

沖縄県立看護大学

紀 要

第 22 号

研究報告

- 泌尿器系男性がん患者の外性器リンパ浮腫のアセスメントとそのケア方法
具志堅春香、神里みどり、謝花小百合…………… 1
- 統合失調症を有する終末期がん患者の緩和ケアの困難感と質向上に向けた取り組み
加藤美月、神里みどり、謝花小百合…………… 15
- 外来通院中のがん患者のアドバンス・ケア・プランニング促進に向けた取り組み
屋比久夏生、神里みどり、謝花小百合…………… 29

その他

(文献検討)

- 離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や就業継続の要因に関する文献レビュー
知念真樹、川崎道子、牧内忍、國吉香代子、宮里澄子…………… 49
- 放射線治療後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の文献検討
源河朝治、神里みどり…………… 57
- ヒトのアロマザリングの概念の検討－離島の「15の島立ち」の支援に向けた文献レビュー－
比嘉憲枝、大湾明美、田場由紀…………… 69
- 看護におけるケアリング理論の文献検討からみた“接面”
砂川ゆかり、大湾明美、田場由紀、永島すえみ…………… 77

(資料)

- ニュージーランドで開催された National Rural Health Conference 2017 参加報告
－へき地医療従事者の継続教育・ネットワーク構築と担い手育成の場としての学会－
知念真樹、神里みどり…………… 85

沖縄県立看護大学紀要投稿規定…………… 88

編集後記

2020年10月

[研究報告]

泌尿器系男性がん患者の外性器リンパ浮腫のアセスメントとそのケア方法

具志堅春香¹⁾, 神里みどり²⁾, 謝花小百合²⁾

抄録

目的:本研究の目的は、入院中の泌尿器系男性がん患者の苦痛症状である外性器リンパ浮腫とそのケアの現状を明らかにし、アセスメント指標やケア方法を検討することである。

方法:第1段階は、過去の入院患者の外性器リンパ浮腫の有症率を抽出し、入院患者13人へ外性器リンパ浮腫の質問紙調査と病棟看護師28人へ外性器リンパ浮腫患者のケア介入の経験について半構成的面接を実施した。その後、アセスメント指標やそのケア方法を考案し、アセスメントシートとケア資料の作成を行った。第2段階では、外性器リンパ浮腫を有する患者にケア介入を実施し半構成的面接を実施した。第3段階では、アセスメントシートの運用方法を検討した。質問紙調査は記述統計を行い、面接による質的データは、質的帰納的に分析を行った。

結果:第1段階では、外性器リンパ浮腫の現状として、入院中の外性器リンパ浮腫の有症率は2割であり、外性器リンパ浮腫を有する患者は、歩行と睡眠の困難を感じていた。病棟看護師の4割はアセスメント指標がないなかでのケア介入の経験があった。第2段階では、統一したアセスメント指標とケア方法を作成し、1事例を対象に介入を行った。介入後、外性器リンパ浮腫は陰囊周径では最大8.8cm、接触圧は91.7mmHg減少し、リンパ浮腫は改善した。また、外性器リンパ浮腫が[座位保持][仰臥位][歩行]に影響を及ぼしていることが明らかとなった。第3段階では、看護師が簡便に活用できるように、外性器リンパ浮腫アセスメントシートのフローチャートを作成し、組織的な調整を得て、電子カルテへの導入が決定した。

結論:入院中の外性器リンパ浮腫有症率は2割程度であり、病棟看護師の4割はケア介入の経験はあったが、統一したアセスメントやケアがなされていない現状であった。今回外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア方法を統一し、入院中の外性器リンパ浮腫ケアの改善に繋げることができた。今後は適切なケア方法を検討し、泌尿器科病棟と外来と連携したケアの確立を行うことが必要である。

キーワード:泌尿器系がん患者 外性器 リンパ浮腫 アセスメント ケア方法

I. はじめに

我が国では、がん患者は年々増加の一途であり、泌尿器系がんである前立腺がんも増加傾向である。前立腺がんの発見が増加しているのは、前立腺特異抗原(Prostate Specific Antigen, PSA) 検診が寄与していると考えられる(国立がんセンターがん対策情報センター, 2014)。男性では、手術(前立腺全摘出術、膀胱癌手術)または放射線照射後あるいはその両者が行われた後、外性器浮腫の発症率がかなり高くなることが予測される。

外性器リンパ浮腫は男女とも罹患するが、陰囊と陰茎の組織の弾性が大きいことに加え重力の影響があることから男性に多くみられる(Zuther et al, 2015)。また、がんに関連したリンパ浮腫患者は15万人存在すると言われており、がん治療技術の発展により、リンパ浮腫患

者は増加することが報告されている(大久保ら, 2012; Okutsu et al, 2014)。がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査では、術後のリンパ浮腫に悩む女性患者の1位が子宮がん、6位は乳がんで、男性の前立腺がん術後に発症したリンパ浮腫に悩む患者も少なくない(厚生労働省, 2015)。しかし、基礎疾患別リンパ浮腫の研究では、乳がん(59.3%)、婦人科がん(38.2%)に関するものが圧倒的に多く、前立腺がんは2.5%であり、男性リンパ浮腫患者の研究自体も少ない現状である(大久保ら, 2012)。男性患者が陰部リンパ浮腫を訴えるときにはすでに重症化しており、治療は難渋する(山本, 2014)。しかし、外性器リンパ浮腫は診断されないことが多く、現時点における有症率も明確になっていない(Zuther et al, 2015)。

現在、研究者が勤める泌尿器科病棟(以下、病棟)では、浮腫を有する男性患者から、下肢のリンパ浮腫による苦痛症状を訴えることが多い。しかし、羞恥心の強い

1) 地方行政独立法人那覇市立病院

2) 沖縄県立看護大学

部位であるため外性器リンパ浮腫による苦痛症状の表出はなく、重症化することが多い。さらに、外性器リンパ浮腫の有症者数と比較し緩和ケアチームへの依頼患者数が少ない現状であり、重症化すると専門的なケアが必要になってくるため、緩和ケアチームが対応せざるをえない。しかし、病棟における有症率は不明であり、病棟看護師や泌尿器科医師もアセスメント方法がわからないまま、対応に困難を感じている。よって、統一した外性器リンパ浮腫のアセスメント指標とそのケア方法を明確に

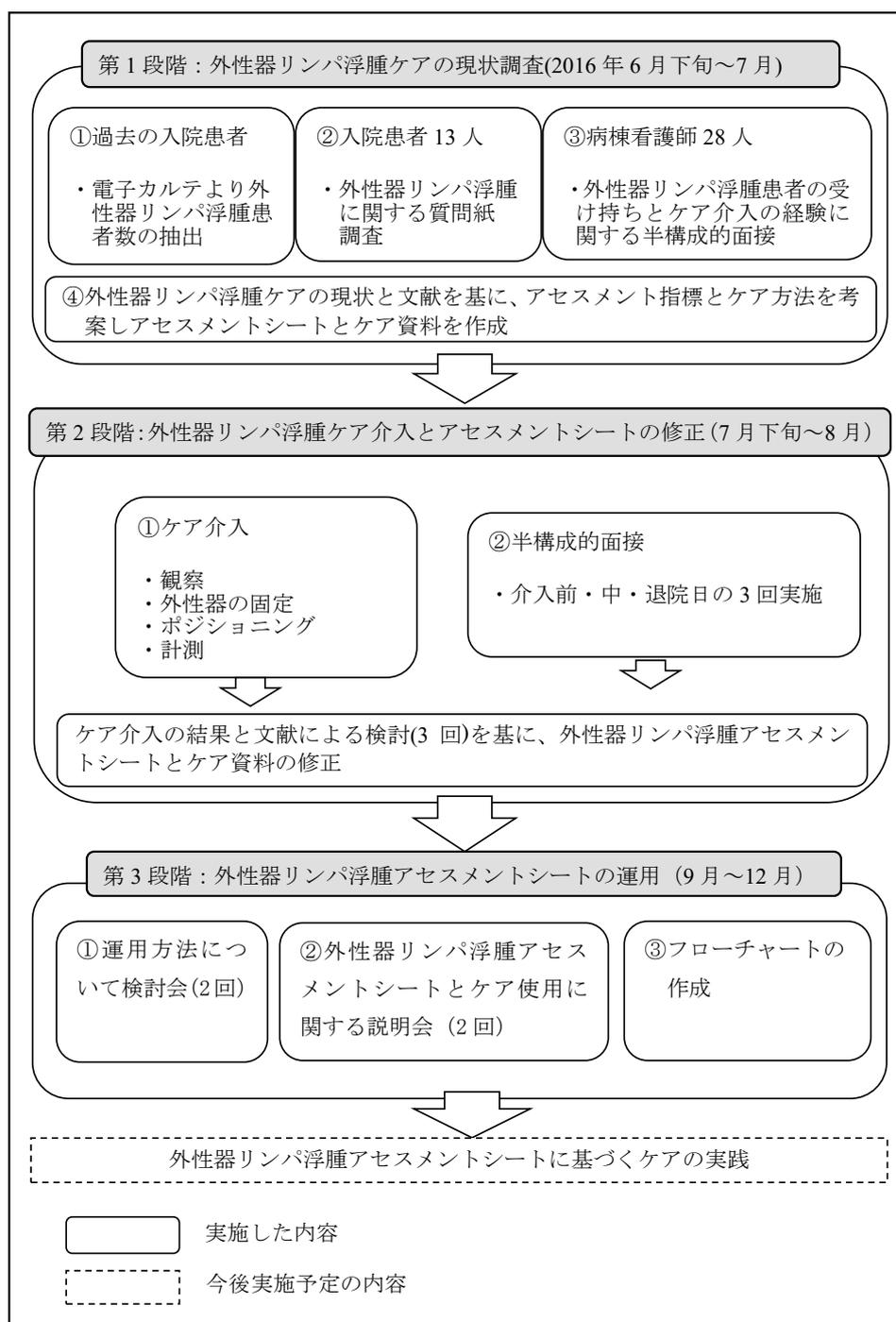
することが課題である。

本研究の目的は、入院中の泌尿器系男性がん患者の苦痛症状である外性器リンパ浮腫とそのケアの現状を明らかにし、アセスメント指標やケア方法を検討することである。

II. 研究方法

研究方法は、第1段階から第3段階で実施した(図1)。

図 1. 各段階別の研究内容



1. 第1段階：外性器リンパ浮腫ケアの現状調査

第1段階の調査期間は、2016年6月下旬から7月であった。

1) 外性器リンパ浮腫の有症率

電子カルテより症状コントロールを目的とした入院患者(以下、入院患者)の外性器リンパ浮腫患者数および緩和ケアチームへの依頼件数について調査を行った。

2) 外性器リンパ浮腫に関する自記式質問紙調査

入院中の泌尿器系男性がん患者13人を対象に外性器リンパ浮腫に関する自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、疼痛、下肢浮腫、歩行や睡眠についての7項目で、「あり」、「なし」の2件法で回答を求めた。

3) 病棟の看護師に対する面接調査

病棟看護師28人を対象に、外性器リンパ浮腫患者の受け持ちとケア介入の経験について1回60分以内の半構成的面接を実施した。

4) 外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料の作成

上記の2)と3)の結果と文献(山本ら,2014;Whitaker,2007;Mcdougal WS,2003;日本リンパ浮腫研究会,2014;リンパ浮腫管理ベストプラクティス,2006)を基にアセスメント指標やケア方法を考案し、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料を作成した。

2. 第2段階：外性器リンパ浮腫を有する患者のケア介入とアセスメントシートの修正

第2段階の調査期間は、2016年7月下旬から8月であった。

1) 外性器リンパ浮腫を有する患者のケア介入

作成したアセスメントシートとケア資料を基に、リンパ浮腫の状態を観察しながら、外性器の固定とポジショニングを実施した。外性器リンパ浮腫ケアの評価として陰囊周径とベッドと陰囊の接触圧の測定を実施した。測定器具は通常の巻尺、圧測定器(Cello CR-270)を使用し、測定時間は8時と22時とした。また、外性器リンパ浮腫ケアを受けた1人に対して、半構成的面接を行った。外性器リンパ浮腫の苦痛症状について、外性器リンパ浮腫ケア介入前、介入中および退院日に1回、60分の面接を実施した。

2) 外性器リンパ浮腫アセスメントシートの修正

外性器リンパ浮腫ケア介入の結果および文献を基に、病棟看護師、がん看護専門看護師、泌尿器科医師と研究者で週1回15~20分程度の検討会を2回実施し、外性器リンパ浮腫アセスメントシートの修正を行った。

3. 第3段階：外性器リンパ浮腫アセスメントシートの運用についての取り組み

第3段階の調査期間は2016年9月から12月であった。調査内容は以下のことを実施した。

1) 病棟における外性器リンパ浮腫アセスメントシートの運用についての検討

病棟で、外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用するために、病棟看護師と研究者で30分程度の検討会を2回実施した。病棟看護師に対して、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケアについて15分程度の説明会を2回実施した。

2) 外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用した患者支援体制の検討

病棟と泌尿器科外来における外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用するための支援体制について、副看護部長1人、がん看護専門看護師1人および研究者で20分程度の検討会を2回行った。

質的データの内容分析では指導教員、指導補助教員からのスーパーバイズを受け、学内におけるゼミにおいて、ピアレビューを繰り返し行い、真実性の確保に努めた。外性器リンパ浮腫のアセスメントシートの作成では、泌尿器科医師、病棟看護師、がん看護専門看護師と共に内容の妥当性について討議を行った。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、研究協力者に文書と口頭で研究の主旨と内容を説明し、文書にて同意を得た。ケア介入1事例についても、研究協力者に文書と口頭で説明を行い、日々の状態に合わせて研究途中での辞退も可能であることを説明し同意を得た。また、病棟看護師が日々の状態を確認し、研究協力者へケア介入の同意を得て介入を行った。本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:16002)および実施施設の倫理審査の承認(承認番号:H28-01)を得て実施した。

III. 結果

1. 泌尿器系男性がん患者の外性器リンパ浮腫ケアの現状

1) 病棟における外性器リンパ浮腫の有症率

病棟における外性器リンパ浮腫有症率を表1に示した。

2013年4月から3年間における泌尿器系男性がんの入院患者は287人であった。そのうち、外性器リンパ浮腫患者数は53人(18.4%)であり、苦痛症状が強く緩和ケアチームへ依頼された件数は23件(40.3%)であった。外性器リンパ浮腫の有症患者数は年々増加していたが、緩和ケアチームへの依頼件数は減少していた。

2) 外性器リンパ浮腫に関する質問紙調査

泌尿器系男性がんの入院患者13人を対象に、外性器リンパ浮腫に関する質問紙調査を実施した(表2)。疾患別では、前立腺がん8人、膀胱がん4人、腎がん1人であった。平均年齢は、74.3±7.8歳であった。

泌尿器系男性がん患者で痛みのある患者が13人中10人(76.9%)で最も多く、次に歩くことに支障がある患者が8人(61.5%)、仰臥位で眠ることができない患者が7

表 1. 泌尿器科病棟における外性器リンパ浮腫の有症率 (3 年間) n=287

期間	入院数† (名)	外性器リンパ浮腫 有症患者 n (%)	緩和ケアチーム 依頼患者‡ n (%)
2013年4月～2014年3月	64	11(17.1)	5(45.4)
2014年4月～2015年3月	116	18(15.5)	10(55.5)
2015年4月～2016年3月	107	24(22.4)	8(33.3)

* : 2013年4月～2016年3月 電子カルテよりデータ収集

† : 入院数 : 症状コントロール目的入院

‡ : 緩和ケアチーム依頼件数 : 緩和ケアチーム専従看護師 (がん看護専門看護師) よりデータ収集

表 2. 外性器リンパ浮腫に関する質問紙調査結果 n=13

質問項目	はい N (%)	いいえ n (%)
1. 現在、痛みはありますか	10 (76.9)	3 (23.1)
2. 下肢にむくみはありますか	4 (30.7)	9 (69.3)
3. 歩くことに支障がありますか	8 (61.5)	5 (38.5)
4. 夜は、仰向けで眠れますか	6 (41.6)	7 (53.9)
5. 排尿障害は、ありますか	3 (23.1)	10 (76.9)
6. 普段使用している下着がきつくなりましたか	2 (15.3)	11 (84.7)
7. その他、生活への支障は何かありますか	4 (30.7)	9 (69.3)

* : 2016年7月1日～2016年8月31日の入院時に実施

人 (53.9%)、下肢浮腫がある患者は 4 人 (30.7%) であった。そのうち、4 人中 1 人 (25%) が外性器リンパ浮腫を有していたが、羞恥心が高いため外性器リンパ浮腫に関する苦痛の訴えは聞かれず、看護師が具体的に質問することで、苦痛症状に関する表出があった。

3) 病棟看護師における外性器リンパ浮腫ケアの現状

病棟看護師 28 人のうち、外性器リンパ浮腫を有している患者を受け持った経験がある看護師は 21 人であり、そのうち 10 人が外性器リンパ浮腫患者のケア介入を実施していた。外性器リンパ浮腫に関する統一したアセスメントがないため、ケア内容は看護師の経験知によりボクサーパンツの着用の指導を行っていた。その後、文献と現状を基に外性器リンパ浮腫のアセスメント指標とケア方法を考案した (表 3)。

(1) 文献と研究結果に基づいたアセスメント項目とケア内容の検討

リンパ循環動態の観点から下腹部リンパ浮腫は陰部リンパ浮腫に先行する病態 (山本ら, 2014; Whitaker, 2007; Mcdougal WS, 2003; 日本リンパ浮腫研究会, 2014) であるため、腰周りの皮膚の状態と外性器の観察項目は、海外文献 (Zuther et al, 2015) に既に示されていた。よっ

て、陰囊と陰茎の腫脹の程度、外性器の皮膚のひだ、外性器の皮膚の質感、柔軟性、線維化と細菌、真菌感染の有無に関する観察項目を抽出した。日常生活への影響は、現状とケア介入前の調査結果を基に、入院中の外性器リンパ浮腫患者が体験する苦痛症状である「歩く」、「座る」、「寝る」の、3 項目を抽出した。

外性器の固定とポジショニングは、リンパ浮腫ベストプラクティス (2006) に、外性器の固定とボクサーパンツの着用が推奨されていたが、方法や留意点に関しては記載されていなかった。しかし、海外文献 (Zuther et al, 2015) には、外性器の固定方法の手順と留意点が示されており、それらを基にボクサーパンツを使用した外性器の固定を実施した。また、ガイドライン (リンパ浮腫診療ガイドライン, 2014) を基に、スポンジクッションを使用し 10 cm 挙上のポジショニングをケア方法とした。その後、外性器リンパ浮腫アセスメントとそのケア方法を考案しアセスメントシートとケア資料を作成した。

2. 外性器リンパ浮腫を有する患者へのケア介入

1) 外性器リンパ浮腫を有する患者紹介と経過

(1) 患者紹介

表 3. 文献と研究結果に基づく外性器リンパ浮腫アセスメントとケア

構成要素	文献*	文献を基に作成した具体的な項目
アセスメント 観察 生活への影響	リンパ還流に基づく浮腫発生の機序 ¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾ 陰嚢と陰茎の組織の弾性と重力の影響による浮腫 ¹⁾⁴⁾ 陰嚢・陰茎の腫脹の程度 ⁴⁾ 外性器の皮膚のひだ ⁴⁾ 外性器の皮膚の質感、柔軟性、線維化 ⁴⁾ 細菌、真菌感染の有無 ⁴⁾⁶⁾	下肢と腰部の浮腫の有無 下肢と腰回りの皮膚の状態 性器部位の浮腫の有無 性器のしわがなく皮膚の突っ張りの有無 性器の赤みや熱感の有無
ケア 外性器の固定 外性器のポジショニング	リンパ還流に基づく固定 ¹⁾⁴⁾ 陰茎、陰嚢の圧迫に関する手順と留意点 ⁴⁾ リンパ還流に基づくポジショニングとして仰臥位時に陰嚢部を10 cm 挙上する ⁴⁾⁶⁾	ボクサーパンツ おむつ ストッキネットを使用した固定 スポンジクッションを使用した陰嚢部の挙上
問診	外性器リンパ浮腫患者の表在化した症状への現状と対応 ⁸⁾	鎮痛薬の使用 便秘時の対応 放射線療法の有無と照射部位 保湿剤の使用

*: 文献 1)Whitaker(2007)、 2)Mcdougal WS(2003)、 3)山本ら(2015)、 4)Zutherら (2015)、 5)Cristineら(2006)、 6)日本リンパ浮腫研究会編 (2014)、 7)Holtgreffe MK(2006)、 8)現状とケア介入による結果を参考に独自に作成

A 氏 50 代男性、膀胱癌 (stage4)、多発性肺転移、鼠径リンパ節や骨盤内のリンパ節にも転移がみられた。治療は、手術療法と化学療法を行っていたが、腎機能の悪化がみられ左腎瘻造設となった。研究調査時には、化学療法と疼痛コントロール目的のため放射線療法を行っていた。Performance status は 1 であり、身の回りのことは自立していた。

(2) 経過

A 氏は入院当初より外性器リンパ浮腫を有症しており、がん性疼痛とリンパ浮腫増悪による入退院を繰り返していた。A 氏の右下肢は、組織の線維化を起こしており、リンパ浮腫病期分類では II 期後期 (リンパ浮腫診療ガイドライン, 2014) であった。

2) 外性器リンパ浮腫ケア介入の内容

作成した外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料を基に、ケア介入を実施した。外性器リンパ浮腫ケアの内容は、観察、外性器の固定とポジショニングであった。外性器リンパ浮腫ケア介入の評価として、陰嚢周経

と陰嚢接触圧を計測した。

(1) 観察

病棟看護師と研究者は、A 氏に対して外性器の観察について説明を行った。観察内容は、右大腿部内側や腰周りと下腹部の皮膚の状況 (乾燥や硬さ) と外性器に関しては、陰嚢のひだ、陰嚢の発赤・熱感などであった。A 氏は起床時と就寝前に、大腿部内側と下腹部から外性器にかけて皮膚の観察を行っていた。

(2) 外性器の固定

病棟看護師と研究者は、A 氏に対してボクサーパンツを使用した外性器の固定方法の説明を行った。その後は、A 氏自身がボクサーパンツを使用して外性器を拳上し固定していた。入院中 A 氏は、下着を使用し外性器を固定した状態で下肢のシンプルリンパドレナージ (Simple Lymphatic Drainage 以下、SLD) を実施していた。しかし、ケア介入中、外性器の固定を行わず下肢の SLD を行った結果、陰嚢周径の増加と接触圧の上昇を認め苦痛症状が悪化し、SLD は一旦中止とした。

(3) 外性器のポジショニング

陰嚢は、組織の弾性が大きく重力の影響があることから浮腫が起りやすいため、病棟看護師と研究者はA氏に対して、スポンジクッションを使用した陰嚢のポジショニングの指導を行った。A氏は就寝時に、スポンジクッションを大腿部に挿入し陰嚢が下垂しないようポジショニングを行っていた。

(4) 陰嚢周径と接触圧の測定

陰嚢周径の測定は、A氏自身が直径の長い部位に綴り紐を使用し測定を行った。A氏は綴り紐に結び目をつけ、看護師はその紐の長さを計測し、陰嚢周径とした。接触圧の測定は、陰嚢とベッドとの接触面へA氏自身が、圧測定器パットを挿入し測定を行った。接触圧は、褥瘡予防・管理ガイドライン（2012）で推奨されている、40mmHg以下をA氏と共有目標とした。また、それらの測定値をA氏が所定の記録用紙へ記入した。

3) 下肢のリンパ浮腫ケア

下肢のリンパ浮腫に対しては、スキンケアやA氏自身が行うSLDとリンパ浮腫セラピストが行う医療徒手リンパドレナージ(Manual Lymph Drainage以下, MLD)を行った。以下に具体的なケア内容について述べる。

(1) スキンケア

A氏に対して病棟看護師と研究者は、スキンケアと日

常生活上の注意点について説明し確認を行った。実際のスキンケアとしてA氏自身が、セラミドを含むバリア機能の高い保湿クリームを1日2回入浴後と寝る前に塗布を行っていた。研究者は、リンパ浮腫に対する理解度と過去にスキンケアをどのように実践していたのかなど、A氏に確認しながら説明を行った。また、適切な下着と履物の選択、感染による皮膚の変化とその対処方法についてリンパ浮腫のパンフレットを用いて説明した。

(2) リンパドレナージ

リンパ浮腫セラピストにより、下肢の浮腫改善を目的としたMLDが実施された。また、A氏に対して、パンフレットを用いてSLDの指導が行われた。その後、病棟看護師はA氏が行っているSLDの手技を確認した。

(3) 両下肢の計測

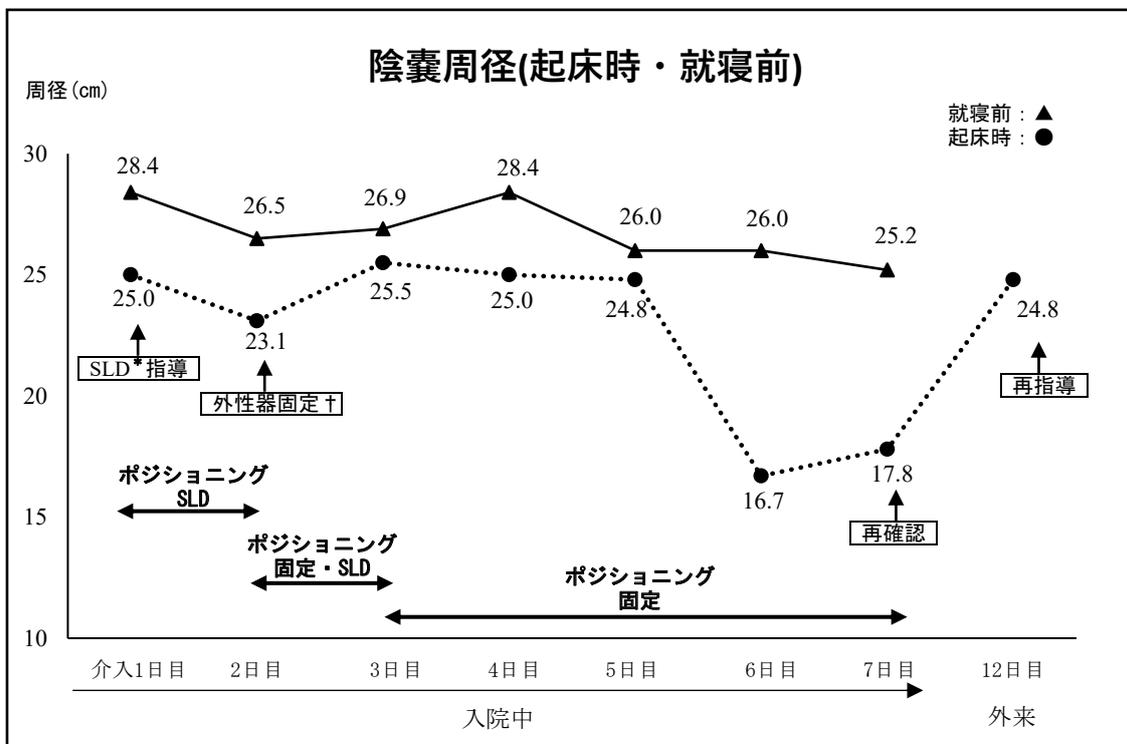
ガイドライン（リンパ浮腫診療ガイドライン，2014；リンパ浮腫管理ベストプラクティス2006）を参考に、A氏自身が下肢の計測を行った。

4) 外性器リンパ浮腫ケア介入による陰嚢周径と接触圧の変化

(1) 外性器リンパ浮腫ケア介入前後の陰嚢周径と接触圧の変化

陰嚢周径とセルフケアと指導内容を図2に接触圧を図3に示した。

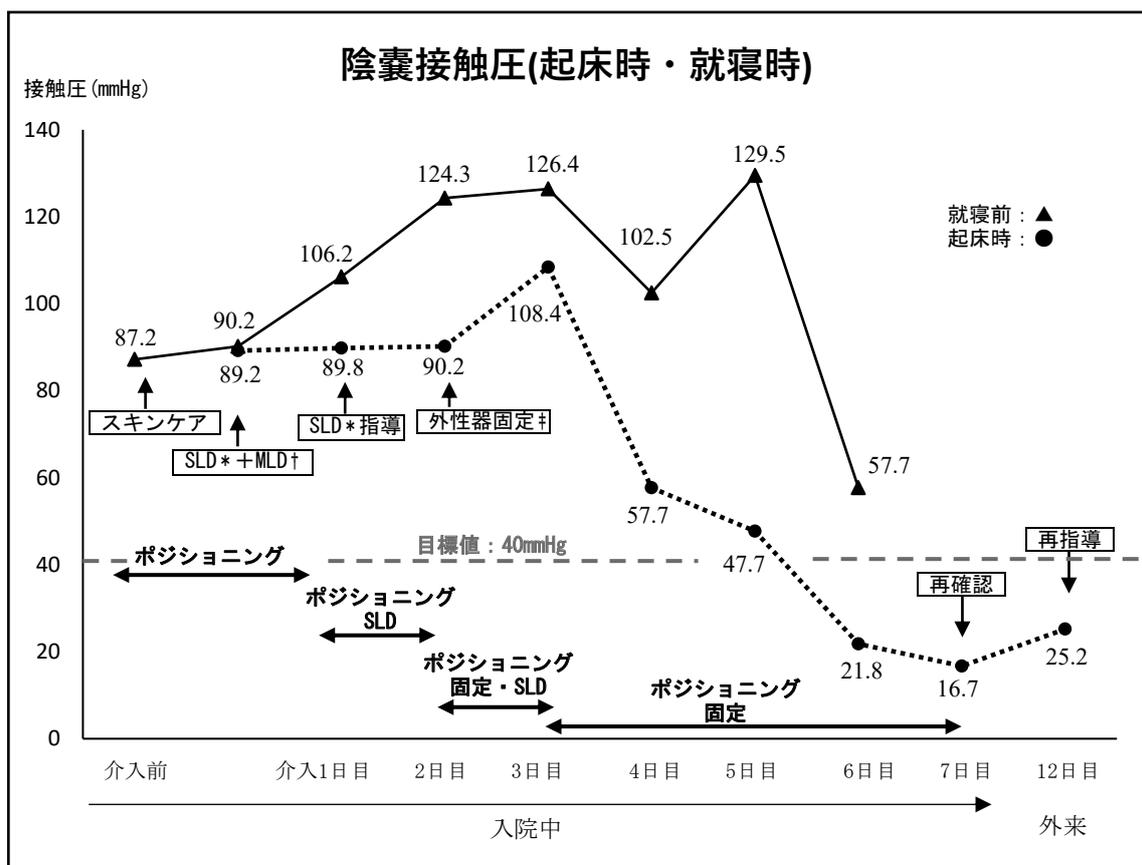
図 2. 起床時と就寝前の陰嚢周径の変化



* : simple lymphatic drainage

† : オムツ・下着、ストッキネットを使用し外性器を固定

図3. 起床時と就寝前の陰嚢接触圧の変化



* : simple lymphatic drainage

† : manual lymph drainage

‡ : オムツ・下着、ストッキネットを使用し外性器を固定

ケア介入前、A氏は右下肢に浮腫があり、右側鼠径部から右大腿部にかけて皮膚の肥厚がみられ、右大腿部のしびれと疼痛があった。介入前の陰嚢接触圧は、87.2mmHgであり、介入2日目より就寝前に外性器のポジショニングを行ったが、陰嚢接触圧は89～90mmHgであり、圧の減少はみられなかった。しかし、A氏は「少しここ(陰嚢)が軽くなった」と語っていた。

介入5日目A氏は、外性器を固定せず下肢のSLDを行ったため、介入6日目起床時の陰嚢周径値は25.5cm(前日差+2.4)、接触圧は108.4mmHg(前日差+18.2)と外性器リンパ浮腫の増強がみられた。その後、下肢のSLDは実施せず外性器の固定とポジショニングのみを続けた。その結果、介入8日目の計測では、起床時では陰嚢周径値は24.8cm(前日差-0.2cm)、接触圧は47.7mmHg(前日差-10.0mmHg)と外性器リンパ浮腫が改善した。

10日間の外性器リンパ浮腫ケア介入として、観察、外性器の固定とポジショニングを行った結果、陰嚢周径値は最大8.8cm、接触圧は91.7mmHgの減少がみられた。退院当日に病棟看護師と研究者は、A氏が実施する外性器の固定とポジショニングの確認を、図を活用しながら

行った。

研究者は、退院5日後の外来受診日に、A氏に会い外性器リンパ浮腫について確認を行った。A氏は「またむくんでいる(陰嚢)。痛みもあって薬(オキノーム)も飲んできた」と外性器リンパ浮腫の増強による苦痛を訴えた。右下肢の浮腫の増強もみられ、A氏は左右の異なる履き物(右足はぞうり、左足は革靴)を履いて外来を受診していた。自宅でのセルフケア内容を尋ねたところ、A氏は「思い出しては固定したり、保湿したりしたけど痛みがひどくなってね」とセルフケアの継続は困難であったことが語られた。

(2) 外性器リンパ浮腫ケア介入を通して患者が体験する苦痛症状

A氏が体験する苦痛症状について、介入前、ケア介入中(介入3日目)、退院日(介入10日目)ごとに表4に示した。なお、[]は中カテゴリー、「」に具体的な語りを記した。

外性器リンパ浮腫ケア介入前のA氏が体験する苦痛症状として、[座位保持が困難][仰臥位が困難][歩行が困難]の3つの小カテゴリーが抽出された。[座位保持が困難]なことにより、食事、排泄および衣服の着脱に

表 4. 外性器リンパ浮腫ケア介入前後の患者が体験する苦痛症状

中カテ ゴリー	小カテ ゴリー	介入前	3 日目	10 日目
外性器リンパ浮腫による日常生活動作の制限	座位保持が困難	〔食事〕 「座ると陰茎と陰囊が硬くなって痛い」 〔排泄〕 「ジンジンしてトイレに長く座れない」 〔着衣〕 「靴下脱げないからぬがして」	「立ったまま食べていたこともあるよ」 「ここ（陰囊）も足も腫れて便器に座れんよ」 「便の時は浣腸か自分で排便」	「ご飯ぐらいの時間は座れるようになった」 「トイレにも座れるようになったら便が出るようになっている」 「浴衣タイプしか着れなかったが、上下別のパジャマが着れる」
	仰臥位が困難	〔睡眠〕 「（陰囊）痛くて眠れない。腫れると痛みも強くなるからもんでほぐしている」	「左向きには眠れない」 「眠るときの体勢がとれない」	「初めてあんなに眠った」
	歩行が困難	〔活動〕 「入院したときからむくんでいるから歩きにくい。他人の足みたいよ。ジンジンする」	「股に（陰囊）が擦れて熱がこもる」 「歩くと重くなる、動くのがきつい」	「ほら、軽くなっているよ。足踏みもだいぶできるしあがる」

影響を及ぼしていた。ケア介入前、A氏は、「座っていると陰茎と陰囊の境目が硬くなって痛いよ」「ジンジンしてきた（下半身部位を指し）、どことは言えないんだよ。ジンジンするときはウォシュレットを使うけど、座るのもきついから長くはできない」と語っていた。〔仰臥位が困難〕なことにより、仰臥位による睡眠が確保できず苦痛を感じていた。A氏は、「（陰囊）痛くて眠れない。腫れると痛みも強くなるからもんでほぐしている」と語っていた。また〔歩行が困難〕な場合は、活動に影響がみられた。A氏は、「入院したときからむくんでいるよ。だから歩きにくい。他人の足みたいよ。ジンジンする」と語っていた。

ケア介入3日目に実施した面接調査では、「食事をするために座るときが一番きつい。立ったまま食べていたこともあるよ」「ここ（陰囊）も腫れたり、足もむくんだら便器に座れんよ」「左向きには眠れない」「股に（陰囊が）擦れて熱もこもる。履くものも無くなるから、ぞ

うり切ったりしていたよ」などこれまでの生活に関連した具体的な語りが聞かれた。

退院日、A氏の外性器リンパ浮腫は改善し〔座位保持が可能〕となり、「ご飯ぐらいの時間は座れるようになった。20分ぐらいは座れるかな」「トイレに座れるようになったら、便が出るようになっている」と語り、今回の介入期間では症状に対する内服薬（鎮痛剤や緩下剤）の投与には至らなかった。衣服の着脱では、屈曲姿勢が可能となりA氏自身で下着の着用が可能となった。〔仰臥位が困難〕では、睡眠時の姿勢に変化は見られなかったが、A氏より「初めてあんなに眠った」と熟眠感が得られたことや、「ほら、軽くなっているよ。足踏みもできる」と〔歩行困難の改善〕がみられたことが語られた。

3. 外性器リンパ浮腫アセスメントシートの修正

外性器リンパ浮腫アセスメントシートを表5に示した。研究者は、文献とA氏へのケア介入の結果をふまえて、

表 5. 外性器リンパ浮腫アセスメントシート 泌尿器科病棟用*

項目	選択肢	
1.足のむくみ	あり	なし
2.足と腰周りの皮膚の状態	少しかたい	やわらかい
3.性器部位のむくみ	あり	なし
4.性器のしわがなく皮膚が突っ張っている感じ	あり	なし
5.性器の赤みや熱感がある	あり	なし
6.便秘	あり	なし
7.歩く	難しい	できる
8.座る(排便時を含む)	難しい	できる
9.寝る(仰向けができない)	難しい	できる
10.痛みどめの使用	あり	なし
11.便秘時の対応	飲み薬・座薬	浣腸・摘便
12.放射線療法	あり	なし
13.照射部位	腰まわり	腰まわり以外
14.保湿剤の使用	あり	なし

*：外性器リンパ浮腫アセスメントシート、外性器リンパ浮腫を有する患者のケア介入をもとに作成

作成した外性器リンパ浮腫アセスメントシートの修正を行った。その後病棟看護師3人、がん看護専門看護師1人、泌尿器科医師1人と研究者で週1回15～20分程度の検討会を2回実施した。

外性器リンパ浮腫アセスメントの項目は、14項目であり、大きく分けて〔下肢と腰周りの浮腫の程度と皮膚の状態〕〔外性器リンパ浮腫の程度と皮膚の状態〕〔外性器リンパ浮腫による生活への影響〕の3つのカテゴリーに分類された。アセスメント項目1～2は、〔下肢と腰周りの浮腫と皮膚の状態〕に関する2項目であり、項目3～6は、〔外性器リンパ浮腫の程度と皮膚の状態〕の4項目、性器部位のむくみ、性器のしわがなく皮膚の突っ張り感や性器の赤みや熱感などに関する内容とした。アセスメント項目7～9は、〔外性器リンパ浮腫による生活への影響〕に関する内容として、第1段階の結果とA氏へのケア介入結果を基に「歩く」、「座る」、「寝る」ことに対する困難感の有無についての内容とした。アセスメント項目10～14の5項目は、患者の全体像を捉えるため、電子カルテより情報収集が可能な内容とした。

4. 外性器リンパ浮腫ケア資料の修正

作成した外性器リンパ浮腫のケア内容と、文献(Zuther et al, 2015; Holtgreffe MK, 2006; Whitaker J, 2007; McDougal WS, 2003)、ならびに本研究で実施したケア介入の結果を基に研究者が、ケア資料を修正した。その主な内容は、外性器の固定とスキンケアであった。外性器の固定の手順として陰茎の固定後に陰嚢を固定する。また、リンパ還流に基づく陰嚢挙上について図と写真と共にケア資料に記載した。スキンケアの実施方法は、時間や保湿剤の量、塗布の方法と外性器の皮膚の観察方法などについて写真を活用してケア資料を作成した。ケア資料の内容は、病棟看護師3人、がん看護専門看護師

1人、リンパ浮腫セラピスト1人と共に15分程度の検討会を3回行い、妥当性の確認を行った。それに加え、病棟看護師が、統一したケア介入ができるように、外性器の固定方法とその留意点、スキンケアの方法とその留意点について、写真付きの看護師用ケア資料を作成した。

5. 外性器リンパ浮腫アセスメントシートの運用

泌尿器科外来の外性器リンパ浮腫アセスメントシートは、患者主体で回答できるように10項目とした。作成した外性器リンパ浮腫アセスメントシートの運用方法について、病棟看護師3名と研究者で30分程度の検討会を2回行った。その後、泌尿器科病棟看護師に対して、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料の活用について15分程度の説明会を2回実施した。

退院後A氏の外性器リンパ浮腫は悪化が見られた。そのため、泌尿器科外来と連携を行い継続的な支援体制を整える必要があった。泌尿器科外来で活用できるような外性器リンパ浮腫アセスメントシートの修正を行った。病棟では外性器リンパ浮腫アセスメントの項目は14項目であったが、外来では患者の全体像を捉えるための5項目を削除し、9項目として、患者主体で回答できるよう工夫した。外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用した患者支援体制は、病棟看護師3人、がん看護専門看護師1人であり、シートの妥当性については、1回20分程度の検討会を行った。支援体制として、アセスメント項目1と2の「足のむくみ」や「腰周りの皮膚の乾燥や硬さ」がある場合は、病棟と外来においてリンパ浮腫パンフレットを用いてリンパ浮腫の標準的な患者教育を実施することとした。項目3～6の「外性器のむくみ」と「性器のしわの有無や突っ張り感」、「性器の赤みや熱感」がある場合は、病棟での看護師がケア資料を活用し介入を行い、外来では、主治医より患者へ緩和ケア外来

の紹介を行う体制とした。アセスメント項目7～9に示されている「歩く」、「座る」、「寝る」など生活に支障がある場合は、病棟では緩和ケアチームへ依頼し、外来では、治療の必要性がある場合は主治医へ相談する支援体制を構築した。

IV. 考察

病棟における外性器リンパ浮腫ケアの現状、外性器リンパ浮腫患者1名のケア介入を基に作成したアセスメントシートとケアへの取り組みについて考察を行った。

1. 泌尿器系男性がん患者の外性器リンパ浮腫の現状と課題

1) 有症率と生活への影響

病棟において過去3年間の入院患者の外性器リンパ浮腫有症率は、18.4% (53人/287人)であった。Zuther et al (2015)は、外性器リンパ浮腫を発症する患者の正確な数は不明であり、前立腺がんでは根治的リンパ節郭清後の下肢のリンパ浮腫（または外性器リンパ浮腫あるいはその両者）の有症率が70%以上と報告している。本研究は、入院した泌尿器系男性がん患者のみの有症率であるため、通院患者をふまえた有症率はより高率である可能性があると考えられる。

外性器リンパ浮腫に対してケア介入を行った1事例は、日常生活動作における制限があり、〔座位〕〔仰臥位〕〔歩行〕に関する困難感を訴えていた。これらの制限は、日常生活の中でも特に食事、睡眠、排泄、および活動に大きな影響を及ぼしていた。本研究の結果から、外性器リンパ浮腫の症状が日常生活の動作制限に影響を及ぼしていたことが明らかとなった。

2) 外性器リンパ浮腫ケアの現状

病棟の35.7%の看護師は、外性器リンパ浮腫に対するケア経験があり、その内容としてオムツを使用した陰囊の固定とボクサーパンツの着用を指導する内容であり、アセスメントに基づく統一したケア介入が行えていない現状であった。ガイドライン（リンパ浮腫診療ガイドライン, 2014；がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン, 2016）においても、外性器リンパ浮腫のアセスメントやケア方法は、明らかとなっていない。また、外性器リンパ浮腫ケアが難渋した患者の43.3%は緩和ケアチームへ介入依頼を行っていた。病棟看護師は、自己の経験とリンパ還流に基づき外性器の固定の指導を実践していたが、アセスメント方法や留意点がわからず、具体的な外性器リンパ浮腫に対する指導ができずに継続的なケアが行えていない現状であったと考えられる。

2. 外性器リンパ浮腫のアセスメントとケア方法の明確化

1) 外性器リンパ浮腫ケア介入による陰囊周径と接触圧の変化

外性器リンパ浮腫ケア介入の有効性を評価するため

に、陰囊周径と接触圧の測定を行った。その結果、陰囊周径では最大8.8 cm、接触圧では91.7 mmHgの減少がみられ、外性器リンパ浮腫の改善がみられた。しかし、A氏は陰囊を固定せずに下肢のSLDを実施したため、リンパ液が外性器へと流れ込み外性器リンパ浮腫の悪化がみられた。ガイドライン（がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン, 2016）においても、陰部のリンパ浮腫と下肢リンパ浮腫を併発している場合は、下肢浮腫の治療によって陰部浮腫が悪化することが報告されている。本研究においても、陰囊を固定せずにSLDを行った結果、ガイドラインと同様の結果が生じたのではと推察できる。

また、外性器リンパ浮腫における認められた治療法はなく、経験的に工夫しながら複合的治療が行われている現状である（リンパ浮腫診療ガイドライン, 2014）。本研究では、病棟看護師の経験知と文献を基にした着による外性器の固定と、就寝前のポジショニングを患者へ教育したことで、患者自身がセルフケアを実施できるようになった。その結果、外性器リンパ浮腫の改善がみられたことにより、看護介入は有効であったと考える。

2) 外性器リンパ浮腫ケア介入による生活への影響

本研究で外性器リンパ浮腫を有している患者は、「歩行」「座位」「仰臥位」の日常生活動作への制限があった。これらのケア介入により、外性器リンパ浮腫の改善がみられ神経の圧迫解除と関節可動域の拡大(Holtgreffe MK, 2006)につながり、座位や歩行が可能となったと考える。

これまでの研究において、セルフケアの確立には患者教育が重要であることが報告されている(Yasukuku M, 2010; Haruta N, 2008; Todd J, 2010; Masujima M, 2008)。本研究においても、入院中はA氏のセルフケア能力の向上を意識しながらA氏主体の外性器リンパ浮腫ケアを実施することができた。しかし、退院後、外性器リンパ浮腫ケアが継続できず、外性器リンパ浮腫の悪化がみられた。Sanada H et al (2009)やKitamura K et al (2011)は、リンパ浮腫の患者にとって最も重要なことは、日々のセルフケアであると述べている。そのため、入院中だけでなく退院後も、セルフケアが継続できるよう、日常生活での具体的な患者教育を行っていくことが重要であると考えられる。また、病棟と外来が連携し、統一したアセスメント指標とケア方法で継続的な支援を行うことが重要である。

3) 外性器リンパ浮腫のアセスメント

外性器リンパ浮腫アセスメントシートは、〔下肢と腰周りの浮腫や皮膚の状態の観察〕〔外性器リンパ浮腫の程度と皮膚の状態〕〔外性器リンパ浮腫による生活への影響〕の3つのカテゴリーで構成した。Whitaker J(2007), McDougal WS(2003), Yamamoto T et al(2011)は、リンパ循環動態の観点から下腹部リンパ浮腫は陰部リンパ浮腫に先行する病態であるため、下腹部リンパ浮

腫の診断・治療により陰部リンパ浮腫を予防できる可能性がある」と述べている。よって、〔下肢と腰周りの浮腫や皮膚の状態の観察〕は外性器リンパ浮腫の早期発見へと繋がるのではと考える。今後は、泌尿器系男性がん患者へ治療前から外性器リンパ浮腫の患者教育を行い、患者自ら外性器リンパ浮腫の症状に気づくことができるセルフケアの充実が重要であると考え。そのためには、患者用のケア資料を作成していく必要がある。

3. 外性器リンパ浮腫アセスメントとケアへの取り組み

外性器リンパ浮腫アセスメントシートの運用を行うために、病棟看護師に対して、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料の活用について説明を行った。患者が陰部リンパ浮腫を訴えるときには、すでに重症化している場合が多い(Whitaker J, 2007; MacDougal WS, 2003)。よって、外性器リンパ浮腫の重症化を予防するためには、看護師が看護ケアを実践するために、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとフローチャートの活用は重要であると考え。今後は、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料が効果的に活用できるように、評価を行いながら改善していくことが必要である。また、Manojlovich M(2005)は、専門的な看護実践行動と自己効力感には強い関連性があると述べており、外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用し、病棟看護師がアセスメントに基づくケア介入を実践することで、看護師の自己効力感が高まり自信をもって外性器リンパ浮腫ケアが実践できるのではと考える。また、アセスメントシートの項目を基にリンパ浮腫の程度を観察し、重症度の判定が可能になると効果的なケア介入の実践へとつながる。

4. 研究の限界

本研究では、1事例の介入であったが、今後は他の事例へも応用し、外性器リンパ浮腫アセスメントシートとケア資料の評価と修正を重ねて妥当性を強化していく必要がある。今回、研究を行った施設は、急性期病院であるため患者の状態変化が大きく診断、治療、終末期など様々な病期にある泌尿器系男性がん患者が多い。外性器リンパ浮腫アセスメントシートを活用する際は、患者、家族がおかれている状況をふまえながら、活用していく必要がある。そのためには、病棟看護師と外来看護師が連携しながら、必要な情報を基に客観的なアセスメントができるよう看護師への継続教育を行っていくことが必要である。

V. 結論

症状コントロールを目的とした入院患者の3年間の外性器リンパ浮腫有症率は2割程度であり、病棟看護師の4割はケア介入の経験はあったが、統一したアセスメ

ントやケアがなされていない現状であった。今回外性器リンパ浮腫ケアのアセスメントシートとケア方法を統一し、入院中の外性器リンパ浮腫ケアの改善に繋げることができた。今後は、在宅でも可能なケア方法の妥当性を検討し、泌尿器科病棟と外来と連携したケアの確立を行うことが必要である。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただいた多くの方々々に心よりお礼を申し上げます。

なお、本研究は沖縄県立看護大学博士前期課程の修士論文の一部を修正したものである。

本研究による利益相反は存在しない。

引用文献

- Haruta N, Kurayoshi M, Ushida I, et al. (2008). Present Conditions of Our Self-Care Education Programs for Hospital-Based Decongestive Physiotherapy for Lymph Edema Patients. *J Jpn Coll Angiol*, 48, 537-541.
- 緩和医療ガイドライン委員会. (2016). がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン2016年版. 第1版. 金原出版.
- Kitamura K, Akazawa K. (2011). Surveying Circumstances of Other Institutions Relating to Lymphedema After Breast Cancer Surgery and Future Problems. *J Jpn Coll Angiol* 50, 715-720.
- 国立がん研究センターがん対策情報センター. (2014). がん情報サービス: がん登録統計, がん最新・統計. http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html (2015年3月25日現在).
- Masujima M, Sato R. (2008). The Perceptions and Coping Behaviors Regarding Lymphedema of Patients who Developed Lymphedema Following Breast Cancer Surgery. *Journal Chiba Nurs Res*, 14, 17-25.
- Manojlovich M. (2005). Promoting Nurses' Self-Efficacy, A Leadership Strategy to Improve Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 53(5), 271-278.
- McDougal WS. (2003). Lymphedema of the External Genitalia. *Journal of urology*, 170, 711-716.
- Moffatt C, Doherty D, Morgan P. (2006/2006). 真田弘美, 他(監修・監訳). リンパ浮腫管理ベストプラクティス. *Medical Education Partnership(MEP)*. Ltp.
- 日本褥瘡学会/学術委員会. ガイドライン改訂委員会. (2012). 褥瘡予防・管理ガイドライン第3版. 14(2), 165-226.

- 日本リンパ浮腫研究会編. (2014). 総論. リンパ浮腫診療ガイドライン2014年版. 第2版. (pp1-17). 金原出版.
- Okutsu A, Koiyabashi K. (2014). Efficacy of Mobile Phone Usage in Supporting Leg Lymphoedema Self-Care. *Journal of Rural Medicine*, 9(2), 74-85.
- 大久保恵子, 横浜和美, 奥津文子. (2012). リンパ浮腫患者に関する看護研究の実態と今後の展望. *人間看護学研究*, 10, 133 - 139.
- Sanada H, Matsui K, Kitamura K. (2009). (translations & supervision) International Consensus. Best Practices for Lymphedema Management. Medical Education Partnership Ltd.
- Todd J, Harding J, Green T. (2010). Helping Patients Self-management Their Lymphedema. *J Lymphedema*, 5, 91-96.
- Whitaker J. (2007). Best Practice in Managing Scrotal Lymphedema. *Br J Community Nurs*, 12, S17, 8, 20-21.
- 山口建. (2015). がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査概要報告. *がんと向き合った4054人の声. 「がんの社会学」に関する研究グループ. 第3版*, 14-19.
- Yamamoto T, Koshima I, Yoshimatsu H, et al. (2011). Simultaneous Multi-Site Lymphaticovenular Anastomoses for Primary Lower Extremity and Genital Lymphedema Complicated with Severe Lymphorrhoea. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 64, 812-815.
- Yamamoto T, Yamamoto N, Yoshimatsu H, et al. (2013 A). LEC score: A Judgment Tool for Indication of Indocyanine Green Lymphography. *Ann Plast Surg*, 70, 227-230.
- Yamamoto T, Yamamoto N, Yoshimatsu H, et al. (2013 B). Indocyanine Green Lymphography for Evaluation of Genital Lymphedema in Secondary Lower Extremity Lymphedema Patients. *J Vasc Surg, Venous and Lym Dis* 1, 400-405.
- 山本匠, 成島三長, 光嶋勲. (2014). ICGリンパ管造影を用いた下腹部・陰部リンパ浮腫評価. *静脈学*, 25(1), 43-47.
- Yasuhuku M, Michihiro M. (2010). Relationship Between Preventive Behaviors Against Lymphedema and its Onset for Post-Surgery Breast Cancer Patients. *Int'l Nurs Care Res*, 9, 1-9.
- Zuther J. E, Norton S. (2013/2015). 加藤逸夫, 佐藤佳代子(監修・監訳). *リンパ浮腫マネジメント* ~理論・評価・治療・症例~. (pp 23, 47, 187-189, 285-291). *ガイアブックス*.

Assessment and Care of External Genital Lymphedema in Male Patients with Urinary System Cancer

Haruka Gushiken¹⁾, Midori Kamizato²⁾, Sayuri Jahana²⁾

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to clarify the present condition of external genital lymphedema, which is a distressing symptom, and its care in hospitalized male urinary cancer patients, and to examine the assessment index and care method.

Methods: The first stage was to extract the prevalence of external genital lymphoedema in hospitalized patients in the past, survey questionnaires for external genital lymphoedema in 13 inpatients, and care intervention for external genital lymphoedema in 28 ward nurses. A semi-structured interview was conducted. After that, we devised an assessment index and its care method, and created an assessment sheet and care materials. In the second step, patients with external genital lymphoedema underwent care interventions and semi-structured interviews. In the third stage, we examined how to operate the assessment sheet. Descriptive statistics were used for the questionnaire survey, and qualitative data from the interviews were analyzed qualitatively and inductively.

Results: In the first stage, as the present condition of external genital lymphoedema, the prevalence of external genital lymphoedema during hospitalization was 20%, and patients with external genital lymphoedema felt difficulty walking and sleeping. 40% of ward nurses had experience of care intervention in the absence of assessment index. In the second stage, a unified assessment sheet and care method were created, and intervention was conducted in one case. After the intervention, external genital lymphoedema was improved by a maximum of 8.8 cm in the scrotum circumference, contact pressure decreased by 91.7 mmHg, and lymphedema improved. In addition, it was revealed that external genital lymphedema affected [retention of sitting position], [supine position], [walking]. In the third stage, a flow chart of the external genital lymphoedema assessment sheet was created so that it could be used easily by nurses, and with the organizational adjustment, it was decided to introduce it into an electronic medical chart.

Conclusions: The prevalence of external genital lymphedema during hospitalization was about 20%, and 40% of ward nurses had experience of care intervention, but there was no unified assessment and care. This time, by unifying the assessment sheet and the care method for external genital lymphoedema care, it was possible to improve the external genital lymphoedema care during hospitalization. In the future, it is necessary to examine the appropriateness of the care method and establish care in cooperation with the urology ward and the outpatient department.

Key words: urinary cancer patients, external genitals, lymphedema, assessment, care methods

1) Naha-City Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

[研究報告]

統合失調症を有する終末期がん患者の 緩和ケアの困難感と質向上に向けた取り組み

加藤美月¹⁾, 神里みどり²⁾, 謝花小百合²⁾

抄録

目的: 緩和ケア病棟と精神科病棟の看護師が抱く統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感とその対応について明らかにし、緩和ケアの質向上への示唆を得ることを目的とする。

方法: 第1段階では、緩和ケア病棟看護師3名、精神科病棟看護師3名へ統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感やその対応について半構造化面接を実施した。

データは逐語録を作成し、質的帰納的に分析した。第2段階では第1段階で得た結果をもとに、ディスカッションを2回実施し、緩和ケアの質向上に向けて両病棟で取り組む内容について検討した。

結果: 緩和ケア病棟看護師の困難感として、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】など8カテゴリーが抽出され、その対応は、【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】など6カテゴリーが抽出された。精神科病棟看護師の困難感として、【がんの症状が進行したときの終末期ケアへの難しさ】など4カテゴリーが抽出され、その対応は、【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】など5カテゴリーが抽出された。また、両病棟看護師に共通する困難感として、【精神症状が強い時の身体的ケア介入への難しさ】などがあり、その対応は【病棟スタッフ内での連携】などであった。第2段階のディスカッションでは、緩和ケアの質向上のために両病棟が協働で事例検討やカンファレンスを定期的に行う必要性を確認した。

結論: 緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族や療養環境、ならびに病棟・他施設連携に関連した困難感などであり、精神科病棟看護師の困難感の特徴は、がんが進行した時の終末期ケアへの困難感であった。患者の精神症状に関連した困難感として、両病棟看護師に共通しており、それぞれ専門性を活かしたケアを実践していた。今後は病棟間の連携体制を構築し、情報共有やカンファレンスなど定期的な協働で行うことが必要である。

キーワード: 緩和ケア 終末期 がん患者 統合失調症 困難感

I. はじめに

精神疾患とがんについて、海外では統合失調症患者はがんによる死亡率が循環器疾患と同程度高い (Chris J Bush et al, 2010) ことが明らかとなっている。しかし、統合失調症を有するがん患者の受診率は、それを有さない患者と比較すると低く、健康格差への対応の必要性が報告されている (Kelly E Irwin et al, 2014)。国内においては、がんを合併した症例の緩和ケアやターミナルケアに対しての体制は依然として不十分であり、今後検討が必要と指摘されている (新井ら, 2016)。また、精神看護分野では、日本の高齢化に伴い、精神科病院でも高齢化が進んでいる現状である。よって、精神科病棟所属の熟練看護師の看取りケアを具体的に示す研究報告 (大永ら, 2018) がなされており、精神科での看取り・

ターミナルケアに関する研究が散見される。一方で精神疾患を有する患者が身体疾患を合併した場合のケアの実践について、精神科に所属する看護師は、身体疾患を看る上での知識や技術に対する自信のなさ、身体面を看護する機会が少ないこと、身体の病気を学習する機会があまりないことから身体合併症の看護に不安を感じている (荒木ら, 2013)。

研究者は A 病院の緩和ケア病棟に所属している。A 病院は、精神科病棟を母体とし、認知症病棟、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、そして緩和ケア病棟がある。全国的にも A 病院のような病棟構成は珍しく、県内の緩和ケア病棟を持つ病院の中でも精神科病床を有しているのは A 病院だけであり (宮城, 2018)、統合失調症を有する終末期がん患者の入院は、年間約 20 名程度である。A 病院において統合失調症を有する終末期がん患者は、精神症状が落ち着いている場合には、直接緩和ケア病棟に入院する。それ以外に合併症治療精神科

1) 社会医療法人葦の会オリブ山病院

2) 沖縄県立看護大学

病棟（以下、精神科病棟）に入院中でも患者の精神症状が落ち着いた場合は、緩和ケア病棟に転棟し、最期を緩和ケア病棟で看取っている。しかし、患者の中には、患者自らが緩和ケア病棟への転棟を拒否するケースや、がんによる急速な全身状態の悪化で緩和ケア病棟へ転棟するタイミングを失ったケースも存在する（宮城，2018）。そのため精神科病棟でも終末期がん患者のケアや看取りに関わる機会があり、精神疾患に対するケアだけでなく、がんによって起こる身体症状の緩和ケアの実践が必要となっている。

がんによる身体症状をコントロールするためにオピオイドを使用するが、精神科病棟ではオピオイドの使用頻度が少ないことから、オピオイドの具体的な使用方法や管理方法、オピオイド使用後の症状の評価について戸惑いの声が聞かれることがある。精神科病棟における統合失調症を有する終末期がん患者へのケアは、身体・精神症状の両側面に困難さがあると考えられる。しかし、これまでの先行研究は、疾患をがんと限定し、言及している者について症例報告は見られるが、研究報告は未だ少ない。

今後は、緩和ケア病棟、精神科病棟それぞれが単独で取り組むのではなく、協働して統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアについて、具体的に検討する必要があると考える。

本研究の目的は、統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケア病棟と精神科病棟に勤務している看護師のケアに焦点を当て、それぞれの看護師が抱く困難感やその対応について明らかにし、組織で取り組むべき統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアに対する示唆を得ることとする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は半構造化面接調査法を用いた質的記述的研究である。

2. 研究対象

1) 研究期間

調査期間は、2019年6月・10月である。

2) 研究フィールドの概要

A病院は全人医療を理念に掲げており、精神科病棟、認知症病棟、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を有している。その中でも精神科系病床数は232床と多く、精神科急性期治療病棟、精神科社会復帰病棟、精神科介護病棟、合併症治療精神科病棟の4つの病棟がある。中でも合併症治療精神科病棟は、精神症状を有して一般病棟での内科疾患の治療が困難な患者を対象としており、精神疾患を持つ終末期がん患者も症状緩和目的で療養している。今回は、統合失調症を有する終末期がん患者が療養している合併症治療精神科病棟（以下、精神科病棟）と緩和ケア病棟の2病棟を研究

フィールドとした。

3) 研究の概要（図1）

研究者は、研究の前段階において統合失調症を有する終末期がん患者が精神科病棟でどのように療養しているのか、ケアを実践する精神科病棟看護師がどのような関わりをしているのかについて把握するため2週間実習を行った。研究の概要については図1に示す。第1段階では、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感とその対応について明らかにするため、緩和ケア病棟看護師3名、精神科病棟看護師3名へインタビューガイドに沿って半構造化面接を実施した。第2段階は、第1段階の結果をもとにディスカッションを2回行った。1回目は、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感を中心に話し合った。2回目のディスカッションでは、両病棟間の連携への意識を高めることを目的とし、研究者が緩和ケア医と情報共有をしていた精神科病棟に入院中の統合失調症を有する終末期がん患者の事例を振り返った。

3. データ収集方法

1) 第1段階：統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケアの困難感と困難感への対応について明らかにする

研究者は、研究協力者の選定について、病棟スタッフの臨床経験を把握している両病棟管理者へ依頼した。緩和ケア病棟の管理者は、緩和ケア病棟での経験が5年以上あること、または緩和ケア病棟だけではなく精神科病棟でも勤務経験がある者を選定した。また、精神科病棟の管理者は、精神科病棟での経験と一般病棟でも経験があり、精神看護について話ができる者を選定した。インタビューはインタビューガイドに沿って「これまで統合失調症を有する終末期がん患者のケアに対し、何が難しいと感じたか」「ケアを実践する時、個人で工夫していることは何か」などを尋ねた。また、インタビューは勤務時間内に行ったため1人30分程度とした。内容は、研究協力者から同意を得てICレコーダーに録音、フィールドノートにも記載し、質的データとした。

2) 第2段階：両病棟間の課題解決に向けた取り組み

第2段階では、ディスカッションを2回実施した。1回目の研究参加者は、他施設の精神看護専門看護師、精神科認定看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師4名であった。今回の研究の目的と第1段階のインタビューから明らかとなった統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感を中心にディスカッションを進めた。2回目の研究参加者は、精神科認定看護師、精神科病棟看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師、医療ソーシャルワーカーの5名であった。ディスカッションの内容は研究参加者から同意を得てICレコーダーに録音し、質的データとした。

4. データ分析方法

1) 分析方法

第1段階のインタビュー調査で得られたデータは逐語録を作成し、緩和ケア病棟看護師、精神科病棟看護師ごとに分けて質的帰納的に分析を行った。第2段階のディスカッションで得られたデータは逐語録を作成し、内容を要約した。

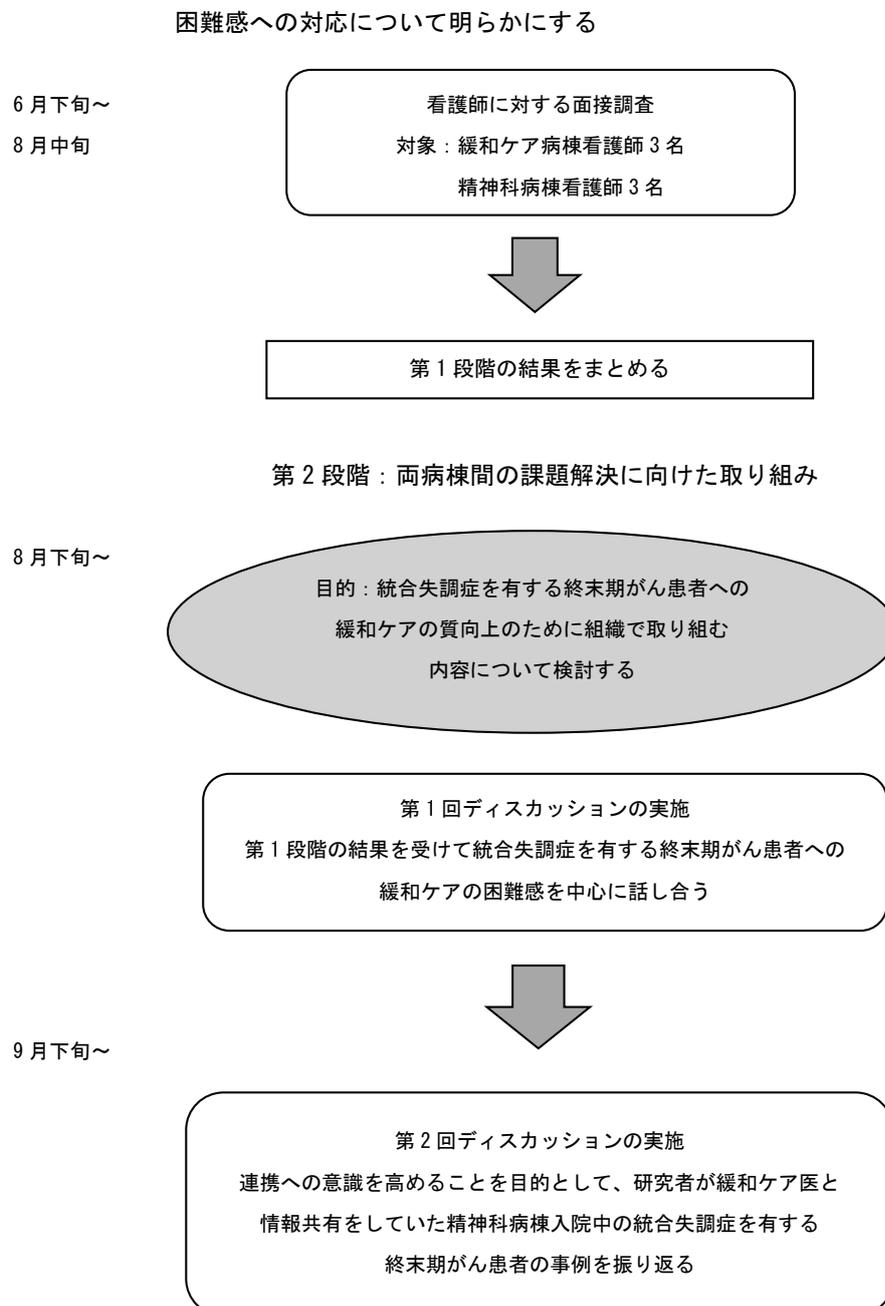
2) 真実性の確保

質的データの分析過程で、研究指導教員からスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。また、研究者が所属するゼミナールに参加し、ピアレビューを行った。

5. 倫理的配慮

今回の研究は看護師を対象とした研究であり、研究協力施設の管理者とインタビュー調査の対象者に対して研究の目的、方法、倫理的配慮について文書と口頭で説明した。研究への参加は自由意思であり、研究途中であってもいつでも辞退できること、参加の辞退による不利益は一切ないことなども合わせて説明した。ディスカッション参加者へは口頭で説明し、参加者全員から同意を得た。本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:19002)の承認を得て実施した。

図1. 研究の概要



Ⅲ. 結果

調査結果について、研究を 2 段階に分けて述べる。なお、本文中の【】はカテゴリ、<>はサブカテゴリを示す。また、インタビュー調査とディスカッションから得られた語りは「太字」で示す。

1. 研究協力者の臨床背景（表 1）

研究協力者は、緩和ケア病棟看護師 3 名、精神科病棟看護師 3 名の計 6 名であった。

看護師経験年数の平均は、緩和ケア病棟看護師が平均 28.3 年、精神科病棟看護師が平均 14.5 年であった。緩和ケア病棟看護師の中に精神科病棟経験者は 2 名であり、精神科病棟看護師では、緩和ケア病棟経験者はいなかった。また 6 名全員が一般病棟での勤務経験を有していた。

2. 第 1 段階：統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケアの困難感と困難感への対応を明らかにする

1) 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感（表 2）

緩和ケア病棟看護師の困難感について 8 つのカテゴリ、14 のサブカテゴリが得られた。緩和ケア病棟看護師は、<幻聴幻覚時の言葉掛けや間のとり方といったコミュニケーションが難しい><患者との信頼関係の構築が難しい>や、統合失調症を有する患者との【コミュニケーションや信頼関係を構築することに難渋】していた。また、思うようにコミュニケーションを図ることができず、<身体症状を把握し症状コントロールを行いたいが、患者が自覚症状に乏しく症状を把握しづらい><精神症状の悪化が身体症状と関連しているのかアセスメ

表 1. 研究協力者の臨床背景

n=6				
ID	看護師 経験(年)	緩和ケア 経験(年)	精神科 経験(年)	一般科 経験(年)
a	40	8	2	30
緩和ケア病棟	b	29	3	15
c	16	6	0	10
d	13	0	4	9
精神科病棟	e	24	0	6
f	6.5	0	1.5	5

ントが難しい>といった、症状アセスメントに必要な情報を患者から引き出すことに難しさを感じていた。それに対して緩和ケア病棟看護師から、「**精神科の患者さんとの距離の取り方、幻聴幻覚の時の声かけの仕方を精神科の看護師さんたちはどうしているのか知りたい**」という声が聞かれた。また、精神症状が強い患者の場合、<内服やケアを拒否することがあり、その後の介入のタイミングも難しい>と【患者の拒否による身体的ケア介入の難しさ】を感じていた。さらに緩和ケア病棟看護師は、家族との関わりにおいても困難感を感じていた。患者の家族も統合失調症である場合、特に患者が亡くなった時、<統合失調症を有する娘が患者の死を受け入れることができず、その対応が難しい><患者死亡後に家族にかけられる言葉を選ぶことが難しい>といった、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】を感じていた。また、他のケースでは、<家族のマンパワーと介護力が乏しい><家族が疎遠なため家族との段取りがスムーズにいかない>といった、療養を支える家族力が低いことや臨終時の<最期患者を一人で逝かせてしまうことへの

後悔>も含め、【家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い】を感じていた。

患者・家族との関わり以外では、<患者の状態に適した療養環境の選択が難しい>と感じており、特に患者の状態を見極めて【患者の精神状態に適した療養環境を調整する難しさ】を抱いていた。また、他の精神科病院から入院してきた患者に対しては、「(他病院の**精神科病棟スタッフの面会を調整できなかったことだけは**) **なんか心残り**で、**そういう配慮も少なかつたと思う**」といった、患者を看取る中で【病棟間や他施設との連携不足により感じる緩和ケア病棟スタッフの思いと後悔】の声も聞かれた。さらに、「**こっちは精神疾患の基礎知識がなくて、精神疾患の方に薬以外での関わりってどうしたらいいんだろうって思う**」といった、【緩和ケア病棟スタッフの知識不足・対応への不慣れ】も感じていた。

2) 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応(表 3)

緩和ケア病棟看護師の困難感に対する対応として 6

つのカテゴリー、9つのサブカテゴリーが得られた。緩和ケア病棟看護師は、患者にとってケアや処置が必要と感じていても、＜ケアや処置を患者が嫌がっている時には無理強いせず患者の意思を尊重する＞＜監視にならないよう距離の取り方に配慮する＞といった、患者の意思や患者との距離感を大切に、【患者の特性を理解した関わり方】を行っていた。また、患者との関わり方については統一し、スタッフ間で情報共有を行うといった、【一人ではなく病棟スタッフと連携して患者のケアに入る】ことを心掛けていた。

緩和ケア病棟看護師の特徴的な対応として、患者の療養生活を支えていくため＜患者の楽しみの提供や外出の

計画など患者のQOLを支える関わり＞といった、【患者のQOLを支えるケア】や、訴えに乏しい患者のがん性疼痛に対して「なんかきつそうな顔だなとか客観的評価で苦痛に早めに気づいて痛み止め（麻薬）をあげるタイミングを図っている」といった、【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】ことがあった。さらに患者の精神症状が不安定な時には、「不安なときにはお薬が必要なきもあつたが、そうでない時には不安な思いを傾聴する」といった、【患者の精神症状が落ち着かない時に話を傾聴する】ことを実施し、それでも患者の精神症状が強い場合には【精神症状に合わせた療養環境の選択】を行っていた。

表 2. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
コミュニケーションや信頼関係を構築することに難渋*	幻聴幻覚時の言葉掛けや間のとり方といったコミュニケーションが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションが取りづらい(a) ・精神科の患者さんと距離や間の取り方、幻聴幻覚の時の声かけの仕方を精神科の看護師さんたちはどうしているのか知りたい(c) ・合併症（精神科）病棟でも拒薬とかあると思うしそういう時うまい返し方をしているのか もしれない、言葉かけや関わりがヒントになったら私たちもうまく疼痛コントロールに入れるかもしれない(c)
	患者との信頼関係の構築が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・心を引き出して患者と関係性を作ることが統合失調症の患者に大事なことだと思う(a) ・緩和ケアに来るまでに精神科の先生が診ているって方は多く、割と担当の先生との信頼関係は築けているので先生と一緒に入ってもらうと看護師も介入しやすい(c) ・患者さんがいきなり緩和ケア病棟にきて看護師がみんな新しいって中だと患者も緊張してしまうから、看護師一人でも早めに顔合わせをして信頼関係を築くことをしておくことが良い(c)
身体症状の把握や症状アセスメントに対する難しさ*	身体症状を把握し症状コントロールを行いたいが、患者が自覚症状に乏しく症状を把握しづらい	<ul style="list-style-type: none"> ・症状の把握が非常に難しく直接的に痛みを表現しないという方が非常に多い(c) ・元氣そうであっても翌日にはぐたーとしていたりいきなり悪くなってしまうこともある(a) ・自覚症状が乏しく訴えも少ないため症状が非常に捉えにくい(a) ・症状コントロールが必要だが（自ら言語化することができないため）症状が把握しづらい(a) ・これまで精神症状があった患者が緩和ケア病棟では静かに過ごしていて、逆にどこかきついのか、痛いのかと聞いても「ううん、大丈夫」ってしか言わない(c) ・静かであちに秘めて症状を訴えない人の場合寝ているならそのままにしてしまうこともある(c) ・（自覚症状に乏しく、訴えも少ないため）がんが見つかったからがんと診断されてから（亡くなるまでの）経過が非常に早い(a)
	精神症状の悪化が身体症状と関連しているのかアセスメントが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みといった心身の訴えを言葉で訴えられないぶん、不穏などの精神症状が出る患者が多い(a) ・幻覚や幻聴がひどくなる時には身体症状が進んでいるかもしれないという憶測もあった ・（何も訴えない患者もいたが）逆に怒りっぽくなる患者もいた(c) ・比較的穏やかな感じの患者が怒りっぽくなったり拒否があると痛みと関連があるのかなと思う(c) ・身体なのか精神なのかわかりづらい(a)

*緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す

表 2. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
患者の拒否による身体的ケア介入の難しさ*	内服やケアを拒否することがあり、その後の介入のタイミングも難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の身体症状に対してケアをやってあげたいと思っても拒否されることもあるが無理強いしない(c) ・内服や処置を拒否した場合あまり言いすぎて刺激しないよう一度下がって間をとるが今度介入するタイミングが難しくなる(c)
家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ	統合失調症を有する娘が患者の死を受け入れることができず、その対応が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・(統合失調症を持っている娘へ) 母親の死をわかってもらおうと理解させることが難しい(b) ・亡くなってからも結構電話がかかってきて、前例がなくどう対応したら良いかわからなかった(b) ・娘が理解できず「死んでない」って言うケースが初めてだったため対応が難しかった(b)
	患者死亡後に家族にかける言葉を選ぶことが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・娘の気持ちを受け止めつつ、かける言葉を選ぶ難しさがある(b) ・傍にいてあげてねとか回りくどい感じで言えるが、「息してませんよ」とグサって言うことができない難しさがある(b)
家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い	家族のマンパワーと介護力が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも付いているのは精神疾患を持っている娘で、夫は主で動かず段取りをとるのが難しい(b) ・家族は姪っ子しかおらず介護力が足りないのが一番大変だった(b)
	家族が疎遠なため家族との段取りがスムーズにいかない	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との関係が疎遠で面会が少なく、病棟スタッフが看取るという方が多い(a) ・家族と疎遠な患者が多い(a) ・家族が疎遠な場合は誰が段取りをとるのが焦点になってくるがトントンと普通のようにはいかない(b)
	最期患者を一人で逝かせてしまうことへの後悔	<ul style="list-style-type: none"> ・いくら精神疾患を持っていても人として亡くなる前は誰かに看取られたいって気持ちはあるが誰もいないことが多くかわいそうってというのが一番の印象(b) ・(他院の精神科のスタッフは) 何十年も一緒にいるのでそういうふうにならなくていいのかなって心配に思っているだろうと) 思いながらも最期は患者一人で逝かせてしまった(b)
患者の精神状態に適した療養環境を調整する難しさ	患者の状態に適した療養環境の選択が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状が激しい方は緩和ケア病棟でみることはできず、また比較的ADLが自立している方はまだまだ緩和ケア病棟では厳しい場合もある(a) ・症状コントロールが難しくモルヒネの皮下注射の段階では緩和ケア病棟対象となる(a) ・精神科の患者の場合(緩和ケア病棟で療養するよりも) 慣れ親しんだ環境が良いという方もいる(a)
病棟間や他施設との連携不足により感じる緩和ケア病棟スタッフの思いと後悔	病棟間の情報共有・連携が不足していることで感じる緩和ケア病棟スタッフのこんなればという思い	<ul style="list-style-type: none"> ・前にいた病棟なら知り合いとかいるはずだから少し時間を見つけて合併症病棟に下ろして連携とることが良い(c)
	転入後に他施設との連携が不足していることで感じる後悔	<ul style="list-style-type: none"> ・姪っ子はスタッフが家族みたいだから面会に来るかもしれないと言っていたが、結局病棟のスタッフは面会へ来なかった(b) ・(他病院の) 精神科のスタッフが面会に来て良かったし、きっと向こうも心配していたと思う(b) ・(他病院の精神科病棟スタッフの面会を調整できなかったことだけは) なんかつ心残り、そういう配慮も少なかったと思う(b)
緩和ケア病棟スタッフの知識不足・対応への不慣れ	緩和ケア病棟スタッフが精神疾患を持つ患者への知識不足や対応に慣れていない	<ul style="list-style-type: none"> ・経験の差はあるかもしれないが緩和ケア病棟スタッフが精神科の対応に慣れていない(a) ・こっちは精神疾患の基礎知識がなくて精神疾患の方に薬以外での関わりってどうしたらいいんだろうって思う(c) ・疼痛コントロールには目がいくが、精神症状が出た時にどうしようってすぐに薬に頼ろうとする(c) ・(精神疾患を持っている) 患者と関わりのうまいスタッフとピース作りを一緒にやる(c)

*緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す

表 3. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
患者の特性を理解した関わり方*	ケアや処置を患者が嫌がっている時には無理強いせず患者の意思を尊重する	・本人が嫌がっているときには意思を尊重し、ケアの中でも個人の人格とかを尊重するように関わる(c) ・ケアを無理強いせず拒絶することがあってもしょうがないって間を置いて関わる(c)
	監視にならないよう距離の取り方に配慮する	・(安全上離床センサーを設置した患者の場合は)あまり監視しないように距離の取り方に配慮する(c)
	不穏がある患者の安全の確認や精神症状と睡眠状況の関連をみる	・(不穏がある患者の場合には)繋がっているライン類は抜いたりしないか安全面を確認し、精神症状や不眠の有無、眠剤の効果についてみていく(b)
一人ではなく病棟スタッフと連携して患者のケアに入る*	主治医や精神科医と一緒に介入する	・精神科の先生と一緒にコミュニケーションをとっていく(c) ・(拒薬で)内服が難しければフェントステープに変えてもらうなど主治医と一緒に介入する(c)
	一人ではなく病棟スタッフみんなで相談し、統合失調症のケアに詳しい師長と連携してケアに入る	・患者の症状やその対応についてスタッフ間で情報共有する(a) ・(統合失調症を持つ患者の対応に詳しい)師長から統合失調症の患者の性格やケアの入り方について学ぶ(c) ・病棟スタッフで患者の情報共有をしたことで疼痛コントロールがうまくできたこともあり、一人ではなくみんなで相談してケアに入る(c)
患者のQOLを支えるケア	患者の楽しみの提供や外出の計画など患者のQOLを支える関わり	・患者の好きな歌を歌ったり、個人の楽しみを提供する(a) ・患者が元気なうちに外出を計画する(a) ・家族がいなければスタッフが家族の代わりに一緒に外出したり音楽を聞いたりする(a) ・歩けるうちはしっかり歩いてトイレに行ったり(体力の)ギリギリまで患者がやりたいことは支援する(a)
精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る	医療用麻薬に対する知識の向上、客観的評価から医療用麻薬を使用するタイミングを図る	・緩和ケア病棟に来てから麻薬が痛みだけではなく呼吸苦にも効くとしっかり学んだ(b) ・なんかきつそうな顔だなとか客観的評価で苦痛に早めに気づいて痛み止め(麻薬)をあげるタイミングを図っている(c)
患者の精神症状が落ち着かない時に話を傾聴する	患者に寄り添い話を傾聴する	・傍に寄り添ってとりあえず話を聴く(a) ・(関係性が構築されて)徐々に話ができるようになると不安や痛みなどの(心身に関する)話も聴く(a) ・不安なときにはお薬が必要なときもあったが、そうでない時には不安な思いを傾聴する(a)
精神症状に合わせた療養環境の選択	精神症状が強い時の療養環境を調整する	・精神症状が強いときには落ち着くまで精神科病棟で療養できるよう調整する(a)

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感への対応を示す

4) 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感(表4)

精神科病棟看護師が抱く困難感として4つのカテゴリー、6つのサブカテゴリーが得られた。精神科病棟看護師は、統合失調症を有する患者との関わりに対して<言葉遣いや距離間といったコミュニケーションが難しい><患者に選ばれたスタッフしか受け入れてくれない>といった、【コミュニケーションや信頼関係を構築する過程で感じる難しさ】を抱き、身体症状に対するケアに対しては、<がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかずケアに繋げることが難しい>といった【がん性疼痛か

精神症状なのか見分けがつかない難しさ】があった。また、患者への処置に対し「(幻聴が)聞こえてくるみたいで『これはやらないいいです』とか必要な処置であることを説明してもさせてもらえないことは多い」と話し、患者の精神症状の影響により<内服や処置をすぐに受け入れてくれない><疾患に対する理解が乏しい>といった、【自身の疾患や必要な処置に対して理解力が乏しいことによる介入の難しさ】を感じていた。

精神科病棟看護師の困難感の特徴として、「ADLが低下し、寝たきりになったときに患者に十分に付き添うことができずその時期のケアが難しいと感じる」といった

＜がんの症状が進行した時のケアに悩む＞様子が伺え、【がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ】を感じていた。

5) 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応 (表 5)

精神科病棟看護師の困難感に対する対応として 5つのカテゴリー、7つのサブカテゴリーが得られた。精神科病棟看護師は、必要な処置に対して患者が拒否を示した場合、＜患者が処置を拒否する場合や身体的に弱ってきても患者の気持ちやペースを優先する＞＜患者には自分なりに正しいというものや患者自身の世界観があることを理解する＞＜患者の幻聴は傾聴するが否定も肯定もしない＞といった【患者のこだわりを尊重する】ことを大

切にしていた。また、患者に関する情報については【病棟内で情報共有を行う】ことを心掛けていた。また、精神科病棟看護師の対応の特徴として、「(患者が腫瘍の部分に触って)『ここで何人かの子供が傷のあたりを触って悪さする』って普段とは違う言い方をするとちょっと不調なのかなと思ひ深く症状を聞く」といった＜患者の幻聴が痛みや不安と関連しているのか症状を深く探る＞【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】を行っていた。さらに【患者へ安心感を与えるような声掛け】を意識して関わっており、それでも患者が拒絶を示す場合には、「2、3回声をかけても介入がダメな場合は時間を置いたり、人を変えて関わっている」といった【患者が拒否する時はパターンを変えた介入】を実践していた。

表 4. 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
コミュニケーションや信頼関係を構築する過程で感じる難しさ*	言葉遣いや距離間といったコミュニケーションが難しい	<ul style="list-style-type: none"> 敬語をいすぎると嫌そうに心を許してもらえず、距離が近すぎても遠すぎてもダメだと感じる (d) 昼間のコミュニケーションを大事にしないと夜間の精神症状が落ち着かなくなる (e)
	患者に選ばれたスタッフしか受け入れてくれない	<ul style="list-style-type: none"> 患者からお願ひされると「ヨッシャ」って思う、精神科は選ばれた職員が関わることができ評価が得られた時に初めて治療ができる (e) 精神科の先生の診察についていると、特定の人や初めての人になかなか受け入れられなかつたりとかある (f)
がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかない難しさ*	がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかずケアに繋げることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> 痛みなのか精神症状なのか見分けがつかないこともあるが、大声を出したり普段ないパターンを見ると何かあるのかなと探る (d) はっきり言わないところもあるが精神のコントロールが大事 (e) 痛みで眠れないのかなと思うこともある (症状がはっきりしない) (e) 本当は不安があると思うが思っていることを言わない (e)
自身の疾患や必要な処置に対して理解力が乏しいことによる介入の難しさ*	内服や処置をすぐに受け入れてくれない	<ul style="list-style-type: none"> 内服や処置は2、3回同じことを聞くがダメなときは何を言っても受け入れてくれない (d) 精神疾患上、幻聴が聞こえるのかわからないが、処置とかは何回もお願いしてやっと受け入れてもらえる (f)
	疾患に対する理解が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> 病識がないから難しい (e) (幻聴が) やはり聞こえてくるみたいで「これはやらなくていいです」とか必要な処置であることを説明してもさせてもらえないことは多い (d)
がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ	がんの症状が進行した時のケアに悩む	<ul style="list-style-type: none"> どんどん弱る中でどこまで理解しているのか、何をしてあげたらいいのか悩む (d) ADLが低下し、寝たきりになったときに患者に十分に付き添うことができずその時期のケアが難しいと感じる (d)

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す

表 5. 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り一例
患者のこだわりを尊重する*	患者が処置を拒否する場合や身体的に弱ってきても患者の気持ちやペースを優先する	<ul style="list-style-type: none"> ・処置は本人が望まないなら無理強いないで、売店に行きたい気持ちが強いならそれを優先する(d) ・患者の生活パターンを崩さないようにしており、終末期で身体的に弱ってきても患者が売店へ行きたいと言えば毎日売店へ行けるよう調整する(d) ・先生の指示する処置を拒否する場合には時間をかけて患者のペースに合わせて行う(f)
	患者には自分なりに正しいというものや患者自身の世界観があることを理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんには自分が安心することや自分なりに正しいというものがあることを理解する(d) ・患者の世界観に入る(d) ・できるだけ患者のそのままを支持して接している(f)
	患者の幻聴は傾聴するが否定も肯定もしない	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が幻聴の内容を話してきたら、傾聴するが「今そういう風に聞こえているんですね」って否定も肯定もしない(f)
病棟内で情報共有を行う*	患者の情報について主治医や病棟スタッフと共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の情報については主治医や病棟スタッフ間で共有する(d) ・他スタッフから(声かけや対応)大丈夫なパターンを情報共有して介入する(f)
患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め	患者の幻聴が痛みや不安と関連しているのか症状を深く探る	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が他科受診を拒否する場合には、なぜ嫌なのか患者の訴えを傾聴し、知らない所へ行くことが怖いようなら一緒に受診についていく(f) ・「(患者が腫瘍の部分に触って)ここで何人かの子供が傷のあたりを触って悪化する」って普段とは違う言い方をするとちょっと不調なのかなと思い深く症状を聞く(f)
患者へ安心感を与えるような声掛け	患者を安心させるような声かけを心がける	<ul style="list-style-type: none"> ・患者を安心させるような声かけを心がけている(e)
患者が拒否する時はパターンを変えた介入	患者が処置や採血を拒否する場合には、時間を置いて声をかけたり人を変えて関わる	<ul style="list-style-type: none"> ・2、3回声をかけても介入がダメな場合は時間を置いたり、人を変えて関わっている(d) ・処置や採血で拒否される場合は臨機応変に他スタッフへお願いし人を変えて対応している(f)

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感への対応を示す

3. 第2段階：両病棟間の課題解決に向けた取り組み

第1段階のインタビュー調査から得られた結果をもとに、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの質向上のため、組織で取り組む内容を検討することを目的としてグループディスカッションを2回実施した。

1) ディスカッションの参加状況(表6)

第1回目のディスカッションの研究参加者は、精神科看護に関する専門性の高い助言を受けるため他施設の精神看護専門看護師を交え、精神科認定看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師の4名であった。2回目の研究参加者は、精神科認定看護師、精神科病棟看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師、医療ソーシャルワーカーの5名であった。

2) 第1回ディスカッション：第1段階の結果をもとに話し合う

第1回目のディスカッションでは、主に統合失調症の

精神症状によるケア介入時の困難感について情報共有を行った。統合失調症を有する終末期がん患者は、幻聴・幻覚の精神症状が強い時、緩和ケア病棟看護師の介入を拒否することがあった。がんが進行し、身体症状が強くなった場合でも患者は、疼痛緩和のためのレスキュー薬の内服に拒否を示した。緩和ケア病棟看護師は、疼痛コントロールがうまくいかない状況に倫理的葛藤を抱いていた。

精神看護専門看護師は、緩和ケア病棟看護師へ「緩和ケアの目指すところに、最期のステージを楽に家族とともに安心してっていうのがあると思うが、価値は人によって違ってくる。薬で精神症状を抑えてでも痛み止めを使うことが本人の安楽なのかと考えてみることも一つかなと思う。また、患者の安楽と看護師の価値観のズレが生じるならばその葛藤をどう収めるかも大切になる」と助言した。それに対し緩和ケア病棟看護師は、「私たちから見てきつそうっていう価値観とご本人はきつなくてもこれでいいんだっていう価値観のズレがあることを忘

表 6. ディスカッションの参加状況

	第1回ディスカッション n=4	第2回ディスカッション n=5
精神看護専門看護師☆	○	—
精神科認定看護師*	○	○
精神科病棟看護師	—	○
緩和ケア認定看護師	○	○
緩和ケア病棟看護師	○	○
医療ソーシャルワーカー	—	○

☆院外の精神看護専門看護師

※看護部所属

れてしまう。きつなくてもそれでいいんだっていうその人の尊厳を大事にしていくことも必要だと感じた」と精神看護専門看護師の助言から気づきへと繋がった。

3) 第2回ディスカッション：精神科病棟での終末期がん患者急変時の対応事例の振り返り

緩和ケアの質向上のためには、緩和ケア病棟と精神科病棟が協働で取り組むことが必要である。2回目のディスカッションでは、両病棟看護師が連携への意識を高めることを目的とし、ディスカッション内で、精神科病棟で療養中の終末期がん患者が急変した際の対応事例の振り返りを行った。

研究者が実習を行う以前は緩和ケア病棟、精神科病棟間の連携は主治医である緩和ケア医だけであり、両病棟間で情報共有は行っていなかった。実習後、研究者が精神科病棟で療養している終末期がん患者について情報収集を行うようになり、研究者と緩和ケア医で、精神科病棟で療養する終末期がん患者について情報共有の時間を持つようになった。また研究者は、実習終了後も精神科病棟看護師と情報共有を行いながら関係性を維持していた。精神科病棟看護師と顔の見える関係性を構築したことにより、緩和ケア病棟と精神科病棟間を横断できるようになった。これらにより研究者は、精神科病棟で療養する終末期がん患者のケアにコンサルテーションを行うことが可能となった。

①患者概要

患者は A 氏、70 代、女性、末期肺がん、統合失調症を患っており、他の精神科病院より疼痛コントロールと緩和ケア病棟待機目的で A 病院精神科病棟へ入院した。入院時は身体的苦痛による影響で精神的に落ち着かない様子もあったが、オピオイドを調整し疼痛コントロールが良好になると、精神的にも落ち着きが見られた。しかし、入院 4 か月が経過した頃、急な呼吸不全により全身状態が著明に悪化した。全身の苦痛に対して塩酸モル

ヒネの皮下注射を開始し一時的に症状は緩和したが、翌朝、患者は家族が見守る中、息を引き取った。

②研究者の行動

精神科病棟看護師はモルヒネ借用のため、緩和ケア病棟へ連絡した。研究者は、その日は日勤で緩和ケア病棟におり、連絡をきっかけに A 氏が急変したことを知った。精神科病棟ではモルヒネ皮下注射はほとんど行われないため、担当看護師の戸惑う様子が見られた。

研究者は、モルヒネを準備するところから担当看護師と一緒にいった。モルヒネが呼吸困難感や全身の苦痛に比較的效果があることを説明し、投与開始後は患者の状態を評価しながら薬剤のベース量の調整やレスキューの使用を検討すること、モルヒネの副作用、皮下注射の刺入部の確認など患者の全身状態と合わせて観察を行うことを説明した。その後研究者は 2 時間おきに患者の状態を把握するよう努めた。また、夜間はモルヒネの使用に慣れている緩和ケア病棟スタッフへ相談するよう担当看護師へ申し送り、夜勤の緩和ケア病棟スタッフへも A 氏の状態について情報共有し、必要時介入するよう依頼した。

③事例の振り返り

事例を振り返った後の語りとして、「最期どこでも看取れる環境は必要。そのために間に入ってくれる役割を担う人がいるのは大きい」「カンファレンスをお互いの病棟でやるってお互いの困難と感じていたことが見えたり、それぞれの不完全みみたいなものが、そういうことを通してそれぞれの病棟ナースのやりがいにも繋がっていくのかな。お互いの良いケアに繋がると思う」という声が聞かれた。

④2回目のディスカッション後の取り組み

2回目のディスカッション終了後、緩和ケア病棟、精神科病棟の双方の看護師長と内容を共有した。後日、初めて協働で行う取り組みとして両病棟で関わった患者のカンファレンスを開催した。

IV. 考察

1. 両病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感の特徴と困難感に対する対応

1) 緩和ケア病棟看護師の緩和ケアへの困難感の特徴

緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族に関連した困難感、患者の状態に適した療養環境を調整する困難感、他施設との連携不足により感じる困難感、自身の知識や経験不足であった。その中でも家族に関連した困難感では、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】や【家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い】と、患者だけではなく、その家族に対するケアにも難渋していた。

終末期の患者に関わる看護師は、家族に囲まれて亡くなっていくことをよき最期の一つとして捉えている者が多い(上山, 2007)。しかし、一方で家族との関わりに困難やストレスも感じている(宇宿ら, 2010)。また、加藤ら(2019)の研究では、統合失調症患者の家族関係の希薄さに対してケアにあたる看護師は、介入が難しいと感じているという報告もあり、本研究も先行研究と同様の結果が得られた。それに加えて本研究では、家族も統合失調症を発症しているケースに対しても看護師は困難感を抱えていることが明らかとなった。その場合、家族の精神症状への対応も含めた家族ケアが必要であり、それに応じたケアの実践は精神看護への理解を深めることが求められる。そのためには精神科病棟と連携し、緩和ケア病棟看護師が精神看護について知識や技術を習得できる場を設ける必要がある。また、患者の状態に適した療養環境を調整する困難感において A 病院では、患者の精神症状が強い時には緩和ケア病棟で療養することはできず、精神科病棟で精神症状のコントロールを行いながら緩和ケアを実施することになる。そして、がんの進行により精神症状よりも身体的苦痛が上回った時、患者の全身状態が低下した場合などは緩和ケア病棟への転棟を考えるタイミングである。患者の状態に適した療養環境の提供は、そのタイミングを逃さないことが重要であり、そのためには両病棟間で定期的に情報共有を行うことが必要である。

2) 精神科病棟看護師の緩和ケアへの困難感の特徴

精神科病棟看護師の困難感の特徴として、【がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ】が示された。精神科病棟看護師からは、「患者が弱中で何をあげたらいいのか」「患者が寝たきりになったときに十分に付き添うことができない」といった語りが聞かれ、精神科病棟での終末期ケアに悩む様子が伺えた。精神科病院におけるターミナルケアの課題として、荒木ら(2016)は、精神科病院では、麻薬・個室・中央配管の不備、人員不足など治療や看護を行う環境が十分でないことに

対して、看護師が戸惑いや憂慮を抱いており、物理的・人的環境面での課題があると示唆している。また、精神科病棟看護師は、「身体に関する知識が少ない」や「フィジカルアセスメントができない」などが身体合併症看護への自信のなさに繋がっているという報告もある(荒木ら, 2013)。よって、身体的ケアに対する知識と技術習得の機会を設ける必要がある。

一方で、A 病院は緩和ケア病棟と精神科病棟を有しているため、精神科病棟で療養していた患者が看取り期に移行した時、緩和ケア病棟で療養できるよう環境調整や緩和ケアに関して相談できる体制を組むことは可能である。しかし、これまで緩和ケアが実践できないことに対して困難感を抱きながらもケアは双方の病棟で完結している現状であり、連携はまったく取れていなかった。また、今回の研究フィールドの精神科病棟では、内科的疾患の治療も日常的に行われており、そこに在籍する看護師は精神看護に関する知識だけではなく身体看護に関する知識や経験も有している。そのため身体看護に関する知識や経験はあっても、患者の精神症状の影響により身体的ケアを実践できないことが推察される。院内に緩和ケア病棟と精神科病棟を有している強みは、互いの知識や技術を提供し合える環境にあると考える。よって、今後は協働で緩和ケアや精神看護に関する勉強会や両病棟に共通する患者の情報共有やカンファレンス、病棟間の連携を強化する必要がある。

3) 両病棟看護師の緩和ケアへの困難感の相違

統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感は、両病棟看護師で抽出されたカテゴリー数に明らかな違いが見られた。

緩和ケア病棟看護師の困難感には、8つのカテゴリーが抽出された。その中でも、緩和ケア病棟看護師のみ抽出されたカテゴリーは、家族に関連した困難感、療養環境の調整や他施設との連携に関する困難感の4つのカテゴリーであった。一方、精神科病棟看護師の困難感には4つのカテゴリーが抽出された。その中で精神科病棟看護師のみ抽出されたカテゴリーは、がんが進行した時の終末期ケアに関する困難感であった。その要因として、村上ら(2017)は、緩和ケア病棟と療養病棟スタッフとの緩和ケアに対する意識調査を実施している。その研究では、緩和ケア病棟経験者は WHO が提唱する緩和ケアの定義の周知度が高いが、それに対して緩和ケア病棟未経験者とは緩和ケアに対する認知度や意識の差があると述べている。本研究においても、精神科病棟看護師の中に緩和ケア病棟経験者はおらず、緩和ケアへの意識が低いと考える。そのため緩和ケアの視点で患者をみることができず、緩和ケアの困難感としてインタビューでは出てこなかったのではないかと推察する。さらに村上ら(2017)はそれらに対して、緩和ケア病棟未経験者への緩和ケア教育と病棟間の人事交流の必要性を言及している。A 病院では、これまで緩和ケア病棟と精神科病棟間

での連携はなかったため、互いにどのようなケアを実践しているのか周知されていない状況であった。今後は、互いの病棟を理解することが重要であると考え。そのために実施可能な方法として、精神科病棟看護師は緩和ケア病棟で、緩和ケア病棟看護師は精神科病棟にて半日研修を取り入れ、それぞれの病棟で療養する患者の状態、療養環境や実施されているケアについて実際に関わることが必要である。そして、両病棟看護師が実践するケア内容を共有し、どちらの病棟でも統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアが実施できる環境を整えていく必要がある。

4) 両病棟看護師の共通する困難感

統合失調症を有する終末期がん患者との関わりの中で、コミュニケーションや信頼関係の構築に難渋し、身体症状を把握しづらい、処置やケアに拒否を示すため身体的ケア介入が難しいといった内容は、両病棟看護師の共通する困難感として抽出された。精神科病棟看護師を対象とした精神疾患を持つ患者のケアに対する困難感(加藤ら, 2019)においても本研究と共通する困難感が示されており、精神疾患患者に関わる看護師は共通した困難感を抱いていたと考える。

WHO が提唱する緩和ケアは、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの 4 つの苦痛緩和に対処し、QOL の改善にアプローチすることである。その中でも身体的苦痛の緩和が優先され、その症状が緩和されていると判断できた時、2 番目に精神症状の緩和、そして社会的、スピリチュアルという順で苦痛緩和を考える(小川・内富, 2011)。しかし、統合失調症を有する患者の場合、彼らの体験している幻聴や幻覚といった精神症状を WHO の提唱する緩和ケアの 4 つの苦痛緩和に当てはめることには限界がある。また、患者の精神症状が強い時には、処置やケアを拒絶するため介入が困難となり、身体的ケアよりも精神症状に対する治療やケアが優先される場合がある。そのため、統合失調症を有する終末期がん患者に関わる看護師は、緩和ケアと精神看護の両方の知識や技術の習得が求められ、今後は両側面に対応できるよう教育支援が必要であると考え。

5) 両病棟看護師の困難感への対応の特徴

両病棟看護師の共通した困難感への対応は、緩和ケア病棟看護師が【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】など、精神科病棟看護師が【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】などと、ケアはそれぞれの専門性が表れていた。久松ら(2016)は、統合失調症を有するがん患者に対する緩和ケアを促進させる要因として、患者の精神状態のみならず身体症状を見極め、どちらにもアプローチできるスキルを高めることと言及している。両病棟看護師が互いの専門性を融合することで統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの質向上に繋がると考える。そのためには、両病棟が連携して緩和ケアに取り組むことが重要であるが、これ

まで病棟間の連携はなかったため、まずは連携への意識を高めていくことが必要であると考え。

2. 緩和ケアの質向上のための両病棟看護師が協働で取り組む内容の検討

1) 看護実践における倫理的葛藤からの気づき

今回のディスカッションは、緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感についてより専門的な助言を得ることを目的とし、精神看護専門看護師へディスカッションの参加を依頼した。ディスカッションでは、患者の身体症状に対し看護師はレスキュー薬を促すが、患者は幻聴の影響によりレスキュー薬を拒絶し、疼痛コントロールがうまくできず、ケアにあたる看護師はその状況に葛藤を抱いていた。柳澤ら(2012)は、終末期患者・家族のケアに関わる看護師は理想とする看護を土台としてケアにあたるが、それが思うようにならず看護師自身が納得したケアを実施できない状況に葛藤を抱くと報告している。また藤野ら(2015)の研究において、精神科病棟看護師が身体合併症ケアを実施する上での難しさの中に、看護の必要性和患者のニーズとのずれに伴う対立・葛藤を伴うことが示唆されている。一般的ながん患者への緩和ケアは、前述した通り、身体的苦痛緩和を優先に考えケアにあたるが、統合失調症を有する終末期がん患者の場合、それが困難である。そのため緩和ケア病棟看護師のケアへの倫理的葛藤が強まると考える。先行研究では倫理的葛藤への対処として、精神看護への専門性を高め、倫理に関する基礎的学習や事例を倫理的観点から検討することが必要だと述べている(田中ら, 2010)。今後は精神科病棟と連携し、精神看護への理解を深め、倫理的感受性を高めるために倫理に関する学習会や倫理のカンファレンスを開催することが必要である。

2) 2 回目のディスカッションからみえた今後の取り組み

2 回目のディスカッションでは、両病棟看護師の連携への意識を高めることを目的とし、精神科病棟に入院中の統合失調症を有する終末期がん患者の急変時対応事例の振り返りをディスカッションに取り入れた。これまでに両病棟が協働で事例検討やカンファレンスを行ったことはなかった。今回初めて統合失調症を有する終末期がん患者の事例を共有し、緩和ケア病棟看護師は患者が急変した際の精神科病棟でのケアの状況を知ることができ、また精神科病棟看護師は自身の看護実践を振り返る場となった。

新垣ら(2015)は、リフレクションによって期待される看護実践への効果について【看護実践への方向性】【看護へのやりがいの向上】【看護実践能力の向上】【専門職者としての成長】【相互作用による学びの共有】の 5 つをあげている。参加者にとって、自らの統合失調症を有する終末期がん患者への看護実践に関してリフレクションすることに繋がり、今後の取り組みに対して前向きな

姿勢への動機付けになったと考える。

3. 研究の限界・今後の課題

本研究フィールドである A 病院の病棟構成は全国的にも珍しい。そのため今回示唆された統合失調症を有する終末期がん患者に関する研究結果は、単科精神科病院など他施設へ適応できるかは明確ではない。しかし、精神科病院における緩和ケアの必要性は以前から言及されており、今後も継続して取り組むべき課題である。特に精神看護専門看護師は県内で 3 名のみであり、A 病院内だけではなく、他施設とも連携した体制作りを検討する必要があると考える。

V. 結論

緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族や療養環境、ならびに病棟・他施設連携に関連した困難感などであり、精神科病棟看護師の困難感の特徴は、がんが進行した時の終末期ケアへの困難感であった。患者の精神症状に関連した困難感、両病棟看護師に共通しており、それぞれの専門性を活かしたケアを実践していた。今後は病棟間の連携体制を構築し、情報共有やカンファレンスなど定期的に協働で行うことが必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、A 病院看護部、各病棟病長、研究協力者の皆様に心より感謝申し上げます。本論文は 2019 年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究の修士論文(実践課題研究)の一部を修正したものである。また、本研究における利益相反はない。

引用文献

- 荒井春生. (2014). 日本におけるがんを合併した統合失調症患者の緩和ケアに関する文献的考察. 日本看護学会論文集, 44, 157-158.
- 荒井春生. (2014). 精神科臨床からの緩和ケアへの眼差し第 2 回がんを合併した統合失調症患者の痛みを考える -Support Team Assessment Schedule を用いた調査から-. 精神科看護, 41(2), 41-48.
- 新井久稔, 山本賢司, 井上勝夫他. (2016). 精神科身体合併症病棟に入院したがんを合併する精神疾患患者に関する検討. 精神医学, 58(4), 289-296.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子他. (2013). 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討. 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 100-108.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 藤澤由里子他. (2016). 日本の精神病床におけるターミナルケアに関する文献検討. 大阪医科大学看護研究雑誌, 6, 113-121.
- Chris, J. B, Richard H. (2010). Schizophrenia and Cancer: In 2010 Do We Understand the Connection?. The Canadian Journal of

Psychiatry, 55(12), 761-767

- 藤野成美, 脇崎裕子, 吉武美佐子他. (2015). 精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さ. 国際医療福祉大学学会誌, 20(2), 70-77.
- 久松美佐子, 荒井春生, 植田麻美他. (2016). がんを合併した統合失調症患者を看取る精神科看護師の緩和ケアを促進させる要因. 死の臨床, 39(1), 153-158.
- 上山千恵子. (2007). 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」. 日本看護科学学会誌, 27(3), 75-83.
- 加藤郁子, 佐藤忠, 田中久美子他. (2019). 精神科病院に勤務する看護師が感じるがん患者の看護ケアに関する困難感. 福島県立医科大学看護学部紀要, 21, 1-12.
- Kelly, E. I, David, C. H, Helen, P. K, et al. (2014). Cancer Care for Individuals with Schizophrenia. Cancer 2014, 120, 323-334.
- 北村愛子. (2008). 専門看護師の倫理調整の役割と実践. 看護倫理, 1(1), 12-16.
- 宮城航一. (2018). 統合失調症がん終末期患者に対する緩和ケア -当院の取り組み-. 日精協誌, 37(7), 62-67
- 村上真基, 大石恵子, 綿貫成明他. (2017). 緩和ケア病棟を併設している療養病棟における緩和ケアに対する意識調査: 緩和ケア病棟スタッフと療養病棟スタッフへの意識調査. Palliative Care Research, 12(3), 285-295.
- 小川朝生, 内富庸介. (2011). 精神腫瘍学ポケットガイドこれだけは知っておきたいがん医療における心のケア (pp42-43). 社会福祉法人新樹会創造出版.
- 大永慶子, 浅見洋. (2018). 精神科病院で最期を迎える精神疾患患者への看取りケアについて. 石川看護雑誌, 15, 83-97.
- 新垣洋美, 岩脇陽子, 柴田明美他. (2015). 看護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検討. 京都医大看護紀要, 25, 9-18.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也. (2010). 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立. 日本看護倫理学会誌, 2(1), 6-14.
- 宇宿文子, 前田ひとみ. (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討. 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108.
- 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝. (2012). 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献検討. 関西看護医療大学紀要, 4(1), 23-29.

Initiatives for improving the quality of palliative care and care of difficulty for terminally ill patients with schizophrenia

Mitsuki Kato¹⁾, Midori Kamizato²⁾, Sayuri Jahana²⁾

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to identify difficulties nurses encountered in providing palliative care to terminally ill patients with schizophrenia in palliative care and psychiatric wards, and to obtain suggestions for improving the quality of the care.

Methods: In the first stage of this study, three nurses in the palliative care ward and three nurses in the psychiatric ward completed a semi-structured interview on the difficulties in providing palliative care to terminally ill cancer patients with schizophrenia. Their responses were analyzed using a qualitative inductive method by creating verbatim records. In the second stage, two discussions were conducted based on the results obtained in the first stage, and examined the effects of the efforts in both wards to improve the quality of palliative care.

Results: Nurses, in the palliative care ward, expressed a sense of difficulty in delivering grief care when the family also has schizophrenia; eight other categories were extracted.

Corresponding to these difficulties was determining the appropriate timing for dispensing opioid drugs when there were mental symptoms. Six other categories were extracted. The nurses from the psychiatric ward expressed difficulties in five categories; two of which were: difficulty in end-of-life care when the symptoms of cancer had progressed and the examination of physical and mental symptoms from the patient's hallucinations, as well as three other categories. In addition, there were common difficulties among nurses in both wards, such as difficulty in introducing a physical care intervention when mental symptoms are severe and the cooperation within the ward staff. In the second phase of the discussion, the need for both wards to regularly hold case studies and conferences in collaboration was confirmed as a means improve the quality of palliative care.

Conclusions: The distinguishing difficulty of the palliative care ward nurse was related to the family and the recuperation environment as well as the cooperation of the ward and other facilities. The distinctive difficulty of the psychiatric ward nurse was a difficult feeling toward end-of-life care when cancer had progressed. The difficulty associated with the mental symptoms of the patient was common to nurses in both wards, and they each practiced care that made use of their expertise. In the future, it will be necessary to establish a system of cooperation and regular collaboration between wards to share information and hold conferences.

Key words: palliative care, end-of-life, cancer patients, schizophrenia, sense of difficulty

1) Mt. Olive Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

[研究報告]

外来通院中のがん患者の アドバンス・ケア・プランニング促進に向けた取り組み

屋比久夏生¹⁾、神里みどり²⁾、謝花小百合²⁾

抄録

目的: 外来通院中のがん患者のアドバンス・ケア・プランニング(以下, ACP)に関する医療者の認識と外来におけるがん患者の ACP 支援を促進するプロセスを明らかにすることで、外来通院中のがん患者の ACP 促進のための示唆を得ることを目的とする。

方法: A 病院の外科外来において、アクションリサーチを行った。第一段階はがん看護専門看護師2名、医師3名、外来看護師2名に外来通院中のがん患者の ACP に関する認識について半構造化面接調査を行った。また、外来通院中に ACP が必要と考えられるがん患者のスクリーニングツール(以下, ACP スクリーニング)を研究者が作成し、導入について検討した。第二段階は第一段階で得られた医療者の ACP に対する認識などの結果から課題を明確化し、解決に向けた具体策の計画、実施をがん看護専門看護師と協働して行った。第三段階は具体策の評価を行った。得られたデータは質的帰納的に分析した。

結果: 第一段階では、がん看護専門看護師の認識として、【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】などがあり、医師の認識としては【バッドニュースを伝える困難感】などがあげられた。また外来看護師は【外来で患者・家族に個別に関わることの難しさ】などを認識していた。ACP スクリーニングではマンパワーが課題となったが、スクリーニング項目を限定することで実践できるように工夫した。第二段階では医療者間で ACP に対する認識を共有する必要性などの課題が明らかになった。具体策として既存の苦痛スクリーニングに ACP スクリーニングで重要とされた ADL 及び栄養指標の低下に関する項目を追記した。さらに、外来通院中のがん患者に対するがん看護専門看護師による介入基準と専門スタッフによる介入フローチャートを作成し、その導入に向けて関係職種との調整を行った上で活用できるようにした。第三段階では、ACP の具体策を実施することで、ACP が必要な対象者を早期にスクリーニングし、がん看護専門看護師の支援に繋がれるようにした。

結論: がん看護専門看護師、医師、外来看護師は、それぞれの立場で、困難感や外来システムなどに課題があると感じていた。これらの課題を解決すべく、医療者間で ACP 支援が必要な患者に対して共通認識を図り、がん看護専門看護師やその他の専門スタッフの支援に繋げる ACP 具体策を考案し実践した。これらの取り組みのプロセスを明確にすることで、外来通院中のがん患者に早期から ACP 支援の可能性を見いだすことができた。今後このようなプロセスを充実させ、組織的な活動として継続していくことが重要である。

キーワード: 外来通院 がん患者 アドバンス・ケア・プランニング 促進

I. はじめに

1. 研究背景

終末期がん患者に対する早期からの緩和ケアが患者・家族の QOL を高め、抑うつ状態の軽減や生存期間を延長することが報告されている(Temel et al, 2010)。さらに、看護師主導による緩和ケアの教育的介入と電話によ

るフォローアップで QOL の向上につながる事が報告されている(Bakitas et al, 2009)。これらの先行研究で共通しているのは、適切な症状マネジメントと、コーピングや家族ケア、意思決定支援を重要視している点である。近年は施策により緩和ケア外来を有する病院は増えているが十分とはいえ、各診療科外来でのフォロー体制を整えることが課題となっている。

我が国では「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改定が行われ、アドバン

1) 地方独立行政法人那覇市立病院

2) 沖縄県立看護大学

ス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: 以下, ACP) の概念を踏まえた上で、終末期医療における意思決定支援が重要視されている (厚生労働省, 2018)。ACP とは「もしものとき (意思決定能力がなくなった時) に備えて、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと」 (日本緩和医療学会, 2019) と定義されている。

ACP を行うことで患者の意思が尊重され、患者と家族の満足度が高まること、また遺族の不安や抑うつが改善される (Detering et al, 2010)。ACP を行う時期は病状の悪化や身体機能の低下、治療の選択肢が限られてきた時などである (Johnson et al, 2015) が、具体的な時期や介入方法は明確になっていない。一方で ACP 介入が患者・家族に十分な説明がなされないと死を予測させるため、患者に苦痛を引き起こす可能性もある (S. Johnson, et al, 2015)。また、ACP の負の側面として、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) などの事前指示の確認を目的としてしまうことや医療者の価値観を押し付けてしまうことなどがあげられる (川口, 2019)。

川崎ら (2010) は、医師が看護師に対して、患者を精神的に支えることや緩和ケアへのギアチェンジ支援などのニーズがあると述べている。そのため、病院や在宅の場などで医療的側面だけではなく、患者の生活背景や嗜好を考慮し、ケアを提供する看護師の役割が重要となってくる。さらに、医師や医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker: 以下, MSW) などと協働し、ACP を促進することが求められている。

我が国においては徐々に ACP に対する介入調査が散見されるようになったが、未だ具体的な方法や時期に言及した研究は少ない (谷本ら, 2018)。また、厚生労働省においても「人生会議」として普及啓発が進められているものの、看護師の認識は低い現状である (小松ら, 2017)。

終末期のがん患者・家族に対する ACP の導入は必要不可欠であり、日々の実践で早急に取り組まなければならない重要な課題となっている。よって、多くの医療職者がどのように ACP を導入していくべきか、模索していく必要がある。

2. 目的

本研究の目的は、A 病院外来通院中のがん患者の ACP に関する医療者の認識と外来におけるがん患者の ACP 支援を促進するプロセスを明らかにすることで、ACP 促進のための示唆を得ることを目的とする。

3. 用語の定義

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

「もしものとき (意思決定能力がなくなった時) に備えて、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する

取組のこと」 (日本緩和医療学会, 2019)

II. 研究方法

1. 研究デザイン

ACP の具体的な方法や時期に言及した研究は十分ではないため、臨床現場の課題を明らかにし、課題に対して流動的に介入をすることでより実践に即した示唆が得られると考え、研究方法はアクションリサーチを用いた。

2. 調査期間

調査期間は 2019 年 6 月から 2019 年 11 月であった。

3. 研究の概要及びデータ収集の方法

研究は、第一段階から第三段階で構成した (図 1)。第一段階が医療者の外来通院中のがん患者の ACP の認識について、がん看護専門看護師、医師、外来看護師に半構造化面接調査を行った。外来通院中のがん患者の ACP に関する認識に関して半構造化面接ガイドを用いて面接調査を行った。また研究者が ACP について話し合う機会が必要と考えられる患者をスクリーニングするツール (以下, ACP スクリーニング) を作成した。ACP スクリーニングの臨床への導入について、がん看護専門看護師、医師に対して意見を求めた。許可を得て IC レコーダーを用いて録音し、それを質的データとした。第二段階では、第一段階の面接調査の結果を、がん看護専門看護師と討論を重ね、課題を明確にした。明らかになった課題に対して、実現可能な具体策の計画や実施をがん看護専門看護師と協働し行った。一連の話し合いなどをフィールドノートに記述し質的データとした。また、実施した活動はその都度、詳細に記述し質的データとした。第三段階では具体策導入後にはがん看護専門看護師が介入した事例の介入に至るまでのプロセスを詳細に記述し質的データとした。また、がん看護専門看護師の語りから得られた患者と家族、医療者の所感や反応などから評価を行い、内容を詳細に記述し質的データとした。

なお、面接は、面接者の都合の良い時間に A 病院内でプライバシーが保護できる場所を確保して行った。

4. 研究協力者

研究の趣旨に賛同し、参加の同意が得られた A 病院のがん看護専門看護師、外来看護師、医師を研究協力者とした。

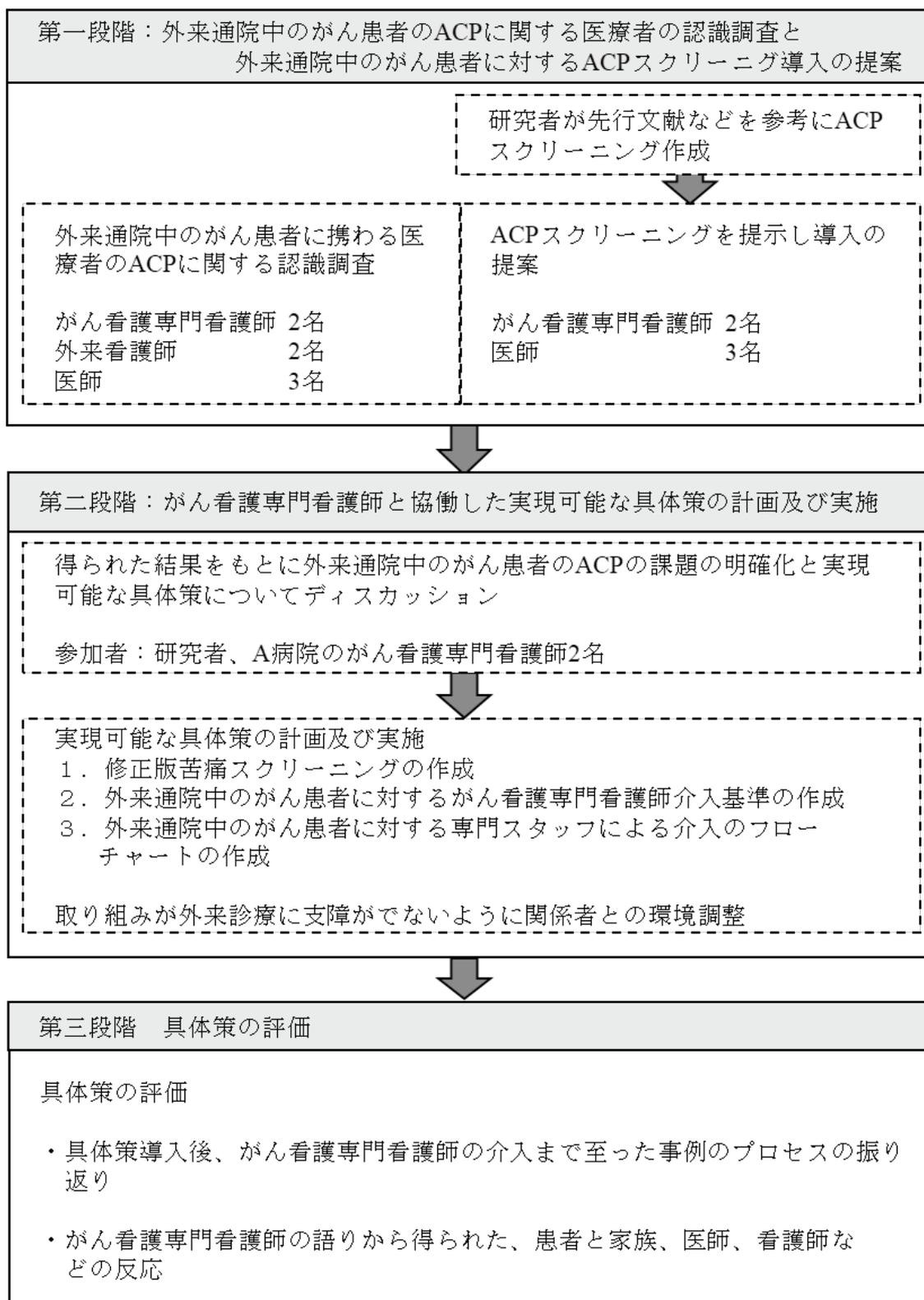
5. 分析方法

第一段階の半構造化面接調査で得られたデータは、逐語録を作成し質的帰納的に分析を行った。具体的にはがん看護専門看護師、外来看護師、医師の 3 職種別に分けて、研究協力者の語りを意味内容で要約した。類似する語りの要約をまとめて、サブカテゴリー、類似するサブカテゴリーをまとめて、カテゴリーを作成した。

第二段階のがん看護専門看護師とのディスカッションで得られたデータは質的帰納的に分析し類似する語りをまとめて要約した。

第三段階は具体策導入後に、がん看護専門看護師の介

図1. 研究の概要



入に至った事例のプロセス及びがん看護専門看護師の語りから得られた患者と家族、医療者の所感や反応から具体策の妥当性を評価した。分析や結果については、研究者とA病院のがん看護専門看護師、研究指導教員、研究者の所属するゼミなどで繰り返し検討を行い、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、沖縄県立看護大学（承認番号：190003）や研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者に関して、看護師は看護研究担当の副看護部長に推薦を依頼し、強制力が働かないように研究の趣旨の説明や依頼は研究者が直接行った。医師に関しては、事前に、研究者が外科統括部長医師の許可を得て、研究の趣旨説明や依頼を研究者が直接行った。具体的には研究の概要やプライバシーの保護などの倫理的配慮を明記した依頼文書を用いて説明し、書面にて同意を得た。

Ⅲ. 結果

研究の過程は第一段階から第三段階のプロセスを経て実施した。調査結果を研究のプロセスに沿って述べる。本文中の【 】はカテゴリー、『 』は【 】のカテゴリーの類似する内容のまとめ、「 」は具体的な語りを示す。

1. 研究協力者の基本属性

がん看護専門看護師は女性2名で看護師経験年数は12年と25年であり、がん看護専門看護師として活動している期間はそれぞれ2年と1年であった。医師は男性3名であり臨床経験年数は30年と15年と12年であり、外来診療の経験年数は30年、9年、4年であった。医師1名は外科統括部長であった。外来看護師は女性2名で看護師経験年数は8年と13年であり、外来に配属されたからはそれぞれ4年と2年であった。

2. 第一段階：医療者の外来通院中のがん患者のACPに関する認識調査と外来通院中のがん者に対するACPスクリーニング導入の提案

1) 医療者の認識調査

外来通院中のがん患者のACPの認識を明らかにするために7月から9月に半構造化面接調査を実施した。さらに、外来通院中のがん患者のACPの認識調査を終えた後に、2名のがん看護専門看護師と3名の医師に対して、研究者が先行文献（日本がんサポーターズケア学会，2018；小田切ら，2018；Highet et al, 2014）を参考に作成したACPスクリーニングを提示し、臨床現場での導入を提案し検討した。

(1) がん看護専門看護師の半構造化面接調査結果

がん看護専門看護師の半構造化面接調査内容の逐語録を分析した結果、103の語りの要約から、『がん看護専門看護師のACPに対する認識』と『がん看護専門看護師が考えるACPの促進要因』、『がん看護専門看護師が考えるACPの課題』の3つが抽出された。

『がん看護専門看護師が考えるACPに対する認識』（表1）は【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】【医療者だからこそ予測できる問題に早期に介入】【その時々々の患者の思いを言語化することが大事】の4つのカテゴリーから構成された。

『がん看護専門看護師が考えるACPの促進要因』（表2）は【患者に関わる医療者のACPに対する意識】【患者が家族に相談できる環境】【患者が悩み、揺れること、相談場所を保証】【相談支援体制についての情報提供】【診断時から継続したACP支援のための指標】の5つのカテゴリーから構成された。

『がん看護専門看護師が考えるACPの課題』（表3）は【医師とがん看護専門看護師の連携不足】【ACPを支援するメンバーの不足】【医師と患者・家族の理解の乖離】【外来における家族との接触機会の少なさ】【多職種での情報統合と協働の必要性】【苦痛スクリーニングシステムの見直し】の6つのカテゴリーで構成された。

(2) 医師の半構造化面接調査結果

医師の面接内容の逐語録を分析した結果、140の語りの要約が得られた。得られた語りの要約を分析した結果、『医師のACPに対する認識』（表4）、『医師が考えるACPの促進要因』（表5）、『医師が考えるACPの課題』（表6）の3つに分類された。

『医師のACPに対する認識』（表4）は【病期を考慮し、先々を見据えた話し合いを重ねる】【治療経過や患者状態を考慮する必要性】の2つのカテゴリーで構成された。

『医師が考えるACPの促進要因』（表5）は【問題のある患者やACPが必要な時はがん看護専門看護師に介入を依頼】【医師と協働しACPを支援する医療者の存在】【組織としてACPを支援するシステムの整備】の3つのカテゴリーで構成された。

『医師が考えるACPの課題』（表6）は【バッドニュースを伝える困難感】【医師と患者・家族の理解の乖離】【外来受診時に同席がない家族】【緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足】の4つのカテゴリーで構成された。

(3) 外来看護師の半構造化面接調査結果

外来看護師の面接内容の逐語録を分析した結果、40の語りの要約が得られた。得られた語りの要約を分析した結果、『外来看護師のACPに対する認識』（表7）は【患者・家族の理解度やニーズを確認した情報提供】【患者の状態変化や治療方針変更時にはがん看護専門看護師に繋ぐ】【がん看護専門看護師が介入することによる患者と看護師への効果】【外来で患者・家族に個別に関わる困難感】【がん看護専門看護師の介入が経済的負担になる懸念】の5つのカテゴリーで構成された。

2) ACPスクリーニング導入の提案についての医師とがん看護専門看護師の意見

研究者が作成したACPスクリーニングを外来診療に導

表1. 第1段階：がん看護専門看護師のACPに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要	根治が望めない患者は介入が必要	完治、根治を目指すことのできない人が対象である
	社会的サポートが脆弱な患者は早期の介入が必要	進行を遅らせるための治療の患者には介入したほうがいい
		サポート力の少ない患者は早期からの介入が必要である
患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング	治療経過や日常生活の変化、苦痛症状の出現があった時はACPのタイミング	独居の場合、家族が状況を全く把握していないこともある 治療変更や日常生活の変化、症状が出現したときは家族を巻き込んで話し合う時期である
		患者の体調や状況に合わせて、その都度ACPをしていく
		日常生活の変化が見られた時には介入が必要なタイミングである
		痛みなど自覚症状が出現したときにはACPについて考えるきっかけになる
医療者だからこそ予測できる問題に早期に介入	患者からの語りや、なにかに頼ろうとした時は意向の確認の時期	セカンドオピニオンの希望があったりとなにかに頼ろうとしたタイミングには確認しやすい 患者から語りがあったタイミングには意向を確認しやすい
	患者から訴えがなくても医療者が異常を感じた時に声掛けが必要	告知や治療方針の選択の時に話をする中で患者自身が今後のことまで飛躍して話すことがある 患者によって問題を抱えていても訴えない場合もあるため医療者からの声掛けがあることで訴えやすくなる
	患者、家族がその時には認識できない問題に対して早期からの対応が必要	医療者が患者のADLの低下や活気がないなどの異常を感じた場合は声掛けをする必要がある 外来で患者が発している苦痛の訴えを拾い上げるために医療者が意識しなくてはならない 患者自身は自覚がないかもしれないので、看護師が気になる場合には声掛けが必要かもしれない
その時々	長い治療経過でその時々	長い治療経過でのその都度介入する必要性がある
の思いを言語化することが大事	の思いを整理し言語化することが大事	患者のその時の思いを言語化し残すことがプロセスとして大事である 患者のその時々
		の思いを整理して言語化する作業は大事である 患者の漠然とした思いを整理して表出する作業は大事である 今現在、患者がどのような思いを持ち、どのような状況かがわかる記録を残していくことが必要である

表 2. 第 1 段階：がん看護専門看護師が考える ACP の促進要因

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
患者に関わる医療者の ACP に対する意識	医師が ACP の必要な患者をスクリーニング	医師によっては事前に介入が必要な患者をピックアップしている 医師からこのような患者もがん看護専門看護師の介入対象かと尋ねられることがある
	外来看護師がスクリーニングしてがん看護専門看護師に繋ぐ	医師から連絡がなくても重要な説明の際には外来看護師からがん看護専門看護師に連絡があることもある 外来看護師が患者にがん看護外来のパンフレットを渡して情報提供している 外来看護師から、このような患者も対象であるか相談がある 外来看護師が苦痛スクリーニング陽性だった患者に声掛けし、必要に応じてがん看護専門看護師の情報提供をしている
	MSW・医療事務からの相談と報告	MSW から対応した患者について情報提供があることもある 医療事務から気なる患者について電話相談があることがある
	家族に対して医療者の意図的な働きかけ	医療者から意識的に家族に働きかけることが必要である 外来で家族と一緒に来た時には、家族に会いたいと伝え声をかけてもらうように促す
患者が家族に相談できる環境	患者が家族や他者に病気のことを伝え、相談できているかの確認	外来に一人で来ている場合には、他者に病気のことを伝えているか、相談できているかを確認している 誰かに病気のことを伝えているか、相談ができていないか確認する 患者が家族に自分の状態をどのように伝えているのかを確認する
患者が悩み、揺れること、相談場所を保証	患者が悩み・揺れることを肯定し相談できる場があることの保証	患者の揺れる思いを肯定し、相談場所があることを保証する いつでも相談できることを保証し孤独を与えないようにする 意思決定の際は焦らずに悩んでいい時間だと説明する
相談支援体制についての情報提供	相談・支援できる体制があることの情報提供	診断時に外来看護師が相談支援センターやがん看護外来などの相談窓口について案内するとよい 相談支援センターに看護師を配置する方がよい がん看護専門看護師との最初の面談時には院内の相談窓口や専門のスタッフの情報提供だけでもいい
診断時から継続した ACP 支援のための指標	診断時から ACP を意識した関わり 医療者間で ACP が必要な患者を共通認識する指標の作成	がんの診断時から ACP の介入をしたほうが、患者と以前の状況を比較しながら考えやすい可能性がある 医師によってスクリーニングの視点に差があるため、共通した指標があれば依頼しやすくなる可能性がある がんの診断時に 1 枚程度の ACP のシートをいれて、記載して次の外来に持参してもらう 苦痛スクリーニングを活用して ACP に繋げていければいいと思う

表3. 第1段階：がん看護専門看護師が考えるACPの課題

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
医師とがん看護専門看護師の連携不足	医師のがん看護専門看護師の活用頻度の差	がん看護外来を案内する医師は限られている 診療科によっては医師が苦痛スクリーニングをしていることも知らない場合があり、今後情報提供をしなくてはならない
	医師からの依頼時期が遅く関わり方が難しい	医師から介入の依頼は重症な患者であることが多い 終末期から関りを始めた患者への声掛けに困る 最期の最後の治療の時にしか相談がこないこともある
ACPを支援するマシパワーの不足	外来看護師が多忙で、スクリーニングや介入依頼が困難	外来が忙しい際は看護師が依頼まで手が回らないことがある 看護師は多忙で苦痛スクリーニングを確認する余裕がない時もある
	がん看護専門看護師が患者に介入する時間確保の困難	外来看護師がACP介入の必要性を瞬時に判断するのは難しい 依頼があっても他の患者対応中で介入できない時がある がん看護専門看護師に依頼があった時に別件で対応できなかった時は、後日対応ができるよう調整している
医師と患者・家族の理解の乖離	治療方針やホスピスに対する医師と患者・家族の理解の違い	医師は今後の方針などを説明したと云うが、実際に確認すると患者・家族は理解できていないことがある 患者によってホスピスの話をしたら死ぬまでそこにいないといけなさと誤認している場合がある
外来における家族との接触機会の少なさ	外来では家族と接する機会が少ない	家族に心配かけないように患者が連絡していないことがある 外来通院中は家族と接する機会が少ない 患者の変化に気づき一緒にきてくれる家族もいるが、そうでない場合もある
多職種での情報統合と協働の必要性	多職種それぞれが持つ情報の統合と連携の必要性	診察やちょっとした話の中で得た情報がある限りでバラバラになっている印象がある 診察室や待合室、薬物療法室やMSWなどがそれぞれ持っている情報を橋渡しすることができればいい 専門職がそれぞれで頑張るのではなく、気軽に連携しあえる関係性ができるといい
苦痛スクリーニングシステムの見直し	苦痛スクリーニングの活用が不十分	苦痛スクリーニングに訴えが記載されていても、それについて対応されているのかがカルテ上わかりにくい 苦痛スクリーニングをチェックすることが目的になってしまっている気がする 外来での苦痛スクリーニングに関するフローチャートがないため作成する必要がある
	専門スタッフへの相談経路の明確化と多職種連携の必要性	患者が支援を必要とする時に専門スタッフに円滑に繋がれるように相談経路を整え、多職種で連携する必要がある

表 4. 第 1 段階：医師の ACP に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	話りの要約
病期を考慮し、 先々を見据えた 話し合いを重ね る	十分な説明を行い、患者・ 家族が選択できるよう支 援	最初の治療の段階でベストサポートケアも選択肢に含んで選 んでもらう 治療選択の時には基本的に ACP の考えはもっている がんの転移再発の時の薬物療法は根治目的ではなく延命治療であ ることを説明して選択してもらっている
	話し合いを重ねる	患者・家族と話し合いを重ねてホスピスや在宅療養の方向で調整で きた経験から十分に話し合いができていていると感じる 外来の時間は限られているが主治医は患者と話し合いを十分に行 わなければならない
	外来通院時から早めに話 し合いを持つ	入院してからでは手詰まりな時があるので外来時から早めに話し 合いを持つ必要があると医師間でも話している 状態が悪化し入院してきた時は今後の過ごし方を選ぶことは難し い 患者が今後の選択を悩む時間がないままに亡くなることはよくな いと思う
	治療経過や今後の先々を 見据えた説明	薬物療法のサードラインに移る時には効果はそれほど期待できな いことを説明し、平均予後を説明しこれからのことを考えるように と繰り返し説明する 根治ができないならば最初に平均予後の話をして、自分のやりたい ことはやっておくように話す
	患者状態を確認し、時期に 応じた対応の検討	薬物療法を中止した患者も通院してもらいながら、しかるべき時期 にホスピスなどに案内する
治療経過や患者 状態を考慮する 必要性	ADL が低下した患者は薬物 治療の適応外	パフォーマンスステータスの低下があると薬物療法の適応ではない 基本的には本人が受ける体力がなければ薬物療法適応ではない
	食事や体重の減少がある 場合は治療方針を考える 時期	食事が摂れなくなってきたり、体重が落ちてきた時には治療の変更 や中止を考える時期になっている
	治療が患者の利益になっ ているか常に評価し、患者 に説明	客観的にみて薬物療法のデメリットだけと判断した場合はきちっ と説明する必要がある 治療過程で薬物療法を継続することが患者にとってメリットなの かデメリットなのか常に天秤にかける
	がんの種類によってレジ メン変更の重みの違い	疾患によってレジメン変更の重みが少し違う 大腸がんにおいてはサードラインに移行する時期は今後のことを 話し合う時期である 胃がんの場合はセカンドラインに変更する時には患者の状態も悪 化していることも多く重みが違ってくる

表 5. 第 1 段階 : 医師が考える ACP の促進要因

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
問題のある患者 や ACP が必要な 時はがん看護専 門看護師に介入 を依頼	バッドニュースを伝えた 後はがん看護専門看護師 に介入を依頼	治療経過の中で薬物療法の効果が期待できなくなったときにはがん看護専門看護師に介入してもらっている
	ADL の低下や不安が強い時 にはがん看護専門看護師 に介入を依頼	ADL が低下し始めた段階ではある程度理解してもらう必要があるため、その時期には介入してきてくれたほうが安心である 患者の不安が強い時にはがん看護専門看護師に介入してもらっている
医師と協働し ACP を支援する 医療者の存在	がん看護専門看護師が患 者と家族の支えとなる	説明の後にがん看護専門看護師が介入してくれることで、ある程度びっくりせずにホスピスや在宅療養を受け入れている印象がある バッドニュースを伝えた後に医師には話せないが、がん看護専門看護師には話せることもある
	重要な意思決定について は専門的な知識が必要	意思決定に関することは専門的にやっている医療者がよい 説明の後に理解度の確認をしてくれると助かるが曖昧なことは言えないため知識がないと難しい
	医師の説明を正しく理解 できるよう支援する医療 者が必要	大きな選択の場面で専門的な知識と立場で支援をするのはがん看護専門看護師が適している 治療方針を説明しているが、患者の理解度は十分でないこともあるためその部分をサポートしてほしい 話し合いがまとまらず停滞している時には、他の医療者がアドバイスをしてくれるとよい
組織として ACP を支援するシス テムの整備	多職種が持っている情報 を共有し補う	限られた外来時間の中で十分な支援は難しいがチーム医療で補っていくことが求められる 医師と患者間だけの情報だけでは不足していることがあるので、多職種からの情報を集約して方針を決めることが必要である
	ACP 介入が必要な患者の共 通認識を図る	ACP の話し合いが必要な患者をスクリーニングする取り組みはやってみてもいいと思う 医師によって話し合いをもつタイミングが異なるのはよくないので均一化する必要がある
	普段の外来診療をシステ マティックに実施	普段の診療で行っていることをシステムティックにしていくことが ACP に繋がる
	病院の役割として ACP を推 進する必要性	院内の方針としてがん看護専門看護師の介入を進めている ACP に関してはがん拠点病院として進めていく必要がある
	事例検討を行い ACP 支援の 質向上を図る	ACP を進めるうえで難しい事例を踏まえて、今後に生かしていくかまで検討する必要がある 個別性が重要であり、事例検討会などで質を高める必要がある

表 6. 第 1 段階：医師が考える ACP の課題

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
バッドニュースを伝える困難感	治療効果に重点が置かれた説明	医師は治療が効いた、効いていないという話しがしない 医師は治療を中心に考えることが多く、今後の過ごし方などの話し合いをおろそかにしてしまう
	バッドニュースを伝えることへの負担感	バッドニュースを伝えることは得意ではない 治療がうまくいっている時にはいいが、足踏みしたときにどうするか悩む
	希望を持つ患者・家族と今後の過ごし方を話し合うことへの抵抗	ファーストラインが効かないことで落ち込む患者もいるが、次の治療があるため前向きな段階であることが多い 次の治療を頑張ろうとしている患者にどのように介入していくか、逆に不安になってしまう危険性がある
	説明や状況が理解できない患者の存在	医師の説明だけではピンとこない人もいる 今後の方針を説明したが患者が理解しているかまではわからない 検査上は増悪所見があるが本人の自覚症状がないため状況が理解できない患者がいる
医師と患者・家族の理解の乖離	身体状況に関する患者の発言と実際の相違	患者本人は大丈夫というが、家族からの情報では家でずっと寝ているということもある 患者は ADL の低下があっても外来診療時に医師には大丈夫ということがある
	治療に対する家族間の話し合いが不十分	セカンドラインからサードラインへ治療変更する時期に家族間での話し合いが進んでいないことが多い
外来受診時に同席がない家族	家族に現状把握してもらうことが重要であり同席は必須	患者本人に説明するのはもちろんだが、家族にも説明して患者の置かれている現状を把握してもらうことが大事 重要な話の際は家族の同席は必須である 切羽詰まった状況であるが短絡的な家族もいる
	外来受診時に家族の同席が困難	患者本人に説明しても状況が理解できていない時には早めに家族に来てもらう必要があるが一人で外来に来てしまう 壮年期の患者はパートナーが仕事や子育てをしており、一緒に外来に同席することが難しい
	家族同席ができない場合の意思決定の困難さ	家族の同席が難しい場合は今後の療養先の話や家族間で意見が割れた時に説明できなくなることもある
緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足	緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足	在宅療養やホスピスの説明をするが具体的にどのような資源がどの程度使えるかはわからない ホスピスや在宅療養をする患者がどのように過ごしているかは緩和ケア専門医に比べると理解が乏しいと思う

表7. 第1段階：外来看護師のACPに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
患者・家族の理解 度やニーズを確 認した情報提供	患者・家族の理解度の確認	状況の理解が不十分であったり、家族間で情報共有がうまくできていないと感じる患者・家族には状況が理解できているか確認する
	患者・家族が活用できる資源の情報提供	簡単な説明しかできないが、できる限りの情報提供をする 不安や相談したいことがあればがん看護専門看護師に相談できるがん看護外来があることを案内する
	患者・家族のニーズを確認し、必要な資源に繋ぐ	そこまで知識がないため、どこか誰かに繋ぐ手助けしかできない 状況の整理ができていない患者・家族は医師の診察場面にMSWも一緒に立ち会ってもらおうよう調整する
患者の状態変化 時や治療変更時 にはがん看護専 門看護師へ繋ぐ	がん告知や再発時、治療方針が変わる時期にはがん看護専門看護師に繋ぐ	薬物療法の効果が乏しくなり、使用できる薬剤の選択肢の幅が狭まった時にがん看護専門看護師に介入依頼をする 診察場面で再発という説明があった際には緩和ケアに繋げる
	苦痛スクリーニングで問題がある時にはがん看護専門看護師に繋ぐ	苦痛スクリーニングに記載された問題が医師の診察だけでは解消せず、まだ相談したいことがある場合にはがん看護専門看護師に繋ぐ
		苦痛スクリーニングの症状スコアが3、4の時にはがん看護専門看護師に声掛けをする
		医師の説明が整理できていないと感じた時には声掛けをする
		頭の整理や理解ができていない時はがん看護専門看護師に介入してもらった方がいい
	ADL や栄養状態の低下などが出現した時にはがん看護専門看護師に繋ぐ	食事が少なくなったり、ちょっと動けなくなった時には介入が必要 前回の外来時と比べて表情がきつそうな時や、痩せてきている、腹水がたまってきたりなど変化がある場合は繋げる
がん看護専門看 護師が介入する ことによる患者 と看護師への効 果	がん看護専門看護師が介入することで患者・家族の思いの理解が容易	がん看護専門看護師の介入後の記録を見ると患者の状態や気持ち が理解しやすい がん看護専門看護師が介入することで患者が状況を整理できていると感じる
	がん看護専門看護師が支援してくれる心強さ	がん看護専門看護師は外来支援を優先し、介入依頼をすればやむを得ない理由がない限り必ずきてくれる 厳しい説明をされた患者が相談できる専門家がいたらいい
外来で患者、家族 に個別で関わる 困難感	多忙で患者への対応が不十分	業務が忙しく、情報提供などの介入をすることが難しい時もある マンパワーの問題でがん看護専門看護師に繋がらないこともある
	看護師一人での対応のため患者・家族支援の方向性の検討が不十分	患者の情報をもっている看護師は少人数であり、どのように説明したり話を進めていくか相談できる人がいない 病棟と違い、外来では看護師1人で患者を看ているので支援の方向性が見出しにくい
	終末期の自覚がない患者・家族に対する関わり方の困難感	ホスピスのことを患者本人がそこまで考えていないのに看護師が話すことで気分を害することがある 厳しい説明をされても患者は実感がないようで温度差を感じる
		多職種の情報が集約できていないため患者の状況把握が困難 病棟や他部署から患者の思いなどの情報提供があれば外来でも介入しやすくなるかもしれない MSW がもっている情報が看護師に伝わってこないこともある
がん看護専門看 護師の介入が経 済的負担になる 懸念	がん患者指導管理料などの診療報酬を請求することへの戸惑い	看護師から専門スタッフの介入を提案するが、料金が発生すること に対して患者が納得しない場合はどうすればよいか困る がん看護外来の加算を当日に取り忘れた場合、後日患者へ追加料金の案内をする時にどのように説明していいか困る 今のところ、がん看護専門看護師の介入後に追加料金が発生したことでのクレームはない

表 8. 第1段階：ACP スクリーニング導入の提案についての医師とがん看護専門看護師の意見

カテゴリー	具体的な内容
スクリーニング項目が多く対象が多数になる可能性	対象が多すぎる可能性があるが、一旦はやってみてその結果から内容を吟味してもよいか もしれない（医師） 当てはまる対象が多くなると思う（医師）
スクリーニングするマンパワーの問題	項目が詳しくなりすぎているため、誰がどんな形で行うのが問題になり、負担だけが大 きくなる可能性があるため単純化する方がよいのではないか（医師） 該当する患者は多くなると思うが、看護師の時間があるならば介入をしたほうが患者は安 心すると思う（医師） 外来看護師がスクリーニングすることは難しい（がん看護専門看護師）
血液検査データ活用の不確かさ	外来の度に CRP（C 反応性タンパク）の測定は行っていない（医師） CRP（C 反応性タンパク）値は高いことが多い（がん看護専門看護師） 血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下で過ごしている患者は比較的多い（医師）
スクリーニング項目を限定することで実現する可能性	医師によって介入依頼するタイミングが違うため、患者によって早期に介入するためにど こを押さえるかをあぶりだせば効果的かもしれない（医師） 優先的に確認する項目をしぼる（がん看護専門看護師） 体重や ADL の変化はわかりやすい（がん看護専門看護師） 社会的な脆弱性がある対象は介入する必要があると感じる（がん看護専門看護師） 悪液質の状態になると無理に栄養管理をしても状態が変わらないことが多い（医師） 食事が摂れていても悪液質で痩せていく患者がいる（医師）
多職種の持つ情報を統合することで補完できる可能性	外来で治療している患者には栄養士が介入しているので、体重減少や悪液質の患者の情報 を持っている可能性がある（がん看護専門看護師） がん以外の疾患でも ACP を共有する必要がある（がん看護専門看護師） 病棟では入院時に様々な情報を収集するため ACP スクリーニングを活用できる可能性があ る（がん看護専門看護師）

具体的な内容の（医師）は医師の意見、（がん看護専門看護師）はがん看護専門看護師の意見とする

入することに関してがん看護専門看護師及び医師に提案し意見を求めた。その結果を表 8 に示す。

スクリーニング項目そのものは妥当だが【スクリーニング項目が多く対象が多数になる可能性】があることや、スクリーニングを導入したとして【スクリーニングするマンパワーの問題】が生じるという意見があった。さらに血液データは重要な項目と認識しながらも、患者によっては長期間 Alb が低値で経過している事例が存在していることや、医師によって外来診療時の検査項目が統一されていないことから【血液検査データ活用の不確かさ】の意見が得られた。また、体重や ADL の変化など把握しやすい【スクリーニング項目を限定することで実現する可能性】やスクリーニング項目を【多職種の持つ情報を統

合することで補完できる可能性】などの意見も得られた。

3. 第二段階：がん看護専門看護師と協働した具体策の計画および実施

外来通院中のがん患者の ACP に関する課題の明確化

第一段階で得られた結果を基に、研究者と A 病院の 2 名のがん看護専門看護師で外来通院中のがん患者の ACP に関する課題を明確にするためにディスカッションを行った。また得られた課題から課題解決のための方略についてディスカッションを行った。がん看護専門看護師とのディスカッションで明確になった、外来通院中のがん患者の ACP の課題について表 9 に示す。なお、ディスカッションは 2 回行った。

表9. 第2段階：外来通院中のがん患者のACPの課題

カテゴリー	具体的な内容
医療者間で共通認識を図る必要性	医師が相談しやすいようにシステムを整えた方がいい
	医師からこんな患者がいるんだけど、どうした方がいいかなって相談されることがある
	薬物療法が効かない時のことも考えておく必要がある
外来診療の中にACPを意識した体制の構築	医師はどうしても治療メインで考えてしまいがちである
	支援が必要な患者をどのように専門のスタッフに繋げていくかフローチャートみたいなものを作った方がいい
	今は少しでもスクリーニングに引っかかったら外来看護師に呼んでもらうようにしている。慣れてきたら外来看護師もできてくると思う
苦痛スクリーニングを修正する必要性	これから苦痛スクリーニングを他科にも広げていこうとしている
	現在は外来通院患者の体重は自己申告制なのでごまかして申告することがある、薬物療法の薬剤の関係もあるので医療者がみえとことで測定してもらった方がいい
	他施設の苦痛スクリーニングがシンプルでよかった
	患者がわかりやすいような言葉で表現したほうがいい
	いっそのこと苦痛スクリーニングを一新してもいいのではないか
緊急性が高い対象をトリアージする必要性	苦痛スクリーニングに STAS-J の項目を入れているが、もっとシンプルにして面談時に入力してもいいかもしれない
	苦痛の ADL、食事、睡眠のことを追加するといいかもしれない
	ADL とか食事とか患者自身の自覚がある時に介入すると効果的だと思う
多職種連携の強化を目指したシステム整備	患者はどんな時にどんな専門職に相談するかわからないと思うので、患者がどの専門職に相談を希望するか考えるのではなくこちらで割り振る必要がある
	精神疾患などがある人は介入が頻回になることもあるので、面談の時間や効率性も考えながら必要な対象をトリアージしなければならない
	MSW は記録をしっかりと残してくれるし、情報提供してくれるので連携がしやすい
	病棟の退院支援看護師を活用するといいかもしれない

1) 課題の明確化

ディスカッションから得られた課題として、医師によってがん看護専門看護師の活用頻度に差があることや、がん看護専門看護師の介入対象について理解が不十分な現状から【医療者間で共通認識を図る必要性】があげられた。また、支援が必要な患者が専門スタッフの介入に繋がるまでの過程は、外来看護師のこれまでの経験やがん看護専門看護師の口頭の説明が主であり明文化されていないことなどから【外来診療の中にACPを意識し

た体制の構築】があげられた。

さらに外来での苦痛スクリーニングについて定期的な評価がなされていない状況や、支援が必要な対象に介入しきれていない状況から【苦痛スクリーニングを修正する必要性】があげられた。また今後、がん看護専門看護師が介入する対象が増加することが予測され【緊急性が高い対象をトリアージする必要性】や【多職種連携の強化を目指したシステム整備】が課題としてあげられた。

2) 課題解決のための具体策の検討

明らかになった課題に対する具体策について検討した。課題の中から医師・看護師間での調整が主になると考えられる【医療者間で共通認識を図る必要性】【外来診療システム整備の必要性】、【苦痛スクリーニングを修正する必要性】の3つの課題を解決する具体策について優先的に行うことにした。その結果、「新たにACPスクリーニングを導入するのではなく、既存の苦痛スクリーニングを活用することで患者や医療者の負担を増やすことなくACPが必要な対象がスクリーニングできるのではないか。」「現状は医師や看護師がそれぞれの主観でがん看護専門看護師へ依頼しているため、医療者間でがん看護専門看護師の介入が必要と考えられる対象の共通指標を作成することでがん看護専門看護師活用頻度の差がなくなるのではないか。」という意見が得られた。得られた意見から今回は「修正版苦痛スクリーニングの作成」、「外来通院中のがん患者に対するがん看護専門看護師が介入する基準の作成」、「外来通院中のがん患者に対する専門スタッフによる介入のフローチャートの作成」を行うことになった。なお、「修正版苦痛スクリーニングの作成」に当たっては従来ある項目を整理し、第一段階のACPスクリーニング導入の提案で得られた結果を参考に変化が把握しやすいADLや体重、食事摂取量の低下などの栄養状態の項目を新たに追加した。

また【緊急性が高い対象をトリアージする必要性】は今回の取り組みの結果、支援が必要な対象が増加した後に問題になると考えられるが、まずは支援が必要な対象を確実にスクリーニングすることが優先課題であるため継続課題とした。また【多職種連携の強化を目指したシステム整備】に関してはMSWや栄養士などの多職種の調整が必要となるため今回の研究期間での介入は困難であると考え、継続課題とした。

4. 第三段階：具体策の評価

本研究の第二段階で実施した具体策について評価した。具体策導入後に、がん看護専門看護師の介入まで至った事例のプロセスの振り返りやがん看護専門看護師の語りから得られた、患者と家族、医師、看護師などの反応から具体策の評価を行った。

1) 事例に対してがん看護専門看護師が介入に至るプロセスの検討

事例に対してがん看護専門看護師が介入に至るまでのフローチャートを図2に示す。便宜上、医師からの依頼を受け介入に至った経路を「Aルート」とし、修正版苦痛スクリーニングで陽性になり介入に至った経路を「Bルート」とした。また患者が専門スタッフとの面談を希望し介入に至った経路を「Cルート」とした。

がん看護専門看護師が介入した2事例を検討した結果、2事例ともに主治医からがん看護専門看護師に介入依頼がなされた事例であった。従って、Aルートでの介入経路であった。また事例1は修正版苦痛スクリーニングに追記したADL低下の項目が陽性となっており、専門

スタッフとの面談を希望していたためB、Cルートでも介入することが可能であった。事例2は修正版苦痛スクリーニングに追記したADL、栄養指標の低下が陽性となっており、Bルートでも介入することが可能であった。

2) がん看護専門看護師の語りから得られた、患者と家族、医師、看護師などの反応

(1) 患者、家族の反応

事例1では、患者本人から今後の過ごし方について考えるタイミングだったなどの肯定的な意見が得られた。また事例2については研究期間中に状態が悪化し入院となったが入院後に患者家族から外来で早めに話し合いができてよかった、自宅で母(妻)一人が父を看るのは限界だったなどの意見が得られた。

(2) 医師の反応

事例1に関して医師は「がん看護専門看護師の介入はもっと早くてもよかったかと思う。本人は痛みとかの訴えが強かった。そういう(ACP)話し合いをしたいというサインはなかったように感じたが、治療中止の選択をしたことの不安が強かった。」との発言があった。事例2に関しては「以前から薬物療法の継続や緩和ケアについて説明はしていたが、患者と家族の意見が違うため介入依頼をした。がん看護専門看護師が介入したことで話し合いが進んだかもしれない。」との発言があった。修正版苦痛スクリーニングの運用を開始してからは特に外来診療に差支えはないとのことであった。

(3) 外来看護師の反応

具体策を開始してから特に大きな問題はないが、質問項目を減らし単純化したために、患者の記載内容だけでは苦痛や希望が判断しにくく、患者に直接確認する負担が生じたとの意見があった。

5. 外来におけるがん患者のACP促進に向けた具体策導入のプロセス

第一段階から第三段階を通じた活動のプロセスについて図3に示す。図の実線は研究者が実際に働きかけた活動を示している。また点線は研究者の働きかけの結果、派生した活動を示している。

がん看護専門看護師、医師、外来看護師に対して面接調査を行ったことで外来診療に携わる医療者の認識が明らかになった。その結果を基に、具体策の計画から実施までをがん看護専門看護師と協働して行った。具体策導入では関係部署との調整が必要であり、医師や看護部と具体策について合意形成を繰り返しながら行った。また実際に具体策を活用し患者の支援を行う医師、外来看護師、外来医療事務に対する説明や電子カルテ上の書式の変更を医療情報担当者に依頼するなどの環境調整を行った。調整を繰り返し、具体策が導入できる状態にあると判断し、医師、看護部に確認し具体策の実施を行った。その後はがん看護専門看護師と共に外来運営に支障がないかを確認し、必要時対応する体制を整えた。また計画段階では意図していなかったが病棟看護師が外来での話

図2. 外来通院中のがん患者の専門スタッフ介入のフローチャート

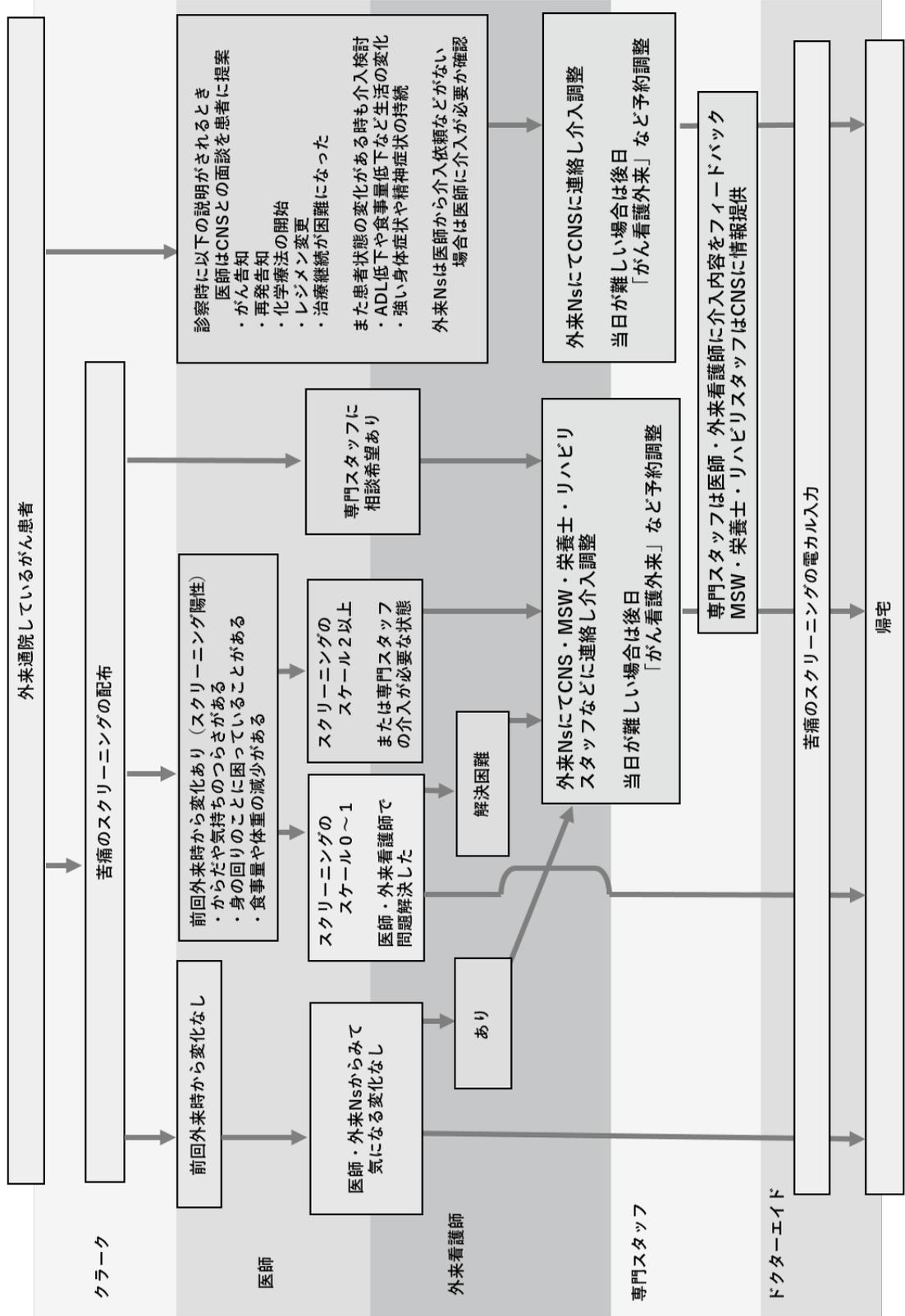
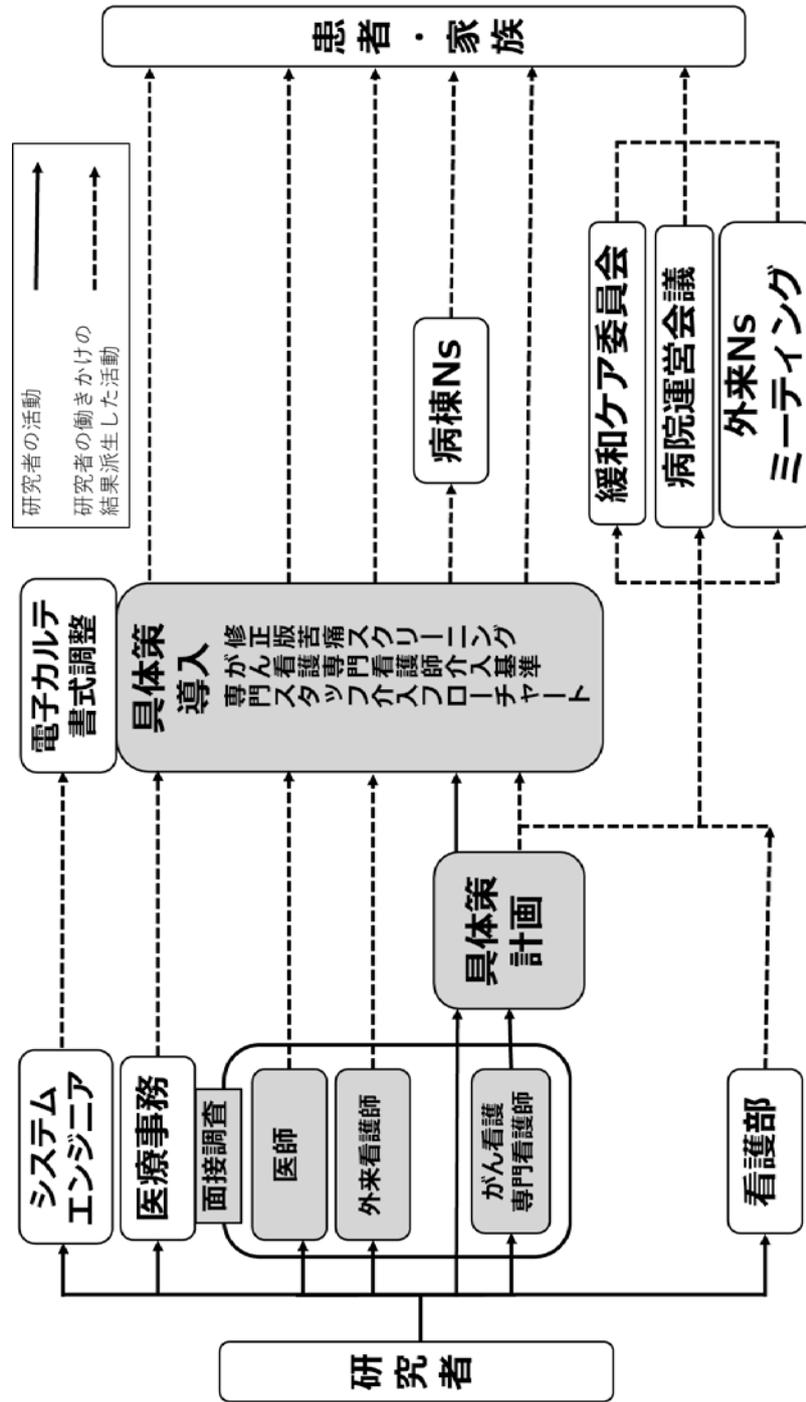


図3. 外来におけるがん患者のACPを促進に向けた具体策導入のプロセス



し合いの様子を電子カルテ上の記録を通して確認していた。さらにがん看護専門看護師が主導し、病院運営会議や緩和ケア委員会、外来看護師ミーティングで具体策導入の活動状況が説明された。

IV. 考察

1. 医療者の ACP に対する認識

本研究の結果、がん看護専門看護師、医師、外来看護師のそれぞれの立場での外来通院中のがん患者に対する ACP の認識が明らかになった。

がん看護専門看護師は、外来通院中のがん患者の ACP に対する認識として【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】や、【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】であると考えていた。また医師は治療方針の変更などバッドニュースを伝えた後や、ADL の低下や不安が強いなどの【問題のある患者や ACP が必要な時はがん看護専門看護師に介入を依頼】すると考えていた。外来看護師も同様に【患者の状態変化時や治療変更時にはがん看護専門看護師へ繋ぐ】と考えていた。角田(2015)は「終末期」、「病状転換期」「治療方法やケアの変更時」「治療中止や差し控え」には ACP が必要と述べている。本研究においても、がん看護専門看護師、医師、外来看護師は治療方針の選択が必要な時や ADL の低下など生活の変化がみられた時に ACP が必要と共通した認識を持っていることが明らかになった。

一方、医師は【バッドニュースを伝える困難感】や【医師と患者・家族の理解の乖離】、【緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足】などを ACP の課題として捉えていた。このような状況が、がん看護専門看護師が課題として考える【医師とがん看護専門看護師の連携不足】の背景として存在することが推察された。

先行研究において、終末期がん患者の在宅療養の障害として医師による終末期在宅療養への理解と症状緩和の知識の低さなどが要因となっている(大園ら, 2015)ことが報告されている。門脇(2016)は医師の診察時間は短く、患者・家族の理解度・レディネスや生活状況について詳細に把握することは困難であり、看護師など多職種が協働する必要があると述べている。また田代ら(2019)は医師からの情報発信や患者の準備が整うのを待っているだけでは療養環境の調整など手遅れになってしまうことが予測される。よって、ACP の基盤となる患者の価値観の理解など日ごろの看護実践の中で早期から取り組めることを積極的に行い、ACP のプロセスを展開していく必要があると述べている。

がん看護専門看護師は【患者の苦痛や今後おこりうる問題に対して医療者から介入する必要がある】や【患者が悩み、揺れること、相談場所を保証】するなど予防的介入や患者の揺れる思いに寄り添うことの重要性を認識していた。久松ら(2019)は、がん患者の配偶者の支援

として、配偶者が直面する状況を現実的に検討し、今できることに目を向けて対処し、患者との時間を有意義に過ごせるように支援することが重要であると述べている。また、田代ら(2019)は、ACP では患者の生活に密接に関わる療養場所や代理意思決定者などを決定するため医療と生活の両面を支える看護に期待される役割は大きいと述べている。さらに、本研究協力者の医師からも【医師と協働し ACP を支援する医療者の存在】が必要との認識が語られた。今後は医師と患者間での治療方針の合意形成を待つのではなく、医師の困難感も理解しながら、看護師と協働した ACP の支援が必要である。

これらの結果より外来通院中のがん患者に対する看護師に求められる役割として、患者の揺れる思いに寄り添った精神的支援や、患者と家族が正しく状況を理解しているかを繰り返し確認することが必要である。また、看護師が医師と協働し、患者の思いの表出などのサインを見逃さず、患者が置かれている状況を多角的にアセスメントし、予防的に介入することで早期からの ACP に繋がる可能性がある。

しかし、外来現場は多忙であり、支援の中心となる外来看護師は【外来で患者、家族に個別に関わる困難感】を感じていた。外来では限られた時間の中で多くの患者に対応しなくてはならず、かつ看護師一人で対応するために患者・家族支援の方向性の検討が困難であり、終末期の患者と家族へ関わることの困難感を抱いていることが明らかになった。よって、限られた時間での ACP の実施は、侵襲的なコミュニケーションとなる危険性があり、患者と家族の反応を確認しながら慎重に話し合いを進める必要がある。また医師の語りとして、「重要な意思決定については専門的な知識をもつ医療者が適しているのではないか」という意見があった。ACP とは本来全ての医療者が行うことが理想であるが、そのような慣習が一般的でない現状においては、ACP の支援はがん看護専門看護師など専門的知識や経験を有する医療者の介入が望ましいと考える。

また多職種がそれぞれで介入し、得られた情報が統合されていないこともがん看護専門看護師は課題と考えていた。治療の外来移行が進んでいる現状において、早期からエンド・オブ・ライフに関するディスカッションを実施するためには、外来で積極的治療が難しくなりつつある患者に対して継続的にチームで関わる必要がある(門脇, 2016)とされている。医師や外来看護師や病棟看護師、MSW などが持つ情報を統合し多角的に患者の全体像を描くことで、患者の価値観や希望を尊重した ACP の支援が可能となると考える。普段行っている看護支援をその時々で留めるのではなく、継続したプロセスとし、がん患者に関わる全ての医療者の理解を深めていく必要がある。さらに、がん看護専門看護師と医師は外来通院中のがん患者の ACP を行う上で【外来では家族と接する機会が少ない】ことを課題としてあげている。人生の最

終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインによると本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である（厚生労働省，2018）とされている。ACPにおいて、患者本人だけではなく家族などの代理意思決定者が参画することは必要不可欠である。がん看護専門看護師は【患者が病気のことを誰かに相談できる状況】であるか意識しながら患者に関わっていた。治療の外来移行に伴い意思決定が外来で行われていくことが予測され、今後は治療方針の変更など重要な意思決定が必要な場面では早期から家族の同席を調整し参画を促すことが必要になると考える。

2. 外来において ACP が必要ながん患者をスクリーニングする具体策

今回、外来において ACP が必要ながん患者をスクリーニングする具体策として「修正版苦痛スクリーニング」、「がん看護専門看護師介入基準」、「専門スタッフ介入フローチャート」を導入した。その結果、ACP が必要な患者を早期にスクリーニングし、支援に繋げることが可能になったと考える。さらに、「修正版苦痛スクリーニング」で、ADL や栄養状態の項目を追加したことで、患者と家族が主体的に、患者自身の状態をセルフチェックできる意味でも ACP の早期介入に繋がる可能性があると考えている。

第三段階で検討した事例において ADL や栄養指標の低下をスクリーニングすることで、ACP 支援に繋がった可能性がある。先行文献（小田切ら，2018）で ADL や Alb 値などの栄養指標の低下は予後に関連しているといわれており、今後の過ごし方などを考える転機になると考える。そのため ADL や栄養状態の低下をスクリーニングすることは、ACP が必要な患者に早期に介入するために効果的であると考えている。また「がん看護専門看護師介入基準」、「専門スタッフ介入フローチャート」など医師とがん看護専門看護師、外来看護師間で ACP が必要な患者に共通認識する指標を作成したことは重要であったと考える。

事例の反応として患者と家族は、がん看護専門看護師との面談を肯定的に捉えており、介入のタイミングとしては適切であったと考える。事例 2 に関してはより早期での介入が望ましかったと考えるが、外来で緩和ケア病棟の調整などの ACP を行えたことで、医療者間で早期に治療方針が共有され、最良なケアを提供できたと考えている。

終末期がん患者の家族員の予期悲嘆へのケアに関する調査で一般病棟の看護師は、患者の最善の最期について、患者・家族・医療チームでの十分な検討・合意形成がなされないまま患者の死を迎えていた場合に後悔していた（喜多下ら，2017）という報告があり、外来通院時の早期から ACP を行うことで医療者の葛藤も軽減すると考える。

また、今回は外来現場で実現可能な具体策として修正版苦痛スクリーニングを活用し、ACP が必要な患者をスクリーニングすることが可能となった。先行研究（森田

ら，2019）では、苦痛スクリーニングの課題についてスクリーニングそのものの負担や、陽性になった患者に対応するマンパワーが課題となっていることが報告されている。本研究の具体策導入の結果、がん看護専門看護師が介入する患者が増加することが予測され、さらにマンパワー不足の問題が高まることが懸念される。先行研究（二宮ら，2019）において苦痛スクリーニングを有効活用するには、各患者に対する必要なケアを選別し、必要な資源を効率的に提供することが重要であると述べている。よって、今後はがん看護専門看護師が患者の問題や緊急性をトリアージし、認定看護師や MSW、栄養士などの多職種と連携することが必要である。

実際の介入方法についても患者の持つ問題が多様であり、各施設とも試行錯誤している段階である。がん看護外来の効果的な面談方法に関して検討する研究（鈴木ら，2019）が報告されており、今後研究を重ねながら、面談の持ち方や効果の検証などを行う必要がある。

3. 研究の限界

本研究は、1 施設のがん診療拠点病院における研究であること、がん看護専門看護師が 2 名在籍しているなど施設それぞれの資源に差があるため、研究結果を他施設にそのまま適応することはできないと考える。

V. 結論

がん看護専門看護師、医師、外来看護師の各医療者の立場で ACP に対する困難感や外来システムなどに課題があると認識していた。これらの課題を解決すべく、医療者間で ACP 支援が必要な患者に対して共通認識を図り、がん看護専門看護師やその他の専門スタッフの支援に繋げる具体策を考案し実践した。これらの取り組みのプロセスを明確にすることで、外来通院中のがん患者に早期から ACP 支援の可能性を見いだすことができた。今後このようなプロセスを充実させ、組織的な活動として継続していくことが重要である。

本研究に利益相反はない。

謝辞

本研究に多大なるご協力を賜りました A 病院の看護部長はじめ看護部の方々、並びに医師の方々に心より感謝申し上げます。また、研究のご助言とご指導、取り組みを共に行って頂いた A 病院のがん看護専門看護師のお二人に心より感謝申し上げます。

引用文献

- Bakitas M, Lyons KD. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. JAMA, 302(7), 741-749.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. (2010).

- The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340:c1345. doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>.
- Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. (2014). Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICt) : a mixed-methods study. *BMJ, Support Palliat Care*, 4(3), 285-290.
- 久松美佐子, 堤由美子, 西田伊豆美他. (2019). 緩和的化学療法を受けているがん患者の配偶者の気持ちの不安定さに関わる要因の探究. *Palliative Care Research*, 14(3), 227-235.
- Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. (2016). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 25. 362-86.
- 門脇 緑. (2016). がん患者とのEnd-of-life discussionsの概念分析. *日本看護科学会誌*, 36, 263-272. doi : 10.5630/jans.36.263.
- 角田ますみ. (2015). 日本におけるアドバンス・ケア・プランニングの現状. *生命倫理*, 25 (1), 57-68.
- 川口 篤也. (2019). ACPの影. *緩和ケア*, 29(3). 208 - 210.
- 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵他. (2010). 医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 17, 25-37.
- 喜多下真里, 糸島陽子. (2017). 終末期がん患者を抱える家族員の予期悲嘆へのケアに関する一般病棟で勤務する看護師の認識. *日本がん看護学会誌*, 31, 45 - 53. doi : 10.18906/jjscn.31_kitashita_20170131.
- 小松恵, 島谷智彦. (2017). がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. *Palliative Care Research*, 12 (3), 701-707.
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (2020年6月30日現在).
- 森田達也, 佐久間由美. (2019). 苦痛スクリーニングの現状と課題. *がん看護*, 24(5), 434 - 443.
- 日本がんサポーターズケア学会. (2018). がん悪液質: 機序と治療の進歩. http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2018/05/Cancer-Cachexia-Booklet_201805.pdf (2020年6月30日現在)
- 日本緩和医療学会. (2019) 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)とその普及啓発に関する意見表明. <https://www.jspm.ne.jp/html/20191129.pdf>. (2020年1月18日現在)
- 二宮一美, 大谷哲也, 田中裕子他. (2019). 外来がん化学療法患者を対象とした苦痛スクリーニングの導入—苦痛対応に必要なリソースに関する分析—. *Palliative Care Research*, 14(1), 15-21
- 小田切拓也, 渡邊紘章, 浅井泰行. (2018). 終末期がん患者における最後の12週間の血液データとPalliative Performance Scaleの推移の探索: 後ろ向き観察研究. *Palliative Care Research*, 13(4), 329-334.
- 大園康文, 石井容子, 宮下光令. (2015). 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. *日本がん看護学会誌*, 29, 44-53. doi : 10.18906/jjscn.2015-29-1-44.
- S. Johnson, P. Butow, I. Kerridge, et al. (2015). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 25(4), 362-386. doi: 10.1002/pon.3926.
- 鈴木やよひ, 安藤祥子, 光行多佳子他. (2019). 早期緩和ケアを導入する外来がん看護面談の効果的な方法の検討. *がん看護*, 24(7), 695-701
- 谷本真理子, 芥田ゆみ, 和泉成子. (2018). 日本におけるアドバンス・ケア・プランニング研究に関する統合的文献レビュー. *Palliative Care Research*, 13(4), 341-355.
- 田代真理, 藤田佐和. (2019). がん患者への看護師のアドバンス・ケア・プランニング. *日本がん看護学会誌*, 33, 45-53. doi : https://doi.org/10.18906/jjscn.33_tashiro_20190930.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England journal of medicine*, 363(8).733-742.

Initiatives to Promote Advanced Care Planning for Cancer Patients in Outpatient Visits

Natuki Yabiku¹⁾, Midori Kamizato²⁾, Sayuri Jahana²⁾

Abstract

Initiatives to Promote Advanced Care Planning for Cancer Patients in Outpatient Visits

Purpose: Clarify medical practitioners' recognition of advanced care planning (ACP) for cancer patients in outpatient clinics, and clarify the process of promoting ACP support for cancer patients in outpatient centers.

Methods: The study was conducted using action research on a surgical outpatient clinic at hospital A. In the first stage, a semi-structured interview survey was conducted on 2 Certified Nurse Specialists (CNS) specializing in cancer, 3 doctors, and 2 outpatient nurses. The survey addressed participants' awareness of ACP in cancer patients during outpatient visits. In addition, researchers created a screening tool for cancer patients (ACP screening), which was considered necessary for ACP during outpatient visits, and examined its introduction. In the second stage, the issues were clarified upon from the results of the medical personnel's awareness of ACP (as obtained in the first stage). The specific measures for the solution were planned and implemented in collaboration with CNS. In the third stage, the concrete measures were evaluated. The data obtained were analyzed qualitatively and inductively.

Results: In the first stage, analysis revealed the following factors: 【we were aware of the need to intervene in patients with weak social support when the cancer cannot be cured】, and that 【the timing of the intervention was due to the symptoms of the patient's thoughts and changes and others in treatment and life】. Doctors were aware of 【the difficulty of communicating bad news】. Outpatient nurses were aware of 【the difficulty of being involved individually with patients and their families】. Although manpower was an issue for ACP screening, it is suggested that it could be realized by limiting the amount of screening items. In the second phase, it became clear that there were issues such as the need to share awareness among medical practitioners. ADL was a concrete measure for existing pain screening, to add items which were important in ACP screening related to the decline of nutritional indicators, to create CNS intervention criteria, and specialist staff intervention flowcharts for cancer patients in outpatient centers, toward the introduction of concrete measures, we adjusted the relevant occupations. In the third phase, it was suggested that concrete measures could lead to early support for CNS for those who required ACP.

Conclusions: From the standpoint of medical practitioners of CNS, doctors, and outpatient nurses, there were problems with ACP and outpatient systems. In order to solve these problems, we devised and implemented concrete measures to lead to support for cancer CNS and other specialist staff by achieving a common understanding among medical professionals who needed ACP support. By clarifying the process of these initiatives, we were able to identify the possibility of ACP support from an early stage for cancer patients in outpatient clinics. It is important to enhance these processes and continue them as organized activities in the future.

Key words: outpatient visits, cancer patients, advanced care planning, promotion

1) Local Independent Administrative Agency Naha City Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

(文献検討)

離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や 就業継続の要因に関する文献レビュー

知念真樹¹⁾, 川崎道子²⁾, 牧内忍¹⁾, 國吉香代子²⁾, 宮里澄子¹⁾

キーワード: 離島、へき地、保健師、離職、就業継続

Key words: remote, rural, public health nurse, turnover, retention

I. はじめに

沖縄県は39の有人島を有し、各島は自治体として役所や診療所を抱えている。離島のへき地診療所については、沖縄振興特別措置法に定められている県内の離島で、医療機関のない離島(以下「無医島」という。)のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置されており(厚生労働省, 2001)、伊江島、小浜島、黒島、竹富島、与那国島は町村立診療所となっており、その他の離島は沖縄県病院事業局の管轄となっている(沖縄県福祉保健部, 2011)。沖縄県病院事業局は、管轄する離島のへき地診療所に看護師を派遣しているが、町村立の診療所は、町村で独自に確保しなければならない。また、離島の保健師については、いずれの離島町村も独自に確保しなければならない。かつては、沖縄県の保健師が駐在保健師として小離島で勤務していたが、平成9(1997)年の地域保健法施行に伴い廃止となった。平成16(2004)年に沖縄県が小離島を含む特定町村の保健師を対象として実施した離職に関する調査では、在職期間1年未満が45%、2年以内が44%と報告されており、継続困難な理由として「(業務の)過重負担」、「結婚」、「地域になじめない」、「家族と別居」、「将来への不安」が上っていた(沖縄県健康増進課, 2004)。厚生労働省が実施した平成30(2018)年度の保健師活動領域調査では、人口1万人未満の県内の小離島町村に勤務する保健師の離職率は12.5%であり、全国(7.9%)や、全国の人口1万人以下小規模町村(7.0%)、沖縄県(6.0%)の約2倍となっていた(厚生労働省, 2019)。小離島に勤務する保健師の最近の離職率は平成16年の離職率と比較して減少傾向にあるが、その確保や定着は現在も沖縄県の課題である(沖縄県, 2018)。

また世界的にも、豪州(Russell. et. al, 2017)やノルウェー(Norbye. et. al, 2013)、バングラデシュ(Rawal. et. al, 2015)、セネガル(Zurn. et. al, 2010)等多くの国で、離島やへき地の保健師を含めた看護職の確保・定着が課題となっている。

このような離島やへき地の看護職の離職は、その地域の保健・医療の質の担保や看護職自身のキャリア形成に影響すると考えられる。

知念(2006)の報告によると、2006年時点では、保健師の離職とその要因についての研究は、離島やへき地などの勤務地に関係なく、国内外とも報告がないとされている。今後、離島やへき地での看護職の人材確保や定着を考えていくうえで、国内外の近年の先行研究から、離島やへき地の保健師や看護師の離職や就業継続に関する要因とその研究動向について明らかにすることは重要だと考える。

本研究では、過去10年間で行われている国内外の先行研究から、離島やへき地に勤務する保健師や看護師等の離職や就業継続に関する要因や研究動向を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 文献の抽出と選定

本研究では、医学中央雑誌web、PubMedを用い2009年～2019年の10年間に発行された文献を対象とし、データベース検索を行った。医学中央雑誌でのキーワードは(離島、へき地、保健師、離職、就業継続)、PubMedでのキーワードは、”Public Health Nurse, turnover, retention, rural, remote”とした。

文献選定の基準は①日本語または英語の文献である、②総説、解説、会議録、座談会/特集は除く、③離島やへき地の看護職を対象とした離職や就業継続に関する文献である。以上を踏まえて、キーワードで検索された文献から選定基準に合致する文献および選定基準を満たしている文献を2次的に収集した。

2. 分析の方法

得られた文献について、研究の目的、対象、場所(離島・へき地・その他)、研究のデザイン、概念モデル、離職や就業継続に関連する要因の視点から、①文献の全体を精読し概要を整理したのち、②文献ごとに離職や就業継続に関連する要因と示されていた項目を取り出し、③取り出された項目について、類似したものを集めてサブカテ

1) 沖縄県立看護大学

2) 元沖縄県立看護大学

ゴリを作成、④さらにサブカテゴリの類似したものを集めてカテゴリを作成し分析した。

離職や就業継続に関連する要因については、離職や就業継続と有意差がみられた項目、離職などの概念モデルなどに示されている項目を中心に抽出した。これらの抽出された項目をコード化し、質的帰納的に分析した。

Ⅲ．結果

1. 対象文献の概要

医学中央雑誌で、「離島、へき地、保健師、離職、就業継続」をキーワードとして2009年～2019年の10年間に発行された文献を検索したところ0件であった。国内の文献は、選定基準の③にあたるものがないことから、離島やへき地に限らず、離職や就業継続に関係する要因について明らかにするため、「離島、へき地」を外して検索したところ、33件が該当した。PubMedにて、“Public Health Nurse, turnover, retention, rural, remote”のキーワードで検索したところ、44件が検索された。これらの文献から日本語文献は、選定基準の①②を、英語文献は選定基準の①②③を基に精読し、医学中央雑誌から3件、PubMedから4件、2次的に収集した3件の計10件を対象文献として選定した。

選定した10件の文献の概要と離職や就業継続に関連する要因を表1に示す。表1より、対象は保健師が4件、看護師2件、看護職等4件であった。また、離島やへき地の看護職に関する文献は4件あり、すべて国外の文献であった。研究方法は、質的研究2件、量的研究6件、文献検討2件となっていた。

選定した文献の内、離職や就業継続とその要因に関する概念モデルを基に行われていた研究は4件であった。そのうちNo.4とNo.5の文献では、「仕事の要求」と「仕事の資源」の概念モデル、「Job Demand-Resource Model」とモデル名が異なっていたが、構造は同じモデルだった。No.9の文献は、研究の一部でThe Job Embeddedness Model (Mitchell, et. al. (2001))を用いていた。このモデルでは、離職の要因が、3つの枠組み(Links, Fit, Sacrifice)と2つの側面(on the job, off the job)で構成されていた。No.10の文献は、オーストラリアのへき地の精神保健部門に勤務する看護師や他の専門職に実施したインタビュー結果を、グラデッドセオリーを用いて分析し、へき地での離職や就業継続に関連する要因をそのプロセスからTurnover Intention Theoryとしてモデル構築していた。このモデルでは、離職や就業継続は、その人の人生の願望の満足度によって決定され、人生の願望の満足度は、専門的期待(満足度)と個人的期待(満足度)、現在の雇用やへき地での生活経験の現状とのギャップの程度に影響されるとしていた。

2. 離職や就業継続に関連する要因

表1に示した離職や就業継続に関連する要因から34のサブカテゴリを作成し、6つカテゴリが導かれた。このカテゴリ、サブカテゴリと文献の関係を、離職や就業継続に関連する要因と文献ごとの有無として表2にまとめた。表2の太字になっている要因やサブカテゴリ、カテゴリは、特に保健師の離職や就業継続に影響する要因である。以下、カテゴリを【】でサブカテゴリを「」で示す。

最も要因の数多いカテゴリは【職場環境】で8つのサブカテゴリからなり、ほとんどの文献から要因が上っていた。保健師で関連するサブカテゴリは、「専門的成長の機会」「チームワーク」「専門的自律性」「リーダーシップとマネジメントサポート」「待遇・昇給・昇進の機会」「業務の負担感」「組織の特定」であった。看護職のみであったサブカテゴリは、「雇用の期間や手続き」であった。

【仕事満足度】は、「仕事満足度」を始めとする5つのサブカテゴリからなっていた。また、10件中7件の文献で、離職や就業継続に関連する要因として挙げられていた。仕事満足度が要因として上がらなかった3件の文献は、いずれも量的研究で、仕事満足度を調査項目に入れていなかった。

【個人の特性】は、6つのサブカテゴリからなっていた。10件中8件の文献で、個人の特性に関係する要因が挙げられていた。保健師では、「ワーク・エンゲイジメント」「コンピテンシー」「ワーク・セルフ・バランス」のサブカテゴリが離職や就業継続に影響する要因となっていた。看護師では、「キャリアステージ」「へき地の経験と希望」「レジリエンス」のカテゴリがあった。

【バーンアウト】のサブカテゴリは、「バーンアウト」を始めとする9つのサブカテゴリからなっており、主に文献No.2,4,5で上がっていた。特に保健師の離職や就業継続に影響を与える要因として、「バーンアウト」「専門職としての役割葛藤」「身体不調」「対人関係の葛藤」「ストレス反応」が報告されていた。

【個人や家族の状況】は、4つのサブカテゴリ「家族のコミットメントとニーズ」「家族の経済的ニーズ」「将来への希望」「住宅の状況」からなっており、主に文献No.1,10で報告されていた。

【地域・へき地への適応】は、「地域の場所や力量」「地域の社会的な結びつき」「町に住んでいる期間」「地域の満足度」「地域の適応」の5つのカテゴリからなっていた。取り上げられていた文献は、No.1,7,9,10の離島・へき地の看護師や看護職を対象にした文献であった。

Ⅳ．考察

1. 離島やへき地に勤務する保健師や看護職の離職や就業継続に関連する要因

文献検討の結果より、離島やへき地に勤務する看護師を対象とした論文でのみ、離職や就業継続に影響を与える要因は、【個人や家族の状況】、【地域・へき地への適応】の2つのカテゴリであった。離島やへき地に勤務するた

※離職や就業継続に関連する要因で太字になっている項目は保健師に、
太字・斜体になっている項目は保健師と看護師両方に関連する要因。

表1 文献の概要と離職や就業継続に関連する要因

NO	著者 (発行年) 国名	研究の目的	対象者	場所 (離島・へき地・その他)	研究のデザイン /調査年	概念モデル	離職や就業継続に 関連する要因
1	Roberge C. M. (2009) カナダ	へき地に勤務する看護師の仕事の継続に関連する要因を探ること	看護師、保健師	へき地	文献検討 (1996年-2006年) /2009年	—	「仕事満足度」「専門的自律性」「専門職としての地位」「他の専門職との交流」「地域の満足度」「専門チームの一員であること」「へき地での成育歴」「へき地での良い経験」「家族をへき地で育てたいと感じているか」「年金や年功を引き継いだまま転職できるか」「フルタイムの仕事が得にくい」「へき地の看護実践への責任や種類の増加」「仕事とプライベートの境目があいまい」「年齢的な退職」「経済的ニーズ」「家族のニーズ」「家族のコミットメント」「専門的成長」「夫の仕事があるか」「住宅の状況」
2	鬼澤 典朗 (2011) 日本	20代女性の新卒看護師における蓄積的疲労徴候を同年代の新卒保健師と新卒歯科衛生士の蓄積的疲労徴候とを比較して、その特徴を明らかにする。また、新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望との関連を明らかにする。	新卒看護師、新卒保健師、新卒歯科衛生士	その他	量的研究 (横断研究 n=255人) (回収率:新卒看護師 45.9%、 新卒保健師100%、 新卒歯科衛生士69.2%) /2008年	—	「イライラの状態」「労働意欲の低下」「慢性疲労徴候」「身体不調」「気力の減退」「不安感」「抑うつ感」
3	Dingley J. (2013) 米国	1)保健師の職場環境に関する研究はあるのか、2)職場環境の重要な特徴は明らかになっているまたは研究されているのか、3)保健師の職場環境と関連する労働力の結果の間で、関係性は示されているのかを保健師の文献から示す。	保健師	その他	文献検討 (2000年-2010年) /2013年	—	「リーダーシップとマネジメントサポート」「専門的成長」「スタッフの充足度」「仕事の自律性」「チームワーク」「仕事の質へ焦点をあてているか」「専門実践を超えたコントロール」「仕事満足度」「コンピテンシー」「組織へのコミットメント」
4	井口 理 (2014a) 日本	保健師が離職を考える状況と職場にとどまった思いを記述し、離職意図に関連する保健師の「仕事の要求」と「仕事の資源」の概念を明確にする。	保健師	その他	質的研究 (n=8人) /2011年	「仕事の要求」と「仕事の資源」の概念モデル	「健康障害」「ストレス反応」「バーンアウト」「仕事の重負」「業務内容の質的負担」「変容する多様な職務」「専門職としての役割葛藤」「対人関係の葛藤」「上司のリーダーシップ不足」「事業評価体制の未整備」「部門文化に対する負担」「組織内での健康部門の軽視」「組織特性による対応困難」「仕事と個人の相互作用」「ワークエンゲイジメント」「職務への満足感」「仕事の有意義感」「仕事のコントロール感」「他者からの評価・期待」「同僚・先輩・上司の支援」「家族・友人の支援」「雇用の安定感と好待遇」
5	井口 理 (2016b) 日本	保健師の「仕事の要求」と「仕事の資源」の構成要素を明らかにした上で、Job Demands-Resourcesモデル(以下、JD-Rモデル)に基づいて離職意図との関連を検討する	保健師	その他	量的研究 (横断研究 n=1,766人) (回収率72.5%) /2013年	Job Demand-Resource Model	「体調(心身の健康等)」「仕事に興味・やりがいを持ってない」「職場の人間関係」「給料・待遇」「バーンアウト」「仕事の要求」「ワークエンゲイジメント」「仕事の適正」「仕事の意義」「ワーク・セルフ・バランス」「成長の機会」
6	Beck A.J. (2016) 米国	州の保健センターと地方の保健センターの調査をもとに、保健師人材の学歴や採用、継続意思、退職の要因について明らかにし、そのニーズを解決する一助とする	保健師または施設の代表者	その他	量的研究 (横断研究 n=310施設) (回収率82%) /2012年	—	「十分な研修や専門的能力開発の機会」「昇進の機会」「組織の雇用手続きや指針が面倒」「他に負けない利益」「フレキシブルなスケジュールの提供」
7	MacLeod M. L. P. (2017) カナダ	カナダのへき地や離島での看護実践Ⅱ(全国調査)の調査方法の記述と看護師のタイプや活動分別の重要な変数に焦点を当てた、へき地や離島の看護労働力の特徴の検討	看護師とナースプラクティショナー	離島・へき地	量的研究 (横断研究 n=3,822人) (回収率40%) /2014年~2015年	—	「看護実践の満足度」「収入」「診療所環境への興味」「コミュニティの場所」「高度な看護実践の機会」
8	Yeager V. A. (2017) 米国	看護師が公衆衛生機関で働く決定に影響を与える要因を分析すること	保健師と保健師以外の職員	その他	量的研究 (横断研究 n=3,645人) (回収率17%) /2010年	—	「特別な任務と責任」「職務保障」「組織のミッションへの共感」「自律性と職員へのエンパワメント」「仕事のスケジュールの柔軟性」「特別な任務と責任」「訓練や継続教育の機会」「業務革新への能力」「他に負けない利益」
9	Sellers K. (2018) 米国	仕事満足度、レジリエンス、グリップ、仕事への取組み、へき地への適応が、6か月以内にユニットを変わる意思と3年以内に組織を去る意思への固有の貢献の検討	看護師	へき地	量的研究 (横断研究 n=436人) (回答率55%) /2010年	The Job Embeddedness model (研究の一部で利用)	「患者のタイプ」「仕事満足度」「仕事への取組み」「レジリエンス」「専門的成長」「地域への適応」
10	Cosgrave C. (2018) 豪州	雇用やへき地の住環境の要因が、都市でない地域精神保健センターでの数年間のへき地の地域精神保健専門職の離職の意図に、どのように影響しているのか	看護師、心理士、作業療法士、社会福祉士、原住民の精神保健職	へき地	質的研究 (n=26人) /2013年-2014年	Turnover Intention Theory	「人生の願望を満たすかどうか」「ライフステージ」「専門的満足度」「役割の範囲」「職場の関係」「昇任の機会」「キャリアステージ」,「仕事の期間」,「個人的満足度」「社会的な結びつき」「満足できる町の力量」「将来の生活の願望」「町に住んでいる期間」「仕事へ慣れる段階」

表2 離職や就業継続に関連する要因と文献ごとの有無

※太字になっている要因やカテゴリは、保健師の離職や就業継続に関連するものである。

カテゴリー	サブカテゴリ	離職や就業継続に関連する要因	文献数	文献番号										
				No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6	No. 7	No. 8	No. 9	No. 10	
職場環境	「専門的成長の機会」	「訓練や継続教育の機会」	6									○		
		「専門的成長」		○		○		○	○				○	
		「患者のタイプ」											○	
	「チームワーク」	「チームワーク」	4			○								
		「職場の人間関係」						○					○	
		「他の専門職との交流」		○										
		「専門チームの一員であること」		○										
	「専門的自律性」	「専門的自律性」	6	○										
		「仕事の自律性」				○								
		「フレキシブルなスケジュールの提供」							○					
		「仕事のスケジュールの柔軟性」											○	
		「自律性と職員へのエンパワーメント」											○	
		「特別な任務と責任」									○			
		「高度な看護実践の機会」								○				
	「リーダーシップとマネジメントサポート」	「リーダーシップとマネジメントサポート」	2			○								
		「上司のリーダーシップ不足」					○							
	「待遇・給与・昇進の機会」	「昇進の機会」	7							○				○
		「給料・待遇」						○		○				
		「他に負けない利益」								○				
		「専門実践を超えたコントロール」				○								
「専門職としての地位」		○												
「職務保障」										○				
「業務の負担感」	「仕事の量的負担」	4				○								
	「業務内容の質的負担」					○								
	「スタッフの充足度」				○									
	「変容する多様な職務」					○								
	「仕事の要求」						○							
「組織の特性」	「へき地の看護実践への責任や種類の増加」	2	○											
	「組織特性による対応困難」					○								
	「仕事の質へ焦点をあてているか」				○									
	「組織内での健康部門の軽視」					○								
	「部門文化に対応する負担」					○								
「雇用の期間や手続き」	「事業評価体制の未整備」	3				○								
	「仕事の期間」										○			
	「組織の雇用の手続きや指針が面倒」							○						
	「フルタイムの仕事が得にくい」		○											
	「年金や年功を引き継いだまま転職できるか」		○											

表2 離職や就業継続に関連する要因と文献ごとの有無(続き)

※太字になっている要因やカテゴリは、保健師の離職や就業継続に関連するものである。

カテゴリ	サブカテゴリ	離職や就業継続に関連する要因	文献数	文献番号												
				No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6	No. 7	No. 8	No. 9	No. 10			
仕事満足度	「仕事満足度」	「仕事満足度」	6	○		○								○		
		「職務への満足感」				○										
「看護実践の満足度」									○							
「専門的満足度」														○		
	「仕事の意義」	「仕事の意義」	1					○								
個人の特性	「ワークエンゲイジメント」	「ワークエンゲイジメント」	5					○								
		「仕事と個人の相互作用」				○										
		「仕事に興味・やりがいを持ってない」					○									
		「組織のミッションへの共感」									○					
		「仕事への取組み」											○			
		「診療所環境への興味」									○					
	「コンピテンシー」	「コンピテンシー」	2						○							
	「業務革新への能力」										○					
	「ワーク・セルフ・バランス」	「ワーク・セルフ・バランス」	2					○								
		「ライフステージ」													○	
「キャリアステージ」	「個人的満足度」	1												○		
	「キャリアステージ」													○		
「へき地での経験と希望」	「仕事へ慣れる段階」	1													○	
	「家族をへき地で育てたいと感じているか」		○													
	「へき地での育成歴」		○													
「へき地での良い経験」	○															
「レジリエンス」	「レジリエンス」	1												○		
バーンアウト	「バーンアウト」	「バーンアウト」	2				○	○								
	「専門職としての役割葛藤」	「専門職としての役割葛藤」	2				○	○								
	「身体不調」	「健康障害」	3				○									
		「体調(心身の健康等)」					○									
		「身体不調」			○											
	「慢性疲労徴候」		○													
	「対人関係の葛藤」	「対人関係の葛藤」	1				○									
	「ストレス反応」	「ストレス反応」	1				○									
	「気力の減退」	「気力の減退」	1		○											
		「労働意欲の低下」			○											
「イライラの状態」	「イライラの状態」	1		○												
「不安感」	「不安感」	1		○												
「抑うつ感」	「抑うつ感」	1		○												
個人や家族の状況	「家族のコミットメントとニーズ」	「家族のコミットメント」	1	○												
		「家族のニーズ」		○												
	「家族の経済的ニーズ」	「経済的ニーズ」	1	○												
		「夫の仕事があるか」		○												
「将来への希望」	「将来の生活の願望」	2												○		
	「人生の願望を満たすかどうか」		○													
「住宅の状況」	「住宅の状況」	1												○		
地域・へき地への適応	「地域の場所や力量」	「コミュニティの場所」	2								○					
		「満足できる町の力量」												○		
	「地域の社会的な結びつき」	「社会的な結びつき」	2												○	
		「仕事とプライベートの境目があいまい」		○												
	「町に住んでいる期間」	「町に住んでいる期間」	1											○		
	「地域の満足度」	「地域の満足度」	1	○												
「地域への適応」	「地域への適応」	1											○			

めに、保健師や看護師はその勤務地に住むことが必要である。Bushy は、へき地での生活の特徴として、インフォーマルな社会的・専門的な交流、匿名性がなくなる、地元の人々との住民としての交流、外部から新しく入ってきた者への地域の不信感などを挙げている (Molinari, et. al, 2012)。Roberge は、家族でへき地に住むことになった場合、子どもの学校の状況や、配偶者の仕事があるか等の家族の状況は、離職や就業継続に影響すると示唆している (Roberge, 2009)。保健師は、仕事の性質上、看護師以上に地域と深いつながりを持ちながら仕事を行う。青木らは、離島保健師は、島での生活体験やプライベートでの人間関係、生活する中で学んだノウハウを地域看護活動に結びつけていることを報告している (青木他, 2015)。これは離島での経験が保健師のキャリア形成にも良いことを示唆している。このことから、【個人や家族の状況】、【地域・へき地への適応】の2つのカテゴリは、離島やへき地の看護師だけでなく、保健師の離職や就業継続にも影響するものと推測できる。

多くの離職に関するモデルの構成要素として、仕事満足度や職場のコミットメント (職場環境) が取り上げられている (Ghosh, 2015)。本研究でも、仕事満足度と職場環境は、離職や就業継続に関連する要因とされていた (Cosgrave, et. al, 2018; MacLeod, et. al, 2017; Roberge, 2009; Sellers, et. al, 2018)。仕事満足度は、バーンアウト (井口, 2014a, 2016b)、地域・へき地への適応 (Sellers, et. al, 2018)、個人の特性 (Roberge, 2009) やレジリエンス、グリット (ひとつのことをやり抜く力) (Seller, et. al, 2018) と相関があることが報告されていた。また、知念らが沖縄県内の保健師を対象として実施した調査では、小離島を含む特定町村の保健師の職務満足度は低く、中でも仕事満足度スケールの中の職場環境に関する項目が低くなっていた (知念他, 2011)。このことから、離島やへき地の保健師の離職にも、仕事満足度や職場環境は影響していることが示唆された。また、離島やへき地に勤務する保健師は、住民への保健サービスを少人数で責任をもってやり抜くことが必要とされている。そのため、職務満足度に影響を与えるレジリエンスやグリットなど個人の特性も、離職や就業継続に関連することが推測される。また、このような力は、保健師のキャリア形成でも大切な特性であり、離島やへき地での経験はその力を高める可能性が示唆される。

看護師では、職場環境と仕事満足度やバーンアウト、離職意図との関連が明らかになっている (Leiter, M. et. al, 2009; Shimizu, T. et. al, 2005)。Dingley によると、保健師の職場環境について研究が報告されているが、仕事満足度やバーンアウト、就業継続などのアウトカムと一緒にデザインされた研究が少なかったと報告があった (Dingley, et. al, 2013)。離島やへき地の保健師の離職や就業継続に関する研究を行う際には、仕事満

足度やバーンアウトなどのアウトカムになり得る指標を取り入れることが必要である。

2. 離島やへき地の保健師の離職や就業継続に関連する要因の概念モデル

本研究の結果から示唆された、離島やへき地に勤務する保健師の離職や就業継続に関する要因を実際の研究に適応する際、概念モデルを基に研究を計画することで各要因間の関連を明らかにできると考える。本研究で取り上げた文献では、井口の Job Demand-Resources Model (以下 JDR モデル) (井口, 2016)、Cosgrave らの Turnover Intention Theory (以下 TIT とする) (Cosgrave, et. al, 2018)、Seller らの The Job Embeddedness model (以下 JE モデルとする) (Seller, et. al, 2018) の3種類の概念モデルを活用していた。

保健師の離職モデルとして考案された井口の JDR モデルでは、「仕事の要求」と「仕事の資源」がワーク・エンゲイジメントやバーンアウトに影響し、離職につながる構造になっている。JDR モデルの「仕事の要求」や「仕事の資源」を構成する項目は、本研究の「職場環境」や「仕事満足度」のカテゴリに含まれる項目であった。

TIT では、仕事の離職や就業継続は、その根底に人生の願望があり、「専門的な要因」とその満足度、「個人的な要因」とその満足度が相互に影響し決定される。としている。「専門的な満足度」「個人的な満足」を構成する項目としては、「バーンアウト」以外のすべてのカテゴリが含まれていた。

Seller らの文献で一部利用された JE モデルは、on the job, off the job の2つの側面と、Links, Fit, Sacrifice の3つの枠組みで構成されている。Links, Fit, Sacrifice は、本研究の「職場環境」「仕事満足度」「バーンアウト」「個人の特性」「地域やへき地への適応」「個人や家族の状況」のすべてのカテゴリが含まれていた。

3つのモデルを比較すると TIT は専門的な要因と個人的な要因、JE モデルは on the job と off the job という、2つの側面 (仕事とプライベート) から要因をとらえているところは類似していたが、JE モデルの Sacrifice に該当する内容は TIT では見られなかった。保健師の離職モデルとして考案された JDR モデルでは、on the job (仕事) を捉える側面は TIT や JE モデルと同様だった。だが、TIT や JE モデルの様に off the job (プライベート) の側面をとらえる構造ではないため、その部分をとらえる工夫が必要だと考えられる。

今後、離島やへき地の保健師の離職や就業継続に関する概念モデルを考える際には、TIT や JE モデルの様な on the job と off the job (仕事とプライベート) の2つの側面を取り入れ、今回の研究で取り上げられた要因を含めた概念モデルを構築する必要があると考える。その際には、保健師の文献では見られなかった、レジリエンスやグリットなどの個人の特性も取り入れていくこと

が必要である。

V. 本研究の限界

本研究では、保健師の離職や就業継続に関する文献を検索した際、離島やへき地の保健師を対象にした文献は検索されなかった。そのため、離島やへき地に勤務する看護師等の離職や就業継続に関する要因から、保健師の離職や就業継続の要因を推測したものとなっている。離島やへき地の保健師の離職や就業継続に関する要因については、本研究の結果を基に離島やへき地に勤務する保健師へ追加で調査を行い明らかにする必要がある。

VI. 結論

文献検討の結果、離島やへき地に勤務する保健師や看護師等の離職や就業継続に関する要因から、「職場環境」「仕事満足度」「個人の特性」「バーンアウト」「個人や家族の状況」「地域・へき地への適応」の6つのカテゴリが作成された。離島やへき地に勤務する保健師の離職や就業継続に関する要因は、6つのカテゴリすべてを含んでいると考えられた。また、離職や就業継続の要因の概念モデルとして、保健師の Job Demand-Resource Model、離島の看護師や医療職の Turnover Intent Theory、Job Embeddedness Model が活用されていた。今後の研究では、離島やへき地の保健師の離職や就業継続の6つのカテゴリの要因を含めた概念モデルを構築する必要がある

謝辞

本研究は、公益信託 宇流麻学術研究助成基金の研究助成を受け実施致しました。謹んで感謝申し上げます。この研究に関する利益相反はありません。

引用文献

- 青木さぎ里, 春山早苗. (2015). 離島内居住保健師の実践知とその獲得方法の検討～保健師自身の生活と地域活動とを結びつける認識に着眼して～. 日本ルーラルナーシング学会誌, 10, 51-66.
- Beck AJ, Boulton ML. (2016). The Public Health Nurse Workforce in U.S. State and Local Health Departments, 2012. Public Health Report, 131(1). 145-52.
- 知念真樹. (2006). 保健師の仕事の「よりどころのゆれ」についての一考察 - 沖縄県及び市町村保健師を対象とした質問紙調査 (2006) から -, 平成18年度 博士(看護学) 学位論文,
- 知念真樹, 池田明子, 金城芳秀. (2011). 沖縄県の行政機関に勤務する保健師の職務満足度. 沖縄県立看護大学紀要, 12, 47-54.
- Cosgrave C, Maple M, Hussain R. (2018). An explanation of turnover intention among early-career nursing and allied health professionals

working in rural and remote Australia - findings from a grounded theory study. Rural Remote Health. 18(3). doi: 10.22605/RRH4511. Epub 2018 Sep 3.

Dingley J, Yoder L. (2013). The public health nursing work environment: review of the research literature. J Public Health Management Practice, 19(4). 308-21.

Gosh D, Gurunathan L. (2015). Job Embeddedness: A Ten-year Literature Review and Proposed Guidelines. Global Business Review. 16(5). 1-11

井口理. (2014a). 行政保健師の「仕事の要求」と「仕事の資源」の概念の明確化 離職を考えた状況と職場にとどまった思いの記述を通して. 日本公衆衛生看護学会誌, 3(1), 11-21.

井口理. (2014b). 行政保健師の離職意図に関連する「仕事の要求」と「仕事の資源」 Job Demands-Resources Modelによる分析. 日本公衆衛生学会誌, 63(5), 227-240.

厚生労働省. (2019). 保健師活動領域調査 表54, 表55, 表58, 別表1, 別表3.

[https://www.e-stat.go.jp/statsearch/files?page=1](https://www.e-stat.go.jp/statsearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450471)

&layout=datalist&toukei=00450471 &tstat=000001035128&cycle=7&tclass1=000001134023&tclass2=000001134024 (2020年3月25日現在)

厚生労働省医政局. (2001). 医政発第529号 へき地保健医療対策等実施要綱.

Leiter MP, Maslach C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management, 17, 331-339.

MacLeod MLP, Stewart NJ, Kulig JC. et.al. (2017). Nurses who work in rural and remote communities in Canada: a national survey. Human Resources for Health. DOI 10.1186/s12960-017-0209-0.

Mitchell TR, Holton BC, Lee TW, et.al. (2001). Why people stay: Using Job Embeddedness to predict voluntary turnover. Academic of Management Journal, 44(6), 1102-1121.

Morinari. D. Bushy. A. (2012). The Rural Nurse(p8). Springer Publish Company.

Norbye B, Skaalvik MW. (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic health care services. International Journal of Circumpolar Health. 72. doi: 10.3402/ijch.v72i0.22793.

沖縄県. (2018). 沖縄県特定町村保健師等人材確保・育成支援計画第10次(平成30-32年度).

- 沖縄県健康増進課. (2016). 特定町村人材確保・資質向上に関する調査結果概要.
- 沖縄県福祉保健部. (2011). 沖縄県第11次へき地保健医療計画.
- 鬼澤典朗, 松永保子. (2011). 新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望の関連 新卒保健師および新卒歯科衛生士との比較. 日本看護研究学会雑, 34(4), 45-53.
- Rawal LB, Joarder T, Islam S, et.al. (2015). Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Human resources for Health*. 13. doi:10.1186/s12960-015-0030-6.
- Roberge CM. (2009). Who stay in rural nursing practice? An international review of the literature on factors influencing rural nurse retention. *Online Journal of Rural nursing and Health care*. Vol.9, no.1, Spring.
- Russell DJ, Zhao Y, Guthridge S, et.al. (2017). Patterns of resident health workforce turnover and retention in remote communities of the Northern Territory of Australia. *Human resources for Health*. 15. doi:10.1186/s12960-017-0229-9.
- Sellers K, Riley M, Denny D. et.al. (2018). Retention of nurses in rural environment: The impact of job satisfaction, resilience, grit, engagement and rural fit. *Online journal of Rural nursing and Health care*, 19(1).
- Shimizu T, Feng Q, Nagata S. (2005). Relationship between Turnover and Burnout among Japanese Hospital Nurses. *Journal of Occupational Health*, 47, 334-336.
- Yeager VA, Wisniewski JM. (2017). Factors that influence the recruitment and retention of nurses in public health agencies. *Public health reports*, 132(5), 556-562.
- Zurn P, Codjia L, Sall FL, et.al. (2010). How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bulletin world health organization* 2010. 88, 386-389.

(文献検討)

放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の文献検討

源河朝治¹⁾, 神里みどり²⁾

キーワード: 頭頸部がん, 放射線療法, 晩期有害事象, サバイバー.

Key words: head and neck cancer, radiation therapy, late effect, survivor.

I. はじめに

放射線療法に伴う有害事象には、急性期有害事象と晩期有害事象がある。急性期は一定期間を得て軽快するのに対して、晩期有害事象の多くは不可逆的で出現時期も照射終了後数ヶ月から数年と長期にわたる(日本放射線腫瘍学会, 2016)。頭頸部がんにおける放射線療法は機能温存、形態温存という面において優れていることから治療において重要な役割を持つ(日本頭頸部癌学会, 2018)。特に、頭頸部がん患者の晩期有害事象は、嚥下、会話、発声、呼吸、視力、嗅覚および味覚といった多くの感覚や機能の障害が複雑に影響し合って形成される(Murphy et al, 2015)。そのため、放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象のアセスメントやマネジメントは重要である。

しかし、頭頸部がんにおける晩期有害事象の内容や評価時期について明確に定義されたものはなく、臨床において慣例的に使用されている(Strojan et al, 2017)ことが多い。理由として急性期有害事象と晩期有害事象を明確に区別することが困難なこと(長谷川ら, 2012; 西尾, 2007)が挙げられる。また、多忙な外来通院中において晩期有害事象の評価を行うことが困難であることも考えられる。今後、放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の影響を明確にしていくためには、具体的な症状や評価時期、およびその定義を明らかにする必要があると考える。頭頸部がん患者数の増加(真栄田, 2017)や生存率の向上(国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2015)を踏まえると、晩期有害事象を有した頭頸部がんサバイバーが増加していくことが予測される。一方で、国内において放射線療法後の晩期有害事象に関連した研究は限られており(宇野ら, 2017; 南ら, 2016)、看護研究は2件のみであった(戎谷ら, 2019; 竹井ら, 2013)。

そこで本研究は放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象に関連した国外文献をレビューし、晩期有害事象とされている症状の同定、晩期有害事象の評価時期および先行文献において使用されている晩期有害事象の定義を明確することを目的とする。

II. 研究方法

1. 文献の検索と採択基準

文献検索のデータベースはPubMedを使用した。なお、検索は「head and neck cancer」「radiotherapy」「radiation therapy」の論理積に「late effect」「late toxicity」「survivor」をそれぞれ掛け合わせ、重複を削除した。レビューする文献の適格規準は、①放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象に焦点をあてていること、②対象が根治目的で放射線療法を受けたものであること、③対象の年齢が20歳以上であること、④英語で書かれたもの、⑤治療内容の異質性を考慮し、過去10年以内に公表されたものとした。除外基準は、①食道がんおよび甲状腺がんが対象のもの、②有害事象が異なることが予測される内部照射による放射線療法を受けたもの、③喉頭全摘術を受けた患者が含まれるもの、④データ収集の時期を記述していないもの、⑤レビュー文献とした。

2. 文献選定のプロセス

対象文献選定のためのフローチャートを図1に示す。データベース検索により抽出された628件の文献について、前述の選定条件を用いてスクリーニングを行った。具体的には、タイトルおよび抄録の精査を行い、選定基準のいずれかを明らかに満たさない文献を除外した。タイトルおよび抄録から判断できない場合には、本文を精査することとした。次に本文を精読し、適格基準を満たさない35件を除外し、選定条件を満たす文献29件を選定した。また、これらにハンドサーチにて抽出した文献8件を加え、最終的に37件の論文をレビューの対象とした(図1)。なお、抽出された文献からは、晩期有害事象の定義について記述している文献が少なく、広く定義の内容を検討するため、レビュー文献を追加した。

3. 分析方法

本研究の目的に沿って選定された文献より、晩期有害事象とされている症状、晩期有害事象の評価時期、晩期有害事象の定義の有無および内容について収集した。なお、文献の概観を把握するため、著者、発行年、研究目的、晩期有害事象の評価方法、治療背景に関するデータも整理した。

文献上で晩期有害事象とされていた症状はその内容を文献ごとに抽出した。なお、症状の表記が様々であった

1) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

2) 沖縄県立看護大学

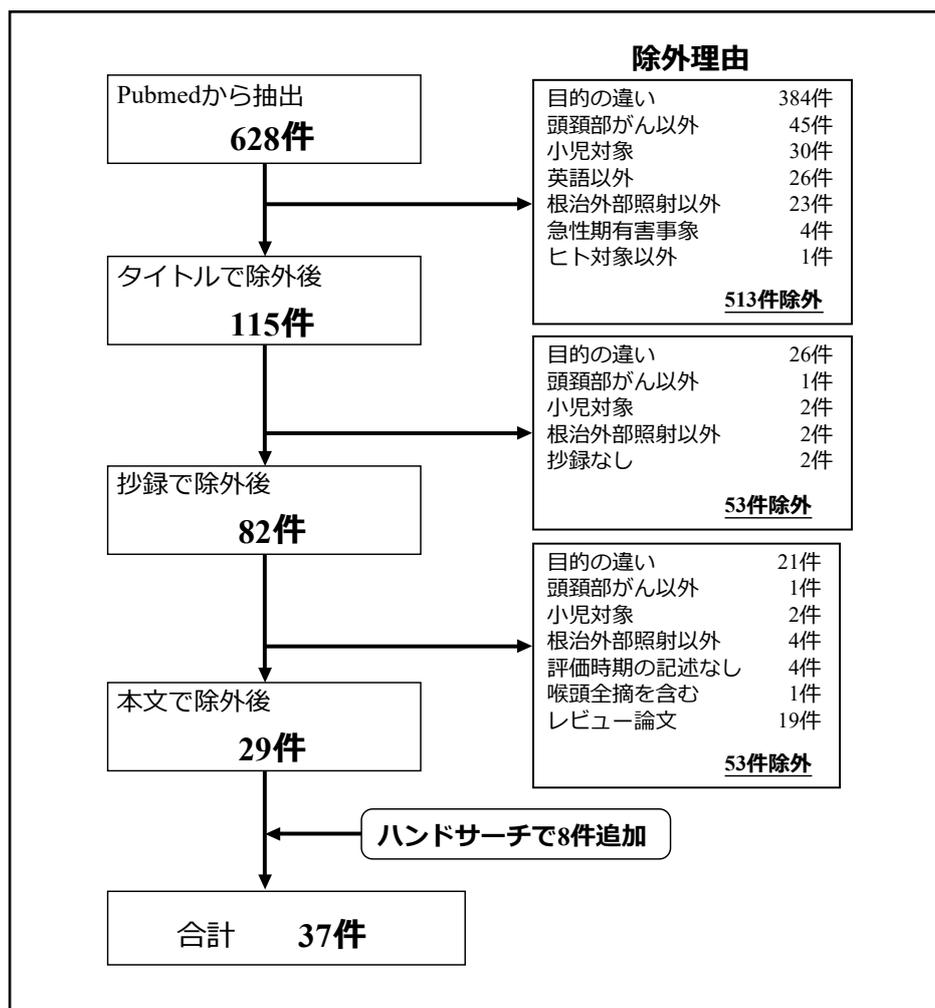


図 1. 対象文献選定のためフローチャート

ため（例：嚥下障害：Dysphagia、嚥下困難：Difficulty swallowing、誤嚥：Aspirationなど）、類似している症状については統合して記述統計を行った。

晩期有害事象の評価時期については、対象の選定条件や対象のフォローアップ期間から抽出した。また、晩期有害事象に関するデータを縦断的に示している文献については表記している期間全てを抽出した。その後、評価時期を照射後3ヶ月、6ヶ月、1年、2年、3年、4年、5年以上の7時点に分類した。

晩期有害事象の定義については、文献に記載されている定義の内容を抽出し、整理した。

Ⅲ. 結果

1. 対象文献の概要

分析の対象となった37件の文献一覧を表1に示す。文献はすべて量的研究であり、看護領域の文献は2件（ID：24・27）のみで、同一著者による味覚障害に関する研究であった。また、対象文献のうち、晩期有害事象のデータを縦断的に示した文献は7件

（ID：10・21・23・25・34・36・37）であった。対象が受けた治療別にみると、放射線療法単独の文献は1件（ID33）のみで、化学療法や手術療法を併用した文献が多数を占めた（表1）。

2. 先行研究において晩期有害事象とされている症状

対象文献では、27の症状が放射線療法後の晩期有害事象として評価されていた。また、晩期有害事象のうち、最も多くの文献で評価されていたのは口腔乾燥で27件、次いで嚥下障害25件、中枢神経障害および難聴22件、顎骨壊死16件となっていた。

3. 晩期有害事象の評価時期

1) 文献ごとの評価時期について

各文献における晩期有害事象の評価時期を表2に示す。評価時期別に見た場合、最も多かったのは照射終了からの期間が1年の文献で12件であった。また、次に照射終了後5年以上が経過した文献が多く、11件であった。一般的な晩期有害事象の定義として使用される照射後3ヶ月が経過したサバイバーを対象とした文献は6件のみであった。

表1. 過去10年間に於ける放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の評価を行った研究

ID	著者(発行年)	研究対象者	人数	症状	尺度	定義
1	Hedstrom Jら (2019)	放射線療法または化学放射線療法を受け、照射後6ヶ月以上が経過した頭頸部がんサバイバー	90	嚥下障害	自作の尺度、ビデオ透視、PAS†	
2	Miao Jら (2019)	IMRT*で放射線療法を受けた60歳以上の上咽頭がんサバイバー、晩期有害事象のデータについては照射後4年以上が経過した対象に限定	254	口腔乾燥、中枢神経障害、難聴、皮膚障害	CTCAE‡, RTOG§, 唾液流量検査	
3	Aylward Aら (2019)	集学的治療(放射線67%)を受け照射終了から3年以上が経過した頭頸部がんサバイバー	1901	嚥下障害	ICD-9	
4	Baudet Mら (2019)	集学的治療(IMRT*)による放射線療法100%を受け照射後3年以上が経過した頭頸部がんサバイバー	60	口腔乾燥、嚥下障害	LENT-SOMA¶	あり
5	Aggarwal Pら (2019)	集学的治療(放射線97%)を受け、照射終了から1年以上が経過した中咽頭がんサバイバー	889	中枢神経障害	画像所見	あり
6	Wulff-Burchfield ら (2019)	放射線療法または手術(放射線96%)をうけ、1年以上再発が認められない頭頸部がんサバイバー	150	中枢神経障害、うつ、不安、栄養障害、睡眠障害、倦怠感、食欲不振	VHNS + GSS**, POMST††	あり
7	McDowell LJら (2018)	IMRT*で放射線療法または化学放射線療法を受け、4年以上再発のない頭頸部がんサバイバー	107	口腔乾燥、嚥下障害、う蝕、味覚障害、倦怠感、咳嗽、睡眠障害、声質の変化、食欲不振、疼痛、皮膚障害、便秘	CTCAE‡, MDST-HN‡‡	
8	Lastucci Lら (2017)	放射線療法または化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバー、対象のフォローアップ期間の中央値は85ヶ月	25	口腔乾燥、嚥下障害、難聴、粘膜障害、味覚障害、疼痛	CTCAE‡	
9	Sayan Mら (2017)	術後放射線療法を受け照射終了後6ヶ月以上が経過した口腔・舌がんサバイバー	76	嚥下障害、顎骨壊死、疼痛	記載なし	
10	Caparrotti Fら (2017)	IMRT*で放射線療法または化学放射線療法を受けた中咽頭扁平上皮がんサバイバー一、フォローアップ期間の中央値は12ヶ月	1196	顎骨壊死	自作の尺度	
11	Daugaard R (2017)	集学的治療(放射線94%)をうけ治療後6ヶ月以上が経過した頭頸部がんサバイバー	136	口腔乾燥、嚥下障害、頸部線維症、声質の変化	自作の尺度	
12	Lindblom Uら (2016)	放射線療法および手術を受けた頭頸部がんサバイバー、フォローアップ期間の中央値は65ヶ月	108	嚥下障害	LENT-SOMA¶, ビデオ透視	
13	Huang TL(2016)	放射線療法または化学放射線療法を受け5年以上が経過した上咽頭がんサバイバー	242	口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、難聴、頸部線維症	CTCAE‡	

* : Intensity Modulated Radiation Therapy(強度変調放射線療法), † : Penetration-Aspiration Scale, ‡ : Common Toxicity Criteria for Adverse Events,

§ : Radiation Therapy Oncology Group radiation morbidity scoring criteria, || : International Classification of Diseases,

¶ : Late Effects Normal Tissue Task Force-Subjective, Objective, Management, Analytic scales, ** : Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey plus General Symptom Survey,

†† : Profile of Mood States, ‡‡ : The MD Anderson Symptom Inventory for head and neck cancer.

表 1. 過去 10 年間に於ける放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の評価を行った研究 (つづき)

ID	著者(発行年)	研究対象者	人数	症状	尺度	定義
14	Chen YJ ら (2016)	化学放射線療法を受け、1年以上が経過した上咽頭がんサバイバー	110	口腔乾燥、開口障害、栄養障害	MFIQ [‡] , XQ [§] , MNA	
15	Taberna M ら (2015)	放射線療法または化学放射線療法を受け、2年以上経過した頭頸部がんサバイバー	152	口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、難聴、顎骨壊死、開口障害、皮膚障害、声質の変化、栄養障害、粘調性の唾液、倦怠感	RTOG [¶]	
16	Ou X ら (2015)	IMRT [†] にて放射線療法または化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバー、フォロアアップ期間の中央値は54ヶ月	869	口腔乾燥、中枢神経障害、難聴、開口障害	CTCAE ^{**}	
17	Rivelli TG ら (2015)	シスプラチンを含む化学放射線療法を受けた頭頸部がんサバイバーを対象にした文献48件、文献選択の際に照射終了後3ヶ月未満の文献は除外	-	口腔乾燥、嚥下障害、難聴、顎骨壊死、内分泌障害	記載なし	
18	Du CR (2015)	同時化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバーを対象にしたRCT [†] の文献5件、対象文献のフォロアアップ期間の中央値は5年以上	1102	嚥下障害、中枢神経障害、顎骨壊死、頸部繊維症、内分泌障害、粘膜障害、視覚障害、末梢神経障害、上腕神経麻痺、二次がん	RTOG [¶]	
19	Moubayed SP ら (2015)	集学的治療(放射線療法含む)を受け、1年以上が経過した頭頸部がんサバイバー	209	うつ	HADS ^{††}	
20	Zenda S ら (2015)	陽子線治療を受け1年以上が経過した鼻腔・副鼻腔・頭蓋底がんサバイバー	112	中枢神経障害、難聴、視覚障害	CTCAE ^{**}	
21	Zheng Y(2015)	IMRT [†] にて放射線療法または化学放射線療法を受け5年以上再発のない上咽頭がんサバイバー、晩期有害事象は照射後1年目から5年目まで毎年評価	208	口腔乾燥、中枢神経障害、難聴、顎骨壊死、開口障害、皮膚障害、頸部繊維症	LENT/SOMA ^{‡‡}	
22	Tsai W(2014)	放射線療法または化学放射線療法を受け5年以上経過した上咽頭がんサバイバー	242	口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、難聴、頸部繊維症	CTCAE ^{**}	あり
23	Mazzola R ら (2014)	放射線療法または化学放射線療法を受けた頭頸部がんサバイバー、晩期有害事象のデータは照射後3ヶ月および6ヶ月のデータに限定	56	嚥下障害	RTOG [¶]	あり
24	McLaughlin L (2014)	集学的治療(放射線89%)を受けた頭頸部がんサバイバーを対象にし、治療後6ヶ月以上が経過した時点での味覚障害を評価している文献19件	2651	味覚障害	EORTC QLQ -H&N35 ^{§§} , UW-QOL	
25	Wang W ら (2014)	IMRT [†] にて放射線療法または化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバー、フォロアアップ期間の中央値は66ヶ月で、晩期有害事象のデータは6ヶ月、12ヶ月、36ヶ月、60ヶ月時点のデータを使用	695	口腔乾燥、中枢神経障害、難聴	RTOG [¶]	
26	Zeng L ら (2014)	放射線療法または化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバー、晩期有害事象は照射後3ヶ月以上が経過した対象から分析	789	口腔乾燥、中枢神経障害、開口障害、内分泌障害、視覚障害	RTOG [¶]	

* : Intensity Modulated Radiation Therapy(強度変調放射線療法), † : randomized controlled trial, ‡ : Mandibular Function Impairment Questionnaire, § : Xerostomia Questionnaire, ¶ : Mini Nutrition Assessment, ¶¶ : Radiation Therapy Oncology Group radiation morbidity scoring criteria, ** : Common Toxicity Criteria for Adverse Events, †† : Hospital Anxiety and Depression Scale, ‡‡ : Late Effects Normal Tissue Task Force-Subjective, Objective, Management, Analytic scales, §§ : European Organization for Research and Treatment of Cancer head and neck cancer module, ||| : University of Washington Quality of Life scale.

表 1. 過去 10 年間に於ける放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが抱える晩期有害事象の評価を行った研究 (つづき)

ID	著者(発行年)	研究対象者	人数	症状	尺度	定義
27	McLaughlin L (2013)	集学的治療(放射線療法 79%)を受け、照射終了後 3 ヶ月以上が経過した頭頸部がんサバイバー	92	味覚障害	自記式質問紙、味覚テスト	
28	Mortensen HR ら (2013)	IMRT*にて放射線療法または化学放射線療法を受け、1 年以上が経過した頭頸部がんサバイバー	259	嚥下障害	DAHANCA†, SPSS‡	
29	Chen AM ら (2013)	放射線療法または化学放射線療法を受けて 1 年以上が経過し、過去にうつつの既往や睡眠薬・抗うつ薬の使用のない頭頸部がんサバイバー	211	うつ	UW-QOL§	
30	Peng G ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受けた上咽頭がんサバイバー、フォローアップ期間の中央値は 42 ヶ月だが晩期有害事象のデータは 6 ヶ月以上が経過した時点のデータを使用	616	口腔乾燥、中枢神経障害、難聴、開口障害、頸部線維症、内分泌障害、視覚障害、出血	CTCAE , 臨床所見	
31	Ghadjar P ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受けた頭頸部がんサバイバー、フォローアップ期間の中央値は 9 年	224	口腔乾燥、嚥下障害、顎骨壊死、頸部線維症、粘膜炎	RTOG¶	あり
32	Hutcheson KA ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受け 5 年以上が経過した頭頸部がんサバイバー	29	嚥下障害	ビデオ透視、PAS**, NIH-SSS††	
33	Tuan JK ら (2012)	放射線療法を受け、3 ヶ月以上が経過した上咽頭がんサバイバー	700	口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、難聴、顎骨壊死、開口障害、頸部線維症、内分泌障害、二次がん	RTOG¶	
34	Cartmill B ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受け 2 年以上再発のない頭頸部がんサバイバー、晩期有害事象のデータは 6 ヶ月および 24 ヶ月に評価	12	嚥下障害	CTCAE , RBHOMS‡‡	
35	Deboni AL ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受け、3 ヶ月以上が経過した頭頸部がんサバイバー	41	口腔乾燥、嚥下障害、顎骨壊死、粘膜炎、味覚障害	RTOG¶, 唾液流量検査	
36	Meyer F ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受けて 3 年以上が経過した頭頸部がんサバイバー、晩期有害事象は 6 ヶ月および 12 ヶ月の時点で評価	444	口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、顎骨壊死、皮膚障害、粘膜炎	RTOG¶	
37	Al-Mangani A ら (2012)	放射線療法または化学放射線療法を受けた下咽頭がんサバイバー、3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月 24 ヶ月の時点で晩期有害事象を評価	176	口腔乾燥、嚥下障害、皮膚障害、粘膜炎、疼痛	CTCAE	

* : Intensity Modulated Radiation Therapy(強度変調放射線療法), † : Danish Head and Neck Cancer Group scale, ‡ : swallowing performance status scale,

§ : University of Washington Quality of Life scale, || : Common Toxicity Criteria for Adverse Events, ¶ : Radiation Therapy Oncology Group radiation morbidity scoring criteria,

** : Penetration-Aspiration Scale, †† : National Institutes of Health Swallowing Safety Scale, RBHOMS : Royal Brisbane Hospital Outcome Measure for Swallowing.

2) 症状ごとの評価時期について

照射終了からの期間別にみた各晩期有害事象を評価した文献数を図2に示す。評価時期を症状ごとにみた場合、口腔乾燥、嚥下障害、中枢神経障害、難聴、顎骨壊死、開口障害、皮膚障害、頸部線維症については

7つの時点すべてで評価されていた。また、症状ごとに特定の評価時期に偏ることはなく、程度の差はあるものの照射終了後3ヶ月から5年以上まで幅広い期間で症状が評価されていた(図2)。

表2. 対象文献における晩期有害事象の評価時期

著者(発行年)	3ヶ月	6ヶ月	1年	2年	3年	4年	5年以上
Deboni AL ら(2012)	●						
Tuan JK ら(2012)	●						
McLaughlin L(2013)	●						
Zeng L ら(2014)	●						
Mazzola R ら(2014)	●	●					
Al-Mamgani A ら(2012)	●	●	●	●			
McLaughlin L ら(2014)		●					
Peng G ら(2012)		●					
Sayan M ら(2017)		●					
Hedström J ら(2019)		●					
Daugaard R(2017)		●					
Meyer F ら(2012)		●	●				
Cartmill B ら(2012)		●		●			
Wang W ら(2014)		●	●		●		●
Zenda S ら(2015)			●				
Mortensen HR ら(2013)			●				
Chen AM ら(2013)			●				
Chen YJ ら(2016)			●				
Aggarwal P ら(2019)			●				
Wulff-Burchfield ら(2019)			●				
Moubayed SP ら(2015)			●				
Caparrotti F ら(2017)			●		●		●
Zheng Y ら(2015)			●	●	●	●	●
Taberna M ら(2016)				●			
Rivelli TG ら(2015)					●		
Aylward A ら(2019)					●		
Baudelet M ら(2019)					●		
McDowell LJ ら(2018)						●	
Miao J ら(2019)						●	
Lindblom U ら(2016)							●
Lastrucci L ら(2017)							●
Ghadjar P ら(2012)							●
Du CR ら(2015)							●
Tsai WL ら(2014)							●
Hutcheson KA ら(2012)							●
Huang TL ら(2016)							●
Ou X ら(2016)							●
計	6	10	12	4	6	3	11

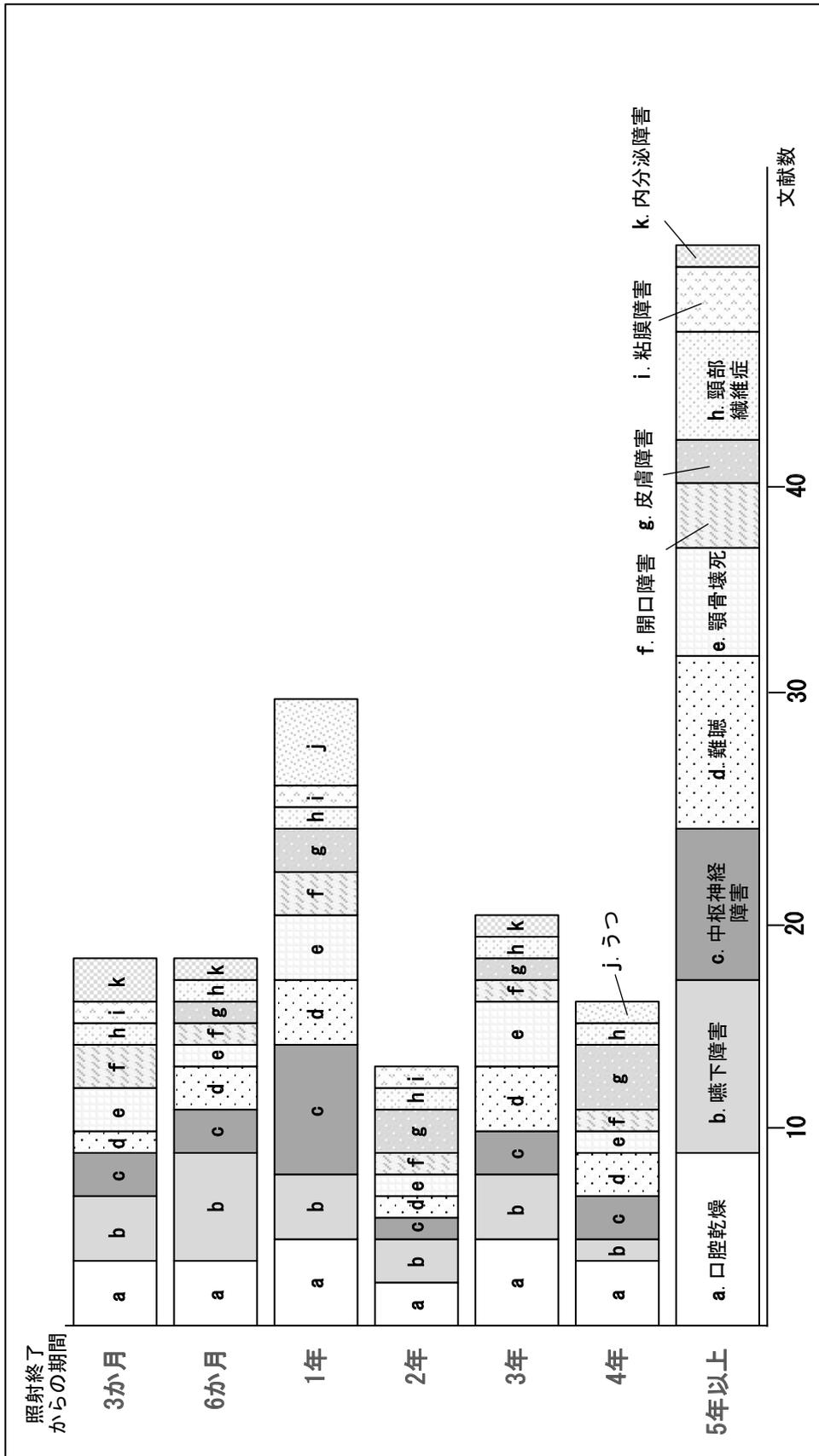


図2. 照射終了からの期間別にみた各晩期有害事象を評価した文献数

4. 文献に記載されている晩期有害事象の定義

先行研究における晩期有害事象の定義に関する記述を表3に示す。対象文献において定義に関する記述があった文献は6件であった。そのため、文献の選定において除外したレビュー文献から6件を追加し、12件の文献について晩期有害事象の定義を整理した。

晩期有害事象の定義は、多くの文献で照射終了後からの期間という側面から捉えていた。また、その期間は照射終了から3ヶ月以上としている文献が5件あり、数ヶ

月から数年と期間を明確に設定していない文献は4件であった。次に多かった定義は晩期有害事象の不可逆性から晩期有害事象を捉えた定義で5件であった。この定義では、晩期有害事象の影響は不可逆的で生涯にわたるという記述がみられた。なお、3件の文献 (Aggarwal et al, 2019 ; Baudelet et al, 2019 ; Strojan et al, 2017) では定義を記述しつつも、その定義は一般的かつ古典的であり、慣例として用いられているものであるとしていた。

表3. 対象文献における晩期有害事象の定義に関する記述

著者(発行年)	定義	研究対象者の条件
Baudelet ら (2019)	晩期有害事象とは、一般的に放射線療法後90日以上経過して発生する症状をいう	照射後3年以上が経過した対象に限定
Aggarwal ら (2019)	晩期有害事象とは、古典的にがん治療後3か月以上が経過して出現する症状と定義され、急性期有害事象の持続、過剰なコラーゲン蓄積、微小血管損傷、線維化促進因子の過剰産生に関連するものであり、線維症および萎縮を引き起こすものをいう	照射後1年以上が経過した対象に限定
Wulff-Burchfield ら (2019)	晩期有害事象とは治療後数ヶ月または数年後に現れ、何年も持続するか、さらには生涯にわたり影響を及ぼすもの。また、以前に信じられていたよりもはるかに長く続くことがあり、急性期有害事象が長期間持続し、晩期有害事象に発展する可能性がある	照射後1年以上が経過した対象に限定
De Felice ら* (2018)	晩期嚥下困難とは、長期的かつ永続的な嚥下機能の障害であり、患者のQOLや社会機能にマイナスの影響を与える	
Strojan ら* (2017)	晩期有害事象とは、慣例として治療完了後3か月以上が経過して発生するものを指し、時間の経過とともに進行し、長期的にQOLに悪影響を与える可能性がある。晩期障害の相対的な回復または進行は、問題の性質によって異なる	
Tsai ら (2015)	慢性的、不可逆的、進行性の症状	照射後5年以上が経過した対象に限定
Murphy* (2015)	治療終了後数か月または数年後に現れる症状	
Mazzola ら (2014)	放射線治療後3ヶ月以降に出現する症状	照射後3・6ヶ月が経過したサバイバーを測定
Taibi ら* (2014)	治療終了時に認められないまたは無症状である認識されない毒性と定義され、原発がん治療の完了後数か月から数年後に新しい診断として現れる可能性がある症状。晩期有害事象は広く変動し、がんの特徴、治療方法と強度、およびがんを経験している個人の根本的な健康状態と関連する	
Epstein ら* (2012)	具体的な口腔関連の晩期有害事象には、粘膜の痛み、唾液の変化、神経感覚異常、開口障害、粘膜障害、う蝕、顎骨壊死、会話への影響、嚥下障害、アピアランスの問題があると記載	
Ghadjar ら (2012)	治療完了後3か月以降に発生する有害事象	研究対象のフォローアップ期間の中央値は9.5年
Stubblefield ら* (2011)	一般に治療後数か月から数年間臨床的に出現する可能性のある症状で、多くの場合その経過は比較的ゆっくりで、不可逆的である	

* : 追加したレビュー文献

また、記述されていた定義と研究対象者の条件を比較すると、3件 (Aggarwal et al, 2019 ; Baudelet et al, 2019 ; Ghadjar et al, 2012) の文献については、定義で記載した期間よりも長い期間が経過したサバイバーを研究対象としていた。具体的には、Baudeletら (2019) の文献では晩期有害事象の定義を照射後90日以上が経過して発生する症状と定義しつつも、対象者の選定条件は照射後3年以上が経過した対象に限定していた。残り2件についても照射後3ヶ月以上が経過して出現する症状と定義していたが、照射後1年以上が経過したサバイバーを対象としていた。

IV. 考察

放射線療法後の頭頸部がんサバイバーが体験する晩期有害事象に関する文献を概観し、晩期有害事象とされている症状、晩期有害事象の評価時期および晩期有害事象の定義が明らかになった。これらを踏まえ、本研究で抽出された晩期有害事象の特徴および晩期有害事象を評価するうえで必要な対象者の条件や定義を考察する。

1. 先行研究において晩期有害事象とされていた症状について

本研究において晩期有害事象とされていた症状は多岐にわたり、その多くが照射終了後3か月から照射終了後5年以上にわたって継続的に評価されていた。そのため、症状の多くは照射終了後数か月から数年が経過しても継続して出現していることが予測できる。また、本研究で抽出された27症状はアメリカがん協会のガイドライン (Cohen et al, 2016) で述べられている晩期有害事象以外にも、これらに付随して出現する倦怠感や睡眠障害といった全身に影響がある症状も含まれていた。これらのことから対象文献から放射線療法後の晩期有害事象を網羅することができたと考える。

一方で、本研究では集学的治療を受けたサバイバーを対象とした文献を除外しなかったが、口腔乾燥、嚥下障害、開口障害、中枢神経障害については手術後の晩期有害事象にも含まれる症状とされている (Swendseid et al, 2020; Cohen et al, 2016)。放射線療法後の晩期有害事象を評価するには放射線療法のみを受けたサバイバーを対象を絞ることが理想的である。しかし、頭頸部がんの多くが集学的治療を受ける (平野, 2017)。ため、放射線療法後の晩期有害事象を評価する際には他の治療に関する情報も収集することが重要である。

2. 晩期有害事象の評価時期について

近年、頭頸部がん治療は化学療法を併用した治療が増加しており、急性期有害事象の影響が遷延することが明らかになっている。セツキシマブ併用放射線療法は有害事象の重症化を招くため適応には注意が必要とされており (日本頭頸部癌学会, 2018)、また、Payakachatら (2013) も化学放射線療法後のサバイバーは照射後半年以上が経過しても急性期有害事象のセルフケアを強いられている

と報告している。このように治療法の変遷は急性期有害事象と晩期有害事象の区別をより困難にしていくものと考えられる。特に急性期有害事象の遷延はデータの精度に関わる問題であり、これまで一般的に両者を区別することに用いられた照射終了後3ヶ月という時期よりも時間が経過したサバイバーを対象としていく必要がある。

本研究においては照射後1年が経過したサバイバーを対象とした文献が多数を占め、また、いくつかの文献においては晩期有害事象を3ヶ月以上が経過して出現する症状と記載しつつもより長い時間が経過したサバイバーを対象にしていた。晩期有害事象を評価する際、照射終了からの期間を明確に定義する理由として、急性期有害事象との区別が必要であることが挙げられる。両者はその予後の違いからマネジメントの方向性が異なるため、晩期有害事象においては評価した症状に急性期有害事象の影響が及ばないようにする必要があり、調査においては急性期有害事象が完全に軽快した時期を選択する必要がある。本研究において照射後3ヶ月以降が経過したサバイバーを対象とした文献が6件と限られており、急性期有害事象との混在を避けた結果であると考えられる。Hunterら (2013) は口腔乾燥症や嚥下障害といった5つの症状を治療終了直後から24ヶ月に至るまで縦断的に評価し、12ヶ月～24ヶ月においては症状の重症度が安定したと報告している。本研究においても照射後1年が経過したサイバーを対象とした文献は多く、晩期有害事象に焦点をあてた研究では照射後1年以上が経過したサバイバーを対象とすることが望ましいと考える。

3. 晩期有害事象の定義について

従来、晩期有害事象は照射終了からの時期という側面から定義されることが多かったが、本研究では時間的側面に加えて、不可逆性や組織学的変化も晩期有害事象の定義に含まれていることが明らかになった。西山 (2007) は急性期有害事象と晩期有害事象を区別するのは時期ではなく、可逆か不可逆かを本質とすべきと述べている。晩期有害事象の定義において不可逆性という側面を含めることはマネジメントの方向性を決める重要な要素であり、看護ケア上においても意味のある定義であると考えられる。また、評価時期のみで晩期有害事象を捉えた場合、口腔乾燥のように急性期の段階から出現し、不可逆的な経過をたどる症状 (Pinna et al, 2015) の位置づけが不明確になる。一般的に使用される照射終了後3ヶ月以降に出現した症状という定義のみでは、評価した症状が3ヶ月以降に出現したかを判断することが困難であり、不可逆性を包含することができない。今後は晩期有害事象の定義に照射終了からの時期と不可逆性という二つの側面を含めることが必要になると考える。

V. 結論

晩期有害事象とされている症状には口腔乾燥や嚥下障害といった局所症状から倦怠感といった局所症状に関連

して出現する症状が含まれていた。また、晩期有害事象の評価時期は照射終了から1年以上が経過したサバイバーを対象としている文献が多かった。晩期有害事象の定義は照射からの時期および症状の不可逆性から定義されている文献が多かったが、文献上で定義が記述されていない研究が多かった。今後は晩期有害事象を明確に定義したうえで研究を行う必要がある。

引用文献

- Aggarwal P, Zaveri JS, Goepfert RP, et al. (2019). Swallowing-related outcomes associated with late lower cranial neuropathy in long-term oropharyngeal cancer survivors: cross-sectional survey analysis. *Head and Neck*, 41(11), 3880-3894.
- Baudelet M, Van den Steen L, Tomassen P, et al. (2019). Very late xerostomia, dysphagia, and neck fibrosis after head and neck radiotherapy. *Head and Neck*, 41(10), 3594-3603.
- Cohen EW, LaMonte SJ, Erb NL, et al. (2016). American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(3), 203-239.
- De Felice F, de Vincentiis M, Luzzi V, et al. (2018). Late radiation-associated dysphagia in head and neck cancer patients: evidence, research and management. *Oral Oncology*, Vol. 77, pp. 125-130.
- 戎谷明日香, 山内栄子, 丸光恵. (2019). 頭頸部がんサバイバーにおける粒子線治療の晩期有害事象の検討. *愛媛大学看護研究雑誌*, vol.1, 1-10.
- Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, et al. (2012). Oral complications of cancer and cancer therapy. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 62(6), 400-422.
- Ghadjar P, Simcock M, Studer G, et al. (2012). Concomitant cisplatin and hyperfractionated radiotherapy in locally advanced head and neck cancer: 10-year follow-up of a randomized phase III trial (SAKK 10/94). *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 82(2), 524-531.
- 長谷川正俊, & 片山絵美子. (2012). 患者に説明できる! がんと放射線の知識 放射線療法における晩期有害事象の情報提供. *がん看護*, 17(3), 403-408.
- 平野滋. (2017). 頭頸部癌の治療の変遷と最新のトピックス. *京都府立医科大学雑誌*, 126(9), 591-600.
- Hunter KU, Schipper M, Feng FY, et al. (2013). Toxicities affecting quality of life after chemo-IMRT of oropharyngeal cancer: Prospective study of patient-reported, observer-rated, and objective outcomes. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 85(4), 935-940.
- 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター. (2015). がん登録・統計 グラフデータベース. gdb.ganjoho.jp/graph_db/gdb5(2020年5月22日現在)
- 真栄田裕行. (2017). 沖縄県における頭頸部悪性腫瘍医療の動向. *琉球医学会誌*, 36(1-2): 17-23.
- Mazzola R, Ricchetti F, Fiorentino A, et al. (2014). Dose-volume related dysphagia after constrictor muscles definition in head and neck cancer intensity modulated radiation treatment. *British Journal of Radiology*, 87(1044).
- 南和彦, 菅澤正. (2016). 上顎洞扁平上皮癌に対する超選択的動注化学療法と放射線照射の同時併用療法の臨床的検討. *日本鼻科学会誌*, 55(1), 34-39.
- Murphy BA, Deng, J. (2015, October 10). Advances in supportive care for late effects of head and neck cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 33, pp. 3314-3321.
- 日本放射線腫瘍学会. (2016). 放射線治療計画ガイドライン 2016年版. 第4版. 金原出版.
- 日本頭頸部癌学会. (2018). 頭頸部癌診療ガイドライン 2018年版. 第3版. 金原出版.
- 西山謹司. (2007). 放射線治療に伴う晩期有害事象 頭頸部腫瘍. *癌の臨床*, 53(5), 291-295.
- 西尾正道, 明神美弥子, 鈴木恵士郎, 西山典明, 小野寺俊輔. (2007). 放射線治療に伴う晩期有害事象総論にかえて. *癌の臨床*, 53(5), 271-276.
- Payakachat N, Ounpraseuth S, Suen JY. (2013). Late complications and long-term quality of life for survivors (> 5 years) with history of head and neck cancer. *Head & Neck*, 35(6), 819-825.
- Pinna R, Campus G, Cumbo E, et al. (2015). Xerostomia induced by radiotherapy: An overview of the physiopathology, clinical evidence, and management of the oral damage. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Vol. 11, pp. 171-188.
- Strojan P, Hutcheson KA, Eisbruch A, et al. (2017). Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer Treatment Reviews*, Vol. 59, pp. 79-92.
- Stubblefield MD. (2011). Radiation fibrosis syndrome: Neuromuscular and musculoskeletal

- complications in cancer survivors. *PM and R*, 3(11), 1041-1054.
- Swendseid B, Kumar A, Sweeny L, et al. (2020). Long-Term Complications of Osteocutaneous Free Flaps in Head and Neck Reconstruction. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 019459982091272.
- Taibi R, Lleshi A, Barzan L, et al. (2014). Head and neck cancer survivors patients and late effects related to oncologic treatment: update of literature. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 18(10), 1473-1481.
- 竹井友理, 荒尾晴恵. (2013). 頭頸部放射線療法後にみられる口腔内乾燥を訴える患者の日常生活における問題と対処行動. *大阪大学看護学雑誌*, 19(1), 33-38.
- Tsai WL, Huang TL, Liao KC, et al. (2014). Impact of late toxicities on quality of life for survivors of nasopharyngeal carcinoma. *BMC Cancer*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-856>
- 宇野雅子, 森田倫正, 福島久毅, 藤崎倫也, 田所宏章, 原田保. (2017). 喉頭癌 T2N0 症例に対する化学放射線治療の検討. *耳鼻咽喉科臨床*, 補冊 149, 198-202.
- Wulff-Burchfield E, Dietrich MS, Ridner S, et al. (2019). Late systemic symptoms in head and neck cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(8), 2893-2902.

(文献検討)

ヒトのアロマザリングの概念の検討 —離島の「15の島立ち」の支援に向けた文献レビュー—

比嘉憲枝¹⁾, 大湾明美²⁾, 田場由紀²⁾

キーワード: 離島, アロマザリング, 子育て支援, 重層的ネットワーク.

Key words: Remote island, Allomothering, Childrearing support, Multilayered Network

I. はじめに

子育ては婚姻や家族の形態、労働観など諸文化や時代の影響を受ける。かつて、子育ては大家族の中で祖父母やきょうだいによって行われ、猫の手も借りたい繁忙期には近隣などの地域共同体の相互扶助で育てる風習があった(太田, 2010)。また、沖縄では、母親に替わって近隣の女子が通いや住み込みで子守をする「守姉(マイネー)」が存在していた(根ヶ山, 2016)このように、保育所などの保育環境が整備されるまでの子育ては、労働と生活が密着し、家族と近隣関係者で助け合う地域共同体による相互扶助で営まれていた。

現在の子育ては、高度成長期の都市部への移行によって始まった核家族化、女性の社会進出と労働者の被雇用化に伴う生活状況の向上によって、また、保育所の誕生によって、家族内の役割分担や地域共同体による相互扶助を喪失・脆弱化させた(山本, 2016)。

国は、母親の子育ての心理的な孤立や負担感を軽減し、子育てしやすいコミュニティ形成のためには、社会全体で子育てに参加できるしくみを構築する必要があるとし、基本方針に「子育ての社会化」を提言した(平成17年度版国民生活基礎調査, 2005)。そのため、一時預かり保育や子育て支援センター、幼保連携型こども園、認定こども園の設置など、保育サービスが整備・拡充された。結果として、子育ての社会化は、保育士などの専門職を中心とした保育環境の整備に力点が注がれ、利便さや子育て経費など親の都合が優先されやすいことをも招き、地域共同体による子育ての相互扶助を崩壊させつつある。子育ての社会化の推進によって、家族形態だけでなく社会全体のしくみの変化から子育ては影響を受けている。このように、子育ては、過去には母親以外の家族や近隣、現在は保育士などの専門職によって社会化されてきたが、子の育ちに焦点をあてた「子育ての社会化」とは何か?を再考する必要があるのではないかと。

ところで、高等学校のない離島では、高等学校等への進学や就職のために「15の島立ち」が行われている。「15

の島立ち」とは、中学校卒業と同時に島(親元)から離れ、島外で生活を始めることである。親にとって、15歳で親元から手放し、新しい環境で人間関係を作りながら自立・自律した大人にすることが子育ての目標になる。親は、島外の知人や親戚、高等学校の教員や生徒など、新たな子育て支援ネットワークを組み立てる「離れつつ守る役割」を担うことになる。これは、国がめざす社会全体で子育てに参加できるしくみとしての「子育ての社会化」の推進の実践例にならないだろうか?子育ては、「親の手(母親の手)」と「専門職の手(保育士など)」の二者択一ではなく、重層的ネットワークによる子育てが求められ、その方法のひとつとして「allomothering(アロマザリング)」があると考えられる。

「親以外の個体による(子の)世話」は、アロマザリングと定義されており(Wilson, 1975)、モノ・ヒト・シクミのそれぞれが相互に絡みあったシステムであると述べられている(根ヶ山, 2010)。アロマザリングに着目することによって、重層的ネットワークによる子育ての社会化が検討され、「15の島立ち」支援にも重要な示唆が得られると考える。

そこで本稿は、島内外の重層的子育てネットワークが必要な「15の島立ち」支援への活用可能性を検討するために、ヒトのアロマザリングの概念を整理することを目的とする。

用語の定義

子育て: 子育てとは、子どもの誕生から選挙権が与えられる18歳までの期間に、親と親以外の人々による、子どもが自立・自律した大人になるための関わりの総体とする。

子育ての社会化: 保育士、学校教師などの専門職だけでなく、親以外の家族、地域共同体の人々などの誰もが子育てに参加することとする。

II. 研究方法

1. 分析対象文献の選定

文献の抽出は、発表年度を限定せず、キーワードを「アロマザリング」または「allomothering」とした。国内論

1) 公立大学法人名桜大学

2) 沖縄県立看護大学

文に関しては、国内の医学・看護学関連文献を収録している医学中央雑誌 web 版 ver. 5（以下、医中誌）と NII 学術情報ナビゲータの CiNii（以下、CiNii）を用いた。国外論文は生命科学や生物医学に関する学術文献検索エンジン PubMed（以下、PubMed）を用いた。医中誌 3 件、CiNii 24 件、PubMed 22 件から重複文献 5 件とチンパンジーの集団行動研究等の霊長類研究関連 22 件を除き、ヒトを対象にした研究論文 22 件（国内 14 件、国外 8 件）を抽出した。国外文献 8 件のうち、神経内分泌学に関する文献 3 件、医療や治療に関する文献 2 件、幼児の誘拐事例に関する文献 1 件、女性労働者に関する文献 1 件の計 7 件を除外し 1 件とした。また、アロマザリング関連書籍について、同様のキーワードと論文著者名でハンドサーチを実施し、ヒトのアロマザリングの概念の文化的変異

とその要因についての記述のあった根ヶ山らの著書 3 冊（ID16～18）を加え、分析対象文献は 18 件とした（表 1）。

2. データの収集と分析

アロマザリングの概観について、根ヶ山らの著書からヒトのアロマザリングの文化的変異とその要因に関する記述を抜き出しまとめた。書籍を除く選定文献 15 件について、アロマザリングの定義、アロマザリングを提供するアロマザーの範囲および子育てへの影響に関する記述を抽出し、意味内容が類似しているものを分類し命名した。

III. 結果

1. ヒトのアロマザリングの概念の文化的変異とその要因

ヒトのアロマザリングの概念の文化的変異とその要因

表 1 選定文献リスト

ID	タイトル	発行年	著者名
1	今日の育児におけるアロマザリングとしての育児ネットワーク	2007	根ヶ山光一, 柏木恵子, 他
2	レジリエンス: 桶谷式断乳をめぐる考察(特集 子どもの発達におけるレジリエンス: 最新の脳科学から社会経済的な背景まで)	2017	根ヶ山光一, 相川公代
3	‘アロマザリングの島’における子育て	2016	根ヶ山光一, 中島伸子, 他
4	アロマザリングからみた 保育園と守姉~みんなで子育て 心理学からの提言~	2013	根ヶ山光一
5	日本の子育てを考える: アロマザリング・国際比較から(子ども問題シリーズ(4) 子どもと家族) - 家族と子どもが抱える課題とその支援-	2017	根ヶ山光一
6	子どもの身体・発達とアロマザリング	2016	根ヶ山光一
7	アロマザリングと保育所・幼稚園・学校、地域社会の役割	2017	根ヶ山光一
8	アロマザリングの島の子どもたち—多良間島の子別れ—	2016	根ヶ山光一
9	子別れ・アロマザリングから子育てを考える	2013	根ヶ山光一
10	Kowakare: a new perspective on the development of early mother-offspring relationship	2011	Koichi Negayama
11	3歳児未満児保育から見た、親子関係が青年期前後の人格形成に及ぼす影響について その3	2015	荻原英敏
12	子育ての自然誌: 狩猟採集社会からの眼差し(10)アロ・マザリングへの注目	2017	高田 明
13	社会的ネットワークの一環としての母性: 「アロマザリング」の視点から考える	2012	藤田 泉
14	子育ての‘手’をめぐる発達心理学: 沖縄多良間島の子守と保育から考える	2016	川田学, 根ヶ山光一, 他
15	沖縄・多良間村における守姉というアロマザリングの予備的調査—離島に残る子育ての憂愁を探る—	2013	白石優子, 根ヶ山光一, 他
16	共有する子育て: 沖縄多良間島のアロマザリングに学ぶ	2019	根ヶ山光一
17	アロマザリングの島の子どもたち—多良間島子別れフィールドノート	2012	根ヶ山光一
18	ヒトの子育ての進化と文化 -- アロマザリングの役割を考える	2010	根ヶ山光一, 柏木 恵子(編集)

について、根ヶ山らの3冊の書籍から関連する記述を抜き出しまとめた。アロマザリングは約70種類以上の哺乳類、特にチンパンジーやゴリラなど知能と高い社会性をもつ霊長類で見られる親以外の子育て行動である。Wilson (1975) は、アロマザリングを「生物学的(遺伝学的な)「母」または「親」以外の個体が同種他個体の子どもの養育をすること」と定義した。その後、ヒトの神経内分泌や生理学、進化の研究に応用を広げた。子育ては、ヒトの遺伝子に組み込まれているわけではなく、進化の過程で適応してきた種特有の環境におかれぬ限りうまく機能させることはできないとされる(根ヶ山ら, 2010)。また、集団性や社会性の進化、利他性と適応度との関係等の視点からとらえ直され(明和, 2010)、相互扶助、共同(協働)繁殖、協同行動など、社会行動の起源と進化や要因の解明として研究されるようになった(三浦, 2010)。

ヒトのアロマザリング行動が進化してきた背景には、認知能力の発達の影響が大きく、なかでも「協同行動」「積極的教育」など他者の心的状態を読み取り、非血縁関係に対しても恩恵を施す社会的活動とそれを支える心的メカニズムの働きの影響が大きいとされる(根ヶ山ら, 2012)。ヒトのアロマザリングは、ヒトの特性に支えられた社会的行動の一つであり、他者と共同で子どもを育てる過程で互いに共有される心地よさ、喜び、達成感などの共感力の進化によって影響される。ヒトのアロマザリングの進化には、子育てに参加する側、参加される側の双方に快の感情が喚起され、心的報酬として共有される強化の側面が影響する。

ヒトのアロマザリングは、婚姻や家族の形態、子守りや雇って働く等の育児観や労働観など諸文化の影響を受けて多様である。日本では乳母や農村地域のモリッコ(日本の子育ての風習で、赤子が産まれると近隣の7~13歳の少女が子守りとして選ばれること)(太田, 2010)にみられるような親以外あるいは地域共同体によるアロ

マザリングが存在したが、戦後の核家族化や専業主婦の増加等により、限局した母子関係に変化した。しかし、子は複数の集団成員による重層的育児ネットワークで育つとされ、アロマザリングは、「モノ・ヒト・シクミ」を介して母子が離れつつ子どもを守る仕組みである。また、アロマザリングの形態に関わる文化的諸要因のうち、文化的意味体系(育児観、ジェンダー規範等)と社会システム(地域の子どもへの関わり方等)が最も影響する因子であり、アロマザリングの形態が公共的か、家族や親族によるものかは、その共同体の子ども観によって異なると思われる(箕浦, 2010)。

アロマザリングは、安全管理や栄養面での課題は残るものの、若い世代が子の世話を通して育児行動を学習する機会になることや、子の母親の育児負担を軽減し、資源を母親自身に投資できること、世話を受ける子にとっては、母親から離れて集団内の多様な個体と出会うことによって社会化が生まれ、アロマザー自身(アロマザーを担う子)は、世話を通して責任感と乳幼児を育てるたのしさを覚えるなど、相互作用があり、それぞれの当事者にとってメリットがあるとされている(根ヶ山, 2010)。

ヒトのアロマザリングの概念的文化的変異は、霊長類に見られる親以外の子育て行動という生物学的養育行動にはじまり、その後、ヒトの認知能力の発達に影響を受ける社会的行動と位置づけられていた。また文化的変異の要因は、ヒトの心的メカニズム、婚姻観、家族観、共同体の子ども観、社会の価値観などがあつた。

2. アロマザリングの定義およびアロマザーの範囲

1) アロマザリングの定義

アロマザリングの定義については、12文献にみられ、8つにまとめられた(表2)。根ヶ山(2007)は、チンパンジーなどでは母親以外の個体が子どもの世話をすることがみられることから、動物行動学ではアロマザリングを【霊長類でみられる母親以外の個体が子どもの世話をすることである】(ID1)とし、藤田(2012)は、子どもの

表2 アロマザリングの定義

定義	文献番号
霊長類でみられる母親以外の個体が子どもの世話をすることである	ID1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13
動物行動学の分野の概念である	ID3
哺乳類でよく見られる行動だが動物の世界では特異な行動である	ID10
モノ・ヒト・シクミが関係し合う共同子育てシステムである	ID1, 4, 13
単なる母親の代行ではない	ID4
子別れ(母子の分離)の社会文化的基盤である	ID9
子どもが複数の養育者をもつというソーシャルネットワーク論の考え方に根拠を与える	ID6
世紀末以降の子育てと保育の考え方の転換期において一つの方向性を示唆するものである	ID12

養育に関与する視点において、保育園や学校などのモノと子育て支援や養子縁組などのシクミは、家族や専門職（ヒト）と相互に関連しながら子育てを行うアロマザリングであり【モノ・ヒト・シクミが関係し合う共同子育てシステムである】(ID13)と述べていた。また、根ヶ山(2013)は、「母子の分離は、文化社会的要因の関与が大きく、身体的反発性を一次枠組みとすれば、モノ・ヒト・シクミによる母子分離は別れの二次枠組みである」とし、【子別れ(母子の分離)の社会文化的基盤である】(ID9)と述べた。高田(2017)は、アロマザーによる協力的養育(アロマザリング)の研究者の主張は、母性神話を想定しておらず、急速に核家族化や少子化が進む日本の今後の子育てを見直すことにつながると述べ、【20世紀末以降の子育てと保育の考え方の転換期において一つの方向性を示唆するものである】(ID12)と示した。このように、アロマザリングの定義は、子育ての環境と文化を形成する営みであった。

2) アロマザーの範囲

アロマザリングを提供するアロマザーの範囲は、12文献にみられ7つにまとめられた(表3)。アロマザーは、父、祖父母、親類の【母親以外の家族】、守姉といわれる土着的な地域密着型の私的アロマザリングの【少女】、保育士、教師、助産師の【専門職】、保育園、幼稚園、学校などの【施設型の制度的アロマザリング】、教材、教科書、机、保健室などの【補助的アロマザー、モノ】、【幼年養子縁組】、【モノ・ヒト・シクミの組み合わせ】があった。

母親以外の家族や少女、専門職というヒトだけでなく、教育教材や教科書、机などのモノ、社会サービスや制度などのシクミまでを含めていた。このように、アロマザーの範囲は、人的環境(ヒト)だけでなく物的環境(モノ)、シクミまで包含していた。

3. アロマザリングの子育てへの影響

アロマザリングの子育てへの影響は、全文献にみられ、7つにまとめられた(表4)。

【子どもへのポジティブな影響】は、「ヒトの子育ての本質的な特徴は、共同子育てシステムの一部に母親も含まれ、その中で子どもが育つことである」(ID4)、「ヒトの乳幼児は、豊かなアロマザリングによって、多様な価値や個体に出会う機会を持ち、人間として社会の中で文化を獲得しつつ発達する」(ID9)があった。対して、【子どもへのネガティブな影響】は、「母親以外の子育てはゆがみを生じさせ、特に3歳未満児の育ちをゆがませる」(ID11)ことや、「職業的アロマザー(教師、保育士、教諭、医師など)は、母親の養育にも多大な影響を及ぼすが、促進的・補完的とは限らず、干渉的・相反的である場合もある」(ID7)ことの指摘があった。また、【母子関係や親子関係を変化させることへの影響】は、「養育者は、子どもと自分の状況を見定め、適切なアロマザリングのスタイルを取捨選択して活用している」(ID7)ことや、「ヒトの子育ては、子どもの廻りにサテライトのように存在する子育てを担うモノや個体と、子どもとの複数の最適近接ゾーンの中で、ダイナミックに展開される営みである」(ID6)があった。さらに、【地域ネットワークの広がりへの影響】は、「守姉と守子が家族同士を結合させて島のソーシャルネットワークを拡張している」(ID4)や、「守姉は地域のネットワークに開かれたアロマザリングで地域のネットワークを維持発展させる重要な要である」(ID8)ことがあった。このように、アロマザリングの子育てへの影響は、世話をうける子だけではなく、アロマザー自身(アロマザーを担う子)にも影響を与え、加えて、親子関係、家族関係、地域共同社会のつながりにも及んでいた。そして、その影響は文化や制度によっても異なっていた。

IV. 考察

本研究の分析対象となったヒトのアロマザリングに関する国内外文献および書籍18件のうち、根ヶ山が第一著者または共著者である文献は15件であった。根ヶ山(2019)は、発達心理学の立場から、ヒトの子育ての本質

表3 アロマザーの範囲

範囲	文献番号
母親以外の家族(父、祖父母、親類)	ID1, 4, 6, 7, 9
少女(守姉:土着的な地域密着型の私的アロマザリング)	ID3, 6, 8, 9, 14
専門職(保育士、教師、助産師)	ID1, 2, 5, 7, 9
施設型の制度的アロマザリング(保育園、幼稚園、学校、乳児院、児童養護施設)	ID3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13
補助的アロマザー、モノ(教材、教科書、机、黒板などの物品、保健室、環境等)	ID4, 5, 7, 9
幼年養子縁組、シクミ	ID1, 4, 6, 9
モノ・ヒト・シクミの組み合わせ	ID4, 7, 9

表4 子育ての影響に関する記述内容

記述内容	命名
アロマザーの存在は間接的役割であっても子どもの自立を促す(ID2, 10)	
「モノ・ヒト・シクミ」によるアロマザリングとは、モノ・ヒト・シクミのシステムとしての環境に、子どもがアロマザーを介して関わることを意味しており文化を学習することにつながる(ID4, 6)	
子どもは遊びを通して、守姉のネットワークに引き込まれることにより、多様な価値観に触れつつ様々な子供や家族との親密な関係を築くことができる(ID8)	子どもへの ポジティブな影響
守姉は少女によるアロマザリングであり、乳幼児は母親以外の養育者と親しくなることで、地域のネットワークに開かれた存在になり、同時に地域のネットワークを広げる積極的な役割も担う(ID3, 6, 8)	
ヒトの乳幼児は、豊かなアロマザリングによって、多様な価値や個体に出会う機会を持ち、人間として社会の中で文化を獲得しつつ発達する(ID9)	
ヒトの子育ての本質的な特徴は、共同子育てシステムの一部に母親も含まれ、その中で子どもが育つことである(ID4)	
保育園に子を預けることにより、地域に乳幼児の姿が見えなくなるため、潜在的なアロマザーである少年少女が子育てを乳幼児の子守りから学ぶ機会を奪うことにつながる(ID4)	
保育園の乳幼児は、安全な環境で保育が保証される反面、少年少女や地域の大人、動植物との接触が限定されている。「守ることは拘束すること」という側面も持っている(ID4)	
職業的アロマザー(教師、保育士、教諭、医師など)は、母親の養育にも多大な影響を及ぼすが、促進的・補完的とは限らず、干渉的・相反的である場合もある(ID7, 11)	
安全性を重視した保育によって、家や保育所など限られた場所や人との関係性にとどめることは、赤ん坊と世話をするヒト(少女や少年)のお互いの存在や社会を学ぶ機会を奪うことにつながる(ID6)	
母親以外による子育てはゆがみを生じさせ、特に3歳未満児の育ちをゆがませる(ID11)	
母親以外の子育てには子どもの育ちにゆがみを生じさせ、子供の意志がでたときに不登校や神経性食欲不振症の症状として表れ、成長とともに症状が重篤化、長期化し、死に至る場合もある(ID11)	
母親の体力と心理精神的な能力、時間、経済などの資源の投資は、繁殖(子育て)と自己実現の2つに同時進行的に振り分けることは非常に難しく、両親、特に母親は子育て中は、投資への満足感を求めない生活を工夫するべきである(ID11)	子どもへの ネガティブな影響
アロマザリングの一つである保育園での長時間保育推進によって、親子の接触時間が短時間となり、本来必要な母子間の愛着形成(アタッチメント形成)が希薄になっている(ID11)	
子供が保育者と信頼関係を形成するには時間がかかり、経験豊富な保育者の存在が(アロマザリングの一つである)保育園保育にとって重要であるが、保育勤務年数の短期化や人材不足が深刻であるため、保育園でのアロマザリングは難しい(ID11)	
核家族化や地域コミュニティ崩壊など、昔よりマザリングの重要性は増しており、母親には乳児の養育という重責が課せられているが、育児は母親など家族のみの責務ではなく、社会全体で行うものである、とのソーシャルサポートの考え方は危険である(ID11)	
両親の(自分の資源の)投資に関する満足感と子どもの不満は反比例的であり、青年期前後の精神問題の発症と関係することに早く気づくべきである(ID11)	
守姉に選ばれた少女は「友達と遊びたくても遊べない」という義務感を感じていた(ID15)	
子育ての負担の肩代わりを、他の個体(ヒト)だけではなく、モノも担うシクミを作ることで、子育てが多重的に行われ風通しのいい母子の関係となり子どもの社会性が育つ(ID4)	
ヒトの子育ては、子どもの周りにサテライトのように存在する子育てを担うモノや他の個体と、子どもとの複数の最適近接ゾーンの中で、ダイナミックに展開される営みである(ID6)	
養育者は、子どもと自分の状況を見定め、適切なアロマザリングのスタイルを取捨選択して活用している(ID7)	
親子は必ずしも身体接触を常に志向しておらず、子の世話を他のヒトにゆだねる行為は、ヒトやモノの導入による母子間距離の調整であり、文化や時代の価値観、モノの開発・普及と関連する(ID6)	母子関係や親子関係を 変化させることへの影響
母子の親和性と反発性は、両方存在しどちらも重要であり、お互いの最適近接ゾーンの大きさを変化させながら共存している(ID6, 9)	
母子の分離は、母子間の身体的反発性(母親の身体資源への子の依存と母親の拒否)だけではなく、さまざまな「ヒト」「モノ」あるいはそれが組み合わさったシステムとしての「シクミ」の介入によって達成される(ID9)	
子ども中心主義、共感的・献身的育児の風土が根強く継承されてきたが、社会的圧力によって導かれていた価値観であり、親子の健全な反発性を認める子別れ論は、日本の母親に必要な(ID9)	
守姉の風習は、守姉と守子の二者関係にとどまらず、両家の家族同士の交流が促進される(ID3, 5)	
守姉と守子によって血縁関係のない家族間に絆が結ばれる(ID4, 5)	家族間交流の促進 への影響
守姉は単に子守の手だけではない存在で家族間の絆をつないでいた(ID14)	

表 4 子育ての影響に関する記述内容（つづき）

記述内容	命名
守姉は義務感や責任感だけで役割を担っているのではなく、世話の楽しさや自分が抜擢されてそれを行っているという誇りの感覚によっても役割遂行を支えている (ID6)	
守姉は乳幼児の世話を通して「赤ん坊」とはどのような存在なのか、地域の中で赤ん坊がもつ役割などを学んでいる (ID6)	
守姉は志願する場合があることや、必ずしも子守りの手を必要としない場合でも守姉になった事例があり、幼子の世話だけではなく相互扶助的に行われ、世話に付随する「間接的なベネフィット(有益性)」がある (ID3, 9)	アロマザ—自身の成長への影響
子供の主体性や能力に対する大人の信頼感は、ケアラーとしての乳幼児の能力に対する信頼感でもある (ID6)	
守姉は義務感と同時に「誇らしさ」も感じていた (ID14)	
調査対象であった島の4歳児の気ままな集落の散歩は、親から完全に自由になって行動しており、親、きょうだい、親族に限らず多様な人々のネットワークからの支えがある (ID3)	
守姉と守子の存在が家族同士を結合させて島のソーシャルネットワークを拡張している (ID4, 5)	地域ネットワークの広がりへの影響
守姉は地域のネットワークに開かれたアロマザリングで地域のネットワークを維持発展させる重要な要である (ID8, 9)	
次世代を担う社会的資源として子どもをとらえ、社会全体で育児を支えていこうとする考え方に発展した (ID1)	
制度的アロマザリングである保育所と、地域密着型の私的アロマザリングである守姉は拮抗して存在している (ID3)	
土着の自然発生的なアロマザリングである守姉の風習は、少女の日常生活の場や遊びの場で行われる (ID3)	
保育園は、家庭の代替え環境ではなく社会が望ましいと考える育ちを子どもに保証すると同時に、保護者が就労などの社会進出を支える場である (ID4)	
保育園は子を預かり養育する養育モジュールと、親に子の発達を伝え、遊び方を見せて教える親の教育モジュールとしての機能をもつ (ID4)	
霊長類の赤んぼうの世話は親の負担が大きく、ヒトの親はさまざまなモノやヒトあるいはそれらを組み合わせてシステムを作り、ゆだねることによって負担を軽くし「離れつつ守る」ことを可能にした (ID5)	
ヒトと動物の子育ての生物学的共通性は、母親が子供を育てることであるが、ヒトの子育ての大きな特徴は、母子の周囲にアロマザリングの文化的多様性を持っていることである (ID5)	
ヒトによるアロマザリングは、専門家が組織的に関わっていることが特徴的で、繁殖が目的ではなく、契約に基づいた社会的機能をふまえて行われていることである (ID7)	
「モノによるアロマザリング」とは、教材や育児道具などを活用して子どもの養育を行うことであり、活用する「ヒト」と必要とする (ID7)	
アロマザリングは、小さなアロマザリング(専門職の資格や道具の製造システム等)が、より大きなアロマザリングの中に入れ子になって、重層的なシステムを構築しており複合アロマザリングという (ID7)	
子供の世話は、その子供と周りの(専門家ではない)大人の日常生活と深く関係していることや、場所や文化の影響をうけるため、アロマザリングには多様な形がある (ID5, 6)	文化や制度によって異なるアロマザリングへの影響
モノ(育児具等)、ヒト(父親や保育士など)、シクミ(保育園など)は、それらが母親の代替え機能を持つことを考えると広義のアロマザリングといえる (ID9)	
守姉の役割は「おんぶ」「授乳の時間に畑の母親の元につれいく」から「保育園への迎え」「遊び相手」へと守姉の生活リズムに合わせて変化した (ID15)	
保育所の子を預かり養育する機能と比較すると、守姉の役割は、短い時間帯で少女ができる迎えや遊びへの誘いなど限定的であった (ID13)	
守姉・守子は、「欠けると困る」という必須の存在ではなく、各家庭の事情や時代による異なる生活環境に合わせて「あるとよい」という存在として、双方の負担がない関係性で結ばれ、継続された (ID13)	
島の子育ては子の人数だけ親の手を取られ、『その手を補うための他者の手』が必要な状態であると捉えられており、守姉は、様々な『子育てを補う手』の担い手である (ID14)	
多良間島の保育所は、当時の保護者や村民の専門家による幼児教育への熱意によって開設され、母親の就業を助けると同時に孫の子守の第一人者であった祖母の時間的・体力的負担を軽減した (ID14)	
空路の整備や、農業の機械化、24時間送電、保育教員の確保など島の暮らしの近代化は、保育と子育て負担を軽減した (ID13)	
親と保育者に対してケアや教育の充実という過度な要求をする傾向にあるが、経済的・社会的・時間的条件は保証されておらずアロマザリングは発想の転換をもたらすと予測される (ID13)	
「複数の集団成因による重層的育児ネットワーク」による子育てに変わる仕組みとして、労働条件や働き方改善等、国や地方自治体の責任で「社会で子どもを育てる」仕組みを作る必要性が示唆された (ID13)	
ヒトの集団は協力的養育を行う集団の方が進化的に有利であるという協力的養育の研究者の主張は、母性神話を想定していないため、核家族化や少子化が進む日本の子育てを見直すことにつながる (ID12)	

的な特徴は、共同子育てシステムの一部に母親も含まれることであるとし、アロマザリングによって、子どもは多様な価値や個体に出会う機会を持ち、社会の中で文化を獲得しつつ発達すると述べていた。根ヶ山以外の著者は、社会心理学や文化人類学、教育学の立場から、ヒトのアロマザリングは「母親以外の個体が子どもの世話すること」の他に「子育てと保育の考え方の転換期において一つの方向性を示唆するもの」と定義した。文献検索の結果から、ヒトのアロマザリングに関する研究は、根ヶ山による研究が中心であり、「母親以外による子の世話」に焦点をあてた研究は少ないことが明らかになった。

現在の子育て関連の研究は、母子の愛着形成や、母親の育児不安とその軽減に関する研究が主流である。これらから、現在の子育ては「母子密着型」を前提とし、それ以外は、母親の代理としての消極的な役割であると捉えてきた結果、アロマザリングに関する研究は発展しなかったと考える。

我が国も、母親の子育ての心理的な孤立や負担感の軽減を重要視し、社会全体が子育てに参加する「子育ての社会化」を提言したが、専門職による保育サービス等の整備に比重がおかれた結果、子育てを「親の手(母の手)」と「専門職の手」のみにゆだねる仕組みになったと考える。今回の結果から、アロマザリングの定義は、子どもが複数の養育者を持つソーシャルネットワーク論の考え方に根拠を与え、単なる母親の代行ではないとの定義であった。また、アロマザリングを提供するアロマザーの範囲は、家族や少女(守姉)、専門職などの人的環境、学校や施設、教材などの物的環境、制度等まで広範囲に網羅していた。加えて、アロマザリングの子育てへの影響は、世話を受ける子にとっては、母親から離れて集団内の多様な個体と出会うことによって社会性が生まれ、アロマザー自身は、子の世話を通して責任感を学び、乳幼児を育てる楽しさを体験するなど相互作用があり、それぞれの当事者にとってメリットがあった。さらに、親子関係、家族関係、地域共同体のつながりにも及ぶことがわかった。アロマザリングの概念は、子の育ちに焦点をあてており、「子育ての社会化」について再検討する際の基本的な考え方を示す概念であった。

15歳には自立・自律できることを目指した子育てが求められる高等学校のない離島には、島内外に重層的子育てネットワークを構築することが求められる。アロマザリングは、モノ・ヒト・シクミが関係し合う共同子育てシステムであるとも定義されており、「15の島立ち」支援に活用可能であると示唆された。

V. 本研究の意義と限界

本研究の意義は、ヒトのアロマザリングに関する文献検討から、アロマザリングの定義と世話を提供するアロマザーの範囲および子育てへの影響について整理し、親元から離れる子の「15の島立ち」支援に活用可能であ

ることを明らかにしたことである。しかし、国外文献データベースをPubMedに限定したことによって、論文の分野が限定されたため、今後は、文化人類系や社会学系の国外論文が検索できるデータベースを活用した文献検討が必要である。

VI. 結論

1. ヒトのアロマザリングの概念の文化的変異は、霊長類に見られる親以外の子育て行動という生物学的養育行動にはじまり、社会的行動に進化した。その要因は、ヒトの労働観、婚姻観、家族観、共同体の子ども観、社会の価値観であった。

2. アロマザリングの定義は、8つが抽出され、母親以外の個体が子どもの世話をすることや、モノ・ヒト・シクミが関係し合う共同子育てシステムであるとの定義があり、子育ての環境と文化を形成する営みであった。

3. アロマザーの範囲は、人的環境(ヒト)だけでなく物的環境(モノ)、制度など(シクミ)まで包含していた。

4. アロマザリングの子育てへの影響は、文化や制度によっても異なり、世話をうける子だけではなく、アロマザー自身(アロマザーを担う子)にも影響を与え、加えて、親子関係、家族関係、地域共同社会のつながりにも及んでいた。

5. ヒトのアロマザリングの概念は、子の育ちへの影響から親子関係、家族関係、地域共同社会のつながりにまで及び、人的環境だけでなく物的環境、制度や文化まで包含していたことから、子育ての環境と文化を形成する営みであるといえる。

引用文献

- 太田素子. (2010). 第4章歴史の中のアロマザリング. 根ヶ山光一, 柏木恵子. (編). ヒトの子育ての進化と文化ーアロマザリングの役割を考えるー(pp75-93). 有斐閣.
- 川田学, 白石優子, 根ヶ山光一. (2016). 子育ての‘手’をめぐる発達心理学: 沖縄多良間島の子守と保育から考える. 発達心理学研究, 第27巻(4号), 276-287.
- 白石優子, 石島このみ, 根ヶ山光一. (2013). 沖縄・多良間村における守姉というアロマザリングの予備的調査ー離島に残る子育ての憂愁を探るー. 日本教育心理学会総会発表論文集, 55(0), 72.
- 中西さやか. (2017). 「子育て・保育の社会化」に関する研究動向と課題. 社会保育実践研究, 1, 51-54.
- 荻原英敏. (2015). 3歳児未満児保育から見た親子関係が青年期前後のヒト格形成に及ぼす影響について その3. 順徳大学短期大学部研究紀要, 第54号, 13-30.

- 藤田 泉. (2012). 社会的ネットワークの一環としての母性：「アロマザリング」の視点から考える. 平成音楽大学紀要, 12(1), 61-71.
- 船橋恵子. (2018). 「子ども・子育て支援新制度」に見る子育て社会化の特徴—ヨーロッパの先行事例と比較しつつ—, 大原社会問題研究所雑誌, 722, 17-32.
- 三浦慎吾. (2010). 第1章動物におけるアロマザリング - 哺乳類を中心に -. 根ヶ山光一, 柏木恵子. (編). ヒトの子育ての進化と文化—アロマザリングの役割を考える— (pp11-30). 有斐閣.
- 箕浦康子. (2010). 第5章アロマザリングの文化比較. 根ヶ山光一, 柏木恵子. (編). ヒトの子育ての進化と文化—アロマザリングの役割を考える— (pp97-30). 有斐閣.
- 明和政子. (2010). 第2章霊長類のアロマザリング - チンパンジーとヒトを中心に -. 根ヶ山光一, 柏木恵子. (編). ヒトの子育ての進化と文化—アロマザリングの役割を考える (pp33-52) 有斐閣.
- 山本由紀子. (2016). 「子育ての社会化」と子どもの育ち, 太成学院大学紀要, 18(35), 83-88
- 吉長真子. (2008). 日本における〈子育ての社会化〉の問題構造 - 教育と福祉をつらぬく視点から -, 東京大学大学院教育学研究科教育学研究室紀要, 第34号, 1-13.
- 根ヶ山光一. (2002). 霊長類を通してみたヒト乳幼児の母子関係 - 反発性の視点から -. Japan Phycology Review, 45(3), 399-410.
- 根ヶ山光一, 柏木恵子, 平木典子他. (2007). 今日の育児におけるアロマザリングとしての育児ネットワーク. 日本心理学会大会発表論文集71(0), WS017-WS017.
- 根ヶ山光一, 柏木恵子. (編) (2010). ヒトの子育ての進化と文化—アロマザリングの役割を考える—. 有斐閣.
- Negayama K. (2011). Kowakare : a new perspective on the development of early mother-offspring relationship. Integer Psych Behav, 45, 86-99.
- 根ヶ山光一. (2012). アロマザリングの島の子どもたち—多良間島子別れフィールドノート. 新曜社.
- 根ヶ山光一. (2013). アロマザリングからみた 保育園と守姉～みんなで子育て 心理学からの提言～. 心理学ワールド, 62, 5-8.
- 根ヶ山光一. (2013). 子別れ・アロマザリングから子育てを考える. 乳幼児医学・心理学研究, 22(1), 1-8.
- 根ヶ山光一, 中島伸子, 外山紀子他. (2016). アロマザリングの島における子育て. The Annual Report of Educational Psychology in japan, 55, 251-258.
- 根ヶ山光一. (2016). 子どもの身体・発達とアロマザリング, 子ども学, (2), 118-135.
- 根ヶ山光一. (2016). アロマザリングの島の子どもたち—多良間島の子別れ—. The Annual Report of Educational Psychology in japan, 55, 219-225.
- 根ヶ山光一, 相川公代. (2017). アロマザリングからみたレジリエンス：桶谷式断乳をめぐる考察. 乳幼児医学・心理学研究 26(2), 71-80.
- 根ヶ山光一. (2017a). 日本の子育てを考える：アロマザリング・国際比較から（子ども問題シリーズ(4) 子どもと家族） - 家族と子どもが抱える課題とその支援-. 児童心理, 71(12), 20-25.
- 根ヶ山光一. (2017b). アロマザリングと保育所・幼稚園・学校、地域社会の役割. チャイルドヘルス, 20(2), 48-50
- 根ヶ山光一. (2019). 共有する子育て：沖縄多良間島のアロマザリングに学ぶ. 金子書房.
- 厚生労働省. (2013). 「健やか親子21」最終評価報告書について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html> (2020年3月31日現在).
- 内閣府. (2015). よくわかる「子ども・子育て支援新制度」. <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/sukusuku.html> (2020年3月31日現在).
- 内閣府. (2016). 子育てをしたいと思える社会の構築に向けて, 平成17年度版国民生活白 https://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h17/01_honpen/html/hm04000001.html (2020年3月31日現在).

(文献検討)

看護におけるケアリング理論の文献検討からみた“接面”

砂川ゆかり¹⁾、大湾明美¹⁾、田場由紀¹⁾、永島すえみ¹⁾

キーワード：ケアリング 看護実践 接面

Key words: caring, nursing practice, setumen

I. はじめに

ケアリングはさまざまなレベルや観点からの定義があり(中柳, 2000; 佐藤ら, 2004)、概念の複雑性が指摘されている。わが国にケアリングが導入されてから現在に至るまで、ケアリングとは何か、どのように看護実践に活用できるかという模索が続けられている。

看護におけるケアリングとは何だろうか。ケアリングは、保健医療福祉や教育などの対人援助の分野において重要視されている概念である。初めてケアリングの語を用いたとされる哲学者のMilton Mayeroff(メイヤロフ)は、「すべての人間はケアしながら生きており、ケアするときに私になっているという人間観」のもと、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することを助けること」、そして「他の人々をケアすることをとおして、他の人々に役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きている」と述べ、諸分野に通底する原理的なケアリング論を示したとされる(メイヤロフ, 1971; 西田, 2015)。

看護界においては、1980年代に米国で、科学的思考に価値が置かれ、人間を細分化して理解しようとする“キューリング”に対抗するかたちで提唱が始まった。わが国においては、ケアリングに関する国際看護学術集会(1989年、1992年)を契機にケアリングが導入され始めた。そして、ケアリングの普及に貢献した代表的な看護理論家として、ケアリングを文化人類学的視点から理論を展開したMadeleine M Leininger(レイニンガー)、現象学的視点から理論を展開したJean Watson(ワトソン)やPatricia Benner(ベナー)がいることが報告されている(筒井, 2018)。看護におけるケアリングの研究を始めるためには、看護理論家のケアリング理論を概観することから始める必要があると考える。

ところで、ケアリングはどのように看護実践に活用されているのだろうか。現在ケアリングを看護実践に活用するために、ケアリングを可視化する研究が行われている。西田(2018)は、ケアリングは「患者への能動的な思いや願いを根底にもった<実践知>としての看護実践全体である」とし、ケアリングを「行動」や「心のありよう」や「関係性」という一側面のみでケアリングを捉

えてきた従来の捉え方に疑問を呈した。また、従来の捉え方の背景には、主体と客体という対立する二つの原理を基盤にして世界を理解する認識論である主客二元論が存在しており「現在における<関係>という事態そのものをそのままに把握し、そのままに説明するということができない」としている。ケアリングの看護実践全体を捉える研究方法の工夫が求められていると言える。

看護実践全体を捉えることに挑戦している横田(1990)は、看護という現象は複雑多様な要因を包含するものであるが、よりよい看護実践のために看護現象の構造を明らかにする重要性を述べている。そして、その必要最小限の単位要素として、病む人、看護師、病む人と看護師が交流する関係の過程(以下、「関係の過程」とする)を挙げている。つまり、看護実践全体を捉えるために、病む人、看護師、関係の過程を捉える必要があると言える。

また、“周囲の人と交わり共に生きる”ことに関心を持ち長年研究してきた発達心理学者の鯨岡(2016)は、「人と人が関わる中で、一方が相手に(あるいは双方が相手に)気持ちを向けたときに、双方のあいだに生まれる独特の雰囲気を持った場」を“接面”と呼んでいる。客観科学では扱うことのできない、“接面”にみえる「間主観的な相手の心の動きやその時の自分の心の動きを問題にする」ことも看護実践の向上に不可欠であるとし、その研究方法として関与観察とエピソード記述を提唱している。これは、ケアリングを看護実践全体として可視化するための研究方法として、鯨岡の提唱する“接面”を取り入れる可能性を検討することには意義があると考えられる。

以上のことから、本稿の目的は、目に見えないケアリングを可視化するための模索として、ケアリング理論を病む人、看護師、関係の過程の視点から概観し、鯨岡の“接面”との関係性を考察することである。

II. 研究方法

1. 看護理論家のケアリング理論の記述の整理

ケアリングの代表的な看護理論家として述べられているのは、レイニンガー、ワトソン、ベナーの3者である(金子, 2006; 佐藤, 2010; 木村, 2015; 筒井, 2018)。レイニンガーは、米国の看護理論の初期において活躍し、多くの理論家に影響を及ぼしたとされ、ケアリングが看護にとって本質的なものであると最初に述べた人

1) 沖縄県立看護大学

物で、ヒューマンケアリング学会の創始者である（久間，1998；George，2011）。ワトソンは、ケアリングを看護理論にいち早く取り入れ、米国の看護師間で最もポピュラーな理論であり、ヒューマンケアリング学会を1989年に国際学会へと発展させた（久間，1998；筒井，2018）。ベナーは、ケアリングに関する看護実践現象の詳細な記述を行うことでケアリングが「看護の中心的なもの」とであると説明した人物である（金子，2006）。

文献の選定は、日本に取り入れられた理論全体を把握するため、日本語で翻訳されているもの、かつ、理論の集大成が描かれている著書とした。3者を代表的な理論家として述べている先行研究、金子（2006）、佐藤（2010）、木村（2015）、筒井（2018）の引用・参考文献になっている著書を整理し、多用され、かつ発行年が新しいものとした。選定した著書は、レイニンガー看護論－文化ケアの多様性と普遍性（レイニンガー，1992）、ワトソン看護論－ヒューマンケアリングの科学 第2版（ワトソン，2012）、ベナー看護論 新訳版－初心者から達人へ（ベナー，2001）であった。

ケアリングの看護実践全体を捉えるために、それぞれの著書から、横田（1990）が述べる看護実践の必要最小限の単位要素である、「病む人」、「看護師」、「関係の過程」の視点でそれぞれ記述を抽出し整理した。記述の抽出にあたっては、著書を熟読し、各理論家のケアリング理論全体のイメージを描いた。その後、大項目・中項目の見出しで、理論構築に至った背景、基本となる考え方（理論の特徴）、定義、構成要素、主要概念、看護師－患者関係、看護師の認識・役割・機能に関する用語が含まれる箇所から、問いに合わせて、原文を抽出した。原文を

抽出する際の問いは、「病む人はどのような存在か、どのような体験をしているか」、「看護師はどのような存在か、どのような体験をしているか、どのような役割が求められているか」、「関係の過程は病む人と看護師はどのように関わり合うか、関わり合うなかでどのように作用するか」であった。抽出された原文から、病む人と看護師は、どのような存在として捉えられているか、また、関係の過程はどのような過程として捉えられているかという視点で整理した。

Ⅲ. 結果

1. 看護におけるケアリング理論の概観

1) 病む人の捉え方（表1）

レイニンガーの病む人の捉え方は、「行動が文化によって組み立てられたものであり、それが彼らの精神の健康に影響を与えている」など【文化によって育まれた信念・価値観などの認識が、行動や精神の健康状態を決める存在】であった。ワトソンは、「人間を生物的身体・物理的存在としてとらえる医学や従来の心理学の概念と、人間を全体としてとらえる看護学の概念との間にはずれがある」や「深化・経験するスピリチュアルな存在」など【統一された全体、かつ、他者との関わりのなかで深化・経験するスピリチュアルな存在】であった。ベナーは、「患者はよくみずからの病状について独自の解釈をし、納得しているということを、看護師は心得ておく必要がある」など【病気を自分なりに解釈して体験する存在】であった。

このように、病む人の捉え方は、“スピリチュアル”を含めた“信念や価値観”により“解釈して体験する”という主観的内的世界をもった“統一された全体”であった。

表1 病む人の捉え方

理論家	「病む人」に関する記述の例	頁	捉え方
レイニンガー	行動が文化によって組み立てられたものであり、それが彼らの精神の健康に影響を与えている	14	文化によって育まれた信念・価値観などの認識が、行動や精神の健康状態を決める存在
	多くの異なる文化的背景をもつ人々	211	
	ホモ・サピエンスの長い進化のなかで、文化的信念、価値観、規範、ケアリングのパターンは、人間の生存、成長、病気、健康、安寧に強力な影響を与えたと私は予測した	39-40	
ワトソン	人間を生物的身体・物理的存在としてとらえる医学や従来の心理学の概念と、人間を全体としてとらえる看護学の概念との間にはずれがある	30	統一された全体、かつ、他者との関わりのなかで深化・経験するスピリチュアルな存在
	深化・経験するスピリチュアルな存在	30	
	人間には、愛されたい、ケアされたいという欲求、積極的な敬意を求める欲求、受け入れられ、理解され、評価され、価値を認めてもらいたいという欲求がある。また、他の人とつながりたい、個々の生を超越したい、生との調和を見出したいという欲求がある	103	
ベナー	患者はよくみずからの病状について独自の解釈をし、納得しているということを、看護師は心得ておく必要がある	73	病気を自分なりに解釈して体験する存在
	慣れ親しんだ身体の反応が、病気そのものによって、なじみのないものに置き換わってしまうからだ。正しいかどうかは別として、患者はそうした反応を自分なりに解釈する	67	
	患者は自分になされる治療や処置の内容と理由を知りたいし、また知る必要がある	75	

2) 看護師の捉え方(表2)

レイニンガーの看護師の捉え方は、「文化を超えたケアの知識および看護婦の思考と行為を導く強力なケアリングの精神が必要」など【ケアリングの精神により文化を超えたケアの知識および思考と行為を導き、全人的ケアを行う存在】であった。ワトソンは、「看護学は、従来の科学ではなく人間科学の視座をとることによって、ヒューマンライフを、不思議、畏れ、奇跡、神秘に満ちたプロセスであるかけがえのない贈り物として見る事ができる。看護師は、看護師とそれ以外の人々の個々人がもつ意味という主観的内的世界を考慮する方法を選ぶことができる。根拠と観察のみの外的世界ではなく、経験という内的世界を研究することを選ぶことができる」など【ケアリングを行う知識・価値観・行動・情熱を持ち、自己全体を活用して関わり、病む人自身が主観的内的

的世界の意味を見出せるよう手助けする存在】であった。ベナーは、「患者に自分の解釈を語らせ、それを尊重し、患者の解釈を基盤にして対策を積み上げていくことが、患者が病気と回復を体験するうえで、重要な役割を果たす」など【病む人の状況を病む人の視点で捉えたうえで、解釈あるいは理解する方法を見つけられるよう関わり、病む人自身の関与を最大限引き出し、自律の自覚と自信を与える存在】であった。

このように、看護師の捉え方は、ケアリングを行う“知識・価値観・行動・情熱”を持ち、能力、才能、直感、個性など“自己全体を活用”して“全人的ケア”を行い、“病む人自身が主観的内的世界の意味を見出せるよう手助け”し、“病む人自身の関与を最大限引き出し、自律の自覚と自信を与える”存在であった。

表2 看護師の捉え方

理論家	「看護師」に関する記述の例	頁	捉え方
レイニンガー	文化を超えたケアの知識および看護婦の思考と行為を導く強力なケアリングの精神が必要	229	ケアリングの精神により文化を超えたケアの知識および思考と行為を導き、全人的ケアを行う存在
	看護婦は文化に基づく看護の知識と技術なしには、治療に役立つ有意義な質的ケア、つまり全人的(ホリスティック)ケアはできない	15	
	看護婦のケアリングの技能こそが看護の焦点であると考えられていた。看護婦は、思いやりのあるケア提供者として、精神的ケア、家族ケア、環境的ケアを含む「全体的で完全に包括的なケアを患者に」与えることが期待された。「患者の健康を回復し維持する」道徳的責任があった	7	
ワトソン	看護学は、従来の科学ではなく人間科学の視座をとることによって、ヒューマンライフを、不思議、畏れ、奇跡、神秘に満ちたプロセスであるかけがえのない贈り物として見る事ができる。看護師は、看護師とそれ以外の人々の個々人がもつ意味という主観的内的世界を考慮する方法を選ぶことができる。根拠と観察のみの外的世界ではなく、経験という内的世界を研究することを選ぶことができる	33	ケアリングを行う知識・価値観・行動・情熱を持ち、自己全体を活用して関わり、病む人自身が主観的内的世界の意味を見出せるよう手助けする存在
	看護は、ある程度の情熱を伴い、知識・思考・価値観・哲学・熱意・行動を構成要素にしていると私は考えている。このうち、知識・価値観・行動・情熱は、ヒューマンケアリングが行われる瞬間に関連(する)	96	
	患者が自分の実存・不調和・苦悩・不安のなかに意味を見出すよう手助けをし、看護師は、健康-不健康にまつわる意思決定に関して自己を制御し、選択し、自己を知り、情報を得た上で自分で決定するよう働きかける	88	
	(看護師は)職業人としての関係性のなかで、個人がもつあらゆる次元を資源として利用して、自己を全体として職業的に関わらせる(中略)その人だけがもつ能力・才能・技術・知識・直感・嗜好・知覚・個性などすべてが含まれる	114	
ベナー	患者に自分の解釈を語らせ、それを尊重し、患者の解釈を基盤にして対策を積み上げていくことが、患者が病気と回復を体験するうえで、重要な役割を果たす	73	病む人の状況を病む人の視点で捉えたうえで、解釈あるいは理解する方法を見つけられるよう関わり、病む人自身の関与を最大限引き出し、自律の自覚と自信を与える存在
	患者が直面している状況がある程度患者の身になってとらえることが重要	143	
	援助役割: 1.ヒーリングの関係:癒しの環境をつくり、癒しのためのコミットメント(責任感を伴う深いかわり)を確立する。(中略)4.回復に向かう過程で、患者自身の関与を最大限に引き出し、自律しているという自覚と自信を与える	43	

3) 関係の過程の捉え方 (表 3)

レイニンガーの関係の過程の捉え方は、「(“人間主義的ケア/ケアリング”と“科学的ケア/ケアリング”は)ケアの知識への2つの異なったアプローチであると考えた。両方のアプローチが看護には重要であるが(中略)、看護の知識の認識論と存在論によって目に見えない人間主義的ケアの表現を人々から引き出すことが重要だと私は信じた」など【文化ケアの知識を持つ看護師が病む人に接近し、より広い世界観を理解しながら、看護師と病む人が共同参加で目標達成(安寧や健康の維持)に向かう過程】であった。ワトソンは、「ヒューマンケアリングが始まるのは、看護師が相手である患者の生の領域、

現象野に入りこみ、相手の状態(スピリットや魂)を理解し、自分の内部でそれを感じ取って、患者の状態に対応する時である。その対応によって、患者は自分が放出したいと願っていた主観的な感情や思考を外に出すことができる。このように、看護師と患者との間で、間主観的な流れが行きかう。患者か看護師のどちらからか、自己とあまり調和がとれていない感情・思考・エネルギーが放出されると、もう一方の人の自己と調和がとれ、各人のウェルビーイングを思いやり、心にかけて、ひいては人類に役立つような感情・思考・エネルギーに影響を与えるのである」など【看護師のケアリングへの姿勢・態度・意識を出発点とし、病む人の現象野の状況を感じ取りな

表 3 関係の過程の捉え方

理論家	「関係の過程」に関する記述の例	頁	捉え方
レイニンガー	(“人間主義的ケア/ケアリング”と“科学的ケア/ケアリング”は)ケアの知識への2つの異なったアプローチであると考えた。両方のアプローチが看護には重要であるが(中略)、看護の知識の認識論と存在論によって目に見えない人間主義的ケアの表現を人々から引き出すことが重要だと私は信じた	33	文化ケアの知識を持つ看護師が病む人に接近し、より広い世界観を理解しながら、看護師と病む人が共同参加で目標達成(安寧や健康の維持)に向かう過程
	看護の判断、意思決定、行為を導く3つの主要な様式があると考えた。それは、①文化ケアの保持もしくは維持、②文化ケアの調整もしくは取り引き、③文化ケアの再パターンもしくは再構成である。(中略)文化ケアの知識をよくわきまえている看護師は、これら3つの行為または意思決定の様式に関してクライアントと一緒に計画を立て、意思決定をするであろう。(中略)3つのケア様式のすべてについて、看護師とクライアントが共同参加して協力し合い、文化を考慮した看護ケアを行うためにそれぞれの様式を明確化し、計画し、実践し、評価しなければならない。	45-48	
	クライアントは、ふつう、看護師が「自分たちにより接近し」、より広い世界観を理解してくれることに非常に積極的な感情、誇り、希望を表現する	64	
	ケアリングは他者に対する人間的な関わり方であり、必要に応じて他者を援助し、彼らが安寧や健康を維持できるように助けるもの(中略)ケアリングの活動と過程はキュア、とりわけ人々の病気や状態の癒えをもたらすものである	31-32	
ワトソン	ヒューマンケアリングが始まるのは、看護師が相手である患者の生の領域、現象野に入りこみ、相手の状態(スピリットや魂)を理解し、自分の内部でそれを感じ取って、患者の状態に対応する時である。その対応によって、患者は自分が放出したいと願っていた主観的な感情や思考を外に出すことができる。このように、看護師と患者との間で、間主観的な流れが行きかう。患者か看護師のどちらからか、自己とあまり調和がとれていない感情・思考・エネルギーが放出されると、もう一方の人の自己と調和がとれ、各人のウェルビーイングを思いやり、心にかけて、ひいては人類に役立つような感情・思考・エネルギーに影響を与えるのである	111	看護師のケアリングへの姿勢・態度・意識を出発点とし、病む人の現象野の状況を感じ取りながら入り込む。病む人と看護師がともに参加し、間主観的に関わるプロセスのなかで、病む人と看護師に内的調和やヒーリングの力の蓄えがもたらされる過程
	看護師は、ケアリングの理念が間主観的なものとなり、人間同士の関わりのプロセスに“ともに参加する者”である	96	
	ケアリングの理念や価値というのは単にそこに存在することではなく、出発点であり、姿勢であり、態度であり、意識である。そしてその理念や価値はやがて意図的な関与や意志となり、愛や気づかいという意識をもって“見ること”、生きることとなり、具体的な行為や「そこに居ること」となって現れるのである。	56	
	目標とは、人間性と尊厳を守り、高め、保持することで、それによって、内的調和・全体性・ヒーリングの力を蓄えることができる	104	
ペナー	行動には単一ではなく複数の意味があると思われる。したがって行動を理解するには、より大きな文脈を踏まなければならない。実践的知識、とくに達人レベルの知識はホリスティック(全体的)に研究する必要がある	33	相手を思いやる姿勢を持ち、自己解釈の主体としての看護師と病む人が相互に関与しながら病む人の回復力やエンパワメントに向かう過程
	看護とは、自己解釈の主体(研究者)が、自己解釈の主体(参加者)を研究する、しかも両者ともが研究結果によって変化し得る、ヒューマンサイエンスなのである。思いやりは、統制されたり強制されたりできない。思いやりは、理解され、促進されることだけが可能なのである。思いやりは、個人的で文化的な意味と、責任あるかわりのなかに包含されている	148	
	看護師は、患者の回復力やエンパワメントが技術的なケアと同じくらい重視されるようになるために、みずからの援助力を伸ばそうという意欲にかき立てられるはずである。そのためには、患者にとって病気が何を意味するのか、患者の話に耳を傾けて理解することに熟練する必要がある。	65	
	看護師と患者のあいだに互いに尊重し合い純粋に思いやる人間関係の基盤がなければ、ほとんどの介入はうまくいかない	179-180	

がら入り込む。病む人と看護師がともに参加し、間主観的に関わるプロセスのなかで、病む人と看護師に内的調和やヒーリングの力の蓄えがもたらされる過程】であった。ベナーは、「行動には単一ではなく複数の意味があると思われる。したがって行動を理解するには、より大きな文脈を踏まえなければならない。実践的知識、とくに達人レベルの知識はホリスティック(全体的)に研究する必要がある」など【相手を思いやる姿勢を持ち、自己解釈的主体としての看護師と病む人が相互に関与しながら病む人の回復力やエンパワメントに向かう過程】であった。

このように、関係の過程の捉え方は、病む人と看護師は、お互いが“自己解釈的主体”として“共同”で“プロセス”に“参加”し、“相手の現象野の状況を感じ取りながら入り込み”“間主観的”に関わるなかで、“健康の維持”、“内的調和”、“エンパワメント”などの“目標達成”に向かう過程であった。

IV. 考察

ケアリング理論と鯨岡が提唱する“接面”において、病む人の捉え方、看護師の捉え方、関係の過程の捉え方には共通性が見いだされた。

1. 病む人の捉え方の共通性

ケアリング理論における病む人の捉え方は、【文化によって育まれた信念・価値観などの認識が、行動や精神の健康状態を決める存在】、【統一された全体、かつ、他者との関わりのなかで深化・経験するスピリチュアルな存在】、【病気を自分なりに解釈して体験する存在】であった。これは、“スピリチュアル”を含めた“信念や価値観”により“解釈して体験する”という主観的内的世界を持つ人であることが重視されており、科学的思考に価値が置かれ、人間を細分化して理解しようとするキュアリングの人の捉え方に対抗するものであった。

鯨岡(2016)の“接面”でも同様に、客観科学への対峙であり、病む人の“心”に焦点があてられている。目に見えない、測定できない、つまりエビデンスにつながらにくい“心”は、客観科学から犬猿されてきた。しかし、人と人が関わり合う対人援助の分野においては踏み込まざるを得ない領域である。鯨岡は、質的研究を標榜する人たちは、この領域に踏み込む覚悟が必要であると述べている。

従って、病む人の捉え方の共通性は、「病む人は、目に見えない主観的内的世界を持っている存在である」と考えられた。

2. 看護師の捉え方の共通性

ケアリング理論における看護師の捉え方は、【ケアリングの精神により文化を超えたケアの知識および思考と行為を導き、全人的ケアを行う存在】、【ケアリングを行う知識・価値観・行動・情熱を持ち、自己全体を活用し

て関わり、病む人自身が主観的内的世界の意味を見出せるよう手助けする存在】、【病む人の状況を病む人の視点で捉えたいうえで、解釈あるいは理解する方法を見つけられるよう関わり、病む人自身の関与を最大限引き出し、自律の自覚と自信を与える存在】であった。

鯨岡(2016)は、人間は誰しも主体として生き、自分の人生に自ら責任を負わなければならないとしている。病む人に関わる支援者は、病む人を主体(当事者)として認め、尊重する必要性を述べている。そして、支援者もまた、支援の場において責任を持ち生きる一人の主体であるとしている。また、人と人が関わればそこに必ず接面が生まれるわけではないとし、「気持ちを持ち出す、気持ちをそこに向ける、気持ちを相手に寄り添わせるといように、一方が相手に、あるいは双方が相手に、気持ちや志向を向けることが接面の成り立ちの条件となっている」と述べている。

従って、看護師の捉え方の共通性は、「看護師は、病む人に気持ちを寄り添わせながら、病む人自身が主体として生きることを支える存在である」と考えられた。

3. 関係の過程の捉え方の共通性

ケアリング理論における関係の過程の捉え方は、【文化ケアの知識を持つ看護師が病む人に接近し、より広い世界観を理解しながら、看護師と病む人が共同参加で目標達成(安寧や健康の維持)に向かう過程】、【看護師のケアリングへの姿勢・態度・意識を出発点とし、病む人の現象野の状況を感じ取りながら入り込む。病む人と看護師がともに参加し、間主観的に関わるプロセスのなかで、病む人と看護師に内的調和やヒーリングの力の蓄えがもたらされる過程】、【相手を思いやる姿勢を持ち、自己解釈的主体としての看護師と病む人が相互に関与しながら病む人の回復力やエンパワメントに向かう過程】であった。

鯨岡(2016)は、前述のとおり、“接面”とは「人と人が関わる中で、一方が相手に(あるいは双方が相手に)気持ちを向けたときに、双方のあいだに生まれる独特の雰囲気を持った場」であるとしていた。そして、“接面”に関係する関係発達論を構成する主要概念として、「間主観性」、「関係発達」、「両義性」、「相互主体性」を挙げている。「間主観性」とは、相手の主観が相手と私の「あいだ」を通して私の主観に現れることであり、その「あいだ」を“接面”と呼んでいる。“接面”は単なる空間の意味ではなく、情動が行き交い、心の動きが行き交う一つの場であるとしている。「関係発達」は、看護師も患者もみな周囲の人との関係の中でその生涯発達過程を進行中の人であり、関係性そのものが時間と共に変容していくというものである。「両義性」は、一方が能動、他方が受動と切り分けられずに、一方が能動であって受動でもあることを示す。例えば、母親が抱く能動、子どもは抱かれる受動と単純に切り分けることはできない。

母親は抱く能動でありながら、抱かれる子どもの抱かれ具合に合わせるという受動性を抱え、子どもは抱かれる受動でありながら、母親の抱き具合に身体を沿わせるという能動性を宿している。また、2者関係だけでなく、人間そのものも、自己充足欲求と繋合希求欲求という2つの欲望を抱えて生きる両義性があるとしている。「相互主体性」は、接面の当事者は主体であり、“接面”が成り立つのは必ず2人以上の人間がいる。主体と主体の関係性は、行動上の関係を越えて、欲望と欲望の絡み合う関係、あるいは思いと思いの絡み合う関係としても考えないといけない。それぞれに異なる固有性を抱えた主体同士がそこに関係を築き上げようとして志向を向け合うときに、そこに接面が生まれるとしている。

従って、関係の過程の捉え方の共通性は、「関係の過程は、病む人と看護師はそれぞれ主体として間主観的に関わるなかで、ケアしケアされながら、生涯発達する過程である」と考えられた。

4. ケアリングを可視化するために“接面”を用いる意義

鯨岡(2016)は、“接面”を可視化する研究方法論として、関与観察とエピソード記述を提唱している。関与観察については、客観主義(行動科学)パラダイムと接面(関与観察)パラダイムの違いで説明している。客観主義(行動科学)パラダイムでは、観察者(研究者)は黒衣で、研究者は研究対象の外側にいて何も感じないということが前提となる。つまり、“接面”を消さないし無視することによって成り立つ枠組みであるとしている。一方、接面(関与観察)パラダイムでは、研究者(実践者)も“接面”の当事者として、その“接面”で起こっていることを自らの身体を通して感じ取ることを重視する枠組みであるとしている。

また、エピソード記述については、「相手の心の動きは接面を通して初めて看護師は感じ取られ、接面で生じている看護師の心の動きは必ず相手に跳ね返っている。接面で生じていることは当事者である看護師にしか把握できない、接面から感じ取ったことはエピソードに描かないかぎり第三者に伝えられない」としている。エピソード記述とは、①背景(主人公の家庭環境や自分との関係など)、②エピソード、③考察=メタ観察で構成される。メタ観察とは、なぜ自分はこの出来事に感動したのか、なぜ自分はここで心を動かされたのか、出来事を自分の固有性と結びつけて、その出来事を自分なりに了解すること、自分が得た体験の意味を明らかにすることであるとしている。また、エピソードに対する読み手の了解可能性が、接面パラダイムにとっての認識論の要であるとしている。

ケアリングを可視化するために“接面”を用いる意義は、ケアリング理論と“接面”において、病む人の捉え方、看護師の捉え方、関係の過程の捉え方には共通性が

見いだされ、ケアリングの看護実践全体は“接面”のなかに捉えられると考えられた。そして、“接面”は、関与観察とエピソード記述により、病む人と看護師の心の動きに接近可能であることから、ケアリングの可視化の可能性が広がると考えられた。

V. 結論

目に見えないケアリングを可視化するための模索として、ケアリング理論を「病む人」、「看護師」、「関係の過程」の視点から概観し、鯨岡の“接面”との関係性を考察した結果、以下のことが明らかになった。

1. ケアリング理論における病む人の捉え方は、「スピリチュアル」を含めた“信念や価値観”により“解釈して体験する”という主観的内的世界をもった“統一された全体”であった。

2. ケアリング理論における看護師の捉え方は、「ケアリングを行う“知識・価値観・行動・情熱”を持ち、能力、才能、直感、個性など“自己全体を活用”して“全人的ケア”を行い、“病む人自身が主観的内的世界の意味を見出せるよう手助け”し、“病む人自身の関与を最大限引き出し、自律の自覚と自信を与える”存在」であった。

3. ケアリング理論における関係の過程の捉え方は、「病む人と看護師は、お互いが“自己解釈的主体”として“共同”で“プロセス”に“参加”し、“相手の現象野の状況を感じ取りながら入り込み”“間主観的”に関わるなかで、“健康の維持”、“内的調和”、“エンパワメント”などの“目標達成”に向かう過程」であった。

4. ケアリング理論と“接面”において、病む人の捉え方、看護師の捉え方、関係の過程の捉え方には共通性が見いだされた。「病む人は、目に見えない主観的内的世界を持っている存在である」、「看護師は、病む人に気持ちを寄り添わせながら、病む人自身が主体として生きることを支える存在である」、「関係の過程は、病む人と看護師はそれぞれ主体として間主観的に関わるなかで、ケアしケアされながら、生涯発達する過程である」と考えられた。

5. “接面”は、関与観察とエピソード記述により、病む人と看護師の心の動きに接近可能であることから、ケアリングの可視化の可能性が示唆された。従って、ケアリングを可視化するために“接面”を用いる意義はあると考えられた。

VI. 本研究の限界

本研究の限界は、ケアリング理論の概観を著書のみで行っていること、かつ、著書の理解と抽出に研究者の限界があることから、十分に内容を反映できていないことが挙げられる。

謝辞

本研究は、JSPS 科研費 17K17516 (2017年度～2018年度)の助成を受けたものです。謹んで感謝申し上げます。

す。利益相反は存在しない。

研究の異同一。日本看護研究学会誌, 13(1), 53-56.

引用文献

- 久間圭子. (1998). 日本の看護論 比較文化的考察 (pp13-16). 日本看護協会出版会.
- ジーン・ワトソン. (2012/2014). 稲岡文昭, 稲岡光子, 戸村道子(訳). ワトソン看護論— ヒューマンケアリングの科学. 第2版. 医学書院.
- Julia B. George(編). (2011/2013). 南裕子, 野嶋佐由美, 近藤房恵他(訳). 看護理論集 —より高度な看護実践のために. 第3版. (pp371-372). 日本看護協会出版会.
- 金子史代. (2006). 看護におけるセルフケア. 中野啓明, 伊藤博美, 立山善康.(編). ケアリングの現在—倫理・教育・看護・福祉の協会を超えて— (pp159-161). 晃洋書房.
- 木村真知子. (2015). 看護におけるケアリング : 現象学的看護論を手がかりに. 熊本大学大学院学位論文.
- 鯨岡峻. (2016). 関係の中で人は生きる—「接面」の人間学に向けて—. ミネルヴァ書房.
- マデリンM. レイニンガー. (1992/1995). 稲岡文昭(監訳). 石井邦子, サチコ クラウス, 筒井真優美, 渡邊久美子(訳). レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性. 医学書院.
- ミルトン・メイヤロフ. (1971/1987). 田村真, 向野宜之(訳). ケアの本質—生きることの意味. (pp13-16). ゆみる出版.
- 中柳美恵子. (2000). ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題—看護学におけるケアリングの概念分析を通して—. 看護学統合研究, 1(2), 26-44.
- 西田絵美. (2015). メイヤロフのケアリング論の構造と本質. 佛教大学大学院紀要 教育学研究科篇, 43, 35-51.
- 西田絵美. (2018). 看護における〈ケアリング〉の基本原則への視座: 〈ケアリング〉とは何か. 日本看護倫理学会誌, 10(1), 8-15.
- パトリシア ベナー. (2001/2005). 井部俊子(監訳). 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩三(訳). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 医学書院.
- 佐藤幸子, 井上京子, 新野美紀, 鎌田美千子他. (2004). 看護におけるケアリング概念の検討—わが国におけるケアリングに関する研究の分析から—. 山形保健医療研究, 7, 41-48.
- 佐藤聖一. (2010). 看護におけるケアリングとは何か. 新潟青陵学会誌, 3(1), 11-20.
- 筒井真優美. (2018). ケアリングの概説. 慶応義塾大学湘南藤沢学会, 18(2), 136-155.
- 横田碧. (1990). 症例研究と看護学—症例報告と症例

(資料)

ニュージーランドで開催された National Rural Health Conference 2017 参加報告 - へき地医療従事者の継続教育・ネットワーク構築と 担い手育成の場としての学会 -

知念真樹¹⁾ 神里みどり¹⁾

キーワード：ニュージーランド、ルーラルヘルス、学会

Key words: New Zealand, rural health, conference

I. 学会概要

2017年3月31日～4月1日の2日間、ニュージーランドのウェリントンでNational Rural Health Conference 2017が開催された。この学会は、今回で26回目の開催となるニュージーランドの国内学会で、僻地医療に関わる医師、看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士等の医療従事者や、へき地医療に興味のある学生達が参加して行われている。今年、ニュージーランド全土およびクック諸島から520人の参加があり、その中で外国人は私を含めて2名のみだった。

学会が開催されたウェリントンは、ニュージーランドの首都であり、北島南端部に位置する。中心街から5分程度歩けば、オリエンタル・ベイのウォーターフロントが散策でき、緑豊かな丘陵地帯を眼下にケーブルカーに乗れば、展望台から市街地を一望することができる。人口は約40万人である。(ニュージーランド観光局, 2017)

1. 先住民の文化を尊重するニュージーランド

ニュージーランドでは、先住民族であるマオリ族が尊重されている。マオリ語のみで番組を放映しているテレビ局が存在し、小学校でもマオリ語やマオリの文化を教えている。また、マオリ族がもともと住んでいる地域も、入植者は手を付けずこれまでのようにマオリ族が生活を続けている。

今回参加した学会も、マオリ族の文化様式で、オープニングセレモニーが開始された。まず、入場の際に、参加者を迎え入れる側であるウェリントンの人たちが会場に入り(女性が先に入るという順番がある)、その後ウェリントン以外から来た参加者が会場に入った。女性が先に会場に入るの、平和の象徴であり、男性が先の場合は戦いを意味するということを参加者の方から伺った。セレモニーでは、まずは迎える側の代表がマオリ語で歓迎の言葉をのべ、次いで英語で挨拶をし、マオリ語の歓迎

の歌を歌う。迎えられる側も、同様にマオリ語と英語で挨拶し、マオリ語のお礼の歌を歌った。そして、学会長の「Kia ora」というマオリの挨拶から学会が始まった。学会全体をとおして、マオリの文化様式が貫かれており、ニュージーランドの人々の生活にマオリ文化が自然に溶け込んでいることに感銘を受けた。

II. 学会の内容

1. 基調講演

学会では、基調講演が8つ(高齢化問題と医療保険、保健政策、農家のうつと自殺の問題(当事者)、家庭内暴力の問題(当事者)、へき地医療教育の学校の必要性、ニュージーランドの水汚染の問題、肥満の科学など)、セッションは全部で41題あり、診断・治療関連15題、キャリア関連5題、学生や職種の交流やネットワークづくり関連3題、看護ケア3題、研究・調査3題、へき地医療の教育・GPトレーニング関連3題、病院経営2題、テレヘルス2題、保健政策1題、環境と健康1題、臨床検査技師関連1題、歯科関連1題、リハビリテーション関連1題と内容は多岐にわたっていた。

初日の基調講演では、General Practitioner (GP) であり、Health care homeを併設したKaori Medical Centerの所長である、Peter Moodie氏が、今後人口が高齢化していくニュージーランドで、医療保険の基金が安定的に維持できるのかどうか、その中でのヘルスケアホームの役割などについて、ご自身が経営されているケアホームの事例も含めながら説明されていた。日本と同様な国民皆保険のニュージーランドでも、現在の日本と同じようなことが問題になっているという印象であった。

2日目の基調講演では、ニュージーランドのへき地で問題になっている自殺について、17年前に妻を自殺でなくされた当事者のMatt Shirtcliffe氏が講演されていた。彼の妻は農場を経営していたが、ストレスから不眠症になりうつ病を発症した。仕事の忙しさと精神疾患(うつ)への偏見から本人も家族も医療機関にかかりに

1) 沖縄県立看護大学

く、当時はそのことについて気軽に相談したり話したりできるような場所もなかった。妻が亡くなって後、彼自身そのトラウマから立ち直り、妻や自分のような人たちの力になるため、「Good Yarn workshops」を立ち上げた。現在はその団体で、精神疾患を理解してもらうためのワークショップを開催したり、ファシリテーターの育成等を行っている。ニュージーランドのへき地では農場を営んでいる方々が多く、同様な問題で悩んでいる住民も多いというお話だった。今回の学会で報告されている調査や政策のセッションにも精神疾患や自殺の話題が含まれており、へき地医療の課題であることがうかがえた。「health and independence report 2016」(Ministry of Health New Zealand, 2017)によると、ニュージーランド政府も2006年から主要な健康施策の一つとして自殺予防対策を推進している。しかし、自殺での死亡率はこの10年間ほぼ横ばいであり、2017年には対策が見直される予定である。

次いで、ドメスティックバイオレンス、児童虐待についての当事者であるNorm Hewitt氏の講演があった。Hewitt氏は、元ニュージーランドのマオリラグビーチームのキャプテンであり、ラグビーニュージーランド代表All Blacksの元メンバーでもある方で、その外見や栄光からは想像もつかないような虐待を父親から受けていたという話をされた。マオリ族の中では、かつて虐待を虐待としてとらえない風習があったこと、ご自身がそのトラウマをどう乗り越えてきたのかということ講演されていた。参加されていた方達に尋ねると、マオリ族はへき地に住んでいる者が多いとのことだったので、虐待やDVの予防についてもへき地での重要な健康課題と思われた。

2. セッションの紹介

参加したセッションの中からへき地での医療従事者のトレーニングプログラムとRural Nurseのネットワーク等に関連したものを紹介する。

1) The Cook Islands: developing capacity and a training program - linking to rural remote practice in NZ and beyond

クック諸島はニュージーランドではないが、クック諸島の健康局とニュージーランドの大学(オタゴ大学とRNZCGPのへき地医療分野)間で協定を結び、国を超えてへき地医療従事者の育成を行っている。内容としては、クック諸島のラロトンガ病院に研修のポストを設けて、ニュージーランドのへき地病院医療研修プログラムに登録されている医師(GP)をラロトンガ病院に派遣し、またラロトンガの病院からも交換でGPをニュージーランドのへき地の病院へ派遣し、お互いに研修を行うというプログラムである。セッションでは、実際にそのプログラムに関わっている医師が講演されていた。このプロ

ラムでは、一度に研修に行く医師も3~5名と比較的多く、受け入れる病院やクリニックも、研修を受け入れている間は医師の人数が増えるので助けになっているとのことだった。大学を介したこのような国際的な人事交流を兼ねた研修の方法もあるのだと思った。また、ニュージーランドとクック諸島はどちらも英語圏なので、言葉の壁がないことも連携しやすい要因の一つになっているのだろうと感じた。

2) Establishing a network for rural hospital nurses

このセッションでは、前日のNursing forum “How can rural nurses network, communicate and plan action in a collegial way?”の継続で話が進められていた。

へき地や離島で働いている看護師は、その環境だけでなく、教育の機会や専門職としての発展やスーパーバイズなどいろいろな問題を抱えているが、現在その状況を解決するための公的なRural Nurseの組織はニュージーランドにはない。前日のフォーラムでは、グループワークで、他のRural Nurseフォーラムなどで取り上げられてきた議題などをピックアップして討議したとのことだった。このセッションでは、前日の討議内容を踏まえ、どのようにRural Nurseのネットワークを構築していくか、という話を会場からの意見も聞きながらまとめていこうとしていた。最終的には、メールでの情報発信とネットワークづくりから始めることになった。

ニュージーランドは、全人口の14%(WHO, 2017)(日本は8.9%(総務省自治行政局過疎対策室, 2017)がへき地で暮らしており、Rural Nurseとして勤務する看護職も少なくない数がいると思われる。この学会は、それぞれが勤務するMedical CenterやClinicで起こっている問題や課題、その解決策などを共有しあえ、現場の状況を行政に訴えていけるようなネットワーク構築の場としても活用されていた。

III. 学会の意義

今回、ニュージーランドのRural Healthの学会に参加してみて、参加者の活動・研究内容の発表の場というよりは、へき地医療を支える医療従事者の継続教育や医療従事者間のネットワークづくり、Rural Healthの後継者育成を目的に行われている印象を受けた。特にへき地医療従事者間のネットワークづくりという点で、同業種はもちろん、Rural Healthを支えるすべての医療職や医療関連大学関係者が集まるこの学会は、業種を超えた学際的なネットワークづくりという重要な役割を担っていると感じた。

今回の学会参加で、本学の教育プログラムに参考になりそうなものは、クックアイランドとニュージーランドの病院の間で行っている研修プログラムであった。この

プログラムは、学部や大学院を終了した後、離島やへき地に就職した学生の卒後教育として応用できる可能性があるのではないかと感じた。学会での学びを今後のカリキュラム開発の参考にしたい。

もう一つ特記すべき事項として、2009年の文部科学省の助成事業で、本学に招待した、島嶼看護の専門家のDr. Jean Ross先生にお会いすることができ、さらなる交流を深めたことである。Jean先生の取り計らいで、雑誌掲載の取材(NEW ZEALAND RURAL GENERAL PRACTICE NETWORK, 2017)や島嶼看護の実践家を紹介頂き、その実践家を書いた新たな著書「Island NURSES」(Robertson A, 2017)を紹介頂いた。ぜひ、日本語でも紹介して頂きたいとの依頼であった。「島嶼看護」と題する著書は、世界で初めての出版であり、機会があればニュージーランドの島嶼における看護実践の活動を紹介したいと考えている。本学では、島嶼保健看護の学部・大学院教育を行っており、国外の島嶼看護に関する学会での情報交換や人的交流を行うことで、島嶼看護学のさらなる発展につながることを期待したい。

謝辞

本報告はJSPS科研費 JP16H05568(代表:神里みどり)の助成を受けたものです。謹んでお礼を申し上げます。

参考文献

- NEW ZEALAND RURAL GENERAL PRACTICE NETWORK. (2017). Kiwi-Japanese rural health connection alive and well. NETWORK NEWS, vol.32, 18.
- ニュージーランド政府観光局. ウェリントン. <https://www.newzealand.com/jp/facts/> (2020年3月25日現在)
- Ministry of Health, New Zealand. (2017). Health and Independence Report 2016. <http://www.health.govt.nz/publication/health-and-independence-report-2016> . (2020年3月25日現在)
- Robertson A, Howie L, Island NURSES. (2017). Allen & Unwin, Auckland.
- 総務省自治行政局過疎対策室(2017). 平成26年度版「過疎対策の現況」について(概要版). http://www.soumu.go.jp/main_content/000392823.pdf . (2020年3月25日現在)
- WHO (2017). New Zealand: WHO statistical profile. <http://www.who.int/gho/countries/nzl.pdf?ua=1>. (2020年3月25日現在)

1. 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」(英文名: Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing)とする。

2. 発刊の趣旨

看護学の発展および沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3. 投稿者の資格

紀要投稿者は、原則として本学の①教職員、②非常勤講師、③大学院生、④大学院修了生、⑤研究生とする。筆頭著者は投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

4. 原稿の種類

投稿原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、短報、その他であり、それぞれの内容は以下の通りである。

論壇 Sounding Board

本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を指し示すような著述や提言。

総説 Review Article

取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。

原著論文 Original Article

看護学の知識の発展に貢献する独創的な論文であり、オリジナルなデータもしくは分析に基づいて得られた知見と実践への示唆が論理的に述べられているもの。

研究報告 Report

内容的に原著論文には及ばないが、研究の視点が独創的で研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

短報 Brief Report.

迅速に公表することで、他研究者や今後の看護学の発展に寄与する可能性があるかと判断したもの。例えばパイロットワークや小規模研究など。

その他 Other

萌芽的な視点を提示する「研究ノート」、調査の結果を共有する「資料」事例報告などがある。

5. 倫理的配慮

- 1) 人および動物が対象である研究は、研究倫理審査委員会での承認、承認番号を明記する。
- 2) 倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されている。
なお明記する際には施設や個人が特定されないように留意する。
- 3) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載している。利益相反状態が存在しない場合は、「本研究における利益相反は存在しない」と記載する。

6. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿は原則として、コンピュータソフト(MS WORD 等)で作成する。
- 2) 本文には頁数を入れ、さらに各頁の左端に行数を附す。
- 3) 原稿の記載方法は下記に従う。
 - (1) 原稿は A4 版横書き 40 字(全角)×30 行、英文 80 字(半角)×30 行を 1 頁とする。書体は、和文の場合「MS 明朝 10.5 ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0 ポイント」とする。
 - (2) 図(写真を含む)表は、本文とは別に作成し、本文右余白にそれぞれの挿入希望箇所を指定する。なお、図表は、そのまま製版が可能な水準のものとする。
 - (3) 英数字や記号は半角で記述する。数字はアラビア数字で表記すること。数量の単位は原則として SI 単位に従い、記号で表す。
 - (4) 図表のフォントは、「MS ゴシック 8 ポイント」以上で作成する。
 - (5) 学名(微生物名など)はイタリック体で表す。
- 4) 投稿原稿の 1 編は本文、文献、図表を含めて原則として下記の頁以内とする。これを超えるものについては受領しない場合がある。なお、図表は、1 つを 0.5 頁と数える。

論 壇：4 頁以内
総 説：20 頁以内
原著論文：20 頁以内
研究報告：20 頁以内
短 報：10 頁以内
そ の 他：12 頁以内

- 5) 論文の構成：論文は下記の構成で作成する。
表紙、抄録(和文、英文)、本文、図表

- (1) 表紙：原稿の種類、表題、著者名、所属と連絡先(住所およびメールアドレス)、キーワード(日本語・英語それぞれ 5 個以内)、抄録文字数、本文頁数、図表の枚数を記す。

論文執筆者と所属機関の表示法(以下■は半角スペースを表す。)

苗字名前¹⁾、■苗字名前²⁾。(執筆者は氏名のみを記述する。)

1) 沖縄県立看護大学, 2) ●▲大学

- (2) 抄録(abstract)：論壇、総説、原著論文、報告には、和文(600 字程度)および英文(300 語程度)の抄録を附す。英文抄録はダブルスペースで記載する。

抄録には、本文の内容を簡潔に整理する。

例：背景(Background)、目的(Objective)、研究デザイン(Design)、対象(Subjects)、結果(Results)、結論(Conclusion)

英語表記の例：

- ・英語のタイトルは次のように記述する(最初の文字のみ大文字にする)。Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers
- ・Key Words は、例のように固有名詞、略語以外は小文字で記述する。
semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

- (3) 本文の構成は、以下に準ずる。
例：はじめに(Introduction)、研究方法(Methods)、結果(Results)、考察(Discussion)、結論(Conclusion)、謝辞(Acknowledgement)、文献(References)。本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. …とし、1. をさらに細分化する場合には1) 2) 3) …とする。
- (4) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載する。

6) 文献の記載方法は下記に従う。

- (1) 本文中の文献の記載は、第1著者名と発行年次を括弧表示する。
例 (佐藤ら, 2009) (Jahana et al, 2011)
- (2) 文献リストの記載は、著者名のアルファベット順に列記し、同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後に a, b, …を附す。雑誌名は原則、和文は医学中央雑誌、英文は Index Medicus の採用する略語を用いる。いずれにも該当しないものは正式雑誌名を記載する。

7) 文献リストの記載例(■は半角スペースを示す。)

(1) 学術雑誌

① 学術誌掲載論文の場合の基本

著者名. ■(出版年). ■論文タイトル. ■掲載誌名, ■巻(号), ■開始頁-終了頁.

例

大城真理子, 神里みどり. (2016). 乳がん患者の受診遅延の概念分析. 日本看護科学学会誌, 36, 34-40.

Yamaguchi K. (2012). Rationalization and Concealment of Violence in American Responses to 9/11: Orientalism(s) in a State of Exception. *Journal of Postcolonial Writing*, 48(3), 241-251.

② 著者が3名を超える場合

著者1, ■著者2, ■著者3, ■著者他. ■(出版年). ■巻論文タイトル. ■掲載誌名, ■巻(号), ■開始頁-終了頁.

例

永山さなえ, 比嘉綾子, 塩川明子他. (2007). 若年妊産婦支援についての検討. 沖縄の小児保健, 34, 23-27.

Annk R, Eleme L, Hunai G, et al. (2015). Transforming of idea to practice. *BMC Palliat Care*, 105, 1-6.

③ オンライン版で、DOI (Digital Object Identifier)のある場合

著者名. ■(出版年). 論文タイトル. ■掲載誌名. ■巻(号). ■開始頁-終了頁. ■doi:DOI 番号

例

Akamine, I, Uza, M, Shinjo, M, et al. (2013). Development of competence scale for senior clinical nurses. *JPN J NURS SCI*, 10. 55-67. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00210.x.

(2) 書籍

① 書籍の基本: 書籍全体の要約引用や引用が複数箇所の場合

著者名. ■(出版年). ■書籍タイトル. ■版名. ■出版元.

例

上田礼子. (2006). 人間生涯発達学. 改訂第2版増補版. 三輪書店.

Brian S. (2013). The Art of Skill and Nursing. 2nd edition. Forest.

② 書籍の一部引用

著者名. ■(出版年). ■書籍タイトル(開始頁-終了頁). ■発売元.

例

山本敬子(編), 中木高夫(看護診断 監修). (2006). エビデンスに基づく看護過程実践Q&A. 関連図で導く看護診断とケアプラン(pp10-15). 中央法規出版.

Waren G. (2014). Learning and health(pp15-30). Angel Book.

③ 編集本の一部引用(章著者表示有りの場合)

章著者名. ■(出版年). ■章タイトル. ■編者名. (編). ■書籍タイトル(pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

森元さおり. (2009). ケアリング. 岩本喜美子. (編). 事例を通してあなたの学びをふかめる 実用書(pp47-71). 沖縄出版.

④ 編集本の一部引用(著者表示無し)

編者名(編). ■(出版年). ■章タイトル. ■書籍タイトル(pp 開始頁-終了頁). ■発行元.

例

浅野かおる, 奥野よしこ(編). (2012). 第Ⅲ章 がん治療. 根拠に基づく看護(pp164-167). げんき社.

⑤ 翻訳本の基本: 翻訳本の要約引用や引用が複数箇所の場合

原書者名. ■(原著出版年/翻訳書出版年). ■翻訳者名(訳). ■訳書タイトル. ■発行元.

例

Barkauskas V. H. 他. (1994/1998). 花田妙子, 山内豊明, 中木高夫(監訳). 牛久保美津子, 雄西智恵美, 嘉手苺英子, 亀井智子, 高橋広, 田中美智子, 花田妙子, 濱崎勲重, 本田良行, 本間照子, 松田たみ子(訳). ヘルス・フィジカルアセスメント下巻. 日総研.

⑥ 翻訳本の一部引用

原著者名. ■(原著出版年/翻訳書出版年). ■翻訳者名(訳). ■書籍タイトル. ■版名. ■(pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

ホロウェイ I, ウィーラー S. (2002/2000). 野口美和子(監訳). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで. 第2版. (pp25-45). 医学書院.

⑦ ウェブサイト

出版元. ■(出版年). ■タイトル. ■URL(検索日).

厚生労働省. (2008). 平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について.
www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html (2009年7月15日現在).

7. 投稿手続

- 1) 投稿論文の内容は、他の出版物(国の内外を問わず)にすでに発表あるいは投稿されていないものに限

- る。アクセプトされた論文を他に投稿する等の重複投稿は禁止する。
- 2) 他人の図表を転載する場合には、著作権の所有者より転載許可を受ける。
 - 3) 原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 全ての原稿(表紙、抄録、本文、図表)について、正本1部、副本2部および返送用封筒(筆頭著者宛を記入)1部を同封する。副本には著者名、所属、謝辞等、著者名が特定される事項を記載しない。図表は1つにつき1頁とし、写真の場合は全てオリジナルを揃えるのが好ましいが、オリジナル1部と高画質の複写2部でもよい。
 - (2) 投稿時に「提出前チェックリスト」で記載法の誤りや提出物等の確認し、提出する。
 - (3) 英文(タイトル・キーワードも含む)はすべて **native check** もしくは専門家による英文校正・校閲を受けている。
 - 4) 最終原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 原稿の採択ならびに掲載決定の通知を受けた場合には、期日までに下記を提出する。
 - ①全ての原稿(表紙、抄録、本文、図表)2部
 - ②電子ファイルの入ったメディア媒体 1つ
 - ③著作権委譲にかかる承諾書
 - ④英文校正・校閲完了の証明書※転載許可書(著作権の所有者より転載許可を受けその旨を記したもの。所定の様式はない)
 - (2) 本文に附した頁数、行数の表記を消しておく。
 - (3) 電子ファイルは表紙、抄録(和文、英文)、本文、図(写真を含む)、表に分ける。必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認する。メディア媒体には著者名、論文表題を記載する。
 - (4) 封筒の表に「沖縄県立看護大学紀要原稿」と朱書きした上で、「沖縄県立看護大学紀要編集専門部会」宛に提出する。

8. 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集専門部会が決定する。紀要編集専門部会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿の種類、内容の加除、訂正を求められることがある。

9. 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

10. 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は本学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。その旨について、紀要編集専門部会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付する。なお、投稿論文は電子情報開示されることを条件とする。

11. 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開する。

(作成年：平成 11 年)
(第 1 次改訂年月：平成 15 年 1 月)
(第 2 次改訂年月：平成 15 年 5 月)
(第 3 次改訂年月：平成 19 年 3 月)
(第 4 次改訂年月：平成 21 年 7 月)
(第 5 次改訂年月：平成 25 年 4 月)
(第 6 次改訂年月：平成 26 年 7 月)
(第 7 次改訂年月：平成 28 年 7 月)
(第 8 次改訂年月：平成 29 年 7 月)
(第 9 次改訂年月：平成 30 年 5 月)
(第 10 次改訂年月：令和元年 9 月)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要第22号をお届けいたします。ご寄稿ならびに査読のご協力を頂いた皆様に感謝申し上げます。第19号からペーパーレス化となり、前期後期の2期に分散して投稿も可能となっております。投稿資格をお持ちの皆様におかれましては、多くの論文が掲載できますようご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

令和2年10月
紀要編集専門部会
部会長 金城 忍