

[報告]

入院中の高齢肺癌患者の健康状態と主観的健康感、 主観的幸福感の検討

長尾 みゆき¹, 清水 裕子², 坂東 修二³

¹香川大学医学部附属病院

²香川大学自然生命科学系

³香川大学医学部血液・免疫・呼吸器内科学

A Study of the Health Condition and Subjective Health Sense, Subjective Sense of Well-being in Elderly Patients with Lung Cancer

Miyuki Nagao¹, Hiroko Shimizu², Shuji Bandoh³

¹Kagawa University Hospital

²Academic Group of Life Sciences, Kagawa University

³Hematology, Rheumatology and Respiratory Medicine, Kagawa University

要旨

目的

がん治療のために入院している高齢がん患者の主観的健康感、主観的幸福感の特徴を検討することである。本調査では、肺癌に焦点をあてて実施する。

方法

男性19名、女性5名、合計24名、平均年齢74.6歳の入院中の肺癌患者に、年齢、性別、配偶者の有無、子供の有無、病期分類、宗教に関する2項目（信仰・信心、宗教的心の大切さ）、主観的健康感（心の健康度と心の疲労度の二次元構造をもつSUBI日本語版）と主観的幸福感（改訂版PGCモラール・スケール）について聞き取りによる質問紙調査を行った。分析方法は記述統計、Spearmanの順位相関係数、Mann-WhitneyのU検定を行った。

結果

配偶者は有りが22名、子供は有りが20名であった。病期分類では、Ⅱ期が1名、Ⅲ期が6名、Ⅳ期が17名であった。「信仰・信心をもっている・信じている」が10名、「宗教的な心が大切である」は13名であった。主観的幸福感と病期分類との間で有意な相関（ $p < 0.01$ ）があり、宗教的な心の大切さの有無の2群間において有意差があった（ $p < 0.001$ ）。

考察

高齢肺癌患者の主観的幸福感とは病気の進行が関連し、進行度が高ければ幸福感は低い。本調査結果の主観的幸福感を先行文献データと比較すると、デイケアや老人大学に参加する在宅健常高齢者・ポリオ患者より低かった（ $p < 0.05$ ）が、リウマチ、糖尿病、在宅酸素療法、脊髄損傷患者とは差がなかった。主観的健康感とは関節リウマチ患者よりは高かった（ $p < 0.05$ ）。高齢肺癌患者は、人々との関わりによって人生に対する充実感を得て、幸福であると感じている可能性がある。

結論

入院中の高齢肺癌患者の主観的健康観は、病状の進行に影響されず、治療中のリウマチ患者を除く在宅療養高齢者などとも差がなかった。しかし、主観的幸福感とは病状の進行にともない低減し、社会参加を行う高齢者などより低かったが、難病患者などより高かった。

キーワード：高齢肺癌患者、主観的健康感、主観的幸福感

連絡先：〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部附属病院看護部 長尾 みゆき

Reprint requests to: Miyuki Nagao, Division of Nursing, University Hospital, Kagawa University, 1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0793, Japan

Abstract

Purpose : To evaluate the characteristics of the subjective health feeling and subjective sense of well-being of elderly patients hospitalized for cancer treatment, focussing this study on lung cancer patients.

Methods : A questionnaire was asked to 24 patients comprising 19 males and 5 females, mean age 74.6 years, who were hospitalized for lung cancer treatment. Questions comprised age, gender, presence/absence of spouse, presence/absence of children, illness stage, two questions about religion (importance of faith and religious belief), subjective health feeling (SUBI Japanese version containing a two dimensional construct for extent of mental health and mental fatigue) and subjective sense of well-being (revised Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale). Analysis methods included descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient and Mann-Whitney's U-test.

Results : Patients with spouse were 22, patients with child or children were 20. The illness stage comprised 1 patient with Stage II, 6 patients with Stage III, and 17 patients with Stage IV. There were 10 patients who "had beliefs and faith, who believed in religion", and 13 people who believed "a religious mind is important". There was a significant correlation ($p < 0.01$) between subjective sense of well-being and the illness stage, and there was a significant difference between the two groups that believed whether or not "a religious mind is important" ($p < 0.001$).

Discussion : The subjective sense of well-being of elderly lung cancer patients was correlated to cancer progression, and the more advanced the cancer the lower the well-being. When the subjective sense of well-being in this study's results was compared against results in previous studies, subjective well-being was lower vs elderly people in day care, healthy elderly people living at home attending Seniors' Universities, and polio patients ($p < 0.05$), but there was no significant difference for elderly people with diseases such as rheumatism, diabetes, home oxygen therapy or spinal cord injury. Their subjective health sense was higher than that of rheumatoid arthritis patients ($p < 0.05$).

The elderly lung cancer patients may retain a sense of well-being through leading a fulfilling life relating to other people.

Conclusions : The subjective health feeling of hospitalized elderly lung cancer patients was not related to progression of the illness and there was no difference from senior citizens recuperating at home, except for those patients who had rheumatism. However, the subjective sense of well-being declines as the illness symptoms increase; it was lower compared to elderly people engaged in public participation, but higher compared to patients with intractable disease.

Keywords : elderly lung cancer patients, subjective health sense, subjective sense of well-being

序論

高齢者は、複数の疾患や障害を併せ持つことが多く、近い将来に死という人生の終末を控えている。日本では年間の死亡者数が出生者数を上回り始めた2005年頃から、高齢者の死や終末期への対応のあり方について、議論が行われるようになった。日本老年医学会¹⁾は高齢者への終末期の医療およびケアについて、主観的な幸福感や満足感が高く、身体的に苦痛が少なく、残された期間の生活の質(Quality of life: 以下QOLとする)が維持されることが望ましいと提案している。ここに述べる高齢者のQOLについての代表的な概念として1970年代から「サクセスフル・エイジング」が注目されている。このサクセスフル・エイジングとは、高齢でありながらも、疾病や疾病に関連した障害の発生率が低い状態や認知面と身体面の機能が良好に保たれている状態、また生活に対する積極的な関与、姿勢を有していることの3つの構成要素を有している²⁾ことである。野尻³⁾は、この高齢者のQOLについて、過去の理論に新しい視点を与え、幸福と心の健康である「満足」軸と「安寧」軸の二軸上に存在す

る概念として説明し、幸福であることを重要な概念としている。高齢者が感覚的にとらえる主観的幸福感は、健康であると思えること、自然とのつながり感をもってしていること、友人関係、孫の存在などによって高められる^{4~6)}ものである。その一方で、難病の高齢者においては、ADLの低下や家族や社会での役割を果たせないこと⁷⁾、また、施設入所高齢者においては家族とのつながり感の低さ⁴⁾などが主観的幸福感の低減要因になっていることが報告されている。これら難病高齢者や施設入所高齢者の幸福感は検討されてきた^{4, 7)}が、慢性疾患の内、がんを有する高齢患者についての主観的幸福感を検討した報告はみられない。

ところで、わが国では、がんになっても安心して暮らすことができる社会にするため、2014年「がん研究10か年戦略」⁸⁾が施行された。この「がん研究10か年戦略」は、QOLを維持、向上させることを目的として、支持療法の開発などが実施された。この支持療法とは、がんそのものに伴う症状や治療による副作用に対しての予防策、症状を軽減させるための治療などである。これは、病気の治療そのものに焦点をあてることから、治療を継続できるよう日々の生活の安寧

や心身の疲労を最小限にするような工夫に焦点があてられたものである。このような支持療法の効果は、がん患者の心身の症状や家族の理解、友人との交際、病気に対する不安、治療への期待などによって評価される。一般に、がん患者は、生活の変化への対応や症状のコントロールなど、今までに体験したことのないできごとに対処するため、それまでの生活のあり方を変化させ、仕事や活動を調整し、支援体制を整えるなどのように生活を再構築している⁹⁾ 状況がある。このようにがんの治療を受けつつ生活しているがん患者の生の過程について、特に深刻な状況にあると推察される進行がん患者について山崎¹⁰⁾ は、次のように報告している。進行肺がん患者とその家族は、手探りで生きる道を探り、事実を見据えて覚悟を決め、そして最後まで生き抜こうとしながら死に至っていると説明している。このように生活の再適応過程をたどりつつ治療継続を行っているがん患者は、QOLを維持するための肯定的な心的過程を有しているのだろうか。また、難病高齢者や施設入所高齢者の幸福感^{4, 7)} などとの相違はみられるのであろうか。

そこで、入院中で治療を継続している高齢のがん患者の健康状態とともに患者自身が感じている健康感と幸福感を検討する必要がある。看護師は、治療を継続するがん患者のQOLが維持され、最期まで望ましい生の時間を過ごすことができるよう支援する必要があることから、患者へのよりよい支援への示唆を得ることが期待できる。

目的

がん治療のために入院している高齢がん患者の主観的健康感、主観的幸福感の特徴を検討することである。本調査では、肺がん治療中の患者に焦点をあてて実施する。

方法

1. 研究デザイン

関連探索型研究デザインである。本研究における概念枠組みは、高齢患者と主要概念で示した(図1)。高齢肺がん患者の健康状態に関連する身体的要因は、病状の進行や日常生活動作能力の低下である。このがん患者の健康状態を代表する指標として、本研究では、肺がん患者の病期分類と全身状態の程度とした。また、健康状態に関連する精神的要因は、がんの罹患に伴うストレスであり、このストレスは、ネガティブ

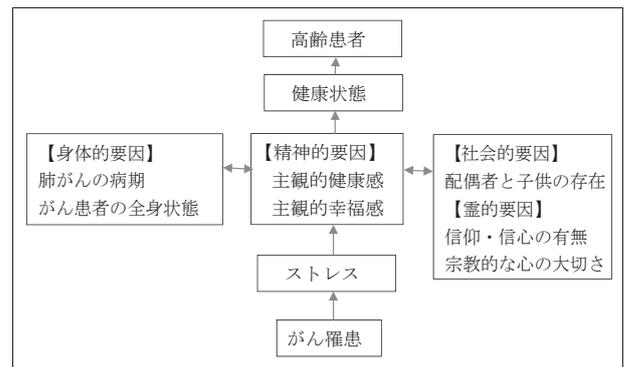


図1 概念枠組み

な精神的要因である。本研究では、このストレスが影響したか否かを主観的健康感と主観的幸福感の程度を測定し、健康状態に関連する精神的要因として説明する。高齢肺がん患者の健康状態に関連する社会的要因は、患者の病気罹患に伴う苦痛や不安を受け止め、理解を示しつつ手助けができる人的サポートである。本研究では、配偶者と子どもの存在を把握する。次に高齢肺がん患者の健康状態に関連する霊的要因は、信仰と宗教的な心を説明指標とした。

2. 用語の操作的定義

- 1) 高齢者における「主観的健康感」とは、生活機能の状態や疾病の有無で表わされる身体状態について、自分自身が自己の健康状態をどのように捉えているかの感覚である¹¹⁾。本研究では、WHO-主観的健康感尺度日本語版(The Subjective Well-being Inventory: 以下SUBIとする)を用いて入院中の高齢肺がん患者が回答した得点によって表した。
- 2) 高齢者における「主観的幸福感」とは、生活の満足感と老いの受け止め方であり、現在の生活についての感情である¹²⁾。本研究では、改訂版PGC モラル・スケール(Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)を用いて入院中の高齢肺がん患者が回答した得点によって表した。

3. 調査協力者

調査協力者は、A 県がん診療連携拠点病院において呼吸器内科病棟に入院している肺がん治療中の65歳以上の患者30名であった。

4. データ収集方法

データは、聞き取りによる質問紙調査によって収集した。

5. 調査内容

調査内容は、基本属性、配偶者と子供の有無、肺がんの進行度を示す「病期」、全身状態 (Performance Status: 以下 PS とする) の段階、初回治療を受けてからの経過月数、宗教に関する2項目の基本情報と WHO- 主観的健康感尺度日本語版 (SUBI)、改訂版 PGC モラル・スケールであった。

6. 測定用具

WHO- 主観的健康感尺度日本語版 (SUBI)¹³⁾ は、二次元構造で、心の健康度次元の7つの下位尺度19項目と、心の疲労度次元の5つの下位尺度21項目、合計40項目3件法である。

心の健康度次元の7つの下位尺度は、「人生に対する前向きな気持ち」、「達成感」、「自信」、「至福感」、「近親者の支え」、「社会的な支え」、「家族との関係」の因子で構成される。合計得点は、19点から57点の範囲で、高得点ほど心の健康度が高いと評価する。心の疲労度次元の5つの下位尺度は、「家族との関係」、「精神的なコントロール感」、「身体的な不健康感」、「社会的つながりの不足」、「人生に対する失望感」の因子で構成される。得点は21点から63点の範囲で、高得点ほど心の疲労度が低いと評価する。「家族との関係」因子は、心の健康度、心の疲労度の両次元に存在するが、心の健康度次元での「家族との関係」因子の質問項目は、「自分の子どもとの関係についてどのように感じているか」であり、心の疲労度次元における質問項目は、「配偶者との関係」、「自分の子どもとの関係について心配すること」であり、測定内容は異なる。この質問項目は、回答者が該当しない場合には無回答となる。

改訂版 PGC モラル・スケール¹⁴⁾ は、2件法17項目である。高齢者用に開発された主観的幸福度を測定する尺度であり、得点は、老いに対して否定的な態度が少ないことを意味する。下位尺度は、「心理的動揺」「孤独感」「老いに対する態度」の3因子である。合計得点は0点から17点で、得点は幸福とする態度の高さを表す。

7. 調査方法

調査協力が入院している診療科責任者に研究について説明し協力を得た。その後、協力を依頼する患者の主治医と病棟看護師長に患者の紹介を依頼した。調査は、研究者自身が病棟の調査用の個室において、患者1人ずつに聞き取りによる質問紙調査を実施した。質問紙調査に要する時間は患者1人あたり20分から30分であった。

8. 分析方法

分析方法は、統計解析ソフト SPSS ver. 20 を用い、記述統計、Spearman の順位相関係数、Mann-Whitney の U 検定を行い、がん患者の特徴を明らかにする目的で他の調査結果との比較を行う場合に t 検定を用いた。

9. 倫理的配慮

研究者及び調査協力が所属する施設の倫理委員会の承認を得た (承認番号平成 25-006)。この倫理委員会で承認を得た調査依頼に関する説明書を用いて、研究者自身が調査協力がに個別に説明を行い、同意書による同意が確認できた場合にのみ調査を行った。本調査協力は、がん治療中の患者であることから患者の安全確保のために診療科責任者、主治医、病棟看護師長らの協力の下で実施した。

10. 調査期間

調査期間は、2013年7月から2014年6月であった。

結果

1. 回収率

30名に調査協力の依頼を行い、25名から協力を得られた。回収率は83.3%で、この内有効回答の24名、回収したうちの96.0%を分析の対象とした。

2. 調査協力の概要

平均年齢は74.6歳であった。性別は男性が19名 (79.2%)、女性が5名 (20.8%) であった。配偶者は有りが22名 (91.7%)、無しが2名 (8.3%) であった。子供は有りが20名 (83.3%)、無しが4名 (16.7%) であった (表1)。

表1 調査協力の概要

属性		区分	n	%
性別	男性		19	79.2
	女性		5	20.8
年齢 (歳)	平均値 (標準偏差)	中央値 (範囲)	24	
	74.6 (± 6.6)	73.0 (65 ~ 86)		
配偶者	有り		22	91.7
	無し		2	8.3
子ども	有り		20	83.3
	無し		4	16.7
信仰心	もっている、信じている		10	41.7
	もっていない、信じていない、関心がない		14	58.3
宗教的な心の大切さ	大切		13	54.2
	大切でない		6	25.0
	その他		5	20.8

表2 調査協力者の病状の程度と活動の程度のクロス表

N=24

		活動の程度				合計	
		0	1	2	4		
病状の 程度	Ⅱ期	度数(名)	0	1	0	0	1
	Ⅲ期	度数(名)	3	3	0	0	6
	Ⅳ期	度数(名)	5	7	4	1	17
合計		度数(名)	8	11	4	1	24

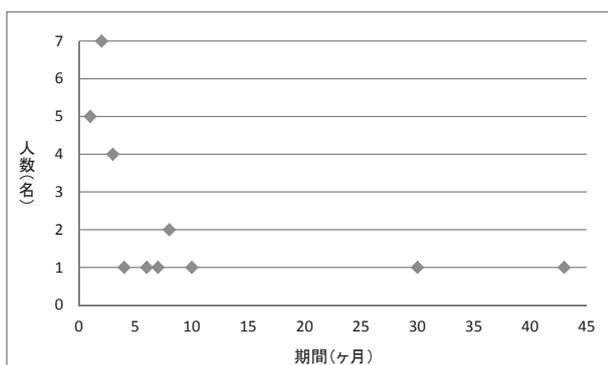


図2 初回治療を受けてからの期間 (平均値6.3±9.9ヶ月)

病期はⅡ期が1名(4.2%)、Ⅲ期が6名(25.0%)、Ⅳ期が17名(70.8%)であった(表2)。

初回治療を受けてから調査を行った時点までの期間の内訳は、1か月が5名(20.8%)、2か月が7名(29.2%)、3か月が4名(16.7%)、4か月と6か月と7か月は各1名で各4.2%、8か月が2名(8.3%)、10か月、30か月、43か月が各1名で各4.2%であった。初回治療からの平均経過期間は6.3±9.9か月であった(図2)。

宗教関連項目は「信仰・信心をもっている・信じている」の回答が10名(41.7%)、「もっていない・信じていない・関心がない」が14名(58.3%)であった。「宗教的な心が大切である」の回答は13名(54.2%)、「宗教的な心が大切でない」が6名(25.0%)、「その他」が5名(20.8%)であった(表1)。

3. 病状の程度とSUBIの下位尺度、改訂版PGCモラル・スケールとの関係

病状の程度「病期」とSUBIの下位尺度次元(心の健康度と心の疲労度)、改訂版PGCモラル・スケールとの間でSpearmanの順位相関係数を求めた。その結果、病状の程度と心の健康度、心の疲労度次元との間では関連はなかったが、改訂版PGCモラル・スケール($r=-0.59$)との間では有意な負の相関があった(図3, 4, 5)。

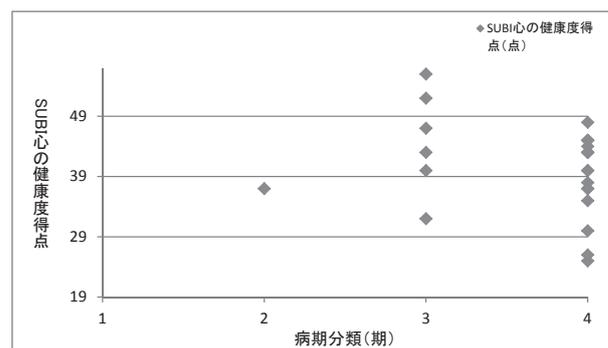


図3 病気の進行度とSUBI心の健康度得点

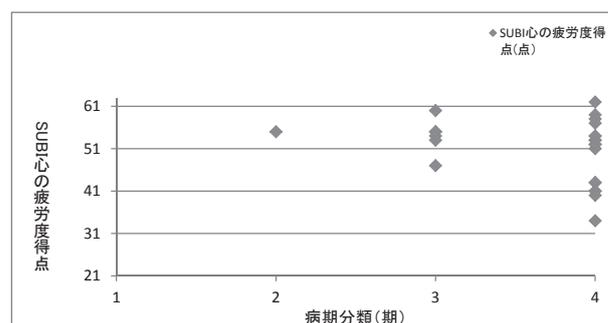


図4 病気の進行度とSUBI心の疲労度得点

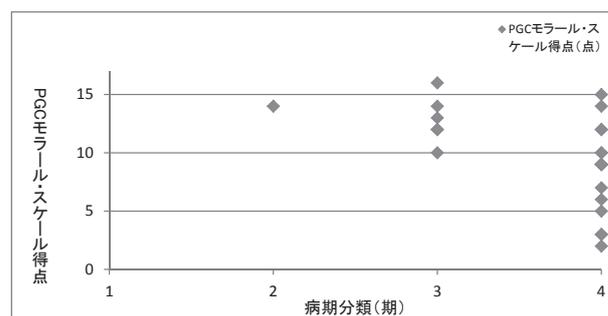


図5 病気の進行度とSUBI, PGCモラル・スケールとの関連

4. 高齢肺癌患者のSUBIの下位尺度と改訂版PGCモラル・スケールの得点の特徴(表4, 5)

高齢肺癌患者のSUBI得点の平均値は91.65±11.88であった。この平均値について、先行文献における高齢がん患者以外の在宅脳血管障害者、整形疾患患者、内科疾患患者¹⁵⁾、18歳以上のがん患者¹⁶⁾、在宅健常高齢者¹⁵⁾に行われた同尺度得点との比較を行った。その結果、殆どにおいて有意差はないものの、関節リウマチ患者¹⁷⁾において有意に高かった($p<0.05$)。

高齢肺癌患者の改訂版PGCモラル・スケール得点の平均値は9.78±3.99であった。この平均値を先行文献における高齢がん患者以外の、都市部に在住する独居高齢者¹⁸⁾、地方都市特老施設と老健施設入所者⁴⁾、ポリオ患者¹⁹⁾と比較を行ったところ、有意

表3 調査協力者の特性と心の健康度、心の疲労度、PGC・モラールとの関係

人数 (n)		主観的健康感 (SUBI)		主観的幸福感 (PGC モラール・スケール)	
		心の健康度 平均得点	心の疲労度 平均得点	平均得点	
宗教的な 心の大切さ	有り 13	11.3	11.0	12.2	* *p<0.05
	無し 6	7.3	7.9	5.2	

*p<0.05

に低かった ($p<0.05$)。一方、リウマチ¹⁹⁾、糖尿病²⁰⁾、在宅酸素療法²¹⁾、脊髄損傷¹⁹⁾、難病患者⁷⁾などの疾患を有する高齢者、いきいきサロンに参加する独居者²²⁾、老人大学参加者⁵⁾、通所リハビリテーション利用者²³⁾、訪問ケアステーションの利用者⁶⁾とでは有意差がなかった。

考察

1. 調査に協力した高齢肺癌患者の特徴

今回の調査に協力した高齢肺癌患者 24 名のうち 12 名 (50%) は、初回治療を受けてからの期間が 1 か月から 2 か月であり、病期分類のⅢ期が 25.0%、Ⅳ期が 70.8%であったことから、肺癌と診断された段階で、既に進行肺癌の状態であった患者が多かった。これらの患者の活動の程度は、全身状態を表す PS が 0 から 2 で 95.8% であり、殆どの患者が自立していた。このことから病状が進行している状態で治療を受け、且つがん治療による有害事象の影響を受けていることが推察されるものの、活動は自立している状態にあった。つまり、活動を阻害しない状態における、患者の何らかの精神的変化は存在する可能性は否定できない。

2. 病状の進行と健康状態および主観的幸福感の関連 (図 3)

調査に協力した高齢肺癌患者の病状の進行度と SUBI の下位尺度である心の健康度、心の疲労度との関連を検討したところ、関連はなかった。本調査協力者らは、自立度は高いが、治療中の患者であり、健康度や疲労度はネガティブな状態にあると予測されたが、入院の「環境」がネガティブな感覚をもたらさなかった可能性が考えられる。

一方、これら調査協力者の病状の進行度と改訂版 PGC モラール・スケールとの間で負の関連があったことは、病状の進行が主観的幸福感にネガティブに影響していたことを示した。高齢者の主観的幸福感、生活の満足感と老いの受け止め方に代表される感覚で

あり、現在の生活をどのように捉えているかの感情的側面でもある¹²⁾。高齢者は生きがいを喪失しやすいが、再獲得できる能力をも有しており、生きるために見出す意味や価値、生きることに肯定的な感情²⁴⁾、あるいはネガティブな感情を避けるための方略を獲得している²⁵⁾人々である。つまり、高齢の肺癌患者は、病気を共にする生活を受け止め、生きるための入院・治療の過程にある事柄の価値や生きる意味を見出すことによって、現状を肯定的にとらえ、幸福感を保持した可能性がある。

また、増井ら²⁵⁾によれば、病気をもつ高齢者の幸福感は、罹患後の時間と関連したが、本調査では罹患後の時間ではなく、病気の進行度がネガティブに影響したことを説明した。しかし、本調査の回答者数が少ないため、一般化には耐え得ない。

日本の病期別生存率調査²⁶⁾によれば、肺癌の 5 年相対生存率は、Ⅰ期が 82.9%、Ⅱ期が 48.2%、Ⅲ期が 22.1%、Ⅳ期が 4.9% であると報告されている。つまり、進行度が高度になるほど生存可能性は低い。本調査結果から病気の進行度が主観的幸福感を低減させているとすれば、この生存可能性の低さが主観的幸福感を低下させていると考えられる。

がん治療中の高齢者は、老化による諸臓器機能や予備能低下のため、がん治療による副作用が増悪しやすく、全身状態の悪化や QOL の低下、さらには治療の有用性も低下しやすい²⁷⁾状態にあり、これらの身体的状態に関心が高められている。また、高齢者は近親者との死別、病気や体力の衰えなどから、喪失感や孤独感を一層深刻なものとして感じている。そのため、迫りくる死をより身近に感じるようになると考えられる²⁸⁾。つまり、この患者らは、病状の進行に伴う生存率の低下、がん治療による QOL の低下や、入退院を繰り返すことにより孤独感を感じやすく、喜びを感じる時間が少なくなって、幸福を感じられなくなったと考える。しかし、高齢者の場合は、人生における意味と目的が明確な人は幸福感が高い²⁹⁾とされており、生きることの意味について考え、目的意識をもって生きてきた時間を有する高齢者は、超えてきた道程に価値を見い

表4 SUBI合計得点を先行文献との比較

先行文献番号	調査協力者	人数 (名)	平均 年齢 (歳)	SUBI 合計得点	t 値
15	健常な在宅高齢者	31	73.3	96.3 ± 8.2	-2.00
15	脳梗塞や脳出血などによる脳血管障害後遺症を有する在宅高齢者で病院に3か月以上通院している患者	22	72.7	94.7 ± 9.3	-1.33
15	変形性関節症や腰痛症などの整形外科的疾患を有する在宅高齢者で整形外科医院に1か月以上通院している患者	36	75.2	93.7 ± 8.8	-0.91
16	18歳以上のがん患者	298	63.0	92.3 ± 0.0	-0.32
本調査	A大学病院呼吸器内科に入院中の65歳以上肺がん患者	24	74.6	91.6 ± 11.8	
15	糖尿病や腎臓疾患などの内科的疾患を有して内科医院に1か月以上通院している患者	19	76.3	88.2 ± 8.6	1.41
17	佐賀医科大学附属病院整形外科リウマチ専門外来、リウマチ診療ネットワーク病院において、治療を受けている患者	120	59.1	85.6 ± 0.9	2.50*

(SUBI合計得点によって序列化した)

* $p < 0.05$

だし、幸福を感じられるのではないかと考えられる。このような生きる意味への問いは、哲学的なスピリチュアルニーズという。スピリチュアルニーズは、がんなどの病気が緒となって考えはじめる場合がある。この問いかけに回答が見いだせない場合、患者は深い心の痛みであるスピリチュアルペインをもつといわれる。このような患者の深い痛みを支援する方法がスピリチュアルケアである³⁰⁾。がん患者が生きてきた時間に価値を見だし、生きる意味を感じることができるよう看護師は支援する必要がある。

このような高齢肺がん患者の主観的幸福感は、宗教的な心を大切に人において高い傾向にあった(表5)。宗教的な心とは、宗教を否定せず、生活の中において先祖を尊ぶことと関連しており、「あの世」「死後の世界」「靈魂」などへの関心でもあって³¹⁾、自己存在の価値や意味づけにつながっている。この宗教的な心を大切に思うことは、超越的な存在への信頼を抱いているといえる。超越的な存在への信頼は、人間を超えたものとのつながりや自然とのかかわりの中で自己の存在を見いだすこと³²⁾であり、生きる意味や目的の根拠を支えることができる³³⁾内的過程である。河野³⁴⁾は、高齢者の宗教と幸福感に関する文献検討を行い、加護観念(オカゲ意識)の強い者ほど「満足感」が高いが死の不安は低く、「老いの受容」や「心理的安定」が低い者ほど死の不安が強い傾向にあると報告している。このことから、高齢肺がん患者は、がんとともに生活する過程において、宗教的な心を大切にす

ることによって死への不安を低減させ、生きる意味や目的を支え、老いを前向きに受け止めながら生きる過程にあると考えられる。治療中のがん患者が宗教的な心を大切にしたい要望がある場合は、可能な範囲で許容する必要がある。

3. 高齢肺がん患者の健康状態と主観的幸福感における特徴(表3, 4)

高齢肺がん患者のSUBI下位尺度得点で表された健康状態に関する感覚は、健常な在宅高齢者などと有意差がなく、疾患による影響を受けていなかった。これは今回調査の対象を肺がんに特定したために生じた可能性がある。病巣によっては、同様の結果であったかは不明である。また、入院中であったため、医療者と関わりながら治療が継続されており、体調の変化に対応できる状況であったことも影響した可能性がある。

ところが、SUBI下位尺度得点で表された健康状態に関する感覚は、治療中のリウマチ患者¹⁷⁾より有意に肯定的であった。このことは、本調査協力者の日常生活動作が自立していた一方で、リウマチ患者の場合、関節などの障害のために日常生活動作に制限を受けていたことが影響したのではないかと考えられる。つまり、肺がんの治療をうけている高齢者であっても、日常生活が自立できていれば、自分の健康状態を肯定的に捉えられる可能性があり、その看護においては、患者の日常生活の制限が最小になるよう支援する必要がある。

表5 改訂版PGCモラル・スケール合計得点を先行文献との比較

先行文献 番号	調査協力者	人数 (名)	平均年齢 (歳)	改訂版 PGCモラル・ スケール合計 得点 (平均値)	t 値
18	都市部 A 学区に在住する独居高齢者	28	79.0	13.0 ± 3.3	-4.03**
4	某県 A 地域の地方 3 都市特老 4 施設と老健 3 施設	128	84.8	11.8 ± 3.9	-2.52*
19	日本全国肢体不自由障害者 ポリオ	69	67.4	11.65 ± 3.4	-2.39*
22	A 地区ミニディサービス「いきいきサロン」に参加する 独居高齢者 女性のみ	19	86.6	11.1 ± 2.7	-1.64
19	日本全国肢体不自由障害者 リウマチ	101	67.4	11.03 ± 3.2	-1.52
20	東京都老人医療センターの内分泌科外来に通院中の 60 歳以上の糖尿病患者	383	74.3	10.9 ± 3.8	-1.39
5	香川県さぬき市老人大学	220	74.9	10.56 ± 4.3	-1.02
21	在宅酸素療法高齢者	32	67.4	10.6 ± 3.6	-1.02
19	日本全国肢体不自由障害者 脊髄損傷	62	67.4	10.40 ± 3.8	-0.76
本調査	A 大病院呼吸器内科に入院中の 65 歳以上肺がん患者	24	74.6	9.8 ± 3.9	
23	福井県 A 病院精神科デイ・ケア, B 介護老人保健施設通所リハビリテーションの利用者	84	81.1	9.7 ± 3.79	0.12
6	京都府・大阪府・奈良県にある訪問ケアステーション を利用している高齢者	200	78.13	9.09 ± 2.6	0.88
7	F 県難病患者	184	72.2	8.2 ± 4.1	2.00

(改訂版 PGC モラル・スケール合計得点によって序列化した)

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

高齢肺がん患者の改訂版 PGC モラル・スケール得点の平均値を先行文献における高齢肺がん患者以外で調査した結果と比較した。その結果、都市部に居住する独居高齢者¹⁸⁾、地方都市特別養護老人ホームと老健施設入所者⁴⁾、ポリオ患者¹⁹⁾より有意に低かった。これら高齢肺がん患者より主観的幸福感が相対的に高い高齢者は、機能的・主観的に自立しており、しかも栄養状態が良く¹⁸⁾、自然とのつながり感を保つことにより肯定的感情を維持し⁴⁾、趣味などをもち、日常生活において社会参加を果たしている¹⁹⁾人々であった。また、慢性疾患をもつ高齢者の主観的幸福感を高める要因について、「肢体不自由障害をもつ高齢者」が趣味等をもち日常生活における作業活動へ参加していること¹⁹⁾や「在宅酸素療法を受けている患者」の ADL が自立していること、家庭や社会での役割遂行があること、また、患者支援ネットワーク²¹⁾があることなどが挙げられていた。

一方、主観的幸福感への否定的関連要因は、「高

齢難病患者」において、医療への不満、日常生活動作能力の低下、家庭や社会での役割が果たせない事や気兼ねなどがあった⁷⁾。難病の場合、明解な治療がなく、多くの場合、治癒の日が迎えられない疾患であり、将来についての見通しの困難さが影響しているのではないかと考えられる。

これらのことから、高齢者の幸福感は、ADL の自立、家族や社会からの支援があり、社会的つながりをもつことができれば維持されているといえる。しかし、今回の調査協力者は特定機能病院に入院中の患者であり、病状の進行にともない身体機能が衰え、社会とのつながりが希薄になり、肯定的感情を維持することが難しい状況にあったため、幸福感が低減していた可能性が考えられる。ただ、入院中には、医療者が毎日かわり、あるいは家族や友人が見舞いに訪れる。在宅生活とは異なる交流が存在するともいえる。また、同じ病気を持つ患者同士での語り合える時間をもつ患者も存在するであろう。これらの人々との交流や支援の

つながりががん患者の幸福感をある程度は維持できる可能性がある。看護師は治療への支援のみならず、患者とのつながりを意識しつつかわる必要がある。

結論

入院中の高齢肺癌患者の主観的健康観は、病状の進行に影響されず、治療中のリウマチ患者を除く在宅療養高齢者などとも差がなかった。しかし、主観的幸福感は病状の進行にともない低減し、社会参加を行う高齢者などより低かったが、難病患者などより高かった。

研究の限界と今後の課題

分析対象者が24名であったことから、結果の一般化には限界がある。今後、結果の一般化のための検討が必要である。

附記

本研究を行うにあたり、肺癌治療中にも関わらず研究へのご協力をいただきました患者の皆様へ心より感謝いたします。

本論文は、香川大学大学院医学系研究科修士課程に提出した論文(平成26年度)の一部を加筆修正した。

本研究は、平成25年度公益財団法人太陽生命厚生財団の助成を受けて行った。

文献

- 1) 社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」, www.jpn-geriat-soc.or.jp, 2014/08/15.
- 2) 芳賀博：successful aging, 大内尉義(編), 新老年学(第3版), 1619-1623, 東京大学出版会, 2010.
- 3) 野尻雅美：高齢者のQOLプロモーションとスピリチュアリティ, 日本健康医学会誌, 22(2), 79-83, 2013.
- 4) 川井文子, 中野博子, 佐藤美由紀, 他：介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその要因, 応用老年学, 9(1), 31-42, 2015.
- 5) 野邊政雄, 大須賀翼：高齢者の友人関係が主観的幸福感に及ぼす影響(その1)香川県さぬき市の老人大学受講生を対象として, 岡山大学大学院教育学研究科研究収録, 156, 39-48, 2014.
- 6) 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男：在宅ケアサービスを利用する高齢者の主観的幸福感に関する考察 質問紙調査とインタビューによる分析, 日本在宅ケア学会誌, 19(2), 59-66, 2016.
- 7) 吉川日和子, 小川育恵, 高山成子, 他：高齢難病患者の日常生活と主観的幸福感, 日本難病看護学会誌, 10(3), 178-187, 2006.
- 8) 厚生労働省：根治・予防・共生～患者・社会と協働するがん研究～「がん研究10か年戦略」, www.mhlw.go.jp, 2014/12/01.
- 9) 筒井末春, 波多野美佳, 小池真規子：がん患者の心身医療, 16-45, 新興医学出版社, 1999.
- 10) 山崎智子：死に至るまでの過程を生き抜く進行肺癌患者と家族の実態と看護支援に関する研究, お茶の水医学雑誌, 54(3), 79-99, 2006.
- 11) 石崎達郎：高齢者の健康状態, 大内尉義(編), 新老年学(第3版), 1645-1651, 東京大学出版会, 2010.
- 12) 古谷野亘, 柴田博, 芳賀博他：PGCモラル・スケールの構造, 最近の改定作業がもたらしたもの, 社会老年学, 29, 64-74, 1989.
- 13) 藤南佳代, 園田明人, 大野裕：主観的健康感尺度(SUBI)日本語版の作成と, 信頼性, 妥当性の検討, 健康心理学研究, 8(2), 12-19, 1995.
- 14) 柴田博, 長田久雄, 杉澤秀博：老年学要論 老いを理解する, 141-198, 建帛社, 2009.
- 15) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝：高齢者用主観的健康感評価尺度としてのVASスケールの有用性 その自記式尺度の信頼性と妥当性, 日本在宅ケア学会誌, 8(1), 24-32, 2004.
- 16) Noguchi W, Morita S, Ohno T, et al : Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy, Support Care Cancer, 14(1), 65-70, 2006.
- 17) 藤田美貴, 忽那龍雄：関節リウマチ患者のSUBIによる主観的健康感の分析, 九州リウマチ, 24(2), 156-163, 2005.
- 18) 植村小夜子, 三木真知：種々の指標を用いた包括的評価による独居高齢女性の自立生活の特徴, 人間看護学研究, 10, 25-31, 2012.
- 19) 増田公香：肢体不自由障害を持つ高齢者の主観的幸福感“参加”の影響に焦点をあてて, 老年社会科学, 26(3), 340-350, 2004.
- 20) 荒木厚, 出雲祐二, 井上潤一郎, 他：老年者糖尿病における糖尿病総合負担度スケール作成の試み, 日本老年医学会雑誌, 32(12), 786-796,

1995.

- 21) 深野木智子, 村嶋幸代, 飯田澄子:在宅酸素療法患者の Quality of Life に関連する要因の分析満足感に焦点をあてて, 日本看護科学学会誌, 11 (1), 9-21, 1991.
- 22) 西川秋子, 小石真子:ミニデイサービスに参加する独居高齢者の要介護リスクと主観的幸福感の検討必要とされる介護予防プログラムの作成を目指して, 日健医誌, 23 (2), 117-124, 2014.
- 23) 堀敦志, 斉藤等, 桜井康宏, 他:通所施設利用高齢者の住環境と QOL・ADL に関する調査研究, 福井在住の介護保険未認定者と介護保険利用者との比較を通して, 作業療法, 30 (3), 327-341, 2011.
- 24) 野村千文:「高齢者の生きがい」の概念分析, 日本看護科学学会誌, 25 (3), 61-66, 2005.
- 25) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子, 他:心理的 well-being が高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴 新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて, 老年社会科学, 32, 33-47, 2010.
- 26) 全国がん(成人病)センター協議会:全がん協生存率調査, www.zengankyo.ncc.go.jp, 2016/01/30.
- 27) 駄賀晴子:高齢者の抗がん治療(化学療法), 腫瘍内科, 3 (5), 487-491, 2009.
- 28) 平賀一陽, 岡村仁:老人とがんところ, Geriatric Medicine, 36 (2), 239-244, 1998.
- 29) 田口香代子, 三浦香苗:高齢者の生への価値観と死に対する態度, 昭和女子大学生生活心理研究所紀要, 14, 57-68, 2012.
- 30) ウェルデマール・キップス:スピリチュアルケア(第3版), 72-110, サンパウロ, 2000.
- 31) 林文:現代日本人にとっての信仰の有無と宗教的な心日本人の国民性調査と国際比較調査から, 統計数理研究所, 58 (1), 39-59, 2010.
- 32) 藤井美和, 李政元, 田崎美弥子, 他:日本人のスピリチュアリティの表すもの WHO QOL のスピリチュアリティ予備調査から, 日本社会精神医学会雑誌, 14 (1), 3-17, 2005.
- 33) 三澤久恵, 野尻雅美, 新野直明:地域高齢者のスピリチュアリティ評定尺度の開発構成概念の妥当性と信頼性の検討, 日本健康医学会雑誌, 18 (4), 170-180, 2010.
- 34) 河野由美:宗教心理学概論初版, 123-139, ナカニシヤ出版, 2011.