

主 論 文

C型慢性肝炎患者のQOL向上を目指した看護面接の試み

—インターフェロン療法開始から3ヵ月までの検討—

平成19年度

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻博士課程後期

濱田 佳代子

目次

I. 序論	1
1. 背景	1
2. 先行研究の概要	2
3. 目的	4
4. 概念枠組み	4
5. 研究の構成	6
6. 用語の定義	6
文献	
II. 看護面接案の作成	10
1. 看護面接の目標	10
2. 展開と留意点	10
3. 時期・回数・所要時間・場所	12
文献	
III. 方法	17
1. 対象者	17
2. 対象施設	18
3. 調査期間	18
4. 調査方法	19
5. 倫理的配慮	21
6. 分析方法	22
文献	
IV. 結果	25
1. 研究参加状況	25
2. 対象者の概要	25
3. 看護面接の概要	29
4. 面接群と非面接群間の QOL 変化の比較	31
5. 面接過程における患者心理の質的分析	49
V. 考察	66
1. 看護面接が患者の QOL に及ぼす影響	66
2. 看護面接を通してみえる患者の心理変化とその影響要因	69
3. 治療継続中の患者に対する看護面接の機能	70
文献	
VI. 終論	74
1. IFN 療法受療患者に対する外来における看護面接試案	74
2. 研究の限界と課題	79
3. 結論	79
文献	

謝 辞

資 料

1. 序論

1. 背景

厚生労働省の推計によれば、2000年時点における日本のC型肝炎ウイルス（hepatitis C virus：HCV）持続感染者は、150万人以上にのぼる¹⁾。

C型肝炎は、血液を介して感染するウイルス性肝炎の一種で、HCVに感染した者の約70%が慢性肝炎に移行し²⁾、放置しておくとも10年から30年の間に肝硬変へ進行して肝細胞癌に至る³⁾。C型慢性肝炎の治療には、HCV排除目的のインターフェロン（Interferon：IFN）療法が推奨されている。しかし、わが国のC型慢性肝炎患者（以下、患者と略記）の多くは、IFN抵抗性のHCV遺伝子型（1b型）である⁴⁾。その場合には、IFN療法によるHCVの完全排除は困難でも⁵⁾、疾患の進行を遅らせる等の効果が期待されている。

IFN療法では、多様な副作用症状が発現する⁶⁻¹⁰⁾。発現頻度の高い症状としては、発熱・関節痛・倦怠感等のインフルエンザ様症状がある。注意すべき症状の一つとして精神症状がある。最も多い精神症状は抑うつで¹¹⁾、抑うつ傾向やその他の副作用症状の程度がひどい時には治療を中断することもある¹²⁾。このように様々な副作用症状は、多大な苦痛を患者にもたらし、仕事や家事等の日常的活動を制限して、患者の生活の質（Quality of Life：QOL）を著しく低下させている。

QOLの定義は、実はまだ完成されていない¹³⁾が、健康状態についての患者の主観的評価は大切である。そこで、医療介入や疾患で変化する要素に限定した患者の健康に関するQOLとして、身体的・心理的・社会的側面における健康状態についての個人の主観的評価を表す健康関連QOL（Health-Related Quality of Life：HRQOL）が開発された¹⁴⁾。

欧米では、IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者のHRQOLに関する報告が数多く存在する。IFN療法受療患者のHRQOLの推移は、治療開始後1～3ヵ月に一時的低下を示した後、徐々に改善し、6ヵ月間もしくは1年間の治療を終了した時点から終了後3ヵ月までには回復する¹⁵⁻¹⁷⁾と言われる一方で、治療中患者のHRQOLは変化しない¹⁸⁾とも言われている。また、患者のHRQOLにIFNの治療効果が影響を与えるとの報告¹⁵⁻¹⁹⁾、C型慢性肝炎に罹患していることでHRQOLが低下する^{20,21)}こと、そもそもC型慢性肝炎と診断されること自体がHRQOLに影響を与えるとの指摘²²⁾、IFN療法を受療していない患者にも抑うつや不安が多く認められる²³⁾等の報告がある。

わが国では、IFN療法受療患者のHRQOLの推移に関する報告は少なく²⁴⁻²⁸⁾、HRQOLの変化の特徴は十分把握されていない。その中に、副作用症状の発現頻度が多くなるほどHRQOLは低下するとの指摘²⁷⁾や、副作用症状の他にも、緊張・不安等、疾患や治療に伴う様々な否定的感情による影響を患者のHRQOLは受けるとの報告²⁸⁾がある。患者は、自分の疾患が慢性的経過を辿ることや、肝硬変や肝細胞癌へ進展する可能性があること知り、大きな不安や脅威を抱いている。そのうえ前述のように、わが国での患者の多くはIFN療法による完治が望めぬことから、将来に対する不安を抱える等、患者は様々な否定的感情に傾き易いと考えられる。C型慢性肝炎と診断されることに伴う心理的反応では、IFN療法受療前までに再適応するものの、患者の多くが否認・抑うつ・怒り・依存反応等の悲嘆反応を経験し、また、IFN療法に対する期待と副作用症状への不安が混在した心理状態にある²⁹⁾。

厚生労働省による C 型肝炎等緊急総合対策の推進により、C 型肝炎に関する情報は国民に普及しつつある。しかし、現在もなお、C 型肝炎に関する基本的知識が必ずしも国民に十分知られていないために、感染者が社会や職場等で不当な差別を受けること、また、疾患の進行に対して必要以上に不安になること等の問題が指摘されている³⁰⁾。厚生労働省は、今後、感染者に対する保健指導を充実させる基本方針を示している。残念なことに、基本方針には、IFN 療法受療患者への心理・教育的援助の方針は示されておらず、それらの方針は各施設の診療・看護組織に任されており、標準化された援助プログラムが無いのが実状である。

医療施設における在院日数の短縮化によって、入院は短期間で集中的なものとなった。このことは、患者への心理・教育的援助を、入院中のみならず、外来における患者と接する時間を効果的に活用し、一層進めるべきであることを意味していると考えられる。近年、外来化学療法を導入する病院が急増しているが、患者個々の状態に応じた指導・相談を行えるケアシステムが十分整っておらず、患者の安全・安心を保障するケアの標準化を図る教育プログラムの必要性が指摘されている³¹⁾。患者の治療継続を援助する上で、外来看護は重要な役割を担っている。IFN 療法受療患者に対する外来看護活動の一例として、問診票、自己管理日誌、体調チェックシート等と称される、施設ごとに作成された記録用紙を使って、患者が自己の体調をセルフ・モニタリングし、記録をつけていくことによって、自分自身の行動を認識し行動を変えていく方法に気付くよう、患者の意欲と行動を維持するための援助を実施している報告³²⁻³⁴⁾がある。患者がセルフケア能力を養うことは、QOL を向上させることにもなると考えられるが、そのような看護援助の効果はこれまでのところ実証されておらず、患者の QOL への看護援助による影響を客観的に評価した報告はない。また、IFN 療法受療中の患者に対する退院後における心理・教育的援助プログラムの実施報告は見当たらない。

IFN 療法受療患者の場合、通常の世界生活を営むことが可能とされているが、患者が自らの症状を適切に軽減したり、習慣化された行動を変更したりすることは容易ではない。疾患や治療に伴う患者の多様な心理的反応が、その人の QOL に影響を及ぼし、特に、不安等の否定的感情を伴う体験は QOL を低下させる方向へ働くと考えられる。患者は、治療中に生じる不安への心理的援助を医療者に求めており³⁵⁾、看護師には患者を励まし支える役割を期待している³⁶⁾。看護師は、患者が健康上の不安や悩みをいつでも安心して相談でき、自由に感情を表出できる環境を提供すると共に、患者が疾患や治療について学んだり効果的な対処方法を身につけたりすることができるよう、患者に積極的な学習の機会を提供する活動を行う必要があると筆者は考える。すなわち、看護師には、状況によって変化する患者の健康に関するニーズや苦痛・負担等の問題を把握し、患者との信頼関係を築きながら、患者が自らの問題に対して十分に情報を得た上で意思決定できるやり方でセルフケアを促せるよう、支持的・教育的役割を果たせる能力が求められていると考える。

2. 先行研究の概要

筆者はこれまでに、わが国において IFN 療法を受療している C 型慢性肝炎患者の HRQOL の変化と、患者の QOL 向上の観点から看護援助を行う上での課題を明らかにした²⁶⁻²⁸⁾。す

なわち、患者の QOL 向上のためには、C 型慢性肝炎が癌に至る慢性疾患であることから、心の健康状態への影響が長期にわたる可能性や心理的变化に注意し、診断後からの継続的援助が重要であると考えた。そして、IFN 療法受療中の患者においては、副作用症状の発現は避けられないことから、副作用症状への対処法教育の検討や、治療に伴う不安の軽減、治療意欲の継続、生活調整等の心理・社会的側面への援助の検討が必要であると考えた。しかし、わが国における患者の心理状態や対処を多数例調査した報告^{29,35)}は少なく、治療を完遂するまでの患者の心理変化や対処の特徴は明らかにされていなかった。

そこで筆者は、看護師が患者の療養体験に伴う心理への理解を深め、上記の課題に取り組むために予備的調査を行った。その結果、患者の療養体験に伴う心理的变化において、異なる二つの特徴を認めた（以下、結果の記述において【 】は抽出された要素を示す）。一つは、治したい一心から信頼できる医師に命を託し、【受療の肯定的価値】を見出し、治療上の困難に【対処できる自信】を持って、病気との折り合いをつけ社会的役割を果たしながら前向きに生きることを基本姿勢としていた心理状態である。この特徴を有する患者に認められた【受療の肯定的価値】【対処できる自信】の 2 要素は、効果的対処の促進に関与していたことから、患者の治療継続意志を支える要素と考えられた。もう一つは、難治性という疾患に対する否定的イメージが強く、治療効果への疑念や将来に対する不安等の様々な否定的感情が鬱積し、セルフ・コントロールが困難な状態にあった心理状態である。そのため、この特徴を有する患者は、【医療者とのコミュニケーションによる安心感】【医療者からの情報提供による安心感】、治療の辛さを共感できる【患者同士の交流】を求め、社会的支援をその人なりに模索していた。これらの心理状態の特徴から、患者は治療過程において、不安等の否定的感情を伴いやすい時期や状況があり、状況によって変化する患者のニーズを充足させるためには、患者が自由に感情を表出でき、患者が自身の健康上の不安を気軽に相談したり病状を確認したりできるコミュニケーションを増やすことが必要であること、そして、それによって患者は不安や苦悩から解放され、安心して治療を継続でき、QOL が向上する可能性が示唆された³⁷⁾。

看護師は、一般に、患者との信頼関係を築きながら、患者のニーズを把握する目的で、患者と直接顔をあわせ、一定の目的をもって互いに話し合い、情報を交換したり、意志や感情を伝えたり、相談したりしながら、患者の問題を解決している。こうした意図的なコミュニケーションを通じて相手を理解する方法を面接という。看護師が患者に対して行う面接には、①情報収集、②情報提供または共有、③感情表現を助ける、④患者のニーズ・目標の確認と明確化、⑤指導、⑥カウンセリング、の 5 つの方法がある³⁸⁾。カウンセリングとは、「言語的および非言語的コミュニケーションを通して、相手の行動の変容を援助する人間関係である」と定義され、人を理解しようとする態度そのものであり、行動の変容を目指す人間関係である³⁹⁾。カウンセリング技法を用いた傾聴、受容、共感、支持等の基本的態度は、患者との信頼関係の形成や患者の意思決定を支援する効果を高めることから、看護師はこのような態度を身につけた上で、目的に応じて種々の面接方法を活用し援助することが大切と思われる。このような看護活動の一環としての面接を、Bermosk ら⁴⁰⁾は『Interviewing in Nursing (看護面接の理論)』において看護面接と定義している。つまり、看護面接とは、「基本的には、看護婦と患者、家族あるいはヘルス・チームとの相互作用における言語的コミュニケーションであり、健康の維持・増進・回復を目的とするもの」

であり、患者の情報を収集し、患者への適切な情報を提供し、患者の行動の変化を期待するものとして捉えている。飯田ら⁴¹⁾は『看護相談・面接』において、看護面接の明確な定義はしていないが、相手に行動の変容を促すためには、看護する人とされる人との間に信頼関係がなければならず、相手の状態を十分把握し、流動的に相手の訴えを十分傾聴し、対応して行くことによって、相手の人間的成長を促すことにつながると述べている。細田⁴²⁾は『臨床看護面接』において、「臨床看護面接は患者と看護者がお互いの人間性と関係を基盤に、いっしょに考えたり情報を交換しあいながら、現状と将来を展望し、病や自己と向き合うと同時に、治癒力や可能性を発見し、希望や生きるエネルギーを培うプロセス」であり、それを必要とする患者とそこに参加する看護師、その時の状況や環境によって、臨床看護面接の機能は個性的・多義的であると述べている。いずれの成書においても、看護面接は、目的を持った活動であること、相互作用が働いていること、相手の人間的成長等の行動の変容を期待していることが共通して述べられている。看護面接は、患者－看護師関係を築く基礎となり、患者が自分の感情や行動に注意を向けることができ、自分の置かれている状況を理解できることで行動の変容の促進に効果的であると共に、看護師が患者のニーズを探り、アセスメントし、明確化された問題の解決に必要な情報提供や説明・指導を看護師としての専門知識を用いて行うことで、患者が安心して治療に取り組み、患者のセルフケアを促す効果が期待できると考えられる。そのような看護師の働きかけが、患者のQOLに良い影響をもたらすのではないかとと思われる。

3. 目的

以上の背景から、本研究の目的は、C型慢性肝炎患者のQOLの維持や向上を目指した外来看護援助のあり方について示唆を得るために、IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者へ外来で看護面接を試み、それが患者のQOLに及ぼす影響を明らかにすることとした。

4. 概念枠組み

前述した予備的調査³⁷⁾と文献^{43,44)}を基に、本研究の概念枠組みを次のように捉えた。

IFN療法受療患者においては、程度に個人差はあれ副作用症状が発現し、多様な症状に伴う不快・苦痛からストレスフルな状況に置かれ易い。これらの不快・苦痛は脅威を与えるものと判断され、これらの不快・苦痛を緩和させる対処を患者がとろうとする。その対処の結果、体調がコントロールされれば改善方向に変化するが、その一方で体調がコントロールされなければ悪化方向に変化するため、より多くの対処努力をするようになる。しかし、ストレスフルな状況の持続は患者の心身を消耗させ、否定的な方向への変化へ傾き易く、QOLを低下させる。このようなストレス・対処のプロセスを経た適応・不適応の結果は、HRQOLによって捉えられると考えた。

ストレスフルな状況に対処するプロセスを評価するための枠組みを提供するトランスアクションル・モデル⁴³⁾によると、ストレス反応は、人と環境の相互作用によって決定される。すなわち、脅威に対する認知と、自分が持っている資源だけで対処可能かどうかの認知が、ストレス反応に影響するという。

ストレスやそれに対処する先行条件には、価値観・信念等の個人の要因と、それを取り巻く社会的支援関係等の環境の要因がある。本研究では、個人の要因としてのセルフ・エフィカシー⁴⁾、環境の要因としての社会的支援や生活習慣、疾患・治療に関連する要因としてのC型慢性肝炎罹患、IFN療法、副作用症状を、先行条件に位置づけた。セルフ・エフィカシーとは、人が何らかの課題を遂行することができるという認識に基づいた確信や自信のことである。Banduraによって提唱された社会的学習理論の中で生まれてきたセルフ・エフィカシーという概念は、慢性疾患患者のセルフケアを促進するための看護援助に活用されている。自信があると感じるほどその人は行動変容に進む傾向があり、学習成果を上げるための有効な特性の一つである。

こうした考えに基づいて、患者のQOLの維持・向上を目指した看護援助として、看護面接を、健康に関連した患者のニーズを充足させるために、疾患や治療に関する適切な認知を促し、感情や考えを表出させて、自己管理上の問題への効果的対処を推進するものと位置づけた(図1)。

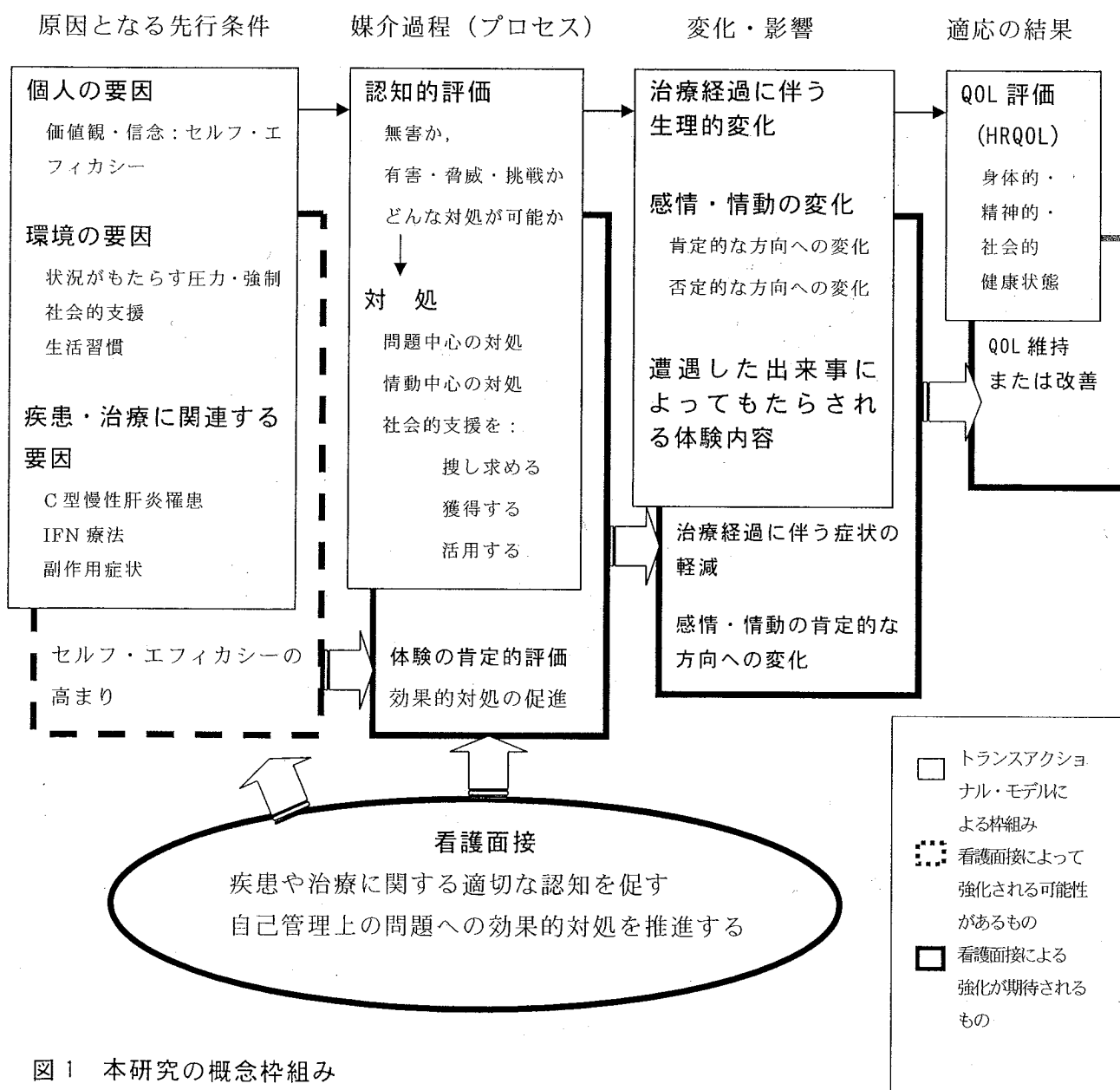


図1 本研究の概念枠組み

5. 研究の構成

本研究は以下のように構成した。

第一段階として、健康に関連した患者のニーズを充足させるために、疾患や治療に関する適切な認知を促し、自己管理に対する問題への効果的対処を推進する看護面接の展開を考案した（Ⅱ章）。

第二段階として、IFN療法受療のために外来通院中のC型慢性肝炎患者に対して、上記試案を用いた看護面接を実施し、看護面接による患者のQOLに対する影響を次の2つの方法で検討した（Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ章）。

1つは、看護面接を実施する患者（面接群）のQOLの推移を、対照群として設定した看護面接を実施せず通常の診療・看護のみを受ける患者（非面接群）のQOLの推移と比較することによって、看護面接が患者のQOLに及ぼす影響を検討した。

もう1つは、面接群を対象に、看護面接を通して収集された会話データから、治療に伴う患者の体験（感情・考え・行動に着目して）を抽出して帰納的に分析することによって、看護面接が患者の心理に及ぼす影響を検討した。

最後に、前述した2つの方法で検討した結果を整理し、IFN療法受療患者に対する看護援助の一方法として、看護面接を導入した外来看護援助のあり方を検討した（Ⅵ章）。

6. 用語の定義

本研究で用いる用語を、以下のように定義した。

1) HRQOL

医療介入や疾患等、健康状態に直接起因する要素に限定された概念であり、身体的・心理的・社会的側面における健康状態についての患者の主観的評価を表す¹³⁾。

2) 看護面接

一般に使われている面接と称される技法を用いて看護を行うことをいう。本研究では、患者のQOLの維持・向上を目指した看護援助として、健康に関連した患者のニーズを充足させ、疾患や治療に関する適切な認知を促すと共に、自己管理上の問題への効果的対処を推進することを目的として、人間関係を基盤に、看護師と患者とが直接顔をあわせ、基本的には言語的コミュニケーションを通して、情報交換、感情の表出、相談等によって、患者の問題解決に取り組む過程と捉えた。本来、看護面接はすべての患者に強制されるべき種類のものではないと思われるが、本研究では、筆者から患者に看護面接への参加を依頼し、参加への同意を得られた全ての患者を対象者とした。したがって、特定の問題を有する患者のみを対象者とした看護面接ではないことから、参加する患者の病態、その時の状況や環境によって、看護面接の機能は個性的・多義的となる。なお、患者が自らの問題について自らの意志で援助を受けに来ることで始まるカウンセリングとは異なり、必要な場合には、看護師としての専門知識を用いて教育・指導を行う点に特徴がある。

文 献

1. 厚生労働省：C型肝炎について（一般的なQ&A）平成18年3月改訂（改訂第6版）. p. 25-26, 2007
2. 日本肝臓学会：慢性肝炎診療マニュアル. p.13, 医学書院, 東京, 2001
3. Kiyosawa K, Sodeyama T, Tanaka E, Gibo Y, Yoshizawa K, Nakano Y, Furuta S, Akahane Y, Nishioka K, Purcell RH, Alter HJ : Interrelationship of blood transfusion, non-A, non-B hepatitis and hepatocellular carcinoma : Analysis by detection of antibody to hepatitis C virus. *Hepatology*, 12(4):671-675, 1990
4. 吉澤浩司, 飯野四郎: 第2版 ウイルス肝炎 診断/予防/治療. p.49, 文光堂, 東京, 2002
5. 考藤達哉: 特集・C型肝炎の最新治療—治療方針のたて方と治療効果— 治療抵抗性であった症例への治療方針と効果. *消化器の臨床*, 8(2):190-197, 2005
6. 林紀夫, 清澤研道: C型肝炎. p.269-280, 医学書院, 東京, 1996
7. 日本肝臓学会: 慢性肝炎診療マニュアル. p.69-75, 医学書院, 東京, 2001
8. 妻神重彦, 日野邦彦, 下田和美, 丹羽寛文: C型慢性肝炎 IFN療法における副反応による治療中止例の臨床統計と分析—自験例および最近報告例を中心に—. *日本臨床*, 52(7):1889-1894, 1994
9. 星野潮, 周防武昭, 川崎寛中: C型慢性肝炎のインターフェロン療法における副作用のアンケート調査. *肝臓*, 36(9):506-510, 1995
10. 飯野四郎, 沖田極, 小俣政男, 熊田博光, 林紀夫, 谷川久一: Genotype1 かつ高ウイルス量のC型慢性肝炎に対するPEG-インターフェロン α -2b とリバビリン 48週併用療法の有効性—インターフェロン α -2b とリバビリン 6ヵ月併用療法との retrospective な比較—. *肝胆膵*, 49(6):1099-1121, 2004
11. 細田眞司, 河野通盛, 熊田博光: 慢性肝炎に対するインターフェロン治療に伴う精神症状. *精神神経学雑誌*, 105(6):768-786, 2003
12. 巴山玉蓮, 古屋洋子, 岡本知子, 畠山義子, 望月美鶴, 小林美雪, 城戸口親史, 前澤美代子, 仲沢富枝, 廣瀬雄一, 榎本信幸, 坂本穰, 星旦二: C型慢性肝炎患者におけるインターフェロン療法の中絶に関連する要因と継続支援. *山梨県立看護大学短期大学部紀要*, 11(2):15-23, 2005
13. Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield PHK, Brenner MH, Flick U (漆崎一朗, 栗原稔監修: QOL—その概念から応用まで. シュプリンガー・フェアラーク東京株式会社, 東京, 1996): *Quality of life and health*. p.1-3, Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, 1995
14. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也: 臨床のためのQOL評価ハンドブック. p.2-7, 医学書院, 東京, 2000
15. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL, The International Hepatitis Interventional Therapy Group : Health-related quality of life in chronic hepatitis C; Impact of disease and treatment response. *Hepatology*, 30(2): 550-555, 1999
16. McHutchison JG, Ware Jr JE, Bayliss MS, Pianko S, Albrecht JK, Cort S, Yang I, Neary MP, The Hepatitis Interventional Therapy Group: The effects of interferon

- alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *J. Hepatol.*, 34(1):140-147, 2001
17. Perrillo R, Rothstein KD, Rubin R, Alam I, Imperial J, Harb J, Hu S, Klaskala W : Comparison of quality of life, work productivity and medical resource utilization of peginterferon alpha 2a vs the combination of interferon alpha 2b plus ribavirin as initial treatment in patients with chronic hepatitis C. *J. of Viral Hepatitis*, 11(2):157-165, 2004
 18. Hunt CM, Dominitz JA, Bute BP, Waters B, Blasi U, Williams DM : Effect of interferon- α treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life. *Digestive Diseases and Sciences*, 42(12):2482-2486, 1997
 19. Bernstein D, Kleinman L, Barker CM, Revicki DA, Green J : Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology*, 35(3):704-708, 2002
 20. Foster GR, Goldin DR, Thomas HC : Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology*, 27(1):209-212, 1998
 21. Bonkovsky HL, Woolley JM, The Consensus Interferon Study Group : Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. *Hepatology*, 29(1):264-270, 1999
 22. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SC, Lanigan A, Crofts N : The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology*, 30(5):1299-1301, 1999
 23. Fontana RJ, Hussain KB, Schwartz SM, Moyer CA, Su GL, Lok ASF : Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. *J. Hepatol.*, 36(3):401-407, 2002
 24. 岡本華枝, 泉明佳, 坂之上律子, 西野謙, 足立会美, 池田英司, 花野伸一, 末廣満彦, 川中美和, 菅原淳, 新山豪一, 戸川三省, 山田剛太郎 : C 型慢性肝炎の PEG-INTERFERON α -2a 単独治療における健康関連 QOL の検討—SF-36 による測定. *肝胆膵*, 50(2):387-394, 2005
 25. 濱田佳代子, 宮腰由紀子, 井上正規, 高橋祥一 : Interferon 療法開始後 3 ヶ月までの C 型慢性肝炎患者の QOL と Self-efficacy. *広島大学保健学ジャーナル*, 4(2):59-66, 2005
 26. 濱田佳代子, 宮腰由紀子, 井上正規 : インターフェロン療法開始後 6 ヶ月までの C 型慢性肝炎患者の健康関連 Quality of Life. *民族衛生*, 73(1):14-30, 2007
 27. 濱田佳代子 : Interferon 治療中における C 型慢性肝炎患者の QOL と Self-efficacy の縦断的研究. *広島大学修士論文*, 2005
 28. 濱田佳代子, 宮腰由紀子, 片岡健, 岡村仁 : C 型慢性肝炎患者の心理状態が Quality of Life に及ぼす影響. *日本看護科学学会第 26 回学術集会講演集*, 468, 2006
 29. 細田眞司 : C 型慢性肝炎に対するインターフェロン治療に伴う精神症状の臨床精神医学的研究. *東京大学博士論文*, 2002
 30. 厚生労働省 : C 型肝炎対策等に関する専門家会議「C 型肝炎対策等の一層の推進につい

て」平成17年8月2日 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/08/h0802-2.html> (平成19年9月30日確認)

31. 日本がん看護学会 診療報酬に結びつくがん看護技術開発検討会(平成17年4月~平成19年3月) 石垣靖子, 濱口恵子, 手島めぐみ, 鈴木久美, 小島操子: わが国の外来化学療法におけるケアシステムおよび看護実践に関する調査研究. 日本がん看護学会誌, 21(2):73-86, 2007
32. 本館教子, 阿久津マリコ, 鈴木征子, 吉川喜美枝, 陣田泰子, 四柳宏, 鈴木通博, 伊東文生: 問診票を用いたC型慢性肝炎患者に対するインターフェロン療法の副作用に関する検討. 聖マリアンナ医科大学雑誌, 32:461-469, 2004
33. 南島奈穂子, 甲斐香織, 田代明美, 許山淳子, 内山道子, 金子美恵子: インターフェロン療法を受ける外来患者の体調チェックシートに関する有効性. 第34回日本看護学会論文集(看護総合), 87-89, 2003
34. 渋谷由紀江, 原田あいこ, 水元陽子, 谷野広美: インターフェロン療法を受けている患者への外来における看護介入の検討—パンフレットと自己管理日誌の作成・使用を試みて—. 第34回日本看護学会論文集(成人看護II), 185-187, 2003
35. 中西純子: C型慢性肝炎でインターフェロン療法に取り組む患者のストレス・コーピング. 看護技術, 39(8):62-68, 1993
36. 平岡敬子, 山内京子, 岩本由美, 高田法子: 慢性肝疾患患者が期待する看護職の役割—インフォームド・コンセントにおける看護職の説明役割の検討—. 日本難病看護学会誌, 7(2):137-142, 2003
37. 濱田佳代子, 宮腰由紀子, 藤井宝恵: C型慢性肝炎で Interferon 再治療を経験する人々の治療継続意志を支える要素. 日本看護研究学会雑誌, 29(3):168, 2006
38. Bermsok LS, Mordan MJ (松野かほる訳: 新版 看護面接の理論. p.40-45, 医学書院, 東京, 1983): Interviewing in nursing. The Macmillan Company, 1964
39. 國分康孝: カウンセリングの理論. p.3-8, 誠信書房, 東京, 1980
40. Bermsok LS, Mordan MJ (松野かほる訳: 新版 看護面接の理論. 医学書院, 東京, 1983): Interviewing in nursing. The Macmillan Company, 1964
41. 飯田澄美子, 見藤隆子: 看護科学へのアプローチ 看護相談・面接. 医歯薬出版, 東京, 1978
42. 細川順子: 臨床看護面接 治癒力の共鳴をめざして. p.180, すびか書房, 埼玉, 2005
43. Lazarus RS, Folkman S (本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. 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, 東京, 1991): Stress, appraisal, and coping. Springer, Publishing Company, New York, 1984
44. Bandura A: Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84:191-215, 1977

II. 看護面接案の作成

看護面接の方法の詳細を検討するにあたり、C型慢性肝炎という慢性疾患を抱える患者への援助であることから、患者のQOLの維持・向上を目指した効果的な援助方法を導き出すための基盤を、慢性疾患管理の看護モデルである軌跡理論の枠組み¹⁾に求めた。Straussらが開発した軌跡理論は、慢性疾患を持つ人々の生活の実態を病者の立場から抽出し発展させたものである。病気の慢性的状態は長い時間をかけて多様に変化していく一つの行路を持ち、その行路は適切に管理することによって方向づけることが可能であるとしている。

また、本研究における看護面接は、患者と看護師との相互関係の中で問題を共有し解決しようとする過程であることから、患者と看護師との人間関係の中に看護独自の機能を見出したPeplawの精神力学的看護理論²⁾が、患者との協力関係を築くために重要であると考えた。Peplawは、人間を不安定な平衡状態にある有機体と捉え、不安を不快感として感じられ体験される未知の危険に対する反応で、しかもその困難に対抗するためにもろもろの資源を動員して人体を武装する反応であると述べている。そして、看護師は、患者が不快感に耐え、不安から生じるエネルギーを、その場における困難を確認し評価することに活用できるように援助する技能を身につけるべきだと主張している。つまり、患者に不安を与える出来事に対する認識を変化させ、効果的対処を推進する関わり方の基盤となると考えた。

以上の考えを基盤とした上で、本研究における看護面接を以下のように考案した。

1. 看護面接の目標

看護面接の目標を、IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者が、治療に伴う体験や思いを看護師へ語ることで、感情や思考を整理でき、情緒が安定すること、また、看護師の援助を受けて、疾患や治療に関する知識を獲得し、様々な問題への効果的対処を行うことで、日常生活に必要な機能を維持しながら、治療を継続することができることとした。

2. 展開と留意点

1) 展開

IFN療法受療中の患者が不安や困難を感じている内容に関する調査結果^{3,4)}と、慢性疾患患者の教育・指導に関する文献⁵⁻⁷⁾を参考に、予測される患者の問題に対応可能な援助展開となるよう考案した。

治療中の患者が感じている不安や困難は主に、肝硬変や肝細胞癌になるのではないかとという予後に対する不安、IFNの治療効果に対する不安、IFNの副作用症状に対する不安、他者への感染に対する不安、疲労による日常生活及び仕事への支障、運動・睡眠・食事等の生活調整困難、社会的な偏見に耐えることや他者に悩みを伝えづらい・相談しづらい等の他者との関係性における困難の問題に整理することができた。疾患は、生活上の様々な欲求の充足や安定を求める活動に苦痛と疲労をもたらすので、そこに不安が生まれ、欲求不満が生じる。さらに、こうした様々な不安や困難が解決されないことで、治療意欲の低下、

治療継続への負担感、生活調整への自信低下等の問題が出現すると予測された。

C型慢性肝炎患者の場合、自覚症状に乏しく、疾患を受容するまでには様々な心理的反応が長期にわたり繰り返し続くため、疾患の受け止め方の患者による個人差が大きいことが考えられる。そこで、疾患の受容は身体的変化が先行し、心理的变化はそれに追従するかたちであらわれるとされる、疾患の受容過程に関する理論⁸⁾を背景とした患者の理解に努めると共に、患者の疾患の受容に影響する要因の把握では、次の視点が必要であると考えた。それらは、その人の健康観、価値観、目標がどのようなものであるか、疾患や治療法についての理解や知識・技術がどの程度なのか、過剰な期待や誤解を生じていないか、疾患によって変化した自分を認めることができるか、ストレスへの対処方法を持っているか否か、家族・職場・友人・同病者の協力と支援がどの程度あるか⁹⁾、等である。

このような、治療中の患者が抱える様々な不安や困難、疾患の受容とその影響要因を考慮した上で、患者が自らの問題を解決するために主体的に取り組めるよう、患者の学習ニーズに応じた展開とするために、Whitman⁵⁾が提示している健康教育内容のリストを参考に具体的援助を考案した。このリストは、7つの教育内容のカテゴリーで構成され、ウェルネス、急性疾患、慢性疾患という3つの健康状態別に健康学習ニーズを示している。7つのカテゴリーとは、「病気のケア」「健康のモニタリング」「事前のガイダンス」「栄養」「運動と休息」「ストレスマネジメント」「安全性」である。これらを参考に、次の6つのテーマを想定した。「病気のケア」に対応するテーマとしては、患者が疾患の病態や治療について学べる内容とするために、①「疾患と治療方法」、②「薬の自己管理」とした。「健康のモニタリング」「事前のガイダンス」に対応するテーマとしては、患者が体験している徴候や症状の意味、あるいは検査、症状への対処について学べる内容とするために、③「副作用症状の早期発見と対処方法」、④「検査結果の読み方」とした。「栄養」「運動と休息」「安全性」「ストレスマネジメント」に対応するテーマとしては、患者が療養生活上必要な管理について学べる内容とするために、⑤「日常生活上の注意（食事、運動・休養、感染予防、アルコール、ストレス対処）」とした。そして、IFNの治療効果や予後等に関連した不確かな要素が多いことから、先行きに対する不安を患者が抱きやすいと予測されることや、治療中の患者が不安や困難を感じている主な内容を踏まえ、⑥「漠然とした不安への対応」を独自に準備し、カウンセリング技法を活用した援助を行い、患者が多種多様な思いを表現できる機会とした。

慢性疾患患者の患者教育においては、行動の変容を促すための基盤づくりに関する支援、次に療養行動への取り組みを開始するための支援、さらにそれを維持・習慣化するための支援という3段階に分類でき、段階をふんだ意図的介入が患者の行動の変容に有効であったことが報告されている⁷⁾。そこで、本研究における看護面接の進め方は、患者との信頼関係を築くための環境を確保した上で、患者の健康状態・生活全般の情報収集を進めながら、患者の自発性を尊重し、患者の関心事に基づいた内容を中心に問題状況改善に向けて話し合うものとした。その際の主な援助方法は、患者の学習を促進する教育媒体としてパンフレットを活用した知識の確認、教育・指導、情報（知識）の提供、社会的資源の活用等の手段的支援と、傾聴・受容・共感・励まし等の情緒的支援を、患者の状態に応じて組み合わせると共に、患者の状態をモニタリングして対応できるようにした。患者の状態に応じた組み合わせは、疾患、治療、生活に関する理解をテーマ別に推察し、患者の認識や感情

を確認した上で、情報が不足しているために患者の理解が不十分と考えられる場合、脅威を与えないよう配慮しつつ必要な情報を提供することとし、説明に対する患者の理解の深まりを確認しながら、患者が自分に起こっている変化を認識し現実に向き合う自信を持って治療継続できるよう励ますものとした。

以上に示した展開をテーマ別に整理し、表 1 に示した。なお、面接者による変動を避けるために、看護師である筆者のみが個別に行うこととした。

2) 留意点

看護面接の展開を実際に行うに当たり、担当医師との間で調整し、下記の点に留意した。

(1) 対象者

看護面接の対象者は、IFN 療法を継続している C 型慢性肝炎患者とし、IFN 療法を中断した患者と、重度の副作用症状の出現が明らかな患者（例えば、うつ病などの精神神経障害等が出現している患者）は除外する。

なお、患者の診察に付き添う家族が面接への同席を希望した場合や、家族の同席による患者への効果（例えば緊張が緩和する等）が考えられる場合には、家族の同席のもとに面接を行う。但し、本研究における面接対象者は、あくまで患者本人のみとする。

(2) 看護面接の開始・中止・終了

IFN 療法開始後 1・2・3 ヶ月の各時期における診察日時は、事前に患者に電話で確認する。患者の体調不良時は、状態に応じて時間を短縮するか、その日の実施を見合わせる。

患者が約束の日時に来院しなかった場合、次回受診日を確認し、受診しなかった理由を適宜確認する。患者の希望によっては、面接の延長や再開に応じることを考慮するが、原則として治療継続期間中に限定し、適切な終了時期を個別に検討する。

(3) 医師との連携体制

患者の状態に関して懸念される状況が生じた場合、倫理的配慮や医師－患者関係への影響を考慮しつつ、患者に断った上で、速やかに医師に報告する。

3. 時期・回数・所要時間・場所

看護面接の実施時期は、IFN 療法の副作用症状の多くが治療開始後 3 ヶ月以内に発現し¹⁰⁾、退院後の自己管理への援助等、看護援助の必要性が高いと考えられることから、治療開始から 3 ヶ月までの期間に看護面接を実施することとした。

看護面接の実施日は、病診連携体制¹¹⁾のもとに治療を行うことを考慮し、面接日を専門医の診察日に合わせることで、面接への参加に対する負担への配慮ができたと思われた。病診連携体制とは、かかりつけ医と肝疾患に関する専門医療機関の連携によって行われる診療体制をいう。患者は、かかりつけ医から紹介を受けた専門医療機関の専門医のもとで入院治療を受け、退院後は専門医療機関の専門医からかかりつけ医へ引き継がれる。かかりつけ医は日常診療を実施し、患者に病状等の変化がある場合には、適宜専門医を紹介するよう求められている。このように、かかりつけ医における治療の継続及び定期的検査と並行して、専門医の月 1 回の診察及び精密検査を受けるのが一般的である。

そこで、患者に対する効果と負担との両側面から検討した結果、IFN 療法開始後 1・2・

3 ヶ月の各時期における定期受診日に、診察前もしくは診察終了後に行うこととした。従って、看護面接は、患者1人につき継続して3回行うこととした。

面接における物理的環境等の諸条件は、看護師と患者との相互作用に影響を及ぼすことから、患者が入院治療を受けた病院内のプライバシーが保てる個室を確保した。その上で、患者の疲労を考慮して、実施所要時間は、1回15分～30分間程度とした。

文 献

1. Corbin J, Dorsett DS, Hawthorne M, Nokes K, Rawnsley M, Smeltzer S, Strauss A, Walker E (黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田穂訳. 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル. 医学書院, 東京, 1995): The chronic illness trajectory framework—The Corbin and Strauss nursing model. Springer Publishing Company, New York, 1992
2. Peplau HE (稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江訳. 人間関係の看護論. 医学書院, 東京, 1973): Interpersonal relations in nursing, G.P. Putnam & Sons, New York, 1952
3. 山中道代, 加藤由佳, 野原雅美, 梅文子, 木保田富美子: IFN療法を受ける慢性C型肝炎患者の日常生活指導の指針—外来治療中の患者が認識する療養上の問題点から—, 第25回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), 14-16, 1994
4. 河合千恵子, 浅野真奈美, 渡辺かおる, 牛丸美喜, 加藤敏子, 山田法子, 加藤玲子: インターフェロン治療患者の過去5年間における退院後のストレスの実態調査. 第28回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), 70-72, 1997
5. Whitman NI, Graham BA, Gleit CJ, Boyd MD (安酸史子監訳. ナースのための患者教育と健康教育. p.121-133, 医学書院, 東京, 1996): Teaching in nursing practice: A professional model. Appleton & Lange, Connecticut, 1992
6. 井上幸子, 平山朝子, 金子道子編: 看護学大系 第12巻 成人の看護 第2版. p.48-67, 日本看護協会出版会, 東京, 1996
7. 岡美智代, 伊波早苗, 滝口成美, 近藤ふさえ, 中野裕子, 神田清子, 患者教育研究会: 行動変容を促す技法とその理論・概念的背景. 看護研究, 36(3):213-223, 2003
8. 外口玉子編: 看護学翻訳論文集2 増補改訂第三版 患者の理解 看護婦—患者関係の展開のなかで. p.43-60, 現代社, 東京, 1981
9. 鈴木志津枝, 藤田佐和編: 成人看護学 慢性期看護論. p.60-61, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005
10. 妻神重彦, 日野邦彦, 下田和美, 丹羽寛文: C型慢性肝炎 IFN療法における副反応による治療中止例の臨床統計と分析—自験例および最近報告例を中心に—. 日本臨床, 52(7):1889-1894, 1994
11. 厚生労働省: 都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン. 全国C型肝炎診療懇談会報告書, 平成19年1月26日
http://www.mhiw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou_09/03.html (平成19年9月9日確認)

表1 看護面接の展開

目標	IFN療法を受療中のC型慢性肝炎患者が、看護師に対して、治療に伴う体験や思いを語ることで、感情や思考を整理できる。また、看護師の援助を受けて、疾患や治療に関する知識を獲得しながら様々な問題への効果的対処を行うと共に、治療を継続することができる。	
テーマ	患者の目標行動	看護師の行動
1. 疾患と治療方法	1) C型慢性肝炎の病態を理解できる。 2) IFN治療の目的及び必要性を理解できる。 3) 1)2)より通院治療を継続できる。	(1) C型慢性肝炎はC型肝炎ウイルス感染により肝臓に障害が起こる病気であり、放置すると肝臓に進行することを、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) IFN療法は原因となっているウイルスの排除および疾患の進行を抑えるための治療であることを、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (3) 通院治療の必要性の認識と通院状況を確認した上で補足説明すると共に、治療継続への工夫を話し合う。
2. 薬の自己管理	1) リバビリン服用の必要性と効果を理解できる。 2) 服薬を指示通り確実に行うことができる。	(1) リバビリンはIFNと併用することによりIFNのC型肝炎ウイルス排除効果を増強する薬で、飲み忘れなく継続して服用する必要性を、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) 確実に服薬を継続するために、生活習慣に応じた服薬時間・方法の工夫について話し合う。
3. 副作用早期発症見のと対処方法	1) 必要な検査を定期的に行うことができる。 2) 副作用症状を理解でき、体温・体重等のセルフチェックにより体調を把握することができる。 3) 体調の変化に気づき、早期に医師または看護師に連絡・相談できる。 4) 症状を軽減させるための安全で効果的な薬の使用方法を理解でき、自分に適した対処方法を実行できる。	(1) 必要な検査を定期的に行っているか確認する。 (2)-1 体温・体重等の必要とされるセルフチェックを行っているか確認する。 (2)-2 必要に応じて副作用症状を説明する。 (3) 体調の変化を感じたら、医師または看護師に連絡・相談するよう促す。 (4) 解熱鎮痛剤等、自己管理による薬の使用について、必要な情報を提供し、症状の程度に応じた適切な使用方法を助言する。その際、生活習慣等を考慮し、患者に合った対処法について話し合う。
4. 検査結果の読み方	1) 検査の目的と必要性を理解できる。 2) 検査結果が示す意味を理解できる。 3) 2)より健康上の注意点を理解した上で、適切な予防行動がとれる。	(1) 病状、治療効果、治療による身体への悪影響の有無を確認するために、定期的に行う検査を受ける必要性を、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) 検査結果（主に肝機能検査、ウイルス検査、血液学的検査）の意味をわかりやすく説明する。 (3) 不明な点について医師または看護師に質問するよう促し、健康上の注意点について話し合う。

テーマ	患者の目標行動	看護師の行動
5. 日常生活上の注意	<p>1) バランスのとれた食事の必要性を理解し、摂取できる。</p> <p>2) 運動・休養の必要性を理解でき、疲労の蓄積や過労を避け、十分な睡眠・休養がとれる。</p> <p>3) 日常生活における感染予防のための注意点を理解でき、適切な感染予防行動がとれる。</p> <p>4) アルコールが病気や治療に及ぼす影響を理解でき、治療中禁酒を継続できる。</p> <p>5) ストレスが健康に悪影響を及ぼすことを理解でき、ストレスを蓄積しないよう自分に適した解消法を実行できる。</p>	<p>(1) 食欲がない場合は食べやすい食品を中心に摂取するよう促し、肝臓に負担をかけないようにバランスのとれた食事について話し合う。</p> <p>(2) 運動不足は肥満や生活習慣病等、健康に悪影響を及ぼすことから、ストレス解消や規則的な生活習慣確立のために適度な運動の有効性を説明する。また、疲労の蓄積や過労は肝臓に負担をかけ、健康に悪影響を及ぼすことから、睡眠・休養を十分とることによって疲労を回復させる必要性を説明し、患者の生活習慣を考慮して運動・休養を生活に取り入れられるよう話し合う。</p> <p>(3) C型肝炎ウイルスは血液を介して感染することから、他者に感染させないように、日常生活における注意点を説明する。</p> <p>(4) 治療中禁酒を継続できるよう、アルコールが病期を進展させる危険因子として働くことや治療効果の判定に影響を及ぼすことを説明する。</p> <p>(5) ストレスは体調変化の原因となることや抵抗力の低下につながることを説明する。また、ストレスを蓄積しないようにするために、患者に適したストレス解消法について話し合う。</p>
6. 漠然とした不安への対応	<p>1) 自身の感情や思いを言語化できる。</p> <p>2) 1)より自身の感情・思考を整理できる。</p>	<p>(1) 患者が自由に感情や考えを言語化できるよう傾聴的態度で接する。</p> <p>(2)-1 患者の気持ちを受け止め、共感し、支持することで、患者が感情や思考を整理できるよう促す。</p> <p>(2)-2 疾患・治療・副作用症状等への誤った認知や知識不足から生じた不安等の否定的反応に対し、十分に説明し理解を促すことで、情緒の安定や認識の変化を図る。</p> <p><具体例></p> <p>病気に対する不安（治るのか、癌にならないか、悪い病気ではないか、人に嫌がられないか等）に対しては、なぜそのように思うのかを尋ね、思いを十分受け止めた上で、テーマ1の記載内容を説明する。</p> <p>治療に対する不安（治療期間はどのくらいか、治療効果が出ているか等）に対しては、標準的治療法を説明し、ウイルス遺伝子型・量等によって治療期間、治療効果に個人差があることを説明する。</p> <p>副作用に対する不安（いつまで症状が続くのか、いつ頃どんな症状が出るのか、うつ病にならないか、悪化しないか等）に対しては、副作用の出現には個人差があり、苦痛を我慢し治療の継続が困難にならぬよう、早めの相談が悪化防止につながることを説明する。</p>

進め方

(1) 健康状態、生活全般の情報収集をする。その際、患者の認識や感情をありのまま受け止め、傾聴的態度で接する。特に初回面接では、患者の緊張を緩和し、患者と看護師間の信頼関係を確立する素地の形成に努める。2回目の面接以降は、患者の健康状態・生活全般の把握内容について前回と比較して変化がないかを確認する。

主な把握内容

- ①受療中の治療内容 ②副作用症状の有無や程度 ③日常生活動作・障害の程度
- ④症状への対処 ⑤生活習慣 ⑥病気・健康・治療に関する認識や感情
- ⑦治療・生活上の不安や悩み

- (2) 面接によって得られた情報を基に、患者の体調を把握し、患者に確認をとりながら進める。
- (3) 患者が生活上困難に感じている症状、患者が最も関心のある話題等、現時点で優先的に解決すべき問題について、必要な情報収集を進める。
- (4) 客観的情報が不足している場合、必要に応じて検査データや測定値の提供を患者に求める。
- (5) 患者が実行している対処方法を評価し、問題があればその解決に向けた具体目標を設定できるよう、患者の意思決定を支援する。あるいは、看護師が患者の意向を踏まえながら問題解決に向けた具体目標を提案し、患者と共に協力して推進する。
- (6) 問題解決のために患者に必要な自己管理について、必要性を説明し、患者がそれを理解でき、その理解に従って適切な行動がとれることを推進する。
- (7) 患者の問題に対する認識・関心・意欲を適宜判断し、患者の意向を確認しながら具体目標に関する意思決定を支援する。その際、将来設計、生き甲斐、希望などについても確認しつつ、患者の感情を明確にする。情報が不足しているために患者の理解が不十分と考えられる場合、必要な情報を提供する。そして、患者の問題に対する認識・関心・意欲に変化がない、あるいは問題を避けていると考えられる場合も、今後の変化を期待して、感情を明確にすることを繰り返す。
- (8) 患者が関心を示す問題以外にも、面接によって得られた情報を基に、患者が治療と社会生活との両立を継続する上で生じ易い困難が予測される場合、脅威を与えないよう配慮しつつ患者に注意を促す。
- (9) 面接によって得られた情報のうち、患者が医師へ直接伝える必要のある事項を簡潔に整理し、診察時に伝えるよう患者に促すことで、異常の早期発見・対応につなげる。
- (10) 患者が自分に起こっている変化を認識し現実に向き合う自信を持って治療継続できるよう励ます。
- (11) 患者からの質問に対し、その場で即答困難な場合は、確認後改めて応じる旨を説明し、速やかに回答する。

III. 方法

II章で詳述した、IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者への看護面接を試み、それによる有用性を検討するために、患者のQOLの推移を分析し、看護面接を実施した患者のQOLに対する影響を考察する。そのため、以下のような方法で研究を実施した。

IFN療法受療中の患者に対して、退院後、外来において看護師である筆者が看護面接を個別・継続的に実施し（面接群）、IFN治療前から経時的データ収集を行う時系列設計とした。そして、看護面接の有用性を検討するために、面接群に対する比較対照群として通常の診療・看護のみを受ける患者（非面接群）を設定し、面接群同様に経時的データ収集を行った。

1. 対象者

1) 選択条件

対象者の選択にあたっては、次の条件とした。

(1) 適格条件

某市内の病院に入院し、IFN療法を受療したC型慢性肝炎患者（成人）で、通常の会話及び自記式質問紙への回答が可能で、調査協力に同意を得られた者とした。

(2) 除外条件

上記の条件を満たす患者のうち、調査期間中にIFN療法を中断した者及び調査協力への同意を取り消した者とした。

2) 対象者の決定

担当医師に調査対象者の紹介を依頼し、既述の選択基準を満たす患者を調査対象候補者として選択して頂いた。そして、担当医師が候補者に筆者を紹介後、筆者が候補者に口頭及び文書で研究の趣旨を説明し、協力を得られた候補者を調査対象者とした。なお、調査対象候補者への調査協力依頼時期は、原則的に入院後からIFN治療開始前までの入院期間中とした。

3) 標本の大きさの推定

2つの集団の平均値の差を検定する場合、必要とされる標本の大きさを次の推定式¹⁾により求めた。

$$n = (a+b)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / (m_1 - m_2)^2$$

n：それぞれの集団から抽出する標本数

a：正規分布の両側が α （危険率，有意水準）である点

$$\alpha = 0.05 \text{ のとき } a = 1.96$$

b：正規分布の片側が $1 - \beta$ （検出力，統計学的パワー）である点

$$\beta = 0.1 \text{ のとき } b = 1.28 \quad \beta = 0.2 \text{ のとき } b = 0.84$$

σ_1, σ_2 ：予測される標本分散（標準偏差）

m_1, m_2 ：予測される標本平均

先行研究のほぼ平均値である $\sigma_1=20$, $\sigma_2=25$, $m_1=75$, $m_2=55$ を投入

$$n = (1.96 + 1.28)^2 (20^2 + 25^2) / (75 - 55)^2 = 26.9001$$

$$n = (1.96 + 0.84)^2 (20^2 + 25^2) / (75 - 55)^2 = 20.09$$

従って、検出力を 90% とすると、それぞれ 27 人以上のデータを測定すれば有意差を証明することができ、検出力を 80% とすると、それぞれ 20 人以上のデータを測定すれば有意差を証明することができると推測した。

2. 対象施設

某市がある某県では全国に先駆け、肝炎治療支援ネットワークが始動している。この組織は、検診後のフォロー体制が立ち遅れている現状に対し、検診で感染がわかった人々が安心して適切な診療を受けられる体制づくりを狙いとし、感染者に対する健康管理や適切な医療提供体制づくりを目的としたものである。ネットワークでは、かかりつけ医と専門医の連携を重視している。検診で見つかった感染者の初診や日常の経過観察・治療は地域のかかりつけ医が担当し、定期的な精密検査や専門治療はかかりつけ医の紹介により、肝臓専門医のいる二次医療機関が受け持つという役割分担を明確にしている。この体制により、IFN 療法が必要な患者はかかりつけ医から専門医に紹介され、専門医療機関に入院し受療する。したがって、本研究では、IFN 療法を受療する C 型慢性肝炎患者が多く入院する専門医療機関を選択したいと考えた。季節変化による偏りをできるだけ避け、一定の時期に対象者数を効率よく確保するために、複数の専門医療機関を対象とした。その場合、データの均一性に問題が生じないように診断、治療方針が統一された病院を選択することが選定基準として重要と考えた。

この条件に該当する専門医療機関として、某市内にある病床数 700 床以上の病院である A 病院、B 病院の 2 つの病院を選定した。両病院とも肝臓専門医を有し、日本肝臓学会または日本消化器病学会専門医制度による認定施設でもある。A 病院および B 病院の主任医師は、患者に対する治療等の説明に関する文書やパンフレットを共同作成し、統一された書面を用いてインフォームド・コンセントを行っており、治療・診療方針および対応方針について、定期的に情報交換や検討を重ねている医師グループである。そこで、特定の患者にのみ新たなサービスが提供されることへの悪影響を考慮し、1 つの病院に同時期に入院する対象者を振り分けず、同期間に 2 群を比較できるデザインを展開するために、A 病院から面接群の対象者を、B 病院から非面接群の対象者を調査対象候補者として選択することとした。但し、B 病院が満床の場合、B 病院の専門医が C・D 病院の専門医に患者を紹介し、C・D 病院において治療を行っていたことから、C・D 病院への紹介患者も調査対象候補者とした。

3. 調査期間（データ収集期間）

調査協力依頼期間は、平成 19 年 1 月 12 日から同年 5 月 28 日までで、データ収集は、平成 19 年 1 月 12 日から同年 8 月 31 日までの期間に行った。

なお、看護面接の実施は、平成19年2月9日から同年8月29日までの期間に行った。

4. 調査方法（データ収集方法）

看護面接の実施時期は、治療開始後1・2・3カ月の各時期に、対象者1人につき継続して3回行った。看護面接による対象者のQOLへの影響の検討手段には、自記式質問紙を用いて、治療開始後1・2・3カ月の各時期に評価した（図2）。

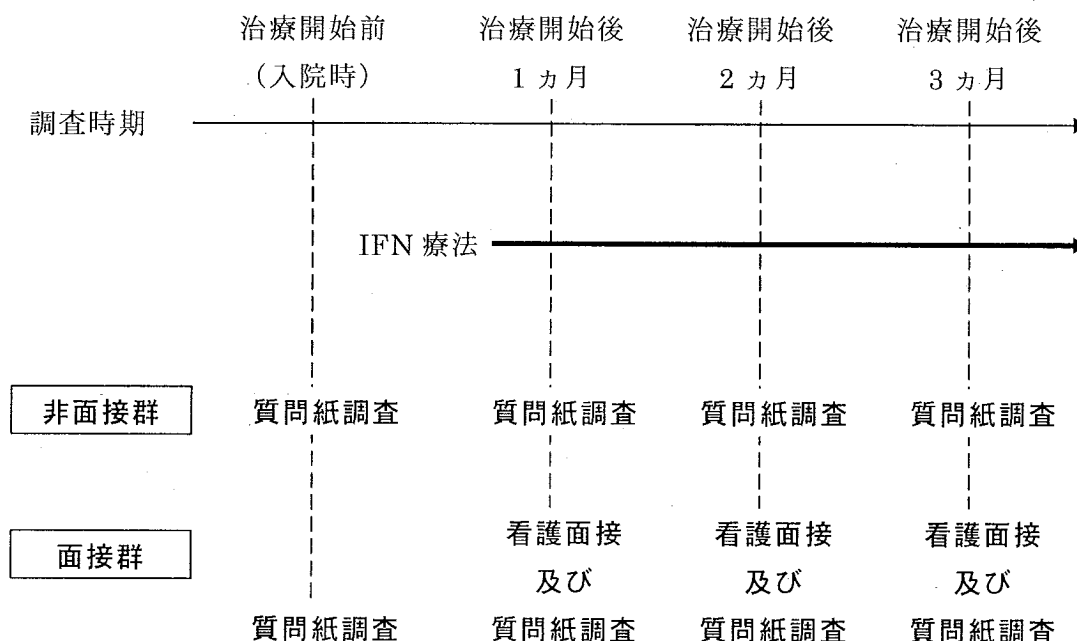


図2 治療と看護面接および質問紙調査の実施時期

1) 看護面接の実施方法

予め担当医師に協力を依頼し、内容上、医師との協議を要する状況についての連携体制を確認した上で、単施設においてプレテストを実施し、15～30分の所要時間で進めることに問題がないことを確認した。

看護面接は、II章に既述した方法である。すなわち、面接群への実施時期は、図2に示すように対象者1人につき継続して3回、治療開始後1・2・3カ月の各時期に、月1回の診察日に行った。対象者の希望に応じて診察前か診察終了後の都合のよい時間帯を決定し、プライバシーが配慮された専用の場所で1回15分間程度、個別に応じた。看護面接の実施は作成した展開に沿って進めた。教材として、医師が患者に配付しているパンフレットを用いた。

面接内容は対象者の許可を得て録音し、面接終了後、筆者が逐語録を作成し、データとした。録音に許可を得られない場合はメモ記述のみとし、会話に集中するために面接中の記述は最小限に努め、面接終了直後、面接場面を想起して逐語録を作成した。逐語録を作成する際には、個人の名前や場所などの固有名詞を記号に変えた。また、面接の所要時間の算出を対象者ごとに行った。

なお、看護面接の実施者は、臨床実践経験 6 年、教育経験 8 年、現在看護系大学院生で、C 型肝炎に関する専門的知識がある筆者 1 名である。

2) 質問紙調査 (資料 1)

看護面接が患者の QOL に及ぼす影響を検討するために、面接群と非面接群の両群に自記式質問紙調査を行った。実施時期は、図 2 に示すように治療開始前、治療開始後 1・2・3 ヶ月の各時期に行った。回答は、対象者の匿名性を確保しつつ、同一回答者の同定を行うために、記号を用いて処理した。質問紙の配付・回収は、治療開始前においては筆者が直接配付・回収し、治療開始後においては面接群には筆者が直接配付・郵送回収とし、非面接群には郵送による配付・回収を行った。一定の基準で測定するために、信頼性、妥当性のある既存の尺度 (選択回答式質問) を用いた調査方法を選択した。なお、調査方法の現実性 (回答所要時間の確認等) を検討するために、プレテストを実施し、10~15 分間程度で回答できる質問紙であることを確認した。

(1) 評価項目

次の①~⑦の内容で構成する調査票を作成し、各調査時期に実施した。

①対象者の基本的属性

年齢、性別、世帯状況、就業状況、肝疾患以外の併存疾患、IFN 治療歴、診断後経過年数を尋ねた。

②治療背景

ウイルス情報 (遺伝子型)、IFN の種類、リバビリン併用の有無、注射実施者、治療期間、1 回の診察時間、入院期間を、対象者から直接もしくは対象者の同意を得た上で主治医より聴取した。

③副作用症状

先行研究^{2,3)}ならびに専門書籍⁴⁻⁶⁾から代表的な副作用 10 症状 (発熱、食欲不振、不眠、倦怠感、頭痛、関節・筋肉痛、息切れ、皮膚の痒み、脱毛) を抽出し、調査日を含む数日間における自覚症状の有無を尋ねる質問項目を作成し、治療開始後の各調査時期に尋ねた。これら 10 症状以外の症状や副作用の対処方法は自由回答式とした。なお、患者の自覚可能な症状のみを尋ねたので、臨床検査値の変化は必ずしも考慮されていない。

④HRQOL

本研究では医療介入や疾病で変化する要素に限定され、医療評価を目的とする HRQOL の構成概念を用いた。SF-36 は、包括的 HRQOL 尺度であり、その日本語版⁷⁾を用いて、健康状態に対する認識を尋ねた。SF-36 日本語版は、36 項目 8 下位尺度から構成された 3~6 段階の選択回答形式の質問紙で、今回の調査では SF-36 日本語版 ver. 2.0 を用いた。身体的健康と精神的健康についての概念を含み、身体的健康は「身体機能」(10 項目)、「日常役割機能 (身体)」(4 項目)、「体の痛み」(2 項目)、「全体的健康感」(5 項目) の 4 つの下位尺度で表され、精神的健康は「活力」(4 項目)、「社会生活機能」(2 項目)、「日常役割機能 (精神)」(3 項目)、「心の健康」(5 項目) の 4 つの下位尺度で表される (下位尺度は「」を付して表記)。但し、日本においては「全体的健康感」は精神的健康とより強い関連があり、「日常役割機能 (精神)」は身体的健康とより強い関連があるとされている。得点が高いほどよい健康状態を意味する。

⑤セルフ・エフィカシー

セルフ・エフィカシーには、ある具体的行動に対する「課題特異的セルフ・エフィカシー」と、個人の一般的行動に対して長期的に影響を及ぼす「一般的セルフ・エフィカシー」の2つの水準がある⁸⁾。IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者では、長期にわたり副作用に対峙しながら、問題一つひとつへの適切な対処が必要と考え、様々な困難を乗り越え対処できるという自信の強さを測定する目的で、一般性セルフ・エフィカシー尺度⁸⁾を用いて個人の行動全般に長期的に影響を及ぼす一般的セルフ・エフィカシーの強さを把握した。この尺度は16項目3因子構造で、「行動の積極性」(7項目)、「失敗に対する不安」(5項目)、「能力の社会的位置づけ」(3項目)から構成されている。回答形式は「はい」「いいえ」の2件法で、得点可能範囲は0~16点であり、得点が高いほど一般性セルフ・エフィカシーが高いことを示す。

また、慢性疾患患者のセルフ・エフィカシーを測定する尺度として開発された、慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度⁹⁾は、24項目2因子構造で、「健康行動に対する積極性」(14項目)、「健康に対する統制感」(10項目)から構成されている。「健康行動に対する積極性」は糖尿病や高血圧症等の生活習慣病のコントロールに必要な生活全般における規制範囲をいかに遵守し行動できるかを問うものであるが、必ずしもそうした生活規制を必要としない本疾患患者への適用は不適切と考え、今回の調査では、尺度開発者の許可を得てこの1因子を除外し、「健康に対する統制感」のみを用いた。回答形式は「とてもよくあてはまる」「あてはまる」「少しあてはまる」「全くあてはまらない」の4件法で、得点可能範囲は10~40点であり、得点が高いほどセルフ・エフィカシーが高いことを示す。

⑥生活習慣

体調の記録、バランスよい食事摂取、適度な運動習慣、過労を避ける、規則正しい睡眠・休養、飲酒の有無について、日頃の行動を尋ねる6項目を作成し、各々の項目について「はい」「いいえ」の2件法で把握した。

⑦社会的支援

家族、友人・知人、医療者、患者会等の社会的支援の有無を尋ねる4項目を作成し、各々の項目について「はい」「いいえ」の2件法で把握した。

なお、調査票の最後に、病気や治療に対する不安や調査への意見・感想等を記載する自由回答欄を設けた。

5. 倫理的配慮

本調査にあたっては、ヘルシンキ宣言における基本原則に準拠し、「臨床研究に関する倫理指針」(平成15年7月30日 厚生労働省)に従うと共に、対象施設の研究倫理審査委員会の審査承認を得て実施した。すなわち、以下の1)~6)について文書ならびに口頭で説明した(資料2)。

- 1) 対象の人権擁護：調査票への回答は、対象者の匿名性を確保しつつ、4回のデータを、同一回答者の同定を行うために、対象者に決めて頂いた暗証番号をID番号とし

て用いた。回答者の名前や個人の結果が特定されることはないことを協力依頼書に明示した。結果の公表は、広島大学博士論文として提出すること、専門の学会や学術雑誌に発表することを説明し、承諾を得た。

2) 対象や施設に理解を求め同意を得る方法：調査対象者に協力依頼書を手渡し、協力承諾の意思を確認した上で、調査同意書に氏名、連絡先を記載して頂いた。対象施設宛に協力依頼書、調査同意書を作成し、施設側の同意を得た。特に、筆者のみが看護師として対象者と関わり援助することについては、担当医、病棟・外来看護師長に対して、研究概要、施設側の診療・看護方針に従い関わることを説明し、理解及び承諾を得た。

3) 研究協力への撤回が自由にできること：調査への協力を拒否する自由があることを、協力依頼書に明示した。調査への同意を得たときに、調査同意書とともに調査同意取消書を対象者に手渡し、調査協力の意向を取り消したい場合にいつでも取り消せることを説明した。

4) 対象者の心身の負担への配慮：調査票による質問は、選択回答式として記入労作を少なくし、対象者の負担感の軽減を図った。面接の実施は、プライバシーが確保できる個室で行い、対象者の体調が安定していることを確認した上で開始し、面接中も体調の変化に注意した。

5) 研究によって対象に生じる不利益および危険性に対する配慮：調査への協力を拒否しても診療や看護に不利益は生じないことを、協力依頼書に明示した。また、調査に関する質問等が随時できるように、筆者の連絡先を協力依頼書に明示した。

6) 研究により対象が受ける利益：調査票による質問に回答することにより、毎日の生活をどのように感じ、日常の活動をどの程度できるかについて、対象者自身が把握でき、参考になると共に、健康状態の変化にも気づき、健康に関する意識が高まるよい機会となる。面接を受けることにより、患者が不安や心理的負担を軽減できる効果があると思われる。

6. 分析方法

1) 看護面接の実施状況の検討

看護面接の実施状況を明らかにするために、面接過程を書き起こした逐語録の中から、筆者が行っている援助場面を抽出し、テーマ毎に実施した対象者数を算出し、対象者全員に対する割合（実施率）を求めた。この作業は対象者別・調査時期別に集計した。なお、分析結果については慢性病看護領域の質的研究に関する経験を積んだ複数の看護師に、抽出場面の適切性について確認してもらいながら、検討を進めた。

2) 看護面接の有用性に関する検討

各項目を得点化し、次のような統計処理を行った。

HRQOLは、SF-36日本語版マニュアル¹⁾に基づき各下位尺度得点を100点満点とした換算式により個人の下位尺度得点を算出し、下位尺度毎に平均値を求めた。

一般性セルフ・エフィカシーは、個人の合計得点及び各因子得点を算出し、各々の平均値を求めた。健康に対する統制感は、個人の合計得点を算出し、平均値を求めた。

(1) ベースライン・データにおける面接群と非面接群の比較検討

治療開始前のデータをベースライン・データとし、対象者の概要を示す基本的属性、治療関連因子、生活習慣、社会的支援、副作用症状発現状況、SF-36の質問項目のうち得点化されない1項目である1年前との健康状態の比較、セルフ・エフィカシー、HRQOLの面接群と非面接群の比較検討には、正規性を確認後、t検定あるいはMann-WhitneyのU検定、 χ^2 検定を用いた。

(2) 治療開始後の各調査時期における面接群と非面接群のHRQOL及び副作用発現状況の比較検討

治療開始後1・2・3ヵ月の各調査時期におけるHRQOLの比較検討には、正規性を確認後、t検定あるいはMann-WhitneyのU検定を用いた。副作用発現状況の比較検討には χ^2 検定を用いた。HRQOLと副作用発現状況の関連性の比較検討にはSpearmanの順位相関係数(rs)を用いた。

(3) HRQOLの経時的変化における面接群と非面接群の比較検討

面接群と非面接群の群間の経時的変化および群別の経時的変化を、反復測定分散分析を用いて検討した。次に、各群において、ベースラインと治療開始後の各調査時期との間の得点変化を見るために、Dunnettの多重比較を行った。

(4) HRQOL改善に関連する要因の検討

上記の分析を経て、面接群が非面接群に比べて統計学的有意差を認めたHRQOL、面接群で治療中改善を認めたHRQOLについて、基本的属性因子およびベースライン・データとの関連性検討をMann-WhitneyのU検定、Spearmanの順位相関係数(rs)を用いて行った。次いで、有意な関連を認めた因子を独立変数とし、面接群が非面接群に比べて統計学的有意差を認めたHRQOLあるいは面接群で改善を認めたHRQOLを従属変数とした重回帰分析(強制投入法)を行った。

(5) ベースラインの「心の健康」高群・低群でみたHRQOLの経時的変化の比較検討

治療開始前における患者の情緒が安定しているか否かによって、看護面接がHRQOLに及ぼす影響に違いがあるかどうかを検討するため、面接群において、SF-36の下位尺度である「心の健康」の得点が高い者(高群)と、得点が低い者(低群)、高群と低群の中間に属する者(中群)の3群に分類し、高群と低群について、ベースラインに対する治療開始後の各調査時期におけるHRQOLの変化を反復測定分散分析を行った。同様の分析を非面接群についても行った。次に、両群の「心の健康」高群と低群において、ベースラインと治療開始後の各調査時期との間の得点変化を見るために、Dunnettの多重比較を行った。

すべての検定におけるp値は両側とし、有意水準を $p < 0.05$ とした。なお、 $0.05 \leq p < 0.1$ を有意な傾向とした。統計ソフトにはSPSS11.0J for Windowsを使用した。

3) 質的分析方法

Krippendorffの内容分析¹⁰⁾の方法を参考に、次の手順で実施した。①面接内容を書き起こした逐語録を精読し、対象者の自発的な語りや関心を持って語った場面を、感情・考え・行動に着目して抽出した。②抽出した場面において、その意味の成立を損なわないよう、文脈的表象(ラベル)を付した。この作業を事例毎に行い、分類の際、時間的経過を考慮しながら行った。③文脈上の類似性に沿ってラベルを整理し、妥当な説明概念を作成した。

④類似する説明概念をカテゴリーとしてまとめ、カテゴリー間の関連性についても検討した。

分析過程においては、看護学領域の専門家にスーパーヴィジョンを受けた。また、分析結果に関しては、看護学系大学院の教員の指導を適宜受ける他、慢性病看護領域の質的研究に関する経験を積んだ複数の看護師に抽出場面の解釈の適切性について確認してもらい、修正を加えながら検討し進めた。なお、対象者の治療に対する意欲低下等への悪影響や心理的負担を考慮し、分析結果については対象者自身に確認してもらうことを避けた。

文 献

1. 日本疫学会編：疫学 基礎から学ぶために. p.221-227, 南江堂, 東京, 1999
2. Davis GL, Esteban-Mur R, Rustgi V, Hoefs J, Gordon SC, Trepo C, Shiffman ML, Zeuzem S, Craxi A, Mei-Hsiu Ling and Albrecht J, The International Hepatitis Interventional Therapy Group : Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin for the treatment of relapse of chronic hepatitis C. The New England Journal of Medicine, 339:1493-1499, 1998
3. 日本肝臓学会：慢性肝炎診療マニュアル. p.69-75, 医学書院, 東京, 2001
4. 飯野四郎：エキスパートナース M00K 25 C型肝炎看護マニュアル. p.75-76, 103, 照林社, 東京, 1996
5. 林紀夫, 岡上武, 熊田博光：C型慢性肝炎治療の新たなストラテジー —インターフェロン治療の今後. p.243-248, 先端医学社, 東京, 2004
6. 林紀夫, 清澤研道：C型肝炎. p.269-280, 医学書院, 東京, 1996
7. 福原俊一, 鈴嶋よしみ：SF-36v2 日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004
8. 坂野雄二：一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討. 早稲田大学人間科学研究, 2:91-98, 1989
9. 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二：慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. 心身医学, 36(6):500-505, 1996
10. Krippendorff K (三上俊治, 椎野信男, 橋元良明訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989) : Content analysis : An introduction to its methodology, Sage Publication, 1980

IV. 結果

1. 研究参加状況

担当医より紹介を受けた該当患者総数は 59 人で、面接群 32 人、非面接群 24 人の計 56 人から承諾が得られた。面接群 32 人のうち、4 人が治療中断、3 人が非回答、2 人が体調不良、1 人が病院変更により計 10 人が脱落したため、最終参加人数は 22 人となった。一方、非面接群 24 人のうち、2 人が治療中断、2 人が非回答により計 4 人が脱落したため、最終参加人数は 20 人となった。このうち、PEG-IFN とリバビリンの併用療法以外の患者 3 人（面接群の 2 人が IFN β 、1 人が PEG-IFN 単独療法）を分析対象から除外した。最終的な分析対象者数は面接群 19 人、非面接群 20 人の計 39 人となった。

なお、本研究では、4 回の質問紙調査全てに回答が得られ、かつ面接群においては 3 回の面接全てに参加した者を分析対象者とした。

2. 対象者の概要

1) 基本的属性

平均年齢は、面接群が 59.1 ± 9.8 歳 (mean \pm SD)、非面接群が 56.6 ± 13.2 歳で ($Z=-0.675$, $p=0.500$)、両群共に 50 歳以上が全体の 8 割以上を占めていた。診断後からの平均経過期間は、面接群が 86.8 ± 86.1 月、非面接群が 107.9 ± 83.4 月であった ($Z=-0.794$, $p=0.427$)。表 2 に示したように、年齢、性別等の基本的属性において、両群間に有意差を認めなかった。

2) 治療背景

治療法は PEG-IFN α -2b (ペグイントロン) とリバビリンの併用療法で、治療期間は両群共に 1 年間で最も多かった。但し、治療中の経過によっては、投薬量の減量あるいは中止基準*に従い減量投与あるいは一時休薬した者等、当初の治療計画を変更される場合があった。注射実施者は対象者全員が医師または看護師であった。HCV 遺伝子型は両群共に 1b 型の者が最も多かった。平均入院日数は、面接群が 4.1 ± 2.1 日、非面接群が 10.8 ± 2.5 日で、面接群は非面接群に比べて短かった ($Z=-5.081$, $p<0.001$)。1 回の診察時間が 5~10 分は面接群 13 人、非面接群 14 人、15~20 分は面接群 2 人、非面接群 4 人、30 分以上は面接群 4 人、非面接群 2 人であった ($\chi^2=5.813$, $p=0.214$)。

注：* 減量規準は、ヘモグロビン濃度が 10g/dl 未満の場合、リバビリンを減量し、白血球数 $1,500/\text{mm}^3$ 未満、好中球数 $750/\text{mm}^3$ 未満、血小板数 $80,000/\text{mm}^3$ 未満の場合、ペグイントロンを減量する。中止規準は、ヘモグロビン濃度が 8.5g/dl 未満、白血球数 $1,000/\text{mm}^3$ 未満、好中球数 $500/\text{mm}^3$ 未満、血小板数 $50,000/\text{mm}^3$ 未満の場合、両剤を中止する。

表 2 対象者の基本的属性

変数	カテゴリー	面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		検定 [†]	p
		人	%	人	%		
年齢階級	20～29 歳	0	0.0	1	5.0		
	30～39 歳	1	5.3	1	5.0		
	40～49 歳	2	10.5	2	10.0		
	50～59 歳	5	26.3	7	35.0		
	60～69 歳	9	47.4	6	30.0		
	70～79 歳	2	10.5	3	15.0		
性別	男性	8	42.1	13	65.0	$\chi^2=1.237$	0.266
	女性	11	57.9	7	35.0		
世帯状況	家族と同居	17	89.5	17	85.0		1.000
	独居	2	10.5	3	15.0		
就業状況	有職者	11	57.9	13	65.0	$\chi^2=0.016$	0.899
	無職者	8	42.1	7	35.0		
IFN 治療歴	有	2	10.5	4	20.0		0.661
	無	17	89.5	16	80.0		
併存疾患	有	10	52.6	7	35.0	$\chi^2=0.426$	0.514
	(内訳)	(延べ人数)	(延べ人数)				
	糖尿病	3		0			
	高血圧症	2		3			
	白内障	0		2			
	皮膚炎	2		0			
	その他(大腸癌, 頸・腰部打撲, 腰痛, 更年期障害, 花粉症, リュウマチ)			(逆流性食道炎)			
無	9	47.4	12	60.0			
無回答			1	5.0			
治療期間	6 ヶ月	6	31.6	6	30.0		
	12 ヶ月	11	57.9	14	70.0		
	18 ヶ月	1	5.3	0	0.0		
	無回答	1	5.3	0	0.0		
ウイルス型	1b	6	31.6	8	40.0		
	2a	3	15.8	2	10.0		
	2b	6	31.6	4	20.0		
	わからない	4	21.1	4	20.0		
	無回答	0	0.0	2	10.0		

† χ^2 検定または Fisher 直接法

3) セルフ・エフィカシー

対象者のセルフ・エフィカシーの比較において、一般性セルフ・エフィカシーは、面接群が 9.7 ± 4.5 点、非面接群が 10.6 ± 4.0 点で ($Z = -0.324$, $p = 0.746$)、健康に対する統制感
は、面接群が 29.2 ± 6.8 点、非面接群が 29.2 ± 5.4 点で ($Z = -0.240$, $p = 0.811$)、両群間に
有意差を認めなかった (表 3)。

4) 生活習慣

対象者の生活習慣の比較において、「自分の体調や検査の結果を記録している」について
「はい」と回答した者は、面接群が 3 人、非面接群が 13 人で、面接群では非面接群に比べ
て体調を記録している者が少なかった ($\chi^2 = 9.753$, $p = 0.003$)。その他の項目については、
両群間に有意差を認めなかった (表 4)。

5) 社会的支援

対象者の社会的支援の比較において、全ての項目について両群間に有意差を認めなかつ
た (表 5)。

表 3 セルフ・エフィカシー得点の比較

	面接群 (n=19)			非面接群 (n=20)			Z	p
	mean	±	SD	mean	±	SD		
一般性セルフ・エフィカシー	9.7	±	4.5	10.6	±	4.0	-0.324	0.746
行動の積極性 [†]	4.6	±	2.1	4.8	±	2.0	-0.186	0.852
失敗に対する不安 [†]	3.5	±	1.9	3.6	±	1.5	-0.327	0.744
能力の社会的位置づけ [†]	1.5	±	1.3	2.2	±	1.6	-1.244	0.214
健康に対する統制感 [‡]	29.2	±	6.8	29.2	±	5.4	-0.240	0.811

Mann-Whitney の U 検定

[†]一般性セルフ・エフィカシー尺度を構成する因子

[‡]慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を構成する因子

表 4 生活習慣の比較

カテゴリー		面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		χ^2	p	
		人	%	人	%			
体調を記録している	はい	3	15.8	13	65.0	7.825	0.005	**
	いいえ	16	84.2	7	35.0			
バランスよい食事摂取	はい	12	63.2	10	50.0	0.255	0.613	
	いいえ	7	36.8	10	50.0			
適度な運動習慣	はい	12	63.2	13	65.0	0.000	1.000	
	いいえ	7	36.8	7	35.0			
過労を避ける	はい	10	52.6	13	65.0	0.211	0.646	
	いいえ	9	47.4	7	35.0			
睡眠/休養をとる	はい	12	63.2	12	60.0	0.000	1.000	
	いいえ	7	36.8	8	40.0			
禁酒している	はい	13	68.4	12	60.0	0.046	0.831	
	いいえ	6	31.6	8	40.0			

χ^2 検定 **p<0.01

表 5 社会的支援の比較

カテゴリー		面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		検定†	p
		人	%	人	%		
家族の支援がある	はい	18	94.7	19	95.0		1.000
	いいえ	1	5.3	1	5.0		
友人/知人の支援がある	はい	16	84.2	17	85.0		1.000
	いいえ	3	15.8	3	15.0		
相談できる医療者がいる	はい	14	73.7	14	70.0	$\chi^2=0.065$	1.000
	いいえ	5	26.3	6	30.0		
社会的サポートを利用	はい	0	0.0	0	0.0	-	-
	いいえ	19	100.0	20	100.0		

† χ^2 検定または Fisher 直接法

3. 看護面接の概要

全面接回数は57回（19人×3回）、総面接時間は22時間、治療開始後1・2・3カ月の各時期における面接時間の平均は各々21・24・24分間で、1回の平均面接時間は23分間であった。対象者家族が面接に同席した事例は3例で、そのうち2例は全ての時期に同席し、1例は治療開始後3カ月の時期にのみ同席した。面接内容を録音することへの承諾は、対象者19人のうち16人から得られた。（表6）

対象者の状況に応じてテーマを組み合わせ展開した結果、各時期における各テーマの実施率は次の通りであった（図3）。

治療開始後1ヵ月においては、「副作用症状の早期発見と対処方法」が19人（100%）、「漠然とした不安への対応」が12人（63%）、「疾患と治療方法」が5人（26%）、「日常生活上の注意」（主に食事、運動・休養）が4人（21%）、「検査結果の読み方」が2人（11%）、「薬の自己管理」が1人（5%）、その他（医療費制度に関する情報提供）が2人（11%）であった。

治療開始後2ヵ月においては、「副作用症状の早期発見と対処方法」が19人（100%）、「漠然とした不安への対応」が13人（68%）、「日常生活上の注意」（主に食事、運動・休養、アルコール、感染予防）が7人（37%）、「疾患と治療方法」が4人（21%）、「検査結果の読み方」が4人（21%）、「薬の自己管理」が1人（5%）であった。

治療開始後3ヵ月においては、「副作用症状の早期発見と対処方法」が19人（100%）、「漠然とした不安への対応」が13人（68%）、「検査結果の読み方」が8人（42%）、「疾患と治療方法」が5人（26%）、「日常生活上の注意」（主に食事、アルコール）が3人（16%）、「薬の自己管理」が1人（5%）であった。

以上のように、全ての面接時期に共通し、最もニーズが多かったテーマは「副作用症状の早期発見と対処方法」で、最もニーズの少なかったテーマは「薬の自己管理」であった。「漠然とした不安への対応」は6割を上回る対象者のニーズに応じて実施した。

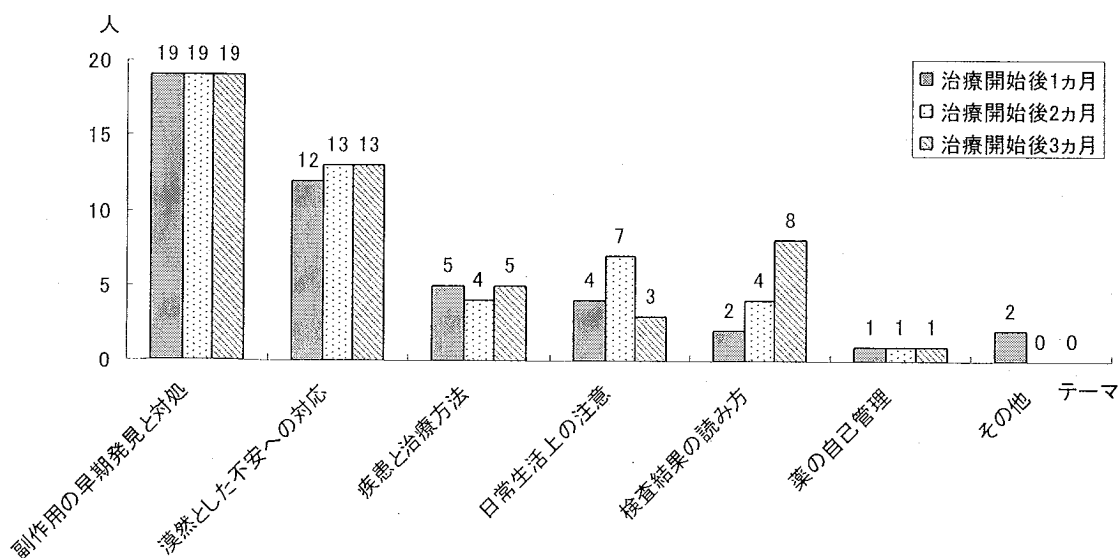


図3 看護面接のテーマの実施状況

表6 看護面接対象者と各々の面接時間

No.	性別	年齢	診断後 経過期間	就業状況	治療歴 □は回数	治療中の併存疾患	各時期における面接時間(分)			平均面接時間 (分)	備考
							1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月		
1	女性	60代	8年	無職	なし	なし	20	20	15	18.3	会話の録音不可
2	女性	60代	3ヵ月	有職	なし	頸・腰部打撲,皮膚炎	60	60	40	53.3	
3	女性	60代	16年6ヵ月	無職	なし	なし	15	30	15	20.0	会話の録音不可
4	男性	60代	1ヵ月	有職	なし	なし	25	10	10	15.0	
5	女性	40代	3ヵ月	有職	なし	なし	20	25	27	24.0	
6	男性	40代	3ヵ月	有職	なし	なし	20	10	13	14.3	
7	女性	30代	1ヵ月	有職	なし	なし	20	10	17	15.7	
8	男性	70代	20年	有職	なし	なし	20	20	33	24.3	1・2・3ヵ月時の面接に妻同席
9	女性	60代	15年	無職	あり[3]	なし	18	20	23	20.3	
10	女性	50代	13年	無職	なし	なし	10	15	30	18.3	会話の録音不可
11	女性	60代	不明	無職	なし	高血圧,リウマチ	13	12	20	15.0	
12	男性	60代	10年	有職	あり[1]	糖尿病	17	33	27	25.7	
13	女性	50代	15年	無職	なし	なし	14	18	16	16.0	
14	男性	60代	6年	無職	なし	腰痛	20	45	23	29.3	
15	男性	60代	3ヵ月	有職	なし	なし	17	37	32	28.7	1・2・3ヵ月時の面接に妻同席
16	女性	50代	15年	有職	なし	なし	14	9	13	12.0	
17	男性	50代	4ヵ月	有職	なし	糖尿病,高血圧	33	40	45	39.3	
18	男性	70代	2ヵ月	無職	なし	糖尿病,脳梗塞	25	39	41	35.0	3ヵ月時の面接に妻同席
19	女性	50代	10年	有職	なし	なし	17	11	18	15.3	

4. 面接群と非面接群間の QOL 変化の比較

1) ベースライン・データにおける面接群と非面接群の比較検討

ベースラインにおける SF-36 下位尺度得点を比較したところ、「身体機能」以外の 7 尺度において、面接群では非面接群に比べて高値を示したが、両群間に有意差を認めなかった (表 7)。

なお、得点に加算されない「1 年前との健康状態の比較」を尋ねた項目については、「同じ」と回答した者が最も多く、面接群が 14 人、非面接群が 13 人、「1 年前より良い」あるいは「やや良い」と回答した者は両群共に 1 人、「1 年前より良くない」あるいは「はるかに悪い」と回答した者は、面接群が 4 人、非面接群が 6 人であった ($\chi^2=0.412, p=0.814$)。

表 7 治療前の SF-36 下位尺度得点の比較

SF-36 下位尺度		n	mean	±	SD	Z	p
身体機能	面接群	19	88.2	±	15.3	-0.345	0.730
	非面接群	20	88.3	±	11.0		
日常役割機能(身体)	面接群	19	90.8	±	18.6	-1.205	0.228
	非面接群	20	83.1	±	21.2		
体の痛み	面接群	19	82.7	±	21.9	-0.778	0.437
	非面接群	20	76.2	±	26.0		
全体的健康感	面接群	19	63.5	±	18.4	-1.478	0.139
	非面接群	20	54.2	±	17.8		
活力	面接群	19	78.6	±	19.4	-1.528	0.126
	非面接群	20	68.8	±	19.4		
社会生活機能	面接群	19	94.1	±	8.7	-0.268	0.788
	非面接群	20	85.0	±	24.2		
日常役割機能(精神)	面接群	19	88.6	±	17.2	-0.331	0.740
	非面接群	20	83.8	±	23.2		
心の健康	面接群	19	62.9	±	14.3	-1.385	0.166
	非面接群	20	56.5	±	15.1		

Mann-Whitney の U 検定

2) 治療開始後の各調査時期における面接群と非面接群の HRQOL 比較

(1) 治療開始後 1 ヶ月における HRQOL 比較

治療開始後 1 ヶ月における SF-36 下位尺度得点を比較したところ、「社会生活機能」において、面接群が 81.6 点、非面接群が 61.3 点で、面接群では非面接群に比べて有意に高値を示した ($Z=-2.271, p=0.023$)。「社会生活機能」以外の 7 尺度においても、有意差は認められなかったが、面接群では非面接群に比べて高値を示した (表 8)。

表 8 治療開始後 1 ヶ月の SF-36 下位尺度得点の比較

SF-36 下位尺度		n	mean	±	SD	検定 [†]	p
身体機能	面接群	19	80.2	±	20.6	Z=-0.399	0.690
	非面接群	20	78.8	±	16.1		
日常役割機能(身体)	面接群	19	71.1	±	24.2	t= 0.537	0.595
	非面接群	20	66.9	±	24.3		
体の痛み	面接群	19	67.6	±	23.8	Z=-0.965	0.335
	非面接群	20	60.8	±	27.4		
全体的健康感	面接群	19	56.4	±	12.8	t= 1.560	0.127
	非面接群	20	49.0	±	16.7		
活力	面接群	19	56.9	±	20.3	t= 0.685	0.498
	非面接群	20	54.5	±	21.4		
社会生活機能	面接群	19	81.6	±	24.4	Z=-2.271	0.023 *
	非面接群	20	61.3	±	28.9		
日常役割機能(精神)	面接群	19	75.9	±	21.7	Z=-0.429	0.668
	非面接群	20	71.3	±	26.6		
心の健康	面接群	19	55.2	±	13.7	t= 0.074	0.942
	非面接群	20	54.8	±	16.4		

[†]Mann-Whitney の U 検定または t 検定

*p<0.05

(2) 治療開始後 2 ヶ月における HRQOL 比較

治療開始後 2 ヶ月における SF-36 下位尺度得点を比較したところ、「全体的健康感」において、面接群が 59.2 点、非面接群が 50.1 点で、面接群では非面接群に比べて有意に高い傾向を認め ($Z=-1.756, p=0.079$)、「社会生活機能」において、面接群が 75.7 点、非面接群が 63.1 点で、面接群では非面接群に比べて有意に高い傾向を認めた ($Z=-1.831, p=0.067$)。「身体機能」「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「活力」「心の健康」においても、有意差は認められなかったが、面接群では非面接群に比べて高値を示した (表 9)。

表 9 治療開始後 2 ヶ月の SF-36 下位尺度得点の比較

SF-36 下位尺度		n	mean	±	SD	検定 [†]	p
身体機能	面接群	19	77.8	±	17.3	Z=-0.513	0.608
	非面接群	19	74.5	±	18.3		
日常役割機能(身体)	面接群	19	63.5	±	23.9	t= 0.160	0.874
	非面接群	19	62.2	±	26.8		
体の痛み	面接群	19	72.8	±	25.5	Z=-1.249	0.212
	非面接群	20	64.2	±	23.4		
全体的健康感	面接群	19	59.2	±	14.4	Z=-1.756	0.079
	非面接群	19	50.1	±	17.4		
活力	面接群	19	52.3	±	19.9	t= 1.001	0.323
	非面接群	20	45.6	±	21.7		
社会生活機能	面接群	19	75.7	±	19.8	Z=-1.831	0.067
	非面接群	20	63.1	±	23.1		
日常役割機能(精神)	面接群	19	70.2	±	21.6	Z=-0.428	0.668
	非面接群	19	71.5	±	27.8		
心の健康	面接群	19	52.0	±	13.3	t= 0.179	0.859
	非面接群	20	51.2	±	14.5		

[†]Mann-Whitney の U 検定または t 検定

(3) 治療開始後3ヵ月におけるHRQOL比較

治療開始後3ヵ月におけるSF-36下位尺度得点を比較したところ、「日常役割機能(身体)」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能(精神)」において、有意差は認められなかったが、面接群では非面接群に比べて高値を示した(表10)。

表10 治療開始後3ヵ月のSF-36下位尺度得点の比較

SF-36 下位尺度		n	mean	±	SD	検定 [†]	p
身体機能	面接群	19	73.2	±	20.5	Z=-0.254	0.799
	非面接群	20	74.0	±	17.9		
日常役割機能(身体)	面接群	19	60.2	±	25.4	t= 0.385	0.702
	非面接群	20	57.2	±	23.5		
体の痛み	面接群	18	65.9	±	24.8	t= 0.200	0.843
	非面接群	20	64.3	±	25.6		
全体的健康感	面接群	19	51.8	±	15.8	t= 0.037	0.970
	非面接群	20	51.7	±	16.3		
活力	面接群	19	50.3	±	20.1	Z=-0.794	0.427
	非面接群	20	45.3	±	24.1		
社会生活機能	面接群	19	69.7	±	27.7	Z=-1.139	0.255
	非面接群	19	59.9	±	24.9		
日常役割機能(精神)	面接群	19	66.7	±	26.4	Z=-0.751	0.452
	非面接群	20	62.1	±	26.1		
心の健康	面接群	19	49.1	±	16.1	Z=-0.042	0.966
	非面接群	20	50.0	±	16.8		

[†]Mann-Whitney の U 検定または t 検定

3) HRQOL の経時的変化における面接群と非面接群の比較検討

面接群と非面接群の SF-36 下位尺度得点の推移について、反復測定分散分析によって比較したところ、群間の経時的変化の比較において、8 尺度全てにおいて時間×群間変動の交互作用に有意差を認めなかった (表 11) (図 4-1・2・3・4・5・6・7・8)。

各群における経時的変化を比較したところ、面接群では、8 尺度全てにおいて有意な変化を認め (「日常役割機能 (身体)」 「活力」 「社会生活機能」 「日常役割機能 (精神)」 「心の健康」 $p<0.001$, 「身体機能」 $p=0.001$, 「体の痛み」 $p=0.006$, 「全体的健康感」 $p=0.011$)、非面接群では、「心の健康」以外の 7 尺度において有意な変化を認めた (「身体機能」 「日常役割機能 (身体)」 「活力」 「日常役割機能 (精神)」 $p<0.001$, 「体の痛み」 「社会生活機能」 $p=0.001$, 「全体的健康感」 $p=0.036$)。

そこで、Dunnett の多重比較によって、ベースラインの得点と各調査時期における得点を比較し、経時的変化を検討した。

その結果、「身体機能」 「社会生活機能」は、面接群では治療開始後 1 ヶ月においては有意な低下を認めず、治療開始後 2 ヶ月以降で有意な低下を認めた (「身体機能」 $p=0.015$, 「社会生活機能」 $p=0.004$) のに対し、非面接群では治療開始後 1 ヶ月以降で有意な低下を認めた ($p<0.01$)。

「体の痛み」は、面接群では治療開始後 1 ヶ月において有意な低下を認めた ($p=0.012$) が、治療開始後 2 ヶ月においては有意差を認めず ($p=0.141$)、治療開始後 1 ヶ月から 5.2 点上昇し、一時的に改善した。これに対し、非面接群では治療開始後 1 ヶ月以降で有意な低下を認めた ($p<0.01$)。

「心の健康」は、面接群では治療開始後 1 ヶ月以降で有意な低下を認めた ($p<0.05$) が、非面接群では有意な低下を認めなかった。

最も得点変化が少なかった尺度は、両群共に「全体的健康感」であった。但し、面接群では治療開始後 3 ヶ月で有意な低下を認め ($p=0.003$)、非面接群では治療開始後 1 ヶ月で有意な低下を認めた ($p=0.042$) (表 12)。

表11 SF-36下位尺度得点の経時的変化の比較

SF-36下位尺度	n	治療前		治療開始後1ヵ月		治療開始後2ヵ月		治療開始後3ヵ月		交互作用		群間	
		mean	± SD	mean	± SD	mean	± SD	mean	± SD	F	p	F	p
身体機能	面接群	19	88.2 ± 15.3	80.2 ± 20.6	77.8 ± 17.3	73.2 ± 20.5	0.317	0.813	0.073	0.788			
	非面接群	19	88.3 ± 11.0	78.8 ± 16.1	74.5 ± 18.3	74.0 ± 17.9							
日常役割機能(身体)	面接群	19	90.8 ± 18.6	71.1 ± 24.2	63.5 ± 23.9	60.2 ± 25.4	0.170	0.916	0.279	0.601			
	非面接群	19	83.1 ± 21.2	66.9 ± 24.3	62.2 ± 26.8	57.2 ± 23.5							
体の痛み	面接群	18	82.7 ± 21.9	67.6 ± 23.8	72.8 ± 25.5	65.9 ± 24.8	0.346	0.792	0.625	0.434			
	非面接群	20	76.2 ± 26.0	60.8 ± 27.4	64.2 ± 23.4	64.3 ± 25.6							
全体的健康感	面接群	19	63.5 ± 18.4	56.4 ± 12.8	59.2 ± 14.4	51.8 ± 15.8	2.301	0.081	1.494	0.230			
	非面接群	19	54.2 ± 17.8	49.0 ± 16.7	50.1 ± 17.4	51.7 ± 16.3							
活力	面接群	19	78.6 ± 19.4	56.9 ± 20.3	52.3 ± 19.9	50.3 ± 20.1	0.378	0.769	1.260	0.269			
	非面接群	20	68.8 ± 19.4	54.5 ± 21.4	45.6 ± 21.7	45.3 ± 24.1							
社会生活機能	面接群	19	94.1 ± 8.7	81.6 ± 24.4	75.7 ± 19.8	69.7 ± 27.7	0.434	0.729	4.594	0.039			
	非面接群	19	85.0 ± 24.2	61.3 ± 28.9	63.1 ± 23.1	59.9 ± 24.9							
日常役割機能(精神)	面接群	19	88.6 ± 17.2	75.9 ± 21.7	70.2 ± 21.6	66.7 ± 26.4	0.230	0.876	0.114	0.738			
	非面接群	19	83.8 ± 23.2	71.3 ± 26.6	71.5 ± 27.8	62.1 ± 26.1							
心の健康	面接群	19	62.9 ± 14.3	55.2 ± 13.7	52.0 ± 13.3	49.1 ± 16.1	1.045	0.376	0.176	0.677			
	非面接群	20	56.5 ± 15.1	54.8 ± 16.4	51.2 ± 14.5	50.0 ± 16.8							

反復測定分散分析

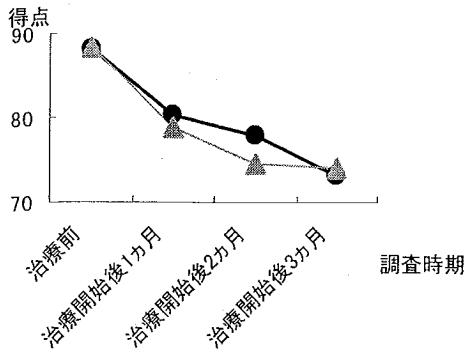


図 4-1 「身体機能」の経時的変化

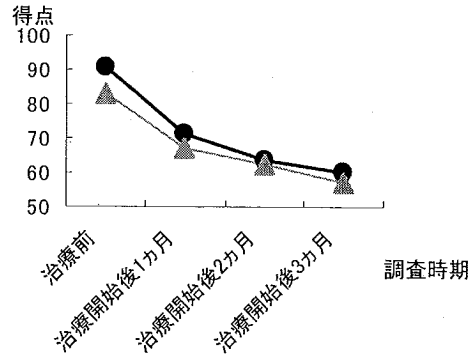


図 4-2 「日常役割機能（身体）」の経時的変化

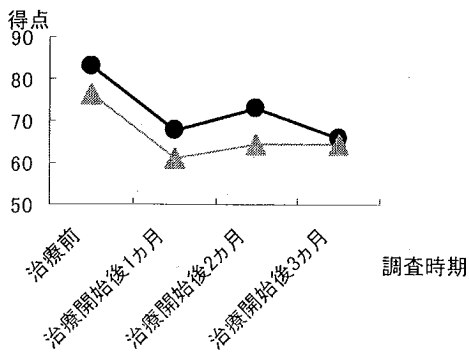


図 4-3 「体の痛み」の経時的変化

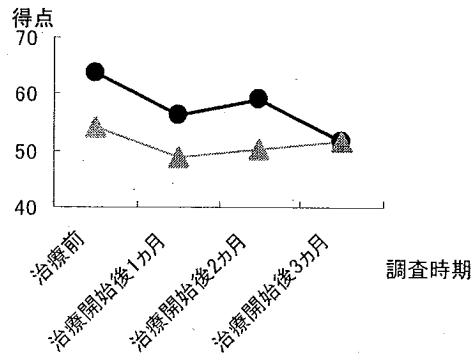


図 4-4 「全体的健康感」の経時的変化

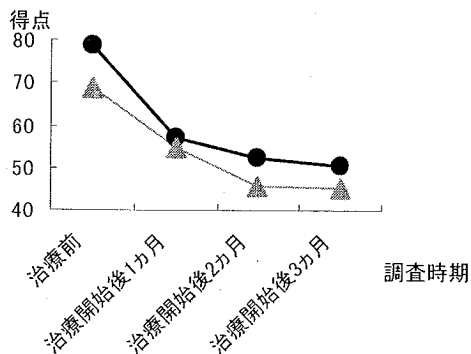


図 4-5 「活力」の経時的変化

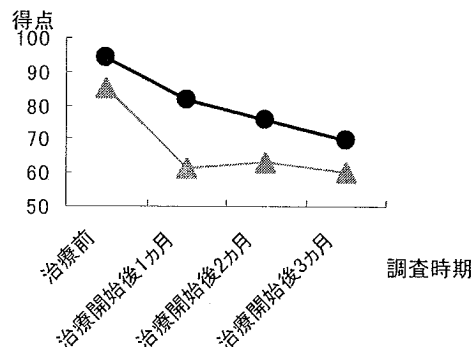


図 4-6 「社会生活機能」の経時的変化

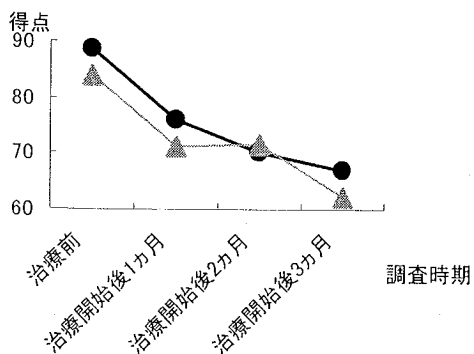


図 4-7 「日常役割機能（精神）」の経時的変化

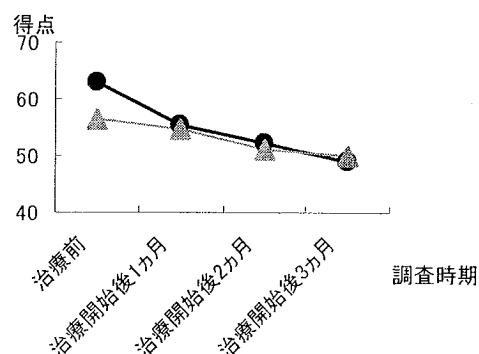


図 4-8 「心の健康」の経時的変化

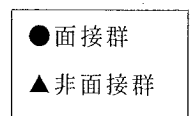


表12 SF-36下位尺度得点の経時的変化の比較

SF-36下位尺度	n	治療前		治療開始後1ヵ月		治療開始後2ヵ月		治療開始後3ヵ月				
		mean ± SD	mean ± SD	p	mean ± SD	p	mean ± SD	p				
身体機能	面接群	19	88.2 ± 15.3	80.2 ± 20.6	0.077	n.s.	77.8 ± 17.3	0.015	*	73.2 ± 20.5	<0.001	***
	非面接群	19	88.3 ± 11.0	78.8 ± 16.1	0.002	**	74.5 ± 18.3	<0.001	***	74.0 ± 17.9	<0.001	***
日常役割機能(身体)	面接群	19	90.8 ± 18.6	71.1 ± 24.2	<0.001	***	63.5 ± 23.9	<0.001	***	60.2 ± 25.4	<0.001	***
	非面接群	19	83.1 ± 21.2	66.9 ± 24.3	0.002	**	62.2 ± 26.8	<0.001	***	57.2 ± 23.5	<0.001	***
体の痛み	面接群	18	82.7 ± 21.9	67.6 ± 23.8	0.012	*	72.8 ± 25.5	0.141	n.s.	65.9 ± 24.8	0.005	**
	非面接群	20	76.2 ± 26.0	60.8 ± 27.4	0.001	**	64.2 ± 23.4	0.010	**	64.3 ± 25.6	0.010	**
全体的健康感	面接群	19	63.5 ± 18.4	56.4 ± 12.8	0.108	n.s.	59.2 ± 14.4	0.448	n.s.	51.8 ± 15.8	0.003	**
	非面接群	19	54.2 ± 17.8	49.0 ± 16.7	0.042	*	50.1 ± 17.4	0.142	n.s.	51.7 ± 16.3	0.493	n.s.
活力	面接群	19	78.6 ± 19.4	56.9 ± 20.3	<0.001	***	52.3 ± 19.9	<0.001	***	50.3 ± 20.1	<0.001	***
	非面接群	20	68.8 ± 19.4	54.5 ± 21.4	<0.001	***	45.6 ± 21.7	<0.001	***	45.3 ± 24.1	<0.001	***
社会生活機能	面接群	19	94.1 ± 8.7	81.6 ± 24.4	0.066	n.s.	75.7 ± 19.8	0.004	**	69.7 ± 27.7	<0.001	***
	非面接群	19	85.0 ± 24.2	61.3 ± 28.9	0.001	**	63.1 ± 23.1	0.002	**	59.9 ± 24.9	<0.001	***
日常役割機能(精神)	面接群	19	88.6 ± 17.2	75.9 ± 21.7	0.038	*	70.2 ± 21.6	0.002	**	66.7 ± 26.4	<0.001	***
	非面接群	19	83.8 ± 23.2	71.3 ± 26.6	0.029	*	71.5 ± 27.8	0.036	*	62.1 ± 26.1	<0.001	***
心の健康	面接群	19	62.9 ± 14.3	55.2 ± 13.7	0.047	*	52.0 ± 13.3	0.003	**	49.1 ± 16.1	<0.001	***
	非面接群	20	56.5 ± 15.1	54.8 ± 16.4	0.913	n.s.	51.2 ± 14.5	0.244	n.s.	50.0 ± 16.8	0.119	n.s.

Dunnettの多重比較

n.s.:not significant *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

4) 副作用症状発現状況

(1) 治療開始後の各時期における副作用症状発現状況の比較

治療開始後の各調査時期における副作用発現状況の比較については、各々表 13-1, 13-2, 13-3 に示した。

治療開始後 1 ヶ月の「不眠」症状が出現している者は、面接群では非面接群に比べて有意に少なく ($\chi^2=4.143, p=0.042$), 「不眠」以外の症状では両群間に有意差を認めなかった。

治療開始後 2・3 ヶ月では、どの症状においても両群間に有意差を認めなかった。

表 13-1 治療開始後 1 ヶ月の副作用症状発現状況の比較

副作用症状		面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		検定†	p
		人	%	人	%		
発熱	なし	17	89.5	15	75.0		0.407
	あり	2	10.5	5	25.0		
食欲不振	なし	13	68.4	11	55.0	$\chi^2=0.283$	0.595
	あり	6	31.6	9	45.0		
不眠	なし	17	89.5	11	55.0	$\chi^2=4.143$	0.042 *
	あり	2	10.5	9	45.0		
倦怠感	なし	7	36.8	4	20.0	$\chi^2=0.660$	0.417
	あり	12	63.2	16	80.0		
頭痛	なし	6	31.6	7	35.0	$\chi^2=0.000$	1.000
	あり	13	68.4	13	65.0		
関節・筋肉痛	なし	7	36.8	7	35.0	$\chi^2=0.000$	1.000
	あり	12	63.2	13	65.0		
息切れ	なし	14	73.7	10	50.0	$\chi^2=1.417$	0.234
	あり	5	26.3	10	50.0		
皮膚症状	なし	8	42.1	6	30.0	$\chi^2=0.206$	0.650
	あり	11	57.9	14	70.0		
脱毛	なし	18	94.7	18	90.0		1.000
	あり	1	5.3	2	10.0		

† χ^2 検定または Fisher 直接法

*p<0.05

表 13-2 治療開始後2ヵ月の副作用症状発現状況の比較

副作用症状		面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		検定 [†]	p
		人	%	人	%		
発熱	なし	17	89.5	18	90.0		1.000
	あり	2	10.5	2	10.0		
食欲不振	なし	10	52.6	9	45.0	$\chi^2=0.024$	0.876
	あり	9	47.4	11	55.0		
不眠	なし	14	73.7	11	55.0	$\chi^2=0.778$	0.378
	あり	5	26.3	9	45.0		
倦怠感	なし	4	21.1	5	25.0		1.000
	あり	15	78.9	15	75.0		
頭痛	なし	8	42.1	6	30.0	$\chi^2=0.206$	0.650
	あり	11	57.9	14	70.0		
関節・筋肉痛	なし	7	36.8	6	30.0	$\chi^2=0.013$	0.910
	あり	12	63.2	14	70.0		
息切れ	なし	10	52.6	6	30.0	$\chi^2=1.233$	0.267
	あり	9	47.4	14	70.0		
皮膚症状	なし	1	5.3	4	20.0		0.342
	あり	18	94.7	16	80.0		
脱毛	なし	16	84.2	16	80.0		1.000
	あり	3	15.8	4	20.0		

[†] χ^2 検定または Fisher 直接法

表 13-3 治療開始後 3 ヶ月の副作用症状発現状況の比較

副作用症状		面接群 (n=19)		非面接群 (n=20)		検定 [†]	p
		人	%	人	%		
発熱	なし	16	84.2	16	80.0		1.000
	あり	3	15.8	4	20.0		
食欲不振	なし	11	57.9	8	40.0	$\chi^2=0.635$	0.425
	あり	8	42.1	12	60.0		
不眠	なし	11	57.9	11	55.0	$\chi^2=0.000$	1.000
	あり	8	42.1	9	45.0		
倦怠感	なし	3	15.8	5	25.0		0.695
	あり	16	84.2	15	75.0		
頭痛	なし	10	52.6	6	30.0	$\chi^2=1.233$	0.267
	あり	9	47.4	14	70.0		
関節・筋肉痛	なし	8	42.1	8	40.0	$\chi^2=0.000$	1.000
	あり	11	57.9	12	60.0		
息切れ	なし	7	36.8	5	25.0	$\chi^2=0.206$	0.650
	あり	12	63.2	15	75.0		
皮膚症状	なし	3	15.8	4	20.0		1.000
	あり	16	84.2	16	80.0		
脱毛	なし	14	73.7	15	75.0		1.000
	あり	5	26.3	5	25.0		

[†] χ^2 検定または Fisher 直接法

(2) 副作用症状発現数と HRQOL の関連

治療開始後の各調査時期における SF-36 各尺度得点と副作用症状発現数との関連性の比較については表 14 に示した。

面接群では、治療開始後 1 ヶ月の「社会生活機能」及び治療開始後 2 ヶ月の「体の痛み」「心の健康」と副作用症状発現数との間では有意な相関を認めなかったが、それ以外の尺度得点と副作用症状発現数との間で有意な負の相関あるいは傾向を認めた。

一方、非面接群では、治療開始後 3 ヶ月の「日常役割機能（身体）」「日常役割機能（精神）」と副作用症状発現数との間では有意な相関を認めなかったが、それ以外の尺度得点と副作用症状発現数との間で有意な負の相関あるいは傾向を認めた。

表14 SF-36下位尺度得点と副作用発現数の相関の比較

SF-36下位尺度	n	治療開始後1ヵ月			治療開始後2ヵ月			治療開始後3ヵ月			
		rs	p		rs	p		rs	p		
身体機能	面接群	19	-0.563	0.012	*	-0.448	0.054		-0.560	0.013	
	非面接群	19	-0.711	<0.001	***	-0.594	0.007	**	-0.481	0.032	*
日常役割機能(身体)	面接群	19	-0.661	0.002	**	-0.590	0.008	**	-0.532	0.019	*
	非面接群	19	-0.660	0.002	**	-0.620	0.005	**	-0.283	0.226	
体の痛み	面接群	18	-0.796	<0.001	***	-0.357	0.134		-0.404	0.096	
	非面接群	20	-0.609	0.004	**	-0.648	0.002	**	-0.406	0.075	
全体的健康感	面接群	19	-0.412	0.080		-0.630	0.004	**	-0.516	0.024	*
	非面接群	19	-0.668	0.001	**	-0.583	0.009	**	-0.471	0.036	*
活力	面接群	19	-0.543	0.016	*	-0.554	0.014	*	-0.678	0.001	**
	非面接群	20	-0.833	<0.001	***	-0.769	<0.001	***	-0.635	0.003	**
社会生活機能	面接群	19	-0.182	0.455		-0.590	0.008	**	-0.764	<0.001	***
	非面接群	19	-0.708	<0.001	***	-0.427	0.061		-0.555	0.014	*
日常役割機能(精神)	面接群	19	-0.419	0.074		-0.599	0.007	**	-0.504	0.028	*
	非面接群	19	-0.563	0.010	*	-0.553	0.014	*	-0.251	0.285	
心の健康	面接群	19	-0.459	0.048	*	-0.171	0.483		-0.554	0.014	*
	非面接群	20	-0.597	0.005	**	-0.623	0.003	**	-0.411	0.072	

rs: Spearmanの順位相関係数

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

5) HRQOL 改善に関連する因子

面接群の「体の痛み」の推移では、治療開始後1ヵ月において有意な低下を認めたものの、治療開始後2ヵ月においては有意差を認めなかったことから、この時期に一時的改善を認めた。

そこで、面接群の治療開始2ヵ月後の「体の痛み」に、ベースラインのどのような要因が関連しているか検討した。

単変量解析の結果、面接群の治療開始後2ヵ月の「体の痛み」は、ベースラインの「身体機能」「活力」「日常役割機能(精神)」「心の健康」との間で有意な正の相関を認め(「身体機能」: $rs=0.615$, $p=0.005$, 「活力」: $rs=0.670$, $p=0.002$, 「日常役割機能(精神)」: $rs=0.501$, $p=0.029$, 「心の健康」: $rs=0.500$, $p=0.029$)、「併存疾患」がない者はある者に比べて「体の痛み」が有意に高値($Z=-2.703$, $p=0.007$)、「適度な運動習慣」をしている者はしていない者に比べて「体の痛み」が有意に高値であった($Z=-3.228$, $p=0.001$) (表 15)。

さらに、これらの要因を説明変数とした重回帰分析を行ったが、「活力」の分散拡大係数が大きくなり、推定値の信頼性が低下したため、この1変数を除外して分析を行った。その結果、面接群の治療開始後2ヵ月の「体の痛み」に関する要因として、「併存疾患」($\beta=-0.409$)と「適度な運動習慣」($\beta=0.568$)が抽出され、この2要因で80.7%が説明された(表 16)。

表15 面接群の治療開始後2ヵ月の「体の痛み」に関連する要因

因子	カテゴリー	n	相関係数	mean ± SD	検定 [†]	p
年齢			-0.148			0.547
性別	男性	8		75.4 ± 29.3	-0.757	0.449
	女性	11		71.0 ± 23.7		
世帯状況	家族と同居	17		74.8 ± 25.8	-1.218	0.223
	独居	2		56.5 ± 21.9		
就業状況	有職	11		71.6 ± 27.0	-0.084	0.993
	無職	8		74.5 ± 25.1		
IFN治療歴	あり	2		56.5 ± 21.9	-1.218	0.223
	なし	17		74.8 ± 25.8		
併存疾患	あり	10		58.2 ± 25.3	-2.703	0.007 **
	なし	9		89.1 ± 13.4		
治療期間	6ヵ月	7		67.5 ± 27.7	-0.732	0.464
	12ヵ月/18ヵ月	12		75.9 ± 24.9		
診断後経過期間			-0.084			0.740
入院日数			0.019			0.939
身体機能			0.615			0.005 **
日常役割機能(身体)			0.455			0.051
体の痛み			0.419			0.074
全体的健康感			0.310			0.196
活力			0.670			0.002 **
社会生活機能			0.437			0.061
日常役割機能(精神)			0.501			0.029 *
心の健康			0.500			0.029 *
一般性セルフ・エフィカシー			0.070			0.775
健康に対する統制感			0.106			0.665
体調を記録している	はい	3		54.7 ± 30.0	-1.594	0.111
	いいえ	16		76.3 ± 24.1		
バランスよい食事摂取	はい	12		76.3 ± 24.1	-0.904	0.366
	いいえ	7		67.0 ± 28.7		
適度な運動習慣	はい	12		87.7 ± 11.9	-3.228	0.001 **
	いいえ	7		47.4 ± 22.4		
過労を避ける	はい	10		80.5 ± 20.1	-1.164	0.244
	いいえ	9		64.3 ± 29.3		
睡眠/休養をとる	はい	12		78.8 ± 17.3	-0.818	0.414
	いいえ	7		62.7 ± 34.8		
禁酒している	はい	13		76.4 ± 23.9	-0.759	0.448
	いいえ	6		65.2 ± 29.4		
家族の支援がある	あり	18		72.9 ± 26.2	-0.465	0.642
	なし	1		72.0 ± 0.0		
友人/知人の支援がある	あり	16		71.3 ± 27.0	-0.228	0.820
	なし	3		81.3 ± 16.2		
相談できる医療者がいる	あり	14		69.6 ± 26.1	-1.179	0.239
	なし	5		81.8 ± 24.2		

[†]Mann-WhitneyのU検定

*p<0.05 **p<0.01

表 16 面接群の治療開始後 2 ヶ月の「体の痛み」を説明する要因

説明変数	標準偏回帰 係数 (β)	t	p	重相関 係数 (R)	決定係数 (R^2)
身体機能	0.098	0.484	0.636	0.899	0.807
日常役割機能(精神)	-0.022	-0.098	0.924		
心の健康	0.154	1.043	0.316		
併存疾患 [†]	-0.409	-2.734	0.017	*	
適度な運動習慣 [†]	0.568	3.739	0.002	**	

重回帰分析(強制投入法)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

[†]ダミー変数を入力

6) ベースラインの「心の健康」高群・低群でみた HRQOL の経時的変化の比較検討

ベースラインにおける「心の健康」得点の違いによって、看護面接が患者の QOL へ及ぼす影響に違いがあるかどうかを検討するため、面接群・非面接群の各群において「心の健康」得点が高得点の者（高群）、低得点の者（低群）、高群と低群の中間に属する者（中群）の 3 群に分類し、高群と低群を抽出して各々の SF-36 各尺度得点の推移について比較した。

「心の健康」高群における面接群と非面接群との比較において、面接群（心の健康得点範囲 72～80 点）では、「身体機能」「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の 5 尺度は、治療開始後のどの調査時期においても治療前に比べて有意な変化を認めなかった。これに対し、非面接群（心の健康得点範囲 72～80 点）では、「全体的健康感」は治療前に比べて有意な変化を認めなかったが、それ以外の 7 尺度は、治療開始後 2 ヶ月あるいは 3 ヶ月において治療前に比べて有意な低下を認めた ($p < 0.05$)。

「心の健康」低群における面接群と非面接群との比較において、面接群（心の健康得点範囲 32～56 点）では、「全体的健康感」「心の健康」の 2 尺度は、治療開始後のどの調査時期においても治療前に比べて有意な変化を認めなかったが、「身体機能」「日常役割機能（身体）」「体の痛み」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の 6 尺度は、治療開始後 2 ヶ月あるいは 3 ヶ月において治療前に比べて有意な低下を認めた ($p < 0.05$)。これに対し、非面接群（心の健康得点範囲 32～50 点）では、「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」「心の健康」の 5 尺度は、治療開始後のどの調査時期においても治療前に比べて有意な変化を認めなかった。

さらに、「心の健康」高群の面接群で有意差を認めなかった「身体機能」「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の 5 尺度について、「心の健康」低群の面接群との間でも比較を行った結果、低群では「身体機能」「体の痛み」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の 4 尺度は、治療開始後 3 ヶ月において治療前に比べて有意な低下を認めた ($p < 0.05$)。 (表 17) (図 5-1・2・3・4・5)

表17 「心の健康」高群・低群におけるSF-36下位尺度得点の経時的変化の比較

SF-36下位尺度	n	治療前		治療開始後1ヵ月			治療開始後2ヵ月			治療開始後3ヵ月		
		mean	± SD	mean	± SD	p	mean	± SD	p	mean	± SD	p
「心の健康」高群												
身体機能	面接群	6	89.2 ± 21.8	81.7 ± 25.6	0.570	n.s.	87.2 ± 11.1	0.982	n.s.	86.7 ± 8.8	0.967	n.s.
	非面接群	6	95.0 ± 10.0	93.3 ± 5.2	0.892	n.s.	86.7 ± 14.0	0.030	*	83.3 ± 13.3	0.003	**
日常役割機能(身体)	面接群	6	95.8 ± 10.2	84.4 ± 19.3	0.439	n.s.	71.9 ± 27.3	0.039	*	64.6 ± 31.0	0.007	**
	非面接群	6	100.0 ± 0.0	78.1 ± 14.1	0.080	n.s.	69.8 ± 30.7	0.014	*	54.2 ± 19.2	0.000	***
体の痛み	面接群	6	89.3 ± 19.4	71.8 ± 16.3	0.151	n.s.	85.3 ± 12.6	0.939	n.s.	75.8 ± 17.5	0.316	n.s.
	非面接群	6	92.7 ± 12.0	77.8 ± 25.6	0.168	n.s.	71.5 ± 27.0	0.037	*	71.8 ± 30.5	0.040	*
全体的健康感	面接群	6	73.7 ± 22.1	65.0 ± 10.2	0.538	n.s.	73.0 ± 6.2	0.999	n.s.	59.3 ± 17.5	0.180	n.s.
	非面接群	6	69.2 ± 12.3	62.5 ± 10.2	0.405	n.s.	63.0 ± 17.8	0.464	n.s.	65.5 ± 15.3	0.793	n.s.
活力	面接群	6	94.8 ± 10.0	71.9 ± 15.2	0.038	*	65.6 ± 25.5	0.009	**	62.5 ± 18.5	0.004	**
	非面接群	6	80.2 ± 14.5	67.7 ± 25.4	0.329	n.s.	47.9 ± 29.0	0.004	**	44.8 ± 32.0	0.002	**
社会生活機能	面接群	6	97.9 ± 5.1	87.5 ± 30.6	0.720	n.s.	89.6 ± 16.6	0.827	n.s.	87.5 ± 19.4	0.720	n.s.
	非面接群	6	100.0 ± 0.0	85.4 ± 16.6	0.460	n.s.	66.7 ± 27.0	0.028	*	64.6 ± 29.0	0.019	*
日常役割機能(精神)	面接群	6	95.8 ± 10.2	75.0 ± 27.9	0.101	n.s.	76.4 ± 26.6	0.131	n.s.	73.6 ± 28.1	0.076	n.s.
	非面接群	6	100.0 ± 0.0	90.3 ± 11.1	0.318	n.s.	88.9 ± 14.6	0.227	n.s.	75.0 ± 13.9	0.003	**
心の健康	面接群	6	78.0 ± 3.3	64.0 ± 14.8	0.094	n.s.	62.0 ± 14.9	0.052	n.s.	57.3 ± 16.3	0.012	*
	非面接群	6	74.0 ± 3.3	66.7 ± 9.4	0.542	n.s.	58.7 ± 17.6	0.076	n.s.	54.0 ± 21.7	0.019	*
「心の健康」低群												
身体機能	面接群	6	83.3 ± 12.1	81.5 ± 14.3	0.957	n.s.	74.2 ± 17.2	0.146	n.s.	65.0 ± 21.9	0.003	**
	非面接群	6	84.2 ± 11.6	63.3 ± 9.8	0.001	**	64.2 ± 7.4	0.002	**	65.0 ± 10.5	0.003	**
日常役割機能(身体)	面接群	6	87.5 ± 11.2	69.8 ± 25.4	0.132	n.s.	59.4 ± 28.2	0.013	*	58.3 ± 30.5	0.010	*
	非面接群	6	69.8 ± 25.4	59.4 ± 18.4	0.352	n.s.	51.0 ± 12.1	0.046	*	54.2 ± 19.2	0.105	n.s.
体の痛み	面接群	6	81.5 ± 27.0	71.8 ± 26.2	0.599	n.s.	63.5 ± 28.5	0.162	n.s.	52.0 ± 26.0	0.015	*
	非面接群	6	59.3 ± 32.9	45.4 ± 19.0	0.129	n.s.	50.5 ± 19.8	0.431	n.s.	50.7 ± 20.6	0.445	n.s.
全体的健康感†	面接群	6	58.2 ± 22.4	54.3 ± 14.1	0.861	n.s.	53.7 ± 13.7	0.799	n.s.	47.0 ± 20.0	0.196	n.s.
	非面接群	6	38.0 ± 6.4	31.7 ± 6.8	0.088	n.s.	36.2 ± 8.5	0.844	n.s.	37.8 ± 11.5	1.000	n.s.
活力	面接群	6	64.6 ± 17.1	49.0 ± 21.8	0.098	n.s.	45.8 ± 16.6	0.042	*	44.8 ± 25.1	0.031	*
	非面接群	6	51.0 ± 17.0	36.5 ± 13.4	0.066	n.s.	32.3 ± 11.5	0.017	*	33.3 ± 10.2	0.024	*
社会生活機能	面接群	6	85.4 ± 9.4	77.1 ± 22.9	0.734	n.s.	64.6 ± 21.5	0.122	n.s.	56.3 ± 34.2	0.025	*
	非面接群	6	62.5 ± 29.6	39.6 ± 16.6	0.111	n.s.	54.2 ± 10.2	0.770	n.s.	54.2 ± 12.9	0.770	n.s.
日常役割機能(精神)	面接群	6	80.6 ± 16.4	75.0 ± 23.6	0.841	n.s.	68.1 ± 22.6	0.331	n.s.	56.9 ± 32.2	0.031	*
	非面接群	6	70.8 ± 26.7	56.9 ± 22.0	0.529	n.s.	62.5 ± 26.2	0.827	n.s.	48.6 ± 19.3	0.192	n.s.
心の健康	面接群	6	46.0 ± 9.0	49.3 ± 13.5	0.914	n.s.	44.0 ± 9.1	0.979	n.s.	39.3 ± 15.7	0.605	n.s.
	非面接群	6	39.0 ± 8.4	43.3 ± 12.2	0.711	n.s.	42.0 ± 9.4	0.873	n.s.	37.7 ± 3.9	0.873	n.s.

Dunnettの多重比較

n.s.: not significant *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

†「心の健康」低群の「全体的健康感」の比較でのみ、ベースライン得点において両群間に有意差を認めた(p=0.037).

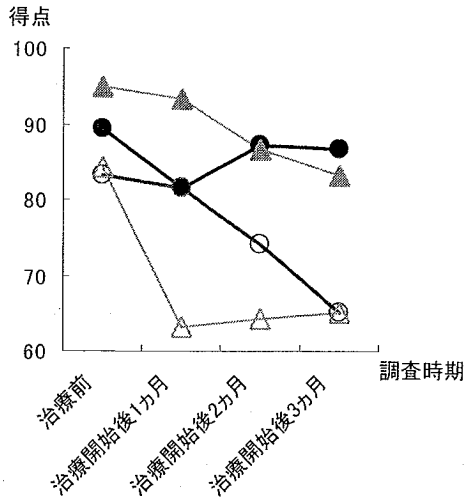


図 5-1 「身体機能」の経時的変化

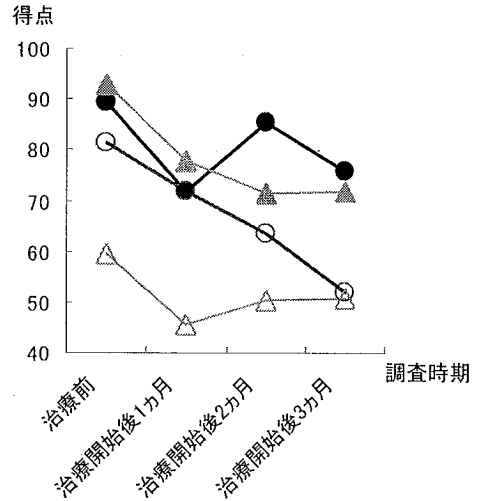


図 5-2 「体の痛み」の経時的変化

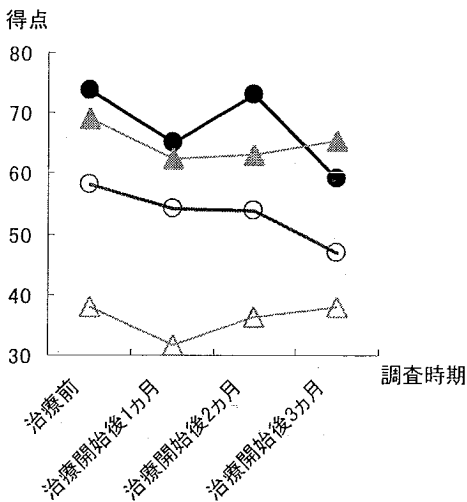


図 5-3 「全体的健康感」の経時的変化

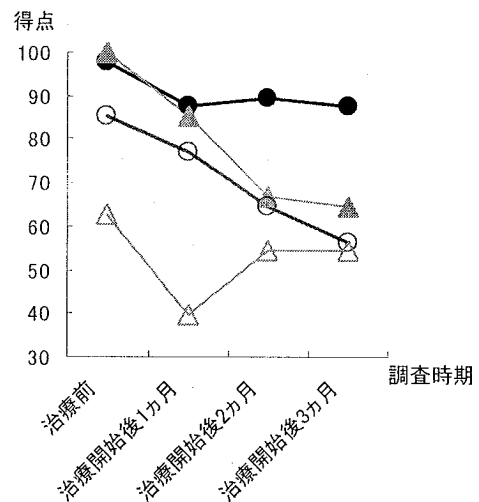


図 5-4 「社会生活機能」の経時的変化

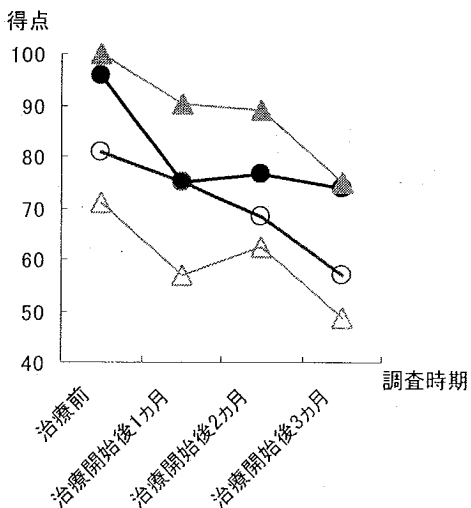
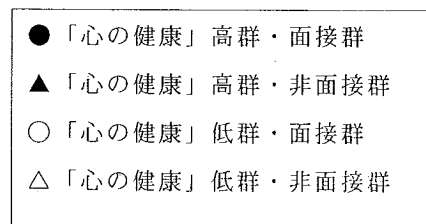


図 5-5 「日常役割機能(精神)」の経時的変化



5. 面接過程における患者心理の質的分析

対象者 19 人が語った内容の分析から抽出された 606 個のラベルを、文脈上の類似性に沿って整理し、144 個のラベルを得た。表 18 は、分析過程の一例である。

表 18 抽出した場面にラベルを付記した一例

ラベル	抽出した場面
体力がなくなる /低下する	<p>だんだんだんだんこうじわあっと<u>体力がなくなってくる</u>っていう実感はありますね。ええ、スタミナがこうなくなっていくというか、いろんなことで…ちょっとずつこう<u>体力削られてる</u>なって感じはありますね。(N0.6)</p> <p><u>体力がね、根気がないよ</u>になるのが困るだけだね。(N0.8)</p> <p>犬連れて歩くんがしんどい。(中略)ま、疲れやすいということじゃね(N0.14)</p> <p>やっぱり<u>体力がなくなる</u>様な感じがしますね。(N0.15)</p> <p>こんなに…<u>体力がなくなる</u>もんか思うて…。<u>体力がね。トットトット減る</u>けえね。<u>体力は減るわ</u>、<u>体重は減るわ</u>、<u>体力は減るわ</u>…。(N0.15)</p> <p>ゴルフから帰ってもねえ、やっぱりそれが…<u>体力がない</u>のが一番なんかなあと思うんよね。(N0.17)</p> <p>駅でも階段歩いたらちょっと休まんと、次に行動…移れんとかね。…うん…まあ、<u>体力的なところが全部…ううん、あかん</u>ね。(N0.17)</p> <p>無理はできんよねえ。<u>体力がなくなった</u>んじゃろうねえ。ゴルフ行っても 18 番ホールまで続かんけえねえ。カートで移動せんにゃあいけんのんじゃけえ。(N0.17)</p>

これら 144 個のラベルを類型化した説明概念は 31 個で、それらは【漠然とした心身衰弱化の自覚】【多様な不安と辛苦に揺らぐ感情】【依存心と自立心の調整困難感】【現実と対峙する葛藤】【体験の多様な解釈】【体験の肯定的評価】【自己コントロール】【安心と自信の獲得】【よりよく生きるための目標の明確化】の 9 つのカテゴリーに分類された(表 19)。

以下に、導き出された各カテゴリーとそれを構成する説明概念と特徴的なデータを抜粋して述べる。カテゴリーは[],カテゴリーを構成する説明概念は[],ラベルは< >,内容を補足するための筆者による加筆は()で示す。なお、No.は対象者番号である。

1) 各カテゴリーとそれを構成する説明概念

(1) 漠然とした心身衰弱化の自覚

このカテゴリーは、①〔体力の衰弱化〕、②〔精神力の衰弱化〕という 2 つの説明概念から構成された。対象者は、〔体力の衰弱化〕とそれに追従するかたちで〔精神力の衰弱化〕を漠然と感じており、自分自身に対して抱いていたイメージの変容を表現した。

この【漠然とした心身衰弱化の自覚】のうち、〔体力の衰弱化〕は、

やっぱり、だんだんだんだんこうじわあっと体力がなくなってくるっていう実感はありますね。ええ。スタミナがこうなくなっていくというか、いろんなことで…ちょっとずつ、こう、体力削られてるなって感じはありますね。(No.6)

と、〈体力がなくなる/低下する〉〈スタミナがなくなる〉等の言葉で表現された。

一方、〔精神力の衰弱化〕は、

(治療が)始まる2~3カ月はええんよ。2カ月ぐらいはの。段々身体が楽になってくるじゃろ？あれに…注射に慣れてね。ほんで(それで)…その頃に…身体が今度はだるうなってくるんよ。身体の芯が。気力いうもんがの。ほいで(それで)根気がない、話を聞くんでもくどいことを言ったら腹が立つように…なってくるんよ。これ…菌(ウイルス)が無いよになった頃の。はあ終わり頃の、注射の。…あん時…気が弱くなる…気が狂うたいのは、根気がないよになるんじやろう。結局、自分の経験から言うたら。(No.8)

と、気力・根気がなくなる、気が弱くなる等の言葉で表現された。

最も多く表現された感情は〈イライラする(焦燥感)〉であり、

うちの(女房)に言わせたら、わしは…短気な短気ないうのが、余計短気になったいうてね。イライラするばかりじゃなしに、考えるより先に、口が先に出るんじや。(No.12)

のように、他者の目にも明らかな程、対象者の感情が変化している様相が伺えた。中には、自分の身に突然生じた出来事に心理的衝撃を受け、将来に対して悲観的な見方に陥り、

あまりマイナス思考には考えたくはないですけど。で、別に…週末毎週遊ぶわけでもないし…どう言うんですかね、それだけで生きているわけじゃないけど、(注射の日が毎週金曜日なので)なんか週末をずっとこうやって寝込むのかなと思うと、んん、このたった1年なんですけど、なんか、こう、すごい…自分の人生を、家にいるときはすごい不幸に…思うんですけど、会社に行って、何かしてたら、ああ何てくだらないことを考えたんだろうって。別に長い中の1年だし、これで、終了したら、そんな…すごいまた今まで以上に元気になれるんだし、週末だけのために生きているわけじゃないのに、自分の何か駄目…ってなることがなんか…どう言うんですかね、悲観的に。やけに。そんなこと今まで思ったこともないし…。なんか気弱になるんですかね。うーん…。子どもが電話してきたりしても、なんかこう…涙が出てみたりとか、ん、そんなこと、絶対無かったんですけど。(No.5)

と、〈自己価値の低下〉〈無力感〉〈落ち込み〉等の抑うつ傾向がみられた。

(2) 多様な不安と辛苦に揺らぐ感情

このカテゴリーは、①〔病気に対する不安〕、②〔症状に対する不安〕、③〔治療に伴う辛さ/困難さ〕、④〔治療効果に対する不安〕、⑤〔治療継続に対する不安〕、⑥〔生活上の不安〕という、6つの説明概念から構成された。対象者は、漠然とした感情の原因が徐々に明確化するにつれて、様々な不安・辛苦を認知していた。不安・辛苦の内容や感情の揺らぎ方の程度は、治療経過や健康状態の変化によって個別に異なっていた。

この分(治療)について、今考え出したのは、全くこういう…注射を打って治るんか治らんのかわからん…(効果が)目に…見えんじゃないですか。それにぶつかって、やるだけで、ほいで(それで)頭はおかしくなる、(悪寒のため)寒いときは寒いようになるし、(発熱のため)暑いときには暑くなるし、身体が。汗かく。ほいで(それで)いろんなことがこう、自分なりに起きてきよる。(中略)そういうことが、やっぱり、節々、変わりよるんじやあないんですかね。わしだ

けはそういうようなことはない思うたが。(No.18)

と、〈効果が出ているか不安〉に思う気持ちや、〈副作用症状出現に対する不安〉〈症状が悪化しないか不安〉に思う気持ちが表現された。

これに対し、

いつか……外来でね、やっぱり、このインターフェロンを……しよるいう方と出会いましたけどね……食欲が落ちて……痩せました、髪の毛も抜けました言われましたけどね、私まだ何もないからね、鈍いんかねえ思うてみたりして……まだ1ヵ月じゃからね、まだあんまり……そういうあはれは……いいような、悪い……まあ、悪いことはないんでしょうけどね。どんなもんかなあと思って。今からですかね？(No.11)

と、〈副作用症状が出現しないことに対する不安〉も表現された。

〔病気に対する不安〕では、

私の病気っていうのは、他の人は治らないとおっしゃる方もいるんですけど、治るって言う方もいるんですけど、これはどちらが本当なんでしょうか？(No.2)

という、〈病気が治るか不安〉に思う気持ちや、

自宅の近くでね、(インターフェロンの注射を)打ってもらってるんやけど、そこの先生がねえ……俺は違う！と思うたんじゃけど……「血压高いよ」って。(中略)で、(そこの先生が)「(血压が高い)、どうしても「(血压を下げる)薬飲め」って言うけえ、え？先生いいの？今の……(インターフェロン治療を受けているのに、そこの先生は)、「いや、それとは関係ない、血压が高い方が怖いから」って。(中略)で、飲みだして、1週間飲んで、で、また先週金曜日打ってもらったときに、先生に会ったら「ま、これでも高いんやけど」言うて、140……145の下が80いくつだったかな、それでも下がったっていうわけよ。「ま、これぐらいにはしとかんにゃあいけんよ」言うて、「もう1週間薬を続けた方がいい」っていうんで、今週も飲んでるんですよ。朝だけね。1錠だけ。それは弊害がないということだったから。(No.17)

と、〈他疾患治療薬の併用による悪影響はないか〉と不安に思う気持ちが表現された。

〔生活上の不安〕では、

どのぐらいまで(体調が)悪くなるのかなあと。そしたら、(仕事を)辞めなくちゃいけない時がくるのかなあと。だから、やめなくちゃいけないになると、やっぱりね、女ひとりが働いてますから、そこのところが……やっぱり……(No.2)

と、〈仕事が継続できるか不安〉に思う気持ちや、〔症状に伴う辛さ/困難さ〕を、

とにかく、しんどい。もう、口で言えないぐらいです。恥ずかしいんですけど。どうしたらいいの(かわからない)っていう(状態)……(No.2)

のように、言葉にできない程〈症状による辛さ〉で困難を極めている気持ちが表現された。

同様に、辛い困難な気持ちとして、

わしは、乾杯ぐらいはええかと思うて、今日は先生に聞いてみようか、まずはいじゃが(しかし)、あなたに、何かの、データがあればね、聞いてみよう……やっぱり、こやしとかんにゃあね(専門的知識に触れて物事の良し悪しを解する力を豊かにしておかないとね)、瞬間的に何もかも駄目駄目いうことになると、自分が自分でまた……ね……陥るし……余裕を持つとかんにゃあいけん、聞いてもね。そうせんとやっぱり、これから先、同じ治療をするんでもね、寂しい思いをしたんじゃあいけんしね。(No.18)

という、〈嗜好品の制限/禁止を辛抱する困難さ〉についての思いも表現された。

中には、〔治療効果に対する不安〕について、

高いお金を払って、長い間治療しても、いい結果がでないかもしれない…そうになったらきつ
から、まあ、はじめからあんまり期待しないようにしようと思って。(No.10)

と、治療の〈効果を期待しすぎないようにする〉ことで、効果が出なくても落ち込まない
ような心の準備を今から整えようとしている気持ちの表現もみられた。

〔治療継続に対する不安〕については、

いつまで…こがいなあれかろう(こんな状態が続くのか)思うなあ思うんだが、うん、まだ、
注射打ったり薬飲まんこうおった(飲まずにいた)ほうが、身体の調子がええような気がする。
(No.12)

と、体調不良による苦痛の持続から〈治療を止めたい〉気持ちをそれとなく伝える表現も
みられた。

(3) 依存心と自立心の調整困難感

このカテゴリーは、①〔医師の立場を配慮した消極的関わり〕、②〔医師への不満/不信〕
③〔他者への謝辞〕、④〔既存の人間関係からの孤立感〕、という4つの説明概念から構成
された。対象者は、周囲の人間が病気である自分を気遣ってくれることに感謝の気持ちや
申し訳なさを感じ、自分の病気のせいで対人関係に悪影響を与えないよう配慮する努力を
していた。しかし、そんな努力を他者に気づかれない、理解されないという思いから、孤
立感を感じたり、鬱積した感情を他者へ向けてしまう等の困難を生じていた。

自分がやっぱりそういうこう(病気で治療を受けている状態にあるために)不自由って部分
があるから…人にそこまで言わなければ(いいのに)…ね、部下に対して言わなければいいのにな
ってというようなことも言ってみたり、怒ってみたりとか、威嚇を試してみたりとか…ああそれ
も…後でこう気がついて、そこまで言う必要がなかったんじゃないかな、それをまた、ま、自分
がね、あ、これ薬のせいだとかっていうてこう…薬のせいにしてるわけよ、だから人って弱いな
って思ったんやけど、まあ周りもその…環境が、こういう病気でそういう薬も打ってるよって
いうことを知ってくれているんで、気を遣ってくれてるっていうぶんがあるんやけど、でもねえ、そ
れでもやっぱり、ああ、自分がいかん(いけない)ことをしとるんじゃろうなっていうふうには、
こう、思ったり。(No.17)

ちょっと最近私が愚痴が出るのが、やっぱり自分の身体がしんどいっていうか、かわいいてい
うか。でも仕事はちゃんと出ますよね。そしたら、甘えなんでしょうけど、最初的时候は(職場の)
みんなも、「大丈夫?大丈夫?」とか、「無理しなくていいよ」とか、「もう帰ってもいいですよ」
とか言ってたけど、こう(通院治療が)長くなって一応通常通り出勤をしてたら、どこかこう見え
るところが、ギプスしてるわけでもないし、っていうと、向こうは普通(に仕事をこなすこと)を
こう求めてくるし、こっちも例えば(通院ために)金曜日とかいろいろ迷惑かけるからと思うと、
それに応えるし…ですよ。で、応えると、今まで通りのものをまた要求されるっていうので、
私だってしんどいんよとか、病気なんよって思うけど、それをまあ言ったらいけないしなって、こ
う我慢しますよね。わかってよ、とか、というのは感じますね。この前とかも、会議とかあってな
んやかんやかかって会社を出たのがもう(夜中の)12時とか…。だから…もうちょっと何で早く
終わらせてくれないのみたいな、不満って言うか…。うん…けど言ってもしょうがないし。って
いうのが、今ちょっと、普通にふってくる周りに、やたら…イライラするというか。でも、反対
の立場でも、足が折れてたら手は出すけど、(身体の)中のことはわかんないから普通に(仕事を

して) いれば治ったのかな, 楽になったのかな, とか思って対応しますよね, 私自身も. だからしょうがない, あーあって. ちょっとイライラして… (No. 5)

このように, 対象者は自分が抱えている苦痛や苦悩は, 他者の目には見えないので理解され難いことを認識しているが, 他者への苛立つ感情をコントロールできず自責の感情を抱く等, 他者に悪影響を及ぼさないよう常に配慮していた.

また, このような配慮は医師との関係においても認められ,

何しろ患者が多いけえね. もうちょっと (ちょっと) 聞きたいのう思うてもね, やっぱり聞きにくいですね, 確かに. …個人的な病院だったらば, まあ人数も少ないですけえ…時間的に一日の中のね, 人数が少ないけえ先生もまああれだから (比較的時間の余裕もあるから) … ほったら (そしたら) 今度は, 田舎の者 (医師) は専門でないですわねえ…総合的な部分は. じゃけ (だから), やっぱり専門のところはものすごいけえ何ですねえ, 聞きたいんだがのう思うところはあがる, あんまり個人が時間をとるのもねえ…思うけえ. まあこれがね, 言いにくい. (No. 4)

と, 医師は忙しいので個人的な相談をしたくてもしづらいつ感じたり,

やっぱりねえ…まあ, 一般的にお医者さん…と, 何かこう, やっぱり…症状については…ま…どう言うかな, 聞けるけど, どう言うか, そんなにこう, 心理的なものまでねえ…話すことはなかなかできないですよ. お忙しそうに思えるし, どこのお医者さんもねえ. (中略) だから…まあ, あんまり聞かないというか, こっちも…そこまで…んん…そういうので, もう慣れてしまってるので, ええ. (No. 16)

と, 心理面へのサポートまでを忙しい医師に要求することはできないと感じている気持ちが表現された.

中には, 体調不良が続いて社会生活への影響が出始めたことに不安を感じて医師に相談したことについて,

この前, (病院に) 来て, 先生の診察を受けて, その後に, もう全然あれだから (咳が続いて症状が改善しないから), 診察していただいて, 呼吸器科に行ってレントゲン撮ったんですけど, 「気管支炎でしょう」って言われて, で, それが咳っていうか, 「ここ (気管支) に反応するって言うことは, 薬が効いているから, 良かったですね」って言われて, 呼吸器科の先生に. いや, 良かったっていうか, しんどいんだけど…と… (No. 5)

と, 症状による辛さを医師に理解してもらえない不満な気持ちが表現されたり,

(血圧が低くて) 頭がフイフイするよういうことなんじゃがいうたらね, (地域のかかりつけの医師が) 「あ, そうです?」言うてから. あれと腹がねえ, この前からずっと痛いんじゃが, ご飯も食べる気がせんが言うたらね, 田舎の先生が, 「腹がちょっと痛いぐらいは我慢せにゃあ. 普通だったら 37 度も, もっと熱も出るし, はいで (それで), だいたい仕事もせんこうに (せずに) 寝とる人が多いんじゃけえ」言うてじゃけえね. (No. 12)

と, 症状による苦痛を訴えたつもりでも, 医師に苦痛を受け止めてもらえなかったと感じ, <医師に話しても仕方ない>という感情に傾きつつある気持ちが表現される等, 医師を信頼する気持ちはあるが, 自分の要求が十分に満たされなくても妥協して関わろうとする消極的傾向が見受けられた.

(4) 現実と対峙する葛藤

このカテゴリーは, ① [現実を否認したい感情], ② [現実の受容に向けた否定的感情の払拭] という 2 つの説明概念から構成された. [現実を否認したい感情] には, <気にし

ない><否認・逃避><考えないようにする>等の気持ちがあり、〔現実の受容に向けた否定的感情の払拭〕には、<外出すると気分が良い><動いているほうが気が紛れる><仕事をしているほうが気が紛れる>等の気持ちがあった。

〔現実を否認したい感情〕では、

気にせん、全然。…まあ、与えられた物を食べて…のんびり過ごしときゃあ…1年が過ぎる。
(No.15)

と、何事も<気にしない>ようにして日常生活を送ろうとする気持ちが語られた。

〔現実の受容に向けた否定的感情の払拭〕では、

仕事をしているほうが、自分を保とうとするので、いいのかなあと思ったり。あれが、ずっと家にいると、気がめいっちゃう、不安にもなるので。仕事と家の両立だと1日が早いので、何か半年もあつと（言う間に過ぎるのではないかと思う）…1週間がほんと早いので、「あ、もう注射だ」みたいな、感じなので。忙しくしているほうが私は…怖がりなので、合ってるような、はい、気がします。（No.7）

と、<仕事をしているほうが気が紛れる>という気持ちが表現され、

今から（真夏に向け）暑くなるし外へ出るのもちょっと億劫になったりとか…何かだるい、っていうときに……暑いと…余計にいうこともあるんですけど、…朝は…あんまりこう…積極的になれない感じがあるんですけど、まあでも…友達と約束したり…出かけることを…やめようと思わずに…出てしまうと、そのあとが気分が変わって、楽になるんで、はい、まあ…積極的に、自分で気持ちをそっちに持って行ったほうが、過ごしやすくなるなあっていうのは、すごく…そうですね。（No.13）

と、<外出すると気分が良い>という気持ちが表現された。

（5）体験の多様な解釈

このカテゴリーは、①〔治療に対する肯定的解釈〕、②〔治療や症状に対する現実的解釈〕、③〔治療に対する否定的解釈〕、④〔治療に関わる願望思考〕、⑤〔病気に対する否定的イメージ〕という5つの説明概念から構成された。対象者は、病気で治療を受けることの意味や価値を自分なりに解釈し、体験に価値を見出そうと模索していた。

〔治療に対する肯定的解釈〕では、

注射打ったり、薬飲んだりしてね…そがいな（白血球数減少などの臨床検査値の異常のような）まあ弊害的なものが出るのが普通じゃいうて（聞いた）。（副作用が）出んにゃあ薬が効きよらんものじゃ言いよった。やっぱり…副作用があるということは、（薬が）作用しよるけん（から）であるんであって、（薬を）飲んで知らん顔しとったんじゃあ、こりゃ効きよらんものじゃけえしょうがない。（No.14）

と、<身体が辛いのは治療が効いているからだと思う>ことで、苦痛を伴う体験を肯定的に捉えようとする解釈が語られた。

〔治療に対する否定的解釈〕では、

この治療自体が、こう、私も、こう、（治療体験がある者に）聞いていくと、要は保険みたいなもの…。肝臓癌になる確率が、低い、だけよ、っていう、治療なんですよ、この治療って。（中略）どこで感染したんかわからんけども、要は……25年後、30年後に、まあ、経ったら、肝硬変になって、肝臓癌になる確率が高いよ。それを、止める…ことが（できるかもしれない）っていうことだけなんですよ、要は。あとは自分が、それを、治療する…ことを……どうなんか

なあ… (No.17)

のように、否定的な捉え方に傾きつつも受け入れられる解釈を模索する気持ちが語られた。中には、同病者から提供される情報や意見に影響を受け、

外部（同様の治療を受けた者）からいろいろ聞かないですか。そうするとねえ、やっぱり（自分は）アルコールが好きやから…よし 1 年なら絶対止めたろうと自分では思ってるんやけど、ある程度…ウイルスの数が少なくなれば、「そんなもん飲んだよ」とかね、「飲んでるよ」という人とかね、いるのよ。で、つついそういうのがあるから、気にはなるんだけど、そのウイルスの数っていうのが。(No.17)

と、ウイルス数が減少すれば飲酒してもよいとの期待願望や、

たいていの方がまあ言われるんですけど、…血の病気ですよ。血の病気だと。そうすると、エイズのことを言われるんですよ。(中略)…たいていの方が聞かれるから、それ(エイズ)にも罹ってるんじゃないのって。(中略)…大丈夫だと思うんですけどね。ただよく皆さんが言われるから…まあ、エイズと同じでしょって言われるから、いや違う…たいていの方が言われます。(中略)だから…C型肝炎って言ってるのは、会社…勤めてるところには一切言ってないんですよ。で、親友の人に2人、3人…で私のいとこですかね。そのぐらいしか話してないんですけど、たいていの方が、エイズは大丈夫?と。(No.2)

と、〔病気に対する否定的イメージ〕を他者から強く感じとり、それゆえに病気であることを隠さざるをえない気持ちが語られた。

(6) 体験の肯定的評価

このカテゴリーは、①〔症状に対する肯定的評価〕、②〔治療環境に対する肯定的評価〕という2つの説明概念から構成された。病気や治療と向かい合う過程においては辛さ・困難さを伴うが、そうした体験の中にも自分にとってプラスとなる側面を発見し肯定的に意味づけることで、前向きに取り組もうとしていた。

〔治療環境に対する肯定的評価〕では、

治療代がやっぱり…(高額で)大変だと思いますね。私は治せる…から本当に恵まれてるなど。誰でも治せない…じゃないのかなと思うんで…毎週毎週のことだし、私は週に1度ですけど、あれが週3(回)だと、かなりの(負担もあるだろうし)、その高額医療(費制度による治療費の還付)とかあるの、あると思いますけど。(No.7)

と、自分よりもっと辛い立場に置かれた患者のことを思い、自身の立場を肯定的に捉えようとする気持ちが表現された。

(7) 自己コントロール

このカテゴリーは、①〔身体との折り合い〕、②〔コンプライアンスの高まり〕、③〔現実認識に伴う挑戦心の芽生え〕という3つの説明概念から構成された。

〔身体との折り合い〕では、

何かもう我慢しようとか、無理してたんですけども、我慢しないほうがいいって聞いて、夜もだから(座薬を)入れるようにしたら、やっぱり食事も摂れるようになって…うん。ちょっとそういった面は、すごい、無理に自分を我慢させない。そこらへんは楽にはなり…。(中略)ただ、何食べてもおいしくはないんですけど。ただ、無理矢理食べなきゃと思って突っ込んでたよりかは、あれが食べたいこれが食べたいと思えるようになったし、食べるようになった。ただ、まだこう…想像の中ではすごくおいしいと、あれが食べたいと思って食べたのに、あ、そうでもないな

っていうことはありますけど。でも、無理矢理こう…っていうんじゃなくなったので、それは良かったかなと。(No.5)

と、時間が経つにつれて<症状に慣れてきた>と感じられ、体調に応じて<無理をしない>で生活することで〔身体との折り合い〕をつけようとする気持ちが表現された。

〔現実認識に伴う挑戦心の芽生え〕では、

今のところ…まあ…頑張るしかないかなって。(中略)たぶん私も、努力してると思います、自分で。だけど、それって、自分でしていかないといけないことなんですよ。人がしてくれないじゃないですか。で、痛みも、相手はわからないし…と思いますけど。とにかく自分が頑張る。一生懸命頑張らんでもええから、少しだけ頑張るという気持ちでやってますから。(No.19)

と、前向きに頑張る気持ちで自らを支え、病気を受け止めようとしている気持ちや、

(現在同じ治療を受けている人の状況を筆者から聞いて)やっぱりそうか…。そうだよ。薬のせいだから仕方がないんじゃないかな。そう思えばええことなんじゃないかな。(中略)そうやって自分でコントロールしていかんといけんのじゃないかな。…いや、周りにねえ…結構、肝炎の人って、いるんだけど、治療を受ける必要のない段階の人とか、治療を受けたけど途中で止めたとか…そういうんで…今、治療を受けている人っていうのがないんだよね。だから、そういう人と話をするってこと…はないんだよね。だから、こういう話を聞けるのはいいよね。…んん…自分に言い聞かせて…しんどいのは当たり前だと…治療をしているんだから当たり前だと…こんなもんだと…思えればね。…だんだん、そう思えるようになって思うんだけどね。そういうふうに入れられるように…。(No.17)

と、治療による心身への影響を理解し、前向きに現実を受け入れようとする気持ちが表現された。

(8) 安心と自信の獲得

このカテゴリーは、①〔安心〕、②〔効力感〕という2つの説明概念から構成された。闘病過程には困難さや辛さを伴うが、そうした体験を肯定的に評価し意味づけることで前向きになれる、心身が安定化する方向へと変化していた。

〔安心〕では、

最初(治療開始当初)の大変なことをするっていう…こう…勝手な思い込みで…そういうのを考えると、まあ…そうですね…熱もそんなに…最初に出ただけで出ないし…ま、ちょっと…だるいなあいうて微熱で37度ぐらいいうことは…ま、何回かぐらいですがあるんですが、でもそれも…んん…思っていたよりは楽っていう感じですかね。…倦怠感もう仕方がないとしたら。(No.13)

夏休みになって、今度…5日間ぐらいちょっと夫のほうの…単身赴任しているところへ行ったりしようって。ま、この、注射と注射の間にね、ちょっとまあ少しは…旅行もできるかなあというのが(気持ちが出てきた)。…ちょっとやっぱり楽になったんですかねえ。うん、前はやっぱり…出かけるよりは、もう家におりたいという感じがありましたけど。土日なんかね、やっぱり…水曜日注射して、木金は、身体はだるいけどもやっぱり、気が張ってるでしょ、仕事で。で、何とか乗り越えて、土日がかえって…こう…動きたくないって感じがあったんですけどねえ…ううん…まあ、慣れた…せいか…じゃけ(だから)、ちょっと出かけたいなという気持ちが(出てきた)…。(No.16)

と、症状が軽減したと感じられ安堵する気持ちが表現された。

〔自己効力感〕では、

今回は、金曜日に注射をして、その金曜日の夜に坐薬を入れて1回で済んだんですけども、その前の週は…金土日、3回使いましたし、その前の週は金土の2回だけとかですね、増えたり減ったり増えたり減ったりしながら、先週はとてもうまくいった、っていう感じでしょうか。だから、単純に、こう、徐々に慣れていくのかなと思ってたら、結構こんなになりながら（波打ちながら）ですね、精神的にも、体調的にも、安定的にこう下がっていくと言うよりは…元に戻るけど慣れるって言うよりは…結構このまま良くなるのかなと思ったら、ちょっと激しい症状が出たり…しながら、波打ちながら落ち着いていくのかな…っていう感じがこの1カ月の手ごたえ…はい。振り回されてる感って言うんですか、（そういうよう）なのはそんなにまだ今のところは感じてないですね。（No.6）

胃がムカムカしたりとかいう症状があったのが、レベトール飲むときに必ず2回、胃薬を、飲んでるんですよ。それが何か、自分では、（ムカムカしなくなり）いいような気がします。（No.19）と、症状をコントロールできている自信や、対処法に効果を感じられる気持ちが表現された。

（9）よりよく生きるための目標の明確化

このカテゴリーは、①〔病気を治したい要求〕、②〔病気を進行させたくない要求〕、③〔健康的に過ごしたい要求〕、④〔これまでの生活習慣を維持したい要求〕、⑤〔病気や治療への知識を得たい要求〕という5つの説明概念から構成された。これらの要求は、病気や治療と向かい合う過程の中から見出されたその人の価値観や信念の表現を意味していた。

私はとにかく元気になりたいし、治したいというんですかね。それとやっぱり他の人が…んん…「治らない病気よ」と言われたことがあるんですよ。で、またその、周りに結構（C型肝炎の方が）いらっしゃって、まあ、今はもう肝臓のほうへ悪くなってるって…「…だけど、そういう人、「絶対治らないのよ」とか、言ってらっしゃるけど、私は治る…じゃないかなと、自分で思ってるんですけど。（中略）自分でもとにかく最後までやりたいし、うん、どこまで頑張れるかわかんないんですけど、周りの人が「もう止めちゃったら」…と言う。（中略）だけど、とにかく大変だと思うけど頑張りなさい言うてまあ、友達が一人ほど知ってる方がいて、自分のお兄さんも（C型肝炎に）なって、途中で止めてしまって…。だけどいいとこまでいったから、もう年が年だから、止めて、今健康にやってるっておっしゃって。じゃ、（自分の場合は）もっと前に見つかってるんだから、治せるところは治してもらえらんだったらね、ここはしんどくても頑張らなくちゃ。（No.2）

と、何としてでも病気を治したい気持ち、

そりゃ、元気なときは（病気に関する情報を）見んですよ、何も。ほいじゃが（しかし）病気になったときには、隅から隅まで見ます。そいで、テレビでも第2チャンネルのほうを見る。病気のことや福祉のことやそればかり。ほんで肝炎があったらすぐ見に行く…やるようになった。そういうことが（これまでと）違うわいね。新聞でも切り抜いてね、肝炎のどうの、講習があるとか、いうことになると、行かれんにしてもやっぱり、行こうとする努力はあるよね。じゃけ、そういう、新聞の見方も、一番面白いところを見てゴルフ見てこうじゃああじゃあいうて、しよったんが、今頃、（中略）変わった。そういう趣味が。はあ、栄養栄華をこうみてどうのじゃなしに、こっちのほうでやっぱり、自分を慰めるいうんか、ちょっとでもこう、近づきたいいうんかねえ、ええ方へ。そういう見方が、やっぱり変わりましたね。（No.18）

と、病気を抱えながらも健康的に過ごしたい気持ち、

他の友達…1年なんぼ（注射を）打たれた人でも…癌がやっぱり出てきたいうてね。ま、（癌を）切られた人もおってですからね。だから…可能性あるんじゃないんですかね。ぼっとできるいう、ね。…ウイルスを完全にとらないと、癌に。最終的にはね、癌ができる言われますからね、C型（肝炎を放置すれば）、（友達が癌を）切ってから…「まだあなたはいいよ、インターフェロン打てるから。私なんかもう打てんからね。」そこの…癌切られた人はその（切除した部位）近くまで抗癌剤を入れて、年に1回とかね、2回とか…する治療をしようてみたいな。あんなんだったら嫌じゃからね。じゃけえ（だから）、ね、できたらウイルス、が消えるもんならね…思うんですけどね。（No.9）

と、病気を進行させたくない強く願う気持ち、

このたびも、完全…完治するとは…（医師は）言うてんないけえね。（治癒率は）70（%）か80（%）ぐらい。じゃけ（だから）、（病気が）進行して治らんのなら、5年や6年長生きをするよりはまあ、まだ、昼から（酒を）飲んだほうがええし…。（No.12）

と、可能な限りこれまでの生活習慣を維持したい気持ち、

例えば、私みたいな、割と、症状が、いい状況…（中略）途中で止めたりとか、あと…何かこう…病院に来るときでも、這うように来てたよとか、それを思うと●●さんってすごいねって言われるんですよ。だから、そういった、自分のいいことを、皆さんにやっぱり、同じ（治療を）されてる人にね、こう…教えてあげられれば…いいかなあって。（No.19）

と、同病者との交流による情報交換を求める気持ちが表現された。

表19 対象者の心理変化

カテゴリー	説明概念	ラベル	1M	2M	3M
漠然とした 心身衰弱化 の自覚	体力の衰弱化	体力がなくなる/低下する	○	○	○
		スタミナ(粘り)がなくなる	-	○	○
		痩せて小さくなった	-	○	○
	精神力の衰弱化	気力がなくなる/低下する	○	○	○
		イライラする(焦燥感)	○	○	○
		外出すること/動くことが億劫	○	○	○
		すっきりしない/気が晴れない	○	○	○
		マイナス思考になる	○	○	○
		自己価値の低下	○	○	○
		自己不一致感(葛藤)	○	○	○
		考えがまとまりづらい	○	-	○
		無力感	-	○	○
		落ち込む	-	○	-
		人に会いたくない	-	-	○
多様な不安と 辛苦に揺らぐ 感情		病気に対する不安	病気が治るかどうか	○	○
他疾患治療薬の併用による悪影響はないか	○		○	-	
他疾患(糖尿病等)が悪化しないか	○		-	○	
重病ではないか	-		○	○	
病気が進行しないか	-		-	○	
症状に対する不安	症状が悪化しないか	○	◎	○	
	症状の持続に対する不安	○	○	○	
	予測される副作用症状の出現に対する不安	○	○	○	
	副作用症状が出現しないことに対する不安	○	○	-	
	自覚している症状は副作用症状なのか うつ(病)ではないか	○	○	-	
治療に伴う辛さ/困難さ	症状による辛さ	○	◎	◎	
	症状による不快/恥ずかしさ (飲酒などの)楽しみがない	○	○	○	
	禁煙できない辛さ	○	○	-	
	夏の暑さによる負担感	-	○	○	
	禁酒を守れない自分への反省・後悔	-	○	○	
	飲酒できない辛さ	-	○	-	
	嗜好品の制限/禁止を辛抱する困難さ	-	○	-	
治療効果に対する不安	効果が出ているか不安	○	○	○	
	効果を期待しすぎないようにする	○	○	○	
	良い結果は出ないと思う	○	○	-	
	飲酒・喫煙の治療効果への影響が心配	-	○	○	
	6か月の治療期間では効かないと思う	-	○	-	
治療継続に対する不安	先行きに対する不安	○	○	○	
	治療期間を長くしてほしい	○	○	○	
	いつまで治療を続けるのか	○	-	○	
	治療を続けられる自信がない	○	-	-	
	治療を止めたい 希望が持てない	-	○	-	
生活上の不安	仕事を継続できるか不安	○	-	○	
	経済的不安	○	-	-	
	人に感染させないか不安	-	○	-	
依存心と自立心 の調整困難感	医師の立場を配慮した 消極的関わり	医師に相談したいが自分だけが時間を多くはとれない	-	○	○
		主治医が交替し慣れるまでが心配	-	○	-
		医師には心理的サポートまで要求できない	-	-	○
		医師に言いたいことをうまく伝えきれない辛さ	-	-	○
		医師には切羽詰るまで言えない	-	-	○
	医師への不満/不信	医師に話しても仕方ない	○	○	-
		医師から検査結果の説明がないので不満	○	-	-
		医師により治療に対する考えが違うことへの不信感	○	-	-
		専門医とかかりつけ医の考えの相違がストレスになる	-	○	○
		他者への謝辞	他者からの励ましへの感謝	○	○
	職場仲間の理解・協力への感謝	○	○	-	

カテゴリー	説明概念	ラベル	1M	2M	3M
		他者に気を遣わせ申し訳ない	○	○	-
		家族の理解・協力への感謝	-	-	○
		医師への感謝	-	-	○
	既存の人間関係からの孤立感	他者へ八つ当たりしてしまう	○	○	○
		社会的疎外への不安	○	-	-
		他者に苦痛を理解されない不満・辛さ	-	○	○
		社会的接触減少に伴う寂しさ	-	○	-
		辛くても元気な振りをする	-	-	○
		苛立つ感情表出による対人関係の悪化	-	-	○
現実と対峙する葛藤	現実を否認したい感情	(何事も)気にしない	○	○	○
		否認・逃避	○	○	○
		病気であることを他者に隠す	○	○	○
		考えないようにする	○	○	○
		過小評価(大したことないと思う)	○	○	-
		心配してもどうにもならない	-	○	-
	現実の受容に向けた否定的感情の払拭	外出すると気分が良い	○	○	○
		仕事をしているほうが気が紛れる	○	○	○
		人に会う/話をするようにする	○	○	○
		気持ちを切り替える	○	○	○
		動いているほうが気が紛れる	○	○	-
		治療をするために働く	○	-	-
		体力消耗の少ないことでストレス発散する	○	-	-
		落ち込まないよう部屋を明るくしておく	○	-	-
体験の多様な解釈	治療に対する肯定的解釈	身体が辛いのは治療が効いているからだと思う	○	○	-
		週に1回なのでかなり効くと思う	○	-	-
	治療や症状に対する現実的解釈	周囲の理解がないとできない治療	○	-	-
		身体が辛いのは薬が蓄まってきたからだと思う	-	-	○
		身体が辛いのはヘモグロビンが少ないからだと思う	-	-	○
	治療に対する否定的解釈	身体に悪い治療	-	○	○
		肝癌になる確率を低くするだけの治療	-	-	○
	治療に関わる願望思考	ウイルスが減れば禁酒が解除される期待	○	-	-
		ウイルスが陰性になれば治療期間が短縮される期待	○	-	○
		ウイルスが陰性になれば治療が終了される期待	-	-	○
	病気に対する否定的イメージ	人にうつす、嫌われる病気	○	○	-
		怖い、嫌なイメージ	○	-	○
		お金がないと治せない病気	○	-	-
		エイズと同視される	-	○	○
		癌になる病気	-	-	○
体験の肯定的評価	症状に対する肯定的評価	症状が軽くて/思っていたより楽で良かった	○	○	○
		天気がいいと体調が良い	-	○	-
		禁酒し身体への悪影響が減って良かった	-	○	-
	治療環境に対する肯定的評価	順調に進んでいる	○	○	○
		職場環境に恵まれ良かった	○	○	○
		週1回の治療で良かった	○	-	○
		経済的負担が少なくて良かった	○	-	-
		真夏でなくて良かった	-	-	○
		早期発見、早期治療ができて良かった	-	-	○
		(他疾患に比べて)C型肝炎で良かった	-	-	○
		自分は治せるので恵まれている	-	-	○
自己コントロール	身体との折り合い	無理をしない	○	○	○
		病気や症状とうまくつき合う	-	○	○
		症状に慣れてきた	-	○	○
	コンプライアンスの高まり	薬を服用し忘れないよう注意する/気を緩めない	○	○	○
		他疾患のコントロールへの意欲	○	○	-
		禁煙・禁酒を決意した	○	-	-
	現実認識に伴う挑戦心の芽生え	自分が頑張る/努力するしかない	○	○	○
		こんなもんだと思い自分に言い聞かせる	○	○	○
		100%でないが治療率にかける	○	-	-
		治療と向き合う覚悟をする	-	○	○
		治療を受け入れ生活調整していく心構え	-	○	-

カテゴリー	説明概念	ラベル	1M	2M	3M
		治療を受けることが仕事と思う	-	○	-
		現実を認める	-	○	-
		自分の努力を評価する	-	-	○
安心・自信の獲得	安心	自分だけに生じた症状ではないとわかり安心する	○	-	-
		症状が軽減/消失した安堵	-	○	○
		効果が出ているとわかり安心する	-	○	○
		医師に話して(説明を受けて)安心する	-	○	○
		皆頑張ってるから自分も頑張る	-	○	○
		同病者との交流が役立ち心強い	-	-	○
	自己効力感	症状への対処ができ効果を感じる	○	○	○
		体調改善の見通し	○	○	○
		症状をコントロールできる	○	○	○
		気分をコントロールできる	○	-	○
		治療を続けられる自信がある	-	○	○
よりよく生きるための目標の明確化	病気を治したい要求	完治したい	○	○	○
		治療を完遂したい	○	○	○
	病気を進行させたくない要求	肝硬変になりたくない	○	○	-
		癌にはなりたくない	-	○	○
	健康的に過ごしたい要求	爽快に元気に過ごしたい	-	-	○
		少しでも健康に近づきたい	-	-	○
	これまでの生活習慣を維持したい要求	できるなら好きな物を飲食して余生を過ごしたい	○	○	-
		身体への悪影響はあってもやりたいことはやる	-	○	-
		酒が飲めるようになりたい	-	○	○
	病気や治療への知識を得たい要求	医師に相談したい	○	-	○
		同病者との交流をもちたい	-	○	○
		病気や治療に関する情報提供が欲しい	-	-	○

*記号は、各調査時期において各々のラベルが抽出された対象者数を示す。-:0人 ○:1人 ○:2~5人 ◎:6~8人

1M:治療開始後1ヵ月 2M:治療開始後2ヵ月 3M:治療開始後3ヵ月

2) IFN 治療経過に伴う経時的心理変化

こうして得られた9つのカテゴリーは、経時的変化を示していることから、対象者の経時的心理変化の基本的図解は図6のように表すことができた。以下に、治療経過に伴う心理変化の特徴を述べる。

対象者は、治療に伴う様々な症状の出現によって、原因が明らかでない【漠然とした心身の衰弱化の自覚】をしていた。そして、時間が経過するにつれて、漠然としていた感情が徐々に整理され、〔症状に対する不安〕〔病気に対する不安〕等の不安や辛苦として明確化され、状況によっては感情が激しく揺らぐ体験をしていた。社会的役割を維持しつつ自立した生活を営む中で、自分の苦痛や困難を他者にわかってもらえない不満等、【依存心と自立心との調整困難】を自身の内面において感じていた。それと同時に、病気である自分を受容しなければならない気持ちと病気であることを否認したい気持ちとの相反する気持ちの共存から、【現実と対峙する葛藤】を体験していた。このような体験とそれへの意味づけは個人によって異なり、その人なりに受け入れられる解釈を探して受け入れていたことから、【体験の多様な解釈】が存在した。疾患や治療と向かい合う体験には様々な辛さ・困難さを伴うが、こうした体験の中にプラス面を発見して【体験の肯定的評価】をし、現実認識を深めつつ〔身体との折り合い〕をつけたり、その人なりに健康行動に努めながら、前向きに取り組めるよう【自己コントロール】をしていた。対象者によっては、看護面接において得られた知識や励ましによって、肯定的に反応するようになり、〔安心〕を感じたり〔自己効力感〕が強化される等、【安心・自信の獲得】から心理的に安定した方向への変化を生じた者もあった。そして、個別なペースで【よりよく生きるための目標の明確化】がなされる方向へと変化していた。

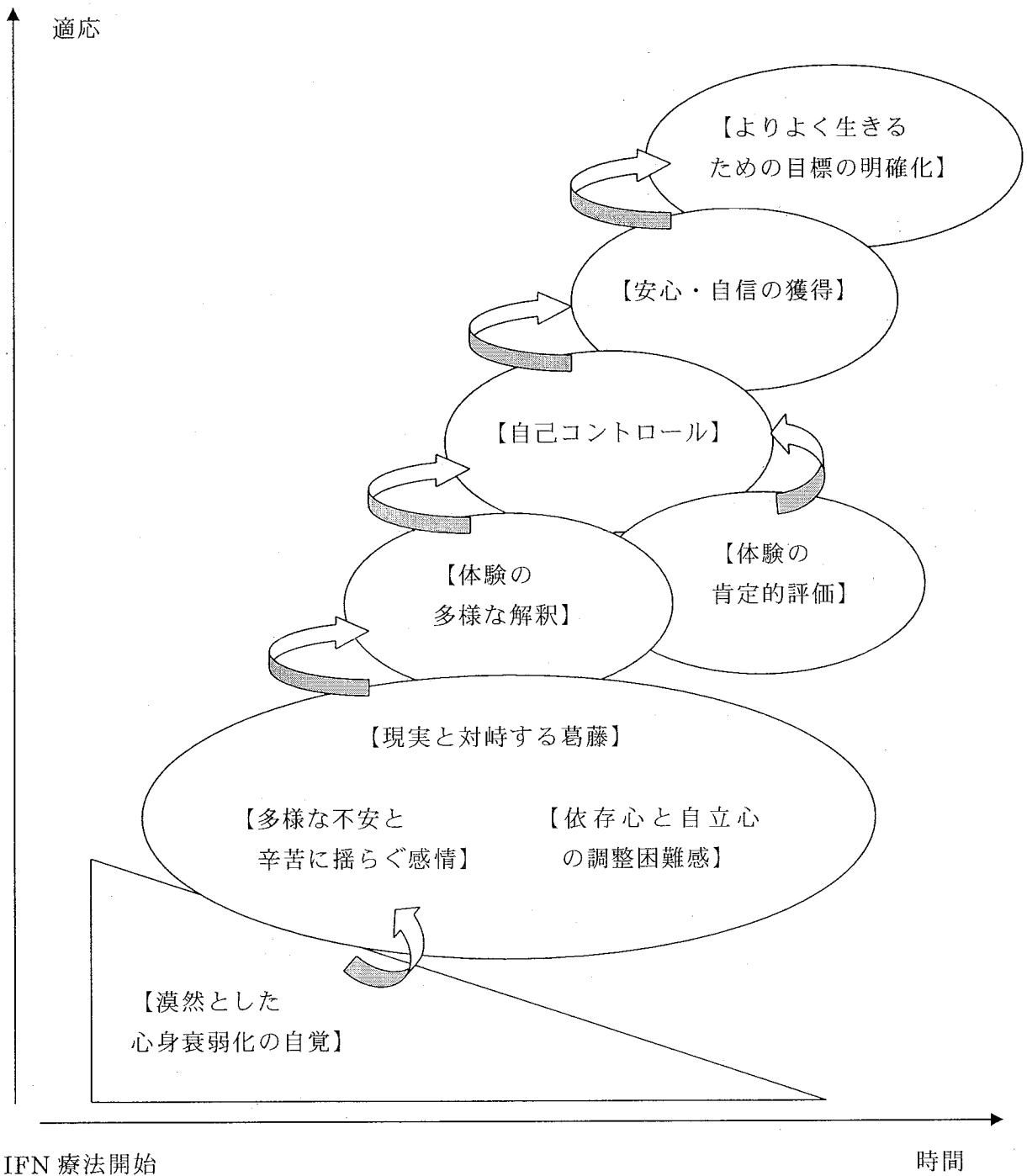


図6 IFN 治療に伴う患者の心理変化

* 【 】は抽出されたカテゴリを示す。

3) 看護面接に対する対象者の評価

面接者である筆者の態度や面接自体の評価に関する内容は、①<周囲に相談できないことを話せて良かった>、②<情報をもらえて気分が楽になった>、③<話をしていると不安が減った>、④<専門的な話が聞いて良かった>、⑤<アドバイスがもらえて良かった>、⑥<月に1回の楽しみ>の6つにまとめられた。以下にその一部を示した。

私の周りも（同じ病気で治療を受けている人が）いないんで…だから誰にも相談（できない状況）…だから、よかったと思うんですよ、（この面接を）受けて。こういうお話ができたり…できたので。じゃないと本当に…何処に何を聞いたらいいか、わからない、状態なので。（No.7）

先生とのやりとりっていうのは、数値的にみて状態（に異常）がなければ今までどおり（治療）継続だと、あんまり話をする事はない…から、そういう意味では、今（面接者である筆者が）なさってることはですね、研究のためかもしれないけども、でも、患者さんにとってもですね…聞いてもらえるとか、話す機会がある、先生と話すのとは別にあるっていうのは、とっても有難いことじゃないかと、思いますけどね。（中略）病気のこと知らずに…極端に言うと、家族だってわかんないじゃないですか。でも…一応…看護する立場の方っていうのは、家族の介護…介護と看護と意味違いますもんね。こちら側としてはですね、心配してくれるのはわかるけども…っていうのがあるのと、何かこう…する力があるっていうので、やっぱり立場が違うんで…こちら側としても同じ話をするんでも、ちょっとずつ違いますからね。（No.6）

（同じ治療を受けている人の状況について）話を聞くことでね、やっぱりその…個人差が副作用に対してあるよっていう、その不安がねえ、まあ少しでもまあ、実例をこう含めて、聞かせてもらおうと、やっぱりそのほうが…ああそうなんだっていう…気持ちでね（受け入れていくことができる）。（No.17）

やっぱり、最初の頃は、やっぱり体調がねえ、今までとずうっと…今までと変わってだるさとか…やっぱり精神的にも何となく落ち込むでしょ。で、ま、面接でいろいろ…まあ話すことで…何かちょっとねえ、やっぱり、不安が減ったような気がします。だからよかったです。（No.16）

なお、Ⅲ章に詳述した自記式質問紙の自由回答欄においても、看護面接に対する感想や意見等があった。その中には、上述した評価のほか、「回を重ねる毎にお話することにより自分の症状を把握し、受け入れて自然に前向きに頑張れるようになった」、「血の検査によると各種数値に改善が見られるとのことですが、自分としてはその実感がない。体調不良に慣れたせいかな、不調が苦にならないが、楽ではない。早く治療を終わりたい。この病気の治療について、公表していないため、近隣では『横着者』としてみられている感じがする。（中略）（そんな中で筆者と出会い）自分の腹の内を話せる人、理解してもらうことの出来る人、気持ちが素直になれます。」等、看護面接が肯定的な方向への変化を促したことを示す回答が得られた。看護面接に対する意見としては「治療中に現れる身体や精神の変化を知っていれば、『あ、そうか』とそれに対応することが出来る様な気がする。」、「治療期間（48週）が長いということから、治療（症状）についての進捗状況など細かい説明がほしいと思っています。」等、より多くの情報提供から、状態の予測や体調管理に有効な備えの態勢をつくりたいとの要望もあった。

V. 考察

1. 看護面接が患者の QOL に及ぼす影響

IFN 療法による副作用症状の多くは、治療開始から 3 ヶ月間の時期に発現する。この時期における患者への看護援助の必要性が高いと考えられたことから、本研究では、治療開始後 1・2・3 ヶ月の時期に外来で継続的に看護面接を行った。そして、看護面接を受けた面接群の QOL の推移を、非面接群と比較して検討した。その結果、面接群の「体の痛み」は治療開始後 2 ヶ月において一時的に改善を認めたのに対し、非面接群では改善を認めなかった。このことは、看護面接の実施によって、対象者が体の痛みによる生活への影響が少ない毎日を送れる効果がある可能性を示唆していると考えられる。このような治療開始後 2 ヶ月における体の痛みによる生活への影響は、併存疾患がない者や、治療前において適度な運動習慣がある者で少なかったことから、普段から身体機能を高く維持することが、治療中痛みによる影響が少ない社会生活につながると解釈できる。

本研究で行った看護面接は、IFN 療法を受療する C 型慢性肝炎患者が、治療体験に伴う感情や考えを表出でき、疾患や治療に関して適切な認知を獲得することで、自己管理上の問題への効果的対処を行えることを目標として、対象者が疾患や治療に前向きに取り組める過程を支援しようとするものであった。対象者が抱え易い不安や困難等の問題に対応できるよう、6 つのテーマを想定し、対象者のニーズに応じて適切なテーマや援助方法を組み合わせて展開した。各テーマの実施率の結果から、想定した 6 つのテーマは、IFN 療法受療中の C 型慢性肝炎患者のニーズに沿った、ある程度標準的なテーマとして適切であったことが示唆されたと考えられる。6 つのテーマのうち、「副作用症状の早期発見と対処方法」に関する援助はすべての対象者に行い、症状の軽減を目指して対象者に合った対処法を話し合った。副作用症状の発現状況をみると、調査した 10 症状の発現はどの時期においても認められた。中でも、倦怠感、皮膚症状、関節・筋肉痛、頭痛は、どの時期にも高率に発現していた。これらの症状の持続は強い身体的苦痛を伴うことから、症状が発現していた対象者にとって、適切な対処法を話し合うことは症状の軽減に有益であったと推察される。

また、本研究結果において、副作用症状の発現数が多いほど QOL が低下することから、副作用症状の早期発見もしくは発現している症状への早期対処について十分に話し合うことは、対象者の QOL の維持・向上に役立つ援助であったと考えられる。とりわけ、解熱鎮痛剤の使用について、症状の程度に応じた安全かつ効果的な使用方法に関する知識を提供し、対象者と話し合いながらその人の生活状況に応じた対処方法を検討したことは、対象者の QOL によい影響を及ぼしたと考えられる。

運動と QOL の関連については、男性の HCV 持続感染者では 1 回 10 分以上で 1 日 20 分以上の運動をしない群はしている群よりも GOT、GPT 共に有意に平均値が高いとの報告¹⁾や、中高年齢者の場合、定期的に運動している群はしていない群よりも「身体機能」が高いとの報告²⁾がある。本研究の対象者では、「活力」の低下に表れているように心身の疲労感が強く、積極的な運動がかえって体力を消耗させ身体に悪影響を及ぼすことが懸念されたため、十分な休養を生活の中に積極的に取り入れることを推進した。しかし、適度な運動は

ストレス解消や規則的な生活リズムの確立に重要と考えられる。Belloc ら³⁾が7つの健康によい生活習慣を提言している中にも、定期的に運動する項目が含まれ、生活の中に運動を取り入れることで生活の場が広がり QOL にもよい影響を与えられる。運動習慣の継続は治療中における身体機能の維持が前提となることから、治療中の体力低下を可能な範囲で予防する教育・指導が、治療開始後の QOL 維持・向上のためにも重要であると思われる。

一方、「心の健康」の推移の比較においては、非面接群では治療中の HRQOL はベースラインに比べて有意な変化を認めなかったことに対し、面接群では有意な低下を認めた。また、面接群の「全体的健康感」の推移では、治療開始後3ヵ月において有意な低下を認めた。これらの結果は、看護面接によって現実認識が深まるにつれて、対象者の心理において、体調変化に伴う漠然としていた不快な感情から、徐々に自らの問題が明確化されていく過程で不安を生じ、対象者の心理を揺るがせたためではないかと思われる。

本研究の看護面接で想定したテーマのうち、「漠然とした不安への対応」に関する援助は、どの時期においても約7割の対象者に行ったことから、対象者の多くは自らの努力のみでは問題を明らかにすることが困難で、心理的負担を抱えながら治療を継続せざるをえない状態に置かれていたのではないかと考えられる。このような「漠然とした不安への対応」が多く求められた理由は、知識不足等により治癒の確実な見通しがたらず先行きに不安を感じさせる要素を多く認知していたためではないかと推察される。対象者にこのような感情や思いを表現できる場を提供し、対象者の話を傾聴したり、必要な情報提供を行ったりしたことから、対象者の情緒は安定する方向に働く可能性を期待したが、面接群の「心の健康」の推移からはそのような効果を認めることはできなかった。

そこで、治療開始前における心の健康状態の違いによって、看護面接が患者の QOL に及ぼす影響に違いがあるかどうかを検討した結果、面接群の「心の健康」高群では、「身体機能」「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の5尺度で有意な変化を認めず、治療中の QOL は維持されたのに対し、非面接群の「心の健康」高群では、「全体的健康感」以外の7尺度で有意な低下を認め、治療中の QOL は低下していた。そして、面接群・非面接群の「心の健康」低群では、「心の健康」高群に比べて治療中の QOL はどの尺度においても全体的に低値を維持しつつ変化の少ない推移を示していた。つまり、治療開始前における心の健康状態が良い者では、看護面接の実施が QOL の維持に有用である可能性が考えられたが、治療開始前における心の健康状態が良くない者では、QOL に対する有用性は認められないと考えられる。このことは、患者の治療前の心の健康状態を良好に保つことができれば、より多くの患者にとって看護面接の効果が期待できるのではないかと思われ、患者の心理状態を的確に判断する重要性が示唆されたと考えられる。患者が社会生活に適應していくペースは様々であることから、その人がどのような適應段階にいるのかを判断し、個人のペースに応じた援助を行うことは大切である。そのような援助を行うためにも、診断後の早い段階から患者と関われる系統的な看護援助の検討が必要と考えられる。また、前述のように、治療開始前における心の健康状態の違いによって、看護面接の実施が患者の QOL に及ぼす影響に違いがあると考えられることから、治療開始前における心の健康状態が良くない者に対しては、別のアプローチが必要かもしれない。患者のニーズを充足させるために最も適した援助プログラムを開発するためには、対象集団

を特定して介入効果を検討する必要があると考える。

本研究の対象者のベースラインにおける「心の健康」得点は、国民標準値⁴⁾(総サンプル平均値を示す。対象平均年齢は51.1歳であった)に比べて面接群では8.8点低く、非面接群では15.2点低かった。本研究同様、PEG-IFN α -2b とリバビリンの併用療法を受療しているC型慢性肝炎患者を対象としたHRQOLに関するわが国における報告は見当たらない。欧米患者を対象とした Mathew ら⁵⁾の報告や、PEG-IFN α -2a の単独療法受療患者を対象とした岡本ら⁶⁾の報告では、「心の健康」はいずれも国民標準値よりも高値を示していた。これらの報告と本研究結果との単純な比較はできないと思われるが、本研究対象者の「心の健康」が他の報告に比べて良くないことが推測される。その理由として、併用療法本研究では入院時をベースラインとしたため、入院環境が心理面に影響した可能性が考えられる。また、併用療法では単独療法に比べて副作用症状の多い点が問題とされていることから、副作用症状の出現に対する不安が影響したのかもしれない。

「心の健康」得点は、米国ではうつ症状のスクリーニングに活用されており、日本語版に関しては Yamazaki ら⁷⁾が、「心の健康」はうつ症状を反映し、52点以下ではうつ症状の可能性が高いと判断できると報告している。本研究の対象者の「心の健康」をみると、治療開始後2ヵ月以降では面接群・非面接群共に52点以下を示し、Yamazaki らの見解に基づけば、本研究における過半数の対象者はうつ症状の可能性が高い状態にあると考えられる。IFN療法に伴う精神症状の発現に関しては、その発生頻度にはばらつきがあり、ばらつきの原因として、内科での通常の診察では精神症状が見落とされる傾向が強いことや、IFN療法では一過性の抑うつを示すことが多いためという指摘⁸⁾がある。IFN療法開始前の「心の健康」を用いて、治療中止の予測が可能かどうかを検討した泉ら⁹⁾の報告によれば、60点以下の患者では治療中止率が有意に高く、頭痛や筋肉痛等の痛み、全身倦怠感等の強い自他覚症状が認められている。このように、「心の健康」得点から心理状態を判断することは可能とされているが、これを用いて、本研究対象者の身体的変化に伴う感情や気分の変化を十分把握することは困難だったと考えられ、患者の情緒の安定性を精度よく測定できる尺度を用いて、患者に対する看護面接の効果を検証する必要がある。

患者の状態の変化を可能な限り早期に発見し、適切な対応を行うことによって問題の解決に取り組み、患者の治療継続を援助するためには、職種間でその専門性を生かしながら協働できる医療的環境が重要と考えられる。特に、IFN療法に伴う精神症状の管理・対応を行う際には、精神科医との連携体制が整備されていればより効果的であろう。但し、精神科医との連携体制が整えられる施設は限られると思われる。これに比べて、看護師が内科医と連携し対応することの実現可能性は高いのではないかと思われ、医療者間の連携体制は重要な課題の一つであると考えられる。

以上より、看護面接の実施は「体の痛み」によい影響を及ぼすと考えられるが、その一方で、効果の持続性という観点からは十分とは言えない点や、対象者の担当医が一定でないこと等、看護面接以外にも「体の痛み」に影響を及ぼす別の要因が存在する可能性も考えられる。また、対象者の心理状態に応じた援助のあり方が課題として残された。

2. 看護面接を通してみえる患者の心理変化とその影響要因

IFN療法を受療しているC型慢性肝炎患者に対し、治療開始後から3ヵ月までの時期に、定期的・継続的に看護面接を実施し、その面接過程において対象者が表出した様々な感情や認識の変化を質的に分析した。その結果、治療に伴う対象者の心理的反応は多様であり、不安や困難の程度には個人差があった。Caplan¹⁰⁾は、人が大切な目標に向かう時障害に直面し、それが習慣的な問題解決の方法を用いても克服できない時に生じるものを危機と定義している。人間は情緒的均衡の状態で生活しているものとみなされ、日常の生活問題に対応するために問題を解決するか、解決できないことに適応するかしなければならない。本研究における対象者では、病気、新しい治療の開始、治療に伴い生じる不快な症状、先行きに対する不確かさから内面的な緊張が高まりそれが不安となる等、情緒の不安定を生じていたと考えられる。

一般的に、診断を告げられたときには、C型慢性肝炎等の慢性疾患の場合にも健康を失うという喪失体験に対する悲嘆反応という、共通した心理的過程を経験するとされる。細田¹¹⁾は診断を告げられたときには、不安・抑うつ反応を強く引き起こし、慢性肝炎に罹患したことの心理的な衝撃が強いが、IFN療法開始前ではこれらの反応が減少していると報告している。C型慢性肝炎は自覚症状がほとんどなく、健康な人と同様の生活を営むことができる。そのために、病気であることの実感に乏しく、激しい身体的苦痛や葛藤を伴うことは少ないと考えられ、否認、回避等を用いて容易に対処が可能であろう。一方で、本研究の看護面接において悲嘆反応と思われる感情の表出がみられた対象者もあった。このことは、診断を告げられて以降、否認、抑圧、回避などの防衛機制を働かせることによって受け入れがたい感情を意識的あるいは無意識的に抑制してきたが、逃れられない現実と対峙したことによる情緒の変化を意味していると思われる。

また、Strauss¹²⁾らは、療養法の実行の困難さに関わる因子として、不快感や苦痛が多い、顕著な副作用がある、体力と気力を多く必要とする、人に知られると忌み嫌われる、効果的でない、高額負担である等を指摘している。これらの因子は、本研究における対象者がIFN療法の継続中に体験していた心理状態と合致していた。つまり、IFN療法の実行は、相当の意志力や努力を必要とする困難な療養法であることを示唆していると思われる。

本研究の対象者の語りから、体験される苦痛・辛さは人目に明らかでなく、他者には理解されないという不満や、副作用によって心身が衰弱してしまう身体に悪い治療という否定的な解釈等、様々な否定的感情の鬱積を生じ、その結果、対人関係が悪化する等の否定的な変化を生じると考えられた。一方、治療に伴う辛い気持ちを他者に表現し、それを他者に理解されているという肯定的感情をもてる場合には、自らの問題の解決に向けて他者に援助を求めることができ、提供された情報の活用を積極的に行おうとする姿勢が見受けられ、その結果、対人関係が良好に維持される等の肯定的な変化を生じると考えられた。このことから、対象者の適応の促進に影響を及ぼす因子として、思いを表現できる環境の充足・不足が考えられる。

しかし、思いを表現できる環境が充足していても、患者にとって自分の弱さを他者に晒すことは容易ではない。本研究の対象者が体験した意味の模索や自分との対峙は、内面的な弱さや辛さとの対峙であり、その中で自分自身がよいと思える方向を、自身が意識する

としないにもかかわらず、自らの力で、自分らしく、よりよく生きようとするエネルギーを生み出す過程であったと思われる。よりよく生きるとは、その人の持っている基準に照らしてよいと思える方向に生きようとすることである¹³⁾。Travelbee¹⁴⁾によれば、受容反応は苦難や病気に対する反応のひとつであり、意味のある肯定的反応によって、個人は病気や苦難を、幸福を導きだす筋道として認めることができ、自分の病気をこの方法で認めることによって、深い静穏ともいえる諦観を体験するという。本研究の対象者の語りにおいても、人の弱さ、もろさを認める気持ちや、生じた事実に向き合う覚悟が感じられ、肯定的に体験の意味を捉えることによって自身の感情を受け入れ、疾患や治療の受容が促がされたのではないかと考えられる。患者の治療継続意志を支える要素として、筆者による予備的調査結果において効果的対処をとっていた患者では【対処できる自信】【受療の肯定的価値】の要素が抽出されたことと、本研究において【体験の肯定的評価】のカテゴリーや【安心・自信の獲得】を説明する概念としての〔自己効力感〕が抽出されたことを考え合わせると、これらの要素が患者の適応の促進に重要であると言える。

なお、予備的調査において、効果的対処が促進されず様々な否定的感情を抱き易い傾向が示された者では難治性の認知を認めたが、本研究においては難治性の認知を示す要素を認めなかった。この理由として、予備的調査の対象は再燃を体験している再治療者であり、本研究の対象者の多くは IFN 治療歴のない初回治療者であったことから、疾患や治療効果に対する考え方や治療への期待感が異なるためと考えられる。

3. 治療継続中の患者に対する看護面接の機能

Peplau¹⁵⁾は、看護が教育的、治療的、かつ成熟を促す力としての役割を果たすためには、患者にとってその体験がどんな意味を持つかを理解しなければならないと述べている。また、Travelbee¹⁶⁾は、病人は自分の病気についての態度と感情を持っており、そうした人々を援助するために絶対に基本となることは、病人が自分の病気をどう知覚しているかについて理解を深めることであると述べている。本研究で試みた看護面接は、まさに病気や苦難に立ち向かう対象者の体験に沿った理解に努めながら、対象者個人の適応を援助するものであったと言える。本研究の対象者の反応をみると、自分自身の弱さ、もろさを表現し、援助を求めようとする者もあれば、弱さの部分を表出しなかったと考えられる者もあった。このように自己開示の程度に個人差はあれ、多くの対象者にとって看護面接は自分の感情を表出でき、必要な援助を求められる機会であり、その活用のしかたや学習への関心によって、学習に対する動機づけや学習効果は異なるのではないかと考えられる。

本研究における看護面接では、対象者の不安や負担感を軽減するために、支持的援助のほか、情報提供による援助を主として実施した。Strauss らは、医療従事者は病者が工夫の末に獲得した情報を新しい病者に伝えるための橋渡し（積極的な知識伝達の行為者）になるべきだと述べている¹⁷⁾。専門的知識を用いた看護師による助言や励ましは、患者に安心感を与え、医療に対する信頼を築く上でプラスの影響を及ぼすと思われる。

本研究の看護面接では、筆者から対象者に面接を依頼する方法を用いて行ったため、全ての対象者に何らかの問題を解決したいというニーズがあったわけではない。そのため、学習ニーズが明確な対象者とそうでない対象者とが混在し、前者では疾患に関する専門的

知識や教育的技法を用いて指導・助言を効果的に行うことができたのに対し、学習ニーズが不明確あるいは緊張や不安が大きく学習への関心が低いと考えられる後者では、問題について話し合うための患者側の心の準備が整っていなかった可能性もあろう。したがって、患者の心理状態を適切に判断できる客観的な指標を用いて、それをもとに系統的に進めることができる援助プログラムへと発展させることも必要である。

看護面接の終了時期については、本研究では治療開始後3ヵ月としたが、それぞれの対象者にとっての適切性について十分評価できていないため、今後は対象者に応じて時期や方法を決定できる柔軟性のある展開の検討が必要である。

また、本研究における面接群のうちの3人は看護面接の場に家族の同席を得たが、家族に対する援助は今回の展開に含めていなかった。家族は患者の病状についての貴重な情報提供者であり、治療の最も重要な協力者であることから、今後は家族に対する具体的援助もプログラム化する必要がある。

IFN療法を受療するC型慢性肝炎患者への心理的援助では、治療に伴う精神症状に対するフォローアップとして精神科医との連携をとることがあるが、この体制のみに頼るのは物理的に限界があると思われる。

多くの医療現場において、筆者が実施したように患者との会話に集中できるような時間を設けることは現状の外来看護において困難かもしれない。本研究で試みた看護面接のような援助では、援助する者の力量によって、患者に与える影響の大きさは異なる¹⁸⁾と考えられる。筆者は本研究にあたり、面接に関する学習に時間をかけ、予備的調査の実施によって面接技術を高める努力をした。また、本研究における対象者との面接を重ねる中で、援助者としての基本的姿勢である人の話を聴くということについて、相手が伝えたいと思っている気持ちを正確に受け止めることができたかどうか、自分が探りたいことに心を奪われていないか、適宜スーパービジョンを受け、常に自分自身の対象者への関わり方を振り返りながら進める努力をした。それでも、自分の感情や感覚を明確にすることは決して容易なことではなく、面接者の育成の必要性を感じた。

しかし、本研究における対象者の語りにあったように、患者は看護には患者の気持ちに働きかける力があると期待し信頼を寄せている。看護師は人間を理解することについての学習と経験を積み重ねており、人間を総合的に捉える人間観を持つ専門職者である。この能力を最大限に活かし、患者のQOLの維持・向上を目指して、役割のさらなる拡大と資質の向上に努める必要があると考える。その一方法として、現行のシステムにおいて専門看護師制度等が考えられるかもしれないが、今後の検討課題である。

文 献

1. 片上祐子, 磯元伸一, 滝野哲他: C型肝炎ウイルス(HCV)による肝障害と生活習慣との関連について. 日本公衆衛生雑誌, 45(2):164-174, 1998
2. 松下年子, 松島英介: 中高年齢者のQOL(Quality of life)と生活習慣の関連. 日本保健科学学会誌, 17(3):156-163, 2004
3. Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine, 1(3):409-421, 1972

4. 福原俊一, 鈴嶋よしみ: SF-36v2 日本語版マニュアル, p.101-126, NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004
5. Mathew A, Peiffer LP, Rhoades K, McGarrity TJ: Improvement in quality of life measures in patients with refractory hepatitis C, responding to re-treatment with Pegylated interferon alpha-2b and ribavirin. *Health and Quality of Life Outcomes*: 4(30), 2006 (<http://www.hqlo.com/content/4/1/30>)
6. 岡本華枝, 泉明佳, 坂之上律子, 西野謙, 足立会美, 池田英司, 花野伸一, 末廣満彦, 川中美和, 菅原淳, 新山豪一, 戸川三省, 山田剛太郎: C型慢性肝炎の PEG-INTERFERON α -2a 単独治療における健康関連 QOL の検討—SF-36 による測定. *肝胆膵*, 50(2):387-394, 2005
7. Yamazaki S, Fukuhara S, Green Joseph: Usefulness of five-item and three-item mental health inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*:3(48), 2005 (<http://www.hqlo.com/content/3/1/48>)
8. 細田眞司, 河野通盛, 熊田博光: 慢性肝炎に対するインターフェロン治療に伴う精神症状. *精神神経学雑誌*, 105(6):768-786, 2003
9. 泉明佳, 岡本華枝, 佐々木千枝, 坂之上律子, 稲田暢, 大和隆明, 西野謙, 足立会美, 花野伸一, 末廣満彦, 川中美和, 新山豪一, 戸川三省, 山田剛太郎: C型慢性肝炎の PEG-IFN α -2a 単独治療における途中中止例の予測—SF-36 を用いた投与開始前鬱症状のスクリーニング. *医学と薬学*, 55(5):761-768, 2006
10. Caplan G: *An approach to community mental health*. p.18, Grune Stratton, 1961
11. 細田眞司: C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療に伴う精神症状の臨床精神医学的研究. 東京大学博士論文, 2002
12. Strauss AL, Corbin J, Fagerhaugh S, Glaser BG, Maines D, Suczek B, Wiener CL (南裕子, 木下康仁, 野嶋佐由美訳. 慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点. p.45-63, 医学書院, 東京, 1987): *Chronic illness and the quality of life* (second edition), Mosby Company, Saint Louis, 1984
13. 飯田澄美子, 見藤隆子: 看護科学へのアプローチ 看護相談・面接. p.29-34, 医歯薬出版, 東京, 1978
14. Travelbee J (長谷川浩, 藤枝知子訳. *トラベルビー 人間対人間の看護*. 医学書院, 東京, 1974): *Interpersonal aspects of nursing*. p.93-104, F.A.Davis Company, Philadelphia, 1971
15. Peplau HE (稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江他訳. *人間関係の看護論*. 医学書院, 東京, 1973): *Interpersonal relations in nursing*, G.P.Putnam & Sons, New York, 1952
16. Travelbee J (長谷川浩, 藤枝知子訳. *トラベルビー 人間対人間の看護*. 医学書院, 東京, 1974): *Interpersonal aspects of nursing*, F.A.Davis Company, Philadelphia, 1971
17. Strauss AL, Corbin J, Fagerhaugh S, Glaser BG, Maines D, Suczek B, Wiener CL (南裕子, 木下康仁, 野嶋佐由美訳. 慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの

接点. 医学 p.66-69, 医学書院, 東京, 1987) : Chronic illness and the quality of life(second edition), Mosby Company, Saint Louis, 1984

18. 飯田澄美子, 見藤隆子 : 看護科学へのアプローチ 看護相談・面接. p.28-29, 医歯薬出版, 東京, 1978

VII. 終論

日本で150万人以上にのぼるHCV持続感染者の救済が課題となっている今日、IFN療法が広く行われているが、多様な副作用症状等によって患者のQOLの低下が生じている。そこで本研究では、こうした患者のQOL向上を目指した外来看護援助のあり方について示唆を得ることを目的として、IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者へ外来で看護面接を試み、看護面接の実施が患者のQOLに及ぼす影響を、某市内の2病院にIFN療法受療目的で入院した患者の協力を得て検討した。

わが国において継続的看護面接による援助を行った研究には正木¹⁾、広瀬²⁻⁴⁾らの報告があるが、C型慢性肝炎患者を対象とした報告は見当たらず、看護面接をHRQOLの観点から分析したのは本研究が初めてである。肝疾患に関する治療は近年大きく変化しており、C型慢性肝炎患者に関わる医療者は、新しい知識、情報を得ておくことが極めて重要である。本研究では現段階での最新の治療法であるペグイントロンとリバビリンの併用療法（わが国では2004年10月承認された）受療患者を対象としていることから、本分野に関する最新の知見の一部を得られたと考える。米国では、Hepatology Nurse Practitionerが医師と同様、患者に治療薬を処方し治療過程を全面的に支援した結果、治療効果やHRQOLは医師によるそれと有意差がないとの報告⁵⁾がある。わが国では、看護師に処方の権限は認められていない。看護師が現在持てる権限の範囲内で、患者のニーズに応じた看護介入をどのように展開することで患者のQOLによい影響をもたらし得るか、実行可能性のある一方法を提唱したいと考える。

1. IFN療法受療患者に対する外来における看護面接試案

看護面接は、病気や苦難に立ち向かう患者の体験に共感的理解を示し、感情を自由に表出できる場を提供することから、患者が不安・緊張から生じるエネルギーを生産的な機能に転換することに援助的な機能を果たしていたと考えられ、個別なきめ細かい患者への関わりが、その人にとってのよりよい生き方の追求や個別に応じた適応の促進への助力となっていたと思われる。しかし、対象者は様々な心理状態にあり、適応のペースにも個人差があることから、患者の心理状態を判断できる客観的な指標を用いて、系統的に進められる援助プログラムへと発展させることが必要である。

看護面接の展開において改善すべき課題は、次の4点である。

- ①治療前までの段階における患者の心理状態の把握
- ②治療前及び治療中における患者の体力低下予防を意識した教育・指導
- ③患者の心理状態に応じた情報提供のしかた
- ④患者家族の同席がある場合、家族に対する対応

そこで、看護面接の展開の修正案を表20に示した。なお、修正箇所を太字ゴシック体で示した。

患者の心理状態に対応した援助を行うためには、患者の心理状態を的確に把握することが必要である。SF-36の「心の健康」5項目を用いたチェックは、簡便で患者にとって負担も少なく、心の健康状態を客観的に評価できると考えられる。このチェックを治療前と治

療中の月1回の診察時に導入し、患者の心理状態を看護の立場から判断することとした。「心の健康」5項目を用いたチェックを実施する時期は、受療が決定した際に看護師による説明の機会を設けるか、入院が決定した際の入院説明に加える等によって実行可能と思われる。「心の健康」のチェックの結果、心の健康状態が低い患者に対しては、患者がどんな感情を抱いているかを確認するためにも、治療前までに一度は看護面接を行い、心身の不調が強く感じられる場合には、医師との連携によって、患者の問題を早期に解決するための方法を検討することとした。一方、心の健康状態が高い患者に対しては、患者の希望に応じて看護面接を行い、個々の関心に応じた内容に焦点を絞った援助を行うことが望ましいと考えた。

「日常生活上の注意」においては、治療中の体力の消耗が大きいと推測されることから、受療が決定した後、可能な限り早期に説明の機会を設け、患者の健康に対する関心を高めることが望ましい。一般的に、治療前には医師による臨床検査データのチェックが行われ、一定の基準を満たしていることの確認がなされてから治療が開始される。看護師は、治療開始後患者に生じる心身の変化を予測し、患者ができるだけ治療に耐えうる体力を備えた状態で臨めるよう、治療前から生活指導を含めた援助を提供し、自己管理を推進する。そして、治療中においては、個別な状態に応じて体力低下の予防を意識した話し合いを行うよう努めることが大切である。

「漠然とした不安への対応」の援助内容として、治療中に生じ易い感情に対して他の患者がとっている効果的対処等があれば、できるだけ多く提供することを修正案に加えた。また、「副作用症状の早期発見と対処方法」においては、患者に出現している副作用症状があればそれに関する話題に焦点をできるだけ絞り、その対処方法について特に時間をかけて話し合い、具体的な知識の提供を行うことが効果的と考えられる。本研究結果において、看護面接が「体の痛み」に有用であると考えられることから、患者の生活習慣を把握した上で、その人の生活習慣に即した解熱鎮痛剤の使用方法を助言する等の具体的援助が必要である。なお、不安が軽減され、心理的に安定してくると共に、様々な学習内容に関する興味・関心が高まると考えられることから、そのような心理状態の把握を行い、それによって情報提供のしかたを個別・具体的な目標設定に基づき実施することが大切である。

患者家族の同席がある場合を想定し、修正案には「患者家族への援助」についての内容を新たに加えた。看護師は、家族の疑問や不安の訴えに対応し、必要に応じて家族を含めた心理的サポートを行う。また、家族が日常生活のことで知っておくべきことや留意点があれば具体的に説明し、日常生活における患者の変化に気づいたら、医師や看護師に伝えるよう助言することを追加した。

わが国におけるC型慢性肝炎患者をとりまく環境は、最近の薬害肝炎訴訟の決着等により、C型肝炎に対する国民の関心も高まっている。看護面接の実施によって、患者が治療と社会生活との両立を継続する上で、情報不足や誤った情報の解釈による無用な不安や否定的感情に陥ることなく、適切な自己管理につながる等のよい影響があると考えられることから、各施設の診療・看護組織に適した教育・心理的援助方法を考え、実施し、システム化するのがよいのかもしれない。そのためには、今後、患者のQOLへの看護援助による効果を実証していく必要がある。

表 20 看護面接の展開の修正案

目標	IFN 療法を受療中の C 型慢性肝炎患者が、看護師に対して、治療に伴う体験や思いを語ることで、感情や思考を整理できる。また、看護師の援助を受けて、疾患や治療に関する知識を獲得しながら様々な問題への効果的対処を行うと共に、治療を継続することができる。	
テーマ	患者の目標行動	看護師の行動
1. 疾患と治療方法	1) C 型慢性肝炎の病態を理解できる。 2) IFN 治療の目的及び必要性を理解できる。 3) 1) 2) より通院治療を継続できる。	(1) C 型慢性肝炎は C 型肝炎ウイルス感染により肝臓に障害が起こる病気であり、放置すると肝臓に進行することを、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) IFN 療法は原因となっているウイルスの排除および疾患の進行を抑えるための治療であることを、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (3) 通院治療の必要性の認識と通院状況を確認した上で補足説明すると共に、治療継続への工夫を話し合う。
2. 薬の自己管理	1) リバビリン服用の必要性と効果を理解できる。 2) 服薬を指示通り確実に行うことができる。	(1) リバビリンは IFN と併用することにより IFN の C 型肝炎ウイルス排除効果を増強する薬で、飲み忘れなく継続して服用する必要性を、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) 確実に服薬を継続するために、生活習慣に応じた服薬時間・方法の工夫について話し合う。
3. 副作用早期発見の対処方法	1) 必要な検査を定期的に受けることができる。 2) 副作用症状を理解でき、体温・体重等のセルフチェックにより体調を把握することができる。 3) 体調の変化に気づき、早期に医師または看護師に連絡・相談できる。 4) 症状を軽減させるための安全で効果的な薬の使用方法を理解でき、自分に適した対処方法を実行できる。	(1) 必要な検査を定期的に受けているか確認する。 (2)-1 体温・体重等の必要とされるセルフチェックを行っているか確認する。 (2)-2 必要に応じて副作用症状を説明する。 (3) 体調の変化を感じたら、医師または看護師に連絡・相談するよう促す。 (4) 解熱鎮痛剤等、自己管理による薬の使用について、必要な情報を提供し、症状の程度に応じた適切な使用方法を助言する。その際、生活習慣等を考慮し、患者に合った対処法について話し合う。
4. 検査結果の読み方	1) 検査の目的と必要性を理解できる。 2) 検査結果が示す意味を理解できる。 3) 2) より健康上の注意点を理解した上で、適切な予防行動がとれる。	(1) 病状、治療効果、治療による身体への悪影響の有無を確認するために、定期的に検査を受ける必要性を、患者の認識を確認した上で補足説明する。 (2) 検査結果（主に肝機能検査、ウイルス検査、血液学的検査）の意味をわかりやすく説明する。 (3) 不明な点について医師または看護師に質問するよう促し、健康上の注意点について話し合う。

テーマ	患者の目標行動	看護師の行動
5. 日常生活上の注意	1) バランスのとれた食事の必要性を理解し、摂取できる。 2) 運動・休養の必要性を理解でき、疲労の蓄積や過労を避け、十分な睡眠・休養がとれる。 3) 日常生活における感染予防のための注意点を理解でき、適切な感染予防行動がとれる。 4) アルコールが病気や治療に及ぼす影響を理解でき、治療中禁酒を継続できる。 5) ストレスが健康に悪影響を及ぼすことを理解でき、ストレスを蓄積しないよう自分に適した解消法を実行できる。	治療前から生活指導を含めた援助を提供し、自己管理を推進する。 (1) 食欲がない場合は食べやすい食品を中心に摂取するよう促し、肝臓に負担をかけないようにバランスのとれた食事について話し合う。 (2) 運動不足は肥満や生活習慣病等、健康に悪影響を及ぼすことから、ストレス解消や規則的な生活習慣確立のために適度な運動の有効性を説明する。また、疲労の蓄積や過労は肝臓に負担をかけ、健康に悪影響を及ぼすことから、睡眠・休養を十分とることによって疲労を回復させる必要性を説明し、患者の生活習慣を考慮して運動・休養を生活に取り入れられるよう話し合う。 (3) C型肝炎ウイルスは血液を介して感染することから、他者に感染させないように、日常生活における注意点を説明する。 (4) 治療中禁酒を継続できるよう、アルコールが病期を進展させる危険因子として働くことや治療効果の判定に影響を及ぼすことを説明する。 (5) ストレスは体調変化の原因となることや抵抗力の低下につながることを説明する。また、ストレスを蓄積しないようにするために、患者に適したストレス解消法について話し合う。
6. 漠然とした不安への対応	1) 自身の感情や思いを言語化できる。 2) 1)より自身の感情・思考を整理できる。	(1) 患者が自由に感情や考えを言語化できるよう傾聴的態度で接する。 (2)-1 患者の気持ちを受け止め、共感し、支持することで、患者が感情や思考を整理できるよう促す。 (2)-2 疾患・治療・副作用症状等への誤った認知や知識不足から生じた不安等の否定的反応に対し、十分に説明し理解を促すことで、情緒の安定や認識の変化を図る。 (2)-3 治療中に生じ易い感情に対して他の患者がとっている効果的対処等があれば、できるだけ多く提供する。
7. 家族の支援	1) 患者家族が抱えている感情や思いを言葉で表現できる。 2) 日常生活における患者の変化に気づき、医師に伝えることができる。	(1) 患者家族からの疑問や不安の訴えがあれば、家族が感情や考えを言語化できるよう、傾聴的態度で接する。 (2) 家族が日常生活のことで知っておくべきことや留意点を説明し、患者の体調の変化等、気づいた点を患者本人に知らせるか、直接医師に伝えるよう助言する。

進め方

SF-36 の「心の健康」5項目を用いたチェックを治療前・治療開始後の診察時に行い、チェックの結果、心の健康状態が低い患者に対しては、治療前までに一度は看護面接を行い、心身の不調が強い場合には、医師と連携し、患者の問題状況を早期に改善するための方法を検討する。心の健康状態が高い患者に対しては、患者の希望に応じて行う。

(1) 健康状態、生活全般の情報収集をする。その際、患者の認識や感情をありのまま受け止め、傾聴的態度で接する。特に初回面接では、患者の緊張を緩和し、患者－看護師間の信頼関係を確立する素地の形成に努める。2回目の面接以降は、患者の健康状態・生活全般の把握内容について前回と比較して変化がないかを確認する。

主な把握内容

- ①受療中の治療内容 ②副作用症状の有無や程度 ③日常生活動作・障害の程度
- ④症状への対処 ⑤生活習慣 ⑥病気・健康・治療に関する認識や感情
- ⑦治療・生活上の不安や悩み

- (2) 面接によって得られた情報を基に、患者の体調を把握し、患者に確認をとりながら進める。
- (3) 患者が生活上困難に感じている症状、患者が最も関心のある話題等、現時点で優先的に解決すべき問題について、必要な情報収集を進める。
- (4) 客観的情報が不足している場合、必要に応じて検査データや測定値の提供を患者に求める。
- (5) 患者が実行している対処方法を評価し、問題があればその解決に向けた具体目標を設定できるよう、患者の意思決定を支援する。あるいは、看護師が患者の意向を踏まえながら問題解決に向けた具体目標を提案し、患者と共に協力して推進する。
- (6) 問題解決のために患者に必要な自己管理について、必要性を説明し、患者がそれを理解でき、その理解に従って適切な行動がとれることを推進する。
- (7) 患者の問題に対する認識・関心・意欲を適宜判断し、患者の意向を確認しながら具体目標に関する意思決定を支援する。その際、将来設計、生き甲斐、希望などについても確認しつつ、患者の感情を明確にする。情報が不足しているために患者の理解が不十分と考えられる場合、必要な情報を提供する。そして、患者の問題に対する認識・関心・意欲に変化がない、あるいは問題を避けていると考えられる場合も、今後の変化を期待して、感情を明確にすることを繰り返す。
- (8) 患者が関心を示す問題以外にも、面接によって得られた情報を基に、患者が治療と社会生活との両立を継続する上で生じ易い困難が予測される場合、脅威を与えないよう配慮しつつ患者に注意を促す。
- (9) 面接によって得られた情報のうち、患者が医師へ直接伝える必要のある事項を簡潔に整理し、診察時に伝えるよう患者に促すことで、異常の早期発見・対応につなげる。
- (10) 患者が自分に起こっている変化を認識し現実に向き合う自信を持って治療継続できるよう励ます。
- (11) 患者からの質問に対し、その場で即答困難な場合は、確認後改めて応じる旨を説明し、速やかに回答する。

2. 研究の限界と課題

本研究で用いた尺度は信頼・妥当性が検証されているが、疾患特異的尺度ではないことから、本研究対象者であるC型慢性肝炎患者用の測定尺度の開発が必要かもしれない。

また、診断、治療方針が統一された病院を選択し、季節変化による偏りを避けて一定期間にデータ収集し、多様な因子による結果への影響を最小限としたが、今後は、無作為化によりさらに信頼性の高い結果を得ることが望まれる。

看護師と患者との間には信頼関係がなければならず、看護面接による対象者への効果の評価において筆者による影響を排除して考えることはできない。そこで、看護面接を筆者のみが行うことで面接者による変動を避け、対象者に決めて頂いた暗証番号を用いることで匿名性を確保する等、結果への影響を最小限とし、看護面接の実施と評価を行った。今後は、他の面接者による効果の客観性を確認することが必要と考える。

なお、本研究の除外条件によって対象外となった者の特性が排除されていることは否めない。本研究は治療継続中の患者に焦点を当てたものであるが、脱落者14人のうちの6人が治療中断による理由で脱落したことから、治療中断者についても今後追跡調査を行い、治療継続のための看護援助の検討をさらに進める必要がある。

今後の課題としては、修正した看護面接の有効性を検証することである。そのためには、より多くの対象者数を確保し、調査期間を長期的に設定した上で、看護面接の長期的効果の検討やプログラムとしての内容の洗練化と、治療効果の有無や臨床検査データの変化を含めた精度の高い調査結果を得ることが必要である。また、看護面接を行う看護師の資質については、専門分野における豊富な知識や、患者の話しを傾聴し共感できるコミュニケーション技術が求められることから、資質の向上を目指した取り組みも課題と考える。なお、実際に施設における外来看護体制の取り組みをするためには、費用対効果の検討も加えるべきであると考えられる。

3. 結論

IFN療法受療中のC型慢性肝炎患者のQOL向上を目指した外来看護援助のあり方の示唆を得る目的で、某市内の2病院においてIFN療法受療目的で入院したC型慢性肝炎患者を対象に、外来での看護面接を試み、看護面接の実施が患者のQOLに及ぼす影響を検討した。

看護面接を実施する患者（面接群）と、看護面接を実施せず通常の診療・看護のみを受ける患者（非面接群）の2群とし、両群を比較検討した結果、HRQOL下位尺度の「体の痛み」の推移は、面接群では治療開始後1ヵ月では治療前（ベースライン）より有意に低下した（ $p=0.012$ ）が、治療開始後2ヵ月では有意差を認めず（ $p=0.141$ ）、治療開始後1ヵ月よりも5.2点上昇し、一時的に改善した。非面接群では治療開始後1ヵ月以降で有意に低下した（ $p<0.01$ ）。このことから、看護面接は「体の痛み」に及ぼす影響を及ぼす可能性が示唆された。

また、両群のHRQOL下位尺度の「心の健康」得点が高い者（高群）と、得点が高い者（低群）、高群と低群の中間に属する者（中群）の3群に分類し、そのうち高群と低群についてIFN療法受療中のQOLの推移を比較検討した結果、「心の健康」高群では、面接群の「身体

機能」「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の5尺度が治療前より有意な変化を認めず、治療中のHRQOLが維持されていた。非面接群では「全体的健康感」が治療前より有意な変化を認めなかったが、それ以外の7尺度は、治療開始後2ヵ月あるいは3ヵ月に治療前より有意に低下し（ $p < 0.05$ ）、治療中のHRQOLが維持されていなかった。さらに、「心の健康」高群の面接群で有意差を認めなかった「身体機能」「体の痛み」「全体的健康感」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の5尺度について、「心の健康」低群の面接群と比較した結果、「心の健康」低群の面接群では「身体機能」「体の痛み」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」の4尺度は、治療開始後3ヵ月に治療前より有意に低下した（ $p < 0.05$ ）。すなわち、治療開始前に心の健康状態が良い者にとっては、看護面接の実施がQOLの維持に有用であったと考えられ、治療開始前における心の健康状態を高く保つことによって、多くの患者で看護面接の実施による効果が期待できると考えられた。

一方、看護面接を通して患者の心理を質的に分析した結果、【漠然とした心身衰弱化の自覚】【多様な不安と辛苦に揺らぐ感情】【依存心と自立心の調整困難感】【現実と対峙する葛藤】【体験の多様な解釈】【体験の肯定的評価】【自己コントロール】【安心と自信の獲得】【よりよく生きるための目標の明確化】の9つの経時的変化を示すカテゴリーが抽出された。対象者は疾患や治療に伴う様々な感情に揺らぎながらも、受け入れられる解釈や理解を発見し、社会生活に適応していく過程を個別なペースで辿ることが示された。このような肯定的な方向へ向かう変化ばかりではなく、患者によっては否定的な方向へ変化する状況もあり、体験される苦痛・辛さに伴う否定的感情や体験の否定的解釈等の鬱積を生じないように、自由に思いを表現できる環境の充足が必要とされた。

以上より、看護面接による個別なきめ細かい患者との関わりは、その人にとってのよりよい生き方の追求やその人にあった適応の促進への助力となると考えられ、患者のQOLの維持・向上につながる援助であると考えられる。しかし、患者の心理状態は一様でなく、適応のペースにも個人差があることから、患者の心理状態を判断できる客観的な指標を用いて、系統的に進められる援助プログラムへと発展させることが必要である。

文 献

1. 正木治恵：青年期男性透析患者の自立を促す看護に関する研究。日本看護科学会誌，8(2):2-16，1988
2. 広瀬寛子：看護面接の機能に関する研究—透析患者との面接過程の現象学的分析（その1）。看護研究，25(4):367-384，1992
3. 広瀬寛子：看護面接の機能に関する研究—透析患者との面接過程の現象学的分析（その2）。看護研究，25(6):541-566，1992
4. 広瀬寛子：看護面接の機能に関する研究—透析患者との面接過程の現象学的分析（その3）。看護研究，26(1):49-66，1993
5. Ahern M, Imperial J, Lam S: Impact of a designated hepatology nurse on the clinical course and quality of life of patients treated with Rebetrone therapy for chronic hepatitis C. Gastroenterology Nursing, 27(4):149-155, 2004

謝 辞

ご療養中にも関わらず、本研究にご協力いただきました患者様に厚く御礼申し上げます。

本研究の実施にあたりご協力とご指導をいただきました、広島大学大学院医歯薬学総合研究科創生医科学専攻先進医療開発科学講座分子病態制御内科学 茶山一彰教授，同講座助教 高橋祥一先生，広島赤十字・原爆病院第二内科部長 相光汐美先生，中電病院内科副部長 石原浩人先生，広島鉄道病院消化器内科 政永敏之先生に心より感謝申し上げます。ご指導とご高閲をいただきました県立安芸津病院長 井上正規先生に心より感謝申し上げます。

また，本研究にご協力いただきました病院の看護師の皆様にもご支援とご配慮をいただき，心より御礼申し上げます。

研究の分析過程でご指導いただきました岡山大学大学院 折山早苗様，山口大学病院 原田美佐様，ご助言いただきました広島大学病院 山口眞由美様に感謝申し上げます。

研究の全過程を通じてご指導，ご高閲いただきました広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 宮腰由紀子教授，ご指導，ご高閲をいただきました広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 片岡健教授，広島大学大学院保健学研究科心身機能生活制御科学講座 岡村仁教授，ご支援をいただきました広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座基礎看護学研究室の先生方及び大学院生の皆様方に感謝申し上げます。

資 料

- 資料 1 調査票
- 資料 2 調査協力依頼書（面接群用・非面接群用）
- 資料 3 調査協力同意書

この欄にラベルを貼って下さい。

調 査 票

—お願い—

- ご回答は、体調のよい時間にご記入ください。
- ご回答は、この調査用紙に直接ご記入ください。
- 各質問は、すべて選択肢形式です。
「あてはまるものに印☑をつけてください」
「あてはまるものを○で囲んでください」
などの指定がありますので、ご注意ください。

あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

問1 あなたの健康状態は？ (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

1年前より、 はるかに良い	1年前よりは、 やや良い	1年前と、 ほぼ同じ	1年前ほど、 良くない	1年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動することがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。
 (ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

とても むずかしい	少し むずかしい	ぜんぜん むずかしく ない
▼	▼	▼

- ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、
重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど.....□₁.....□₂.....□₃
- イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、
1～2時間散歩するなど.....□₁.....□₂.....□₃
- ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする
(例えば買い物袋など).....□₁.....□₂.....□₃
- エ) 階段を数階上までのぼる.....□₁.....□₂.....□₃
- オ) 階段を1階上までのぼる.....□₁.....□₂.....□₃
- カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ.....□₁.....□₂.....□₃
- キ) 1キロメートル以上歩く.....□₁.....□₂.....□₃
- ク) 数百メートルくらい歩く.....□₁.....□₂.....□₃
- ケ) 百メートルくらい歩く.....□₁.....□₂.....□₃
- コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする.....□₁.....□₂.....□₃

問4 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動(家事など)をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 仕事やふだんの活動をする
時間をへらした.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅
- イ) 仕事やふだんの活動が
思ったほど、できなかった.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅
- ウ) 仕事やふだんの活動の内容に
よっては、できないものが
あった.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅
- エ) 仕事やふだんの活動をする
ことがむずかしかった
(例えばいつもより努力を
必要としたなど).....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅

問5 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動(家事など)をするにあたって、心理的な理由で(例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために)、次のような問題がありましたか。(ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 仕事やふだんの活動を
する時間をへらした.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅
- イ) 仕事やふだんの活動が
思ったほど、できなかった.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅
- ウ) 仕事やふだんの活動が
いつもほど、集中して
できなかった.....□₁.....□₂.....□₃.....□₄.....□₅

問6 過去1カ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	非常に、 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問7 過去1カ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い 痛み	中くらいの 痛み	強い 痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問8 過去1カ月間に、いつもの仕事(家事も含みます)が痛みのために、どのくらい妨げられましたか。(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 妨げられな かった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	非常に、 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問9 次にあげるのは、過去1カ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。
(ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

	いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
	▼	▼	▼	▼	▼
ア) 元気いっぱいでしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
イ) かなり神経質でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ウ) どうにもならないくらい、 気分がおちこんでいましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
エ) おちついていて、 おだやかな気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
オ) 活力(エネルギー)に あふれていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
カ) おちこんで、ゆううつな 気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
キ) 疲れはてていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ク) 楽しい気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ケ) 疲れを感じましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問10 過去1カ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか。
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはま らない	ぜんぜん あてはま らない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 私は他の人に比べて病気に
なりやすいと思う.....1.....2.....3.....4.....5
- イ) 私は、人並みに健康である.....1.....2.....3.....4.....5
- ウ) 私の健康は、悪くなるような
気がする.....1.....2.....3.....4.....5
- エ) 私の健康状態は非常に良い.....1.....2.....3.....4.....5

ここ数日間の、あなたの自覚症状についてお尋ねします。

次の各項目を読んで、あてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」を○で囲んでください。

- 1) 38℃以上の発熱がありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 2) 食欲がないと感じますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 3) よく眠れないと感じますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 4) 体がだるいと感じますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 5) 頭痛、頭が重い感じがありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 6) 関節痛、筋肉痛がありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 7) 息切れがありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 8) 皮膚のかゆみ、湿疹がありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 9) 脱毛がありますか

はい	いいえ
----	-----

 症状の改善に役立った事があればご記入ください。
 ()
- 上記以外に、自覚症状があればご記入ください。

--

次の各項目を読んで、「まったくあてはまらない」「少しあてはまる」「だいたいあてはまる」「とてもよくあてはまる」のうち、今のあなたに一番よくあてはまるものを1つ選び、○で囲んでください。

1) 自分の病気についてよくよ くないことができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
2) 自分の感情のコントロールができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
3) 自分を客観的に見つめることが できる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
4) いやな気持ちになってもすぐ 立ち直れる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
5) 自分の病気に関することは すべて受け入れることができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
6) 自分は病気に負けないで 前向きに生活していくことができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
7) 体調がよくなくても 落ち込まずにいることができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
8) 自分の精神力で病気を克服できる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
9) 薬に頼りきりでなく自分の健康を 保とうと自分で努力できる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる
10) 自分の病気は必ずよくなると 信じていることができる	まったく あてはまらない	少し あてはまる	だいたい あてはまる	とてもよく あてはまる

次の各項目を読んで、今のあなたにあてはまるかどうかを判断してください。そして、あてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」を○で囲んでください。どちらにもあてはまらないと思われる場合でも、より自分に近いと思う方に必ず○をつけてください。どちらが正しい答えということはありませんから、あまり深く考えずにありのままの姿を答えてください。

1) 何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである	はい	いいえ
2) 過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、 暗い気持ちになることがよくある	はい	いいえ
3) 友人より優れた能力がある	はい	いいえ
4) 仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い	はい	いいえ
5) 人と比べて心配性なほうである	はい	いいえ
6) 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである	はい	いいえ
7) 何かをするとき、うまくゆかないのではないかと 不安になることが多い	はい	いいえ
8) ひっこみじあんなほうだと思う	はい	いいえ
9) 人より記憶力がよいほうである	はい	いいえ
10) 結果の見通しがつかない仕事でも 積極的に取り組んでゆこうだと思う	はい	いいえ
11) どうやったらよいか決心がつかずに 仕事にとりかかれなことがよくある	はい	いいえ
12) 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある	はい	いいえ
13) どんなことでも積極的にこなすほうである	はい	いいえ
14) 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである	はい	いいえ
15) 積極的に活動するのは、苦手なほうである	はい	いいえ
16) 世の中に貢献できる力があると思う	はい	いいえ

あなたが現在続けておられる健康管理についてお尋ねします。

次の各項目を読んで、あてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」を○で囲んでください。

- | | | |
|----------------------------|----|-----|
| 1) 自分の体調や検査の結果を記録している | はい | いいえ |
| 2) バランスよい食事を続けている | はい | いいえ |
| 3) 適度な運動を続けている | はい | いいえ |
| 4) 体調に応じて労働時間を調整し、過労を避けている | はい | いいえ |
| 5) 規則正しい睡眠や休養をとっている | はい | いいえ |
| 6) 健康のため、飲酒はやめている | はい | いいえ |

あなたの周囲の状況についてお尋ねします。

次の各項目を読んで、あてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」を○で囲んでください。

- | | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| 1) 家族の協力や励ましがある | はい | いいえ |
| 2) 友人や知人の協力や励ましがある | はい | いいえ |
| 3) 相談ができる医療者がいる | はい | いいえ |
| 4) 社会的サポートあるいはサービスを利用している (例 患者会参加など) | はい | いいえ |

次の各項目を読んで、あなたの状態にあてはまるものを1つ選んで○で囲んでください。

または () 内に適切な数字や状況をご記入ください。

- | | | |
|--|---------------------------|-----|
| 1) あなたの性別を教えてください | 男性 | 女性 |
| 2) あなたの年齢はおいくつですか | () 歳 | |
| 3) 同居されているご家族がおられますか | はい | いいえ |
| 4) 仕事に就いておられますか (パートを含む) | はい | いいえ |
| 5) C型肝炎以外で現在治療中の病気がありますか | はい | いいえ |
| | 「はい」の方は病名をご記入下さい
() | |
| 6) 過去にインターフェロン治療を受けた経験がありますか | はい | いいえ |
| | 「はい」の方は回数をご記入下さい
() 回 | |
| 7) C型肝炎の診断を受けてから現在までの経過期間はおおよそどれくらいですか | () 年 () ヵ月 | |

あなたが通院されている病院において、あなたの1回の診察時間はおおよそどのくらいですか。あてはまるものを1つだけ選び、○で囲んでください。

5分 くらい	10分 くらい	15分 くらい	20分 くらい	25分 くらい	30分 以上
-----------	------------	------------	------------	------------	-----------

あなたが現在受けておられる治療に関してお尋ねします。

1) 治療薬の種類について、あてはまるものを1つを○で囲んでください。

ペグイントロン (皮下注射)	ペガシス (皮下注射)	アドパフェロン (皮下注射)	イントロンA (筋肉注射)	スミフェロン (筋肉注射)
その他 (治療薬をご記入下さい)				わからない

2) リバリン (レベトール) を内服していますか。あてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」を○で囲んでください。

はい	いいえ
----	-----

3) インターフェロンの注射を週に何回行っていますか。あてはまるものを1つを○で囲んでください。

週1回	週2回	週3回	その他 (回)
-----	-----	-----	---------------

4) インターフェロンの注射を誰が行っていますか。あてはまるものを1つを○で囲んでください。

医師あるいは看護師	自分	その他 ()
-----------	----	--------------

5) 治療期間はどのくらいの予定ですか。あてはまるものを1つを○で囲んでください。

3か月間	6か月間	1年間	その他 ()
------	------	-----	--------------

6) あなたのウイルス型について、あてはまるものを1つを○で囲んでください。

1b	2a	2b	わからない
----	----	----	-------

先月、あなたが入院された期間は何日間でしたか。

() 日間

健康について何か不安に思われていること、治療について困難に感じられること、医療関係者に望んでおられること、調査についてなど、ご意見・ご感想ございましたら、ご自由にお書きください。

療養生活を続けておられる中、貴重なお時間をいただき
ご協力くださいますとどうもありがとうございました。

ご回答がお済みになりましたら調査票を回収用封筒に入れ、
調査者にお返してください。

平成 年 月 日

調査協力をお願い

このたび、慢性的な病気や治療と向き合っておられる患者の皆様が、充実した社会生活を送れるよう、療養上の問題の解決に少しでもお役に立てる支援を検討するために、下記のような調査を実施いたします。インターフェロン治療を受けられる皆様の立場の理解に努め、治療を継続される上で感じられる不安や負担を軽減する目的で、退院後も外来において継続的に看護師が個別に応じる支援を行い、それによる皆様の生活状況や健康状態の変化を把握させていただきたいと存じます。

そこで、入院されたばかりで大変恐縮ではございますが、何卒、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

調査の方法

インターフェロン治療開始から1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目の外来受診日に、看護師である調査者が個別にお話しを伺う機会を設けます。お話しを伺う時間は15分程度です。診察の待ち時間か、診察終了後に病院内の専用の場所で行います。また、入院時、治療開始から1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目、6ヶ月目の計5回、それぞれの時期に質問用紙をお配りしますので、各質問に回答をご記入いただきます。ご回答が済まれましたら、調査者に直接お返しいただきます。但し、この方法が無理な場合は、郵送により配付及び回収をいたします。質問用紙にはお名前を書いていただく必要はございませんが、同じ方の結果であることがわかる方法で行います。なお、必要に応じて病気や治療に関する情報を主治医の先生より聴取することがあります。

ご協力について

調査への協力は、皆様の自由な意思によって決めていただきます。ご協力を承諾された後でも、いつでも調査への協力を撤回することができます。ご協力いただけても、診療や看護で不利益になることはありません。ご回答は無記名でいただき統計処理を行いますので、ご回答者のお名前や個人の結果が特定されることはありません。ご回答の保管は基礎看護学研究室で厳重にいたしますので、外部に漏れることはありません。ご回答を調査の目的以外に使用することはありません。ただし、結果は、広島大学博士論文として提出し、関連する学会や雑誌などに発表する予定です。

＜調査の実施者＞

広島大学大学院保健学研究科基礎看護学研究室
調査者 博士課程後期 濱田 佳代子
指導教員 宮腰 由紀子

調査に関するご質問などがございましたら、
下記の連絡先にお問い合わせください。

＜連絡先＞

広島大学大学院保健学研究科基礎看護学研究室
濱田 佳代子
〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3
TEL : 082-257-5963 (フカシ後 6326)
(電話連絡は平日 10時～17時)

E-mail : kykhamada@hiroshima-u.ac.jp

平成 年 月 日

調査協力をお願い

このたび、慢性的な病気や治療と向き合っておられる患者の皆様が、充実した社会生活を送れるよう、療養上の問題の解決に少しでもお役に立てる支援を検討するために、下記のような調査を実施いたします。この調査の目的は、インターフェロン治療を受けられる皆様の生活状況や健康状態を把握することで、皆様の立場の理解に努め、この治療を継続される上で負担や困難を少しでも軽減できるよう、退院後における継続的支援を検討することです。

そこで、入院されたばかりで大変恐縮ではございますが、何卒、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

調査の方法

入院時、インターフェロン治療開始から1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目、6ヶ月目の計5回、それぞれの時期に質問用紙をお配りしますので、各質問に回答をご記入いただきます。各該当時期の外来受診日に、調査者が直接お渡しします。ご回答が済まれましたら、調査者に直接お返しいただきます。但し、この方法が無理な場合は、郵送により配付及び回収をいたします。質問用紙にはお名前を書いていただく必要はございませんが、同じ方の結果であることがわかる方法で行います。なお、必要に応じて病気や治療に関する情報を主治医の先生より聴取することがあります。

ご協力について

調査への協力は、皆様の自由な意思によって決めていただきます。ご協力を承諾された後でも、いつでも調査への協力を撤回することができます。ご協力いただけても、診療や看護で不利益になることはありません。ご回答は無記名でいただき統計処理を行いますので、ご回答者のお名前や個人の結果が特定されることはありません。ご回答の保管は基礎看護学研究室で厳重にいたしますので、外部に漏れることはありません。ご回答を調査の目的以外に使用することはありません。ただし、結果は、広島大学博士論文として提出し、関連する学会や雑誌などに発表する予定です。

＜調査の実施者＞

広島大学大学院保健学研究科基礎看護学研究室
調査者 博士課程後期 濱田 佳代子
指導教員 宮腰 由紀子

調査に関するご質問などがございましたら、
下記の連絡先にお問い合わせください。

＜連絡先＞

広島大学大学院保健学研究科基礎看護学研究室
濱田 佳代子
〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3
TEL : 082-257-5963 (フカシ後 6326)
(電話連絡は平日 10時～17時)

E-mail : kykhamada@hiroshima-u.ac.jp

調査同意書（患者様保管用）

調査について説明を受け、内容について理解し、協力することに
同意します。

平成 年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

お手元にお置きください。

.....
切り取り

調査同意書（調査者保管用）

調査について説明を受け、内容について理解し、協力することに
同意します。

平成 年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

調査者にお返しく下さい。