

Title	患者と死について話す時に看護師に生じるコミュニケーション上のバリア
Author(s)	内布, 敦子
Citation	人間科学研究. 2003, 5, p. 59-72
Version Type	AM
URL	https://hdl.handle.net/11094/23339
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

患者と死について話す時に看護師に生じるコミュニケーション上のバリア

内布敦子

1. 序論

多くの人々が死を間近にして、不安を表出することによってストレスを緩和し、また自分自身のこれまでの人生や周囲の人々への感謝、苦悩などを表明することによって、生きてきた社会とのターミネーション（終結）を図ろうとする。死は生きている者の体験を越えるものであり、それを聴くことにも話題にすることに不安がつきまとうが、多くの患者には、自分の体験を他者に共有してもらい、共感してもらいたいという欲求があると言われている（柏木，1996）。

死は、本来人間の生活や人生の中で自然な出来事であると同時に、忌み嫌われる出来事でもあり、おおっぴらに語られることはなかった。しかし、医療技術の進歩に伴い、死は病院で管理されるようになり、人々の日常から隔離されるに至った。医学は科学を背景とした医療技術の介入によって寿命を延ばし、時には望まれない延命を行いながら、その過程で産業社会に組み込まれてきた。1960年代以降、患者の権利意識の高揚がおこり、医療訴訟が頻発するようになったアメリカ社会において、終末期の患者のケアに関心が高まり、人々は死について語りはじめたとされている（Backer, Hannon & Russell, 1994）。契約社会の中で、個人の自由と権利を重視するアメリカ社会は、病名や予後を明確に知らされ、結局のところ一人で自分の死と向き合わなければならない。構造的には類似した社会の変化が我が国をおそい、死について語る必要や死について語ることを聴く必要が生じて来たとも言えるのである。

しかし、死についてオープンに話すと、死んでいくという事実をお互いに認めてしまい、相手を精神的に窮地に追いやるのではないかという不安があり、患者が話し始めても周囲の人々が死に関する会話を差し止めてしまう（Glaser & Strauss, 1965, Benoleil, 1987）。

医療者がホスピスや死について話をすることは、治療の敗北をみとめることになると考える者も多く、対応技術を訓練されていないために、死にゆく人のケアから無意識のうちに遠ざかってしまう。結果として患者は強い孤独感を感じることになる。一方、看護師は、死にゆく人々と死や病気について話をしたいと望んでいるが、死に関する話に対して大きな戸惑いを感じている（菅原，1993）。患者の気持ちを聞くことが大切さや方法を、事例を提示して具体的に示してある書物も多い（Ptacek & Eberhardt, 1996, Kubler-Ross, 1974, 柏木，1978.）。しかし、看護師をはじめとした医療者は依然として戸惑い、患者とのコミュニケーションはそれほどスムーズではないのが現実である。

戸惑い自体は人間として自然な反応であるが、戸惑いを体験している看護師や医師にとっては居心地の良いものではない。そこで、この戸惑いの中核をなすと考えられる、死について話すことに伴うバリアを丹念に調べ、深く吟味することが重要であろうと考える。このような研究を通して、医療専門職として死にゆく患者との間で「死」という話題をどのようにマネジメントするかということが解明され、専門家として必要なコミュニケーション技術の開発や体系化につながることを期待される。

本稿では、死を患者との間で言語化するとき看護師にもとめられる技術を開発する一

連の研究について記述する。

2. 死にゆくことを言語化する看護事例介入研究

2. 1 事例研究の概要

死について患者と話す時に必要なコミュニケーション技術を具体的に明らかにするために、事例研究を行った（内布，1996）。介入は、メンタルケアの専門家として看護活動のコンサルテーション実績を持つ米国の看護研究者にスーパーバイズを受けながら行った。介入の焦点は、終末期がん患者が死にゆくことについて言語化する過程を支援することであった。看護師である研究者として活動を展開し、活動の内容と患者の反応を詳細に記述し、文脈を読みとって有効な支援のあり方を質的帰納的に抽出した。介入にあたっては、患者に十分な説明を行い、了解を得るなど倫理的配慮を行った。

2. 2 介入経過と患者の反応

事例Kさん（69歳、女性）は、1980年に左乳がんになり、拡大左乳房切除術を受けた。1985年と1986年の2回にわたって肺転移が発見され肺葉切除術を受けている。1992年から腰椎転移によって下半身が麻痺し、強い痛みのために麻薬性鎮痛剤を用いて痛みをコントロールし、夫の介護を受けて在宅療養を行っていた。

Kさんの医学的予後が1～2ヵ月と予測される時点で、コンサルタントにサポートを依頼して死について患者と話すという意図的な介入を始めた。コンサルタントの援助を受けて、現在のKさんの状況をアセスメントした。Kさんはテレビや新聞の話題を通して死について話しており、自分の死について話す準備性もニーズもあるものと思われた。

最初に必要な介入は、看護者（研究者）が、率直に死についてどのように感じているかを問うことであった。患者は、「話したかった、死ぬことは病気になったとき（3年前の再発の時）からずっと考えており、すでに尊厳死協会には入っている。無理な延命治療はしないでその時が来たら自然に死を迎えたいと考えている。死に対してもはじめは恐かったが今は全然恐いという感じはない」と話した。

表現がうまくできないでいる時は具体的に表現できる話題を探し、表現を助けた。「自分の体をどのように感じていますか。」と質問すると、患者は自分の体を「枯れ葉のようです。枯れてしまった葉っぱがやると木にくっついていて感じます。水も血液も全く通っていない枯れ葉のようです。それが大きな木の幹から今まさに落ちようとしている。」と表現した。「それは死ぬという意味ですか。」と問うとはっきりした口調で「そうです。」と言い、さらに「自分の体ではないような感じですか。」と問うと「いいえ、これは他の誰でもない私自身の体です。」と答えた。患者が死に関する思いを語った後に、看護者は、死に関する話を患者が望むときは逃げずに聴き続けるという保証を行った。さらに死について話をしてくれたことで、患者の感じていることがよく理解できたこと、話してくれたことに感謝していることを伝えた。このような看護者からのフィードバックによって、患者は続けてこれまでの自分の人生や家族への思いを表現することができた。

患者は、自分が死ぬ瞬間に専門家である医師や看護師が側にいてくれるかどうか心配しており「死ぬときには先生（主治医）にそばにいてほしい。」と何回も繰り返した。「死ぬ

ことが恐いですか。」と聞くと「そうではない。痛むことは恐いが死ぬことは恐くはない。ただ、自分が死んだかどうか専門家の目できちんと見てほしいから死ぬときは必ず主治医に側にいてほしい。母が死んだとき、主治医が間に合わず、警察がはいて調べられたことがあり、そのようなことになると家族にも迷惑がかかる。」と気がかりになっていることを述べた。一方で家族、特に夫のストレスが大きいと判断されたので、夫の肉体的疲労に対して、全身のマッサージを行うと同時に家族が行っているケアを高く評価して伝えた。

コンサルタントは看護者の悲嘆についてもケアを行い、ターミネーションの具体的な方法を提供し、看護者は患者に感謝と別れの言葉を述べることができた。

家族は呼吸が止まるのが予測できず、非常に緊張して見守っていたが、無呼吸のパターンなど具体的に起こってくる症状を教えたところ、余裕を持って見守ることができた。患者は家族や親戚に見守られながら息を引き取り、夫は葬式の席で弔問の人々に「誇りを持って見せることができる死に顔である」と挨拶した。

死にゆくことを言語化することで、患者は家族に別れの言葉を言うことができ、家族もそれに応えて患者に感謝を表現し、臨終の前の日に患者が希望し、家族全員がビールで乾杯し別れを述べることが出来た。

2. 3 抽出された有効な看護介入と言語化によって生じる患者の変化

事例分析の結果、死を言語化することをすすめる有効な看護の介入と死の言語化によって引き起こされる状況の変化を次のように抽出した。

- (1) 患者が死について話をする準備性やニーズについてアセスメントすることが重要である。特に医学的な予後、死に関連する話題が患者から発せられることは、本事例の場合、重要なアセスメント情報であった。
- (2) 率直な話題提供によって、死について話すチャンスを作る。この際、話を始めるタイミングは前後の文脈や患者と看護者との関係性に依存する。
- (3) 患者が死について話すことから看護者は逃げないという保証を行う。または話をしたくない場合は、話をしないことを保証する。
- (4) 患者が表現したいことが十分表現できるように、身体感覚などの実体的で具体的な話題を提供する。
- (5) 表現してくれたことを理解したことや表現してくれたことへの感謝を、具体的に言語化して、患者に伝えることで患者の表現は促進される。
- (6) 家族が行っている世話を高く評価することは家族をエンパワーすることにつながり、家族が患者の死につきあえる。
- (7) 死の言語化を支える看護者自身が死の話を進める上で不安を抱えることを自覚し、コンサルタントやピアグループによるサポートを用意することが重要である。
- (8) 死を言語化することで、死んでいく自分を表現し、患者は自分自身を周囲に理解してもらうことができ、結果として周囲の人々に別れを告げることが出来た。

3. 死の言語化を支援する看護介入の有効性を検証する事例研究

3. 1 事例研究の概要

死にゆくことを言語化する看護事例介入研究（内布，1996）によって明らかになった看護介入方法を用いてさらに事例を重ね、介入方法の検証を行った（内布 2002）。同じく、専門のコンサルタントによるスーパーバイズを受けながら、終末期がん患者 1 名に死にゆくことの言語化を意図的に支援した。意図的に行った看護介入は、①医学的予後や痛みなどの身体的条件のアセスメント、②死について話すことに対する患者の反応の確認、③死について考えていることを聴くことと死についての話から逃げないことの保証、④患者の思いを理解したこと、話をしてくれたことへの感謝を患者にフィードバックすること、であった。先行研究（内布，1996）で確認した介入の妥当性を検証することに焦点を当てて介入を計画したが、患者の個別性を考慮し、毎回の面接終了後にスーパーバイズを受けて患者の状況を分析して、具体的な看護活動には柔軟性をもたせた。面接の内容は逐語録として記述データとなり、文脈を読み取って内容の分析を行い、介入の妥当性を検討した。検討過程には日米の文化に精通した米国の看護コンサルタントのスーパービジョンを加え、分析の妥当性を維持するように努めた。

3. 2 介入経過と患者の反応

B 氏、57 歳、女性で、40 代で大腿骨骨頭置換術時に受けた輸血が原因と思われる C 型肝炎を発症した。その後肝臓がんを発症して、塞栓療法を行ったが 1995 年の 12 月に腰椎に転移し、下半身の運動障害、感覚障害が出現した。訪問開始当時、自力で体位変換も困難で介助が必要であった。1996 年 6 月には眼窩に転移と思われる腫瘍が発生したが、放射線療法で縮小した。腰椎転移のために背部に痛みがあったが、麻薬性鎮痛薬によってほとんどコントロールされていた。

看護者（研究者）は、死について話すことに対する看護者自身の不安を自覚しながら、患者に不安の内容について表現することをすすめた。患者は「自分の死について聴いてくれる人を待っていた。」と言い、失明の恐怖や末期の痛みがどうなるのかという不安を訴えた。同時に「死ぬことは了解できており、時間をかけて誰かに話したいということはない。夫はわかっていると思うし・・・。」と述べた。不安のために自律神経失調を思わせる呼吸症状を呈しており、担当の看護師や主治医は、死について話すことは患者にとって必要なことであるという見解を持っていた。看護者は、死について話し始める勇気を持つこと、最期まで訪問を続けることを自分の中で決心し、意図的に患者と死について話をするチャンスを作った。この介入を始める事によって信頼を失うことはないという自信もあり、「身体を感じ」を糸口に話を始めてもらった。患者は、57 歳で死んでしまう悔しさについて述べ、いままで死について話そうとすると「弱音を吐くな」と励まされ辛い思いをしたことや皆が逃げるので死については話せなかったことについて述べた。このような会話をきっかけに気になっていた娘との関係修復を果たし、家族に囲まれながら最後を迎えることができた。

3. 3 確認された有効な看護介入と看護師の構え

先行研究（内布，1996）で抽出した看護介入に加えて、今回の事例介入研究で新たに有効と思われた看護介入と患者に起こった変化は次のようである。今回の事例では、患者へ

の直接介入だけでなく、看護者自身の準備性や構えが介入を可能にしていると解釈されたので、【死の言語化をサポートした看護師の構え】（文中では【】で示した。）についても提示することとした。

- ①癌の眼窩や腰椎への転移が進み治療が困難であり、患者自身が何度か訪問看護師や主治医に対して、死期に関する話題を持ちかけているといった状況から、死について話を聴く準備性が十分であると判断し、介入を開始したところ、「話を聴いてくれる人を待っていた。」と言い、患者は死について思っていることを語り始めた。→【患者の身体の状態を把握して死について話したいという患者のニーズを察知し介入のタイミングを図る。】
- ②今回の介入の前提として、看護者は死にゆくことを患者が言語化することを支援したいという意図性があったことも言語化支援の活動を進めるうえで重要な要件であった。→【患者に対して死にゆくことを言語化するチャンスをいつか与えたいと思う。】
- ③看護者自身も死について話を聴くことを患者に切り出すには勇気が必要であったが、看護者自身の不安を率直に認識することが話を切り出す要件であった。→【死について話すことに対して看護者が持つ不安を認識する。】
- ④看護者は面接だけではなく患者の身体ケアを積極的に取り入れた。5回目の面接で患者との信頼関係に自信を持つことが出来た段階で介入を開始することができた。→【自分と患者との信頼関係は深いと感じる。】
- ⑤身体上の具体的な不安（麻痺や失明）を聴くことをきっかけに患者は死についての思いを語り始めた。また、患者の表現を助けるために、「二十歳になった孫へのメッセージをテープに録音する」、「親しい人に手紙を書く」といった表現手段のバリエーションを提供することが話を発展させることに貢献した。→【患者が病気や死について話し始めるチャンスがきたら、どのようにたずねるか具体的に考えて用意している。】
- ⑥主治医、担当の訪問看護師は、この患者が死について話すことが必要であることをこれまでの経過で認識しており、研究者である看護者の活動を支持していた。またコンサルタントは、看護者に起こる不安を理解し、不安をマネジメントする方法や患者への具体的介入方法について知識やサポートを提供した。→【看護の方法について相談に乗り、方向性を示して看護師の考えや感情を受け入れサポートしてくれる同僚や先輩看護師がいる。また主治医も看護師の関わりをサポートしてくれる。】
- ⑦患者が死について話をしたときは、今後も続けて話を聴くことや、看護者は患者の話から逃げないことを保証した。→【死に関する話から逃げないで聴くことを患者に保証する。】
- ⑧死に関する話か最期まで逃げないという約束をするとき、看護者はこの患者の最期の時まで必要な面接や看護を提供することを決めた。→【この患者を最期まで看護したいと思う。】

3. 4 看護師の構えを明らかにする必要性

患者が死について話をすることを支援するには、患者への対応だけでなく看護者自身の状況をマネジメントすることが必要であると思われる。事例では、コンサルタントによるサポートによって看護者が自分自身の不安や状況に向き合い、患者と死について話をするこ

とに関して自分自身の準備性を認識しておくことが不安をマネジメントする上で重要な要件であった。本研究で抽出した「看護師の構え」を活用して、看護師の準備性を確認するために適切な項目を開発することができれば、看護師が死について患者と話すときに自分自身の状況を確認することができ、介入の準備性が高まるのではないかと考える。今回「看護師の構え」として抽出した項目は、事例介入研究によって抽出されたものであり、今後、エキスパートパネルなどの手法で項目の妥当性を検討する必要がある。

4. 死を言語化する「看護師の構え」の項目と妥当性

4. 1 研究の概要

先行研究で死を言語化する「看護師の構え」として提案された項目の妥当性について、終末期看護に携わる看護師を対象としたグループインタビューによって検討した（内布，2002）。エキスパートナースに研究目的を説明し、自発的に参加を申し出てくれた6名の看護師に研究の了解を得てグループインタビューを行った。グループインタビューの録音データは、書き起こし、項目毎の意見を集約して妥当性を判断した。専攻研究で提案された7つの「看護師の構え」のうち7項目について検討した。4項目は、死を言語化する「看護師の構え」として影響が大きく、項目として妥当であると判断されたが、残りの3項目は、普遍的に必要な項目とは言い難く、項目としての妥当性は低いものと考えられた。

4. 2 死にゆくことの言語化をサポートした「看護師の構え」とその妥当性の検討

先行研究で提案された「看護師の構え」についての項目のうち、「患者の身体状態について把握できていると思う」、「患者に対して病気や死について話すチャンスをいつか与えたいと思う」という項目は、看護師の構えとして妥当であるという意見で一致した。Steinhouse, Cristakis, Clipp, et al, (2001)の End of Life への準備性に関する質的研究でも、身体の状態や死ぬ時期についてよく知っていることが死の準備性の要素としてあげられており、医療者も患者も死について話すことが重要であると認識していると述べられている。

「死について話すことに対して看護師自身が持つ不安を認識する」という項目は、死に関する会話を進める時に関与しているという意見を全員が持っていた。しかし不安を全く感じない状態を作る必要はないという意見であり、不安はあるが引き受けるという構えが必要である事が確認された。不安については健康な防衛的役割と解釈すべきであるという意見もあり(Levin, 1990)、必ずしも低くする必要を感じないという参加者の意見と一致する。柏木(1978)は、患者の会話の裏にある感情に焦点をあて、話を中断させないで聞き手になることを勧めており、死への不安を患者と共に引き受ける覚悟がなければ会話を続けることは出来ないと指摘している。不安を持ちながらもそれをよく自覚し引き受けることが重要な「看護師の構え」と言える。

「看護の方法について相談にのり、方向性を示して、あなたの考えや感情を受け入れサポートしてくれる同僚や先輩看護師がいる。また主治医も看護者のかかわりをサポートしてくれる」という項目については、むしろ死について話すことは自分自身の問題であるとしてそれほど必要性を強調しない人もいた。柏木(1978)は、チームアプローチの重要性

を述べており、野末（1995）はターミナルケアに従事する医療職は仲間とのコミュニケーションを日頃から良くしておき、サポートを受けられるようにすることを勧めている。チームのサポートは重要であると思われるが、今回対象の大部分を占める訪問看護ステーションの看護師は単独で行動することが多く、必要なサポートは看護師の経験や状況によって異なることが示唆された。

最期まで看ることに関しては意見が分かれ、チームでカバーするので、自分自身が必ずしも最期まで看るという気持ちがなくても死について話をするができるという柔軟な考えが見られた。

5. 患者と死について話すときに生じる看護師のコミュニケーション上のバリア

5. 1 研究の概要

終末期にあるがん患者と死について会話をすすめようとするときに看護師に生じるコミュニケーション上の障壁(以下バリア)について明らかにすることを目的として、探索的記述研究を行った。フォーカスグループインタビューという手法でデータを収集し、意味内容の分析によってバリアのカテゴリーを質的に探索した。対象者は、看護職能団体が主催する緩和ケアセミナーまたは癌看護セミナーに参加した看護師の中から、研究の趣旨を理解し参加を自主的に申し出てくれた看護師とし、中断によって不利益を被らないことを保証しプライバシー保護を保証した上で書面によって承諾を得るなど倫理的配慮を行った。

本稿では、患者との間で死を言語化する時に看護師に生じるバリアの中でも、特にコミュニケーションを妨害する要因として解釈されたバリアについて報告する。

5. 2 終末期における医療者のコミュニケーションバリアに関する文献検討

がん看護に携わる看護師のストレスの調査では、「死や死にゆく」人のケアに関連したストレスはその程度が大きいことがわかっている（Florio, Donnelly & Zevon, 1998）。2000年に全米規模で2333名の看護師に対して行われた調査では、73%の看護師が強くまたはいくらか死に対して居心地の悪さを感じていた。また Maguire (1985) は、看護師や医師は患者の精神的な苦しみを見ないようにして距離を取り、自分自身の情緒的な安全を図っていると指摘している。Buckman R. (1984) は、死を怖れる感情があっても話されることはまれで、医師は、悪いニュースを告げて「患者に文句を言われぬか」、「対応がわからない」などの不安を持っていることを明らかにし、「うまくやれる医師はいるが彼らの経験は他へ広まらないので積み上げることができずはじめから訓練することになる。」と述べている。Ptacek & Eberhardt (1996) は、bad news に焦点を当てた67文献から、「bad news を話す場の快適さ」、「時間的な余裕」、「話すときの態度」や「サポートネットワーク」などを必要な条件としてあげ、bad news を伝えることも伝えぬこともストレスフルなことであるとしている。Curtis & Patric (1997) は、AIDS の患者47人と治療経験を持つ医師19人を対象にフォーカスグループインタビューを行い、EOL ケアについて話することを妨げる29のバリアを見い出している。患者、医師共に共通に見られたバリアは、「死について話すこと自体が居心地が悪い」、「EOL ケアについて話すほどまだ重篤ではない」、「死について話すことで死を早めたり、患者を傷つける原因になる」、「患者は医師を守るため

に EOL ケアについて話さない」、「医師も患者もお互いに相手が EOL ケアについて話し出すのを待っている」というものであった。Curtis, Patric & Collier (2000) は、その後、57 人の後天性免疫不全患者の追跡調査を行い、「患者はまだそれほど重篤ではない」「患者は EOL ケアについて話す準備がない」という 2 つの医師のバリアはコミュニケーションを減少させていることを明らかにした。そして「患者のバリアでコミュニケーションに関連しているものはなかったが、医師のバリアはコミュニケーションに影響しているので教育のターゲットにすべきである。」と述べている。

Takahashi (1990) は、「日本の医師は治癒可能な癌は告知するが治癒不可能な癌の場合は患者を情緒的な危機に追いやるとして避ける傾向にあり、これは医師自身の怖れが最も大きな原因である。」と指摘している。終末期の看護に携わる看護師のストレスに関する研究では、疼痛コントロールが十分でない患者や病名が知らされていない患者への対応で看護師がストレスを感じていること (木下, 1983)、家族との間や病院の考え方との間で倫理的な葛藤を体験していること (Konishi & Davis, 1999) などが指摘されている。

5. 3 死について話す時に看護師に生じるコミュニケーション上のバリア

3 つのフォーカスグループインタビューにおいて看護師が語った現象の基本となる考え (事例に対する看護師の反応を要約したもの) を明らかにし、看護師の表現した内容を注意深く読みとって、手順に従いデータの単位化を行い、352 の患者と死について話をする時に生じるバリアを抽出した。背景となる状況を踏まえて、その意味内容を忠実に読みとり、バリアという視点から 62 のサブカテゴリー、11 のバリアのカテゴリーが抽出された。カテゴリー間の関係を考慮して構造化を行い、看護師が患者と死について話す場面において直接的に作用していると思われるカテゴリー (以下、カテゴリーを [] で、その下位カテゴリーであるサブカテゴリーを < > で示す) は、[会話の範囲・了解のバリア]、[コミュニケーション技術のバリア]、[関係性のバリア]、[環境のバリア] の 4 つであった。これら 4 つのカテゴリーについて詳述する。

5. 3. 1 会話の範囲・了解のバリア

このカテゴリーでは、看護師は自分の職業上の責務範囲を考慮して医師が説明している範囲を超えて病気について話すのは越権行為であるとう看護師の認識が語られた。特に予後や転移の状況など患者個別の病気の状況に関することについては患者からの強い求めがあっても、医師が話している内容を厳密に守っていた。[会話の範囲・了解のバリア] のカテゴリーには、<看護師の話せる範囲が限られる>、<話す内容のコンセンサスが不明確である>、<患者が看護師の話せる範囲を察する>、<患者の病識や期待する会話の範囲が不明確である>、<患者を良く知らない>、<スタッフが患者との死について話すことに関心がない> の 6 つのサブカテゴリーが含まれていた。

<看護師の話せる範囲が限られる> というサブカテゴリーでは、医療チームや家族からコンセンサスが得られている範囲で話を展開しようとする看護師の体験が語られた。<話す内容のコンセンサスが不明確である> というサブカテゴリーでは、死について話すことを患者とその周囲の人々がどこまで了解しているか探りを入れ、不明確なときは会話が差し止められていた。一方、<患者が看護師の話せる範囲を察する> というサブカテゴリーで

は、患者は自分が質問したことで看護師が困っていることがわかると、看護師を思いやっ
て話を中断したり、逸らしたりして、その場の緊張を緩和し、看護師が患者と話しても良
い範囲を探りながら守っていた。〈患者の病識や期待する会話の範囲が不明確である〉とい
うサブカテゴリーでは、たとえ病名や予後を十分認識している患者であっても、患者が死
についての本当に話したいのか真意を図りかねると、死の話が差し止められる現象が分類
された。この場合、「これからどうなるの?」と聞かれて「どうなると思いますか?」とい
ったように、同じ質問を患者に聞き返す行為を繰り返していた。また、看護師は、これま
で接する機会のなかった患者については、死の話をさける体験をしており、これらは〈患
者を良く知らない〉というサブカテゴリーとなった。スタッフが患者との死について話す
ことに関心がない〉というサブカテゴリーでは、会話の範囲を医療チーム内の暗黙の了解
で規制して話ができないという現象が見られた。

5. 3. 2 コミュニケーション技術のバリア

〔コミュニケーション技術のバリア〕は、死について話すにはさらに優れたコミュニケ
ーション技術が必要であると感じ、踏み込んで話すことができないという看護師の感覚が
語られた。このカテゴリーには、〈会話を進める方法がわからない〉、〈もっと良い対応方法
がないのかと思う〉の2つのサブカテゴリーが分類された。

〈会話を進める方法がわからない〉というカテゴリーでは、会話を進める技術に焦点が
当てられ、技術がなかったために患者の気持ちを十分表現させてあげられなかった看護師
の体験が語られた。〈もっと良い対応方法がないのかと思う〉というカテゴリーでは、看護
師は自分なりの対応をしたものの、これでよいと思える満足感や達成感を持つことが出来
ず、「もっと上手な対応はなかったのか」と感じていた。

5. 3. 3 関係性のバリア

〔関係性のバリア〕には、患者との心理的な距離の違いによって死について話すことが
差し止められる看護師の体験がバリアとして分類された。サブカテゴリーとしては、〈患者
への思い入れが強い〉〈患者に気持ちが向かない〉、〈患者との関係を壊したくない〉、の3
つが分類された。

〈患者への思い入れが強い〉というサブカテゴリーでは、看護師は、これまで関係の深か
った患者に強く共感して感情的になり、別れを告げられた時に返事を返すことができな
くなるという体験が語られた。〈患者に気持ちが向かない〉というサブカテゴリーでは、看護
師が患者に親身になれない状況が語られた。患者に嫌な思いをさせられた経緯がある場合
は、看護師は患者の気持ちをくみ取って対処しようとする意欲を失っていた。〈患者との関
係を壊したくない〉というサブカテゴリーでは、患者にとって悪い情報を伝えると自分自
身の印象も悪くなるので、話をやめてしまうという体験が語られた。

5. 3. 4 環境のバリア

〔環境のバリア〕では、看護師はタイミングや場の状況に敏感に反応して、それが不都
合であると感じた場合は、死に関する話を差し控えていた。会話の流れや毎日の業務との
関係、病室という場、患者の病状などの身体的な条件がタイミングや場を構成しており、

複雑な条件をはらんだ日常の中で死について話をする時と場所を設定することに看護師は困難を感じていた。このバリアは、〈まとまった時間が取れない〉、〈話すタイミングを逃す〉、〈話す場が不適切である〉の3つのサブカテゴリーによって構成されていた。

〈まとまった時間が取れない〉というサブカテゴリーでは、看護業務に忙しく立ち働く状況では患者が話したいとき物理的に時間を取ることができないというバリアが表現された。

〈話すタイミングを逃す〉というサブカテゴリーでは、話の流れの中で「今がその時」と感じる時があるのに、それをとらえて話を深めることができないというもので、タイミングをとらえることの難しさに関する看護師の主観的な感覚が述べられた。〈話す場が不適切である〉というサブカテゴリーでは、大部屋など周りに人がいる環境では、話をするを躊躇するといった物理的な場所の問題が語られた。

5. 4 死について話すときのコミュニケーション上のバリアの意味

看護師が患者と死について話すことに踏み切るまでには、会話場面における時間や場、人間関係などの条件、相手の病状認知や同僚、家族の死について話すことへの了解など、自分自身の準備性のほかに外的ともいえるべき要因が関与するバリアが多く存在していることがあきらかとなった。このようなバリアは、看護師が死について話す方向で行動するとき問題になるタイミングや場所、話す方法といった具体的で現実的なバリアとしての意味を持っており、言い換えれば、改善されやすい性質を持つバリアであり、看護師が職業的に訓練されるのに妥当な領域ではないかと思われる。

Ptacek J. T. Eberhardt T.L. (1996) は、1985年からの bad news に関して出版された 181 文献から bad news に焦点を当てた 67 文献を選別し、書かれている内容を物理的社会的な条件と推奨される方法に分類している。物理的な条件については bad news を話す「場の静かさ、快適さ」、「プライバシーの保持」、「時間的な余裕」、「話しているときのアイコンタクト」、「側に座ること」など構造的な事項や「社会的サポートネットワーク」などがあげられていた。このような項目は断片的ではあるが現実の場面では非常に役に立つものである。今回研究に参加した看護師も、講習会で教えられた具体的な方法を用いてアプローチしていることを報告しており、実務上有用であることがわかる。

また [会話の範囲・了解のバリア] はインフォームドコンセントの適切な施行とオープン文脈 (Glaser and Strauss, 1965) の確保によって、軽減することが可能であると思われる。患者や医師とのコミュニケーションが良いことはバリアを軽くするものと思われる。医療チームのサポートがなければ看護師は前向きに死について話すことが出来ない。医療チームによるサポートは、Higginson et al. (2002) の研究でも EOL ケアを成功させる重要な要因として認められている。

[コミュニケーション技術のバリア] では、話をしたいし、その構えも持っているが方法を知らないというものである。柏木 (1980) は、死にゆく患者のケアの実際について、すわりこむことによって時間を取るというメッセージを伝え、目の位置を患者に近づけ、さらに具体的に患者の言葉に耳を傾ける方法や感情に焦点を当てて話を進める方法、理解的態度の取り方について説明しており、このような実践的な方法は、研究に参加した看護師も書物から学び頻繁に使おうとしていた。

〔関係性のバリア〕は、患者との距離の取り方に関するもので、近すぎても遠すぎてもバリアになってしまうということが表現された。Smith(武井, 前田監訳, 1992/2000)は、看護はその仕事の内容によって、感情労働として認識される側面を持っているとして、二分された精神と身体を統合してケアを実現する看護独自のアプローチについて述べている。看護師の場合、職業として感情を持つまたは使う割合が他のケア専門職と微妙に異なるのではないかと思われる。心理療法を行う専門家は、治療を意図してクライアントとの関係性をコントロールするが、看護師の場合は、厳密なコントロールを要求されず、むしろ自然な日常性のなかで感情を使うというアプローチを行うのが常である。武井(2001)の言うように一般に看護師は自分自身の感情をコントロールすることがよりケアとして優れていると考えているので、不全感が生じることになっているのではないかと思われる。

6. 今後の課題

本研究で確認されたことを、看護の実践現場に還元できるように、介入方法として確認した技術を実際に事例に適用し、検証を重ねる必要がある。また有効な介入技術を特定の文脈で用いるには、「看護師の準備性」を高める必要があり、研究経過の中で示した「看護師の準備性」の項目を精練して、看護師が自分自身の準備性を確認する道具として実用できるようにする必要がある。

また後半の研究では、患者との間で死を言語化する時に看護師に生じるバリアの中でも特にコミュニケーションを妨害する要因として解釈されたバリアを検討した。よりよいコミュニケーションの条件を獲得するために何がバリアになっているのか、データを示すことによって条件の整備を系統的に行うことができる。

死を言語化する時に看護師に生じるバリアには、さらに看護師の自我や感情に関連した本質的なバリアが関係していると考えられるので、今回検討したバリアとの関係を明らかにし、医療従事者が患者と死について話をするをどのように技術化するか検討することが必要である。

謝辞

死にゆく患者との関わりに造詣が深く、多くの経験を持って筆者のこだわりにつき合ってくれた大阪大学大学院人間科学研究科・柏木哲夫教授、緻密な指導によって論文を推敲くださった同大学院恒藤暁助教授、貴重なご意見をいただいた同大学院倉光修教授に深く感謝します。死の床にありながら快く筆者の研究を受け入れ、正直に反応していただいた2名の患者さんとその家族の方々、率直な意見や自らの体験を述べてくださった看護師の皆様に深く感謝します。

引用文献

- Backer A. B., Hannon. N., & Russell A. N. 1994 Death and Dying : Understanding and care. New York: Delmer Publish Inc.
- Benoleil, J. Q. 1987 Health care providers and dying patients: Clinical issues

- in terminal care. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18(4), 341-363.
- Buckman R. 1984 Breaking bad news. Why is it so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Curtis J. R. & Patric L. D. 1997 Barriers to Communication About End-of-life Care in AIDS Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 12, Dec., 736-741.
- Curtis J. R., Patric L. D., Caldwell S. E., & Collier C. A. 2000 Why don't patients and physicians talk about end-of-life care? Barrier to communication for patients with acquired immunodeficiency syndrome and their primary care clinicians. *Archives of Internal Medicine*, 160(11) 690-696.
- Florio A. G., Donnelly P. J., & Zevon A. M. 1998 The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: a transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology* 3(3), 227-242.
- Glaser G. B. & Strauss L. A. 1965 Chap. 2, 5, 6, 8, 13. In *Awareness of Dying*, NY: Aldine Publish Company.
- Higginson J. I., Finlay I., Goodwin M. D, Cook M. A., Hood K., Dewards G. K. A., Douglas H, & Norman E. C. 2002 Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(2), 96-106.
- 柏木哲夫 1978 死にゆく人々のケア；末期患者へのチームアプローチ。東京；医学書院。
- 柏木哲夫 1980 臨死患者ケアの理論と実際；死にゆく患者の看護，東京；日総研出版
- 柏木哲夫 1996 死にゆく患者の心に聴く 末期医療と人間理解。東京；中山書店
- 木下由美子，福田幸子，真中久子，関口敬子，梅里良正，岩下清子，季羽倭文子，岡安大仁 1983 末期がん患者ケアにおけるナースのジレンマ。看護展望，8(12)，25-34.
- Kubler-Ross E. 1974 *Questions & Answers on Death and Dying*. Simon & Schuster Inc. N.Y.
- Konishi E, Davis A. J. 1999 Japanese Nurses' perceptions about disclosure of information at the patients' end of life. *Nursing and Health Sciences*, 1(3), 179-187
- Levin R. 1990 A reexamination of the dimensionality of death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 20(4), 341-349
- Maguire P. 1985 Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal*, 14, 291: 1711-1713.
- 野末聖香 1995 ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策。ターミナルケア，5(6)，440-444.
- Ptacek J. T. Eberhardt T. L. 1996 Breaking bad news. A review of the literature. *Journal of American Medical Association*, 276 (6), 496-502.
- Steinhauser E. K., Christakis A. N., Clipp C. E., Grambow S., Parker J., & Tulsky A. J. 2001 Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737.
- 菅原邦子 1993 末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識。看護研究，26(6)，

486-502.

Smith P. 2000 *The Emotional Labour of Nursing*. [感情労働としての看護] (武井, 前田監訳), 東京: ゆるみ出版. (Original work published 1992)

Takahashi H. 1990 Informing a patient of malignant illness: Commentary from cross-cultural perspective. *Death Study*, 14(1), 83-91.

内布敦子 1996 終末期がん患者の看護援助について—Peaceful Death を導き患者看護婦関係—. *がん看護*, 1(2), 160-164.

内布敦子 2002 死にゆくことの言語化を支える「看護師の構え」. *がん看護*. 7(6).

【経歴及び主要業績一覧】

1) 経歴

昭和 58 年 3 月	東洋大学経済学部 I 部卒業	
昭和 62 年 3 月	千葉大学大学院看護学研究科修了	
昭和 62 年 4 月	東京女子医科大学看護短期大学助手	
平成 3 年 4 月	同上	講師
平成 4 年 4 月～平成 5 年 3 月	アメリカ合衆国ミネソタ大学 researcher scholar	
平成 6 年 4 月	兵庫県立看護大学 実践基礎看護学	講師
平成 9 年 4 月	同上	助教授
平成 15 年 4 月	同上	教授

2) 博士論文

タイトル：死にゆくことの言語化とそれに伴う看護師のバリアに関する研究

取得年月日：平成 14 年 12 月 1 8 日

取得学位：論文博士／博士（人間科学）

主査名：柏木哲夫教授

副査名：倉光 修教授、恒藤 暁助教授

3) 主要業績一覧（2000 年以降）

【共著書】

- ・小島操子，佐藤禮子編集，内布敦子（2000）.看護のコツと落とし穴，患者の症状マネジメントに関するセルフケア能力を高める技術（86-87），死にゆくことについて患者と話す技術（120-121），中山書店.
- ・田村恵子編集，内布敦子（2002）Nursing Mook 14 がん患者の症状マネジメント．第 1 章：がん患者の症状理解と症状マネジメントの必要性．学研

【編著書】

- ・Larson P., 内布敦子（2000）Symptom Management；患者主体の症状マネジメントの概念と臨床応用．看護協会出版会
- ・内布敦子，Larson P.（2001）TACS シリーズ実践基礎看護学．建帛社

【主な論文】

- ・内布敦子（2000）看護治療の視点と技法．看護学雑誌，64(7)，594-597.
- ・内布敦子（2001）がん看護学研究において生ずる研究対象者へのリスクとその配慮.

看護研究, 34(2), 64-69.

- ・ 内布敦子 (2002) 患者が死にゆくことを言語化すること支える「看護師の構え」.
がん看護, 7(6), 521-527.
- ・ 荒尾晴恵, 宇野さつき, 内田香織, 神作真澄, 滋野みゆき, 内布敦子 (2002) 終末期
がん患者の症状マネジメントに関する研究. がん看護, 7(5), 435-441.
- ・ 阿部俊枝, 上泉和子, 栗谷典子, 内布敦子, 葛西淑子, 板橋玲子, 藤林文子, 八木橋昌
子, 大平和子, 板野優子 (2002) 看護ケアの質過程自己評価票の開発と妥当性の検証
—QI プログラムを用いた第三者評価との比較とフォーカスグループインタビューを用
いた分析—. 看護管理, 5(2), 19-28.
- ・ 内布敦子 (2003) 医療施設における End-of-Life ケアの実施状況と医療従事者の死に
対する態度—H 県における医療従事者の意識調査から—. ターミナルケア, 13(2),
154-162.