

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○会長講演

もっと自由に、そしてしなやかに
～新しい看護のかたちへのチャレンジ～…………… 福田 裕子 …… 1

○原著

在宅におけるレビー小体型認知症の人と家族への認知症看護認定看護師の看護実践
—家族による相談を受けて関わった事例の分析—…………… 米山 真理他 …… 5

子どもに自己の病名を伝えることに悩む乳がん患者の体験…………… 瀧澤 理穂他 …… 17

○研究報告

治療を受けつつ就労を継続した乳がん患者の就労に対する認識
～自分らしい生き方に向けた一事例～…………… 藤井 夕香他 …… 31

高齢者の意思決定支援における
看護師の困難に関する文献レビュー…………… 村田 美穂他 …… 40

日本における父親の育児時間に関連する
要因についての文献検討…………… 島田 明日華他 …… 51

精神看護専門看護師による看護師の
メンタルヘルス支援についての国内文献レビュー…………… 亀田 妃美希他 …… 63

Utility of the Ability to Recognize and Respond to Family Support (ARRF) in
glycemic control for men with type 2 diabetes …… Tomomi Horiguchi et al. …… 71

○実践報告

思春期・若年成人 (AYA) 世代造血器がん患者の再発告知後の体験：
2事例へのインタビューによる質的研究…………… 窪田 晃奈他 …… 80

○その他

COVID-19流行期の臨地実習における看護学生の
手指衛生および手荒れ予防行動と手荒れに関する実態…………… 金谷 和佳奈他 …… 88

○第17回看護実践学会学術集会のまとめ

特別講演…………… 湯野 智香子 …… 95

教育講演…………… 辻 千芽 …… 97

シンポジウム…………… 橋本 陽子 …… 98

看護実践誌

J. So. Nurs. Pract.

看護実践学会

Society of Nursing Practice

会 長 講 演

第17回 看護実践学会学術集会

もっと自由に、そしてしなやかに ～新しい看護のかたちへのチャレンジ～

福田 裕子

加賀市医療センター 看護部長

日時：2024年9月14日(土) 会場：石川県地場産業振興センター

おはようございます。ただいまご紹介にあずかりました福田でございます。大桑先生、ありがとうございます。講演に先立ちまして、元旦に発生した「令和6年能登半島地震」では、広域な地域で甚大な被害が起きました。地震により被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。そして、今もなお、被災地域を懸命に支援されている方々に深く敬意を表したいと思います。

さて、本日は第17回看護実践学会学術集会にお暑い中ご参加いただき、誠にありがとうございます。心より感謝申し上げます。5年ぶりの対面での開催ということで、企画委員一同、この日のためにと検討を重ねてまいりました。オンライン開催とは手法が異なり、多くの皆様に大変ご迷惑をおかけしたことと存じます。どうぞご容赦くださいませ。

今年は、北陸新幹線が福井県敦賀市に延伸となったこともあり、当初、地元加賀市での開催を予定しておりました。しかし、能登半島地震を経て、皆様がより「参加しやすい場所」ということで、開催場所を石川県地場産業振興センターに変更いたしました。本日は能登地区から約50名もの皆様にお集まり頂き、大変うれしく存じます。開催にあたり、世の流れではありますが、「インボイス制度とは何か」の議論を行い、日ごろ縁のないことを学ぶこともできました。開催場所の変更や税制度の検討などの紆余曲折を経て、今日を迎えることができました。

社会背景

日本は2025年を目前に控え、超高齢社会と想像を超える少子化の進展、待ったなしの人口減少社会へと着実に進んでいます。この流れは、高齢者人口がピークを迎え、生産年齢人口が急激に減少する2040年に引き継がれます。このような社会背景において医療提供体制は大きな転換期を迎えています。この転換期において、人々の療養の場の広がりとともに、地域における看護支援のニーズはさらに高まりをみせ、私たち看護職にはより専門性を発揮した質の高い看護の提供が求められています。

今回の学会テーマ

もっと自由に、そしてしなやかに～新しい看護のかたちへのチャレンジ～です。私たちがこの転換期を乗り越えるためには、これまでにない「自由」な発想と、看護のこころの「しなやかさ」で、新しい看護のかたちへのチャレンジが必要であると考えます。看護のこころの「しなやかさ」とは、単に柔らかいだけでなく、弾力をもち折れないところであり、専門職としての柔軟な思考力と看護の信念ともいえる芯のあるこころの有りようです。そして「自由」な発想とは、先行き不透明で、将来の予測が難しいとされているこの時代において、それぞれが「こんなことも、あんなことも」と創造することの大切さです。

本日は、看護のこころの「しなやかさ」「自由さ」を思い描き、あたらしいチャレンジへの第一歩を

踏み出す機会になればと思い、このテーマといたしました。

チャレンジへのヒントとなる本日のしかけをご紹介します。1つ目、一般演題、口演16題、示説11題の発表。2つ目、教育講演、杉森先生より「何かをあたらしく変えたいと思ったときにどう行動するか」、簡単な演習を通して学びます。3つ目、3名のシンポジストの方々にご登壇いただき、これからの認知症との共生と予防について学びます。4つ目、特別講演、内藤先生より「仲間を大切にしていよ看護へ～スタッフがヒーローになるためのかかわり方～」としてご講演をいただきます。内藤先生から元気をいただき、皆様のやる気スイッチがONになることを期待しています。5つ目、ランチョンセミナー、田渕先生より「看護のあるべき姿をめざして～多職種協働セルケアシステムとDXの推進～」としてご講演をいただきます。しなやかに新たな看護の在り方を創造する、そんな機会になればと思います。そして6つ目、5年ぶりの対面開催の醍醐味でもある、対面で行う意見交換、情報交換です。ぜひ活発な議論をお願いいたします。

今回の、講演にあたり、皆さまに何をお話すればいいのか、学術的事柄、データでお示しできるような事柄も見当たらず、はて？はて？と思案ばかりで時間が過ぎていきました。集会長をお引き受けするにあたり、学術集会が開催される2024年は、ちょうど加賀市医療センターが病院統合9年目にあたり、これまで取り組んできたことと、学会開催がリンクできないかと考えておりました。そこで、わたしのこれまでのライフストーリーから2つのチャレンジについてご紹介し、考えたことをお話することにいたしました。私自身のことばかりとなりますが、どうぞよろしく願いいたします。

私の看護師としてのライフストーリー

金沢時代（詳しくは内灘時代）、そして山中温泉時代、加賀市時代の3つの時代に分けられます。内灘時代は、看護基礎教育を受け、看護師としてのスタートラインです。山中温泉時代は、結婚・出産・育児と仕事の両立、そして、看護師としてのキャリアデザインをあれやこれやと描いておりました。そして、一念発起し、認定看護師としての道を歩み始めます。このあと、まさかの加賀市時代に突入することになるのです。現在進行形ではありますが、看護管理者としての道を一步一步、

歩んでいるところでございます。この先どのような時代が待っているのでしょうか？どんな場所で、どのような仕事内容をいつまで働くことになるのか、考えるとわくわく、ぞくぞくするところでもあります。

私の看護師としてのチャレンジ：緩和ケア認定看護師

このチャレンジには、看護実践学会とのご縁が不可欠でした。さかのぼること、2007年、第1回看護実践学会学術集会で演題発表を行ったことからです。2007年は看護実践学会が石川看護研究会から看護実践学会の名称で学会に昇格されました記念の年です。私は、「外来における終末期がん患者の意思決定を支えるケア」として口演発表をさせていただきました。金沢大学十全講堂で本日より以上の緊張感をもって発表したことを思い出します。当時、緩和ケア認定看護師2年目でした。まだまだ認定看護師は社会的認知度も低く、病院内でさえも「認定看護師って何する人なの？」といったような調子で、私は、活動の在り方を暗中模索していました。当時の上司から「一事例一事例を大切に、そこから学び、認定看護師としての価値を示してはどうか」とアドバイスを頂きました。「一事例一事例を大切に」の言葉に、はっとさせられ、外来で出会った患者とのかかわりを発表するに至りました。講評の中で、「認定看護師としてどのように専門性を発揮したのか」「今後の看護の方向性を導き出せたのか」を問われ、専門性の高い看護師が患者さんとかかわることの意義を学びました。そのあと、論文投稿にむけさらに奮起し、丁寧な査読とアドバイスを受け、看護実践学会誌20巻に実践報告として掲載頂きました。本当にありがとうございます。認定看護師としてどう活動するか、どうありたいか、学会発表、論文投稿にチャレンジすること、すなわち看護実践を言語化することで成長し、対象者へのケアの探求につながったのではないかと思います。本日、演題発表される方々もこのような経験ができればと期待したいところです。

私の看護師としてのチャレンジ：統合新病院の看護管理者

2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」によって「地域医療構想」が制度化されました。加賀市は、これに先立ち2006年から加賀市における医療提供体制について検討がなされ、加賀市内

にある加賀市民病院、山中温泉医療センターの統合計画が進められました。そして、2016年4月1日、2つの病院は加賀市医療センター300床として開院いたしました。来年度は開院10年目を迎えます。開院初日の入院患者数は、加賀市民病院から42名、山中温泉医療センターから16名合わせて58名でのスタートでした。開院前に、何度も運営シミュレーションを行いましたが、開院当日の夕方になって、真新しい会議室には、両病院から持ち込まれた検温物品、日常生活援助に必要な物品、点滴スタンド等の機器が寄せ集められ、あわただしく各部署に分配、初めての夜勤が始まるそんな有様でした。

加賀市医療センターは、病院理念「おもいやり」のもと地域住民の医療需要に応じ、地域の基幹病院の役割を果たすべく活動しています。病院概要は、スライドをご覧ください。(図1)では、統合新病院開院からこれまで看護部として何に取り組んできたのか。1つ目、病床管理です。これまで経験したことがなかった、全個室病棟という充実した療養環境のもとで、どのようにしたら効率的・効果的な病床管理が行えるか病院全体で知恵を出し合いました。病床数は300床、HCU(ハイケアユニット)10床のうち9床が多床室、その他はすべて個室で室料差額を設けておりません。ベッドコントロール看護師が、病院の病棟運営方針

に則り入院病床を決定しています。性別、年齢、認知機能面等の患者個別の背景による制限はなく、満床まで入院患者を受け入れることができます。2つ目、人員の確保です。2つの病院が統合したから「看護師の数が増えた」ではありませんでした。病院機能を維持するための人員確保のため、県境で働いてくださる看護職の積極的な採用・定着活動を行っています。3つ目、教育体制の再構築です。2つの病院がそれぞれに行っていた教育指導體制の良いところを融合し、継続するところ、新しく導入することを検討しました。4つ目、当院は予約入院3割、緊急入院7割の病院です。病院基本方針である「救急搬送は断らず受け入れます」を具現化するための看護体制の構築と継続が必要でした。5つ目、お互いの病院で実践していた看護や看護管理の見直しです。この5つの取り組みは、どれもこれも、より質の高い看護を提供するための活動です。

次に、病院統合と看護職への影響はどうであったか。病院という箱ものは新しくなっても、中身としては、「こちらのやりかた」「あちらのやりかた」がぶつかり合うこともしばしばで、けっして順風満帆な道のりではありませんでした。とくにそれぞれの病院で醸成された組織風土の改革を迫られ、組織一丸、チーム一丸となることの難しさを痛感いたしました。過去の研究において、病院

病院概要		(2024年4月1日現在)
 <p>「おもいやり」 私たちは、市民とともに、 市民中心の医療を提供し、 市民の健康を守ります</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 信頼される最適な医療を提供します ① 救急搬送はことわらず受け入れます ① 将来を担う優れた医療人を育成します ① 地域に根付いた医療を実践します 	病床数	300床 (一般214床うちHCU10床 地ケア41床・回りハ45床)
	診療科	26科
	全職員数	608名
	看護職員数	348名
	病床稼働率	85.9% (一般)
	その他	救急告示病院 石川県地域がん診療連携推進病院 石川県地域災害拠点病院 基幹型臨床研修病院 病院機能評価認定病院 紹介受診重点医療機関 第1種 第2種協定指定医療機関

図1 病院概要

統合は、看護職の視点から見て、ストレスや不安を与えるが、時間の経過と共に役割を受入れ積極的に活動し始めることが明らかにされています。当院の看護職も、統合前は不安と期待を抱き、統合後は、新しい人間関係や仕組み、看護業務の混乱に戸惑い負担感を感じていました。その一方で、自分たちで新しい病院をつくっていくのだという気持ちを持っていました。統合10年目をむかえるにあたり、さらに看護管理者として、職員ひとりひとりが病院に愛着を感じ、やりがい感をもって働くための支援が必要であると感じています。

その中で乗り越えてきた困難です。開院し、4年目に突入した2020年、新型コロナウイルス感染症パンデミックが、そして、2024年1月1日に能登半島地震が起きました。当院は、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、コロナウイルス感染症に対峙してまいりました。今も、コロナウイルス感染症の入院患者さんが0になることはありません。2020年から2024年春までの4年間、約1000名の入院患者さんに対応いたしました。その経過で、職員が感染し人員不足になったり、院内クラスターが発生時したりとコロナの荒波にもまれてきました。

そして、能登半島地震では、遠隔地搬送の患者さんを受け入れ、加賀市内の温泉旅館やホテルの2次避難所で、体調を崩される方々の受け入れを行いました。昼間は地元医師会クリニック、夜間は当院が担当するという役割分担が行われ、オーバーベッドでの対応に踏み切ることとなりました。能登の方々の入院患者数は9月上旬までで約150名、

外来・救急外来への受診者数は約1100名になりました。大災害の困難と危機を乗り越えるには、強いリーダーシップのもと、病院総力を結集してのチャレンジが必要でした。職員ひとりひとりが病院理念、看護部理念に立ち返り、「自分たちにできること」「自分たちがしなくてはならないこと」とは何かを問い続け、職種や職位にこだわることなく、職員各々、さらには医療チームがアイデアを出し合い、意見を認め合い、芯を通すところでは妥協せず、それぞれが、病院のあるべき姿にむかって行動していたように思います。それまでは、組織一丸、チーム一丸とはほど遠い集団であるのではないかと感じていましたが、危機に立ち向かう度に、加賀市医療センターという組織は大きく成長できたと思います。

まとめ

緩和ケア認定看護師としてのチャレンジ、看護管理者としてのチャレンジを振り返りながら、困難な局面でこそ「こんなことも、あんなことも」と創造し、こころのしなやかさを持ってこそ、新しい道につながるのだと実感いたしております。幾多の危機を乗り越えることで得る、やりがい感をモチベーションとして、先行き不透明で、将来の予測が難しいとされている時代ではありますが、地域の人々の健康と安心のために次なるステージへのチャレンジにつなげたいと思います。

これで、私の講演を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

原 著

在宅におけるレビー小体型認知症の人と家族への 認知症看護認定看護師の看護実践 —家族による相談を受けて関わった事例の分析—

Nursing practice of Certified Nurses in Dementia Nursing for people with dementia with Lewy bodies and their families at home: Analysis of cases in which nurses became involved after providing consultation to a member of the patient's family

米山 真理^{1) 2)}, 中道 淳子³⁾, 川島 和代³⁾

Yoneyama Mari^{1) 2)}, Nakamichi Junko³⁾, Kawashima Kazuyo³⁾

¹⁾ 石川県立看護大学大学院看護学研究科

²⁾ 富山県立大学看護学部, ³⁾ 石川県立看護大学

¹⁾ Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

²⁾ Toyama Prefectural University Faculty of Nursing, ³⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

レビー小体型認知症, 看護実践, 認定看護師, 家族看護, 在宅

Key words

dementia with Lewy bodies, nursing practice, certified nurse, family nursing, home care

要 旨

目的：在宅におけるレビー小体型認知症（DLB）の人の家族から受けた相談を契機に介入した認知症看護認定看護師の看護実践を明らかにする。

方法：認知症看護認定看護師4名に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析を行った。

結果：研究参加者は男性1名、女性3名であった。想起された事例は6事例であり、すべて家族からの相談であった。認知症看護認定看護師の看護実践として【家族の困りごとを本人と家族の視点から捉える】【幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明する】【会話力の喪失に備えて思い出を形として残す】【多職種で情報を伝え合い方針を揃える】などの10のカテゴリーが生成された。

結論：認知症看護認定看護師は家族の困りごとをDLBの人と家族の両方の視点から捉えることで、両者

連絡先 (Corresponding author)：川島 和代

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

の相互理解を促す支援を行っていた。全身に様々な症状が現れるDLBの人とその家族を支援する専門職者は、情報を伝え合い、円滑な治療を受けられるよう支援することが求められる。

Abstract

Purpose: This study clarified the nursing practice of certified nurses in dementia nursing who intervened following a consultation received from their family of people with dementia with Lewy bodies (DLB) at home.

Method: Semi-structured interviews were conducted with four Certified Nurses in Dementia Nursing, and the results were qualitatively and inductively analyzed.

Results: There was one male and three female research participants. There were six recalled cases, and all were consultations from family members. The findings revealed 10 categories of nursing practices for Certified Nurses in Dementia Nursing, such as understanding family concerns from the individual and their family's perspective; explaining hallucinations so the individual and their family can understand them from each other's perspective; preserving memories in a tangible form in preparation for the loss of the ability to speak; and sharing information among multiple professions and aligning policies.

Conclusion: Certified dementia nurses understood the structure of the family's problems, including the perspective of the person with DLB, and provided the appropriate amount of support from both the viewpoints of the patient and their family such that the patient could live comfortably at home. There is a need for professionals who can support people with DLB, who exhibit various bodily symptoms, and their family members. Such professionals should be able to communicate effectively with each other and help provide treatment appropriate to the patient and their family's situation.

はじめに

レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies : 以下、DLB) は、老年期認知症全体の15～25%を占め、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease : 以下、AD) に次いで2番目に頻度が高い認知症である¹⁾。進行性の認知機能の低下をはじめ、具体的な幻視やパーキンソニズム、DLBの人と家族が認識するほどの認知機能の変動といった中核的特徴をもつ²⁾³⁾。ADと比較して重度の認知症に至るまでの期間は短く、認知症の進行速度も早い⁴⁾。DLBでは脳幹部から辺縁系、大脳皮質全体に α シヌクレインを主成分とするレビー小体が広がっていき、認知機能の低下を引き起こす⁵⁾。また、中枢神経系以外、心臓などの末梢交感神経節や消化管などの内臓自律神経系でのレビー小体の存在も報告されており⁶⁾、全身に症状が現れることから全身性疾患としての理解も広まっている⁷⁾。

全身に現れる症状に対して、DLBの人は会話力の喪失やパーキンソニズムによる防ぎようのない転倒、幻視による日常生活への影響を自覚し、それらが突然に起こることもあり、日常生活を送る上での困難感を抱いている⁸⁾。家族も幻視に混乱

し、全身に現れる多様な症状への対応策の模索を試みながらもその対応がうまくいかず、日々の介護疲れを増幅させていた⁹⁾。ADと比較した時に、DLBの人の場合は初期の生活の質 (Quality of Life : 以下、QOL) は低く、機能障害や抑うつ症状によってQOLが低下することが報告されている¹⁰⁾。また、他の認知症と比較してDLBの人の生活能力の低さも報告されており¹¹⁾、DLBの人を介護する家族も介護負担感を強く感じている¹²⁾。以上より、DLBの人と家族は在宅での生活を円滑に送ることが難しい状況にある。

日本では2019年に認知症施策推進大綱が取りまとめられ、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることのできる社会を目指している¹³⁾。多様な症状を呈するDLBの場合では、DLBの人と家族が住み慣れた在宅での生活を続けるために専門職者からの支援が必須である。しかしながら在宅におけるDLBの人と家族に対する支援に関する研究は未だ数少なく、作業療法士による介入¹⁴⁾や訪問看護師による看取り支援¹⁵⁾、若年性認知症の人への支援¹⁶⁾について事例報告がなされているのみである。DLBに対する非薬物的な支援についてのシステマティックレビューに

においても、専門職者からの支援に関する研究はほとんどが事例研究であったと報告されており¹⁷⁾在宅におけるDLBの人と家族へどのような看護実践がなされているのか、その様相が明らかにされたとは言い難い。DLBの症状や特徴を考慮しない専門職者の介入は、家族の介護疲れを増幅させてしまうとの報告から⁹⁾、専門職者はDLBの全身に現れる症状を観察し、状況を判断した上で、個々に合わせた介入が求められている。

認知症看護の分野で熟練した知識や看護技術をもち、水準の高い看護実践を行う認知症看護認定看護師（Dementia Nursing in Certified Nurse：以下、DCN）は、常に認知症高齢者の安全な治療の継続と快適な療養生活を支えるために、多角的な判断を行い、ケアを選択していると報告されている¹⁸⁾。この研究結果では、認知症の種類については言及なく、DLBの特徴を踏まえたDCNの卓越した看護実践を明示できていなかった。そこで、本研究の目的は、在宅におけるDLBの人の家族から受けた相談を契機に介入したDCNの看護実践を明らかにすることである。これにより、複雑な症状を呈するDLBの人と家族が在宅での生活を継続するために必要な支援への示唆が得られると考えた。

用語の定義

DLBの人：DLBを有する人とする。

看護実践：日本看護科学学会は看護実践とは看護職が看護を必要とする人々に働きかける行為であり、その内容として看護職が看護を必要とする人々に身体的・精神的・認知的・社会的側面から援助し、継続的に観察・判断する側面などがあると述べている¹⁹⁾。本研究では、看護実践を看護師がDLBの人とその家族に対して意図して働きかけた行為とし、そのための観察や判断を含む、とする。

研究方法

1. 研究デザイン

Sandelowskiは、質的記述的研究を、ある出来事について、そうした出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめるものと述べており、現象の率直な記述が求められる時に選択すべき方法とも述べている²⁰⁾。本研究では在宅でのDLBの人と家族に介入した看護実践について、できる限りDCNの言葉で表現して記述することで看護実践の詳細を明らかにできると考え、質的

記述的研究デザインを選択した。

2. 研究参加者の選定

DLBの家族会の後継組織であるDLBサポートネットワーク（以下、DLBSN）は各エリアで定期的に研修会を行っている。A県で開催されているDLBSNの研修会に自主参加するDCNに直接依頼を行った。また、ネットワークサンプリングにてA県内のDCNの参加を募った。なお、DCNの所属先は問わず、在宅で生活するDLBの人や家族と全く関わったことのない者は除外した。

3. データ収集および分析方法

データ収集はインタビューガイドに沿って半構造化面接を行った。インタビュー内容は、事例毎にDLBの人と家族に介入した看護実践について成功例や困難例、支援に至った経緯、社会資源の活用や多職種との連携について等を自由に語ってもらった。なお、研究参加者の同意を得て面接内容はICレコーダーに録音した。

得られたデータは下記の手順で質的帰納的に分析を行った。まず、録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。次に逐語録を精読し、語られた事例毎にDCNがDLBの人と家族に行った看護実践について、その意図を含めて1つのまとまりとして区切り、できる限りデータに沿った名前をつけてコードとした。作成したコードを互いに比較し、看護実践の対象やその意図が類似したものを集めて、その性質を表現した名前をつけてサブカテゴリー、カテゴリーとした。なお、認知症高齢者と家族は相互作用を持つ関係にあることから²¹⁾、DLBの人と家族を1つの単位と捉えて分析を行った。分析の段階で老年看護学を担当する大学教員や質的研究に精通した研究者間で検討を行い、研究参加者1名からメンバーチェックングを受けて分析の厳密性、結果の信憑性の確保に努めた。

4. データ収集期間

2020年9月～10月。

5. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究への参加は自由意思であり、辞退しても何の不利益もないこと、研究の趣旨や目的、研究参加を撤回する権利の保障、個人情報取り扱い、データの保管と使用の方法、語られる事例に関する匿名性の保証等の内容を書面と口頭で説明し、同意書に署名を得た。DLBSNの研修会に自主参加するDCNに直接依頼する場合は、上記に加えて本研究の参加がDLBSNの参加に関係はなく、研究への参加を辞退しても何の

不利益もないことを口頭で説明した。

本研究は富山県立大学「人を対象とする研究」倫理審査部会の承認を得て実施した。(承認番号看護第R1-30)

結 果

1. 研究参加者および参加者が想起した事例の概要

研究参加者は40歳代後半から50歳代前半の男性1名、女性3名であった。看護師歴は16年から25年(21.8±3.4年)、DCNとしての経験年数は6年から11年(8.8±1.8年)であった。所属施設は4名すべて病院、所属部署は認知症初期集中支援チームが1名、認知症看護外来が2名、もの忘れ外来が1名であった(表1)。面接時間は中央値114分(59~133分)であった。

研究参加者が想起した事例は6事例であった。DLBの人は50代前半から90代前半の男性4名、女性2名であった。DLBの人を介護する主家族

介護者は40代前半から80代後半であり、妻2名、長男2名、長女2名であった。主なDLB症状として、6事例すべてに幻視の症状を認め、5事例にパーキンソニズム、2事例に認知機能の変動、自律神経症状、レム睡眠行動障害が見られた(表2)。

2. 各事例への介入の経緯

研究参加者への相談は6事例すべて家族からであった。事例1では、研究参加者はDLBの人の暴言に悩む家族からの相談を契機に介入が開始となった。家族はDLBの人から発せられる暴言に対して怒りを覚える状況であり、対応の仕方について悩み相談に至った。事例2では、幻視の症状にDLBの人も家族も苦痛を感じ、幻視に対する対応方法や治療方針について研究参加者に相談したことがきっかけで介入開始となった。事例3では、夜間にDLBの人が家族に何も言わずに外出した際に倒れているところを発見され、救急搬送、入院となった。その後、転院した先の病院で研究

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年代	性別	経験年数 (看護師)	経験年数 (DCN)	所属施設	所属部署
A	50代前半	男	16年	11年	病院	認知症初期集中支援チーム
B	40代後半	女	23年	6年	病院	認知症看護外来
C	40代後半	女	25年	9年	病院	もの忘れ外来
D	40代後半	女	23年	9年	病院	認知症看護外来

認知症看護認定看護師(DCN)

表2 研究参加者が想起した事例の概要

研究参加者	事例番号	年代	性別	主なDLB症状	同居家族	主介護者	
						続柄	年代
A	1	50代前半	男	幻視、パーキンソニズム	妻、長女	妻	50代前半
	2	80代前半	女	幻視、パーキンソニズム	長女	長女	40代前半
	3	90代前半	男	幻視	長男、嫁	長男	60代前半
B	4	80代後半	男	幻視、パーキンソニズム、認知機能の変動、自律神経症状、レム睡眠行動障害	妻	妻	80代後半
C	5	70代後半	男	幻視、パーキンソニズム、レム睡眠行動障害	妻、長女	長女	50代前半
D	6	80代後半	女	幻視、パーキンソニズム、認知機能の変動、自律神経症状	長男	長男	60代後半

レビー小体型認知症(DLB)

参加者と出会った。家族は今後もまた同じ状況になるのではないかと不安を抱き、研究参加者に幻視によるDLBの人の混乱した行動に対する相談から介入が開始となった。事例4では、家族は夜間に出現する幻視によるDLBの人の行動が理解できず、どう対応すれば良いのか、今後、症状が悪化すれば自宅での生活が困難になると研究参加者に相談したことがきっかけで介入開始に至った。事例5では、DLBの人が物忘れ外来に通院中、家族がDLBの人を見守り続けることへの負担や、DLBの人の生活リズムの崩れに対する対策として社会資源の利用を開始したいと研究参加者に相談したことを契機に介入に至った。事例6では、DLBの人の心不全による入院を契機に研究参加者と出会い、退院後も家族は認知症看護外来にて定期的に相談していた。主な相談内容はDLBの人が傾眠傾向で食事摂取量が徐々に減少していくことに関してであった。

3. 在宅におけるDLBの人と家族へのDCNの看護実践

分析の結果、108のコードから35のサブカテゴリおよび、10のカテゴリが生成された(表3)。以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、語りを「 」で示し、各カテゴリについて概説する。なお、語りの補足は()で示した。結果で使用する「本人」とはDLBの人を指す。

1) 【家族の困りごとを本人と家族の視点から捉える】

これは家族から受けた困りごとの相談について、家族からの視点だけでなくDLBの人の視点からも、その困りごとを捉える実践を表すカテゴリである。6事例すべて家族からの相談であったものの、<家族が悩む本人の行動に対して第一に本人から行動の意図や思いを聴取する>といったように、DLBの人の視点から困りごとの構造を把握しようとしていた。また、本人と家族それぞれの立場から思いを聞くことで<家族が困ったと捉えている本人の行動の理由を推測して本人の思いを代弁する>ことや<DLBの進行に伴う変化を家族が受け入れられるように対話によって家族の考えを整理する>こと、<本人を中心とした生活史から家族関係の全体像を把握する>ことで困りごとの構造をより鮮明にさせようと試みていた。

「家族からこういう症状があるんやけど、どうしたらいいとかって言われるけど、やっぱ本人見てみないと分かんないですわ。本人から話を聞くとか、あるいは本人の行動を見るとか、実際暴れ

ている時の行動とか、そういうものを見ないと原因がやっぱり分からないし(中略)会って見ないと分かんないと言えない。だから必ず会いに行きます、私は。」(A氏・事例1)

2) 【生活の中で幻視が出現する規則性を見出す】

これは生活環境の中で幻視が出現するタイミングや場所を聴取し、その規則性を捉えようとする実践を表すカテゴリである。<幻視の規則性を捉えるために自宅での生活の様子を確認する>ことで、自宅の環境の中で幻視を誘発する可能性があるものを捉えようとしていた。また、幻視を誘発させる可能性が高い場所については、<自宅の環境によって幻視を誘発させないように照明の調節や部屋の整理を家族に促す>ことを行っていた。DLBの人が幻視を訴えないタイミングを観察し、<本人が楽しく集中できる活動を取り入れることで幻視の軽減が期待できると考え活動の機会を増やす>という実践も行っていた。

「デイ(サービス)に行つとる間は幻視はどうも減る。やっぱ楽しいことしとりゃ幻視は減るよねって言われて、そういう傾向だったもんで、デイ(サービス)の数増やせばってやっぱ単純に思うんだよね。」(A氏・事例1)

3) 【幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明する】

DLBの人はありありと見える幻視を実在するものと思い混乱していた。一方で家族はDLBの人の幻視による行動が理解できずに混乱する状況であった。これはDLBの人と家族に、幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明することで、それぞれの立場から幻視の理解を促す実践を表すカテゴリである。まず、<本人が幻視を自覚して混乱していなければ様子を見守る>ようにDLBの人の幻視の自覚の有無を観察していた。幻視を自覚していなければ、幻視で見た像を客観的に認識できるよう<幻視が他者には見えないことを本人に説明して症状の理解を得る>ことを行っていた。家族に対しても<家族にとって不可解な行動は幻視の症状に伴う本人の対処行動だと説明する>ことで、他者には見えないものがDLBの人には見えていると説明していた。

「(幻視で)ネズミが見えるって言って、ストーブを分解した方なんですけど、幻視が見える病気と(本人に)お伝えしたんです。(中略)本人さんはそれを分かりつつ生活できるような状況になっていましたね。(中略)レビー小体型認知症はこういうものなんだよってというパンフレットを

表3 DLBのひと家族への看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー
家族の困りごとを本人と家族の視点から捉える	家族が悩む本人の行動に対して第一に本人から行動の意図や思いを聴取する
	家族が困ったと捉えている本人の行動の理由を推測して本人の思いを代弁する
	DLBの進行に伴う変化を家族が受け入れられるように対話によって家族の考えを整理する
	本人を中心とした生活史から家族関係の全体像を把握する
生活の中で幻視が出現する規則性を見出す	幻視の規則性を捉えるために自宅での生活の様子を確認する
	自宅の環境によって幻視を誘発させないように照明の調節や部屋の整理を家族に促す
	本人が楽しく集中できる活動を取り入れることで幻視の軽減が期待できると考え活動の機会を増やす
幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明する	本人が幻視を自覚して混乱していなければ様子を見守る
	幻視が他者には見えないことを本人に説明して症状の理解を得る
	家族にとって不可解な行動は幻視の症状に伴う本人の対処行動だと説明する
幻視による苦痛の性質を判断基準にして対応を変える	幻視で見えたものに対して本人が恐怖を覚えていなければ様子を見守る
	幻視で見えたものを本人の事実として受け止めたうえで幻視による恐怖を取り除くよう家族に説明する
	強い苦痛を伴う幻視の軽減のための方策の一つとして家族に薬物治療を勧める
快適に過ごすために必要な生活の変化の幅を見極める	自宅でも過ごす本人の様子から快適に生活できているかを確認する
	緊急時の対応に備えて事前に連絡手段や家の間取りを確認する
	本人がしたい時にしたいことができるよう生活の変化を最小限にしながら本人のペースを尊重するよう説明する
	生活動線を把握して転倒する可能性のある場所を捉えて予防策の提案を行う
	本人の話し方や体の動きを見て意識レベルの波を捉え話す時間とタイミングを調整する
	日中の活動を増やすことで夜間の症状の緩和を期待して本人に外出や社会資源の利用を勧める
会話力の喪失に備えて思い出を形として残す	話せなくなる時がきても思い出を想起して語り合えるように記録を残す
家族が介護にとらわれすぎないように社会資源利用を勧める	家族が介護によって追い詰められてしまうことを防ぐために状況を確認して話を聞く
	本人が一人きりになり見守れなくなるという家族の不安を解消するために社会資源の利用を勧める
	家族が自由に使える時間を確保し家族も自分の人生を楽しめるよう家族に社会資源の利用を勧める
	家族が様々な専門職者から意見を聞けるようDLBSN交流会を紹介する
本人の希望が叶った社会資源利用となっているか確認する	適した介護度で必要な社会資源を利用できるように介護保険申請・区分変更を勧める
	本人の希望を引き出して納得して社会資源を利用できるよう説明する
	本人がデイサービスを利用しても良いと思えるようにメリットや配慮できることを伝える
	デイサービスでの様子を見て本当に納得してデイサービスを利用しているのか確認する
治療とケアが円滑に受けられるように専門職者との間を取り持つ	DLBの知識の有無により治療やケアに差が生じると考えて専門職者の理解を事前に確認する
	本人の意思を代弁する家族の思いを正確に医師に伝える
	内服薬の相互作用を考慮し家族に現在の症状を正確に医師に説明するよう伝える
	家族の理解度をふまえて医師の診察に付き添い補足説明を行う
多職種で情報を伝え合い方針を揃える	ケアマネジャーとお互いの情報を交換し方針を統一したうえで関わる
	訪問看護師と医師との間で情報を共有して統一した対応をとる
	デイサービスの円滑な利用と継続ができるように事前に本人の情報や要望を伝える

レビー小体型認知症 (DLB)、DLBサポートネットワーク (DLBSN)

用いてご本人さんに説明して、ご家族さんにも説明しましたね。」(B氏・事例3)

4) 【幻視による苦痛の性質を判断基準にして対応を変える】

これは幻視が出現した際にDLBの人と家族がどのような苦痛をどれほど感じているか観察し、その苦痛の性質に合わせて対応を変化させるという実践を表すカテゴリーである。<幻視で見たものに対して本人が恐怖を覚えていなければ様子を見守る>対応を行い、苦痛があると判断した場合には、<幻視で見たものを本人の事実として受け止めたうえで幻視による恐怖を取り除くよう家族に説明する>ことを行っていた。

「小さい子おるって言っとったのかな。夜、カーテンの向こうに。でもそんな恐れることはなかったですね。夜、外見てる話だけあったから、その幻視に対して本人が恐怖心抱いてということは、夜、日中もそんな聞かなかったですね。(中略)幻視に対して恐れとる時は、何か介入しなきゃっていう、私の中での線引きがあるんですが。それがないようであれば、本人さんもじゃあ恐れてないなら、いつも大丈夫、一緒におるから大丈夫やよという感じで見守ってもらうように、私はいつもしてるんです。」(D氏・事例6)

DLBの人に強い苦痛を与える幻視であると判断した際には、<強い苦痛を伴う幻視の軽減のための方策の一つとして家族に薬物治療を勧める>ことも行っていた。

5) 【快適に過ごすために必要な生活の変化の幅を見極める】

全身に出現するDLBの様々な症状は日常生活に様々な影響を与えていた。これはDLBの症状による生活への影響があっても、自宅で快適な生活を送るために必要な過不足のない支援を判断する実践を意味するカテゴリーである。まず<自宅で過ごす本人の様子から快適に生活できているかを確認する>ことで現在の状況を確認し、その快適な生活を維持するために<緊急時の対応に備えて事前に連絡手段や家の間取りを確認する>ことや、<本人がしたい時にしたいことができるよう生活の変化を最小限にしながら本人のペースを尊重するよう説明する>ことを行っていた。DLBの特徴的な症状であるパーキンソニズムによる転倒の可能性を考慮して<生活動線を把握して転倒する可能性のある場所を捉えて予防策の提案を行う>ことや、認知機能の変動を考慮して<本人の話し方や体の動きを見て意識レベルの波を捉え話

す時間とタイミングを調整する>ことも行っていた。また、DLBの人の状況によっては<日中の活動を増やすことで夜間の症状の緩和を期待して本人に外出や社会資源の利用を勧める>といったように、DLBの人の生活に大きく変化を与えるような提案も行っていた。

「夜起きておられることも多かったのと、(日中も)誰かが関わって何かするということもなくて、おうちの中でただぼーっとテレビを見たりとか、座ってるだけっていうところもあって。ちょっと刺激がないっていうところ。ちょっと昼夜逆転と、日中の活動刺激っていうか、刺激、覚醒刺激でもないけど、誰かが関わってとか、誰かが話しかけてとか、そういった外部からの刺激が少なかったところですね。(デイサービスに)ちょっと連れていきたくかったところ。」(C氏・事例6)

6) 【会話力の喪失に備えて思い出を形として残す】

これはDLBの進行に伴い会話力が喪失してしまう可能性を考え、DLBの人と家族の思い出を書き記すことで、思い出を文字にして未来へと残す実践を表すカテゴリーである。DLBの人が将来<話せなくなる時がきても思い出を想起して語り合えるように記録を残す>ことでDLBの人の思い出を見える形に残していた。

「折角良い関係で来てらしたのに、(DLBの)症状で関係性が崩れるのはちょっと嫌だなんて思っていて。もう今はちょっと限界だわって言って(家族が)来られて、すごく心配して来られた時に、今までこうやって(2人で)旅をしてね、2人のお話を少しお聞きしてて、そういった中でそういう関係性がちょっと崩れたら嫌だなんて思っていて。ずっと思っていて。どうしているかなって思いつついたところに、私聞き書きするじゃないですか。ちょっとご本人さんとお話する、そうやって聞きながら、いつかお二人の、もしこのご本人さんが話ができなくなったりとか、そういったできなくなった時のためにと思って本を作ろうと思って。」(B氏・事例4)

7) 【家族が介護にとらわれすぎないように社会資源利用を勧める】

家族が介護中心の生活を送り疲弊する状況であった時に、精神的に追い込まれる状況を回避し、介護にとらわれすぎないように社会資源利用を勧める実践を表すカテゴリーである。<家族が介護によって追い詰められてしまうことを防ぐために状況を確認して話を聞く>ことで家族の疲弊状況

を把握していた。DLBの人のことを見守らなければいけないと思う家族に＜本人が一人きりになり見守れなくなるという家族の不安を解消するために社会資源の利用を勧める＞ことで家族の心配事の解消を促し、＜家族が自由に使える時間を確保し家族も自分の人生を楽しめるよう家族に社会資源の利用を勧める＞ことで家族が介護を最優先し続ける生活とならないよう関わっていた。また、＜家族が様々な専門職者から意見を聞けるようDLBSN交流会を紹介する＞というように、他者からの意見を聞ける場の紹介も行ってた。

「娘さん本当はね、前仕事してたんだけど、今お母さんの介護で仕事、今ストップかかっているんですよ。だから本当は、国政はね、介護離職はなしにすることってたけど、実際こういうことは起こってるわけで。だからお母さんの介護保険サービス増やして、娘さんはやっぱ仕事したい言うてたもんで、半日だけでも仕事したいって。それができるような状況を作って差し上げなきゃいけないっていうところかな。」(A氏・事例2)

8) 【本人の希望が叶った社会資源利用となっているか確認する】

先述した通り、家族が疲弊してしまう状況回避するために社会資源の利用を促していた。一方で、社会資源の利用に関してDLBの人の思いも聴取していた。このカテゴリーは、DLBの人が納得して社会資源を利用できるようDLBの人の希望を引き出し、その希望が叶った社会資源の利用となっているか確認する実践を表すカテゴリーである。まず＜適した介護度で必要な社会資源を利用できるように介護保険申請・区分変更を勧める＞ことを行ってた。社会資源の選定の際には、＜本人の希望を引き出して納得して社会資源を利用できるよう説明する＞ことや、＜本人がデイサービスを利用して良いと思えるようにメリットや配慮できることを伝える＞ことでDLBの人が納得して利用できるよう試みていた。

「そこ(デイサービス)に行ったら、結構他の人とお話しできたりするし、もしかしたら誰か知っとる人行っとるかもしれないしとか。そこ行くことでリハビリにもなるし。あとは、今ちょっと転んだりとかしてるから、逆にリハビリのことなんですけど、転ばない、足腰弱らないように、ちょっと少し運動とかもできるし、リハビリ中心のことを言ったかもしれないですね。」(C氏・事例5)

社会資源の利用を開始してからも、＜デイサービスでの様子を見て本当に納得してデイサービス

を利用しているのか確認する＞ことでDLBの人の要望と合致しているか確認していた。

9) 【治療とケアが円滑に受けられるように専門職者との間を取り持つ】

これは様々な症状が全身に出現するDLBの人が、その状況に合わせて治療とケアを円滑に受けられることができるように、専門職者と家族の間に入り双方の間を取り持つ実践を意味するカテゴリーである。専門職者には＜DLBの知識の有無により治療やケアに差が生じると考えて専門職者の理解を事前に確認する＞ことや、＜本人の意思を代弁する家族の思いを正確に医師に伝える＞ことを行っていた。

「例えば日内変動があったりとか、幻視があるとか、そういうことに対してちゃんと対処ができるというか。そういうスタッフがいる所で半日を過ごしてもらおう。特にリハビリとかしたら転倒の恐れとかもあるし。そういう意味でちゃんと、もちろん個性はあるので症状は人それぞれなんですけど、レビーって大まかにこういう症状が出てくる可能性がある、そしてこの人にはこういう症状があるってことをちゃんと理解して、ちゃんと対処していただける所かどうかは確認しますね。」

(A氏・事例2)

家族に対してはパーキンソニズムに対する薬剤と幻視に対する薬剤の＜内服薬の相互作用を考慮し家族に現在の症状を正確に医師に説明するよう伝える＞ことや＜家族の理解度をふまえて医師の診察に付き添い補足説明を行う＞ことで、医療者との間を取り持っていた。

10) 【多職種で情報を伝え合い方針を揃える】

これはDCNが主体的に自身のもつ情報を伝えることで、DLBの人と家族に関わる専門職者からも情報を聞き、DLBの人と家族の状況を包括的に捉えて、関わり方や対応の方針を揃える実践を表すカテゴリーである。DLBの人と家族を支える専門職者に対して、＜ケアマネジャーとお互いの情報を交換し方針を統一したうえで関わる＞ことや＜訪問看護師と医師との間で情報を共有して統一した対応をとる＞ことで、DLBの人と家族が方針の違いで混乱することを防いでいた。また、デイサービスに所属する専門職者に対しては＜デイサービスの円滑な利用と継続ができるように事前に本人の情報や要望を伝える＞ことでサービス中にも統一した対応がとれるよう試みていた。

「たまたま知ってる方がそこ(デイサービス)にいたので、作業療法士さんで。その作業療法士

さんは認知症に特化してやってらした方なので、実はこういう方が行くんですよ、行くの聞いてる？っていうことで、元々こういった方でこういった仕事をしてらしたっていうのをお伝えしました。だからどんな活動がいいかなというのをお伝えしましたね。何か元々ね、趣味多彩な方でね、いろんな趣味を持ってらした、お謡だったかな、何かいろんなこういった活動をしてらした方なんですってお伝えしましたね。」(B氏・事例4)

考 察

1. DLBの特徴的な症状を踏まえた看護実践

DLBの特徴的な症状のうち、全事例に共通していたものは幻視であった。金重らの事例研究では、幻視を否定せずに共感して話を聞くことが有効であったと報告されている²²⁾。本研究においては、否定しない看護実践だけでなく【幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明する】看護実践を抽出した。DLBの人にとって幻視を自覚し、現実ではないと気付いたことが大きな転機になったと報告されているように²³⁾、この看護実践はDLBの人にとって症状の理解につながる有効な看護実践であったことが推察された。また、家族に対しても幻視のある状況を自分なりに解釈して理解しようとする姿勢が報告されており²⁴⁾、家族が幻視を客観的に理解できるよう支援することが求められる。また、本研究では【生活の中で幻視が出現する規則性を見出す】看護実践を抽出した。この規則性は幻視が出現する場合だけではなく、幻視が出現しない状況の規則性も見出していた。DLBの人は不安によって錯視が増えると報告されている²⁵⁾。一方で、幻視や妄想があり、活動に消極的なDLBの人にグループ回想法によるセッションを複数回実施することで、認知機能の改善や積極的に他者とコミュニケーションをとるようになったとの事例報告²⁶⁾もある。本研究でも<本人が楽しく集中できる活動を取り入れることで幻視の軽減が期待できると考え活動の機会を増やす>という看護実践が見出されたように、不安を抱かずに集中できる活動を勧めることや、快感情を引き出す看護実践が有効だと推察された。

本研究において、【会話力の喪失に備えて思い出を形として残す】といった将来を見据えた看護実践も抽出された。思い出を目に見える形で残すことは、DLBの進行に伴う認知機能の低下や、会話力の喪失が見られた際にも、周囲の人と思い出を共有する媒介方法になることが期待できる。

また、高齢者の過去の回想を、専門家が共感的受容的姿勢をもって意図的に介入し、支持する技法として回想法がある²⁷⁾。DLBの人に対して回想法を行うことで、精神症状の安定につながったとする事例報告もあるように²⁸⁾、思い出の想起を促し、想起された事柄を目に見える形で残すことは、回想法とも重なる取り組みであると推察された。

2. 在宅での生活を継続するためにDLBの人と家族の相互理解を促す看護実践

本研究において、全ての事例が家族からの相談によって介入が始まっていた。【家族の困りごとを本人と家族の視点から捉える】ことで、事実関係を把握し、困りごとの全体像を把握していた。DLBの人の精神症状と家族の介護負担感には関連がある²⁹⁾³⁰⁾ことから、家族の困りごとはDLBの人の精神症状をはじめとした言動が理解できない時に生じると考えられる。また、DLBの人は自身も家族も自覚するほどの認知機能の変動がある³⁾。この認知機能の変動は、タイミングさえ合えばDLBの人が自身の思いを表出できるということを示している。DCNは<家族が悩む本人の行動に対して第一に本人から行動の意図や思いを聴取する>といったように、DLBの人の認知機能の変動を踏まえた上で思いの表出を促すことで、家族の困りごとの全体像の把握を試みていた。

家族の困りごとの全体像を把握し、その困りごとを解決するために、DLBの人と家族の相互に働きかける看護実践が見出された。社会資源の利用に関して、DCNは在宅での生活を継続するために【家族が介護にとらわれすぎないように社会資源利用を勧める】看護実践と、【本人の希望が叶った社会資源利用となっているか確認する】看護実践という双方に対する実践を行っていた。家族が介護負担を感じながら在宅介護を継続することは、家族が抑うつ症状を呈することに繋がり、在宅介護の継続を困難にしてしまう可能性があることから³¹⁾、家族の介護負担軽減を図ることは在宅での生活を継続するために必要な看護実践である。しかし、家族にのみ配慮した支援であれば、DLBの人の理解には至らず、また新たな家族の困りごとが生じる可能性がある。DLBの特徴的な症状についての看護実践で述べた【幻視を本人と家族の互いの視点で認識できるよう説明する】看護実践もDLBの人と家族の相互理解を促す実践である。以上より、DLBの人と家族の双方にアプローチし、お互いの思いを相互に理解し合え

るよう促す看護実践が、在宅での生活を継続するために必要だと推察された。

3. DLBの人の治療とケアを支える専門職者に必要な看護実践

DCNは【治療とケアが円滑に受けられるように専門職者との間を取り持つ】看護実践を行っていた。在宅で生活するDLBの人は、住み慣れた地域で自分らしく過ごせるように、症状の観察、薬剤の調整等のため時には入院を余儀なくされる。本研究でDCNは〈家族の理解度をふまえて医師の診察に付き添い補足説明を行う〉看護実践を行っていた。DLBの人の家族が医師の説明を十分に理解できなければ、それが家族の困りごとに繋がる可能性がある。したがって、家族の理解度を見極め、医師の病状説明や診察の場に同席し、必要に応じて補足することが家族の困りごとを軽減させるために有効な支援であると推察された。また、【多職種で情報を伝え合い方針を揃える】実践も見出した。DCNは入院中に認知症高齢者の特有の認知症症状に対応し、強みを活かすケアを行っている¹⁷⁾。症状の複雑さ自体がDLBの特徴であることから³²⁾、入院中に捉えたDLBの人の特有の症状や強みは、DLBの人と家族を支える専門職者にとっても有用な情報と考えられる。したがって、在宅でDLBの人と家族を支える専門職者にも、上記の情報を伝えることが、快適な在宅での生活に繋がると推察された。

本研究の限界と今後の課題

在宅で生活するDLBの人と家族に看護実践を行うDCNの数は限られており、語ることでできるDCNの人数に限界が生じたものの、DCN 4名から看護実践についての貴重な語りを得た。本研究の限界として、研究参加者に事例を想起してもらい、その語られた内容を分析しているため、DCNが自覚していない看護実践や記憶に残っていない看護実践は明らかにすることができない。また、DCNは家族から相談を受けた際に、限られた情報から看護実践を行っており、事例の詳細を把握するには限界があった。

複雑な症状を有するDLBの人と家族への介入については未だ十分に明らかにされていなかったが、本研究ではDCNの視点から在宅で暮らし続けられているDLBの人と家族への看護実践を明らかにすることができた。本研究は家族から相談を受けた事例の分析であるが、未だ十分な支援を受けることのできていないDLBの人と家族に対

しても本研究の結果の活用が期待できる。今後はDLBの人と家族の視点から当事者が求める看護実践を明らかにすることが課題である。

結 論

在宅におけるDLBの人と家族へのDCNの看護実践を明らかにした。【家族の困りごとを本人と家族の視点から捉える】ことを行い、DLBの症状があっても【快適に過ごすために必要な生活の変化の幅を見極める】ことを行っていた。DLBの進行による【会話力の喪失に備えて思い出を形として残す】実践や、幻視を防ぐために快感情を引き出す実践が有効であると示唆された。また、【多職種で情報を伝え合い方針を揃える】ことで、治療とケアを円滑に受けられるよう支援することが求められる。

謝 辞

本研究に快く参加していただきましたDCNの皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費JP19K24203の助成を受けたものです。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al.: Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47(5), 1113–1124, 1996
- 2) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88–100, 2017
- 3) 加藤泰子, 高山成子: 本人と家族がとらえたレビー小体型認知症に現れる認知機能変動, *日本認知症ケア学会誌*, 19(3), 533–547, 2020
- 4) Rongve A, Soennesyn H, Skogseth R, et al.: Cognitive decline in dementia with Lewy bodies: a 5-year prospective cohort study. *BMJ Open*, 6(2), e010357, 2016. doi:10.1136/bmjopen-2015-010357, 1. 25. 2024
- 5) 内門丈夫: レビー小体型認知症とは, レビー小体型認知症正しい基礎知識とケア (初版),

- 池田書店, 34-35, 東京, 2020
- 6) Gelpi E, Navarro-Otano J, Tolosa E, et al.: Multiple organ involvement by alpha-synuclein pathology in Lewy body disorders. *Movement Disorders*, 29(8), 1010-1018, 2014
 - 7) 日本神経学会: Lewy小体型認知症, 認知症疾患診療ガイドライン2017(第1版), 医学書院, 237, 東京, 2017
 - 8) 加藤泰子, 高山成子, 沼本教子: レビー小体型認知症の高齢者が語る生活上の困難な体験と 思い, *日本看護研究学会雑誌*, 37(5), 23-33, 2014
 - 9) 米山真理, 竹内登美子: レビー小体型認知症 との診断を受けてから在宅で認知症の人を看る 家族の介護体験, *老年看護学*, 26(1), 88-95, 2021
 - 10) Van de Beek M, Van Steenoven I, Ramakers IHGB, et al.: Trajectories and Determinants of Quality of Life in Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(2), 389-397, 2019
 - 11) Wu YT, Clare L, Hindle JV, et al.: Dementia subtype and living well: results from the Improving the experience of Dementia and Enhancing Active Life (IDEAL) study. *BMC Medicine*, 16(1), 140, 2018
 - 12) Galvin JE, Duda JE, Kaufer DI, et al.: Lewy Body Dementia: Caregiver Burden and Unmet Needs. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 24(2), 177-181, 2010
 - 13) 厚生労働省: 認知症施策推進大綱, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>], 6.8.2024
 - 14) 古賀綾香, 片山優子: 退院後の認知症者が自分らしさを取り戻すための訪問作業療法: 在宅生活を継続可能にするためのかかわり, *認知症ケア事例ジャーナル*, 14(1), 25-31, 2021
 - 15) 鳥越真由美, 小倉敦子, 小谷恭子他: 在宅死を望んだ家族への看取り支援-高齢介護者の看取りを通して訪問看護の支援を考える-, *旭川荘研究年報*, 49(1), 124-125, 2018
 - 16) 藤井陽子: 若年性認知症患者とその家族への支援 医療と介護を含めた多職種連携. *日本精神科看護学術集会誌*, 59(2), 328-331, 2016
 - 17) Connors MH, Quinto L, McKeith I, et al.: Non-pharmacological interventions for Lewy body dementia: a systematic review. *Psychological Medicine*, 48(11), 1749-1758, 2018
 - 18) 天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子: 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断, *日本看護研究学会雑誌*, 37(4), 63-72, 2014
 - 19) 日本看護科学学会: 看護学を構成する重要な用語集, [オンライン, <https://www.jans.or.jp/uploads/files/committee/yogoshu.pdf>], 3.27.2023
 - 20) Sandelowski M: Key Question 8 質的記述的研究とはどういうもの?, 谷津裕子, 江藤裕之訳, 質的研究をめぐる10のキークエスション: サンドロウスキー論文に学ぶ(初版), 医学書院, 144, 東京, 2013
 - 21) 渡邊裕美, 渡邊久美: 認知症高齢者の家族介護者における介護肯定感の形成に至るプロセス, *家族看護学研究*, 25(1), 27-40, 2019
 - 22) 金重麻里, 鳴本美喜子: レビー小体型認知症による幻覚(幻視)のために不安を抱えている患者へのかかわり, *中四国立病機構・国立療養所看護研究学会誌*, 9, 47-50, 2013
 - 23) Yumoto A, Suwa S.: Difficulties and associated coping methods regarding visual hallucinations caused by dementia with Lewy bodies. *Dementia*, 20(1), 291-307, 2021
 - 24) 西崎未和, 尾崎章子, 村岡宏子: レビー小体型認知症患者の家族介護者における生活の常態化, *日本看護科学学会誌*, 33(3), 91-99, 2013
 - 25) Watanabe H, Nishio Y, Mamiya Y, et al.: Negative mood invites psychotic false perception in dementia. *PLoS One*, 13(6), e0197968, 2018. doi:10.1371/journal.pone.0197968, 1.25.2024
 - 26) 川上拓未, 歌房若葉: レビー小体型認知症患者の生活史へ焦点をあてた回想法による効果, *日本精神科看護学術集会誌*, 61(1), 332-333, 2018
 - 27) Butler RN: The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76, 1963
 - 28) 田高悦子, 金川克子, 天津栄子他: 認知症高齢者に対する回想法の意義と有効性 海外文献を通して, *老年看護学*, 9(2), 56-63, 2005
 - 29) Leggett AN, Zarit S, Taylor A, et al.: Stress and Burden Among Caregivers of Patients with Lewy Body Dementia. *The Gerontologist*, 51(1), 76-85, 2011
 - 30) Svendsboe E, Terum T, Testad I, et al.: Caregiver burden in family carers of people

- with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 1075–1083, 2016
- 31) Kurasawa S, Yoshimasu K, Washio M, et al.: Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home elderly people cared for by family caregivers. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17, 474–483, 2012
- 32) Nicholson KA: Carers' narratives: Finding dementia with Lewy bodies experiences. *Australasian Journal on Ageing*, 28(4), 177–181, 2009

原 著

子どもに自己の病名を伝えることに悩む 乳がん患者の体験

Experiences of breast cancer patients who worry about telling their
children about the disease

瀧澤 理穂, 牧野 智恵

Riho Takizawa, Tomoe Makino

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

乳がん, 親, 子, 告知, 意思決定

Key words

breast cancer, parent, child, notification, decision making

要 旨

目的：子どもに自己の病名を伝えることに悩む乳がん患者の体験を明らかにする。

方法：子どもに病名を伝えることに悩む乳がん患者と現象学的アプローチに基づく対話を行い、語りを質的帰納的に分析した。

結果：研究参加者は11名であった。子どもに病名を伝えることに悩む患者は、不安を抱えながらも子どもに病名を伝えたい患者と、子どもに病名を伝える意義を認識しながらも今は病名を伝えたくない患者に分かれていた。全ての患者は、自分の気持ちよりも、母親として子どもへの負担を最小にすることを優先しなければならないと感じ、悩み揺れていたことが明らかになった。さらに患者は悩みながらも、自分の気持ちに向き合い、新しい子どもとの関わり方に価値を見出していたことがわかった。

考察：看護師は、子どものために母親としてのあるべき姿を支持するのではなく、患者がどういった気持ちで悩んでいるのかを見極め、寄り添うことが重要であると示唆された。

連絡先：瀧澤 理穂

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

Abstract

Purpose: To clarify the experiences of patients with breast cancer who struggle with telling their children about their disease.

Methods: Based on a phenomenological approach, interviews with patients with breast cancer who struggled with telling their children about their disease were conducted. Their narratives were analyzed qualitatively and inductively.

Results: Eleven patients participated in the study. Patients worried about telling their children about their disease were divided into those who wanted to tell their children about disease despite their anxiety, and those who recognized the importance of telling them about their disease but not at the moment. All patients felt that, as mothers, they had to prioritize minimizing the burden on their children over their own feelings and experienced either worry or conflicting feelings. Furthermore, although the patients were worried, they had to face their own feelings and found value in a new way of interacting with their children.

Discussion: The results suggest that it is important for nurses to understand the feelings and worries experienced by patients and to be there for them, rather than advocate what a mother should be or do for the sake of their child.

緒 言

乳がんは子育て世代の罹患率が高く、子どもをもつ女性がん患者の中では最も多い疾患である¹⁾。また乳がんは、早期では治癒率が高い一方で、30歳～64歳では女性のがんによる死亡数の1位を占めているため²⁾、子育て世代が罹患するがんとして、乳がん患者とその子どもへの支援に関心が高まっている。

子どもをもつ女性がん患者は、がんという診断に衝撃や不安を抱きながらも、周囲のサポートや家族の存在に支えられ、がんの治療と母親としての役割とを両立させようとしている³⁾⁴⁾。がん患者の子育てに関する懸念は、患者の治療の意思決定やQOLに影響を与え⁵⁾、親が抑うつ状態だと子どものQOLも低下することが報告されている⁶⁾。がんの親をもつ子どもは、そうではない子どもに比べて不安が強く、精神的に脆弱であることや⁷⁾、周囲の変化に敏感に気づき、親がいなくなってしまうのではないかと恐れを感じる事が報告され⁸⁾、親のがんは子どもの日常生活や心理面に影響を与えている。

また子どもをもつがん患者は、子どもが親の病気について理解出来ないという理由や、子どもからの死についての質問を避けるために病気についての話を避ける傾向がある⁹⁾。患者は、病名を伝えることで家族が動揺を受けることを懸念し¹⁰⁾、子どもに自分の病名をどう伝えるかに悩んでいる¹¹⁾。

死の概念(非可逆性、肉体機能の停止、普遍性)

は、小学校1年生頃から理解可能であるといわれており¹²⁾、キューブラロス¹³⁾は、死を口にすることを忌み嫌い、ショックが強すぎるといふ先入観から子どもに親の死を隠す社会について述べている。日本では西洋の文化よりも子どもが母親に依存しており¹⁴⁾、宗教的・文化的な背景から死の話題をタブー化する傾向があるため¹⁵⁾、病気やその先にある死を子どもに話すのは可哀そうなことであるという考え方が支配的であった時代もあった¹⁶⁾。しかし、子どもの理解度に応じて病名を伝えることによって、子どもの不安やストレスが軽減し、死別後の心の準備ができることも報告されている¹⁷⁾。子どもを育てるがん患者が安寧な状態で自分の治療に専念するためには、家族や子どもからの病気の理解や手助けが重要となる。

そこで今回は、子育て世代の罹患率と死亡率が高く、子どもにがんを伝えることと死についての話すことの結びつきが強いと考えられる子どもをもつ乳がん患者に着目したいと考えた。

子どもに自己の病名を伝えるか否かは、同じ病期で子どもの年代が同じ乳がん患者であっても、本人や子どもの特性や家族関係によって判断が異なる個別性の高い問題である¹⁸⁾。しかし、子どもに病名を伝えることに悩む患者の内面世界を明らかにした研究がなく、看護師は家族の問題に深く関わることへの戸惑いを抱き、子どもをもつがん患者に十分な関わりが出来ていないことが報告されている¹⁹⁾。そのため、子どもに病名を伝えるこ

とに悩む最中の患者が、何に迷い何に戸惑っているのかその体験を明らかにすることは、子どもに病名を伝えることに悩む患者への看護実践において有用な資料となると考える。

研究目的

本研究は、子どもに病名を伝えることに悩む乳がん患者の体験を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン

悩みを抱く複雑な人間の内的世界を解明するには、人間の行為が意味・解釈を通じて形成されると考え、対象者の見地に立って、対象者の内的世界を探ろうとするパラダイムに依って立つ必要がある²⁰⁾。そして、対象者の現象の意味づけや経験を知るためには、対象者の世界とともに探求できるような関係性を築くことが重要となる²¹⁾。そこで本研究では、対象者をありのままにできるだけ忠実に理解するための方法論を取ることにした²²⁾。

早坂は、現象学とは、対象者の世界を忠実に理解することを目指すことであると述べている²³⁾。他者をできるだけありのままに理解しようとするとき、感性的な知覚（主観）を、他者との真の関わり、真の相互交流を通して、お互いの思い込みや先入観がぬぐいさられてはじめてありのままの他者を見ることができると述べている²⁴⁾。「ありのまま」とは、他者の身に起こっている体験を研究者が可能な限り忠実に記述し、理解しようとすることを目指す²⁵⁾。つまり、他者のありようを忠実にとらえようとする高度な相互交流の中で、多かれ少なかれ独断と偏見に歪みがちである研究者の私的な主観的認識を、非私的でより客観的である共同主観へかえていく態度が重要となる²⁵⁾。

そこで今回、研究者が明らかにしたいと思う現象に、出来るだけ忠実にあろうとする姿勢・態度をとるために現象学的アプローチに基づいた面談を行った。そして、共同主観化された事実を基に対象者の世界を探ろうと試みた。この他者との対話を通して、「自分のことは、自分が一番よく知っている」「子どものことは親である私が一番よく知っている」と分かりきった事柄として不問に伏されていたことに気づいていく過程がある²⁶⁾。このため、患者独りでは知りえなかった「子どもに病名を伝えるうえでの思い」に気づく契機となり得る。

今回の研究で、この研究者と患者との対話によ

って明らかになっていく患者に生じた思考や行動も含めた体験を研究結果と捉える必要があり、本研究では研究対象者を客観的な観察物として切り離せず研究参加者とした。

2. 研究参加者の要件およびリクルート方法

選定基準は、外来通院中の乳がん患者で子ども（18歳未満）に自己の病名を伝えることについて悩んでいる20歳以上の患者とした。患者が子どもに病名を伝えることについて悩んでいるかどうかについては研究開始前に研究者が患者に確認した。また患者ががんの告知などの悪い情報を知った直後は精神的負担が大きいのが、通常は悲嘆・絶望などは2週間以内に改善すると報告されている²⁷⁾。そのため、乳がん告知から2週間以上経過し、精神的・身体的に研究者との面談が可能な状態である患者を対象とし、乳がん告知等によって精神的疾患が生じている患者や、体調の悪化によって外来通院が困難である患者は除外基準とした。

研究参加者のリクルートとしては、研究者が外来看護師に依頼し、20歳以上の外来通院中の乳がん患者に研究の目的・方法などを記載した研究協力の募集チラシを配布頂いた。その後チラシを読み、研究協力の意思があった患者を外来看護師より紹介してもらった。

3. データ収集方法

1) 初回面談時に、参加者の年齢、子どもの年齢、乳がんと診断された時期、治療内容、現時点で子どもに自己の病気に関してどのように説明しているか、またそうするに至った経緯について参加者から情報を得た。

2) 面談の際は、現象学的アプローチに基づき、ありのままの相手の世界を知ろうと心がけた。そのため、研究者の意見や考えといった思い込みや先入観となりうるものをできる限り脇に置くように努め、ひたすら相手が何を思い、何を語ろうとしているかに専心し、自己投入の態度で関わった。

3) 面談は2回以上行った。現象学的アプローチに基づくインタビューでは、研究参加者の世界観を共に探求できるような関係性を築くことが重要である。複数回面談を行うことで、参加者が話しやすい関係性を築くとともに、前回の面談で語り足りない部分がなかったか、研究者の解釈に誤りがないかを確認し、より深くトピックを探求することが可能となる²⁸⁾。1回目の面談では、1)の情報収集のほかに、子どもに病名を伝えることに関する悩みや、子どもとどのように関わっているかの状況などについて自由に語って頂いた。面

談終了後、語りの内容を、時系列の図に示した。2回以降の面談では、その図を手掛かりにしながら、解釈の正誤性がないか確認し、患者の世界を理解しようと対話を進めた。面談の終了は、参加者が自分の思いを十分語ったと感じられた段階とした。

4) 研究者は、参加者の発言だけでなく表情や仕草、沈黙などからも参加者の思いを感じとり解釈の確認や問いかけを行ったため、参加者の非言語的表現もデータに含めた。また研究者は参加者との対話から自分が感じたことや気になった点について内省的な記録を残した。

4. データ分析方法

現象学では、目の前における現象を過去の経験や知識だけに頼り、性急な判断や説明をすることを避け、規制の知識や理論を脇におき、出来る限り現象に忠実に記述することが求められる²²⁾。そこで今回は、現象学的アプローチに基づく態度で面接を行い、現象学的記述以上にのめり込まず、研究参加者の生きた体験の意味を理解するよう努めた²⁹⁾。現象学的記述³⁰⁾とは、本質の記述であり、経験された諸体験を範例として使用して、意識体験の本質を看取ることを、ならびにこの本質を記述によって確定することを目指す。研究者はこの方法を習得するため、相手にコミットした他者理解の方法を学ぶ研修会IPRトレーニング (Interpersonal Relationship研究会) を受講した³¹⁾。

1) 面談内容を録音し、面談終了後に逐語録を作成した。参加者に子どもに病名を伝えていない経緯や、伝えることに関する悩みについて語りについて何度も熟読した。

2) 文脈に留意しながら、子どもに病名を伝えることに関して、参加者が何に悩み何に戸惑っているのか参加者の背景や全体のストーリーを掴むようにした。

3) 参加者の語りを引用しながら、全体のストーリーを構成している家族とのやり取りやそのときの思いなど意味単位にそって時系列にまとめた。

4) 1) ~ 3) を繰り返し、参加者がなぜ子どもに伝えることに悩んでいるのかの個別な世界を解釈・分析を行った。

5) 参加者全体の語りを何度も読み、子どもに病名を伝えることへの意味や伝えるか否かの悩みの柱となる内容を抽出した。さらにそれらの類似性と差異性を検討し、特徴的な意味をもつ体験があらわとなったまとまりを局面として説明した。

6) 面談終了ごとに逐語録と研究者の記録およ

び解釈した内容を現象学的方法論に精通した研究者に示した。分析の全過程において、研究者の先入観や主観を基に解釈していないか、参加者の語りを意味する内容や全体のストーリーが反映されている記述となっているかスーパーバイズを受け、繰り返し分析を行うことで信頼性の確保に努めた。

5. 調査期間

調査期間：令和2年4月から令和4年3月末日。

6. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学の倫理委員会の承認 (看大第560号) 及び研究協力施設の承認を得て実施した。外来看護師から、研究参加の要件を満たす対象者の紹介を受けた後、研究者が直接研究対象者に、研究の主旨、研究協力の拒否・中止・途中辞退は自由であり、診療上の不利益が生じないことを説明し、書面で同意を得られた方を研究参加者とした。面談日は患者の通院スケジュールに合わせて設定し、患者の体調および外来診療の内容から面談が可能な状態であることを、当日患者を担当している外来看護師に確認した。また患者に対しても、面談中において精神的負担や体調不良などが生じた場合は速やかに面談を中止し、担当の外来看護師に対応を依頼することを説明した。面談はプライバシーが確保された個室で実施した。

結 果

1. 参加者の概要

本研究の協力が得られた研究参加者は11名であった (表1)。患者の年齢は30代前半から50代前半、乳がんと診断された時期は面談開始時点から4カ月前から3年前であった。乳がんのStageはⅡまたはⅢであった。患者ひとりあたりの子どもの数は1人から4人であり、子どもの年代は幼児前期から高校生までであった。幼児期や小学校低学年の子どもをもつ参加者は、子どもに不安や心配をかけたくない、子どもがまだがんについて理解できる年齢ではないという理由から子どもに病名を伝えずに過ごしていた。小学校高学年以上の子どもをもつ参加者は、子どもが病気について理解できる年齢であるが故に、親への心配が子どもの受験勉強や日常生活に支障をきたす恐れがあることや、子どもへの遺伝の可能性への説明について悩み、子どもへの伝え方や伝える時期について困難さを抱え、子どもに病名を伝えずにいた。その他、親族ががんで死んだ体験から子どもががんに対する死のイメージを強くもっていること、家族間で

表1 研究参加者の概要

子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた参加者（パターンI）							
年代	病期	子どもの年代	発症時期	治療内容	面談回数	面談間隔	
A	30代後半	Ⅲ	幼児前期（女）	3年前 乳房切除術（再建術） 放射線療法、ホルモン療法	3回	3ヵ月	
B	30代後半	Ⅱ	小学校低学年（男） 幼児前期（女）	6ヵ月前 乳房温存術、化学療法	3回	4週間	
C	40代前半	Ⅲ	小学校高学年（男）	3年前 乳房切除術（再建術） 化学療法、ホルモン療法	3回	3ヵ月	
D	40代前半	Ⅱ	中学生（男） 小学校高学年（男） 幼児前期（女）	4ヵ月前 乳房温存術、化学療法 放射線治療、ホルモン療法	4回	3週間	
子どもに病名を伝えたいが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた参加者（パターンII）							
年代	病期	子どもの年代	発症時期	治療内容	面談回数	面談間隔	
E	30代後半	Ⅲ	中学生（男） 中学生（男） 小学校低学年（男） 幼児前期（男）	4ヵ月前 化学療法	2回	3週間	
F	40代後半	Ⅲ	高校生（女） 中学生（女）	6ヵ月前 乳房切除術、化学療法	3回	4週間	
G	40代前半	Ⅲ	小学校高学年（男） 幼児後期（女）	8ヵ月前 乳房切除術、化学療法	3回	4週間	
H	50代前半	Ⅲ	高校生（男） 中学生（女）	10ヵ月前 乳房切除術（再建術） 化学療法、放射線療法	3回	4週間	
I	40代後半	Ⅲ	小学校高学年（女） 幼児後期（男） 幼児後期（女）	8ヵ月前 乳房切除術、化学療法 放射線療法	3回	4週間	
J	40代前半	Ⅱ	中学生（女） 小学校高学年（男） 小学校低学年（男） 幼児後期（女）	6ヵ月前 乳房切除術、化学療法	3回	3週間	
K	30代前半	Ⅱ	小学校低学年（女） 幼児前期（女）	8ヵ月前 乳房温存術、化学療法	2回	4週間	

伝えるか否かの意見に相違があり決断しきれなかったことなど、それぞれの参加者がこれまで子どもに病名を伝えずにいた経緯が語られた。

以下、【 】は局面、斜線は参加者の語りを示す。

2. 子どもに自己の病名を伝えることに悩む患者の体験

子どもに自己の病名を伝えることに悩んでいた患者は、子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた参加者（パターンI）と、子どもに病名を伝えた

いが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた参加者（パターンII）がいた。パターンIは、4名（A氏・B氏・C氏・D氏）、パターンIIは7名（E氏・F氏・G氏・H氏・I氏・J氏・K氏）であった。

パターンI・II全ての参加者は、がん告知後やこれまでの治療体験とともに子どもに最初に病気について説明した場面を振り返りながら、局面1・2を体験していた。局面1は、【がん罹患に伴う衝撃を受けた状態で子どもに病名を伝えることに

困難を抱く】体験である。そして局面2は、母親として子どものために自分がとるべき行動をとるよりも、自分自身はこうしたいという思いを優先することを非難されるのではないかという【自分自身の気持ちよりも、母親として子どもへの負担を最小限にすることを優先しなければならないと感じる】体験である。

局面3・4では、パターンIとIIの違いがあった。パターンIの参加者は、局面3では、【子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、自分としては今は伝えたくない】体験を、局面4では、【家族の力を借りて自分らしい子どもとのコミュニケーションを見出す】体験をしていた。パターンIIの参加者は、局面3では【子どもに病名を伝えることへの不安を抱えながらも、自分としては伝えたい】体験を、局面4では、【子どもに病名を伝えるために周囲の協力を得つつ、家族の新たな在り方に価値を見出す】体験をしていた。パターンの違いはあるが、それぞれの参加者は子どもに病名を伝える悩みを自ら乗り越えようとしていた。

以下、語りが豊かであった参加者(パターンI：D氏、パターンII：I氏)の具体例を中心に各局面の概要を説明する。

1) 全ての参加者に共通していた局面

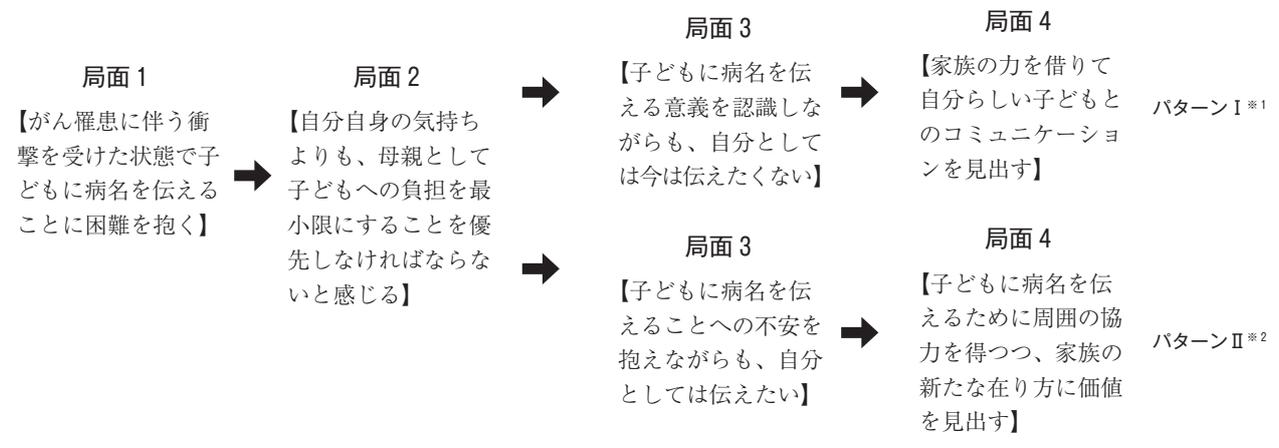
局面1：【がん罹患に伴う衝撃を受けた状態で子どもに病名を伝えることに困難を抱く】

D氏は、乳がんと告知されたショックを感じながらも、治療を行っていくしかない自分を納得させようとしていた。また、これから治療を始め

るなかでの子どもとの関わり方を模索していた。学校生活で忙しく思春期でコミュニケーションが難しい中学生の長男、病気の理解が期待できる小学生の次男、まだ母親に甘えたい年頃の娘といったそれぞれの子どもの特性を踏まえながら、今病名を伝えることで子どもが落ち込み、可哀想な思いをすることを心配していた。また、子どもから病状や通院について質問されることを想定すると、どう対応して良いのかわからず戸惑いが生じるため、子どもに病名を伝えることに難しさを感じている状況であった。

「ショックだったけど、治療するしかないし。(病名) 言ったら子どもも落ち込んでしまったら可哀想だし。お兄ちゃんは部活とか新しい生活で一杯一杯だもんで。思春期だからあんまり話するっていうのがなくて。真ん中の子はそれなりに理解ができるので、結構しっかりと話す時間とって。(末子は) まだ私にべったりだから。いつ治るの?なんで治らないの?とかまた(病院) 行くの?とか言われると、どうしようかなって(D氏)。」

I氏は、告知によるショックを受けながらも、それどころではなく、子どもの世話や仕事など今後の生活を調整していこうとする気持ちが働いていた。I氏は、親の病名を知っている子どもと、知らない子どもがいるのは兄弟間での隠し事が生じ、可哀想であると考えていた。そのため、子どもに病名を伝えるのであれば、末子が小学生になったタイミングで子ども全員に伝えたいという思いがあった。また子どもの年齢の差だけではなく、喘息の娘に病名を伝えることは、娘にとってのス



※1：子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた参加者
 ※2：子どもに病名を伝えたいが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた参加者

→ 面談の経過

図1. 子どもに病名を伝えることに悩む患者の体験

トレスになり得ると感じ、娘の病状への影響も懸念していた。子どものことについては夫と看護師に相談し、子どもにとっては病名を伝えた方が良いという意見をもらっていたが、Iさんにとっては例え子どもが安心する説明方法があったとしても、子どもに病名を伝えることは容易ではないと感じていた。

「ショックやけどショック受ける暇もなくて、子どもとか仕事とかまずどうするかって夫とか看護師さんにも相談したんですね。(中略) 兄弟間って秘密っていうのもちょっと可哀想じゃないですか。まだ(末子が)小学生くらいになればね。

(中略) 娘はしっかりしてるんですけど喘息もちで環境が変わったり、ちょっとストレスかかるとすぐに弱るんですね。夫はあとで何かで気づいたときの方が衝撃が大きいと思うし、隠すほうが病気が悪みたいと思うんじゃないかって言って。看護師さんもそんなこと言ってました。うまく、安心して伝える方法もあるしって。でもそんな簡単に行くのかなって(I氏)」。

その他の参加者からは「ショックで大変でしたね。治療の不安とか体調的にもつらくて落ち込むこともあったけど、子どもは何もわからずにいつも通り明るく接してくれるし、いきなりそれ(病名)を言われたらって思うとどうするかって難しいところ(A氏)。」や、「今は元気だけど、私もがんでこれからどうなるんだってときに身内ががんが亡くなったから、(息子が)僕もがんになるかもとか言ってたし、伝えるにはハードル高いよね(C氏)。」「受験勉強が手につかなくなると困るというのがあって。(子どもには)胸に腫瘍が出来たと(伝えた)(F氏)。」、「悪性って言われたときはやっぱりエッて。母親も叔母さんも乳がんの子どもは知ってるから。今とりあえず悪いところは切除するし、子どもにはちょっと落ち着いてからじゃないというのは厳しいかなって(K氏)。」などの語りがあった。このように全ての参加者は、がん罹患に伴う衝撃を受けた状態で、治療を控えながら、子どもに病名を伝えることの困難さを体験していた。

局面2：【自分自身の気持ちよりも、母親として子どもへの負担を最小限にすることを優先しなければならないと感じる】

D氏は、自分の将来に見通しが立たない不安定な状況で、病状に関して子どもに説明すれば死の話題が避けられず、自分も死を意識してしまうと気持ちが落ち込み、今の状況を乗り越えることが

できないと感じていた。しかし、「子どものことを一番に考える」、「子どもが何を考えているのかに耳を傾ける」、「子どもが不安に思っているなら何とかする」というのが本来の母親のあるべき姿であると考え、そういった行動をとらないことは、母親としてどうなのかと批判されるかもしれないという思いがあった。D氏としては、今を乗り越えていくためにも病名については伝えず、そっとしておいてほしいとほしい気持ちがあるが、やはり親として、子どもへの影響を考えるとそっとしておくわけにはいかず、子どものことを優先しなければならないと感じていた。

「母親なら子どものこと一番に考えるっていうのがあるのかなって思うけど、自分がどうなるかしか考えられなくて。(中略) 子どもに詳しく説明すると死ってこととかの話さないといけなくなる。そしたら私も落ち込む。(中略) 自分としては気持ちが落ちることはしたくないけど、子どもが不安がってるなら本当はそれを何とかしてあげるのが母親なんだと思う。(中略：言葉に詰まり静かに涙を流す)子どものことを考えたら何を考えてるのか聞いてあげたりするのが良いのかもってことはわかってる。だから母親としてどうなの?って思うかもしれんけど、それで自分が落ち込んで死ぬかもって考えるとどんどんマイナスに落ちてって今を乗り越えるなんてできない。今はそっとしておきたい気持ちがあるよね。でも子どものことを考えるとこのままにしとくわけにもいかない、子どものためには何とかしなきゃってやっぱり親としては考えちゃうから。自分のことだけならこのままにしておきたいけど、子どもの影響を考えるとそうはいかないね(D氏)。」

I氏は、子どもに病名を伝えた方が良いという夫や看護師の意見を理解しながらも、それが容易ではないという自分の思いを無視され、大丈夫だろうと決めつけられていることに怒りが生じていた。またI氏が求めている、子どもに病名を伝えることの難しさへの共感や、子どもが落ち込んでしまったときの対処方法についての提案はなく、伝えるか否かの決断や伝えたあとの子どものフォローも自分一人に委ねられていることが腑に落ちずにいた。このような夫や看護師の態度に対して無責任だと感じ、子どもに病名を伝えることへの不安を抱いていた。しかし、そういった自分の釈然としない感情や不安は脇に置いて、親としては子どもを守り、子どもの気持ちを考えなくてはならないと感じていた。

「夫や看護師さんの言うこともよくわかります。でも私の話を聞いてくれないっていうか、言っても大丈夫だろうって決めつけるっていうか。なんか思い出したら腹立ってきて。言った方がいいけど、なかなか難しいよねとか。もし娘が落ち込んだときはこうしようみたいなことは言わなくて。最終的な判断っていうのも私で、言ったあとどうするかも私で、無責任っていうか。引かかるのはそこなんです。(中略) 不安…なんですね。これまで子どもを見てきたし、子どもを守るっていうのが親としては一番なんですけど。(中略) 自分のそういうモヤモヤした気持ちは置いて、それよりもなんか子どもの気持ちを考えなくちゃいけないのかなみたいな (I氏)。」

その他の参加者からは、「(子どもに) 気を遣わせるのは親としてどうなんだって感じに思われるかもしれないけど、自分としてはいつも通りでいてくれることが支えになってるからこのままでいたい気持ちがあって (A氏)。」、「自分ががんになったからでてきた問題なのに、言わないっていうのが子どものことを考えてない悪い親のように思えて自信がなくなって (B氏)。」、「家族とも相談して、(伝えることで) 受験勉強が手につかなくなると困るというのがあって。自分としては言い訳とかごまかすのも疲れるし、バレたらどうしようって怖さも。(中略) 本当のことを言いたい。自分としてはその方が楽だけど母親としては自分勝手なのかなって (F氏)。」、「自分のタイミングで言いたいって思ってるんですけど。子どもがどう反応するか、フォローできるかどうかもわからないのに、母親なのに子どもを一番に考えてなかったってなるのはまずいのかもって思って (G氏)。」と語っていた。このように全ての参加者は、自分の気持ちよりも、子どものためを思った母親行動をとらなくてはいけないという体験をしていた。

2) 子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた参加者 (パターン I) が辿った局面

局面 3: 【子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、自分としては今は伝えたくない】

D氏は、子どもが「不老不死」や「100歳まで生きる」という言葉を用いながらも、「大丈夫だよ」と安心を得ようとしていることから、D氏が命に関わる病気であることに察知し、心配している可能性に気づいている。しかし、子どもに真実を説明することで、死を含めた深刻な話をしな

ければならないことを避けたい気持ちがあり、また伝えたあとも子どもにどう対応すればよいか自信がもてずにいた。そのため、子どもに病名を伝えることが困難であり、今は伝えたくない気持ちであった。またこのまま子どもが親のことを気がかりに思い、子どもに心配をかけることは良くないと認識しているが、今は安心できる言葉をかけられる段階ではないことから、病名を曖昧にさせている状況に罪悪感を抱いていた。

「子ども (長男) が不老不死の薬を作るよって。(次男) は予知夢があるからお母さんは100歳まで生きるよって。だから大丈夫だよって。自分の中では正直モヤモヤしてるところがあって。子どもは気づいてるだろうなって思って、でもちゃんと説明ってなるともうダメになるとか死んでしまうとか重い話になるのが嫌で、子どものフォローもしきれない。自分としては今は伝えたくないっていうか、伝えられないっていうか。親としては心配かけたらだめって思って、でも (子どもに) 大丈夫っていえる段階ではないから、あやふやにしてるのに罪悪感が少しあったんだね。(D氏)」

その他の参加者は、「女の子なので遺伝の可能性もあるし、いつか検診とか受けてほしいし、一応伝えないといけないかなって思うし。隠したりしたいわけでもないけど、暗いっていうか重い空気になるし、病気のことを話したり考えたくないなっていうのも正直あって。(子どもが) 気にしてたらどうしよう、いつか聞かれたらどうしようっていう心配もあって。でもいつか(伝えるのは) ここだなって思う日は来るだろうし (A氏)。」、「子宮癌とかもちろん大変なんですけど、ただ乳癌って一番見えるところだからわかるだろうし、言わなくちゃいけない。でも自分も(乳がんという) 病気ってことは気にしないように、意識しないようにしたいし、話すのは気が引ける (C氏)。」と語っていた。このように、子どもへの乳がん遺伝の可能性や、外見的变化から子どもが病名に気づく可能性などから、子どもに伝える意義を認識しながらも、今は病名を伝えたくない気持ちが語られた。

局面 4: 【家族の力を借りて自分らしい子どもとのコミュニケーションを見出す】

D氏は、自身のがん体験によって、子どもががん患者との関わり方や支え方を学び、人間としての成長する機会になっているという意味を見出し始めていた。また子どもはすでに自分との関わりから、自分の頑張りやそっとしておいてほしい気

持ちを汲み取るまでに成長していることにも気づき、嬉しさを感じていた。D氏は子どもの成長を語ることで、これまでの自分は良い子育てが出来ていたと実感し、局面3での「親としては心配をかけてはいけない」という思いを、「子どもに心配されるのが愛情」と捉えるようになっていた。また、局面1では、子どもに病状について質問されることを想定し戸惑っていたが、自分は病名について伝えきれないという気持ちを自覚し、家族の協力を得る方法を検討していた。D氏は今を生きるためには治療に専念することが重要であり、子どもへの説明に関しては治療後に改めて向き合う時間をとるということに納得していた。そして、自分らしい子どもとのコミュニケーションに価値を見出すことで、病名を伝えられない悩みを乗り越えようとしていた。

「ちゃんと（がんの人との）関わり方っていうのを学んでほしい。治療で頑張ってる人や見た目が何かになった人をからかったりせずに、助けてあげたりしてほしいなって。そういう意味では私のがんになったことで、子どもの成長にもつながる部分があるかもしれないね。（中略）子どものほうが私自身をちゃんと見て心配かけさせまいと頑張ってるのも、でもそっとしておいてほしいのもわかってきているのかもしれない。申し訳ないけど、嬉しいなともね。これまで良い子育てしたってことですよ。心配されるって愛情ですよ。（中略）お母さんなんの病気なの？癌？って…。（中略）もし自分が大変なときに子どもがああだこうだ聞いたり言ってきたら夫に投げてもいいだろう。そこそこはうまくやってくれる信頼があるから。（中略）子どもに伝えきれないっていうのが本当に自分の気持ちなんだと思うし、治療が落ち着いたらゆっくり向き合う時間を取りたいなって思う。今は生きるために治療に専念したい。自分としてはこのままでいいのかなって、今はそうしようって思います（D氏）。」

その他の参加者は、「がんって何かまだわからん年頃だけど、子どもとのコミュニケーションっていうか、聞いたかったら聞いても良いよって雰囲気は作ってあげたらいいのかもしれない。これからも伝え方とか家族とも相談して考えていきたいなって思う（A氏）。」「（伝えるのは）自分が納得してから。子どもを怖がらせるんじゃなくて感謝してるんだよってそんな伝え方をしたい（B氏）。」「夫とも相談して、自分からは（病名は）言えないけど、子どもを病院に連れてこよう

かなって思って。お母さんが何しとるのか、授業参観の逆みたいな（C氏）。」と語っていた。このように、子どもに病名を伝えずとも家族の協力を得ることで、子どもの不安を軽減する環境づくりや、感謝の気持ちを伝えるといった、自分らしい子どもとの良好なコミュニケーションの在り方を見出そうとしていた。

3) 子どもに病名を伝えたいが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた参加者（パターンⅡ）が辿った局面

局面3：【子どもに病名を伝えることへの不安を抱えながらも、自分としては伝えたい】

I氏は、これまでの子どもとの成長や闘病生活を振り返り、出来ないと思って心配するよりも、出来ると思って支援することで子どもの力が発揮されるのではないかと考え始めていた。同様に子どもに病名を伝えることに関しては、自分が子どもには受け入れられないと決めつけ諦めるより、子どもが受け入れられる方法を模索し始め、心配はあるものの子どもに病名を伝えたい意思が明確になっていた。

「（子どもが初めて立ったときを振り返り）出来ないかもって疑って心配するよりも、立てると信じて出来るように練習したりとか。親の病気も、受け入れられないだろうなって私が諦めてしまうんじゃないって、子どもが受け入れられるようにどう伝えていいかって。子どもにも受け入れていく力はあるんじゃないかなって。これまでつらい喘息も頑張ってきたわけだし。（中略）心配は心配だけどやっぱり伝えたい。」

その他の参加者は、「癌になったのも誰が悪くてってわけじゃないし、伝えることで心配かけて申し訳ないって気持ちとか大丈夫かなって気持ちもあるけど逆に家族の絆が強くなるっていうのもあるかなと思うのでできれば伝えたい（E氏）。」「一人で責任は背負えないし、子どもの生活に支障が出たら…。でも私としては隠し事なく今までみたいに子どもと話したい。二人の子どもですから、（夫と）協力して伝えられたら（F氏）。」「大丈夫？死なない？いつ治る？とか子どもやったらそういう配慮がないじゃん。伝える反応が想像つかないし不安。でも言わざるを得ないときが来る前に自分の口から本当のことを伝えてあげたいって気持ちが一番かな（Gさん）。」と語った。

このように、子どもに病名を伝えることによる子どもの反応などに不安を抱きながらも、参加者自身の気持ちとして、子どもに病名を伝えたい気

持ちが語られていた。

局面4：【子どもに病名を伝えるために周囲の協力を得つつ、家族の新たな在り方に価値を見出す】

局面3で子どもに病名を伝えたいという気持ちが明確になっていたI氏は、局面4では子どもに病名を伝えるにあたっての懸念事項や具体的な伝え方について夫の相談し、周囲のサポートを得ていた。病名を伝える体制を整えることでI氏自身も最善を尽くしたという安心感につながっていた。実際の説明場面を振り返り、子どもは死の可能性について認識してはいたものの、I氏の言葉を信じて前向きに受け入れたことで、これまで乳がんによる生じていた弱いところ・つらいところを見せないようにふるまっていた肩の荷がおりる経験をしていた。I氏は、子どもに病名を伝える経験を通して、子どもに病名を伝えることへの悩みを乗り越え、家族がお互いの弱い部分を支え合い信頼し合うといった家族の新たな在り方に価値を見出していた。

「(中略) (夫に) お母さんの気持ちが一番やからや! みたいに言われて。(娘の) 反応が心配やって言ったら、娘の主治医に聞いてみたらって。(中略) 一緒にお風呂入ったときに傷あったやろ? そこに悪いものがあって、がんって名前前で。でも手術して取ったから大丈夫くらい (の説明) でいいと思うんですね。(中略) 自分としては伝えることへの自信もないし、(子どもの) 反応も不安なのは一緒ねんけど、なんかあったら助けてくれる人がいるんやって思ったら安心したんですかね。今できることはしたかなって。(中略) (病名を子どもに伝えたとき) ショック受けてる様子はなかったけど、質問攻めやったから気にしてる部分はあったのかなって。(娘は) がんっていう病気に対しては、死んだりもするっていう理解はあったみたいですけど、ママが大丈夫や! 頑張るって言うならママのことを信じてるし大丈夫って言われて、ちょっとウルってきましたね。今までも私の言葉を信じてきてくれたんやろうなって思ってる。(中略) 家族に弱いところとか、つらいこと情けないところ見せれるっていうのが本当にすごく楽になる。自分が見せればきっと子どもたちもいじめられたり困ったり、そういうことを隠さずに相談してくれるようになるんかもなって思ってる。がんを言うか言わんかっていうだけじゃなくて、家族がお互いの弱いところをさらけ出せるか、支え合えるかって問題やったんですね。信頼し合え

る家族でいたいと思ってます (I氏)。」

その他の参加者は、「隠し事っていうか気まずい空気になったからこそ、改めて何でも話せるのが家族だと思っていました。自分の気持ちを伝えれば受け入れてくれる (F氏)。」、「伝えたとのフォローはお義母さんにもお願いして。私が不安って言えば助けてくれると思うし、子どももそっちに相談するかもしれんし。一人じゃないならなんとかなる。家族のチームワークを発揮していきたい (G氏)。」、「人生しんどいこともあるけど、お母さんも病気に立ち向かってくし、あんたたちも何があっても負けんと頑張るんやよって。逆境にも耐えられるように強い家族でいたいね。看護師さんにももらったパンフレット参考に (子ども) それぞれに手紙を書いて伝えようかな。下の子にはわかる範囲で (J氏)。」と語っていた。このように参加者は、周囲の協力を得ながら、子どもが安心できる伝え方を模索していた。また実際に伝えることで、家族が弱さを見え合い支え合うことや困難に対しても逞しく乗り越えていくことなど、新たな家族の在り方を見出す体験をしていた。

考 察

1. 子どもに自己の病名を伝えることに悩む患者の世界

患者は研究者との対話の中で乳がんの闘病生活を振り返り、子どもの反応を考慮しながら、死についての話題を避けたい思いや子どもに精神的ショックを与えたくないなどの理由から、病名を伝えることについて迷っていた。これは子どもをもつがん患者に共通し、先行研究と一致する思いであった¹⁴⁾³²⁾。

このように局面1では、子どもに伝えられない難しさを語り始めたが、次第に、子どもにとっての病名を伝える是非を考えながらも、「本当は」、「正直」などと前置きし、自身の状況としては子どもに病状に触れてほしくない気持ちや、周囲が自分の悩みに寄り添ってくれないことを不満に感じているなど、患者自身の思いを表出していった。そして、子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた患者と、子どもに病名を伝えたいが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた患者の2パターンがあった。

子どもをもつ乳がん患者は、子どもへの告知を母親役割と捉えている³³⁾。そのため患者は、乳がんであるという真実を子どもに伝えるか否か、母

親として子どもを守るために最善の選択をしようとしている³⁴⁾。しかし今回の参加者は、自分自身の中では病名説明に対する意思はある程度あったものの、母親として子どものことを優先しなければならないという思いから、どうするべきかを悩んでいる体験が明らかになった。

育児期の女性は、母親である自分と、個人としての生き方をめぐる葛藤や困難を抱えているため³⁵⁾、「母親として」の視点から、「個人としての自分」に目を向けた支援が重要であるといわれている³⁶⁾。しかし、子どもをもつがん患者の場合は、がんを患ったことで、身体的な負担や治療による生活の変化が子どもに与える影響を危惧し、母親役割を遂行できないことで子どもに詫げる気持ちや³⁷⁾、良い母であろうとする傾向から³⁸⁾³⁹⁾、自分自身の気持ちを優先できない状況にあったと考えられる。

さらに乳がんの患者が子どもに病名を伝えることは、子ども自身に遺伝の可能性を伝えることになり⁴⁰⁾、本研究の参加者も子どもへの乳がん遺伝の可能性に申し訳なさを感じ、伝えることに躊躇していた。乳がんの患者は、子ども自身の健康を守るためにも病名を伝える意義を認識していたため、自分の気持ちをして子どもに病名を伝えていないことに後ろめたさを感じていたのではないかと推察される。

今回の相互作用的な対話の中で、患者自身はどうしていききたいかという気持ちや、子どもへの罪悪感や病気のことを触れてほしくない患者のつらさが徐々に明確になっていった。そして患者は自分の気持ちに向き合いながら、母親としての新しい役割や子どもへの関わり方に価値を見出し、悩みを乗り越えていこうとする体験をしていたことが明らかとなった。そのため看護師は、子どもに病名を伝えることに悩む患者に対して、母親としてだけでなく、患者自身がどうしたいかについて主体的に考えていくことを支持する働きかけが求められる。

以上から、子どもや母親の状況を聞きつつ、母親としてだけでなく、患者自身がどうしたいかに耳を傾け、子どもに伝えたくない患者の気持ちを理解し、寄り添った関わりが重要であることが示唆された。

2. 子どもに自己の病名を伝えることに悩む患者に対する看護の示唆

子どもをもつがん患者は、がんによる命の恐怖を感じながらもその複雑な状況の中で、親子の絆を維持できるように様々な意思決定を行っている⁴¹⁾。

Mishelは、不確かな時期は人生に対する一つの見方からより高次の秩序における別の見方へと成長する機会であり、信頼できる専門家の存在やソーシャルサポートとの関わりが、その不確かな出来事の解釈を前進させる要因となると述べている⁴²⁾。そのため、意思決定支援においては、患者にとって何が重要であるかを明確にするためのサポートが必要である。

本研究の参加者の中には、面談前から家族や医療者に子どもに伝えるかに関する相談をしてはいたが、患者の気持ちを話すよりも、子どものためにどうしたら良いかを助言される機会となっていた。混沌の中にいる患者に対し、看護師は患者が自分の人生をすべて語り、患者が思いを十分表出できるような環境として存在することが重要であるといわれている⁴³⁾。患者は、自分自身の気持ちを語ることで、夫に自分の考えを伝えるきっかけや、これまでの自分や子どもの強さに気づくきっかけとなり、自己成長を遂げていった。また患者が子どもに自己の病名を伝えるまでには、子どもに伝える方法を夫と話し合い、身近な親族などに子どもの精神的サポートを依頼するなどの準備を行うといわれている³⁴⁾。患者が子どもに病名を伝えたい意思があっても、子どもへの対応を保証してくれる他者の存在がないと、患者は自分の決断に自信をもてず、迷うことがわかった。そのため看護師は子どもへの対応をとともに考えていく相手となり、家族との話し合いを調整していく必要がある。

今回の面談の途中で、子どもに病名を伝えた参加者には中学生および高校生の子どもがいた。それに対し、伝えなかった参加者の子どもの多くが幼児から小学生の子どもであった。病状の理解度は発達段階によって異なり⁴⁴⁾、幼児期は風邪のように自分の経験に基づく病気は理解できるが、がんの仕組みや死の概念を理解することが難しい。学童期以降はがんが身体の細胞の変化によって生じると理解し始め、思春期では抽象的思考が可能となり、未体験なことも想像でき、治療や副作用についても理解可能となる。そのため幼い子どもをもつ患者は、子どもの正しい理解は得ることが難しく時期尚早と判断し、今は病名を伝えたくない気持ちが生じていたと考えられる。しかし、今後子どもが成長に応じた理解度を身に付け、精神的に安定した日常生活を過ごしていれば、病名を伝えたいと思うタイミングが訪れる可能性がある。その際には、子どもに発達段階に応じた伝

え方⁴⁵⁾⁴⁶⁾や、患者が活用できる絵本やパンフレット⁴⁷⁾⁴⁸⁾について、情報提供していくことも重要な支援となる。

またD氏は「今は治療に専念したい。」と語っており、がんが治癒することは子どもをもつ乳がん患者の希望である⁴⁹⁾。したがって治療に専念する環境や精神状態を整えるため今は子どもに病名を伝えない決断をすることは、の患者の対処行動の一つとして重要である。乳がんは病理学的所見に基づき治療方針を決定する個別化治療が行われ、10年以上の長期にわたり経過を見ていくため、再発や転移への不安が長期間続く特徴がある⁵⁰⁾。乳がん患者は、新たな治療のたびに母親として告知と向き合い続ける苦悩があり⁵¹⁾、体調が安定してからも子どもへのがん告知の可否に迷い、患者と子どもとの関係の中には常に葛藤があると報告している⁵²⁾。今回の患者は乳がんの告知後3か月以上は経過していたが、「病気について考えると落ち込む。」といった発言などがあった。患者が子どもに病名を伝えていない理由として、親自身の余裕のなさや受け止められなさが関連しており⁴⁾⁴¹⁾、長い治療経過の中で、今患者が子どもに病名を伝えることについて十分考えることできる準備が整っているのかに配慮し、関わることも重要である。

以上から、子どもに病名を伝えることに悩む患者に対しては、患者自身が子どもに病名を伝えたいのか、伝えたくないのかについて知ろうとする関わりが重要であると考えられる。その際には、病名を伝えることへの子どもへのマイナス面の影響を考え、母親役割を重視している患者の思いを受け止めつつ、子どもに対してひとりの人間としてどうしたいかとの決断を支える関わりが必要である。患者と子どもの状況に応じて継続的な相談相手になることや、伝えたい患者に対しては踏み出せない理由をよく聞き、不安を軽減するための情緒的なサポートや子どもに病名を伝えるための情報提供を行うことなど、悩みの本質を見極めた支援を行っていくことの重要性が示唆された。

研究の限界と課題

本研究の参加者は子どもの年齢や病期、家族構成、乳がんの発症期間などを統一していないため、結果を一般化するには限界がある。また本研究では、「病名を伝えること」に対する参加者の認識が、単に病名を伝えるのか、病状・治療・予後・余命の説明まで含むのか、あるいは子どもに伝えたあとの対応をどこまで想定しているのか、それぞれ

で異なっていることが子どもに伝えるか否かの判断に影響を及ぼしている。本研究は患者の意思表明を目的とした介入研究とは異なるため、患者の意思決定能力を引き出すための具体的な看護実践の方法についてはさらなる検討が必要である。

結 論

子どもに自己の病名を伝えることに悩む乳がん患者には、子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、今は伝えたくない気持ちの中で悩んでいた者と、子どもに病名を伝えたいが、一人でどうしていいのか戸惑い悩んでいた者とがいた。両者に共通して、ひとりの人間として子どもに病名を伝えたくないまたは伝えたい気持ちを抱きつつも、母親として子どもへの負担を最小にすることを優先しなければならないという葛藤の中で悩んでいたことが明らかとなった。

子どもに病名を伝えたくない患者は、子どもに病名を伝える意義を認識しながらも、家族の力を借りて自分らしい子どもとのコミュニケーションの関わり方を見出し、子どもに病名を伝えたい気持ちの中で悩んでいた患者は、周囲の協力を得て子どもに病名を伝え、新たな家族の在り方に価値を見出す体験をしていた。

看護師は、母親としての役割を問うのではなく、患者自身がどうしたいのかに耳を傾け、患者の気持ちや悩みの本質に寄り添った援助を行うことが重要性であることが示唆された。

謝 辞

本研究に協力頂きました参加者の皆様、研究協力施設の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

1. 利益相反はない。
2. 本研究は科学研究費助成制度(20K19058)の助成を受けて実施した。なお、本研究は石川県立看護大学大学院の博士論文の一部を加筆・修正したものである。

文 献

- 1) Inoue I, Higashi T, Iwamoto M, et al: A national profile of the impact of parental cancer on their children in Japan, *Cancer Epidemiology*, 39(6), 838-841, 2015
- 2) 国立がん研究センター がん情報サービス: がんの統計2022 年齢階級別がん死亡 部位内

- 訳 (2020年), [オンライン, https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022_fig_J.pdf], 国立がん研究センター, 4. 1. 2022
- 3) 妹尾未妃: 中年期乳がん患者の乳がん罹患後の人生の希望と不安-家族や同病者, 重要他者からのサポートとの関連について-, 母子衛生, 50(2), 334-342, 2009
 - 4) 小林真理子: 子育て中のがん患者の心, Nursing Today, 29(6), 12-15, 2014
 - 5) Paula K Rauch, Anna C Muriel: The importance of parenting concerns among patients with cancer, Critical Reviews in Oncology/Hematology, 49(1), 37-42, 2004
 - 6) 唐鈺穎, 小野はるか, 小川祐子, 他: 乳がん患者の心理状態と家族機能が子どものQOLに与える影響 (乳がん患者の家族機能が子どもに与える影響), Palliative Care Research, 16(2), 169-177, 2021
 - 7) S P Heiney, L H Bryant, S Walker, et al: Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer, Oncology nursing forum, 24(4), 655-661, 1997
 - 8) 小澤美和: がん患者の親を持つ子どもの心 (病気を伝えられた/隠されたことによるストレス), Nursing Today, 29(6), 16-20, 2014
 - 9) Jacqueline Barnes, Leanda Kroll, Olive Burke, et al: Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer, Western Journal of Medicine, 173(6), 385-389, 2000
 - 10) 越塚君江, 神田清子, 藤野文代: 女性生殖器がん患者の家族への思いとそれに対する看護援助, 岡山大学医学部保健学科紀要, 16, 31-38, 2005
 - 11) Cherith Jane Semple, Tanya McCance: Parents' Experience of Cancer Who Have Young Children: A Literature Review, Cancer Nursing, 33(2), 110-118, 2010
 - 12) 渡邊純子: 小学生の死の概念における横断的研究, 臨床死生学, 11(1), 10-23, 2006
 - 13) E・キューブラーロス: 2 死とその過程に対するさまざまな姿勢, 鈴木昌訳, 死ぬ瞬間 死とその過程について (初版), 読売新聞社, 13-23, 東京, 1998
 - 14) Yoshida S, Otani H, Hirai K, et al: A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness, Support Care in Cancer, 18(4), 439-447, 2010
 - 15) 澤井敦: 「死のタブー化」再考, 社会学評論, 53(1), 118-134, 2002
 - 16) 吉野浩之: 子どものデスエデュケーション, 緩和ケア, 20(2), 137-139, 2010
 - 17) 茶園美香: 親のがんを、なぜ子どもに伝えたいほうがよいのか, Nursing Today, 29(6), 8-11, 2014
 - 18) 瀧澤理穂, 牧野智恵: 乳がん患者が子どもに病名を伝える苦悩を乗り越える体験 -M. Newman理論に基づく対話から-. 日本がん看護学会誌, 34, 126-135, 2020.
 - 19) 阿部まゆみ: 母親のがんを子どもにどう伝えるか, がん看護, 16(6), 659-665, 2011
 - 20) 船津衛: 第一章 シンボリック相互作用論の特質, 船津衛・宝月誠編, シンボリック相互作用論の世界 (初版), 恒星社厚生閣, 3-8, 東京, 1995
 - 21) 西村ユミ: 第二章 ケアの実践を記述すること/自らの視点に立ち帰ること, 西村ユミ・榊原哲也編, ケアの実践とは何か 現象学からの質的アプローチ (初版), ナカニシヤ出版, 22-44, 京都, 2017
 - 22) 早坂泰次郎: 現象学的人間学の系譜, 現象学を学ぶ 患者の世界とナース (1版), 川島書店, 116-119, 東京, 1995
 - 23) ヴァン・デン・ベルク, 早坂泰次郎: I 現象学への招待, 現象学への招待〈見ること〉をめぐる断章 (1版), 川島書店, 3-5, 東京, 1982
 - 24) 牧野智恵: 看護実践および看護研究における現象学的アプローチ (その2) -未告知がん患者の家族・医師への面接から-. 福井県立大学看護短期大学部論集, 9, 63-74, 1999
 - 25) 早坂泰次郎: 客観的とはどういうことか, 現象学を学ぶ-患者の世界とナース- (1版), 川島書店, 36-37, 東京, 1995
 - 26) 早坂泰次郎: IX 人間関係学としての現象学, 〈関係性〉の人間学-良心的エゴイズムの心理- (1版), 川島書店, 141-144, 東京, 1994
 - 27) 内富庸介: がんに対する通常の心の反応, がん看護, 15(1), 19-23, 2010
 - 28) ダレン・ラングドリッジ, 5.6.1 インタビューと現象学的研究, 田中彰吾, 渡辺恒夫, 植田嘉好子訳, 現象学的心理学への招待 理論から

- 具体的技法まで(初版), 新曜社, 90-96, 東京, 2016
- 29) 牧野智恵: 未告知状況下におけるがん患者の家族と看護者の世界-現象学的方法論を用いた面接を通して-, 日本看護科学学会誌, 20(1), 10-18, 2000
- 30) 木田元, 野家啓一, 村田純一, 他: 現象学辞典(初版), 弘文堂, 85, 東京, 1994
- 31) 牧野智恵: 看護実践及び看護研究における現象学的アプローチ(その1), 福井県立大学看護短期大学部論集, 7, 75-87, 1998
- 32) AS Welch, ME Wadsworth, BE Compas: Adjustment of children and adolescents to parental cancer. Parents' and children's perspectives, *Cancer*, 77(7), 1409-1418, 1996
- 33) 藤本桂子, 神田清子: 初発乳がん患者が罹患に伴う情報を小学生の子どもに伝える決断のプロセス, 日本がん看護学会誌, 31(1), 66-75, 2017
- 34) Annika Billhult, Kerstin Segesten: Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 122-128, 2003
- 35) 徳田治子: ナラティブから捉える子育て期女性の意味づけ: 生涯発達の視点から, 発達心理学研究, 15(1), 13-26, 2004
- 36) 小野田奈穂: 育児期女性の「個人としての自分」と育児ストレスとの関連-理想と現実のギャップからの検討-, 家族心理学研究, 27(2), 123-136, 2013
- 37) 橋爪可織, 西田望, 安倍祥代, 他: 外来で治療を継続している乳がん患者の子供への思い, 保健学研究, 28(1), 29-35, 2016
- 38) 照井みのり, 佐藤菜保子, 村椿智彦, 他: 子育て中の乳がん患者の不安および抑うつに影響する要因の検討, 心身医学, 62(3), 248-262, 2022
- 39) Sølvi Helseth, Nina Ulfsaet: Parenting experiences during cancer, *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 38-46, 2005
- 40) Xiaoyan Huang, Margaret O'Connor, Yan Hu et al: Communication About Maternal Breast Cancer With Children: A Qualitative Study, *Cancer Nursing*, 40(6), 445-453, 2017
- 41) Heather J Campbell-Enns, Roberta L Woodgate: Decision making for mothers with cancer: maintaining the mother-child bond, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 261-268, 2013
- 42) M H Mishel: Uncertainty in Illness, *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232, 1988
- 43) Margaret A Newman: 第6章 看護科学のためのパラダイム, 手島恵訳, マーガレット・ニューマン看護論 拡張する意識としての健康(初版), 医学書院, 69-81, 東京, 1995
- 44) 三浦絵莉子, 村瀬有紀子: 子どもの発達段階に応じた親への病気の伝え方, *Nursing Today*, 29(6), 21-27, 2014
- 45) 岡村優子: 親のがんを子どもに伝えるとき, *がん看護*, 15(1), 41-43, 2010
- 46) Murel AC, Rauch PK: Suggestions for patients on how to talk with children about a parent's cancer, *The journal of supportive Oncology*, 1(2), 143-145, 2003
- 47) NPO法人Hope Tree: 「ホープツリー」がんになった親を持つ子どもへのサポート情報サイト, がんになった親と子どものために, [オンライン, <https://hope-tree.jp/information/cancercare-for-kids-reference/>], Hope Tree, 4. 1. 2022
- 48) 国立がん研究センター がん情報サービス: 未成年の子どもがいるがんと診断された方へ: 子どもとのかかわりを考えるときに, [オンライン, <https://ganjoho.jp/public/support/communication/children/index.html>], 国立がん研究センター, 1. 26. 2024
- 49) 茂木寿江, 大山ちあき, 藤野文代, 他: 子どもを持つ乳がん患者が抱く希望, *The KITAKANTO Medical Journal*, 60(3), 235-241, 2010
- 50) 荒堀有子: がんの種類からみたサバイバーの体験 乳がん体験者, 近藤まゆみ・久保五月編, *がんサバイバーシップ がんとともに生きる人びとへの看護ケア* (2版), 医歯薬出版, 97-104, 東京, 2019
- 51) 久保田好美, 廣瀬規代美, 横山京子, 他: 初発乳がん患者がとらえる学童期の子どもへの告知にともなう体験, 日本がん看護学会誌, 35, 273-282, 2021
- 52) 内山美枝子, 青山友香里: 若年性乳がん体験者のライフストーリーからみる治療過程における『子の存在』の意味づけ, 日本看護学会論文集. 母性看護, 41, 126-129, 2010

研究報告

治療を受けつつ就労を継続した乳がん患者の 就労に対する認識 ～自分らしい生き方に向けた一事例～

Breast Cancer Patient's Awareness of Working after Continuing to Work
While Receiving Treatment

～ A case study of a patient who moved toward a life that is uniquely her own ~

藤井 夕香¹⁾, 杉崎 一美¹⁾, 加藤 睦美²⁾
清水 智子³⁾, 宮崎 徳子¹⁾

Yuka Fujii¹⁾, Hitomi Sugisaki¹⁾, Mutsumi Kato²⁾
Tomoko Shimizu³⁾, Tokuko Miyazaki¹⁾

¹⁾ 四日市看護医療大学, ²⁾ 藤田医科大学, ³⁾ 金城学院大学

¹⁾ Yokkaichi Nursing and Medical Care University, ²⁾ Fujita Health University, ³⁾ Kinjo Gakuin University

キーワード

乳がん, 就労, 支援, 困難, 認識

Key words

breast cancer, working, support, difficulties, awareness

要 旨

目的：乳がん罹患し治療を受けつつ就労を継続した患者より就労を継続する中での困難や支援、就労を継続して得られた就労に対する認識を明らかにする。

方法：継続して就労している女性1名にインタビューを行い、SCATを用いて分析した。「診断から治療開始までの就労」「治療と共にある就労」「治療終了後の就労」の3つの時期で、困難、支援、就労に対する認識について検討した。

結果：51個の理論記述より、「診断から治療開始までの就労」は5個の困難と3個の支援が、「治療と共にある就労」は5個の困難、3個の支援、1個の就労に対する認識が、「治療終了後の就労」は2個の支援、4個の就労に対する認識がそれぞれ抽出された。

結論：がん治療と就労の両立は様々な困難が伴う。本事例では「就労への遂行責任」の重圧の中、同病者

連絡先：藤井 夕香
四日市看護医療大学
〒512-8045 三重県四日市市萱生町1200

の友人、家族より支援を得ていた。本事例では、就労しつつ治療を終えた後、自己の肯定的評価が「自分らしい生き方への挑戦」という新たな展開に繋がり、このことが「他人の人生に寄り添う仕事への喜び」として就労の価値を確固なるものとしていた。

はじめに

がん患者の3人に1人は就労可能年齢に罹患している¹⁾。乳がんは女性の部位別がん罹患数では最も多く、検査および治療の進歩により乳がんの5年相対生存率は92.3%と高くなり²⁾、就労している乳がん患者は多い。

がん患者の就労における支援は国としても重要であるとしており、平成24年度の第2次がん対策推進基本計画³⁾に重点的に取り組むべき課題として、働く世代のがん対策の充実を設定した。平成28年には、厚生労働省より「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」⁴⁾が公表され、令和4年に改訂されている。このような取り組みもあり、がん治療を受けながら就労する患者は増加している。しかし、離職者も依然としてあり、がん罹患後退職した人の割合は21.3%であったとする報告があることより⁵⁾、がんと共にある就労の困難が予測される。

就労は単に経済的利益を得るだけでなく、自己の表現、自己の成長、社会への貢献、他者との絆・他者からの評価など生きることの充実につながるものであり⁶⁾、就労継続は重要であると考えられる。

婦人科がん患者の就労に関する研究として、近藤らは就労環境の重要性を述べている⁷⁾。また、木全らは婦人科がんサバイバーとして就労することの特徴を明らかとしている⁸⁾。乳がん患者の就労に関する研究として、元井らは副作用が仕事に支障をきたすことや責任があり仕事は休めないことなどを困難として挙げ、重要他者の支援が重要であることを述べている⁹⁾。しかし、これらの研究は治療中の者、再発を経験した者、あるいは離職者を対象としている。がんと診断され治療を受けつつ就労を継続し治療を終え、罹患前の生活を取り戻した患者に焦点を当てた研究は少ない。

一方で、がん患者の内面の変化に焦点を当てた研究も積み重ねられてきた。がん患者ががんと共にありながら新たな価値観や生き方を明確にしていることや¹⁰⁾、治療を継続する中で安定した自分を見いだしていること¹¹⁾などが報告されている。

がんと共にある就労上の困難や支援は、就労に対する認識に変化をもたらす自己の内面に変化を

及ぼすものと推測する。そこで、本研究は女性に多い乳がん罹患し治療を受けつつ就労を継続し罹患前の生活を取り戻した一事例より、就労を継続する中での困難や支援、就労を継続して得られた就労に対する認識を明らかにすることを目的とする。

用語の定義

就労とは、収入を得ることを目的として仕事に就いていることとし、就労の形態は問わない。

困難とは、がん治療と共にある就労に関する困難とし、対象者が困難と感じたものとする。就労は日常生活に支えられていることよりがん治療と共にある生活上の困難も含むものとする。

支援とは、職場、家族、友人など対象者の周囲からの支援および、公的支援とする。

就労に対する認識とは、就労に対して対象者が抱く思いや価値とする。

研究方法

1. 研究デザイン

がんに罹患し治療を続けながら就労している対象者の経験や思いに焦点を当てるため質的研究とした。

2. 研究対象者

A大学「女性がん患者を対象とした患者会」(現在閉会)に参加していた女性のうち、以下4つの条件を満たしている者とした。①乳がん患者で、手術療法、化学療法、放射線療法などの治療を終了し、就労を経験した者、②再発していない者、③治療終了後5年以上経ている者、④研究者が個別に研究協力の依頼を行い、研究参加の同意が得られた者。治療終了後5年以上とした理由は、罹患前の生活を取り戻すには5年は要すると考えたためである。

がんと共にある就労に関する困難、支援、就労に対する認識を明らかにするには、手術療法、化学療法、放射線療法全てを経験し就労を継続してきた対象者が適切であると考えた。数名の参加者より手術療法、化学療法、放射線療法全てを経験し、診断時から治療中、治療後にわたり、休職や退職することなく継続的に就労している女性1名

を対象とした。

3. データ収集期間

2021年1月

4. データ収集方法

就労と治療の両立に関して困難と感じたことや受けた支援、就労に対する認識についてインタビューを行った。聴取する際は傾聴と共感により過去の経験を外在化できるよう留意した。

インタビューはプライバシーが確保できる個室で1回実施した。78分の面接を行った。面接途中に疲労や体調不良の訴えはなかった。対象者に許可を得た上で、ICレコーダーに録音し逐語録を作成した。

5. 分析方法

大谷(2019)の開発したデータ分析方法(Steps for Coding and Theorization:SCAT)を使用した。SCATは、1つだけのケースのデータなど比較的小さな質的データの分析にも有効であるとされる分析手法であり、理論化までの手続きを内包している¹²⁾。また、SCATは、一般性に当てはまらない個別性を深く描き出すとされている¹²⁾。本研究は対象者の経験や思いを明らかとすることが目的であるためこの分析方法を採用した。

SCATの方法に従い、①テキスト(インタビューで得られた語りの内容)中の注目すべき語句を書く、②テキスト中の語句の言い換えを書く、③②を説明するようなテキスト外の概念を書く、④「テーマ・構成概念」を書くという4段階のコーディングと、そのテーマ・構成概念を紡いでストーリー・ラインを記述し、そこから理論記述を抽出した(表1)。

次に、理論記述を3つの時期に分類した。がん罹患し治療を続けながら就労している対象者の経験や思いは、がん診断時、治療中、治療後では異なる。がんサバイバーの経験の段階として1. 診断前の時期、2. 診断の瞬間とそれに関連した心的外傷、3. 治療の段階、4. 治療後の移行段階、5. 長い経過観察の段階、6. がんに関係しない長期にわたる生活、がありそれぞれの段階で身体・心理・社会的な課題や変化が合わさり互いに関係しあう複雑な様相を呈するとある¹³⁾。本研究では、就労と共にある経験に着目するために、1と2の段階を「診断から治療開始までの就労」、3と4の段階を「治療と共にある就労」、5と6の段階を「治療終了後の就労」とした。

SCATでは、全テキストを分析対象とするため、本研究で目的とする困難、支援、就労に対する認

識以外の理論記述も抽出される。そこで、抽出された理論記述より困難、支援、就労に対する認識に当たる理論記述を抜き出した。

SCATでの各段階の分析は、SCATの研修や学習を通し分析過程を理解している研究者間で検討した。

6. 倫理的配慮

四日市看護医療大学研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号:147)。対象者には書面および口頭で研究の主旨、目的、方法を説明した上で、研究参加は自由意思であり途中で撤回しても不利益は生じないこと、公表に際するプライバシーの保護、匿名性を厳守しデータの管理は厳重に行い細心の注意を払うことを説明し、書面で研究の同意を得た。また、過去の経験を語ることで気持ちが沈む場合もあるため、苦痛を感じた場合には中断することを伝え、体調や精神的な状態に配慮を行いながら実施した。

結 果

1. 対象者の概要

30歳代に乳がん罹患し、手術療法、放射線療法、化学療法を受け継続的に就労している40歳代の女性1名。子供と共に両親と同居している。治療終了後7年経過しており、再発なし。3年前に起業し、現在に至っている。

2. 3つの時期における困難、支援、就労に対する認識

対象となるテキスト142より、174の構成概念を抽出し、51個の理論記述を得た。診断から治療開始までの就労には13個の理論記述があり、2個の困難と、3個の支援があった。治療と共にある就労には24個の理論記述があり、5個の困難、3個の支援、1個の就労に対する認識があった。治療終了後の就労には14個の理論記述があり、2個の支援、4個の就労に対する認識があった。アンダーラインは構成概念を示している(表2)。

1) 診断から治療開始までの就労

困難については「がんに立ち向かう準備として恐怖心に打ち勝つための情報収集を行う」「乳がんに対する外科的治療の理解不足が置き去りにされた自己決定になる」と、2個の理論記述があった。支援については、同病者からの支援として「仲間との会話や同病者との克服体験の共有により患者会参加者からの勇気づけがある」など、3個の理論記述があった。

2) 治療と共にある就労の時期

表1 SCATでの分析例

時期	テキスト	<1>テキスト 中の注目すべき 語句	<2>テキスト 中の語句の言い かえ	<3>左を説明 するようなテク スト外概念	<4>テーマ・ 構成概念（前後 や全体の文脈を 考慮して）
	手術はえっと右側温存で、放射線と抗がん剤と全部やりました。で、働きながら、辞めるわけにいかなかった。健康だったので〇〇〇で早く独立してやるつもりだったけど、ちょっと子供抱えて病気抱えて独立は厳しいなあと思ったんで、そのまま医療機関においてもらって。傷病手当をもらいながら。	右側温存／放射線／抗がん剤／働きながら／傷病手当	右側単純摘出／放射線療法／化学療法／就労／社会保障	集学的治療／就業／公的保障	集学的治療と仕事の両立／公的経済保障
	抗がん剤やりながら楽になったら仕事出て、抗がん剤をうつときは休んでっていうのを繰り返してすごいしんどいことをしてしまったので、これが正しかったかどうか分からないんですけど、かなりしんどい思いをして抗がん剤をうつって仕事してっていうのをやりました。	抗がん剤／仕事／しんどい	化学療法／職／疲労	身体侵襲の強い薬物治療／就労／疲労困憊	癌の薬物療法／強い有害事象による就労への支障
	大変です。本当にしんどいです。しんどいです。それこそ体もだるくなります。まだその抗がん剤が抜けきってない中で放射線あてるんで、焼けてきますし胸も、途中で髄膜炎になるという。	本当にしんどい／抗がん剤／放射線／髄膜炎	強い倦怠感／化学療法／放射線療法／髄膜炎	疲労困憊／薬物療法／放射線治療／髄膜炎の感染	危機的状況／重複した治療が及ぼす身体への侵襲
治療と共にある就労（一部を表示）	怠けてるというか、結構あの普通に働けるんだ、みたいな、もっとなんかしんどいかと思ったみたいな感じでみんなに言われたりはしました。この1週間、本当にもう起き上がれない感じですけど、2週目になってくると起き上がれるし、普通の生活を送れるし。だるさはずっとあるけども熱があるわけでもないから動ける。頭もまあまあ回るかなっていう。1週間だけが死んでるって感じでしたけど。	怠けてる／起き上がれない／だるさ／1週間だけが死んでる	さぼっている／動けない／倦怠感／7日間疲労困憊	怠惰／活動不可／疲労／治療後疲労困憊	1週間の寝たきり状態／限界まで働こうとする意志
	あんまりなかったです。むしろ休むと上司なんかは、傷病手当をもらうか出勤するんかははっきりしろ、みたいな感じの言い方とかもあって、私的にはその職場では甘えたつもりはあまりないけど、周りとしては甘えてんじゃないみたいな空気があります。言われたことではないんですけど。私が勝手に感じたのは、あまり顔色に出さないからかもしれないですけども、平気なふりをするので多分みんなそうしてしまうと思うんですけど、あまり体調が悪くなければ平気なふりして仕事すると思うんですね。そういう部分で平気そうだから大丈夫だよ、みたいなって感じですね。むしろ乳がんって切ったら終わって考える人が多いので。なので、抗がん剤でしんどいっていうのはあんまり分かってもらえないのかなと思います。結局抗がん剤のしんどさなので。	上司／傷病手当／甘えたつもり／平気なふり／乳がん／切ったら終わり／抗がん剤／しんどい／分かってもらえない	経営者／社会保障／依存／平然／乳房悪性腫瘍／手術で完治／化学療法／疲労感／理解不能	雇い主／公的保障／他者への甘え／冷静なふり／乳癌／外科的治療後後癒／薬物療法／慢性疲労／理解不可能	就業への遂行責任／自分像への誇示／乳癌に対する外科的治療の理解不足
	から元気だったのかもしれないです。自分としては負けたくないみたいなのがあったのかもしれないです。	から元気／負けたくない	元気のふり／弱みを見せない	見せかけの元気／虚勢	負けたくない虚勢
ストーリーライン（一部を表示）	就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩み、負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障があり、危機的状態になったが、 <u>限界まで働こうとする意志</u> をもった。				
理論記述（一部を表示）	就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩み、 <u>負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障</u> があり、 <u>危機的状態</u> になるが、 <u>限界まで働こうとする意志</u> をもつ。				

アンダーラインは構成概念を表している
SCAT : Steps for Coding and Theorization

表2 理論記述

時期	困難・支援・認識*	理論記述
診断から治療開始までの就労	困難	自己の健康への自信があり、自己の健康への無関心である。 早期治療につながるがん検診で乳がんの発症を疑われ、後に乳がんと確定診断される。 がんに立ち向かう準備として恐怖心に打ち勝つための情報収集を行う。
	支援	乳がんに対する外科的治療の理解不足が置き去りにされた自己決定になる。 エビデンスのある治療計画のある専門病院へ紹介される。 高度な専門医療の提供がされ、今後の見通しへの安堵と治療効果の予期となる。 患者会への入会は発病初期の参加で、乳がん患者会の気の合う仲間に出会う。 同世代の育児共有、何気ない気遣い、心を許せる友人との出会いがある。 仲間との会話や同病者との克服体験の共有により患者会参加者からの勇気づけがある。 術前の周囲の励ましは、安易な励ましがある。 壮年期のシングルマザーとしての子育てでは、実子への責務、養育の責任、次世代養育になる。 実母と子どもの動揺、母親への負担がある。 兄妹の関係修復後のがん罹患の発覚、予期せぬがんの罹患、予想外のがん発症、完治不可能かもしれないがんに対する生命を脅かす恐怖に陥る。
治療と共にある就労	困難	中規模組織の診療所、雇用事務員の熟練者として勤務し、中間管理職による精神的負担がある。 子への影響は、子の心理的動揺がある。 子どもの動揺に対する自身の配慮と、自身の病気に対する子どもなりの理解により、互いの積極的状況把握による理解となる。 実子にとっては、右乳房部分切除術直後のいつもと異なる母親の姿がある。 障害児に対する強い親の思いがあり、子どもを残しての死への予期的恐怖が、親子の支え合いになる。 病理結果による再発の可能性の指摘があり再発の恐怖となる。 死への恐怖による気力低下が心に余裕が無い状態を起こし、心のわだかまりが存在をゆるがす不安となる。 抗がん剤による追加治療としてのがんの薬物療法のプロトコールによる外来通院である。 事前の脱毛への予期的対応しても、辛い薬物療法の有害事象がある。
	困難	長期間のがん治療による体力の低下、生体防御の低下、有害事象による生活への支障、想定外の副作用、重複した治療が及ぼす身体への侵襲があり、予定通りいかない治療への焦りがある。 長期間の有害反応による生活のしづらさで一週間の寝たきり状態である。 雇い主からのパワーハラスメントや症例としての捉えに対し、理解してほしい心情や就労との両立の調整と負担が生じ、被害者意識ゆえの過敏な反応がある。 身近な医療者の中には、後治療の周囲の無関心、その人の立場にたっていない対応、職場スタッフ間の無理解、職場内の不十分な支援、親密の度合いの差がある。
	困難	就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩む。
	困難・認識	負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障があり、危機的状態になるが、限界まで働こうとする意志をもつ。 公的経済保障としての社会保障の選択をしたが、治療内容に対応していない公的保障である。
	困難	仕事継続の公的保障は、就労継続が制限される公的制度であり、仕事と治療の両立の困難さがある。 幼少時期の兄妹関係の軋轢、兄夫婦との離婚認識の違いがある。 幼少時期の母子関係の軋轢、離婚、娘の人生への不条理に両親の心痛がある。 幼少時期の母子関係の償いとして、寄り添った行動ができない実父であるが、両親のサポートを得る。
	支援	実母への感情の発散と甘え、実母にぶつけた感情に対して、闘病を支えてくれた実母への感謝、母の支援への感謝しつつ、母の愛情、母へのねぎらい、申し訳なさを感じる。
支援	がん回復を望む食事の支援、言語表出による感情の安定の獲得、実母の心理的支持、心の安定を支えた気丈夫な実母によるパーソナルサポートがあり、精神的安定の維持ができる。	
支援	同病者と共に気分転換の貴重な時間を持ち、平常な日常生活を取り戻す。 乳がん術後ケアへの敬意の反面、医療者の患者への尊敬の欠如がある。	
治療終了後の就労	認識・支援	国家資格による専門職を得る。 公的資格の獲得をきっかけとした兄妹の関係性の修復がされる。 独立への準備、個人事業への挑戦となり、家族による就労支援が行われ、家族の絆の再認識をする。 がんの経験知により、肯定的に受け止めた現実から、健康体としての自分の取り戻し、自分像への誇示ができる。
	支援	同病者の友人、自分にとっての価値のある友人は、心の安定を促す言語的励まし、生きる意欲への励ましをくれる。
	認識	自己の肯定的評価は、挑戦への原動力となり、自分らしい人生への希望、自分らしい生き方の選択、自信をもった人生への展望につながる。 がん治療の一区切りは、肯定的な転換とがん罹患による人生の転機となり、自分らしい生き方への挑戦、生きる信念の獲得と挑戦、新たな就労と豊かな人生となる。 がんの克服が、成功体験の把握となり、生きる励み、がんの恐怖からの解放、励みと安堵感の獲得となる。
	認識	がん経験としてがんサバイバーとして生きる。 仕事に活かすがん経験者としての寄り添い、仕事に対しての謙虚な姿勢をもち、他人の人生に寄り添う仕事への喜びとなる。 歴史ある患者会の中では、患者会のまとめ役がいる一方、活動への補助的支援や義務的な役割参加もある。 就労支援活動のリーダー不在による低迷や、患者会の運営の曖昧さ、患者会存続の疑問視、同一の価値観と共有課題やがん患者の就労に関しての考え方の相違があり、患者会の休止に至る。 気持ちの上では患者会から卒業している。 生きた証としての犬の飼育を通して、生命への畏敬、生命のありがたさの実感となる。

アンダーラインは構成概念を示している

*就労に対する認識

困難については、就労と治療との両立における身体面および心理面の困難として「就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩む」「負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障があり、危機的状態になるが、限界まで働こうとする意志をもつ」など、5個の理論記述があった。支援については、家族や同病者からの支援として「がん回復を望む食事の支援、言語表出による感情の安定の獲得、実母の心理的支持、心の安定を支えた気丈夫な実母によるパーソナルサポートがあり、精神的安定の維持ができる」「同病者と気分転換の貴重な時間を持ち、平常な日常生活を取り戻す」など、3個の理論記述があった。

就労に対する認識についての理論記述として「負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障があり、危機的状況になるが、限界まで働こうとする意志をもつ」があった。これは、困難についての理論記述でもある。

3) 治療終了後の就労の時期

困難についての理論記述はなかった。家族や同病者からの支援として「独立への準備、個人事業への挑戦となり、家族による就労支援が行われ、家族の絆の再認識をする」「同病者の友人、自分にとっての価値のある友人は、心の安定を促す言語的励まし、生きる意欲への励ましをくれる」と、2個の理論記述があった。就労に対する認識については、「がん治療の一区切りは、肯定的な転換とがん罹患による人生の転機となり、自分らしい生き方への挑戦、生きる信念の獲得と挑戦、新たな就労と豊かな人生となる」「仕事に活かすがん経験者としての寄り添い、仕事に対しての謙虚な姿勢をもち、他人の人生に寄り添う仕事への喜びとなる」など、4個の理論記述があった。

考 察

診断から治療開始までの就労、治療と共にある就労、治療終了後の就労と時期別に就労に関する困難と支援、就労に対する認識について考察する。

1. 診断から治療開始までの就労

診断時、「がんに立ち向かう準備として恐怖心に打ち勝つための情報収集を行う」が、「乳がんに対する外科的治療の理解不足が置き去りにされた自己決定になる」とあるように、早い医療現場の展開について行きかねる状況となっていた。診断時は、がん罹患の可能性を念頭に置きながら仕事との折り合いをつけ、検査日や診察日を決定しなければならず、心身に余裕のない状況となる。

さらに、確定診断を受け、治療についての自己決定を迫られるが、就労しながらでは罹患した疾患についての情報を収集するなど、準備のための時間が限られる。がんの診断が急に現実化され、十分に納得できないままに自己決定に至ったことが伺える。診断や治療の前にあらかじめ情報を得ていたことが、乳がんという疾患や治療に向かう心構えの形成と、冷静で適切な対処行動に導いた¹⁴⁾という報告や、医療者が早い時期から患者の反応に注意を払い、意思決定を支援することで心理的適応を促進できる¹⁵⁾という報告があることより、早期より医療者が支援することが重要であると言える。治療をしつつ就労を継続することで生じる問題について患者が医療者に相談することを可能とするためにも診断時および治療計画時からの支援が重要である。

本研究において、「患者会への入会は発病初期の参加で、乳がん患者会の気の合う仲間に出会う」ことにより、「仲間との会話や同病者との克服体験の共有により患者会参加者からの勇気づけがある」という同病者からの支援を得ていた。同病者がモデル的存在となり、交流を通して療養生活を送るうえでの励みや知恵を得る体験をしていた⁹⁾との報告もあり、発病初期に同病者からサポートが得られたことは、心理的な安定をもたらしたと考える。

2. 治療と共にある就労

乳がんの治療を行いながらの就労は、「中規模組織の診療所、雇用事務員の熟練者として勤務し、中間管理職による精神的負担がある」「就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩む」であった。仕事への責任感をもちながら、外来通院での放射線治療および化学療法を継続することは就労を継続するにおいて身体的にも精神的にも厳しいものであった。

就労継続を阻害する身体的な要因として、治療の有害事象・後遺症による支障、セルフマネジメントの困難感⁸⁾が報告されている。本研究においても「長期間の有害反応による生活のしづらさで一週間寝たきり状態である」が理論記述として上がっており、身体的な苦痛は就労を困難なものとしていた。そのような中でも就労を継続し、「負けたくない虚勢、強い有害事象による就労への支障があり、危機的状態になるが、限界まで働こうとする意志をもつ」と治療を受けながら就労した結果、危機的状況となったことが語られている。

就労継続に関し、最も実施されていた項目とし

て、治療スケジュールを病院と相談して都合のよい日にずらしてもらったということが報告されている¹⁶⁾。これは、病院側が治療スケジュールの変更に応じることが就労継続にとって重要であったことを示している。また、就労に関して、主治医に相談した者ほど就労を可能としていることも報告されている¹⁷⁾。しかし、離職要因を調査した研究では、患者は仕事のことは自分自身の問題だと思ひ、医療者には相談しようと思わなかったという体験をしていた¹⁸⁾。本研究においても「就業への遂行責任と集学的治療と仕事の両立に悩む」とあるように、仕事への責任感から他者に相談するに至っていないことが伺える。仕事のコントロール度は就労意欲と関連しており¹⁹⁾、仕事を自らがコントロールできるという意識は就労意欲の維持に影響するものと考えられる。仕事のコントロール度を高めるためには、就労に関することを医療者に相談することは必要なことである。また、治療スケジュールに関しては、職場に調整を求めることも当然必要なことであると考えられる。医療従事者は、就労を含む生活全般について支援する姿勢をもち、職場に相談するよう勧めることも含め、積極的に相談に応じることが求められる。

また、就労継続上の困難で最も多かった要因として、病気や治療のため職場の仲間に負担や迷惑をかけているという心理的な要因があることが明らかとなっている¹⁶⁾。本研究においても「中規模組織の診療所、雇用事務員の熟練者として勤務し、中間管理職による精神的負担がある」と、心理的な苦痛が理論記述として上がった。そればかりではなく、「病理結果による再発の可能性の指摘があり再発の恐怖となる」とあるように、患者はがんという疾患に対して常に再発の恐怖と隣り合わせであるという心理的な苦痛とともに就労している。これらがん患者のもつ不安や焦りなどに意識して寄り添うことが医療者には求められる。

さらに、「長期間のがん治療による体力の低下、生体防御の低下、有害事象による生活への支障、想定外の副作用、重複した治療が及ぼす身体への侵襲があり、予定通りいかない治療への焦りがある」と、想定外の副作用についての理論記述があった。就労継続上の困難については、他の研究においても、治療の合併症や副作用症状が予想以上であったことや今後の見通しがつかず、仕事を続けることが難しいことが述べられている¹⁸⁾。雇い主側にも、病気そのものや治療の内容、仕事への影響が分からないが29.7%であったとの報告があ

り⁵⁾、職場側にも就労を支援する上での困難があることが明らかとなっている。また、がん相談に従事する看護師も就労支援の困難の一つとして病状・治療や就労状況の多様さによる先の予測の難しさを挙げている²⁰⁾。がんのステージや治療、患者の年齢などにより経過に見通しをたてることは困難があるものと思われるが、これらの問題に対して、就労環境において、産業医などの信頼できる理解者の存在が重要である⁷⁾。産業医には『事例性と疾病性に分けた実務対応のできる産業医』『利害関係の調整をサポートできる産業医』の役割が期待されており²¹⁾、医療現場と職場双方が連携をもち、サポートしていけるシステムの構築が望まれる。

支援に関して、「がんの回復を望む食事の支援、言語表出による感情の安定の獲得、実母の心理的支持、心の安定を支えた気丈夫な実母によるパーソナルサポートがあり、精神的安定の維持ができる」と、家族からの支援を得ていた。また、「同病者と気分転換の貴重な時間をもち、平常な日常生活を取り戻す」と、同病者より支援を得ていた。同病者より継続してサポートが得られたことは、心理的な安定をもたらしたと考える。北添らも、同病者との関係性の中で精神的安定が図れたことを報告している²²⁾。家族・友人のサポートと就労意欲は関連があるとの報告があるように¹⁹⁾、本研究からもその重要性が示唆された。本事例は、同病者からのサポートを患者会から得ており、患者会の重要性にも注目する必要がある。

就労を支える保障としては、「公的経済保障としての社会保障の選択をしたが、治療内容に対応していない公的保障である」「仕事継続の公的保障は、就労継続が制限される公的制度であり、仕事と治療の両立の困難さがある」であった。乳がんの治療はホルモン療法が選択される場合も多く、治療が長期に渡る場合もある。そのような治療にも対応できる多様な社会保障の整備が必要である。

3. 治療終了後の就労

「がんの経験知により、肯定的に受け止めた現実から、健康体としての自分の取り戻し、自分像の誇示ができる」の理論記述は、がんの経験知により内面の変化があったことを表わしている。がんの経験は、「死への恐怖による気力低下が心に余裕が無い状態を起し、心のわだかまりが存在をゆるがす不安となる」であり、「危機」の状況であったと言える。「危機」は、破局的な意味合いで用いられることが多いが、決定的転換の時期とい

う意味があり²³⁾、危機が内面に変化をもたらしたと考えられる。乳がんを経験することによる内面の変化は、価値観の変化とも共通する部分があり、病の経験により養われた自己成長であると福島も述べている²⁴⁾。本研究においても成長した自分を自覚し、「自分像の誇示」に至っている。

その自己の肯定的評価という感覚は、「自己の肯定的評価は、挑戦への原動力となり、自分らしい人生への希望、自分らしい生き方の選択、自信をもった人生への展望につながる」と、次の展開をもたらすこととなる。がん患者が、厳しい状況を自分の現実として受け入れ、自分のありようや新たな可能性を見出し、それを目指して現在に価値を置いて生きていくことを、矢ヶ崎らは“安定した自分へ統合していく体験”としており¹¹⁾、本研究においてもその体験を得たことが示された。

がんを体験した後の仕事への向かい方は、「仕事に活かすがん経験者としての寄り添い、仕事に対しての謙虚な姿勢をもち、他人の人生に寄り添う仕事への喜びとなる」となっている。謙虚な姿勢が、就労のもつ意味をさらに価値のあるものとしており、罹患してもなお就労を継続することの意味は大きい。

このような就労に対する認識の変化には家族や同病者の支援が重要であった。家族の支援として、「独立への準備、個人事業への挑戦となり、家族による就労支援が行われ、家族の絆の再認識をする」があり、同病者の支援として、「同病者の友人、自分にとって価値のある友人は、心の安定を促す言語的励まし、生きる意欲への励ましをくれる」があった。ここでの友人は患者会で出会った友人であり、継続的なサポートを得ることができていた。女性は他者とともに「いる」ことによって、自分の存在を確かなものとする²⁵⁾、とあるように、女性の乳がん患者にとって、患者会がその役割を果たしていたと思われる。

尾沼らは、患者が経験する価値観の変化を意味のあるものにするには、患者自身の強さに加えて、価値観の変化によって生じる内面や行動での変化を重要他者が理解して支えることが不可欠であると述べており¹⁰⁾、同様に、就労を継続するだけでなく自分にとっての就労の意味を見出すことにおいても、重要他者の理解と支えは重要であると考えられる。

治療終了後の就労に対して、医療者の支援に関する理論記述はなかった。本事例は、問題への対処能力が高く、発病時より就労意欲をもち、家族

や同病者より支援を得ることでその意欲を維持することができていた。福島らは、自らの問題への対処能力が高いこれらの人々は、医療者にとって手がかからない患者であり、その経験が注目されることは少ない。問題なく経過しているように見える患者の経験にこそ、そうでない人々の支援に活用できる手がかりがあると考えられ、医療者はこれまで以上にこのような患者に注目する必要があると述べている²⁴⁾。問題なく経過しているように見える患者も就労に関して様々な問題を抱え、それを乗り越え、就労に対する認識として新たな就労への価値を見出していた。

研究の限界と課題

本研究は、一事例の報告であるため、一般化に限界がある。今後は、対象者数を増やし、就労とともにある乳がん患者に共通する困難や支援、就労に対する認識について調査することが望まれる。

結 論

がん治療と就労の両立は様々な困難が伴う。本事例の女性は「就労への遂行責任」の重圧の中、同病者の友人、家族より支援を得ていた。本事例では、就労しつつ治療を終えた後、自己の肯定的評価が「自分らしい生き方への挑戦」という新たな展開に繋がり、このことが「他人の人生に寄り添う仕事への喜び」として、がん罹患の経験が就労の価値を確固たるものとしていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきましたすべての皆様に心より御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究は、フランスベッド・メディカホームケア研究・助成財団の研究助成を受けた。

文 献

- 1) 厚生労働省：第3回がんとの共生のあり方に関する検討会（議事録）. がんとの共生のあり方に関する検討会, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09096.html], 厚生労働省, 9. 27. 2023
- 2) 国立がんセンターがん情報サービス：がん種別統計情報 乳房, [オンライン, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/14_breast.html#anchor1], 国立がんセンターがん

- 情報サービス, 9. 27. 2023
- 3) 厚生労働省: 第2 重点的に取り組むべき課題, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf], がん対策推進基本計画, 9. 27. 2023
 - 4) 厚生労働省: 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html>], 厚生労働省, 9. 27. 2023
 - 5) 東京都福祉保健局: がん患者の就労等に関する実態調査の結果, 東京都福祉保健局, [オンライン, https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku], 2. 20. 2025
 - 6) 杉村和美: 第3章現代女性の青年期から中年期までのアイデンティティ発達, 岡本祐子編, 女性の生涯発達とアイデンティティ—個としての発達・かわりの中での成熟—, 北大路書房, 55-81, 京都, 1999
 - 7) 近藤浩子, 青木菫子: 離職経験を有する女性がん患者の就労に対する捉え方, 日本がん看護学会誌, 32, 23-28, 2018
 - 8) 木全明子, 落合良太, 松岡志帆, 他: 婦人科がんサバイバーの就労に影響を及ぼす要因, 日本がん看護学会誌, 35, 261-272, 2021
 - 9) 元井好美, 掛橋千賀子: 外来化学療法を受ける初発乳がん患者の就労上の困難と対処, 日本がん看護学会誌, 32, 137-147, 2018
 - 10) 尾沼奈緒美, 佐藤禮子, 井上智子: 乳がん患者の自己概念の変化に即した看護援助, 日本看護科学会誌, 19(2), 59-67, 1999
 - 11) 矢ヶ崎香, 小松浩子: 外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験, 日本がん看護学会誌, 21(1), 57-65, 2007
 - 12) 大谷尚: 質的研究の考え方—研究方法論からSCATによる分析まで—, 名古屋大学出版会, 170-277, 名古屋, 2019
 - 13) Kenneth D, Miller MD: 第1部総論, 勝俣範之監訳, がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす—, 医学書院, 2-6, 東京, 2012
 - 14) 高取朋美, 秋元典子: 手術を受けた初発乳がん患者のresilience (レジリエンス) を支える要因, 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 65-74, 2013
 - 15) 野川道子, 西光代, 高木由希, 他: 初発乳がん患者の不確かさの認知と適応、QOLとの関係—共分散構造分析による検討—, 日本がん看護学会誌, 34, 94-103, 2020
 - 16) 佐藤三穂, 吉田恵, 前田美樹, 他: がん患者が外来化学療法を受けながら仕事を継続するうえでの困難と取り組み、およびそれらの関連要因, 日本がん看護学会誌, 27(3), 77-84, 2013
 - 17) 富田真紀子, 高橋都, 多賀谷信美, 他: 乳がん患者の診断後の就労変化とその関連要因, 乳癌の臨床, 32(6), 519-529, 2017
 - 18) 小林成光, 長坂育代, 増島麻里子: 就労世代のがん患者のがん罹患後から離職に至るまでの体験の過程, 日本がん看護学会誌, 35, 10-19, 2021
 - 19) 小塩佳奈, 水上勝義: がん就労者のストレスと就労意向の関連の検討, 産業ストレス研究, 25(2), 249-256, 2018
 - 20) 新田純子, 下平唯子, 矢野和美: がん相談に従事する看護師の就労支援の困難の内容分析, 日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要, 23, 1-11, 2018
 - 21) 遠藤源樹: 治療と就労の両立支援ガイダンス, 労務行政, 18-31, 東京, 2020
 - 22) 北添可奈子, 藤田佐和: 外来化学療法を受けるがん患者の“前に向かう力”, 日本がん看護学会誌, 22(2), 4-13, 2008
 - 23) 岡本祐子: 第2章成人期のアイデンティティの危機と発達, 岡本祐子編, アイデンティティ生涯発達論の射程, ミネルヴァ書房, 58-72, 京都, 2002
 - 24) 福島直子, 尾島喜代美, 中野博子: 乳がん経験者が心身ともによりよく生きるプロセスに関する研究—Antonovskyの健康生成論の視点から—, 心身健康科学, 9(2), 103-111, 2013
 - 25) 杉村芳美: 人間にとって労働とは, 橋本俊詔編, 働くことの意味, ミネルヴァ書房, 30-35, 京都, 2009

研究報告

高齢者の意思決定支援における 看護師の困難に関する文献レビュー

Nurses' Difficulties in decision-making support of Older Adults
: A Literature Review

村田 美穂¹⁾, 四谷 淳子²⁾, 青木 未来²⁾

Miho Murata¹⁾, Jyunko Yotsuya²⁾, Miku Aoki²⁾

¹⁾ 福井大学医学部附属病院, ²⁾ 福井大学学術研究院医学系部門看護学領域

¹⁾ University of Fukui Hospital

²⁾ Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

キーワード

高齢者, 意思決定支援, 看護師, 困難, 文献レビュー

Key words

older adults, decision-making, nurse, difficulties, literature review

要 旨

目的：文献レビューにより、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難についての知見を整理する。

方法：医学中央雑誌web版を用いて文献レビューを実施した。

結果：文献検索の結果、247文献が検索され、最終的に12文献が採用された。投稿年は、2003～2021年で2018年以降増えており、質的研究が大半を占めていた。日本の高齢者の意思決定支援において、看護師が困難を感じる事柄は、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9カテゴリーと26サブカテゴリーに整理された。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄は、多岐にわたっていた。

連絡先：村田 美穂

福井大学医学部附属病院

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

はじめに

2022年の日本人の平均寿命は、女性87.09歳、男性81.05歳であった¹⁾。一方で、「平均寿命から日常的・継続的な医療・介護に依存して生きる期間を除いた期間」である健康寿命は、女性が75.38年、男性が72.68年となっており²⁾、男女ともに10年前後の期間、医療・介護に依存して生き、死を迎えることになる。様々な高度医療が提供される現在、本人・家族の医療や生活に関する価値観も多様化している。その中で、最期まで自分らしく生きるためには、本人による意思決定に基づき、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが重要である³⁾。

本人の意思を尊重した意思決定支援のためのガイドラインや概念、方法として、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン³⁾や認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン⁴⁾、高齢者ケアの意思決定支援プロセスに関するガイドライン人工水分・栄養補給の導入を中心として⁵⁾、Advance Care Planning (以下ACP)⁶⁾、ACP推進に関する提言⁷⁾、Advance Directive⁸⁾、Living Will⁹⁾、医療者と患者間における「情報共有-合意モデル」¹⁰⁾等が提言されている。令和4年度診療報酬改定¹¹⁾では、全ての在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準の要件に、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることが追加された。

看護師は、対象者を医療と生活の両面から捉え、関わることができる存在であり、高齢者の意思決定を支援する役割を担う重要性は高い。日本看護協会は、看護師が効果的に高齢者の意思決定支援を行うために、『高齢者に特有な心身の状態への配慮』、『高齢者の意思表出への支援』、『高齢者の意思の確認』、および『高齢者の意思決定に影響を与える家族の存在への配慮』が重要であると示している¹²⁾。

しかし、高齢者の意思決定支援は、本人の理解不足や判断能力の低下、家族が代理で意思決定する際の家族の迷いや負担感等により、困難なケースが多い。古瀬ら¹³⁾は、訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のACPの問題について、利用者自身による意思決定が困難、利用者や家族が「いずれ訪れる死」を見据えられない、家族の意向が優先される、訪問看護師が意思決定に自信を持って関

わることができない等を報告している。大桃ら¹⁴⁾は、ACPの障壁となる要因について、信頼関係が築けない、意向がわかりづらい、療養者の意識レベルがクリアでないこと等を、高橋ら¹⁵⁾は、訪問看護師が在宅療養高齢者の終末期医療における事前の意思把握が困難と感じる内容について、意思表示が困難である、意思を示す習慣がない、家族の意思の影響が大きい、医師の対応による影響が大きい、時間が必要であること等を報告している。このように、高齢者の意思決定支援において看護師は様々な困難を感じていることがわかる。また、日本には、治療方針は医療者に「お任せします」というパターンリズムやインフォームドコンセント (informed consent、以下IC) は家族中心になされる家族中心主義、医療者の死に対する姿勢が消極的である等の風潮がある¹⁶⁾ため、我が国特有の困難が生じている可能性もある。

これまで、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難について、個別的、または、限定的な報告はされているが、複数の知見を整理した結果は示されていない。よって、本研究では、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難について、先行研究の知見を整理することとした。それにより、先行研究で示された様々な困難の内容を参考に、現場で生じている困難を具体的に把握でき、それらを軽減するための対応を検討しやすくすると考える。

用語の定義

困難：ものごとをなしとげたり実行したりすることがむずかしいこと¹⁷⁾。

方 法

1. 文献検索と文献の選定過程

文献データベースは、医学中央雑誌Web版を用いた。検索日は、2021年10月30日である。論文種類を原著論文として、検索式を「意思決定or ACPor アドバンス・ケア・プランニングor 意思把握or 意思表示or自己決定」AND「看護師or看護婦」AND「高齢者or老人」AND「困難or苦悩or悩みor問題or課題or苦勞or葛藤or障壁or阻害or認識」として絞り込みをした。日本ではACPと意思決定支援が明確には区別されておらず、本研究では両者を同類として捉えた。なぜなら、ACPは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことであり、意思決定を支援するプロセス

と考えられたためである。

まず、第1研究者がタイトルと要旨から、1) 意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄についての記載がある、2) 高齢者に関連している、3) 対象場所が日本である、を基準として文献を選定した。次に、全文を読み込み、意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄を具体的に把握して整理するために、困難を感じる事柄の「具体的な」記載がある、を選定基準として、第1研究者と老年看護学に精通した第2研究者が独立して、文献を選定した。意見が割れた場合は、老年看護学に精通した第3研究者を交えて決定した。除外文献は、選択基準に該当しないもの及び総説とした(図1)。

2. 抽出したデータの内容

1) 著者、2) 発行年、3) 研究デザイン、4) 研究場所、5) 目的、6) 対象者とサンプルサイズ、7) 調査方法、8) 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄、の項目に沿って、第1・第2・第3研究者が同時並行でデータを抽出した。研究者間で齟齬があった場合は、第1・第2・第3研究者全員で、選定基準に基づき討議して決定した。

3. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄の整理

採用された12文献について、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄を次のように整理した。まず、第1研究者が、文献を繰り返し精読し、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄に関するテキストデータについて、その意味内容を損なわないように一文で表すことによってコード化した。質的帰納的研究のテキストデータは、看護師が困難を感じる事柄の「具体的な」内容を抽出するため、サブカテゴリーを中心に抽出しつつ、サブカテゴリーの抽象度が高い場合はコードから抽出し、カテゴリー自体が具体的である場合はカテゴリーから抽出した。量的研究に関しては、土肥ら¹⁸⁾のデータについては、意思決定支援における困難感が「ある・ややある」の割合が8割以上の項目を選択した。川上¹⁹⁾のデータについては、倫理的意決定における価値の対立や倫理的に不確かな状況について、「-2:まったくそう思わない~2:とてもそう思う」のリッカート尺度による5段階評価の平均が1以上の項目を選択した。それらを、各内容の相違性、共通性に基づきグループ化し、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析の妥当性を

確保するため、上記過程においてコード、サブカテゴリー、カテゴリーの生成について整合性があるか、第2・第3研究者で確認した。

倫理的配慮

本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した(倫理審査番号:20210043)。また、分析対象の文献の内容を理解し、著者の意図を汲み、意味の歪曲がないように用いた。

結 果

1. 文献検索の結果、247文献が抽出され、最終的に12文献^{13-15) 18-26)}が採用された(表1)。質的研究(質的帰納的研究)が10編、量的研究(調査研究:横断研究)が2編であった。2003年~2021年に投稿されたものが対象となり、そのうち10編が2012年以降で、6編が2018年以降に投稿されていた。訪問看護事業所で行われたものが5編、病院が3編、介護療養型医療施設が1編、訪問看護事業所、病院、高齢者施設、居宅介護支援事業所など複数施設で行われたものが3編であった。調査方法は、面接調査6編、自記式質問紙調査5編、面接と自記式質問紙調査の混合が1編であった。意思決定支援の対象となった高齢者の特徴として、入院している高齢者、高齢心不全患者、高齢がん患者、在宅療養高齢者、独居高齢者、認知症高齢者、終末期にある高齢者等が含まれていた。ACPについては、2018年以降の文献で記載があった。

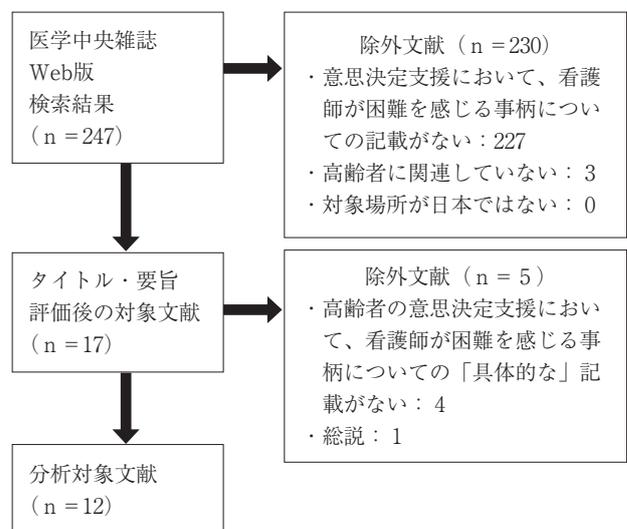


表 1-1 対象文献の要約表

著者 (出版年)	研究 デザイン	場所	目的	対象者 (母集団およびサン プルサイズ：n)	調査方法	高齢者への意思決定支援において 看護師が困難を感じる事柄
宇佐美 利佳 (2021)	質的研究	病院	人生の終末期を生きる高齢者が自分らしく過ごすための支援の課題を明確にし、そのための継続的支援の指針を現場で考案する。そして支援の課題の特質や支援指針の意義を検討する。	入退院を繰り返す高齢外来患者：5名 病棟看護師：32名 外来看護師：4名 地域連携室スタッフ：3名 老人看護専門看護師等：4名	半構造化 面接調査 自記式 質問紙調査	高齢患者の意思表示が難しい場合の代理意思決定が本人の本心かわからない／意向を確認できる高齢者が少ない／意向を確認できない／意思表示できない高齢患者や意思疎通が難しい高齢患者の意向確認が難しい／高齢患者の意向ではなく家族の意向が優先される／家族の自己満足になっていることが多い／高齢患者と家族または家族間の意向が異なっていることがある／医師の病状説明の仕方で変わる／患者の状態や希望する生活の場の状況によって、今後の生活の場の検討が困難となることある／具体的にどのタイミングでどのように聴けばよいか難しく感じる／限られた時間の中で高齢患者の意向を把握しきれない／家族が高齢患者の終末を十分に受け入れて考えることができていない時がある
土肥真奈 (2020)	量的研究	病院	病棟看護師の高齢心不全患者へのアドバンスケアプランニングの捉え方と役割への認識・方法を調査し、課題への取り組みを検討する	急性期病院4施設の循環器病棟、ハイケアユニットに勤務する看護師287名 n=166	自記式 質問紙調査	病状・治療に関する患者の理解不足／病状・治療に関する家族の理解不足／予後・経過予測の難しさ／病状経過や治療の見通しについての自身の知識・技術不足や患者への指導不足／患者本人と家族の治療方針についての思いの相違／主治医と看護師間の情報共有不足／看護師が患者の意思について確認する場面の不足／看護師が患者の病識について確認する場面の不足
古瀬 みどり (2020)	質的研究	訪問看護 事業所	在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題を訪問看護師の視点から明らかにする	全国の訪問看護事業所1100件に勤務する訪問看護経験5年以上の看護師 n=177	自記式 質問紙調査	利用者自身で決めることができない／利用者の気質や性格が影響する／利用者の理解・認識に問題がある／利用者の意思を理解しようとする人がいない／家族が疾患や今後に関する説明の理解が困難／家族が「いずれ訪れる死」について想定していない／利用者や家族が死にタブーなイメージを持っており受け入れられない／利用者や家族が最期を見据えられない／今後に対する家族と本人の希望が異なる／家族の意思が揺らぐ／家族の事情や意見が優先される／病状悪化や急変時の介入が困難／余命・予後予測が困難／話し合いのきっかけやタイミングを図るのが困難／意思決定支援に十分な時間が取れない／支援者側の力量不足／医師から利用者・家族への説明が不十分／医師からの説明が不十分で訪問看護が介入できない／在宅ケアサービス提供者が多職種間及び利用者や家族と情報を共有していない
大桃美穂 (2018)	質的研究	訪問看護 事業所	在宅看取りを視野に入れた「独居高齢者一訪問看護師間」のコミュニケーションとケアがいつどのようになされるのが療養者の望む生き方の実現と結びつきやすいのか、援助の分析を通してACPの促進要因と障壁を明らかにする	以下の条件を全て満たす看護師26名 1. 訪問看護を3年以上実践した 2. 在宅看取りを実施している訪問看護ステーションに在籍している、または2016年まで在籍していた 3. 独居高齢者の主担当になり実際にケア計画を立て、実践した経験がある	半構造化 面接調査	信頼関係が築けない／意向がわかりづらい／療養者の意向と医療者の判断に相違がある／不安が解消されない／療養者の意識レベルがクリアでない／療養者の価値観と在宅支援方法の対立がある
木島輝美 (2018)	質的研究	特定機能 病院	特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題を明らかにする	特定機能病院に勤務する看護師24名	半構成的 面接調査	本人にとって最善の意思決定ができるのは誰なのかかわからない／本人よりも家族の要望により治療が進むことへの危惧／本人の意思が不明確のまま積極的な治療が進められることへの疑問／家族と医療者で治療後のイメージのすり合わせができていない／治療によるQOL低下を危惧していても打開策がみつからないジレンマ／看護師として意思決定の調整役割を十分に果たせていない

表 1-2 対象文献の要約表

著者 (出版年)	研究 デザイン	場所	目的	対象者 (母集団およびサン プルサイズ：n)	調査方法	高齢者への意思決定支援において 看護師が困難を感じる事柄
興石恵 (2018)	質的研究	療養病棟、居宅介護支援事業所、包括支援センター	本人の意思・生活歴・価値観を聞く ACPシートを用い、看護師・ケアマネの意思決定支援への認識の変化を明らかにする	看護師 8 名 ケアマネージャー 4 名	半構成的面接調査	最期話題の抵抗感がある／時間を要する
高橋方子 (2016)	質的研究	訪問看護事業所	訪問看護師の在宅療養高齢者の終末期医療の意思に関する認識から、事前の意思表示の現状と課題を検討する	訪問看護師756名 n=107	自記式質問紙調査	判断力が低下している（認知症、脳卒中等）／意思表示が困難である／意思を示す習慣がない／意思がはっきりしない／意思は変化する／本人と家族の意思が異なる／家族の意思の影響が大きい／医師の対応による影響が大きい／信頼関係がある／時間が必要である／安易に開ける内容ではない／意思を把握するタイミングが難しい
川上理子 (2014)	量的研究	訪問看護事業所	高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意決定のプロセスにおいて、価値の対立や倫理的に不確かな状況とはどのようなものか明らかにする	高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護師1018名 n=698	自記式質問紙調査	療養者と家族の希望が異なっている／看護師の勧めたいことと療養者の希望が異なっている／看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている／療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある／在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある
佐伯恭子 (2014)	質的研究	急性期病院、老人保健施設	高齢者へのAHNの検討に関する現状についての看護師の認識を明らかにし、AHNの検討に関する意思決定プロセスにおける看護師の役割について検討する	AHNが検討される高齢者とその家族と関わった経験のある看護師 7 名	面接調査	看護師の発言の家族の選択への影響に対する憂慮
森一恵 (2012)	質的研究	一般病院、訪問看護ステーション、介護保険施設等	高齢がん患者に看護師が行う終末期の意思決定の支援の実際と課題について明らかにする	がんに対する積極的な治療から緩和ケア中心の治療に方針を転換した高齢がん患者のいる施設で経験年数が3年以上ある看護師15名	半構成的面接調査	認知症により患者の認識・意思の確認ができない／家族の緩和ケアに対する同意が得られにくい／医師によってギアチェンジについての説明が様々である／看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない／代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない
麻原きよみ (2003)	質的研究	訪問看護事業所	介護保険実施後の介護サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題を明らかにする	介護保険実施後の実務経験を有する訪問看護および訪問介護ステーション等に勤務する訪問看護師18名	自記式質問紙調査	高齢者の能力不足
坂田直美 (2003)	質的研究	介護療養型医療施設	看護管理者が捉えている介護療養型医療施設における高齢者終末期ケアの現状と課題を明らかにする	介護療養型医療施設の看護管理者20名	半構成型質問紙による面接調査	終末期に入ってからの家族との話し合いでは家族の適切な判断は望めない／積極的な医療の対象になるケースでも家族の拒否にあえば医療が行えない／入院時点から自分で意思決定できない患者が多く家族が意思決定をしなければならぬ／疎遠な家族ほど必要以上に医療を求める傾向がありケアする側と家族の思いがすれ違うことがある／本人や家族の意思が医師の方針で妨げられる／医師との見解の相違によって対立することがある／終末期にも積極的な治療を望む医師が多い／本人の希望を家族に伝えるタイミングや伝え方が難しい

AHN : artificial hydration and nutrition

2. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄 (表2)

12の文献から抽出された、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄をコードとして、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9のカテゴリーと、26のサブカテゴリーが生成された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕で示す。

【本人・家族の意思決定能力の不足】は、〔本人の身体・認知機能や意識レベルの低下等がある〕、〔本人の理解力が不足している〕、〔家族の理解力が不足している〕で構成された。【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】は、〔本人が意思を示す習慣がない〕、〔本人の気質や性格、信念が影響する〕、〔意思がはっきりしない〕〔本人の不安が解消されない〕〔本人・家族が死を見据えられない〕で構成された。【家族の意思優先】は、〔本人よりも家族の意思が優先される〕で構成された。

【意思の相違】は、〔本人と家族の意思が異なる〕、〔家族間の意思が異なる〕、〔本人・家族の意向と医療者の意向に相違がある〕で構成された。【連携不足】は、〔多職種間の意思決定支援における連携が不十分である〕で構成された。【医師の影響の強さ】は、〔医師から本人・家族への説明が不十分である〕、〔医師の考え方や対応に影響を受ける〕で構成された。【時間不足】は、〔意思決定支援のための時間を確保できない〕で構成された。

【意思決定支援のスキル不足】は、〔信頼関係を構築できない〕、〔調整役割を果たせない〕、〔意思決定支援のタイミングが計りにくい〕、〔本人や家族の意思を擁護できない〕、〔代理意思決定を支援できない〕、〔本人・家族の意思の変化〕〔本人の希望が現実的または最善なのかわからない〕〔治療によるQOL低下に対応できない〕で構成された。

【看護師の認識・力量の差】は、〔意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある〕、〔看護師によって意思決定支援の力量に差がある〕で構成された。

考 察

1. 対象文献の概要

12編中10編が質的研究 (質的帰納的研究) で、そのうち面接によるものが6編、自記式質問紙によるものが3編、両方用いているものが1編であ

った。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄について、より具体的、かつ、幅広く明らかにするためには、質的研究 (質的帰納的研究)、なかでも、面接による方法を選択する割合が高いと考えられた。2003年~2021年に投稿されたものが対象となり、そのうち10編が2012年以降で、特に、2018年以降増えていた。2016年に日本看護協会が公表した看護師のクリニカルラダー²⁷⁾には、看護実践能力の4つの力の1つに、「意思決定を支える力」が位置づけられ、看護における意思決定支援の重要性が示された。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」³⁾が提示され、国をあげてACPをはじめとする意思決定支援が推進されてきている。そのような背景のもと、看護師が意思決定支援に関わる機会が増え、高齢者の意思決定支援における看護師の困難についても注視されるようになったと考えられる。研究実施場所としては、訪問看護事業所や病院、介護療養型医療施設、高齢者施設、居宅介護支援事業所等があり、多様な場で意思決定支援が行われていることが示唆された。

2. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄として、主に本人・家族が要因となる、

【本人・家族の意思決定能力の不足】、【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】、【家族の意思優先】、医療者が要因となる、【連携不足】、【医師の影響の強さ】、【時間不足】、【意思決定支援のスキル不足】、【看護師の認識・力量の差】、そして、【意思の相違】のカテゴリーが生成され、看護師は様々な困難を感じていると考えられた。

日本には、治療方針は医療者に「お任せします」というパターンリズムやICは家族中心になされる家族中心主義、医療者の死に対する姿勢が消極的である等の風潮がある¹⁶⁾。一方、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン³⁾や認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン⁴⁾、ACP推進に関する提言⁶⁾等には、本人の意思が尊重されるように関わることの重要性が述べられている。つまり、看護師は、前述したような日本特有の風潮が残る中で、本人の意思を尊重することを重んじて意思決定を支援する必要がある。そのため、【家族の意思優先】の〔本人よりも家族の意思が優先される〕や【医師の影響の強さ】の〔医師の考え

表 2-1 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
本人・家族の意思決定能力の不足	本人の身体・認知機能や意識レベルの低下等がある	認知症のレベルによっては患者の意思確認ができない場合がある／意思表示できない高齢患者や意思疎通が難しい高齢患者の意向確認が難しい／意思表示が困難である／意向を確認できない／意向を確認できる高齢者が少ない／認知症や脳卒中中等により判断力が低下している／耳が聞こえていない／認知症の人は理解が難しい
	本人の理解力が不足している	病状・治療に関する患者の理解不足／介護保険制度について理解が困難／病状や今後についての理解が難しい
	家族の理解力が不足している	家族が、疾患や今後に関する説明の理解が困難／病状・治療に関する家族の理解不足
本人・家族の意思表明への消極的姿勢	本人が意思を示す習慣がない	判断は家族にゆだねられる、日頃から自分の意思を伝えない等、意思を示す習慣がない／医療者任せの利用者が多く自分で決めることに慣れていない、利用者の多くはライフサイクルでの自己決定プラン等を考えたことがない等、利用者自身で決めることができない／高齢がん患者はギアチェンジだけでなく治療の意思決定にも積極的ではない／もしもの時にどんな治療を受けたいかは深く考えていない
	本人の気質や性格、信念が影響する	先のことは決めないという療養者の信念により明確な意思の表出がない／弱みを見せたくないという昭和の気質等、利用者の気質や性格が影響する
	意思がはっきりしない	自分の意思をはっきり伝えない／自分の本当の気持ちを伝えない
	本人の不安が解消されない	援助が欲しいときに即時対応されなかった経験がある、心身機能低下時に夜間独りで過ごすことへの不安がある等、不安が解消されない
	本人・家族が死を見据えられない	「その時になったら」と先のことまで考えていない等、家族が「いずれ訪れる死」について想定していない／死ぬ時のことを考えるのは縁起が悪いと嫌がる、「その時にならないとわからない」と話が進まない、本人・家族とも死生観をもっていない等、本人・家族が死にタブーなイメージを持っており受け入れられない／利用者や家族が最期を見据えられない／家族が高齢患者の終末を十分に受け入れて考えることができている時がある／家族がギアチェンジを受け入れられないことがある
家族の意思優先	高齢患者の意向ではなく家族の意向が優先される／家族が判断するのが現状である、家族があつてこそその本人である等、家族の意思の影響が大きい／家族の自己満足になっていることが多い／本人が在宅を希望しても介護力がないため叶わない、介護する家族の生活スタイルが優先される等、家族の事情や意見が優先される／本人よりも家族の要望により治療が進むことへの危惧／積極的な医療の対象になるケースでも、家族の拒否にあえば医療が行えない	
意思の相違	本人と家族の意思が異なる	高齢患者と家族の意向が異なっていることがある／本人と家族の意見が異なる／療養者と家族の希望が異なっている／今後に対する家族と本人の希望が異なる／患者本人と家族の治療方針についての思いの相違
	家族間の意思が異なる	家族間の意向が異なっていることがある／ほとんど来ない血縁者が、認知症患者と非血縁者の意思決定支援者の意思決定を覆す
	本人・家族の意向と医療者の意向に相違がある	効果の少ない治療の継続希望をどこまで尊重するべきか医療者側に葛藤がある、療養者が苦痛のある方法を選択しようとするときに医療者側に葛藤が生じる等、療養者の意向と医療者の判断に相違がある／疎遠な家族ほど必要以上に医療を求める傾向があり、ケアする側と家族の思いがすれ違うことがある／他人に生活をゆだねることを受け入れられないという療養者の価値観、療養者からの度を越したサービスの要求がある等、療養者の価値観と在宅支援方法の対立がある／家族と医療者で治療後のイメージのすり合わせができていない
連携不足	多職種間の意思決定支援における連携が不十分である	主治医と看護師間の情報共有不足／在宅ケアサービス提供者が多職種間及び利用者や家族と情報を共有していない

表 2-2 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医師の影響の強さ	医師から本人・家族への説明が不十分である	医師から利用者・家族への説明が不十分／医師からの説明が不十分で訪問看護が介入できない
	医師の考え方や対応に影響を受ける	主治医の説明の仕方による影響が大きい等、医師の対応による影響が大きい／本人や家族の意思が医師の方針で妨げられる／医師との見解の相違によって対立することがある／終末期にも積極的な治療を望む医師が多い／医師が勧める方針以外の話はできないという考え／医師の病状説明の仕方が変わる／医師によってギアチェンジについての説明が様々である
時間不足	意思決定支援のための時間を確保できない	介護保険で決められた時間内に話すことは難しい、ケアが多すぎてゆっくり話す機会をつくるのが難しい等、意思決定支援に十分な時間が取れない／限られた時間の中で高齢患者の意向を把握しきれない／看護師が患者の意思について確認する場面の不足／看護師が患者の病識について確認する場面の不足／高齢であると答えるまでに時間がかかるため時間を要する／時間が必要である
意思決定支援のスキル不足	信頼関係を構築できない	訪問看護師の力量不足を療養者が感じている、インフォーマルな関係性を重要視するあまり専門家の提案を受け入れない等により、信頼関係が築けない／信頼関係がないと意思把握は難しい等、信頼関係がある
	調整役割を果たせない	看護師として意思決定の調整役割を十分に果たせていない
	意思決定支援のタイミングが計りにくい	話し合いのきっかけやタイミングを図るのが困難／余命が短い療養者の本音の把握が難しい／意思を把握するタイミングが難しい／終末期に入ってから家族との話し合いでは、家族の適切な判断は望めない／病状の進行により意思決定能力が低下する、体調を崩した時には不安が増すため話にくい等、病状悪化や急変時の介入が困難／具体的にどのタイミングでどのように聴けばよいか難しく感じる
意思決定支援のスキル不足	本人や家族の意思を擁護できない	医師に患者や家族の意見を十分に伝えられない／本人の意思が不明確のまま積極的な治療が進められることへの疑問／医師の意見に対して、看護師は患者の代弁者になれない／本人の希望を家族に伝えるタイミングや伝え方が難しい
	代理意思決定を支援できない	入院時点から自分で意思決定できない患者が多く、家族が意思決定をしなければならぬ／本人にとって最善の意思決定ができるのは誰なのかかわからない／死を受け入れられない家族の葛藤と代理意思決定への苦悩や不安を把握できないことに困る／高齢患者の意思表示が難しい場合の代理意思決定が本人の本心かわからない／家族が代理意思決定を避ける／別居家族が利用者の意思を知ろうとしない／その人を一番分かっていると思われる人がいない
	本人・家族の意思の変化	状況が変化すれば気持ちが変わる、一度では決められない等、意思が変化する／日頃考えていることがいざとなると変わってしまう、不安になり急に考えが変化する等、家族の意思が揺らぐ
看護師の認識・力量の差	本人の希望が現実的または最善なのかかわからない	療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある／患者の状態や希望する生活の場の状況によって、今後の生活の場の検討が困難となることがある／認知機能低下により療養者の意識レベルがクリアでないため、療養者の行動が予測困難で独居生活を続けること自体生命に危険を及ぼしかねない
	治療によるQOL低下に対応できない	治療によるQOL低下を危惧していても打開策が見つからないジレンマ
	意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある	気分を悪くさせないでどう聞き出したらよいか苦慮している、どうすればよいか方法論を学んでいない等、安易に聞ける内容ではない／医師が勧める方針以外の話はできないという考え／病気になってからでは聞きにくい、自分の関係性が浅いのではないかとこの思いがあると聞きにくい等、最期の話題の抵抗感がある／家族の選択に影響するような話はできないという考え／自分のした発言が家族の選択に影響を与えたのではないかとこの自責の念
	看護師によって意思決定支援の力量に差がある	看護師の力量の差を埋めていくのが困難／皆が同じ力量をもつことが課題

方や対応に影響を受ける)、【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】の〔本人が意思を示す習慣がない〕、【看護師の認識・力量の差】の〔意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある〕等の我が国特有の困難も生じていると考えられた。

【意思決定支援のスキル不足】の〔信頼関係を構築できない〕、〔調整役割を果たせない〕、〔意思決定支援のタイミングが計りにくい〕、〔本人や家族の意思を擁護できない〕、〔代理意思決定を支援できない〕等や、【時間不足】の〔意思決定支援のための時間を確保できない〕について、看護師は、意思決定支援のスキルそのものや時間の確保にも困難を感じていることがわかった。意思決定支援は、本人の病態や心身機能、家族も含めた生活背景等を総合的に理解したうえで、ガイドライン等に基づく意思決定支援スキルを活用して行う必要がある。また、本人・家族・医療者が十分に対話する必要があり、時間を要する。医療の高度化や対象の多様化、医療従事者の働き方改革等が推進される中で、より個別性に応じた関わりを、限られた人材で行う必要があり、このような困難が生じていると考えられる。

〔多職種間の意思決定支援における連携が不十分である〕から成る【連携不足】について、現在、高齢者の住まいは、自宅、サービス付き高齢者住宅、グループホーム、特別養護老人ホーム等と多岐にわたり、かかりつけ医をもちながら、必要時、急性期や回復期、療養型病院等に入院することになる。そのため、意思決定支援に多職種や複数施設が関わり、本人・家族の意思や支援の状況について伝達・共有していく必要があり、その環境下で、多職種間の連携不足が困難として生じていると考えられる。

3. 高齢者の意思決定支援における看護師の困難を軽減するために

まず、元々の気質や性格、信念が影響する、意思がはっきりしない等の【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】への対応について述べる。本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、本人の意向そのものではないことも多い。そのため、医療・ケア従事者は、本人が言語化した「背景」に思いを致すことも大切である⁶⁾。本人・家族の真意が把握できるような関係性の構築や対話スキルとともに、日本の文化的背景や本人の習慣や気質・性格、信念、死生観等を理解した上で、意思表示を支援することが必要である。一方、意思決定の重要性について、国民へのより一

層の啓発も必要と考える。

次に、【家族の意思優先】について、高齢者の暮らしは、家族の力（家族構成、情緒的絆、健康度等）、近隣者との関係、友人・知人の存在、経済力、住居環境、居住地域がもつしきたりや社会資源に左右されやすい。また、医療の場では、高齢者本人よりも先に家族の同意を得て治療や療養上の決定をすることが常態化している²⁸⁾。高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである⁶⁾。よって、日本の文化的背景を理解したうえで、家族の意向が優先される状況を判断したら、アセスメントしたことや看護職自身の意見を伝え、家族の反応に臆せず話し合う²⁸⁾等、本人の意思を尊重した支援が重要と考える。

3つ目に、【意思決定支援のスキル不足】の〔意思決定支援のタイミングを図る〕について、ACP推進に関する提言⁶⁾では、ACPを開始する時期について、「通院あるいは入院にて医療を受けている本人はその医療機関においてACPを開始することが望ましい。また、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までにはACPを開始することが望ましい。すでに介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちにACPを開始すべきである。すでに意思表示が困難な状態となっている場合であってもACPの開始を考慮すべきである。近い将来には要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期からACPを開始することが推奨される。」と記されている。今回、意思決定支援のタイミングを図ることが困難な理由に、「終末期」や「余命が短い」場合が含まれていた。高橋ら¹⁵⁾は、終末期医療に対する意思を事前に文書や口頭で伝えていた在宅療養高齢者は、治療方針、臨終場所、医療処置の内容、代理判断者について極めて少ない状況であったと報告している。あらかじめ早い段階から対話を開始すれば、患者の意思が尊重され、患者・家族の満足度が高まり、遺族の心の負担も軽減されることが明らかになっているが、現状は差し迫った状況の支援に追われている²⁹⁾。少しでも早くACPを開始していくことで、困難が軽減されると考える。

このように、看護師の困難を軽減するための対応の多くは、既存のガイドラインや文献等に記載されている。よって、個々の看護師が、ガイドライン等を活用して実践を繰り返すことや、他者の

関わりを見学すること、複数または多職種で協働して取り組むこと等により、意思決定支援のスキルが向上すると考える。

一方、意思決定支援のための時間の確保が必要であるが、病院では、治療に伴うケアやリハビリテーション、日常生活の援助等が優先される。また、訪問看護等では、限られた時間で必要なケアを提供する必要がある。宇佐美²⁰⁾は、時間を捻出するには支援の意味の認識が必要と述べている。よって、各組織が意思決定支援の重要性、特に機能低下を伴う高齢者ではコミュニケーションに時間を要すること等を共通認識し、その時間を確保するための管理的な対策が必要と考えられる。また、国民一人ひとりが主体的な意思決定の必要性を認識し、日頃から自身の今後の医療や生活等について考える機会が増えれば、意思決定支援に要する時間が短縮されると予想され、国や地域ぐるみのより一層のACP等の推進活動も重要と考える。

結 論

日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難に関する文献は、2018年以降増えており、質的研究が大半を占めていた。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄は、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9カテゴリーと26サブカテゴリーに整理され、様々な困難を感じていることがわかった。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 厚生労働省：令和4年簡易生命表の概況 2022, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life22/dl/life22-14.pdf>], 厚生労働省, 1. 19. 2024
- 2) 内閣府：令和5年版高齢社会白書（全体版）第1章高齢化の状況第2節, 2健康・福祉, [オンライン, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/sl_2_2.html], 内閣府, 1. 19. 2024
- 3) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, [オ

ンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025

- 4) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025
- 5) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定支援プロセスに関するガイドライン 人工水分・栄養補給の導入を中心として, [オンライン, https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf], 日本老年医学会, 2. 20. 2025
- 6) 阿部泰之, 木澤義之：アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理, 長江弘子編, 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア（初版）, 日本看護協会出版会, 37-44, 東京, 2014
- 7) 日本老年医学会：ACP推進に関する提言, [オンライン, https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf], 日本老年医学会, 2. 20. 2025
- 8) 酒井明夫, 中里巧, 藤尾均, 他：生命倫理事典, 太陽出版, 6-7, 愛知, 2010
- 9) 日本尊厳死協会：リビング・ウィルとは, [オンライン, <https://songenshi-kyokai.or.jp/living-will>], 日本尊厳死協会, 2. 20. 2025
- 10) 清水哲郎：本人・家族の意思決定を支える－治療方針選択から将来に向けての心積もりまで－, 医療と社会, 25(1), 35-48, 2015
- 11) 厚生労働省：令和4年度診療報酬改定の概要, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025
- 12) 日本看護協会：意思決定支援と倫理（2）高齢者の意思決定支援, [オンライン, https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/problem/ishikettei_02.html], 日本看護協会, 2. 20. 2025
- 13) 古瀬みどり, 東海林美幸：訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題, 北日本看護学会誌, 23(1), 19-28, 2020
- 14) 大桃美穂, 鶴若麻理：アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁－独居高齢者－訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して－, 生命倫理, 28(1), 11-21, 2018

- 15) 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 他: 在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示の現状と課題, 千葉科学大学紀要, 9, 125-137, 2016
- 16) 小笠原知枝: わが国の終末期医療およびケアの現状と課題, 小笠原知枝編, エンドオブライフケア看護学-基礎と実践-(初版), ヌーヴェルヒロカワ, 5-9, 東京, 2018
- 17) 新村出: 新村出編, 広辞苑 あ-そ(第七版), 岩波書店, 1125, 東京, 2018
- 18) 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
- 19) 川上理子: 高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える「価値の対立や倫理的に不確かな状況」, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 41-51, 2014
- 20) 宇佐美利佳: 人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方の検討-高齢患者への支援の課題の明確化と支援指針の考案-, 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 73-85, 2021
- 21) 木島輝美, 長谷川真澄: 特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題, 札幌保健科学雑誌, 7, 18-24, 2018
- 22) 興石恵, 井出春恵, 相良真由美, 他: 看護師・ケアマネジャーの意思決定支援への認識の変化-アドバンス・ケア・プランニング(ACP)シートを使用して-, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 48, 163-166, 2018
- 23) 佐伯恭子, 諏訪さゆり: 高齢者への人工的水分・栄養補給法(AHN)の検討に関する現状-看護師の認識に焦点をあてて-, 生命倫理, 24(1), 197-206, 2014
- 24) 森一恵, 杉本知子: 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題, 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32, 2012
- 25) 麻原きよみ, 百瀬由美子: 介護保険サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題-訪問看護師の意識調査から-, 日本地域看護学会誌, 5(2), 90-94, 2003
- 26) 坂田直美, 原敦子, 小野幸子, 他: 介護療養型医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題, 岐阜県立看護大学紀要, 3(1), 55-61, 2003
- 27) 日本看護協会(編集): 看護実践能力の向上にむけて「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」活用ガイド, 日本看護協会出版会, 2019
- 28) 日本看護倫理学会: 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, [オンライン, https://www.jnea.net/wp-content/uploads/2022/09/guideline_songen_2015.pdf], 日本看護倫理学会, 2. 20. 2025
- 29) 西川満則, 横江由理子: -「本人の意思の3本柱」と「意思決定支援用紙」について-, 西川満則, 長江弘子, 横江由理子編, 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング(初版), 南山堂, 43, 東京, 2018

研究報告

日本における父親の育児時間に関連する 要因についての文献検討

Literature Review of Factors Related to the Childcare Time of Fathers in Japan

島田 明日華¹⁾, 桶作 梢¹⁾, 濱 耕子²⁾

Asuka Shimada¹⁾, Kozue Okesaku¹⁾, Kouko Hama²⁾

¹⁾石川県立看護大学, ²⁾大分県立看護科学大学

¹⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

²⁾ Oita University of Nursing and Health Sciences

キーワード

父親, 育児時間, 関連要因, 文献検討

Key words

father, childcare time, related factors, literature review

要 旨

目的：日本の父親の育児時間に関連する文献を包括的にレビューし、その関連要因を明らかにする。
方法：医学中央雑誌Webを用いて2010年発刊以降の原著論文に限定し検索した。文献選定の包含基準と除外基準に基づき文献を選定した。
結果：文献19件を対象とした。父親の育児時間には、育児参加得点、育児参加頻度、父親の労働時間等、配偶者の就業形態等、父親の性役割に関する認識、夫婦間の認識、父親の妊娠・出産イベントの参加の有無との関連が示された。
考察：父親の育児時間の増加には、父親の育児参加の必要性の認識、育児のための体力、時間があること、情報提供や父親役割認識の高まりと関係していると考えられる。しかし育児時間の関連の有無は文献で異なるため、父親の背景・価値観を理解したアプローチが重要であり、学生時代に教育機関で育児に関して学ぶ機会を設けることも一つの方法である。

連絡先 (Corresponding author)：濱 耕子
大分県立看護科学大学看護学部専門看護学講座母性看護学研究室
〒870-1201 大分県大分市大字廻栖野2944-9

はじめに

「ワンオペ育児」は、一人の従業員に全ての仕事をさせるワンオペレーションと家庭内の特定のメンバーが育児・家事の大半を背負っている状況が似ていることから生まれた造語である。2015年インターネット発の「ワンオペ育児」という言葉は2017年にメディアを介して広く知られるようになった¹⁾。その背景には、共働きが増えている中で女性が主に育児・家事を担うという日本特有の育児事情に対する社会的な問題意識がある。

児童数別、世帯構造別児童のいる世帯数及び平均児童数の年次推移²⁾は、児童のいる核家族世帯の構成割合は2016年で80.5%、2019年は82.5%、2022年で84.4%であり年々増加傾向にある。また、総務省統計局の「労働力調査特別調査」と「労働力調査（詳細集計）」³⁾によると2016年の共働き世帯は1,136万世帯、2019年は1,251万世帯、2022年は1,262万世帯であり、共働きの数は年々増加している。令和4年の「男女共同参画社会に関する世論調査」⁴⁾の「夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである」という考え方に対する意識は、平成4年の賛成60.1%、反対34.0%に比べて、賛成33.5%、反対64.3%と反対派が多数であるが、週全体の1日当たりの育児時間⁵⁾（月～日曜日の各結果を平均して算出したもの）は2021年時点で、男性は1時間5分で女性は3時間54分となっており、この20年で男性の育児時間は40分増加傾向にあるが、未だ女性との育児時間の差は大きい。核家族や共働きの増加があるにも関わらず男女の育児時間の差が大きいことから、母親が育児を主にしていることが考えられる。また、母親が家庭において育児を主に担い育児負担がある⁶⁾ことは明らかになっており、吉田の研究⁶⁾では妻の育児時間が長いことで妻の幸福度の平均値が低下したという結果がみられている。このように、母親が育児による負担を主に背負っていることが分かる。近年は、新型コロナウイルス感染症蔓延状況における親の仕事と家庭の役割葛藤に関する調査⁷⁾において、女性、40代、就労状況の変化あり、在宅ワーク中心、パートナーなし、家族の育児参加なし、家族の家事協力なしという属性を持つ女性の役割葛藤が高いことが報告されており、周囲からのサポートが育児の負担を軽減することに繋がることが考えられている。つまり、我が国では性別役割分業観を肯定する者が減少する一方で、男女の育児時間の差が縮まらないことから父親に育児をする意識があっても行動が伴わず、夫婦間での

役割分担において不平等な状態が生じている可能性がある。

海外では、父親が無償労働（家事・育児・介護等）に充てている時間⁸⁾は、アメリカは2時間46分（2019年時点）、スウェーデンは2時間51分（2010年時点）であり、日本の父親の育児時間は41分（2016年時点）と海外と比較して短いことが分かる。また、2021年の一人当たり平均年間総実労働時間⁹⁾は、日本は1,607時間であるのに対し、アメリカは1,791時間であり、アメリカの方が労働時間、育児時間ともに長いことが分かる。このことより、アメリカと比較して労働時間が短い日本で、父親の育児時間が短い要因には労働時間以外に何かあるのかということに疑問を持った。そこで、本研究では日本の父親の育児時間に関連する要因を文献から明らかにすることを目的とした。

日本では、2010年に男性の子育て参加や育児休業取得の促進等を目的とした「イクメンプロジェクト」¹⁰⁾を始動し、2022年には出生時育児休業¹¹⁾を施行する等、父親の育児参加を推進している。厚生労働省イクメンプロジェクトが実施した男性育休を推進している企業・団体の育休取得の実態や男性育休の実施方法の調査では、2020年～2022年の間に、取得率10%未満の割合は21.7%から1.1%に減少し、90%～100%の割合は27.2%から47.8%に上昇したという¹²⁾。昨今の世論の高まりや2022年度の法改正もあり取得率が伸びたと考察されていることから¹²⁾、育児参加推進の活動によって2010年に開始されたイクメンプロジェクト（「イクメン」とは「育児（イクジ）をする男性（メンズ）」の略）は父親の育児参加への意識の変容に影響を与えていると考えられる。このような意識変容があることで性的役割分業の意識が薄まり、育児時間との関連要因が変化している可能性がある。

よって、今回の研究は2010年以降に発行された国内の文献を使用して文献検討を行い、日本の父親の育児時間との関連要因を調査することが目的である。関連要因を明らかにし、育児時間の確保のための対策を考察することで、育児への意欲があるのに育児参加ができない父親が育児時間を確保するための一助となると考えられる。また、第4次男女共同参画基本計画（計画期間2015年度～10年）¹³⁾の6歳未満の子どもを持つ夫の育児・家事関連時間の目標は150分とされており、関連要因を明らかにすることで目標の到達のための対策方法も考察することができると考えられる。臨地においては、夫婦に育児参加に必要な情報提供や

支援ができる相談体制、育児参加しやすい環境づくりに貢献できると考える。

研究方法

文献検索データベースは医学中央雑誌Web（以下、医中誌とする）を用いた。検索対象期間はイクメンプロジェクトが開始された2010年から2023年までとした。検索式は（父/TH or 父親/AL）または（配偶者/TH or 夫/AL）と、（育児/TH or 育児/AL）または（育児/TH or 子育て/AL）と、（時間/TH or 時間/AL）をかけ合わせた。記事区分は原著論文とした。

文献スクリーニングの包含基準・除外基準を設定した（表1）。

文献の選定は、教員1名と学生1名の独立した2名で選定基準に従ってタイトルと抄録の内容の確認を行い、タイトルと抄録で除外できなかったものは全文を精読し選定した。全文を精読しても判断に迷う文献は教員1名と学生1名で検討し、最終的に採用する文献を決定した。なお全ての選定段階で、包含基準を満たさないもの、包含基準は満たすが除外基準も満たすものを除外した。そして採用した文献の文章や図表から父親の育児時間に関連する要因を読み取り結果とした。

結果

1. 文献の選定

図1に文献選定の過程を示す。医中誌にて（父/TH or 父親/AL）and（育児/TH or 育児/AL）and（時間/TH or 時間/AL）and（PT=原著論文）の検索式から166件、（育児/TH or 育児/AL）and（時間/TH or 時間/AL）and（配偶者/TH or 夫/AL）and（PT=原著論文）から272件、（父/TH or 父親/AL）and（時間/TH or 時間/AL）and（PT=原著論文）からは486件、（父/TH or 父親/AL）and（時間/TH or 時間/AL）and（育児/TH or 子育て/AL）and（PT=原著論文）から149件、（配偶者/TH or 夫/AL）and（時間/TH or 時間/AL）and（育児/TH or 子育て/AL）and（PT=原著論文）から218件の計1,291件が検索された（最新検索日：2023年5月19日）。重複文献591件を除いた700件の文献が一次スクリーニングの対象文献となった。一次スクリーニングではタイトルと抄録を確認し664件を除外した。二次スクリーニングでは抄録ならびに全文を確認して17件を除外した。最終的に19件の文献がレビュー対象になった（図1）。採用した文献ごとに、著者（発行年）、タイトル、目的、調査対象、結果を記載し、表2を作成した。

2. 育児参加得点（各項目ごとの育児参加頻度）、育児参加頻度と育児時間との関連

育児参加頻度が高いと育児時間が長いという結果がみられた文献は3件あった。

深川らの研究¹⁵⁾では父親の育児時間が31時間以

表1 文献選択の包含基準・除外基準

〔包含基準〕
・発行年が2010年以降の論文
・父親の育児参加に関する調査項目の中に育児時間が含まれている論文
〔除外基準〕
・会議録
・健全児ではない子ども（先天異常児、障害児、医療的ケア児）の育児をしている父親への調査
・多胎児の育児をしている父親への調査
・持病を持つパートナーがいる父親への調査
・統計的な結果が得られていない調査

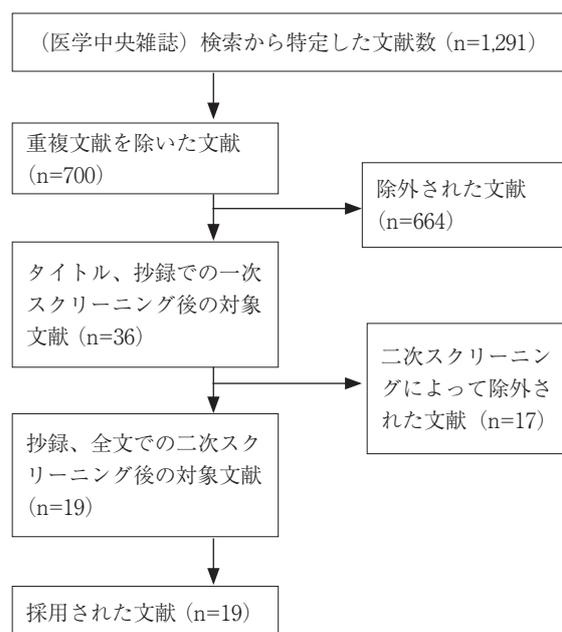


図1 文献選定のフローチャート

表2-1 文献レビューリスト

文献番号	著者 (発行年)	タイトル	目的	調査対象(分析対象)	結果 (父親の育児時間と関連する要因)
1	深川ら (2016) ¹⁵⁾	未就学児を持つ父親の育児参加とその関連要因-地方都市に公務員として就労する父親に焦点を当てて-	・公務員の父親の育児参加の実態を明らかにする ・父親の育児参加に関連する要因を明らかにする	地方都市で非現業の公務員として就労する事務職の正規職員かつ未就学児の父親 266名	育児時間が31時間以上/週であることと父親の育児参加測定尺度得点が高いことは関連がある
2	岩佐ら (2023) ¹⁶⁾	性別役割分業観ならびに母親からのソーシャルサポートと父親の育児参加との関連	性別役割分業観ならびに母親からのソーシャルサポートと父親の育児参加の関連について検討する	株式会社マクロミル社の登録会員かつ日本全国に居住する0歳3か月～6歳の子どもの養育する父親かつ「結婚している」、「末子の年齢が6歳以下」、「育児休業中ではない」すべての条件に当てはまる360名	母親が常勤職員であることと、平日の育児・家事時間は長いことに関連がある 母親が無職であることと、平日の育児・家事時間が短くなることに関連がある 平日の育児・家事時間と育児・家事参加尺度の「育児」得点、「家事」得点との間に正の相関がある 休日の育児・家事時間と育児・家事参加尺度の「育児」得点、「家事」得点との間に正の相関がある
3	出石ら (2020) ¹⁷⁾	生後4か月児をもつ父親の平日育児時間と疲労度からみた父子の睡眠リズムおよび育てにくさの実態	生後4か月児を育てる父親の平日の育児時間と疲労度別に父子の睡眠リズム、児の「泣き」への対応、子どもの育てにくさの実態を明らかにする	生後4か月児を育てている父親207名子どもと妻(又はパートナー)と生活していない父親は除外	平日育児時間2時間以上群と休日の育児時間が長いこと、子どもの泣きに対する対応頻度がいつも、しばしばと回答した父親の割合が高いこと、子どもの泣きへの対応としてミルクを与える父親が多いことは関連がある 平日の育児時間が2時間未満群と泣かせたまま放置すると回答した父親が多いことは関連がある 夫婦の年齢、労働時間、疲労感、家族形態(核家族、大家族)、妊娠中の異常(有、無、不明)、早産の有無(有、無、不明)、低出生体重児の有無(有、無)、生後1か月以内の異常(有、無)、生後1か月以降の異常(有、無)、泣きへの対応(オムツを替える、抱っこやおんぶをする、タッチング、揺り椅子にのせる、子どもが安らぐ姿勢や動作、おしゃぶりをを使う、視覚的的刺激を与える、おもちゃであやす、和ませる音や音楽をかける、外に出て新鮮な空気を吸う、お風呂に入れる、子どもと一緒に眠る)、扱いにくさ(なだめにくい、わけもなく泣く、あまり眠らない、眠るまでに時間がかかる、夜中に何回も起こされる、おとなしい、生活リズムが不定、夜泣きがひどい(全ではいい～いいえの4段階で回答))は平日の育児時間(育児2時間未満群、育児時間2時間以上群)と関連はない
4	多喜代ら (2019) ¹⁸⁾	父親の育児参加への育児参加要因およびソーシャルサポートの影響	育児参加に育児参加要因が与える影響、および育児参加要因にソーシャルサポートが与える影響を明らかにする	幼稚園、保育園・保育所に通う園児の父親351名	配偶者の職種が会社員であることと、配偶者の手取りの年収の増加は平日育児参加時間の増加と関連がある 主導権意識が強いこと、末子の年齢が高いこと、父親の手取りの年間収入の増加、父親の1週間の労働時間の増加は平日育児参加時間の減少と関連がある
5	佐々木ら (2022) ¹⁹⁾	就学前の子をもつ父親の家事育児参加に影響する要因の検討	父親の家事育児参加と、親性、性別役割分担意識、父親の妊娠・分娩への参加経験との関連性を明らかにする	Web調査会社が情報を保有する子どもを持つ男性で就学前の6歳未満の子をもつ父親約400名(同居・別居は問わない)	仕事の日の場合：在宅勤務の頻度が高い、立ち合い分娩経験有り、妻の勤務形態が有職と家事育児時間の増加は関連がある 「社会的地位意識」が強いことと育児時間の減少は関連がある 休日の場合：「親役割の状態」が高い、新型コロナウイルス感染拡大前後での家事育児時間の変化、末子の年齢が若い、妊婦健診の付き添い経験有り、親との同居をしていないことと家事育児時間の増加は関連がある 主導権意識は仕事の日、休日ともに育児時間と関連がなかった

表 2-2 文献レビューリスト

文献番号	著者 (発行年)	タイトル	目的	調査対象 (分析対象)	結果 (父親の育児時間と関連する要因)
6	伊藤ら (2019) ²⁰⁾	乳幼児をもつ父親の父親役割ストレスと職業性ストレスとの関連	乳幼児をもつ父親の父親役割ストレスと職業性ストレスとの関連を明らかにする	A市の子育て交流ひろば(4か所)に在所した乳幼児をもつ父親145名	妻が無職やアルバイト・パートに比べて正社員の場合に平日の育児時間が2~3時間以上と長い 妻の就業形態の違いによる父親の休日の育児時間には関連はない 休日の育児時間が「ほとんどなし~6時間程度」の父親は、「父親である喜び」と「子どもの特徴/父親能力」のストレス得点が高い 平日の育児時間が4時間以上である父親は、3時間以下の父親に比べて「仕事のストレス要因」得点が高い 休日の育児時間が「ほとんどなし~6時間程度」の父親は、「職業性ストレス」総得点と「心身のストレス反応」得点が高い
7	新田ら (2021) ²¹⁾	夫の家事・育児行動に対する夫婦の評価のズレと妻の育児ストレスへの影響	夫の家事・育児に対する夫婦の認識の差がどこにあるのかを詳細に比較し、夫婦の認識の差が妻の育児ストレスに影響を及ぼすのか検討する	西宮市の7つの私立保育園に在籍する園児の両親223組	配偶者による夫家事・育児総合評価が高いことと平日の家事・育児時間が長いことは関連がある 父親自身による夫家事・育児総合評価が高いことと平日の家事・育児時間が長いことは関連がある
8	竹谷ら (2022) ²²⁾	父親から子への愛着の検討——イクメン意識と育児参加に焦点を当てて——	就学前の子どもを持つ父親を対象に、育児参加やイクメンであるという意識が子どもに対する愛着に影響するか検討する	西宮市の4つの公立保育園、6つの私立保育園に在籍する3歳から6歳の園児の父親132名	イクメン意識が高いことと平日の育児時間が長いことは関連がある イクメン意識が高いことと休日の育児時間が長いことは関連がある
9	藤田ら (2020) ²³⁾	乳幼児期の子どもを持つ男性における父親役割認識の関連要因	男性が育児を円滑に行うための支援の示唆を得るために乳幼児期の子どもを持つ男性における父親役割認識の関連要因を明らかにする	首都圏における5か所の幼稚園と6か所の保育園に在籍する児(0~6歳)を子に持つ父親460名	育児時間の週10時間未満群と週20~29時間群では父親役割認識は週20~29時間群の方が高く、育児時間と父親役割認識の間に関連がある 育児時間が週10時間未満群より、週10~19時間、週20~29時間、週30時間以上の方が夫婦関係満足尺度得点が高く、育児時間と夫婦関係満足度の間には関連がある
10	Terui T, et al. (2021) ²⁴⁾	The Association Between Fathers' Self-assessment of Their Own Parenting and Mothers' Recognition of Paternal Support: A Municipal-Based Cross-Sectional Study (両親の育児において、父親の自己評価と父親のサポートに対する母親の認識との関連性 地方自治体をベースとした断面研究)	This study aimed to clarify agreement = discrepancy between paternal and maternal recognition of paternal parenting and the association between actual paternal parenting time and background factors. (父親と母親の父親育児に対する認識の一致・不一致、実際の父親の育児時間や背景因子との関連を明らかにする)	Data from couples whose children attended 4-month child health check-ups in Fukushima City were analyzed (N=509). (福島市で生後4カ月児健診を受診した子どもの夫婦509組)	There were significant differences in median time for weekday household work and parenting between Group A and Group C (P<0.001) and Group D (P=0.003) (Table 3). There were no significant differences in median time for weekend household work and parenting between Group A and the other three groups (Group B, P=0.027; Group C, P<0.001; Group D, P=0.003). (父親が自分の育児を自己認知し、母親も父親の育児支援を認知している夫婦 (Group A) は、父親母親共に認知していない夫婦 (Group D) や、母親が認知しても父親が認知していない夫婦 (Group C) よりも、平日・週末の育児時間が長いことと関連がある父親が自分の育児を自己認知し、母親も父親の育児支援を認知している夫婦 (Group A) は、父親が認知しても母親が認知していない夫婦 (Group B) よりも、週末の育児時間が長いことと関連がある)
11	野島ら (2011) ²⁵⁾	北海道における父親の育児参加の実態 夫の育児参加行動に対する妻の満足度を指標とした検討	北海道におけるより効率的な育児支援体制の実現に向けて道内主要都市における父親の育児参加行動の実態を把握する	北海道札幌市ならびに北見市の保育園・幼稚園8園に通園している子どもの両親283組	勤務時間が長いことと平日の育児参加時間が短くなることは相関がある 休日の育児参加時間と勤務時間に相関はない 父親の育児時間が長いと配偶者の父親の育児参加行動に対する満足度が高い
12	柘植ら (2019) ²⁶⁾	1歳6ヶ月児をもつ夫婦の性役割分業観と母親のメンタルヘルスとの関連	1歳6ヶ月児をもつ夫婦の性役割分業観と、母親のメンタルヘルスとの関連を明らかにする	A市、B市に住む1歳6ヶ月児を持つ夫婦252組	夫婦の性役割分業観と父親の平日・休日の育児時間には関連はない 母親のGHQ得点と父親の平日・休日の育児時間には関連はなく、母親のメンタルヘルスと父親の平日と休日の育児時間に関連はない

表 2-3 文献レビューリスト

文献番号	著者 (発行年)	タイトル	目的	調査対象 (分析対象)	結果 (父親の育児時間と関連する要因)
13	徳武ら (2014) ²⁷⁾	父親の育児家事行動の実態と育児意識および育児参加を促進する要因について	・父親の育児家事行動の実態と育児意識および育児参加を促進する要因について検討する ・5年前の実態調査と比較しどのように父親の育児参加が変化したかを検討する	就学前の子どもを持ち、かつその子どもを保育園に通園させている夫婦または総合病院で出産し6ヵ月を過ぎた夫婦308組	平日に比べて休日の育児時間は長い
14	日野ら (2021) ²⁸⁾	子育てをする父親の育児不安の実態と背景要因の探索	子育てをする父親の育児不安の実態と背景要因の探索	地方都市にある第3次医療施設で出産した妻と婚姻関係にある夫でかつ20歳以上の者で身体的精神的に健康であり、毎日子どもと関わっている者、かつ対象者の妻と子ともに健康である87名	領域I「育児困難感タイプI (育児への「自信のなさ・心配・困惑・父親としての不適格感」)におけるハイリスク群であることと「育児への時間が持てない」とは関連がある 「育児困難感タイプII (子どもへの「ネガティブな感情・攻撃・衝動性」)のハイリスク群であることと1日の平均育児時間は短くなることは関連がある
15	佐藤ら (2022) ²⁹⁾	生後4～8か月の児を初めて持つ父親のバタニティブルーに影響を与える要因	夫婦二人で育児を始める時期の父親のPB (バタニティブルー) に着目し、初めて子どもを育てる父親のPBに影響を与える要因を検討する	(株) マクロミル社の登録モニタ「マクロモニター」のうち、生後4か月～8か月の子どもを初めて育てる父親154名	バタニティブルーがあることと平日の育児時間が短くなることは関連がある バタニティブルーがあることと休日の育児時間には関連がない
16	デッカーら(2021) ³⁰⁾	産後1年未満の父親の抑うつの実態とその要因	「育児不安がある」「混合栄養」「経済的な不安がある」の他に年齢、結婚年数、子どもの人数や年齢、学歴、職業、育児時間、残業時間や日数等の要因と産後1年未満の子育て中の父親の産後の抑うつの実態を統計学的に明らかにする	関西近郊で開催された「ブレママ・ブレババのためのマタニティ教室」に参加した181名の父親	育児時間は父親のEPDS得点との関連はなく、抑うつ状態の要因ではない
17	高木ら (2021) ³¹⁾	育児に積極的に関わる父親の心身の健康度に関連する要因	積極的に育児に関わる父親の心身の健康に関連する要因を明らかにし父親への育児支援の示唆を得る	育児中の父親を支援する全国のNPO法人および関連団体に会員登録をしている末子が中学生以下の男性212名	SF-8 (心身の健康度) と家事育児時間には関連はない
18	山口ら (2014) ³²⁾	育児行動の促進を目的とした父親学級プログラムの介入時期別にみた効果の検討	研究者が作成した父親学級プログラムを産前または産後に実施しその効果と介入時期を検討する	A病院の産前学級に参加した父親のうち初めて子どもをもつ17名 (ただし未就業者や子どもと別居している者、子どもが疾患や障害をもっている場合、子どもの出生体重が2,500g未満またはアプガースコアが7点以下の場合には対象から除外)	産後の父親学級プログラムに参加することは、退院1週間後から退院1か月後の家事・育児時間の増加に関連がある
19	芳賀ら (2022) ³³⁾	第1子妊娠末期から3歳までの夫婦への子育て講座の有用性に関する評価 - 父親の育児・家事の実態および受講後アンケートからの考察 -	第1子妊娠末期から3歳まで夫婦で子育て講座に参加した父親の育児・家事の実態及び講座受講後のアンケートから講座の有用性を評価する	第1子が4歳になる子を子育て中の父親13名	子育て講座の受講の有無による育児時間の増加に関連はない

上/週であると父親の育児参加測定尺度得点 (各項目の頻度) が高かった。岩佐らの研究¹⁶⁾でも、平日・休日の育児・家事時間が長いと育児得点、家事得点 (各項目の頻度) が高いという結果が得られた。出石らの研究¹⁷⁾では、子どもの泣きに対

する対応頻度がいつも、しばしばと回答した父親の割合が高いと育児時間が2時間以上群で多いという結果が明らかになっていた。

3. 配偶者の就業 (就業形態、有職か無職、職種、手取りの年収) と育児時間との関連

配偶者が会社員、有職、常勤であることや、手取りの年間収入が多いことが父親の育児時間が長いことと関連していた文献は4件あった。配偶者の就業形態と育児時間に関連がなかった文献は1件あった。

多喜代らの研究¹⁸⁾では、配偶者の職種が会社員である場合、次に配偶者の手取りの年収が多い場合は父親の平日育児時間が長く、佐々木らの研究¹⁹⁾でも配偶者が有職であると父親の仕事の日の家事育児時間が増加していた。岩佐らの研究¹⁶⁾からも、配偶者が常勤職員であると平日の育児・家事時間が長くなり、一方、配偶者が無職であると平日の父親の育児・家事時間が短くなっていた。伊藤らの研究²⁰⁾からは配偶者が正社員であると、平日の育児時間が2～3時間以上と回答する夫が多かったが、配偶者の就業形態と父親の休日の育児時間には関連はないことが分かった。

4. 父親の性役割に関する認識（イクメン意識、主導権意識、社会的地位意識、親役割の状態）と育児時間との関連

父親の性役割に関する認識と父親の育児時間が長いことに関連した文献は4件あった。この研究では、父親自身による夫家事・育児総合評価²¹⁾、イクメン意識²²⁾、主導権意識¹⁹⁾、社会的地位意識¹⁹⁾、親役割の状態¹⁹⁾、父親役割認識²³⁾を父親の性役割認識としてまとめた。父親自身による夫家事・育児総合評価²¹⁾は10点満点で測定されており、イクメン意識²²⁾は厚生労働省のイクメンの定義に基づき自分がイクメンであると思う程度を4件法で測定されていた。主導権意識¹⁹⁾と社会的地位意識¹⁹⁾は性役割分業観を測定する尺度の一つの要素である。親役割の状態¹⁹⁾とは育児期の親性尺度の一つの要素である。父親役割認識²³⁾は男子校の中・高校生が父親・母親役割をどのように捉えるかを測定する際に開発された既存の父親役割認識尺度20項目5件法を用いて調査されている。社会的地位意識が高いと育児時間が短くなったという結果がみられた文献は1件あった。主導権意識と育児時間に関連がなかった文献は1件あった。

新田らの研究²¹⁾では父親自身による夫家事・育児総合評価が高いと平日の家事・育児時間が長くなっていた。竹谷らの研究²²⁾からはイクメン意識が高いと平日・休日の育児時間が長くなっており、佐々木らの研究¹⁹⁾では親役割の状態が高いと休日の父親の育児時間は多くなり、社会的地位意識が強いと仕事の日の育児時間が減少していたが、主導権意識と育児時間に関連はなかった。藤田らの

研究²³⁾からは育児時間が週20～30時間群の方が週10時間未満群より父親役割認識が高くなっていた。

5. 夫婦間の認識（夫婦関係満足度、夫婦間における父親の自己評価と父親のサポートに対する母親の認識とのずれ、夫の育児参加行動に対する妻の満足度、性役割分業観）と育児時間との関連

父親の育児・家事に対して配偶者の評価が高いこと、父親の育児・支援に対する父親と配偶者の認識が一致していること、夫婦関係への満足度が高いこと、父親の育児参加行動に対する配偶者の満足度が高いことが父親の育児時間が長いことと関連があったという文献は4件あった。夫婦の性役割分業観と関連がなかった文献は1件あった。

新田らの研究²¹⁾から、配偶者による父親の家事育児総合評価が高いと父親の平日・休日の家事・育児時間は長かった。Terui et al.の研究²⁴⁾では、父親も配偶者も父親の支援を認知しているカップルであると育児時間が長かった。また、藤田らの研究²³⁾では父親の夫婦関係満足度が高いと育児時間が長く、野島らの研究²⁵⁾では、父親の育児時間が長いと配偶者の父親の育児参加行動に対する満足度が高かった。しかし、夫婦の性役割分業観と父親の平日・休日の育児時間には関連はなかった²⁶⁾。

6. 父親の就業関係（手取りの年間収入、労働時間、勤務形態）と育児時間との関連

父親の在宅勤務の頻度が高いことと育児時間が長くなることと関連した文献は1件あった。父親の手取りの年間収入の増加や労働時間、勤務時間が長いことが、また休日より平日において育児時間が短いことに関連した文献は3件あり、労働時間と関連がなかった文献は1件あった。

佐々木らの研究¹⁹⁾では、父親の在宅勤務の頻度が高いと仕事の日の育児時間が長かった。多喜代らの研究¹⁸⁾では父親の手取りの年間収入、1週間の労働時間が増加すると平日の育児参加時間が減少し、野島らの研究²⁵⁾のように父親の勤務時間が長いと、徳武らの研究²⁷⁾のように休日に比べると平日の育児時間は短くなった。出石らの研究¹⁷⁾では父親の労働時間と育児時間に関連はなかった。

7. 父親の精神状態（育児困難、ストレス、パタニティブルー）と育児時間との関連

父親が子どもへの「ネガティブな感情・攻撃・衝動性」ハイリスク群、パタニティブルーがあること、「父親である喜び」と「子どもの特徴/父親能力」のストレス、職業性ストレスと心身のストレスが高いと育児時間が短くなっていた文献は3件あった。精神状態と育児時間の関連がなかった

文献は2件あった。

日野らの研究²⁸⁾では、子どもへの「ネガティブな感情・攻撃・衝動性」ハイリスク群の1日の平均育児時間は短く、佐藤らの研究²⁹⁾でも、パタニティブルーがある父親の平日の育児時間が短かった。

伊藤らの研究²⁰⁾では、父親の「仕事のストレス要因」得点が低いと平日の育児時間が4時間以上の群が多く、「父親である喜び」、「子どもの特徴/父親能力」のストレス得点、「職業性ストレス」総得点、「心身のストレス反応」得点が高いと、休日の育児時間が「ほとんどなし～6時間程度」の群が多かった。

一方、デッカーらの研究³⁰⁾では育児時間とEPDS（エジンバラ産後うつ病評価表）が正常か否かの関連はなく、高木らの研究³¹⁾でもSF-8（心身の健康度）と家事育児時間に関連はなかった。

8. 父親の妊娠・出産イベントの参加の有無と育児時間との関連

父親が妊娠・出産イベントに参加すると育児時間が長くなったという文献は2件あった。父親が子育て講座を受講しても育児時間に変化がないという文献は1件あった。

佐々木らの研究結果¹⁹⁾から立ち合い分娩の経験、妊婦健診の付き添い経験があると家事育児時間は長くなっていた。山口らの研究³²⁾で実施した産後に父親学級プログラムに参加すると、退院1ヶ月後の家事育児時間が増加していた。芳賀らの研究³³⁾では、“Becoming Parents Program”に基づいた子育て講座の受講による育児時間の増加はみられなかった。

考 察

1. 父親の当事者意識と育児時間について

配偶者の就業（就業形態、有職か無職、職種、手取りの年収）と育児時間との関連では、配偶者が有職の場合や勤務形態が常勤の場合に父親の育児時間が長くなっていた¹⁶⁾¹⁸⁻²⁰⁾。先行研究でもわずかな増加幅ではあるが、女性の労働時間の増加によって男性の家事・育児時間が増えるという結果が示されている³⁴⁾。佐々木ら¹⁹⁾は研究を通して、父親の家事育児参加には家事育児が必要とされる状況等の環境・属性の影響が強いことが示唆されたと考察している。今回の文献検討の結果では配偶者の勤務時間が長いと父親の育児時間が増加したことから、配偶者が仕事に時間を使い育児に割く時間が減ることで、父親の育児参加の必要性が

生じ、父親の育児時間が長くなっていると推測される。また、柳原の研究³⁵⁾でも配偶者が職業を持っていると必然的に父親が育児に参加せざるを得ない状況になると考えられている。しかし伊藤らの研究²⁰⁾では配偶者の就業形態と父親の休日の育児時間に関連がなく、必ずしも配偶者の就業形態による父親の生活の自由度が父親の育児時間に影響を及ぼすとは言い難い。

父親の性役割に関する認識（イクメン意識、主導権意識、社会的地位意識、親役割の状態）と育児時間との関連の結果からは、父親の育児に対する認識が父親の育児時間の長さに関係があることが明らかになった。木村³⁶⁾は、男性は第1子出生において親への移行自体ではなく、それに伴う配偶者の職業労働領域からの撤退・参入や自身の家族生活領域との関わりの変化によって性別役割分業意識を変化させると述べている。性別役割分業意識の変化に配偶者の就業が関係しているのは配偶者の就業によって父親自身が育児への参加の必要性を感じるために性別役割分業観が非伝統的なものに変化すると推測される。よって、イクメン意識や親役割意識が高いと育児時間が長くなることから、育児に対して当事者意識を持っていることが育児時間の長さに影響を与えているのではないかと考える。

しかし、佐々木らの研究¹⁹⁾では主導権意識と育児時間に関連はなかった。主導権意識とは自分の意見に相手を従わせる傾向や家事や介護を配偶者に任せたいと考える意識である¹⁸⁾。よって育児を任せたいと考えていても育児をしている父親や育児をしたいが別の阻害要因で育児をしていない父親も出てくると考えられる。

以上より、配偶者の勤務時間が長いことや父親の性別役割分業観が平等な考え方であること等を背景に、父親が当事者意識を持っていると育児をする必要性を感じ育児を行い、これによって育児時間が長くなっている者がいると考えた。

2. 育児をするための父親の体力、時間の確保

佐々木らの研究¹⁹⁾では主導権意識と育児時間に関連がなかった。よって妻に委ねたいと考えていても育児をしている父親がいると考えられた。また、夫婦の性別役割分業観と父親の平日・休日の育児時間は関連がない²⁶⁾ことから、佐々木らの結果¹⁹⁾から考察したことと同様に父親は育児をするべきではないと考えるが育児をしている、育児をするべきと考えているが他の阻害要因によってできないという状況もあると推測された。

父親の性役割に関する認識（性役割分業観、イクメン意識、主導権意識、親役割の状態）の結果の中にあった佐々木らの研究¹⁹⁾では社会的地位意識が強く上昇志向の父親は、仕事の日には仕事に時間と労力を費やし、家事育児への参加はおろそかになると考察している。また、仕事の時間が長いと育児時間が短くなるという結果が父親の就業状況（手取りの年間収入、労働時間、勤務形態）と育児時間との関連でみられたため、社会的地位意識があると育児時間が減少するのは、仕事に時間を割くためであると考えられる。しかし、労働時間と育児時間に関連がみられない文献¹⁷⁾もあった。これに対して出石らは帰宅してから就寝までの時間の使い方や、生活リズムそのものが育児参加に影響していると考察しており¹⁷⁾、時間の使い方を工夫して育児時間を確保している父親の存在を考えると、一概に労働時間が長いと育児時間が短くなるとは言い難いと考えた。

また、父親の精神状態が良くなかったり、仕事や父親役割に対する高ストレス状態であることは必ずしも育児時間に関連していなかった。パタニティブルーがある父親の平日の育児時間が短くなった²⁹⁾背景には、育児意欲が減退し周囲からの支援が手厚くあると考えられる。一方で、EPDSが正常か否か³⁰⁾、SF-8（心身の健康度）の状態³¹⁾と育児時間は関連がなく、精神状態が悪いが必要に迫られて効率性が低下した状態で育児をしている父親の存在も考えられる。

一方で、佐々木らの研究¹⁹⁾では、親役割の状態が高いと休日の父親の育児時間は増加したという結果が得られており、仕事の日には仕事に時間を費やすため、親性が高くても時間がないために家事育児に参加できない可能性が考えられると考察がされている。このことから仕事のある日に仕事に割く時間と労力が大きいことによって、物理面でも体力面でも仕事の日父親は育児に時間や労力を割くことを困難に感じているのではないかと考えられる。加えて、佐々木らの研究¹⁹⁾では父親の在宅勤務の頻度が高いと仕事の日育児時間が長かった。また他の研究³⁴⁾では、労働時間や通勤時間の増加は家事育児時間を有意に減少させる効果を持っていることも示されている。このことから、在宅勤務によって通勤時間を減らすことで仕事の日育児時間を増やすことができると考えられる。また、労働時間を減らすためには育児休業を取得する方法がある。しかし、徳武らの報告²⁷⁾では育児休業取得経験のある父親は2.0%であり、育児休

業取得をしなかった父親の理由には忙しくて取れない、職場に迷惑をかける、育児休業は取りにくい雰囲気がある等の回答がある。また深川らの研究¹⁵⁾では、育児休業の利用意向は50%を超えているのに対し、実際に利用しているのは4.0%であった。これらのことから、物理的に育児時間を確保するために制度を利用することが困難な状況があると考えられる。徳武らの調査²⁷⁾にあった育児休業を取得しない理由から、男性が育児休業を取得することへの理解を職場に促すだけでなく、欠員が生じた職場へのフォロー方法も考慮していくことが必要ではないかと考える。

総じて在宅勤務の推進や育児休業取得をしやすくする等の父親の勤務環境を整えることで、仕事の日であっても育児する余力が生まれる可能性があると考えた。

3. 情報提供と父親役割認識を高める援助

夫婦間の認識（夫婦関係満足度、夫婦間における父親の自己評価と父親のサポートに対する配偶者の認識とのずれ、父親の育児参加行動に対する妻の満足度、性役割分業観）と育児時間との関連の結果より、父親の夫婦関係の円満さや配偶者の満足度が高いと育児時間が増加する²¹⁾²³⁾ことから、総じて夫婦関係の円満さが育児時間を長くすることに繋がると考えた。藤田らの研究結果²³⁾のように、夫婦関係を良好にする支援や父親役割認識を高めることが育児参加を促す一要因になっていると考えられている。

父親の妊娠・出産に関連するイベントの参加の有無と育児時間との関連からは、イベントへの参加があると育児時間が増加することが明らかになった。山口ら³²⁾は父親が産後の育児支援を必要とする時期にプログラムを実施することで、父親のニーズに合致した指導となり、父親の育児行動を促すことに繋がったのではないかと考察している。よって育児に関する情報提供や教育は父親にとって必要なものだと考えられ、父親が時間外でも気軽に参加できるイベントを開催のもと、育児に関する知識を得られるように個別相談を設ける等の工夫により育児参加を促す機会を設けることが重要である。また、これらのイベントに産後に参加するように促すことも必要ではないかと考える。一方、芳賀らが開発したプログラム³³⁾では受講群と対照群で父親の育児時間に差がみられず、調査対象の父親がもともと育児をする父親であったためと考察されていた。有意な関連はみられなかったものの、受講群が対照群よりも育児時間が長い

という結果が得られたため、対象のニーズに沿った効果的なプログラムの提供も必要であると考えられる。

伊藤らの研究³⁷⁾では、【妻の妊娠出産を傍目に見て強まる父親としての自覚】が強まったと報告していた。妊娠や出産を実際に見ることで父親役割認識が高まるのが育児時間の増加に繋がっているのではないかと考えた。また、松井らの研究³⁸⁾では父親が積極的に参加したい子育て支援教室で最も回答が多かったのは育児技術にカテゴリーされるものであったという。育児に関する情報は配偶者からの情報提供によって取得すると回答した父親が最も多いという文献もみられた³⁸⁾³⁹⁾。これは育児の知識がそもそもなく育児を行うことができない可能性があったり、配偶者から情報を取得することに頼ってしまい育児に関する知識量が少なく育児に参加できる範囲に限られるのではないかと考えられた。よって、父親が妊娠・出産時のイベントに参加することは父親役割認識の獲得に繋がる、育児知識を得て育児を行うことに繋がると考えた。よって、妊娠期からの父親への育児情報の提供、妊婦健診の付き添い、両親学級の参加や立ち合い出産等を推進し、父親役割認識や育児情報の獲得への援助を行うことが育児時間の増加に向けた対策ではないかと考える。

育児知識の提供を妊娠や出産の時期に行うことも具体的な方法であるが、父親の勤務時間や生活スタイルによっては育児の知識を得る機会を妊娠や出産の時に設けることが難しい父親もいると考えられる。よって、小学校や中学校等の教育機関で育児について学ぶ機会があると男性が育児について学ぶ機会をほとんど確実に設けることができるのではないかと考えた。

4. 研究の限界と今後の課題

日本の父親を対象とした文献検索を目的として利用したデータベースが医中誌のみであったため、検索結果が網羅できていたかという課題がある。また、海外の父親の育児時間に関連する要因との比較を実施しなかったことも課題である。他のデータベースも使用した文献検討を行ったのち、本研究結果も使用して海外の父親の育児時間に関連する要因を比較し、共通点と相違点を考察することにより、日本独自の育児時間確保のための方策を検討する必要がある。

まとめ

父親の育児時間の増加には、配偶者の就業や育

児に対して当事者意識を持っていることを背景に父親が育児参加の必要性を感じていること、育児をするための体力、時間があること、夫婦関係が良好であることや妊娠・出産イベントに参加したことを背景に情報入手や父親役割認識が高まることに関係していた。

ただ、配偶者の就業形態と育児時間に関連があるという結果を示した文献もあれば、関連がないという結果を示した文献もある。父親の労働時間等でも同様に関連のある文献、関連のない文献がみられていた。つまり、父親の育児時間の関連要因は各父親で異なり個別性があると考えられる。父親の育児参加要因を考察した先行研究¹⁸⁾でも似たような知見が得られていた。

よって、臨床の場で支援者が父親役割認識獲得のために働きかけるためには、父親一人一人の背景や価値観を複合的に理解し、個々のカップルに適した方法でアプローチしていくことが重要になると考えた。また、育児情報の提供の機会を平等に設けることを考えると、学生時代に教育機関で育児に関して学ぶ機会を設けることも一つ方法にあるのではないかと考えられた。

付 記

この論文は卒業研究の一部としてまとめたものである。

利益相反

利益相反は該当しない。

著者資格

AS、KO、KHは研究の着想およびデザインへ貢献し、ASはデータ収集、AS、KOは文献選定を実施した。ASが草稿を作成し、KO、KHから指導を受け修正し、著者全員が最終原稿を読み承認した。

文 献

- 1) 北川和子：流行語になった背景は？「ワンオペ育児」藤田結子教授に聞く実態，[オンライン，<https://kufura.jp/family/couple/11059>]，kufura，8.4.2023
- 2) 厚生労働省：2022（令和4）年国民生活基礎調査の概況，結果の概要 I 世帯数と世帯人員の状況 4 児童のいる世帯の状況，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/02.pdf>]，厚生労働省，7.

10. 2023
- 3) 独立行政法人労働政策研究・研修機構：図12 専業主婦世帯と共働き世帯 1980年～2022年, [オンライン, <https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/timeseries/html/g0212.html>], 独立行政法人労働政策研究・研修機構, 7. 10. 2023
- 4) 内閣府：「男女共同参画社会に関する世論調査」の概要, [オンライン, <https://survey.gov-online.go.jp/r04/r04-danjo/gairyaku.pdf>], 内閣府, 7. 10. 2023
- 5) 総務省統計局：令和3年社会生活基本調査生活時間及び生活行動に関する結果 結果の概要, [オンライン, <https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/gaiyoua.pdf>], 総務省統計局, 7. 10. 2023
- 6) 吉田千鶴：日本の共働き世帯における夫と妻の幸福度と子供、時間配分, 季刊家計経済研究, 106, 18-28, 2015
- 7) 吉村小春, 朝澤恭子, 浦中桂一, 他：新型コロナウイルス感染症蔓延状況に伴う乳幼児を育児中の親における仕事と家庭の役割葛藤の関連要因, 母性衛生, 64(2), 324-331, 2023
- 8) 独立行政法人労働政策研究・研修機構：9. 勤労者生活・福祉 第9-11表 一日当たり生活時間配分, [オンライン, https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2023/09/d2023_9T-11.pdf], データブック国際労働比較2023, 7. 10. 2023
- 9) 独立行政法人労働政策研究・研修機構：6. 労働時間・労働時間制度 6-1 一人当たり平均年間総実労働時間(就業者), [オンライン, https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2023/06/d2023_6G-1.pdf], データブック国際労働比較2023, 7. 10. 2023
- 10) 厚生労働省：プロジェクトを知る イクメンプロジェクト趣旨, [オンライン, <https://ikumen-project.mhlw.go.jp/project/concept/>], 厚生労働省, 8. 4. 2023
- 11) 厚生労働省：育児・介護休業法 改正ポイントのご案内 令和4年4月1日から3段階で施行, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000789715.pdf>], 厚生労働省, 8. 4. 2023
- 12) イクメンプロジェクト：男性育休推進企業実態調査2022, [オンライン, https://ikumen-project.mhlw.go.jp/assets/pdf/kaiken20230315_1.pdf], イクメンプロジェクト, 6. 10. 2024
- 13) 内閣府男女共同参画局：成果目標⑦：6歳未満の子どもを持つ夫の育児・家事関連時間, [オンライン, https://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/kansi_senmon/26/pdf/shiryo_s02-3.pdf], 内閣府男女共同参画局, 8. 4. 2023
- 14) 友利幸之介, 澤田辰徳, 大野勘太, 他：スコアリングレビューのための報告ガイドライン 日本語版：PRISMA-ScR, 日本臨床作業療法研究, 7, 70-76, 2020
- 15) 深川周平, 佐伯和子：未就学児を持つ父親の育児参加とその関連要因-地方都市に公務員として就労する父親に焦点を当てて-, 日本公衆衛生看護学会誌, 5(1), 2-10, 2016
- 16) 岩佐一, 石井佳世子, 吉田祐子：性別役割分業観ならびに母親からのソーシャルサポートと父親の育児参加との関連, 日本公衆衛生雑誌, 70(2), 112-123, 2023
- 17) 出石万希子, 新小田春美, 武士葉子, 他：生後4か月児をもつ父親の平日育児時間と疲労度からみた父子の睡眠リズムおよび育てにくさの実態, 三重看護学誌, 22, 21-30, 2020
- 18) 多喜代健吾, 北宮千秋：父親の育児参加への育児参加要因およびソーシャルサポートの影響, 日本看護研究学会雑誌, 42(4), 763-773, 2019
- 19) 佐々木祐希, 大石時子：就学前の子をもつ父親の家事育児参加に影響する要因の検討, 日本母子看護学会誌, 15(2), 21-35, 2022
- 20) 伊藤南菜, 篠原ひとみ：乳幼児をもつ父親の父親役割ストレスと職業性ストレスとの関連, 秋田県母性衛生学会雑誌, 32, 17-22, 2019
- 21) 新田桃子, 桂田恵美子：夫の家事・育児行動に対する夫婦の評価のズレと妻の育児ストレスへの影響, 関西学院大学心理科学研究, 47, 49-54, 2021
- 22) 竹谷玲香, 桂田恵美子：父親から子への愛着の検討-イクメン意識と育児参加に焦点を当てて-, 関西学院大学心理科学研究, 48, 49-54, 2022
- 23) 藤田麻央, 朝澤恭子：乳幼児期の子どもを持つ男性における父親役割認識の関連要因, 東京医療保健大学紀要, 15(1), 114-122, 2020
- 24) Terui T, Yoshida K, Sasaki M, et al.: The Association Between Fathers' Self-assessment of Their Own Parenting and Mothers' Recognition of Paternal Support: A Municipal-Based Cross-Sectional Study. Journal of

- Epidemiology, 31(12), 608-614, 2021
- 25) 野島正寛, 太田真之, 大橋一慶, 他: 北海道における父親の育児参加の実態 夫の育児参加行動に対する妻の満足度を指標とした検討, 北海道公衆衛生学雑誌, 24(2), 99-103, 2011
- 26) 柘植由紀美, 五十嵐稔子: 1歳6ヶ月児をもつ夫婦の性役割分業観と母親のメンタルヘルスとの関連, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 15, 33-42, 2019
- 27) 徳武千足, 坂口けさみ, 芳賀亜紀子, 他: 父親の育児家事行動の実態と育児意識および育児参加を促進する要因について, 長野県母子衛生学会誌, 16, 40-48, 2014
- 28) 日野紗穂, 葉久真理, 近藤彩: 子育てをする父親の育児不安の実態と背景要因の探索, 四国医学雑誌, 77(5-6), 229-242, 2021
- 29) 佐藤ゆかり, 藤田愛, 山口咲奈枝: 生後4~8か月の児を初めて持つ父親のパタニティブルーに影響を与える要因, 北日本看護学会誌, 24(2), 45-52, 2022
- 30) デッカー清美, 神原祐美, 丸山昭子, 他: 産後1年未満の父親の抑うつの実態とその要因, 医学と生物学, 161(1), 1-8, 2021
- 31) 高木悦子, 小崎恭弘: 育児に積極的に関わる父親の心身の健康度に関連する要因, 母性衛生, 62(2), 301-308, 2021
- 32) 山口咲奈枝, 佐藤幸子: 育児行動の促進を目的とした父親学級プログラムの介入時期別にみた効果の検討, 母性衛生, 54(4), 504-511, 2014
- 33) 芳賀亜紀子, 徳武千足, 鮫島敦子, 他: 第1子妊娠末期から3歳までの夫婦への子育て講座の有用性に関する評価-父親の育児・家事の実態および受講後アンケートからの考察-, 母性衛生, 63(2), 588-596, 2022
- 34) 佐々木昇一: ワーク・ライフ・バランス時代における男性の家事育児時間の規定要因等に関する実証分析, 生活経済学研究, 47, 47-66, 2018
- 35) 柳原真知子: 父親の育児参加の実態, 天使大学紀要, 7, 47-56, 2007
- 36) 木村裕貴: 親への移行が性別役割分業意識に与える効果-固定効果モデルに基づく男女比較分析-, 社会学年報, 49, 63-74, 2020
- 37) 伊藤陽, 鈴木由美: 共働きの男性大学教員における父親役割獲得に影響する要因, 国際医療福祉大学学会誌, 28(1), 60-71, 2023
- 38) 松井香澄, 瀬々倉玉奈: 父親の子育て支援ニーズに関する調査-子育てをする父親の心理的居場所づくり-, 京都女子大学発達教育学部紀要, 19, 243-254, 2023
- 39) 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター: 父親の子育てに関する WEB アンケート調査, [オンライン, <https://www.ncchd.go.jp/scholar/assets/9253753fb372ab43327aad2e22d5a8a4.pdf>], 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター, 11.10.2023

研究報告

精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援についての国内文献レビュー

Review of Japanese literature on support for nurses with mental health issues provided by certified nurse specialists in psychiatric mental health nursing

亀田 妃美希¹⁾, 大江 真人²⁾, 長山 豊²⁾

Hibiki Kameda¹⁾, Masato Oe²⁾, Yutaka Nagayama²⁾

¹⁾ 久居病院, ²⁾ 金沢医科大学看護学部

¹⁾ Hisai hospital, ²⁾ School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

メンタルヘルス不調, メンタルヘルス, 精神看護専門看護師, リエゾン精神看護, 精神的援助

Key words

mental health issues, mental health, certified nurse specialist in psychiatric mental health nursing
liaison psychiatric mental health nursing, mental support

要 旨

目的：国内における文献から、精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援についての現状を概観し、支援の内容を明らかにする。

方法：対象文献は、医学中央雑誌Webを用いて検索した。対象となった14文献から精神看護専門看護師が行う看護師のメンタルヘルス支援の内容の記述を抜粋し、支援の内容や意味ごとに分類し、カテゴリにまとめた。

結果：精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援の内容は、【ストレスマネジメント能力の向上】、【相談につながりやすい関係づくり】、【コンサルテーション前後のフォロー】、【看護管理者との協働】、【ニーズのある看護師に対する相談】、【業務上の危機的場面後のフォロー】、【専門機関へ繋ぐ】、【休職から復職後の継続的な面談】の8つの支援を表すカテゴリに分類された。

考察：精神看護専門看護師の支援とともに、職場での身近なサポートや外部資源までの幅広い資源を活用しながら看護師のメンタルヘルス支援を行うことが必要である。

連絡先 (Corresponding author) : 大江 真人

金沢医科大学看護学部

〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地

はじめに

厚生労働省の調査¹⁾によると、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる事柄があると回答した労働者の割合は、82.2%であった。そのような背景から、厚生労働省²⁾は、「労働者の心の健康の保持増進のための指針(2015年改正)」を策定し、職場においてメンタルヘルス対策への取り組みが行われるようになった。メンタルヘルス不調により連続1か月以上休業した労働者又は退職した労働者がいた事業所の割合は2021年度の10.1%から2022年度の13.3%に上昇し、強い不安やストレスを抱えている労働者の割合は82.2%となり前年の53.3%から増加した背景があり、63.4%の事業所がメンタルヘルス対策に取り組んでいる¹⁾。しかし、メンタルヘルス対策を実施するスタッフへの教育や職場復帰における支援などの取り組みのあり方についてはそれぞれの事業所等において多様な方法で行われているため、実態や効果的な支援方法が十分に検討されているとはいえない。

特に、看護師を対象にした調査である病院看護実態調査³⁾によれば、2022年度に傷病による連続休暇(7日間以上)を取得した正規雇用看護職員がいたと回答した病院は85.7%で、連続休暇を取得した者がいた場合にメンタルヘルス不調者がいたと回答した病院は74.3%であった。三木⁴⁾は、看護職は患者と接する時間が長くチームで行う仕事であることから、他の医療従事者よりもストレスが強いことを課題として挙げている。加えて國井ら⁵⁾は、看護師がメンタルヘルス不調を感じたときの状況として、労働環境と人間関係が関わると報告しており、看護職に特有の勤務形態や業務内容に伴うものであることや他の看護師や多職種との関わりによるストレスが明らかになっており、個人での対策が容易ではないことも特徴である。

メンタルヘルス対策は一般企業の方が医療機関よりも実践は進んでいるといわれている⁶⁾。医療機関でのメンタルヘルス対策が容易ではない背景として、労働者としての医療者を支援するための専属の産業医、看護師が不在であることや各職種の専門性、独立性が高いことなどの一般企業とは異なる特徴が多く、メンタルヘルス支援が難しいことがあげられる⁷⁾。さらに、勤務する者の多くが医療従事者であることから、メンタルヘルスに関する知識を有しており個人で対策ができていると思われることも、対策が不十分であることに関連している可能性もある。そのような背景から、実際に職場でのメンタルヘルス支援を行うこ

とが多いのは、上司や同僚の看護師が中心となると推察される。しかしながら、病院に勤務している看護師長や主任などの役職のある看護師への聞き取り調査では、それらの看護師のメンタルヘルス対策への参加率は全体で30.4%と低く、不参加理由として「対策を必要としていない」が6割以上を占めたと報告されている⁸⁾。役職のある看護師は、メンタルヘルス対策の必要性を感じていない実態がある。さらに、川口¹⁰⁾は看護師のストレスの存在やメンタルヘルス不調の問題が医療事故の原因となる「うっかりミス」、「観察不十分」につながることを指摘している。このように、看護師のメンタルヘルス不調は、業務上のミスにつながることから、看護師自身の健康だけでなく患者のケアへの影響も大きいと考えられる。

以上より、看護師のメンタルヘルス支援は重要な課題である。看護師のメンタルヘルス支援を行う役割を担う立場として、精神看護専門看護師がある。精神看護専門看護師は、その役割として実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究を行う専門看護師の一つで、精神疾患患者に対して水準の高い看護や一般病院での心のケアを行う「リエゾン精神看護」の役割を提供するものである¹¹⁾。精神看護専門看護師の役割には、患者や家族を対象としたものだけではなく、看護師のメンタルヘルス支援もある。しかし、精神看護専門看護師の実践内容に関する報告は、精神科リエゾンチームの活動内容や身体疾患をもつ患者の精神看護への助言が中心であると報告されている¹²⁾。精神看護専門看護師が精神科病棟に就職した新卒看護師を3年間に渡って対話による支援を行った研究¹³⁾では、【CNSと信頼関係を築き安心して相談できる体験】、【身近な先輩にはしにくい相談をする体験】、【自分自身や自分の成長に気づく体験】、【CNSに支えられながら困難を乗り越える体験】、【CNSとのやりとりから学ぶ体験】が明らかにされており、精神看護専門看護師が相談相手となり、困難を乗り越えたり学んだりする体験につながる支援を行っていることが明らかにされている。ただし、これらは、精神科病棟に勤務する新卒看護師を対象に行ったものであり、メンタルヘルス不調をもつ看護師を対象に行ったものではない。以上のことから、精神看護専門看護師によるメンタルヘルス不調をもつ看護師へのメンタルヘルス支援のあり方は、先行研究では明らかになっていない状況である。精神看護専門看護師による看護師へのメンタルヘルス支援の内容を明らかにすることにより、

看護師が健やかにいきいきと働くことができるようになり、メンタルヘルス不調をもつ看護師の離職予防、看護の質向上や医療事故の防止などに貢献すると考えられる。そこで、精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援の内容が紹介されている文献をもとに、精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援の現状を明らかにする必要があると考えた。

目 的

精神看護専門看護師によって行われている看護師のメンタルヘルス支援についての現状を概観し、メンタルヘルス支援の内容を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 研究デザイン

文献レビューである。

2. 文献検索と対象文献の選定方法

対象文献は、医学中央雑誌Webを用いて検索した。まず、フリーワード検索において「看護師」、「メンタルヘルスorメンタルヘルス不調」、「支援or就労支援」、「精神看護専門看護orリエゾン精神看護専門看護師」について検索し、それぞれをANDで組み合わせた。その結果を「原著論文」と「解説・総説」に限定して絞り込んで検索した。精神看護専門看護師が行うメンタルヘルス支援については、支援内容の個別性が高く個人情報保護等の観点から、研究論文としての公表数が少ないと予測されたため、研究論文としての形式が整っていないものであっても雑誌や学術誌等に掲載されている「解説」や「総説」に該当するもので、精神看護専門看護師によるメンタルヘルス支援の内容が記述されているものも対象文献に追加した。さらに、Google Scholarにおいて「看護師」、「メンタルヘルス」、「メンタルヘルス不調」、「就労支援」、「精神看護専門看護師」、「リエゾン精神看護専門看護師」のキーワードでそれぞれ検索し、精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援の内容が記述されている文献もハンドサーチにより追加した。なお、メンタルヘルス支援の対象が看護師のみではなく病院職員を対象にしたものや明確な記載がないもの、感染症拡大期や災害時などの一時的な危機状況にある看護師を対象にしたものは対象文献から除外した。

3. 対象文献の整理と分析方法

対象となった文献をレビュー・マトリックス方

式¹⁴⁾を用いて、著者・発行年、目的、方法、対象、結果・考察の項目に沿って整理した。なお、対象については、同じ文献の中で看護師以外を含む複数の対象について記載されているものがあり、表には本研究テーマにおける対象をあげた。整理を行う際には、3名の研究者が別々に文献から精神看護専門看護師が行うメンタルヘルス支援の内容の記述を抜粋し、その内容の確認をして合意が得られたものを精神看護専門看護師が行う看護師へのメンタルヘルス支援とした。さらに、抜粋した支援について、支援の内容や意味ごとに分類し、カテゴリーにまとめた。

結 果

1. 文献検索の結果

医学中央雑誌Webで収録誌発行年を限定せず検索を行った結果、7件がヒットした。7件のうち、精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援に関連する文献は3件(No.1、No.8、No.14)であった。ハンドサーチにより追加した文献は、11件であった(表1)。なお、検索日は、2024年6月14日であった。

2. 文献の研究方法

対象文献の方法は、No.1のみが質的帰納的研究であり、No.2~14は精神看護専門看護師が行っているメンタルヘルス支援の内容を報告する解説であった。

3. 対象文献におけるメンタルヘルス支援の内容

精神看護専門看護師による看護師へのメンタルヘルス支援の内容は、【ストレスマネジメント能力の向上】、【相談につながりやすい関係づくり】、【コンサルテーション前後のフォロー】、【看護管理者との協働】、【ニーズのある看護師に対する相談】、【業務上の危機的場面後のフォロー】、【専門機関へ繋ぐ】、【休職から復職後の継続的な面談】の8つの支援を表すカテゴリーに分類された。

【ストレスマネジメント能力の向上】は、心身の健康保持のための知識や考え方(No.2、No.12、No.14)やストレスマネジメント(No.5、No.6、No.8)に関する研修の実施により、看護師がメンタルヘルス不調に至らないための支援が行われていた。また、ミーティングを開催して情緒的な発散の機会やお互いの成長を認め合える場をすることでメンタルヘルス不調を回避するための支援も行われていた(No.7)。

【相談につながりやすい関係づくり】は、すべての新人看護師に対する面接の実施(No.14)、相

表 1-1 対象文献一覧

No.	著者 (発行年)	目的	方法	対象	支援内容
1	安田 (2006)	精神看護専門看護師の コンサルテーションに 焦点を当て、ナースの 認識する専門看護師 の援助内容について明 らかにする	質的帰納的研究	精神看護専門看護師の コンサルテーションを 受けたことのある病院に 勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・コンサルテーションを受けた際に看護師や看護師から相談を受けた患者のことを気にかける ・コンサルテーションを受けた際に困難な問題を看護師が1人で抱え込ませないようにする ・コンサルテーションを受けた際に看護師のカタルシスをはかる
2	古城門 (2006)	精神看護専門看護師 である著者が行ってい る看護師へのメンタル ヘルス支援についての 活動内容を記述する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・コンサルテーションを受けた際に看護職員の精神的健康度にも関心を向け、かかわる ・病棟カンファレンスで看護職員自身が感じている葛藤や感情に話を話し合えるようサポートする ・危機的出来事が起こった場合に情報提供や教育的視点を含んだサポートグループを開催する ・看護管理者や先輩・同僚看護師からの看護職員に関する相談に応じる ・支援が必要な際は、管理者への教育支援、メンタルヘルスサポートを行う ・院内の研修でストレスマネジメントに関する研修により心理教育的にかかわる ・看護師からのメンタルヘルスに関する相談に応じる ・専門的な介入が必要と判断した場合には、心理カウンセリングや精神科医師などを紹介する
3	早川 (2006)	精神看護専門看護師 である著者が行ってい る看護師へのメンタル ヘルス支援についての 活動内容を記述する	実践内容の報告	精神看護専門看護師 コンサルテーションを 行った病院に勤務する 看護師、病院に勤務する 医療事故もしくはアクシ デントを起こした看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・コンサルテーションを受けた際に患者に関わる医療者や家族と連携・調整を図る ・コンサルテーションを受けた際に看護師がカンファレンスで意見が述べられる機会をつくる ・患者のケアに関する相談を受けた際に看護師の反応に留意し、思いを聴く ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、個人相談やグループで支援する ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、ストレス反応の心理教育を行う ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、健康的なコーピングができていない点を伝える ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、精神的不調が遷延したり強くなる際に声をかけるよう伝える
4	釜 (2009)	総合病院に勤務する 精神科専門看護師が 院内での患者の自殺に 遭遇した看護師に行 った支援を紹介する	実践内容の報告	患者の自殺に遭遇した 看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の自殺に対する看護師としての対応が間違っていなかったことを保障する
5	梅澤 (2009)	総合病院に勤務して いるリエゾン精神看護 専門看護師の活動を 記述する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・日々病棟に足を運ぶなかで、現場の看護師のストレス状況について把握するように配慮する ・病棟カンファレンスで看護師への情緒的サポートにも努める ・個別カウンセリングを行い、専門的な精神科治療が必要な場合は、精神科治療へ繋ぐ ・看護師自身の対処を可能にするため「看護師のストレスマネジメント」に関する講義を行う
6	紺井 (2010)	総合病院に勤務して いるリエゾン精神看護 専門看護師の活動を 記述する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事上の悩み、プライベートの悩みについての面接での相談を行う ・職場の人間関係や医療チーム間の葛藤状況の調整や支援を行う ・ストレス・マネジメントやメンタルヘルス向上のためのサポートを行う
7	紺井 (2011)	臨床の看護師がさら されるストレスサーや それに対する看護師の 反応、および看護師の ストレスマネジメント のための具体的な方法 について記述されてい る	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・情緒的な話ができたり情緒的な発散ができるミーティングを定期的に開く ・個人の成果や成長を互いに認め合うことができる風土を作る ・新人看護師のリアリティショック、異動による職場への不応、職場の人間関係で悩んだり今後の方向性に迷ったりするときに、秘密厳守を前提に相談役としてサポートする ・スタッフナースとの関わり方や退職後の職場復帰の方法について管理者から相談を受けサポートする ・適宜必要に応じて精神科医や心療内科医などの受診につなげる

表 1-2 対象文献一覧

No.	著者 (発行年)	目的	方法	対象	支援内容
8	安藤 (2012)	大学病院に勤務するリエゾン精神看護専門看護師が行なっている看護師のメンタルヘルス支援を報告する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師に対するメンタルヘルス支援の取り組みを行なった精神看護専門看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟再編に伴う調査でGHQ2による評価でフォローが必要と判断した部署で「心のケアに関する勉強会」を開催する ・暴力を受けた看護師に対して、患者の暴力の問題を共に考える ・暴力を受けたことが看護師にとって外傷体験となっている場合、カウンセリングを行う
9	服部 (2012)	公的病院に勤務する精神看護専門看護師が行っている心の健康問題で休業した看護師の職場復帰支援の取り組みについて記述する	実践内容の報告	精神看護専門看護師コンサルテーションを行った病院に勤務する看護師、病院に勤務する医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・コンサルテーションを受けた際に患者に関わる医療者や家族と連携・調整を図る ・コンサルテーションを受けた際に看護師が合同カンファレンスで意見を述べる機会をつくる ・患者のケアに関する相談を受けた際に看護師の反応に留意し、思いを聴く ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、個人相談やグループによるサポートを行う ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、ストレス反応についての心理教育を行う ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、健康的なコーピングができていない点を伝える ・医療事故もしくはアクシデントを起こした看護師に対し、精神的不調が遷延したり強くなる際には声をかけるよう伝える
10	福嶋 (2013)	精神看護専門看護師である著者が行っている患者・家族のケアと看護師へのメンタルヘルス支援についての活動内容を記述する	実践内容の報告	患者の自殺に遭遇した看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の自殺に対する看護師としての対応が間違っていないことを保障する
11	二宮 (2015)	公的病院に勤務する精神看護専門看護師である著者が行っている看護師のメンタルヘルス支援を報告する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・日々病棟に足を運ぶなかで、現場の看護師のストレス状況について把握するように配慮する ・病棟カンファレンスで看護師への情緒的サポートにも努める ・必要な場合は個別カウンセリングを行い、専門的な精神科治療が必要と判断した場合は、精神科治療へつなぐ ・看護師自身がストレスに対処できるよう、「看護師のストレスマネジメント」に関する講義を行う
12	渡邊 (2017)	精神看護専門看護師が行う看護師のメンタルヘルス支援について、新人看護師やリーダー看護師・副看護師長に対する教育活動や組織での支援体制などが記述されている	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事上の悩み、プライベートの悩みについての面接での相談を行う ・職場の人間関係や医療チーム間の葛藤状況の調整や支援を行う ・ストレスマネジメントやメンタルヘルス向上のためのサポートを行う
13	二宮 (2019)	精神看護専門看護師による看護スタッフへのメンタルヘルス支援の実践について、2つの事例を示して記述する	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・情緒的な話ができたり情緒的な発散ができるミーティングを定期的に関く ・個人の成果や成長を互いに認め合うことができる風土を作る ・新人看護師のリアリティショック（学生から社会人、看護学生から看護師という変化のなかで、現実と直面してショックを受けること）、異動による職場への不適応、職場の人間関係で悩んだり今後の方向性に迷ったりするときに、秘密厳守を前提に相談役としてサポートする ・スタッフナースとの関わり方や退職後の職場復帰を管理者から相談を受けサポートする ・必要に応じて精神科医や心療内科医などの受診につなげる
14	武田・石川 (2019)	精神看護専門看護師が行う組織内での看護師のメンタルヘルス支援について記述されている	実践内容の報告	病院に勤務する看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・看護管理者の促しにより面接を行い、臨床心理士への面接につないだり、精神科の受診を勧奨する ・面接が必要と判断された看護師に対して支持的な面接で傾聴、共感、受容を繰り返し、精神症状のアセスメントを行った内容についてフィードバックする ・看護部に働きかけて所属部署の異動や日勤を中心とした勤務への調整を依頼する ・看護師長からの面接の提案では「大丈夫」と話す看護師に対して面接を実施する ・新人看護師に対して臨床心理士と共同で面接を行い、精神状態の査定とその結果の共有を看護管理者と行う ・看護管理者と看護師に対してメンタルヘルスに関連する講義を行う

談ルートの整備 (No.10、No.11、No.12)、ラウンド時に声をかけて看護師の精神状態を把握 (No.5) することにより、日常から精神看護専門看護師にアクセスしやすい状況を作る取り組みが行われていた。

【コンサルテーション前後のフォロー】は、コンサルテーションがあった際に精神看護専門看護師が患者や家族、他職種のことを気にかける (No.2)、看護師が多職種カンファレンスで発言できる場を設ける (No.1、No.2、No.3、No.12)、業務に関する感情を表出できる機会の保障 (No.1、No.2、No.12)、コンサルテーションを依頼した看護師のメンタルヘルスへの影響の把握と支援 (No.2、No.3、No.12) が行われていた。

【看護管理者との協働】は、メンタルヘルス支援が必要な看護師の情報の共有 (No.9、No.11、No.14)、看護管理者が行う看護師のメンタルヘルス支援への助言 (No.2、No.7)、病棟異動や勤務方法に関する助言 (No.14) 看護管理者のメンタルヘルスへの配慮 (No.9) により、看護管理者と協働して看護師のメンタルヘルス支援が行われていた。

【ニーズのある看護師に対する相談】は、看護師からの相談に応じる (No.2、No.7、No.9)、うつ状態の看護師との面談 (No.12)、面談時の精神療法的介入 (No.13、No.14) が行われていた。

【業務上の危機的場面後のフォロー】は、医療事故を起こした看護師との継続的な情報提供や支持的かわり (No.2、No.3、No.10)、患者の自死に遭遇して心的外傷体験をした看護師のケアを保障する声かけ (No.4) や患者の暴力に遭遇した看護師への継続的なかわり (No.8) が行われていた。

【専門機関へ繋ぐ】は、専門的な支援が必要と考えられる際の精神科治療や関係機関への橋渡しが行われていた (No.2、No.5、No.7、No.9、No.10、No.12、No.14)。

【休職から復職後の継続的な面談】は、休職が検討される時期の相談と対処方法の指導 (No.12)、復職が可能かの判断 (No.9、No.10)、復職後の状況把握と対処方法の検討 (No.9、No.11、No.13) が行われていた。

考 察

1. 看護師のメンタルヘルス支援における課題
本研究では、8つの分類のうち2つが【ストレスマネジメント能力の向上】、【相談につながりやすい関係づくり】といった予防や早期発見・対処に関する内容に分類された。労働安全衛生法の一

部を改正する法律において「ストレスチェック」が義務化²⁾されており、メンタルヘルス対策として予防を重視する施策が行われていることから、看護師のメンタルヘルス支援においても予防が重要であるといえる。加えて、【休職から復職後の継続的な面談】で復職後の支援が行われていたことから、メンタルヘルス不調を抱える看護師の復職時期の検討や、業務内容や体調管理の支援により、支援のニーズが明確な看護師への支援が行われていたことも特徴的である。

また、本研究では、【コンサルテーション前後のフォロー】、【ニーズのある看護師に対する相談】、【業務上の危機的場面後のフォロー】、【専門機関へ繋ぐ】において、メンタルヘルス不調を抱える看護師に対する様々な支援が行われていることが明らかになった。加えて、看護管理者への教育的支援やメンタルヘルスサポートによる精神看護専門看護師と【看護管理者との協働】が行われていた。しかし、木村ら⁸⁾の調査では、心の健康問題で休職した看護師に対応する職種は、看護師長が86.0%を占めている。さらに、復職後のメンタルヘルス支援について、メンタルヘルス不調を抱える看護師のプライバシーの問題から、看護管理者が所属部署で支援を行う際には、他の看護師を巻き込んだ所属部署の全体での就労継続支援を行うことは容易ではないと推察される。そのような意味においても看護管理者の支援が復職した看護師の就労継続に与える影響は大きい。よって精神看護専門看護師が配置されていない病院においては、メンタルヘルス不調をもつ看護師の身近な存在である看護師長等が行う支援のあり方について明確にして行く必要があると考えられる。その他の支援方法として、所属する組織外の専門機関が行う従業員支援プログラムがあるが、医療従事者にとって相談行動のハードルを低くすることができる一方で、医療機関が従業員支援プログラムを導入するにあたっての経費は、サービス内容や運営方法によってかなり幅があることが課題とされている¹⁵⁾。

以上から、看護師のメンタルヘルス支援には身近な上司である看護師長等から外部資源までの幅広い支援が重要であると考えられ、実現可能性に応じて精神看護専門看護師や所属する組織外の専門機関が行う従業員支援プログラムを活用していくことも積極的に考える必要がある。

2. 研究の限界と今後の課題

本研究で対象とした文献は、精神看護専門看護

師のメンタルヘルス支援の内容について支援内容が明確に記述された国内文献が中心であり、すべての看護師のメンタルヘルス支援に関する実態を明らかにしたものとはいえない。今後は、看護師のメンタルヘルス支援の実態に関する調査や具体的な支援方法を明確にし、職場に浸透させていくための取り組みとその効果検証が必要である。

結 論

1. 精神看護専門看護師によって行われている看護師のメンタルヘルス支援に関する研究を概観し、メンタルヘルス支援の内容とその課題を明らかにすることを目的に国内文献レビューを行なった結果、2024年3月までに収録された論文のうち対象文献は14件であった。

2. 精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援の実際について記載されている文献の内容から、【ストレスマネジメント能力の向上】、【相談につながりやすい関係づくり】、【コンサルテーション前後のフォロー】、【看護管理者との協働】、【ニーズのある看護師に対する相談】、【業務上の危機的場面後のフォロー】、【専門機関へ繋ぐ】、【休職から復職後の継続的な面談】の8つの支援を明らかにした。

3. 看護師のメンタルヘルス支援を効果的に行うためには、メンタルヘルス不調の予防、早期発見・対処、ニーズが明確な看護師の復職のサポートなどの支援を継続しつつ、勤務している病院等の実態に合わせ、看護師長などの職場での身近なサポートから精神看護専門看護師や外部資源までの幅広い資源を活用しながら支援を行うことが必要であることが示唆された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費21K17370の助成を受けたものである。

文 献

- 1) 厚生労働省：令和4年労働安全衛生調査（実態調査）結果の概況，[オンライン，https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r04-46-50_kekka-gaiyou01.pdf]，厚生労働省，8. 4. 2023
- 2) 厚生労働省：職場における心の健康づくり：労働者の心の健康の保持増進のための指針，[オ

ンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf>]，厚生労働省，10. 31. 2021

- 3) 日本看護協会：2023年病院看護実態調査 報告書，[オンライン，<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/100.pdf>]，日本看護協会，3. 31. 2024
- 4) 三木明子：産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論4. 事業所や職種に応じたストレス対策のポイント，産業衛生学雑誌，44(6)，219-223，2002
- 5) 國井享奈，野村智美，高山裕子，他：急性期病院の看護師がメンタルヘルスに不調を感じたときの状況. 日本農村医学会雑誌，66(1)，27-37，2017
- 6) 古口尚美，星野大，菊池綾子：予防的視点でスタッフのメンタルヘルスをサポートする，精神科看護，41(2)，4-8，2014
- 7) 富安哲也，小石川比良来：総合病院におけるメンタルヘルス支援-カウンセラーの立場から-，精神神経学雑誌，114(4)，363-369，2012
- 8) 木村恵子，榎本敬子，三上章允：心の健康問題で休職した看護師の現場復帰支援の現状と課題，厚生指針，66(12)，29-36，2019
- 9) 厚生労働省：労働安全衛生法の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令等の施行について（心理的な負担の程度を把握するための検査等関係），[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeneiseibu/0000181835.pdf>]，厚生労働省，3. 10. 2024
- 10) 川口貞親：【若年労働者のメンタルヘルス】若年看護職のストレスとメンタルヘルス不調，産業ストレス研究，17(2)，111-117，2010
- 11) 日本看護協会：専門看護師，[オンライン，<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html>]，日本看護協会，3. 11. 2024
- 12) 横井志保：精神看護専門看護師の活動報告～役割開発の過程と現在の活動について～，静岡赤十字病院研究報，42(1)，20-27，2022
- 13) 畠山卓也，岡京子，茅根寛子，他：精神看護専門看護師による対話を通じた3年間の継続支援を受けた精神科新卒看護師の体験，駒沢女子大学看護学部研究紀要，2，13-23，2023
- 14) Garrard Judith：文献レビューの基礎・マトリックス方式，安部陽子訳，看護研究のための文献レビュー マトリックス方式（初版），医学

書院, 1-102, 東京, 2012

- 15) 高橋千佳：【医療従事者の健康支援と総合病院精神医学】従業員支援プログラム（EAP）からみる医療従事者へのメンタルヘルス支援, 総合病院精神医学, 27(4), 305-310, 2015

対象文献

- 1) 安田妙子：精神看護専門看護師のコンサルテーションにおける援助内容－ナースへのインタビュー調査から, 精神科看護, 33(1), 49-56, 2006
- 2) 古城門靖子：【看護現場のストレスマネジメント考職場環境の活性化をめざして】リエゾンナースによる看護師へのメンタルヘルスカアの現状, 看護管理, 16(5), 350-355, 2006
- 3) 早川昌子：【事例に学ぶナースのメンタルヘルスカア】精神看護専門看護師によるストレスマネジメント 個人と組織の双方に関わる支援, 看護, 58(8), 2006
- 4) 釜英介：【患者の自殺とナースのケア】ナースのメンタルヘルスカア, Nursing Today, 24(8), 63-65, 2009
- 5) 梅澤志乃：緩和医療にかかわるチームメンバー第10回（リエゾン）精神看護専門看護師, 緩和医療学, 11(2), 74-77, 2009
- 6) 紺井理和：リエゾンナースとしての役割と活動, 病院・地域精神医学, 52(3), 2010
- 7) 紺井理和：【透析スタッフのストレスマネジメント】ストレスマネジメントの具体的方法－リエゾンナースの立場から－, 臨床透析, 27

(13), 1707-1714, 2011

- 8) 安藤光子：リエゾン精神看護専門看護師の実践－看護師のメンタルヘルス支援を中心に－, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 10(1), 4-7, 2012
- 9) 服部希恵：【看護職員を支えるメンタルヘルス対策と対応】心の健康問題をもった看護職員の職場復帰支援：離職率が大きく改善したとりくみから, 師長主任業務実践, 17(355), 9-16, 2012
- 10) 福嶋好重：【“専門看護師”活用で病院が変わる！看護管理者が知っておきたいCNSの可能性】「専門看護師」実践報告と看護管理者の視点病院全体を視野に入れ, 患者・家族, 看護師のメンタルヘルスを支援, 看護, 65(14), 45-48, 2013
- 11) 二宮美香：【医療従事者の健康支援と総合病院精神医学】リエゾン精神看護専門看護師による看護スタッフへのメンタルヘルス支援, 総合病院精神医学, 27(4), 297-304, 2015
- 12) 渡邊香織：【医療従事者・支援者のストレスケア】看護師のメンタルヘルス, 精神科, 30(6), 536-542, 2017
- 13) 二宮美香：【心身の危機からスタッフを守る気づきと対処の力をつける】精神看護専門看護師による看護スタッフへのメンタルヘルス支援, 看護展望, 44(3), 23-27, 2019
- 14) 武田美恵子, 石川千恵：リエゾン精神看護事例検討会「看護師のメンタルヘルス支援」, 精神医療, 5(8), 91-99, 2023

Research report

Utility of the Ability to Recognize and Respond to Family Support (ARRF) in glycemic control for men with type 2 diabetes

Tomomi Horiguchi, Michiko Inagaki, Yuya Asada

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

Key words

type 2 diabetes mellitus, ARRF, family support, glycemic control, self-care

Abstract

Purpose:To investigate the utility of the Ability to Recognize and Respond to Family support (ARRF) for glycemic control in men with type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Methods:In this cross-sectional study, a self-administered questionnaire was conducted among male patients with T2DM. Participants completed questionnaires on ARRF, self-care and family size. Data on patient characteristics and glycemic control (HbA1c) were extracted from their medical records. Patients were divided into two groups based on HbA1c levels: good (HbA1c < 7%) and poor (HbA1c ≥ 7%) glycemic control groups.

Results:Of the 93 patients enrolled in this study, 48 were included in the good glycemic and 45 in the poor glycemic control group. ARRF and self-care correlated positively in both groups. ARRF and HbA1c correlated negatively in the good, but not in the poor glycemic control group. Multivariate regression analysis with HbA1c as the dependent variable showed that the coefficient of determination (R^2) for T2DM history and BMI in the good group was 0.13 ($p=0.03$). However, when ARRF was added, the R^2 increased to 0.31 ($p<0.01$).

Conclusions:ARRF is useful for good glycemic control in men with T2DM.

Introduction

The general goals of the treatment of type 2 diabetes mellitus (T2DM) are prevention or delay of the onset of diabetic complications and maintenance of a good quality of life¹⁾. Self-care measures to achieve good glycemic control are important for preventing diabetic complica-

tions²⁾³⁾. However, the level of adherence to diabetes self-care differs among patients, indicating that the decision-making processes for self-care are influenced by various factors⁴⁾. One of these factors is family support.

Family support is an essential element of self-care management⁴⁾⁵⁾ and an important source

Mailing address : Tomomi Horiguchi

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University
5-11-80 Kodatsuno, kanazawa, Ishikawa 920-0942, Japan

of social support for adults with diabetes⁶⁾⁷⁾. Furthermore, family support plays an essential role in diabetes treatment. However, depending on the type of family support, it can either promote or interfere with the patients' self-care⁸⁾. On the other hand, several studies have reported that glycemic control does not always improve despite adequate family support⁹⁻¹²⁾. Therefore, some patients do not experience the efficacy of family support. Hence, we believe that it is important to educate patients on how to recognize and maximize their family support. Reportedly, patients have the Ability to Recognize and Respond to Family support (ARRF), which consists of 'the ability to recognize family support' and 'the ability to respond to family support'¹³⁾. A scale to evaluate ARRF has also been developed for Japanese people with T2DM¹⁴⁾. ARRF measures the ability to receive with a positive attitude regardless of the attitudes of family members, rather than the ability to evaluate the attitudes of family members. Furthermore, ARRF measures the ability to respond to family support in daily interactions with family members.

A previous study identified a sex difference in ARRF in diabetic patients¹⁵⁾. Specifically, there was a negative correlation between ARRF and HbA1c in men and a positive correlation between these two variables in women. In other words, men with high ARRF tended to have low HbA1c values. This suggests that even though they are generally not good at asking for help¹⁶⁾, men are more successful in achieving glycemic control. Choi emphasized the need for studies evaluating family support in male and female patients and its impact on blood glucose control¹⁷⁾. Recently, care for patients and their families has focused on family members rather than the patients themselves¹⁸⁾. Further clarification of the utility of ARRF in glycemic control in men can provide suggestions for new support targeting men with T2DM. Therefore, to improve the quality of patient education using ARRF as a predictor, we decided to study the impact of ARRF on men glycemic control.

By comparing good and poor blood glucose control groups among men with T2DM, this

study (1) evaluated the correlations between ARRF, glycemic control, and self-care management, and (2) evaluated ARRF as a predictor of glycemic control.

Methods

Patients and study design

This cross-sectional study involved self-administered questionnaires. We evaluated the correlations among ARRF, self-care, and glycemic control management, and performed association-testing studies to evaluate ARRF as a predictor of glycemic control. Men with T2DM who met the following inclusion criteria were included: age ≥ 20 years, without serious diabetes complications (i.e., chronic kidney disease requiring dialysis, vision problems, cognitive impairment, and gangrene), and living with their families. Patients who did not agree to participate in this study were excluded.

Data were collected from T2DM outpatients who visited the hospital between February and June 2017. The participants were recruited from a single university hospital, which is a regional advanced medical facility in Japan. The primary physician, who agreed to cooperate in this study, invited eligible outpatients to participate. The researcher provided both written and oral explanations of the purpose of the study and the ethical considerations to all patients. Respondents were informed of the voluntary nature of participation, their right to refuse to answer any questions, and about the anonymization of their data. The questionnaire was administered at a location requested by the participant. Written informed consent was obtained from all patients, and the study was approved by the Medical Ethics Committee at our University (approval no. 661-2).

Measures

ARRF

The scale for measuring ARRF in Japanese T2DM patients consists of 22 items and can be used for Japanese T2DM patients without serious complications¹⁴⁾. It consists of five subjective factors: (1) tendency of patients with diabetes

to seek emotional support from family members, (2) ability to negotiate their lifestyle with family members during diabetes therapy, (3) ability to adjust to family changes during diabetes therapy, (4) family confidence in the diabetes patient, and (5) shared family respect for lifestyle changes during diabetes therapy. Possible scores range from 22 to 110 points, with a higher score indicating a greater ability to accept family support. The internal consistency (Cronbach's alpha) of the scale was 0.93¹⁴.

Self-care

The Self-Care Agency Questionnaire¹⁹ consists of a 29-item scale and is used to assess the self-care ability of patients with chronic diseases. It includes four subscales: (1) ability to perform self-care activities, (2) ability to adjust one's physical condition based on personal weaknesses, (3) ability to concentrate attention on self-care, and (4) ability to receive good family support. Possible scores range from 29 to a maximum of 145 points, with a higher total score indicating greater self-care abilities.

Glycemic control

Blood glucose management was assessed based on to the most recent HbA1c value in the patient's medical record. The 2018 guidelines of the American Diabetes Association recommend that diabetic adults should maintain an HbA1c of < 7% to reduce the risk of micro- and macrovascular complications²⁰. The Japanese standard is also the same¹. Therefore, the patients in this study were divided into two groups according to their HbA1c levels: good glycemic control (HbA1c < 7%) and poor glycemic control (HbA1c ≥ 7%).

Socio-demographic information

Data on age, duration of diabetes, treatment method, and BMI were collected from the patients' medical records, and information on family size was obtained from the questionnaire responses.

Statistical analysis

Completed questionnaires were assigned individual ID numbers. There were no missing values, multiple answers, or non-responses in the responses to the ARRF, self-care, and HbA1c questions. The Mann-Whitney U test and Chi-square test were used to compare continuous variables, which were expressed as means ± standard deviations or the median (interquartile range), between the two groups. Spearman's correlation coefficient was used to evaluate the first research question, i.e., "Is there a correlation between glycemic control and self-care and ARRF?" A hierarchical multivariate analysis with a forced entry method was performed to answer the second research question: "Does ARRF impact glucose level outcomes?" Since existing predictors of HbA1c include demographic factors, such as the duration of diabetes²¹⁻²³ and clinical conditions, such as BMI^{24, 25}, both factors were included in the data analysis. The HbA1c level was used as the dependent variable, and duration of diabetes and BMI were used as independent variables. Multicollinearity was confirmed by calculating the variance inflation factor (VIF). Residual analysis was performed to confirm that the data followed a normal distribution.

The required sample size was determined using G*Power 3.1 software (University of Dusseldorf, Germany)²⁶. Assuming a large effect size of 0.3, an alpha level of 0.05, and up to three variables, G*Power 3.1 estimated that at least 41 subjects were necessary to obtain a power of 80% to detect a significant regression. Therefore, at least 82 participants were required for analysis in the two groups. Finally, 93 patients were included in this study. All statistical analyses were performed using the statistical software package SPSS (version 23.0; IBM Corp., Armonk, NY, USA) and all *p*-values of < 0.05 were considered statistically significant.

Results

Participant characteristics (Table 1)

The demographic and clinical characteristics of the 93 patients who met the inclusion criteria are listed in Table 1. Median patient age (range)

Table 1 Characteristics of the Study Sample

Variable	Category	Total (n=93)	Good group ^a (n=48)	Poor group ^b (n=45)	<i>p</i> Good vs. Poor
Age in years		66 (35–87)	68 (35–87)	65 (41–83)	0.23
Duration of diabetes, in years		12.0 (0.1–44.0)	12.0 (0.1–44.0)	14.5 (5.0–40.0)	0.22
HbA1c (%)		6.9 (5.5–10.7)	6.5 (5.5–6.9)	7.4 (7.0–10.7)	<0.01
BMI		24.1 (16.5–35.8)	23.6 (16.5–35.6)	24.6 (16.4–35.8)	0.11
ARRF		75 (48–98)	78.5 (48–89)	73 (56–98)	0.41
Self-care		110 (75–141)	111.5 (90–137)	107 (75–141)	0.22
Family size		3 (2–7)	2 (2–7)	3 (2–7)	0.49
Treatment method	n (%)				
	Diet	27 (29.0)	15 (31.3)	12 (26.7)	0.74 †
	Exercise	25 (26.9)	14 (29.2)	11 (24.4)	0.73 †
	Oral agents	78 (83.9)	41 (85.4)	37 (82.2)	0.71 †
	Injection	41 (44.1)	13 (27.1)	28 (62.2)	<0.01 †
	Oral agents and injection	29 (31.2)	8 (16.7)	21 (46.7)	<0.01 †

Note. Mann-Whitney U test, † Chi-square test, a : Good glycemic control group (HbA1c < 7%), b : Poor glycemic control group (HbA1c ≥ 7%). Data are expressed as median (range) or n (%).

Abbreviations : HbA1c, glycated hemoglobin A1c ; ARRF, Ability to Recognize and Respond to Family support ; BMI, body mass index.

was 66 (35-87) years. The median HbA1c level and duration of diabetes were 6.9 (5.5-10.7) % and 12.0 (0.1-44.0) years, respectively. No significant differences were observed in median age, duration of diabetes, family size, BMI, ARRF, and self-care between the two groups. In terms of diabetes medication, significant differences in the use of injections ($\chi^2 = 12.6, p < 0.01$) and the combination of both oral drugs and injections ($\chi^2 = 11.0, p < 0.01$) were found between the two groups. More participants received injections in the poor than in the good glycemic control group.

Overall correlations between ARRF, self-care, and glycemic control

Although the overall correlation between ARRF and self-care was high (Spearman's rank correlation coefficient (rs) = 0.61, $p < 0.01$), there was no statistically significant correlation be-

tween ARRF and HbA1c (rs = -0.17, $p = 0.11$).

Correlations between ARRF, self-care, and glycemic control in the good and poor glycemic control groups (Table 2)

ARRF showed a positive correlation with self-care behaviors in both good (rs=0.58, $p < 0.01$) and poor (rs=0.61, $p < 0.01$) glycemic control groups. Furthermore, ARRF and glycemic control showed a significant negative correlation (rs = -0.30, $p = 0.04$) in the good control group, whereas there was no significant correlation between ARRF and HbA1c (rs = -0.02, $p = 0.88$) in the poor glycemic control group.

Effect of ARRF on HbA1c in the good glycemic control group

This study showed a significant negative correlation between ARRF and glycemic control in the good glycemic control group. Therefore, the

Table 2 Spearman's Rank Correlation Coefficient between ARRF, Glycemic Control (HbA1c), and Self-Care

		HbA1c	Self-care
ARRF	Good group ^a (n = 48)	-0.30*	0.58**
	Poor group ^b (n = 45)	-0.02	0.61**

Note. aGood group: Good glycemic control group (HbA1c < 7 %), bPoor group: Poor glycemic control group (HbA1c ≥ 7 %). Abbreviations: HbA1c, glycated hemoglobin A1c; ARRF, Ability to Recognize and Respond to Family support. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

effect of ARRF on HbA1c was analyzed in the good glycemic control group. Table 3 presents the hierarchical multivariate analysis with a forced entry method of the effect of ARRF on HbA1c. There were no missing values, multiple answers, or non-responses in the responses to HbA1c, ARRF, duration of diabetes and BMI of the 48 patients who were analyzed. As shown in Step 1, the duration of diabetes (in years) and BMI explained approximately 13.0% of the total variance in HbA1c levels in the good glycemic control group ($p = 0.03$). Furthermore, during Step 2, there was a significant R^2 change with the addition of ARRF ($R^2 = 0.31$, $p < 0.01$), indicating a significant beneficial impact of ARRF on HbA1c

levels in the good glycemic control group. The standard partial regression coefficient of ARRF was -0.38 ($p = 0.01$). ARRF had a greater effect on HbA1c than did the other factors.

Discussion

This study demonstrated a significant correlation between ARRF and self-care in men with T2DM. Further, in the good glycemic control group, there was a statistically significant correlation between ARRF and HbA1c, and ARRF had a greater effect on glycemic control than did the duration of diabetes and BMI.

Family support has been reported to be related to self-care²⁷). Likewise, family support plays a crucial role in the self-management of adult diabetic patients²⁸). Although many studies have indicated that family support is related to self-management behaviors, this is the first study to report that patients' views of family support (e.g., ARRF) are related to self-management behaviors. This study raised a question about viewing patients as individuals who are dependent on family support. The results demonstrate that patients also play a role in enhancing the efficacy of family support, as well as their own ability to actively engage with their families. The results also indicated that ARRF is related to HbA1c levels; specifically, ARRF is a predictor of HbA1c. Although the importance of patient-fami-

Table 3 Multiple Regression Analyses of the Influence of ARRF on HbA1c in the Good Glycemic Control Group (n = 48)

Independent variable	Step 1			Step 2		
	β	p	VIF	β	p	VIF
Duration of diabetes	0.31	0.05	1.05	0.32	0.03	1.05
BMI	-0.23	0.15	1.05	-0.28	0.06	1.07
ARRF				-0.38	0.01	1.03
R^2	0.13	0.03		0.31	<0.01	
Adjusted R^2	0.17			0.25		

Note. Hierarchical multivariate analysis with a forced entry method. Abbreviations: HbA1c, glycated hemoglobin A1c; BMI, body mass index; ARRF, Ability to Recognize and Respond to Family support; β , standardized partial regression coefficient, VIF, variance inflation factor; R^2 , coefficient of determination.

ly education on glycemic control in diabetes mellitus has been long known, previous studies have noted that the most effective intervention for reducing HbA1c levels is patient education^{29) 30)}. The findings of this study support the importance of focusing on patients to improve the relationship between patients and family members using ARRF. No studies have shown that family education improves HbA1c levels. Instead, patient education using ARRF might improve family support. In other words, the simultaneous use of patient-family education on glycemic control and patient education to improve ARRF might work synergistically to improve glycemic control in patients. Additionally, families of diabetic patients have been reported to experience a high psychological burden and a low quality of life³¹⁾. Patient education on how to recognize family support might reduce the family's burden and the conflict between patients and their family members.

This study also found that ARRF has a greater impact on HbA1c levels than the duration of diabetes or BMI. The existing predictors of HbA1c include demographic factors, such as the duration of diabetes²⁰⁻²²⁾, and clinical parameters, such as BMI^{24) 25)}. Interestingly, ARRF, which is the patients' recognition of support, had a greater effect on HbA1c than the above-mentioned clinical characteristics. The duration of diabetes is unchangeable. Furthermore, it is difficult to control BMI because it is affected by many factors³²⁾. Conversely, improved ARRF might provide long-term glycemic control in patients, independent of demographic factors and clinical conditions. Therefore, providing educational interventions to improve ARRF might prevent diabetic complications.

In the poor glycemic control group in this study, ARRF correlated significantly with self-care, but not with glycemic control, suggesting that it is challenging to improve glycemic control by educational interventions alone in patients education using ARRF with men with poor glycemic control. The American Association of Diabetes Educators³³⁾ recommends diabetes care support, which considers intermediate

and long-term outcomes, such as behavioral changes, to improve outcomes in diabetic patients. The significant correlation between ARRF and self-care behaviors, which are intermediate behavioral goals, suggests that ARRF might also serve as an important predictor of long-term outcomes in the poor glycemic control group.

This study identified a significant correlation between ARRF and self-care in men with T2DM. Moreover, there was a significant correlation between ARRF and glycemic control in the good glycemic control group, indicating that ARRF is a predictor of HbA1c. The above results suggest that ARRF can serve as a predictor of the efficacy of educational interventions for diabetes control and daily activity levels in men with T2DM.

This study has some limitations. First, this was a single-center cross-sectional study that collected data from an advanced treatment hospital; therefore, the findings cannot be generalized to the general population, and it is necessary to conduct the investigation including facilities other than advanced treatment hospitals. Second, this study showed that men with T2DM might become an intervention point in the relationship between the patient and their family; however, the specific methods for such interventions remain unclear. Further research is necessary to plan and implement effective interventions in future studies.

Conclusions

This study revealed that ARRF plays an essential role and can serve as a predictor of the efficacy of educational interventions for diabetes control in men with T2DM, and that patients' education about ARRF is required to prevent or delay diabetes-related complications. ARRF is useful for good glycemic control in men with T2DM.

Acknowledgements

We thank the patients who participated in the survey and the hospital staff who helped in this study.

Declarations of interest: none.

Funding

This work was supported by JSPS KAKENHI (Grant number JP17K17438).

References

- 1) The Japan Diabetes Society: The goals and principles for treatment of diabetes, The Japan diabetes society, Clinical Practice Guideline for the Treatment of Diabetes, Nankoudou, 27 – 35, Tokyo, 2024 (in Japanese)
- 2) Davies AK, McGale N, Humphries SE, et al.: Effectiveness of a self-management intervention with personalised genetic and lifestyle-related risk information on coronary heart disease and diabetes-related risk in type 2 diabetes (CoRDia): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 547, 2015.
- 3) Saad AMJ, Younes ZMH, Ahmed H, et al.: Self-efficacy, self-care and glycemic control in Saudi Arabian patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 137, 28 – 36, 2018
- 4) Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, et al.: Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. *Chronic Illness*, 6 (1), 22 – 33, 2010
- 5) Xu Y, Toobert D, Savage C, Pan W, et al.: Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes. *Research in Nursing & Health*, 31(6), 613 – 625, 2008
- 6) Fisher L, Chesla CA, Bartz RJ, et al.: The family and type 2 diabetes: A framework for intervention. *The Diabetes Educator*, 24(5), 599 – 607, 1998
- 7) Tang TS, Brown MB, Funnell MM, et al.: Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 266 – 276, 2008
- 8) Mayberry LS, Osborn CY: Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 418 – 425, 2014
- 9) Gary TL, Batts-Turner M, Yeh HC, et al.: The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(19), 1788–1794, 2009
- 10) Hu J, Wallace DC, McCoy TP, et al.: A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. *The Diabetes Educator*, 40(1), 48–59, 2014
- 11) Kang CM, Chang SC, Chen PL, et al.: Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1363 – 1373, 2010
- 12) Williams IC, Utz SW, Hinton I, et al.: Enhancing diabetes self-care among rural African Americans with diabetes: results of a two-year culturally tailored intervention. *The Diabetes Educator*, 40(2), 231 – 239, 2014
- 13) Horiguchi T, Inagaki M, Tasaki K: Thoughts of type II diabetes patients with no severe complications about their families. *The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 14(2), 130 – 137, 2010 (in Japanese)
- 14) Horiguchi T, Inagaki M, Tasaki K: A scale for Japanese type 2 diabetes patient ability to recognize and respond to family support: during the time without serious complications. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 37(1), 23 – 32, 2013
- 15) Horiguchi T, Inagaki M, Tasaki K, et al.: The relationship between the Ability to Recognize and Respond to Family support (ARRF) and HbA1c in people with type 2 diabetes by gender. *The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 24(1), 1 – 18, 2020
- 16) Sears HA, Graham J, Campbell A: Adolescent boys' intentions of seeking help

- from male friends and female friends. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(6), 738–48, 2009
- 17) Choi SE: Diet-specific family support and glucose control among Korean immigrants with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(6), 978–985, 2009
 - 18) Thirsk LM, Schick-Makaroff K: Family interventions for adults living with type 2 diabetes mellitus: A qualitative meta-synthesis. *Patient Education and Counseling*. 104(12), 2890–2899, 2021
 - 19) Honjo K: Revision of the Self-Care Agency Questionnaire for patients with chronic illness. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 21(1), 29–39, 2001 (in Japanese)
 - 20) American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40, 985, 2017
 - 21) Ahmad NS, Islahudin F, Paraidathathu T: Factors associated with good glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation*, 5 (5) , 563–569, 2014
 - 22) Juarez DT, Sentell T, Tokumaru S, et al.: Factors associated with poor glycemic control or wide glycemic variability among diabetes patients in Hawaii, 2006-2009. *Preventing Chronic Disease*, 9, 120065, 2012
 - 23) Khattab M, Khader YS, Al-Khawaldeh A, et al.: Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 24(2), 84–89, 2010
 - 24) Ferwana M, Abdulmajeed I, Madani WA, et al.: Glycemic control and accompanying risk factors: 4-year primary care study. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 6 (4), 523, 2015
 - 25) Guerci B, Drouin P, Grangé V, et al.: Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes & Metabolism*, 29(6), 587–594, 2003
 - 26) Faul F, Erdfelder E, Lang AG, et al.: G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191, 2007
 - 27) Chlebowy DO, Hood S, Lajoie AS: Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults: focus group findings. *The Diabetes Educator*, 36(6), 897–905, 2010
 - 28) Rintala TM, Jaatinen P, Paavilainen E, et al.: Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. *Journal of Family Nursing*, 19 (1), 3–28, 2013
 - 29) Chivala CA, Sherr D, Lipman RD: Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943, 2016
 - 30) Windrum P, García-Goñi M, Coad H: The impact of patient-centered versus didactic education programs in chronic patients by severity: the case of type 2 diabetes mellitus. *Value in Health*, 19(4), 353–362, 2016
 - 31) Holt RIG, Kalra S: A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(Suppl 1), S95–99, 2013
 - 32) Sharma AM, Padwal R: Obesity is a sign-over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. *Obesity Reviews*, 11(5), 362–370, 2010
 - 33) American Association of Diabetes Educators: AADE7™ Self-care behaviors. *The Diabetes Educator*, 34, 445–449, 2008

男性2型糖尿病患者の血糖コントロールにおける 家族サポート感取・対応力 (ARRF) の有用性

堀口 智美, 稲垣 美智子, 浅田 優也

金沢大学医薬保健研究域保健学系

キーワード

2型糖尿病, ARRF, 家族サポート, 血糖コントロール, セルフケア

要 旨

目的：男性2型糖尿病患者の血糖コントロールにおける家族サポート感取・対応力 (ARRF) の有用性を検討することである。

方法：本研究は横断研究であり、男性2型糖尿病患者を対象に自記式質問紙調査を行った。質問紙調査の項目は、ARRF、セルフケア、同居家族の人数であり、患者の基本情報および血糖コントロール (HbA1c) に関するデータはカルテより収集した。分析において患者はHbA1c値により、良好群 (HbA1c < 7%) と不良群 (HbA1c ≥ 7%) の2群に分けられた。

結果：有効回答者は93名であり、良好群が48名、不良群が45名であった。ARRFとセルフケアは両群において正の相関がみられた。ARRFとHbA1cは良好群で負の相関がみられたが、不良群では相関はみられなかった。HbA1cを従属変数とした多変量回帰分析の結果、良好群において糖尿病治療歴とBMIの決定係数 (R^2) は0.13 ($p=0.03$) であったが、ARRFを加えると R^2 は0.31 ($p<0.01$) に上昇した。

結論：ARRFは男性2型糖尿病患者の良好な血糖コントロールに有用であることが示唆された。

実践報告

思春期・若年成人（AYA）世代造血器がん患者の再発告知後の体験：2事例へのインタビューによる質的研究

Experiences after diagnosis of recurrence of hematopoietic cancer in adolescent and young adult (AYA) generations: A qualitative study by interviews with two cases

窪田 晃奈¹⁾²⁾, 松本 智里³⁾, 美濃 由紀子³⁾, 峰松 健夫³⁾
紺家 千津子³⁾, 牧野 智恵³⁾, 江藤 真由美²⁾, 臺 美佐子³⁾

Akina Kubota¹⁾²⁾, Chisato Matsumoto³⁾, Yukiko Mino³⁾, Takeo Minematsu³⁾
Chizuko Konya³⁾, Tomoe Makino³⁾, Mayumi Eto²⁾, Misako Dai³⁾

¹⁾石川県立看護大学大学院看護学研究科, ²⁾石川県立中央病院, ³⁾石川県立看護大学

¹⁾ Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

²⁾ Ishikawa Prefectural Central Hospital, ³⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

思春期・若年成人（AYA）、造血器がん、再発、意思決定

Key words

adolescent and young adult (AYA), hematopoietic cancer, recurrence, decision-making

要 旨

本研究は、思春期・若年成人（adolescent and young adult：AYA）世代の再発造血器がん患者に対し、再発告知後の体験を明らかにすることを目的とした質的研究である。20代の社会人で再発し移植治療終了後である再発造血器がん患者2名に各3回の半構造化面接を行い、質的に分析した。特徴的なテーマとストーリーラインから、再発告知後の体験は、再発告知から移植治療決定まで、移植治療期間中、移植治療終了から調査時までの3時期に分類された。また、2事例に共通する体験は、再発の冷静な受け入れ、治療を受けるしかないという強い意思、医師への絶対的な信頼が基になった治療選択だった。また、再発の回数や合併症、社会生活の期間によって各事例で独自の体験が示された。

今後、AYA世代再発造血器がん患者に対する各時期での情報提供・心理的支援・教育体制の整備・就労支援といった看護支援の検討が期待される。

連絡先 (Corresponding author)：臺 美佐子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

はじめに

造血器がんは骨髄に腫瘍化した細胞が増加し正常な造血が抑制され、再発後の予後は不良である。主たる治療は化学療法だが、化学療法のみで根治が難しい場合や再発後の根治または長期生存を目指す治療として造血幹細胞移植が施行される¹⁾。15-39歳の思春期・若年成人 (adolescent and young adult, 以下AYAとする) 世代がん患者のうち造血器がんは50%を占める²⁾。造血器がんは初期治療終了後半年以内の再発や移植後の再発は予後が極めて不良であり³⁾、二次がんなどの身体的合併症などがある点では40歳以降の患者とAYA世代が抱える問題は同様である。しかし、疾患上の特性として感染症や出血による重篤化または死亡する場合があります、診断から治療開始までの意思決定の猶予はないこと、終末期が短期間であるにも関わらず、AYA世代は、自分の思いを表出しないことが40歳以上の患者との大きな違いであると報告されている⁴⁾。そのため、何を考え望むかを医療者は把握しづらく、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning, 以下ACPとする) が困難な現状がある。

造血器がんの治療後は、寛解に至り、完治する患者もいるが、再発直後は身体的苦痛があるなか、再び化学療法が開始され、場合によっては二度目の移植に向かう患者もいる。さらに、造血器がん患者は、固形がんとは違い進行しても化学療法を継続することが多く、治療期の中で看取りを迎える場合もあり、根治に向けた治療を支えるという視点と、患者や家族が、その人らしく、より良い最期の時間を過ごせるよう支えるという視点が同時に生じ、看護師にも葛藤が生じている⁵⁾。よって、生命の危機に直面し、重篤な合併症が懸念される治療を受けながら、社会的活動の制限を強いられ、コミュニケーションの少なさ、意思表示の難しさをもったAYA世代の再発造血器がん患者の生活の質 (quality of life, 以下QOLとする) を看護ケアで維持あるいは改善していく必要があると考えられる。

先行研究では、AYA世代造血器がん患者は意思決定や意思表示をすることが困難であり⁶⁾、造血器がんに対する治療選択と決定は親が行うことが多いこと⁷⁾、造血器がん診断から治療期間中に求められる多くの決断の機会があるが、AYA世代がん患者のうち10代後半から20代前半の意思決定の機会は限られ、医療者との交渉の余地は少ないこと⁸⁾が示された。このような状況下で、AYA

世代造血器がん患者が再発告知後に、どのような感情・思考を持ち行動しているのかについては不明であった。

AYA世代造血幹細胞移植患者が再発後の治療を選択する時間が限られているなか、意思決定のニーズがありながら自分の意思が反映されない状況は、再発後、自分らしくどう生きていきたいかを判断する機会を奪う可能性につながり、QOLの低下に直結すると考えられる。

目 的

AYA世代造血器がん患者の再発告知後の体験を明らかにすることとした。

用語の定義

本研究で用いる「体験」の定義は、対象者の思考、感情、行動といった経験を含む内容すべてとし、「再発」の定義は、前回寛解と確認されて以降の再発 (直近での再発) とした。

研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的事例研究
2. 研究施設と対象

研究施設は、急性期病院1施設の血液内科外来・病棟とした。

対象者は、対象施設に入院または通院中であり、病状が安定していると主治医が判断したAYA世代の再発造血幹細胞移植後患者とした。

除外基準は、コミュニケーションがとれない者、主治医が困難と判断した者とした。

3. 調査期間：2023年9月-2023年10月
4. データ収集方法

対象者に、半構造化面接を実施し、インタビュー内容はICレコーダーに録音した。インタビューガイドは表1に示す。

AYA世代の特徴として、一般的に他者に自分の体験を語る事が難しい⁴⁾ことから、本研究で十分な体験の語りを得るため、初回の面接終了後、1週間以内に逐語録を作成し、質的研究の専門家である看護学研究者と共にインタビュー内容が十分であるか繰り返しディスカッションを行い逐語録の内容の確認を行った。その後、より詳細にインタビューすることで、体験の内容がさらに明らかになる可能性があるかと判断した内容について再度対象者に面接を行った。

5. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、少数事

表1 インタビューガイド

- ①再発はいつ、どんなタイミングで医師から告げられたか教えてください。
- ②告知されてから今までにどんなことがありましたか？
- ③治療方針が決まり進んでいく中でご自身の気持ちはどのようなものでしたか？

※より詳細に、具体的な語りを引き出すため、対象者が述べた回答の後に、それに関連した点や関心を持った箇所を尋ね（フォローアップ質問を取り入れ）インタビューをすすめていく。

例での質的分析方法として適用されるSteps for Coding and Theorization (SCAT)⁹⁾に基づき分析した。以下に、SCATによる分析方法の詳細を示す。

1) 逐語録に記載されている対象者が話した内容 (SCATのフォーム上ではテキスト) から研究トピックに関わる語句を抜き出した。

2) 1) に書き出したことを言い換えるような、テキストにない語句を記入した。

3) 2) を説明することのできる概念、語句、文字列を記入した。

4) 上記1) - 3) に基づいて、それらを表すようなテーマを記入した。

5) 4) で示されたテーマを用いてストーリーラインを作成した。

本来、6) ストーリーラインから理論記述を作成するという工程が存在する。しかし、小規模なデータから確定的で一般化可能な理論をえることはほぼ不可能であり、主に対象についての記述的な理解を得ることを目的としている場合、ストーリーラインの記述を目的とし、理論記述は不要である⁹⁾。よって、本研究も2事例と少数であり、各事例の体験の記述的な理解を得ることを目的としていたため、理論記述は行わなかった。

1) - 4) の作業後、各事例の1) - 4) の過程や導き出されたテーマを基に、事例1と事例2で意味やニュアンスが類似しているテーマを整理し、共通する体験を整理した。また、各事例の独自の体験についても研究者間でディスカッションを行いテーマを整理した。

質的データの信頼性及び真実性を確保するため、データ収集から分析に至るまで質的研究の経験が豊富な研究者にスーパーバイズを受け、研究者間で検討を繰り返した。

6. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認 (看大第2023-148-2号) とデータ収集協力施設倫理委員会の承認を受けて実施した。

結 果

1. 対象者の概要と面接回数

対象者は2名で、いずれも各3回インタビューを実施した。基本的情報は表2に示す。2名とも再発告知より現在まで1年2か月が経過していた。

2. 各事例の3時期での体験毎のストーリーライン

再発告知後から調査時に至る期間は3時期に分類された。第1期は、造血器がん再発告知から移植治療決定まで、第2期は移植治療期間中、第3期は移植治療終了から調査時までであった。

以下、事例ごとの3時期について、各テーマを【 】、テキスト (生データ) は「斜体」、テキストで理解しづらい箇所は研究者による補足として () で言葉を補い記す。

1) 事例1

(1) 造血器がん再発告知から移植治療決定までの期間での体験

〈ストーリーライン〉

再々発の告知時に、「大体先生が再発って言うたらもう再発じゃんみたいな」と患者は【再々発疑いへの冷静な受容】をしており、直後に【母親への再々発の報告】を行っていた。治療選定について、【母親からの新治療方法の勧め】があったが、「先生にお任せを絶対決めている」というような【医師への絶対的な信頼】があり【移植一択での治療に納得】し「移植したほうが治るって言われたら、『じゃ、もう移植をお願いします』やね。」というように【医師が提示した治療を迷わず選択】した。移植を決定するまでには、【治療への不安】を感じていたものの【治療リスクの理解と受容】をし【積極的治療選択への強い意思】があった。短期間で治療決定が必要な中【数日間での再々発治療に関する家族会議】で【移植ドナー検討の冷静な話し合い】が行われた。

治療決定に至るまで、患者は「大体、ああ、また始まるなっていう感じ」といった【再々発へのまたかという思い】、【開始される治療への怖さ】、

表2 対象の基本情報

対象者	事例1	事例2
性別	女性	男性
年齢	24歳	28歳
家族構成	父、母、弟と同居	父、祖父母、兄（障害あり）と同居 母とは別居中であるが連絡はとっている
最終学歴	高校中退	高校卒業
所属	合併症による制限が多いため、家族経営の職場でアルバイトとして勤務。	飲食店に正社員として勤務。治療中は休職し現在は復帰。
診断名	急性Bリンパ性白血病	びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
インタビュー時の状況	維持療法の化学療法で通院中	外来通院中
妊孕性について	生命を優先する必要があるため温存できず妊孕性は消失	温存の機会はあったが希望されず妊孕性は消失
既往歴	縦隔気腫（15歳）	虫垂炎（12歳）
治療の合併症	CMV網膜炎、両側大腿骨頭壊死、両上腕骨骨頭壊死、胸椎圧迫骨折、早期閉経、続発性低γグロブリン血症	特になし
治療サマリー	<p><これまでの治療経過> 201X年発症。化学療法のみで寛解を維持。201X+4年6月に1回目の再発をし、10月に1度目の同種移植を実施。以後寛解を維持。201X年+8年の7月に2回目の再発を確認し、201X+9年の1月に2回目の同種移植を実施し3月に退院。以後、維持療法の化学療法中。</p> <p><今後の治療計画> 現在外来通院中だが、今後も2サイクルは再発予防のため化学療法が必要。疾患の重症度は、第3寛解期での生存率は3割程度。再発か感染症かその他の合併症で命を落とす可能性あり。特に急性リンパ性白血病の治療レジメンはステロイドの投与量も多く、この9年でかなりの量のステロイド投与歴あり。ニューモシスチス肺炎発症の確率は高率。</p>	<p><これまでの治療経過> 202Y年12月より吐気等があったが、自身で経過観察。202Y+1年8月に上腹部痛が出現し、精査の結果、診断。9月-12月までに化学療法を合計6サイクル実施し、202Y+2年1月に寛解を確認。その年の5月に再発が確認され、サルベージとして化学療法を4コース実施。その後、8月に自家末梢血幹細胞移植を実施。現在は寛解を維持。</p> <p><今後の治療計画> 現在、2-3カ月毎に外来通院中。疾患の重症度的に再発後、少なくとも2年間は再度の再発がないか、注意深く観察が必要であり、内視鏡検査やPET-CT検査を定期的に実施中。</p>
初発から現在までの治療期間	9年間	2年間
再発した時期	1回目:初発から4年後 2回目:初発から8年後	初期治療終了後半年以内
再発告知からの期間	2回目の再発から1年2ヵ月	1年2ヵ月

【更なる治療による合併症悪化への困惑】という感情や考えがあったが、「生きたいからね。軸がそこやから提案されたものは、『じゃ、お願いします』って感じ。」と【生きることを優先した治療の決断】がなされた。その意思決定には【患者

の意思を支持する母親】、【医学的根拠に基づく治療を重視する母親】の存在があった。

また、移植のみならず造血器がんの治療について【新治療薬への期待】を感じながらも【白血病再発の実体験から理解する経過】や【白血病再発

の実体験から痛感する恐怖心】があり【積極的治療を受けられなくなる不安】があった。このような感情を有しながらも同時に【経過に身を任せようという思い】も感じていた。

(2) 移植治療期間中の体験 〈ストーリーライン〉

移植治療中は、【先のことが考えられないほどの体調の悪さ】が生じていたが、【治療内容の理解は体調の回復時で良いという考え】で治療中を過ごしていた。治療に対して、【予防ができない白血病の再々発の受け入れ】、【受けるしかないという思いで臨んだ治療】という思いがあった。治療開始後は、【どんなに辛くても治療を続けようとする強い意思】と【後ろ向きなことは意識しない姿勢】を有していた。

治療が開始されると【診断前に抱く恐怖や再発を否定したい思い】は消失し、【新薬の効果と共に感じる安心感】があった。治療期間中の、【再々発後にしたいことは日常生活での趣味】であり、また【周囲に喋りやすい人がいて何気ない会話ができること】を求めている。

(3) 移植治療終了から調査時までの体験 〈ストーリーライン〉

移植治療終了後に、振り返ってみると、「婦人科はもっと早く知りたかったね。骨も女性ホルモンが少なくなるってことも知らん、そういう知識がないわけやから。なくなるんやったらね、骨とかこんな弱くなると思わなかったし。そういうのはもうちょっとね、幅広い知識を知りたかったかなって思うね。」というように【適切な時期に得たかった女性特有の合併症に関する情報】があった。

移植治療が終了すると【母親からの自立の促し】や【治療終了後は仕事を考える時期という認識】が出現し始めていた。【合併症を抱えながら生きる自己の受容】はしているものの、「立ちっぱなしもね、足に負担かかるとか言われたら、何の仕事ができるんだろうかみたいな。」「高校やめとるからさ、もっと狭まる。」といった【合併症や学歴による職種の制限】を実感し「年いけばいだけ、やっぱ行っておけばよかったって。」と【年齢を重ねる度に感じる高校中退の後悔】が生じていた。社会生活では【健康的な青年とみられる外見と実際とのギャップ】や「なんか大人になって、なんか学生の頃の友達とか、SNSとか見とったらさ、体育館借りてバスケしとったりさ、楽しそうやなって思う、走れないから。そこに行ったりは

してない」という【SNSで知る同世代の趣味活動への羨望】があった。

治療後に【医療者から伝えられる自己の好印象への違和感】を感じることや、【初発の時期に止まったと感じる時間と精神年齢】により、社会生活での違和感があり、【仕事で学ぶ病院外の人とのコミュニケーション】に努力が必要だった。

2) 事例2

(1) 造血器がん再発告知から移植治療決定までの期間での体験

〈ストーリーライン〉

告知時は、【再発告知時の病による心身の苦痛は少ない状態】だったため、「せっかく髪とかも生えてきて、仕事もだんだん復帰してきたのに、また、ゼロに戻るといふか。」という【仕事復帰の過程を失うことの落胆】、「自分の父親にもちょっと、何て、何て言おうかなって思ったんですけど、まあ、電話で、再発、『ごめん、再発した』みたいな感じで(伝えた。)」といった【家族に迷惑をかける申し訳なさ】、「一応治療終わって治ったっていうのを、周りの人に伝えたいですね。伝えてからの再発だったんで、何て言おうかなって思ってた。みんな、まあ喜んでくれていたんで、再発したって、何て伝えようかなっていうのがあって。」というように【治癒を喜んでくれていた職場の同僚へ再発を報告することの辛さ】、「過度に心配されると、ちょっと何か、こっちが申し訳なくなるんで。」「会社の人とか周りの人にやっぱ、過度に心配されるのがやっぱ。きつかったです」「やっぱ申し訳ないのと、やっぱありがたいなっていうのもあるんで」という【職場の同僚からの過度な心配がもたらすありがたさと申し訳なさ】を感じていた。

「早く治したほうがいいかなっていうので。」「やるしか、やるしかないの。」というふうに【治療をやるしかないという強い思考】があり「やっぱ先生に任せようが、多分いいっていうので」「やっぱ、先生を信頼してたっていうのもあります」「第一印象ですけど、あとは、普段の接し方とか見て、信頼できる人だなと思ったの。」「そのリスクがある上で、でも、先生は、この治療おすすめますって言うってくれたんで、じゃ、そうしますって感じだったと思います。」と【リスクがあっても信頼する医師から提示された治療を選択し受けること】に迷いはなかった。仮にリスクが高いときが訪れたら【経過に身を任せようという思い】を持っていた。

また、治療選択時には「治療に関しては、でも父親はあんまり、やっぱり知らないこととか多いと思うんで、そんなにはやっぱり言っただけですね。」「再発に関してはまあそうかみみたいな感じ」と【患者の意思を支持する父親】の存在があった。

「その血液のがんって先生に言われて、それが原因なら仕方ないかなぐらいで思ってたんで、別にストレスが原因で胃潰瘍になったんじゃないんで、血液のがんで、胃潰瘍になったなら、何か、良かったのかなって。」というふうに【再発告知の冷静な受容】があったが、【ふとした時に感じる再発の不安】があった。

(2) 移植治療期間中の体験

〈ストーリーライン〉

移植治療中には、【初発時の治療の記憶よりも辛かった再発時の治療】があった。また、【再発の告知や治療選択よりも痛みを伴う処置のほうに感じる大変さ】があった。【日常生活を普段通りに過ごしたいという思い】で過ごしており、【職場の同僚からされる死を想定した過度な心配】は求めていなかった。つまり、「多分一番は、やっぱり申し訳ないっていうのが感じちゃうんで、どうしても、まあ普通に接してくれたほうがいいなどは思うんですけど。」と【職場の同僚に望むのは普通に接してくれること】だった。しかし、「あまり、自分から、何かその、病気の治療のことは話さなかったんで。」「趣味とかプライベートなこと（を話していた）」「目が開かなくなったりとか、腕が上がらなくなったりとか、何かそういうこともあるんだなっていうのは、まあ、話聞いてて。何か、最初、すごい元気な方だなっていうイメージだったんですけど、ちょっとやっぱり症状悪化した時に、すごい、元気がなくて。ちょっと、何て声をかけたらいいのかなって思ってた。でも、その、あとからだんだん良くなってはきてたんで、ちょっと安心した」ということがあり、【先行きの不安から、同じ治療を受ける患者と病や治療について話すことを避ける自分】がいた。

(3) 移植治療終了から調査時までの体験

〈ストーリーライン〉

移植治療終了後には「そんな大ごとにするつもりはなかったんで。」「あまり何か人から注目集めたくないんで。」「仕事は、でも、やっぱり毛が抜けてしまうんで、落ち着いてから復帰しようとは思ってたんですけど。」「まあ視線を感じるのがやっぱりあんまり」と【病気で人から注目されることが嫌な自分】がいた。

3. 2事例に共通する体験

2事例に共通する体験として、「再発の冷静な受け入れ」「治療を受けるしかないという強い意思」「医師への絶対的信頼が基になった治療選択」が導き出された。

考 察

今回の対象者2名は、約数日－1週間以内という迅速な治療選択・決定が求められる状況で、再発の告知を冷静に受け止め、信頼する医師の提案通りの治療を受けることを患者自身が決定し、生きようという強い意思を持っていた。海外の先行研究では、AYA世代へのがんの宣告は爆弾が落ちるような突然の出来事のため自分の状況と結びつかず、将来への影響を考える余裕がない¹⁰⁾と報告されている。また、AYA世代がん患者は、全体的に意思決定が行えていないと考えられ、治療・合併症等の情報伝達が制限され、親に意思決定を委ねられることが多いと報告されていたが⁶⁻⁸⁾、20代後半の対象者2名は異なっていた。冷静な受け止めができた要因には、造血器がんは突発的な遺伝子異常が原因という疾患的な特徴があり¹¹⁾、例えば大腸がんのように早期発見が期待される大腸検査を疎かにした自分の行動を悔やみ、自責の念を引きずる¹²⁾ということがなかったことが理由として考えられた。また、10代はがん罹患を理解し受け止めることが極めて困難で親や医療者に対する依存や諦めから、患者自身が意思決定できないことが多い¹³⁾と報告されている。しかし、本研究の対象者が意思決定できた要因には10代よりも心理的安定がみられる20代だったことが理由として考えられた。

再発の冷静な受け止めや患者自身で治療の意思決定をしていたことは2事例の共通の体験として示されたが、対象者の背景の違いから各事例独自の体験も示された。事例1特有の体験には治療終了後の制限された社会的行動が示されていた。具体的には、造血器がん特有の易感染状態や倦怠感で勉学への余力がなく、外出や他者との面談も不可能であり、教育環境として整備されていなかったため、高校退学・就職への心配が生じていた。がんで入院時の年齢が15歳以上の患者の高校教育に関する実態調査研究では、在籍校による支援は限局的で、学校側の人材確保、患者・家族と学校との面談、院内での実習室確保が必須だが、患者らが十分な教育を受けるには不十分である¹⁴⁾と報告されており、告知後から長期にわたる教育・就

労支援の必要性が示唆された。また、妊孕性に関する先行研究では、妊孕性に関する合併症の説明は多くの場合は親にされており、患者本人に伝える機会がないまま、早発閉経となることがある¹⁵⁾。さらに海外ではAYA世代がん患者の治療内容や長期的副作用についての情報ニーズがあり¹⁶⁾¹⁷⁾、医療従事者から年齢に応じた情報提供が求められていることが報告されている¹⁶⁻¹⁸⁾。よって患者への十分な情報提示と長期的な身体・心理・社会的支援の必要性があることが本研究からも示唆された。また、事例2の特有な体験は周囲への申し訳なさや、病人として認識されることへの拒否感であった。具体的には、家族や職場へ再発を伝えることの申し訳なさ、仕事復帰の過程を失うことの落胆、病人として見られることへの拒否感を感じていたことである。AYA世代は友人・会社など特定の対象者との相手を尊重した関わりの体験から自己存在の意味を見出すのが大切な時期である⁷⁾。さらに、事例2の対象は、社会人経験が長く、家族経営ではない職場で働いていることが事例1との相違点である。それらが影響し、自分が周りからどうみられるかを気にする姿勢が見られ、さらに、再発を報告する辛さや過度な心配を受ける申し訳なさにつながり、【仕事復帰の過程を失うことの落胆】も大きかったと考えられた。

本研究の結果から、まず、AYA世代再発造血器がん患者の、意思表示が十分でない場合でも医師への強い信頼・告知への冷静な受け止め・生への強い意思・治療の理解と治療を受ける意思があることが明らかとなった。まずはこれらへの医療者の認識を促進させることが重要であると考えられる。また、高校生で発病し再発を繰り返した事例1の妊孕性消失に関する内容や治療に関連した合併症が及ぼす影響を把握しておきたかったという体験から、初発時からの治療・合併症への十分な情報提示と長期的なフォローアップ体制整備の検討を行うことも重要である。同種移植患者に対する長期フォローアップ外来は全国的に稼働している。しかし、これまで受けてきた治療の合併症の影響が長期に続くAYA世代は通う年数に限界を設けず、仕事や進学の関係で一か所に留まれずともフォローを受けられる体制づくりについて、全国的な動向も踏まえながらの検討が必要になる。さらに、事例1は治療期間中に体験した進学中断の後悔、退院後も続く免疫力の低下、合併症の影響による復学・就労への難渋が特徴的であった。よって治療中であっても発達段階に応じた教育課

程を提供できる療養環境の支援、就労については医療ソーシャルワーカー等の多職種と連携し情報提供等を行うなどの支援を強化していくことの必要性が示唆された。

本研究の限界として、対象者2名は家族と同居中の20代で婚姻歴がなく、就職経験を有する者であり、同一の施設に外来通院中であった。本対象者の体験は十分に得られたが、社会背景やある特定の治療施設でなければできない治療がある等の治療施設の違いにより今回と異なる体験が見出される可能性がある。また、事例1は2度の再発、事例2は1度の再発だったため、再発の回数による結果への影響もあると考えられる。本成果をもとに、AYA世代の中でも若年患者や多施設の患者らへの調査を行い、さらに再発の回数による体験の相違を比較していくことでAYA世代再発造血器がん患者らの体験がより豊富に蓄積され、今後の看護ケア検討につながると期待できる。

結 論

AYA世代再発造血器がん患者の2事例の共通する体験には、再発の冷静な受け入れ、治療を受けるしかないという強い意思、医師への絶対的な信頼が基になった治療選択が示され、各事例特有の体験では、治療終了後の制限された社会的活動、周囲への申し訳なさ、病人として認識されることへの拒否感が示された。今後、以上の体験をふまえたAYA世代再発造血器がん患者らに対する十分な情報提示、教育・就労支援、長期フォローアップ体制の整備検討の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究では、石川県立看護大学大学院教材費を研究費として使用して実施した。また、本研究の実施にあたり、ご支援いただいた対象施設関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 一般社団法人 日本造血細胞移植データセンター/日本造血・免疫細胞療法学会：日本における造血幹細胞移植2021年度全国調査報告書別冊スライド集, [オンライン, <http://www.jdchct.or.jp/data/slide/2021/>], 2021年度全国調査報告書別冊, 3. 27. 2023

- 2) 国立研究開発法人国立がん研究センター：AYA世代のがんについて～15歳から30歳代でがんと診断された人へ～ [オンライン, https://ganjoho.jp/public/life_stage/aya/about.html], がん情報サービス, 3. 27. 2023
- 3) 坂本謙一, 今村俊彦, 友安千紘, 他：初回同種造血細胞移植後に再発した急性白血病症例における予後因子の検討, 日本小児血液・がん学会雑誌, 53(2), 105-111, 2016
- 4) 榎場美穂：若年成人がん患者の闘病のプロセスを共に歩む：YA世代の心理社会的特徴とアプローチ, 緩和ケア, 25(6), 470-476, 2015
- 5) 大庭貴子, 習田明裕：造血幹細胞移植を受ける患者の臨終期において看護師が抱える困難感, 日本移植・再生医療看護学会誌, 16, 10-22, 2021
- 6) 小林幹紘, 小島ひで子：思春期青年期世代がん患者をケアする看護師の困難感と学習ニーズ, 日本看護科学会誌, 41, 11-19, 2021
- 7) 丸光恵：看護師に求められる視点, 平成27-29年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)「総合的な思春期・若年成人(AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」班編, 医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド(第1版), 金原出版, 27-28, 東京, 2018
- 8) Hart RI, Cameron DA, Cowie FJ, et al.: The challenges of making informed decisions about treatment and trial participation following a cancer diagnosis: a qualitative study involving adolescents and young adults with cancer and their caregivers, BMC Health Services Research, 20(1), 2020. doi:10.1186/s12913-019-4851-1, 3. 27. 2023
- 9) 大谷尚：4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCATの提案-着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き-, 名古屋大学大学院教育発達科学研究紀要(教育科学), 54(2), 27-44, 2007
- 10) Belpame N, Kars MC, Beckman D, et al.: The 3-Phase Process in the Cancer Experience of Adolescents and Young Adults, Cancer Nursing, 41(3), 2018. doi:10.1097/NCC.0000000000000501, 3. 27. 2023
- 11) 福田隆浩：患者・家族への説明, 国立がん研究センター中央病院 造血幹細胞移植科編, 造血幹細胞移植ポケットマニュアル(第1版), 医学書院, 8, 東京, 2018
- 12) 戸田くるみ, 山崎智子, 内堀真弓, 他：進行大腸がん患者の経口抗がん剤外来治療継続過程における思い, お茶の水看護学雑誌, 7(1), 20-29, 2012
- 13) 松本幸姫, 阿部佳奈子, 塚越徳子, 他：AYA世代がんサバイバーの思い-国内文献レビュー-, 群馬保健学研究, (42), 53-64, 2021
- 14) 中野嘉子, 石井裕子, 中村さやか, 他：AYAがん患者の医療的・心理社会的特性-自験例64例での検討, 日本小児血液・がん学会雑誌, 56(2), 176-181, 2019
- 15) 京盛愛枝, 波崎由美子, 上澤悦子：AYA世代にある小児がん経験者のがん治療体験による恋愛や結婚、親になることへの過程-マステリ-理論による半構造化面接を実施して, 日本生殖看護学会誌, 15(1), 27-35, 2018
- 16) Zebrack B, Bleyer A, Albritton K, et al.: Assessing the Health Care Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Patients and Survivors, Cancer, 107(12), 2915-2923, 2006
- 17) Olsson M, Jarfelt M, Pergert P, et al.: Experiences of teenagers and young adults treated for cancer in Sweden, European journal of oncology nursing, 19(5), 575-581, 2015
- 18) Belpame N, Kars MC, Beckman D, et al.: "The AYA Director": A Synthesizing Concept to Understand Psychosocial Experiences of Adolescents and Young Adults With Cancer, Cancer Nursing, 39(4), 292-302, 2016

そ の 他

COVID-19流行期の臨地実習における看護学生の 手指衛生および手荒れ予防行動と手荒れに関する実態

Actual Conditions Related to Hand Hygiene, Hand Roughness Prevention Behaviors and Hand Roughness of Nursing Students in Onsite Practice During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic.

金谷 和佳奈¹⁾, 高橋 真美²⁾, 加藤 克典³⁾, 石川 倫子³⁾

Wakana Kanaya¹⁾, Mami Takahashi²⁾, Katsunori Kato³⁾, Noriko Ishikawa³⁾

¹⁾市立輪島病院, ²⁾東京科学大学病院, ³⁾石川県立看護大学

¹⁾Wajima Municipal Hospital, ²⁾Institute of Science Tokyo Hospital

³⁾Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

COVID-19, 看護学生, 手指衛生, 手荒れ予防, 手荒れ

Key words

coronavirus disease 2019, nursing student, hand hygiene, hand roughness prevention, hand roughness

要 旨

本研究はCOVID-19流行期の臨地実習における看護学生の手指衛生および手荒れ予防行動と手荒れに関する実態を明らかにすることを目的とした。COVID-19流行期に看護師教育課程の臨地実習をすべて終了して1週間以内の看護学生を対象にWebによる無記名自記式質問紙調査を行い、45名の回答を得て分析した。その結果、看護学生の1日の手指消毒回数は「6~10回」「26回以上」が11名(24.5%)で最も多く、1日の手指消毒回数が「21回以下」の看護学生が有意に手荒れをしていなかった(p=.004)。また、手荒れの症状は「乾燥」が12名(92.3%)であった。ハンドクリームは「就寝前」に25名(61.0%)が使用していた。手荒れを初期症状で止めるためには手荒れ予防教育を行う必要がある。その際にハンドクリームを就寝前に使用することを推奨する。

連絡先 (Corresponding author) : 石川 倫子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

はじめに

医療従事者はあらゆる感染症への感染防止対策として、新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：COVID-19）の感染拡大以前から手指衛生を頻繁に行っている。さらに、COVID-19の感染拡大防止対策によって、更なる手指衛生による感染防止対策が求められている。この医療従事者の手洗い・手指消毒といった手指衛生に関する問題点として最も多いのは手荒れであるとされている¹⁾。この医療従事者の手荒れについて、COVID-19感染拡大以前に比べてCOVID-19流行期では39.5%から79.3%に増加しており、頻繁な手洗いによって手荒れのリスクが高まっている²⁾。また、手荒れに関連した症状について、症状を1つ以上有している医療従事者は90.4%であったと報告されている³⁾。

この手荒れによる感染防止対策への影響について、手荒れのない人は手洗い後に細菌数が減少し消毒効果も維持するが、手荒れの重症の人は手洗い後の細菌数の減少の程度は軽度で、消毒効果も低くなったと報告されている⁴⁾。また、手荒れの手指を介した院内感染や交差感染等は、手荒れが原因と考えられる感染の実例がある⁴⁾。さらに、手荒れがある者はない者に比べ、手洗い後の手指の黄色ブドウ球菌（*Staphylococcus aureus*：SA）検出率が高く、手洗い・消毒後の手指のSA検出菌数が多い傾向がみられている⁵⁾。大野ら⁶⁾も、手荒れの手の皮膚には細菌が多く、手指消毒後も残存する菌数が多いとし、通常は容易に除去される皮膚一過性菌が手指消毒後も残存するなど、除菌が困難であることが検証されたと報告している。これらの影響に加え、清水ら⁷⁾は、手荒れをおこすことで手洗い回数やアルコール擦式消毒剤の使用頻度が変化すると報告している。西村⁴⁾は、手荒れにより手指消毒が充分に行えなくなることも問題であるとし、手荒れを予防することが重要となると述べている。これらの手荒れによる課題に対しては、「医療現場における手指衛生のためのガイドライン（以下CDCガイドライン）」⁸⁾においても提唱されている。

COVID-19流行期で臨地実習に臨む看護学生においても、COVID-19感染防止対策で頻繁な手指衛生を実施しており、手荒れの発症が増加していると推測される。そのためにも手指衛生および手荒れ予防行動の実施状況や手荒れの発症状況を明らかにし、手荒れを予防する必要がある。

臨地実習における看護学生の手指衛生に関する

先行研究では、手指衛生の5つのタイミングの知識と実施状況、交差感染を意識した手指衛生の実施状況および関連要因⁹⁾や携帯型手指消毒薬の使用による手指衛生の実施状況¹⁰⁾が報告されている。しかし、COVID-19流行以前およびCOVID-19流行期における看護学生を対象にした手指衛生および手荒れ予防行動の実施状況、手荒れの発症状況は明らかにされていなかった。

そこで、本研究ではCOVID-19流行期の臨地実習における看護学生の手指衛生および手荒れ予防行動と手荒れに関する実態を明らかにすることを目的とする。これは、今後の感染症流行期における看護学生の手指衛生および手荒れ予防行動の教育を検討する基礎的資料になると考えられる。

用語の操作的定義

本研究では、以下のように用語の定義を行う。

手指衛生：医療現場における手指衛生のためのCDCガイドライン⁸⁾を参考に、石鹸（非抗菌性および抗菌性）と水による手洗いとアルコールベースの消毒剤による擦り込み式手指消毒（以下、手指消毒）とする。擦り込み式手指消毒とは、微生物数を減らすために、手の全ての表面に手指消毒薬を塗布することである。

手荒れ：手指表面の皮脂膜が何らかの原因で除去され、皮膚表層の角質層の水分が蒸発によって失われるために、柔軟性やなめらかさがなくなり、手指の乾燥（カサカサ）・発赤（手が赤みを帯びている）・落屑・痛み（ジクジクとした痛み）・亀裂（ひび割れが起きている）・搔痒感（かゆみ）・水ぶくれ・皮薄化が生じた状態とする²⁾¹¹⁾。

手荒れ予防行動：ハンドクリームの使用とする。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 調査対象者

COVID-19流行期に看護師教育課程の臨地実習をすべて終了して1週間以内のA看護系大学の学生（以下、看護学生）78名とした。その理由は、臨地実習をすべて終了した看護学生は「交差感染を意識した手指衛生」、「5つのタイミングを活用した手指衛生」を実施しているとされており⁹⁾、感染対策への意識が高まり、看護師に近い手指衛生行動がとれると考えられるためである。

3. 調査方法

Webを使用した無記名自記式質問紙調査を行

った。本研究に関する説明会を看護師教育課程の臨地実習をすべて終了して1週間以内に実施した。説明会に参加した研究対象者に本研究の主旨、調査方法、実施に伴う倫理的配慮について口頭と研究依頼書にて一斉に説明を行い、任意の回答を依頼した。Webを用いた無記名自記式質問紙のURLの連絡方法は、研究依頼書にQRコードを記載し、QRコードから無記名自記式質問紙への回答を尋ねた。調査期間は、2022年8月2日～9月12日であった。

4. 調査内容

1) 調査対象者の基本的属性について

性別、年齢、アトピー性疾患の既往の有無を尋ねた。

2) 手指衛生の実施状況

統合実習期間中で1日の実施回数が最も多かった日における手指消毒回数および手洗い回数と1回の手洗い時間を尋ねた。統合実習は、臨地実習における最後の実習であり、その直後に手指衛生の実施状況を想起することで、より確かな手指衛生の実施状況を調査できると判断した。

3) 手荒れの状態について

統合実習期間における手荒れの有無と手荒れの症状、手荒れの原因を尋ねた。手荒れの症状、手荒れの原因は複数回答とした。

4) 手荒れ予防行動について

ハンドクリーム使用の有無と使用のタイミングを尋ねた。

5. 分析方法

各項目について記述統計にて分析した。次に、①統合実習における手指衛生の実施状況（手洗い回数、手指消毒回数、手洗い時間）と手荒れ、②手荒れ予防行動（ハンドクリームの使用）と手荒

れとの関連を χ^2 検定およびFisherの直接法にて分析した。なお、統計処理はIBM SPSS ver25を用いて行い、統計的有意水準は $p<.05$ と設定した。

6. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学の倫理委員会の承認を得て実施した（看大第2022-134号）。研究対象者には、研究の目的・方法、研究参加は自由意思によるものであり、不参加であっても学業成績に影響を与えないこと等について、文書と口頭にて説明した。Webによる質問紙の最初に研究参加への同意を確認する欄を作成し、チェックの記入をもって同意を得たと判断した。

結 果

78名中、45名から回答を得た（回収率57.7%）。45名すべての回答を分析対象とした。

1. 回答者の概要（表1）

女性が43名（95.6%）で、全員が21～26歳であった。アトピー性疾患の既往がある看護学生は12名（26.7%）であった。

2. 手指衛生の実施状況

1) 統合実習期間における1日の手指衛生回数（表2）

1日の手指消毒回数は、「6～10回」と「26回以上」が11名（24.5%）で最も多く、次いで、「11～15回」が10名（22.2%）であった。1日の手洗い回数は、「1～5回」が19名（42.3%）で最も多く、次いで、「6～10回」が18名（40.0%）であった。

2) 統合実習期間における1回の手洗い時間（表3）

1回の手洗い時間は、「11～20秒」が22名（48.9%）で最も多く、次いで「21～30秒」が19名（42.3%）

表1 回答者の概要

N=45		
項目		n (%)
性別	男	2 (4.4)
	女	43 (95.6)
	その他	0 (0.0)
年齢	21～23歳	44 (97.8)
	24～26歳	1 (2.2)
	27～29歳	0 (0.0)
	30歳以上	0 (0.0)
アトピー性疾患の既往	既往あり	12 (26.7)
	既往なし	33 (73.3)

表2 統合実習期間の1日の手指衛生回数

N=45		
項目	手指消毒回数	
	n (%)	手洗い回数 n (%)
0回	1 (2.2)	0 (0.0)
1～5回	4 (8.9)	19 (42.3)
6～10回	11 (24.5)	18 (40.0)
11～15回	10 (22.2)	6 (13.3)
16～20回	6 (13.3)	2 (4.4)
21～25回	2 (4.4)	0 (0.0)
26回以上	11 (24.5)	0 (0.0)

表3 統合実習期間の1回の手洗い時間

N=45	
項目	n (%)
10秒以下	2 (4.4)
11~20秒	22 (48.9)
21~30秒	19 (42.3)
31秒以上	2 (4.4)

表4 統合実習期間の手荒れ症状

(複数回答) N=13	
項目	(%)
手指の乾燥 (カサカサ)	12 (92.3)
発赤	2 (15.4)
落屑	3 (23.1)
痛み (ジクジクとした痛み)	0 (0.0)
亀裂	3 (23.1)
掻痒感	3 (23.1)
水ぶくれ	0 (0.0)

であった。

3. 手荒れの状況

1) 統合実習期間の手荒れ状況

手荒れの有無では、「手荒れをしている」が13名(28.9%)で、「手荒れをしていない」が32名(71.1%)であった。手荒れの症状は、「手指の乾燥」が12名(92.3%)で最も多かった(表4)。

2) 看護学生が認識している手荒れの原因

看護学生が認識している手荒れの原因は、「アルコール消毒剤の使用」が32名(71.1%)で最も多かった。次いで、「肌が弱い」が29名(64.4%)、「頻回な手指衛生」が24名(53.3%)、「家事」が19名(42.2%)、「空気の乾燥」が16名(35.6%)であった。「その他」が1名(2.2%)で「肌の乾燥」が挙げられた。

4. 手指衛生の実施状況と手荒れの関連

統合実習期間における1日の手指消毒の実施回数と手荒れの有無との関連をFisherの直接法にて分析した。その結果、表5に示すように、統合実習における1日の手指消毒回数が「20回以下」の看護学生は、「21回以上」の看護学生に比して、「手荒れをしていない」看護学生が有意に多かった($p = .004$)。

一方、表5に示すように、統合実習における1日の手洗い回数および1回の手洗い時間と手荒れの有無との間には有意な差は認められなかった($p = .734$, $p = .965$)。

表5 手指衛生および手荒れ予防と手荒れとの関連

	手荒れ		p値
	有 n (%)	無 n (%)	
手指消毒回数			
20回以下	5 (15.6)	27 (84.4)	0.004 ^b
21回以上	8 (61.5)	5 (38.5)	
手洗い回数			
5回以下	6 (31.6)	13 (68.4)	0.734 ^a
6回以上	7 (26.9)	19 (73.1)	
手洗い時間			
20秒以下	7 (29.2)	17 (70.8)	0.965 ^a
21秒以上	6 (28.6)	15 (71.4)	
ハンドクリーム使用			
有	5 (55.6)	4 (44.4)	0.094 ^b
無	8 (22.2)	28 (77.8)	

注1) a: χ^2 検定

b: Fisherの直接法

5. 手荒れ予防行動の実施状況と手荒れとの関連

1) ハンドクリームの使用の有無

ハンドクリームの使用は、「過去に手荒れを実感して使用したことがある」が21名(46.7%)で最も多かった。次いで、「今まで予防として使用したことがある」が11名(24.4%)、「現在も使用している」が9名(20.0%)、「使用したことがない」が4名(8.9%)であった。

また、「現在も使用している」をハンドクリーム使用有り群、「過去に手荒れを実感して使用したことがある」「今まで予防として使用したことがある」「使用したことがない」をハンドクリーム使用無し群とし、統合実習における手荒れの有無との関連をFisherの直接法にて分析した。その結果、表5に示すように、ハンドクリームの使用の有無と統合実習における手荒れの有無との間には有意差は認められなかった($p = .094$)。一方、「今まで予防として使用したことがある」11名は統合実習で手荒れをしていなかった。

2) ハンドクリーム使用のタイミング(表6)

ハンドクリーム使用のタイミングは、「就寝前」が25名(61.0%)で最も多かった。次いで、「手洗い後」がそれぞれ9名(22.0%)であった。「その他」2名(4.9%)の意見は、「入浴後」、「気が付いた時」であった。

表6 ハンドクリーム使用のタイミング

(複数回答) N=41

項目	n (%)
実習時間前	3 (7.3)
実習時間終了後	5 (12.2)
手洗い後	9 (22.0)
実習の合間	4 (9.8)
休憩時間	9 (22.0)
就寝前	25 (61.0)
その他	2 (4.9)

考 察

1. 看護学生における手指衛生の実施状況

COVID-19流行期の統合実習期間における看護学生の1日の手指消毒回数は21回以上が13名(28.9%)であり、清水ら⁷⁾は、COVID-19流行期以前の看護師の手指消毒回数について、アルコール擦式消毒剤の使用回数は平均 19.7 ± 7.3 回であったと報告している。また、白石ら²⁾は、COVID-19流行期前の看護師の最も多い手洗い回数は11~20回(45.5%)であったと報告している。本調査結果における看護学生の手洗い回数は、10回以下が37名(82.3%)であった。看護学生の手指消毒および手洗い回数はCOVID-19流行期前の看護師の回数に比べても、明らかに少ない。これは、勤務時間と実習時間の長さにも関係するが、COVID-19流行期では、看護学生の約半数が受け持ち患者にケアを実施できなかったと報告されており¹²⁾、本調査対象の看護学生も患者への直接的ケアを実施する機会が少なく、手指消毒および手洗いを必要とする場面が少なかったことが一つの要因であると考えられる。

また、1回の手洗い時間について、厚生労働省¹³⁾では、ハンドソープで10秒または30秒もみ洗い後、流水で15秒すすぐことで、ウイルスの残存率が約0.01%になるとしている。しかし、本調査結果では31秒以上手洗いを実施していた看護学生は2名(4.4%)のみであった。また、CDCガイドライン⁸⁾では石鹸が両手指の全表面に行き渡るようにして最低15秒間は両手を激しく擦り合わせるとされている。本調査結果では、看護学生の1回の手洗い時間は21~30秒および31秒以上の看護学生が約半数であり、看護学生へ適切な手洗いの実施とそれを習慣化していく教育を継続していく必要がある。

2. 手荒れの状況

実習期間に手荒れをした看護学生は、統合実習で3割であった。手荒れの症状は、「手指の乾燥」

が最も多かった。Celik Vら²⁾は、COVID-19流行期における看護師の手荒れ症状について、乾燥が最も頻繁で、続いてかゆみ、紅斑、落屑があったと報告している。つまり、看護師および看護学生の手荒れの症状は、初期症状が多いといえる。

一方、松永¹¹⁾は、手湿疹の症状は異常乾燥、落屑を認め、やがて潮紅、硬化を認めると報告している。これは、手荒れが乾燥から症状が重くなる可能性を示唆している。したがって、手荒れの初期症状で止まるように手荒れ予防の教育をしていく必要がある。

また、松永¹¹⁾は、手湿疹の予後について、乾燥型は夏季に軽快し、秋冬に増悪を繰り返すと報告している。さらに、森兼¹⁴⁾は手指衛生と季節について、冬季は空気の乾燥で皮脂が失われやすいこと、気温が低くお湯を使用する機会が多くなることで夏場に比べて手荒れが発生しやすいと報告している。本調査は夏季に実施されており、冬季には更なる手荒れのリスクがあると考えられる。そのため、冬季前に必ず手荒れ予防の教育を実施することが望ましい。

3. 臨地実習における手指衛生の実施状況と手荒れとの関連

Celik Vら²⁾は、COVID-19流行期に医療従事者の手荒れが増加しており、頻繁な手洗いによって手荒れのリスクが高まっていると報告している。一方、本調査対象の看護学生は手指消毒回数が少ないほど手荒れをしていなかった。つまり、手指消毒回数が多い看護学生が手荒れをしていたともいえる。これは、患者にケアを行わない実習においても、手指消毒薬を携帯することにより手指衛生の実施が増加すると報告されており¹⁰⁾、本調査においても看護学生はCOVID-19の感染拡大に伴って、携帯型手指消毒薬を使用しており、ケアの実践機会が少ない実習においても手指消毒の使用が増加したと考えられる。そして、その手指消毒薬であるアルコールは皮膚表面の脱脂作用が強いため手荒れを発症ないしは悪化したと考えられる。したがって、看護学生は携帯型手指消毒薬の使用により、手指消毒回数が増え手荒れをしないと。これを防ぐためには保湿剤の含んだ手指消毒薬を使用することも一つである。

4. 手荒れ予防行動の実施状況と手荒れ

看護学生のハンドクリームの使用の有無と統合実習における手荒れの有無との間には有意差は認められなかった。しかし、ハンドクリームを使用したことがある看護学生が9割を超え、そのうち

「今まで予防として使用したことがある」看護学生は、臨地実習で手荒れをしていなかった。つまり、手荒れ予防行動としてハンドクリームを使用することで手荒れを防げる可能性があると考えられる。CDCガイドライン⁸⁾においてもハンドローションやクリームを定期的に使用することで、手指衛生製品による刺激性接触皮膚炎を予防および治療することができると報告している。これらから、看護学生が手荒れを予防するにはハンドクリームを使用することが望ましいと考えられる。

また、ハンドクリームの使用のタイミングは、「就寝前」とした看護学生が6割以上を占めた。森兼¹⁴⁾は、ハンドクリームの使用について、念入りを行うことで効果が高まるため時間が必要であることに加え、べたつきによる障害を避けるため、使用直後は手を使う動作はしないことが望ましく、使用に望ましいタイミングについては、「就寝前」と報告している。看護学生は6割以上がこの望ましいタイミングでハンドクリームを使用していたといえる。

5. 看護学生の手荒れ予防教育の必要性と教育の提案

看護学生はCOVID-19流行期で患者にケアを実施する機会が少ないために、手指衛生回数が少なかった。しかしそのような状況下でも3割の看護学生が手荒れを経験していた。この手荒れにより手指衛生が充分に行えなくなることも問題で、手荒れを予防することが重要であると報告されている⁴⁾。そのために看護学生の時から手荒れ予防の教育を行う必要がある。

具体的には、手荒れ予防教育を開始する時期は手指衛生を学ぶときに同時に行うことが望ましく、秋冬の実習開始前に再度、教育が行われることが効果的であると考えられる。また、具体的な手荒れ予防方法として、看護学生は手指消毒回数の多い看護学生が手荒れをしていたこと、手荒れの原因として、7割の看護学生が「アルコール消毒剤の使用」と認識していたため、保湿剤の含んだ手指消毒薬を選択できるように教育していくことが効果的である。さらに、ハンドクリームを就寝前に使用することを推奨する。

6. 本研究の限界と課題

本研究は、COVID-19流行期で病棟や病室の入室には制限があったために、直接観察による手指衛生の実施回数ではなく、看護学生が実習直後に想起した手指衛生の実施回数で調査した。そのために、確実に実施した回数とは言い難い。今後は、

手指衛生が必要なタイミングで実施している手指衛生回数を直接観察によって調査し、そのうえでの手荒れとの関連を明らかにする必要がある。

また、研究対象者が一大学の看護学生であり、研究結果は一大学の手指衛生や手荒れ予防行動の考え方に限定される可能性があること、手指衛生や手荒れ予防行動に関心がある看護学生の回答に偏った可能性がある。

結 論

本研究は、COVID-19流行期の臨地実習における看護学生の手指衛生および手荒れとその予防行動に関する実態を明らかにし、以下の結論を得た。

1) 看護学生の1日の手指消毒回数は「6～10回」と「26回以上」が最も多く、手指消毒回数が多い看護学生が手荒れをしていた。また、手荒れの症状は「手指の乾燥」が最も多かった。

2) 看護学生の6割以上が「就寝前」という望ましいタイミングでハンドクリームを使用していた。

3) 手荒れを初期症状で止めるためには手荒れ予防教育を行う必要がある。その際にハンドクリームを就寝前に使用することを推奨する。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く質問紙調査にご協力頂きました看護学生の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本論文の一部を第16回看護実践学会学術集會にて発表した。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 白石正, 仲川義人, 大友えつ子, 他: 手洗いと手荒れの関連—手洗いの実態調査—, 医科器械学, 73(5), 266–269, 2003
- 2) Celik V, Ozkars MY: An overlooked risk for health care workers amid COVID-19: Occupational hand eczema. Northern clinics of Istanbul, 7 (6), 527–533, 2020
- 3) Guertle A, Moellhoff N, Schenck TL, et al: Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic: Comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. Contact Dermatitis, 83(2), 108–114, 2020

- 4) 西村チエ子：手荒れの発生と院内感染のリスク，新薬と臨牀，47(5)，749-756，1998
- 5) 川口真紀子，島内千恵子：手洗い・消毒前後の手指からの黄色ブドウ球菌検出状況 鼻腔内保菌・手荒れとの関連について，日本看護研究学会雑誌，29(3)，321，2006
- 6) 大野夏代，村井美代，小川俊夫：手荒れの有無による手指消毒の効果－ハンドケアの有効性について－，Infection Control，15(6)，628-633，2006
- 7) 清水雅美，真鍋亜朱，高田直子：消化器・血液内科病棟における手荒れとハンドケアの実態，滋賀医科大学看護学ジャーナル，7(1)，35-38，2009
- 8) Boyce JM, Pittet D：Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, 満田年宏監訳，医療現場における手指衛生のためのCDCガイドライン [オンライン，https://www.impkokusaiigaku.com/support/download/CDC_handhygiene.pdf]，医療現場における手指衛生のためのCDCガイドライン，5.24.2022
- 9) 佐藤真由美，斎藤瑠華：臨地実習における看護学生の手指衛生に関する知識と実施状況，日本環境感染学会誌，34(3)，182-189，2019
- 10) 葛城健史：看護学生の見学実習における手指衛生実施状況－携帯型手指消毒薬の有効性－，日本環境感染学会誌，35(1)，58-62，2020
- 11) 松永佳世子：主婦湿疹，手湿疹，池田重雄，今村貞夫，大城戸宗男：今日の皮膚疾患治療指針(第2版)，医学書院，177-178，東京，1996.
- 12) 池田瑠海，今井咲希，岸凜太郎，他：コロナ禍における臨地実習で看護学生が患者とのコミュニケーションで感じた困難と工夫－マスク着用とフィジカルディスタンスの影響から－，石川看護雑誌，21，21-32，2024
- 13) 厚生労働省：ノロウイルスによる食中毒の現状と対策について，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzendu/0000105095.pdf>]，厚生労働省，5.24.2024
- 14) 森兼啓太：手指衛生とハンドケア，ヴァンメディカル，49-64，東京，2022

特別講演

仲間を大切にしていよ看護へ

～スタッフがヒーローになるためのかかわり方～

座長 湯野 智香子（国民健康保険 小松市民病院 看護部長）

昨今では、世界情勢の変化やAI（人工知能）などテクノロジーの急速な進展により、医療環境は大きく変化しています。時代と共に、エビデンスも変われば、看護技術や看護提供体制も変化しながら、限られたマンパワーの中で良い看護を提供するために取り組んでいます。一方、世の中はダイバーシティーと呼ばれる価値観の多様化が進み、その価値観の違いに対し、「教え方」「かかわり方」は変化しているのでしょうか。指導者側は戸惑い、自身の中に潜む「こうあるべき」と葛藤しながら、かかわっている現状も否めません。日本看護協会の2023年病院看護実態調査では、看護師1年目の離職率が10%を越え、退職理由は「看護職員としての適性への不安」「健康上の理由（精神的疾患）」が上位を占めています。価値観が多様化する現代のスタッフの成長を助け、看護師が直面する様々な不安やストレスを克服するためのかかわり方を学ぶことは、喫緊の課題であると考えます。

今回の特別講演では、看護師がよりよい看護を提供するために、職場における人間関係の重要性、特に価値観の違いを理解し、良好な関係を築くことの意義とその具体的な「かかわり方」について、愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター 助教内藤知佐子氏にご講演いただきました。ご講演の概要を抜粋してご紹介します。

1. 4つの世代の特徴を知る

臨床現場では、4つの世代と一緒に仕事をしている現状から、各世代の特徴について示されました。①ベビーブーム世代（78～60歳）は、競争社会を生き抜いた世代で、集団や横のつながりを大切にする。②X世代（59～44歳）は、頑張り屋が多く、仕事を抱えがち。③Y世代（43～30歳）は、目的重視・個人主義の世代であり、個々の価値観を大切にする。④Z世代（29歳～15歳）は、少子化社会に育ち、常に承認を受けて育っている。素

直さや従順さはあるが受け身である。これらの世代間の特徴から価値観の違いを知り、各世代に合わせたかかわり方が必要である事を学びました。

2. スタッフ一人ひとりがヒーローになるシェアド・リーダーシップ

どのようなスタッフも大切な仲間であり、「人財」とあるという認識が必要である事。いかにヒーローにして成長を促すかがポイントであり、一人ひとりがヒーローになれば、それぞれがリーダーシップを発揮するシェアド・リーダーシップが実現し、チーム全体のパフォーマンス向上が期待できることを学びました。

3. かかわり方のコツ～聴す（ゆるす）～

相手を受け止め、ニーズをとらえるためには、傾聴がポイント。カール・ロジャースの傾聴力を発揮するための3原則から、①「共感的理解」とは相手の立場になって心理的に理解を示す、②「無条件の肯定的配慮」とは否定せず一旦丸ごと受け止める、③「自己一致」とは相手と自分が見ているものを一致させることが必要であると述べられていました。

4. やる気スイッチを押す

「噛む・動く・ワクワク」が前頭葉を活性化させ、やる気スイッチを押すことになり、昭和時代はガム、現在はグミなど、具体的にユーモアをもって伝えて頂きました。

また、相手のやる気を引き出す動機づけ理論として、ヤーキーズ・ドットソンの法則が紹介されました。「高すぎず低すぎない適度な緊張状態（ストレス）の時、人は最適なパフォーマンスを発揮できる」として、最適なパフォーマンスに導くには適度な緊張感が必要である事を学びました。

本講演は、看護師がより良い看護を提供するために、仲間との関係性を築くことの重要性を改めて認識させてくれました。講演で示された具体的

な方策を参考に、各々が自身の職場において実践することで、スタッフ一人ひとりがヒーローになる働きがいのある職場を目指していただくことを期待いたします。

最後に、内藤先生のユーモア溢れるご講演は、私たちに多くの笑顔と気づきを与えてくれました。深く感謝申し上げます。

教育講演

「看護専門職としての学びを深めるリフレクション」概要・まとめ

座長 辻 千芽（金沢大学附属病院 副院長・看護部長）

少子高齢化や自然災害に伴う社会の変化により、人々の健康上のニーズは多様化・複雑化し、看護職の期待は益々高まっています。一方、働く看護職の環境も変わり、目的に適うための学びを継続することは重要な役割でもあります。2023年日本看護協会は「看護職の生涯学習ガイドライン」として、人生100年時代を迎える看護職のあり方を示しました。

様々な医療保健施設で働いている私たち看護職は、患者と関わり多くの経験を経て、より良いケアを提供したいと成長を続けているところです。特に、看護実践を振り返る機会は多く、その時の様子を丁寧にとらえ直すことによって、違う側面や本質が見え新たな価値を得られる機会と認識しています。しかし、いざやってみよう、続けたいと思っても、日々の繁忙に流され、結局できなかったことはよくあるのではないのでしょうか。臨床の場で看護職が、どのように実践の場から学ぶと良いのか、改めて考えたいと思います。

そこで学びを深める考え方や手法について、教育学を専門としている北陸大学高等教育推進センター長の杉森公一教授をお招きし、次の3点についてご講演をいただきました。

1. リフレクションとは

看護専門職は、臨機応変に対応することが必要な職場において振り返りを通して熟達していく省察的实践家です。リフレクション（省察）は、自らの体験を振り返り、分析し、そこから学びを得るプロセスをいいます。体験は、個人にとって意味が異なるため、既得の能力（知識、技能、態度）を、体験や振り返りを通して、修正・追加し再学習していきます。行為を振り返るには、本質的な諸相への気づきが重要で、以降、行為の選択肢の拡大と試行につながります。体験を通じた学びやケアの向上（「実践の質」を高める）には、変化に強い組織文化を醸成する（「関係性の質」を高める）ことが先決です。

2. 対話

リフレクションを促すには、ジャーナルやOJT

（On the Job Training）だけでは十分でなく、知識の境界を越えた学びの促進と専門職間の協働・知識共有の強化が必要です。その理由は、経験と理論を関連づけて言語化することの難しさやコミュニティの中に閉じてしまいアンラーン（学び捨て）を阻んでしまうからです。対話は、意味の流れをいいますが、全く新しい思考と行動が現れる創造的な場です。深く考えることができる場であり、良く磨かれた思考法と在り方を手放すことのできる場でもあります。そこには解決すべきものも、守るべきものもありません。対話の過程の「熟考」段階で互いの理解不足から不安定さを感じる場合があります。その想定を「保留」し耐え抜き、結論を急がなければ、対話の経路に乗ることができ「新しい価値」が見出されます。ところが「ディスカッション」により、互いの論理を分析し、片方を「打ち負かす」討論の経路に乗ってしまえば、価値はどちらか一つしか残らなくなってしまいます。

3. 私たちの「声」を、看護実践に重ねていくには

AI・ロボットにできないことが求められる時代を生きるための新しいリテラシーは、技術を理解するリテラシー、データを扱うリテラシー、そしてヒューマンリテラシー（人間が備える創造力）です。発達は、レベルを垂直的に超えることにとどまるのではなく、境界を水平に横切ることであります。越境的な学びには、「教える」「学ぶ」という行為の二次元を超えて「ともに在る」ことが必要で、学習者中心の教育学やカンファレンスがそれです。

まずは体験して自分のものにならないと学習は生まれません。良かれと先に助言を与えることは相手の考える権利を奪ってしまいます。人は本能的に解決したがる生き物であると認識し、解決しない不安な状況を分かち合うことも、人を尊重し組織の発展につながると理解しました。

今後、各施設で創造的実践の場を築き、看護の質向上への貢献を期待します。最後に、ご講演いただきました杉森公一先生に深く感謝申し上げます。

シンポジウム

認知症バリアフリーの社会に向けて ～共生と予防を語る～

コーディネーター 橋本 陽子（公立つるぎ病院 看護部参事）

日本における認知症高齢者は、2025年には700万人近くが認知症を有すると推計されています。認知症の人ができる限り地域の良い環境で自分らしく暮らし続けられる社会の実現を目指す取り組みが進展する中、2024年1月「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。また、アルツハイマー病の根本治療薬「レカネマブ」が2023年9月に日本で承認、12月保険適応され、大きな注目を浴びています。そして、2024年9月には「ドナネマブ」も承認、11月保険適応の見通しで、認知症を取り巻く医療の体系が大きく変わってきていることも踏まえて「認知症」について新たな知見と、誰一人取り残さない社会の実現を目指す一助にしたいとの思いから今回、「認知症バリアフリーの社会に向けて～共生と予防を語る～」をテーマにシンポジウムを企画しました。

今回、認知症診断に有効とされているPETを早くから導入した公立松任石川中央病院のPETセンター長の横山邦彦医師と、現在は金城大学大学院リハビリテーション学研究科長として介護予防支援者養成プログラムに携わっておられる木林勉氏、「共生社会」のまちづくりとして、社会福祉法人佛子園が石川県で展開している“ごちゃまぜのまちづくり”のひとつとして運営している「Share金沢」の施設長の清水愛美氏の3名をシンポジストとしてお迎えし、ご講演いただきました。

ご講演の内容を抜粋してご紹介いたします。

認知症の対策には「認知症の発症を遅らせる」二次予防が重要となり、MCI（軽度認知障害）に着目し、生活習慣を改善する介入が重要です。認知機能、体力測定で運動機能を評価し運動教室と食事指導により、危険因子を改善することで理論上は認知症の40%が予防可能であるとされています。

また、アルツハイマー病の根本的原因とされているアミロイドβを取り除く新薬が、MCIからアルツハイマー病への移行を遅らせる手段として注

目されています。早期にMCIを見つけ、食事や運動習慣を見直す自助努力と、それでも改善しなければ薬物療法ができるステージになってきたと期待されます。

「介護予防市町村モデル事業」では、高齢期において顕在化する廃用に伴う活動能力低下や認知能力低下予防に着目した運動プログラムの成果が報告されています。厚生労働省が提唱している「閉じこもり」を意識した認知症予防に対する週2回の低負荷運動プログラムは、心理的計量測定、運動機能、日常生活活動能力で有意な効果が示されました。特に低負荷運動プログラムは活動に対する積極性や意欲的な行動をもたらし、バランス能力の向上に貢献します。また、持久性の向上は「楽しみ」「高揚」を感じることができ、「生きがい」や「はり」などの主観的な健康観の元になると考えられます。高齢者がTVゲームやマリオカートのゲームを楽しむ映像には、会場から笑いがこぼれていました。継続や習慣化には他者との関わりが重要であり、集団かつ世代間での交流が認知力の活性化につながります。

「生涯活躍のまち（日本版CCRC, Continuing Care Retirement Community）」は内閣府のモデル施設として「Share金沢」が注目されており、その活動について紹介していただきました。「制度の縦割りを超え、年齢や障害の有無等を問わず、誰もが居場所と役割を持つコミュニティづくり」を推進しています。人のつながりやコミュニティの形成が地域と人を元気にしていく事例の報告に心が和みました。

時間の都合上、十分な意見交換には至りませんでしたが、認知症を自分事として考え、MCIの段階での介入の必要性と、早期に診断し治療が期待できることは認知症に対する明るい未来や社会参加の必要性を再認識し、共生社会実現の見通しを考える機会になったのではないのでしょうか。

最後に、知見をいただいたシンポジストの皆様へ深く感謝申し上げます。

看護実践学会専任査読者一覧

(2025年3月現在)

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

(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36巻 第2号

発行 令和7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)