

ターミナルケアに携わる看護師の態度と 悲嘆・癒しとの関連

大西 奈保子*

Attitudes Regarding Death Held by Nursing Professionals in Terminal Care: An Exploration of their Impact both on Patient Care and on Nurses Themselves

ONISHI Naoko

Those in the nursing profession who engage in the care of terminally ill patients are apt to experience grief. At the same time, however, they may experience healing and help in overcoming their grief from the patients they care for and from their families. The purpose of this research is to explore the relationship, first of all, between nurses' attitudes regarding death and the process of dying and the kind of care behavior they exhibit toward their patients, and secondly, between nurses' behavior and manner of relating to patients and their own experiences related to healing. The research involved in-depth interviews with 25 nurses, and the results were then analyzed using the methodology of grounded theory.

Analysis of the interviews revealed that those nurses who hold positive views regarding death tend to relate to patients and their families more actively and on a deeper level, and they are also more apt to experience grief. At the same time, however, such nurses were found to be more likely to receive emotional gratification through their interactions with patients and their families. This, in turn, served to alleviate their grief and aid the process of healing as well as to contribute toward their growth, on both a personal and professional level.

キーワード：態度、看護師、悲嘆、癒し、ターミナルケア

key Words：attitude, nurse, grief, healing, terminal care

1. 問題の背景

Aries (1983) は、人類の長い歴史の中でみても、ここ半世紀の現代社会においてのみ、死に逝くものに対する周囲の態度が変化し、その死が隠され、「タブー視された死」となったと述べている。その原因として人間の死に逝く場所の変化、それまで家族の中で死に逝く人を看

護していたのが、病院という所に移行したことにあるとしている。こうして死が人々の前から姿を消し、特定の人々、つまりそこで働く、医師、看護師をはじめとした医療従事者が、それまで家族が担ってきたターミナルケアを一任されることになってしまったのである¹⁾。

しかし、現代の病院の機能として命を助ける

* 東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科 人間科学専攻 博士後期課程 2006年3月 博士学位授与
Ph.D. in Human Sciences, Department of Human Sciences, The Graduate School of Toyo Eiwa University, March 2006

ことに主眼がおかれ、死は医療の敗北という風潮²⁾の中で死にゆく者をケアすることには様々な問題点があるように思われる。現在、そのような現代医療に対する反省から、緩和ケアの必要性が言われ、日本でもそのような施設（緩和ケア病棟やホスピス）が充実しつつある³⁾が、緩和ケア病棟やホスピスで亡くなる人の数は全体の死亡者数からみてもまだ極少数にすぎない。亡くなる人の多くは緩和ケアなどの施設以外の場所、つまり一般病棟、救急医療の現場であると考えられる。そのようなことから、一般病棟や救急医療の中で死にゆく者をケアする看護師の取り巻く環境は、容易ではないことが想像される⁴⁾。

Burnall (1994) は、医療従事者にとって、直面せざるを得ない病院での死や死別の認識は、そのようなことに直面したことがあるにもかかわらず、高度の不安を抱き、ストレスの強いものであると述べている。また、それを裏付けるように、終末期医療に携わる看護師のストレス(小松 1988)やジレンマ(木下 1983)、または、燃えつき症候群(黒瀬 1999; Jenkins 1989)に関する研究が報告されている。これらのことからターミナルケアに携わる看護師の置かれている立場は非常にストレスフルであり、看護師は患者やその家族の苦しみを見たり、聴いたりすることによって、心の傷(Figley 1995; Clark 1998)をうけたり、悲嘆(Saunders 1994; Feldstein 1995)に暮れることもあるとも報告されている。そして、その悲嘆は、慢性的であり複合的な要因が絡み合い(Feldstein 1995)、忙しい臨床の現場では、癒されることなく積み重なっていく(Marino 1998)とも言われている。すなわち、死を看取るという経験は援助者にとって容易ではないことが伺えるのである。

死の臨床の現場で、医療者の足が死にゆく患者の部屋からだんだんと遠のくという話はよく耳にすることである。河野(1977)は、死つつある患者の側でジッと看護のためにい続けることが困難なのは、治療者側の死に対する恐怖であり、この得体のしれない恐怖から何らか

の理由をつけて逃げ出そうとするのであると述べている。そして、Sudnow(1992)は、看護師が死に臨んでいる患者たちを避けたがっていることを観察したし、Quint(1968)は、看護学生は死に臨んでいる患者との接触を避けることを臨床の経験から学んでいることを見出している。

このようなことから、終末期看護の第一歩は、患者の側にいることが出来ることであり、そうしなければケアは開始されないのである。なぜなら、患者やその家族の側に行かなければ、彼らの欲求を知ることができないのである。このように援助者側の死への恐怖や不安感の対処として、Burnall(1994)は、看護師は自らの死への不安を克服する方法として、死にゆく人や死別体験者に取り組むように選択しているように見えると述べており、吉田(1999)も、ホスピスに勤務する看護師を調査した結果、自らが理想とする「よい看取り」、つまり、身体症状がコントロールされた死までの過程/穏やかな死に際、死までの過程を有意義に過ごした死、臨終に家族に見守られた死、家族が納得する死の4つの要因をあげており、そのような「よい看取り」に向けて意識・無意識的に患者に期待している背景には、看護師自らの死に対する不安感が関与しているのではないかと考察している。

このように考えていくと、死の臨床に携わる医療者側の死に対する恐怖や不安感を軽減することが重要な視点になってくると考えられる。菅原(1993)は、ホスピスに勤務する看護師の死生観について、死はすべての終わりでないにとらえる看護師や、死は自然の摂理だにとらえる看護師は、死を否定的に捉えている看護師と比較して回避行動が少ないと述べている。そして看護師は死に直面している患者と対峙することによって、自分にとっての死・生の意味を見出していた。その結果、他人の死から自分ごとの死への転換、つまり看護師が自分も終末期の状態だったら自分らしく生きたいという存在論的死生観を獲得することによって、末期患

者がその人らしく生きられるようにかかわりたいという行為になっていると考察している。これらのことから死に対する不安を軽減させること、つまり、死に対してよく知ることが必要であり、看護師に関しても学問的な準備が増すにつれて、死に臨むことへの怖れが軽減する(Lester 1985)ことが考えられる。

しかし、臨床でのストレスフルな経験は看護師にとって、否定的な面ばかりを与えるものではないとも考えられる。最近ではストレスの捉え方によって、それが健康的なものになるのか、健康を害するものになるのかという違いがある(Antonovsky 2001)と考えられてきている。それは死別体験者の経験の中でも言われていることでもあり、愛するものを失うという経験は残されるものにとって否定的な側面ばかりを与えるものではない(東村ら 2001)とも言われている。そして、そのような体験を通じて人間は成長するという肯定的な側面、死への態度の変化や、生への感謝、自己成長などを併せ持っていると言われている。さらに、ターミナルケアに携わる看護師の悲嘆は愛するものを失うという経験に似ている(Papadatou 2000)との報告からも、より二人称的な死に近いとも考えられるわけであり、死別体験者の経験に似ている側面があるとも考えられる。

このようなことからターミナルケアに携わる看護師のストレスフルな体験は看護師に対して否定的な側面だけではなく、看護師の癒しや人間的成長に寄与するという肯定的な側面があるとも考えられる。ターミナルケアに携わる看護師は悲嘆やバーンアウトなどの問題にさらされる一方、患者や家族から受ける癒しや、人間的成長の両方の側面が考えられるのである。

2. 研究目的

以上のような背景から、特に一般病棟で働く看護師がターミナル期にある患者とのかかわりの中でどのような経験をしているのかを明らかにする。そして、その中で看護師が死にゆく患者に対してどのような態度をとっているのか、

その態度は実際のケア行動にどのように反映しているのかを明らかにすることを目的として、調査・研究をすすめた。

3. 研究方法

3.1 データ収集

研究期間：2000年10月から2005年4月

研究対象者：研究目的に賛同が得られた看護師(すべてターミナルケアの実践者)30名にインタビューを行なった。対象者の属性は表1に示す。

面接方法：対象者それぞれに今までのターミナルケアにおける経験の中で一番、印象に残った患者とのかかわりを中心にその時どのように感じ、行動したのかを自由に話してもらった⁵⁾。場所は病院内の面談室もしくは、比較的静かな喫茶店などを使用した。1回の面接時間は平均、約65分、一人、1から2回のインタビューを行なった。面接内容は研究対象者の許可をとり、録音をし、その内容の固有名詞を他の記号に置き換えながら、逐語記録にした。

3.2 分析方法

グランデット・セオリー・アプローチ法(Glaser & Strauss 1996)の質的帰納的方法論を用いた。また分析過程のオープンコード化の作業は多角的な視点を考慮するため、質的分析のスーパーバイザーを含めて、質的研究に関心をもつ看護師たちとの学習会で検討した。そしてそれを参考にしながら看護師の感情や思い、行動の部分を文章、段落ごとに抜き出し、カテゴリー化とコード化の作業を繰り返し行い、概念を拾い出していった。分析過程での疑問点、重要と思われる概念に関しては、次の面接時に看護師に確認していった。分析の妥当性については、インタビューに協力してくれた看護師の他に、一般病棟でターミナルケアに携わる看護師に検討してもらった。

表1 面接対象者の属性

看護師	年齢	性別	臨床経験年数	所属施設	病棟等	語った患者
1	23歳	女性	2年半	民間病院	内科病棟	成人
2	26歳	女性	4年8ヶ月	民間病院	内科病棟	成人
3	22歳	女性	1年半	民間病院	内科病棟	成人
4	24歳	女性	3年半	大学病院	内科病棟	成人
5	46歳	女性	約10年	民間病院	内科病棟	成人
6	47歳	女性	約30年	民間病院	内科病棟／訪問看護	成人
7	25歳	女性	6年	民間病院	内科病棟	成人
8	27歳	女性	6年	民間病院	内科病棟	成人
9	41歳	女性	20年	民間病院	内科病棟	成人
10	24歳	女性	1年半	民間病院	内科病棟	成人
11	28歳	女性	8年	民間病院	内科・外科病棟	成人
12	32歳	女性	6年半	訪問看護ステーション	訪問看護	成人
13	45歳	女性	約20年	民間病院	外科・内科病棟	成人
14	33歳	女性	10年	民間病院	NICU／産婦人科病棟	小児／成人
15	33歳	女性	12年	公立病院	小児病棟	小児
16	33歳	女性	約10年	公立病院	内科・外科病棟	成人
17	33歳	女性	12年	民間病院	ICU/CCU	成人
18	30歳	女性	10年	民間病院	内科病棟	成人
19	24歳	女性	3年	民間病院	外科病棟	成人
20	24歳	女性	3年	民間病院	内科病棟	成人
21	24歳	女性	3年	民間病院	内科病棟	成人
22	31歳	女性	9年	公立病院	産婦人科病棟	成人
23	33歳	女性	約15年	民間病院	内科病棟／透析室	成人
24	28歳	女性	6年半	公立病院	脳神経外科病棟	成人
25	27歳	女性	4年	公立（がん専門病院）	内科病棟	成人
26	29歳	女性	7年	訪問看護ステーション	訪問看護	成人
27	29歳	女性	3年	訪問看護ステーション	訪問看護	成人
28	44歳	女性	20数年	診療所	訪問看護	成人
29	24歳	女性	3年	民間病院	内科病棟	成人
30	30歳	女性	9年	民間病院	内科病棟	成人

3.3 倫理的配慮

得られたデータに対して、その個人が特定できないように細心の注意をはらうとともに、この研究目的以外に使用しないことと、面接は自由意志によって行なわれ、面接を拒否することによって不利益にならないことを研究対象者本人に知らせ、文章にて承諾を得た。また、得られたデータを学習会で提示するにあたり、守秘

義務の必要性を説明し、承諾を得た。そして、看護師個人の面接記録は終了後、すべて回収し、実際の語りを本文中に使用した看護師にはできるだけ事前にその内容を送り、承諾を得た。

4. 結果

ターミナルケアに携わる看護師の感情や思い、行動に関わる部分を検討した結果、終末期

にある患者やその家族に関わるということは、看護師の悲嘆やバーンアウトの側面と、関わりにおける癒しや看護師の人間的成長に関係するといった状況がある。そして看護師の死にゆく患者に対する態度とは、患者やその家族から死にまつわる言葉や態度が示されると、看護師は行為的にも心理的にも彼らから、「逃げる態度」を示す場合と、「逃げない態度」を示す場合があり、前者の態度をとる看護師を「死から逃げる」態度をとる看護師とし、後者の態度をとる看護師を「死から逃げない」態度をとる看護師とした。そして看護師のインタビューの中から、このような態度は1人の看護師の中に両方あらわれる場合もあるし、どちらか一方の場合もある。すなわち、「死から逃げない」態度をとっていると分析された語りをしてくれた看護師でも、新人の頃は「死から逃げる」態度をとっていると分析された語りをしているとか、反対に「死から逃げる」態度をとると分析された語りのみをしている場合とがあるということである。

そして、「死から逃げる」態度をとる看護師はターミナルケアの実践の中で消極的なケア行動しか行なえず、関わりにおける癒しや人間的成長には結びつかない。反対に、「死から逃げない」態度をとる看護師は、ターミナルケアの実践の中で積極的なケア行動を行っており、患者や家族の関わりの中で生じる悲嘆を、癒しや人間的成長につなげている。その関連を図1に示す。

なお、ここで記載している看護師の語りは「」でくくり、できるだけ語られたままの状態に記載しているが、わかりづらいところは省略したり、()内に言葉を補ったりしている。また、対象者一覧の看護師の番号と各語りの番号とを一致させている。

4.1 患者やその家族に関与すること

(1) ターミナルケアに携わる看護師の悲嘆とバーンアウト

看護師の悲嘆の側面には、悲嘆が癒されることなく積み重なっている側面があることが明らかとなった。次の語りはターミナルケアに携わる看護師の悲嘆の問題を表したものである。

「亡くなったあとって、すごく余韻があるじゃない？ターミナルの人が亡くなって、ベッドが開いたら、すぐ入院って言われるとすごく、いや、自分の気持ちの整理もつかなくて、そんなことお構いなしにベッドは回っていくじゃない？現実として、ベッドを待っている人はいるんだろうけど、でも次から次へと、移れないよって、気持ちがね。」看護師13（45歳、経験年数20年、内科・外科病棟）

「それで、その子（亡くなったベビー）が、本来いた場所ってあるじゃない？哺育器もきれいに掃除されて、いつでも次の子が入ってこれるようにスタンバイしているわけ。なんか、そういうのを見るとさ、なんか自分たちの感情とは別にね、次の医療が展開されているっていうか

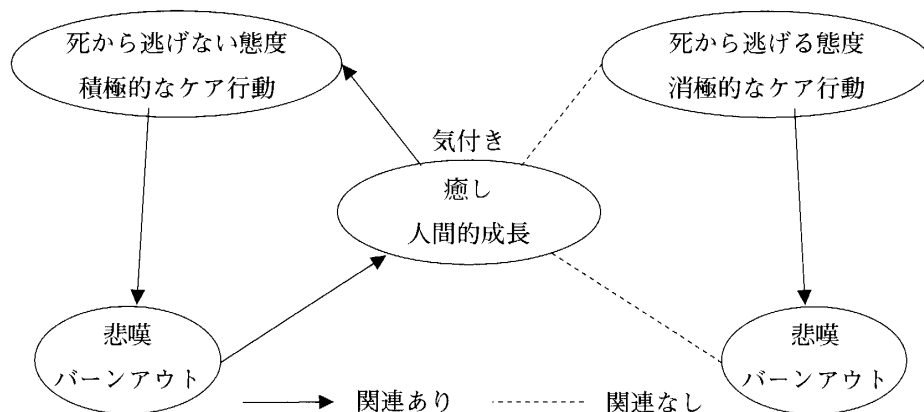


図1 ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連

さ、] 看護師14 (33歳、経験年数12年、NICU)

「立て続けに亡くなると、辛い。ある程度、思い入れがあったりするじゃない? 浸れて、処理できてっていう時間があって、次に亡くなるんだったら、なんとなく、一つ一つ、やっていけるんだけど、もう、次から次へなんてなっちゃうと、気持ちが負けちゃってくるね。なんで、なんでってなっちゃうね。」看護師15 (33歳、経験年数12年、小児がん専門病棟)

これらの語りから共通していることは、看護師の悲嘆が癒されることなく、忙しい業務の中で積み重なっていくことを示していると言える。このようなことを考えると看護師の悲嘆の問題は、次の看護師が語ってくれたようにバーンアウトの要因にもなるのである。

「印象に残った患者さんのときには、とにかく必死だったんで、苦しかったですよ。でもそれ以降は苦しまなくていいように感情にふたをしていたというか、人間的な深いかかわりをしていなかったと思うんですよ。」看護師22 (31歳、経験年数9年、産婦人科病棟)

看護師が患者の辛い状況に関与することは看護師の悲嘆をより二人称的な死のかかわりにさせることでもあり、看護師に対して適切な援助がなければバーンアウトなど、看護師がターミナルケアを続けることが出来ないような状況に追い込まれることにもなりかねないのである。

しかし、患者や家族とのかかわりは看護師に対して悲嘆やバーンアウトの問題を与えるだけではなく、看護師自身にとっても患者や家族との相互関係により、癒しを受け取るチャンスであったり、人間的成長を促す機会になったりすると考えられる。それを次に紹介する。

(2) 相互関係による癒し

前記したようにターミナルケアに携わる看護師のストレスや悲嘆の問題は深刻である。しかし、そのようなストレスフルな状況でもケアを

続けられる要因がターミナルケアには存在しており、それが患者や家族から得る癒しの側面であり、その癒しとは彼らとの関わりから看護師が勇気を与えられたり、意味を見出せたりするような側面のことであり、そのことが看護師の人的成長に寄与するのである。次の語りは患者やその家族との相互関係により、看護師が患者やその家族から癒しを与えられ、それがターミナルケアを続けていく活力になっていることを示している語りである。

「(深く関わると) やっぱりこう、ちょっとなんだらう、情がわく、情がわくのかな。なんかちょっと違いますよね。やっぱり、ふつうに接している患者さんとはちょっと違う感覚で見えてしまうところがあるかもしれないです。しかも受け持ちっていうのもあるからだと思えますけれども(中略) 苦しくて、自分もすごく泣きたくなることもあるんですけれども、でもどうだろう、そこから得るものもいっぱいあるので、その時は辛くても、例えば亡くなられて、お別れした後とかには、なんか、なんとなく、後悔もあるんですけれども、出会えてよかったとか、そういう気持ちになりますね。」看護師8 (27歳、経験6年、内科病棟)

「後から語れば、あぁいい仕事をしたなって、自己満足にも浸れるけど、その時期はいっぱい、いっぱいだよ。確かに疲れるよね。でも、終わってみれば、本当に残るものはこっちも、大きいよね。結びつきも大きくなるね。こっちと、家族の。もう、不思議な関係だよ。戦友じゃないけど、だから、そういう関わり、結びつきが、こっちも癒されるところがあるよね。(自分が訪問するのを) 待っていてくれて」看護師12 (32歳、経験年数6年半、訪問看護)

このように、ターミナルケアの実践の中で患者やその家族に関与するということは、看護師にとっても心を癒される貴重な経験になるが、その一方で積み重なる悲嘆やバーンアウトの両側面があると考えられる。

4.2 看護師の死にゆく患者に対する態度

患者やその家族から死にまつわる言葉や態度が示されると、看護師は行為的にも心理的にも彼らから、「逃げる」態度をとる場合と、「逃げない」態度をとる場合がある。ここでは、「死から逃げる」態度と「死から逃げない」態度とは、具体的にどのような態度なのかということと、そのような態度を看護師はなぜとるのかということについて、看護師の語りから明らかにしていく。

(1) 「死から逃げる」態度をとる看護師

「知らない人に涙を流すことで情報を与えて、その人も悲しみの中に巻き込みたくないっていうか、病は気からじゃあないですけど、患者さんはどっちかっていったら、気持ちを落とさないようにした方がいいと思うんですよ。ただでさえ、入院で苦痛だったりとかするから。そこにわざわざ、自分の感情を外にだして情報を与えて、さらに（落ち込ませることはよくないと思う）。」看護師2（26歳、経験年数4年半、内科病棟）

このように看護師は患者が亡くなって、看護師が泣いている姿を他の患者に見せることは、患者に動揺を与えてしまうのでいけないと語っており、悲しみといった感情は表出しないほうが良いといった認識をもっている。

次の内容は患者から死後の世界について話されたときに否定的な気持ちになってしまったことを話している。

「本人から葬式の話とか、亡くなったらこうなるんだっていう話を聞かされると、まあ、そういうふうに自分でね、気持ちを整理できるのはすごい人だなんて思う反面、ベッド上にいると、こんなことしか思わなくなっちゃうのかなって思うと、悲しくなるし、この患者さんのところに行くと、また、亡くなる話をされるんだろうなと思うと、行き難くなったときもあった気がしますね。」看護師10（24歳、経験年数1年半）

死にまつわる言葉や態度が患者から感じられると、看護師は不安感や恐怖感を持ち、そのような患者のもとには近づかないような態度、つまり「死から逃げる」態度を取るようにになると考えられる。なぜそのような不安感を持つのか、次に看護師が「死から逃げる」態度をとる理由を看護師の語りから説明する。

「よくあるじゃないですか。変なことを言ったら自殺したとか、そういうのがよく、テレビとかであるし、もし私がそう言ってなったら嫌だっていうのが大きい。変なことを言えないっていうのがある。私が一言、言って変な方向に走りまわったってことになったら嫌だって思っただけで。ターミナルの患者を持ちましたってなるとそれがイメージにボーンと出てくる。」看護師3（22歳、経験年数1年半、内科病棟）

「嫌でしたよね。ターミナルっていうことは死が近い、また、人間の死を見るのが嫌っていうか、やっぱり、普段無いじゃないですか、感情的に。身近で亡くなった人もそんなにいないんですよ。だから知らないし、わからないし、どうしていいものかっていうのがあって。見たくないなっていうふうに思っちゃたんですよ。死の瞬間とか、死んだ状態、ある意味、私が受け入れられなかったのかもしれない。」看護師2（26歳、経験年数4年半、内科病棟）

テレビなどのメディアがもたらす死のイメージの悪さや、看護師個人の実生活の中で死をみたことがないということが臨床での看取りに対して看護師の死に対する不安感を募らせる要因になっていると考えられる。その不安感が、看護師が「死から逃げる」態度をとる理由になっていると考えられる。

(2) 「死から逃げない」態度をとる看護師

反対に、死に対して「逃げない」態度をとっている看護師がいるのも事実である。次の語りは、そのような態度をとる看護師の代表的な語りである。

「自分が亡くなるってということがわかっている患者さんたちっているじゃない？もう死ぬような気がするんだよねとか、言葉に出してくる人もいるじゃない？だけど、その時に私が気をつけているっていうか、心がけているのは、そういうのをあんまり否定したりだとか、逃げないほうがいいにいいっていうふうには思っているのね。死んでしまうってことが、そんなに何ていうのかな、否定的な面ばかりじゃあないっていうふうに思いたいほうなの、私は。」看護師16（33歳、経験年数10年、内科病棟）

この看護師は死にまつわる言葉や態度が患者から発せられても、それに対して逃げない方がいいという認識をもってケアをしていることがわかる。このような看護師は、なぜ、死にまつわる言葉や態度が患者側から発せられた時に逃げずに関わり続けられえるのか、次に看護師が死についてどのように考えているか語っている。

「死んでしまうってことが、そんなに何ていうのかな、否定的な面ばかりじゃあないっていうふうに思いたいほうなの。それは病気や苦痛からの開放でもあるんだし。」看護師16（33歳、経験年数10年、内科病棟）

「父も事故で亡くなっているし、祖母が死んだときも死にめにあっていて、着ているんです。だから、死ぬってということが人間には必然的に起こってきて、それがいつの時期なのかっていうのは誰にも決められないし、死ぬってことは自然なことなんだっていうのが私の中ではあるので、恐いっていうよりも、そういう自然な流れなんだっていう方が強いんだと思うんです。」看護師29（24歳、経験年数3年、内科病棟）

これらの語りから、「死から逃げる」態度をとる看護師とは対照的に、「死から逃げない」態度をとる看護師は、実生活（ライフヒストリ

ー)の中で身内の人の死を経験していたり、死は否定的な側面だけをもたらすわけではなく、ここで看護師が語っているように、死は病や苦痛からの開放を意味するといったポジティブな側面があるのだということに気付いている特徴がある。

4.3 看護師の患者や家族に対するケア行動

ここでは「死から逃げる」態度をとる看護師と、「死から逃げない」態度をとる看護師がどのようなケアを行なっているのかを記載していく。

(1) 「死から逃げる」態度をとる看護師のケア行動

次の看護師は一步退いて言葉を選びながら患者と関わるという内容を語っている。

「べつたりの患者さんっていうのはそれが家族との関わりだから、家族が辛くなければ、それはそれでいいとは思うんですよ。説得させる自信が無いんですよ、私に。(中略)私の自信のなさっていうか、うまく説得できないっていうか、それが、一步おいちゃうっていうものだと思うんですけどね。(中略)(言葉を選ばなくっちゃいけない時って)やっぱり、緊張しますよね。突っ込まれちゃう、どうしょっていうものもありますしね。それに打ち勝つ自信が無いんですよ。」看護師2（26歳、経験年数4年半、内科病棟）

次の看護師はうそが見破られないように緊張して関わっている様子を語っている。

「結局息子さんは、全部隠してくれって言うんで、(中略)自然に振るまわらなくちゃいけないっていうのがあって、そういうときにはちょっと、本人と接するときには(ぎこちなくなっちゃった。)うそついている自分がいやだった。結局わかるじゃあないですか。(中略)うまい返し方ができないなって思って。自信がないから。」看護師3（22歳、経験年数1年半、内科病棟）

このように緊張や構えが強い関わりからでは、看護師自らも心を許して関わるといった情緒的な関わりは無理であると考えられる。

(2) 「死から逃げない」態度をとる看護師のケア行動

次に死にゆく患者に対して逃げない態度をとっている看護師が、患者に対してどのような行動をとるのかをみていきたい。ここで語っている看護師は、患者を孤独にさせない看護師の態度が重要であると次に話している。

「(亡くなる患者に対して) みんながついてますよっていうことを伝えたい。1人じゃあないんだよっていうか、だからそれは心がけている。それこそ笑顔とか、暗い表情で患者さんに関わるんじゃないかと、そのなかにも冗談があったりだとか、笑いがあったり、それで1人じゃあないんだよっていうのを、感じさせてあげたいなっていうのは思う、いつも。孤独になった時が一番恐怖だろうなって思うから、だからそれができれば、別に、別になっていうか、死そのものが怖いっていう感覚はない。私は、会話しなくても手を握ってしばらく側にいたりっていうのはよくやる。それはすごく安心感があつたとか、痛いのがすごく取れたような気がしましたって言われた。(痛み止めの) 点滴しつつも、5分でもちょっと、さすり、さすりするとか、そういうのはやっぱり大事じゃあないかなって思うけれどね。」看護師16 (33歳、経験年数10年、内科病棟)

このように看護師は亡くなる患者に対して笑顔の重要性や、痛み止めを使用しながらもさするとといった行為や手を握るといった行為の重要性を述べている。それらの行為を支えているのが、「孤独になった時が一番恐怖だろうなって思うから、だからそれができれば、死そのものが怖いっていう感覚はない。」といった彼女の死に対する考え方(死生観)が死にゆく患者に対する態度に表れていると考えられる。

次の語りは、亡くなる子どもに対して看護師

が母親に取ったケア行動である。

「最後に抱いて冷たいっていう感触が、私(母親)にはあるから、死んだっていうのが少しわかる気がするって。自分はあの時抱いてよかったっていうか、やっぱり、親なんだから肌で冷たくなるのを感じるっていうのは、あの時はすごく穴に落ちていくような気分だったけど、今考えれば、抱いたことは自分にとっては、意味があつたっていうか、そんなことを言っていたけどね。本当は、その抱いている時間をどういうふうにつくるかとかさ、そういうのがさ、成人とかのターミナルケアになるじゃない？」看護師14 (33歳、経験年数12年、NICU)

このように言葉ではなく、家族に患者の死を感じさせるという重要な家族ケアを看護師は担っており、看護師自身が「死から逃げない」態度をもって、ターミナルケアを実践することが必要になる。

5. 考察

5.1 看護師の苦悩と人間的成長

Glaser & Strauss (1988)によると、看護師は患者と年齢が近いなど、患者が自分と同じような境遇であったり、患者の死が与える社会的喪失度が高い場合、つまり、幼い子どもを残していかななくてはならない、患者の年齢が若いなどという場合、そして患者がひどく苦しんで亡くなったり、看護師の予想に反して急に亡くなったりした場合は、看護師は専門家としての落ち着きをひどく脅かされるということが言われている。つまり、患者の死にゆく状況によってケアをする看護師は専門家としての落ち着き、つまり、仕事として患者の死を看取れないという状況が生まれることがあると言える。反対に、ターミナルケアに携わる看護師というのは、専門家としての落ち着きを保たなければ、その死に対応できないとも考えられ、そこには死にゆく患者にかかわるといふ看護師の苦悩が読み取れる。

そして、結果にもあるようにターミナルケア

に携わることにより、看護師は患者が亡くなるという悲嘆を感じながらケアを行なっていることがわかる。しかもその悲嘆は癒す間もなく、忙しい臨床の現場では積み重なっていく現実がある (Marino 1998)。そして、やってもやっても報われない状態っていると、看護師の心理状態は次第に疲弊し、看護師22が述べているように、バーンアウト (燃えつき) の様相を示すようになるとも言える。

しかし、そのような困難な状況下であっても、看護師がケアを続けていかれる要因がある。それが、患者・家族との相互関係から、看護師自身も力を与えられたり、癒しを与えられたりするような関係である。つまり、患者や家族をケアするだけでなく、看護師自身もケアされる存在であるということである。そのようなことに看護師が気付くことができるかによって、ターミナルケアの実践の中で生じる苦悩を引き受けられる覚悟が看護師の中に生まれるのではないかと考えられる。

5.2 ターミナルケアに携わる看護師の態度

ターミナルケアに携わる看護師の態度には、患者やその家族から死にまつわる言葉や態度が示されると、行為的にも心理的にも彼らから「逃げる」態度をとる看護師と、「逃げない」態度をとる看護師がいることが明らかとなった。そして、その看護師のケア行動には明らかな違いがあり、「死から逃げる」態度をとる看護師は、構えや緊張が強いため、情緒的なかわりができていないのだが、看護師の語りにもあったように、これらの看護師は、メディアがもたらす死の悲惨なイメージや、私生活の中で死を看取ったことがないなどの経験から、患者の死を看取ることに対する不安感がより強いのだと考えられる。

反対に、「死から逃げない」態度をとる看護師の行なうケアは、より具体的で、患者やその家族に対しての情緒的なかわりができており、死のイメージが「死から逃げる」態度をとる看護師に比べて悪くないことや、私生活の中

で死を看取った経験をもっているという特徴が挙げられた。つまり、死にゆく患者にかかわることに対する不安が、少ないのだと言えるのである。

このようなことから、看護師が「死から逃げない」態度が持てるためには、ターミナルケアを実践するにあたり、看護師の不安感を軽減することが必要な援助になると思われる。つまり、「死から逃げる」態度をとる看護師は緊張や構えが強いという特徴があるのだから、少しでもその緊張や構えを少なくするために先輩の看護師と一緒に患者のケアに入ることにより、その姿がお手本になったり、情緒的に支えられているという実感をもたせられるのだと考えられる。そして、Lester (1985) が、看護師の死や死にゆくことに関する学問的な準備が増すにつれて、死に臨むことへの怖れが軽減すると述べていることから、学校教育・卒後教育の中で看護師に対して死や死にゆくことに関する学問が必要になると言える。

5.3 ターミナルケアに携わる看護師に求められる態度

患者に対するケア行動からみても、ターミナルケアに携わる看護師に求められている態度とは、「死から逃げない」態度である。つまり、「死から逃げない」態度をもつ看護師の行なうケアは、患者やその家族に積極的に、具体的なケアを行なっており、反対に「死から逃げる」態度をとる看護師の行なうケアは消極的であり、具体性のないケアであることから明白である。このような態度の違いを生む原因は、ターミナルケアに携わることは辛く、悲しいことだけではなく、患者やその家族とのかかわりの中から、看護師自身も心を救われるような経験をしたり、彼らから勇気を与えられたりするような経験、つまり、看護師自らもケアされるという実感をもてたり、ターミナルケアに携わることのよい面に気付くことができるといったところに違いが出てくるのである。

つまり、「死から逃げない」態度をとる看護

師、「死から逃げる」態度をとる看護師ともに、患者やその家族とのかかわりの中、悲しみにくられることもあるし、バーンアウトの危険にも遭遇するのだが、「死から逃げない」態度をとる看護師は患者やその家族とのかかわりが、辛さや悲しみだけではなく、彼らから癒されたり、勇気を与えられたりするような経験でもあるという気付きを持っているため、積極的に患者や家族にかかわることができるのである。そして、悲しみなどの苦悩を人間的成長にも結び付けていかれるのである。つまり、図1の左側の図のような循環が生まれるのである。

反対に、「死から逃げる」態度をとる看護師は、前記したようなターミナルケアのよい面に気付いていないため、図1の左側のような循環が生まれないのである。そのようなことから、ターミナルケアに携わることは辛さや悲しみといった苦悩だけを与えられるのではなく、患者やその家族から看護師自身もケアされているのだというような実感をもたせる、気付かせることが、看護師の「死から逃げない」態度の育成にかかわってくると考えられるのである。

6. まとめと今後の課題

ターミナルケアを実践している看護師の語りを分析した結果、終末期にある患者や家族に関わるということは、看護師の悲嘆やバーンアウトの側面と、癒しや人間的成長の両側面があることが明らかとなった。そして看護師の死にゆく患者に対する態度には「死から逃げない」態度と「死から逃げる」態度があり、「死から逃げない」態度をとる看護師は、ターミナルケアの実践の中で積極的なケア行動を行っており、患者や家族の関わりの中で生じる悲嘆を、癒しや人間的成長につなげていかれる。一方、「死から逃げる」態度をとる看護師はターミナルケアの実践の中で消極的なケア行動しか行なえず、関わりにおける癒しや人間的成長には結びつかないということが明らかとなった。

以上のようなことから看護師が「死から逃げない」態度を育成させられるような看護師への

支援を検討することが今後求められる。

謝辞

インタビューをはじめ本研究に協力していただきました看護師の方々に感謝いたします。また、ご指導していただきました前埼玉医科大学短期大学、古橋洋子先生と、東洋英和女学院大学大学院、平山正実先生に感謝いたします。

この論文は東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたもので、第23回日本看護科学学会にその一部を発表しました。

文献

- Antonovsky, A. (2001) 山崎喜比古・吉井清子 監訳 『健康の謎を解く〜ストレス対処と健康保持のメカニズム』 有信堂。
- Aries, P. (1983) 伊藤晃、成瀬駒男訳『死と歴史、西欧中世から現代へ』 みすず書房、pp.69-83。
- Burnell, G.M. & Burnell, A.L. (1994)、長谷川浩、川野雅資監訳『死別の悲しみの臨床』 医学書院、pp.1-15。
- Clark, M.L., Gioro, S. (1998) "Nurses, Indirect Trauma, and Prevention", *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1) pp.85-87.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1996) 後藤隆、大出春江、水野節夫訳『データ対話型理論の発見』 新曜社。
- 東村奈緒美、坂口幸弘、柏木哲夫、恒藤暎(2001) 「死別経験による遺族の人間的成長」『死の臨床』 24(1)。
- Jenkins, J.F., Ostchega, Y. (1989) "Evaluation of burnout in oncology nurses", *Cancer Nursing* 9(3).
- 河野博臣 (1977) 『生と死の心理学、ユング心理学と心身症』 創元社、pp.289-292。
- 小松浩子、小島操子、岩井郁子他 (1988) 「終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究(1)」 『第19回日本看護協会学会収録(看護管理)』 pp.243 - 246。
- 木下由美子、福田幸子、真中久子他(1983) 「末期がん患者におけるナースのジレンマ」『看護展望』 8 (12)、pp.25 - 34。
- 黒瀬佳代子、宮路亜希子、檜垣由佳子他(1999) 「緩和ケア病棟に勤務する看護婦(士)が陥る“燃えつき”の構造」『日本看護学会誌』 8(1)、pp.18-26。
- Figley, C.R. (1995) "Compassion Fatigue as Secondary

- Traumatic Stress Disorder" Figley, C.R.(Ed.) *Compassion Fatigue*, New York: Brunner / Mazel Publishers: pp.1-20.
- Feldstein, M.A., Gemma, P.B.(1995) "Oncology nurses and chronic compounded grief", *Cancer Nursing*, 18(3), pp.228-236.
- Glaser,B.G. & Strauss,A.L. (1988) (木下康仁訳)「終末認識と看護婦の落ち着き」『死のアウエアネス理論と看護～死の認識と終末期ケア』医学書院、pp.232-263.
- Glaser,B.G.& Strauss,A.L.(1996) (後藤隆、大出春江、水野節夫訳)『データ対話型理論の発見』新曜社.
- 日野原重明 (1987)『いのちの終末をどう生きるか』春秋社.
- Lester,D., Getty,C., Kneisl,C.R.(1985)「死に対する看護学生と看護教員の態度」早坂泰次郎他訳『死とともに生きる看護』現代社.
- Marino,P.A. (1998) "The effects of cumulative grief in the nurse." *Journal of Intravenous Nursing*, 21: pp.101-104.
- Papadatou,D.(2000) "A proposed model of health professionals' grieving process", *OMEGA*, 41(1) pp. 59-77.
- Quint,J.C. (1968) "The nurse and the dying patient" 武山満智子訳『看護婦と患者の死』医学書院.
- 田尾雅夫、久保真人(1996)『バーンアウトの理論と実際～心理的アプローチ』誠信書房、p.25.
- Saunders, J.M., Valente, S.M. (1994) "Nurse's grief", *Cancer Nursing*, 17(4), pp.318-325.
- Sudnow,D.(1992) 岩田啓靖、志村哲郎、山田富秋(訳)『病院で作られる死』せりか書房.
- 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).
- 吉田みつ子 (1999)「ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究"良い看取り"をめぐる」『日本看護科学会誌』19 (1).

注

1) 死に場所の推移として1951年、病院・施設での死は11.6%、自宅での死が88.4%であったのに比較して、2003年、病院・施設での死が84.2%、自宅を含む施設外での死が15.8%である。(厚生労働省大臣官房統計情報部編『人口動態統計』2003年度、第5表「死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」より抜粋。) これらのことから、過去50年余りの間に、人の死に場所が激変していることがわかる。

2) 「今までの医学は、いのちを延ばすことだけにしか関心がありませんでした。もうだめだということに無理やりに蘇生術を施し、・・・(中略)・・・延命させることをやっている」(日野原1987,p.12) この文章に代表されるように、まるで死は医学の敗北と考えている風潮がある。このことに関しては、日野原以外にも、多くの見識者が同様なことを述べている。

3) 現在、日本でも緩和ケア病棟やホスピスといったターミナルケアを専門とした施設は2005年6月1日現在、144施設、2,732病床である。

4) 著者自身も看護師として臨床で10数年、ターミナルケアに携わってきたが、がん告知の問題や余命いくばくもない重篤の患者にどこまで治療をすればいいのかなど、ターミナルケアには様々な問題がはらんでいる。また、患者のどこにぶつけていいのかわからない怒りの鋒先に看護師がなることもあるし、ターミナルケアを続けることができず、実際に辞めていく同僚もいた。

5) 対象者である看護師に印象に残った患者や家族とのかかわりを中心に自由に話してもらうことにより、よりその時の状況が鮮明に思いおこされ、生き生きとした語りとなることを期待し、あえてインタビューガイドは作らなかった。しかし、データ収集と分析は同時並行して行なっていったので、分析中にkeyとなる概念については、次のインタビュー時に聞いていったので、質問内容は分析が進むにつれて変化していった。