The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	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
Author(s)	内布, 敦子
Citation	大阪大学, 2002, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/24561
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

大阪大学大学院
人間科学研究科博士論文

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

内布敦子

大阪大学大学院人間科学研究科博士論文

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

内布敦子

目次

第１章　序論……1

第２章　End of Life において死の言語化を支援する看護援助の方法……3

第１節　がん患者が自分の死を表現する過程を支援する事例研究……3
１．緒言……3
２．研究目的……3
３．文献検討……3
４．研究方法……4
５．研究結果……5
（１）事例紹介
（２）介入経過に伴う患者、看護者の状況とコンサルテーションの内容
６．考察……9
（１）言語化の効果
（２）言語化と家族のケア
（３）言語化を支えるピアグループ
（４）看護者自身のケア
（５）コンサルテーションの効果
７．小括……12

第２節　事例を通して導いた死を言語化する「看護師の構え」の項目と妥当性
……14
１．緒言……14
２．研究目的……14
３．文献検討……15
４．研究方法……15
（１）研究デザイン
（２）対象者
（３）データ収集と分析
（４）用語の定義
（５）コンサルタントの背景
（６）患者及び家族への倫理的配慮
（７）グループインタビュー対象者への倫理的配慮
５．研究結果……18
（１）事例紹介
（２）事例に見られた死に関する会話を進める現象
（３）死に関する会話を進めることに関連する「看護師の構え」
（４）看護者の状況を明らかにする項目の妥当性の検討
６．考察……25
７．小括……26

第３章　患者と死について話すことに伴う看護師のバリアに関する質的研究 ……29
１．緒言……29
２．研究目的……30
３．文献検討……31
（１）End of Life ケアにおける医療者のストレスやコミュニケーション上のバリア
（２）死に対する態度に関連する要因の研究
（３）死について話すことへの医療者のバリアについて；死のアウエアネス理論を中心に
（４）言語的表現の治療的意味
（５）日本文化と言語的表現
（６）研究方法としてのフォーカスグループインタビュー
４．研究方法……45
５．研究結果……50
（１）死について会話するときに看護師に生じるバリア
（２）看護師が患者と死に関する会話をすることを推進するカテゴリー
（３）バリアの構造
６．考察……110
（１）人間の死に対する自然な反応としてのバリア
（２）看護師という職業上の立場が影響して出現したバリア
（３）会話場面における技術的環境的バリア
（４）[死に関する会話を進める患者の力] の働き
（５）死について話すことに関するバリアのカテゴリー間の関係と構造
（６）看護師の人間的で自然な死への反応と死に関する会話を進めることの折り合い
７．小括……129

第４章　総合論議……131

第５章　結論……135

文献……137

謝辞……145

資料：
資料１；調査へのご協力のお願いと同意書
資料２；死についての言語化に関する研究調査票
資料３；フォーカスグループインタビュー手順

第１章
序論

第１章　序論

本論文は、死にゆく患者と死について話すことに困難を感じた筆者自身の看護師としての個人的な体験が発端になっている。看護師として働いている１０年間に、筆者は患者が死に関する話を始めるといつも戸惑い、対応に不全感を感じてきた。1994 年に米国の熟練した看護の研究者（精神看護学領域、看護コンサルタント）に出会い、スーパーバイズを受けながら、終末期にある患者に対して死を言語化することに焦点を当てて意図的に介入した。死にゆく患者と死について意図的に話を進めることは、始めての経験であったが、患者や家族から高い評価を受けることができた。その過程は、研究の承諾を取って記録されていたので、質的に分析して、第２章第１節の研究‘がん患者が自分の死を表現する過程を支援する事例研究’としてまとめた。そして死にゆく患者と死について話すことは専門性の高い技術として体系化できるのではないかという感触をもった。

第１節の研究での介入経験をもとに、もう一度獲得した技術を確信するためにスーパーバイザーのサポートを受けながら、同じく終末期の患者に了解を得て介入を行い介入内容の精錬を行った。その過程で、看護師（研究者）が自分自身の状況（態度や感情として好ましいものも好ましくないものも）をよくわかり、了解することで前に進めるということが実感されたので、精錬された項目を看護師の状況を理解するための項目として役立たせることはできないものかと思うようになった。そこで、精錬した項目を使って看護師が自分自身の状況に気づくことができれば、死に関する話から逃げないで死にゆく患者を支援することができるようになるのではないかと考え、第２章第２節の研究‘事例を通して導いた死を言語化する「看護師の構え」の項目と妥当性’を行った。

その後、著者自身がコンサルタントとして病院や団体、個人を相手に、死について患者と話すことに関して相談活動を行ってきた。その過程で、事例研究で抽出した死に関する会話をすすめる技術が看護師達の文脈の中でうまく作動するときもあり、患者から高い評価を受けることもあったが、多くの場合、筆者自身が体験したようには機能しないということを体験した。看護師は、死にゆく人が死について話したいと望んでいる事を体験的に感じており、話をする方法も学んでいる。そして自らも話をしたいという気持ちを持っていたが、依然として患者から死に関する話をされると躊躇し戸惑っていた。看護師のおかれている状況について詳細な調査や分析が必要なように思われた。

相談に訪れる看護師たちの話を良く聴くと、上手に対応できないと強く思っているが、患者の反応は否定的ではなく、むしろ看護師の戸惑いに肯定的な場合が多かった。これは、看護師の対応はそれなりに機能しているということの結果に他ならない。筆者自身が看護師に示している対応は、必ずしも彼らの文脈に適合していないという可能性も出てきた。そこで第３章で‘患者と死について話すことに伴う看護師のバリアに関する質的研究’を行った。研究の概要は表１に示した。

表１．
「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」の構成

章	節とその要旨
第１章　序論	
第２章 End of Life において死の言語化を支援する看護援助の方法	第１節 がん患者が自分の死を表現する過程を支援する事例研究 専門のコンサルタントによるスーパービジョンをうけて、終末期がん患者が死にゆくことについて死について言語化する過程を支援する看護師の活動を記述し、Peaceful Death に至った過程で有効な支援のあり方を帰納的に抽出した。
	第２節 事例を通して導いた死を言語化する「看護師の構え」の項目と妥当性 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、先行論文を参考に必要な「看護師の構え」の項目を抽出し、その項目の妥当性を現場の看護師のグループインタビューによって検討した。
第３章 患者と死について話すことに伴う看護師のバリアに関する質的研究	患者と死について話をするときに看護師に生じるバリアについてフォーカスグループインタビューを用いて調査した、１１のバリアのカテゴリーと３つの促進するカテゴリーが抽出され、人間として自然な反応である死への畏怖や死を遠ざけたいという思いが看護師として持つケアの意志や規範と葛藤し、さらに場や時間、話す技術など具体的なバリアによって話がうまく進まないという体験が語られた。患者の話す力によって支えられ、話が進むという現象も確認された。
第４章　総合論議	
第５章　結論	

第２章
End of Life において死の言語化を支援する看護援助の方法

第１節
がん患者が自分の死を表現する過程を支援する事例研究

１．緒言

人生の最後の時（End of Life; 以下 EOL）を患者、家族、看護者が納得して迎え、さらにその体験を良い体験として関わったすべての人の中に残すことは難しい事である。今回、米国においてターミナルケアのスーパーバイズやコンサルテーションの豊富な実績を持つ専門家のコンサルテーションを受けながら、意図的に患者の Peaceful Death を導く体験を得た。事例を系統的に体験することを通して、普遍性の高い援助方法が導かれることもある。Peaceful Death を導く看護の援助方法に関しては、まだ開発されておらず、この領域の研究の段階としては、事例介入研究が非常に意味を持つものと考えられる。

２．研究目的

本研究の研究目的は、死を言語化することを意図的に支援する看護の介入の過程における看護者（本研究では、文脈上、職業としての看護者を言う場合は「看護師」、それ以外の場合と研究者としての看護者を表現する場合は、「看護者」と表記した。）の状況、コンサルテーションの内容、介入及び患者の反応を分析することによって Peaceful Death を迎えるために有効と思われる介入方法を抽出する事を目的とした。

３．文献検討

EOL におけるがん患者の看護の方法については、文献上、事例での報告や一般論が多く（池田，早川，1979，河野，1979，中山，増田，久本他，1988，平野，西出，多田他，1988，佐藤，福永，紅林，1988）、実際に目の前にある現象にどのように使ったらよいか戸惑う場合が多い。EOL におけるがん患者を多く看護してきた体験を持つ看護師や医師、死の準備教育に長年携わってきた教育者などの著書も多く出版されており、死にゆく人々への対応技術、特にコミュニケーションのあり方などが述べられている（寺本、1985，柏木，1996）。柏木（1996）は、感情に焦点を当てて話をすすめることや死を語り合うことの重要性をについて述べ、医療者には患者の言葉に耳を傾ける勇気とコミュニ

ケーションを継続させる努力が必要であるとしている。また、白井(1986)は、カウンセリングの立場から“身体言語”に注意して訴えに耳を傾けることやあるがままの自分で接する事などを強調している。長い間、死にゆく人々のケアに携わり、対応の技術を築き上げてきた先駆者達の業績は貴重である。しかし、このような蓄積された知識や技術を実際の現場で活用することは難しく、いまだに多くの看護師や医師は、EOL における患者への対応に難しさやストレスを抱えていると言われている(小松，小島，1988，木下，福田，真中他，1983)。死にゆく人々へのケアは、知識や技術を知っていれば出来るというものではなく、経験を積んで状況を読みとり、文脈に合った対応をその場で実践することが必要となる。特に患者から逃げることなく死について率直な話をするということになると、医療者自身が内面的に持つ不安や葛藤をどのように乗り越えるかということが大きな問題になる(笠原，田代，1991)。看護者側の内面的な問題を包含した形での実践的で具体的な示唆が得られるような報告や研究が非常に少ないこともこの領域の看護師の実践を一歩前に進められない要因であろう。

一方、看護の困難事例で実践を変化させる方法の一つとしてコンサルタントを導入することの有効性がいわれている（Underwood，1996)。我が国の看護の領域ではまだ件数は少ないが、精神看護や看護管理の領域でコンサルテーションが導入され、理論を実践に適用して効果を上げていることが報告されており、がん患者の EOL ケアにおいて患者看護師関係を発展させている（内布，1996a，1996b)。

また、EOL ケアにおいて、患者に対峙する医療従事者を支える仕組みやチームアプローチの重要性が言われており(柏木，1978)、ピアグループやコンサルタントなどのサポート体制を持つことによって不安やストレスを抱えながらも患者とコミュニケーションを取りつづけることが可能になるのではないかと思われる。

４．研究方法

【研究デザイン】　本研究は、意図的、計画的に介入を実践した、介入事例研究である。データの読みとりはスーパービジョンを得ながら質的帰納的に行った。

【対象者】　がん治療を中止し緩和ケアを行っているがん患者で、「在宅で緩和ケアを受けている療養中のがん患者のケアの研究」という趣旨で研究説明を行い、承諾の得られた人１名と同じく承諾の得られたその家族（夫）とした。承諾書への署名をもって研究対象とした。

【研究期間】　1993 年 9 月～1995 年 9 月、EOL ケアを包括的に実践し、ケア内容の記録は 1993 年 9 月から 1995 年 9 月まで行った。死について話すことを意図的に支援する働きかけは、1995 年 7 月から開始され、本研究のデータとなった記録は、1995 年 7 月～9 月死亡時までのものである。

【データ収集の期間】　1995 年 7 月～1995 年 9 月：会話記録とケア実践記録、ならびに身体情報について、訪問後すぐに記録として残した。必要に応じて患者とその夫が毎日記録している痛みの記録と食事、排泄などの生活記録を本人および夫の許可を得て参考とした。

【分析方法】

①データの記述と内容の分析：

研究者である看護者（以下看護者）が在宅療養を２年間（1993 年 9 月～1995 年 9 月）支援してきた終末期にあるがん患者の最後の２カ月間における Peaceful Death への有効な看護の関与に関してコンサルテーションを専門家に依頼し実施して展開された現象の記述とその分析を行った。

・データ収集：現象の記述は、患者、家族の状況、コンサルタントの支援内容、コンサルテーションを受けた看護者の状況、実施までの看護者の葛藤、患者、家族へのアプローチの実際、患者、家族の反応についてできるだけ詳細に記述した。

・分析：記述されたデータをもとに研究者が患者や家族の反応、実施した看護者の内的変化、コンサルテーションの内容について分析し、介入の有効性を分析した。

②コンサルタントの条件：

精神科看護の専門家で米国及び日本において終末期における患者に対し精神力動論を理論的基盤として、看護師個人又は組織に対するスーパーバイズ、コンサルテーションの実績を多くもっている。コンサルタントは米国人であるので日本の文化的な背景を十分に考慮してコンサルテーションが実施された。

５．研究結果

事例は、大量の硫酸モルヒネ徐放錠（MS コンチン®）を使用しており、薬剤以外の看護治療（マッサージ等）も併用して痛みのコントロールに取り組んだ。研究者は 1993 年 9 月に主治医の協力で訪問看護を開始し、患者が最後の時を迎えるまでの２年間訪問看護を継続した。以下が事例の概要である。

（1）事例紹介

Ｋさんは、69 歳の女性で、1980 年に左乳がんのために拡大左乳房切断術、1985 年に右肺転移のため右肺部分切除術、1986 年、左肺転移のため左肺部分切除術をうけた。いずれも病名は真実を告知されている。1992 年 4 月、膝痛が出現し、腰椎の腫瘍と説明されたが、真実はがんの腰椎転移であり、そのことは説明されていない。放射線治療によって一時的に痛みは消失した。8 月に痛みが再び出現し、痛みのコントロールのために入退院を繰り返したが入院が長期化したため退院を迫られ 1992 年 1 月、やむなく

退院した。これを契機に 1993 年 8 月、緩和ケアを専門とする医師のもとに 10 日間入院した。医師は十分説明し、退院後の訪問医療継続を約束し、無条件の受け入れ姿勢を示した。驚くべきことに MS コンチン®の使用量が 840mg から 520mg に減少した上に痛みが非常に良くコントロール出来るようになったので、医師から在宅療養を勧められた。医師は継続して訪問することを約束してくれたので安心して在宅療養に踏み切った。その後、病状の進行と共に MS コンチン®は暫時増加し、1620mg でもコントロールが困難になった。9 月にはいって、傾眠傾向になり、在宅療養を始めてから記録し続けた痛みの自己評価も難しい状態となった。親戚や親しい人達に会いたいという本人の希望で面会を進め、1995 年 9 月 28 日最期の時を迎えた。この事例の最後の２カ月間、看護者自身が必要性を感じてコンサルタントに依頼し、サポートを受けながらケアを実施した。

（２）介入経過に伴う患者、看護者の状況とコンサルテーションの内容

Ａ．患者と死について話を始めるまで

《患者と看護者の状況》

1995 年 7 月から急激な食欲低下、ときどき起こる発作的な激痛に悩まされ、確実に病状は悪化しており、体力の衰えや痛みの暫増についてはすでに患者自身が自覚していた。このまま栄養摂取ができない状態が続けば、数カ月のうちに死の転帰をとることが予測された。看護者は患者が自分自身の死をどのように考えているのか、最期をどのように終わりたいのか、今まで語るのを聞いたことがなかった。しかし、死が間近でありこのまま何も表現しないでいると関係のあった人々に別れを言うこともできないのではないかと焦りを感じた。また夫をはじめとする家族のその後の悲嘆からの回復にも大きく影響することが予想された。そこで、コンサルタントの導入を計画し、コンサルタントに EOL ケアの実施、特に死について話すことに関して看護者をサポートしてくれるよう依頼した。

《コンサルテーション》

コンサルタントは初回のコンサルテーションで次のことを行った。①状況の明確化：看護者が提供した病歴、現在の病状の分析から医学的な死期が数カ月であることを推定し、状況から患者が死について語ることが必要な時期であることを判断した。②看護者自身の不安の明確化：話を切り出せないでいるのは患者の問題というよりむしろ看護者自身の不安（患者の話を受け止められないのではないか、または患者と死について話すことが怖いなど）に基づくものであることを分析し明らかにした。③その不安に対する共感的理解：②のような不安は持って当然であることを看護者に保証し、共感的にサポートを与えた。④一般論の提示：この状況で患者と死について話し合うことの必要性についての理論的説明が行われた。⑤看護者のエンパワーメント：コンサルタントは看護者の能力を高く評価し、可能性を示した。死について患者と話す能力が看護者にあることを保証し、「死についてどのように考え、感じているか、あなたの話を聴きたい。」と患者に伝えるように看護者を励ました。⑥事後のフォローを約束：コンサルタントは「介

入の後は報告してほしい、必ず相談に乗る。」と看護者に伝え、フォローアップの保証を行った。

《看護介入と反応》

コンサルテーションを参考に看護者が行った介入は、①看護者が患者の死に対する考えを聴きたいと思っていることの表明、②患者の死について話したいという意思の確認、③話したい相手の明確化と機会の設定、④夫に対する病状の説明、であった。

患者は待っていたかのように「話したかった。」と言い、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いっていること、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こと、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いうこと等を話した。夫は妻の話を聴くことに対して軽い抵抗を示したが最も話をしたい相手は夫であるという妻の言葉を黙って聞いていた。

兄弟、特に妹と会いたいと希望したのですぐにその機会を持つべきであると夫に勧めた。夫に対しては病状の説明を行い、死期が近いことを告げたのですぐ妹との面会を手配してくれた。夫は死期が近いことを確認して「覚悟はできていますが‥‥。」と言っており、夫のサポートも考慮する必要が考えられた。同時にＫさんに「特に夫と話すチャンスがなかったので是非話したい。」と言われたとき、夫は「自分たちの世代は何でも口に出して表現する世代ではないので‥‥。」と逃げ腰であったことが気になったので、是非話すチャンスをつくるように勧めた。

これらの介入は看護者にとって勇気を必要とした。コンサルタントが看護者の能力を認め励ましてくれたこと、一緒に訪問してくれた看護専門職の二人が不安を分かち合ってくれたことによってはじめて可能になった。

Ｂ．患者が話すことを強化し表現を助ける過程

《患者と看護者の状況》

患者は、身体の状態やその時の気分などによって自分の死について話すことに関心が向かないときもあった。死ぬことについて是非話をしたいといっていたが次の訪問では「そんなこと言ったかしら」と言うので看護者は、話すことを強要して辛い思いをさせてはいけないと一旦死に関する話題から離れ、アプローチに関して迷いが生じたりした。話を聞くことが相手の気持ちを整理し表現することにつながることはよく理解できるが実際にどのように展開させればよいか知識や体験の不足を感じていた。

痛みについては「いつまでこんな痛みが続くのだろうか。」、「一体、いつまで生きていなければいけないのだろうか。」、「全く痛みがなくなることはなく、いつも痛んでいる。ときどきコントロールできない痛みが襲ってくるのが恐い。」等、表現した。

また、夫と話す機会が持てないことを不満に思っており「話そうとすると台所の方にいってしまう。私は動けないので追いかけていけない。」と悲しそうにしていた。逃げ腰になる夫をどのようにサポートすればいいのか具体的な方策がなかったが、疲労した

夫のマッサージを行い、夫の手でＫさんのケアが十分行えていることを伝え、ねぎらいの言葉をかけるなど肯定的に働きかけた。

また、夫は妻の言動がしばしばつじつまが合わなかったり意識が混濁しているときにどのように対応していいかわからないと悩んでおり、妻と二人で自転車に乗って行くと途中から見知らぬ道になって細くなり行き止まりになって二人でさまよっている夢を見たと話してくれた。患者は「ときどき意識が引きずり込まれるようで恐い感じがするけど死ぬのは恐いとは思わない。･･･もうおまかせよ。」と笑って話すことがあった。

《コンサルテーション》

９月７日から９月 11 日までの約一ヶ月の間に行われたコンサルテーションの内容は以下のようである。①死について聞きたく思っていることをもう一度伝え患者が自分の感情を話すことを再強化（Reinforcement）すること、②看護者は患者がそのことを話すことから決して逃げないということを患者に対して宣言すること、③患者の一貫性のない反応については、脳転移の可能性も考えておくこと、またつじつまの合わない会話は無理に訂正をしないこと、④忘れるということは本人にとっても辛いことかもしれないし話したいとはいっても自らの死について語ることを恐いと感じてなかなか話せないでいるのかもしれないので少しずつ話せるときに話すようにしていくこと、⑤夫も含めて話を進め夫のケアも同時にしていくことが大切であること、⑥患者が言葉が見つからず表現できないでいるときは表現しやすいような質問をしてみること（例えば身体をどう感じるかを話してもらう）、⑦夫の行っているケアを認め評価すること、⑧食事は無理に食べさせてはいけないこと、⑨看護者は彼女に関わった一人の人間としてＫさんに伝えたいことを伝え、看護者自身をケアする機会を持つこと。

さらにコンサルタントはコンサルテーションのたびに必ず看護者が必要なことを十分行えていることを述べ、高く評価し、看護者の不安に対して「その不安はあっても良い」と肯定的に受け止め、提案した介入の安全性を保証して看護者を勇気づけ続けた。

《看護介入と反応》

コンサルテーションを通して具体的な方法が示されたので、訪問のたびに機会を見て意図的に介入を実施した。

患者が自分の死について語りたいと意志表示した後、表現がうまくできないでいる時に「自分の体をどのように感じていますか。」と質問した。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っと木にくっついている感じです。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、警察がはいっ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。」と言った。患者のこのような心配に対してはポケットベルを確実に使えるように看護者が主治医に確認することを約束した。さらに主治医への遠慮があるために気軽にポケットベルを鳴らせないと夫が言うので、看護者もポケットベルを持ち主治医に連絡すべきかどうか迷うような状態の時は、看護者にまず連絡を取って一緒に考えるようにした。

つじつまの合わない言動に対しては患者の意識を無理に修正しようとしないこと、脳に転移している可能性もあるが末期には当然出てくる症状として受け止めてほしいこと等伝えると夫は「自分の親もこの家で看取ったのでこれで２人看取ることになる。」と言いながら一生懸命妻の死を受け止めようとしているようであった。

患者が食物を欲しなくなった時に食物をとらせる努力をやめることは家族にとって勇気のいる行動であるが、食べることがこの時期の患者にとって苦痛であることを話し、本人の求めに応じて水分を与える以外は栄養の摂取は強要しないよう伝えると家族は納得してくれた。

家族は心身ともに大きなストレスを感じながらも自分たちで最期まで見たいと言い、看護者が交替で見ている間に休んではどうかと提案したが夫を中心に２人の娘が協力して側で休み、最後まで家族だけで見守り続けた。夫の肉体的疲労に対して、訪問の際に全身のマッサージを続けた。

看護者としては２年間の訪問の過程で患者や家族から教えてもらったことや、私という人間を看護者として受け入れて下さったこと、そのお陰で私自身が成長することができたこと等、是非どこかで感謝の気持ちを伝えたいと考え、患者の意識がはっきりしている時に「私を受け入れて下さってこれまで見せてもらって本当にありがとうございました。正直に患者としての気持ちを話して下さったことで多くのことを学びました。こうしてＫさんと巡り会えたことに感謝しています」と伝えた。Ｋさんは、にっこり笑って「こちらこそ」と返してくれた。

呼名に反応しなくなってから死に至るまで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。この時期に、チェーンストークス呼吸や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、少し余裕を持って見守ることができたようである。

最期、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。

６．考察

（１）言語化の効果

今回、コンサルテーションを導入することによって、単独ではなし得なかった介入を行うことができた。行った看護介入の有効性について考えてみる。死期が迫った患者は自分の死について誰かに聞いてもらいたいと感じていることを前提に看護者が「話を聞きたい」と宣言し聞くことで、患者は自分の一生を振り返ったり、大切な人と最期の別れを行うきっかけを作ることができたのではないかと考える。死について話を聞くことを一旦始めた後、最期まで患者に話す場を保証したことによって患者は信頼して話を続ける勇気を与えられ、一時は話すことを躊躇したが続けて話ができたのではないかと考える。また、患者の身体の状態や気分によって時に話せなくなることもあるので十分身体の状態や反応を見ながら話を進めることが必要であると考える。また、表現が困難であるときは「自分が感じている身体の感じ」を表現させてみると死を語る糸口になる可能性があることも示唆された。患者は、自分の感じた体を表現することをとおして、死にゆく自分を他者に理解してもらう機会を得ることができ、その結果家族や親戚に別れを告げることができた。患者と別れの言葉を交わすことによって夫をはじめとする家族が患者を看取った後、達成感を感じ取ることができたのではないかと考える。死について不安をはじめとする様々な思いを言語化する事については、無計画に行われると全く援助になり得ないが、言語化する事が患者にとって意味あることであるという論理的な判断があって、言語化された後の方向性が明確にされた上でなされれば、死を間近にした患者が大きな満足を得ることができるという結果を得ることができた。

（２）言語化と家族のケア

患者は死について語りたいと述べた後、「特に夫と話したい」と側にいる夫のほうを見ながら希望した。同席している夫に患者さんはご主人と話したいとおっしゃっていますが、今でも今夜でも聴いて差し上げられますか」と聞くと夫は「私たちの年代は、そんなことを口に出して言うような年代ではないから・・」と尻込みした。しかし、看護者が死について話題にしたことをきっかけに数日後に二人でゆっくり話したことを報告してくれた。

患者が死について話し始めると、家族は自分自身が患者を亡くすことに直面することが苦痛で、話を回避しようとする。家族が患者の話につきあうためには、看護者がコンサルタントからサポートされて言語化を進められるのと同じように、専門家のサポートが必要であった。家族の心的エネルギーが維持されるためには、家族を様々な戦略でエンパワーすることが重要で、その一つが家族が行っているケアへの高い評価であった。

家族は患者と親密であればあるほど、ケアを必要としており、看護者はケア対象者として家族を認識し意図的に介入する必要がある。本事例では、家族が行っているケアを肯定的に認め、高く評価したことで家族は継続して最期まで患者を看続けることができた。また、家族への指導は具体的であることが必要である。例えば、つじつまの合わない言動に対して病態を説明し、「訂正しないで見守る」など専門家として助言したり、

食物を与えない勇気が持てるよう患者の体の状況について説明したり、呼吸のパターンの観察方法を知らせ過度の緊張の中で死を看取ることがないようにするなど具体的な指導が家族にとって援助になり得たと考える。

今回確認された家族にとって必要なケアは、家族が行っているケアが専門家によって高く評価されること、ケアの内容の妥当性が専門家によって保証されていること、指導内容が具体的であることであった。

（３）言語化を支えるピアグループ

看護者であった筆者自身が介入に踏み切れたのはコンサルタントや同じ専門職の仲間の支えがあったからである。Group 活動の有効性はすでに言われている(尾崎，田村，1991)が系統的に行われている例は少ない。米国において、ホスピス等、人の死に出会うことの多い職場の看護師はコンサルテーションや Peer Group を活用して患者の死に直面する自分たちの活動を支えている(Underwood，1996)。我が国においてはコンサルテーションやスーパーバイズのできる人材が不足していることもあって現場の看護師が具体的な実践活動を行うときにサポートするシステムを持っていない場合が多く、コンサルタントを導入した介入事例の報告も少ない。Peer Group の活用も我が国においてファシリテーターの養成が不十分であることから未発達の活動であり、これに関する報告もほとんど見られない。

（４）看護者自身のケア

また、ケアにあたってきた家族や訪問を続けた専門家が、患者から聴くだけでなく自分自身の思いを患者に対して表現することが患者にとっても看護者にとっても充実して交流したという感覚を持つことにつながることが体験できた。

コンサルタントは患者の気持ちだけでなく看護者の悲嘆についてもいつも気を配り、悲嘆に対処するための具体的な方法を提案した。看護者が看護されるという体験は今までなかったが、今回体験してみて、患者に向かう力を与えられ、患者に直面することができるという効果があることが実感できた。

白井(1986，P.159)は、医療従事者自身のケアの必要性について述べており、今回の事例でも自分にとって大切な患者を亡くした体験を大切に扱われることによって、看護者は悲嘆からの回復過程を順調にたどることが出来たものと思われる。

（５）コンサルテーションの効果

コンサルテーションによって客観的に起こっている現象を整理されたり、具体的な方法を示されたり、ケアした内容を高く評価されたことが創造的で建設的なケアにつながったものと思われる。コンサルタントは、卓越したその領域の知識とコンサルティの実践能力を見極める能力を兼ね備えている。今回の事例研究では、死を言語化することに関連した対応の知識、患者や家族の正確な状況分析に裏付けられて、実践の方向性が示

された。このようなコンサルタントの活用は、明らかに死にゆくことを言語化するための具体的な援助とその実践力の発現に大いに貢献していたものと思われる。

７．小括

EOL において患者、家族、看護者が納得してその時を迎え、さらにそれを良い体験として関わった人々の中に残すことは難しいことである。今回コンサルタントの導入によって患者が死に対する考えや思いを表現する事を助け、家族とともに充実した最期を迎えることができた。本研究では、患者が死について話すことを意図的に支えることに焦点を当てて、患者、家族への看護介入を実施し、生起した現象を記述データとして分析することによって、EOL における患者の必要を満たし、Peaceful Death を導くために効果的であったと思われる看護と患者の反応を質的に読みとり、次のように抽出した。

（１）患者の自分の死に関する考えや思いを表現したことで、患者が自分の生に終止符を打つ作業を行い、より平穏で充実した死を迎えることができた。

（２）患者は自分の死について話すことをきっかけにして、家族や自分にとって重要な人々に別れを告げることができた。

（３）患者が自分の体をどのように感じているか表現させることは、死にゆく自分を他者に知らせる意味があり、患者は自分自身を周囲に理解してもらって死んでいくことができた。

（４）患者が自分の死について表現することをためらうときは表現できる場をいつでも保証し続けることを言うにとどめ待つことが必要であった。

（５）家族が行っているケアを認め、肯定的に評価することは家族の看護力を高め、直面した困難を乗り越えることを可能にした。

（６）看護者は家族と患者との別れだけでなく自分と患者との別れも大事にし、時期を見て看護者として患者と関わってきたことの意味を患者に伝えることで、意図的にターミネーションを行うことができる。

（７）看護者が自分自身の患者を亡くすという体験に目をとどめ、自分の悲嘆体験と素直に直面し、周囲のケアを受けることができれば悲嘆からの回復につながる。

（８）コンサルテーションによってサポートが受けられることは看護者が自信を持って患者に直面することを可能にした。

（９）同一専門職の仲間で体験を共有できる場合は、看護者がより安定して患者に直面することができる。

死にゆく人との間で、死を言語化するという看護の介入をコンサルタントの導入によって可能とし、成果を上げることが出来た。この事例研究は、事前に介入計画を立て、その効果を事例によって検証する介入事例研究であり、今後このような事例が積み重な

ることによって死にゆく人と死について話す技術がより明確になるであろう。事例の積み重ねによって、共通する技術の概念が抽出され、一般化されれば、この領域の知識の集積がなされ、EOL ケアの向上に意味ある貢献が出来るものと思われる。

尚、本論文は、1996 年、雑誌「がん看護」Vol.1, No.2 に掲載された。

第２節
事例を通して導いた死を言語化する「看護師の構え」の項目と妥当性

１．緒言

第１節では、死にゆくことを言語化するための援助の方法を事例研究によって示した。事例研究を丁寧に積み重ねることが重要と判断し、第１節の研究「がん患者が自分の死を表現する過程を支援する事例検討」に引き続き、死を言語化する具体的な技術を事例研究によって蓄積することとした。前回の報告と同様にスーパーバイザーを得て死にゆく人と死に関する会話を始め、それを発展させてきたプロセスを分析し、さらに今回は、死にゆくことの言語化を可能にした「看護師の構え」を質的帰納的に抽出した。抽出された「看護師の構え」の妥当性については、現在、EOL にあるがん患者の看護にあたっている看護職に対してグループインタビューを行い、項目の妥当性を検討したのであわせて報告する。従って本研究は２つの段階が組み込まれている。前半は事例研究のデザインで行い、後半は現場で実践に携わる看護師に対してグループインタビューを行い、内容の妥当性に関する調査研究を実施した。

事例研究の経過中に筆者は、死にゆく人と死について話すときに看護師に求められる最も重要なことは、自分自身の状況を良く認識してそれを受け入れることであることを体験的気づきとして認識するに至った。研究を二段構えにしたのは、看護師が死にゆく人と死について話すときに自分自身の準備状態を気づかせてくれるような質問項目があれば、自分の状況がわかり、それを認めた上で言語化のための援助方法を知識としてだけではなく実践に移せるのではないかと考えたためである。

本研究では、看護師という職業に就いている人々の構えに焦点が当たっているので、「看護者」ではなく「看護師」と表記したが、前半部分で事例の看護を展開している研究者自身や個人としての看護師という意味で用いられている場合は「看護者」と区別して表記している。

２．研究目的

本研究の目的は、次の２つである。

① 第１節の研究に続いて事例研究を蓄積し、質的分析によって、死の言語化をすすめる技術を検討して、それに伴う「看護師の構え」を抽出する。
② それらの「看護師の構え」は、看護師が患者との間で死にゆくことを言語化する際に必要な構えとして妥当性があるか、グループインタビューによって検討する。

３．文献検討

がん患者が終末期に至った時、しばしば死にゆくことを表現しようとする現象が見られる。このような状況で医師と看護師が患者から逃げ腰になり、声をかけたら何を言われるかわからないという不安や緊張感を抱いていることが観察されている(小松，小島，1988)。 また、木下，福田，真中他(1983) の研究では患者の苦しみを共感することや自分が死んでいくのを知っている患者と話すことは、看護師の経験年数に関係なく辛いと感じていることがわかっている。一方、死にゆく人々との率直な会話が終末期ケアの中で重視され、医療職や宗教関係者が患者と死について語り、死にゆく患者の思いを豊かに聴きとっていく現象も体験として数多く出版されている(Callanan and Kelly，1992，柏木，1978，柏木，1996.)。 具体的なアプローチの方法について経験をもとに帰納的に導き出している文献も見いだすことができる(Bernard，Timothy and Tulsky，1999)。しかし状況や関わる人との関係性によって対応は異なり、いまだ一般化された技術や方法が存在するわけではない。

死に関する会話についての看護師の構えについて研究したものは見あたらないが、医療従事者の死に関する会話に対する反応や死への態度を調べた研究は、医師や看護師を対象に比較的多くなされている。Servaty，Krejci and Hayslip，(1996) が行った看護学生、医学生の調査では、高学年は低学年に比べて、また看護学生はコントロール群に比べて、死にゆく患者と会話をすることを嫌がらないことが見いだされており、年齢が上の医学生や看護学生は、より若い学生に比べて死にゆく人と話すことに関して心配の度合いが少なく、より高い感情移入は、より高い不安に関連していたと述べている。また、文化的な背景によって死や死にゆくことに関連した態度が異なることも明らかになっている。アジア人である看護大学院生は死や死にゆくことについて話すことにあまり熱心ではなく、死にゆく人に関わることを有意に避けていたが患者に接することでは差が見られなかった事が報告されている(Shu-Fen Kao and Lusk，1997)。

４．研究方法

（1）研究デザイン

本研究に用いられた研究方法は形態の異なる2つの質的帰納的研究方法である。一つは事例への意図的介入を記述し、質的に看護師の構えを抽出する事例研究による質的帰納的方法であり、もう一つは、抽出された項目が看護師の構えとして妥当であるかどうかを実践のエキスパートによるグループディスカッションによって確認するインタビューによる調査研究で、分析は解釈を含んでおり、質的に行なわれた。

（2）対象者

①事例：事例は、訪問看護師から死について患者が言語化することをサポートして欲しいと相談のあった事例で、意図的に言語化をサポートする過程をとらえるのに適切と判断し依頼した。研究の説明を行い、患者本人の了解が文書によって取られ、家族（夫）の了解をえられた事例である。

②グループインタビューの対象者：がんの終末期看護に現在携わっているという理由で在宅がん患者のケアに実績を持つ訪問看護ステーションの看護師と現在がんの終末期事例のケアを行っている大学院生1名（がん看護経験有り）を選択した。（有意標本抽出法による対象者の選択）

（3）データ収集と分析

①事例データの記述と内容の分析

・研究者である看護者（以下看護者）が在宅療養を続けているがん患者の訪問看護を行い、専門のコンサルタントのスーパービジョンを受けて、患者が死にゆくことを言語化することをサポートした。

・データ収集は、《患者と看護者の状況》《コンサルテーション》《看護介入と反応》についてできるだけ詳細に記述した。記述は訪問後24時間以内に行い、その内容が正確に記述データとして残るよう配慮した。

・記述データから起こっている現象の意味を読みとって、文脈の中から死にゆくことの言語化に関する「看護師の構え」を質的帰納的に抽出した。分析にあたっては、結果の妥当性を維持するためにコンサルタントのスーパーバイズを受けた。

・データの収集期間：事例では1997年10月～12月までの3ヶ月間，グループインタビューに関しては1998年11月～1月に行った。

②グループインタビューによるデータの収集と分析

・グループインタビューのデータを許可を得て録音し、すべて書き起こし、それぞれの意見を要約して項目ごとにまとめた。インタビューでは、提案された項目が、看護者が患者と死について話を始める事に影響するかどうかを体験に基づき述べてもらった。

・複数の看護の研究者で検討し、妥当性についてグループの見解を明らかにした。

（4）用語の定義

言語化：言葉によって表現する現象をさして「言語化する」としている。言語化によって必然的にコミュニケーションの様相は変化するが、あくまで言葉によって現すことに焦点があたっており、特に死について何らかの言葉で表現する現象をさして「死を言語化する」として用いている。

看護師の構え：看護師の対応として思慮、工夫し準備を整えることで、ここでは、患者から死に関する話を持ち出されたとき、看護師として準備された対応の背景にある態度や考えとする。

（5）コンサルタントの背景

コンサルタントは、主に米国において精神看護の専門家としてコンサルタント活動を行っている看護の研究者である。日本でも看護師個人や看護職組織をコンサルティーとして活動を広げ、多くの実績を持っている。

（6）患者及び家族への倫理的配慮

訪問を始める時点で、訪問によって看護活動を行い、その内容を記述し分析する旨を文書を用いて説明し承諾のサインを得た。拒否や中断によって不利益がないことを説明し、研究の途中で機会を見て中断の意思がないか確認した。またこの研究内容は専門の学会、雑誌で公表される可能性があることをあらかじめ伝え、そのことについても了解を得た。

（7）グループインタビューの対象者への倫理的配慮

研究の趣旨を説明し、研究協力を自発的に申し出てくれた看護師を対象とした。拒否や中断によって不利益がないこと、データは個人を特定しない方法で処理され研究の目的以外には用いられないことを説明し承諾を得た。

5．研究結果

（1）事例紹介

事例は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。その後肝臓がんが発症して、塞栓療法を行ったが平成７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。平成８年６月には眼窩に転移と思われる腫瘤が発生したが、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るが、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。

（2）事例に見られた死に関する会話を進める現象

時期を［患者と死について話を始めるまで］と、［患者が話すことを強化し、表現を助ける過程］の２つの時期に分けて検討した。

［患者と死について話を始めるまで］

患者は初回の訪問から、積極的に自分の経過を看護者に説明した。看護者はマッサージや排泄の介助、体位変換、清拭など直接的な看護援助を実施し、患者との信頼関係を意図的に深めようとした。患者は、診断名をはっきり医師から告げられてはいなかったが、夫から聞いたということで自分は肝臓がんであると認識していた。患者は次第に、夫が協力的であるということや長女と自分との関係がぎくしゃくしていることなど家族のことも看護者に話すようになり看護者との信頼関係は訪問を重ねる度に深まった。

5 回目の訪問では、患者に不安の内容についてもう少し表現することをすすめた。患者は「便がいつ出るのかわからないから不安。」、「目に転移して見えなくなったらどうやって過ごしたらいいのだろう。」、「寿命はもうこれだけだと思っているので死ぬことに不安はないが、末期になって痛みが強いときくのでそれだけは何とかしてほしい。」、「死そのものについては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・・・。」、「死ぬことは自分の中で了解できていることなので不安でたまらないということはない。」と述べた。さらに「不安のためなのか自分ではわからないが息が荒くなり胸が苦しくなってしまう。ビニール袋をかぶると改善する。自分でも何が不安なのかわからない。」と言っており、強い不安があることが予測できた。

この時期は、看護者は死について話を始めることを躊躇していたが、それが看護者

自身の不安に起因するものであることも認識していた。患者は死について話すという強いニーズを言葉では表現していないが、長女との関係性を修復したいという思いや自律神経失調を思わせる呼吸症状を呈しており、それを考慮すると死にゆくことを言語化するニーズがあることが確信された。また、平行して訪問していた訪問看護ステーションの看護師や主治医は、患者に死について話をさせてあげることを看護者に期待しており、活動に関するコンセンサスが得られていた。

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己決定し、意図的に患者と死について話をするチャンスを作った。看護者は、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、まず「自分の体の感じ」を話してもらった。患者は「長いんでしょう？　先生は内臓が丈夫とおっしゃっていたので長くなると思う。痛みはこれよりひどくなるんでしょうから、とにかくこれから症状がいろいろと出てくるかと思うと・・・。私としては苦しみたくないから短い方がいいけど、長くなりますか？」と話し始めた。それに対し看護者が、症状には医療面で対応できることを話し、「生きている期間は短い方がいいとおっしゃっているけどみなさんにさようならと言うのはつらいことですね。」と問うと「とても辛い。友達にはそれとなく電話で言うことがある。みんなお世話になった人に手紙を書いておこうと思うけどそれもできない。特に家族にさようならと言うことができない。とても寂しいです。夫はわかっていると思いますが。」と言いながら泣いた。看護者は「気持ちを言葉に出して表現することがとても大切です。死について話すことは勇気がいりますが、私はいつでもＢさんの話や気持ちを聞くつもりでいます。」と告げ、さらに「自分が死んでいくことを考えるとどんな気持ちですか。もう少し話してくださいますか。」とすすめた。患者は「悔しい、悔しい、まだ57歳なのになんで死ななあかんの。まだやりたいことがいっぱいあるんです。家族の世話ももっとしたい。孫の成長もみたい。娘にもお母さんが生きているうちに聞かなあかんことは聞きなさいと言っている。」と泣きながら表現した。さらに患者は、「死について他の人と話すチャンスはない。がんばらなあかんときびしく励ましてくれる人もある。在宅は自分で選んだ道だから文句は言えない。皆こんな話を聞くと恐がるだろう。みんなどう応えたらいいかわからんでしょう。今日は先生（看護者）が聞いてくれたから言えた。私は話したいです。」と話した。看護者は、先行研究（内布，1996）のコンサルテーションで獲得した方略を用い、死んでいくことについて感じていることを聴きたいと伝え、具体的に話すことが出来るように身体の感じから話してもらうという方法をとり、患者の反応を得ることが出来た。

［患者が話すことを強化し、表現を助ける過程］

看護者にとって患者と死にゆくことについて話し始めることができたことは大きな成果であったが一方で心理的な負担も同時に感じていた。またこれ以上の介入について具体的に計画することができず、コンサルタントにコンサルテーションを依頼した。

コンサルタントは、看護者が非常に有効な介入を行っていること、この患者が死んでいくことは看護者にとっても辛い出来事であることを認めた。看護者は「くやしい、くやしい、まだ57歳なのに」と言っている患者の怒りに共感を覚ることをコンサルタントに伝えた。コンサルタントは看護者の感情を認め、その感情は当然であるとサポートしてくれた。さらに次のような看護介入を提案し、今後のサポートを申し出てくれた。

・患者が家族と死にゆくことについて話すときには看護者のサポートが必要なのでその場にいること。
・孫が成長した時に「おばあちゃんからのメッセージ」を聞けるように20歳になった孫をイメージしながらテープレコーダーでメッセージを録音してみること。
・家族に迷惑をかけることに対して、罪悪感を持っているようであるがそれは感じても良いことを伝え、また家族は世話をしたいと思っていることを代弁して伝えること。
・特に長女は母親の世話を十分しないまま終わると、罪悪感を持つ事になるので留意すること。
・看護者は患者の話を聞くという辛い体験をするのでコンサルタントがサポートを受けること。

患者に20歳になった孫を想像してメッセージづくりをすすめたところ、やってみたいというので早速テープレコーダーに向かって話をしてもらった。孫が生まれた時、股関節脱臼にならないかと心配して医療機関を駆け回った思い出を語ることができたが、疲労感が強く「もう長くないような感じがする。」というので、看護者は「その感覚はきっとあまり間違いがないだろう。」と応えた。長女との関係修復が気になっていたので「娘さんと話をしたいのではないか？」と問うと「とても話がしたい。」と言った。長女は台所で親戚の人と話をしていたが看護者が「お母さんがあなたと話をしたいと言っているので勇気を出して聞きませんか。私もそばについていますから。」とすすめた。長女は素直に従いお互いの気持ちを出して話をする事ができた。患者はこれまで長女に厳しすぎて甘えさせてあげなかったことを詫び、長女は「母親を厳しいと

恨んだこともあったが感謝している。これから親孝行をしたいので死んでしまうのは悲しい。」と母親である患者に言うことができた。その後、患者は親戚や近所の人々への別れや感謝の手紙を書いたが、家族はわかっていてくれると信じ、さようならは言わないと決めた。その決心に対して、看護者は「それで良いと思う。」と伝えた。時々、「今日はお別れのことや死ぬことではなくて普通の話がしたい。」と言うときもあり、その時は外の様子やテレビや新聞などの話題を提供して時間を過ごした。患者が「夫と話したいことがあるが一人ではできないので（看護者に）側にいてほしい。」と希望したので夫が側にいる時に話をすすめた。すると結婚生活の感想を述べ「(夫は) わかっていてくれると信じているのでさようならと言わない。」ということを表現したのでそのやり方でよいことを認め尊重した。夫も仕事をやめてまで患者の世話をすることができず、罪悪感を持っていることを短歌に表現し、患者に伝えることができた。長女は仕事を調整して患者の側にいる時間を増やし、家族に囲まれながら最後を迎えることができた。

（3）死に関する会話を進めることに関連する「看護師の構え」

死の話を始めるのは看護者にとって勇気のいることであったが、コンサルタントに具体的な方法を提案され、アセスメントや行っている看護が妥当であることを保証されながら実施することが出来た。特に、信頼関係があることを確信できたこと、看護者自身の不安を十分認識したこと、死について話すことを最期まで支援したいという強い意志を持っていたことが、言語化への援助を実現できた要因となっていたことが明らかになった。第1節に示した先行研究において明らかになった9つの Peaceful Death へ導く有効な看護と患者の反応（内布，1996c）を参考にしながら、今回の事例を分析し、死の言語化に関わる「看護師の構え」を抽出し、表 2-1（次頁）に示した。確認した「看護師の構え」は、①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タイミングをはかる、②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死について話すことに対して看護師が持つ不安を認識する、④自分と患者との信頼関係は深いと感じる、⑤患者が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用意している、⑥看護の方法について相談にのり、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かかわりをサポートしてくれる、⑦死に関する話を聴くことを患者に保証する、⑧最期まで逃げないという決意、の8項目であった。抽出の根拠となった記述データ部分は下線を附した。(表 2-1)

表2-1.　死にゆくことの言語化をサポートした「看護師の構え」

「看護師の構え」を導いた現象（下線部は「看護師の構え」抽出した主な現象）	「看護師の構え」
患者は死について話すという強いニーズを言葉では表現していないが、長女との関係性を修復したいという思いや自律神経失調を思わせる呼吸症状を呈しており、それを考慮すると死にゆくことを言語化するニーズがあることが確信された。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	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はかる
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看護者自身が自己決定し、意図的に患者と死について話をするチャンスを作った。「気持ちを言葉に出して表現することがとても大切です。死について話すことは勇気がいりますが、私はいつでもBさんの話や気持ちを聞くつもりでいます。」と告げ、さらに「自分が死んでいくことを考えるとどんな気持ちですか。もう少し話してくださいますか」とすすめた。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	患者に対して死にゆくこと言語化するチャンスをいつか与えたいと思う
看護者は死について話を始めることを躊躇していたが、それが看護者自身の不安に起因するものであることも強く認識していた。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	死について話すことに対して看護師が持つ不安を認識する
直接身体に触れる清拭や排泄介助を通して意図的に信頼関係を築いた。看護者は信頼関係についてはある程度確信と自信を持っていた。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、まず「自分の体の感じ」を話してもらった。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	自分と患者との信頼関係は深いと感じる
具体的な方法として、孫が 20 歳になったときに聞けるようにメッセージづくり用意してすすめたところ、やってみたいというので早速テープレコーダーに向かって話をしてもらった。孫が生まれた時の思い出や股関節脱臼にならないかと心配して医療機関を駆け回った思い出を語ることができた。気になっていた長女との関係修復も患者が希望して話をすすめることができ、長女は素直に従いお互いの気持ちを出して話をする事ができた。患者はこれまで長女に厳しすぎて甘えさせてあげなかったことを詫び、長女は「母親を厳しいと恨んだこともあったが感謝している、これから親孝行をしたいので死んでしまうのは悲しい」と母親である患者に言うことができた。*[患者が話すことを強化し表現を助ける過程]の記述データから*	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
コンサルタントは、看護者が非常に有効な介入を行っていること、まだ高齢でもないこの患者が死んでいくことは看護者にとっても辛い出来事であることを認めた。看護者は「くやしい、くやしい、まだ57歳なのに」と言っている患者の怒りに共感を覚え、そのことをコンサルタントに伝えた。コンサルタントは看護者の感情を認め、その感情は当然であると返してくれた。コンサルテーションによって起こっている現象を客観的に整理されたり、具体的な方法を示されたり、ケアした内容に関して高く評価されたことが創造的で建設的なケアにつながったものと思われる。*[患者が話すことを強化し表現を助ける過程]の記述データから]* また、平行して訪問していた訪問看護ステーションの看護師や主治医は、患者が病気や予後について十分知っているので看護者に十分話を聞いて欲しいと期待していた。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	看護の方法について相談にのり方向性を示して、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かかわりをサポートしてくる
看護者は「気持ちを言葉に出して表現することがとても大切です。死について話すことは勇気がいりますが、私はいつでもBさんの話や気持ちを聞くつもりでいます。」と告げ、さらに「自分が死んでいくことを考えるとどんな気持ちですか。もう少し話してくださいますか」とすすめた。今後患者が死にゆくことについて話をしたい時はいつでもその話を聞くことを約束した。*[患者と死について話を始めるまで] の記述データから*	話を聴くことを患者に保証する 最期まで逃げないという決意

（4）看護師の状況を明らかにする項目の妥当性の検討

これらの「看護師の構え」の妥当性について検討するために7つの項目に置き換えて、現在看取りの経験をしている看護師6名（表 2-2）に死について話を進める際にどれほどその項目が影響するかグループインタビューの手法で聞きとりを行った。尚、表 2-1 中の「話を聞くことを保証する」、「最期まで逃げないという決意」という項目は、看護師の構えという視点で考えると1つの項目になると考え、「この患者を最期まで看護したいと思う」に置き換え検討した。

表 2-2.　グループインタビューを行った看護師の属性

	性別	経験年数	所属	終末期看取り概数	備考
A	女	25 年	I 看護ステーション	30－50 人	
B	女	25 年	I 看護ステーション	20 人	
C	女	12 年	I 看護ステーション	5 人	
D	女	14 年	大学院生(がん看護専攻)	13 人	緩和ケア病棟勤務経験
E	女	15 年	K 看護ステーション	3 人	
F	女	4 年	K 看護ステーション	0 人	緩和病棟で研修 1 ヶ月

その検討結果の概要は表 2-3（次頁）に示した。7項目のうち意見がある程度一致して妥当と思われた項目は4項目で、妥当性に関して意見が分かれた項目は3項目であった。

表 2-3. 死にゆくことの言語化をサポートする「看護師の構え」の妥当性に関する看護師の意見

「看護師の構え」	意見の要約	妥当性
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話すタイミングをはかる	すべての看護師からこの項目は死について話を進めようとするときに非常に強く影響しているという反応が得られた。「患者の病状の把握が十分にできていないと、介入の有無や時期を判断できなかったり、患者から病気や死について聞かれても答えることができない」という理由で、看護師の準備状態としては、「患者の病状をよく把握していることが必要」という意見であった。	高い 全員が強く影響するという意見
患者に対して死にゆくことについて話すチャンスをいつか与えたいと思う	全員から「自分が患者と死について話をすることに強く影響している」との答えが得られた。その理由は、「チャンスを与えたいと看護師自身が思わなければ、患者との間で病気や死についての話が話題に上らないこと」、「チャンスを与えたいと思うことで、患者の態度から患者の話したいというサインをキャッチできやすくなる、タイミングがつかみやすい」ということであった。強く思う必要はないという意見もあった	高い 強く思う必要はないという意見
死について話すことに対して看護師が持つ不安を認識する	すべての看護師から看護師が患者に死について話をする事に不安はかなり影響していると答え、不安がどの程度少ないことが準備状態として必要かということに関しては「少し不安でも話し始めることはできるが、できるだけないほうがいい」、「不安がないというより、自分の不安が相手に伝わらないようにすることが大事」という意見もあり、必ずしも不安を感じない状態を作る必要はないということであった。	高い 自身の不安を認識することは必要という意見
自分と患者との信頼関係は深いと感じる	すべての看護師から「影響している」との回答が得られた。看護師の準備状態としては「信頼関係は非常に強くなくても、まあまあ親密であれば死についての話を始められる」との意見であった。	高い ある程度でも可能という意見
患者が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	意見が分かれた。1名の看護師は「非常に影響している。具体的な答えがいくつか用意できていないと話しはじめることはできない」と答えた。3 名の訪問看護ステーションの看護師は「あまり影響していない。具体的に用意していなくても患者が何か訴えてきたら（話の流れでてきたら）答えられるだろう」「自分の準備をすることは必要だが具体的な言葉を用意しておく必要はない」「具体的に用意すると余計に焦りが出てくる。患者が何か訴えてきたら、その中から拾って言おうと思ったら気持ちが楽になった」という意見だった。	低い 必要であるとする意見とそうでない意見に分かれた
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る	「非常に影響している」と「あまり影響していない」との相反する意見が出された。「患者と死について話をすることには不安を伴うので、同じ方向でサポートしてくれる人の存在がないとやれない」「サポートが得られたから実行できた」との答えもあった。一方「サポートがあることに越したことはないが、最終的には自分と患者との間でしか分からないことがあるので自分がしっかりしていることが大切なため」「いろんな意見をもらってそれを判断材料にするので同じ方向でサポートされなくてもマイナスにはならない」という意見もあった。主治医に関しては「あまり影響していない」「マイナスでなければやっていける」との答えが多かったが、「非常に影響している」と答えたものもいた。	低い 必要という意見と自分自身の問題という意見があった
この患者を最期まで看護したいと思う	「影響している」と「あまり影響していない」の相反する答えがでてきた。影響していると答えた看護師はその理由を「最後まで見たいという思いがないと死について話し始めることはできない」と答えていた。あまり影響していない理由は「チームでカバーできればいい」ということであった。	低い 意見が分かれた

6．考察

記述データから死にゆくことの言語化を可能にした「看護師の構え」とその妥当性について考察する。「患者の身体状態について把握できていると思う」という項目は、患者の話したいというニーズを察知して話を始めるタイミングを判断するのに必要であるという見解で一致した。Steinhause, Cristakis, Clipp, et al, (2001) の End of Life への準備性に関する質的研究では、身体の状態について知っていることや死ぬ時期について知っていることが準備性の要素としてあげられており、死について主治医と話すことは患者、家族、医療者ともに重要であると認識しているとしている。「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」という項目が高い支持を得たのは、このような認識が反映していると思われる。また、我が国においても、遠藤（2001）がマーガレットニューマンの理論を紹介して、がんに罹患したことを意味ある体験にする力を引き出すアプローチが効果を上げ報告されている。一方、Konishi and Davis（1999）の報告では、日本の看護師は、依然として情報を十分与えられないまま懐疑的になっている患者に直面して、家族や病院と患者との板挟みになっていることや、キュアからケアへの態度の変革が必要と認識していることが明らかになっており、依然として死を話題にすることは難しいことが指摘されている。

「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。しかし必ずしも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良き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。小松ら（1988）が行った参加観察では、予後や死について話しかけてくる患者に対して自分自身の死生観や看護観が曖昧で患者と共に死について語り、死を見つめていくだけの信念や自信が持てないために看護師や医師が患者と関わることに不安や恐れを抱いていることが観察されている。不安を持つことは避けられないが、不安を持っている自分自身を良く知って、それを引き受けることが重要な「看護師の構え」といえるかもしれない。

また、患者との信頼関係はすべての看護師が影響すると答えたが信頼関係が非常に深くなくても死についての話は始めることが出来るという意見であった。

患者が死について話し始めるチャンスがきたらどのように尋ねるかを具体的に考え用意している」という項目については、具体的な対応を用意するより患者の気持ちに共感できることが必要という意見があり、影響していないという意見が見られた。しかし実際に介入した看護師の一人は、「具体的に用意していないと話をすることはできない」と述べており、状況によっては有効な「看護師の構え」ということも言える。

「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）はリエゾン看護師の対場から、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について述べ、自身の感情体験に気づき、患者と距離をとり、自分の気持ちを整理することや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、自分自身の問題として引き受ける傾向にあるのかもしれない。必要なサポートは看護師の経験や状況、看護師との関係などによって量や質、内容が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ことができるという柔軟な考えが見られた。

今回はグループインタビューに参加した看護師の数も少なく、抽出した「看護師の構え」の妥当性については意見が分かれた。このような「看護師の構え」がさらに精錬されて、看護師が自分自身の死について話すことについての構えを客観的に確認することが出来れば、不安を抱えながらも患者が死について話すことをサポートできるようになるのではないかと期待している。

7．小括

本研究は、死にゆく患者と死について話すときに必要な看護師の構えについて明らかにすることを目的とする。看護者（研究者）はスーパーバイザーのサポート受けて，患者が死亡する前3ヶ月間、死を言語化する援助を中心に意図的に看護を提供した。患者は57歳、肝臓がんで腰椎に転移があり、下半身が麻痺しており、ベッド上の生活

を余儀なくされていた。死について話をしたいというニーズをキャッチし、具体的な方法をスーパーバイザーの支援を得て提供し、死について話をし始めたことで家族とのわだかまりを解決し、充実した最後を迎えることが出来た。実践事例における看護者の構えに焦点を当てて、事例に生じた現象を分析し、死にゆくことの言語化をサポートすることを可能にする以下の「看護師の構え」を抽出した。

（1）看護師は、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話すタイミングをはかる。

（2）看護師は、患者に対して、死にゆくことについて言語化する機会を与えたいと思う。

（3）看護師が、自分自身が死にゆくことを話す事に対して持っている不安を認識する。

（4）看護師は、患者との信頼関係が深いと感じる。

（5）看護師は、言語化をすすめる介入について具体的に用意している

（6）看護師の活動を認めサポートする同僚（医師、コンサルタントを含む）の存在がある。

（7）看護師は、患者を最期まで看る決心をする。

これらの項目の妥当性について６名の死を看取る現場にいる看護師の意見をグループディスカッションによって聞いたところ、（1）、（2）、（3）、（4）は妥当性がある「看護師の構え」と判断できたが他の３項目はその妥当性について意見が分かれた。看護師自身の準備性を確認できるようにこれらの項目を洗練することがのぞまれる。

本研究は平成７～９年度文部省科学研究費補助金による助成を受けており、一部を第12回日本がん看護学会、及び第19回日本看護科学学会で発表した。さらに、雑誌「がん看護」第７巻６号（2002年11-12月号）に掲載の予定である。

第３章
患者と死について話すことに伴う看護師のバリアに関する質的研究

１．緒言

がんやAIDSなどで有効な治療法がなく確実に進行する疾患では、死期が近くなると病名告知の有無にかかわらず、患者は自分自身が死に向かっていることを認識する。しかし、患者も医療者も死が近いことを認識しながら、「死」について間接的な話をすることはもちろんのこと、「死」という言葉を直接用いて話をすることは難しく感じられる。死は生きている者の体験を越えるものであり、話をすることにも聴くことにも不安がつきまとうのは自然なことであるが、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，P.244）。また、多くの書物が、死にゆくことから本人も周囲の人々も逃げないで直面することが、患者が残された時間を豊かに過ごすために重要であることを述べており、患者との率直な会話を勧めている（柏木，1983，1996，Kubler-Ross，1974）。死にゆく人が死について話をすることができると、周囲との共感性に富んだ会話を体験し、自分が他者によって理解され、心の平安を得るという現象も熟練したケア提供者によって報告されている（柏木，1996，遠藤，2001）。

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。医学は感染症を克服し、科学を背景とした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言われている（Backer，Hannon & Russell，1994，p4）。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。全く同じではないが構造的には類似した社会の変化が我が国をおそっている。言い換えれば、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ことは、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，P.30，Benoleil，1987）。 また、未だに死についての十分な教育は行われておらず、治療の敗北ととらえたり、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る医療者は多い。結果として患者は強い孤独感を感じることになる。筆者は今までに出会った数多くの看護師から、死にゆく人々が死や病気について話をしたいと欲しているけれども、死に関する話に対して看護師が大きな戸

惑いを感じていることを知らされた。この戸惑いは、筆者自身も看護師として死にゆく患者に対応している時に何度も体験したことである。患者の気持ちを聞くことが大事であることは自明のことのように多くの書物に書かれており、どのような言葉をきっかけに話を進めるか、またどのような態度で聞くか、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り、否定されるべきものではないが、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わかってくるのではないかと期待している。我が国では、年間死亡の80%が病院で死亡している（厚生労働省, 1999)。もし病院医療の場で死にゆく人々と適切なコミュニケーションを持つことができれば、多くの死にゆく患者のケアは向上するだろう。現在のところ、死にゆく人が死について話したいと望んだとき、それに対応する技術は十分教育されているとは言い難い。対応の技術はいわゆるハウツーではなく、対応する人自身のあり方が問題になるので、医療者が自分自身に起こる感情や心の動きについて良く知っておく必要がある。そのような意味で医療者自身を対象とした研究は、重要であると考える。

時代と共に看護師の役割は拡大しており、米国では、1990年代には、伝統的に担ってきた「安楽の提供」に加えて、「症状マネジメント」、「終末期の意志決定をサポートすること」、「患者の代弁者になること」、「終末期の患者とコミュニケーションを取ること」、「教育」、「倫理的課題の解決」などが期待されている。(Haisfield-Wolfw, 1996)。我が国においても終末期医療におけるチームの連携が重要視されており、最も長い時間、最も近い距離で患者の側にいるケアの専門家である看護師について、患者と死について話すことに伴う自らのバリアを明らかにし、死にゆく患者とのコミュニケーションについて検討することは意義のあることと考える。

2．研究目的

本研究は、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障壁(barrier：以下バリア)について明らかにする探索的記述研究である。研究方法は、記述データの意味の読みとりによってバリアの種類と構造を明らかにす

る質的研究の手法をとる。

【研究目標】

（１）患者から死や病気について話を持ちかけられたとき、看護師はどのような体験をするか明らかにする。

（２）患者と死や病気について話すときに看護師に生じるバリアのカテゴリーを明らかにする。

（３）バリアのカテゴリー間の関係を分析して、死に関する会話を差し止めたり、推進したりする要因の構造について帰納的に明らかにする。

３．文献検討

（１）End of Life Care における医療者のストレスやコミュニケーション上のバリア

人生の最後の時（End of Life, 以下 EOL）にそのケアに携わる医療者は、他の医療の領域の医療者とは異なるジレンマや困難に出会う。がん看護に携わる看護師のストレスを調査してカテゴリーを抽出した研究では、９つのストレスグループとして「組織運営上のストレス」、「患者や家族がいたむのを見ること」、「医師との関係で生じるストレス」、「倫理的な課題に伴うストレス」、「死や死にゆくこと」、「同僚とのストレス」、「資源が適切にないこと」、「否定的な考え」、「働き過ぎであること」が見いだされ、中でも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)。同じく米国での看護師の EOL ケアにおけるジレンマに関する調査をみると、判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示する事前指示(Advanced Directive)を用いることや患者の意思決定を守ることが高い頻度でストレスと感じられている (Ferrel, Virani, Grant, Coyne & Uman, 2000)。

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、EOL ケアにおいて最も強いと感じられていたバリアは、１位が「医療制度による医療の制限」、２位が「施設間の連絡がなくケアが継続できないこと」、３位が「家族が死を避けようとすること」で、「医療従事者の死に対する居心地の悪さ」は４位にあがっており、73%の医療従事者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。同調査で EOL ケアのジレンマは、看護実践では共通にみられ、多くのバリアが存在し、EOL ケアのシステムが整っていない施設で症状緩和や痛みのマネジメントに直面している看護師は、自殺幇助や安楽死の問題について有意にバリアを強く感じている事もわかっている。また、年齢の高い看護師ほど EOL ケアは効果的であると感じており、若い看護師ほどジレンマを頻回に感じていた (Ferrel, Virani, Grant, Coyne & Uman, 2000)。

コミュニケーション上のバリアという視点で見ると、Maguire (1985) は、看護師や医師が終末期患者と距離をとる戦略として、患者が心理的に傷ついていることを見ないようにして自分自身の情緒的な安全を図るという方法がとられていることを指摘しており、このような戦略は患者を落胆させ、効果的な心理ケアのバリアになると述べている。

Buckman (1984) は、死を怖れる感情はあまり話されることはないが、普通に見られることであるとし、医師の持つ怖れで強いのは、悪いニュースを告げて「患者に文句を言われないか」、「対応がわからない」、「患者の反応を抑制できないのではないか」、「感情を表現することへの迷い」、「すべての答えを知っているわけではない」、「死や病気に対する個人的な思い」であるとし、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 and Eberhardt (1996) は、 1985年からの「breaking 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提示している。ほとんどが医師によって書かれたもので患者の立場を反映していないという欠点はあるが、「bad newsを話す場の快適さ」、「時間的な余裕」、「話すときの態度」、「サポートネットワーク」などが必要な条件としてあげられており、推奨する方法として「患者の準備状態を作るために警告的な発信をする」、「患者がすでに知っていることを確認する」、「希望を伝える」、「患者の反応に注意し、情緒的な表現を許容する」、「時々話を要約する」、「温かく、ケア的で共感的に相手を尊重して話す」、「言葉を慎重に選択し、シンプルに、率直に話し、専門用語や婉曲的な言い方をさける」、「患者のペースに合わせ、話したことを書き取ってもよいことを言う」などの項目が共通して述べられていると分析している。そしてbad newsを伝えることも伝えないこともストレスフルなことであるのでそのプロセスを理解するのにストレスコーピング理論は有効であるとしている。

Curtis and 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 ケアについて話をすることを妨げる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。この他に Curtis et al.は、患者に特有のバリアや医師に特有のバリア、さらにEOLに関する話を進める要因（ファシリテーター）についても分類しており、「患者が将来のQOLについて関心がある場合」や「家族がその場にいること」が話を進めやすくする要因として挙げられるとしている。この研究はAIDSの患者とそれを診ている医師を対象にして行われたが、患者の年齢が

若いことや病気による差別がバリアに含まれていることを除けば、がん患者と EOL ケアに関する話をする場合にも同じようなバリアがある事が予測される。Curtis, Patric, Caldwell and 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。

文化的な背景が影響するコミュニケーション上のバリアについて調べた Gordon (1995) は、3/4 の白人、2/3 の黒人が自分の死について他の人に話したいと答えたのに比べて、Mexican-American で死について話したいと答えたのは、1/3 であったとしており、Mexican-American には、死ぬことについて周囲に知られないようにする文化があり、死に関してはオープンコミュニケーションを持っていないと述べている (Gordon K. A. 1995)。また、階層的なアジアの文化では相互依存的な社会構造の中で調和をとることがよしとされコミュニケーションは微妙で間接的になっていると指摘されている (Nilchaikovit, Hill & Holland, 1993)。

日本では、EOL ケアにおける医療者のストレスに関する調査が 1980 年代に主に看護師を対象に行われている。1982 年に行われた調査では、緩和医療や病名告知が進んでいない時代的な背景もあって、疼痛コントロールや病名を知らされない患者への対応がジレンマとしてあげられている(木下他, 1983)。看護師と医師を対象とした研究では、病名を知らされていない患者との関わりで偽りを重ねることにストレスを感じていることや、病名を知らされている患者との間で、落ち込んでいる患者への対応に困っていることが明らかになっており、患者が死について話しかけてくる場合、共に死について語る自信がないなど不安やおそれを抱いていた。その他に死を看取ることのストレスや医師、看護師、家族などとの人間関係、自己の能力に関するストレスなどあげられている (小松, 小島, 1988)。Takahashi (1990) は、日本の医師は、治癒可能ながんは告知するが、治癒不可能ながんの場合は、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。さらに Takahashi は、相互依存という日本の文化的特色のために、不治の病であることを告げることは、死にゆくことを告げるという意味だけではなく、依存しあう重要な関係を破壊してしまうと受け取られ、医師は、真実を知ったことで患者が味わう苦難の原因に自分はなりたくないと考えていると述べ、治療している間は病室に行くが治療できなくなると医師は病室に行かなくなり、共感や思いやりによって医師が患者を癒すことができることに気づいていないとしている。

1991 年に行われた調査では、看護師が精神的に負担と感じるのは、「スタッフ間の

意見の食い違いを感じるとき」、「仕事と理想や期待が食い違っていると感じるとき」、「患者とコミュニケーションがとれないとき」という回答が多くみられた（上村，皆川，依田，大倉，1994)。Konishi and Davis(1999) は、日本の看護師を調査して、看護師は、死が差し迫っていることを隠蔽するのは日本では伝統的な規範であると認識しているとし、欧米の知らせることに関する価値観へ移行しつつある看護師との間で緊張を生み出しているとしている。また、知らされないで準備できないまま死んでいく患者に直面して、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と述べている。2000年代になって日本におけるEOLケアの医療者のストレスを調べた研究では、犬童（2001）が、がん看護に伴う看護者の不安に関連する要因として、「否定的な看取り体験」、「がん看護目標に対するギャップ感」、「仕事だから仕方なく事務的に接した態度」、「死という言葉を会話の中で口にしたくない態度」、「否定的がんイメージ」、「看護者のインフォームドコンセントがうまくいかない状況」、の6要因を見いだし、看護者のメンタルヘルスに影響していることを指摘している。

これらのストレスやバリアは、EOL ケアの状況が変化すると当然変化するものと思われる。ここ10年間でモルヒネ使用量は飛躍的に増加し、告知率も上昇しており、1992年には18%であったものが1995年には29%に上昇している。そして1997年のがん治療の地方中核病院を限定して対象とした全国レベルの調査では、告知率は 75%に上昇している（佐々木，1998)。現在、医師は、真実を告げる傾向にあり、今後告知率は暫時上昇するであろうと柏木（1999）は述べている。このようにがん性疼痛は満足といえないまでもかなり改善され、病名や予後を知らされている人の比率は増え、事実を知らせないで虚偽を演じるストレスは軽減されるかもしれない。しかし、自分の病名や予後を知っている患者が増え、確実に医療者は告知が一般的でなかった時代とは種類の異なるストレスを抱えていると推測される。このような状況の変化にともなって医療者がもつジレンマやバリアもその内容が変化し、次の段階のストレスが発生するものと思われる。

（2）死に対する態度に関連する要因の研究

死に対する医療従事者の態度や不安については1960年代後半から研究されている。生命維持への努力が行われていた1970年代、1980年代の多くの研究が、EOLケアにおける治療法の選択や意志決定には大きな問題があることを一貫して指摘しており、治療を行わないナーシングホームと集中治療を行う施設では多少異なるが、医療従事者が死にゆく人のケアにおいて痛ましいストレスに曝されていることがわかっている(Benoleil, 1988)。

歴史的に死に対する人々の態度は大きく変化してきた。米国の1900年代の変化について、Haisfield-Wolfw (1996)は、従来、死は生と同じようにLife eventという宿命

として自然に起こるものととらえられてきたが、医療技術の進歩によって死は、日常生活から切り離され専門家の手によってとり扱われ、死を受容することは、むしろ不自然なことになってしまったと述べている。そして社会は過度に医療によってコントロールされる生命やそれに費やされる費用に直面し、医療処置の結果起こることと個人の自律性の間のバランスを修正するために、いわば慣習的に、事前指示、リビングウィル、救命拒否、緩和ケアなどの話を患者にするようになったが、依然として患者にこれらの話をするのは難しいことであると述べている(Haisfield-Wolfw)。

死に対する態度の研究は、年齢や性別、過去の死に関連した体験、宗教や死生観などの要因と態度との関係を調べたものが多く見られるが、調査結果には決定的なものが見られない。Rasmussen and Brem (1996) は、年齢と心理的な成熟度は、死に対する不安とは有意に反対の関係があるとしており、Schorr, Farnham and Ervin (1991) は 65 歳以上の女性を調査し、彼らは比較的不安が低く、日常生活のコントロール感を維持していると報告している。

死にゆく人のケアに対するケア提供者の態度に関する研究は、多くが看護師を対象に行われてきた。Brent, Speece, Gayes, Mood and Kaul (1991) は、EOL ケアへの態度とそれに影響を与える個人の体験との関係を、多かれ少なかれ避けたいと思われている３つの項目、すなわち「死にゆくことについて患者と話すこと」、「通常のケアを行うこと」、「接触すること」と、それとは反対にケアをより魅力的にする「専門家としての挑戦であると感じること」、「専門的熟達を感じること」、「個人的な満足感」の３つに焦点を当てて 420 人の看護学生を対象に調査している。死にゆく人のケアを嫌うか好むかに影響している要因のなかで、職業経験は嫌悪感に、個人的な経験は好ましいという感覚に影響しており、教育の影響はわずかであった。死に関する話をする経験はケアを避けることに最も強く関連していた。

Rooda, Clemnts and Jardan (1999)は、403 名の看護師について Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale（ケア態度スケール）と Death Attitude Profile-Revised: DAP-R（死への態度)、およびデモグラフィックデータとの関連を見て、看護師の人類学的な変数がどのように死にゆく患者のケア態度や死に対する態度に影響しているかを調査している。DAP-R（死への態度）の得点は、性、宗教で違いが見られ、ケア態度は性、宗教、教育レベル、看護師経験年数で差が見られなかったが、EOL の患者と接しているかどうかと関係が見られた。すなわち、ケアしている患者のうち 81-100%が EOL にある看護師は、有意にスコアが高く EOL ケアに肯定的な反応を示した。また、ケア態度の得点は、DAP-R（死への態度）の２つのサブスケール「死に対する恐怖」、「死を避けること」、と負の相関があり、DAP-R（死への態度）の他の２つのサブスケール「受け入れる試み」と「中立的な受け入れ」と正の相関があった。この結果から Rooda et al. は、看護師の死に対する態度や現在の EOL 患者のケアへの

接触は、彼らのEOLケアに対する態度を予測する要因になりうるとしている。

死にゆく人のケアに従事している看護師はそうでない看護師よりEOLケアに対して肯定的であるという調査結果は、ホスピスの従事者とそうでない看護師の比較によっても言われている（Bene & Foxall, 1991）。また、Depaola, Neimeyer and Ross (1994) は、ナーシングホームに勤務する看護師と看護助手を対象に、死や老いることに対する態度を調べ、勤続年数が長いものは死に対する不安が少なく、専門職である方が死の不安が少なかったとしている。Servaty, Krejci and Hayslip (1996) も看護学生、医学生の調査から高学年は低学年に比べて、また看護学生はコントロール群に比べて、死にゆく患者と会話をすることを嫌がらないことを見いだしており、これは専門分野を選ぶ以前にそのような傾向を持っている可能性があり、教育以前の対象者の背景が影響しているのではないかと述べている。同じくServaty, et al. は、年齢が上の医学生や看護学生は、より若い学生に比べて死にゆく人と話すことに関して心配の度合いが少なかったとしており、より高い感情移入は、より高い不安に関連しているとも述べている。

宗教的な信条との関係をしらべたものでは、死後の世界についての信念は、より肯定的な態度と関連しており、医師、看護師、一般人のいずれのグループでも同様の結果で、死後の世界についての信念があるものは、死の不安や苦しみが少ないとされている（Alvarado, Templer, Bresler & Thomas-Dobson, 1995）。Fehring、Miller and Shaw（1997）が、100名の高齢がん患者で調査したところによると、固有の信心深さや霊的に高められた状態にある人はそうでない人より、死に対して否定的態度や否定的な雰囲気をあまり感じていないと報告している。また、Sherman（1996）は、その人の霊性とエイズ患者のケアを喜んで行うことの間には正の相関があり、看護師で死に対する不安が高いものは、ケアをしたいという気持ちが低く、霊性も低かったと報告している。

文化や民族的な背景による影響に関する調査は、まだあまりおこなわれていないが、この領域はさらに研究が必要であると思われる。Carlton, Dovey, Mizushima and Ford, (1995)は、死に対する態度は文化的背景、出身国などと関連があるとしている。アジアとアメリカの文化的な背景によって異なる死や死にゆくことに関連した態度を看護大学院生を用いて調査した研究では、アジア人である看護大学院生は、死や死にゆくことについて話すことにあまり熱心ではなく、死にゆく人に関わることを有意に避けていたが患者に接することでは差が見られなかった（Shu-Fen Kao and Lusk, 1997）。文化的な問題は、死をめぐる態度や信念がケア提供者の価値観に直結するので、米国のような多文化社会では、重大な問題になる可能性がある。

日本の医師を対象とした調査では、十時（1999）が、大学病院に勤務する医師126名を対象に質問紙調査を行っている。「死生観」、「ターミナルケアにおける行動」、「タ

ーミナルケアにおける意識」の３つの領域を調査し、死生観において「生の絶対性」「生命への人工的介入」「他人の生の尊厳」に肯定的な医師ほど「患者尊重的行為」を行い、「無常性」の強い医師ほどその行為を行っていないとしている。また、「死に対する恐怖」が強く「精神不滅性」に肯定的な医師ほど「ターミナルケアにおける心的負担」が強く、「生命への人工的介入」に肯定的な医師ほど「死に対する感覚の鈍化」の傾向があったとしている。Takahashi（1990）は、日本文化を背景とする相互依存的な患者と医師の関係が告知を難しくしていると指摘しながら、死が明確に話題にならなくても死が差し迫ってくれば患者は死にゆくことを実感していると述べており、言語化されないまま、人々が了解していく過程を事例によって提示している。

日本における看護師の死に対する態度を研究したものでは、犬童（2000）が看護師の経験年数の多いものがケアリングに対する自己評価が高いこと、特に「患者さんが望むときは予後や死についていつでも話せる準備ができている」、「病気によって生じている問題に対して方向性を示したり、希望を与える」という２項目は、自己評価との間に高い相関が見られること、また、死に対する態度のなかで「患者の死と向き合った時、仕事だから仕方なく事務的に接したことがある態度」は、ケアリングの自己評価には負の影響、ケア不安には正の影響をもたらすことを報告している。

しかし、ケアへの不安については注意深い解釈が必要であることを Levin（1990）が指摘している。多くの研究で死の不安を測定し、不安の高さを経験のなさや好ましくないケア態度と関連させて考察しており、不安の強いものはケアへの肯定的態度を持ちにくいという結果が優勢であるが、Levin は、測定された死の不安を再検討して、純粋な死の不安は、防衛的役割を持つものと解釈されることや、心理的に健康である場合は、強い防衛のメカニズムを持っているので、高い不安が出現することは、当然であることを指摘し、不安を心理的な不適応とは見なさないほうがよいとしている。死の不安に関するほとんどの論文で、高い不安は、ケア提供者のより劣った性質として解釈されていたが、さらに複雑な考察が必要であることがわかる。また、低い不安は患者への共感性がむしろ低いことに関連する可能性があり、ケア提供者としての資質としてはむしろ望ましくない結果となることも解釈できる。確かに経験の豊かさや信念の確かさによって不安がコントロールされ、死に対して肯定的な態度を取ることが出来るかもしれないが、他者への共感能力が低い場合は、患者の死を比較的冷静に取り扱うことが出来るという現象も起こりうるであろう。死にゆく患者への共感性が高ければ、防衛機制が健康に機能して、高い不安を生み出すかもしれず、不安が高いことが、必ずしもケア提供者として不都合な状況とは言い切れないかもしれない。死への不安を測定している研究は多いが、その不安の高さをどのように評価するかは、熟慮が必要である。

死にゆく患者やその家族への対応を目的としたトレーニングやコースプログラムの

開発に関する研究は、数多く報告されている。Servaty, Krejci and Hayslip (1996) は、医学生と看護学生の調査を行い、死に関する経験やコースワークを受けた学生ほど死に対して肯定的であったとしている。しかし、Brent, Speece, Gayes, Mood and Kaul (1991) の調査のように、死に関する話をすることに関して教育はわずかな効果しかなく、職業経験や個人的な経験がより影響しているとする結果もあり、知識として学ぶだけでは不十分であることが示唆されている。

死に対する態度や死にゆく患者のケアに対する態度の決定要因は、数多くまた複雑である。死に対して個々人の態度、死にゆく人々のケアに対する態度、文化人類学的背景変数との関連は、まだ十分調査されていない。死にまつわる経験や教育が、死に対する態度や不安に影響する要因となるかどうかについては、多くの調査が行われており、教育だけではなくやはり時間をかけて豊かな経験を積むことが、死への態度や死にゆく人のケア態度をより適切なものにするのではないかと思われる。また死に対する不安が、健康な防衛のメカニズムと解釈されるなら、必ずしも不安を低くすることが適切なケア態度に結びつかない可能性もあり、教育や訓練においては、不安を適切に持つことについても考えることが重要であることを考慮する必要がある。

（３） 死について話すことへの医療者のバリア：アウエアネス理論を中心に

EOL ケアに関連して医療者がもつストレスやジレンマの中でも死に関連したストレスは、いつの時代も中心的で深刻なものとして扱われてきた。終末期の症状緩和が積極的に医療が導入され、激烈な痛みが解決され始めると、いちだんと死に関連した不安やストレスが浮き彫りになりそれへの対応を求められる。病名、場合によっては予後まで詳細に知らされている患者は、ますます死が顕在化し、疑問や不安も具体的になるのが必然である。ここ 10 年の間に緩和医療の進展、告知の普及など、状況は変化しており、医療者はますます死の不安に対応するよう迫られていると言える。

社会学者である Glaser and Strauss (1965) は、米国において医療技術の進歩によりあまりに長く生かされる人が増えてきた 1960 年代（傍点筆者）に大規模な調査を行い、医療者と患者の間の閉鎖認識、疑念認識、相互虚偽認識、オープン認識という概念について詳細に記述し、「Awareness of Death（死のアウエアネス理論）」として発表した。40 年を経て、これらの認識概念は、社会情勢の変化によって適合しないか、もしくは稀な現象になってしまったものもあるが、我が国では今も厳然と存在するものが多い。Glaser and Strauss (1965) は、「Awareness and The Nurse’s Composure（終末認識と看護師の落ち着き）」という章で、死に関する会話が看護師と患者の間でどのようになされているか記述している。「看護師は死が近づいてくると、遠い将来の話を持ち出さなくなり、たとえオープン文脈（患者の医療者も双方が事実を知っている文脈）であったとしても『まだ誰も確かなことはわかりません』、『私たちだっていつか

は死ぬのです』という言い方で死を否定しようとする。こうすれば患者も看護師も死の話題を避けることができるので、双方とも落ち着きを維持することが出来る。」（P.233）また、「死は確実だが死の時期がわからないとき、患者に対してはもうすることがないので看護師は症状緩和などの安楽を図ることに熱心になる。症状緩和を十分図ることが出来れば患者を救えなかった無力感から救われることになるがそれを達成するのはむずかしい。」（P.235-P.237）と述べている。また、「看護師は、死に関する会話が始まると過剰関与を防ぎ、自らも傷つかない戦略をとるようになる。患者が死を連想して反応するような質問を避け、咳で苦しいと訴える患者には咳のことだけを話し、死ぬのではないかと心配する患者には人間はみないつか死ぬというぐあいに過度の一般化を行っている。(P.241)」ことを観察した。一方、「死んでいくことの意味を患者と話したいと考えている看護師にとって、病名を告げていない閉鎖認識文脈は大きな壁になる（P.243)」としている。これらの膨大な量の観察データから導かれたアウエアネス理論は、現場との適合性が高い具体理論であるので、実際に現場で起こっている状況を、概念を使うことによって説明することができる。現場の実践において現象を抽象化して理解することで、その後に起こることを予測したり、対策をより論理的に導くことができる点で優れていると思われる。

看護師や医師の死に対する態度を参加観察やインタビューによって質的に研究した論文は、貴重である。我が国では、看護師が対象になった菅原（1993）の研究がある。菅原は、30名の緩和ケア病棟勤務看護師に半構成的面接で末期がん患者の看護に関する実践的知識と看護師の対応のパターンを見い出した。菅原は看護師の優れた技術を抽出する一方で、その対局にある対応できない看護師の状況を分析しており、「死そのものに対するおそれ、無力感などの感情にとらわれているため、患者の死と自分の死を切り離し、死への存在としての自己として生きる意味へと開かれていけない、閉じられた看護師の状態を示すものである（P.495)」と述べている。また、「逃げている自分から逃げない自分」として記述された看護師は、「末期がん患者に関わることは看護師にとっても受苦的存在でありながら、自己の限界や自分の感情に気づき、患者との関係の中で私が私でいられる安定感を獲得している看護師」であり、一方その対局に「対応策がない自分、死そのものへのおそれ、関係が取れていない自分、このような自分に対して引き起こされる不快な感情から、自分自身を守るために結果的に逃げてしまっていると捉えている看護師」を位置づけ、彼らは、「自分自身だけの状況に集中しており、その自分が相手から見られ問われているという関係的存在としての視座や私が私でいられる安定感を見いだしていないといえる」と説明している。このことから菅原は、看護観や死生観の確立が対応力の要因になっていると述べている。

1960年代の米国の一般病棟と1990年代の日本の緩和ケア病棟で観察された現象を文献から比較すると、医療の状況がかなりオープン認識文脈へと変化していることや

死に関する専門家の意識の変化などを背景として、死に対しての率直な対応が少しずつ観察されるようになったのではないかと思われる。しかし死に対する怖れや不安は、むしろ存在するのがいわば健康な状態であり、死に関する会話を躊躇するという現象は今後も看護師を悩ませるだろう。死にゆく人のケアに対する看護師の適切な構えに必要なことが何か明らかになったとしても、それを獲得するには、経験を育む時間と適切な環境が必要である。看護師にとって死のアウエアネス理論の大きな貢献は、看護師自身の状況を非常に正確に説明されることによって、看護師が自分の状況に気づく事ができた点ではないかと思う。死にゆく人のケアのように、自分にとって難しい課題を与えられて困難のまっただ中にいる時は、自分自身の状況を客観的に見る余裕がなく、そのことがさらに困難さに拍車をかける。自分のおかれた状況を距離をおいて見ることのできる能力は、困難な局面を乗り切るのに重要な助けになるので、この理論は、そういう意味で看護師を大いに助けたことになる。

死について話をする時に看護師が感じるバリアに対しても同じような事が言える。看護師が自分自身の状況を客観的に見ることができて、さらにそれを了解することができれば、その次の段階として、知識として学んだ具体的な方法をベッドサイドで実践できるようになるのではないかと思われる。

（４）言語的表現の治療的な意味

悲惨な体験や苦痛を言語化して他者に伝え、気持ちが軽くなり、体験を整理して自己に統合し前に進むことができるということは、生活の中で日常的に体験される。作家の柳田邦男（1992）は、多くのがん闘病記を編集して、がん患者が突き動かされるように闘病記を書いている状況をとらえ、「苦悩の癒し」として書くという行為がなされている事を指摘して、書くことの意味を「病を得て初めて知った痛みや苦悩や無念の気持ちの過酷さを、何らかの形ではき出したい、そして人にわかって欲しいという衝動に駆られる。その時書くという行為は自己表現の最も身近な方法となる。」（P26）と述べている。さらに、書くことには、「死の受容への道程としての自分史への旅」という意味があり、「人は誰しも自分の歩んできた人生への納得なしには、心安らかな死を迎えることはできないだろう」と述べ、書くことの意味は、「自分が生きた事への証の確認」という意味を含んでおり、このことが最も書くことの意味の中核になるのではないかと述べている。その他に肉親や友人へのメッセージ、同じ闘病者への助言と医療界への要望といった意味合いもあり、言葉として表現するという行為が死にゆく人々にとって自分自身の存在を確認する行為として重要な意味を持つことがわかる。

言語的表現を促すことによって患者は、自分に起こっている感情や葛藤を整理し、客観視する。このような心の動きは心理療法、精神療法の分野で応用されている。河合（1970）は、カウンセラーがクライアントの話を聴くことの意味として、クライア

ントの他者への攻撃に耳を傾けていくと、クライアントが片隅にある他者への感謝などの感情についても話し始め、他者との新たな可能性について自ら気づいていくことについて述べている。クライアントの立場から見ると、怒りや苦悩などの辛い体験を話すことは、自らの中に可能性を見いだすのに必要な過程であるということができる。しかし、河合は、同時に「可能性の中の危険性」について、「人の話に耳を傾けて聞くときは、プラスもマイナスも良いとも悪いともわからない。いやむしろ悪いと思えるような可能性が話の中に出てくるのでうっかり聞けるものではありません(P.11)」と述べている。自分の抱えている問題について話す作業はそれほど生やさしいものではなく、全く何の評価もなく話しを聴かれると、クライアントはますます自分の問題に直面せざるを得なくなる。そして、その問題が確実に近づいてくる死である場合、話すことはますます躊躇され、当然の事ながら話しを聴くこともますます躊躇されるであろう。これについても河合は、問題の解決があり得ないことがはじめから明白であるような場合、例えば精神薄弱児を持った母親や交通事故で手を失った人の場合のように「外的な解決を持たぬカウンセリングは、人間の内的本質に迫るものであるだけに、時に洞察し、時に悩みに逆行し、ほとんど堂々巡りのようなことを繰り返しつつ、クライアントは苦しい人格発展の道を辿ることになるのですが、この苦しさが共感でき、それを共にするだけの能力と決意を持たない場合は、このようなカウンセリングはひきうけられません(P.47)」と述べている。死の話が、話す側も聴く側も躊躇させるのは、話すことによって感情がどこに行ってしまうのかわからないという怖さを予感してしまうからではないだろうか。死を目前にして、死にゆくことを話す過程で自己の可能性に気づき、発展を遂げる場合ももちろんあると思われるが、反対に不安ややりきれなさを確認して、意味を見いださないかもしれず、それは話してみないとわからないのである。

それでもなお、話すことの意味は認められている。それは、もし人が話したい、または言語によって気持ちを他者に伝えたいと感じているときに、それを止めてしまうことの心に与える影響があるからである。死を直前にして、死の話を持ち出す患者は、ほとんど、その話の先に何があるかを考える余裕はないように思われる。特に看護師に話しかけてくるときはそうである。時間も場所も選ばずに突然に死を話題にする。Glaser and Strauss (1965)は、看護師が患者の話に応じられないで回避行動を起こすと、患者は、スタッフに対する信頼感を喪失してしまうと指摘している。

有名な内科医ブロイアーのヒステリーの症例、アンナ O.は、抑圧された経験に付随していた情緒を発散することによって水を飲めないという症状を克服した。過去の悲惨な経験や恐怖、罪悪感に満ちた経験などは意識に上るだけで非常な不安、不快を引き起こして心の平衡を崩すことになるので抑圧されることになる。フロイトはこのような経験の記憶と結びついていた情緒や心の中に鬱積した無意識的な感情や葛藤を自

由に話したり表現させて発散させることを治療手段とし、カタルシスと呼んだ。カタルシスは今日、治療法としての位置づけはないが、外傷神経症などで効果が認められている（溝口純二 1992, P.905)。

死にゆく患者が、死の恐怖や不安を抑圧しないで他者に表現することは精神の健康を維持するという点で支持できることであり、実際に終末期の患者に接する看護師の教育にも患者の話を聴くことの重要性が必ずといっていいほど組み込まれている。死にゆく患者が死や死にゆくことを言葉に出して表現することは、死に伴う不安や様々な感情を浄化する効果があることが心理、看護などの専門家によっても認められ、推奨されている（遠藤, 2001, 内布, 1996c)。患者と死について語ることを意図的に進めた事例研究では、患者は自分自身が死んでいくことについて話をすることについて、「話したかった」(内布, 1996c)、「みんな、こんな話（死についての話）をすると怖がるだろう。今日は聞いてくれたので話せる」(内布, 2002b in press)と述べた。そしてこれらの事例は、自分自身の死の不安や死にたくないという思いを言語化した後に家族との和解や別れを行うことができた。この実例は、言語化によって死にゆく過程を表明したために、死を隠蔽し死に伴う感情を抑圧するために用いられていた患者の心的エネルギーが節約され、現実への対処能力を取り戻すことができた事例といえよう。抑圧には多くの心的エネルギーが消耗されるので絶えず必要なエネルギーが供給されなければならない。死にゆく患者が、死の脅威、不安に曝され、否認をはじめとする一連の心理反応を起こすことは、Kubler-Ross(1969)によって明らかにされている。患者は、このような心的エネルギーの消耗を防ごうとして、防衛機制を働かせるが、否認や抑圧は、防衛として一時的に成功してものちに重大な消耗を引き起こすといわれている(Freud A. 外林大作訳, 1936/1958, p63)。自分の気持ちを積極的に語ろうとする場合も、反対に否認し話をしようとしない場合も防衛反応を起こしているという点では同じであり、その時点でその人に必要な反応であるということもできる。しかし心的エネルギーの消耗が過度になると、自我機能は低下し、現実検討をはじめとする様々な機能が低下することになる。不安や気がかりなことはそれを抑圧しようとすると心的エネルギーを消耗するので、何らかの方法でそれを解消することが望ましい。言葉にして表現するという行為は、不安の実体を見据えたり、他者に理解してもらうことを通して抑圧を少なくするという効果が期待され、journal（文章や日記を書くことを治療法としているもの）などの自己表現が治療的介入として位置づけられている所以でもある(Snyder, 1992)。

（５）日本文化と言語的表現

死に対する反応として悲しみや悲嘆は万国共通の反応であるが、そのやり方は文化によって大いに異なる。イスラムの文化では、死ぬ前に死について語ることは倫理的

ではなく、神の意志に反することであると信じられている(Kagawa-Singer, 1994)。人間にとって自分の思いを表現することが何らかの意味を持つことは自明のことであるが、文化の違いによってその意味は異なり、表現の形態や表現したいという欲求の強さも異なることが予測される。

藤井（1998）は、「本来日本人は素直に死を受け入れる事のできる要素を多分にもつ民族かもしれない（P.422)」と述べ、「西洋医学の『医学＝治癒』という公式は、日本人の好む自然な死を現代文化の中から排除していったのではないだろうか」と述べている。Takahashi（1990）が提示した舌がんの日本人女性の事例は、告知されないままであったが、がんであることを悟り、精神科医のサポートを受けて、最後まで告知されないまま病気や死をごく自然に受け入れていく過程を踏んだ。柏木（1980）は、Kubler-Ross E.が明らかにした死にゆく患者がたどる５段階と国民性について述べ、「怒りに関してはアメリカ人により多く、取引きに関しては日本人にはまれであり、うつはアメリカ人より日本人にはっきりした形で現れ、日本人には受容とは少し違うあきらめという感情があるP.66」としている。このような国民性は、死について言語的表現をしたいとう欲求の強さにも影響するものと思われる。

土居（1971）は自らの留学体験の中で、こちらの状況を察しないで意見を聞かれることの居心地の悪さから「甘え」の概念を発想した状況について述べ、「日本人の感受性からすると、主人は客をもてなすに際し、かゆいところに手が届くように相手の気持ちを察して助けてやるのは礼儀である。･･･アメリカ人は日本人のように思ったり、察したりすることをしない国民であるということを漸く感じるようになった（P.4)」と説明している。自己主張をすることはわがままととらえられるので、日本人は、集団の中で存在する自己を認識しながら言語活動を行う、すなわち、自分の本心はとりあえず表現しないで、他者に察してもらうのを待つという行動をとることは、私たちも日常的にしばしば経験するところである。

文化人類学の立場から、波平（1990）は、古事記や日本書紀の時代からの日本人において、死はタブー視するようなものでは決してなかったし、現在もそうではないことは明らかであると述べている。しかし同時に医療現場の人々がたびたび、「死を直視しない」、「死について語りたがらない」、「死の受容が悪い」という印象を患者に対して抱くのはなぜだろうかと疑問を投げかけている。そして「一般的には規模が小さく、成員の流動が少なく、社会的経済的変化が穏やかな社会では、個人が学び取る『死の文化』の内容に多様性が少なく、集団での行為が中心となる死者儀礼が発達しており、言語表現によって伝達される観念的な『死の文化』は発達しておらず、従って、『死についてどのようなものだと考えますか』という抽象的な問い対して、自分の考えを言語化できないという傾向は、教育程度や経歴の違いに関係なく、日本人に一般的なものである（P.38)」と指摘しており、日本人にとって死や死にゆくこと、それに伴う自

分自身の感情を他者に話すことが難しいことが考えられる。しかし、波平は、同時に地域格差や医療従事者と一般人との差についても述べており、死の観念的理解についても多様化、差異化の傾向にあることも指摘している。

2000年代の日本文化と死の言語化に関する調査研究は見あたらないが、欧米と比較すると死について他者に話したいという欲求は高くないことが予測される。しかし、十分といえないまでも患者の権利が尊重されはじめ、インフォームドコンセントの普及やそれに伴う告知率の上昇を背景に、病気や予後について知らされる患者が確実に増えている。曖昧にされていた情報は明確に提示され、死に直面せざるを得なくなった患者が死について言語化する欲求を高めている可能性がある。実際に、告知を受けた後の患者の心理的動揺については、多くの事例報告や研究があり、EOL ケアを行う医療者のストレスの中核をなしている。患者だけではなく医療者も同様に日本文化の影響下にあるので、死について話すことの必要性が高まってもそれに応える土壌は期待できず、教育や訓練の必要性がますます高まるのではないかと思われる。

（6）研究方法としてのフォーカスグループインタビュー

ここで、本研究の方法として採用したフォーカスグループインタビューについて述べる。フォーカスグループインタビューは、Morton R. K. によって始められた（Vaughn, Schumm and Sinagub. 1996）。特定の課題に対して人々がどのように反応するかを調べるための方法で、社会科学の分野で多く用いられている。探索的研究には最適であり、フォーカスグループインタビューには次のような要素が含まれている。（Vaughn , Schumm, & Sinagub. 1996. P.5.）

- グループはインフォーマルな集まりであって、選択された課題に対しての見解を求められている。
- グループは少数で構成されていて、通常6人から12人である。そして比較的同じような性質の人たちからなっている。
- トレーニングされた司会者が質問と探索子を用意し、参加者の反応を引き出す。
- フォーカスグループインタビューの目標は、特定の話題について参加者の認知、感情、態度や考えを引き出すことにある。（コンセンサスを得ることは目的ではなく参加者の意見の範囲を見いだす）
- 数多くの人に用いられるように量的なデータで一般化をはかるものではない

フォーカスグループインタビューは、主にビジネスやマーケティング、コミュニケーション、医療の領域で用いられている研究手法である（Vaughn, Schumm and Sinagub. 1996）。死にゆく人が死を話題にしたときに看護師がどのように反応するかという問題は、特定の課題に対して看護師という同質の集団の情緒的反応を調べることに他なら

ないので、フォーカスグループインタビューの適用例として適切であると考えた。バリアの研究でも AIDS 患者と医師とのコミュニケーションのバリアについてフォーカスグループインタビューの手法が用いられている(Curtis and Patric, 1997)。フォーカスグループインタビューは、起こっている現象の要素を探索的に見いだす段階にある時に用いられるので、バリアが特に日本文化の中で十分に明らかでない状況でこの方法を用いることは適切であると判断した。また、看護師が死に関する話を患者に持ちかけられ戸惑ってしまう現象は、がん看護の臨床現場では、良く遭遇する現象であり、なおかつ看護師が最も強いストレスを感じる場面である(小松, 小島. 1988; 上村, 皆川, 依田, 大倉. 1994; Konishi and Davis. 1999.)。探索的にバリアを明らかにすることで、臨床現場における看護師の状況を見えやすくできれば、状況をマネジメントする方略につなぐことができ、有用性の高い研究結果を得ることができるのではないかと思われる。フォーカスグループインタビューは、個人に行うインタビューより次のような有用性があることが紹介されている(Vaughn, Schumm and Sinagub, 1996, P.14)。

- 相乗効果性：グループでの相互作用によって、より広範でまとまったデータが得られる。
- 雪だるま性:反応した人の発言が、さらに次の発言への連鎖的反応を引き起こす。
- 刺激性：グループ内での議論によって話題に関連して刺激が生み出される。
- 安心感：グループの雰囲気が安らぎ、率直な反応を引き出せる。
- 自発性：参加者はすべての質問に答えるよう要求されているわけではないので、彼らの反応はより自発的で純粋である。

その他にフォーカスグループインタビューの利点として、質的、量的双方の広範囲の研究目的に使用することができるということ、現象を多面的に見ることができるということ、調査者と回答者の関係性を是認するという質的研究のパラダイムに適合するということ、データ収集において参加者との相互作用によるダイナミックスが引き出す豊富なデータの恩恵を得ることができるということがあげられている (Vaughn , Schumm and Sinagub, 1996)。

フォーカスグループインタビューには、その用い方によっては、安易な手法として分析の結果に信頼性をもてないものもあるという批判があるので、その運用に関しては研究者自身が十分配慮して進めなければならない。

４．研究方法

本研究は、看護師が死にゆく人々と死について話すときに感じるバリアを明らかにするためにフォーカスグループインタビューという手法を用いる。フォーカスグループインタビューによって得た反応はテープレコーダーに録音され、書き起こし、記述データとする。記述データは、死について話すことに対する情緒的な反応を前後の文脈からバリアという視点で読みとり、意味をコード化し、帰納的に分類し、構造化を行う。

【対象者】看護職能団体が主催する緩和ケアセミナーまたはがん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た。

【データ収集期間】2000 年 11 月～2001 年 11 月の間に 3 回のフォーカスグループインタビューを企画し、データを収集した。

【データ収集方法】研究の説明を行った後に研究参加の同意書（資料１：調査へのご協力のお願いと同意書）に署名を行ってもらい、その後、属性調査票（資料２：死についての言語化に関する研究調査票）に記入してもらい、フォーカスグループインタビューの手順（資料３：フォーカスグループインタビュー手順）に沿って、参加者に話してもらい、それを録音した。司会進行は研究者が行った。司会者は、参加者の話を聴くことに集中して、相槌を打ち、「よくわかります」など、理解ができたことをフィードバックして、参加者の話す意欲ができるだけ持続するように関与した。参加者がひと通り自分の体験を語った後に「こういう事ですね」と体験を確認したり、参加者が伝えたいことがわかりにくいときはもう一度説明を求めたりした。また、一人の参加者が話をしている時、他の参加者の表情やグループの雰囲気にも敏感であるように心がけ、他の参加者が何か言いたそうにしていることが察知された時は、時機を逸しないで発言を求めるように配慮した。話を始めてもらう前に次のような説明を行った。

【事前の説明】

フォーカスグループインタビューを始める前に、司会者は次のように説明した。

「患者さんから死に関する話を持ち出され、対応に困った体験を話してください。それぞれの体験の中で、患者さんから、例えば「もう死ぬのか？」、「あとどれくらいで死ぬのか？」、「死ぬときはどうなるのか」といった問いかけが行われたり、お別れの言葉を言われたりする場面を１場面、語っていただきます。ここでお聞きしたいのは、死を話題にするときにどのようなことが看護師のバリアとなってそれを阻むだろうかということです。自分が困って立ち止まっ

てしまったときに自分の中では何が起こっていたのだろうかということをできるだけ正直にお話し下さい。話の途中で辛くなるかもしれません。その時はお話を止めていただいても結構です。１名ずつ話していただいている間にもし自分の同じ体験があれば、あいづちを打ったり、意見を挟んでくださっても結構です。一通りお話を聞いた後に話し足りなかったことや心に浮かんだことを自由に話してください。時間は１時間半を予定しています。そしてお断りしておきますが、私は死について患者さんから話を持ち出されたときに、話ができることが看護師として優れているとか優れていないとかいうことは全く考えていません。つまり、話した体験も話さなかった体験も同じように尊重されて大切に扱われるということです。バリアは越えたほうがいいとか越えない方がいいとかいう議論ではありません。そのバリアはいいバリアだとか悪いバリアだとかいう議論も一切いたしません。個人的な体験をグループの中でお話していただくので、ここでお聞きになった方々はこの内容を他の場所でお話にならないようお約束下さい。一人でインタビューに応じるときよりは、話す事を制限したいと思われる場合は、もちろん自分に可能な範囲でお話ししてくだるということで十分意味があります。」

【データ分析手順と分析の方法】

① 作成した手順をもとに同一テーマで、今回の調査と類似した集団を用いてパイロット調査を行い、本方法でバリアの内容が十分表出されうるか確認した。パイロット調査で得たデータは分析から除外した。（フォーカスグループインタビューの手順については資料３参照）

② フォーカスグループインタビューの書き起こし：テープレコーダーに録音した音声を記述データとして書き起こした。その際、発言した人を特定することによって、その発言がどのような意図のもとに行われているのか、文脈を探る際に活用できるようにした。誰の発言かわからない音声は、発言者不明として取り扱った。

③ 各参加者が語った事例毎に「基本的考えの確認」を行った。これはディスカッションを含めて参加者の反応や繰り返し表明されるテーマを拾う作業であり、事例に対する看護師の反応として一貫して見られる現象を明らかにしておくことである。事例が看護師にとって一体どのような体験であったのかということが叙述される。

④ 単位データの抽出：記述データの中からバリアに関連したことを語っている文章を取り出し、一つの意味内容が一つの文章に含まれるように文章を切り離したり、結合させたりして、文節または文章からなる文字のデータとして現した。この際、手順③で明らかにした基本的考えを読み返しながら、抽出された単位データが別の意味に取られることのないよう、必要なときは状況を加えて文章を作成した。

⑤ 単位データのバリアとしての意味の読みとり（バリアデータの単位化）：手順④で単位化されたデータをバリアという視点で読み取り、バリアとして表現した簡潔な文章または文節にした。この手順は単位化されたデータからバリアのカテゴリーを

作成するためにステップが必要であると判断し、分析の過程で研究者が独自に加えたものである。

⑥ バリアのサブカテゴリー抽出:バリアデータの意味内容が同一であるものを集めていくつかのグループとし、サブカテゴリーとしてバリアを表現する適切な名称を付与した。この際、必ず事例の根底に流れる基本的考えに立ち戻り、バリアの意味が損なわれて解釈されることのないよう配慮した。

⑦ サブカテゴリーを分類してカテゴリーを作成した。：サブカテゴリーを鳥瞰し、死に関する話をするときに看護師に生じるバリアの種類に着眼して分類した。カテゴリーの名称は、種類が同じだとして集められたサブカテゴリーを代表する名称を考案し付与した。

⑧ カテゴリーの構造化：分類されてカテゴリーとなったものを鳥瞰し、「死に関する話をするときに看護師に生じるバリアの構造」としてその位置を決定した。その際、個々の事例毎にカテゴリーを並べ、バリア同士の関係が事例の中で矛盾しないかを確認しながら、位置を検討し決定した。

⑤⑥⑦⑧の手順は、看護の専門家で質的研究に熟達した研究者によって、スーパーバズを受け、分析の妥当性が確保できるよう配慮した。

【用語の定義】

バリア：障り、妨げ、邪魔。何かを行おうとするときの隔てと感じるもの、ここでは死について患者と話をする場面で息詰まったり、患者の求めているものに対して応じようとするときに感じる妨げ。特に自分自身も話を進めたいのに、できない、あるいは前に進まないと感じるときに思い当たる妨げになっているもので、内的（看護師の内部で生じているもの）、外的（看護師の外部で生じているもの）を問わず、その状況で看護師が死に関する話をすすめる妨げとなったと認識したものすべてとする。

死に関する会話：「死」という言葉または意味が直接的、間接的に患者と看護師との間で話題として取り上げられたと看護師が認識した会話。本文中では、「死について話をする」と同じ意味で用いている。

言語化：考えや思いを言葉という道具を用いて表現すること。ここでは、言葉によって表現する現象をさして「言語化する」としている。言語化によって必然的にコミュニケーションの様相は変化するが、あくまで言葉によって現すことに焦点があたっており、特に死について何らかの言葉で表現する現象をさして「死を言語化する」として用いている。

【参加者に対する倫理的配慮】

がん看護関連のセミナーを企画運営している団体の担当責任者に研究の趣旨を説明し、倫理的問題がないか検討してもらい、このセミナーの参加者と研究者は評点をつけるなどの利害関係がないことを確認した上でセミナー参加者全員に対して研究の趣旨を説明し、自主的な参加を依頼した。参加を申し出た人に再度詳細な研究の説明を行い、文書で承諾を得た。その際、参加はいつの時点でも中止できること、中止によって参加者は不利益を被らないこと、参加中に感情の起伏などを体験することがある可能性があること、データは研究目的以外には用いられず、個人を特定できないように処理され、研究終了後は速やかに処分されること、関連の学会などに発表されることがあることを文書で示した。（資料１）

研究実施に関わる倫理的問題を検討するために、事前に、研究者が所属する大学（兵庫県立看護大学）の倫理委員会に研究計画書を提出し審査を受け、承認された。

５．研究結果

対象者の属性については表 3-1 に示すとおりである。経験年数の平均は 13.79 年（SD＝6.26）で、中堅看護師の集まりといえる。特性としては緩和ケアやがん看護のセミナーへの参加者から募集したのでがん看護領域での看護の経験が豊富でしかも自らの知識や技術の向上に関心の高いグループであることが推測される。

表 3-1．対象者の属性　N=29

平均年齢	36.52(SD=6.79)	
看護師経験年数	13.79(SD=6.26)	
性別	女性 29 名(100%)	
所属病棟	一般病棟	23(79.3%)
	訪問看護ステーション	3(10.3%)
	緩和ケア病棟	1(3.4%)
	外来	1(3.4%)
	その他	1(3.4%)
所属病棟での年間死亡数	１０人以下	3(10.3%)
	１０人～４９人	20(69.0%)
	５０人以上	6(20.7%)

３つのフォーカスグループインタビューの対象である看護師の背景や死に関連した会話の状況を表 3-2 に示した。（次頁以降）

表 3-2.　対象者の概要と死に関連した会話の状況

看護師欄の（　）内のA, B, Cはフォーカスグループインタビューのグループの別を表す。一人の看護師が２事例について語った場合、例えばA-1-1, A-1-2として表した。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことに直面した状況	バリアの特徴
1 (A-1)	３０	９	一般病棟	５０床 以上	５０～ １００人	５０代　男性 胃がん、終末期	病名、再発、統計的な予後について説明されていた。全身状態が徐々に悪くなり、「わしもそろそろあかんのかな」と聞かれたがどう答えていいかわからず、「どう思いますか」ときいてしまった。患者は「うーん」とうなって会話が終わった。	［対処のバリア］ （聞き返してしまう）
2 (A-2)	４４	２２	一般病棟	４０～ ４９床	５０～ １００人	３０代、男性 胃がん再発	患者の母は看護師で告知をしないことを希望し、告知していない。だんだん状態が悪くなり黄疸も出て、本人も状況を察知して「この先どうなるんだろうか」と聞かれた。母親がそばにいるので「そうですね」と答え、沈黙になった。	家族（母親）に対する［ダメージのバリア］が生じ［会話の範囲・了解のバリア］を作る。
3 (A-3)	３２	７	一般病棟	５０床 以上	１０～ ４９人	６０代、女性 膵臓がん、	本人の希望で病名を告知した。患者の質問に答えて医師はどのような転帰になるか伝え、呼吸に問題が生じるかもしれないと聞かされた。患者は話してくれるだろうと思っていたので説明の後、どのように思ったか患者に聞くと「楽に死ねると思っていたのに」と言われ「そうですか」で終わった。死に向き合っている人を支える方法がわからなかった。	［死に関する会話を進める患者の力］があり時間を取って話を聞いた。 話が予想以上に進み［対処のバリア］が生じる。
4 (A-4)	３０	９	緩和ケア病棟	２０～ ２９床	１０～ ４９人	７０代、男性 肺がん	胸椎に転移して不完全麻痺、他者に世話をされるのが苦痛で早く楽になりたいと言われる。動けなくなって辛いのですねと返し、それでは奥さんがかわいそうだと言った。患者の落ち込む気持ちを持たせてあげたかった。	共感性が高く、［防衛のバリア］が生じた。
5 (A-5)	４６	２０	一般病棟	５０床 以上	１０～ ４９人	６０代、男性 肺がん	右翼活動していたと強がる患者が状態が悪くなり混乱して看護師に感情をぶつける、後どれくらいかと聞かれ、患者は弱くなって壊れそうで、何も答えられず、逃げるようにしていた。チームも団結してアプローチすることをしなかった。	患者に対する［ダメージのバリア］、さらに患者から気持ちが離れ［関係性のバリア］が生じ、逃げた。
6 (A-6)	２８	８	一般病棟	４０～ ４９床	１０～ ４９人	６０代、男性 肺がん	病名、予後（６ヵ月）告知されている。患者はカレンダーを毎日チェックし「もうそろそろだ」と言うのに対して「そうですね」と言うだけで沈黙になってしまい何もできない。看護師は患者への強い共感、辛い気持ちを持っていた。区切られた日々を地道に生きている人に自分でいいのか卑下する感覚が看護師にあり、患者は自分にとって大切な人なのに部屋に行くことができなかった。	共感性高く、［感情のバリア］が全面に出て、関係性が近すぎて［関係性のバリア］のためにそばに行けない。力量不足を感じる［対処のバリア］が生じた。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことに直面した状況	バリアの特徴
7 (A-7)	４４	２３	一般病棟	４０～ ４９床	１０～ ４９人	５０代、男性 肺がん、３回目の再発	治療の奏功率は低いが患者には伝えていない。前向きな患者で「治療が効いてまた元気になるよね」と同意を求められるが「効くといいですね」と答えて不全感が残った。患者の希望を断ち切ってしまうことはできなかった。これまで意志疎通が良くできる人だったのでマイナスのことを言って今までの関係が維持できなくなると勝手に思って、ありきたりの会話になった。	期待させてすぎてはいけないという［規範のバリア］はあるが、死の話を避ける［防衛のバリア］で核心に迫れない。
8 (A-8)	３３	１１	一般病棟	４０～ ４９床	５０～ １００人	３０代、女性 肺がん、脳転移	患者に呼び止められ、「自分はこれからどうなっていくのか、死後の世界はあると思うか」と聞かれ、「脳転移があるのであまり苦しまないだろう」と答えた。「死が終わりではないと思う」と話した。患者は取り乱したりしなかったが良かったのかどうか疑問。症状で苦しむことはないと自信があったので逃げないで話せたが、看護師として死後の話をしたことが患者を不安にさせたのではと気になった。	最期は症状緩和ができるという安心があって話ができた。死後の話をすることは［規範のバリア］があって、話すべきか疑問に思う。
9 (B-1)	２８	７	一般病棟	４０～ ４９床	５０～ １００人	２０代、男性 急性リンパ性白血病	「2 週間の余命と医師に告げられた」と患者から聞き何も言えずに泣いてしまった。「やりたいことが何もできない」と言われ、今からという年齢で年齢も近く自分だったらと思うとその人の状況に対して何も言えなくなった。何もできなかった。	悲しみと辛さで［感情のバリア］が生じ、回避できない死は［実存のバリア］となって、［防衛のバリア］が生じる。
１０ (B-2)	３１ 0	１０	一般病棟	５０床 以上	１０～ ４９人	４０代、男性 肺がん	病名は告知されている。病状の悪化、胸水貯留で年末年始に他の患者が外泊し、病室に一人取り残された。「来年はお正月が迎えられるかな」と言うので返答に困った。離れるわけにもいかずそばにいたら、患者から「来年は看護師さん達と一緒に初詣に行きたいね」と助けられ場面が終わった。	うそはつけない、逃げられないという看護師の［規範バリア］で対処が出来ない。患者が文脈を変えて看護師を逃がす。
１１ (B-3)	２８	８	一般病棟 一部小児混合	５０床 以上	５０～ １００人	３０代、男性 急性骨髄性白血病	再発して全身状態が悪くなり、予後が数日の状況。ベッドサイドに行くと患者が「今までありがとう」と言って手を握った。勇気を出して「もうあかんの？」と患者に聞いたが「うん」と言われ、会話が続かない。母親は患者に「頑張りなさい」と言っているので「よく頑張ったね」と言いたかったがとどめを刺すようで言えず、自分自身も別れを受け入れられず「何言っているの」とはぐらかして逃げた。	［ケアの意志］によって話を進めようとするが、家族を傷つける［ダメージのバリア］、母親の了解がないことや自分自身が死を受け入れられない［防衛のバリア］、［対処のバリア］で葛藤する。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことに直面した状況	バリアの特徴
１２ (B-4-1)	３３	１２	一般病棟	５０床 以上	１０～ ４９人	６０代、男性 肺がん	化学療法が効かず、呼吸困難と痛みが緩和できずに夜間眠らせてあげられなかった。終末期で「もうこれ以上良くならないと思うから治療をやめて最後は薬で眠らせてほしい」と言われた。びっくりして、症状緩和ができなかったからそのようなことを言わせたと思い「そんなこと言わないで下さい」といった。話はナースコールで中断され、気になって後で会いに行ったがタイミングが悪く話せなかった。	症状が緩和できず、看護師としての［規範のバリア］が生じる。ナースコールに呼ばれるという［環境のバリア］でタイミングを逃す。
１３ (B-4-2)	３３	１２	一般病棟	５０床 以上	１０～ ４９人	２６歳、女性 肺がん	患者と自分の年齢が近く一緒に頑張ってきたという思いもあり、末期に髪も抜けて顔も腫れて辛かったが「遠くにいる彼氏に会っておいた方がいいと思う？」と聞かれて「会っておいた方がいい」と言えた。死を受け入れていると感じさせる人で話す力もあり、死ぬときの衣装などについても話した。	［死に関する会話を進める患者の力］によって看護師も率直に死について話すことが出来た。一緒に頑張ってきてコミュニケーションも良かった。
１４ (B-5-1)	３３	９	一般病棟	５０床 以上	５０～ １００人	６０代、男性 悪性リンパ腫	夜間に排泄介助をしたあと、突然「ありがとう、あなたは本当にやさしかった、ずっと忘れない」と言われた。そういうことを言われたことがなかったのでびっくりして「ずっとではなくこれからもですよね」と言葉を濁した。なんと返していいかわからなくて、なぜ「がんばったね」とひとこと言ってあげられなかったのかと思う。	別れを言ってくれているのに受け止められず［対処のバリア］が生じ、お別れを言うと最期と認めることになるので［葛藤のバリア］で言葉を濁す。
１５ (B-5-2)	３３	９	一般病棟	５０床 以上	５０～ １００人	50代、男性 胃がん	受け持ち患者で良く話を聞いていた。かなり末期になって死ぬ前に北海道に行きたいと相談があった。こうと決めたらやる患者で自分の状態はよくわかっていたので後悔しないように行くといいと答えたが、率直に話せたことに驚くと同時にもうダメだと言っているのと同じだと思い、患者はもっと希望のあることを言って欲しかったのかもしれないと気になった。	患者の意志が明確で［死に関する会話を進める患者の力］があり、率直な会話を進めることが出来た。患者の期待に反していないか気になり［葛藤のバリア］を感じた。
１６ (B-6)	３５	１４	一般病棟	２０～ ２９床	１０～ ５０人	６０代、男性 前立腺がん	まだ元気なときに「看護師さんから見て私はもちそう？」と軽い調子で聞かれ、予後は比較的短くないことを正直に話した。末期に再入院してきて要求が多く患者のケアにコミットできにくくなり、予後を聞かれたときにゆとりがなく、痛みのコントロールができたら家に帰れると事務的に説明した。激痛がコントロールできず、１週間後に自殺したので気になっている。	［まだ元気なときは死に関連した会話もしやすい。［実存のバリア］があって一般論でなら話すことが可能。最期は［関係性のバリア］のために患者に気持ちが向かなかった。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことに直面した状況	バリアの特徴
１７ (B-7-1)	３４	１２	一般病棟	３０～ ３９床	１０人以下	５０代、女性 卵巣腫瘍	末期で状態が悪化し患者は周囲に攻撃的になっていた。病状の説明は明確にしていない患者が皆に「あと何日か」と聞き、誰も答えられない。同じように聞かれ、辛いということはよくわかったが、誰も説明していないのに話を進めることはできず、答えに詰まってしまった。	死は不確実で答えられない［実存のバリア］と、話す事への皆の了解がないことがバリアになって話ができない
１８ (B-7-2)	３４	１２	一般病棟	３０～ ３９床	１０人以下	女性	手術後再発して、3年くらい闘病している。献体の会に入っていて、死についての話をつっこんでしたがる患者で他の患者が怖がっていた。担当になり話をしなくてはと思い、今後どのように過ごしたいか聞いた。誰かに話すことが必要だったのだと思えた。	患者に話を聞くことはみんなが了解していてバリアがない。患者の話す力によって会話が進んだ。
１９ (C-1)	４１	１５	その他 （感染病棟）	４０～ ４９床	１０人以下	５０代、男性 肺がん、骨転移で動けない状態	夜勤で巡回時に症状を聞いていると、ぽつんと「死ぬんか？」と言われた。だんだん病状が進んで告知をしていなかったが自分なりにがんとわかり、聞いたのだと思うが、告知していないので病気のことは話せない。どう対応してよいか困った。どうしてそう思うのか聞いたが症状の話になってしまった。子供も小さいので言いたいことがあったのではないか。	告知していない患者の認識範囲を探り守ろうとするバリアがある。 ケアの意志があり、話を聞きたいが［コミュニケーション技術のバリア］で聴けず。
２０ (C-2)	３６	１０	一般病棟	３０～ ３９床	１０～４９ 人	６０代、男性 食道がん、筋萎縮性側索硬化症	気管切開をしていて、筆談で「もう死にたい」と言われた。医師からなんと聞いているかを聞いた。医師から明確な病状説明がされていなかったが、「呼吸筋が麻痺する」と説明すると「死ぬのか」と聞かれ、どう思うか聞き返した。「死ぬのだね」と書くので「死に至ることもあるが人によって長く持つ人もいるので頑張りましょう。私も聞くことしかできないが頑張ります」と言った。死にたいという訴えにちゃんと対応したか疑問であった。	医師は話していなかったが話す範囲を模索しながら真実を言った。患者の気持ちをもり立てたくて［防衛のバリア］が生じて、患者を励ました。
２１ (C-3)	４４	１７	訪問看護ステーション	４０～ ４９床	１０～５０ 人	８０代、女性 乳がん	「私はもう長くないわね」と言われ、一瞬だまり、「そんなことないと思います。」と言って、逃げたくて「どうしてそう思われるんですか」と聞き返した。患者は病状が悪くなっている事を話した。	現実の死を無条件に否定する［実存のバリア］があった。死から遠ざかろうとするバリアのために聞き返した。
２２ (C-4)	３１	４	一般病棟	３０～ ３９床	１０～４９ 人	７０代、男性 肺がん、脳転移	病室に行くと「もうダメだ、死んでしまう、生きている価値がない」と言う。「どうしてそう思うのですか？」と聞くが深刻な話にはならない。「今日は生きているから大丈夫」とかおちゃらけた感じで終わって、病状が悪化し、本当は怖いのではないかと思うが、本心がつかめない。	死を茶化してはいけないと言う看護師の［規範のバリア］があり、対応できないまま、患者は弱り［ダメージのバリア］が働く。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことの直面した状況	バリアの特徴
２３ (C-5)	２８	８	一般病棟	４０～ ４９床	１０～４９ 人	５０代、男性 膵臓がん	家族の希望で病名告知していない患者から身体的な苦痛が強くなったときに患者は自分の状態がわかって話を始める。「もう近いなあ」と言われて、「そんなことはないよ」と希望をつないであげたいが期待させてはいけないと思う。何も言えずに黙ってしまった。	患者の病識が不明確で［会話の範囲・了解のバリア］がある。真実を話したいが［規範のバリア］で話すことができない。
２４ (C-6)	２８	９	一般病棟	５０床 以上	１０～４９ 人	５０代、女性 大腸がん、肝臓転移 職業：看護師	緩和ケアを勉強しているからとせっかく信頼して予後のことを聞いてくれたが、頭の中は真っ白になって答えられなかった。ナースコールに中断されたので気になって後でもう一度話を聞いた。患者にどこまで伝えてあるかがぐるぐる頭をまわり、対応が落ち着いて考えられなかった。医師が話していることとつじつまを合わせなければならないがうそはつけない。看護師がカルテを説明する事はできないと考えを巡らしているうちにナースコールで呼ばれる。	［死に関する会話を進める患者の力］があったが、チームで話している範囲がわからず［会話の範囲・了解のバリア］があった。［ケアの意志］があり聞こうとするが［規範のバリア］［環境のバリア］で進まなかった。
２５ (C-7)	４６	２６	一般病棟	５０床 以上	１０～４９ 人	６０代、男性 食道がん、肺転移	心筋梗塞で危険なときに担当して以来、信頼してくれている患者であった。「今回の治療で死ぬかもしれんが妻に手紙を書いておこうと思うんだけど」と相談された。死という言葉が頭をよぎって死について話した方がよいか、他に話を変えた方が良いか、戸惑ったが話を逸らしてはいけないと思い、「確かにいつ死ぬか誰にもわからない。私だっていつ死ぬかわからない。用意しておくのはいいこと。元気になったら書きかえればいい」と言った。妻との関係も良く是非手紙を書いて欲しかった。患者は翌日亡くなった。「私も死ぬかも・・」というのは上手な言い方ではないと思う。	信頼関係があって話を聞くことができたが、死という言葉に戸惑い［対処のバリア］となる。信頼関係や［ケアの意志］によって逃げないで死ぬ事を話題にしたが、［実存のバリア］、［コミュニケーション技術のバリア］を感じた。
２６ (C-8)	４３	２０	一般病棟	５０床 以上	１０～４９ 人	４０代、男性 直腸がん、骨転移	告知の時にショックで倒れた人だったので、話したらパニックになるからダメだと思っていた。夜勤中に「僕の病気はがんなの、死ぬの？一人になりたくない」と言われ、「どう思っているんですか？しんどいことがあれば先生に話を・・」と返して、症状の話に変えてしまい、沈黙がつづき、しばらくそばにいてさすって、何も言わないので会話を進めることも出来ず帰ってきた。	患者の弱さを感じ［ダメージのバリア］が生じ、患者の病気認知について探り、会話の範囲を守ろうとするバリアがあった。［コミュニケーション技術のバリア］で会話を進めることが出来なかった。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことの直面した状況	バリアの特徴
２７ (C-9)	４７	２７	訪問看護ステーション	１００人	１０人以下	５０代、女性 胃がん（ｽｷﾙｽ） 過去に卵巣がん	抗がん剤治療はもう効果がないということで在宅で最後を迎えようと帰ってきた。お風呂に入れていたら、「私もう死ぬのね、死んだら髪の毛このままじゃあかわいそう」といわれ、えっという感じでなにも言えなかった。誰でも死ぬというのは慰めのようで言えず、髪の話も失礼な気がして言えない。何も言えないままさっさとお風呂から出した。夫が勧めていた民間治療のための採血を「私の命はもうないんだから血を採って試験台になりたくない」とはっきり断わり「もういいよ」と夫が言った。そばにいて涙が出て、何も言えなかった。言わなくて良かったと思う反面、「よく頑張ったね」と言ってあげたかったがチャンスを逃した。	死に直面している人を前に［実存のバリア］があり、頑張ったことを伝えたいが、言葉に出すことにも疑問があり［葛藤のバリア］になった。結局手早く処置を行い、［防衛のバリア］があり死の話には向かえなかった。
２８ (C-10)	４０	１７	一般病棟	５０床以上	１０～４９人	５０代、男性 肺がん	がんの告知や治療の詳細も全部自分で聞いて死後の段取りまで決めて来た人だった。自分で直面し対処していることに誇りも持っていた。モルヒネの量も増えてあと１週間くらいと言うときに、突然「あと何日もつんか？医者の考えでなくていいから聞かせてくれ。あと３日か、４日か？」と聞かれた。本当にわからないので「私にはわかりません」と答えた。患者は「あんたにこういう質問するのも酷よのう」と言って話が終わったがあの時、私に何を聞きたかったのだろう。否定して欲しかったのかもしれないと思った。	病状を知っていても死は不確実であるという［実存のバリア］で止まってしまい［対処のバリア］を体験した。患者が途中で話の範囲をわきまえて会話が中断した。
２９ (C-11 -1)	３８	１７	一般病棟	５０床以上	１０～４９人	１０歳の小児（白血病）の父親	バイタルサインを測定していたら、「そんなことはいいからこの子の病気を治してくれ」と言われ、本当に悲しみの状況ということが想像できて、「治してくれ」と言われてそうできないのが辛い。泣き崩れそうになりながら詰め所に帰った。	父親に迫られて死を回避できない無力感で［実存のバリア］を体験した。父の悲しみを聴き［感情のバリア］を感じた。
３０ (C-11 -2)	３８	１７	一般病棟	５０床以上	１０～４９人	７０代、女性 肝臓がん	最低限の自分のことができなくなって辛いだろうということはわかっていた。排泄介助を終えたとき、落ち着いた言い方で「もう死んでしまいたい」と患者から言われた。本気でそう思っていると理解できたが、気持ちも確認せずに話を逸らした方がいいかなと思い、結局、話ができる状況であったのに、何もできなくて排泄の介助だけして帰った。その患者のことを良く知らないので他の看護師に相談してもわかってもらえず、困った。	話すことの葛藤が強く、話のできる状況であったし、患者は話す力があったが、死を遠ざけようとするバリアによって、話を避けた。
３１ (C-12)	３６	１４	一般病棟	５０床以上	１０～４９人	７０代、男性 肺がん	寝たきりになってしまって「もう死にたい」と言われた。「死にたい位にしんどいんですね」と問い返したが返事がなく、言葉が続かなくて、この場をどう変えたらよいか、言葉が浮かばず、たださすっているだけであった。時間が経ち「また来ますね」といって帰ったが、良かったのかどうかわからない。	［防衛のバリア］で死を直接話題に出来ず、症状の話になる。［コミュニケーション技術のバリア］で話を進める手だてがない。

看護師	年齢	経験年数	病棟の種類	病床数	年間死亡数	患者基礎情報	死について話すことの直面した状況	バリアの特徴
３２ (C-13)	４７	２３	外来	ー	１０～４９ 人	８０代、男性 肺がん、	死期が近く、一人息子も面会に来ず寂しい状態であった。喘鳴が聞かれていたが部屋を出ようとしたとき「看護師さん、助けてください」と手を握られた。それ以上何をどうしたらいいかわからず、黙ってしまった。無意識に怖くなり患者さんの手を離してしまった。すがるような目が気になっている。私にはどうにもできないと思った。「大丈夫ですよ」と手をさすったりできたのにと思う。	何をどうしたらいいかわからない [対処のバリア]
３３ (C-14)	４５	１２	訪問看護ステーション	５０ 以上	１０～４９ 人	４０代、女性 子宮がん、腹空内転移	在宅療養中で夜間に処置のために訪問したときに「私、死にたくないの、どうしたらいいの」と聞かれ、家族構成が自分と似ていたので「子供さんが小さいからですか？」と聞いた。患者は「そうね」と言って、後は何も言えず身体をさすった。もっと上手に会話ができれば気持ちを引き出せたかもしれないと思う。	患者の死に関する会話を受け止めたが、気持ちを引き出す方法がわからない [コミュニケーション技術のバリア] があった。

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（事例にたいする看護師の反応として一貫して見られる現象で、看護師にとって一体どのような体験であったのかを要約したもの）を明らかにし、それを参考にしながら、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（文節または文章からなるデータの単位を作る）を行ったところ、合計 352 の患者と死について話をする時に生じるバリアが単位データとして抽出された。この時点でバリアとは全く反対の単位データ、すなわちバリアを乗り越えるように作用していると思われる表現もバリアに関連するものと解釈して単位データとして整理した。これは後に死に関する会話を促進するカテゴリーとして分類されることになった。352 の単位データについて、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 のサブカテゴリーが抽出された。これらのサブカテゴリーから、11 のバリアのカテゴリーと３つの死に関する話を推進する要因の合計 14 カテゴリーが抽出された。さらにカテゴリー間の関係を考慮して構造化を行い、看護師が死に関する話を患者と行うときに生じるバリアの構造を明らかにした。それぞれの段階での分析（単位データ→サブカテゴリー→カテゴリー→構造化）は、必ず、元の現象の意味内容を確認して、実際に看護師が語った意味と矛盾しないように配慮した。カテゴリーの一覧は、表 3-3、3-4 に示した。（次頁）

尚、2002 年 3 月に保健婦助産婦看護婦法の改正によって「看護婦」という名称は「看護師」と改められたが、看護師や患者が語った会話の中で「看護婦」と表現されたものはそのまま表記している。

表 3-3. 患者と死に関する会話をするときに看護師に生じるバリア

カテゴリー	サブカテゴリー
ＡＩ:対処のバリア	ＡＩ-1:焦りや戸惑いを感じる ＡＩ-2:いたたまれなくなる ＡＩ-3:別れを受け止められない ＡＩ-4:逃げる ＡＩ-5:対応の準備がない ＡＩ-6:自分の力量が不足している ＡＩ-7:何もできない
ＡⅡ:防衛のバリア	ＡⅡ-1:患者が話す死の話に向き合えない ＡⅡ-2:患者の死を受け入れられない ＡⅡ-3:患者の死への思いを引き留めたい ＡⅡ-4:患者の希望を奪いたくない ＡⅡ-5:悪い情報は伝えられない
ＡⅢ:感情のバリア	ＡⅢ-1:悲しくなる ＡⅢ-2:共感して辛い ＡⅢ-3:死を見ることが辛い ＡⅢ-4:別れが辛い
AIV:ダメージのバリア	AIV-1:身体が弱っている AIV-2:気持ちが弱っている AIV-3:患者を苦しめる AIV-4:患者が若すぎる AIV-5:家族を苦しめる
ＡＶ:実存のバリア	ＡＶ-1:死を畏怖する ＡＶ-2:死は不確実だと思う ＡＶ-3:死を回避できないと思う ＡＶ-4:運命は引き受けられないと思う ＡＶ-5:死を否定する
AVI:葛藤のバリア	AVI-1:患者と死に関する会話をすることに疑問がある AVI-2:死に関する会話をすると死を認めてしまう AVI-3:死に関する会話を逸らすかどうか迷う
B:規範のバリア	B-1:期待させすぎてはいけない B-2:うそをついてはいけない B-3:逃げてはいけない B-4:安楽死はできない B-5:死を茶化してはいけない B-6:症状を緩和できず申し訳ない
ＣＩ:会話の範囲・了解のバリア	ＣＩ-1:看護師が話せる範囲が限られる ＣＩ-2:話す内容のコンセンサスが不明確である ＣＩ-3:スタッフが患者との死の会話に興味がない ＣＩ-4:患者の病識や期待する会話の範囲が不明確である ＣＩ-5:患者を良く知らない ＣＩ-6:患者が看護師の話せる範囲を察する
ＣⅡ:コミュニケーション技術のバリア	ＣⅡ-1:会話を進める方法がわからない ＣⅡ-2:もっと良い対応はないかと思う
ＣⅢ:関係性のバリア	ＣⅢ-1:患者に気持ちが向かない ＣⅢ-2:患者との関係を壊したくない ＣⅢ-3:患者への思い入れが強い
CIV:環境のバリア	CIV-1:まとまった時間が取れない CIV-2:話すタイミングを逃す（病状とのタイミング含む） CIV-3:話す場が不適切である

表 3-4. 看護師が患者と死に関する会話をすることを推進する要因

カテゴリー	サブカテゴリー
ＤＩ:死に関する会話を進める患者の力	ＤＩ-1:患者が自ら話す ＤＩ-2:患者の話す力を信頼する ＤＩ-3:患者の意志が明確である ＤＩ-4:患者は大丈夫である ＤＩ-5:明るくて率直に話せる雰囲気がある
ＤⅡ:死に関する会話を支えるもの	ＤⅡ-1:コミュニケーションがよい ＤⅡ-2:信頼関係がある ＤⅡ-3:死に関する会話を患者とする必要性を認める
E:看護師のケアの意志	E-1:患者の気持ちをわかろうとする E-2:患者の気持ちを支えたいと思う E-3:患者の気持ちを聴きたいと思う E-4:患者の気持ちがわかる E-5:別れと死を受け止める

以下、11 のバリアに関連したカテゴリーと３つの推進する要因についてその内容を詳述する。尚、文章のなかでは、カテゴリーは［　］で示し、サブカテゴリーは、〈　〉で示した。事例によって語られた状況は、『　　』で区別して記述した。『　』内の話し言葉は、‘　’で区別した。事例の番号は、表 3-2 中にある事例番号を示している。事例番号に「0」がついているものは、発言者が特定できなかったものである。同じ状況の中に複数のカテゴリーが混在している場合があり、その場合はそれぞれのカテゴリーに重複して提示している。

以下、死について会話するときに看護師に生じるバリア、死に関する話を促進する要因、について詳述し、看護師が患者と死について会話する時に生じるバリアの構造、の順で分析の結果を記述する。

（1）死に関する会話をするときに看護師に生じるバリア

フォーカスグループインタビューによって語られた看護師の体験をその意味内容ごとに分類したところ、死について話をするときに看護師に生じたバリアに関連したものとして表 3-3 に示すように 11 のカテゴリーが抽出された。[防衛のバリア]、[感情のバリア]、[ダメージのバリア]、[実存のバリア］といったバリアはいずれも、死を畏れ遠ざかる方向に向かわせるバリアである。看護師という職業が影響して生じていると思われる［規範のバリア］によって遠ざかりたいが逃げてはいけないという葛藤を産みだし、話を逸らすかどうかを迷う［葛藤のバリア］となり死から遠ざかろうとする気持ちを強めていた。これらのバリアと前後して、死についての会話に戸惑い、対応できないことを表現した［対処のバリア］が抽出され、看護師が「固まる」、「パニックになった」と表現した状況を作り出していた。さらに実際の場面での具体的な方法、物理的な条件などコミュニケーションの技術的な問題、患者や他の医療従事者

との間でのコンセンサスをとりながら会話内容の範囲を守ろうとする行為が表現され、［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］として抽出された。

ここでは表 3-3、表 3-4 にそって［対処のバリア］から順にその内容を述べる。

①対処のバリア

［対処のバリア］のカテゴリーは、様々なバリアに阻まれた結果、至った状態について看護師が語ったものが分類された。このカテゴリーに分類された単位データは、いずれのフォーカスグループインタビューでも頻繁に語られた。看護師は、患者に予後や病気の状態を聞かれたり死に関する話題を持ちかけられたその瞬間、思考が止まったり、動揺したり、焦ったりといった反応を示し、死を話題として取り扱うことができず、為すすべがなく逃げるという体験していた。

７つのサブカテゴリー、すなわち〈焦りや戸惑いを感じる〉、〈いたたまれなくなる〉という焦燥感を伴う反応、〈別れを受け止められない〉、〈逃げる〉という否定的な反応、〈対応の準備がない〉、〈自分の力量が不足している〉、〈何もできない〉というなすすべのなさに関するものによって構成されていた。

ｉ．焦りや戸惑いを感じる

このサブカテゴリーは、患者から死に関する話をもちかけられた瞬間に起こった現象として語られた。看護師は夜勤の巡回や処置の際に突然、もう死ぬのかと聞かれたり、死にたいと言われたときに、何かしなければならないと思いながらどうしたらいいのかわからなくなるという状況におかれ、考えがまとまらず、焦りと戸惑いを感じていた。看護師は、このような状況を「パニックになった」とか「固まった」と表現しており、対応するための思考過程はほとんど働いていなかったことを語った。

事例 A0：『(末期の患者さんに‘そばにいてほしい’と言われたとき) いたたまれない気持ちと、どうしよう、どうしようって、私は何を言ったらいいのって焦ってしまう部分もある』

事例 C1：『ぽつんと・・・、夜一人で巡視したときに症状とか聞くじゃないですか、そしたら少し沈黙があったときにぽつんと、‘だんだん病状が悪くなったから、もう死ぬんかな’と言われて、どう答えていいか戸惑った』

事例 C2：『何回もナースコールがあって、１０時すぎに行った時に‘しんどい’って言うので胸をさすっていたら、気管切開をしていたので、急に‘書かせてくれ’というので書いてもらったら‘死にたい’って書いたんですよ。私どうしようって戸惑ったんですけど・・』

事例 C7：『‘今回の治療で死ぬかもしれん’・・と言われたときに、一瞬私もこう何秒間か止まった瞬間にばぁーとなって・・そういうんじゃなくてすーっと何か返せればもっと違ったかな、やっぱ死っていう言葉がどうしても一瞬よぎって、』

事例 C9：『お風呂に入れていたら、'私はもう死ぬのね'って言われて、死んだら髪の毛このままじゃあかわいそうよねって言われて、'えっ'ていう感じで何も言えなかった。』
事例 C10:『余命もはっきり言われていた人で、不安を聞くのに看護師も時間を割いていました。痛みをモルヒネでコントロールして、日々どんどん数字（モルヒネの量）があがって、あと１週間くらいかなというときに、'後どれくらいもつのか'ということを日勤でお部屋に行ったときに聞かれて、予後は聞いているはずなのにどうしてそれを私に聞くのと一瞬パニックになったんですけど・・』
事例 C6：『説明は受けておられたんですけど、予後や転移のことをさらに詳しく聞かれて、その時ナースコールで中断したので、気になってもう一度部屋に行って、'この間こうやって聞かれたんですけど、どう思われているんですか'って聞いたんです。患者自身が看護婦さんだったので、'黄疸も出てきたし、自分は看護婦だからこのまま悪くなるのはわかっている。でも誰も話してくれない'って言われて、固まってしまいました。』
事例 B5：『患者さんに'ありがとう、あなたは一番優しい、本当に親切だった、ずっとずっと忘れないよ'と言われて、びっくりして、患者さんから、その、患者さんからそんなこと言われたことなくて・・・』

ii．いたたまれなくなる

このカテゴリーは、末期になった患者にそばにいてほしいと言われた看護師がそばにいて落ち着かない感じを体験したことを語り、他の参加者がそれに反応して述べたものである。そばにいて欲しい患者の気持ちはよくわかるが、そばにいると看護師自身が深刻になってしまう状況や、何もしないでそばにいることの落ち着かない感じが語られた。

事例 A0：『とにかく、'そばにいて欲しい'と言っておられたんです。だんだん（死期が）近づいて私の方が落ち着かないで、深刻になる。』
事例 A0：『何もないというのは辛い。何もない人にできないんだけどそばにいるというのはね。』
事例 A0：『'そばにいて下さい'と言うんだけど、何もすることがないとそばにいられないよね。』
事例 A0：『いたたまれない気持ちになる。』

iii．別れを受け止められない

このサブカテゴリーでは、患者からこれまでのお礼を言われ、あきらかに別れを告げられているとわかったが、返す言葉が出なかったという体験が語られた。看護師は、この時、自分自身が別れることができなかったり、別れではない形に変えようとしたりして別れを回避していた。患者とターミネーション（別れを告げ、関係の終結をはかること）をした体験がないということが、会話の発展を難しくしている様子も語られた。

事例B3：『セデーションで寝てたんですけど、'今までありがとう'って言われて、'何、言ってるの、そんなこと言ったらあかんよ'とか言って、・・・患者さんが別れを言わせてくれようとしているのに、その関係があったからそうやっていってくれてたんだと思ったんですけど、私はちょっと受け入れられないというか、私がダメだった・・。』

事例B5：『'水が飲みたい'と言うので飲ませていたら、いきなり、なんか、こう、手握られて、'ありがとう'って、'あなたは一番優しい、本当に親切だった'ていう言葉をくれたんですね。'ずっとずっと忘れないよ'とか言ってくれて、私もびっくりしちゃって、それまで患者さんからそんなの言われたことなくって、'ずっと忘れないじゃあなくてこれからも忘れないでしょ'なんて、私も言葉濁しちゃったんですけど、もうその時には多分自分が亡くなるっていうのを悟って言ったんだなって、最後にお礼を言ってくれたんだなって言うのはわかったんですけど、やっぱり、その返して、なんて、返していいのかわからなくて・・』

ⅳ．逃げる

看護師は、実際にその場にいられなくなり、握られた手を離してしまい、その場を立ち去るといった体験をしていた。また余命を聞かれるなど死に関する話は自分ではなく別の看護師にしてほしいと願うこともあり、看護師は、このような体験を逃げてしまっていたと表現していた。病室に行きたいにもかかわらず行けなかったことを振り返って、逃げていたと表現した看護師もいた。

事例A5：『いつも私たち看護婦に'あとどれくらいか'って聞かれるんですね。その時間を聞かれたときの答えをいつもどうしても言えずに、(チームで)統一することもできず、その時は本当にその人から離れることで自分たちは逃げていたような気がします。この人にとって後どれくらいと言ってあげたい気もするんだけど、言った自分が追い込まれるんじゃあないけど、他の人がいってくれたらいいなあというのがあって、自分があたりたくないという逃げがありました。』

事例C13：『肺がんの末期でゼイゼイいっていたんですけど、部屋を出ようとしたときに、'看護婦さん助けてください'って手を握られたんですね。死期が近いこともわかっていて、誰も面会に来ない寂しい方だったんです。ほんと寂しいんですね。すがるような目がずっと忘れられなくて、あのときの対応は、本当にどうしてああいうことしたんだろうか。手を握っていたんですけど、私も無意識にそれが怖くなってですね、それでもう手を離したんです。患者さんの手をこう離したんです。』

事例A6：『大事にしていた患者さんなのに部屋に行けなくなるときがあって、逃げていたのだと思う』

ⅴ．対応の準備がない

このサブカテゴリーでは、とっさのことでどのように対応したらいいかわからない

という場面や準備をして話し始めたにもかかわらず、話す内容が予想を超えて発展し患者から深刻な状況が述べられ、対応の準備ができていなかったという体験をしていた。このような状況で看護師は、しばしば聞き返すという行為を行っていた。このサブカテゴリーでは、焦りや戸惑いなどの心理的な反応は強調されず、看護師は準備のなさについて述べていた。その点でサブカテゴリー〈焦りや戸惑いを感じる〉とは異なっていた。

事例 A1：『'わしもそろそろあかんのかな'と言われたときに、咄嗟だったのでどう答えていいかわからずに'どう思いますか'と聞いて、'うーん'と患者さんが言われて、そのまま会話が終わったんです。』

事例 A3：『本人が希望して病気の説明が行われて、最期に呼吸の方も影響が出るかもしれないって言われたんですが、その後に、夜勤で部屋を回ったときに説明を聞いてどう思われたか話を聞いたんです。そしたら'すーっと死ねると思っていたのに呼吸に影響するみたいでそれがちょっとね、思っていなかったのよね'と気にされていて、私もすぐに死ぬっていう話に行くとは思っていなくて準備がなかったです。いろいろ予想以上にお話してくれて、で、あの、そういうふうには見えなかったんだけど、やっぱり涙を流されたりしまして・・、で、(対応は)'そう思っているんですか'というようなことぐらいだったと思います』

vi．自分の力量が不足している

このサブカテゴリーは、看護師が自分自身の対応能力の不足を痛感した体験が分類された。看護師は、弱くなってしまった患者を自分の力では支えきれないと感じたり、一生懸命最期まで真摯な態度でがんばっている患者に自分のようなものが対応してよいのかという自分自身を卑下するような表現がみられ、看護師が死に直面した患者を支えるだけの力量を持ち合わせていないと認識している様子が語られた。自分自身を卑下する体験は、死に直面して、死を自分の問題として受け止めながらなんとか生きようとする患者と自分との対比の中で生まれており、看護師は死にゆく患者に対して強い尊敬の念を抱いていた。

事例 A5：『(強がっていた患者が最期は本当に弱くなって、話すとダメになるんじゃないかというのもあったけど) 弱くなってしまったこの人を支えきれなかったという・・・・』

事例 A6：『区切られた日々を毎日地道に生きている人がいてるのにそんな逆に励まされているような自分が辛くて・・・そういった人を前に、何か私みたいなものがそういっていいのかなあ・・・、私でわかって受け止めてあげられるのかなあ・・経験的にもまだ未熟な面があったのかもしれないんですけど』

vii．何もできない

［対処のバリア］のカテゴリーのなかで、看護師は何も出来ないという無力感を体

験していた。言葉や行動が準備されているかどうかにかかわらず、看護師は、何も言えない、または何もできないという体験をしていた。言葉や行動が思い浮かばないという体験と八方ふさがりでそこにいるしかないという体験の両方が語られており、報告した看護師はその状況を苦しかったと述べている。サブカテゴリー〈焦りまたは戸惑い〉と非常によく似た現象であるが、ここに分類された現象は、いずれも何かをしようとする方向性を持っており、戸惑ったり焦ったりするという現象とは区別した。

事例 A0：『何かをいってあげないといけないとか何かをしてあげられるはずなのに、しなくっちゃ、でもできない』

事例 A3：『講演などを聴くと、私も後から行きますからねとか言って、和やかなんですごいなと思うけど、実際にこの人が告知を受けて死を意識したとき、私はどういう関わりができるんだろうって思う』

事例 A6：『どんどん衰弱してしまって、本人も身に感じて、'もうそろそろやな'とか、'もう来たな'とか、'もうあかん'って言われて、何も（言えなくて）'そうですかぁ・・'というかたちで沈黙で時間が過ぎていって・・・、ん一辛かった。お部屋に行くのを待ってくれて、'悪かったですね'とか言って、また行くんですけど、これでだめだ、そこに行って・・』

事例 B1：『数週間と言われて、'もう目標にしていた旅行に行けない'と言われて黙って聞いたんですが、何も言えなかった。』

事例 B2：『'来年の正月は迎えられるか'と言われて、'どうしよう'って困ってしまって、何か返事をしようとしたが何も言えない』

事例 C1：『だんだん病状が進んで麻痺で全く動けなくなって、病状説明だけで病名を言っていなかったけど自分なりにがんとわかられて、'だんだん病状が悪くなってきたから、もう死ぬんかな？'と言われたときに、どう対応していいかわからなかった。』

事例 C11-2：『排泄介助が終わったら、もう、'死んでしまいたい'って言われて、・・・本気でそう思っているというのが私にはよくわかったのにそれに対応できなくて、排泄の介助だけをしてもう帰ったんです。』

事例 C13：『肺がんの末期で、ゼイゼイいっていたんですけど、部屋を出ようとしたときに'看護婦さん助けてください'って手を握られたんですね。本人は死期が近いとわかっていたし、息子さんがおられるけど誰も面会に来ない状態で寂しいっていうのもわかっていたんですけど、それ以上何をどうしたらいいのかわからなくて、ほんと、その時は黙っていました。・・・私にはどうにもできないわ、頼まれても困る、どうもしてあげられない、ほんともう最期なんだから、私にはできないんだなあっていうのがあって、でもすべてがわからなくって・・・、大丈夫ですよって言って手をさすってあげることもできたのに、そういうこともせずに本当にもう怖くなって、今もって記憶にある』

②防衛のバリア

このカテゴリーには、５つのサブカテゴリー、〈患者が話す死の話に向きあえない〉〈患者の死を受け入れられない〉〈患者の死の思いを引き留めたい〉〈患者の希望を奪いたくない〉〈悪い情報は伝えられない〉が分類された。患者が死を話題にすると、看護師は患者の気持ちが死に向かわないように話の焦点を変えたり、極めてわずかな可能性しか残されていないと知りながら希望を託すような発言をしてしまい、死に対応できていないと感じていた。また、家族を引き合いに出して生きる気持ちをもり立てようとしたり、悪いニュースは伝えないようにして患者を落胆させないようにと配慮し、患者や自分から死を遠ざけようとしていた。

ｉ．患者が話す死の話に向きあえない

看護師は、死を前提として残り時間の過ごし方を意図的に話した方がよいと思いながら、死の話には踏み出すことができなかった状況を語った。また、患者が話したいと思って話しかけていることをはっきり認識しながら、死に関する話に向きあうことができない体験をしていた。ここで語られた現象の中で、看護師は、聞き返すという行為を頻回に行っていた。

事例 A7:『抗がん剤が効かないという結果が出たときに残りの時間をどう過ごしていきたいのかとかそこらへんに私が心を向けて、そういう視点での会話を意図的にしていかなくては・・・、したほうがいいと思っていたんですが、それはできなかった。』

事例 B3：『(患者さんに‘ありがとう’って言われて、‘よく頑張ったね’と言えなかったのは)自分が踏み込みたくなかったのもあったのかもしれない。』

事例 C9：『(お風呂に入れていたら‘私はもう死ぬのね’って言われて) 何も言えなかった。で、まあ、身体を洗ってさっさとお風呂から出したっていう感じだったんです。その時はそれ以上つっこまれなかったんでよかったって胸をなで下ろしたんですけどね・・』

事例 C11-2：『排泄介助をしていたら‘もう死んでしまいたい’と言われて、それはもう本気でそう思っているというのがわかったんですけど、対応できなくて、排泄の介助だけしてもう帰っちゃったんです。』

事例 C1：『(だんだん症状が悪くなっていく患者に‘もう死ぬんか？’聞かれて‘どうしてそう思うのか’患者に聞き返したが、‘身体がしんどい、動けない・・’と症状のことを言われ) 自分としては‘死ぬんか？’という患者の問いに答えてはいないっていうか・・・』

事例 C3：『(‘私はもう長くないわね’と言われ)‘どうしてそう思われるんですかね’って、だから逃げるように‘どうしてそう思われるんですかね’って、逃げた感じで、うん、だんだん苦しくなってきて、動けなくなって自分の病状のことをお話になったんです。今考えてみると、その時話を変えたいって思ってたんです』

事例 C8：『(準夜帯で‘僕はがんで死ぬの’ってきかれて) どう声をかけたらいいかわからなかったので、症状だとすごく話しやすいので、もし、しんどいことがあったら先生に話を（しま

しょう）と言って逃げたんです。』

ii．患者の死を受け入れられない

看護師は、自分自身が患者の死を受け入れられないという状況を語った。これらの現象は、年齢の近い患者や長い経過の中で話を良く聞いてつながりの深かった患者に対して強く表現された。

事例 B1：『普通だったら人生今からっていう年齢に、20 代前半の方だったので、そういう状況になった彼のことを、なんて言ったらいいのか、言葉が見つからなかった。・・・自分自身が死ぬことを受け入れられない気持ちがあったのだと思うんですけど』

事例 B3：『自分の気持ちの中でも、もっと死なないでほしいっていうのがすごく強かったのもあって、言えないけど・・・』

iii．患者の死への思いを引き留めたい

このサブカテゴリーは、死にゆく苦痛の中で患者から「楽になりたい」と言われる場面で、または脱毛のために「このまま死んでしまう」と発言した患者に対して看護師が抱いた感情を語った中に表現された。看護師は患者が死を考えていることを聞き、なんとかその思いを引き留めたいと感じていた。そして、悪い状況の中でも患者の生きる気持ちを盛り上げて支えたいという看護師の気持ちが表現されていた。看護師は、少しでも患者が生きる可能性を感じることができるように同じ病気の状態の良い患者の話を例としてあげたり、患者だけでなく「自分もがんばる」と告げたり、患者が家族にとって大切な存在であることを強調して、なんとか患者の気持ちをもり立てようとしていた。

事例 A4：『胸椎に転移があって下半身が完全に麻痺しちゃたような感じになったんです。ボランティアとかで人の世話をしていた方で他人の世話になるようになって自分の存在価値がないと感じて‘早く楽になりたい’って言われたのを、‘でもそうしたら奥さんがかわいそうじゃあないか’って、奥さんにすり替えちゃった・・。患者さんの気持ちをかなえるわけにはいかないので・・・、考えを変えようとしたんじゃないかな、奥さんにすりかえちゃって、・・・(生きていく）気持ちをもたしてあげたい』

事例 C9：『・・ええ、お風呂に入ったとき、‘死ぬのね、髪の毛が抜けてこのまま死んじゃうのね’って言われたときに、‘かつらでもあるよ’って言いたかったけど、そんなこと言ったら失礼に当たる。それは言えない』

事例 C2：『‘そうしたらだんだん呼吸が苦しくなって死ぬんじゃね’って言われたんです。‘でも在宅できて安定している患者さんもいるので、個人差があるから長い間大丈夫な例もある’って、‘私も話を聞くことしかできんけど、がんばってください’っていったんですが・・・そんなこと言って良かったんかなって』

ⅳ．患者の希望を奪いたくない

このカテゴリーでは、ほとんど見込みのない状況であっても、患者が希望をなくさないように看護師が対応に苦慮する場面が語られた。治療効果が見込めないことを経験的に知っていてもそのことはふせて、患者の希望に添った会話をする様子や、来年の生存について聞かれ答えに窮してしまう様子がうかがえた。また、「確かにいつ死ぬかはわからない」と死を否定しないで応対した後に、元気になるという相反する状況に言及するなど、うそはつけないが希望は断てないという葛藤が表現されていた。

事例 A7：『前向きな方で、'また入院してきたけどよろしくね'って言われて、'また治療できつい目に遭うけどそれもよろしくね'って、そのなかで、'また効くよね'って、'治療受けたらまた元気になってまた帰れるよね'っていうようなことを私に同意を求められるんだけど、そのとき私は否定できなくて、'効くといいですね'っていう会話で終わってしまったんです。私が言えなかったのは、患者さんの希望を断ち切ってしまうことができなかったということで、そのバッドニュースを言えなかった。'効くといいですね'という言い方は、残りの時間をどう過ごすかというあたりに心を向けて意図的にした会話ではないのでできていないと思うんです。』

事例 B2：『('来年の正月は迎えられるのかな'と聞かれて）なんて答えよう、なんて答えようって答えを探していたような気がします。予後が年単位ではないと誰の目からも明らかだったんです。多分患者さんも気づいていたと思うんですよ。答えを求められてもそれは相手にとって悪い情報だから返せなくて止まっていた』

事例 C7：『('死ぬかもしれないから妻に手紙を書いた方がいいか'意見を求められて、'確かにいつ死ぬかはわからないから気になっているのなら書いたほうがいい'と同意した後）'また治療が終わって元気になったら書き換えたらいいじゃないですか。書くことはいいことですよ'って言ったんですよ』

ⅴ．悪い情報は伝えられない

このカテゴリーは、看護師が患者に問われて、答えるべきその内容が患者を落胆させるので、答えに窮してしまうという状況について述べられていた。前項の〈患者の希望を奪いたくない〉というサブカテゴリーに類似しているが、希望を奪うということに抵抗して言うことができないというより、悪い情報を伝えること自体が抵抗になっていると解釈して別に分類した。また、良い情報は、伝えることに抵抗がなく、たとえそれが患者にとっては厳しい情報であっても、看護師の臨床体験の中で作られた基準に照らして、他の患者よりは比較的良いと判断できる内容であれば、良い情報として伝えることに抵抗がない様子がうかがえた。

事例 B6：『('この病気、すぐ死んじゃう？'と患者に聞かれて）・・・なんかその時、'この病気

はね、すごいホルモンのお薬が良く効くし、そんなに早く、なんか亡くなってしまうっていう印象がないよ’って、本当にさらっと言ってしまったんです。』

事例 C1：『病状が進み動けなくなり自分なりにがんとわかられて、‘もう死ぬんかな？’と言われて、わかっているとは思うが（そうですとも）断定はできないし、でも症状が悪いから否定もできないからとどまってしまった。』

事例 C6：『患者さん自身が看護婦で病気のことも転移のことも聞いていたんですが、どの程度のものがどこにあるのかって、聞いてきて、答えられませんでした』

③感情のバリア

このカテゴリーには、患者の死にゆく過程に直面して、看護師が感情的に反応している部分が分類された。〈悲しくなる〉〈共感して辛い〉〈死を見ることが辛い〉〈別れが辛い〉という４つのサブカテゴリーにより成り立っていた。看護師は、死にゆく患者が体験している辛さに共感して、自分自身が辛くなり、話を進めることが難しくなったり、状況に反応して、悲しいという自然な感情がわき起こってきたり、患者に別れを告げられ辛くて言葉を返すことができないという反応を起こしていた。ここに報告された多くの場面で看護師は患者に慰められていた。

ｉ．悲しくなる

このサブカテゴリーでは、人間の自然な感情としての悲しみを表現したものが分類された。次項に述べる〈共感して辛い〉というサブカテゴリーより、さらに自分の感情に焦点化された内容であり、患者の置かれている状況を思って、看護師自身の悲しみの感情がわき上がってくるという体験が語られた。

事例 A6：『余命を６ヶ月と言われた患者が毎日カレンダーを見て‘もうすぐやな’とその日を数えていて、お部屋に行った時に一緒に暗くなるんです。‘そんなに暗くならなくてもいいよ’って患者さんに励まされて、ほんとそうなんです、言われて私も悲しくなって・・・』

事例 A8：『３０代の女性だったんですが、死後の話をしていて、死がすべての終わりだとは思っていないし、・・でも状況を考えるとお子さんのことも・・ずっと悲しくなってきた・・』

事例 C11：『(子供のそばについていたお父さんに、‘治してくれ’と言われて、できないから対応に困って言葉もかけられなかった）その時は本当に自分はもう泣き崩れそうな状況になって、何も言えずにただ暗い顔をして詰め所に帰ったんです』

事例 B1：『‘数週間だって先生に聞いた’って本人から言われたときは、泣きましたね・・』

ⅱ．共感して辛い

このサブカテゴリーでは、患者の状況に共感して辛さを感じるという看護師の状況が語られた。看護師は高い共感性によって、患者の辛い状況を患者と同じように感じ

てしまい辛くなるという体験をしていた。特に関係の深かった患者や年齢の近い患者など、共感性を高める要素を背景に持つ患者について語られた。

事例 A6：『お部屋に行って私まで暗くなってしまったら患者さんもどんどん暗くなるんですね。（プライマリナースとして関わっていたので、結構思い入れがあり・・）患者さんと共感できるときもあったし・・・』

事例 B1：『もうだめだってことで、もう２週間というのがわかっていて、自分で決断して退院された方だったので、・・・年齢も近くて自分と重なるので何も言えなくて、自分がそうだったらどうだろうって思ったら、言葉が見つかりませんでした。私と同じくらいの年でそういう状況におかれたことは、あまりにも辛すぎる。自分自身にとって・・・』

iii．死を見ることが辛い

看護師は、患者の死にゆく過程を身体の状態や患者の言動から感じ取りながら、それを見たり感じたりする辛さについて語っていた。看護師は、死が抽象的ではなく、目の前の患者に具体的に見えるという感覚をもっており、死に近づいていく患者を実感として感じ、それを見ることを非常に辛く感じていた。この辛さのために患者のそばに行けなかったり、深刻になったり、落ち着かなくなったりしており、そのことが死について患者と話をすることを難しくしていた。

事例 A0：『視覚的にもわかるし、何となく考えてるんじゃあなくて、患者さんは本当に死を目の前にしているって感じがびしびしとその場で伝わってきて・・・』『(宣告された日が近づいて)‘もう時間やな’、‘いかないかんのかな’って、しきりにそんなこと言ってらして、‘そばにだれかいてほしい’と言っておられて、近づくと私も落ち着かなくて深刻になって・・・』

事例 A5：『最初はすごく強気の方でしたが、症状の悪化と共に借りてきた猫みたいに変わられて、・・・ますます弱くなるこの人を見たくなかったていうのがありました。』

事例 A6：『あの、ふと見たらカレンダーがやっぱり昨日より減っている。んー、受け持ちの患者さんですごく大事にしていた人だったんですけど、お部屋に行けなくなるときもあるんですよ。‘今日はどうしてたの’って奥さんに言われて、どうしていかなかったんだろうって、辛くて、すごく行きたいのに、なんでやろう。未熟な面があったのかもしれないけど、宣告された月を過ぎたときなんかもう気持ちがわかるような、いっぱいいっぱいでした。気持ちが』

事例 B5-2：『(北海道に行きたいと言った患者さんの願いが叶えられない状況では) あまりにも辛かった・・』

iv．別れが辛い

このサブカテゴリーには一つの単位データが分類された。看護師は、友達のような関係になっていた患者に別れの言葉を言われ、自分自身が別れを受け入れられず辛くなる体験をしていた。死と別れを区別して、前出の③〈死を見ることが辛い〉と区別

した。

事例 B3：『(最期に、ありがとう、今までありがとうって言われ) 患者さんが辛いというより患者さんはそれを言わせてくれているんですが・・・、私がだめだった。』

④ダメージのバリア

このカテゴリーには、患者や家族を壊してしまうのではないかという看護師の心配が５つのサブカテゴリーに分類された。サブカテゴリーは、〈身体が弱っている〉〈気持ちが弱っている〉〈患者を苦しめる〉〈患者が若すぎる〉〈家族を苦しめる〉の５つで、看護師は、死について話すことによって患者や家族が壊れてしまうのではないかという感覚を持ち心配していた。そして患者の身体の脆弱性や心理的な脆弱性を判断して死に関する話を控えていた。また、死に関する話をすることによって患者の不安や恐怖を掘り起こすのではないかという心配を看護師が持った場合も死に関する話は差し控えられていた。年齢が若い患者の場合、死に関する話は難しいと考えている看護師もいた。反対に若くて年齢が看護師自身と近い場合は、率直に話ができるという看護師の発言が［ケアの意志］〈コミュニケーションが良い〉のカテゴリーで見られており、年齢が若いことが死に関する会話のバリアになっているかどうかは事例の状況によって異なっていた。

ｉ．身体が弱っている

このサブカテゴリーでは、患者の病状や症状など身体の状態を判断して、死に関する話を差し控えようとする看護師の体験が語られた。看護師は身体の状態があまりに悪いときに死の話をするのはダメージを与えることになり、とどめを刺すようだと感じていた。医療者に対して攻撃的で威嚇するような患者も病状の悪化に伴い、体力が衰えてしまい、非常に弱く感じるという体験をしていた。そしてこの身体機能の衰えや持続的な身体的苦痛によって、患者の気持ちが弱くなっていると看護師は認識しており、そのようなときは死の話は差し止められていた。

事例 A0：その人の体の状態が話す、話さないの判断に影響すると思う。めちゃくちゃな時期になってると、そういう会話をすることが印籠を渡してしまうような、とどめを刺すような・・・

事例 A5：はじめは強気でしたが症状の悪化と共に借りてきた猫のようになって・・・でももうその力はないだろう、反論するんだけど、もう弱くなっているというのがわかっているので・・・

事例 A6：元気なときはすごい冷静、結構勝ち気な人で冷静にすごいいろいろ言われるんですけど、その時は、もういっぱい症状がこう辛くて悲しくて弱く見えて、なんか・・・聞くだけで精一杯で、それ以上ダメージを与えるようなことはできなかった。

ⅱ．気持ちが弱っている

このサブカテゴリーでは、患者の心の状態を見て、死に関する話に耐えられるかどうかを看護師が判断し、気持ちが弱っていると感じるときは、患者から話を持ちかけられた死に関する話を差し止めていた。患者が感情的になったり、過去に病気の話を聞いて気を失ったことがあるなどの前歴があると、このバリアは強化されていた。また、何回も軽い調子で死を話題にする場合も、看護師は患者の不安の強さを推し量り、死に関する話をすることを躊躇していた。

事例 A5：『強がって攻撃的で威嚇するような患者さんだったんですが、右翼とかで定職がなく、高額の医療費を払う状況で、症状はどんどん悪くなると、混乱するような感じで看護婦にそれをぶつけてきたんです。今度はずーっと落ち込んでこられたときに借りてきた猫みたいになられて、なんかやっと私たちにもすがるような感じなんだけど、ちゃんとしたことを言ってしまうとこの人はダメになるんじゃあないかというのがあって、すごく怖かったんですよ。その、言葉を自分が発するのが怖かったんです。』

事例 A6：『'自分で何でも知りたい'って言ってはって、'何でも言ってくれ'って、先生にもあとどれくらい生きれるか自分で聞くくらいなんで、知りたいって言っている反面、涙を見せるところもあったりするんですね。そういう本当に弱いときは言えない。』

事例 C8：『告知の時にこの人は（ショックで）倒れたので、もうこの人には告知はできないって頭から思って、話したらダメって、パニックしちゃうから、医師に直接聞いてもらうようにしようって・・』

事例 C5：『あまりにも何回も死を口にするし'今日は生きているよ'という感じの会話になるので本当は怖いんだろうなと思った。』

iii．患者を苦しめる

このサブカテゴリーでは、看護師が死に関する話をすることによって患者を傷つけるのではないかという不安が表現された。「自分がきっかけになって患者がボロボロになるのは避けたい」とか、「話すことが逆効果になりはしないか」という不安が語られた。また、「患者が他の誰かに言えているのであればあえて話題にしなくてもいいのではないか」と感じており、話をすることを控えていた。話をした後で、患者に何も否定的反応がない場合でさえ、看護師は患者を不安にさせたのではないかと懸念していた。

事例 A5：『'後どれくらいかな、僕はもうダメだよね、ダメなんじゃない？'と言われたけど、そのことになんか言ってしまうともっと弱くなるんじゃあないのかな。自分が話をすることで患者がボロボロになるのを避けたかった』

事例 A8：『（死後の世界のことを聞かれて自分の考えを言った後に）本当にそういう話をして良かったのかなって、かえって不安にさせてしまったような、それがすごく患者さんが泣いたりとか取り乱したりということもなく、そうだねということで終わったんですけど自分自身の中

で解決してなくって・・・』

事例 B0：『'家族に自分はもうダメだってはなしちゃったわ' って言えているときは、もうほじくり返さなくてもいいのかなって。すごく聞きたいんですけど、聞くことが逆効果になるんじゃないかって思ったら・・・』

ⅳ．患者が若すぎる

このカテゴリーには、一つの単位データが分類された。看護師はフォーカスグループインタビューの中で、実際の事例ではなく、司会の言葉に反応して発言しており、患者の年齢によってバリアは変化するという体験があると述べていた（事例 A0）。患者が例えば 20 代、30 代など若い場合には、看護師は、死の話は患者にダメージを与えすぎると感じ、死に関する話を差し止めていた。

年齢に関連したバリアは［ダメージのバリア］以外に［対処のバリア］のサブカテゴリーである〈患者の死が受け入れられない〉に分類されている。これは、若すぎる死を看護師自身が受け入れられなかったという現象であった。また同じ年齢の人の場合、共感性が高くなり、［感情のバリア］に分類された事例もみられた。

ⅴ．家族を苦しめる

ここで登場するのは主に母親で、子供である患者が死にゆくときに母親として最後まで希望を持ちながらそばにいるという状況のなかで、看護師は死に関する会話の機会が訪れても、母親の心情を気遣って、話を差し止めていた。看護師は患者から感謝の気持ちを伝えられ、よく頑張ったことを伝えたかったが、それを伝えると「もう終わりなのだ」ということをそばにいる母親に見せつけ、母親を苦しめると考え、できなかったと述べた。

事例 B3：『患者さんセデーション（鎮静処置）で寝ていたんですが、お母さんが起こされて、その時手を握られて、'ありがとう、今までありがとう' って言われたんです・・・・よく頑張ったねって言ってあげたかったけど、その患者さんはそうは思わなくてもお母さんから見たらとどめを刺す一言のように写るかもしれないっておもって、お母さんは '頑張りなさい' ってよく言っていたので、本人よりお母さんのとどめを刺すような気がして、それを思いはかると言えなかった。』

事例 A2：『'告知したくない' とお母さんが言われているのに、お母さんの前で本人がそんなことを言って、ましてやお母さんがそこにいるのに、うーん、何と言ったらいいのか・・・またそこで言うことによって、その言葉が、また患者さんを苦しめたりすると思うと・・・』

⑤実存のバリア

このカテゴリーは、人間の生きている身体、生きて世界に開示される存在としての

身体がかき消えてしまうことに対して本能的に発生するバリアと意味づけることができる。ここで表現されたバリアは、死について話すときに生じるバリアとしては根源的なものということもできる。このカテゴリーに分類されたのは、〈死を畏怖する〉〈死は不確実だと思う〉〈死を回避できないと思う〉〈運命は引き受けられないと思う〉〈死を否定する〉の５つのサブカテゴリーであった。看護師は、死について話すことは恐ろしいことであるという感覚を持っていた。また、患者自身が直面している現実の死については話題にすることができないが、私も死ぬ、誰でも死ぬといった現実的ではない死については話すことができると感じており、一般論としての死に話題を転換してしまうことは、自分の存在がかき消えてしまうという体験を実際にしている患者に申し訳ないと感じていた。また死期が近いことは認めながらも死ぬその日を特定して話すことは不可能であり、死の不確実さ故に話ができないという状況におちいっていた。そして死は逃れることのできない運命であることや他者の死は引き受けることができないという打つ手のなさ、それを回避できない無力感を体験していた。

ｉ．死を畏怖する

このサブカテゴリーでは、死について核心に迫って話をするのは怖いことであるという認識や患者が現実に直面している死は、取り上げるにはあまりに重すぎるために、現実的でない自分の死やみんなの死を引き合いに出してしまい、申し訳ないと感じていることが表現されていた。死を意識した患者に対して、自分もみんなも死ぬのだからというのは、慰めの決まり文句のようだと看護師は感じており、目の前の患者にとって重大でまさに現実的な問題である死と比較して論じるにはあまりにも軽薄すぎると感じていた。また看護師は、目の前にいる患者自身の死ではなく、世間話のように一般論としての病気の経過を話すことは、抵抗なく行うことができていた。

事例 B7-2：『病気のことについても話すんですけど、それ以上につっこんだ話をしたがるんで他の患者さん怖がっているんですよね。死についても話されて、こう、白菊会（献体の登録団体）に希望して入られたんですけど、‘死体の安置されているところを見に行きたい’とか、白菊会の会報がくるとそのことで話したりとかして、（看護師にも）怖がられているような状況で・・・』

事例 C0：『‘私だっていつ死ぬかわからない・・’という言い方は、私も年の人のがんの人ではよく使うんですけどね。それでも言った後に辛い気持ちになります。その場を逃げるにはとっても使いやすい言葉で・・・・』

事例 C9：『‘誰でも死ぬんですよ’って、私よく言うんですけど、そういう言葉も出なかった。そういう言葉は意味がないような気がして、私の慰めのような気がするんです。私は患者さんに多分そういうふうに言われたから、（それに対して）あ、言ってあげなきゃいけないような項目のような、そんな気がしたんです』

事例 B6：『（‘この病気はすぐに死ぬのか’、患者に看護婦としての経験的な印象を聞かれ、‘ホル

モン療法が効くのですぐに死ぬ病気ではない’と答えたが）なんか世間話のような（感じだったので答えられた）、本当なら‘先生にどう伺ってますか’と聞くのが本当なんでしょうけどね』

ⅱ．死は不確実だと思う

このサブカテゴリーには、死ぬその日や時期を特定することはできないという看護師の死に対する不確かさが語られたものが分類された。大まかな死期については良く了解している看護師が患者から「あとどれくらいか」と具体的な日数を聞かれて、「わからないし、答えることはできない」という感覚を持っていると述べた。死が確実でありながら時期は不確実であるという、死そのものが持つ根源的な性質を看護師が感じている様子がうかがえると同時に、その時期について患者に答えられなかった自分は、死に対応することができなかったという自己評価につながっていた。

事例 B7：『あと数日という時期になって、誰にでも‘私はあとどれくらい？’と聞き始めたんですね。・・結構誰にでも聞くな、先生にも聞いているし、他の看護婦にも聞いていたんだけど、みんなはっきり答えられないし・・・、どこまで答えていいのかっていうのがみんなもあったみたいで・・・』

事例 C10：『普段もはっきり‘抗がん剤か？’って聞かれたら、‘はい抗がん剤ですよ’っていう会話をしていたんですよ。（事実をはっきり告げられていることに一つのプライドを持っている患者さんだった）でも‘何日もつか？’と言われても私にはわからない。そういう答えしかなくて・・・、‘何日もつか？　医者の考えでなくていいから、あんたの考えでいいから’と執拗に聞かれた。長くはないが本当に何日もつか本当にわからなくて、患者さんも予後は聞いて知っているのですが、見た感じも‘まああんまり長くないだろうね’って言われるけども、患者さんが求める数字的な答えは私にはわからないから、本当にわからなかった。』

ⅲ．死を回避できないと思う

このサブカテゴリーでは、病気が進行し、死に向かって進んでいる現実を差し止めることができない自分の無力を痛感するような発言が見られた。看護師は患者があまりにも短い予後を知らされたことを聞き、その絶望に対して言葉を無くし、回避できない運命に圧倒されて、話を進めることはできなかったと述べている。

事例 B1：『（予後が）２週間ってはっきり言われた方なんですけど、‘数週の単位でもう死が訪れるだろう’ということを先生に言われた、最後は肺炎だったのですが・・・・言われた直後に自分には目標があって、死ぬ前に旅行に行きたいというのがあるんだけど、‘先生にあと数週間って言われたんだ’ということを聞いて・・、何も言えなかった。‘旅行というのを目標にしていたんだけど、それも行けないねって言われた’って、私と黙ってたんですけど、ずっとそういうこと話されました。』

事例 C11：『白血病の男の子のバイタル（血圧、脈拍、呼吸数などのデータ）をはかりに行った

ら、父親から‘そんなことはせんでもいいけん。この子の病気を治してくれ’って怒られて、あんたらはもっと他にやることがあるだろうと言われているような気がして、こうしてほしいっていうことを、そうしますってすぐにできない・・・、本当に困った、言葉もかけられなかった。』

ⅳ．運命は引き受けられないと思う

このサブカテゴリーには一つの単位データが分類された。看護師は患者を励ましたくて私も頑張るから頑張ってと言ってしまったが、その人の運命は替わってあげられないのに無責任ではないかと後悔していた。

事例 C2：『‘私も聞くことしかできないけど頑張るから頑張って’と言うと、患者さんは、‘わかったありがとう’と言って、落ち着きを取り戻して他の看護師とも筆談で会話するようになったんです。だけど、私はがんばってくださいとか、その人に替われないのにそう言ったりして良かったのかなと思いました。』

ⅴ．死を否定する

このカテゴリーも一つの単位データからなっている。看護師は反射的に患者の長くはないと言う言葉に対してそんなことはないと答えていた。

事例 C3：『(乳がんの骨転移がある方なんですが・・) 私はもう長くないわねと言われた時に何も言わないで一瞬黙って‘そんなことないと思います’って言って・・』

⑥葛藤のバリア

このカテゴリーでは、死について話すことの是非について確信が持てず、患者と話をするチャンスだと認識しても踏ん切りがつかず、話をした方が良いという気持ちとしない方が良いという気持ちが葛藤している場面が語られた。看護師は、死について話をすることで辛い気持ちを掘り起こすことになったり、最期だと認めてしまうことになると案じ、話をした後も本当に良かったのか確信が持てずにいた。また、「死について話すか、あるいは話を逸らすか迷って、話を始める勇気がもてず踏ん切りがつかなかった」と述べている。一方では、「家族に気持ちをぶつけたのですっきりしたのではないか」と、話をしたことは良かったと感じており、踏み込まなかったのはそれはそれでよいと位置づけることができた事例も見られた。分類されたサブカテゴリーは、〈患者と死に関する会話をすることに疑問がある〉、〈死に関する会話をすると死を認めてしまう〉、〈死に関する会話を逸らすかどうか迷う〉の３つであった。

ⅰ．患者と死に関する会話をすることに疑問がある

看護師自身は患者と死について話したいと思いながら、「それが必ずしも患者にとって良いことかどうかわからないし、逆効果になるかもしれない」という思いを抱いており、死について話をするという行為を進めることに躊躇や疑問を感じていた。

患者が話し始めたことは聴くことができているが、「聴くことしかできない」と自己評価しており、それ以上発展できなかったことに不全感を感じていた。「患者の話を聴くことが患者にどのような効果があるのか実感できない」とも述べている一方で、話を聴いたことは、一方で、「あれで良かった」とも感じていた。また、看護師が話をするチャンスだと感じても話を進めない場合もあり、「状況によって必ずしも話を積極的聞かなくても良い」と述べている。

事例 B0：『家族に気持ちをぶつけたと患者から聴いたときは、そのことをすごく聴きたいんですが、聴くことでほじくり返して逆効果になるんじゃないかなと思ったら、なんとなく、'あ、そんなことがあったんですか'っていう感じで、私は単にそのことを知っておきますということで終わったというか・・・、旦那さんにそういうふうに話せてこの人はすっきりしている（からいい）のかなって』

事例 B7'：『話を聴いて'こういうことなんですね'と返すことはできるんですが、それだけしかできなくて、どれくらいその患者さんがすっきりされたのかなっていうのが、すごい、私の中であったんですね。結局最期は自宅で亡くなられたんですが、あれで良かったのかなっていう思いがあります。誰かに話せれば良かったので話を聴いただけだがそれでいけないわけではないと思う。』

事例 C9：『（ご主人がすすめている特定の治療のために）採血を強制されていたんです。その時奥さんが、'私はもうしない、私の命はこれ以上ないんだから、こんなところで血を採って試験台にはなりたくない'ってはっきり言われたときに、私は何も言えなかった。でご主人も'もういいよ'って言って本人も'わかってくれてありがとう'って。こちらをじーっと見られたけど何も言えなくて）何も言わなくて良かったんだと思うんだけど、・・・ここで会話をしても慰められない、それならもう黙っていた方がいいのかなって。その二人の会話を聞いていただけで何も言えなかった。一言もはさむことができなかった（と思う反面）挟まなくて良かったのかもしれないけど』

ⅱ．死に関する会話をすると死を認めてしまう

看護師は、患者から死に関連して、特にお別れの言葉や感謝の言葉を述べられ、それに応えると、最期であることを認めたことになると感じ、言葉を言い換えたり、黙ってしまうという状況を語った。このサブカテゴリーは、［対処のバリア］の〈別れを受け止められない〉と類似した状況で語られているが、同じ状況の中で、言語化することの是非について看護師が語った部分を区別してこのカテゴリーに分類した。

事例 B3：『（患者に'ありがとう'と言われて）患者さんの立場を思うと、言わないといけない

と思って、結構、なんか、その時は（'よくがんばったね'と言いたかったが、言ってしまうともう終わりだということを認めたことになるので）ベッドサイドで固まってしまった。』

事例 B5：『その時に'がんばったね'って一言、言ってあげれば良かったのかなって、後になってから思うんですけど、（お別れの言葉は言えなくて、'これからも・・でしょ'って言い換えた）』

事例 B5-2：『'意見を聞きたい'と言われて、（死ぬ前に北海道に行く希望を）認めると、それっていうのは、やっぱりもう、もしかしたらダメなんだっていうのを認めたっていうことにもなるし・・・』

iii．死に関する会話を逸らすかどうか迷う

看護師は、患者から「死にたい」とか「死ぬかもしれない」と言われたときに、死に関する話を進めていくべきか、話を逸らすべきか、迷い葛藤していた。死に関する話になったときに看護師は、「この人は、何回も治療で苦しんで排泄まで他人に依存しなければならないから死にたいという気持ちになっているのだなあ」と感じながら、その思いを確認することはできず、話を逸らすやり方の方がいいのかもしれないと考えていた。また、死という言葉に反応して話を変えることを考えながら、死ぬ確率が医学的に高いということを知っていて、「本当に死んでしまうかもしれないから、話をそらさないようにしなければ」とも考えていた。

また、看護師は、葛藤の末に話すことが必要だと認識して、その瞬間、話すという行為に踏み込んだ状況と踏み込まなかった状況を語った。患者から投げかけられた言葉に応じて踏み込んでいくには勇気が必要であったと述べている。また、かなり具体的に話を進めていくための発問を連想できても、それを実現するのは困難である状況が語られた。

事例 C11-2：『（'もう死んでしまいたい'といわれた時）多分、頭の中でそういうときはもっと話題を逸らすって方法がいいかなって思ったり』

事例 C7：『その時は（今度の治療で）'死ぬかもしれない'といわれたときに、その死という言葉でこりゃあ話を変えないといけないんだろうか、いやひょっとして死ぬこともあるかもしれないし、ぱあーっと頭によぎって・・・』

事例 B3：『（患者に'今までありがとう'と言われて）勇気を出して'もうあかん思ってんの'とまでは聞いたんですけど、そしたら患者さんがぐったりして'うん'って言って、そこから先が続かなくなって、そこまではちょっと勇気を出して聞いてみたんですけど、患者さんはよく頑張ったなとは思ったんですけど、それをなんか言葉にできなくて・・・』

事例 C11-2：『ああいうときはどうしてとかもっと話を聴いた方がいいとか、頭だけの知識はあったから、もっと今までの体験談を聴くとか、どんな家族で何が好きでどんなことやってきて今があるんだという会話をすればいいんだというのが頭をよぎりながらも・・・できなかった。』

⑦規範のバリア

このカテゴリーには、看護師の職務上の規範から発生したと思われる発言と医療職であるかどうかに関わらず、社会規範上行ってはならないと感じている行為の両方が語られた。看護師は、多くの症例を経験しており、医学的なデータも常時把握している立場にあり、目の前の患者がどのような転帰を辿るか病態学的に予測することができる立場にいる。看護師は患者に希望を持ってもらいたいと願いながら一方では現実を良く知る立場にあり、そのような立場ゆえに、真実を知らせることと希望を持ってもらうことの間で葛藤を起こしていた。また、その葛藤の前から逃げてはいけないという責任感が看護師を支配している状況も語られた。患者が安楽死をほのめかすと検討の余地を持たないでそれを否定する現象も語られ、医療従事者としての一線はこえられないという強い信念が支配していた。

また、看護師として症状緩和が出来なかったことに罪悪感を感じていることが表現された。症状緩和が出来なかった事例では、看護師は症状緩和ができず患者に肉体的な苦痛を与えてしまったと感じており、その結果、患者に死にたいと言わせてしまったと自分を責めていた。反対に症状によって最期に苦しむことはないだろうと予測できるケースでは、症状で苦しむことがないことを看護師が患者に保証してあげることができるので、看護師自身も安心感があったと述べている。症状緩和ができないまま、死に関する会話を進めることは、看護師にとって非常に困難なことであるといえる。

このカテゴリーには、〈期待させすぎてはいけない〉、〈うそをついてはいけない〉、〈逃げてはいけない〉、〈安楽死はできない〉、〈死を茶化してはいけない〉、〈症状緩和が出来ず申し訳ない〉の６つのサブカテゴリーが分類された。

ｉ．期待させすぎてはいけない

看護師は、化学療法を受ける患者、特に再発の患者に対して、化学療法があまり効かないことを体験から知っているので、実際以上の期待を持たせることは看護師として無責任であると感じていた。患者が看護師との間で化学療法の効果を話題にするのは、医療職ではない一般の人との間でそのことを話題にするのと意味合いが違うと、看護師は感じており、看護師の責任のもとに注意深く、会話を進めている様子が語られた。余命についても同じように楽観的な答えは期待させるのでできないという状況が語られた。

事例 A7：『（‘治療受けたらまた元気になって帰れるよね’って私に同意を求められて・・）‘治療が効くといいですね’という言葉でなんかこう言い切ってしまったことと、すごくケモセラピー（化学療法）する患者さんが多い病棟ですので、この患者さんに限らず特に再発の患者さんには、その‘効きますよ’っていうのは言えない。・・あの効かないってわかっているじゃあ

ないですか、再発って、で効かないとわかっているのになんか、'効きますよ'っていうのは、嘘ついていることになるし、無責任。』

B6：『'Kさん（看護師）は泌尿器長いんだよね。'って、その時、泌尿器科に７年目か８年目の時で'うん、そうですよ'って言ったら、'本当？Kさんから見て、このがん、タチ悪い？すぐに死んじゃう？'って聞かれて・・・'ホルモン療法が良く効くがんなので、そんなに早く亡くなっていくような印象はない'って答えたんですが・・、後でああいう楽観的な言い方で良かったのかなって悩んだんですけど、その後末期になって入院してきて・・・』

B2：『いくら癒着術やっても、その人の予後は年単位じゃあないことは誰の目からみても、なんか、はっきりしていたっていうか、・・・患者さんも多分気づいていたとは思うんですけど、お雑煮のふたをこうあけながら、テレビで初詣に行っている人たちを見て、患者さんが'来年のお正月は迎えられるのかな？・・・今年もな'って言ったんですね。咄嗟だったので私もなんて言ったらいいかわからなくて無言になって・・。』

C5：『その方の娘さんの結婚式が近かったんですが、準夜の時に'娘の結婚式にでれないかもしれない'って言われて、・・・そういう時に'そんなことないよ'って言いたい反面、期待させるのもなんか・・・、というのもあるし、家族の意向で希望を捨てずに結婚式に出してあげたいというのもあるし、そういうのが頭を巡って、その言葉が来たときに聴くことしかできないって言うか・・・』

ⅱ．うそをついてはいけない

看護師は、すでに転移まで説明してある患者に、詳しい病状を訊ねられて、医師や家族の話した内容、検査の結果などと矛盾することがないようにしようとしたが、患者自身が医療従事者であったこともあり、うそは言えないので黙ってしまうという体験をしていた。このサブカテゴリーに関連しているカテゴリーとして、〈期待させすぎてはいけない〉、〈患者の希望を奪いたくない〉などのカテゴリーがあげられるが、ここでは期待や希望を否定することはできないという気持ちよりもむしろ、患者にうそをついてはいけないという看護師の倫理原則に関連した行動規範に焦点が当たっており、１単位データであったが別に分類した。

事例 C6：『'自分は転移はどこにあるのか、予後はどれくらいなのか'と聞かれて・・・相手は看護婦さんだからうそはつけないし、先生がなんて言っていたかとか、データはどうだったかとか、CT はどうだったかなとか、家族はなんて言っていたかとかぐるぐる回ってつじつまを合わせようとしたんだと思うんだけど、でもうそはつけない。』

ⅲ．逃げてはいけない

看護師は、患者の質問に応答できなくて沈黙になっても、その場から離れてはいけない、逃げてはいけないという思いを持っていて、黙ったままその場にとどまってい

た。また、死に関する話を患者が始めたら、そこをのがしてはいけないというつもりで患者からの発問を待っているという状況もみられ、いずれも死に関連した会話が交わされるときはその場を離れてはいけないと思っていた。

事例 A8：『亡くなっていくことは受け止められていたので、'どういう症状でどんな風に亡くなっていくんだろう'というふうに言われて、'あんまり苦しんだりはしない'と思うというようなことを答えたんですけど、それは、すでにそこを逃がしてはいけないなというつもりがあったので・・』

事例 B2：『'来年のお正月は迎えられるかな'って言われて、なんて言ったらいいか全くわからなくて無言になったんですが、・・離れるわけにもいかないし・・』

ⅳ．安楽死はできない

このサブカテゴリーは、１人の看護師が語った内容１単位データで構成されている。「最期は薬で眠らせてほしい」と患者に言われて、びっくりし、「そんなことは言わないで下さい」といってしまった看護師の体験が語られた。安楽死をほのめかす患者に対して、それを否定したのは看護師自身のために言った言葉であると認識しており、看護師は安楽死に関して強い抵抗を示していた。

事例 B4：『夜間ずっと症状がとれずに眠れなかった朝に'もうこれ以上、多分良くならないから治療はやめたい・・・最後は薬で眠らせてほしい・・頑張ってきたけどもういい。'って言われて、私としてはケモ（化学療法）は効かなくなっていたけど、そんなことは考える感じではなかったので、びっくりして、夜間うまく楽にしてあげられなくてごめんなんさいという思いがあって、'そんなこと言わないでください'って言ったんです。（患者のためというよりは）自分のためにそう思って、そういう言葉が出たんだと思います。』

ⅴ．死を茶化してはいけない

看護師は、患者が死を軽々しく語ることにつきあうことができなかった様子を語った。看護師は、死はもっと厳かなものであり、軽々に話してはいけないと感じていた。このサブカテゴリーは１名の看護師によって語られた３つの単位データからなっており、［実存のバリア］〈死を畏怖する〉にも解釈しうると考えたが、ここでは看護師としての対応としてその意味を解釈した。

事例 C4：『病室に行くたびに'自分はもう死んじゃう'と、もともと性格っていうか、おちゃらけた感じの方で'どうぜ死んじゃうんじゃろ'とか、その度にどうしてそう思うのか、やり残したことがあるかとか聞くと'身体がしんどくってもうダメだ。やり残したことはないけど死にたくない'って言われて、'まだトイレにも行けているし、ご飯も食べれているし、大丈夫じゃあないですか'って繰り返しで、それで私がいつも感じるのは結局最後は深刻にならないで、冗談ぽく話はいつも終わっちゃて、私が死は誰にでも来るとか宗教家のようなことを言ってし

まう。行くと‘今日は生きているから大丈夫だよ’ていう感じで、しょっちゅう死ぬ話になるんです。本当は怖いんだろうな、本心から言っているのではないと思うんですが。』

vi．症状が緩和できず申し訳ない

症状緩和に関して見通しが明るい事例では、看護師は死ぬときの様子を患者から聞かれても苦しまないことを伝えることができたと語ったが、夜間十分に痛みを緩和できなかった事例では、症状緩和が出来なかったという罪悪感が働いて、気持ちに余裕がなく、患者の死に対する気持ちを十分聞いてあげられなかったと語った。症状緩和は、看護師など医療側の責任であるという認識があり、それが出来ないために患者を苦しめている場合は、看護師としての役割が果たせていないと看護師は感じていた。

事例B4:『(夜間痛みがあって眠れなくて辛い思いをさせた後に、‘最期は薬で眠らせてほしい’って言われた）とりあえず、そのしんどいっていう症状とかをとってあげられなかったのが良くなかったんだと思って、多分夜中の積み重ねがあったと思うんですね。で、なんかこう、うまく対処できなかったっていう思いが自分にあったので、(‘そんなこと言わないでください’って）言ってしまったのかな。自分が患者にしんどい思いをさせたから、患者からあきらめの言葉がでたと思い悲しかった。自分のためにそういう言葉（そんなことは言わないで）が出たのだと思います。』

事例A8：『脳転移のある方で、あたまにあるってことを（患者さんに）言っている段階でした。呼び止められて、‘ちょっとお話聞きたいんですけど’って、‘自分は死ぬことはわかっているんだけど、どんなふうになくなっていくのだろうか？’というふうに言われて、‘それは頭からくるのであまり苦しんだりはしないと思う’というようなことを答えたんですけど。・・・安心感として、脳浮腫がくるからと思っていたのもあったし、本当に実際あんまり、こう肺がんだけども、息もたえだえになって死ぬようなことはないっていうのが自分の中ではあったから・・、その気持ちがわりと自分の中で自信を持ってあったので』

⑧会話の範囲・了解のバリア

このカテゴリーは、話をすることに関して、医療チームや家族からコンセンサスを得ていると考えられる一線を越えないで話を展開しようとする看護師の体験が語られた。また、看護師は、患者に病気の認識について確認し、その認識の範囲を超えないように自分の話を調整していた。この調整には看護師としての職務範囲を超えないようにという配慮も働いていた。また、看護師のチームが死について話すことに関心がない場合は、看護師はサポートが受けられず、話を進めることはできないと感じていた。医療従事者だけでなく家族が死を了解できない場合は、家族がそばにいる状況で死について話を始めることは難しいと感じていた。また、患者の病識を探る行為を頻繁に行っていた。患者が病気や予後について看護師に問いかけると、看護師はしばし

ば質問を返し、患者の認識や医師に説明されていることを確認していた。同時に患者がどの範囲のことを話したいと思っているかも探っていたが、最終的にその希望をかなえて踏み込んだ話になるという現象は見られなかった。一方で患者は、看護師の反応を見ながら、看護師がその範囲を守れるように配慮していた。患者は、自分が質問を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、その場の強い緊張を緩和し、看護師が患者と話しても良い範囲をさぐりながら守っていた。

サブカテゴリーは、〈看護師が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〉、〈スタッフが患者との死の会話に興味がない〉、〈患者の病識や期待する会話の範囲が不明確〉、〈患者を良く知らない〉、〈患者が看護師の話せる範囲を察する〉の６つであった。死に関する会話について看護師が話すこととその範囲について医師、看護師仲間、家族、患者といった人々がどこまで了解しいているかがバリアになって、それが不明確なときは死に関する会話を差し止めていた。

ｉ．看護師が話せる範囲が限られる

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以上に病気について話すのは越権行為であると認識していた。予後や転移の状況などは病気治療に関わることなので、医師が説明していないのに看護師である自分が話す訳にはいかないと考えていた。病気の説明に関しては、当該患者のことではなく一般論として情報を提供することも躊躇していた。

事例 B6：『(予後に関して一般論としての意見を聞かれ、ホルモン療法が効くのですぐではないと答えて) なんか、看護婦が答えていいことかどうか、あとから悩んだんですけどね』

事例 B7-2：『はっきりと告知、再発とか病名とかを話してない時とかは、看護婦として、どんなふうに答えられるのか・・、』

事例 B7：『(誰にでもあとどれくらいかを聞いていたが、先生も看護婦もはっきり答えていなくて、具体的に医師からの説明もない状況で、同じ質問をされて) 他の人が誰も言ったり答えたりしていないのに、自分がその先に進めるのかなっていうような思いがあって、結局、身の回りのことをしてお部屋を去って行った。』

事例 C2：『(気管切開している患者が筆談で‘死にたい’と書いて)‘死にたい’と言っていたのですが、‘どうしてか’とは聞かずにまず、‘先生になんと聞いているか’聞いたんです。食道がんの説明はしていたのですが、ALS の説明はしていなくって呼吸筋が麻痺していくことは説明していないんです。(看護師が呼吸筋が麻痺して機械をつける話をしたが) 看護婦なのに医師がまだしていない話をして、その人にとって的確な対応だったのかわからない』

事例 C6：『転移や予後のことを聞かれて、話がナースコールで中断したので、あとで気になって、どうして聞いたのか、どう思っているのか聞いたんです。転移のことは医師から話してあるけ

ど、詳しく聞きたいと言われて、データや先生の説明や CT の画像が頭の中をぐるぐる回って、うそはつけないけど、カルテを持ってきて、あなたはここまで悪いんですとか、私は言っちゃいけないよなとか、そういう気持ちが強くって』

ⅱ．話す内容のコンセンサスが不明確である

家族や他の医療スタッフとの間で、死について話すことについて一定のコンセンサスが得られない状況では、看護師は話せないと感じていた。特に死を話題にすることは患者の希望を絶つことであると家族が考えている場合は、死について患者が話題にしても、看護師は率直に反応できず、黙ってしまったり、避けようとしていた。一方、病棟スタッフの間で話を聞くことが必要であると認識されている患者の場合は、安心して話を進めることができていた。

事例 A2：『だんだんと状態が悪くなってくると、本人も状況をだんだんと察してきまして、黄疸もでてきましたし、'このさきどうなるんだろう'と言われたけど、お母様がここにいらっしゃるし、なんと答えたらいいのか、'そうですね'という感じで沈黙の場面ばかりで・・告知したくないとお母さん言われていたので、その前で、本人がそんなこと言って、お母さんはそこにいるのに・・』

事例 B3：『(患者さんから'ありがとう'といわれて'よく頑張ったね'と言いたかったけど)お母さんが横にいはって、その患者さんの、で、なんか、ひとりだったら言えたかもしれないんですけど、それはその状況の中では言ってはいけないような、お母さんは'頑張りなさい'って形で言っているので・・』

事例 B7-2：『(患者が死についてつっこんだ話をする人で献体をする話などして周りの患者が怖がっていた。だから話を聴いたからといって）病棟スタッフから責められるということはないんですけども、・・・私が話をするって事は周りのみんなも、他の患者さんとの関係上困っていたので、医者も看護婦も OK の状態だったんですね。(だから話が聴けた）でももう一人の方（卵巣がんの告知は行われたが再発については説明がなく末期になって抑うつ的になり'あとどれくらい'と聴いてきた患者）の場合は、みんなどうしていいかわからない状況で、医師も多分、告知したくないっていうよりは、その段階では何も答えられなかったということなんだろうと思うんですけど。なんか果たして私一人がじゃあ言ってもいいのかって言うのもあります』

事例 C6：『'黄疸も出ているし、自分は看護婦だから（患者は看護婦として働いていた)、もうこのまま悪くなるのはわかっている。でもだれも話してくれない'って言われたんです』

ⅲ．スタッフが患者との死の会話に興味がない

このサブカテゴリーは、一人の看護師が語ったものである。看護師が、患者に死にたいと言われ対応に悩んで同僚に相談しても、同僚である他の看護師は、一緒に考えようとせず、何故そんなことを言い出すのかと言われてしまった事例である。スタッ

フのコンセンサスを得られるかどうか以前の問題で、看護チームとして死について話すことに興味や関心がなく、直面した看護師は誰にも相談できない状況におかれていた。死に対して医療職集団として取り組む力がないために、看護師個々人のバリアは大きくなっていた。

事例 C11-2：『(死にたいと言われて対応できなくて帰ってきてしまった時に) 一番困ったのは自分のことなんですけど、３０分後に病棟カンファレンス、毎日あるのがあって、それでこの状況を他のスタッフだったらどんな行動を取るかなって聞きたかったので、こういう風に言われたんだよって出したら、それでどうしたいわけ？あなたはどうしたいわけ？って挙げ句の果てに何でそういうことを言うわけっていう対応をされて・・・』

ⅳ．患者の病識や期待する会話の範囲が不明確である

このサブカテゴリーで看護師は、患者に死に関することを聞かれたときに、それに答えるのではなく、聞かれたことをそのまま患者に聞き返したり、どう思うのかを聞くという方法で患者の病状や死に対する認識を確認していた。医師から受けた説明内容を患者に聞き、患者の認識を探るということも行っていた。また、看護師は患者の言葉から患者の死の認識を読みとっていた。例えば死を冗談のように表現する事例では、患者の本心がどこにあるのかわからず、看護師は、範囲を探れないと感じていた。患者の認識範囲を探ってもそれが死に関する率直な会話につながるという現象は見られず、ほとんどの場面で、患者に聞き返したあと、患者の話を聴くだけに終わり、看護師にとっては死について十分話せなかった体験として残っていた。

また、看護師は、患者がどの範囲まで話したいのかを、患者の反応を見ながら読みとろうとしていた。その結果、患者の希望する範囲が明確になった現象は認められなかったが、自分の判断で予後に関する見解を述べた事例や患者が行きたいという旅行を勧めるといった行動を取っている看護師もいた。しかし、意見を述べた場合も述べなかった場合も看護師は、自分の受け答えが患者の希望に添っていなかったのではないかと考えていた。

事例 A6：『やっぱり、死ぬのは、奥さんが先に亡くなられたんで、奥さんをがんで看取られてたんで、‘だいたいはわかる’っておっしゃるんですよ。‘きっとこうなるやろう’って』

事例 C1：『巡視したときにもう‘死ぬんかな’と聞かれて、‘どうしてそう思うの’って聞いたら、そしたら‘動けないし、だんだん身体もしんどいから’って、そして症状のことを言われて・・・』

事例 C2：『(呼吸筋が麻痺して機械をつけると説明したら)‘そしたらそれはどうなるん？’って今度は聞いてきて、その時はどうしようって思って、‘どうなると思いますか？’って聞いたんです。』

事例 C4：『(‘死ぬ、死ぬ’と何回も言ったり、‘今日は生きているから大丈夫だよ’とか言うの

で本当は怖いのだろうなと思うが）本人がわかってそういうふうにいっているとは思えないが、本心がどこにあるのかわからない。家族を見ても息子さんもおちゃらけた感じで・・・』

事例 C8：『（'僕はがんで死ぬの？、一人になりたくない'と言われ、そばにいたが）一回、家に帰れて、先生が（骨に転移があることを告げて病状を）訂正したことがわかって、頭にあって、'どう思っているんですか？'って話して、なかなか返事が返ってこなくって・・』

事例 B6：『（患者が見通しを立てたいからと普通はどれくらいもつのかと聞いてきて）'印象はどうなの？'って感じで、ほんとだったら、'先生にどう伺っていますか？'って言うのが本当なんだろうなと思うが・・』

事例 C2：『'死にたい'と言っていたのですが、'どうしてか？'とは聞かずにまず'先生からどういう説明を受けているのか'聞いたんです。』（会話の範囲・了解のバリアにも分類）

事例 B0：『すごく疑問に思うのは、がん患者さんて自分の死期を悟るときってあるじゃないですか。その中で、わざとこう、かまをかけるような感じで、自分の希望はあるんだけど、断ち切ってもらいたくないというか、看護婦さんにはこんなふうに言うけど本当は違うことを言ってもらいたいっていうような感じで、言ってくる患者さんも何人もいるんですね。だから、そこいらへんを見極めるのがちょっとむずかしい』

事例 B4：『最期は楽にさせて欲しいって言うだろうなっていうのは何となく感じてはいた。』

事例 B5-2：『患者さんにしたら、もしかしたら、救いの希望を持っていて、違うことを言ってもらいたかったのかもしれないと思ったけど・・・、（北海道に行くことについて率直に意見を言った）』

事例 B7：『（夜間ナースコールがあってやっぱり'私は、あとどれくらい？'って聞かれた）とにかく'辛いんですよね'っていうのは言ったんですが、'そうなんだ'っていうことで、また、だけどどうその人が応えて欲しいのか、やっぱりわからなかった。』

事例 C10：『（'あとどれくらいもつのか？'聞かれて、'わからない'と答えたけど）あの時は何が聞きたかったんだろうって、余命を聞きたかったんじゃあなくて、私に何が聞きたかったんだろうって、もしかしたら否定してほしかったんじゃあないかって・・、そういう疑問がちょっと残った。』

ｖ．患者を良く知らない

看護師は、患者についてあまり情報がなく知らない場合やその患者のケアに携わったことがない夜勤の場合などに、対応に困り、患者と話す内容の範囲を決められない体験をしていた。

事例 C8：『準夜中で'僕はがんで死ぬの？一人になりたくない'って言われて、あまりその人と関わったことがなかったんですけども、しばらく沈黙があって・・・先生の説明が訂正されたって事が頭にあって、どう思っているのか聞いた』

事例 C11-2：『（'死んでしまいたい'と言われて）患者さんの前で困ったというのは、私は多分

その患者さんのことについて何も知らないから困ったんだと思う』

vi．患者が看護師の話せる範囲を察する

このサブカテゴリーには、患者の看護師に対する気遣いが分類された。看護師が対応に窮すると患者はそれを察し、話題を変えたり、「そばを離れてもいい」と許可を出して看護師をその場から解放していた。看護師は患者が自分を気遣っていることを認識しており、患者が自分の困っている状況を察してくれたと述べている。

事例 B2:『('来年は正月が迎えられるか？'と患者に聞かれて困っていたら)患者さんの方から、'じゃあ、来年は看護婦さんたちと一緒にみんなで初詣に行こうね'って言って、そうだねって、配膳中だったものでそのまま仕事に戻ってしまったんですけど、ちょっと困りました。私が答えられなくていたので・・私は救われました。』

事例 B4:『('最期は薬で眠らせて欲しい'って言われて、びっくりして'そんなことは言わないでください'といった後)'もういい'って言われて、その時ハンディカムのナースコールがなって、'あ、あんた呼んどるで、ほな、もう行っていいからな'って言われたんです。ちょっとほっとしたっていうか、・・・』

事例 C10:『(患者に'何日もつかあんたの考えでいいから'と執拗に問いつめられて'わからない'と答えて) それくらいの会話しかできなくて、患者さんから'あんたにこういう質問するのも酷よのう'って同情されて、奥さんが帰ってきたので話が終わったんですけど。』

⑨コミュニケーション技術のバリア

話をする場や時間の設定ができて、患者も話したいと感じていることがわかり、看護師も話を進めたいと感じていても、実践する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看護師は感じていた。看護師は、特に死に関する会話については聴くことはできるが話を発展させる具体的な方法を知らないために、踏み込んで必要な内容を話すことができないと感じていた。また、会話だけでなく対応方法全般について「わからない」「支える方法がない」という思いを語っているものもあり、看護師が行った対応の是非が判断できず、自信をもてない状況が語られた。このカテゴリーは、〈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かと思う〉の２つのサブカテゴリーから成り立っていた。

ｉ．会話を進める方法がわからない

このサブカテゴリーでは、会話の進め方に焦点が当てられて、うまく患者の気持ちを表現させることができなかった看護師の体験が語られた。[対処のバリア] の〈何もできない〉、〈焦りや戸惑いを感じる〉と類似した表現であるが、ここに分類されたものは、会話を進める技術的な課題に焦点が当たっている点で[対処のバリア]とは異な

るカテゴリーとして分類した。

事例 B7-2：『担当が途中で私に替わったんですね。（話をしたがる人だとは）聞いていたので多分、なんか話をしなくちゃいけないと思ったんですけど、どんなふうに聴いたらいいんだろうというのがわからなかったんですね。ただ、もうそれだけ話をしたいのであれば聞くことはできるだろうと、で、面接を1時間位したんですけど、本当に聴くことぐらいしかできないんですけど、・・'こういうことなんですね'っていうような事は返せるんですけど、ま、本当にそれだけしかできなくて・・・』

事例 C1：『('もう死ぬのかな？'と聞かれて'どうしてそう思うの？'と返したので症状の話になってしまって、今の気持ちが聞けなかった）お子さんも小さかったので伝えたいことがもしかしたらあったのではないかと思って・・・』

事例 C8：『('僕はがんで死ぬの？一人になりたくない'と言われて、病気のことをどう思っているか聞いたが返事かなく）何も言わないのでだまって、'じゃあ帰ります'って帰った。繰り返し本人の思いを聞いても本人は黙ってしまう。沈黙を打開する方法は自分の頭の中にはその時は出てこなかった。』

事例 C12：『('死にたい'とおっしゃるので'死にたいくらい辛いのですね'と返したが）その後の言葉が続かなくって、何か反応があるだろうと思ったんですが、患者さんは何も言葉としては出てこなかったので、私も言葉に詰まって、この場をどういうふうに変えたらいいのかといっても言葉が浮かばないし、さすって時間が経って、'また来ますね'というかんじになってしまった。』

事例 C14：『(在宅で夜間訪問して処置を終えて)'私死にたくないのよ、どうしたらいい？'と聞かれて、夫と娘がいて自分とだぶるものがあって、'お子さん小さいからですか？'と聞いたらそうねって言って、後は身体をさするだけで、何も言えない時間のまま、看護婦さんもういいですよ帰ってくださいって。多分夜中だから、その時にもっと上手に会話ができていればもっとっもっと患者の気持ちが聞き出せたのに。それができないまま急変して亡くなられたんです。』

ii．もっと良い対応方法がないかと思う

看護師は、死が話題になるような状況で、自分なりの対応をしながら、これでよいという満足感や達成感がなく、何かもっと良い方法があるのではないかと感じる体験をしていいた。「もっとうまい対応」、「もっと上手な対応」という表現が頻回に見られ、現在の自分たちの対応は不十分であるという認識が看護師の中に強く存在している。

事例 A3：『本当に死に向かい合っているっていうか、なんかそんな人たちには、私たちはどういう風に接していったらいいのか方法がわからない。どういうふうに支えていったらいいのか・・。』

事例 A6：『(その人は限られた時間を地道に生きているのに）日は経っていくし、時間も経って

いくし、（具体的にささえる方法は）見つからないし・・。』
事例 A7：『（'治療が効いてまた帰れるよね？'と聞かれて、'効くといいですね'という会話でおわったが心残りで）もっとあの時期に、結局、その患者さんはその入院で亡くなっていかれたんですけど、もうちょっと進んだ関わりができたんじゃあないかと。』
事例 B1：『患者さんが、そんな状況を一人で耐えているという状況には、何とかしたいという思いはあったんだけど、全然手段が自分の中になかった。何も。』
事例 C4：『その人にとって、死ぬんだろうかとかそういう思いを残して死ぬのはしんどいだろうなって、なんかこう対応が違っていれば最初からこう・・・。』
事例 C7：『（'みんないつ死ぬかわからないから、奥さんに手紙を書いておくことは良いと思う'といった後に）あの時、そんなことを話したことが良かったのかどうか自分の中でちょっと残っているんですけどね。なんかもうちょっと上手な言い方、もっとあるんじゃあないかな、自分がそういう場面で対応できることは返したけど、もっと上手な表現だったり、いろいろあったんじゃあないかなという気がします。』
事例 C11-2：『（排泄介助の後に'もう死んでしまいたい'と言われ、何もできなかった）本気だと思ったし、希死念慮というのがあったと思うのに、それに対して自分にはもっと声をかけるとか行動とか何かあったんじゃあないのかと思うんですけど。』
事例 C12：『（患者さんが'もう死にたい'と言われた場面で言葉がでなくて身体をさすって時間が経って'また来ます'といって部屋を出たが、そういう対応で）よかったんだろうか。』

⑩関係性のバリア

このカテゴリーには、患者との心理的な距離が非常に近い場合と非常に遠い場合、そして相手にとっていやな情報を与えないで維持しようとする表層的な関係の３つの関係性がバリアとして分類された。サブカテゴリーとしては、〈患者に気持ちが向かない〉、〈患者との関係を壊したくない〉、〈患者への思い入れが強い〉の３つが分類された。患者との関係は近すぎると本人への共感性が高くなり、家族のような関係になってしまい、死に関する話を展開するのは難しくなると看護師は感じていた。また、諸事情で患者から気持ちが離れてしまった事例では患者の気持ちが考えられず、患者に気持ちが向かなくなり、死に関する話にも向かうことができないという体験をしていた。また、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、あえて悪い情報は伝えないで良い看護師としていられるようにするという行動をとっていた。看護師は、良い看護師を演じながら、自分の勝手な思いこみで関係が壊れると思ったが実はそうではないかもしれないと思い直し、ありきたりの会話で表層的な話しかできなかったことを後悔していた。

ｉ．患者に気持ちが向かない

看護師は、患者に怒鳴られたり、嫌な思いをさせられた経緯がある場合や患者のパーソナリティに嫌悪感を感じるときは、十分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。患者と看護師との関係は、良い状態とは言えず、共感性も低く、自分にも余裕が持てなかった体験が語られた。

事例 A5：『攻撃的に看護師を怒鳴っていた患者が状態が悪くなって、その混乱を看護師にぶつけていたけど、弱くなったりしてくると、あとどれくらいもつか看護師に聞いてくるんですよ。私たちは（チームの中で）その答え方を統一することもできなくて・・』

事例 B6：『私、その患者さんに対して、もうなんか、すごく嫌になりかけていたんですね。ていうのが、すごい性格的にせっかちな方で、他の患者さんが、その患者さんのために売店でポカリスエットとか果物とか買ってきても‘そこ置いておいてよ’とか、‘ドアの閉め方悪いよ、あんた’っていうかんじで、すごいぞんざいな言い方する方で、私自身その患者さんに対して、ちょっと、うん・・・、忙しいというのもあって、‘俺まだもつ？’って聞かれたとき、あの、気持ちが向けなかったんですよね。痛み止めでコントロールがつくようになったら家に帰れますよって、なんか事務的だったかなって。私自身の気持ちに余裕がなくて、なんでそんなふうに聞くのかなってまで考えるゆとりがなかったんです。』

ⅱ．患者との関係を壊したくない

このサブカテゴリーは、１名の看護師によって語られた体験によって成り立っている。看護師は、再入院してきた患者がまた治療を受けて帰ることができることを期待していると聞き、抗がん剤は効かないと思いながら、希望に添うようなことしか言えなかったのは、せっかくいい関係ができていたので壊したくなかったためであると感じていた。

事例 A7：『過去２回の入院の経過の中で、すごくなんか、言葉のキャッチボールがすごく良くできる人だったんですね。で、なんか私がここで患者さんにとって、マイナスのことを言ってしまうことで、今までの関係が、今までみたいにはできなくなってしまうのではないかというのを勝手に自分で・・・、怖かったのかもしれない。だからすごくいい子でいたい、いい顔見せたいから、患者さんにとって嫌なことは言わずに、抗がん剤が効くといいですねと本当にありきたりのことで終わらせてしまったなぁ、それが私の中のバリアかなって思っているんですけど』

ⅲ．患者への思い入れが強い

看護師は、何回かの入院を通して受け持ちとして関係をもった患者や精神的な悩みに及んで話を聞いた患者について、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かったり、死について患者が話し始めたときにそれを発展させることは難しいと感じていいた。

事例A6：『プライマリー（受け持ち看護師）で関わっていたので、結構思い入れもあって再発で入院されたときに再発したと主治医から聞いて、その後、一緒に泣いたんですけど・・・、もういっぱい症状がこう辛くて悲しくて、弱く見えて、なんか、‘もうあかんかな’といわれたときは‘そうですか’としか言えなかった。すごい前から関わっていたから思い入れもすごいあります。そういう患者さんけっこういてるんですけど』

事例B3：『（患者に別れの言葉を返さなくてはと思うが）患者さん・・・、私の思いでは、なんかすごい近すぎて、なんか友達みたいになっていて、そういう、なんていうのかな、（お別れを）言う自分の方が辛かったんだと思うんです』

⑪環境のバリア

［環境のバリア］に分類されたサブカテゴリーは、〈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つである。死について話をするには、時と場が整うことが必要であり、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、死に関する話をやめていた。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を構成しており、非常に複雑な条件をはらんだ日常の中で死について話をするその時その場を設定することに看護師は困難を感じていた。

ｉ．まとまった時間が取れない

この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。中でもナースコールによってほかの患者に呼ばれると、話したいという気持ちが高まっているのに、患者自身が看護師にほかの患者の用事を優先するように気を遣う場面が多く語られた。一方、看護師の中には、自分が死んでいくことを話したいという患者の状況を予測して、事前にほかの看護婦に日常業務を依頼し時間を調整して、まとまった時間を設定して話を聞くという対応策をとっている看護師もみられた。

事例B4：『他にもたくさん回らなければならないところがあったし・・・』

事例B4：『‘がんばってきたけど・・・・もういい’って言われたんです。そしたら、あの、そこでナースコール持ってたんです。ハンディカム持っていて、それが鳴ったんですね。で、患者さんは、もうそういうの良く知っているので・・、‘あ、あんた、呼んどるで、ほなもう行ってええからな’って言われたんです』

事例C-6：『準夜帯で・・・‘自分の転移はどこにあるのか？予後はどれくらいなのか？’と聞かれて、結局こっちもそのときは答えれず、ま、黙っている間に夜勤帯だったので他で呼ばれて、‘すみませんちょっと・・’と言って部屋を抜け出たんですけど・・・気になって・・』

ⅱ．話すタイミングを逃す

このカテゴリーでは、話の流れの中で「今がその時か」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。これは前項の〈まとまった時間が取れない〉という物理的な時間の長さを問題にしているのではなく、話の流れの中で死を話題にしても不自然ではないと感じる質的に適した瞬間を問題にしたもので、看護師がそれに気づきながら、死を会話のテーマにすることができないという思いを持っていることが述べられている。

また、看護師が病気の進行や身体の衰弱を見計らってタイミングを計る様子が述べられた。死期があまり遠すぎず、しかしながら話す力もないほど衰弱する前の段階が良いと感じており、患者が自分自身で身体の変化を察知し、死を意識しはじめ、話をしたいと思うような状況は死に関する会話をするのに適切であると看護師は考えていた。

事例 A：『突然話はできないですよね・・・、機会がないと思うけど、それこそ病名告知（病状説明）をもう一度する時とか、きっかけがないとね・・』

事例 B4：『ナースコールで呼ばれて・・・'あ、じゃあまた後できます'って言って、申し送りが終わって、記録が終わって、行ったんですけど、MRI がその８時半からはいっていて、・・・日勤の看護婦とオムツをどうするかっていう、そういう話をしていたので、一応顔はのぞけたんですけど、なんか、話の続きという感じではなくて、患者さんもその検査で一生懸命だったので・・・』

事例 C2：『呼吸筋が麻痺するという話をしてからは、患者は信頼してくれて、最後は亡くなったんですが、言っちゃった以降は全然そういうこと言わなくなっちゃたんですよ。（その後、患者の気持ちを）確認していない・・・。』

事例 C9：『死について話す機会が２回あったんですけど、何も言えない自分がいた・・。やっぱり一言、'よく頑張ったね'とか言ってあげたら良かったかなって・・・・』

事例 B0：『苦しがっているんだけど、まだもうちょっと生きられる患者さんには言えないじゃあないですか』

事例 B0：『患者さんから'今日はもうだめだから泣いて帰らないでって旦那を引き留めちゃった。'と話されたときなんか、そこから話に入っていけると思うんですが・・・』

ⅲ．話す場が不適切である

このカテゴリーには、１単位データからなり、死について話をする物理的な場所の問題が語られた。大部屋など周りに人がいる環境では、話をすることを躊躇するというもので、看護師が周りにいる人が死に関する会話に対してどのような気持ちになるかを思いはかる様子が述べられていた。

事例 B0:『４人部屋であと３人おられる患者さんとは全然状況が違うし、カーテン越しだとやっぱり、別に患者さんとそういうことについて話ができる個室はなくて、４人部屋で話をしないといけない時とか結構言葉に気を遣いますね。他の患者さんが聞いたらどう思うかとか、他の患者さんに話が聞こえてしまったら、隣の患者さんは死について話を聞きたくない状況にあるかもしれないということもありますし・・・』

（２）死に関する会話を推進するカテゴリー

フォーカスグループインタビューでは、看護師が死に関して患者と話をすることを迫られる場面や患者から死に関連した話題を持ちかけられて言葉に窮する場面を中心に話してもらったが、同時に８人の看護師がバリアを感じながらも患者の明るさや落ち着きに支えられて死に関する話に応じている現象を語った。また、バリアを感じながらも話をしたいという意志を持ち、話はできなくても現時点で看護師にできるケアを探そうとする現象も読みとることができた。これらの現象はバリアとは別に分類し、むしろ死に関する話を促進するカテゴリーとして位置づけた。促進するカテゴリーは、[死に関する会話を進める患者の力]、[死に関する会話を支えるもの]、[ケアの意志]、として記述した。

①死に関する会話を進める患者の力

このカテゴリーは、〈患者が自ら話す〉、〈患者の話す力を信頼する〉、〈患者の意志が明確である〉、〈患者は大丈夫である〉、〈明るくて率直に話せる雰囲気がある〉５つのサブカテゴリーによって構成されている。患者の持っている力によって死について看護師が患者と会話を進めることができたという現象が多く述べられ、患者が死について話をするきっかけを提供して会話が始まったり、患者が死について話すことに耐えられるという印象を看護師に与えたことによって、看護師は患者と死について会話をする事ができていた。また、明るい雰囲気といった患者が元来持っていた力に依拠するものも分類され、患者が醸し出す明るい雰囲気ゆえに看護師は話ができたと感じていた。患者のこのような力に支えられて、看護師は死について自分でも驚くほど率直な会話を経験することができたと述べている。

ｉ．患者が自ら話す

このサブカテゴリーは、患者が EOL の状況で、自ら自分の死について積極的、自発的に看護師に話をした事例から抽出した。患者が死に関する会話のきっかけを提供し、いわば患者に支えられて看護師が死について患者と会話するといった現象が語られた。事例 B7-2 では、治療をやめる決断をするに至った経緯や家族のこと、死後、自分は献体をしたいと考えていることなどを約１時間にわたって話している。看護師はこの患

者が話をしたい患者であることを認識していたので、時間を取って面接を行った。このように患者が死に関する話をしたいというニーズを明確に見せてくれるときは、看護師は躊躇することなく時間の調整をするなど物理的条件を整えて患者の話を聴くことができていた。事例B5-2でも患者の話をしたいというニーズは明確で、患者から話し始めるきっかけを作って提示している。しかしいずれの場合も、看護師は自分が行った対応に満足することがなく、「聴くことはできたが、患者さんはすっきりしたのかどうかわからない」、「(後悔しないように北海道に行ったらいいと) 言っちゃったのは、もうダメだというのを認めたことになる。患者さんは違うことを言ってもらいたかったかもしれない」と対応に確信を持てない看護師の様子が付随して語られている。

事例B7-2『・・で再発で入院してきたんですが、病気のこと以上に死についてもつっこんで話をされるみたいでほかの患者さんも怖がっていたんですよ。受け持ちになったので話を聞こうと思って面接を1時間くらいしたんです。聴くことはできたんですけど、それだけで患者さんはすっきりされたのかなっていうのが私の中にあって・・・』

事例B5-2『（看護師といろいろなことを良く話す患者で、患者は身体的には危険な状態であったが、）・・・症状が落ち着いたので一時退院という、今じゃないともうチャンスはないからという時期だったんですけど、夜勤の時、'ちょっと話を聴いてください'と言われて聴いたんです。（患者は死ぬ前に北海道に行きたいがどうか意見を求めてきた。）』

ii．患者の話す力を信頼する

患者が死を受け入れていることが看護師の目から明らかな事例やその患者と話をした経験があり話してくれるという確信があった事例では、看護師は拒絶される心配をすることなく話を聴いており、患者の話す力を看護師が信頼したことで、死に関する話を進めることができていた。

事例B4-2：『26歳の肺がんの女の子が本当に、なんか、受け入れてるなってみんなが思えてて、本人もお母さんも思ってて、で、最期に、でもなんかこう、髪も抜けてて、顔もこんなに膨れて、なんか辛いんだけど、・・・・・・そういう話が割としやすいんですよ。』

事例A3：『告知の後にお気持ちを聞いたんですが、告知される前の患者さんと接していて、この方はまあお話ししてくださるだろうというか、そういう気持ちがあった。』

iii．患者の意志が明確である

このサブカテゴリーでは、今後の過ごし方や死に方について患者の意志が明確であったために、話を聞くことに看護師が不安を感じなかった状況が語られていた。

事例B5-2：『'俺には目標がある'っていうんですよ。'亡くなる前に北海道に旅行したい'って。'今すごく弱っていてこんな状態で帰っても旅行はできないだろうか？'って聞いてきたんです。・・・'向こうで亡くなっても俺はいいと思っている。'と言うので、'後悔しないように行

ったらいいんじゃないか’って言ったんです。・・・それって、もうあなたはだめだってことを認めたって言うことなんだけど・・・・言っちゃたんです。』

事例 B7-2:『再発予防のために化学療法するように医師に言われたんですけど・・・もう３年くらい闘病されてて、‘もう自分はいい’って言われたんですね。‘もうこれで帰る’って。・・・・今すぐ何かこう、治療方針をまたそれで決めてしまうとかそういうことはなかったんですね。すでに決めてらっしゃったんで話したんです。』

ⅳ．患者は大丈夫である

死に関する話をしても、患者は大丈夫であるという看護師の確信が死について話を聴くことを可能にしていた。患者の「死にたい」という言葉をだまって聞くことが出来た事例 C11-2 の看護師は、「患者は落ち着いて死んでしまいたいと言うので私は聴くだけでよかった。」と述べている。また患者の準備が看護師に見えるときや身体的にまだ大丈夫と思えるときは躊躇なく聴くことができた様子が語られた。

事例 C11-2 :『・・・そうなんです、死んでしまいたいというのは私に向かってというよりも空中に向かって言ったので、何も答えなくても自然だったんです。大丈夫だったんです。』

事例 B7-2:『うまく話せないと言う心配はすごくあったんですけど、死について話すことが怖いとか思わなかったのは、その患者さんが話したいってことはみんなもわかっていることだから。・・・だから別にその話題を持ってくること自体は心配じゃあなかったし、私が話すことで希望をつみ取ってしまうとか、そういう心配はその事例ではしなくてよかったんで、とりあえず聴くことができました。』

事例 B6:『・・・‘このがん、たち悪い？このがんの人はすぐ死んじゃう？’って聞かれて・・・、‘ホルモンが良く効く病気なのでそんなに早く亡くなっていくって印象はないよ’ってさらっと言ってしまったんです。本当にまだ元気だったので（深刻にならずに）言えたんですね。』

事例 B5-2 :『(危険だけど北海道に行きたいのなら後悔しないように行くことを看護師が支持したあとに看護師は死を認めることになったと後悔したが)・・・言った後でも患者さんの表情は全然変わらなかったし、・・・患者さんは準備があるというのが見えました。』

ⅴ．明るくて率直に話せる雰囲気がある

患者の表情が明るく、そのおかげで自分でも驚くほど率直な会話ができたと看護師は感じていた。死ぬ前に北海道に行くことに同意したことについて看護師は、同意することで死を認めることになるにもかかわらず自分がそのようにできたことを驚いていた。このサブカテゴリーは、１単位データからなっていた。

事例 B5-2『患者さんの表情もすごく明るかったんです。それで言えたと思います。自分自身なんでこんなこと言えるんだろうって、そういう自分に驚いちゃった』

②死に関する会話を支えるもの

このカテゴリーは、〈コミュニケーションが良い〉、〈信頼関係がある〉、〈死に関する会話を患者とする必要性を認める〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。看護師は従来からコミュニケーションが良い状態であることや、患者看護師間の信頼関係が良いと確信できる場合は、話ができると感じていた。また、死について話をすることは患者にとって必要であると感じた体験についても語られ、これらのカテゴリーは患者と死について会話をすることを進める働きを持っていた。

ⅰ．コミュニケーションが良い

もともと良い患者看護師関係があって、意志疎通の状態が良く、気さくに言ったり聴いたりすることができる関係を保持している場合は、死についての話も行われやすいことが述べられた。良好なコミュニケーションの背景には、関与した年月の長さ、年齢（世代）などの看護師と患者が共有できる個人的状況があることや、患者からの話をしたいという明確なメッセージがあることが影響していた。

事例 C2『その患者さんはずーっと話をしていたので、私の判断で呼吸筋が麻痺してきて苦しくなったから人工呼吸器が付いたこと、・・・・・苦しくなって死ぬことも当然あると言う話をしたんです。』

事例 B4『年が上で気むずかしくほかの看護婦は苦手意識があったんですが、最初に私が病歴を聞いたので割と話がしやすくて、向こうも多分そう思ってくれていたと思うんです。でいろいろ考えているんだろうなと思って考えていることを聴いたんです。』

事例 B4'『私なんかこう年の近い患者さんのほうが話しやすいんです。経過が長いからかもしれないんですけど、なんかこう、一緒にがんばってきたっていう思いが自分の中にもあるんで・・・。』

事例 B5-2『バリアっていうかそういう怖さとか自分自身全然感じなかったですね。その患者さんの場合、ナースコールで私を指名して呼ぶんですね。もう行くとある程度考えをまとめてあるんですよ。』

事例 C5『・・・だんだんしんどくなるとちょっとかまをかけるわけじゃあないんだけど、まあ娘の年齢も近いっていうのもあって、良く話をしてくださったのですが、そういうときにぽこっと本音が聞けて・・。』

ⅱ．信頼関係がある

看護師は患者との信頼関係があると認識している時に、迷いながらも話を聞いたり、率直に考えを返したりしていた。日頃からよく話していて信頼関係が良かったとか、危機的な状態の時にケアをして信頼を得たとか、緩和ケアを勉強している看護師だからということで話が持ち込まれたりして、話が発展しており、様々な形で信頼関係が

形成されていることがわかる。

事例 B5-2：『'むこうで死ぬことになっても死ぬ前に北海道に行きたい'と患者が言ったとき、'行ったらいいんじゃないの'って言って・・・もしかしたらだめだというのを認めたような気がして後悔したんですが、そういう話ができたのも信頼関係があったからだと思います。』

事例 C6：『どうも緩和ケアの勉強しているからこの人は・・という感じで話しかけられたみたいで・・・』

事例 C7：『最初の時にヘルツ（心臓）のアタック（発作）を起こして死にかけたという思いがあって、そのときたまたま私が夜勤をしていたんで、すごく私に助けてもらったって言ってくださるくらいの人間関係だったんですけど、'今回の治療で血吐いて死ぬかもしれんから奥さんに手紙書こうと思うけどどんなかな'と相談されて、・・・逸らしてはいけないと思い、'いつ死ぬかだれにもわからんし、気になるんだったらきちっと奥さんに書かれたほうがいいかもしれませんね'って言って・・・』

iii．死に関する会話を患者とする必要性を認める

このサブカテゴリーには１つの単位データだけが分類された。死について話すことが患者にとって必要であったと看護師は感じており、言語化することの価値をみとめる表現が聞かれた。信頼関係や良いコミュニケーションというより、患者が必要として話す場合、聴くことがいけないことではないという控えめな認識について語ったものである。

事例 B7-2：『(患者さんがどのように死にたいか話してくれて)・・'そういうことなんですね'というところまでは聴けるんですが・・・、誰かに話せれば良かったのかなと言う感じはあったので・・話を聞いたことがいけなかったとは思いません』

③ケアの意志

このカテゴリーには、ケアをしたいという看護師の意志が表現されていた。〈患者の気持をわかろうとする〉、〈患者の気持ちを支えたいと思う〉、〈患者の気持ちを聴きたいと思う〉、〈患者の気持ちがわかる〉、〈別れや死から逃げずに話す〉といった看護師の気持ちや行動を表す５つのサブカテゴリーによって構成されていた。ケアの意志は、死について患者と話をしようとする看護師の行為を押し進めていた。バリアと葛藤を起こして話をすることを実現するのが困難な事例も見受けられたが、実現できたものも見られた。

ｉ．患者の気持ちをわかろうとする

看護師は患者の「死にたい」という言葉を聞き、死ではなく死にたい理由に焦点をあてて患者の気持ちをわかろうとしていた。そして死にたいという患者の気持ちの背

景になっているものが具体的にわかれば、看護師として実質的にできることがあるのではないかと模索していた。死にたいという患者の言葉を「死にたいのではなく死にたいほど辛いのだと考えた」と看護師は述べており、症状緩和につながる看護師のケアにつながっていた。患者の言葉を受け止め、〈気持ちをわかろうとする〉看護師のケアの意志によって、逃げたり止まったりせずに次の会話につなげようと看護師が努力する様子が語られ、死に関する会話から逃げないで、何とか患者の気持ちを聴き、それを理解しようとする気持ちの強さが表現された。しかし会話の発展は見られず、事例では、看護師が患者の気持ちを理解したいと思い、患者に「しんどいのですね」と言葉をかけるが、患者はほとんどの場合、そのまま沈黙してしまい、結果的に看護師は不全感を感じていた。

事例 B0：『'本当に死んでしまいたい、殺してくれ'って患者さんが言うときは死にたいんじゃあなくて死にたいくらい辛いんだって、例えば痛みがあるんだったら痛いのをどうにか楽にできれば、その患者さんの気持ちが少しは和らぐのかなって、死にたいと思わせるものは何かなって原因を考えるようにしています。』

事例 A4：『'早く楽になりたい'とおっしゃる患者さんに、'そう、辛いですね。動けなくなって辛いからそう言うんだね'というふうには言ったんですけど・・・』

事例 B7：『夜勤でナースコールがあって、'私あとどれくらい？'って聞かれて、・・とにかくきつそうだったんで'とにかく辛いんですよね'って言うのは言ったんですけど、'そうなんだ'って、'とにかくおなかがはって苦しいんだ'って事で・・・』

事例 C12：『もうほとんど寝たきりの状態の患者さんだったんですが、様子をうかがいに行ったときに、'もう死にたい'っておっしゃっられて、でその時に言葉を返したのは、'死にたいと思うくらいしんどいんですよね'って言葉を返しました。なにか反応があるかなと思ったんですが患者さんは何も言葉を出さないで、・・・私もつまって言葉が浮かばないし・・』

ii．患者の気持ちを支えたいと思う

看護師は患者が死に直面して自分の気持ちを話してくれたとき、患者の気持ちを支えようと会話を続けていた。結果的に「誰でもいつかは死ぬ」という言い方をしたことに関しては、看護師は良い対応ではなかったと感じているが、必死に「死」という言葉から逃げないで患者の気持ちを支えようとする看護師の様子が読みとれる。このサブカテゴリーは、１単位データからなっている。

事例 C7：『緩和ケアの講演を思い出して、やっぱり死という言葉を逸らしてはいけないよなと思い、'だれでもいつ死ぬかはわからない。私だって元気だけど明日死ぬかもしれない。そんなに気になっているんだったら、きちっと奥さんに手紙を書いておかれたほうがいいかもしれませんね'って言ったんです。入院することになって夫婦っていいものだなっていうふうに考えが変わってきた人だったんです。だから是非奥さんに手紙を残してほしいなっていう私の気持ち

もありました。』

iii．気持ちを聞きたいと思う

看護師は、話をしようと挑戦しようとしたり、実際に挑戦してうまく聞き出せなかった体験の中で「患者の話を聴いてあげたい」、「いろいろ考えているだろうと思うと気になる」と患者の気持ちを聴きたいという自分の気持ちを語った。

事例 C1：『もう少し聞いてあげれば良かったかなと思う。子供さんも小さかったので伝えたいことがもしかしたらあったのではないかと思います。』

事例 B4：『夜間ずっと痛みがあっていろいろしたけど楽にしてあげられなかった患者が朝になって‘これ以上良くならないと思うのでもう治療をやめたい’って言われたんです。夜中何もいってくれなかったし、いろいろ考えていたことがあるんだろうなって気になって考えていることを聞いたんです。』

iv．患者の気持ちがわかる

患者が自分の予後について聞いてきたときや楽になりたいともらしたときに看護師は、特に慌てることなく、患者の話を聞き、患者の気持ちがよくわかるという感覚を持つことができたことを語った。

事例 C6：『患者さんはもと看護婦さんで、私が緩和の勉強をしていると他の看護婦から聞いて知っていたみたいで、‘自分はどこに転移があるのか？予後はどれくらいか？’って夜勤で回ったときに聞かれました。その方の担当でもないのになぜ私に聞いてきたのだろうって気になって、すごく辛くて何か思いがあって聞かれたんだろうなあって強く思いました。』

事例 B0：『見るからに、もう本当に楽になりたいって言う患者さんには（その気持ちがよくわかるので）よく頑張ったねと言う言葉がかけられる。』

v．別れや死から逃げずに話す

患者から別れを言われて、なんとかここはがんばって受け止めて返さなければならないと勇気を振り絞って対応した看護師の状況が語られた。

事例 B3：『前に悩んでいたときにお話を聞いて結びつきの強かった方ですが、最期の時期になってお部屋に行ったとき患者さんはお薬でうとうとしておられたんですけど、お母さんが私が来たからってわざわざ起こしてくださって、手を握られて、‘ありがとう、今までありがとう’って言われたんです。で一応、あの、聴かないといけないと思ってたんで、ここは勇気を出して、で、‘はい、いいよ’って、一応そのありがとうに対しては‘うん、うん’と言って、‘もうあかん思ってるん？’って聞いたんです。』

事例 C2：『（‘呼吸筋が麻痺して苦しくなって死ぬのか’と聞かれたときに）‘死ぬということも当然ある’とちゃんと話した。』

（３）バリアの構造

前項で明らかになったバリアの種類とその内容にもとづき、バリア同士がどのような関係にあるのかを各事例の文脈から読みとり、構造図として提示した。(図 3-1 次頁) 構造図の作成に当たっては、各事例毎のバリアの構成を概観して、さらにフォーカスグループインタビューでの対話の流れを読み返し、看護師が表現したバリアの前後の文脈から判断して配置をした。バリアの配置に関しては、質的研究の経験が豊富な看護の研究者にスーパーバイズを求め、妥当な配置であるかどうか検討した。

図 3-1 の中心部の雲状の枠Aには看護師自身に内在し看護師のあり方に関連するものが配置された。[対処のバリア] では、死が話題にのぼったとき立ち往生してしまう看護師の状況が語られ、[防衛のバリア] では、患者と自分を死から引き離し逃れようとする気持ちが語られた。そして [感情のバリア] では、患者への強い共感から感情的に追い込まれる状況を、[ダメージのバリア] では、死について話すことが患者にダメージを与えてしまうという心配が語られた。[実存のバリア] では、死そのものへの畏れやあらがうことのできない運命を感じている様子が見られた。これらの死に対する情緒的な反応は、患者と看護師が死に関する会話をしようとする時に最初に自然発生的に出現し、死に関する会話を差し止める働きをしていた。そして、Bで示した看護師という職業ゆえに発生すると思われる [規範のバリア] が、〈逃げてはいけない〉、〈うそをついてはいけない〉など、死から逃れようとする看護師を引き留め、困難な状況に直面化させようとしており、強い葛藤を起こしている様子が [葛藤のバリア] に表現された。このような葛藤によって [対処のバリア] はますます強調され、看護師は患者の前で絶句し、「パニックになった」、「固まってしまった」と語っている。

さらにAで示した雲状の枠の部分の外側に馬蹄形の枠で示されたCの部分は、死に関する会話を行う技術的な領域で、コミュニケーション技術、会話場面の条件、会話の前提となる患者看護師関係がこの中に位置づけられた。この領域は、話す場所やタイミング、関わっている人々のどこまで死や病気をあからさまに話すかというコンセンサスなど、より具体的なバリアである。このように技術的なバリアや環境などの物理的な条件に関するバリアは看護師の内面的なバリアと比べると調整することが可能であり、実際に看護師は、講習会で学んだ方法を使って話を展開したり、患者と話をする時間をわざわざ設定するといった実践活動を行っていた。しかし、一方では実際の医療現場の状況が強く反映されるだけに動かしがたい条件にもなりうるものと考えられる。

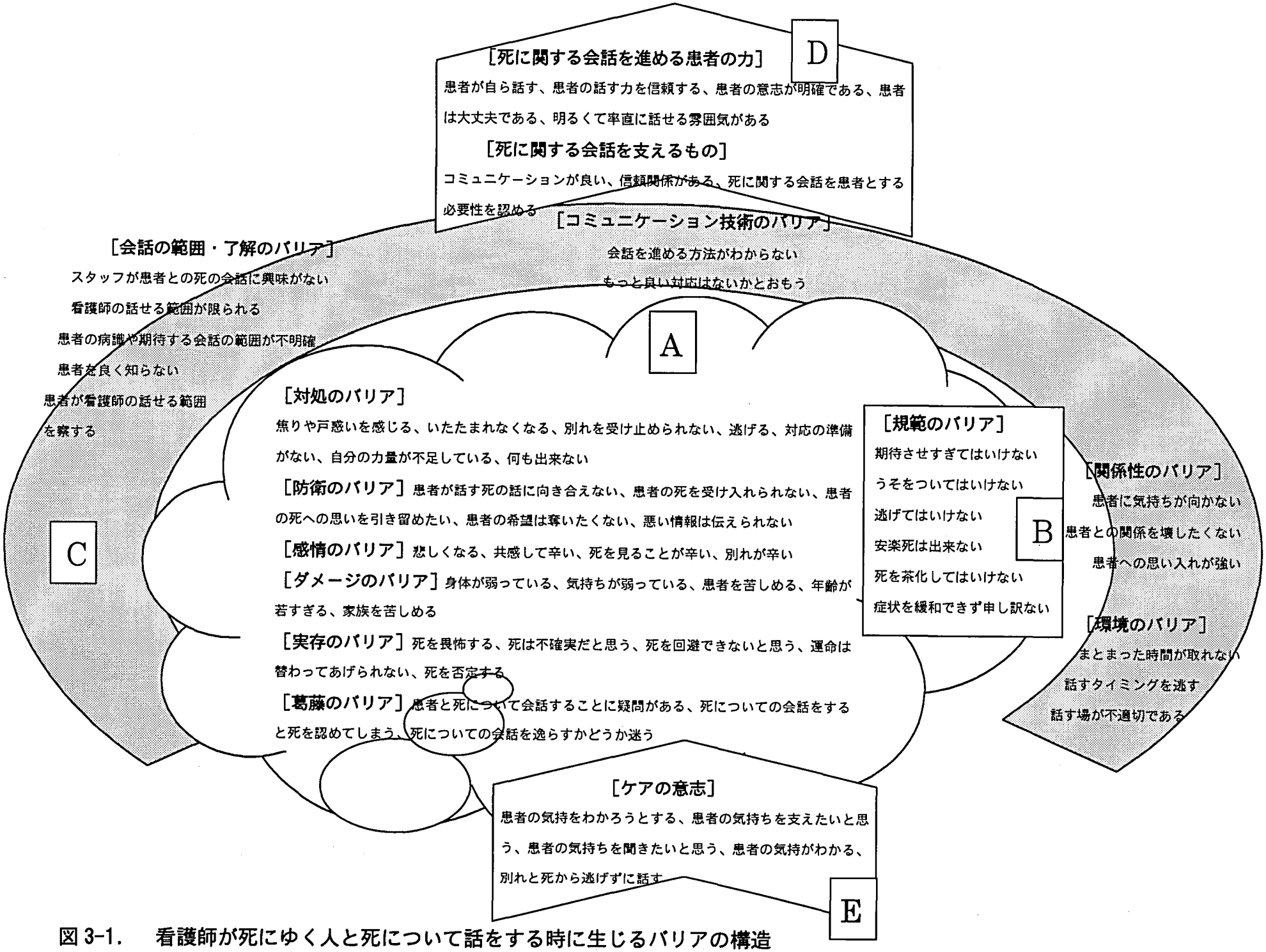

図 3-1.　看護師が死にゆく人と死について話をする時に生じるバリアの構造

そのような状況で看護師は、心の動揺を感じながらも患者の気持ちを理解したいと強く希望しており、それを支えているものが［ケアの意志］として位置づけられた。また、看護師は患者との関係の良さや患者自身のもっている死に直面する力によって、死に関する話をすることが出来ており、これらは［死に関する会話を進める患者の力］、［死について話すことを支えるもの］として位置づけられ、死に関する会話を展開する推進力として解釈することが出来た。［死に関する会話を進める患者の力］、［死について話すことを支えるもの］の２つのカテゴリーは、Dの外側にあって、死に関する会話をよりしやすくする働きがあり、会話を先に牽引するという意味でバリアの上方に矢印の枠で示した。図 3-1 の下方にある［ケアの意志］は、看護師にとって死について話すことの原動力になる部分で、死に関する会話を基礎から支えるように働いていると解釈されたので、下方から矢印の枠Eで押し進めているように位置づけた。

このようにバリアは、看護師自身に内在し看護師のあり方に関連するものとしてのA、B、死に関する会話をする環境条件や技術的な領域としてのCと大きく２つの領域からなっていた。そしてバリアとは反対に、むしろバリアを乗り越えられるように働いている領域DとEが認められた。以下にそれぞれの領域同士の関係を説明し、バリアの構造の持つ意味について典型例を示し、詳述する。全事例のバリアの構成と特徴については表 3-2 の右欄に示した。事例の中から以下にいくつかの典型例を示す。

①［対処のバリア］を中心とした死に関する会話への反応

バリアの中心になるのは、［対処のバリア］というカテゴリーで、死が患者との間で話題にのぼったときに、看護師に最初に出現する現象がここに分類された。このカテゴリーを強化するものとして［防衛のバリア］、［感情のバリア］、［ダメージのバリア］［実存のバリア］、［規範のバリア］があげられる。死を畏れる、死を遠ざけたい、患者や家族を傷つけたくないという人間として自然な感情と、看護師として逃げることはできないという思いが葛藤して、［対処のバリア］を増強していた。さらに看護師として、困った状況にいる患者に対する［ケアの意志］が死を遠ざけないで話をしようとする方向を作り、結果として死の話に向かおうとする気持ちと死の話から遠ざかろうとする気持ちが激しく葛藤して［対処のバリア］をさらに強調していた。［ケアの意志］は、その意味内容から、バリアではなく、むしろ看護師が語った文脈では死について話を進める方向に寄与しているものと解釈された。

［対処のバリア］が特徴的であった事例 A6、事例 B1 についてバリアの構造を示し（図 3-2　次頁、図 3-3　次々頁）、［対処のバリア］を中心にみられる死に関する会話への看護師の反応の特徴的な様子について述べる。

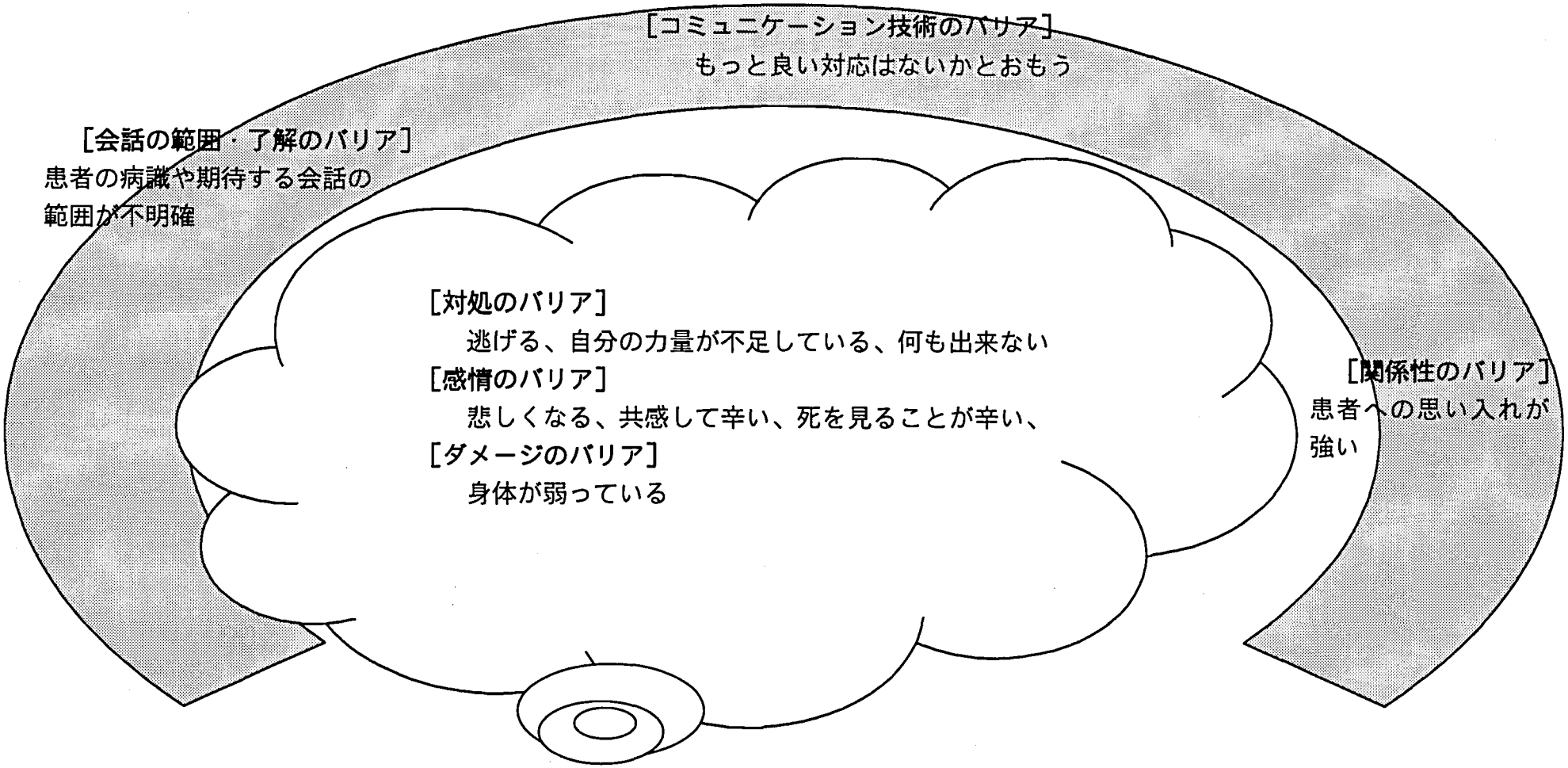

図 3-2. 事例 A6:高い共感性ゆえにコミュニケーションが行き詰まってしまった事例

病名、予後（6ヵ月）告知されている。患者はカレンダーを毎日チェックし「もうそろそろだ」と言うのに対して「そうですね」と言うだけで沈黙になってしまい何もできない。看護師は患者への強い共感、辛い気持ちを持っていた。区切られた日々を地道に生きている人に自分でいいのか卑下する感覚が看護師にあり、患者は自分にとって大切な人なのに部屋に行くことができなかった。

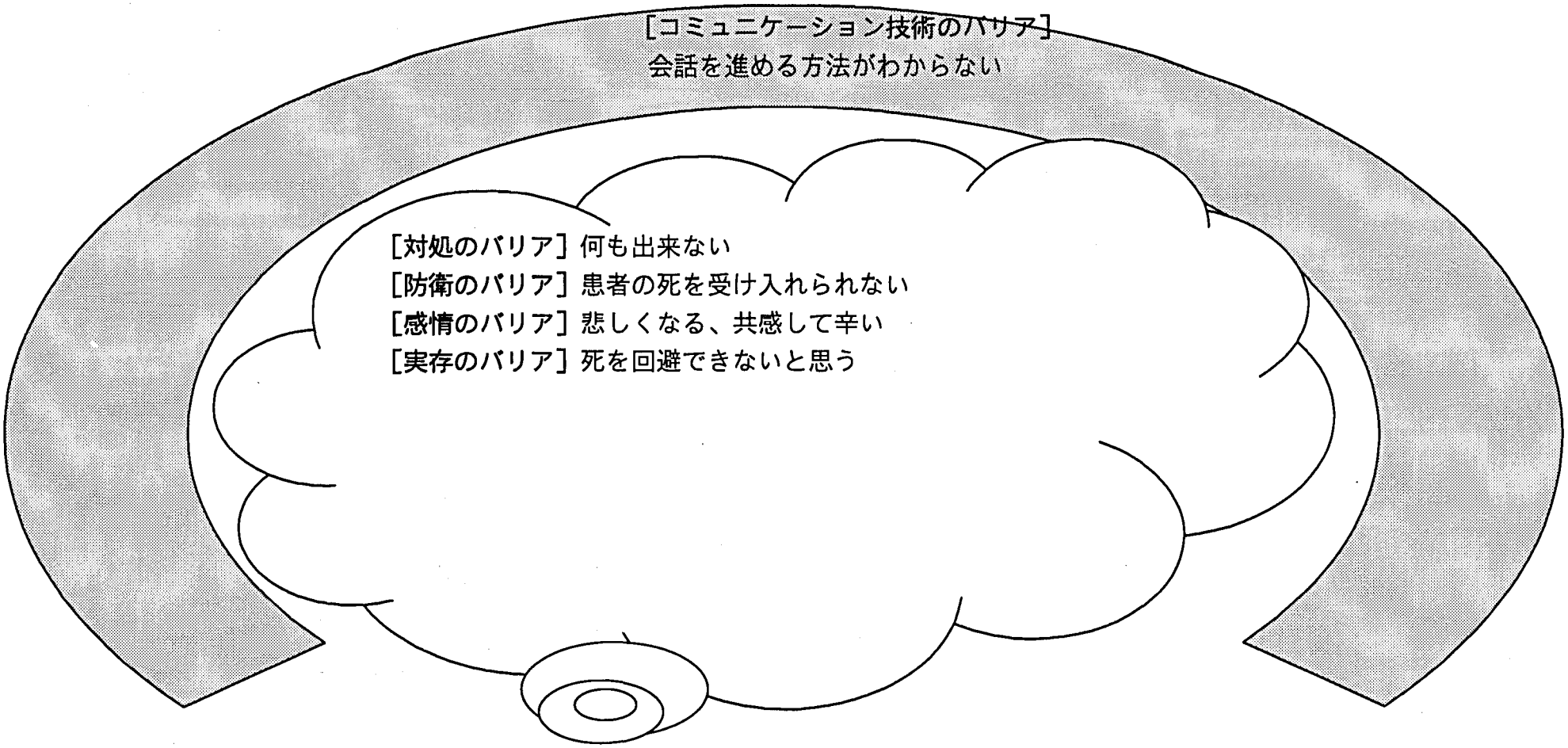

図 3-3. 事例 B1：死は受け入れがたく患者を前に為すすべを無くした事例

「2 週間の余命と医師に告げられた」と患者から聞き何も言えずに泣いてしまった。「やりたいことが何もできない」と言われ、今からという年齢で年齢も近く自分だったらと思うとその人の状況に対して何も言えなくなった。何もできなかった。

事例 A6 の看護師は受け持ち看護師としてこの患者の予後告知に立ち会い、「余命は６ヵ月である」という医師の言葉を患者と共に聞いた。患者に対して高い共感性があり、カレンダーの日付を１日、１日印を付けて消していく患者を見ながら、たまらない気持ちになっていた。看護師はこの患者を「自分にとって大事な患者さんでした」と述べており、病状が進んでも自分の力でなんとかトイレに行こうとしたり、看護師を明るく励ましてくれる患者を見ながら、患者の生きる態度に「区切られた日々を毎日、地道に生きている人で・・、そういう人に私みたいなんが言っていいのかな・・と思った」と述べている。そして患者が弱っていく姿を見るのが辛くなり、悲しく何も出来ないと感じていた。看護師は患者のそばに行きたいのに辛い気持ちがあって部屋に行くことも出来なくなる時があったと語った。この事例では、図 3-2 に示すように、[感情のバリア] がもっとも大きく影響して [対処のバリア] を形成していると解釈された。[感情のバリア] が高い背景には、その患者の看護に責任を持つ受け持ち看護師として予後告知に立ち会った体験が影響し、[関係性のバリア] において〈患者への強い思い入れ〉が生じてバリアを形成している。さらに妻をがんで看取った患者の心情を思って、患者がどこまで具体的に死を認識しているか憶測して、看護師には [会話の範囲・了解のバリア] が生じていた。

事例 B1 のバリアの構造を図 3-3 に示した。看護師は、あまりにも悲惨な患者の運命を受け入れがたく為すすべがないと感じていた。患者は 20 代の男性で急性リンパ性白血病の末期で肺炎を起こして亡くなったが、死亡する前に医師から週単位の余命と知らされたと看護師に告げた。看護師はその場で「旅行するのを目標にしていたけどもう行けない」と言う患者を前に思わず泣いてしまい、何も言えずに患者の話を黙って聴いたと語った。看護師は自分と同じような年齢で自分と重ねていたと回想しており、「自分がそうだったら、どう思うだろうと思ったら、その彼の気持ち・・・こう今から普通だったら人生今からっていう年齢に、20 代前半だったんで、そんな時にそういう状況になった彼のことをなんて言ったらいいか、言葉が見つからなかった」と語った。[実存のバリア]、[防衛のバリア]、[感情のバリア] が主な要因になって [対処のバリア] を形成し、その場では全く何もできなかったと看護師が語った事例である。共感性が高く、患者との心理的距離が接近しており、自分の感情のコントロールさえも難しかった様子が語られた。看護師は黙って聴くだけで、何の言葉もかけられなかったので適切な対応ができてなかったと感じていた。

②会話場面における技術的環境的バリア

なんとか葛藤を乗り越えて、死について話をしようとする方向に進んだ段階、すなわち実際の会話場面では、死に関する会話を行う技術的環境的なバリアが存在してい

た。コミュニケーション技術、会話場面の条件、会話の前提となる患者看護師関係がこの中に位置づけられた。具体的には、話す場所やタイミング、関わっている人々の間でのどこまで死や病気をあからさまに話すかというコンセンサス、具体的な会話の方法・技術の無さなどがバリアになって、看護師が死について患者と会話することを差し止めていた。看護師は患者と話しても良い範囲を確認するために、患者に対して頻繁に聞き返すという行為を行っていた。患者に死期や病状を訊ねられたその次の瞬間、同じ質問をそのまま患者に返すという行為によって看護師は、患者の病状認知を計りながら、自分の話す範囲を見定めようとしたと語っている。しかし、ほとんどの場面でその後会話は展開することなく終わっており、看護師は患者との会話の展開に不全感を感じていた。

前項で述べた看護師の内的なバリアと比較すると、より外的なバリアである。典型事例では、時間や場所などの環境要因や具体的なコミュニケーション技術の不足など訓練によって修得可能な要因が文脈上重要なバリアとして解釈された。

この領域のバリアが文脈上重要であった典型事例C6のバリアの構造を図3-4に示す。

事例C6では、患者自身が看護師であり、自分の予後に関する質問を率直に看護師に聞いてきた。看護師は、「患者は、私が緩和ケアの研修をうけていることを他の看護師から聞き及び、受け持ちでもないのにわざわざ自分に聞いて来たのだと思う」と述べている。研修を受けているので逃げないで話をしてくれるだろうと期待されていると思いながら、看護師は「頭の中は真っ白でした」、「せっかく信頼して予後のことを聞いてくれたのに」と焦ったと述べている。黙っているうちにナースコールで呼ばれ、「すみませんちょっと呼ばれたので」と言って部屋を出た。黙っている間看護師は、医師がどのように説明していたか、CT（CT スキャン）の結果やその他のデータはどうだったか、家族はこの人が予後を知ることに関してどう言っていたかといったことが頭をよぎり、しかし看護師としてうそをつくことは出来ないし、また患者自身が看護師であったのでごまかしが利かないと考え、黙ってしまったと語っている。患者の信頼があり、患者をケアしたいという看護師の意志があって、死に関する会話を進めようとしたが、周囲のコンセンサスが得られないまま自分が独走することは出来なかった。これは［会話の範囲・了解のバリア］があったものと解釈され、患者が大切なことを話しているのにナースコールで中断されるのは〈まとまった時間が取れない〉という［環境のバリア］があったものと解釈される。しかしこの看護師は、勇気を出して緩和ケア研修で学んだやり方でもう一度話をするきっかけを作ろうと訪室し、最終的には患者がすでに死を覚悟していること、誰も本当のことを話してくれなくて寂しい思いをしていることを聴くことが出来ていた。

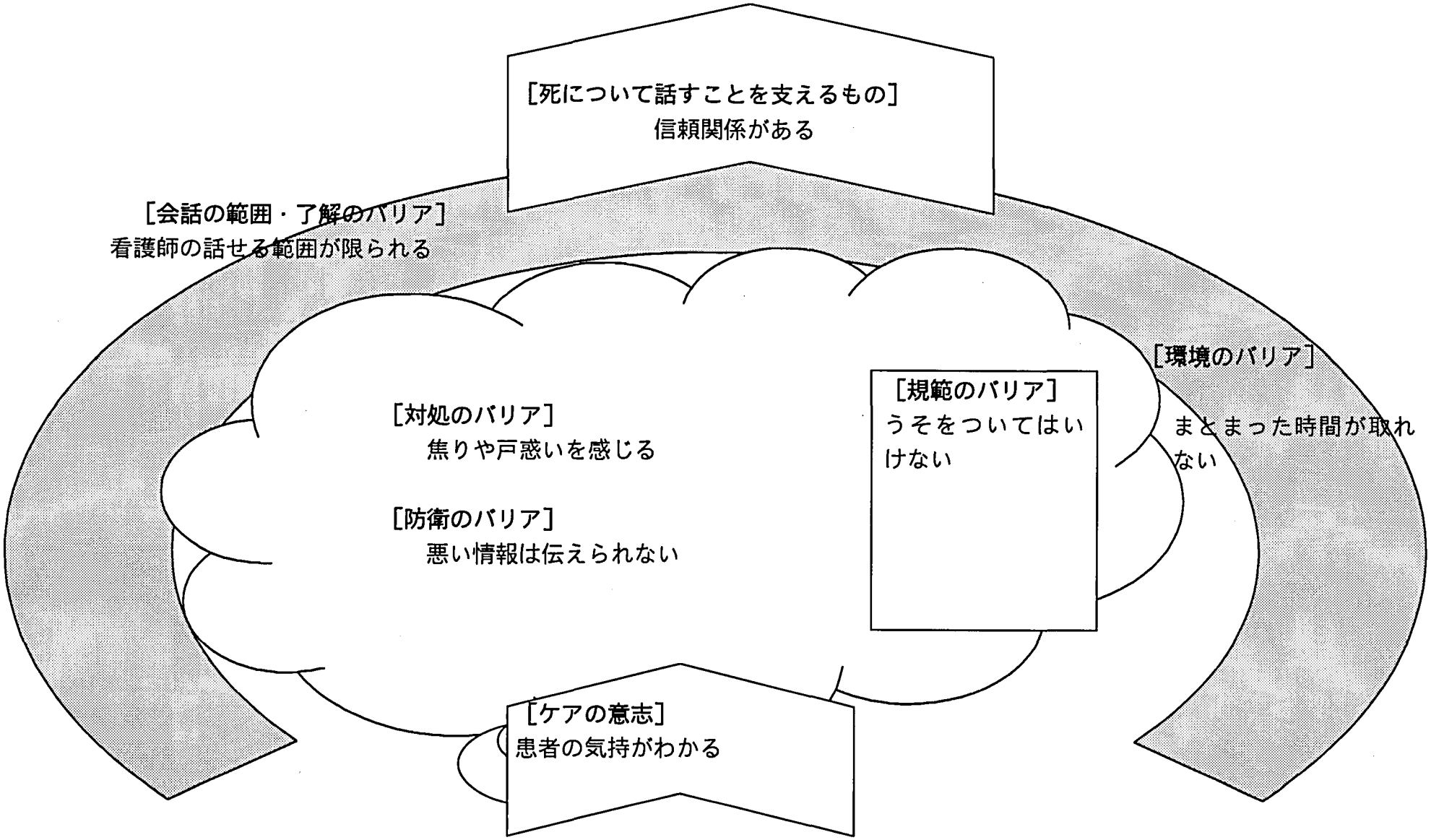

図 3-4. 事例 C6:死期を聞かれ話せる範囲の制限を探っているうちに他の仕事で中断された事例

緩和ケアを勉強しているからとせっかく信頼して予後のことを聞いてくれたが、頭の中は真っ白になって答えられなかった。ナースコールに中断されたので気になって後でもう一度話を聞いた。患者にどこまで伝えてあるかがぐるぐる頭をまわり、対応が落ち着いて考えられなかった。医師が話していることとつじつまを合わせなければならないがうそはつけない。看護師がカルテを説明する事はできないと考えを巡らしているうちにナースコールで他の患者に呼ばれる。

③死に関する会話を進める患者の力と看護師のケアの意志

多くのバリアが語られる中で、明らかに死に関する会話を前に進めるような状況がいくつか語られ、語られた事例の中には、少数ではあるが死について患者と話すことのできた事例が含まれていた。それらの事例の中で、会話をする方向に看護師を導いているものは、[死に関する会話を進める患者の力] という患者の要素と [死について話すことを支えるもの] という患者看護師関係を主体とした要素として分類された。この二つのカテゴリーは、看護師が死に関する会話を進められるように牽引する働きをしていると解釈され、図 3-1 では、話す方向へと働きかけているようにDに位置づけている。また、[ケアの意志] という看護師側の要素は、死に関する会話を進める原動力として機能していたが同時に看護師の内的なバリアである [対処のバリア] に影響して、葛藤を強める位置にあると解釈されEに配置した。

グループインタビューでは、最初に「死について患者から話を持ちかけられたときに困った体験を話してください」という発問を行っている。したがって、報告された死に関する会話は患者によって始められている場面がほとんどである。患者が死の問題を他者との会話に持ち出すということは、患者の潜在的な死に対する対応能力があるものと推測することができるが、一方では、精神的に非常に脆弱な状況で発問せざるを得なかった患者がいるということも想像することが可能である。看護師が患者の脆弱性を強く認知した場合は、[ダメージのバリア] のために死についての話を差し止めていた。しかし前者、すなわち患者の考えが明確で大丈夫と思える場面や患者が明るく率直に話をしている場面では、看護師は死について話が聞くことができたと述べており、患者の話す力に支えられて会話が進行していた。

[死に関する会話を進める患者の力] が顕著に現れていると思われる事例では、看護師が患者の力に助けられて死に関する会話に応じている様子が語られた。図 3-5 に示すように、事例 B5-2 では、看護師は、末期の患者から「俺には目標がある。北海道になくなる前に旅行したい。でも今はすごく弱っていて、こんな状態で旅行は出来ないんだけどどう思う？北海道に知人の医者がいるのでそこで亡くなってもいいと思っている。主治医に聞いたら絶対ダメだと言うに決まってる」と相談された。患者の意志が明確で明るく率直な雰囲気の中で、看護師は「後悔しないように行ったらいいのではないか」と進めることができて、正直に自分の意見が言うことができたので驚いたと述べている。

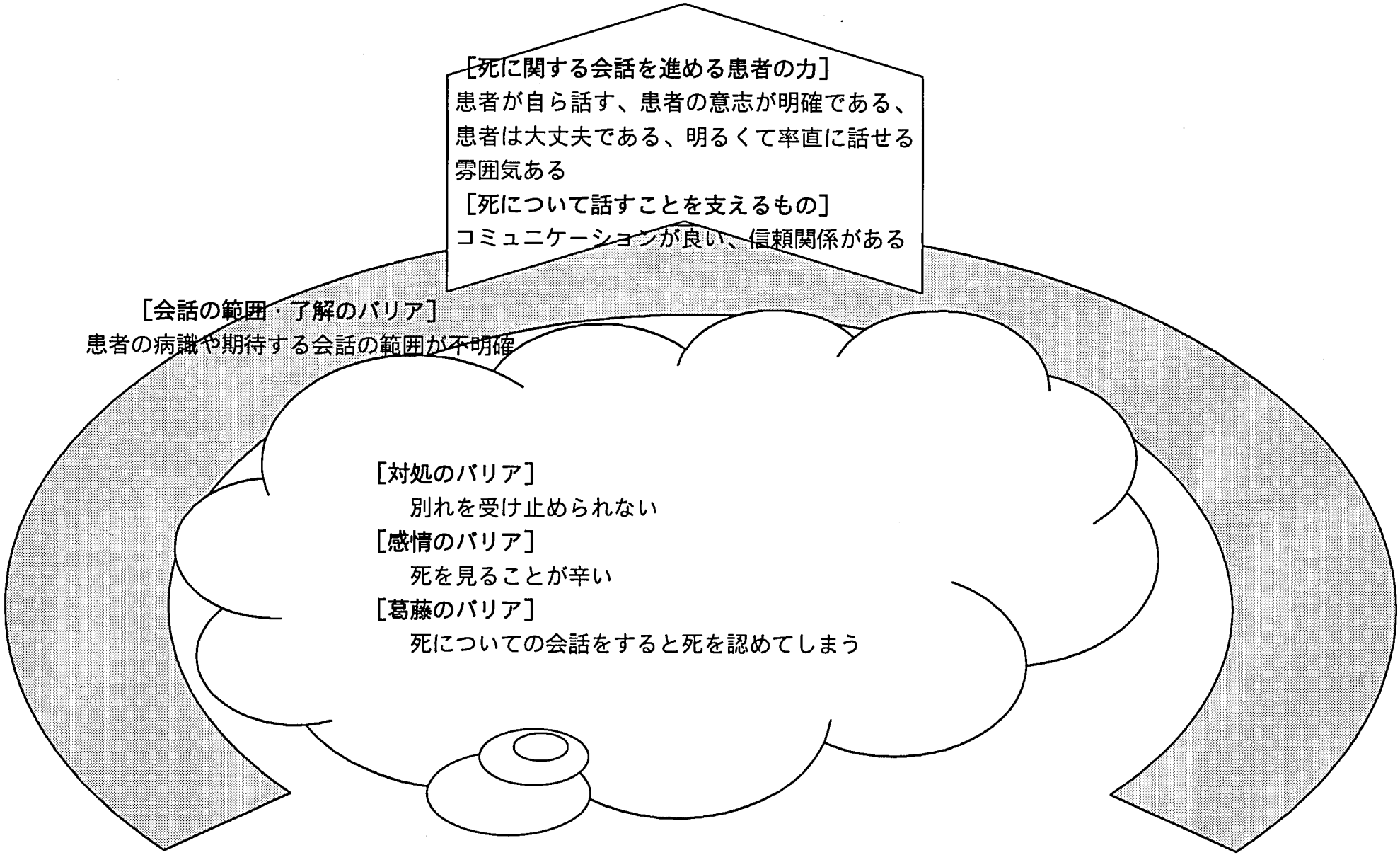

図 3-5. 事例 B5-2:患者の話を進める力に助けられてバリアを越え率直な会話をした事例

受け持ち患者で良く話を聞いていた。かなり末期になって死ぬ前に北海道に行きたいと相談があった。こうと決めたらやる患者で自分の状態はよくわかっていたので後悔しないように行くといいと答えた。率直に話せたことに自分自身が驚いた。しかし旅行を認めることはもうダメだと言っているのと同じだと思い、良かったのかどうか気になった。

６．考察

表 3-3、3-4 に示すように、62 のサブカテゴリーが抽出され、最終的に 14 のカテゴリーに分類された。カテゴリーの種類を見ると 14 のうち 11 のカテゴリー（表 3-3）については、死に関する会話を差し止めようとする方向に働いているバリアであり、他の３つ（表 3-4）については死に関する会話をむしろ前に進めようとするカテゴリーであった。表 3-5、表 3-6 は、それぞれのバリアを構造上の意味に沿って分類したものである。表中のＡ～Ｅの表示は、図 3-1 中のＡ～Ｅに該当している。

表 3-5. 看護師が患者と死に関する会話をするときのバリアの構造上の意味

	カテゴリー	バリアの構造上の意味
A	AⅠ:対処のバリア	死に対する自然な反応としてのバリアで、看護師に内在して死に関する会話を差し止めようとする
	AⅡ:防衛のバリア	
	AⅢ:感情のバリア	
	AⅣ:ダメージのバリア	
	AⅤ:実存のバリア	
	AⅥ:葛藤のバリア	
B	B:規範のバリア	看護師のもつ規範がバリアを強化する
C	CⅠ:会話の範囲・了解のバリア	会話場面の環境や対応の技術に関連したバリアで、どちらかというと外的な要因
	CⅡ:コミュニケーション技術のバリア	
	CⅢ:関係性のバリア	
	CⅣ:環境のバリア	

表 3-6. 看護師が患者と死に関する会話をすることを推進する要因の構造上の意味

	カテゴリー	バリアの構造上の意味
D	DⅠ:死に関する会話を進める患者の力	死の会話を推進する働きをするカテゴリーで、会話を牽引している。
	DⅡ:死について話すことを支えるもの	
E	E:ケアの意志	死の会話を推進するように働き、看護師の内的バリアと葛藤する

Ａの領域に位置づけた６つのバリアは、死に対する人間の自然な反応としてのバリアで、看護師に内在して死に関する会話を差し止めるように働いていた。［防衛のバリア］、［感情のバリア］、［ダメージのバリア］、［実存のバリア］が［対処のバリア］を強化して、看護師が死に関する会話に対応できなくなる様子が看護師によって語られた。Ｂに位置づけたバリアは、［規範のバリア］で死に関する会話を差し止めようとする前述のバリアと激しく葛藤を起こし、［対処のバリア］を増幅し、深刻なものにしていた。Ｃに位置づけた４つのバリアは、実際の話が展開される場での技術や環境など条件的なバリアでどちらかというと外的な要因である。ＤおよびＥには、14 のカテゴリーのうち、バリアではなくてむしろ死に関する話を押し進めるように働いている３つのカテゴリーが位置づけられた。

ここでは、Ａ～Ｅの構造上の意味を順次考察し、最期に意味内容の解釈によって組み立てられたこれら 14 のカテゴリー全体の構造に焦点をあてて、構造が示す意味について考察する。最後に、これらのバリアを看護師の中で統合させ、死にゆくことの言語化に貢献できるような、より納得のいく対応について検討する。

（１）人間の死に対する自然な反応としてのバリア

看護師は、まず［対処のバリア］について語り、その後、その時の自分の状況を思い起こして、［実存のバリア］をはじめとする人間にとって自然な反応と考えられる［防衛のバリア］、［感情のバリア］、［ダメージのバリア］について語った。［実存のバリア］、［防衛のバリア］、［感情のバリア］、［ダメージのバリア］、［葛藤のバリア］と［対処のバリア］は同時か前後して発生しており、相互に影響していることが看護師によって語られた。これらの６つのバリアは性質上類似していると解釈された。

［実存のバリア］は、自己の死について予測できるがゆえに人間が持っている必然的なものであり、関連する他の４つのバリアは、人間の死に対する自然な反応として

解釈することが出来る。[実存のバリア] に関連する概念で、怖れ (fear of death) や不安(death anxiety)は、死に対して、もっとも一般的に起こってくる感情であり、人間存在の必然的な性質として (Hinton, 1972) 位置づけられている。Hinton (1972) は、「死を回避することも同様に人間本来の性質によるもので、特に大人の場合、死に関する話を避けるという現象が小児より強調されて観察される。」(P22) ことを指摘している。また、武井 (2001) は、看護師の感情を記述した著書の中で「けれど、私は死について何でも隠さずに話せばよいというものではないと思うのです。なぜなら太陽と死は直視することが出来ないとロシュフーコーが言うように、本来死について真正面から考えたり、あからさまに語ったりすることは人間にとって大変こわく苦痛なことだからです。それは人生にとって最も根本的な死の不安に直面することを意味します。」(P145)と、看護師にとっても死は、他の多くの人々と同じように畏怖すべきものであることを述べている。このようなバリアは、人間にとって必然であり自然な反応であるであると思われる。以下Ａに配置された６つのバリアについて考察する。

①[実存のバリア]の必然性

[実存のバリア] のサブカテゴリーの内容を詳細に見ると、看護師が医療者というより人間として反応している姿が見える。 [実存のバリア] は、〈現実の死への畏怖〉、〈死は不確実で明言できない〉、〈死を回避できない無力〉、〈引き受けられない運命〉、〈現実の死を否定する〉 という５つのサブカテゴリーからなっていたが、これらはいずれも死そのものが人間の力ではコントロールすることができないことを強く認識して表現されていた。死はそれ自体もその過程も体験し反復することができないために未知である。そして動物の中で人間だけが自分が死ぬことや運命にあらがうことはできないと知っている。死は究極の無力感を引き起こし、意識の喪失による自己支配の喪失、身体機能の喪失、親しい人との別離、何も達成できなくなるという恐怖などの感情を体験すると言われ(Backer, Hannon & Russell, 1994)、結果的に実存的な不安を生じせしめているものと考えられる。

山本 (1996) は、死は順化できない絶対的条件をもっているとしながら、「現代社会における死は文明の高度化、医療技術の革新によってますます耐えられないものとなり、隔離され、告知されるようになった。」(P.68)と述べている。現代社会において死は、生活の中にはなく、人々は死から遠ざかっているので、その実態がわからず不安はますます大きくなっているものと思われる。死を畏怖することは直面化を避けるという行為に現れる。看護師は、「私だっていつ死ぬかわからない」と当面は直面していない自分の死を引き合いに出したことの申し訳なさを表現しており、菅原 (1993) の言う「自分ごとの死」として捉えきれない自分を認識し、患者に対して申し訳ないと感じていた。

興味深いことに、死が集中する医療施設で働く看護師は死を間近に見る機会をもっているにもかかわらず、分類されたカテゴリーを見ると、一般人について論じられている死への怖れを同じように体験している。この点はGlaserらも指摘しており、終末期ケアに従事する訓練された専門家においても終末の認識と態度は一般人のそれと非常に似通っているとしている（Glaser and Strauss, 1965)。専門的教育によって死に対する態度が変化するという研究結果もあるが(Baile et al. 1999)、ほとんどの死が家庭での出来事であるナイジェリアの看護学生は死の教育を受ける前の初年度の学生と受けた後の最終年度の学生の間で臨死患者への接し方に差が見られず、文化の影響が教育の効果を凌駕していることが示されている(Jinadu and Adediran, 1982)。本研究結果も看護師は一般人と同じように死への怖れや否定する気持ちを表現しており、日本人として患者と同じ文化に曝されていることが考えられる。

死を畏怖し、死への直面化を避けようとする人間の性質は、看護師をはじめとする医療専門職にも患者と同じように存在することは明らかで、本研究の参加者である看護師達にみられた実存のバリアはむしろあって当然のものであろう。しかし看護師はこのようなバリアに対して「余命を聞かれて答えられなかった」、「自分の死を引き合いに出して逃げた」など、どちらかというと否定的な評価をしている。「何も言えなかった」という体験として看護師の中に残っており、死を怖れる感情を乗り越えられなかったという不全感を思わせる発言をしていた。人間としてむしろ持っていて良い感情として肯定的に［実存のバリア］をとらえることができれば、［実存のバリア］を保持しながらも看護師のなかに余裕が生まれるのではないかと考える。

実際に［実存のバリア］が出現した事例の前後の文脈を見ると、少なくとも患者が混乱したり、サポートを得られない体験をしている様子はみられず、看護師の［実存的バリア］が患者にマイナスの影響を与えていることは推察できなかった。

②人間の自然な反応としての[防衛のバリア]、[葛藤のバリア]

［防衛のバリア］はサブカテゴリーとして、〈患者が話す死の話に向かえない〉、〈患者の死を受け入れられない〉、〈患者の死への思いを引き留めたい〉、〈患者の希望は奪いたくない〉、〈悪い情報は伝えられない〉の５つが存在した。死ぬことではなく、なんとか生きる方向に患者の考えが向かうようにという看護師の思いが表現されている。［防衛のバリア］のカテゴリーに、〈患者が話す死の話に向かえない〉、〈患者の死を受け入れられない〉というどちらかというと後ろ向きの気持ちがあると同時に〈患者の死への思いを引き留めたい〉という生きることを支える看護師の思いが表現されている。看護師は、「奥さんがかわいそうでしょ。（だから生きよう）・・。」、「（髪の毛がなくても）かつらがあるよと言いたかったが、（患者は死に直面しているので）失礼だと思った。」、「個人差があるので長い間大丈夫な人もいる。私も頑張るから頑張りましょ

う。」と患者が生きることを考えられるようにと必死に言葉をかけていた。このような対応は看護師にとって死に対応できなかった体験、すなわち、患者が死を問題にしているのに自分が話をすり替えてしまった、または励ましてしまって良くなかったのではないかという体験として残っていた。これらのバリアも人間の自然な反応として当然あるものであるが、死にゆく患者が死を話題にしている大切な時に、死を遠ざけ、死の話に向かおうとしないという態度は援助の専門家としては不適切であると感じたものと思われる。確かに、患者が死を話題にし、気持ちを話そうとしている時は、逃げないで集中してそれを聴く事が重要である。しかし、看護師達の［防衛のバリア］は、何とか前向きになってもらいたいという気持ちの表れでもあり、一概に批判することはできない。特に日常性の高い会話の中では援助者としての構えを作ることが難しく、看護師のこのようなバリアやそれに伴う態度や行動は当然起こることであると思われる。

看護師は援助の専門家として患者に対峙しているが、主に医療の社会では治療に伴う処置と身体的ケアを提供する専門家として社会にも患者にも認識されている。看護師自身は心理的な支援についても学習しているが、長い時間患者のそばにいて日常生活の世話を行っている存在であり、非日常的な面接という枠組みのなかでクライアントとセラピストとして対峙する心理の専門家(斉藤久美子, 1992)とはその立場も構えも異なるであろう。ほとんどの場合、看護師が患者から死の話を持ち出されるのは、突然であったり、排泄や清拭など身体のケアを行っている日常的な時間に起こる。心理カウンセラーなどが時間と場を区切って設定するのとはあきらかに異なる状況の中で死に関する話が持ち出されるので、その場で自分や患者の感情を客観的に捉えて、「死について話すことはあなたにとっても私にとっても大切な事だと思います。もう少し、詳しくお気持ちを聞かせてくださいますか。」などと話を発展させるのは文脈にそぐわない可能性もあり、不自然でもあるだろう。また、患者自身も看護師にカウンセラー的な対応を望んでいるかどうかは不明である。日常性の中で物理的に時間や場を共有する看護師にとって、患者と適切な距離を取って死という問題に患者とともに自分自身を直面させることは、もし訓練を受けていたとしても困難なことであると言わざるを得ない。Walter (2002)は、スピリチュアルケアの担い手を宗教者と同じように看護師にも期待する事に対して疑問を投げかけているが、看護師に心理カウンセラーと同じような対応を期待するのも同じように疑問である。

興味深いことに、一緒に頑張ろうという励まされた患者（事例C2）は、実際にその後表情が穏やかになり精神が安定したようだとこの事例に対応した看護師は述べている。「奥さんが悲しむ」などと患者が家族の中で大事な存在であることを告げることは患者の self-esteem（自尊心）を高めるであろうし、経過の良い事例を示すことは希望をつなぐことになるかもしれない。少なくとも患者は看護師の〈患者の死への思い

を引き留めたい〉という気持ちを受け止めていた可能性がある。それはケアの本質（Mayeroff／ 田村真、向野宣之訳，1971/1993，P92）という点から考えると自己に対しても他者に対してもケアとして完成されているとは言い難いが、日常性の中で人との関係性をはぐくんでいる文脈としては価値ある現象と位置づけることができるのではないかと思われる。看護師はこのように看護師にしか持ち得ない状況を活用して、独自の援助のあり方を模索し、効果を確認していくことが重要であると思われる。

〈患者が話す死の話に向き合えない〉、〈患者の死を受け入れられない〉というバリアの体験も看護師には反省すべき体験として認識されている。〈患者の話す死の話に向き合えない〉では、看護師は、「残された時間をどう過ごしたらいいかに焦点を当てて話を進めようとしたができなかった」（事例 A7）、「よく頑張ったねと言いたかったが踏み込めなかった」（事例 B3）と述べており、話の展開の方法を知っているけれども心情的にそれができなかったと述べている。フォーカスグループインタビューに参加した看護師は、緩和ケアやがん看護のセミナーに参加している看護師であったので問題意識も高い人たちであると推測される。死にゆく患者の対応については何度となく講習会で学び知識として知っており、そのように対応したいとも思っていることもインタビューの中で語られた。しかし実際の状況では、例えば事例 B3 では、看護師は患者との関係が近すぎたことと母親が側にいて「頑張りなさい」と言っていたことを同時に認識しており、その場、その時には思うような対応ができなかったと報告した。

〈患者の死を受け入れられない〉という体験は、２事例とも患者へのコミットメントが強く、看護師自身が「死なないでほしい」という気持ちを強く持っていた。看護師は医療専門職であるが、患者と接する時間が最も長く、しかも身体に接触しながらケアを提供する立場にある。専門家として患者との関係をコントロールすることが難しくなる場合もあり、このように一種の情緒的な巻き込まれ現象（Involbing）が起こるのではないかと思われる。このような巻き込まれは、いつの場合も看護師の反省材料になる。なぜならばケアの専門家として、強い巻き込まれは、Mayeroff（田村真、向野宣之訳，1971/1993，P.186）の言う「差異の中の同一性」を見失い、他者（患者）の独自性を犯してしまうと考えられてしまうからではないかと思われる。しかし、このような対応は、むしろその文脈の中では非常に自然であり人間的でもある。また、患者と看護師が作り出している文脈（単位化されたデータとその背景）の中では、患者が看護師のこのような対応に不満を持ったという現象は見られなかった。しかしこのままでは看護師は、劣った対応であると認識しており、看護師の「残りの時間に焦点を当てて話をしたかった」、「よく頑張ったねといってあげたかった」、「患者の問いには答えられていない」という不全感につながっていた。情緒的な巻き込まれは、看護師の日常性に強く彩られた仕事の性質上、避けがたいものと思われる。このような避けがたい、または在ることが必然である現象をどのように自己に内在化させ、その

範囲で患者から提示された死に関する会話にどこまで向かい合うことが出来るかを探ることが今後の看護師の課題といえるかもしれない。

〈患者の希望は奪いたくない〉、〈悪い情報は伝えられない〉というバリアは、医師ががんという病名を告知することに伴う困難にもよく似ていると思われる。我が国における告知に伴う医師の心理に関しての調査研究はきわめて少ないが、小松（1988）が看護師と医師のストレスを調べて、「医師は自分の権限と責任において病名を告げたのだが、その後死への不安、恐怖から抑うつ的になっている患者とどのように接していいか自信がなく思い悩み、どのようなことにもごまかしがきかないことに緊張し辛さを感じている。」と報告している。その後に起こる良くない状況、すなわち患者の不安を増大させ、抑鬱的にさせるという状況を予測してしまうので、悪い情報を伝えることはできないという認識が医師を躊躇させる。〈患者の希望は奪いたくない〉〈悪い情報は伝えられない〉というサブカテゴリーでは、このような先行研究と類似した躊躇を看護師は体験していた。

Breaking Bad News という課題は米国の腫瘍医の間でも関心が持たれており 1998 年に American Society of Clinical Oncology の年次大会で 700 人の医師に調査した結果ではわずかに 6%の医師がそのトレーニングを受けており、74%の医師は一貫したやり方を持っていないと回答している(Baile et al. 1999)。その理由として、医師は患者の期待に添えないことを怖がっており、非常に厳しい予後を告げてどのように希望を保ってあげればよいのか困っていると報告されている(Buckman, 1984, Ptacek, 1996）。日本では、告知を希望するか、告知によって患者がどのように変化するかといった患者側の調査の多くは各病院単位で行われているが、医師の気持ちなど内的な状態を調査したものはほとんどなく、先に述べた小松(1988)の調査と十時（1999）の調査があるのみである。十時は、量的調査によって、「助かる見込みのなくなった患者と接する際に負担を感じることは、医師自身の死に対する恐怖と関連している。」としており、医師が米国の医師と同じような心的状態にあることを示唆している。悪いニュースを告げられないという気持ちは、看護師、医師に共通してみられ、人間に共通の感情であろうと思われる。

［防衛のバリア］は、むしろ自分自身に内在する自我の働きがバリアになっているもので［ダメージのバリア］が患者や家族の受ける苦悩や弱さに焦点が当てられているのと微妙に異なっている。事例では B3 と C8 での 2 事例でこの 2 つのバリアが共存していた。

このほかに［葛藤のバリア］では、言語化に対する疑問や迷いや踏ん切りをつけることの難しさについて語られた。Curtis and Patric (1997)や Perry, Swartz, Smith-Wheelock, Westbrook J. and Buck (1996)の調査でも、EOL ケアについて患者と話すことによって患者を自殺に追い込んだり傷つけたり、嫌な思いをさせるなどマイナスの影響を憂慮してい

ることが医師や看護師のバリアとして挙げられており、本研究における［葛藤のバリア］の中で「患者にとって逆効果になるかもしれない」、「最期であることを認めることになる」など類似した思いが抽出された。死について言語化することについては、すべきかどうかではなく、迷いながらも話をすることが自分にとっても患者にとっても良いと体感できるときは、そのプロセスを進め、そうでないときはすすめないとう現象が語られていたが、判断の根拠は明確には語られなかった。そして［葛藤のバリア］は［対処のバリア］に直接影響を及ぼし、対処不能という事態を強化していた。

③看護師の自然な感情の現れとしての[感情のバリア]

［感情のバリア］には、患者の悲しみや辛さを看護師自身が自分自身の感情として体験していることが表現されていた。患者の話を聞きながら、「死を前にしていることがビシビシ伝わってくる」、「どんどん暗い気持ちになった」、「辛かった」、「いっぱいいっぱいでした気持ちが・・」と看護師は述べており、「死」や「別れ」がテーマとなるような状況では、看護師自身の辛いという思いが状況を支配してしまうような感覚が語られた。他のバリアと同様、このバリアも看護師は対応の失敗として認識している。このバリアのためにお別れを言うことができず、落ち着かない態度を患者に見せてしまったと反省していた。このような感情は、看護師の高い共感性を示しているが、専門家の対応としては適切ではないと看護師は認識している。心理学の領域でセラピストがもつ共感は治療的な意味をもっているが、ここで看護師が語った共感には治療的意味合いを含めた意図性はなく、自然に正直に状況に反応している体験であった。看護師は、自分の感情が患者と共有する状況の中でどのように作用するのかといった職業人としての心配よりも、そこにいてただ辛く悲しかった様子を語っていた。

武井（2001）は、看護師が教育されている「共感的理解」は、「相手の気持ちを自分のことのように感じること」に加えて「巻き込まれないこと」という付帯条件がついていることについて異論を唱え、「相手が感じる感情をあたかもそれがまさに自分が感じている感情であるかのように感じるときには多少なりともその人は巻き込まれているのではないでしょうか。・・・さらに悪いことに、共感はよいこと、同情は悪いことのように価値が付与されている点です。」（P.90）と批判的に述べている。さらに武井（2001）は、看護師が人間として自然な感情を持つことを規制する感情規則という概念について述べ、「明言されているわけではないにもかかわらず厳然として存在する感情規則もあります。その多くは『患者に対して個人的な感情を持ってはいけない』、『患者に対して怒ってはいけない』、『泣いたり取り乱したりしてはならない』といった看護師が感情的になることを禁じ、感情を抑制することを求める規則です。」（P.42）と述べている。高橋（1991）は調査に基づき、看護師は患者や家族の前で涙を見せることに対して肯定的否定的両方の意見を持っており、臨終時に患者の死は職業の意識を

越えて涙を誘い、死にゆく患者に対して為すすべもない自分にやるせなく悲しみを感じる看護師が多いことを指摘している。本研究でも看護師は同じような感情的反応を示していた。

事例A6や事例B1のその後の発言を見ると、看護師は、自分が感情をコントロールできなかったことで、せっかく患者が死について話を始めているのにうまく引き出してあげられなかったという不全感について述べていた。つまり、そのような感情が支配している状況では患者の話したいというニーズに応えることがむずかしくなるということを述べていた。しかし興味深いことに、そのような感情を持ってはいけないという文脈の展開は見られなかった。これは、研究に参加した看護師の経験年数が多く、グループ特性としても、がん看護ないしはEOLケアへのコミットメントが強いということが影響しているのではないかと思われる。看護師として経験や卒業後に受ける専門教育の動向としても自分自身の感情に素直に直面することを学ぶ機会が多いためではないかと思われる。そしてフォーカスグループインタビューではしばしば起こることであるが、最初に司会としての研究者自身が「死について語ることが看護として優れているかどうかという価値判断を研究者は持っていないので評価されることを考えないで自由に話して欲しい」と表明していることも影響している可能性がある。

看護師達の［感情のバリア］にまとめられた反応を心理カウンセラーの場合と対比して考えてみると、臨床心理の領域で用いられる共感は重要なセラピストの機能として定義され以下のように説明されている。「クライアントにとって理解されるという経験が対人的な安全感を増すことになり、自己評価を高め治療促進的な場を作り上げることになる。共感の本来の意味は一体化することにのみあるのではなく、クライアントの内的状態を感じ取り、さらにセラピストが自分の中に生じたその体験を吟味し把握することにある。セラピストは自律した存在として機能しており、クライアントとの関係に埋没したり自分の感情に振り回されたりしない。共感のレベルはセラピスト自身の防衛の在り方や心理的な課題に直面して、自身に生じた体験を捉え直すことによってより深くなるとされている(角田，1992)。看護師が［感情のバリア］で語った内容は、そこにいて場を共有する者の感情であり、カウンセラーの治療を目的とした意図的な共感とは明らかに異なる。患者から死に関する話を持ちかけられたとき、看護師は業務のさなか、すなわち患者と看護師にとっては日常性の中にいる。看護師は、患者をサポートすることが自分の仕事であり、求めに応じて何か具体的なサポートを提供しなければならないと感じているが、患者が死について話したいと求めているときに自分自身の感情をコントロールすることができず、心理カウンセラーのように区切られた時間や場、構えを持つことは困難である。その結果、患者の表現を助けてあげられなかったのは職務を全うしていないと感じているものと思われる。

しかし、看護師に見られる共感のあり方もまた患者にとっては重要ではないかと思

われる。感情をコントロールできなかったとしてもむしろ素直に自分の悲しいという気持ちを患者に伝えることができれば、それは患者にとって非常に意味のあることではないだろうか。

④患者の脆弱性を心配する[ダメージのバリア]

［ダメージのバリア］は、患者や家族の脆弱性の認知を看護師が強く感じるときに生じていた。看護師が語った「壊れてしまう」という感覚は、患者の外見だけを見ても持ちえないが、医師や看護師は身体の医学的で詳細な情報を持っており、がんがどのように組織や器官に浸潤していて、血管や神経とどのような位置関係にあるといった身体理解をもっている。彼らにとって、身体の脆弱性はより鮮明になるので、一般の人の身体理解とは明らかに異なった理解になるだろう。痛みや呼吸困難などの症状が激しくなると、それによって前向きに考える事が出来ないという身体と心の不可分性も多くの事例を経験していれば十分察知することが出来る。そして、正確に極度の脆弱性を認識し、辛い話をすることは、たとえ患者がのぞんでいても「とどめを刺すことになる」と感じていた。医師の告知に関する調査結果で、病気が進行してしまった状況での告知は「希望を失う」、「家族が告知を望まない」、「治る見込みがない」という理由で控えられており(粕田他, 1998)、同様の心理が働いているものとおもわれる。Glaser と Strauss(1965)は、「看護師が判読できる手がかりには２つのタイプがあって一つは患者の身体的状態でありもう一つはスタッフが話している時間的予測である」と述べ、「身体的状態の手がかりは典型的な病気の進行である。進行が早いとか長引いているといった言い方でそれを表す。入浴や体位変換、食物摂取を継続して出来るかどうか、一定の間隔で鎮痛剤を投与されうるかどうかも生存期間の予測に関与しており、死の予期は調整される。」(P21)と述べている。現代医療ではさらに身体の状態を詳細に知りうるので看護師は死の予期を正確に行うことが出来、〈身体が弱っている〉というサブカテゴリーは、さらに確信を持ったバリアになりうると思われる。

身体の状態だけではなく、患者の気持ちが落ち込んでいるときも死の話は差し止められたり控えられたりすることが認められた。そしてこの差し止めという行為は患者が死に関する話を強く望めば望むほど行われていた。このような直感的な回避は、看護師の経験によるものかどうかわからないが、少なくともショックを受けやすいことが前歴で明らかである場合は警戒されていた。また、〈患者を苦しめる〉という認識がバリアになることもあった。看護師は「患者がぼろぼろになるのではないか」、「話すことが逆効果になるのではないか」と心配していた。(Perry, Swartz, Smith-Wheelock, Westbrook and Buck (1996)は、透析患者と事前指示について話すときのバリアを調査し、医師と看護師に高かったのは、「患者を苦しめるのではないか」、「自殺を引き起こすのではないか」という心配であったと報告している。患者の年齢についてはGlaser

and Strauss(1965)の報告でも、患者の年齢、性別、婚姻状態、職業といった属性によって看護師は患者に深入りしすぎるとしており、本研究の結果とも一致していた。

この［ダメージのバリア］は、患者が持っているバリアであるという解釈も可能である。看護師は患者が強がっているように見えるときや告知の時にショックで倒れたという前歴を持つ場合、死に関する話をすることを控えていた。今回の調査では、患者から死に関する話を持ちかけられた状況を看護師に述べてもらい、分析しているので患者のバリアについては十分描き出せていないものと思われる。

⑤対処不能という事態、［対処のバリア］の意味

これまでにのべた看護師に内在するバリアは、［対処のバリア］につながり、死に関する会話について対処不能という事態を生んでいた。しかしこれらのバリアのほとんどは日常的な文脈では必然的な現象であると同時に死への直面化を避けるためのバリアとして人間の生活の中では重要な意味があるものと思われる。つまり、［実存のバリア］があるために人間は死を回避し生きようとするし、［感情のバリア］はとりもなおさず高い共感性（共鳴性）ゆえに生じたバリアである。また、［ダメージのバリア］、［防衛のバリア］は患者や家族を気遣い、いたわるケアの要素である。その結果生じる［対処のバリア］は、看護師の言葉を借りれば「パニック」、「固まる」であり、思考が止まってしまった状態を表している。

［対処のバリア］とこれに関与しているバリアは、時間的にどちらが先に現れるというパターンはなく、ほとんど同時か、前後して発生している様子が語られていた。重要な点は、研究に参加した看護師はいずれもこのようなバリアを甘受しながら、できれば乗り越えたいものだと考えている点である。乗り越えることが出来れば、患者にお別れを言うこともできるし、患者の努力を言語化して認めてあげることも出来る。そして小さい子供を抱える患者は何か言い残したいかもしれないので、それを言わせてあげられるかもしれないといった思いを語っている。体を拭いたり、トイレに行くのを補助したり、食事を準備したり、身の回りを整えるといういわゆる日常生活の世話を業務とする看護職は、もっとも患者の身近にいて、その気持ちの揺れに付きあっているので、いつとはなく死に関する話を持ちかけられる頻度も多い。患者自ら死について話をしたいという意思表示があるということは、重要なサインとして受け止めなければならない。話を持ちかけられた瞬間を大事な瞬間として受け止めたいが、場の日常性ゆえに、看護師のバリアをコントロールすることは難しく、必然的に起こる現象がバリアとして認知されているものと思われる。

菅原（1993）は、末期がん患者の看護に携わる看護師の実践的知識をカテゴライズし、対応の特徴を構成する中心的カテゴリーと対応パターンを抽出している。菅原が表現する「他人ごとの死から自分事の死」や「逃げている自分から逃げない自分」に

は、自分ごとの死を認識して安定を獲得し対応していく看護師とそうではない看護師が対比的に描かれている。しかし本研究の対象となった看護師は必ずしも二極分化せず、ケアの方向性を維持しながら様々なバリアと葛藤を起こし、しかもそのバリアに対して必ずしも否定的な感情を持ってはいなかった。それが実現するかどうかは別として、全員がバリアを感じながら死に関して話をしたいまたはする方向へと看護を押し進めようとした体験を語り、バリアを持ちながらケアの意志を持ち続け、患者に助けられて話に臨むという体験を語った。それは死に関する話をしたいと望みながら差し止めようとする相矛盾する体験であり、看護師の語った文脈からいずれも高いストレスが推測された。これまでのがん看護領域の看護師のストレスの研究（木下他，1983，上村，皆川，依田，大倉，1994，小松，小島，1988）が指摘しているように、怖れや戸惑いを感じながら患者のそばにいることは非常に高いストレスを伴う。しかし、患者の立場で考えてみると、死におびえる患者の側にいて同じように死におびえ、死について話すことを躊躇する看護師は必要な存在ではないだろうかとも考えられる。

これまでがん看護に従事する看護師を対象とした研究は、そのストレスを明らかにして軽減する戦略や死生観などの看護師の内的な成長を促す方向を志向してきた。本研究ではバリアという視点で死にゆく患者と死について話すという究極のストレス状況下について看護師に語ってもらったが、死に関する話に対処することに関与するバリアとして抽出された［対処のバリア］とそれに関連するバリアは、いずれも人間にとって必要なバリアであり、それを持つことは意味のあることとして解釈することができた。むしろこのようなバリアを肯定的に解釈し、積極的に引き受けるという方向も考えられる。言い換えれば、患者の側で共に死におびえ否定する自分自身を意味ある存在として認めることも患者への関わりをより豊かなものにするのではないかと考える。

Ptacek and Eberhardt (1996)は、Breaking a bad news という課題で文献検討を行い、伝えることも伝えないこともストレスフルなことであるとしており、医師と患者のストレス認知及び、対処行動の双方の強さと時間的な変化は、ずれて出現するのでその違いを認識することで bad news を伝える良い方法が見いだせるかもしれないとしている。伝えることも伝えないこともストレスであるという主張は本研究の看護師が体験した現象と一致しており、医療者と患者との間でストレス認知と対処に時間的なずれがあることは、特に今回の研究で表現された日常的な会話場面では大いに起こりうることである。

（2）看護師という職業上の立場が影響して出現した［規範のバリア］

［規範バリア］と［ケアの意志］のカテゴリーは、その内容を見ると看護師という立場によって強調されたバリアであるといえる。看護師の場合、ケアのあり方について看

護の教育課程で考える機会を持ち、ケアを実現することを訓練されていることが、ケアの方向性、すなわち[ケアの意志]をかたちづくっているものと思われる。同時に社会規範やそれぞれの看護師が持つ看護師のあるべき姿といったものが看護師の規範を作り上げる。分類された６つのサブカテゴリーは、〈期待させてすぎてはいけない〉、〈うそをついてはいけない〉、〈逃げてはいけない〉、〈安楽死はできない〉、〈死を茶化してはいけない〉といういずれも行ってはいけないこととして表現されていたカテゴリーと〈症状緩和が出来ず申し訳ない〉という看護師の責務を果たせないという責任感から来るカテゴリーであった。〈期待させすぎてはいけない〉、〈うそをついてはいけない〉、〈逃げてはいけない〉というサブカテゴリーは、看護師が病気や死期についてより正確で詳細な医学的な情報を持っているという前提で生じているバリアである。このバリアが生じた文脈では、看護師は患者本人より詳細な医学的データを持って病状を科学的に知っている専門職として患者から認識されており、真実の情報を遠巻きにする形で当たり障りのない会話に終始し、その結果、患者の知りたいことに答えてあげられなかったという不全感を感じていた。

〈期待させてすぎてはいけない〉というサブカテゴリーでは、Glaser and Strauss (1965) の言う相互虚偽の儀礼ドラマが展開していた。Glaser and Strauss の言葉を借りて説明すれば、例えば事例 A7 では、患者はもう一度抗がん剤が効いて元気になれることを話し始め、相互虚偽を仕掛け、まるで自分が生き延びられるかのように治療内容などについて将来のことを話していた。いずれ回復したときにそれが彼の将来に何か意味を持っているかのように語り、看護師はその相互虚偽の儀礼ドラマに付き合ってしまい、期待を持たせてしまったと感じていた。

〈安楽死はできない〉というカテゴリーは、死ではなく生きることを支えようとする医療者の規範に裏打ちされているものと考えられる。死ぬ権利については世界的に論議が起こり、実際にいくつかの国や州では自殺幇助に関する法案が可決されている。事例 B4-1 は、即座に「そんなことは言わないでください」と反応しており、端的に拒否を表明している。安楽死や死ぬ権利について社会的に論議がほとんどなされていない状況では、看護師は、安楽死という言葉に反応してしまって、その言葉を発した患者の気持ちに焦点を当てることができなかったのではないかと思われる。このカテゴリーは１例だけで構成されており、その文脈は、前の晩に症状を緩和してあげられず辛い思いをさせたという背景があった。看護師の症状緩和の不備に伴う罪悪感が対応を余裕のないものになさせた可能性もある。

〈死を茶化してはいけない〉は、死を不真面目に取り扱う患者をどう扱っていいかわからなかったという体験であった。この場面が患者のユーモアと解される状況であるかどうかわからないが、死を茶化す患者を見て、看護師は「本当は怖いのではないか」と案じながら、冗談のような会話に付き合って、居心地の悪さを感じている様子

が語られた。看護師は患者が「あまりに死に関する話を頻繁にしすぎて、おちゃらけているので本心を語っていないと感じた。」と述べている。患者の真意がどこにあったのかは不明であるが、少なくとも看護師は、死を茶化すことにつきあうのは居心地の悪いものであると感じている。これは、別の言い方で言えば、死はもっと深刻な問題であるはずなので茶化すような取り扱いをすべきではないということであり、看護師としての規範というより社会規範の一部といえるかもしれない。

サブカテゴリー〈症状を緩和できず申し訳ない〉は、症状緩和は十分になされない場合にバリアとして働き、症状緩和の保証がある場合に話を促進する因子として働いていた。症状緩和が十分になされている状況では看護師は患者に身体的安楽を提供しやすく、安心感があると述べていた。EOL ケアを実践している病棟の勤務者、すなわち安楽をより提供できている医療者ほど会話の中で死について明言することを避けないという報告と一致している（内布，2003，in press）。症状が強度である場合は、QOL も低下し(Patric, Engelberg and Curtis, 2001)、希死念慮を引き起こすことも報告されており(森田，角田，井上他，1998)、患者はせっぱ詰まって死を口にすることが考えられる。症状への対応で余裕のない看護師にとって、そのような患者の発言はますます「対処のバリア」を引き起こすことになるだろう。また、症状緩和は医療者の責務として認識しているので、看護師は患者を苦しめているという罪悪感にさいなまれることになる。安楽死をほのめかした事例 B4 では、症状を緩和できなかった看護師の罪悪感が表現されており、看護師の責任として認識されていることがわかる。このことから反対に症状緩和が十分なされていることが死に関する会話をよりしやすくすることが予測される。

（３）会話場面における技術的環境的バリア

看護師は、様々な葛藤の末、患者の話すニーズの強さや話す力に推進されるようにして、患者が自分自身の死について語ることを聴く体験をしていた。時には看護師自ら、時間を作って患者に話を聴いたり、発問することもまれではあるが行っていた。しかし、看護師が、死について話を聴くことに踏み込むまでには、いくつかの時間や場所などの物理的なバリア、コミュニケーションなど技術的なバリアが存在することが明らかになった。このようなバリアは、死について話す方向で行動化する時に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もっており、看護師が内的プロセスを経て話をすることに踏み出すときに影響を受ける部分である。[対処のバリア] をはじめとするいわゆる natural response として解釈したバリアをむしろ認めて引き受けていくとしたら、操作可能な部分は、図１で馬蹄形の枠で囲まれた部分Cに位置する４つのバリアのカテゴリーということになろう。言い換えれば、この部分はいわば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 new 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」などが書かれていた。推奨される方法には、「準備状態を作るために警告をだすこと」、「患者がすでに知っていることの確認」、「希望を伝えること」、「患者の反応に注意し、情緒的な表現を許容すること」、「話を要約すること（言葉でまたは書いたものや録音などで)」、「温かく、ケア的で共感的に相手を尊重して話す」、「言葉を慎重に選択しシンプルに、直接的に、専門用語を使ったり、婉曲的な言い方はしない」、「患者のペースに会わせて情報を提供し、彼らが話したことを書き取るのを許す」、という項目であった。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おり、このような有識者からのサジェッションは臨床の看護師にとって有効なものであることがわかる。

［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。このバリアには、インフォームドコンセントの要素だけでなく、患者の話したい範囲を探る行為や医療者間の了解も含まれており、患者とのコミュニケーション、医師や他のスタッフとのコミュニケーションが良いことが前提として必要になる。さらに医療チームが死について話すことに価値をおいていない場合は了解のバリアが発生するので、組織的な取り組みが必要になる可能性もあるだろう。医療チームによるサポートは、EOL ケアを成功させる重要な要因として認められており (Higginson et al., 2002)、チームのサポートを得にくい状況では、看護師は前向きに死について話すことが出来ない可能性がある。

［方法のバリア］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。看護師の中には講習会などで例に出された具体的な応対の言葉を用いて、話を聴くことに踏み出しているものも見られた。看護師の準備性としては出来ていても、ベッドサイドで表現するには多少の職業的洗練を必要とするが、看護師にとって、言葉を増やすということは状況に応じた方略のバリエーションを獲得することであり、講習会や著書などで得た具体的方法は彼らにとってかなり助けになっているようである。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。先に述べた［防衛のバリア］、［感情のバリア］でも巻き込まれてしまうといった患者との近すぎる距離が語られたが、ここで分類された［関係性のバリア］は、辛さや悲しみなどの感情ではなく、看護師と患者との関係性に焦点を当てて語られた部分を抽出したものである。患者との距離の調整については、専門職の課題として客観的に語られ、その点で調整の余地のあるバリアとしてとらえられる。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。しかし事例で示された看護師は、関係性がコントロールできずに上手な対応が出来なかったと述べている。もともとコントロールしてしまわないことに看護の独自性があるという見解にもとづけば、コントロールできないとしてもそれはそれで認められるのであるが、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。

（４）［死に関する会話を進める患者の力］の働き

看護師が患者に助けられ、会話をすすめることができた現象を見いだすことができた。患者から話が始まっていることはフォーカスグループインタビューの前提上、当然であるが、その中でも文脈的に明らかに患者が話す力があり、看護師との会話を促進する現象が見られた。また、看護師も患者の死に直面する力や話す力を認識していた。終末期にある患者の持っている潜在的能力やパワーについては研究が少ないが、第２章第１節、および第２節で示した事例は、自ら死にゆくことを表現し、周囲の人々に別れを述べていた（内布，1996c，2002）。また、柏木の著書（1987，1996）に登場する多くの事例は、自分自身の死について語っている。柏木(1996)は多くの看取りの経験から「死にゆく人には、自分にとって不都合なことを受け入れる能力があり、医師や看護師はこの患者の能力を過小評価している。」(P.146）と述べている。このような患者の能力は、看護師が話を差し止めてしまうと発現することが出来ない。対応する看護師がその力を信じて話を差し止めてしまわないようにすることが肝要であるが、

そのためには看護師自身のバリアを調整することが問題になる。

[死に関する会話を進める患者の力]には、患者から話を持ちかけ、話を展開していく状況が語られた。これは、フォーカスグループインタビューでの司会の設問で、患者から死に関する話を持ちかけられた場面を提供してもらうようお願いしたことが影響している。しかし患者から話が始まっても多くの場合、看護師は患者の身体や気持ちが弱っていると認識し、[ダメージのバリア]を感じて話を差し止めている。一方、[死に関する会話を進める患者の力]に分類された事例は、患者が話を始めるだけでなく、〈患者の意志が明確である〉、〈患者は大丈夫である〉、〈明るくて率直に話せる雰囲気がある〉といったサブカテゴリーが、建設的な方向性を形成していた。看護師は、立場上いつも医療サービスを提供する側という観念的な理解を持ちがちであるが、ケアの相互性(Mayeroff, 田村真、向野宣之訳, 1993/1971, P.83)という観点から考えると、むしろ相互関係の中でケアが成立するということも考慮されるべきであり、患者にケアされながら、患者と看護師の相互関係の中でケアが展開することという考え方も導入することが必要であると考える。

死について話をするニーズを本当に患者が持っているかは微妙な問題である。患者が話すきっかけを与えてくれた場合は、死について話したいという患者のニーズを確認できるかもしれないが、確認ができていない状況では、死に関する話をすることを患者は望んでいないかもしれないし、傷つけるかもしれないという不安があり、看護師は話を始めることを躊躇し、話を差し止めるだろう。Steinhauser et al. (2001)の患者、医療者間の認識の相違に関する質的研究によると、患者は死の意味や死への不安について医療従事者が考えるほどには話したいと思っていないが、葬式については話したいと考えていた。同じくSteinhauser et al.は、日常的な臨床の場面で、患者と死について話すことには重大なバリアが存在することを指摘している。今回の調査結果では、患者の話す力によって看護師が死に関する話に対応することができていることが認められた。患者の力を信じ、場合によっては頼りにすることも重要であることが示唆されたが、同時に話すことを望まない患者がいることも事実である。広く患者に対して死に関する話が決してタブーではないことを表明しながら、患者に話すまたは話さないという選択肢の両方があることを保証し、それをキャッチしたら日常的な会話の限界の中でできる対応を行うと同時に専門的な介入を受けられるように照会していくことも考慮する必要があると思われる。

（５）死について話すことに関するバリアのカテゴリー間の関係と構造

図１に示すようにバリアの構造は、時間的な流れが反映している。これは、フォーカスグループインタビューの質問と語りのパターンによるものと思われる。すなわち、患者に「もうすぐ死ぬのか」、「もうダメだ」と言われ、死がテーマになるような

状況を想起してもらい、具体的な事例で看護師自身に起きたことを語ってもらったという前提に負うところが大きい。状況は、まず時間軸に沿って語られ、参加者の語りを聞いた後にディスカッションが行われた。したがって、参加者は、まず患者と自分自身の状況を語り、どのようにして対処不能の状況が発生したかを語った。その過程で起こった患者とのやりとりや看護師自身に生起した感情を語った。その後に司会者が掘り下げて質問することによって、参加者が言い尽くせていないバリアについて発言を求めた。構造図が、看護師の思考の流れを追うような形になっているのはそのためであると思われる。死に関する会話は、構造図の下から上に向かって進んでおり、その間に様々なバリアがあるとイメージすることができる。[死に関する会話を進める患者の力] は、上に位置しているが、このプロセスを引き出しているという意味で配置した。看護師によっては、最初に [対処のバリア] について話し、思い起こすようにその周辺のバリアを話した人もいれば、[対処のバリア] から脱して、または脱しないまま、会話場面における環境的な条件や会話の技術的なバリアについて語った看護師もいた。構造図の解釈については、看護師が語った文脈に戻ってその意味を考えたが、[対処のバリア] をはじめとする看護師に内在するバリアは、先に考察したように人間として正常な反応からなるバリアとして考えられた。死がもし、回避可能な問題で、畏怖する対象とならないならば、このような感情や感覚は生じ得ないだろう。人間にとってこのような自然発生的なバリアは正常なバリアであり、性急に乗り越えたり、克服すべき対象として捉えるべきではないかもしれない。看護師の場合は、[規範のバリア]、[ケアの意志] によってこの過程がより強化されていた。

職業上、また立場上、看護師は、死に直面する患者と物理的に長い時間と場を共有するだけでなく、患者が痛みや不安で耐えられなくなったまさにその時に呼ばれ、最初の対応を迫られる立場にいる。患者が死に関する話を持ちかけるのは、ほとんどの場合、日常の文脈の中であり、心理カウンセリングのように場や時間が設定されているわけでもなく、治療を意図して企画されているわけでもない。また、患者が実際に困っている瞬間のその時に居合わせるために、状況が反映して [感情のバリア]、[ダメージのバリア]、ひいては [防衛のバリア] が強く起こってくるものと思われる。Servaty, Krejci and Hayslip(1996) の看護学生や医学生を対象とした調査によると、共感を強く感じる人ほど死の会話に危惧を感じていると言われており、共感性が強く反映される [感情のバリア]、[ダメージのバリア] が強ければ、死に関する話を遠ざけてしまうという構造と一致している。このことについては Levin (1990) が行っている死の不安に関する再検討が興味深い。Levin によると純粋な死の不安は防衛的役割を持つものと解釈され、心理的に健康である場合は強い防衛のメカニズムを持っているので高い不安を心理的な不適応とは見なさないほうがよいとしており、不安の解釈には複雑な考察が必要であることがわかる。

さらに、職務上の制限である［規範のバリア］によって看護師は、その場から逃げることはできないと感じており、死を否認して患者に生きる希望を持たせることは無責任でできないと考えていた。死を怖れ遠ざかりたいという気持ちと逃げてはいけないという気持が［対処のバリア］を強化しているものと思われる。このような看護師の職務や働いている状況を考慮すると、看護師に非常に大きな［対処のバリア］が生じるのは、当然の出来事として了解できるのではないかと思われる。

現在のところ、多くの看護師は、人間として自然な［実存のバリア］をはじめとする多くのバリアによって死に直面することが困難になっており、さらに看護師という職業柄、具備すべき［ケアの意志］、［規範のバリア］によって複雑に［対処のバリア］が強化されている。しばしば多くの文献が、そのバリアを看護師や医療従事者の対処能力の問題として分析し、死生観や看護観の問題としてとらえている（菅原 1993、十時 1999）。しかしこれらのバリアが、むしろ存在することに意味があるのであれば、いわゆる「問題」としてとらえるべきではなく、存在することを意味あるものとして肯定的にとらえる必要があるだろう。

（６）看護師の人間的で自然な死への反応と死に関する会話を進めることの折り合い

［対処のバリア］とそれにつながる看護師の内的なバリアは、当然生じるものであるが、看護師自身は、対処不能を打開する方向を探しており、多くの研究も何とかバリアを克服する方向を探っている。確かに［対処のバリア］で語られた看護師の状況は、一種のパニック状態であり、病的ではないにしろ、現実検討能力の低下や意識野の狭窄を引き起こしていた。患者の状況や自分の状況を分析的に判断する能力も低下し、会話をスムーズに継続することが出来なくなっていた。看護師はこのような体験を、「上手にできなかった。」「もっと上手な言い方があったのだと思う」と反省し、不全感を募らせていた。考察の中で述べたように、きわめて人間的で自然なバリアであるので、持たないようにすることはできないが、不全感につながらない工夫が必要なように思われる。

その方法についてはすでに述べたとおりであるが、看護師に起きている対処不能という状況を構成するバリアについて、看護師自身が肯定的、建設的な理解を行うことが必要である。対処不能を生み出すバリアはほとんどが自然発生的なものであり、なんら批判されるものではない。加えて、看護師の内的なバリアが対処不能という状況を作り出しているけれども、看護師が教育され訓練されてきたケアの意志によるものであることを看護師自身が十分了解すれば、自分自身に起きたことを肯定的に受け止めることが可能になる。具体的には、看護師自身が持っているケアの意志やその方向性がはからずもバリアを強めていることが了解でき、［実存のバリア］のために患者や死に関する会話に直面できない自分の存在をむしろ「良い存在」として肯定的に了解

する過程を踏むことができれば、理論的には看護師は死に関する会話に直面するパワーを獲得することになるものと思われる。この点については、Levin (1990) が述べるように高い不安を心理的な不適応とは見なさないで、しかし不安を軽減するという事を考える必要がある。

また、日本文化の中で死を言語化するということがどのような意味を持つかということを考慮しなければならない。伝統的に日本人の場合、死にゆく人が死を言語化することは、欧米に比べ強いニーズが顕在化しているわけではなく、研究も少ないことを３．文献検討に述べた。言語化するしないにかかわらず、死をむしろ自然な形で受け入れてきた文化を私たちは持っている。しかし、死が日常生活から切り離されて病院施設に隔離されるようになり、伝統的な死への態度は変貌しており、その変化は患者だけでなく日本人である医療従事者にももちろん影響している。死んでいくことを言葉にしなくても周囲が承知しており、また本人も周囲が承知していることを知っているという状況はある意味で日本人にとっては快適であったといえる。しかし、患者の権利を明らかにし勝ち取るためには、患者は知ることを要求し、医療者は説明することを求められ、黙っていることは少なからず弊害になる。とはいえ個人主義や人権という概念が確立している欧米と同じようには死の会話も Breaking bad news も進まないだろう。周囲との関係の中で自分の立つべき位置を決めることや曖昧な言動に特徴づけられる日本人の会話パターンは、様々な形で私たちを支配している。死にゆく過程において、言語化だけでなく周囲の人々との関係のとり方、ケアの提供の仕方など、日本人が comfortable（居心地よい）と思えるようなサポートや死の言語化についても日本的あり方をさらに探求する必要があるだろう。

７．小括

死にゆく患者と話すことは医療者にとって難しいことである。特に看護師は日常的に患者から死にゆくことについて語りかけられる立場にあり、大きな戸惑いを感じながら解決策を見いだせないでいる。患者と死について話すことに伴う看護師のバリアを明らかにし、死にゆく患者とのコミュニケーションについて検討することは意義のあることと考え、この研究に取り組んだ。

本研究の目的は、EOL においてがん患者と死に関する会話をすすめようとするときに看護師に生じるバリアについて明らかにする探索的記述研究である。研究方法は、フォーカスグループインタビューによって得た記述データの意味の読みとりによってバリアの種類と構造を明らかにする質的研究の手法をとった。

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がん看護セミナーに参

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 29 名である。

フォーカスグループインタビューの記述データから 352 の単位化されたデータが見いだされ、63 のサブカテゴリーが抽出され、さらに 11 のバリアのカテゴリーと３つの死に関する話を促進する要因のカテゴリーが抽出された。さらにカテゴリー間の関係を考慮して構造化を行い、看護師が死に関する話を患者と行うときに生じるバリアの構造を明らかにした。

抽出されたバリアカテゴリーとして、死という状況への自然な反応としてのＡⅠ［対処のバリア］、ＡⅡ［防衛のバリア］、ＡⅢ［感情のバリア］、ＡⅣ［ダメージのバリア］、ＡＶ［実存のバリア］、ＡⅥ［葛藤のバリア］が分類され、看護師という職業が影響して生じていると思われるＢ［規範バリア］、が分類された。さらに実際の場面での環境の条件やコミュニケーションの技術的な問題を強調したＣⅠ［会話の範囲・了解のバリア］、ＣⅡ［コミュニケーション技術のバリア］、ＣⅢ［関係性のバリア］、ＣⅣ［環境のバリア］が分類された。

看護師は、これらのバリアによって死にゆく患者への対応が出来なかったと不全感を感じていたが、Ａは、人間の死への自然な反応として解釈され、Ｂは職業的訓練を受けているがゆえのバリアであり、調整をしながらむしろ保持すべきバリアではないかと考えられる。Ｃのバリアは時間や場の問題、技術の問題でありケアの向上が図られやすい部分であると思われる。この他にＤⅠ［死に関する会話を進める患者の力］、ＤⅡ［死に関する会話を支えるもの］、Ｅ［ケアの意志］の３つのカテゴリーは、患者自身に話を進めていく力があることを示しており、患者の能力を信じながら相互関係の中で話を進めるという実践のありかたを示唆するものである。

明らかになったバリアの項目は、克服するというよりむしろ看護師が自分自身の状況を了解するために用い、適切にバリアを保持しながら、ステップを踏むことができるように活用できるようなツールに発展させることが期待される。それによって看護師はより自分の状況がわかり、バリアを持ちながら対応する方略を考えることが出来るのではないかと思われる。

第４章
総合論議

第４章　総合論議

本研究は、大きくは２つの研究から構成されている。第２章は、EOLにおいてがん患者が死にゆくことを言語化することを支援する事例研究であり、第１節で支援技術に焦点を当て、第２節では「看護師の構え」に焦点を当てた。さらの第３章において、死にゆくことの言語化に伴う看護師のバリアを抽出し構造化した。

第２章１節の研究では、EOLにおいてがん患者に自分自身の死について語ることを支援するという看護の介入を意図的に行った。患者の反応、看護者自身の状況を詳細に分析することによって、次のような言語化を支援する方法や死について話すことで起こってくる患者の変化を抽出した

（１）患者の自分の死に関する考えや思いを表現したことで、患者が自分の生に終止符を打つ作業を行い、より平穏で充実した死を迎えることができた。

（２）患者は自分の死について話すことをきっかけにして、家族や自分にとって重要な人々に別れを告げることができた。

（３）患者が自分の体をどのように感じているか表現させることは、死にゆく自分を他者に知らせる意味があり、患者は自分自分を周囲に理解してもらって死んでいくことができた。

（４）患者が自分の死について表現することをためらうときは表現できる場をいつでも保証し続けることを言うにとどめ待つことが必要であった。

（５）家族が行っているケアを認め、肯定的に評価することは家族の看護力を高め、直面した困難を乗り越えることを可能にした。

（６）看護者は家族と患者との別れだけでなく自分と患者との別れも大事にし、時期を見て看護者として患者と関わってきたことの意味を患者に伝えることで、意図的にターミネーションを行うことができる。

（７）看護者が自分自身の患者を亡くすという体験に目をとどめ、自分の悲嘆体験と素直に直面し、時間や周囲のケアを受けることができれば悲嘆からの回復につながる。

（８）コンサルテーションなどによってサポートが受けられることは看護者が自信を持って患者に直面することを可能にした。

（９）同一専門職の仲間で体験を共有できる場合は、看護者がより安定して患者に直面することができる。

これら抽出された看護の内容は特定の状況下で実施したものであるがすでに普遍的な看護として位置づけられているものも多い。我が国では患者の思いが言語化されることが少なく、看護者も必要性を感じながら具体的な介入に及ばないケースが多く報告されている。しかし第三者的に現象が記述される場合が多く、看護者自身の問題に焦点を当てた意図的な介入研究は少ない。本事例研究の結果を見るとEOLにおける看護援助を

行うには、患者、家族、看護者のいずれもが主人公になって分析される必要性があることがわかる。また、コンサルテーションや同僚の共感的な理解は、活動を支える重要な要因であるといえる。本事例は、看護者の介入に非常に良く反応し、自らの死を良く理解し、豊かに表現した。死について話すことに躊躇しているのは患者ではなく、看護者や家族をはじめとする周囲の人間であった。

第１節の研究は、計画された事例介入研究であり、普遍性については言及することができない。患者や家族の条件、病気の条件、看護者とコンサルタントの能力にも左右される。しかし、事例の状況を詳細に分析することによって、特定の条件下で起こる現象であっても有用性の高い内容を抽出することが出来た。今後事例を重ねて患者と看護者との間で死について言語化することを意図的に進めていく方法を見いだすことが出来るものと思われる。特に専門的な技術として、必要な患者に対して、死について言語化することを支援する技術を確立することの足がかりが得られたものと思われる。

さらに第２節では、事例を重ねて、死を言語化するために必要な「看護師の構え」について検討した。「看護師の構え」に焦点を当てたのは、第１節で死について言語化を躊躇しているのは患者ではなく看護者などの周囲の人々であるという確信を持ったからである。しかし、第１節の事例でも明らかなように、患者は常に死について話したいと考えているわけではないので、やみくもに言語化を進めるということには問題がある。言語化を進めるにしても進めないにしても、重要なのは看護者が死について話すということについてどういう態度を持っているかを良く自覚することではないかと考えた。そこで死の言語化に対する「看護者の構え」を項目として示す試みを行った。これは、コンサルテーションを受けることによって自分自身の構えを客観的に知ったことや、たとえその構えが不十分であってもコンサルタントがそれをよしとして認めたことによって介入に踏み切ることが出来たという実感を持ったからである。

ここでは、看護者の実践事例に生じた現象を分析して、死にゆくことの言語化をサポートすることを可能にする以下の「看護師の構え」を抽出した。

① 看護者は、患者の身体の状態（予後を含む）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話すタイミングをはかる。
② 看護者は、患者に対して、死にゆくことについて言語化する機会を与えたいと思う。
③ 看護者が、自分自身が死にゆくことを話す事に対して持っている不安を認識する。
④ 看護者は、患者との信頼関係があると感じる。
⑤ 看護者は、言語化をすすめる介入について具体的に用意している。
⑥ 看護者の活動を認めサポートする同僚（医師、コンサルタントを含む）の存在がある。
⑦ 看護者は、患者を最期まで看る決心をする。

これらの項目の妥当性について６名の死を看取る現場にいる看護職の意見を聞いたところ、①②③④は妥当性がある「看護師の構え」と判断できたが他の３項目はその妥

当性について意見が分かれた。看護師自身の準備性を確認できるようにこれらの項目を洗練することがのぞまれる。

第２節の研究は、事例研究によって抽出した死を言語化することに対する看護師の構えを熟練看護師を中心としたグループに討議してもらい、その妥当性を検討したものである。第１節の事例から学んだことを参考に、意図的介入を行い、「看護師の構え」を抽出したが、事例の積み重ねが少なく、一般化にはさらに事例の集積がのぞまれる。

グループインタビューを用いて簡便に抽出した項目の妥当性を検討したが、提示した項目に対して看護師の高いコンセンサスを得るにはさらに量的な検証が必要である。しかし、死を言語化する看護師の構えが見いだせたことは意義深く、今後この結果をもとに、看護師自身が自分の構えの状態を客観視することを助ける項目や指標が考案することができれば、看護師はより冷静に自分自身の状況を見極め、患者と死について話すことにより率直になれるのではないかと考える。

第３章の研究では、死を言語化するときに看護師に生じるバリアを明らかにし、その構造化を試みた。人は自分が死んでいくときに死について話したいと希望する場合もあり、そうでない場合もある。患者が話をしたいと望んだとき、話しかけられた看護師は大いに戸惑い、死に関する会話をすることに対して生じた様々なバリアを表現した。

具体的に抽出されたバリアのカテゴリーは、死という状況への自然な反応としてＡⅠ［対処のバリア］、ＡⅡ［防衛のバリア］、ＡⅢ［感情のバリア］、ＡⅣ［ダメージのバリア］、ＡⅤ［実存のバリア］、ＡⅥ［葛藤のバリア］が分類され、さらに看護師という職業が影響して生じていると思われるＢ［規範バリア］、が分類された。そして実際の場面での環境の条件やコミュニケーションの技術的な問題を強調したＣⅠ［会話の範囲・了解のバリア］、ＣⅡ［コミュニケーション技術のバリア］、ＣⅢ［関係性のバリア］、ＣⅣ［環境のバリア］が分類された。看護師は、これらのバリアによって死にゆく患者への対応が出来なかったと不全感を感じていたが、ＡⅠ～ＡⅥは、人間の死への自然な反応として解釈され、文脈上では必ずしも患者に否定的な感情を引き起こすことはなく、むしろ高い共感性や関心の強さから生じているものであることがわかった。Ｂは職業的訓練を受けているがゆえのバリアであり、調整をしながらむしろ保持すべきバリアではないかと考えられる。Ｃのバリアは時間や場の問題、技術の問題でありケアの向上が図られやすい部分であり、改善の余地が見いだせる領域として今後、積極的に改善に取り組む部分として理解された。この他にＤⅠ［死に関する会話を進める患者の力］、ＤⅡ［死に関する会話を支えるもの］、Ｅ［ケアの意志］の３つのカテゴリーは、患者自身に話を進めていく力があることを示しており、患者との相互関係の中で話を進めるという実践の方向を示唆するものであった。

第３章の研究は、EOL ケアにある程度関心のある看護師が研究への参加を申し出てくれたという背景があり、比較的熱心で積極的に看護の役割を果たそうとして死に関する会話を進めることに挑みながら果たせなかった看護師が語ったバリアをデータとして

いる。病院組織によるバリアが数例で見ることが出来たが看護チームという限られた組織の状況が抽出されたのみである。病院文化のバリア、医師との関係に関連したバリア、社会経済的なバリアなどは、分析できるほど十分には得られていない。これらのバリアを考慮してさらに看護師に存在するバリアを包括的に見る必要がある場合には、対象の範囲を広げて、さらなる事例数、グループ数、グループ性質のバリエーションが必要である。場合によっては、参加観察などの他の手法を用いた研究が必要となるだろう。また、質的な分析であるので、データの解釈に研究者の主観がはいり込むことは否めない。これについては、経験豊富な質的研究者にスーパーバイズを依頼したが、さらに量的研究によって各カテゴリーの存在やカテゴリー間の関係について検証していくことも必要である。

本研究で抽出されたバリアは、死について話す場面で看護師が自分自身の状況を明確にするときに枠組みやきっかけを与えてくれるだろう。そして、このカテゴリーは、医療に関して責任がより明確な医師に対しても、自分自身を洞察し、認めるときの枠組みを提供するだろう。医療者は自分自身の状況が明確になれば、たとえそれが悪い状況であろうとも対応するパワーを獲得する。人間的で豊かな感情を抑圧することなく認め、次の段階として、患者の問いに付き合って、自分自身をどう表現するかという階段を踏むことが出来るかもしれない。今後、カテゴリーを精錬して、例えばEOLにおいて患者に話を聞きたいと思った時に自分自身を客観的に見るシートを開発する可能性も考えられる。シートは他の人に見せる必要はなく自分が自分のもつ恐怖や不安などの感情に気づき、それを是認するために用いられると良いと思う。たとえ否定的な感情であっても、それを持つこと自体はむしろ自然である場合が多いので、持っていることは持っていることとして了解し、死に対して率直な対応ができるかもしれないし、一緒に困ったり、あわてたりすることも了解することが出来るかもしれない。今後、EOLケアに従事する専門職の死に関する会話へのバリアをより客観的に見ることが出来るツールの開発を行うことによって看護実践の質を向上させることに貢献できるのではないかと思われる。

本研究全体を通して、EOLにおける死にゆくことの言語化を支援する看護のあり方について考究した。1995 年から約７年間にわたって、筆者自身はがん患者と死について話すための専門的で体系化された技術とは何かを考えてきた。もちろん未だ体系化するには至らないが、人間として持つ感情や看護者自身の状況を認め大切にしながら、畏れを持って死にゆく人と死にゆくことについて話すことができる具体的な方略も見えてきた。患者のそばにいて療養生活を支える専門職として、提供できるケアの方向性を見いだすことが出来たのではないかと考える。

第５章
結論

第５章　結論

本研究全体を通して、死にゆく患者と死について話すという課題に看護師はどのように取り組むのか、検討した。第２章では、死について話す看護師の方略や構えを明らかにした。死を患者との間で言語化することによって、患者は親しい人との別れを述べ、自分の思いを表現して周囲の人々に理解してもらうことが出来るということも確認した。しかし、事例を通して確認した言語化の方法は、単純に臨床の文脈の中で機能するわけではない。そこで、第３章では、臨床の文脈の中でどのように死に関する会話が回避されるのか、話すことに対するバリアは何か、そのバリアの意味は何か、バリアはどのような構造になっているのかについて、29 名の看護師の体験を分析することによって抽出した。看護師が死に関する会話をすることに対してもっているバリアのバリエーションは大きく、最終的に１１のバリアのカテゴリーが抽出された。バリア一つ一つの意味を文脈を深く読むことによって検討し、バリアは、実は看護師にとって必要なものであり、高い共感性と関連していることが、看護師達の語りから明らかになった。

考察を経て、死にゆくことを言語化するということに伴うバリアは、単純に乗り越えるのではなく、むしろ大切にすることが必要であるものを多く含んでいることが考えられた。患者と看護師が作り出す文脈の中で、看護師自身の有り様や対応の仕方は様々であり、患者との相互関係の中で対応の意味や価値が決定されるのではないかと思われる。

本論文全体を通して導き出したことをまとめると次のようになる。

- EOL において死を言語化することによって、患者が自分自身の思いを表現することや周囲に別れを告げることが可能となり、平穏な死を導くことが事例研究によって確認された。
- 死を言語化することを支援する看護援助としては、身体の感じを表現させることや具体的な表現方法を提供することが有効であった。
- 事例研究では、コンサルタントや同僚のサポートによって、看護者は死について話すことに踏み出すことが出来た。
- 死にゆくことの言語化をサポートすることを可能にする「看護師の構え」として、グループインタビューにより妥当と確認されたのは、〈患者の身体の状態が把握されていること〉、〈患者に死を言語化する機会を与えたいという看護者の思いがあること〉、〈看護者が自分自身の不安を認識していること〉、〈患者との間に信頼関係があると感じられること〉の４項目であった。
- 死にゆくことの言語化に伴う看護師のバリアは１１のカテゴリーに分類され、看護師に内在するバリアは、むしろ在るのが自然であると解釈されたが、時間や場所など環境的なバリアは調整可能なバリアとして改善できるものと思われた。
- 死にゆくことの言語化を推進している要因も分類され、看護師のケアの意志や患者

の話す力など、看護師と患者の相互関係の中で死に関する会話が可能になるという現象が確認された。

本研究で確認されたことは、看護師の実践現場で様々な形で活用することが出来る。研究に参加した看護師が述べたように、ほとんどの看護師は、患者から死に関する会話を持ちかけられたとき、戸惑ってしまう自分を否定的に評価している。しかし、死に直面している患者に死について問われ、戸惑うことは日常的に長い時間を患者のそばで過ごす看護師にとってむしろ自然な反応である。看護師がこのような感情を否定的に評価するのではなく、むしろ自分自身の感情を認め大切に扱うことが、看護師としてのケアの方向性として重要であることが考えられる。また、バリアの構造などを理解することによって看護師が自分の状況が見えるようになると、患者の言葉に落ち着いて反応することも可能になる可能性がある。また、死に関する会話を促進している患者の話す力やその力を信頼すること、また看護師自身が持っているケアの意志をさらに明確に意識することが出来れば、看護師は大いに勇気づけられることになるだろう。今回明らかにしたバリアの性質や構造がこのような看護師の患者への対応の変化にすぐに結びつくことは難しいと思われるが、例えば教育の中で、このようなバリアについての学びを得ることで、それが態度に反映するということは十分考えられる。また、看護師が自分自身のバリアの状況を点検するためのツール開発に本研究の成果が貢献できれば、看護師の自己への気づきを促し、患者ケアにより広がりが期待できるのではないかと思われる。

実践的な応用範囲と同時に、これまで経験によって積み上げられてきた死にゆく患者への対応技術や死を言語化することを支援する技術を理論的に体系づけていくときの基盤の一部としても活用できるのではないかと考える。

文献

Abramovitch P. (1984). Death: A cross-cultural perspective. Annual Reviews in Anthropology 13, 385-417.

Alvarado, K. A., Temper, D. I., Bresler, C. & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. Journal of Clinical Psychology, 51, 202-204.

Backer A. B., Hannon. N., & Russell A. N. (1997). 死とその周辺ー死への総合的アプローチー [Death and Dying : Understanding and care] (岡堂哲雄, 大西和子監訳). 東京: 廣川書店. (Original work published 1997)

Backer A. B., Hannon. N., & Russell A. N. (1994). Death and Dying : Understanding and care. New York: Delmer Publish Inc.

Baile F. W., Kudelka P. A., Beale A. E., Glober A. G., Myers G.E., Greisinger J. A., Bast C. R., Goldstein G. M., Novack D. & Lenzi R. (1999) Communication Skills Training in Oncology. Cancer, 86(5), 887-897.

Bene B., & Foxall M. J. (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. Hospice Journal, 7(3), 25-41.

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.

Bernard L., Timothy Q., & Tulsky J. (1999). Discussing palliative care with patients. Annuals of Internal Medicine, 130(9), 744-749.

Brent, B. S., Speece W. M., Gates, F. M., & Kaul M. (1993). The contibution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: 2. Medical and nursing atudents with no professional experience. Omega: Journal of Death and Dying, 26(3), 181-205.

Brent, B. S., Speece W. M., Gates, F. M., Mood D., & Kaul M. (1991). The contibution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: 1. Graduate and undergraduade students. Omega: Journal of Death and Dying, 23(4), 249-278.

Buckman R. (1984). Breaking bad news. Why is it so difficult? British Medical Journal, 288, 1597-1599.

C. & C. Merriam CO. (1951). Webster's New Dictionary of Synonyms, Massachusetts, C. & C. Merriam CO: Author.

Callanan M., & Kelly P. (1992). Final Gifts. P.58, N.Y., Simon & Schuster Inc.

Carlton R., Dovey S., Mizushima Y., & Ford E. (1995). Attitudes to death and dying in UK, New Zealand, and Japan. Journal of Palliative Care, 11(1), 42-47.

Coulombe L. (1995). Talking with Patients. Is it difficult when they are dying? Canadian Family Physician, 41, 423-437.

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

Depaola S. J., Neimeyer R. A., & Ross S. K. (1994). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personal as a function of training. Omega: Journal of Death and Dying, 29(3), 231-248"

土居健郎. (1994). 「甘え」の構造. 第3版, P.1, P.160, 弘文堂

遠藤恵美子. (2001). 希望としてのがん看護 マーガレット・ニューマン" 健康の理論" がひらくもの. 医学書院.

Fehring R. J., Miller J. F., & Shaw C. (1997). Spiritual well being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncology Nursing Forum, 24, 663-671.

Ferrel B., Virani R., Grant M., Coyne P., & Uman G. (2000). Beyond the Supreme Court Decision: Nursing Perspectives on End-of Life Care. Oncology Nursing Forum, 27(3), 445-455.

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.

Freud A. (1958). Das Ich und Abwehrmechabismen [自我と防衛] (外林大作訳). 東京: 誠信書房. (Original work published 1936)

藤井美和. (1998) ホスピスケアを阻むもの：アメリカの状況から日本の今後を考える. ターミナルケア, 8(5), 417-424.

Egan G. (1998). The Skilled Helper (Third Edition) A Systematic Approach to Effective Helping. [熟練カウンセラーをめざすカウンセラーテキスト] (鳴澤みのる, 飯田榮訳) . 大阪: 創元社. (Original work published. 1986).

Glaser G. B. & Strauss L. A. (1965). Chap. 2, 5, 6, 8, 13. In Awareness of Dying,

NY: Aldine Publish Company.

Gordon K. A. (1995). Deterrents to access and service for Blacks and Hispanics: The medicare hospice benefit, healthcare utilization, and cultural barrier. The Hospice Journal, 10(2), 65-83.

Haisfield-Wolfw M. E. (1996). End-of-Life care: Evolution of nurse's role. Oncology Nursing Forum, 23, 931-935.

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.

平野洋子, 西出順子, 多田真弓他. (1988) 望ましい死、その一例. 死の臨床, 11(1), 26-27.

保崎秀夫. (1990). II. 原因論関連. IX. 精神治療学, C.精神療法, In 保崎秀夫編, 新精神医学 (p.12, pp.533-537). 東京: 文光堂.

兵庫県ターミナルケア懇話会編. (1995). ターミナルケア対策のあり方について. ターミナルケア対策のあり方について報告書.

池田節子, 早川景子. (1979). 癌末期患者の看護について; 白血病患者の看護経験から. 死の臨床, 2(1), 23-24

犬童幹子. (2000). 癌看護に携わる看護者のケアリングに関する研究ー癌看護のケアリングに影響する要因調査ー. 日本がん看護学会誌, 14(2), 43-53.

犬童幹子. (2002). 看護者のメンタルヘルスに関する研究ーがん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築ー. 日本看護科学学会誌, 22(1), 1-12.

石川弘義. (1990). 死の社会心理. P.11-P.15 東京: 金子書房.

Jinadu M. K. & Adediran S. O. (1982). Effect of nursing education on attitudes of nursing students toward dying patients in Nigerian sociocultural environment. Interntional Journal of Nursing Atudies, 19(1). 21-27.

Kagawa-singer M. (1994) Diverse cultural beliefs and practices about death and dying in the elderly. Gerontology and Geriatircs Education, 15, 101-116.

角田豊. (1992). 共感. P.193. In 氏原寛、小川捷之、東山紘久、村瀬孝雄、山中康裕編, 臨床心理学事典(初版). 東京: 培風館.

上村晶子, 皆川邦直, 依田由美, 大倉久直. (1994). ターミナルケアにおける看護婦のストレス; 意識調査から. 心身医学, 34(4), 291-297.

笠原聡子, 田代順. (1991). ターミナルケアに関わるナースの精神衛生; ストレスの生起状況とその対処行動の視点から. 死の臨床, 14(2).

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. (1983). 生と死を支える. 東京; 朝日新聞社
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
柏木哲夫. (1999a). 日本における緩和ケア病棟の歴史と現在. 看護, 51(3), 024-028.
Kashiwagi T. (1999b). Truth telling and palliative medicine. Internal Medicine, 38(2), 190-192.
粕田晴之, 池野重雄, 福田博一, 蛭田昌宏, 清水禮壽, 吉野達規, 長谷川嗣夫, 狩野正吾. (1998). 自治医科大学付属病院医師のターミナルケアに対する意識ーアンケート調査よりー. 自治医大紀要, 21, 117-140.
川原稔久. (1992). 治療的距離. P.208. In 氏原寛, 小川捷之, 東山紘久, 村瀬孝雄, 山中康裕編, 臨床心理学事典(初版). 東京: 培風館.
河合隼雄. (1970). カウンセリングの実際問題. P.10, P.47, 東京: 誠信書房.
河野博臣. (1979). 癌と死の臨床. 死の臨床, 2(1), 25-26.
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.
北田穣之介. (1993). 心的エネルギー. 新版精神医学事典. P.410. In 加藤正明、保坂秀夫、笠原嘉、宮本忠雄、小此木啓吾編. 東京: 弘文堂.
小松浩子, 小島操子. (1988). ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス. 看護学雑誌. 52(11). 1077-1083.
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
厚生労働省. (1999). 死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率 平成11年人口動態調査, 上巻, 死亡　第5. 21表
http://www.inh.co.jp/~handpcu/index.html
Kubler-Ross E. (1969) On death and dying. Simon & Schuster Inc. NY
Kubler-Ross E. (1974) Questions & Answers on Death and Dying. Simon & Schuster Inc. N.Y.
久保成子 (1981). シリーズ看護の原点; 看護実践の哲学を求めて. 東京: 医学書院
Levin R. (1990). A reexaminatio of the dimentionality 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.

丸仁，横山日出太郎，白川元昭他. (1998). 進行癌の告知. 藤枝市立総合病院学術誌 4(1), 26-30.

Krisman-scott A. M. (2000). An historical analysis of disclosure of terminal status. Image- Journal of Nursing Scholarship, 32(1), 47-52.

Martinez M. J. & Wagner S. (2000). Chap..77 Hospice and Palliative Care, pp.1694- 1692. In Yabbro H. C., Frogge H. M., Goodman M. & Groenwald L. S. (Eds), Cancer Nursing Pronciples and Practice (pp.1681-1698), Rondon; Jones and Barlett International Publishers.

Mayeroff M.(1993). On Caring ［ケアの本質ー生きることの意味.］（田村真、向野宣之訳). 東京:ゆるみ出版. (Original work published 1990)

Metcalf, P. & Huntington, R. (1996) Celebration of Death. ［死の儀礼ー葬送風俗の人類学的研究ー.］(池上良正、川村邦光訳) 東京: 未来社. (Original work published 1985)

Mitchell L. J. (1998). Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. Cancer Practice, 6(3), 153-160.

溝口純二. (1992). カタルシス, P905, In 氏原寛、小川捷之、東山紘久、村瀬孝雄、山中康裕編, 臨床心理学事典. 東京: 培風館.

森田達也，角田純一，井上聡他. (1998). 終末期癌患者にみられる希死念慮の危険因子と安定性. 臨床精神医学, 27, 1371-1378

Morris V. (2001). Talking about death is not kill you. N.Y.: Workman Publishing Company, Inc.

中山康子，増田弥生，久本由美他. (1988). 受容の死を通して死への援助を考える. 死の臨床, 11(1), 25-26.

波平恵美子. (1990) 病と死の文化　現代医療の人類学. 朝日選書４１４. 東京: 朝日新聞社.

Nilchaikovit, T., Hill, J. M., & Holland, J. C. (1993). The effects of culture on Illness behaviour and medical care. Asian and American differences. General Hospital Psychiatry, 15, 41-50.

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.

岡原雅之，山田昌弘，安川一，石川准. (1999). 感情の社会学　ーエモーション・コンシャスな時代ー. 京都: 世界思想社

小此木啓吾. (1993). 防衛機制, P726, In 加藤正明、保坂秀夫、笠原嘉、宮本忠雄、

小此木啓吾編. 新版精神医学事典. 東京: 弘文堂
大野晋, 浜西正人. (1981). 障壁. P.412, 角川類語辞典. 東京: 角川書店.
尾崎宏美, 田村亮. (1991). 本院におけるターミナル勉強会を振り返って. 死の臨床, 14(2), 146.
Paci E., Miccinesi G., Toscani F., Tamburini M., Brunelli G., Constantini M., Peruselli C., Giulio D. P., Galluci M., Addington-Hall J., Higginson J. I. (2001). Quality of life assessment and outcome of palliative care. Journal of Pain and Symptom Managemnt, 21(3), 179-188.
Patric L. D., Engelberg A. R. & Curtis J. R. (2001). Evaluating the quality of dying and death. Journal of Pain and Symptom Management, 22(3), 717-726.
Perry E., Swartz R., Smith-Wheelock L., Westbrook J., & Buck C. (1996). Why is it difficult for staff to distress advance directives with chronic dialysis patients? Journal of the American Society of Nephrology, 7(10), 2160-2168.
Ptacek J. T. Eberhardt T.L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. Journal of American Medical Association, 276 (6), 496-502.
Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. Journal of Psychology, 130, 141-144.
Robbins M. (1998). Evaluation palliative care: Establishing the evidence base. P.34-P.59, N.Y.: Oxford University Press.
Rooda A. L., Clemnts R., Jardan L. M. (1999). Nurses Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. Oncology Nursing Forum, 26(10), 1683-1687.
S・ヴォーン、J・S・シューム、J・シナグフ. (1999). グループインタビューの技法 (井上理監訳) 東京: 慶応大学出版会.
西連寺意勲, 岡本堯, 本橋久彦他. (1998). 外科医による胃癌告知の実際. 日本外科系連合学会誌, 23(4), 618-623
斉藤久美子. (1992). 面接. P174, In 氏原寛、小川捷之、東山紘久、村瀬孝雄、山中康裕編. 臨床心理学事典. 東京: 培風館.
佐々木壽英. (1998). 域医療計画からみた地域がん診療施設整備拡充に関する研究 (報告書) 厚生労働省科学研究費報告書.
佐藤智, 福永進, 紅林みつ子. (1988). 在宅における平安な最期. 死の臨床, 11(1), 27-28.
Schorr, J. A., Farnham, R. C., & Ervin, S. M. (1991). Health patterns in aging woman as expanding consiousness. Advance in Nursing Science, 13(14), 52-63.
Servaty, H. L.., Krejci, M. J., & Hayslip, B. (1996) Relationship among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those

seeking occupations as nurses and physicians. Death Studies, 20, 149-161

Sherman, D. W. (1996). Nurses willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. Image- The Journal of Nursing Scholarship, 28, 205-213.

新藤悦子. (2001). 看護婦が語るがん末期患者へのスピリチュアルケアの様相. 日本がん看護学会誌, 15(2), 82-91.

白井幸子. (1986). 第４章: 死にゆく人のカウンセリング. 145-164. In アルフォンス・デーケン編, 叢書 死への準備教育 第２巻 死を看取る. 東京: メジカルフレンド社.

宍戸通庸. (1996). 第５章ことばと視点. P.86, In 宍戸通庸, 平賀正子, 西川盛雄, 菅原勉著, 表現と理解のことば学. 京都: ミネルヴァ書房

Shu-Fen Kao. & Lusk B. (1997). Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. International Journal of Nursing Student, 34(6), 438-443.

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)

Snyder M. (1992). Chap.13, Journal, In Snyder M. (Ed.) Independent Nursing Interventions. 115-122. N.Y.: Delmar Publishers Inc.

Spee r, G. M. (1974). Learning about death. Perspectives in Psychiatric Nursing 12(2), 70-73.

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.

Stuart W. G. & Sundeen J. S. (1995). Unit 1. Principles of Psychiatric Nursing Care. In Princples & Practice of Psychiatric Nursing.

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

武井麻子. (2001). 感情と看護. 東京: 医学書院.

寺本松野. (1995). そのときそばにいて 死の看護をめぐる論考集. 東京: 日本看護協会出版会

Tierney, M. J., Minarik, P. A., & Tierney, L. M. (1994). Ethics of Japanese health care: aperspective for clinical nurse specialists. Clinical Nurse Specialist

8, 235-240.

十時のぞみ. (1999). 大学病院医師の死生観とターミナル・ケアにおける行動や意識との関連. 死の臨床, 22(1), 65-70.

内布敦子, 柴田秀子, 和泉成子他. (1996a) 事例検討で現場はどう変わりつつあるかコンサルテーションを導入した岡山市・かとう内科での事例検討会. 訪問看護と介護, 1(4), 242-248.

内布敦子. (1996b). コンサルテーションの実施. Nursing Today, 11(1), 18-20.

内布敦子. (1996c). 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. (2000). 死にゆくことについて患者と話す技術. In 小島操子, 佐藤禮子編. 東京: 中山書店. 看護のコツと落とし穴⑦ ターミナルケア. 120-121.

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). in press.

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. 13(1). In press.

上原康成, 荻野恵三. (1999). 当科における癌告知の現状. 泌尿器外科, 112(6), 677-680.

Underwood P. (1996). 米国における看護コンサルテーション－これまでの状況とこれからの展望－. Nursing Today, 11(1), 9-12.

Vachon L. S. Mary. (2001). The Nurses Role: The world of palliative care nursing. In Betty Rolling Ferrell, Nessa Coyle (Eds). Textbook of Palliative Nursing. 648-662, N.Y. Oxford University Press.

Vatuk, S. (1990). To be a burden on others: Dependency anxiety among the elderly in India. In Owen Lynch (Ed.). Divine passions: The social construction of emotion in India. Berkeley: University of California Press.

Vaughn S., Schumm S. J. & Sinagub M. J. (1996). Focus group interviews in education and psychology. C.A.: SAGE Publications, Inc.

Walter T. (2002). Spirituality in palliative care: opportunity or burden? Palliative Medicine, 16, 133-139.

柳田邦男. (1992). 同時代ノンフィクション選集 「生と死」の現在. 東京: 文芸春秋.

謝辞

研究の初期に、死にゆく患者と死について話をするために必要な知識や実践技術を私に与え、踏み切る勇気を与えて、心理的なサポートを惜しみなく注ぎ込んでくれたコンサルタントである Dr. P. Underwood、質的分析を支えて下さった竹崎久美子氏、研究の経過を見守り励ましてくれた同僚に感謝します。

そして、大阪大学大学院人間科学研究科・柏木哲夫教授は、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、筆者のこだわりに付き合って下さいました。また、同大学院恒藤暁助教授による緻密な指導によって、論文の構成や内容が一つの流れを持ち、形をなす事が出来たものと思います。深く感謝します。

そして何よりも、死の床にありながら快く筆者の研究を受け入れ、毎回の訪問と介入に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、研究の対象者として率直な意見を述べてくださった看護師の皆様、フォーカスグループインタビューで自らの体験と心情を正直に語ってくださった看護師の皆様に深く感謝します。

資料

資料１：調査へのご協力のお願いと同意書

資料２：死についての言語化に関する研究調査票

資料３：フォーカスグループインタビュー手順

資料１

調査へのご協力のお願いと同意書

調査へのご協力のお願い

患者さんから病気や死について話を持ちかけられた時、死にゆくことについて話しを進めていくことが難しく感じたり、話しを続けることに困難を感じたりすることがあります。本研究は患者さんと死について話をするための看護婦の準備性を明らかにすることを目的としています。その一環として、みなさんの経験をグループディスカッションの中で自由に発言していただき、死にゆくことについて話しをすることにはどのようなバリア（障壁）があるのかを明らかにしたいと思いますので、どうぞご協力下さい。この研究によって自分自身の準備性を発見する可能性がありますが、反対にディスカッション自体が精神的、身体的に苦痛と感じることもあります。そのような場合は、中断する事ができ、必要な場合は休息やカウンセリングを受けられるよう配慮します。このディスカッションは、録音テープによって録音されます。ディスカッションの途中で話したくないことは話す必要がありません。同時に質問紙に回答していただきますが回答を拒否することできます。話をすることや質問紙に回答すること調査への協力を途中で中断することは全くの自由意志によって行うことができます。この場で話をしたり質問紙に回答して下さった内容は人物を特定せずに処理され、本研究の目的以外に用いられることはありません。本研究の結果は、専門領域の学術学会、学術雑誌等で発表されることがあります。

研究責任者：内布敦子
連絡先：〒673-8588　兵庫県明石市北王子町 13-71
兵庫県立看護大学　実践基礎看護学Ⅱ
TEL&FAX:　078-925-9435
E-Mail: atsuko_uchinuno@cnas-hyogo.ac.jp

調査対象者控え

同意書

患者さんから病気や死について話を持ちかけられた時、死にゆくことについて話しを進めていくことが難しく感じたり、話しを続けることに困難を感じたりすることがあります。本研究は患者さんと死について話をするための看護婦の準備性を明らかにすることを目的としています。その一環として、みなさんの経験をグループディスカッションの中で自由に発言していただき、死にゆくことについて話しをすることにはどのようなバリア（障壁）があるのかを明らかにしたいと思いますので、どうぞご協力下さい。この研究によって自分自身の準備性を発見する可能性がありますが、反対にディスカッション自体が精神的、身体的に苦痛と感じることもあります。そのような場合は、中断する事ができ、必要な場合は休息やカウンセリングを受けられるよう配慮します。このディスカッションは、録音テープによって録音されます。ディスカッションの途中で話したくないことは話す必要がありません。同時に質問紙に回答していただきますが回答を拒否することできます。話をすることや質問紙に回答すること調査への協力を途中で中断することは全くの自由意志によって行うことができます。この場で話をしたり質問紙に回答して下さった内容は人物を特定せずに処理され、本研究の目的以外に用いられることはありません。本研究の結果は、専門領域の学術学会、学術雑誌等で発表されることがあります。

ご了解下さった方は下記の文章の（　）に署名をお願いします。

研究責任者：内布敦子
連絡先：〒673-8588　兵庫県明石市北王子町 13-71
兵庫県立看護大学　実践基礎看護学Ⅱ
TEL&FAX:　078-925-9435
E-Mail: atsuko_uchinuno@cnas-hyogo.ac.jp

記

私（　　）は、上記の依頼について理解し、研究に協力することを了解します。

説明者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

作成月日　　年　　月　　日

研究者用

同意書

患者さんから病気や死について話を持ちかけられた時、死にゆくことについて話しを進めていくことが難しく感じたり、話しを続けることに困難を感じたりすることがあります。本研究は患者さんと死について話をするための看護婦の準備性を明らかにすることを目的としています。その一環として、みなさんの経験をグループディスカッションの中で自由に発言していただき、死にゆくことについて話しをすることにはどのようなバリア（障壁）があるのかを明らかにしたいと思いますので、どうぞご協力下さい。この研究によって自分自身の準備性を発見する可能性がありますが、反対にディスカッション自体が精神的、身体的に苦痛と感じることもあります。そのような場合は、中断する事ができ、必要な場合は休息やカウンセリングを受けられるよう配慮します。このディスカッションは、録音テープによって録音されます。ディスカッションの途中で話したくないことは話す必要がありません。同時に質問紙に回答していただきますが回答を拒否することできます。話をすることや質問紙に回答すること調査への協力を途中で中断することは全くの自由意志によって行うことができます。この場で話をしたり質問紙に回答して下さった内容は人物を特定せずに処理され、本研究の目的以外に用いられることはありません。本研究の結果は、専門領域の学術学会、学術雑誌等で発表されることがあります。

ご了解下さった方は下記の文章の（　）に署名をお願いします。

研究責任者：内布敦子
連絡先：〒673-8588　兵庫県明石市北王子町 13-71
兵庫県立看護大学　実践基礎看護学Ⅱ
TEL&FAX:　078-925-9435
E-Mail: atsuko_uchinuno@cnas-hyogo.ac.jp

記

私（　　）は、上記の依頼について理解し、研究に協力することを了解します。

説明者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

作成月日　　年　　月　　日

資料２

死についての言語化に関する研究調査票

死についての言語化に関する研究調査票

１．あなたの年齢：　（　　）歳

２．看護婦としての経験年数：　（　　）年
（トータルでお答え下さい。６ヶ月以上は１年として数え、６ヶ月未満は切り捨てて下さい）

３．現在勤務している病棟：該当するものの（　）に○をお入れ、該当するものを例の中から選び○をつけて下さい。
（　　）　一般：例）内科成人系、　外科成人系、　混合の成人病棟
（　　）　認定された緩和ケア病棟
（　　）　その他：例）ICU、CCU、外来、産科、小児科、精神科、その他

４．現在勤務している病棟または部署の病床数は何床ですか？
（　　）　１０床以下
（　　）　１０～１９床
（　　）　２０～２９床
（　　）　３０～３９床
（　　）　４０～５０床
（　　）　５０床以上

５．病気や死が患者との会話の中で話題になって困った体験を想起して下さい。

患者さんの年齢は、（　　代）　例）３０代という風におおざっぱにお答え下さい。
病名は（　　）

困った状況はどのようなものでしたか？

例）末期で状態が悪くなり、告知していなかったので「私の病気はがんなので　　すか？」と聞かれて、話をしたさそうにしていたが「先生になんと聞い　　ていますか？先生に説明してもらえるようにしましょうね」と言って逃　　げてしまった。
例）末期で状態の悪い患者に「もう近いなあ」と突然言われなんと答えていいかわからず困ってしまい「頑張りましょうよ」と言った

６．あなたが勤務している病棟、または部署では年間何人くらいの人が亡くなられますか？

（　　）１０人以下
（　　）１０人～５０人
（　　）５０人～１００人
（　　）１００人以上

７．あなたは患者が予後不良であることを理解している時に、効果があるにも関わらず積極的な治療を望まなかった場合、その選択を支持できますか。以下からどちらかを選び○をつけて下さい。

１．　支持できる ２．　支持できない

８．あなたは死期が近い患者とどれほど死にゆくことについて話をされたことがありますか。以下から１つを選び○をつけ、今までに話されたことがある患者の人数をお書き下さい。

１．　かなり多くの患者と　（　　）人程度 ２．　ある程度多くの患者と　（　　）人程度 ３．　それほど多くない患者と（　　）人程度 ４．　全くない

９．患者との会話で死について明言するのを避けたり、曖昧にするのが普通ですか。以下からどちらかを選び○をつけて下さい。

１．　はい ２．　いいえ

１０．死期が近い患者と死について話しをしたいと思いますか。以下からどちらかを選び○をつけて下さい。

１．　どちらかといえばそう思う ２．　どちらかといえばそう思わない

１１．あなたが予後不良の病気であることがわかった場合、隠すことなく病気の説明を本人にして欲しいですか。以下から１つを選び○をつけて下さい。

１．　欲しい ２．　欲しくない ３．　わからない

１２．あなたはどのように死にたいという具体的な希望をお持ちですか。次から１つを選び○をつけて下さい。「持っている」とお答えの方は枠内に具体的にお書き下さい。

１．　持っている ２．　持っていない ３．　わからない

具体的な希望

１３．あなた自身は自分は予後不良の病気だとわかった場合、最後の場所をどこで過ごしたいですか。次から１つ選び○をつけて下さい。

１．自宅 ２．病院 ３．ホスピス ４．治療が必要なときだけ病院やホスピス、それ以外は自宅 ５．福祉施設 ６．その他（　　） ７．わからない

１４．ターミナルケアを行う上で、あなたの施設やあなた自身がお困りのことや望まれることを自由にお書き下さい。

資料３

フォーカスグループインタビュー手順

１．研究プロジェクト名：死についての言語化に関する研究

２．研究代表者：内布敦子

３．研究課題：患者と死や死にゆくことについて話をするときの看護師のバリア

４．研究目的：患者が死や死にゆくことについて話を望んだ時、看護師はどのような体験をするのだろうか。看護師の実際の体験から死に関連した話をすることのバリアになっていることを抽出し、看護師の準備性を構成する要因を明らかにする。

５．研究方法：・フォーカスグループインタビューによる聞き取り調査
テープレコーダーによる録音を行い、書き起こして記述データとする。
インタビューの手順については別紙（フォーカスグループインタビュー手順）のとおりとする
・質問紙調査票（別紙：死についての言語化に関する研究調査票）による調査によってグループを構成する看護師の属性、言語化に関連した考え方など基本的な事項について情報を収集し分析の参考とする。質問紙は無記名とし、プライバシーを保護する。
・インタビュー、質問紙調査の一方または両方を拒否、または中断することは自由意志で行うことを対象者に知らしめる

６．研究対象：患者から病気の予後や死に関して話を持ちかけられた経験のある臨床看護師で調査への協力を承諾したもの。経験した事実ができるだけ正確に想起できるように、現在臨床看護師として勤務しているものとする。
尚、対象者は緩和ケア関連のセミナー受講者の中から希望者を募るので、研究者とは職務上、または個人的な利害関係を持たないことを前提とする。
参加希望者に対して時間、場所、人数（１０名程度）を調整し、設定する。

フォーカスグループインタビュー手順

１．趣旨の説明：（募集以前）

①セミナーなどを主催している団体またはプログラムの責任者に対して：研究の趣旨を説明し、ボランティアをその場で募ることに対して団体またはプログラムの責任者として了解できるかどうか検討してもらう。団体またはプログラムの責任者自体は研究の対象ではないので同意書の対象とはならないが施設に入ってデータを取ることやプログラム自体への影響などを判断してもらう。

②セミナーなどの参加者に対して趣旨を説明し、ボランティアを募る。人数（１０名程度）調整を行った上で別にグループヒアリングの日程、場を設定する。

２．インフォームドコンセントを取る。（資料１：調査へのご協力のお願いと同意書） サインを直筆で記入してもらう。印鑑はいらない。

３．死についての言語化に関する研究調査票（資料２）に記入を依頼する。

４．インタビューの説明を行う。

フォーカスグループインタビューを始める前に、司会者は次のように説明する。

【事前の説明】

「患者さんから死に関する話を持ち出され、対応に困った体験を話してください。それぞれの体験の中で、患者さんから、例えば「もう死ぬのか？」、「あとどれくらいで死ぬのか？」、「死ぬときはどうなるのか」といった問いかけが行われたり、お別れの言葉を言われたりする場面を１場面、語っていただきます。ここでお聞きしたいのは、死を話題にするときにどのようなことが看護師のバリアとなってそれを阻むだろうかということです。自分が困って立ち止まってしまったときに自分の中では何が起こっていたのだろうかということをできるだけ正直にお話下さい。話の途中で辛くなるかもしれません。その時はお話を止めていただいても結構です。１名ずつ話していただいている間にもし自分の同じ体験があれば、あいづちを打ったり、意見を挟んでくださっても結構です。一通りお話を聞いた後に話し足りなかったことや心に浮かんだことを自由に話してください。時間は１時間半を予定しています。そしてお断りしておきますが、私は死について患者さんから話を持ち出されたときに、話ができることが看護師として優れているとか優れていないとかいうことは全く考えていません。つまり、話した体験も話さなかった体験も同じように尊重されて大切に扱われるということです。バリアは越えたほうがいいとか越えない方がいいとかいう議論ではありません。そのバリアはいいバリアだとか悪いバリアだとかいう議論

も一切いたしません。個人的な体験をグループの中でお話していただくので、ここでお聞きになった方々はこの内容を他の場所でお話にならないようお約束下さい。一人でインタビューに応じるときよりは話す事を制限したいと思われる場合は、もちろん自分に可能な範囲でお話ししてくだるということで十分意味があります。」

5．死にゆくことについて患者から話を持ちかけられ困った体験を想起してもらう。
思い起こすために数分間、時間をおく。
参加者に話してもらい、それを録音した。司会進行は研究者が行う。司会者は、参加者の話を聴くことに集中して、相槌を打ち、「よくわかります」などと理解ができたことをフィードバックして、参加者の話す意欲ができるだけ持続するように関与する。参加者がひと通り自分の体験を語った後に「こういう事ですね」と体験を確認したり、参加者が伝えたいことがわかりにくいときはもう一度説明を求める。また、一人の参加者が話をしている時、他の参加者の表情やグループの雰囲気にも敏感であるように心がけ、他の参加者が何か言いたそうにしていることが察知された時は、時機を逸しないで発言を求めるように配慮する。

＊グループの中に１名でもテープへの録音を拒否するものがいたらテープ録音は行わず、書き取る。
＊半構成的に聞く、誘導は避けるが必要なきっかけは与える。何かバリアなったものを思い出せますか？と聞いて出てこない場合はヒントになるような言葉を下から与える。
（１）自分自身の問題：感情的なもの（怖い、踏ん切りが付かない、勇気がない、相手の気持ちを思いやる、遠慮してしまう、深刻さに耐えられない）
技術的なもの（やり方が分からない、反応に対応できない、予測がつかない）
（２）患者の問題：話せる心の準備がないと判断した
身体の状態が悪い(話すには時期が早い、悪すぎて遅すぎる))
年齢的な問題（高齢者なら話せる）
（３）両者の問題：信頼関係の状況
（４）看護師以外の問題：場所、時間、家族の反対、主治医の方針

可能なら次の質問を行う
6．話ができた体験をお持ちの方は
どんな条件の時話せましたか？
7．話すことによって起こることについてどんなことをイメージしますか?

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

著　　者：内　布　敦　子

連　絡　先：〒673-8588
兵庫県明石市北王子町13-71　兵庫県立看護大学

発行年月日：2002年12月1日