

ヒューマン・ケア研究

June 2012

13-1

Journal of Human Care Studies Vol.13 No.1

第13巻第1号

大会講演

- 災害からの復興を支援するヒューマンケア山田富美雄 1
～輪・和・笑のところで～

依頼論文

- 東日本大震災後の福島市でのケア活動の実践とその問題点飯塚麻紀・志賀令明 8
- 震災後の心理的ケアのあり方小川 恵 18
－体験をことばにするということ－

原 著

- 精神科中堅看護師による精神障害者を理解する山下典子・山崎登志子 28
自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス
- 胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難長松康子 40
- 会 報 53
- 編集後記 69

日本ヒューマン・ケア心理学会第13回大会特別講演

災害からの復興を支援するヒューマンケア ～輪・和・笑のところで～

大阪人間科学大学 山田富美雄

はじめに

2011年3月11日は忘れられない日となろう。仙台中で発生したマグニチュード9.0の地震は、とてつもない揺れの後数十分をおいて、高さ15mを超える大津波を生み出した。1年2ヶ月後の2012年5月10日現在、死者15,858人、行方不明者3,021人、震災関連死1,632名にのぼる大災害となった。

地震とその後の津波災害、避難生活などの様子は、テレビを通じてリアルタイムで全国に幾度も放映されるとともに、インターネットの動画サイトで全世界にほぼ同時刻に報じられた。

災害による心の傷、いわゆるトラウマ体験は、震災の直接被害者ばかりか、テレビを通じて間接的に体験した視聴者にも与えることとなった。

ヒューマンケア心理学会の講演を依頼された2010年には、筆者の拙い笑い (laughter、smile)

についての生理心理学研究の成果から、ヒューマンケアに笑いが大切ですよというお話をしようと考えていただけだったが、これほど甚大な被害を与えた災害の年にそれではすまないという気になった。

そこで講演では、東日本大震災におけるヒューマンケアの視点に焦点を当てることにした。それは、本大会のテーマでもある、「輪・和・笑」のころである。

「輪・和・笑」

本学会準備委員会では、大会テーマをどうしようかと、幾度も議論した。大阪で開催するのだから、①笑いを核として、②人々の輪、そして③和みの精神の3つの「わ」が三つ巴となるマークも設定した。まだ東日本大震災の兆候すらみえないときのことである。

「輪・和・笑」は、ヒューマンケア心理学会年次大会のCGに過ぎなかったのだが、「3.11」以来、私の行動原理の一角として次第に強くなってきた。いまでは、①の「輪」は、一人で単独行動をとるのではなくチームで活動する大切さを表すものとなっている。②の「和」は、地域間や考え方といった小さな差を強調するより、大局に立って共通の目標に向かう和の気持ちを表すものとなっている。そして③の笑は、大声を出して笑うことが健康によいという基本原理を知って支援に用いたいという戦略を表すものへとになっている。



図1 講演する筆者

講演から 1 年近くたった今、ようやくお伝えしたかった中身が、そしてその本質の意味がわかってきたといえよう。本講では、当日お話ししたパワーポイント資料を一部利用しつつ、東日本大震災後の私の 1 年を振り返って、「愛他的心」を育むヒューマンケアについてお話ししたい。

愛他性の定義

「輪・和・笑」のころは、被災者を思う被災地以外の日本人の感じた愛他的心、利他精神とも通じる。被災者が他の被災者を思い、助け合おうとする気持ちであり、さらにまた被災者が他地域の苦しんでいる人々、病気に苦しむ人々を思いやる気持ち、すなわち「絆」のころである。

愛他性 (altruism) は利他性とも訳される概念で、他者を慈しみ、他者を理解し、他者のためになる行動をとろうとする態度であり、自分の利益より他者の利益を優先する態度を指すこともある。

生物界では複数の生物種が相互に関係を保ちつつ同じ場所で生活する共生という現象がある。これをヒトの社会に置き換えてみると、道徳心や倫理観などの高次の概念が必要となるが、科学としての心理学が扱いやすい概念として作った仮説構成概念である。愛他性・利他性を個人の社会的行動としてみると、他者の感情を理解・共感し、気遣い配慮する行動などで構成される。また、他者に配慮できる人は、他者が心をもっていることを認識し、いわゆる「心の理論」をもつことが前提となり、心の理論に基づいて行動しているとみなされる (中村, 2011)。また愛他性・利他性の規定因には内的要因と外的要因とがあり、内的要因には共感性、役割取得能力、判断力、自己制御力、気分などが、外的要因には緊急性の程度、他者の存在の有無、親密度、コスト、対象者の性別や年齢などがあげられる (浅川ら, 2008)。社会心理学では、愛他行動は社会や社会を構成する自分以外

の他者に対する援助行動 (helping behavior) と同義であり、自分が経済的、身体的、心理的なコスト (負担) を負ってでも、他者に力を貸す行為とみなす。行動を支配する個人的規範よりも、社会的規範を優先することによってこの愛他行動を説明することができる (Schwartz, 1977)。

震災で知る愛他性

筆者が愛他性なる概念を知るにいたったきっかけは、阪神淡路大震災でのかかわりにある。1995 年 1 月 17 日に発生した内陸型地震は 6,400 名を超える犠牲者と 30 万人以上の被災者を生んだ。当時私は大阪府立看護大学に勤めるかたわら、大阪府立こころの健康総合センターストレス対策課の心理技師 (兼任) として、ストレスマネジメントを専門とするヒューマンケアの仕事に携わっていた。米国の知り合いなどから送られてくる大量のファックスなどからのにわか勉強で、大規模震災の後には、心的外傷後ストレス障 (PTSD: posttraumatic stress disorder) が必ず発生すること、直後から適切なストレスマネジメントを実施することが有効であることを知った。大阪府からの兵庫件への支援部隊の後方支援などしつつ、震災後半月が過ぎた 2 月初頭から、兵庫県西宮市教育委員会から服部祥子教授のもとに届いた支援依頼を受け、医師、心理士、看護師などからなる「子どものストレス研究会」を組織化し、被災地小学校 2 校と中学校 1 校への介入を開始することになったのである (服部・山田, 1999)。

子どもたちの震災によるストレスを査定するた、子ども版 PTSD 反応指標 (CPTSD-R1: Pynoos ら, 1998) を日本語訳した 21 項目に、担当校の養護教諭からの聞き取りで得た愛他性 2 項目を追加し、23 項目からなるチェックリストを 1 週間で作りあげた。小学校 1 年生から中学 3 年生までに適用できるようにと、親友のイラストレー

ター小浜満広氏にマンガ風のイラストを描いてもらい、図2のような「自分を知ろうチェックリスト」に仕立てなおした。これを卒業間際の中学3年生68名に適用し、4因子（不安、うつ、混乱、愛他）を特定した。さらにCMI得点との相関から、不安やうつなどのストレス反応項目の妥当性を確認した後、対象となる小中学生1500名と、対照群として震度4の小中学生約1200名を対象に適用し、ストレス症状の客観的把握を行うと同時に、チェックリスト実施時に震災ストレスマネジメント教育を行ったのであった。

半年後、そして1年後の3度こうした活動が続けた後、学校の保健委員会からの要望に応じて、1小学校で2年後・3年後までかわり続けた。当時、公立の小中学校に大学の心理の専門家が長期間介入することがなかったので、手探りでヒューマンケアとなった。

こうした介入の中から、担任を対象としたストレスマネジメント教育研修、自分を知ろうチェックリスト実施マニュアルをつかった担任による健康教育としてのストレスマネジメント教育実践という基本プログラムができあがった。もちろん回収したチェックリストは、子どものストレス研究会メンバーによって即日コンピュータに入力し、「不安」、「うつ」、「混乱」、そして本論考の主体

となる「愛他」得点を算出し、子ども全員への個別面接、不安、うつ、混乱得点が基準を超えて高い子どもへの選択面接を実施し、必要に応じて医療機関に紹介するという段取りもできあがった。

こうした学校への介入の結果、子どもたちのストレス症状（不安、うつ、混乱）は、半年、1年、2年、3年と時がたつにつれて低下し、震災後早期のストレスマネジメント教育介入がPTSDへの移行を抑える働きがあることを実証した（服部・山田, 1999）。さらに、愛他得点は、不安反応の変動と連動する傾向を示すことが確かめられた（山田ら, 1999）。

震災からの復興が進むにつれて、学校への危機介入の経験を元に、図3に示す「震災ストレスケアマニュアル」を制作し、全国の学校に無料配布した。その後改訂され、今回の東日本大震災でも関係者に配布して活用された。自分を知ろうチェックリストは、その後発生した池田小学校事件、台湾震災でも筆者の責任のもとに改編利用に供するとともに、信頼できる仲間の手による改編のうえ国内外の地震・災害後のストレスマネジメント教育に利用されている。

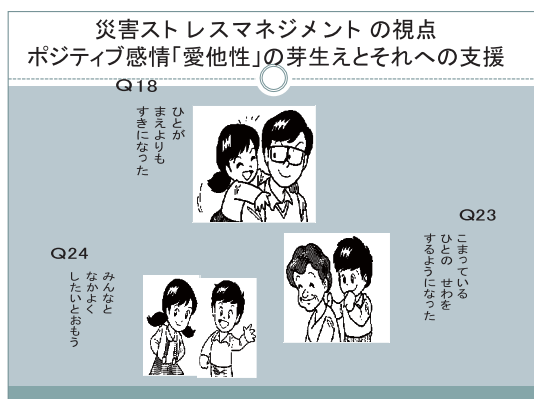


図2 自分を知ろうチェックリストのうち「愛他性」項目のイラスト。



図3 震災ストレスケアマニュアル（小学生版）

JR 尼崎列車転覆事件

2005 年 4 月 25 日、JR 西日本尼崎駅直前のカーブで列車が暴走転覆する事故が発生した。乗客 106 名が犠牲となったが、その一人は筆者の義姉、博子であった。義姉は、いつものように家族を見送った後、母親の介護のためこの電車に乗り合わせ、事故にあった。兄とその家族は、その日を境に悲劇の主人公と化した。悲惨な体験は筆舌し難い。私は、身近から PTSD がどのように発現するかを知った。遺族の苦しみは、他人には分からない。マスメディアの取材攻勢の凄さには想像を絶した。兄にとっては弟であり、甥や姪にとっては親しい叔父でありつづけはしたが、ヒューマンケアの専門家としては全く無力であった。

遺族や負傷者グループ間での意見の違いに消耗し、取材を受けても伝えたい内容の一部しか取り上げられないマスメディアに苛立つ兄と、その家族を身近で見る身は辛かった。そんな中、私の意見をそのまま掲載してくれる心ある記者に出会えた。私は前向きに人生を捉えることが大切だと論じた（山田, 2006）。

1 年後の 2006 年 4 月 25 日の慰霊式で、兄が亡き義姉に語りかけた内容が、朝日新聞のコラム「天声人語」に実名入りで紹介された。以来、兄の発言に心が通じた記者や、企業人事担当者、学

者らとの交流がはじまった。JR 西日本の遺族担当の方は、お定まりの遺族係としてではなく、人間として大変温かみのある心根のよい人たちであった。

兄はこの頃から大学時代の落語研究会仲間と再開を果たし、定年後に向けた落語三昧の日々を語り始めた。そして事故から 2 年目の春、「グループいっせき」という素人落語家集団を結成し、高座を企画し、人々を笑わせ始めた。不幸な出来事を乗り越える力は、笑いというポジティブ感情を自ら持ち続け、他者に伝え、他者を楽しくさせるイベントで更に磨きがかけられたようであった。兄はこうして 2 年を待たずに立ち直り、家族もそれにひっぱられるように元気を取り戻した。

2011 年、七回忌を迎えたその日、独立した子どもたちの顔は生き生きしていた。

笑いの送り手になる効用について、当日の講演では 15 分ほど直接兄に話してもらった（図 4）。その時の話の内容を図 5 に示す。

会場から、笑い声とともに、すすり泣く声が聞こえたのは私の空耳であったのだろうか。またこの日の懇親会前には、グループいっせき関大亭笑太郎さんによる「子は鎧（かすがい）」で、参加者のみなさんには泣き笑いを体験してもらった。



図 4 講演中で兄（山田富士雄）も話す

グループいっせきはなぜできた ＜山田富士雄のけじめ＞	
けじめ 1 :	長男・次男を遺体安置所に呼び、妻を自宅に。
けじめ 2 :	ある 1 日の生活
•	5 時起床、朝食作り、洗濯もの干し
•	7 時出勤
•	19 時退社
•	21 時半買い物の後帰宅夕食、洗濯、炊事
•	26 時就寝
けじめ 3 :	無理せんと、自分を大切にしよう！
	2005 年 10 月同窓会で友人からの一言「……」
	2006 年 4 月 25 日：妻と別れのメッセージ（天声人語）
	2006 年 6 月：遺族交渉
	2007 年 2 月：落語ボランティア（出前寄席）

図 5 兄の談話より 3 つのけじめ

東日本大震災と愛他性

講演の日の1週間前、私は宮城県石巻市のA小学校を訪問していた。院生と二人で、廃墟と化したA小学校を訪れた時、阪神淡路大震災から2週間後の西宮市内を歩き回った時のことを思い出していた。瓦礫が山積みになり、崩れ落ちた高速道路の脇を子どもたちが連れ立って歩く風景とそっくりの光景があちこちにみられた。信号は壊れ、日本全国からやってきたお巡りさんが交通整理をする姿も久々に見た。その日の石巻は、震災から4ヶ月がたったが、西宮の半月後と同じ風景であったことになる。津波被害は想像を超えて、風景を壊していた。復旧はまだ先だと思った。

震災3ヶ月後の6月に実施した自分を知らうチェックリストの結果は、「不安」も「うつ」も「混乱」も、想像通り西宮での震災後2ヶ月後の結果より強く表れていた。そしてなにより、「愛他性」得点も群を抜いて高い値を示していた。子どもたちは、震災・津波災害によって強いストレス状態にありながら、他者を敬い、他者のためになることを率先して実行していたのである。



図6 石巻市立A小学校。津波が襲った時刻で時計が止まったまま。

学会講演から1ヶ月後の8月24日、再び石巻を訪れたが、瓦礫の様子に変わりはない。A小学校の隣、B小学校で「自分を知らうチェックリスト」のデータ入力作業を院生たちと行った翌日、満潮と雨で校庭が水浸しのA小学校を再び訪れた。暑さと異臭漂う避難所に住む人々は疲弊し、言葉数も少なかった。しかし、限りある食料や配給物資をボランティアの若者から受け取り、皆で分け合い、僅かな出来事を楽しく語りあって日々を営んでいた。

人との輪、和やかな仲間たちとの会話、笑い飛ばして苦難を乗り越える術という3つの「わ」を、石巻の避難所に集う人々は既に身につけていたようであった。

被害を受けたご本人から、ボランティアとして現地で働く被災地外の人たちに向けて放射される優しさ、他者を支援する具体的な援助行動が観察できたのは幸いであった。

11月には福島県いわき市の小学校2校と中学校1校でも、「自分を知らうチェックリスト」を使ったストレスマネジメントの授業が行われ、筆者は院生たちと入力作業と結果の整理を手伝い、支援法をお伝えした。原発事故という別の要因も入った福島の資料からは、さらに強い衝撃を受けた。子どもたちの示す高い「うつ」や「混乱」得点にはない。「愛他性」得点が「不安」とともに高い値を示したことに衝撃を覚えたのである。

年を越した2012年1月、石巻のA小学校で二度目の「自分を知らうチェックリスト」をつかった授業が実施された。震災の3ヶ月後から9ヶ月後への変化をみて驚いた。この間に、仮設住居への移転が進み、住環境は少しよくなったはずだったが、「うつ」と「混乱」症状がより強まっていたからである。西宮のときは、2ヶ月後から6ヶ月にかけてストレス得点はどれも低下していたとは大違いであった。とはいえ、「自分を知らうチェックリスト」で測ることができる症状得点の

4 つめ「愛他性」得点も大きく増加したことは少し嬉しかった。子どもたちの心の中に、他者への思いやり、共感性で示される愛他心が順調に育ってきたと思えるからである。

講演後のことと愛他性の逸話

いま筆者は、被災地の子どもたちのストレス症状をやわらげ、愛他性を育むための実践プログラムを全国に広めている。

①自分を知らうチェックリストを使った導入部のストレス把握と②結果返却をかわきりに、③ストレスコーピングを教える。そして図 7 に示すような④不安を抑えるリラクセーション、⑤うつ症状を改善するアクティベーション法の修得、⑥混乱を落ち着かせる文集作りをおこなう。さらに、⑦愛他性感情を育むための礼状書きと、⑧防災・減災教育マニュアル作りとで構成される（山田，2011；2012）。

震災から 1 年が過ぎ、また暑い夏を迎えようとしている。仮設住宅から中学校内の仮教室にバスで通う石巻の子どもたちを対象とした、「自分を知らうチェックリスト」を使った 3 回目の授業がはじまった。ストレス症状は一通りおさまりつつある。しかしまだまだ、被災地支援は必要である。子どもたちの「愛他性」だけに頼ってはいない。

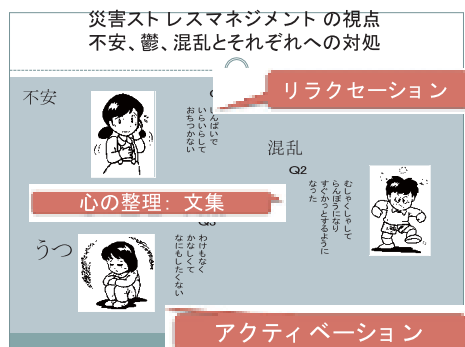


図 7 震災ストレスマネジメント教育の④リラクセーション、⑤アクティベーション、⑥文集作り

余談だが、震災直後「阪神淡路大震災と子どもの心身」が売り切れたので増刷することになった。刷り上がるまでの間、緊急事態だったので、資料集を PDF ファイルにして無料公開したいと出版社にお願いしたところ、即座に了解してくださった。震災は利益を度返しして利他・愛他心を出版社にも及ぼした逸話であった。

文 献

- 浅川潔司・八尋義晴・浅川淳司（2008）． 児童期の愛他行動と共感性に関する発達の研究． 兵庫教育大学研究紀要, 33, 31-38.
- 服部祥子・山田富美雄（1999）． 阪神淡路大震災と子どもの心身． 名古屋大学出版会
- 中村真（2010）． 社会的共生の心理学的基礎－感情のコミュニケーションと道徳的感情－． 宇都宮大学国際学部研究論集, 30, 75-86.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A. M., & Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Schwartz, S. H. (1977). Normative influences on altruism. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 10, 222-280. New York: Academic Press.
- 山田富美雄（2006）． JR 尼崎駅脱線転覆事故をどう受けとめ、どう生かすか．健康心理学の視点から今なにが本当に必要か？ サンケイ新聞 4 月 25 日。
- 山田富美雄（2011）． 改訂版「小学生版・震災ストレスケアマニュアル改訂版」 PGS 研究会
 〈<http://webpgs.org/sme-guideV11.pdf>〉
- 山田富美雄（2011）． 東日本大震災への対応：半年がたった今こそストレスマネジメント教育を：PGS 発ストマネ教育研修プロジェクト 健康教室, 62(11), 9-13.
- 山田富美雄（2012）． 震災ストマネ教育～8 回でできる震災ストマネ教育の実際～．健康教室（東

山書房), 63 (4), 9-13.

山田富美雄・百々尚美・大野太郎・服部祥子 (1999).

震災ストレス反応の経時的変化におよぼす震度と性
の影響：ストレスマネジメント教育のための基礎資
料. 日本生理人類学会誌, 4 (1), 23-28.

依頼論文

東日本大震災後の福島市での ケア活動の実践とその問題点

飯塚 麻紀*・志賀 令明**

1) 東日本大震災の発生

2011年3月11日午後2時46分頃、宮城県・岩手県・福島県沖をそれぞれ震源とするマグニチュード9.0の巨大地震が発生した。この領域は太平洋プレート(海側)が北米プレート(陸地側)に沈み込んでいる場所であり、応力(ストレス)がたまりやすい。当初はマグニチュード7.5前後の宮城県沖地震が想定され、その発生確率はここ30年で90%程度とみられていた。

しかし実際に起こったのは、宮城県沖140kmでのプレートのずれに端を発し、岩手県から茨城県沖に至るまでの南北約500km、東西約200kmの範囲にわたる大幅なプレートのずれの連鎖であり、地震の規模はマグニチュード9に至った。これによって東北地方だけではなく、関東・中部地方を含む非常に広い範囲で大きな地震が生じ、宮城県の内陸では震度7、それ以外の東北地方でも震度6強から6弱、関東地方でも震度5強に至る大きな揺れを体験した。

この大規模地震に伴い高さ10メートルを超える津波が東北・関東地方の太平洋側沿岸部を襲い、約1万9千人に至る死者・行方不明者を出した。わが国ではM9に至るような大規模な地震・津波は896年の貞観地震以来だと言われ、1000年に一度の大震災であると言われた(大木聖子, 2011)。

2) ヒューマンケアにおける災害の捉え方

災害とは、「異常な自然現象や人為的原因によって、社会生活や人命の受ける被害」(広辞苑第五版)と定義されている。また、わが国における法律(災害対策基本法2条第1号、同法施行令第1条)においても、地震・津波・豪雨・噴火などの自然現象による自然災害とともに、列車・航空機の事故ならびに大規模なテロなどといった、いわゆる人為的な原因による被害も災害として定められている。

2011年3月に発生した東京電力福島第一原子力発電所の放射性物質漏洩は、巨大地震と巨大津波という自然災害の上に引き起こされた人為災害であり、日本国内のみならず世界中に衝撃を与えた。そして、その被害は1年以上経過した現在でも収束したとは言えない状況である。

通常、災害により引き起こされた重大かつ急激な状況は、時間の経過とともに変化していく。災害が発生したその瞬間から、急性期、慢性期を経て平穏な状態に戻り、再び予期できない災害に備える準備期へと状況が移り変わっていく。これは災害サイクルと呼ばれ、災害に遭遇した人びとの身体的・精神的変化に合わせたケアを行う際にも有用な考え方である。災害サイクルに要する時間は、災害の種類や規模により大きく異なる。しかし、2011年の放射性物質の大量流出に関して言えば、果たしてあの3月のメルトダウンの瞬間だけが「発災時」なのかという疑問をもつ者もいる

* 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻

** 福島医大看護学部

（福島原発事故独立検証委員会 調査・検証報告書, 2012）。1年以上が経過した今なお放射性物質が消えず、身体への影響に不安を抱きながらの生活が続く状況にあっては、避難を余儀なくされた住民はもちろん、時間が止まったまま状況が前に向かって変化しているとは感じられないと話される人が多い。事実、地震や津波が発生した時に生命の危機にある方々を救助・ケアするという災害急性期の状況とはかなり異なる特殊な状況が現在も進行中である。

自然災害であれ人為災害であれ、それらには被害をもたらす原因が存在する。防災対策、行政対応、医療機関における危機管理など、どの側面から見るかによって災害のとらえ方は変わってくる。東日本大震災に見る人智を超えた自然の力や、原子力発電所の管理ならびに必要性など、被害を引き起こした原因に、人間が今後どのように立ち向かうのかという視点も重要である。

しかし、ヒューマンケアという視点から災害を考えると、被災された人々の生命を守り、健康的な生活を取り戻すあるいは維持できるようにするためにどのような支援活動をするのかということが重要な視点であり、我々の重要な役割でもある。その際に考えなくてはならないことは、被災された人々の被害の内容に関心をよせることであろう。言い換えれば、それは被災された方々の身体的、心理的体験を知ろうとすることでもある。東日本大震災では、地震、津波、放射性物質の流出と、同じ避難所のなかに体験の大きく異なる人々が並び、それぞれの思いを語ってくださったことが何より印象的であった。人々の心身の健康問題に関わる我々にとっては、「〇〇災害」「被災者」とひとくくりせず、一人ひとりがどのような体験をされたのかを知ることが必要不可欠であろう。

3) 災害急性期の特徴

災害急性期とは、おおよそ災害の発生から1カ月程度と考えられることが多いが、災害の種類により明らかな時間の区切りをつけることは難しい。またこの災害急性期は、さらに次の3つの段階に分けることができる。まず、発災による家屋倒壊や津波、それらに引き続く火災などによって生命の危機が生じ、救出・救助が行われる超急性期。救出後の救急医療、遺体の処置、避難所の立ち上げ、巡回診療などが行われる急性期。そして、避難所における感染対策、こころのケア、慢性疾患患者への保健指導などの活動が行われる亜急性期である。この考え方は、時間とともに変化する健康問題を予測し、タイムリーに対応するために非常に有用である。

東日本大震災では、福島市内でも震度6強の長い揺れを体験した。棚や机の上の物が落ち、建物そのものが倒壊するのではないかと恐怖の中、まずは自分の身の安全を確保することが先決であった。その後も余震は断続的に続き、場所によっては断水・停電が起き、また主要道路が寸断されたため、家族の安否も確認できず大きな不安と焦りが募る状況であった。このように、災害急性期の特徴としては、ライフラインの途絶、交通機関の麻痺により平時に想定された救援活動などが実行できなくなることがあげられる。そして、何より人々の生命を守る要となるべき医療機関が麻痺することが大きな問題となる。つまり、通常であれば最大限の医療器材やマンパワーを用いて集中的に生命を救い守る救急医療が行えず、限りある資源の中で最大限の命を救い守る災害医療へと変化する。

4) トリアージ業務につく医療者の葛藤

戦後最大の災害と言われた阪神淡路大震災では、初期医療体制の遅れが生じ、通常の救急医療が行われていればその生命を救えたと言われる、い

いわゆる「避けられた死」が課題となった。この「避けられた死」を防ぐために、2005年に誕生したのが日本DMAT（Disaster Medical Assistant Team, 災害派遣医療チーム）である。これは災害時に迅速（概ね48時間以内）に駆けつける機動性を持ったチームであり、救急治療の専門的な訓練を受けた医師・看護師・業務調整員で構成される。自然災害の場合、被災地で活動が続ける医療者自身もまた被災者であるため、このような急性期に被災地に入り医療活動を行うDMATの存在は心強い。

災害急性期における重要な3つの要素は、「災害医療の3T」とも呼ばれ、トリアージ（Triage）、応急処置（Treatment）、後方搬送（Transportation）が含まれる。

災害現場におけるトリアージとは、最大多数の命を救うために傷病者の重症度および治療の緊急度を時間をかけずに判別していくことである。傷病者につけられるトリアージタグは、黒（死亡、または生命兆候がなく救命の見込みがないもの）、赤（救命が可能で直ちに処置をすべきもの）、黄（赤ほどではないが、早期に処置をすべきもの）、緑（今すぐの処置や搬送の必要ないもの）に区別される。そして赤・黄・緑の順に治療の優先度が高い。1995年の福知山線の脱線事故の際には、まさしくその事故現場でトリアージが行われた。マスコミがビルの屋上から撮影したこの時の様子はテレビでも報道された。ブルーシートに横たわる傷病者の衝撃的な映像は、人の尊厳とは何かという倫理的問題を我々に投げかけた。また、その際に黒タグをつけた医療者の葛藤も後に報告され（林靖之, 2008）、医療者に対するこころのケアの重要性も浮き彫りとなった。

東日本大震災の当夜、筆者らが福島県の災害基幹病院においてトリアージ担当を引き受けた際には、果たして心を強く保ち遂行できるのかという不安が大きかった。しかし、実際には沿岸からの距離が遠い当福島県立医大病院の夜間窓口は非常

に静かであり、むしろ不気味さを感じるほどであった。翌日、津波により亡くなった方が多く、赤や黄のタグではなく黒タグの適応となる方々が多かったこと、交通が滞り、後方搬送（機能が麻痺した被災地の医療機関から、マンパワーや器材が充実した遠方の病院へ傷病者を搬送すること）が直ちに行える状況ではなかったこと、そのために、被害の大きな沿岸の病院が過酷な状況にあることが明らかとなった。それでもなお、医療者として他に何かできなかったのだろうかという思いで胸が痛んだ。

5）原発事故後の混乱

翌日、東京電力福島第一原発が水素爆発を起こすと、原発近くから残り少ないガソリンでようやく当院にたどり着き、避難を求めて窓口に来られる方が目立つようになってきた。同時に、医療者である我々の中でも放射性物質による影響の情報は錯そうし不安が高まった。各所にできた避難所では、被ばく量の検査を受けてからでなければ受け入れが困難な状況となった。しかも、この頃はまだ各避難所や保健所ごとに線量計が設置されておらず、検査ができるその場所の情報も一般に周知されてはいなかった。トリアージ担当者である我々は、その方々がどの地区からきたかたなのかを伺い、困惑する彼らに状況を説明し、車でなくてはいけない距離にあるその線量検査場所の地図をお渡しすることしかできない状況であった。しかも当初、我々は防護用のエプロン・マスク・キャップ・手袋を着用した姿で対応しており、強い違和感と葛藤を覚えた。

また、この頃より沿岸の病院からの患者の受け入れが始まった。病院に隣接する看護学部棟の実習室にも床にマットが敷き詰められ、多数の患者を受け入れた。しかしこの受け入れも、後方搬送の視点からは一時的な経路箇所には過ぎなかった。既に健康問題を抱えた、特に高齢の方々にとっ

て、家族と離れ遠距離の移動をすることによる心身の負担は大きい。そのような中、バスによる移動途中で患者が亡くなったというニュースもまた大きな衝撃であった。

たとえば、事故を起こした第一原発から5 km以内にある双葉厚生病院では、3月12日の朝7時頃に自衛隊の車両が来て入院患者を病棟から運び出し、最初に原発から北側にある浪江町にある老人施設に移動し二晩を過ごした。3月14日の深夜にはバスで次の避難先である南相馬市に移動し放射線の検査を受けた。その後15日の朝に那須甲子高原まで行ったが、そこには医療従事者がいなかったため、また引き返していわき光洋高校まで避難したという。この4日間ほぼ入院着のまま、食事も満足にとれず、また携帯電話も不通であったため、入院患者たちは寒さ・空腹・連絡の取れない不安でいっぱいだったという（木村蓉子, 2012）。

6) 福島市内での避難所の設置

福島市内で3月11日以降、避難所として機能したのは、学校の体育館・市や県の体育館や公民館・集会場などの公共施設である。

それらの施設に避難したのは、①福島市内で地震の被害によって住宅が全半壊し、当面の住居を失った人たち、②津波や地震の被害によって家と家族を失った主に南相馬市や浪江町の人たち、③津波や地震の被害によって家を失った主に南相馬市や浪江町の人たち、④原発事故によって強制的な避難地域に指定された原発からの半径20 km以内に居住する人たちであった。

これらの各避難所に共通したのは、①水道が断水していたので、入浴はもちろん手洗いや洗面、トイレができず、自治体や自衛隊によって給水車が配置されたり、簡易トイレが設置されたり、入浴設備ができるまでの約1週間は特に排泄に関して大きな苦労があった。

②体育館などは出入り口に階段があることが多く、高齢者や身体に障害のある人にとっては屋外に設置された簡易トイレへの移動が極めて負担になった。③避難当初の4、5日間は暖房・食料などの調達が難しく、しかもいわゆる雑魚寝状態で、段ボールで各家族等のエリア・プライバシーが保たれるようになりにはしばらく時間がかかった、などのことである。

各避難所には保健師を中心にする行政の職員が入り、主に血圧管理などを行っていた。また開業医を主にするボランティアの医療チームが一日に数時間滞在し、避難所での外来相談や薬物の処方を行っていた。避難者に関しては医療費は無料で、当初は以前の処方箋があれば医師の新しい処方がなくとも薬局で3日分の薬物を手に入れることもできる緊急避難的な措置も行われていた。また避難所が学校の体育館の場合、その学校に属する養護教諭が主に心の問題のケアに当たっていた。

7) 避難者とところのケアの実際

筆者らは、福島県こころのケアチームの一員として、発災10日目から主に福島市内に設置された避難所を廻り、そこで既にケアに該当すると保健師や養護教諭が判断した人を最初に、次に、避難所を見渡してなにか問題のありそうに思えた人を重点的に面接した。

a) 震災10日目に面接したAさん夫婦

90歳の夫と85歳の妻の夫婦は沿岸の町出身であった。前夜、90歳の夫が大声で怒鳴り、認知症の発症を疑った養護教諭からの伝達によって面接が行われた。

地震が発生した時刻に、夫婦は自分の家にいた。地震によって自宅はひびが入り、大量のモノが落ちたが幸いなことに怪我はなかった。また家は海から離れて国道6号線を西に越えた山側に立っていたので津波による被害はなかった。

3月11日の夜は、停電しておりラジオを聞きながら片づけた部屋で寝た。放射能事故に関する情報は何も入ってこなかった。12日の昼ごろいきなりやってきた救急隊によって原発事故を知らされ、「自分はもう年だからこの家で暮らすから」と言って一旦は救急隊は帰ったが、その後再び訪れ「絶対ここを離れない」と叫んだにもかかわらず抱きかかえられて車に入れられ、一旦山の方の避難所に搬送され、その後、更に遠くの福島市の避難所に搬送されたという。

夫は前立腺肥大があり尿意が頻繁で、階段を使ってトイレに移動するのが大変だという。妻は静かな人で、親が決めた縁組で夫と見合い結婚して、夫が50歳になるまで夫婦で東京で仕立て屋の仕事をしてきたという。夫がトイレに立った時に、急に「私はこの人と結婚したかったわけではなかった。嫁に行くのが嫌で三日三晩泣いていたら四日目の朝に父親に棒でひっぱたかれて泣く泣く嫁に来たんです」と過去を覚えてくれたのが印象的であった。

夫は基本的に真面目で几帳面でどちらかという融通の利かない性格である。50歳の頃に丁度生家に隣接する大熊町や双葉町に原子力発電所ができ、そこで働く人の制服を作ったり、修理をしたらいいだろうという知人の勧めで生まれた町に戻り、さっそく家を建て、そこで縫製業を70歳くらいまで営み、あとは趣味の釣りなどをして暮らしていたという。

夫は「とにかく家に帰りたい」という。自分が建て、約40年間生活してきた家でこれまでのように平和な生活をしたいという。避難所の生活は、トイレこそ不便ではあるが、食事や飲み物も配給され、ラジオや新聞で情報も入るので取り立てて嫌なわけではないが、やはり同じ毛布にくるまって横になっているにしても家の方がいいという。

妻が、原発から放射性物質が漏れていて帰れな

いのだ、と論しても、政府が言う「ただちに身体に影響がないレベルの放射能」であるなら自分は帰ると言ってきかない。

夫になぜ前日の夜、大声で怒鳴ったのかを聞くと、帰りたいというふうには妻に話すと、いつものように諭されて、結局分かってもらえなかったからだという。

真面目で几帳面な性格の持ち主の場合、喪失以前の過去に対する志向性が高いことが多い（木村敏, 1985）。原発事故によっていずれにせよ数年間は帰れないであろう我が家で生活していた自分こそが最も自分らしいと感じながら、もはやそれが取り返しがつかないと感じる悲しさを妻に共感して欲しかったのだらうと解釈した。

妻にはそのように伝え、夫の言うことをさえぎらずに傾聴するようにと勧めたが、次の日関東地方に在住している甥がこの夫婦を訪ねてきて、しばらくの間甥の家にやっかいになることに話が進み、避難所を後にすることになった。

b) 震災11日目に面接したBさん一家

福島市内の別の高校の体育館の避難所で、他の家族から少し離れるようにして、6畳ほどのビニールシートをひいて座っている3人の女性がいた。一人は60代で、段ボールで作った机の上で折りヅルを折っている。残りの二人の若い女性のうち一人は無表情で、もう一人の若い女性が話しかけても答えなくて一点を見つめたままである。60代女性の方に近づいて「大変でしたね」と声をかけると、急に声をあげて泣きだし、「孫もダンナもいなくなったんだ」と言う。ここにいた女性たちは、60歳になる母と、その長男の嫁と、その実の姉であるという。福島県沿岸部の町に住んでいたが津波で家を流され、夫と、二人の小学生の孫を失い、その二人のうちの下の妹は遺体で見つかったが、上の兄と、自分の夫はまだ見つからないという。折りヅルは毎朝早く目覚め

たときに東を向いて「今日こそ孫と夫が見つかりますように」「亡くなった孫が天国に行けますように」と祈るよすがとするのだという。長男が父親と息子を探しに浜通りまで出かけていて、自分たちも行きたいのだが車にガソリンがなく、補充もできないので祈るしかない、孫の代わりに自分が死んでしまえばよかったと言って泣く。

2 mくらい離れて話を聞いていたヨメは全くの無表情で、真っ白な血の気のない顔のまま、涙もこぼさず、なにをきいても「大丈夫です大丈夫です」と消え入るように答えるだけであった。

この家族はとりあえずこの避難所にとどまるが、近日中に息子は仕事のある浜通りに戻ることになった。保健師に引き継いだが、悲哀の仕事(小此木、1979)にもまだ入れないというとても辛い状況にあった。

c) 震災12日目に面接したCさん

Cさんは福島第一原発の立地町である町の出身であった。避難所になっていた市内の高校体育館の入り口近くの風が入るあまり条件の良くないところにCさん夫妻と脳性まひの弟の3人で一角を占めていた。3月12日の早朝に役場からのバスで福島市内に避難してきたという。筆者が「こんにちは」と言ってビニールシートで区切られた居住区域に入っていくといきなり「来るのが遅い」と怒鳴られた。「大変でしたね」と声をかけながら話に入っていくと、Cさんの怒りの原因が見えてきた。Cさんは72歳であり、脳性麻痺の弟は58歳である。年齢が離れていたのにCさんは自分では歩けない弟を小さいときから親代わりに面倒を見てきた。Cさん一家が避難していたのは入口に三段のコンクリートの階段のある建物で、弟がトイレに行く意志を見せた時に、72歳のCさんは高校の男子の先生と3人で毎回、車椅子に乗せた弟を体育館の外にあるトイレまで上げおろしをし、かなり疲れていたのである。まだ仮設住宅は

着工すらされず、この時点では民間の賃貸住宅を県や国が借り上げるという話も出ていなかった。いつまでこの劣悪な環境の中に置いておくのか、という意味でCさんが怒ったのが十分理解できた。

Cさんは弟を見はなすわけにはいかないと行って、関東地方に嫁いだ娘夫婦が「自分たちの家に避難するように」と説得しても聞こうとしなかった。Cさんの妻はできれば娘夫婦のところで生活したいという意向だった。

県の保健師と相談し、このままではCさん夫婦が倒れてしまう危険性のあること、Cさんの弟にはてんかんの症状もあり現在薬が切れて服用できていないこと、このままこの避難所においても家族全員が疲弊してしまうことをCさんに説明し、保健師が弟さんを一時的にでも預かってくれる施設を探すことを約束し、決して弟を見はなすわけではないことをCさんに理解してもらって、Cさん夫婦は娘夫婦のところに避難することに決めた。

今回の震災では、とにかく避難することが優先され、入院・入所していない障害者や高齢者は健常者と同じように入口に段差のある避難所に誘導された。

震災後10日前後で混乱がまだ続いている時期とはいえ、てんかんを併発している脳性麻痺患者に対応した施設が欲しい例であった。

d) 震災6週目に面接したDさん

Dさんは津波でたくさんの人が犠牲になった地域の人であった。離婚歴があり、中学生と小学生のこどもは関東地方の親戚の家に避難させて、資格を取って生活を維持させるためにF市内の専門学校に通い続けていた。Dさんには学校を卒業したら結婚することを約束した相手がいた。その相手の人も沿岸部に自宅と仕事場がある人で、この人が、地震があって大津波警報が出ていた時点で、「一回家に帰ってから避難するから」というメールを寄こしたまま津波に巻き込まれてしまっ

たという。

家に帰って、貯金通帳や当座のお金を用意しなければと探しているうちに津波が来てしまったのだ。

Dさんはそのメールを受け取ったときに、大津波警報が出ていることを知らずに「分かった、気をつけてね」と返事して、その後一切連絡が途切れたという。

彼のご遺体は震災後 3 週目に発見されたが腐敗が激しく、彼女には彼だとは分からなかったという。結局 DNA 鑑定で婚約者だと分かり、面接した次の日には葬儀が予定されていた。

Dさんは彼からのメールに、すぐに逃げてと返事しなかったことをとても悔んでおり、あのときに逃げてとひとこと言っておけばと、激しく自分を責めていた。食欲は失われ、眠れない日々が続く、夜中に部屋の片隅に彼が来たような気がして何度も目を覚ますともいう。面接した日の彼女の最も大きな問題は、「自分のように彼に逃げてと言えなかったものが彼の葬儀に出て良いのだろうか」というものであった。

重要対象の喪失に伴う急性の抑うつと、喪失を認めたくない心のありようについて説明し、葬儀に出て彼がいなくなったことにきちんと向き合うことで、彼を悼むことができると説明したところ、納得してくれて葬儀に出席することになった。葬儀に出席した後も彼女のなかでは悲しみに区切りがつくわけでもなかったが、徐々にうつ状態は軽くなってきて、震災 1 年後の現在では、子どもを実家のある沿岸部の町に呼び戻し、週末ごとに帰って、家族でいることを大事にしながら生活している。

e) 震災 1 年後に電話相談した E さん

Eさんも沿岸部の町出身の 30 代の主婦である。家が津波で流されたため、震災 1 年後の現在でも福島県内に設置された仮設住宅に夫、子ども二人

の計 4 人で生活している。

Eさんは震災の時に、丁度親戚の老夫婦のところでお茶を飲んでいたという。地震が起き、津波警報が出た時に、Eさんは老夫婦を連れて子どもたちを迎えに小学校に行こうとした。しかし老夫婦は夫の方の足が悪く、歩くことはままならない状態であったという。自動車に来ていたわけではなかったEさんは老夫婦に「津波が来るから逃げよう」と何度も何度もせかしたが、老夫婦は「足が悪くて動けないからここで様子を見るから」と言って逃げようとしなかった。仕方なくEさんは走って小学校に子どもを迎えに行ったが、振り返ってみるとさっきまでいた老夫婦の家は津波に吞まれていたのだという。

Eさんは 1 年たった今でも、自分が老夫婦を置き去りにしたという自責念慮に悩まされている。自分があのときおじいちゃんを背負って、おばあちゃんの手をひき、逃げれば津波に吞まれることはなかったのだと涙をこぼす。時に老夫婦が夢に出てきて「もうそんなに泣かなくていいよ」と言ってくれるが、負い目が尾を引いているという。

Eさんは食欲低下と睡眠障害があり、抑うつを疑って受診を薦めたが、「自分の責任で見殺しにしたのだから」といって受診をこぼんでいる。

f) 震災 1 年後に電話相談した F さん

FさんはH町出身の 70 代の主婦である。津波による被害は免れたが、放射能漏れによる避難で 2 週間ほど福島市内の避難所で未婚の次女と二人で生活した。そこへ東京に嫁いだ長女夫婦が迎えに来て、「東京の自分たちの家で暮らせばいい」と言ってくれたので東京に避難することにした。その時長女の夫が「食費は払ってもらいますから」と開口一番言ったのが印象的だったという。東京で一部屋をあてがわれ、次女と生活しているうちに、長女の夫から月 10 万の食費の請求がきた。多いとは思ったが、世話になっているからと思い

言われるがままに払っていた。そのうち東京電力からの仮払い補償金100万円が振り込まれると長女夫婦は月15万の生活費を要求してきた。これでは保証金もなにも全て長女夫婦に取られてしまうと思い、今年になってからI市にアパートを借りて引っ越して生活することにした。Fさんは「金がかかると、実の娘も娘でなくなってしまう。原発のおかげで家族関係まで壊れてしまった」と言って涙を流す。

8) 災害ストレスと悲哀の仕事

家族や重要な愛着の対象を失った悲しみは、キューブラ・ロス(1969)によって「喪失反応」と表現された。まずショック・否認の時期があり、次になんで私の家族にこんなことがという理不尽さの感情と、怒り・攻撃(自責)の時期があり、取り引きの時期があり、絶望の時期に至るという。

先程のBさん家族のなかでのお嫁さんの示した状態はまさに否認に該当し、Aさんの夫の反応は理不尽さの表現であろう。Cさんの場合も同様である。Dさんの場合は、発災後6週での自責念慮が顕著であったと言えよう。1年後に話を聞いたEさんの場合は、正常悲哀反応と言うには程度が重すぎ、やはり抑うつ状態であったと考えるのが妥当だろう。本来ならば専門医を受診してもらうのがいいのだが、電話相談の限界で、本人が否定してしまうとそれ以上受診を勧めるのは困難である。慢性期に至った場合のケアの一つの問題である。

震災後1年でのFさんのようなケースも十分ありうる。今回の震災の特徴の一つは、被災者に対して東京電力から賠償金が支払われるということである。Fさんの場合、初めからI市にアパートを借りたほうがこのような金銭トラブルは起こらなかったともいえるが、現実には避難所生活をして情報もないまま、長女から誘いがあれば世話になるのが当然だろう。

そのような視点からは、避難所生活の初期において、肉親のみを頼るのではなく、民間のアパートを県が借り上げるという方針が早急に提示されていればこのような問題は起きなくても済んだのかもしれない。発災当初からいかに被災者の自立を考えるか、そのルートを確保しておくことが実はかなり大きな問題であるといえよう。避難民という受け身的な存在(セリグマン, 1985)にしてしまうのではなく、自主的に思考・行動できる社会的な援助体制を組むべきだと思う。

9) 人の尊厳と災害時のケア

人びとの健康問題にかかわる我々にとって、どんな時でも忘れてはいけないことは、その方々の尊厳を重視することである。

人の尊厳には、「十分な食事」「飲み水」「住居」「衛生」「医療サービス」「健全な環境」「教育」「就業」「個人的安全」の、9つの要素があるといわれる(Diczfalussy, 1997)。これらは、人が生きていくことに直接結びついていると考えることができる。つまり、我々の活動は、対象となる人びとの生命を守ること、そして生活を守ることであるともいえる。災害時には、これらすべての要素が脅かされる。今回、我々は緊急で前例のない災害に出会ったが、その時に考えられる最善かつ最大限の方法を考えて、これまで臨機応変に活動を続けてきた。被災された方々の人としての尊厳を保つこと、そしてそれぞれの方が喪失した世界を知り、配慮・尊重することが常に求められていたように思う。そしてそのことが、僅かでも被災された方々を擁護し、また権利を保護することにもつながっていたのなら良いと思う。

とはいえ、発災後1年を過ぎた今でも多くの避難者の方が心身の不調を訴えている。その多くが子どもの健康や教育と放射能の問題であったり、就業したくても仮設住宅や借り上げ住宅の近くには職場がないといった現実的に解決困難な問題を

かかえている。

平成24年4月1日にはこれまで警戒区域であった地区の一部で立ち入りが認められるようになった。帰った人がまず最初にしたのがお墓参りだったという。1年以上墓参りもできない状況にあったのは、先祖との絆を重要視する東北地方の人たちにとっては耐えがたいことだったといえる。スピリチュアルな尊厳の維持と言う意味でもお墓や位牌に対する配慮が重要である。

10) 医療者に対するこころのケア

同時に、同じように被災し、その中で医療活動が続けてこられた方々の体験はどのようなものだったのだろうか。原子力発電所の水素爆発というかつてない災害も発生するなか、医療者としての使命感が、家族を心配し守りたいと思う気持ちを押さえて勤務を続けることを決意させた。あるいは患者を手際よく避難させるのに全力をつくした。あるいは、断水・停電・寒さのなか患者の生命を守るために自分たちの食料や衣類を差し出した医療者たちもいる。

今回の震災後、「絆」という言葉を多く聞くようになった。隣人、地域、そして日本各地からの支援を受けてきた我々にとっては、何より実感として心に響く言葉でもある。しかし同時に、日々変わる状況の中で一緒に活動する医療者同士の意見の食い違いや価値観の違いは、医療体制の「絆」を揺るがすだけでなく、一人一人の心に葛藤を生じさせたのではないかとも思う。我々は医療者であるがゆえに、背景にある生活者としての互いの尊厳を忘れてしまうこともあったのかもしれない。

現在、福島県の浜通りは医療崩壊の危機にあると言われる。特に看護師不足が目立つという。その最も大きな理由は一時に比して放射線量が下がったとしても、まだ収束したとはとても言えない福島第一原発事故に対する不安や拒否反応であ

る。

たとえば平成24年4月1日の午後11時頃、福島県沖を震源とするマグニチュード5.9の地震が起き、福島第一原発の隣町である富岡町で震度5弱を記録した。その際にかわされたツイッターを見ると、「4号機は大丈夫か?」といった内容が多かった。それだけ水素爆発で建屋が崩れ、使用済み燃料プールがむき出しになっている4号機に関する不安が高いのだと推測できる。

そのような不安や不信のなか、小さな子供をかかえる医療従事者の何割かが浜通りから避難し、またそれを補充できる人員も入らないため、結果的に看護師不足に至ったと言ってもよい。今回の原発事故は人類が遭遇したことのない事態であり、微量放射線が人体特に妊婦や子どもに与える影響についての明確なデータの裏付けがないのも事実であるし、4号機などが今後どうなるかも今後の地震や津波という予測できない災害との関連で不確定である。つまり福島では不確定な現状をどう解釈するかが問題になっているのであり、解釈である以上、不安や恐怖などの感情の影響を受けやすい。そのような視点からは医療従事者に対して、科学的なアプローチのみならず、心理学的なアプローチも考える必要があるかもしれない。

また、多くの傷病者を目の当たりにしながらも、災害医療の特殊性から治療の優先順位をつけなくてはならなかった体験などもまた、医療者の心に葛藤を生じさせる要因になったはずである。

今回の災害において医療者が体験した葛藤の内容が一体どのようなものであったのか、それはどのような形で解消されたのか、あるいは問題として残ってしまったのかを知ることが、今後の災害医療における医療者自身のこころのケア活動の在り方を考えるうえでもとても大切なことではないだろうか。

引用文献

- Diczfalusy E (1997). In search of human dignity :
gender equity, reproductive health and healthy aging,
International journal of Gynaecology and Obstetrics,
59, 195-206.
- 福島原発事故独立検証委員会 (2012). 調査・検証報告書,
- 林 靖之 (2008). トリアージにおける諸問題,
EMERGENCY CARE 2008 夏季増刊, 224-230.
- 木村 敏 (1985). 直接性の病理 弘文堂
- 木村 蓉子 (2012). 3・11大震災体験記 非売品
- キューブラ・ロス (1998). 死ぬ瞬間—死とその過程
について 読売新聞社
- 大木 聖子 (2011). 超巨大地震に迫る—日本列島で
何が起きているのか NHK出版
- 小此木敬吾 (1979). 対象喪失—悲しむということ
中公新書
- セリグマン M.E.P (1985). うつ病の行動学 誠信書
房

依頼論文

震災後の心理的ケアのあり方

— 体験をことばにするということ —

小川 恵*

A way of psychological disaster assistance

— Verbalization of disaster experiences —

Satoshi Ogawa*

Abstract

After East Japan great earthquake disaster, the word “care” is in the confusion. Caring of the disaster emergency correspondence period is watching agreement to use “Psychological first aid” (PFA). Its basic strategy is to support the needs of the victim of disaster, and to support the self-care action of the victim. Manuals were unified, and the superficial use was fixed. However, the contents were multifarious. Because, each supporter watches were often different from the core idea that should care. Caring for PTSD means therapy in the psychological disorders (Disease model). Caring to a loss experience is compassionate oneself. And there is another caring, like as the social support for the purpose of the readaptation to the community again (Welfare model). These are all caring, and all are needed in the situation of confusion of disaster. But for the professional helpers, each contexts are different each other. Everybody insists on one's viewpoint.

For us, life support is basics of the psychological caring. Under the situation of outreaching, unlike normal caring, structures of psychotherapy are hard to be established. Because there are limitation of the number of times. For the support of disaster assistance, in the viewpoint of psychological aid, to follow talking through what victim experienced is important caring. Because, acts of talking sustain sense of coherence. These narrative coherence give newborn identity for whom alive on the community after the disaster.

key words : disaster assistance, Psychological first aid, out reach, narrative coherence.

何よりも申し上げなくてはならないのは、亡くなられた方々への哀悼であり、被災が今なお続く中で過ごされる方々へのお見舞いです。

1 サイコロジカル・ファーストエイドの理念

Psychological first aid (2006, 以下PFAと略記す

る。図1)の基本方針は以下の8つに集約される。

①支援側から被災者に近づき、活動を始めるアウトリーチ（こちらから、被災者の求めに応じるために出向く応急支援である。被災者に負担をかけない共感的な態度でこちらから手をさしのべる）。

②安全と安心感の提供（当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにする支援

* 淑徳大学総合福祉学部 (Shukutoku University raduate School of Integrated Human and Social Welfare Psychology Department)



図1 サイコロジカル・ファーストエイド

を目標とする)。③安定化を図る支援（圧倒されている被災者の混乱を鎮め、見通しがもてるように支援する）。④いま必要なこと、困っていることの情報を集める（周辺情報を集め、被災者がいま必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、その人にあったPFAを組み立てる）。⑤現実的な問題の解決を助ける（いま必要としていること、困っていることに取り組むために、被災者を現実的に支援する）。⑥周囲の人々との関わりを促進する支援（家族・友人など身近にいて支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助する）。⑦対処に役立つ情報の提供（苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう）。⑧紹介と引き継ぎの提供（被災者がいま必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引き継ぎを行なう）。

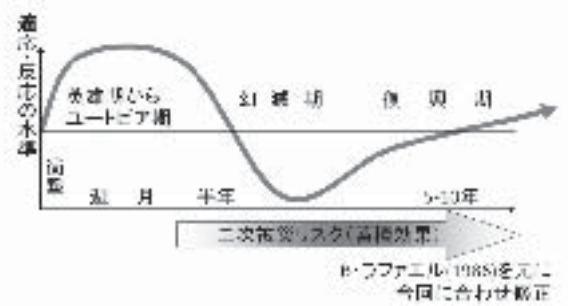


図2 災害反応、心の緩やかな回復過程

以上を要約すれば、PFAは被災によって減弱された個々人の現実対処能力の増強を可能とするような支援であり、重きを個人の環境への適応においたソーシャルサポートとしての支援である。しかも、災害の体験の時間的变化（図2）を意識して組み立てる必要がある。そのため、方法論や構造も、深さと浸透性を目指した通常の個別あるいは集団療法的な心理臨床における心理的支援とは異なる点が多い。この点において、今回の東日本大震災における運用のされ方においては、この差異が意識されず、通常の心理臨床の考え方との違いが理解出来ずに活動（特に連携において）に混乱が生じた。特に外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder, 以下PTSDと略記）のような心理的な障害の方に引き寄せられた理解がなされ、適切とは言えないケア提供となった側面があった。これらの混乱を含め、災害支援としての心のケアの方向を考察したい。

2 応急対応期の総合的なケア

防災学では、図3のように発災後1000時間までを応急対応期と呼ぶ。被災者の心理状態を重視したRaphael（1986）は、図2のように、この時期を災害ユートピア期とする。発災から1000時間（41ないし42日）の時点では、時間の経過と共に明らかな姿を現す被災体験としての喪失と、トラウマ体験と、生活変化の影響としての被災後の二次的ストレスの3つの方向は、まだ未分化で

ある。全ての混乱は心理的には、図 3 のように、災害後の濃密な心理的時間経過（林, 2003）の中に投げ込まれている。それ故、応急対応期の「災害ストレス」と一括りにし、取りあえずの安全確保を目指す PFA の支援のあり方は適切である。

応急対応期は心理的緊張という面での極限期である。ストレスインパクトのもたらす緊張は容易に緩和しない上、慣れない避難生活では、時々刻々と変わる状況による新奇刺激に晒され、心身共々の対応を迫られる。この時期の心身相関的な緊張反応は、抗精神病薬の方法論として A・ラボリが侵襲後不調和振動反応としてまとめたような、「反撃の構え・闘争」か「屈服の構え・遁走」か「凍結」になる激変の連続である。それ故、PFA の②「安全と安心感」を感じられるような緊張軽減が最重要課題である。安全を自覚できるためのためには④「必要な情報を集める」ことが重要であり、⑤「現実的な問題の解決」が感じられる時、③の「安定化」が意識される。

応急対応期の 1000 時間を超えるより長い時間における身体的な影響を考える上では、生理学的なホメオスタシスのサイクルに着目すると良い。Raphael (1986, 図 2) の幻滅期の中核となる心理的なテーマは、喪失への悲嘆と癒えないトラウマ体験と拡大する二次的ストレスの 3 つであ

る。これらの心理的ストレスによって反復して生じる動揺と混乱が、Selye (1936) の汎適応症候群 (General Adaptation Syndrome, 以下 GAS と略記する) のショック相と反ショック相からなる警告反応期・ストレスへ適応した抵抗期として説明される。それ故、この時期 PFA の③「安定化」の重要性が増し、④⑤に加えて、自己効力感を増すための⑦「状況対処に役立つ情報」などの道具的ソーシャルサポートや、孤立によるソーシャルサポート低減を防ぐような⑥「周囲の人々との関わり支援」などの自立支援が重要となる。阪神大震災では、仮設住宅入居後震災関連死が多発したが、その予防に重要な視点が⑥「周囲の人々との関わり支援」であり、その具体的方法が⑤「現実的な問題の解決」⑦「状況対処に役立つ情報」と⑧「紹介と引き継ぎ」という被災コミュニティ再構築のための絆づくりである。

GAS の意義は、急性ストレス反応という誰の目にも見えやすい時期の指摘だけでなく、再適応という過程において見えにくい心理生理的負荷があることの指摘である。また、その対処の失敗の結果、ストレス耐性が低下する疲憊期という困難があることを強調している。阪神大震災の 2 ヶ月以降に高齢者の震災関連死が増加したことが、この時期の困難を強調する典型事例である。応急対応期に生じる避難生活の緊張感の持続が、激変した環境への新たな適応に向かうホメオスタシスの発動を阻害するという構図の理論でもある。

このように被災をストレス反応からみると、喪失やトラウマや再適応の緊張の緩和を目指し、ストレス持続の悪影響を軽減することが第一目標となる。生理学的な基盤を安定させることが第一で、その上で活動主体としての自己の統御感覚や一貫性を保持するような喪失やトラウマへのケアを行うという基本的な理解が支援の基本となる。その意味で PFA のように、生活支援と一体化した心理的ケアを想定することが適切であることは論

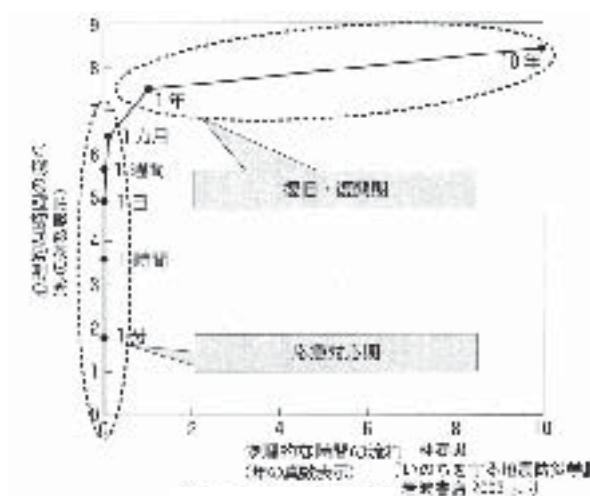


図 3 被災者の時間感覚

を待たない。

「first aid」と銘打れたように、支援時間が限られた災害救援のあり方故、急性期の問題への支援が重視されるのは当然である。その際に、明確に見えるものとしてのストレス・インパクトへの身体的緊張反応軽減を扱うことも、トリアージの原則にかなう。今回、PFAを利用しながら、「心のケアのニーズは乏しかった」と報告したチームにおける心理職や精神科医は、再適応を阻む緊張要因緩和を広く取る前提に立っていないと考えられる。彼らは、震災以前の外傷体験の既往、応急対応期での解離症状出現、外傷的出来事への否定的認知傾向と低いソーシャルサポート（長江，2005）や混乱の顕著な事例など、PTSDのハイリスク群のサインを一次予防の対象として活動していたのであろう。もちろん、それにはPTSDを救急医療の対象とみなす根拠がある。日本では1年後に臨床基準を満たすPTSDは10%程度の発症と見積もられている（金，2001）。また、アメリカの継続調査では、診断された者の1/3に10年後もPTSD症状を認め（Kessler, 1995）、経済的損失が大きいという論拠となっている。

しかし、PFAを前提とした「こころのケア」のあり方の理解においては、PTSDハイリスク群の重視は不適切である。応急対応期の総合的なケアにおいて不安や緊張を幅広く対象としていれば、子どもの退行や緊張、高齢者の寡動を始め、多様な急性ストレス反応に遭遇した際、それらを見落とさず、二次被災の予防的ケアをすべき対象としてアクセス出来たはずである。また、中井(2011)が阪神大震災後に記した記録や、北海道南西沖地震後6年後に実施された改訂出来事インパクト尺度では被災者の22.5%に有意差が認められたように（藤森，2000）、被災直後に派手な混乱を示すことで事例化として特定されなくても、二次被災の中で緩やかなPTSDを患う人は多数いる。彼らは被災直後は問題レベルが低く、災害応急期を淡々

と過ごす被災者でもある。

3 被災後を暮らすことを考える

災害体験のトラウマが生み出すPTSDの予防という視点は、災害支援においては重要である。しかし、トラウマが強調される過程で、喪失への悲嘆と再適応という本来の被災体験の2つの課題が軽視されやすくなる。それを修正したのがPFAの立場である。この点、災害応急期においてもPTSD予防が重視され一人歩きするあり方は、PFAが目指していた生活支援としてのこころのケアと異なることを指摘したい。筆者は、被災という出来事を喪失への悲嘆と地域社会への再適応という体験の過程と位置づける。それ故、個々人において、互いを構成し合う言葉のかけ合い（ナラティブ）を通じて自分の気持ちをまとめていく自己治癒や相互ケアのあり方を重視する。この視点から、トラウマケアを重視したPTSDの強調は望ましくないと考える。

第1に、本来、発災後の被災体験の過程で、個人的に定位が進む喪失体験と喪の作業の意味が軽視されやすいだけでなく、場合によっては阻碍される。一人で、あるいは親しい人たちと、喪失体験を繰り返し辿ることと服喪をするという過ごし方は、自らの人生航路の確認と再定位である。このような体験の積み重ねを経て、人は自覚的に再適応方向が定まる。と同時に、このような活動を共にする折節において、自己治癒あるいは共同体としての相互に癒す行為の各場面を、人々は自己決定した過程と意識するのである。その意味で、追想や服喪など、他者を媒介として外傷体験を静かに共有しながら反復し癒す過程としての儀式が持つ文化装置としての意義が意識されるべきである。PTSD予防が言われる時、個人の病理的な体験が強調されるため、共同体的な癒しは介在しにくくなる。阪神でもそうであったが、Raphael

(1986)の指摘するように、多くの災害において、愛着のある人との連絡が密であり、ソーシャルサポートがある方がストレス反応の正常化が促進されやすい。

第 2 に、PTSDが悪い説明モデル (Kleinmann, 1980) あるいは病いの語り (Kleinmann, 1988) になる危惧を考える。被災後、復興期への再適応という長い経過においては、被災によって不完全になった個人の心理社会的リソースが消耗し、その結果新たなストレス反応としての二次ストレスが生じる。この二次ストレスはライフイベント型ではなく、デイリーハッスルズの蓄積であり、言語化しにくい。そのため、不調を覚えた人は自らの不調を説明するモデルを常に希求せざるをえない。そのような無意識のニーズがトラウマによる PTSD という因果論を説明モデルに選ぶ原動力となる。その際、二次ストレスによる適応障害的な病理の生成という理解が軽くなってしまう。新しい状況へ適応を図る際、適応の困難さは言語化して説明されにくい。それ故、原因探しとしての被災当初の外傷の影響の物語は説明モデルへと結実しやすい。多様な負荷のもたらす総合的な困難が、PTSDというトラウマ物語へとおき替えられやすくなる。これらは、被災地の正常化宣言後、再適応困難後に事例化する。その時、現行の PTSD の診断基準では、被災当初は表に出てこなかったものが遅発したとされることになる。これは PTSD 症状のスティグマ化の視点でも注意すべきである。

このような視点に立つ時、Michell (1983) の緊急時ストレス・デブリーフィング (Critical Incident stress Debriefing, 以下 CISD と略記) に代表される PTSD 予防策としての心理的デブリーフィングは、自助促進という考案者達の想定した専門家による支援とは違う処に価値がある。CISD は、CISD の「紹介」、トラウマ的「事実」やトラウマに対する「認知反応」「情動的反応」

の報告、トラウマ「症状」の指摘、トラウマ対処の「教育」、心理的終結を導く「リエントリー」を単回行う介入である。

Litz (2002) は、メタ解析で CISD の PTSD 予防効果に懐疑的なデータを示す。しかし、同時に元々凝集性の高い、同一職能集団においては、団結力向上や被災直後のアルコール乱用防止には効果的であるとする。CISD は、本来、被災直後の言語化能力の高さや集団の凝集性としての関係性や継続性を評価しながら適用すべきである。動揺する人を抱える環境を前提とした自助の一部として語り合う手法である。既に関係性がある集団では、否認という防衛機制を超え、凝集性を向上し、相互解決において有効な手段である。しかし、初めて出会う関係では単回の介入では、否認を乗り越え凝集性が高まっても、その後の相互ケアが発達しようが無いため、かえってトラウマ被曝的な結果を招くことになるのである。9.11 事件では、本来凝集性が低い集団が被災した点に特徴があり、CISD の適用対象では無い。初めて会う治療者とラポールを築くという意味では、1 対 1 の面接を行い、不安が軽減するのを確認しながら 10 回前後のセッションを行うイクスポージャー法 (prolonged exposure : PE) の方が、効果が高いとされるのも宜なるかなである。

以上を踏まえれば、被災者を地域社会に埋め戻すような介入の中では、凝集性の高い集団における話し合いをケア的に構成する機会は重要視すべきである (CISD の原法を厳密にする必要は全くなく、一貫性や凝集性を意識するものとなることに意味がある。その意味では talking through の方がここでの扱いに近い)。おそらく、今後、学校場面や地域の記念式典において、語り合いが自然発生する。そこに生まれる互いの物語にどのように関わるかや、それに会える教師や医療関係者や公務員などの戸惑いに答える専門家としての見識が必要になるであろう。

災害支援ではPTSD予防がこころのケアのあり方と同一視されるのは何故であろうか。被災者個々人の人生航路において、被災は契機であり、喪失と再適応という外傷を自分の人生航路にどのように位置づけなおすのかという課題である。しかし、被災という試練を引き受けるいわれのない無事の民に「被災は契機であり、喪失と再適応という外傷を自分の生にどのように位置づけなおすのか」が課題である」と支援者が伝えることは、余りにも厳しい直面化である。ある意味、問い続けたり嘆いたり迷ったりという実存的やりとりにならざるを得ない。それは、苦しみや悲しみと共に居る時に初めて可能となるような質の支援である。伝える側が再適応の場にその人と共に居続け、行きつ戻りつしながらその人自身で直面化し、選択をするのに同伴する覚悟が必要になる。そのような負担故、応急対応期の被災体験の中味には触れず、表面的に「安全・安心」を伝え、現実適応を上げるような支援として組み立てられたPFAを、その時期が過ぎたにも関わらず適用するということが生じうる。その結果、心理的応急措置はトラウマ体験からのPTSD予防と同一視される傾向となる。その意味で、支援する側には、被災者の回復は個人差が大きいことを理解し、その人なりの服喪を大切にし、回復を待つという災害文化(災害支援学)と呼ぶべき教育が必要である。

4 悲嘆反応とPTSDの混同

PTSDが強調されるもう1つの大きな理由は、悲嘆反応とPTSDの混同である。震災後の応急対応期以降に遭遇する悲嘆反応は、PTSDと区別がつけにくい。そのため、ケアが混同され、PTSDとして語られることも多い。理由は、否認や不信、感覚喪失や非現実感(アンヘドニア)、悲嘆に伴う罪責感や非現実感、といった悲嘆反応における情緒・思考のあり方がPTSDと共通するためであ

る。また、震災は恐ろしい状況下での、しかも自分に責任があると考えやすい状況における喪失体験が多い。また、診断基準においては、急性ストレス障害(Acute Stress Disorder, 以下ASDと略記)におけるほど解離が明確に含まれていないため、不安時も言語化する能力のある軽いレベルの場合のPTSDが含まれる。何より、二次ストレスで悲嘆反応がこじれる人の中に、遅発性のPTSDが混じる。

その結果、悲嘆に寄り添うケアよりトラウマの治療法としての暴露療法とEMDR(通称Eye Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動による脱感作と再処理)が勧められるような不適切なケアすらあり得る(本人がこの2つが適切な治療法であると誤認する場合も同じである)。専門家としては、トラウマの治療法が必要なのか悲嘆に寄り添うケアが大切なのか見極め、どこに重きを置いて対処するのかが、必要となる。

PTSDのメカニズムである記憶系の障害仮説が明確になって以降定着した、暴露療法とEMDRがPTSDへの適切な治療法であるという理解は、PTSD予防と加療が治療者の専有技術であるかのような理解を生み出している(例えば、これら治療が有効だが、その専門家は日本に数えるほどしかいない、等々という新聞報道など)。「PTSDには専門職による特別な治療が必要」という誤解は、悲嘆反応への周囲のケアや宗教的ケアなど、本来の地域社会のリソースの持つ治癒力を削ぐことになることを危惧する。

5 各時期を生きる自己の一貫性という物語りの重要性

実際の被災者においては、応急対応期の目下の急は生命の安全確保であるが、その後半から復興期にかけ、日々の生活の再構築における安心感の希求の比重が増す。生活再開とは、自分の対処能

力が変化した生活環境という持続的なストレッサーに晒され続けることである。そして、その過程で発生し続けるストレスは蓄積的であり、トラウマ・インパクトとして DSM-III で採用された Holmes & Rhae (1967) のストレス・インパクト理論のような形を取りにくい。外傷後の PTSD に典型的な因果論的な形を取りにくい。それは、Lazarus (1984) が「その人の原動力 (resources) に負担をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるもの」と定義したデイリー・ハッスルズの蓄積のように、継続し蓄積する総和とその評価から考える方がふさわしい。

筆者は、環境も個人的資源も大幅に変わる震災という状況を考えるには Hobsfall (1983) の「対処手段保全説」が、より対処能力を生み出す基盤となる個人が培ってきた個人的な経験が無力化することの意味を考えやすいと考える。人間関係や居住地や家など、愛着対象として個人の同一性 (Ricoeur, 1988) を保証する心理的な資源の激変や喪失は、不安を増強するだけでなく、出来事への現実的な対処能力を払底させる。その時、資産への打撃や職業を可能とする地域の経済的基盤の混乱は、社会的な資源においても対処不能な事態へと移行する。社会的資源の激変や喪失という体験をいかに受容するのかという事態は、心理的にも負担の大きい個人にとって、余りに困難な受容と再適応という 2 つの課題となり、その人の人生の一貫性を揺るがす。この過程は、個人にとっては、如何に自己の一貫性 (Antonovsky, 1979) を保持していくのかという過程である。筆者は、心理療法のあり方として、色々な体験をしてきたと語る作業を通じてその場において生成し、改変され、保持される自分の本質としての「語り口」としてのナラティブ一貫性の感覚を重視する。

このような体験の過程で、悲嘆反応の回復不全と二次的生活ストレスの拡大という 2 つの体験が合わさって、出来事の統御性 (状況対処能力の保

持や予測と準備可能性) という総合的な能力における無力感に苛まれる時、自己の一貫性が保持出来ない恐怖が募る。対処手段が無いと感じる恐怖感が強まる時、自分の困難を語る物語としての PTSD への道が開かれる。言い方を変えると、対処手段を失う状況において、PTSD とは病いの語りとなり得るのである。Kleinmann (1980) が台湾で見出したように、それは非言語的な身体病として出現しうる。van der Kolk の PTSD = 記憶装置の故障説 (後述) 以後、PTSD の語りという視点は一般には否定的であり、PTSD は非言語的な精神障害である。しかし、Kleinmann の報告を緩やかな PTSD として理解するなら、非言語的な「病い」の方が PTSD の実態に近い。この、言語にも開かれた緩やかな PTSD を認めないという視点もあるであろう。それに対しては、Crossley (2000) のように、文化の文脈上で自己が形成され、物語られる制約が、幼少期の性的虐待や病いの語りのような場面でもトラウマの語り方をも規定するという指摘を挙げる。

緩やかな PTSD と筆者が呼ぶものは、悲嘆反応であるという意見もあるであろう。その意味で、PTSD を記憶装置の故障として 1 つの疾患 (disorder) と考えるあり方に対し、適応障害や悲嘆反応が混じる症候群であるという視点を強調したい。同時に、応急対応期のケアの課題である安全や安心の確保は、持続する緊張低減を目的とした点で PTSD や異常悲嘆反応予防の鍵となる。また、生活復興の過程の時々において、適切なグリーフワークの進行を可能にするような再生の語り (ナラティブ) を利用したケアが、自己や地域社会の一貫性の保つ上で大切であることを強調したい。

6 PTSD の心理療法の可能性

応急対応期以降、災害時間の加速に応じ、復興

期のメンタルヘルスの課題は3つに分化する。生活再建過程における困難がもたらす二次的な生活ストレスの軽減および再定位へのケア、喪失による悲嘆反応へのケア、トラウマによるPTSDへのケアである。特に生活ストレスは他の2つのあり方に影響を及ぼす。それを複雑化する要因は、缺状化（中井, 2011）と呼ばれる個々人の生活復旧の差の拡大である。各人の課題の差が明確化し、被災者同士の相互比較が、自責や恨みなど整理しにくい苦痛を生み出すことから、生活ストレスへの継続的な支援が基本となる。また、van der Kolk（2006）が指摘するように、PTSDによる注意集中困難と記憶力の損傷は、現在起こりつつあることへ取り組む能力を阻碍するため、生活ストレスを拡大する悪循環を持つ。

van der Kolk（2006）は、トラウマ的体験の想起は、感情を司る右内側眼窩前頭野・島・扁桃体・前側頭葉極を活性化すると同時に、感覚情報の入力と運動の出力の統合をし、肉体的高揚の調整をして、体験を言葉で伝える機能の中核であるブローカ野の活性化を減少するとする。トラウマ体験を想起すると、感情を引き起こす脳の領域が活性化すると同時に、感情を抑制し、言葉を使って体験を伝える脳の機能の活性化が減少し、固まることがPTSDのメカニズムであるとした。この知見が、性急なトラウマ体験の言語化はかえってトラウマを深くするので、暴露療法などのCBT技法よりもEMDRなど身体技法が良いとされ、症状がより生物学的で異質なPTSDの治療だけは、専門的治療の対象とされる根拠になった。そのため、PTSDが悲嘆反応や生活ストレスと別種の問題と見做されやすく、ケア上の連続性保持が困難となりやすかった。

van der Kolkは2011年6月の来日講演で、PTSDのメカニズム解説の前後において、彼が身体感覚と体験の再統合や定位という治療のあり方を、1986年の著作における統御感覚の再発見と理解

しうる文脈において展開した。その際に、個人の生きる文脈性に言及したことに着目したい。彼は、日本には柔道や太鼓など伝統的武道や呼吸法があることへの言及から始め、南アフリカの歌い踊る集いやヨガの意義を指摘した。これら文化的活動の際、自分で気分を高揚させたり沈めたりするコントロール体験をすることが、トラウマによる無力感の中核である自己や外界へのコントロール喪失感を補償し、自己コントロールできるという感覚が回復する道である可能性を指摘した（これは、文化装置としての儀礼の機能そのものである）。筆者がこれを可能性のある指摘と理解した理由は、①文化は非言語的な象徴の体系でもあるが、それ以上に言語象徴の体系であり、②解離周辺からの脱出はEMDRに負うにしても、現実の治療は最悪一者から始めざるを得なくても、それ以外の日常的な治療は身体言語的な文化的活動として、二者あるいは三者という社会性の中の活動であることを意識しているからである。

van der Kolk（1986）の記憶装置の故障説以後のPTSD治療においては、PTSDのどの時期の治療を行うのかが議論されず、混乱時の認知の障害の治療としてのEMDRや暴露療法が一人歩きしている。それ故、現に生きて再適応しつつある人の困難を理解し、今嘆き悲しむ人に寄り添い支援する治療のモデルが欠落しやすい。その際に、虐待系の場合が典型であるが、被治療者の生き様の理解を欠いた病理モデルの治療論が展開されやすい。それらに対し、今回のvan der Kolkの講演は、PTSDを抱えて生きるという病いの語りを治療的に扱う可能性を示唆していたと考える。

また、既に述べたように、診断基準を満たさなくても緩やかなPTSDを経験する人は多い。そして、彼らにはスティグマ化を避ける意味でも、PTSDとしてでない支援が望ましい。そのように考える時、身体感覚のコントロールを行う文化的アクティビティは、PTSDに触れることなく、地

域や学校など様々な場面で行われうる。

また、体験を言葉にする個別心理療法が、PTSDにも適切な治療であることの検討も必要である。当日の講演において、2例の面接場面のビデオが提示されたが、2例目の反復された面接は示唆深いものであった。ビデオは、トラウマ体験へ近づくインタビューの際、繰り返し表情の変化を追いかけていた。クライアントは繰り返し、表情を曇らせ、あるいは瞳を内に寄せ、自らの内面を見つめようとしては戻ることを繰り返していた。van der Kolkはこの往復を、トラウマによる無力感の中核である自己や外界へのコントロール喪失感を補償し、自己コントロールできるという感覚を取り戻す意図として説明していた。通常、体験を記憶に落とし込むためには言語的整理が必要である。その際、言語が乖離してしまうことが、PTSDにおいてフラッシュバックが生じるメカニズムにあるとすれば、この、記憶を体験へと結びつけるための想起の過程において、身体的な活動としての身振りや表情を手がかりに自分の感情の予測を立て、一貫した物語的な流れとして構成することでフラッシュバックを押さえ、言葉のガイドを用いながらも身体感覚において確かめつつ記憶にアプローチする技術は、常識的な心理療法でも用いるものである。それは、とりわけ、フォーカシングにおける身体感覚イメージを非言語的な象徴の体系として活用する扱い方に近く、存在として生きることに近いことが指摘される。

最後に

以上のように、生活ストレス全般における安全の提供と不安低減という生活支援としてのケアに、PTSDへの進展を防ぐ基本的ケアがあると考ええる。同時に、ソーシャルサポートという道具的サポート的な生活支援というやり方だけでなく、関わりの中でやり取りされる体験をことばにする

ことを通じて、自らの身体感覚や感情をあるいは定常的に、あるいは促進的に、あるいは退行的に、ことばとして紡ぎ出す際に自らの体験として感じ、主体的にそれらの感情を制御するという関わり方を見えてくる。それらがPTSDを予防し、あるいは身体感覚において自己制御できるように定位する意思を育むことでPTSDからの回復を図る。そのような心理的サポートが見えてくる。体験を自分のものとすることは、体験を「ことば」にして、自らのナラティブの一貫性を紡ぎ出すことであり、日頃、私たちが無自覚に行っている文化社会的な生の営みである。つまり、悲嘆や生活ストレスへの心理療法と統合された、常識的な心理療法としてのPTSDへのケアや予防が構築可能と考える。それは、東北の文化には色濃く見い出される営みでもある。

今後、生活支援を前提としながら、臨床的な事例に対しては必要に応じて更に踏み込み、日常生活としてトラウマ体験を克服し、自己統御感覚を取り戻すあり方をサポートすることが専門的な心理的支援である。つまり、日頃私たちが直面する生活ストレスと地続きである事が望ましい。いいかえれば、ソーシャルサポートとグリーフケアと不安へのケアの全てが必要な事態が根こそぎ体験としての自然災害の特徴である。以上のような観点から、私たちが、3.11以後催している臨床家の研究会『希望のいぶき』では、PTSDのケアをトラウマ耐性を強化するあり方としてでなく、グリーフケアやナラティブセラピーなどの個別心理療法の文脈における語りの力を重視している、物語を改編しては、再定位をくり返すレジリエントなナラティブ一貫性の生成するような継続する場に被災後の再適応の課題の克服を考えている。これまでの過程はホームページ (<http://www.soc.shukutoku.ac.jp/kibounoibuki/>) でも公表しているが、本発表はその一環である。

文 献

- Aaron Antonovsky. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Inc Pub., New York.
- (アントノフスキー・A山崎喜比古・吉井清子 (訳) (2001). 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム 有信堂)
- Crossley, M. L. (2000). *Introducing narrative psychology*. Open University Press ; 1 edition
- 藤森和美 (2000). 津波災害 中根充文・飛鳥井望 編 臨床精神医学講座 S 6 外傷後ストレス障害 (PTSD) 中山書店
- 林春男 (2003). いのちを守る地震防災学 岩波書店
- Hobbs, S. E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967). The Social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., et al (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleinmann, A. (1980). *Patients and healers in the context of Culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- (クラインマン, A. 大橋英寿・作道信介・遠山宣哉・川村邦光 (訳) (1992). 臨床人類学—文化の中の病者と治療者 弘文堂)
- Kleinmann, A. (1988). *The illness narratives, suffering, healing, and the human condition*. Basic books, Inc., New York.
- (クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 病の語り—慢性の病を巡る臨床人類学 誠信書房)
- 金吉晴 (2001). 外傷ストレス障害関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究 (心的トラウマの理解とケア じほう)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer, N. Y.
- Litz, B., Gray, M., Bryant, R. et al. (2002). *Early intervention for trauma : Current status and future directions*. *Clinical Psychology: science and Practice*, 9, 112-134.
- Ricoeur, P. (1988). *The human being as the subject matter of philosophy*. *Philosophy & Social Criticism* April 14 : 203-215.
- Michell, J. T. (1983). When disaster strikes... The clinical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- 長江信和・金吉晴 (2005). 災害時を想定した外傷後ストレス障害の一次予防について 精神保健研究, 51, 81-90.
- 中井久夫 (2011). 復興の道なかばで みすず書房
- National Child Traumatic Stress Network National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid Field Operations Guide 2nd Edition* (アメリカ国立PTSDセンター・アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク 兵庫県心のケアセンター (訳) (2009). サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版)
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes : How individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books.
- (ラファエル, B. 石丸正 (訳) (1995). 災害の襲う時 みすず書房)
- Selye, H. (1955). Stress and disease. *Science*, Oct. 7, ; 122 : 625-631
- van der Kolk, B. A. (1986). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press. Washington D. C.
- (ベッセル・A・ヴァンダーコルク 編著 飛鳥井望・前田正治・本村直靖 (訳) (2004). サイコロジカル・トラウマ 金剛出版)
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical Implication of Neuroscience Research in PTSD. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* xxxx, 1-17
- (ベッセル・A・ヴァン・デ・コーク (2011). PTSDにおける脳科学研究の臨床への考察 1-16)

原 著

精神科中堅看護師による精神障害者を理解する 自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス

山下 典子¹⁾・山崎登志子²⁾

Experienced psychiatric nurses' communication with clients by injecting themselves into their inner worlds

Noriko Yamashita¹⁾, Toshiko Yamazaki²⁾

Abstract

The purpose of this study is to clarify how experienced psychiatric nurses communicate with their clients by injecting themselves into their inner worlds, and to specify the components and the process of the communication. A total of 15 experienced nurses of a psychiatric hospital were interviewed for this study, and the data gained were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach.

Revealing 16 concepts and 7 categories, the result suggests the process below. At the core of the categories lie nurses' antennas, accurately sensing the signs of their clients. Comparing the antennas with the other components in the course of the communication, nurses accept their clients' opinions and points of view, share their inner worlds by describing their worlds, and evaluate their understanding from the standpoint of the clients by validating their own positions.

The result also suggests the importance of preliminary steps toward reaching such communication stages with clients: "superficial communication," "a wealth of experiences as a nurse," and "occasions".

Key words : communication, experienced nurses, psychiatric nursing,
Modified Grounded Theory Approach.

I. はじめに

精神障害は疾患と社会生活障害が共存しており（坂田, 2000；池淵, 2007）、社会生活技能の中核となるコミュニケーション障害が中心課題となることが多い。なかでも、他者が理解できるように自分の考えを表現することが難しいとされている（Kingdon & Turkington, 2002）。したがって、精

神科看護師が入院を必要とする認知・思考障害の強い患者を理解するためには、患者が表出するものを捉えるだけでは不十分であり、言動の意味を成している内面へのアプローチが必要である。

先行研究から、精神障害者のコミュニケーションの特徴と患者理解のために行っている看護師のコミュニケーションとを概観する。患者は病的・健康的側面が複雑に存在する内的世界（中井・

1) 独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター（NHO Kamo Psychiatry Medical Center）

2) 広島国際大学（Hiroshima International University）

受稿2010.7.21 受理2012.1.12

山口, 2001) を表出する際、認知・思考障害などからコミュニケーション障害が生じ(樋口・稲岡, 2004)、他者にうまく伝えることが難しい。それに対して看護師は、精神科経験の積み重ね(松崎, 1994; 中山, 2005; 大西・吉岡・和田・松田・西野・山本・岡部, 2006)、自己洞察(福田, 2006; 安岡, 2006)、治療的コミュニケーション技術(伊藤・阿蘇・花澤・酒井, 2003; 河田・野村・田辺・宇賀神・小柳・塩澤, 2005; 前川・井藤, 2005; 江崎・濱・川浪, 2006; 夏目, 2007)から意図的関わり(松崎, 1994; 難波, 2005; 藤原, 2007)をもって患者を理解しようとする。それは相手の視点に立ち、相手の内的世界を理解することであり、患者の世界に身を投じ、時には援助者側の枠組みを変えること(飯田・見藤, 1997; 田畑, 1998; 滝沢, 2006)でもある。

上述のように患者のコミュニケーション阻害要因や患者理解のための看護師のコミュニケーション技術については明らかにされている。しかし、実際の臨床場面で精神科看護師がどのようにコミュニケーション技術を駆使し患者の内的世界を理解しようとするのか、実際用いているコミュニケーション技術とそのプロセスについては明らかにされていない。そこで本研究では、精神科看護師が患者の内的世界を理解するために用いるコミュニケーションを自己投入コミュニケーションとし、精神科看護師が実際場面で行う自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセスを明らかにする。

II. 研究目的

1. 精神科病院に勤務する中堅以上の看護師(以下、中堅看護師)が行う患者の内的世界を理解するための自己投入コミュニケーションの構成要素を明らかにする。
2. 精神科中堅看護師による自己投入コミュニ

ケーションのプロセスを明らかにする。

III. 用語の操作上の定義

自己投入コミュニケーション：看護師側の様々なコミュニケーション促進要因を用いて患者世界を理解するために行う相互作用であり、看護師が自己を使って患者にコミットして(自我関与を深くして)行うコミュニケーションである。

中堅看護師：本研究ではBenner(2005)の看護技能習得段階における中堅レベル以上の精神科看護師を中堅看護師とする。Benner(2005)は、患者の状況を総合的に捉え状況に応じた判断ができる看護師を中堅レベルとし、類似の科の患者を約3～5年間ケアしてきた者がそのレベルに達するとしている。そこで、リーダー的役割を担い、看護師や看護学生に対する指導経験があり自己の看護を言語化できると考えられた者で、精神科経験が5年以上ある看護師を中堅看護師とした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は患者と看護師との社会的相互作用に着目し、明らかにしようとする現象がプロセス性を有するという特徴を持つことから、シンボリック相互作用論を理論基盤としているグラウンデッド・セオリー・アプローチが適していると判断した(Chenitz & Swanson, 1999; 南, 2008)。なかでも、コーディングの過程が比較的理解しやすく、分析手順や判断の指標についてスーパーバイズが得られやすいことから、木下(1999, 2003, 2007)が提唱する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach、以下M-GTA)を使用した。M-GTAはグレーザーやストラウスが提唱したグラウンデッド・セオリー・アプローチをより実践的応用が可能な形式

として木下が独自の解釈を加えた研究方法である。

2. 対象者

A精神科病院に勤務する看護師で、研究者が中堅と判断し同意が得られた15名を対象とした。全員が看護専門学校3年課程卒であり、20代から50代で、看護師経験年数・精神科経験年数は7～35年であった。なお、A精神科病院は公立の精神科単科病院である。地域における精神医療の中心的医療機関として位置づけられており、治療抵抗性ならびに治療困難な精神障害者の医療や精神科救急に取り組んでいる病床数430床の病院である。

3. 調査時期および調査方法

2008年3月～4月に半構成的面接を実施した。質問内容を検討するため、1名にプレテストを実施した。その際、患者世界を理解していくプロセスについての語りを得るため意図していることや実践していることなどについて設問したが、コミュニケーションの獲得過程と患者理解のためのコミュニケーション獲得過程とを区別して答えることが難しかった。そこで、多くを語ってもらうために研究テーマの内容のみに限定せず自由に語ってもらうことを重視し(木下, 2003)、患者とのコミュニケーションで大切にしていることとその理由や自己のコミュニケーションの変遷について事例をあげてもらうことにした。

4. 倫理的配慮

研究趣旨とともに、協力は自由意思でいつでも中止可能なこと、個人名はコード化し匿名性を保証すること、データは研究目的以外に用いないことや厳重に管理することを、文書と口頭で説明し対象者と同意書を交わした。また、広島国際大学と対象病院に研究倫理審査を申請し、承認を得た。

5. 分析方法

中堅看護師の定義に基づき、分析焦点者(木下, 2003)はA精神科病院に勤務しており、自己の看護を言語化できると考えられた精神科経験年数5年以上の看護師とした。また、分析テーマを「コミュニケーションが困難な精神障害者に看護師が自分のコミュニケーション技術を使用し患者にコミットしていくプロセスの探究」とした。

独自に開発された分析ワークシートを作成して概念を生成し、さらに概念間の関係を検討してカテゴリー化し、ストーリーラインと結果図でプロセスを明らかにしていった(木下, 2003)。以下、生成した概念の1例を通して分析方法を説明する。

1) 対象者をコード化し、録音した面接内容を対象者別に逐語録にした。分析テーマに関連する箇所に着目してそれを具体例とし、分析ワークシートを1概念ごとに作成していった。分析ワークシートとは、概念名・定義・具体例・理論的メモの4項目からなり、対象者の語り(データ)から研究者が着目した箇所を具体例として整理しつつ概念を生成する書式である(木下, 2003)。例えば、『来てよね、指名して。患者さんがそうやって指名してくるのにも意味があるけん。』という生のデータから着目した箇所を具体例欄に記入し、患者が看護師を個人として認識した発言と看護師がとらえていると解釈した(表1)。それと意味内容が類似していると解釈した文脈を他のデータから探し、具体例欄に追加していくとともに、理論的メモ欄にその後の分析の判断指標として簡単なメモや疑問点を記入した。これらの概念は定期的にスーパーバイズを受けながら、具体例の意味内容に矛盾点がなくなり整合性がつくまで分析を繰り返した。

2) 1概念が説明力を持つと判断した時点で、概念名と定義を検討した。例えば先ほどの例では、具体例全体を表現する定義として、患者が

表 1 分析ワークシートの例

概念名	個人名での指名
定義	患者が「看護師さん」ではなく個人名で指名することから、患者がその看護師を特別に個人として認知していると読み取ること。
具体例	<p>10：来てよね、指名して。患者さんがそうやって指名してくるのにも意味があるけん。</p> <p>4：患者さんが自分で「看護師〇〇さんをお願いしたい」「看護師〇〇さんと話したい」って実感、その人と関係ができていたんだと。</p> <p>12：今日、看護師〇〇さんなんじゃねって。そういう人が多ければその人にも声かけやすいし、病状とかでも本人も話しやすいじゃろうし。</p> <p>13：院内どこに居っても「あ、〇〇さーん」とか、下の名前前で呼んでくれる。どこで会ってもね、「あ、〇〇さんですよ」って。うち、名前教えたつもりないけど、名札見とるんじゃろうね。</p>
以下 16 の具体例を省略	
理論的メモ	患者－看護師関係は看護師の交代性が背景にあり、1対1の関係を結べたと評価できるのは、患者がその看護師を総称ではなく個人名で呼ぶこと。

備考：具体例欄の数字は個人番号を示す

自分の理解者としてその看護師を認知し「看護師さん」ではなく個人名で指名するとし、「個人名での指名」という概念名を作成した。

- 3) 同時進行で他の概念も作成した。その際、特に概念間の関係性を意識しながら概念名を生成した。これによって概念の整理、洗練を行い、同時にカテゴリーの作成を行った。最終段階として結果を文章化して確認する作業（ストーリーラインの作成）を行い、結果図を作成した。

6. 結果の妥当性の検証

分析方法の妥当性については、研究者以外の M-GTA 研究会メンバー 1 名にスーパーバイズを受けた。また、自己投入コミュニケーションの内容の妥当性については、研究者以外の M-GTA 研究会メンバー 1 名の他、本研究に関わっていない研究者 2 名と研究対象者の中から最も客観性が保持できる立場にある看護師 1 名にスーパーバイズを受けた。

V. 結果および考察

分析テーマに沿って分析した結果、16 の概念と 7 つのカテゴリーが生成された（表 2）。ここ

では質的データの解釈が中心となるため、分析結果と解釈をまとめて論じる。以下、カテゴリー名は【 】、概念名は「 」、データからの引用は『 』を用いて説明していく。

1. 自己投入コミュニケーションの構成要素

1) 自己投入コミュニケーション獲得前の段階の構成要素

(1) 【表層的コミュニケーション】

『表面的に関わる関わり方をしとったんじゃろうなと思う。その時その時で。』のように、看護師が自己表出を困難としている患者の言語背景にある根本的な問題への視点を持てるまでの、患者が表出できる部分のみにとどまった表面的なコミュニケーションを行うカテゴリーとした。

① 「患者との会話自体が目的」

『患者さんと楽しく話ができれば自分で自己満足。いいコミュニケーションができたって。話がすごく楽しかったで終わって。自分の中でコミュニケーションばっちりよって思った。』などのデータから、患者と話をすること自体が目的となっており、コミュニケーションが雑談の範囲にと

表 2 カテゴリーと構成する概念一覧

自己投入コミュニケーション獲得前の段階	
【カテゴリー】	「概念」
表層的コミュニケーション	患者との会話自体が目的 看護師の一方向的解釈
引き出しの積み上げ	人生経験の積み重ね 臨床経験の積み重ね
きっかけ	意図的コミュニケーションの発見 患者の内的世界への着目
自己投入コミュニケーション	
【カテゴリー】	「概念」
アンテナ	ポイントの掌握 いつもの状態の更新 関心で浮き彫りにされる個別性
患者目線の獲得	看護師のアメーバ化による空間の創造 受信の徹底 焦点の調整
患者世界の描写	核心の把握と導き 患者との接点の探索と拡大
立ち位置の確認	個人名での指名 患者からの評価の読み取り

どまっていることを意味する概念とした。

② 「看護師の一方向的解釈」

『病状でそう言ってるっていう風には当時思えてない。怖い人というのが先に立って、病気が悪くしとるとか、病気で分からん状態になっとなとかいう風には理解できなかった。』『患者さんの辛さとか苦しみとかそっち側に立って考えることができなかったんよ。』などのデータから、患者が表出できる範囲内でのみやりとりし、看護師が一方向的に解釈することを意味する概念とした。

(2) 【引き出しの積み上げ】

『先が読めないから面白いけど、その先の先の先までの引き出しを用意しとかないと対応できない。』というデータから引き出しという表現をキーワードとし、患者理解のために看護師が経験を引き出しとして豊富にさせていくことを示すカテゴリーとした。

① 「人生経験の積み重ね」

『経験したことが患者さんの背景を推測するときに違ってきた。自分の人生経験が豊かになったことが大きいと思う。』などのデータから、看護師自身が人として自己

の成長や豊富な経験を積み重ねる必要性を理解し、人生経験を豊かにしていくことを意味する概念とした。

② 「臨床経験の積み重ね」

『経験がもてで自分の中で考えられるようになるんよね。このままいったらこうなるだろうという予想と、ここで切ったら相当不満に思うだろうという。』などのデータから、看護師が個々の患者とのコミュニケーションを応用していけるよう、臨床経験を豊かにしていくことを意味する概念とした。

(3) 【きっかけ】

『自分の時だけ拒薬する患者さんがあって。でも、先輩の時は1発目で飲むんよ。この違いは何なんかな。それがきっかけで先輩に相談したら、普段やっぱり話し込んでないけん。』のように、患者理解のために内的世界へアプローチするコミュニケーションへ変化するきっかけとなる気づきや発見を得るカテゴリーとした。

① 「意図的コミュニケーションの発見」

『見よう見まねじゃったらその意図とするところは違うし、先輩みたいなものは何

も持ってないところで見よう見まねしても何もない。言葉は同じでも、その中は全然違うけん。』などのデータから、他の看護師のコミュニケーションをまねても患者の反応には違いがあり、コミュニケーションを意図的に行う重要性に気付くことを意味する概念とした。

② 「患者の内的世界への着目」

『うちにとってはゴミだけど〇〇さん（患者）にとってはゴミじゃないんだな、大切なものなんだな、〇〇さん（患者）にとっては意味があるんだなって。』などのデータから、理解困難な患者の言動にも、必ずその人の内的世界からの意味づけがあって言語化・行動化されていることに気づくことを意味する概念とした。

2) 自己投入コミュニケーションの構成要素

(1) 【アンテナ】

『その一言に反応して聞いてあげられたら、アンテナ張ってあげられたらと思う。聞き流しとったら何でもないことかも知れんけど、その中で大事なこと言って（る）かもみたいなところあるよね。』から、アンテナというキーワードを得た。対象者の多くが直感やカンと表現していたため、看護師が直感的に患者から発せられるさまざまなサイン・信号を逃さないよう注意を払っていることを示すカテゴリーとした。

① 「ポイントの掌握」

『幻聴とか妄想とかがあるけん、今言おうと思って10分待ったら、その10分後に妄想とか出とったら、その人の“今”なくなる。』などのデータから、患者とのコミュニケーションで重要なタイミング・サイン・信号などが現れたとき、迅速かつ的確に反応しそのポイントをつかめるよう常に注意を払っていることを意味する概念とし

た。

② 「いつもの状態の更新」

『微妙な誤差の揺れを感じれるように、いつもの患者さんを知っておきたい。なんか変っているのを感じられるように、いつも日々関わる。』『難しいよ。毎日がいつもじゃないから。いつもっていう感覚って難しい。』などのデータから、患者のいつもの状態とは一度把握すれば不変のものではないと意識し、いつもの状態から些細な変化も逃すことがないよう絶えず注意していることを意味する概念とした。

③ 「関心で浮き彫りにされる個別性」

『この人に関心があるなーと思ったら違ってるよ、喋り方も。自分には苦手かなと思って、関心を持って行ったら大丈夫なことってよくある。あーこの人苦手って思うけど、ちょっと向かい合ってみたら入り込めたり。』などのデータから、関心を寄せることにより、その患者が看護師の視野の中で周囲から浮かび上がるように捉えられ理解しようとする意識が高まることを意味する概念とした。

(2) 【患者目線の獲得】

対象者のほとんどから『目線』というデータが得られたことから『患者目線』をキーワードとし、その獲得のために看護師が自己を調整するカテゴリーとした。

① 「看護師のアメーバ化による空間の創造」

『自分を変えていく。自分はアメーバみたいにならなければいけないと思っているので。確固たる看護信念は持っていないけど、その対象によって形は変わってもいいのかなと。』『患者さんにとって落ち着いたとか話しやすい場をつくれば、汚い方が気を使わないで喋るって人がおれば、そっちにもって行って

いいと思う。つくるもんなんよ（患者と）2 人で。』などのデータから、看護師が自己洞察を踏まえた上でアメーバのようにそれを核として持ちつつ自己の枠を相手に合わせて変化させ、患者と看護師とのコミュニケーション空間を創造していくことを意味する概念とした。

② 「受信の徹底」

『患者さんが思ってることを話そうという気持ちになってもらうことが大事。引き出そうとするのではなくて、患者さんから話せるようになるのが大事。』『（話をきくというのは）患者さんが言いたいことを言って納得するまで。』などのデータから、患者理解のために患者の表出を徹底して受け入れることを意味する概念とした。

③ 「焦点の調整」

『症状のこを受け止めたり否定したり肯定したりとかって、どうしようもできません。そういった気持ちで辛いんだとか、そういったとこの方を何とかしてあげた方がいいかなという意味で、多分症状とは別、切り分けてると思う。』『相手の立場になって考える。できんにしても、一瞬立ち止まって考えとるところはあると思う。』などのデータから、コミュニケーションで得た患者目線から患者の病的・健康的視点を見極め、整理してその人の目線を捉えることを意味する概念とした。

(3) 【患者世界の描写】

『目に見えるっていうのは、その人の本来の姿が見えてくるっていう感じ。』のように、獲得した患者目線から看護師が患者の感情や思考など内面の表出を推測や言語化で援助して目に見えるように捉え、患者・看護師が互いに自己開示することで、理解・共有し合える部分を見出そうとするカテゴリーとした。

① 「核心の把握と導き」

『患者さんが何を言おうとしとるか。言葉の中に隠されたことってあったりするよね。本心が。』『患者さんも表現できんのかなと思って。表現できるようにしてしまったら結構楽しかったりすることが多いじゃない。』などのデータから、表出を困難とする患者の感情や考えなどを、看護師が患者の言動から推測したり言語化したりして、患者が伝えようとしている核心を捉え導こうとすることを意味する概念とした。

② 「患者との接点の探索と拡大」

『患者さんと自分の簡単な接点を探してる。パチンと手を打つようなのをしょっちゅう探してる。患者さんと自分の分かり合えるような接点をしょっちゅう探しとる。』『相手が色んなところで経験がない分だけ悩み苦しんでるんだったら、自分の経験をすべて出しきるいうところも大事なんじゃないかと思う。』などのデータから、患者と看護師が自己開示して理解し合える接点を探し、理解できる部分を拡大していくことを意味する概念とした。

(4) 【立ち位置の確認】

『関係ができてきたなと、自分が関係ができてるなと感じた時に確認行為をとる。』のように、看護師が患者の言動から患者・看護師の関係性を読み取ろうとし、患者の立場にたった理解が行えているか確認するカテゴリーとした。

① 「個人名での指名」

『今日、〇〇さん（看護師）仕事なんじゃないって。そういう人が多ければ、その人にも声かけやすいし、病状とかでも本人も話しやすいじゃろうし。』などのデータから、患者が「看護師さん」ではなく「〇〇さん」

と個人名で指名することから、患者がその看護師を特別に個人として認知していると読み取ることを意味する概念とした。

② 「患者からの評価の読み取り」

『ありがとねって患者さんとか家族から一言でも言われたら今やってることは間違いないじゃなかったのかなって。答えがないからこそ、ありがとって言われた時には、これで良かったのかなと思う。』などのデータから、看護師が患者からの評価をその言動から読み取ることを意味する概念とした。

2. 自己投入コミュニケーションのプロセス

患者の内面の表出を意図するコミュニケーションは複雑困難なため、【表層的コミュニケーション】、つまり患者が表出できる部分からやりとりをはじめる(図1)。**【表層的コミュニケーション】**は、患者とのコミュニケーションの実践から【引き出しの積み上げ】によって重層化していく。重層化に伴い、看護師は試行錯誤していた患者とのコミュニケーションから患者理解のためには内的世界へのアプローチが必要であるという【きっかけ】を得て自己投入コミュニケーションに向かう。

自己投入コミュニケーションは【アンテナ】を

中核(コアカテゴリー)とし、患者からのサイン・信号を迅速かつ的確に感知して他のすべてのカテゴリーに反映する。看護師はまず**【患者目線の獲得】**を行い、患者の立場にたって物事を捉えられるよう、それぞれの患者に自己を適応させていく。次に**【患者世界の描写】**へ移り、患者目線の活用から患者の感情や思考を推測し言語化を援助し、患者・看護師が互いに自己開示して理解・共有できる部分を見出し、拡大していく。最終的に**【立ち位置の確認】**へ至り、看護師が患者の立場にたって患者を理解できているか患者の言動から評価を読み取り、患者理解における患者と看護師の位置関係を確認する。

VI. 総合的考察

本研究の目的は自己投入コミュニケーションの構成要素を明らかにする他に、自己投入コミュニケーションのプロセスを明らかにしようとしている。しかし、このプロセスには同時に看護師の成長プロセスも含まれる結果となった。これは、対象者が患者により深くコミットするためのコミュニケーション過程を説明する際、自己成長に伴って得られたもの、またはその獲得過程を重視して

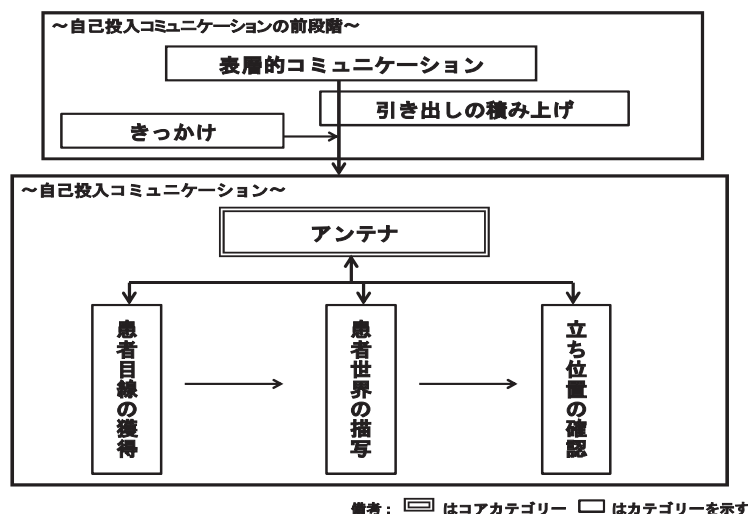


図1 自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス

おり、看護師の成長プロセスなくしては自己投入コミュニケーションのプロセスを明らかにすることが困難であるためと考えられた。このことから、自己投入コミュニケーションを自己投入コミュニケーション獲得前の段階と自己投入コミュニケーションとに分け、双方の構成要素とプロセス、その関連を説明していく。

1. 自己投入コミュニケーション獲得前の段階

看護師は中堅レベルに達するまで、患者の全体像が把握できず問題に焦点を絞りきれないとされている (Benner, 2005)。コミュニケーション障害によって自己表出が困難になっている患者の言語背景に対する視点の不足が、表面的なコミュニケーションにとどまる 1 つの原因と考えられる。宮林・谷・仁科・日高・仁科 (2008) は、精神科看護を行うには看護全体の経験よりも精神科看護の経験が重要であるとしているが、今回の結果では人生経験の重要性も示唆された。これは患者の問題がその人の生活に根ざしており、さまざまな背景を持つ人間の理解が必要とされるためと言える。また、看護師が精神科看護を理解し能力を発揮するには 5 ～ 10 年以上の精神科経験年数が必要とされている (松崎, 1994; 大西他, 2006; 宮林他, 2008)。この期間は自己投入コミュニケーションが行えるまでに要する自己投入コミュニケーション獲得前の段階 (以下、前段階) の【引き出しの積み上げ】によるコミュニケーションの重層化を待つ期間と考えられる。Benner (2005) は、ドレイファスモデルを臨床実践に適用して看護師の看護技能習得段階を初心者、新人、一人前、中堅、達人という 5 段階で表している。初心者は原則通りの行動しかできない段階、新人はガイドラインに沿ったケアはできるが状況判断が未熟な段階、一人前はスピードや柔軟性には欠けるがある技能レベルに達した段階である (Benner, 2005)。今回の結果から、自己投入コミュニケーションに

おいて患者の状況を総合的に捉え状況に応じて重要度を判断できる中堅レベルに達するには、初心者から一人前までの前段階が非常に重要な意味を持つことが考えられた。前段階のすべての構成要素を踏まえて【アンテナ】を創造し、精鋭化していくことが中堅レベルへの飛躍の第一歩であり、自己投入コミュニケーション獲得・発展の鍵になると考えられる。

2. 自己投入コミュニケーション

【アンテナ】において精神科中堅看護師が用いる直感とは不確かな感覚ではなく、コミュニケーション障害のためにさまざまな形で発信される患者からのサイン・信号を感知する確かな受信能力である。中山 (2005) は、患者の病状変化を予測的に捉える看護師の専門性は豊富な精神科経験年数の中から獲得されるとしている。前段階を踏まえることで患者とのコミュニケーションから反応すべき特徴や重要点を把握し、患者の些細な言動の変化やキーワードを察知する能力が身につく、【アンテナ】が創造・精鋭化されると考えられる。

ほとんどの対象者から『目線』という表現が得られ、患者の内面を理解しようとするとき看護師が最も注意していることは患者目線であると考えた。【患者目線の獲得】は、患者の内的世界を患者が捉えるまま受け入れるために看護師が自己を柔軟に調整する準備段階であり、患者理解のためのコミュニケーション阻害要因を突破して患者の内的世界へ進むための重要なカテゴリーである。看護師の受容的・傾聴的態度が患者の発話を促進するとされるが (河田他, 2005; 江崎他, 2006; 永野, 2006)、患者の話を徹底してきく受容・傾聴の姿勢とリラックスできる空間の創造によって、患者は自分の内面を自然にそのまま表出しやすくなる。また、看護師は自己洞察をその後の看護に活かしていくとされるが (福田, 2006; 安岡, 2006; 藤原, 2007)、本研究では、自己洞察後にも看護師

が患者を理解できる状態に自己を調整していくことが考えられた。

【患者世界の描写】は、看護師が【患者目線の獲得】によって得た患者の視点を活用し、コミュニケーション障害のために困難としていた内面を推測や言語化などで援助し、患者の全体像を捉えようとする段階である。このカテゴリーでは、看護師自身も経験や考えなど自己を開示し、患者・看護師の両者が理解し合える部分を見出していくことが特徴的である。共感に必要なスキルとして、反射、明確化、探査がある（Joy, 2003）。精神科中堅看護師は自己投入コミュニケーションを行う過程で、【アンテナ】から患者の言動を読み取り、直感に基づいたこれらの共感のための技術を駆使して患者理解を深めていると考える。また、患者のニーズの表出を促す意図を持ったかわりの重要性が指摘されている（永野, 2006；難波, 2005）。患者目線を獲得することで患者が表出できていない感情を推測したり、考えを言語化する援助が可能になると考える。精神科中堅看護師は患者理解のために患者の内面の表出を援助し、相互に自己開示して理解し得る共有点を探索し、拡大していくという明確な意図をもって関わっていると考えられる。

【立ち位置の確認】は、看護師が患者理解の程度を患者の言動から評価する段階である。看護師が観察したことを患者にフィードバックすることは非常に重要である（福田, 2006）。看護師は【患者目線の獲得】で自己の目線を調整し、【患者世界の描写】で内的世界の照合や共有を行い、最終的にどれだけ患者の立場にたてているか、この段階でフィードバックしていると考え。データから得られた評価の最も特徴的な目安は、看護師が患者から個人名で指名され、個別的な認知を受けることであると考えられた。

本研究で、精神科中堅看護師が実際に行っている患者理解のためのコミュニケーションである

自己投入コミュニケーションは、【アンテナ】を主軸に展開されていることが示唆された。【アンテナ】はこれまで精神科看護において言語化し、共有することが困難だった部分と考えられる。前段階で創造し洗練された【アンテナ】は、自己投入コミュニケーションの他のすべてのカテゴリーに影響を与える。【患者目線の獲得】では獲得しようとする患者の目線に看護師が受け取った目線を照合させるときに作用し、【患者世界の描写】では患者と看護師が自己開示した内的世界のポイントを的確に探索するとき作用し、【立ち位置の確認】では患者からの評価をその言動から読み取るときに作用する。また、各カテゴリーで患者の内的世界の理解に不具合が生じたときも、【アンテナ】が作用して適切なカテゴリーを往来して患者理解を深めていく。つまり、【アンテナ】を張り巡らせ、迅速かつ的確に反応しながら患者とのコミュニケーションを深めていくプロセスは、精神障害によりコミュニケーション障害を持つ患者に対する精神科看護の専門的で積極的な受信能力ではないかと考えられる。

3. 今後の課題

本研究の限界は、対象者が1つの精神科病院に勤務する看護師に限定されている点である。その病院の特性に左右されないよう、今後は別の特徴をもつ精神科病院にも対象者を広げていく必要がある。また、本研究はコミュニケーション障害を特徴とする精神疾患をもつ患者をケアする上で、患者の内的世界に迫るためのコミュニケーションに焦点をあてている。精神科以外でもコミュニケーション障害のある患者をケアする機会は多いが、その場合にも応用可能であるか、精神科以外で働く看護師に焦点をあてた研究を行っていく必要性があると考え。

M-GTAは実践的な活用のための理論生成の方法であり、実践の場で応用されることで評価を得

ていくという特徴がある (Chenitz et al., 1999; 木下, 2007)。本研究で抽出された概念やカテゴリー名が今後実践の場で評価・修正を受けながら、応用者によってより洗練された名称に変化していくことを期待したい。

VII. 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました A 精神科病院の皆様、研究の指導と助言をいただいた広島国際大学塩谷久子教授、七田恵子教授、小笠原知枝教授に深謝いたします。

文 献

- Benner, P. (1992). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. (ベナー, P. 井部俊子 (監訳) (2005). ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ 医学書院)
- Chenitz, W. C., Swanson, J. M. (1986). *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. (チェニッツ, W. C., スワンソン, J. M. 樋口康子・稲岡文昭 (監訳) (1999). グラウンデッド・セオリー看護の質的研究のために 医学書院)
- Duxbury, J. (2000). *Difficult patients*. (ダクスベリー, J. 羽白清 (訳) (2003). 難しい患者さんとのコミュニケーション・スキルー心を通わせる 27 の方法ー金芳堂)
- 江崎祐子・濱千恵子・川浪美紀 (2006). 「死にたい」と訴える患者に寄り添うコミュニケーションスキルの検討ープロセスレコードによる振り返りー 日本看護学会論文集 (看護総合), **37**, 113-115.
- 藤原クニ子 (2007). 急性期における老年期患者の回復への援助 患者ー看護師関係作りに焦点を当てて 日本精神科看護学会誌, **50** (2), 299-303.
- 福田晶子 (2006). 患者へのフィードバックに対する一考察 精神科急性期看護における患者ー看護師関係の構築に関連して 日本精神科看護学会誌, **49** (2), 114-118.
- 樋口康子・稲岡文昭 (2004). 看護学双書 精神科看護 II 章精神看護学に影響を及ぼす諸モデル IV 章精神看護の働きかけ 文光堂
- 飯田澄美子・見藤隆子 (1997). ケアの質を高める看護カウンセリング 医歯薬出版
- 池淵恵美 (2007). 統合失調症のコミュニケーション技能ーロールプレイテストを通してー *Schizophrenia Frontier*, **8** (2), 83-88.
- 伊藤祐紀子 (2003). 患者ー看護者関係における共感のプロセス 日本看護科学会誌, **23** (1), 14-25.
- 河田翠・野村雅美・田辺幸子・宇賀神久美子・小柳尚子・塩澤直美・佐藤吟子・大久保タミ子 (2005). 熟練看護師の患者との相互関係における傾聴的態度 日本看護学会論文集 (看護管理), **36**, 282-284.
- Kingdon, G., Turkington, D. (1994). *Cognitive-*

- behavioral therapy of schizophrenia. (原田誠一 (訳)
(2002). 統合失調症の認知行動療法 日本評論社)
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生 弘文堂
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂
- 木下康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂
- 前川郁美・井藤恵美子 (2005). 不安や焦燥の強い患者との関わり方を治療的コミュニケーション技術を用いて考える 日本精神科看護学会誌, **48** (1), 48-49.
- 松崎澄子 (1994). 精神科看護者が重要視している看護者－患者関係の持ち方 精神保健看護会誌, **3** (1), 84-88.
- 南裕子 (2008). 看護における研究 日本看護協会出版会
- 宮林郁子・谷多江子・仁科祐子・日高艶子・仁科幸枝 (2008). 精神科看護の臨床能力と臨床経験年数の関係 聖マリア学院紀要, **22**, 29-34.
- 永野ひろ子 (2005). 聴き手（看護師）の態度・行動が話し手（クライアント）の情動反応に及ぼす影響と発話促進効果について 共感的理解「受容的態度の技術」の視点から 看護教育, **47** (9), 822-825.
- 中井久夫・山口直彦 (2001). 看護のための精神医学 医学書院
- 中山美恵子 (2006). 精神科看護師の患者とのかかわりの中での感情行動と対処行動－精神的健康を守るための一考察 日本看護学会論文集（精神看護）, **36**, 47-49.
- 難波由香里 (2005). 患者を主体的健康行動に導いた事例の分析 ペプロウの人間関係論を用いて 奈良県立三室病院看護学雑誌, **21**, 40-43.
- 夏目美貴子 (2007). 苦痛を伴う慢性疾患患者にかかわる看護師の共感のプロセスに関する研究 医学と生物学, **150** (7), 257-266.
- 大西由美・吉岡譲二・和田誠・松田優子・西野和賀子・山本真理・岡部今朝美 (2006). 精神科患者が帰宅願望を訴えてきたときのベテランナースの技 日本看護学会論文集（精神科看護）, **37**, 142-144.
- 坂田三允・遠藤淑美 (2000). 精神科看護とリハビリテーション 医学書院
- 田畑治 (1998). クライアント中心療法 現代のエスプリ No. 374. 至文堂
- 滝沢広忠 (2006). 心理臨床の方法論についての一考察 札幌学院大学人文学会紀要, **79**, 21-44.
- 安岡三枝 (2006). 対人不安のある統合失調症患者の退院に向けての援助 患者－看護師関係の発展に焦点をあてて 日本精神科看護学会誌, **49** (2), 203-207.

原 著

胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難

長松 康子¹⁾・堀内 成子¹⁾・名取 雄司²⁾

Difficulties faced by nurses in caring for patients with malignant pleural mesothelioma

Yasuko Nagamatsu¹⁾, Shigeko Horiuchi¹⁾, Yuji Natori²⁾

Abstract

Objective : This study was to explore nurses' difficulties in taking care of patients with malignant pleural mesothelioma (MPM).

Method : 21 nurses who cared for MPM patients were interviewed. Data was qualitatively analyzed. The Research Ethics Committee of St. Luke's College of Nursing approved the study.

Result : Difficulties faced by nurses caring for MPM patients were categorized into : ① groping for care ; ② failure of introducing palliative care ; ③ limitation of support for patients' decision making ; ④ difficulty in dealing with families ; ⑤ short of communication skill, and ⑥ painful being with MPM patients.

Conclusion : Educational programs and supports are necessary because nurses faced many complex difficulties in the care of the MPM patients.

Key words : asbestos, malignant pleural mesothelioma, nurse difficulty.

I. 研究の背景と目的

中皮腫は、中皮細胞に生じる悪性腫瘍で、その大半がアスベスト（石綿）によっておこる（森永, 2008）。胸膜中皮腫は増加傾向にあり、2000年から40年間で男性だけでも10万人が死亡するとの予測もある（Murayama, Takahashi, Natori & Kurumatani, 2006）。胸膜中皮腫はごく初期の外科療法以外に根治療法がなく、2年および5年生存率はそれぞれ29.6%、3.7%と極めて予後が悪い（三浦, 2008）。また、肺がんと比べてより多くの症状が出現する（Hollen, Gralla, Liepa,

Symanowski & Rusthoven, 2004）。英国胸部学会は、完治が極めて稀なこと、診断期患者の4割が根治療法に適さないこと、多くが診断時から緩和療法を必要とする症状を呈することから、緩和ケア導入を胸膜中皮腫ケアの重点項目に挙げ、肺がん・中皮腫専門看護師がケアコーディネーターとしての役割を担うべきだとしている（British Thoracic Society Standard of Care Committtee, 2007）。また豪国の粉じん病補償会は、胸膜中皮腫患者にはエンドオブライフケアやその後に訪れる死について例を用いた分かりやすい説明が必要だとして、その提供を行っている（Hawley & Monk, 2004）。こ

1) 聖路加看護大学看護学部 (St. Luke's College of Nursing, Department of Nursing)

2) 医療法人社団ひらの亀戸ひまわり診療所 (Hirano Kameido Himawari Clinic)

受稿2011.7.22 受理2011.12.27

のように、完治が極めて稀で、進行が速い胸膜中皮腫に対しては、診断期からターミナルケアを意識したケアを提供する必要がある。わが国ではこれまで中皮腫と診断される患者が少なかったことから、発生部位を問わず中皮腫に関する看護分野の研究や報告が非常に少ない。秋山（2006）は、中皮腫患者への訪問看護の経験から、急速に症状が進む中で、QOLを高めながらその人らしくすごせるよう調整することが重要だとしている。葛西・本田（2009）は、中皮腫患者の多くが同僚の発症を経験し、受診した時点で不安と苦悩にあることから、確定診断前からの心理的支援が必要だとしている。胸膜中皮腫患者を対象とした調査では、患者は、難治性の悪性疾患、希少疾患、石綿被害によって起こるという胸膜中皮腫の特性から生じる様々な困難を体験していた。しかも他のがんのように症状の落ち着いた時期がほとんどなく、診断から終末期まで一気に進行するため、ひとつの困難を解決する前に新たな困難が発生して困難の重層化が生じていた（長松・堀内・名取、印刷中）。これらの先行研究は、胸膜中皮腫の特性をよく理解して、問題を予期したケアを適正な時期に提供する、特に症状コントロールを含めたターミナルケアを早期から準備する必要があることを示している。しかし、胸膜中皮腫に関する詳しい看護教材やケアのガイドラインはなく、各医療施設における胸膜中皮腫症例が少ない我が国では、看護師の胸膜中皮腫に関する知識や経験が不足し、ケアに困難をきたしている可能性がある。そこで本研究は、胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難を明らかにすることを目的とし、それを胸膜中皮腫患者のケアを行う看護師に対する支援策に役立て、ひいては胸膜中皮腫患者へのケアの向上に資することを意図とするものである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

胸膜中皮腫患者のケアに携わる看護師のケア上の困難を、看護師の語りを通して探索する質的帰納的デザインを用いた。

2. 研究協力者

中皮腫患者会に依頼し、過去1年間に会員が治療やケアを受けた14の医療機関の情報を提供してもらい、それぞれの看護部長に書面で調査協力を依頼した。協力の申し出のあった12の医療機関の看護部長に複数の胸膜中皮腫患者のケア経験を有する看護師21名を紹介してもらい、研究参加の同意の得られた21名を対象にインタビューを行った。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。研究協力者の属性についてはアンケート用紙を用いて情報収集を行った。

1) インタビューガイドの作成

胸膜中皮腫には、がん看護、特にターミナルケアが必須であると考えられたことから、終末期がん患者のケアにおける看護師の困難（Sasahara, Miyashita, Kawa & Kazuma, 2003；加藤, 2008）を参考に筆者らがインタビューガイドを作成し、胸膜中皮腫患者のケア経験のある看護師2名と呼吸器内科医師に意見を求め、妥当性と調査実現可能性の確認を行った。質問内容は、胸膜中皮腫患者の概要、研究協力者が関わった時の患者の様子と行ったケア及びケア上の困難とその理由であった。

2) 面接の実施方法

研究協力者が、当時の状況を思い出しやすいよう、初めに①受け持った患者の病気や治療の経過

と②患者が心身面でどんな問題を抱えていたかについて、入院から退院というように経時的に話してもらい、その上で、③看護師としてどのようなことが困難であったかを語ってもらった。研究協力者が自由に語れるよう、「どんなことが大変でしたか？」と大枠な質問をし、何を最初に語るかによって研究協力者が何を最も重要な問題とすることを理解するようにした。最後に、インタビューガイド内容のうち面接中に出てこなかった項目に限って質問した。面接時間は60分から150分で平均87.4分であった。インタビュアーは筆者で、調査はプライバシーが保てる場所で実施した。データ収集期間は2010年10月から12月であった。

4. 分析方法

分析は、グレッグ（2007）による質的記述的分析法を参考に行った。

まず研究協力者の語った内容を逐語記録におこし、研究協力者本人による確認を経たうえで正式な逐語録とした。次に、逐語録を繰り返し読み、胸膜中皮腫患者のケアにおける困難を示す陳述を研究協力者の言葉のまま抽出して、意味を損なわない程度に明瞭に表現してコード化を行った。次に記述内容が同類のものをひとまとめにして共通する意味を表わすよう表現し、サブカテゴリーとし、同様にサブカテゴリーからカテゴリーを作成した。

なお、分析にあたっては質的研究の専門家からスーパービジョンを受けながら行った。

5. 倫理的配慮

調査に先立ち、協力者の所属する医療機関の看護部長に了承を得た。依頼文書と口頭で、研究協力は任意であり、協力しないことで不利益を被ることがなく、いつでも協力を中断でき、データは研究目的のみに使用し、個人を同定しない形で報告書、学会、論文等で発表する可能性があること

を説明し、同意を得られた者のみを対象とした。なお、本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認された（承認番号10-038）。

III. 結果

1) 研究協力者の属性（表1）

研究協力者は、複数の胸膜中皮腫患者のケア経験のある女性20名、男性1名、計21名の看護師であった。所属医療機関は、関東から中国地方の中核病院と大学病院の呼吸器内科、呼吸器外科、緩和ケア及び訪問看護ステーションで、臨床経験は2年から36年で平均11.9年±6.0年であった。ケア経験のある胸膜中皮腫患者数は、2名から100名以上であった（表2）。

2) 胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難（表3）

分析の結果、6つのカテゴリーと19のサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、〈未経験ゆえの手探りのケア〉、〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉、〈コミュニケーションスキル不足〉、〈看護師自身の辛い気持ち〉からなる。以下にカテゴリーについてサブカテゴリーをあげながら説明する。〈 〉はカテゴリーを、《 》はサブカテゴリーを示す。

(1) 〈未経験ゆえの手探りのケア〉

《胸膜中皮腫の知識不足》、《問題を予測したケアができない》、《胸膜肺全摘術後の管理が難しい》、《コントロールできない重い症状》のサブカテゴリーから成る。以下に、それぞれのサブカテゴリーについて述べる。また、「 」内にゴシック体で協力者の語りを挿入し、わかりにくいところには（ ）の中に言葉を補った。

《胸膜中皮腫の知識不足》

胸膜中皮腫に関する知識が不足しているため、

表 1 勤務部署

(n=21)

勤務部署	
呼吸器外科病棟	8
呼吸器内科病棟	7
緩和ケア	4
訪問看護ステーション	2

表 2 ケア経験のある胸膜中皮腫患者数

(n=21)

2～9人	15
10～49人	3
50人以上	3

表 3 胸膜中皮腫のケアにおける看護師の困難

(n=21)

カテゴリー	サブカテゴリー
未経験ゆえの手探りのケア (38)	胸膜中皮腫の知識不足 (14)
	問題を予測したケアができない (5)
	胸膜肺全摘術後の管理が難しい (5)
	コントロールできない重い症状 (14)
導入できない緩和ケア (8)	調整が追いつかない (5)
	告知していないのでホスピスを勧められない (3)
意思決定支援における限界 (12)	意思決定支援の機会が無い (3)
	効果のない治療の継続 (4)
	本人の意向を家族が妨げる (5)
家族への対応における苦慮 (7)	家族もケアを必要としている (4)
	家族間で意見が違う (3)
コミュニケーションスキル不足 (9)	声のかけ方がわからない (3)
	複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち (3)
	ニーズが引き出せない寡黙な患者 (3)
看護師自身の辛い気持ち (11)	苦痛にある患者をみる辛さ (3)
	治らない患者をケアする辛さ (2)
	業務と不安へのケアが両立できない (2)
	最期まで看取れないフラストレーション (2)
	見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感 (2)

() 内は回答者数

看護師は、類似すると思われる肺がんへのケアを参考にして、症状に応じたケアを行っていた。

「中皮腫についてはわからないので、肺がんと変わらないのではないかと、痛み、息苦しさ、胸水という症状に対して何とか手探りでやってきた。中皮腫であって肺がんではないので、これでいいのかという気持ちもありながらやっていた。」(協力者A、呼吸器内科)

看護師は、中皮腫に関する知識を得ようと試みるものの、必要とする情報が得られないために、患者に十分なケアを提供できていないと感じていた。

「中皮腫は情報が少ない。教科書の(中皮腫の部分の)半分に石綿の写真が載っているのを見

て、意味が無いと思った。石綿、疫学、予後不良の3つだけで、あとは役に立たない。治療法、化学療法の薬剤、検査、術後に退院して自宅に居られる期間が知りたい。そうすれば在宅(ケアチーム)に依頼する時に、どこに注意してほしいか伝えられるし、退院する患者さんに、その後の検査や治療の見通しを教えられるから、患者さんは退院中に何をすべきか考えられる。」(協力者B、呼吸器外科)

《問題を予測したケアができない》

看護師は、胸膜中皮腫患者の経過や時期ごとのケアニーズがわからないため、問題を予測したケアを行う事が難しいと感じていた。

「中皮腫の患者さんにもステージがあるように

感じた。それを理解するのが大変。」(協力者C、呼吸器内科)

「肺がんだと、その後の経過が分かるから、前もって問題を見越したケアをする。中皮腫は、病気の経過もその後の治療もわからないので、何をすればいいのか見えない。」(協力者D、呼吸器内科)

《胸膜肺全摘術後の管理が難しい》

胸膜中皮腫に特有な手術である胸膜肺全摘術後は、痛みが強く、心房細動等の合併症が出やすいので、看護師は術後の管理が困難だと感じていた。

「術後疼痛のコントロールが難しい。肺がんの方は『動いたときに突っ張る。』とおっしゃるが、中皮腫の方は動けない。『身の置き所がない。』というくらい痛い。」(協力者E、呼吸器外科)

「術後の出納バランスがどう保たれているかを見ることが大事。サードスペースにとられているのか、循環に入っているのか、ドレーンにきているのか。サードスペースも、侵襲を受けやすい肺だけに留まっているのか、全身に取られているのかを見なければならない。それが難しい。」(協力者E、呼吸器外科)

《コントロールできない重い症状》

看護師は、理解を超えて重症な胸膜中皮腫患者の症状に対処できず、胸膜中皮腫の症状は取ることができないという固定観念を持つ者もあった。

「痛みのコントロールが困る。中皮腫の痛みは取りきれない。重い痛み、身の置き所のない痛みがずっと続く。」(協力者D、呼吸器内科)

「呼吸困難のたちが悪い。がん性リンパ管腫で胸水が急に肺に流れ込んでくる状態がずっと続く感じ。それが急激におこる。朝元気で『ちょっと痛いけど。』と言っていた人が、夕方呼吸困難になって酸素とモルヒネが始まる。看護師は急激なハードな呼吸困難への対処方法を身につけておいた方が良くと思う。」(協力者C、呼吸器内科)

「大量胸水の方が大変だった。チューブが入っ

ていてもどんどん出てきて、癒着術もできなくて、先生も『どうするか。』となった。」(協力者G、呼吸器外科)

「中皮腫が腸を取り巻いて、お腹がパンパンになる。苦しくて患者さんは『お通じが出ない。』『水を抜いてくれ。』というが、ガチッとなって、針を刺すスペースもない。」(協力者H、呼吸器内科)

「なぜか中皮腫の人は、心が壊れることがあると思う。理由はわからないが、人格が変わって、せん妄が現れたり、暴力的になる。そこが肺がんと違う。」(協力者I、呼吸器内科)

一方で、緩和ケアのスキルを持つ看護師は症状の緩和に問題を感じていなかった。

「中皮腫だから特別とは思わない。肺がんに比べて重いということも感じない。」(協力者J、緩和ケア)

「中皮腫の痛みが緩和できるのは、特別(な場合だけ)だろうと言われるが、そんなことはない。早く緩和ケアを入れれば大丈夫。」(協力者K、訪問看護)

(2) 〈導入できない緩和ケア〉

《調整が追いつかない》と《告知していないのでホスピスを勧められない》のサブカテゴリーから成る。

《調整が追いつかない》

緩和ケア導入やホスピス入所の調整を始めても、実現の前に症状が進んで、その機会を失ったり、非常に進行した状態での実現になっていた。

「治療が終わってから緩和にケアを繋げるのが難しい。(病気の進行が)速い。緩和ケアが必要だと思った時はどんどん症状が進んで、看護が追いつかない。」(協力者C、呼吸器内科)

調整が難航する一因として、医師が緩和ケアやホスピスの導入をためらった例も挙げられた。

「退院できるタイミングもあったが、外科の先生が抱え込んでしまい、退院支援センターに申請しなかった。そうでなければ、緩和ケアやホスピ

スに行けたと思う。」（協力者L、呼吸器内科）。

一方、訪問看護ステーションの看護師は、緩和ケアや在宅ケアの導入が遅れることで患者の心身の安寧が妨げられていると感じていた。

「手術の後の痛みや、中皮腫が進行した痛みにはすぐに緩和や在宅が入っていくべきなのに、それが進まず、増悪して痛みが強く、体力気力ともに落ちた状態で来る。それまで患者は不安が強く、寝たきりで過ごさなければならない。」（協力者K、訪問看護ステーション）

《告知していないのでホスピスを勧められない》
看護師が、ホスピスを勧めても、末期であることを告知されていない場合は、移行には至らなかった。

「ホスピスに行ってほしいが、それには患者さんに末期であることを告知しなくてはならない。患者さんがホスピスに持っているイメージは末期の人が死ぬために行くところなのでなかなかうまくいかない。」（協力者M、呼吸器内科）

(3) 〈意思決定支援における限界〉

《意思決定支援の機会がない》、《効果のない治療の継続》、《本人の意向を家族が妨げる》のサブカテゴリーから成る。

《意思決定支援の機会がない》

治療選択の多くが外来で行われるため、看護支援が不十分でよい意思決定に至らないと病棟看護師は感じていた。

「セカンドオピニオンを受けていない上、信頼性が疑わしいインターネット情報をもとに意思決定をしており、適切な意思決定ができてはいえない。看護師が患者さんに始めから介入して意思決定を支えていかないといけないが、入院して来る患者さんは既に治療選択をした後で、看護師が介入する余地がない。」（協力者G、呼吸器外科）

《効果のない治療の継続》

患者の治りたいという気持ちが強いために、病

状にすぐわない化学治療継続に至った例があった。

「化学療法ができる状態ではないのに、患者さんは『もっと治療して欲しい。』という。先生も、『大丈夫かな。』といいながら行っていた。」（協力者N、呼吸器外科）

《本人の意向を家族が妨げる》

患者と異なる家族の意向が、患者の意に反した治療継続や治療上の医療者と患者の関係の悪化を引き起こしていた。

「本人が『（化学療法は）もういい。』といっても、家族が『やったほうが良い。』という。」（協力者O、呼吸器内科）

「『化学療法ができないことを本人に言わないで欲しい。』という家族の場合、患者さんは『いつ化学療法をしてくれるのだろう？』と待っている。先生も後になればなる程（できないとは）言いにくくなり、患者との関係に齟齬ができてしまう。患者さんと先生だけの時にもめることはほとんどない。家族が入ってくるからもめる。」（協力者H、呼吸器内科）

(4) 〈家族への対応における苦慮〉

《家族もケアを必要としている》と《家族間で意見が違う》のサブカテゴリーから成る。

《家族もケアを必要としている》

看護師は、患者のために家族の協力を期待するものの、家族もまた困難にあるため、期待する支援が得られない状況に陥っていた。

「患者さんが身辺整理を希望しているが、家族の気持ちがついていかない。看護師は、『今帰らないと帰れない。』と思うが、（家族は）『痛いのに帰るのは無理。』という。」（協力者N、呼吸器外科）

「家族の理解力が悪いことがある。化学療法をしても1, 2か月延命するだけだということを話しても、いざ悪くなると家族が受け入れられない。本人がパニックになると家族も一緒にパニックになることが多い。」（協力者H、呼吸器内科）

《家族の間で意見が違う》

家族間で意見が分かれたり、それぞれに多様な思いがあるため、看護師はそれらを聞き、調整するのが非常に難しいと感じていた。

「(ターミナルで) 傾眠傾向の患者さんで、家族の中でも『仕方がない。』という方と『積極的な治療をしてくれ。』という方で意見が分かれて、看護師もどうしてもいいかわからず、緩和ケア (のスタッフに調整) に入ってもらった。」(協力者 P、呼吸器内科)

「たまに来る親戚が『この病院で大丈夫か?』『こういう治療もあるらしい。』と妻に言うので、医師ともめて、その間に入るのが大変だった。」(協力者 D、呼吸器内科)

(5) 〈コミュニケーションスキル不足〉

《声のかけ方がわからない》、《複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち》、《ニーズを引き出せない寡黙な患者》のサブカテゴリーから成る。

《声のかけ方がわからない》

看護師は、予後が悪いゆえに、胸膜中皮腫患者の不安に対して真実を伝えることができず、返答に困っていた。

「患者さんがわーっとなると、どうしようもない。『そうですね、そうですね。』とただ聞いているしかできない。良くなると言えないことが辛い。看護師も辛いから (患者の所へ) 行かない。」(協力者 E、呼吸器内科)

「術後の息苦しさ、『いつか (病気が進んだら) こんなに苦しくなるのか。』という患者さんがいる。声かけできずに聞くことに徹することが多い。声をかけてあげるとしたら『これ以上辛くならないといいね。』というのが限界。『最期も苦しくない。』とは言えない。」(協力者 Q、呼吸器外科)

《複雑な胸膜中皮腫患者の気持ち》

石綿で発症したことに対する気持ちは患者によって様々で、デリケートな問題であるため、一

様の対応では患者の気持ちに添えないと感じていた。

「『患者会があるのは知っているが、中皮腫の患者さんと話はしたくない。』と言う人がいた。そこには病気の原因である石綿があるのだと思う。人に知られたくないというか、そうっとしておいて欲しいという感じで、難しいと思った。」(協力者 C、呼吸器内科)

《ニーズを引き出せない寡黙な患者》

看護師は、問題を持っていると感じながらも、ニーズを引き出すのが難しい寡黙な患者を経験していた。

「患者さんが何となく不安を持っているように感じる時がある。話を聞いてあげられたら良いが、中皮腫の方は職人さんで我慢強いから、泣き言が言えない。」(協力者 D、呼吸器内科)

(6) 〈看護師自身の辛い気持ち〉

《苦痛にある患者を見る辛さ》、《治らない患者をケアする辛さ》、《業務と不安へのケアが両立できない》、《最期まで看取れないフラストレーション》、《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》のサブカテゴリーから成る。

《苦痛にある患者を見る辛さ》

患者の訴える苦痛は、看護師に動揺とストレスを生じていた。

「『痛い、痛い。』といわれるのが辛い。患者さんが『痛い、痛い。』と言うと、自分も『どうしよう、どうしよう。』と思っていた。」(協力者 B、呼吸器外科)

苦痛を取って欲しいという患者のニーズに応えられないため、看護師は自分を責めることもあった。

「呼吸困難は取りきれない。見ているのはとても辛い。何もできないのに、そばにいないといけない。何もできない自分を責めてしまう。」(協力者 C、呼吸器内科)

その結果、患者の苦痛を見るに忍びないため、

看護師に、患者のところへ行きたくないという気持ちを生じていた。

「あまりにも痛がるから、こちらが行きたくなる時がある。『あの人、また辛どいとばかり言っている。』と、苦手な部類の人になる。」（協力者Q、呼吸器外科）

《治らない患者をケアする辛さ》

胸膜中皮腫は完治しないため、手術の完了を手放しで喜べないことに外科看護師はストレスを感じていた。

「（患者さんは）予後が悪いと知っている。（手術が終わっても）手放しで『オペして良かった、万歳。』とは、こちらも患者さんも喜べない。結局、胸膜肺全摘術をした人のほとんどが亡くなっている現実を見ているだけに重さを感じる。」（協力者Q、呼吸器外科）

《業務と不安へのケアが両立できない》

一般病棟の看護師は、胸膜中皮腫患者の不安に対するケアの必要性を感じつつも、業務に追われてじっくり話を聞く余裕がないため、心理的な負担を感じていた。

「夜勤で20人位看なくてはいけないのに、（胸膜中皮腫患者の話を）1時間位聞かなくてはならない。聞いてあげたいが、他の業務もあるので、気が焦る。」（協力者E、呼吸器外科）

《最期まで看取れないフラストレーション》

最期まで看取ってあげたいという気持ちを、病院の制約から果たせなかった看護師は、理想の看護と現実のギャップにフラストレーションを感じていた。

「大学病院という特殊性から、小康状態になった患者さんは居られない。転院の前に状態が悪くなったが、それを逃すと転院できないので、涙ながらに出発して、次の病院で3日後に亡くなった。3日間ならここにいられたのにと考えると悲しかった。看取ってあげたかった。消化できない。」（協力者F、呼吸器外科）

《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》

医師の判断や治療が患者に有益でないと考えたものの、治療が遂行され、それが患者のQOLを損ねた場面に遭遇した看護師は、看護師という職業の継続を危ぶむほどの強い無力感を感じていた。

「手術や気管切開でQOLがどんどん悪くなった。その度に止めたが、先生は『本人の同意がとれたから。』といってやってしまった。この人の幸せはなんだろう？ 私たちの何がいけなかったのだろうと思うと、やりきれない。看護師の中では、先生のいない時にそういう話をしている。『やっぱり間違いだよ。』とか『でも止められなかったよね、私たち。』とか。もし、周りのスタッフもわかってくれない、患者さんも嫌だという、先生も聞いてくれないとなったら、看護師をやっていられなくなる。」（協力者G、呼吸器外科）

IV. 考 察

本研究結果は、胸膜中皮腫患者のケア経験のある看護師21人にインタビューを行い、ケアにおける困難を質的に分析した。その結果、看護師が中皮腫患者のケアにおいて様々な困難を体験していることが明らかになった。

1. 胸膜中皮腫の特性による看護師の困難

胸膜中皮腫は、希少で、難治性の悪性疾患で、石綿被害によって起こる。同じく希少で治療法のない神経性難病のケアにおける看護師の困難と比較すると、医師との見解の違いから思うようなケアを出来ずに辛いと感じ、進行を恐れる患者への声かけに悩むという点で一致していた。一方で、身体機能低下に伴うコミュニケーションの難しさ、体の位置変えや吸引などに要する時間と忍耐、懸命のケアにもかかわらず解消できない患者や家族の不満、徐々に進行していく患者にあても

なく同じケアを行わねばならない無力感（安東・片岡・小林・岡村, 2006；山田・池田・片山・藤原・圓井・木下, 2010；伊藤・高橋・佐藤・中野・早川・石上・中保, 2008）は胸膜中皮腫患者のケアでは経験されなかった。これは、神経性難病が長期間にわたって徐々に進行し、ADLやコミュニケーション能力が低下しやすいのに対し、胸膜中皮腫は進行が速く、食事、排せつ及びコミュニケーションが最後まで保てることによる違いと考えられた。胸膜中皮腫においては、むしろ〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉など、がん患者のケアにおいて看護師が経験する困難（Sasahara et al., 2003；中村・中村・清水, 2010）が経験された。また、本研究結果で最も回答が多かった〈未経験ゆえの手探りのケア〉は、知識不足で業務を行うことによる自信不足と患者の不安や疑問への対応困難を経験する点で、治験業務を行う看護師の困難（金澤・小山・中野・小西・奈良, 2006）と一致していた。これらは、看護師がケアを行うにあたって、疾患や治療についての専門的知識が不可欠であることを示している。胸膜中皮腫は、これまで患者数が少なかったために看護師向け教材や教育の機会が不足していることがその原因であると考えられることから、早急な改善が必要である。さらに、本研究協力者の看護師は、患者が患者会への参加を希望する者がいる一方、参加したくないと感じる患者の気持ちを、石綿被害に由来する《複雑な胸膜患者の気持ち》として、理解が難しいと感じていた。小西（2006）によると、被害者は、被害によって体験する恥、自責、加害者への病的な憎悪、自分が汚された感じ等の複雑な感情や、被害者の気持ちを理解しない他者による二次被害から、他者に対して心を閉ざしやすい。胸膜中皮腫患者は、「石綿を使ってきた社会への怒り」、「自分のせいではない理由で死を迎える無念さ」などの被害感情をもつことが明らかに

されている（長松ら, 印刷中）。本研究協力者に、被害やそれに伴う患者の気持ちを聞くことに関する困難が観察されなかったのは、胸膜中皮腫治療を主目的とする治療の場では、患者が被害に関する辛い気持ちを表出する機会が少ないことによるものと推察された。

以上の結果から、胸膜中皮腫のケアにおける困難は、進行が速い悪性疾患、被害によっておこる及び疾患や治療に関する情報が少ないという特性を併せ持つことが明らかになった。

2. 胸膜中皮腫患者に必要なケア

1) タイミングを逃さないケア

〈意思決定支援における限界〉と〈導入できない緩和ケア〉は、看護師が、意思決定支援や関連機関との連携を試みるものの、胸膜中皮腫の進行が速いため、時間切れになる現状を示した。その背景には、《調整が追い付かない》が示す医療従事者側の働きかけの遅れ、化学療法が効かないほど進行した病状に気持ちが追いつかずに《効果のない治療の継続》を選択する患者側の要因、さらに〈家族への対応が難しい〉が示す、急激に死に近づく患者の死を受け入れられない家族側の要因が関連していた。これは秋山（2006）が、中皮腫は患者と家族の予想以上に症状が進むため、意思決定や調整に十分な時間をとれず、患者や家族の希望を実現することが難しいとし、Hawleyら（2004）が、自宅での看取りを望む患者の多くが、進行の速さ、重い症状および家族の負担から、病院で亡くなるとしているのに一致する。このような問題に対して、Hawleyら（2004）は、家族に速い進行を告げ、やり残しのない時間の過ごし方を考える時間を与えることを、秋山（2006）は、患者が完治に固執して状態の良い時期を消費しすぎないように助言することが必要だと報告している。このように、進行が速いため問題解決にかけられる時間が少なく、患者と家族が問題に向

き合う余裕がない胸膜中皮腫においては、問題が未解決のまま重積しやすいので、タイミングを見計らって一つ一つの問題を確実に解決することが重要と考えられた。これは、英国の胸膜中皮腫ケアガイドの中でDarlison（2010）が中皮腫患者のQOLを上げるにはタイムリーな支援、情報、看護アセスメントが必要であるとしている内容と一致する。ケアのタイミングを逃さないためには、胸膜中皮腫の経過とケアニーズを理解して問題を予測し、先手を打つケアが重要だが、〈未経験ゆえの手探りのケア〉は、看護師の胸膜中皮腫に関する知識不足を示しており、早急な改善策が必要である。

2) 緩和ケアと多職種チーム体制

Hollenら（2004）やClayson, Seymour & Noble（2005）によれば、胸膜中皮腫は肺がんより疼痛や呼吸困難の重症度が高い。Lübbe & Ahmedzai（2004）やClaysonら（2005）は、モルヒネを含めた薬剤投与、神経ブロック、セデーション、リハビリテーション等の身体的ケアだけでなく、ADLの維持や不安への働きかけなど、心理的支援を含めた全人的な症状コントロールが重要だとしている。本研究結果の《コントロールできない重い症状》でも、緩和ケアのスキルを有する看護師は、胸膜中皮腫の症状緩和に問題を感じていなかった。これは、緩和病棟や在宅という全人的ケアに適した場の利と、症状緩和やコミュニケーションのスキルが胸膜中皮腫患者のニーズと合致したためと推察された。一方で、一般病棟では症状コントロールが困難であったが、これは急性期、慢性期およびターミナル期の患者を同時にケアしなくてはならない中で、全人的ケアを提供する限界を示したものと考察された。〈導入できない緩和ケア〉が示したように、治療途中でも病状が進行する胸膜中皮腫は、緩和ケアの導入が遅れがちであることも症状コントロールを困難にした

ものと考えられた。これらの結果から、胸膜中皮腫患者のケアにおいては医師、看護師、訪問看護チーム、緩和ケアチーム、カウンセラー、医療ソーシャルワーカーなどのチーム体制を組んで、緩和ケア、ホスピス、在宅ケアに繋がられるよう連携することが重要であると考えられた。英国では、全人的ケアを提供するために、肺がん・中皮腫専門看護師が中心となって、治療、緩和、ホスピス、訪問看護などのコーディネーションを行った結果、多くの患者がQOLを維持したまま長い時間を在宅で過ごしている（Ahmedzai & Walsh, 2000；Bolg-Bortolo, Simmonds & Ahmedzai, 2000；Ahmedzai & Clayson, 2006）。

3) 家族への支援

〈家族への対応における苦慮〉は、家族が急激に死に向かう患者を目の前に動揺し、それが家族内の葛藤を誘発して混乱と困難を生じ、家族へのケアニーズが生じていることを示した。また、〈意思決定支援における限界〉が示すように、家族の意向がしばしば患者のそれと異なり、患者の意向を実現する上での障害になっていた。胸膜中皮腫患者の家族のニーズについての看護研究はないが、中皮腫患者の家族を対象にした調査（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会, 2005）は、家族もまた混乱、苦悩、迷いの中にあることを示している。医療従事者にとって、ケアの協力を得る重要なパートナーである家族のニーズは、ともすると見落とされることがある。胸膜中皮腫においては、家族もまた、患者の絶望的な予後と速い進行にショックを受け、十分な時間が与えられないまま意思決定を迫られる困難な状況にあることを理解し、ケアが必要な対象者として支援を行うことが重要であると考えられた。

3. 看護師の辛い感情への支援

死にゆく患者のケアにおいては、看護師に感情労働が生じることが知られている（三苦・堀・中園・藤原・岡・大村・福本・草野, 2008；大槻・小林・唐沢, 2010）。胸膜中皮腫のケアにおいても、〈看護師自身の辛い気持ち〉が示された。このうち、《苦痛にある患者をみる辛さ》は、症状コントロールの知識と技術の向上によって改善される可能性がある。《治らない患者をケアする辛さ》と《業務と不安へのケアの両立ができない》は、ほとんどの患者が完治する外科病棟や急性期・慢性期が混在する多数の患者をケアしなくてはならない環境の中で、重症でケアニーズの多い胸膜中皮腫患者をケアすることに起因しているので、緩和ケアを早期に導入することで、軽減することが可能であると考えられた。一方で、《最期まで看取れないフラストレーション》や《見解の違う治療方針に従わざるを得ない無力感》の原因となる状況は、看護師だけで改善することは難しいので、辛い気持ちへの支援が必要である。ターミナルケアに伴う看護師の感情労働を軽減する支援策として、チームカンファレンスの実施（益塚・池田・古谷, 2009）、リエゾンナースの活用（桑田・森, 2009）、がん看護の実践的知識とケア技術の獲得機会の提供（宇宿・前田, 2010）などが報告されている。

4. 胸膜中皮腫に関する看護師向け教育教材やプログラムへの示唆

本調査で示された、胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難より、看護師向けの教育プログラムやプログラムに望まれる 4 つの内容について記す。困難として〈未経験ゆえの手探りのケア〉がもっとも回答が多かったことから、まず疾患と治療に関する知識が不可欠であると考えられた。次に、がん看護の継続教育で実施されているように、症状アセスメントとコントロール、患者と家

族の精神的支援、意思決定支援のための情報提供や相談、他の専門職や医療機関との連携、ニーズを引き出すコミュニケーション（近藤・古郡・池田・豊田・宮井・藤田, 2011；看護協会子文献）の習得を目的とするプログラム内容が必要と考えられた。さらに、犯罪被害者ケア教育プログラムで、警察や司法による支援、治療方法、被害者自身の語り、ケアスキルのロールプレイが実施されている（国立精神保健研究所, 2011）ように、中皮腫患者に対する労災・救済などの社会保障支援策に関する知識と患者の複雑な心理を理解するための患者自身の語りが望まれた。最後に、看護師自身の辛い気持ちを緩和するためのストレスマネジメントが必要と考えられた。

5. 本研究の限界と今後への示唆

本研究は、先行研究が乏しい胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難を明らかにするために行った探索的研究である。本研究協力者は、一部の医療機関に所属する看護師であること、また、緩和ケア病棟や訪問看護ステーションに勤務する看護師の割合が少なかったことから、研究結果が我が国の看護師の困難を代表するとは考えにくい。看護師の困難を明らかにするためには、全国の医療機関で胸膜中皮腫患者のケアに従事する看護師を対象とした大規模な調査が必要である。

本研究結果は、胸膜中皮腫のケアは高度に専門的な知識と技術を要しているにもかかわらず、十分な知識を得ることが難しいため、ケアを行う看護師の心身の負担が大きいことを示した。今後の教育教材の開発や教育プログラムの開発と実施が望まれる。

V. 結 語

胸膜中皮腫患者のケアに携わる看護師 21 人に対してインタビューを行った結果、〈未経験ゆえ

の手探りのケア〉、〈導入できない緩和ケア〉、〈意思決定支援における限界〉、〈家族への対応における苦慮〉、〈コミュニケーションスキル不足〉、〈看護師自身の辛い気持ち〉などの困難を経験していた。

謝 辞

本調査は、文部科学省科学研究費（平成19-22年度基盤（C）課題番号：19592610）の助成を受けて行った「アスベスト相談事業に対する保健師の対応・指導ガイドラインの構築と評価」の一部であり、第16回日本緩和医療学会学術大会において一部を発表した。

研究にご協力いただきました看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

文 献

- Ahmedzai, SH., & Walsh, D. (2000). Palliative medicine and modern cancer care. *Semin oncology*, **27**, 1-6.
- Ahmedzai, SH., & Clayson, H. (2006). Supportive and palliative care in mesothelioma. O'Byrne, K. & Rusch, V. (Eds.) *Malignant pleural mesothelioma*. Oxford University Press, 403-434.
- 秋山正子 (2006). 患者と家族のケアについて 医療関係者のためのアスベスト講座「石綿関連疾患—診断・ケア・予防—」, 78-91.
- 安東由佳子・片岡 健・小林敏生・岡村 仁 (2006). 神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスの明確化 臨床看護, **32**, 412-419.
- Borg-Bortolo, P., Simmonds, & Ahmedzai, SH. (2000). Conflicting advice in the care of dying patients. *Practitioner*, **244**, 672-677.
- British Thoracic Society Standard of Care Committee (2011). BTS statement on malignant mesothelioma in the UK, 2007 [Electronic version]. *Thorax*, **62**, 1-19.
- 中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会 (2005). 中皮腫・アスベスト肺がんに関するアンケート報告書.
〈<http://www.chuuhishu-family.net/survey200506.pdf>〉
(2011.11.11)
- Clayson, H., Seymour, J., & Noble, B. (2005). Mesothelioma from the patient's perspective. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, **19**, 1175-1190.
- Darlison, L. (2010). Role of Clinical Nurse Specialist (CNS) in Malignant Pleural Mesothelioma. Mesothelioma UK, *Mesothelioma-Good Practice guide*, 22.
- グレッグ美鈴 (2007). 質的記述的研究. グレッグ美鈴・麻原きよみ・横山美江編. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして 医歯薬出版, 54-72.
- Hawley R, Monk A. (2004). Malignant mesothelioma : current practice and research directions. *Collegian*, **11**, 22-26.
- Hollen, PJ., Gralla, RJ., Liepa, AM., Symanowski, JT.,

- & Rusthoven, J.J. (2004). Adapting the lung cancer symptom scale (LCSS) to mesothelioma, *Cancer*, **101**, 587-595.
- 伊東美由紀・高橋隆恵・佐藤しのぶ・中野弘枝・早川陽子・石上節子・中保利通 (2008). ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス 東北大学医学部保健学科紀要, **17**, 59-70.
- 金澤さおり・小山祐子・中野絹子・小西敏子・奈良明子 (2006). 看護職者の治験に関する実態調査 (1) 看護職者の治験に関する業務及び認識の実態 日本看護学会論文集：看護管理, **36**, 130-132.
- 葛西好美・本田彰子 (2009). アスベスト・中皮腫の診断・治療期における患者の苦悩 お茶の水看護学雑誌, **4**, 34-44.
- 加藤英子 (2008). 在宅ターミナルにおける訪問看護師の困難感 日本看護学会論文集：地域看護, **38**, 112-114.
- 国立精神保健研究所 (2011). 第 6 回犯罪被害者メンタルケア研修.
http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/h23/h23_hanzai06.html (2011.11.18)
- 近藤恵子・古郡夏子・池田久乃・豊田邦江・宮井千恵・藤田佐和 (2011). 高知県における専門分野「がんにおける質の高い看護師育成事業」成果と今後の展望 臨床看護, **37**, 253-260
- 小西聖子 (2006). 犯罪心理学者の心の傷 白水社, 193-216.
- 桑田響・森明子 (2009). がん病院に勤務する看護師の SOC とストレスの関連について 看護管理, **40**, 315-317.
- Lübbe, A.S., & Ahmedzai, S.H. (2004). A new approach for cancer pain management-the pyramid model. *Progpalliat care*, **12**, 287-292
- 益塚典子・池田正子・吉谷こずえ (2008). 終末期がん患者の看護において困難を体験している看護師へのサポート 看護管理, **39**, 354-356
- 三苫里美・堀 美保・中園麻衣子・藤原優子・岡亜希子・大村久美子・福本洋美・草野ひとみ (2008). 急性期病院における看護師のストレッサーおよび感情労働の実態 日本看護学会論文集：看護総合, **39**, 72-74.
- 三浦淳太郎 (2008). 中皮腫一臨床. 森永謙二編. 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患 基礎知識と労災補償 増補新装版, 三信図書, 133-161.
- 森永謙二 (2008). 中皮腫, 森永謙二編, 石綿ばく露と石綿関連疾患 基礎知識と補償・救済 (増補新装版), 三信図書, 112-127
- Murayama, T., Takahashi, K., Natori, Y., & Kurumatani, N. (2006). Estimation of future mortality from pleural malignant mesothelioma in Japan based on an age-cohort model. *American Journal of Industrial Medicine*, **49**, 1-7.
- 長松康子・堀内成子・名取雄司 (印刷中). 悪性胸膜中皮腫の経過と患者が直面する困難 ヒューマン・ケア研究採択
- 日本がん看護学会 (2010). がん看護コアカリキュラム
http://jscn.umin.jp/core/img/panf_2010.pdf (2011.11.18)
- 中村悦子・中村圭子・清水理恵 (2010). 緩和ケアに関わる一般病棟看護師の心身の負担度とその要因 新潟青陵学会誌, **3**, 1-9.
- 大槻裕江・小林和美・唐沢京子 (2010). プライマリナーズの看護師としての苦悩とストレス 慢性期疾患で入退院を繰り返す患者を同じ看護師が受け持つ事に焦点をあてて 日本看護学会論文集：成人看護 II, **40**, 266-268.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan, *Palliative Medicine*, **17**, 520-526.
- 宇宿文子, 前田ひとみ (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討 熊本大学医学部保健学科紀要, **6**, 99-108.
- 山田成功・池田紀子・片山恵子・藤原早弥香・圓井和恵・木下まり子 (2010). 中国四国地区国立病院機構・国立療養者看護研究学雑誌, **6**, 177-181.

第5期常任理事会

第1回常任理事会議事録

日 時：2011年10月22日（土）10：30～12：00

場 所：桜美林大学四谷キャンパス

出席者：小玉正博、木村登紀子、遠藤公久、
廣瀬清人（書記）、清水裕子（進行）

欠席者：長田久雄、岩崎祥一

配布資料：省略

1. 議事録案の承認

次の議事録案は一部文言修正の上、承認された。

- 1) 第16回常任理事会議事録案
- 2) 第4期第5回理事会、第5期第1回理事会
議事録案
- 3) 第13回総会議事録案

2. 会員の異動

- 1) 入会 新規入会者数6名
- 2) 退会 0名（年度末で退会予定1名）
10月22日現在、会員数は287名であった。

3. 審議事項

- 1) 選挙規程改正案の検討
資料4（省略）の「日本ヒューマン・ケア
心理学会選挙規程」および「日本ヒューマン・
ケア心理学会会則」（第11条）について、審
議の結果、原案通り承認された。

2) 顧問・名誉会員の件

- (1) 第5期の顧問の委嘱については、事務局
長預かりとなった。
- (2) 顧問・名誉会員には、「学術集会抄録
（プログラム集）」「ヒューマン・ケア研究」
「ニューズレター」を送付することとした。

3) 委員会規程原案の検討

日本ヒューマン・ケア心理学会理事会委員
会規程（原案）を検討した。ここでの意見を
反映させ、各委員会で継続検討を行うことで
了承された。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）

(1) 第13回学術集会報告

学術集会参加者数は106名、研修会参加
者数は54名であった。研究発表は口頭発表
が15名、ポスター発表が41名であり、いず
れも活発な意見交換があったとの報告が
あった。

(2) 第14回学術集会（予定）の件

第14回学術集会は2012年7月15日（日）、
16日（月） 筑波大学東京キャンパス文京
校舎において、大会長を小玉正博氏（筑波
大学）、大会副委員長を伊藤まゆみ氏（共
立女子短大）が務めるとの報告があった。
大会テーマは「ケアする人の“ケア”を考
える」に決定したことも、併せて報告され
た。講演会は市民公開として企画されてい
る案も紹介された。研修会は堀越勝（国立
精神・神経医療研究センター研修指導部長）
による「医療職のためのうつ、不安に対す
る認知行動療法」（案）が報告された。

2) 学会Web担当（岩崎理事；代理 清水理事）

(1) ヒューマン・ケア研究

第12巻1号がアップロードされたとの報
告があった。

(2) 学術集会第13回大会の写真がアップロ
ードされたとの報告があった。

3) 研修担当（長田理事；代理 清水事務局長）

第14回の学術集会における研修会を、今後、
支援していくとの報告があった。

4) 編集担当（遠藤理事）

(1) ヒューマン・ケア研究

第12巻2号は12月15日の発刊予定である
ことが報告された。

(2) カテゴリーに6,000文字程度の枠内の短
報（short report）を作り、今後、学術集会
の大会発表賞受賞者に原稿の執筆を依頼す

ることが報告された。

5) 広報担当(廣瀬理事)

- (1) ニュースレターNo.13の割付と進捗状況の報告があった。

6) 事務局(清水事務局長)

- (1) 理事・監事の委嘱状の件

理事・監事全員から就任する旨の返送があったとの報告があった。顧問の就任については、一時、清水事務局長預かりとなった。

- (2) JST資料送付状況

「ヒューマン・ケア研究第12巻1号」「学術集会第13回大会の抄録」を発送したとの報告があった。

- (3) JSTニュースレターメールの件

学会事務局機能がプライムアソシエイツから香川大学医学部に移転したことに対応し、JSTニュースレターメールが香川大学から常任理事に送付されるようになったとの報告があった。

- (4) 編集事務局への必要経費の配分の件

事務局から遠藤理事(編集担当)にヒューマン・ケア研究の発送料金として10,000円を預けた旨の報告があった。

- (5) 医学書院広報、学会年間情報提供の件

登録済みであることが報告された。

原案通り、承認された。

2. 会員の異動(資料割愛)

入会者なし、退会者1名で、2011年12月15日現在で、会員数286名との報告があった。

3. 審議事項

- 1) 顧問の委嘱について

長谷川浩氏より第5期役員(顧問)の就任辞退の回答があり、承認された。

- 2) 委員会規程の原案について

- (1) 学術委員会

委員会規程の文言について検討し、修正の上で、承認された。

- (2) 編集委員会

委員会規程の文言について検討し修正のうえで、承認された。

- (3) その他

すべての委員会規程のなかに盛り込まれていた「理事会への報告」は、削除することになった。

- 3) 学術委員による検討事項の審議(資料割愛)

学術集会の発表者のうちで、優秀な発表に対し褒賞制度について、学術委員会からいくつかの課題が提起された。それについて常任理事会で検討したところ、褒賞制度については、少なくとも次期学術集会では、先の学術集会の実施を踏襲したいという次期大会準備委員会の意向があった。これを受け、常任理事会としては、この件について、学術委員会での継続審議をお願いするとの結論に至った。

また、次期学術集会において、仮に、その褒賞制度の実施が決定した場合には、①実施主体は大会長であること、②学術委員会は大会長をサポートする役割であること、③サポートの程度については、今後の継続審議が必要であること、④今後、開催される学術集会において、オープニング・セレモニーとク

第2回常任理事会議事録

期 日：2011年12月17日(土) 14:00-16:30

場 所：桜美林大学大学院四谷キャンパス

出席者：小玉正博、木村登紀子、長田久雄、
岩崎祥一、遠藤公久、廣瀬清人(書記)、
清水裕子(進行)

議 事

1. 第1回常任理事会議事録

ロージング・セレモニーを実施するようにプログラムをたてることが望ましいなどの意見が出された。

4) 編集委員による検討事項の審議

査読者を学会員以外に依頼する場合、1論文あたり3,000円の謝礼を支払うとの提案があり、了承された。

5) 広報委員による検討事項の審議

広報委員会から現行のNLの手段に加え、E-mailによる会員相互の交流手段について検討した内容についての審議があった。その結果、第2の広報手段については商用サーバー(Spee Ver)の利用を認めることが決まった。ただし、①商用サーバーの契約期間は、慎重を期して、今回は1年契約とすること、②会員にこの広報手段を受信するか否かを最初のメールで確認することということになった。

6) 事務局(清水理事)

飯田澄子会員の名誉会員推挙の提案が清水理事よりあった。常任理事会としては、その案に賛同する意見が集約され、理事会に諮ることが確認された。

4. 報告事項

1) 学術(木村理事)

第14回大会準備委員会の進捗状況が報告された。プログラムはNLNo13に掲載し、1号通信等を同封することを依頼するとの報告があった。

2) 学会Web(岩崎理事)

第13回学術集会関連、執筆要領の改訂版および事務局の住所のコンテンツのアップロードを行った。

3) 研修(長田理事)

報告事項なし

4) 編集(遠藤理事)(資料割愛)

(1) ヒューマン・ケア研究の投稿論文の査読の進捗状況について報告があった。

(2) 執筆要領の文言の修正が承認された。

(3) ヒューマン・ケアの観点からみた災害の心理に関する論文を依頼したとの報告があった。

(4) 査読者氏名等のリストの公開について準備をしている旨の報告があった。

5) 広報(廣瀬)

NLNo13の進捗状況の報告があった。

6) 事務局

8/10に名誉会員へ学会誌、NL、大会抄録集を送付した。

11/10顧問依頼文書を長谷川氏に送付した。

入会申込書の専門分野をデータ化中である。

会員数、大会参加者数、発表数、研修会参加者数などこれまでのデータを可視化し本日配布した。

年度末に会員宛会費請求書を準備中である。広報へ名前付き封書、会費請求書を1月末送付する。

5. その他

次回の予定は2012年2月18日(土)15:00~17:00(文京校舎)とする。

第3回常任理事会議事録

開催日時:2012年2月18日(土)15:00~17:20

開催場所:筑波大学大塚キャンパス

出席者:小玉正博、木村登紀子、岩崎祥一、
遠藤公久、廣瀬清人(書記)、
清水裕子(進行)、

欠席者:長田久雄

1. 前回の議事録の確認

原案の通り、承認された。

2. 会員の異動

1) 新規入会者 6名

2) 退会者 3名

3) その他

新規入会者および退会者以外に、1名の除籍扱い済みの元会員から会費が振り込まれた件について、除籍の取り消しを諮り、承認された。

3. 審議事項

1) 名誉会員の推挙

本学会の設立発起人でもあり、第1期から第4期まで理事・監事として活躍された飯田澄美子氏が名誉会員に推挙され、業績など審議の結果、承認された。

2) 各委員会の規程(案)

日本ヒューマン・ケア心理学会委員会規程案が提出され、一部文言の修正の上、承認された。

4. 報告事項

1) 学術委員会(木村理事)

(1) 第14回大会(筑波大学文京校舎)に関連する報告

① 第14回大会の具体的な内容は以下の通りとの報告があった。

- ・研修会 受講の際に料金を徴収する研修会とする。参加は本学会の会員の受付を優先する。実施は最大93名が収容できる教室を用いる。

- ・大会講演 一般公開にする。

- ・シンポジウム シンポジストは伊藤尚子氏(国際医療福祉大学)、志賀令明氏(福島県立医科大学)、高田かおる氏(会員)の予定。指定討論者は松井豊氏(筑波大学)の予定(敬称略)。なお、詳細は1号通信で示すこととし、3月初旬に会員に郵送するニュース・レターに1号通信を同封することが報告された。

② 学術集会における褒賞制度

ポスター発表および口頭発表における優秀者に対し、褒賞を第14回大会準備委員会で実施することが報告された。なお、具体的には、発表者自身のエントリー方式とし、大会案内に掲載する予定であることが報告された。

③ 懇親会の実施

5,000円程度(院生は3,000円程度)の会費として、会場校から至近の場所を借りる予定である。

④ 2号通信の発行について

2号通信の発行については大会準備委員会で検討中。経費等の面を勘案すると、webでの会員への周知となる可能性が述べられた。

⑤ 会員へのプログラムの発送について

大会の期日から逆算すると、原稿の提出の採集締め切りの月日は6月9日(土)なので、この期日をにらみながら、会員からの提出状況を勘案してプログラムの発送を決定する。

(2) 第15回大会以降

① 引き続き検討されることとなった。

② 第16回は、第15回で候補に挙がっている大学のうちで、第15回に開催されなかった学校を候補に考えているが、この時点で内諾が得られているわけではないとのことであった。

2) 学術Web(岩崎理事)

(1) 第14回大会の案内をアップロードした。また、学会のHPから第14回大会のHPにリンクをはった。

(2) 第13回学術集会の様子(写真)のアップロードが遅れているため、なるべく早く対応するとの報告があった。

3) 研修会(長田理事欠席のため、清水事務局長が代理報告)

第14回大会と連動し、参加申し込みはWebを用いることを予定している。参加人数は60名程度を見込んでいる。

4) 編集（遠藤理事）

- (1) ヒューマン・ケア研究の編集の進捗状況について報告があった。
- (2) 発刊が遅れ気味であった12号2巻が来週中には会員に届けられるという報告があった。
- (3) 執筆要領の文言の一部修正について報告があった。
- (4) 編集規程の文言の一部について報告があった。
- (5) ヒューマン・ケア研究の投稿用紙の内容の一部変更について報告があった。
- (6) 英文要約の校閲の証明書を学会で作成するという旨の報告があり、案が報告された。

5) 広報（廣瀬）

- (1) ニュース・レターNo13のゲラ原稿の報

告があり、文言を一部修正した（資料割愛）

- (2) 新しい会員向けの広報手段であるメールによる広報の進捗状況について報告があった。

6) 事務局（清水事務局長）

- (1) 学会誌の販売について丸善を経由の販売先について報告があった。
- (2) 学会誌データベース科学技術振興機構知識基盤情報部基盤コンテンツ担当に届けることの報告があった。
- (3) 学会年鑑および日経メディカルオンラインで学会の広報を行ったことの報告があった。
- (4) 学会基礎情報を学会年鑑および日本学術会議学術協力会議に提供したとの報告があった。
- (5) 学会員より学会番号の問い合わせがあったので、会員情報に関する現行のあり方について報告し、情報を共有した。

日本ヒューマン・ケア心理学会学術集会

回	期 間	開催場所	代表者	代表者の所属
1	1999 年 10 月 30 日	聖路加看護大学	木村 登紀子	聖路加看護大学看護学部
2	2000 年 10 月 21～22 日	岐阜大学	小山田 隆明	岐阜大学教育学部
3	2001 年 6 月 2～3 日	東京都立保健科学 大学	長田 久雄	東京都立保健科学大学 保健科学部
4	2002 年 6 月 1～2 日	福島県立医科大学	志賀 令明	福島県立医科大学看護学部
5	2003 年 9 月 22～23 日	筑波大学 東京キャンパス	岡堂 哲雄	聖徳大学人文学部 (学会本部主催)
6	2004 年 8 月 26～27 日	東北学院大学 土樋キャンパス	堀毛 裕子	東北学院大学教養学部
7	2005 年 8 月 26～27 日	桜美林大学 町田キャンパス	石川 利江	桜美林大学文学部
8	2006 年 9 月 6～7 日	神戸女学院大学	島井 哲志	神戸女学院大学人間科学部
9	2007 年 9 月 8～9 日	名古屋市立大学	後藤 宗理	名古屋市立大学人文社会学部
10	2008 年 9 月 13～14 日	京都大学	菅 佐和子	京都大学医学部
11	2009 年 7 月 19～20 日	東北大学	岩崎 祥一 安保 英勇	東北大学情報科学研究科 同 教育学研究科
12	2010 年 7 月 18～19 日	日本赤十字看護 大学	木村 登紀子 遠藤 公久	淑徳大学総合福祉学部 日赤看護大学看護学部
13	2011 年 7 月 23～24 日	大阪市立大学	石井 京子 山田 富美雄	大阪市立大学医学部 大阪人間科学大学人間科学部
14	2012 年 7 月 15～16 日 (予定)	筑波大学 東京キャンパス	小玉 正博 伊藤 まゆみ	筑波大学人間総合科学研究科 共立女子短期大学

日本ヒューマン・ケア心理学会会則

制定 1999年5月1日
改正 1999年10月30日
改正 2002年6月2日
改正 2006年9月6日
改正 2007年9月8日
改正 2009年7月19日
改正 2010年7月19日
改正 2010年12月11日
改正 2011年7月24日

(名 称)

第 1 条 本会は、日本ヒューマン・ケア心理学会と称する。

(事務局)

第 2 条 本会の事務局は、当面、761-0701 香川県木田郡三木町大字池戸1750-1、香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置く。

(目 的)

第 3 条 本会は、看護・介護・世話などのヒューマン・ケアにかかわる領域の心理学的研究を推進し、その進歩・発展・普及に貢献することを目的とする。

(事 業)

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、機関誌の発行、ヒューマン・ケア心理学に関する研究発表・研修のための集会、関連分野との学際的な連携等の事業を行う。

(会 員)

第 5 条 本会は、正会員、名誉会員及び賛助会員、購読会員をもって構成される。

正会員は、次のいずれかの条件を満たす者で、ヒューマン・ケア心理学に関心のある者とする。

- ① 大学で心理学及びその隣接領域を専攻し、学士の学位を有する者
- ② 学士の学位を有し、看護師、保健師、助産師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士などとして登録されている者
- ③ 上記の①ないし②と同等以上の経歴を有すると認められる者

名誉会員は、正会員のうち本会の運営・学術研究活動において著しい功績のあった者で、理事会の発議により総会の承認を得た者とする。

賛助会員は、本会の事業に財政的な援助をなす者で、理事会の承認を得た者とする。

購読会員は、学会誌ヒューマン・ケア研究の購読ができる個人と機関である。

(入 会)

第 6 条 本会に正会員として入会しようとする者は、正会員1名以上の推薦により、常任理事会の承認を得なければならない。

(会員の権利)

第 7 条 本会の会員は、本会の諸事業に参加し、本会の編集出版物等について優先配付を受けることができる。

正会員は、本会が行う研究のための集会、並びに機関誌に研究発表を行うことができる。

(退 会)

第 8 条 会員が退会しようとするときには、文書をもってその旨本会に通知し、常任理事会の承認を得なければならない。

(除 籍)

第 9 条 所定の会費を 2 年以上滞納した者に対しては、理事会の議決を経て、これを除籍することができる。

(役 員)

第 10 条 本会の事業を運営するために、正会員は次の役員を互選する。役員の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

会長 1 名 会長は理事の互選により決定し、本会を代表し、会務を統括する。会長は常任理事の内 1 名を副会長に指名できる。

常任理事若干名 理事の互選により決定し、通常会務を執行する。内 1 名は事務局長とする。

理事若干名 正会員の互選により決定し、本会を運営する。

監事 2 名 正会員の互選により決定し、本会の会計及び会務執行を監査する。

2 顧問を置くことができる。顧問は理事会の承認を得て会長が委嘱する。顧問の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

(運 営)

第 11 条 総会は、正会員をもって構成し、本会の最高機関として会の意思と方針を決定する。決議は、出席者の過半数の同意による。

理事会は、本会の事業の運営と執行の責任を負う。その事業を実施するにあたり、委員会をおくことができる。委員会の運営は、別に定める。

常任理事会は、理事会の委託を受けて、本会の通常会務の執行にあたる。

(会 計)

第 12 条 本会の経費は、会費、寄付金及び補助金などでまかなう。

会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日までとする。

会費は、入会金及び年会費とする。

入会金は、3,000 円とする。

正会員の年会費は、7,000 円とする。

賛助会員の年会費は、1口20,000円とする。

名誉会員から年会費は徴収しない。

購読会員の年会費は、年間に発行された機関誌実費とする。

年会費は、前年度末（3月31日）までに納めるものとする。

（会則の変更）

第 13 条 本会則は、理事会の議を経て、総会に出席した正会員の3分の2以上の賛成による承認をもって、これを変更することができる。

付 則

1. 本会則は、日本ヒューマン・ケア心理学会設立の日（1999年5月1日）から施行する。
2. 本学会の第1期役員は、第11条第1項（上記の現会則第10条第1項）の規程にかかわらず、日本ヒューマン・ケア心理学会設立発起人をもって充てる。
3. 本会則は、1999年10月30日に一部改正し、同日より施行する。
4. 本会則は、2002年6月2日に一部改正し、同日より施行する。
5. 本会則は、2006年9月6日に一部改正し、同日より施行する。
6. 本会則は、2007年9月8日に一部改正し、同日より施行する。
7. 本会則は、2009年7月19日に一部改正し、同日より施行する。
8. 本会則は、2010年7月19日に一部改正し、同日より施行する。
9. 本会則は、2010年12月11日に一部改正し、同日より施行する。
10. 本会則は、2011年7月24日に一部改正し、同日より施行する。

実務の連絡先は、

〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 清水裕子研究室 気付 日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL087-891-2240（FAX共）メールアドレスはhumanpsy@med.kagawa-u.ac.jp（日本ヒューマン・ケア心理学会専用）である。なお、WEB関係の業務は、引き続き岩崎祥一氏（東北大学）のもとで行われている。

日本ヒューマン・ケア心理学会役員選挙規程

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会会則第10条に定める役員の選挙等を適正に実施するために、この規程を定める。

第2条 日本ヒューマン・ケア心理学会の役員選挙の管理業務は当該選挙の事由が発生する3ヶ月以前を基準として、当該時の本学会理事会が選挙管理委員会(以下、委員会という)を組織してこれを行う。

2 委員会は、3名の委員によって構成され、その代表責任として選挙管理委員長を定めなければならない。

3 委員会の事務は、学会事務局が担当する。

第3条 理事の定員は当分の間正会員の互選による理事(以下、互選理事という)10名及び会長指名による理事(以下、指名理事という)10名とする。

2 常任理事の定員は当分の間、若干名とする。

第4条 委員会は以下の業務を行う。

(イ) 選挙実施日程の確定と公示

当該選挙のための委員会が成立した日より6ヶ月以内に選挙実施日程と実施手続きに関する計画書を作成し、これを公示する。

(ロ) 選挙台帳の作成と公示

選挙台帳は役員改選年の1月1日の会員名簿により作成し、第6条による指定日の1か月以前に公示するものとする。ただし、前年度までの会費未納者は選挙台帳から削除する。

(ハ) 選挙の実施と開票結果の確定

本規定第6条により厳正な選挙を実施する。開票結果の確定は第8条によりこれを行う。

開票に際して会員の任意な立ち会いを認めるが、会場の都合により人数を制限することがある。

(ニ) 選挙結果の報告

委員会は開票業務の終了後、その結果を常任理事会に報告する。

(ホ) その他選挙を厳正かつ円滑に行うのに必要と思われる業務を行う。

第5条 選挙権及び被選挙権は選挙台帳に記載される個人に与えられる。

2 選挙台帳の作成される所定期日に海外に居住するものは選挙権及び被選挙権を有しない。

第6条 選挙は選挙台帳記載会員の互選により無記名投票とする。投票は所定の投票用紙を用いる郵便投票とし、指定の日付までの消印のあるものをもって有効とする。その他無効となる投票内容は委員会の定めるところによる。

第7条 投票は互選理事については3名連記とし、監事については単記とする。

第8条 当選者の確定は得票順による。ただし、次の場合はこの限りではない。

(イ) 同点者の生じた場合は抽選によって決める。

(ロ) 欠員の生じた場合は次点者をもって補う。ただし、次回改選期日の1年以前に限り適用する。

(ハ) 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

(ニ) 理事及び監事の双方に当選した場合は、理事の当選を優先し、監事は次点者をもってあてる。

第9条 会長指名のための選挙は互選理事により無記名の投票で行う。ただし、同点者の場合は抽選によって決める。

2 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第10条 指名理事は、ヒューマン・ケア心理学領域における顕著な業績あるいは日本ヒューマン・ケア心理学会への貢献度等に基づいて会長が指名する。

第11条 常任理事は互選理事及び指名理事のなかから会長が指名する。

第12条 会長は、会長、常任理事、理事、監事及び事務局長について総会で承認をうるものとする。

第13条 本規定の改正は理事会出席者の3分の2以上の賛成による議決と総会出席者の承認により行われる。

附 則 この規程は、2004年8月26日より施行する。

2 この規程は、2010年12月11日に改正し、同日より施行する。

編 集 規 程

1. 名称：本会誌は「ヒューマン・ケア研究」と称し、英文名はJournal of Human Care Studiesとする。
2. 企画・編集：本会誌は当分の間、年2回発行するものとし、その企画・編集は常任理事により構成される機関誌編集委員会が担当する。
3. 機関誌に関する事務は当分の間、学会事務局が取り扱うものとする。
4. 内容：本会誌は、本学会正会員のヒューマン・ケア心理学に関する未刊行の論文を掲載する。本会誌には、オリジナルな内容の研究報告である原著論文、また追試的あるいは試験的内容の研究報告である報告・資料等の論文；巻頭言、展望、特集、書評等の編集委員会による依頼論文；及び本学会報等が収録される。
5. 投稿論文は、編集委員会によって審査され、採択の可否が決定される。その際、編集委員会は、本学会正会員の編集協力者に査読を依頼し、その査読結果を参考にして採択の可否を決定する。
6. 投稿論文の原稿は、「ヒューマン・ケア研究」の執筆要項に準じたものとする。執筆要項は、編集委員会で定める。
7. 採択論文の掲載に要する費用は、原則として本学会で負担するが、図表等に関してその費用の全部もしくは一部を執筆者に請求することがある。
8. 採択論文の別刷りは、執筆者の希望部数に応じるが、その費用は執筆者の負担とする。
9. 投稿採択論文は返却しない。
10. 本会誌に掲載されたものの著作権は、本学会に帰属する。

執 筆 要 領

1. 原著論文 (Article) は16,000字相当 (図表も含む)、報告・資料論文 (Report)・展望は12,000～16,000字相当とする。
2. 上記論文はA4判用紙に32字×25行1段の字詰め・行詰め、英文原稿の場合は、A4判でダブルスペース仕様にする。英文の場合、本誌1頁あたり800語程度に相当するものとして換算する。オリジナル原稿には、表題・著者名・所属機関名を記したタイトルページ、およびそれらの英訳は本文とは別に書くこと。原稿は1つのファイル (図表は本文に貼り付ける形式) にして、下記事務局まで電子メールにて添付・送付し、同原稿も事務局まで郵送すること。
3. 原著論文および資料論文は原則として、問題 (目的)、方法、結果、考察、文献からなることが望ましい。
4. 全ての論文には英文アブストラクトをつける。アブストラクトは、問題 (Objectives)、方法 (Method)、結果 (Results)、結論 (Conclusion) などを100～175語以内で簡潔にまとめる。投稿時には、アブストラクトの日本語原稿 (和文抄録) も添付すること。英文アブストラクトおよび日本語原稿 (和文抄録) にそれぞれ3～5語のキーワードをつける。なお、英文アブストラクトは事務局によって校閲するので経

費10,000円を要する。

5. 本文の記述は簡潔で明解にし、新仮名使い、当用漢字、算用数字を用い、図表はその大きさを本文に換算して所定枚数に納めること。所定枚数を超えた分については著者負担とする。
6. 図および写真はそのまま掲載可能な鮮明なものを提出すること。なお、図がカラーの場合には著者負担になる。
7. 表の場合は上にTable 1、Table 2あるいは表1、表2のように、図の場合には下にFigure 1、Figure 2あるいは図1、図2のように通し番号をつけ、それぞれに見出しをつける。表、図、写真などの題、説明文、図表中の文字は英文にしてもよい。
8. 数字は原則として算用数字を用いる。計量単位は原則として国際単位を用いる。
9. 略語は一般に用いられているものに限る。ただし、初出の時にその旨を明記する。
10. 脚注は通し番号をつけて別紙に書き、本文中の番号と対応するように註1) 註2) のように記す。
11. 外国人名、地名等の固有名詞以外は訳語を用い、必要な場合、初出のとき原語を付すること。
12. 本文で引用された文献の配列は、著者名のアルファベット順とする。

文献掲載様式は、雑誌の場合：著者名・発行年（西暦）・題名・雑誌名・巻号数・掲載頁とする。単行本の場合：著者名・発行年（西暦）・書名・発行所・引用・参考箇所の頁とする。翻訳の場合：原典の著者名・発行年（西暦）・書名・発行所（著者名の訳語・翻訳者名・翻訳書の発行年・書名・発行所）とする。このとき、和文、欧文を問わず、雑誌の巻数はボールド（太字、あるいは波線のアンダーライン）に、また欧文の雑誌名および書名はイタリック（斜体、あるいは実線のアンダーライン）にする。

〈凡例〉

日野原重明（1999）. <ケア>の新しい考えと展開 春秋社

木野和代（2000）. 日本人の怒りの表出方法とその対人的影響 心理学研究, 70, 494-502.

Sourial, S. (1966). An analysis and evaluation on Watson's theory of human care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 404-402.

Kleinman, A. (1988). *Patients and healers in the contexts of culture*. University of California Press.

（クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志（訳）（1996）, 病の語り～慢性の病をめぐる臨床人類学 誠信書房）

なお、その他表記の詳細については、『APA論文作成マニュアル』（医学書院、2004年）あるいは日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」（2005年版）を参照のこと。

原稿送り先

「ヒューマン・ケア研究」編集委員会

〒150-0012

東京都渋谷区広尾 4-1-3

日本赤十字看護大学 遠藤公久研究室気付

TEL：03-3409-0914（FAX 共）

E-mail：humancarepsy@redcross.ac.jp

『ヒューマン・ケア研究』 投稿用紙 （コピーしてご利用下さい）

論文名

和文	
英文	
原稿枚数	本文 枚 + 図・表 点 = 合計 枚

論文の種類（ひとつだけ○をつける）

原著	報告・資料	展望	その他（ ）
----	-------	----	-------------

投稿履歴（ひとつだけ○をつける）

初回投稿原稿	修正ないし再投稿原稿
--------	------------

連絡先

氏 名	姓 名 Middle name		
住 所	〒		
電話番号		FAX	
E-mail			

投稿者用チェックシート

投稿に際しては以下を必ずご確認ください

- ☐ 投稿原稿は、表紙（タイトル、著者、キーワード、所属）、抄録、英文要約、本文、図表の順に頁番号を入れた電子ファイル（ワープロあるいはテキスト）にして下さい。ただし、表紙は無番号にして下さい。
- ☐ 図表は本文中に挿入せず、挿入位置のみを指示して下さい。
- ☐ 和文原稿には和文抄録と英文要約を添付し、英文原稿では和文要約を添付して下さい。
- ☐ タイトル、キーワード（3～5 個）、著者名・所属機関名には、それぞれ英文を併記して下さい。
- ☐ 投稿原稿はメールで電子ファイルを 1 部提出し、別途印刷原稿 1 部を郵送して下さい。
- ☐ 修正原稿の際は、修正論文中に修正箇所の表示（アンダーラインなど）して下さい。
- ☐ 修正原稿の際は、修正済み論文に修正箇所と審査者への回答一覧表を添付して下さい。

原稿提出年月日	年	月	日
原稿受稿年月日	年	月	日（←編集委員会記載欄）
原稿受理年月日	年	月	日（←編集委員会記載欄）

日本ヒューマン・ケア心理学会入会申込書

申込日 年 月 日 () 正会員・() 賛助会員 * 受付番号

氏名	フリガナ漢字	印	生 年 月 日	西暦 年 月 日生
	ローマ字			
現住所		〒 Phone: fax:		
所属機関	勤務先	所属	〒	
		住所	Phone: Fax:	
	所属先*	所属	* 学生の場合。	
		住所	〒 Phone: Fax:	
e-mail address (必須)				
専攻分野		心理学・看護学・社会福祉学・社会学・法律学・医学・教育学・リハビリテーション科学 作業療法・理学療法・言語療法・その他 () 資格:		
最終学歴		(年 月)		
推薦者氏名				
連絡希望先		() 自宅 () 所属機関		

* 事務局記入欄

受付年月日	年 月 日	会員番号	
承認年月日	年 月 日	承認通知	

日本ヒューマン・ケア心理学会役員（第5期）

（＊は常任理事、五十音順）

会 長 小玉 正博(筑波大学)

理 事 足立 久子(岐阜大学)、安保 英勇(東北大学)、石井 京子(大阪市立大学)、石川 利江(桜美林大学)、井部 俊子(聖路加看護大学)、＊岩崎 祥一(東北大学)、＊遠藤 公久(日本赤十字看護大学)、＊長田 久雄(桜美林大学)、小山田 隆明(岐阜女子大学)、岸 太一(東邦大学)、＊木村 登紀子(いちかわ野の花心理臨床研究所)、＊小玉 正博(筑波大学)、後藤 宗理(椙山女学園大学)、志賀 令明(福島県立医科大学)、＊清水 裕子(香川大学)、菅 佐和子(京都大学)、＊廣瀬 清人(聖路加看護大学)、三田村 啓子(修学院ことばと子どもの相談室)、山崎 登志子(広島国際大学)

監 事 藤澤 伸介(跡見学園女子大学)、島井 哲志(日本赤十字豊田看護大学)

顧 問 岡堂 哲雄(聖徳大学)

事務局長 清水 裕子(香川大学)

機関誌編集委員（＊は委員長、五十音順）

岩崎 祥一、＊遠藤 公久、長田 久雄、木村登紀子、小玉 正博、清水 裕子、廣瀬 清人

編集後記

3.11 から1年以上がたちました。この大震災は、東日本だけでなく、日本全体、そして世界全体に多大な影響を与えました。大津波で約1万5千人の方が一瞬のうちに命をおとし、そしていまだに約3千人強の人たちが行方不明のままになっています。福島原発から漏れ出した放射能の脅威は、心のなかでは時間とともに確かに薄らいできてはいますが、現実には全く改善されてはいません。例えば関東では放射能は雨風に運ばれ、川で蓄積され、基準を大幅に超える量が東京湾に流れ出していることがわかっています。今後いつになればこの目に見えない脅威から自由になれるのか全く見通しがつきません。今号は昨年の第13回大会において取り上げた震災とヒューマン・ケアについて特集しました。

2012/06/30 編集委員長 遠藤 公久

ヒューマン・ケア研究 第13巻第1号 2012年6月30日発行

編 集 日本ヒューマン・ケア心理学会編集委員会

代表者 遠藤 公久

発 行 日本ヒューマン・ケア心理学会

代表者 小玉 正博

事務局 〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1

香川大学医学部看護学科 清水裕子研究室気付

日本ヒューマン・ケア心理学会

TEL: 087-891-2240 (FAX 共)

E-mail: humanpsy@med.kagawa-u.ac.jp

印 刷 東洋出版印刷株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷1-10-13 G S ハイム本郷1F

TEL: 03-3813-7311 FAX: 03-3813-7314

©日本ヒューマン・ケア心理学会2012

(本誌掲載の記事は無断転載を禁じます)

HC