

研究報告

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への 看護を経験した看護師の様相

Aspects of Nurses who experienced Nursing Diabetic patients who
have Head and Neck Cancer Medical Treatments

中川 さとの¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾

Satono Nakagawa¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾

¹⁾ 京都大学医学部附属病院, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Kyoto University Hospital

²⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

糖尿病, 頭頸部がん, がん患者, 入院, 看護師

Key words

diabetes mellitus, head and neck cancer, cancer patient, hospitalization, nurse

要 旨

本研究は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることを目的とした。看護師13名を対象に、参加観察及び半構造的面接を実施し、分析はエスノグラフィーの手法を用いた質的研究を行った。

その結果、7つのテーマが抽出され、それらを統括して大テーマ【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】が導き出された。

以上の結果より、看護師は、不安定な血糖管理に緊張感を持って糖尿病看護を行いながら頭頸部がん看護と糖尿病看護を融合させていた。専門医や専門チームとの連携やフィードバックできる医療体制が、看護師のケア意欲につながり看護師としての役割が再認識できることが示唆された。

連絡先：中川 さとの

京都大学医学部附属病院 看護部

〒606-8507 京都府京都市左京区聖護院川原町54

はじめに

日本人の2人に1人はがんに¹⁾、5人に1人は糖尿病に罹患する²⁾といわれ、厚生労働省は生活習慣病としてがんと糖尿病を捉えている。2011年には日本癌学会と日本糖尿病学会はがんと糖尿病に関する合同委員会を設立し、調査・研究を行うようになった³⁾。そして糖尿病は一部のがん罹患リスク増加と関連があること、共通する危険因子が存在することを報告している³⁾。また糖尿病とがん治療を受けることに関する先行研究では、化学療法で使用するステロイドによる血糖値の上昇⁴⁾やデキサメタゾンを経期間使用することで血糖値とHbA1c値が上昇する⁵⁾と報告がある。一方で、血糖管理とがん罹患リスクに関して、質の高いエビデンスが存在しない⁶⁾こともいわれている。

糖尿病患者の場合、原発巣である発症した部位の専門病棟でがん治療は行われ、治療に並行して血糖管理が求められる。糖尿病専門病棟以外での血糖管理等糖尿病患者の問題に対し、院内に糖尿病看護認定看護師や慢性疾患看護専門看護師が配置され、院内における糖尿病専門チームが糖尿病ラウンドによるコンサルテーション体制をとっている病院があると推測される。しかし、がん治療においては、糖尿病患者ががん治療を受ける場合における糖尿病専門医との連携の報告⁷⁻⁹⁾があるにとどまっている。

糖尿病とがんについての看護研究は、患者を対象としたものは肥後の報告¹⁰⁾と事例検討9件のみである。肥後の場合は糖尿病外来を受診した患者が対象である。したがって入院中の患者を担当する病棟看護師を対象とした研究はみられない。

糖尿病患者の治療の中心は食事療法・薬物療法・運動療法である。その中でも食事療法のウエイトは大きく、基本的に糖尿病患者は食事療法を行っている。悪性腫瘍の中でも消化器系のがんは、食事との関わりが大きい。消化器系は口腔から肛門までの消化管と消化を助ける付属器の総称であるが、一般的に消化器は食道から大腸・直腸などの消化管及び肝臓・膵臓・胆嚢が知られている。しかし、咀嚼・嚥下を司る口腔・咽頭も本来消化器系の一つであるが、消化器として認識されることは少ない。そこで今回咀嚼・嚥下に関係した頭頸部外科の頭頸部がんに着目した。頭頸部がん患者の治療範囲は、耳・鼻腔・口腔内・頸部や咽頭・喉頭といった器官であり、手術後は食事・会話・呼吸などの生活が大きく影響を受ける。頭頸部がんの患者は扁平上皮癌が多く、治療効果の高い化

学放射線併用療法を選択することが多い。化学療法ではステロイドを制吐剤として使用するため、高血糖の誘因となる。そして線量が多い放射線治療は生活に支障をきたす疼痛を伴う過酷さがあり、その他にも身体的侵襲は大きく、特に食事への影響はほぼ全員に及ぶ。その原因は治療による咀嚼や嚥下といった機能低下・障害によるものや医療用麻薬を使用するほどの疼痛を伴うためである。そして術後や放射線治療中は粘膜炎等により経口摂取できない場合も多く、経管栄養による栄養確保が行われる。その場合であっても治療行為のため嘔気や下痢等によって栄養剤が必要量注入できないこともある。糖尿病患者にとって食事に影響を及ぼす頭頸部がん治療は、血糖管理が困難になることは推測できる。しかし食事に影響を受けるがん治療としては消化器系がんも同様とみなされるが、胃がんや大腸がん等の消化器系がんは食事そのものではなく、消化・吸収に問題が生じる。頭頸部がんの場合、食べる行為そのもの、つまり食材を口に含むこと自体に問題が生じるためその他の消化器系がん治療と同一と考えることが困難である。加えて頭頸部がんはがん患者数全体の5%程度¹⁾の希少な疾患である。そのような頭頸部がん患者について、患者はもとより医療者もその実態を知る人が少ない。希少がんを持つ糖尿病患者へのコンサルテーションを含んだ看護についてはほとんど報告されていない。

そこで本研究は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることを目的とした。

本研究の意義は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相が明らかになることにより、糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の理解と課題が明らかになることにある。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、エスノグラフィーの手法を用いた質的研究デザインで行った。エスノグラフィーは文化人類学を起源とする記述民俗学的手法で、特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターン、考え方を記述し、その文化の中で生活をする人が何を考え、どのように行動するのかを理解する方法である¹¹⁾。

本研究の対象者は、頭頸部外科病棟に勤務する頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験がある看護師である。頭頸部がんは希少な疾患であ

り、一般的ながん患者や糖尿病患者とは異なる希少な集団といえる。その集団を看護する看護師もまた少数であり、特定の集団であることから、この方法が適切であると考えた。

2. 研究参加者及び選定方法

頭頸部がん患者の治療は大学病院やがんセンターといった限られた医療機関でのみ実施されているという特徴を持つ。したがって、本研究フィールドをA病院とした。特定機能病院であるA病院では、頭頸部がん治療は標準治療を行っていた。がんと糖尿病を併せ持つ患者の治療・看護が日常的に行われており、常時糖尿病患者は病棟に入院していた。糖尿病患者の血糖管理は糖尿病専門医に委託され、患者は入院中定期的に外来受診するシステムが確立されていた。

研究参加者は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験が2年以上ある看護師とした。対象の条件として勤務年数を設けた。これは頭頸部外科の治療範囲が、顔面から頸部までの部位で耳・鼻腔・口腔・咽頭・喉頭といった器官が含まれており、器官によって治療方法・予後等が異なるため、頭頸部がん患者を把握するのに2年は要すると考えたためである。ただし摂食・嚥下障害看護認定看護師や栄養サポートチームの専門療法士有資格者は疾患を理解していると捉え、勤務年数を条件から除いた。

研究協力については、研究者が研究の趣旨を研究施設の看護部長、病棟看護師長、病棟看護師に説明し、協力への承諾を得た。研究参加者については、病棟看護師長に研究対象者としての条件を満たす看護師を選定してもらい、研究者自身が、研究の趣旨の説明および倫理的配慮を保証し、直接研究参加を依頼した。

3. データ収集方法

1) 期間

平成25年6月～平成26年1月

2) 面接及び参加観察

面接に先立って参加観察を行った。参加観察の方法は、研究対象者である病棟看護師のケアを通して、研究対象者の言動・表情・ケア状況などについて観察を行った。観察記録は、研究対象者に対する観察の後、状況をフィールドノートに記述した。参加観察は病室で看護師のケア（バイタルサイン測定や点滴の実施・経管栄養の注入介助、処置介助）に同行し、1人最低1回～最高5回、1回に要した時間は5分～15分であり、合計34回行った。なお研究者は、参加者としての観察者と

いう立場をとった。これは、ケアに同行したが、患者に直接的なケアは研究者が行っていなかったことを意味している¹²⁾。

参加観察は、参加観察可能かどうか患者の体調を病棟師長と同行看護師（研究参加者）から許可を得た場合に、ケアを受ける患者に研究者が口頭で研究目的と内容を説明し、同意を得た場合のみ実施した。また観察中であっても患者に緊急事態や体調不良が発生した時には観察を中断し、患者の利益を優先し、しかるべき対処をすることも説明した。

研究者は面接時、研究参加のために紹介された者に研究施設より許可を得たプライバシーが保たれる面接室で、研究の趣旨、倫理的配慮などについて書面を用いて口頭で説明した。そのうち研究参加の承諾を得られた看護師を対象とした。

面接は半構造的面接を行った。頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者を看護する上で、「糖尿病があることで気を付けていることは何ですか」、「糖尿病があることで困ったことは何ですか」、「糖尿病があることで糖尿病がない頭頸部がん患者さんとの違いはありますか」、「食事に対しどのように関わっていましたか」、「糖尿病の知識はどのように習得しましたか」の5項目を基本とし、それぞれに対し自由に語ってもらった。これらに加え、参加観察を行った中で確認したい内容、看護師の意図が十分に読み取れない語り、及び研究テーマに近いと研究者が感じたものに対しては改めて質問し、それらの内容を深めるように努めた。

面接内容は、研究参加者13名全員から承諾を得て録音した。面接回数は、研究参加者1名につき1回であり、面接時間は1回あたり11分～45分で平均28分2秒であった。

4. データ分析方法

データ分析は、Roperによって示されたエスノグラフィーの手法¹¹⁾を参考に行った。分析を通して、研究者は常にイーミック（emic：内部者）な見方で研究参加者の頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることと、エティック（etic：外部者）な見方でその看護師の様相を理解することに努めた。この両方の視点を持ち続け、中立的な立場から分析を進めることで、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護の経験を社会に結び付けるようにした。なおエスノグラフィーのデータ分析は順を追って進むものではないため、研究者はこれらの段階を行き来しながら、最終的に頭頸部がん治療

を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を象徴するテーマを精選していった。以下、その手順を示す。

1) 録音した面接内容はすべて逐語録として起こした。また、その他の観察内容や研究者が感じたことも、随時逐語録にメモとして記録した。

2) 逐語録を一例ずつ何度も読み返ししながら、頭頸部がん治療を受ける患者で糖尿病があることは、患者への対応の相違点や糖尿病看護をする上で感じていることなど糖尿病看護の経験に関する語りに注目し、その語りがどのような意味を持っているのか解釈し、その内容を要約した。

3) 参加観察に補強される語りに表出されているもの以外の内容に注目し、要約した内容に加えて、見出しを付けた。

4) データに対して付けた見出しをすべて書き出し、性質が類似したものをまとめてその意味を文章化し、テーマとした。

5) 頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を描けるように、繰り返し逐語録に戻り確認を行い、テーマを精選した。

6) すべてのテーマを総括し、大テーマとして示した。

5. 真実性及び信憑性の確保

データの真実性は、分析を含めた研究の全過程において、質的研究の経験が豊富でがん看護及び糖尿病看護のエキスパートであるスーパーバイザーから定期的な指導を受けることにより確保した。その過程は逐語録の解釈、解釈によって生成されたテーマが研究参加者の語りを十分に反映しているかを常に確認し、テーマが生成された場合はその都度逐語録に戻りながら修正を行い、テーマを精選する方法とした。また、信憑性の確保は、精選された最終のテーマを、研究対象施設とは別の病院で頭頸部がん看護と糖尿病看護に関わる経験豊富な看護師に提示し、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を十分に説明できているか、また、理解できるものであるかを確認することにより確保した。なお主たるデータ収集者は頭頸部外科病棟10年・糖尿病内科6年の勤務経験があり、日本糖尿病療養指導士の有資格者であった。

6. 倫理的配慮

研究者が研究参加者へ文書と口頭で、研究目的・内容を説明した。参加は自由意思によるものであること、個人情報保護の徹底、研究目的以外には使用しないこと、匿名性を守ることを説明した。

また、個人情報には連結可能匿名化をして取り扱い、厳重に管理した。研究参加同意書への署名をもって研究参加とした。

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：419）。

結 果

1. 研究参加者の概要

13名に研究参加の依頼をし、全員から同意を得て面接を行った。分析対象者は男性看護師2名、女性看護師11名であった。その概要は平均年齢 34.1 ± 12.5 (25~62) 歳、頭頸部外科病棟の勤務経験は平均 4.7 ± 2.3 年であった。糖尿病内科での勤務経験者はいなかった。

2. 導き出されたテーマについて

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相について参加観察と面接で得られたデータを分析した結果、最終的に頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を表す7つのテーマが明らかになった。7つのテーマを【 】, テーマを構成する見出しを< >, 見出しの基となった事例である看護師の語りを「 」、文脈を分かりやすくするために研究者が補った言葉を()で示す。

【テーマ1：不十分感がある糖尿病看護】

すべての看護師が「糖尿病の勉強は学生の時にしたきり。」と<糖尿病の知識は学生時代のもの>が中心であり、糖尿病の指導をするにも「糖尿病療養（指導）士の人の力を借りながら、インスリンの手技を指導したりするのは病棟でしてます。」のように<手技指導は行うが、生活指導は糖尿病

表1 研究参加者の概要

		n=13	
背景	区分	人数	%
性別	男性	2	15.4
	女性	11	84.6
年齢	~25歳	2	15.4
	26~30歳	6	46.1
	31~35歳	2	15.4
	36歳~	3	23.1
勤務年数 (頭頸部)	~5年	6	46.2
	6~10年	7	53.8
経験年数 (看護師)	~5年	4	30.8
	6~10年	5	38.4
	11~15年	1	7.7
	16年~	3	23.1

表2 頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相

大テーマ
患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、 看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿
テーマ
1. 不十分感がある糖尿病看護 2. 緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施 3. 患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ 4. 経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑 5. 患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解 6. 糖尿病専門医と電話での連携がストレス 7. 栄養士と密な連携を自負

療養指導士に依頼する>状態であった。

また、がん治療中は食事摂取不良になるため「指導的な看護は結局、みんな食べれなくなってくるので。後回しになってしまいます。低血糖にならないようにだけ気をつけて。」と<がん治療中は低血糖に注意し糖尿病指導は後回し>、「がつり糖尿病の生活指導とかになってくると範囲が大きく広がり、私らがオーバーワークになって大変なので。」のように<糖尿病指導をしようとする>と通常業務である頭頸部がん看護をする上でオーバーワークとなる姿が見出された。そのためがん治療開始に伴い血糖測定やインスリン導入になっても、患者にそれに対する受け入れができていないかどうかの確認などは行えていない(参加観察)現状があった。

これは、糖尿病指導をすることの必要性は感じているが、頭頸部がん看護の介入が大きく、自分がこれまで持っていた糖尿病知識を深めて対応する余裕を持ってないままに、糖尿病看護には不十分さを感じながらも、可能な限りの糖尿病看護を行っている姿であった。

【テーマ2：緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施】

看護師は「糖尿があると傷の治りが遅い。」や「(入院期間)長くなるし、血糖のコントロール難しい。」と<糖尿病は創治癒や感染に影響し、入院は長期化する>と感じていた。

「治療してるとご飯食べられなくなったり、化学療法でステロイドも使うので本当に血糖コントロール難しい。」と<頭頸部がん治療の影響で、食事摂取困難となり血糖コントロール不良>を経験していた。

そして、「食べられなくなったら経管栄養も入

れるんで併用すれば、ちょっと食事(摂取量が)変わったりすると、血糖がバラついてきて。インスリンスケールでの対応も複雑になって…。」のように<インスリンスケールは治療内容によって変化>すると感じていた。「ステロイド要注意だと思います。あれ血糖上げますもんね。」と血糖測定時<高血糖の要因であるステロイド使用時はより注意を払う>姿が描かれた。

血糖測定では、「みんなどれくらい以上でインスリンコール(インスリンのスケール値に対し糖尿病専門医に確認のため連絡を取る)したらいいか分からない。」というように<血糖値の適正值が分からない>ため、「スケールがあるだけで、そのスケールのままでよいのかという思いが常にあって。いつも不安は不安なんです。」「実際食べ始めてみて味違うから食べられないと言われて。食前インスリン打ってしまったという焦りがあった。」というように、<スケールがあることにより、時に不安が増し、施注することで低血糖を気にすることを経験していた。また看護師が「(低血糖時の対応は)1時間後に必ず上がることも限らないですし。」のように<高血糖より、低血糖が怖い>と感じている姿が描かれた。

この姿は、糖尿病一般の知識を基盤に、がん治療の患者を支援しようとするが、乱高下しやすい条件が次々と起こり、これといった確証を持たずに緊張感の中で、血糖測定やインスリン注射を行っている姿であった。

【テーマ3：患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ】

「食欲ないので喉ごし・口当たり良いもので、ちょっとぐらい良いだろうって。」と<頭頸部がん患者は治療の影響で、喉ごしの良い食品を好み>、

病院食では食事摂取不良な場合＜自分で探して食べ物を買ってくる患者もいる＞と感じている姿が見出された。しかし、「アイスなりプリンなり血糖コントロールがぐちゃぐちゃになるだろうなって思うものでも、すぐに思いっきりダメですよとは言えない。」と＜購入してきたものは血糖コントロールに影響すると分かっているけども注意できない＞ことに専門家としてジレンマを感じている姿が描かれた。

この姿は、摂取可能な食品が極めて少なくなっていることやその状況にありながらも経口摂取を試みる患者の努力を理解できるが故に、効果的な助言ができない自責の念に似たジレンマを持つ姿であった。

【テーマ4：経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑】

「何でこの日だけ異常に高いんだらうってありますよね。逆に、今日何でこんな低いんだって。（経管栄養でも血糖値）結構乱れます。」のようにカロリーが決まっていて、ほぼ同時刻に注入を行う経管栄養でさえ、一定の血糖値が得られない驚きがあり、＜経管栄養でも日によって血糖値の変動が多い＞と感じる姿が描かれた。また日々の巡回時に消化器症状の有無を確認（参加観察）し、「下痢で流れてしまったり。必要量が体内に入らなかったり。」と消化器症状などによって＜経管栄養は必要量注入できない＞という姿も描かれた。またそのことによって「その人に合ったどういった栄養摂るのが一番いいだらうってというのは考えています。」のように＜患者の状況にあった栄養剤の選択が求められる＞ことを学んでいた。そのため本来糖尿病患者用の栄養剤を使用するが、消化器症状出現のため別の栄養剤に変更し栄養確保することもあった（参加観察）。一方、「経管栄養を食事と捉えてるといって、点滴と同じと捉えていて。点滴の経験では血糖値がそんなに変動しないのに経管栄養だと（血糖値が）変動するのか。」というように＜患者は経管栄養を点滴と同じ感覚で捉えているため、血糖値が乱れることに不信感を持っている＞という姿も描かれた。

この姿は、経口摂取できない患者の治療法としての経管栄養であっても、身体の反応が一定ではなく血糖管理と栄養管理に困難感を抱いている姿であった。

【テーマ5：患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解】

「食事のこととかもやっぱり治療だと思ってる

のか、まずくてもちゃんと食べるみたい。」のように＜糖尿病教育を受けた患者は、食事は治療の一環と捉えている＞と看護師は受け止めていた。そして糖尿病教育を受けた患者のことを「糖尿持っている人は文句言わないですよ。食事がどうとか、治療が辛くてしんどいとか、あんまり言わない。」と＜辛いがん治療の不満を言わず、治療を受け続ける＞と感じている姿であった。

この姿は、患者が食事を治療の一環として捉えて、食べることに治療にも、前向きに頑張っている姿に対して、看護師が理解を示している姿として描かれた。

【テーマ6：糖尿病専門医と電話での連携がストレス】

入院中血糖値の指示は糖尿病専門医が出しており、看護師は測定値によっては、専門医に直接電話連絡して指示を受ける必要がある。看護師はこのことを“コール”と呼んでいた。

看護師は、「実際（に“コール”しないといけない基準に）引っかけたら、いやです。この大変なスケールになったら電話をしないとイケないなど。」「常識の範囲で考えて、とかこっちに判断委ねられたり。」や「（医師との）電話が途中で切れて結局低血糖なのに間に合わないこともあった。」のように、＜糖尿病に関する指示は、主たる診療科でないため気軽に電話しづらい＞、＜電話でのやり取りはトラブルが多い＞と感じていた。またコールする時は「本当なら（食事変更すると）その都度代謝内科の医師に報告しないとイケないのかもしれませんが、また変わった、また変わったって言えない。」と＜がん治療中は食事内容の変更が多く、糖尿病専門医は患者の状況を把握しきれない＞ことを念頭に説明をしなければならず、「糖尿があると他の診療科の医師の指示になるので、タイムリーに指示が得られなくて。」と＜夜間や外勤時は、タイムリーな指示が得られない＞ことでストレスが増強している姿が描かれた。

この姿は、糖尿病のことは頭頸部外科の主治医の責任範囲ではなく、看護師が直接糖尿病専門医に連絡をして指示を受けるシステムが故のストレスを感じている姿であった。

【テーマ7：栄養士と密な連携を自負】

頭頸部がん治療は食事の影響が大きいことに加えて、糖尿病があることで、カロリーや栄養面をより考慮する必要がある。そのため「できることは看護師で食事変更するが、個別（対応）が必要な時は栄養士さんに入ってもらってます。」と＜患

者の希望した食事提供は看護師が行うが、希望が多くなると栄養士に介入を依頼する姿があった。またどうすれば経口摂取が増えるか「食に対する思いだったり、生活の質をなるべく落とさないように、そういうアセスメントを看護師は行う。」といった患者の食のQOLを考え、アセスメントした上で、食事について栄養士に相談（する）をしていく。その結果、「前よりは積極的に（栄養士は）経口摂取に関わってもらえるようになった。」と最低週1回栄養士とカンファレンスを行い、患者と栄養士が食事について面談や栄養指導を行った際は必ず看護師に報告する（参加観察）など食事に関するカンファレンスは多く、栄養士も積極的に参加し、情報共有を行い、連携していた。

この姿は、栄養士と連携して患者の食に対する話し合いを多く持っていると感じる姿であった。

3. 大テーマ

7つのテーマを次のように統合した。

看護師は糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の血糖管理に、テーマ2・4より細心の注意を払い対応し、テーマ6より糖尿病専門医と電話での連携にストレスを感じるとともに、テーマ1・3より自分の力量不足を実感していた。しかし、テーマ5より患者が食事を治療と捉えていると感じた看護師は、テーマ7のように栄養士と連携することで経口摂取が少しでもできるよう食事のケアに力を入れていた。

その結果、大テーマとして、看護師の【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】を抽出した。

考 察

結果より、テーマ1から5は糖尿病看護に対する向き合い方、テーマ6と7からは、多職種との連携について考察し、全体を通して、糖尿病を併せ持つ希少がんである頭頸部がん患者の理解と看護の課題について考察を深めていく。

1. 糖尿病看護に対する向き合い方

テーマ1から5より、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相より、特に糖尿病看護に対する向き合い方を考察していく。

まず、糖尿病専門病棟ではない頭頸部外科病棟の看護師が糖尿病看護を行うことについて考察する。

頭頸部がん治療は患者の身体を血糖値が不安定な状況にもたらし。これに看護師は自分の糖尿病の知識の不十分さを感じながら、緊張感を持って自分たちのできる範囲の糖尿病看護を行っていた。この緊張感を持つ要因の一つは、＜血糖値の適正値が分からない＞ということであった。この緊張感は、血糖値と食事が不安定な状況の中インスリンスケールを実施することで低血糖に患者が陥った経験から生じていた。看護師は自分が行ったケアの結果、患者を低血糖にさせてしまった・させてしまうのではないかと不安な思いが根底にある。この緊張感は次の血糖値を確認するまで続いていた。術後一般病棟での血糖管理やステロイド使用中の血糖管理については専門書でも詳細な記載がなく、知識不足の解消に医師からの指示を確認するしかない状態であった。先行研究では、看護師の知識不足の自覚があること¹³⁻¹⁶⁾や、糖尿病専門外の病棟で糖尿病教育を行うには、主たる診療科の患者の看護を行いながら糖尿病教育を行う必要があり、教育する時間の余裕が無いことも報告^{13) 17)}がある。頭頸部がん治療による有害事象への対応は画一的でないため、糖尿病看護を行うことでより緊張感を持っていたことが推測できる。

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護として特徴的なことは、テーマ4の経管栄養による栄養管理と血糖管理についてと、テーマ3・5から食事は糖尿病治療の一環と捉える患者への経口摂取への関わり、ならびに低血糖時の対応方法である。

経管栄養は一般的に固定時間に固定栄養量を注入するため、血糖管理は容易と考えられる。しかし、患者の身体の反応が一定ではなく、看護師は血糖管理に困難感を抱いている姿として描き出された。栄養剤は糖尿病患者専用の栄養剤が選択され、ポンプを用いて急速に血糖値が上昇しないように対策が講じられていた。経管栄養の注意点として「注入後急激な高血糖を来すことがある¹⁸⁾」と記載されたものはある。しかし経管栄養の内容や注入速度が同じであっても患者の体調によって血糖値が変動することは述べられていない。これが先述している血糖管理の緊張感を持つことの一因の一つでもある。

次に、経口摂取不良な患者にいかに関与する食品を提供するかということであった。この問題はがん治療のため患者の咀嚼・嚥下機能低下や障害により生じていた。＜糖尿病教育を受けた患者

は、食事は治療の一環と捉えている>ことを理解した看護師は栄養士と連携して病院食の提供を行う。それだけでは思うように経口摂取が進まない患者は、自発的に食べられる食品を探す。この行為は、その後の中長期的な食行動の工夫に繋がる可能性の一つとして報告¹⁹⁾されている。一方大橋²⁰⁾は、「糖尿病と癌はそれぞれが求められるセルフマネジメントは時に相反するものである」と述べており、看護師は頭頸部がん看護と糖尿病看護のどちらに重点を置くべきかということにジレンマを感じていた。看護師が患者に助言できない理由として、血糖管理の重要性と同時に、辛いがん治療を乗り切ろうとしている患者の心理も理解できるためということがある。一方、患者のがん治療は入院中という期間限定されていることから、看護師はまずがん治療をしっかり受けられる環境整備のひとつが経口摂取を支えることであり、入院中の血糖管理は自分たちが担うことだと捉えていると考えられる。

最後に低血糖時の対応方法について考察する。

低血糖時の一般的な対応はブドウ糖10gの摂取である。しかし頭頸部がん患者は治療による咀嚼・嚥下機能低下や障害が生じるため、経口摂取が困難なこともあり得る。そのため看護師は低血糖状態の患者が、ブドウ糖の経口摂取が可能か胃管や胃瘻など経管から注入すべきか、静脈注射を行うかについて短時間での判断が求められる。また食事を伴わない時間帯の血糖測定で低血糖を認めた場合、ブドウ糖だけでは再度低血糖になる可能性があるため、炭水化物であるクッキーやクラッカーを摂取することが一般的だが、これも頭頸部がん患者では困難なため、栄養剤などを準備する必要がある。そのため日頃から、糖尿病患者の咀嚼・嚥下状態を把握することと低血糖時どの対応が必要かを看護師間で共有しておく必要がある。

以上より、糖尿病看護に対する向き合い方として、不安定な血糖管理に緊張感を持って糖尿病看護を行っていた。また経管栄養による栄養剤の選択や経口摂取を支えるケアなど頭頸部がん看護の特徴的なケアに、血糖測定やインスリン施注など入院中の血糖管理を担うことで、頭頸部がん看護と糖尿病看護を融合させていたと考察された。

2. 多職種との連携

テーマ6・7より、多職種間の連携について考察する。

連携先として糖尿病専門医と栄養士がいるが、糖尿病専門医とはカルテを通じて指示を確認し、

必要時電話でコミュニケーションを取っていた。糖尿病専門医と患者は外来で面識があるが、看護師は往診で診察されない限り糖尿病専門医と面識がなかったため、電話での糖尿病専門医との連携はストレスになっていたと推測できる。先行研究でも専門科以外の患者を看護する際、電話による医師との連携の図りにくさを不安材料として挙げている²¹⁾。また、インスリン関連や口頭指示のヒヤリハットは近年問題視されている²²⁾。口頭指示の場合、インシデントが多いことは既に報告²²⁾されていることから、看護師は電話による口頭指示で、よりインシデントに繋がるのではないかとの危惧も、この姿を呈することに影響したと考えられた。病棟看護師が主科ではない医師に連絡をとることは今回の研究施設に限定される可能性はあるが、頭頸部がん治療のできる医療機関は大学病院やがんセンターなど規模が比較的大きな医療機関で行われることを考慮すると、看護師と糖尿病専門医の面識がないことは他院でもあり得ると考えられる。

がんと糖尿病について注目されるようになり、糖尿病専門チームによるラウンド体制やオンコール体制をとる医療機関もある。本研究のように電話でのコミュニケーションではその時だけの点としての相談である。しかし糖尿病専門チームによるラウンド体制がとられている医療機関では、看護師と糖尿病専門医との連携がとりやすいとの報告²³⁾もある。またラウンド体制があることで、糖尿病専門チームのメンバーである医師以外のコメディカルともより連携がとりやすくなり、糖尿病や血糖管理について関心が高まると考えられる。専門チームが病棟ラウンドすることで、病棟看護師がそれぞれの患者について血糖管理を含めた糖尿病全般について相談することは、患者にとってよりよい血糖管理が可能となり、またその時の会話は講義形式の教育以上に効果があることも報告²³⁾されている。このような介入により看護師として医療者間の仲介役として役割を再認識でき、看護師はアセスメント能力が向上し糖尿病看護の不十分感も軽減できると思われる。

本研究では、栄養士との連携としてアセスメントやカンファレンスを持つことを自負していた。また、栄養士との連携は、看護師からのアセスメント結果を活用し栄養士が不足分を栄養剤や補助食品で補えるようなアドバイスができるとの報告²⁴⁾があり、看護師のアセスメントの成果として目に見えるフィードバックがされたと考えられた。そ

して栄養士が病室に赴き患者と話すことにつながれば、患者の希望の食事内容の変更時期、どのような献立なら対応できるかという患者の希望に即座に返答可能なため、患者の食事満足度は高まり、患者への効果もあるが故、看護師のケアに対する満足感にもつながることが考えられた。

チーム医療が求められる昨今、糖尿病専門チームや栄養サポートチーム、認定看護師・専門看護師とのコンサルテーション体制が確立されることで、一般病棟の看護師にとってより連携がとりやすく、専門的な知識獲得の機会になる。

以上より、専門医や専門チームとの連携やフィードバックできる医療体制は看護師のケアの意欲につながり、自身の看護師としての役割を再認識できる。

3. 糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の理解と今後の課題について

患者数の少ない頭頸部がん患者について、医療者も関わらなければイメージが付きにくい疾患である。これに糖尿病を併せ持つことで、がん治療にどのような影響をもたらすのか漠然としか想像できない状況であった。本研究結果より、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を通して、糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者は血糖管理を中心に糖尿病があるために様々な困難があることが明らかになった。

以上より、患者は血糖管理を基盤として頭頸部がん治療が滞りなく行われることが重要である。頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師は、がん治療を受ける糖尿病患者のがん治療中は血糖管理を担い、少しでも経口摂取が継続できるよう支援することに関わっていた。これらはいずれも看護師が安定して看護を行っていくための課題であり、これらの対策は今後必要になると考えられる。

このような糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者への看護は、血糖管理と食事が大きな柱であり、課題は以下の2点である。

1) 血糖管理を担う上で、糖尿病看護の教育不足と低血糖時の対応方法についての看護師間の情報共有ができていない。

2) 糖尿病専門医や栄養士など他職種との連携などフィードバックできる医療体制が整備されていない。

4. 研究の限界について

頭頸部がんの治療ができるのは限定された医療機関のみである。本研究の研究参加者は、一特定

機能病院の入院下で頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師であった。本研究結果は他フィールドにおいて適応しない可能性はある。また外来でがん治療を受ける場合も適応しない可能性はある。しかし、今回の研究参加施設は他の頭頸部がん治療が行える医療機関と共通した要因があることを考慮すると他フィールドにおいても類似した結果であると考えられる。

結 論

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験のある看護師の様相から7つのテーマ【不十分感がある糖尿病看護】【緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施】【患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ】【経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑】【患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解】【糖尿病専門医と電話での連携がストレス】【栄養士と密な連携を自負】が抽出された。それらを統括して大テーマ【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】が導き出された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く研究への参加を承諾して協力してくださった参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、この論文は第9回看護実践学会学術集会で発表したものに、加筆・修正を加えたものである。

利益相反

利益相反なし

引用文献

- 1) 国立がん研究センター がん情報サービス「がん登録・統計」(2017): 最新がん統計, [オンライン, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html], 国立がん研究センターがん情報サービス, 11. 8. 2017
- 2) 厚生労働省: 平成25年国民健康・栄養調査、結果の概要「糖尿病が強く疑われる者」の状況, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyuu/h25-houkoku.html>], 厚生労働省, 5. 8. 2015
- 3) 糖尿病と癌に関する委員会: 糖尿病と癌に関

- する委員会報告, 糖尿病, 56(6), 374-390, 2013
- 4) 齊藤麻美, 伊達祐子, 江頭伸昭, 他: がん化学療法で使用するデキサメタゾンの糖尿病合併がん患者の血糖値に及ぼす影響, 日本病院薬剤師会雑誌, 47(10), 1261-1264, 2011
 - 5) 藤井友和, 鈴木宏, 澤柳直樹, 他: 糖尿病合併がん患者の血糖コントロールに及ぼすデキサメタゾンの影響について, 日本病院薬剤師会雑誌, 48(5), 627-631, 2012
 - 6) 糖尿病と癌に関する委員会: 糖尿病と癌に関する委員会報告 第2報, 糖尿病, 59(3), 174-177, 2016
 - 7) 檜崎晃史, 武田倬: 病診・院内他科連携の実際 鳥取県立中央病院における病診・院内他科連携, Diabetes Horizons: Practice and Progress, 1(1), 34-37, 2012
 - 8) 谷長行: がん化学療法と糖尿病マネジメント, 月刊糖尿病, 7(11), 24-33, 2015
 - 9) 清水雅代: 化学療法時にインスリン治療を必要とする糖尿病患者のケアシステムの導入, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22(1), 1-6, 2018
 - 10) 肥後直子, 兼子照美, 長谷川真智子, 他: がん治療中・後の2型糖尿病患者の血糖をコントロールすることに対する考え方, 糖尿病, 58(3), 183-191, 2015
 - 11) Janice M.Roper, Jill Shapira: エスノグラフィの戦略, 麻原きよみ, グレック美鈴訳, 看護における質的研究1 エスノグラフィ(第1版), 日本看護協会出版会, 1-12, 東京, 2003
 - 12) 谷津裕子: 研究方法を考えるステップ, Start Up 質的看護研究(第2版), 学研メディカル秀潤社, 61-63, 東京, 2014
 - 13) 箱石恵子: 脳外科病棟における糖尿病患者の看護の実態調査, プラクティス, 19(6), 723-725, 2002
 - 14) 原千晴, 佐藤三穂: 糖尿病療養指導士の認定資格を有さない病棟看護師の糖尿病看護実践の困難から考える有資格看護師の役割—A大学病院の調査から—, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 163-171, 2011
 - 15) 川又幸子, 川上知恵子, 栗原美由紀, 他: 一般病棟看護師の糖尿病療養指導上の問題を探る—糖尿病診療科以外の病棟で糖尿病患者との関わりで困っていること—, 病棟看護師が行う糖尿病療養指導の実態, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 188-195, 2011
 - 16) 麻生佳愛, 内海香子, 磯見智恵, 他: 看護師が認識する介護施設で生活する糖尿病を持つ後期高齢者のセルフケアの問題, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 133-141, 2012
 - 17) 白岩真由美, 木村美香, 井上優子, 他: 一般病棟で糖尿病教育入院患者にたずさわる看護師が抱えている困難, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 46, 90-93, 2016
 - 18) 日本糖尿病療養指導士認定機構: 栄養不良, 日本糖尿病療養指導士認定機構編, 糖尿病療養指導ガイドブック2016(第1版), メディカルレビュー社, 195-198, 東京, 2016
 - 19) 中川さとの, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他: 頭頸部がん患者における治療の意味, 看護実践学会誌, 31(1), 1-11, 2018
 - 20) 大橋健: IV特論 糖尿病合併癌患者の血糖管理とエンパワーメント, 日本臨牀, 73(12), 2141-2147, 2015
 - 21) 長沼真司, 池田祐美, 清水一也, 他: 専門科以外の患者を看護する際の不安—不安と対処方法から今後の課題を検討する—, 長野赤十字病院医誌, 27, 77-82, 2013
 - 22) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集事業第40回報告書(平成26年10月~12月), [オンライン, <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>], 日本医療機能評価機構, 11. 20. 2015
 - 23) 山地陽子, 板谷美穂, 今井健二郎, 他: 組織横断的活動としての糖尿病ラウンド—全病院レベルでの糖尿病診療及び看護の質の向上のための取り組み—, 糖尿病, 58(5), 309-316, 2015
 - 24) 山中栄治: 上部消化管外科の栄養管理とNST, 外科治療, 100(1), 15-21, 2009