feasibility Study on Quality-of-life Questionnaires for Patients with Advanced Lung Cancer. Jpn J Clin Oncol, 22: 185-193.
- 14) 中山健夫(2002) 主観的良好状態評価一覽(General well-being schedule: GWBS)日本語版の開発. 厚生指標, 49(3): 8-11.
- 15) 上野徳美(1999) ナースをサポートするケアのための心理学. 北大路書房, 61.
- 16) Leinonen T, Leino-Kilpi H(2003) Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. Applied nursing Research, 16(1): 29-37.
- 17) McCaulay KM., Lowery BJ(1992) A comparison of patient/nurse perceptions about current and future recovery status. Clinical Nurse Specialist, 8(3): 148-152.