

## 原 著

終末期がん患者に向き合う一般病棟の看護師が、  
患者の気がかりや思いを把握し介入するプロセス田中愛子, 永田千鶴<sup>1)</sup>, 後藤みゆき<sup>2)</sup>

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 基礎看護学講座 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)  
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域老年看護学講座<sup>1)</sup> 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)  
純真学園大学保健医療学部看護学科<sup>2)</sup> 福岡市南区筑紫丘1-1-1 (〒815-8510)

**Key words** : 終末期がん看護, 患者の気がかりや思い, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

## 和 文 抄 録

終末期を迎えた患者や家族には、生活過程で生じる様々な気がかりや未整理の仕事について処理しなければならない多くの課題があり、それらは全人的苦痛に繋がることにもなる。本研究は、一般病棟に入院する終末期がん患者の気がかりや思いに焦点を合わせ、看護師側が患者の気がかりや思いをどのように把握し介入しているのか、そのプロセスを明らかにすることである。

一般病棟の看護師経験3年以上の看護師8名を対象に、半構成的面接調査を実施した。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した結果、2コアカテゴリーと6カテゴリー、18概念が得られた。患者の気がかりや思いを把握するプロセスにおいて、はじめに看護師から患者への《より安楽な日常生活ケア》を行うことを通して患者との〈関係性の構築〉が図られ、さらに《気がかりや思いへの探索》を通して、最終的に〈気がかりや思いへの介入〉に繋がっていた。一方で、看護師は患者の気がかりや思いへの〈踏み込みへのためらい〉から、介入に繋がらない場合もあった。〈気がかりや思いへの介入〉をした場合も〈踏み込みへのためらい〉から介入しなかった場合も、看護師にはそれぞれの〈経験知の蓄積〉がされていた。《気がかりや

思いへの探索》〈気がかりや思いへの介入〉〈踏み込みへのためらい〉に影響を与える因子として〈タイミング〉と〈医療チームの関わり〉があった。

一般病棟の看護師が終末期がん患者の気がかりや思いに介入するには、患者の身体的苦痛の緩和が基盤にあり、病気の早期段階からACPに取り組むなど、プロセスを共有支援する医療チームの関わりが重要であることが示唆された。

## 緒 言

厚生労働省は、2018年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」<sup>1)</sup>を改定した。その背景には、「高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心としてACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることなど<sup>1)</sup>」がある。

ACPは、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス<sup>2)</sup>」や、「年齢や疾病の段階に関わらず、将来の医療に関する個人の価値観、人生の目標、嗜好を理解し、共有することを支援するプロセスである。目標は、重篤な病気や慢性疾患の際に、その人の価値観や目標、好みに合った医療を受けられるようにすることである<sup>3)</sup>」と定義され、話し合いは医療やケアが中心となる。しかし、生活者とし

での患者にとって、医療・ケアの意思決定は生活の中の一部ではあっても全部ではなく、生活過程で生じる様々な気がかりや未整理の仕事については、課題として残される。

森山は「終末期を迎えた患者や家族には、処理しなければならないたくさんの課題がある。痛みや自由の利かなくなってきた肉体への対応、失っていくものに対する別れ（悲嘆）、過去への罪悪感や自分の運命に対する怒りの処理、未整理の仕事（unfinished business）をやり終えることなどである。この未整理の仕事には、家族や友人に自分の気持ちや言いたくても言えなかった言葉を伝えることも含まれる」<sup>4)</sup>としている。

処理しなければならないたくさんの課題の中には、幼い子どもを遺して逝く親の苦悩、家族関係の不調和や相続問題など多様な課題が存在すると思われる。そして未解決のまま放置された課題は、苦痛として現れることがある。山根らは、身体性疼痛が継続していた50歳代の女性が、本人の希望である遺言書作成を進めることで疼痛は良好にコントロールされたと報告しており<sup>5)</sup>、課題を解決することは全人的苦痛の軽減にもつながると考えられる。

田中らは、人生の最終段階にある患者家族へのインタビューを通して、その気がかりの内容には家族の問題が語られたとしている<sup>6)</sup>。看護師は、こうした患者の気がかりをどのように把握しているのだろうか。気がかりや未整理の仕事は、広義にはスピリチュアル・ペインに関連することから、スピリチュアル・ペインへの介入とそのプロセスを明らかにした本邦の研究には、Nagataらの、訪問看護師のスピリチュアルケアへの介入モデル<sup>7)</sup>がある。しかし一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者の気がかりや思いへの介入プロセスを明らかにした研究はない。

本研究は、一般病棟に入院する終末期がん患者の気がかりや思いに焦点を合わせ、看護師側が患者の気がかりや思いをどのように把握し介入しているのか、そのプロセスを明らかにすることである。その結果は、患者の苦痛の軽減への方策を探る手がかりになるとともに、終末期ケアの質向上への示唆を得られると思われる。

本稿において「気がかり」とは、患者が気になって心配することや心に引っかかるものとし、言葉に

出しにくい本当の思いを「思い」とする。そうした事柄を総称して「気がかりや思い」という用語を用いた。

## 方 法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

### 2. 対象者

一般病棟で終末期がん患者のケアを実施している2施設8名の3年以上の臨床経験を有する、看護管理者から推薦された看護師とした。

### 3. 調査期間と場所

調査期間は2016年9月～12月であった。データ収集方法は研究対象者一人ずつに半構造化インタビューによるインタビューを実施した。終末期がん患者の気がかりや思いを、看護師がどのように把握し介入しているのか、そのプロセスを明らかにするために、インタビューガイドを用いて、「末期がん患者の気がかりややり残しの仕事」や「それに気づいたときの状況」「介入の有無や、介入しなかった理由」等について自分の経験や考えを語ってもらった。インタビューは施設内の個室で行い、参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。

### 4. 分析方法

インタビューで語られた内容の録音データから逐語録を作成し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）<sup>8, 9)</sup>を用いて分析した。M-GTAは研究対象とする現象がプロセス的性格をもち、ヒューマンサービスの領域に適していること、実践的活用を促す理論であることから、本研究の分析に適していると考えた。

### 5. 倫理的配慮

本研究は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認（承認番号386）を得て行った。上記インタビュー調査は、自由意思に基づき回答し強制するものではないこと、調査に参加しない場合も不利益を受けないこと、また、無記名で回答するため匿名性が保たれ、施設や個人が特定されないこと、学会や学会誌における発表と匿名性の確保、個人データは厳密に管理され、保管期間後はデータを廃棄すること等を説明し承諾を得た。

結 果

1. 対象者の背景

8名の通算看護師経験年数の平均は16.8±6.7年であり、対象者全員が女性で、10年目以上の看護師経験を有していた。年齢は30代4名、40代2名、50代2名であった。

2. ストーリーライン

分析の結果、「看護師の気がかりや思いを把握し実践するプロセス」を構成する18の概念が生成され、2つのコアカテゴリーと6カテゴリーが抽出された(表1)。そのストーリーラインは以下の通りである。

以下コアカテゴリーを《 》、カテゴリーを〈 〉、概念名を【 】、対象の言葉を「 」として内容を示した。

患者の気がかりや思いを把握するプロセスにおいて、はじめに看護師から患者への《より安楽な日常生活ケア》を行うことを通して患者との〈関係性の構築〉が図られていた。この間に看護師は、患者には言葉にし難い心配事があることを察知していた。さらに《気がかりや思いへの探索》を通してその内容を明確にし、最終的に〈気がかりや思いへの介入〉に繋がっていた。一方で、看護師は患者の気がかりや思いへの〈踏み込みへのためらい〉から、介入に

表1 コアカテゴリー・カテゴリー・概念名と定義

カテゴリー	概念名	定義
《より安楽な日常生活ケア》	身体的な安楽を目指す	何よりも先に身体的苦痛を取り除くことに努めること。
	丁寧な日常生活のケア	清拭や体位変換など、日常生活の一つ一つのケアを、心を込めて丁寧に行うこと。
《気がかりや思いへの探索》	しっかり聴く	患者の気持ちや思いを知るために、まずはしっかり聴くこと、受け止めること。
	分かち合いたいという気持ち	患者の痛みや苦しみやその状況を、分かち合いたいと思うこと。
	さりげなく尋ねる	「気がかりなことか心配なことはないか」とさりげなく聞くことで具体的な患者の言葉を引き出すことができる場合があること。
	その人の生きてきた人生を知る	その人の人生やこれまでの生き方や価値観を知ること。
	患者の病気や死の受け止め方を知る	患者が現在の自分の状態や病気や死をどのように捉えているのかを知り向き合う課題と課題の乗り越え方の見通しをつけること。
関係性の構築	関係性の構築	関わりを通して患者が安心して安楽な気持ちになることで、患者と看護師がお互いにより関係に変化していくこと。
	気がかりや思いへの支援	患者が抱えている気がかりや思いを、可能な限り支援しようと努力すること。
踏み込みへのためらい	最期までともに在りたい	その人の最期の時まで関わりたいという思いが深まっていくこと。
	踏み込みへのためらい	複雑な状況の中で、その患者の課題に踏み込めずにいること。
医療チームの関わり	介入の怖さ	場合によっては取り返しのつかないことにもなりかねないので、介入することに怖さを感じる事。
	医療チームの支援	看護職や多職種を巻き込んで、患者の課題解決にあたること、または医療チームからの支援があること。
タイミング	共有できない雰囲気	患者の抱く複雑かつ困難な課題については、医療チームが課題共有をすることが難しいこと。
	タイミング	病気の症状や全身状態によっては、「今なら気がかりに介入できる」という場合と、「介入するには厳しい」という場合があること。
経験知の蓄積	見いだせない方向性と後悔の念	介入できなかった気がかりに、どのように向き合うのが良かったのか自分の中で答えが見つからず、後悔すること。
	その人からの学びの体験と達成感	患者のケアをとおして、貴重な体験から学び達成感を得ること。

繋がらない場合もあった。〈気がかりや思いへの介入〉をした場合も〈踏み込みへのためらい〉から介入しなかった場合も、看護師にはそれぞれの〈経験知の蓄積〉がされていた。《気がかりや思いへの探索》〈気がかりや思いへの介入〉〈踏み込みへのためらい〉に影響を与える因子として〈タイミング〉と〈医療チームの関わり〉があった(図1)。

3. コアカテゴリー

終末期がん患者に向き合う一般病棟の看護師の気がかりや思いを把握し介入するプロセスの中心概念は、一般病棟の看護師が《より安楽な日常生活ケア》を行うことを始まりとして《気がかりや思いへの探索》に繋がる流れであった。

1) 《より安楽な日常生活ケア》

看護師は、「特に終末期になってくると複雑に症状が絡み合っているのです、その症状がきちんと、取れるべき症状が取れているかというところは必ず見る」とするA氏や、F氏の「まずは体の身体的な痛みがないとか、苦しさ、息苦しさとか、ああいうの

がないように少しでも楽に過ごせるように」という語りのように【身体的な安楽を目指す】ケアをおこなっていた。また、E氏は「気持ちよくなってもらいたいというのが一番あって、例えば清潔ケアにしても、ただ拭くんじゃなくて、とにかく気持ちいいという気持ちになってほしいんですね。」と語り、D氏は「体位交換一つにしても、丁寧にしてもらえる人に、この人なら話を聞いてもらえるかなって思えるような雰囲気というか」という語りが示すように【丁寧な日常生活のケア】を行っていた。

2) 《気がかりや思いへの探索》

このコアカテゴリーの中には6つの概念が含まれ、それぞれの概念が相互に関連しながら、患者の〈気がかりや思い〉を把握し介入する道筋を探っていた。

「何か痛いとか、苦しいとかじゃなくて、今置かれている状況そのものが、とって、この人にとって、つらいものなんだろうなと思ったら、場を一緒に分かち合う。」とE氏の語りにあるように【分か

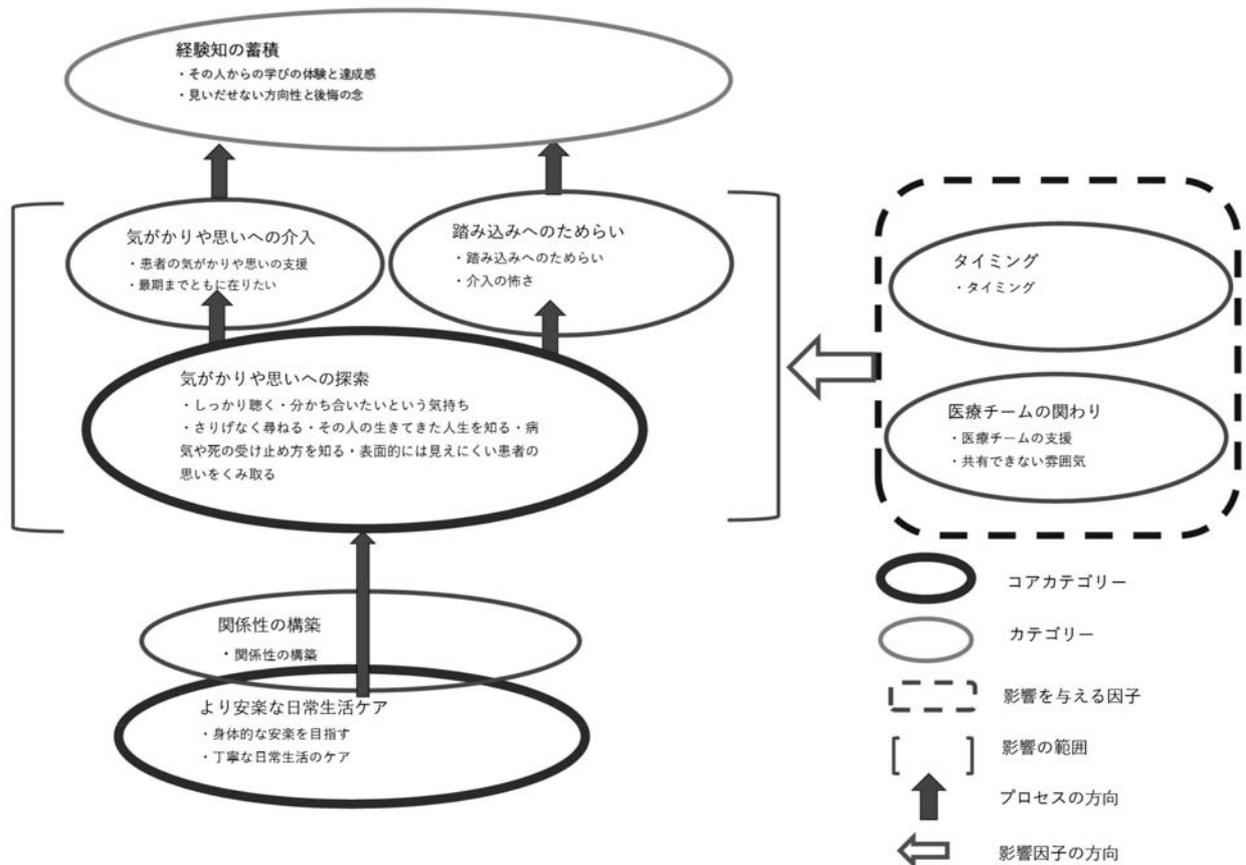


図1 結果図 患者の気がかりや思いを把握し介入するプロセス

ち合いたいという気持ち】が生じていた。また、「しっかり、まず聴くとか、その思いを受け止めていく」としたB氏の語りにあるように【しっかり聴く】こと、さらに「気がかりなこととか心配なこと」という言葉をキーワードに出すと患者さんは答えやすいみたいで、もう1回家に帰って整理をしたいとか、もう1回あそこに行ってみみたいといった具体的な言葉が出る」とC氏の語りにあるように【さりげなく尋ねる】ことを通して、患者の気がかりや思いを引き出していた。

また看護師は、「一人の人間として、どのような人生を生きてこられたのかなとか、ご病気だけではなくて、本当にたわい無い話ですよ。料理の話だとか、家の話だとか、そういったところから、この人の価値観とか、これまで何を基にして生きて（こられ）たのかなとか、そういう人生観みたいなのかな。」とE氏の語りにみられる【その人の生きてきた人生を知る】ことに努めていた。

C氏は「患者さんの生き方というか、受け入れ方というか、それによっても、随分違うかなというふうにも思いますね。それは病気が早く分かって、遅く分かって、その人の対処能力によっても全然違うんだらうなと思って。」と語り、それぞれの【患者の病気や死の受け止め方を知る】ことが介入への手がかりになると考えていた。

H氏は「くみ取ることでですね。そこを繋げていけないと。やっぱり、今も、本当は家に帰りたいけど、家族に迷惑が掛かるから入院しておきたいという人も結構いるし。だから、本当のそういう気持ちを、調整をつけていくというか。ご家族との調整をつけていく。」と【表面的には見えにくい患者の思いをくみ取る】ことから、患者の気がかりや思いを把握しようとしていた。

#### 4. カテゴリーと概念

##### 1) 気がかりや思いに介入するプロセス

###### (1) 〈関係性の構築〉

「『薬を持ってくるのが遅い』とか、いろいろ言われてたんですけど、『いや、あのとき看護婦（師）さんがおらんかったら、わしは助かってなかった（中略）。背中をさすってくれたから。だからいられるんだ』とか、そういうことを言われたんですけどね。」というC氏の語りは、《より安楽な日常生活ケア》を通して、徐々に患者・看護師間の〈関係性の構築〉がされてい

き、次のコアカテゴリーである《気がかりや思いへの探索》に結びつける役割をはたしていた。

###### (2) 〈気がかりや思いへの介入〉

H氏は「やっぱり『家に帰りたい』というのを何回も言われてたから、そういうかたちで進めていこうと思ったんですね。」と【患者さんの気がかりや思いへの支援】を実行に結び付けていた。

最期を迎えるときには、「亡くなる時が、ちょうど私の夜勤のときで、ああ、ついに、このときがやってきてしまったか、と思いながら、（思い出の）DVDを流して、奥さんに手をさすってもらって。」というC氏の語りは【最期までともに在りたい】とする看護師の姿勢を示していた。

###### (3) 〈踏み込みへのためらい〉

「お子さんの立場になっても、あとで後悔しないかなと思わないでもなかったんですけど。ちょっと踏み込めなかった」というB氏の語りのように、【踏み込みへのためらい】も見られた。また「自分の関わりがいいふうに影響すればいいんですけど、マイナスに働くこともあるっていう恐ろしさもある」とG氏の語りが示すように【介入の怖さ】があった。

###### (4) 〈経験知の蓄積〉

【その人からの学びと達成感】や【見いだせない方向性と後悔の念】は、多くの患者との関わりを経験知として看護師の認識の中に蓄積されていた。

気がかりや思いが把握でき、介入できた結果を振り返り、「その人には、いろんなことを教えてもらったというか。たぶん悔いのない人生を送れただろうし、私自身も悔いのない看護というのを初めて体感させてもらって」とC氏の語りのように、看護師は【その人からの学びと達成感】を得ていた。

一方で「踏み込みへのためらい」が伴い、気がかりや思いに介入しなかった場合は、「（息子さんが）突然（母親の病気のことを知って）、びっくりしちゃったんだと思うんですけど。ああ、何か、もっと早くどうにかできなかったのかな」というB氏の語りや、「デスカンファレンスをして。やっぱり振り返りで、『あのタイミングで外泊させてあげたらよかった』とか、『もっと家族に会わせてあげたらよかった』とか」というG氏の語りのように【見いだせない方向性と後悔の念】に繋がっていた。

## 2) 《気がかりや思いへの探索》から介入のプロセスに影響を与える因子

### (1) 〈タイミング〉

このカテゴリーは、病気の症状や残された時間が複雑に絡み合っていて語られていた。「タイミングもあるじゃないですか。だから、『今なら』っていう。(中略) そういう感覚を研ぎ澄ますというか」というH氏の語りのように、今が介入の時であるとするタイミングが重要と感じていた。「本人が、例えば荷物を整理したいとかいうふうに思っている、全身状態が悪いときに、できなかった。それをどのタイミングで言えばよかったのかな」とするC氏の語りから、看護師は、介入可能な時期を振り返っていた。

### (2) 〈医療チームの関わり〉

G氏の語りに見られる「カンファレンスとかがあったときに、患者さんの不安とか、何を大事にしているかをみんなで情報共有するようには注意はしているんですけど」や、C氏は「他職種というか、緩和ケアチームの先生だったり、専門看護師だったり、いろんな人と話をする中で合議するというか」と語り、看護師はチームを巻き込んで【医療チームの支援】を引き出していた。他方で「『余計なことしなくてもいいよ』っていうような雰囲気ของทีมだと、やっぱりカンファレンスでの発言もしにくいでしょうし」とするA氏の語りにあるように、患者の気がかりや思いをチームで【共有できない雰囲気】は、介入を踏み留まらせることとなる。このように〈医療チームの関わり〉は患者への気がかりや思いへの探索と介入の促進や抑制の双方に影響していた。

## 考 察

患者の気がかりや思いを把握し介入するプロセスを明らかにした結果、プロセスの中心は、看護師が患者の《より安楽な日常生活ケア》を行うことにより患者・看護師の〈関係性が構築〉され、《気がかりや思いへの探索》が深まることであった。その次の段階として〈気がかりや思いへの介入〉に繋がる場合と、〈踏み込みへのためらい〉から介入に結び付かない場合があった。看護師には、双方の関わりを通して〈経験知の蓄積〉がされていた。患者の気がかりや思いへの介入が実施または抑制される背景に

は、その時の患者の病状等の〈タイミング〉と〈医療チームの関わり〉が影響を与えていた。このプロセスとそれに影響を与える因子について考察する。

### 1. 《より安楽な日常生活ケア》を基盤とした《気がかりや思いへの探索》への道筋

《より安楽な日常生活ケア》には【身体的な安楽を目指す】ことと【丁寧な日常生活のケア】の2つの概念が含まれるが、看護師が最初に取り組む課題は、「まずは体の身体的な痛みがないとか」という語りにみられる身体的な苦痛の緩和であった。また「終末期になってくると複雑に症状が絡み合っている、(中略) 取れるべき症状が取れているか」という言葉から、複雑な症状の絡まりをアセスメントして苦痛症状を取り除くことに努めていることがわかった。終末期の苦痛は、身体的、精神的、社会的そしてスピリチュアル・ペインが全人的苦痛となり現れてくる。今回焦点を合わせた患者の気がかりや思いの課題には、家族関係の未調整や家に帰って身辺整理をしたいという社会的苦痛に含まれるものが多かったが、それが見えてくるのは、看護師が患者と出会ってしばらく時間が経過してからである。「取れるべき症状が取れているか」は、出会いの初期の時点から症状緩和できるものを明確に捉えようとする専門職の実践的知識であった。苦痛の緩和を最優先することは、Hiraiらの調査の日本のgood deathの項目に、痛みや身体的精神的症状からの解放することが最も多く抽出されたこと<sup>10)</sup>、ガイドライン解説編にも「できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要」<sup>2)</sup>と述べられていることとも一致した。しかし現実には、齊田の報告に、一般病棟においてがん疼痛緩和が不十分・行われていないとした割合が8割以上とあり<sup>11)</sup>、がん性疼痛緩和の困難さが示されており、疼痛緩和を含めた症状コントロールは、依然として終末期がん看護の課題である。

日常生活のケアにおいては、「ただ拭くんじゃなくて、とにかく気持ちいいという気持ちになってほしい」と、日常生活のケアを、苦痛がないだけでなく、安楽なものにしたいと考えていた。そこには、がんという病を持ちつつ日常生活を送る生活者すなわち「その人の生きてきた個の歴史の中で培われた生活習慣や生活信条を持ちながら生きている人」<sup>12)</sup>としての患者に、看護師は、その人を尊重しながら

関わりたいとする気持ちが表れていた。また、気持ちのよい看護ケアは、一般病棟の終末期患者の生きがいにつながるという報告<sup>13)</sup>からも、安楽なケアの提供は重要である。そうしたケアを継続することで、患者の症状コントロールがある程度可能になれば、患者・看護師関係が築かれ、次の段階である《気がかりや思いへの探索》に繋がる。

苦痛緩和に努めてもなお存在する苦痛の根源を求めて、看護師は《気がかりや思いへの探索》を行っている。このカテゴリーには、【しっかり聴く】【分かち合いたいという気持ち】【さりげなく尋ねる】【その人の生きてきた人生を知る】【患者の病気や死の受け止め方を知る】【表面的には見えにくい患者の思いをくみ取る】という6つの概念が含まれており、対象者の語りが最も多かった。家族に迷惑がかかるから家に帰りた気持ちや言い出せないなど、今の病状やこれまでの関係の中で表出できない患者の複雑な心境を、看護師は把握していた。その過程には、患者の苦悩を分かち合いたいとする気持ちと、その人の生きてきた人生に耳を傾けながら、患者は人生の終わりにどのようにしたいのか真意を確かめ患者ともにその方法を探索していた。

井上らの調査では、一般病棟の看護師の調査から、がん終末期看護に対する実践認識度で最も高い得点を示したのは「患者・家族の辛さについて、少しでも分かろうとしている」という項目であり<sup>14)</sup>、同様に、今回のインタビューからも患者の気がかりを分かろうとする看護師の語りが最も多くみられた。一般病棟の看護師ががん患者の辛さや気がかりを分かろうとする態度が明らかになった。

## 2. 気がかりや思いへ介入する場合と介入しない場合と、そこに影響を与える因子

〈気がかりや思いへの介入〉のカテゴリーには、【気がかりや思いへの支援】と【最期までともに在りたい】という2つの概念が含まれていた。語りの中に見られたある患者の気がかりの正体は、「10年も疎遠にしていた息子にお別れを伝える」という未整理の仕事であった。看護師らとそのチームは、患者が息子と再会し、思い出を振り返り、お別れを言い安らかに旅立つ一連の過程を支援した。その過程で看護師らは【最期までともに在りたい】と望むようになった。ケアを通して、怒りを表していた患者は穏やかな父親に変化し、看護師は患者から教えてもら

ったと実感していた（C氏）。ワトソンは、看護師と患者の双方が活力を与えあう最高レベルのケアをバイोजェニックなケアリング、それは「最高レベルの癒し、全体性、トランスパーソナルなケアの関係を表している。」と述べている<sup>15)</sup>が、こうした患者・看護師がより良い影響を与え成長していく事例はそれであり、人生の最終段階において、バイोजェニックなケアリングが行われることがわかった。

次に〈踏み込みへのためらい〉と《気がかりや思いへの探索》に影響する因子について述べる。母親が人生の最終段階を迎える場合、看護師は、患者は自分の死後の子どものことが気になっているだろうという直感的仮説を持つ。しかし看護師は、母親としての患者が自分から語ろうとしないのに、中途半端に思いを引き出し混乱させることや、残された時間や厳しい病状の中で〈タイミング〉を考慮して、〈踏み込みへのためらい〉を感じ、そこには踏み込まなかった事例があった（B氏）。しかし患者の病状が悪化した時に、初めて息子が母親の病状を聞かされて驚く姿を見て、「これでよかったのか」といった〈方向性の見えない後悔の念〉を抱いていた。柏木は、「受け身の踏み込み」という言葉を用いて、末期の患者との対応の中で、時には踏み込むことも必要であるが、大切なことは、「踏み込み」が有効に働くためには、「受け身」による信頼関係が築かれていることが必要だとしている<sup>16)</sup>。〈踏み込みへのためらい〉は、患者の繊細で複雑な心情を把握している看護師の慎重さであった。しかし、もしそこに介入できていたらばどのようなになっていたであろうかという問いは消えていない。

《気がかりや思いへの探索》〈気がかりや思いへの介入〉〈踏み込みへのためらい〉のプロセスには〈タイミング〉が影響していた。一般に看護師は多くの患者の死に関わってきた経験から、今後の患者の病状変化やケアのタイミングを意識している。しかしその患者にとって死は初めての体験であり、今後どのようなになるのか、残された時間がどれだけあるのか、あるいは一旦回復するのか予測が立ちにくい。こうした情報の非対称性を埋めるのは、病気の早期の段階からのACPと思われる。木澤らは、ACPを円滑に行うために、最善を期待し最悪に備えるコミュニケーション、すなわち病気の早期から一貫して患者の最善を期待し、患者が大切にしてい

ることや希望が最大限達成できるようなコミュニケーションを行う一方で、最悪の事態を想定し、「もしもの時にどうするか」について患者の考えや価値観、具体的な選択肢を話し合うことが重要としている<sup>17)</sup>。こうしたコミュニケーションを患者と医療者間で心掛けておけば、患者は自分の価値観や医療の選択、さらには気がかり等を患者自らが医療者に相談しやすくなると考える。

また繊細で複雑な患者の課題を看護師個人の判断だけでは担えないが故に〈医療チームの関わり〉が影響を与えていた。加えて一般病棟の特徴も影響していると思われる。一般病棟には、急性期と慢性期の患者が同時に入院しており、終末期患者に十分な医療・ケアを提供できないと5割強の看護師が回答している<sup>18)</sup>。終末期がん患者の気がかりに向き合い介入することは、環境的にも時間的にも限界があり、そのことを解決する方法を組織的・体制的に検討する必要がある。

### 3. 経験知の蓄積

このカテゴリーは、〈気がかりや思いへの介入〉が行われた場合にも〈踏み込みへのためらい〉があった場合にも、多くの患者との関わりの経験知として看護師の中に蓄積されていた。介入し気がかりが解消された結果看護師は、【その人からの学びと達成感】の経験を得ていた。一方で、〈踏み込みへのためらい〉のままケアを終了した場合には、看護師の中には、20年も前の事例であっても、現在も【見出だせない方向性と後悔の念】を抱くこともあった。そして看護師は、双方の経験を有しており、貴重な経験であったと認識していた。看護師経験を重ねても、介入がうまくいく場合とそうでない場合があり、終末期がん看護の困難さを表していた。一般病棟における終末期がん看護は困難であるという報告<sup>19-21)</sup>はあるが、今回の調査からは看護師は一つ一つの事例からの学びや後悔を振り返りながら、これらの経験を実践に活かしていきたいと考えていた。

### 4. 患者の気がかりや思いを把握し介入するプロセスが示す看護への示唆

今回のインタビューでは、より安楽な患者の日常生活の援助を目指す看護師の実践と、苦悩する患者の気がかりを聴きアセスメントし、できることはサポートしたいとする看護師の患者に寄り添う姿勢がわかった。また、図1に示されたプロセスから見え

てきた示唆は、《より安楽な日常生活ケア》の根底にある身体的苦痛の緩和の重要性、〈タイミング〉に影響する早期からのACPや、そのことを含めて課題共有と解決にむけた〈医療チームの関わり〉に影響する多職種連携であった。今後ますます地域包括ケアシステムが推奨され、患者の生活の場が自宅、介護施設、医療機関と変わる中で、人生の終わりに処理しなければならないさまざまな課題を持つ患者の苦悩が置き去りにされないように、ケアとケア体制の充実が望まれる。

### 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は8名の看護師を対象としており、限定された人数でのインタビュー調査であった。また、一般病棟の中でも終末期がん看護に関心の深い経験豊かな看護師の語りから導かれた結果であった。今後は、調査対象者を拡大し、より一般化することが課題である。また、看護師の経験知の蓄積は、今後どのように終末期ケアに活かされるのかもさらなる研究課題である。

## 結 論

「一般病棟看護師における終末期がん患者の気がかりや思いを把握し介入するプロセス」を明らかにした結果、はじめに看護師から患者への《より安楽な日常生活ケア》を行うことを通して患者との〈関係性の構築〉が図られ、さらに《気がかりや思いへの探索》を通して、最終的に〈気がかりや思いへの介入〉に繋がっていた。一方で、看護師は患者の気がかりや思いへの〈踏み込みへのためらい〉から、介入に繋がらない場合もあった。〈気がかりや思いへの介入〉をした場合も〈踏み込みへのためらい〉から介入しなかった場合も、看護師にはそれぞれの〈経験知の蓄積〉がされていた。《気がかりや思いへの探索》〈気がかりや思いへの介入〉〈踏み込みへのためらい〉に影響を与える因子として〈タイミング〉と〈医療チームの関わり〉があった。

終末期の患者の気がかりや思いは、容易に把握および介入できるものではなく、また一般病棟という場の特徴からも、患者の身体的苦痛の緩和や、病気の早期の段階からのACPと、それを共有・支援する医療チームの関わりが重要であることが示唆された。

## 謝 辞

本研究のインタビュー調査にご協力いただき、お話をきかせていただきました一般病棟の看護師の皆様方、調整をしていただきました病院・病棟の看護管理者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP16K12064の助成を受けたものである。

## 著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>. (参照2021-04-01)
- 2) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>. (参照2021-04-01)
- 3) Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, et al. Defining Advance Care Planning for Adults : A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 2017 ; 53 (5) : 821-832.
- 4) 森山美知子. 第2部第3章, 終末期にある家族員を抱える家族への援助. 森山美知子編. ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践, 第1版. 医学書院. 東京, 2001. 248.
- 5) 山根弘路, 矢野琢也, 梅村茂樹, 塩手康弘, 原田大二郎, 亀井治人. 緩和ケアチームによる全人的疼痛緩和療法が奏効した難治性身体的疼痛を有する非小細胞肺癌症例. *肺癌* 2011 ; 51 (7) : 835-839.
- 6) 田中愛子, 大嶋満須美, 戸井間充子. ターミナル期にある患者・家族の「気がかり」に介入する意味. *山口県立大学看護学部紀要* 2004 ; 8 : 75-79.
- 7) Nagata C, Tanaka A, McMaster R. A Model of Spiritual Care of Home Visiting Nurses for Patients with Terminal Cancer Using Qualitative Study. *Bull Yamaguchi Med Sch* 2018 ; 65 (3-4) : 45-54.
- 8) 木下康仁編. 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. 光文堂. 東京, 2005.
- 9) 木下康仁編. 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. 光文堂. 東京, 2007.
- 10) Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, et al. Good death in Japanese cancer care : A Qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 (2) : 140-147.
- 11) 齊田菜穂子. 一般病棟の看護師が認識するがん終末期看護の現状. *日本看護学会論文集 慢性期看護* 2019 ; 49 : 255-258.
- 12) 河口てる子. 【患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み】患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み 看護師によるとっかかり/手がかり言動とその直感的解釈, 生活と生活者の視点, 教育の理論. *看護研究* 2003 ; 36 (3) : 177-185.
- 13) 千田 操, 角田真由美, 柿川房子. 一般病棟における終末期がん患者の生きがい. *日本看護研究学会雑誌* 2013 ; 36 (1) : 113-121.
- 14) 井上恵子, 後藤順子, 佐藤寿晃. 一般病棟におけるがん終末期看護に対する看護師の意識調査. *山形保健医療研究* 2015 ; 18 : 43-49.
- 15) ジーン・ワトソン著. 稲岡文昭/稲岡光子/戸村道子訳. ワトソン看護論 ヒューマンケアリングの科学, 第2版. 医学書院. 東京, 2014. 62.
- 16) 柏木哲夫. 恵み・支えの双方向性 第13回 受

け身の踏み込み 月刊いのちのことは掲載号、  
2015年07月号。

<https://www.wlpm.or.jp/inokoto/2016/04/26/%E6%81%B5%E3%81%BF%E3%83%BB%E6%94%AF%E3%81%88%E3%81%AE%E5%8F%8C%E6%96%B9%E5%90%91%E6%80%A7%E7%AC%AC13%E5%9B%9E-%E5%8F%97%E3%81%91%E8%BA%AB%E3%81%AE%E8%B8%8F%E3%81%BF%E8%BE%BC%E3%81%BF/>. (参照2021-04-01)

- 17) 木澤義之, 山口 崇, 余谷暢之. がん薬物療法とアドバンス・ケア・プランニング. 癌と化学療法 2016; 43 (3) : 277-280.
- 18) 佐藤康仁, 有賀悦子, 大堀洋子, 長井浜江, 篠聡子, 木村桂子, 猪熊京子, 東間 紘. 急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点. 厚生学の指標 2005; 52 (3) : 13-18.
- 19) 狩谷恭子. 一般病棟における終末期がん患者の看護に対する困難度とスピリチュアルケアの実態調査. 日本医学看護学教育学会誌 2018; 26 (3) : 13-19.
- 20) 直成洋子, 小幡明香, 原島利恵, 富山淳江, 角田直枝. がん看護に関わる看護師の困難感に関する研究 困難感の特徴と関連要因. 茨城キリスト教大学看護学部紀要 2017; 8 (1) : 19-27.
- 21) 中村悦子, 中村圭子, 清水 理. 緩和ケアに携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 2010; 3 (1) : 1-9.

## The Process of Assessment and Intervention by Nurses in the "Concerns and True Feelings" of Terminal Cancer Patients in General Wards.

Aiko TANAKA, Chizuru NAGATA<sup>1)</sup> and Miyuki GOTO<sup>2)</sup>

Division of Fundamental Nursing, School of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 1) Division of Community/Gerontological Nursing, School of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 2) Graduate School of Junshin Gakuen University, 1-1-1 Chikushigaoka, Minamiku, Fukuoka 815-8510, Japan

## SUMMARY

This study aimed to clarify the process in which nurses involved in terminal cancer care infer the concerns and true feelings of their patients who find it difficult to express such feelings. A qualitative descriptive study design was applied. The research participants were 8 nurses from 2 facilities who provide care for terminal cancer patients in general wards. Interviews were conducted with each research participant through a semi-structured interview. A verbatim record was created from the recorded data of the interview and analyzed using the modified Grounded Theory Approach. The process assessment and intervention in the patient's "concerns and true feelings" was as follows: First, the nurse provided 《care to make the patient physically comfortable》. Next, the nurse 《built a rapport》 with the patient. They 《probed further into the patient's concerns and true feelings》, and this finally led to an 《intervention into the patient's concerns and true feelings》. In contrast, 《hesitating to intervene》 may also prevent the intervention from happening. The nurse had 《accrued the experience》 that, in either of these cases the intervention may or may not happen. Factors impacting the 《probing of the patient's concerns and true feelings》 included 《timing》 and 《the involvement of the medical team》. Reflections on both experiences of being able and not being able to intervene led to the accumulation of clinical knowledge on "concerns and true feelings."