

原著

がん告知を受けた高齢患者の家族内の相互関係プロセス 周手術期の4家族の質的分析

Intrafamily Interaction Process of Aged Patients' Family after being told Truth as to Diagnosis of Cancer
- A Qualitative Analysis of 4 Families at Pre and Post Surgical Period -

川上 陽子*¹ Yoko Kawakami, 大町 弥生*² Yayoi Ohmachi

Abstract The purpose of this study was to clarify the intrafamily interaction process among Japanese families with an aged cancer patient who was told truth as to the diagnosis of cancer and had surgery. To gather data, participant observation and interview were conducted with 4 families (4 patients and 18 families members). All data were tape recorded and transcribed verbatim. The data were analyzed using grounded theory method.

Findings revealed that there were three stages in the intrafamily interaction process: 1) at the first stage, family was shocked and distressed by diagnosis of cancer, however, they tried to accept realities, 2) at the second stage, family confirmed each other's roles. As a consequence, 3) at the third stage, family was closely united again to solve problems.

This study is only the beginning of the efforts to uncover the intrafamily interaction process of family with aged cancer patients. Future studies are necessary to illuminate the factors that facilitate the intrafamily process of aged cancer patients who undergo surgery.

要 旨 本研究の目的は、がん告知を受け手術を体験する高齢患者の家族内の相互関係プロセスを明らかにすることである。面接をともなった参加観察によって、4家族(患者4名・家族員18名)からデータを得た。面接内容は録音し逐語録に起こし、Grounded theory approachを用いて分析を行った。結果、家族内の相互関係プロセスには3つの段階が認められた。第1の段階では、【がん・手術に苦悩し受容の努力】をし、第2の段階では、【役割の確認】をする。そして第3の段階では、【家族として再結束】する。この研究は、高齢がん患者の家族内の相互関係プロセスを明らかにするための端緒であり、今後、手術を受ける高齢がん患者の家族内の相互関係プロセスを促進させる要因を明らかにする必要がある。

キーワード Information as to Diagnosis, Pre and Post Surgical Period, Aged Cancer Patient, Family, Interaction.

告知, 周手術期, 高齢がん患者, 家族, 相互関係

*1 滋賀医科大学看護学科, Shiga University of Medical Science, 連絡先: 〒520 2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
Tel: 077 548 2443, E-mail: kawakami@belle.shiga-med.ac.jp

*2 滋賀医科大学看護学科, Shiga University of Medical Science
受付: 2003年9月24日, 受理: 2003年12月9日

はじめに

近年の医療技術や設備の進歩により、高齢者への手術は増加傾向にあり、手術成績は年々向上してきている(平島, 1999)。手術に関する自己決定には、十分な説明が必要不可欠である。しかし、説明する側の医師は、患者が高齢である場合、家族員に重大な決断を迫る傾向がある(青木, 浅井, & 福井, 1999)。青木ら(1999)はその理由として、高齢者が、理解力や判断能力に欠けていること、自己決定や情報開示を希望していないことを挙げている。また他の文献では、医師がインフォームド・コンセントにおいて家族員を不可欠な存在として考える理由は、患者のことを一番良く知っており、一番よく考えているのは家族員以外にいないというイメージを持っていることであると述べられている(宮地, 1995; 川上 & 大町, 2002)。宮地(1995)、中島(2001)によると、欧米の医師が医師と患者との間の情報伝達過程から家族員を排除しようとするのに比べ、日本の医師は患者と家族員の価値観が異なりうることはほとんど考慮に入れていない。

インフォームド・コンセントにおいて、家族員を不可欠な存在としている要因は医師側のみでなく患者側にもあり、高齢になるほど、がんの治療方針の最終決定を家族員に任せると答える患者の割合が多いという報告もある(久田, 岡崎, 甲斐, 野村, 佐伯, & 坂田, 1996; 江村, 白浜, 薬師寺, 三好, 中本, 他, 2001)。家族員が意思決定を迫られる内容は、がんの治療方針の決定のみでなく、**がん**と診断された時、誰に真実を告げ誰に告げないでおくか(稲葉, 2003)、入院中誰が家庭生活をマネジメントしていくか(野嶋, 2003)、退院後に介護が必要になる場合の役割分担など多くの問題を含む(長戸, 1999)。しかし、家族員を意思決定代行者としてみることは、現在の家族内における価値観の多様化によって多くの問題を含み始めている(岩井, 1999)。

以上の背景より、高齢者ががん罹患したり手術を受けたりするとき、看護師は患者と家族員との関係性を考慮して支援していく必要があるといえる。

Giacgiunta(1977)は、がん患者の家族がたどる心理的变化には、絶望、孤立、不安、引きこもる、無力感という一連のプロセスがあると述べている。しかし、手術を受ける高齢がん患者へのインフォームド・コンセントや告知に関する問題、手術という体験によって起こる危機状況について、患者と家族員の相互関係から研究したものは国内では見当たらない(Gray, Fitch, & Phillips, 1999; Phillips, Gray, & Fitch, 2000)。そこで本研究は、がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族内の相互関係の様相と変化のプロセスを明らかにし、そのような対象者に必要な看護を提供するための示唆を得ることを目的とした。

用語の操作定義

【家族】がん罹患したり手術を受けたりするような健康問題を抱えた時、患者はその健康問題を克服していく過程における意思決定を、家族員との相互関係をもとに行っていると考えられる。また同様に家族員も、患者の健康問題において意思決定が必要になる時、患者との相互関係をもとに行っていることが推察される。このように家族内では、患者と家族員が互いの意思決定に働きを及ぼし合いながら問題を克服していき続けていると考えられるが、そのような働きを及ぼし合うのは、家族形態が多様化している現代においては同居家族内に限らない。そこで本研究では、“家族”を、相互に情緒的に巻き込まれ、地理的に近くで生活をしているふたり以上の構成員からなる集団(Friedman, 1986/1993)と定義する。なお、日常使用される“家族”という語は、個々人を指す場合も集団をさす場合もある(森岡 & 望月, 1997)。本研究では両者の区別を明確にするために、何らかの集団性を想定する場合には“家族”と表現し、家族内の個人をさす場合には“家族員”と表現することとする。さらに論述上、入院中の個人については“患者”という用語を用い、その他の家族成員についてのみ“家族員”という用語を用いることとする。

【相互関係】Blumer(1969/2001)が、「人間の結びつきとは、ひとつの動的な過程であって、そこでは

参加者各人は、お互いの行為に注目し、それを判定し合っている。各人は、他者との関連で、自分の行為を組織立てる。」(p.145)と述べているように、患者と家族員は、お互いの行為に関心を寄せ、それをもとに判断し、自分の行為を選択していると考えられる。そこで本研究では、“相互関係”を、自分が相手を何度となく考慮し、かつ、相手も自分を同じように考慮し、それをもとに家族員は各々の行為を選択していくかわりと定義する。

【告知】告知という表現は、地位が上の人から下の人に向かって何かを知らせるというようなニュアンスを含んでいる(左近司,2002)という指摘がある。さらに季羽(1995)は、告知という表現よりも、“truth-telling”という表現の方が相応しいと述べている。またがん患者に対する告知には、病名告知、病状告知、予後告知などの様々な意味があるといわれている(中村 & 吉田,1998)。そこで本研究では、“告知”を、病名、病状、予後などの様々な健康問題に関する情報について真実を告げ続けることと定義する。

【高齢がん患者】いわゆる“がん”は、医学用語では悪性上皮性腫瘍を指す(Stedman,1938/1998)。しかし一般的には“がん”という語は、上皮性のみでなく、非上皮性も含めた悪性腫瘍全般を表現する語である。また、先進諸国では一般に、65歳以上を高齢者とするのが多く、我が国でも同様の区分で国勢調査が行われており、社会保険制度の取り扱い基準となっている(厚生省,2000)。そこで“高齢がん患者”とは、65歳以上の悪性腫瘍患者と定義する。

研究方法

本研究では質的記述的研究方法を用いた。高齢がん患者と家族員の相互関係は、彼ら自身の認識に基づいて保たれているので、研究者によってコントロールされた研究デザインでは十分に理解し得ないのでこのテーマに接近するには、質的記述的研究方法を用いることが相応しいと考えた。

研究参加者

研究参加者は以下の条件を満たす患者と家族員とした。

- 1) A大学病院に入院中の65歳以上の患者で、がんの治療のための手術を受ける(またはその予定である)者であること。
- 2) 患者に家族員の面会があること。
- 3) 患者と家族員にがんの病名告知がされていること、または告知予定であること。
- 4) 本研究の趣旨を説明し、参加の同意が得られた者であること。

データ収集方法と場所

非構成的参加観察と面接を併せ用いて、平成13年6月18日から8月24日の間に、A大学病院の外科病棟で収集した。また、看護記録・カルテからも情報を得た。

1) 参加観察

質的研究における参加観察は、ある場面にひたることに長い時間をかけ、その文化の中に暮らすように参加することで、その文化や下位文化についてより詳しい知識を生み出すというメリットをもたらす(Holloway & Wheeler,1996/2000)。本研究においてもそのような参加観察のメリットを求め、できる限りの時間を費やした。しかし、研究参加者への負担に対する考慮と、研究者の能力の限界から、参加観察を行う場面は主に、(1)告知場面、(2)患者と家族員の面会場面、(3)研究参加者と医療者のコミュニケーションの場面とした。観察内容よりフィールドノートを作成した。観察者は程度の差はあれ、観察の場で研究参加者との相互作用をもつことになる。そして、この相互作用は研究参加者の行為を変化させる可能性をもっている(Polit & Hungler,1987/1994)。本研究では研究参加者に観察者であることを明らかにし、研究目的についても知らせる方法を選択した。それは、倫理面への配慮と、隠蔽した場合よりも得られるデータの質と量が充実すると考えたからである。また、医療環境の一部であるA大学病院の看護スタッフの存在と、研究者の存在を、研究参加者に

混同されないことを願い、A病院の看護スタッフとは違う種類の白衣を着用した。

2) 非構成的面接

面接の内容は、がんや手術に関する思い、家族に対する思いを中心に研究参加者に自由に語ってもらい、承認を得た上で録音し、逐語録におこした。また、面接中の研究参加者の表情・身振り・態度・声の大きさ、沈黙時間、研究者が受けた印象もメモとして書き留め、データとして用いた。

データ分析方法

GlaserとStrauss(1967/1996)のGrounded theory approachをもとに行った。Grounded theory approachは高度に体系化された研究方法で、複雑な社会現象や心理現象の理解を深める解釈理論を生み出すことを目的とする。またこの方法はこれまでほとんど研究が行われていない領域で多大な貢献ができる(Chenitz & Swanson, 1986/1992)。本研究ではがん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族内の相互関係という複雑な現象を扱うことと、これに関連のある変数がまだ確認されていないことより、Grounded theory approachが適していると考え、この方法をもとに以下の手順で分析した。

1) コード化：得られたデータから、がん告知を受け手術を体験する高齢患者と家族員の相互関係に関して、意味解釈ができる最小の単位を抜き出し、それらを意味解釈し、ラベルで表した。

2) カテゴリ化：コードを1つ1つ比較し、それがどのように分類できるかを推定した。そして、導き出されたカテゴリの諸特性について明らかにした。

3) 複数のカテゴリとそれらの諸特性の統合：明らかになりつつある作業仮説を用いて、カテゴリとそれらの諸特性を結びつける作業を行った。

以上の3つの段階は分析終了まで繰り返し、各段階において絶えず比較を行った。

結果の信頼性および妥当性

データの信頼性を確保するために、観察と印象からのデータは直ちに書き留め、そこから想起される

情報について、できる限り時間をあけないで、より詳しいフィールドノートを作成するよう努めた。データの分析については、研究参加者に面接した内容や出来上がりつつあるカテゴリについて再確認していくことで妥当性を確保した。老年看護学と家族看護学の専門家より適宜スーパーバイズも受けた。

倫理的配慮

平成13年5月21日に滋賀医科大学倫理委員会で本研究の内容について承認を得た上で、研究参加者に対して研究趣意書を書面にして説明し、署名をもって同意を得た。また、面接内容の録音は研究参加者の許可を得て行い、許可が得られない場合にはメモをとる許可を得た。

結果

研究参加者の特性(表1)

研究参加者は高齢がん患者4名とその家族員18名であり、患者は全て男性であった。患者の平均年齢は70.5歳(67~77歳)で、全員が職業を持っており、仕事や日常生活に対する体力を維持していた。がんの進行度については、早期がんが3名(No.1, No.2, No.3)、進行がんが1名(No.4)であった。またがんの部位別にみると、胃がんが3名(No.1, No.2, No.4)、大腸がんが1名(No.3)と、全員が消化器のがんであり、自覚症状は全くなかった。4家族とも同居家族に妻を含んでいた。

患者を含む家族内の相互関係の様相(表2)

全データを707の切片に分けコード化した。それらを2段階で抽象度を上げ、23の下位カテゴリ、7の中位カテゴリ、3の上位カテゴリが抽出された。第1の上位カテゴリは【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】であり、2の中位カテゴリから、第2の上位カテゴリは【役割の確認をする】であり、3の中位カテゴリから、第3の上位カテゴリは【家族として再結束する】であり、2の中位カテゴリから構成された。カテゴリは、【 】()の順で下位と

表 1 . 研究参加者の特性

I D	年齢	性別	患 者		家 族 員	
			職 業	病 名	同居：続柄(年齢)	別居：続柄(年齢)
No.1	77歳	男性	自 営 業 (すし店)	早期胃がん	妻 (75) 二女(48)	長女 (50) 婿養子(53) 孫 (27) 兄 (80代)
No.2	70歳	男性	自 営 業 (木工業)	早期胃がん	妻 (65) 長女(43)	二女 (30代) 三女 (30代) 弟 (50)
No.3	68歳	男性	自 営 業 (電気店)	早期大腸がん (上顎がんの既往あり)	妻 (68)	
No.4	67歳	男性	鉄 筋 工	進行胃がん	妻 (60代) 長男(30代) 嫁 (30代)	長女 (30代) 姪 (30代) 姪の夫(30代)

表 2 . 患者を含む家族内の相互関係の様相

- 【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】
 - 〔個人として苦悩し受容の努力をする〕
 - がんという病気そのものによって苦悩する患者と家族員
 - 手術侵襲そのものによって苦悩する患者と家族員
 - 諦める患者と家族員
 - 楽観的になろうとする家族員
 - 納得への努力をする患者と家族員
 - 〔家族として苦悩し受容の努力をする〕
 - お互いを心配して苦悩する患者と家族員
 - 隠し事に伴い苦悩する家族員
 - お互いを思いやり苦悩する患者と家族員
 - 正面から受けとめようとする患者
 - 患者の力を信頼しようとする家族員
 - 家族員との関係から手術を了解する患者
- 【役割の確認をする】
 - 〔自分の人生を振り返る〕
 - 人生の回顧
 - 経験を積み重ねた誇り
 - 高齢であることに対する自覚
 - 〔相手の存在を再確認する〕
 - 相手の存在を再確認する患者と家族員
 - 家族内の関係を振り返る患者と家族員
 - 〔自分の役割を振り返る〕
 - 自分の役割を自覚する患者と家族員
- 【家族として再結束する】
 - 〔適応のために役割を変容させる〕
 - 受療状況下における新しい役割を獲得する患者と家族員
 - 家族内における個人としての役割を変容させる患者と家族員
 - 集団としての役割を変容させる家族
 - 〔家族としての力を強化する〕
 - 役割意識を強化させる患者と家族員
 - 相手に対する役割行動を強化させる患者と家族員
 - 集団としての役割を強化させる家族

【 】は上位カテゴリ、〔 〕は中位カテゴリ、 は下位カテゴリを示す

なるように示した。

がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族の再結束へのプロセス (図1)

がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族内の相互関係の変化には、初めに、【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】段階がある。これは、患者が、がん・手術という出来事に直面し、患者だけではなく家族員もその出来事に向い合うことになる段階である。そしてこの段階では、“個人としての向い合い”だけでなく、“家族としての向い合い”が同時に起こっている。〔個人として苦悩し受容の努力をする〕ことは、〔自分の人生を振り返る〕ことを促進し、〔家族として苦悩し受容の努力をする〕ことは、〔相手の存在を再確認する〕ことを促進する。そして、人生への振り返りや相手の存在の再確認から、〔自分の役割を振り返る〕。これらの“振り返り”が、

【役割の確認をする】という次の段階である。役割の確認により、家族は〔適応のために役割を変容させる〕ことを行い、〔家族としての力を強化する〕。これが、【家族として再結束する】という最終段階である。

1) 【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】

(1) 〔個人として苦悩し受容の努力をする〕

この中位カテゴリは、がん・手術という出来事に直面した時、患者と家族員がそれぞれに“個人として”精神的に苦しんだり悩んだりし、その後、その出来事に向い合っていることを説明するもので、5つの下位カテゴリから構成されている。

- ・手術前日。医師から、術中病理検査のことについて説明を受け、「その結果によっては手術の後に何らかの治療を追加で行わないといけなことがあります。」と説明される。「ふーん、そんなややこしい病気なのか

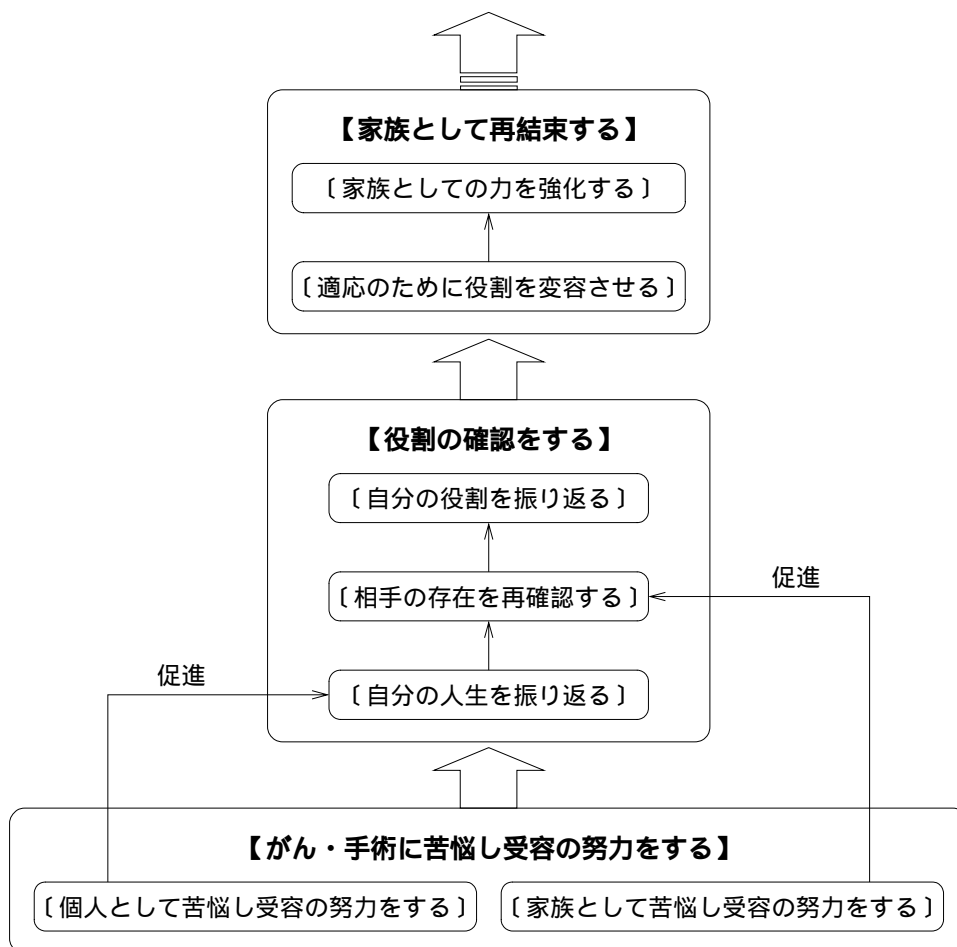


図1 . がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族の再結束へのプロセス

一。切れれば治ると思っていたのに....。(今までより真剣な表情)(No 4 患者)」

- ・「去年どうもなかったのに、今年もはや、『2 cmになっている』と言われた。ちょっとびっくりしました。そうこうしてるうちに、こないだの写真では、『もう3 cm』と言われましたわね。そんなに早く大きくなるものなのかしら?と思いました。怖い病気ですね本当に。(No 2 家族員)」
- ・「(病名を聞いての)ショックはあるね。やっぱりなあというような嫌な気持ちもあるよ。だけど、そんなこと言っても仕方ないもんだから。これは、神や仏が与えた試練だと考えてね(小さく笑う) えらそうにね。泣いてもわめいてもしょうがないんだもんね。(No 3 患者)」
- ・「あの...正直言ってね、主人ががんになったことは、しょうがないと思っています。末期だと言っても十分長生きされる人もいるし、あっという間に逝く人もいるしね。だから、そういうことはあんまり気にもしていないし、その人の生まれながらに与えられた寿命というものがあると思うから。(No 4 家族員)」

(2)【家族として苦悩し受容の努力をする】

この中位カテゴリは、がん・手術という出来事に直面した時、患者と家族員が、“個人として”だけではなく、“家族として”も向い合っていることを説明するもので、6つの下位カテゴリから構成されている。

- ・「(自分ががんになったことで)家族の者が倒れるわね。うちの家内なんか足が悪いでしょ?だからあまり間に合わないけれど、裏方に回って頑張ってくれている。(中略)単なる胃潰瘍だったなら食事療法で対処できるけれど、悪性だということで、えらい、うちの中がびっくり返ったわ。(No 1 患者)」
- ・W医師が家族員に、患者に告知するか否かを尋ねる。「できれば、本人の希望を落とさないように、『早期である』ということと、『潰瘍と並んで小さいのがある』という形で言っていたらとありがたいですね。(No 1 家族員)」
- ・「(手術に関して)治療して1年でも2年でも長く生

きられれば多少の役に立つだろうと。迷惑になるかもしれないな(笑う)。まあ、家族の者も、『できるだけ長生きしろ』と言うので、時間や金がかかっても何とかしようという覚悟で入院してきた。(No 3 患者)」

このように家族内では、相互に思いやる関係があることから高まる心配や不安も存在し、またその現実を受容しようとする努力も説明された。

診断されてから間もない時期には、がんの進行度について患者に告げていないことから、

- ・「本人に伏せていこうと決めているわけではないのですが、本人が『切ったら治る』と言っているの、黙認して、『あっそうだね』って答えているだけで、後のことは何も言ってません...。確かに後ろめたいような.....。どうしたらいいのかわかりません。(以後沈黙)(No 4 家族員)」

というように、隠し事に伴い苦悩する家族員の姿も浮き彫りとなった。

2)【役割の確認をする】

(1)【自分の人生を振り返る】

この中位カテゴリは、患者がそれまでの自分の人生や生活を振り返り、がんや手術を乗り越えるための準備をしている段階を説明するもので、3の下位カテゴリから構成される。

- ・「(営業上で業者などへの謝罪が必要になった場合には)わしが動かないといけない。わしは年長者だしね。うちの婿と孫は若いので、すぐカーッと。あれが一番いけない。だから揉め事があると、何事でもわしが飛んで行って和やかに対応する。やっぱりわしらはいろんな場を踏んできているから。(No 1 患者)」

(2)【相手の存在を再確認する】

この中位カテゴリは、患者や家族員が、自分のとるべき役割を把握し、相手に対して何ができるかを推し測る段階を説明するもので、2つの下位カテゴ

りから構成される。

- ・患者が病院の正面玄関まで妻を迎えに行ったがすれ違ってしまった、病室での面会場面。「あれ、来ていたのか。すれ違ったのだな。そろそろ来る頃だと思って、下を通るだろと思って、下で待っていた。大事な母ちゃんだでな、出迎えてやろうと思ったのに(笑う)。(No3患者)」
- ・「主人は昔、毎日のようにマージャンをやっつてね、どこからともなくいつものメンバーが集まって、マージャンが始まって遅くまで続くのね。人を集める性格をしているのね。それで、翌朝仕事の時間になると、ぱっと起きて仕事にね。そういうところがえらいわなあ。(No3家族員)」
- ・「嫁としてこの家に入って、まだ数年なのですけど、この家は、あまり深刻に物事を考えずに前向きに考えるのです。義父が(病院から外泊で)帰って来て皆で食卓を囲んだときも、『俺の香典、みんな出せよ』と言って(小さく笑う)。がんになって暗い雰囲気になったというのではなく、いいよ、がんなんて採ってしまえば何とかなるといふ思いがある家族なのです。(No4家族員)」

(3) [自分の役割を振り返る]

この中位カテゴリは、患者や家族員が、[相手の存在の再確認]をもとに、自分のとるべき役割について、今までの生活を顧みている段階を説明するもので、1の下位カテゴリから構成される。

- ・「(妻は)脊髄がだんだん細くなっているとのことで、足がしびれる。だから妻が『美容院へ行きたい』と言う時は、近いのだけれども、『車に乗せて行ってあげる』と言って送って行くんだわ。で、終わったらまた迎えに行く。(No1患者)」
- ・「何しろ僕たちは商売が上手くいくことが第一だから、僕は、商売を上手くやるということが、この家を継いでいくということだと思ってるんです。(No1家族員)」

3)【家族として再結束する】

(1) [適応のために役割を変容させる]

この中位カテゴリは、患者や家族員が、今の状況に適応するために、これまでの役割を変容させている段階を説明するもので、3つの下位カテゴリから構成される。

- ・「(手術を受ける決心に関連して)まあ、僕が急にコロっと逝っても、そこそこ今日明日に困るってこともないんだしね。もう、40歳まで育てているのだしね、まあ責任を果たしたから。これを期に親業は終了だわ。(No3患者)」
- ・「(患者が入院した時に、自営のすし店について)婿に、『今度はあんたが中心だからしっかりしてね』と私、言っているのですけどね。本人(患者)も『(婿たちに)代を移さないといけない』と言いながらも、ついつい引きずってしまっただけね。もうこれ(入院)で機会ができたから引き継ぐのじゃないかと思うのだけれども。(No1家族員)」

(2) [家族としての力を強化する]

この中位カテゴリは、がん・手術の出来事によって、家族内でさらにお互いを思いやり、凝集し、力を強化していることを説明するもので、3の下位カテゴリから構成される。

- ・退院の準備を終えた患者に付き添う家族員はいない。看護師から「大丈夫ですか?」と尋ねられる場面。「うん、家すぐそこだもの。荷物も大方の物は昨日までに持って帰ってもらっているし。仕事上の妻に迷惑はかけられないからね。入院中はさんざん迷惑かけたけど、タクシー拾ってすぐだし大丈夫だよ。(No3患者)」
- ・「患者が家族員に対し、『病院に来なくていい』と言うことについて』あのね、それは私が忙しいから気を遣っているんだろうと思うんです。午前中は私、もう忙しくて手が離せないんです。で、午後からちょっと手が空く。だからいつもその時間に病院の公衆電話から電話をかけてくれるんです。『いつでも電話してきていいよ』って本人には言っているんですけどね、迷惑

をかけたくないのでしょうか。だから、本人の気持ちに甘えて、店のことを優先してやらせてもらっています。(No 1 家族員) 」

考 察

【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】段階

1) [家族として苦悩し受容する] 段階

がん罹患し、手術を受けることになった現実に対し、“がんという病気そのものから受ける苦悩”や“手術侵襲そのものに関する苦悩”は予測される精神的苦悩であり、これらは患者と家族員両者に共通して表れていた。しかし、がんや手術に対する苦悩はこれだけではなく、患者と家族員には、“お互いを心配することから生じる苦悩”もある。「心配」とは、心にかけて思い煩うという意味のほか、相手に対し心を配って世話をするような心遣い、配慮という意味も含まれる。患者は“家族員を配慮する気持ち”を、家族員は、“患者を配慮する気持ち”や“隠し事に伴う苦悩”をもっていた。また、これらの苦悩に対し患者と家族員は、個人としての努力はもちろんのこと、患者は家族員からの支えを感じ取り、家族員は患者の力を信じることにより、受容への努力をしていた。

2) がん・手術の意味を解釈する段階

本研究の結果より、研究参加者にとって、「がん」の解釈過程と、「手術」の解釈過程は別のものであることが明らかとなった。がんについては、

- ・「(自分ががんになったことで) 家族の者が倒れるわね。(中略) 単なる胃潰瘍だったなら食事療法で対処できるけれど、悪性だというので、えらい、うちの中がひっくり返ったわ。(No 1 患者)」
- ・「そんなに早く大きくなるものなのかしら? と思いました。怖い病気ですね本当に。(No 2 家族員)」
と語られた。手術については、
- ・「病気しての一番の心配は、手術をしたらしばらく動けなくなるということだわな。私はいいけども、(一緒

に自営業をしている) 弟には生活がかかるとるでねえ。子供が2人いますので。(No 2 患者)」

- ・「こんな大手術を2回もやるなんて思ってもみなかった。(前の手術の時は) 1ヶ月ぐらい食べられなかった。手術後も出血だの何だので声も出なかったから、話もできなくて。本人はそれは大変だったと思う。(No 3 家族員)」

と語られた。また、以下のようにがんと手術の解釈過程の違いを語る研究参加者もあった。

- ・(患者が医師からがん告知を受けた後、患者と何を話したについて)「先生にちゃんとしてもらってるから特には何も話し合いのようなものはしていません。本人も、がんだったからどうしようという心配はそれほどないみたいで。ただ、何回も、『手術する。手術する。』と言ってましたわね。手術の後、どうなるのかなあという心配があったのでしょうか。がんに対しては、手術してもらえば絶対に治るから大丈夫という気が強くあるみたいで、そちらに対しては納得しているみたいです。(No 1 家族員)」

これらのデータから、研究参加者にとって「がん」は目に見えないものごとであるのに対し、「手術」は現実のものごとであると考えられる。これは、4人の患者が全て消化器のがんであったことと、がんによる自覚症状は全くなかったことが関係していることも考えられるが、研究参加者にとっては、明らかに、「がん」のもつ意味と、「手術」のもつ意味は違っていった。この結果より、周手術期のがん患者への精神的看護の重要性が示唆された。すなわち、「がんの受容」イコール「手術の了解」と捉えることはできないため、患者のがんに対する認識、手術に対する認識については、それぞれに対する注意深いアセスメントが求められる。

【役割を確認する】段階

1) [自分の人生を振り返る] 段階

[自分の人生を振り返る] には、人生の回顧 経

験を積み重ねた誇り 高齢であることに対する自覚が含まれていた。患者は、がんにかかったことや手術を受けることをきっかけに、今までの長い人生を回顧したり、今までの豊富な経験を自負したり、自分の年齢を実感したりしていた。Erikson(1988/1997)は、老年期の発達課題を、人生の統合と述べている。自分の人生を振り返ることは、人生の統合への手がかりとなり、課題達成につながると考える。またBlumer(1969/2001)によると、人は自分自身とも相互作用できる存在であり、自己との相互作用とは基本的には自分自身に対して指示を行う過程である。患者はがん・手術に対する“個人としての向合い”によって、自分自身への振り返りを指示し、人生の統合を促進する結果になったと考える。さらに高齢者では振り返るべき人生や生活が多岐にわたるため、この振り返りが持つ意味は大きいといえる。

【家族として再結束する】段階

1)〔適応のために役割を変容させる〕ことの意味
がん罹患したこと、手術を受けることをきっかけに、4名の高齢患者が社会の第一線から退く準備を始めていた。

- ・「仕事(木工業)は一応これからも続けるけれど、弟が中心になってやっていってくれるだろう。仕事が山ほどあるといえばあるけれど、自営だからね。体調が悪ければ半分にしておいたり、4分の1にしておいたり、自由にできるから。それでも今まではちょっと無理して多めに仕事を引き受けていたけれど、これからは断わっていくことも考えていかなければと思っている。(No.2患者)」
- ・自営している電気店の営業状況について患者が妻に尋ねる場面。お客さんのクーラーの修理方法について、しばらく2人は話し合っていたが、最後には本人も妻も、「息子に任せておたら良いことだ。」と話した。(No.3患者)
- ・「夫は単身赴任をしてみましたから、切りのいいところまで仕事を終わらせて戻ってきて、それから入院しました。現在休職中です。本人は退院したら仕事に戻る

つもりでいるみたいだけれど、家族は無理だと思っています。これから本人ともじっくり話し合っていきたいと思います。(No.4家族員)」

高齢になっても社会的活動を続けたほうが良いか、それとも徐々に引退した方が良いかについては論争がある(藤田,2000)。しかし、重要な点は、社会的活動を維持するにしても引退するにしても、その決定に高齢者自身が参加しているかどうかということである。本研究の高齢患者が、がん・手術を通して、世代交代に対しても正面から向き合うことができたのは、家族内での良好な相互関係と、高齢者の適応性・目的に対する実行力によって、高齢者自身も決定に参加していたからであると考えられる。社会からの離脱は、それが自発的に行われたかどうかの問題である。もしこの離脱が、年をとっているからという理由で外から強制的にされたものであれば自尊心は傷つき、生きる意欲は低下する(藤田,2000)。今回の高齢患者は、世代交代について自己決定するきっかけとして、がんや手術という出来事をとらえ、位置付けていたと考える。そして、家族員は、高齢患者が主体的に世代交代について意思決定できるよう支えている姿が浮き彫りとなった。

2)〔家族としての力を強化する〕段階

今回の研究参加者においては、がん・手術という出来事によって、最終的には以前よりも力強い結束力を持つことになった。Hill(1958)は、家族内の一員が重篤な病気に罹患した危機的状況においては、(1)患者が通常の役割をどの程度続行できるのか、(2)その家族にとって損失する家族役割がどの程度大切なものかという2つの要因によって、家族役割の変化の範囲が決定されると述べている。研究参加者は、がん・手術に対処するために、今までの家族内役割の確認を通して、役割を変容させたり強化させたりして危機を乗り越えて適応していた。すなわち、続行できる役割の範囲や程度、損失する役割の重要性を検討し、家族内役割のバランスを保とうとする力が発揮できると考えられた。

結 論

がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族内の相互関係の様相とプロセスを分析した結果、家族内には、まず、【がん・手術に苦悩し受容の努力をする】、次に【役割の確認をする】、最終的に【家族として再結束する】というプロセスがあることが明らかとなった。この結果は、がん告知を受け手術を体験する高齢患者を含む家族を看護することの質の向上に寄与するものと考えられる。

研究の限界として、今回の研究参加者である患者が全て男性であり、高齢でありながらも職業を持っていたという点で、我が国の一般的な高齢者を代表しているとは言いがたい。そして4家族という限られた研究参加者数からの限界も否めない。しかし、高齢で職業を持っている、がん告知を受け手術を体験する男性高齢者という領域での代表性は確認されたと言える。今後は、女性高齢患者の研究参加を求めて、男性高齢患者を含む家族内の相互関係との異なりを明らかにしていきたいと考える。

謝 辞

本研究にあたり、自分自身や大切な家族員が、がん罹患し手術を受けることになるという大変な出来事の中で、快く研究の趣旨に同意して下さいました研究参加者の方々に心より御礼申し上げます。そして、本研究の動機に賛同し、貴重な場を快く提供して下さいただでなく、多くの貴重な情報も提供して下さいました、坂文種報徳会病院の山田静子看護部長はじめ看護師の皆様、松本純夫病院はじめ医師の皆様に感謝いたします。

なお本論文は、平成13年度滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻の修士論文の一部に加筆修正を行ったものであり、この要旨は第28回日本看護研究学会学術集会(2002年,神奈川県)で報告している。

文 献

- 青木則明, 浅井 篤, & 福井次矢 (1999). 決定科学の考え方とインフォームド・コンセント. 折茂肇編, *新老年学*. 東京大学出版会, pp.359-366.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. 後藤将之訳.(2001). シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法. 勁草書房.
- Chenitz, WC. & Swanson, JM. (1986). *From Practice to Grounded Theory*. 樋口康子 & 稲岡文昭訳.(1992). グラウンデッド・セオリー 看護の質的研究のために. 医学書院.
- 江村 正, 白浜雅司, 薬師寺聡美, 三好紀子, 中本浩史, 石井賢治, 大西弘高, 山田雅彦, 山城清二, & 小泉俊三.(2001). 佐賀医科大学総合診療部を受診した患者の癌告知に関する希望の調査. *プライマリ・ケア*, 24(2), 138-143.
- Erikson, EH., Erikson, JM., & Kivnick, HQ. (1988). *Vital involvement in old age*. 朝長正徳 & 朝長梨枝子訳 (1997). *老年期 いきいきしたかわりあい*. みすず書房.
- Friedman, MM. (1986). *FAMILY NURSING: Theory and Assessment*. 野嶋佐由美, 菊井和子, 岸田佐智, 小迫富美恵, 中野綾美, 長戸和子, 畦地博子, & 下村美佳子訳.(1993). *家族看護 理論とアセスメント*. へるす出版.
- 藤田綾子.(2000). *高齢者と適応*. ナカニシヤ出版.
- Giacquinta, B. (1977). Helping Families face the Crisis of Cancer. *American Journal of Nursing*, 77(10), 120-124.
- Glaser, BG. & Strauss, AL. (1967). *The Discovery of Grounded Theory-Strategies for Qualitative Research*. 後藤 隆, 大出春江, & 水野節夫訳.(1996). *データ対話型理論の発見 調査からいかに理論をうみだすか*. 新曜社.
- Gray, RE., Fitch, MI., & Phillips, C. (1999). Presurgery experiences of prostate cancer patients and their spouses. *Cancer Practice*, 7(3), 130-135.

- Hill, R. (1958). Social stresses on the family. *Social Casework*, 39, 142.
- 平島得路.(1999).適応拡大傾向にある高齢者の手術. *看護技術*, 45(16), 10-11.
- 久田 満,岡崎伸生,甲斐一郎,野村 和,佐伯英行,&坂田安之輔.(1996).がん医療におけるインフォームド・コンセントに対する外来患者の意識. *日本癌治療学会誌*, 31(3), 171-185.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. 野口美和子訳.(2000). *ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで*. 医学書院.
- 稲葉一人.(2003).がんのインフォームド・コンセントにおける法と倫理. *ターミナルケア*, 13(3), 178-185.
- 岩井益美.(1999).がん告知の問題点 看護の立場より. *成人病*, 39(1), 25-26.
- 川上陽子 & 大町弥生(2003).高齢がん患者への病名告知に関する医師と看護師の認識. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 1(1), 38-45.
- 季羽倭文子.(1995).Truth telling. *ターミナルケア*, 5(3), 173-176.
- 厚生省.(2000). *厚生白書 新しい高齢者像を求めて 21世紀の高齢社会を迎えるにあたって平成12年版*. ぎょうせい.
- 宮地尚子.(1995).医療における真実告知と家族 日米医師の比較調査より. *日本医事新報*, 3737, 28-32.
- 森岡清美 & 望月 嵩.(1997). *新しい家族社会学*. 四訂版, 培風館.
- 中村めぐみ & 吉田智美.(1998). *最新がん看護の知識と技術*. 日本看護協会出版会.
- 中島 弘.(2001).バイオエシックスのグローバル化 21世紀の医療のために日本の現状を考える. *日医雑誌*, 127, 233-240.
- 長戸和子.(1999).家族の意思決定 臨床看護, 25(12), 1788-1793.
- 野嶋佐由美.(2003).家族の意思決定を支える看護のあり方. *家族看護*, 1(1), 28-35.
- Phillips, C., Gray, RE., & Fitch, MI. (2000). Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. *Cancer Practice*, 8(4), 165-171.
- Polit, DF. & Hungler, BP. (1987). *NURSING RESEARCH-Principles and Methods*. 近藤潤子訳.(1994). *看護研究 原理と方法*. 医学書院.
- 左近司光明.(2002).ほすぴすだより. <http://tsuboi-hp.or.jp/index.html>
- 佐藤武男(1999).これからの癌告知法. *成人病*, 39(1), 29-32.
- Stedman, TL. (1938). *Stedman's medical dictionary*. ナース版ステッドマン医学辞典編集委員会訳.(1998). *ナース版ステッドマン医学辞典: 英和・和英*. メジカルビュー社.