

論文題目

進行がんを有する高齢患者の化学療法
継続における意思決定の構造

Structure of Decision-Making in Continuing
Chemotherapy for Older Patients
with Advanced Cancer

令和3年度

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

看護学専攻 博士後期課程

平山 憲吾

目 次

I. 緒言	1
II. 研究目的	4
III. 文献検討	5
1. がんを抱える高齢患者に対する化学療法の動向と患者が抱える課題	5
2. がんを抱える高齢患者の化学療法に対する認識と直面している困難	7
3. がんを抱える高齢患者の化学療法継続における意思決定	9
IV. 研究方法	13
1. 研究デザイン	13
2. 用語の定義	15
3. 研究参加者	15
4. データ収集方法	17
5. 分析方法	18
6. 倫理的配慮	20
V. 結果	22
1. 研究参加者の概要	22
2. 進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造	22
VI. 考察	41
1. 老いの過程の中に化学療法を継続する選択を組込む様相	41
2. 化学療法継続の選択におけるプロセスと関連する健康観の遷移	45

3. 看護への示唆	49
4. 本研究の限界と今後の課題	52
VII. 結論	53
引用文献	55

図 1 結果図

表 1 分析ワークシート

表 2 研究参加者の概要

表 3 カテゴリー表

資料 1 Clinical Dementia Rating の調査票と判定表

資料 2 インタビューガイド

資料 3 研究説明文書・同意書・同意撤回書

I. 緒言

がん研究振興財団（2019）の統計によると、2018年のがん死亡数において65歳以上の高齢者は86.9%、また、2016年に新たに診断されたがんのうち高齢者は73.7%を占めていることから、がんはもはや高齢者の疾患である。がんに対しては集学的治療が行われており、特に化学療法においては、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の開発と普及が進んでいる。しかし、高齢者に対するがん治療の対策は明確に示されていないことから、厚生労働省（2018）は、これまで取り組まれていない高齢者のがん対策のあり方を検討する必要があると述べている。

がんを抱える高齢患者に対する化学療法の実施に関する現状をみると、エビデンスは十分といえず標準治療も確立されていない（濱口，2016；Hurria et al., 2014；棟方・佐藤・葛西・坂田・設楽，2010；山内他，2018）。その背景として、高齢者は加齢に伴って身体的・心理的・社会的側面の変化が関連し合うことで要介護状態の前段階であるフレイルの状態になりやすく、臨床試験の対象から除外されやすいためである。また、複数の併存疾患を抱え、それに伴う薬剤数の増加などを理由に有害事象が起りやすく、その有害事象により日常生活動作（Activities of Daily Living：以下、ADLと略す）や生活の質（Quality of Life：以下、QOLと略す）が低下するという特徴を有している（森本，2008）。現在は、エビデンスの構築のために研究が進められているが、高齢の固形がん患者のみを対象とした前向き試験は少ない（内藤・田村，2015）。そのような特徴を持つがんを抱える高齢患者に対して化学療法を実施するためには、全身状態の評価を十分に行ったうえで治療方針を決定する必要がある、身体機能を総合的に評価する Comprehensive Geriatric Assessment（以下、CGAと略す）などが開発されている。また、米国の主要がんセンターの団体である National Comprehensive Cancer Network（以下、NCCNと略す）（2020）は、疾患の性質や患者の生理学的状態のみならず、患者の価値観に基づいた個別性のある治療を検討すること、野崎他（2018）

も、加齢による生体機能の変化に加え精神心理面、生活面、社会面を多面的に捉える必要性を述べている。

がんに対して化学療法を受ける高齢患者の治療に対する認識については、先行研究より、治療選択や治療継続に対する受け止めなど多様な思いが明らかとなっている。その内容として、化学療法の導入を決定するには、治療効果や副作用症状に対する不安（森本・井上，2014）を抱きながらも、治療効果への期待や長生きへの希望（今井芳枝・雄西・板東，2016；大槻・澤田・田中・千葉，2016）を頼りに化学療法を受けていることが明らかとなっている。つまり、現在の生活を維持し、生きるためには治療が必要であることを認識しており、その根底には治療に懸ける思いがあると捉えることができる。しかし、化学療法を開始した後は、治療中の身体機能の低下や、治療のたびに体力が低下することを実感している（森本・井上，2014；奥村・布施・浅井・宇佐美・森，2016）。また、化学療法による影響を自覚することによって、治療効果に対する不安（森本・井上，2014）に繋がっており、見えない先行きへの焦り（今井芳枝・雄西・板東，2011）も生じている。治療効果の期待や長生きへの希望については、化学療法開始後も持ち続けていることが報告されているが、心身の消耗を実感することによって治療継続に対する迷いや葛藤を抱えている（奥村他，2016）ことも示されている。これらのことから、がんを抱える高齢患者は、長生きするための心の拠り所として化学療法を受けているが、治療の影響を実感することによって気持ちに揺らぎが生じ、治療継続の可否を決定しかねているのではないかと考えられる。特に、がんの再発または転移を来たしている進行がんを有する高齢患者は、身近に迫る死の恐怖や病状の進行に伴う苦痛症状を抱え、さらに、加齢によって残された時間が短いことも相まって、一層治療のあり方について悩んでいると予測される。したがって、治療のエビデンスが不十分であり、明確な治療方針を決定することが難しい中で、医療者は、がんに対する化学療法を継続するか否かの判断に葛藤を抱いている高齢患者の治療に対する考えや、何を理由に治療を続ける選択に至っているのか理解することは大切である。そして、患者にとっては、化学療法を続け

る中で心理・社会的側面に対する支援を十分に受けられる必要があるといえる。しかしながら、看護師はがんを抱える高齢患者の意思決定支援の必要性や重要性を感じていながらも、患者の意思決定能力の把握や医師によるインフォームド・コンセントの場における介入の難しさなどから、実際に関わることができていない状況があることも報告されている（田中・大久保，2017）。

このように、化学療法を継続する高齢患者の治療に対する認識や困難の内容は少しずつ示されてきているが、身体的側面の評価だけではなく、心理・社会的側面の把握や化学療法に対する患者の価値観が反映された意思決定過程については明らかにされていない。意思決定について、Simon（1997，二村・桑田・高尾・西脇・高柳訳，2007）は、行為に導く選択の過程であり、そして、選択とは、いくつかの代替的選択肢のなかから一つの代替的選択肢を選択することであるとしている。本研究において、化学療法の継続を選択する過程における判断として捉え、今後の人生における治療の位置づけや継続の意味を含み、がんを抱えた高齢患者における意思決定の特徴を明らかにする必要がある。

Ⅱ．研究目的

本研究では、進行がんを有する高齢患者が、化学療法を受けることについてどのように捉えて継続する選択に至っているのか、その過程と選択に影響を与える要素から構成される意思決定の構造を明らかにすることを目的とした。

高齢患者に対して化学療法の実施に関するエビデンスは乏しいことから標準治療は確立していません、特に、転移や再発を来している進行がんを抱える患者の支援は重要な課題である。加齢による機能の変化に加えて、心理面や社会面を多面的に捉え、価値観を反映した高齢患者の意思決定過程における内面を明らかにすることができれば、患者が望む生き方に応じた選択の実現や、あるいは選択の促進に寄与する具体的支援のあり方を検討することができると考える。

Ⅲ. 文献検討

がんに関する統計や治療の動向については、厚生労働省のがん対策情報、がん研究振興財団のがん情報サービス、米国主要がんセンター団体であるNCCN、国際老年腫瘍学会（International Society of Geriatric Oncology：以下、SIOGと略す）による情報を活用した。

また、医学研究論文における国内文献については、特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会が提供する医学中央雑誌 Web 版 Ver. 5，国外文献については、米国国立医学図書館が提供する PubMed，MEDLINE，CINAHL のデータベースを活用して検索を行った。

1. がんを抱える高齢患者に対する化学療法の動向と患者が抱える課題

高齢化が深刻な問題となっているのは我が国だけではなく世界共通である。これまで高齢化が進んできた先進諸国はもとより、発展途上地域においても今後は高齢化が急速に進展すると見込まれている（内閣府，2018）。世界的に高齢化率が最も高い高齢化先進国である我が国においては，2018 年の高齢化率は 28.1%であり超高齢社会である（内閣府，2019）。それに伴いがんの罹患率と死亡率において高齢者の占める割合が上昇している。がん治療は，手術療法，放射線療法，化学療法などを組み合わせた集学的治療が実施されており，分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬などの新規治療薬の開発と普及，支持療法薬の進歩，高齢化に伴うがん患者の平均年齢の上昇などを背景として，高齢者に対して化学療法を施行する機会が増加している（野口・小室，2012）。

しかし，がんを抱える高齢患者に対する化学療法をめぐっては，治療方針の決定に寄与するエビデンスは十分とはいえず，標準治療も確立されていないことが課題となっている（濱口，2016；Hurria et al., 2014；棟方他，2010；山内他，2018）。その背景として，高齢者は加齢に伴う生理的な身体機能の低下，慢性疾患を抱えることによってフレイルの状態となりやすく（Lee, Heckman, & Molnar, 2015），そして，複数の併存疾患を持ち（Barnett et

al., 2012 ; Wolff, Starfield, & Anderson, 2002) , 併存疾患に伴う薬剤数の増加によって相互作用や有害事象が起こりやすくなる (Gurwitz et al., 2005 ; Juurlink, Mamdani, Kopp, Laupacis, & Redelmeier, 2003 ; Sharma, Loh, Nightingale, Mohile, & Holmes, 2016) という特徴を有していることから臨床試験への参加が難しいことがあげられる。実際、卵巣がん患者を対象にした調査では、標準治療を受けた 75 歳以上の高齢者は、75 歳未満の者よりも圧倒的に少なかったことが報告されている (van Walree et al., 2019) 。また、がん治療中の高齢患者は、身体機能の低下を自覚しており (Goodwin, 2007) , 体力の回復が低下することによって治療後の回復が遅延する (森本・井上, 2014 ; 奥村他, 2016 ; 山田, 2017) という特徴もある。そのため、治療の有害事象から十分に回復しない状態で次の治療に向かわなければならず、その状況が標準治療の確立をさらに困難にしていると考えられる。

現在は世界各国において、がんを抱える高齢患者に対する治療のエビデンスを構築するための研究が進んでいる。SIOG のコンセンサスでは、複数の慢性疾患の併存によってフレイルを発症しやすい高齢患者に対して、高齢者の機能を系統的に評価できる Geriatric Assessment (以下、GA と略す) を使用することが推奨されている。GA は、通常の病歴聴取や身体診察では発見しにくい障害を見つけられること、治療に関連する重篤な有害事象を予測できること (Wildiers et al., 2014) などが報告されており、いくつかのツールを組み合わせ使用することが望ましいとされている。Aaldriks et al. (2013) は、化学療法前に看護師が GA を実施し、栄養状態が不良である患者やフレイル状態にある患者は死亡率が高く、化学療法の実施サイクルが少ない傾向であったことを報告している。また、欧米諸国では、ADL などの身体機能や栄養状態、認知機能などを包括的に評価する CGA が活用されており、Corre et al. (2016) は、CGA の使用によって有害事象の発生を予測できることを示している。これらのことから、がんを抱える高齢患者に対する化学療法の実施にあたっては、治療を開始する前に GA などのツールを用いて身体機能の評価を行うことによって、QOL を維持した治療を行うことができると考えられる。しかし、CGA

は評価項目が多く時間を要し，なおかつ，効果や有用性は不確かな部分もある（Horgan et al., 2012；宮内・井上，2015）ことから臨床現場で活用することは難しい．Moth et al.（2018）によると，がんに対する化学療法を受ける高齢患者に GA を使用したことがある医師は 5% であることから，身体機能評価について確立した方法は明確ではなく，医師の経験によって治療の決定が行われている現状がある．これらのことから，高齢者の健康に対する意識や考え方は疾病だけでなく QOL にも関心が向けられてきている．一方では，臨床場面においては QOL の把握に関して統一されたものは確立していない．そのような中，高齢者の QOL を捉えるうえでは，健康（病気）と関連する内容に加えて，日常生活や人生に対する主観的要素による内容，これら両者の観点からアプローチしていくことが重要である（出村・佐藤，2006）．NCCN ガイドライン（2020）では，疾患の性質や患者の生理学的状態のみならず，患者の価値観に基づいた個別性のある治療を検討する必要性が示されており，がんを抱える高齢患者に化学療法を実施する際には，医療者は治療開始前に身体面のみならず，心理面や社会的背景，患者の価値観を十分に評価しなければならない．

以上より，がんを抱える高齢患者は，化学療法のエビデンスがない状況において治療法を選択する難しさに直面し，治療後の予測が立たない中で化学療法を受けなければならない環境に置かれているといえる．また，医療者にとっても患者の身体的側面の評価のみならず，心理・社会的側面の把握や患者が抱く化学療法に対する価値観を十分に理解したうえで治療を進めていく必要がある．

2. がんを抱える高齢患者の化学療法に対する認識と直面している困難

がんを抱える高齢患者が化学療法を選択する背景としては，長生きへの希望，治療効果に対する期待（今井芳枝他，2016；大槻他，2016）がある．このことから，患者はがんに対して化学療法を受けることが望ましい，あるいは，化学療法を受けないことは生命に関わる問題であるという認識を持っていると考えられる．また，家族のため（大槻他，2016）に治療を受けることを決定し

ているという報告もあることから、自ら積極的に治療を受けたいという望みを持っているというより、治療を受ける後押しとなる何らかの意思が働いていると考えられる。その他、医師に対する信頼（今井芳枝他，2016；大木・石川，2018）も決定の要素となっている。治療を受けるかどうか迷う中、良好な信頼関係が築くことができている専門的知識を備えた医療者と共に考えることで、化学療法を受ける決定に至っていることも考えられる。一方で、八木橋・佐藤・太田（2018）は、がん患者は治療を医療者に任せるという受動的な同意があることを報告しており、国外の報告でも高齢者は受動的役割を好む傾向があることが示されている（Colley et al., 2017）。このように、治療に対して肯定的な気持ちを持って臨んでいる患者がいる反面、治療を受けることに受動的な考えを持つ患者もいることが先行研究から伺える。しかしながら、がんを抱える高齢患者にとっては、治療のエビデンスが乏しいことから最適な治療環境が整っていない側面があるといえる。つまりは、受動的役割はがんを抱える高齢患者における特有の傾向とはいえ、高齢であっても治療を続けていくことを患者自らが判断していくことが必要である。

がんに対する化学療法を受ける、または継続することに対して、高齢患者が抱える困難や苦痛についても報告されている。その一つには、治療のたびに体力が落ちる辛さ（森本・井上，2014）などの身体的側面の苦痛があげられる。また、配偶者が高齢であることや他の家族も有職者であるために家族の送迎が難しく通院手段がない（齋藤他，2010）こと、治療費や通院費などの経済的不安（森本・井上，2014；奥村他，2016；齋藤他，2010；八木橋他，2018）など、社会的側面における要素が治療の継続を困難にしていると考えられる。さらに、病状の悪化や治療の不確実さに対する不安（森本・井上，2014）を抱えており、不透明な先行きへの焦り（今井芳枝他，2011）などの心理的苦痛も報告されている。これらのことから、化学療法を継続する過程において、健康状態の変化を自覚することによって治療効果が得られていないのではないかという不安に繋がり、病状がさらに進行することへの焦りや死に対する恐怖感を抱えることが予測される。

このような困難を乗り越えていくための要素としては、今までの生活を維持できること（今井芳枝他，2016；森本・井上，2014；奥村他，2016），治療における身体的苦痛がないこと（奥村他，2016）などがあげられている。これらの条件を満たすためには，家族や医療者からの適切な医療の提供などの人的資源が必要である（加賀谷・黄木・浅野・櫻田，2019；森本・井上，2014；大木・石川，2018；奥村他，2016）ことが報告されている。しかしながら，身体的苦痛の除去やこれまでの生活を維持するといった要素は，身体的側面における支援の内容であり，心理・社会的側面における具体的な情緒的支援の内容については未だ不十分である。がんを抱える高齢患者は，治療による体力の低下や，有害事象からの回復の遅延，がんの進行に伴う不安などが複雑に絡み合うことによるADLやQOLの低下が考えられるため，治療を重ねるたびに今までと同様の生活を維持することが困難になっていくことが予測される。長尾・清水・坂東（2017）は，治療を受けている高齢の肺癌患者であっても，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を示唆している。医療者は患者の化学療法に対する捉え方，そして，治療を継続することについての考えを理解したうえで，生活を支える視点から援助していく必要がある。

これらのことより，がんを抱える高齢患者にとって化学療法を継続するための支えとなっているのは，治療に懸ける思いは多様であっても，少しでも長く生きるためであることが明らかとなった。その反面，治療を受けることに対して生じる身体的苦痛や心理・社会的苦痛によって，治療を継続することに対する迷いや葛藤を抱えている（奥村他，2016）ことから，化学療法の継続における可否を決定しかねていると考えられる。

3. がんを抱える高齢患者の化学療法継続における意思決定

保健医療領域における意思決定の研究動向としては，半世紀前から提唱されてきたモデルがパラダイムシフトを遂げている。医師を中心に決めるパートナーリズムモデル，患者が自分で決めるインフォームドディシジョンモデル，医師

と患者と一緒に決めるシェアードディシジョンモデル（中山・岩本，2012）が挙げられるが，医師－患者の関係性の形を変える必要性（Charles, Gafni, & Whelan, 1997）や，ケアプロセスに伴う多様なリスクを患者が適切に理解することが難しい（Karlawish, 1996）ことなどから，近年は Shared Decision-Making（協働的意思決定）（以下，SDM と略す）が望ましいとされている．SDM は「臨床医と患者が，代替案の利益と害，患者の価値観，意向，状況について話し合い，協働して健康上の決定をするプロセス」とされている（Hoffmann, Montori, & Del Mar, 2013）．近年，医療の進展に伴って治療法の選択肢が増えており，その選択に際しては患者の参加がますます求められるようになってきている．がん患者は，治療方針や療養場所の選択など，診断時から終末期に至るまで意思決定をしなければならない場面の連続に直面している．がんを抱えた高齢患者における意思決定に関する国内の研究動向（田中・大久保，2017）では，治療に関する報告はあるが，化学療法以外の治療や初期治療に関する報告が多くを占めており，進行がん患者に対する化学療法に焦点を当てた報告は少ないことが明らかとなっている．また，治療時期や薬剤選択といった治療が複雑になる中での患者への情報提供の不足も課題である（門倉・名越，2014）．国外の報告に視点を向けると，高齢者ががん治療を受けるか否かの意思決定に影響を及ぼす要素についてのシステマティックレビューが報告されている（Puts et al., 2015）．この報告では，治療効果に対する期待や長生きへの希望，医師に対する信頼などが治療を受け容れる理由として挙げられており，これまでの先行研究と同様の結果が示されている．また，がんに特化した研究ではないが，Akishita et al. (2013) は，高齢者が医療に対して望むことは病気の効果的治療であるが，医師が優先することは QOL の改善であり，患者と医療者の認識が異なっていたことを明らかにしている．これらのことから，化学療法を選択し，いつまで継続するのかという判断は，がんを抱える高齢患者と医療者双方にとって難しい問題といえる．

意思決定プロセスの概念を提唱している Simon (1997, 二村他訳, 2007) によると，意思決定は行為に導く選択の過程であり，そして，選択とは，いく

つかの代替的選択肢のなかから一つの代替的選択肢を選択することであるとされている。つまり、問題解決のために複数の選択肢の中から一つを選択し決定する過程であると言い換えることができる。また、人間は合理的な意思決定はできず、最適な選択をする代わりに満足のいく選択を求めている（Simon, 1996, 稲葉・吉原訳, 1999）ともいわれている。その選択の一連の過程には四つの活動がある（Simon, 1977, 稲葉・倉井訳, 1979）とされ、第一には、意思決定が必要となる条件を見きわめるための活動、第二に、可能な代替案を分析する活動、第三に、代替案を選択する活動、最後に、選択した結果を検討する活動である。化学療法を受ける患者にとって意思決定が必要となる条件とは、生きるためには治療が必要であることを認識する（Puts et al., 2017）ように、がんと診断を受けた患者が、治療を受けないことによって生命の危機に直面するという問題を認知することであると考えられる。その後、患者によって治療内容の吟味がなされ、化学療法導入の選択を決定する活動へと移行していく。化学療法を体験した後には、副作用症状や体力の低下などを実感し、化学療法を受けた結果について評価する作業が行われていると考えられる。この一連の過程において、化学療法の導入を決定し治療を受けた結果について評価すると同時に、治療を継続するか否かを定めるための活動がすでに開始されているといえる。しかしながら、治療の継続に対して迷いを抱える患者がいることが先行研究より明らかとなっていることから、化学療法を続けることを決定するまでの活動には、複雑な思いに右往左往しながらも何とか選択をしている患者がいることが考えられる。

それでは、再発または転移を来した進行がんを有する高齢患者は、化学療法を受けること、さらに継続していくことを決定する過程において、先述した意思決定における活動をどのように行っているのだろうか。進行がんを有する高齢患者の化学療法に対する思いや受け止めを意思決定という側面で捉え直して考えると、治療を受ける理由としては、長生きへの希望、治療効果に期待している（今井芳枝他, 2016 ; 大槻他, 2016 ; Puts et al., 2017 ; Sattar et al., 2018）, あるいは、家族のために治療を受ける（大槻他, 2016）という

報告がある。このことから、化学療法を受けることを肯定的に捉えて決定できる患者がいる一方で、治療を受けないことによる不利益を考慮して継続する判断に至る患者もおり、治療継続において何らかの意思が存在しているのは明白である。尾沼・鎌倉・長谷川・金田（2004）は、手術を受ける乳がん患者の治療に関する意思決定の構造について、意思決定プロセスとそれを支える要因（基盤的要因）から構成されると述べている。意思決定プロセスとは、病状の認知、治療の不確実性の認知、治療の決定からなり、基盤的要因には、自己の立場の認知、信頼の認知、感情があると結論付けている。この結果について、化学療法を受ける高齢患者という視点で考えると、患者が自分の置かれている状況に対して、治療を継続しないことによる将来的な不確実性を認知したり、または、治療を続けることの意味や自身の健康状態に対する考えが意思決定の過程に働いているのではないかと考えられる。このように、がんを抱える高齢患者は、これまでの化学療法について吟味したうえで選択している場合と、自分の置かれている状況に左右され、常に治療の中止を考えながらも継続を選択している場合があるのではないかと推測される。

以上より、進行がんを有する高齢患者は、治療を受けなければ生命に関わることを認識しながらも、化学療法を経験することで治療継続に対して迷いを抱えているといえる。その迷いの中で、患者自身の健康観と治療を受けることについて折り合いをつけたり、残りの人生において治療を続けることの意味や価値を見出そうとしていると考えられ、それらの要素や理由から導かれる何らかの判断が意思決定に関連しているのではないか。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、がんに対して化学療法を受けている高齢患者に焦点を当て、治療を受けることについてどのように考えているのか、そして、治療を継続する選択における判断やそれらの関連について一連の過程の構造を明らかにするため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : 以下, M-GTA と略す) の手法 (木下, 1999, 2003, 2007, 2020) を用いた質的研究デザインとした。

M-GTA は、データに密着した分析から理論を生成するグラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach : 以下, GTA と略す) に、独自の修正が加えられたものである。GTA は、米国の社会学者である Glaser と Strauss (1967, 後藤・大出・水野訳, 1996) によって 1960 年代に考案された研究アプローチ法であり、その理論的枠組みはシンボリック相互作用論にある。シンボリック相互作用論は、人間は物事が自分に対して持つ意味に基づいて行為する、物事の意味は人間がその相手と参加する社会的相互作用から導き出され発生する、意味は人間が物事に対処する中で解釈の過程によって扱われたり修正されたりする、という三つの前提に立脚している (Blumer, 1969 後藤訳, 1991)。換言すると、人間の行為は他者や自分自身との相互作用を通して形成されていくということである。このことから、GTA は健康問題や生活問題を抱えた人々を理解するヒューマンサービス領域の研究に適しているといえる。M-GTA は、データに密着した分析から理論を生成するという立場は GTA と同様であるが、理論の範囲や意味は GTA とは異なり、また、データ分析の技法や手順を体系化し明確にしていることが特徴である。

M-GTA の分析過程では、研究対象者を抽象化した集団である分析焦点者、および研究テーマをデータに即して分析していけるように絞り込んだ分析テーマを設定することが不可欠である (木下, 2007)。分析手順として、分析焦点者の視点から分析テーマの意味を示していると思われる部分に着目したデータ (ヴァリエーション) を抽出し、ヴァリエーションを解釈したものを定義、

定義を凝縮し現象を説明する表現である概念を生成する。そして、概念相互の比較から関係づけられ説明力を持つカテゴリーを創り、カテゴリーの関係性を見出し全体として明らかにしつつあるプロセスを中心的なカテゴリーとして生成するが、中心的なカテゴリーは一つ概念であっても良い。また、M-GTAでは概念とカテゴリーは分析上必須であるが、サブカテゴリーは抽象度に合わせて必要に応じて用いる（木下，2020）。最後に、分析テーマに対応するプロセスを示す結果図と、それを文章化したストーリーラインを作成する。分析手法における特徴としては、データのコーディングと深い解釈とを一体で行うことである（木下，2003）。それらを両立させるためには、コーディング法ではデータの切片化をせず、データの中にあるコンテキストの理解を重視することが必要である。GTAではデータの切片化をするが、M-GTAではデータを切片化しない。データの切片化をしない代わりに、分析焦点者と分析テーマの観点から明らかにしようとしている現象の変化を解釈していくのである。そして、結果図においては、必ずしも中心的なカテゴリーに収束させる必要はなく、概念やカテゴリーの関係で現象の説明ができるのであれば、それを分析の結果と判断しても良いのである。また、M-GTAにおける理論とは、「研究活動によって生成され共有される体系化された知識」とされており（木下，2020）、抽象度の高いフォーマル理論の構築を目指すのではなく、限定された範囲における具体理論に軸足をおいている。つまり、ヒューマンサービス領域での実践的な活用に耐えうる（木下，2003）。

これらのことから、人間を対象として、データに基づいた分析から導いた概念で構成された説明力に優れた理論を生成するM-GTAは、看護学領域の現象を明らかにし、今後の看護実践を発展させていく研究に役立つ研究方法である。

以上より、進行がんを有する高齢患者が、化学療法を受けることについてどのように捉えて継続する選択に至っているのか、その過程と選択に影響を与える要素からなる意思決定の構造を明らかにしようとしている本研究の分析方法として最適であると考えた。

2. 用語の定義

化学療法の継続における意思決定：Simon（1997，二村他訳，2007）によると，意思決定は「行為に導く選択の過程であり，そして，選択とは，いくつかの代替的選択肢のなかから一つの代替的選択肢を選択すること」とされてきた．さらに，その過程には，「意思決定が必要となる条件を見きわめるための活動，可能な代替案を分析する活動，代替案を選択する活動，選択した結果を検討する活動がある」とされていることから，単にいくつかの選択肢から選択するだけではなく，選択した結果を検討する行為を含んでいる．検討とは，よく調べて吟味するという意味合いがある．以上より本研究では，「受けている治療によって生じた状態を吟味しながら化学療法の継続を決めていくこと」とした．

3. 研究参加者

1) 研究参加者

以下の選定条件を満たす進行がんを有する高齢患者 17 名を対象とした．

(1) 選定条件

- ① 細胞障害性抗悪性腫瘍薬による治療を 2 コース以上受けている患者，または，分子標的治療薬による治療を 2 か月以上受けている患者であること（治験による治療は含めない）．
- ② 70 歳以上である患者．Kristjansson and Wyller（2010）は，老年腫瘍学領域における高齢者の定義を 70 歳としていることから，本研究における高齢患者を 70 歳以上とした．
- ③ 再発または転移を来たし，進行がんであると告知を受けている患者．
- ④ 固形がん患者を対象とし，がん腫は問わない．
- ⑤ 臨床的認知症尺度である Clinical Dementia Rating（以下，CDR と略す）による評価の結果，CDR 2（中等度認知症）以上でないこと．
- ⑥ 診療科の主治医，看護師が研究の参加が可能だと判断していること．

(2)選定手続

研究参加者の選定においては、担当部署の医師または看護師の協力を得て候補者を決定し紹介してもらった。研究候補者の紹介を受けた後、研究候補者が外来受診等で来院する日程について医師または看護師が研究者に連絡をとり、研究者はその日程に合わせて研究協力施設へ行き、研究候補者とその家族に本研究の目的を説明した。研究候補者から同意が得られた場合、研究者は CDR を用いて認知症の重症度を判定し、研究参加者として選定条件を満たすかどうか判断した。研究参加者としての選定条件を満たした場合、研究参加者の都合に合わせて面接日を決定し、研究協力施設の医師または看護師に伝えて面接を実施した。

(3)CDR による評価

加齢に伴って身体には多様な生理的変化が生じ、がんとその治療に大きな影響を与える。その変化の一つとして神経系領域である認知機能障害があげられ、特に認知症は大きな問題となる。本研究では、研究参加者と面接を実施することから、面接実施前に臨床的認知症尺度である CDR を用いて認知症の評価を行い、研究参加者として選定条件を満たすか判断することとした。観察法によって認知症を評価する CDR は、世界各国で用いられており、認知症の重症度を判断する評価法として確立している。CDR による評価においては、目黒（2008）による日本語版の CDR 調査票を参考にして、研究参加者への質問（資料 1 - 1）とその家族への質問（資料 1 - 2）を行った。判定方法は、記憶、見当識、判断力と問題解決、地域社会活動、家庭生活および趣味・関心、介護状況の 6 項目それぞれについて、5 段階（健常：0，認知症疑い：0.5，軽度認知症：1，中等度認知症：2，重度認知症：3）の重症度で評価した。総合判定は、記憶の重症度を基準にし、以下のルールを用いて CDR 判定を行った。（資料 1 - 3）。

- ① 記憶以外の少なくとも 3 つの項目が記憶と同じスコアである場合は、判定は記憶のスコアとなる。

- ② 記憶以外の3つ以上の項目が記憶スコアよりも大きいか小さい場合、判定は3つ以上の項目で示されるスコアとなる。
- ③ 記憶以外の3つの項目が記憶より1ランク大きく（もしくは小さく）、かつ記憶以外の残り2つの項目が記憶よりも1ランク小さい（もしくは大きい）場合、判定は記憶のスコアとなる。
- ④ 記憶スコアが0.5である場合、判定は0にはなり得ず、0.5もしくは1にのみなり得る。CDR=1となるのは、記憶以外の項目の少なくとも3つの項目が1もしくはそれ以上の場合である。

2) データ収集期間：2019年1月～2020年8月

4. データ収集方法

1) 診療録により基本属性と医学データの収集

- (1) 基本属性：年齢，性別，既往歴，婚姻状況，同居家族，就労状況，治療の場（入院もしくは外来）
- (2) 医学データ：診断名，病期，診断時期，現在の治療内容と期間，過去の治療内容と期間，有害事象として出現している症状と程度，服薬状況，Performance Status（以下，PSと略す．国立がん研究センター（2021）は、「全身状態の指標の1つで，患者さんの日常生活の制限の程度を示す指標である」としており，0（まったく問題なく活動できる．発症前と同じ日常生活が制限なく行える．）～4（まったく動けない．自分の身のまわりのことはまったくできない．完全にベッドか椅子で過ごす．）の5段階で構成される）

2) 半構成的面接法による調査

データ収集の際には，インタビューガイド（資料2）を用いて半構成的面接法によるインタビュー調査を行った．インタビューの回数は1名につき1回とし，1回のインタビュー時間の平均は41.5分（17名）であった．

インタビューの実施場所については、プライバシーが保たれる個室において行い、語りの内容を研究参加者の許可を得て IC レコーダーに録音した。インタビューでは、研究参加者の語りを損なわないように、参加者のペースに合わせて進めた。以下、インタビューの内容とした。

- (1) 化学療法を受けることについての捉え方
- (2) 化学療法の継続における判断と、その判断に影響を与えた要素
- (3) 化学療法の継続における迷いや葛藤の内容、迷いが生じた場合の判断

5. 分析方法

1) データ分析方法

M-GTA の手法を用いて分析を行った（木下，1999，2003，2007，2020）。分析焦点者は、「化学療法を受ける再発または転移を来たした進行がんを有する高齢患者」とし、分析テーマは、「化学療法を継続する選択に至る判断のプロセス」とした。分析の具体的方法は以下に示す。

- (1) 得られたデータから逐語録を作成し、その中から内容が豊富な参加者を 1 例選定し、分析テーマに関連する部分を抽出した。
- (2) 分析焦点者と分析テーマに照らしながら抽出した内容を解釈し、その意味を表現する概念を生成した。1 概念ごとに分析ワークシートを作成した。
- (3) 2 例目以降のデータから、生成した概念について類似例と対極例の視点から継続的比較分析を行った。
- (4) 概念間の相互関係を比較検討し、複数の概念から形成されるサブカテゴリーおよびカテゴリーを生成した。データの追加があっても概念やサブカテゴリー、カテゴリーの構造が変動しないことを判断した時点を理論的飽和と捉えた。
- (5) カテゴリー間の関連性や全体としての統合性を検討することによって、カテゴリーと同程度の説明力を持ち、本研究の問いとして分析テーマで設定した「化学療法を継続する選択に至る判断のプロセス」に最も関連

を持つレベルに位置づけられる中心的なカテゴリーとなる概念（中核をなす概念とした）を見出した。分析テーマに対応するプロセスを示す結果図と、それを文章化したストーリーラインを作成した。

2) 分析ワークシート（表 1-1～1-21）

1 概念ごとに 1 ワークシートを作成した。分析ワークシートは、概念名、定義、ヴァリエーション（具体例）、理論的メモの四つの欄で構成される（木下, 2003）。分析ワークシート作成における第一段階は、ヴァリエーション欄への記入から開始される。ヴァリエーションとは、分析テーマと分析焦点者の視点から、意味を指示していると思われる部分に着目したデータのことである。定義とは、ヴァリエーションの内容を検討した結果、採用することにした解釈を短文にしたものである。概念名とは、定義を凝縮表現した言葉のことである。そして、理論的メモとは、ヴァリエーションの内容を解釈する際に検討した内容、アイデア等の着想や思考、疑問のことである。分析ワークシート作成の手順は、まずヴァリエーション欄への記入、定義欄への記入、概念欄への記入の順で進め、この一連の作業において適宜理論的メモに記入する。さらに、本研究における分析ワークシートにおいては、概念と概念の関係性、あるいはサブカテゴリーやカテゴリー間の関連について明確にするために「概念間の説明」の欄を設けた。「概念間の説明」欄を設けた理由は、概念、サブカテゴリーおよびカテゴリーの関係性を言語化することによって、結果図やストーリーラインにおける説明力が強化されると考えたからである。また、ヴァリエーション欄においては、抽出した語りの内容に下線（二重線と波線）を入れた。これは、定義の内容が示す部分の語りであり、分析焦点者の視点で捉えた思考の動き（二重線から波線への思考）について表した。

分析ワークシートを用いた分析の過程においては、類似例と対極例の 2 方向を組み合わせて比較検討を行った。類似性の比較は、生成した概念の内容を固めていく作業であり、一方で対極例の比較は、例外のデータがないかの確認となり、解釈の恣意的偏りを防ぐために必要な作業である。データ収集とデータ

分析を並行して進め、ヴァリエーションの追加に応じて概念や定義の修正を行いながら、他の概念との比較から概念の吸収や統合、あるいは廃止などを繰り返し、サブカテゴリーやカテゴリーを生成するプロセスを進めた。

3) 研究の妥当性の確保

本研究における分析の過程においては、分析プロセスの精度を高めるために北海道 M-GTA 研究会に参加した。研究会では、分析焦点者と分析テーマについて、および重要とされる最初の概念生成（木下，2003）と生成中の概念と定義に照らした類似例と対極例の比較検討について発表を行い、参加者とディスカッションを重ねた。また、14名のインタビューで得られた概念からストーリーラインを作成し、検証を含めて新たな概念の追加がないか確認するために3名の研究参加者にインタビューを実施した。さらに、分析内容の妥当性を確保するために、分析ワークシート、概念生成、サブカテゴリーとカテゴリーの抽出において、恣意的な解釈を回避するためにがん看護領域に精通する質的研究者からスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

1) 研究の実施にあたっては、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究所倫理委員会の承認（承認番号：18N025025）および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2) インフォームド・コンセントにおける手続き（資料3）

(1) 研究の目的と方法、研究への参加は自由意思であること、拒否や中断をしても不利益はないこと、研究の途中であっても参加を中断できること、得られたデータは研究目的に限った使用であること、匿名性の保証、データの厳重な管理、研究結果の公表時には地域や施設名が特定されないことについて、文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって研究参加の同意とした。

- (2)同意書には、研究に関する質問や疑問について応対できること、研究の途中であっても情報解析前であれば同意の撤回ができること、研究者の連絡先を明記した。
- (3)面接日の設定では、外来受診日や診療待機時間など、研究参加者の負担が最小限で済むように時間の都合を合わせて実施した。また、プライバシーの保護の観点から隔離された個室で面接を行った。
- (4)面接中は、研究参加者の体調や気分の変化について十分に観察を行い、研究者が参加者の体調不良を確認した場合、もしくは参加者が体調不良の旨を申し出た場合は医師や看護師等スタッフへ報告し早期対応を図ることにしていたが、全参加者において体調不良となる者はいなかった。
- (5)研究参加者の体調不良時の対応については、事前に研究協力施設の担当者との体制の確認を行い、迅速に対応できるように準備した。

3) 個人情報等の取り扱いについて

- (1)電子カルテおよび面接によって得られたデータについて、紙面によるデータは研究責任者の研究室にある施錠可能な場所で保管し、電子データはロック機能のついた USB に保存し、ファイル自体にもパスワードを付して管理した。
- (2)研究参加者の情報について、情報を得た時点で個人名は削除し、アルファベットと数字からなる符号を割り当てることで匿名性を確保した。
- (3)研究参加者からの研究参加に関する同意の撤回に応じるために、個人名と面接時に割り当てた符号との対応表を紙媒体で作成したうえで、研究責任者の研究室にある施錠可能な場所で保管し、連結が必要な場合には研究者のみが扱うようにした。
- (4)本研究によって得られた情報は、研究全体の終了日から5年間は保管し、5年間の経過した後に電子データと音声データは消去し、紙面によるデータはシュレッダーで裁断し破棄する。

V. 結果

1. 研究参加者の概要

研究の参加者は、進行がんを有する 17 名の高齢者であった（表 2）。年齢の中央値は 74.0 歳（四分位範囲 71.0～79.5 歳）であり、男性は 13 名（76.5%）、女性は 4 名（23.5%）であった。家族と同居している参加者は 14 名（82.4%）、独居は 3 名（17.6%）であり、就労している者は 2 名（11.8%）であった。最も多かった診断名は胃がん（Stage III～IV）であり、次いで膵臓がん（Stage IV）であった。がんの診断を受けてからの期間の中央値は 19.0 か月（四分位範囲 9.0～45.0 か月）であり、最短 4 か月から最長 7 年と大きな差がみられた。治療内容としては、全参加者が細胞障害性抗悪性腫瘍薬および分子標的治療薬の単剤、もしくは組み合わせた併用療法を受けていた。インタビュー実施前に行った認知症の重症度を測定する CDR の判定では、15 名が CDR 0（健常）、2 名が CDR 0.5（疑い）であった。患者の日常生活の制限の程度を示す PS では、2 名が PS 0（問題なく活動できる）、15 名が PS 1（肉体的に激しい活動は制限される）であった。

2. 進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造

進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造として、4 つのカテゴリー、1 つのサブカテゴリー、1 つの中核をなす概念および 2 つの概念から構成され、結果図（図 1）とストーリーラインが見出された。本論文では、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは [], 中核をなす概念を* < >, および概念は< >で表した。インタビューから得られたヴァリエーションは「 】, ヴァリエーション中の引用語句は『 】, インタビュー実施者の質問内容は[『 】, ヴァリエーションにおいて意味内容が通じるための非言語的情報がある場合には（ 】, ヴァリエーションの末尾にはインタビューに答えた参加者の記号とトランスクリプトの行数を（参加者の記号, トランスクリプトの行数）で示した。

1) ストーリーライン

進行がんを有する高齢がん患者による化学療法継続に関する意思決定の構造としては、【**古い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ**】をすることによって【**続ける気持ちの引き寄せ**】を行い、自身の感覚として*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を発見することで＜治療における肯定的側面の重視＞が可能となり、＜古い故の治療の不確かさの引き受け＞によって【**老いの過程の中にがん治療を組込む**】へと至るプロセスが存在する。そのプロセス全体と相互に影響し合う【**余生を見据えた健康観の柔軟化**】として、加齢による諸機能低下の自覚や化学療法に伴う影響に応じて健康観が変化している。結果図が示すように、進行がんを有する高齢患者は、程良い状態を発見することを機に化学療法の継続における老いの捉え方を転換していることから、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞は中核をなす概念として位置づけられる。

化学療法の継続を選択する決定に至るまでのプロセスにおいて、高齢患者は治療を受けることに対して【**古い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ**】をしている。そのはじめは、高齢であるために＜老いてなお頑張り続けることへの問い＞を抱くことによる〔**老いを念頭に受けるか否かの逡巡**〕である。逡巡している内容として、＜齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞しながらも、＜加齢に伴う衰耗を加速させたくない＞思いや＜歳故に悪くならなければ受けずとも良い＞と考えることで決断への躊躇いがある。躊躇いがある中で、病状が悪化することによって死に直結することを懸念し、受けられる治療があるにもかかわらず＜受けずに死を迎えることへの違和感＞を生じる。

高齢患者は、治療を受けずに死を迎えることに対する違和感を抱くために【**続ける気持ちの引き寄せ**】を行っている。治療を続ける気持ちを整えるためには、これまで受けてきた化学療法の＜副作用症状は我慢できる範囲＞であることや、加齢に伴って身体が思うように動かなくなることを自覚する中で自分のことは自分で行える＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞など、〔**受療における悪くない感触**〕を実感することが必要である。また、加齢と治療の影響によって衰耗した体力が治療の合間で戻ること、時間経過に伴い副作用症状

が改善することを理解し、さらに、治療の効果によってがんの進行を抑えられている事実を統合することで「続けるための物差しの創造」をしており、化学療法を続けるプロセスの中でそれらを相互に確認することで*＜歳なりの程良い状態の見立て＞の発見に至る。その*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を手掛かりにすることにより、＜治療における肯定的側面の重視＞といった視点の転換を図り、さらには＜古い故の治療の不確かさの引き受け＞が可能となる。

最終的に、高齢であるが故に治療の不確かさを引き受けることによって【老いの過程の中にがん治療を組込む】。それは、進行がんの罹患を＜老いの一過程として存在するがん＞として捉える一方、化学療法を続けることを＜がんと治療の共存に向き合う＞姿勢によって受け容れているのである。【老いの過程の中にがん治療を組込む】ことにより、加齢と共に現状における事態や状況を理解したうえでこれ以上執着しない生き方を目指しているのである。

進行がんを有する高齢患者が捉える【余生を見据えた健康観の柔軟化】は、これらのプロセス全体と常に影響し合っている。患者は、加齢とともに治癒が困難ながんを患うことによって＜老性自覚に合わせて受けられれば良い＞と考えているが、治療過程において適度な状態で化学療法を受けることができている事実に基づき＜今という時間を大切に生きる＞という健康観に変化させている。そして、治療の不確かさを引き受けていくことによって＜幾分の効果による老後の在り方＞を明確にし、無理のない生き方を破綻させない程度に化学療法の継続を取り入れている。このように、自身の状況変化に応じて遷移させた健康観を拠り所にしながら続けるための状態を見極めており、余生における生活と治療を両立させて生きていくことを受け容れている。

2) カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー、中核をなす概念および概念を表3に示した。カテゴリーとそれを構成するサブカテゴリーおよび概念、そして中核をなす概念について説明する。各概念の具体例として代表的なヴァリエーションを示す。

【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】

本カテゴリーは、患者は高齢であることを理由に化学療法を受け続けることに対する疑問を抱えており、残りの人生における生き方と治療に伴う影響を天秤にかけて思い悩んでいることを意味していた。2つの概念と1つのサブカテゴリーから成り立っており、抽出された1つのサブカテゴリーは3つの概念から構成された。カテゴリーを構成する概念は、〈老いてなお頑張り続けることへの問い〉、[老いを念頭に受けるか否かの逡巡]として〈齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮〉、〈加齢に伴う衰耗を加速させたくない〉および〈歳故に悪くならなければ受けずとも良い〉、そして〈受けずに死を迎えることへの違和感〉であった。次に、構成された概念について述べる。

〈老いてなお頑張り続けることへの問い〉

本概念は、「私みたいに70を過ぎたらさ、具合を悪くしてまで長生きするなんてどうなのかなって思う時がたまにある(D)」と語られたように、若い頃と比較すると踏ん張りがきかない身体になっていることを認識し、頑張って治療を受け続けることへの疑問を抱くことを意味していた。

「若いならこれからの人生長いから手術するだろうけれど、私みたいに70を過ぎたらさ、具合を悪くしてまで長生きするなんてどうなのかなって思う時がたまにあるね。だから、前向きでないといえはそうなるのかもしれないね、きっとね。迷う気持ちもあるんです。(D, 84-88)」

「今のところ治療は続けていくと思うよ。そうだね、まずは80歳くらいまではね。ははは。それが問題なんですよね。生きられるのはいいけど、いつまで生きられるんだろうね。通うのもゆるくないからさ、どうしたらいいもんだべってね。(F, 55-58)」

〈齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮〉

本概念は、「転移に対する不安ですよ。治療をしないである時病院で転移していますよって言われるよりね、歳も歳だから進行すると先は長くないだろ

う (J)」と語られたように、化学療法を止めた場合は再発や転移など病状が悪化し、高齢であるために残された命が長くないことを心配する思いがあることを意味していた。

「90歳超えたら考えるんでないかな。生きているかわからないけれどね。だから、来年いっぱい飲もうと思っている。・・・抗がん剤を飲んで元気でいられるようにするということだよ。やっぱり、今のところ飲んでいなかったら、病気が進むか、別なところに転移するか、そうなったら困るから続けるよね。(E, 124-126, 142-144)」

「今がんになっているのと、若いころになっているのでは全然違うでしょうね。まあ、人間は寿命までしか生きられないから、歳をとって死を迎えるのか、がんになって寿命を全うするのか。・・・今の状態であれば続けられるっていうのはあるんだけど、やっぱり治療をやめた時のことを考えてしまうよね。抗がん剤をやらないということはがんが活発になってくるということだから、現状としては可能な限り続けていきたい。(K, 140-142, 177-180)」

<加齢に伴う衰耗を加速させたくない>

本概念は、「やっぱり苦痛があるのであればやめたい。苦痛がないからいいけど、年齢を考えたらそう思いませんか？(E)」と語られたように、加齢によって残された人生が長くないことを見据える中、化学療法を受けることによって体力や気力の衰えを加速させたくない気持ちが存在することを意味していた。

「よく芸能人とかのニュースもやるし、抗がん剤ですごく吐いているのもやっているでしょ。あれ見ると、あそこまで苦しむなら抗がん剤は受けたくないし、受けないと思うんだよね。・・・やっぱり苦痛があるのであればやめたい。苦痛がないからいいけど、年齢を考えたらそう思いませんか？(E, 173-175, 200-201)」

「生きていくのは単純でもないし、苦勞がないわけでもないからね。今まで楽しい思いをさせてもらったんだから、どこかで人生の清算をしなければいけな

いとは思っています。・・・最初にどんっときた症状は、『こんな辛い状態で生きるのは嫌だな』って思いましたね。・・・ですので、1回目の辛くなった状態よりも辛くなるくらいならやらないかもしれないですね。(P, 108-110, 119-120, 128-129)」

<歳故に悪くならなければ受けずとも良い>

本概念は、「これ以上抗がん剤をしなくても悪くならないんだったら、やめてもいいかなっていう思いはある(F)」と語られたように、年齢を重ねたことを理由に、化学療法を受けなくても病気の進行に差がなければ受けない選択も考えていることを意味していた。

「これ以上抗がん剤をしなくても悪くならないんだったら、やめてもいいかなっていう思いはある。まあ、80歳までは治療で様子を見て、それからまた考えるね。これさ、病院が近いんだたらいいんだけど、はるばる遠方から来るっていうのがね。駅ついてからも歩いてこなければいけないっていうのがね。(F, 68-72)」

「70歳超えたら人生楽しいものではないですよ。抗がん剤をしなかったことによって、劇的に悪くなってしまって手をつけられないくらいどうしようもない状態になっていたら、今後悔していたかもしれないけれどね。あの時していればってね。でも、実際にはリンパだけの転移だし、他にはどこにも転移していないからね、それだとしていなくても良かったかなって思うかな。今も抗がん剤をしていることが良いのか悪いのかわからないよ。(G, 49-54)」

<受けずに死を迎えることへの違和感>

本概念は、「することをしないで死を迎えるのも、何か変かなって思います(D)」と語られたように、化学療法を受けられる状況であるにもかかわらず、受けないまま死を迎えることに対する違和感を抱いていることを意味していた。

「まったく何もしないで死を迎えるのもどんなもんなんだろうなって思いますね。最近、私死というものに対してちっとも怖くないんです。だけど、する

ことをしないで死を迎えるのも、何か変かなくなって思いますね。・・・お金がかかりますよね。だから、それを考えると、どうしたらいいのかなって思うのも無きにしも非ずなんだよね。まあお父さんは、行ってこいとか治療すれって言うってくれるから、それに甘えてはいるけれどね、私の心としてはこのまま続けられるのだろうかという感じかな。(D, 97-104)」

「抗がん剤を受けるかどうかを兄弟間で話し合いがあったんですよ。飲まないで自然に生きようという意見もあったんだけど、やっぱり何もしないで死ぬというのもね、それで抗がん剤を飲もうかって話になったから。今は長生きの時代だし、身体も元気だから、もう少し生きてみるかなって思って飲んでいるんですよね。これが例えば、おかしくなったら飲むのをやめて自然に任せようかなって思ったりしてね。(E, 51-56)」

【続ける気持ちの引き寄せ】

本カテゴリーは、化学療法を受けることができている現在の状況を分析し、続けられる気持ちを引き寄せようとしていることを意味しており、2つのサブカテゴリーから成り立っていた。抽出された2つのサブカテゴリーはそれぞれ2つおよび3つの概念から構成された。現在受けている化学療法について、治療後の状態を自分なりに捉える「受療における悪くない感触」を構成する概念は、＜副作用症状は我慢できる範囲＞と＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞であった。また、治療を受ける過程において「続けるための物差しの創造」を構成する概念は、＜治療の合間で体力の持ち直し＞、＜続けることで分かる副作用症状からの回復＞および＜抑えられているがん＞であった。次に、構成された概念について述べる。

＜副作用症状は我慢できる範囲＞

本概念は、「治療の副作用はあるけれども、まだ私の辛抱できる範囲である(C)」と語られたように、化学療法の副作用症状によって体調が悪化した経験はあるが、現在は我慢が可能であると認識していることを意味していた。

「治療の副作用はあるけれども、まだ私の辛抱できる範囲であるからね、このまま続けようという気持ちを持っています。これがね、段々と厳しくなればまた違った考えが出てくるかもわかりません。今のところは、確かに日常生活に多少の不便はあるけれども、そこまで支障はないということで、継続しています。(C, 130-134)」

「やっぱり受けた後は食欲もなくなるし、何食べてもおいしくはないですね。便秘もあったし、辛いと言えば辛いですよ。これだけ何食べても食欲がわからないということは間違いなく治療の影響ですよ。・・・今のところは大丈夫ですけれどね。(M, 65-67, 82)」

<自活できるうちは受ける老成の考え方>

本概念は、「寝たきりとか自分のことが自分でできないようであればやめる(Q)」と語られたように、自分のことを自分の力でできなくなるようであれば化学療法は中止する意向を持っているが、現在は自活できていることを意味していた。

「この程度の副作用であれば自分でも辛抱できるということですから。でも、わかりませんよ。当たり前前にできていたことが、抗がん剤によって肉体的に難しくなるかもしれません。その時はその時で、仕方がない。割り切るしかないですもんね。寝たきりになったら間違いなくやめると。そういうことですね。(C, 159-163)」

「病気はね、病院にお世話になって治療を受けられればいいけれど、認知症はなりたくないってみなさん仰るからね、自分のことが自分でできなくなるようであれば、治療はやめると思うんだよね。今はね、足は弱っているけれど手を動かせるから自分のことは自分でできるからね。[『自分のことが自分でできなくなるというのは?』] 日常の生活ができなくなるということだね。そうだね。今はできているけれど、それができなくなってきたら、どうするか考えるよね。(E, 153-160)」

「例えば副作用が強いから弱いものに変えましょうってなったら、その弱い副作用はどの程度のものなのか、それを確かめて、今言ったように最低限の生活ができる程度の副作用であれば続けると、そういう状況でしょうね。なので、寝たきりとか自分のことが自分でできないようであればやめると、そういうことですね。（Q, 77-81）」

<治療の合間で体力の持ち直し>

本概念は、「抗がん剤の合間で休みがあるということが、ある程度治療を続けるためには必要（G）」と語られたように、治療中は体力の低下を実感するが、治療と治療の合間の期間において体調が改善することが必要であることを意味していた。

「やはり辛くても治療は頑張って続けたいよね。仮に1週間具合悪くなくても、その後に回復するのであればね。体調に波があっても、改善するなら続けたい。[『体調が辛くてもやはり治療優先?』] 終わってみれば辛いと言っても、そこまで辛くないとも思えるしね。まあ、寝たきりになるわけじゃないし、寝たきりになるんだったらそれは困るけど。（B, 180-186）」

「（抗がん剤を飲めば）酒も飲みたくなくなるし食欲も落ちるから調子が悪くなりますよね。でも、2週間目の最後の方になると『これでやっと2週間休める』って思うから、そのバランスを考えていますね。特に、TS-1 はこんな感じで1週間休みにしたり2週間にしたり、薬の特徴もあるかもしれないしね。これ、毎日ずっと飲み続けるんだったら結構辛いかもしれない。だから、やっぱり抗がん剤の合間で休みがあるということが、ある程度治療を続けるためには必要なんだろうね [『どういう状態なら続けるのは難しいですか?』] 食べられないっていうことは動けなくなるっていうことだからね。食べられなくなってきたら、先生と相談してストップしてもらうことになるだろうね。（G, 140-152）」

<続けることで分かる副作用症状からの回復>

本概念は、「治療を受けた後の2週間は辛いけれど、3週目はやっぱり少し楽になりますよね。なので、今週は割といい方ですね。これは、治療続けてきて最近わかったことです(M)」と語られたように、化学療法を続けていく過程において副作用症状の改善を理解することを意味していた。

「今のところは順調にきているとは自分でも思っていますよ。今月からパークゴルフも再開して、周りで誘ってくれる人がいますので。かといって、それをやりすぎている部分もあるのではないかって思うこともありますけれど。・・・治療を受けた後の2週間は辛いけれど、3週目はやっぱり少し楽になりますよね。なので、今週は割といい方ですね。これは、治療続けてきて最近わかったことですね。なんとなくですけどね、自分の中では良いような感じはあります。(M, 53-56, 73-76)」

「最初にかなり辛い状況でしたから、1種類の薬をやめてからは体力も気力も戻って、続けるためには必要な条件ですよ。(Q, 84-85)」

<抑えられているがん>

本概念は、「飲んでいるからこそがんが抑えられている、ということがあるから飲んでいるということ(G)」と語られたように、現在受けている化学療法によってがんの進行が抑えられていることが、今後も化学療法を続けていくためには必要であることを意味していた。

「今の状態だと、肝臓の方はほとんど小さくなっているし、この前の胃カメラでも小さくなっているから、治療の効果はあるんだよね。先生も、これは効いているなっていうから、それは効いているんだと思うんだよね。とりあえず、これを継続してやるっていうね。(B, 82-85)」

「現状では、薬のおかげで大きくなっていないと思うから、我慢して飲まなければ駄目かなって思っている。[『我慢?』] 実際にはがんがリンパにあるからといって、痛いわけでも何でもないからさ。だから、これが痛いとかっていうなら絶対薬を飲まなければいけないって思うんでしょうけれど。痛くもな

いんだけど、やっぱりこれ以上がん細胞を大きくしないために治療をしないといけないと思うから飲んでいるということですよ。（G, 63-71）」

*＜歳なりの程良い状態の見立て＞

本概念は、本研究の中核をなす概念として位置づけられた。「最初の体調が悪かった時と比べると今の状態はすごく良いよ。死と直面することによって生きることが素晴らしいことだって感じています（L）」と語られたように、加齢に伴って迫る死やこれまでの化学療法の副作用症状による辛さについて振り返ることによって、現在は良い状態であると見なしていることを意味していた。「好きなことやれているしまあまあ良い状態といえるでしょうね。ただ、さっきも言ったように、最初は副作用もあって治療の効果があったけれど、今は副作用がほとんどなくて治療が効いているんだろうとか、そろそろ次の治療に移るのかとか、少し長くなってきてそういった不安は絶えずあるかな。一生付き合わなければいけないって先生から言われているしね。だからって、次の治療法についても言われているし、暗い気持ちということはありませんね。まあ年齢も年齢だしね、そろそろね。来年 80 歳だし限界が近づいているというのは事実だしね。（K, 114-121）」

「日常的には最初は物食べられなかったけれど、今は食べられるようになったから、子供たちも『よく食べられるようになったね』とか言ってくれるし、そう考えると、最初の体調が悪かった時と比べると今の状態はすごく良いよ。死と直面することによって生きることが素晴らしいことだって感じていますね。やはり少しでも長く生きられたらなっているのが一番だよ。（L, 118-125）」

＜治療における肯定的側面の重視＞

本概念は、「幸か不幸かはわからないけれど、こうやって 75 歳を超えてやれていることは感謝しないと（I）」と語られたように、化学療法を受けるおよび続ける意味について高齢となった立場から捉え直しており、視点の転換を図

ることによって治療を受けることの良い側面に焦点を当てることを意味していた。

「老人で一人はね、孤独です本当に。これをどう自分でやっていくのか。だから、だらだら長生きはしたくないですよ。いい区切りがあるならそれでいいわけです。だから、私はがんになってよかったって言えるのはそこですよ。・・・でも、ステージIVならどう転んだって1年あるかないかじゃないですか。それなら、まあやってみてもいいかなと。でも、それは良いか悪いかはわからないですよ。（M, 154-168）」

「（治療を）再開するという時に、先生が『少しでも影響のないようにやりま
すから』って言ってくれて、実際にそういう状態で今いますから、まあこれなら
いいかということを受けていますね。迷いがあるとかではなく、とにかく人生
というのはそうなっていますから、それを受け容れる他ないですよ。妻に
は、72,3歳で死ぬからってずっと言い続けて、『何言っているの』って言わ
れて過ごしてきた人生だから、がんにかかって治療を受けてっていうのは設計
図にはなかったけれど、それも経験の一つとしていいかっていう気持ちですね。
（P, 89-96）」

< 古い故の治療の不確かさの引き受け >

本概念は、「ずっとがんが大きくならないで現状維持をするのであれば、す
こぶる素晴らしい治療法だったのではないかなと、その時に思うんでしょうね。
それは将来はわからないことですからね。年齢を重ねることでそういう考えが
ありました（Q）」と語られたように、高齢であるからこそ治療効果があるか
わからない不確かな状況を引き受けられることを意味していた。また、引き受
けるという用語の意味は、自らの意思で責任を負担することである。つまり、
高齢であることを理解し不確かな状況を自ら背負うことである。

「毒による悪影響はもう仕方のないなど。良くなることもあれば悪くなること
もある、五分五分だなどと思って受けております。それは割り切らないと治療は
受けられないですよ。でも、少しでも良くなるって考えないとね。・・・私な

んかは 75 歳超えているからまだいい方だけれど、これが若かったらね大変だこれは。(I, 244-252)」

「もうこの年齢になれば苦勞して生きる必要はないよね。本当にやりたいことをやって、そんな楽しい社会生活を送らせてもらって、社会を引退した後も楽しく 10 年遊んで暮らしたことを思えば、後はなるべく楽に生活ができればいいよね。無理やり長生きしても仕方がないですよ。・・・だから、確かにわからない中で受けているんですけど、ある程度自分のその状況を受け容れているのでこのまま受けていきますね。(P, 175-179, 200-202)」

【老いの過程の中ががん治療を組込む】

本カテゴリーは、がんは進行しているため治らない病気であること、将来どのような経過を辿るのか見通しがつかないことを理解し、がんの罹患を老いの一過程として受け容れることによって化学療法を人生に組み込む作業を行うことを意味しており、2つの概念から構成された。カテゴリーを構成する概念は、<老いの一過程として存在するがん>および<がんと治療の共存に向き合う>であった。次に、構成された概念について述べる。

<老いの一過程として存在するがん>

本概念は、「私も 78 ですから、定命、定められた命の一過程として、こういう病気が俺に与えられたのかなって、そう思っています(C)」と語られたように、高齢となった自分の年齢と向き合うことによって、がんになったことを老いの一過程として受け容れていることを意味していた。

「最初、この胃がんと聞いた時は、頭の中が真っ白になって、一晩考えて眠れなかったんですよ。でも、今はもうそういうことはなくて、がんと向き合っていかなければいけないんだなって思えるようになりましたね。そういうことは、なったらなったで、自分の宿命なんだって、諦めって言ったらおかしいですけど、向き合っていくしかないですよ。・・・今は、何も仕事もしていないただ家にいるだけだから、諦めというか宿命とか、そういう風に考えら

れるけれど、若かったらそんな風には考えられないでしょうね。（L, 62-66, 72-74）」

「年齢から考えてもがんになっていなかったとしても亡くなっても不思議のない年齢ですからね、この先例えば、がんが大きくなるとかそういう風になったとしても、がんにはばかり目を向けなくて、自然体でもなる時はなるから、それはもう仕方ないだろうと、諦めというのか受け容れるというのか、そんなことは思っていますね。（Q, 91-95）」

<がんと治療の共存に向き合う>

本概念は、「がんは小さくはならないけれど大きくもならない状況だと、それなら握手をしながらこのまま続けていければいいのではないかなと、歳も歳ですし、そんなことを考えています（Q）」と語られたように、がんの完治が困難であることを認識し、がんと上手に付き合いながら化学療法を続けられることが望ましいと考えていることを意味していた。

「治療を続けていく中で、頑張らない生活というか、良い意味で適当に過ごさってというのは思うようになりましたかね。本当に、あまりこだわりを持たずに過ごせるのがいいんじゃないでしょうかね。でも、これからですよ。腸閉塞とか調子が悪くなる時が来るわけですから、そうなった時から勝負ですよ。一人だと生活できないし、そうなった時にはお医者さんがどうするかですよ。・・・それを受け容れることが必要なんでしょうね。（M, 202-207, 213）」

「治らないって徐々にわかってきて、残るがん細胞が悪さをする、しない、ということが今後どうなっていくかっていうことですから、全部やっつけて完治させるっていうことができないわけですからね。じゃあどうするかって言ったら、がんと上手に付き合いしていくしかないということです。いつまでに何をしなければいけない、これをしなければいけない、がんに負けてられない、そういうことではなく、無理しないでがん細胞と付き合いしていくことで自分を苦しめないことが大事だと思うけれどね。（N, 168-172, 175-178）」

[後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足]

本サブカテゴリーは、化学療法を継続することを選択するプロセスを促進させる要素であり、3つの概念から構成された。サブカテゴリーを構成する概念は、〈晩節は大切な家族と過ごしたい〉、〈医師への信頼から得られる安心感〉および〈支えとなる人からの励ましによる奮起〉であった。次に、構成された概念について述べる。

〈晩節は大切な家族と過ごしたい〉

本概念は、「なるべく長生きしてね、家内と息子と一緒に暮らしたい(B)」と語られたように、単に長生きすることを望んでいるわけではなく、残された人生は家族と少しでも長く過ごしたいと願っていることを意味していた。

「犬を飼っていますから、犬を看取るまでは私は絶対に、何としても生きていかなければならないと、強く思っています。今犬が12歳だから、あと3年くらいだと思うんだ。だから、まずはあと3年だね。もし、3年生き延びたら、またどのように考えるかはわからないね。だけど、今のような副作用があってもね、この程度なら日常生活に多少は不便があるけれど、苦痛はそんなにないので間違いなく継続します。だから、犬だけはね、何としても、これは絶対です。 [『ペットもご家族ですからね』] そう、これはもう、飼った以上は俺も癒されるし、俺がいなければ犬も大変だしね。自分が生きて以上は絶対に離れたくないからね。それが、小さいことかもしれないけど、生きる希望になっているよね。(C, 141-152)」

「(治療を続ける決め手は) やっぱりそれは家族でしょうね。もう、発病してからずっと家内がついてきてくれるし、娘や息子が毎回毎回、『結果どうだった?』って聞いてくれるし、そういった後押しがあるからだよね。一人だったら、もうね、やっていないかもしれないよね。(G, 83-86)」

「ここまで生かしてもらったから、もういいかって。一方で、孫にとっては私が生きていだけで元気をもらえている部分もあるんでないかな、あればいい

なって思いますよね。 [『では、抗がん剤を続けていくためには、そういう存在も必要な要因でしょうか?』] そうだね。やっぱり、子供や孫の存在は大きいですね。お迎えが来たら仕方ないって思う反面、生きることが子供たちにとっていいことであるなら、それは生きたいとも思うしね。(N, 90-98) 」

< 医師への信頼から得られる安心感 >

本概念は、「症状に見合った治療をする専門家ですから、そこを信じてやっていることが心の安定にも繋がっている (J)」と語られたように、がん治療における専門家である医師を信頼することによって、化学療法を続ける選択における安心感が生まれることを意味していた。

「やはり頼りになるのは医師だからそこは大きいよね。当然だけど、素人はわからないからさ。メンタル的なことはね、家族がいろいろと支えてくれるからね。病気に関しては先生が頼りだからね。(G, 168-170) 」

「がんの状況とか薬の効果とかは全く知識がないもんですからね、担当医の先生を信じて、先生のアドバイスに従う他ないですね。病気になってわかったことは、医師を信じて治療をすることが大事な要素だと思う。やっぱり、一人一人の症状を診て、その症状に見合った治療をする専門家ですから、そこを信じてやっていることが心の安定にも繋がっているような気がします (J, 112-119) 」

< 支えとなる人からの励ましによる奮起 >

本概念は、「家族から『頑張って続けなさい』って言われるとね、気持ち的に前向きになれるよね。それこそ家族以外の人も、会うたびに『大丈夫かい?』とか、『無理するんでないよ』って声かけてくれるし、それはすごく励みになります (L)」と語られたように、家族や医療者などの周囲の人からの励ましがあることによって、化学療法を続けていくための意欲が高まることを意味していた。

「師長さんと薬剤師さんは毎日時間をみつけてきてくれてね、『頑張ってる生きないと』って言ってくれてね、『みんながそう言うなら、頑張ってみる。』ってね。 [『看護師さんや薬剤師さん含めて、医療者の方々からの支えがあってそのように思えたんですね。』] だから、私は師長さんにね、本当元気づけられた。今でも来てくれるんだけどね、『頑張れー！』って言ってくれるからさ、ありがたいよ。(A, 156-162)」

「もちろん一人で頑張れる方もいるんでしょうけれどね。私の場合には何と言っても家族の支えです。人間ですからマイナスのことももちろん考えるけれど、家族がいるから頑張れるんですよ。・・・治療を受けるうえでの心の支えになっています。間違いありません。(I, 226-228, 239-240)」

【余生を見据えた健康観の柔軟化】

本カテゴリーは、進行がんを有する高齢患者が化学療法を続ける選択に至るプロセス全体と相互に関連し合う健康観であり、加齢に伴って変化する状況に応じて考え方の幅を拡げることを意味しており、3つの概念から構成された。カテゴリーを構成する概念は、＜老性自覚に合わせて受けられれば良い＞、＜今という時間を大切に生きる＞および＜幾分の効果による老後の在り方＞であった。次に、構成された概念について述べる。

＜老性自覚に合わせて受けられれば良い＞

本概念は、「もう元通りには戻れないのはわかっているから、月1回の会合とか、町内会のウォーキングとか、デパート歩きとか、そういうのに参加できるようになれば、もうokかなって今は思っている(B)」と語られたように、加齢に伴う衰えを自覚することによって、その衰えに合わせて生きることができれば良いと考えていることを意味していた。

「身体がいつまで続くかね。今78歳だから、あと2,3年かな。・・・なんだかんだいって、まだ生きたいですしね。あの、はっきり言うと死にたくないから。死にたい人はいないと思うけど。身体がしんどくてしんどくてどうしよう

もなければ違う考えにもなるかもわからないけどね。それがない以上は頑張るしかないよね。(C, 192, 202-206)」

「まだまだやりたい気持ちはあるけれど、身体が言うことをきかないからさ。だから、身体が言うことをきいている間は続けようかなって思う。だって、もう治らないんだから、病気になる前くらい元気になるっていうのが難しいんだからね。(O, 74-77)」

<今という時間を大切に生きる>

本概念は、「80歳を超えているんですよ。それはそうなりますよ。いいじゃないですか、ここまでこれたんですから、残りの人生は楽に生きたい(M)」と語られたように、高齢となった現在まで生きていくことに満足していることから、今の時間を大切に生きたいと考えていることを意味していた。

「今言ったように、無理な延命治療だけは避けたい。膵臓がんですから、たぶんいつか腸閉塞とかが起きてくると思うんです。そうなったときの兼ね合いをどうするかですよ。・・・だって80歳を超えているんですよ。それはそうなりますよ。いいじゃないですか、ここまでこれたんですから、残りの人生は楽に生きたいですよ。80歳というのは、頑張ったって、頑張りがありませんからね。子供には何か引き継ぎたいとは思いますが、頑張って無理して生きることはしたくないです。(M, 180-182, 187-191)」

「一番大事なのは免疫力アップ、自分の心ですよ。抗がん剤ではないしよ、ってことですよ。薬も大事ですけどね、それは自分の心の平穏にプラスして薬があればなおよってことですかね。年齢も年齢だからって思えば、気持ちも明るくなりますよ。・・・病気に詳しくなって、あれがいい、これは悪い、って思うよりも、残りの人生楽しく生きようよってということですかね。・・・元気に食べて飲んで、楽しく家族と会話してね。ここまで来たから、辛いことはせずに、楽しいことを考えるようにして、そういう努力した方がいいんじゃないのかなって。(N, 172-175, 178-180, 184-186)」

<幾分の効果による老後の在り方>

本概念は、「抗がん剤でがんが小さくなって、ある程度普通の生活に戻れば、それで十分だと思っている(B)」と語られたように、高齢であり、なおかつ進行がんであることから、少しの治療効果を得てこれまで通りの生活を送ることができれば良いと考えていることを意味していた。

「この間みたく強い薬を使って、体力を落として命をなくすより、軽いお薬で時間をかけてねやっていたらいいなって、そう願っています。・・・もちろん、少しでもがんが小さくなってほしいとは願っています。治療の効果はね、その後の判断ですね。(A, 87-89, 106-110)」

「これも自分の定められた命の一過程かな、なんて思ったりしますけど。もう、がんも治るものだとも思っていないですからね。それは治れば万々歳ですけどね。・・・胆管がんということを考えれば、治るなんて気持ちは全く持っていませんが、小康状態を保ってくれれば充分かなと思っています。(C, 81-83, 91-93)」

VI. 考察

本研究において、進行がんを有する高齢患者が化学療法継続の選択に至るまでには、時間軸で捉えた概念で構成されるプロセス、およびそのプロセス全体と相互に影響し合う健康観の概念で構成される意思決定の構造が明らかとなった。考察では、見出された構造の特徴として、老いの過程の中に化学療法を継続する選択を組込む様相、化学療法継続の選択におけるプロセスと関連する健康観の遷移、および看護への示唆について説明する。

1. 老いの過程の中に化学療法を継続する選択を組込む様相

進行がんを有する高齢患者は、化学療法の継続について迷いながらも【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】を行い、最終的に治療継続を老いの過程の一部として組み入れている。このように、【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】から【老いの過程の中にがん治療を組込む】までのプロセスは、進行がんを有する高齢患者が化学療法を継続する意思を固めていくことを意味しているといえる。また、本プロセスの特徴は、中核をなす概念である*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を発見することを機に、治療継続における老いや年齢の捉え方を「高齢のため受けたくない」から「高齢であるからこそ受けても構わない」と視点の転換がもたらされている点である。

治療継続を老いの過程の中に組込むプロセスの最初の段階にあるのは、【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】である。その特徴は、高齢かつ進行がんを患っていることを理由に、残された人生の生き方と化学療法を続けることに伴う影響を考え合わせていることである。この二つ局面を突合せることによって、化学療法を継続することについて逡巡しているが、その根底には加齢に伴う健康の喪失が受療によって助長されることに対する懸念が存在している。高齢患者にとって、副作用症状や健康への影響が化学療法を中止する最たる要素である (Harder, Ballinger, Langridge, Ring, & Fallowfield, 2013) ことから、これまで受けてきた化学療法に伴う苦痛を経験し、治療を続けることによって加齢に伴う衰耗状態を加速させてしまうことを危惧しているといえる。一方、治療を受けないことによる転移や再発などの病状の悪化を心配し、また、

高齢であることを理由に受けなくても良いのではないかという、治療継続に対する割り切れない思いを抱えている。これらのことから、高齢かつ進行がんに罹患した患者の特徴は、長生きへの希望や治療効果に対する期待（今井芳枝他，2016；大槻他，2016），体力が落ちる辛さ（森本・井上，2014）や病状の悪化に対する不安（森本・井上，2014）といった治療の利害のみに焦点を当てているわけではなく、化学療法を続けることによって予測される老い先の生き方への影響の程度を考えていることである。

最終的に【老いの過程の中にがん治療を組込む】ためには、本研究結果における中核をなす概念である*＜歳なりの程良い状態の見立て＞が非常に重要な役割を担っている。それは、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞によって化学療法の不確かさを引き受けることが可能となり、再発または転移を来した進行がんに罹患したことを老いの一過程として捉えるまでのプロセスを促進させているからである。がんの治療過程にある高齢患者は、定められた寿命に従うと受け止めるとされている（今井芳枝他，2011）が、高齢患者はがんであることを運命や定めとして捉えているだけではなく、老いの過程に化学療法を継続するという行為を組み入れているのである。つまり、進行がんを有する高齢患者は、加齢とともに進行がんを患ったことを運命として諦めるのではなく、これ以上長生きすることに執着しない姿勢で今後の生き方と向き合い、残された人生において可能な範囲で治療を続けられる状況を判断しているといえる。このように、高齢患者が老いの中に化学療法を継続する選択を組込む様相の特徴としては、これまで受けてきた治療によって自分に生じた状態を吟味し、今後も治療を続けられるための内面的な拠り所となるものを模索しながら判断していく様子がみられることである。

これらの意思決定プロセスにおいて*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を見出すことは、高齢であることを理由に治療の継続について躊躇う気持ちから、高齢となったからこそ受けてもいいのではないか、という捉え方の変化のきっかけになっているといえる。神谷（2004）は、病気になった人々がこれまでの古い価値基準から解放され乗り越えていくためには、新たな価値体系を検討

する過程が必要であると述べている。進行がんを患う高齢患者は、化学療法の効果があるのかわからない不確かさについて、高齢であっても適度に良い状態で治療を受けることができていることによって確証のなさを引き受けている。つまり、化学療法を続けることに対する価値の転換は不可欠であり、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を見出すまでは治療継続に対する戸惑いや躊躇いの気持ちを抱えているが、老いながら治療を受ける現実に取り添うことによってこれまでとは違う局面を見出しているのである。この*＜歳なりの程良い状態の見立て＞の発見に寄与するのは【続ける気持ちの引き寄せ】であり、引き寄せにおいて化学療法を受ける意味を探求することによって患者自らが見出していくものである。進行がん患者にとって副作用症状の改善が治療意欲へ繋がり（McMullen et al., 2019）、また、高齢がん患者は寝込んでまで生きていたくない思いを抱えていること（下出他, 2018）から、化学療法を受けていることに対する主観的な感覚として、副作用症状が我慢できる範囲で抑えられていることや、自分のことは自分でできている状態であると捉えることは治療を続けていくうえで必要な要素といえる。がん治療を受ける高齢患者は、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ることが可能である（長尾他, 2017）ため、加齢に伴って心身機能が衰退する高齢者にとって、年齢を重ねながらも自活ができる状態であることは治療を継続する気持ちを高めるうえで重要であると考えられる。それらに関連して、治療と治療の合間にある期間には体力が回復すること、何度も化学療法を受けることによって副作用症状は徐々に軽減するなどの主観的な感覚、さらには、治療効果としてがんが抑えられている客観的な事実など、治療を続けていく体験の中で得られる状況を統合させることによって、治療を続けるための基準も見定めている。そのような基準をある程度定めつつも、常に自分の望む生き方と照らし合わせて考えており、続けていくことができる状態を柔軟に見極めているといえる。

これらの一連の意思決定プロセスにおいて、【古い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】と【続ける気持ちの引き寄せ】では、[後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足]がプロセスを促進させるために必要な要素であ

る。がん治療を受ける高齢患者のニーズや必要とされる支援内容として、長生きへの希望（今井芳枝他，2016；大槻他，2016），医師に対する信頼（今井芳枝他，2016；大木・石川，2018），医療者から得られる情報（Dutta-Bergman, 2003；Gorawara-Bhat, O’Muircheartaigh, Mohile, & Dale, 2017），家族や医療者など身近な人的資源からの情緒的支援（加賀谷他，2019；森本・井上，2014；大木・石川，2018；奥村他，2016）などがあるが、単に長生きすることや医師に対する信頼を理由に化学療法を継続する決定を下しているのではなく、生きる希望となっている存在のために受けたいと願っているのである。高齢者は、人との関わりによって生まれる思いを心の支えとし、自分の価値や喜びを感じることを大切にしている考え方を持つ（正木・山本，2008）ことから、心の拠り所となる存在がいることは患者にとって生きる活力となっているのである。

意思決定の概念として Simon（1997，二村他訳，2007）は、いくつかの代替的選択肢のなかから一つの代替的選択肢を選択することであると述べている。しかし、これまで述べてきたように、高齢患者は単に目の前にある選択肢を吟味して躊躇することなく決定を下しているわけではなく、化学療法の継続について残りの人生に及ぼす影響を考慮することで治療を受けるか否か逡巡しており、自分自身の置かれている状況に応じながら治療を取り入れていたことから、意思決定活動は前進と後退を繰り返しながら少しずつ前に進んでいるといえる。そして、治療を受ける、または続ける選択をするだけではなく、老いゆく中で治療を継続することの意味を捉え直す活動を含んでいることが本研究における意思決定の特徴である。したがって、進行がんを有する高齢患者は、加齢や治療の影響に伴う様々な能力の衰退や喪失などの身に起こる変化の中で化学療法の継続が可能な状態を見極め、最期まで自分らしさを保ちながら老いの過程の中にがん治療を組込んでいく力を獲得していることが示された。

2. 化学療法継続の選択におけるプロセスと関連する健康観の遷移

進行がんを有する高齢患者は、【余生を見据えた健康観の柔軟化】として、加齢による諸機能低下の自覚や化学療法に伴う影響から徐々に健康観を遷移させている。健康観の遷移とは、当初は加齢に伴う老化現象を自覚することによって無理のない範囲で化学療法を受けられれば良いと考えているが、治療を続ける過程において程良い状態を維持できている事実をもとに今の時間を大切に過ごしたいと願い、それ故に、幾分の効果が得られるのであれば治療を継続することを人生に組込むという捉え方の変化を意味する。このように、患者の健康観は意思決定プロセスと相互に影響し合っており、プロセスの進行に伴って健康観を変えているのである。

進行がんに対して化学療法を受けている高齢患者は、治療を開始して間もないころは加齢に伴う心身機能の衰えの自覚と、進行がんに対して受けている化学療法の影響を考え合わせて、残りの人生においては無理のない生き方の範囲で受けたいという気持ちを持っている。高齢であり進行がん罹患している患者は、加齢による様々な喪失の自覚に加え、受療に伴う苦痛症状によって今以上に生活の質の低下を加速させることは望んでいないのである。すなわち、治療の継続について思慮を巡らす根底には、化学療法が残された人生の質に大きな影響を及ぼさないことが条件として存在していると考えられる。言い換えれば、自分の健康観を脅かす程の化学療法の影響があれば受けない選択肢も考えているということである。しかしながら、死という生きることに最も影響が大きい事態を避けるためには治療を受けざるを得ないという判断により化学療法を受けていることも事実である。高齢患者は、受けている化学療法について副作用症状が許容できる範囲で済んでいることや、治療の副作用症状から体力が回復し次の治療に向かうことができる状態であることなどを理由にして続ける気持ちを引き寄せようとしている。このように、＜老性自覚に合わせて受けられれば良い＞という捉え方は、【古い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】から【続ける気持ちの引き寄せ】へのプロセスに影響を与えており、これまでの化学療法に伴う苦痛の体験が意味していることを患者が自分自身に問うため

の要素として重要な役割を果たしている。進行がんを抱える患者は、「もう元通りには戻れないのはわかっているから、月1回の会合とか、町内会のウォーキングとか、デパート歩きとか、そういうのに参加できるようになれば、もうokかなって今は思っている(B)」と語るように、がんの治癒は困難であることを理解しており、日常生活をこれまで通りに過ごしたいという気持ちを強く持っている。それは、若年の人よりも残された時間が短い高齢者であれば尚更、その傾向は強くなることが推察される。つまり、進行がんを有する高齢患者は、加齢と進行がんを抱えながらも自分らしく過ごすことができる生き方を模索しており、長生きへの希望や治療効果に対する期待(今井芳枝他, 2016; 大槻他, 2016)といった既存の知識だけではなく、自らの生き方を振り返ることによって生きることの質や生きる意味に目を向けていることが本研究から付加される結果であるといえる。

このように、加齢とこれまでの化学療法の影響によって<老性自覚に合わせ受けられれば良い>と考えている高齢患者は、化学療法を受けることができている事実に基づき、徐々に治療継続に関する捉え方を遷移させている。【続ける気持ちの引き寄せ】によって* <歳なりの程良い状態の見立て>を発見するプロセスから影響を受けて、<今という時間を大切に生きる>という健康観に変わっている。その特徴は、化学療法を続けてどのように生きるのか、という観点ではなく、今の安定した状態の維持を前提に余生を過ごしたいという考えに転換している。

進行がんを有する高齢患者は、治療の不確かさを引き受けることによって【老いの過程の中にがん治療を組込む】が、そのプロセスに至るには<幾分の効果による老後の在り方>としての健康観を明確にする必要がある。つまり、最大限の効果が得られなくとも少しの効果が得られれば良いという長くはない人生における自分の生き方を示すことによって、老いの過程にがん治療を組込むことが可能となるのである。がんを抱える高齢患者は、副作用症状が生じる中でも少しでもがんの進行を抑えたいと治療への向き合い方を変えている(篠岡他, 2019)ことや、がんと共存し折り合いをつけ自分らしい過ごし方を見

つけていく（遠藤・浅野，2019）ことから，化学療法を受けている進行がんを有する高齢患者は，加齢と治療による影響によって喪失する側面をみるのではなく，残されている側面に視点を向けることによって，解決しない問題に立ち向かう力を獲得し，自分なりに相応しい老後の在り方を明確にした健康観を築き上げるという特徴を持つといえる．そのように，健康観を柔軟に変化させていくことによって，がんや化学療法に伴う影響に大きく翻弄されることなく，残りの人生にがん治療を組込んでいるといえる．しかし，重症疾病を抱える高齢者の治療に対する意向は，治療の負担や結果に影響される（Fried, Bradley, Towle, & Allore, 2002）ため，がんを抱える高齢患者の視点で捉えると，今後生きていく過程に化学療法を取り入れることを確立していくあり様は，これまで受けてきた治療に伴う結果によって多様であることは容易に想像がつく．そのため，化学療法を受ける進行したがん患者にとって時間が経過することで前向きになれる（高屋敷・菊池，2019）といわれているように，病気と闘う姿勢から，病気と共に生きる姿勢に自身の健康観を変容させていくためには時間の経過は必要であろう．一方で，本研究の参加者は全身状態が比較的良好であったことから，副作用症状に耐えることができていたこと，また，自立した生活を送ることができていたことが推測される．すでに全身状態の悪化によって自立した生活を送ることができていない，それに伴い死が間近に迫っていた高齢患者であれば，これまでの治療について振り返り自身の健康観と照らし合わせた生き方の捉えは，本研究における結果の特徴とは異なる可能性があると考えられる．

このように，進行がんを有する高齢患者は化学療法の継続について逡巡し，生きていく過程にがん治療を組込むプロセスを経る中で，これまで述べてきた時間経過と共に獲得した高齢者特有の健康観と意思決定プロセスのすり合わせを繰り返している．再発・進行がん患者は，最後の治療に賭けながらも新たな副作用症状への不安に日々気持ちが行ったり来たりする揺らぎを抱えている（今井洋子・神田，2020）が，本研究の参加者は，老いの自覚に合わせて無理のない範囲で治療を受けたいと考える場合と，治療を受けていてもこれまで

通りの生活を営むことができている状況を維持するために続けたいと考える場合があった。つまり、患者自身の価値観に合わせて行動する、もしくは患者自身の状況に合わせて行動しており、意思決定プロセスと自身の健康観が双方に連動することが意思決定の促進には重要である。そして、そのプロセスと健康観の連動の発生には、治療を続けるかどうか葛藤し逡巡する作業が必要であると考えられる。これらのことから、進行がんを抱える高齢患者が化学療法の継続を人生の一部として捉えるためには、治療を受けることで人生を単純に積み上げることを目指すのではなく、化学療法を受けてきた人生経験そのものに対する評価を繰り返し、自分らしい生き方を含めた余生の在り方を見出し明確にしていくことが必要である。

意思決定の視点でみると、高齢患者の治療決定に影響を与える要素として、個人的信条や価値観、治療に対する好み、過去の健康に関わる経験などが挙げられているが (Tariman, Berry, Cochrane, Doorenbos, & Schepp, 2012)、SDM プロセスにおける関係者間の交流、目的や見通し、希望や嗜好、価値観の分かち合いに関する詳細な記述に関しては十分な蓄積がないことも指摘されている (辻, 2007)。しかし、進行がんを抱えた高齢患者は、加齢と化学療法の影響を受けて遷移させている健康観から逸脱しない範囲で治療を続ける選択をするという特徴を持っている。前立腺がん患者の治療における意思決定プロセスにおいて、患者は病気の治療は生活の中の一部であり、治療を受けながら自分らしくありたいという思いを抱えている (瀬沼・藤本・神田, 2016) とされていることから、それぞれの患者が重要視する価値観は多様であっても、自分が望む生き方を維持することが大前提であることは共通しているといえる。高齢になって進行がんと診断され、治療を開始する時には患者は喪失していくことに目を向けているが、治療過程を通して残された側面や状況に応じた生き方を獲得することが老いながら成長する力であり、意思決定を促進するために必要な要素であると考えられる。

3. 看護への示唆

本研究における看護への示唆として、化学療法継続の選択に影響する自身にとっての程良い状態を発見し治療の意味を考えるための支援，加齢と進行がんを抱えながらこれからの生き方を決めていくための支援，これら2つの観点から支援内容について考える。

まず、高齢患者における治療の意思決定支援では、看護者は、進行がんを罹患した患者には治療の継続に関わる葛藤が生じることを理解し、化学療法を続けるための意味を患者自身で考えることを支える役割を担うことが大切である。Frankl (1972, 山田訳, 2002) は、人生において重要なのは、意味を与えることではなく、意味を見出すことであると述べている。進行がんを有する高齢患者が抱える葛藤の特徴としては、余生が若年者よりも短いうえに、これまで受けてきた化学療法に伴う影響も相まって、続けることによって残されている人生の質がどの程度脅かされるのかという視点で考えていることであるが、治療を続けるか葛藤し逡巡する過程は、新たな生き方を模索し向き合うためには必要な作業である。そのため、看護者はこれまで受けてきた治療について患者と振り返り対話を通して、患者が語るができる環境を整えることが求められる。高齢者は、ネガティブ感情を避けるための方略を獲得すること (Blanchard-Fields, Stein, & Watson, 2004) から、がんを有する高齢患者が、治療を続けることを前向きに捉える段階に移行するためには【**古い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ**】は必要な過程であるといえる。このように、患者が化学療法を継続する意味と向き合うことは、治療を受ける、延いては続ける選択をするための足掛かりとなり、さらには、今後の生き方と照らし合わせた判断を可能とするのである。

しかしながら、本研究の参加者の背景として、PS が良好であり化学療法を受けられている患者を対象としたことから、「この程度の副作用であれば自分でも辛抱できるということですから (C)」と語られたように、副作用症状による苦痛が許容範囲で抑えられていることや、自分のことは自分で行える程度の生活を送ることができており、程良い状態であると認識する者が多

かったことが予測される。高齢の進行・再発がん患者は、治療効果があり副作用が少なく治療が自分に合っていると認識することによってがんや治療に付き合える（杉山・中村・石井，2019）だけではなく、治療を続けていく体験の中で得られる主観的感觉と客観的事実を統合させることにより、続けていくことができる状態を肯定的に捉えているのである。つまり、これまで受けてきた治療における利害得失を検討し、化学療法から得られる恩恵に視点を転換し確証のない治療に向かっていく力を獲得できている患者に対しては寄り添い続ける姿勢が大事となろう。一方、進行がんを抱える高齢患者の中には、病状の進行や化学療法の影響によって苦難を体験し絶望する者や、自活ができずに治療の中止を希望する者がいることも想像に難くない。そのような場合には、治療によって失われていく側面に視点を向けた生き方を考えることが十分にできていない可能性がある。看護者は、今一度【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】の段階における関わりから見直し、治療を受けてきた過去の体験から今後の在り方を自分で導けるように時間を確保して関わり続けていくことが望ましいと考えられる。その支援が受けられない進行がんを抱える高齢患者は、生きることの質が保持されないまま治療を受け続け、QOLを損なった状態で余生を過ごさざるを得ない可能性もある。高齢のがん患者の半数は意思決定に消極的な姿勢である（Elkin, Kim, Casper, Kissane, & Schrag, 2007）といわれているが、医療者任せにする消極的な決定も含めて、患者がより良い選択を行い医療者がそれを支える役割を果たすためには、病状や治療に対する認識、提示される選択肢とそれがもたらす結果、年齢も考慮した治療における目標について十分に共有する機会を持つことが必要であり、その結果として患者自身が病気に含まれる意味を見出せるのではないだろうか。SDMにおいては、治療の目標や利害、患者の意向を統合させて関わる必要性が示されていること（Moth, Vardy, & Blinman, 2016）からも、進行がんを有する高齢患者が体験している状況と目指す自己の在り方について、患者と医療者双方が語り合い理解しながら進めていくことが、個別性が高く患者の意向が反映された医療の提供になると考えられる。

次に、高齢患者が加齢と進行がんを抱えながらこれからの生き方を決めていくためには、加齢に伴って自覚する諸機能の衰退や治療の影響による苦痛に対する支援に重点を置くのではなく、患者自身がこれまでの状況や生き方を振り返り、残された余生において生きることの質を低下させない生き方を模索し見出していくという観点から支援を考えることが必要である。換言するならば、看護者は、患者が残されている機能や能力などの側面を十分に理解し、その状況を逸脱しない程度において治療を受けるという捉え方を獲得できるように支援することが重要である。治療薬の発展や外来治療の推進などを背景に、今後自宅生活しながら化学療法を継続する高齢患者は増加していくことが見込まれる。診断後に化学療法を受けていく過程において、患者も医療者も治療に伴う身体の変化に着目し、苦痛の緩和を目的としたケアが優先されがちである。しかしながら、がんに対して化学療法を何度も体験してきた高齢患者は、治療による身体状態の低下と回復を繰り返すことによって生活の調整を図っている。その結果、治療は受けなければいけないという思いではなく、無理のない生き方を逸脱しないことを条件として受けているのである。高齢がん患者の治療に関する意思決定は、継続的なプロセスであり、時間とともに変化し、個人的かつ関係的な要素が反映される（Strohschein, Bergman, Carnevale & Loiselle, 2011）。特に、進行がんを抱える高齢患者の意思決定における判断は、病状の進行や化学療法に伴う身体状況あるいは生活環境によって大きく変化することが予測される。看護者は、その不断のプロセスは時間経過と共に進展していくことを理解し、また、健康観が変化していくことを加齢や治療に伴う衰退と捉えるのではなく、患者が老いゆく人生の中に治療を組込むために必要な過程であると捉え、患者の望む生き方を共に考えていく関わりが必要である。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定についての分析を行ったが、化学療法を受けることができている患者を対象としたことから、インタビュー時点では治療を継続している患者の視点からの結果であったこと、多くの参加者が外来治療のために通院されていたこと、これらのことから、生活基盤はある程度確立されていた患者が多かったことが考えられる。そのような観点を考慮した場合には限定的な結果と考察である。また、がんと診断されてからの期間に伴う治療期間には大きな差があったこと、年齢も前期高齢者から後期高齢者まで幅広かったことから、がんの進行度や年齢を考慮した分析焦点者の設定を新たに行うことでさらなる研究の発展に繋がり、より高齢者の特徴を理解した結果を導き出せると考える。

VII. 結論

本研究では、進行がんを有する高齢患者を対象にして、化学療法を受けることについてどのように捉えて継続する選択に至っているのか、その過程と選択に影響を与える要素からなる意思決定の構造を明らかにすることを目的とした。その結果、以下の点が明らかとなった。

1. 進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造は、化学療法継続における意思決定のプロセス、およびプロセス全体と影響し合う健康観で構成された。ストーリーラインとしては、高齢患者は、【若い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】をすることによって【続ける気持ちの引き寄せ】を行い、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を発見することで＜治療における肯定的側面の重視＞が可能となり、＜若い故の治療の不確かさの引き受け＞によって【若い過程の中にがん治療を組込む】へと至っていた。また、[後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足]はプロセスを促進させる要素であった。そのプロセス全体と相互に影響し合う【余生を見据えた健康観の柔軟化】として、加齢による諸機能低下の自覚や化学療法に伴う影響に応じて健康観が遷移していた。
2. この意思決定プロセスは、進行がんを有する高齢患者が化学療法を継続する意思を固めていくことを意味しており、特に、本プロセスを促進させるためには、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞が重要な役割を果たすといえた。また、健康観の遷移は、加齢と進行がんを抱えながらも自分らしく過ごすことができる生き方を模索していることを意味しており、自らの生き方を振り返りこれからの生き方を見出すことによって若い過程の中にがん治療を組込んでいた。

謝辞

本研究にご協力いただいた研究参加者の皆さまには、心より感謝すると共に深く敬意を表します。そして、病院の医療関係者各位に謝意を表します。

そして、本研究の計画から論文の作成に至るまで、直接ご指導いただきました北海道医療大学大学院看護福祉学研究科教授の平典子先生に深謝の意を表します。また、同教授竹生礼子先生および山田律子先生、そして、兵庫医療大学大学院看護学研究科教授の鈴木志津枝先生には、分析の視点や論文に対する貴重なご助言をいただきましたことに深謝申し上げます。

引用文献

- Aaldriks, A.A., van der Geest, L.G., Giltay, E.J., le Cessie, S., Portielje, J.E., Tanis, B.C.,...Maartense, E. (2013). Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *Journal of Geriatric Oncology*. 4(3), 218-226. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2013.04.001>
- Akishita, M., Ishii, S., Kojima, T., Kozaki, K., Kuzuya, M., Arai, H.,...Toba, K. (2013). Priorities of health care outcomes for the elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(7), 479-484. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.009>
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Blanchard-Fields, F., Stein, R., & Watson, T.L. (2004). Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems. *The Journals of Gerontology: Series B*. 59(6), 261-269. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.6.p261>
- Blumer, H. (1969) / 後藤将之 (訳) (1991) . シンボリック相互作用論ーパースペクティブと方法. 第1版, 勁草書房. 2-3.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Colley, A., Halpern, J., Paul, S., Micco, G., Lahiff, M., Wright Laura, F.,...Dunn, B. (2017). Factors associated with oncology patients' involvement in shared decision-making during chemotherapy.

Psychooncology. 26(11), 1972-1979.

<https://doi.org/10.1002/pon.4284>

Corre, R., Greillier, L., Le Caër, H., Audigier-Valette, C., Baize, N., Bérard, H.,...Chouaïd, C. (2016). Use of a Comprehensive Geriatric Assessment for the Management of Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Phase III Randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *Journal of Clinical Oncology*. 34(13), 1476-1483. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.5839>

出村慎一，佐藤進（2006）．日本人高齢者の QOL 評価－研究の流れと健康関連 QOL および主観的 QOL．*体育学研究*. 51(2), 103-115.

Dutta-Bergman, M. (2003). Trusted online sources of health information: differences in demographics, health beliefs, and health-information orientation. *Journal of Medical Internet Research*. 5(3), e21. <https://doi.org/10.2196/jmir.5.3.e21>

Elkin, E.B., Kim, S.H.M., Casper, E.S., Kissane, D.W., & Schrag, D. (2007). Desire for information and involvement in treatment decisions: Elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *Journal of Clinical Oncology*. 25(33), 5275-5280. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.11.1922>

遠藤和代，浅野美知恵（2019）．外来化学療法を6ヶ月以上継続する高齢肺癌患者のセルフコントロールの体験．*臨床死生学*. 23, 20-29.

Frankl, V.E. (1972) / 山田邦夫 (訳) (2002) . 意味への意志. 第1版, 春秋社. 25.

Fried, T.R., Bradley, E.H., Towle, V.R., & Allore, H. (2002). Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *The New England Journal of Medicine*. 346(14), 1061-1066. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012528>

- がん研究振興財団（2019）． がんの統計'19． <
https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2019/cancer_statistics_2019_fig_J.pdf> [2020. December 31] ．
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967) / 後藤隆, 大出春江, 水野節夫 (訳) (1996) ． データ対話型理論の発見－調査からいかに理論をうみだすか． 第1版, 新曜社. 1-25.
- Goodwin, J.A. (2007). Older adults' functional performance loss and adaptation during chemotherapy. *Geriatric Nursing*. 28(6), 370-376. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.02.002>
- Gorawara-Bhat, R., O'Muirheartaigh, S., Mohile, S., & Dale, W. (2017). Patients' perceptions and attitudes on recurrent prostate cancer and hormone therapy: Qualitative comparison between decision-aid and control groups. *Journal of Geriatric Oncology*. 8(5), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.05.006>
- Gurwitz, J.H., Field, T.S., Judge, J., Rochon, P., Harrold, L.R., Cadoret, C.,...Bates, D.W. (2005). The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American Journal of Medicine*. 118(3), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.09.018>
- 濱口哲弥（2016）． 高齢者によくみられるがん薬物療法 大腸がん． *Geriatric Medicine*. 54(12), 1259-1262.
- Harder, H., Ballinger, R., Langridge, C., Ring, A., & Fallowfield, L.J. (2013). Adjuvant chemotherapy in elderly women with breast cancer: Patients' perspectives on information giving and decision making. *Psychooncology*. 22(12), 2729-2735. <https://doi.org/10.1002/pon.3338>
- Hoffmann, T.C., Montori, V.M., & Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making.

JAMA. 312(13), 1295-1296.

<https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>

Horgan, A.M., Leighl, N.B., Coate, L., Liu, G., Palepu, P., Knox, J.J.,...Alibhai, S.M. (2012). Impact and feasibility of a comprehensive geriatric assessment in the oncology setting: a pilot study. *American Journal of Clinical Oncology*. 35(4), 322-328.
<https://doi.org/10.1097/COC.0b013e318210f9ce>

Hurria, A., Dale, W., Mooney, M., Rowland, J.H., Ballman, K.V., Cohen, H.J.,...Mohile, S.G. (2014). Designing therapeutic clinical trials for older and frail adults with cancer: U13 conference recommendations. *Journal of Clinical Oncology*. 32(24), 2587-2594. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.55.0418>

今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝 (2011) . 治療過程にある高齢がん患者の“がんと共に生きる”ことに対する受け止め. 日本がん看護学会誌. 25(1), 14-23.

今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝 (2016) . 転移のある高齢がん患者の治療に対する納得の要素. 日本がん看護学会誌. 30(3), 19-28.

今井洋子, 神田清子 (2020) . 最後の標準治療を伝えられた再発・進行がん患者の揺らぎから自己決定に至るプロセス. 日本がん看護学会誌. 34, 26-35.

Juurlink, D.N., Mamdani, M., Kopp, A., Laupacis, A., & Redelmeier, D.A. (2003). Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *The Journal of the American Medical Association*. 289(13), 1652-1658.
<https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1652>

門倉康恵, 名越恵美 (2014) . 化学療法を受ける患者の意思決定に関する研究の概観－国内文献からの検討－. キャリアと看護研究. 4(1), 41-49.

- 加賀谷真弓, 黄木千尋, 浅野由美, 櫻田香 (2019). 外来化学療法室で治療を受ける高齢患者の生活背景とニーズに関する実態調査. *山形医学*, 37(2), 63-70.
- 神谷美恵子 (2004). *生きがいについて*. 第1版, みすず書房. 165-168.
- Karlawish, J.H. (1996). Shared decision making in critical care: a clinical reality and an ethical necessity. *American Journal of Critical Care*, 5(6), 391-396.
- 木下康仁 (1999). *グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—*. 第1版, 弘文堂. 177-272.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い*. 第1版, 弘文堂. 87-229.
- 木下康仁 (2007). *ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて—*. 第1版, 弘文堂. 132-229.
- 木下康仁 (2020). *定本 M-GTA—実践の理論化をめざす質的研究方法論—*. 第1版, 医学書院. 61-226.
- 国立がん研究センター がん情報サービス (2021). パフォーマンスステータス. <
https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/Performance_Status.html> [2021. April 14].
- 厚生労働省 (2018). *がん対策推進基本計画 (第3期)*. <
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf>> [2018. July 20].
- Kristjansson, S.R., & Wyller, T.B. (2010). Introduction. In D. Schrijvers, In M. Aapro, B. Zakotnik, R. Audisio, H. van Halteren, A. Hurria (Eds.), *CANCER IN THE SENIOR PATIENT* (pp. 1-7). London: European Society for Medical Oncology.

Lee, L., Heckman, G., & Molnar, F.J. (2015). Frailty: Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Canadian Family Physician*. 61(3), 227-231.

正木治恵, 山本信子 (2008) . 高齢者の健康を捉える文化的視点に関する文献検討. 老年看護学. 13(1). 95-104.

McMullen, S., Hess, L.M., Kim, E.S., Levy, B., Mohamed, M., Waterhouse, D.,...Winfree, K.B. (2019). Treatment Decisions for Advanced Non-Squamous Non-Small Cell Lung Cancer: Patient and Physician Perspectives on Maintenance Therapy. *The Patient - Patient-Centered Outcomes*. 12(2), 223-233.

<https://doi.org/10.1007/s40271-018-0327-3>

目黒謙一 (2008) . 認知症早期発見のための CDR 判定ブック. 第 1 版, 医学書院, 21-36.

宮内栄作, 井上彰 (2015) . 高齢者の肺癌治療. 癌と化学療法, 42(1), 6-11.

森本悦子, 井上菜穂美 (2014) . 地方都市で外来化学療法を継続する高齢がん患者の困難とニーズ. 関東学院大学看護学会誌. 1(1), 1-7.

森本茂人 (2008) . 高齢者薬物療法. 三木哲郎 (編), 改訂第 3 版老年医学テキスト (pp.186) . 東京: メヂカルビュー社.

Moth, E.B., Kiely, B.E., Naganathan, V., Martin, A., & Blinman, P. (2018). How do oncologists make decisions about chemotherapy for their older patients with cancer? A survey of Australian oncologists. *Support Care Cancer*. 26(2), 451-460.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3843-0>

Moth, E.B., Vardy, J., & Blinman, P. (2016). Decision-making in geriatric oncology: systemic treatment considerations for older adults with colon cancer. *Expert Review of Gastroenterology &*

Hepatology. 10(12), 1321-1340.

<https://doi.org/10.1080/17474124.2016.1244003>

棟方正樹，佐藤裕紀，葛西雅治，坂田優，設楽紘平（2010）．後期高齢者消化器癌に対する化学療法の意義．市立三沢病院医誌．18(1)，1-4．

長尾みゆき，清水裕子，坂東修二（2017）．入院中の高齢肺がん患者の健康状態と主観的健康感，主観的幸福感の検討．香川大学看護学雑誌．21(1)，77-86．

内閣府（2018）．平成30年版高齢社会白書（全体版）． <

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_2.html)

[2018/html/zenbun/s1_1_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_2.html) > [2020. December 31] ．

内閣府（2019）．令和元年版高齢社会白書（全体版）． <

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_1_1.html)

[2019/html/zenbun/s1_1_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_1_1.html) > [2020. December 31] ．

内藤淑子，田村和夫（2015）．高齢患者．薬事．57(10)，1643-1648．

中山和弘，岩本貴（2012）．患者中心の意思決定支援－納得して決めるためのケア．第1版，中央法規，19-22．

National Comprehensive Cancer Network (2020). Clinical Practice

Guidelines in Oncology: Older Adult Oncology ver2. <

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf >

[2020. December 31] ．

野口瑛美，小室泰司（2012）．高齢者への特別な対応．佐々木常雄，岡元るみ子（編著），新がん化学療法ベスト・プラクティス（pp. 42-43）．照林社．

野崎江里子，前野聡子，長島文夫，岡野尚弘，河合桐男，小林敬明，...古瀬純司（2018）．高齢者のがん治療に影響を及ぼす背景因子．癌と化学療法．45(1)，8-11．

- 大木悦子, 石川りみ子 (2018). 外来で化学療法を行う独居高齢がん患者の療養生活における思い. 上智大学総合人間科学部看護学科紀要. 4, 23-32.
- 奥村美奈子, 布施恵子, 浅井恵理, 宇佐美利佳, 森仁実 (2016). 外来化学療法を受けている高齢がん患者の療養生活の現状. 岐阜県立看護大学紀要. 16(1), 97-103.
- 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, 長谷川美鶴, 金田久江 (2004). 手術を受ける乳がん患者の治療に関する意思決定の構造. 日本看護研究学会雑誌. 27(2), 45-57.
- 大槻久美, 澤田かおり, 田中奈緒美, 千葉なぎさ (2016). 放射線化学療法を受ける後期高齢食道がん患者の思いについて. 東北文化学園大学看護学科紀要. 5(1), 9-18.
- Puts, M.T., Sattar, S., McWatters, K., Lee, K., Kulik, M., MacDonald, M.E.,...Alibhai, S.M. (2017). Chemotherapy treatment decision-making experiences of older adults with cancer, their family members, oncologists and family physicians: a mixed methods study. *Support Care Cancer*. 25, 879-886.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3476-8>
- Puts, M.T., Tapscott, B., Fitch, M., Howell, D., Monette, J., Wan-Chow-Wah, D.,...Alibhai, S.M. (2015). A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treatment Reviews*. 41(2), 197-215.
<https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.12.010>
- 齋藤美華, 齋藤美咲, 半沢みどり, 阿部由美, 角張範子, 齋藤真美, ...川原礼子 (2010). 外来化学療法を受けている高齢がん患者の生活への思い. 北日本看護学会誌. 13(1), 21-29.
- Sattar, S., Alibhai, S.M.H., Fitch, M., Krzyzanowska, M., Leighl, N., & Puts, M.T. (2017). Chemotherapy and radiation treatment decision-

making experiences of older adults with cancer: A qualitative study. *Journal of Geriatric Oncology*. 9(1), 47-52.

<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.07.013>

瀬沼麻衣子, 藤本桂子, 神田清子 (2016). 重粒子線治療を選択した前立腺がん患者の治療選択における意思決定プロセス. *日本がん看護学会誌*. 30(2), 90-98.

Sharma, M., Loh, K.P., Nightingale, G., Mohile, S.G., & Holmes, H.M. (2016). Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *Journal of Geriatric Oncology*. 7(5), 346-353. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.07.010>

下出真規子, 浦和あざみ, 大石牧奈, 小林礼奈, 宮下朋子, 森本悦子 (2018). 外来化学療法を受ける高齢がん患者の生きがい. *高知女子大学看護学会誌*. 44(1), 166-173.

篠岡初音, 山陰風里, 坊寺真梨子, 近藤早紀, 福原寛絵, 高樽由美, 内田雅子 (2019). 外来化学療法を受ける高齢がん患者が折り合いをつけていくプロセス. *高知女子大学看護学会誌*. 45(1), 163-173.

Simon, H.A. (1977) / 稲葉元吉, 倉井武夫 (訳) (1979). 意思決定の科学. 産業能率大学出版部. 53-67.

Simon, H.A. (1996) / 稲葉元吉, 吉原英樹 (訳) (1999). システムの科学. 第3版, パーソナルメディア. 274-277.

Simon, H.A. (1997) / 二村敏子, 桑田耕太郎, 高尾義明, 西脇暢子, 高柳美香 (訳) (2007). 経営行動. 第4版, ダイヤモンド社. 1.

Simon, H.A. (1997) / 二村敏子, 桑田耕太郎, 高尾義明, 西脇暢子, 高柳美香 (訳) (2007). 経営行動. 第4版, ダイヤモンド社. 111.

Strohschein, F.J., Bergman, H., Carnevale, F.A. & Loiselle, C.G. (2011). Patient decision making among older individuals with cancer. *Qualitative Health Research*. 21(7), 900-926.

<https://doi.org/10.1177/1049732311399778>

- 杉山令子, 中村順子, 石井範子 (2019). 外来がん化学療法における携帯型
ディスプレイ注入ポンプを使用する患者の体験～高齢の切除不能進
行・再発大腸がん患者の体験～. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専
攻紀要. 27(1), 63-71.
- 高屋敷麻理子, 菊池和子 (2019). 外来化学療法を受けている切除不能膵臓
がん患者の療養体験. 岩手看護学会誌. 13(2), 27-40.
- 田中里佳, 大久保仁司 (2017). 高齢がん患者の療養法意思決定支援の研究
の動向と今後の課題. ホスピスケアと在宅ケア. 25(1), 12-20.
- Tariman, J.D., Berry, D.L., Cochrane, B., Doorenbos, A., & Schepp, K.G.
(2012). Physician, patient, and contextual factors affecting
treatment decisions in older adults with cancer and models of
decision making: a literature review. *Oncology Nursing Forum*.
39(1), E70-83. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E70-E83>
- 辻恵子 (2007). 意思決定プロセスの共有－概念分析. 日本助産学会誌.
21(2), 12-22.
- van Walree, I.C., van Soolingen, N.J., Hamaker, M.E., Smorenburg, C.H.,
Louwers, J.A., & van Huis-Tanja, V.H. (2019). Treatment decision-
making in elderly women with ovarian cancer: An age-based
comparison. *International Journal of Gynecological Cancer*. 29(1),
158-165. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000026>
- Wildiers, H., Heeren, P., Puts, M., Topinkova, E., Janssen-Heijnen, M.L.,
Extermann, M.,...Hurria, A. (2014). International Society of
Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older
patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 32(24), 2595-
2603. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.8347>
- Wolff, J.L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence,
expenditures, and complications of multiple chronic conditions in

the elderly. *Archives of Internal Medicine*. 162(20), 2269-2276.

<https://doi.org/10.1001/archinte.162.20.2269>

八木橋喜代子，佐藤直子，太田千草（2018）．抗 EGFR 抗体薬を投与されている大腸がん患者の皮膚障害に対する思い－外見変化をきたした患者の QOL 維持をめざして－．青森市民病院医誌．21(1)，57-65．

山田律子（2017）．老いるということ，老いを生きるということ．北川公子（編），老年看護学（pp.10）．医学書院．

山内芳也，長島文夫，河合桐男，岡野尚弘，成毛大輔，小林敬明，古瀬純司（2018）．「高齢者における代謝栄養管理」高齢がん患者の機能評価．外科と代謝・栄養．52(1)，17-22．

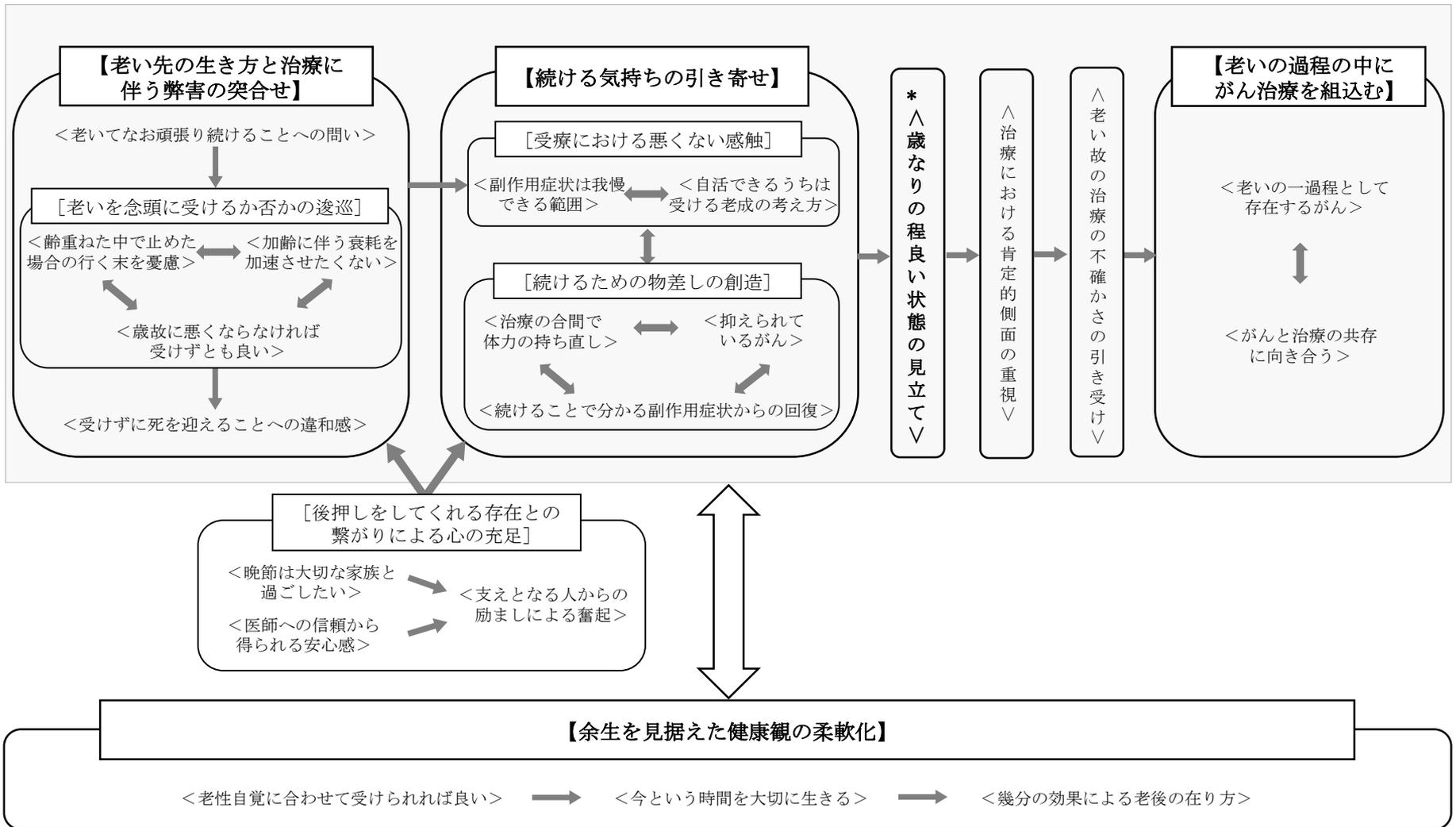


図1 進行がんを有する高齢患者による化学療法の継続に関する意思決定の構造

【 】 カテゴリー * < > カテゴリーと同程度の説明力がある中核をなす概念 [] サブカテゴリー < > 概念

→ 一方向の思考過程

↔ 両方向の思考過程

⇔ 連動性の関係

表 1-1 分析ワークシート（老いてなお頑張り続けることへの問い）

概念名	老いてなお頑張り続けることへの問い
定義	若かった頃よりも踏ん張りがきかない身体になっていることを自覚し、その状態で治療を受け続けることへの疑問を抱く
ヴァリエーション	<p>「若いならこれからの人生長いから手術するだろうけれど、<u>私みたいに 70 を過ぎたらさ、具合を悪くしてまで長生きするなんてどうなのかなって思う時がたまにあるね。だから、前向きでないといえ</u> <u>ばそうなるのかもしれないね、きっとね。迷う気持ちもあるんで</u> <u>す。（D, 84-88）」</u></p> <p>「<u>90 歳過ぎて、今のように元気なままでいるならば、また変わ</u> <u>ると思うんですよ。でも 100 歳までは生きたくない。面倒ですよ、歳</u> <u>をとるといのは。周りの 90 歳過ぎていてる方たちと話している</u> <u>とき、入院して戻ってきての繰り返しだし、やっぱり病気になると疲</u> <u>れるしね。（E, 102-105）」</u></p> <p>「今のところ治療は続けていくと思うよ。そうだね、まずは 80 歳 くらいまではね。ははは。それが問題なんですよ。生きれるのは <u>いいけど、いつまで生きられるんだろうね。通うのもゆるくないか</u> <u>らさ、どうしたらいいもんだべってね。（F, 55-58）」</u></p> <p>「前はね、週 4 回くらいは卓球をしていたんですよ。今は身体を動 <u>かすこともできないから、すっかりやめてしまったんです。</u> [『なぜですか?』] <u>体力なくしちゃってね。ラケットを持つのも</u> <u>辛いんですよ。この先はどうなるかわからないけれどね。どうい</u> <u>う症状が出てくるのか、それで頑張れないようであれば治療はやめる</u> <u>かもしれないし。（I, 74-79, 112-114）」</u></p>

	<p>「<u>体力的にどうなるの</u>か<u>って</u>という問題と、あと、口内炎が出やすいとか副作用の説明を聞いて身体に出る症状をなるべく意識しながら服用しているんですけど、もう 70 歳過ぎてますからね、それは年齢のことを考えますよね。・・・<u>やはり年齢も年齢ですからね、体力的に落ちるのは理解できる</u>んですけど、自分としてはもう少し体力あってもいいかなあなんて思ったりします。（J, 30-37, 49-51）」</p> <p>「やっぱりね、<u>頑張らないで生きる</u>というのが良いと思いますね。<u>自分の状況を素直に受け容れない</u>といけないと思うんですよ。<u>あまり頑張っても辛い</u>ですよね。そこの兼ね合いですよ。（M, 195-197）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢が若いのであれば治療を続けることについて悩まずに受ける選択をするであろうが、加齢によって体力等の低下がある中で頑張っている治療を続けることに疑問を感じる時がある。 ・化学療法を複数回受けた後という限定的場面ではなく、治療を受けている現在の思いとして存在している。 ・「年齢も年齢ですからね、体力的に落ちるのは理解できる（J）」とは、治療の影響で体調が悪くなったら頑張りがきかない、ということである。つまり、迷う気持ちの背景には年齢を考慮している。 ・迷いが同居しているということは、続ける選択が良いのかどうか分からない中で受けている。受けているのは事実であるが、その中に迷いが同居しているのが今の状態であるといえる。 ・上記のことからいえるのは、年齢が若いのであれば迷いなく治療を続けるであろうが、加齢による様々な状態の低下を自覚する中

	<p>で、治療によってさらに体調が悪化するのではないか、気力が衰えてしまうのではないかという思いから、頑張って続けることに対する疑問を持っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若い頃と比較すると頑張りのきかない身体になっていることを認識する中、頑張って受けることに対して躊躇う気持ちが存在している。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・生の質より延命を最優先に考えている者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢であるが故に頑張りがきかない身体になっていることから、現在受けている化学療法に対して、頑張って治療を受け続けることへの疑問を呈している。「70 を過ぎたらさ、具合を悪くしてまで長生きするなんてどうなのかなって思う時がたまにある (D)」と語られているように、現在の年齢で治療を続ける受ける意味を自分自身に問うている。その具体的な状況が次のサブカテゴリーである [老いを念頭に受けるか否かの逡巡] で示されている。

表 1 - 2 分析ワークシート（齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮）

概念名	齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮
定義	年齢を重ねた中で化学療法を止めた場合の状況を予測し，再発や転移など病状が悪化することで先が長くないことを心配する
ヴァリエーション	<p>「<u>90 歳超えたら考えるんでないかな．生きていくかわからないけれどね．だから，来年いっぱい飲もうと思っている．．．抗がん剤を飲んで元気でいられるようにするということだよ．やっぱり，今のところ，飲んでいなかったら，病気が進むか，別なところに転移するか，そうになったら困るから続けるよね．</u>（E，124-126，142-144）」</p> <p>「やっぱり一つには，<u>転移に対する不安</u>ですよ．<u>治療をしないである時病院で転移していますよって</u>言われるよりね，<u>歳も歳だから進行すると先は長くないだろうから，抗がん剤で少しでも抑える方がいいだろう</u>という気持ちですね．（J，99-102）」</p> <p>「今がんになっているのと，若いころになっているのでは全然違うでしょうね．まあ，人間は寿命までしか生きられないから，<u>歳をとって死を迎えるのか，がんになって寿命を全うするのか．．．今の状態であれば続けられるっていうのはあるんだけど，やっぱり治療をやめた時のことを考えてしまうよね．抗がん剤をやらないということはがんが活発になってくるということだから，現状としては可能な限り続けていきたい．</u>（K，140-142，177-180）」</p> <p>「<u>抗がん剤しなかったら，それはひどくなるかもしれない</u>です．抗がん剤の副作用があまりなかったからというのも続ける理由としては大きいですよ．あとは，<u>もう 80 歳だから，治療で生き永ら</u></p>

	<p><u>えても早く死んでも、どっちに転んだって大きく変わることはない</u> から、だから選べたんでしょよね。（M, 174-177）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの参加者が、化学療法を中止することによる転移や再発などの病状の悪化を心配している。 ・参加者の共通点は、受けている最中ではあるが中止した時の将来を考えていることである。 ・どの参加者も治療を受けないことについて考えており、続けないことによる悪い結果が起こることを考えている。 ・治療を中止する場合について、単に転移や再発などの病状の悪化を心配するだけではなく、年齢を重ねているが故に先行き（余命）が長くないことも心配している。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の中止した場合の心配事がない人がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病気が悪化することの具体的な内容は、本概念では転移と再発という限られた現象が中心である。また、「歳も歳だから進行すると先は長くないだろうから、抗がん剤で少しでも抑える方がいいだろうという気持ち（J）」、「もう 80 歳だから、治療で生き永らえても早く死んでも、どっちに転んだって大きく変わることはない（M）」と語られるように、化学療法を選択するか否かを判断する根底に年齢を考慮している。さらには、<加齢に伴う衰耗を加速させたくない>、<歳故に悪くならなければ受けずとも良い>の概念も年齢を基盤に受けるか受けないかについての対比であることから相互の思考過程がある。その先にあるのが<受けずに死を迎えることへの違和感>である。

表 1 - 3 分析ワークシート（加齢に伴う衰耗を加速させたくない）

概念名	加齢に伴う衰耗を加速させたくない
定義	加齢によって残りの人生が長くないことを見据える中，治療を受けることによって体力や気力の衰えを加速させたくない
ヴァリエーション	<p>「よく芸能人とかのニュースもやるし，抗がん剤ですごく吐いているのもやっているでしょ．あれ見ると，<u>あそこまで苦しむなら抗がん剤は受けたくないし，受けないと思うんだよね．．．やっぱり苦痛があるのであればやめたい．苦痛がないからいいけど，年齢を考えたらずう思いませんか？</u>（E， 173-175， 200-201）」</p> <p>「抗がん剤をすると，まず一番初めに食欲がなくなる，そして，<u>やっぱり気力が衰えるかもしれない，いろいろな副作用が心配</u>だよ．だから受けたくなかったんですけどね．．．発病したのは72歳で，<u>今74歳になりましたけれども，残りの年齢を考えたらずれだけ残っているか</u>，ですよ．治療しないで放っておいたらどのくらい生きるのか，抗がん剤を受けたらどのくらい生きるのか，こればかりは誰にもわからないからね．（G， 13-15， 90-93）」</p> <p>「<u>生きていくのは単純でもないし，苦勞がないわけでもない</u>からね．今まで楽しい思いをさせてもらったんだから，<u>どこかで人生の清算をしなければいけない</u>とは思っています．．．最初にどんっときた症状は，『こんな辛い状態で生きるのは嫌だな』って思いましたね．．．ですので，<u>1回目の辛くなった状態よりも辛くなるくらいならやらないかもしれない</u>ですね．（P， 108-110， 119-120， 128-129）」</p>

	<p>「<u>私の気持ちの中では、がんの進行で命が尽きるよりも、副作用の辛さで尽きるなど</u>。だから、結局、<u>その辛い状態が続けばやめるしかないだろう</u>と思っていた矢先に、先生の方から『副作用強い方のお薬をやめて、一つだけでやりましょう』って言ってくれたので、それは結果的に良い方向に繋がったのではないかと思いますね。</p> <p>(Q, 20-24)」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢を考慮し先行きが長くないことを認識しており、その状況の中で治療を受けることによって体調の悪化を加速させたくない気持ちが存在する。一方で、受けることができる状況であることから続けることに対する迷いの気持ちが示されている。 ・＜年齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞の概念は、化学療法を受けないことにより病状が悪化することについての内容であるが、本概念は加齢に伴って衰えている体力や気力を今以上に低下させたくない気持ちが語られている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・加齢の影響やこれまでの治療における副作用症状に対して辛さを実感したことがない者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「やっぱり気力が衰えるかもしれない、いろいろな副作用が心配だよ。だから受けたくなかったんですけどね。・・・治療しないで放っておいたらどのくらい生きるのか、抗がん剤を受けたらどのくらい生きるのか、こればかりは誰にもわからない（G）」と語られるように、本概念では治療を受けることによる体力や気力の低下を心配しながら、受けない場合についても考え巡らせていることから、＜年齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞、＜歳故に悪くならなければ受けずとも良い＞との思考過程が存在する。

・「やっぱり苦痛があるのであればやめたい（E）」、「辛い状態が続けばやめるしかないだろうと思っていた矢先に、先生の方から『副作用強い方のお薬をやめて、一つだけでやりましょう』って言うてくれたので、それは結果的に良い方向に繋がったのではないか（Q）」と語られるように、現在は受けられない程の状況ではないことから、＜受けずに死を迎えることへの違和感＞への矢印が成立する。

表 1-4 分析ワークシート（歳故に悪くならなければ受けずとも良い）

概念名	歳故に悪くならなければ受けずとも良い
定義	歳を重ねたことを理由に，治療を受けなくても病気の進行に大きな差がなければ受けない選択も考える
ヴァリアエーション	<p>「<u>これ以上抗がん剤をしなくても悪くならないんだったら，やめてもいいかなって</u>いう思いはある。まあ，<u>80歳までは治療で様子を見て，それからまた考える</u>ね。これさ，病院が近いんだっらいいんだけど，はるばる当別の方から来るっていうのがね。駅ついでからも歩いてこなければいけないっていうのがね。（F, 68-72）」</p> <p>「<u>70歳超えたら人生楽しいもんじゃないですよ</u>。抗がん剤をしなかったことによって，劇的に悪くなってしまって手をつけられないくらいどうしようもない状態になっていたら，今後悔していたかもしれないけれどね。あの時していればってね。でも，実際にはリンパだけの転移だし，他にはどこにも転移していないからね，それだとしていなくても良かったかなって思うかな。<u>今も抗がん剤をしていることが良いのか悪いのかわからないよ</u>。（G, 49-54）」</p> <p>「一番は副作用症状が嫌だよ。今の抗がん剤は食欲がなくなる。いや，放射線にしても抗がん剤にしても，身体に良いものではないことは重々わかっています。毒を以て毒を制すってことでね。でもね，こんなにひどくなるのはね，今気持ちで保っているようなものですよ。まあ，<u>歩いたってね，ほんの200メートル歩くのがやっただしね</u>。それでも，<u>黙って何もしないで寝ていてばかりいてもどうしようもないから，極力庭いじりなんかして身体を動かすように</u>しています。・・・抗がん剤やった方がいいのか，良くないのか，そ</p>

	<p>れは今も悩んでいます。抗がん剤をしないで何年も生きる人もいらっしやるし、だから、<u>抗がん剤をすることがいいのかどうかはわからない</u>んです。（I, 64-70, 81-83）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢であることを理由に、治療を受けても受けなくても生命予後が変わらないのであれば、やめても良いという気持ちが存在している。つまり、＜ 齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞のように、受けないことによる病状の悪化や死に直結することを懸念する一方で、受けなくても残りの人生が大きく変わらないなら受けない選択肢を考えている。 ・ 歳を理由に受けなくても残りの命が変わらないのであれば受けない選択も考えているが、やはり何もしないで死ぬことへの違和感があるために受ける選択をしている。つまり、意思決定活動は働いている。 <p>＜対極例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療を受けずに病状が進行することがわかっているにもかかわらず、受けない選択をする者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「実際にはリンパだけの転移だし、他にはどこにも転移していないから（G）」、「一番は副作用症状が嫌だよね。・・・身体に良いものではないことは重々わかっています。（I）」と語られるように、病状の悪化や副作用症状の影響について比較検討していることから、＜ 齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞と＜ 加齢に伴う衰耗を加速させたくない＞の概念との思考過程が存在する。 ・ 「これ以上抗がん剤をしなくても悪くならないんだったら、やめてもいいかなっていう思いはある（F）」、「抗がん剤をすることがいいのかどうかはわからない。（I）」と語られているように、

	<p>受けない状況について考えているが、最終的に迷いは拭えないことから、本概念を含む [老いを念頭に受けるか否かの逡巡] から＜受けずに死を迎えることへの違和感＞への矢印が成立する。</p>
--	---

表 1 - 5 分析ワークシート (受けずに死を迎えることへの違和感)

概念名	受けずに死を迎えることへの違和感
定義	治療を受けられる状況であるにもかかわらず、受けないまま死を迎えても良いのだろうかという違和感を抱く
ヴァリエーション	<p>「このままであれば当然、<u>治療をしなければ命がなくなるわけですから、がんそのものが進行していきますからね。それは、抗がん剤で進行が少しでも止まるのであれば、それはありがたいですよ。だから、多少の副作用については目をつむるしかないよね。行動は多少なりとも妨げられますけれど、日常生活をする上では少し我慢すれば、当たり前のようにできますんで、だから、面倒くさいとかは思いませぬ。もちろん、<u>こうやって通って治療を受けてっていうのは面倒なことではあるんだけど、俺に与えられた宿命かな</u>と 思っております。(C, 117-124)」</u></p> <p>「<u>まったく何もしないで死を迎えるのもどんなもんなんだろうな</u>って思いますね。最近、私死というものに対してちっとも怖くないんです。だけど、<u>することをしないで死を迎えるのも、何か変かな</u>って思いますね。・・・お金がかかりますよね。だから、それを考えると、どうしたらいいのかなって思うのも無きにしも非ずなんだよね。まあお父さんは、<u>行ってこいとか治療すれって言うから、それに甘えてはいるけれどね、私の心としてはこのまま続けられるのだろうか</u>なっていう感じかな。(D, 97-104)」</p> <p>「<u>抗がん剤を受けるかどうかを兄弟間で話し合いがあったん</u>ですよ。飲まないで自然に生きようという意見もあったんだけど、<u>やっぱり何もしないで死ぬというの</u>もね、それで抗がん剤を飲もうかって話になったから。今は長生きの時代だし、身体も元気だから、</p>

	<p>もう少し生きてみるかなって思って飲んでいるんですね。これが例えば、おかしくなったら飲むのをやめて自然に任せようかなって思ったりしてね。（E, 51-56）」</p> <p>「手術を受けた後に、転移してステージがIVになっているって聞かされたから、それで『放っておくとどうなりますか？』って先生に聞いたら、『一般的には数か月で亡くなる』っていうものですから、じゃあ<u>いきなり死ぬのも嫌だから抗がん剤治療を受けるかってことになった</u>から始めましたね。判断は、まあありましたね。<u>死にたくない</u>というか、<u>すぐに死ぬのは嫌だった</u>からね。それはありました。（P, 22-27）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「まったく何もしないで死を迎えるのも（D）」、「何もしないで死ぬのも（E）」と語られるように、本概念の前段階において治療を受けない状況についても考えている。 ・受けるか否かの選択を対比して考えている中で、受けられる治療を受けないことに対する違和感を生じている。つまり、できることをしなくていいのだろうかと自分に問いかけており、悩みや迷いが解消されることはない。その根底には老いがある。 ・本概念は、受けない選択により死を迎えることについての内容である。＜齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮＞することは、転移や再発に対する心配が語られた。死は人生の終わりであり、病状が悪化することの恐怖感というより、受けられる治療を受けないまま人生を閉じていいのか、という疑問や違和感を抱えている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受けない状況の結果として死を考えていない者がいる→なし

<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ < 齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮 > では，治療を受けないことによってがんの進行についての心配が語られているが，転移や再発の先に見据えているのは本概念に語られている死についてである．「がんそのものが進行していきますから（C）」というように，転移や再発が死を連想させているため，< 齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮 > から本概念へ繋がる． ・ < 加齢に伴う衰耗を加速させたくない > と < 歳故に悪くならなければ受けずとも良い > は，治療を受けるか否かを天秤にかけているが，その天秤にかけている根底にあるのは高齢のために受け続ける意味を自分自身に問うているからである．治療を受けるか否か，その際の利点と欠点を突き合わせながらも，「抗がん剤で進行が少しでも止まるのであれば，それはありがたい（C）」，「いきなり死ぬのも嫌だから抗がん剤治療を受ける（P）」と語られるように，受け続けていることから本概念への思考過程が存在する．つまり， [老いを念頭に受けるか否かの逡巡] から本概念に繋がる． ・ 受けないことによって死を迎える違和感を抱くために受ける選択をしている．その結果，「多少の副作用については目をつむるしかない（C）」と語られるように，治療を受けた後の状況について自分なりの解釈をしていることから，【 老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ 】 から 【 続ける気持ちの引き寄せ 】 にあるサブカテゴリー [受療における悪くない感触] へ繋がる．
---------------	--

表 1 - 6 分析ワークシート（副作用症状は我慢できる範囲）

概念名	副作用症状は我慢できる範囲
定義	これまで受けてきた化学療法の副作用症状によって体調が悪化した経験はあるが、今は我慢が可能であることを認識する
ヴァリエーション	<p>「<u>治療の副作用はあるけれども、まだ私の辛抱できる範囲であるからね、このまま続けよう</u>という気持ちを持っています。これがね、段々と厳しくなればまた違った考えが出てくるかもわかりません。今のところは、<u>確かに日常生活に多少の不便はあるけれども、そこまで支障はない</u>ということで、継続しています。（C, 130-134）」</p> <p>「<u>薬を飲み始めてから食欲は良かったんだよね。食欲は変わらないんだけど、味覚が全然変わってしまった。</u>それで、薬を飲まない時だっですぐに変わるわけではないからね。・・・お父さん（夫）にはいっていないんだけど、いろんなことを思うよね。あの、先生のお話の中で、手術したときに食が細くなるって言われたんです。でも、大体想像つくでしょ。<u>これ以上食事がとれなくなるというのは嫌だ</u>なって気持ちはなくもないの。（D, 60-63, 78-81）」</p> <p>「やっぱり、<u>抗がん剤をして手術をしてからは、自分としてはかなり体力が落ちた</u>って思いますよね。例えば、歩数の体力もそうですし、歩幅も狭くなりましたから歩くのはすごく遅くなって、そういった意味では体力が落ちたという自覚はありますよね。・・・ただ、女房もがん治療をしていて、そっちの方が副作用がすごく辛くてですね、それは見ているんですけど、<u>自分は全然そこまでじゃない</u>んですよね。でも、女房の状態くらい辛くなるようであればやめようかなと思いますね。（J, 43-46, 71-74）」</p>

	<p>「<u>やっぱり受けた後は食欲もなくなるし、何食べてもおいしくはないですね。便秘もあったし、辛いと言えば辛い</u>ですよね。これだけ何食べても食欲がわからないということは間違いなく治療の影響ですよね。・・・<u>今のところは大丈夫ですけれどね。</u>（M, 65-67, 82）」</p> <p>「<u>がん患者さんの中で珍しいことが私には起こって、1週間くらい眩暈が強くて入院したんですよ。それは、がんが影響したのかわからないですけれどね。それ以外は、下痢とか便秘とか、副作用でやめた</u>という気持ちになるくらいの症状は大きく出ないタイプ、うまくいっているタイプなのかもしれませんね。それが現在まで続けてこられた理由の一つですね。（N, 45-50）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの化学療法を受ける中で、食欲不振，体力の低下，味覚の変化などの有害事象を経験し，その経験について振り返っている。その評価として，現時点において苦痛はあるが我慢できる範囲，つまり許容範囲であると認識している。 ・本概念から抽出されるサブカテゴリー [受療における悪くない感触] において，感触とは以下の意味である。「外界の物事に触れて心に感じること」。つまり，治療を受けている結果について現在の自分の肌感覚としての捉え方を表しており，客観的指標ではなく主観的な感覚における概念である。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・有害事象が全く出現していない，出現していても苦痛と捉えていない，あるいは，苦痛が強く我慢ができない者がいる可能性→なし

<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 治療を受けない状況を考える中で化学療法を受けている。つまり，【若い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】をしながらも，受けた後の自身の状態を自分なりの解釈していることから，【若い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】から [受療における悪くない感触] へ繋がる。・ これまで受けてきた化学療法による影響は自覚しているが，「そこまで支障はないということで，継続しています (C)」，「辛くなるようであればやめようかなと思います (J)」のように，＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞を含めて主観的な判断を下している。つまり，本概念と＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞には思考プロセスが存在する。
---------------	--

表 1-7 分析ワークシート（自活できるうちは受ける老成の考え方）

概念名	自活できるうちは受ける老成の考え方
定義	加齢と治療の影響によって自分のことを自分の力でできなくなれば治療は中止するという思いを持っているが、現在は自活できていることから続けている
ヴァリアエーション	<p>「<u>（現在の辛い症状は）今のところないね</u>。多少の副作用が出て、それは承知の事実だから、仕方ないことだから。・・・<u>もう何もできなくなるのであれば、たとえ治療効果があってもやめるかな</u>。家で寝たきりになっていてもどうしようもないしね。まあ、読書が好きだから、そういったことができなくなれば諦めるしかない。（B, 225-226, 267-270）」</p> <p>「これ以上、さらに悪くなるとか、<u>自分の力で歩けなくなるとか、そういう状態になるなら、あとは延命はしないと決めています</u>。<u>歩けるうちは、それなりの治療は受けたい</u>とは思っています。（C, 93-95）」</p> <p>「<u>この程度の副作用であれば自分でも辛抱できるということ</u>ですから。でも、わかりませんよ。当たり前前にできていたことが、抗がん剤によって肉体的に難しくなるかもしれません。その時はその時で、仕方ない。割り切るしかないですもんね。<u>寝たきりになったら間違いなくやめると</u>。そういうことですね。（C, 159-163）」</p> <p>「病気はね、病院にお世話になって治療を受けられればいいけれど、認知症はなりたくないってみなさん仰るからね、<u>自分のことが自分でできなくなるようであれば、治療はやめると思うんだよね</u>。<u>今はね、足は弱っているけれど手を動かせるから自分のことは自分</u></p>

でできるからね。[『自分のことが自分でできなくなるというのは？』] 日常の生活ができなくなるということだね。そうだね。
今はできているけれど、それができなくなってきたら、どうするか
考えるよね。(E, 153-160) 」

「歩けなくなったら諦めるかな。それを覚悟の上で治療しているか
な。今こうやって状態を保っているからいいけれど、いつどうなる
かなんてわからないからね。うん。要するに、歩けなくなったら駄
目っていうことですよ。なるべく歩けるようにはしているんですけ
れどね。(F, 83-86) 」

「(抗がん剤を受けた後は、) 動くことも全然できないし、こんな
感じならもうやめようかなって気持ちにもなりますよ。自分、いつ
もパークゴルフをしているんですよ。クラブも振れない、楽しいは
ずのパークゴルフもできないとなると、こんな状態になった時、始
めは頭が真っ白になりましたね。[『それで、お医者さんに相談し
てみた結果は？』] 今の抗がん剤にしたら、パークゴルフもでき
るし、その日によって朝起きたら『少し身体怠いかな』って思う時
もあるけれど、そんなに頻度が高いわけでもないからね。(L,
42-51) 」

「歳は歳だから、80歳だからね。いつまで抗がん剤を続けるのか
という問題はありますね。今の治療が駄目だったら次の抗がん剤に
移るかもしれませんし、これはお医者さんに聞いた方がいいのか、
それとも任せてしまった方がいいのか。聞いたってわからないです
しね。ただ、問題は一人暮らしなので、自分の身の回りのことがで
きなくなったらどうするか、そのどうするかの見極めのラインが難
しいよね。・・・自分の身の回りの世話が自分でできない、という

	<p><u>ことであればやめる選択になる</u>でしょうね。（M, 30-35, 41-42）」</p> <p>「例えば副作用が強いから弱いものに変えましょうってなったら、その弱い副作用はどの程度のものなのか、それを確かめて、今言ったように<u>最低限の生活ができる程度の副作用であれば続けると、そういう状況</u>でしょうね。なので、<u>寝たきりとか自分のことが自分でできないようであればやめると、そういうこと</u>ですね。（Q, 77-81）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<p>・加齢や治療の影響が相まって、寝たきりになる、歩けなくなる、動けなくなる、というような状況となれば、これ以上の治療は受けないと考えているが、現在はそういう状況になく、まだ動ける状態である。</p> <p>・自活：人の援助を受けなくて、自分の力で生活すること。</p> <p><対極例></p> <p>・自活が難しくても受けたいと願う者がいる可能性→なし</p>
<p>概念間の説明</p>	<p>・老いによって心身が衰えてきている中で治療を受けることについて自問した後、全対象者が現在は治療を続けている。「多少の副作用が出ても、それは承知の事実だから、仕方ないこと（B）」、「この程度の副作用であれば自分でも辛抱できるということ（C）」と語られるように、続けている現在の結果について評価した上で、「これ以上、さらに悪くなるとか、自分の力で歩けなくなるとか、そういう状態になるなら、あとは延命はしないと決めています。（C）」、「自分のことが自分でできなくなるようであれば、治療はやめると思うんだよね。今はね、足は弱っているけれど</p>

手を動かせるから自分のことは自分でできるから（E）」と語られるように、治療に伴う副作用症状の影響と自活が可能かの判断を相互に行っている。つまり、＜副作用症状は我慢できる範囲＞と本概念への思考が常に行き来している。

・思考過程が存在する＜副作用症状は我慢できる範囲＞と本概念＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞は、化学療法を受けた体験に対する自身の解釈であり、サブカテゴリー「受療における悪くない感触」としてまとめられる。

・サブカテゴリー「受療における悪くない感触」において、自身の状態が破綻しない程度に治療を継続しているが、その中で「続けるための物差しの創造」をしている。つまり、「受療における悪くない感触」と「続けるための物差しの創造」は治療を続けている限り、常に相互の思考プロセスが存在する。

表 1 - 8 分析ワークシート（治療の合間で体力の持ち直し）

概念名	治療の合間で体力の持ち直し
定義	治療中は体力が低下することを実感するが，治療期間の合間で体調が回復することが続けていくために必要であることを認識する
ヴァリエーション	<p>「<u>やっぱり続けるには，<u>身体の元気がないとね</u>．あとは，借金しないようになって思うところもあるけどね．心配はそれだけだね．</u> （A， 166-168）」</p> <p>「<u>やはり辛くても治療は頑張って続けたいよね</u>．<u>仮に1週間具合悪くなくても，<u>その後に回復するのであればね</u>．<u>体調に波があっても，<u>改善するなら続けたい</u></u>．[『<u>体調が辛くてもやはり治療優先？</u>』] <u>終わってみれば辛いと言っても，<u>そこまで辛くないとも思えるしね</u></u>．まあ，寝たきりになるわけじゃないし，寝たきりになるんだったらそれは困るけど．（B， 180-186）」</u></p> <p>「（抗がん剤を飲めば）酒も飲みたなくなるし食欲も落ちるから<u>調子が悪くなりますよね</u>．でも，2週間目の最後の方になると『<u>これでやっと2週間休める</u>』って思うから，そのバランスを考えていますね．特に，TS-1 はこんな感じで1週間休みにしたり2週間にしたり，薬の特徴もあるかもしれないしね．これ，<u>毎日ずっと飲み続けるんだったら結構辛い</u>かもしれない．だから，<u>やっぱり抗がん剤の合間で休みがあるということが，ある程度治療を続けるためには必要</u>なんだろうね[『<u>どういう状態なら続けるのは難しいですか？</u>』] 食べられないってことは動けなくなるっていうことだからね．食べられなくなってきたら，先生と相談してストップしてもらおうことになるだろうね．（G， 140-152）」</p>

	<p>「抗がん剤治療ってこういうものかっていうのがわかったのは、<u>受けていく中で体力と気力が落ちていくってこと</u>ですよ ね。・・・だから、<u>ある程度体力と気力が回復することが続けていくために必要な要素</u>なんでしょうね。（P, 150-151, 160-161）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 化学療法を受けている中で、徐々に体力が落ちていくことを実感するが、体力が回復する時間があることが治療を続けていくためには必要であると認識している。 ・ 体力を回復させる必要があるのは、次の化学療法が受けられるようにするため、日常生活を普段通り過ごすため、趣味等を行うため、などがある。 ・ 化学療法を続けるのかどうか自分に問いかけており、続けるあるいは中止するためには自分なりの指標を見出し、その一つとして化学療法中の体力を回復させる時間が必要であると捉えている。 ・ 創造：新しいものを自分の考えや技術などで初めてつくりだすこと。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体力や全身状態が低下しても受けたい者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「寝たきりになるわけじゃないし、寝たきりになるんだったらそれは困る（B）」と語られるように、サブカテゴリー「受療における悪くない感触」との相互的思考がみられる。 ・ 「受療における悪くない感触」と「続けるための物差しの創造」から構成される【続ける気持ちの引き寄せ】があることで*「歳なりの程良い状態の見立て」を生み出している。

表 1 - 9 分析ワークシート（続けることで分かる副作用症状からの回復）

概念名	続けることで分かる副作用症状からの回復
定義	化学療法を続けていく中で、副作用症状が改善し身体が楽になることを理解する
ヴァリエーション	<p>「<u>身体に大きな負担がかかる抗がん剤を使っても、この間みたいに起き上がれないくらい具合悪くなるんだったら、一気に治そうとしないで少しずつ少しずつやっていけたらいいかな、</u> と思っています。・・・ただね、<u>今こうやって回復して、今の抗がん剤もできているでしょう。前みたく、ガタって落ちないでこうやって歩けるといいですね。</u>（A, 222-225, 236-238）」</p> <p>「レントゲンとか MRI とか検査をして、先生から『何も増えてもいないし減ってもいない』って言われるから、それ以上のことはあまり考えたことないですね。・・・<u>これ以上悪くなったら困るから、我慢して受けていましたね。1日とか2日くらいだから、そんなに辛いと思わなかったからね。ちょっとだけだから、そんなひどい辛さではなかったよ。</u> だから、このまま続けられるなと思いたね。（F, 20-22, 49-52）」</p> <p>「<u>今のところは順調にきているとは自分でも思っていますよ。</u> 今月からパークゴルフも再開して、周りで誘ってくれる人がいますので。かといって、それをやりすぎている部分もあるのではないかって思うこともありますけれど。・・・<u>治療を受けた後の2週間は辛かったけれど、3週目はやっぱり少し楽になりますよね。なので、今週は割といい方ですね。</u> これは、治療続けてきて最近わかったことですね。なんとなくですけどね、自分の中では良いような感じがあります。（M, 53-56, 73-76）」</p>

	<p>「<u>最初はしんどかった</u>ですね。しんどいから、減薬っていうんですかね、どんどん量を減らして行って、それでやっている間は確かにしんどいんだけど、死ぬほどのしんどさではないというか、そういう状態になるくらいまで薬の量を減らしてもらって、今に至っているということですね。・・・<u>薬の量を減らしたらすごく楽になったんですよ。これなら続けていけるなって思いましたね。</u>（P, 30-33, 46-48）」</p> <p>「<u>最初にかなり辛い状況でした</u>から、<u>1種類の薬をやめてからは体力も気力も戻って、続けるためには必要な条件</u>ですよ。（Q, 84-85）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<p>・ <治療の合間で体力の持ち直し>は、化学療法によって失った体力が治療と治療の合間で回復することを示しているが、本概念は副作用症状に焦点を当て、治療継続する中で得られる副作用症状の改善を理解している。</p> <p><対極例></p> <p>・ 副作用症状が全く改善しない者がいる可能性→なし</p>
<p>概念間の説明</p>	<p>・ 「身体に大きな負担がかかる抗がん剤を使っても、この間みたいに起き上がれないくらい具合悪くなるんだったら、一気に治そうとしないで少しずつ少しずつやっていけたらいい（A）」と語られるように、治療開始当初は辛い症状が出ていたが、「今こうやって回復して、今の抗がん剤もできているでしょう。（A）」、「治療を受けた後の2週間は辛いけれど、3週目はやっぱり少し楽になりますよね。（M）」と、時間の経過とともに副作用症状が改善していくことを理解している。このことから、サブカテゴリー「受療にお</p>

ける悪くない感触]の状態と照らし合わせていることがわかる。つまり、[続けるための物差しの創造]にある本概念と[受療における悪くない感触]には思考過程があるといえる。

・「今のところは順調にきているとは自分でも思っています(M)」と語られるように、続けることで徐々に回復する状況を理解し現在は良い状態であると見立てている。つまり、本概念を含む【続ける気持ちの引き寄せ】から*＜歳なりの程良い状態の見立て＞への矢印が成立する。

表 1-10 分析ワークシート (抑えられているがん)

概念名	抑えられているがん
定義	化学療法の効果によってがんが抑えられていることが、今後も治療を続けていくための指標となる
ヴァリエーション	<p>「今の状態だと、<u>肝臓の方はほとんど小さくなっているし</u>，この前の胃カメラでも小さくなっているから，<u>治療の効果はあるんだよな</u>．先生も，これは効いているな<u>って</u>いうから，それは効いているんだと思うんだよね．<u>とりあえず，これを継続してやる</u>っていうね． (B, 82-85) 」</p> <p>「副作用がこれくらいであればね続けますよ．耐えられるから．あとは，日常生活のまどろっこしさはあるけど，自分でできることがあるうちはやります．そのうちできなくなったら，やめるかどうかその時に判断すると，そういうことですね．あと，<u>寛解状態を保っている</u>って先生から聞いているから<u>続けようとも</u>思いますね． (C, 258-262) 」</p> <p>「前なら新聞とかで膵臓がんの人の集まりがあったら，行ってみるかなって思ったこともありました．本買って読んだりもしました．でも，今は自然のままで受け入れよう<u>って</u>思っている．だから，<u>このように抗がん剤で抑えられている</u>ということが，<u>私にとって治療を続ける判断</u>になっているのかな． (E, 193-197) 」</p> <p>「現状では，<u>薬のおかげで大きくなっていない</u>と思うから，<u>我慢して飲まなければ駄目</u>かなって思っている． [『我慢?』] 実際にはがんがリンパにあるからといって，痛いわけでも何でもないからさ．だから，これが痛いとかっていうなら絶対薬を飲まなければい</p>

	<p>けないって思うんでしょうけれど、<u>痛くもないんだけど、<u>やっぱ</u></u> <u>りこれ以上がん細胞を大きくしないために治療をしないといけない</u> <u>と思うから飲んでいるということですよ。（G, 63-71）」</u></p> <p>「治療しないと死にますよってはっきり言われているようなものだからね。やらなければ仕方ないですよ。だから、飲みたくない気持ちもあるんだけど、<u>飲んでいるからこそがんが抑えられている</u>、<u>ということがあるから飲んでいるということ。（G, 160-163）」</u></p> <p>「ある程度<u>がんが抑えられているという結果が出ているから</u>ね。だから、この程度の副作用で<u>治療の結果が出ているのであれば我慢しないといけない。（G, 177-179）」</u></p> <p>「抗がん剤が飲み薬なんですけれどね、副作用が意外と少ないんですよ。<u>担当の先生もですね、大丈夫ですねって言ってくれて</u>、自分が思っていたよりも何ともないし、でも、これが辛いということであれば抗がん剤は中止することも考えることもあるんでしょうけれどね。副作用はあまりないし、<u>定期的な検査でも大丈夫だということ</u>ですから、<u>そういうことであれば引き続き治療をお願いします</u>ということまで現在に至っています。（J, 21-27）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤の効果があるために続ける意向を持っており、治療効果が一つの指標となっている。 <対極例> ・治療の効果がない状態で続けたいと考える者がいる可能性→なし

<p>概念間の説明</p>	<p>・「日常生活のまどろっこしさはあるけど、自分でできることがあるうちはやります（C）」、「自分が思っていたよりも何ともないし、でも、これが辛いということであれば抗がん剤は中止することも考える（J）」と語られるように、＜副作用症状は我慢できる範囲＞であることや＜自活できるうちは受ける老成の考え方＞という[受療における悪くない感触]として、現在の副作用症状は耐えられる範囲であり自活ができている状態であるために続ける選択をしている。つまり、本概念を含む[続けるための物差しの創造]と[受療における悪くない感触]には思考過程が存在する。</p> <p>・「先生も、これは効いているなっていうから、それは効いているんだと思う（B）」、「薬のおかげで大きくなっていないと思うから（G）」と語られるように、医師から治療効果がある説明を受けたことにより、治療効果を含めて良い状態であると見立てている。「思う」という表現があることから、確信ではなく効果があることを推し量っている。つまり、本概念を含む【続ける気持ちの引き寄せ】から*＜歳なりの程良い状態の見立て＞に繋がる。</p>
---------------	---

表 1-11 分析ワークシート（歳なりの程良い状態の見立て）

概念名	歳なりの程良い状態の見立て
定義	加齢に伴って迫る死やこれまでの治療の副作用症状による辛さについて考えることによって、現在は良い状態であると見なす
ヴァリエーション	<p>「<u>あれだけ寝込んで起き上がれないくらいになったのは初めてだし</u>ね。だからね、<u>あれ以上になるなら望まないし、今の健康状態で私は十分だ</u>と考えています。ただ、<u>がんがね、治りはしなくても、小さくなってくれればいいさ</u>ね。先生が<u>この前写真見せてくれたけど縮小しているんですよ</u>。そう考えると、<u>肺炎になったとしても今は良かったと思っています</u>。[『では、今の身体の状態が維持できれば十分？』] この状態であれば治療は続けられそうかな。（A, 202-210）」</p> <p>「もちろん、<u>いろいろな機能が低下していくのは事実かもしれない</u>けれどね。・・・<u>実際は抗がん剤自体は飲みたくない</u>ですよ。だって、<u>抗がん剤自体毒</u>ですから。正常な細胞にも影響与えてしまうんですから。秤にかけて、<u>現状を維持していけるのであれば飲んでいこうかな</u>って思う。（G, 111-112, 132-135）」</p> <p>「前からみると身体の調子が少し良くなっていますからね。<u>本当に前だったら、食事を前にしても見たくない</u>んですよ。・・・そういう状態から見ると今はよくなっていますね。<u>身体の調子が悪かった時と比べると、まあまあといえるかな</u>。<u>こうやって話せるようになった</u>しね。去年だったら、<u>もう駄目かな</u>って思ったこともある。（I, 123-133）」</p>

	<p>「好きなことやれているし<u>まあまあ良い状態</u>といえるでしょうね。ただ、さっきも言ったように、<u>最初は副作用もあって治療の効果があつた</u>けれど、今は副作用がほとんどなくて治療が効いているんだろうかとか、そろそろ次の治療に移るのかとか、少し長くなってきてそういった不安は絶えずあるかな。一生付き合わなければいけないって先生から言われているしね。だからって、次の治療法についても言われているし、暗い気持ちということはありませんね。まあ<u>年齢も年齢だしね、そろそろね、来年 80 歳だし限界が近づいてい</u> <u>るといのは事実</u>だしね。（K, 114-121）」</p> <p>「<u>日常的には最初は物食べられなかった</u>けれど、今は食べられるようになったから、子供たちも『よく食べられるようになったね』とか言ってくれるし、そう考えると、<u>最初の体調が悪かった時と比べると今の状態はすごく良いよ。死と直面することによって生きることが素晴らしいことだ</u>って感じていますね。やはり<u>少しでも長く生きられたらな</u>ってというのが一番だよ。（L, 118-125）」</p> <p>「私は、毎日お経を書かせてもらっているんだけど、<u>寝たきりになるのか、手が動かなくなるのか、そうなるまでは毎日書きたいな</u>とは思いますがけれどね。それは続けていきたいですね。・・・（抗がん剤を受けてからは）<u>まあまあ良い</u>といえるでしょうね。まだまだ苦しんでいる人はいっぱいいるんじゃないかなとは思いますが。（N, 99-106）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の状態が「まあまあ良い」と語っており、自身の状態について主観的判断をしている。 ・本概念では、化学療法を続けることを前提に語られているが、こ

	<p>れまで経験した治療による影響と比較し、続けていく過程において現在の良好な状態を失いたくないと考えている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療を受けた後の身体の調子や健康状態が良好なのではないかと推定し、それが治療を続ける意味付けの一つになっている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の自身の状態が良くないと考えている者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「身体の調子が悪かった時と比べると、まあまあといえるかな。(I)」, 「寝たきりになるのか, 手が動かなくなるのか, そうなるまでは・・・(N)」と語られるように, 過去の化学療法を受けたことによる体調不良や, 加齢によって寝たきりになる可能性等を考慮することによって, 現在は程良い状態であると見なしている。つまり, [受療における悪くない感触] を含む【続ける気持ちの引き寄せ】から本概念へ繋がる。 ・これまで化学療法を受けてきた経過から, 体調悪化に影響を及ぼす副作用症状が出現した経験を持っているが, <治療の合間で体力の持ち直し>, <続けることで分かる副作用症状からの回復>で表されるように, 高齢となった今であっても受けられない程の体調ではない。また, 「先生がこの前写真見せてくれたけど縮小しているんですよ。そう考えると, 肺炎になったとしても今は良かったと思っています。(A)」と語られているように, 治療効果があるという評価を理由にして, 多少の体調不良があっても結果的に良いと判断している。このことより [続けるための物差しの創造] を含む【続ける気持ちの引き寄せ】から本概念へ繋がる。 ・「最初の体調が悪かった時と比べると今の状態はすごく良いよ。死と直面することによって生きることが素晴らしいこと (L)」と語られるように, 現在は* <歳なりの程良い状態の見立て> を生み

	<p>出している．自分なりに程良い状態を生み出すことによって，治療の肯定的側面を捉えることができていることが示されている．そのため，本概念から＜治療における肯定的側面の重視＞へと繋がる．</p>
--	---

表 1-12 分析ワークシート（治療における肯定的側面の重視）

概念名	治療における肯定的側面の重視
定義	化学療法を受けている状況を高齢者となった立場から捉え直し、治療を受けることの良い側面に焦点を当てる
ヴァリエーション	<p>「幸か不幸かはわからないけれど、<u>こうやって 75 歳超えてやれていることは感謝しないとね</u>。・・・（がんに）<u>なってしまったことは仕方ないからね</u>。その時その時で考えていくしかない。なってしまったものをなんぼ悔いたって治らないんだから。<u>そういう気持ちの持ち方だろうかね</u>。（I, 252-262）」</p> <p>「老人で一人はね、孤独です本当に。これをどう自分でやっていくのか。だから、<u>だらだら長生きはしたくないですよ</u>。いい区切りがあるならそれでいいわけです。だから、私はがんになってよかったって言えるのはそこですよ。・・・でも、<u>ステージⅣならどう転んだって 1 年あるかないかじゃないですか</u>。それなら、<u>まあやってみてもいいかなと</u>。でも、それは良いか悪いかはわかりませんよ。（M, 154-168）」</p> <p>「（治療を）再開するという時に、<u>先生が『少しでも影響のないようにやりますから』って言ってくれて、実際にそういう状態で今いますから、まあこれならいいかということを受けていますね</u>。迷いがあるとかではなく、とにかく人生というのはそうになっていますから、それを受け容れる他ないですよ。妻には、<u>72,3 歳で死ぬからってずっと言い続けて、『何言っているの』って言われて過ごしてきた人生だから、がんにかかって治療を受けてっていうのは設計図にはなかったけれど、それも経験の一つとしていいかっていう気持ち</u>ですね。（P, 89-96）」</p>

	<p>「これだけ辛い治療をしても効果はこれだけか、というようなマイナス思考で考えると、免疫力とかにも影響があるのかなって思うし、そう考えると、<u>悪い面はあまり考えずに良い面をみるようにしている</u>というか、<u>そういう気持ちは確かに存在していますね</u>。</p> <p>[『悪い面とはどういうことでしょうか?』] 副作用とかそういう悪い面はなるべく考えないようにしているね。抑え込んでいるというかね。でもねこういう風に体調が良いから、重大なマイナスの面というのは考えられないんだと思います。・・・<u>例えば 20 代とか 30 代とかだったら全然違うでしょうね。自分がその年代でがんになったら何としてでも治したいな</u>と思うでしょう。<u>50 歳過ぎたら、ある程度は考え方に余裕が出てくる</u>のではないかとはいいますね。（Q, 98-106, 132-135）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本概念では、化学療法を受けるおよび続けることの意味について、高齢となった今の立ち位置から捉え直している。例えば、「こうやって 75 歳超えてやれていることは感謝しないと (I)」と語られるように、治療を受ける他ないという考えの根底には、高齢であるからこそその視点の転換があるといえる。 ・本概念における良い側面とは、現時点においてがんに対する治療の効果があること、身体状況への影響が許容範囲であること、が示されている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療の良い側面をみることができていない者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「こういう風に体調が良いから、重大なマイナスの面というのは考えられないんだと思います。・・・例えば 20 代とか 30 代とかだったら全然違うでしょうね。自分がその年代でがんになったら何と

してでも治したいなと思うでしょう。50歳過ぎたら、ある程度は考え方に余裕が出てくる（Q）」と語られるように、今の状態としては良い状態と捉えている。その上で、化学療法の良い側面をみることができている。つまり、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞から本概念に繋がる。

・「ステージⅣならどう転んだって1年あるかないかじゃないですか。それなら、まあやってみてもいいかなと。でも、それは良いか悪いかはわからない（M）」と語られるように、年齢を引き合いに出して治療の良い側面を捉えようとしているが、続けることが必ずしも良いかどうかの判断はできないことは認識している。つまり、本概念から＜古い故の治療の不確かさの引き受け＞に繋がる。

表 1-13 分析ワークシート（若い故の治療の不確かさの引き受け）

概念名	若い故の治療の不確かさの引き受け
定義	治療の効果があるという確証は持てないが、残りの時間が短いことを受け容れることによってその不確かさを負う
ヴァリエーション	<p>「毒による悪影響はもう仕方のないなど、良くなることもあれば悪くなることもある、<u>五分五分だなどと思って受けております</u>。それは<u>割り切らないと治療は受けられないですよ</u>。でも、少しでも良くなるって考えないとね。・・・<u>私なんかは 75 歳超えているからまだいい方だけれど</u>、これが若かったらね大変だこれは。（I, 244-252）」</p> <p>「もうこの年齢になれば苦勞して生きる必要はないよね。本当にやりたいことをやって、そんな楽しい社会生活を送らせてもらって、社会を引退した後も楽しく 10 年遊んで暮らしたことを思えば、後はなるべく楽に生活ができればいいよね。<u>無理やり長生きしても仕方がないですよ</u>。・・・だから、<u>確かにわからない中で受けているんですけれど</u>、ある程度<u>自分のその状況を受け容れているのでこのまま受けていきますね</u>。（P, 175-179, 200-202）」</p> <p>「これから先、何カ月なのか何年になるかわからないですけれども、<u>ずっとがんが大きくならないで現状維持をするのであれば</u>、<u>すこぶる素晴らしい治療法だったのではないかなと</u>、その時に思うんでしょうね。それは<u>将来はわからないことですからね</u>。<u>年齢を重ねることでそういう考えがありましたね</u>。（Q, 44-48）」</p>

<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・将来的に良いといえる確証を持っていない。なぜなら、良いといえるのは、将来どうなっているのか、によるため。しかし、現在の年齢になったからこそ続ける気持ちを能動的に引き受けることができている。 ・どうなるのかわからない、今は良かったと言えない、という不確かな中での選択を続けている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療を受けることが最善であると確証を持っている者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本概念では、「割り切らないと治療は受けられないですよ。でも、少しでも良くなるって考えないと（I）」、「確かにわからない中で受けているんですけど、ある程度自分のその状況を受け容れている（P）」と語られるように、治療の良い側面を捉えようとしており、その上で、治療の不確かさを受け容れようとしている。つまり、<治療における肯定的側面の重視>から本概念に繋がる。 ・本概念では、老い故に不確かな状況を負っていく様相が示されているが、「これから先、何カ月なのか何年になるかわからないですけども、ずっとがんが大きくならないで現状維持をするのであれば、すこぶる素晴らしい治療法だったのではないかなと、その時に思うんでしょう（Q）」と語られるように、治療を受けながらもこの先がんと共に生きていくことを考えているため、本概念から<老いの一過程として存在するがん>および<がん治療の共存に向き合う>の概念を含む【老いの過程の中にがん治療を組込む】へと繋がる。

表 1-14 分析ワークシート（老いの一過程として存在するがん）

概念名	老いの一過程として存在するがん
定義	高齢となった自分の年齢と向き合うことによって、がんになったことを老いの一過程として受け容れる
ヴァリエーション	<p>「今になってね、身体が少しガタッと来たときにね、なんで俺だけがこんなのに選ばれたんだろうって、そういう気持ちになりましたね。その反面ね、<u>私も 78 ですから、定命、定められた命の一過程として、こういう病気が俺に与えられたのかなって、そう思っていますよ。</u>（C, 60-63）」</p> <p>「最初、この胃がんと聞いた時は、頭の中が真っ白になって、一晩考えて眠れなかったんですよ。でも、今はもうそういうことはなくて、<u>がんと向き合っていかなければいけないんだなって思えるようになってきましたね。そういうことは、なったらなったで、自分の宿命なんだって、諦めって言ったらおかしいですけど、向き合っていくしかないですよ。</u>・・・今は、何も仕事もしていないただ家にいるだけだから、諦めというか宿命とか、そういう風に考えられるけれど、<u>若かったらそんな風には考えられないでしょうね。</u>（L, 62-66, 72-74）」</p> <p>「<u>命すら与えられたものだからお任せするしかない、</u>と思っています。・・・<u>もういいところまで生きてきたんだから、どう頑張ったって、20年も30年も生きられるわけではないからね。</u>・・・抗がん剤をしたらがんが消える、最初はそのくらいしか思っていなかったから、だから、何度も通って受けていくうちに『ああ、完治ってのはないんだ』ってことで、なかなか理解するまでに時間がかかりましたね。（N, 112, 116-117, 125-128）」</p>

	<p>「親父が 54 歳，おふくろが 64 歳，姉が 64 歳でいなくなっているんです。それで<u>僕は今 70 歳だから，そういう意味でも儲かった人生かなって思える</u>し長く生かしてもらっているわけだから，今後何カ月あるのかわかりませんが，受けられるのであれば受けたいですよ。だから，<u>しんどくなってどこかでやめてくださいって言われれば，すーっと火が消えていくようにいけばいいから，それはそれで別にいいと思っています。</u>（P， 110-116）」</p> <p>「<u>年齢から考えてもがんにならなかったとしても亡くなくても不思議のない年齢ですからね</u>，この先例えば，がんが大きくなるとかそういう風になったとしても，がんばかり目を向けずに，<u>自然体でもなる時はなるから，それはもう仕方ないだろうと，諦めというのか受け容れるというのか</u>，そんなことは思っていますね。（Q， 91-95）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<p>・がん罹患したことや，がん治療に伴う辛さについて，自身の年齢を考慮した時に，老いの過程の一部として受け容れている。その根拠となるのは，がんになったことを定命あるいは運命として捉えていることである。老いの一過程としてがん治療があることを受け容れようとしている様相がみられる。</p> <p>運命：人間の意志にかかわらず，身の上をめぐる吉凶禍福。それをもたらす人間の力を超えた作用。人生は天の命によって支配されているという思想に基づく。</p> <p><対極例></p> <p>・がんや治療に伴う苦痛に対して，高齢であることを考慮できずにいる者がいる可能性→なし</p>

<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「長く生かしてもらっているわけだから、今後何カ月あるのかわかりませんが、受けられるのであれば受けていきたいですよ。だから、しんどくなってどこかでやめてくださいって言われれば、すーっと火が消えていくようにいけばいいから、それはそれで別にいいと思っています（P）」と語られるように、高齢者となった現在において化学療法を継続しているが、治療を受けながら自身の身体状況に合わせて中止することについても常に考えており、がん治療を続けるか否かだけではなく、がんの罹患を人生の一部として捉えている。つまり、＜老い故の治療の不確かさの引き受け＞から本概念を含む【老いの過程の中にがん治療を組込む】カテゴリーへ繋がる。 ・本概念は、がんになったことを老いの一過程として捉えていることが示されているが、そのような状況においても「この先例えば、がんが大きくなるとかそういう風になったとしても、がんばかり目を向けなくて、自然体でもなる時はなるから、それはもう仕方ないだろうと、諦めというのか受け容れる（Q）」と語られるように、化学療法の継続のみに焦点を当てておらず、がんを罹患したこと自体を受け容れていく様相が示されている。つまり、＜がんと治療の共存に向き合う＞と本概念は相互の思考過程が存在する。
---------------	---

表 1-15 分析ワークシート（がんと治療の共存に向き合う）

概念名	がんと治療の共存に向き合う
定義	がんの完治が困難であることから，がんと上手に付き合いながら治療を受けることが，今後穏やかに過ごせるのではないかと考える
ヴァリエーション	<p>「<u>治療を続けていく中で，頑張らない生活</u>というか，<u>良い意味で適当に過ごす</u>っていうのは思うようになりましたかね．本当に，<u>あまりこだわりを持たずに過ごせるのがいいんじゃない</u>でしょうかね．でも，これからですよ．腸閉塞とか調子が悪くなる時が来るわけですから，そうなった時からが勝負ですよ．一人だと生活できないし，そうなった時にはお医者さんがどうするかですよ．．．それを受け容れることが必要なんでしょうね．（M， 202-207， 213）」</p> <p>「<u>治らないって徐々にわかってきて，残るがん細胞が悪さをする</u>，しない，ということが今後どうなっていくかっていうことですから，<u>全部やっつけて完治させる</u>っていうことができないわけですから<u>ね</u>．じゃあどうするかって言ったら，<u>がんと上手に付き合っていく</u>しかないということです．いつまでに何をしなければいけない，これをしなければいけない，がんに負けてられない，そういうことではなく，<u>無理しないでがん細胞と付き合っていくことで自分を苦しめないことが大事</u>だと思うけれどね．（N， 168-172， 175-178）」</p> <p>「<u>検査結果をみて，がんは小さくはならないけれど大きくもならない状況</u>だと，それなら<u>握手をしながらこのまま続けていければいい</u>のではないかなと，<u>歳も歳ですし，そんなことを考えています</u>ね．（Q， 39-42）」</p>

<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断当初から考えていることではなく，治療を続けていく中で治らない病気であることや，化学療法による影響を経験し，がんと共に生きていくことを少しずつ受け容れている。 ・ 共存（きょうそん・きょうぞん）：自分も他人もともどもに生存すること。また，同時に二つ以上のものがともに存在すること。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの完治は目指せるものであり，その上で治療を続けることを受け容れている者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <老いの一過程として存在するがん>として，治らないがんを罹ったことを老いの過程として捉えようとしている。そして，将来的にはどのようになるかわからない中で，「全部やっつけて完治させるっていうことができないわけですからね。じゃあどうするかって言ったら，がんと上手に付き合っていくしかないということです。いつまでに何をしなければいけない，これをしなければいけない，がんに負けていられない，そういうことではなく，無理しないでがん細胞と付き合っていくことで自分を苦しめないことが大事（N）」と語られるように，がんと治療の共存に向き合い受容することが必要であると捉えている。つまり，<老いの一過程として存在するがん>と本概念は相互に思考過程がある。

表 1-16 分析ワークシート（老性自覚に合わせて受けられれば良い）

概念名	老性自覚に合わせて受けられれば良い
定義	加齢による衰えを自覚することによって，その衰えに合わせた生き方を維持できる範囲で治療を受けたい
ヴァリエーション	<p>「<u>もう元通りには戻れないのはわかっているから，月1回の会合とか，町内会のウォーキングとか，デパート歩きとか，そういうのに参加できるようになれば，もう ok かなって今は思っているね．．．今の気持ちとしては，70 歳だから，75 歳を一つの区切りとして考えていて，そこから先はわからないしね．</u>（B，261-263，295-297）」</p> <p>「<u>身体がいつまで続くかね．今 78 歳だから，あと 2，3 年かな．．．なんだかんだいって，まだ生きていすしね．あの，はっきり言うと死にたくないから．死にたい人はいないと思うけど．身体がしんどくてしんどくてどうしようもなければ違う考えにもなるかもわからないけどね．それがない以上は頑張るしかないよね．</u>（C，192，202-206）」</p> <p>「自分で弱るのがわかるの．そしたら，<u>毎年少しずつ弱ってきているなってわかるん</u>ですよ．最近は何んかよく横になるようになりましたね．．．年齢が一番の原因じゃないでしょうか．なんとなくわかるんですよ．抗がん剤ではなく，年齢とかがんを持っているからなんでしょうね．．．来年 90 歳なんですね．<u>来年いっぱい飲んでみようか</u>と思って．<u>それ以降はどうしようか考えるかな．もう，自然に生きるか，飲んでいくか．</u>（E，59-60，81-82，86-88）」</p>

「無理したら駄目だとは思いつながら、できることは自分でやっ
て体力落ちない程度に頑張りたい」とは思うよね。将来はどうなるかわ
からないけれども、やはり前向きな気持ちでやっていかないと。駄
目だと思つてやっていたら本当に駄目になるだろうし。前向きな気
持ちを持ちながらも、やはりそれはマイナスのことも考へてしまふ
よどうしても。（I, 196-205）」

「75歳過ぎたら、もう生きるこつが仕事ですからね。死ぬときま
でのこの期間をどう受け容れていくのか、いずれ来るその時まで
ね。・・・現状を維持するために続けるわけですけども、その中
であれこれ考へるけれど、一番はあとどのくらいかつてこつをね、
先生に聞いていいもんだかどうかがね。そもそも聞いたからつて、
その通りになるわけでもないから、聞いたところでどうなるわけ
でもないですけどね。・・・まだ動く今はこの生活のままがいいか
なつて思ふかな。（M, 114-115, 124-127, 134）」

「まだまだやりたい気持ちはあるけれど、身体が言うこつをきかな
いからさ。だから、身体が言うこつをきいている間は続けようかな
つて思ふ。だつて、もう治らないんだから、病気になる前くらい元
気になるつていうのが難しいんだからね。（O, 74-77）」

「歳を重ねるにしたがつて仕事も一旦はやめた、そういう中で普通
の最低限の生活ができる、寝たきりでは嫌だ、どこか行きたいとこ
ろがあるのに行けないのは嫌だ、そういう贅沢なこつができるのあ
れば、それでいいのではないかと前から思つていましたね。（Q,
59-62）」

<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・加齢に伴って徐々に衰えてきていることを自覚しながらも、その状況に合わせて無理のない範囲で続けられるのであれば治療を受けたい気持ちが存在する。 ・上記のことから、治療を受けることが前提ではなく、加齢に伴って自覚している衰えに合わせた生活が維持されることが前提である。その前提があることにより治療を続けたいということになる。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・加齢に伴う衰えを自覚していない者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・【余生を見据えた健康観の柔軟化】にある最初の概念である。歳であることと進行がんを患っていることから残りの人生について考え、どのように生きていきたいかが語られており、患者が*＜歳なりの程良い状態の見立て＞を発見することによって、＜老性自覚に合わせて受けられれば良い＞から＜今という時間を大切に生きる＞ことへ繋がっていく。

表 1-17 分析ワークシート（今という時間を大切に生きる）

概念名	今という時間を大切に生きる
定義	現在の年齢まで生きていることに一定程度の満足感を得ており、今の時間を大切に生きたいと考える
ヴァリエーション	<p>「今言ったように、無理な延命治療だけは避けたい。膵臓がんですから、たぶんいつか腸閉塞とかが起きてくると思うんです。そうなったときの兼ね合いをどうするかですよ。・・・<u>だって 80 歳超えているんですよ。それはそうなりますよ。いいじゃないですか、ここまでこれたんですから、残りの人生は楽に生きたいですよ。80 歳というのは、頑張ったって、頑張りようがないですからね。</u>子供には何か引き継ぎたいとは思いますが、頑張って無理して生きることはしたくないです。（M, 180-182, 187-191）」</p> <p>「一番大事なのは免疫力アップ、自分の心ですよ。抗がん剤ではないしょ、ってことですよ。薬も大事ですけどね、それは自分の心の平穏にプラスして薬があればなおよいってことですかね。<u>年齢も年齢だからって思えば、気持ちも明るくなりますよ。・・・病気に詳しくなって、あれがいい、これは悪い、って思うよりも、残りの人生楽しく生きようよって</u>いうことですかね。・・・元気に食べて飲んで、楽しく家族と会話してね。ここまで来たから、辛いことはせずに、楽しいことを考えるようにして、そういう努力した方がいいんじゃないのかなって。（N, 172-175, 178-180, 184-186）」</p> <p>「60 歳で目が見えなくなりかけたんで仕事を引退したんですよ。それで、その後にはやりたいこともやりつくしたし、<u>余生の終わりの方だろうと思って今の治療を受けているから、どうしても生</u></p>

	<p><u>きなければいけないという感じはない</u>です。・・・自分がやりたいことをやって妻には迷惑をかけていたから、好きな海外旅行でもしましょうか、ということで、それが 10 年くらいできたわけですよ。それで、どんどん見えなくなっていくわけですから、見たいものはほとんど見るのができたし、<u>もういいかっていう感じとか、満足しましたね。</u>（P, 60-63, 68-71）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在まで長生きできていることを肯定的に捉え、今以上に頑張りながら生きることは望んでいない。現在よりも良くなることはないことを認識し、今の状態を続けながら生きたいと考えている。 ・ 治療を受けて将来をどう生きるか、と考えるよりも、残りの人生をどう生きるか、と捉えており、余生に対する生き方を考えている。そのように考えることによって、今この瞬間を大切に満足に生きることを望んでいる。 <p><対極例となりうる状況></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢となった今も頑張り続けたいと考える者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「80 歳を超えているんですよ。それはそうなりますよ。いいじゃないですか、ここまでこれたんですから、残りの人生は楽に生きたい（M）」と語られるように、残りの人生をどのように生きたいか、という視点で治療の在り方について考えている。つまり、<老性自覚に合わせて受けられれば良い>から本概念へ繋がる。 ・ 「頑張って無理して生きることはしたくない（M）」と語られているように、抗がん剤を受けることが優先ではなく、まずは今の自分の安定があることを前提に治療のことを考えている。つまり、本概念から<幾分の効果による老後の在り方>へ繋がっていく。

表 1-18 分析ワークシート（幾分の効果による老後の在り方）

概念名	幾分の効果による老後の在り方
定義	高齢かつ進行がんであることから治癒を目指すのではなく、少しの治療効果が得られた人生を送ることができれば良い
ヴァリエーション	<p>「<u>この間みたく強い薬を使って、体力を落として命をなくすより、軽いお薬で時間をかけてねやっていたらいいなって、そう願っています。・・・もちろん、少しでもがんが小さくなってほしいとは願っています。治療の効果はね、その後の判断ですね。（A, 87-89, 106-110）」</u></p> <p>「医療の詳しいことはわからんけど、がんを少しでも小さくなれば治療した甲斐があるなあと思っていますよ。治らないんだったら治療する意味もないのかもしれないけれど、先生がちゃんと『小さくなっていますよ。』って言うってくれるからね。目視で見れるからさ、<u>私はちょっとだけでも小さくなるのであれば充分だと思っています。・・・自分がいくら元気だと思っても、身体では何が起きているか私にはわからないからね。（A, 214-218, 243-244）」</u></p> <p>「<u>高齢者の大学に通っていて、同窓会の幹事なんかもしていたんだけど、その時はまだ 68 歳か。・・・だから、まあ、そういうことをまたやるためにも、化学療法をして、少しでも元気になったらと思うね。・・・抗がん剤でがんが小さくなって、ある程度普通の生活に戻れば、それで十分だと思っているよ。（B, 33-39, 128-129）」</u></p>

	<p>「やっぱり年齢重ねると段々と考えは変わってくるよ。70 で見つかったからね、<u>抗がん剤で小さくして、あと 5, 6 年くらい普通の生活を送ることができればいいよね。</u> (B, 107-109)」</p> <p>「これも自分の定められた命の一過程かな、<u>なんて思ったりしますけど。もう、がんも治るものだとも思っていないですからね。</u>それは治れば万々歳ですけどね。・・・胆管がんということを考えれば、治るなんて気持ちは全く持っていませんが、<u>小康状態を保って</u> <u>くれれば充分かな</u>と思っています。(C, 81-83, 91-93)」</p> <p>「卓球とかパークゴルフとかスキーとかやっているんですけど、<u>やはり若い頃のようにはいきませんよね、当然ですけど。</u>・・・<u>がんになって今治療を受けていて、それをある程度続けられる状況にあります</u>からね。それは、確かにがんになるかならないかで差はあるのかもしれませんが、しかし、がんになってもなおかつこれだけの生活ができるなど、がんになったからこれができなくなった、というようなマイナス思考にはなっていませんね。そういうことで、<u>支障なく自分のことができればいいのではないかと。</u> (Q, 66-74)」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒を見込んでいるわけではないが、これ以上悪化せずに生きることができればよいと考えている。 ・ 高齢かつ進行がんであることから、最大限の効果が得られなくとも、普段の生活を送ることができる程度の効果があれば充分（満足）と捉えている。 <p><対極例> ・ 治癒を目指したいと考えている者がいる可能性→なし</p>

<p>概念間の説明</p>	<p>・加齢による衰えを実感しているが、辛い治療を無理して受けることは望んでいず、「がんを少しでも小さくなれば治療した甲斐がある（A）」、「抗がん剤でがんが小さくなって、ある程度普通の生活に戻れば、それで十分（B）」と語られるように、今の生活が大きく崩れない程度に治療を受けられることを望んでいる。つまり＜今という時間を大切に生きる＞から本概念へ健康観が繋がっている。</p> <p>・「この間みたく強い薬を使って、体力を落として命をなくすより、軽いお薬で時間をかけてねやっていたらいい（A）」、「がんになって今治療を受けていて、それをある程度続けられる状況にありますから（Q）」、「これも自分の定められた命の一過程かな、なんて思ったりしますけど。もう、がんも治るものだとも思っていないですから（C）」と語られるように、健康観のカテゴリーは常に、【若い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】、【続ける気持ちの引き寄せ】、*＜歳なりの程良い状態の見立て＞、【若い過程の中にがん治療を組込む】と影響し合っている。</p>
----------------------	---

表 1-19 分析ワークシート（晩節は大切な家族と過ごしたい）

概念名	晩節は大切な家族と過ごしたい
定義	単に長生きすることを求めているのではなく、残りの人生は大切な家族と少しでも長く過ごしたいと願う
ヴァリエーション	<p>「私は、お父さん（夫）よりも先に逝きたくないなとは思っているんだ。だって、男の人って、一人になったらみずぼらしくなっちゃくしさ、残されたらかわいそうだと思うし、息子もそれを願っているようだけど。だから、<u>治療を続けてそうありたいと思うけど</u>、でも、がんはがんだし、先に逝くしかないかなって思って。主人の家系は長生きだしさ。（A, 184-189）」</p> <p>「少しでもいいから長生きしたいからだよね。<u>娘と息子もいるけど</u>、<u>どっちも結婚しなくて困っているんだけどね</u>。あと、<u>家内のおふくろさんも 88 歳で同居しているから</u>、<u>なるべく長生きしてね</u>、<u>家内と息子と一緒に暮らしたいのはあるし</u>、もう一回元気になりたいってのもあるし。それが一番かな。（B, 217-220）」</p> <p>「犬を飼っていますから、<u>犬を看取るまでは私は絶対に</u>、<u>何としても生きていかなければならないと</u>、強く思っています。今犬が 12 歳だから、あと 3 年くらいだと思うんだ。だから、まずはあと 3 年だね。もし、<u>3 年生き延びたら</u>、<u>またどのように考えるかはわからないね</u>。だけど、今のような副作用があってもね、この程度なら日常生活に多少は不便があるけれど、苦痛はそんなにないので<u>間違いなく継続します</u>。だから、犬だけはね、何としても、これは絶対です。 [『ペットもご家族ですからね』] そう、これはもう、飼った以上は俺も癒されるし、俺がいなければ犬も大変だしね。自分が生きて以上は絶対に離れたくないからね。それが、小さいこと</p>

かもしれないけど、生きる希望になっているよね。(C, 141-152)」

「本当に一人なら無理ですわ。やっぱり支えがないとね。下の4人は病気持ちながらも頑張ってみんな生きてくれているからいいんですけれど。これが欠けていったらどうなんでしょうね。上から亡くなっていくのは順序だからいいんだけど、下が亡くなるのは悲しいよね。だから頑張らないと。その頑張る気持ちが大切なのかもわからんね。・・・なんかね、わかりませんがそうなると思いますよね。だから、仮に治療の効果があったとしても、一人になったら頑張ろうとは思わないかもしれない。今は頑張れる。(E, 214-218, 221-223)」

「(治療を続ける決め手は) やっぱりそれは家族でしょうね。もう、発病してからずっと家内がついてきてくれるし、娘や息子が毎回毎回、結果どうだった？って聞いてくれるし、そういった後押しがあるからだよ。一人だったら、もうね、やっていないかもしれないよね。(G, 83-86)」

「それはやはりできるだけ長生きしたいというのは一つだよ。もう一つは、女房も病気ですからね、その状態によっては私がいろいろとお手伝いをしないといけないこともあるでしょうからね。今は二人で住んでいるので、その範囲の中でお互いに協力し合わないといけないから、まずは5年を目途としておいて、5年経てば次は10年という感じですね。(J, 84-88)」

「少しでも長生きしようかなとか、孫の成長も見たいし、最近ひ孫が生まれたんだけど、そのひ孫の成長もまだまだ見ていきたいなっ

	<p>て、そのためには長生きしないとみられないから。そういった<u>家族の繋がりが生きるための活力</u>になっているのは確かだよ。あとは、旅行が好きでね、まだまだこれからも家族と一緒に旅行行ったりしたいですからね。（K, 131-136）」</p> <p>「<u>ここまで生かしてもらったから、もういいかって。一方で、孫にとっては私が生きていてだけで元気をもらえている部分もあるんじゃないかな、あればいいなって思います</u>よね。 [『では、抗がん剤を続けていくためには、そういう存在も必要な要因でしょうか?』] そうだね。やっぱり、<u>子供や孫の存在は大きい</u>ですよ。お迎えが来たら仕方ないって思う反面、<u>生きることが子供たちにとっていいことであるなら、それは生きたいとも思う</u>しね。（N, 90-98）」</p> <p>「<u>奥さんが良くやってくれているから、あまり迷惑をかけない程度</u>にね、その中で身の回りというよりも食事の面とかで気を遣っているいろと助けてくれているので、まあ<u>生きがいの一つにはなっているのは間違いない</u>ですね。（Q, 121-124）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生きる活力となる対象は、配偶者、子供、孫、ペットといった家族の存在であり、夫（あるいは妻）や子供を過ごしたい、孫の成長をいつまでも見届けていたい、という思いが存在する。 ・ 単に長生きすることを求めているのではなく、まだ生きていたいと思わせてくれる存在がおり、その存在と少しでも長く過ごしたいということが化学療法を続ける気持ちを高める一つの理由となっている。

	<p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生きる活力となる存在がない者がいる可能性→本研究の参加者にはなし
<p>概念間の説明</p>	<p>・ [後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足] は, 【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】, 【続ける気持ちの引き寄せ】に影響している. 「発病してからずっと家内がついてきてくれるし, 娘や息子が毎回毎回, 『結果どうだった?』って聞いてくれるし, そういった後押しがあるから (G)」, 「家族の繋がりが生きるための活力になっているのは確か (K)」と語られるように, 本概念<晩節は大切な家族と過ごしたい>思いがあることによって, <支えとなる人からの励ましによる奮起>が示されている.</p>

表 1-20 分析ワークシート（医師への信頼から得られる安心感）

概念名	医師への信頼から得られる安心感
定義	専門家である医師を信頼することによって、治療方針の選択における安心感が生まれる
ヴァリエーション	<p>「<u>やはり頼りになるのは医師だからそこは大きい</u>よね。当然だけど、素人はわからないからさ。メンタル的なことはね、家族がいろいろと支えてくれているからね。<u>病気に関しては先生が頼り</u>だからね。（G, 168-170）」</p> <p>「要するに<u>先生を信じている</u>ということですよ。感情としてね。だから、俺の場合には、今やっていることしかなくて、それ以上もそれ以下もないんだよな。先生の言われる薬も、これを飲みなさいと言われたら、それを飲むと。（H, 54-58）」</p> <p>「<u>主治医の先生との信頼関係は非常に強くなっていますよ</u>。だから、先生が会う度に血液やら尿やら検査した結果をみて、『今日はやめましょう』ってはっきり言ってくれるからね、自分でも『ああ今日は体調は良くないし、数値も良くないからやめておこう』って、<u>先生の言葉でそのように思えるくらい信頼度</u>があるからね。（I, 161-165）」</p> <p>「がんの状況とか薬の効果とかは全く知識がないもんですからね、担当医の先生を信じて、先生のアドバイスに従う他ないですよ。病気になってわかったことは、<u>医師を信じて治療をすることが大事な要素</u>だと思う。やっぱり、一人一人の症状を診て、その症状に見合った治療をする専門家ですから、<u>そこを信じてやっていることが心の安定にも繋がっている</u>ような気がします（J, 112-119）」</p>

	<p>「<u>先生の指示に従って今までついて来られたから、この先も先生のいうこと聞いて続けていきたいとは思いますが</u>よね。ただ、今後金銭的、経済的なことで余裕がなくなってくれば、子供たちに迷惑をかけるのも嫌ですから、そうなったらやめるかもしれないですし、そういうことも確かに考えますね。（N, 67-70）」</p> <p>「希望の持てない話であれば先生も治療を勧めてこないと思うんです。でも、他の治療法を提示してくるとすれば、希望の持てる話だとは思いますが、<u>先生のことは大信頼していますからそれは素直に試してみたい</u>と思います。（Q, 139-142）」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の存在も支えとなっているが、本概念のように病気に関することは医師に対する信頼が安心感に繋がっている。 ・ 医師の提案が自分にとって最善な選択であると認識するが、その根底には医師を信頼するという感情が前提にある。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療者に対して不信感や不満感がある者がいる可能性→なし
<p>概念間の説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <晩節は大切な家族と過ごしたい>と同様，「後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足」の概念として，医療者等との繋がりを実感できている。「一人一人の症状を診て，その症状に見合った治療をする専門家ですから，そこを信じてやっていることが心の安定にも繋がっている（J）」と語られるように，<医師への信頼から得られる安心感>によって，<支えとなる人からの励ましによる奮起>が示されている。

表 1-21 分析ワークシート（支えとなる人からの励ましによる奮起）

概念名	支えとなる人からの励ましによる奮起
定義	周囲の人から励ましを得ることによって、化学療法を続けていくための意欲が高まる
ヴァリエーション	<p>「師長さんと薬剤師さんは毎日時間をみつめてきてくれてね、『頑張ってる生きて』って言ってくれてね、『<u>みんながそう言うなら、頑張ってみる。</u>』ってね。[『看護師さんや薬剤師さん含めて、医療者の方々からの支えがあってそのように思えたんですね。』] だから、私は<u>師長さんにね、本当元気づけられた。</u>今でも来てくれるんだけどね、『頑張れー！』って言ってくれるからさ、ありがたいよ。（A, 156-162）」</p> <p>「妹とか、息子とかにも『頑張った方がいいよ』って言われるから、やっぱり<u>家族の支えって大事</u>だよ。家内でもそうだけど。食べたいもの食べなさいって言うだけでもいいよね。・・・一緒にいると安心だよ。そういうのが大きいよね。（B, 276-281）」</p> <p>「病院で一人だけ、<u>同じ病気の友達</u>がいて、<u>気持ちが沈む時はその友達と電話をしたりして、交流を深めることで気持ちが持ち上がることもある</u>よね。深くお付き合いするわけではないけど、ちょっとね、同じ病気の人と話すとおもしろいことがあるかな。（D, 191-195）」</p> <p>「さっきも写真を見せたけれど、<u>孫の顔を見たり、大きな手術を2回したときも孫たちが手紙をくれるのさ。</u>こういうのが元気になる源だよ。孫ばかりの話になるけれど、息子たちももちろん同じで</p>

	<p>ね。長男はまだ結婚してなくて、この間 49 歳になったけれども、手術の度に頑張ってくれて見舞いに来てくれたりね。 <u>やっぱりそういうのが励みの一つになっています。</u> (I, 213-218) 」</p> <p>「もちろん一人で頑張れる方もいるんでしょうけれどね。私の場合には何と言っても <u>家族の支え</u> です。人間ですからマイナスのことももちろん考えるけれど、 <u>家族がいるから頑張れるんですよ。</u> . . . <u>治療を受けるうえでの心の支え</u> になっています。間違いありません。 (I, 226-228, 239-240) 」</p> <p>「<u>家族から『頑張って続けなさい』って言われるとね、気持ち的に前向きになれるよね。</u> それこそ <u>家族以外の人</u> も、会うたびに『大丈夫かい?』とか、『無理するんでないよ』って声かけてくれるし、 <u>それはすごく励みになりますよね。直接手を出してくれるわけではない部分の、そういったものは自分にとって大事な。</u> (L, 174-178) 」</p>
<p>理論的 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・配偶者，子供，孫，ペットといった大切な家族から得られる励みの言動が，次の治療を受ける意欲に繋がっている。 ・それらの精神的支えがなければ，治療をやめている可能性があるということは，家族含めた周囲からの支えや関わりによってもたらされる心の充実が続ける上での条件となる。 ・精神的な支えの基となっているのは，全参加者が家族，兄弟，同病者，医療者等との人との関わりについて語っている。 <p><対極例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支えとなってくれている人がいない者がいる可能性→なし

<p>概念間の説明</p>	<p>・本概念は家族や医療者など、頼りとなる人から得られる励ましによって治療を継続するための意欲に繋がっている。つまり、＜晩節は大切な家族と過ごしたい＞思いや、＜医師への信頼から得られる安心感＞によって支えられていることを実感し、治療への意欲に繋がっている。つまり、＜晩節は大切な家族と過ごしたい＞と＜医師への信頼から得られる安心感＞は本概念へ繋がる。</p> <p>・「人間ですからマイナスのことももちろん考えるけれど、家族がいるから頑張れる（I）」と語られるように、〔後押しをしてくれる存在との繋がりによる心の充足〕は【老い先の生き方と治療に伴う弊害の突合せ】に影響していることがわかる。また、「家族から『頑張って続けなさい』って言われるとね、気持ち的に前向きになれる（L）」と語られるように、【続ける気持ちの引き寄せ】のカテゴリーにも影響している。</p>
---------------	---

表2 研究参加者の概要

	性別	年齢	Clinical Dementia Rating	同居家族	就労	診断名	PS ¹⁾	診断からの期間	面接時間(分)	現在の治療内容
A	F	70歳代前半	0	夫	無	肺がん	1	9か月	43	NGT ²⁾
B	M	70歳代前半	0	妻・息子	無	胃がん	0	4か月	50	CDDP+S-1 ³⁾
C	M	70歳代後半	0	無	無	胆管がん	1	4か月	43	GEM+CDDP ⁴⁾
D	F	70歳代前半	0.5	夫	無	胃がん	1	14か月	42	S-1 ⁵⁾
E	F	80歳代後半	0	無	無	膵臓がん	1	92か月	36	S-1
F	F	70歳代前半	0	夫・次女	無	悪性腹膜中皮腫	1	78か月	32	PEM ⁶⁾
G	M	70歳代前半	0	妻	有	胃がん	1	30か月	40	S-1
H	M	80歳代前半	0	妻	無	胃がん	1	48か月	43	Capecitabine ⁷⁾
I	M	70歳代後半	0	妻	無	下咽頭がん	1	65か月	44	S-1+Bev ⁸⁾
J	M	70歳代前半	0	妻	無	胃がん	1	39か月	36	CDDP+CPT-11 ⁹⁾
K	M	70歳代後半	0	妻	無	胃がん	1	42か月	46	S-1
L	M	70歳代前半	0	妻	無	胃がん	1	9か月	38	S-1+Oxaliplatin ¹⁰⁾
M	M	80歳代前半	0	無	無	膵臓がん	1	4か月	46	S-1+GEM+PTX ¹¹⁾
N	M	70歳代前半	0	妻	無	胃がん	1	19か月	52	CPT-11+CDDP+PTX ¹²⁾
O	M	70歳代後半	0.5	妻	無	結腸がん	1	28か月	38	FOLFIRI+Bev ¹³⁾
P	M	70歳代前半	0	妻	無	直腸がん	0	11か月	40	S-1+Bev
Q	M	80歳代前半	0	妻	有	膵臓がん	1	13か月	37	PTX ¹⁴⁾

※1) PS: Performance Status, 2) NGT: ノギテカン塩酸塩, 3) CDDP+S-1: シスプラチン+テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム, 4) GEM+CDDP: ゲムシタビン塩酸塩+シスプラチン, 5) S-1: テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム, 6) PEM: ペメトレキセドナトリウム水和物, 7) Capecitabine: カペシタビン, 8) S-1+Bev: テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム+ベバシズマブ, 9) CDDP+CPT-11: シスプラチン+イリノテカン塩酸塩水和物, 10) S-1+Oxaliplatin: テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム+オキサリプラチン, 11) S-1+GEM+PTX: テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム+ゲムシタビン塩酸塩+パクリタキセル, 12) CPT-11+CDDP+PTX: イリノテカン塩酸塩水和物+シスプラチン+パクリタキセル, 13) FOLFIRI+Bev: レボホリナートカルシウム水和物+フルオロウラシル+イリノテカン塩酸塩水和物+ベバシズマブ, 14) PTX: パクリタキセル

表3 カテゴリーを構成する概念

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	
老い先の生き方と 治療に伴う 弊害の突合せ	—	老いてなお頑張り続けることへの問い	
	老いを念頭に受けるか 否かの逡巡	齢重ねた中で止めた場合の行く末を憂慮 加齢に伴う衰耗を加速させたくない	
		歳故に悪くならなければ受けずとも良い	
		受けずに死を迎えることへの違和感	
続ける気持ちの 引き寄せ	受療における 悪くない感触	副作用症状は我慢できる範囲 自活できるうちは受ける老成の考え方	
	続けるための 物差しの創造	治療の合間で体力の持ち直し 続けることで分かる副作用症状からの回復 抑えられているがん	
		—	—
		—	—
—	—	*歳なりの程良い状態の見立て	
—	—	治療における肯定的側面の重視	
—	—	老い故の治療の不確かさの引き受け	
老いの過程の中に がん治療を組込む	—	老いの一過程として存在するがん がんと治療の共存に向き合う	
		晩節は大切な家族と過ごしたい 医師への信頼から得られる安心感 支えとなる人からの励ましによる奮起	
余生を見据えた 健康観の柔軟化	後押しをしてくれる 存在との繋がりによる心の充足	老性自覚に合わせて受けられれば良い 今という時間を大切に生きる 幾分の効果による老後の在り方	
	—	—	
	—	—	

*カテゴリーと同程度の説明力がある中核をなす概念

臨床的認知症尺度 (CDR) 判定 調査用紙 (本人用)

記憶

1. 記憶や考えることに問題があると感じますか？ はい いいえ
2. 先ほどご家族から、ここ数日間に起こったある出来事をお聞きしました。それを教えて下さい
いつ、どこで、誰と、何があったか (日時・場所・人物・出来事)
 概ね正しい たまに誤り ほとんど誤り
3. 同様に、ここ3~4週間くらい前にあった出来事をお聞きしました。それを教えて下さい
 概ね正しい たまに誤り ほとんど誤り
4. 今から私が、人の住所と名前を言いますので、少しの間覚えておいてください。
私が「はい」と言ったら、覚えた言葉を言ってください。(全て覚えるまで最大6回反復)
例：札幌市・西区・平山
何回ですべて覚えたか () 回 その後、見当識の項目を聞く
5. 先ほど覚えていただいた住所と名前は何でしたか？
 すべて思い出した 1~2個の情報欠落 ほとんど誤り

見当識

1. 今日の日付と季節を教えてください 年 月 日 曜日, 季節は
2. 時計を見ずに何時ごろか教えてください 時頃
3. ここは何市のどこらへんですか？ 市 らへん
4. このお部屋は何階の何というお部屋ですか？ 階
5. (札幌・岩見沢・苫小牧) から (東西線上の市内各地・新千歳空港・小樽) まで電車で
どうやって行きますか？ (「乗り換え場所」が答えられれば正解) 行き方

臨床的認知症尺度 (CDR) 判定 調査用紙 (家族用)

記憶

1. 普段の生活において、物忘れはありますか？ はい いいえ

2. もしあるなら、それは一貫して毎日（もしくは数日おきに）続くことですか？
 はい いいえ

3. 昨年に比べ、記憶が幾分悪くなりましたか？
 はい いいえ

4. 数週間前の大切な出来事（例えば旅行、家族の結婚式など）を、きちんと覚えていますか？
 覚えている 出来事は覚えているが細かい部分は忘れている 出来事自体忘れている

5. 遠い昔の大切な記憶（例えば誕生日、結婚記念日、仕事をしていた場所など）を、完全に覚えていますか？
 覚えている ときどき忘れる いつも忘れている

6. ここ数日間に起こった出来事で、当然患者さんが覚えているはずのことを教えて下さい
いつ、どこで、だれと、なにがあったか（日時・場所・人物・出来事）

7. 3～4週間前にあった出来事で、当然患者さんが覚えているはずのことを教えて下さい

見当識

1. 日にちを聞かれたら正しく答えられますか？
 いつも答えられる 時々答えられないことがある
 まれに答えられる ほとんど答えられない

2. いろいろな出来事の時間的順序（先週の出来事と、先月の出来事の順序）を理解できますか？
 いつも理解できる ときどき理解できない 理解できない

3. 慣れた場所で正しい道を見つけられますか？（近所の買い物や、用事などで道に迷わないか）
 いつも迷わない ときどき迷う 迷う

4. 家の中で迷わず移動できますか？（トイレや自分の部屋、台所との行き来など）
 いつも迷わない ときどき迷う いつも迷うため誘導が必要

5. 家より遠い所、例えば、岩見沢から新千歳空港へどうやって移動するか説明できますか？
 いつも答えられる ときどき答えられない事がある
 まれに答えられる ほとんど答えられない

判断力と問題解決

1. 家庭内の緊急事態への対処はいかがですか？（ガスのつけっぱなしなど）
 以前から対処は上手ではない 以前と変わらず対処している（元栓を閉めるなど）
 少し下手になった（心配なので、家族が確認している） 全く対処できない

2. 買い物の状況はいかがですか？
 以前からしていない 以前と変わらず行っている
 付き添いが必要、後から家族がお金を払う 全くしなくなった

3. 財産管理や仕事上の処理についてはいかがですか？
 以前からしていない 以前と変わらず行っている
 少し低下（心配なので、家族が確認している） 全くしなくなった

地域社会活動

1. 移動について

- 電車、バス、タクシー、自家用車で遠方にも出かけている 近隣とは行き来している
 家の周辺のみ（散歩など） 屋内のみ

2. 家事や作業などで使う道具の手入れや後始末について

- 以前からしていない 以前と変わらず行っている
 少し低下（心配なので、家族が確認している） 全くしなくなった

3. 近所との付き合いについて（お茶のみ・老人会の活動など）

- 以前からしていない 以前と変わらず自分から行っている
 他の人に勧められれば参加する 全くしなくなった

4. もし、ある人がご本人の行動を見た場合、その人がご本人を病気だと思える程の行動をすることがありますか？

- はい いいえ

介護状況

1. 食事について

- すべて1人で可能 自分自身で摂取できるが促しが必要
 1人で食べることはできるが常に汚すので介助が必要 常に介助が必要

2. 排泄について

- すべて1人で可能 ときどき誘導あるいは後始末に介助が必要
 まれに失禁（尿失禁・便失禁） 頻繁に失禁する（尿失禁・便失禁）

3. 入浴について

- すべて1人で可能 声掛け・誘導を必要とする
 浴槽の出入りなど、一部介助を要する すべて介助が必要

4. 衣類の着脱について

- すべて1人で可能 自分でできるが、衣類を用意する必要がある
 一部介助を要する すべて介助が必要

5. 整容（化粧、髪の手入れ、ひげそりなどの身だしなみ）について

- すべて1人で可能 声掛け・誘導が必要
 一部介助を要する すべて介助が必要

家庭生活および趣味・関心

1. 料理について

- 1) 献立を考えること： 以前からしていない 以前と同様にできる 低下
 2) 味付け・盛り付け： 以前からしていない 以前と同様にできる 低下
 3) 包丁等の道具使用： 以前からしていない 以前と同様にできる 低下

2. 火気の取り扱いについて

- 以前からしていない 1人で可能 1人で行うが不十分 全くしなくなった

3. 電話について

- 以前からしていない 1人で可能 家族の手伝いが必要 全くしなくなった

4. 服薬管理

- 以前からしていない 1人で可能 家族の手伝いが必要 家族が管理

5. テレビや電子レンジ・炊飯器などの操作について

- 以前からしていない 1人で可能 少し低下 全くしなくなった

6. 趣味について

- 以前から趣味はない 以前と変わらず行っている 少し低下 全くしなくなった

臨床的認知症尺度 (CDR) の判定表

CDR	0	0.5	1	2	3
	障害				
	なし 0	疑い 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶 (M)	記憶障害なし 軽度の一貫しない 物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に 思い出す良性健忘	中程度記憶障害 特に最近の出来事 に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習したも ののみ保持, 新し いものはすぐに忘 れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残 存する程度
見当識 (O)	見当識障害なし	時間的関連の軽度 の困難さ以外は障 害なし	時間的関連の障害 中程度あり, 検査 では場所の見当識 良好, 他の場所で 時に地誌的失見当	時間的関連の障害 重度, 通常時間の 失見当, しばしば 場所の失見当	人物への見当識 のみ
判断力と 問題解決 (JPS)	日常の問題を解決 仕事をこなす 金銭管理良好 過去の行動と関連 した良好な判断	問題解決, 類似性 差異の指摘におけ る軽度障害	問題解決, 類似性 差異の指摘におけ る中程度障害	問題解決, 類似性 差異の指摘におけ る重度障害	問題解決不能
			社会的判断は通常, 保持される	社会的判断は通常, 障害される	判断不能
地域社会 活動 (CA)	通常の仕事, 買 物, ボランティア, 社会的グループで 通常の自立した機 能	左記の活動の軽度 の障害	左記の活動のいく つかにかかわって いても, 自立でき ない 一見正常	家庭外では自立不可能	
				家族のいる家の外 に連れ出しても他 人の目には一見活 動可能に見える	家族のいる家の外 に連れ出した場合 生活不可能
家庭生活 および 趣味・関心 (HH)	家での生活, 趣味, 知的関心が十分保 持されている	家での生活, 趣味, 知的関心が軽度障 害されている	軽度しかし確実な 家庭生活の障害 複雑な家事の障 害, 複雑な趣味や 関心の喪失	単純な家事手伝い のみ可能 限定された関心	家庭内における意 味のある生活活動 困難
介護状況 (PC)	セルフケア完全		奨励が必要	着衣, 衛生管理な ど身の回りのこと に介助が必要	日常生活に十分な 介護を要する 頻回な失禁

[Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 1993 ; 43 : 2412-2414 ; 目黒謙一. 痴呆の臨床 : CDR 判定用ワークシート解説. 医学書院, 2004, p.104 より]

CDR	0	0.5	1	2	3
	障害				
	なし 0	疑い 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶 (M)	記憶障害なし 軽度の一貫しない物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い出す 良性健忘	中程度記憶障害 特に最近の出来事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習したもののみ保持、新しいものは すぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存する程度
見当識 (O)	見当識障害なし	時間的関連の軽度の困難 さ以外は障害なし	時間的関連の障害中程度あり、 検査では場所の見当識良好、他の 場所で時に地誌的失見当	時間的関連の障害 重度、通常時間の失見当、 しばしば場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と 問題解決 (JPS)	日常の問題を解決仕事を こなす 金銭管理良好 過去の行動と関連した 良好な判断	問題解決、類似性差異の 指摘における軽度障害	問題解決、類似性差異の 指摘における中程度障害	問題解決、類似性差異の 指摘における重度障害	問題解決不能
			社会的判断は通常、保 持される	社会的判断は通常、障 害される	判断不能
地域社会 活動 (CA)	通常の仕事、買物、ボ ランティア、社会的グ ループで通常の自立し た機能	左記の活動の軽度の障 害	左記の活動のいくつか にかかわっていても、 自立できない 一見正常	家庭外では自立不可能	
				家族のいる家の外に連 れ出しても他人の目には 一見活動可能に見える	家族のいる家の外に連 れ出した場合生活不可 能
家庭生活 および 趣味・関心 (HH)	家での生活、趣味、知 的関心が十分保持され ている	家での生活、趣味、知 的関心が軽度障害され ている	軽度しかし確実な家庭 生活の障害 複雑な家事の障害、複 雑な趣味や関心の喪失	単純な家事手伝いのみ 可能 限定された関心	家庭内における意味の ある生活活動困難
介護状況 (PC)	セルフケア完全		奨励が必要	着衣、衛生管理など身 の回りのことに介助が 必要	日常生活に十分な介護 を要する 頻回な失禁

進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造 —インタビューガイド—

1. がんと診断された後、どのような治療をしてきたのか、治療の状況について具体的にお聞かせください。
2. 現在受けている抗がん剤治療についてどのように考えているのか、あなたの考えをお聞かせください。
 - ・ 治療への期待、副作用症状の状況と捉え、身体・心理社会的側面の影響
 - ・ 治療に対する期待
 - ・ 副作用症状の状況について
 - ・ 現状における思い
 - ・ 病気の捉え方
3. 治療を続けると判断するまでの経緯と、そのように判断した理由について具体的にお聞かせください。
 - ・ 現在の健康状態について
 - ・ 治療を続けるか中止するかということに対してどのように考えていたか
 - ・ 治療を続けることに対する迷いや葛藤について
 - ・ 治療を継続すると判断した理由
4. これからの人生を生きていく上で、抗がん剤治療を続ける意味についてお聞かせください。
 - ・ 治療を続けることの価値や重要性について
 - ・ 治療中止の判断、その考えについて

研究協力をお願い

「進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造」についてのご説明

1. 研究について

標記の研究への参加について、下記の事項に従い、十分な説明をいたしますので、よくご理解されたうえで、あなたの自由意思により参加するか否かを決めてください。いつでも質問に応じますし、いったん決めただけでも情報を解析する前までであれば取り消すことができます。

2. 研究の意義と目的について

日本では、がん患者さんの7割以上が65歳以上の高齢者といわれています。近年、がん患者さんの高齢化と治療薬の発展などにより、がんを患う高齢患者さんが積極的な治療を受ける機会が多くなっています。

しかし、がんを患う高齢患者さんにおける治療は、身体の状態や社会背景などの違いが大きいことから、決められた治療法は確立していません。そのような中、治療の継続をどうするかという判断に悩む患者さん、どこまで治療を続けるのか難しいと考えている医療者がいます。

そこで本研究の目的は、化学療法を受ける進行がんを有する高齢患者さんが、治療を受けることについてどのように考え、そして、継続する選択に至っているのか、その意思決定の内容を明らかにすることです。

高齢患者さんの化学療法を継続する選択における特徴を明らかにすることによって、治療過程にいる高齢患者さんに必要な看護ケアについて検討することを目的としています。

3. 研究方法について

この研究は、70歳以上の進行がんを患う高齢患者さんを対象にしています。研究協力の同意が頂けましたら、カルテから年齢、性別、既往歴、診断名、治療歴、家族背景、就労状況、などの情報をとらせて頂きます。

また、進行がんを抱える高齢患者の治療継続における意思決定の内容についてインタビューをさせていただきます。インタビューの日程は、研究協力の同意後に日程の調整をさせていただきます。インタビューは、体調やご都合に合わせて実施させてもらい、回数は原則1回とします。インタビュー実施後には、本研究計画に則って分析をいたしますが、分析の内容が正しいか、適宜確認させてもらうことがあります。

4. 予測される利益と不利益について

この研究に参加されることで、研究成果により進行がんを患う高齢患者の治療継続のための看護支援につながる可能性があります。

しかし、本研究はインタビューによる時間を要します。そのため、少なからず疲労を伴う可能性があります。患者さんの状態に注意し、体調変化があれば施設のスタッフに連絡をし、インタビューは中止いたします。

5. ご協力をお願いすること

この研究協力への同意がいただきましたら、患者さんには、まずは研究者が行う認知機能検査を受けていただきます。そこで、研究対象となることが決まりましたら、日程調整後にインタビューの実施をさせていただきます。インタビューは、1回30～60分程度を予定しています。また、インタビューを行う際には、ICレコーダーを使用して録音をお許し頂きたいと考えております。また、調査後には、研究者がデータ分析していく過程において、適宜分析内容が合っているか確認させてもらうことがあります。その方法は、再度インタビューまたは電話等で行います。

6. 研究実施予定期間と参加予定者数

期間：2018年12月～2021年3月まで、予定者数：20名程度

7. 研究への参加とその撤回について

この研究への参加は、あなたの自由意思に基づいてお決めください。この研究に参加されても、参加されなくても、これからの治療や看護ケアに影響はなく、不利益を生じることもありません。また、研究の参加・協力を同意いただいた後であっても、情報解析前であれば同意撤回書の署名と提出により、参加・協力をとりやめることができます。

8. 研究への参加を中止する場合について

この研究への参加を中止する場合には、本説明書に記載している研究責任者あるいは医療機関の担当部署の医師または看護師までご連絡をいただけましたら、同意撤回書について改めてご説明をさせていただきます、情報解析前までに提出することで研究参加を中止することができます。

9. この研究に関する情報の提供について

この研究に関する情報をお知りになりたい場合は、他の参加・協力者の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究の成果につきましては、ご希望があればお知らせいたします。

10. 個人情報の取扱いについて

患者さんのプライバシーが保たれるように、得られる個人情報については厳重に管理し、この研究の目的以外には使用しません。この研究から得られた成果は、個人を特定できないように対処した上で学会や研究論文として公表することがあります。その場合にも、参加・協力いただいた方々の個人情報が漏れることのないように匿名性を守ります。研究終了後は、本研究に関するデータはすべて研究者が5年間保存した後、廃棄または消去いたします。

11. 費用の負担などについて

本研究において、あなたに負担していただく費用はありません。ただし、調査中に体調不良にて保険診療を適用する受診をされる場合には、自己負担が生じる可能性があります。

12. 知的財産権の帰属について

本研究の成果により、知的財産権などが生じる可能性はありますが、その権利は研究責任者に帰属するものといたします。

13. 研究組織について

【研究責任者】

平山憲吾（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科看護学専攻 博士後期課程）

【研究指導教員】

平 典子（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 教授）

14. 研究責任者と連絡先

本研究についてご質問がありましたらいつでもお問い合わせください。

【連絡先】

研究責任者：平山憲吾

所属機関名：北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 博士後期課程

所属機関所在地：〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757 番地

電話番号：0133-23-1211

説明日 年 月 日

説明者（自署）

同意書

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科長 平 典子 殿

研究課題名：「進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造」

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 研究について | 11. 費用負担などについて |
| 2. この研究の意義と目的 | 12. 知的財産権の帰属について |
| 3. 研究の方法 | 13. 研究組織について |
| 4. 予想される利益と不利益 | 14. 研究担当者と連絡先 |
| 5. ご協力をお願いすること | |
| 6. 研究実施予定期間と参加予定者数 | |
| 7. 研究への参加とその撤回について | |
| 8. 研究への参加を中止する場合について | |
| 9. この研究に関する情報の提供について | |
| 10. 個人情報の取扱いについて | |

【署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日： 年 月 日

署名： _____ (自署)
電話： _____

【代諾者の署名欄】

私は _____ さんが、この研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日： 年 月 日

代諾者 氏名： _____ (自署) 続柄 _____

【説明者】

私は、本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明日： 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

同意撤回書

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科長 平 典子 殿

研究課題名：「進行がんを有する高齢患者の化学療法継続における意思決定の構造」

【署名欄】

私は、上記研究について説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日： 年 月 日

署名： _____ (自署)

【代諾者の署名欄】

私は _____ さんが、上記研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日： 年 月 日

代諾者 氏名： _____ (自署) 続柄 _____

【確認者】

私は、上記の患者さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

確認日： 年 月 日

氏名： _____ (自署)