

国際医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科博士課程

がん看護におけるケアリング行為を基盤とする
ケアリングの構造

平成 26 年度

保健医療学専攻・看護学分野・看護援助学領域

学籍番号：12S3032 氏名：重久 加代子

研究指導教員：岡崎 美智子 教授

副研究指導教員：鈴木 英子 教授

がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造

重久 加代子 (12 S 3032)

要 旨

本研究の目的は、がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにすることである。ミックス法を用いて、ケアリングの概念分析、ケアリング行動質問紙の作成、がんサバイバーと看護師の認識の分析、がんサバイバーとがん看護専門看護師を対象にしたケアリング行為の抽出を行った。その結果、がん看護におけるケアリングは、対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践であり、その構造は、42 ケアリング行為を基盤とする8構成要素からなり、「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかかわり」を基盤に「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係」、「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」、「対象者や家族の状態を予測した支援」、「主体的に療養するために必要な情報の提供」、「ケアリングの価値を認めるチーム医療体制」、「対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践」が隙間なく密接し一体化していることが明らかになった。

キーワード ケアリング がん看護 概念分析 がんサバイバー がん看護専門看護師

Structure of Caring Based on Caring Acts on Cancer Nursing

Kayoko Shigehisa (12S3032)

Abstract

The purpose of this study is to clarify caring structures that are based on caring practices on cancer nursing. Using mixed methods, I conducted a conceptual analysis of caring, created questionnaires on caring behaviors, analyzed the perception of both cancer survivors and nurses, and extracted caring behaviors of both cancer survivors and certified nurse specialists in cancer nursing. The results showed that caring in cancer nursing is nursing practice based on supporting relationship which respects clients' individuality and shows human intimacy. Its structure was composed of 8 structural elements based on 42 caring acts and revealed following characteristics: "a relationship that respects the dignity of clients and eliminates the boundaries between them and nurses," "an environmental adjustment in which both clients and their family members can feel at ease during treatment," "support that anticipates the conditions of clients and their family members", "the provision of information necessary for proactive treatment," "team medical care that recognizes the value of caring," and "the practice of care that makes use of knowledge and techniques in cancer nursing while respecting clients as individuals," based on "mutual communication" and "the bond with human intimacy."

Key words : caring, cancer nursing, concept analysis, cancer survivor,
certified nurse specialist in cancer nursing

目 次

序論	1
第1章 研究の目的	3
第1節 先行研究の概観	3
1. ケアリング研究の変遷	3
2. がん看護におけるケアリング研究	3
第2節 研究の目的	5
第3節 研究デザインと研究の枠組み	6
1. 研究デザイン	6
2. 研究の枠組み	6
3. 研究における倫理的配慮	8
第4節 本研究で用いる用語の定義と略語の解釈	8
1. 本研究で用いる用語の定義	8
2. 本研究で用いる略語の解釈	8
第2章 量的研究 がん看護に重要なケアリングの探索的研究	10
第1節 研究1 がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動質問紙の作成 ...	10
1. 研究目的	10
2. 研究方法	10
2-1 ケアリング行動を測定する質問項目と定量化の検討	10
2-2 研究協力者	10
2-3 調査方法	11
2-4 調査内容	11
2-5 調査期間	11
2-6 分析方法	11
3. 結果	11
3-1 調査票の回収状況	11
3-2 対象者の背景	11
3-3 ケアリング行動の統計的分析	11
4. 考察	14
第2節 研究2 ケアリング行動41に対するがんサバイバーと看護師の 認識の量的分析	15
1. 研究目的	15
2. 研究方法	16
2-1 研究協力者	16
2-2 調査方法	16
2-3 調査内容	16

2-4	調査期間.....	17
2-5	分析方法.....	17
3.	結果.....	17
3-1	調査票の回収状況.....	17
3-2	対象者の背景.....	17
3-3	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の代表値.....	19
3-4	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識.....	19
3-5	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の相違.....	19
3-6	7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の認識と認識の相違.....	25
3-7	7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の認識と 平均の差の分析.....	26
4.	考察.....	26
第 3 章	質的研究 がんサバイバーとがん看護専門看護師の語りから 見えたがん看護におけるケアリング.....	29
第 1 節	研究 3 がんサバイバーの闘病体験の語りにおける ケアリングの質的分析.....	29
1.	研究目的.....	29
2.	研究方法.....	29
2-1	研究協力者.....	29
2-2	調査方法.....	29
2-3	調査期間.....	29
2-4	分析方法.....	29
3.	結果.....	30
3-1	面接時間.....	30
3-2	がんサバイバーの背景.....	30
3-3	がんサバイバーの闘病体験の語りから抽出された 状況とケアリング行為.....	32
3-4	各時期の状況と抽出されたケアリング行為の分類.....	50
3-5	本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為.....	51
3-6	がんサバイバーから抽出されたケアリング行為 111 の分類.....	53
4.	考察.....	53
第 2 節	研究 4 がん看護専門看護師のがん看護の実践における ケアリングの質的分析.....	55
1.	研究目的.....	55
2.	研究方法.....	55
2-1	研究協力者.....	55
2-2	調査方法.....	55
2-3	調査期間.....	56
2-4	分析方法.....	56

3. 結果	56
3-1 面接時間	56
3-2 がん看護専門看護師の背景	56
3-3 がん看護専門看護師のがん看護の実践とケアリング行為	57
3-4 本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為	72
3-5 がん看護専門看護師から抽出されたケアリング行為 163 の分類	76
4. 考察	76
第4章 Rodgers の概念分析を用いたケアリングの概念分析 (研究5)	78
第1節 研究目的	78
第2節 概念分析の方法	78
1. Rodgers の概念分析	78
2. データ収集方法	78
3. 分析方法	79
第3節 結果	79
1. 属性	79
2. 先行要件	83
3. 帰結	84
4. 代用語と関連する概念	86
第3節 考察	86
第5章 研究 1. 2. 3. 4. 5 の結果の統合	88
第1節 本研究の結果から導かれた新たなケアリングの定義	88
第2節 研究 1. 2. 3 における新たなケアリング行為の抽出と分類	89
第3節 研究 4. 5 における新たなケアリング行為の抽出と分類	89
第4節 がん看護において基盤となるケアリング行為と構成要素の抽出	89
第5節 がん看護におけるケアリングの構造	94
第6章 総合考察	95
第1節 がん看護におけるケアリングの定義	95
第2節 がん看護におけるケアリングの構造	96
第7章 研究の限界と今後の課題	101
第8章 結論	102
謝辞	103
文献一覧	104
資料一覧	108

図・表 目次

- 図 -

図 1	研究の枠組み.....	7
図 2	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識.....	23
図 3	Rodgers の概念分析に基づくケアリングの概念モデル.....	80
図 4	がん看護にけるケアリングの構造モデル (2014 重久試案).....	94

- 表 -

表 1	対象者の背景 (N=428).....	12
表 2	ケアリング行動の因子分析とクロンバック α 係数.....	13
表 3	ケアリング行動の構成因子名と代表値.....	14
表 4	看護師の背景 (N=194).....	18
表 5	がんサバイバーの背景 (N=61).....	18
表 6	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーの認識.....	21
表 7	ケアリング行動 41 に対する看護師の認識.....	22
表 8	ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の 平均の差の分析 (相関比 η).....	24
表 9	7 構成因子に対するがんサバイバーの代表値.....	25
表 10	7 構成因子に対する看護師の代表値.....	25
表 11	7 構成因子別のがんサバイバーと看護師の認識と 平均の差の分析 (相関比 η).....	26
表 12	がんサバイバーの概要.....	31
表 13	がん看護専門看護師の概要.....	57
表 14	ケアリングの属性.....	81
表 15	ケアリングの先行要件.....	84
表 16	ケアリングの帰結.....	85
表 17	がん看護において基盤となるケアリング行為 42 と 8 構成要素.....	91

資料 目次

- 資料 -

資料 1	研究 3.4 施設への依頼・説明書	109
資料 2	研究 3.4 施設用承諾書	110
資料 3	研究 3.4 研究協力者用説明書	111
資料 4	研究 3.4 研究協力者用同意書	113
資料 5	研究 3.4 研究協力者用同意撤回書	114
資料 6	研究 1 の調査票	115
資料 7	研究申請伺い書（施設）	119
資料 8	調整方法(手順)	120
資料 9	研究 2 の調査票（がんサバイバー用：患者様用と表記）	122
資料 10	研究 2 の調査票（看護師用）	126
資料 11	研究 3.4 インタビューガイド	130
資料 12	I. がんの診断を受けるまでの時期の状況と 抽出されたケアリング行為	133
資料 13	II. 入院し治療を受ける時期の状況と 抽出されたケアリング行為	134
資料 14	III. 外来での治療継続と経過観察の時期の状況と 抽出されたケアリング行為	136
資料 15	がんサバイバーから抽出されたケアリング行為 111 の分類	137
資料 16	がん看護専門看護師から抽出されたケアリング行為 163 の分類	140
資料 17	ケアリングの概念分析対象論文 47	144
資料 18	ケアリングの属性の分類	146
資料 19	ケアリングの先行要件の分類	151
資料 20	ケアリングの帰結の分類	153
資料 21	研究 1.2.3 における新たなケアリング行為の抽出と分類	155
資料 22	研究 4.5 における新たなケアリング行為の抽出と分類	159

序論

ケアリングは熟練した看護師の実践する質の高い看護のなかに見出されており、看護の核であるといわれる¹⁻⁴⁾。また、がん看護に携わる者の責務として、質の高いケアを提供するためにケアリング能力を高めることが提唱されている⁵⁾。

筆者は看護師として、手術を受けるがん患者や終末期にあるがん患者に関わるなかで、看護専門職としての知識や技術を駆使して支援しつつ、がん患者自身が死や病と向き合い、自分の生をひたすら生きる姿に、畏敬の念を感じていた。そのため、がん患者の存在そのものに価値を見出し支援することが、がんという厳しい現実と向き合いながら、その人らしく生きていくことを支える看護になるのではないかと考えた。看護師はがん患者に必要な看護を提供することを前提として関わり、もっとも身近なところで療養を支援するため、両者の関係は密接になる。その看護ががん患者の存在そのものに価値をおく関わりであれば、患者自身は自分のもてる力を療養に注ぎ、その人の望む最高の生活の質や生命の質を得ることに専念できる。しかし、看護師の関わりにより、本来もっている力を発揮できない、または力を削がれてしまう場合がある。それは、経験の浅い看護師だけではなく、いわゆるベテランといわれる、看護の知識や技術を備えている看護師の関わりからも生じることがある。そのため、必死に療養しても病状が悪化し、日常生活動作に支障をきたしていくがん患者が、最後まで人間としての尊厳を守り、その人らしく生きていくことができるような看護の実践が必要であると考えた。そして、がん患者が望む最高の生活の質や生命の質を実現できる看護を提供するには、看護の知識や技術のほかには何が必要であり、どのような教育をおこなうことで実践できるのかが課題になった。それは、看護専門職である看護師は、厳しい現実のなかでがんと向き合い療養するがん患者に対して、たとえ支援に不足があったとしても、患者が療養するために必要なエネルギーを消耗させるような関わりをしてはならないという、筆者自身の看護師としてのアイデンティティからの問いでもあった。そして、出会ったのが、ケアリングである。

ケアリングが注目されるようになったのは1980年代の米国であり、その背景には、高度経済成長や高度技術に対して、生命の質、生活の質（Quality of Life）が問われたことがあげられる⁶⁾。また、わが国でケアリングについての研究が行われるようになったのは、日本看護科学学会が1989年～1992年の3年間の研究課題を「ヒューマン・ケアリング」としたことに始まる⁷⁻⁹⁾。看護は対象者との関わりの中かでその対象者の能力を引き出し高めていくという、アウトカムとしては抽出しにくい要素をもっている。そのため評価されにくい側面を有するが、わが国でも保健医療サービスの質向上への動きに伴い、専門職としての看護の質評価に関する研究のなかでケアリングが注目されるようになった¹⁰⁻¹²⁾。しかし、ケアリングは抽象度の高い概念であり、統一した見解を得られていないため¹³⁻¹⁷⁾、ケアリングの実践やケアリング能力を高める教育について具体的に示したものはほとんどみられない。

BennerとWrubel¹⁸⁾は、ケアリングとは人が何らかの出来事や他者、計画、物事を大事に思うことを意味するとし、看護師が患者に安らぎを与えられるのは、患者が人々との人間的な絆と自分の関心を維持できるように手助けすることであり、人間に病気を乗り切る

勇気を与えるのはそうした絆と関心である。また、患者はがんであると診断され、がん治療を受けるとき、身体のもつ治癒力・回復力を見失ってしまうことがあるため、身体への信頼感と回復への希望を取り戻すと共に、身体の統合感覚を新しい仕方で再建しなければならないと述べている。これらより、がん看護に携わる看護師には、人間的なかわりやその人らしさを保ちながら、急性期から終末期にいたる長い経過をがんと向き合い生きていくことを支える看護が求められており、その実現には、ケアリングの実践が必要であると考えられる。

そのため、筆者はケアリングの研究を始めるにあたり、がん看護に重要なケアリングをケアリング行動として抽出し、7構成因子よりなるケアリング行動41を質問項目とする「ケアリング行動質問紙」を作成した¹⁹⁾。そして、ケアリング行動の実践を促進する支援を見出すために、ケアリング行動の実践と関連する要因を探索した²⁰⁻²³⁾。本質問紙の作成意図は、ケアリング能力をケアリング行動41の実践として測定可能にすることで、ケアリング行動の実践を促進し、がん看護の質向上およびケアリング教育を具現化するための示唆を得ることであった。Watsonは、ケアリングの測定用具について、ケアリングを正確に測定することはできないかもしれないが、より意識的に介入することによって、看護実践を改善するための手掛かりを得ることができると述べている²⁴⁾。

しかし、「ケアリング行動質問紙」の質問内容は、ケアリング行動41に対して、「日頃どのくらい実践していますか」との問いになっており、どのような看護の質で、その行動がどのようになされたかを確認することはできない。そのため、ケアリング行動を実践するときに、どのように実践するかという要件を示す必要があり、その要件について模索する過程で、「行動」より抽象度の高い概念である「行為」に着目した。さらに、ケアリングを実践するための要件を見出すためには、看護師だけではなく患者からもデータを収集し、がん患者のあらゆる健康の段階に即したケアリングの実践が可能になるように、明確な指標を示す必要がある。

そこで、本研究では、がん看護の質向上に重要なケアリングを実践するための指標となる、がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにすることを目的に、ミックス法を用いて、5つの研究より記述的・探索的研究を行う。

第1章 研究の目的

第1節 先行研究の概観

1. ケアリング研究の変遷

ケアリングの三大理論家は Leininger, Watson, Benner であるが, Nightingale の理論の中にはケアリングがあるといわれている²⁵⁻²⁶⁾。Leininger は, Nightingale の頃から 1940 年代の中頃までは, 高度科学技術は萌芽期であり, ケアリングは, 人間が成長し, 健康を保ち, 病気を免れて生存し, あるいは死と直面する上で最も必要なもので, 看護の“心と魂”として, 人々が看護師と医療サービスに対して最も期待するものであったと述べている²⁷⁾。そして, ケアリングは古くて新しいとして, 生物医学の革新の世紀である 20 世紀の終盤になりその重要性が新たに認識されるようになった²⁶⁾。Watson は, ケアリングは人々をあるがままに受容するだけでなく, 成長の可能性をもつものとして受容する。ケアリングの環境は, その時点で, その人にとってもっともよい行為が選択できるような潜在能力の発達を促す。ケアリングの実践こそが, 看護の中心課題であると位置づけている²⁸⁾。また, Benner は, ケアリングの実践は看護実践の核であり, 「その人が有する」強みと資源を確認し, 技術的な治療・処置を安全で許容できるものにする実践であり, 元の生活世界を回復・維持するよう援助するものであると述べている²⁾。

ケアリングについては, 看護学以外の分野でも研究が進められており, 哲学者である Mayeroff の「ケアの本質 (On Caring)」は, ケアに関わるときの基本的姿勢やその意味を示している²⁹⁾。また, 教育学, 倫理学, 発達心理学, 社会学の立場からもケアリングに対する研究が行われている³⁰⁻³³⁾。そして, 保健医療ジャーナリストの Gordon の著作である「ライフサポート」では, 3 人のエキスパートナースによる看護の実践を克明に記録し, ケアリングを看護の価値と位置づけている³³⁾。

看護学におけるケアリング研究によると, ケアリングの実践に関わる要因については, ケアリングに関連する先行要件として, 専門職としての看護の知識, 技術, 態度 (倫理的・道徳的要素・感情) および環境が必要である^{6, 34)}。看護師の特性として, 個人的特性には親切, 優しさ, 明るさなどの人間的特性, 感受性, コーピング能力等があり, 専門職の特性には態度, 知識, 臨床能力等がある²⁵⁾。また, 慢性難治性疾患患者の経験の分析より, 患者と看護師の関わりのなかでケアリングを成立させる看護師の要件には, 「ノルマ・マニュアルを超えた対応」として, 態度, 時間的対応, 技術的能力があり, 「高いモラル」としては謙遜, 熱意, 意欲があることが報告されている³⁵⁾。そして, Roach は, ケアリングはケアをする能力または力の現実化であり, 実際の行動の中で具現化することで表現されるとし, 職業的ケアリングの属性として思いやり, 能力, 信頼, 良心, コミットメントを示している³⁶⁾。さらに, Montgomery は, ケア提供者は実存的な方法で他者と関係を結び, そのレベルのコミュニケーションができ, それを維持していけるだけの資質をもっている必要があると述べている³⁷⁾。くわえて, Swanson は 130 の経験的な研究のメタアナリシスより, ケアリングが看護実践にあるとき看護師は自尊心を維持し, 充足され, 満足が高

まり、患者は尊厳や安全、安楽、セルフコントロールが得られることを明らかにしている³⁸⁾。

しかし、ケアリングは抽象度の高い概念であり、人間の特性や状態、道徳的なモラルあるいは対象者との相互関係の意味をもつなど複雑で、統一した見解を得られていない¹⁴⁾。Smith は、ケアリングを存在のあり方であると抽象化するとどこにでも通じるものになってしまう、逆にケアリングを具現化するとケア提供の1つひとつの業務になってしまう。看護におけるケアリングの問題には、曖昧さ、狭さと特定の見方、偏在性、非実質的、非一般化、女性らしさがあると指摘している¹³⁾。また、中柳は、ケアリングは複雑で広範な領域をもち知識体系への統合に困難さがあるとし、定性的、定量的な科学的方法を用いた、ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題を示している¹⁴⁾。

そして、Swanson は、ケアリングの中範囲理論の経験的な発展として、3つの異なる周産期の現象学的な研究を通して、5つのケアリングのプロセスである、知ること、共にいること、誰かのために行うこと、可能にする力を持たせること、信念を維持することを明らかにし、これらの分類は関係しあっており、互いに相入れないものではないと述べている³⁹⁾。

さらに、ケアリングの量的研究に関して、Watson は人間の複雑な現象やケアリングのもつより深い意味を排除することを指摘しながらも、ケアリングを評価する測定用具があることによって、ケアリングに関する知識の発展が見込めるとしてケアリングの測定用具を編集し紹介している。そのなかで、Larson が開発した、「The Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (以下 CARE-Q と記す)」は看護文献で引用された最初の定量的ケアリングツールとして、ケアリングを評価するのに最も多く使用されてきたものである^{24, 40-41)}。ケアリングの量的研究では、Boonyanurak らが7要素35項目からなる「ヒューマンケアリングに関する調査票」を開発して調査し、年齢と看護教育背景とに関連があること⁴²⁾や看護師と患者のケアリングに対する認識には違いがあることが報告されている⁴³⁻⁴⁴⁾。

ケアリング教育については、ケアリング研究の成果や Bevis と Watson の「ケアリングカリキュラム」および Noddings の「ケアリング」の著作に基づき、ケアリングをいかに教育するかへの取り組みがなされているが、具体的な方法を示したものはほとんどみられない^{30, 45-46)}。

2. がん看護におけるケアリング研究

Larson が、がん患者の認識とケアリングのニーズに対する特別な関心をもち、がん患者とがん看護専門看護師を対象に CARE-Q の開発を進めたのは、がん看護におけるケアリング研究の重要性を示すものであるといえる⁴⁰⁻⁴¹⁾。しかし、CINAHL/MEDLAIN で「Caring and Nursing」をキーワードに1980年～2013年の間で、査読、英語、抄録、参考文献、人間、学術専門誌、タイトルにケアリングがあるもの、All Childを除く、Major Heading caringの条件で検出された137件に、「Cancer」を加えると17件となる。また、医学中央雑誌で「がん看護」と「ケアリング」をキーワードに1983年～2014年までに検索された看護の原著論文は22件である。

がん看護におけるケアリングの質的研究では、悲嘆状況や終末期にあるがん患者を対象にして、安寧や安心を得られた関わりや、スピリチュアルペインのためのケアリングにおける生きられた経験について現象学的アプローチに基づいた調査が行われている。その結果、希望が支えられるケアリングや自分の限界を受容しながら苦難に立ち向かえるケアリングなどの5つのケアリング、意図的タッチや積極的傾聴など4つの看護介入、スピリチュアルペインは、患者がそれぞれの自己意識を評価しようと懸命になることで生じる問題や苦痛を通して表現され、看護師が関心をもつことは、患者にとって大きな意味があることが報告されている⁴⁷⁻⁴⁹⁾。また、がん患者のケアに携わる看護師を対象にした研究では、提供したケアリングの意味を質的に分析し、支援と信頼が築く対人関係の発展と維持や、患者に対して友人のような共感を示すことなどが見出されている⁵⁰⁻⁵¹⁾。そして、10名のがん患者の家族と看護師のケアリングパートナーシップの解釈学的弁証法的手法を用いた研究では、家族はケアリングパートナーシップに移行し、率直さ、親密さおよび誠実さの向上を示したことが報告されている⁵²⁾。

次に、がん看護におけるケアリングの量的研究では、がん看護に携わる看護師のケアリングに対する自己評価のレベルと年齢および自己効力感などとの関連が示されている⁵³⁾。また、終末期がん患者を在宅で介護する家族のケアリングの経験に関する調査では、約90%が患者および他の家族との絆が深まり、適切なケアが提供されれば、平穏な在宅での最後を迎えることが可能になることやがん患者がケアリングを受けた親族の評価で最も重要な要因は、プロの技術とスタッフの信頼性およびケアの安全性であることが報告されている⁵⁴⁻⁵⁵⁾。そして、同施設のがん患者と看護師に対する「ケアリング行動尺度」を用いた、ケアリング行動の認識に対する調査では、20のケアリング行動のうち14のケアリング行動に認識の差はなく、上位5つのケアリング行動は認識が一致していたことが明らかにされている⁵⁶⁾。くわえて、筆者の行った「ケアリング行動質問紙」を用いた5つの調査では、ケアリング行動の実践と相関が認められたのは、「看護師の自律性尺度」を用いた自律性、「生き方尺度」を用いた生き方、「達成動機測定尺度」の自己充實的達成動機、「職務満足度尺度」の職業的地位、「職業性ストレス簡易調査票」のストレス要因のなかの働きがいであった²⁰⁻²³⁾。

以上のように、ケアリング研究は質的研究を中心に、量的研究も進められているが、がん看護におけるケアリング研究は限られている。そのため、がん看護におけるケアリングの実践やケアリング能力を高めるための教育について具体的に示したものはほとんどみられない。

第2節 研究の目的

がん看護の質向上に重要なケアリングを実践するための指標となる、がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにすることを目的とする。

第3節 研究デザインと研究の枠組み

1. 研究デザイン

本研究のデザインは、ミックス法を用いた記述的・探索的研究である。本研究は量的研究（研究 1.2）である「がん看護に重要なケアリングの探索的研究」、質的研究（研究 3.4）である「がんサバイバーとがん看護専門看護師の語りから見えたがん看護におけるケアリング」、Rodgers の概念分析を用いたケアリングの概念分析（研究 5）の 5 つの研究からなる。

ミックス法は、量ならびに質的方法、多元的方法（マルチメソッド）などのアプローチとして、さまざま言葉で表現されてきたが、最近では「ミックス法」という言葉が定着してきている。ミックス法は、一つの手法による理解から他方の方法による理解に広げていくこと、異なるデータ源から得た結果を一つにまとめたり、相互に確認したりする。そのため、量的データと質的データの妥当性および質的データの正確性をチェックするために諸ステップがある。また、2種類のデータの統合は、研究者がデータをミキシングすることを意味し、データ収集時、データ分析時、データ解釈時の各時点で行われる。

本研究の主題であるケアリングは抽象度の高い概念であり、統一した見解を得られていないため、導かれた結果に対する妥当性を検証することが必要であり課題となる。そのため、ミックス法のデザインは、量的アプローチと質的アプローチの最もよいところを表すのに適しており、がん看護におけるケアリングの構造を明らかにする本研究の課題を最もよく理解し、導き出された結果の妥当性を高めるという点で適していると考え採用した⁵⁷⁾。

したがって、本研究では、はじめに、量的研究である研究 1.2 の結果と質的研究である研究 3 の結果を統合し、導かれた結果の妥当性を相補的に確認するとともに量的研究結果の妥当性を高める。次に、質的研究である研究 4 と概念分析の研究 5 の結果を統合し、導かれた結果の妥当性を相補的に確認する。そして、これらの結果より本研究における新たなケアリングの定義を導き、本定義に基づき、これらの研究結果を分析、統合することで、導きだされた結果の妥当性を高めていく手法をとっている。

2. 研究の枠組み

本研究は 5 つの研究からなり、研究 1.2.3 と研究 4.5 の 2 つの柱から構成される。研究の枠組みを図に示す（図 1）。研究 1 は、がん患者のケアを担う看護師の「ケアリング行動質問紙」の作成であり、研究 2 は「ケアリング行動質問紙」の質問項目である、ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の量的分析である。研究 3 は、がんサバイバーの闘病体験の語りにおけるケアリングの質的分析であり、研究 4 は、がん看護専門看護師のがん看護の実践におけるケアリングの質的分析である。研究 5 は Rodgers の概念分析を用いたケアリングの概念分析である。研究 1.2.3 を統合した結果と研究 4.5 を統合した結果をさらに統合することで、がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにする。

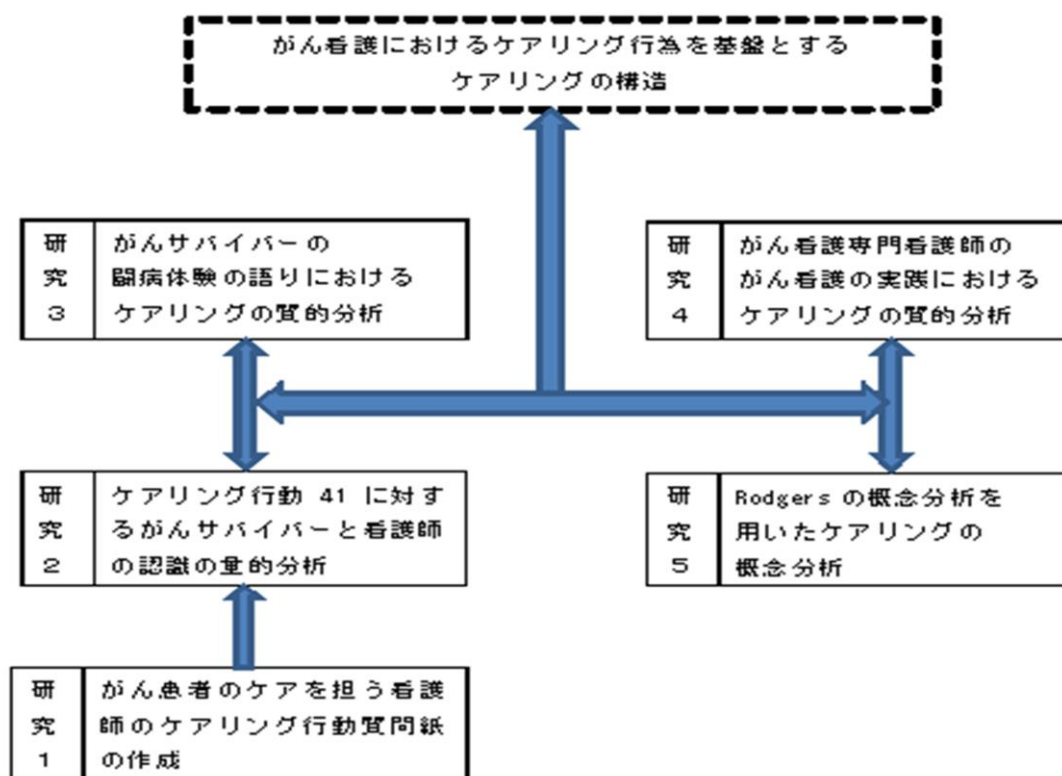


図 1 研究の枠組み

3. 研究における倫理的配慮

- (1)各研究において、本学倫理審査委員会の承認を得た（01-064, 11-122, 13-Ic173）.
- (2)各研究の研究協力者の同意については、研究1の面接は研究協力者より直接同意書を得た。調査では調査票に研究の主旨や倫理的配慮などに加え、回答をもって同意とすることを明記し、調査票の提出により同意を得た。研究2の調査では、調査票とともに同意書を配布し、調査票と同意書は別々に回収して、同意書を得た。研究3と4の面接は研究協力者より直接同意書を得た。
- (3)研究協力者には口頭または文書で、研究の主旨と参加による利益と不利益について説明した。また、参加は自由であり、参加の有無により不利益が生じることはないことを明示した。面接では、いつでも研究協力を中止できることを説明し、特にがんサバイバーの体調に留意した。
- (4)研究協力者のプライバシーの権利を守るために、匿名性の保持や守秘義務の手順（データの管理、速やかな破棄、研究目的以外の活用がないこと）を遵守した（資料1～5参照）。

第4節 本研究で用いる用語の定義と略語の解釈

1. 本研究で用いる用語の定義

本研究で用いる用語は以下のように定義して用いる。

[ケアリング] とは、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」である。

[がんサバイバー] とは、「がんと診断された人」である。

[ケアリング行動] とは、「ケアリングを反映した行動のかたち」である。

[ケアリング行為] とは、「実践する人が内的にもつケアリングを反映したケア」である。

2. 本研究で用いる略語の解釈

本研究で用いる略語の正式な名称と意味は以下の通りである。

[CNS] とは、「Certified Nurse Specialist」の略語で専門看護師のことである。専門看護師は日本看護協会による資格認定制度により1994年に発足し、現在11分野が特定されている。がん看護専門看護師もその一つであり、専門看護分野において卓越した看護実践能力を有することを認められた者をいう（日本看護協会HP参照）。

[PD] とは、「Progressive Disease」の略語で、固形がんの治療効果判定の新ガイドラインで、抗がん剤の効果判定基準である奏効率の評価が「進行」の判定である（日本語訳 JCOG 版 ver. 1.1 参照）。

[BSC] とは、「Best supportive care」の略語でがんの治療は行わず、症状などを和らげる治療に徹することである（国立がんセンターがん情報サービス HP 参照）。

第2章 量的研究 がん看護に重要なケアリングの探索的研究

第1節 研究1 がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動質問紙の作成

1. 研究目的

臨床能力の高い看護師の実践する看護に含まれているといわれるケアリングを、がん看護の臨床能力が高い看護師の実践する看護からケアリング行動として抽出し、抽出したケアリング行動を質問項目とする、がん看護に重要なケアリング行動の実践を定量的に測定する質問紙を作成する。

2. 研究方法

2-1 ケアリング行動を測定する質問項目と定量化の検討

ケアリング行動を測定する質問項目の選出については、がん看護を継続して5年以上経験し高い臨床能力を有する8名の看護師（約半数が認定看護師）への半構造化面接から322のケアリング行動を抽出した。半構造化面接では、「がん看護において大切にしていること、大変重要だと考えていること」、「これまでよい看護ができたと感じている事例、あなたにとって忘れられない事例」などについて自由に発言してもらった。抽出した322のケアリング行動は、Larson ががん患者の認識とケアリングニーズに特別な関心をもち開発した6下位尺度50項目からなるCARE-Qと比較検討して分類した^{24,40-41)}。その結果50の質問項目が選出された。次いで、がん患者のケアを担っている看護師60名にプレテストを行い、それらの結果に対する助言を2名のがん看護専門看護師より受けて修正した。

質問項目の定量化の検討では、ケアリングをどの程度実践しているかの指標をパーセントで示すBoonyanurak らが用いた方法を参考にした⁴²⁾。具体的には質問項目の実施の程度を、ほとんど実践している（81～100%の実践）～ほとんど実践していない（0～20%の実施）の5段階のリッカートスケールとし、実践割合の高い順に5点～1点を配点した。

最終的に50の項目からなる5段階のリッカートスケールを用いた質問紙を作成した。

2-2 研究協力者

全国がん（成人病）センター協議会に加盟している関東地方の10施設のうち、研究協力の得られた5施設の病棟に勤務し、患者の直接的ケアに携わっている看護師646名を対象とした。

注：全国がん（成人病）センター協議会は、わが国におけるがんの予防、診断および治療等の向上を目的に昭和48年に設立され、悪性新生物の医療、調査研究および研修を行う国立がん研究センター2施設を含む公立病院またはこれに準じる医療施設（調査当時30施設）で構成されている。

2-3 調査方法

全国がん（成人病）センター協議会に加盟する関東地方にある施設の看護部長宛に、研究計画書および調査票を送付して研究協力を依頼し、5施設から研究協力の了承を得た。調査票は研究者が施設に持参または郵送し、3週間留め置き後回収した。

2-4 調査内容

- (1) 個人属性：性別，年齢，学歴，看護経験年数，がん看護経験年数。
- (2) がん患者のケアを担っている看護師のケアリング行動を測定するために検討した50項目のリッカートスケール(資料6参照)。

2-5 調査期間

調査期間は2005年8月～11月である。

2-6 分析方法

統計ソフトSPSSにより，記述統計（代表値），因子分析，クロンバック α 係数を用いて分析した。

3. 結果

3-1 調査票の回収状況

対象者646名に調査票を配布し458名より回答を得た（回収率70.89%）。回収した調査票の中で欠損値の多いものと個人属性に記入漏れのあるものを除外し，428名を有効回答（有効回答率66.25%）とした。

3-2 対象者の背景

対象者の性別は男性12名（2.8%），女性416名（97.2%），年齢（平均±標準偏差）は33.22±8.26歳，看護経験年数は11.4±7.94年，がん看護経験年数は7.3±5.95年であった。専門学歴は高等学校専攻科および5年一貫教育による看護師養成課程と専門学校が合計346名（80.8%），短期大学・大学・大学院が82名（19.2%）であった。一般学歴では，高等学校が323名（75.4%），短期大学・大学・大学院が105名（24.6%）であった。対象者の背景を表に示す（表1）。

3-3 ケアリング行動の統計的分析

質問項目50から得られたデータの因子分析を行い，クロンバック α 係数が0.7以下である2因子の7項目と因子負荷量が0.4以下のもの3項目に対して，それらの項目の妥当性を検討し，1項目を残して削除した。次いで残された41項目に対して，主因子法による因子分析（バリマックス回転）を行った。その結果，因子負荷量0.655～0.343，固有値5.265～1.914，累積寄与率52.109%であり，7因子で構成されていた。7因子のクロンバック α 係数は0.930～0.717であった（表2）。

7構成因子は，「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」，「患者が主体的

に療養できるための情報の提供」,「患者中心の支援」,「安心して療養できる環境の調整」,
「患者や家族の状態を予測した支援」,「人間性豊かなかわり」,「意思の疎通」と命名
された(表3)。

表1 対象者の背景

N=428

項目	度数(%)	平均±標準偏差(最小値~最大値)
性別	男性 12 (2.8%)	
	女性 416 (97.2%)	
年齢		33.22±8.26(20~59)
看護経験年数		11.40±7.94(1~37)
がん看護経験年数		7.30±5.94(1~28)
専門学歴	高等学校専攻科および 5年一貫教育による看護師養成課程	9 (2.1%)
	専門学校2年課程	87 (20.3%)
	専門学校3年課程	250 (58.4%)
	短期大学2年課程	18 (4.2%)
	短期大学3年課程	53 (12.4%)
	大学	10 (2.3%)
	大学院修士課程	1 (0.2%)
	大学院博士課程	0 (0.0%)
一般学歴	高等学校	323 (75.4%)
	短期大学	73 (17.1%)
	大学	30 (7.0%)
	大学院修士課程	2 (0.5%)
	大学院博士課程	0 (0.0%)

表2 ケアリング行動の因子分析とクロンバックα 係数

質問項目	第1 因子	第2 因子	第3 因子	第4 因子	第5 因子	第6 因子	第7 因子	α 係数
安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う。	.631	.190	.166	.229	.200	.136	.159	.930
心身の痛みや苦痛に適切に対処する。	.618	.200	.192	.209	.184	.220	.127	
常に患者を尊重して関わる。	.601	.090	.197	.266	.011	.137	.311	
安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。	.526	.107	.080	.295	.339	.033	.004	
穏やかである。	.518	.091	-.011	.133	-.005	.456	.147	
よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。	.510	.192	.290	.222	.216	.139	.078	
患者を1人の人間として知る努力をする。	.503	.114	.282	.212	.042	.206	.275	
その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する。	.475	.329	.260	.139	.253	.164	.031	
患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。	.460	.216	.407	.269	.171	.142	.120	
患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する。	.452	.314	.410	.202	.203	.042	.225	
患者にとって医師が必要な時期を判断する。	.439	.315	.282	.136	.241	.052	-.042	
患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。	.414	.105	.161	.280	.309	.080	.324	
患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。	.410	.223	.311	.152	.273	.185	.220	
診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する。	.392	.187	.223	.278	.304	.048	.232	
入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意を払う。	.386	.147	.287	.204	.337	.127	.310	
危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける。	.371	.175	.349	.253	.199	.079	.177	
自分の病気や治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する。	.195	.631	.145	.251	.156	.135	.172	.789
患者に必要なと思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する。	.207	.629	.220	.213	.163	.055	.120	
同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する。	.025	.506	.151	-.094	.079	.142	-.063	
患者がセルフケアできるように支援する。	.270	.416	.166	.393	.179	.093	.196	
患者がいつでも医師に質問できるよう支援する。	.316	.404	.225	.287	.236	.059	.215	
患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます。	.272	.400	.143	.192	.108	.111	.249	
患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する。	.224	.419	.640	.110	.200	.122	.141	.855
患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。	.203	.324	.586	.163	.235	.200	.095	
常に患者を中心に考えて行動する。	.454	.063	.528	.285	-.035	.108	.060	
ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる。	.188	.334	.491	.124	.164	.225	.071	
患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。	.236	.346	.456	.173	.266	.208	.111	
患者をたびたび見回る。	.176	.085	.126	.630	.065	.196	.045	.741
ナースコールには迅速に対応する。	.179	.111	.105	.625	.073	.050	.202	
時間どおりに患者の治療や与薬を行う。	.175	.014	.102	.494	.161	.027	-.015	
何か問題があればすぐに知らせるように促す。	.223	.235	.104	.465	.067	.039	.216	
患者にとって安全で快適な環境を整える(例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など)	.334	.113	.140	.367	.240	.238	.170	
患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する。	.238	.284	.274	.131	.583	.188	.114	.798
患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる。	.125	.351	.224	.156	.576	.215	.150	
患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している。	.311	.156	.056	.293	.503	.152	.163	
患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる。	.114	.212	.238	.068	.343	.324	.204	
患者の話を聴くときには、意識して座るようにする。	.025	.113	.200	.099	.114	.655	.033	.717
患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる。	.139	.078	.187	.073	.246	.619	.201	
朗らかである。	.359	.195	-.019	.088	.013	.547	.123	
患者とコミュニケーションをとるように心がける。	.259	.166	.114	.175	.254	.333	.623	.843
患者の話に耳を傾ける。	.288	.105	.146	.274	.178	.334	.598	
固有値	5.265	3.173	3.164	2.999	2.506	2.343	1.914	.929
累積寄与率	12.842	20.582	28.298	35.614	41.727	47.442	52.109	

表3 ケアリング行動の構成因子名と代表値

N=428

項目(得点幅)	因子名	平均値	標準偏差	最小値	最大値
ケアリング行動第1因子(16~80)平均	チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行	4.21	0.48	2.5	5
ケアリング行動第2因子(6~30)平均	患者が主体的に療養できるための情報の提供	3.83	0.58	1.83	5
ケアリング行動第3因子(5~25)平均	患者中心の支援	3.94	0.63	1.8	5
ケアリング行動第4因子(5~25)平均	安心して療養できる環境の調整	4.44	0.44	2.4	5
ケアリング行動第5因子(4~20)平均	患者や家族の状態を予測した支援	4.14	0.62	2	5
ケアリング行動第6因子(3~15)平均	人間性豊かな関わり	4.07	0.68	1.33	5
ケアリング行動第7因子(2~10)平均	意思の疎通	4.46	0.57	2.5	5
ケアリング行動 (7因子単純平均)		4.16	0.45	2.81	5

4. 考察

がん看護において重要なケアリングの探索的研究として、本研究ではがん看護において重要なケアリングをケアリング行動として抽出し、7構成因子からなるケアリング行動41を質問項目とする「ケアリング行動質問紙」を作成した。質問紙の信頼性については、因子分析で得られた7構成因子に対するクロンバック α 係数が一般基準の0.7以上に達しており、下位項目の内的整合性は確保されていると判断された²⁴⁾。また、妥当性については、因子負荷量が一般基準である0.4を目安に内容と累積寄与率より構成概念妥当性は確保されていると判断された⁵⁸⁾。

7構成因子については、第1因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」は、看護専門職としての知識や技術を問うものであり、がん看護におけるケアリングが単にやさしさや気づきだけを意味するものではないことを示している。また、がん看護におけるケアリングの前提に専門職としての知識、技術、態度があるとする、ケアリングの概念研究の結果を裏付けるものであると考えられた⁶⁾。

次に、第2因子である「患者が主体的に療養できるための情報の提供」は、患者が自分のもてる力を生かし、患者自身がセルフケアできるように必要な情報を提供するという幅広い知識や高度な判断力を問うものである。また、第3因子の「患者中心の支援」は、患者を一人の人間として尊重した態度で支援することの重要性を示すものである。そして、第4因子である「安心して療養できる環境の調整」は、環境を整えるという看護において基本的な日常生活支援であるが、Nightingaleが提唱した看護の目標でもある「生命力の消耗を最小にするように生活過程を整える」⁵⁹⁾という安全、安楽、安心などに関する重要な内容を含んでいる。第5因子の「患者や家族の状態を予測した支援」は、対象者の状態を予測し家族を含めて支援をするために幅広い知識や技術を必要とするものである。

Benner らは、患者家族へのケアリングとして、「家族が患者と一緒にいられることを保証すること」、「家族に情報や援助を提供すること」、「家族がケアに参加できるようにすること」をあげている³⁾。これらは、がん患者自身が自分の病気を受け止め、長期にわたる療養を自己管理できるようにしていくには、家族を含めた支援が重要であることを示すものである。最後に、第6因子である「人間性豊かなかわり」および第7因子である「意思の疎通」は、人間同士のふれあいや親近感の持てる関わりという安心や安寧には欠かせないものである。岩本は、ケアリングを成立させる看護師の態度とは、「親近感を抱かせ希望と安楽を感じさせる態度」、「患者を尊重した注意深く思慮深い誠実な態度」、「患者に対して共感、気遣い、関心、同情を表している態度」であると報告している³⁵⁾。

以上のように7構成因子は、がんという生命の危機にさらされた患者を支援するために必要な看護専門職としての知識や技術および、がん患者を大切な一人の人間として受け止め、その人の力を最大限に生かせるように親身に関わるという、がん患者のケアに欠くことのできないケアリング行動を網羅しており内容妥当性は確保されていると判断された。

しかし、本質問紙を作成するにあたり分析対象にしたデータは、すべてががん看護に携わる看護師より収集したものである。先行研究では、看護師と患者の認識するケアリングには相違があることが報告されている⁴³⁻⁴⁴⁾。それと同時に対象者や施設が異なることが結果に影響している可能性も指摘されている⁵⁶⁾。

「ケアリング行動質問紙」の項目であるケアリング行動41の実践割合は、ほとんど実践している(81~100%の実践)~ほとんど実践していない(0~20%の実施)の5段階で測定し、がん看護に携わる看護師のケアリング能力をケアリング行動41の実践力として定量的に評価するものである。本質問紙の作成意図は、ケアリング能力としてケアリング行動41の実践を測定可能にすることで、ケアリング行動の実践を促進し、がん看護の質向上およびケアリング教育を具現化するための指標を得ることであった。しかし、自記式質問紙は、調査対象者自身の評価で回答がなされるという限界を含んでいる。くわえて、「ケアリング行動質問紙」の質問内容は、ケアリング行動41に対して、「日頃どのくらい実践していますか」との問いになっており、どのような看護の質で、その行動がどのようになされたかを確認することはできない。例えば、同じケアリング行動であっても、一人の看護師はルーティンワークとしてケアリング行動を実践し、もう一人は本研究のケアリングの定義である「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかわり」であることをふまえて同じケアリング行動を実践した場合、そのケアの質に差が生じるのは明らかであろう。これらより、ケアリング行動をどのように実践するかという要件を明らかにすることが必要であり、今後の課題であると考える。

第2節 研究2 ケアリング行動41に対するがんサバイバーと看護師の認識の量的分析

1. 研究目的

研究1で作成した「ケアリング行動質問紙」の項目であるケアリング行動41に対する、がんサバイバーと看護師の認識を明らかにする。

2. 研究方法

2-1 研究協力者

全国がん（成人病）センター協議会に加盟している関東地方の1施設でがん患者のケアに携わっている看護師209名と同施設に入院中または外来に来院したがんサバイバーで、研究協力の有無への意思表示が明確にでき、自身で質問紙に回答できる77名を対象者とした。

がんサバイバーの選出において、入院中のがんサバイバーはICUと緩和ケア病棟を除いた。また、上記の条件を満たす者を対象者に、各病棟の病床数または看護師の配置人数の割合に応じて対象者数を割り当てた。そして、対象病棟に入院中のがんサバイバーの選出が、公正に、できるだけ均等になるようくじ引きを用いた。

2-2 調査方法

全国がん（成人病）センター協議会に加盟する関東地方の1施設で、施設長および看護部長に研究の主旨を口頭または文書で説明し、研究協力を依頼し了承を得た。その際、同施設に所属する共同研究者と共に、同施設の臨床研究審査委員会の規則に従い「研究申請伺い書」を提出するなど必要な手続きや手順の調整を行った（資料7, 8参照）。調査票の配布および回収は、施設の協力を得て看護師は病棟ごとに配布し、3週間留め置き後回収した。がんサバイバーについては、施設より許可された日に入院中および外来に来院した者で、病棟または外来の責任者に対象者としての条件を満たしているかを確認したのち、研究者が直接研究および調査協力について説明し調査票を配布した。がんサバイバーの調査票の回収は、郵送または施設内に回収箱を設置し3週間留め置き後回収した。

2-3 調査内容

(1) 個人属性

看護師：性別、年齢、看護経験年数、がん看護経験年数、専門学歴、職位。

がんサバイバー：性別、年齢、治療を開始してから現在までの年数、入院回数、現在の状態（入院治療中・外来通院治療中・治療終了）。

(2) ケアリング行動41の項目

質問項目に対する問いでは、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」であるケアリングを「たとえば、自分が大切にされていると感じる、安心できると感じる、本来自分のもつ力を発揮できると感じるのはどのような看護でしょうか」と表現した。そして、「重要である～重要でない」の4段階のうち、適切だと思うところの縦棒（|）に○をつけること、各回答は、点数化して処理することを明示した。

また、看護師の質問項目は、「ケアリング行動質問紙」の項目をそのまま用いたが、がんサバイバーの質問項目は共同研究者と施設の看護部と協議し、意味が変わらないように留意しながらわかりやすい言葉に変更した。そして、ケアの受け手であるがんサバ

イバーに対して受け身の表現に修正した。質問項目の回答形式の選択では、ケアリング行動の認識を明らかにするために「どちらでもない」を除き、4件法とした。くわえて、回答者の言葉に対する選択肢のイメージのずれを小さくするために、全体の選択の位置がわかるように物差となる指標を示す形式を用いた⁵⁸⁾ (資料9, 10参照)。

2-4 調査期間

調査期間は2012年3月の2日間である。

2-5 分析方法

統計ソフトSPSSにより、記述統計(代表値, 相関比 η) を用いて分析した。

3. 結果

3-1 調査票の回収状況

(1) 看護師の回収状況

看護師は209名に調査票を配布し194名より回答を得て分析対象とした(有効回答率92.22%)。

(2) がんサバイバーの回収状況

がんサバイバーは77名に調査票を配布し65名より回収した(回収率84.42%)。調査票の中で未回答の多いものなどを除外し61名を分析対象とした(有効回答率79.22%)。

3-2 対象者の背景

(1) 看護師の背景

看護師の背景について表に示す(表4)。194名の対象者の性別は男性15名(7.7%)、女性179名(92.3%)であった。年齢は22歳から53歳であり、平均年齢34.06±8.15歳であった。がん看護経験年数は1年から28年であり、平均年数8.68±7.32年であった。専門学歴は高等学校専攻科および専門学校は164名(84.5%)、短期大学・大学は30名(15.5%)であった。職位はスタッフナースが130名(67.0%)であり、部署は病棟164名(84.5%)、外来30名(15.5%)であった。

(2) がんサバイバーの背景

がんサバイバーの背景について表に示す(表5)。61名の対象者の性別は男性30名(49.2%)、女性31名(50.8%)であった。年齢は37歳から80歳であり、平均年齢63.19±11.86歳であった。治療期間は1年から25年で平均治療年数は3.65±5.58年であり、入院回数は1回から20回で平均入院回数は3.08±3.15回であった。就業している者は26名(42.6%)であり、配偶者のある者は48名(78.7%)、同居者のある者は51名(83.6%)であった。現在の状況は入院中42名(68.9%)、外来通院中16名(26.2%)、治療終了3名(4.9%)であった。

表4 看護師の背景

N=194

項目	度 数(%)	平均±標準偏差(最小値～最大値)
性別	男性	15 (7.7%)
	女性	179 (92.3%)
年齢		34.06±8.15(22～53)
看護経験年数		11.24±8.20(1～32)
がん看護経験年数		8.68±7.32(1～28)
専門学歴	高等学校専攻科および専門学校	164 (84.5%)
	短期大学・大学	30 (15.5%)
	大学院	0 (0.0%)
職位	スタッフナース	130 (67.0%)
	主任	39 (20.1%)
	副師長	16 (8.2%)
	師長	9 (4.6%)
部署	病棟	164 (84.5%)
	外来	30 (15.5%)

表5 がんサバイバーの背景

N=61

項目	度 数(%)	欠損	平均±標準偏差(最小値～最大値)
性別	男性	30 (49.2%)	
	女性	31 (50.8%)	
年齢		2	63.19±11.86(37～80)
治療期間		4	3.65±5.58(1～25)
入院回数		2	3.08±3.15(1～20)
就業の有無	あり	26 (42.6%)	1
	なし	34 (55.7%)	
配偶者の有無	あり	48 (78.7%)	0
	なし	13 (21.3%)	
同居者の有無	あり	51 (83.6%)	1
	なし	9 (14.8%)	
現在の状況	入院中	42 (68.9%)	
	外来通院中	16 (26.2%)	0
	治療終了	3 (4.9%)	

3-3 ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の代表値

がんサバイバー61名のケアリング行動41に対する平均値は、2.77点から3.78点であり、平均得点 3.38 ± 0.25 であった。また、看護師194名のケアリング行動41に対する平均値は、3.25点から3.91点であり、平均得点 3.66 ± 0.14 であった。

3-4 ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識

がんサバイバーにおいて平均得点の高かった上位5のケアリング行動は、「ナースコールには迅速に対応する」、「その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する」、「自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する」、「入院初期や治療開始および告知の時には、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう」、「心身の痛みや苦痛に適切に対処する」であった。

次に、他の項目と比較して平均得点が低かった下位5のケアリング行動は、「常に患者を中心に考えて行動する」、「患者の話を聴くときには、意識して座るようにする」、「常に患者を尊重して関わる」、「患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）」、「患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる」であった（表6）。

看護師において平均得点が高かったケアリング行動は、「患者の話しに耳を傾ける」、「患者とコミュニケーションをとるよう心がける」、「入院初期や治療開始および告知の時には、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう」、「ナースコールには迅速に対応する」、「常に患者を尊重して関わる」であった。

次に、他の項目と比較して平均得点が低かったケアリング行動は、「同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する」、「患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます」、「患者の話を聞くときには、意識して座るようにする」、「患者にとって医師が必要な時期を判断する」、「患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である」であった（表7）。

3-5 ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の相違

(1) ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の平均の比較

ケアリング行動41に対するがんサバイバーと看護師の平均得点は先の表9と表10に示したとおりであるが、両者の比較を示したグラフ（図2）を見ると、認識の状況を視覚的に捉えることができる。グラフより、看護師の平均得点はがんサバイバーに比べてほとんどの項目で高いが、両者は数か所を除き同じような折れ線グラフの軌跡を描いている。また、グラフ上で相違を読み取れるのは、がんサバイバーの平均得点の最小値である2.77の「常に患者を中心に考えて行動する」および「患者にとって安全で快適な環境を整える」、「常に患者を尊重して関わる」である。

看護師と比較してがんサバイバーの平均得点が高いケアリング行動は、「患者にとって医師が必要な時期を判断する」、「患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励

ます」,「朗らかである」,「その患者のケアについて,主治医や他の医療者が理解できるように説明する」,「自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か,わかりやすい言葉で患者に説明する」,「時間どおりに患者の治療や与薬を行う」の6項目であった。

(2) ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の平均の差の分析

ケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の平均の差の大きさを相関比 η を用いて分析した結果を表に示す(表 8)。ケアリング行動 41 に対してがんサバイバーと看護師間で平均の差が認められた(相関比 $\eta \geq 0.35$) のは,7 項目であった。両者の平均に差が認められたケアリング行動は,グラフからも視覚的に読み取れたものを含む,「常に患者を尊重して関わる ($\eta = 0.535$)」,「患者にとって安全で快適な環境を整える ($\eta = 0.468$)」,「常に患者を中心に考えて行動する ($\eta = 0.447$)」にくわえて,「患者を一人の人間として知る努力をする ($\eta = 0.440$)」,「患者が病気や治療に対して感じている事を表出できるように支援する ($\eta = 0.397$)」,「患者と共にいる時には,その患者に意識を傾ける ($\eta = 0.392$)」,「患者の話しに耳を傾ける ($\eta = 0.385$)」であった。

表6 ケアリング行動41に対するがんサバイバーの認識

N=61

NO	ケアリング行動	平均値	度数	標準偏差	最小値	最大値
3	ナースコールには迅速に対応する.	3.78	60	0.49	2	4
40	その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する.	3.75	61	0.51	2	4
7	自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する.	3.75	61	0.47	2	4
22	入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう.	3.74	61	0.48	2	4
39	心身の痛みや苦痛に適切に対処する.	3.73	60	0.48	2	4
4	何か問題があればすぐに知らせるように促す.	3.70	61	0.59	2	4
36	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している.	3.70	61	0.56	2	4
1	時間どおりに患者の治療や与薬を行う.	3.67	61	0.60	2	4
41	患者にとって医師が必要な時期を判断する.	3.66	61	0.60	1	4
12	朗らかである.	3.62	60	0.56	2	4
38	安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う.	3.61	61	0.56	2	4
9	患者がいつでも医師に質問できるよう支援する.	3.57	60	0.53	2	4
15	患者の話に耳を傾ける.	3.54	61	0.56	2	4
19	患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる.	3.49	61	0.57	2	4
21	患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する.	3.49	59	0.63	2	4
11	患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます.	3.47	60	0.60	2	4
28	患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する.	3.46	61	0.62	2	4
16	患者とコミュニケーションをとるように心がける.	3.44	61	0.70	1	4
37	穏やかである.	3.44	61	0.65	2	4
6	患者に必要と思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する.	3.43	60	0.70	1	4
27	患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する.	3.39	61	0.67	2	4
8	患者がセルフケアできるように支援する.	3.37	60	0.74	1	4
35	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている.	3.37	60	0.69	2	4
18	患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している.	3.33	61	0.85	1	4
2	患者をたびたび見回る.	3.30	60	0.62	2	4
23	患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける.	3.27	59	0.74	1	4
32	患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する.	3.23	60	0.62	2	4
29	ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる.	3.23	61	0.72	2	4
25	診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する.	3.20	61	0.79	1	4
24	危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける.	3.18	60	0.77	1	4
20	患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する.	3.18	60	0.72	1	4
34	患者を1人の人間として知る努力をする.	3.18	61	0.76	1	4
26	患者が現実的な目標を設定できるよう支援する.	3.15	61	0.73	1	4
17	患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる.	3.12	60	0.76	1	4
31	患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である.	3.10	60	0.77	1	4
5	同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する.	3.08	60	0.70	1	4
14	患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる.	3.08	61	0.84	1	4
10	患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）	3.07	60	0.80	1	4
33	常に患者を尊重して関わる.	3.05	61	0.74	1	4
13	患者の話や聴くときには、意識して座るようにする.	3.03	61	0.89	1	4
30	常に患者を中心に考えて行動する.	2.77	60	0.85	1	4
全体		平均得点3.35±0.25 (2.77点~3.78点)				

表7 ケアリング行動41に対する看護師の認識

N=194

NO	ケアリング行動	平均値	度数	標準偏差	最小値	最大値
15	患者の話に耳を傾ける.	3.91	193	0.29	3	4
16	患者とコミュニケーションをとるように心がける.	3.85	194	0.36	3	4
22	入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意を払う.	3.83	193	0.40	2	4
3	ナースコールには迅速に対応する.	3.83	194	0.40	2	4
33	常に患者を尊重して関わる.	3.81	194	0.42	2	4
39	心身の痛みや苦痛に適切に対処する.	3.80	194	0.42	2	4
23	患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける.	3.80	192	0.44	2	4
36	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している.	3.79	194	0.41	3	4
34	患者を1人の人間として知る努力をする.	3.79	193	0.43	2	4
10	患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）	3.76	194	0.46	2	4
38	安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う.	3.76	192	0.44	2	4
19	患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる.	3.75	194	0.45	2	4
4	何か問題があればすぐに知らせるように促す.	3.74	194	0.47	2	4
7	自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する.	3.74	194	0.49	2	4
32	患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する.	3.73	194	0.44	3	4
35	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている.	3.73	194	0.46	2	4
40	その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する.	3.72	194	0.48	2	4
8	患者がセルフケアできるように支援する.	3.71	193	0.50	2	4
9	患者がいつでも医師に質問できるよう支援する.	3.69	194	0.50	2	4
21	患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する.	3.67	193	0.48	2	4
1	時間どおりに患者の治療や与薬を行う.	3.66	194	0.52	2	4
29	ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる.	3.65	194	0.50	2	4
27	患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する.	3.65	193	0.55	2	4
37	穏やかである.	3.64	194	0.55	2	4
18	患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している.	3.64	194	0.54	2	4
14	患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる.	3.63	194	0.54	1	4
20	患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する.	3.60	194	0.54	2	4
28	患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する.	3.59	194	0.59	2	4
25	診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する.	3.59	194	0.54	2	4
17	患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる.	3.58	193	0.55	2	4
24	危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける.	3.58	193	0.55	2	4
2	患者をたびたび見回る.	3.56	194	0.60	1	4
26	患者が現実的な目標を設定できるよう支援する.	3.56	194	0.60	2	4
12	朗らかである.	3.55	193	0.58	2	4
30	常に患者を中心に考えて行動する.	3.54	193	0.59	2	4
6	患者に必要と思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する.	3.54	193	0.58	2	4
31	患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である.	3.54	194	0.54	2	4
41	患者にとって医師が必要な時期を判断する.	3.47	193	0.65	1	4
13	患者の話を聴くときには、意識して座るようにする.	3.44	194	0.67	1	4
11	患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます.	3.39	194	0.64	1	4
5	同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する.	3.25	194	0.64	1	4
全体		平均得点3.66±0.14 (3.25点～3.91点)				



図2 ケアリングアクション41に対するがんサバイバーと看護師の認識

表8 ケアリング行動41に対するがんサバイバーと看護師の認識の平均の差の分析（相関比 η ）

N=61 N=194

NO	ケアリング行動41項目	がんサバイバー①	看護師②	差 (①-②)	差の大きさ (相関比 η)
33	常に患者を尊重して関わる.	3.05	3.81	-0.76	0.535
10	患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）	3.07	3.76	-0.69	0.465
30	常に患者を中心に考えて行動する.	2.77	3.54	-0.78	0.447
34	患者を1人の人間として知る努力をする.	3.18	3.79	-0.61	0.440
32	患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する .	3.23	3.73	-0.50	0.397
23	患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける.	3.27	3.80	-0.53	0.392
15	患者の話に耳を傾ける.	3.54	3.91	-0.37	0.385
14	患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる.	3.08	3.63	-0.55	0.349
16	患者とコミュニケーションをとるように心がける.	3.44	3.85	-0.40	0.349
29	ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる.	3.23	3.65	-0.43	0.310
17	患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる.	3.12	3.58	-0.46	0.309
31	患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である.	3.10	3.54	-0.44	0.298
20	患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する.	3.18	3.60	-0.41	0.287
35	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている .	3.37	3.73	-0.36	0.283
25	診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する.	3.20	3.59	-0.40	0.267
26	患者が現実的な目標を設定できるよう支援する.	3.15	3.56	-0.41	0.267
24	危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける.	3.18	3.58	-0.39	0.266
8	患者がセルフケアできるように支援する.	3.37	3.71	-0.34	0.252
13	患者の話を聴くときには、意識して座るようにする.	3.03	3.44	-0.41	0.231
19	患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる.	3.49	3.75	-0.26	0.223
18	患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している.	3.33	3.64	-0.31	0.207
27	患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する.	3.39	3.65	-0.26	0.189
2	患者をたびたび見回る.	3.30	3.56	-0.26	0.181
21	患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する.	3.49	3.67	-0.18	0.148
37	穏やかである.	3.44	3.64	-0.20	0.145
38	安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う.	3.61	3.76	-0.15	0.134
41	患者にとって医師が必要な時期を判断する.	3.66	3.47	0.18	0.122
5	同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する.	3.08	3.25	-0.17	0.110
9	患者がいつでも医師に質問できるよう支援する.	3.57	3.69	-0.12	0.104
22	入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう.	3.74	3.83	-0.10	0.098
28	患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する.	3.46	3.59	-0.13	0.096
36	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している.	3.70	3.79	-0.08	0.080
6	患者に必要と思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する.	3.43	3.54	-0.11	0.078
39	心身の痛みや苦痛に適切に対処する.	3.73	3.80	-0.07	0.069
11	患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます.	3.47	3.39	0.08	0.054
12	朗らかである.	3.62	3.55	0.07	0.050
3	ナースコールには迅速に対応する.	3.78	3.83	-0.05	0.047
4	何か問題があればすぐに知らせるように促す.	3.70	3.74	-0.04	0.032
40	その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する.	3.75	3.72	0.03	0.028
7	自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する.	3.75	3.74	0.01	0.010
1	時間どおりに患者の治療や与薬を行う.	3.67	3.66	0.01	0.010

3-6 7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の認識と認識の相違

(1) 7 構成因子に対するがんサバイバーの代表値

7 構成因子に対するがんサバイバーの認識については、第 1 因子から第 7 因子の最小値は 1.50 から 2.40、最大値は 4.00 であり、平均値は 3.19 ± 0.55 から 3.50 ± 0.41 であった (表 9 に示す)。

構成因子	平均値	標準偏差	最小値	最大値
第1因子 チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行	3.44	0.46	2.25	4.00
第2因子 患者が主体的に療養できるための情報の提供	3.45	0.45	2.33	4.00
第3因子 患者中心の支援	3.19	0.55	1.80	4.00
第4因子 安心して療養できる環境の調整	3.50	0.41	2.40	4.00
第5因子 患者や家族の状態を予測した支援	3.29	0.55	1.50	4.00
第6因子 人間性豊かな関わり	3.24	0.60	1.67	4.00
第7因子 意思の疎通	3.49	0.59	1.50	4.00

(2) 7 構成因子に対する看護師の代表値

7 構成因子に対する看護師の認識については、第 1 因子から第 7 因子の最小値は 1.67 から 3.00、最大値は 4.00 であり、平均値は 3.54 ± 0.46 から 3.88 ± 0.29 であった (表 10 に示す)。

構成因子	平均値	標準偏差	最小値	最大値
第1因子 チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行	3.70	0.34	2.56	4.00
第2因子 患者が主体的に療養できるための情報の提供	3.56	0.38	2.33	4.00
第3因子 患者中心の支援	3.60	0.45	2.00	4.00
第4因子 安心して療養できる環境の調整	3.71	0.34	2.40	4.00
第5因子 患者や家族の状態を予測した支援	3.64	0.41	2.00	4.00
第6因子 人間性豊かな関わり	3.54	0.46	1.67	4.00
第7因子 意思の疎通	3.88	0.29	3.00	4.00

3-7 7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の認識と平均の差の分析

7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の平均の差の大きさを相関比 η で分析した結果、平均の差が認められた（相関比 $\eta \geq 0.35$ ）のは、第7因子「意思の疎通（ $\eta = 0.396$ ）」であった（表 11 に示す）。

表11 7構成因子別のがんサバイバーと看護師の認識と平均の差の分析(相関比 η) N=61 N=194

構成因子	①がんサバイバー	②看護師	差① - ②	差の大きさ (相関比 η)
第1因子 チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行	3.42	3.7	-0.28	0.289
第2因子 患者が主体的に療養できるための情報の提供	3.45	3.55	-0.1	0.122
第3因子 患者中心の支援	3.2	3.6	-0.4	0.345
第4因子 安心して療養できる環境の調整	3.5	3.71	-0.21	0.240
第5因子 患者や家族の状態を予測した支援	3.28	3.64	-0.36	0.321
第6因子 人間性豊かな関わり	3.24	3.54	-0.3	0.244
第7因子 意思の疎通	3.49	3.88	-0.39	0.396

4. 考察

研究1の課題を踏まえ、信頼性、妥当性が確保された「ケアリング行動質問紙」の質問項目であるケアリング行動41に対する、がんサバイバーと看護師の認識について、本研究のケアリングの定義である、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」を反映しているケアであるかについて、その重要性（重要である～重要でない）を4件法で調査し、統計的手法を用いて分析した。本研究はケアリング行動41に対する、がんサバイバーの評価を得る初めての調査である。ケアリングはケアの提供者である看護師とケアの受け手である患者との関係によりなるため、ケアの受け手である患者の意見を加味する必要があると考える。

その結果、ケアリング行動41に対するがんサバイバーの重要性の平均得点は 3.38 ± 0.25 であり、一定の評価が得られた。同様に看護師の平均得点は 3.66 ± 0.14 であり、改めてケアリング行動41ががん看護における重要なケアリングを反映していることが確認された。

本調査において、がんサバイバーの平均得点の高かったケアリング行動は、「ナースコールには迅速に対応する」、「自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する」、「入院初期や治療開始および告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう」、「心身の痛みや苦痛に適切に対処する」などであった。これらはがんサバイバーが安心して療養できる環境で、専門職としての看護師が責任を果たすことを求めており、長期的ながんの治療に向けて自身も主体的に療養するために情報を得ていこうとする状況が伺えるものである。

平均得点の低かったケアリング行動は、「常に患者を中心に考えて行動する」、「常に患者を尊重して関わる」、「患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握っ

たり、背部をさすったりして患者に触れる」などであった。これらの結果は、患者は看護師の専門的知識や臨床能力を前提とし、具体的な看護が適切に安全に提供されることを重要なケアリング行動として認識している傾向があるという先行研究からも伺えるものであった⁴⁴⁾。くわえて、本調査では、ケアの受け手であるがんサバイバーに対して受け身の表現を用いており、先に示した最下位のケアリング行動は、「常にあなたを中心に考えて行動される」と表現している。そのため、周囲との調和や関係を尊重することを期待されるわが国においては、常に自分を中心に優先してケアされることを望んでいると思われることを良しとできない状況があり、評価に影響したのではないかと推察される。

また、看護師の平均得点の高かったケアリング行動は、「患者の話に耳を傾ける」、「入院初期や治療開始および告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう」、「ナースコールには迅速に対応する」、「常に患者を尊重して関わる」などであった。「常に患者を尊重して関わる」はがんサバイバーでは下位であったが、これも上記に示した「常にあなたを尊重して関わられる」と表現されていることの影響が予測される。また、「入院初期や治療開始および告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう」と「ナースコールには迅速に対応する」は、がんサバイバーも上位となっており、これらのケアリング行動の重要性が示された。くわえて、看護師は患者を尊重することや意思の疎通を重要と考えており、看護が適切に安全に提供されるのは当然のことであり、看護師が認識する重要なケアリング行動は患者の精神面に働きかけることであるとする先行研究からも伺えるものであった^{44,60)}。

平均得点の低かったケアリング行動は、「同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する」、「患者の状態や治療に関して良い面を見い出し、患者を励ます」、「患者にとって医師が必要な時期を判断する」などであった。最下位は「同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する」であった。この結果は、外来での治療や在宅での療養に移行しているがん医療の現状から、患者会などの活動に対する情報提供は重要な支援であり、がん看護に携わる看護師のがん看護に重要なケアリングの認識に対する今後の課題を含む結果であるといえる。

次に、ケアリング行動 41 に対する、がんサバイバーと看護師の認識に差のあったケアリング行動は 7 項目であり、いずれもがんサバイバーより看護師の平均得点が高かった。これらの項目は「常に患者を尊重して関わる」、「患者を一人の人間として知る努力をする」など、一人の人間としての患者に注目し、患者を中心に支援する内容となっている。くわえて、7 構成因子に対するがんサバイバーと看護師の認識に差があった因子は、「意思の疎通」であり、看護師がコミュニケーションを重要視していることを示すものであった。ケアリング行動 41 の項目の中で、看護師よりがんサバイバーの平均得点が高かったのは 6 項目であった。これらは 41 項目の中でも得点差としては下位に位置しているが、6 項目の中で得点差の高かった「患者にとって医師が必要な時期を判断する」は、患者にとっては生命に直結する内容であるため、看護師が認識する以上にがんサバイバーは重要事項として捉えていることが伺えた。

研究 1 の課題であった、ケアリング行動を実践するとき、どのように実践するかという

要件については、「行動」より抽象度の高い概念である「行為」が有用であると思われる。本研究ではケアリング行動を「ケアリングを反映した行動のかたち」であるとし、ケアリング行為を「実践する人が内的にもつケアリングを反映したケア」であると定義して用いている。江藤は、行動と行為の違いについて自然科学的に外から観察でき、計測・記録が可能なものが「行動」であり、「行為」はその行動をしている人が内的にもっている意味により決定され、外からの観察では一見全く同じような行動に見えても、それぞれの人の行動の意味が異なれば、それぞれの行為は異なると述べている⁶¹⁾。

これらより、ケアリング行動はケアリングを反映したケアを示しているが、何を意図して実践するかは含んでいない。しかし、ケアリング行為は実践する人がケアリングを反映したケアを意識的に実践することを含んでいる。本研究の目的は、がん看護の質向上に必要なケアリングを実践するための指標を探索することであり、指標になるものとしては、「ケアリングを反映した行動のかたち」よりも、「実践する人が内的にもつケアリングを反映したケア」である、ケアリングを反映したケアを意図的に実践するまでを含んでいるケアリング行為の有用性が高いといえる。

さらに、本研究では、ケアリング行動 41 が本研究のケアリングの定義を反映したケアの実践として重要な看護であるかを、ケアの受け手であるがんサバイバーとケアの提供者である看護師に問い、その重要性が両者より確認された。したがって、ケアリング行動にケアリングの意味を付与して実践したケアはケアリング行為になるということから、研究 1 で抽出されたケアリング行動 41 はケアリング行為として位置づけることができると考える。

以上のように、ケアリング行為は、実践する看護師が内的にもつケアリングを反映したケアとして、ケアリングを実践することを示しているため、がん看護においてケアリングを実践するための指標として有用であると考えられる。

第3章 質的研究 がんサバイバーとがん看護専門看護師の語りから見えた がん看護におけるケアリング

第1節 研究3 がんサバイバーの闘病体験の語りにおけるケアリングの質的分析

1. 研究目的

がんサバイバーに半構造化面接を行い、闘病体験の語りよりがん看護におけるケアリング行為を明らかにする。

2. 研究方法

2-1 研究協力者

患者会などで活動しているがんサバイバーは5名である。

2-2 調査方法

(1) 対象者の選出

看護学会等でシンポジストの経験がある者や患者会の活動内容より検討した後、患者会の会長と連絡をとり、研究の主旨や内容を説明して研究協力を依頼した。また、患者会のサロンなどに参加し、会長の協力を得てがんサバイバーの闘病体験を言語化できる者を紹介してもらい、本研究の対象者に適した者を選出した。次いで、研究計画に関する説明書等の文書を送付または直接手渡し内容の確認を経て研究協力の了承を得た。

(2) 半構造化面接の内容と方法

半構造化面接については、インタビューガイドを作成し、ガイドに基づき半構造化面接を行った(資料11参照)。面接の内容については、[1]がん看護を受けた経験[2]忘れられない看護・看護師等について、また、「対象者が大切にされていると感じられる」、「対象者が安心できると感じられる」、「対象者が自分のもっている力を発揮できると感じられる」かかわりについての体験や考えを自由に発言してもらった。

面接はプライバシーを保つことのできる場所で行い、面接内容は許可を得てICレコーダーに録音した。

2-3 調査期間

調査期間は2014年3月～5月(3か月間)である。

2-4 分析方法

- (1) 半構造化面接より得られたデータを逐語録にし、語られた内容がイメージできるように読み返した。
- (2) 語られた闘病体験を〈Ⅰ. がんの診断を受ける時期〉、〈Ⅱ. 入院し治療を受ける時期〉、〈Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期〉の3つの時期に分類した。
- (3) 3つの時期に分類した語りの内容を読みかえし、がんサバイバーが体験している状況を抽出し、その状況ごとに語りを分類してまとめた。

- (4) 3つの時期にがんサバイバーが体験した状況と語りから、がんサバイバーが体験したケアリング行為、およびその状況で求められた、または求められると思われるケアリング行為を抽出した。
- (5) 3つの時期ごとに、5名のがんサバイバーが体験した状況をまとめた。
- (6) 各状況から抽出されたケアリング行為は、内容が同じものはまとめて分類した。
- (7) ケアリングの定義についての語りは、質問ごとに語りを分類し、語られた言葉をそのまま用いて語りを示し、ケアリング行為を抽出した。闘病体験と同じケアリング行為の場合もそのまま抽出した。
- (8) 状況およびケアリング行為を抽出し分析する過程では、博士課程のゼミで質的研究経験者および指導教員とディスカッションし適時指導教員のスーパーバイズを受けた。

3. 結果

3-1 面接時間

5名のがんサバイバーの面接は一人1回で、平均89分であった。

3-2 がんサバイバーの背景

(1) がんサバイバーの概要

5名のがんサバイバーの概要について表に示す(表12)。性別は男性1名、女性4名である。初発時の年齢は20代前半から40代後半であり、がんサバイバー歴は4年から24年である。罹患した疾患の種類は子宮がん、左右卵巣がん、乳がん、大腸がん、悪性リンパ腫である。5名ともがんに対する治療は終了しており、5年から10年の経過観察期間に該当する者は3名である。また、1名は対側に乳がんの疑いがあるため経過観察中であり、1名は全身の疼痛のため外来通院中である。

(2) がんサバイバーの経緯

[Aさん]

40代前半の時、主婦検診で乳がんが発見され、乳房全摘術を受けた。治療および経過観察の10年は終了しているが、対側に乳がんを疑う所見があり、経過観察中である。現在がん専門相談員をしている。

[Bさん]

40代後半の時、自ら希望して検査を受け、同じ年に2つのがん罹患した。初めに大腸ポリープの内視鏡的切除術を受けたが組織検査で大腸がんが発見され、追加切除を受けた。入院中に乳がんの生検を受け、乳がんが発見されたため、再度入院し乳房全摘術を受けた。現在大腸がんは治癒、乳がんは経過観察中である。2つのがん罹患し、仕事を退職した。その後、新たに学び臨床心理士の資格をとり、現在スクールカウンセラーとして従事するかたわら、資格を生かして病院等でボランティアを行っている。

[Cさん]

30代前半の時、不正出血があり近医を受診し、子宮がんの診断を受けた。単純子宮全摘術を受け、組織検査の結果、化学療法の適応となり治療を受けた。現在、治癒している。発症時、医療番組の制作に携わっていたが病気を機に退職した。その後、NPO法人の役員として患者会を運営している。

[Dさん]

20代前半の時、不正出血などの症状があり受診したが、検査の途中で卵巣が破裂し、緊急手術を受けた。左卵巣がんの診断で術中腹腔内に抗がん剤が注入され、その後も化学療法を受けた。21年後、検診で右卵巣がんが発見され、腸などの癒着とともに摘出術を受けた。治療は終了しているが経過観察中である。現在、NPO法人の役員として患者会を運営している。

[Eさん]

40代前半の時、右頸部の腫瘍に気づき受診した。生検の結果、悪性リンパ腫の診断を受け、化学療法、放射線療法を受けた。現在治療は終了しているが全身の痛みがあり通院中である。長年医療機器の会社に勤務しており現在も就業している。

表12 がんサバイバーの概要

N=5

項目	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
性別	女性	女性	女性	女性	男性
年齢	50代後半	50代後半	40代後半	40代後半	40代後半
職業	がん専門相談員	スクール カウンセラー	NPO法人役員	NPO団体役員	会社員 (医療機器販売)
病名	乳がん	大腸がん 乳がん	子宮がん	左右卵巣がん	悪性リンパ腫
発症した年齢	40代前半	40代後半	30代前半	20代前半 40代後半	40代前半
がんサバイバー歴	16年	9年	15年	24年	4年
入院回数	1回	3回	4回	4回	1回
現在の状況	治療終了 (対側に乳がんの 疑いあり経過観察 中)	大腸がん治療終了 乳がん経過観察中	治療終了	左卵巣がん 治療終了 右卵巣がん 経過観察中	外来通院中

3-3 がんサバイバーの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為

以下に各がんサバイバーの闘病体験の状況を<Ⅰ. がんの診断を受ける時期>、<Ⅱ. 入院し治療を受ける時期>、<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>の3つの時期に分類して示す。また、3つの時期の状況ごとに語りをまとめ、がんサバイバーが体験したケアリング行為、およびその状況で求められた、または求められると思われるケアリング行為を抽出した。ケアリング行為を《 》に記載する。

[Aさん]

以下にAさんの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為を示す。

<Ⅰ. がんの診断を受ける時期（乳がん）>

1. 定期検診でがんの疑いを受け、精密検査を受けた時の状況

毎年受けていた「主婦検診」で「左乳房の嚢胞」を指摘され、精密検査を受けた。その結果、左乳房は嚢胞だったが、右乳房に集簇性の微細石灰化が発見され、細胞診を受けるが確定診断はつかなかった。

2. 半年の経過観察後に摘出生検を受け、乳がんの告知を受けた時の状況

「もしかしたらがんかもしれない」という不安を抱えながら半年を過ごした。医療のことなら私に聞けというくらい医療オタクで、中途半端な情報をたくさんもっていた。嚢胞なら大丈夫だが微細石灰化は前がん症状を意味することを知っていた。どんな痛い目、怖い目にあうのだろう。2回目の検査でマンモグラフィーや穿刺を受けたが診断はつかなかったため、さらにもう半年経過観察するかを問われた。「がんかもしれないと考えながら過ごすのは無理です。私また半年、精神がもちません」と訴え、摘出生検を受けた。その結果、「残念だけど、追加の手術が必要」、「超初期のものだからそんなに心配することはないんだよ」と乳がんの告知を受けた。

《がんやがんに関連した検査や治療に対して不安が強いことを理解して関わってくれるケア》

3. 確定診断のために手術室で摘出生検を受けた時の状況

初めての経験に戸惑いながら手術室での摘出生検に臨んだ。医師の「痛かったら遠慮せずに言うように」という声かけにも、訴える痛みの程度がわからず、必死に我慢していた。「スキシッって得意じゃない」が、生検時は手を左右に開いている無防備な状態で、「私の手は何かを求めていたと思うんですね。それをちゃんと感じてくれたんですよ」。「藁おもすがる」じゃないけど、看護師が手を握ってくれた、あの手のぬくもりは忘れない。

《確定診断のための検査を受ける時など求めに応じて手に触れ、手を握ってくれるケア》
《生検を受ける時の不安を理解して関わってくれるケア》

《言葉にできない時，求めていることをキャッチして対処してくれるケア》

4. 右乳がんの確定診断が出てから入院するまでの状況

右乳がんの確定診断が出て入院するまでの間，MRIやCTなどの術前検査を受けた。外来の日に、「心配で，心配で眠れない」と告知の時に同席していた看護師に話した。「私なんかは，沢山いる患者の内の一人」で、「私を個として，個人として覚えてくれる人」はいないと思っていた。しかし，看護師に「心配ですか」と声をかけられたことで，「悪い方にばかり考えてと言うふうに，そこで弱音を吐くこと」ができた。看護師は，「私もあの時，先生が説明をしている時に側にいたけれども，先生はこんなふうに言ってましたよね」と話してくれた。告知のことを「再現して下さったことで，私こっちに傾いてたけど戻せた」，入院前で一番印象深かった「私にとって大きなこと」だった。

《告知の場면을想起させ現状を正しく認識させてくれるケア》

<Ⅱ. 入院し治療を受ける時期>

1. 手術を受けるまでの状況

1) 不安が増強し夜も眠れない時の状況

不安が増強し，夜も眠れない時は，他の患者の迷惑になるため居場所がなくて，ベッドを抜けだして長椅子に座っていた。看護師はバタバタしており椅子に座っていることには気づいていたが通り過ぎていった。「声をかけてほしいって，さみしい」と思った。

《不安が強く夜も眠れず一人でいるときの孤独を察知して対処してくれるケア》

2) 治療の選択に苦慮する状況

医師からは「乳房全摘か温存か」どちらでもいいと言われ，選択に苦慮していた。いろいろ勉強して，主治医と何度も話し合った。「局所再発に怯えて暮らすのはさげたい」との理由から，乳房を全摘することにした。

《納得して治療を受けられるように情報を提供してくれるケア》

2. 乳房全摘術後の心身の状況

1) 術後の身体的な状況

手術が終われば移動，食事，排泄など問題はなく，日常生活の援助はほとんど必要ない状態だった。看護師は「この人は大丈夫」と良いように見てくれたとは思いますが，「扱いがかるい」と感じた。

2) 術後の心理的な状況

「がん」は進行がんや早期がんの双方とも理屈ではない恐ろしさがある。「平常心ではない」，「自分の身体が欠陥品」になったイメージがある。「いろんな意味ですべてに自信を失ってしまうような精神状態」だった。「心はよれよれなんだから」，もう少し看護師に「寄り添ってほ

しい。声をかけてほしい」と思うと同時に、「うるさい患者」、「めんどくさい患者」と思われたくない、「手のかからない患者」でありたいと思っていた。「がんで、哲学的なことを考えさせる病気なんですよ」。そのところから「がっつり向き合ってくれる」医療者がどれだけいるかと思う。

《がんに罹患することに伴う自己概念の揺らぎを察知して対処してくれるケア》

《がんは平常心を保ちにくくさせる疾患であることを理解して関わってくれるケア》

《がんは哲学的な事を考えさせる病気であることを理解して向き合ってくれるケア》

3) 看護師に心理的支援を求めた時の状況

「何か手伝おうか」、「心配なことがあったら話を聞こう」と言ってくれたら、話したいことがあった。「かわりは長さではなく、何度も注目し、関心を持って」みてくれれば、その時看護師に時間がなくても待てる。しかし、「大丈夫よね」という声かけだったため、シャットアウトされた感覚になった。「がんという負担」は「自分の身体が自覚する」面と「精神的なことの重大さ」という「ここがものすごく乖離している」ため、精神的には支援を必要としており苦しかった。

《必要な時は弱音がはけるような窓口を示してくれるケア》

《関心を持っていることが感じられる関わり》

《看護師と関わる時間が保証されていると感じられるケア》

4) 術後 1 週間後の病理検査の結果を待つ時の状況

体の回復と共に大きな手術を乗り越えたことで気持ちも上向いてくる。しかし、病理検査の結果が出る日が迫ってくると、気持ちが悪い方へ引きずられて、眠られなくなった。がんと診断された時から自分の命のこと、再発、転移という未来への不安がある。また、「なぜ、私のがんにならなければならなかったのか」という答えを探し続けるのはきつい。「緩和ケアのところなんかでキューブラ・ロスさんのこととかよく口にされる」が「受容とかね、言われるような言葉でくられるのは、凄く何となく違和感がある」し、そういう意味では「なぜ、この年でならなければならなかったのか、なぜ、今だったのかとか」問い続けている。

《病理検査の結果が出る時の不安の増強に対処してくれるケア》

《身体的な自覚とがんが与える精神的な負担には乖離があることを理解して関わってくれるケア》

《なぜがんに罹患しなければならなかったのかななどのスピリチュアルペインを理解して関わってくれるケア》

《時間の経過や状況の違いを考慮した受容への支援をしてくれるケア》

3. 看護師に相談した時の状況

術前に飲まなければならない「ひまし油」という下剤の中止や術後の予定を早めた洗髪の許可について看護師に相談したところ、「ちょっと先生に聞いてくるね」といって医師に確認し希望を叶えることができた。これまで「でも決まりだからで終わっちゃう」のをたくさん見てきた。

患者によって「ここは我慢できるけど、ここは難しい」って個人差がある。「決まりきったルートにのせてたんととやるのが一番スムーズなんでしょうけど」、「我がままと言われてしまえばそれだけけど」、本当に医療者として判断してもらって、納得できるように説明してもらおう窓口になってくれるとありがたいなと思った。

《訴えや相談に対して、個々の状態を判断し納得できる説明や対処をしてくれるケア》

<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>

1. 再発への不安と時間の経過に伴う心理的变化の状況

最初は朝から晩までがんのことを心配して暮らしていた。検診日は眠れないし、毎回、「検査を受けるのは吐きそうになるくらい怖い」。今日までは大丈夫だっていうだけで、「明日からの半年の保証じゃない」と思う。それでも、1日1日を重ねることで振り返ってみたら、3か月、半年、1年、そして今16年と過ぎてきた。がんのことを心配することに精力を注ぐ時間も減ってきた。しかし、まだ経験していないが、「再発しました。新しいがんが見つかりました」と言われたら、簡単にこの16年は崩れて、多分最初に戻らと思う。

《再発、転移という未来に脅威を感じながら日々を重ねていることを理解して関わってくれるケア》

《検診時の心身の苦痛に適切に対処してくれるケア》

《不安へのコントロール感覚を見失わないように支援してくれるケア》

2. 自ら選択して受けたホルモン療法を中止した時の状況

新しいがんへの予防の期待も含めて、自ら選択してホルモン療法を受けた。3年の予定であったが、いきなり体の環境が15歳から20歳上の状態になった。副作用が生活の質を落としていると判断し、2年で中止した。左乳房にがんの疑いがあるため経過観察中である。

《病気について学習し治療の選択や経過を理解できるように支援してくれるケア》

[Bさん]

以下にBさんの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為を示す。

<Ⅰ. がんの診断を受ける時期（大腸がん）>

1. 大腸がんの告知を受けた時の状況

入院し大腸ポリープの内視鏡的切除術を受けた組織検査の結果で、大腸がんの確定診断がなされ「がんです」という告知を受けた。医師から病理検査の結果が書かれたコピーを渡されたことで、「信じたくない」気持ちを、「現実の事」として受け止めることができた。

2. 大腸がんの告知後の身辺整理の状況

医師より大腸がんの告知を受けた時、最初に思ったことが「仕事どうしよう、どうにかしなくちゃ」ということだった。医師に入院は一ヶ月後でもいいか確認し、追加切除を受けることに決めた。そして、その日のうちに療養中の仕事の調整をした。家族には面と向かって言えないため、家族内一斉メールで「がんが見つかりました」と知らせた。

3. 大腸がんの告知を受けて入院する時の状況

外来では顔見知りの看護師とあいさつをかわす程度で、支援を受けた記憶はない。医師に大腸ポリープの切除術を受けた病棟が、馴染みがあり安心できると話し病棟を指定した。

<II. 入院し治療を受ける時期>

1. 大腸がんの治療と共に乳腺の治療をどのように行うか自己決定した時の状況

入院中、乳腺も見てほしいと消化器の医師に依頼したが、やはり乳腺専門の医師の診察を受けたいと思い直した。しかし、なかなか言い出せなかったため、「こうゆう時の担当看護師さん」と考え、相談した。担当の看護師が乳腺専門の医師に橋渡しをしてくれたため、問題を解決できた。「医師だけだと凄いハードルが高い所を、味方になってくれる人がいる」っていうのが、「自分の気持ちを伝える」ときの支えになり、「自分の身体は自分で守らなくちゃ」という励みになった。

《療養に対する希望の表出や自己決定を支えてくれるケア》

2. 腹腔鏡下大腸切除術後の心身の状況

1) 術後の身体的な状況

術後は予想に反して痛みはなく、看護師が何度も見に来てくれて心強かった。術後の経過は良好だったが、頻便になり、「手術をしたから体が変わってしまった」と感じた。術前に術後の合併症などの危険性についての説明は受けたが、おこる症状についての説明はなかった。そのため、この状態をどのように捉えればいいのか、誰かに相談したほうがいいのかわからず、「手術をしたからしょうがないのかな」と思っていた。

《術後の回復に必要な対処が適切になされていることが伝わるケア》

《術後の身体的変化や症状に対する適切な情報を提供してくれるケア》

2) 術後1週間後の病理検査の結果を待つ時の状況

術後1週間後の病理検査の結果については「医師も何も言わないから、こちらも聞かない」し、「順調ですね」という言葉を受けて、それ以上は何も聞かなかった。

3. 患者同士の交流の状況

大腸ポリープの内視鏡的切除術を受けた時の顔見知りの患者のいる同じ部屋に入院した。自分だけで考えるのではなく、患者同士で自分の病状について語り合い、「人に説明する

ために言葉にすることがすごく落ち着く」と感じた。「患者同士が話すって凄く力になるんだな」という体験が今の自分に繋がっている。

《患者同士の交流が療養に影響していることを考慮したケア》

4. 大腸がんで入院中に乳腺の生検を受けた時の状況

乳腺専門の医師の診療を受けていた。新たなしこりも発見され急きょ2か所の生検を受けた。

< I. がんの診断を受ける時期（乳がん） >

1. 乳がんの告知を受けた時の状況

大腸がんで入院中に受けた乳腺の生検の結果より、乳がんの確定診断が出た。外来で「乳がんがでたよ」と告知を受けた。浸潤性小葉がんは見つかりにくいということで「ラッキー」という表現が使われ、「ありがとうございます」と答えた。希望して受けた検査であり、ある程度心構えはできていた。しかし、「2個目、どうしようかな」という現実と向き合うことになった。

《告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア》

2. 乳房温存なら職場復帰、乳房全摘なら退職の選択を考えた時の状況

職場には「早期退職の勧め」がきていた。一つならず、二つ目のがんが発症したことを、「見直せ」という天の声ではないかと受け止めた。そこで、乳房温存なら職場に戻る、乳房全摘なら退職しよう。10年かけて勉強して、新しいことに挑戦しても十分何かやれそうな気がすると思った。2つ目のがんは、簡単なものではなかった。

《がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解し対処してくれるケア》

< II. 入院し治療を受ける時期 >

1. 乳がんで入院し乳房全摘の選択をした時の状況

同じ病棟に3回目の入院となり、3人目の担当看護師から、「あなたの見方だからどのような決断でも応援する」というあいさつを受けた。全摘か温存かの選択をせまられていた時だったためその言葉が心強よかった。結果的に、乳房全摘を選択するが、「親からもらった体が、全然違っちゃうような気がして、すごい喪失感を得るような気がする」、「可能であれば乳首を残してほしい」と医師に伝えた。この提案は「全部病気のいいなりにならない」、「自分の意志を伝えて、医療をやってもらった」、「患者が自分の希望を言っても良いんだ」という意味ですごく力になった。そして、親からもらったままの姿で娘の成人式の家族写真を撮った。Aさんは「誰にも言っていないんだけど、私の本物の胸の記念写真も残るわけじゃないですか」と打ち明けた。

《自己決定を尊重し支援することを伝えてくれるケア》

《親からもらった身体が傷つくというボディイメージの変容に配慮したケア》
《がんや医療に対して患者が主体であることを認識できるように支援してくれるケア》

2. 乳房切除後に心身ともに胸をはって退院するための準備の状況

「前を向いて歩いていくためには、ちゃんと胸を張って、外見を整えるって。それで、胸を張って退院したいな」って思い、胸の補整下着を注文した。がんに罹患することが自分に対する引け目や世間とは違う感じを受けるのが嫌だった。傷跡は残るが「自分が頑張った勲章だと思えばいい」と考え、心身共に堂々と胸を張って退院したいと思った。

《がんに伴う自尊感情の低下を支えてくれるケア》

3. がん向き合い生きていく時の状況

大腸がんの後、乳がんで入院したとき「前に大きな手術をしているから大丈夫ですよ」と言われた。乳がんの方がショックが大きかったため医療者との認識の違いを感じた。また、がんは「良いイメージじゃない」。自分ががんになったってことを隠す人もいる。隠して、陰でいろいろ言われるのは嫌だと思った。仕事をする時も、仕事を休む時にも、「あのがんが見つかったので、しばらくお休みいただきます」と伝えた。上司には、「凄いね…自分でがんとか言うんだね」と言われた。

《心身の苦痛を理解しパートナーシップに基づいた支援をしてくれるケア》

《手術の回数や大きさに関わらず一回きりの個別的な体験であることを理解したケア》

<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>

1. 退院後の継続治療の状況

乳房全摘術後、ホルモン療法(月に1回の注射)を5年間受けた。内服5年、注射5年で終了と思った時、別の薬をさらに5年内服することになった。しかし、3年目にこわばりが出現した。医師に中止の希望を伝えるまでに半年を要した。外来受診は、5年目まで月に1回、その後三ヶ月に1回、半年に1回となった。

《治療による副作用が日常生活におよぼす影響に配慮したケア》

2. 定点観測のように自分の置かれている位置が分かった時の状況

外来の日は、患者仲間と待ち合わせてお昼を食べたりした。また、サポートグループや乳がんの勉強会に参加した。1年目はいろいろなことが不安でいつ再発するかに怯えているが、2年目には少し落ち着き、3年目くらいになると、新しくがん罹患した人、10年も前に手術した人などを通して、今までの自分とこれからの自分を見通せる。専門の看護師や患者との交流は、自分の位置を確認できる「定点観測みたい」だった。

《患者会やサポートグループなどとの交流の機会がもてるように支援してくれるケア》

《定点観測のように自分の置かれている位置がわかるように支援してくれるケア》

3. がんとグリコアーモンドキャラメルのような人生の状況

2つのがんを体験して、「話すこと、聞くこと」を実感し、上手に話の聞ける人になりたいと思った。仕事を退職したあと、患者会に入るとともに、放送大学の3年に編入し認定心理士、その先の臨床心理士を目指して学習した。目標があると毎日頑張れる。話すこと、聞くことによって相手の人がほっとする、自分もうれしくて自分の救いにもなる。50歳の時に病気になったので、10年かけて勉強し、その後10年くらいはお役にたつ、一粒で二度おいしい、「グリコアーモンドキャラメルのような人生」になった。

《ライフスタイルを見直し新たな目標を見出すことができるように支えてくれるケア》

4. 患者会の参加と活動の状況

乳がんの手術を受けた数か月後、現在活動している患者会に入った。大腸がんも乳がんにも罹患して、がん全般で、病気のことだけではなく生き方なども話題にできそうな会を選んだ。しかし、「どんなところかわからないし、宗教団体で壺なんか売りつけられるんじゃないか」と、入会時は清水の舞台から飛び降りるくらいの気持ちだった。患者会は、不安な気持ちを言葉にする場所になっている。自分一人では得られない情報が得られる。入会した時の一番の不安は再発したときにどうすればいいかということだった。知識としての情報と自分がどうゆう行動をとったらいいのか、他の人はどう対処しているのかということを知りたかった。大腸がんで入院した時、「私はやがて死ぬんだろう」と思った。今回は早期だから治療を受ければ元の生活に戻れる。でも、永遠の命はない。「がんになったことを決して嫌な事だと思ってないですよ。人生を豊かにしてくれた」と思う。

《患者同士の交流の意義を理解し、交流できる場や患者会に参加できるように情報提供してくれるケア》

5. 再発の威力を感じた時の状況

大腸がんの経過観察が終わる5年目の最後のCT検査で、肝臓に影が映った。血管腫だったが、肝臓に影があると言われた時、医師と見ていたパソコンの画面の文字が、家に帰って思い出そうとしても思い出せなかった。再発についての知識をもち、ある程度心構えはできているつもりだった。しかし、「自分の心構えを超えるショックが再発にはある」と感じた。

《再発が与えるショックの大きさをわかって対処してくれるケア》

[Cさん]

以下にCさんの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為を示す。

< I. がんの診断を受ける時期(子宮がん)>

1. 不正出血でがんセンターを受診し告知を受けた時の状況

不正出血で近医を受診後、がんセンターで告知を受けた。親や親せきにがんに罹患した人が多かったため「いつかは自分もなるかもしれない」と思っていた。33歳でがんになるのは早いと感じたが、告知を受けても頭は真っ白にならなかった。むしろ、冷静になって戦わないといけいと受け止めていた。外来では、看護師との関わりはなく、また看護師の助けもいらないと思っていた。初回の手術療法と化学療法で4回入院した。

< II. 入院し治療を受ける時期>

1. 単純子宮全摘出術後の心身の状況

1) 術後の身体的な状況

11日間入院した。術後の疼痛が強かったが、十分な鎮痛剤が処方されず、疼痛コントロールができていない状況だった。看護師の対応については、結果的に鎮痛剤の使用は医師のオーダーに従うにしても、対応のしかたで全然違うと思った。

《術後の痛みや苦痛を理解して関わってくれるケア》

2) 術後の心理的な状況

術後、身体は回復していくので、術後の痛みは耐えるしかないと受け止めていた。それより、病理の結果次第で抗がん剤の治療をすかどうかに分かれることがしんどかった。そのため、「病理の結果がわからないと、もうどうしていいかわからない」状況で、凄く精神的に辛かった。しかし、まだ自分で踏ん張る力が残っていたこと、これまでの生き方から頼るのはカッコ悪いと思っていたため、看護師に救ってもらおうという気はなかった。

《病理検査の結果を待つ時の先の見えない不安を理解して関わってくれるケア》

3) 病理検査の結果を説明された時の状況

病理検査の結果、化学療法が必要であるという説明を受けて、血の気が引き、立ち上がれなくなった。看護師が車いすで病室に連れていってくれたが、なんか薄っぺらな慰めの言葉で支援にはならなかった。どのような関わりが必要だったかについて、「別にどうもしてほしくなかったかもしれませんがね」、口先だけの安っぽい慰めなら言わないでほしかった。ほっといてほしかったと振り返った。

《病理検査の結果がバッドニュースとして告知された時の苦痛を察して見守りなど含めて適切に対処してくれるケア》

< III. 外来での治療継続と経過観察の時期>

1. 退院後の心身の状況

次の化学療法までの3週間を自宅で過ごした。術後で活動制限もあり、精神的に一番しん

どかった。また、自分だけが辛い目にあい、恐ろしい治療もはじまるし、なんで自分だけという思いで、毎日を泣いて過ごした。本当に辛かったが、家族には辛くさせるから言えない。同世代の友人は元気な世代で、すごく孤独であり、治療なんかしないで消えてなくなりたいと思ったが、一人で耐えた。医療番組の制作に携わっていたが、仕事仲間には相談しなかった。「私はあくまで〇〇でなければならない。がん患者になりたくない、そこに立っていないと、アイデンティティをなくしてしまう」という気持ちがあった。強い気持ちを、あえて自分に課しないと、どこまででも自分を亡くしていく恐れがあった。

《がんと向き合う中で自己概念の揺らぎに伴う苦痛を察知して対処してくれるケア》

<II. 入院し治療を受ける時期>

1. 1回目の化学療法で入院した時の心身の状況

1週間化学療法を行って3週間休むサイクルのため、3週間入院して、次の治療までの1週間は自宅療養という計画だった。治療がはじまると、心は完全にフリーズし、何の感情もなく、あがなう力もなく、こんなにきついのかと思った。倦怠感、嘔気、嘔吐で1週間何も食べられなかった。高熱、骨髄抑制、ひどい口内炎と教科書どおりの副作用がでた。

《化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア》

2. 看護師の関わりの状況

1) 化学療法に対する看護師の関わりの状況

入院して初めての抗がん剤治療をするため、何が起こるのか、どんな副作用がどのくらいでるのかを一番知りたかった。看護師に情報を求めたが、「人それぞれですからね」で終わった。治療計画書は読んでおいてくださいと渡されたただけだった。むしろ患者さんたちのほうが体験している分、情報をもっており教えてくれた。もっと個別な情報提供をしてほしかった。高齢な患者もある程度知識のある自分のような若い患者も同じケアをしており、「何も観察していない、何も頭を使っていない」ということへの腹立たしさがあった。

《化学療法を受ける対象がセルフケアできるような情報を提供してくれるケア》

2) 日常生活援助に対する看護師の関わりの状況

化学療法中5日間は持続的導尿でほとんど離床しなかった。看護師の関わりは処置だけで何もなかった。清拭はしてくれたが当然の業務で看護だとは思わない。しかし、骨髄抑制が強くなり状態がどんどん悪くなっていくのが、一番つらくて看護師のかかわりが欲しかった時だった。治療後はトイレに行っていたが、状態が悪化した時、準夜の看護師がポータブルトイレをもってきて、これでやってくださいといった。「いやだなーって思ったけど、あーわかりました」とそれしかいえない状態だった。すると、何も言っていないのに別の看護師が「いやでしょ」って言って、トイレにつれていってくれた。「ほんとに、この看護の力というものを思い知った時」だった。

《化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア》
《排泄のケアは羞恥心や尊厳にかかわることを理解して対処してくれるケア》

3) 患者をハッピーにする看護師の関わりの状況

自分のカルテを見る機会があった。最近表情が全くない、口数が殆どないなど精神的に相当参っているようだと書かれており、ちゃんと見てはいるんだなと思った。「転倒防止、患者の安全を守るっていうのが第一」だから、ポータブルトイレは正しい選択かもしれないが、「患者をハッピー」にはしなかった。精神的に本当に落ち込んでいる人を、4 人部屋で、ポータブルトイレに排泄させることがどれほどひどい事かということを考えてくれた看護師は、総合的にみる力があつた。そして、トイレに連れて行ってくれた看護師は患者をハッピーにした。Cさんは総合的にみることについて、エビデンスに基づいた援助をちゃんとわかつた上で、「本当にその人に目を向けているかっていうこと」だと思つたと振り返つた。

《全人的な視点からケアを選択し対処してくれるケア》

3. 体制および職場風土と看護師の関わりの状況

化学療法後の脱毛について、あなたの髪の毛が落ちて汚い、帽子などをかぶるように治療計画書に書いてあつたでしょと看護師から言われた、酷い仕打ちを忘れない。また、「大前提としては、あまりにも忙しくて、見る物理的時間がない」ことだと思つたが、なかなか個々を見る余裕がない。看護師が働く風土も影響していると思う。

《ケアを受ける人を中心に療養が支援される風土がある環境》

< III. 外来での治療継続と経過観察の時期 >

1. 2 回目の自宅療養時の心身の状況

はじめての化学療法を無事乗り越え退院できたことで、後 2 回という見通しができ、少し気分は上向いてきた。

< II. 入院し治療を受ける時期 >

1. 2 回目（3 日目の入院）の化学療法時の心身の状況

2 回目の化学療法は順調で、1 週間で治療も終わり、予定どおり 3 週間で退院できた。

2. 看護師や患者との交流の状況

看護師と顔馴染みになり、癖もわかるつてくると、関わる看護師を自ら選んだ。また、患者同士で相当の情報交換を行っていた。

《患者同士の交流が療養に影響していることを考慮したケア》

<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>

1. 3回の化学療法が終了した後の心身の状況

予定の入院治療を終了した後、外来通院は2週間に1回であった。経口の抗がん剤を3年間で内服した。この間、外来には看護師はいなかった。体調管理には相当気を付けて、有機野菜や有機調味料しか使わないなど神経質になっていたと思う。

《神経質になるくらい試行錯誤しながら養生に取り組んでいることを理解し関わってくれるケア》

2. 仕事をやめる決断をする時の状況

治療が終わって退院したのが年末で、新年度の仕事をどうするかという話が出た。この時、そう長くないかもしれないと思っていた。また、何かするべきことがあるのではという思いがあり3月で退職した。医療番組の制作にかかわることは自分のアイデンティティに大きく関わっていたが、仕事をやめても、自分の立ち位置はできていたのだと思う。

《がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解して対処してくれるケア》

[Dさん]

以下にDさんの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為を示す。

<Ⅱ. 入院し治療を受ける時期（左卵巣がん）>

1. 左卵巣が破裂し緊急手術を受けた時の状況

腹膜炎の症状と不正出血のため、半年前に虫垂炎の手術を受けた病院の産婦人科を受診した。左の卵巣が10cm以上に腫脹しており炎症が強いため入院となったが、検査中、卵巣が破裂し緊急手術を受けた。術中に腹腔内にシスプラチン(抗がん剤)を注入したため、術後覚醒したとたんに、嘔気、嘔吐が出現した。

2. 術後の心身の状況

1) 術後がんを疑い看護師に質問する時の状況

術後凄まじい嘔吐、高熱がでた。また、「癒着止め」という説明で治療が始まった。点滴して嘔吐が出現したことや看護師の言動から、使用している薬は抗がん剤だろうと思っていた。シャワー中、手に違和感があり手をみると髪の毛で真っ黒だった。そこで、看護師に「使ってる薬はただの薬じゃないよね」、説明が聞きたいと訴えた。

《化学療法のセルフケアができるような情報を提供してくれるケア》

2) 左卵巣がんの告知を受けた時の状況

病状についてはかん口令がしかれ、情報は得られなかった。しかし、研修医が積極的に話すことはできないが聞かれたことには答えるとのことで、「良性の病気ではないと思うんですが、教えてもらえますか」と聞くと、「卵巣がん(ムチン性嚢胞がん)」と返事があった。静かに聞いている自分が凄く不思議なぐらいだったが、かなり疑っていたのでやっぱりという思いが強かった。

《告知に至る経過や準備状況を理解して対処してくれるケア》

3) 術後および化学療法中の身体的な状況

がんの療養はここから始まり、300日以上(3回の入院)の入院生活を送った。化学療法が始まると全く飲食ができず、体重が1週間で5kg落ちた。寝返りをうつと嘔気につながるため、褥瘡ができるくらい、同じ方向を見て、ただひたすら、嘔気・嘔吐に耐えた。

《化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア》

3. 看護師との援助関係の状況

虫垂炎の時と同じ病棟に入院したが、自分のことなんて誰も覚えていないだろうと思っていたら、ほとんどの看護師が覚えていた。看護師になぜか聞くと、点滴にいくたびに薬について尋ね、自分たちを名前で呼ぶため緊張したが認められているようで嬉しかったからと返事があった。今回の入院では、副作用による激しい下痢のためにおむつを使用し、20代という若さで看護師に下の世話を受けた。しかし、看護師と「会話のキャッチボールができていない」と感じた。また、「全く私を出す場がない」ことで情緒不安定になった。結局看護師が関心をもっているのは、「卵巣がんであること」、「検査数値」や「この先いつ治療するか」ということだった。病気をどう受け止めて、この先どうしていきたいのかなどについては表出する機会がなく、戸惑いを覚えた。しかし、コミュニケーションをとっていくうちに、看護師はよき理解者になり、飲水できないときにはポカリスエットなどで含漱水を作って親身に支援してくれた。

《姓名で呼び合う関係を築けるように関わってくれるケア》

《ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するように関わってくれるケア》

《がんを患う個人に関心を向けて関わってくれるケア》

《化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア》

4. 入院生活の状況

治療方針と一緒に考える場に入れてほしいと言ったが、参加はかなわず愕然としながら過ごしていた。また、医療者とのコミュニケーションは「最後は笑顔」で終わるように努力していた。しかし、6ヶ月後に再発した時は、「思っていたより早かったな」と感じ、「冗談言ってる場合じゃないな」と思った。自分はわりとたててもらっていたが、看護師が患者とため口で話すなどの対応を見て、「そういう態度はどうか」と思った。

《患者が治療方針や治療計画に参加できるように関わってくれるケア》
《再発が与えるショックの大きさを理解して対処してくれるケア》
《適切な言葉づかいで接してくれるケア》

5. 病院および主治医の選択に対する状況

同じ病院で1年半治療を受けた。主治医と意見の相違もあり、他の病院に移ることも考えたが1年間我慢していた。2回目の休薬期間に対がん協会の相談を受けることにした時、これまでの経過を全部一人で書きだした。そして、間違っているはいけないので、看護師に見てほしいと頼んだら、こんな日のために使った薬と量を控えていたと返事があった。

《セカンドオピニオンや求める情報が得られるように情報を提供してくれるケア》
《自分の病気と治療について何を知っておくこと大切か、分かり易い言葉で患者に説明してくれるケア》
《常に患者を中心に考えて行動してくれるケア》

6. 左卵巣がんの療養の状況

左卵巣がんで手術や化学療法の治療を受け、約4ヶ月の入院後退院したが、半年で再発した。2回目の入院も約4か月で化学療法を受け、3回目の入院は3か月後に予定されていた。化学療法は合計9回の予定だったが、主治医の治療方針と合わず信頼も揺らいでいた。対がん協会で相談すると、納得のいく治療を受けたらどうかとアドバイスがあり、最後の化学療法である9回目直前に、治療の中止と思いのたけを主治医に話した。

《患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認してくれるケア》
《病気と治療について理解できるように必要な情報を提供してくれるケア》

< I. がんの診断を受ける時期 (右卵巣がん) >

1. 新たに右卵巣がんの告知を受けた時の状況

1年前の検査では異常を認めなかったが、左卵巣がんに罹患してより21年後、右卵巣がんが発見され告知を受けた。この時、患者会で長年一緒に仕事をしてきた友人もがんで終末期の状態だった。医師から「ただの手術じゃなくて、悪性でたんだよ」と言われたが、友人に合わせたスケジュール調整を行い、手術を受ける準備をした。

《患者の価値観を考慮した現実的な目標を設定できるように支援してくれるケア》

< II. 入院し治療を受ける時期 >

1. 手術後の心身の状況

右卵巣がんの手術では、腸の癒着があり6~7時間かかった。術後2日目に友人は亡くなり、術後4日目で絶食状態だったが、許可を得て見送りに行った。また、点滴を抜去したあと

は、14 階建ての病院の階段を昇り降りしてリハビリを行った。退院してすぐに仕事をしなければという思いがあった。

《術後の痛みや苦痛を理解して関わってくれるケア》

《患者がセルフケアできるように支援してくれるケア》

<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>

1. 退院後の療養の状況

退院したその日からハードなスケジュールで仕事を行った。左卵巣がんで手術や化学療法を受けた時も、次の化学療法までの休業期間は治療費を稼ぐために昼と夜に働いていた。

2. 生き方および価値観に対する状況

24 年前左卵巣がんで入院した時 24 歳だった。アルバイトをしながら自分の将来を決めるための準備中だったが、当時は 3 ヶ月先までしか考えられない状況でもあった。しかし、「何で私」と 1 回も思ったことがなかった。むしろ、情報を得ることが大変で、看護師の免許を持っていればカルテをみられるのに、自分のことなのに見られないことが悔しかった。自分をまだちゃんと使っていない、自分がやったと思えるようなことは何一つない。卵巣がんで亡くなって行く人の姿をみて、生きている間は何か見つけたら、自分に出来る精一杯の事はしようと思っていた。十代半ばくらいから、「突然、終焉が来て命を絶たれるのを悔しいと思っても、後悔をするような人生は送りたくない」と思っていた。

《がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解して対処してくれるケア》

《生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア》

3. がんに罹患したことで新たに生じた状況

卵巣がんに罹患して、「死ぬまで生きるんだ」と思った。また、今までがんに罹患したと聞くと「わあ、気の毒」と思っていた。しかし、自分は卵巣がんになっても何も変わらない、「私は私なんです。その人の人格が変わる訳じゃないんだ」ということに気づいた。卵巣が破裂した時から 1 年間は物凄く死が身近にあった。実家は神道を信仰しており家族ぐるみの信仰だったため、「〇〇さんの娘さん」と呼ばれていた。個人が尊重されないことに抵抗があった。病気を機に「抜けさせてほしい」と言えた。この時の一番の学びは、「どんな出来事も 100 パーセントマイナスなことはないんだ」ということだった。身体的には、術後 3 週間で体重が 10kg 落ちたが、ネガティブには受け止めなかった。退院 10 日後から走り始めた。仕事もハードにこなした。閉ざされた空間にいた反動だったのかもしれないが何か日常を取り戻している自分が、凄く「ああ、何かこういう事、動きたかったんだな」と思った。

《知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解し関わってくれるケア》

《がんに罹患しても人格が変わるわけではないことを認識できるように関わってくれるケ

ア》

《プラスの面を見い出せるように支援してくれるケア》

《がんと向き合うために頑張らずにはられない状況を認識し支援してくれるケア》

[Eさん]

以下にEさんの闘病体験の語りから抽出された状況とケアリング行為を示す。

< I. がんの診断を受ける時期（悪性リンパ腫） >

1. 右頸部の腫脹に気づき受診した時の状況

医療機器の営業をしているため、右頸部の腫脹に気づいた時、左右差を確認し、自分で超音波診断装置を当てた。懇意にしている医師に画像を診てもらおうと、よくないとのことで病院に行くように言われた。入院した時のことを考え、自宅のある地域のがんセンターの頭頸科を受診した。通院中腫脹が増大したため医師に相談すると、摘出を勧められた。仕事の都合もあり1ヶ月後に手術をすることになった。寝汗がひどく、起床時に倦怠感が強く疲れがとれないため普通じゃないなと感じていた。

2. 生検後、悪性リンパ腫の告知を受けた時の状況

右頸部の腫脹がさらに増大したため手術をまずに、生検を行った。その結果、医師より血液内科を紹介された。「固形がんじゃなくて、血液のがんなのか」と思っていたら、医師から、「悪性リンパ腫です」と告知され、ほかに転移していないか検査をしましょうと言われた。幸い転移はなかった。今後の治療計画について、化学療法の薬剤と初回は入院し、後は通院治療になることについて説明を受けた。また、「マルクをやるという事で。マルクというと…痛いというのはもう、よく聞いてましたので、相当不安だったんですけど」と骨髄穿刺に対する不安を感じていた。家族である妻と二人の子供には、「上の娘が中学3年生、受験生ですね…年子なんで下が男なんですけれども。うーん、まあ、どうなるかわからない、正直。治療がうまくいかかもしれないし、いろいろな可能性を最悪のパターンも含めて自ら伝えた。

《告知に至る経過や準備状況を考慮して対処してくれるケア》

《骨髄穿刺を受ける時の不安を理解して関わってくれるケア》

《知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解して関わってくれるケア》

< II. 入院し治療を受ける時期 >

1. 治療を開始する時の看護師との関わりの状況

入院当日に、若い看護師から、医師の説明を受ける前に不安なことはないか尋ねられた。この声かけに、「とても助かる」と思い、自分自身も不安だが、家内が動揺していると思うと話した。医師からの説明は、妻と声をかけてくれた看護師と共に聞いた。予後の話しなどに不安もあり、看護師に視線を向けて支援を求めたが何も応えてくれなかった。「大丈夫ですか」、「一緒にがんばっていきましょう」など、たった一言でいいから理解してくれる人がほしかった。

- 《心身の苦痛を理解しパートナーシップに基づいた支援をしてくれるケア》
- 《患者がいつでも医師に質問できるように支援してくれるケア》
- 《患者の状態や治療に対して良い面を見出し、患者を励ましてくれるケア》

＜Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期＞

1. 外来化学療法を受けた時の状況

1クール目の化学療法では不整脈が出現し心電図モニターを付けたが、その他の副作用はなく、通院治療に切り替えた。しかし、2クール目からは倦怠感、痺れ、全身の痛みが出現し、次第に増強していった。今まで経験したことのない痛みであり、痛みが強くなると仕事を含め何も手につかない状態になるため、1日に2～3回坐薬を使用した。外来化学療法は2週間の間隔で1日が実施というスケジュールであったが、痛みをコントロールして仕事と治療を続けるのが困難になり、2回を残して放射線療法に切り替えた。

- 《化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア》
- 《化学療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれるケア》
- 《外来患者は生活に治療を組み込み、孤独な中で治療を受けていることを理解して支援してくれるケア》

2. 放射線療法に切り替えて治療を継続した時の状況

医師自身ならどの治療を受けるかと問い、その答えに従って放射線療法を選択した。15回30Gyの照射予定で開始したが、治療を受ける少し前から、副作用による味覚障害で、何を食べても土を食べているようであった。また、爪は黒くなり、脱毛も始まったため、仕事先では失敗をしたための処置と説明した。さらに、眉がないことを怖いと指摘されて化粧品を購入して外見を整えた。体力がおち、手すりがないと階段の昇降ができなくなった。

- 《外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解し支援してくれるケア》
- 《治療による副作用が日常生活におよぼす影響に配慮したケア》
- 《より良いケアができる関係づくりや組織づくりに努めている》
- 《患者のニーズの把握に努め、敏感に対応してくれるケア》

3. 放射線療法に対する副作用対策の状況

口腔内の粘膜炎や乾燥による疼痛のために嚥下困難が生じた。少しでも楽なように放射線療法に切り替えたのに結局ひどい痛みがあって、今度は味覚障害ではなく物が呑み込めない状態になった。冷や奴はなんとか食べられたので3食冷や奴を食べた。事前に口腔ケアについてはインターネットで調べ、必要な物品を購入して自分なりにケアした。結局、全身の痛みと口腔内の副作用が加わり、かなりつらい思いをした。放射線療法を受ける時は午前中出勤し、午後から休みをとってスーツ姿で治療に通った。

- 《放射線療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれるケア》

《放射線療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア》

4. 看護師の魔法の言葉に出会った状況

口腔内の疼痛で治療の順番を待っているのも辛く、「何とかこの痛みが治らない」という思いで下を向きながら我慢している時、看護師が「痛いですよね」、「大変ですよね」と声をかけてくれた。接点の全然ない看護師が自分の様子を見て、声をかけてくれた。「本当にちょっとした一言」が本当にうれしい。そうゆう心づかいていうのはすごくうれしい。その一瞬は、痛みがふっとなくなったような「魔法の言葉」だった。

《一人一人の患者は個別の存在であることを認識して支援してくれるケア》

《何を求めているかを知る努力をして支援してくれるケア》

《看護師が自分の苦痛を受け止めていることが感じられる関わり》

5. 治療中および終了後の心身の状況

15回の放射線治療が無事終了し、徐々に副作用も消失していったが、痺れやこわばりがあり体の痛みは取れない。主治医に相談すると鎮痛剤などの対処療法を提案してくれるが、個々に違う副作用についてはよくわかっていないと思った。痛みには波があり、原因がよくわからない。ペインクリニックで神経ブロックを受けたり、他の病院を紹介してもらっても、結局治療を受けたがんセンターへの通院を勧められる。告知を受けた時に、相談支援センターがあることを知り相談した。この時、患者会のことを知り、患者会に入り、治療を受けながら患者会の活動も行った。体が痛くて不安だったので、仲間がほしかったのかもしれない。同じ病気の人はいなかったがいろいろな人の話を聞き、分かち合いになった。現在、3カ月に1回の採血と6カ月に1回のCT検査を受けており、データ上はリンパ腫に問題はないが体の痛みは変わらず、痛みから開放されたいと思っている。会社では上司など限られた人にしか病気の話をしていない。

《化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア》

《患者会やサポートグループなどと交流の機会がもてるように支援してくれるケア》

《同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供してくれるケア》

6. 同じ病気の同僚との出会いと別れの状況

会社に悪性リンパ腫に罹患した同僚がいることがわかった。初めて仲間ができるが、再発し入院となった。何回かお見舞いにいったが、最後は面会謝絶となり旅立った。「申し訳ないんですが、自分を、自分を見ているような。ぼろぼろになってしまいました」、葬儀には顔をだしたが相当参った。

《同じ病気の人や仲間を失う時の精神的なダメージを理解して支援してくれるケア》

《常に再発の不安や死を考えさせられる病気であることを理解して関わってくれるケア》

7. 精神腫瘍科を受診した時の状況

痛みが増強する中で、仕事の途中で会社名が書けなくなった。ボーとして明らかに普通ではない状態に、心の方も病んできているのかなと感じた。家の近くのクリニックは1ヶ月まちとのことで、主治医に相談し、精神腫瘍科を受診した。まさか自分が抗うつ剤を飲むとは思っていなかった。しかし、このままでは仕事ができなくなる、家庭があるという理由で精神腫瘍科を受診し処方された薬を飲んだ。精神的な面はだいぶ改善された。

《心身の痛みや苦痛に適切に対処してくれるケア》

8. 外来の看護師との関わりの状況

「これは特殊なんです、私が若いころにお目にかかったことがあるような看護師さん」がいて、「比較的フレンドリーにちょっとお話」ができた。「医療のこともわかってらっしゃるんでしょうね。分かってるのも善し悪しですよ」と雑談もしてもらえた。また、精神腫瘍科を受診した後、看護師が、「どうですか、その後」と声をかけてくれた。こんなに良くなるとは思ってなかったという話しをした。反対に、点滴中不整脈の監視のために心電図モニターを取り付けていた時、心電図が「出ない、出ない」といって大勢の看護師が集まってきた。私は医療の知識があるからいいが知らない人だと「困っちゃいますよ…いろいろな患者さんがいるところで」という気がした。外来は看護師が良く変わるから馴染みになれない。

《患者とコミュニケーションをとるよう心がけてくれるケア》

《関心を寄せていることが伝わるように接してくれる》

《看護師が身近な親しい人のように接してくれる》

《状況を的確に判断し対処してくれるケア》

《看護師が十分な知識、技術を備えてケアしてくれる》

《プライバシーに配慮した丁寧な対応をしてくれる》

《常に患者を中心に考えて行動してくれるケア》

3-4 各時期の状況と抽出されたケアリング行為の分類

5名のがんサバイバーの闘病体験の語りの状況より抽出されたケアリング行為を3つの時期ごとにまとめ、内容が同じものはまとめて分類した。

＜Ⅰ. がんの診断を受ける時期＞では、2つの状況とケアリング行為11よりケアリング行為9に分類された。＜Ⅱ. 入院し治療を受ける時期＞では、7つの状況とケアリング行為55よりケアリング行為49に分類された。＜Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期＞では、5つの状況とケアリング行為44よりケアリング行為41に分類された。

＜Ⅰ. がんの診断を受ける時期＞では、以下の2つの状況とケアリング行為9に分類された。2つの状況は以下の通りである。ケアリング行為は資料に示す（資料12参照）。

1. がんの疑いを受け精密検査（摘出生検や骨髄穿刺等）を受けた時の状況

2. がんの告知を受けて入院するまでの状況

<Ⅱ. 入院し治療を受ける時期>では、以下の7つの状況とケアリング行為49に分類された。7つの状況は以下の通りである。ケアリング行為は資料に示す(資料13参照)。

1. 治療の選択に苦慮し、自己決定する状況
2. 入院し治療を開始する時の状況
3. 治療（手術療法や化学療法）に伴う心身の状況
4. 病理検査などの治療の結果の告知を受ける時の状況
5. 療養生活に必要な支援の状況
6. 看護師と対象者の関係の構築に必要な支援の状況
7. 体制および職場風土の状況

<Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期>では、以下の5つの状況とケアリング行為41に分類された。5つの状況は以下の通りである。ケアリング行為は資料に示す(資料14参照)。

1. 退院後の心身の状況
2. 外来で治療（化学療法・放射線療法・ホルモン療法）を受けた時の状況
3. サポートグループや患者会等に参加した時の状況
4. 看護師の魔法の言葉とかかわりの状況
5. がんに罹患して生き方や価値観が問われる状況

3-5 本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為

本研究のケアリングの定義を表す「対象者が大切にされていると感じられるかかわり」、「対象者が安心できると感じられるかかわり」、「対象者が本来自分のもっている力を発揮できると感じられるかかわり」より、3名のがんサバイバーからケアリング行為12が抽出された。語られた内容とケアリング行為を《》に示す。

「対象者が大切にされていると感じられるかかわり」

[Cさん]

「医療者って…一方的な情報提供をコミュニケーションだと思ってるんですね」。「コミュニケーションで、あくまで双方向じゃなきゃいけないのに、医療者は情報、はい！治療計画書与えましたし、副作用についての説明もしました。全部言いました。はい！コミュニケーションが取れています！患者はうんうんっていつうなずいてました！」。それをインフォームド・コンセントというが、決してそうじゃない。「自分が言ったことに対して、ちゃんと考えて返してくれる。それについて自分はこう思うからってまた返すって、そのキャッチボールが成立して初めて、あ、この人は自分を大事にしてくれているという感触が得られるんだ」と思う。どうしても「病院のシステムとか標準治療だとかそういうものに何とか当てはめようとする」。「医療者側は答え

を全部もっている。彼女が何を望んでいるかではなくてなんとか彼女を説き伏せよう…その中
にあてはめようとしている」。そうではなくて、「いかにキャッチボールができるかっていうこと」だ
と述べた。

《ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するようなかかわり》

「対象者が安心できると感じられるかかわり」

[Cさん]

「やっぱりね、いかにこう『きいてくれるか』だと思うんですよね。「自分の希望」とか、「不安
とかそういうもの」を、どれだけきいてくれるかだと思う。「こちらの気持ちを、もうほんとに個別
の気持ちをいかに聞き取って、それをかなえようと努力をしてくれるか、真剣にきいてくれるか
っていう事があって初めて安心になるんだ」と思うと述べた。

《個別的な気持ちを真剣に聞き対処していることが伝わるかかわり》

「対象者が本来自分のもっている力を発揮できると感じられるかかわり」

[Cさん]

「一人の人間として、いかに敬意を表することができるか、尊厳のある人として扱えるか」で
はないかと思う。「医療者って医療の世界しか知らない…医療の世界の尺度で…この人は
患者」でしかない。この人は、「たまたま今一瞬ここにいる」、「個々の人であるっていうことをど
こまで認識できるか」である。入院した途端に看護師が「大丈夫？これ読んどいてくれる？」と
言う。それが「親近感だと大きな勘違い」をしている。この人が「尊厳ある人」という認識がもう
欠落している。医療の世界は本当に特殊で狭い…尊厳を相手に対して持ち続けるっていう
のは、すごく難しい」と思うと述べた。

《一人の人間として敬意が感じられるかかわり》

《人間の尊厳を守るかかわり》

《個別の対象であることを認識したかかわり》

《適切な言葉づかいで接してくれるケア》

[Dさん]

抗がん剤のために嘔吐が続く時は、気分が変わるんじゃないかって言って、ポカリスエット
やカルピス味の氷水などをいろいろ用意してくれた。「へとへとの時は黙ってそういうことをして
ください」。ところが、ちょっと上向いてくると、「手作業程度の役割を持たしてくれてたんです。
こいつは働かした方がたぶんいいだろう…〇〇さんちょっとそろそろ仕事溜まってきてるから、
ちょっとスピードあげて回復してね」と声がかかる。そうゆう「私という人間に合った、サポー
トっていうか、そういうことをしてくれる関わり」があったと述べた。反対に、自分のもっている力
を削がれてしまうかかわりについて、嘔吐がひどいのに、膿盆を「ヒビテンでどろどろ」にしたま
ま、置く看護師がいた。また、私は「再発した時の治療方針には納得してなかった」ので、「納

得してません」と答えたのに、「納得して入院する」と書かれたと述べた。

- 《化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア》
- 《生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア》
- 《治療方針や治療計画に納得して療養することの大切さを理解したかかわり》

[Eさん]

「今はやっぱり、がんに関しては通院治療が増えてますよね…自宅で苦しんでいる方もいらっしゃるだろうなと思うんですよ…どうしていいのかわからない」。そういった時に、「困った時」に患者側から、「外来の看護師さん」に連絡が取れれば、「何かアドバイスがもらえるとかね。ええ。お医者さんじゃなくてもいいんです」。しかし、とっつける場所がないと述べた。

- 《外来でのケアが支持される体制づくり》
- 《必要な時は弱音が吐けるような窓口を示してくれるケア》
- 《外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解して支援してくれるケア》

3-6 がんサバイバーから抽出されたケアリング行為 111 の分類

5名のがんサバイバーの闘病体験と本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為 111 は、研究 1 と 2 の結果と比較検討した結果、7 構成因子に分類された。第 1 因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」は 32、第 2 因子である「患者が主体的に療養できるための情報の提供」は 15、第 3 因子である「患者中心の支援」は 41、第 4 因子である「安心して療養できる環境の調整」は 5、第 5 因子である「患者や家族の状態を予測した支援」は 12、第 6 因子である「人間性豊かなかかわり」は 3、第 7 因子である「意思の疎通」は 3 に分類された（資料 15 参照）。

4. 考察

患者会で活動する 5 名のがんサバイバーに対する半構造化面接より、がんサバイバーの闘病体験と本研究のケアリングの定義に対する語りからケアリング行為 111 が抽出された。

5 名のがんサバイバーは、がんサバイバー歴が 4 年から 24 年であり、5 名とも治療は終了しているが、経過観察中の者が 3 名おり、1 名は全身の疼痛のために外来通院中である。また、2 名は患者会の代表であり、学会のシンポジストや教育、講演などで自分のがんサバイバーとしての体験やがん医療およびがん看護について、受け手としての立場で、自分の置かれた現状や体験を明確に言語化して発言している。そして、他の 3 名も、患者会での活動や自身の仕事を通して、がんサバイバーとしての経験や体験した状況を内省し、言語化することができる。このように 5 名のがんサバイバーは、3 つの時期を体験し、その体験がどのようなものであったのかを語るることができる。本研究の対象者として最適な人材であると考えられる。

5名のがんサバイバーの闘病体験の3つの時期には、14の状況があり、＜Ⅰ．がんの診断を受ける時期＞では、2つの状況とケアリング行為 9、＜Ⅱ．入院し治療を受ける時期＞では、7つの状況とケアリング行為 49、＜Ⅲ．外来での治療継続と経過観察の時期＞では、5つの状況とケアリング行為 41が抽出された。

＜Ⅰ．がんの診断を受ける時期＞の2つの状況では、がんの疑いで精密検査を受け、その結果、がんの告知を受けて入院するまでの体験や求められる支援が示された。＜Ⅱ．入院し治療を受ける時期＞の7つの状況では、入院し治療について自己決定することにくわえ、治療に伴う心身の状況や治療後の病理検査による新たな結果の告知を受ける状況があり、療養生活に必要な支援や看護師との関係およびそれに伴う支援が示された。また、体制や職場風土についてもがんサバイバーの体験としてその状況が語られていた。＜Ⅲ．外来での治療継続と経過観察の時期＞の5つの状況では、退院後の継続治療や心身の状況にくわえ、患者会などに参加した時の状況や外来での看護師との関わりなど、がんサバイバーになり生き方や価値観が問われる状況を体験していることが示された。そして、本研究の対象者である患者会で活動するがんサバイバーの語りには、再発や予後に対する不安にくわえ、長期にわたる療養の現状から、患者会やサポートシステムの重要性が述べられていた。また、現在のがん医療が入院治療から外来および在宅での治療に移行しているなかで、「がんに関しては通院治療が増えていますよね…自宅で苦しんでいる方もいらっしゃる…どうしていいかわからない…、そういった時、患者側から外来の看護師さんに連絡が取れば、お医者さんじゃなくていいんです。でも、とっつける場所がない」という語りがあり、現在のがん医療やがん看護の課題が伺えた。

以上のように、3つの時期に体験した状況ごとにケアリング行為を抽出することで、がんサバイバーが各時期にどのような状況を体験し、そこに看護師はどのように関わり、どのような看護が求められているかを示すことができたのではないかと考える。

さらに、がんサバイバーを代表する5名の語りとして、本研究より導かれた3つの時期の14の状況とその体験から導かれたケアリング行為 111は、研究2の量的研究では、がんサバイバーが重要性は認識していても得点の低かった「常に患者を中心に考えて行動する」、「常に患者を尊重して関わる」、「患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる」や、看護師と認識に差のあった「患者を一人の人間として知る努力をする」など、一人の人間としての患者に注目し、患者を中心に支援する内容についても、がんサバイバーが求めるケアリング行為として語られていた。くわえて、看護師と認識に差のあった因子である「意思の疎通」においても、「医療者って…一方的な情報提供をコミュニケーションだと思ってるんですよね」、「いかにキャッチボールができるかっていうこと」が重要だと語られており、量的研究では捉えられない、がんサバイバーのニーズが抽出されており、ケアの受け手であるがんサバイバーが体験している状況とその状況に必要なケアリング行為が抽出されたのではないかといえる。

次に、がんサバイバーより抽出されたケアリング行為 111は、研究1と2の結果からケアリングの妥当性が確認された7構成因子に分類された。がんサバイバーより抽出されたケアリング行為を7構成因子と比較検討して分類したのは、量的研究の結果とがんサバイバ

一を対象にした質的研究から導かれたケアリングの妥当性を相補的に確認するとともに、量的研究から導かれた 7 構成因子の妥当性を高めるためである。

7 構成因子は本研究のケアリングの定義を反映するケアリング行動 41 から構成されている。また、研究 2 の結果より、ケアリング行動 41 は本研究のケアリングの定義を反映したケアリング行為と位置づけられ、その重要性ががんサバイバーと看護師から確認された。したがって、がんサバイバーより抽出されたケアリング行為が、7 構成要素に分類されたことにより、がんサバイバーより抽出されたケアリング行為は、本研究におけるケアリングの定義を反映しており、7 構成因子は、がんサバイバーの闘病体験の語りより抽出されたケアリング行為を網羅するものであるといえる。これらより、量的研究である研究 1 と 2 の結果と質的研究である研究 3 の結果を統合することにより、各研究結果の妥当性を相補的に確認するとともに、3 つの研究より導かれた 7 構成因子の妥当性を高めたことができたと考える。

第 2 節 研究 4 がん看護専門看護師のがん看護の実践におけるケアリングの質的分析

1. 研究目的

がん看護専門看護師に半構造化面接を行い、がん看護の実践の語りよりがん看護におけるケアリング行為を明らかにする。

2. 研究方法

2-1 研究協力者

5 年毎の専門看護師の認定更新を受けているがん看護専門看護師で、がん看護に携わる（主な活動場所は大学附属病院、ホスピス、訪問看護ステーション）3 名である。

2-2 調査方法

（1）対象者の選出

5 年ごとにあるがん看護専門看護師の認定更新者の中から、集学的ながん医療や緩和ケアおよび在宅での看護に関わるがん看護専門看護師で、活動や研究内容などより本研究の対象者に適した者を選出した。次いで、所属する施設の看護部または対象者と直接連絡をとり、研究の主旨や内容を説明した。そして、研究計画に関する説明書等の文書を送付し、内容の確認を経て研究協力の了承を得た。

（2）半構造化面接の内容と方法

半構造化面接については、インタビューガイドを作成し、ガイドに基づき半構造化面接を行った（資料 11 参照）。面接の内容については、[1]がん看護で大切にしていること（他の分野との違い）、[2]よいがん看護や忘れられない事例等について、また、「対象者が大切にされていると感じられる」、「対象者が安心できると感じられる」、「対象者が自分のもっている力を発揮できると感じられる」かかわりについての体験や考えを自

由に発言してもらった。

面接はプライバシーを保つことのできる場所で行い、面接内容は許可を得てICレコーダーに録音した。

2-3 調査期間

調査期間は2014年5月～6月（2か月間）である。

2-4 分析方法

- (1) 半構造化面接より得られたデータを逐語録にし、語られた内容がイメージできるように読み返した。
- (2) 語られたがん看護の実践を①忘れられない患者・事例、②がん看護で大事にしていること、③よいがん看護だと思えた事例（よいがん看護をしたくてもできなかった事例など）、④対象者を尊重したかわり、⑤他の分野と違うがん看護の特徴に分類した。
- (3) (2)の①から⑤に分類したがん看護の実践の語りを読み返し、がん看護専門看護師ががん看護の実践でケアリングやケアリング行為について語っている内容を示し、語られたがん看護の実践より、ケアリング行為を抽出した。
- (4) ケアリングの定義についての語りは、質問ごとに語りを分類して、語られた言葉をそのまま用いて語りの内容を示し、ケアリング行為を抽出した。(3)のがん看護の実践の語りより抽出された同じ内容のケアリング行為もそのまま抽出した。
- (5) ケアリング行為を抽出し分析する過程では、指導教員とディスカッションし適時指導教員のスーパーバイズを受けた。

3. 結果

3-1 面接時間

3名のがん看護専門看護師の面接は一人1回で、平均69分であった。

3-2 がん看護専門看護師の背景

(1) がん看護専門看護師の概要

3名のがん看護専門看護師の概要について表に示す（表13）。性別は3名とも女性であり、現在の年齢は40代前半から50代後半である。看護経験年数およびがん看護経験年数は約20年から30年であり、がん看護専門看護師の認定年数は約10年から20年である。主な活動場所は訪問看護ステーション、ホスピス、大学附属病院である。

(2) がん看護専門看護師になった経緯と活動

[NAさん]

看護経験、がん看護経験ともに20年であり、がん看護専門看護師の認定を受けて約10年である。卒業後、就職した病院の配属された場所で看護師としての経験を積み、日々の業務の中で、

がんの患者と関わった。亡くなっていく患者も多く、患者の個体差もあるが、医師および看護師により医療の質がばらばらだということを感じた。緩和ケアはまだない時代であったが、勉強会に参加した。自らも企画を行うなど学習に取り組んでいるときに、地域の専門看護師であった現在の職場の訪問看護ステーションの所長に出会った。もともと看護師として独立して働きたいという思いが非常に強く、がんにも興味があったのがん看護専門看護師になった。現在訪問看護ステーションで活動している。

[NBさん]

看護経験、がん看護経験ともに32年であり、がん看護専門看護師の認定を受けて約20年である。ホスピスで働き始めて2年後、イギリスに行く機会があり、ホスピスケアの教育に携わり、自信をもって他国にも教えに行っている看護師に出会い感銘を受けた。そして、日本の医師主導の状況を振り返り、ホスピスケアを続けていくために、体系的な知識を習得したいと思い大学院に進学した。当時専門看護師制度は議論の真っただ中であった。専門看護師が何かよく知らなかったが、指導教授から臨床に帰るのならがん看護専門看護師になるよう勧められて認定を受け、ホスピスを拠点に活動を行った。この間博士課程を修了し、本年度より教育の場に活動の拠点を移したが、週2回は病院でがん看護専門看護師として活動している。

[NCさん]

看護経験、がん看護経験ともに18年であり、がん看護専門看護師の認定を受けて10年である。就職時配属された消化器内科病棟は、がん患者の多い天国に一番近い病棟と言われるところだった。がん看護専門看護師になろうと思っていたわけではなかったが、そこで多くのがん患者と接し、最初の夜勤でがん患者が亡くなる経験をした。また、2年目のときに、多くの先輩たちが辞めたために、後輩を教える機会が多くなったこともあり、がん看護に興味をもった。そして、さらに勉強しようと思いがん看護専門看護師の道に進み、現在は退院調整、リンパ浮腫外来、がん看護相談などで活動している。

表13 がん看護専門看護師の概要

N=3

項目	NAさん	NBさん	NCさん
性別	女性	女性	女性
年齢	40代前半	50代後半	40代前半
看護経験年数	20年	32年	18年
がん看護経験年数	20年	32年	18年
認定期間	約10年	約20年	約10年
主な活動場所	訪問看護ステーション	ホスピス	大学附属病院
仕事の内容	訪問看護・経営管理	教育／臨床	退院調整・リンパ浮腫外来

3-3 がん看護専門看護師のがん看護の実践とケアリング行為

がん看護専門看護師の①忘れられない患者・事例、②がん看護で大事にしていること、

③よいがん看護だと思えた事例(よいがん看護をしたくてもできなかった事例など), ④対象者を尊重したかかわり, ⑤他の分野と違うがん看護の特徴, に対するがん看護の実践でケアリングやケアリング行為について語っている内容を示し, 語られたがん看護の実践よりケアリング行為を抽出した. ケアリング行為を《》に記載する.

[NAさん]

① 忘れられない患者・事例

忘れられない患者・事例について, ANさんは3つ挙げている.

事例1は, 患者は生体肝移植やドミノ移植をしても生き延びたいという希望をもってしたが, 家族は生きていてほしいと思いつつ経済的な負担が大きく葛藤があったケースである. このとき担当した訪問看護師は, 「そうですね. 生きていたいですよね. 生きる方法を一緒に考えましょう」と対象者の気持ちだけに寄り添った. そのため家族は激昂し, 家族から相談を受けたNAさんは, 調整を行った. がん看護は「患者の希望を聞くだけでは動かない」ため, 「両者の希望を聞き, 調整しながら両者への支援」を行う必要がある. この事例から, 選択肢がたくさんあるのはいいことだが, 選ぶための情報の提供のありようや経済的な問題で選べない人がいる中で, 倫理的な問題も含めた課題があることを学んだと述べている.

事例2は, 妊娠と同時にがんが発見される, 若い女性のケースである. 対象者は「第1子に兄弟を残してあげられるのは自分しかない」という思いで出産をしてから化学療法を受ける選択をするが, 出産した後精査をすると末期になっていた. 家族である夫は妻の気持ちを支えたいと思うが, 対象者の親は, 孫はかわいいがその子を産んだためになぜ自分の娘が死ななければならないのかという葛藤があり家族関係が悪くなる. 対象者は「家族の仲を解決しないと旅立てない」と夫と両親と子どものために亡くなる少し前まで頑張る. しかし, もう在宅ではがんばれないとNAさんに相談した. 対象者の苦痛は症状コントロールができないからではなくて, スピリチュアルな社会的な苦痛であった. そこで, 「苦しい中最後まで家にいることがベストなことではないから, 自分が一番苦しくない方法を選んでいいと思う」と伝え, 緩和ケア病棟に入院した. 緩和ケア病棟では, 30代の若い患者に子どものためにいい思い出をつくってあげよう, 親や夫とのいい時間をつくってあげようという方向で支援が行われた. そのため, 入院後も相談があり, 「自分が楽になるためにここに来たのになんで私を見てくれない. 私の苦しみを見てほしい」と訴えられた. NAさんは, 緩和ケア病棟に通い, メンタル的なサポートをしつつ, 看護師や医師と話し合い情報を共有して対応した. この事例は対象者が何を望んでいるのかということ, きちんと捉えていない. 「ただ私を見てほしい」ということを一生懸命願っているのに, 誰もそこに着目しない. 「何々看護であればこうあるべきだ」という枠にとらわれて, 患者自身をみていないことが課題だと振り返っている. NAさんは, その後遺族訪問を行い, 遺族が地域で生活していくことができるように支援した. 家族がたくさんいても孤独で, その家族に複数の健康障害者がいる場合もあり, 「がん患者ががんだけに向かって生きていられない」現状もあると述べている.

事例3は、認知症の高齢者で、がんの末期だが、認知症行動が激しくて病院から出されたケースである。NAさんは、認知症の程度を分析するなかで、対象者には聴覚障害や発達系の障害があり、それに認知症が加わったがんの末期である。この状況は地域でも支援が困難と思われる可能性があると考えた。そのため、身体状態や行動の不可解さの原因とその関わりかたについて明確に示すことで支援を受けられるようにサポートした。対象者にはいろいろな病気があり、障害があるが、一貫していたのは、「俺はここで死ぬんだ」ということであり、最終的には在宅での見取りができた。これら3つの事例で共通していることは、「本人の希望をどう支えるかということ」だと述べている。

《対象者と家族の希望を確認し調整する》

《選択肢を示すときには倫理的な問題を含め情報提供のありようを考慮する》

《対象者の背景や状況を考慮した情報提供をする》

《対象者の背景や状況からアセスメントするだけでなく、現在の苦痛や望みは何かを引出し支援する》

《対象者の苦悩に焦点をあて緩和できるよう支援する》

《対象者が何を望んでいるか把握できるように関わる》

《遺族は地域で生活していかなければならないことを理解し支援する》

《家族構成や家族の状態をアセスメントして支援する》

《複数の健康障害者がいる家族では、一人のがん患者を中心に家族が動けない状況があることを認識して支援する》

《対象者の状態を多角的に分析し把握する》

《対象者の希望を支える》

《「家で死ぬんだ」というように、一貫した対象者の思いを確認し支援する》

② がん看護で大事にしていること

「やっぱり一番大事にしているのは意思決定支援」だと述べている。意思決定支援は、訪問に来るか来ないかから、最後までどこで亡くなるかなど広く、「この痛みは、取れる痛みなのに取らない、あなたは どうして取りたくないと思っているのか」というように意思の意味を問う。かわりは意思決定支援の連続であり、四角四面でできるものではなく、信頼関係がないと支援に入れない。対象者が求めていることにどこまで手が届くか、つまり「かゆいところに手がとどくか」であり、いかに「この人が来てよかった」という場面をつくれるかということである。それは、「あんたがそこまで言うんじゃないら話を聞いてみようか」、「自分の大事なことはあんたとしゃべって決めたい」という信頼関係につながる。いつも「これでよろしいですよ」って確認ばかりしても、それ以外のプレゼンテーションがないと人は選べない。そのため、多方向から見て、俯瞰してみたことをあえて伝え、対象者の求めていることを確認しながら意思決定を支援する。そして、対象者が選んだように沿っていくしかない。どれを選んでもいいし、選ばなければ選ばないのもその人である。「ちゃんと選んでください」と言われても、「今選べない」という人は選べないってことが答えだと思う。「揺れというか揺れ幅にも沿っていく。見捨てないということが一番なのか

など思っている」と述べている。

《対象者の求めていることを確認しながら意思決定を支援する》

《対象者の気持ちの揺れに沿って支援する》

《かかわりは意思決定支援の連続であることを認識している》

《いろいろなプレゼンテーションを行い多方面から対象者の意志を確認する》

《看護師としての存在価値や有用性を示すことは信頼関係につながることを認識している》

《対象者が見捨てられたと感じないように関わる》

《最後まで対象者を支援することが伝わるように関わる》

《対象者が意志決定できるように多角的な視点から分析した状況を伝える》

③ よいがん看護だと思えた事例(よいがん看護をしたくてもできなかった事例)

2つの事例と3つのポイントを挙げている。また、よいがん看護を総じていうと、エンゼルケア時に家族が笑いながらケアができるというのが、評価としては一番いい。亡くなって悲しいが、「よく頑張ったね」とお互いのこれまでのことを振り返り、「辛くて悲しいんだけど、笑いがでる、ユーモアがある最後だったらいいのかなと思う」と述べている。

事例1は、対象者は「家で死にたい」と思っていたが、家族の中の意見がバラバラで、本人も自分の希望を言えずにいた状況を支援し、家で見取りができたケースである。家族全員を集めて、話を聞き調整した結果、「家で看取る」ということで家族の意見が一致した。対象者は2週間後に亡くなるが、死期を知らせると家族が集まり、各自がそれぞれ準備を始める。4, 5歳の孫が「おじいちゃん、ちゃんと看たよ」といい、上は18, 19歳くらいから下は2歳くらいまで10人程の孫が、いろいろな子供なりの語りをしながらエンゼルケアに参加した。この事例は家族がバラバラな意見で、本人は「家で死にたい」が、それが言えない状態だったのを、きちんと調整したこと。今までバラバラだった家族が、「それぞれがお世話をし、お互いの補てんをしながら取り組んでいくことができた」支援であったと振り返っている。

事例2は、1週間ほどで病院に戻るといっているので、在宅での療養の準備が整っていないまま帰宅したが、やすらかに旅立ったケースである。対象者は自力では動けず、がん性疼痛も出現していたが、在宅医も薬剤もまったく手配されていない状況であった。また、数日単位しか生きられないような状態であったが、「俺は病院は一ミリたりとも動かん、絶対行かん」と病院に行くことを拒絶していた。NAさんは、対象者に医師が決まっていないことや最後に家族が被るリスクについて「あなたが亡くなるのは勝手なんだけど、亡くなったあとに警察が入ってね、家族がね、痛くもない腹を探られて」と説明した。すると、「ああそういうことなのか、帰る前に往診の医者がどうとか言われて全部断ったけどそういうことを先生たちは言いたかったのか。お前の好きなようにしろ」ということで、療養に必要な手配を迅速に行った。対象者は訪問入浴に入る前に奥さんと二人でアイスを食べ、「おいしかったね、一休みするか」と言ってそのまま旅立った。こうするって決めた時はメリットもデメリットもちゃんと説明して、動くときは徹底的にすばやく動くことが必要である。その人らしく逝けたらいいと思うが、「その人らしくも、意思決定と同じように

確認する作業がたくさんあると思う」と述べている。

これらの事例を通して、対象者の意識がどこにあるか、意志を表出できる環境調整が必要である。また、決めたからには、スピーディーに、最短で最高のケアを提供できるようにする。ケアを行うときには家族がどう見ているかをきちんと把握しておくことが必要であると述べている。

- 《辛くて悲しい中にもユーモアのあるエンゼルケアができるようにかかわる》
- 《対象者と家族の希望を確認し調整する（＝①）》
- 《対象者や家族の状態を多角的に分析し把握する》
- 《対象者が心身の状態や自分を取り巻く状況を理解できるように説明する》
- 《家族が補完しあえるように支援する》
- 《その人らしく逝けるようにその人らしさの確認を繰り返し行う》
- 《対象者が意志を表出できる環境調整を行う》
- 《ケアについての家族の思いを把握する》
- 《対象者や家族の求めに対して迅速に対応する》
- 《対象者や家族に必要なケアを適確に実施する》

④ 対象者を尊重したかかわり

「その人の尊厳を守ることが原則だ」と述べている。また、尊厳を守るとよく使うが、守られていない。対象者の服一枚、机のもの一つ、その人の人となりも含めたすべてが尊厳である。がん看護というよりは訪問看護の領域はみんなそうだが、本人が許可しないと、絶対他人は入ることができない。病院では嫌でも、入っていく。訪問看護では、「やりたくない」と言ったら、やりたくないならどうするか尋ねて、時間の制限を伝えて、今決められないなら、後でくるから決めておいてと対応することが、対象者を尊重したかかわりだと思う。また、訪問看護では看護師は何をする人なのか、この対象者は何を大事だと思っているのかを大切にしているが、病院に勤務する看護師はこの点優先順位が低いのではないかと思う。CNSは、直接ケア、意見の対立がある場面の調整、基本的に対象者が何を希望していて、現状の病態から今何が必要で、優先順位からするとどのくらい緊急性があるのかを把握する。対象者を尊重したかかわりになるように、どうやって人を動かしていくかというマネジメントを行うのも役割であると述べている。

- 《対象者の尊厳を守ることが原則であることを認識している》
- 《対象者の持ち物やパーソナルスペースに尊厳があることを認識している》
- 《対象者の同意を得て関わることの大切さを認識している》
- 《看護師の役割を分かり易く説明する》
- 《対象者が何を大切にしているかを知ることの大切さを認識している》
- 《対象者や家族に意見の対立がある場合は調整する》
- 《対象者の希望を把握できるように関わる》
- 《対象者の心身の状態を多角的に分析し把握する（＝①）》

- 《対象者や家族に必要なケアの優先順位を的確に判断する》
- 《現在の病態から緊急性を判断し、今必要なケアを行う》
- 《対象者や家族に必要なケアができるような人員配置やマネジメントを行う》

⑤ 他の分野と違うがん看護の特徴について

診断を受けてからその対象がどういう経過をたどっていくのか非常に明確であり、スパンが20年を超えない、ちょっと短い。そして、がん患者は明らかに最後まで口が立つ。自分のことはちゃんと言える人が多い。数が多く、非常に注目されているので、患者もそのことをよくわかっているというのががん患者の特徴だと思う。看護師の役割は、その場面でちゃんと「本当にあなたはそれでいいと思っているのかを確認する」ことである。何の利益も介さずに、生活の視点から、医療の視点からはっきり言えるのは看護師だけである。治療期の劇的などころは確かに大事で、個体差などによる支援は当然必要であるが、もう少し広い視野で見る支援というか、そこががん看護の意味合いが大きいと思う。たくさんの方が罹患するため、予防に関するところに視点を持つとか、サバイバーになった人たちの生活の視点を持つとかが必要である。複数の健康障害を持つ、中でもがんに複数の家族が罹患する状況も出てくる。あまりにも看護師が治療の事ばかりに注目し、サバイバーになった人がどうやって生きていくのかを誰も見ていないから、患者が困って自分たちでやり始めたという現状がある。また、がん患者をめぐるいろいろな社会の動きを見ても、がん看護の今後の方向性について考えていく必要があると述べている。

- 《意志決定されたことが対象者の本意であるかを確認する》
- 《看護倫理に基づいて発言し対象者を擁護する態度がある》
- 《対象者に意志決定の大切さが分かるように説明する》
- 《がんサバイバーとしての生活に視点をあてた支援の大切さを認識している》
- 《がんの予防に対する支援の大切さを認識している》

[NBさん]

① 忘れられない患者・事例

忘れられない患者・事例について、NBさんは、2つの事例を挙げている。

事例1は、ホスピスに移動になって、最初に受け持った婦人科系のがん患者である。NBさんは、対象者のことを、心理学の教授をされていて、凄く物静かな方で、「しんどかったけど、私にも凄く気を使って」くれた。いろいろな処置やケアを一つ一つしながら「どうですか」と聞くと、「ああ、それはこうよ」とか、「こうした方がもっと楽かなあ」とか、割と私に教えて下さる事がとても多かったと振り返っている。対象者は独身だったため、主な介護者は姉だったが、食欲のない中でも、グレープフルーツは食べられるので、全部房をとってタッパいっぱいもって来ていた。「家族はここまでするんだ」ということと「患者がそのことを凄く感謝しておいしそうに食べていた」のが印象に残っている。また、その当時は何か凄く家族が一生懸命ケアをして、「患者も家族との関係を上手く保ちながら、

闘病されているな」と思っていた。後になって、家族がケアをするという事が、「大変な事なんだ」ということを、身寄りのない方や家族はいるが事情があって、結局ひとりぼっちで亡くなるなどのケースを体験して知った。そんな中で「家族にしっかりサポートしてもらえるのは、人として凄く素敵なお事」だと思った。その後、十年位お姉さんとやり取りがあって、「前の時はこうだったのよ」など、家族としての気持ちを語られた。この事例で家族がいかにかケアするかを教えてもらった。また、今だったらもっとこんなアプローチができるのにと、ある意味心残りがあり悔やまれると振り返っている。

事例2は、顔面の腫瘍が蝶形骨洞から頭蓋内に広がっている女子高生の患者である。治療法がないということで、民間療法を受けていたが、頭蓋内に浸潤し頭痛が酷くなり、嚥下障害や視力障害も出現したためホスピスに入院した。NBさんは、一番初めに会った時にはいわゆるお岩さん状態で、しかも、もう「ハナ」がさいいていたので顔面はガーゼで半分以上覆われていた。初めて挨拶した時、容貌のすごさにちょっと息を呑んで、「こんにちは、〇〇です。宜しくお願いします」って言ったら、挨拶を返して、「凄いビックリされたと思うんですけど、私の病気は非常にあの珍しくて、ほんとに日本でも数えるほどしかいないっていう病気なんです」、「だから、逆に私はこんな病気になれて、光栄だと思ってます」と言われた。対象者は民間療法で、看護学でいうところのセルフエスティームが保たれるような訓練を受けていたこともあるが、散歩や探検に行きたいといい、売店にアイスクリームを買いに行ったりした。また、修学旅行の時の写真を、「私可愛かったでしょ」と見せてくれた。最後まで周囲の目にひるむことのない強さを保ち続け、医療者に対しても怒りなどを見せることはなかった。成長期にあるからこそ持っている可能性と生きる力ってというのは、ほんとに凄いなと思った。二ヶ月半位入院したが、最後はどんどん腫瘍が大きくなっていくので、ストローから水も飲めるか飲めないかで、アイスクリームを少しだけ口に入れてむせずに食べられるように援助した。NBさんは、若い人が病気になり死んでいくという不条理が起きている状況で、「人生って長さじゃない」ということを学んだと述べている。親御さんはやはり子供だから、こういう状況になっていくのをとても辛いと思っていて、時に医療者に怒りみたいなものを見せた。十年くらいたち、母親が訪ねてきた時、チャブレンなどを交えてにぎやかに話をしていたのに、急に「ワー」と泣きだし号泣された。そして、「何か急に思い出して、そしたらもう、とっっても涙が出て止まらなくて」、「ほんとにあれで良かったんでしょうか」と言われた。NBさんは、この言葉に圧倒され、「やっぱり一人の人が、あの物体としては亡くなって逝くけど、やっぱりその残った人の中に受け継がれていくもの、あの大きさっていうんでしょうね」そうゆうことを考えさせられた。そして、医療者がケアをさせて頂いて、亡くして辛いと思う事とは全く種類が異なり、遺族が悲嘆と共に生きいくことの意味深さやグリーフケアについて学んだ。この体験から、生活に支障がなければ、「家族の人達が早く元気にならなくてはいけない」とか、「忘れないといけない」とかいう必要はないことを実感した。別にその人が生きてい間悲しくても良いんじゃないか、普通に生活を営みながら、「ふっと何かの時に思い出す」とか、「とっっても辛くなる」とか、それは人として普通のごくごく当たり前のことだと思うので、無理に忘れなくても良いと思う。私なら私が亡くなる時にその感情を一緒にもっていけばいいと思えるようになり、遺族にもごく自然に言えるようになったと述べている。

- 《対象者と家族のよい関係が保てるように支援する》
- 《家族がケアに参加できるように関わる》
- 《介護する家族の大変な状況を理解し支援する》
- 《ボディイメージの変容などから自尊感情が低下しないように支援する》
- 《人間は最後まで成長することを理解し支援する》
- 《がんに罹患し余命が短くても人生は長さじゃないことを認識し支援する》
- 《親（家族）の予期悲嘆の苦痛を認識し支援する》
- 《遺族の悲嘆の苦痛を認識し支援する》
- 《亡くなくても受け継がれていくものがあることを認識し支援する》
- 《家族を亡くす悲しみは医療者とは比較できないほど大きいことを認識して関わる》
- 《グリーフケアの大切さを認識している》

② がん看護で大事にしていること

「謙虚さと誠実さっていうのが、凄く私の中の大事な事だ」と述べている。ホスピスでは亡くなる人が多いので、自分の気持ちを切り替えて業務としてやっていこうと思えば出来ない事はない。しかし、様々な体験を通して、人として亡くなって逝くというプロセスの中で、「教えて頂く事の方が多い」と思う。謙虚さと誠実さはがん看護というよりは、人としての態度であり、がん看護を通して一番養ってもらっている。また、博士課程でケアについて研究し、自分なりに言葉で表せるようになってからは、特に「相手に関心を持って居合わせる」。先ず関心を持ち続けるという事が大事である。色々な関わりの中で、「この人こうだわ」とか、とても困る人だったら「あんまり関わりたくないな」とか、逆に一生懸命ケアしてもうまくいかない場合でも、相手に関心を持っている限り、何か突破口があると思う。「どうしてこの人こんな風に反応するのかな」、「どうしてこういう風に思うのかな」、「普通だったらこういう時にはこんな事言わないのに、どうして言うのかな」というように、自分の中でただ関心を持つというより、疑問をもつ。「何か不思議やな、この人って、何でこういう風に思うんだろう」というように、大変な人ほど自分の「不思議さん」として、不思議度の高い人を理解するために疑問をもつことで、「自分のバリアを低く」して、「その不思議度をわかっていくために関心をもつ」というのがセットになっていると述べている。

- 《謙虚であり誠実である》
- 《人として亡くなって逝くというプロセスの中で教えられることが多い事を認識している》
- 《対象者に関心をもって居合わせる》
- 《対象者の言動が理解できるように疑問をもって関わる》
- 《対象者に関心をもち続ける》

③ よいがん看護だと思えた事例(よいがん看護をしたくてもできなかった事例)

関心をもつことがよいがん看護になることについて、「相手の世界に私が生きるって感

じ」と述べている。それまでの出会いは「患者と看護師」という位置づけだが、関心をもって、「この人こんな風に考えているんだ、この人こうなんだ」というように考えていくと、自分とその人の境界がなくなってくるので、相手の思っていることがすんなり入ってくる。それは、必要なケアをする時や患者からみた必要なケアが何かを考える時、また、患者の立場でこれからどんな生活をしたいかということを考える時に、「主語がみんな患者に置き換わっていく」ため役に立つと述べている。

忘れられない事例1で挙げた対象者に「今ならどんな看護をするか」との問いに、NBさんは、「彼女が本当に何を大事にしていたか」というのは、残念ながらわからない。だから、それをしっかり聴きたい。当時は難しかった。彼女が何か「これを食べた」、「体拭いてほしい」、「なんとかしたい」、「散歩に行きたい」と望んだケアはできた。しかし、独身で心理学をずっと極めてきて、特にアルコールの方たちのグループに介入しており、その中で彼女の人生を賭けたものがあると思うが、そこまでその当時は聞けなかった。聞いたとしてもわからなかったと思う。しかし、今だったら、「ああそういうことが大事なんですね。今のその大事なことを、何かしたいと思うことがあるなら、このベッドの中でこんなことができるんじゃないですかとか」、逆にその彼女がアルコールのグループの人たちに関わってきて得ている知見について、「私が教えてもらおうとかね」、「それって看護のこんなことにも使えますかねっていうようなディスカッションをするとかね」。もしそこに彼女の大事さがあるなら、そういう風な形で「彼女が大事にしたものを一緒に大事にする機会」というか、そういうものが今なら持てるかなという気がする。残念ながらその時は、「ともかく何かをする」、「見えることをする」、それから「してほしいことをする」ということに終始していたと思う。「本当に大事にしていることを自分も知って一緒に大事にしたい」、それをしてあげたかったと述べている。

くわえて、いい看護をしたくてもできない状況について、NBさんは、病院も含めて社会全体が契約社会となり、「患者として入院し、いろんなことに従います」というように、その関係性が契約というところからスタートしている事が、一番大きいと述べている。例えば、がん患者の状態が悪くなった時、危ないのでセンサーマットを使う場合、「こんなもんひくな」ともめる。看護師側は安全を守る事が大事で、患者にしたら安全は大事だが、「自分は今もっとうこういう風に動きたいんやって、もうほんとに命がかかっているから今ここで動かへんかったら、このまま弱っていくかもしれへん」という心のありようがある。安全管理として、リスクファクターを減らす為にはではなく、そこに、急速に悪くなり、何とか自分の力で動きたいともがく患者が存在していたら、アプローチは同じ様にしたとしても、受けるものが違ってくる。「患者の一番深いもの」を分かって、それを使ってケアしたいと思っても、契約社会の影響で病院でも禁止事項が非常に増えており、それを阻む要因になっている。しかし、看護で大事にしているものとリスクをどう合わせて、大事なものを捨てずにいられるかは、看護者のあり様じゃないかと言える。また、医師は「もっと治療したい」、でも看護師は「もうこれ以上いいんじゃないか」と思い、患者は「お任せします」という場合、論議の一番核心である、「患者にとって何が良いか」という話し合いをしている事を忘れてしまう事がある。患者や家族、学問背景が違う医師と看護師がそれぞれの立場から患者を思って、「これが良いんじゃないか」という事や「アプローチの方法」

は違って当たり前だと思う。しかし、「目標が一緒だ」というところを忘れてしまうと、それは単なるバーサス構図になり、戦いになってしまう。そして、看護師の判断で援助する時、その看護師の考え方と行動に、「患者を中心としたという一貫性」があれば、管理者はそこについてはちゃんと認めると思う。患者を中心として議論するなら、何かもつれてしまった糸でも解ける可能性があると思うと述べている。

- 《主語が対象者に置き換わるように関わる》
- 《対象者との境界がなくなるように関わる》
- 《対象者の大事にしているものを丁寧に聞く》
- 《対象者の大事にしていることを一緒に大事にする機会を持つ》
- 《対象者が本当に大事にしていることを一緒に大事にする》
- 《患者の言動の背後にあるものを理解し支援する》
- 《患者中心の医療を支えるシステムづくりに取り組んでいる》
- 《対象者の安全のリスクと看護が折り合えるように支援する》
- 《対象者にとって良い支援かを常に考えて関わる》
- 《患者を中心とした医療チーム体制づくりに努めている》
- 《がん医療チームは共通した目標をもつ協団体であることを認識している》
- 《対象者を中心とした一貫性のある態度で支援する》

④ 対象者を尊重したかかわり

「私は徹底的に相手が大事にする事、大切と思っている事を分かって、それを一緒に大事にしていくって、もうその一言なんです」と述べている。それは難しい事ではなくて、関心を持って患者に接していたら、「この人ってこういう信念を大事にしている」とか、「こういうものを大事にしている」とか、「こういう関係を大事にしている」とか、「その人の宝物」というか、大切な事が分かってくる。それを出来るだけ私の立場から、一緒に大事にしていく。例えば、現象だけ見ると難しさはあると思うが、「お家に帰りたい」、でも今の状況では家族に協力してもらえない、病状的にも帰ると命もどうなるかわからないという時に、本質は帰るという事ではなくて、「どうして帰りたいのか」というところにある。表面的な現象に流されて、「これはできる、できない」になると思うが、家に帰るという事に、その人がもし命を懸けているとする。では「命を懸けてまで帰って何をどうしたいのか」、そこまで聞かないと駄目だと思う。それをできるだけ丁寧に聴く。本人も分かってない事があるので、「何か帰りたいけど何でかよく分からない」場合は、「お家に帰ったら何があるんですかね」とか、「家に帰って何かしたい事あるんですかね」と尋ねる。例えば、ある方は、「家に帰って家の畳みの匂いが嗅ぎたい」と言った事があった。でも、それは丁寧に聴いていかないと出てこない。その人がほんとに大事と思って、自分の人生懸けて最後にそれがしたと思っている事に、私が「そうだなあ」と思わないと、それは理解できない。畳みの上に寝たいのなら、「病院にも家族室があるし皆で過ごしたらどうですか」になってしまう。そうではなくて、「家の畳のあのの上に寝たい」、家の畳の香りっていう、家全体からかもし出されているもので、それは家に帰してあげないとできない事である。「そ

こまで関心を持ち続けるということ，そういった意味で関心を持ち続ける．それが行為として大事にしていること」である．そこから必ずその人の本当に今大切なもの，病気の途中であれば「今病気をしている中で大事に思っていること」，終末期の人であれば，「もう人生を終えようとする今だからこそ大事に思えること」は，「それぞれの大切」は異なると思うが，それを「患者から聴き，一緒に思って大事にすることが大切である」と述べている．

《対象者が大切にしているものを共に大切にする》

《対象者の大切なものを徹底的に納得できよう理解する》

《対象者の大切にしているものを看護師の立場から大切にすして支援する》

《対象者が今望む（例えば，命をかけてまで家に帰りたい）ことの本質を理解し支援する》

《対象者自身も本当に望んでいることが分かっていないことがあるので丁寧に聴く》

⑤ 他の分野と違うがん看護の特徴について

「ちょっとだけナビゲーションする」ところががん看護の特徴であると述べている．例えば，相談支援はいろいろなところである働きだと思うが，がんになる人が非常に多いことと，その人たちにとっては一回きりの体験だが，医療者である私たちは同じ事例は見えないが，よく似た体験は見ている．だからその中から，「この人が今このことを選択して，こういう風になっていったら，明らかにしんどいことが起こるな」ということが CNS としてはわかる．「この1つの選択がどんな風な波紋をよんでいくか」というイメージがつくので，そこをこういう風を選んだらこういう風になっていきます．それから看護師でいう「予測性という部分もがんの分野では他より特異だ」と思う．それはがんの病気の経過そのものがかなり明らかになってきて，標準治療があって，その長い経過がある程度私たちの中でもイメージできて，しかも伝えることができるぐらいの内容になってきている．そのため，患者に「これ選んでください，あれ選んでください」というのではなく，「選んだ結果こうなりますよ」ということも伝える．少し相談してもらったら，「そのことを選んだら，こんなこととか，こんなことが起こりますかね」とって，やり取りしながら「この人はどうも B コースを選びそうだな」となった時に，じゃ B コースを選んだ後は，「そのあとはこんなプロセスがありますよ」，「ちなみに A だったらこんなプロセスで，C だったらこんなプロセスですよ」と説明する．ただそういった形の情報だけでなく，ちょっとだけ引っ張ってあげる感じである．「全くのフラットな関係の中でのインフォームド・コンセントはない」と思う．医療者がする限りにおいては，医療者の価値がそこに働く．みんながチームで話し合ったとしても，3つの方法があって，チームとしては A がいいとなったらそのことに力点が置かれる．そういうことは患者に通じるし，それならはっきりとそのことを責任もってナビゲートしてあげるほうがいいと思う．「私たちとしてはこれがいい感じですけど，でも B でも C でもいいですよ」と言ったら，患者は路頭に迷うだけで，医療者は専門職という役割を逆に放棄しているように思う．だから，「いきすぎない程度に少しナビゲートする」というのが，今あるいろいろな役割にプラスして，がん看護の中では大事だと思う．

全部の付加価値を取り除いて、インフォームドして、そしてコンセントを得ていくというのは医療の現場の中では絶対ない。逆にそれをするのは倫理的に、プロフェッショナルリズムに反することではないかと思う。そこで、本当に小さじ一杯とかそういう塩加減だと思うが、そこを大事にしないとがん看護の専門性を大切にしていくことにはつながっていかないと述べている。

《がんに罹患している現在の体験は1回きりであることを理解している》

《がんは治療やその経過が明らかになってきているため、予測性を生かして支援する》

《フラットな関係でのインフォームド・コンセントはないことを認識している》

《医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度に少しナビゲートする》

《がんの治療や選択肢についての説明は、その結果も含めて対象者が理解できるように説明する》

[NCさん]

① 忘れられない患者・事例

忘れられない患者・事例について、NCさんは、家族の支援について1つの事例を挙げている。事例は、娘が多発性硬化症で人工呼吸器をつけており、夫と二人で介護していたが、夫が胃がんのエンドステージになったがん患者の家族である。患者の家族である妻は、「自分だけが何でこんなつらい思いをするのか」、「自分一人で娘と二人どうやって生きていけばいいのか」悩んでいた。訪問看護や往診を手配したが、最終的に入院することになり、世話をする人がいないので同じ病院に娘も入院した。NCさんは、妻がこの状況を受け入れるまでの間傾聴しながら、自分の考えていることを語ってもらい、時にはライフレビューをして、精神的なサポートを行った。入院中は毎日のように面談し、困っていること、今抱えていること、夫が社長だったので仕事をどうしたらいいかなどについて話を聞いた。予期的な悲嘆も強かったが、もともと対処能力をもっている人で、聞いていくことによって「自分って、ああ、こういう風に考えてたんだ」と分かって、自分で解決していった。また、夫が亡くなる時は、意識レベルは低下していたが娘に会わせた。妻は仕事の事や娘の事をどうしたらいいか話したいと夫に言ったが、「元気になるんだから、そんなこと考えなくていいから」と言われて話せなかった。患者は最後まで、「頑張るから、頑張るから」と言って亡くなった。後日、遺族となった妻は、「それが生き様だったのかな」と話し、いい時間を過ごせたと述べた。

《在宅介護をしたい希望がある場合は訪問看護や往診の手配をして支援する》

《家族である妻が現状を受け入れられるように傾聴しライフレビューを行い支援する》

《現在の問題を対象者自身が解決していけるように対策を共に考える》

《対象者の対処能力に応じて支援する》

《家族の予期悲嘆を把握し支援する》

《見取りまでの体験をいい時間がすごせたと振り返られるようにかかわる》

② がん看護で大事にしていること

「どの病期においても、その人が何を大事にして生きてきたか、その人の希望や思いを大事することだ」と述べている。また、その人の大事にしていることを大事にする実践としては、まず、「関心を寄せること」が大切である。看護師は生活の面から話を聞くことができる場所が強みだと思う。その人がどんな生活をしているか、症状についてはどうかということを知っていくと、自分の大事にしていることなどを語ってくれることが多い。そして、「大事にしていることはこういうことなんです」と、私が思っていることと相手の思っていることが違っているとはいけないので、例えば、「お孫さんのことを大事にしてるんですね」と言語化して、対象者に確認すると述べている。

《どの病期においても、対象者の価値観や希望、思いを大事にする》

《対象者に関心を寄せる》

《対象者が大事にしていることを語ってくれるように生活面や病状などから話を聞く》

《対象者の大事なことは言語化して確認する》

③ よいがん看護だと思えた事例(よいがん看護をしたくてもできなかった事例)

今だったらこんな看護ができた、心残りの事例として、34歳の乳がんの女性の事例を挙げている。手術して1週間後くらいの外来で、創から赤い発疹みたいなポチポチが出ていて、結局それががん細胞で再発だった。進行が速く、リンパ浮腫で右手がパンパンになって、自分で食事をとることもできない。頸部リンパ節転移と鎖骨下リンパ節転移で首の辺が一塊になってしまっていて動かなくなった。入院したがモルヒネもなかなか効かず、疼痛が強くて、排泄後に自分でお尻も拭けなくなった。痛みで難渋しているだけでなく、「自分だけなんでこんな目に合わなきゃいけないんだ」、「生き地獄だ」、「もうこんな体になったら早く死んでしまいたい」と言った。また、「自分の人生で今まで悪いことをしてきたからこんな痛みがきたんじゃないか」と言い、スピリチュアルペインだと思うが、なかなかアプローチができなかった。結局、〇〇の緩和ケア病棟に転院して3日程で亡くなった。その苦しみが「本当に強くて、モルヒネを使っても、神経因性疼痛のピリピリした痛みやしびれが取れず、最後はセデーションしかないかな」という状況だった。肺転移もあり、呼吸困難感があった。NCさんは、「早く死にたい」、「こんな生き地獄で痛い、痛い」という状況で、言葉の返し方、自分としてどう対応したらいいか分からなかったと述べている。そして、その若い女性に関しては、今であっても彼女の全人的な苦痛を私一人ではとても、有効な手立てがあるとは思えない。やはり、チームでアプローチすることで関わっていけると思うと振り返っている。

くわえて、よい看護をしたくてもできない状況について、NCさんは、今の私でいえば会議が多いこと、病棟の看護師は検査出しやオペ出しなどで時間的な制約があり、「もうちょっと話を聞きたい」と思っても、実際ベッドサイドで話を聞くことができないという状況があると述べている。

《日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する》

《疼痛のコントロールができるように支援する》

《スピリチュアルペインを把握し支援する》

《がんの全人的苦痛を緩和するためにチームで支援する体制づくりに取り組んでいる》

《ベッドサイドでコミュニケーションをとることを支持する体制がある》

④ 対象者を尊重したかかわり

対象者を尊重したかかわりについて、NCさんは、その人の希望や思いにあったかかわりだと思う。「その人らしく生きてきた、生きてこられたこと、その人が大切にしていることを大切にすることだ」と述べている。

《対象者の希望や思いに沿ってかかわる》

《対象者の生き方や大切にしていることを共に大切にすること》

⑤ 他の分野と違うがん看護の特徴について

他の分野と違うがん看護の特徴について、NCさんは、がんは死を連想させる病気であるため、「人生が終わる、いつかくる死」ということをすごく意識する看護だと述べている。エンドステージや再発の時、「自分の人生の有限性というタイムリミットのカウントダウンが始まった状況だ」という人もいて、そこが特徴だと思う。そのため、がん看護では、その患者が何を望んでいるのか、希望や気持ちを時間が無い分、タイムリーにキャッチする。希望をいかに引き出して、急いで確認をしないと死は待ってくれないから、退院調整をしていても、家に帰りたいたっていった人が、帰れないまま病院で亡くなることもある。

例えば、膵臓がんで血圧も下がってきていて、意識レベルが3桁みたいになっている状況の時に、本人は具合が悪くなる前も「家に帰りたいたい」、「化学療法がもう効かなくなったから家に帰りたいたいし、夫婦二人家で生活したい」といっていた。予後は2、3週間と言われていたが、2、3日くらいの状態と予測された。本人の希望は確認していたので、妻の気持ちを確認するために面談を行った。妻は凄く不安で、「自分一人でそんな具合の悪い夫を看ることはできない」と言った。そこで、地域で受けられるサポートについて話をし、夫の希望していたことをフィードバックした。その結果、「夫がそんなに家に帰りたいたいのなら」と、家に帰るという意思決定をした。この時は、急いで1日ぐらいで、在宅医と訪問看護とかを手配し家に帰れるように退院調整した。

もう一つの事例では、外来に通院している乳がんの患者で、「どうしても家で死にたい」という希望があった。乳がん罹患して10年の間1回も入院していない。そのため、外来で化学療法が効かなくなった時に、訪問看護と往診医を手配した。家族と面談をして、「家で看取る覚悟がある」ことを確認し、子どもたちと家族一緒に生活を最後まで送り、家で看取った。動くときには急いで、患者や家族の気持ちを確認して、病状の事などをアセスメントした上で、最後をどこで過ごすかとか、看取りの場面をどういう風にしていくかということも確認をしている。

また、がん看護専門看護師は、例えば初発の診断時から最後まで関わることができる。どんな状況になっても一緒に最善は何かって考えていけるように患者にコミットメントす

る。そして、「どんな状況でなってもいつでも一緒に考えていきますからね」ってことはメッセージとして必ず伝えるようにしている。状況によるが、ずっと関わっていた人が再発や転移をして予後が厳しいという状況になって、「ワァー」と泣かれて、「こういう状況になっちゃったの」って相談にこられる。その時に、一緒に話を聴きながら「何かあったらいつでも相談に乗ることができるし…一緒に考えていきましょうね」って伝える。がん患者カウンセリング料が新設されて、病状説明の時に同席することが多い。そういう時にも初発の人には、がんの経過の中でいろいろ相談できる看護師だから、いつでも連絡をとっていただければと電話番号を伝える。また、化学療法とか大変なことがあるがいつでも相談して、「何がベストなのかを一緒に考えていきましょう。これからはずっと継続して関わっていきます」と伝える。

がん看護の健康の段階におけるケアについて、NCさんは、手術、術後補助療法や化学療法、再発転移した時期の関わり方は違うし、エンドオブライフの違いもあると述べている。患者の心情的には、最初がんと診断される前の検査の段階の不安の大きさや組織を取ってきて確定診断がつくまでの思いはまた全然違う。大学病院みたいなところの外来で、がんという告知や説明を受ける段階で、手術ができればいいが手術ができない患者もいる。手術をしてもう治ったと思っていたら、再発を抑えるための6か月くらいの化学療法をしなければならない。3年、5年と何もなくて寿命を迎える人、サバイバーとして過すなど人によっても違うと思うが、その中で6カ月に1回、1カ月に1回の診察の時も患者の不安は強い。結果を聞くまでは、食事が喉を通らないという状況がある。例えば、がんの患者はサバイバーの時期でも、少し咳が出るだけで「私肺に転移しちゃったんじゃないかしら」、腰が痛くなって「骨に転移しちゃったんじゃないかしら」と、手放しに前と同じように生活できるかというところではない。ちょっとした体調の変化で、すごく心が不安定になったり、不安になったりする状況がある。そして、定期的な検診の中で「肺に転移が見つかった」、「肝臓に転移が見つかった」という時は、文献にも書かれているが、初診の時よりもショックであり、不安が大きい。また、今度の抗がん剤は絶対効くかもしれないという気持ちでいるが、PD、プログレッシブディーズという状態になり、次の抗がん剤に希望をかけるがまた効かなくなって、もうトランプの持ち数の抗がん剤がなくなる。積極的な治療の中止で、BSCになる患者にとって凄く大きなバッドニュースを受けることになる。このように、その時々で不安の内容が違う。がんの診断時期から最後の死を迎えるまでの不安の要素が異なってくる。それと共に、自分の身体感覚として、何となくだるい、痛いなどの症状に依ってもっと不安が増長していく。そのため、カルテを綿密に見て、病理の結果やどの部位に転移しているとか、再発はしていない状況など、知識として病態生理はきちんと押さえたうえで面接に臨む。そして、病態生理や病気の状況を、予後を含めて把握しアセスメントしながら、面談の時に、患者の意思決定を早めたりする。「思いだけ聴くなら、看護師でなくても臨床心理士にもできる」と思う。ただそこで「病気や患者の思いも全部含めて包括的にアセスメントする」ということがすごく重要である。患者が何の薬を飲んでいるか、今の病気の状況はどうなのか、炎症所見はどうなのかなどを含めてかわることが、他職種とは違う看護師の専門性、独自性であると述べている。

≪がんは死を連想させる病気であり，人生の終わりを意識させることを認識している≫
 ≪エンドステージや再発の時，人生の有限性というカウントダウンの始まりを意識することを認識している≫
 ≪対象者の希望や気持ちをタイムリーにキャッチして支援する≫
 ≪時間に限りがあるため，対象者の希望を引出し確認する≫
 ≪対象者の希望だけでなく家族の希望を確認し支援する≫
 ≪在宅療養を希望する場合は，状況に合わせて訪問看護や在宅医などを手配し支援する≫
 ≪在宅で介護するために生じる不安を把握し，地域で受けられるサポートについて情報提供を行う≫
 ≪在宅で介護するために生じる不安を把握し，必要な介護の知識と技術を指導する≫
 ≪家で死にたいと希望がある時は，家族に家で看取る覚悟があることを確認し，最後まで家族と共に生活ができるように支援する≫
 ≪病状などをアセスメントした上で，対象者や家族に最後をどこで過ごすかなど看取りの場面について確認する≫
 ≪どんな状況でも一緒に最善は何かについて考えていくようにコミットメントする≫
 ≪どんな状況であっても一緒に考えていくことをメッセージとして伝える≫
 ≪化学療法が効かない時，今後どうするか一緒に考えていきましょうということを伝える≫
 ≪初発の人には，がんの経過の中でいろいろ相談できる看護師だから，いつでも連絡をとっていただければと電話番号を伝える≫
 ≪化学療法とか大変なことがあるが，何がベストなのかを一緒に考え，これからも継続して関わっていくことを伝える≫
 ≪手術，術後補助療法や化学療法，再発転移した時期に応じた関わり方を認識している≫
 ≪最初がんと診断される前の検査の段階の不安の大きさを認識している≫
 ≪組織診後に確定診断がつくまでの心情について認識している≫
 ≪外来での定期検診の時も，不安が強く結果を聞くまでは食事が喉を通らない状況があることを認識している≫
 ≪咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑う状況を認識し支援する≫
 ≪少しの体調の変化で不安になり心理的に不安定な状況になることを認識している≫
 ≪初発の時より，転移や再発の時のほうがショックが大きいことを認識している≫
 ≪使える抗がん剤がなくなり，BSCになる時のショックを認識し支援する≫
 ≪がんの診断時期から，最後の死を迎えるまでの不安の要素が異なることを認識している≫
 ≪身体感覚として倦怠感や疼痛などを自覚することは不安を増長させることを認識している≫
 ≪カルテを綿密に見て再発や転移の状況を含めた病態を把握して面接に臨む≫
 ≪病態と対象者の思いを包括的にアセスメントすることの大切さを認識している≫
 ≪病態を把握してアセスメントした結果，予後を考慮した意志決定を支援する≫

3-4 本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為

ケアリングの定義を表す「対象者が大切にされていると感じられるかかわり」，「対象

者が安心できると感じられるかかわり」,「対象者が本来自分のもっている力を発揮できると感じられるかかわり」より,3名のがん看護専門看護師からケアリング行為36が抽出された.語られた内容とケアリング行為を《》に示す.

「対象者が大切にされていると感じられるかかわり」

[NAさん]

一つはコミュニケーション技術で,技術である程度カバーできる.もう一つは対象者がSOSを出したことは絶対に逃がさないことである.在宅特有だと思うが,対象者が電話をしてくるときはよほどのことなのでそれにはきちんと答える.逆に,呼ばないといけないことをわかっていると言えなかった場合は,「何で呼ばなかった」ではなくて,「気を使わせて悪かったね」といいながらサポートする.また,よく頑張ったところは良く褒めることだと述べている.

- 《コミュニケーションスキルを活用して支援する》
- 《対象者のSOSのサインは確実に捉え迅速に対処する》
- 《対象者が適切に行動できない時はできない状況があったことを理解し支援する》
- 《対象者がよく頑張ったところは,よく褒めてねぎらう》

[NBさん]

自分が大事と思っていることを大事とってくれる人がいるということが伝わると,一番大事にされていると思う.難しいことではないと思う.尊厳を守るとか尊重するというと非常に抽象度が高いので,行為としてすごく難しい感じがしてモラル的になる.看護の中で「相手を大事にするというのは本当に,日々の営みの中にしか逆はないかなと思う」と述べている.

- 《対象者に関心をもち続ける(=②)》
- 《対象者に関心をもって居合わせる(=②)》
- 《対象者が大事に思うことを大事に思っている人がいることが伝わるように関わる》
- 《対象者の大事なものを日々の営みの中で大事にして支援する》

[NCさん]

対象者が大切にされていると感じられるかかわりについて,NCさんは,言葉のかけ方や相手の気持ちをまずは受け止めて,コミュニケーションを進めることであると述べている.

- 《言葉のかけ方を考慮し,コミュニケーションスキルを活用して支援する》
- 《対象者に関心を寄せてコミュニケーションを図る》
- 《対象者の気持ちを受け止めてコミュニケーションを図る》

「対象者が安心できると感じられるかかわり」

[NAさん]

一つは話を聴く。基本的に人は好意を持った人の話しでないときかない。その根幹は、「私 のことをどれがけ聴いてくれるか、受け止めてくれるか」ということだと思う。聞き方も含めて大切である。もう一つは、その人が語ろうと思える身体状況をつくることである。人は疼痛があると話せない。そのために、苦痛をとるために必要な医療機器を整える、清潔の援助、援助に必要な人の手配などを行う。そして、対象者が語ってもいい、語れるような身体環境をつくる ことが必要であると述べている。

《対象者の話しを良く聴く》

《対象者に関心を寄せていることが伝わるように接する》

《対象者が話せる身体状況をつくることの大切さを認識している》

《心身の痛みや苦痛に適切に対処する》

《心身の苦痛が緩和されるように日常生活援助を行う》

《心身の苦痛を緩和するために必要な物的、人的環境を整える》

[NBさん]

自分のことをできるだけ100パーセントわかってもらえる、理解してもらえる人がいることだ と 思う。「いいよ、それで」、「あなたがそれを大事にしたいんだったら、私もそのこと大切と思うか らそれでいいよ」ということが安心だと思う、安心につながっていくと述べている。

《対象者が自分のことをできるだけ（100%）わかってもらえると感じられるように関わる》

《対象者が自分自身を理解してくれる人がいると感じられるように関わる》

《「あなたがそれを大事にしたいなら、私も大事に思うからいいよ」という態度で支援す る》

[NCさん]

痛みが取れているなどの症状コントロールができていることが、まず大事なことである。そし て、バッドニュースなどの悪い状況の中でも、対象者の感情を受けとめ、一緒にプロセスを歩 んでいくという姿勢でかかわることであると述べている。

《痛みなどの症状コントロールができるよう支援する》

《バッドニュースなどの悪い状況の中でも対象者の感情を受け止めて、一緒に歩いていく という姿勢でかかわる》

「対象者が本来自分のもっている力を発揮できるかわり」

[NAさん]

端的にいうと、「その人の意見を無視しないこと」だと述べている。対象者が最後の意志決定をできる場所は、「自分のことは自分で決める」ということである。最後に残った意思決定できる、「自分のことは自分で言う」、「今はこれはやりたくない」、「今これをやって」など、そこをサポートする。

《対象者の意見を無視しない》

《対象者が最後まで意志決定できる場所は「自分のことは自分で決める」ことを認識している》

《自分のことを自分で決めることは人間としての権利であり支援されることを伝える》

《対象者が最後まで意志決定できるように支援する》

《対象者の意志を確認する》

[NBさん]

対象者が本来もっている力を発揮できるかわり(たとえば前向きになれるかわり)について、まず前提の「前向きか、前向きじゃないかっていうところの問いの立て方」を考えないといけないと思う。前向きかどうかは患者しだいというか、患者にとってはすべての思考は前向きだと思う。だから私たちがそれをポジティブな内容と思うか、それとも「過去は良かったのにこんな病気になってなんでこんなに若いのに死んでいかへんとあかんのや」、「いいこと全然なかったな」、「なんか治療も頑張ってきたのに」といのはネガティブな内容で、それが後ろ向きと捉えるなら、患者の向かっている方向をそういう風に捉えることの呪縛からはなたれることがまず大事だと思う。内容的には堂々巡りめぐりのようなものもあるが、すべての人が、その苦しいことから解放されるとか、「ああ病気になって良かったな」って思えるわけではない。だから「そのなれないその人を大切に上げてあげてというのが大事だ」と思う。堂々巡りですっきりしないまま亡くなることもある。病気の進行とともに時間に限りがあるので、その中でどういう終わり方になるかというのは、その人にしか決められないことだと思う。だから、「普通の人からみたらちょっと損な性格やけどしゃーないな」、「もうちょっとここで割り切れたら楽なのにね」、「そやけどそなん今言われても仕方ないよね」って言ったら、「あ、そやそや」って言って、その中から、「自分はそういう性格なんだ」とその人がわかって、それが「自分の生き様であり、在り様なんだ」とわかっていったらそれはそれで納得できると思う。看護師はネガティブなことを言われたら何とかしたいと思うので、どうしても励ます方向へいってしまう。励ましが悪いのではなくて、それは「今のその人の存在の仕方そのものを認めていない」ってことになるかと述べている。

《対象者にとってネガティブな思考も、前向きだということを認識している》

《ポジティブになれないその人のあり様を大切にしておく》

《対象者が自分の生き様やあり様を認識できるようにしておく》

《対象者のネガティブな思考もその人の存在の仕方であることを認識している》

[NCさん]

本来の対象者像を知るために、今までどんな仕事をしてきたのか、どんな生活なのかということ、その人に関心を持って話を聴いていく。その中で、本来のあるべき姿や本来の姿を把握する。例えば、化学療法を受けている学校の先生で、抗がん剤治療中もマスクやうがいをしながら、休まないで授業をしている人がいた。この事例では、化学療法の副作用を最小限に抑えた状態で仕事が続けられるように、どういう風に、生活レベルで、セルフケアしていったらいいか具体的に話していく、セルフケア能力を高めるアプローチをした。このように、対象者が何を思っている、何をしている人なのかを聴いていく中で、「その人が今の置かれている状況で何をどうしていきたいか、真の問題や希望は何かについて確認し、それに合わせた関わりをしていくこと」だと述べている。

《生活背景などから対象者像を知るために関心をもって話を聴く》

《対象者の本来の姿を把握する》

《対象者の本来の希望を引き出し確認する》

《化学療法の副作用を最小限に抑えて仕事を継続するためにセルフケア能力を高められるように支援する》

《対象者の真の問題や希望は何かについて確認し、それに合わせて関わる》

3-5 がん看護専門看護師から抽出されたケアリング行為 163 の分類

3名のがん看護専門看護師のがん看護の実践と本研究のケアリングの定義から抽出されたケアリング行為 163 は、研究 5 の Rodgers の概念分析より導かれた 8 属性と比較検討した結果、7 属性に分類された。分類されたケアリング行為の数と 7 属性を【】に示す。

Rodgers の概念分析より導かれた 8 属性の内、【人間的な親しみを感じられるかわり】を除く、【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】は 70、【主体的に療養するための情報の提供】は 13、【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係】は 43、【医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整】は 7、【対象者や家族の状態を予測した支援】は 21、【傾聴と双方向のコミュニケーション】は 3、【ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制】は 6 のケアリング行為が分類された（資料 16 参照）。

4. 考察

認定更新を受けた 3 名のがん看護専門看護師に対する半構造化面接より、がん看護の実践と本研究のケアリングの定義に対する語りからケアリング行為 163 が抽出された。

5 年毎のがん看護専門看護師の認定更新の対象者は、日本看護協会ホームページの登録者をみると 190 名程である。そのなかで、3 名のがん看護専門看護師は、10 年から 20 年の認定経験者であり、また、あらゆる健康の段階にあるがんサバイバーと関わりがもてる、

集学的ながん治療を中心とする大学附属病院と緩和ケアを中心とするホスピスおよび在宅でのケアを担う訪問看護ステーションで活動している。くわえて、対象者の選出では、がん看護専門看護師としての活動内容や論文などからも検討した結果、本研究の対象者として最適な人材であり、がん看護専門看護師のなかでも優れたがん看護の実践者であると考えられる。本研究では、3名のがん看護専門看護師のがん看護の実践から抽出されるケアリング行為やケアリングを、がん看護におけるケアリングの妥当性として位置づけている。

3名のがん看護専門看護師のがん看護の実践から抽出されたケアリング行為 163 は、研究 5 の Rodgers の概念分析より導かれたケアリングの属性と比較検討した結果、8 属性のうち 7 属性に分類された。本研究の結果を Rodgers の概念分析より導かれたケアリングの属性と比較検討したのは、がん看護におけるケアリングの妥当性と看護学におけるケアリングの妥当性を相補的に確認することで、双方の妥当性を高めるためである。

がん看護専門看護師より抽出されたケアリング行為が分類されなかった属性である【人間的な親しみを感じられるかかわり】は、意図的にタッチングを行うと人間的な親しみやすさでかかわるという内容より構成されており、7 構成因子のなかの「人間性豊かなかかわり」とほぼ一致している。がん看護専門看護師は人間的な親しみを感じられるかかわりを基盤に置くことを含めてがん看護の実践を語っているため、抽出された多くのケアリング行為が、Rodgers の概念分析から導かれた 8 属性の中の【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】や【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係】に分類されるケアリング行為として抽出されたと推察される。この結果は、がん看護専門看護師から抽出されたケアリング行為 163 のうち 113 のケアリング行為が、上記の 2 つの属性に分類されていることから伺える。

したがって、研究 4 の結果であるがん看護専門看護師のがん看護の実践から導かれたケアリング行為 163 が、研究 5 の Rodgers の概念分析より導かれた 7 属性に分類されたことより、がん看護におけるケアリングの妥当性として位置づけたケアリング行為 163 は、看護学のケアリングの妥当性である 8 属性に網羅されていることが確認された。これらの結果より、研究 4 から導かれたケアリング行為と研究 5 の概念分析の結果は相補的に妥当性が確認され、高められたと考える。

本研究のケアリングの定義についての語りからは、ケアリング行為 36 が抽出された。がん看護におけるケアリングの実践として共通する内容は、対象者に関心をもってそれが伝わるようにかかわり、その人の大切にしているものを自己決定も含めて共に大切にすることであった。これらは、筆者が看護師としてがん患者に関わっていたときの課題であった、患者の存在そのものに価値を置き、最後までその人らしく生きられるように支援するという看護の実践に共通したものであると思われる。

第4章 Rodgers の概念分析を用いたケアリングの概念分析（研究5）

第1節 研究目的

がん看護におけるケアリングの妥当性を検討するための指標を得るために、Rodgers の概念分析の方法を用いて、ケアリング概念の属性、先行要件、帰結を抽出し、看護学におけるケアリングの概念を明らかにする。

第2節 概念分析の方法

1. Rodgers の概念分析

本研究におけるケアリングの概念分析は、Rodgers の概念分析の方法に基づいて行った。Rodgers の概念分析は、革新的分析方法とも表現され、時間や状況に伴う概念の変化に着目し、概念の特性を明らかにしようとするものである。対象文献は30以上、または分析対象となる文献を母集団とする20%程度とされている。概念の特性は、概念を構成する特性である「属性」、その概念に先立つ条件となる「先行要件」、その概念の結果として生じる「帰結」および「代用語と関連する概念」が示される⁶²⁾。

2. データ収集方法

本研究の分析対象である文献は、著書と論文の47件である^{1, 2, 26, 27, 29, 30-33, 35-37, 39, 47-49, 42, 44, 50-56, 60, 63-83)}。著書は翻訳されたものを含む日本語で書かれた看護学のケアリングに関する主要なものと同看護に関連する看護学以外の著書を含む24件である。看護学以外の著書の内訳は、哲学1件、教育学3件、倫理学1件、社会学4件、発達心理学1件である。論文は「ケアリング」をキーワードに、タイトルにケアリングのあるものを主に23件を選出した。日本語で書かれたもの10件、英語で書かれたもの13件である。日本語で書かれたものは医学中央雑誌より「ケアリング」をキーワードに1983年～2014年4月までに掲載された、看護、原著論文の171件の中から、看護学生の実習や教育に関するものを除いた、ケアリングに関する主要な論文10件を選出した。英語で書かれた論文は、CINAHL/MEDLAINから「Caring and Nursing」をキーワードに1980年～2013年の間で、査読、英語、抄録、参考文献、人間、学術専門誌、タイトルにケアリングがあるもの、All Childを除く、Major Heading caringの条件により抽出された137件とがん看護に関するケアリングの論文から比較的新しいものを選出した。また、現在の医療や看護学の動向に即した、在院日数の短縮に伴う外来での治療や在宅での療養に加え、家族をケアの対象とするなど分析対象を広くとらえられることを一つの視点に選出した（資料17参照）。

3. 分析方法

データ分析は、選出した 47 の文献の内容を熟読し、ケアリングの定義や基盤とする理論、主要な内容を作成した表にまとめた。次いで、ケアリング概念の属性、先行要件、帰結および代用語と関連する概念を抽出し、分析のデータとした。また、言葉が難解な場合は記された意味が分かるように説明された内容を加えて抽出した。抽出したデータは類似する内容をまとめ、それらの内容を反映したものをカテゴリー化した。概念の属性、先行要件、帰結を抽出しカテゴリー化する過程では、指導教員とディスカッションしスーパーバイズを受けた。

第3節 結果

Rodgers の概念分析の方法に基づいてケアリングの概念分析を行った結果、属性はコード 182 より 25 の内容が抽出され、8 つにカテゴリー化された。先行要件はコード 62 より 11 の内容が抽出され、4 つにカテゴリー化された。帰結はコード 90 より 27 の内容が抽出され、6 つにカテゴリー化された。概念分析により抽出されたケアリングの属性、先行要件、帰結の概念モデルを図に示す（図 3）。属性、先行要件、帰結の結果は【】、内容は「」を用いて以下に記載する。

1. 属性について

ケアリングの属性は、【ケアリングの価値を認めるチーム医療のなかで医療者同士が助け合いケアできる体制】、【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】、【主体的に療養するための情報の提供】、【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係】、【医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整】、【対象者や家族の状態を予測した支援】、【人間的な親しみを感じられるかわり】、【傾聴と双方向のコミュニケーション】の 8 つが導きだされた。ケアリングの属性を表に示す（表 14、資料 18 参照）

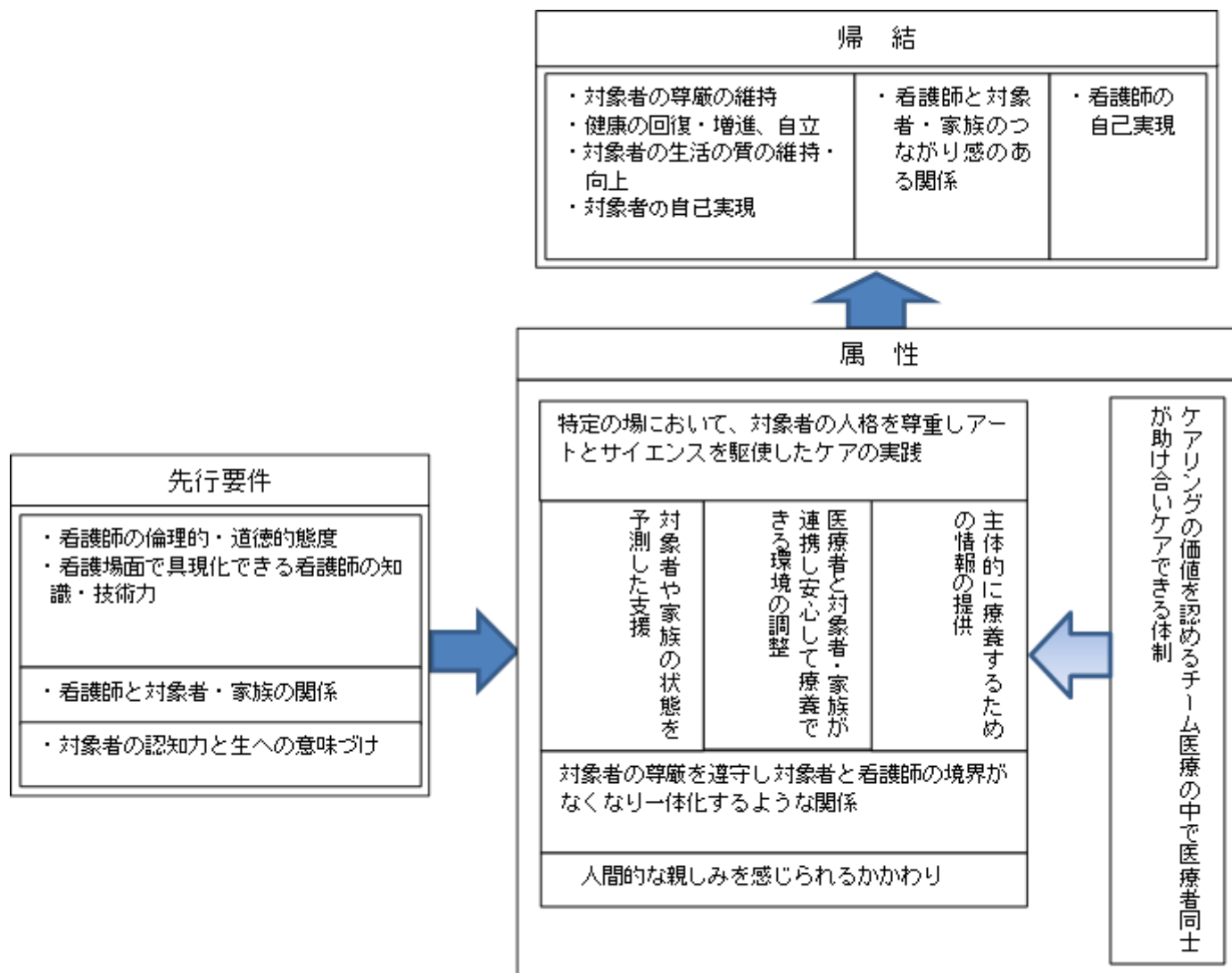


図3 Rodgersの概念分析に基づくケアリングの概念モデル

表14 ケアリングの属性

属性	属性の内容	文献番号	文献数(合計)
ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制	ケアリングの価値を認めるチーム医療の一員である	7	1
	仲間同士の人的・経済的資源の交換など、助け合いがある	39	1 (3)
	対象者と個別に関わるための時間的側面の影響がある	47	1
特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践	アートとサイエンスを駆使する看護師の専門的能力と看護に対する姿勢をもつ	2.3.6.7.10.11.15.17.19.20.23.24.25.31.32.36.42.44.45	19
	共にいる・存在する	1.5.9.10.14.19.28.30.33.36.46	11
	対象者と看護師の関係において特定の場で気づかいのある適切なケアを提供する	1.2.4.6.9.18.19.24.27.28.31.38.44.46	14
	感じとり応答する	6.10.15.19.24.39	6 (37)
	安らぎと安全が感じられる支援を保証する	14.34.42	3
	対象者の人格を尊重し認める	1.3.9.10.11.16.17.19.34.35.39.40.44	13
主体的に療養するための情報の提供	対象者を理解できるように知る	3.4.5.10.13.15.28.34	8
	主体的に療養できるように支援する	1.20.21.26.28.29.30.35	8 (10)
対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係	情報を提供し療養を容易にする	14.37	2
	対象者の尊厳を守る	3.13.23.28.29.36.39	7
	共感する	21.24.34.36.39	5
	関心を向ける	4.17.19.29.40	5
	対象者を中心に支援を行う	15.19.22.25.26.32	6 (32)
	対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係づくり	1.3.7.8.15.16.31.39.40.45	10
	対象者を主体とした相互関係を維持する	6.10.11.12.26.36.38	7
医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整	対象者に伝わるように気づかいや配慮を行う	2.4.6.15.21.23.30.32	8
	安心して療養できる環境を調整する	26.33.37	3 (4)
対象者や家族の状態を予測した支援	医療者と患者・家族が連携する	41	1
	対象者や家族の状態を予測した支援を行う	1.41.42.43.47	5 (5)
人間的な親しみを感じられるかかわり	意図的にタッチングを行う	1.20.33	3 (7)
	人間的な親しみやすさでかかわる	5.37.42.45	4
傾聴と双方向のコミュニケーション	傾聴し双方向のコミュニケーションを図る	2.30.31.33.35.36.39	7 (7)

【ケアリングの価値を認めるチーム医療のなかで医療者同士が助け合いケアできる体制】は3文献より抽出され、「ケアリングの価値を認めるチーム医療の一員である」、「仲間同士の人的・経済的資源の交換など、助け合いがある」、「対象者と個別に関わるための時間的側面の影響がある」の3つの内容から構成されている。「対象者と個別に関わるための時間的側面の影響がある」では、時間指示や業務量が多いため患者と座って話したり個別の問題に介入することができないなどが記されていた。

【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】は37文献より抽出され、「アートとサイエンスを駆使する看護師の専門的能力と看護に対する姿勢をもつ」、「共にいる・存在する」、「看護師と対象者の関係において特定の場で気づかいのある適切なケアを提供する」、「感じとり応答する」、「安らぎと安全が感じられる支援を保証する」、「対象者の人格を尊重し認める」、「対象者を理解できるように知る」の7つの内容から構成されている。「アートとサイエンスを駆使する看護師の専門的能力と看護に対する姿勢をもつ」では、きめ細やかな注意を払い、正確にニーズを確認して応えていこうとする姿勢や気質、科学的で卓越した看護技術などが記されていた。また、「対象者を理解できるように知る」では、どのようにその人々が彼らの世界を経験しているかについて関心を示すことなどが記されていた。

【主体的に療養するための情報の提供】は10文献より抽出され、「主体的に療養できるように支援する」、「情報を提供し療養を容易にする」の2つの内容から構成されている。「主体的に療養できるように支援する」では、わかりやすく適切な表現で情報を伝え、患者によく理解できるようにするや自ら理解し行動するための手はずを整えようとする支援などが記されていた。

【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係】は32文献より抽出され、「対象者の尊厳を守る」、「共感する」、「関心を向ける」、「対象者を中心に支援を行う」、「対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係づくり」、「対象者を主体とした相互関係を維持する」、「対象者に伝わるように気づかいや配慮を行う」の7つの内容から構成されている。「対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係づくり」では、他のひとの実相を理解し、できるだけ入念にその人が感じるままに感じとること、患者の世界を生きるなどが記されていた。また、「対象者に伝わるように気づかいや配慮を行う」では、気づかっていることを患者に伝える、医療者の細かい調整、思いやりなどが記されていた。

【対象者や家族の状態を予測した支援】は5文献より抽出され、「対象者や家族の状態を予測した支援を行う」という同様の内容である。「対象者や家族の状態を予測した支援を行う」では、患者と近親者のニーズを満たすための行動、重要他者がケアに参加できる機会の提供などが記されていた。

【医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整】は4文献より抽出され、「安心して療養できる環境を調整する」、「医療者と対象者・家族が連携する」の2つの内容から構成されている。「安心して療養できる環境を調整する」では、プライバシーの保護に関する場所の選択、自己の安定が保たれるなどが記されていた。

【人間的な親しみを感じられるかかわり】は7文献より抽出され、「意図的にタッチングを行う」、「人間的な親しみやすさでかかわる」の2つの内容から構成されている。「人間的な親しみやすさでかかわる」では、近づきやすさ、他者に対する人間的な関わり方などが記されていた。

【傾聴と双方向のコミュニケーション】は7文献より抽出され、「傾聴し双方向のコミュニケーションを図る」という同様の内容である。「傾聴し双方向のコミュニケーションを図る」では、双方向のコミュニケーション、思いを傾聴するなどが記されていた。

2. 先行要件について

ケアリングの先行要件は、【看護師の倫理的・道徳的態度】、【看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力】、【看護師と対象者・家族の関係】、【対象者の認知力と生への意味づけ】の4つが導き出された。ケアリングの先行要件を表に示す（表15、資料19参照）。

【看護師の倫理的・道徳的態度】は13文献より抽出され、「倫理的・道徳的意識をもつ」、「人間を大事にする」、「自我の関与がない」の3つ内容から構成されている。「人間を大事にする」では、自己ケアとして自己犠牲や自己欺瞞ではないことが記されていた。

【看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力】は15文献より抽出され、「看護の知識と技術をもつ」、「看護場面で具現化される」、「ケアする意志がある」の3つの内容から構成されている。「看護場面で具現化される」では、特定の場面のなかで、実際の行動のなかで具体化されること、看護師の患者への日々のケアを通して実現される。また、「ケアする意志がある」では、ケアリングについての意図的意識をもつこと、十分な心づかいをしようとするなどが記されていた。

【看護師と対象者・家族の関係】は28文献より抽出され、「看護師と対象者の関係がある」、「看護師と対象者・家族の関係がある」、「在宅で対象者と家族が療養する意志がある」の3つの内容から構成されている。「看護師と対象者の関係がある」では、今の患者を支援していく、ケアの対象者が変わらないことなどが記されていた。

【対象者の認知力と生への意味づけ】は6文献より抽出され、「対象者が提供されるケアを認識できる」、「生への意味づけがある」の2つの内容から構成されている。「対象者が提供されるケアを認識できる」では、ケアを受容する能力、受け手である患者はそれを

認知することができるなどが記されていた。

表15 ケアリングの先行要件

先行要件	先行の内容	文献番号	文献数(合計)
看護師の倫理的・道徳的態度	倫理的・道徳的意識をもつ	2.3.5.6.16.17.23.34	8
	人間を大事にする	20.24	2 (13)
	自我の関与がない	7.21.36	3
看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力	看護の知識と技術をもつ	5.7.10.11.15.32.36	7
	看護場面で具現化される	6.9.39	3 (15)
	ケアする意志がある	1.4.9.29.41	5
看護師と患者・家族の関係	看護師と患者の関係がある	1.2.7.8.9.10.12.13.14.15.18.19.22.24.25.26.30.31.33.40.42.44.45.47	24 (28)
	看護師と患者・家族の関係がある	28.43.46	3
	在宅で患者と家族が療養する意志がある	41	1
対象者の認知力と生への意味づけ	対象者が提供されるケアを認識できる	15.27.35.37.38	5 (6)
	生への意味づけがある	22	1

3. 帰結について

ケアリングの帰結は【対象者の尊厳の維持】、【健康の回復・増進、自立】、【対象者の生活の質の維持・向上】、【対象者の自己実現】、【看護師と対象者・家族のつながり感のある関係】、【看護師の自己実現】の6つが導き出された。ケアリングの帰結を表に示す(表16, 資料20参照)。

【対象者の尊厳の維持】は6文献より抽出され、「対象者の尊厳の維持」という同様の内容である。「対象者の尊厳の維持」では、一人ひとりの自律性と権利の尊重、最後まで自分らしさを保持するなどが記されていた。

【健康の回復・増進、自立】は14文献より抽出され、「自立」、「受容」、「適応」、「自己の強化」、「コントロール感の維持」、「治療的効果の促進」、「治癒力を高める」、「回復への意欲」、「健康の回復・増進」の9つの内容から構成されている。「自己の強化」では、人間性を高め生き方を強化する、患者がもっている力を育てるなどが記されていた。

【対象者の生活の質の維持・向上】は22文献より抽出され、「安寧」、「苦痛の緩和」、「平穏な最後」、「安全」、「質の高い個別的なケア」、「元の生活世界の回復・維持」、「癒し」の7つの内容から構成されている。「安寧」では、心の平穏、安心や安寧が得られるなどが記されていた。

【対象者の自己実現】は15文献より抽出され、「対象者の人間的な成長」、「価値の転換」、

「対象者の自己実現」の3つの内容から構成されている。「価値の転換」では、人間の生活に対するいっそう生産的な見方、価値観を再考し価値の変換を図ることが記されていた。

【看護師と対象者・家族のつながり感のある関係】は11文献より抽出され、「家族の成長」、「つながり感のある関係」、「結びつきを強める」、「対人関係の発展と維持」の4つの内容から構成されている。「つながり感のある関係」では、つながり感と自然な関係、人々の生活と人生に寄り添いつながるなどが記されていた。

【看護師の自己実現】は8文献より抽出され、「看護師の成長」、「看護師の人間性を高める」、「看護師のやりがい」の3つの内容から構成されている。看護師の成長では、看護師の成長・成熟、看護師は新しい見解を抱くなどが記されていた。

表16 ケアリングの帰結

帰結	帰結の内容	文献番号	文献数(合計)
対象者の尊厳の維持	対象者の尊厳の維持	4.13.17.22.34.41	6 (6)
	自立	19.29.31	3
	受容	18.4	2
	適応	11.18	2
健康の回復・増進、自立	自己の強化	2.7.10	3
	コントロール感の維持	3.29	2 (14)
	治療的効果の促進	5	1
	治癒力を高める	7.28	2
	回復への意欲	2	1
	健康の回復・増進	13.44	2
	安寧	1.2.13.16.20.24.25.26.29.31.35.38.39	13
対象者の生活の質の維持・向上	苦痛の緩和	33.37.40.45.46	5
	平穏な最後	41	1
	安全	20	1 (22)
	質の高い個別的なケア	27.31.32.37	4
	元の生活世界の回復・維持	2	1
	癒し	1.3.39	3
対象者の自己実現	対象者の人間的な成長	4.6.7.8.9.10.12.34.36.43.47	11
	価値の転換	23.40	2 (15)
	対象者の自己実現	6.15.26.36	4
看護師と対象者・家族のつながり感のある関係	家族の成長	12.36.41.42.43	5
	つながり感のある関係	21.23.31.39	4 (11)
	結びつきを強める	14	1
	対人関係の発展と維持	47	1
看護師の自己実現	看護師の成長	12.36.47.40	4
	看護師の人間性を高める	9	1 (8)
	看護師のやりがい	1.30.31	3

4. 代用語と関連する概念について

代用語と関連する概念については、47 文献からは抽出されなかった。ケアリングは 1990 年代まではケア／ケアリングと表現されている文献がある。また、ケアリングをヒューマン・ケアリングと表現する場合もあるが、代用語や関連する概念というよりも同義語として使われている。

第 4 節 考察

Rodgers の概念分析を用いたケアリングの概念分析を行った結果、属性は 25 の内容から 8 つのカテゴリー、先行要件は 11 の内容から 4 つのカテゴリー、帰結は 27 の内容から 6 つのカテゴリーがそれぞれ抽出された。本研究の結果より、「ケアリングの定義」は、「傾聴と双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかわわり」を基盤に「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係」を築きながら「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」、「対象者や家族の状態を予測した支援」、「主体的に療養するための情報の提供」と共に「特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践」を行うことであり、「ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制」に支持されるとなった。

Rodgers の概念分析より得られた 8 属性は、研究 1.2 より導かれた 7 構成因子と共通する内容を多く含んでいた。7 構成因子は「」に、属性は【】に示す。7 構成因子と 8 属性を比較すると、「意思の疎通」と【傾聴と双方向のコミュニケーション】、「人間性豊かなかかわり」と【人間的な親しみを感じられるかわわり】、「患者や家族の状態を予測した支援」と【対象者や家族の状態を予測した支援】、「患者が主体的に療養するための情報の提供」と【主体的に療養するための情報の提供】、「安心して療養できる環境の調整」と【医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整】の 5 項目で内容はほぼ一致している。また、他の 2 つの構成因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割の遂行」と「患者中心の支援」は、3 つの属性である【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】と【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり、一体化するような関係】および【ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で、医療者同士が助け合いケアできる体制】に含まれている。2 つの構成因子を含む 3 つの属性の内容は、ケアリングの価値を認めるチーム医療の一員である、対象者の人格を尊重し認める、対象者を中心に支援をおこなうなどである。

Rodgers の概念分析より得られた属性の 1 つである「ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制」は、7 構成因子では独立した要素として抽出されていないものである。これは概念分析の対象文献の選出において、比較的新しいもので、現在の医療や看護学の動向に即した広い範囲でのケアリングに関するデータを収集し分析した結果であると考えられる。また、Rodgers の概念分析によるケアリングの概念モデルの図（図 3）に示したように、本属性は他の属性を支持する位置づけとなっている。

次に、先行要件については、【看護師の倫理的・道徳的態度】、【看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力】、【看護師と対象者・家族の関係】、【対象者の認知力と生への意味づけ】の4つが導きだされた。これらは、看護師の専門職としての能力や態度とともに、看護師と対象者・家族の関係および対象者の個人的特性が示されている。対象者の認知力について、臨床心理学者である Rogers⁸⁴⁾ がケアリングについて述べているように、対象者に対する肯定的な配慮などがある程度相手に知覚されるのでなければ、それらは対象者の知覚する世界には存在しないのであり、効果的ではないという内容が明確に示された結果であるといえる。

最後に、ケアリングの帰結は【対象者の尊厳の維持】、【健康の回復・増進、自立】、【対象者の生活の質の維持・向上】、【対象者の自己実現】、【看護師と対象者・家族のつながり感のある関係】、【看護師の自己実現】の6つが導きだされた。これらの内容は Swanson³⁸⁾ が130の経験的な研究のメタアナリシスより、ケアリングが看護実践にあるとき看護師は自尊心を維持し、充足され、満足が高まり、患者は尊厳や安全、安楽、セルフコントロールが得られることを導きだ結果にくわえて、看護師と対象者・家族のつながり感のある関係が新たに見出されている。これは、ケアリングが対象者との関係により成り立つことにくわえ、家族看護の重要性を示す看護学におけるケアリングの独自の内容ではないかといえる。

第5章 研究1.2.3.4.5の結果の統合

第1節 本研究の結果から導かれた新たなケアリングの定義

患者会で活動するがんサバイバーの語りより抽出されたケアリング行為111は、本研究の定義を反映するケアリング行動41より構成される7構成因子に分類された。これらより、7構成因子は、がんサバイバーより抽出されたケアリング行為111を網羅し、本研究の定義を反映していることが再確認された。また、研究4のがん看護専門看護師より抽出されたケアリング行為163は、Rodgersのケアリングの概念分析より得られた7属性に分類された。これらより、がん看護専門看護師より抽出されたケアリング行為163は、看護学のケアリングとしての妥当性と位置づけたRodgersの概念分析から抽出された属性に含まれ、また、Rodgersの概念分析から抽出された属性は、がん看護専門看護師の認識するケアリング行為を網羅していることが確認された。以上の結果より、本研究の定義を反映する7構成因子と概念分析より得られた8属性を比較検討し、本研究における新たなケアリングの定義を導いた。7構成因子と8属性を比較検討した結果を以下に示す。7構成因子は「」に、属性は【】に記載する。

本研究の定義は、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」であり、「対象者が大切にされていると感じられる、安心できると感じられる、本来自分のもっている力を発揮できると感じられるかかわり」である。7構成因子と8属性を比較すると、Rodgersの概念分析の考察でも述べたように、5項目で内容はほぼ一致している。また、他の2つの構成因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」と「患者中心の支援」は、3つの属性である【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】と【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり、一体化するような関係】および【ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で、医療者同士が助け合いケアできる体制】にほぼ含まれている。さらに、がん看護専門看護師より抽出されたケアリング行為が、分類されなかった【人間的な親しみを感じられるかかわり】は、意図的にタッチングを行うと人間的な親しみやすさでかわる内容より構成されており、7構成因子の「人間性豊かなかかわり」とほぼ一致している。

これらより、本研究における新たなケアリングの定義として、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」から、がん看護専門看護師の認識するケアリング行為を網羅している8属性と7構成因子より、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」が導かれた。

新たに導かれたケアリングの定義は、2つの量的研究とがんサバイバーを対象にした質的研究よりその妥当性が確認され、3つの研究結果を統合することによりその妥当性が高められた7構成因子と、看護学におけるケアリングの概念分析の結果とがん看護専門看護師を対象にした質的研究よりその妥当性が確認された8属性に基づき作成した。4つの研究結果は看護学におけるケアリングの概念分析より得られた8属性に網羅されており、看護の核としてのケアリングを反映した結果として、がん看護におけるケアリングの特徴を

明確に示しているとはいいがたい。しかし、5つの研究の結果を導き統合したプロセスより、本研究における新たなケアリングの定義は、看護学におけるケアリングの踏まえ、がん看護におけるケアリングの妥当性を確認された定義と位置づけられる。

第2節 研究1.2.3における新たなケアリング行為の抽出と分類

研究1.2.3の結果を統合して得られたケアリング行動41とケアリング行為111を、新たにケアリングの定義である、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」に基づき、ケアリング行為に分類し、サブカテゴリー化した。その結果、7構成因子と新たなケアリング行為40が抽出された。

サブカテゴリー化して抽出された新たなケアリング行為の数と7構成因子を「」に示す。「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」は14、「患者が主体的に療養できるための情報の提供」は3、「患者中心の支援」は8、「安心して療養できる環境の調整」は3、「患者や家族の状態を予測した支援」は3、「人間性豊かなかわり」は6、「意思の疎通」は3のケアリング行為が導かれた（資料21参照）。

第3節 研究4.5における新たなケアリング行為の抽出と分類

研究4.5の結果を統合して得られたケアリング行為163を、新たなケアリングの定義である「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」に基づき、ケアリング行為に分類し、サブカテゴリー化した。その結果、7属性と新たなケアリング行為52が抽出された。

サブカテゴリー化して抽出された新たなケアリング行為の数と7属性を【】に示す。【特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践】は19、【主体的に療養するための情報の提供】は3、【対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係】は12、【医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整】は4、【対象者や家族の状態を予測した支援】は6、【傾聴と双方向のコミュニケーション】は3、【ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制】は5のケアリング行為に分類された（資料22参照）。

第4節 がん看護において基盤となるケアリング行為と構成要素の抽出

研究1.2.3.4より抽出されたケアリング行為は、ケアリング行動41を含めて315である。これらを、本研究の新たなケアリングの定義に基づきサブカテゴリー化し、統合した結果、研究1.2.3より新たに抽出されたケアリング行為40と、研究4.5より新たに抽出されたケアリング行為52より、がん看護における92ケアリング行為が得られた。これらを新たなケアリングの定義に基づき、質的に分析した結果、42サブカテゴリー、8カテゴリーに分類された。42サブカテゴリーをがん看護において基盤となるケアリング行為、8カテゴリーをがん看護におけるケアリングの構成要素とする（表17）。8構成要素は[]，

42 ケアリング行為は「」に示す。

[対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践]は「喪失に伴う自尊感情の低下など自己概念の揺らぎを理解し支援する」や「がんの集学的治療や予防など健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する」などのケアリング行為 15, [対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係]は「対象者の尊厳を守り,擁護する」や「グリーフケアの大切さを理解してかかわる」などのケアリング行為 9, [主体的に療養するために必要な情報の提供]は「対象者の置かれている状況を理解し,現実的な目標を設定できるようにセカンドオピニオンや必要な情報を提供する」や「患者会などで対象者同士が交流の機会をもてるように情報を提供する」などのケアリング行為 4, [対象者と家族が安心して療養できる環境の調整]は「対象者が意志を表出できるように,看護師とかかわる機会を保障する」や「対象者の与薬やケアなど,タイムリーに対応する」などのケアリング行為 3, [対象者と家族の状態を予測した支援]は「対象者と家族の関係を保ち,希望や意見を調整する」や「家族の予期悲嘆の苦痛を認識し,家族がケアに参加できるようにかかわる」などのケアリング行為 3, [人間的な親しみを感じられるかわわり]は「対象者の求めに応じてタッチングを行い,穏やかにかかわる」や「笑顔で親しみやすくかかわる」などのケアリング行為 3, [双方向のコミュニケーション]は「対象者に関心を寄せて話しをよく聴く」と「双方向のコミュニケーションを行う」のケアリング行為 2, [ケアリングの価値を認めるチーム医療体制]は「対象者を中心においた職場風土づくり」や「がんの全人的苦痛を緩和するチーム医療体制づくり」などのケアリング行為 3であった。

以上のように,がん看護における 92 ケアリング行為より,がん看護において基盤となる 42 ケアリング行為と 8 構成要素が抽出された。これら 8 構成要素は,独立した要素であるが,関連しあっており,本研究より導かれたケアリングの定義である「対象者の人格を尊重し,人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」を核とする「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかわわり」を基盤に,「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係」を築きながら,「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」,「対象者や家族の状態を予測した支援」,「主体的に療養するために必要な情報の提供」,「ケアリングの価値を認めるチーム医療体制」づくりと共に,「対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践」からなる。8 構成要素を構成するがん看護において基盤となる 42 ケアリング行為は,看護の核である「対象者の尊厳を守り,擁護する」や「対象者に関心を寄せて話しをよく聴く」などのケアリング行為とともに,「がんの集学的治療や予防など健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する」や「がんの全人的苦痛を緩和するチーム医療体制づくり」などのがん看護における特徴を明確に示したケアリング行為よりなる。

表17 がん看護において基盤となるケアリング行為42と8構成要素

カテゴリー(構成要素)	サブカテゴリー(ケアリング行為)	ケアリング行為92
91 対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践(15)	日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する。	日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する。 治療の副作用が日常生活に及ぼす影響を考慮して身体的ケアを行う。
	喪失に伴う自尊感情の低下など自己概念の揺らぎを理解し支援する。	ボディイメージの変容などから自尊感情が低下しないように支援する。 喪失に伴う自己概念の揺らぎを理解してかかわる。
	人として謙虚であり誠実である。	謙虚であり誠実である。 人として亡くなって逝くというプロセスの中で教えられることが多い事を認識している。
	がんの集学的治療や予防など健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する。	がんの集学的治療や健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する。 治療や検査等に伴う心身の苦痛の緩和を行う。 がんの予防に対する支援の大切さを認識し支援する。
	外来での定期検診、組織診などの検査や確定診断がつくまでの心情など、不安の要素が異なることを理解し支援する。	組織診などの検査や確定診断がつくまでの心情など、あらゆる健康の段階で不安の要素が異なることを理解し支援する。 入院初期や治療開始及び告知の時などは、対象者の苦痛を理解して支援する。 外来での定期検診の時も、不安が強結果を聞くまでは食事が喉を通らない状況があることを理解し支援する。
	咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑い、心理的に不安定になることを理解し支援する。	咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑い、心理的に不安定になることを理解し支援する。 日常の言動からは判断しがたい再発などへの不安があることを理解して支援する。
	ベストサポーターケアになる時のショックの大きさを理解し支援する。	転移や再発の時、使える抗がん剤がなくなり緩和ケア中心のベストサポーターケアになる時のショックの大きさを理解し支援する。
	対象者のSOSのサインは確実にとらえ対処する。	再発が与えるショックの大きさを理解して支援する。 対象者のSOSのサインは確実に捉え迅速に対処する。
	対象者や家族の状態を多角的にとらえ、優先順位を的確に判断し支援する。	対象者のニーズの把握に努め、パートナーシップに基づき敏感に対応する。 対象者や家族の状態を多角的に分析し、優先順位を的確に判断し支援する。 状況を的確に判断し対処する。
	対象者の苦悩に焦点をあて、スピリチュアルペインや心理・社会的苦痛を理解し支援する。	対象者の苦悩に焦点をあてスピリチュアルペインを緩和できるように支援する。 スピリチュアルペインや心理・社会的苦痛を理解し支援する。
	医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度にナビゲートする。	医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度に少しナビゲートする。 フラットな関係でのインフォームド・コンセントはないことを認識して支援する。
	コミュニケーションスキルを活用して支援する。	言葉のかけ方を考慮し、コミュニケーションスキルを活用して支援する。 痛みなどの症状コントロールができるように支援する。
	症状コントロールができるように支援する。	対象者が最後まで意志決定できるように支援する。 治療方針や治療計画を理解しているか確認し、ケアプランや療養の仕方について対象者の意見を取り入れる。
	最後まで自己決定できるように支援する。	対象者が意志決定できるように多角的視点から分析し情報を提供する。 対象者が現状を受け止め、自己決定できるようにかかわる。
	対象者の人格を尊重して支援する。	プライバシーに配慮して支援する。 生き方や価値観を尊重して支援する。

対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係(9)	<p>対象者の存在の仕方を理解してかかわる。</p> <p>対象者の尊厳を守り、擁護する。</p> <p>看護師の存在価値や有用性を示す。</p> <p>現在の体験は1回きりであることを理解してかかわる。</p> <p>対象者との境界がなくなるようにかかわる。</p> <p>対象者の状態や治療のよい面を見出しかかわる。</p> <p>グリーフケアの大切さを理解してかかわる。</p> <p>一貫性のある態度でかかわる。</p> <p>対象者が本当に大切にしていることを把握し共に大事にする。</p>	<p>対象者のネガティブな思考もその人の存在の仕方であることを理解してかかわる。</p> <p>対象者が適切に行動できない時はできない状況があったことを理解してかかわる。</p> <p>対象者の尊厳を守ることが原則であることを理解してかかわる。</p> <p>看護倫理に基づいて発言し対象者を擁護する。</p> <p>看護師としての存在価値や有用性を示すことは信頼関係につながることを認識している。</p> <p>看護師の役割を分かり易く説明する。</p> <p>がんに罹患している現在の体験は1回きりであることを理解してかかわる。</p> <p>がんを患う個人の1回きりの体験であることを理解してかかわる。</p> <p>対象者との境界がなくなるように関心を寄せる。</p> <p>対象者に関心を寄せ、苦痛を受け止めていることが伝わるようにかかわる。</p> <p>どのような状況でも常によい面を見出してかかわる。</p> <p>対象者の状態や治療に関して良い面を見出し励ます。</p> <p>悲嘆の苦痛を認識しグリーフケアにかかわる。</p> <p>グリーフケアの大切さを理解しユーモアのあるエンゼルケアができるようにかかわる。</p> <p>対象者を中心とした一貫性のある態度でかかわる。</p> <p>常に対象者を中心にしてかかわる。</p> <p>対象者が本当に大切にしていることを一緒に大切にしておかかわる。</p> <p>対象者の希望や大切にしていることを把握できるように丁寧にかかわる。</p>
主体的に療養するために必要な情報の提供(4)	<p>対象者の置かれている状況を理解し、現実的な目標を設定できるようにセカンドオピニオンや必要な情報を提供する。</p> <p>患者会などで対象者同士が交流の機会をもてるように情報を提供する。</p> <p>地域で生活する家族が補完し合えるように、受けられるサポートや介護に必要な知識・技術を提供する。</p> <p>現在の問題を対象者自身が解決していくために、セルフケアに必要な情報を提供する。</p>	<p>定点観測のように対象者の置かれている位置が理解でき現実的な目標を設定できるようにかかわる。</p> <p>対象者が納得して治療を受けられるように、セカンドオピニオンや現在必要な情報を提供する。</p> <p>患者会やサポートグループなどと交流の機会をもてるように情報を提供する。</p> <p>対象者同士の交流が療養に影響することを考慮してかかわる。</p> <p>地域で生活する家族の状況を理解し補完しあえるように支援する。</p> <p>地域で受けられるサポートの情報や介護に必要な知識・技術を提供する。</p> <p>現在の問題を対象者自身が解決していけるように必要な知識や技術を提供する。</p> <p>セルフケアに必要な知識や技術を提供する。</p>
対象者と家族が安心して療養できる環境の調整(3)	<p>対象者が意志を表出できるように、看護師とかかわる機会を保障する。</p> <p>対象者の与薬やケアなど、タイムリーに対応する。</p> <p>対象者が安心して療養できる物的、人的な環境を整える。</p>	<p>対象者が意志を表出できる環境の調整を行う。</p> <p>看護師とかかわる機会を保障するためにたぶたび見回り訴えやすいように声をかける。</p> <p>対象者や家族の求めに対して迅速に対応する。</p> <p>対象者のケアや与薬の時間などを守る。</p> <p>対象者に必要な物的、人的環境を整える。</p> <p>対象者にとって安全で快適な環境を整える。</p>
対象者や家族の状態を予測した支援(3)	<p>対象者と家族の関係を保ち、希望や意見を調整する。</p> <p>家族の予期悲嘆の苦痛を認識し、家族がケアに参加できるようにかかわる。</p> <p>対象者は生活の中で試行錯誤しながら療養していることを理解してかかわる。</p>	<p>対象者と家族の希望を確認し調整する。</p> <p>対象者や家族が最後をどこで過すかなど看取りの場面を確認してかかわる。</p> <p>対象者と家族の意見を調整しよい関係を保てるようにかかわる。</p> <p>家族の予期悲嘆の苦痛を認識し支援する。</p> <p>家族がケアに参加できるようにかかわる。</p> <p>対象者や家族は試行錯誤しながら療養していることを理解してかかわる。</p> <p>在宅療養では生活の中で疑問や不安が生じることを予測してかかわる。</p>

人間的な親しみを感じられる かわり(3)	<p>対象者の求めに応じてタッチングを行い、穏やかにかかわる。</p> <p>対象者と看護師が姓名で呼びあい、適切な言葉遣いがかかわる。</p> <p>笑顔で親しみやすくかわる。</p>	<p>対象者の求めに応じてタッチングを行う。 穏やかである。</p> <p>適切な言葉遣いがかかわる。 対象者と姓名で呼び合う関係を築く。 身近な親しい人のようにかわる。 朗らかである。</p>
双方向のコミュニケーション (2)	<p>対象者に関心を寄せて話をよく聴く。</p> <p>双方向のコミュニケーションを行う。</p>	<p>対象者に関心を寄せてコミュニケーションを図る 対象者の話を良く聴く。 対象者の話に耳を傾ける。 ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するようにかかわる。 対象者の気持ちを受け止めてコミュニケーションを図る。</p>
ケアリングの価値を認める チーム医療体制(3)	<p>ベッドサイドに座ってコミュニケーションをとる看護師が認められる環境づくり。</p> <p>対象者を中心においた職場風土づくり。</p> <p>がんの全人的苦痛を緩和するチーム医療の体制づくり。</p>	<p>対象者を中心に支援を行う看護師が認められる体制の環境づくりを行う。 ベッドサイドでコミュニケーションをとることを支持する体制づくりを行う。 患者の話を聴くときには、意識して座ようにする。 対象者や家族に必要なケアができるような人員配置やマネージメントを行う。 よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりを行う。 対象者を中心に療養が支援される職場風土の環境づくりを行う。 がん医療チームは共通した目標をもつ協同体であることを認識している。 がんの全人的苦痛を緩和するためにチームで支援する体制づくりに取り組んでいる。 外来でのケアが支持される体制づくりを行う。 対象者を中心としたチーム医療の体制づくりを行う。</p>

第5節 がん看護におけるケアリングの構造

5つの研究結果を順次統合した結果、がん看護における92ケアリング行為が得られ、本研究より導かれたケアリングの定義である「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」に基づき、質的に分析した結果、がん看護におけるケアリングの構造は、42ケアリング行為を基盤とする8構成要素からなることが明らかになった。

これら8構成要素は独立しているが、関連し合っており、がん看護におけるケアリングである「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」を核として一体化している。したがって、がん看護におけるケアリングの構造モデルの図のように、がん看護におけるケアリングの構造は、42ケアリング行為を基盤とする8構成要素からなり、「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかかわり」を基盤に「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係」、「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」、「対象者や家族の状態を予測した支援」、「主体的に療養するために必要な情報の提供」、「ケアリングの価値を認めるチーム医療体制」、「対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践」が隙間なく密接し一体化していることが明らかになった（図4）。

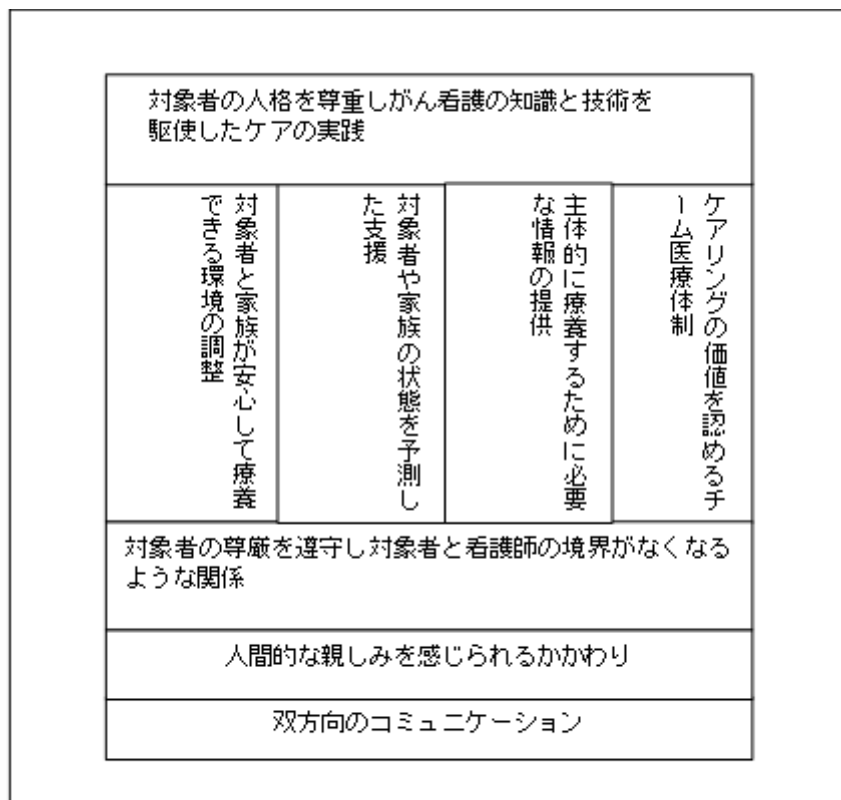


図4 がん看護におけるケアリングの概念モデル（2014 重久試案）

第6章 総合考察

第1節 がん看護におけるケアリングの定義

本研究の目的である、がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにするために、5つの研究結果を統合し、本研究における新たなケアリングの定義を導いた。研究1.2.3.4は、本研究のケアリングの定義に基づいて分析している。また、研究5のRodgersの概念分析より得られた属性は、本研究の定義より導かれた研究4の結果であるケアリング行為を網羅している。以上のように本研究の新たなケアリングの定義は、がん看護におけるケアリング行為に基づく7構成因子と8構成要素より導かれている。

7構成因子と8属性は、コミュニケーション、人間的なかわり、対象者や家族の状態を予測した支援、主体的に療養するための情報の提供、安心して療養できる環境の調整の5つの内容でほぼ一致している。また、「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係」の属性は、対象者を中心に支援を行うという、第3因子である「患者中心の支援」の内容を含んでいる。そして、「ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制」の属性は、ケアリングの価値を認めるチーム医療の一員であるという、第1因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」の内容を含んでいる。くわえて、「特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践」の属性は、アートとサイエンスを駆使する看護師の専門的能力と看護に対する姿勢をもつなど、第1因子の内容を含んでいる。さらに、がん看護専門看護師より抽出されなかった属性である「人間的な親しみを感じられるかわり」は、意図的にタッチングを行うと人間的な親しみやすさでかわるという内容から構成されている。そのため、がん看護専門看護師の実践では、コミュニケーション技術に含まれており、「コミュニケーションスキルを活用して支援する」として「特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践」の属性に分類されている。また、人間的な親しみに関する内容において、がん看護専門看護師の実践では「あなたがそれを大切にしたいなら、わたしも大事に思うからいいよという態度で支援する」と表現され、「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係」の属性に分類されている。

これらより、本研究の定義を反映する7構成因子と、がん看護専門看護師の認識するケアリング行為を網羅しているRodgersの概念分析から得られた8属性を比較検討した結果、本研究における新たなケアリングの定義は、「対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかわり」から「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」が導かれた。本研究の新たなケアリングの定義は、量的研究1.2と質的研究3の結果を統合し妥当性が確認された7構成因子と、研究4.5の結果を統合し妥当性が確認された8属性より導かれている。したがって、本研究における新たなケアリングの定義は、がん看護におけるケアリング行為に基づくケアリングの7構成因子と、看護の核である看護学とがん看護におけるケアリング行為に基づくケアリングの8属性から導かれた、がん看護におけるケアリングの定義として妥当性が高いと考える。

先行研究によると、ケアリングは熟練した看護師の実践する質の高い看護の中に見出されている¹⁻⁴⁾。しかし、筆者は、臨床での経験から、いわゆるベテランといわれる看護師の関わりがよい看護にならない場合があることやその反対に、看護の知識や技術が未熟な看護師の関わりがよい看護になる場合があることから、看護の核であるケアリングが関連しているのではないかと模索してきた。本研究より導かれたがん看護におけるケアリングである、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」は、BennerとWrubel¹⁸⁾が、人間に病気を乗り切る勇気を与えるのは人間的な絆と関心であると述べているように、看護の知識や技術のほかに看護の核である人格を尊重した人間的な親しみを感じられる関係の重要性を示している。以上のように、本研究より導かれたがん看護におけるケアリングの定義は、看護の核であるケアリングを踏まえた、がん看護のケアリング実践の核として、評価の指標になると考える。

第2節 がん看護におけるケアリングの構造

ミックス法を用いて、ケアリングの概念分析、ケアリング行動質問紙の作成とケアリング行動 41 に対するがんサバイバーと看護師の認識の量的分析、がんサバイバーとがん看護専門看護師を対象にしたケアリングの質的分析を行った。これらの研究より抽出されたケアリング行為を、本研究の新たなケアリングの定義に基づきサブカテゴリー化した結果、研究 1.2.3 より導かれ 7 構成因子に分類されたケアリング行為 40 と、研究 4.5 より導かれ 7 属性に分類されたケアリング行為 52 が抽出された。次に、これらの結果を統合して、がん看護における 92 ケアリング行為を本研究の新たなケアリングの定義に基づき、質的に分析した結果、42 サブカテゴリー、8 カテゴリーに分類された。

これらより、がん看護におけるケアリングの構造は、42 ケアリング行為を基盤とする 8 構成要素からなり、「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかわり」を基盤に「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係」、「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」、「対象者や家族の状態を予測した支援」、「主体的に療養するために必要な情報の提供」、「ケアリングの価値を認めるチーム医療体制」、「対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践」が隙間なく密接し一体化していることが明らかになった。

がん看護におけるケアリングの基盤となる「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかわり」については、Montgomery³⁷⁾が、ケア提供者は実存的な方法で他者と関係を結び、そのレベルのコミュニケーションができ、それを維持していけるだけの資質をもっている必要があると述べている要素である。[双方向のコミュニケーション]は「対象者に関心を寄せて話しをよく聴く」と「双方向のコミュニケーションを行う」というケアリング行為 2 から構成されている。がんサバイバーの体験では、「医療者って…一方的な情報提供をコミュニケーションだと思っているんですね。コミュニケーションで、あくまで双方向じゃなきゃいけないのに…自分が言ったことに対して、ちゃんと考えて返してくれる…そのキャッチボールが成立して初めて、あ、この人は自分を大事にしてくれているという感触が得られるんだと思う」と語られている。これらより、本構

成要素はケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するようにかかわることや対象者が大切にされていると感じられるかかわりの内容を含んでいる。また、ケアリングが看護師と患者の関係より成り立つことから、がん看護においてというよりも、ケアリングとしてのかかわりの土台となり、看護の基本である傾聴の内容を含んでいる。これらは、Benner²⁾ が患者・家族の声を聞き分け、認識し、患者が自分たちの可能性を理解できるようになり、安心感を得るには、双方向のコミュニケーションが必要であると述べていることから支持される要素である。

[人間的な親しみを感じられるかかわり]は「対象者の求めに応じてタッチングを行い、穏やかにかかわる」や「笑顔で親しみやすくかかわる」などのケアリング行為3から構成されている。がんサバイバーの外来看護師との関わりの状況の体験では「これは特殊なんです、私が若いころお目にかかったことがあるような看護師さんがいて、比較的フレンドリーにちょっとお話ができた。医療のこともわかってらっしゃるんでしょね。分かっているのも善し悪しですよと声をかけてもらえた」という、一見何気ない日常の会話が、ケアされ癒された貴重な体験として語られていた。本構成要素はがん看護における特徴である、さまざまな治療や検査に対処しなければならない先の見えない不安の多いなかで、ケアリングの基盤となる穏やかで身近な親しい人のかかわるなどの内容を含んでいる。これは、Nightingale⁸⁵⁾ が提唱した三重の関心の一つである、「心のこもった人間的な関心」と共通した内容を含む要素であると考えられる。

[対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係]は「対象者の尊厳を守り、擁護する」や「グリーンケアの大切さを理解してかかわる」などのケアリング行為9から構成されている。この構成要素は、Rodgersの概念分析より導かれた先行要件である「看護師と対象者・家族の関係」および「看護師の倫理的・道徳的態度」を踏まえた上で、援助関係を発展させていこうとするケアリングの構造の中核になるものである。がん看護専門看護師の実践では「相手に関心をもって居合わせる。先ず関心をもち続けることが大切である」と述べられている。本構成要素はがん看護における特徴である、がんという生命の脅威にさらされた状況の中で、対象者の尊厳を守り、擁護するというケアリングの本質にかかわるものである。対象者と看護師の関係をケアリングの先行要件としながらも、その境界がなくなるように関心を寄せることで、対象者の大切にしていることを知り、一緒に大切にしておかかわるなどの内容を含んでいる。

[対象者と家族が安心して療養できる環境の調整]と[対象者や家族の状態を予測した支援]は、患者と家族を対象とするがん看護の特徴を示すものである。[対象者と家族が安心して療養できる環境の調整]は「対象者が意志を表出できるように、看護師とかかわる機会を保障する」や「対象者の与薬やケアなど、タイムリーに対応する」などのケアリング行為3から構成されている。がんサバイバーの大腸がんの治療と共に乳腺の治療をどのように行うか自己決定した時の状況の体験では「医師だけだと凄いハードルが高いところを、見方になってくれる人がいるってゆうのが、自分の気持ちを伝えるときの支えになり、自分の身体は自分で守らなくっちゃあという励みになった」と語られている。本構成要素はがん看護における特徴である、転移や予後を心配しながら集学的治療を受ける患者や家族は、多くの不安や疑問を抱えて療養しているため、身近にいる看護師とかかわる機会を

保障するために、たびたび見回り訴えやすいように声をかける事やケアや与薬の時間を守ることなど、安心して療養するために必要な内容を含んでいる。

〔対象者や家族の状態を予測した支援〕は「対象者と家族の関係を保ち、希望や意見を調整する」や「家族の予期悲嘆の苦痛を認識し、家族がケアに参加できるようにかかわる」などのケアリング行為 3 から構成されている。看護師が対象者にのみ寄り添ったため家族が激昂したケースに対するがん看護専門看護師の実践では、「がん看護は患者の希望を聞くだけでは動かないため、両者の希望を聞き、調整しながら両者への支援を行う必要がある」と述べられている。がん看護では家族は第二の患者として看護の対象に位置づけられている。本構成要素はがん看護における特徴である、対象者と家族の意見を調整し、よい関係を保てるようにかかわることや対象者や家族が試行錯誤しながら療養していることを理解してかかわるなどの内容を含んでいる。

〔主体的に療養するために必要な情報の提供〕は「対象者の置かれている状況を理解し、現実的な目標を設定できるようにセカンドオピニオンや必要な情報を提供する」や「患者会などで対象者同士が交流の機会をもてるように情報を提供する」などのケアリング行為 4 から構成されている。がんサバイバーの患者会の参加と活動状況の体験では「患者会は、不安な気持ちを言葉にする場所になっている。自分一人では得られない情報が得られる。入会した時の一番の不安は再発したときにどうすればいいかという事だった。知識としての情報と自分がどうゆう行動をとったらいいのか、他の人はどうゆう対処をしているのかを知りたかった」と語られている。本構成要素はがん看護における特徴である、現在の問題を対象者自身が解決していけるように必要な知識や技術を提供することや対象者同士の交流が療養に影響することを考慮してかかわるなどの内容を含んでいる。

〔ケアリングの価値を認めるチーム医療体制〕は「対象者を中心においた職場風土づくり」や「がんの全人的苦痛を緩和するチーム医療体制づくり」などのケアリング行為 3 から構成されている。がん看護専門看護師の心残りな事例として、30代の乳がん患者が術後1週間で状態が悪化し「早く死にたい、こんな生き地獄で痛い、痛い」と苦痛を訴える状況で、「彼女の全人的苦痛を私一人ではとても、有効な手立てがあるとは思えない。やはり、チームでアプローチすることで関わっていける」と述べている。また、よい看護がしたくてもできない状況について、「安全管理として、リスクファクターを減らす為にはではなく、そこに急速に悪くなり、何とか自分の力で動きたいともがく患者が存在していたら、アプローチは同じ様にしたとしても、受けるものが違ってくる」と述べている。さらに、がんサバイバーの体制および職場風土と看護師の関わりの状況の体験では「化学療法後の脱毛について・・・帽子などをかぶるように治療計画書に書いてあったでしょと言われた・・・大前提としては、あまりにも忙しくて、見る物理的時間がないことだと思うが、なかなか個々をみる余裕がない。看護師が働く風土も影響していると思う」と語られている。本構成要素は、7構成因子では、第1因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」に「よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている」と「その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する」という、チーム医療に関連する内容として含まれていた。しかし、5つの研究結果を統合した結果、〔ケアリングの価値を認めるチーム医療体制〕として、チーム医療にケアリングの価値を付加

し、独立して抽出された。これらの内容は Rodgers の概念分析の属性にも同様のものが抽出されている。Watson²⁸⁾ が、ケアリングの環境は、その人にとってもっともよい行為が選択できるような潜在能力の発達を促すと述べているように、ケアの受け手だけでなくケアの提供者にとっても、ケアリングを実践しケアリングを育むための職場風土となる環境が重要であることを示すものであるといえる^{2, 86, 87)}。

8 構成要素の中で最も項目数が多い〔対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践〕は「喪失に伴う自尊感情の低下など自己概念の揺らぎを理解し支援する」、「がんの集学的治療や予防など健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する」などのケアリング行為 15 から構成されている。がん看護専門看護師の実践では「手術、術後補助療法や化学療法、再発転移した時期のかかわりかたは違うとして、カルテを綿密にみて、病理の結果やどの部位に転移しているとか・・・押さえたうえで面接に臨む」と述べられている。本構成要素はがん看護における特徴である、健康の段階や治療に伴う苦痛および自己概念の揺らぎなどに対する支援とともに、ケアリングの本質である対象者の人格を尊重して支援する内容を含んでいる。

以上のように、がん看護におけるケアリングの構造は、42 ケアリング行為を基盤とする 8 構成要素からなり、がん看護におけるケアリングの構造モデルの図に示したように、8 構成要素は独立しているが、本研究より導かれたケアリングの定義である、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」を核として、隙間なく密接し一体化している（図 4）。これらの構造は、Swanson³⁹⁾ がケアリングの中範囲理論として 3 つの異なる周産期の現象学的な研究から、5 つのケアリングのプロセスを示し、これらの分類は関係しあっており、互いに相入れないものではないという結果と同様の内容を含んでいる。くわえて、本研究では、8 構成要素は独立したかたちを示しながら切り離すことができない、ケアリング全体として一体化していることが示唆された。

本研究の動機であり課題であった、がん看護においてケアリングを実践し、ケアリング能力を高めるための教育を実現するには、Bevis と Watson⁴⁵⁾ が述べているように、ケアリングのモデルを示し、ケアリングとは何かを看護実践の中で学べるような関わりが必要である。本研究では、がん看護の質向上に重要なケアリングを実践するための指標を得るために、5 つの研究よりがん看護におけるケアリングの定義と 42 ケアリング行為を基盤となる 8 構成要素からなる、がん看護におけるケアリングの構造を明らかにした。新たに導いたがん看護におけるケアリングの定義は、がん看護においてケアリングを実践するときの核として評価の指標になると考える。また、看護師およびがんサバイバーからケアリング行為を抽出して得られた 42 ケアリング行為は、がん看護において基盤となるケアリングの実践を具現化するための指標になると考える。これらより、42 ケアリング行為に基づく 8 構成要素が独立したかたちを示しながら、ケアリング全体として一体化しているがん看護におけるケアリングの構造は、ケアリングの実践と教育の指標になると考える。

今後は、Rodgers の概念分析の結果より導かれた、先行要件である、看護師の倫理的・道徳的態度、看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力、看護師と対象者・家族の関係、対象者の認知力と生への意味づけを加味して、がん看護において基盤となる 42 ケアリング行為と 8 構成要素に基づいたがん看護を実践することが必要である。また、ケアリ

ングの帰結である，対象者の尊厳の維持，健康の回復・増進，自立，対象者の生活の質の維持・向上，対象者の自己実現，看護師と対象者・家族のつながり感のある関係を導いていけるような支援のありかたを，がん看護におけるケアリングの実践とケアリング能力を高める教育として検討していくことが必要であると考える．

VII. 研究の限界と今後の課題

1. 研究の限界

5つの研究結果を順次統合していくことで、がん看護におけるケアリングの定義を見出し、がん看護における42ケアリング行為を基盤とする、8構成要素からなるケアリングの構造を明らかにすることで、ケアリングの実践と教育の指標を得た。しかし、これらの結果を用いた、がん看護におけるケアリングの実践に対する検証は行っていない。そのため、今後は本研究の結果を用いて、がん看護におけるケアリングの実践とその評価を行うことで、ケアリングの構造を検証していく必要がある。

2. 今後の課題

今後の課題は、本研究により見出された、がん看護におけるケアリングの定義に基づく、がん看護の基盤となる42ケアリング行為と8構成要素からなるケアリングの構造をケアリングの実践を通して検証することである。また、がん看護におけるケアリングの実践を具現化するための教育とその評価となる指標を明らかにするために、がん看護におけるケアリングの中範囲理論の開発が課題である。

VIII. 結論

がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造を明らかにするために、ミックス法を用いて、Rodgers の概念分析によるケアリングの概念分析、看護師 428 名を分析対象としたケアリング行動質問紙の作成、ケアリング行動 41 に対するがんサバイバー 61 名と看護師 194 名の認識の量的分析、患者会で活動するがんサバイバー 5 名と認定更新を受けたがん看護専門看護師 3 名に対するケアリングの質的分析を行った。その結果、5 つの研究結果を順次統合し、以下のことが明らかになった。

- (1) がん看護におけるケアリングの定義である、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」が導かれた。
- (2) 5 つの研究結果を統合した結果、がん看護における 92 ケアリング行為が抽出され、これらを質的に分析した結果、42 サブカテゴリー、8 カテゴリーに分類された。
- (3) がん看護におけるケアリングの構造は、42 ケアリング行為を基盤とする 8 構成要素からなり、「双方向のコミュニケーション」と「人間的な親しみを感じられるかかわり」を基盤に「対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなるような関係」、「対象者と家族が安心して療養できる環境の調整」、「対象者や家族の状態を予測した支援」、「主体的に療養するために必要な情報の提供」、「ケアリングの価値を認めるチーム医療体制」、「対象者の人格を尊重しがん看護の知識と技術を駆使したケアの実践」が隙間なく密接し一体化していることが明らかになった。

謝辞

本研究は、修士課程から継続して10年余り取り組んできたものです。この間、がん看護に携わる多くの看護師の方々にご協力をいただきました。また、療養中および患者会で活動されているたくさんのがんサバイバーの方々にご協力をいただきました。ここに心より深謝申し上げます。

本論文をまとめるにあたっては、2年目からの指導にもかかわらず、やさしく見守りながら時に背中を押して論文の完成へと導いてくださいました、国際医療福祉大学大学院の岡崎美智子教授に心より感謝申し上げます。また、合同ゼミ等で励ましの言葉やご示唆をくださいました、鈴木英子教授に心より感謝申し上げます。

最後に、修士課程でご指導いただきました今は亡き渡辺孝子先生には、博士課程で研究を進めるように最後まで励ましていただきました。ここに心から感謝の気持ちを述べさせていただくとともに、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

文献一覧

- 1) Benner P (井部俊子訳). ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー. 第1版. 東京:医学書院, 1992:121-122
- 2) Benner P (早野真佐子訳). エキスパートナースとの対話. 第1版. 東京:照林社, 2004:26-29, 126-159, 127, 248
- 3) Benner P, Hooper-Kyriakidis P L Stannard D (井上智子監訳). 看護ケアの臨床知. 第1版. 東京:医学書院, 2005:18-245, 394-396
- 4) 野島良子編. エキスパートナース. 第1版. 東京:へるす出版, 2003
- 5) 小島操子. 21世紀におけるがん看護の役割と責務. 日本がん看護学会誌 2000;14(2):4-8
- 6) 筒井真優美. ケア/ケアリングの概念. 看護研究 1993;26(1):2-13
- 7) 樋口康子. 看護におけるヒューマン・ケアリング. 看護研究 1993;26(1):33-39
- 8) Watson J. ヒューマン・ケアリング理論の新次元. 日本看護科学学会誌 1989;9(2):29-37
- 9) 野島良子. Human-Caring と看護. 日本看護科学学会 1989;9(2):46-58
- 10) 内布敦子, 上泉和子, 片田節子. 看護ケアの質の要素の抽出. 看護研究 1994;27(4):61-69
- 11) 岡谷恵子. 看護婦-患者関係における信頼を測定する質問紙. 看護研究 1995;28(4):29-39
- 12) 柴田秀子, 上泉和子, 栗屋典子ら. 看護ケアの質を構成する要素の検討. 看護研究 1995;28(4):41-53
- 13) Smith M C. Caring and the Science of Unitary Human Beings. *Advances in Nursing Science* 1999;21(4):14-28 (諸田直実ら訳). ケアリングと統一体としての人間の科学. *Quality Nursing* 2001;7(1):33-46
- 14) 中柳美恵子. ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題. 看護学統合研究 2000;1(2):26-44
- 15) 佐藤幸子, 井上京子, 新野美紀ら. 看護におけるケアリング概念の検討. 山形大学保健医療研究 2000;7:41-48
- 16) Mccance T (山田智恵理訳). 「ケアリング」のコンセプト分析. 看護の重要コンセプト 20-看護分野における概念分析の試み-. 東京:エルゼビア・ジャパン, 2008:33-50
- 17) Kyle V. The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 1995;20:506-514
- 18) Benner P, Wrubel J (難波卓志訳). 現象学的人間と看護. 第1版. 東京:医学書院, 1999:1, 59, 295
- 19) 重久加代子, 渡辺孝子, 兵頭明和. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動を測定する質問紙の開発. がん看護 2007;12(6):648-655
- 20) 重久加代子. がん看護に重要なケアリング行動の実践に影響するストレス要因の分析. 臨床看護 2013;39(13):1948-1951
- 21) 重久加代子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動と達成動機に関連. がん看護 2013;18(1):81-86
- 22) 重久加代子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因の分析. 国際医療福祉大学学会誌 2012;17(1):19-29

- 23)重久加代子.がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践と職務満足度の関連.
看護実践の科学 2011;6(3):66-71
- 24) Watson J (筒井真優美監訳).看護におけるケアリングの探求.東京:日本看護協会出版
会,2003:6-7,31-60,248
- 25) 操 華子,羽山由美子,菱沼典子ら.ケア／ケアリング概念の分析.聖路加看護大学紀 1996;
22:14-28
- 26) Watson J (川野雅資,長谷川浩訳) .21 世紀の看護論-ポストモダン看護とポストモダン
を超えて-.第 1 版.東京:日本看護協会出版,2005:199-230
- 27)Leininger M (稲岡文昭監訳) .レイニンガー看護論-文化ケアの多様性と普遍性.東京:
医学書院,1995
- 28) Ruth MN (野嶋佐裕美訳) .ジーン・ワトソン ケアリングの哲学と科学 - 看護理論家と
その業績.第 3 版.東京:医学書院,2004:158-159
- 29) Mayeroff M (田村真,向野宣之訳) .ケアの本質.東京:ゆみる出版,1989:13
- 30) Noddings N (立山善康訳ら) .ケアリング-倫理と道徳の教育-.東京:晃洋書房,1997
- 31) Kuhse H(竹内徹,村上弥生監訳).ケアリング-看護婦・女性・倫理-大阪:メディカ出
版,2000
- 32) Gilligan C (岩男寿美子監訳) .もうひとつの声.東京:川島書店,1986
- 33) Gordon S (勝原裕美子,和泉成子訳) .ライフサポート.東京:日本看護協会出版会,1998
- 34) 筒井真優美.看護学におけるケアリングの現在 - 概説と展望-.看護研究 2011,44(2) ;
115-127
- 35) 岩本テルヨ.ケアリングを成立させる看護師の要件.北里看護学誌 1997;3(1):12-19
- 36) Roach S M S (鈴木智之ら訳) .アクト・オブ・ケアリング.東京:ゆみる出版,1996
- 37) Montgomery K L (神郡博,濱畑章子訳) .ケアリングの理論と実践.東京:医学書院,1995
- 38) Swanson K. What is known about caring in nursing science. Handbook of Clinical
Nursing Research.Thousand Oaks,London,New Delhi:Sage Publication,1999:31-60
- 39) Swanson K (小林康江ら訳) .ケアリングの中範囲理論の経験的な発展看護研究 1995;
28(4):55-65
- 40) Larson P.Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer.
Oncology Nursing Forum1984;11:46-50.
- 41) Larson P.Cancer nurses'perceptions of caring. Cancer Nursing1986;9(2):86-91
- 42) Boonyanurak P,小澤三枝子,Evans D R ら.An Investigation into Nurse' s Behavior
with regard to Human Caring.国立看護大学校研究紀要 2002;1(1):11-16
- 43) Larson P. Comparison of cancer patient' and professional nurses' perceptions of
important nurse caring behaviors. Heart & Lung1987;16(2):187-193.
- 44) 操 華子,羽山由美子,菱沼典子ら.患者・看護師が認識するケアリング行動の比較分
析.Quality Nursing 1997; 3 (4):63-71
- 45) Bevis E O,Watson J (安酸史子監訳) .ケアリングカリキュラム-看護教育の新しいパラ
ダイム-.東京:医学書院,1999:48-49

- 46) 安酸史子. ケアリングをいかにして教育するか. 看護研究 2011, 44(2) ; 172-180
- 47) 松田光信, 浅田庚子. 悲嘆状況にある患者のケア-ケアリングの観点から-. 看護研究 1998; 32(1): 77-83
- 48) 片岡純, 佐藤禮子. 終末期がん患者のケアリングに関する研究. 日本がん看護学会誌 1999; 13 (1): 14-23
- 49) Tamura K, Kikui K, Watanabe M. Caring for the spiritual pain of patient with advanced cancer: A phenomenological approach to the lived experience. Palliative & Supportive Care 2006; 4(2): 189-196
- 50) Fall-Dickson J M, Rose R. Caring for patient who experience chemotherapy-induced side effects: The meaning for oncology nurses. Oncology Nursing Forum 1999; 26(5): 901-907
- 51) Bertero C. Caring for and about cancer patient: Identifying the meaning of the phenomenon "caring" through narratives. Cancer Nursing 1999; 22(6): 414-420
- 52) Endo E, Nitta N, Inayoshi M et al. Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(3): 603-610
- 53) 犬童幹子. 癌看護に携わる看護師のケアリングに関する研究. 日本がん看護学会誌 2000; 14(2): 42-53
- 54) Sano T, Maeyama E, Kawa M et al. Family caregiver' s experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. Palliative & Supportive Care 2007; 5 (4) : 389-395
- 55) Eriksson E. Caring for cancer patients: relatives' assessments of received care. European Journal of Cancer Care 2001; 10(1): 48-55
- 56) Christopher KA. Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. European Journal of Oncology Nursing 2000; 4(4): 196-204
- 57) Creswell J W. (操 華子, 森岡 崇訳). 研究デザイン-質的・量的・そしてミックス法-. 東京: 日本看護協会出版会, 2007: 3-28, 233-253
- 58) 鎌原雅彦, 宮下一博, 大野木裕明ら. 心理学マニュアル質問紙法. 京都: 北大路書房 1998: 14-17, 84
- 59) Nightingale F (湯楨ますら訳). 看護覚え書. 第4版. 東京: 現代社, 1992: 1-8
- 60) Martensson G, Carlsson M, Lampic C. Do Oncology nurses Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress ?, Oncology Nursing Forum 2010; 37(1): 34-42
- 61) 江藤裕之. 看護・ことば・コンセプト. 東京: 文光堂, 2005: 53-59
- 62) Rodgers B L, Knafl K A. Concept Development in Nursing. 2nd edition. USA: Sanders, 2000: 103-117
- 63) Watson J (稲岡文昭ら訳). ワトソン看護論-人間科学とヒューマンケア-. 東京: 医学書院, 1992
- 64) Newman M A (手島恵訳). 看護論. 東京: 医学書院, 1995
- 65) Locsin Rozzano C C (谷岡哲也他監訳). 現代の看護におけるケアリングとしての技術

- カ.岡山:ふくろう出版,2009
- 66) Boykn A (多田敏子,谷岡哲也監訳).ケアリングとしての看護.岡山:西日本法規出版,2005
- 67) Edelwich J, Brodsky A (黒江ゆり子他訳).糖尿病のケアリング.東京:医学書院,2002
- 68) 遠藤恵美子.希望としてのがん看護.東京:医学書院,2001
- 69) Fry S(片田範子,山本あい子訳).看護実践の倫理.第3版,東京:日本看護協会出版会,2010
- 70) Picard C, Jones D (遠藤恵美子監訳).ケアリングプラクシス.埼玉:すびか書房,2013
- 71) Nelson S, Gordon S ed (井部俊子監修).ケアの複雑性.東京:エンゼビサ・ジャパン株式会社,2007
- 72) Weinberg D B(勝原裕美子訳).コード・グリーン-利益重視の病院と看護の崩壊劇-.東京:日本看護協会出版会,2004
- 73) 吉原恵子,広岡義之.ケアリング研究へのいざない-理論と実践-.東京:風間書房,2011
- 74) 三井さよ.ケアの社会学:臨床現場との対話.東京:勁草書房,2004
- 75) 石川道夫,田辺稔編.ケアリングのかたち-こころ・からだ・いのち-.東京:中央法規出版,1998
- 76) 佐々木吉子.重症外傷患者の回復過程におけるコントロール感の推移と看護師のケアリングに関する研究.お茶の水医学雑誌 2005;53(1・2):23-40
- 77) 酒井さゆり.ヒューマンケアリングの実践としての看護現象の構造-Jean Watson「Caritas Action」からの一考察-.新潟大学医学部保健学科紀要 2007;8(3):3-10
- 78) 田村美子,中柳美恵子,久木原博子ら.看護師のケアリング行動.インターナショナル Nursing Care Research2013;12(3):45-53
- 79) 國岡照子.ケアリング倫理を問われる場面における意志決定過程.広島国際大学看護学ジャーナル 2004; 1 :1-10
- 80) Mizuno M, Ozawa M ,Evans DR et al.Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital.国立看護大学校紀要 2005;4(1):13-19
- 81) Gregg M F ,Magilvy J K.Values in clinical nursing practice and caring.Japan Journal of Nursing science2004;1:11-18.
- 82) Lovgren G, Engstrom B, Norberg A.Patients' Narratives Concerning Good and Bad Caring,Scandinavian University Press1996:151-156
- 83) Tarzian Anita J.Caring for dying patient who have air hunger.Journal of Nursing Scholarship2000;32(2):137-143
- 84) Rogers C (鼻瀬 稔編訳).人間関係論.東京:岩崎学術出版社,1967:53-56
- 85) Nightingale F (湯楨ます監修,薄井担子他編訳).ナイチンゲール著作集第二巻.東京:現代社,1974:140
- 86) 重久加代子.がん看護に重要なケアリング行動の実践に影響する環境要因の分析.看護管理 2011;21(11):1178-1179
- 87) Longo J. Acts of caring:nurses caring for nurses. Holistic Nursing Practice 2011; 25(1):8-16

資料

平成 年 月 日

〇〇病院
院長 〇〇 〇〇 殿

国際医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科 博士課程
重久 加代子

調査協力をお願い（ご依頼）

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で看護学を専攻しております重久加代子と申します。
このたび下記の内容で、学位論文に関する研究を行うことになりました。つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、貴施設に所属されるがん看護専門看護師（貴患者会のメンバー）にご協力いただきたく、ご承諾をいただけますようお願い申し上げます。

記

1. 研究課題名：がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為
2. 目的：がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為について明らかにする。
3. 調査対象および研究方法：がん看護専門看護師（認定更新を受けている者）、患者会で活動するがんサバイバーに対して半構造化面接を 60～90 分程度行う。なお、面接内容に関して確認が必要な場合は 2 回目の面接を行う予定である。
4. 期間：平成 26 年 3 月～6 月
5. 場所：施設内（面接ができる個室の借用が可能であればお願いしたい）または施設周辺
6. 研究概要：別紙参照
7. 指導教員・連絡先：岡崎美智子・国際医療福祉大学大学院 教授（福岡キャンパス：△ △）
8. 研究者・連絡先：重久加代子・国際医療福祉大学看護学科（大田原キャンパス：△ △）

以上

資料 2. 研究 3.4 施設用承諾書

承 諾 書

国際医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻
重久 加代子 殿

別紙の説明書に基づき、次の事項について詳しい説明を受け十分に理解し、本研究に関する被験者への倫理的配慮について納得しましたので、本施設利用者が研究に参加することを承諾します。

1. 研究課題名
2. 目的
3. 調査対象および研究方法
4. 期間
5. 場所
6. 研究概要
7. 指導教員名・連絡先
8. 本人連絡先

平成 年 月 日

施 設 名
代表者職・氏名

職印

資料3. 研究3.4 研究協力者用説明書

「がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為」に関する説明書

研究責任者所属 国際医療福祉大学大学院 保健医療学
博士課程 12S3032
氏名 重久 加代子

この説明書は「がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為」の内容について説明したものです。この計画に参加されなくても不利益を受けることは一切ありません。

ご理解、ご賛同をいただける場合は、研究の対象者として研究にご参加くださいますようお願い申し上げます。

1. 研究実施計画

(1) 研究の背景・目的

ケアリングの実践はがん看護の質向上に必要であるといわれていますが、がん看護におけるケアリングがどのような実践であるかは明らかにされていません。そこで、がん看護におけるケアリングの実践を促進するために、がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為を明らかにします。

(2) 研究の内容・方法

がん看護専門看護師とがんサバイバーにがん看護におけるケアリングについて半構造化面接を60分～90分行い、質的研究手法を用いてがん看護におけるケアリング行動およびケアリング行為を抽出し、質的に分析します。

(3) 予想される社会への貢献

本研究の結果は、がん看護におけるケアリングの実践を促進するための教育に貢献できます。

2. 研究に使用するデータ

(1) データの収集

この研究ではインタビューの内容をICレコーダーに録音・必要時メモさせていただき、データとして使用させていただきます。

(2) データの保存と破棄

データは研究終了後、消去およびシュレッダーを用いて破棄します。なお、この研究に参加する同意を撤回された場合には、データは直ちに先に示した方法で破棄します。

3. プライバシーおよび個人情報の保護

データの管理はコードで行い、あなたの氏名など個人情報が外部に漏れることがないように十分留意いたします。また、あなたのプライバシー保護についても、所在地域や所属が特定されないよう、またデータの保管はパスワードや施錠できる保管場所での管理を徹底し細心の注意を払います。

4. この研究に参加した場合に受ける利益、不利益、危険性

あなたがこの研究に参加することによる利益としては、がん看護におけるケアリングの実践によるがん看護の質向上への寄与が考えられます。また、この研究による不利益や危険性ははありません。

資料3-1

1. 研究結果のお知らせ

この研究結果の開示は、ご本人が希望される場合にのみ行われます。なお、この研究は本学博士課程学位論文として公表する予定です。公表に際しても上記3同様に個人情報保護への配慮を十分にいたします。

2. 費用

この研究に必要な費用は、あなたが負担することはありません。

3. 同意およびその撤回

参加・協力は自由意思によって行っていただきます。この研究についてご理解いただき、研究に参加していただける場合は、別紙「同意書」に署名をお願いします。一度同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合は研究者に口頭で伝え、かつ別紙「同意撤回書」に署名してください。

なお、同意されなかったり、同意を撤回されたりしても、それによって不利になることはありません。

<お問い合わせ等の連絡先>

- ・研究者：国際医療福祉大学医療福祉学研究科博士課程 重久 加代子

電話：080-5016-4958

E-mail：△@△.ac.jp

住所：〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1 国際医療福祉大学大学院

- ・指導教員：国際医療福祉大学医療福祉学研究科 教授 岡崎 美智子

電話：092-407-1265

E-mail：△@△.ac.jp

住所：〒314-0001 福岡県福岡市早良区百道浜2丁目4-16

国際医療福祉大学大学院（福岡キャンパス）

以上

同意書

重久 加代子 殿

私は、「がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為」について国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の重久加代子から、別紙の説明書に基づき、次の事項について詳しい説明を受け、十分に理解し納得できましたので、研究に参加することに同意します。

(説明事項)

1. 研究実施計画
2. 研究に使用するデータ
3. プライバシーおよび個人情報の保護
4. この研究に参加した場合に受ける利益、不利益、危険性
5. 研究結果のお知らせ
6. 費用
7. 同意およびその撤回

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 (氏名)

同意撤回書

重久 加代子 殿

私は、「がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為」の参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の重久加代子に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 (氏名) _____

(本研究に関連する内容の抜粋)

調査研究へのご協力をお願い

わが国ではがんを患う人が年々増えています。がんは生存率の低さに加え侵襲的治療の継続を余儀なくされる疾患であるため、がん患者には、診断の時から終末期までの全過程において、その人らしさを保ちながら自律して生きていくことを支える看護が求められています。先行研究において、卓越した知識及び熟達した技術を備えたエキスパートナースは高いケアリング能力を持っていることが報告されています。このことから、がん患者がおかれている困難な状況に適切に対応できる看護を行うためには高いケアリング能力が必要であると考えられます。しかし、本邦におけるケアリングの研究は極めて少ないのが現状です。

この研究は、がん専門病院の病棟に勤務し、患者の直接的ケアに携わっている看護師の皆様を対象に調査をお願いしております。本調査の目的は、がん看護に携わっている看護師のケアリング行動とその関連要因を明らかにすることです。導かれた結果は、ケアリング行動を高めるための効果的教育と職場環境及び看護体制改善を検討するための一助になると考えております。

この調査は、個人及び施設を評価するものではありません。質問された内容に対して、思うところをそのまま答えていただきたいと思っております。

回答に欠落があるとデータとして使用できなくなりますので、全ての質問にもれなくお答えいただきますようお願いいたします。

また、倫理的配慮といたしましては、無記名でお答えいただき、回答につきましては個人が特定されないように数字に置き換えて集計いたします。データは本研究のみに使用し、研究終了後はすみやかに破棄いたします。

以上、同意していただければ、次の頁に進んでいただきご回答くださいますようお願い申し上げます。

国際医療福祉大学大学院 保健医療学看護学分野
修士課程 2 年 重久加代子

* お問い合わせ等ございましたら、お手数ですが記下のメールアドレスまでご連絡ください。

E-mail アドレス : △@△.odn.ne.jp

資料 6-1

A.

あなたは日頃以下の項目についてどのくらい実践していますか。
 5. ほとんど実践している (81~100%)、4. 実践していることが多い (61~80%)、3. 時々実践している (41~60%)、2. 実践していないことが多い (21~40%)、1. ほとんど実践していない (0~20%) の5段階のうち、平均的な実践の割合について該当する数字を一つ選んで○印をつけてください。

		ほとんど実践している	実践していることが多い	時々実践している	実践していないことが多い	ほとんど実践していない
	(実践している割合)	81~100%	61~80%	41~60%	21~40%	0~20%
A-1	はじめて患者と関わるときには、与薬や清拭など患者に必要なと思われるケアを通して接する。	5	4	3	2	1
A-2	お茶やうがいのための冷たい水をもっていくなど、看護師を身じかに感じられるように細やかなことに気を配る。	5	4	3	2	1
A-3	時間どおりに患者の治療や与薬を行う。	5	4	3	2	1
A-4	患者をたびたび見回る。	5	4	3	2	1
A-5	ナースコールには迅速に対応する。	5	4	3	2	1
A-6	何か問題があればすぐに知らせるように促す。	5	4	3	2	1
A-7	同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する。	5	4	3	2	1
A-8	患者に必要なと思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する。	5	4	3	2	1
A-9	自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する。	5	4	3	2	1
A-10	患者がセルフケアできるように支援する。	5	4	3	2	1
A-11	患者がいつでも医師に質問できるよう支援する。	5	4	3	2	1
A-12	患者の病状の説明について正直である。	5	4	3	2	1
A-13	患者にとって安全で快適な環境を整える (例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など)	5	4	3	2	1
A-14	患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます。	5	4	3	2	1
A-15	難しい患者であっても、忍耐強く関わる。	5	4	3	2	1
A-16	朗らかである。	5	4	3	2	1
A-17	患者の話や聴くときには、意識して座るようにする。	5	4	3	2	1
A-18	患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる。	5	4	3	2	1
A-19	患者の話に耳を傾ける。	5	4	3	2	1
A-20	患者とコミュニケーションをとるように心がける。	5	4	3	2	1
A-21	患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる。	5	4	3	2	1
A-22	患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している。	5	4	3	2	1
A-23	患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる。	5	4	3	2	1
A-24	患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する。	5	4	3	2	1

資料6-2

	ほとんど実践している	実践していることが多い	時々実践している	実践していないことが多い	ほとんど実践していない
(実践している割合)	81～100%	61～80%	41～60%	21～40%	0～20%
A-25 患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。	5	4	3	2	1
A-26 入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう。	5	4	3	2	1
A-27 患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。	5	4	3	2	1
A-28 危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける。	5	4	3	2	1
A-29 診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する。	5	4	3	2	1
A-30 患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。	5	4	3	2	1
A-31 患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。	5	4	3	2	1
A-32 患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する。	5	4	3	2	1
A-33 ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる。	5	4	3	2	1
A-34 患者になんでも遠慮なく尋ねるように促す。	5	4	3	2	1
A-35 常に患者を中心に考えて行動する。	5	4	3	2	1
A-36 患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。	5	4	3	2	1
A-37 患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する。	5	4	3	2	1
A-38 患者から特別な要望がない限りは名前（姓名又は姓）を呼ぶ。	5	4	3	2	1
A-39 常に患者を尊重して関わる。	5	4	3	2	1
A-40 患者を1人の人間として知る努力をする。	5	4	3	2	1
A-41 患者に自己紹介などの挨拶をしてから看護師としての役割を伝える。	5	4	3	2	1
A-42 看護師として身だしなみを整え、自分の所属や名前がわかるようにネームをつける。	5	4	3	2	1
A-43 患者の状態や状況を考慮した治療、検査、看護ケアの療養スケジュールを作成する。	5	4	3	2	1
A-44 よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。	5	4	3	2	1
A-45 安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。	5	4	3	2	1
A-46 穏やかである。	5	4	3	2	1
A-47 安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う。	5	4	3	2	1
A-48 心身の痛みや苦痛に適切に対処する。	5	4	3	2	1
A-49 その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する。	5	4	3	2	1
A-50 患者にとって医師が必要な時期を判断する。	5	4	3	2	1

F.

あなたご自身についておたずねします。該当する番号を1つ選んで○をつけてください。空欄には具体的にご記入ください。

F-1 あなたの性別 1. 男性 2. 女性

F-2 あなたの年齢 満 () 才

F-3 あなたの看護師としての経験年数は通算で () 年目

F-4 がん看護に携わった年数は () 年目

F-5 あなたの専門学歴についてお答えください。

1. 高等学校専攻科及び5年一貫教育による看護師養成課程
2. 専門学校 (① 2年課程 ② 3年課程)
3. 短期大学 (① 2年課程 ② 3年課程)
4. 大学 5. 大学院 (① 修士課程 ② 博士課程)
6. その他 ()

F-6 あなたの一般学歴についてお答えください。

1. 高等学校 2. 短期大学 3. 大学
4. 大学院 (① 修士課程 ② 博士課程)
5. その他 ()

研究申請伺い書

研究責任者
(氏名) 印

下記の研究において、臨床研究審査委員会への申請が必要であるか伺います。

記

研究課題名	研究実施計画書番号 ()		
取り扱い	臨床研究審査委員会への申請	臨床研究審査委員会 委員長	臨床研究審査委員会 副委員長
	データベースへの登録	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
	臨床研究審査委員会に先 立ったプレビュー実施	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
備考			

西暦 年 月 日

研究責任者 (氏名) 殿

依頼のあった研究に関する相談内容について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

臨床研究審査委員会委員長 (氏名) 印

臨床研究審査委員会副委員長 (氏名) 印

- ① 以下の要件をすべて満たしている研究
- A. 他の医療機関において既に連結可能匿名化された情報を収集するもの、無記名調査を行うものその他の個人情報を取り扱わないもの
 - B. 人体から採取された試料を用いないもの
 - C. 観察研究であって、人体への負荷又は介入を伴わないもの
 - D. 被験者の意思に回答が委ねられている調査であって、その質問内容により被験者の心理的苦痛をもたらすことが想定されないもの
- ② 患者の診療録等の診療情報を用いて、専ら集計、単純な統計処理等を行う研究
- ③ 以下に掲げる事項についての規定を含む契約に基づき、データの集積又は統計処理のみを受託する研究
- A. データの安全管理
 - B. 守秘義務

資料 8 調整方法（手順）

平成 24 年〇月〇日

「がんサバイバーと看護師のケアリング行動に対する認識の分析」の調査方法（手順）について

1. 調査の準備について

- 1) 臨床研究審査委員会に「研究申請伺い書」を提出する。
- 2) 所長、看護部長の了解をいただき、さらにアンケート実施部署の部長（外来部長、病棟部長、放射線科部長、化学療法科部長）および、部署担当師長に説明のうえ了解を得る。
- 3) 医局員へメールで周知する

2. 調査実施予定日

平成 24 年 3 月 16 日（金）

平成 24 年 3 月 19 日（月） 2 日間

病棟および外来の了解が得られれば、予定した 2 日間に調査担当者が来院し直接説明のもとアンケート用紙を配布できればと考えております。

当日は、研究者 2 名で説明および配布を行います。（湯澤は業務に支障が生じないように注意する）

- ・ 午前は、外来患者への説明とアンケート用紙の配布
- ・ 午後は、看護師長および病棟患者への説明とアンケート用紙の配布をおこなう。

3. 看護師（200 名）を対象とする調査の手順について

- 1) 研究者が、看護部師長会で研究の概要・方法（手順）等の説明を行う。
- 2) 病棟と外来に勤務する看護師（スタッフ～師長）を対象者とする。（資料 1 参照）
（外来勤務看護師：対象者）

外来診療部 化学療法部 放射線治療 合計 30 名

（病棟勤務看護師：対象者）

〇〇階：23 名 〇〇階：20 名 〇〇階：24 名 〇〇階：23 名 〇〇階：18 名

〇〇階：21 名 〇〇階 17 名 〇〇階：17 名 〇〇階：16 名 合計 179 名

- 3) 病棟および外来師長に、調査の概要説明と協力依頼を行い調査用配布物を配布する。

* 調査用配布物：大きな封筒に、調査票（調査票用封筒）、同意書（同意書用封筒）を入れたものを 1 人分とて人数分を用意する。

- 4) 調査に同意し記入した看護師は、調査票と同意書をそれぞれの封筒に入れ、封をして提出する。
- 5) 研究者は、調査票と同意書を配布後 3 週間で回収する。

4. がんサバイバー（100 名）を対象とする調査の手順について

【病棟に入院中の患者：70 名】

- 1) 以下のような配分で患者への調査を行う。（資料 1 参照）

〇〇階（12 名） 〇〇階（11 名）

〇〇階（12 名） 〇〇階（10 名）

〇〇階（9 名） 〇〇階（8 名） 〇〇階（8 名） 合計 70 名

- 2) 各病棟の入院患者（部屋単位）を、無作為抽出して調査依頼をするための順番を一覧表にしたものを研究者が提示する。
- 3) 調査依頼をするための一覧表（部屋）の順にそって、疾患、治療状況、病期、性別、年齢、状態などに関係なく、以下のような患者（配分数）を調査対象とする。そのため、この下記の条件に合わない場合は、次の順番の患者を対象とする。
 - ・ ある程度関わりのある患者（初回入院でありかつ入院後間もない患者は対象外とする）
 - ・ 調査を依頼するとき、心身の苦痛が緩和された状態の患者
 - ・ 調査票に自分で回答していただける状態の患者

資料 8-1

患者選定にあたっては、病棟師長と良く話し合い患者の負担とならないように配慮する。

- 1) 各病棟の調査対象となった患者には、師長の協力をいただき研究者より調査を依頼し、調査票配布物（調査票と調査票用封筒、同意書と同意書用封筒、ボールペン）を配布する。調査票配布物の封筒に、以下のように表示する。

「この調査は、看護師の教育を検討するために、患者様からのご意見をいただき、基礎的資料とするものです。ご療養中、誠に恐れ入りますが、調査へのご協力をお願い申し上げます。なお、ご協力いただけない場合は、そのままお返しく下さい。よろしくお願ひ申し上げます。」

また、4) に示した説明で、協力できないとして、そのまま調査票を返された場合も配分数に達するまで、順次対象とする。

- 2) 調査票と同意書の回収は、病棟の受付に回収箱を設置して、配布日より3週間で回収する。
- 3) 研究者が回収箱を設置し、最終配布日より3週間以降に回収する（回収箱の設置場所は病棟師長に相談する）。なお、調査票と同意書は同じ回収箱で回収する。看護師への手渡しも可とする。

【外来の患者：30名】

- 1) 調査日にそれぞれの外来に来院した患者を順次（10名になるまで）調査対象とする。
患者の条件は、初診の方や例えば検査のみで単発的に来院されている方を除き、回数は問わないが、通院という形で、以下の診療科に来院中で、調査の説明を受け、調査票に自分で回答することが可能な状態の患者とする。また、選出方法は、調査依頼日に来院した患者とする。

外来診療部 化学療法部 放射線治療 各10名 合計30名

- 2) 対象患者には研究者より依頼し、調査票配布物（調査票と調査票用封筒、同意書と同意書用封筒、ボールペン）を配布する。調査票配布物の封筒への表示は入院患者用と同様とする。

* 外来の患者用封筒には郵送が可能なものを準備する。

- 3) 外来での調査票と同意書の回収は、外来の受付の回収箱か郵送とする。
- 4) 研究者が回収箱を設置し、最終配布日より3週間以降に回収する（回収箱の設置場所は外来師長に相談する）。

資料1 【病棟・外来勤務看護師および病棟・外来患者の配分一覧表】

部署	看護師（209名）	がんサバイバー（100名）
〇〇階泌尿器科・婦人科・放射線科)	23名	12名
〇〇階（乳腺外科・骨軟部腫瘍科）	20名	11名
〇〇階（呼吸器科・頭頸科）	24名	12名
〇〇階（血液内科）	23名	10名
〇〇階（緩和ケア科）	18名	
〇〇階（ICU）	21名	
〇〇階（消化器外科）	17名	9名
〇〇階（消化器外科）	17名	8名
〇〇階（腫瘍内科）	16名	8名
(合計)	(179名)	(70名)
外来 外来診療部	12名	10名
化学療法部	6名	10名
放射線治療	12名	10名
(合計)	(30名)	(30名)

資料 8-2

資料 9 研究 2 の調査票（がんサバイバー用）

（患者様用と表記）

No. _____

調査研究へのご協力をお願い（患者様用）

この調査研究は、「ケアリング」についてのアンケート調査で、がん看護に携わっている看護師の皆様と患者様を対象に、調査をお願いしております。

ケアリングとは、「あなたを大切な存在として認識し、あなたの能力を最大限生かせるかかわり」であり、看護の核と言われているものです。たとえば、その看護を受ければ、自分が大切にされていると感じる、安心できると感じる、本来自分のもつ力を発揮できると感じるなどです。

がん看護の質の向上には特にケアリング能力を高める教育が必要と言われております。しかし、ケアリングは、看護師と患者様の関係より成り立つので、看護師側からの評価だけでは図ることができません。

そこで、患者様側からの率直なご意見をお聞かせいただければと思っております。

調査の結果は、ケアリングを実践するために必要な看護師の教育を検討するための基礎的資料となります。また、この調査は、個人及び施設を評価するものではありませんので、質問された内容に対して、思うところをそのまま答えていただきたいと思っております。

回答に空欄があるとデータとして使用できなくなりますので、全ての質問にもれなくお答えいただきますようお願いいたします。

また、倫理的配慮といたしましては、無記名でお答えいただき、回答につきましては個人が特定されないように数字に置き換えて集計いたします。データは本研究のみに使用し、研究終了後はすみやかに破棄いたします。調査協力への参加は自由であり、参加の有無により不利益が生じることはありません。

以上、同意いただける方は、同封してあります同意書に署名をしていただき、調査票にご回答くださいますようお願い申し上げます。

なお、同意書と調査票は個人が特定できないように、それぞれ別の封筒に入れて封をしたのち、外来に設置してあります回収箱に入れていただくか、3週間以内に郵便ポストに投函していただくようお願いいたします。

国際医療福祉大学保健医療学部看護学科 重久加代子

○ ○

○ ○

*お問い合わせ等ございましたら、お手数ですが記下の連絡先までご連絡ください。

（連絡先）電話：0287-24-3225 E-mail：△@△.ac.jp

資料 9-1

I . 以下に41の看護師の行う看護を示した質問項目があります。これらの看護を受けたとき、たとえば、自分が大切にされていると感じる、安心できると感じる、本来自分のもつ力を発揮できると感じるのはどのような看護でしょうか。「重要である～重要でない」の4段階のうち、適切だと思うところの縦棒（|）に○をつけてお示しください（いずれかの|に一ヶ所のみ、しっかりと○をつけてください）。各回答は、点数化して処理いたします。

質問項目	重要である	やや重要である	やや重要でない	重要でない
I-1 時間どおりにあなたの処置や与薬が行われる。				
I-2 たびたび見回られる。				
I-3 ナースコールには迅速に対応される。				
I-4 何か問題があればすぐに知らせるように伝えられる。				
I-5 同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などで、利用可能なものについて情報を提供される。				
I-6 あなたに必要と思われる情報を与えることにより、あなたが主体であることを認識でき、無力を感じないように支援される。				
I-7 あなたの病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で説明される。				
I-8 あなたが自分のことは自分でできるように支援される				
I-9 あなたがいつでも医師に質問できるように支援される。				
I-10 あなたにとって安全で快適な環境を整えられる（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）				
I-11 あなたの状態や治療に関して良い面を見出し、励まされる。				
I-12 看護師が朗らかである。				
I-13 あなたの話を聴くときには、意識して座られる。				
I-14 あなたが慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして触れられる。				
I-15 あなたの話に耳を傾けられる。				
I-16 あなたとコミュニケーションをとるように心がけられる。				
I-17 あなたの家族や大切な人が介護に参加できるように関わられる。				
I-18 あなたにとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識される。				
I-19 あなたや家族の動揺が強い時は、あなたや家族と話し合える機会をつくられる。				

質問項目

重要である
やや重要である
やや重要でない
重要でない

I-20	あなたが治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整される。			
I-21	あなたの要望の把握に努め、敏感に対応される。			
I-22	入院初期や治療開始の時などは、あなたの不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらわれる。			
I-23	あなたと共にいる時には、あなたに意識を傾けられる。			
I-24	危険な段階が過ぎても、常にあなたに関心を持ち続けられる。			
I-25	診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮される。			
I-26	あなたが現実的な目標を設定できるよう支援される。			
I-27	あなたが治療方針や治療計画について納得しているか、その意思を確認される。			
I-28	あなた自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援される。			
I-29	看護の仕方や療養の仕方について、あなたの意見を取り入れられる。			
I-30	常にあなたを中心に考えて行動される。			
I-31	あなたの家族や大切な人の求めに対して協力的である。			
I-32	あなたが病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援される。			
I-33	常にあなたを尊重して関わられる。			
I-34	あなたを1人の人間として知る努力をされる。			
I-35	よりよい看護が提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。			
I-36	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。			
I-37	看護師が穏やかである。			
I-38	あなたの安全・安楽・自立を考慮した身体的看護を行われる。			
I-39	心身の痛みや苦痛に適切に対処される。			
I-40	あなたの看護について、主治医や他の医療者が理解できるように説明される。			
I-41	あなたにとって医師が必要な時期を判断される。			

Ⅲ. あなたご自身についておたずねします。該当する番号を1つ選んで○をください。空欄には具体的にご記入ください。

- Ⅲ-1 あなたの性別 1. 男性 2. 女性
- Ⅲ-2 あなたの年齢 満（ ）才
- Ⅲ-3 就業について 1. あり 2. なし
- Ⅲ-4 配偶者の有無 1. あり 2. なし
- Ⅲ-5 同居者の有無 1. あり 2. なし
- Ⅲ-6 治療を開始してから現在までの年数を教えてください。 約（ ）
- Ⅲ-7 入院した回数をわかる範囲で教えてください。 約（ ）回
- Ⅲ-8 現在の状況で該当するものに○をつけてください。
1. 入院中 2. 外来通院中 3. 治療終了
4. その他（ ）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

調査研究へのご協力をお願い（看護師用）

この調査研究は、「ケアリング」についてのアンケート調査で、がん看護に携わっている看護師の皆様と患者様を対象に、調査をお願いしております。

ケアリングとは、「あなたを大切な存在として認識し、あなたの能力を最大限生かせるかかわり」であり、看護の核と言われているものです。たとえば、そのケアを受ければ、自分が大切にされていると感じる、安心できると感じる、本来自分のもつ力を発揮できると感じるなどです。

がん看護の質向上には特にケアリング能力を高める教育が必要と言われております。研究者はこれまで、がん看護に重要なケアリング行動 41 を抽出し、ケアリング行動の実践に影響する要因の調査を行ってきました。本研究は、がん看護に重要なケアリング行動 41 のかかわりに対して、ケア提供者の看護師とケアの受け手である患者がどのように認識しているかを明らかにするものです。

そこで、看護師の皆様からの率直なご意見をお聞かせいただければと思っております。

調査の結果は、ケアリングを実践するために必要な看護師の教育を検討するための基礎的資料となります。また、この調査は、個人及び施設を評価するものではありませんので、質問された内容に対して、思うところをそのまま答えていただきたいと思います。

回答に空欄があるとデータとして使用できなくなりますので、全ての質問にもれなくお答えいただきますようお願いいたします。

また、倫理的配慮といたしましては、無記名でお答えいただき、回答につきましては個人が特定されないように数字に置き換えて集計いたします。データは本研究のみに使用し、研究終了後はすみやかに破棄いたします。調査協力への参加は自由であり、参加の有無により不利益が生じることはありません。

以上、同意いただける方は、同封してあります同意書に署名をしていただき、調査票にご回答くださいますようお願い申し上げます。

なお、個人が特定できないように、同意書と調査票はそれぞれ別の封筒に入れ封をしたのち、3週間以内に提出をお願いいたします。

国際医療福祉大学保健医療学部看護学科 重久加代子

○ ○ ○ ○

*お問い合わせ等ございましたら、お手数ですが記下の連絡先までご連絡ください。

（連絡先）電話：0287-24-3225 E-mail：△@△.ac.jp

- I . 以下に41のケアリング行動を示した質問項目があります。これらのケアを受けたとき、たとえば、自分が大切にされていると感じる、安心できると感じる、本来自分のもつ力を発揮できると感じるのはどのようなケアでしょうか。「重要である～重要でない」の4段階のうち、適切だと思うところの縦棒（|）に○をつけてお示しください（いずれかの|に一ヶ所のみ、しっかりと○をつけてください）。各回答は、点数化して処理いたします。

質問項目	重要である	やや重要である	やや重要でない	重要でない
I-1 時間どおりに患者の処置や与薬を行う。				
I-2 患者をたびたび見回る。				
I-3 ナースコールには迅速に対応する。				
I-4 何か問題があればすぐに知らせるように促す。				
I-5 同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する。				
I-6 患者に必要なと思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する。				
I-7 自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する。				
I-8 患者がセルフケアできるように支援する。				
I-9 患者がいつでも医師に質問できるよう支援する。				
I-10 患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）				
I-11 患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます。				
I-12 朗らかである。				
I-13 患者の話を聴くときには、意識して座るようにする。				
I-14 患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる。				
I-15 患者の話に耳を傾ける。				
I-16 患者とコミュニケーションをとるように心がける。				
I-17 患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる。				
I-18 患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している。				
I-19 患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる。				

質問項目

重要である
やや重要である
やや重要でない
重要でない

I-20	患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する。				
I-21	患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。				
I-22	入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意をはらう。				
I-23	患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。				
I-24	危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける。				
I-25	診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する。				
I-26	患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。				
I-27	患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。				
I-28	患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する。				
I-29	ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる。				
I-30	常に患者を中心に考えて行動する。				
I-31	患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。				
I-32	患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する。				
I-33	常に患者を尊重して関わる。				
I-34	患者を1人の人間として知る努力をする。				
I-35	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。				
I-36	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。				
I-37	穏やかである。				
I-38	安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う。				
I-39	心身の痛みや苦痛に適切に対処する。				
I-40	その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する。				
I-41	患者にとって医師が必要な時期を判断する。				

資料10-3

Ⅲ. あなたご自身についておたずねします。該当する番号を1つ選んで○をつけてください。空欄には具体的にご記入ください。

Ⅲ-1 あなたの性別 1. 男性 2. 女性

Ⅲ-2 あなたの年齢 満（ ）才

Ⅲ-3 看護経験年数 約（ ）年

Ⅲ-4 がん看護経験年数 約（ ）年

Ⅲ-5 あなたの専門学歴に○をつけてください。

1. 高等学校専攻科および専門学校 2. 短期大学・大学
3. 大学院 4. その他（ ）

Ⅲ-6 あなたの職位についてお答えください。

1. スタッフナース 2. 副主任 3. 主任
4. 副師長 5. 師長 6. その他（ ）

Ⅲ-7 あなたの部署についてお答えください。

1. 病棟 2. 外来 3. その他（ ）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

資料 11 研究 3.4 インタビューガイド

「がん看護におけるケアリングの構造とケアリング行為」
半構造化面接について

国際医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科 博士課程
重久加代子 (12S3032)

【インタビューガイド】

〈インタビューを始めるにあたって〉

1. インタビューに適した環境を整える（プライバシーの保護、室温等）。
2. インタビューを始める前にあいさつを行い、調査協力へのお礼を述べる。
3. がんサバイバーの方へは、体調について確認し、気分等が悪い場合は遠慮なく知らせていただくように伝える。
4. 調査の目的、倫理的配慮について、インタビュー参加への了解を得たときに提示した資料に基づいて、再度口頭で確認・説明する。また、インタビュー中、不都合が生じた時や取りやめたい場合は中止できることを伝え、調査協力への同意書を書いていただく。
5. インタビューは I C レコーダーに録音、メモを取る場合もあることを説明し、了解を得る。
6. インタビューは、話した内容を評価するものではないこと、自身の考えや気持ちを自分の言葉で飾らずに話していただきたいことを伝える。
7. 書式に沿ってプロフィールを書いていただく。

〈インタビューの内容について〉

I. 〈がんサバイバー〉 これまで受けられた看護について、具体的に、自分の思ったままをお話していただければと思います。よろしく願いいたします（導入のあいさつ）。

1. これまで多くの看護師と関わりがあったと思いますが、「よい看護師」として記憶に残っている看護師（忘れられない看護師）がいたらお聞かせください。

・反対に、「世話を受けたくないと思える看護師」についてはいかがですか？

・なぜ、印象に残り、忘れられないと思いますか？

・ご自身の中で、「よい看護師」と「優秀な看護師」は同じですか？違いがあればお聞かせください。

2. これまで療養されてきた中で、辛かったことについて差支えなければお聞かせください。

・どのような時、辛いと思われましたか？

・辛かった時、どんな看護を受けましたか？あるいは、受けたかったですか？

3. 看護師から受けた看護についてお聞かせください。

(1) 療養するための元気や気力が落ちてしまうような体験をしたことはありますか？

(2) 「大切にされている」と感じられる関わりとは、どのようなものだと思いますか？

・実際に体験したことがあれば、お聞かせください。

(3) 「安心できる」と感じられる関わりとは、どのようなものだと思いますか？

・実際に体験したことがあれば、お聞かせください。

(4) 「自分のもっている力を発揮できる」（前向きになれる・生きる気力が保たれる）と感じられる関わりとは、どのようなものだと思いますか？

・実際に体験したことがあれば、お聞かせください。

II. 〈 がん看護専門看護師 〉 多くの患者さんとの関わりのなかで、貴重な経験をされていると思います。できるだけ具体的に実践した看護や考えをお話して頂ければと思います。よろしくお願いたします（導入のあいさつ）。

1. がん看護専門看護になろうと思われたきっかけについて、差支えなければお聞かせいただけますか。

2. がん看護に携わってきたなかで、忘れられない事例または患者さんがおられると思いますが、「なぜ、忘れられないのかを含めて」お聞かせください。

3. がん看護で大切にしていることについてお聞かせください。

4. これまでの経験の中で、よいがん看護だと思えた事例についてお聞かせください。

・なぜ、よいがん看護だと思われたのですか？

5. よいがん看護をしたいと思っても、それが実践できなかつた経験があればお聞かせください。

・実践を阻む要因について、ご意見があればお聞かせください。

6. がん看護の実践について

(1) 「対象者を尊重した関わり」について、ご自身のこだわりはありますか？

・具体的には、どのような実践をされていますか？

(2) 「対象者が大切にされている」と感じられるような関わりとは、どのような実践だと思われませんか？

・具体的には、どのような実践をされていますか？

(3) 「対象者が安心できる」と感じられるような関わりとは、どのような実践だと思われませんか？

・具体的には、どのような実践をされていますか？

(4) 「対象者が本来自分の持っている力を発揮できる」（前向きになれる・生きる気力が保たれる）と感じられるような関わりとは、どのような実践だと思われませんか？

・具体的には、どのような実践をされていますか？

7. がんを患った人には、どんな看護が必要だと思いますか。

8. がんを患った人には、どんな看護師に看護をしてほしいですか。

9. がん看護と他の分野の看護との違いについて、ご意見をお聞かせください。

資料12 I. がんの診断を受けるまでの時期の状況と抽出されたケアリング行為

1. がんの疑いを受け、精密検査(摘出生検や骨髄穿刺等)を受けた時の状況

- I-1) がんやがんに関連した検査や治療に対して不安が強いことを理解して関わってくれるケア (A)
 - I-2) 確定診断のための生検や骨髄穿刺を受ける時の不安を理解し関わってくれるケア (A・E)
 - I-3) 確定診断のための検査を受ける時など求めに応じて手を握ってくれるケア (A)
 - I-4) 言葉にできない時、求めていることをキャッチして対処してくれるケア (A)
 - I-5) 知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解して関わってくれるケア (E)
-

2. がんの告知を受けて入院するまでの状況

- I-6) 告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア (A・E)
 - I-7) 告知の場面を想起させ現状を正しく認識させてくれるケア (A)
 - I-8) 患者の価値観を考慮した現実的な目標を設定できるように支援してくれるケア (D)
 - I-9) がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解し対処してくれるケア (B)
-

ケアリング行為(11)

資料13 II. 入院し治療を受ける時期の状況と抽出されたケアリング行為

1. 治療の選択に苦慮し、自己決定する状況

- II-1) 患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する (D)
 - II-2) 納得して治療を受けられるようにセカンドオピニオンや求める情報を提供してくれるケア (A・D)
 - II-3) 療養に対する希望の表出や自己決定を支えてくれるケア (B)
 - II-4) 自己決定を尊重し支援することを伝えてくれるケア (B)
 - II-5) 親からもらった身体が傷つくというボディイメージの変容に配慮したケア (B)
 - II-6) がんや医療に対して患者が主体であることを認識できるように支援してくれるケア (B)
 - II-7) 常に患者を中心に考えて行動する (D)
 - II-8) 自分の病気と治療について何を知っておくこと大切か、分かり易い言葉で患者に説明する (D)
 - II-9) 病気と治療について理解できるように必要な情報を提供してくれるケア (D)
-

2. 入院し治療を開始する時の状況

- II-10) 心身の苦痛を理解しパートナーシップに基づいた支援をしてくれるケア (E) (B)
 - II-11) 患者がいつでも医師に質問できるように支援する (E)
 - II-12) 患者の状態や治療に対して良い面を見出し、患者を励ます (E)
 - II-13) 不安が強く夜も眠れず一人にいるときの孤独を察知して対処してくれるケア (A)
 - II-14) 手術の回数や大きさに関わらず一回きりの個別的な体験であることを理解したケア (B)
-

3. 治療（手術療法や化学療法）に伴う心身の状況

- II-15) がんに罹患することに伴う自己概念の揺らぎを察知して対処してくれるケア (A)
 - II-16) がんは平常心を保ちにくくさせる疾患であることを理解して関わってくれるケア (A)
 - II-17) 術後の回復に必要な対処が適切になされていることが伝わるケア (B)
 - II-18) 術後の身体的変化や症状に対する適切な情報を提供してくれるケア (B)
 - II-19) 術後の痛みや苦痛を理解して関わってくれるケア (C・D)
 - II-20) 化学療法を受ける対象がセルフケアできるような情報を提供してくれるケア (C・D)
 - II-21) 化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア (D)
 - II-22) 化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア (C) (D)
 - II-23) 化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア (C)
 - II-24) 患者がセルフケアできるように支援してくれるケア (D)
 - II-25) 患者が治療方針や治療計画に参加できるように関わってくれるケア (D)
 - II-26) 身体的な自覚とがんとが与える精神的な負担には乖離があることを理解して関わってくれるケア (A)
 - II-27) なぜがんに罹患しなければならなかったのかななどのスピリチュアルペインを理解して関わってくれるケア (A)
 - II-28) 乳房切除などの喪失に伴う自尊感情の低下を支えてくれるケア (B)
-

4. 病理検査などの治療の結果の告知を受ける時の状況

- II-29) 病理検査の結果が出る時の不安の増強に対処してくれるケア (A)
 - II-30) 病理検査の結果を待つ時の先の見えない不安を理解して関わってくれるケア (C)
 - II-31) 病理検査の結果がバッドニュースとして告知された時の苦痛を察して見守りなどを含め適切に対処してくれるケア (C)
 - II-32) 告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア (D)
 - II-33) 再発が与えるショックの大きさを理解して対処してくれるケア (D)
-

資料13-1

5. 療養生活に必要な支援の状況

- II-34) 必要な時は弱音をはけるような窓口を示してくれるケア (A)
 - II-35) 関心を持っていることが感じられる関わり (A)
 - II-36) 看護師と関わる時間が保証されていると感じられるケア (A)
 - II-37) 訴えや相談に対して、個々の状態を判断し納得できる説明や対処をしてくれるケア (A)
 - II-38) 時間の経過や状況の違いを考慮した受容への支援をしてくれるケア (A)
 - II-39) がんは哲学的な事を考えさせる病気であることを理解して向き合ってくれるケア (A)
 - II-40) 脱毛によるショックなどの苦痛を受け止めていることが感じられる関わり (C)
 - II-41) 排泄のケアは羞恥心や尊厳にかかわることを理解して対処してくれるケア (C)
 - II-42) 全人的な視点からケアを選択し対処してくれるケア (C)
 - II-43) 患者同士の交流が療養に影響していることを考慮したケア (B) (C)
-

6. 看護師と対象者の関係の構築に必要な支援の状況

- II-44) お互いを姓名で呼び合う関係を築けるように関わってくれるケア (D)
 - II-45) ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するように関わってくれるケア (D)
 - II-46) がんを患う個人に関心を向けて関わってくれるケア (D)
 - II-47) 適切な言葉づかいで接してくれるケア (D)
-

7. 体制および職場風土の状況

- II-48) ケアを受ける人を中心に療養が支援される風土がある環境 (C)
 - II-49) 患者中心の支援を行う看護師が認められる体制の環境 (C)
-

ケアリング行為(55)

資料14 Ⅲ. 外来での治療継続と経過観察の時期の状況と抽出されたケアリング行為

1. 退院後の心身の状況

- Ⅲ-1) 治療による副作用が日常生活におよぼす影響に配慮したケア (B・E)
- Ⅲ-2) がんと向き合う中で自己概念の揺らぎに伴う苦痛を察知して対処してくれるケア (C)
- Ⅲ-3) 知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解し関わってくれるケア (D)
- Ⅲ-4) 再発、転移という未来に脅威を感じながら日々を重ねていることを理解して関わってくれるケア (A)
- Ⅲ-5) 検診時の心身の苦痛に適切に対処してくれるケア (A)
- Ⅲ-6) 不安へのコントロール感覚を見失わないように支援してくれるケア (A)
- Ⅲ-7) 心身の痛みや苦痛に適切に対処する (E)
- Ⅲ-8) 関心を寄せていることが伝わるように接してくれる (E)

2. 外来で治療(化学療法・放射線療法・ホルモン療法)を受けた時の状況

- Ⅲ-9) 化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア (E)
- Ⅲ-10) 化学療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれるケア (E)
- Ⅲ-11) 外来患者は生活に治療を組み込み、孤独な中で治療を受けていることを理解して支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-12) 神経質になるくらい試行錯誤しながら養生に取り組んでいることを理解し関わってくれるケア (C)
- Ⅲ-13) 化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-14) 病気について学習し治療の選択や経過を理解できるように支援してくれるケア (A)
- Ⅲ-15) 外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解し支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-16) より良いケアができる関係づくりや組織づくりに努めている (E)
- Ⅲ-17) 患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する (E)
- Ⅲ-18) 放射線療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれる (E)
- Ⅲ-19) 放射線療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア (E)

3. サポートグループや患者会等に参加した時の状況

- Ⅲ-20) 患者会やサポートグループなどとの交流の機会がもてるように支援してくれるケア (B) (E)
- Ⅲ-21) 定点観測のように自分の置かれている位置がわかるように支援してくれるケア (B)
- Ⅲ-22) 患者同士の交流の意義を理解し、交流できる場や患者会に参加できるように情報提供してくれるケア (B)
- Ⅲ-23) 同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する (E)
- Ⅲ-24) 同じ病気の人や仲間を失う時の精神的なダメージを理解して支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-25) 常に再発の不安や死を考えさせられる病気であることを理解して関わってくれるケア (E)
- Ⅲ-26) 再発が与えるショックの大きさをわかって対処してくれるケア (B)

4. 看護師の魔法の言葉とかかわりの状況

- Ⅲ-27) 一人一人の患者は個別的存在であることを認識して支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-28) 何を求めているかを知る努力をして支援してくれるケア (E)
- Ⅲ-29) 看護師が自分の苦痛を受け止めていることが感じられる関わり (E)
- Ⅲ-30) 患者とコミュニケーションをとるよう心がける (E)
- Ⅲ-31) 状況を的確に判断し対処してくれる (E)
- Ⅲ-32) 看護師が十分な知識、技術を備えている (E)
- Ⅲ-33) プライバシーに配慮した丁寧な対応をしてくれる (E)
- Ⅲ-34) 常に患者を中心に考えて行動する (E)
- Ⅲ-35) 看護師が身近な親しい人のように接してくれる (E)

5. がんに罹患して生き方や価値観が変わる状況

- Ⅲ-36) がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解して対処してくれるケア (C・D)
- Ⅲ-37) 生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア (D)
- Ⅲ-38) がんに罹患しても人格が変わるわけではないことを認識できるように関わってくれるケア (D)
- Ⅲ-39) プラスの面を見い出せるように支援してくれるケア (D)
- Ⅲ-40) がんと向き合うために頑張らずにはいられない状況を認識し支援してくれる (D)
- Ⅲ-41) ライフスタイルを見直し新たな目標を見い出すことができるように支えてくれるケア (B)

ケアリング行為(44)

第1因子：医療チームの中で看護師が果たす役割と責任の遂行（32）

確定診断のための生検や骨髄穿刺を受ける時の不安を理解し関わってくれるケア
告知の場面を想起させ現状を正しく認識させてくれるケア
心身の苦痛を理解しパートナーシップに基づいた支援をしてくれるケア
術後の回復に必要な対処が適切になされていることが伝わるケア
術後の痛みや苦痛を理解して関わってくれるケア
身体的な自覚とがんが与える精神的な負担には乖離があることを理解して関わってくれるケア
なぜがんに罹患しなければならなかったのかなどのスピリチュアルペインを理解して関わってくれるケア
病理検査の結果が出る時の不安の増強に対処してくれるケア
病理検査の結果がバッドニュースとして告知された時の苦痛を察して見守りなどを含め適切に対処してくれるケア
化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア
化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア
化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア
化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア
排泄のケアは羞恥心や尊厳にかかわることを理解して対処してくれるケア
適切な言葉づかいで接してくれるケア
再発が与えるショックの大きさを理解して対処してくれるケア
ケアを受ける人を中心に療養が支援される風土がある環境
患者中心の支援を行う看護師が認められる体制の環境
がんと向き合う中で自己概念の揺らぎに伴う苦痛を察知して対処してくれるケア
検診時の心身の苦痛に適切に対処してくれるケア
外来患者は生活に治療を組み込み、孤独な中で治療を受けていることを理解して支援してくれるケア
より良いケアができる関係づくりや組織づくりに努めている
患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する
放射線療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア
心身の痛みや苦痛に適切に対処する
何を求めているかを知る努力をして支援してくれるケア
状況を的確に判断し対処してくれる
看護師が十分な知識、技術を備えている
一人の人間として敬意が感じられるかかわり
適切な言葉づかいで接してくれるケア
化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア
外来でのケアが支持される体制づくり

第2因子：患者が主体的に療養できるための情報の提供（15）

患者がいつでも医師に質問できるように支援する
患者の状態や治療に対して良い面を見出し、患者を励ます
納得して治療を受けられるようにセカンドオピニオンや求める情報を提供してくれるケア
自己決定を尊重し支援することを伝えてくれるケア
術後の身体的変化や症状に対する適切な情報を提供してくれるケア
患者がセルフケアできるように支援してくれるケア

化学療法を受ける対象がセルフケアできるような情報を提供してくれるケア
化学療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれるケア
病気と治療について理解できるように必要な情報を提供してくれるケア
放射線療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれる
患者会やサポートグループなどとの交流の機会がもてるように支援してくれるケア
定点観測のように自分の置かれている位置がわかるように支援してくれるケア
患者同士の交流の意義を理解し、交流できる場や患者会に参加できるように情報提供してくれるケア
同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する
プラスの面を見い出せるように支援してくれるケア

第3因子：患者中心の支援（41）

告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア
告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア
患者の価値観を考慮した現実的な目標を設定できるように支援してくれるケア
がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解し対処してくれるケア
患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する
療養に対する希望の表出や自己決定を支えてくれるケア
親からもらった身体が傷つくというボディイメージの変容に配慮したケア
がんや医療に対して患者が主体であることを認識できるように支援してくれるケア
患者が治療方針や治療計画に参加できるように関わってくれるケア
関心を持っていることが感じられる関わり
看護師と関わる時間が保証されていると感じられるケア
訴えや相談に対して、個々の状態を判断し納得できる説明や対処をしてくれるケア
時間の経過や状況の違いを考慮した受容への支援をしてくれるケア
がんは哲学的な事を考えさせる病気であることを理解して向き合ってくれるケア
脱毛によるショックなどの苦痛を受け止めていることが感じられる関わり
全人的な視点からケアを選択し対処してくれるケア
がんを患う個人に関心を向けて関わってくれるケア
乳房切除などの喪失に伴う自尊感情の低下を支えてくれるケア
手術の回数や大きさに関わらず一回きりの個別的な体験であることを理解したケア
常に患者を中心に考えて行動する
自分の病気と治療について何を知っておくこと大切か、分かり易い言葉で患者に説明する
治療による副作用が日常生活におよぼす影響に配慮したケア
再発、転移という未来に脅威を感じながら日々を重ねていることを理解して関わってくれるケア
化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア
病気について学習し治療の選択や経過を理解できるように支援してくれるケア
外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解し支援してくれるケア
常に再発の不安や死を考えさせられる病気であることを理解して関わってくれるケア
再発が与えるショックの大きさをわかって対処してくれるケア
一人一人の患者は個別的存在であることを認識して支援してくれるケア
プライバシーに配慮した丁寧な対応をしてくれる
常に患者を中心に考えて行動する
がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解して対処してくれるケア

生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア
がんに罹患しても人格が変わるわけではないことを認識できるように関わってくれるケア
がんと向き合うために頑張らずにはいられない状況を認識し支援してくれる
ライフスタイルを見直し新たな目標を見出すことができるように支えてくれるケア
生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア
個別的な気持ちを真剣に聞き対処していることが伝わるかかわり
人間の尊厳を守るかかわり
個別の対象であることを認識したかかわり
治療方針や治療計画に納得して療養することの大切さを理解したかかわり

第4因子：安心して丁度できる環境の調整 (5)

言葉にできない時、求めていることをキャッチして対処してくれるケア
必要な時は弱音がはけるような窓口を示してくれるケア
関心を寄せていることが伝わるように接してくれる
看護師が自分の苦痛を受け止めていることが感じられる関わり
必要な時は弱音が吐けるような窓口を示してくれるケア

第5因子：患者や家族の状態を予測した支援 (12)

がんやがんに関連した検査や治療に対して不安が強いことを理解して関わってくれるケア
知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解して関わってくれるケア
知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解し関わってくれるケア
不安が強く夜も眠れず一人での孤独を察知して対処してくれるケア
がんに罹患することに伴う自己概念の揺らぎを察知して対処してくれるケア
がんは平常心を保ちにくくさせる疾患であることを理解して関わってくれるケア
病理検査の結果を待つ時の先の見えない不安を理解して関わってくれるケア
患者同士の交流が療養に影響していることを考慮したケア
不安へのコントロール感覚を見失わないように支援してくれるケア
神経質になるくらい試行錯誤しながら養生に取り組んでいることを理解し関わってくれるケア
同じ病気の人や仲間を失う時の精神的なダメージを理解して支援してくれるケア
外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解したかかわり

第6因子：人間性豊かなかかわり (3)

確定診断のための検査を受ける時など求めに応じて手を握ってくれるケア
お互いを姓名で呼び合う関係を築けるようになら関わってくれるケア
看護師が身近な親しい人のように接してくれる

第7因子：意志の疎通 (3)

ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するようになら関わってくれるケア
患者とコミュニケーションをとるよう心がける
ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するようにならかかわり

資料16 がん看護専門看護師から抽出されたケアリング行為163の分類

特定の場において、対象者の人格を尊重したアートとサイエンスを駆使したケアの実践 (70)

対象者の背景や状況からアセスメントするだけでなく、現在の苦痛や望みは何かを引出し支援する。
対象者の苦悩に焦点をあて緩和できるよう支援する。
家族構成や家族の状態をアセスメントして支援する。
対象者の心身の状態を多角的に分析し把握する。
対象者の希望を支える。
いろいろなプレゼンテーションを行い多方面から対象者の意志を確認する。
看護師としての存在価値や有用性を示すことは信頼関係につながることを認識している。
対象者や家族の状態を多角的に分析し把握する。
対象者や家族に必要なケアを適確に実施する。
対象者の同意を得て関わることの大切さを認識している。
対象者が何を大切にしているかを知ることの大切さを認識している。
対象者や家族に必要なケアの優先順位を的確に判断する。
現在の病態から緊急性を判断し、今必要なケアを行う。
意志決定されたことが対象者の本意であるかを確認する。
看護倫理に基づいて発言し対象者を擁護する態度がある。
がんサバイバーとしての生活に視点をあてた支援の大切さを認識している。
ボディイメージの変容などから自尊感情が低下しないように支援する。
人間は最後まで成長することを理解し支援する。
がんに罹患し余命が短くても人生は長さじゃないことを認識し支援する。
グリーフケアの大切さを認識している。
謙虚であり誠実である。
人として亡くなって逝くというプロセスの中で教えられることが多い事を認識している。
対象者に関心をもって居合わせる。
患者の言動の背後にあるものを理解し支援する。
対象者の安全のリスクと看護が折り合えるように支援する。
対象者にとって良い支援かを常に考えて関わる。
対象者を中心とした一貫性のある態度で支援する。
対象者の大切にしているものを看護師の立場から大切に支援する。
対象者が今望む（例えば、命をかけてまで家に帰りたい）ことの本質を理解し支援する。
対象者自身も本当に望んでいることが分かっていないことがあるので丁寧聞く。
医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度に少しナビゲートする。
対象者の対処能力に応じて支援する。
どの病期においても、対象者の価値観や希望、思いを大事にする。
対象者が大事にしていることを語ってくれるように生活面や病状などから話を聞く。
対象者の大事なことは言語化して確認する。
日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する。
疼痛のコントロールができるように支援する。
スピリチュアルペインを把握し支援する。
対象者の希望や気持ちをタイムリーにキャッチして支援する。
時間に限りがあるため、対象者の希望を引出し確認する。
在宅療養を希望する場合は、状況に合わせて訪問看護や在宅医などを手配し支援する。
手術、術後補助療法や化学療法、再発転移した時期に応じた関わり方を認識している。
最初がんと診断される前の検査の段階の不安の大きさを認識している。
組織診後に確定診断がつくまでの心情について認識している。
外来での定期検診の時も、不安が強く結果を聞くまでは食事が喉を通らない状況があることを認識している。
咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑う状況を認識し支援する。
少しの体調の変化で不安になり心理的に不安定な状況になることを認識している。
初発の時より、転移や再発の時のほうがショックが大きいことを認識している。

使える抗がん剤がなくなり、緩和ケア中心（BSC）になる時のショックを認識し支援する。
がんの診断時期から、最後の死を迎えるまでの不安の要素が異なることを認識している。
身体感覚として倦怠感や疼痛などを自覚することは不安を増長させることを認識している。
カルテを綿密に見て再発や転移の状況を含めた病態を把握して面接に臨む。
病態と対象者の思いを包括的にアセスメントすることの大切さを認識している。
病態を把握してアセスメントした結果、予後を考慮した意志決定を支援する。
どんな状況でも一緒に最善は何かについて考えていくようにコミットメントする。
コミュニケーションスキルを活用して支援する。
対象者のSOSのサインは確実に捉え迅速に対処する。
対象者に関心をもって居合わせる。
対象者の大事なものを日々の営みの中で大事にして支援する。
言葉のかけ方を考慮し、コミュニケーションスキルを活用して支援する。
対象者が話せる身体状況をつくることの大切さを認識している。
心身の痛みや苦痛に適切に対処する。
心身の苦痛が緩和されるように日常生活援助を行う。
痛みなどの症状コントロールができるよう支援する。
バッドニュースなどの悪い状況の中でも対象者の感情を受け止めて、一緒に歩いていくという姿勢でかかわる。
対象者が最後まで意志決定できる場所は「自分のことは自分でできる」ことであることを認識している。
対象者が最後まで意志決定できるように支援する。
対象者の意志を確認する。
生活背景などから対象者像を知るために関心をもって話を聞く。
対象者の本来の姿を把握する。

主体的に療養するための情報の提供（13）

選択肢を示すときには倫理的な問題を含め情報提供のありようを考慮する。
対象者の背景や状況を考慮した情報提供をする。
対象者が意志決定できるように多角的な視点から分析した状況を伝える。
対象者が心身の状態や自分を取り巻く状況を理解できるように説明する。
看護師の役割を分かり易く説明する。
対象者に意志決定の大切さが分かるように説明する。
フラットな関係でのインフォームド・コンセントはないことを認識している。
がんの治療や選択肢についての説明は、その結果も含めて対象者が理解できるように説明する。
現在の問題を対象者自身が解決していけるように対策を共に考える。
在宅で介護するために生じる不安を把握し、地域で受けられるサポートについて情報提供を行う。
在宅で介護するために生じる不安を把握し、必要な介護の知識と技術を指導する。
対象者が自分の生き様やあり様を認識できるように関わる。

対象者の尊厳を遵守し対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係（43）

対象者が何を望んでいるか把握できるように関わる。
「家で死ぬんだ」というように、一貫した対象者の思いを確認し支援する。
対象者の求めていることを確認しながら意思決定を支援する。
対象者の気持ちの揺れに沿って支援する。
かかわりは意思決定支援の連続であることを認識している。
対象者が見捨てられたと感じないように関わる。
最後まで対象者を支援することが伝わるように関わる。
辛くて悲しい中にもユーモアのあるエンゼルケアができるようにかかわる。
その人らしく逝けるようにその人らしさの確認を繰り返し行う。
対象者の尊厳を守ることが原則であることを認識している。
対象者の持ち物やパーソナルスペースに尊厳があることを認識している。
対象者の希望を把握できるように関わる。
対象者の言動が理解できるように疑問をもって関わる。
対象者に関心をもち続ける。

主語が対象者に置き換わるように関わる。
対象者との境界がなくなるように関わる。
対象者の大事にしているものを丁寧に聞く。
対象者の大事にしていることを一緒に大事にする機会を持つ。
対象者が本当に大事にしていることを一緒に大事にする。
対象者が大切にしているものを共に大切に作る。
対象者の大切なものを徹底的に納得できようように理解する。
がんに罹患している現在の体験は1回きりであることを理解している。
対象者に関心を寄せる。
対象者の希望や思いに沿ってかかわる。
対象者の生き方や大切にしていることを共に大切に作る。
どんな状況であっても一緒に考えていくことをメッセージとして伝える。
ターミナルでもう化学療法が効かない時、今後どうするか一緒に考えていきましょうということを伝える。
化学療法とか大変なことがあるが、何がベストなのかを一緒に考え、これからも継続して関わっていくことを伝える。
対象者が適切に行動できない時はできない状況があったことを理解し支援する。
対象者がよく頑張ったところは、よく褒めてねぎらう。
対象者に関心をもち続ける。
対象者が大事に思うことを大事に思っている人がいることが伝わるように関わる。
対象者に関心を寄せていることが伝わるように接する。
対象者が自分のことをできるだけ（100%）わかってもらえると感じられるように関わる。
対象者が自分自身を理解してくれる人がいると感じられるように関わる。
「あなたがそれを大事にしたいなら、私も大事に思うからいいよ」という態度で支援する。
対象者の意見を無視しない。
自分のことを自分で決めることは人間としての権利であり支援されることを伝える。
対象者にとってネガティブな思考も、前向きだということを認識している。
ポジティブになれないその人のあり様を大切にしておく。
対象のネガティブな思考もその人の存在の仕方であることを認識している。
対象者の本来の希望を引き出し確認する。
対象者の真の問題や希望は何かについて確認し、それに合わせて関わる。

医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整（7）

対象者が意志を表出できる環境調整を行う。
対象者や家族の求めに対して迅速に対応する。
対象者や家族に意見の対立がある場合は調整する。
対象者と家族のよい関係が保てるように支援する。
見取りまでの体験をいい時間がすごせたと振り返られるようにかかわる。
初発の人には、がんの経過の中でいろいろ相談できる看護師だから、いつでも連絡をとっていただければと電話番号を伝える。
心身の苦痛を緩和するために必要な物的、人的環境を整える。

対象者や家族の状態を予測した支援（21）

対象者と家族の希望を確認し調整する。
遺族は地域で生活していかなければならないことを理解し支援する。
複数の健康障害者がいる家族では、一人のがん患者を中心に家族が動けない状況があることを認識して支援する。
家族が補完しあえるように支援する。
ケアについての家族の思いを把握する。
がんの予防に対する支援の大切さを認識している。
家族がケアに参加できるように関わる。
介護する家族の大変な状況を理解し支援する。
親（家族）の予期悲嘆の苦痛を認識し支援する。
遺族の悲嘆の苦痛を認識し支援する。

亡くなくても受け継がれていくものがあることを認識し支援する。
家族を亡くす悲しみは医療者とは比較できないほど大きいことを認識して関わる。
がんは治療やその経過が明らかになってきているため、予測性を生かして支援する。
在宅介護をしたい希望がある場合は訪問看護や往診の手配をして支援する。
家族である妻が現状を受け入れられるように傾聴しライフレビューを行い支援する。
家族の予期悲嘆を把握し支援する。
がんは死を連想させる病気であり、人生の終わりを意識させることを認識している。
エンドステージや再発の時、人生の有限性というカウントダウンの始まりを意識することを認識している。
対象者の希望だけでなく家族の希望を確認し支援する。
家で死にたいと希望がある時は、家族に家で看取る覚悟があることを確認し、最後まで家族と共に生活ができるように支援する。
病状などをアセスメントした上で、対象者や家族に最後をどこで過ごすかなど看取りの場面について確認する。

傾聴と双方向のコミュニケーション (3)

対象者に関心を寄せてコミュニケーションを図る。
対象者の気持ちを受け止めてコミュニケーションを図る。
対象者の話しを良く聴く。

ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制 (6)

対象者や家族に必要なケアができるような人員配置やマネジメントを行う。
患者中心の医療を支えるシステムづくりに取り組んでいる。
患者を中心とした医療チーム体制づくりに努めている。
がん医療チームは共通した目標をもつ協同体であることを認識している。
がんの全人的苦痛を緩和するためにチームで支援する体制づくりに取り組んでいる。
ベッドサイドでコミュニケーションをとることを支持する体制がある。

資料17 ケアリングの概念分析対象論文47

文献	分類	著者(発行年)	出版社・掲載誌	タイトル
1	看護	Benner P (1992)	医学書	ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー-
2	看護	Benner P (2004)	院照林社	エキスパートナースとの対話
3	看護	Watson J (1992)	医学書院	ワトソン看護論-人間科学とヒューマンケア-
4	看護	Watson J (2005)	日本看護協会出版会	21世紀の看護論-ポストモダン看護とポストモダンを超えて-
5	看護	Leininger M (1995)	医学書院	レイニンガー看護論-文化ケアの多様性と普遍性-
6	看護	Roach S.M.S (1996)	ゆみる出版	アクト・オブ・ケアリング
7	看護	Montgomery C. L (1995)	医学書院	ケアリングの理論と実践-コミュニケーションによる癒し-
8	看護	Newman M. A (1995)		看護論
9	看護	Locsin Rozzano C (2009)	医学書院	現代の看護におけるケアリングとしての技術力-実践のためのモデル-
10	看護	Boykin A & Schoenhofer. S. O (2005)	ふくろう出版	ケアリングとしての看護-新しい実践のためのモデル-
11	看護	Edelwich J, Brodsky A (2002)	医学書院	糖尿病のケアリング-語られた生活体験と感情-
12	看護	遠藤恵美子 (2001)	医学書院	希望としてのがん看護
13	看護	Fry S (2010)	日本看護協会出版会	看護実践の倫理第3版
14	看護	Picard C, Jones D (2013)	すびか書房	ケアリングプラクシス
15	哲学	Mayeroff M (1989)	ゆみる出版	ケアの本質
16	教育学	Noddings N (1997)	晃洋書房	ケアリング-倫理と道徳の教育-女性の観点から-
17	倫理学	Kuhse H (2000)	メディカ出版	ケアリング-看護婦・女性・倫理-
18	社会学	Nelson S, Gordon S ed (2007)	エンゼビサ・ジャパン株式会社	ケアの複雑性-看護を再考する-
19	社会学	Gordon S (1998)	日本看護協会出版会	ライフサポート
20	社会学	Weinberg D.B (2004)	日本看護協会出版会	コード・グリーン-利益重視の病院と看護の崩壊劇-
21	教育学	吉原恵子, 広岡義之 (2011)	風間書房	ケアリング研究へのいざない-理論と実践-
22	社会学	三井さよ (2004)	勁草書房	ケアの社会学-臨床現場との対話-
23	発達心理学	Gilligan C (1986)	川島書店	もうひとつの声
24	教育学	石川道夫, 田辺稔編 (1998)	中央法規出版	ケアリングのかたち-こころ・からだ・いのち-
25	看護	岩本テレルヨ (1997)	北里看護学誌	ケアリングを成立させる看護師の要件
26	看護	片岡純, 佐藤禮子 (1999)	日本がん看護学会誌	終末期がん患者のケアリングに関する研究
27	看護	操華子ら (1997)	Quality Nursing	患者・看護師が認識するケアリング行動の比較分析

資料17-1

28	看護	Swanson K. M. Empirical (小林康江ら訳) 1991 (1995)	Nursing Research (看護研究)	Development of a Middle Range Theory of Caring (ケアリングの中範囲理論の経験的な発展)
29	看護	佐々木吉子 (2005)	お茶の水医学雑誌	重症外傷患者の回復過程におけるコントロール感の推移と看護師のケアリングに関する研究
30	看護	犬童幹子 (2000)	日本がん看護学会誌	癌看護に携わる看護師のケアリングに関する研究-癌看護のケアリングに影響する要因調査
31	看護	酒井さゆり (2007)	新潟大学医学部保健学科紀要	ヒューマンケアリングの実践としての看護現象の構造- Jean Watson「Caritas Action」からの考察-
32	看護	田村美子他 (2013)	インターナショナル Nursing Care Research	看護師のケアリング行動
33	看護	松田光信, 浅田庚子 (1999)	看護研究	悲嘆状況にある患者のケア-ケアリングの観点から-
34	看護	國岡照子 (2004)	広島国際大学看護学ジャーナル	ケアリング倫理を問われる場面における意志決定過程
35	看護	Mizuno M, Ozawa M, David R. Evans, Okada A, Takeo K (2005)	国立看護大学校研究紀要	Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital
36	看護	Gregg Misuzu F, Magilvy Joan K (2004)	Japan Journal of Nursing science	Values in clinical nursing practice and caring
37	看護	Gunilla Martensson, Marianne Carlsson, Claudia Lampic (2010)	Oncology Nursing	Do Oncology Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress?
38	看護	Gunvor Lovgren, Birgitta Engstrom, Astrid Noeber (1996)	Scandinavian University Press	Patients' Narratives Concerning Good and Bad Caring
39	看護	Boonyanurak Puangrat et al (2002)	国立看護大学校研究紀要	An Investigation into Nurse's Behavior with regard to Human Caring,
40	看護	Tamura K, Kikui K, Watanabe M (2006)	Palliative & Supportive Care	Caring for the spiritual pain of patient with advanced cancer:A phenomenological approach to the lived experience.
41	看護	Sano T et al (2007)	Palliative & Supportive Care	Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan
42	看護	Eriksson E (2001)	European Journal of Cancer Care	Caring for cancer patients:relatives' assessments of received care.
43	看護	Endo E et al (2000)	Journal of Advanced Nursing	Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer.
44	看護	Christopher KA (2000)	European Journal of Oncology Nursing	Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours
45	看護	JM, Fall-Dickson, L. R (1999)	Oncology Nursing Forum	Caring for patient who experience chemotherapy- induced side effects:the meaning for oncology nurses
46	看護	Tarzian. Anita J (2000)	Journal of Nursing Scholarship	Caring for dying patient who have air hunger
47	看護	Carina Bertero (1999)	Cancer Nursing	Caring for and about cancer patient:Identifying the meaning of the phenomenon "caring" through narratives

資料17-2

資料18 ケアリングの属性の分類

属性(8)	属性の内容(25)	文献より抽出した属性(182)		
ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアする体制	ケアリングの価値を認めるチーム医療の一員である	7：患者に対するケアリングの価値を認める有能な医療チームの一員である		
	仲間同士の人的・経済的資源の交換など、助け合いがある	39：人的・経済的資源の交換（仲間同士、情報を交換したり助け合ったりしている）		
	対象者と個別に関わるための時間的側面の影響がある	47：時間指示や業務量が多いため患者と座って話したり個別の問題に介入することができないなど時間的側面が及ぼす影響		
アートとサイエンスを駆使する看護師の専門的能力と看護に対する姿勢をもつ		15：謙遜（ケアされている人からも常に学ぶという姿勢や自分の限界を認識する）		
		17：きめ細やかな注意を払い、正確にニーズを確認して応えていこうとする姿勢や気質		
		19：看護師たちの能力		
		19：それに気づいて意味を読み取るというアートとサイエンスが備わっている		
		20：患者一人ひとりの固有の状況やニーズに合わせて対応する能力		
		2：ケアリングの実践は「わざのartful」である一方で、相応の知識が必要であり、救命的な実践である		
		6：（能力）職業者としての責任を適切に果たすために必要とされる知識、判断能力、技能、エネルギー、経験および動機づけを有している状態		
		32：ケアリングを行うための専門的能力		
		32：ケアを行うための実践力		
		7：ケア提供者は実存的な方法で他者と関係を結び、そのレベルのコミュニケーションができ、それを維持していけるだけの資質をもっている		
		3：2感じ取り応答する能力		
		6：（良心）道徳的意識を持つ状態、ものごとに対する道徳的にふさわしい行動へと人を導くような羅針盤		
		25：高いモラル（謙遜・熱意・意欲）		
		10：信頼される平静さ		
		11：患者への倫理的な配慮と時間の有効活用との均衡を保つ		
		23：責任		
		36：患者を擁護する		
		15：勇気（信頼し希望をもちケアする力）		
		24：誠意		
		15：信頼（他者の独立性の尊重・自分の直観への信頼）		
		42：プロ意識		
		45：プロフェッショナルとしての責務に基づく行動		
		44：看護師はいつも正直である		
		45：自己および患者のための擁護		
		31：科学的で卓越した看護技術		
		42：専門的技術		
		3：（ケアする人の態度）ケアする相手をこの世に一人しかいない独自の存在として対応し、相手の感情を把握し、その人を一般の人から区別すること		
		7：「資源利用による強化」、「擁護」、「信頼」、「敏感さ」、「かわり」、「共にあること」、「肯定的な意味と希望の創造」、「能力」という行動的資質		
				1：存在すること：患者と共にいる
				5：介助的・援助的・指導的・実践的なしかたでクライアントと家族と共にいる
9：全人的に他者を知ろうとして真摯に向き合っている存在している				
10：真にその人と共に存在しようとする				

<p>特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践</p>	<p>共にいる・存在する</p>	10：（信頼される穏やかさ）豊かな人間性を持ち、他者と意図的に共にいること
		28：共にいること
		30：共に存在する
		19：患者のためにそこにいる
		33：存在（患者のそばに居ること）
		36：患者と共にいる
		14：寄り添い
		46：現在の痛みへの寄り添い
	<p>対象者と看護師の関係において特定の場で気づかいのある適切なケアを提供する</p>	1：痛みの管理やコントロールを行う
		41：症状コントロール
		2：気づかいに満ちたケアと技術的なノウハウknow-how〔実践的な知識〕
		6：特定の場面の中で、実際の行動の中で具体化されることによって表現される
		9：思いやり、信頼、義務、良心を意図的に含んだケア
		27：専門的知識、技術に基づいた適切で安全なケアの提供
		28：誰かのために行うこと
		31：看護師の根気強い緩和ケア
		31：心地よいケア
		18：看護師が全人医療を医学的な知識と技術を用いて行うこと
		1：看護における身体的ケア（患者のために何かをすること）、技術を用いたケア（医学的なケア）、および心理社会的なケア（話すこと）をバランスよく行う
		18：看護師は自分の感情をコントロールしながら、冷静に患者を励ます
		38：一般的（スタッフが対象者のニーズを認識する、適切なケア）なケア
		38：仕事（適切な緩和、適切な痛みの緩和、待たせない、柔軟なルーチン）
		19：患者の嘆きに関心を向け、中心となってケアを提供する
	<p>感じとり応答する</p>	24：その場のニーズを解決するのに役に立つ専門的な知識を用いる
		4：行為すること
		44：個別的にケアする
		44：恐怖を感じる時に恐れを緩和しようとする
		46：ファインチューニング（状況に応じた細やかな調整）
		6：（感じとり応答する能力）価値への応答・思慮分別のある応答を示す
		6：（コミットメント）欲求と責任との収斂によって、またそれらに従って熟考した上での行為の選択によって特徴づけられる複合的な感情的応答
		10：ケアリングを行う人として他者を理解するという責任を果たし、大事な人としてケアリングを行う他者へ応答する
	<p>安らぎと安全が感じられる支援を保証する</p>	19：手を使ったケアを通して、看護師は患者の身体的な状態を把握し、患者の不安や恐怖心に気がつく
		39：対応の仕方（相手のニーズを十分満たしているなど）
24：「応答性」とそれに伴った「責任」		
15：リズムを変えること（状況に応じたケア）		
14：安らぎと安全を感じてもらえるようにケアを提供することを保証する		
34：創造的な問題解決		
42：信頼性		

	対象者の人格を尊重し認める	<p>1：安楽にし、その人らしさを保つ</p> <p>10：必要な時に存在し、他者が成長するための時間と空間を提供する</p> <p>3：経験主体である個人の主観的・内的世界と、患者と看護婦双方が健康―不健康の状態をどのように認識し経験しているかに重きを置く</p> <p>16：人間の才能や能力の多様性に真の敬意を払う</p> <p>19：物事を決める時に一緒に決める</p> <p>19：ある人にとってはかけがえのない人間なのだと認める</p> <p>34：人格を尊重し認める</p> <p>39：物事の決め方（相手の人権を尊重しているなど）</p> <p>1：患者が自分自身の回復の過程に参加し、コントロールすることを最大にする</p> <p>9：患者を物ではなく、尊厳と自律に満ちた人、自分の希望、夢、志を生きようとする人間としてみる</p> <p>11：「糖尿病患者」としてではなく、ひとりの全体的な人間として接する</p> <p>19：受け入れる態度</p> <p>17：各個人や状況があるがままに受け止める</p> <p>35：患者も個別性を持つ人間であることを良く理解している</p> <p>40：患者の関心事の意味を解釈し、その意味を共有する</p> <p>44：権利を尊重する</p>
	対象者を理解できるように知る	<p>3：健康問題に対してどのように振る舞い、対応するかについて知ること、人間ひとりひとりの欲求を理解し知ること、相手の欲求にいかに対応するかについて知ること、自分の強みと限界を知ること、相手の人となり、強みと限界、相手にとってその状況が持っている意味を知ること、思いやりと共感を示し、成長し、強化するやり方を知ることである</p> <p>5：可能なかぎり自然的もしくは人間的なしかたで人々を理解し認識する</p> <p>10：本当に心を開くこと、そしてケアリングする人として意図的に他者を知る</p> <p>28：知ること</p> <p>15：知識（知ること）</p> <p>13：どのようにその人々が彼らの世界を経験しているかについて関心を示すこと</p> <p>15：正直（あるがままの相手を見る）</p> <p>4：知ること</p> <p>34：ホリスティックな視点</p>
主体的に療養するための情報の提供	主体的に療養できるように支援する	<p>26：自分の限界を受容しながら苦難に立ち向かえる</p> <p>28：可能にする力を持たせること</p> <p>29：自ら理解し行動するための手はずを整えようとする支援</p> <p>30：方向づける</p> <p>35：わかりやすく適切な表現で情報を伝え、患者によく理解できるようにする</p> <p>20：疾病を体験している気持ちについて話し合う</p> <p>1：情緒的・発達のな変化を通じて患者を導くこと</p> <p>2：1相手の伸びる力を信じること</p>
	情報を提供し療養を容易にする	<p>14：患者が置かれている環境を理解できるように情報提供する</p> <p>37：説明と事を容易にすること</p>
	対象者の尊厳を守る	<p>28：信念を維持すること</p> <p>13：他者の人間としての尊厳を温存したり保護したりする行動</p> <p>3：個人と人間の生命とに深い思いを寄せ、人間の自立と関係の深いパーターナリスティックでない価値観、選択の自由に対して深い敬意を払う</p> <p>39：人間性に対する理解（相手の人間性を理解し、大切にしているなど）</p> <p>36：人間としての関係</p> <p>23：正義</p> <p>29：傷つきやすさを気に留めながら回復を見守ろうとする姿勢</p>

対象者の尊厳を遵守し患者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係	共感する	24：共感
		34：共感
		36：患者の気持ちを考える
		21：他者の痛みや苦悩に共感すること
		39：癒し（相手を理解し、共感しているなど）
	関心を向ける	17：他者への関心
		4：関心
		19：患者の生活や病棟での様子に何か変わったことはないか、いつも注意が向けられている
		29：伝えられない思いを読み取り満たそうとする行為
	対象者を中心に支援を行う	40：患者に耳を傾け、患者が大切にしていることに常に留意する
		25：ノルマ・マニュアルを超えた対応（態度・時間的対応・技術的能力）
		26：希望が支えられる
		32：側で見守り力を引き出す
		19：一人ひとりの患者の生活状況をきめ細かに学習し、その人となりを理解し、どのようなケアが適切なかを考えていく
	対象者と看護師の境界がなくなり一体化するような関係づくり	22：「生」の固有性に合わせた固有な働きかけ
		15：希望（相手が成長していく・自己実現する可能性）
		1：献身的にまき込まれる関係
		3：トランスパーソナルなケアという関係
		1：（癒しの関係）雰囲気づくりをして癒しへの意欲を高める
		7：「深い情動的なかわり」、「自己認識と自己の目的活用」、「相互主観性」、「美的感覚」、「超越性」という関係のあり方
		31：不即不離に時を共にする患者－看護師関係
		8：自己に対する執着から開放され、存在することに身をゆだね、心を開く
		16：他のひとの実相を理解し、できるだけ入念にそのひとが感じるままに感じとること
		39：人との関係性（相手のニーズを察しようとしているなど）
		40：患者の世界を生きる
		45：患者の経験の苦しみの中に引き込まれる
		15：ケアする者とケアされる者との基本的関係は、差異の中の同一性の関係である
対象者を主体とした相互関係を維持する	26：サポートされていることに気づくことができる	
	6：（信頼）真に頼ることのできる関係を生み出していくような質	
	10：看護場面における人の相互作用	
	11：共感的で支持的な関係を維持する	
	12：その人が自分の人生の軌跡をなぞる手助けをする	
	26：信頼が深められる	
	36：患者と連携する	
対象者に伝わるように気づかいや配慮を行う	38：関係（尊敬されている、親しみやすさと優しさでケアされる、自分自身のケアに関与している）	
	2：気づかっていることを患者に伝える	
	15：忍耐（相手の成長に対する敬意）	
	2：医療者の細かい調整、思いやり	
	23：他人に対する思いやりと配慮	
	21：気づかい、思いやり	
	30：看護師の気遣い	
	32：誠心誠意をつくす	
4：配慮		
6：（思いやり）すべての命あるものに対する私たちの関係を意識すること		

医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整	安心して療養できる環境を調整する	33：場所の選択（尊重：プライバシーの保護） 37：安楽 26：自己の安定が保たれる
	医療者と患者・家族が連携する	41：在宅緩和ケアサービスにおける医療者と患者・家族の連携
対象者や家族の状態を予測した支援	対象者や家族の状態を予測した支援を行う	1：患者の家族に、情緒的なサポートと情報提供的サポートを行う
		47：患者と近親者のニーズを満たすための行動
		41：家族の絆を尊重
		43：家族のパターン認識への支援
		42：重要他者がケアに参加できる機会の提供
人間的な親しみを感じられるかかわり	意図的にタッチングを行う	1：触れることを通して安楽をもたらし、コミュニケーションを図る
		33：意図的タッチ
		20：笑顔や手を握る
	人間的な親しみやすさでかかわる	37：近づきやす
		45：友人のような共感
		5：他者に対する人間的な関わり方である
		42：親しみやすさ
傾聴と双方向のコミュニケーション	傾聴し双方向のコミュニケーションを図る	30：聴く
		31：思いの傾聴
		33：積極的傾聴
		35：患者の話しに耳を傾ける
		36：患者の話しを聞く
		39：会話の仕方(相手の気持ちを理解し、傾聴しているなど)
		2：双方向のコミュニケーション

資料19 ケアリングの先行要件の分類

先行要件の内容(4)	先行要件の内容(11)	文献より抽出した先行要件(62)	
看護師の倫理的・道徳的態度	倫理的・道徳的意識をもつ	5：倫理的・道徳的意識	
		3：間主観的なケアの理念への熱意	
		6：人間の存在様式	
		16：ケアリングの倫理はケアするひとの、行い以前の意識に位置づける	
		17：看護師の道徳的経験	
		23：何人も傷つけられるべきではない（倫理）	
		34：人と人の関係と倫理	
	2：礼儀作法		
	人間を大事にする	20：人間を大事にする 24：自己ケア（自己犠牲や自己欺瞞ではない）	
	自我の関与がない	21：先入観を持たない 36：看護師の価値観が看護実践に影響する 7：ケア提供者の側の自我の関与がないこと	
看護師と対象者・家族の関係	看護師と対象者の関係がある	1：看護婦－患者関係	
		2：関係性	
		7：相手が参加すること	
		8：関係	
		9：相互のかかわり合い	
		10：看護場面は、最低2人の関係	
		12：パートナーシップ	
		25：患者と看護師の関係	
		26：患者－看護師関係	
		30：関係	
		31：相互関係	
		18：今の患者を支援していく	
		19：患者と看護師の関係	
		13：看護師と患者との関係	
		14：患者と看護師の関係	
		24：ケア関係	
		33：患者－看護師関係	
		22：関係	
		44：看護師－患者関係	
		42：看護師－患者関係	
	45：看護師－患者関係		
	47：対人関係		
	15：ケアの対象者が変わらないこと		
	40：相互作用		
	看護師と対象者・家族の関係がある	在宅で対象者と家族が療養する意志がある	28：重要な他者との関わり
			46：看護師－患者・家族関係
			43：看護師－患者・家族関係
		41：在宅で患者と家族が療養する意志がある	

資料19-1

看護場面で具現化できる看護師の知識・技術力	看護の知識と技術をもつ	5：文化に基づく看護の知識と技術
		11：人と接する技術
		7：一定レベルの技術と経験
		10：知識
		36：看護師のもつ知識と技術
		15：ケアする能力
	看護場面で具現化される	32：看護師としての経験
		6：特定の場面の中で、実際の行動の中で具体化されること
		9：看護場面
	ケアする意志がある	39：看護師の患者への日々のケアを通して実現される
		1：十分な心づかいをしようとする
		4：ケアリングについての意図的意識をもつこと
9：ケアという知識に根差した意志		
29：看護師が意図的に行う看護行為		
対象者の認知力と生への意味づけ	ケアを認知することができる	41：ケアする意図
		35：患者が認識できる
		37：ケアを認識する
		38：患者が認識する
		27：受け手である患者はそれを認知することができる
	15：ケアを受容する能力	
生への意味づけがある	22：ケアされるあり方はその人の生への意味づけで異なる	

資料20 ケアリングの帰結の分類

帰結(6)	帰結の内容(27)	文献より抽出した帰結(90)	
看護師の自己実現	看護師の成長	36：自分で実現することの看護の意味を理解する	
		47：看護師の成長	
		40：看護師は新しい見解を抱く	
	看護師の人間性を高める	12：看護師の成長・成熟	
		9：看護師の人間性を高める	
		31：看護師のやりがい	
	看護師のやりがい	30：がん看護に対する手応え	
		1：看護師は希望がもてる	
看護師と対象者・家族のつながり感のある関係	家族の成長	41：家族の絆が深まる	
		42：重要他者の適応	
		12：成長と成熟（家族）	
		36：変化する（家族の人生）	
	つながり感のある関係	43：家族の率直さ、親密さ、および誠実さの向上	
		23：人間関係の維持	
		31：つながり感と自然な関係	
		21：人々の生活と人生に寄り添いつながる	
	結びつきを強める	39：相互信頼	
		14：結びつきを強める	
		47：対人関係の発展と維持	
健康の回復・増進、自立	自立	29：回復や自立を促進する	
		31：生きる意欲を高める	
		19：病気を治し、困難にうまく対処していけるようにする	
	受容	18：新たな自分一尊厳を受け入れることを可能にする	
		40：死と向き合うことができる	
	適応	11：「生きること」への適応	
		18：患者もその家族も今の状態に適応できるようになる	
	自己の強化	10：人間性を高め生き方を強化する	
		7：自己を強化し、力づけてくれる	
		2：患者がもっている力を育てる	
	コントロール感の維持	3：患者が自分に関する知識を得、コントロールできるようになる	
		29：与えられた状況において、行動や環境を統制するコントロール感の維持	
	治療的効果の促進	5：治療的効果を促進	
	治癒力を高める	7：患者自身の固有の治癒能力を促進	
	28：治癒力を高める		
回復への意欲	2：回復への意欲		
健康の回復・増進	44：健康の回復		
	13：健康の増進		
対象者の自己実現	対象者の人間的な成長	6：人間的な成長	
		12：成長と成熟	
		7：自己成長と自己発見	
		10：成長する	
		9：患者の人間性を高める	
		4：全体性・統合性を維持	
		8：広がりゆく意識の拡張	
		12：そのプロセスでその人が自分のパターン（全体的有り様）に気づく	
		34：成長と変容	
		36：変化する（患者の人生）	
		43：変容	
		47：患者の成長	
		価値の転換	23：人間の生活に対するいっそう生産的な見方
			40：価値観を再考し価値の変換を図る
	対象者の自己実現	6：自己実現	
		26：自己実現	
		15：ケアを通しての自己実現	
		36：人生の意味を示す	

対象者の尊厳の維持	対象者の尊厳の維持	4: 尊厳を維持
		17: 一人ひとりの自律性と権利の尊重
		22: その人らしさを生かす
		13: 尊厳を守る
		34: 内的力への深い尊敬
		41: 最後まで自分らしさを保持
対象者の生活の質の維持・向上	安寧	25: 安寧
		26: 安心や安寧が得られる
		29: 患者の安寧
		31: 患者の信頼、安心、満足感
		16: ケアされる人ひとりの安寧の促進
		20: 安らぎ
		13: 安寧の推進
		35: 患者の安寧
		24: その場のニーズの解決
		38: 患者の良い状態
		39: 安堵
		39: 心の平穏
		2: 安心感を得る
		1: 患者は希望がもてる
	苦痛の緩和	40: 苦痛の緩和
		45: 苦痛の緩和
		37: 精神的苦痛の軽減
		33: (悲嘆の)介入の成功
		46: 苦痛の緩和
	平穏な最後	41: 平穏な最後
	安全	20: 患者の安全
	質の高い個別的なケア	27: 質の高い患者中心の看護
		32: 看護の質の向上
		37: 個別的なケア
		31: QOLの向上
	元の生活世界の回復・維持	2: 元の生活世界を回復・維持
	癒し	3: 癒せる
19: 癒す		
39: 癒し		

資料21 研究1. 2. 3における新たなケアリング行為の抽出と分類

第1因子:チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行(14)	治療の副作用が日常生活に及ぼす影響を考慮して身体的ケアを行う.	安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う. 化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア 治療による副作用が日常生活におよぼす影響に配慮したケア
	治療や検査等に伴う心身の苦痛の緩和を行う.	心身の痛みや苦痛に適切に対処する. 心身の痛みや苦痛に適切に対処する. 放射線療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア 化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア 化学療法に伴う心身の苦痛に適切に対処してくれるケア 化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア 化学療法の副作用に伴う心身の苦痛が緩和されるような日常生活援助をしてくれるケア 化学療法の副作用に対する個人への影響を考慮して支援してくれるケア 術後の痛みや苦痛を理解して関わってくれるケア 検診時の心身の苦痛に適切に対処してくれるケア 確定診断のための生検や骨髄穿刺を受ける時の不安を理解し関わってくれるケア
	日常の言動からは判断しがたい再発などへの不安があることを理解して支援する.	患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している. 不安が強く夜も眠れず一人でのときの孤独を察知して対処してくれるケア 知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解して関わってくれるケア 知性や意志の背後にさまざまな不安があることを理解し関わってくれるケア がんやがんに関連した検査や治療に対して不安が強いことを理解して関わってくれるケア 病理検査の結果を待つ時の先の見えない不安を理解して関わってくれるケア がんは平常心を保ちにくくさせる疾患であることを理解して関わってくれるケア 再発、転移という未来に脅威を感じながら日々を重ねていることを理解して関わってくれるケア 常に再発の不安や死を考えさせられる病気であることを理解して関わってくれるケア 病理検査の結果が出る時の不安の増強に対処してくれるケア 不安へのコントロール感覚を見失わないように支援してくれるケア 危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける.
	再発が与えるショックの大きさを理解して支援する.	再発が与えるショックの大きさをわかって対処してくれるケア
	スピリチュアルペインや心理・社会的苦痛を理解し支援する.	なぜがんに罹患しなければならなかったのかなどのスピリチュアルペインを理解して関わってくれるケア 身体的な自覚とがんが与える精神的な負担には乖離があることを理解して関わってくれるケア
	プライバシーに配慮して支援する.	排泄のケアは羞恥心や尊厳にかかわることを理解して対処してくれるケア プライバシーに配慮した丁寧な対応をしてくれる. 一人の人間として敬意が感じられるかかわり
	生き方や価値観を尊重して支援する.	常に患者を尊重して関わる. 患者を1人の人間として知る努力をする. 生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア 生き方や価値観を尊重して支援してくれるケア がんに罹患しても人格が変わるわけではないことを認識できるように関わってくれるケア 人間の尊厳を守るかかわり 個別的な気持ちを真剣に聞き対処していることが伝わるかかわり

	入院初期や治療開始及び告知の時などは、対象者の苦痛を理解して支援する。	入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意を払う。 病理検査の結果がバッドニュースとして告知された時の苦痛を察して見守りなどを含め適切に対処してくれるケア 告知の場面を想起させ現状を正しく認識させてくれるケア
	対象者のニーズの把握に努め、パートナーシップに基づき敏感に対応する。	患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。 患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。 何を求めているかを知る努力をして支援してくれるケア 心身の苦痛を理解しパートナーシップに基づいた支援をしてくれるケア 診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにやむを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する。 患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する。 患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。
	状況を的確に判断し対処する。	安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。 看護師が十分な知識、技術を備えている。 術後の回復に必要な対処が適切になされていることが伝わるケア 状況を的確に判断し対処してくれる。 患者にとって医師が必要な時期を判断する。 患者がいつでも医師に質問できるよう支援する。 患者がいつでも医師に質問できるように支援する。
	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりを行う。	よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。 より良いケアができる関係づくりや組織づくりに努めている。 その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する。
	対象者を中心に療養が支援される職場風土の環境づくりを行う。	ケアを受ける人を中心に療養が支援される風土がある環境
	対象者を中心に支援を行う看護師が認められる体制の環境づくりを行う。	患者中心の支援を行う看護師が認められる体制の環境
	外来でのケアが支持される体制づくりを行う。	外来でのケアが支持される体制づくり
第2因子:患者が主体的に療養できるための情報の提供(3)	患者会やサポートグループなどと交流の機会がもてるように情報を提供する。	同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する。 患者会やサポートグループなどとの交流の機会がもてるように支援してくれるケア 患者同士の交流の意義を理解し、交流できる場や患者会に参加できるように情報提供してくれるケア
	セルフケアに必要な知識や技術を提供する。	患者がセルフケアできるように支援する。 患者がセルフケアできるように支援してくれるケア 化学療法を受ける対象がセルフケアできるような情報を提供してくれるケア 化学療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれるケア 放射線療法のセルフケアができるような適切な情報を提供してくれる。

	対象者が納得して治療を受けられるように、セカンドオピニオンや現在必要な情報を提供する。	<p>患者に必要と思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する。</p> <p>納得して治療を受けられるようにセカンドオピニオンや求める情報を提供してくれるケア</p> <p>自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する。</p> <p>病気と治療について理解できるように必要な情報を提供してくれるケア</p> <p>自分の病気と治療について何を知っておくこと大切か、分かり易い言葉で患者に説明する。</p> <p>病気について学習し治療の選択や経過を理解できるように支援してくれるケア</p> <p>術後の身体的変化や症状に対する適切な情報を提供してくれるケア</p>
第3因子: 患者中心の支援(8)	治療方針や治療計画を理解しているか確認し、ケアプランや療養の仕方について対象者の意見を取り入れる。	<p>患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する。</p> <p>患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。</p> <p>患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。</p> <p>治療方針や治療計画に納得して療養することの大切さを理解したかかわり</p> <p>患者が治療方針や治療計画に参加できるように関わってくれるケア</p> <p>ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる。</p>
	常に対象者を中心にしてかかわる。	<p>常に患者を中心に考えて行動する。</p> <p>がんや医療に対して患者が主体であることを認識できるように支援してくれるケア</p> <p>全人的な視点からケアを選択し対処してくれるケア</p> <p>告知に至る経過や準備状態を考慮し対処してくれるケア</p>
	対象者が現状を受け止め、自己決定できるようにかかわる。	<p>訴えや相談に対して、個々の状態を判断し納得できる説明や対処をしてくれるケア</p> <p>時間の経過や状況の違いを考慮した受容への支援をしてくれるケア</p> <p>療養に対する希望の表出や自己決定を支えてくれるケア</p> <p>自己決定を尊重し支援することを伝えてくれるケア</p>
	対象者に関心を寄せ、苦痛を受け止めていることが伝わるようにかかわる。	<p>看護師が自分の苦痛を受け止めていることが感じられる関わり</p> <p>関心を寄せていることが伝わるように接してくれる。</p> <p>関心を持っていることが感じられる関わり</p> <p>脱毛によるショックなどの苦痛を受け止めていることが感じられる関わり</p>
	喪失に伴う自己概念の揺らぎを理解してかかわる。	<p>乳房切除などの喪失に伴う自尊感情の低下を支えてくれるケア</p> <p>がんに罹患することに伴う自己概念の揺らぎを察知して対処してくれるケア</p> <p>親からもらった身体が傷つくというボディイメージの変容に配慮したケア</p> <p>がんは哲学的な事を考えさせる病気であることを理解して向き合ってくれるケア</p> <p>がんと向き合う中で自己概念の揺らぎに伴う苦痛を察知して対処してくれるケア</p>
	がんを患う個人の1回きりの体験であることを理解してかかわる。	<p>手術の回数や大きさに関わらず一回きりの個別的な体験であることを理解したケア</p> <p>がんを患う個人に関心を向けて関わってくれるケア</p> <p>一人一人の患者は個別の存在であることを認識して支援してくれるケア</p> <p>個別の対象であることを認識したかかわり</p>

	<p>定点観測のように対象者の置かれている位置が理解でき現実的な目標を設定できるよにかかわる。</p>	<p>患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。 患者の価値観を考慮した現実的な目標を設定できるように支援してくれるケア ライフスタイルを見直し新たな目標を見い出すことができるように支えてくれるケア 定点観測のように自分の置かれている位置がわかるように支援してくれるケア がんに罹患することが仕事やライフスタイルに影響することを理解し対処してくれるケア</p>
	<p>対象者の状態や治療に関して良い面を見出し励ます。</p>	<p>患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます。 プラスの面を見い出せるように支援してくれるケア</p>
第4因子:安心して療養できる環境の調整(3)	<p>対象者のケアや与薬の時間などを守る。</p>	<p>時間どおりに患者の治療や与薬を行う。</p>
	<p>対象者にとって安全で快適な環境を整える。</p>	<p>患者にとって安全で快適な環境を整える（例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など）</p>
	<p>看護師とかかわる機会を保障するためにたぶたび見回り訴えやすいように声をかける。</p>	<p>言葉にできない時、求めていることをキャッチして対処してくれるケア 必要な時は弱音がはけるような窓口を示してくれるケア 患者をたびたび見回る。 看護師と関わる時間が保証されていると感じられるケア ナースコールには迅速に対応する。 何か問題があればすぐに知らせるように促す。</p>
第5因子:患者や家族の状態を予測した支援(3)	<p>対象者や家族は試行錯誤しながら療養していることを理解してかかわる。</p>	<p>患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる。 患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。 患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる。 患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する。 神経質になるくらい試行錯誤しながら養生に取り組んでいることを理解し関わってくれるケア がんと向き合うために頑張らずにはいられない状況を認識し支援してくれる。</p>
	<p>対象者同士の交流が療養に影響することを考慮してかかわる。</p>	<p>患者同士の交流が療養に影響していることを考慮したケア 同じ病気の人や仲間を失う時の精神的なダメージを理解して支援してくれるケア</p>
	<p>在宅療養では生活の中で疑問や不安が生じることを予測してかかわる。</p>	<p>外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解したかわり 外来患者は生活の中での疑問や不安があることを理解し支援してくれるケア 外来患者は生活に治療を組み込み、孤独な中で治療を受けていることを理解して支援してくれるケア</p>
第6因子:人間性豊かな関わり(6)	<p>対象者の求めに応じてタッチングを行う。</p>	<p>患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる。 確定診断のための検査を受ける時など求めに応じて手を握ってくれるケア</p>
	<p>対象者と姓名で呼び合う関係を築く。</p>	<p>お互いを姓名で呼び合う関係を築けるように関わってくれるケア</p>
	<p>身近な親しい人のようにかかわる。</p>	<p>看護師が身近な親しい人のように接してくれる。</p>
	<p>朗らかである。</p>	<p>朗らかである。</p>
	<p>適切な言葉づかいでかかわる。</p>	<p>適切な言葉づかいで接してくれるケア</p>
	<p>穏やかである。</p>	<p>穏やかである。</p>
第7因子:意思の疎通(3)	<p>対象者の話に耳を傾ける。</p>	<p>患者の話に耳を傾ける。 患者とコミュニケーションをとるよう心がける。</p>
	<p>患者の話を聴くときには、意識して座るようにする。</p>	<p>患者の話を聴くときには、意識して座るようにする。</p>
	<p>ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するよにかかわる。</p>	<p>ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するよに関わってくれるケア ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するよなかわり</p>

資料22 研究4.5における新たなケアリング行為の抽出と分類

<p>159</p> <p>資料 22-1</p> <p>特定の場において、対象者の人格を尊重しアートとサイエンスを駆使したケアの実践(19)</p>	日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する。	日常生活動作ができなくなることの苦痛を理解し支援する。 がんサバイバーとしての生活に視点をあてた支援の大切さを認識している。
	ボディイメージの変容などから自尊感情が低下しないように支援する。	ボディイメージの変容などから自尊感情が低下しないように支援する。
	看護倫理に基づいて発言し対象者を擁護する。	看護倫理に基づいて発言し対象者を擁護する態度がある。
	謙虚であり誠実である。	謙虚であり誠実である。
	人として亡くなって逝くというプロセスの中で教えられることが多い事を認識している。	人として亡くなって逝くというプロセスの中で教えられることが多い事を認識している。
	がんの集学的治療や健康の段階に応じた関わり方を理解し支援する。	手術、術後補助療法や化学療法、再発転移した時期に応じた関わり方を認識している。
	組織診などの検査や確定診断がつくまでの心情など、あらゆる健康の段階で不安の要素が異なることを理解し支援する。	最初がんと診断される前の検査の段階の不安の大きさを認識している。 組織診後に確定診断がつくまでの心情について認識している。 がんの診断時期から、最後の死を迎えるまでの不安の要素が異なることを認識している。 がんは死を連想させる病気であり、人生の終わりを意識させることを認識している。 エンドステージや再発の時、人生の有限性というカウントダウンの始まりを意識することを認識している。
	外来での定期検診の時も、不安が強く結果を聞くまでは食事が喉を通らない状況があることを理解し支援する。	外来での定期検診の時も、不安が強く結果を聞くまでは食事が喉を通らない状況があることを認識している。
	咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑い、心理的に不安定になることを理解し支援する。	咳や腰痛があるだけで肺転移や骨転移を疑う状況を認識し支援する。 少しの体調の変化で不安になり心理的に不安定な状況になることを認識している。 身体感覚として倦怠感や疼痛などを自覚することは不安を増長させることを認識している。
	転移や再発の時、使える抗がん剤がなくなり緩和ケア中心のベストサポータティブケアになる時のショックの大きさを理解し支援する。	初発の時より、転移や再発の時のほうがショックが大きいことを認識している。 使える抗がん剤がなくなり、BSCになる時のショックを認識し支援する。
	対象者のSOSのサインは確実に捉え迅速に対処する。	対象者のSOSのサインは確実に捉え迅速に対処する。
	対象者や家族の状態を多角的に分析し、優先順位を的確に判断し支援する。	対象者や家族の状態を多角的に分析し把握する。 対象者や家族に必要なケアを適確に実施する。 対象者や家族に必要なケアの優先順位を的確に判断する。 在宅療養を希望する場合は、状況に合わせて訪問看護や在宅医などを手配し支援する。 現在の病態から緊急性を判断し、今必要なケアを行う。 対象者の安全のリスクと看護が折り合えるように支援する。 対象者の対処能力に応じて支援する。 対象者の希望や気持ちをタイムリーにキャッチして支援する。
	がんの予防に対する支援の大切さを認識し支援する。	がんの予防に対する支援の大切さを認識している。
対象者の苦悩に焦点をあてスピリチュアルペインを緩和できるように支援する。	スピリチュアルペインを把握し支援する。 対象者の苦悩に焦点をあて緩和できるように支援する。	
医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度に少しナビゲートする。	医療者の経験知を生かして、選択の方向をいきすぎない程度に少しナビゲートする。 がんは治療やその経過が明らかになってきているため、予測性を生かして支援する。	

	フラットな関係でのインフォームド・コンセントはないことを認識して支援する。	フラットな関係でのインフォームド・コンセントはないことを認識している。
	言葉のかけ方を考慮し、コミュニケーションスキルを活用して支援する。	コミュニケーションスキルを活用して支援する。 言葉のかけ方を考慮し、コミュニケーションスキルを活用して支援する。
	痛みなどの症状コントロールができるように支援する。	対象者が話せる身体状況をつくることの大切さを認識している。 心身の痛みや苦痛に適切に対処する。 心身の苦痛が緩和されるように日常生活援助を行う。 痛みなどの症状コントロールができるよう支援する。 疼痛のコントロールができるように支援する。 カルテを綿密に見て再発や転移の状況を含めた病態を把握して面接に臨む。 家族構成や家族の状態をアセスメントして支援する。 対象者の心身の状態を多角的に分析し把握する。
	対象者が最後まで意志決定できるように支援する。	対象者が最後まで意志決定できるように支援する。 対象者の求めていることを確認しながら意思決定を支援する。 意志決定されたことが対象者の本意であるかを確認する。 病態を把握してアセスメントした結果、予後を考慮した意志決定を支援する。 対象者が最後まで意志決定できる場所は「自分のことは自分できめる」ことであることを認識している。 対象者の意志を確認する。 かかわりは意思決定支援の連続であることを認識している。 いろいろなプレゼンテーションを行い多方面から対象者の意志を確認する。 対象者の気持ちの揺れに沿って支援する。 自分のことを自分で決めることは人間としての権利であり支援されることを伝える。 家族である妻が現状を受け入れられるように傾聴しライフレビューを行い支援する。
	対象者のネガティブな思考もその人の存在の仕方であることを理解しかかわる。	対象者にとってネガティブな思考も、前向きだということを認識している。 ポジティブになれないその人のあり様を大切にしておく。 対象者のネガティブな思考もその人の存在の仕方であることを認識している。
	対象者の尊厳を守ることが原則であることを理解しかかわる。	対象者の同意を得て関わることの大切さを認識している。 対象者の尊厳を守ることが原則であることを認識している。 対象者の持ち物やパーソナルスペースに尊厳があることを認識している。 対象者の意見を無視しない。
	対象者が適切に行動できない時はできない状況があったことを理解しかかわる。	対象者が適切に行動できない時はできない状況があったことを理解し支援する。 対象者がよく頑張ったところは、よく褒めてねぎらう。
	看護師としての存在価値や有用性を示すことは信頼関係につながることを認識している。	看護師としての存在価値や有用性を示すことは信頼関係につながることを認識している。
	看護師の役割を分かり易く説明する。	看護師の役割を分かり易く説明する。

対象者の尊厳を 遵守し対象者と 看護師の境界が なくなり一体化す ような関係(12)	がんに罹患している現在の体験は1回きりであることを理解してかかわる。	がんに罹患している現在の体験は1回きりであることを理解している。
	対象者との境界がなくなるように関心を寄せる。	対象者が見捨てられたと感じないように関わる。 最後まで対象者を支援することが伝わるように関わる。 対象者の言動が理解できるように疑問をもって関わる。 対象者に関心をもち続ける。 主語が対象者に置き換わるように関わる。 生活背景などから対象者像を知るために関心をもち話を聞く。 対象者に関心をもち居合わせる。 対象者に関心をもち居合わせる。 対象者が自分自身を理解してくれる人がいると感じられるように関わる。 対象者との境界がなくなるように関わる。 対象者に関心を寄せる。 対象者に関心をもち続ける。 対象者に関心を寄せていることが伝わるように接する。 対象者が自分のことをできるだけ(100%)わかってもらえると感じられるように関わる。
	どのような状況でも常によい面を見出してかかわる。	人間は最後まで成長することを理解し支援する。 がんに罹患し余命が短くても人生は長さじゃないことを認識し支援する。 パッドニュースなどの悪い状況の中でも対象者の感情を受け止めて、一緒に歩いていくという姿勢でかかわる。 どんな状況でも一緒に最善は何かについて考えていくようにコミットメントする。 化学療法とか大変なことがあるが、何がベストなのかを一緒に考え、これからも継続して関わっていくことを伝える。 どんな状況であっても一緒に考えていくことをメッセージとして伝える。 ターミナルでもう化学療法が効かない時、今後どうするか一緒に考えていきたいと思いますということを伝える。
	グリーフケアの大切さを理解しユーモアのあるエンゼルケアができるようにかかわる。	グリーフケアの大切さを認識している。 辛くて悲しい中にもユーモアのあるエンゼルケアができるようにかかわる。 見取りまでの体験をいい時間がすごせたと振り返られるようにかかわる。 亡くなっても受け継がれていくものがあることを認識し支援する。
	対象者を中心とした一貫性のある態度でかかわる。	対象者を中心とした一貫性のある態度で支援する。 対象者にとって良い支援かを常に考えて関わる。
	対象者が本当に大切にしていることを一緒に大切にしておかかわる。	対象者の希望を支える。 どの病期においても、対象者の価値観や希望、思いを大事にする。 対象者の大事なものを日々の営みの中で大事にして支援する。 対象者の大切にしているものを看護師の立場から大切にしてお支援する。 対象者の大切にしていることを一緒に大事にする機会を持つ。 対象者が本当に大切にしていることを一緒に大事にする。 対象者が大事に思うことを大事に思っている人がいることが伝わるように関わる。 対象者が大切にしているものを共に大切にする。 対象者が今望む(例えば、命をかけてまで家に帰りたい)ことの本質を理解し支援する。

		<p>「家で死ぬんだ」というように、一貫した対象者の思いを確認し支援する。 対象者の希望や思いに沿ってかかわる。 対象者の生き方や大切にしていることを共に大切にする。</p> <p>「あなたがそれを大事にしたいなら、私も大事に思うからいいよ」という態度で支援する。</p>
	対象者の希望や大切にしていることを把握できるように丁寧にかかわる。	<p>対象者の大切なものを徹底的に納得できるように理解する。 対象者が大事にしていることを語ってくれるように生活面や病状などから話を聞く。 患者の言動の背後にあるものを理解し支援する。 対象者の大事なことは言語化して確認する。 時間に限りがあるため、対象者の希望を引出し確認する。 対象者が何を望んでいるか把握できるように関わる。 対象者の希望を把握できるように関わる。 対象者の大事にしているものを丁寧に聞く。 対象者の本来の希望を引き出し確認する。 対象者の真の問題や希望は何かについて確認し、それに合わせて関わる。 対象者が何を大切にしているかを知ることの大切さを認識している。 対象者自身も本当に望んでいることが分かっていないことがあるので丁寧に聞く。</p> <p>対象者の背景や状況からアセスメントするだけでなく、現在の苦痛や望みは何かを引出し支援する。</p> <p>その人らしく逝けるようにその人らしさの確認を繰り返し行う。 病態と対象者の思いを包括的にアセスメントすることの大切さを認識している。 対象者の本来の姿を把握する。 対象者が自分の生き様やあり様を認識できるように関わる。</p>
主体的に療養するための情報の提供(3)	対象者が意志決定できるように多角的視点から分析し情報を提供する。	<p>選択肢を示すときには倫理的な問題を含め情報提供のありようを考慮する。 対象者が意志決定できるように多角的な視点から分析した状況を伝える。 対象者が心身の状態や自分を取り巻く状況を理解できるように説明する。 対象者に意志決定の大切さが分かるように説明する。</p> <p>がんの治療や選択肢についての説明は、その結果も含めて対象者が理解できるように説明する。 対象者の背景や状況を考慮した情報提供をする。</p>
	地域で受けられるサポートの情報や介護に必要な知識・技術を提供する。	<p>在宅で介護するために生じる不安を把握し、地域で受けられるサポートについて情報提供を行う。 在宅で介護するために生じる不安を把握し、必要な介護の知識と技術を指導する。</p>
	現在の問題を対象者自身が解決していけるように必要な知識や技術を提供する。	<p>現在の問題を対象者自身が解決していけるように対策を共に考える。 化学療法の副作用を最小限に抑えて仕事を継続するためにセルフケア能力を高められるように支援する。</p>
医療者と対象者・家族が連携し安心して療養できる環境の調整(4)	対象者が意志を表出できる環境の調整を行う。	対象者が意志を表出できる環境調整を行う。
	対象者や家族の求めに対して迅速に対応する。	対象者や家族の求めに対して迅速に対応する。
	対象者と家族の意見を調整しよい関係を保てるようにかかわる。	対象者や家族に意見の対立がある場合は調整する。 対象者と家族のよい関係が保てるように支援する。
	対象者に必要な物的、人的環境を整える。	<p>初発の人には、がんの経過の中でいろいろ相談できる看護師だから、いつでも連絡をとっていただければと電話番号を伝える。 心身の苦痛を緩和するために必要な物的、人的環境を整える。</p>

対象者や家族の状態を予測した支援(6)	地域で生活する家族の状況を理解し補完しあえるように支援する。	遺族は地域で生活していかなければならないことを理解し支援する。 複数の健康障害者がいる家族では、一人のがん患者を中心に家族が動けない状況があることを認識して支援する。 家族が補完しあえるように支援する。 介護する家族の大変な状況を理解し支援する。
	家族の予期悲嘆の苦痛を認識し支援する。	家族の予期悲嘆を把握し支援する。 親(家族)の予期悲嘆の苦痛を認識し支援する。
	悲嘆の苦痛を認識しグリーフケアにかかわる。	遺族の悲嘆の苦痛を認識し支援する。 家族を亡くす悲しみは医療者とは比較できないほど大きいことを認識して関わる。
	対象者と家族の希望を確認し調整する。	ケアについての家族の思いを把握する。 対象者と家族の希望を確認し調整する。 対象者の希望だけでなく家族の希望を確認し支援する。
	家族がケアに参加できるようにかかわる。	家族がケアに参加できるように関わる。
	対象者や家族が最後をどこで過ごすかなど看取りの場面を確認しかかわる。	家で死にたいと希望がある時は、家族に家で看取る覚悟があることを確認し、最後まで家族と共に生活ができるように支援する。 病状などをアセスメントした上で、対象者や家族に最後をどこで過ごすかなど看取りの場面について確認する。
傾聴と双方向のコミュニケーション(3)	対象者に関心を寄せてコミュニケーションを図る。	対象者に関心を寄せてコミュニケーションを図る。
	対象者の気持ちを受け止めてコミュニケーションを図る。	対象者の気持ちを受け止めてコミュニケーションを図る。
	対象者の話を良く聴く。	対象者の話を良く聴く。
ケアリングの価値を認めるチーム医療の中で医療者同士が助け合いケアできる体制(5)	対象者や家族に必要なケアができるような人員配置やマネジメントを行う。	対象者や家族に必要なケアができるような人員配置やマネジメントを行う。
	対象者を中心としたチーム医療の体制づくりを行う。	患者中心の医療を支えるシステムづくりに取り組んでいる。 患者を中心とした医療チーム体制づくりに努めている。
	がん医療チームは共通した目標をもつ協同体であることを認識している	がん医療チームは共通した目標をもつ協同体であることを認識している。
	がんの全人的苦痛を緩和するためにチームで支援する体制づくりに取り組んでいる	がんの全人的苦痛を緩和するためにチームで支援する体制づくりに取り組んでいる。
	ベッドサイドでコミュニケーションをとることを支持する体制づくりを行う。	ベッドサイドでコミュニケーションをとることを支持する体制がある。