

研 究 報 告

がん患者への終末期場面で看護のやりがいを感じる  
認定看護師・専門看護師の経験

福井 里美

Meaningful Experiences of Certified Nurses and Nurse Specialists  
Providing End-of-Life Care for Cancer Patients

Satomi Fukui

キーワード：がん，終末期，やりがい，認定看護師，専門看護師

key words : cancer, end-of-life care, meaningful experience, certified nurse specialist, certified nurse

Abstract

Purpose: This study clarifies the meaningful experiences of expert nurses engaged in end-of-life care for cancer patient in Japan.

Method: Semi-structured interviews were conducted with eleven certified nurse specialists and certified nurses in cancer nursing. The interview questions centered on their positive and meaningful experiences while providing meaningful experiences with end-of-life care. Qualitative inductive content analysis was performed on all recorded interviews.

Results: The resulting 96 codes were grouped into nine categories under four themes. The first themes revolved around【The attitude that led to their pursuing nursing in palliative care】, such as the desire to “Challenge of pursuing nursing to its fullest” and “Contribute to reducing pain.” The second theme comprised 【Deep emotion and pride to share important moments of end-of-life】, which including “Expanding one’s view of life by learning about life and attitudes to life from patients” and “Pride in being at patients’ sides during an important time in their lives.” The third themes involved【Developing a cohesive sense of unity among family and medical staff with patient】and the last themes included 【Growth of the health care team members】.

Discussion: This study reveals the rich words to describe meaningful experiences of palliative care include contributing to reducing pain by a nurse and her team, challenging and pride to share the latest time to the patient.

要 旨

〔目的〕がんの終末期場面の看護で、やりがいを感じる経験とは何かを明らかにすることが目的である。

受付日：2018年8月23日 受理日：2019年8月21日

首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域 Tokyo Metropolitan University, Graduate School of Health Sciences, Department of Nursing Sciences

〔方法〕がん終末期の場面の患者への看護の実践経験が多くあるまたはそれを専門領域と自認する専門看護師及び認定看護師11名に半構造化面接をし、質的帰納的に分析をした。

〔結果〕96コードから9つのカテゴリ、4つの最終テーマを得た。テーマの1つ目は〔看護の可能性を追求する〕、〔苦痛軽減に貢献する〕などのカテゴリを含む【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求した成果】、2つ目は〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕、〔患者の生き方からの学びで人生観が広がる〕などの【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】、3つ目は【家族・医療スタッフの一体感】と最後は【医療チームメンバーの成長】であった。

〔結論〕やりがい経験として、看護師自身及びチームが症状緩和に貢献したこと、その追求、人生最期をともにする感動と誇りが明らかとなった。

## 1. はじめに

### A. がん患者への終末期看護をめぐる状況

がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟における終末期の看護では、根治優先の医療から、トータルペインの緩和ケアと残された日々の充実を目指したベストサポータティブケアへ、優先度と比重が増していく。しかしながら、再発転移状態の進行期であるStage IV以降も侵襲の少ない外科・放射線治療、薬物療法の発展により治療期間が延長し、看取りの時間がいつ訪れるかは不確定であり、進行期と終末期の定義も難しくなっている。従って、患者のより希望に沿った終末期ケアに向けて療養環境を整える段取りは、患者、家族と医療者間の認識のずれが生じやすく、予測しがたい。その認識の調整、意思確認、具体的な準備も、限られた時間とマンパワーの状況で行われ、困難が付きまとう(Krikorian, Limonero, & Mate, 2012; 小野寺・熊田・大桐他, 2013)。そして、終末期の看取り状況は、苦痛症状の増加とADLが急速に低下してケア度と緊張感、身体的負荷から看護の難しさが増す側面と、家族の死別の苦悩や悲嘆を支援することはもちろんであるが、医療スタッフもまた長く支援した患者との死別の悲嘆を経験する側面がある。そのため、終末期看護に携わる看護師の3~4割は、暗黙に理想像としている「良い看取り」と実際の実践とに不一致を感じ、そのような場合に無力感、自責の念、自信喪失、自己価値の低下の感情を抱きやすいという(吉田, 1999)。また、緩和ケア病棟の看護師たちは、悲嘆(西田・志自岐・習田, 2011; 広瀬, 2012)や困難感(Krikorian, Limonero, & Mate, 2012; 小野寺・熊田・大桐他, 2013)による精神的疲労を蓄積させ、バーンアウトに陥りやすい(Alacacioglu, Yavuzscn, Dirioz, et al., 2009; Fernández-Sánchez, Pérez-Mármol, Blásquez, et al., 2017)。

これらの終末期看護状況において、タイミングよく緩和ケアを提供し、よりよい実践を可能にするには、症状緩和の知識とスキルが必要とされる(Miyashita, Sanjo, Morita, et al., 2007)。それに対して、緩和ケアの普及と看護の質の向上を目指して開発された、現任者向け教育プログラムELNEC(End-of-Life Nursing Education Consortium)は、世界各国(Coyne, Paice, Ferrell, et

al., 2007)、日本国内(Takenouchi, Miyashita, Tamura, et al., 2011)でも、成果を上げている。また一方で、バーンアウトを予防する取組みも重要とされ、否定感情へのストレス対処を促すメンタルケアの介入も行われている(馬場, 2009; 広瀬, 2012)。

### B. 終末期場面のがん患者への看護でやりがいを感じる経験とは

難しさやバーンアウトのリスクを伴いやすい終末期の看護にも、満足感ややりがいを感じる経験もある。しかし、がん看護や終末期ケアの先行研究においてやりがいを定義した研究は見当たらない。やりがいは、広辞苑(新村, 2008)では「するだけの値うち」、明鏡国語辞典(北原, 2011)では「その物事をするだけの価値。それをするときの張り合い。しがい。」とある。終末期看護実践の中でのやりがいを感じる経験に近いと考えられる。肯定的な側面を扱った研究では、岩瀬・森田・笹岡(2002)が、終末期医療に携わる看護師の患者ケアに対する満足度を測定する尺度を作成している。その下位領域の内容には、患者との関係、患者の苦痛、家族ケア、チーム医療、専門職としての能力、があることを明らかにした。さらに大西(2009)は、終末期看護に携わる看護師の肯定的な気づきと態度変容過程を促す3要因を明らかにした質的研究において、その1要因のサブカテゴリに〈よかったと思える経験〉を示していた。その〈よかったと思える経験〉の中には、《患者の人間性に触れた経験》、《努力が報われた経験》、《患者の希望をかなえられた経験》、《患者・家族の関わりから癒された経験》のコードが含まれた。このように、終末期看護の実践から満足やよかったという思いをえる要素は明らかにされていた。しかし各研究の中心テーマではないため、やりがいを感じる経験そのものを、具体的に明らかにした研究はない。例えば、鈴木・国井(1998)が若い乳がん患者を看取った事例研究の終わりに、その実践の経験を「かけがいのない時間を与えてくれた」「宝物をもらった」と述べている。このような、喜びや職務満足とも異なる、従来表現しにくかった経験を、終末期看護のやりがいと言えるのではないか。また、山崎(1999)がmeaningfulnessを「有意味感」「有益性」と訳し、「自己を投じて関わるに値すること」

との説明は、やりがいに近い概念と考えられた。この有意味感は、Antonovsky (1987/2001) が作成した Sense of Coherence (SOC: 首尾一貫感覚) 尺度の下位尺度の1つであった。この有意味感尺度を終末期看護に携わる看護師を対象に用いてバーンアウトとの関連を検討した結果、バーンアウト群は健全群より有意味得点が低く、バーンアウト予防には当事者が意味あると感じる経験に注目する重要性が示された (尹・赤澤・原田, 2009)。

以上より本研究ではやりがいを、する値打ちや価値、しがい、意味があることと定義した。そして、終末期看護に強い関心をもつ看護師たちが経験している、やりがいを感じる実践を言語化し、具体的に提示することで、終末期看護に意味を見出しにくい看護師にモデルを示すことができる。さらにはやりがいを感じる側面に着目することで、ポジティブ心理学的視点 (島井, 2006) からバーンアウト予防のメンタルケア介入も提案しようと考えた。

### C. 研究の目的

がん患者への終末期場面で看護師がやりがいを感じる経験とは何かを明らかにする。特に、がん患者への終末期場面での経験が多く、がん終末期看護が自身の専門領域であると自認する専門看護師、認定看護師の経験を明らかにする。

## II. 方法

### A. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン。

### B. データ収集期間

2011年1月～3月。

### C. 研究協力者

リクルート方法は、がん終末期場面の看護経験が多い、または自身の専門領域と自認する者を対象条件に、スノーボールサンプリングを行うこととした。最初の2名は、筆者の知人である緩和ケア認定看護師とがん看護専門看護師にそれぞれ依頼し、承諾を得た。

以降は、条件に合致する知人の紹介を依頼した。最終的に11名の研究協力者から承諾が得られ、全員が認定看護師、専門看護師資格を有し、地域のがん治療の中核となる急性期病院の病棟経験があった。背景の概要を表1に示した。内訳は、がん看護専門看護師5名、緩和ケア認定看護師4名、がん性疼痛看護認定看護師1名、訪問看護認定看護師1名で、看護師経験年数は平均19.0 (SD=7.2, 9~33) 年であった。

### D. データ収集方法

研究協力者の希望に沿う場所の個室で、一人1回ずつ、半構成的面接を行った。質問内容は、1) 研究協力者自身の背景 (性別、年齢、臨床経験年数、主な終末期看護実践の場、資格)、2) がん患者への終末期に関心をもったきっかけとなる経験、3) 終末期場面にあるがん患者への看護に携わっていて、やりがいがあると感じたのはどのようなとき、どのようなことか、4) 他に、やりがいとは、意味がある、価値があると感じる経験で思い当たることはないか、具体的な場面やエピソードをお聞かせください、と尋ねた。平均面接時間74.7 (SD=16.7, 28~90) 分であった。面接は本人の許可を得て録音し、逐語録を作成した。

### E. 分析方法

質的帰納的分析をした。具体的には、まず逐語録から、萱間 (2007) を参考に、研究協力者の実践場面のエピソード、実践を振り返った自身の思索などの区切れごとに、文脈がわかるようスライスを抽出した。スライスを抽出する際には、どのような経験にやりがいを感じたのかがわかるよう、経験のストーリーが分断されないまとまりを維持するよう意識し、細切れになりすぎないように注意した。次に各スライスに、研究協力者の用いた言葉からエッセンスとなるキーワードをそのまま用いたコード名をつけた。次に、11名分のコードを1つに集め、各コードの内容の共通性や類似性、異質性に着目してグループ編成していった。グループ編成においては、抽象化しすぎず、発言者の言わんとした要点を尊重してグループをつくり、それらの共通項を表すグループ名をつけた。グループ名には

表1. 研究協力者の背景

ID	性別	看護師経験年数(年)	主ながん患者への終末期看護の経験部署	専門最終学歴	資格
A	女性	18	外科系病棟	大学院修士	がん看護専門看護師
B	女性	33	内科, 外科系病棟看護, 緩和ケアチーム	大学院修士	がん看護専門看護師
C	女性	24	外科系病棟, 緩和ケアチーム	大学院修士	がん看護専門看護師
D	女性	9	外科系病棟, 緩和ケア病棟	専門学校	緩和ケア認定看護師
E	女性	12	外科系病棟, 緩和ケアチーム	大学院修士	がん看護専門看護師
F	女性	20	外科系, 内科系病棟, 緩和ケアチーム	専門学校	がん性疼痛看護認定看護師
G	女性	23	ICU, 混合病棟, 緩和ケア病棟	専門学校	緩和ケア認定看護師
H	女性	22	混合病棟, 緩和ケアチーム	大学院修士	緩和ケア認定看護師
I	女性	12	外科系病棟	大学院修士	がん看護専門看護師
J	女性	12	混合病棟, 緩和ケアチーム	専門学校	緩和ケア認定看護師
K	女性	24	混合病棟, 在宅ホスピス	大学院修士	訪問看護認定看護師
平均		19.0			
標準偏差		7.2			

抽象度の違いがあったため、抽象度を統一するよう調整し、コードからサブカテゴリへ、サブカテゴリからカテゴリ、最終的にカテゴリからテーマへ集約した。

質的帰納的分析のグループ分類とカテゴリ名の妥当性と信頼性を高めるために、ランダムに全体の3分の1のコードを抜き出し、第3者コーダー（終末期看護に関心をもつ修士論文で質的研究を経験）に協力を求め、コードと最終カテゴリの分類の一致率が80%以上となるまで、全体のカテゴリ名の修正と再グループ化の手順を繰り返した。

#### F. 倫理的配慮

研究協力者のリクルートは紹介によるスノーボールサンプリングであり、被紹介者の意思で容易に拒否できるよう、断っても紹介者・被紹介者とも不利益を被らないよう、紹介者に被紹介者が協力したか否かを伝えられないこと、郵送で辞退できるよう撤回書を予め手渡した。また、被紹介者の意向に沿って、所属施設の看護管理者へ正式な依頼状と同意書を郵送し、同意を得て行った。面接内容を録音し、匿名化して質的記述的に分析すること、関連学会で発表することなどの説明をし、承諾を得て行った。これらの任意協力、個人情報保護を含む本研究計画書は、首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認（承認番号10077）を得て行われた。

### III. 結果

研究協力者11名の終末期看護のやりがいを感じた経験の語りの逐語録から、96コードが抽出された。それをまず67のグループにし、さらに類似する内容のグループ化を繰り返し、最終的に9つのカテゴリ、4つのテーマに集約された。表2に、がん患者への終末期看護の場面でやりがいを感じる経験を、テーマ、カテゴリ、サブカテゴリを示し、各グループに含まれるコード数と語った研究協力者の対応を示した。以下に、テーマを【 】, カテゴリを [ ], サブカテゴリを < >, コードを「 」で示した。テーマごとに結果を述べる。

#### A. 【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】

まず、このテーマは、〔看護の可能性を追求する〕、〔苦痛軽減に貢献する〕、〔そばに居ることの意味を実感する〕の緩和ケアを実践する姿勢を実感した経験にやりがいを感じたカテゴリからなる。

##### 1. 〔看護の可能性を追求する〕

このカテゴリは〈看護の無限の可能性を感じる〉、〈その人が望んでいるのは何か深く考える〉、〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉の3つのサブカテゴリからなり、実践されているケアがこの患者に適しているのかを繰り返し判断すること、向かう姿勢、工夫そのものであった。

表2. がん患者への終末期看護の場面でやりがいを感じた経験

テーマ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	ID
【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】	〔看護の可能性を追求する〕	<看護の無限の可能性を感じる>	3	B,C,G
		<その人が望んでいるのは何か深く考える>	4	A,B,G,H,I
		<自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す>	2	A
	〔苦痛軽減に貢献する〕	<苦痛症状を軽減した様子が観られた>	10	F,G,I,J,K
		<教育後に患者の対処力があがった>	1	I
		<患者と家族の心理的苦痛を軽減できた>	6	B,C,F,I,J,K
		<せん妄が改善した>	1	J
		<苦しみに穏やかな最期であった>	3	A,E,J
	〔そばに居ることの意味を実感する〕	<会うこと居ることの役割を感じる>	2	B,C
		<看護師が聞くことの意味を感じる>	1	H
【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】	〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕	<人生の大事な時にそばに居て共有させてもらう>	3	C,D,H
		<その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ>	6	C,B,D,H,I
	〔患者の生き方からの学びで人生観が広がる〕	<様々な生き方があることを学ぶ>	1	H
		<人の心の中に入った温かさを感じる>	3	A,B,G,I
	〔いのちや人の力強さに感動する〕	<人の最期の命のエネルギーを感じる>	1	D
<つらさを越えて生きていく人の強さを感じる>		1	G	
<家族・遺族がどんなにつらくとも大丈夫で、人は強く自分も頑張れると感じる>		1	G	
【家族・医療スタッフの一体感】	〔家族・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る〕	<患者と家族のかかわりを促し、ともに寄り添ったと感じる>	12	A,B,D,E,G
		<同部署・他部署の看護師、医師、他職種者とともに学び、考えて支援した一体感を感じる>	7	A,B,C,E,G,I
【医療チームメンバーの成長】	〔医療チームメンバーの成長した姿を見る〕	<同僚看護師が成長や達成感をえている姿をみて嬉しく思う>	2	F
		<医療チームメンバーが自身の価値よりも患者の望みを優先した支援を行うようになり成長したと感じた>	3	C,E

1つ目のサブカテゴリ〈看護の無限の可能性を感じる〉には、身体の向きの調整やさすること、語りかけることなど「その人が気持ちいいと思うよう、ちょっとした自分の工夫の積み重ねがケアになっていく」など、「治療にすることがなくなっても、看護は最期までやれることが無限にある」「必ずすることがあって、マインドも技術も看護の基本がある」といった、より苦痛を緩和し、癒しやその人らしさを感じられるような看護を目指していく姿勢を貫く経験そのものから、やりがいを感じていた。

2つ目の〈その人が望んでいるのは何か深く考える〉には、「その人が何を望んでいるのかを考えると深いかかわりができる」、「人の言っていることの言葉の表面だけでなく、なぜそれを言っているのかと思えるようになった」、「比較的元気なうちからその人に関心をよせ、その人が大切にしていることを具合が悪くなくても継続できるようにする」、「患者が何も言えなくても、いつもそばにいて、どうしたいのか、どうしたら気持ちいいのか考えてそこへかかわっていくところ」など、倦怠感の増強などで活動性が低下し、多くを語る事が難しい状況や、言葉では言い表しにくい身体や気分にある患者と向かい合う際にも、その人が本当に求めているものは何かを模索しつつかわり続けること、そのものが、やりがいを感じる経験となっていた。そして3つ目のサブカテゴリ〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉は、対象者が亡くなった看護実践は、後から何度も振り返ること、そして自分が行った看護を繰り返し振り返ることで「ちょっとした表情の変化に意味や喜びを見出す」と、看取った直後には寂しさや無力感、後悔などで見えにくかったかかわりも、振り返ることで「ふとした瞬間に喜びが見出せる」やりがいを感じる経験として報告された。

## 2. 〔苦痛軽減に貢献する〕

このカテゴリは最も多くの21コードからなり、5つのサブカテゴリが含まれている。5つのサブカテゴリの1つ目〈苦痛症状を軽減した様子が観られた〉は、「患者が気にしている症状を丁寧に聞いてアセスメントし、緩和できたことで、患者が明るく多弁になった」、「痛みで苦しんでいた患者がほっとした表情になる変化が嬉しい」、「知識と技術を総動員して疼痛の閾値を上げるケアで患者が痛くない時間を過ごせたとき」といった、身体症状を緩和できたことを確認できたときの経験であった。そして2つ目の〈教育後に患者の対処力があがった〉は、「関わったことで患者の対処能力が上がってきた変化が少しでもあったなあと思う」と情報提供や教育介入が患者に役立ったと感じた経験であった。3つ目の〈患者と家族の心理的苦痛を軽減できた〉は心理的な実践の効果を実感した経験であり、「孤独な患者が自分とかわること

で患者さん自身が張り合いの出ているのを感じている」、「つらい状況で泣くに泣けなかった患者に泣く場所と機会を提供できたとき」、「患者と家族の不安を取り除くと、穏やかな時間が流れ、一緒に寄り添っているのを感じる」といった情緒的なサポートを実践した経験であった。そして4つ目は終末期に経験しやすい〈せん妄が改善した〉実践であり、「患者の痛みが取れずに人が変わったようなせん妄状態となった様子を改善できないとき申し分けなく無力感になるが、改善するとよかったと思う」経験であった。最後に看取りの場面の〈苦しまずに穏やかな最期であった〉経験であった。「逝去時の穏やかな表情に、いい人生となるようにかかわれた感じがする」など、最期の表情が穏やかであったことをかかわりの評価と感じ、やりがいを感じた場面と報告された。

## 3. 〔そばに居ることの意味を実感する〕

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなる。1つ目の〈会うこと居ることの役割を感じる〉は、「つらい、治せない状況でも、あなたはそばにいていい、また来てねと言ってもらえる」というコードや、「わかってもらえたような気がする」、「ここで最期を迎えられてよかった」などの言葉を患者からもらい、ここで出会い、そばに居ることが肯定され、役割の1つを実感したコードであった。そして2つ目の〈看護師が聞くことの意味を感じる〉では、「主治医に話さないことを看護師に話してくれるとき、看護師冥利に尽きるように思う」、「主治医に話さないことを看護師に話してくれるとき、若い看護師に話さないことを自分に話してくれるとき冥利に尽きるように思う」という、心を開いてもらったと患者と好意的な関係ができていることを実感し、医療チームの中で看護師である自分の役割、存在意義を感じた経験であった。

## B. 【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】

このテーマは、「大事な時を共有したことを誇らしく思う」、「患者の生き方から人生観が広がる」、「人の心の中に入った温かさを感じる」、「いのちや人の力強さに感動する」の患者にとって人生最期の貴重な時間を共有し、患者の人生や心に触れた実感や誇らしさが、やりがいとして語られた。

## 4. 〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕

このカテゴリには、「一緒に居れ、見送って、自然に来る時が来たという穏やかな達成感」、「(患者の)人生最期の大事な時に、傍らに居させてもらえる」、「大事なこの時に、同じ時を過ごしている一体感を感じる」のコードが含まれている。看護者として患者の人生の大事な時をそばでともにし、人生経験などを聞かせてもらった経験は、多くを語れなかったとしても貴重な時間を共有させてもらったと感じ、まさに最期まで生きる姿を傍らで証人のように『居させてもらえる』と表現したくなる誇らしさや、厳かな達成感の経

験であると考えられた。

#### 5. [患者の生き方からの学びで人生観が広がる]

このカテゴリは〈その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ〉と〈様々な生き方があることを学ぶ〉の2つのサブカテゴリからなる。〈その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ〉のコードには、「その人から人生、人生観やつらい状況での考え方を生で学ぶ」、「その人の人生の教訓などを教えてもらう」といった、患者から聞かせてもらう人生物語、考え方、人生観や死生観、人生の哲学的意味、教訓、生き方そのものについての興味深さや学び、刺激を、得たことが語られていた。

そして〈様々な生き方があることを学ぶ〉の「色々な人がいて、それでいいのだということを学ぶ」では、それまでの自分の人生経験では身近になかった一人の生き方や、一般的に称賛されにくい生き方など、出会う患者一人一人の生き様に触れることを通して、自分も含めてそれぞれの生き方を肯定する価値観を学び、自分自身の器の広がりや豊かさを得た自身の成長を実感するやりがい感の経験の語りであった。

#### 6. [人の心の中に入った温かさを感じる]

このカテゴリは、〈人の人生の話聞き、その人の心に深く入った温かさを感じる〉の単一のグループ名の抽象度を他に揃えたカテゴリである。「本人、家族とその人が歩んだ人生と一緒に振り返る機会がケアの中にあり、少し自分が入り込めてよかった」、「ケアをしながら人生の話聞き、人と深く接するっておもしろい」などの経験である。看護を通して、患者とのかかわりから感じた温かさそのもの、人を深く知った、心が通った、一体感を感じたと実感した心理的な感覚の興味深さが表現されていた。

#### 7. [いのちや人の力強さに感動する]

このカテゴリには〈人の最期の命のエネルギーを感じる〉、〈つらさを越えて生きていく人の強さを感じる〉、〈家族・遺族・自分がどんなにつらくとも大丈夫で、人は強く自分も頑張れると感じる〉の3つのサブカテゴリが含まれている。生の残り時間が短いと感じる日々を過ごす患者から「人の最期の強さや灯火の燃え方のすごさを感じる」、看護師として無力感に耐えて見守る状況でも「落ち込み苦しんでも、生きていく人間の強さってすごいと感じる」、悲嘆に暮れるつらい様子の家族、遺族もそれを越えていく姿を見て「どんなにつらくとも何があっても人は強いし、家族は大丈夫、自分も頑張れる」との感動が語られた。

### C. 【家族・医療スタッフの一体感】

3つ目のテーマは、患者のために、[家族と看護・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る]凝集性の高まりを感じる経験であった。

8. [家族と看護・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る]

1つ目の〈患者と家族のかかわりを促し、ともに寄り添ったと感じる〉のサブカテゴリに含まれている経験は、家族ケアが実践できたと感じた経験が、達成感とともに語られていた。例えば、「家族に連絡を取る調整と働きかけによって、家族が貴重な時間を共有できた」、「家族と死の準備をしたり、悲しい中でも笑ったり、家族看護をした経験が印象的だった」、さらに「家族とエンゼルケア（死期の処置）を行い、家族と医療者と一緒にその方を看取ったと感じる」など、患者の存在を中心に置き、家族、遺族と思いの共有ができた経験が、心温まる感動の体験として語られていた。2つ目は〈同部署・他部署の看護師、医師、他職種者とともに学び、考えて支援した一体感を感じる〉は、担当看護師、主治医、病棟看護師のディスコミュニケーションを調整し、情報提供や技術の提案など、リーダーやリソースナースの立場からの後方支援のエピソードのコードであった。「患者の外泊準備を医師、病棟看護師と連携、相談し、家族と医療チームの一体感が強まり盛り上がった」経験、「医師など他職種と患者のために一緒に勉強したり考えること」、さらには「仲間や他職種の知恵を借りて、どうするか一緒に考えてチームワークがうまくいって物事が運ぶと感謝したり、いいなと思う」が含まれていた。

### D. 【医療チームメンバーの成長】

このテーマは、[医療チームメンバーの成長した姿を見る]のカテゴリであり、自身が直接ケアする立場ではなくリソースナースや管理職として、病棟や部署の若いスタッフの教育的立場や、後方支援の立場から、チームの医師や看護師等のメンバーが、気づきや経験を重ねて成長する姿をみたり、それによって達成感を得たりした経験の語りであった。

#### 9. [医療チームメンバーの成長した姿をみる]

このカテゴリは2つのサブカテゴリが含まれた。1つ目の〈同僚看護師が成長や達成感を得ている姿をみて嬉しく思う〉には、「調整役をした自分ではなく、患者が若い担当ナースがいればよいと患者が言ってくれた」、「病棟看護師と一緒に症状緩和方法を考えたことが、看護師の達成感につながった」といったスタッフの成長や自身の教育効果が形になった際の達成感であった。

また2つめの〈医療チームメンバーが自身の価値より患者の望みを優先した支援を行うようになり成長したと感じた〉には、看護師のみならず「治療や検査にしがみつき、患者が求めていることを見失った若い医師、看護師が、その状況を見つめ直して、患者の求めに応じた支持緩和医療で穏やかな患者を見送った達成感」といった、医師や他職種、看護師を含むチームの成長にかかわった経験が語られた。

#### IV. 考察

終末期看護の実践に高い関心をもつ看護師たちの語りより、【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】、【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】、【家族・医療スタッフの一体感】、【医療チームメンバーの成長】の4つのテーマからなる豊かなやりがいを感じる経験が明らかとなった。これらのやりがいを感じる経験に意識的に着目することは、がん終末期看護場面での経験をポジティブに捉えるヒントを与えてくれる。【家族・医療スタッフの一体感】、【医療チームメンバーの成長】は終末期医療に携わる看護師の満足感（岩瀬・森田・笹岡，2002）や困難感（小野寺・熊田・大桐他，2013）と共通する内容であった。本稿では、特に新たな知見であった、苦痛の少ないその人らしい在り方を追求し続けること、人生最期の大事な時を共有する感動と誇りについて考察する。

##### A. 苦痛の少ないその人らしい在り方を追求し続けること

【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】のカテゴリである〔苦痛軽減に貢献する〕経験は、最も多くの研究協力者が語り、コード数も多く、岩瀬・森田・笹岡（2002）の終末期看護に携わる看護師の満足度、大西（2009）の〈よかったと思える経験〉、Kitaoka-Higashiguchi & Nakazawa（2003）や小野寺・熊田・大桐他（2013）の困難感尺度にも共通して含まれる下位領域である。終末期ケアを担う専門職者としての使命であり、役割として認識し、それを担うことそのもの、そして役割が果たされたと感じるとき、やりがいを感じる経験となっていた。

本研究の結果で大変興味深かったのは、成果が得られた時にやりがいを感じるばかりでなく、〔看護の可能性を追求する〕のカテゴリに現れていた、追求することそのことにやりがいを感じるという語りである。複雑な病態により軽減しがたい身体的苦痛もあれば、言葉で描写しにくい不快な雰囲気を纏う患者・家族と向き合い、苦渋することがある。例えば、表情や全身の雰囲気に応じて、ベッドの頭側の高さや、半側臥位の肩の傾きの角度、腕や下肢の位置を少しずつ調整したり、身の置き所なく感じる背中や下肢をさすったりすることなどの「…ちょっとした自分の工夫の積み重ねがケアになっていく」と語られていた。鎮痛剤などによる薬物療法の調整はやり尽くし、会話による言語的コミュニケーションが難しいときにも、患者に安らかな表情が戻ることを目指して、それまでのかかわりから知り得た患者・家族の情報と、フィジカルアセスメントの知識と技術の双方を総動員した工夫を続けることが語られた。それらは、かかわり続けることで、患者が本当に求めていることは何か探り、応えようとする努力そのもの、追求することそのことに、価

値を感じていた。一方、〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉のように、看取り経験から時間が経っても、その患者と家族に思いを馳せ、自身の提供した実践を反芻することそのことが、やりがいのある経験であったと感じさせるとも語られた。この何度も振り返って意味を見出す経験は、西村（2016）の事例にも重なる。臨床経験10年以上の看護師が、長期間「引っかけり」のあった実践経験を「私のかかわりって何だったんだろう」「ちゃんと話とか聞いているのか」「この患者さんと一緒に今この場所にいるのか」と自問し続け、そしてやっと涙と微笑みを伴って「何かちょっとは役にたてたのか。良かったよ」と自らの応答を表現して意味を見出した経験であった。自らの実践の意味の探求することそのものに価値があると感じる経験であった。

##### B. 患者と人生最期の大事な時を共有する感動と誇りの経験

2つ目のやりがいを感じる経験のテーマ【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】は、岩瀬・森田・笹岡（2002）の「患者との関係」、大西（2009）の「患者の人間性に触れた経験」、「患者・家族の関わりから癒された経験」に共通する、患者・家族との関係性からやりがいを感じる経験である。人と向き合うことから始まる看護経験を問い直そうとするとき、Travelbee（1971/1974）が「人間対人間の看護」で、役割以前のベースとして、相互のラポール（信頼関係）を築き、苦難や病をもつ人に希望をもって向き合うのが最も重要であると強調したことが、思い出される。終末期看護を担う看護師たちも、その看護師の役割を担い、その信頼関係から、看護師自身も満足や癒し、やりがいを感じる経験をしていることは先行研究と一致する点であった。しかし、本研究の終末期を意識する〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕で「（患者の）人生最期の大事なときに、傍らに居させてもらえる」の語りのような、『居させてもらう』という表現がふさわしい経験は、先行研究では触れられてこなかった。この「もらう」は、謙虚な、黒子のような看護師の役割遂行の表現とは異なる。むしろ、それまでに重ねた相互のラポールが確かにあったからこそ、その延長線上に看護師自身が最期に『居させてもらう』ことを望み、価値あるものを感じさせたとと言える。

一方、このような患者と向き合う経験が、終末期看護の場面として特徴づけられて語られたのはなぜであろうか。それは、急性期病院の近年の在院日数の動向と無関係ではないと考えられた。全国の一般病床の平均在院日数は、1994年には33日であったが、2015年は16.5日（厚生労働省，2015）という。さらにクリニカルパスと包括医療費支払い制度（DPC）の導入により、短縮化と外来中心の医療がより進んでいる。一方、緩和ケア病棟の2011年の平均在院日数は39.5±15

日(宮下・今井・渡邊, 2013)であり, かかわりの期間が長いと言える。また今まで治療目的の入退院を同じ病棟で繰り返して終末期に至る患者は, 同じ病棟に勤務する看護師にとっても長いつきあいのある患者となる。全体として, よりスピードと安全が求められる傾向の強い急性期病院の医療現場において, 終末期看護の場面は, 人に触れ, その人の生き方やQOLとは何かを考える, 看護らしい看護を追求させてもらえる場面と感じられていた。

### C. 今後の課題

本研究の研究協力者は, 終末期看護以外にも多くの経験をもつ看護師であった。また, 本研究が明らかにしたやりがいを感じる経験は終末期看護の経験が多く, 自身の専門領域であると自認する認定看護師およびがん看護専門看護師による結果であった。これらの結果が看護師全体に共通するのか, 実践経験や教育などの先行要因と背景要因との関連を検討することが必要である。終末期看護の病棟在院日数がより短縮し, 在宅や福祉施設での看取りが増えるなど社会状況が変化していく。また地域包括ケアシステムの充実により, 在宅や高齢者福祉施設等での病院以外の場所での終末期看護の実践も増えていくであろう。このような状況の変化により終末期看護の経験及びやりがいを感じる経験も変化していくことであろう。

### 付記

本研究は第26回日本がん看護学会学術集会, 17th International Conference of Cancer Nursingでの発表を再分析しまとめ直したものである。

### 謝辞

本研究のインタビューにご協力いただいた認定看護師, 専門看護師の方々に心より感謝申し上げます。また, 分析の妥当性の検討にご協力いただきました田園調布医師会立訪問看護ステーションの米村法子様, 論文作成においてご助言とご支援を賜りました戸田中央総合病院, ナースカウンセラーの広瀬寛子様, 聖心女子大学名誉教授の高橋恵子様に御礼申し上げます。

また2010~2012年度科学研究費助成事業(科学研究費補助金)若手研究(B)「終末期看護の醍醐味—看護師のターミナルケアに携わる困難と魅力」(課題番号: 22792189)の助成を得て行った。

### 利益相反

利益相反なし

### 文献

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-oncology*, 18(5),

543-548.

Antonovsky A. (1987) / 山崎喜比古, 吉井清子監訳 (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. 東京: 有信堂.

馬場玲子 (2009). がん看護に携わる看護師のストレスマネジメント—看護師のためのサポートグループ活動の実際. *緩和ケア*, 19 (Suppl), 53-57.

馬場玲子・笹原朋代・北岡和代・梅内美保子・木澤義之 (2010). 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. *Palliative Care Research*, 5(1), 127-136.

Coyne, P., Paice, J. A., Ferrell, B. R., Malloy, P., Virani, R., Fennimore, L. A. (2007). Oncology end-of-life nursing education consortium training program: Improving palliative care in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 801-807.

Fernández-Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M., Blásquez, A., Santos-Ruiz, A. M., Peralta-Ramírez, M. I. (2017). Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliative & Supportive Care*, 24, 1-12.

広瀬寛子 (2012). がん医療に携わるスタッフのストレスマネジメント. *プロフェッショナルがんナーシング*, 2, 478-482.

岩瀬紫・森田達也・笹岡郷子 (2002). 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. *死の臨床*, 25, 70-77.

萱間真美 (2007). 質的研究実践ノート. 東京: 医学書院.

川喜田二郎 (1967). 発想法—創造性開発のために. 東京: 中公新書.

北原保雄編 (2011). 明鏡国語辞典第二版. 東京: 大修館書店.

Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakazawa, H. (2003). Job strain, coping, and burn out among Japanese nurses. *Journal of Health and Human Ecology*, 69(3), 66-79.

厚生労働省 (2015). 平成27年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_02.pdf) (2017.1.3).

Krikorian, A., Limonero, J. T., Mate, J. (2012). Suffering and distress at the end of life. *Psycho-Oncology*, 21(8), 799-808.

宮下光令・今井涼生・渡邊奏子 (2013). ホスピス・緩和ケア白書 第Ⅱ部 統計と解説, 事業報告 1. データでみる日本の緩和ケアの現状. [http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo\\_2013/2013\\_2\\_1.pdf](http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2013/2013_2_1.pdf) (2017.1.3)

Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Kizawa, Y., Shima, Y., Shimoyama, N., Tsuneto, S., Hiraga, K.,



- Sato, K., Uchitomi, Y. (2007). Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine*, 10(2), 390–399.
- 西田三十一・志自岐康子・習田明裕 (2011). 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討. *日本看護科学学会誌*, 31(4), 3–13.
- 西村ユミ (2016). *看護実践の語り*. 東京：新曜社, 93–116.
- 大西奈保子 (2009). ターミナルケアに携わる看護師の”肯定的な気づき”と態度変容過程. *日本看護科学学会誌*, 29(3), 34–42.
- 小野寺麻衣・熊田真紀子・大桐規子・浅野玲子・小笠原喜美代・後藤あき子・柴田弘子・庄子由美・仙石美枝子・山内かず子・門間典子・宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240–247.
- 島井哲志 (2006) *ポジティブ心理学*. 京都：ナカニシヤ出版.
- 新村出編 (2008). *広辞苑 第六版*. 東京：岩波書店.
- 鈴木祐子・国井純子 (1998). 乳癌患者のターミナルケアを振り返って. 寺本松野編, *ナースの生きがい2 ベッドサイドで立ちつくすとき*. 46–57, 東京：真興交易医学書出版部.
- Takenouchi, S., Miyashita, M., Tamura, K., Kizawa, Y., Kosugi, S. (2011). Evaluation of the end-of-life nursing education Consortium-Japan faculty development program: Validity and reliability of the “end of life nursing education questionnaire.” *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: the Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 13(6), 368–375.
- Travelbee, J. (1971)／長谷川浩・藤枝知子訳 (1974). *人間対人間の看護*. 東京：医学書院.
- 山崎喜比古 (1999). 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念SOC. *Quality Nursing*, 5, 825–832.
- 吉田みつ子 (1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—“良い看とり”をめぐる—.  
*日本看護科学学会誌*, 19, 49–59.
- 尹 敏愛・赤澤千春・原田美穂子 (2009). ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトとSOCとの関係について. *京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要：健康科学：health science*, 6, 9–14.