

# 東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	潰瘍性大腸炎患者が大腸全摘術を決心した理由と術後の身体的変化の体験における探索的研究
作成者（著者）	佐藤, 美和
公開者	東邦大学
発行日	2023.09
掲載情報	東邦大学大学院看護学研究科 博士論文 内容の要約.
資料種別	学位論文
内容記述	主査：伊藤桂子 / タイトル：潰瘍性大腸炎患者が大腸全摘術を決心した理由と術後の身体的変化の体験における探索的研究 / 著者：佐藤美和 / 本文ファイル：要約
著者版フラグ	none
報告番号	32661甲第1089号
学位授与年月日	2023.09.25
学位授与機関	東邦大学
メタデータのURL	<a href="https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD28223625">https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD28223625</a>

## 第I章 序論

潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis : UC) の原因は未だ不明であり、原因解明のための様々な研究が行われてきた。その結果、大腸粘膜の異常な炎症を抑え、症状をコントロールする内科的治療が可能となり、潰瘍性大腸炎の長期の寛解維持が可能になってきている。本邦における 2015 年度の潰瘍性大腸炎推定有病者数は 219,700 人 (西脇, 村上, 2019) と報告されており、2010 年度の 117,855 人 (西脇, 他, 2015) と比較して年々増加の一途をたどっている。潰瘍性大腸炎の主な症状は、下痢、(粘) 血便、腹痛であり、潰瘍性大腸炎患者の多くが、下痢、(粘) 血便、排便回数の増加、そして持続する腹痛を抱えながら闘病している。潰瘍性大腸炎患者は、再燃時には頻回な下痢とともに我慢できない便意、便漏れの症状を呈している場合があるため、常にトイレの場所を確認している。そして、便意を感じてからトイレに行くまでの間を我慢ができるよう、肛門を締める練習などを行っている (Sammut, et al, 2015 ; Kemp, et al, 2018 ; 工藤, 2011)。また患者によっては、食事を控えてトイレに行かないようにし (Savard, Woodgate, 2009)、排便による失敗をしないような方策をとっている。内科的治療を行っていても再燃時に比べて便回数が減数したり明らかな血便が認められないといったような症状にはなるが、個々人によって腹痛は持続していると感じている人もみられる。そのため、身体的にこれ以上の内科的治療継続が難しいと判断された場合には、外科的治療を進められる患者も少なくない。

潰瘍性大腸炎に対する外科的治療としては、大腸の全てと直腸粘膜を抜去して回腸末端部で貯留嚢 (回腸嚢という回腸を袋状に形成し便を貯留するもの) を作成し肛門と吻合する、大腸全摘、回腸嚢肛門吻合術 (ileoanal anastomosis : IAA) (飯合, 他, 2009) と、IAA とほぼ同じ術式であるが、回腸嚢を肛門管と吻合する大腸全摘、回腸嚢肛門管吻合術 (ileoanal-canal anastomosis : IACA) が推奨されている。この推奨されている 2 つの術式は、多くが 2 期に分けて行われており、1 期目に IAA や IACA と一時的に空置的回腸ストーマを造設し、回腸と肛門あるいは肛門管の吻合部に問題のないことが確認できると、平均 3 か月後に 2 期目の手術としてストーマ閉鎖術が行われる (小金井, 杉田, 2018 ; 清水, 他, 2010)。このような潰瘍性大腸炎の手術を受けた後の Quality of Life (QOL) の調査では、術後の排便回数は術後 1 年以上を経過すると一日に 5~6 回に安定し、術後 5 年目の QOL は全国基準と同等になっている。そして、潰瘍性大腸炎の手術を受けた患者からは、「多少下痢はしても血便は出ない」、「トイレを気にしなくて良い」といった意見が報告されている (高橋, 他, 2001)。また、ストーマについては、「ストーマは一時的であり、ストーマ閉鎖後の自分は元通りになった」と述べており (Allison, et al, 2013 ; Savard, Woodgate, 2009)、術前の懸念事項は術後の身体状態が回復するとともに、払拭されることが報告されている。このように、潰瘍性大腸炎に対する内科的治

療が継続できなくなった患者への外科的治療法は確立されており、術後の QOL 改善についても報告されている。

こうした報告がある一方で、潰瘍性大腸炎の腹痛において、再燃時は 78%、非活動性の寛解期であっても 38%にみられ (Coates, et al, 2013)、腹痛を常に感じている患者の 8 割が、仕事や生活に支障があると感じ、QOL にも大きく関与している (Bielefeldt, et al, 2009 ; 吉村, 他, 2012) にもかかわらず、内科的治療に少しでも望みがあるうちは外科的治療に踏み切るとは困難であるといわれている (Baker, et al, 2018)。これは、手術という大きな侵襲的治療を受けるにあたり、手術は成功するのか、どのようなことがされるのか、麻酔は効くだろうかといった様々な不安要素とともに (村川, 池松, 2011)、大腸を全摘することやそれに伴いストーマを造設することなどが大きく関与していると考えられる。大腸を全摘することは、今まで担ってきた大腸の機能が喪失することであり (別府, 富田, 2015 ; 北原, 中本, 2017)、術後の生活が今以上に QOL を低下させてしまうかもしれないといった、未知なる身体的変化への恐怖や不安を抱いていることが推察される。

研究者が臨床で経験した事例では、その患者は内科的治療では炎症を抑えることが出来ず、頻回の下血と腹部の激痛のため 2 時間ごとに鎮痛剤を投与し、心許ない足下でトイレに通い、「手術は最後の手段」と言って手術を拒否していた。しかし、看護師はこの患者に対する適した看護援助を見出すことができなかった。結果的に、中毒性巨大結腸症となり緊急手術を受けることとなったその患者が、「こんなに楽になるなら、もっと早くに手術をすれば良かった」と語っていたことで、看護師は患者が経験する、手術後の身体的変化や術前に生じていた症状の緩和の有無などを伝えることが出来ていなかったことを実感した。このような患者に対して、1 期目の手術での大腸全摘・回腸囊肛門 (管) 吻合・ストーマ造設術による身体的変化、およそ 3 か月にわたるストーマを保有した生活への影響、そしてストーマ閉鎖を目的とした 2 期目の手術といった約 4 か月にも及ぶ経過について、根拠あるものを伝えられていないことから、患者のニーズに即した看護援助も確立されていない。

潰瘍性大腸炎の根治的治療として大腸を全摘することによる身体的変化とその体験は、患者自身にしか語りすることができない。1 回目の手術で入院した時から退院するまで、そしてストーマを保有した生活を体験した上で 2 回目の手術に臨み、ストーマ閉鎖術を受けて退院するまでにどのような身体的変化を体験したのか、患者の視座から明らかにすることができれば、患者のニーズに即した看護援助構築への示唆を得る一助になるのではないかと考える。

そこで、潰瘍性大腸炎の手術後の体験を理解するため、探索的アプローチを基軸とし、研究者自身が潰瘍性大腸炎患者の治療環境に入り、患者の体験から分析を行う参与観察に加え、インタビュー、診療記録や看護記録などの書類をもとに日々の現象を記述する質的記述的研究が適していると考え、本研究を行った。

## 第II章 文献の検討

### 1. 潰瘍性大腸炎の特徴

潰瘍性大腸炎とは、非特異性炎症性腸疾患であり、クローン病とともに、炎症性腸疾患と総称される原因不明の指定難病である。厚生労働省難病班の報告において 2015 年度の潰瘍性大腸炎推定有病者数は 219,700 人（西脇, 村上, 2019）と報告されており、2010 年度の 117,855 人（西脇, 他, 2015）と比較して年々増加の一途をたどっている。好発年齢は 20 歳代であるが、最近では 50~60 歳代での発症も報告されている（難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班, 2015）。

潰瘍性大腸炎は、下痢、（粘）血便、腹痛などが主な症状である。炎症は大腸に認められ、炎症初期の血便があるかは不明であるが、炎症悪化とともに血便が顕著に認められるようになる。内視鏡下で腸粘膜を観察していくと、潰瘍性大腸炎の炎症は直腸から始まり S 状結腸、下行結腸と下部から上部に広がっていく。粘膜はびまん性に侵され、血管透見像（内視鏡で大腸粘膜の下の血管が透けて見えること）は消失し、粗ぞうまたは細顆粒状（炎症によって腸粘膜が細かい粒状になりざらつく状態）を呈する。さらに、易出血性を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポースを認める。

潰瘍性大腸炎の診断は、自覚症状、炎症所見、粘膜所見の評価とともに腸管外病変などの存在を考慮し診断される。粘膜所見は、大腸内視鏡で確認され、粘膜の炎症度や病変の拡がりを見る。潰瘍性大腸炎の病型分類は病変の拡がりによって分類され、脾彎曲部を越えて口側に病変が及んでいるものを全大腸炎、大腸の病変が脾彎曲部を越えてないものを左側大腸炎、直腸 S 状部の口側に正常粘膜を認めるものを直腸炎という。

潰瘍性大腸炎の重症度を判定するのに臨床的重症度分類がある。この分類は、軽症、中等症、重症（劇症型）に区分している。本邦における潰瘍性大腸炎の重症度の内訳は、軽症 63.3%、中等症 27%と軽中等症が 90%以上をしめ、重症・劇症は 3.7%と報告されている（高津, 松井, 2013）。

軽症とは、1 日の排便回数が 4 回以下で、明らかな血便が認められる時と認められない時がある。熱は 37.5℃以下、脈は 1 分間に 90 回以内、血色素量が 10g/dl 以上で、赤沈は正常の状態をいう。重症は、排便回数が 6 回以上で、明らかな血便が常にある。加えて熱が 37.5℃以上か、脈が 1 分間に 90 回以上のどちらかが認められ、他に血色素量が 10g/dl 以下、赤沈が 1 時間で 30mm 以上の項目を合わせて 4 つが認められる場合をいう。これら軽症と重症の間を中等症という。また、重症の中でも特に症状が激しく重篤なものを劇症とし、診断基準は前述した重症基準を満たし、1 日に 15 回以上の血性下痢が続き、38℃以上の持続する高熱と 10,000/mm<sup>3</sup>以上の白血球増多、そして強い腹痛がある場合をいう（久部, 他, 2011a）。

病気の分類においては、潰瘍性大腸炎の主な症状である血便を認め、内視鏡的に血管透見像の消失、易出血性、びらん、または潰瘍などを認める状態を活動期という。一方、血便や内視鏡的にも活動期の所見が消失し、血管透見像が出現した状態を寛解期といい、この寛解期から炎症の活動が再開することを再燃という。潰瘍性大腸炎の主な症状で血便に続いて多いのは腹痛である。この腹痛の発生機序は、腸蠕動の亢進に伴って起こるものや、炎症が深部におよぶため神経叢を刺激して起こるものがある。腸蠕動の亢進に伴って起こる腹痛は、排便とともに消失するが、炎症が深部に及んで神経叢を刺激して起こる腹痛は、炎症の強さ、罹患範囲により症状出現の程度が異なり鎮痛するタイミングは不明である。しがたって、活動期の腹痛は、下痢に伴う腸蠕動の亢進と炎症が神経叢を刺激する両方の作用で起こっているため、常に腹痛を感じている状態となる（山形, 他, 2008 ; 多田, 他, 1997)。

## 2. 潰瘍性大腸炎の内科的治療

潰瘍性大腸炎治療の基本は内科的治療である。潰瘍性大腸炎の炎症が直腸だけに局限している場合は坐薬などの局所的な抗炎症剤を使用する。これは、5-アミノサリチル酸製剤（5-ASA 製剤）が腸管粘膜への直接作用であることから腸管局所の濃度を高めるために行われる（藤井, 2012)。しかし、直腸だけに留まらずS状結腸より上部にも炎症がある場合は、坐薬だけでは患部に薬剤が届かないため肛門からより多くの薬液を注入する注腸や内服薬が投与される。薬剤は5-ASA 製剤が基本投与され、症状の度合いによって投与量を増減して調整するが、現在の治療ガイドラインでは、5-ASA 製剤を使用し続けることが寛解期を維持させることにつながる。

潰瘍性大腸炎の再燃率は報告によって違いはあるが、1年で約50%との報告が多く、再燃に関与する因子として上気道感染や急性胃腸炎、非ステロイド抗炎症薬（non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) などの薬剤使用、ストレスや過労、内視鏡や注腸造影検査、禁煙などがあげられている。5-ASA 製剤の服薬遵守率の低下も再燃に影響を及ぼすといわれている。

再燃した活動期には、炎症を抑えるよう5-ASA 製剤を増量しコントロールを図る。しかし、5-ASA 製剤だけで炎症が治まらない場合は、充分量のステロイド剤を投与する。必要時はステロイド大量静注療法を行い、症状が落ち着いてきたら漸減していく。このステロイド剤を漸減していく中で、炎症が悪化する場合をステロイド依存例といい、ステロイド剤を使用しても症状や所見に変化がない場合をステロイド抵抗例という（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班, 2019 ; 久部, 他, 2011b)。ステロイド依存例に対しては、血球成分除去療法（顆粒球除去療法、白血球除去療法）やシクロスポリン持続静注療法、タクロリムス経口投与といった免疫調整剤を投与したり、抗 TNF- $\alpha$  抗体製剤である生物製剤を投与し炎

症を抑える治療をすすめていく。2019 年度のガイドラインからは、トファシチニブ経口やベドリズマブ点滴静注の生物製剤の投与も加えられ、内科的治療の幅が広がっている（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班，2019）。そして、ステロイド抵抗例に対しては、免疫調整剤の投与を試みるのがガイドラインに記されている（吉村，高添，2011）。

このように、基本薬剤である 5-ASA 製剤と再燃時の第二選択薬であるステロイド剤との併用が選択されたにも関わらず炎症抑制効果が乏しい、もしくはステロイド依存例には、免疫調整剤や生物製剤の使用などを試みる。そのような治療を追加しても炎症抑制効果の乏しい場合は、外科的治療が検討される（蝶野，他，2016）。

### 3. 潰瘍性大腸炎の外科的治療

#### 1) 外科的治療の適応

外科的治療の適応には、絶対的適応と相対的適応がある。絶対的適応は、大腸穿孔、大量出血、中毒性巨大結腸症とともに、重症型、劇症型で強力な内科治療が無効な場合、そして大腸がんおよび high grade dysplasia（潰瘍性大腸炎-IV：明らかに癌と判定されるもの（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班，2019）といった、手術を行わないと生命に関わる可能性が高い病態で、生命の危機を回避することが目的で手術をする場合である。この大腸がんや high grade dysplasia は、潰瘍性大腸炎の罹病期間の長い症例や罹患範囲の広い症例が、炎症に伴う酸化ストレスなどにより粘膜の DNA への損傷が生じ、発がん遺伝子の活性化などから前がん病変である Dysplasia を経て発がんに至ると考えられているため、発がんの高リスクとされている（品川，他，2017）。本邦における罹病期間における累積腫瘍発生率は、10 年で 0.7%、20 年で 3.2%、30 年で 5.2%といわれているが、前がん病変である Dysplasia も含めた累積腫瘍発生率は、10 年で 3.3%、20 年で 12.1%、30 年で 21.8%であることが報告されている（野口，他，2020）。

相対的適応は、難治例、腸管外合併症例、大腸合併症例がある。難治例は、内科的治療において十分な効果がなく、日常生活、社会生活が困難で QOL が低下した場合（便意切迫を含む）、内科的治療においてステロイド剤の投与量が 1 ヶ月に 300mg もしくは総投与量が 10 g を越えた場合、免疫調整薬等で重症の副作用が発現、または発現する可能性が高い場合である。腸管外合併症は、内科的治療に抵抗する壊疽性膿皮症や小児の成長障害などである。そして、大腸合併症は、狭窄や瘻孔、low-grade dysplasia（UC-III：必ずしも悪性ではないが、腫瘍性の変化）といわれている（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班，2019）。

潰瘍性大腸炎の外科的治療の適応患者は様々であり、その患者の状態によっては、

緊急もしくは準緊急で手術となる場合や、予定で手術が行われる場合がある。そのため、外科的適応の潰瘍性大腸炎患者に関わる看護師は、患者の状態を見極め、患者の意思決定支援が出来るよう手術前準備をしていく必要がある。

## 2) 外科的治療の術前準備

外科的治療を勧められた患者においては、あらゆる内科的治療を試みた結果外科的治療を勧められているため、ステロイド剤が減量できないステロイド依存例やどの薬剤も炎症抑制に効果を示さない患者が多い。ステロイド依存例においては術前準備として、感染性合併症予防や縫合不全へのリスクを減らすためステロイド剤の減量を2～3週間かけて行っていく（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班，2019；池内，他，2017；舟山，他，2008）。術直前のステロイド使用量が500 mg以上の場合は術後の慢性回腸囊炎の発生予測因子であることも報告されている（蝶野，他，2016）ことから、可能な限りステロイドの使用量を減らして手術に臨む必要がある。しかし、ステロイド剤を急激に減量することで、潰瘍性大腸炎の悪化や副腎不全を起こす場合があるため（池内，他，2011）漸減していく必要がある。ステロイド剤の減量方法は、30～40mg 投与していた場合は、10mg 減量を2週間投与し、その後5mg ずつ減量していく（野上，他，2012；玄，他，2010）。そのため、ステロイド依存患者では、手術を決意して準備を始めても2～3週間の術前準備期間が必要となってくる。

また、どの薬剤にも効果を示さない患者の場合は、大腸の炎症は持続した状態であることから、排便回数や粘血便の増加、腹痛増強が認められるため（小林，他，2012；荒木，他，2009；秋山，2017）、手術を決意して手術準備を始める際、貧血や緩和のない腹痛に耐えながら術前準備を進めることになる。潰瘍性大腸炎の腹痛に対しては鎮痛効果の高いオピオイドは使用できず、比較的副作用の少ないアセトアミノフェン（カロナール錠<sup>®</sup>）やブプレノルフィン塩酸塩注射液（レペタン 0.2 mg<sup>®</sup>）が使用されるが、いずれも2時間ほどで効果が半減していく。痛みの感じ方は個人によって違いはあるが、その人が辛いと感じる腹痛が、2時間ごとに襲ってくるという恐怖やストレスは計り知れない。

そして、重症の潰瘍性大腸炎に対しては止痢剤や抗コリン剤、オピオイドなどの腸管蠕動を抑制する薬剤を使用することで、中毒性巨大結腸症や消化管穿孔、菌血症を引き起こす可能性があるため使用はできない（杉本，安藤，2017；Docherty, et al, 2011）。炎症増悪により中毒性巨大結腸症や腸管穿孔という最悪の状態に陥ると、緊急手術になることがある（番場，他，2007）。手術に適したタイミングを逸して緊急で大腸全摘となった場合は、術後の重篤な合併症の発症が32.1～68.2%と高く、中には死亡例の報告もある（荒木，他，2014）。

このように、手術に至る前の患者の状態は、炎症が持続したり症状が悪化したりし

ている患者や全身状態が不良な患者もおり、手術のリスクは高くなると考える。潰瘍性大腸炎で手術をする人は、計画的な手術をする人と、緊急的な手術をする人がいる。そのため、外科的治療を勧められた患者の看護を担っている看護師は、患者の全身状態をアセスメントしながら、患者が自身の身体状態をどのように理解しているのか、外科的治療に対してどのように考えているのか等を確認していく必要があると考える。患者によっては、外科的治療に対して前向きであったり否定的であったり、良く分からないなど様々であると推察される。

### 3) 潰瘍性大腸炎の標準手術

潰瘍性大腸炎の外科的治療はこの 100 年余りの間、試行錯誤を繰り返してきた。そして、第 2 次世界大戦以降に大腸を全摘して永久的回腸ストーマを造設する手術が根治術として主流となったが（福島, 1992）、1980 年に Utsunomiya らが J-Pouch を考案して以来（Utsunomiya, et al, 1980）、疾患の根治と自然肛門を温存できる大腸全摘、回腸囊肛門（管）吻合術が標準術式とされるようになった（神山, 他, 2008）。大腸全摘、回腸囊肛門吻合術（ileoanal anastomosis:IAA）は、大腸の全てと直腸粘膜を抜去して、回腸末端部で貯留囊（回腸囊という回腸を袋状に形成し便を貯留するもの）を作成し肛門と吻合する方法で根治性が高い（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班, 2019；飯合, 他, 2009）。次に大腸全摘、回腸囊肛門管吻合術（ileoanal-canal anastomosis : IACA）は、IAA とほぼ同じ術式であるが、回腸囊を肛門管と吻合する。肛門粘膜を残すため、IAA に比べて漏便は減少するが残存粘膜の炎症やがん化の可能性があるため、病状や年齢などを考慮し術式が選択されている。IAA と IACA の吻合部位の違いは、IAA が肛門上皮移行帯の上皮を切除するのに対し、IACA は肛門上皮移行帯の上皮を残存させることである。この肛門上皮移行帯上皮は、正常な便において便の貯留を感知し、括約筋を収縮させることにより漏便を防止したり、便とガスとの区別に重要な役割を果たしているとされている。そのため、IAA と IACA において漏便の違いがあるが、3 か月以降は、IAA においてもガスと便との区別は可能になると報告されている（池内, 他, 2020）。

これらのことから、直腸にがんまたは Dysplasia を合併するような症例には IAA を選択し、60 歳以上の高齢者で肛門括約筋温存手術を希望される症例に IACA を選択する方法が多くの施設で行われている。以上 2 つの手術方法が、潰瘍性大腸炎の標準手術として推奨されている。さらに、昨今では低侵襲手術として IBD 領域においても腹腔鏡手術が行われている。腹腔鏡下の IAA や IACA では、腹腔鏡手術の利点を活かし、開腹手術と比較して創が小さいことによる術後疼痛の軽減や早期の腸管蠕動の回復から術後在院日数の短縮につながっていることや、整容性の改善などのメリットが報告されている（安西, 他, 2017；三宅, 他, 2017）。



これら推奨される 2 つの手術は、患者の全身状態や腸管の炎症状態から 1 期的（1 回で終わる）、2 期分割（2 回に分けた）、3 期分割（3 回に分けた）といった手術回数がある。現在は、2 回に分けた手術が最も多く選択されている。この 2 期分割手術は、1 回目に大腸全摘をして回腸嚢と肛門もしくは肛門管で吻合を行い、吻合部の安静を図る目的で回腸嚢から 50～80cm 口側に空置的回腸ストーマを造設する。2 回目の手術は、吻合部に問題のないことや回腸嚢に関連した合併症がないことを確認した後、初回手術日から 3～4 か月後に回腸ストーマの閉鎖術を行う（小金井，杉田，2018；清水，他，2010；飯田，他，2021）。したがって、本手術は最初の手術をしてから 2 週間弱で退院となり（中山，2009；板橋，他，2019）、2 回目の手術をしてから退院までの入院期間が 1～2 週間とすると（中山，2009）、すべての手術を終えるまでに 4～5 か月を要する。

また IAA や IACA に伴い大腸全摘をすることで、回盲弁を通過する消化液 1500ml が肛門から排出され、ナトリウムをはじめとする電解質や水分の欠乏が起こるが、小腸の代償機能によって徐々に排泄量が減少すると言われている（舟山，他，2008）。そのため、術直後は 10 回以上の排便回数が認められるが（渡辺，他，2013）、3 か月で中央値 6.5 回、6 か月で 5 回となりほぼ安定し、夜間の排便は、術後 3 か月以降はなくなる症例が多いと報告されている（池内，他，2009）。しかし、手術をしてから排便状態が落ち着く 3 か月目までの 10 回以上の排便回数に対して、患者はどのように対応し、どのように受け入れたのかなどは明らかになっていない。炎症のあった大腸を全摘したにも関わらず、術前のように 10 回以上の排便回数があることにに対して、患者はどのような思いであったのか、手術を勧められた患者への情報提供が可能になると考える。

#### 4) 周手術期の看護師の役割

外科的治療を勧められた患者への看護介入では、看護師は患者の全身状態のアセスメントとともに、患者が自身の身体状態をどのように理解し、外科的治療に対してどのように考えているのかを確認することで、看護支援を構築していく手掛かりになると考える。身体に侵襲を与えて行う外科的治療は、手術や麻酔を受ける患者にとって大きなストレスになっており（大名門，他，1991）、その情動的反応は、麻酔、手術の経過、予後にも影響を与えているといわれている（井上，1999；水口，他，1975）。

井上は(1999)、術前オリエンテーションは、患者の反応や受け止めを見ながら効率的に関わる必要があり、さらに術前オリエンテーションを通して患者が、この困難な時期を通り抜けていくのは自分だが、見守り手助けしてくれる人々がいる、その人たちは自分の手術の成功を祈り、危ない時期も決して見放さず助けてくれるという情緒的指示や保証を実感できることが重要であると述べている。そのため、臨床現場では手術を受ける患者に対して術前オリエンテーションや術前の情報提供が行われている。

術前にもっている患者の不安は、個人的な基準が不安要素を構築している。患者は、

術前の説明などで得た疾患や治療方針の情報が正しいのか、それとも自分だけが異なる経過なのかもしれないという疑念を持っているといわれている(鷺澤, 他, 2014)。そして、術前における不安の増強因子として、未知の事象が大きく関与しており、その後自分はどうなるのか、それと平行して自分が行うべき事柄があるらしいが、それはどういったことなのかがわからない不安があるといわれている(鷺澤, 他, 2014)。そのため、術前の看護介入において、潰瘍性大腸炎で IAA や IACA を行った患者が、どのような理由で手術を決心したのかといった情報提供をすることは、自分だけが異なる経過ではないことを知ることとなり術前の不安軽減に貢献すると考える。

山口ら(2006)は、胃がん、大腸がん患者および家族へ医療情報提供を行っている看護師 14 名を対象に半構成的に面接調査を行い、その内容をカテゴリー化した。その結果、術前に関わる看護師は、術前や術後の処置やケア、手術後の合併症や予防策を術前に情報提供していた。そして、術後に関わる看護師は、(身体の)形態変化に伴う影響と対策について説明しており、術前と術後両方において、使用するストーマ装具と交換方法、社会保障についての情報提供を行っていた。この(身体の)形態変化は、下痢や便秘とその予防というサブカテゴリーから集約されていた。このように、術前の情報提供は予め術後に行われる処置を認識してもらい、術後の疼痛などがあってもスムーズに処置が遂行できることを目的に行われている。これらに加えて、潰瘍性大腸炎で手術を受ける患者は、炎症のある大腸を全摘するため、大腸が担っていた水分吸収能が消失する。そのため、機能的変化についても情報提供しておく必要がある。そして、潰瘍性大腸炎患者は、胆石症や腎結石症になりやすいことが報告されており特に胆石症は大腸全摘後におこりやすいことから、これらの合併症も踏まえ手術についてイメージ化してもらう必要があると考える。

以上のように、潰瘍性大腸炎で IAA や IACA の手術を受ける患者に対して、多くの情報提供やイメージ化をしてもらう必要がある。潰瘍性大腸炎において内科的治療では炎症を抑えることができず、外科的治療である大腸全摘術を勧められた患者は、手術を受ける年齢や手術に至るまでの罹病期間、自覚症状、炎症状態によって受け入れ度に違いがあると考えられる。そのように異なった背景のある潰瘍性大腸炎患者が、どのような思いで手術を決心するに至ったのかといった報告は見当たらないことから、それらの情報提供を含めた意思決定支援が行われていないと推察する。また多くの文献から、大腸全摘後は、大腸が担っていた水分吸収能が変化し、排便回数の増加や便性状の変化、そして胆石症併発の可能性など、不安を増強させる因子の報告がある(高橋, 他, 2006; 内野, 他, 2006)。術後の合併症についての説明は、医師から手術説明の際に行われているが、実際に看護師がどのように介入しているのかは明らかになっていない。手術の説明において、手術は怖いものといった不安に追いやられるだけでなく、医師からの説明の理解度を確認しながら、手術に対する思いや術後の生活で期待する

ことなどを引き出し術後のイメージができるようにすることは、術前看護の重要な部分である。そのため、同病者が術後どのような体験をしたのかを伝えることができれば、自身の体調を同病者の体験になぞらえることで、手術前後の理解が深まるのではないかと考える。

#### 4. 潰瘍性大腸炎の症状を抱えた患者の生活

潰瘍性大腸炎の患者は、排泄に関連する症状の性質から、他者に知られることに対して恥ずかしさを感じている (Savard, Woodgate, 2009 ; Farrell, et al, 2016)。潰瘍性大腸炎を含む炎症性腸疾患の患者は、便意から排便までの時間が 30 秒以内といわれている。潰瘍性大腸炎患者においては、直腸の炎症からくる便意切迫 (urgency) が日常生活を過ごす上で問題となっている。この便意切迫とは、突然の便意を生じ、排便が我慢できない症状である。そのため、予測不能の便意に備え常にトイレの場所を確認し、おしりをふさぐ方法を考え、便意を感じてから排便までの過程を失敗しないための方策を練っている (Sammut, et al, 2015 ; Kemp, et al, 2018 ; 工藤, 2011)。さらに、遠方への外出を避けたり、通勤時は紙おむつを着用したりするなど対処している (杉田, 他, 2011)。そして潰瘍性大腸炎の下痢の回数は炎症悪化に関連して増えることで、水分や電解質の喪失が促進され、体力を消耗する。下痢の回数が増加することで、脱水などの全身症状に発展していくため、下痢を助長させないように、こまめに飲水補給をしながら脱水にならないようなセルフケアも必要となる。

また、軽症時には見られにくい中等症から重症の場合にみられる血便は、大腸の炎症が進み粘膜が菲薄化することで少しの刺激でも出血するようになる (岩男, 他, 2007)。大腸粘膜の潰瘍が深くなることで、持続的な出血をもたらすことからトイレのたびに出血を認めることとなる。重症化すると下痢の回数が増え、その度に下血をすることで血色素は低下しふらつきや倦怠感が現れる。このように、下血による血色素の低下から、ふらつきや倦怠感といった自覚症状のある中、炎症悪化時は下痢の回数が増加するため、ふらつき、だるい身体で何度もトイレに通うことになる。

さらに潰瘍性大腸炎患者は、排泄に関する症状とともに腹痛を抱えながら闘病をしており、この腹痛は腸の蠕動運動において誘発されることから、患者によっては食事を控えトイレに行かないようにしている (Savard, Woodgate, 2009)。アメリカのピッツバーグ大学において 502 人の潰瘍性大腸炎患者を対象に行った調査では、潰瘍性大腸炎の腹痛は再燃時が 78%、非活動性の寛解期であっても 38%が感じており、多くの患者が再燃時はもとより寛解時にも腹痛を感じている実態を報告している (Coates, et al, 2013)。このことから、潰瘍性大腸炎患者の腹痛は、活動期のみならず寛解期にも生じており、腹痛の原因は活動期と関係するとは限らない (Kemp, et al, 2018)。また活動期の患者は、内科的治療が効かず腹部の激痛は治まらないため、鎮痛剤を頻

回に使用する。痛みは排便後に少し緩和するが、下痢症状の悪化のためほとんどの時間をトイレで過ごす人もいる（秋山，2017）。このように常に腹痛を抱えている潰瘍性大腸炎患者の8割は、仕事や生活に支障があると感じており QOL にも大きく関与している（Bielefeldt, et al, 2009 ; 吉村, 他, 2012）。

Olsen ら（2016）は、潰瘍性大腸炎手術後の入院生活における青少年の体験談について報告をしている。潰瘍性大腸炎の手術で入院していた青年の生活体験を明らかにすることを目的に、10～19 歳の 8 名の潰瘍性大腸炎患者を対象に退院後にインタビューを行った。全員が 3 期的手術を前提としており、3 名が全て終了し、1 名は 2 回目の手術が終わりストーマを閉じる手術を待っている段階で、1 名は 1 期目の大腸全摘手術を終えて残り 2 つの手術を待っている状態であった。そして残り 3 名は 1 期目及び 2 期目の手術は終わっているが、学業との兼ね合いにより手術を延期している状態であった。彼らは 1 期目の手術前について、繰り返し起きる腹痛と下血、薬の副作用による体重の激増、顔の変化などを語っていた。そして、「嘔気のために、動けない、食事がとれない、会話ができないという経験をした」というように、思春期の彼らは、肉体的・精神的な障害がいかに関分たちを限界に追い込んだかを語っていた。このような疲弊の中で自分はもう生きていられないという思いが募り、「できることなら、あの窓から飛び降りたかった。未来が見えなくなった。その後は、自殺願望は無くなったけど、あの晩はそう思った」というように自殺を考えることもあったと語っていた。このように手術に至るまでの内科的治療においては、肉体的にも精神的にも辛い状態であったことが示されている。しかし、このような生活を送り QOL が低下しても、内科的治療に少しでも望みがあるうちは、再燃と寛解を繰り返すことや、薬物の副作用の可能性、そして将来的にがん化する可能性があっても、外科的治療に踏み切ることが困難という報告もあり（Baker, et al, 2018）、潰瘍性大腸炎患者にとって手術を受けることへの抵抗感はとてつもなく大きなものであることが推察できる。

しかし、外科的治療を勧められた患者は、すでに内科的治療には限界があることが示唆されていることから、手術を検討する時間は個人によって違いがあるものの、時間的制約がある。そのため関わる看護師は、患者が外科的治療を治療の一つとして客観的に判断できるよう意思決定支援を行い、看護介入ができることが大切ではないかと考える。現在の潰瘍性大腸炎患者に対する看護介入の報告は、手術後のストーマ閉鎖後の排便障害におけるケアの報告（大林, 他, 2017）やストーマ造設に関する内容のものが散見されるのみで（松原, 大谷, 2000 ; 河俣, 他, 2012 ; 田中, 他, 2005 ; 田中, 高見沢, 2010）、術前の意思決定支援や看護介入の報告は見当たらない。

以上より、潰瘍性大腸炎で手術を勧められた患者は、それまでに自身の症状において大変な苦勞をしており、自殺も考えてしまうほど気持ちが追い詰められていたことを看護師は理解できていない可能性がある。このような背景を理解せずに、潰瘍性大

腸炎患者に対して意思決定支援を行うことは難しいと考える。そのため、関わる看護師は、潰瘍性大腸炎で手術を勧められた患者が、今までどのような生活をしてきたのかということに関心を持ち、どのような苦勞をしてきたのかを理解した上で患者のアセスメントをし、意思決定支援に臨む必要がある。

## 5. 手術後の経過年数による QOL の変化

潰瘍性大腸炎の症状に苦しみながら闘病していた患者が、手術を決心したことで QOL や排便機能がどのように変化したのかを調査したものがある。

亀山らは(2010)、潰瘍性大腸炎で IAA の手術を行い自施設で経過観察をしている 138 例に対し、SF36v2 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey) の郵送アンケートを行った。この SF36v2 は、特定の疾患や症状などの特有な健康状態ではなく、包括的な健康概念を 8 領域 36 項目によって測定するように組み立てられており、5 分程度の回答時間で包括的な健康度を測定する(鈴嶋, 他, 2002)。亀山らは、2005 年に 115 名へ SF36v2 を郵送し、2008 年までに IAA で手術をした患者を加えて 138 名に 2 回郵送調査を行った。術後の QOL、術後経過期間と QOL の関連、個人 QOL の経時変化、排便機能と QOL の関連について検討した。回収率は 1 回目が 83.5%、2 回目は 76.1% であった。術後観察期間は、1 回目/2 回目でそれぞれ中央値が 91 (3-246) か月/121 (1-288) か月であった。対象の 1 回目の SF36 スコアは、身体機能、日常役割機能(身体)、身体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)、心の健康の 8 つのサブスケールにおいて 50 近傍の数値であった。2 回目の調査いずれも同様の結果を示しており、術後患者の QOL が国民基準値と同等に保たれているという結果であった。術後経過年数別では、2 年未満、2 年～5 年未満、5 年以上の 3 群に分けて解析すると、50 を下回るのは 2 年未満に多くみられ、5 年以上の群ではほぼ 50 近傍の数値であった。1 回目の郵送時のアンケート結果 95 名において排便機能スコアを算出している。この排便機能スコアは、1 日の平均便回数、失禁、夜間の排泄、便とガスの区別、肛門の不快感、止痢剤の 6 つの項目があり 3 段階評価となっている。フルスコアは 18 点で、平均スコアは 13.1 であった。13 以下の低スコア群と 14 以上の高スコア群の 2 群に分けて SF36v2 のスコアと検討している。高スコア群では、8 つのサブスケールのうち身体機能(p=0.02)、日常役割：身体(p=0.02)、身体の痛み(p=0.01)、社会生活機能(p=0.04)、日常役割機能：精神(p=0.04)の 5 項目で有意に良好な QOL スコアを示したことなどから、潰瘍性大腸炎術後の QOL は、術後経過期間とともに QOL は改善し、5 年後の QOL は全国基準と同等であると報告していた。

また、杉田らは(2011)、潰瘍性大腸炎で大腸全摘・永久回腸ストーマ造設術、結腸全摘・直腸温存術、IAA、IACA の手術を受け 5 年以上経過した患者を対象に、術後排便機能、術後(早期・晩期)合併症、ステロイドの重症副作用、腸管外合併症の経

過、術後の QOL（日常生活の制限、仕事の制限、食事制限、妊娠、出産など）について医師が聴き取りを行い、調査票に記載したものを集計調査した。集計した症例は 552 例で、術後経過期間は平均 10.2 年で、IAA が 373 例、IACA が 114 例、直腸温存術 28 例、永久回腸ストーマ造設術 24 例、その他 5 例であった。術後の排便機能を IAA、IACA、直腸温存術で検討し、排便回数はそれぞれ 6.1 回、6.3 回、5.7 回と差はなく、下着に直径 2cm 未満のしみがつく便漏れは 12.8%、4.6%、0%で IACA と直腸温存術が少なかった。術後の QOL では、日常生活の制限において IAA、IACA は 93%以上がなしと答えており、直腸温存は 82%がなし、永久的回腸ストーマは 75%がなしであった。仕事の制限は直腸温存術が 82%で他は 94%以上がなしと答えていた。食事制限においても、各郡とも 95%以上がなしと答えており、術後長年にわたる QOL は良好であると報告している。

これらの報告から、潰瘍性大腸炎術後の QOL に影響を与える因子として、術後の経過年数が関与していることが示唆されている。このように外科的治療を行うことで将来的には健常人と同等の QOL を獲得できることが報告されている。

## 6. 潰瘍性大腸炎の術後体験についての検討

### 1) 術後体験の意味

潰瘍性大腸炎の術後体験を知ることは、患者のニードに即した看護援助構築の示唆になると考えるが、この「体験」の意味すなわち、「体験」とは如何なるものかを明確にする必要があると考える。体験について広辞苑では、「自分が身をもって経験すること。また、その経験」としている。体験の意味に含まれている経験について広辞苑では、「人間が外界との相互作用の過程を意識化し自分のものとする。人間のあらゆる個人的・社会的実践を含むが、人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動が基本的なもの」（新村, 他, 2018）としている。経験という大きな枠の中で、体験とは自分が身をもって実践するといったように自分が主体となって活動する語句として用いられている。

この体験と経験について石村は(2010)、「経験とは、日常生活において思いがけないことが生じたり、障壁に当たったりして、驚き、不安に感じ、疑問に思うなどが後にそれを経験として自覚的にとらえることが可能となる」とし、「体験は、我々が体験されることにはいわば没入し、それと一体化することを意味している」「体験は、個人が、一度きりの生き生きとした現実を織りなしている現存性を顕わにする」と述べている。現存性とは、不在の対義語として現在そこに存在するという意味である。また鶴殿は(2008)、ドイツの哲学者である W. Dilthey (ヴィルヘルム・デルタイ) の「体験」の定義を用いて、「体験 (Das Erlebnis) は、われわれに与えられているのではなく、われわれが体験という現実を知覚することによって、また私になんらかの意味で私の

ものであるとしてその現実を直に所有することによって、体験という現実は私のために存在するのである」と述べている。体験を表現する中に含まれている「知覚」について広辞苑では、「感覚器官への刺激を通じてもたらされた情報をもとに、対象の性質・形態・関係などを把握するはたらき」としていることから、体験とは感覚器官から入った情報を、それがどのようなものであり、自身とどのように関係があるのかを感じとり、自身がそのことと時間を共有していることと考える。

これらのことから、潰瘍性大腸炎の術後体験とは、侵襲のある外科的治療を受け、手術後というその時期を患者自身が知覚してその場に存在することであると考える。

## 2) 術後体験の時期

手術を受けた人は、手術という侵襲から回復し、生存するために体内の恒常性を維持しようと生理的反応を示す。この手術に対する生体反応は、ムーアの分類を用いて説明する(出月, 他, 2012)。ムーアの分類では、内分泌系代謝系の変動、臨床所見を統合して4相に分けて説明している。第1相は術直後より術後2~4日前後まで持続し、内分泌・代謝・循環系の変動がもっとも大きい時期である。第2相は第1相に引き続き2~3日持続し、内分泌系の変動は正常化に向かう時期である。第3相は第2相に引き続き数週間持続する。この時期、内分泌・代謝系の変動は消失し、失われた体蛋白の合成が行われる時期である。第4相は第3相に引き続き、数か月から数年と言われ、脂肪合成が進み脂肪組織が増加する時期である。以上より、本研究では、1期目の手術、2期目の手術ともに、術後の生体反応において著しい、術直後の第1相から回復に近づく第3相である退院までの入院期間に焦点を当て、潰瘍性大腸炎の術後体験を明らかにしていく。そして、この患者体験は、その時期にその場所で患者自身が知覚してその場に存在し感じとることである。この時期の体験が明らかになれば、その時に必要な看護支援を見出す示唆を得る一助になると考える。

## 3) 術後体験の客観化

潰瘍性大腸炎患者は、一生内服薬を飲み続け再燃と寛解を繰り返しながらも内科的治療に望みがある限り手術を避けたいと思っているが、内科的治療では炎症を抑えることができないと判断された場合、外科的治療を勧められ手術に至っている。この外科的治療の術式、術後数年経てのQOLなどは研究や調査がなされている。また、難治性や重症の患者の術前のつらい経験についての報告も散見されている。しかし、術前の腹痛や下痢、血便、貧血に伴うふらつきや倦怠感といった辛かった症状が、外科的治療によってどのように変化し、患者はどのような身体的変化を体験しているのか、手術前の便意切迫や排便数、下痢の症状はストーマ閉鎖術後からはどのような身体的変化として体験しているのかは明らかになっていない。

潰瘍性大腸炎の外科的治療では、大腸を全摘し回腸囊肛門(管)吻合術と、懸念事項の1つとされているストーマ造設をすることとなる(Savard, Woodgate, 2009)。

この手術を受ける患者にとって手術を受けて自身の身体がどのようなようになるのかを知るすべがあれば知りたいと考え、手術はどのように行われるのかを動画で見たり、術後の経過や食事についてインターネットで (Olsen, et al, 2016 ; Allison, et al, 2013 ; Baker, et al, 2018) 手術をした人の記事を読んだりしているため (Allison, et al, 2013)、術後の身体的変化の体験を明らかにするニーズは高いと考える。

この潰瘍性大腸炎術後の身体的変化における体験をどのような捉えているのかということ明らかにするためには、患者がその時、その日、その期間に起こった出来事を、どのように感じ、どのように受け止めたのかを知る必要がある。そのためには、潰瘍性大腸炎患者が術後を体験する時に、患者の表情や言動はどのような状態であったのかをその瞬間に観察し、必要時は対話することができれば、患者の身体的・社会的属性や疾病・障害などの背景状況による裏付けが可能になると考える。そこで、患者が体験する現場に研究者自身が入り込むフィールドワークを行い、研究者自身の目で見、耳で聞き、手で触れ、肌で感じ、五感を通して患者が体験していることを分析や記述の基礎に置く調査法である参与観察 (佐藤, 2006) を取り入れる必要があると考える。この参与観察では、日常生活という現実世界が基盤となっている興味深いパターンや発展が明らかになる。参与観察における観察のタイプには、密かに隠れて観察をしながら内部の人の役割を取る「完全な参与者」、研究者はその場の中でどのように振る舞うかを交渉し、参与観察者として研究する集団の一部になる「観察者としての参与者」、その場で観察をしているが、戦力の一人として直接仕事をしているわけではない「参与者としての観察者」、その状況に参加せず、マジックミラーを通して観察するときや、ビデオカメラを用いてその状況に影響を与えない場合の「完全な観察者」といった4つの研究者のかかわり方がある (Holloway et al, 2006)。本研究においては、看護師という資格を活かし、その場にいることは不自然ではないが研究者としての参与に主眼が置かれている「参与者としての観察者」の立場で存在することで、術後の患者の体験を観察することが可能になると考える。そのため、対象者の話を聞き、対象者が意識しないでとっている行動については質問し、その行動に対する対象者の解釈に耳を傾けることが可能となり、貴重なデータを収集ができるものと考えられる。

## 7. 問題提起

潰瘍性大腸炎患者は、2015年度の報告では219,700人と年々増加している。潰瘍性大腸炎の原因は不明ではあるが、2010年以降潰瘍性大腸炎における薬剤の開発、保険適応が増え、内科的治療の幅は広がっている。それらの薬剤でも効果がなかったり、徐々に効果がなくなったりすることで、大腸の炎症を抑えることが出来ず、手術に至る患者もいる。手術になった患者は、当初は排便回数が多く漏便を経験するが、術後の経験年数がQOLに影響を与える因子であることが分かっている (杉田, 2004)。そのため、5年後のSF36



v2 の値は、全国基準と同等になっていることが明らかになっている（亀山, 他, 2010）。しかし、潰瘍性大腸炎で手術を受ける患者に対しての看護は、明らかになっていないことが多い。

潰瘍性大腸炎で手術を勧められた患者は、内科的治療においては大腸の炎症を抑えることが見込めないことが示唆されている。そのため、大腸の炎症が持続したままで手術に臨むことが推測される。そのような患者に対して、看護師はどのようなかかわりが出来ているのかは明らかになっていない。

私は、臨床において潰瘍性大腸炎のため闘病していたが内科的治療では効果がなく、2時間ごとに腹痛に対する鎮痛剤を使用し、下血のためにふらつきながらトイレに何度も通っている患者にかかわった。医師からは手術を勧められていたが、手術は最後の手段として手術を拒んでいた。結果的に中毒性巨大結腸症となり緊急手術となった。術後訪問すると、「こんなにお腹の痛みが楽になるなら、もっと早くに手術をすればよかった」と言われた。術前のかかわりの中、手術を受けることを勧めてはいたが、同病者も同様に手術をしてよくなっていることや、術後のイメージが出来るようなかかわりが出来ていなかったことに気づいた。それは、自分たち看護師は、潰瘍性大腸炎で手術を勧められた患者が、納得したり耳を傾けたりするのに足る情報を持っていなかったことも大きな要因であったと考える。潰瘍性大腸炎における手術の先行研究においては、手術後のストーマ閉鎖後の排便障害におけるケアの報告（大林, 他, 2017）やストーマ造設に関する内容のものが散見されるのみで（松原, 大谷, 2000；河俣, 他, 2012；田中, 他, 2005；田中, 高見沢, 2010）、術前の意思決定支援や潰瘍性大腸炎に特化した看護介入は明らかになっていない。これらのことから、手術を勧められた患者が、手術を決心するまでにはどのような思いがあったのかを知る必要があると考えた。潰瘍性大腸炎において内科的治療で闘病してきた患者が、手術を決心したことを知ることが出来れば、医師から外科的治療を勧められた患者に対して、同病者の思いを伝えることが可能となり、手術に対する抵抗感が下がり、手術を治療の選択肢として考えることができるようになるのではないかと考える。

さらに、炎症した大腸を全摘することは、身体的、機能的にどのような変化があるのか不明であることから、患者は術後どのような体験をしたのかを明らかにする必要があると考える。大腸を全摘することで、今まで大腸が担ってきた水分吸収能が損なわれるため、術後の排便回数は再燃時のような 10 回以上になると言われている。このようなことも含め潰瘍性大腸炎の術前において、同病者は、術直後からどのような変化を体験したのかを情報提供することが出来れば、術後をイメージしやすくなると考える。

## 第III章 研究の目的と意義

### 1. 研究の目的

本研究の目的は、潰瘍性大腸炎の外科的治療である大腸全摘術・回腸囊肛門（管）吻合術を受ける患者が求める看護支援を見出すために、どのような理由で手術を決心し、術後どのような身体的変化を体験しているのかを明らかにすることである。

### 2. 研究の意義

外科的治療を勧められた潰瘍性大腸炎患者は、術前の生活において腹痛、便意切迫、血便などの症状に苦しめられ、QOL への影響があった患者が多い。しかし、内科的治療に望みがあるうちは、外科的治療に踏み切るとは困難と言われている（Baker, et al, 2018）。そのような中、外科的治療を勧められた患者が、どのような理由で手術を決心したのかを知ることが出来れば、外科的手術を勧められた患者に情報提供することが可能となり、手術に対する抵抗感や壁を下げるができるようになると思われる。

また、大腸全摘をしたのち、大腸が担っていた水分吸収能が消失することから、排便回数は10回以上となるが3か月ほどで排便回数が落ち着いてくるといわれている。手術を受けた患者が、手術直後からどのような身体的変化を体験しているのかを明らかにし、看護師から術後体験について情報提供することで、意思決定支援を行うことができると考える。このような看護介入を行うことが出来れば、患者は手術を受けることが、最後の手段という考えから今できる治療の1つとして捉えることができるようになり、そして手術後の自分をイメージしやすくなるのではないかと考える。このような看護介入から、手術に対して前向きに検討できるようになり、時期を逸してリスクの高い緊急手術を回避する一助になると期待できる。

そして、現在潰瘍性大腸炎の手術を行っている施設は、全国でも限られた施設である。しかし、患者増加の現状からハイボリュームセンターの外科医は、罹病患者の増加傾向を鑑み、また大腸がんに対して腹腔鏡下手術が主流となっている昨今、標準術式として手順の定型化による術式の標準化を進め、多くの施設における導入が望まれると述べている（吉田, 他, 2021）。このことから、今後は多くの施設で本手術が行われるようになる可能性がある。そのため、手術件数に関係なくどの施設の看護師も、本研究の結果をもとに潰瘍性大腸炎で手術を検討している患者への意思決定支援が可能になると考える。

### 3. 用語の定義

身体的変化とは、手術の侵襲から体内環境を一定に保とうとするホメオスタシスの許容環境を超え、神経・内分泌系、代謝系、循環器系を中心に種々が変動する様（伊良波, 2014）と言われているが、本研究では潰瘍性大腸炎の症状である腹痛、下痢、粘血便、便

意切迫、倦怠感、関節痛など、術前に感じていた潰瘍性大腸炎の身体的症状の変化を身体的変化とする。

術後の体験とは、侵襲のある外科的治療を受け、手術後というその時期を患者自身が知覚してその場に存在していることであるが、本研究では、術直後から3週間ほどで退院するまでの間に、患者が大腸全摘・ストーマ造設の手術をする前とした後、ストーマ閉鎖前と閉鎖後で感じた違いのことを術後の体験とする。

## 第IV章 研究方法

### 1. 研究デザイン

潰瘍性大腸炎の手術を受けるときからストーマ閉鎖までの期間の経時的変化を含め患者の視座から術後の身体的変化という体験を明らかにし看護援助構築の示唆を得ていく。そのため、探索的アプローチを基軸とし、研究者自身が潰瘍性大腸炎患者の過ごしている治療環境に入り、五感を通して患者の体験や分析を行う参与観察に加え、インタビュー、診療記録や看護記録などの書類をもとに日々の現象を記述する質的記述的研究とする。

### 2. 研究の活動施設

#### 1) 対象施設

IBD を専門とする医師が常勤し、潰瘍性大腸炎の手術を年間約 19 件以上行っている関東圏内の施設（市民病院 1 件、大学病院 3 件、総合病院 1 件）において、研究協力の依頼をした。

#### 2) 施設設定の根拠

平成 28 年の全国の潰瘍性大腸炎手術件数は 1200 件強である（平成 28 年度第 4 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会，2016）。内科的治療を行っている施設は全国でも 400 弱あるが、外科的治療を行っている施設は 30 ほどである。全施設の手術件数の中央値である年間 19 件以上の実績のある病院を対象とし、研究依頼をした。

#### 3) 対象施設への依頼

- (1) 対象施設の病院長と看護部長へ、研究協力の依頼を書面でお願いをする。
- (2) 保護シールを添えた返信用ハガキに研究協力の諾否を記入し、協力可能である場合は、研究趣旨の説明可能日も記載して返信を依頼する【資料 6】。
- (3) 指定日に訪問し、病院長や看護部長に研究の趣旨を説明する。
- (4) 対象施設の倫理委員会に必要書類を提出し審査を受ける。
- (5) 対象施設においてカルテ閲覧をしたい旨を申し出、対象施設におけるカルテ閲覧時の注意点を順守し閲覧を希望する。
- (6) 倫理審査において研究協力が得られたら、当該病棟看護師に向けて参与観察の研究説明を行い研究協力のお願いをし、外科医に向けても参与観察の研究説明を行い研究協力のお願いをする【資料 7】。

### 3. 研究対象

対象者は、潰瘍性大腸炎で内科的治療の継続が出来ず、外科的治療を勧められ手術を受ける人とする。

#### 1) 対象人数とその根拠

対象は6人以上とする。一般に質的研究の対象は小さい対象人数から成り立ち、深く研究される。等質な研究対象の場合には、6-8人のデータ単位が必要で、異質の場合12-20人といわれている(Holloway, et al, 2006)。本研究では、潰瘍性大腸炎の根治性の高い手術を受けた等質の人を対象とするため、6-8人程度とする。

## 2) 対象者組み入れ基準

- (1) 潰瘍性大腸炎の診断を受け内科的治療を行っていたが、手術を勧められた人。
- (2) 手術は、IAAかIACAの手術を2回に分けて受ける人。
- (3) 大腸全摘術・回腸囊肛門(管)吻合術・ストーマ造設術(1期目の手術)、ストーマ閉鎖術(2期目の手術)の両方において調査を受けることが可能な人。
- (4) 20歳以上である人。
- (5) インタビュー中の内容をICレコーダーに録音する承諾の得られる人。

## 3) 除外基準

潰瘍性大腸炎と診断されてから1年経過せず手術となった人。

## 4. データ収集時期

2020年12月～2022年1月(14ヶ月)。

## 5. 研究手順

### 1) 調査方法

調査には、フォーマルインタビューと参与観察を用いる。フォーマルインタビューでは、半構成的面接法により、1期目手術前、1期目退院前、2期目手術前、2期目退院前の4回のインタビューを実施した。参加観察では、医師や看護師と対象者のかかわりを観察し、対象者の仕草や発言内容で気になったこと、体験している現象をどのように感じているか等について、対象者へのインフォーマルインタビューを行った。また、対象の身体状態を知るため、診療記録及び看護記録、検査データを閲覧し、必要な情報を収集した。

<情報収集>

#### (1) 記録物からの情報【資料8】

対象者の年齢、性別、体重、家族構成、職業や社会的立場、罹病期間、内科的治療方法、重症度、術前の症状、手術に対する患者の言動が記述された内容、検査データ(炎症値、栄養を示す値など)手術記録を閲覧する。

#### (2) フォーマルインタビュー

インタビューガイドを用いて半構成的面接を行う【資料11】

- ① 1期目手術前:「今まで、内科的治療を行ってきたと思うのですが、内科的治療はどのような感じで行ってきたのでしょうか」「なぜ今回この手術を受けようと思

ったのでしょうか」

1 期目退院前：「今回手術を行って、いかがでしたか」「今回手術をしても、3 か月後にもう 1 度手術をしなくてはならない状況をどのように考えていますか」「退院後の仕事は、どうするのでしょうか」

② 2 期目手術前：「1 回目の手術をして退院してから、2 回目の入院までの間の生活はどのようでしたか」「手術をする前と何か変わりましたか」

2 期目退院前：「今回、2 度にわたる手術を行ったわけですが、すべての手術を終えてどのように感じていますか」

### (3) 参与観察及びインフォーマルインタビュー

対象者のいる病棟に訪問し参与観察をする。看護師が行うケアや医師の行う診察など、対象者が受ける処置などに同行し観察を行う。

手術後の状態を観察する。手術に創痛の有無と、痛みの程度については、NRS (numerical rating scale: 数値的評価スケール) を用い数値で表す。0 点は痛みが全くなく点数が大きくなるほど痛みが強いことを示し、痛みを客観的に測定していく (新田, 福井, 2016 ; 関山, 2011)。腹痛以外にも、四肢の関節痛など術前に感じていた痛みが術後に存在しているのか否かを確認する。

便の性状については、ブリストル便形スケールを用いて便の性状を観察する。固い便であれば 1 点、便の性状が水分を多く含み緩くなると 7 点となる。

嘔気や倦怠感など術前からの消化器症状などがあれば、その有無も確認する。

そして、ストーマケアに対してストーマを見たとき、ケアへの意欲、不安や懸念事項等を観察し、それに伴う感想においてはインフォーマルインタビューを行う。また、ストーマ閉鎖後の排便状況については、初回の便意やその後の便漏れの状況、排ガスと便との区分けについて参与観察を行い、それに伴う感想や上記以外の内容についてはインフォーマルインタビューを行う。

その他、術後経過に伴い変化する、離床状況や経口摂取状況、退院への意欲などを観察し、それに伴う感想などはインフォーマルインタビューを行う。

医師や看護師とのかかわりを観察している中で、対象者の仕草や発言内容で気になったこと、体験している現象についてどのように感じているか等をインフォーマルインタビューする。

## 2) 研究協力患者の募集・依頼の手続き

(1) 対象病院の IBD 外来、外科外来の待合室や外科病棟のデールームなどに募集のポスター【資料 3】を設置する。設置時もしくはその前に、対象部署の師長に研究の趣旨を説明し、初回の対象者が入院する前に、病棟スタッフへ研究の説明と研究協力依頼をしたい旨を伝える。

(2) 研究者は、手術になる患者が来院する一番多い曜日に協力病院で毎週待機し、

研究参加の希望をする患者が現れた場合や質問などがあった場合は、研究者が直接説明などの対応をする。

- (3) 研究者が不在時に研究参加の申し出や質問等がある場合は、連絡が取れるようポスターに研究者の連絡先を記載する。
- (4) 対象者から研究参加の申し出や質問のメールを受けた場合は、研究者から対象者へ連絡をして研究の趣旨を説明し【資料 2】、口頭で同意や不明点に対して理解を得る。
- (5) 対象者から研究参加の申し出や質問を電話して受けた場合は、いったん電話を切って研究者から電話をかけなおし、研究の趣旨を説明し改めて口頭で同意や不明点に対して理解を得る。
- (6) 入院日に訪室をして、対象者に研究の趣旨を説明し、同意が得られた場合 2 枚の同意書にサインをもらい、1 枚は対象者、1 枚は研究者が保管する。同時に同意撤回書と切手つき封筒を渡す。
- (7) ストーマ閉鎖のための入院時も入院前日に病棟を訪問し、担当医や病棟師長に患者が対象者であることを伝え、入院日から訪問しインタビューを行い、手術当日から参与観察をしたい旨を伝え承諾を得る。

### 3) データ収集の手順

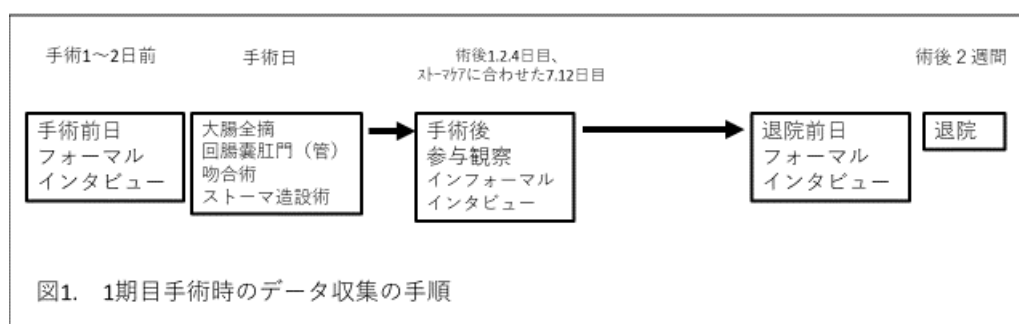
#### (1) 1 期目の手術（大腸全摘・回腸囊肛門（管）吻合・ストーマ造設の手術）

- ① 入院日、患者がインタビュー調査可能な時間かを確認し、プライバシーの保てる部屋でインタビューを行う。
- ② カルテなどからフェースシート【資料 8】に必要事項を記入する。
- ③ 「今まで、内科的治療を行ってきたと思うのですが、内科的治療はどのような感じで行ってきたのでしょうか」「なぜ今回この手術を受けようと思ったのでしょうか」についてインタビューを 1 時間以内で行う。インタビューの際は、IC レコーダーに録音をし、終了直後には、インタビュー時の対象者の表情や声の抑揚、話しの間など気になったことをフィールド・ノートに記載する。
- ④ 手術 1 病日以降、申し送りやカルテから患者の情報を入手する【資料 9.10】。術後の訪問日は、当日は避け 1 病日目から訪問し、術後の排ガスや離床、経口摂取が開始となる 2 日目にも訪問する（斉田, 他, 1996）。次に、ストーマケアへの参加が開始となる術後 4 日目に訪問し（金川, 田中, 2003）、その後は 3~4 日間隔のストーマケアのタイミングに合わせて訪問する。術後はストーマケア習得に合わせて 2~3 週間ほどで退院となるため、術後 7 日目、12 日目、退院前日を目処に 5~6 回訪問する。
- ⑤ 訪問時間は、申し送り等の邪魔にならないよう 9 時から訪問を開始し、午後の検温が終了する 15 時まで病棟に滞在し看護師が訪室するタイミングで参与観察を

する。その際、担当看護師から同意が得られた場合にのみ対象者のケア介入時には同行し、患者のベッドサイドで観察を行う。担当看護師から同意が得られない場合は、担当看護師が退室したのちに患者の状況を評価し、その上で患者の承諾があればベッドサイドに訪問する。

- ⑥ 手術後の状態を観察し、対象者の仕草や発言内容で気になったこと、体験している現象についてどのように感じているか等をインフォーマルインタビューする。その場合は、患者の状態を最優先した上で5-10分程のインタビューを行う。
- ⑦ 退院前日には、プライバシーの保てる部屋で「今回手術を行って、いかがでしたか」「今回手術をしても、3か月後にもう1度手術をしなくてはならない状況をどのように考えていますか」「退院後の仕事は、どうするのでしょうか」などをインタビューする。

(図1参照)



## (2) 2期目の手術 (ストーマ閉鎖の手術) 【資料 11】

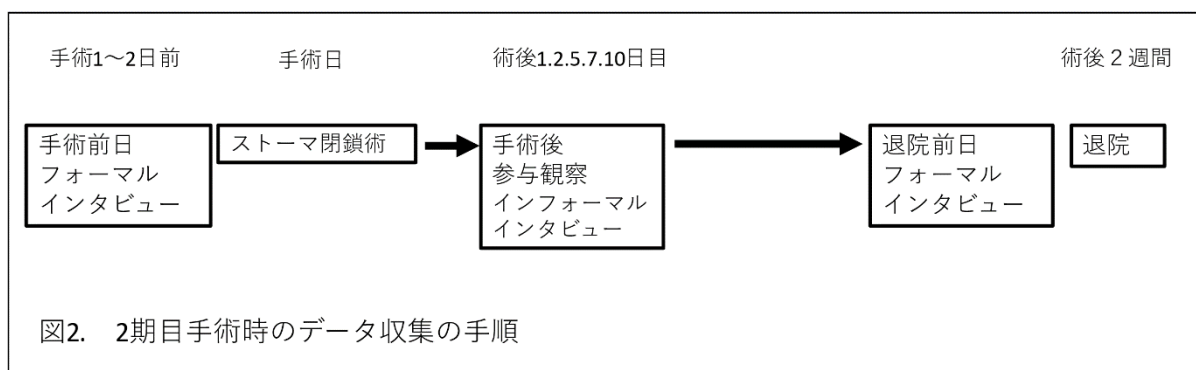
- ① 1期目手術退院後の初回外来受診日 (退院日に決定している) 以降、対象者に連絡をし、2期目の入院日を確認する。
- ② ストーマを閉鎖する手術時も入院日に訪室し、「1回目の手術後退院してから、2回目の入院までの間の生活はどのようなでしたか」「手術をする前と何か変わりましたか」についてインタビューを行いたいこと、術後から参与観察をしたい旨を患者に伝え承諾を得る。
- ③ 入院前日までに、翌日対象者が入院してくることを病棟師長に伝え、入院後インタビュー時に使用するプライバシーが保てる部屋の借用を依頼する。
- ④ 入院当日、患者がインタビュー調査の可能な時間かを確認し、インタビューを1時間以内に行う。インタビューの際は、ICレコーダーに録音をして、終了直後には、インタビュー時の対象者の表情や声の抑揚、話しの間など気になったことをフィールド・ノートに記載する。
- ⑤ 手術1病日に訪室し、カルテ等から患者の情報を入手する【資料 9.10】。そして、術後の排ガスや離床、経口摂取が開始となる2日目に訪問する(斉田, 他, 1996)。術後の合併症においては、術後出血から始まり、肺炎、イレウスなど



様々であるが、2 回目の全身麻酔を受けたことで呼吸器合併症のリスクは高まる。無気肺は術後 3 日以内に起こりやすく、肺炎は 5 日以内に起こりやすいと言われていることから 5 日目に訪問をし、さらに術後イレウスも 7 日目頃から出現するといわれていることから 7 日目に訪問をする（加藤, 他, 2019）。また、ストーマ閉鎖術においては、手術部位感染が高率に発生するといわれていることから、10 日目に訪問し観察していく（赤本, 他, 2012 ; 間遠, 他, 2012）。そして、これらの合併症がなければ概ね術後 2 週間で退院となるため（高橋, 他, 2008）、退院前日に訪問をする。

- ⑥ 手術後の状態を観察し、対象者の仕草や発言内容で気になったこと、体験している現象についてどのように感じているか等をインフォーマルインタビューする。その場合は、患者の状態を最優先した上で 5-10 分程のインタビューを行う。
- ⑦ 退院前日、「今回、2 度にわたる手術を行ったわけですが、すべての手術を終えてどのように感じていますか」という内容のインタビューを行う。

（図 2 参照）



#### 4) 参与観察における看護師への協力依頼

##### (1) 参与観察の方法

##### ① 参与観察の場面

対象者が術後に受ける看護ケアの場面、表情や言動などを観察するため、当日の担当看護師が対象者に関わる際には同行し観察を行う。

##### ② 協力依頼の手順

対象病棟のスタッフに対し、本研究を着手しようと思った背景や研究目的と意義について説明を行なった上で、本研究の方法としている参与観察を入れた研究手順について説明を行い、研究協力を依頼する。その際、スタッフが研究に同意しかねる場合や同行を拒否した場合は同行しないこと、患者の状態が研究協力に適さないとスタッフが判断された場合は行わないことを前提に研究協力を依頼する【資料 7】。

##### ③ 研究対象と研究方法（参与観察法について）

### <研究対象>

対象は、潰瘍性大腸炎と診断されてから1年以上を経過し、大腸全摘・回腸囊肛門管吻合・ストーマ造設術を2期分割で受ける成人患者とする。対象人数は6人程度。

### <研究方法>

潰瘍性大腸炎患者が術後を体験するという、限定的な状況に焦点をあてた研究は、探究的アプローチを基軸とした参与観察を含めインタビューや記録物から、日々の現象を記述する質的記述的研究を行う。

#### (2) データ収集の手順

- ① 入院日に訪室し、研究の趣旨を説明し書面に同意を得る。そして、患者の許可が出たら手術をしようとした理由についてインタビューを行う。さらに、カルテなどからフェースシート【資料8】に必要事項を記入する。
- ② 手術後より、対象者へのケア介入時に担当看護師からの許可が得られた場合にのみ同行し患者のベッドサイドで観察を行なう。参与観察後に患者への確認が必要な場合は、患者の状態を最優先に考え、インタビューを行う。
- ③ 担当看護師から同行の許可が出なかった場合は、担当看護師が退室し患者の許可が得られたら、参与観察する。参与観察後には、フィールド・ノートに記述し資料を得る。
- ④ インタビューの際は、ICレコーダーに録音し、終了直後には、インタビュー時の患者の表情や声の抑揚、話ししの間など気になったことをフィールド・ノートに記載する。

#### (3) 参与観察における協力看護師への倫理的配慮

- ① 参与観察における安全性の確保
  - a) スタッフ業務の邪魔にならないよう、情報収集や参与観察を行なう
  - b) 術後の患者の状態に留意し、患者の状態と患者の意思が可能な場合に限り、インタビューを行なう。
  - c) 担当看護師の同意が得られた場合のみ、対象者への介入や訪室時に同行するが、同意が得られない場合は担当看護師が退室後に訪室をする。
  - d) 担当看護師が、患者の状態が研究に協力できる状態ではないと判断された場合は、参与観察を中断し、状態が回復してから参与観察を検討する。
- ② 個人情報の保護
  - a) 参与観察に関して  
参与観察において知りえた情報は、研究以外には使用しない。
  - b) データ分析に関して  
研究で収集したデータのプライバシーの保護、匿名性を保ち、得られたデータは

研究以外には使用しない。

データの保存は、研究結果から個人が特定できないように暗号化し、USB に保存する際はパスワードをかけ、研究者のロッカーに施錠し保管する。

c) データの廃棄

データは、研究を終了し研究結果の最終公表から 5 年間は保管し、研究者によって全てのデータ、対応表の消去、破棄を行なう。

③ 研究協力の任意性

担当看護師が対象者へのケアを行う際、研究者が同行し参与観察をする諾否は自由意志である。同行への許諾を上司等に報告することは決してないことを説明する。

④ 同意撤回の自由

一度参与観察のために同行を許可する意思を伝えた後にも、撤回はいつでも可能であることを口頭で説明する。

⑤ 研究協力によって生じる利益・不利益とそれに対する対処

a) 利益

本研究の結果から、協力看護師に即還元し利益が出るものはない。

b) 不利益・危険

看護師が行なうケアを観察するにあたり、過度な緊張感を抱いたり、評価されていると感じてしまう可能性がある。しかし、ケアの評価ではなく、ケアを受けている患者の言動やしぐさなどを観察する研究であることを伝えていく。

(4) 研究に伴う健康被害の補償

対象者への健康被害の補償における、保険その他の必要な措置を講じないと考える。

理由：看護師が通常行うケアの参与観察は、担当看護師が同行を許可した時のみ同行するため、看護師の準備は出来ている中での同行と考える。したがって、健康における問題が生じたときは、参与観察によるもの以外が原因と考える

5) 参与観察における外科医への協力依頼

(1) 参与観察の方法

① 参与観察の場面

対象者が術後に受ける医師の診療時の状態、表情や言動などを観察するため、外科医が対象者に関わる際には同行し観察を行う。

② 協力依頼の手順

外科医に対し、本研究を着手しようと思った背景や研究目的と意義について説明を行なった上で、本研究の方法としている参与観察を入れた研究手順について説明を行い、研究協力を依頼する。その際、外科医が研究に同意しかねる場合や同行を拒否した場合は同行しないこと、患者の状態が研究協力に適さないと外科

医が判断された場合は行わないことを前提に研究協力を依頼する【資料7】。

### ③ 研究対象と研究方法（参与観察法について）

#### <研究対象>

対象は、潰瘍性大腸炎と診断されてから1年以上を経過し、大腸全摘・回腸囊肛門管吻合・ストーマ造設術を2期分割で受ける成人患者とする。対象人数は6人程度。

#### <研究方法>

潰瘍性大腸炎患者が術後を体験するという、限定的な状況に焦点をあてた研究は、探究的アプローチを基軸とした参与観察を含めインタビューや記録物から、日々の現象を記述する質的記述的研究を行う。

### (2) データ収集の手順

- ① 入院日に訪室し、研究の趣旨を説明し書面に同意を得る。そして、患者の許可が出たら手術をしようとした理由についてインタビューを行う。さらに、カルテなどからフェースシート【資料8】に必要な事項を記入する。
- ② 手術後より、対象者の診療時に外科医からの許可が得られた場合にのみ同行し患者のベッドサイドで観察を行なう。参与観察後に患者への確認が必要な場合は、患者の状態を最優先に考え、インタビューを行う。
- ③ 外科医から同行の許可が出なかった場合は、外科医が退室し患者の許可が得られたら、参与観察する。参与観察後には、フィールド・ノートに記述し資料を得る。
- ④ インタビューの際は、ICレコーダーに録音し、終了直後には、インタビュー時の患者の表情や声の抑揚、話ししの間など気になったことをフィールド・ノートに記載する。

### (3) 参与観察における協力外科医への倫理的配慮

#### ① 参与観察における安全性の確保

- a) 診療の邪魔にならないよう、情報収集や参与観察を行なう
- b) 術後の患者の状態に留意し、患者の状態と患者の意思が可能な場合に限り、インタビューを行なう。
- c) 外科医の同意が得られた場合のみ、対象者への介入や訪室時に同行するが、同意が得られない場合は外科医が退室後に訪室をする。
- d) 外科医が、患者の状態が研究に協力できる状態ではないと判断された場合は、参与観察を中断し、状態が回復してから参与観察を検討する。

#### ② 個人情報の保護

##### a) 参与観察に関して

参与観察において知りえた情報は、研究以外には使用しない。

b) データ分析に関して

研究で収集したデータのプライバシーの保護、匿名性を保ち、得られたデータは研究以外には使用しない。

データの保存は、研究結果から個人が特定できないように暗号化し、USB に保存する際はパスワードをかけ、研究者のロッカーに施錠し保管する。

c) データの廃棄

データは、研究を終了し研究結果の最終公表から 5 年間は保管し、研究者によって全てのデータ、対応表の消去、破棄を行なう。

③ 研究協力の任意性

外科医が対象者の診療を行う際、研究者が同行し参与観察をする諾否は自由意志である。同行への許諾を上司等に報告することは決してないことを説明する。

④ 同意撤回の自由

一度参与観察のために同行を許可する意思を伝えた後にも、撤回はいつでも可能であることを口頭で説明する。

⑤ 研究協力によって生じる利益・不利益とそれに対する対処

a) 利益

本研究の結果から、外科医に即還元し利益が出るものはない。

b) 不利益・危険

外科医が行なう診療を観察するにあたり、過度な緊張感を抱いたり、評価されていると感じてしまう可能性がある。しかし、診療を受けている患者の言動やしぐさなどを観察する研究であることを伝えていく。

(4) 研究に伴う健康被害の補償

対象者への健康被害の補償における、保険その他の必要な措置を講じないと考える。  
理由：外科医が通常行う診療の参与観察は、外科医が同行を許可した時のみ同行するため、外科医の準備は出来ている中での同行と考える。したがって、健康における問題が生じたときは、参与観察によるもの以外が原因と考える。

6. 分析方法（グレッグ, 他, 2016 ; 谷津, 2015)

本研究は、潰瘍性大腸炎の手術を決心した理由を明らかにすること、術後どのような身体的変化を体験しているのかを明らかにすることを目的としているため、術後の対象者の身体の反応を知る必要がある。そのため、インタビューとともに参与観察を併用した。研究者が観察したことを対象者に投げかけることで、対象者がその行為やしぐさを言語化することを促す。そして、各対象者を縦断的に調査することで、その時々率直な反応をとらえる。

データ収集と分析は同時並行で行う。研究者は 1 回の参与観察やインタビューが終

了したら分析を行い、参与観察やインタビューにおける注目点や質問内容を確認する。これらの作業を行ったのち、指導教員からのスーパーバイズをうける。これにより、観察やインタビューでより深く確認することや盲点を明らかにし、次のインタビューでの質問内容を精選していく。分析は対象ごとに指導教員のスーパーバイズを受ける。

#### 1) 手術を決心した理由

- (1) 半構造化面接における 4 回のフォーマルインタビュー、インフォーマルインタビューを逐語録におこす。
- (2) 逐語録を読み、テーマに関係する内容（手術を決心した理由）に着目し、記述データにする。
- (3) 記述データを、意味のあるまとまりごと（意味単位とする）に可能な限り対象者の言葉を使用して適切な長さに区切る。意味単位とは、逐語録における生データから 1 つの概念もしくは見解の 1 文を抽出したものを意味単位とする。
- (4) 適切な長さに区切ったデータに内容をコード化する。
- (5) 記述データにコードを付しては、データに立ち返り分析過程を省察、修正する。
- (6) 対象ごとのコードを集め、コードの相違点、共通点について比較し、分類する。
- (7) 複数集まったコードに抽象度をあげてタイトルをつけ、サブカテゴリーとする。
- (8) サブカテゴリーの相違点、共通点について比較、分類する。
- (9) 複数集まったサブカテゴリーにさらに抽象度をあげてタイトルをつけ、カテゴリーとする。しかし、この時点では無理にまとめることはせず、1 つであってもサブカテゴリーやカテゴリーを形成し、生成的コーディングを行う。なお、カテゴリー、サブカテゴリーのタイトルは、動詞で表現し揃える。
- (10) 対象ごとのカテゴリーを概念化し、手術を決心した理由の分析を行う。

#### 2) 術後の身体的変化の体験

- (1) 手術は 2 期分割で行われるため、1 期目、2 期目でデータをまとめていく。
- (2) 半構造化面接における 3 回のインタビューと、インフォーマルインタビューを逐語録におこす。参与観察で観察したフィールド・ノートを見返して、患者の様子などを逐語録に追加する。
- (3) 逐語録を読み、テーマに関係する内容（術後の身体的変化の体験）に着目し、記述データにする。
- (4) 記述データを、意味のあるまとまりごと（意味単位）に可能な限り対象者の言葉を使用して適切な長さに区切る。
- (5) 適切な長さに区切ったデータに内容をコード化する。
- (6) 記述データにコードを付しては、データに立ち返り分析過程を省察、修正する。
- (7) 1 期目手術後の全員のコードを集め、コードの相違点、共通点について比較し、

分類する。

(8) 複数集まったコードに抽象度をあげてタイトルをつけ、サブカテゴリとする。

(9) サブカテゴリの相違点、共通点について比較、分類する。

(10) 複数集まったサブカテゴリをさらに抽象度をあげてタイトルをつけ、カテゴリとする。しかし、この時点では無理にまとめることはせず、1つであってもサブカテゴリやカテゴリを形成し、生成的コーディングを行う。なお、カテゴリ、サブカテゴリのタイトルは、動詞で表現し揃える。

(11) 2期目手術後の全員のコードを集め、コードの相違点、共通点について比較し分類する。

(12) サブカテゴリの相違点、共通点について比較、分類する。

(13) 複数集まったサブカテゴリをさらに抽象度をあげてタイトルをつけ、カテゴリとする。しかし、この時点では無理にまとめることはせず、1つであってもサブカテゴリやカテゴリを形成し、生成的コーディングを行う。なお、カテゴリ、サブカテゴリのタイトルは、動詞で表現し揃える。

(14) 1期目手術後のカテゴリを概念化し、術後の体験について分析をする。

(15) 2期目手術後のカテゴリを概念化し、術後の体験について分析する。

(16) 1期目、2期目の術後の体験について、総合的に分析する。

## 7. 倫理的配慮

### 1) 参与観察における安全性の確保

(1) 術後の患者の状態に留意し、患者の状態と患者の意思が可能な場合に限り、インタビューを行っていく。

(2) 医療業務の邪魔にならないように、情報収集や観察をする。

(3) 外科医や担当看護師が、対象者の状態が研究に協力できる状態ではないと判断された場合は、参与観察を中断し状態が回復してから参与観察が可能か検討する。

### 2) 個人情報の保護

#### (1) 参与観察に関して

同室者の居る部屋の場合は、インタビュー内容に留意し、プライベートな内容は同室者の居ない場所やタイミングで行う。

#### (2) カルテ閲覧

カルテ閲覧においては、倫理委員会を通じて申請を行う。その際、各施設のカルテ閲覧規定に従い申請を行う。なお、カルテ閲覧の認可が得られない場合は、必要な情報を患者や看護師、医師に確認し得ていく。

#### (3) データ分析に関して

研究で収集したデータのプライバシーの保護、匿名性を保ち、得られたデータは

研究以外には使用しない。

データの保存時は、研究結果から個人が特定できないように暗号化し、USB に保存する際はパスワードをかけ、研究者のロッカーに施錠し保管する。対応表の保存時もパスワードをかけデータとは別の USB に保存し、データとは別の施錠できるロッカーに保管する。また、データを使用する際は、インターネットに接続されていないコンピューターを使用する。

#### (4) データの廃棄

データは、研究を終了し研究結果の最終公表から5年間は保管し、研究者によって全てのデータ、対応表の消去、破棄を行う。

#### 3) 研究協力の任意性

研究の目的を明示し、自由意思のもと賛同いただける場合に限り研究に協力していただく。また、研究の協力は自由意思であり、協力をしなくても誰にとがめられることのないことを、研究依頼書に明記するとともに口頭で説明する。

#### 4) 同意撤回の自由

一度研究に協力する意思を伝えた後にも、撤回はいつでも可能であることを研究依頼書に明記するとともに口頭で説明する。同意撤回書【資料 11】はいつでも研究者宛に提出できるよう、研究者の宛名を記入した切手つきの封筒と共に渡す。同意撤回書を提出する方法は、郵送、メール等いかなる方法でも構わないことを説明する。ただし、データ分析開始後は、複数名のデータを統合するため、分析開始後はデータの削除が出来ない旨を伝えておく。

#### 5) 対象者への謝礼

本研究では、入院初日に1時間ほどのインタビューを行い、手術後6～9回の参与観察のため訪問し、必要時は質問をするため、対象者への謝礼は、入院毎で10,000円分のクオカードとする。

#### 6) 研究協力によって生じる利益・不利益とそれに対する対処

##### (1) 利益

本研究の結果から、対象者に即還元し利益が出るものはない。

##### (2) 不利益・危険

手術侵襲の影響のある手術後を対象期間とするため、患者の状態によってはインタビューを受けるには体力的にも精神的にもつらい状況である。そのため、患者の状態に留意し外科医や担当看護師の判断や指示を仰ぎながら患者の安全を第一に考え調査を行っていく。

#### 8. 研究に伴う健康被害の補償

対象者への健康被害の補償における、保険その他の必要な措置を講じない。



理由：通常の医師の診療や看護師が行うケアに同行するためである。参与観察を主軸としてインタビューを行うとはいえ、手術侵襲の影響のある手術後を対象期間とするため気分不快や状態変化の可能性もあるため、その場合はインタビューを中断し外科医や担当もしくは病棟看護師に報告し早急な対応を行っていく。