

2022年7月25日

第3479号 for Nurses

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] AYA世代に対するがん看護(渡邊知映, 河田純一, 樋口麻衣子, 多田雄真) 1-3面
[寄稿] 助産師によるアブソーションケアの実践に向けて(中込さと子, 他) 4面
[寄稿] 怒りを表出する患者への対応(佐々木千幸) 5面
[連載] 教えるを学ぶエッセンス 6面
[連載] 看護のアジェンダ/第27回日本緩和医療学会 7面

座談会

AYA世代に対するがん看護



渡邊 知映氏=司会
昭和大学保健医療学部
成人看護学 教授



河田 純一氏
大正大学大学院
人間学研究科
博士後期課程



樋口 麻衣子氏
富山大学附属病院看護部/
がん看護専門看護師



多田 雄真氏
大阪国際がんセンター
血液内科/AYA世代
サポートチーム

AYA世代は、思春期(Adolescent, 以下A世代)から若年成人(Young Adult, 以下YA世代)を指し、国民全体の約25%を占める。そうしたAYA世代に発症するがんは、成人がんと比較すると発症頻度はまれであるが、年間2万人程度が新たに診断される現状がある(MEMO)。治療成績の向上に伴って生存率は高まり、患者のQOLを意識したケアが重視されるようになってきた中で、看護師が向き合うべき課題は何か。AYA世代の妊孕性やセクシュアリティの問題を専門とする渡邊氏を司会に、院内でAYA世代サポートチームを立ち上げた血液内科医の多田氏、がん経験者である樋口氏、河田氏が議論を行った。

AYA世代特有の悩みとは

渡邊 看護師がかかわるAYA世代の患者さんとして、治療中の方、既に治療がある程度終了している長期フォローアップ中の方、小児期あるいはA世代で発症した後の移行期医療を受ける方が挙げられます。

では実際、患者さんはどのようなケアを必要としているのでしょうか。厚労科研のデータによると、治療中と治療後では患者さんの悩み事の優先順位が変わるとされています(表)2)。河田さんは慢性骨髄性白血病が発覚した当時は大学生だったと伺っています。診断時、まず何を考えましたか。河田 40度を超える発熱で倒れた直

MEMO AYA世代のがん医療の特徴

AYA世代は、日本では15~39歳と定義され、受験や就職、恋愛、結婚、出産などのライフイベントが集中し、社会の中でポジションを獲得していく世代です。この時期は、がん罹患の有無にかかわらず、さまざまな悩みを抱えながら人生における大きな選択や意思決定を迫られます。「がん」の問題がそこに上乗せされると今後の自分の人生への不安が湧出するのは想像に難くありません。

近年は治療成績が向上し、大阪府のがん登録のデータを用いた研究では、2010年代頃にはAYA世代でも80%程度の生存率となりました(図)1)。こうした事情を反映し、がん治療のエンドポイントも生存率や再発率、再発生存率だけではなく、QOLを維持して生存できるかどうか検討されるようになっていきます。

他方、日本全体のがん患者100万人のうちAYA世代は2万人と少なく、がん種も多様です。患者さんはさまざまな病院や診療科に散らばって受診しており、医療者が経験を積みにくい構造的な問題があります。また、患者数の少なさから当事者らのニーズを吸い上げにくく、就学・就労や社会保障といった制度面の整備が不十分な現状も存在します。診療施設の集約化や制度面の充実などの検討が必要と考えられます。(解説=多田雄真)

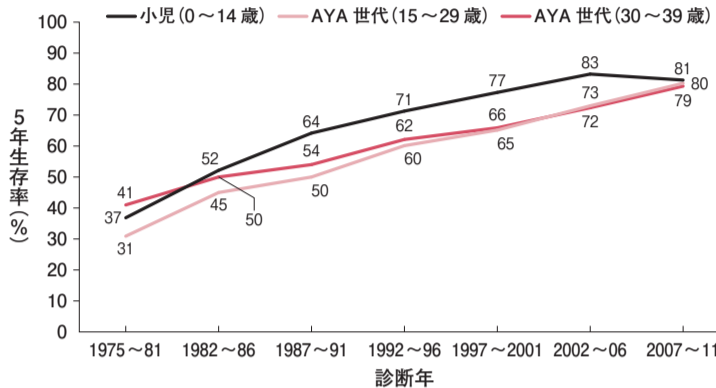


図 1975~2011年に診断された大阪府における小児・AYA世代のがんの5年生存率の推移(文献1より作成)

小児・AYA世代のがんの生存率は2000年代にかけて大きく改善し、近年ではどの世代においても5年生存率が8割程度となっている。なお対象症例は、大阪府在住、悪性腫瘍のみ、上皮内がんを除く。

後でしたので、「がんになった」というショックよりも、「早く助けてもらいたい」との一心でした。実は告知の1年前から微熱が続いたり、体のだるさを感じたりして大学に行けない日がありました。精神面に起因する症状だと疑って心療内科を受診したこともありましたが、告知されるまで体調不良をがんと結びつけて考えることは一切なかったですね。

渡邊 そうでしたか。AYA世代の場合は体調が普段より悪くてもがんと一番に疑うことはまずありませんし、受診・診断までに時間がかかることも1つの特徴だと考えています。医療から最も遠い世代と言っても過言ではないかもしれません。

では、樋口さんはいかがでしょう。甲状腺がんが発覚した27歳の経験を教えてください。

樋口 6年目の看護師として働いていた当時、まずは「病棟での勤務をどうすればよいか」との仕事に関する悩みが思い浮かびました。上司に相談したところ、「治療と並行しながら働きたいと希望したのはあなたが初めて。逆にどうしたらいい?」と聞かれてしまい、混乱したことを覚えています。

渡邊 治療に当たっては妊孕性の問題

表 がん治療中・治療後のAYA世代患者(全体)の悩み事(文献2より作成)

	治療中	AYA発症のがん経験者
1位	今後の自分の将来のこと	今後の自分の将来のこと
2位	仕事のこと	不妊治療や生殖機能に関する問題
3位	経済的なこと	仕事のこと
4位	診断・治療のこと	後遺症・合併症のこと
5位	不妊治療や生殖医療に関する問題	体力の維持・または運動すること

もあったかと思います。どのようなタイミングで意識し始めましたか。

樋口 術後補助療法として行われた放射線治療の際、医師から「生理が止まるかもしれない」との話がありました。私自身、看護師の養成校時代にがんについて一通り学んだものの、入職後はがんにかかわる病棟を担当していなかったことから、その発言が妊孕性にかかわる話題だと結び付かず、治療後にさまざまな方からの話を聞く中で、卵巣への影響があるかもしれないことを知りました。受けた治療は現在、ASCO(米国臨床腫瘍学会)のガイド

(2面につづく)

July 2022

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部 ☎03-3817-5650 ●医学書院ホームページ(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

看護ケアの質評価と改善

編集 一般社団法人日本看護質評価改善機構
B5 頁176 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04863-7]

健康格差社会

何が心と健康を蝕むのか(第2版)
近藤克則
A5 頁264 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04968-9]

在宅ケアのための判断カトレーニング

訪問看護師の思考が見える
清水奈穂美
A5 頁160 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04887-3]

医療・ケア従事者のための哲学・倫理学・死生学

清水哲郎
B5 頁284 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04946-7]

腎移植ケアガイド

監修 一般社団法人日本腎不全看護学会
編集 CKD委員会腎移植ケアガイドワーキンググループ
B5 頁200 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04927-6]

医療福祉総合ガイドブック 2022年度版

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
A4 頁332 定価: 3,630円[本体3,300+税10%]
[ISBN978-4-260-04945-0]

〈シリーズ ケアをひらく〉シンクロと自由

村瀬孝生
A5 頁296 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05051-7]

看護医学電子辞書16

定価: 61,050円[本体55,500+税10%]
[JAN4580492610568]

座談会 AYA世代に対するがん看護

(1面よりつづく)

ラインで妊孕性への影響がほとんどないとされていますが、情報源も乏しい当時はとても不安でした。

多田 樋口さんのおっしゃる通りで、妊孕性温存については、正確な情報へのアクセスの難さや温存にかかる費用の問題がありました。また、がん治療を提供する医療者側もどのような施設につなぐべきか判断に迷っており、数年前まで課題が山積していたのです。これらの課題は、がん・生殖医療ネットワーク(註1)が各地域で整備されたことで改善傾向にあり、2017年には日本癌治療学会から『小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン』(金原出版)が発刊され、医療者側にも判断のよりどころができました。

費用の面では、妊孕性温存に対する助成制度(21年4月施行)や、妊孕性温存後の生殖補助治療に対する助成制度(22年4月施行)が実現し、育児をめざすフェーズまで経済的な支援がなされるようになりました(註2)。AYA世代のがん患者さんにとっては福音と言えるでしょう。

渡邊 経済的な話題に絡めて言えば、がん治療そのものに対する高額な治療費の問題もあります。AYA世代は、がん保険に加入していない場合も多く、さらに非正規雇用の方も少なくありません。つまり、経済的な負担が大きいのです。河田さんは大学生でしたが、どう対応されましたか。

河田 親に支払いをお願いしていました。約1か月入院し、その後10年ほど分子標的薬を服用していましたので、費用も高額に……。両親に費用を負担してもらうことが心理的な負担でした。

渡邊 「払わなければならない」ではなく、親に「払わせてしまう」つらさでしょうか。

河田 罪悪感から「治療をやめたい」と主治医に何度もお願いしました。ある意味、抗がん薬による副作用よりもつらい経験だったかもしれません。

就学・就労の問題に
いかにかかわれるか

渡邊 AYA世代のがん医療を語る上で就学や就労の問題は外せません。河田さんは治療に伴って大学を中退したと伺いましたが、当時の様子を共有していただけますか。

河田 私の場合、東京で下宿をしていたものの、治療自体は埼玉県の実家で行っていました。休学申請は行っていたのですが、分子標的薬の副作用が強くなってしまい、長距離の通学が困難であること、また治療がいつまで続くのかわからない不透明さから、大学に戻るタイミングを逸し、結果的に退学してしまっただけです。

渡邊 退学後に気持ちの面で変化はありましたか。

河田 当時は「大学を卒業したら就職する」という画一的なロールモデルしか見えておらず、「学生」の肩書きがなくなり社会的なポジションを失ったことで、同世代の中で1人だけ取り残されている気分に苛まれました。特にAYA世代の場合、交友関係の範囲が狭いために思考が閉じてしまいやすいのだと思います。

渡邊 樋口さんからはどうでしょう。休職期間はどのくらいでしたか。

樋口 約1か月半です。休職時は河田さんと同様に社会から取り残された感覚に陥り、時におっくうだと思ったことがあった仕事でも、復職時には働けることのありがたさを実感しました。当時は時短勤務を選択することもなかなかできなかったもので、働き方の柔軟さに配慮があってほしいなとも思いました。

渡邊 働き方については以前よりも手厚い支援がなされるようになってきているとは思いますが、就学や就労の問題に対して、医療者が紹介できるサービスにはどのようなものがありますか。

多田 就労に関して大阪では、「OSAKAしごとフィールド」(https://shigotofield.jp/)という取り組みがあります。通常、

職を探しにハローワークを訪れ企業を紹介されると、面接時にこれまでの治療状況などを一から話さなければなりません。しかし、この団体を介すと、キャリアカウンセラーなどの専門職が病状等を踏まえた上での個人に合った働き方を提案してくれるのです。こうした取り組みは、少しずつ全国の自治体で進んでいます。

一方で義務教育を終えた高校生や大学生の教育支援は未発達と言わざるを得ません。対象者数が少ないために、ニーズがある領域として行政に認知されにくいのも1つの原因でしょう。また、病院と連携して教育を継続できるかは、在籍校の協力体制次第。卒業するための方法を積極的に提案してくれる学校もある一方で、「前例がないのでどうしようもない」と交渉の余地すらない場合もあります。

渡邊 在籍校の経験値によって患者さんの人生が大きく変わってしまうのは問題と言えますね。学校側は就学の継続に際してどのような配慮を行えばよ

いかがわからず、二の足を踏んでしまっている可能性もあります。どのタイミングであれば復学できるかなど、医療者側が歩み寄り、情報を密に共有する必要がありますはず。

そうした時にわれわれ看護職は、患者さんが何をしたいか、何に配慮してほしいかを、対話を通じて理解していくことが重要です。リモートで授業を受けられるのであれば、検査や治療の時間帯を考慮し、入院中も授業に参加できる体制を整備していくべきです(註3)。河田 ぜひお願いしたいポイントです。コロナ禍で講義をリモートで受講できる体制が整備されてきたために、今であれば私は中退せずに大学を卒業できたのかもしれない。学校に所属していると進路に関するサポートが受けやすいことは事実です。学生の患者さんであれば通学の継続を第一に考えてあげることが大事であり、「将来どうしたいのか」を口にできる環境を、医療者の皆さんにはつくっていただきたいです。

患者本人の意見が置き去りにならない工夫を施す

渡邊 その一方で、「闘病中で大変なはずなのに、学校や将来の話題を持ち出すのは患者さんにとって迷惑なのでは?」と、患者さんのことを思うがあまり、対話をためらう看護師も少なくありません。

河田 確かに「ケアする側とされる側」と立場がはっきり分かれてしまい、日常のことについて相談できず、会話をすることも「治療に関係があることだけ」と思い込んでいました。今振り返ると、治療のために自分の意見を押し殺す「都合の良い患者」を演じすぎてしまったのかなと思う節があります。渡邊 医療者の言葉を受け入れていたのは、「良い患者」と思われたいの気持ちからでしょうか。

河田 必死にケアを提供してくれているのが伝わってきたからです。ただ、さまざまな意思決定の場面でそうした思いがちらついたことは否定できません。

渡邊 なるほど。本人の意見が置き去りににならないようにする工夫は医療者にとって必要な視点ですね。

多田 意思決定の場では患者さん本人が無言で、代わりに両親やパートナーが前に出て答えてしまうケースも多く、必ずご本人に「どうお考えですか」と当院では何うようにしています。それでも本人が言い出せない場合は、面談終了後、タイミングを見計らって改めて本人のニーズを確認しています。看護師が話を聞くと、本音を話してくれるケースは多々あります。

樋口 看護師の場合、どうしても女性の人数が多いです。内容によっては、男性患者さんがなかなか意向を伝えにくいこともあるのではないのでしょうか。河田 そうですね。やはり同性の方に

ケアをしていただきたいのが本音です。妊孕性の話に限らずセクシュアリティの問題もありますので、女性がいたから……、親がいたから……と、自身の希望を話せなかったとの話を患者会等でよく聞きます。

多田 同席する医療者は可能な限り同性がいいですね。当院でもそうした配慮を心掛けています。ただし、そうした場を設けても言い出しにくい場合はあるはずなので、渡邊さんが作成された小冊子(https://www.cancernet.jp/cands)などを手渡して、不安なことがあれば尋ねてもらおうようにしています。また長期入院する患者さんの場合は、日々介入してくれるリハビリ担当のセラピストが、なかなか言い出しにくい患者さんのアンメットニーズを拾い上げてくれることも多く、連携は重要です。渡邊 最近は薬剤師の協力も不可欠だと感じています。服薬管理の際に患者さんと話す機会があるため、有害事象の1つとして妊孕性やセクシュアリティに関する内容を当り前の話題として説明することも良いのではないのでしょうか。医師や看護師のもとにそうして拾い上げられた情報が集まる仕組みがあると、ケアに役立つはず。

情報の海の中で泳ぐ当事者にとってのライフセーバーに

渡邊 ここまでさまざまな話をしてきた中でわかるように、AYA世代への医療提供に関する議論の中心が、「いかに治療するか」との話題から、「患者さんの意向を拾い上げ、サバイバーシップをどう支援していくか」との話題にシフトしてきています。最近では患者会などのコミュニティを通じて

●わたなべ・ちえ氏
2005年東大大学院医学系研究科博士後期課程修了。博士(保健学)。日赤医療センター、がん研有明病院化学療法科、昭和大病院プレストセンターで看護職として従事。上智大看護学科准教授を経て、20年より現職。専門はAYA世代の妊孕性やセクシュアリティの問題。若年乳がんコミュニティ Styles 世話人。2023年開催予定の第5回 AYA がんの医療と支援のあり方研究会学術集会の会長を務める。
●かわた・じゅんいち氏
22歳の時に慢性骨髄性白血病を発症したが経験者。治療専念のため大学を中退。5年後大学に再入学し卒業。大正大大学院人間学研究科人間科学コース修士課程修了。修士(人間学)。2017年より同大大学院人間学研究科博士後期課程に在籍し医療社会学の研究を行う傍ら、21年より東大医科研公共政策研究分野の学術専門職員を務める。慢性骨髄性白血病の患者・家族の会「いずみの会」の副代表。
●ひぐち・まいこ氏
富山大医学部看護学科を卒業後、2008年より看護師として勤務。27歳の時に甲状腺がんが発覚し、現在までに手術3回と放射線治療を2回経験。治療中に欲しかった情報になかなかたり着くことができなかった経験からがん看護に興味を抱き、がん看護専門看護師の資格を19年に取得する。また20年には富山 AYA 世代がん患者会「Colors」を設立し、地域での支援活動を続ける。
●ただ・ゆうま氏
2011年阪大医学部医学科卒。15年より大阪国際がんセンター血液内科。造血幹細胞移植を中心とした血液内科の診療に携わる傍ら、19年には院内で AYA 世代サポートチームを立ち上げ、多くの AYA 世代当事者の支援に携わるとともに、AYA 世代の啓発週間「AYA week」の実行委員長を務めるなど、アドボカシー活動にも力を入れている。

少子化の現況下、激動の真っ只中にある生殖医療の定本、待望の第2版

生殖医療ポケットマニュアル 第2版
近年、妊孕性温存や妊娠帰結に寄与する可能性を持つ新知見や新技術が陸続と開発されている。生殖医療に携わる専攻医、さらには生殖医療専門医を目指す医師、そして看護師、胚培養士などの方々にも、臨床の現場で携えて頂くための実践マニュアル、7年ぶりの改訂第2版である。日進月歩する昨今の生殖医療を鑑み、日常臨床での実践を通して得た知識を整理するために、ぜひポケットに入れてご活用頂きたい。
監修 吉村泰典 大須賀穰 京野廣一 久慈直昭 辰巳賢一 市川智彦

「倫理は生きている」MDアンダーソン発、臨床倫理の最良にして最新のテキスト

がん医療の臨床倫理
Ethical Challenges in Oncology; Patient Care, Research, Education, and Economics
原著 Colleen Gallagher Michael Ewer(eds)
訳 清水千佳子 高島響子 森 雅紀
目覚ましいスピードで変容を続ける、がん臨床の世界。しかし、その速度に現場のコミュニケーションは、そして倫理は十分に対応できているだろうか。答えの出ない問いにぶつかりながらも、それでも前に進むために。最新線の臨床家から、これから現場にでる医学生、看護学生、そして当事者まですべてを含めた臨床倫理の最新にして決定版。医療者のみならず倫理の研究者も必携の一冊。

生き方や居場所に関する考えを共有する機会も増えてきました。樋口さんは患者会の運営にも携わられていますよね。もともと患者会に参加するきっかけは何だったのでしょうか。

樋口 治療と仕事をどう両立しているかを、社会復帰されている方々に聞いてみたかったです。さまざまなロールモデルと出会い、自身のこれからをどう組み立てるかを考える良い機会になりました。その一方で、患者会を通じて人生が救われた方は、自身の経験を他者に押し付けてしまう場合があります。参加者には情報の取捨選択の力が求められるようにも感じています。

渡邊 その力を涵養するのはなかなか難しいですね。

樋口 だからこそ、病院が担うサポートの範囲と、ピアなどの医療職以外の方からのサポートの範囲は明確に分けるべきだと考えています。

渡邊 同感です。河田さんからはいかがでしょう。ピアサポートの意義についてどうお考えですか。

河田 患者数が少ないからこそ、連帯感を生み出すためには重要な取り組みだと思います。そうした意味では「AYA世代」という言葉が日本で広がったことは、当事者にとって大きな救いでした。

渡邊 それはなぜですか。

河田 異なるがん種の当事者であっても、「AYA世代」であることが共通点となるからです。自身の悩みについて仲間意識を持って話せる場があることは精神的な支えとなりました。現在では患者会の数も増えています。いくつもの団体を見学し、居心地が良いと感じる場を見つけてもらいたいです。

渡邊 以前は「血液がんの患者会だったらグループA」というような代表的な団体がありましたが、今ではSNS

で発信を続けるピアも数多く存在するなど、その在り方は多様化しています。看護師は、患者さんとピアとの付き合い方をどうとらえておくべきなのでしょう。

多田 診断されて間もない時期や治療中、入院中は、積極的に発信を行うアクティブな患者会には参加しにくいと話を聞きます。そうした時期には情報を得るだけの受け身のピアサポートを提案してあげるのが良いでしょう。SNSでがん種の名称や「#AYA世代」で検索することをお勧めする場合も多いですね。

渡邊 でもハッシュタグで検索したら、たくさん情報がなだれ込んできて余計に決められなくなったり、気持ち落ち込んでしまったりする患者さんにもお会いします。

多田 その通りです。そうした方には、何について知りたいかを伺って、YouTubeや既存の冊子による情報提供を行っています。その後、もしも対面型の患者会に参加したい、自身も発信したいと希望される場合は、その方に合った患者会や方法を紹介しています。

渡邊 目の前の患者さんのがんとの旅路に合わせて、患者さん自身が病氣と向き合うために、「この時期にはこのような情報が役に立つよ」と、案内役としての役割が求められるのですね。

多田 膨大な情報の海の中で泳ぐ当事者にとって、看護師はライフセーバーになってほしい。泳ぐ姿を見守りつつ、すぐに助けに行ける距離感で安心を提供し続けるべきでしょう。

AYA世代のがん看護はまさに多様性との闘い

渡邊 当事者が安心して話せる環境づ

くりも大切ですが、当事者のニーズを拾い上げる力も医療者、特に看護師には求められています。1人でも多くの方にリーチするにはどのような工夫が必要なのでしょう。

多田 AYA世代のがん患者さんが病院のどこにいるかを可視化することです。例えばAYA世代の方が来院したことや、入院したことが拾い上げられるとフォローしやすくなります。当院では、外来を受診すると、電子カルテ上にAYA世代を示すアイコンが表示され、患者さんにはAYA世代向けのスクリーニングシートが手渡される仕組みになっています。

もちろんこれは、来院するAYA世代の患者数が多い当院だからこそその対応と言えるでしょう。患者数の少ない病院であれば、コストパフォーマンスがあまり高くないのは事実です。けれどもそうした施設ほど、AYA世代の患者さんが取り残され、孤独になっています。患者数が少ない分、マンパワーは掛けずに済みますので、1人でも多く孤独から救うために、対策を講じてもらえるとうれしいです。

渡邊 看護師の視点からはいかがですか。

樋口 看護師は、患者さんの困り事に対して何とかしてあげたいと思う方が多い印象です。しかし、AYA世代の課題として想起しやすい「妊孕性を失うかもしれない」との重い話題が頭をよぎり、「1人で対応しきれぬだろう」との不安に気を取られ、目の前の患者さんに向き合うことを忘れてしまいがちです。また、患者さんと面談するや否や、AYA世代だからといって「妊孕性についてどう考えていますか」と聞いても、患者さんは心を開いてくれないでしょう。これらの問題に対応して

いくには、患者さんとの信頼関係を構築することが第一です。まずはその点を忘れないでほしいと思っています。渡邊 確かにその通りですね。病院の看護師は患者さんが社会でどう生活しているかをあまり見る機会がありません。入院中の患者さんの一面を見ただけで判断するのではなく、ニーズを丁寧に聞いて、向き合っていく。この力が大切だと思います。AYA世代のがん看護はまさに多様性との闘いです。さまざまな在り方を受け入れ、柔軟に対応する力が試されています。(了)

注1: 医療者が患者に対して治療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて適切な生殖医療を専門とする施設に紹介できるための体制の構築をめざすもの。各都道府県の認定施設は日本がん・生殖医療学会のWebサイト(<http://j-sfp.org/cooperation/>)にて公開されている。

注2: 詳細については、「小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法のエビデンス確立を目指した研究」のWebサイト(<https://bit.ly/3yUmlGU>)を参照されたい。

注3: リモートで講義を受ける際にはWi-Fi環境の整備が学校・病院双方に求められ、PCやプリンタなどの物品の準備も病院側に必要となる。大阪府では、がん治療のために入院中または退院後自宅療養中等で、復園・復学していない児童等のがん患者支援の充実のための補助事業(<https://bit.ly/3lrs8a0>)が行われている。

参考文献・URL

- 1) Int J Clin Oncol. 2022 [PMID : 34779960]
2) 平成28(2016)年度厚労科研 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(研究代表者:堀部敬三)——ガイドラインの作成/思春期・若年世代のがん患者およびサバイバーのニーズに関する包括的実態調査. <https://bit.ly/3yTK7HY>

はぐくも 看護・ケア・リハ 院内・施設内の 研修実施・管理をトータルで! かんたん選択 誰でも視聴 自動管理 株式会社geneが提供する3つの専門職向けの動画配信サービス。ナースタディ ケアラル リハノメ をすべて視聴できます。

こんなお悩みをもつ 管理者様に! 01 かんたん2ステップで、あとはすべて自動! 02 オリジナル動画の共有 03 おすすめ機能! 料金体系 基本料金 初期設定費用 55,800円(税込) 今だけ0円 6名様 15,400円/月(税込) 追加視聴アカウント 追加管理アカウント ライトアカウント

自信があるから! 全額返金保証 返金対象には一定の条件があります。詳しくはお問い合わせください。 株式会社gene seminar@gene-llc.jp Tel.052-325-6611 各種SNSも更新中! @gene_llc @gene_llc @gene.seminar @rehanome リハノメチャンネル

寄稿

助産師によるアボーションケアの実践に向けて

中込さと子¹⁾、芳賀亜紀子²⁾、杵淵恵美子³⁾、五十嵐ゆかり⁴⁾

1) 信州大学学術研究院保健学系 教授, 2) 信州大学学術研究院保健学系 講師,
3) 駒沢女子大学 教授, 4) 聖路加国際大学大学院看護学研究科ウィメンズヘルス・助産学 教授

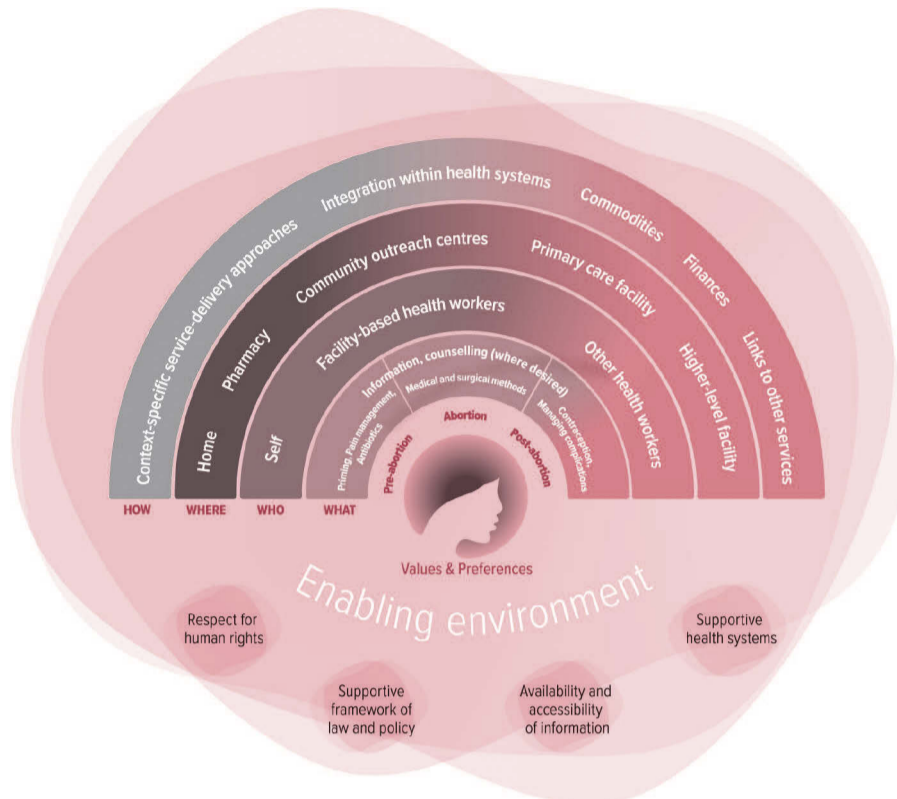
アボーションケアとは、狭義には人工妊娠中絶を行った女性へのケアを指すが、WHOの提唱によると、自然流産、人工妊娠中絶、不全流産、子宮内胎児死亡などさまざまな状態への管理を含む概念である。国際産婦人科連合(FIGO)は、中絶薬による人工妊娠中絶を遠隔医療体制で実施することの安全性・有効性について調査・研究を行ったところ、安価に、かつプライバシーと尊厳を守りながら行われ、女性からの相談の早期化を促しているとし、実施可能との声明を2021年に出した¹⁾。

国際助産師連盟(ICM)は、アボーションケアは助産師の役割と明言しており²⁾、ACNM(米国の助産師の専門職団体)も、「(助産師は)理想的な中絶の提供者である」と、その重要性を述べている³⁾。しかし、日本の助産師にとってアボーションケアは「避けたいケア」「深入りしたくないケア」であり、助産師自身が女性に烙印(ステイグマ)を押しつけ、傷つけているとの報告もある⁴⁾。日本助産学会では学会プロジェクトとして2021~22年度の2年間にわたって、一般の人々、助産師を対象に、またシステム構築の観点から調査・研究を行い、最終的には国内の実態や体制に即したアボーションケアのベストプラクティスを作成することをめざし活動を行っている。今春の第36回学術集会では経過報告を行った。

日本人のSRHRへの意識、受けている医療に対する認識

一般の人々への調査グループ(芳賀ら)は、①Sexual Reproductive Health & Right (SRHR)に関する日本人の認識の実態、②妊娠相談・人工妊娠中絶の医療体験の実態について調査を行った。20歳以上の日本人男女を対象に、2021年12月~22年1月にWeb調査を実施し、女性367人、男性368人から回答を得た。

調査①の結果、SRHRを「内容まで知っている」と答えたのは女性11%、男性3%であった。女性が妊娠した時、「産む」決断は「女性自身で決める」割合と「パートナーと2人で決める」割合が45%ずつであったのに対して、「産まない」決断は「パートナーと2人で決める」が約半数、「女性自身で決める」が24%、「女性だけでは決められない」が13%であり、「産む/産まない」で決断状況が異なっていた。また、性に関する情報源は男女共に主にインターネットであったが、女性の6割、男性の7割以上は自身の知識に



●図 Conceptual structure of the guideline (文献5より)

自信が持てないと回答した。助産師が出産や子育ての支援以外に、性に関する相談支援をしている職種だと認識しているのは、女性3割、男性1割にとどまった。

調査②では、男女共約1割に、妊娠したかもしれないと相談した経験があり、男女共7%に人工妊娠中絶の経験があった。加えて、妊娠相談や人工妊娠中絶目的で受診した際に医療者の対応によって傷つき、必要な情報を得られないことがあるとの実態がわかった。医療者に求めるのは、否定せず話を聴く姿勢、優しく接する態度、避妊や性に関する正確な情報提供であった。今後、妊娠相談・人工妊娠中絶経験者へのインタビューを行う予定である。

助産師がSRHRや人工妊娠中絶に対し抱く認識

助産師調査グループ(杵淵ら)は、国内の助産師の人工妊娠中絶やアボーションケアに対する認識について量的調査を実施中である(2022年8月末まで)。調査内容は、SRHRに対する認識、アボーションケアの知識や経験の他、象徴的な人工妊娠中絶場面を提示し、助産師の態度・感情・対応・葛藤を問うものとした。今後は量的研究結果を相互補完する研究として面接調査を予定している。

助産師の認識に影響を及ぼす要素として、以下が考えられる。分娩室でアボーションケアが行われることへの抵

抗感、WHOの推奨とは異なる中絶方法、人工妊娠中絶にかかわる法的背景、性教育の不十分さ、使用可能な避妊方法の少なさ、緊急避妊薬へのアクセスの困難さ、助産師の基礎教育・継続教育で母性保護に重点がおかれSRHR教育が不足していることなどである。

さらに現在、精力的にアボーションケアに専心している助産師を対象に、アボーションケアの実践内容についての聞き取り調査を実施中である。

妊娠葛藤相談に対応する組織による活動の実態

システム調査グループ(五十嵐ら)は、妊娠したかもしれない、妊娠したけどどうしたらいいのかわからない、と妊娠葛藤状態にある女性を地域で支援するシステム構築をめざす。こうした状況にある女性は、医療施設を受診することを躊躇し、たとえ妊娠継続・人工妊娠中絶の意思決定をしたとしても葛藤状態が続く。

地域で支援を展開する団体へのヒアリング調査によると、公的支援を受けるには女性自身が妊娠を申告する必要があり、加えて妊娠届も必要となる。つまり、女性が医療施設を受診し、さらに公的支援に自らアクセスしなければ専門職から支援を受けることは難しい。そのため人工妊娠中絶を選択しようと葛藤状態にある場合は、公的支援を受けられない可能性が高い。以上から支援制度の狭間にある女性への支援

が必要だと改めて明らかになった。このヒアリング調査を踏まえ、助産師がいつ、どこで、どのように支援が可能か、そして先駆的に支援を行っている方々との協働し、支援のネットワークを築くことができるのか、さらに公的支援を含め、システムとしてどのような体制が考えられるかを検討する研究を開始した。また、多数派である医療施設勤務の助産師が、支援システムの中でどう専門性を発揮できるのかも検討する。まずは、支援の現状と課題を把握するため、全国の妊娠葛藤相談を行う「にんしんSOS」の職員を対象に、2022年2~3月にアンケート調査を行った。回収率は、それぞれの団体の代表者で62%、相談員で32%であった。今後は、このデータを基盤とした支援システムの検討とともに、協働において助産師に必要な要素を抽出していく予定である。

WHO『Abortion care guideline』とこれからの国内の動き

2022年3月にWHOから『Abortion care guideline』が公表された(図)⁵⁾。そこで述べられている質の高いアボーションケアとは、アクセス可能(タイムリーで手頃な価格、地理的に到達可能であり、医療ニーズに適した環境で提供される)、許容可能(個人の好みと価値観およびコミュニティの文化を組み込む)である必要がある。また中絶ケアは公平であり、性別、人種、民族など、ケアを求める人の個人的特徴に基づいてヘルスケアの質が変化しないことが不可欠である。そして安全に提供され、ケアの受け手のリスクと害を最小限に抑えることが重要である。

安全な中絶ケアは、法律、政策、医療制度、地域社会レベルの行動指針によって整備されなければならない。国内では中絶薬の承認がなされる予定であり、これにより中絶ケアは大きく変化するだろう。

加えてここまでの活動から、助産師を含む看護職には、国民のSRHRを保証するための情報提供をすること、妊娠葛藤状態にある時から女性を支えること、産む・産まないのどちらを選択しても新しい豊かな人生を歩めるよう、プライマリーヘルスケアの場から高次医療機関に至るあらゆる場で最善のケアを実行することが求められていると言える。

●参考文献

- 1) FIGO. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. 2021.
- 2) 国際助産師連盟. 助産実践に必須のコンピテンシー 2019年改訂. 2019.
- 3) American College of Nurse-Midwives. POSITION STATEMENT Midwives as Abortion Providers. 2018.
- 4) 勝又里織. 人工妊娠中絶における看護のエスノグラフィー——初期中絶における看護に焦点をあてて. 日看科会誌. 2018; 38: 37-45.
- 5) World Health Organization. Abortion care guideline. 2022.

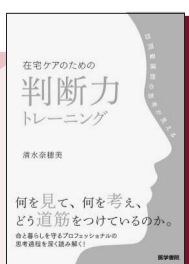
訪問看護師の「意図」が読める!

在宅ケアのための判断力トレーニング

訪問看護師の思考が見える

複雑な状況を前に一人での判断が求められる在宅ケア現場での「判断力」を養う本。何を見て、何を考え、どう道筋をつけてケアを組み立てるのか。そしてどう動き、何に備えるのか。在宅医療の現場で「命と暮らしを守る訪問看護師」の思考過程を深読みしながら、包括的情報のなかでの判断力を身に付ける。判断力を高める方法として臨床推論、フレームワーク、リフレクション、認知バイアスについても分かりやすく解説する。

清水奈穂美

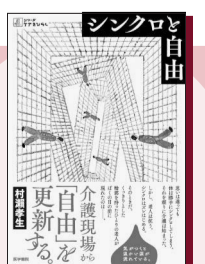


介護現場から「自由」を更新する。

<シリーズ ケアをひらく> シンクロと自由

「こんな老人ホームなら入りたい!」と熱い反響を呼んだNHK番組「よりあいの森老いに沿う」。その施設長が綴る、自由と不自由の織りなす不思議な物語。万策尽きて、途方に暮れているのに、希望が勝手にやってくる。誰も介護はされたくないし、誰も介護はしたくないのに、笑いがにじみ出てくる。しなやかなエピソードに浸っているだけに、気づくと温かい涙が流れている。

村瀬孝生



寄稿

怒りを表出する患者への対応

佐々木 千幸 国立がん研究センター中央病院看護部/精神看護専門看護師

患者はさまざまな苦痛を抱えており、時折耐えきれない苦痛を無意識に怒りに置き換えて表出する場合がある。医療者は、日々患者に寄り添いたいという思いを持ちながらケアしているが、怒りが表出されると、患者にどうかかわっていかかわらなくなり、対応が困難になりやすい。今回は怒りを表出する患者をどのようにとらえ、かかわればいいのかについて述べたいと思う。

「怒り＝心理的問題」と決めつける前に

怒りは「自分の領域が侵された時に発動する感情」であり¹⁾、人として生きていく上で必要な感情である。怒りの理由が妥当で適切な表出であれば、一緒に話し合い、必要があれば謝罪したり、協議したりすることで対応できる。しかし、怒りの理由が妥当でない場合や、表出方法が適切ではない場合に対応が難しくなる。

怒りという、「患者に心理的なストレスがあるからだ」ととらえやすい。しかし、怒りを心理的問題と決めつける前に、①身体症状(疼痛、倦怠感、呼吸困難感、ADLなど)、②精神症状(せん妄、うつ病、認知症、薬剤性精神症状)、③社会経済的問題(経済面・介護面・就労面の問題)、④心理的問題(がんへの取り組み方、コミュニケーション、人となりの理解)、⑤実存的問題(患者の生き方)といった面から包括的なアセスメントが必要だ²⁾。特に、身体的な苦痛が緩和されているか、せん妄などの精神医学的な対応が必要な問題を見逃していないかが重要である。せん妄など精神医学的な問題の背景に、身体的要因が隠されている場合もあり、せん妄を見逃すと重大な身体的問題の対応の遅れにつながりやすい。

患者から怒りが表出された時の医療者の反応

患者から怒りを表出されると、医療

●表 怒りを表出する患者への対応時に押さえるべき要点

スタッフが安心してケアを提供できる環境をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ●無理のない範囲でスタッフの感情表出ができる場をつくる ●医療者であっても患者にさまざまな感情を持って当然であることを保障する ●患者に行っているケアが間違っていないこと、患者に配慮したケアであることを保障する
患者の怒りの背景をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> ●怒りの背景にある患者の思いをアセスメントする ●「患者を怒らせない」ということをケアの目標にしない
継続したケアを提供できる枠組みづくりを行う	<ul style="list-style-type: none"> ●怒りが表出された場合の具体的な対応を考慮しておく(例)個室であればドアを開けておく。怒りを収めてから退室しようとして、「みんなで検討してまた伺います」と退室するなど ●「何かあれば主治医や師長に伝えてほしい」と窓口を統一する ●「できないこと」は「できない」と伝えていい

者は最大限でできる対応をしていたとしても、「自分の対応が悪かった」と自責的になりやすく、個人の問題としてとらえやすい。たとえ自責的にならなかったとしても、患者を感情的に責めたり、自分の正当性を認めさせたり、逆にかかわりを拒否したくなったりする。先にも述べたが、患者は耐え難い苦痛を怒りに置き換えて表出することがある。「怒り」などの感情の表出は、患者がケアを必要としているサインでもある。そうした時に「個人の対応の問題」とせず、患者からのSOSのサインととらえて、チームでの対応を検討することが大切だ。

怒りを表出する患者へのかかわり方

怒りを表出する患者と向き合っていくためには、いくつか押さえるべき要点がある。表に示す内容をもとに説明していきたい。

◆スタッフが安心してケアを提供できる環境をつくる

私たち医療者も人間であり、怒りや嫌悪感、恐怖など、さまざまな感情を持って当然である。しかし、「医療者は冷静であるべき」「怒ってはいけない」といった感情規制³⁾が働き、医療者自身の感情を抑圧しがちだ。だからこそ、医療者であってもいろいろな感情を持って当然であることが保障され、それぞれの感情を持つことを互い

に認め合える場が必要である。医療者自身が、自分の感情を認められて、受け入れられるものだと思えてはじめて、患者と向き合える土壌ができる。

◆患者の怒りの背景をアセスメントする

患者は疾患や治療などによりさまざまなストレスを抱えている。そうしたストレスを抱えきれず、無意識に目の前にある現象を怒りに置き換えて対処することがある。その怒りの矛先は看護ケアに向かうことが多く、「ナースコールの対応が遅い」「点滴の時間が遅れた」などと表出されやすい。怒りが表出されると指摘された対応にばかり着目しやすいが、背景にある先行きの見えない現状や将来に対する不安といった患者の思いのアセスメントが重要である。患者の怒りが落ち着く時間があり、なおかつ話し合える余裕があれば、患者に「医療チームみんなでAさんを支えたいと思っている。そばでAさんを見ていてつらそうに見えるが、何かつらいことや不安なことはありませんか?」と尋ねてみることで不安を表出するきっかけとなる場合がある。

しかし、尋ねても患者が自身の気持ちに寄り合える準備状態でなければ、再び怒りとして表出されることもあり、そもそも怒りが強く話し合える状況でないケースも多い。その場合は「患者を怒らせないこと」を目標にせず、苦痛を抱える患者を理解してケアを継続することが患者にできる最大限のケアとなる。

●ささき・ちゆき氏

2002年国立がんセンター東病院(当時)入職。09年北里大大学院看護学研究科看護学専攻修士課程修了。17年より現職。11年に精神看護専門看護師資格を取得する。編著に『DELTAプログラムによるせん妄対策』(医学書院)



◆継続したケアを提供できる枠組みづくりを行う

怒りを表出する患者へのケアの継続は必要だが、それは患者の全ての要求や感情を受け入れなければいけないことを意味するものではない。医療者が安全にケアを提供できない場合は、「できないこと」は「できない」と伝える必要がある。こう伝えることは患者にとってつらいことのように思えるが、「できないこと」を「できる」と言ってケアの継続がなされないような不安定な関係のほうが患者にとって苦痛である。医療者が安全に実施できるケアや患者に協力してほしいことをチームで具体的に話し合い、「安全に治療を行っていくために、怒鳴ることはやめてほしい」「検温や処置に協力してほしい」「何かあれば主治医や師長に伝えてほしい」といった約束事を取り決め、主治医や師長から患者に伝える機会を作っていく。医療者にとって安全で安心できる環境を構築することは、継続したケアを提供できる体制につながり、ひいては患者の安心感にもつながる。「Aさんをみんなで一緒にサポートしたいと思っている」と、医療者の思いを辛抱強く伝えていくことが重要だろう。

*

怒りは難しい感情でかかわりを困難にする。ケアを必要とする患者とケアを提供する医療者が安心した関係を築けるように、怒りが表出された場合は個人の問題ととらえず、ぜひ周囲に相談してチームで対応してほしい。一人で抱えて苦しむ医療者がいなくなることを願っている。

●参考文献

- 1) 堀越勝. 感情の「みかた」. いきいき株式会社出版局; 2015.
- 2) 小川朝生. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア. 創造出版; 2014.
- 3) 武井麻子. 感情と看護——人とのかかわりを職業とすることの意味. 医学書院; 2001.

せん妄!? かもしれないと思ったときのケアで、その後が変わる。



DELTAプログラムによるせん妄対策

多職種で取り組む予防、対応、情報共有

編集：小川朝生 / 佐々木千幸

CONTENTS

- 第1章 — せん妄の基礎知識
- 第2章 — DELTAプログラムによるせん妄のリスク評価と対応
- 第3章 — 事例でわかる治療の経過とせん妄ケア
- 第4章 — ここがポイント! せん妄のチームアプローチ

発症前のリスクアセスメントから発症後の対応まで多職種が実施しやすいように開発された DELTA プログラム。実施によって「せん妄への苦手意識」を変え、早期発見・早期対応を実現し、せん妄の発症、重症化を防ぐことができます!

●B5 頁240 2019年 定価：本体2,860円(2,600円+税10%)
[ISBN978-4-260-03652-8]

医学書院

「健康格差」を学びたい人に最適な定番書、最新の知見を加えた待望の第2版!

健康格差社会

何が心と健康を蝕むのか

近藤 克則

日本が「健康格差社会」であることを世に示した初版の発行後、社会疫学研究的進展により健康格差の存在は共通認識となり、健康格差の縮小が国の政策目標に掲げられるに至った。第2版では初版の内容を基盤にしつつ、この間に蓄積された多くの科学的知見を追加。「健康の社会的決定要因」などに関する議論の動向も解説する。「健康格差」の基本を知る上で最適な定番書。

●A5 2022年 頁264 定価：2,860円(本体2,600円+税10%)
[ISBN978-4-260-04968-9]

医学書院

書籍の詳細はこちらから





第4回 I-E-O モデルと「火急の問い」

今回のポイント

- ✓ 実習教育にかかわる全ての関係者が本当に知りたい「火急の問い」を引き出すことが重要である。
- ✓ 実習に「I-E-Oモデル」を活用することで、学生の省察と学習改善が促され、自律的な学習者への発達につながる。

私たちは有能 (competence) であるかをどのように測り、認識するのか。ある領域での能力の卓越さを「コンピテンシー」と呼んだのは社会学の Spencer 氏であり、元は優れた外交官の特性を観察したことから始まる。コンピテンシーは人材に備わる根源的な特性で、「さまざまな状況を超えて、かなり長期間にわたり、一貫性をもって示される行動や思考の方法」とされる¹⁾。コンピテンシーには動因、特性、自己イメージ、知識、スキルという多面的な特性が挙げられ、高いコンピテンシーが備われば優れたアウトプットやパフォーマンスをもたらすと考えられる。

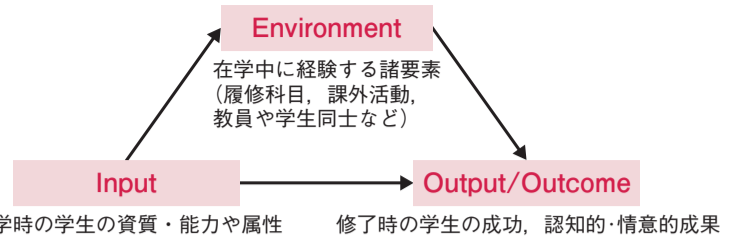
心理学の Kruger と Dunning は、ユーモアや論理的推論、英文法といった知識や経験が必要となる領域でテストを行い、非熟達者におけるメタ認知の欠陥を指摘した²⁾。初学者・初心者であるほど教科書を読んだだけで「完全に理解した」と思い込み、過度の自信を持ってしまう。真に成果を上げてきた熟達者や開発者ほど、「自分はその分野についてまだわからないことが多い

ものの、『チョットデキル』ようになってきた」と、ひそかな自信を持つことができるようになる。これは、「ダニング=クルーガー効果」と通称される、エンジニアの間で一時期流行した解釈だ (図1)。Linux の開発者である Linus Torvalds 氏が「チョットデキル」と日本語で書かれたTシャツを着ていたことが「チョットデキル」の由来らしい。

学習成果を測定する強力な枠組み

本連載の第3回 (第3475号) で述べたように、逆向きの授業設計においては先に教師の期待する「学習目標」を明らかにしてから「学習評価」を定め、その次に「学習内容」を配置することが必要である。とりわけ医学教育分野では「アウトカム基盤型教育 (Outcome-Based Education)」として、養成課程のプログラム修了時に期待される人材育成目標を明示した授業設計が推進されている。育成する人材像や学習者の能力・学習成果 (アウトカム) を明確にするためには、優れた看護師の「コンピテンシー」を念頭に置きながら、教育機関の教育理念や学校種の特徴、卒業後の進路、地域の特性などを考慮する必要があるとも言われている³⁾。

Astin は、入学 (Input) から教育環境 (Environment) を経て成果 (Output/Outcome) が獲得される一連の過程を「I-E-Oモデル」と定義している⁴⁾ (図2)。I-E-Oモデルはシンプルなモデル



●図2 I-E-Oモデル

Input→Environment→Output/Outcomeの順に発達していく。場合によってはEnvironmentを介さずに成果がもたらされることもある。

だが、学生がどの範囲と水準まで獲得したかを把握するという学習成果測定の局面における強力な枠組みとして、米国大学教育の場で機能している。また、看護教育における生涯学習、研修、実習教育などの場面でも学習者の能力評価・測定に活用可能と考えられる。Input: 介入前 (入学時) の学生の知識・スキル・態度や属性
Environment: 体験中 (在学中) の学生の経験、教員・実習指導者や学生同士の関与
Output/Outcome: 体験後 (修了時) に獲得された学生の成功や認知的・情意的成果

本当に知りたい疑問をいかに引き出すか

では、I-E-Oモデルを看護教育の場面に応用する際に、何を意識すればよいのか。Qualtersによれば、教員・学生・実習関係者がアセスメントの透明性を高める4つの問い (なぜアセスメントをするのか、何を評価するのか、どのように評価したいのか、結果はどのように利用されるのか) を明らかにした上で、「火急の問い (burning questions)」への参加を呼びかけている⁵⁾。

「火急の問い」とは、全ての実習関係者が本当に知りたい疑問 (教員: 教室で学んだ理論を実践できているか、実習指導者: 学生の働きかけが患者にどのような影響を与えるか、学生: この実習が専門分野の知識をどう高めるか) を指す。これを引き出すことで、一部の人たちが利用することにこだわったデータだけでなく、全ての実習関係者に有用な答えを提供するための評価の仕組みが開発され、実習で評価する項目に優先順位を付けることができる。そのため、教員と実習関係者が共同で実習の評価プロセスを設計する時に「火急の問い」を話し合うことは、非常に有意義である。

ここで、Qualtersが挙げている地域実習におけるI-E-Oモデル応用例を紹介する。学生がホームレスの人たちに健康教育をするために行われた、保健医療分野の実習教育での事例である。なお、実習前後でのスキル獲得については、客観的臨床能力試験 (OSCE) を用いている。

Input: 実習前に、その地域についての懸念や実習の経験から何をしたいかなどについて学生に意識調査を行った後、OSCEを実施してスキルを確認した。
Environment: 実習中、学生は構造化された省察日誌 (リフレクティブ・ジャーナル)

を記録し、学生同士で活動を振り返った。また、実習中の知識・スキル獲得について、教員からの系統的な観察を定期的に行った。
Output/Outcome: 実習後、地域保健やホームレスの人たちとのかわりについて新しい知見を得たか、地域で保健教育を行うことについて何を考えたかなどの意識調査を行い、再びOSCEを実施した。

この事例では、実習前後での血圧測定や問診能力の評価にとどまらず、日誌への記録や教員からの観察、学生同士で考察をまとめることで学生の学習過程を教員が理解することができたとされている。事前の意識調査で明らかになった実習に対する誤解や恐れについて、実習中の活動内容や経験を日誌に記録させることで学生には省察と学習改善を促せる。構造化された学習ポートフォリオとして、一連の記録をつなげて省察を繰り返し重ねていくことができれば、学生の学習意欲の喚起や実習教育・学科・養成校全体のアセスメントのみならず、メタ認知を備えた自律的な学習者への発達が期待されるだろう。

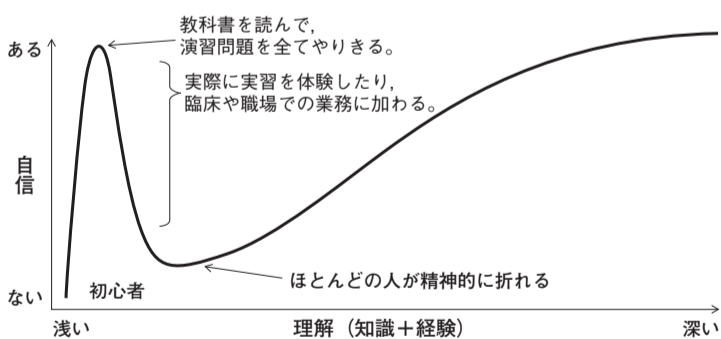
*

テクノロジーが人間の仕事を奪うかもしれないAI時代が迫る中で、私たちは人間の根源的な能力をどのように定め、省察し、正しく把握していくことができるのでしょうか。Aounは、教室での学習と専門的な職場での学習を交互に行う経験教育の重要性を訴え、コミュニケーションの力、他者とかかわる力、愛と美に関する人間の能力を活用する力である「ヒューマン・リテラシー」を提唱しています⁶⁾。その教育は何を達成しようとしているのでしょうか? そして、あなたにとっての「火急の問い」は何ですか?

次回は、保健学教育での初年次教育とカリキュラム開発の実践について事例を報告する。

参考文献

- 1) L. M. スペンサー, 他 (著), 梅津祐良, 他 (訳), コンピテンシー・マネジメントの展開, 生産性出版: 2011.
- 2) J Pers Soc Psychol. [PMID: 10626367]
- 3) 中井俊樹, 他 (編), 看護教育実践シリーズ1—教育と学習の原理, 医学書院: 2020.
- 4) Astin AW. Assessment for Excellence: The Philosophy and Practice of Assessment and Evaluation in Higher Education, 2nd ed. Rowman & Littlefield Publishers: 2012.
- 5) Qualters DM. Bringing the Outside In: Assessing Experiential Education. New Directions for Teaching and Learning. 2010; 2010 (124): 55-62.
- 6) J. E. アウン (著), 杉森公一, 他 (訳), ROBOT-PROOF—AI時代の大学教育, 森北出版: 2020.



●図1 ダニング=クルーガー効果

初心者であるほど「完全に理解した」と思い込み自信を持つが、その後「何もわからない」状況に陥り、ほとんどの人は精神的に折れてしまう。学習を続ければ時間をかけて理解度が増していき、その結果少しずつ自信を持つようになる。

人が学ぶとは、その学びを支える教育とは—その根本を知る1冊

<看護教育実践シリーズ 1> 教育と学習の原理

本書は、教育とは何か、教育にはどのようなシステムが求められるのか、学習とはどのようなことを指すのかといった教育と学習の原理を簡潔に示している。教育で直面する現象の意味、その背後にある原理を知り、教育実践の基盤をおさえることで状況に対応できるようになる。教育学の知識と看護教育の実践の橋渡しになることを願ってまとめた書。

編集 中井俊樹 森 千鶴



学生に「看護過程」と「看護診断」を分かりやすく説明するために

半日講義 看護過程と看護診断

「看護過程」と「看護診断」は、看護教育において必ず学生に理解してもらわなければならない2大テーマといえる。しかし、教員にとって教えるのに、難渋するテーマでもある。学生にとって何が分かりづらいのか、どうすれば分かりやすく説明できるのか。本書では、看護学生を参加者の一人として設定。看護過程や看護診断を学びながら抱く疑問を、代弁してもらい、鼎談形式でまとめ上げた1冊。

古橋洋子



看護のアジェンダ

井部俊子

長野保健医療大学教授
聖路加国際大学名誉教授

看護・医療界の“いま”を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ(検討課題)を提示します。

〈第211回〉

職場におけるこぜり合い

株式会社井部看護管理研究所に2022年5月、「仕事における困りごとの相談」がやって来た。相談内容はこうである。「ファーストレベルの募集要項にある小論文を、看護部が検閲することによる影響についてです。どうしたらこの行為をやめてもらえるか、悩んでいます」とある。

「困りごと」の解析

新型コロナウイルス感染拡大のため自粛していたさまざまな研修が、2022年度は再開されつつある。応募者数も回復傾向にある。対面で行うかオンラインで行うか、あるいはハイブリッドで行うか等、主催者側も悩ましいところであるが。

看護管理者の継続教育として、日本看護協会認定看護管理者教育課程がある。認定看護管理者となるためのコースはいくつか設定されているが、通常、ファーストレベル(105時間)、セカンドレベル(180時間)、サードレベル(180時間)という長い時間をかけて学ばなければならない。つまり、ファースト/セカンドレベルを終えただけでは「認定看護管理者」にはなれないのである。ようやくサードレベルを修了して資格試験に合格した頃には、定年が間近になっているという状況も少なくない。認定看護管理者として長く活躍してもらうためには、そろそろ研修制度のスクラップ・アンド・ビルドの時期ではないかと、私は考えている。

今回の相談は、しかしながら、そうした構造的な問題を指摘しているのではない。もっと身近な職場の関係性という役割発揮というか、よく考えると、多少、組織構造の在り方にも関与している「困りごと」である。本人の承諾を得た上で、困りごとを解析してみたい。

登場人物は4人。病棟の看護師長(今回の相談者)であるA、ファーストレベルに応募する予定のB(当該師長の部下)、副看護部長C、そして看護部長Dである。

Aによると、今回研修を受講しようと決意したBは、仕事はよくできて洞察力があり、期待するスタッフである。しかしこれまでのキャリアは不遇の時があり、複数回の転職をしている。Bは、受講の志望動機を熟考して小論文にまとめた。その過程でこれまでのキャリアを振り返ることとなった。そして自己肯定感が低いことや、「上司にものを言うのはタブーだ」と思っ

た」自分に気付いた。

不都合なことが起こっても「事なかれ主義」がまん延していた職場を経験していたBにとって、現在の上司であるAは「事なかれ主義の改革者」として強く印象付けられた。さらに部署の問題を見て見ぬふりをしている自分に気付いたのである。こうした真摯な自己との向き合いを通して志望動機をしたためたBは、ファーストレベルで何を学習したいかを明確にして小論文を完成させた。Aは、文字数と誤字や言い回しを助言したが、Bの論文の主旨を支持した。

次のステップはCの点検を受けることである。Cは自己肯定感が低いBの小論文を批判した。果ては彼女を推薦したAまで追及してきた。Aは反論し、「自分の意志は変えない」とCに断言した。Cはつまり、職場内部のネガティブなことをいろいろ書かれて外部に提出されるのが困るのであ

た。CはBに、何としても修正を求めた。Bを呼び出して粘った。すでにAをロールモデルとしているBは、「書きたいことをことごとく消され、組織が気に入ることを書く」ことに抵抗した。しかし受講料の半額を組織が援助することも考え、Bは妥協して修正を行い、応募書類の提出期限ぎりぎりになって郵便局に駆け込んだ。

この“検閲”を首尾よく通過して提出された書類は、書類選考で採択されなかった。「直したから落ちた」と職場ではささやかれているという。Aは、検閲は不要ではないかと考え、今回の困りごと相談になったのである。Bは早々に志望動機を書き上げてスタンバイしているのに、検閲担当のCの仕事が遅くなってBに迷惑をかけたことも気に掛けている。ちなみにDは簡単に承認している。

こうした納得のいかない「こぜり合い」は、多くの職場で起こっているのではないと思う。

看護部の検閲への対処法

私は2014年に本連載で「検閲とお姉さん」¹⁾を執筆した。病院看護部による発表論文への不当な介入を指摘した内容であるが、あれから8年、事態は何も変わっていないという思いを新たにした。

第27回日本緩和医療学会開催

第27回日本緩和医療学会学術大会(大会長=東北大学大学院・宮下光氏:右写真)が7月1~2日、「現状を評価し、前に進む」をテーマに神戸国際展示場(兵庫県神戸市)他にて開催された。

本紙では大会テーマに鑑み、がん対策における緩和ケア推進の現状と課題をデータで評価した特別講演、30年に及ぶACPの理論・実践・実証を国際的潮流を踏まえてレビューした講演の2題を報告する。



データで見る緩和ケアの進展と残された課題

がん対策基本法の基本理念のひとつが「がん医療の均てん化の促進」だ。これを受けて、がん医療の現状をQuality Indicator(QI)を用いてモニタリングする事業や、患者体験調査による実態把握が進んでいる。東尚弘氏(国立がん研究センター)による特別講演「データに見るわが国の緩和ケア」では、これらのデータをもとにがん医療・緩和医療の課題が提示された。

がん診療連携拠点病院の「現況報告」や「指定要件に関する意見・実態調査」などを踏まえると、緩和ケアチームの人員などのストラクチャー(構造)は整備されつつある。その一方で、東氏が問題提起したのは、緩和ケアのプロセス(過程)やアウトカム(結果指標)の現状だ。

例えば院内がん登録およびDPCデータによるQI研究を踏まえると、症状緩和的治療の実施は診断初期で1割程度、IV期胃がん・経過観察例にお

いても緩和ケア関連加算の算定は3割に留まる。また、肺がん・死亡1か月前の化学療法は2割で実施、2週間前でも1割で実施されており、終末期におけるQOLの悪化が懸念される。さらに患者体験調査の結果、診断から約3年後において「苦痛のある」患者は35%、「日常生活に困っている」患者は19%に上った。特にAYA世代において、医療者との対話や身体的つらさの相談ができていない傾向が顕著であるという。

最後に氏は、こうした実態把握の重要性はもちろんのこと、緩和医療へのアクセスなど既存のデータでは捕捉できない問題もあることを指摘。緩和ケア関係者で問題意識を共有し、データ収集を行い、改善策を議論することが求められると結んだ。

「踊り場」にあるACP、次の30年に向けてイシューから始めよ

「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は今、踊り場にある」。冒頭でこう述べたのは、「ACPのエビデンス

私はその記事を次のようにしめくくっている。「看護部は『ヘンな発表』を検閲することをやめて、真に教育的な機能を果たさなければならない。看護部長室のドアを開け、看護師たちが自由にアドバイスを求めてやって来れるように、そして部下に『さすが』と評価されるような“指導”を行うことができるように、看護部も共に切磋琢磨することが健全な組織であろう」。

あれからもう少し老練になった私は、組織論的な観点から相談者Aに以下の助言を追加した。副看護部長というポジションは、当該組織ではラインではなくスタッフ機能を持つものであるから、こうした納得のいかない事態が発生した場合は、ライン機能を効果的に活用すべきである。つまり病棟師長の直属の上司は看護部長であるから、副看護部長を経由せず、直に看護部長とやりとりをして決着をつけるということである。いかがであろうか。

一方、看護管理者研修の講師を務める私は、一人ひとりの受講生の努力と思いを受け止め、各人の自己肯定感の向上に寄与しなければならないと気持ちを引き締めた。

●参考文献

1) 井部俊子. 看護のアジェンダ. 医学書院; 2016. pp286-8.

とアンチテーゼ——今後の姿を考える」と題して講演を行った森雅紀氏(聖隷三方原病院)だ。

過去30年以上にわたり、欧米を中心にACPの理論・実践・実証の試みが反復されている。事前指示書を含むACPの効果を示せなかったSUPPORT研究(JAMA. 1995 [PMID: 7474243])に始まり、ACPプログラムとして米国で開発されたRespecting Choices、その後の多様な実証研究/系統的レビューを紹介。ACPの効果は研究/アウトカムにより一定しないものの、全体としてはACPを推進する国際的な潮流があることを示した。

「ACPを進めるかどうか」から「ACPをどう進めるか」に関心が移りつつある一方で、近年は米国のグループからACPへの疑念が呈されているという。中でも波紋を呼んでいるのが、緩和ケアのオピニオンリーダーであるSean Morrison氏らの論考だ。“Advance directives/care planning: clear, simple, and wrong”(J Palliat Med. 2020 [PMID: 32453620]), “What’s wrong with advance care planning?”(JAMA. 2021 [PMID: 34623373])と題する「アンチテーゼ」が示され、今なお論争が続いているという。

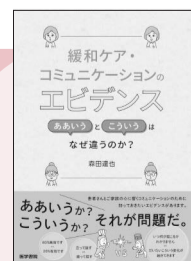
この状況に氏は、緩和ケア関係者が自らの足元を見つめ直す好機であるとの見解を示し、「次の30年を歩み始めるための踊り場にいる」と再度強調。「イシュー(=自分たちの現場で本当に解決すべき課題)を問い直すことから始めよう」と聴衆に訴えた。

ああいうか、こういうか、それが問題だ!

緩和ケア・コミュニケーションのエビデンス ああいうとこういふはなぜ違うのか?

「20%効果がある」「80%効果がない」——言い方によって患者の判断が変わる? 立って話すか、座って話すかで、与える印象が変わる? 臨床で出会うちょっと不思議な現象や、どうにもうまくいかない場面。その背景にあるのは、人間の心の特性や、個々人が培ってきた価値観の違いかもしれない。緩和ケアだけでなく、心理学、行動経済学の領域で蓄積されたエビデンスが、臨床での困りごとを解決するヒントを与えてくれる!

森田達也



最期まで患者の望む時間を提供するために。緩和医療スタッフ必携の書、改訂!

緩和ケアレジデントマニュアル 第2版

次々に起こる症状への対応、予後予測、ACP、家族のケア、リハビリテーション……、最期まで患者の望む時間を提供するために、何をするのか。エビデンスをアップデートしつつ、経験も重視して、より実践的に改訂。病棟でも外来でも在宅でも、がんでも非がん疾患でも、すべての患者の苦痛緩和をめざす医療スタッフに必携の書!

監修 森田達也
木澤義之
編集 西智弘
松本禎久
森雅紀
山口崇



全国の先生方と共に、看護教育のさらなる可能性を追求しませんか

動画

教育の基本や成人学習理論、カリキュラム編成のポイント、学生対応の困りごと、また海外で活躍される看護師、看護理論家のインタビューなど、役立つ動画コンテンツを多数ご用意しています。

- ▶ 1本 10～15分とコンパクトにまとめられた動画で、短時間で要点を押さえることができます。
- ▶ 疑問や気になった点は講師に質問することも可能です。また、派生セミナー、フォーラムへの参加で、全国の先生方とともにさらに学びを深める機会も。

記事

講義・演習・実習の工夫や教材の開発、地域との連携など、各教育機関での実践をお届けします。

- ▶ ご自身の教育実践をご投稿いただくことも可能です。先生がされている工夫は、きっと他の先生にとってのヒントが満載です。

価格(税抜)

- 看護系大学 **25万円/年**
- 看護専門学校 **10万円/年**

●大学は学部単位、専門学校は施設単位でのご契約となります。
●ご契約施設の教職員の方であれば、何名様でもご利用が可能です。

看護教員のための オンラインプラットフォーム



ICTを活用した看護教員の
継続的な学びの場を提供します。

まなぶ つながる ひろがる がNEOのキーワードです

無料版、すぐにご利用いただけます!

トライアル中もコンテンツを随時更新
ぜひ実際にNEOをご体験ください



医学書院



セミナー

グループワークやリアルタイムアンケート、ディスカッションなどを用いた、参加型セミナーを開催します。

シミュレーション教育やICT活用、若手教員の会など、自施設だけではなかなか解決しづらい疑問、実践について、施設・組織をこえて、全国の先生方と共有いただけます。

フォーラム

NEOのコンテンツをはじめ、さまざまなトピックについて全国の先生方と意見交換いただけます。

- ▶ NEOで開催されるセミナーにひもづいたフォーラムも展開予定です。講師や他の参加者と直接やり取りをして、疑問やお悩みの解消を!

- ▶ 教員同士、気軽に質問をしたり、相談し合える場としてご利用ください。

無料トライアル・ご契約に関するお問い合わせ
【販売・PR部】TEL:03-3817-5661 FAX:03-3815-7013
 E-mail:sp@igaku-shoin.co.jp

内容や使用方法に関するお問い合わせ
【看護出版部】TEL:03-3817-5776 FAX:03-3815-0485
 E-mail:neo@igaku-shoin.co.jp

医学書院の看護系雑誌

看護管理 8月号 Vol.32 No.8 1部定価:1,760円(税込)
 冊子版年間購読料:18,876円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 パワーと影響力
 なぜ、人は動かされるのか

Now Printing

パワーと影響力高岡明日香
 ①リーダーに共通する10の「弱点」
 ②人が動かされるパワーを生み出す3つの源泉と影響力行使に重要な変数
 ③なぜ、人は動かされるのか 影響力を最大化するための6つの「武器」
 ④上司をマネージし、部下はマネージし過ぎない【上司編】
 ⑤上司をマネージし、部下はマネージし過ぎない【部下編】

巻頭シリーズ Share & Dialogue 今こそ対話を.....坂本すが
 特別記事 新型コロナウイルス感染症対応のための看護管理者支援事業(NuMAT)について.....後藤友美/叶谷由佳
 TOPICS がん看護のパラダイムシフト
 社会の変化を的確に捉えながら、直面するさまざまな問題について解決策を探る.....栗原美穂

助産雑誌 4月号 Vol.76 No.4 1部定価:1,980円(税込)
 冊子版年間購読料:11,022円(税込)
 隔月刊です

**特集 切れ目ない支援を実現する
産前・産後の訪問看護**

漫画で知る!産前・産後の訪問看護.....広田奈都美
 Q&Aで知る 産前・産後の訪問看護さほんのき.....長坂桂子/小六真千子

【事例で知る 産前・産後の訪問看護でできること】
 ①自殺企図のあった産後うつ母親への危機的介入と継続支援.....小六真千子/中山翠
 ②てんかん発作のある双子を持ち、うつ状態だった母親の支援.....坂下聡美
 ③特別養子縁組をした養親への支援.....木村美季/中野歩美
 ④へき地でも実現できる 医療的ケア児の暮らしを支える地域づくり.....松山なつむ
 ⑤自分らしさを大切にしながら家族が共に生活していくための産後訪問看護の利用
 状況に応じてチームが形を変えながら協働する.....本末舞

【開業助産師が行う訪問看護】
 ①地域に根付いた助産院の力を活かし 医療的ケア児、双子、うつ病合併妊婦を切れ目なく支える
坂本理代/伊藤充代/高柳起久恵/齋藤真也/山本詩子
 ②切迫早産妊婦と精神疾患合併妊婦の産前・産後支援.....喜久山仁美
 ③母子・地域・助産院「三方よし」の地域連携.....坂本こすえ

看護研究 4月号 Vol.55 No.4 1部定価:本体2,200円(税込)
 冊子版年間購読料:本体11,880円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 イノベーション研究を始めよう
 テクノロジーが拓く看護ケアの可能性

看護学研究者に期待される産学連携研究の実施と
 実際の取り組みから培った学び.....福井小紀子
 テクノロジーを用いた高齢療養者の痒みの評価と夜間睡眠との関連からケアのあり方を考える.....樋口明里
 医療施設における環境と看護ケア.....内海桃絵

【終末期患者へのテクノロジーの活用】
 ①バイタルサインから終末期患者の状態を察知する.....田中晴佳
 ②ベッド上の体動は疼痛のサイン.....樋上容子
 ③終末期がん患者における非接触型機器から得られるデータとカルテ・看護記録の活用.....生田花澄
 ④機器を用いて連続的に計測した呼吸数と心拍数から死亡発生を予測する.....福井小紀子
 緩和ケア医からみた終末期患者へのテクノロジーの活用の可能性.....前田一石

保健師ジャーナル 8月号 Vol.78 No.4 1部定価:1,760円(税込)
 冊子版年間購読料:10,032円(税込)
 隔月刊です

**特集 ヤングケアラー支援において
期待されること**

ヤングケアラーの早期発見と適切な支援につなげるための施策について.....羽野嘉朗
 保健師に期待されるヤングケアラー支援への関わり.....森田久美子
 埼玉県でのケアラー支援条例とヤングケアラー支援の現状.....宮下哲治
 神戸市におけるこども・若者ケアラー支援の現状.....上田智也、霜川卓之
 ヤングケアラー支援におけるピアサポート活動の意義と保健師に期待したいこと.....濱島淑恵ほか
 ヤングケアラーに必要な支援と連携・協働 ケアラーアクションネットワーク協会の活動から.....持田恭子

訪問看護と介護 9月号 Vol.27 No.5 8月下旬発行

特集 忘れられない、「あの人」のこと——「在宅看取り」の実践集

精神看護 9月号 Vol.25 No.5 8月下旬発行

特集1 安全な表現の中で壊れること 依存症からの回復とは

特集2 教えて先輩!看護って何?現場のどうしよう、困ったを解消する看護理論
 ベナーの「達人への5段階モデル」編

看護教育 4月号 Vol.63 No.4 1部定価:2,750円(税込)
 冊子+電子版年間購読料:16,500円(税込)
 隔月刊です

特集 「臨床判断モデル」のさらなる展開
 基礎教育から臨床、訪問看護の現場まで

「臨床判断モデル」の意義を再確認する 教育実践の振り返りをおして.....三浦友理子
 看護過程の学びを大切に、「臨床判断モデル」の活用
 小児看護学領域のシミュレーション教育での実践.....福富理佳
 「看護師のように考える」を軸として、カリキュラムを考える 学生がワクワクする教育をめざして.....久志篤子
 「臨床判断モデル」臨床での活用にあたって.....宇都宮明美
 「臨床判断モデル」を活用した、「臨床的学び」を支援する実践例 救急外来の現場から.....古屋真理子
 【対談】「センス」をひもとく、学びにつなげる 精神科・訪問看護領域での活用の展望.....小瀬古伸幸/岩本大希
 【座談会】「臨床判断モデル」の改訂ポイントを読み解き、活用につなげる
細田泰子/根岸まゆみ/三浦友理子/奥裕美



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト]https://www.igaku-shoin.co.jp
 [販売・PR部]TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp



看護書籍・雑誌情報をお届け!

