

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○40周年記念講演

アカデミアを活性化する看護のリーダーシップ…………… 新福 洋子 …… 1

○会長講演

危機をチャンスに変える看護の力

— 看護のポテンシャルとレジリエンス — …………… 中瀬 美恵子 …… 17

○特別講演1

看護師の生き抜く力…………… 坂本 すが …… 21

○特別講演2

科学的に不安・イライラをなくすストレス解消法…………… 堀田 秀吾 …… 29

○原 著

病産院の助産師が産後健診に行っている

母親のメンタルヘルススクリーニングの実態 …………… 西 真理子他 …… 40

○研究報告

AYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/

アセスメントするツールに関する文献検討 …………… 桶作 梢他 …… 50

放射線治療を受ける頭頸部がん患者の

照射野の皮膚変化と皮膚水分量の実態：前向き観察研究 …… 定塚 佳子他 …… 59

心不全患者へのアドバンス・ケア・プランニングに対する

看護師と医師の認識と双方に対する思い …………… 廣部 愛子他 …… 70

フィルムドレッシング材被覆下の皮膚バリア機能と皮膚表面細菌

— 内頸静脈に挿入された中心静脈カテーテルおよびスワンガンツカテーテル固定部の実態 —

…………… 熊倉 良太他 …… 79

○第16回看護実践学会学術集会のまとめ

シンポジウム…………… 井戸 心時美他 …… 89

シンポジウム…………… 澤味 小百合 …… 90

パネルディスカッション…………… 岩城 直子他 …… 91

40周年記念講演

設立40周年記念式典

アカデミアを活性化する看護のリーダーシップ

新福 洋子

広島大学 副学長・国際保健看護学教授

日時：2023年7月15日(土) 会場：石川県地場産業振興センター本館大ホール

非常に温かくお出迎えいただき、どうもありがとうございます。また今回40周年というとても大事な記念講演会に私を呼んでいただきまして誠にありがとうございます。大変光栄に思っております。私の方は諸先輩方の前でお話しするのは大変恐縮でもあるのですが、非常に変わった経歴を持っておりますので、そうした経験から今後看護をどのように牽引していったらいいかということも含めて皆さまと時間を過ごさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

本日は「アカデミアを活性化する看護のリーダーシップ」というタイトルでお話をさせていただきます。

経歴については今ご紹介いただきましたので省略いたします。写っているのは私の娘で今2歳4カ月になります。絶賛子育て奮闘中でボロボロになりながら日々看護教員と母親と、また国際活動をどうにか回しているという日々を過ごしております。

本日はリーダーシップを中心のテーマにお話ししたいと思っております。まず私の中にリーダーシップが芽生えた起源はアメリカ留学とタンザニアの母子保健研究でありましたので、そちらのご紹介とリーダーシップをその後理論的に勉強したときの内容と、またリーダーシップと実践ということで国内外のアカデミー活動についてご紹介いたします。

まず、ご紹介いただきましたように、私は日本で助産師をした後にアメリカのイリノイ大学に留学しました。イリノイ大学はシカゴにあるのです

が、日本人はどうしても西海岸、東海岸に多いので非常に日本人は少ない環境でした。冬がとても寒くてマイナス30度になったりするのですけれども、非常に勉強に集中できる素晴らしい環境でもございまして、総合大学でしたのでいろいろな学部の授業も履修しておりました。その中で人類学の授業も履修させていただいていたときに、アフリカの研究をやっている先生方の授業が面白くて熱心に聞いておりました。レポートを出しに行ったときに1人の先生に「来年の夏はどうしているのか」と聞かれて「普通にサマーの授業を取っているといます」と回答したら「じゃあ、授業ではなく私たちと一緒にアフリカに行かないか」と誘われまして、私も当時26歳だったと思うのですが、アフリカに興味を持ち始めていたところだったので、そんなチャンスがあるならぜひ行かせていただきたいということで「イエス」と回答してアフリカに行くことになりました。アメリカでの博士号取得者は人口の1%程度といわれていて、アメリカの大学院教育を受ける中で、リーダーとして社会の困難に対応するような研究をして、リーダーシップを発揮するような活動をしていかなくは駄目なのだというような教育を受けたということもございました。

実際にアフリカに行きだして、私は助産師ということもありますので一番に着目したのが世界の妊産婦死亡率なのですが、アフリカ大陸にやはり妊産婦死亡率が高い国が偏っています。妊産婦死亡率は出産10万対何人お母さんが亡くなるかという計算をするのですが、日本がいつも3、4とい

う数字であるのに対し、私が主にフィールドにさせていただいているタンザニアでは556という数字になっていまして、これは日本の明治時代よりも若干多いぐらいになります。日本の100倍以上の割合でお母さん方が亡くなる、本当にたくさんのお母さん、赤ちゃんが亡くなってしまおうというのがアフリカにおける課題です。

また医療者が出産に立ち会う割合、これは図の赤のところがとても割合が低い国になっておりまして、こちらの方もアフリカ大陸に赤の国が集中しているのを見て取れると思います。普通にするって産まれてくれれば自宅出産においても問題ないのですけれども、何かあったときにとても病院が遠いので到底搬送が間に合わず、お母さん、赤ちゃんが亡くなるということがございまして、死亡率が高まることにつながってしまいます。

では、どうしてサブサハラ・アフリカにおいてお母さんが亡くなるかという死因ですが、第一が出血で、この大半が産後の弛緩出血になります。その次に高血圧系の疾患で、妊娠高血圧症候群、子癇前症、子癇を含みます。その次に感染症になります。これらは皆さま方も想像が付くと思うのですが、きちんと医療に適切な時期にアクセスすれば亡くなることが防げる原因になります。その次には、危険な中絶というのがアフリカではございまして、望まない妊娠をした若年層が伝統的な医師等に頼んで近代医療ではない中絶の仕方をしてしまって死に至ってしまうというようなことがあり、これは別のアプローチで思春期教育などが必要になるのですけれども、出産時の死因の上位3位の出血、高血圧、感染症に関しては妊婦健診、施設分娩が機能すれば減少は可能です。

では、どうして女性が医療にアクセスしないのか、医療のアクセスが遅れてしまうのかというのは、国際保健の中で三つの遅れのモデルで説明されています。一つは、ケアを求めるのがそもそも遅れてしまう。それには病院に行こうという意思決定をするのが家族であったり、旦那さんであったりするので、女性自身がその意思決定に関わることができないとか、そもそも医療機関が遠いので病院に行くと考えていない。お金もかかるし、前に行ってみたら非常に悪い経験をしたからもう行きたくないなど、ケアを求めるところでまず時間がかかってしまいます。二つ目は、病院に行こうと思ってもやはり物理的な距離が遠い、交通手段が欠如している、道路の整備がされていないなどがあって、たどり着こうと思ってもたどり着け

ないという遅れ。三つ目は、病院にたどり着いたけれども医療者がそこにいない。いるのだけれども他の人をケアして来てくれない。医療者が判断を誤ってしまって能力が足りないためにケアを受けるのが遅れてしまう。また、薬剤や機器の不足などのさまざまな不足があって、病院にたどり着いたのだけれどケアを受けるのが遅れてしまう。この三つの遅れによってアフリカの妊産婦さんたちは結局適切な医療にたどり着くのが遅れてしまおうという問題がございます。

私は元々東京で生まれ育ち、シカゴに留学して、医療面では非常に恵まれた環境で育ちました。いきなりアフリカのすごく田舎の病院に行こうといった現状があるということを理解して、同じ人間であるのに、同じ女性であるのに、本当に簡単に命が失われていくということに非常に大きな衝撃を受けました。それによって私が心に抱いた思いは、全ての女性が必要な最高のケアを受け、できるだけ健康に出産ができるように、この自分のミッションのために今後研究活動やさまざまなことをしていこうと心に誓いました。

妊産婦死亡の問題というのは、皆さまご存じの持続可能な開発目標（SDGs）の中に含まれております。ゴール3が「すべての人に健康と福祉を」という健康に関わる問題が全て入っているのですけれども、その一つが2030年までに世界各国の妊産婦死亡率を出産10万対70以下に削減するというものです。500を超えている死亡率を、あと7年で70以下にできるかというところ、なかなか厳しいところがございます。世界中を見ると、アジアでも非常に死亡率が下がりましたので、70を目指そうというゴールになっているのですが、アフリカでは達成がまだまだ難しい状況です。もう一つ、開発途上国、特に最貧国や小さい国の地域における医療財政と医療人材のリクルート、開発、トレーニング、維持を持続的に増加させるというのもSDGs（Sustainable Development Goals）のゴールに入っておりまして、先ほど医療人材にアクセスできないので亡くなってしまおうと説明しましたが、この二つのゴールが妊産婦死亡の問題にダイレクトに関わるSDGsのゴールになります。

では、アフリカのタンザニアについてお話を進めていきたいと思っております。タンザニアは、アフリカの東海岸にあります。日本はここです。どういうふうに行くのですかと聞かれることがよくあるのですが、現在は中東経由でドーハやドバイ経由でタンザニアに行くことが多いです。そうすると

トータル20時間ぐらいでたどり着きます。私が過去にアメリカから行っていたときは3回ぐらい経由をして30時間ぐらいかかって行っていたので、20時間で行けるというのは非常に近くなったなという感覚ではあるのですが、普通に考えると日本からアフリカはまだまだ遠くて、よほど何か事情がない限り行こうと思わない場所なのではないかなと思います。

ですので、少し国のことも説明させていただきますと、タンザニアは本土とザンジバル島という世界遺産の島がありまして、合わせてタンザニア連合共和国という名前になっております。人口は6000万を超えたところで、都市部人口が36%とどんどん増えておりまして人口増加率も3%になっています。少子化の日本にとっては非常にうらやましい数字で、というのも合計特殊出生率が4.7と、1人の女性が平均で産む数が5人ぐらいになっております。都市部の方だともう2人、3人が当たり前になっていますので、農村部の人はまだまだ10人、それ以上のお母さんたちもいます。

そして、どんどん人口が増えていって今は6000万人を超えて、2050年には1億4000万人を超えるといわれていまして、日本がその頃9000万人を下回るかどうかと予測されていますので、日本が人口減少に行くのに逆行してどんどん人口が増えていく国になります。公用語はスワヒリ語で、こちらは建国主である初代ニエレレ大統領がアフリカの言語を公用語にするのだということで、他の国が英語やフランス語を公用語にする中、スワヒリ語を公用語に制定しました。タンザニアの人々はスワヒリ語に非常に愛着を持っていて、私もベーシックなスワヒリ語は話せるのですが、外国人がスワヒリ語でしゃべるということを非常に喜んでくれて、スワヒリ語で挨拶をすると非常に親しみを持って関わってくれます。経済的にはGDP/capita*が1000ドルを超えたぐらいで、低所得国からもうすぐ中所得国に変わるかなというところの段階です。

私が最初、大学院生として行った場所は非常に田舎で、タンザニア北部にありますハイドンという村になります。こちらは第2の都市であるアルーシャ、そしてキリマンジャロ山に近いので、キリマンジャロに登りに行く人が到着するキリマンジャロ空港というのがありまして、そちらに観光客が多く集まります。近くにはンゴロンゴロクレーターですとか、セレンゲティといった世界自然遺産があり、こちらはたまにテレビで放映される

こともあります。私が行っていたのはアルーシャから車で6時間程度、ガタガタと整備されていない道なき道を行きますと、ハイドンという村がございまして、この黄色の丸が付いているところなのですが、そちらに通っておりました。

道中はこんな感じで非常に広大な土地で、タンザニアは国土が日本の2.5倍程度あり、人口は先ほど言ったとおり日本の半分程度ですので非常に広い土地に人が散在して住んでいらっしゃるというような印象を受けます。

道路はこのような形で、まだこれは乾季なので走れるのですが、これが雨季になるとぬかるんでしまって車でも進みにくいという状況があります。

こういった道を行くと本当にしょっちゅうパンクをします。このときも一つタイヤの替えを持っていったのですが、結局2回パンクしてしまったので、途中の道ですべて救助を待つということが発生して、夜になるまで救助が来なかったもので、どっぷり真っ暗になって、街灯もないので真っ暗の中、車のライトだけ照らして、ただ車も道がこのような状態だとライトだけだともう真っ白なのです。砂埃がぱっと満ちるので前もほとんど見えない中、山の谷道をガタゴトと進む、非常に怖い経験をしました。

どうにか無事にたどり着いて、たどり着いた先にあったのがHaydom Lutheran Hospitalという、ルーテル教の病院になるのですが、元々ノルウェー人がミッションで建てた病院になりますので、そちらで研究をしている外国人、特にヨーロッパ系の方が非常に多くて、ノルウェー人のミッション関係者の医療従事者が住みついておりました。

私も医療ボランティアとして関わらせていただいて、実際にどのような医療が行われているのかを観察し、一緒に行った人類学の先生に報告をするというようなことをしていたのですが、やはり行ってみると、写真で見たりテレビで見たりするのとなかなか違うのだなというのがよく分かりました。まず行った先は小型のプロペラ機で飛んで行って、妊婦健診、乳児検診をするようなことがあるのですが、ほとんど水場がない土地で、向こうの方々に接したときに最初に感じたのが、非常にユニークな匂いがするというものでした。この匂いは何だろうと聞いてみたところ、水がなくて非常に乾燥してしまうので、動物のミルクをバターにして体に塗って乾燥予防をしているから、その匂いだと教えてもらって、まずそう

ということがあるのかということを知りました。またお洋服も現地のカラフルな布を使ったりもするのですが、牛など動物の皮を使ってスカートにしていらっしゃる場合もあって、そうするとやはり牛の匂い、動物の匂いがしてきました。

水もないので、例えば清潔に関する指導をしようと思っても、まず洗うということがほぼ難しい環境にあるので、なかなか先進国で育ち、水不足に苦しんだ経験がない者からすると、どう指導したらいいのか現地で迷ってしまうことがございました。やはり遠くからデータや写真だけで見ているのと、実際に行き体感してここが違うのだということを実感するのでは大きく違うということを自分自身で感じた経験でした。

こちらは乳幼児健診および妊婦健診をしている姿なのですが、やはり日本から見てもうらやましいことに次から次へと妊婦さん、赤ちゃんがいっぱいあって、助産師、医療者が足りないというのは日々感じる場所がございます。特に助産師が1シフトで毎日15~20件のお産を取っていると聞かされたときに、皆さんも「えっ、それはあり得ない」と思うと思うのですけれども、私も夜勤で1回シフト中に3件お産を取ったときがありまして非常に大変だった思いがあるのですが、他の友人に言わせると「私は5件取ったことがあるわよ」とかとおっしゃっていたのですけれども、でも15や20というのは想像を越える数字で、3件の5倍以上の数字のお母さんたちの介助をするというのはもう想像できない労力なのですけれども、それを毎日行っているというのは、日本の医療者の感覚からするとなかなか想像に難いものになります。結局人が足りず、それを一人で回していますので、同時に産まれることもあります。

そうすると、看護学生がお産を介助していたり、本当に人が足りないと掃除のおばさんがお産の介助をしていたり、本当に私から見たらカオスの現状だったのですけれども、そういったことが日々行われているということに非常に驚きました。つまりは、病院の中にも必ずしも安全とは言えないということに、行ってみて気が付いたわけです。

こちらは産まれた後にケアをお手伝いしているところなのですが、やはりケアをするといってもサクションしかなくてインファントウォーマーもなくてというのが見ていただけるかと思います。ここは割と北で、キリマンジャロにも近いので寒い地域になりますので、赤ちゃんが低体温を起こさないように部屋自体に暖房を入れてものすごく

暑くしてしまっていて、中にいる大人はもちろん暑いのですが、インファントウォーマーがないのでそのような体制で行ってまいりました。本当に提供できるものはわずかなので、あとは赤ちゃんの生命力次第で生き延びるかどうかということでもケアをしているような状態です。

これがお産セットになります。必要最低限であることが見て取れるかと思います。臍帯剪刀と、おへそを留めるためのコッヘルが2本入って入って、それを輪ゴムで留める、助産院などでよくあると思うのですけれども、クリップとかはないので輪ゴムがぼろぼろと入っています。これで全てです。プラスアルファのたぐさんのガーゼだとか、シリンジだとか、そういうものは特にないので、これでどうにかお産を取ることになります。

私も日本で助産を教えることもありますが、こんな感じで分娩のときの台にいかにかこの器具を整頓してきれいに並べるか、それによってお産の最中にごちゃごちゃせずきちんとお産介助ができるかということをお教えるわけなのですけれども、こんなことは教える必要が全くないわけです。本当に限られた器具しかないのです、これでどうにかお産を取るという方法を教えていくということになります。

一応分娩室は、この病院では四つあったのですが、4人ではなく常に6人とか進行中がいますので、足りない分は廊下にベッドを置いて廊下で出産しているような状況です。右の方は、先生方のご存じと思いますがトラウベで、これが現役で活躍している赤ちゃんの心音を確認する唯一の方法になります。トラウベで心音を確認しながらお産を介助したことがあるという方は、多分日本の今の時代にはなかなかいられないと思うのですけれども、実際にやってみると非常に大変です。

トラウベは滅菌されていませんので、自分が滅菌手袋を履いてしまうと、トラウベは滅菌ガーゼなどにくるんで耳に当てておなかにかかるとは思いますが、それをやっている間はおしもが全然見えないわけで、おしもを見に潜りたいと思うとこれをまた置いておしものところに戻って手を当てたいのだけれども、でも心音もやっぱり確認したいと、それを繰り返さないといけなくなるのです。やっている方としては、私自身はやはりCTG (cardiotocogram: 胎児心拍数図)、音で赤ちゃんの心音を聞いていたという経験でお産を日々介助してきましたので、このトラウベで心音を確認

しながらお産を取るといのがいかに不可能に近いのかというのを、これもやはり体験してみることができました。

つまりは、タンザニアにおいては妊産婦さんがとても多い、こういった器具が非常に限られている、医療者の数も少ない、ただ1件当たりにかかる手間が、機器などが少ないがために非常に重たいということも分かり、単に医療者対患者数が非常に多いということだけに限らず、医療機器や資材が少ないということがこんなにも医療に負担を与えるのだということを感じました。

それを経験した後に、私はまだ大学院生として何かができるとい立場におりませんでしたので、何をしようかと思ったのですが、まずはこの現状を世界にお届けしたい、世界に伝えていきたいというのがありまして、特にやはりお母さん方が、私から見たらカオスの中でどういった思いでお産をされているのかを聞きたい、その思いに応じて現状を変えていけないかと考えました。ですので、私の博士論文は、「タンザニア農村部の病院における女性の出産経験の認識」と題し、ひたすらインタビューをしてお母さん方の意識を調査しました。

概要だけお話ししますと、女性の求めていたものとして、HelpとCareの違いということがインタビューを重ねる中で分かってきました。スワヒリ語で「Kusaidia」という言葉がHelpの意味なのですが、最初はHelpの言葉を使ってインタビューをしていました。そうしたら医療者がどんなことをしてくれて、どんなことが嫌だったり、どんなことがよかったりということが出てくるかなと思って聞いていたのですけれども、Kusaidiaで聞くとひたすら医療者が医療介入をしてくれた、帝王切開をしてくれた、注射をしてくれた、点滴をしてくれた、そんな話しか出てこないのです。

もうちょっと看護・助産におけるCareの部分が出てこないかと考えて、スワヒリ語にもっと卓越した人と話をしていましたら「Kutunza」という言葉を使ってみたらどうかということで、これにはCaretakingの意味合いがありまして、この言葉を使って聞いてみますと、家族が来てくれてお茶を用意してくれた、家族がずっとそばにいてくれた、足が震えたから持っていてくれたといった言葉が出てきて、Caretakingの意味合いで、いかに家族からケアを受けた、愛情を受けたということはこの言葉で語ってくれるようになりました。

つまりは現地のお母さんからすると、医療介入

(Help)とケア(Caretaking)というのは全く違った意味合いを持っていて、これを誰から受けるのかというのも別々に考えられていました。日本の助産師からするとこの両方をするのが助産師であるという認識でいましたので、少し残念に思うところもあったのですが、思えばこれだけお産が多くて本当にお産を取るだけでいっぱいいっぱいの現状の中で、一人一人にケアをするというのは相当難しいであろう環境で、いかに家族を巻き込んで、家族からケアを受けられるようにできるか、そこが現状改善の第一歩ではないかということが分かってきました。

さらにインタビューを進めると、最初は、女性たちは皆さん、何かあったのために病院に来た、何もなかったからよかった、生きていたからよかったというようなことを言ってくださいます。やはり周りにたくさん亡くなっている女性がいる環境で過ごしていると、自分は亡くならなくてよかったなというのが本音だと思います。

ただ、本当にこの現状の中でそれだけでよかったと思えるのかということ掘り下げていくと、少しずつ女性もお話ししてくれるようになりました。例えば「看護師を呼んでいたのに聞いてくれなかった。おなかがとても痛かったから看護師に助けてと呼んでいたのに」「看護師は他に行っている間待てと言った。いきむときになって、ちゃんといきまなかつたら頬をぶつと言われた」「助けてと言っているのに、看護師が通り過ぎていくのがつらかった。次の妊娠では違う病院に行った方がいいかもしれない。分からない。もう赤ちゃんを欲しいとも思わないから。だってもう誰も助けてくれないでしょう」というようなことをおっしゃいました。

つまり、国際社会は病院で出産をすることが安全であるという認識から、施設で分娩をするようにということとずっとサポートしていたのですけれども、病院の質が悪いと、またお母さんたちは二度と病院など来たくないと認識してしまって結局堂々巡りになってしまいます。タンザニアにおいては病院で出産する割合は約半数になっておりますので、約半数のお母さんはこういった経験をするがために病院に行かないという選択をしています。ですので、本当に医療にアクセスをもらって安全な出産をしてもらうには、病院の中のケアの質を変えていかないといけないということが分かってきました。

2014年に、WHOがこのようなステートメント

を発出しました。「施設分娩中の軽蔑と虐待の予防と撲滅」ということでかなり強い言葉で書いているのですが、私が紹介したタンザニアの例に限らず開発途上国と呼ばれるところでは、多くの場合に似たような現象が起こっている、それを軽蔑や虐待とWHOの方では呼んでいまして、これをなくしていこうと呼び掛ける内容でした。

まさしく私もその動きには賛同しましたので、英語を日本語に翻訳させていただいて、WHOのホームページに載せていただきたいとアプローチし、翻訳したものが今もWHOのホームページに載っております。全ての女性がケアを受ける、最高のケアを受けるというのは本当に最低限の人権の一つなのだということをこの声明では言っているのですが、日本の助産師としてもケアの質を十分に担保できない中で出産が行われるということは、やはり改善していかなければならないと思っているということは、国際社会に向けて発信をする意味でも、日本語版にして発信することをさせていただきました。

その後2016年ごろから、このようなコクランレビューや、「Social Science & Medicine」という医学系で有名な雑誌にシステマティックレビューが載るようになりました。コクランレビューの方は出産で一緒にいてくれる人がどのような人なのかによって経験や認識が変わるといふことの質的研究のエビデンスを統括したものをシステマティックレビューとして発表しています。もう一つの方はdisrespectfulと書いてあるのですが、先ほどのWHOの声明と似た言葉を使っているのですが、サブサハラ・アフリカにおいてそういった望ましいケアではないものを受けているお母さんたちに関する質的研究のシステマティックレビューになります。

両方とも女性の認識や経験（perception and experience）を重要視していて、こちらを改善していかなければならないのだという目的に伴って、このように統合的レビューを出しています。私の博士論文も女性の経験・認識という本当にまさしく同じようなタイトルで書かせていただいたので、この両方のレビューに載りまして、やはりサブサハラ・アフリカでは特にそういった女性のケアの質が問われているというような質的レビューが二つ出されています。

次に出されたのがWHOの新しいガイドラインになります。妊娠期、出産期両方のガイドラインが出されましたけれども、この両方のタイトルに

positive experienceというものが入りました。世界的にシステマティックレビューが生まれ、女性の認識・経験が大事なのだという研究結果が積み上がっていき、WHOの方でも単に出産が安全とか、死なないというだけではなく、女性が妊娠や出産を通していかにポジティブな経験をできるのか、そこを問うように変わってきたということが非常に重要な点です。私も最初にこの質的研究に取り組んだときは、目の前のお母さんたちの現状をどうにか伝えたいと思っていただけで、このような国際的なムーブメントの一端を担えるとは全く思っていなかったのですが、やはり世界的に動いていくことが重要だと思ふ研究者がたくさん集まって、たまたまですけれども、こういった形で事が動くことを実感でき、非常によい経験になりましたし、目の前の患者さんのために、すごく小さなスタディだけでも、自分はこれに真剣に取り組むのだと思ふとやっていると、それがこういったことにいづれつながっていくのだというような希望を持つような出来事でもありました。

もう一つお話ししたいのが、WHOに自分が関わっていったときの話なのですが、最初に東京大学でたまたまグローバル・ヘルス・リーダーシッププログラムというのがその当時5年間限定で実施されていました。私もちょうどアメリカで博士課程が終わって帰ってきて、まだ就職するにはタイミングがうまく合わなかった時期で、ポストクとして雇っていただいていたのですが、その時期にこのプログラムがあることを知って参加しました。これがすごくありがたいことに国連機関など、行きたいところにインターンシップに行かせてくれて、それにファンドを付けてくれるというプログラムでした。

これにうまく参加することができてWHOのインドにある東南アジア地域事務局に行くことになりました。そのインターンシップに行く前にいろいろなリーダーシップを取っている諸先輩方からお話を聞くのですが、一番印象に残っているのが、国会議員の古川さんの講義で、メッセージとしては「われただたるをしる吾唯足知」のマークを非常に大事にしていまして、リーダーというのはやはり自分のために何かを求めるとはではなく、自分は十分だから、人のために、社会のために何かをするというのがリーダーなのだということを教えてくれました。

また、WHOに行った際にも、途上国というのは今までもお話ししたとおり、日本人がびっくりするような質の医療が今でも行われていることが

あるのですが、それに対して「そんなのでは駄目だ」「こんなのは医療とは呼ばない」などと批判をするだけだと、現地の人もそれなりに一生懸命その環境でやっている中でやる気を失うだけで何も改善できないわけです。そうではなく、それをどのようにサポートできるかというところが大事なのであって、WHOの中では、国と地域をどうやってサポートできるかを考えていかなければいけないということを学びました。

実際にインドのオフィスに行ってみますと、当時は看護・助産ユニットが存在していたのがこの地域だけだったのでこの地域に派遣をされたのですが、WHOは皆さんご存じのとおり、国連システムの中での保健を指揮し、調整する当局という立場で、日本における厚生労働省のような活動をしています。

今東南アジア地域事務局と言いましたが、地域事務局は世界に六つありまして、一つヘッドクォーターがあって、その下に地域事務局が位置付いていて、その下にカントリーオフィスがあってとそのような位置付けになっています。インドのニューデリーに東南アジア地域事務局があります。日本は西太平洋地域事務局に属していますので、日本の管轄はマニラのオフィスになります。

行っていた当時、SEAROと呼ばれるのですが、東南アジア地域事務局には11のメンバーステーツがありまして、国や地域と呼び方がいろいろなのでメンバーステーツと呼ばれますけれども、もちろん政治的なこともあると思うのですが東南アジアにプラスして北朝鮮が入っているという構成になっています。

このインドのニューデリーにあるオフィスがこれなのですが、当時はFamily Health and Researchというデパートメントの中にNursing & Midwifery Unitというのが存在していて、そちらに派遣されました。

この方がスーパーバイザーで、彼女も看護・助産の専門の方で、タイ人なのですが、アメリカで教育を受けて大学の先生をした後に保健省で働いてWHOに来たという経歴の方でした。彼女が、先ほど申し上げた批判ばかりではなくサポートをするのだということを教えてくださいました。彼女の行くフィールドワークについてくるかと言ってください、一緒にフィールドワークに行くことになりました。

東ティモールのフィールドワークに行きましたが、東ティモールはインドネシアから独立したば

かりの小さな島国で、周りが海に囲まれた国です。独立してまだまだ時間が経っていないときでしたのでWHOオフィスもこのようなプレハブになっていて、周りはまだまだ壊れた建物がたくさんあり、独立戦争の爪痕がたくさん残っていた時期でした。一人で出歩くのは禁止でしたので、WHOの車に乗って移動していました。中はエアコンも効いて電気も通って快適なオフィスではあったのですが、まだまだこれから国が進んでいくという本当に国の成り立ちの初めの時期に伺わせていただきました。

当時、今もなのですが、東ティモールではコミュニティアウトリーチ活動に非常に力を入れており、これがSISCOと呼ばれるシステムでIntegrated System of Community Healthというのですが、現地の集会所のようなところに看護師、助産師が訪問して、このように赤ちゃんを連れて来てもらって、この女性は若い双子ちゃんのお母さんなのですが、成長発達を診たり、予防接種をしたりということをしています。

2002年に国として独立して、私が行ったのがやっと10年経つかどうかぐらいだったのです。そうするとまだまだ看護・助産に特化した政策はなかったですし、つまりはきちんとした国としての免許制度や国としての看護の基準というのがなくて、当時は私立の看護学校といわれる認定がない学校がたくさん建ってしまったたり、質のコントロールが非常に難しいことが課題に挙がっていました。

また言語も、国が独立して変わっていく時期というのは非常にいろいろな国が支援に入るのですが、最初はオーストラリアが支援に入っていたので看護教育は全て英語で行われていました。ただこの後ブラジルが支援に来るということで、ポルトガル語に変えないといけませんねというような話になったりして、英語とポルトガル語を急に替えて専門教育をするというのはなかなか日本人からすると想像し難いのですが、多言語使用による現場の混乱というのも非常に大きかった時代になります。

それに伴って、あらゆる健康指標がまだまだ低くて、この地域ですとタイとかスリランカは非常に健康指標がよかったです。本当に底辺にいるという国の状況がありました。国が混乱している時期というのは本当に専門職もそれに振り回されるのだということが分かりましたし、まず政策をつくってきちんと看護の制度をつくるころからなのだなというのが東ティモールの訪問で感じ

たところでした。

対照的に、スリランカにフィードワークに行ったときはまた全然異なった雰囲気でした。スリランカも市民戦争が2009年までありましたので、国の中で動乱があったという点では同じで、しかももっと近年まであったので、一緒に動いていたWHOの先生もこのような国連のプロテクターをして回っているような状況でした。非常に看護・助産のシステムは整っていて健康指標も高いまま維持されていました。お話を聞くと、やはり地域にPublic Health Midwivesという人たちがいて、この方々が妊産婦さんが出産するまでケアをして、出産は病院でして、帰ってきた後にまた赤ちゃんの健診だとかワクチンはこの方がするという仕組みが整っていました。村の方にも1村1midwifeというような形で配属されていましたので、非常にケアが行き渡っていました。ですので、国に何か動乱があっても、看護・助産のシステムがきちんとしていて、ケアがちゃんと行き届いていれば、健康指標はそんなに崩れずに高いまま維持できるのだということを学んだ経験でもございました。これがWHOに関わらせていただいた経験になります。

またタンザニアの話に戻りますが、タンザニアの現状を見て研究をした後に、次に何をしようかというので、母校の聖路加国際大学に帰ってきて先生方に相談したときに、やはり日本の助産を見て学んでいただくのが一番ではないかということで、タンザニアの助産師さんおよび助産の先生方に日本に来てもらうような交流事業を立ち上げました。そちらで助産院を訪問したり、またJICAのプロジェクトで人間的な出産の事業に派遣されていたりした毛利多恵子先生にご講義いただいたりしたところ、タンザニアの助産師さんたちも「私たちもこれが欲しいんだ」「これがやりたいんだ」と言ってくれて、タンザニアの方でも教育課程に組み込んでいくという話が盛り上がりまいました。

JICAの人間的な出産のプロジェクトというのは、1990年代にブラジルで非常に帝王切開が多くなっていて、これをもう少し助産の手を強めることで改善できないかということで日本の助産師さんたちが現地に派遣されて、ハンズオンケアを現地の看護師、助産師に教えたという事業になります。女性が本来持っている出産する力、能力を引き出す、自然出産のための準備をする、寄り添う、手を差し出すケアをする。これをしますと、これを

で非常にお母さんたちは痛くて叫んでいてすごくうるさい分娩室になっていて、それに医療者は圧倒されて帝王切開にしようというのを繰り返していたようなのですが、そうではなくてハンズオンケアをすると、そこまでお母さんたちは叫ばなくなって、お母さんたちが静かだと医療者も落ち着いてケアを考えたり治療方針を考えたりできるということで、まずお母さんたちに落ち着いていただくようなハンズオンケアの重要性を現地の人々にご理解いただくような内容になったと聞いております。

こちらの内容については、現地での専門家であった三砂ちづる先生が「The Lancet」誌にコアの概念を載せていまして、やはり大事なのは女性の主体的な参加と意思決定にあると。医療者もきちんとエビデンスに基づいた実践を行うこと、また医療者と施設の分権システム、つまりは誰が偉くて誰が弱いというヒエラルキーのあるシステムではなく、きちんとそれぞれに分権化されていて、地域に根差したプライマリケアが大事であるということ述べていました。

この人間的な出産の概念に基づいて、2日間タンザニアでセミナーを行うことになりました。

最初に人間的な出産、ハンズオンケアの話をすると、どうしても課題が浮かび上がってきました。助産師たちがおっしゃったのは、医療施設も不足しているし、資材も不足しているし、人も足りていないのに、そんなハンズオンケアなんてする時間がない、難しいということです。

ただ、若い助産師たちの中には教育を受けて非常に意識の高い方々もいらっちゃって、この写真の右上の方が「We can do it! (私たちができるよ!）」と言ってくれたのです。こういった人間的な出産というのは、何かすごくお金がないとできないということではなくて、われわれ助産師が意識を変えていくことで少しずつ取り組んでいけるのではないかと。日本や元々統治国であったイギリスからお金をもらってどうのこうのという話ではなくて、自分たちの限られたリソースだけでも、それで少しずつ変えていこうよとスピーチしてくれたのです。私は彼らのカオスな現状を見て、たくさん亡くなる現場を見てきて、非常に悲しい、ショッキングな思いをしていたので、この一人の助産師さんがこんなふう言ってくれたことに非常に感銘を受けました。彼女の声から、ではこういうふうに変えていこう、現場のリーダーにまずこれを届けようというふうに、少しずつ現

場の声が変わってきました、助産師さんたちがポジティブにこれを取り入れていく方向で話してくれたというのがこの2日間のセミナーの大きな成果でした。

このような結果に終わったので、タンザニアでも人間的な出産を推進できるのではないかと結論付けまして、多少時間がかかったのですが、タンザニア初の助産学修士課程を設立して、そこで女性を中心としたケアや人間的な出産を教えて、助産師リーダーたちに国の中で現場を変えてもらう、そんな修士課程にしようということで日本とタンザニアが協力関係になってカリキュラムを立ち上げました。

私もコロナ前はしょっちゅうタンザニアに行っては、このように教えて、演習をやったり講義をやったり、学生にプレゼンをしてもらったりということを繰り返しておりました。

もう一つ、助産師たちの改善もそうなのですが、次は妊産婦さんに病院に来てもらうような活動をしていかないと、病院の中がよくなっていても結局妊産婦死亡率は変わらないので、お母さんたちに医療にアクセスすることの重要性を理解してもらうような教育をしていこうということで、次は研究として教材開発をすることにしました。重要に思っていたのが、何か危険があってリスクがあって合併症になってから病院に行くのでは手遅れになってしまうので、正常を保つ、いかに健康な妊婦生活を送って出産をするか、合併症をいかに予防するかです。また、さまざまに出産に関するエビデンスはありますが、どうしても西洋でつくられてガイドラインになっているのが現状ですので、それをいかに地域のコンテキストに合わせて教えていくかということが課題でした。私の博士課程での質的研究に合わせて、それに沿ったストーリーを作って、紙芝居を作って、お母さんたちに「こういったときは危険なのだよ」「こういう準備をしたらいざというときに病院に行けるのだよ」というような内容で教育をいたしました。

この教育をした地域とそうでない地域をフォローアップして1年後に比較したところ、教育をした方がヘルスセンターを知っている、病院に行く人を決めている、女性が家族と出産場所を決めた、4回以上妊婦健診に行ったという割合が有意に高くなりました。結果、出血・発作、帝王切開、児の合併症が有意に減りました。もちろん限られたサンプルで行っているものなので限界はありましたが、本当にシンプルな教育で結果が見

えてきたというところで、教育による効果はなかなかあるのではないかということを感じ始めたというのがこの研究の成果でした。

ちょうどその頃、私ももっとリーダーシップを身に付けて学びたいと思っていたので、タンザニアで物事を変えていくに当たっても、どういうふうにしてリーダーシップを発揮すればいいのかということを知り始めました。『リーダーシップの旅：見えないものを見る』（野田智義、金井壽宏著）という著書に当たったのですが、その中で私が非常に気に入っている節があります。「リーダーシップの旅を歩む私たちは、人に助けられ、支えられる中で、自分が人を活かしているのではなく、人に自分が活かされている、そしてそのことによって自分はさらに行動できるのだという意識を持つ」「利己と利他が渾然一体となり、『自分のため』が『人のため』、『人のため』が『自分のため』と同一化する中、リーダーは、自分の夢をみんなの夢に昇華させる」という言葉がございました。これが私の描いていたリーダー像に非常に近いなと思ひまして、リーダーとは自分の夢を一人で突っ走って進めていくのではなく、周りと一緒にその夢を温め、広げ、一緒に進めていくことが大事なのだ改めて感じることができました。

またリーダーシップについてさらに学びますと、リーダーシップにはシップとスキルがあるということも教えていただきました。シップというのは情熱やあきらめない思いのところですか、発揮している部分もたくさんあると思うのですけれども、患者さんのすぐそばにいて、これでいいのかなとか、変えていかなければといった、日々抱える思いです。それがリーダーシップのシップの部分です。

もう一つ、リーダーシップにスキルが必要であると。思いだけではなくて、その思いを伝えて実現していくための具体的な手法が必要であるということを知りました。実は、スキルというのも看護職が日々病棟で業務をしている中でも多職種協働していたり、申し送りや後輩育成をしていく中で、他者に伝えるということを行って行っています。ですので、実は看護職というのはリーダーシップのシップもスキルも得やすい環境にいると私は感じておりました、私の強みとしても、臨床経験があり、患者さんや支えたい人のすぐそばにいて、病棟や看護教育で学んできたスキルがリーダーシップを発揮するのに

生かせるのだ、これは改めて何かを学ぶというだけではなくて自分の持っているスキルをリーダーシップに向けて使っていけばいいのだと思うことができました。

その後、研究をどのように発展させたかというところ、私がずっと毎度毎度田舎の村に行き紙芝居教育をするというのはあまり現実的ではないので、これをタンザニアに広まりつつあるスマートフォンアプリに変換することで、誰でもアクセスできるようにできないかというのが発想でした。

まず作った紙芝居は、スワヒリ語で音声をつけて動画教材にしまして、また近年新しく出た positive experience の WHO ガイドラインの内容を応用しました。ガイドラインというのは本当に研究結果がまとまっているだけなので現場からすると非常に使いづらいのです。例えばこれらの研究をまとめると、鉄分が何ミリグラム必要であると書かれていても、看護や助産の現場でそれをどのように使えるのか、なぜこれが重要なのかというのが伝わってこないのです。ですので、その辺りは日本の助産教育や経験で学んだことを付け足ささせていただいて、貧血予防がなぜ大事なのか、何ミリグラムを現実に摂ってもらうには、どのようにお母さんに伝えればいいのかという why と how の部分を足して WHO のガイドラインを簡単に助産師たちが使えるように変えました。

また、助産師たちが何か困ったときに相談できるソーシャルメディア、SNS を付けまして、コメントをしたり、いいね！を付けたりコメント返しをしたりという機能を付けました。このアプリにアクセスした人たちをデータとして細かく追えるので、研究として最終的に論文にするときも非常にやりやすいアプリになりまして、それを開発してくれたキャストリア社（アプリの開発会社）と組んでこのアプリの継続的な開発をタンザニアの方で進めております。

まずこの作ったアプリをスマートフォンを持っている助産師に使ってもらうことでケアを改善していけないかと思って、アプリをタンザニアのダルエスサラームのヘルスセンターの助産師たちに使ってもらうというパイロットスタディを行いました。実施に当たっては必要なデータ使用量を提供したり、十分なオリエンテーションをして研究目的や使い方を十分に把握していただいてから行いました。

2 カ月後まで使用率をデータで追ってみますと 90% 近くが 2 カ月後も学習を続けていたことが分

かりました。助産師はやはり専門職で、学ぶことに対してのモチベーションが高かったということと、実は他に全然教材がなく教科書なども一人一人買えませんので、教材として非常に有益だったということと、アプリの教材というのが初めてで珍しくて使ってみたかったというようなこともあって、非常に高い継続率が維持できました。

使用前後に知識を問うミニクイズも行いました。これも有意に改善が見られました。

実際に使用感についてフォーカスグループインタビューで質的にデータも取ったのですけれども、非常によかったと言っていたのが、アプリ自体が手元にずっとあって、いつでも知識を確認できて、自分が病院ではなくてバケーションで近くに妊産婦さんがいたときにも、スマホを持っていることでその知識を使えたから非常によかったということでした。また、最終的にはソーシャルメディアで人とやりとりできたのが楽しかったから使っていたというようなことを言ってくれたのです。実は私も質問が来たときに必ずコメント返しを日本から行っていたのですけれども、「誰か白人の女の人なのだけれど、非常にこれをしていて…」と、このインタビュアーは私だと分かっていたので「洋子でしょう？」と言って、「そうそう、洋子さんという人がいつでも、夜でも質問に答えてくれてすごく楽しかったのよ」というようなことを答えてくれました。

タンザニアの助産師たちも何か困ったときに相談ができたり、自分たちの環境に興味、関心を示してくれる外国の人がいる、何かつながって一緒にやっていくのだという感覚があると、こういうセルフラーニングツールを継続して使い続けることができるのだということが見えてきました。特に最近では、アプリの介入というのが増えていますが、セルフラーニングだとどうしても心が折れたり、途中で飽きたり、つまらなくなったりやめてしまうということがあるのですが、それを乗り越えるには、誰かと一緒にやっている感覚というのが非常に大事で、もちろん文化もありますので他の国ではまた違うかもしれないのですが、タンザニアにおいては助産師同士で何か会話ができるというのがセルフラーニングを後押しすることになったということが分かってきました。

これは一緒にアプリを開発したキャストリア社の鈴木さんという方が、私は当時出産もありましてなかなかタンザニアに行けなくなったということがあって、私の代わりに現地に行ってくれてい

ました。彼女の目から見ても、やはり妊婦健診はとて混んでいてごった返して、すごく待ち時間が長い。助産師さんたちも、まず紙のカルテを探すのに時間がかかっていて、業務が全然効率化されていない。妊婦さんたちが直接情報を得られるようなツールも何もないというのを、現地を観察していて感じて、私が作っていた教育アプリの他に、このような課題を解決する別のアプリを作りたいと提案してくれました。

それがもう一つのアプリになるのですが、Personal Health Recordと呼んでいて、簡単にいうと電子母子手帳です。助産師さんが診察した内容をスマートフォンからアップして、クラウド上にデータがあるのですが、そちらを妊産婦さんが自分のデータにアクセスできるというのが大まかな仕組みです。ここに母子手帳にあるような知識を載せることもできまして、そういった教育ツールをクラウド上に載せることができると、これまで助産師さんが1対1で妊産婦さんに何かを伝えなければならず、正直それができていなかったというものが、クラウド上にデータ、教育内容がありますので、妊産婦さんが自分たちでアクセスできるし、助産師さんたちもそこにアクセスできるし、線につながっていたものが面と面で、妊産婦さんも助産師さんもつながることができる、こういうネットワークにすると助産師1人に来る仕事の負担が減るのではないかという発想でこのアプリを作っています。

もちろんこれは電カルの代わりにもなるので、紙のカルテを探すという時間も減らすことができます。こちらが画面ですが、最初に「赤ちゃんの状態」をクリックすると、今あなたは何か月で、出産予定日はいつでと出てきて、さらに赤ちゃんの細かいデータ、お母さんの細かいデータにアクセスできます。例えばお母さんの方には体重データと血圧データがぱっと図で出てきて、これは模擬のデータなのでおかしい形になっていますが、異常値がぱっと分かる、視覚的に数値が追えるようになります。これにもやはりコミュニケーションがタンザニアの方は大好きなのでSNSで情報交換できるBBS、掲示板のようなものを作りました。

そうすると、今、日本ではツイッターなどでお母さんたちは情報交換ができますが、どうしても変なプライが付いたりして不快な思いをすることがあるのですが、これはお母さんたちだけのツールになりますので、そういうことが起こりにくいのと、お母さん同士でも解決できない悩みや、

フェイクニュースのようなものが流行ってしまうといけないので、助産師がこれを観察していて何かあったら介入するというような仕組みで行っていました。

実際に病院でお母さんたちにダウンロードを始めたら、タンザニアでは実は最初の健診にお父さんが必ず付いてこないといけないというルールに近年変わらして、お父さんが必ず来ています。お父さんたちもこのアプリを自分も欲しいと言ってきて、お母さんの了承の下で一緒にダウンロードしてもらうようにしました。そうするとお父さん方も今の自分の奥さんと赤ちゃんが何か月でどういう状態なのか学ぶことができたり、いろいろな情報が入るようになります。これまでお父さん向けのこういう教材は全くなかったのが、非常に真面目に一生懸命学んでくれていました。これは全く研究目的として入れていたわけではないのですが、副次的な効果として男性の参画を促すという効果も出てきて、アプリの良い効果の一つであったと思っています。

こうした元々の発想は私自身というよりは、鈴木さんがしてくださったのですが、『リーダーシップの旅』にあったような、私が思い描いていた夢に鈴木さんの夢と一緒に重なって、こういう新しいアプリの開発につながって、ひいてはお父さんたちにまで届くということが実現されていきました。

もう一つ、Beatriceさんという方のリーダーシップなのですが、彼女は私が聖路加にいた頃に現地のムヒンビリ大学と連携して助産学修士課程が開発され、教えに行くという連携事業を始めていたときに、ちょうど聖路加の中で海外から留学生を受け入れるという仕組みが始まり、連携先であるムヒンビリ大学から誰かを呼んでこうとなりまして、当時修士が終わってその場にいたBeatriceさんが日本に派遣されることになりました。博士課程の留学生として3年間いたのですが、修了してムヒンビリに戻って講師になりまして、彼女も非常にリーダーシップを発揮し始めまして、遠隔地に妊婦健診を届けるためにモバイルクリニックを始めたいと言いついたのです。そして、自分でドイツからファンドを取って車を借りてモバイルクリニックを始めました。これを1年くらいやっていたのですが、ドイツのファンドが切れそうだということで、どうにか日本の方でこれ続けられるファンドはないかと相談を受けて、これまでトラウベであれだけやりにくかった心音

観察を、CTGを入れてもっと赤ちゃんを観察できるようにモバイルクリニックでできないかと話し合いました。妊娠期なのでNST（Non-stress test）になるのですが、健診にNSTを登載して、より状態の悪い赤ちゃんを持つ妊婦さんを見つけ搬送することでアウトカムを改善していこうという話になりました。

この話がちょうど、iCTGと呼ばれるモバイル胎児心拍モニターをつくっているメロディ・インターナショナルさんとつながりまして、2022年度のAMED事業で、私と広島大学とキャストリア社とメロディさんが3者で一緒に行く共同事業として走り始めています。このモバイルクリニックはこの8月からとうとう動き出す予定で、この8月にうちの助教さんと研究員さんが一緒にタンザニアに行ってくれますので、実際に車を整備して中身を整頓して、現地の医療者を教育して始めるという段階まで来ております。私の描いていた夢がキャストリア社につながり、メロディにつながり、Beatriceにつながり、私たちの研究室の構成員にもつながり、みんなの夢として大きな事業が今動き始めていて、リーダーシップでみんなにつながって進めていくことの実現ができてきたなと思っています。

では、もう一つのテーマになりますが、国際的、国内的なアカデミー活動をしているということをお話したいと思います。この言葉は、WHOコラボレーションセンター学会のときに、当時のChief Nursing OfficerであったElizabeth Iroさんがくれた言葉なのですが、“If you don't have a seat at the table, bring your own chair.”という言葉で、看護職・助産職はこういったハイレベル会合のような場になかなか呼ばれないということがあります。でも、自分たちがそこに届けられる、何か貢献できると考えるのであれば、自分で椅子を持って行って、そこにポジションをつくってでも、ちゃんと参加するべきだとおっしゃってくれています。

そういった言葉に励まされて、私は2017年から日本学術会議の若手アカデミーに所属しています。最初は日本学術会議が何なのかも全く分かっていなかったのですが、日本助産学会の諸先輩に「若手の集まりがあるみたいだから、新福さん、応募してみてください」と言われて「はい、分かりました」と言って応募してみたところ、それが日本学術会議であって、とても優秀な若手研究者たちが集まっていて、そこに私がぽんと入れてもらえることに

なりました。

この中で、24期になったときに誰か副代表をやってくれないかということがあり、私は国際委員長ぐらいならやってもいいよと手を挙げていたのですが、委員長と言わず副代表をやってよという話になりまして、最終的には分かりましたということで合意をしたのですけれども、なかなかこういった研究者の学際的な団体の中で、看護・助産がそもそも入るとということが当時珍しかったですし、そこでリーダーシップのポジションを取るということも全く予想されていませんでした。私自身も予想していませんでしたが、せっかくお声掛けいただいたので、元々なかったようなチェアに急に座れることになったので、せっかくならやってみようということでさせていただきました。

日本学術会議若手アカデミーが何をやっているかということ、まず研究者同士の横のつながりというのがまだ非常に薄いのではないかと、非常に分野が細分化されていて、自分の分野の中では知り合いもいるのだけれども、違う分野になったら全然話したことがないということがよくあるかと思いますが、同じ若手研究者である限り、似たような課題や抱えている思いがあるはずだということで、横のネットワークをつくって科学者同士がつながるということがあります。また近年科学者、大学の先生と一般の市民の方が何か一緒に行くという機会がすごく減っていて、何か大学に期待することはありますか、科学者に期待することはありますかといろいろな方に聞いても「へっ？」という感じで、一緒に何かをやるという感覚がないのが一般だと思っています。一般の方にも一緒に科学というものを考えていただいて、一緒に課題を解決していこうということで、市民とともにつくる学術というのを広げていこうという取り組みと、もう一つが若手アカデミーは海外にも実はたくさんありますので、日本のアカデミーと海外のアカデミーとつながって、国際的なネットワークに参画していくという活動があります。

私は主にこの国際的ネットワークの活動に参加させていただいているのですが、その主なものがグローバル・ヤング・アカデミー（GYA）という世界の若手アカデミーの団体で、200名の現役メンバーで構成されています。5年間の任期があり、それを終わるとalumni（卒業生）になりますので、そのalumniのネットワークが広がっていて、今500人ぐらいの人数になっていると思うのですけれども、alumniになってもいろいろな活動に参

加できますので、どんどん世界中にネットワークが広がっています。

私も当時せっかくGYAに入れていただいたので、リーダーシップの選挙がありまして、ちょっと出てみようかなということで選挙に出まして執行役員の1人を担っていました。科学者団体というと、看護の外に出るとほとんどが男性なのですが、GYAにおいては非常に女性活躍が推進されていまして、この当時はほとんどが女性で男性がポツポツといるというような執行役員の体制になっていました。また、この団体の中でも看護・助産のメンバーは1人でしたので、私がどんな活動をしていて、どんな研究をしているのかをお伝えすることで、世界中の科学者たちに看護・助産は研究をきちんとやっていると、科学者の1人であるということアピールしてまいりました。

GYAのことを少しお話しさせていただくと、ビジョンとしては“Science for all; science for the future”ということで、若手として未来をつくっていく。また、若手研究者というのは概して国の中でなかなか声を拾ってもらえなかったり、力が弱いということがありますので、“To give a voice to young scientists around the world”というのがミッションになっていまして、そういったなかなか声を上げづらい環境にいる若手科学者の声を世界に届けていくということをミッションにしています。

こちらが最新のデータになると366人alumni**がいまして、100カ国からの参加があります。こちらは個人個人で、自分でアプリケーションを出すのですが、研究の卓越性だけでなく社会に対するコミットメント、サービスというところが問われていて、平均は40歳前後になるのですけれども、5年のメンバーシップで5年後にはalumniになるというような仕組みになっています。

学術分野においては、元々は自然科学が多かったのですが、今はソーシャルサイエンス、アプライドサイエンス、人文系も少しずつですが増えてきていて、分野の多様性も広がっているところです。

男女比に関しては多様性の重視というのがありまして、元々は男性対女性が3対1ぐらいの比率だったのですが、今や現役メンバーは女性の方が多くなっていて、また、ノンバイナリーや明かしたくないという方もいらして、そういった方もきちんと自分の性自認を大事にさせていただくというポジションを取っています。

何をしているかということ、いろいろな学会やフ

ォラムなどに参加して若手研究者の声を届けるというのがメインの活動にはなるのですが、文章での冊子も作っていますし、共同研究を一緒にやる場合もあります。一番大きな活動としては、若手のリーダーのネットワークをつくっていく、そして何かあったときにみんなで対処をしていくということをしていて、例えばコロナがあったときには若手科学者として、コロナに関するフェイクニュースが当時流行ってしまっていたので、そういったミスインフォメーションに対する若手科学者の考えを発出したりという活動もしていました。

これも始める前に最初に集会に参加したとき、サイエンス・リーダーシップ・プログラムという、これもリーダーシップを学ぶ機会がございました。

ここで学んだリーダーシップというのも非常に面白くて、ここではコレクティブリーダーシップを非常に大事にしています。ここに六つのリーダーとしての特性があるのですが、例えば他の人を活動中にインスパイアするとか、問題に関わるソリューションを開発するとか、ゴールをきちんと調整して方向性を出していくとか、問題や強みについてアセスメントをする、多様な認識を集める、状況やネットワークを理解するという六つのリーダーシップのスキルがあります。これ全部を1人が担うのではなく、この中で自分は、何が得意で何が得意ではないかということの内省して、自分の強みは生かしていき、自分が強みではないところは、他にその強みを持っている人を探して一緒に組んでリーダーシップを発揮していくということが大事なのだという考え方になります。この話をする時、リーダーというのは完璧にみんなを引っ張っていける人ではないとリーダーになれないと思っていましたと書いてくれる学生さんが多いのですが、そうではなくて、リーダーもちろん完璧な人間ではないので、自分はどこが強くて他の誰かがここを担ってくれるというような、一緒に、コレクティブにリーダーシップを発揮していけば、社会の大きな問題も一緒に解決していけるよという考え方になります。私自身も自分の強みは、国際の場に行くと若手研究者はこんなことをしているのだと伝えて、インスピレーションを出していくことだと思っているのですが、細かい作業や方向性を出していくところはもっと強い人がいるので、一緒に組んでリーダーシップを発揮していこうと考えています。

一つは、G7のアカデミー会合というのが毎年G7会合の前に行われて、これは2019年のときな

のですが、フランスが主催国でしたので私たちもパリに行って若手研究者育成に関する課題や、若手研究者の声を世界中のハイレベル会合に届くように意見を出しました。やはり各国のアカデミーの代表、ノーベル賞受賞者が集まるところなので、従来は高齢の男性、特に白人と呼ばれる方々が多かったのですが、その真逆である私は非常に目立つ立場にありましたので、そのときは会長さんも気に掛けてくれて、若手として意見を言ってください、若手アカデミーで何をしているか教えてくださいと、発表の場を設けてくださいました。そういった国際会議での発言をいろいろな場で繰り返してきたのですが、国内でも当時の政務官や科学技術担当大臣とお話する中で、この当時、若手研究者支援に関する政策議論が進んでいまして、2020年に内閣府から若手研究者支援の包括パッケージが公表されました。私たちの意見を存分に取り入れてくださって、これによって博士課程の支援金が非常に増えましたが、これは包括パッケージによって推進されたものになります。

もう一つはGYAの総会、学会を日本で開催したいというのをずっと先輩方も思っていたのですが、やはり予算組みが難しい、こういった研究活動ではない、学際的に研究者が集まるような活動のための資金集めは非常に難しかったです。たまたま当時私がGYAの執行役員であったときに活動資金の目処が立ちまして、日本で開催しようということになり、2022年に開催することになりました。

コロナによって延期されたりいろいろなことがありましたが、2022年6月、招致当時の代表が九州大学の人だったので、本部を九州大学に置いて、「感性と理性のリバランス：包括性と持続性に向けた科学の再生」というテーマで会議を行いました。当時、外国の方の入国制限がまだあった時期なので、外国の方はハイブリッドで入っていただいて日本の参加者は九州大学に集まる形にしました。結果としては791人、80カ国の参加がありまして、みんなで市民とともにつくる科学とか、持続可能性に向けたキャンパスの在り方とか、科学者のクリエイティビティの重要性とか、若手科学者が社会に貢献するとはどういうことかというところで議論をしています。

少しご紹介しますと、活動の一つとして科学的助言ワークショップ「政策作成のための科学的助言：課題と今後の発展」を開催しました。私たちも内閣府や文科省との対話を続けておりますが、

先輩で科学技術の顧問をされたりという経験がある方もいらっしゃるので、そういう方々と一緒に若手メンバーがグループワークをしながら、どういったことが大事かを話し合うようなワークショップを行いました。

プレナリー1として「社会の中の大学：持続的に包括性のある社会を実現するための公共プラットフォームとしてのあり方」ということで、GYAの共同代表たちと日本においては山極寿一先生、平田オリザ先生、九州大学のキャンパスづくりをされた坂井猛先生にもご登壇いただいて、いろいろな話し合いをさせていただきました。

プレナリー2としては、これは主にGYAのメンバーが多分野で議論したのですが、科学者の社会への貢献に向け、感性と理性の調和を再考する」ということで、やはり論文に偏重されて、論文を出すことばかりにとらわれた科学者たちが社会に貢献することを忘れないように、どのようにしたらいいのかということを手科学者と、サイエンスクリエイティビティで多数の著書を書かれていますDennis Sherwood先生をお呼びして、一緒に議論するというのをいたしました。

また多彩なサイドプロジェクトを設けて九州大学の方に高校生をたくさん集めて英語ディベートなどいろいろなワークショップを行いました。

また、感性と理性をテーマにしていたので、アートの先生にたくさんご参画いただいて、これは植物の一年時計を作って、植物の多様性と季節の移り変わり、持続性といったところを表現していただきました。

これは子どもたちに参加してもらって季節の花時計を作っている様子です。

アートガーデンって何だろう、生物多様性って何だろうというのを一緒に考えていただくようなアート作品になればということで、制作サイドからもメッセージを頂いています。

こちらのアートガーデンの動画はYouTubeにありますので、すごくきれいなプロフェッショナルが作った動画ですので、ご覧いただければと思います。

もう一つ、講堂の前にすごく大きな、電気がたくさんぶら下げられているようなモニュメントが作られてまして、電球が1回だけしか光らないのですが、99個不規則なタイミングで1回きり発光するというアートがあって、この1回きりというところが科学のファクト性、リアル性を手段として用いて事象の不確定性を伴わせることで、感性、

インスピレーションを表現しているのではないかと、このようなアート作品も大きく展示いただきました。どのように光るかという動画です。本当にこれは1回だけで、海外から取り寄せた電球で1回しか光らないのですが、光るときは本当にすごい、強い光が出て、非常にきれいなモニュメントでした。

他にも実はこの大会に合わせたテーマ曲を作ってくださいまして、それをデジタルアートとともに最初の開会式で皆さんに見ていただきました。特に生物との共生・共存をテーマに書いていただきまして、この曲を大会中いろいろなところで使わせていただきました。

終わった後にはカンファレンスステートメントを出しまして、昨年11月に最終版が出たのですが、科学というのは今オープンサイエンスという言葉もありますが、形式的にオープンになっているだけではなくて、一般市民の方が実質的にアクセスしやすく魅力的なものにしていかなければならないということと、社会のために市民の知恵と科学的知識を統合していくことが必要です。また、キャリアの浅い科学者のリーダーシップ能力を育成して、そのような努力をする人を奨励し育成する仕組みをつくっていかなければならないと書かせていただいています。

その1例として、今、若手アカデミーがNHKとコラボしているのですけれども、本当にオープンなだけではなくて魅力的にする、また知識を統合していくという点で、一般市民の方もいろいろな知識や思いを持っている、例えばセミであればセミの写真をたくさん集めていただいて、科学者が「この種類のセミがこの場所に多くいますね」という分析をして、皆さんと知識を共有していくというような試みがNHKとコラボして進んでおります。

このような、看護・助産に限らない、いろいろな活動をさせていただいておりましたところ、2019年、コロナが始まる少し前ですが、国連の科学における女性と少女の国際デーのスピーチに来てくださいと招待状を受けまして、何のことか分からなかったのですが、行ってみたところ国連の本会場で、よく大統領などがスピーチする会場でスピーチをさせていただくというような光栄なことが起こりました。

この会議は、目の前にニューヨーク中のいろいろな背景の女の子たちが集められていて、世界で活躍している女性リーダーたちのスピーチを聞く

ことで、女の子たちをインスパイアするというような目的で行われたものです。私はタンザニアでやっている活動を紹介したのですけれども、私のスピーチの後にトイレで高校生に会いましたら、「あなたの活動に感動した。私もそのような活動がしたいのだ」というようなことを言ってくれて、女の子たちにインスピレーションを与えられてよかったなと思っております。

これは2020年の12月に急にお知らせが届いたのですが、いろいろな活動をしている看護・助産のリーダーを100人集めてお祝いをするというイベントをWHO、国連その他がやっけていて、その1人に選ばれましたということをお知らせいただきました。選ばれたことも何も知らなくて、私の元院生に「先生、選ばれてますよ」と言われて気が付いたくらいなのですが、特に何か副賞があったりするわけではないのですけれども、選んでいただいたということで広島の方では割と大きなニュースになりまして、広島テレビ各局が取材に来て全ての局のテレビに出たというのが副賞のような形になりました。看護・助産の研究者がどんなことをしていて、どのような社会的重要性があるのかというのを伝えるメッセージとしては非常によかったのかなと思っております。

最近では国際助産師連盟3年毎大会で、6月にバリに行つてまいりました。日本助産師会の国際委員長をしておりますので、フラッグセレモニーに旗を持って出たのですが、直前に娘がどうしても一緒に出ると言つてすごく泣いてしまったので、12kgの娘を抱えてフラッグを片手で持つて出ることになってしまって非常に重たかったのですが、この子にも女性のリーダーとしての活動を見せられましたし、みんな周りは助産師さんでしたので子どもが出ることには非常に好意的でしたのでよかったです。こういった、かつては私がいずれこんな立場になったらいいなというポジションに今進みつつあり、今後日本の国際活動をさらに推進していかなければならないと自覚しております。

ここまでいろいろな活動をしてきて、今、WHOの専門グループにお呼びいただいたり、国際助産師連盟(ICM)でもいろいろな立場を頂いたりという形で、リーダーシップポジションを国際的に頂くということができ始めております。また、かつての夢であったタンザニアで医療活動をするモバイルクリニックの始動ももうすぐです。私がずっと胸に抱えている世界中のママと赤ちゃんを笑

顔にというのが、少しずつですけれども実現されてきてよかったなと思うと同時に、今動いていることをまさに成功裏に終わらせていかなければならないとも思っています。

今回何を最後にお伝えしようかなと考えていたのですが、今回テーマをリーダーシップにしましたので、リーダーシップというのは、完璧なリーダー、強い牽引するリーダーになろうということではなくて、自分の持つ弱み・強みを理解して、自分は何ができるのかということの内省するということがまず大事です。その後に社会を変えていくためのリーダーシップを身に付ける、一緒にやっていく仲間を見つけていく、その中で自分の夢をみんなの夢に昇華させることができると、社会は少しずつ変わっていくのではないかと自身の経験から思っております。

最後に、アフリカのことわざを一つご紹介します。“If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.”という言葉がござ

います。「早く行きたいなら一人で行きなさい。遠くまで行きたいなら一緒に行きましょう」という意味です。どうしても優秀な人はさっさと終わらせるために自分でやってしまった方が早いのだというような考えを持つことがあります。でも、社会を変えていく、患者さんのために環境を変えていくというような大きなことをしていくためには、1人ではなかなか成し得ないと思います。さまざまな強みを持つ仲間が集まって、うんと時間がかかっても遠くまで行くということを、ぜひ成し遂げていただきたいと思えます。

では、これで私の講演は終わらせていただきました。ご清聴どうもありがとうございました。

* 一人あたりGDP：国内総生産(GDP)をその国の総人口で割った値

** 卒業生、同窓生、の意味

会長講演

第16回 看護実践学会学術集会

危機をチャンスに変える看護の力 — 看護のポテンシャルとレジリエンス —

中瀬 美恵子

浅ノ川総合病院 副病院長

日時：2022年9月23日(土) 会場：オンライン開催

学会テーマの背景

本学会のテーマは「危機をチャンスに変える看護の力～看護のポテンシャルとレジリエンス～」です。ここで「看護師の力」としなかったところに私のこだわりがあります。看護師一人一人を見つめるばかりではなく、看護そのものが持つ力を考えていました。テーマを設定したのは1年以上前です。まさしく新型コロナウイルス感染症で苦しむ日々でした。この苦しみをはねのける力が心から欲しかったとき、このテーマを設定することで、看護界の未来を明るいものにしたいという前向きな気持ちが湧き上がったことをつい最近のことのように思い出します。

日本が直面する危機

危機とは、極めて危うい状態を示します。先の見えない予測不能のVUCA*の時代に、さらなる追い打ちが世界を襲いました。外部環境の劇的変化です。その一つが、全世界を恐怖に陥れた新型コロナウイルス感染症のパンデミックです。日本は2020年のダイヤモンド・プリンセス号の初感染者確認から、幾つもの波を乗り越えましたが、感染症の位置付けが5類になっても、コロナウイルス感染症が消滅したわけではありません。世の中の行動様式が大きく変化した分、医療側はそのギャップに苦しめられ、現在も第9波のただ中にいます。

二つ目は、日本固有の劇的変化である超少子高齢化社会の到来です。わが国の人口は、2004年12

月の1億2748万人をピークに、今後100年間で100年前、つまり明治時代後半の水準に戻っていきます。極めて急激な減少と言えます。今から27年後の2050年には9515万人になると予測されています。かなり近未来のことです。そのころ、皆さま一人一人はどうなっているのでしょうか。この急激な人口変化は看護界にどのような現象をもたらすのでしょうか。2030年の高齢化率は31.8%、2050年の高齢化率はなんと39.6%になると推測されています。つい最近の統計では、65歳以上の人口は日本が世界一となっています。労働者人口の劇的減少と、看護対象者の高齢化と、それに伴う認知症高齢者増加も十分予測されます。

看護師の感情と行動の変化

ここで、新型コロナウイルス感染症の危機に対し、私たち看護職がどのような反応をしたのか考察してみましょう。パンデミックにより人の命が危険にさらされ、多くの方々が逝去されました。この現象を目の前にした看護師の感情は、最初は三人称、つまり他人の世界観だったのが、次々と感染する人々を目の前にして二人称へ、そして徐々に自分事へと危機が迫ってくる感覚でしょう。忍び寄る恐怖から、ある日突然の恐怖に変わり、脅威、衝撃、不安、怒り、失望など、負の感情が押し寄せ、目の前にある事象をどう乗り切るかじっくり考える時間もなく、根本の解決法もないまま看護を続行するしかない状況でした。PDCAの手法が全く通用せず、一つ一つの事象を

分析する時間もなく、次々に発生する事象に対して反射的に行動するしかなかったのではないのでしょうか。

看護師の行動は時間の経過とともに変化していきました。まずは受け入れるしかありません。目の前に病んだ人が存在すれば、見るのは看護師である自分しかいません。それを自分の存在意義として、反射的に体が動き、無条件で受け入れた看護師も多いでしょう。クラスターが発生したある病棟では、夜勤から引き継ぐ日勤要員がほぼいなくなりました。まさしく災害です。入院患者は変わらず存在するため、他の部署で働く看護師が自ら手を挙げ、勤務を果たしてくれました。しっかりと前を見つめた姿は頼もしく、その勇姿を見たときは感動すら覚えました。

時の経過とともに、見るしかないという受け身の姿勢から、本来の看護に変化していきました。コロナ病床で見た風景は忘れられません。初めは恐れをなして、ただ見守るしかなかった状態から、本来の積極的予防的緩和へ変化していったのです。例えば認知症悪化予防です。認定看護師は、コロナ病床での滞在をなるべく短時間にする中で、看護に何ができるか考えました。なるべく入院前の環境に類似した状態にするため、家にあった身近なものを家族に頼んで持参してもらったり、アクティビティを高めるために塗り絵を勧めたりと、いろいろな働きかけを看護師と共に実施していました。また、ADL低下予防のための看護主導のリハビリをベッドサイドで実施していたことも印象的な風景でした。

当然、この状況を受け入れられず、病院を離れる人もいたことでしょう。当院は幸いなことにそのような経験はしていません。全体を通して受け入れて看護をする、それも能動的なケアとなれば、看護職の価値観は人への貢献にあるのではないかと思います。しかし、この行動変容の背景には、実は幾つもの困難を乗り越えるための支援要因があったと思います。負の感情と目指すべき看護の在りようとのギャップから葛藤が生じ、ほど遠くに感じた本来の目指すべき看護の在り方にたどり着く間、そこには話し合いがあり、対話が生まれました。そして、新たな組織化が起きました。対話はとても重要なキーワードですが、先ほど述べた困難を乗り越えるに至った幾つもの背景要因については、具体事例を通してひもといてみたいと思います。

困難を乗り越えるに至った背景要因

感染危機に対する浅ノ川総合病院での3年間を俯瞰してみると、一貫して続くのは、程度の差こそあれ、知らないことを知ることです。そこから安心が生まれました。感染管理認定看護師を含む医療安全管理部が中心となり、いち早く情報入手と情報共有を行ったことが大きかったと思います。全職員が参加できる自由参加型で、院内状況に応じた頻度で招集がかかり、その場で情報共有と討論が行われました。クラスターが発生したときは緊急招集があり、収束の見通しがつくまで朝夕と開催され、ほぼ全ての部署・部門の管理者が参加していました。その場で言葉のやりとりがなされ、今の状況から何をしたらいいのか、この場合はどうしたらいいのか、病院の診療体制をどうしていくかなどを話し合い、意思決定がされていきました。そこに集まった職員が全員同じ方向を向けるような対話が生まれました。

病院側からは感染対策への投資が積極的になされ、刻々と変化する感染状況がウェブ上で提供され、全職員に周知されました。また、ウェブ上に相談窓口が設置され、不安や恐怖、不満等のはき出し手段として活用されました。感染防御に関しては、職員一人一人の感染に関わる意識向上やスキルアップに対する感染管理認定看護師の貢献度は多大であり、専門職の存在がこれほどありがたかったことはありません。感染対策での疑問や分からないことがあれば、すぐに対応してくれました。今もなお、それは同様のスタンスです。感染にまつわる看護職の業務は増加の一途をたどりましたが、組織が一丸となって業務を分担し、協力し合い、今では事務職員が、看護師の担当だった発熱問診受付を担当しています。

2023年5月に新型コロナウイルス感染症が5類に位置付けられてからは、おのおのが体調を自己管理し、互いに注意し合い、「持ち込まない、広げない」を合言葉に過ごす毎日です。大事なことは、自覚症状が少しでもあれば気軽に相談でき、休むことができる職場風土をつくることです。症状を隠して仕事をしてしまうことが最も危険です。先ほど申し上げた情報共有の場は実に重要です。言いたいことを遠慮なく言い、聞きたいことを遠慮なく聞く場は、緊張感以上に不安解消の場となり、次への行動への安心につながりました。また、垣根を越えた職種間の集合が組織の結束と行動を生みました。組織が変わるときには、みんなが同じ方向を目指せるよう試行錯誤し、コンセンサス

を得ることが必要であると痛感しました。これは危機が一つのチャンスを生むとも言えます。また、看護の現場では、感染患者への対応を初めて体験した看護師から、未体験の人へと、知や技が今も受け継がれています。

冒頭にも申し上げたVUCAの時代、先行きが不透明で将来の予測が困難で正解がない時代には、一人一人が自分で体験したことをしっかり振り返り、思考して行動し、経験値を未経験の人たちに次々と伝え、そして伝えられた人たちが自分で体験し、検証していくことを繰り返す必要があります。ダーウィンは、古の人は大きな変化をどう乗り越えたかということに対して、「生き残る種とは、最も強いものではない。最も知的なものでもない。それは変化に最もよく適応したものである。」と述べています。まさにこの3年間、私たちは困難をしなやかに乗り越え、回復する力であるレジリエンスを強化し、潜在能力や可能性、つまりポテンシャルを顕在化し変化に適応したのではないのでしょうか。

一方で、危機を乗り越えて今があるのは、実は看護師がある意味守られているからとも言えます。考え方によっては、看護職のコロナウイルス感染症との戦いは、道具と方法と知識で守られているのです。お城に例えると分かりやすいかもしれません。例えば、お堀と門は病院の発熱外来、スクリーニング、トリアージに当たります。ここが最初の防護壁であり、明らかな第1関門です。次に病院という城があります。これも建物への人の出入りを制限する一つの大きな防護壁です。その他、感染防御にまつわるさまざまなものが幾重にも重なる防護壁となり、これらに守られる中で、われわれ看護職は目に見えないウイルスと日々戦っています。守られながら、さらに強化されていくナーシングファイターです。ウイルスに立ち向かう武器はワクチンであり、さらに良いものが開発されることを心から願うばかりです。これらの後ろ盾は、戦う看護職を守ると同時に、困難を乗り越えるための強力な背景要因となっていることが理解できます。

感染危機から派生した三つの危機

危機をチャンスとして捉える看護師の存在があったからこそ、変化に最も早く適応できたと考えたいのですが、今回の学会は、今まで語った最大の感染症危機から派生した三つの危機を焦点化しています。

一つ目はハラスメントです。閉鎖的空間の中で最も苦しんだのは患者自身でしょう。もちろんその家族も同様です。やり場のない憤りが看護職に向けられることが多々あり、看護師をさらに苦しめることとなりました。

二つ目は、感染対策等、増える一方の看護師業務です。議論や情報の共有の場が必要です。

三つ目は、臨地実習の中断です。看護学生は、对患者体験をしないまま看護師として入職し、超本番を向かえてしまうことに苦しみます。

また、ITの急速な発展により、知人、友人としか直接会話をせず、ほとんどの会話はSNSで済ませ、見知らぬ人との対話はほほない環境下になりました。看護を見いだす以前に、知らない人と対面で話すことのストレスに新人看護師は苦しみ、戸惑い続けます。新人を受け入れる側の看護師の苦勞もあります。互いに懸命に向き合っているつもりなのに、二者間に大きな溝が発生してしまいます。今回は、この三つの危機の構造が解き明かされることを願っています。一つでも多く、皆さまが前向きに活躍しやすくなるヒントをつかんでいただけると嬉しいです。

チャンスに変えたい大きな時代の変化

命を直接脅かすものではありませんが、IT革命によっても時代は大きく変化しました。2022年時点で15~79歳の人の94%が手元にスマートフォンを持っています。情報を容易に受け取り、発信することができる時代となりました。現在は生成AIを看護の道具としてうまく使っていくことも視野に入れる時代となりました。しかし、ITの活用による対人スキルの脆弱化は看護師にとって致命的です。特に新人看護師は、見る、聞く、話す、察する力が弱い可能性を実習で知るという機会を奪われています。IT革命は、確実に人間形成の段階に影響を与えています。一方で、形を変えて患者・家族面会を可能にし、対面ではない形の集合を可能にしたのもITです。危機となるか、チャンスとなるかは私たち次第です。まさしく危機をチャンスに変える看護の力が発揮されるべきであり、今が大きな転換期です。

あらゆる方面から新型コロナウイルス感染症対策の解決策が見えてくる中、真の意味での危機は人口動態の急激な変化です。これから急速に働き手が少なくなり、2040年に団塊ジュニア（1971~1974年生まれ）が65歳以上になり、支援が必要な人々が増加します。2021年と2022年の2年間で、

死亡者数が出生数を大幅に上回り、出生数がますます減少しています。2022年に78万人が減少しました。これは静岡県浜松市の人口に相当し、金沢市の人口64万人弱を上回ります。毎年このような都市が消失しているのが現状です。人口減が著しく、労働者人口が急激に減少する構図が伺えます。この危機をどう乗り越えるかということが今後の最大の課題です。憂いていても始まりません。この問題を正しく理解し、将来の変化を予測した上で、早い時期から問題解決に着手していくべきです。まずはこの危機をチャンスと捉えることから始まります。

このような危機の中、将来も看護を無事に遂行していくには、意識的に場をつくっていく必要があります。いま一度立ち止まり、看護のタスクをもみほぐして考えるときです。固定観念をほぐしてみ、何をどうしたらよいのか検討し、看護の本質を受け継げる場づくりを創造しなくてはなりません。看護だけでなく、あらゆる人たちが病む

人を支える構造が望ましく、そのためには、人は人にしかできないタスクに取り組み、その他は道具に替えていくことが必要でしょう。一人一人にしっかりと寄り添える場づくりに注目していきたいと思っています。

危機をきちんと捉え、看護の飛躍の時代を創造するのは、今ここに集う看護職です。看護師自身が自分のポテンシャルを信じ、スモールステップ（小さな一歩）を繰り返せば、それらが大きな一歩となることでしょう。それは新しいものを生み出し前進する力です。看護の技を見せて後世に語り継ぐには、一人一人が歴史を受け継ぐ役割を担う認識が必要です。まさに知と技の伝承であり、それは看護職の使命です。この後展開される学会の内容をそれぞれが吟味し、新たなヒントを得て、今後の看護界に何らかの形で貢献されることを心から願ってやみません。

* 先行きが不透明で、将来の予測が難しい、の意味

特別講演 1

第16回 看護実践学会学術集会

看護師の生き抜く力

坂本 すが

東京医療保健大学 副学長

日時：2022年9月23日(土) 会場：オンライン開催

はじめに

私は和歌山県出身で、東京医療保健大学の副学長をしております。本日は「看護師の生き抜く力」というテーマを頂いたのですが、なかなか難しいテーマなので、「看護の原点」から生き抜く力を考えてみたいと思います。先ほど会長がダーウィンの言葉を借りて、専門職として働くことは社会のニーズに対応していくことだと話されました。そのとおりだと思います。人生100年時代に、看護師はどのように考え、どのように仕事をして、どのように専門性を発揮していくかということをお話ししてみたいと思います。

人生100年時代の「働く」とキャリア

人生100年時代、たくさんの人たちが100歳以上になります。日本で2007年に生まれた子どもが107歳まで生きる確率は50%といわれています。少し前に、リンダ・グラットン氏が『LIFE SHIFT：100年時代の人生戦略』という本を出しました。安倍元総理たちが国のあるべき姿を掲げたときに、これを参考にしたのか、この前に考えていたのかは分かりませんが、非常に関係があると思います。リンダ・グラットン氏はこの著書の中で、「寿命が（100歳前後まで）今後伸びていくに当たり、国・組織・個人がライフコースの見直しを迫られている」と言っています。個人ではなく、まず国が考えるのです。

2～3日前の「日本経済新聞」の中で、全日空などが学び直しプログラムを始めると書かれてい

ました。今までのようにただ定年まで勤めてもらうのではなく、学び直しをして違う技術を身に付けてもらうということです。その背景には、健康で他の人の手を借りないで生きられる期間が伸びていることもあると思います。男性では平均寿命が80.98歳ですが、健康寿命は72.14歳です。女性は平均寿命が87.14歳ですが、健康寿命は74.79歳です。2040年には、90歳まで生存する割合は男性42%、女性68%、100歳まで生存する割合は男性2%、女性20%といわれています。

私の時代のライフコースは、教育を受けて、仕事をして、引退するという3段階コースです。私はたまたま東京医療保健大学にまだいますが、はっきり言うと引退している時期です。25歳前後までは教育を受ける期間、25歳から60歳までは仕事をする期間、60歳以降は引退して余生を過ごす期間です。

一方、リンダ・グラットン氏の言う新しいライフコースは、「Explore：自分の生き方に関して考える時期、知識やスキルの再取得（職業訓練、学び直しなど）」「Independent producer：組織に雇われず、独立した立場で生産的な活動に携わる（フリーランスなど）」「Portfolio worker：異なる活動を同時並行で行う（週3回仕事、週1ボランティア、週1NPO活動など）」の三つを行ったり来たりするのだそうです。若者を見ていると、まさにこういう時期に入ってきたと感じます。就職して、そのままずっと続ける人もまだ多いかもしれませんが、すぐ辞めて違うところに行く人も多い

です。私どもの大学の学生も、ある時期は病院に勤めていましたが、今は起業していろいろなことをやり始めた人たちがいます。

日本は、1985年に男女雇用機会均等法が成立し、これにより看護師の「士」が「師」になり、男性も女性も同じ名前と呼ばれることになりました。そして、1991年に育児休業法、1993年にパートタイム労働法、2003年に次世代育成支援対策推進法、2015年には女性活躍推進法が成立しました。これ以外にもたくさんあると思いますが、女性の就労環境を改善する法律が整備されてきていると感じます。2017年9月には政府が「人生100年時代構想推進室」を設置し、みんながただ働くだけでなく、さまざまな立場で活躍する「一億総活躍社会」を提言しました。

それに伴ってかどうか分かりませんが、日本では共働き世帯がとても増えています。看護職は当たり前ですが、他の職種も同様です。1989年はまだ専業主婦が多かったのですが、今はとても減って女性も働き始めました。まだ道半ばではありますが、政府が短時間労働や育休などのサポートをしてくれています。女性の労働力率は過去最高です。非正規、非常勤が多く、正規の女性はまだそれほど増えていませんが、2020年は女性の54.2%が働いており、大変いいことだと感じます。

結婚・出産時期に女性の労働力率が低下するいわゆる「M字カーブ」の底が、1985年は49.3%でしたが、2020年には78.2%まで上がっています。男性のM字カーブは下がっていません。実はスウェーデンの女性も同じような形で下がっていません。

では看護職はどうかというと、女性はまだ下がっています。もう少し上がってほしいと思いますが、30代前半で62.18%と底を打っています。60歳になると男性も女性も同じように下がります。日本は、やはり30代と60歳以降の下がりを改善しなければならないと思います。

看護職が元気に働くには

看護職員の離職率は正規雇用が11.5%、新卒採用者が8.2%です。これはコロナ禍の少し前のデータなので、今はもう少し上がっていると思います。私が看護協会会長だったときは新卒採用者の離職率は7.5%ぐらいでしたから、そのころよりも上昇しています。また、正規雇用看護職員の離職率は、20%以上の病院は21.2%で前年度(10.4%)より倍増しています。これが大きな問題だと思

います。コロナ禍の影響であると言いたいところですが、本当にそうなのかどうかは分かりません。若い人たちの考え方が結構変わってきていますし、病院が働き方改革をコロナ禍の影響でなかなかできなかつた状況もあると思います。

看護部長たちから辞める人たちの理由を聞くと、それを何とかしなくてはと思っていますが、辞める人がいる一方で、辞めないで働き続ける人もいます。この二つのタイプの違いは何なのかというと、職場の働きやすさです。もちろんそれだけではありませんが、働きやすくない職場の人は離職しています。では、働きやすさ、働きにくさとは何なのでしょう。

マーチ・サイモンという人が『オーガニゼーションズ』という本の中で、人が辞める理由はインセンティブだと言っています。インセンティブとは、お金だけではなくありません。人間関係や、やりがい、仕事の中身など、さまざまです。インセンティブは一人一人違う可能性があります。働き続けている人は、お金もそれ以外のものも全てひっくるめて労働と釣り合っているから働き続けているのです。これを組織均衡というそうです。私は和歌山県立医科大学で勤めた後、1976年にNTT東日本関東病院に入職しましたが、給料はNTTの方が安かったです。それでも私がNTTを選んだのは、週休2日制だったからです。ですから、お金だけではなく、一人一人のいろいろな考え方に基づいてインセンティブがあるということを入念に入れてはいけません。これは生き抜く力にも関係してきます。

組織とは、目的を達成するものです。コロナ禍でみんな頑張りましたが、中には辞める人たちもいました。組織を構成している人たちが、その組織の目的に参加しているのかどうか、これを「組織へのコミット」というそうです。コミットするかどうかは、組織がその目的を公開し、一人一人のインセンティブを聞いているのかどうかということが関係すると思います。組織へのコミットメントが高い人は、組織の一員として積極的な参加をします。また、職業へのコミットメントが高い人は、看護の仕事が大好きで、職業の価値を理解し、頑張りたいと思います。職業へのコミットメントと組織へのコミットメントがうまく高まると、その職場のことが好きになります。看護師が生き抜く力には、こういう土台が必要で、単に「あなたは生き抜く力がある」ということだけではないのだと思います。

では、看護管理者の皆さん、看護スタッフの皆さんがコミットしたくなるにはどうしたらいいと思いますか。皆さんが組織に参加して働こうと思うときはどんなときですか。

先ほど会長のお話の中に、コロナ対応について、言われたことやマニュアルでやっていけなくなった、自分自身が考えて発言しなければやっていけなくなったという話がありました。私はこれからの看護というのは、まさにこれだと思います。生き生きと働くということは、組織の中で何か問題があったときや、それを解決するときに、自由に発言できるということなのだと思います。自分がやりたい看護という仕事を選び、看護を発展させていきたい、患者に喜ばれる看護をしたいと思う中で、言われたことをして仮面を被ったように黙々と働くだけでは、本当に生き抜く力にはならないと思います。

若いスタッフは何を考えているのかということについて、面白い動画がありました。石田議員が解説している「21世紀出生児縦断調査精神的回復力の変化」という動画です。若いときから定年まで、あるいは定年を過ぎた方たちが働いている看護職の現場において、働き方を考えるときに一つ注目しなければいけないのは、若者は何を考えているかということです。動画はお見せできないので説明すると、実は若者は、精神的な回復力は結構あるそうです。注意しなくてはいけないのは、未来への希望が微減していることです。それ以外の適応力やコントロール力、何かいいことがあったときにそれに積極的に向かっていく力は、右肩上がりになっていくという結果が出ています。

私は看護大学で学生を教えていて、学生の心の病も見っていますが、この動画を見て、何だ、回復する力はあるのだと驚いた一方で、もしかしたらこれのことかと思うことがありました。2000年のことですが、新人が辞めるときに、疲れ果てて辞める感じがしなかったのです。自分が進むべき道をさっさと選んでいく、すっきりした感じの辞め方を見て非常に驚きました。内定を受けた学生が「もっと私に合ったところが見つかったので辞めます」と言って、ある病院からすごいブーイングを受けて大学の先生が謝りに行ったこともありますが、若い人は自分で社会に適応していく能力が強くなっている気がしました。

Z世代というのはアメリカがつくった言葉だそうです。Z世代が理想とする職場は、「競争意識が低く、お互いに助け合ったり個性を尊重し合う

など、周囲との調和を重視し、多様性を認める姿勢が見られる職場」だそうです。「お互いに助け合う」「お互いの個性を尊重する」を重視する傾向は上がっていますが、「アットホーム」「遠慮せずに意見を言い合える」は下がっています。意見はあまり言わないけれども、誰かが髪の毛を染めてきたら「いいね」と一人一人の違いを認める職場です。「お互いに助け合う」はとても大事だと思います。私も大学で「教育は助け合うことだ」と言っています。それから、理想の上司は「一人一人に対して丁寧に指導する人」「良いこと・良い仕事を褒める人」「相手の意見や考え方に耳を傾ける人」「言うべきことは言い、厳しく指導する人」で、「周囲を引っ張るリーダーシップのある人」は嫌なようです。

最近出た記事を見ても、Z世代は、アットホーム的でみんな仲が良い職場を少し嫌うようです。1週間ほど前の「日本経済新聞」にも、「指導すべきことはきちんと指導してほしい」と載っていました。それはなぜかということ、自分が成長したいからです。ですから、一概に厳しいのは駄目ということではなく、成長につながるような、きちんとした指導が大事であると思います。

私は『わたしがもういちど看護師長をするなら』という本に書きましたが、スタッフのキャリア形成は多様でいいと思います。スタッフが画一的なキャリアステップに乗らなくてもいいし、何か勉強したいのであれば、それをサポートすべきだと思います。また、嫌なことばかり言うスタッフがいたとしても、それは受け入れて話し合いを繰り返していく繊細なプロセスが必要だと思います。

「看護の原点」から生き抜く力を考える

皆さんの看護の原点は何でしょうか。看護とは何なのでしょう。難しく一言では言えないと思います。看護協会は、「看護とは、生きる力を引き出すこと、自分の生きる力を引き出してもらうこと、共に生きる力」と言っています。私も最初はこれがよく分かりませんでした。日本看護協会50周年のときに、当時の皇后陛下（現在の上皇陛下）がおいでになり、看護師に対してメッセージを出されました。インターネットで調べると出てきますが、あえて私なりの解釈で言わせていただくと、「医師と共に、病む患者さんに対して支援していくこと。治療の手段がなくなったときも、そばにいて支えて、生きてきて良かったと言わしめる力。それが看護だ」と言われています。

私はこの言葉がとても好きです。

人間は断捨離をしたり、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）と言ったり、いろいろなことをしますが、結局は生まれてきた生命として最後まで生きるのだと思います。それは90歳まで生きたからいいという話ではなく、時実先生の『人間であること』という本の中にあるように、よりよく生きることが大事なのだと思います。そばにいる看護職も、患者のことだけに目を向けるのではなく、自分のことにも目を向けないといけないと思います。自分は生きるということはどう考えているのか、生きる意味をどう考えて仕事をしているのか。それが仕事に反映する職業だと思えます。ですから、看護職がよりよく生き抜く力というのは、患者と共にあると考えます。

舩添さんが厚生労働大臣のときに、看護師の業務拡大に関する検討会が開かれました。そのときに私は、看護の仕事とは何かという20分間のプレゼンテーションをするように言われました。多くの厚生労働省の課長たちを集めて、そこで私が20分間、看護の仕事について話さなければならなくなったのです。それは助産師として仕事をしてきた私にとって難しく、何を話せばいいのか悩み、1カ月間はうつ状態になるほどでした。保健師助産師看護師法には、看護師の仕事は療養所での患者の世話と診療の補助の二つが書かれています。これを言ってもみんな知っているわけですから、何を言えばいいのか考え悩み、看護の人たちの仕事を見たり、NTT東日本関東病院の事務長に看護についてどう思うか聞いたり、いろいろなことを考えて、看護という仕事を説明しようと思いました。

一般的に思い浮かぶ看護師の仕事は、体位変換や、患者の話を聞いたりすることです。例えばコロナ禍でなかなか面会ができなかったときに、看護師の皆さんは、何とかして助けよう、支えようと思ったはずだと思います。それは一体何だろうかと考えた末、検討会の中でお話ししたのは、看護師は「間隙手（かんげきしゅ）」であるということです。「間隙手」は私がつくった言葉ですが、患者を「深刻な谷間」に落とさないように見張っている人のことです。見張る人は、他にも薬剤師や臨床検査技師、栄養士などがいます。しかし、全体的に見張っていて、何か危ないと思ったらすぐに支える、予測し対応していく職業が看護師なのです。例えば、家族同士のもめ事があり落ち込んでいる患者や、がんだと告知されて自暴自棄になっている患

者に対し、話を聞き、支えていきます。

こういうことは、実は看護計画にはあまり書かれていません。しかし、患者を見て支えています。そして予知が素晴らしいのです。これは外国の文献にあった内容です。看護師が先生に言いました。「この患者さん、今晚危ないです」。先生はデータを見て「大丈夫だ。昨日と同じだ」と言って帰ってしまいました。そうしたら、夜に呼び出されて「患者さんが危ないです」と言われ、患者さんは亡くなりました。看護師に「なぜ分かったのか」と聞くと、看護師は答えられませんでした。でも分かるのです。この話を看護師にすると、みんな「分かる」と言います。自分も分からない察知する能力、これが看護の原点ではないかと思えます。

東京医療保健大学の大学院生たちの研究内容で、「見えている看護」と「見えていない看護がある」のではないかという話があります。「見えていない看護」に対してどう実践するかといったときに、表に見えない看護を見つけて業務の中に組み込んでいくプロセスが大変大事ではないかと思えます。見えているものは業務としてきちんとやります。しかし、その中にもうひとつ見えていないところがあります。これからの看護のポイントは、見えないところをいかに予知し、見抜いていくかということではないかと思えます。よく看護管理者や教育者の皆さんが「感性」と言います。感性だけかどうか分かりませんが、近いものはあると思えます。

そして、自分の中にも、表に見える部分と見えない部分があります。新人にも、中堅の看護師にもそれぞれあって、見える部分はお互いにきちんと話をしますが、実は見えていない部分を引き出すことが、チームで働くときに大変重要です。信念、動機、使命感、価値観、性格は、見えたとしても一部です。ここが引き出せるようになったら、看護がもう少し発展していくのではないかと思えます。

京都大学医学部に初めて哲学の先生が入ったことで有名な澤瀉久敬先生は、よく看護の人たちにも講演されていたようで、「看護婦の仕事、（それは）つまり生に苦しむ者のよき伴侶たろうとする生活態度」と言われています。入院患者たちの家族の話の聞くと、まさにそういう生活態度なのです。看護師にも、業務だけこなしてさっさと行ってしまおう人と、よき伴侶たろうとする人、そして頼られる人がいます。私も頼られる人になりたい

と思います。

それから、増田れい子さんという方が『看護ベッドサイドの光景』という本を書いています。この方は看護師にとっても興味を持ち、ジャーナリストとして、看護に関わるたくさんの人たちにインタビューをしたそうです。看護助手、患者、家族にも話を聞き、そして最終的に1996年にこの本を出版しました。私もこの本を持っていて、会ってみたいと思いましたが、もう亡くなられています。この本の中で増田さんは、「患者さんにも、病院というところは、看護婦の役割をわかるかたちで示せていないと思います。何をしてくれるひとなのか、何ができるひとなのか、患者さんには看護婦の役割がもうひとつわからないのではないのでしょうか。でも、いまようやく病気をなおす過程は、医師の技術とか薬剤とか手術とかそういう医療だけではなくて、病んだ人間がいかにか意欲をかきたてて生きようとするか、それが回復やいのちの維持に大きく作用すると言われるようになってきました。看護とは、人間を人間らしく生かし、また人間らしい死を可能とする人間の仕事である」と書いています。コロナ禍のときがまさにそうでした。最初は多くの方が亡くなりましたが、「看護師の言葉だけで生きようと思った。それから体調がどんどん良くなっていった」という話を何人からも聞きました。これが看護師の素晴らしいところだと思います。

ナイチンゲールも、200年前に『看護覚え書』の中で、「自分自身では決して感じたことのない他人の感情のただなかへ自己を投入する能力をこれほど必要とする仕事は他に存在しないのである」と言っています。がんや脳梗塞になったこともない看護師が患者のそばにいて、何かを予知しているということです。さらにナイチンゲールは、「このことができなかつたら看護師になるな」という厳しいことも言っています。しかし現場の看護師たちは、この力をどんどん磨いていっているのだと思います。

私も最近、病院にかかりました。ドクターと関わり、看護師にもいろいろなことを聞いてみたいと思いましたが、診察室に看護師がいないので、なかなか聞く機会はありませんでした。ドクターは科学的な話をするだけなので、心の悩みの話にはなかなかできず、診察だけで終わってしまいました。

これからの看護に必要な「考える力」

これからの看護職に求められるのは、考える力です。ノーベル賞を受賞した方の家族が子育てについて語っていて、「これはどうするの？」と子どもが聞いてきたら、いつも「あなたはどうか考える？」と返したと言っていました。やはり考える力が必要で、考えず業務を遂行するだけでは何も見つけられません。では、考える力はどのようにするのか。最近、私どもの大学に訪問看護ステーションをつくったのですが、その看護師が言った言葉がとても面白かったです。「訪問看護に行くときはマニュアルを持たせない。持っていったら、それに基づいて仕事をしてしまう。利用者とは会ったときに、自分で考える力がそぎ落とされる」と言ったのです。

なぜ考える力が必要かという、患者像が変化しているからです。長いスパンで病む患者が増えているので、生活と療養の世話を見る必要が出てきます。そして、その患者は人生を歩んでいます。人生を歩んでいる人には業務遂行だけではいけないのです。人生は十人十色ですから、一人一人がこれからの人生をどのように送るかということが重要です。生きる力を引き出すためには、人生を考えるということに介入しないといけません。それがこれからの患者を支えるときのポイントだと思います。なぜかという、これからの患者は、時々通院は必要ですが、ほとんどは生活しながら病を抱えていくからです。そういう人の人生を支えていくことが看護の仕事になるのだと思います。

一人一人について違うことを考えるには、教養が必要です。看護という専門職には教養教育が欠かせません。私なりに考えると、教養とは、一つの問題に関して幾つも答えが出せることだと思います。例えば今、ロシアとウクライナが戦っていますが、「ロシアがいい。ウクライナが駄目」「ウクライナがいい。プーチンが駄目」、たったそれだけの答えではないはず。「この患者を退院させたい」「いやいや、退院はまださせられない」、この二つの対立の中にも、いろいろな答えがあるのではないかと考える力が教養です。詰め込み教育だけでは自分の考えを出すことができなくなります。自分の感性で引っかかったことに対し、問題解決や新しい価値を創造するために果敢に立ち向かう力、自分で一生懸命答えを見いだしていく力が必要です。こんな話をすると、よく「いや、私は考えています」と言う人がいますし、私も考えていると思っていますが、そんなに簡単なもの

ではありません。もっと深く考えていく必要を感じます。

私どもの大学の校歌に「自調自考」とあります。これは自分で調べて自分で考えるということではなく、自らの手で調べ、自らを知り、自らの頭で考えるということです。これがこれからの医療人に必要なことです。医療人だけではありません。これからの日本社会を生き抜くためには、誰かに答えを聞いて生きていくのではなく、自ら考えることが大事です。そして自らを知らなければ、自分の持つ考え方も分からなくなります。

これからの看護職のキャリアビジョンについて考えてみたいと思います。私は看護協会長時代に、年金のコラムを書いてずっと協会ニュースに載せて発信していました。あなたは本当に年金のことを考えていますかということ伝えるためです。60歳を過ぎると突然給料が入ってこない生活になります。私の友達は、開業医、大きな病院など、いろいろなところで働いて、60歳を過ぎたときに年金が7万円や5万円で慌てたそうです。ですから、一生懸命働く中でも、自分のこれからのキャリアについて考えることが大変重要だと思います。自分のことだけではありません。社会のニーズから、看護に求められていることを考えることも必要だと思います。

コロナ禍はほぼ乗り越えたと思いますが、日本の一番大きな問題は人口減少です。そして、私ども団塊の世代が皆さんに面倒を見てもらわなければいけない状況が来ることです。この人口減少と高齢社会に伴う患者像の変化に対応するためには、医療提供体制を変えていかざるを得ません。そこで出てくるのが地域包括ケアシステムです。皆さんがこれから元気に、たくましく生き、看護職として仕事をしていくときに、これが必要になります。

看護協会も、看護師の仕事は病院だけではなく生活全体を見ていく仕事になるというビジョンを掲げました。生命・生活は見ていたかもしれませんが、これからは人生も見ていかなければなりません。老人が亡くなっていくときに、「この国で生まれて良かった」と言う人が多くいる国が、豊かな国なのだろうと思います。そういう意味では日本はまだ豊かな国ですが、「生きてきて良かった」と言う人のそばにいる看護職もどうしても病気になっていくので、これからは他職種と協力して患者の人生を見ていく必要があります。

人口が減少していますが、看護職の数は右肩上

がりで増えています。これはなぜかという、看護師がいい仕事だからと考えるかもしれませんが、実は学校の影響があります。例えば工学部に看護学科をつくる場所もあります。少子化の中で、幼稚園や保育所、学校、塾は生き延びることが大変になります。私どもの大学もそうです。

基本的にはどの学校も学生に来てもらいたいのです。それくらい少子化というのは大きな影響があります。その中で看護職が増えている意味を、ぜひ皆さんに考えてほしいと思います。実は既に看護に関しても定員割れが起き始めています。他の学部はもちろんそうで、この問題を解決するために外国人を受け入れています。このように、看護のところだけを見るのではなく、全体を取り巻く環境を、看護職が持つ全体を見る力でぜひ見てほしいと思います。

先ほどM字カーブの話をしました。30代の人たちと60歳を過ぎた人たちの下がりを見れば、少子化というのは、子どもが産まれないのではなく、子どもを産む人が少ないのです。女性には子どもを産める期間があります。その期間である女性が少ないのです。よりよく生きていくためには、60歳を過ぎた人たちも元気に働ける環境が必要です。日本人は、男性も女性もずっと仕事をしたいと考えます。お金を稼がなければいけないということもあるでしょうけれども、諸外国に比べて、ずっと働きたいという人が多いので、そういう力はお互いに出し合うことが大事だと思います。

専門性の高い看護師も期待されています。専門看護師、認定看護師、特定行為看護師は確かに増えています。私どもの大学でも、プライマリケア看護学領域のNPコースを設置したら結構学生が来ます。しかし、専門性の高い看護師は少数です。私は看護協会長のときに、看護管理者コース、スペシャリストコースなどを出た人たちの看護師としてのキャリアを調べました。そうすると、99%は実はゼネラリストでした。ゼネラリストも大事です。マネジメント、スペシャリスト、研究者、教職員も大事ですが、多くのことを占めているゼネラリストのキャリアを調べると、あまりないのです。ですから私どもの大学では、ゼネラリストの専門性を高めるためのラダーをつくりました。

看護系大学で学ぶ看護職は増えていて、2022年で3072名が入学しています。私どもの大学院のNPコースも2020年から2022年にかけて急激に入学が増えていきます。これは何なのかというと、

岸田総理がリカレント教育を推進するとうちだしました。リカレント教育とは学び直しです。メインは理工系だと思いますが、他の分野の人たちも含まれていて、例えば私どもの大学では、雇用保険に入っている人は大学の授業料が補助されます。人生60年で終わるのではなく、ずっと働き続けられるようにするのが政府の方向性です。リンダ・グラットンさんも「自分にいろいろな鞆を持ってください。看護という鞆だけではなく、もっと持ってください」と言っています。訪問看護だったり、病院に付いていくボランティアだったり、いろいろな鞆を持つことが、日本の少子化にとってプラスになるのではないかと思います。

看護協会のアンケートに回答した50代の就業看護師の9割が定年後も働き続ける意向を示し、そのうち58.9%が「看護職として働き続けたい」と回答しています。日本は本当に素晴らしいです。しかし、多くはゼネラリストです。この人たちに、私たちは、看護という鞆だけを持って人生100年時代に働き続けるのではなく、看護プラスアルファの鞆を持ってほしいと望んでいます。しかし、この人たちには暇がありません。働き方改革のタスクシフト/シェアで医師の仕事を分担しなければならぬかもしれない。寄り添う看護をしなくてはいけない。もっと患者の話を聞いてあげたい。コロナ患者の対応もまだしなくてはいけない。入退院支援をして、生活を見て、多職種連携、後輩の教育、研修、自己研鑽をしなくてはなりません。

研修等で中堅看護師から寄せられる悩みには、「後輩に対する指導に行き詰まっている」「仕事上の目標ややりがいを持つことができない」「子育てがひと段落したところで、今後のキャリアを迷っている」といったものがあります。また、キャリアについての私の話を聞いた人から今年の正月に手紙を頂きました。子育てが大変で、もう仕事を辞めようかと思っていたけれども、もう一踏ん張りしてみようと思った人からの手紙でした。「先生、私はあのとき続けて良かったです。あのとき辞めていたら、何もできなかった看護師としてずっと人生を送っていました。でも、あのとき頑張ったので、今とても元気に楽しく働いています。これは先生のおかげです」。自慢するわけではないですが、私に会った機会をどのように捉えたかということが3枚ぐらゐの便箋に書かれていました。正解は私にもよく分かりませんが、元気に楽しく働いているというところがとても嬉しかったです。

人生100年時代のキャリアコースについて、リンダ・グラットン氏は、一つの会社で終身雇用されて終わるのではなく、ファーストキャリア→学習→セカンドキャリアと学び続けることだと言っています。「持続可能なキャリア」とは、キャリアを通じて、幸福、健康、組織貢献の三つが同時達成される状態を良いキャリアと見る考え方だそうです。60歳を過ぎても同じような仕事をして給料は減るというのは絶対に駄目です。ポイントは、やりたい仕事をする、社会や組織に貢献していると感じること、そして健康です。週5日働くのではなく、誰かと組んで合わせて5日間にするなど、組織と個人の良い関係がないといけません。

そして、ぜひ皆さんにもう一度「私は何に取り組むのか」ということを問うてほしいです。私は何を考えて働いているのだろうか。私のビジョンは何なのか。Senge博士は、「ビジョンとは、自分たちが創造しようとしている未来のイメージである」と言っています。私もこのような年齢ですが、私は何のときに喜び、何のときにわくわくするのかと考えることがあります。最初に感じたわくわくは、看護師長になったときです。もしかしたらこれは向いているかもしれないと思いました。それまでは、ただ一生懸命仕事をしているだけでしたが、看護師長になり、チームのみんなと「こういうことをしない？」と話して、一緒になって何かをしたときにわくわくしました。看護協会でも、大学でも、「何かやらない？」と先生方に話して、反対意見もたくさんあって、「でも、やろう」と決めてそれをしたときに、わくわく感があります。皆さんにも、ぜひそのわくわく感を見つけてほしいです。

バングラディッシュのスマナ・バルア医師がアイデンティティについて書いた詩の中に、このような言葉があります。「私は誰なのか。私はどこから来たのか。どのようにしてここへ来たのか。ここからどこへ行くのか。どのようにしてそこへ行くのか。そこで何に取り組むのか」。バングラディッシュを何とかしようと考えた看護師であり、助産師であり、医師でもある方だそうです。私は看護協会長のときにいつもこの詩を見ていたので、ぜひ皆さんにもプレゼントしたいと思いました。

私はどこで誰とどのように働きたいのか。私は何にわくわくするのか。私はなぜこの組織に残っているのか。何を喜びとして残っているのか。そしてどんなことをしたいのか。自分に問うてみてください。そして看護管理者の皆さんには、これ

らのことをスタッフに聞いてほしいと思います。病院の目標があるからという話ではなく、自分の心の中にあるものを出して話をしてほしいと思います。その中に自分があるのだと思います。

看護師の生き抜く力とは何か。答えはありません。ぜひ皆さんに考えてほしいです。私はこのように皆さんと話をしたり、学会に行つて話をしたりするときに、「さあ、今日もやろう」と思います。そして、皆さんが病棟の悩みなどを出して、それに対して「私はこう考える」「私はこんなことに遭遇した」という意見が出てきたり、さらにそれをみんなで深めていったりすることがとても楽しいです。物事を表面的に通すのではなく深掘りしていく力が必要で、これは、自分が感じたことのない他人の感情に入り込もうとする看護の原点の中に必ずあるのだと思います。

看護師というのは面白くて、例えば胃の調子が悪くて、「もしかしたら胃癌か胃潰瘍かもしれないのであなたのところで診てほしい」と言うと、「いや、ここの病院ではなくて違うところに行つた方がいい」と言った看護師がいます。私の姪も奈良でがんになったのですが、友人の看護師が「その病院じゃなくてこっちに行つた方がいい」と言いました。姪はもう元気です。大事なのは、自分の病院の中で患者を深刻な谷間に落とさないだけでなく、社会的に誰かが言ってきたことに対して、一番良い方法を考えてサポートすることです。看護師が素晴らしいと思うのはここなのです。

私が厚生労働省で話をしなければいけなくなったときに、NTT東日本関東病院の事務長に「一般的に見て看護師とはどのような仕事だと思いますか」と聞きました。その事務長は、転勤してきて初めの3カ月は何となくさい集団だと思ったそうです。しかし、6カ月、1年とたつ中で大変感銘を受けたそうです。なぜかという、看護師が病院のリスク管理をしていたからです。

まとめ

私にとって、看護師が元気に働き続けるためには、組織の中で自由に発言できることが鍵だと思います。患者ニーズは生活モデルへと変化しているので、病気を診るだけではなく、患者の人生が看護に関係してくると思います。看護とは、生きる力を引き出すことだと思います。皆さんも患者の変化を見ながら、自分にとっての看護や生き抜く力とは何なのか考えてほしいと思います。

最後に読みたいものがあります。これはドクターが患者の手記を投稿していて、たまたま私の目に入ったものです。引用させていただきます。入院の折りに看護師ぶりをよく見ていたのです。

看護師は本当に患者のことを分かっているつもりでも分からないし、同僚のことも分かっているつもりでも分からないと思います。未知との出会いを楽しみ、幾つになっても深掘りして挑戦していくことが、本当に生き抜く力だと思います。

特別講演 2

第16回 看護実践学会学術集会

科学的に不安・イライラをなくすストレス解消法

堀田 秀吾

明治大学 法学部 教授

日時：2022年9月23日(土) 会場：オンライン開催

自己紹介

私は元々、言語学という分野でアメリカのシカゴ大学に行き、博士課程を終えました。言語学というのは言葉を科学的に分析する学問で、人はどうやって言葉を話すようになるのか、話された言葉をどうやって理解していくのかという脳内のメカニズムに関することを研究していたこともあり、そこから今の研究に発展しました。

その後、法律学を勉強し、そこでも修士課程、博士課程と進みましたが、博士を取るタイミングで前任校の立命館大学から明治大学に移ることになり、就任の条件で学生の身分であってはいけなかったため、博士課程を辞めなければいけなくなりました。博士論文の内容について2時間ほど口頭試問を受け、正式に認められた段階で辞めました。あとは論文を書き上げれば博士号をもらえたのですが、既に一つ持っているのでもいいかなと思ひ、ずっとおごなりにしているのが実情です。

専門分野は、コミュニケーションを中心にした学問である法言語学です。法律の世界の言語活動を科学的な視点から分析する分野です。分かりやすい例としては、言葉が証拠になるものを分析します。例えば最近一番多い依頼は、文書と同じ人が書いたのかどうかというものです。弁護士や警察の捜査機関から依頼されて分析します。また、この発言は名誉棄損が成立するのか脅迫が成立するのかということを分析して、心理状態に関する鑑定書を書いたりもします。

法律と言語の研究から発展して、最近ではウェル

ビーイングやブランディングについて一生懸命研究しています。実験方法としては、科学と標榜するために脳波計を導入したり、近赤外線分光器という脳の血流を測る機械を導入したりしながら研究活動をしています。

心理学・脳科学の知見を活かして、一般書をいろいろ書いています。近年では特に2017年の『科学的に元気になる方法を集めました』が非常にヒットしたので、そこからはストレスコントロール関連の書籍を書くことが多くなりました。

いろいろな媒体で連載もしていますが、「日刊ゲンダイ」「東洋経済」「PRESIDENT Online」では、どちらかというともメンタルヘルスのことが多く、特に「日刊ゲンダイ」では毎週の連載でヘルスケア部門を担当しています。

こういった知見が一般的に活用できるということで、最近ではテレビにもよく呼んでいただきました。この夏だけでも、日本テレビの「カズレーザーと学ぶ」、フジテレビの「ホンマでっか!? TV」、NHKの「チコちゃんに叱られる!」に出演しました。明日も夜10時半から日本テレビの「カワシマの穴」という番組に出演します。「カワシマの穴」では、どちらかというと言語学そのものの分析をしています。

紛らわしいことに堀田周吾先生という法学者が東京都立大学にいらっしゃるのですが、実は仲良しです。よく学生や一般の方、そして学者からも間違いメールが送られてきます。もし私のことを忘れたら、「明治大学 教授」で画像検索してい

ただければ齋藤孝先生の次に出てくると思います。

学会の講演としては非常に軽いノリなので驚かれると思いますが、内容的には研究に基づいた世界中の知見を提供しますので、お楽しみいただければと思います。

看護師とストレス

看護師の皆さんは、普段から患者、職場、社会と常に向き合って仕事をしており、仕事上のストレスレベルが非常に高いことが、さまざまな研究で指摘されています。また、業界独特のストレスがあることも報告されています。例えば、業務負荷によるストレス、感情的な部分によるストレス、人間関係によるストレスです。特に人間関係は、看護師の場合、患者、医師、同僚、患者の関係者など、普通の職業以上に幅広い人間関係の問題に直面しなければいけないこともあり、非常に大きな負荷がかかります。また、シフトワークで過酷な職場環境であることから、自己効力感の維持が困難になってきているということがRoberts and Grubsの研究でも指摘されています。自己効力感とは海外の研究では非常に注目される部分で、自分が何かをしようとしたときの「自分にはできる」「自分にはそういう能力がある」という自分に対する自信のことです。

他にも責任感、リソースの不足、緊急・不測の状況、専門性の維持、自分自身の健康、道徳的・倫理的ジレンマといった精神的なストレスがありますし、肉体的にも重労働です。もちろん患者の健康を維持することが第一の使命だと思えますが、同時に看護師自身の健康を維持することも、業務を遂行する上で極めて重要ということが指摘されています。

アメリカの看護協会の調査によると、さまざまなストレス下にある看護師たちは、過労などの原因もあり、以下のような急性および慢性的な影響があることが指摘されています。うつ病、不安、疲労、筋骨格系の問題、感染症、高血圧、心臓病、消化器系の問題、睡眠障害、認知機能の低下など、あらゆる問題が起きています。

Liらの研究によると、職業ストレスとバーンアウト感が高いほど、皆さんの生活・人生にも大きな影響があることが指摘されています。バーンアウトとは、簡単にまとめると感情の枯渇、情熱や興味を失うことです。また、人間関係が億劫になってしまい、やりがいや達成感もなくなってしまいます。いわゆる燃え尽き症候群と呼ばれるもの

です。

とはいえ、皆さんが置かれている環境を変えるのには限界があります。自分の周りのものを変えることほど難しいものはありません。人は自分の思うようには動いてくれませんし、社会も自分の思うとおりに動いてくれません。世の中というのはそういうものですから、結局は、自分に降りかかってくるストレスを自分で対処することが大切になります。

ということで、今回の講演では、心理学や脳科学の世界の学術研究において提案されている日々のストレスに対応し、ウェルビーイングを促進するための方法を考えていきたいと思います。

元気になる技術

皆さんに必要なのは、元気になるための技術です。そもそも元気とは何かというと、『スーパー大辞林』では「活動のもとになる気力。また、いきいきとして活力の盛んなさま」と定義されています。気力ですから、結局、元気というのは心の問題です。元気がどうかは心で決まると言えると思います。

脳をコントロールすれば、元気を維持したり元気を出したりすることができると考えています。今日は最初に脳と体の関係をおさらいした後、脳をコントロールして心の元気を体のアクションで作り出していく方法を紹介していきます。

脳をコントロールする方法は、大きく分けて三つあります。医療従事者の方々にとっては釈迦に説法だと思いますが、脳は頭蓋骨という暗い空間の中に閉じこもっているため、自分自身では何も感じることができず、見ることも聞くことも触ることもできません。体から送られてくる情報を集約し、常にモニターし、判断し、自分の体を最適に持っていく方法を考え、指令を出しています。ですから、まず脳に嘘の情報を送ることで脳をコントロールします。それで脳を騙すのが一つ目の方法です。

二つ目は、体から送られ脳に入ってきた情報に、本来の解釈とは違う解釈を与えることによって脳を騙す方法です。

三つ目は、脳を騙すというより、元々脳が持っている性質や機能を利用して元気を出す方法です。

ここで述べる脳と体の関係について、まずは前提を提示しておきます。例えば私たちがジャンケンをするときは、頭の中で「よし、今からグーを出すぞ」と考えて出しています。つまり、考えが

あって行動が起こる、これが一般的な常識だと思います。しかし、最近の脳科学や心理学では、その逆が通説になっています。ジャンケンでグーを出すときは、グーを出そうとする体の準備をする信号が先に出て、そこから考えが出てきている。つまり、体のアクションが先で考えが後ということです。これはカリフォルニア大学のLibetが1980年代に言い始めたことです。身体運動が実際に始まるタイミングをゼロとすると、思考の信号（脳波）はその-150ミリ秒（1000分の150秒）前に反応しますが、体の準備を表す信号はそれよりはるか前、-550ミリ秒のところで出ています。つまり、体の準備をする信号の方が、思考の信号より-350~-400ミリ秒早く出るということです。

これが大変な話題を呼び、議論も呼んでいます。特に法学では、こういうことを言われてしまうと故意性が怪しくなってきます。「自分の意思があり、その意思の下にこういう行動を起こしたのだから、この犯罪は故意の犯罪だ」というのが通説だったのですが、Libetの実験結果はそれを真っ向から否定するものなので、責任という概念において法学会では非常に議論を呼んでいます。

先ほど脳を騙す方法を二つ紹介しましたが、実例を見せた方が分かりやすいでしょう。まず、背中を丸めてしょんぼりと縮こまった姿勢で歩くグループと、普通のスキップよりかなり大きく手足を動かして元気に歩くグループの二つで調査しました。

アクション後に元気度（幸福感・絶望感・楽しい記憶・悲しい記憶）をどのくらい感じているかチェックしたところ、元気な動きのグループの元気度は大幅に向上し、統計的に有意な数字が出ました。しょんぼりした姿勢のチームは、実験前のチェックで元気度の高かった人たちですら大幅な低下が見られました。姿勢一つ、動き一つで人間はこんなに変わるということです。元気な動きをしていたから、脳が「私は今すごく元気なんだ」と誤解して、「じゃあ、もっと元気になるように体を整えていこう」という指令やアドレナリンを体に出し、それで元気度が上がったのです。

2016年にサンフランシスコ州立大学のPepperが同様の研究をしています。後ろにいる人が前に座っている人の手を下げようとして、前に座っている人は力をどれくらい発揮できるのか、被験者に感じてもらう実験です。きりっと座っている人と、しょんぼりと座っている人の手を後ろから下げると、きりっと座っている人の方が明らかに強

い力を発揮することができ、正しい姿勢は被験者の信念や意識、つまり心の元気にも影響を与えることが分かりました。

もう一つの脳を騙す方法は、入ってきた情報の解釈を変える方法です。その代表的なものがハーバード大学の心理学者、Brooksの研究で、最近アメリカの学会で非常に流行っているReappraisal（捉え直し）という方法です。この実験では、100人以上の参加者に、見知らぬ人の前で歌ってもらったり、ビデオカメラの前でスピーチしてもらったり、計算問題をしてもらったりと、比較的ストレスが高めな課題をしてもらい、そのパフォーマンスを計測しました。行動に入る前はみんな緊張状態にあり、「私は不安だ」と言うチーム、「私はわくわくしている」と言うチーム、何も言わなかったチーム、「私は落ち着いている」というチームなどがあつたのですが、課題の後、「私は不安だ」と言ったチームは50%前後しかパフォーマンスを発揮できず、一方で「私はわくわくしている」と言ったチームは80.5%もパフォーマンスを発揮したのです。他にもいろいろな実験をしていますが、どれも「わくわくしている」と言ったチームは良いパフォーマンスを見せていました。

不安な状態と興奮している状態は、生理現象としてはかなり類似しています。冷や汗をかく、顔がこわばるなど、身体的には似たような状況ですが、脳が自分の体に異変を感じたときに、「これはわくわくしているんだ」という解釈をするか、「これは不安なんだ」という解釈をするかによって、次の脳のアクションが変わってきます。興奮してわくわくしているなら、もっとエネルギーを送ろうとしますし、不安なら防御するように働き、より縮こまってしまいます。そういう現象が、パフォーマンスを上げたり下げたりすることにつながったと考えられます。

チャットを使って皆さんに伺いたいと思います。皆さんがストレスをためないために普段していることはどんなことですか。逆に、ストレスをためないために、しないようにしていることは何ですか。

「おいしいものを食べる」「人に愚痴る」「友人と話す」「家では仕事のことは考えずに切り離す」「カフェで飲む」。さすが皆さん医療系なだけあって、非常に効果的な行動が多いですね。今日はその科学的根拠をお話できるとと思います。皆さんの行動は正しいということが分かり、これからは自信を持ってやっていただけるようになるので

はないかと思います。「歌を歌う」、これもいいです。実はそういう実験があって、カラオケでストレスを解消できることが分かっています。「犬と遊ぶ」、これはペットセラピーとして有名で、海外では効果があるといわれています。

元気になる方法クイズ

次はクイズ形式でいきたいと思います。

第1問「気分よく週明けの仕事を始めたい（皆さんの場合はシフト制で必ずしも週明けではないかもしれませんが）。朝、布団の中からスタートダッシュしなければいけない。さあ、何をすべきか」、次のA、B、Cの中からお答えください。A「1分間変顔をする」、B「大きく深呼吸する」、C「楽しかった思い出に浸る」、皆さんはどれでしょうか。

圧倒的にBが多いですね。実は全て効果的なのですが、最近の研究でよくいわれている方法はC「楽しかった思い出に浸る」です。意外だだと思いますが、ケンブリッジ大学のアスケルンドらの研究で、427人の被験者に合図とともにネガティブな記憶とポジティブな記憶を思い出してもらった結果、ポジティブな記憶を思い出した人たちは、ストレスによって引き起こされたコルチゾール値の上昇が減退したのです。

朝はモーニングコルチゾールといって、コルチゾール値が一番高くなる時間ですが、布団の中で1分間、楽しかったことを思い出すだけでコルチゾール値が下がり、気分が改善し、さらに「私は駄目だ」「今日もうまくできないかな」という自己否定感が減少しました。起きてすぐに、しかも体を動かさずにできることです。こんなに簡単にできるなら、やらない手はありません。起き抜け、まずこれから始めてください。

第2問「元気な人は朝から活動的な人が多い。午前中、元気に仕事をこなしていくために、ジムに行ったりする時間はないけど私も運動しないと！さあ、何をするか」、A「いつもより長めに歩いてみる」、B「階段を息が切れるまで上り下り」、C「逆にエネルギーを消耗しないように何もしない」、皆さんはどれだと思いますか。

CとAが圧倒的に多いですね。Bもあります。答えはBの「階段を息が切れるまで上り下り」です。もちろんウォーキングも効果はあると思いますが、中程度の強度の運動が大事です。これはRandolphとO'Connorたちの研究で、一つ目のグループにはカフェインを摂取してもらいました。カフェインを摂取すると注意力や集中力が上がるという他

の研究結果もあるので、これが一つ目の条件です。二つ目のグループはプラセボで、「これを飲むと集中力や注意力が上がります」と言って栄養剤を渡しました。三つ目のグループは階段の昇降運動で、30階分を10分かけて上り下りするという、少し激しい運動をしてもらいました。その結果、カフェインを飲んだチームと少し激しい運動をしたチームは、注意力や記憶力には大きな差は出ませんでした。運動したときには作業に対するモチベーションが向上し、やる気が出てきました。ここがポイントだと思います。運動を少しするだけでモチベーションが高まるというのは、仕事をする上で結構大事だと思います。

運動の素晴らしさは、いろいろな研究でいわれています。例えば山口大学の佐々木氏らの研究では、被験者にラジオ体操をさせた後にボールのドリブルやジョギングをさせました。心拍数は120～140ぐらいです。エアロバイクを漕いでいるときに120ぐらいなので、少し激しい運動です。その後、計算をさせたところ、解答数と正答数の向上が見られました。つまり、運動してからのほうが、頭がよく働いている状態で仕事ができるということです。運動をすると血流が良くなります。脳は酸素と糖分で動いており、酸素は血液に乗って脳に運ばれるので、血流が良くなると脳にどんどん酸素が送り込まれて、脳の活動が活発になります。圧縮酸素を吸うと脳が活性化するという実験結果もよく知られていると思います。圧縮酸素なしに効果を出す簡便な方法が少し激しい運動です。

われわれ人類の歴史は、ホモサピエンス（新人）と呼ばれる歴史が約20万年、その前の旧人まで合わせると約500万年あります。アウストラロピテクスは約200万年間ほとんど進化しなかったといわれています。それに比べてホモサピエンスはまだ20万年しか歴史がありません。しかも文明が発達したのはここ数千年の話です。2000年ほど前までは東京のほとんどが海でした。平安時代になっても、京都で雅な生活をしている人たちがいた一方で、人里離れた島まで行くと、石器時代さながらの生活をしている未開の人たちがまだまだいたそうです。人類の長い歴史から考えると、文明が発達したのはほんの数分前の出来事ですから、心も体も進化が追い付いていないと考える方が自然です。ですから、私たちの行動原理や体のメカニズム、心のメカニズムを考えると、石器時代の生活までさかのぼって考えると非常に納得いくものが多いということで、最近、進化心理学が注

目を浴びています。

昔の生活を考えると、私たちは体を動かしてなんぼの狩猟生活が主で、農耕生活にしても朝から体を動かして仕事をするのが基本で、体を動かすことが何よりも大事でした。人間の進化も、人間が他の動物より体を自由に、特に手先を自由に動かせたおかげで脳が急激に発達したのです。体に合わせて脳も発達していったわけですから、体が先で心が後ということがよくいわれています。

第3問「仕事に気乗りがしない。ああ、やりたくない！でも、どうしてもやらなければならない。さあ、どうするか」、A「割り箸をくわえて無理やり笑顔を作って仕事をする」、B「いったん熟成し、数時間後に取りかかる」、C「部下に代わりにやらせる」、皆さんはどれでしょう。

さすがにCは選びませんね。正解は「割り箸をくわえて無理やり笑顔を作って仕事をする」です。いろいろな人が同じような実験をしています。Strackらはフェルトペンを使いました。口をすぼめるように唇だけでペンをホールドしたチームと、横にくわえて口角が上がり、笑顔のようになったチームと、ただペンを持っていて表情は自由なチームで実験したところ、無理やりにも笑顔を作っていると、やっていることを楽しく感じるということが分かりました。やる気がなくてもやっていると楽しくなってくる。これは皆さんも普段感じていると思いますが、東京大学の池谷裕二先生は「やりたくなくても、やりだすと脳はエンジンがかかる」とよく言っています。楽しく感じるには、笑顔でいることが第一です。ちなみに、唇をすぼめて無理やり不満顔を作っていると、やっていることがより大変に感じてしまいます。

これは表情フィードバック仮説というものです。科学なので、当然これを否定する意見も出ていますが、他にもたくさんのこの仮説を肯定する研究結果が出ているので一概には否定できません。実際にやってみると、やはり笑顔でいる方が楽しいと感じると思います。

これに関連して、「フキハラ（不機嫌ハラズメント）上司になってはいけない」という話があります。不機嫌な顔をして職場にいと周りにも迷惑をかけるからです。顔だけではありません。PorathとErezらの研究では、直接暴言を吐かれた人は処理能力が61%、創造性が58%下がりました。自分ではなく自分の所属しているグループに対して暴言を吐かれても、処理能力が33%、創造性が39%下がりました。もっと驚くことに、他人

が暴言を吐かれているのを見るだけで、自分の処理能力が25%、創造性が45%も下がってしまいました。人前で叱るのは良くないということがよく分かります。叱ったことで仕事の効率は良くなり、逆に周りの人たちの仕事の効率も落ちてしまうことが示されています。

どうせなら笑顔振りまいた方がいいのではないかと、Kleinkeらは、ポジティブな表情の写真とネガティブな表情の写真を見せて、自分もその表情をして、見た人に自分の表情が伝わるようにしてもらった実験をしました。これをやると、自分の感情とは別に無理やり笑顔や困った表情を見せなくてはいけないのですが、ポジティブな表情をしていた人たちは自分の感情もポジティブになっていったそうです。自分が笑顔でいるという信号が脳に送られると、「今、自分は楽しいんだな。じゃあ、もっと楽しくなるようにしよう」と、脳の報酬系や快楽系を活性化させる作用があります。脳は、常に体の信号を見て、自分の体の状況を判断し、最適化するように努めているので、この作用を利用しようという実験です。

楽しいから笑顔になるのではなく、笑顔だから楽しくなるということのスローガンとして心に持ち、なるべく笑顔で仕事をした方がいいです。実際に、笑顔の人を見ていると自分がハッピーになるという研究がありますし、笑わない人は死亡率が2倍になり、心臓疾患の確率も高くなるという日本の研究もあります。しかめ面をしていてもいいことはないということをよく覚えておいてください。

第4問「大事な商談に、モチベーションを上げて、勇気と自信を持って臨みたい。さあ、どうするか」。商談ではなくてもいいです。少し不安で緊張するような状況でどうしたらいいと思いますか。A「壁にガンガン頭を打ち付けてみる」、B「取りあえず偉そうに座ってみる」、C「机に突っ伏して精神統一する」。

ほとんどの方はBかCです。正解はB「偉そうに座る」です。必ずしも座っていなくていいのですが、コロンビア大学のCarneyとハーバード大学のCuddyらの研究チームが2010年と2012年に行った研究で、背筋を伸ばして少し偉そうなパワーポーズ（ゴリラの威嚇のようなポーズ）で座った被験者と、しょんぼりと背中を丸め縮こまるような姿勢で座った被験者の唾液を検査し、テストステロン値やコルチゾール値を調べた結果、背中を伸ばして座った被験者はテストステロン値が20%

も増加していました。テストステロンは、決断力・積極性・攻撃性・負けず嫌いといった心理状態と非常に深い関係があります。Cuddyの説明では、サルはボスザルに就任するとテストステロン値が上がり、コルチゾール値が下がるそうです。それと同じことが人間にも起こるわけです。コルチゾール値が低下するとストレス耐性が向上するというのは、皆さんもご存じではないかと思います。

ボスザルがなぜそういう資質を持つようになるかということ、群れの中で強い存在でなければならず、決断力・積極性・攻撃性・負けず嫌いといった資質が要求される立場になり、体がそのように反応するからです。これは石器時代から続いている動物としての人間の性質、あるいはヒトとサルが分化する前あたりからの性質かもしれません。強くなくてはいけないとき、人間は胸を張り、脳も威嚇したり挑戦したりするのに最適な状態に持っていくように反応するということです。

背筋の実験はいろいろな人が実施しています。Nairらの実験では、背筋を伸ばした被験者と背筋を丸めた被験者に、文章を読ませたりストレスの高まるスピーチ課題などをさせた場合、背筋を伸ばしていた被験者たちは、背筋を丸めていた被験者たちよりも自己評価が高く、気分も良く恐怖心も少なかったそうです。姿勢一つでこんなに変わるのです。確かに、元気な人は姿勢のいい人が多いです。しょぼくれている元気な人は、あまり見ません。心と体がリンクしていることが分かると思います。

うつ患者の大半は背筋が丸まっているという報告もあります。Wilkesらの研究によると、軽度・中程度の61人のうつ患者にただ胸を張ってもらっただけで、肩をすぼめていた被験者たちよりもよく話し、積極的になり、ポジティブな気持ちになり、不安も減少したそうです。ただ胸を張るだけで人間はこんなに変わるのですから、いかに背筋を伸ばしていることが大事か分かりますし、実際に背筋が伸びている人は格好良いです。

見た目や佇まいが格好良くなるので、私もメディアに出るときは背筋矯正ベルトを着けるようにしています。それだけで見た目が随分良くなります。当然、メディアというのは数百万人の人が見ることが前提なので緊張感もすごいです。しかし、背筋を伸ばすことでだいぶ緩和されますし、落ち着いて話せるのです。皆さんもここぞというときは、ぜひ背筋を1～2分伸ばしてから臨んでください。

第5問「嫌なことがあった。今夜中に忘れて、明日また元気で出勤したい。さあ、どうするか」、A「やけ酒を飲む」、B「サンドバッグをたたく(ものに当たってストレスを解消する)」、C「ふて寝をする」、皆さんはどれですか。

意外にBが多かったので驚きました。答えは、「全て逆効果なのでどれもやらない方がいい」です。ついやりがちですが、実はどれも良くありません。

まず、やけ酒がいけない理由ですが、東京大学の野村氏と松木氏のマウスを使った実験で、アルコールは恐怖の記憶を強化してしまうことがはっきりしています。これは嫌な気持ちで酒を飲むことがいけないのです。楽しいお酒ならいいのですが、基本的にアルコールは悪い記憶(マウスの場合は恐怖の感情)を強化してしまうことが分かっています。アメリカ国立衛生研究所のHolmesらの研究でも、アルコールを常に飲んでると嫌な記憶を消す能力が下がってしまうことが分かっています。基本的にアルコールと記憶の実験では、あまり良い結果は出ていません。やけ酒はしない方がいいです。どうせ飲むなら、友達と一緒に会話をして楽しいお酒を飲んでください。楽しい気持ちがあることが大事です。一人で飲んでしまうと、どつぼにはまるのでやめましょう。

ものに当たる系の実験もあります。オハイオ大学からミシガン大学に移ったBushmanという人がすごく面白い研究をたくさんしているのですが、その中で、夫にイライラしているときに人形に針を刺してもらおうというものがあります。糖分が足りないと針を刺す本数が多くなったのですが、何と用意した51本を全部刺してしまった妻もいました。本当に面白い研究ばかりする人で、イグノーベル賞も受賞しています。

この人の別の研究で、パンチングバッグ(床から出ている棒の上に丸い球が付いているもの)をパンチすればストレスが解消できると被験者に言った上で、パンチしてもらった実験があります。プラセボも期待しているわけです。ところが結果を見てみると、何と怒りが収まるどころか、関係ない人にまで攻撃的になってしまいました。パンチのような攻撃的な行動は八つ当たりを生んでしまうので、あまりしない方がいいということです。もちろん運動自体はストレス解消効果がありますが、パンチのような攻撃的な行動をすると、アドレナリンが分泌され、体は攻撃系に最適化されてしまいます。

Liuらの研究では、男子学生73人に嫌悪感を与える映像を2日間にわたってたくさん見せた後、①30分後にどれだけ覚えているかテストしたチーム、②そのまま一晩眠って翌日どれくらい覚えているかテストしたチーム、③美しい女性や景色の写真など、いい気持ちになり気分転換できるような写真を見て、30分後に嫌な映像をどれだけ覚えているかテストしたチーム、④嫌な映像を忘れる行動をして、そのまま一晩眠って翌日テストしたチームで実験が行われました。

その結果、①と②に違いはなく、③は嫌な記憶が3分の1に減少していました。すごく大きな違いだと思います。嫌なことがあったら、いいドラマを見て、いい気持ちになって寝ることが大事です。必ず楽しいことで気分転換してから寝てほしいと思います。ご存じのように、記憶というのは寝ている間に定着します。作業記憶・短期記憶のところにあったものが長期記憶に保存される書き込み作業は寝ている間に行われるので、寝る前に楽しいことをしておくことが大事です。

第6問「気に障ることをされたり言われたりして、怒りがふつふつと湧いてきた。さあ、どうするか」、A「拳を握る」、B「SNSで悪口を書く」、C「もちろん、倍返しだ!」、皆さんはどれでしょう。

全員A「拳を握る」ですね。正解ですが、握り方にポイントがあります。Petersonらは、右と左の拳、どちらを強く握るかによって他人への攻撃性がどう変わるのか調査しました。ゲームをさせ、妨害音を鳴らしてイライラさせた後に、右手を強く握った参加者と左手を強く握った参加者を調べたところ、何と右手を強く握った参加者の方が左前頭部の活動が優勢で、攻撃行動も多かったのです。脳科学では、左の脳は車というアクセル、右の脳はブレーキといわれています。神経は交差しているので、右手を強く握ると左の脳が活性化し、左手を強く握ると右の脳が活性化します。つまり、頭に来たとき、右手を握ると余計にアクセルを踏んでしまい、もっと攻撃的な行動に移りやすくなってしまうということです。

しかし、これはモチベーションを上げる意味ではいいことなので、うまく使ってほしいのです。モチベーションを上げて頑張りたいときは右手を握ってください。感情を抑えたいときは左手を握ってください。アクセルとブレーキを意識していただくといいと思います。アンガーマネジメントとしては、左の拳を握って右の脳を活性化させる

ことがポイントです。

怒りは周りにも悪影響を与えます。先ほど少し話しましたが、他にもTabakらの研究では、怒りは本人のコルチゾールが増加し、不安・憂うつ感・睡眠トラブル・記憶力や集中力への支障・体重増加など、ストレスの症状が起きる一方、自分を傷つけた相手に融和的な態度を取った場合、コルチゾールが低下することが分かっています。人を許すことは脳にとっても重要なのです。怒りを人にぶつくと周りにも悪影響があるので、自分の中で解消する方がいいです。そうすれば自分自身のストレスも下がりますし、周りも作業効率が下がらずに済みます。とにかく「怒っても良いことは起こらない。良いことを起こしたいなら怒らない」が大切です。

捉え方で心は変わる

いろいろな研究を見回してみると、入ってきた情報を自分がどう捉えるかが全てだと言えます。少し捉え方を変えるだけで気持ちは変わっていくものです。

イラっとすることが起きたとき、その一瞬をやり過ごせばどうにかなります。イフ・ゼン・プランニングといって、「こういうときにはこうする」というルールを自分の中で決めておいて、それを必ず実行してほしいのです。例えばイラっとすることが起きたとき、「来年、このことを覚えているかな」と自問自答してみます。もし覚えていそうだったら、「3年後は覚えているかな」「10年後は覚えているかな」と考えてみるのです。

例えば、道を歩いていて肩にドンとぶつかってくる人がいたときは、痛いしイラっとします。そこで「ちょっと!」といきなり文句を言う前に、「来年、このことを覚えているかな」と考えてみると、よく知らない人にちょっとぶつかられたぐらいで、もう顔を思い出すこともできないし、大体のことは覚えていないのです。飲み会で唐揚げを三つ多く食べられても、来年になれば全然覚えていません。ちょっとしたイライラは、1年ルール、3年ルール、何なら10年ルールを自分の中で設けて「覚えているかな」と考えると、大体覚えていません。許してあげて、やり過ごすのがベストです。

私の好きな言葉で、「事実の一つ、解釈は無限」という言葉があります。同じ事実でも、自分の捉え方によって、イライラする事象が許せる事象に変わります。少しちゃらちゃらした若者が肩にぶ

つかってきたらイラッとしますが、もしその人が視覚障害者で前が見えない状況だったら、逆に「大丈夫だったかな」と思ったりします。物理的現象としては同じでも、解釈を変えるだけでイライラの感情が抑えられるのです。10秒間我慢すれば怒りの炎は消えていくといわれています。6秒間という話もありますが、その6秒間を、捉え直しの時間に使うのがいいと思います。

最近はやったサンクチュアリ・パブリッシングという出版社の『多分そいつ、今ごろパフェとか食ってるよ。』という本があります。傷つけた側、嫌なことをしてきた側は、そんなことは絶対に覚えていなくて、気にしているのはこちらだけです。すごく損ですから、「どうせ向こうは楽しいことをしてるのだから、こっちも楽しいことをしよう」という考え方も大事だと思います。いろいろな捉え直しを試みるのが大事です。

怒りやイライラの感情を表出してしまうと、先ほどのパンチングボールの例のように他人にも被害があります。怒りを他人に向ければ刃となります。イライラしているからといって、八つ当たりしたり、暴言を吐いたりするのも良くありません。その刃を自分自身に向け、「頭にきた、じゃあもっと頑張るやろう」とエネルギーに変換するだけで人生は大きく変わります。成功者たちの話を聞いていると、ばかにされたりした負の経験を、自分を変えるためのエネルギーに使ったという話は多いです。皆さんも、捉え直しを試みるというのは一つの手です。

人間というのは元々忘れる生き物です。19世紀に心理学者のEbbinghausが行った非常に有名な研究では、人は何かを覚えたとき、再度覚え直しをしないと、時間が経てば経つほどどんどん忘れていくというのがあります。思い出さなければほとんどのことは忘れてしまいます。脳というハードディスクには限界がありますから、要らない情報はどんどん断捨離するようにできているのです。忘れる力というのは、新しい情報への対応力です。断捨離することで新しい情報を取り入れられるようにする能力が人間には元々備わっているのです。

考えすぎは無駄

今度は不安について話していきたいと思います。不安というのは、ストレスの大きな原因の一つであり、人間の行動の根本原理です。古代の生活を考えると、われわれは常に危険と隣り合わせでした。動物に襲われるかもしれない生活でした。

し、何なら他の種族に襲われるかもしれない生活で、病気、天候、その他の自然災害もあり、今よりずっと命の危険を目の当たりにするような生活状況でした。

不安があれば、「どうにかしなければ」という感情が働き、それが行動に移され準備・対処ができます。不安なセンサーが発達している人間の方が、生存競争に有利だったわけです。野生動物は恐怖や不安に対して非常に敏感です。人が近づくとすぐ逃げていきますが、人間はそこまでではありません。生存競争における動物の危険に対応する能力は、不安というものに置き換えられると思います。元々人間には、ネガティビティバイアスという、悪い情報に注意が行きやすい認知バイアスがあります。悪い情報に注意を向けておけば危険に対処しやすくなるので、種の保存や生の保持に有利なのです。

ところが、現代は生活が便利になり、危険も減って安全に生活できるようになりました。そんな中で、ある意味時間がありすぎて余計なことを考えてしまうのです。私は考えすぎてしまうのはいけないことだと考えていて、3年ぐらい前に『考えすぎない』人の考え方』という本を出版しました。考えることは悪いことではありません。むしろ非常に重要で、哲学者パスカルも「人は考える葦である。人は葦のようにちっぽけな存在にすぎないが、考えることができることが、人間が偉大な理由である」と言っています。

ところが、時間がありすぎて、そして安全すぎるせいで、余計なことを考えすぎてしまうのです。考えすぎると判断を誤ったり、一步を踏み出せなかったり、煮詰まってしまった、悩んで最終的に心を壊してしまったりして、いいことは一つもありません。私たちは情報に対するネガティビティバイアスもあるので、安全かつ情報がありすぎる社会において、悪い情報が次から次へと飛び込んできて、その中で溺れてしまっている状態です。

考えないことは愚かですが、考えすぎることも愚かだという例を示します。オランダの研究者Dijksterhuisらの研究です。4台の中古車のうち1台はお買い得車です。あるチームには時間を与え、ゆっくり考えてもらいました。あるチームは、他のチームが考えている間にパズルをやらされたせいで、車について考える時間があまり与えられませんでした。その結果、与えられた情報が4つと少ない場合は、どちらのチームも同じようにお買い得車を選びましたが、与えられた情報が12に

増えた場合、よく考えたチームは25%がお買い得車を選び、パズルをやらされたチームは60%がお買い得車を選んだのです。

25%という数字を考えてみてください。100%の4分の1です。つまり、4台の中から当てずっぽうに選んだのと変わらない数字です。考えないチームの方がお買い得車を選べたわけですから、考えすぎは、時間も労力も無駄にしていることになります。

不安になるといろいろ考えてしまいますが、Borkovecらの研究によると、心配事の79%は実際には起こらないといわれています。残り21%のうち16%は、ある程度自分で対処しておけば何とかなるものです。現実化するのはたった5%で、これは天災が起こるレベルに匹敵するそうです。ほとんどのことは現実化しないので、心配するだけ無駄です。

大体の相談事は、ほとんど答えが決まっています。人の相談に乗ってあげたところで、その人は大体心が決まっています、私たちの助言など聞いてくれません。つまり、悩むことに悩み、不安なことに不安になっている状態が多いわけです。否定的なことばかり考えていて、結果を変えることはできないと考えている人には、どんな解決法を提示しても全て否定されてしまいます。そういう人は、別の出来事が起こらない限り、ずっとくよくよ悩み続ける傾向もあります。これは裏を返せば、何か別のことがあれば悩むのをやめることができるわけで、本当は悩まなくていいことをずっと悩んでいたということにもなります。ですから、考えすぎることは無駄なのです。

「でも、考えないでと言われても考えてしまう」という人は多いのではないかと思います。そこで、考えないで済ますためのアクションも大事になってきます。シカゴ大学の行動経済学者Levittが、人生の重要な選択の場面において、自分で決断できない人はどう決断すべきかということ进行调查しました。ウェブ上でコイン投げをさせ、表が出たら「やる」、裏が出たら「やらない」というだけのシンプルなメッセージを与えて、2カ月後、6カ月後に、コイン投げをした人たちがどのように変化したか追跡したのです。

その結果、63%の人がコイン投げの結果に従ったのですが、コインが表だろうが裏だろうが、悩みの解決に向かって何かしら行動した人は、半年後の幸福度が高くなりました。これが全てだと思います。人間は結果に向けて「こうする」と決め

てしまえば、その決断を後悔しないように行動しようとしています。決めた決断に対してわざわざ後悔するように行動する人はいないので、最終的に幸福度も満足度も高くなります。ですから、とにかく決めてしまうことが大事です。コイン投げが行動すべき指針を決めてくれたから、コイン投げをした人は幸福度の向上につながったのです。判断の内容ではなく、判断に対して後悔しないように行動することがポイントです。決めたら、あとは後悔しないように頑張ることです。

第7問、先ほどのDijksterhuisらの研究のように選択肢がたくさんあるとき、A「全ての選択肢を比較して最良のものを選ぶ」、B「満足できそうなものを選ぶ」、皆さんはどちらのタイプですか。結構きれいに分かれましたね。

この2タイプでどんな違いがあるか研究したのがSchwartzです。全ての選択肢を比較して最良のものを選ぶ人は、現代型の生き方です。情報化社会において、これができない人は情弱と呼ばれます。しかし、この研究で全ての選択肢を比較して最良のものを選ぶマキシマイザー（追及者）と呼ぶタイプの人たちは、満足度・幸福度・楽観度・自己評価が低く、後悔しやすく、うつに陥りやすいです。それに対してサティスファイサー（満足者）は、選択肢が与えられても、自分の中で軸を持っていて、自分の中の基準が満たされた時点で選択の比較をやめてしまいます。一番安いものを買うと決めたらそうする人たちは、満足度が高く、後悔が小さいです。

他にもマキシマイザーとサティスファイサーにはいろいろな違いがあります。マキシマイザーは購買に不満が残りがちで、情報が多いが故に「ああ、あっちを買っておけば良かった」と後悔します。他の人と比較しがちで、「こんな生活をしている人があるんだ。うらやましいな」と思ってしまうのもその一つです。SNSをよく使う人は不幸になりがちというのはまさにこれで、人と比較してしまうのが一つの要因です。他の研究者たちも言っていますが、他者との比較は不幸を呼ぶだけです。だから比較しない方がいいです。「自分は自分、これでいい」と思うことが大事です。

マキシマイザーは、情報を集めて損得で物事を考えてしまうので、お金のやりとりをするゲームでケチになりがちです。それに対してサティスファイサーは、自分の中で軸がしっかりしていて、あるもので満足するので、仕事や学校など、置かれている環境や与えられているもので満足できる

傾向があります。

ですから、情報を集めすぎるのも良くありません。集めてもいいのですが、それに対して考えすぎないことが大事です。ストレス対策に必要なのは考えない力と、そのための技術やアクションです。

集中でストレスフリー

第8問「午後、部下たちの仕事の効率が落ちてきた。さあ、どうする?」、A「あと〇〇分だと告げる」、B「応援の言葉をかける」、C「無言の圧力をかける」、皆さんはどれをしますか。

AとBが多いですね。皆さん無言の圧力はかけない素晴らしい上司です。正解はA「あと〇〇分だと告げる」です。もちろんB「応援の言葉をかける」も大事ですが、Aの声掛けに効果があるということは、理化学研究所の水野氏の研究で明らかになっています。自分が見た二つ前の数字と、今見ている数字が同じかどうかを判断することを45分間やってもらいました。疲れますし、飽きてきます。その間の脳の活性度をfMRIで調査したところ、疲れが出てきたときに「あと〇〇分」と課題の残り時間を表示すると、脳の報酬系が活性化して報酬感が得られ、疲労感が軽減することが分かりました。

私も授業でよく言います。毎回15~30分間隔で3~4個の課題を出すのですが、それぞれの課題が終わる数分前に「あと〇〇分で終わるよ」と言うと、学生たちがあまり寝ないのです。終わりが見えることは人間にとって大事なのです。もちろん「頑張れ」と応援することも大事ですが、残り時間を示してあげる方が、直接的に脳の反応が得られることが分かっています。

deBettencourtらの同じような研究では、注意力が落ちているときに「少し落ちているよ」とフィードバックすると、注意力が回復することが判明しています。もちろん声掛けの仕方は大事です。「おいおい、注意力が落ちてるよ」と言うのではなく、もっと柔らかい言い方を考えてください。「〇〇しなさい」「〇〇だよ」と言うより、「みんな疲れてきたね。もうちょっとだから頑張ろう」といった、愛ある声掛けを心がけてください。「ちょっと作業効率が落ちているけど、もうちょっとだから頑張っていこう」というレッツ型と、「あと〇〇分だよ」という表示の合わせ技のような言い方をするといいかと思います。

Wholenessという考え方を覚えてください。Quoidbachらが約3万7000人を対象にした研究で、

ポジティブな感情とネガティブな感情の起こり方を調査した結果、ずっと幸せな人よりも、山あり谷ありの経験をしているいろいろな感情が湧き出ている人の方が精神衛生的に健康で、幸福度が高いことが分かっています。いろいろな経験をした方がいいのです。人生、山あり谷ありでいいのです。嫌なことがあっても「人生はそんなものだ」「そういうことを経験できる方が幸せなのだ」と捉え直してほしいのです。「塞翁が馬」ということわざもあります。

大事なのは、あるがままを受け入れ、「そんなものだ」と考えることです。「人なんてそんなものだ」「社会なんてそんなものだ」「仕事なんてそんなものだ」と考えると、結構気楽に捉えられます。ダイバーシティの時代ですから、いろいろな人がいていいのです。見かけだけでなく、性格もいろいろな人がいます。むかつく人もいれば良い人もいる、それが社会なのです。もしかしたら、人類滅亡のときに、嫌な性格のおかげで、あるいは人と関わらないおかげで生き残るかもしれません。この人のおかげで人類が存続できるという人類最後の希望になるかもしれません。そのように面白おかしく考えると、あんな人がいてもいいかと思えてきます。

心を整える

心を整える上で大事なのは、人間には「現実の自分」「理想の自分」「義務の自分」がいることを知っておくことです。実際の自分と、こうありたいという自分と、こうしなければいけないという自分の間にギャップがあると、人は苦しみます。理想の状態や義務の状態に対し、実際の自分がうまくいっていないと心が壊れます。

Feixasらの研究では、被験者の68.3%のうつ病の人のうち、7割に当たる34.5%が心の中に葛藤を抱えていることが分かっています。これは精神衛生上の健常者の2倍以上です。しかも、葛藤を抱える人の86%は自殺しようとした経験まであり、非常に深刻な問題です。理想の状態と今の状態のギャップに耐えられなくなると、そのような精神状態に陥ってしまいます。「事実の一つ、解釈は無限」で、結局は自分がどう捉えるかが全てですから、自分の中で解決していかななくてはいけないのです。

こうありたいという自分をよく「本当の自分」と言いますが、心理学的には、これは幻想にすぎません。自分の中にいろいろな自分がいませんか。

家族、友人、年上の人、お客さん、恋人、それぞれに対して違う自分を演じていることに気付いている人も多いのではないかと思います。これは決して「演じている」のではなく、それぞれが全て本当の自分の反応なのです。脳が、心が、体がそのように反応しているだけで、どれも本当の自分なのです。人間の性格は、感情、状況、相手などによって変わる流動的なものだといわれています。これを「モード性格論」といいます。日常生活の中で経験するさまざまな状況に合わせて性格は変化するので、本当の自分などいません。自分らしさというのも、ただ自分が好きな自分だけで、ある意味、理想の自分でもあるわけですから、ここを追いかけると心が壊れてしまいます。よく学生が「自分探しの旅に出ます」などと言いますが、大体みんな迷宮に迷い込みます。全国をヒッチハイクして、自分勝手になって帰ってくる子が多く、どうしたものかと思えます。

性格は変えられませんが、状況で自分の性格は変わりますから、状況さえ変えればいいのです。「私は〇〇な人」と言ってしまうこと自体がまずいのです。セルフハンディキャッピングといって、「自分はこうだ」と決め付けると、そういう自分になってしまいます。そうしないためにも、理想と現実のギャップに苦しむときは、まず環境を変えた方がいいです。いろいろな人に会い、いろいろな自分の様子を観察して、自分が好きな自分はどのようなときに現れるのか知り、そういう場所に自分の身を置くようにすることで、随分救われます。自分を変えたければ、まず環境を変えましょう。

私たちは自分で考えて行動していると思っていますが、実は想像以上に自分の意思で行動を決め

ていません。置かれている状況に合わせ、最善の妥協を繰り返しているだけです。ファストフード店は回転効率を良くするために、あえて硬い椅子を用意しています。私たちは座り心地が悪いので長く座る気になれず、店を出てしまいます。逆に良い椅子を置いている店は、ゆっくりさせようという魂胆で置いているわけです。タバコを吸っていた場所に花壇を一つ置かれるだけで、みんなそこでタバコを吸わなくなります。

私たちの行動は、その場に応じて最善の妥協を繰り返しているだけなのです。であれば、それを逆手に取り、なりたい自分にならざるを得ない状況を作り出せばいいのです。会う人を変えてみる、生活のルーティンを変えてみる、これだけで心持ちがだいぶ変わってきます。

まとめ

ストレスマネジメントとして、いろいろなアクションを紹介しました。具体的なアクションと、考えすぎないこと、理想の意思決定を促す環境づくりを実践してほしいと思います。ただ、今日話した内容は実験結果に基づいているとはいえ、あくまでも傾向なので、全員に同じように効果があるとは限りません。成功に法則や王道はないので、紹介したもののの中から自分に合うものを見つけてください。

科学には必ず反論もあります。反論がない科学は科学として成立しないので、笑顔の法則にしても、必ずそれに対抗するような理論や議論が出てきます。しかし、信じるのは自分次第です。効果的だと信じて実践すれば効いてくるプラセボの部分もあるので、自分の中で信じられる方法を実践してほしいと思います。

原 著

病産院の助産師が産後健診に行っている 母親のメンタルヘルススクリーニングの実際

Mental Health Screening of Mothers at Postpartum Health Checkups by
Midwives in Maternity Hospitals: A qualitative Descriptive Study

西 真理子, 米田 昌代

Mariko Nishi, Masayo Yoneda

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

産後健診, 2週間健診, メンタルヘルス, スクリーニング, 助産師

Key words

postpartum health checkup, 2-week checkups, mental health, screening, midwives

要 旨

本研究の目的は、病産院の助産師が産後健診で行っている母親のメンタルヘルススクリーニングの実際を明らかにすることである。病産院に勤務する助産師10名を対象に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した。その結果、【EPDSと観察を組み合わせるメンタルヘルスの状態を確認する】【3つの質問票をカットオフ値での判別以外に活用する】【母子関係を評価する】【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す】【家族の状況や関係性をモニタリングする】【育児状況や生活機能をモニタリングする】の6カテゴリーが抽出された。今回の研究で、質問票を組み合わせるスクリーニングを行うことで母親の抱える問題を多面的に、かつリスクのある人を効率的に抽出することができ、必要な人に時間をさけるという側面が示唆された。また、母親の前向きな変化をモニタリングしていることが明らかになった。

Abstract

This study aims to evaluate the actual screening of mothers' mental health conducted by midwives at hospitals and maternity hospitals during postnatal checkups. We conducted semi-structured interviews with ten midwives working in hospital maternity wards. Resultant data were analyzed based on six

連絡先：西 真理子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

categories: a combination of Edinburgh Postnatal Depression Scale and observation to check the mental health status, utilization of three questionnaires for purposes other than discrimination based on cutoff value, evaluation of mother-child relationship, identification of characteristics of anxious mothers and discovery of positive changes in mental health support, monitoring family's condition and relationships, and assessment of mother's child-rearing condition and life functioning. We found that screening combined with questionnaires can examine the problems faced by mothers from multiple perspectives, efficiently identifying mothers at risk, and saving time for mothers in need. Furthermore, it became clear that mothers were being monitored for positive changes.

はじめに

近年周産期のメンタルヘルスへの関心が高まっている。東京都で妊産婦の自殺の実態調査が行われ、妊産婦の自殺率は妊産婦死亡率3.8の2倍以上で¹⁾、海外のデータと比較しても高く²⁾、メンタルヘルスは日本の周産期における喫緊の課題である。中でも、産後うつ病は、最もよく知られている精神疾患であり、重症化すると自殺企図などの症状が現れ、厚生労働省の自殺総合対策大綱³⁾の中でも産後の初期段階における支援の強化が示された。また、産後うつ病のスクリーニングに使用するエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : 以後EPDS) の陽性率がピークに達するのは産後2週間である⁴⁾ ことなどが根拠となり、2017年3月には厚生労働省より「産婦健康診査事業の実施にあたっての留意事項」が発出された。これを受け、産後2週間健診と1か月健診で産後うつをスクリーニングすることが推奨され、公的補助が拡充しつつある。

英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence : 以後NICE) の『周産期のメンタルヘルスガイドライン』ではうつ病のスクリーニングツールとして簡便さと感度の高さから、Wooleyの2項目の質問法を推奨している⁵⁾。一方日本においては、妊産婦メンタルヘルスマニュアル (2017) の中で2週間健診は母親の心理状態と対見感情の把握を目的とし、EPDS、赤ちゃんへの気持質問票、育児支援チェックリストの使用を推奨している⁶⁾。実際に、2週間健診でメンタルヘルスチェックを行う施設の75.7%がEPDSを使用し、35.3%が赤ちゃんへの気持質問票を使用している⁷⁾。EPDSは、Coxら⁸⁾が開発し、日本語版の有用性は岡野ら⁹⁾によって示され、各質問項目とも4件法 (0~3点) で10項目を合計し、カットオフポイントは9点である。赤ちゃんへの気持質問票はMarkら¹⁰⁾が開発し、吉田¹¹⁾により日本語版に開発された愛着障害の評

価尺度で、10項目からなり、合計点が3点以上を否定的な感情が強いことの見安としている。育児支援チェックリストは育児環境要因を評価する¹²⁾ものである。このように3つの質問票を使用しメンタルヘルススクリーニングをポピュレーションアプローチとして行い、EPDSを推奨しているという点は、日本独自の取り組みである。NICEの『周産期のメンタルヘルスガイドライン』ではEPDSの軽度から中等度のうつ病及び中等度以下の不安症に対しては本人の方針に焦点を当て、生活課題に対処するセルフヘルプを推奨している⁵⁾が、国内においてはEPDSの捉え方に関する知見が少ない。また、点数評価だけではなく、回答内容を基に母親の思いを傾聴し、共感的面談を行うことの重要性を指摘している¹³⁾、その実際を調査したものは見当たらない。

さらに、亀山ら¹⁴⁾は2週間健診と母乳外来の違いが明確でなく、メンタルヘルススクリーニングやケアを母乳外来で行っている施設があり、メンタルヘルス支援の場を網羅的に調査する必要があることを示している。そこで、本研究の目的は病産院の助産師が産後1か月までに実践している母親へのメンタルヘルススクリーニングの実際を明らかにすることとした。この研究によって、普及しているスクリーニングの他に併用できる有効な新たなスクリーニング指標生成の可能性がある。

用語の操作的定義

スクリーニングとは、質問票を用いて産後うつやボンディング障害といった特別な支援が必要な母親を見つけ出すこと以外にも、助産師自身の個人的な経験や妊娠中からの連続的な関わりの視点、工夫や観察を駆使した、母親との1対1の関りの中で行うメンタルヘルスアセスメントを示す。

産後健診とは、2週間健診、1か月健診はもちろんのこと公的補助使用の有無や時期、母乳外来等実施形態にこだわらず、退院後から1か月健診

までの間に実施する助産師によるケア実践の場を示す。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象

2週間健診の実施者は助産師が95%で最も高く¹⁵⁾、授乳トラブルは産後早期の抑うつや¹⁶⁾、産後3か月のボンディングを予測しうる原因となる¹⁷⁾ため、授乳スタイルが確立するまでの期間においては、助産師がメンタルヘルスケアの提供者であるべきと考えた。そこで病産院に勤務する臨床経験10年以上で、2週間健診もしくは母乳外来を担当し、母親へのメンタルヘルスケアを実施している助産師を研究対象とした。

3. データ収集期間

2022年7月～2022年9月

4. 研究依頼施設・参加者のリクルート方法

2週間健診の拡充の差によって、実際のスクリーニングやケアの場面でどのような違いがあるか、また拡充率の低い市町村であってもスクリーニングの際にどのような工夫をしているかを記述できると考え、2週間健診の拡充率が5%未満と80%以上という市町村を含む2県を設定した。精神疾患合併妊婦もしくは特定妊婦を受け入れている割合が高く¹⁸⁾、多様な経験があることを予測し、周産期センターを設定し、わずかな時間でメンタルヘルススクリーニングを行う上での工夫や困難などの語りが得られると考えクリニックも加えた。次に、退院後から1か月健診までの間に2週間健診もしくは、母乳外来を実施している6施設をリクルートし、電話にて研究の概要について所属施設長に説明を行った。退院後から1か月健診までの間に、メンタルヘルススクリーニングとケアを実施していることを包含基準とし、メンタルヘルススクリーニングやケアを主目的として健診を行っていないと返答のあった施設は除外した。その後研究依頼文書を同封し、郵送にて詳細な研究説明を行い、了承の得られた施設を対象施設とした。参加者のリクルートに関しては看護師長から該当する助産師を紹介してもらう形をとった。

5. データ収集方法、インタビュー内容

対面或いはZOOMでの半構造化面接を実施した。インタビューは産後健診の一連を想起してもらいながら、インタビューガイドに基づき、「メンタルヘルスの状態をどのように判断したか」、「実践

したケアの内容とその意図」、「実践したケアの中でうまくいったと感じた内容とその理由」、「実践の中で困難に感じた内容とその理由」について行った。研究協力者の承諾を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

6. 分析方法

インタビューで得られた内容から逐語録を作成した。すべての逐語録データの中からスクリーニングに関して語られている部分のみを使用した。文脈が損なわれないように語りの内容に忠実にサブカテゴリーを抽出し、サブカテゴリーの類似性、差異性からカテゴリーを生成した。研究参加者によるメンバーチェックを行い、真実性の確保にとめるとともに、質的研究、女性看護学・子どもと家族の看護学分野の専門家から継続的にスーパーバイズを受けることで、分析の厳密性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は所属機関倫理委員会（承認番号2022-122）の承認を得て実施した。研究参加者には研究の主旨や、研究への参加および途中・事後の辞退は本人の自由意思であること、プライバシーの保護、データの保存や破棄の方法、研究成果の公表について文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

結 果

1. 研究対象施設・研究参加者の概要

研究対象施設・研究参加者の概要は表1に示す。最終的に、対象施設は4施設で、内訳は周産期センターaから3名、周産期センターbから3名、周産期センターcから2名、クリニックdから2名であった。周産期センター、クリニックの助産師10名から同意が得られ、インタビューを実施した。研究参加者の臨床経験年数は10～35年、平均インタビュー時間は62.8分であった。

2. 産後健診で行っているメンタルヘルスケアにおけるスクリーニングの実際

助産師10名から得られたデータを分析した結果、産後健診のスクリーニングの実際として、【EPDSと観察を組み合わせてメンタルヘルスの状態を確認する】【3つの質問票をカットオフ値での判別以外に活用する】【母子関係を評価する】【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す】【家族の状況や関係性をモニタリングする】【育児状況や生活機能をモニタリングする】の6カテゴリーが抽出された。以

表1 研究参加者、研究対象施設の概要

	臨床経験年数	インタビュー時間	医療機関の類型	メンタルヘルスケアの場	使用している質問票：使用時期
A	14年	68分	周産期センターa	母乳外来	EPDS：1か月健診
B	23年	100分	クリニックd	母乳外来	EPDS：36週・1か月健診
C	20年	100分	クリニックd	母乳外来	EPDS：36週・1か月健診
D	10年	53分	周産期センターa	母乳外来	EPDS：1か月健診
E	10年	66分	周産期センターc	母乳外来	EPDS：初診・1か月健診 赤ちゃんへの気持ち質問票：30週・入院中
F	12年	57分	周産期センターa	母乳外来	EPDS：1か月健診
G	14年	59分	周産期センターb	2週間健診 母乳外来	EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票、 育児支援チェックリスト：2週間健診
H	35年	72分	周産期センターc	母乳外来	EPDS：初診・1か月健診 赤ちゃんへの気持ち質問票：30週・入院中
I	15年	53分	周産期センターb	2週間健診 母乳外来	EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票、 育児支援チェックリスト：2週間健診
J	12年	63分	周産期センターb	2週間健診 母乳外来	EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票、 育児支援チェックリスト：2週間健診

下カテゴリーを説明する、その際はカテゴリーを【 】で示し、サブカテゴリーを< >で示す。また、それぞれの代表的な内容を表す語りは“斜体”で引用し、内容の理解が難しいと思われる部分は（ ）で補足した。参加者の識別記号を語りの最後に〔 〕で示した。

1) 【EPDSと観察を組み合わせるメンタルヘルスの状態を確認する】

このカテゴリーは8のサブカテゴリーで構成された。スクリーニングに際して< (EPDSの) 点数だけで判断しない>ことや、<カットオフ以下の点数でも、自分なりの基準を持つ>ことをEPDS使用の前提として、<入院中からの表情や言動の変化 (を確認する)>と、<抑うつを表す表情や言動がないか (を確認する)>といった2つの視点からメンタルヘルスの状態を確認していた。

“全く点数がひっかからなかった人が自殺された事例があって、EPDSはこんなにも関係ないものかと思った [F]”

“合計点が6点以上から自分の中で引かかる [B]”

“涙もろくなっているとか、変に笑ってるとか入院中との違いを見ながら、キャッチしている [F]”

“無表情で、反応が少なくて、大丈夫です的なこ

とを言われると心配 [A]”

またEPDSを使用し、<漠然とした不安があるか (を確認する)>、<EPDS 9点以上や自殺念慮の項目に1点以上の点数がついているか (を確認する)>、<自殺の実行性を確認 (する)>し、<見立てとEPDSの点数に乖離がないかを確認 (する)>していた。

“『理由もないのに不安になったり心配になったりした』という設問にチェックがあれば、これって理由ない？みたいな感じで聞くと、赤ちゃんのまま元気に育つかなーとか (話される)。それは立派な理由で、赤ちゃんが元気に育つかはみんな心配だよーっていうと、お母さんの方から、そうですね、理由ですねとなる。そういう正当な理由あったら大丈夫だけど、本当に『はっきりした理由』がない、『急に漠然と』という感じを受け取れば病んで、そういう所を聞いて、振り分けてるんだと思います。 [B]”

“EPDSの項目10にチェックがついていたら実際に (自殺しよう) したことがあるか、最近そういう場面があったかを聞いています [C]”

“点数が低くてもしゃべってみると、本当にこの点数？と感じる人がいる [F]”

2) 【3つの質問票をカットオフ値での判別

外に活用する】

このカテゴリーは、4のサブカテゴリーから構成されている。カットオフ値以外の判別に質問票をどのように活用しているかを説明するカテゴリーである。EPDSや赤ちゃんへの気持ち質問票は<チェックが付いている項目を大事にして背景や経過、感情やニーズを確認する>といった活用があった。

“こういう気持ちになった理由とか経過が自分で思い起こせるように、整理ができるようにする。気持ちが沈む理由を自分でいかに気付いて、自分の言葉として出てこれるようにする [F]”

“エジンバラの点数が高いという事は、どこか満たされていないところがあるという事で、点数がついてるところを基に、これってどういったところでそう思うの?って聞き出す。どこが満たされていないと感じているかを聞きたいんだと思う [B]”

また、<EPDSの不必要、不幸せを含む設問に点数が付いているかを着目し、認知を確認する>や、<育児支援チェックリストの医師からの問題の指摘の設問に点数が付いているかを着目し、妊娠出産育児の捉え方を確認する>といった、特定の質問項目から母親の認知を確認するという活用もあった。

“不必要に(自分を責めた)っていう所の不必要とか、不幸せ(で眠りにくかった)っていう所の不幸せっていうところ(にチェックが付いていると)が引っ掛かります [B]”

“育児支援チェックリストの中の医師から問題があると言われてますかという項目に丸がついていれば、妊娠糖尿病だったからですかというように確認をしてる。異常だったって捉えているかどうかというのもあると思うので、こっちとしては経過に異常があっても異常なしっていう(ところに丸を付けている場合はこの)人は異常と捉えていないんだなって思うし、今回の妊娠出産育児のその方の捉え方という風に見てる [I]”

さらに、<3つの質問票を統合的に使用することで、リスクのある人を効率的に抽出(する)>していた。

“全員を対象に出来ているので何となくの傾向が見えるというか、この項目にはつきがちだけど、話を聞いたら大丈夫な人が多いよねっていう意味で絞り出しやすく、本当にケアが必要な人に時間がさける [J]”

3) 【母子関係の評価する】

このカテゴリーは3のサブカテゴリーから構成

されている。赤ちゃんへの気持ち質問票を使用しているか、使用せず言動からのアセスメントが中心かの違いがあり、母子関係をどのように評価しているかについて説明するカテゴリーである。その方法として<母乳育児から児の欲求の読み取りを評価する>、<赤ちゃんへの気持ち質問票が高得点であっても、育児行動の適切性を評価する>、<赤ちゃんへの気持ち質問票で確認される児へのネガティブな感情と育児行動から育児困難を推察する>があった。

“母乳育児が順調にいつてるという事は、赤ちゃんの欲しがる欲求に合わせて授乳ができて、飲ませても飲ませても泣くようなら、自分がどういう行動をすればいいかがわかっている [C]”

“赤ちゃんへの気持ち質問票が10何点でも、一人にするとか、長時間授乳をしないと、泣いてても放っておくとかふさわしくない行動をしていないかを確認して、なければよしとする [I]”

“育児困難の場合は、具体的にこういう時に困ってますっていうのがなくて、今ちょっと浮かばないって言いながら、この子がいなかったらというネガティブな項目に加点がついていて、漠然と赤ちゃんとの接し方とか、いろんなところに私には難しいという思いがあるのかなという感じを受ける。2週間健診までいくと抱っこはそれなりにできていると思うので、赤ちゃんに話しかけたりとかっていう所かな [J]”

4) 【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す】

このカテゴリーは4のサブカテゴリーから構成されている。今は問題がなくても、今後メンタルヘルスを悪化させる心配な特性として、<家族や第三者に気持ちを吐き出せない(母親を見抜く)>、<思考の偏狭さや自己肯定感の低さがある(母親を探り出す)>、<支援に対する拒否的な態度がある(母親を洗い出す)>母親を見抜き、<支援によって前向きな変化があるかどうかを確認(する)>していた。

“投げかけに対する言葉数が少ない人は、自分の気持ちを表現するのが苦手で、人付き合いがうまくできなかったり、相談する人がいなかったりする [C]”

“行動的に極端に何かに執着しすぎていけば危険 [H]”

“アチャーと思う人は育った環境の所で自己肯定感が低く、虐待歴があればお手上げ [B]”

“不安でつらかった気持ちを表出でき、今しんど

くても頑張れるかをみている [G]”

“満たされている人は、さあ頑張ろう、しゃあない、やるかみたいな機動力がある [B]”

5) 【家族の状況や関係性をモニタリングする】

このカテゴリーは5のサブカテゴリーから構成されている。<コロナ禍で面会制限があり家族の人となりかわからず、支援が未知数>であることや、<家族の状況が変わり、支援を得られず母親の生活が崩れたケースと関わった経験>が、家族のモニタリングの必要性を強化した経験になっていた。逆に、<家族が連絡をくれたことで状況を把握できた経験>は家族が最大の支援者という認識を強化した経験になっていた。

“家族の面会ができないので家族がどれくらいの関わりをしてくれるかは、産婦さん本人からしか聞けない [J]”

“お母さんが本人にさせたいからって言って、帰ってから家族が何も手伝ってくれなくて、本人は寝不足で大崩れして、崩壊寸前みたいな [H]”

“ミルクの補足量はこれでいいですかという電話が実母からかかってきて、ミルクを使う事になった理由を聞くと、おっぱいあげたくないっていうんでみたいなことで電話がかかってくれればラッキー [F]”

次に、<家庭内の状況と家族からの量的サポートをモニタリングする>や<家族間の関係性など質的サポートをモニタリング (する)>していた。

“上の子の赤ちゃん返りがひどいとか、サポーターがいなくて家事もしながら育児もしているというような状況を聞く [G]”

“サポートの手はどれくらいあるかを中心に話を聞く [D]”

“この人がこれ以上落ち込んだ時に家族が気づいてくれるかどうか [I]”

“コロナワクチンを打ったことを後悔して、何も手につかないくらい悩んで生活もままならない妊婦さんがいて、旦那さんは奥さんがコロナワクチンを打ちたくないというのを、止めてあげれなかった自分を責めて、奥さんに何も言えない関係性があった [C]”

6) 【育児状況や生活機能をモニタリングする】

このカテゴリーは2のサブカテゴリーから構成されている。<入院中に決めた通りに育児が行えているかどうか (をモニタリングする)>や<日常生活が行えているかどうかをモニタリング (する)>していた。

“希望や育児能力を加味し、退院の時には方向性

を決めているので2週間健診ではそこができてい

るかをチェックする [G]”

“こんな風に送り出したけど、現状どうだったんだらうって、乳房外来は仕切り直しをする [H]”

“生活が成り立っているかという所で、ご飯が食べれてる、寝れてる、お風呂に入れてるか [I]”

7) カテゴリーの関係性について

以上のカテゴリーを概観し、病産院の助産師が産後健診に行っている母親のメンタルヘルスクリーニングの実際を示す。助産師は、【EPDSと観察を組み合わせてメンタルヘルスの状態を確認 (する)】し、【3つの質問票をカットオフ値での判別以外に活用 (する)】していた。また、【母子関係を評価する】ことや、【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す】ことを行っていた。さらに、【家族の状況や関係性 (をモニタリングする)】や、【育児状況や生活機能をモニタリング (する)】を行っていた。

考 察

病産院の助産師が行うメンタルヘルスクリーニングは【EPDSと観察を組み合わせてメンタルヘルスの状態を確認 (する)】し、【3つの質問票をカットオフ値での判別以外に活用する】ことにも重点を置き、<チェックが付いている項目を大事にして背景や経過、感情やニーズを確認 (する)>し、【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜く】ことを行っていた。これは、単なる点数評価ではなく、リスク因子を含めた総合的なアセスメントの重要性を言及している吉田ら¹³⁾の示すスクリーニングであったと考えられる。その中で、<抑うつを表す表情や言動がないか (を確認する)>、現在のメンタルヘルスの状態といった横断面の評価、<入院中からの表情や言動の変化 (を確認する)>や、<チェックが付いている項目 (を大事にして背景や) の経過、(感情やニーズを確認する)>から、現在に至るまでの縦断面の評価を行っており、ガイドライン⁶⁾通り実施していた。

次に、<EPDSの不必要、不幸せを含む設問に点数が付いているかを着目し、認知を確認する>では、不必要や不幸せに続く自分を責めた、泣けてきた、眠りにくかったという症状の確認だけではなく、不必要、不幸せという認知に着目していることが考えられた。吉田¹²⁾は自分を不必要に責めたという設問3や、不幸せで眠りにくいという

表2 助産師が行うメンタルヘルスクリーニングに関わるカテゴリー一覧

カテゴリー名	サブカテゴリー名
EPDSと観察を組み合わせ、メンタルヘルスの状態を確認する	<ol style="list-style-type: none"> 1) EPDSの点数だけで判断しない 2) カットオフ以下の点数でも、自分なりの基準を持つ 3) 入院中からの表情や言動の変化を確認する 4) 抑うつを表す表情や言動がないかを確認する 5) 漠然とした不安があるかを確認する 6) EPDS 9点以上や自殺念慮の項目に1点以上の点数がついているかを確認する 7) 自殺の実行性を確認する 8) 見立てとEPDSの点数に乖離がないかを確認する
3つの質問票をカットオフ値での判別以外に活用する	<ol style="list-style-type: none"> 1) チェックが付いている項目を大事にして背景や経過、感情やニーズを確認する 2) EPDSの不必要、不幸せを含む設問に点数が付いているかを着目し、認知を確認する 3) 育児支援チェックリストの医師からの問題の指摘の設問に点数が付いているかを着目し、妊娠出産育児の捉え方を確認する 4) 3つの質問票を統合的に使用し、リスクのある人を効率的に抽出する
母子関係を評価する	<ol style="list-style-type: none"> 1) 母乳育児から児の欲求の読み取りを評価する 2) 赤ちゃんへの気持ち質問票が高得点であっても、育児行動の適切性を評価する 3) 赤ちゃんへの気持ち質問票で確認される児へのネガティブな感情と育児行動から育児困難を推察する
メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す	<ol style="list-style-type: none"> 1) 家族や第三者に気持ちを吐き出せない母親を見抜く 2) 思考の偏狭さや自己肯定感の低さがある母親を探り出す 3) 支援に対する拒否的な態度がある母親を洗い出す 4) 支援によって前向きな変化があるかどうかを確認する
家族の状況や関係性をモニタリングする	<ol style="list-style-type: none"> 1) コロナ禍で面会制限があり家族の人となりかわからず、支援が未知数 2) 家族の状況が変わり、支援を得られず母親の生活が崩れたケースと関わった経験 3) 家族が連絡くれたことで状況を把握できた経験 4) 家庭内の状況と家族からの量的サポートをモニタリングする 5) 家族間の関係性など質的サポートをモニタリングする
育児状況や生活機能をモニタリングする	<ol style="list-style-type: none"> 1) 入院中に決めた通りに育児が行えているかどうかをモニタリングする 2) 日常生活が行えているかどうかをモニタリングする

設問7や不幸せで泣けてきたという設問9では、自責感や、睡眠の障害、抑うつ気分を評価することを解説している。しかし、本研究の対象助産師は、症状の把握だけではなく、不幸せという現在の状況における認知を把握するという独自の解釈を加え、スクリーニングに活かしていたことが考えられた。さらに、＜育児支援チェックリスト（の医師）から（の問題の指摘の設問に点数が付いているかを着目し、）妊娠出産育児の捉え方を確認する＞では、妊娠分娩時に医師に異常を指摘されていたかどうかという設問でありながら、病識や異常の確認ではなく、本人がそのエピソードをどのように認知しているかという点に着目し、聞き取りを行っていた。これは本研究の対象助産師が、異常と認知していることの中には、本人にとって

のわだかまりがあり、それらがメンタルヘルスに影響を与える可能性を考えていたことや、認知のゆがみを把握しようとしていたことが考えられた。

さらに、＜3つの質問票を統合的に使用することで、リスクのある人を効率的に抽出する＞も新たな知見であった。産婦人科医会の報告において、メンタルヘルス支援を行う分娩取り扱い施設のうち7割が診療の負担になっていると回答していたが⁷⁾、産後健診に携わる助産師は、リスクのある人を効率的に抽出していた。吉田は、3種類の質問票を使用することで、母親の抱える問題を多面的に理解し、適切な援助を行う解決の糸口となる¹⁹⁾と述べており、産後健診に携わる助産師も統合的に質問票を使用することで効率的なスクリーニングが行え、結果的に抽出しやすいといった実感を

持っていたと考えられた。この研究結果は、新たにメンタルヘルススクリーニングやケアの実施を検討している施設にとって、前向きな結果になったと考えられる。

次に、【母子関係を評価する】に関しては、質問票によるスクリーニングに関係なく、＜母乳育児から児の欲求の読み取りを評価する＞方法と、赤ちゃんへの気持ち質問票と観察からの評価と大きく2つの方法があった。

授乳の場面における児への応答性から母子関係を評価し、日常的にかつ、1日の内で何度も行われる授乳の場面から、児への感情評価が行われていたことを推察する。永田²⁰⁾は赤ちゃんからのサインは未分化で読み取りにくく、赤ちゃんの反応をどう読みとるかは関わる人の思いが映し出されやすいとしている。また、母親の情動共感性と情緒応答性との関連を調査した研究の中で、0歳児の母親の場合、感情の読み取り（情緒応答性）と感情的暖かさ（情動的共感性）には関連がある²¹⁾ことが示されている。よって産後健診に携わる助産師も児の反応に対する適切な読み取りの背景には、母親の児への温かな感情がベースにあることを推察していたと考えられる。しかし、行動と感情の関連性が薄い人がいることから²²⁾、育児行動の適切性からだけでは対児感情は評価できない。また＜赤ちゃんへの気持ち質問票が高得点であっても、育児行動の適切性を評価する＞や＜赤ちゃんへの気持ち質問票で確認される児へのネガティブな感情と育児行動から育児困難を推察する＞では質問票を使用し、見過ごされがちな母親自身の感情を把握し、育児行動の観察を用いて母子関係を評価している点は共通しているが、その後の対応に違いがある可能性が考えられた。よって、ボンディングの理解やその評価については課題があると考えられる。

最後に、病産院の助産師が産後健診に行っている母親のメンタルヘルススクリーニングとして、【メンタルヘルス支援における心配な母親の特性を見抜き、前向きな変化を見出す】があった。産後健診は中間健診であり、その結果次第では1か月健診まで受診がないといった状況になることも少なくない。その中で、今は問題がなくても今後メンタルヘルスに支障をきたす特性を有しているのか、前向きな変化を見出し、大丈夫と背中を押せる母親なのか、予測の視点が色濃く出ていたことが考えられた。また、支援者としての【家族の状況や関係性（をモニタリングする）】、【育児状

況や生活機能（をモニタリングする）】といった変化しうる2つの側面をモニタリングしていることが明らかになった。COVID-19がもたらす医療者の困難として、面会制限で感じる家族ケアの難しさが抽出されており²³⁾、産後健診に携わる助産師も同様に、モニタリングの必要性を強化した経験として、＜コロナ禍で面会制限があり家族の人となりかわからず、支援が未知数＞なことが抽出された。しかし、＜家族の状況が変わり、支援を得られず母親の生活が崩れたケースと関わった経験＞があることから、家族もモニタリングの対象としていた。新井²⁴⁾は、家族機能の強化が産後うつ抑制につながることを示しており、産後健診に携わる助産師も、家族の存在を同様に考えていたことが示された。

実践への示唆

今回の調査で、産後健診に携わる助産師はEPDSと観察を組み合わせてメンタルヘルスの状態を評価し、チェックが付いている項目から背景や経過、感情やニーズを確認しながら、メンタルヘルスの悪化が予測される心配な母親の特性を見抜いていた。

今回の研究で、質問票を組み合わせるスクリーニングを行うことで母親の抱える問題を多面的に、リスクのある人を効率的に抽出することができ、必要な人に時間をさけるという側面が新たに明らかになった。また、産後健診におけるスクリーニングとして、リスクの評価を行うだけではなく、前向きな変化があるかどうかをモニタリングしていることが記述できたと考える。これらの具体的な記述内容が実践への活用につながることを期待する。

研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、一地域の特性や一助産師のスクリーニングにおける技量が影響していることは否めず、飽和に至ったとは言えない可能性がある。飽和を目指す上でさらなるデータの蓄積が必要である。また、本研究は都市部ではなく地方の実践であり、都市部で行った場合、支援者の状況や利用できる資源も異なると考えられ、これらのケースにおいては、本研究とは異なった視点で支援のありようを考察できると考えられる。

今後は、本研究で得られたスクリーニングの実際の知見を基に、2週間健診で3つの質問票を使用している施設のデータを増やし、質問票の中で

重視している項目や、その解釈、設問同士をどのように組み合わせるスクリーニングしているかといった知見を得、発展させていく必要がある。

謝 辞

多忙な中、協力していただきました研究参加者の皆様、研究に協力していただきました施設の施設長様、助産師の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本論文の内容に関し、開示すべき利益相反の事項はない。

文 献

- 1) 竹田省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦，日本産科婦人科学会雑誌，68(9)，1815-1822，2016
- 2) 竹田省：妊産婦死亡原因としての自殺とその予防-産後うつを含めて，臨床婦人科産科，71(6)，506-510，2017
- 3) 厚生労働省：自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/0000172329.pdf>]，厚生労働省，10. 14. 2022
- 4) Takehara K, Tachibana Y, Yoshida K, et al.: Prevalence trends of pre- and postnatal depression in Japanese women: A population-based longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 2018. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.008, 9. 25. 2023
- 5) National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, [online, <https://www.nice.org.uk/guidance>], National Institute for Health and Care Excellence, 7. 30. 2023
- 6) 公益社団法人 日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～，[オンライン，https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf]，妊産婦メンタルヘルスマニュアル，10. 5. 2021
- 7) 日本産婦人科医会：産科医療機関におけるメンタルヘルスマニュアル普及活動～妊産婦メンタルヘルスマニュアル推進に関するアンケート結果より～，[オンライン，[\[content/uploads/2022/05/20220511_1.pdf\]\(https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2022/05/20220511_1.pdf\)\]，産婦人科医会報告書，12. 2. 2024](https://www.jaog.or.jp/wp/wp-</div><div data-bbox=)

- 8) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1987. doi: 10.1192/bjp.150.6.782, 10. 5. 2021
- 9) 岡野禎治，村田真理子，増地聡子，他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性，精神科診断学，7(4)，525-533，1996
- 10) Taylor A, Atkins R, Kumar R, et al.: A new mother-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45-51, 2005
- 11) Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, et al.: A Japanese version of the Mother to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 2012. doi: 10.1007/s00737-012-0291-1, 10. 5. 2021
- 12) 吉田敬子，山下洋，鈴宮寛子：産後の母親と家族のメンタルヘルス：自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル，母子衛生研究会理事長 金田一郎編，初版第2刷，母子保健事業団，25，東京，2005
- 13) 吉田敬子，山下洋，鈴宮寛子：妊娠中から始めるメンタルヘルスマニュアル 多職種で使う3つの質問票，第1版第1刷，株式会社 日本評論社，47，東京，2017
- 14) 亀山沙恵子，三浦広志，和賀正人，他：秋田県における産後2週間健康調査への取り組み，秋田県産婦人科学会誌，26，15-19，2021
- 15) 日本看護協会：平成30年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来開設による効果に関する調査報告書，[オンライン，https://www.nurse.or.jp/assets/pdf/josan/innaijosan_kouka.pdf]，日本看護協会，12. 2. 2024
- 16) 梅崎みどり，大井伸子：初産の母親の出産後1週間以内と1か月時の抑うつとそれに影響する要因の検討，母性衛生，55(4)，677-688，2015
- 17) 藤田佳代子：妊娠期から産後3か月の児へのボンディングと妊婦のアタッチメントスタイルおよび諸要因との関連，日本母性看護学会誌，

2021. doi:10.32305/jjsmn.21.2_1, 11. 5. 2023
- 18) 日本産婦人科医会：産科医療機関におけるメンタルヘルスケア普及活動～妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート結果より～，[オンライン，<https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/08/f114b6674835f776b8eab70aaf227ad8.pdf>]，産婦人科医会報告書，12. 2. 2024
- 19) 吉田敬子，上田基子，山下春江：妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究「妊娠中及び出産後の母子精神保健プログラムの作成」，厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究）研究協力者報告書，35-38，1999
- 20) 永田雅子：周産期のこころのケア 親と子の出会いとメンタルヘルス，新版，遠見書房，144，東京，2017
- 21) 小原倫子：母親の情動共感性及び情緒応答性と育児困難感との関連，発達心理学研究，2005. doi:10.11201/jjdp.16.92, 11. 2. 2023
- 22) 北村俊則：ボンディング障害支援ガイドブック 周産期メンタルヘルス援助者のために Kindle 版，第1版，株式会社 日本評論社，235，東京，2022
- 23) 兒玉久仁子，井上玲子，井上敦子，他：新型コロナウイルス感染症の拡大状況における家族ケアの必要性和困難 家族支援専門看護師への調査から，家族看護学研究，26(2)，230-235，2021
- 24) 新井陽子：産後うつ病の予防的看護介入プログラムの介入効果の検討，母性衛生，51(1)，144-152，2010

研究報告

AYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/ アセスメントするツールに関する文献検討

A Literature Review on Tools for Evaluating and Assessing the Sexuality
of AYA Cancer Survivors

桶作 梢, 濱 耕子, 米田 昌代

Kozue Okesaku, Kouko Hama, Masayo Yoneda

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

AYA世代, がん, セクシュアリティ, 文献検討

Key words

AYA generation, cancer, sexuality, literature review

要 旨

目的：AYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントするツールを文献検索にて抽出し、ツールの形式、対象者、要素を明らかにする。

方法：データベース医学中央雑誌Web版、PubMedを用い、2023年1月に文献検索を行った。

結果：海外文献18件を分析対象とした。16件は尺度、1件は質問紙、1件はチェックリストであった。がん当事者を対象とした17件のうち、男女を対象としたツールは3件あり、いずれもがんの種類を定めていなかった。セクシュアリティを評価/アセスメントする要素は【妊孕性】、【性行為/性機能】、【人間関係】、【ボディイメージ】、【セクシュアリティ】、【その他】の6つに整理された。全ての要素を網羅したツールは見当たらなかった。

結論：本研究の結果から、がんの種類多様性と希少性を踏まえ、AYA世代のセクシュアリティを多面的に捉えることができるツールの必要性が示唆された。

連絡先：桶作 梢

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

緒 言

日本の全がん患者に占める15-39歳の思春期・若年成人 (adolescent and young adult : AYA) 世代の患者は3.7%¹⁾であり、世界的にはおよそ4~5%と報告されている。AYA世代は小児期と成人期の端境期にあるため小児に好発するがんと成人に好発するがんがともに発症する可能性がある。つまり、AYA世代のがんは稀であり、多様で希少ながんが発生するという特徴がある。

AYA世代がん患者は生殖年齢ゆえに、化学療法や手術などがん治療に伴う生殖及び性機能への影響は非常に大きな問題となっている²⁾。AYA世代がんサバイバーは他の年代と比較して性と生殖に関する悩みやパートナーと親密な関係になることに関する悩みをもつ³⁾こと、さらにAYA世代がんサバイバーの3割程度が診断後2年経過しても性機能の悪影響がある⁴⁾ことが報告されている。また、手術療法、薬物療法や放射線治療の影響で起こる性機能障害や生殖機能障害は生殖器以外の部位にがんが発症した場合であっても起こる⁵⁾⁶⁾。日本のAYA世代がんサバイバーの男女を対象とした質的研究⁷⁾では、患者は治療による外見の変化や生殖機能・生殖機能の低下によりパートナーとの関係性に悩んだり、新たなパートナーとの関係を築くことに躊躇しており、このことが治療後に子をもつ・もたないという意思決定に影響を与えていることが報告されている。よって、AYA世代がんサバイバーの一部はがんの種類を問わず、長期にわたりセクシュアリティに関する悩みを抱えていると推測される。

日本では2023年に閣議決定されたがん対策推進基本計画 (第4期) において、小児・AYA世代のがん患者に対する生殖機能障害および妊孕性温存に関する情報提供および意思決定支援体制整備が重要な課題として取り上げられ、2021年からは妊孕性温存療法に係る費用の一部の助成が開始された⁸⁾。がん生殖医療は、主治医であるがん治療医と生殖医療を専門とする医師の密な連携のみならず、看護師、薬剤師、心理士、遺伝カウンセラー、相談員など多職種の医療従事者によるサポートが重要⁹⁾であり、これら医療従事者から成るがん・生殖医療ネットワークの全国展開が必須とされている¹⁰⁾。だが、生殖補助医療施設を併せ持つがん拠点病院は少ないため、地域における生殖補助医療施設とがん診療施設との連携が課題となっている。また、AYA世代がん患者の支援経験のある日本の看護師を対象とした質的研究¹¹⁾では、

「発達段階に合わせた支援の難しさ」「妊孕性温存について納得できる関わりができないことへの葛藤」などの困難さがあることが報告されている。さらに、看護師は性と生殖に関する問題への支援が不十分と認識していたが、問題に対処することへの困難を感じている¹²⁾など、支援者は患者のセクシュアリティに関する相談対応の困難を感じているという課題がある。

セクシュアリティは多義的な概念である。WHOでは、「セクシュアリティ (性) は、生涯を通じて人間であることの中心的側面をなし、セックス (生物学的性)、ジェンダー・アイデンティティ (性自認) とジェンダー・ロール (性役割)、性的指向、エロティシズム、喜び、親密さ、生殖がそこに含まれる」¹³⁾と定義しており、セクシュアリティは様々な要素によって構成された概念である。キャンディス・W・キルヒナーは、「人間のセクシュアリティとは、人間とはどういうものか、また人間がどういう生活をしているかを映し出す複合概念であり、性的自己概念、性的人間関係、および性機能がセクシュアリティの重要な側面である」¹⁴⁾と述べており、人間のセクシュアリティを理解するためには、セクシュアリティを構成する要素を複合的に解釈する必要があると考えられる。よって、妊孕性温存の意思決定支援を行うためにはAYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを多面的に捉えることが必要である。

以上から、AYA世代がんサバイバーが抱えるセクシュアリティにまつわる課題を多面的に把握し支援者と共有することを目的としたツールが必要であると考えた。そして、セクシュアリティを評価・アセスメントすることを目的とした既存のツールにはどのようなものがあるのか、その構成要素は何かを明らかにするために文献検討を行うこととした。

本研究の目的はAYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントするツールを文献検索にて抽出し、ツールの形式、対象者、セクシュアリティに関する評価/アセスメントの要素を文献から明らかにすることである。この結果はAYA世代がんサバイバーのセクシュアリティにまつわる課題を支援に繋ぐための支援方法を検討する一助となる。

用語の定義

セクシュアリティ：キャンディス・W・キルヒナーの定義¹⁴⁾を参考にセクシュアリティを「生殖

(子をもつこと)、親密な人間関係(恋愛やパートナーとの関係、交際、結婚)、性役割、性行為」で定義する。

研究方法

2023年1月に文献検索を行った。国内文献はデータベース医学中央雑誌Webを用い、収載誌発行年は制限せず、原著論文で絞り込みを行った。医学中央雑誌のシソーラスブラウザで、検索語のMeSH用語、シソーラス用語を検索し、検索式を作成した。(腫瘍/TH or がん/AL) and (セクシュアリティ/TH or セクシュアリティ/AL) or (生殖能力/TH or 妊孕性/AL) and (アセスメント/AL or 尺度/AL or スケール/AL or 評価/AL) and (思春期/TH or 思春期/AL) or 若年/AL or AYA/AL) の検索式を用いた。抽出された48論文の題名と抄録から、若年がんサバイバーのセクシュアリティに関する測定用具やツール開発に関する文献の抽出を行ったが、該当する文献は見当たらなかった。海外文献はデータベースPubMedを用いて検索を行った。キーワードは「adolescent」「young adults」の2語いずれかと「measure」「scale」「assessment」の3語いずれか、「neoplasm」「cancer」の2語のいずれか、「sexuality」「fertility」の2語いずれかを掛け合わせた。検索対象期間は2003-2023年、使用言語は英語とした。PubMedでは3,881件が抽出された。重複論文を除いた1,844件が一次スクリーニングの対象となった。一次スクリーニングでは、HIV・HPV・性感染症、がんの予防や治療方法、がん罹患していない性的マイノリティを対象とした調査を除外した。一次スクリーニングではタイトルから1,570件を除外し、274件の文献が抽出された。二次スクリーニングでは抄録と本文を確認し若年がんサバイバーのセクシュアリティに関するツール開発に関する文献の抽出を行った。ツールの開発過程を記述した論文については、ツールの質問項目または尺度の下位概念の名称を確認し、本研究の筆者が定義したセクシュアリティに関わる用語が1つも使用されていない場合は分析対象から除外した。ツールを使用した関連探索研究や介入研究の論文は、論文で使用されているツールの下位概念や質問項目を確認し、セクシュアリティに関する用語が含まれていないツールを使用している論文は分析対象から除外した。ツールのうち、尺度の開発過程を記述した論文に関しては、原版の尺度を母国語に翻訳し妥当性を検討した論文は分析対象から除

外し、原版の尺度開発の論文のみを分析対象とした。その結果、二次スクリーニングでは256件が除外され、最終的に18件を文献検討の対象とした。

対象文献から研究の概要と、セクシュアリティを評価/アセスメントする要素をデータとして抽出し、表を作成した。研究の概要の項目は、ツールの名称、著者、出版年、ツールの形式、対象、測定する事象とした。セクシュアリティを評価/アセスメントする要素は以下の手順で整理した。ツールの形式が尺度の場合は、下位概念名とその下位概念に属する質問項目数を全て書き出した。尺度ではないツールは、質問項目をすべて書き出した。次に、尺度では、セクシュアリティに関連する用語が用いられている下位概念を取り出した。尺度以外のツールでは、質問項目の内容を概観し、質問項目で使用されている用語を用いて内容を要約した。これらを「下位概念/質問内容(抜粋)」とし、表1を作成した。抽出された「下位概念/質問内容(抜粋)」を概観し、同じ単語が用いられている「下位概念/質問内容(抜粋)」を集約し、共通して用いられている単語を「下位概念/質問内容」とした。そして意味内容が類似する「下位概念/質問内容」を集約し、要素を抽出した(表2)。以下、要素を【 】、下位概念/質問内容を[]、質問項目の内容を「 」で記載する。

結果

1. ツールの形式と対象者(表1)

対象文献18件のうち、16件は尺度、1件は質問紙、1件はチェックリストであった。がん当事者を対象としたツールが17件、パートナーを対象としたツールが1件であった。当事者を対象としたツールのうち、男性のみを対象としたツールは3件で、がんの種類は精巣がん2件、前立腺がん1件であった。女性のみを対象としたツールは11件、がんの種類は乳がん6件、子宮頸がん1件、卵巣がん1件、婦人科がん2件、がんの種類を定めていないものが1件であった。男女を対象としたツールは3件、いずれもがんの種類を定めていなかった。

2. セクシュアリティを評価/アセスメントする要素(表2)

分析の結果、6つの要素【妊孕性】、【性行為/性機能】、【人間関係】、【ボディイメージ】、【セクシュアリティ】、【その他】に整理された。

【妊孕性】は[不妊]、[妊孕性]、[妊娠]の3つの下位概念/質問内容から構成された。文献10

からは「妊孕性」と「妊娠」の2つの下位概念/質問内容が抽出された。下位概念の名称からは、この2つの内容の違いが判断できないため、下位概念を構成する質問内容を確認した。「妊孕性」の質問内容は「子供が産めなくなるのが心配」、「再び妊娠できるかどうか心配だ」など、生殖能力に関する内容であった。一方、「妊娠」の質問内容は「子供を育てることができないかもしれないので、産むことに慎重になっている」、「子供を育てなくなったとしても、それを受け入れることができる」など、子をもつことに関する意思決定に関する内容であった。

【性行為/性機能】を構成する下位概念/質問内容は心理的要素、身体的要素、包括的要素に分類した。「性行為への関心」、「性の楽しみ」、「性の悩み」、「性的満足」、「性的自信」の5つは心理的要素として分類した。「性的な症状」、「オーガズム」、「性交痛」、「勃起機能」、「陰機能」、「性機能」、「性行為」の6つは身体的要素として分類した。

【性的領域】、「性的適応」、「性的問題」については下位概念名から具体的内容を判断することが困難であり、各下位概念を構成する質問内容を確認した。論文13から抽出された「性的適応」を構成する質問内容として、「婦人科がんは、性的接触を開始する頻度にどのように影響しましたか?」という性行為の頻度という身体的要素と、「がんになった後、性生活にどの程度満足していますか?」という心理的要素が含まれていた。「性的問題」、「性的領域」の質問項目においても、身体的要素と心理的要素がどちらも質問内容に含まれていた。よって、「性的領域」、「性的適応」、「性的問題」の3つは包括的要素として分類した。

【人間関係】を構成する下位概念/質問内容は「開示」、「人間関係」、「コミュニケーション」、「家庭の問題」、「夫婦の結束」の5つであった。関係性を築く相手としてパートナー、家族、近親者があった。「開示」の質問内容として、「パートナーとセックスについて話すことができるようになった」、「自分のがんについて他人と話すことができるようになった」など患者をとりまく人々に自分のがんや性について打ち明けることに関する内容が含まれていた。

【ボディイメージ】を構成する下位概念/質問内容は、「ボディイメージ」、「セルフイメージ」、「性的な重要性」の3つであった。「ボディイメージ」は8つの論文から抽出された。「性的な重要性」の質問内容として、「あなたの乳房は、あ

なたの性的経験にとってどの程度重要ですか?」、「女性としてのアイデンティティにとって、胸はどの程度重要ですか?」、「セルフイメージ」の質問内容として「同年代の男たちと比べて劣等感がある」があったことから、男性らしさや女性らしさといった性別による自分らしさに関する内容が含まれていた。

【セクシュアリティ】を構成する下位概念/質問内容は「セクシュアリティ」、「ボディイメージとセクシュアリティ」、「外見とセクシュアリティ」、「親密さとセクシュアリティ」の4つであった。下位概念名にセクシュアリティという単語が単独で使用されているものと、ボディイメージ、外見、親密さという単語とともに使用されているものがあった。下位概念の名称から、具体的内容を判断できないため、下位概念を構成する質問内容を確認した。文献12では「セクシュアリティ」を構成する質問項目として「自分の性生活に満足感を感じている」、「性的魅力を感じる」など、性行為の満足度や、外見をどのように認識しているかに関する内容が含まれていた。文献14では「ボディイメージとセクシュアリティ」を構成する質問内容として「パートナーを身体的に認識しなくなった」、「病気のせいで性的な問題がある」など、性的関係におけるパートナーの存在や性行為の問題についての内容が含まれていた。文献3では「外見とセクシュアリティ」を構成する質問内容として「フィットネス施設の女子更衣室で着替えやシャワーを浴びるのが嫌だった・恥ずかしかった」、「性行為は私の人生の重要な部分でした」など、外見について他者からどのようにみられるかということや、性行為の重要さが含まれていた。文献11では「親密さとセクシュアリティ」を構成する質問内容として「身体的な親密さの快適さ」が含まれていた。このように、【セクシュアリティ】という要素には外見の変化、親密さ、相手の反応、性行為など複数の要素が含まれていた。つまり、【セクシュアリティ】は【妊孕性】、【性行為/性機能】、【人間関係】、【ボディイメージ】のうち複数の要素の質問内容から構成される複合的な要素であった。

【その他】には上記4つの要素に該当しない下位概念/質問内容を集約した。「子どもの健康」、「健康」、「受容」はいずれも文献10の下位概念であった。「子どもの健康」の質問項目として「自分の子どもががんになる可能性が高そうで怖い」などがあった。「健康」の質問項目として「いつか子

表1 選定された文献の概要

No.	ツールの名称	著者, 出版年	ツールの形式	対象	測定する事象	セクシュアリティに関する下位概念/ 質問内容 (抜粋数)
1	EORTC QLQ-OV28 ¹⁵⁾	Greimel E et al., 2003	尺度	卵巣がん患者	HR-QOL	body image(2) sexual functioning(4)
2	EORTC QLQ-CX24 ¹⁶⁾	Greimel ER et al., 2006	尺度	子宮頸がん患者	HR-QOL	Symptom Experience(11) Body Image(3) Sexual/Vaginal Functioning(4) Sexual Worry(1) Sexual Activity(1) Sexual Enjoyment(1)
3	Body Image and Relationships Scale:BIRS ¹⁷⁾	Hormes JM et al., 2008	尺度	女性の長期乳がんサバイバー	乳がん治療後の外見、健康、体力、セクシュアリティ、関係、社会的機能についての態度	appearance and sexuality(11)
4	Expanded Prostate Cancer Index Composite Instrument: EPIC-26 ¹⁸⁾	Szymanski KM et al., 2010	尺度	前立腺がんの男性	HR-QOL	Sexual domain(6)
5	Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer (PDQ-BC) 短縮版 ¹⁹⁾	Bogaarts MP et al., 2012	尺度	化学療法開始前の乳がん患者	心理社会的苦痛	body image(2) sexual problems(1)
6	Sexual Adjustment and Body Image Scale in women with gynecologic cancer (SABIS-G) ²⁰⁾	Ferguson SE et al., 2012	尺度	婦人科がんの既往のある女性	婦人科がんの診断・治療後のボディイメージとセクシュアリティへの影響	Sexual Adjustment(6) Body Image(2)
7	Cancer Assessment for Young Adults:CAYA ²¹⁾	Hoyt MA et al., 2013	尺度	精巣がんの若い男性 (調査対象は18-29歳男性)	HR-QOL	Sexual Confidence(3) Sexual Functioning(5) Body Image Strength(7) Positive Masculine Self-Image(7) Positive Adult Self-Image(1)
8	PROMIS Sexual Function and Satisfaction:PROMIS SexFS ²²⁾	Flynn KE et al., 2013	尺度	男女のがん患者 (調査対象は18-80歳以上の男女)	がん患者の性機能と満足度	interest in sexual activity(4) global satisfaction with sex life(7) orgasm(1) erectile function(8 items, men only) lubrication(8 items, women only) vaginal discomfort(10 items, women only)
9	EORTC QLQ-BRR26 ²³⁾	Winters ZE et al., 2014	尺度	乳房再建前後の患者	HR-QOL	Sexuality(5)
10	Reproductive Concerns After Cancer:RCAC ²⁴⁾	Gorman JR et al., 2014	尺度	18-35歳 (young adult:YA) 世代の女性がんサバイバー	生殖能力と親子関係に関する懸念	fertility potential(3) partner disclosure(3) child's health(3) personal health(3) acceptance(3) becoming pregnant(3)
11	the late adolescence and young adult Survivorship-Related Quality of Life measure: LAYA-SRQL ²⁵⁾	Park CL et al., 2014	尺度	思春期後期および成人初期にがんを診断された長期生存者	サバイバーシップに関連するHR-QOL	Intimacy/sexuality(3) Relationship(3) Fertility(3)
12	questionnaire encompassing indicators of distress ²⁶⁾	Jørgensen L et al., 2015	質問票	乳がんの外科的ケアを継続している女性	乳がんの外科的ケアを継続している女性の苦痛	sexuality(4) body image(6)
13	Sexual Adjustment and Body Image Scale:SABIS ²⁷⁾	Dalton EJ et al., 2009	尺度	乳がん患者	ボディイメージとセクシュアリティへの影響	Prior Body Image(3) Post Body Image(3) Prior Sexual Adjustment(2) Impact on Sexual Functioning(4) Sexual Importance of Breasts(2)

No.	ツールの名称	著者, 出版年	ツールの形式	対象	測定する事象	セクシュアリティに関する下位概念/質問内容 (抜粋数)
14	the partners of young women with non-metastatic breast cancer:Partner-YW-BCI ²⁸⁾	Christophe V et al.,2016	尺度	非転移性乳がんをもつ若い女性のパートナー	パートナーの生活の質に対するがんの影響	feeling of couple cohesion(5) negative affectivity and apprehension about the future(6) body image and sexuality(4) deterioration of the relationships with close relatives(4)
15	EORTC QLQ-TC26 ²⁹⁾	Sztankay M et al.,2018	尺度	18歳以上の精巣がんの男性	HR-QOL	infertility(1) family problems(1) sexual activity(2) sexual enjoyment(2) sexual problems(2) communication(2) body image problems(1)
16	EORTC QLQ-BRECON23 ³⁰⁾	Winters ZE et al.,2018	尺度	乳房再建後の患者	HR-QOL	Sexuality(2)
17	EORTC SHQ-22 ³¹⁾	Oberguggenberger AS et al.,2018	尺度	男性および女性のがん患者およびサバイバー	性的健康の身体的、心理的、社会的側面	Sexual satisfaction(8) Sexual Pain(3)
18	Brief Sexual Symptom Checklist for Women: BSSC-W ³²⁾	Roberts K et al.,2019	チェックリスト	婦人科がん患者	婦人科がん生存者の性的健康への懸念	sexual symptom(4)

供の面倒を見られなくなるのが怖い」、[受容]の質問項目として「子供をもてなくなったとしても、受け入れることができる」などがあつた。

3. 疾患や性別を問わず使用できるツールにおけるセクシュアリティを評価/アセスメントする要素

AYA世代がんサバイバーを対象とするツールのうち、性別や疾患を問わず使用できるものは3件(文献8、11、17)あり、ツールの形式は尺度であつた。この3つの尺度がセクシュアリティを評価/アセスメントするための要素を網羅しているかを検討した。文献17は性的健康を身体的、心理的、社会的側面から評価することを目的とした尺度であり、性行為の疼痛(3項目)、性行為の満足度(8項目)から構成されていた。文献8は性機能と性行為の満足度を評価することを目的とした尺度であり、性行為への関心(4項目)、性生活に対する総合的な満足度(7項目)、オーガズム(1項目)、勃起機能(8項目・男性のみ)、潤滑(8項目・女性のみ)、膣の不快感(10項目・女性のみ)から構成されていた。文献8、17の下位概念には【妊孕性】【人間関係】【ボディイメージ】の要素は確認できなかった。文献11は健康関連QOL(Health Related Quality Of Life: HR-QOL)を評価することを目的とした尺度であり、11の下位概念から構成されていた。すべての下位概念の中でセクシュアリティに関する内容が含まれる下位概念は親密さ/セクシュアリティ(3項

目)、関係(3項目)、妊孕性(3項目)の3つであつた。文献11の下位概念には【ボディイメージ】の要素は確認できなかった。よつて、がんの種類や性別を問わず使用可能なAYA世代がんサバイバーを対象とした既存の尺度は、セクシュアリティを評価/アセスメントする全ての要素を網羅したツールはなかつた。

考 察

1. ツールの対象者と形式について

ツールの形式として尺度または、問診表やチェックリストなどの質問票があることが明らかになつた。ツールの形式については、既存の文献は尺度が殆どであつた。対象文献18件のうち、8件はHR-QOLの評価を目的とした尺度であつた。HR-QOLとは、QOLのなかでも健康に起因し医療介入により改善可能な領域に測定範囲を限定したものと定義されている³³⁾。HR-QOLは「身体機能」「メンタルヘルス」「社会生活・役割機能」が基本要素とされている。それに加え「痛み」「活力」「睡眠」「食事」「性生活」などの要素も付加的に含まれることがある。つまり、今回の分析対象となつた尺度の半数はセクシュアリティに関する内容に特化しておらず、HR-QOLの構成要素のひとつとしてセクシュアリティに関する内容が含まれていた。これは、大枠で患者の性生活を知るためには有益であるが、項目数が少ないことからAYA世代のセクシュアリティを多面的に捉える

表2 対象文献におけるセクシュアリティの要素

要素	下位概念/質問内容	文献No.
妊孕性	不妊	15
	妊孕性	10, 11
	妊娠	10
性行為/性機能	心理的要素	
	性行為への関心	8
	性の楽しみ	2, 15
	性の悩み	2
	性的満足	8, 17
	性的自信	7
	身体的要素	
	性的な症状	18
	オーガズム	8
	性交痛	17
	勃起機能	8
	膣機能	8
	性機能	1, 2, 7, 13
	性行為	2, 15
	包括的要素	
性的領域	4	
性的適応	6, 13	
性的問題	5, 15	
人間関係	開示	7, 10
	人間関係	7, 11, 14
	コミュニケーション	15
	家庭の問題	15
	夫婦の結束	14
ボディイメージ	ボディイメージ	1, 2, 5, 6, 7, 12, 13, 15
	セルフイメージ	7
	性的な重要性	13
セクシュアリティ	セクシュアリティ	9, 12, 16
	ボディイメージとセクシュアリティ	14
	外見とセクシュアリティ	3
	親密さとセクシュアリティ	11
その他	子どもの健康	10
	健康	10
	受容	10

という目的においては十分ではないと考えられる。

8件のうち5件は欧州癌研究機関（European Organisation for Research and Treatment of Cancer：EORTC）のQuality of Life（QOL）研究班が開発した尺度であった。EORTCは、様々な国、組織からの研究資金により運営される30か国、600以上の参加施設からなる欧州最大のがん多施設共同臨床研究グループである。HR-QOLを評価する質問票は、測定対象を特定の疾患に限定せず様々な疾患や健常人でも使用可能な一般的

内容で構成された包括的質問票と、対象疾患が限定され、疾患に特徴的な症状や機能に準じた内容で構成された疾患特異的質問票に分類される³⁴⁾。5件の文献で使用されていた尺度は疾患特異的質問票であった。疾患特異的質問票は疾患特有の事象を質問項目に加えることができるため、特定の疾患の患者を対象とする場合には有益である。だが、AYA世代のがんは希少かつ多様であるため、様々な診療科に分散しているという特徴があることから、すべてのがん特有のツールを作成することは困難である。全てのAYA世代へのセクシュアリティ支援を提供するためには、希少ながん、少数派のがんも取り残すことなく、疾患や性別を問わずに使用できる汎用性の高さが必要であると考えられる。

2. セクシュアリティを評価/アセスメントする要素について

既存のツールの構成概念や質問内容を整理することにより、AYA世代サバイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントするための要素が明らかになった。本研究で明らかになったAYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントする6つの要素のうち、【その他】の内容には、がんによる今後の健康状態への懸念、不妊になる可能性の受けとめ、自分のがんにより子どもの健康状態に影響を与える不安などが含まれていた。この要素は1つの文献（文献10）から抽出された下位概念であるため、既存の要素以外にもAYA世代がんサバイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントする要素として含めるべき内容がないかを検討する必要がある。

研究の限界と今後の課題

今回使用したデータベースはPubMed、医中誌であった。本研究課題に関連する文献を網羅的に検索するためには看護・ヘルスケア関連の文献情報を検索できるデータベースとの併用が望ましかったと考えられる。本研究ではツール形式、対象者、要素を明らかにすることを目的としたため、ツールの信頼性と妥当性については評価しなかったことからツールの質の評価を行う必要がある。今後はセクシュアリティを評価/アセスメントする要素を網羅したツールの開発が必要と考えられる。

結 論

AYA世代がんサバイバーのセクシュアリティ

を評価/アセスメントするツールの形式、対象者、要素を明らかにすることを目的に、海外文献18件を対象に文献検討を行った。既存のツールの構成概念や質問内容を整理することにより、AYA世代サイバーのセクシュアリティを評価/アセスメントするための6つの要素が明らかになった。全ての要素を網羅する既存のツールはなく、AYA世代がん診療体制、がんの種類多様性と希少性を踏まえた汎用性の高いツールの必要性が示唆された。

本研究は、石川県立看護大学に提出した学位論文(2023年度)の一部を加筆・修正したものである。

利益相反

本論文内容に関連する利益相反事項はない。

文 献

- 1) 国立がん研究センター：小児・AYA世代のがん罹患, [オンライン, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/child_aya.html], 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」, 7. 15. 2019
- 2) 平山貴敏, 清水研：【尿路性器がん患者の長期フォロー】 精巣腫瘍を含むAYA世代のがん患者に対する心理社会的問題と支援, 泌尿器外科, 31(12), 1625-1629, 2018
- 3) Galán S, de la Vega R, Tomé Pires C, et al.: What are the needs of adolescents and young adults after a cancer treatment? A Delphi study. *European Journal of Cancer Care*, 26(2), 2017
- 4) Wettergren L, Kent EE, Mitchell SA, et al.: Cancer negatively impacts on sexual function in adolescents and young adults: The AYA HOPE study. *Psychooncology*, 26(10), 1632-1639, 2017
- 5) 高橋都：【現場でできるセクシュアリティのケア】 がん患者のセクシュアリティ問題点の整理とケアの可能性, ターミナルケア, 14(5), 349-355, 2004
- 6) 渡邊知映：がん患者の性と生殖, 日本病院薬剤師会雑誌, 54(8), 955-959, 2018
- 7) 桶作梢, 濱耕子, 米田昌代：AYA世代がんサイバーのセクシュアリティにまつわる経験, 日本看護科学会誌, 43, 1-10, 2023
- 8) 厚生労働省：小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業, [オンライン, <https://www.j-sfp.org/ninnyousei-outcome/>], 厚生労働行政推進調査事業費 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業 小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法のエビデンス確立を目指した研究-安全性(がん側のアウトカム)と有効性(生殖側のアウトカム)の確立を目指して, 7. 6. 2023
- 9) 鈴木直, 高井泰, 野澤美江子, 他：イラストとQ&Aでわかる 患者・家族説明にそのまま使える ヘルスケアプロバイダーのためのがん・生殖医療(第1版), 222-223, メディカ出版, 大阪, 2019
- 10) 日本がん・生殖医療学会：がん・生殖医療の均てん化を目指して, [オンライン, <https://j-sfp.org/cooperation/about/>], がん治療と妊娠地域医療連携, 12. 11. 2022
- 11) 服部佐知子, 山本真実, 布施恵子, 他：がんを患うAYA世代の人々への支援において看護職が心がけていることと困難さ, 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 27-36, 2021
- 12) Tomioka A, Obama K, Okada H, et al.: Nurse's perceptions of support for sexual and reproductive issues in adolescents and young adults with cancer. *PLOS ONE*, 17(6), 2022
- 13) World Health Organization: Sexual health, [オンライン, https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2], World Health Organization Health topics, 10. 22. 2023
- 14) キャンディス・W・キルヒナー：第19章 セクシュアリティと特定のがん治療法, ナンシー・F・ウッズ, ヒューマン・セクシュアリティ 臨床看護篇(第1版), 日本看護協会出版会, 285-288, 東京, 1993
- 15) Greimel E, Bottomley A, Cull A, et al.: An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-OV28) in assessing the quality of life of patients with ovarian cancer. *European journal of cancer*, 39(10), 1402-1408, 2003
- 16) Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, et al.: The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*, 107(8),

- 1812–1822, 2006
- 17) Hormes JM, Lytle LA, Gross CR, et al.: The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(8), 1269–1274, 2008
 - 18) Szymanski KM, Wei JT, Dunn RL, et al.: Development and validation of an abbreviated version of the expanded prostate cancer index composite instrument for measuring health-related quality of life among prostate cancer survivors. *Urology*, 76(5), 1245–1250, 2010
 - 19) Bogaarts MP, Den Oudsten BL, Roukema JA, et al.: The Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer (PDQ-BC) is a useful instrument to screen psychosocial problems. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), 1659–1665, 2012
 - 20) Ferguson SE, Urowitz S, Massey C, et al.: Confirmatory factor analysis of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in women with gynecologic cancer. *Cancer*, 118(12), 3095–3104, 2012
 - 21) Hoyt MA, Cano SJ, Saigal CS, et al.: Health-related quality of life in young men with testicular cancer: validation of the Cancer Assessment for Young Adults (CAYA). *Journal of Cancer Survivorship*, 7(4), 630–640, 2013
 - 22) Flynn KE, Lin L, Cyranowski JM, et al.: Development of the NIH PROMIS® Sexual Function and Satisfaction measures in patients with cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 43–52, 2013
 - 23) Winters ZE, Balta V, Thomson HJ, et al.: Phase III development of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire module for women undergoing breast reconstruction. *The British journal of surgery*, 101(4), 371–382, 2014
 - 24) Gorman JR, Su HI, Pierce JP, et al.: A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(2), 218–228, 2014
 - 25) Park CL, Wortmann JH, Hale AE, et al.: Assessing quality of life in young adult cancer survivors: development of the Survivorship-Related Quality of Life scale. *Quality of Life Research*, 23(8), 2213–2224, 2014
 - 26) Jørgensen L, Garne JP, Søgaard M, et al.: Development of a questionnaire encompassing indicators of distress: a tool for use with women in surgical continuity of care for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 129–135, 2015
 - 27) Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, et al.: Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. *The Breast journal*, 15(3), 287–290, 2009
 - 28) Christophe V, Duprez C, Congard A, et al.: Evaluate the subjective experience of the disease and its treatment in the partners of young women with non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 734–743, 2016
 - 29) Sztankay M, Aaronson NK, Arraras JI, et al.: International phase IV validation study of an EORTC quality of life questionnaire for testicular cancer patients: the EORTC QLQ-T26. *BMC Cancer*, 18(1), 2018
 - 30) Winters ZE, Afzal M, Rutherford C, et al.: International validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-BRECON23 quality-of-life questionnaire for women undergoing breast reconstruction. *The British journal of surgery*, 105(3), 209–222, 2018
 - 31) Oberguggenberger AS, Nagele E, Inwald EC, et al.: Phase 1–3 of the cross-cultural development of an EORTC questionnaire for the assessment of sexual health in cancer patients: the EORTC SHQ-22. *Cancer Medicine*, 7(3), 635–645, 2018
 - 32) Roberts K, Chong T, Hollands E, et al.: Screening for sexual health concerns in survivors of gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 599–605, 2019
 - 33) Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL: Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622–629, 1993
 - 34) 小賀徹: 健康関連QOLの概念と評価 QOLをはかってみよう!, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 29(3), 377–380, 2021

研究報告

放射線治療を受ける頭頸部がん患者の 照射野の皮膚変化と皮膚水分量の実態：前向き観察研究

Prospective observational study of skin changes and skin moisture for
head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy.

定塚 佳子¹⁾, 大桑 麻由美²⁾

Yoshiko Jozuka¹⁾, Mayumi Okuwa²⁾

¹⁾ 社会医療法人厚生会中部国際医療センター, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Central Japan International Medical Center

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

キーワード

頭頸部がん, 放射線皮膚炎, 皮膚水分量, 質的スケッチ技法, 前向き観察研究

Key words

head and neck cancer, radiation dermatitis, skin moisture, qualitative sketching method
prospective observational study

要 旨

目的は、頭頸部がん患者の放射線治療中におこる放射線皮膚炎の皮膚の形態的变化および皮膚水分量との関連を明らかにすること。対象者はA県がん診療連携拠点病院にて頭頸部がんに対し化学放射線治療を受けた成人患者9名。放射線治療を受ける前から、治療終了後までの約7週間、照射野の皮膚の状態を毎日観察した。皮膚状態の分析には質的スケッチ技法を用い、照射部位の皮膚に生じている変化を記述・言語化し、〈カテゴリー〉、【サブカテゴリー】を抽出した後、びらん発生に至るストーリーを作成した。また皮膚水分量を計測し、皮膚の形態的变化と照合した。びらん発生は4名であり、部位は喉頭隆起と頸の付け根に発生した。びらん発生に至るストーリーは、〈皮丘〉が【隆起】から【凹凸を伴った隆起】となり、〈皸〉が【浅く】なり、〈皮丘〉が【ぴんと張った】タイミングで【鱗屑】が出現し、びらんに至る、であった。皮膚水分量は照射後半に照射前値を下回り、そのタイミングは〈皮丘〉の【凹凸を伴った隆起】出現と近似していた。

連絡先 (Corresponding author) : 大桑 麻由美
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

はじめに

頭頸部がんの原発部位は、口腔、鼻腔・副鼻腔、上咽頭、中咽頭、下咽頭、喉頭、唾液腺が主な領域となる。頭頸部がんの組織型のほとんどは扁平上皮がんであり、治療は切除手術、化学放射線治療が選択される。

頭頸部がんの放射線治療の適応は、遠隔転移がない局所進行がんで放射線感受性が高く、病巣周囲に放射線感受性の高い重要臓器が存在せず、全身状態が良好な場合により適応となる。喉頭がんなどでは手術に劣らない治療成績を得られることが多い。放射線治療の利点として身体の形態や機能を損なわないことがあげられ、重要臓器に隣接し手術が難しい切除不能な部位にも適応できることなどがある¹⁾。この放射線治療の重篤な副作用の一つに放射線皮膚炎があり、放射線治療を受けるすべての患者の85%に何らかの放射線皮膚炎が出現する²⁾。本邦における頭頸部がん患者の皮膚障害は、Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0有害事象共通用語規準v4.0日本語訳JCOG版(略称:CTCAE v4.0 JCOG)³⁾による「放射線性皮膚炎」として定められており、重症度分類はグレード1からグレード5までであり、グレード1はわずかな紅斑や乾性落屑、グレード5は死亡をさす。放射線皮膚炎の有病率の報告は少なく、グレード3の出現割合は9.7%、グレード2以上では61.7%⁴⁾であった。さらにがん放射線療法看護認定看護師が在籍する医療機関において、頭頸部照射・グレード2以上の発生頻度50%以上と回答した施設が約3割を占めていた⁵⁾。放射線皮膚炎に対するステロイド軟膏の有効性と標準的スキンケアとのRCTによる検討では、標準的スキンケア、すなわち皮膚の清潔と保湿ケアを受けた80%の患者がグレード2、25%の患者がグレード3の重症な放射線皮膚炎を発生していた⁶⁾。これらのことから放射線皮膚炎予防は困難なことがうかがえる。グレード3の放射線皮膚炎は疼痛や出血を伴うなど、療養生活のQOLは著しく低下する。

放射線皮膚炎に対するケアは、総線量やCTCAEの「放射線性皮膚炎」グレード分類により、症状に合わせた洗浄と皮膚の保湿で創傷治癒環境を整えることが放射線皮膚炎の回復につながる⁴⁾と報告され、実践されている。しかし、患者個々で放射線皮膚炎の出現時期が異なり、グレード2の軽度なまま放射線治療を終える患者もあれば、対応に難渋しグレード3「皸や皸以外の部位の湿性落

屑;軽度の外傷や摩擦により出血する状態」、すなわち、びらんとなり、重症な皮膚障害へ進展し、ますます対応が困難となり、治療中断を余儀なくされる患者もある。これは放射線治療中の皮膚症状の見極めができておらず、それらの症状に対するケア提供のタイミングが、タイムリーではないためではないかと考えた。

頭頸部がん患者を対象とした放射線治療中の放射線皮膚炎の自覚症状は、ケアをしている患者では、「痛い」25%、「痛痒い」12.5%、ケアをしていない患者では、「痛い」・「痛痒い」41.2%に生じている⁷⁾。皮膚は、放射線治療の影響により乾燥するため、痒みの自覚症状が現れると考えられる。痒みは「掻く」行為につながりやすく、それが皮膚損傷のきっかけとなる可能性がある。痒みの自覚と皮膚の水分量は関連があると推測するが、放射線治療の全治療期間を測定した報告はなく、皮膚水分量の変化は明らかではない。

皮膚症状の詳細を縦断的な観察と皮膚水分量の変化を同時に観察することで、皮膚の経過がわかり、放射線皮膚炎の重症化につながる前症状のアセスメントをする一助になるのではないかと考えた。

本研究の目的は、頭頸部がんの放射線治療中の患者の照射野の皮膚を前向きに詳細に観察し、また、皮膚水分量との関連の有無から、重症な放射線皮膚炎につながる皮膚症状を明らかにすることであった。

用語の定義

頸の付け根：甲状腺峡部から第7頸椎の棘突起までを結んだライン上の部位を指す。

方 法

1. 対象者

対象は、頭頸部がんでA県がん診療連携拠点病院の放射線治療科にて放射線治療を受ける成人患者とした。

1) 包含基準

中咽頭がん、下咽頭がん、喉頭がんで根治目的に放射線治療を行う患者であり、放射線治療科初診時に放射線治療医から研究参加を紹介された者とした。

2) 除外基準

調査期間中に全身状態の悪化などにより調査継続が困難となった者、研究施設の放射線治療医もしくは主治医が本研究には不適切と判断した者と

した。

2. データ収集

1) 調査期間

2015年5月から2017年3月31日までであった。

2) 調査項目および測定方法

調査は、対象者の放射線治療の開始前から終了後約1週間まで、前向きに行った。また、調査項目のすべてのデータ収集は、研究者1名で実施した。

(1) 照射野の皮膚の観察

放射線治療開始前、放射線治療実施日の毎回照射後、および治療終了後に照射野を含む頭頸部を正面、左右側面の3方向から写真撮影した。同時に、視診、問診、触診にて皮膚症状を観察し、その日の体調を確認した。写真撮影は、毎回同じ環境で行えるように撮影の場所、室内灯からの距離を調整した。また照射野全体が撮影できるように衣服の調整を行った。撮影の範囲内に画像補正用カラーチャートキャスマッチ（株式会社ベアームディック）を入れた。

画像の色調を、画像処理ソフトAdobe Photoshop（Adobe Systems Incorporated アドビシステムズ社）を使用し、被写体に近い色調に補正し、キャスマッチにより色調の水準を一定にした画像に調整し、その写真を皮膚状態のスケッチ技法の対象とした。

(2) 皮膚水分量

放射線治療開始前、放射線治療実施日の毎回照射後に、照射野内の1か所を選定し、毎回同じ部位を測定した。測定用具はモバイルモイスチャーHP-10-N（株式会社インテグラル）を使用した。この測定器の値は、角質の水分量を計測する⁸⁾。同部位の測定を3回実施したICC（1:3）は0.94であった。測定時の温度を24℃に設定し、湿度も一定に保たれるように、測定場所は治療室内の診察室で行った。測定値には単位がなく、数値が小さいほど水分量が少なく、皮膚乾燥状態を示す。

(3) 基礎情報

性別、疾患、年齢、治療方針、放射線治療開始前と期間中の体重、BMI、ヘモグロビン、血清アルブミン、総たんぱく質濃度の採血データを診療記録から収集した。

(4) 日常的なケア

着用している衣服、清潔ケア方法を口頭にて2回/週収集し、肌着（シャツ）を新調したなどの対応があればその都度収集した。

(5) 治療

放射線治療は、線種、線量、エネルギー、門数、照射野を照射録、診療記録、CT画像から収集した。

化学療法は、薬剤の投与方法（全身もしくは動注）、薬剤名、動脈内注入化学療法の場合は、薬剤の投与血管を診療録から収集した。

3. 分析方法

1) 放射線皮膚炎のカテゴリー化

調査にて得られた対象者の照射野の写真から、皮膚の所見を質的スケッチ技法⁹⁾にて言語化し要約した（図1）。次にその要約を質的記述的に分析し、共通する内容を帰納的にカテゴリー化した。さらに治療期間中の照射野全体の皮膚症状（形態的皮膚変化）がイメージできるように経時的にストーリーにした。放射線治療中に重症な放射線皮膚炎であるびらんを発生した群（発生群）と発生しなかった群（非発生群）を比較し、相違を抽出した。

2) 皮膚水分量

各3回の測定値は、外れ値・測定エラー値を除き、平均値を算出した。また、測定期間の推移を対象者ごとにグラフ化した後、対象者の皮膚症状との比較をした。

3) 基礎情報

記述統計を行い、中央値（最小値－最大値）で表記した。

4) 日常的なケア

全対象者の日々のケアを時系列で記述し、発生群の発生に至るまでのケアと非発生群のケアを確認した。

5) 放射線治療および化学療法

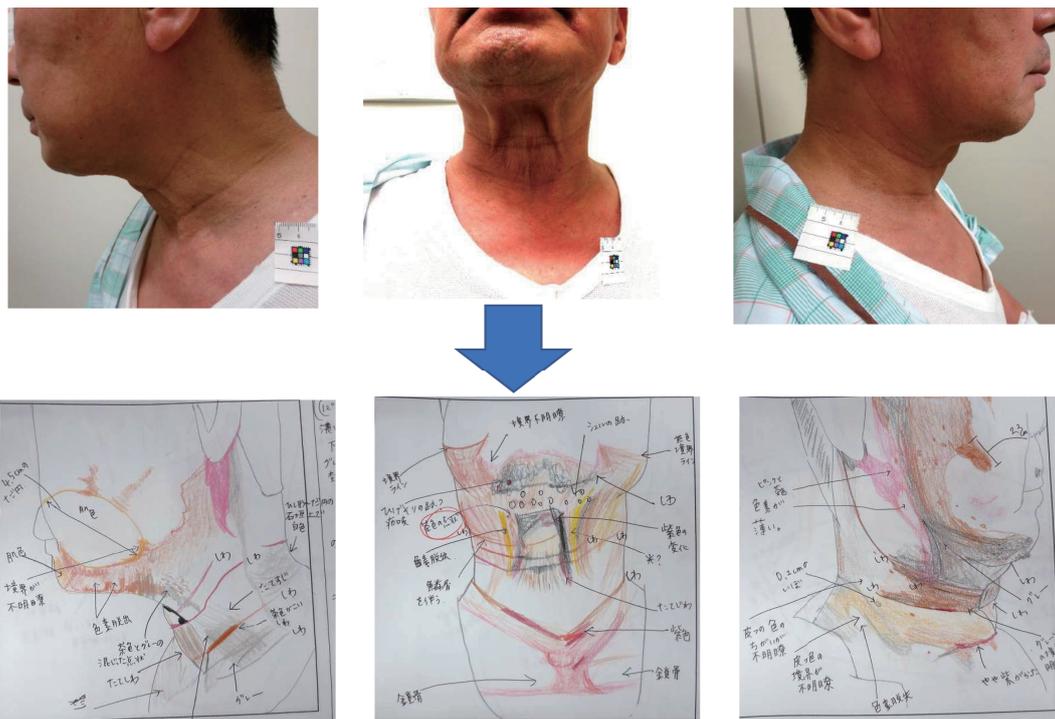
放射線治療方法は、対象間に相違がないかを確認した。CT画像で照射野を確認し、皮膚症状発生が現行の照射野内であるかを放射線治療専門医の助言のもと線量体積ヒストグラムを参考に確認を行った。

化学療法は、実施により皮膚症状に影響を与えたか、化学療法のタイミングが影響していたかを皮膚症状と照らし合わせ時系列で確認した。

4. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号563-1）。

放射線治療科受診時に、放射線治療医から紹介、治療前のCT撮影時に患者に趣旨を説明し、調査の参加により、起こりうる危険や不利益がないこと、研究により皮膚障害は発生しないこと、非侵襲的な調査であることを治療開始前に書面及び口頭で説明し、書面にて同意を得た。



22Gy/11Fr 顎下は茶色変化を認め黒色と茶色が混ざる。顎直下に痂皮様の変化あり、電気カミソリで傷つけた。喉頭隆起の隆起は黒色、前頸三筋にかけて茶色点状で右側は色素脱出あり。鎖骨上縁と下縁はピンク色の変化。縦皺が黒色、グレー、茶色で縦長にある。両頬は照射野に一致して茶色に変化している。

図1 質的スケッチ技法

言語化の一例。実際の視診による観察時の印象をメモに残しておく。写真を忠実にスケッチに起こし、観察内容を詳細に言語に残す。3方向から見た内容を集約し文章化する。

放射線治療による放射線皮膚炎の出現が調査中に発見された場合は直ちに医師に報告し、放射線皮膚炎の診療・治療を依頼した。その結果調査継続可能と判断された場合、調査を継続した。放射線治療中の副作用により放射線治療専門医もしくは頭頸部外科主治医が調査継続困難と判断した場合は直ちに中止した。

対象者の写真を撮る際は目を写りこませず個人が特定されないように配慮した。調査により診療に支障がないこと、業務に支障がないことを保障した。

結果

1. 対象の概要

期間中に対象となりうる人は10名で、そのうち医師から紹介され、同意を得られた9名を対象者とした。9名の対象者 (ID1-ID9) は、全員、放射線治療を完遂した。

9名の性別は男性9名 (100%) であった。疾患は、下咽頭がん5名 (55.6%)、喉頭がんと中咽

頭がんはそれぞれ2名 (22.2%) であった。年齢の中央値 (範囲) は、67 (57-68) 歳であった。

2. 放射線皮膚炎の概要

1) 放射線皮膚炎

紅斑9名 (100%)、乾性落屑9名 (100%)、びらん4名 (44.4%) であった。

2) 出現時期

紅斑は、2-10Gyが5名 (55.6%)、12-20Gyが4名 (44.4%) であった。

乾性落屑は、44Gyが1名 (11.1%)、52-60Gyでは9名 (100%) であった。

びらんは、3名が64-70Gyで出現し、また1名は治療終了後3日目に確認された。

3) 質的記述的分析による放射線皮膚炎の皮膚症状の特徴

対象者の全放射線治療中の画像960枚から得た結果を示す。皮膚症状が現れた部位は「喉頭隆起」と「頸の付け根」であり、そこに現れた皮膚症状は (1) 形態的变化 (2) 色調の変化に大別された。以降、文中のカテゴリーは〈 〉、サブカテ



図2 頸の付け根

甲状腺峡部（黒矢頭）から第7頸椎棘突起（白矢頭）を結んだライン状（破線）をさす

ゴリーは【 】で示す。「喉頭隆起」と「頸の付け根（図2）」はびらんが発生した最初の部位であり、びらんはこの2部位をきっかけとして拡大した。

(1) 形態的变化

〈皮丘〉、〈皴〉、〈角層〉があり、〈皮丘〉は、【隆起】、【凹凸を伴った隆起】、【平坦】、【ぴんと張った】があった。〈皴〉は、【縦皴】、【増加】、【浅い】、【深い】があった。〈角層〉は、【搔破性落屑】、【鱗屑】、【剥離した表皮】、【枇糠様落屑】があった。

(2) 色調の変化

〈色調〉は、【濃いピンク】、【ピンク】、【紅色】、【暗赤色】、【暗紫色】、【グレー】、【グレーの混ざったピンク】、【グレーのベール】、【茶色】、【黒色】、【オレンジ色】、【肌色】、【周囲と異なる（色）】があった。

4) 治療開始から終了までの皮膚の形態的变化のストーリー

(1) 発生群の形態的变化のストーリー

[ID1]を例として、時系列の形態的变化のストーリーを図3に示す。時系列は照射線量Gyで表す。

[ID1]: 〈皮丘〉は、18Gyで【隆起】を認め、56Gyで【凹凸を伴った隆起】となった。62Gyで【ぴんと張った】。〈皴〉は32Gyで【縦皴】が【増加】し、60Gyで【浅く】なった。〈角層〉は68Gyで白色の【鱗屑】が襟部分にあった。56Gyで小さな円形痂皮（搔破痕）があり、64Gyでなくなった。68Gyに頸の付け根に白い【鱗屑】と【周囲と異なる】【濃いピンク】が現れ、70Gyで同部位にびらんが観察された。

発生群の[ID1]、[ID3]、[ID5]、[ID6]の時系列の変化を図4-1に示す。

(2) 非発生群の形態的变化のストーリー

[ID2]を例として、ストーリーを述べる。

[ID2]: 〈皮丘〉の変化はなく、〈皴〉は、8Gy、22Gyで【浅く】なる、を繰り返した。〈角層〉は

50Gyから治療終了まで【枇糠様落屑】を認めた。

[ID2]、[ID4]、[ID7]、[ID8]、[ID9]の時系列の変化を図4-2に示す。

(3) びらん発生の有無によるストーリーの違い

発生群のびらんの発生までの形態的变化は、〈皮丘〉の【隆起】、【凹凸を伴った隆起】、【平坦】、【ぴんと張った】、〈皴〉の【増加】、【浅く】、〈角層〉の【搔破性落屑】、【鱗屑】、【剥離した表皮】があり、これらの皮膚変化は、非発生群にも認めた。しかし、発生群はこれらの形態的变化に連続性があり、症状の重複出現があったが、非発生群のそれぞれの形態的变化に連続性はなく、どれか一つが出現し消失していた。

5) 痒みによる皮膚の変化

対象者の確認では、皮膚の痒みの自覚は9名(100%)であった。また、視診およびスケッチ技法により、照射野に搔破による表皮剥離があった者、痂皮形成による搔破を確認した者は5名(55.5%)であり、発生群では3名[ID1]、[ID3]、[ID6]に確認された。

3. 放射線治療中の皮膚水分量の変化(図5-1、5-2)

皮膚水分量測定は対象者9名の治療期間前、治療中に実施した。[ID3]は64Gy/32回目で測定部位の皮膚の破綻が懸念されたため測定を中止した。[ID8]は50Gy/25回目と56Gy/28回目、[ID9]は、36Gy/18回目と40Gy/20回目のデータ収集ができなかった。

発生群の推移では、照射前半は、値の上下がありながらも、照射前の皮膚水分量を下回ることがあっても、再び照射前以上の値を示していたが、照射後半50Gy以降から変動があり、照射前の値を超えることがなかった。また50Gy以降で、前日の値から10以上低下したタイミングで3名[ID1]、[ID3]、[ID5]は皮丘の【凹凸を伴う隆起】が観察された。

Gy	画像	スケッチ
18		<p>↑ 頭側</p> <p>【隆起】</p>
32		<p>【縦皺】 【増加】</p>
56		<p>【凹凸を伴う隆起】</p>
60		<p>皺【浅い】</p>
62		<p>【ぴんと張った】</p>
68		<p>【周囲と異なる】 島状の【濃いピンク】</p> <p>【鱗屑】</p>
70		<p>頸の付け根に沿ってびらん3つ</p>

図3 [ID 1] の照射中の形態的变化

△白矢頭：前頸部の照射前からある深い皺その1、▲黒矢頭：前頸部の照射前からある深い皺その2
 白囲み破線：皮丘、緑色囲み破線：皺、青色囲み破線：角層の категория に相当する部位
 ⇨白矢印：びらん

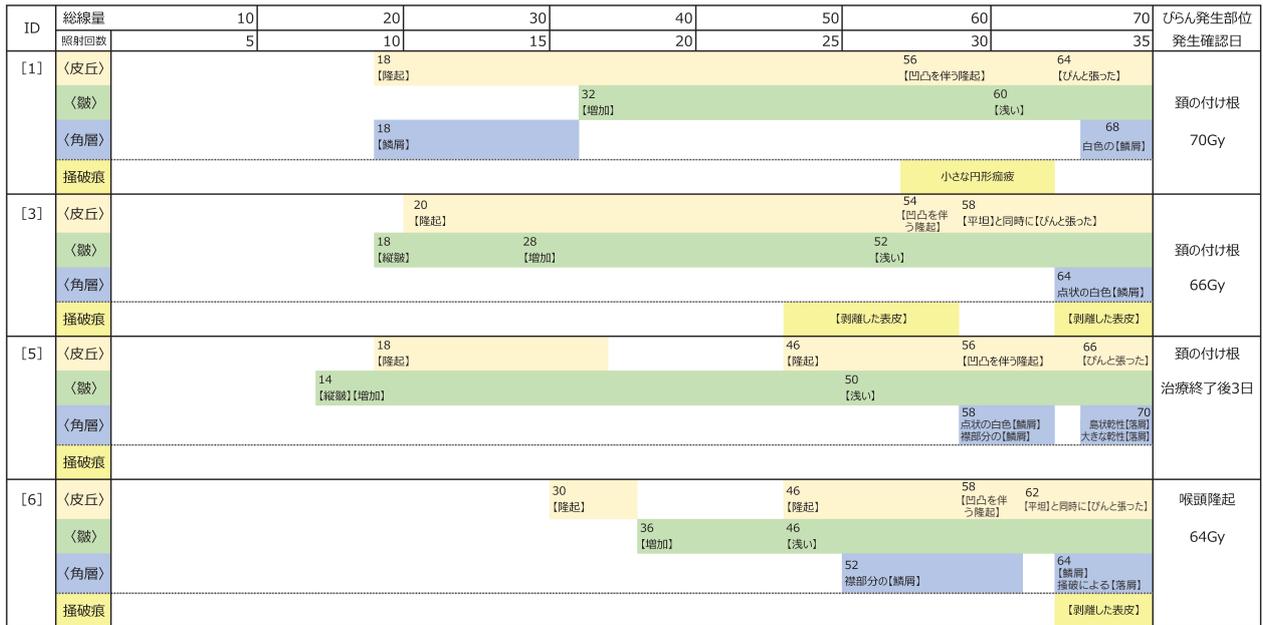


図 4-1 重症な放射線皮膚炎（びらん）となった形態的变化〈皮丘〉〈皴〉〈角層〉のストーリー

カテゴリーは〈 〉、サブカテゴリーは【 】で示す。【 】のないカテゴリーは、肉眼的にはとらえられなかったもの（デジタル画像で拡大）
数字は照射線量、カラーはカテゴリーの変化が持続している期間

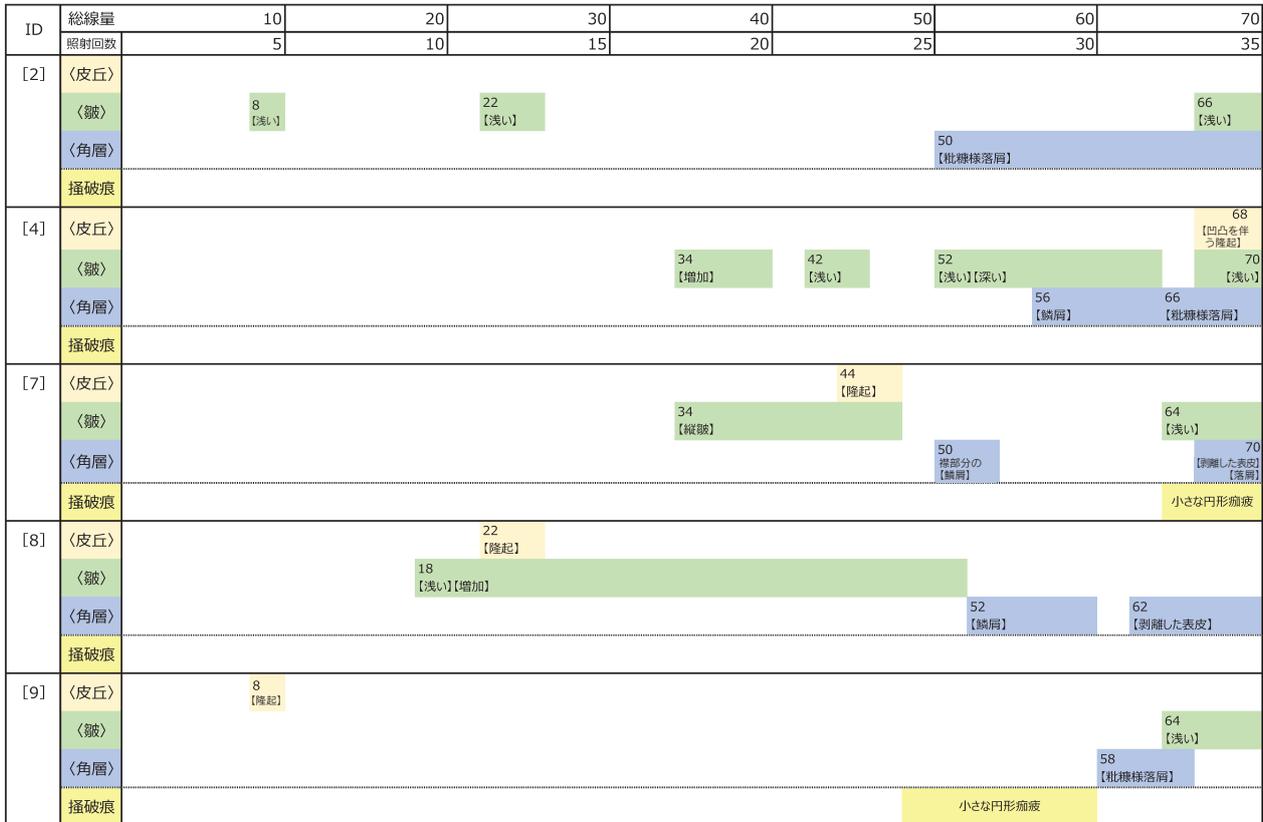


図 4-2 重症な放射線皮膚炎（びらん）とならなかった形態的变化〈皮丘〉〈皴〉〈角層〉のストーリー

カテゴリーは〈 〉、サブカテゴリーは【 】で示す。【 】のないカテゴリーは、肉眼的にはとらえられなかったもの（デジタル画像で拡大）
数字は照射線量、カラーはカテゴリーの変化が持続している期間

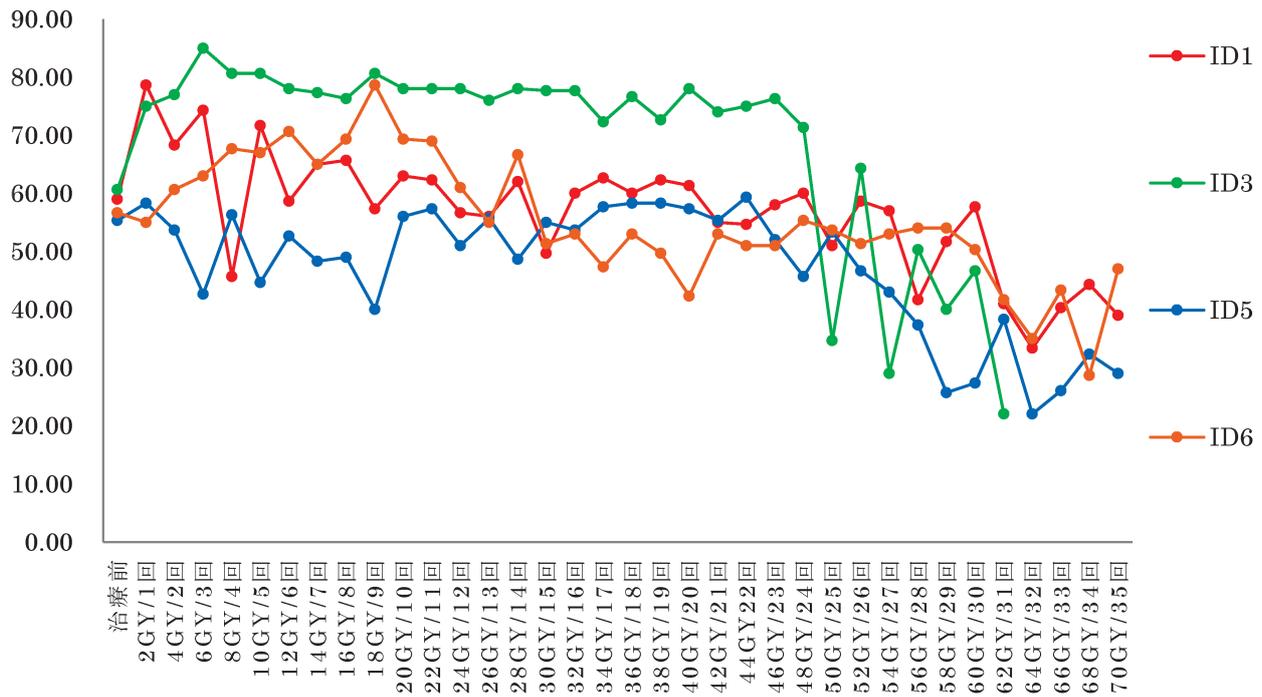


図 5-1 発生群の治療中の水分量の値

[ID3]は64GY/32回目以降測定を中止した

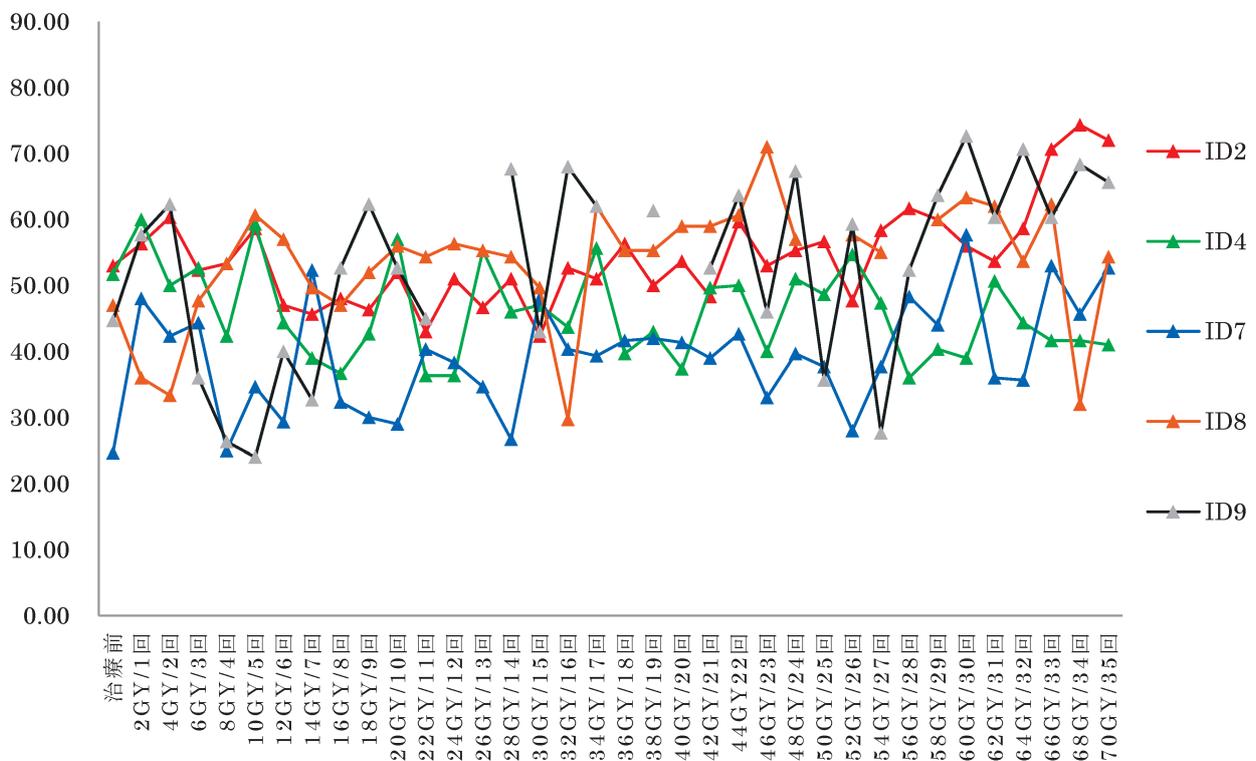


図 5-2 非発生群の治療中の水分量の値

[ID8]は50GY/25回目と56GY/28回目、[ID9]は36GY/18回目と40GY/20回目の測定値なし

4. 対象者の基礎情報（表1）

対象者の治療前と治療終了後の体重、BMI、ヘモグロビン、血清アルブミン、総たんぱく質濃度を表1に示す。著しい貧血、低栄養状態を示すデータはなかった。

5. 日常的なケア

1) 対象の着衣

照射野の皮膚に接触する衣服類は、病院指定の寝衣（綿55%・ポリエステル45%）8名と持参の寝衣1名、下着は綿100%あるいは綿ポリエステル混を全員が着用していた。

また着衣の襟が当たる部分に鱗屑を伴ったのは、[ID1]、[ID5]、[ID6]、[ID7]で54-62Gyに出現していた。いずれも部位は頸の付け根と後頸三筋が交わる辺りであった。

2) 対象の清潔ケア

清潔ケアは、全員、2-3日に1回シャワー浴を実施しており、毎日1-2回軟膏塗布を行っていた。軟膏は病棟看護師が皮膚の乾燥や発赤が出現したと判断した時点で、ロコイド®プロベト®混合軟膏の塗布を開始していた。

6. 放射線治療および化学療法

対象者全員の放射線治療は、X線、総線量70Gy

であった。化学療法の併用療法は、[ID6]以外の第1選択薬剤はシスプラチン、[ID6]は分子標的薬（セツキシマブ）であった。

考 察

放射線治療を受ける患者の照射野の皮膚症状を前向きに観察し、重症な放射線皮膚炎である「びらん」の好発部位と皮膚の形態的变化と皮膚水分量の変化を明らかにした。以下、びらんに至る皮膚症状の発生部位との形態的特徴、皮膚水分量との関係についてまとめ、必要なケアについて考察する。

1. びらんの発生部位と皮膚の形態的变化

頭頸部がんの放射線治療では、びらんに至る変化の部位は、「喉頭隆起」、「頸の付け根」の2か所に出現することが分かった。

さらに、びらん発生までの形態的变化は、〈皮丘〉では【隆起】、【凹凸を伴った隆起】、【平坦】、【ぴんと張った】、〈皸〉では【増加】、【浅い】変化、〈角層〉の【掻破性落屑】【鱗屑】があり、複数の症状が重複し、持続して現れていた。

放射線照射による急性皮膚障害は、表皮基底細胞へのダメージによるものであり、表皮基底細胞

表1 対象者の基礎情報

対象者ID	BW(kg)		BMI		Hb(g/dl)		Alb(g/dl)		TP(g/dl)	
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
<u>1</u>	59.0	56.1	23.3	22.2	14.1	9.7	4.3	3.7	7.5	6.7
2	68.1	64.2	26.9	25.4	14.2	11.9	3.4	3.7	7.2	6.7
<u>3</u>	43.4	40.8	16.2	15.2	13.7	9.1	4.6	3.7	7.6	6.5
4	57.0	-	22.3	-	13.9	9.3	3.4	2.9	6.4	5.3
<u>5</u>	58.5	56.5	19.7	19.0	16.2	12.1	-	-	6.5	7.3
<u>6</u>	57.2	57.7	21.5	21.7	13.2	13.3	3.6	3.9	6.3	6.4
7	66.4	59.3	22.8	20.4	11.8	9.6	3.7	3.5	7.3	7.2
8	54.8	59.4	20.5	22.2	15.2	8.8	4.1	2.7	6.7	4.7
9	58.7	51.0	17.8	16.6	11.7	9.8	4.1	3.2	7.1	6.6
中央値	58.5	57.1	21.5	21.0	13.9	9.7	3.9	3.6	7.1	6.6

BW : body weight BMI : body mass index

Hb : ヘモグロビン Alb : 血清アルブミン TP : 総たんぱく質濃度 - : データなし

前 : 放射線治療開始前 後 : 放射線治療終了時

ID数字の一重下線 : 喉頭隆起のびらん発生者、下線なし : 頸の付け根のびらん発生者

の分裂阻害により、基底層から角層へ至る上皮ターンオーバーが障害される。その結果、角層の減少・消失が起り、皮膚が薄くなる¹⁰⁾。また血管透過性の亢進や浮腫により紅斑が生じるがこれは基底細胞喪失の程度を反映する¹¹⁾とされている。びらんが発生した4名に、皮丘の【びんと張った】変化は、60Gyから70Gy、治療終了までの間で観察された。それに至るまでの皮丘の【隆起】、【凹凸を伴った隆起】は、炎症性の浮腫が全体に広がり、皮溝を確認できない皮丘の【平坦】から皮丘が伸展し【びんと張った】変化になったと考える。さらに蓄積された放射線治療の影響を受けた脆弱な表皮が、ターンオーバーで脱落したことで浮腫変化が目立ち、皮膚が【びんと張った】という形態的变化として出現したと考える。

治療の中盤から発生する皮丘の【隆起】、【凹凸を伴った隆起】からびらん発生の直前皺が【浅く】なり、皮膚が【びんと張った】変化に変わったタイミングで【鱗屑】が出現するという、一連の皮膚変化の流れが、びらんにつながる皮膚変化となることが示唆された。

2. 治療中の水分量の変化

発生群の皮膚水分量は、照射線量が50Gy以降から、開始前の値よりも上回ることがなく、治療前よりも乾燥した状態を示していた。

放射線皮膚炎は照射線量が増加、治療が経過するごとに皮膚の紅斑、乾性落屑が出現する¹²⁾、また皮脂腺は高感受性のため、皮膚に紅斑を生じさせない少ない線量でも皮膚の乾燥を生じさせる¹³⁾とされている。このような病態生理がある中、治療開始前半では、日々の保湿ケアにより皮膚機能を補充できていた可能性がある。しかし、放射線治療のダメージが日々の保湿ケア補充を上回りその蓄積が治療後半50Gy以降の皮膚水分量の低下を招いていたと推測する。また前日の値から10以上低下したタイミングで皮丘の【凹凸を伴う隆起】が出現しており、さらに皮丘が【びんと張った】状態は浮腫状態が視診で確認できる状況であった。浮腫がある皮膚の乾燥状態は必発である。【びんと張った】状態から60Gy以降にびらんが生じており、視診よりも前に明確な皮膚水分量の低下を確認することがケアのポイントとなる可能性がある。

3. ケアについて

対象者は照射による皮膚乾燥があり掻痒感を伴い、「掻破痕」が観察されているが、「喉頭隆起」と「頸の付け根」以外の部位では、皮膚を掻いて

も痂皮様皮膚の形成のみで、その後びらんにつながらなかった。擦過した部位により、部分的に剥けるのみでびらんに波及しない。これは、今回頭頸部の放射線治療を受ける患者のびらん発生部位が「頸の付け根」と「喉頭隆起」であり、初発部位で好発部位であることを根拠づける結果になった。痒みが出現した場合は、特に「頸の付け根」と「喉頭隆起」を掻破しないように注意することで広範囲のびらんと予防できる可能性が示唆された。

さらに、皮膚の形態的特徴と皮膚水分量の関係の考察より、視診より皮膚水分量の測定の方が皮膚乾燥状態を早くキャッチできることが示唆された。適切な測定用具が準備できる場合は日々測定することが皮膚状態の変化を早期にキャッチする可能性がある。しかし、準備できない場合は、照射後半には保湿を確実にすること、視診で皮丘の変化を注視することが、重症な皮膚障害であるびらん発症の予測につながると考えられた。

研究の限界

重症な放射線皮膚炎であるびらん発生者は4名であり、対象者が少ないため記述統計にとどまり、皮膚水分量低下については、推測統計を実施しなかった。皮膚水分量の低下について指標となる数値を示すことはできなかった。

結 論

本研究より頭頸部がんの放射線皮膚炎のびらんにつながる形態的变化について以下のことが明らかになった。

1. びらんが最初に発生する部位は、喉頭隆起と頸の付け根であった。
2. びらんに進展する皮膚の形態的变化は〈皮丘〉の【隆起】、【凹凸を伴った隆起】から、びらん発生の直前には〈皺〉が【浅く】なり、皮膚が【びんと張った】、【鱗屑】が重複し、かつ連続した変化であった。

放射線治療期間中の皮膚水分量の低下は50Gy以降の皮丘の【凹凸を伴った隆起】の出現により推測でき、60Gy以降のびらん発生につながる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究の趣旨を理解し、研究協力を快諾してくださいました患者皆さまに心より感謝申し上げます。また研究対象施設の医療スタッフの皆様にも

深く御礼申し上げます。

なお本研究は、金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻における修士論文の一部である。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 内田伸江：がん治療における放射線治療の役割，井上俊彦，山下孝，斎藤安子編，がん放射線治療と看護の実践 部位別でわかりやすい！最新治療と有害事象ケア（第1版），金原出版，2-17，東京，2011
- 2) Glover D, Harmer V: Radiotherapy-induced skin reactions: assessment and management, *British Journal of Nursing*, 23(4), S28, S30-35, 2014
- 3) JCOG：有害事象共通用語基準v4.0日本語訳 JCOG版, [オンライン, https://www.jcog.jp/assets/CTCAEv4J_20170912_v20_1.pdf], JCOG, 2. 10. 2024
- 4) Zenda S, Ishi S, Kawashima M, et al.: A Dermatitis Control Program (DeCop) for head and neck cancer patients receiving radiotherapy: a prospective phase II study, *International Journal of Clinical Oncology*, 18, 350-355, 2013
- 5) 岩下恵子，土肥佐和子：がん放射線療法看護認定看護師の在籍する医療機関における放射線皮膚炎の発生およびケアに関する実態調査，*日本放射線看護学会誌*, 9(1), 3-13, 2021
- 6) Yokota T, Zenda S, Ota I, et al.: Phase 3 Randomized Trial of Topical Steroid Versus Placebo for Prevention of Radiation Dermatitis in Patients With Head and Neck Cancer Receiving Chemoradiation, *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 111(3), 794-803, 2021
- 7) 齊藤真江，林克己：放射線皮膚炎に対する保湿クリームの効果－耳鼻科領域の頭頸部照射の患者に保湿クリームを使用して－，*日本がん看護学会誌*, 29(1), 14-23, 2015
- 8) 飯坂真司，竹原君江，真田弘美：携帯型皮膚水分計の妥当性評価，*日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌*, 19(1), 33-39, 2015
- 9) 真田弘美，森武俊編：第5章看護理工学研究の様々な手法. 5.5質的スケッチ技法，*看護理工学*，東京大学出版会，174-181，東京，2015
- 10) 遠藤貴子：放射線皮膚炎に対するケア，*日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌*, 17(4), 257-263, 2013
- 11) Bauer C: CHAPTER29 Oncology-Related Skin and Wound Care. Doughty BD, McNicol LL, *Wound Management*, Wolters Kluwer, 587-610, PA, 2016
- 12) 後藤志保：1.放射線皮膚炎，祖父江由紀子，久米恵江，土器屋卓志，他編，*ベストプラクティスコレクションがん放射線療法ケアガイド*（第3版），中山書店，104-113，東京，2019
- 13) 大西洋，小見山貴史，他：総論，IX正常組織反応，公益社団法人日本放射線腫瘍学会編，*放射線治療計画ガイドライン2020年版*，48-55，金原出版，東京，2020

研究報告

心不全患者へのアドバンス・ケア・プランニングに対する 看護師と医師の認識と双方に対する思い

Nurses' and Physicians' thoughts for each other and perceptions for
advance care planning of patients with heart failure

廣部 愛子¹⁾, 新村 和世¹⁾, 吉野 萌美¹⁾,
赤坂 弘子¹⁾, 堀口 智美²⁾

Aiko Hirobe¹⁾, Kazuyo Shinmura¹⁾, Megumi Yoshino¹⁾,
Hiroko Akasaka¹⁾, Tomomi Horiguchi²⁾

¹⁾ 金沢大学附属病院, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Kanazawa University Hospital

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

キーワード

心不全, アドバンス・ケア・プランニング, 看護師, 医師, 循環器内科

Key words

heart failure, advance care planning, nurse, doctor, cardiology medicine

要 旨

目的：心不全患者に対するアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) は、その疾患の特徴から容易ではない。ACPを促進するためには、看護師と医師が共通認識をもつことが必要である。既存文献では、看護師と医師の認識は明らかにされているが、双方に対しどのような思いをもっているかは明らかになっていない。そこで本研究は、循環器内科病棟勤務の看護師（以下、看護師とする）と循環器内科医師（以下、医師とする）のACPに対する認識および看護師と医師双方に対する思いについて明らかにすることを目的とした。

方法：看護師と医師を対象に無記名自記式質問紙調査法を用いて、基本情報、ACPに対する認識、ACPにおける看護師と医師双方に対する思いを調査した。

結果：看護師23名、医師25名の有効回答を得た。ACPの理解度では「概ね理解している」「少し理解している」との回答を併せると看護師と医師共に8割を超え、ACPの必要性は、看護師は91.3%、医師は88.0%が「必要である」と回答した。また、初回ACPの最適な導入時期についてはそれぞれ半数

連絡先 (Corresponding author) : 堀口 智美
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

が「心不全による複数回の入院があった時」を選択した。ACPを意識した関わりをできていると評価した看護師はおらず、医師は1名ができていると評価した。看護師と医師双方に対する思いでは、それぞれ半数以上が連携において双方へ要望やジレンマがあり、看護師では6つのカテゴリー、医師では5つのカテゴリーが抽出され、看護師と医師は双方の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する思いの相違が示された。

結論：心不全患者を対象にしたACPをより促進させるためには、看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有する必要性が示唆された。

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) とは、将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのことである¹⁾。ACPの目標は、重篤な疾患や慢性疾患の際に、患者が自身の価値観や目標、希望に沿った医療を受けられるようにすることであり²⁾、ACPを促進する必要がある慢性疾患の一つに心不全がある。

心不全において、アメリカ心臓協会は末期心不全患者の意思決定に関して積極的なACPを推奨しており³⁾、日本循環器学会/日本心不全学会による「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、末期心不全のみならず心不全が症候性となった早期の段階からACPに取り組むことを推奨している⁴⁾。しかし、心不全は増悪と寛解を繰り返しながら徐々に進行していく疾患であり、また突然死や予測できない急性増悪が生じることもあるため、心不全におけるACPはそのタイミングが難しく、患者・家族は疾患の寛解への期待から意思決定上の葛藤を生じやすい⁵⁾。そのような中で看護師は、患者・家族が望む生き方を実現できるよう、心不全の病態、患者・家族の思いを捉えながら、彼らが疾患や治療方針をどのように受け止めて、何を大切に生きていきたいのか、どのような負担や経験を避けたいと思っているのかといった意向を確認し、支援する必要がある。

ACPでは、患者本人を中心として、主に患者の治療を担当する医師と看護師が密に連携して、ACPの開始時期や話し合いの内容を相談しながら進める、チームアプローチが大切である⁶⁾。チームメンバー間の意見の相違はACP実施に対する障壁となり⁷⁾、また、ACPを促進する要因として「連携体制が構築されている」「医療者間の話し合いを共有できる仕組みがある」ことが示されている⁸⁾。鷲田は、心不全チームの必要な要件と

して、目的・情報を共有すること、他職種の役割・活動を認識することを挙げており⁹⁾、看護師と医師が共通認識をもつ重要性を述べている。しかし、心不全患者へのACPに対し循環器病棟に勤務する看護師（以下、看護師とする）と循環器内科医師（以下、医師とする）の認識に違いがあることや¹⁰⁾、看護師の6割以上が医師との間に患者の治療・ケアについて意見の違いを感じていること¹¹⁾、看護師が心不全患者・家族の意思決定を支援する際に経験する困難として、看護師と主治医の情報共有不足が報告されている¹²⁾¹³⁾。このように心不全患者に対するACPにおいて看護師と医師が共通の認識をもつことに課題があることがうかがえる。前述した看護師と医師の認識に関する研究は、ACPに対して看護師と医師それぞれがどのような認識をもっているのかについてであり、双方に対してどのような思いをもっているのかについては明らかになっていない。看護師と医師が双方に対しどのような思いをもっているのかを明らかにすることは、看護師と医師が共通認識をもつための示唆を得ることにつながり、心不全患者へのACPを促進すると考えられる。そこで本研究では、心不全患者へのACPにおける看護師と医師それぞれのACPに対する認識に加え、看護師と医師双方に対する思いについて明らかにすることを目的とした。

用語の定義

認識：意識、理解、評価していること

思い：考えや感情、思うこと

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究である。

2. 調査期間

2019年11月 - 2020年3月

3. 研究対象者

対象者はA病院循環器内科病棟に勤務する看護

師と循環器内科医師とした。心不全患者の看護および治療経験が1年未満の者を除き、さらに本研究の研究者である看護師3名を除き、看護師23名、医師は25名となった。

また、当該病棟では、関連分野の専門看護師、認定看護師の所属はなく、多職種カンファレンスは月に1回実施され、病棟勤務の看護師と医師で構成されていた。

4. 調査方法

無記名自記式質問紙調査法を用いた。看護師への調査依頼は、まず研究者が該当病棟の看護師長に研究目的、研究内容について口頭および文書にて説明を行い、看護師長より研究実施の許可を得た後、研究者が研究説明文書、質問紙を対象となる看護師に配布した。

医師への調査依頼は、本研究に理解の得られた医師1名に研究目的、研究内容について口頭および文書にて説明を行ない、当該医師が研究対象者である循環器内科医師に研究説明文書および質問紙を配布した。

調査用紙の回収は、回収ボックスを病棟に設置し各自投函する方法を用いた。

5. 調査内容

1) 基本情報

看護師より年齢（30歳未満、30-39歳、40-49歳、50歳以上）、看護師経験年数、循環器内科病棟経験年数について、医師より年齢、循環器内科医師経験年数についての情報を収集した。

2) ACPに対する看護師と医師の認識

先行研究²⁾³⁾を参考に質問項目を独自に作成した。質問項目および回答方法は次の通りである。

(1) ACPの理解度：「概ね理解している」「少し理解している」「言葉は聞いたことがあるが内容は全く知らない」「ACPという言葉は初めて聞いた」の多肢選択単数回答

(2) ACPの必要性：「必要である」から「全く必要ではない」の5段階リッカート法

(3) 初回ACPの最適な導入時期：「心不全による初回入院時」「心不全による複数回の入院があった時」「心不全により再入院までの期間が短くなった時（6か月以内の繰り返し入院がある）」「点滴・内服薬を最大限投与している時、治療抵抗期、心不全末期」「死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期」の多肢選択単数回答

(4) ACPを意識した関わりの自己評価：「できている」から「全くできていない」の5段階リッカート法

3) ACPにおける看護師と医師の双方に対する思い

(1) ACPにおける看護師と医師の連携における要望やジレンマ：有無を問う二項選択法

(2) 「心不全患者のACPの導入に際して医師／看護師に求めることや医師／看護師との関わりでジレンマを感じることにについて具体的に記載してください」との質問項目による自由記載

6. データ分析方法

集計したデータは単純集計、自由記載については、心不全患者のACPの導入に際する医師／看護師への要望と医師／看護師との関わりにおけるジレンマについて、類似性、相違性に基づいて、カテゴリー化を行なった。

7. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：3157-1）。研究対象に、研究目的、研究内容（調査方法、データの保存方法や破棄方法）、研究結果の公表方法、自由意思による参加であること、参加の有無により今後の業務に影響することはないことについて文書にて説明を行った。

結 果

1. 質問紙回収状況

質問紙の回収数は看護師23名、医師25名で各回収率は100%であり、各有効回答率は100%であった。

2. 対象者の概要

看護師の年代は20代10名（43.5%）、30代10名（43.5%）、40代2名（8.7%）、50代以上1名（4.3%）で、平均看護師経験年数±標準偏差は8.9±6.5年、平均循環器内科病棟経験年数±標準偏差は4.1±2.4年であった。医師の年代は20代1名（4.0%）、30代15名（60.0%）、40代6名（24.0%）、50代以上3名（12.0%）で、平均循環器内科医師経験年数±標準偏差は9.9±6.7年であった。

3. ACPに対する看護師と医師の認識

1) ACPの理解度（図1）

看護師と医師共に「概ね理解している」「少し理解している」との回答を併せると8割に達していた。

2) ACPの必要性（図2）

看護師は91.3%、医師は88.0%が「必要である」と回答した。なお、看護師、医師共に「あまり必要ではない」「全く必要ではない」を選択したものはいなかった。

3) 初回ACPの最適な導入時期 (図3)

看護師と医師共に「心不全による複数回の入院があった時」が最も多く、全ての看護師が「心不全により再入院までの期間が短くなった時」までに導入すべきという回答であった。なお、看護師では「点滴・内服薬を最大限投与している時、治療抵抗期、心不全末期」を選択したものはなかった。また、看護師、医師共に「死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期」を選択したものはなかった。

4) ACPを意識した関わり方の自己評価 (図4)

看護師では「できている」と評価したものはなく、「少しできている」「どちらともいえない」がそれぞれ34.8%、「全くできていない」と評価したものは1名であった。医師では、「できている」と評価したものは1名で、「少しできている」と評価したものは56.0%と半数を超え、「全くできていない」との評価はなかった。

4. ACPにおける看護師と医師の双方に対する思い

1) 看護師と医師の連携における要望やジレンマ (図5)

看護師と医師共に「要望やジレンマがある」との回答は、それぞれ73.9%、60.0%と半数を超え、看護師の方が医師より要望やジレンマがあるという回答が多かった。

2) ACPにおける看護師の医師に対する思い (表1)

延べ31の記載内容から、要望として【医師より共有して欲しいACPに関する情報】【ACPを開始するのは医師】【医師間で統一させて欲しいACPに関する方針】の3つのカテゴリー、ジレンマとして【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】【看護師も交えたACPを期待するが医師単独で進むACP】【ACPに関して看護師としての意見を医師に伝えるが反映されない看護の視点】の3つのカテゴリーが抽出された。

3) ACPにおける医師の看護師に対する思い (表2)

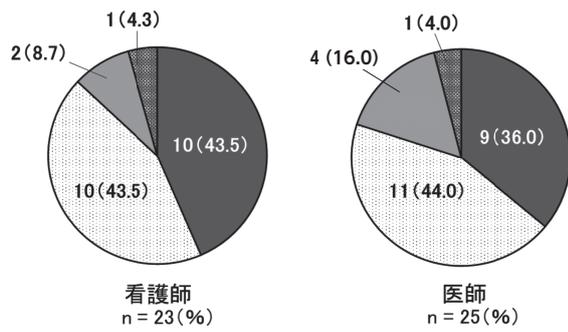
延べ18の記載内容から、要望として【看護のACPにおける役割への期待】【看護のACPへの継続的な関わり方の必要性】【ACPについて話し合える関係構築の必要性】の3つのカテゴリー、ジレンマとして【看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】の2つのカテゴリーが抽出された。

考 察

1. ACPに対する看護師と医師の認識

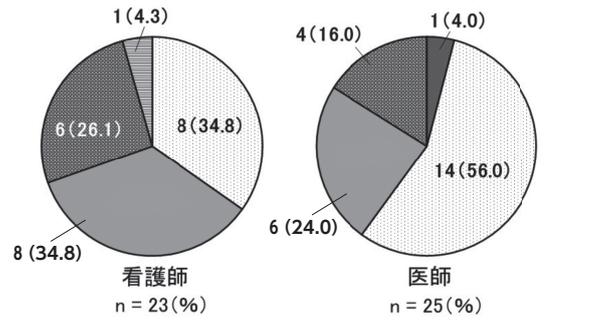
本研究では看護師と医師のACPに対する認識において大きな違いはみられず、ACPの理解度は理解していると認識しているものがそれぞれ8割に達し、ACPの必要性についてはほとんどが必要だと回答していた。がん患者の看護に携わっている一般病棟の看護師を対象にした、2017年に発表された研究では、ACPの意味を認識しているとの回答は対象の2割にとどまっていた¹⁴⁾。一方、本研究は2019-2020年に実施され、心不全患者への看護に携わっている看護師を対象とした調査であり、2018年の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」⁴⁾においてACPが推奨されていたこと、当該病棟において月に1回多職種カンファレンスが実施されていたことなどの環境が、ACPに対する理解度や必要性の認識へ寄与していたものと考えられた。

一方、ACPを意識した関わり方の自己評価では「できている」と評価した看護師はいなかった。厚生労働省より2018年に報告された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、人生の最終段階の患者・利用者に対してACPを実践していると回答した看護師は25.8%であり¹⁵⁾、本研究の看護師のACPを意識した関わり方の自己評価は厚生労働省の意識調査の結果と比較して低いと考えられた。心不全患者に対するACPの困難感として、予後・経過予測の難しさ、主治医と看護師間の情報共有不足、看護師自身の病状・治療への理解不足、患者との場面の設定不足が明らかになっている¹²⁾¹³⁾。同様に、本研究においても種々の困難さが看護師自身の関わりへの評価に影響したと推察された。「ACPに対する自信」は心不全患者のACPにおける看護師の取り組みに関連することが示され¹⁶⁾、藤井の多職種心不全チームの取り組みの報告では¹⁷⁾、心不全チームで介入することにより「自信をもって介入できる」というチームメンバーの発言があったことが述べられている。これらから、チームアプローチは医療者の自信を涵養する機会となり、ACPを促進すると考えられる。よって、チームメンバーが認識している困難をチームで共有していくことで、効果的なチームアプローチにつながり、ACPを促進すると考えられた。他方、医師はACPについて「できている」と「少しできている」との認識を合すると5割を超えていた。ACPにおいて話し合う項目の1つに「治療や医療に関する意向」があり¹⁸⁾、



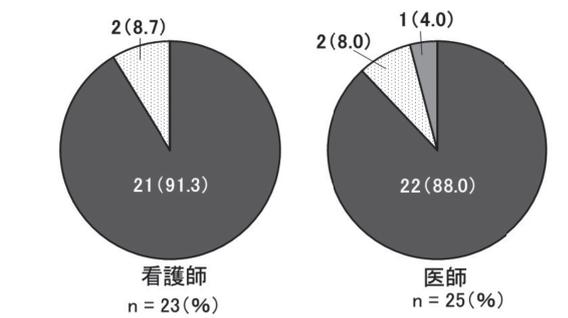
■ 概ね理解している □ 少し理解している
 ■ 言葉は聞いたことがあるが内容は全く知らない ■ ACPという言葉は初めて聞いた

図1 ACPの理解度



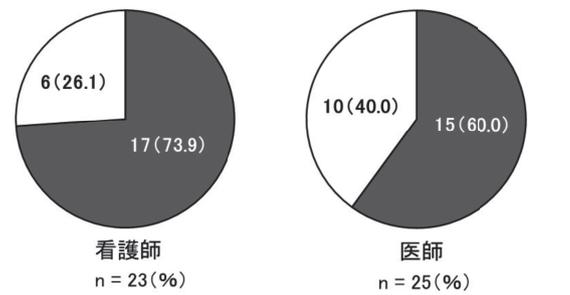
■ できている □ 少しできている ■ どちらともいえない
 ■ あまりできていない ■ 全くできていない

図4 ACPを意識した関わりの自己評価



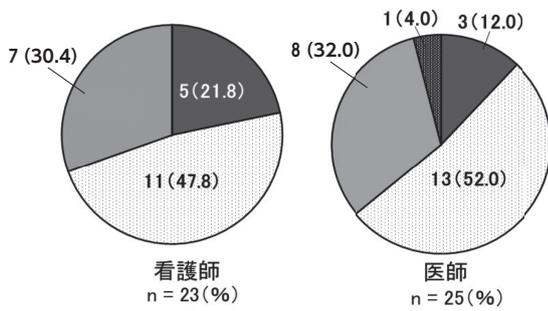
■ 必要である □ 少し必要である ■ どちらともいえない
 ■ あまり必要ではない ■ 全く必要ではない

図2 ACPの必要性



■ 要望やジレンマがある □ 要望やジレンマがない

図5 ACPにおける看護師と医師の連携における要望やジレンマの有無



■ 心不全による初回入院時
 ■ 心不全による複数回の入院があった時
 ■ 心不全により再入院までの期間が短くなった時 (6か月以内の繰り返し入院がある)
 ■ 点滴・内服薬を最大限投与している時 治療抵抗期、心不全末期
 ■ 死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期

図3 初回ACPの最適な導入時期

医師は患者の病態を把握して治療や医療について患者・家族に説明をする役割を担っている。説明の際には、患者・家族の意思を確認することが必要であり、このことが医師のACPを意識した関わりの自己評価につながっていると考えられた。

初回ACP導入の最適な時期については、「心不

全による初回入院時」と回答したのは看護師で21.8%、医師で12.0%であった。植え込み型除細動器および／または心臓再同期療法の国内認定施設427施設を対象とした調査では¹⁰⁾、初回入院時と回答したのは看護師39.5%、医師30.7%であり、本研究の看護師・医師の約半数は初回ACP導入の最適な時期として「心不全による複数回の入院があった時」を選択していた。本研究の対象者はACP導入を初期段階から実施するとの回答が前述した調査に比べ少ないといえるが、その理由として、本研究は単施設での調査であったために、調査施設の特徴が現れたと考えられた。つまり、調査施設は第3次医療機関であり、患者・家族側においては治療に対する期待感が大きいと考えられること、医療者側においては治療提供に対して高い意識をもっていることが調査施設の特徴であると考えられ、早期のACP導入の難しさが存在した可能性が推察された。ACPのデメリットとして、「自分の終末期について具体的に考える」心の準備ができていないと利益よりも害が多いこ

表1 ACPにおける看護師の医師に対する思い（医師への要望とジレンマを感じることの自由記載より）

分類	カテゴリー	記載内容
要望	医師より共有して欲しい ACPに関する情報	患者への説明内容が簡略されておりわからない 医師の方針、今何をして今後どうするのかがわかりにくい 方針がわかりにくい 最低限詳しい記録を書いて欲しい 医師と患者間でどんな話し合いをしているかわからない 医師と患者との間でどのような話し合いが行われているかがわかりにくい 医師と患者間のみで話していることもあり記録にないのでわかりにくいときがある 患者のみに説明されており、看護師まで情報がこないことがある 医師が患者にどこまで病状を説明しているのか、どのような話をしたかわかりにくい 主治医から具体的な内容でのIC、特に予後に関わることについての話がなければなかなか聞き出すことができない 主治医から今後のことについてどのような説明がされているかわからないことがあり、看護師からACPに関して話しづらい 医師がどのような意向をもっているかわかりづらい 医師とのコミュニケーションが不十分であり患者の今後の方針がわかりにくい。カルテ記載だけではわかりにくい
	ACPを開始するのは 医師	医師が最初に話をしてくれないと始めにくいと思った 医師からどのように説明されているのか詳しくわからないこともあり、どこまでつっこんで話していいのかわからない 医師から深刻なICがなされていない患者に話を聞きづらくてできない 主治医から具体的な内容でのIC、特に予後に関わることについての話がなければなかなか聞き出すことができない 早期からACPに関して患者・家族に説明して欲しい
	医師間で統一させて 欲しいACPに関する方針	医師間でもACPに対する考えや思いが統一されていないと感じる 医師同士での連携が取れていないことがあること 医師間での方針・考え方が違う
ジレンマ	医師と共にACPを行いたい が看護師任せの医師	求められることが大きすぎて“できない”と思うことがある カンファレンスを行なっても看護師で思いをもっと聞いて欲しい、看護師でどうにかしておいて欲しいと言われることが多い 忙しい中で全ての情報を看護師が聞き出さなければならないようで辛い 患者の想いを聞くのは看護師の役割だという雰囲気大きい
	看護師も交えたACPを 期待するが医師単独で 進むACP	厳しい病状説明の日が突然決まり、同席が求められると同席する看護師の調整に困る それぞれの考えや思い、今後のことについて確認、調整が必要なため、医師、患者、家族、看護師を交えてICする場を設けて欲しい。医師が患者にさらっと話すこともあるため 看護師に声をかけて欲しい 可能であれば説明時に立ち会いたい。無理なら医師と直接どんな話を聞いたり、どんな風に対応したら良いか話し合いたい
	ACPに関して看護師と しての意見を医師に 伝えるが反映されない 看護の視点	治療を拒否していることを医師に伝えてもあまり何も動きがないこと 看護師としては、家での生活や医師の思うやり方などが現実的に難しいと思うこと でも（医師が）進めていってしまうことがある

ACP : advance care planning, IC : informed consent

表2 ACPにおける医師の看護師に対する思い（看護師への要望とジレンマを感じることの自由記載より）

分類	カテゴリー	記載内容
要望	看護のACPにおける役割への期待	<p>医師には把握することが難しい、生活上の希望などの情報共有をして欲しい</p> <p>患者の社会背景、目標を把握して欲しい</p> <p>患者、家族と多くの時間を共有し意思を引き出して欲しい</p> <p>医師には言えないような希望を聞いた場合に意見の共有</p> <p>本人、家族と多くの時間を共有し、理解を深めたり、意思を引き出して欲しいが、日常の業務があるためそこまで時間を割くことは難しいと感じる。ただし、しっかりと時間を割いて欲しい</p> <p>医師には把握できない（することが困難な）、社会背景とか、患者の性格、生活上の希望など情報共有をして欲しい</p> <p>医師は病態やデータなどからできる限りの治療方法を行う傾向にあるが、患者や家族の希望や思いに対しては話し合う機会が看護師に比べて少ない</p>
	看護のACPへの継続的な関わり必要性	<p>外来で継続的にサポートできる医療従事者（看護師）がいない</p> <p>外来で病状を知っている看護師の同席があるとよい</p>
	ACPについて話し合える関係構築の必要性	<p>患者の人生にある意味一番関わるができる職業が看護師だと思うが、ある程度ACPを含めた職種間のflatな関係が必要になってくるが、そのような関係が必要</p> <p>看護師が患者、家族に病状についてどこまで説明するかを統一しておく必要がある</p>
ジレンマ	看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師	<p>担当者が日々変わるため、カルテや紙面上で伝えきれない患者や家族との雰囲気などを毎回伝えることに苦勞する</p> <p>看護師が多忙すぎてなかなか病状説明時の同席を頼みにくい</p> <p>さまざまな情報をチームとして共有すべきである</p> <p>担当者が日々変わるのでカルテや紙面上で伝えきれない患者や家族との雰囲気など毎回お伝えするのに苦勞することがあった。申し送りや詳細をカルテに記載していても個人の受け止め方には多少の差があると思う</p> <p>病状説明時に看護師に同席をして欲しいが、看護師も多忙すぎてなかなかIC同席を頼みづらい</p>
	期待とは違う看護師のACPに対する姿勢	<p>看護師全員がIC同席することに対して重要性を感じているかが疑問に感じることがある</p> <p>看護師全員が病状説明時に同席をすることに対して重要性を感じているかが疑問に思う</p>

ACP : advance care planning, IC : informed consent

と、希望を失ってしまうことが明らかになっている¹⁹⁾。ACP導入の時期については調査施設ごとの特徴も踏まえつつ今後更に検討が必要であると考えられた。

2. 看護師と医師の双方に対する思いについて
 ACPにおける看護師と医師の連携における要望やジレンマについては、看護師と医師共に半数以上が要望やジレンマがあると回答していたが、看護師において医師よりもその割合が多かった。これは、看護師は医師よりも意見の対立に気づいている状況であったと解釈でき、これまでの報告¹⁰⁾¹¹⁾と同様の結果であった。自由記載では、心不全患者へのACPについて看護師と医師は双方

の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する思いの相違により、その役割が十分にACPに反映されていない現状であったことが示された。看護師は医師に対し【医師より共有して欲しいACPに関する情報】【ACPを開始するのは医師】というように、ACPにおいて医師が主導していく存在であると思っていた。また、医師の言動に対し【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】と感じ、【看護師も交えたACPを期待するが医師単独で進むACP】【ACPに関して看護師としての意見を医師に伝えるが反映されない看護の視点】というように、看護の役割が尊重されていないと感じていた。その一方で医師は【看護の

ACPにおける役割への期待】【看護のACPへの継続的な関わりの必要性】【ACPについて話し合える関係構築の必要性】といったACPにおいて看護の役割が不可欠であると思っていた。しかし、

【看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】というように、看護師との連携のしづらさを感じていた。

看護師と医師は【ACPを開始するのは医師】【看護のACPにおける役割への期待】といった双方に期待する役割があるが、【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】というように、それぞれ期待する役割を担ってくれないという不満が抽出された。藤井は、心不全チームは、包括的治療を行なう場合に有効とされる相互乗り入れチームモデルという意見交換だけでなく、患者の必要性がまず存在し、その必要性をそこに存在する医療者で区分して担当し、状況に応じて役割が変動する形態が望ましいのではないかと述べている¹⁷⁾。ACPをより促進するためには、看護師と医師をはじめとするチーム構成員が、患者の必要性を基盤に看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有しながら連携を行なっていくことが必要であると考えられた。

本研究の限界

本研究の調査施設は第3次医療機関であり、それ以外の施設への適応には限界がある。

結 論

心不全患者へのACPにおける看護師と医師それぞれのACPに対する認識および看護師と医師双方に対する思いについて無記名自記式質問紙調査を行ったところ、看護師と医師それぞれのACPの理解度および必要性の認識は高く、初回ACPの最適な導入時期についてはそれぞれ約半数が「心不全による複数回の入院があった時」を選択した。ACPを意識した関わりの自己評価では、できていると評価した看護師はおらず、医師は1名ができていると評価した。看護師と医師双方に対する思いでは、看護師と医師共に半数以上が連携において双方へ要望やジレンマがあり、看護師の医師への要望とジレンマは合計6つのカテゴリー、医師の看護師への要望とジレンマは合計5つのカテゴリーが抽出され、看護師と医師は双方の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する

思いの相違が示された。

心不全患者を対象にしたACPをより促進するためには、看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただき、貴重なご意見をくださいました看護師の皆様、医師の皆様、病院関係者の皆様に深く感謝いたします。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 日本医師会：アドバンス・ケア・プランニング (ACP), [オンライン, https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html], 日本医師会, 3. 9. 2023
- 2) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821–832, 2017
- 3) Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al.: Decision Making in Advanced Heart Failure. *Circulation*, 125(15), 1928–1952, 2012
- 4) 日本循環器学会／日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン2017年度改訂版, [オンライン, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf], 3. 9. 2023
- 5) 高田弥寿子：難治性心不全診療における意思決定支援－アドバンスケアプランニングの実践と課題, *医学の歩み*, 254(11), 1057–1062, 2015
- 6) 竹之内沙弥香：アドバンス・ケア・プランニング支援のポイント, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 30(2), 154–158, 2022
- 7) You JJ, Aleksova N, Ducharme A, et al.: Barriers to Goals of Care Discussions With Patients Who Have Advanced Heart Failure: Results of a Multicenter Survey of Hospital-Based Cardiology Clinicians. *Journal of Cardiac Failure*, 23(11), 786–793, 2017
- 8) 鶴若麻理：急性期病院の医師と看護師からみたACPを促進する要因と障壁, *生存科学*, 32(1), 89–106, 2021

- 9) 鷺田幸一：【チーム医療で心不全の再入院を回避する!!】心不全チーム医療を行うために必要なこと 心不全チームの作成, *Heart*, 3 (9), 50-56, 2013
- 10) Tokunaga-Nakawatase Y, Ochiai R, Sanjo M, et al.: Perceptions of physicians and nurses concerning advanced care planning for patients with heart failure in Japan, *Annals of Palliative Medicine*, 9 (4), 1718-1731, 2020
- 11) 松岡志帆, 奥村泰之, 市倉加奈子, 他：心不全患者の終末期に対する心臓専門医と看護師の認識 - ICD認定施設の全国調査 -, *日本心臓病学会誌*, 6 (2), 115-121, 2011
- 12) 坪井京子, 増田誠一郎：慢性心不全患者の最期の迎え方における意思決定を支援する看護師が経験する困難, *日本看護学会論文集：慢性期看護*, 48, 175-178, 2018
- 13) 土肥真奈, 秋元みなみ, 佐藤里奈, 他：高齢心不全患者と家族へのアドバンスケアプランニングに対する病棟看護師の認識, *日本循環器看護学会誌*, 16(1), 50-57, 2020
- 14) 小松恵, 島谷智彦：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, 2017
- 15) 厚生労働省：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf], 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 8. 18. 2023
- 16) 山本美保, 吉岡さおり：心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の取り組み測定尺度の開発と関連要因の検討, *日本看護科学会誌*, 41, 723-732, 2021
- 17) 藤井利江：卓越した慢性看護の実践を支える仕組みづくり 多職種心不全チームの発足と介入の実際, *日本慢性看護学会誌*, 14(2), 69-76, 2020
- 18) The national council for palliative care: Advance care planning: a guide for health and social care staff, [online, <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>], 3. 9. 2023
- 19) Johnson S, Butow P, Kerridge I, et al.: Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers, *Psycho-oncology*, 25(4), 362-386, 2016

研究報告

フィルムドレッシング材被覆下の皮膚バリア機能と
皮膚表面細菌
— 内頸静脈に挿入された中心静脈カテーテルおよび
スワンガンツカテーテル固定部の実態 —

Skin Barrier Function and Skin Surface Bacteria under Film Dressing
-The actual condition of central venous catheters inserted into the internal
jugular vein and Swan-Ganz catheter fixation site-

熊倉 良太¹⁾*, 北川 麻衣²⁾*, 大貝 和裕³⁾, 臺 美佐子⁴⁾
藤野 陽²⁾, 大桑 麻由美²⁾

Ryota Kumakura¹⁾, Mai Kitagawa²⁾, Kazuhiro Ogai³⁾, Misako Dai⁴⁾,
Noboru Fujino²⁾, Mayumi Okuwa²⁾

¹⁾長岡崇徳大学 看護学部, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

³⁾石川県立看護大学大学院看護学研究科, ⁴⁾石川県立看護大学看護学部

¹⁾ Faculty of Nursing Nagaoka Sutoku University

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

³⁾ Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

⁴⁾ Faculty of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

フィルムドレッシング材, 皮膚バリア機能, 皮膚表面細菌, 周術期患者, カテーテル関連血流感染症

Key words

film dressing, skin barrier function, skin surface bacteria, perioperative patient
catheter-related bloodstream infection

連絡先 (Corresponding author) : 大桑 麻由美
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野 5 - 11 - 80

* equal contribution

要 旨

本研究の目的は中心静脈カテーテルやスワンガンツカテーテル固定のためのフィルムドレッシング材被覆下の皮膚バリア機能と皮膚表面細菌の実態を明らかにすることであった。対象は心臓外科・大血管外科手術患者12名であり、フィルムドレッシング材貼付部位の観察、フィルムドレッシング材被覆下の皮膚と反対側の頸部で皮膚バリア機能（皮膚水分量・皮膚pH）、皮膚表面細菌（コロニー数、コロニーの染色像、コロニーの様子）を調査した。反対側の頸部と比較してフィルムドレッシング材被覆下で皮膚水分量が高値の者4名、皮膚pHが高値の者4名であった。また、皮膚水分量が増加及び皮膚pHともに高値の者2名は、BMIが $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上であり、フィルムドレッシング材貼付部位の発汗や浸軟が見られた。コロニー数はフィルムドレッシング材の貼付時間と強い相関があったが、皮膚水分量・皮膚pHと関連はなかった。コロニーの染色像と様子ではフィルムドレッシング材被覆下でグラム陽性ブドウ球菌が観察された者8名、グラム陽性桿菌が観察された者1名であり、7日以内のフィルムドレッシング材貼付においても中心ライン関連血流感染症のリスクがあることが示唆された。

はじめに

集中治療室（intensive care unit：以下、ICU）で治療を受ける重症患者において、中心静脈カテーテル（central venous catheter：以下、CVC）やスワンガンツカテーテル（Swan-Ganz catheter：以下、SGC）の使用頻度は高い。CVC・SGCの挿入による合併症の一つとして中心ライン関連血流感染症（Central Line-Associated Bloodstream Infection：以下、CLABSI）がある。本邦におけるCLABSIの発症率は1.7%と報告されており¹⁾、その発症は入院期間の延長や死亡、医療費の増加に影響する²⁻⁴⁾。CLABSIの感染経路は、カテーテル挿入部位の皮膚微生物が皮下のカテーテル経路に侵入し、カテーテルの表面に沿って入り込む経路が最も一般的である⁵⁻⁷⁾。CLABSIの発症の低減にはカテーテル挿入部周囲皮膚の細菌数を減少させることが重要である。CVC・SGC挿入中の患者では、カテーテル固定の目的でフィルムドレッシング材が貼付される。Centers for disease Control and Preventionの血管内留置カテーテル感染予防のためのガイドラインでは、滅菌透過性フィルムドレッシング材（以下、フィルム材）によるカテーテルの固定と7日以内でのフィルム材の交換が推奨されている⁸⁾が、現行のケアでは完全にはCLABSIを予防できていない。

フィルム材被覆下の皮膚は、汗孔が塞がり、古くなった角層や皮脂、汗などが留まることで、水分の蒸散を妨げられ、皮膚水分量や皮膚pHが変化すると予測される。皮膚は発汗と皮脂の分泌によって皮脂膜を形成し、角質層の皮膚水分量を保ち、皮膚表面を弱酸性に保つことで、細菌に対す

る保護機能や自己浄化作用を持っている⁹⁾。そのため、皮膚水分量や皮膚pHは皮膚バリア機能の指標とされており、これらの指標の変化は皮膚バリア機能が低下した状態にあると考えられている。皮膚水分量の過度な増加・減少は皮膚を脆弱化し、外力により障害されやすい状態にする¹⁰⁾。また、皮膚pHがアルカリ性に傾くと、常在菌叢は減少し、病原微生物が定着しやすい環境になる¹¹⁾。さらにZeeuwenら¹²⁾の研究においては、テープストリッピングによって角質層のバリア機能を破壊した後に皮膚表面の微生物叢を経時的に調査した結果、介入前と比較して微生物叢の組成が変化することが報告されている。つまり、皮膚バリア機能の変化は物理的な機能低下だけではなく、皮膚表面の細菌叢にも影響していると考えられる。これらの変化はフィルム材貼付により発生し、CLABSIの発症と関係している可能性があるが、フィルム材の貼付から7日以内において、皮膚バリア機能がどのように変化し、さらにそれにより皮膚表面細菌がどのように影響を受けるかを明らかにした研究はない。

そこで本研究では、フィルム材被覆下の皮膚バリア機能変化と皮膚表面細菌の実態を明らかにすることを目的とした。本研究結果は、CVC・SGCにおけるCLABSIの予防ケアにおいて、皮膚バリア機能、皮膚表面細菌の観点から、7日以内でのフィルム材交換の妥当性を検討するための一助となると考える。

研究方法

1. 研究デザインとセッティング

研究デザインは実態調査研究とし、対象者は心

臓外科または大血管外科の術中に内頸静脈にCVC・SGCを挿入し、フィルム材を貼付される者とした。エンドポイントは治療継続の過程でフィルム材を交換するまで、あるいはCVC・SGCによる治療終了のためにカテーテルを抜去されるまでとした。包含基準は、20歳以上で認知機能に障害がない者、待機的手術の者、除外基準は、緊急手術の者、すでに何らかの感染症のために治療が行われている者、術後重篤な状態で医療従事者から調査の許可がない者、調査を拒否する者とした。対象施設はA院の心臓血管外科病棟及びICUである。調査期間は、2015年10月15日～11月20日であった。

2. 調査方法

対象者について診療科の医師及び心臓血管外科病棟看護師長より紹介を受け、術前の麻酔科受診後、対象者に内容を説明し同意を取得した。対象者が術後にICUに入床後、フィルム材を交換あるいは除去されるまで、観察・測定・情報収集を行った。カテーテル抜去時もしくはフィルム材交換時に、フィルム材を剥離・採取し、直接シャーレ内の培地に貼付した。その後、頸部の観察と皮膚水分量・皮膚pHの測定を行った。採取したフィルム材は直ちに研究室内の孵卵器で細菌培養し、観察を行った(図1)。フィルム材の採取から培

養の手順は、コンタミネーションを起こさないために専門家の指導のもとでトレーニングを行った研究者が実施した。

3. 調査項目

1) 対象者の基礎情報

診療記録・看護記録より収集した。項目は年齢、性別、年齢、Body Mass Index (以下、BMI)、基礎疾患、フィルム材貼付時間とした。

2) フィルム材貼付部位の観察

(1) 客観的評価

フィルム材貼付中・剥離直後のフィルム材のめくれやシワ、皮膚の発赤、発汗、浸軟の有無を測定者2名が肉眼的観察及びデジタル画像カメラで撮影した(図2)。また、撮影した写真は画像補正用カラーチャート(CASMATCH)を使い、Photoshop Elements 9で補正した後、2名で評価した。めくれはフィルム材の端が剥がれ持ち上がった状態とし、シワはフィルム材が弛み筋目のできた状態として評価した。発赤については先行研究¹³⁾を参考に、70分以内に消退した場合に剥離刺激による一過性のものとした。また、フィルム材被覆下の皮膚に水滴が確認された場合に発汗あり、皮膚が膨張し白色に変化した場合に浸軟ありとして評価した。

(2) 主観的評価

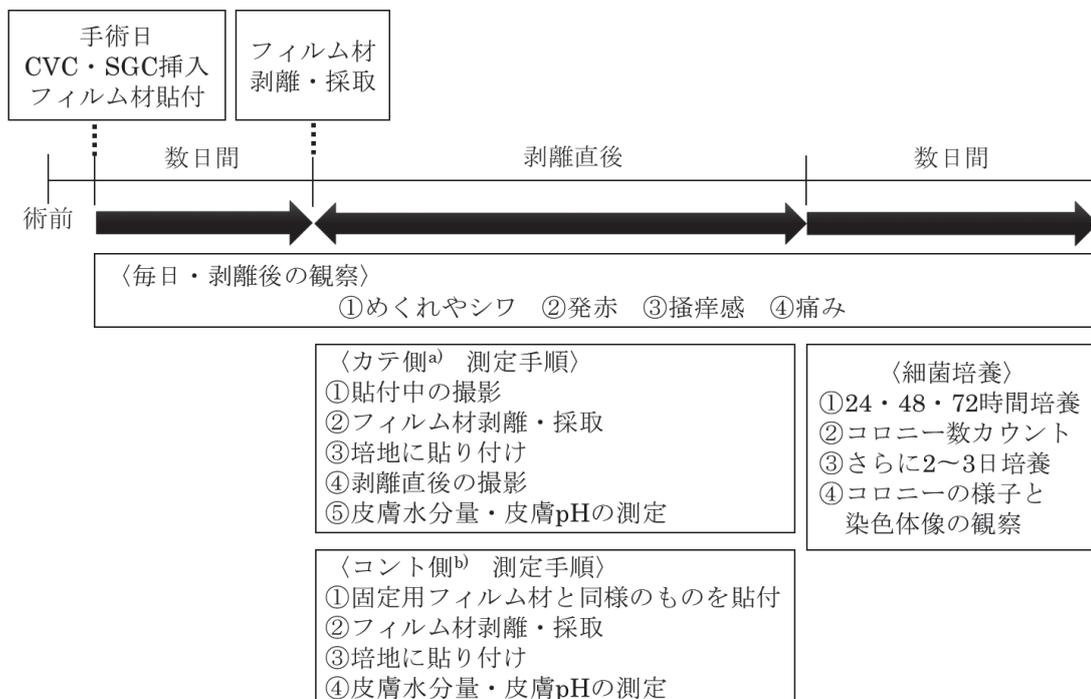


図1 調査方法

a) カテ側 (カテーテル側) : カテーテル固定のフィルム材が貼付された皮膚
 b) コント側 (コントロール側) : 反対側の頸部の皮膚
 CVC : central venous catheter SGC : Swan-Ganz catheter



図2 フィルム材貼付部位

フィルム材貼付中・剥離直後の搔痒感の有無・痛みの評価は対象者に質問を行い、口頭で回答を得た。痛みの評価はWong-Bakerのフェイススケールにて行った。このスケールは幅広い層の患者に用いることができ、信頼性・妥当性は保証されている¹⁴⁾。使用に際しては、Wong-Baker FACES® Foundation (www.WongBakerFACES.org.) の使用許可を得た。

3) 皮膚バリア機能の実態

カテーテル固定のフィルム材が貼付された皮膚をカテーテル側（以下、カテ側）、反対側の頸部の皮膚をコントロール側（以下、コント側）とした。コント側では、カテ側と同じフィルム材を1分間貼付後剥離し、皮膚バリア機能の測定と皮膚表面細菌の培養を行った。測定者が複数いることと、測定器具の使用方法によって、測定値にばらつきが出る可能性があったため、手順書を作成し、それに沿ってトレーニングを行い、測定者間での

測定方法の統一化を図った。誤差範囲を脱した場合は再度測定し、2回の値の平均値を算出した。

(1) 皮膚水分量

携帯型皮膚水分計 (Mobile Moisture HP10-N、株式会社インテグラル) を使用した (誤差範囲 ± 3)。本測定器は褥瘡等のスキンケア管理にも使用され、信頼性・妥当性も保障されている¹⁵⁻¹⁶⁾。フィルム材剥離直後に、カテーテル挿入部を避けたフィルム材貼付範囲を2回測定し、平均値を算出した。誤差 $\pm 3\%$ を脱した場合は、再度測定した。カテ側の皮膚水分量をs1、とコント側の皮膚水分量をs2とした。

(2) 皮膚pH

皮膚pH計 (pH計皮膚・頭皮用スキンチェッカーMJ-120A、株式会社佐藤商事) を使用した (誤差範囲 $\pm 0.07\sim 0.10$)。本測定器は皮膚疾患のモニタリングや皮膚殺菌能評価指標に使用されている。フィルム材剥離直後に、カテーテル挿入部を避けたフィルム材貼付範囲を精製水で濡らしてから、2回測定し、平均値を算出した。測定器の誤差範囲を脱した場合は、再度測定した。カテ側の皮膚pHをp1、コント側の皮膚pHをp2とした。

4) 皮膚表面細菌の培養

細菌の塗抹方法・培地の検討に際し、健常者でプレテストを行い、方法を以下のように決定した。

(1) 細菌の塗抹方法

まず綿棒で頸部をスワブするスクラブ法を試行したが増菌しなかった。次に頸部に7日間貼付したフィルム材を直接培地に貼り付けた後、37°Cで培養したところ増菌に成功し本方法に決定した。

(2) 使用培地・観察時間

プレテストにおいて、2種類の培地 (普通寒天

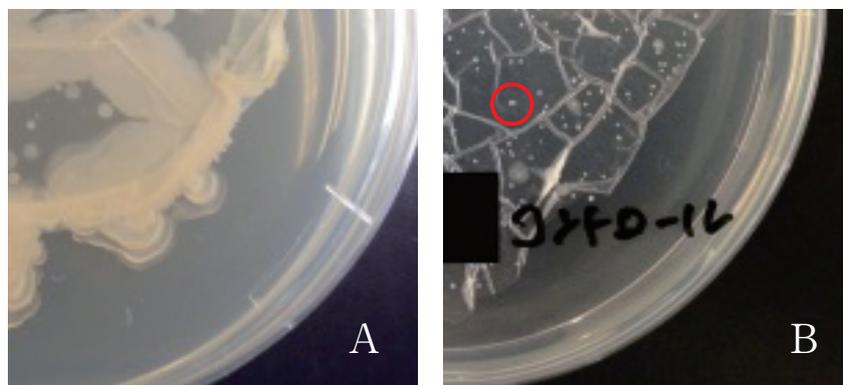


図3 使用培地の決定

A: 普通寒天培地 (肉エキス0.10%、ペプトン0.10%、液化ナトリウム0.03%、寒天0.15%) 24時間以内の観察において、Aのように細菌が増殖しすぎたため、コロニー数をカウントすることが困難であった。
B: Standard X寒天培地 (酵母エキス1.00%、グルコース0.10%、液化ナトリウム0.60%、寒天2.00%) コロニー数のカウントが可能な状態で培養を行うことに成功した。

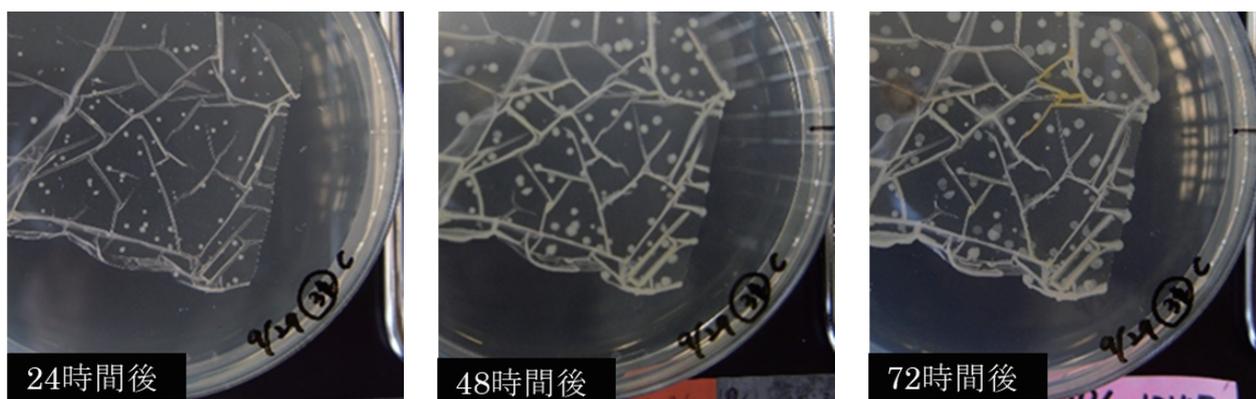


図4 観察時間の決定

培養開始より24時間間隔で観察したところ、コロニー数が把握しやすくなった。72時間後以降の観察ではコロニーの増殖により観察が困難であった。

培地、Standard X 寒天培地)にて細菌培養を行い、コロニーの観察を行った。コロニーの観察の可否からStandard X 寒天培地に決定した(図3)。さらに、フィルム材を培地に貼り付けた後、経時的に細菌の観察を行い、肉眼でコロニー数を把握しやすい培養開始から24・48・72時間を観察時間として決定した(図4)。

(3) コロニー数のカウント

24・48・72時間後の培地の写真を撮影し、最もコロニー数が多い画像を選択した。その後、画像処理ソフト(ImageJ)を用いて、培地に貼り付けたフィルム材の面積を測定した。肉眼で観察できるコロニー数を2回カウントし、平均値を単位面積あたりのコロニー数(cfu/cm²)として算出した。コロニー数をカウントする者が複数いることによって値にばらつきが出る可能性があったため、トレーニングを行いカウント方法の統一を図った。カテ側のコロニー数をc1、コント側のコロニー数をc2とした。

(4) コロニーの観察

72時間後の観察、培地の細菌を懸濁し、希釈菌液を新たなStandard X寒天培地に塗抹した。その72時間後にコロニーの様子(色、表面性状、光沢の有無、断面形状)を観察し、コロニーの性状で分類した。さらにグラム染色を行った。

4. 分析方法

記述統計は、度数(%)と中央値(最小値-最大値)を用いた。皮膚バリア機能の変化について、s1とs2の比較をWilcoxonの符号付き順位和検定、p1とp2の比較を対応のあるt検定で評価した。皮膚水分量と皮膚pHの関係について、s1とp1はスピアマンの順位相関係数、s2とp2の関係をピアソンの相関係数で評価した。s1-s2、p1-p2 フィ

ルム材貼付時間はスピアマンの順位相関係数を求めた。皮膚表面細菌の実態について、c1とフィルム材貼付時間、s1-s2、p1-p2の関係をスピアマンの順位相関係数で求めた。分析には、SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp, USA)を使用した。

5. 環境因子の除外

皮膚水分量や皮膚pHは温度や湿度でも変動するとされている。通常ICUでは、温度24-25℃、湿度50%で管理されていることが望ましい。調査実施場所であるICUでは、調査期間中の測定において、温度26(25-28)℃、湿度49(30-54)%であったため、環境因子はほぼ一定であると言えた。

6. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受けて実施した(承認番号HS27-8-1)。調査にあたり、A病院看護部長、診療科の医師、師長に本研究の意義・目的を文書および口頭で説明し同意を得た。対象者による同意書への署名をもって研究参加の同意を得た。対象者の調査と細菌の扱いについては、臨床検査技師有資格者の指導の下、研究者が十分に無菌操作技術を習得した上で行った。

結 果

1. 対象者の概要(表1)

師長より紹介を受け、同意が得られた対象者は12名[ID A~F]であった。年齢は72(48-78)歳、性別は男性10名、女性2名、BMIは24.9(18.1-30.6)kg/m²、主疾患は虚血性心疾患7名、弁膜疾患3名、腹部大動脈瘤2名であった。基礎疾患に腎不全を持つ者が3名、うち2名は血液透析療法を受けていた。対象者の中で測定条件の統一

表1 基礎情報と皮膚バリア機能、皮膚表面細菌

(n=10)

ID	年齢 (歳)	性別	BMI (kg/m ²)	基礎疾患	フィルム材 貼付時間 (時間)	皮膚水分量			皮膚pH			コロニー数 (cfu/cm ²)	
						s1 ^{a)}	s2 ^{b)}	差 (s1-s2)	p1 ^{c)}	p2 ^{d)}	差 (p1-p2)	c1 ^{e)}	c2 ^{f)}
A	48	男	21.9	弁膜症	8.5	36.5	19.0	17.5	4.50	4.65	-0.15	0.71	6.24
B	72	男	27.1	狭心症、糖尿病、 脂質異常症、高血圧症	15.0	-	-	-	-	-	-	-	-
C	61	男	24.5	狭心症、脂質異常症、 高血圧、糖尿病	17.0	30.5	60.5	-30.0	4.50	4.15	0.35	1.17	3.52
D	64	男	20.3	僧房弁閉鎖不全症、 慢性心不全、心房細動、 腎不全	23.0	47.0	49.0	-2.0	4.35	4.65	-0.30	2.17	3.44
E	66	男	27.2	狭心症、糖尿病、 脂質異常症	25.5	51.0	59.0	-8.0	4.65	4.85	-0.20	0.08	0.85
F	72	男	25.1	大動脈弁狭窄症	26.0	-	-	-	-	-	-	1.88	32.94
G	78	男	25.5	狭心症、脂質異常症、 高血圧症	26.0	88.5	50.0	38.5	4.85	4.45	0.40	1.58	6.97
H	68	男	20	心筋梗塞、糖尿病、 腎不全	48.5	41.5	46.5	-5.0	5.65	5.70	-0.05	3.85	14.37
I	74	女	18.1	狭心症、慢性腎不全	48.5	47.0	57.0	-10.0	5.05	5.15	-0.10	-	-
J	76	男	24.7	腹部大動脈瘤、腎不全、 上肢皮膚炎	49.0	40.5	28.5	12.0	5.15	5.40	-0.25	10.65	9.93
K	77	女	30.6	狭心症、 重症大動脈狭窄症、 脳梗塞、脂質異常症	50.0	47.0	55.0	-8.0	4.90	4.65	0.25	14.45	4.48
L	72	男	29	腹部大動脈瘤	96.5	75.0	74.5	0.5	4.0	3.80	0.20	125.92	122.88
中央値	72		24.9		26.0	47.0	52.5	-3.5	4.75	4.65	-0.08	2.03	6.61

a) s1: カテ側 (カテーテル固定のフィルム材が貼付された皮膚) の皮膚水分量

b) s2: コント側 (反対側の頸部の皮膚) の皮膚水分量

c) p1: カテ側の皮膚pH

d) p2: コント側の皮膚pH

e) c1: カテ側の単位面積あたりのコロニー数

f) c2: コント側の単位面積あたりのコロニー数

が得られなかった者と増菌培養過程でのコンタミネーションがあったと思われる者を分析から除外した。その結果、分析対象者が、皮膚バリア機能は [B、F]、皮膚表面細菌は [B、I] を除く10名となった。フィルム材貼付時間は26.0 (8.5-96.5) 時間であった。

2. フィルム材貼付部位の観察

フィルム材貼付部位において、フィルム材のめくれが見られた者はおらず、シワが見られた者は6名 [C、D、G、H、J、L] (60%) であった。皮膚の発赤を有した者は1名 [E] (10%) であり、

掻痒感・痛みを訴えた者はおらず、発汗や浸軟が見られた者は3名 [A、G、L]

3. 皮膚バリア機能の実態 (表1)

コント側と比較してカテ側の皮膚水分量が高値の者 (s1>s2) は4名 [A、G、J、L] (40%) であり、皮膚pHが高値の者 (p1>p2) は4名 [C、G、K、L] (40%) であった。また、p1が5.00以上であった者は3名 [H、I、J] (30%) で全員が腎不全を有していた (表1)。皮膚水分量・皮膚pHともに高値であった者は2名 [G、L] (20%) であり、BMIが25 kg/m²以上であった。

皮膚水分量についてs1とs2に有意差はなく ($p=0.878$)、皮膚pHについてp1とp2も有意差はなかった ($p=0.859$)。s1とp1 ($r=-0.172$, $p=0.634$)、s2とp2 ($r=-0.497$, $p=0.144$)、s1-s2とp1-p2 ($r=0.017$, $p=0.963$) は相関がなかった。s1-s2とフィルム材貼付時間 ($r=0.018$, $p=0.96$)、p1-p2とフィルム材貼付時間 ($r=0.17$, $p=0.638$) には相関はなかった。

4. 皮膚表面細菌の実態

1) 貼付時間とコロニー数 (表1)

フィルム材貼付時間は26.0 (8.5-96.5) 時間であった。c1の平均値は2.03 (0.08-125.92) cfu/cm²であった。フィルム材貼付時間とc1には強い正の相関があり ($r=0.860$, $p=0.001$)、貼付時間が48時間以上の4名 [H, J, K, L] (40%) のうち3名 [J, K, L] (30%) は、c1が10.00cfu/cm²以上であった。

2) コロニーの染色像と様子 (表2)

2名 [A, E] (20%) は、懸濁前の状態ではコロニー数をカウントすることができたが、懸濁後のカテ側のコロニーの観察はできなかった。分離されたコロニーに対してグラム染色を行ったところ、グラム陽性ブドウ球菌、グラム陽性レンサ球菌、グラム陽性桿菌、グラム陰性桿菌の4種類の染色像が観察された。コント側にグラム陽性ブドウ球菌が観察された9名 [A, C, D, E, F, G, H, J, L] のうち、8名 [C, D, F, G, H, J, K, L] (80%) はカテ側でもグラム陽性ブドウ球菌が観察され、2名 [A, E] (20%) は観察されなかった。また、1名 [K] (20%) はカテ側で新たにグラム陽性ブドウ球菌が観察された。コント側にグラム陽性桿菌が観察された9名 [A, C, D, E, F, G, H, K, L] (90%) のうち、1名 [L] (10%) はカテ側でもグラム陽性桿菌が観察され、8名 [A, C, D, E, F, G, H, K] (80%) はカテ側にはグラム陽性桿菌は観察されなかった。また、コント側には観察されなかったコロニーが、カテ側で新たに観察された者は8名 [C, D, F, G, H, J, K, L] (80%) であった。そのうち、新たに観察されたコロニーの種類が3種類以上あった者は3名 [J, K, L] (30%) であり、フィルム材貼付時間は48時間以上であった。

5. 皮膚バリア機能と皮膚表面細菌の関連

12名のうち、皮膚バリア機能もしくは皮膚表面細菌の測定ができなかった3名 [B, F, I] を除外し、9名で分析を行った。

s1-s2とc1に相関はなく ($r=0.075$, $p=0.847$)、

p1-p2とc1にも相関がなかった ($r=0.083$, $p=0.831$)。コント側と比較してカテ側の皮膚水分量・皮膚pHが高値の者2名 [G, L] について、皮膚表面細菌の実態 (コロニー数、コロニーの染色像と様子) を分析したところ、共通点は見られなかった。

考 察

本研究のオリジナリティは、CVC・SGC固定のためにフィルム材を使用している患者に着目しフィルム材被覆下における皮膚バリア機能の変化と皮膚表面細菌の実態を明らかにしたことである。皮膚バリア機能の実態では、皮膚バリア機能と皮膚生理機能の関係について、皮膚表面細菌の実態では、フィルム材の貼付時間とコロニー数の関係およびカテーテル挿入部で観察されたコロニーについて、得られた新たな知見を中心に考察を行う。

1. 皮膚バリア機能について

本研究ではフィルム材の使用により皮膚バリア機能の指標である皮膚水分量や皮膚pHが変化すると予測した。これらはフィルム材貼付により皮脂の分泌や水分蒸散が妨げられることにより生じると考える。本調査では、CVC・SGCのカテ側とコント側の皮膚水分量及び皮膚pHに有意な差はなかった。しかし、コント側と比較してカテ側の皮膚水分量が高値の者または皮膚pHが高値の者はそれぞれ4名 (40%) であった。皮膚水分量・皮膚pHが高値を示すことは、いずれも皮膚バリア機能が低下した状態であると言える。皮膚pHは、カテ側、コント側いずれも正常値内ではあったが、5.00以上を示した3名全員が基礎疾患に腎不全をもっており、うち2名は透析患者であった。栗山¹⁷⁾によると透析患者は不良な栄養状態、皮脂腺、汗腺の萎縮等から皮脂減少や水分不足をきたしやすいために健康人よりも皮膚pHが高くなりやすいと考えられており、このことから本研究結果は妥当であったと考えられる。また、内頸静脈におけるドレッシング材の使用は頸部の動作による伸展の影響を受けやすいことが指摘されており¹⁸⁾、掻痒感や痛みの有無はフィルム材の固定状況さらには皮膚バリア機能にも影響すると考えられる。本研究結果において、掻痒感や痛みを訴えた者はいなかったが、主観的評価と皮膚バリア機能の関係についても今後検討していく必要がある。

コント側と比較してカテ側の皮膚水分量・皮膚pHが高値の者の共通点にBMI高値 (25 kg/m²以上) があげられ、フィルム材被覆下の皮膚では発汗や

表2 コロニーの染色像と様子

(n=10)

ID	染色像 [色/表面性状/光沢の有無/断面形状]	
	カテ側	コント側
A	懸濁したが増菌しなかった	7 ブドウ状 [黄/S/+ /ドーム] ブドウ状 [白色透明/S/- /扁平] ブドウ状 [透明/S/+ /境界不明瞭] ブドウ状 [白 (小) / / /] レンサ状 [白/S/+ /ドーム] 陽性桿菌 [白/R/- /不整形] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
C	3 ブドウ状 [薄灰色/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム]	4 ブドウ状 [薄灰色/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [白/S/- /ドーム] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
D	3 ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [透明/S/+ /ドーム] ブドウ状 [白/S/+ /ドーム]	4 ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [淡黄色/S/+ /ドーム] ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
E	懸濁したが増菌しなかった	2 ブドウ状 [ベージュ (小) / / /ドーム] 陽性桿菌 [ベージュ/S/+ /ドーム]
F	2 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム]	5 ブドウ状 [黄/S/+ /ドーム] レンサ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] レンサ状 [白/S/+ /扁平] レンサ状 [白 (小) /S/+ /扁平] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
G	1 ブドウ状 [黄/S/+ /ドーム]	4 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] ブドウ状 [乳白色/S/+ /ドーム] ブドウ状 [淡黄色/S/+ /目玉焼き] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
H	2 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム]	5 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [淡白色/S/+ /ドーム] ブドウ状 [黄/S/+ /ドーム] 陰性桿菌 [ベージュ/S/+ /ドーム] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]
J	6 ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [乳白色/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] レンサ状 [黄/S/+ /ドーム] レンサ状 [白色透明/S/+ /ドーム] レンサ状 [黄白色/S/+ /ドーム]	5 ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [ベージュ/S/- /扁平] ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] ブドウ状 [黄/S/+ /扁平]
K	3 ブドウ状 [乳白色/S/+ /ドーム] ブドウ状 [白色透明/S/+ /ドーム] ブドウ状 [ベージュ~透明/S/+ /目玉焼き]	1 陽性桿菌 [ベージュ/R/- /扁平]
L	5 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [淡黄色/S/+ /ドーム] ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] 陽性桿菌 [白/R/- /扁平]	4 ブドウ状 [白/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [ベージュ/S/+ /ドーム] * ブドウ状 [黄白色/S/+ /ドーム] 陽性桿菌 [ベージュ/R/- /扁平]

a) コロニーの表面 (S:滑面 R:粗面)

b) 光沢の有無 (+:光沢あり -:光沢なし)

c) ブドウ状:グラム陽性ブドウ球菌

d) コロニーが小さく、表面性状・光沢の有無・断面形状の観察不可能

e) レンサ状:グラム陽性レンサ球菌

f) 真菌の増殖のため、表面性状・光沢の有無の観察不可能

g) コロニーの形態 (扁平:平らドーム:凸状もしくは半球状)

*カテ側 (カテーテル固定のフィルム材が貼付された皮膚)・コント側 (反対側の頸部の皮膚) に共通して見られたコロニー

浸軟が見られた。肥満度によって生理機能そのものが変化し、皮膚pHの上昇が生じることが報告されている¹⁹⁾。肥満者は皮下脂肪が多く、熱放散が妨げられるため、肥満度が標準の者よりも発汗量が多くなることが影響していると考えられる。つまり、フィルム材被覆下においても皮膚バリア機能は、肥満度による皮膚生理機能の変化によって影響を受ける可能性が示唆された。

2. 皮膚表面細菌について

貼付時間とカテ側のコロニー数には強い正の相関が見られた。さらに48時間以上フィルム材を貼付し続けた者では、コロニー数が多い傾向にあった。Brownら²⁰⁾によると、カテーテル関連血流感染症の60%は皮膚常在菌により引き起こされ、起因菌となる皮膚菌叢の80%は表皮角層表層の上部5層に常在することが報告されている。したがって、フィルム材貼付時の皮膚消毒から時間が経過するとカテ側で毛包管や汗腺から細菌が出現し²¹⁾、コロニー数が増加すると考えられる。

コロニーの染色像と様子について、グラム陽性ブドウ球菌はカテ側、コント側ともに観察された者が多かった。一方で、グラム陽性桿菌はコント側で観察されても、カテ側で観察されなかった者が多かった。CLABSIで最もよく報告されている病原体はコアグラゼ陰性ブドウ球菌、黄色ブドウ球菌、腸球菌、カンジダ属であると言われて⁸⁾。よって、グラム陽性桿菌は皮膚消毒で殺菌されやすいが、CLABSIに関わるグラム陽性ブドウ球菌は消毒をしても新たに発生しやすいことが考えられる。ガイドラインより、フィルム材の交換は少なくとも7日ごとと定められている⁸⁾。本研究の結果、48時間以上貼付した場合、CLABSI起因菌と推測されるコロニーが確認されたため、7日以上フィルム固定が必要な場合では、7日より短い期間でのフィルム交換を検討する必要があると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は年齢の偏りが大きく、女性が2名であったため、年齢や性差による傾向の違いについての分析はできなかった。また、心疾患患者のみを対象としているため、今後他疾患の患者においても検討が必要である。皮膚表面細菌については染色像の観察にとどめたため、フィルム材被覆下のCLABSI起因菌の実態として見ることはできなかった。対象者の術後の状況などによって、統一した条件での測定や培養が行えなかったこと

は、臨床における研究の限界である。

結 論

フィルム材を貼付しているカテーテル側では、コントロール側と比較して、皮膚バリア機能の指標である皮膚水分量が高値の者4名、皮膚pHが高値の者4名であった。皮膚水分量・皮膚pHともに高値の者は10名中2名で、2名ともBMIが25 kg/m²以上であり、フィルム材被覆下の皮膚で発汗や浸軟が見られた。皮膚表面細菌は、貼付時間とフィルム材被覆下の単位面積あたりのコロニー数には強い正の相関が見られた。また、フィルム材被覆下でグラム陽性ブドウ球菌が観察された者が8名、グラム陽性桿菌が観察された者が1名であった。消毒後もCLABSIの起因菌であるグラム陽性ブドウ球菌が新たに観察されており、ガイドライン上推奨されている7日以内のフィルム材貼付においても皮膚表面細菌叢に影響があり、CLABSIのリスクがあることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力下さった対象者の皆様には心より感謝申し上げます。また、金沢大学附属病院看護部、ICU医師・スタッフの皆さま、心臓血管外科医師・スタッフの皆さまには心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本環境感染学会：医療器具関連感染サーベイランス部門 サーベイランス結果報告書 (ICU・急性期一般病棟部門), [オンライン, http://www.kankyokansen.org/modules/iinkai/index.php?content_id=6], 日本環境感染学会, 4. 15. 2022
- 2) Stevens V, Geiger K, Concannon C, et al.: Inpatient costs, mortality and 30-day re-admission in patients with central-line-associated bloodstream infections, *Clinical Microbiology and Infection*, 20(5), O318–O324, 2014
- 3) Karagiannidou S, Zaoutis T, Maniadas N, et al.: Attributable length of stay and cost for pediatric and neonatal central line-associated bloodstream infections in Greece, *Journal of Infection and Public Health*, 12(3), 372–379, 2019
- 4) 目黒英二, 山根のぞみ, 山本亜希子, 他: 中心ライン関連血流感染症に伴う医療費を含めた

- 現状, 日本環境感染学会誌, 33(6), 269–275, 2018
- 5) Mermel LA, McCormick RD, Springman SR, et al.: The pathogenesis and epidemiology of catheter-related infection with pulmonary artery Swan-Ganz catheters: a prospective study utilizing molecular subtyping, *The American journal of medicine*, 91(38), 197S–205S, 1991
- 6) Maki DG, Stolz SS, Wheeler S, et al.: A prospective, randomized trial of gauze and two polyurethane dressings for site care of pulmonary artery catheters: implications for catheter management, *Critical care medicine*, 22(11), 1729–1737, 1994
- 7) Maki DG, Stolz SM, Wheeler S, et al.: Prevention of central venous catheter-related bloodstream infection by use of an antiseptic-impregnated catheter. A randomized, controlled trial, *Annals of internal medicine*, 127(4), 257–266, 1997
- 8) 満田年宏 (訳・著): 血管内留置カテーテル関連感染予防のための CDC ガイドライン 2011, ヴァンメディカル, 東京, 2011
- 9) 佐伯秀久: 新体系看護学全書 成人看護学12 皮膚/眼 (第5版), 株式会社メジカルフレンド社, 20–21, 東京, 2018
- 10) Verdier-Sévrain S, Bonté F: Skin hydration: a review on its molecular mechanisms, *Journal of Cosmetic Dermatology*, 6 (2), 75–82, 2007
- 11) Lambers H, Piessens S, Bloem A, et al.: Natural skin surface pH is on average below 5, which is beneficial for its resident flora, *International Journal of Cosmetic Science*, 28(5), 359–370, 2006
- 12) Zeeuwen PLJM, Boekhorst J, van den Boogaard EH, et al.: Microbiome dynamics of human epidermis following skin barrier disruption, *Genome biology*, 13(11), R101, 2012
- 13) 高柳智子: 高齢者への医療用粘着テープの剥離方法に関する研究 – 皮膚への影響に対する剥離角度の検討 –, 日本老年看護学会誌, 8 (1), 14–21, 2003
- 14) Lorish CD, Maisiak R: The face scale: A brief, nonverbal method for assessing patient mood, *Arthritis Rheum*, 29(7), 906–909, 1986
- 15) 飯坂真司, 竹原君江, 真田弘美: 携帯型皮膚水分計の妥当性評価, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 19(1), 33–39, 2015
- 16) Takehara K, Iizaka S, Oe M, et al.: Reliability and validity of a portable device for measuring stratum corneum hydration, *Journal of Japanese Society of Wound, Ostomy and Continence Management*, 21(4), 296–303, 2017
- 17) 栗山哲, 友成治夫, 林文宏, 他: CAPDカテーテル出口部感染症と皮膚pH-acid-mantleの関連性, 日本透析医学会誌, 31(6), 997–1000, 1998
- 18) 花形梢: 内頸静脈に留置した中心静脈カテーテル挿入部保護に適したフィルムのサイズの検討 頸部の動きと剥がれにくさに着目して, 日本看護学会論文集: 急性期看護, 45, 50–53, 2015
- 19) 飯坂真司, 峰松健夫, 大場美穂, 他: 肥満者の皮膚生理機能の評価と減量との関連, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 14(3), 258–265, 2010
- 20) Brown E, Wenzel RP, Hendley JO: Exploration of the microbial anatomy of normal human skin by using plasmid profiles of coagulase-negative staphylococci: search for the reservoir of resident skin flora, *The Journal of Infectious Diseases*, 160(4), 644–650, 1989
- 21) 水口康雄: 常在微生物叢の分布とその影響, 吉田真一, 柳雄介編: 戸田新細菌学 (改訂32版), 南山堂, 175–185, 東京, 2002

シンポジウム

ハラスメントに毅然に立ち向かう技を培う

座長 井戸 心時美（石川県立こころの病院 看護部長）

越戸 和代（石川県済生会金沢病院 看護部長）

2019年労働施策総合推進法改正により、2020年職場のパワーハラスメント防止策が義務化され、労働者にもパワハラに対する関心と理解、言動にも注意することが求められるようになりました。また、近年社会問題となっている「カスタマーハラスメント」は、医療現場でも起こっており、ハラスメントが原因のメンタル不調や出勤不能、退職に至った事例も報告されています。

看護師が安心して看護に専念でき、質の高い看護を提供するためにも、ハラスメントが起こりにくい、心理的安全性の高い職場が求められます。そのような職場となるためには、組織も個人も、ハラスメントにしっかりと立ち向かうスキルを培う必要があると考え、シンポジウムを企画しました。

今回は、東京医療保健大学・副学長の坂本すが氏、参議院議員・看護師・弁護士の友納理緒氏、株式会社ウイ・キャン代表取締役で顧客満足度の向上やクレーム対応のスペシャリストである濱川博招氏、保健師・精神保健福祉士の木下ひろみ氏の4名のシンポジストを迎え、それぞれの視点でハラスメント対策についてご講演いただきました。ご講演の内容を抜粋してご紹介します。

医療現場は職種間、職種内ヒエラルキーがあり、緊急性の高い現場であることからハラスメントが起こりやすい環境にあり、看護師自身もハラスメントの被害者にも、行為者にもなる可能性があります。また、組織には、発達障害の問題などを抱えている職員が一定数いて、ハラスメントに関与する事もあることから、発達障害の特性を知り対応することが求められます。

ペーシェントハラスメントは、患者・利用者・

家族の不平・不満から始まった気持ちがクレームに発展し、クレーマーが大きく育ちモンスター化することから、問題発生時の対応が重要となります。職員が具体的対応のスキルを習得しておくこと、不当な行為や理不尽な要求をされた場合は、その場で断りやめさせ、モンスターと判断した際には、速やかに組織として対応する必要があります。

ハラスメントは、個人の問題ではなく職場の問題です。ハラスメントがある職場は周囲の士気が低下し、その人本来の十分な能力が発揮できなくなります。それは、生産性の低下や医療安全の脅威、組織の損害を招くことにもなることから、ハラスメント対策は、危機管理であり、事業主の雇用管理上講ずべき措置なのです。

シンポジウムを通して、ハラスメントに毅然と立ち向かうには、『悪質な行為には毅然と「No」と言う』『組織は職場におけるハラスメントを防止する方針を明確にし、周知・啓発、相談（苦情）対応の体制を整備するとともに、万一発生した時には迅速かつ適切に対応し、措置を講ずる』『暴言や暴力により身の危険の発生の恐れがあるときは、躊躇せず警察に通報する』ことの重要性を認識しました。

シンポジウムで得た、ハラスメントに関する多くの知識は、私たちの「技を培う」栄養になったと感じています。今後、聴講された方々が技を培い、安心・安全な職場環境、働き甲斐のある職場を目指して実践していただくことを期待いたします。

最後に、知見をいただいたシンポジストの先生方に深く感謝申し上げます。

シンポジウム

タスクシフト/シェアの本質と成果

座長 澤味 小百合（公立能登総合病院 看護部長）

2019年4月1日に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」による時間外労働の上限規制が施行されました。人生100年時代と言われ、働き続けていく上で多様な働き方の取り組みがされている組織が増えているのではないかと思います。医療機関において、タスクシフト/シェアについての検討や取り組みが推進されている報告を多く聞くようになってきました。しかし、人口減少に向かっている近年、限られた人員の中で、良い仕事を効率的に遂行していくには、今までのやり方から少しずつシフトチェンジが必要であり、柔軟に適応していくことが求められていると考えています。

今回のシンポジウムでは、日本の医療・看護の課題やタスクシフト/シェアによる成果は何か、という根本的な内容について、富山福祉短期大学看護学科長・教授 山元恵子氏、様々な取り組み事例を3施設、金沢医科大学病院 副看護部長 山口美由紀氏、公立羽咋病院 副総看護師長 森本ゆかり氏、公立能登総合病院 副看護部長 山森勝美氏よりご発表いただきました。

山元氏からは、日本の医療の現状を踏まえ、タスクシフトの定義を説明していただきました。そして、タスクシフト/シェアが何を目的にしているのか、本質は何か、を再認識しました。患者の利益と効率化というタスクシフト/シェアによる成果を実現していくには、先駆的な事例をまねることからスタートしていったらどうかと伝えていただきました。

山口氏からは、イブニングナースアシスタントという名称で看護補助業務を実施していただける方を看護学生だけでなく幅広い方を活用している報告でした。夕方の多重業務となる時間帯に集中して業務補助をしたことで、夜勤者は患者一人ひとりのケアに丁寧に関わることができるようになった、という内容でした。さらに、質疑応答で

は、働いている方々の背景等について情報提供いただきました。例えば、一般職の方は、これから先の病院での入院生活や介護について知る機会にしたい、看護学生にとっては、看護職として働く現場のイメージが付き、リアリティショックの軽減につながっている、等でした。

森本氏からは、手術室での業務を整理し、診療放射線技師や臨床工学技士が手術室看護師とタスクシフト/シェアしている、という報告でした。手術室での業務は看護師がするもの、という固定観念があったのですが、それぞれの職種における法的な業務拡大の推進をうたわれている機会を逃さず、準備から実践へ移行していった報告でした。成功のポイントとして、患者にとって最善は何か、を常に対話しながら進めていったことや互いの専門性を発揮するにはどのようにするとよいのか考え、承認しあう、ということ伝えていただきました。

山森氏からは、入院患者は高齢者・誤嚥性肺炎が多く、在院日数の長期化が課題となっている点から多職種で食支援に取り組んでいる活動を紹介していただきました。また、入院患者への対応だけでなく、入院前の方々へも対応していく必要があると考え行政と共に誤嚥予防について住民の皆さんへ行っている啓発活動についても紹介されました。住み慣れた場所で生活し続ける支援は、超高齢社会の現状として必要なことであり、住民の皆さんとのシェアについて考えさせられる内容でした。

シンポジストの皆さんから、タスクシフト/シェアの本質を忘れない、貴重な実践報告を伺い、看護のポテンシャルとレジリエンスというサブテーマにそった内容になったと思います。まだまだ様々なことが生じるとは思いますが、『危機をチャンスに変える看護の力』を発揮していけるよう日々努めてまいりたいと思います。

パネルディスカッション

ウィズコロナ時代の看護過程の継承を考える

座長 岩城 直子（元金城大学看護学部 教授）
田井 雅代（JCHO金沢病院 看護部長）
平松 知子（金沢医科大学看護学部 教授）

看護過程を学ぶ基礎教育においては臨地実習においてその実際を学ぶことが重要である。また、新人看護師が専門職としての独自の判断を示し、看護診断に基づき看護問題に介入し明確な成果をあげる上で、看護過程に基づいた看護の実践がなされる必要がある。しかしながら、COVID-19感染症拡大の影響で当初は、医療・教育の現場は、未知の感染症に対する混とんとした状況があった。このような様々な制限や制約があるなかで予防策を講じながら基礎教育、現任教育の担当者は看護過程をいかに教育していくかを検討、熟慮し、臨地実習や新人研修を実施してきた。

基礎教育からは、坂本泰子氏（金沢医療センター附属金沢看護学校）が在宅看護論実習での実際について、地域活動の縮小、利用者の様子を伝える視覚的教材、ZOOMの活用などの工夫や、無意識に“受動的”になっていた学ぶ姿勢が“能動的”“自ら学ぶ姿勢”に成長する学生の姿から、教員・指導者ともに多様な学習方法や双方向的に学ぶことの大切さに気づかされたことが報告された。道券夕紀子氏（金城大学看護学部）は、成人看護学実習での実際について、臨地実習における感染予防対策、実習施設の受け入れが中止となった時の実習プログラム変更の実例やプログラムに対する臨地実習指導者の評価、学生の学びの状況と課題、高機能シミュレーションシステム（SCENARIO）の活用例が報告された。

COVID-19禍に臨地実習を経験してきた新人看護師の教育の実際については、神野亜紀子氏（金沢医科大学病院）が、新人看護師教育体制を再構築し、OFF-JTでは感染対策を講じた研修開催やアクティブラーニングの実施、OJT（On-The-Job Training）では新人看護師の心理的安全性を確保したペア制での教育支援や病棟管理者を中心とした看護職全員で新人を育てる環境の醸成、メンタルサポートとして、教育担当者による新人看護師

会の開催やキャリア支援センター所属看護師による定期面談、メールでの個人相談受付等、支援内容の工夫が報告された。水谷弘美氏（JCHO金沢病院）は、メンタルヘルスケア支援の強化や新人研修内容の見直し、特に入職から3ヶ月は自身の経験を言語化して共有することやリフレクションによって事象を前向きにとらえることが出来るような支援、技術の獲得は、OJTを丁寧に行うことが効果的だったことを報告した。

続いて、各パネリストが看護過程の継承におけるCOVID-19禍の影響について意見を述べた。この時期の新人看護師は、Z世代であったことに加え、COVID-19禍で対人関係能力を養う機会が減少していたため、コミュニケーションスキルや社会性が未熟であるという特徴があった。アセスメントをする上では情報収集が重要である。しかし、臨地実習においてはマスク着用での対応となり、面談時間も制限されるなど患者の微妙な表情の変化を見ることができなかつたり、家族との対面での交流も出来なかった。病院では黙食・個食、私語の制限等の予防対策が取られていたため、インフォーマルな場面での情報共有がなく、情報収集量が少なかったなど、感染予防対策による弊害が述べられた。一方、COVID-19禍のメリットとして、ICTの活用が促進し、同様の事態が起こった時に対応が可能になったことや様々な教育方法を模索したことによって、今後の基礎教育や現任教育への応用ができることが挙げられた。会場から、基礎教育で今後どのようなことを盛り込めばよいかについて質問があり、臨床の立場から神野氏、水谷氏が、社会性や倫理観の獲得ができていないことが望ましい旨が返答された。

今後のウィズコロナ時代において、新人看護師が看護過程に基づいた看護実践が可能になるよう基礎教育機関と施設とが連携、協働していくことが必要である。また、看護過程の継承が看護の質の

保証につながっていくよう、時代に合わせた教育、
コミュニケーション力獲得に向けた方略を模索し

ていくことが課題であると思われた。

看護実践学会専任査読者一覧

(2024年3月現在)

赤坂政樹	鏡真美	紺家千津子	辻清美	前田咲子
浅田優也	片山美穂	坂本和美	津田朗子	松井希代子
荒井謙一	加藤あゆみ	正源寺美穂	土本千春	松井優子
有田広美	加藤真由美	須釜淳子	登谷美知子	松本智里
石川倫子	金谷雅代	臺美佐子	中島由加里	松本勝
上田映美	川島和代	高田貴子	長田恭子	丸谷晃子
上埜千春	川島由賀子	高橋朗大	中西容子	宮永葵子
内村恵里子	川村みどり	高松朝男	長山豊	向井加奈恵
浦井珠恵	北川奈美江	多崎恵子	橋本智江	向出美穂
大江真吾	北川麻衣	田中浩二	平松知子	村角直子
大江真人	北山未央	谷口好美	藤川直美	村山陵子
大桑麻由美	木下幸子	玉井奈緒	藤田結香里	横野知江
表志津子	木森佳子	塚崎恵子	堀口智美	米田昌代

(50音順)

編集委員会

委員長：大桑麻由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
木森佳子（公立小松大学保健医療学部）
長田恭子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
平松知子（金沢医科大学看護学部）
堀口智美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
村角直子（金沢医科大学看護学部）

事務局：浅田優也（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

(50音順)

看護実践学会誌

第35巻 第3号

発行 令和6年3月31日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80
国立大学法人金沢大学医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)