

2021 年度 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文

進行がん患者と看護師の対話がつもつ意味に関する現象学的研究

Phenomenological Study focusing the meaning of dialogue between  
nurses and patients with advanced cancer.

(学籍番号)	(氏名)
ND16N003	内田 恵

指導教員

主査	内布	敦子
副査	川崎	優子
副査	川田	美和
副査	浜渦	辰二

(提出日)

2021 年 3 月 10 日 提出

## <目次>

### 第Ⅰ章 序論

1. 緒言・・ 1
2. 本研究の目的と意義・・ 2

### 第Ⅱ章 文献検討

1. 病気や死にまつわる医療者と患者の対話・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. がん医療における対話の性質と死に関する話を話し合う難しさ・・・・・・・・・・ 5
3. がん医療、看護の実践において医療者が抱える困難やストレスの実態・・・・ 7
4. 進行がん患者との対話に影響する医療者側の態度と心の障壁（バリア）・・・・ 9
5. がん患者と医療者のコミュニケーションをすすめるための方法に関する  
研究・・ 12
6. 対話に関する研究方法  
1) 対話に関する様々な研究アプローチ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14  
2) 本研究で取り扱う対話の性質と研究方法の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17  
3) 本研究における現象学的研究の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18  
4) 本研究における現象学的分析の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

### 第Ⅲ章 研究方法

1. フィールドワークによる研究方法の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23  
1) フィールドワークのやり方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24  
2) フィールドワークで得られたこと  
(1) 各事例の概要・・ 24  
(2) 対話場面の有無とデータ収集の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25  
(3) 対話の経験に関する記述データの現象学的な分析-事例 6 について・26  
3) フィールドワークから研究方法を導くまで・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
2. 研究協力者  
1) 協力者の条件・・ 28  
2) 協力者の選定方法・・ 29
3. データ収集期間・・ 31
4. データ収集の方法  
1) インタビューの方法・・ 31  
2) データ収集の方法・・ 32  
3) インタビューの際の留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
5. データ分析の方法・・ 33
6. 現象学的方法の信頼性、妥当性、厳密性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
7. 倫理的配慮・・ 34

### 第Ⅳ章 結果

1. 研究協力者の概要・・ 36

2. 対話の場面が発生した時の各研究協力者の状況	37
3. 対話の場面における対話の成り立ちと経験の意味	38
1) 治療拒否の理由を探るうちに、生きたい患者の真意と壮絶な生活体験に圧倒され、凶らずも相手のことが理解できた事例	39
2) 病気が深刻で怖いが気持ちは言わない患者を前にして、気持ちに踏み込まず、必要な情報も伝わらなかった事例	42
3) 病気の進行や予後についての話ができるという感覚が合致し、抵抗なく話を聞き進めることで、相手のことが理解できた事例	46
4) 治療に前向きな患者に気持ちを聞くことができず、真意はわからないまま看護師としての任務を遂行した事例	50
5) 患者の死に対する覚悟を先行確認して、今後の過ごし方について落ち着いて話し合うことができた事例	53
6) 各事例における進行がん患者と看護師の間で行われた対話の様相	57

## 第V章 考察

1. 進行がん患者と看護師の対話において何が起きているのか	61
1) 対話の前提としての看護師がもつ患者への強い関心	62
2) 双方の文脈がずれるということ	63
3) 死に関する話に入るタイミングを計る	
(1) 患者の気持ちが聞けるかどうかをさぐる	64
(2) 患者の話せる状況を読む	65
4) 踏み込んで気持ちを聞く/気持ちに踏み込まない	66
5) 踏みとどまり関わり続けること	68
2. 看護師と患者にとっての対話の経験の意味は何か	68
3. 看護実践への示唆	70
4. 本研究の限界と今後の課題	72

## 第VI章 結論

謝辞	75
----	----

引用文献	76
------	----

付録・資料	86
-------	----

## 第 I 章 序論

### 1. 緒言

わが国では、1年間に101万人が新しくがんに罹患し、毎年少しずつその数は増えている（国立がん研究センターがん情報サービス，2018年がん統計予測）。内閣府が行った2016年度のがん対策に関する世論調査によると、がんに対する印象は「こわいと思う」人が72.3%で、その理由の上位4つは、「がんで死に至る」72.1%、「家族や親しい友人に負担をかける」55.2%、「痛みなどの症状」50.0%、「高額な治療費」46.3%であった。これまでの調査研究から、がんの病期を問わず2～4割の患者に不安・抑うつのみられることが知られ（小川，2010）、死にゆく患者は否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容といった一連の心理反応を引き起こす（Kübler-Ross E.，1969）ことが明らかにされている。死に直面した患者の複雑な感情反応が向けられやすいのは看護師であり（武井，2001，p.40）、患者の反応の根底には死への絶望感や無力感、孤独感などがあることが述べられている（Kübler-Ross E.，1969；武井，2001）。否定的感情を向けられた看護師も同じような感情を体験し、そのことが看護援助に影響している（大川，渡会，武井，1993；下平，上別府，杉下，2007）。

長くがん看護の経験がある看護師であっても、死に関する話題を持ち出すことに抵抗感や不安を感じており、終末期ケアに携わる看護師の多くが困難感やストレスを経験していることがわかっている（宮下ら，2014；西脇，小松，竹内，2011；柳原，松井，佐々木，中村，2108）。近年、終末期がん患者のケアに携わる医療者はコミュニケーションを改善するために、SPIKES（A Six-Step Protocol for Delivering Bad News：Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary、以下 SPIKES）や SHARE（SHARE プロトコール：Supportive environment, How to deliver the bad news, Additional information, Reassurance and Emotional support：以下 SHARE）などのコミュニケーションツールが開発され、実践の場で使えるよう教育や訓練が行われている（Delvaux et al, 2004；Fukui, Ogawa, Fukui, 2010；Moore, Rivera, Grez, Lawrie, 2013；Wilkinson, Perry, Blanchard, Linsell, 2008 など）。しかし、医療現場では患者を傷つけてしまう恐れから核心に迫る話題を避け、病気や死に対する患者の不安は語られないまま、医療者は対応に苦慮するという状況が頻繁に起こっている。実際に、筆者は看護師から患者の真意がわからず、どのように関わったらよいのかわからないという相談を受けている。いくつものツールが開発され教育、訓練が進んでも、患者と病気や死に対する不安について話しあい、わかりあう体験をしている看護師は少ないのではないかというのが筆者の現場感覚である。

悪い知らせや死に直面している進行がん患者との対話の場面ではいったいどのようなことが起こっているのか、その問いに対するこたえを見出すためには、対話の場面で進行がん患者と看護師の間に起こっている現象にアプローチし、その現象を理解することが必要である。しかし、日常的な会話や実践のなかで看護師がはっきりと意識しないまま行っていることや習慣化されていることを具体的に言葉にすることは難しく（松葉，西村，2014）、患者と看護師の対話に関する現象を記述した研究はほとんど行われていない。従って、進行がん患者と看護師の対

話の場面における両者の体験世界をありのままに言語化して記述し、それぞれにとっての経験の意味を明らかにする必要があると考えた。

## 2. 本研究の目的と意義

本研究の目的は、進行がん患者と看護師の対話の経験をありのままに記述し、それぞれ当事者の視点から両者の経験とその意味を明らかにすることである。本研究で分析する対話は、進行がん患者と看護師との間で行われるやりとりであり、転移再発等の生命を脅かすことやその周辺事項を含むものとする。対話の経験の意味が明らかになることによって、看護師はがん患者との対話の様相を理解し、対話のあり方について改めて考える機会を得ることができる。看護師の戸惑いや不全感などのネガティブな体験にも意味を見い出すことで、これまでの看護実践から一步前に踏み出すきっかけをつかむことになるかもしれない。さらに、がん患者との対話場面で看護師が気づかなかったことが描き出されれば、看護師自身が自分の対話の傾向に気づくきっかけにもなる。本研究で得られる結果は、看護師の対話能力を高める基礎になる可能性があり、看護師の実践の質向上に貢献することができると思う。とりわけ、2018年3月に厚生労働省が発表した改訂版「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」で注目され普及が急がれている「アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : 以下 ACP)」を実践していく過程で、当事者である患者と周囲の人々との間で起こる「対話」のあり様を見極める資料となりうる。

## 第II章 文献検討

### 1. 病気や死にまつわる医療者と患者の対話

病気や死にまつわる話をする前提として、がんの病名や治療方針についての説明と同意から始まる。がんの告知に関する歴史は長く、医療者と患者の対話について論じる前にこの点について触れておく必要がある。

がん医療の現場において病名告知や検査、治療を行う際の患者への説明と同意に関する議論は大きく変化した。米国の歴史においても、20世紀後半に至るまでは、患者への説明や承諾を得ず、医師が患者にとっての有益・無益を判断して治療を行うやり方（パターナリズム）が主であった。しかし、第二次世界大戦時のナチス・ドイツで行われた悲惨な人体実験の反省が基になった「ニュールンベルグ倫理綱領」（1947年）や、世界医師会（World Medical Association）による「ヘルシンキ宣言」（1964年）によって、同意のない実験が禁じられ被験者の権利が確立された。この流れは20世紀後半の公民権運動や消費者運動の高まり、「患者の権利章典」（1973年、米国病院協会）の制定などにより、患者の権利の確立へとつながった（石川，2011；宮坂，田村，木澤，2014）。告知に関する議論は、1950年代には告知すべきか否か、1960年代にはいつ、誰が、どのように伝えるべきか、1970年代には伝えた後にどのように支えるかという流れで進み（柏木，1996，p.150）、患者に関わる全てのことを伝える方向に速やかに変化した。日本においてもパターナリズムに基づく医療が長い間行われていたが、1990年代に患者の権利意識の高まり、「インフォームドコンセント」の考え方の普及、治療の選

択肢が増えたこと等により、本人への病名告知率は徐々に欧米諸国に近い数値に上昇していった (Ichikura, Matsuda, Kobayashi, Noguchi, Matsushita, 2015; 大石, 葉山, 2011)。

実際のがんの病名告知の変遷について、1981年に実施されたがんと死についての意識調査では、がんであることをはっきり告げるべきと答えた医師は 1.3%、看護師で 6.6%、一般人で 28.3%であり (船越, 鈴木, 鈴木, 大原, 1982)、1983年に厚生省が実施した「がん告知実態調査」では、医師が患者に告知したケースは全体の 0.6%に過ぎない。1990年代の調査では、末期がん患者への病名告知率は 19% (厚生省研究班調査, 1991)、がん患者の遺族を対象に行った調査での告知率は 18.2%で (厚生省平成 4 年度人口動態社会経済面調査概況, 1992)、この時期の告知率は 20%にも満たない。1990年代後半に入ると、がんの告知率は一般病院群では 29% (渡辺, 1998) だが、がん専門病院では 92% (渡辺, 1998) や 75.1% (佐々木ら, 1999) との報告がある。藤本、橋口、上野、望月 (2004) は、1992年以降 8 年間の告知率を大腸がん患者の遺族に調査し、前期 (1992 年～1995 年) と後期 (1996 年～1999 年) で告知率を比較すると前期 25%から後期 35%で有意 ( $p<.0005$ ) に増加したと報告している。1990年代後半にかけてがんの告知率は一般病院でも 30%近くに上昇したが、がんの専門病院とそれ以外の病院との格差、また地域差が大きいことが指摘されている (渡辺, 1998)。特に治癒困難な末期がん患者への告知は、大学病院や市立病院の医師、開業医は悪い知らせを伝えることを躊躇する傾向があり、がんセンターの医師と比較して告知率が有意に低い (Morita et al., 2006)。2000年以降の調査では、大学病院に入院中のがん患者の病名告知率は 60.4%と報告されており (神田, 狩野, 大山, 小林, 2001)、平成 18 年度の厚生労働省研究班の報告でも、がん患者への病名告知率は 65.9%で、がん患者のうち約 7 割の人が病名告知を受けている (松島, 2006)。その後、2016年には国立がん研究センターが実施した「がん診療連携拠点病院等院内がん登録」の全国集計において、がんの告知率が集計され、告知率は 94%に達していることが報告されている (国立がん研究センター・がん対策情報センター, 2018)。

一方で、がんが進行した場合の告知率は 30.1%まで低下する (松島, 2006)。告知率は早期か末期か、治療の状況等がんの病状によって異なり、さらに日本においては情報開示の相手も患者が最優先とはいかない状況が認められる。医師が病名を患者に伝える割合は、病期が Stage III までの場合 43%、Stage IV の場合は 30% (藤本ら, 2004)、進行がんでは 39% (三木ら, 2005) との報告がある。ただし、がん専門病院においては例外で、病期による告知率の差は小さく、末期 (Stage IV と再発) でも 72.6%である (佐々木ら, 1999)。この背景には、インフォームドコンセントの普及により、特にがん専門病院では告知のマニュアルが作成され、告げるか告げないかの議論から、いかに事実を伝え、伝えた後どのように支援していくか、告知の質を考えるように変化したことが考えられる。

情報開示の相手について、2005年の調査では、がん診療の経験が少ない医師の場合は事前に家族の意向を確認し、家族に説明する人が 55%と多いことが報告されている (三木ら, 2005)。その後、2012年の調査では、医師が終末期がん患者に病名については 73.5%、治療法の選択肢については 68.6%、延命治療について

は 60.2%、予後については 32.5%の率で伝えると回答しており、情報提供は患者と家族の両方が 61%、家族のみが 34%といずれも 2006 年と比較すると高率になっている (Ichikura et al., 2015)。しかし、最近の地域がん診療連携点病院に勤務する看護師を対象にした調査では、医師の病名告知率、治療限界告知率、生命予後告知率はそれぞれ 80%、62%、48%との回答であり、十分に行われているとは言えないと報告されている (小松, 島谷, 2017)。切除不能または再発がんで一次化学療法が増悪した状態の患者と主治医を対象に行われた調査でも、患者の半数以上が化学療法終了後の療養に関する情報提供を受けておらず、予後は 32%、化学療法終了後の緩和ケアは 44%、今後の療養場所は 17%しか説明されていない (Oishi et al., 2018)。2010 年代以降、悪い知らせを伝える際には患者と家族の両方に伝える率が上昇しつつあるが、進行がんに関しては、がんの病状や家族の反対、医師の考えなどによって伝える内容は異なっていると言われている (新井ら, 1999)。

一方で、1980 年 10 月に行われた朝日新聞社のがん告知に関する調査では、自分ががんになった場合は事実を知りたいと答えた人は 61%に及ぶ。1995 年に行われた全国調査でも、がんの病名告知に対する希望について早期がんの場合は 86.2%、末期がんでは 66.7%、予後告知については早期がんの場合 81.7%、末期がんの場合 62.9%である (松村, 福原, 尾藤, 大木, 黒川, 1997)。2007 年の毎日新聞が実施した、全国の 20 歳以上の男女 4,554 人を対象に行った調査でも、治る見込みがないがんになった場合に自分に知らせて欲しい人は 79% (毎日新聞「健康と高齢社会」全国世論調査, 2007 年) であり、2008 年に厚生労働省が実施した「終末期医療に関する調査」でも、実際に治る見込みなくても病名や病気の見通し (治療期間、余命) を知りたいと希望する人は、一般国民及び医療福祉従事者ともに 77~90%にのぼる (厚生労働省終末期医療のあり方に関する懇談会, 2010)。がんの病名について知りたいと希望する人は、一定して高い割合を示す。しかし、家族ががんになった時には正確な告知を望む人は 34.5%に減少する (服部, 田邊, 岩田, 服部, 2015)。家族の立場になった時には、告知によって患者が受ける精神的苦痛を懸念しているものと思われる。現在は、患者と家族の両方への告知率はさらに改善していると考えられるが、病名や予後を知らない患者に DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を含む終末期の意思を確認することは困難である (片岡, 伊東, 2017)。

近年、終末期に提供される医療やケアに関する方針について患者、家族、医療者らが事前に話し合うことが重視され、臨床現場における ACP の実践が推奨されている。厚生労働省は 2007 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、その後日本の現状と今後のあり方を踏まえてガイドラインが見直され、2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改称、改定が行われた。この中の変更点として重要なことは、病状の変化などにより本人の意思は変化し得るため、医療・ケアの方針や生き方等について日頃から繰り返し話し合うことが強調されていることである (木澤, 2019)。ACP は患者、家族、医療者の間で対話を促進するための材料であるとも言える。しかし、2018 年 3 月に厚生労働省により公表された「人生の最終段階に

おける医療に関する意識調査（確定版）」の集計結果によると、死が近い場合に受  
けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、実際に家族等や医療介護  
関係者と詳しく話し合ったことがある人は一般国民では 2.7%、一応話し合っ  
ている人が 36.8%で、多くの人が話し合いの機会をもっていない。話し合っ  
ていない理由は「きっかけがなかった」が最も多く、一般国民 56.0%、医師 65.2%、看護  
師 67.6%、介護職員 69.6%で、「必要性を感じていない」人は、一般国民 27.4%、  
医師 36.4%、看護師 31.7%、介護職員 36.4%で、さらに「話し合いたくない」と  
回答した一般国民も 6%存在する。死が近い患者（入所者）の医療・療養について  
本人と話し合いを行っている医療介護従事者は、「詳しく話し合っている」と「一  
応話し合っている」を合わせて、医師 65.1%、看護師 61.3%、介護職員 55.7%で、  
話し合いの内容は終末期の症状や治療の内容や意向が最も多く、ACP を実践して  
いると回答した医療介護従事者は、医師 27.3%、看護師 25.8%、介護職員 34.8%  
で 3 割に満たない。ACP がなかなか普及しないことについて、長谷川ら（2019）  
は ACP を取り巻く現状と影響要因を検討し、患者側の要因として「ACP を望ま  
ない」、「病状を否認する」、「根治不能であることを理解していない」、「回避的  
コーピングをとる」、「心理的柔軟性が乏しい」こと、主治医側の要因として「話を  
切り出すことの心理的負担」、「コミュニケーションスキルの不足」、その他に ACP  
の重要性の認識不足や信頼関係の不足などをあげている（長谷川，奥山，明智，  
2019）。また、患者は早すぎる ACP も遅すぎる ACP も望んでおらず（Billings  
& Bernacki, 2014）、ACP を開始するタイミングの難しさも指摘されている。患  
者以外の人にとっては当事者の体験世界や反応は推測し難く、死について話し合  
うことを躊躇してしまうことも影響している（Glaser & Strauss, 1965；柏木，  
1986）。

病名告知はほぼ確実に行われるようになったが、近年では病名の告知よりも、  
がんの告知の範囲や質が問われ、進行度や生命予後等についての情報を患者に明  
らかにする範囲や、病名や病状等を単なる情報としてではなく、患者の受け止め  
方に注意深く配慮しながら事実を伝え、心理的な援助を行うべきであるという議  
論が起こっている（菊永，宮坂，2017）。告知はある程度達成されたが、ACP の  
普及が難しい状況が示すように、死や死にまつわる話題については医療者と患者  
の間の俎上にのせることは必ずしも十分行われているわけではない。それは話題  
の性質上当然のことであるとも言える。

## 2. がん医療における対話の性質と死に関することを話し合う難しさ

がんの告知には通常、患者の生死に関わる悪い知らせが含まれる。悪い知らせ  
は、患者の将来への見通しを根底から否定的に変える知らせ（Buckman, 1984）  
と定義され、がんにおいては診断名や転移、再発、積極的治療の中止等があげら  
れる。そのため、一般的な情報開示と違い、どこまでの情報を得たいかを患者に  
直接聞いたり、あらかじめ聞いておくことが容易ではない場合が多く、患者、家  
族、医療者の三者の間で知りたい範囲をめぐる隔たりが生じる（宮坂ら，2014，  
p.21）。また、治療内容、治療による益・不利益、生命予後などの多岐にわたる情  
報のなかから、何をどのように開示するかは医療者の裁量に任されている。患者



自身も能動的に情報を求める人がいる一方で、自己を脅かす情報を避けるために知る権利を積極的に行使しない患者もおり、これらの現状は患者への情報提供に影響を与える要因となっている（片岡，2007，p.20）。

がんは死と直結して考えられることが多いが、内閣府が実施した2016年度がん対策に関する世論調査でも、一般的にがんの印象を怖いと思う人は72%と高く、その理由も「がんで死に至る場合があるから」を挙げた人が最も多いことが報告されている。一般的に死に関することを話題にすることは、患者だけでなく医療者を含む周囲の人々にとって脅威となる。そのことを、社会学者である Glaser and Strauss が著書「Awareness of Death（死のアウェアネス理論）」のなかで明らかにしている（Glaser & Strauss, 1965）。彼らは1960年代に大規模調査を行い、患者と医療者の間で死に関する会話において起こる現象を詳細に記述した。死についてオープンに話をするのは、死が近い事実を医療者も患者も認めてしまい、相手を精神的に追いやるのではないかという不安が生じるため、患者が話し始めても周囲の人々が死に関する会話を差し止めてしまう現象が描かれている（Glaser & Strauss, 1965, pp.30-31）。また、事実を知らないでいる患者（知らない看護師が思っている患者）との間では、看護師は死に関する会話にならないように細心の注意を払って回復の可能性があるかのように振る舞い、会話をコントロールする（Glaser & Strauss, 1965, p.233）。医療者の回避行動によって患者の医療者に対する信頼を損なうだけでなく、患者は話す機会を奪われますます孤独に陥る可能性が指摘されている。

それでも、医療現場では患者に関する全ての診療情報を適切に開示することが要求され、医療者はその対応にかなり気を使っている。内科系学会の会員を対象に行われた日常診療における「説明と同意」に関する実態調査は、医師が説明と同意にかかる時間は検査の場合は15分前後、治療の場合は30分以上で、約4分の3は文書を用いて説明同意を行っていると報告している（蝶名林，荻野，工藤，2014）。そのうち、治療に関する説明の主なものに、人工呼吸器の装着、化学療法、延命治療のための心肺蘇生術の拒否（DNAR）等が含まれていた。医療者は説明と同意にかなりの時間と労力を費やしている現状だが、複雑な検査や高度な治療によってますますその傾向は強まり、医療者の負担が増えている。近年、診療報酬の算定用件の一部に、説明や指導が条件になっているものが増えているが、医療現場ではその対応に追われ、患者と話をする時間が十分に確保できないだけでなく、情報提供も画一的にならざるを得ない状況につながっている。

一方で、一般社会においてもコミュニケーション自体が難しくなっていることが指摘されている。物理学者の Bohm（2007）は、著書「ダイアログ」のなかで、人々の間や世界中で様々な衝突や問題が起こっているのは、文化、信念、価値観の共有がなされず、対話が的確にできない状況で意志疎通が不可能になっているからだと述べている。また、平田（2012）は、単語でしか喋らなくても、わかりあい察しあう温室のような環境によって人々のコミュニケーションに対する欲求や必要性が低下し、いざ社会に出たときに異文化コミュニケーションのような高い能力が求められ、このギャップにうまく対応できない人が増えていると説明している。

医療現場で行われているコミュニケーションはどちらかというと、医療者が正しい情報、事実を正確に伝え、患者に理解してもらうことを目的とする傾向がある。事実をただ伝えるだけの形をとってしまうと、それによる弊害が生じる。人と人のコミュニケーションはもともと C.E.シャノン&W.ウィーバーなどによる工学モデルに影響を受けている (Shannon & Weaver, 1949)。工学モデルは情報伝達の仕組みを明瞭に図式化したもので、これによるとコミュニケーションはコード (言葉の意味や文法など) の共有・一致による正しい情報伝達により成立する。しかし、辻ら (2014) は、工学的コミュニケーションモデルでは説明しきれない人と人のコミュニケーションにおける特質を考慮し、相手の意図を理解するためには言葉の意味だけでなくコンテキスト (言葉の発せられた状況や会話の流れ・脈絡など) も含めて全体的に捉えることがコミュニケーションの基本であると述べている (辻, 是永, 関谷, 2014, pp.7-8)。悪い知らせのようなシビアな状況を伝える際には、それに伴い色々な感情が患者に沸き起こる。つまり医療現場での情報伝達、特に死に直面している当事者への情報伝達においては、それに伴う人間の複雑な感情を考慮し対応する必要があるため、シャノン等の工学的コミュニケーションモデルでは対応に限界が生じてしまうものと思われる。

### 3. がん医療、看護の実践において医療者が抱える困難やストレスの実態

がん領域にたずさわる医療者は、生命の危機を感じるような病気を経験している患者に真実を伝えることや、死について話すことは難しいと感じてきた。悪い知らせを伝えたり、それを示唆するような面談は、医療者にとって最も困難なものであり (Buckman, 1992/2000, p.3)、死や死にゆくことに関して話をすることは患者だけでなく医療者自身も不安やストレスを抱えている (柏木, 1986, p.116; Ptacek, J. & Eberhardt, T. L., 1996)。がん医療に携わる医師、看護師は多くのストレスや困難感を抱えているとされ、国内外で多くの研究がなされてきた。

悪い知らせを伝える際の医師のストレスに関して、1998年の「ASCO : American Society of Clinical Oncology」のシンポジウム会場で行われた調査では、参加した腫瘍専門医の多くが、患者に悪い知らせを伝えることは「爆弾を投下する」ように本質的に嫌なものであり、特に経験が少なく、若い患者で、治療成功の見込みが限られている場合にストレスを感じると報告されている (Baile, Lenzi, Parker, Buckman, Cohen, 2002)。日本で行われたがん専門医 520名を対象にした調査でも、47%の医師が抗がん剤治療の中止を伝える際の負担が高度であると回答し、17%の医師がこの負担のために仕事を辞めたと報告している (Otani et al., 2011)。また、心理的負担に関連していた要因として悪い知らせを伝えることによって患者の希望を奪うこと、患者の家族に非難されるという懸念、患者が自制心を失うかもしれないという懸念、告知にかかる時間が不十分であることが挙げられている。医師が患者に真実を伝えることや死に関する話を避ける最大の原因は、医師の恐れが関係していることが指摘されており、Takahashi (1990) は、日本の医師は告知によって患者を情緒的な危機に追い込むことを最も恐れて、治癒が不可能ながんの場合は告知しない傾向にあることを

指摘している。Buckman(1984)や SPIKES のテキスト(Buckman, 1992/2000)でも、悪い知らせを伝える際に医師が抱く恐れとして、「患者に苦痛をもたらすこと」、「共感による苦痛」、「患者に非難されるのではないか」、「対応がわからないこと」、「患者を感情的に反応させるのではないか」、「わかりませんと言うこと」、「感情を表現すること」、「個人の病気や死に対する思い」を具体的に示している。医師にとって、がん患者に悪い知らせを伝えることは重要な課題であり、伝える側のストレスを軽減して患者の QOL を改善するための手段として、1980 年代以降コミュニケーションに関する研究やトレーニングが盛んに行われている。

がん看護に携わる看護師のストレスについても研究がなされており、看護師の精神的消耗感やストレスは医師に比べて高いことが示されている (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, 2009 ; 田中ら, 1991)。上村ら (1994) が行った調査では、ターミナルケアに携わる看護師の 96.8%が精神的な負担を感じており、精神的負担として「仕事と理想や期待の食い違い」、「患者とコミュニケーションがとれない」、「治療や看護に対するスタッフ間の意見の食い違い」、「未告知の患者や家族から事実について聞かれる」という回答が多かったと報告している (上村, 皆川, 依田, 大倉, 1994)。同じく、ターミナルケアに従事する看護師のバーンアウトと関連要因を調べた研究では、日本の看護師は米国の看護師と比べてバーンアウトの危険性が高く、継続意志 (これからもターミナルケアに関わっていきたいか) がはっきりしない人や、死に対する逃避的な態度や死への不安感をもつ人が多くバーンアウトを経験しやすいと報告している (福島, 名嘉, 石津, 與古田, 1997)。最近の研究でも、一般病棟において終末期がん患者のケアの実践をつらいと感じた看護師は 80.2%と報告されている (狩谷, 2018)。

看護師が感じる困難やストレスの内容について、米国のオンコロジーナースを対象にした調査では、「医師との関係性」、「組織的要因」、「患者や家族の苦痛を観察すること」、「倫理的な課題」、「死や死にゆくこと」、「ストレスを持ち越すこと」、「否定的な自己の考え方」、「不十分な資源」、「同僚とのストレス」といった 9 つのストレス要因が見出され、そのなかでも死や死にゆくことに関連したストレスはその程度が大きいことがわかっている (Florino, Donnelly, Zevon, 1998)。Sasahara, Miyashita, Kawa & Kazuma (2003) は、一般病棟で働く看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度を開発し、その構成要素には「患者・家族とのコミュニケーション」、「看護師の知識・技術」、「治療・インフォームド Consent」、「自分自身の問題」、「チームとしての協力・連携」、「環境・システム」、「看護職間の協力・連携」、「看取り」が含まれると報告した。また、小野寺ら (2013) も看護師ががん患者のケアに携わる際に抱く困難感尺度を作成し、「コミュニケーション」、「自らの知識・技術」、「医師の治療や対応」、「告知・病状説明」、「システム・地域連携」、「看取り」の 6 つの要素を抽出した。この 2 つの研究は 10 年経て行われているが、がん患者のケアに関わる看護師の困難感はほとんど変わっていない。横浜と森 (2013) は、ギアチェンジ (積極的治療を中止し緩和支援治療に専念する方針) 後のがん患者のターミナルケアを行う看護師が抱くジレンマを調査し、患者の病状について真実が伝えられない場合、患者と医療者の間で認識に相違が生じ、現状を理解・納得できていない患者と十分なコミュニ

ニケーションや調整、介入ができず、看護師は職業意識と現状の狭間でジレンマを抱えることを報告している。終末期がん患者と非終末期がん患者に対する看護師の認識と感情労働の違いに関する調査は、看護師は非終末期よりも終末期のがん患者に対してネガティブな印象や否定的感情をもち、より多くの感情労働を必要とすると報告している（北野，長谷川，上原，2012）。一方で、終末期の患者に対して個人的親しみやすさが増すほど心理的距離感は遠くなる傾向があり、看護師は終末期の患者と親密な関係を築くほど、近づく患者の死に対して葛藤が生じるため、自ら患者との間に心理的距離をおくようになることを示唆している。がん患者の終末期ケアにおいては、死に直面した患者の感情と向き合わざるを得ず、看護師は精神的負担だけでなく多大な感情労働を強いられているものと思われる。

がん看護に携わる看護師が抱く困難感の項目のなかでも、「患者や家族とのコミュニケーション」は必ず上位にあがっている（宮下ら，2014；直城，小幡，原島，富山，角田，2016）。直成ら（2016）の調査では、全国のがん診療連携拠点病院に勤務する看護師の困難感が高い項目は「患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない」、「患者や家族と十分に話をする時間がとれない」、「転移や予後など悪い知らせを伝えられた後」、「死にたいと訴える」であり、宮下ら（2014）と同様の傾向が示された。狩谷（2018）は、終末期ケアに携わる看護師のコミュニケーションに関する困難感が高いのは、十分な病名・病状説明をされていない患者および家族への対応や、患者から死に関する話題を表出された場合の対応においてであり、そこには看護師自身の未熟さや、ケアに対する自信のなさが影響していると述べている。がん患者に援助を行う場面の看護師の「ゆらぎ」に関する調査では、看護師は未告知の状況では患者と率直に話ができないためと思うようなケアを提供できず、対応に戸惑っていることが示されている（小山，森本，福井，2015）。特に病名や病状が未告知である、患者と家族が話し合っていない状況、悪い知らせや死に関する話題を出された時に看護師の困難感が高いと報告されている。

一方で、終末期がん患者とコミュニケーションをとる看護師の態度に関する調査では、看護師の90%以上は患者が生きる意味を見出すための支援を、時々もしくはいつも行っていると回答し、看護師は患者の希望や患者にとって大切なこと、生きる意味、生きる支え、病気の意味を知ろうとしていた。また、そのような看護師は、死にゆく患者、家族との関わりに対して肯定的であり、普段から患者の希望や病気の意味について知ろうとし、話してくれたことを肯定的に受け止める気持ちを持っていたと報告している（新藤，茶園，近藤，2012）。このように終末期のがん患者との関わりや死を肯定的に捉えて支援している看護師がいることも報告されている。

#### 4. 進行がん患者との対話に影響する医療者側の態度と心の障壁（バリア）

がん患者に悪い知らせを伝える際のコミュニケーションや、死に関する話を話し合う際の医療者の態度や行動にはどのような要因が関連しているのか。こうした疑問に対して、がん患者を含む終末期ケアに関わる医療者の個人的要因や態度、障壁（バリア）に関する研究が国内外を問わず報告されている。

終末期ケアに携わる看護師が抱く困難感に関連する個人的要因として、年齢、がん看護の経験年数や経験したがん患者のケア人数、終末期ケアや看取りの経験（犬童，2000；宮下ら，2014；直成ら，2018；中西，志自，勝野，習田，2012；野戸，三上，小松，2002）などの関連が報告されている。

医療者のコミュニケーション上のバリアに関して、Curtis and Patric (1997) は AIDS 患者 47 名と治療経験を持つ医師 19 名を対象にフォーカスグループインタビューを行い、終末期医療に関するコミュニケーション上の 29 のバリアを見出している。患者と医師に共通したバリアは、「死について話し合うことの居心地の悪さ」、「終末期ケアについて話すほどまだ重篤ではない」、「死について話し合うことは死を早めたり、患者を傷つける可能性がある」、「患者は医師を守るために終末期ケアについて話し合うのを避ける」、「医師も患者も相手が終末期ケアについて話し出すのを待っている」というものであった。また、Curtis、Patric、Caldwell & Collier (2000) は、終末期ケアに関する話の促進要因（ファシリテーター）についても分類しており、医師と患者の関係性やコミュニケーションの質が良いことが、終末期ケアについて患者と話すことを促進する重要な要因になっているとしている。その後の追跡調査でも、「患者はまだそれほど重篤ではない」「患者は終末期ケアについて話し合う準備がない」という 2 つの医師のバリアはコミュニケーションを減少させており、コミュニケーションに影響している医師のバリアを教育のターゲットにすべきであると述べている。

看護師のバリアに関しては、坂下 (2008) が、終末期がん患者と関わる過程で看護師が患者に踏み込めない、逃げ出したいと感じる時の心の壁の構造について調査している。看護師の「混沌とした不安」、「不一致のジレンマ」、「重圧感」、「心身の疲労」の経験による心の状況が「看護師自身の心の壁」そのものであり、これが患者や家族に踏み込めない、逃げ出したい時の心の構造になっていたと述べている。そして、終末期がん患者のケアの過程で抱くネガティブな感情や経験は看護師と患者間のギャップ（隔たり）を生むため、ギャップを埋める手立てを身につける必要性を示唆している。また、新藤ら (2012) は、「生きる意味がない」と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる看護師の態度について調査し、普段から患者の希望や病気の意味について知ろうとし、逃げ出したい気持ちが低い看護師ほどコミュニケーションに自信をもち、死にゆく患者、家族との関わりに対して肯定的であるが、逆に逃げ出したい気持ちをもつ看護師は死にゆく患者、家族との関わりに肯定的ではなかったと報告した。また、経験年数はコミュニケーションに対する自信の程度に強い影響はなく、経験年数に関わらず看護師の自信のなさが終末期ケアの苦悩につながると示唆している。他にも、看護師の否定的感情が終末期ケアの患者や家族に関わる看護師の行動に強く影響するという研究では、終末期ケアに対して否定的感情をもつ看護師は感情を伴う関わりを避け、距離を置くなど自分の感情を管理する行動をとるとし、これは過去の研究を支持する結果であったと述べている（下平ら，2007）。

死について患者と話をするときの看護師の構えについては、内布 (2002) が終末期がん患者の看護経験をもつ看護師へのグループインタビューから「患者の身体の状態を把握し話すタイミングをはかる」、「死にゆくことについて言語化する

機会を与えたいという意志」、「看護者自身の不安の認識」、「信頼関係への確信」、「言語化を支える具体的介入方法をもつ」、「サポートする同僚の存在」、「最期まで看たいという意志」の7項目を導き出した。患者に病気や死について言語化する機会を与えたいという思いが、患者の身体状態とニーズを察知し、話すタイミングの判断に影響していること、また、看護師自身の不安については必ずしも全く不安のない状態をつくる必要はなく、むしろ不安をもっている自分自身をよく知り、それを引き受けるという構えが必要であると述べている。菅原(1993)も、終末期がん患者の看護に関する実践的知識と看護師の対応について調査し、「死からも自分自身からも患者からも逃げないで相手の苦痛緩和を図る対応」、「死からも自分からも患者からも逃げて仕事中心の対応」、「死は怖いけれど患者からは逃げないで苦痛緩和を図る対応」の3つのパターンを分析している。看護師が死からも自分からも患者からも逃げている場合はノルマ・マニュアル的技術に終始してしまうが、看護師が死から逃げず患者に積極的に関わるためには、患者と同じように死を恐れている自分に気づき、自分自身の感情や不安を自覚することが必要であり、看護師の対応力は「死生観」、「触れ合いを深める技術」、「逃げない自分」の実践的知識の獲得と関連があると述べている。

終末期ケアや死にゆく患者との対話に関連する看護師の態度を研究したものは、中西(2012)が、ターミナル期の患者に関わる看護師586名の態度について質問紙調査を行っている。その結果、「死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである」の得点が最も高く、「死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる」の得点が最も低かった。これは、看護師が患者と死に関する話をすることを躊躇し、患者に関わる態度が消極的になってしまうことを示唆している。犬童(2000)は、がん看護に携わる看護師470名を対象に調査を行い、看護師のケアリングの評価には「年齢」、「自己効力感」、「がん看護目標に対するギャップ感」、「患者の死と向き合った時、仕事だから仕方なく、事務的に接したことがある態度」の順に関係していること、特に「患者の死と向き合った時、仕事だから仕方なく事務的に接した」という否定的態度は、ケアリングの評価には負の影響、ケア不安には正の影響をもたらすことを報告した。さらに、犬童(2002)は、看護師の不安への影響要因について詳しく調査し、「否定的看取り体験」がケア不安に最も強く影響し、特に「事務的な気持ちで接したことがある」や「死という言葉が会話の中で口にしたくない」などの死に対する否定的態度は否定的看取り体験に影響を与えていたと述べている。看護師のがんに対する否定的なイメージも、看護師が患者と病気について語ってケア行動を起こす上でマイナス要因となり、看取りやケア不安に影響することを示唆している。

進行がん患者、家族との関わりや終末期ケアにおいて、医療者のケア不安、死に対するネガティブなイメージ、避ける、逃げるなどの否定的感情や否定的な態度が影響していることが示された。その状況が生じている原因を明らかにするためには、「なぜ患者に本当のことが言えなかったのか、なぜ患者の気持ちがわからなかったのか、行いたい看護がなぜ行えなかったのか」について検討することが必要であると指摘されている(小山ら, 2015)。

## 5. がん患者と医療者のコミュニケーションをすすめるための方法に関する研究

がんの再発や死に関することなどの悪い知らせについて話し合う際のつらさやストレスフルな状況を改善するために、がん患者と医療者の間のコミュニケーションに関する研究が国内外で数多く行われている。

がん患者と医療者の間のコミュニケーションにおいて、医師のコミュニケーション・スタイル（伝え方、話しぶり、態度など）や文化的背景が、がん患者、家族に影響を与えることが報告されている。Takayama、Yamazaki、Katsumata（2001）は、検査結果を伝える面談における医師のコミュニケーションスタイルと患者の不安との関連について調査し、検査結果が良い場合には医師のコミュニケーションスタイルと患者の不安の関連は認められないものの、検査結果が悪い場合には医師のコミュニケーションスタイルが患者の不安に影響することを示唆している。Baileら（2000）の調査では、医師の基本的なカウンセリングスキルを用いたコミュニケーションが心理的ストレスを軽減し、面接に対する患者の高い満足感などに関係すると報告している。また、Backら（2005）は、医療者の効果的なコミュニケーションスキルは、患者の病気に対する理解の促進、治療計画における患者アドヒアランスの改善、効率的な時間の活用、看護師のバーンアウトの回避、専門性の高い診療の実施を可能にするが、逆にコミュニケーションが不足すると医療者は患者や家族の心配事を見逃しやすく、患者や家族の苦痛を増強させることや、痛みや症状マネジメントにおける医師の能力を妨げることを指摘している（Back, Arnold, Baile, Tulskey, Edwards, 2005）。Choenら（2017）は、悪い知らせを伝える際の医師のストレスとコミュニケーションスキルの影響について文献レビューを行い、悪い知らせを伝えることは医師のバーンアウトにつながるが、コミュニケーションスキルの向上が医師のストレスを軽減し、最終的にバーンアウトを減らす効果的な手段であることを示唆している（Choen, Fu, Agarwal, Chow, Henry, 2017）。効果的なコミュニケーションスキルの内容については、Ptacekら（1996）が「breaking bad news」に関する文献レビューを行い、悪い知らせを伝えるコミュニケーションに必要な条件と推奨される方法を提示している。それによると、必要な条件には「bad news を話す場の快適さ」、「時間的な余裕」、「話すときの態度」、「サポートネットワーク」等があげられ、推奨する方法として「患者の準備状態を作るために警告的な発信をする」、「患者が既に知っていることを確認する」、「希望を伝える」、「共感的に相手を尊重して話す」、「専門用語や婉曲的な言い方を避ける」等が共通している項目であったと分析している。

一方、コミュニケーションに対する患者の好みや意向についても調査が行われている。Fujimori & Uchitomi（2009）は、悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーションに対する患者の意向への関連要因について研究レビューを行い、社会的背景（年齢、性別、教育経験）、身体状態（病期、再発の有無）、心理状態（ストレス、不安、前向きさ）等との関連について検討した。その結果、若い患者、女性、教育歴の長い患者はより詳細な情報と共感的対応を望むこと、若い患者、教育歴の長い患者は治療の意思決定への関与を望むこと、心理的ストレス、不安、前向きさが高い患者はより多くの情報を望むことを明らかにした。また、

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーションに対する患者の意向への関連要因について文献レビューを行い、「場の設定：setting」「悪い知らせのコミュニケーションのマナー：manner of communicating bad news」「伝える内容と伝え方：what and how much information to be provided」「情緒的サポート emotional support」の4つの影響因子にまとめた。Umezawaら（2015）は、少なくとも1週間前に積極的治療の中止を伝えられた106名の日本人がん患者を対象に、積極的治療の中止と緩和ケアへの移行についてコミュニケーションで望むことを調査した。その結果、95%以上の患者が医療者に強く望んでいることは、「苦痛や心配事に耳を傾けること」、「苦痛症状がコントロール可能であることを保証すること」、「今後出現する可能性のある身体症状や病状の説明があること」であった。また、患者の意向に影響する要因は、これからの生活（緩和ケアを含める）、納得できる説明（がん治療のどういう時期かを含める）、具体的な支援情報・サービス情報、心の準備（余命を含める）、希望を支える、家族を優先する、場の設定、共感的パターンリズム、感情を受け止める、であった（Umezawa, Fujimori, Matsushima, Kinoshita, Uhitomi, 2015）。

先行研究で示された効果的なコミュニケーションに必要な条件や影響要因に基づいて、コミュニケーションを改善するためのガイドラインや様々なコミュニケーションツールが開発されてきた。SPIKESは、がんの診断や再発など悪い知らせを適切に伝えるためのコミュニケーションスキルを含む実践的ガイドとして開発され（Buckman, 1992/2000; Buckman, 1984）、現在も医療現場で最もよく使われている。その作成にはBuckmanを中心に研究者や精神科医など様々な人々が関わり、医学生や研修医の医療面談や悪い知らせを伝えるための教育実践を通して発展してきた（内富, 藤森, 2007）。Buckmanは一般病棟の医師や看護師でもこの技術を利用することは可能であり、内容に厳密に従う必要はなく、あくまでもガイドラインにすぎないことを強調している。また、経験を重ねることによって面談の方法が効率よくなり、患者の最大の不安を素早くつかみ、患者が最も必要とする部分により多くの時間を費やせるようになると述べている（Buckman, 1992/2000, p.66）。他にも、医師の経験をもとに作成された「NURSE」というコミュニケーションツールがあり、最近日本の医療現場でも看護師のコミュニケーション研修で取り入れられている。NURSEは感情を探索し表出を促進させる技法で、感情探索の技法（Exploring）とNURSの4要素（Naming, Understanding, Respecting, Supporting）を合わせてNURSEという形で活用されている。感情の焦点化は、強力な医師-患者関係や効果的なコミュニケーションを構築するとされ、患者中心の医療面接のプロセスの一部とされている（市川, 2015, p.25）。

悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関するガイドラインが示され、臨床現場でも活用できるようになった反面、そのほとんどが医師の経験則に基づいて作成されたものであり、文化的背景が異なる日本においては患者のニーズに必ずしも一致しないことが報告されている（藤森, 内富, 小川, 梅澤, 2017; Fujimori et al., 2007a; Fujimori et al., 2007b; Fujimori et al., 2005）。Fujimoriら（2007）は、Parkerら（2001）の研究で用いられた質問紙を日本語



に訳し、国立がん研究センター東病院に通院中の患者 529 名を対象に調査した。その結果、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向として「伝え方」、「伝える内容」、「質問の促進と質問への回答」、「情緒的サポート」、「場の設定」の 5 因子構造が抽出された。Parker ら (2001) の調査結果で抽出された患者の意向は「伝える内容と伝え方」、「情緒的サポート」、「場の設定」の 3 因子構造であり、2 つの調査結果を比較すると日本人の患者の意向の方が因子構造は複雑で、加えて「質問を促してそれに回答して欲しい」こと、「情緒的サポート」因子の寄与率が高かったことは、日本人の反応の特徴と捉えることができる。この結果をふまえて、日本の医療現場の状況にあわせた SHARE プログラムが開発され、効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動が示されている (内富ら, 2007)。医療者のコミュニケーションのあり方や望ましい面談の方法等が明示され、患者の意向もふまえた基本的なコミュニケーションのガイドラインが示されたことにより、医療者は悪い知らせを伝える際等の難しい場面において、スキルを参考にしながら取り組めるようになった。

海外では、がん領域の医療者に一定期間の集中的なコミュニケーショントレーニングを行うことによって、コミュニケーションスキルの向上、面接の満足感の向上、患者の満足感の向上、看護師の自己効力感の向上等の成果をあげている (Gibon et al., 2013; Delvaux et al., 2004; Heaven, Clegg, Maguire, 2006; Moore et al., 2013; Wilkinson et al., 2008)。日本においても看護師を対象にしたコミュニケーションスキルトレーニングの研究が報告されており、Fukui ら (2010) は、日本の看護師 31 名にコミュニケーションスキルプログラムを実施し効果を検討している。6 時間のワークショップ実施後、プログラムの効果を評価した結果、3 か月後に自信や実践力に関する評価項目が有意に増加し、ほとんどの看護師がトレーニングのコースは効果的であると評価したと報告している (Fukui et al., 2010)。

がん医療におけるコミュニケーションスキルトレーニングの期間や内容は様々であるが、系統的なトレーニングによってコミュニケーションスキルは改善し、情報提供の際の配慮などが行えるようになった。結果として、医療者の自信や患者の満足感等が向上している。一方で、患者の不安は軽減しないという結果が示され、実際の医療現場では悪い知らせや死に関する難しい話をする局面において、がん患者や家族に対応することの困難感は依然として残っている。

## 6. 対話に関する研究方法

### 1) 対話に関する様々な研究アプローチ

対話、語りに関する手法や研究アプローチには様々なものがあり、研究の目的や対象によって異なるが、患者や当事者のナラティブ (narrative: 語り、物語) を用いた研究が多数報告されている。がん看護の領域では、対話そのものを取り扱った研究は少なく、ナラティブ・アプローチを用いた面接 (松原, 遠藤, 2005; 山田ら, 2010; 吉村ら, 2011)、ライフレビュー (堀, 2013)、ライフストーリー・インタビュー (内田, 2007) 等を用いて、患者や家族の体験を明らかにした研究報告が多い。

医学、医療の領域においては、1990年代後半からナラティブ・ベイスド・メディスン（NBM：Narrative Based Medicine、物語りに基づく医療）の考え方やナラティブ・アプローチが広まり、臨床実践に取り入れられてきた。ナラティブという視点を医療に幅広く取り入れることで、患者の語りから患者の生きる現実を構成することが可能となるだけでなく（野口，2004）、NBMによる対話は治療の重要な一部であるとみなされている（斎藤，岸本，2003）。ナラティブを用いた研究アプローチには、ライフストーリー、ライフヒストリー、ライフレビュー、回想法等があり、看護の領域でもこれらの方法を用いている研究報告がある。ナラティブ・アプローチを用いた実践的看護研究では、がん患者の体験に意味づけするような変化を生み（山田，稲吉，2010）、相互作用の中で患者と看護師の成長と発展を助けること（松原，遠藤，2005）が報告されている。ナラティブ・アプローチはナラティブを手がかりにして何らかの現象に迫る点に特徴があり（野口，2009）、結果としてもたらされるアウトカムを目的として行われている。

社会学領域で発展してきたライフストーリーは、個人が生活史上で体験した出来事やその経験についての語りであり、しばしば自己概念や自己と社会の関係のあり方が表わされる。桜井、石川（2015）は、対話的構築主義の姿勢を支持し、ライフストーリー・インタビューが対話になる可能性を強調している。ライフストーリーを用いた看護研究では、高齢者を理解する手がかりになることや（原，2004）、ケアスタッフとの相互作用によって語りの内容が広さと深さを増していくこと（原，小野，沼本，2007）が報告されている。ライフレビューは、死に直面した際に現在と過去の自己とを統合する分析的な回想であり、その効果として自我の統合や人生の満足度の増幅等があげられている（野村，1998）。堀（2013）は、がん患者を対象にライフレビューを用いた面接を行い、患者が人生を時系列に振り返り、他者への言語化を通して物事に新たな気づきや意味を見出すことを報告している。また、小楠（2008）は、回想を中心とした対話自体にケアの側面があり、高齢者の終末期の意思が表現され得ることを報告している。ライフヒストリーは、個人の生活を対象化してその意味づけを重視し、生活史を探究し、個人に焦点を当てる方法である（山口，鈴木，2014）。ライフストーリー、ライフヒストリー、ライフレビューはいずれも聞き手と語り手の相互関係のなかで行われる語り、ナラティブが重要である。ライフヒストリーは人生の歴史的現実、ライフストーリーは語り手の経験と意味を表現するものであり（桜井，2005）、そこから何らかのアウトカム（構築物）を見出すことが目的である。本研究はがん患者と看護師の対話の場面における経験をありのままに記述し、当事者の視点から経験の意味を明らかにすることが目的である。ナラティブを対象とするが、ライフストーリー、ライフレビューとは異なる研究アプローチが必要であると考えられる。

心理学や精神医学の領域でも、物語、NBM、ナラティブ・セラピーの概念が取り入れられてきた。心理学の領域においては研究というよりは実践の色合いが濃く、傾聴や共感などの基本的カウンセリングスキルは看護実践に用いられている。がん看護の領域では、初発乳がん患者に対して構造化連想法によるカウンセリングを活用した個別心理的介入（前田，栗原，2009）や、支持的精神療法の実践が行われている（西川，2009）。いずれも看護師である研究者が実践し心理状態の改

善、パーソナリティの変容、適応的コーピング等の効果を認めたと述べられている。精神医学、精神療法はそれ自体が治療となる。近年、オープン・ダイアログが注目され、薬物治療や入院治療に依存しない対話による介入技法として日本の臨床現場でも取り入れられている。対象は急性期の精神病（統合失調症等）をもつ患者であり、事例に共通する変化として対話を通じた安心と内的対話の活性化が治療を促し、患者-家族関係の修復が治療効果をもたらすことが報告されている（斎藤，森川，西村，2017）。一方で、実験的研究デザインによる効果検証が行われているが、その成果については疑問も投げられている（齊尾，2014）。また、オープン・ダイアログを精神科領域以外の患者に適用したという研究報告はみられない。

ナラティブを対象にした分析方法に関しては、ナラティブ分析（*narrative analysis*）や会話分析等があり、これらを用いた看護研究は少ないが報告されている。テーマ分析と構造分析を用いて看護師の経験と対応について、構造上の要素とテーマを抽出した研究（田口，宮坂，2015）等がある。分析手法は様々あるが、共通する特徴は解釈の際にナラティブの全体としての形から出発し時間的進行という文脈の中で発話を捉え、形式に関する分析とシークエンス分析の両者を用いて経験の構築を解釈する点にある（Flick, U, 1995/2002）。正岡、丸山（2011）の研究でも、時間経過に沿ってエピソードを並べストーリーを組み立て、助産師の経験知に関するテーマが抽出されていた。会話分析を用いた看護研究としては、RIAS（The Roter Method of Interaction Process Analysis System: 米国の Roter, D. L. が開発した医療コミュニケーション分析システム）を用いたものがあり、出石ら（2012）が、RIAS の 15 カテゴリーを用いて全発話を分類し、発話頻度をもとに看護師とがん患者、痔核患者とのコミュニケーションの特徴を検討している（出石，豊田，平，石川，2012）。会話分析はテキストの内容の解釈よりも日常的な会話の形式に関する分析に焦点をあてる技法であり（Flick, U, 1995/2002）、会話が構成される形式上の特徴を分析するものである。また、分析手法は会話の時間的流れに厳密に焦点をあてるもので、会話者にとっての主観的な意味や意図は分析には入らない（Flick, U, 1995/2002）。時間的流れに厳密に沿った分析や、当事者の主観的な意味や意図は分析に含めないという点は、対話の場面における経験の意味を明らかにしようとする本研究の意図とは異なる。

その他の質的研究でも、グラウンデッド・セオリー・アプローチのように帰納的に理論構築をするような場合、意味が立ち上がってくる個別のさまざまな文脈は捨象され背景の伴わない抽象度の高い言葉だけが残り、文脈から切り離されて別様に分類されてしまう（坂井，2019）。この方法をとると、対話の経験の個別性は失われ、断片化されてしまうことで、既存のコミュニケーションスキルと同じような項目が並んでしまう可能性がある。そして、当事者にとっての経験の意味は見えなくなってしまう。がん患者と看護師の対話場面は流動的で相互作用を伴うものであり、そこでの対話の経験自体を表わすための方法論や研究手法は手さぐりの状況である。方法論としての難しさが対話に焦点をあてた研究が少ない理由であると考えられる。

## 2) 本研究で取り扱う対話の性質と研究方法の検討

対話 (Dialogue) とは、一般的に「向かい合って話すこと、相対して話すこと、二人の人がことばを交わすこと」(広辞苑)と定義され、会話や対談から合意を目指すような議論まで広く含まれる。しかし、会話 (Conversation) は知り合い同士の楽しいお喋りのことであり、他者にとって有益な情報はほとんど含まれず(平田, 2012)、会話をあえて対話とは言わない。対話は異なる立場にある人が重要な問題について話し合う際に用いられ、当事者の意見がぶつかることがあっても、互いの考えを知り相互に影響し合うことで、自分が思ってもみなかったようなことに気づいたり新たな視点をもたらす。このことは現象学的哲学者であるメルロー=ポンティの『知覚の現象学』の次の個所がよく表している。すなわち、「対話の経験においては、他者と私のあいだに共通の地盤が構成され、私の考えと他者の考えとがただ一つの織物を織り上げるのだし、私の言葉も相手の言葉も討論の状態によって引き出されるのであって、それらの言葉は、われわれのどちらが創造者だというわけでもない共同作業のうちに組み込まれてゆくのである。……われわれの視角は相互に移行し合い、……相手の唱える異議が私から、自分が抱いていることさえ知らなかったような考えを引き出したりもするのであり、こうして、もし私が他者にさまざまな考えを考えさせるのだとすれば、他者もまた私に考えさせているわけである」(メルロー=ポンティ, 1945/1974, pp. 407-408)。対話は互いの考えや意見が出会い影響し合う場であり、患者の物語りのみに耳を傾け、受け入れるナラティブ (アプローチ) とも異なる。

患者には患者の視点からする「患者の物語り」があると同様、患者の家族には家族の視点からする「家族の物語り」があり、そして、医療従事者には医療従事者の視点からする「医療従事者の物語り」がある(浜渦, 2009)。当然、病状が悪化していくなかで死を身近に感じている患者の体験世界と、(本稿では取り上げないが) 身近な愛する人の死が近づいている家族の体験世界と、死が現実的ではなく遠い世界のことのように捉えている医療従事者の体験世界はそれぞれ異なる。そのため、「看護師は、患者の訴えに身をもって聴く努力をしながらも患者との〈あいだ〉にずれを知覚することがある。看護師と患者の差異は、同じ状況下にある差異(ずれ)ではないことから、差異はさらなる差異(ずれ)を生じさせる。とはいってもこの差異(ずれ)は、決して関係性を悪化させるのではなく、その差異の違いを明らかにすることで、関係の強化、関係の修復と関係の緩和が得られる」(渡邊, 2006)。生命の危機を予感している当事者を相手に死に関連した問いかけを行うことは、前述したように困難を伴うため控えられている現状があるが、実際に臨床現場ではがん患者と対話を行っている看護師は存在する。研究者(筆者)がフィールドワークを行った時の事例では、治療に拘り続ける患者のことが理解できなかった看護師が、患者の怒りの感情を受け止め、患者が大事に思っていることに共感し、患者と同じように考えて話を進めている場合には、互いに呼応し理解をすすめる現象を観察することができた。本稿では、このようにがん患者と呼応しながら患者理解をすすめる場面や、進行する病気や死に関する話をすることに躊躇する場面を取り上げ、対話の場面における看護師の経験を明らかにしたいと考える。異なる視点や価値をもつがん患者と看護師の対話を記

述することで、看護師は対話の場面で起こっている現象の理解や、自分自身の経験に意味を見出すことができると考える。さらに、がん患者と看護師の対話を捉え直す機会となり、看護師自身の気づきは終末期医療に関する話し合いをすすめる際の参考材料となる。

対話の場面におけるがん患者と看護師の経験の意味を明らかにするためには、起こっている事象をありのままに記述し解釈することが必要不可欠である。しかし、患者と看護師の対話場面は流動的で相互作用を伴うような現象であり、データとして扱いにくく分析方法も確立されていない。そのため、対話の経験の意味を理解するためには、対話の場面で実際に語られた言葉だけでなく、語った言葉の背景にある意図、当事者の思考や感情も含めて捉えることが必要である。刻一刻と流れる語りのなかで、当事者が経験していることをつかみ、個別の状況、背景、文脈をも含めて解釈する必要がある。そこで要請されるのが現象学的アプローチであり、現象学的研究方法である。現象学的方法とは生きられた体験としての現象の本質を明らかにしていくことを探求する記述的研究方法である（広瀬，1992a；広瀬，1992b；広瀬，1992c）。現象学的方法の目指すところは、理論化や概念モデルの洗練ではなく、体験や現象を正確に記述することであり、体験の意味を個人にとっての意味を含めて全体的な体系的構造を記述することである（高橋，1990）。あらかじめ決まった見方に沿って解釈したり、複数参加者の経験から個別の文脈を切り離し、類型化や理論化を目指したりはせず、事象が示すとおりに、事象がどのような意味を伴い、どのように経験されているのかを探求する（渡邊，渡邊，高橋，2004）。そのため、現象学的方法は自然科学的研究と比べて個人の体験の意味の解明という点で優れている（広瀬，1992a；広瀬，1992b；広瀬，1992c）。本研究においては、進行がん患者と看護師の対話場面において起こっていることを、経験の語りからありのままに記述し、双方が発した言葉だけでなく、背景にある思考や判断、行為も含めて対話の場面をとらえ、経験の意味を明らかにする。

### 3) 本研究における現象学的研究の方法

現象学 (phenomenology) は、主にドイツのフッサール (Husserl) とハイデッガー (Heidegger)、フランスのサルトル (Sartre) とメルロー＝ポンティ (Merleau-Ponty) が発展させてきた起源をもつ。現象学者・学派によって哲学的基盤、焦点とする概念、アプローチの方法は異なる。現象学は人々の生活経験 (life experience) の意味を見つけようとする方法である (Flick, U, 1995/2002)。本研究では対話の場面における経験の意味という、はっきり認識されておらず言語化することが難しいもの、かつ語り手と聞き手との関係の中であらわれるものを記述し分析の対象とする。その人が経験していることや認識をありのままに理解しようとし、当事者が認識しているものに重点をおいて解釈をすすめる。それゆえ、本研究は現象学的還元の遂行や現象学的態度を求めるというフッサール現象学の流れを受け継いだ記述的現象学の立場に近い。対話の経験に接近するための分析方法を考える際には、フッサール現象学の流れを汲む Giorgi や Colaizzi、van Kaam らの方法、これらを発展させた Parse (2003) の方法が理論的背景と

して参考にできると考える。

現象学的研究が求めるのは、事象の抽象化を行う以前の「直接経験」あるいは「生きられた経験」に立ち帰ることである（松葉，西村，2014、p.10）。これは「事象そのものへ（Zu den Sachen selbst）」という、フッサールの現象学を貫く姿勢である（山本，1990）。当事者の体験世界をありのままにとらえるために、当事者の直接的な生きられた体験に立ちかえり、経験の語りからその意味をとらえる必要がある。対話の相手を理解するという事は、当事者の視点から当事者の体験世界をありのままにとらえ理解しようとする事である。例えば、研究者（筆者）がフィールドワークを行った際の看護師の経験の語りに次のような事象があった。ある時、積極的治療の中止を提案されているがん患者から怒りをぶつけられた看護師が、患者に治療についてどう思っているのか尋ねた。医師や看護師は積極的治療を止めて緩和ケアを受けるべきだと考えていたが、「家族のために治療して、ただ生きたいと思うのがそんなにおかしなことなのか」と患者の心の叫びに近い言葉を聞いたとき、看護師は「それはそうだ、すっとんと納得できた」と語った。医療者の枠組みでしか患者をみていなかった看護師が、初めて患者の視点から真に患者の思いを理解する体験をした場面であったと考える。本研究では、がん患者と看護師の対話を、第三者の視点から対話が成り立つ・成り立たないと分けるような客観的な見方を一旦棚上げし、その手前の当事者の経験そのものに着目する。その際に重要な点は、当事者であるがん患者と看護師はそれぞれ異なる視点、パースペクティブをもっているということである。パースペクティブは「視点」とは異なり、私と世界の関係がもつ構造を表す。同じ出来事の語りでも、パースペクティブが異なる人の体験はまったく別様の体験として語られる可能性があり、また、語り手が語ることを聞き手はまったく異なる文脈（パースペクティブ）のなかで理解することもあり得る（浜渦，2009）。本研究では、現象学的な態度とは単に「体験しているその人の側からその人の体験世界を理解しようとする態度」（だけ）ではなく（渡邊，2009）、がん患者と看護師の対話の体験世界を、当事者の視点およびパースペクティブの重なりや差異（ずれ）を含めて記述する。

現象学にとって最も本質的な方法といえるのが還元であり、現象学的看護研究の場合も少なくともこの還元という方法あるいは態度をしっかりと理解し実践する必要がある（松葉，西村，2014、p.12）。つまり、現象の現象学的なみかた、とらえ方をする時は、これまでの自分の経験や知識とは一定の距離をおき、先入観を排除して、ものごとをみる態度が求められる。この自然的態度を一時停止し直接経験を直視することを、フッサールは現象学的還元あるいは括弧入れ（判断停止：エポケー）と呼んだ（松葉，西村，2014、p.11）。ところが、M.メルロー＝ポンティは「還元のもっとも偉大な教訓とは、完全な還元は不可能だということである」（メルロー＝ポンティ，1945／1967、p.13）と言っている。現象学の立場では、先入観を完全に排除することは不可能なことであると考え、先入観が影響することを前提におくことが求められる。しかし、誰でも経験に基づく先入観や枠組みをもっているため、協力者の経験の記述から意味のある箇所を取り出そうとするときには、何かしらの拠り所となる物差しを頼りにしてしまう可能性がある。研究者としては既にもち合わせ影響を受けている先入観や、枠組み、看護観など

を自らが認識し、一旦棚上げするというスタンスで対象に向かうことが必要となる。研究者のバイアス（前提、偏見、意図）を明確にすることが客観化にもつながるため（広瀬，1992c）、これらを事前に明らかにすることによって、偏った見方や解釈になっていないかを常に点検しながら進めることができる。

本研究の質を担保するために現象学的研究を行う際にバイアスとなる、研究者（筆者）に必要となる括弧入れ（前提、経験、先入観）を具体的にあげると、研究者自身はがん看護専門看護師として臨床現場に身を置き、現在も日常的にがん患者や家族の相談やカウンセリングを担当している。それ以外にも、看護師から対応が困難なケースについての相談を受けることが多い。経験知があるため、相手が何を言いたいのかをみる癖がついている。また、対話の相手の反応に期待して、対話自体や当事者のコミュニケーションを値踏みしてしまう可能性がある。さらに、研究者の評価の枠組みで、協力者の反応や意図を解釈しようする可能性がある。インタビューおよび記述データの解釈を行う際には、研究者の経験知、先入観、偏見が入り込んでいないか意識し、真っさらなスタンスで対話の場面で何が起きているのかをみるように努力する必要がある。

#### 4) 本研究における現象学的分析の方法

現象学的研究においては、あらかじめ決まった分析方法はなく、研究しようとしている事象の方から呼び求められる形で分析方法が決まる（松葉，西村，2014）。現象学が事象そのものへという根本姿勢に依るためであり（坂井，2019）、鷺田は、「経験に外部から合理性や真理の基準をあてがうのではなく、経験という偶然的な出来事のただなかから合理性や真理が出現してくるその過程を記述的に取り出すのが現象学だ」（鷺田，1997，p.85）と示している。Van Manen（1990）は、「現象学の方法論は、前もっての仮定がないことを目指す研究へ向けてアプローチを行うものである」とし、何がどのように見つかるかも含めて発見を志向していると述べている（坂井，2019）。現象学的研究においては、方法は事象そのもののほうから定まってくるものであり（榊原，2011）、村上（2013）も、現象学的研究において特定の方法をあらかじめ設定して事象の分析をすることは不可能であると述べている。現象学的研究では分析の視点は事象そのものの方にあり、データが示す視点に沿って分析をしていくため、あらかじめ視点を示しておことができない（松葉，西村，2014）。

現象学的方法やアプローチをとっている国内外の論文を検討したが、具体的な分析手順や分析過程が明示されているものは少なかった。現象学において方法とは思考のスタイル、研究対象に立ち向かう態度のことであり（木田，1970）、松葉、西村らは（2014）は現象学的研究における分析方法とは、思考の道筋であると述べている。しかしながら、筆者は現象学については初学者であり、実際に現象学的分析を行った経験がないことから、何らかの分析の道標は必要である。上記の検討内容をふまえて、事象に沿って分析をすすめる手順を作成するが、あらかじめ決まっている手順に従って分析を行うことに拘らず、あくまでも思考の道筋としてとらえるものである。

フッサールの流れをくむ記述的現象学的研究では、次の4つのステップを含む

ことが多く、それは括弧入れ、直観、分析、記述である (Flick, U, 1995/2002)。記述的現象学の主な研究者の分析方法については、表 1 に示す通りである (広瀬, 1992b ; 松葉, 西村, 2014, pp.51-52)。分析方法の手順について大差はないが、共通していることは、協力者の体験、患者の体験世界から解釈をするという分析の視点が挙げられる。しかし、ジオルジの方法では、意味の単位に分離して本質認識をめざすため、全体の脈絡 (全体の意味) が見失われ、個別の体験がもつ意味を汲み取れなくなる恐れがある (榊原, 2011)。また、コレツィの 7 段階の分析方法も意味のまとまりやテーマの群 (クラスター) に分ける手続きが含まれており、全体の意味や個別の体験がもつ意味を見失う可能性がある。日本では、広瀬 (1992a, 1992b, 1992c) が Parse やジオルジの方法を参考にして分析方法を独自に開発している。広瀬の方法では、分析の視点や分析過程が明確に言語化され、読み手にもわかりやすい。しかし、分析対象には面接を担った研究者自身の体験を含めており、分析方法は面接者と分析者の両方の立場を考慮したものになっていた。そのため、上述した分析方法について、いずれかを選択して適用するのではなく、現象学的研究方法としての基本的な考え方や視点を参考にすることとした。

表 1 記述的現象学の立場をとる分析方法

Colaizzi	Giorgi	広瀬の分析方法
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 協力者から得たデータをすべて読み、そのデータを感覚的につかみ、それらの意味を理解する。</li> <li>2. 探求している事象と直接関連のある重要な文章を抜き出す。</li> <li>3. 重要な文章の意味をデータに忠実に読み取り、系統立て把握する。</li> <li>4. 上記の手続きを繰り返し、意味のまとまりごとに整理し、複数のテーマをまとめて群 (clusters) に分ける。 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. それらの正当性を証明するため、テーマの群を最初の手順に戻って参照する。</li> <li>b. この段階で、群同士そして/あるいは群間にある不一致に気づくかもしれない。研究者は適合しないデータまたはデータを無視したい誘惑を退けなければならない。</li> </ol> </li> <li>5. これまでの分析結果を、探究中の現象の包括的な記述に統合する。</li> <li>6. 研究されている事象の包括的な記述を、本質的な構造的記述にまで統合する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全体の意味を求めて読む</li> <li>2. 意味単位の識別化</li> <li>3. 参加者の自然的態度の表現の現象学的心理学的に感受性のある表現への転換</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 面接過程の分析 1 「面接過程の記述」を何度も精読し、全体の意味を感じ取り、本質的な意味の単位である場面に分ける。これは継続的に行われる。</li> <li>2. 面接場面の分析 2 ・面接場面のテーマ：1 の各場面を精読し、各場面のテーマを協力者の言葉で述べる。 ・テーマの中心的意味：「面接場面のテーマ」の精読を重ね、テーマの抽象化となる中心的意味を“患者の体験世界”と“私の体験世界”に分けて、筆者の言葉で記述する。それぞれの体験世界にタイトルをつける。</li> <li>3. 面接過程の分析 3 ・面接過程の構造的記述： 「テーマの中心的意味」の関連を考察し、本質的に重複しない意味を総合し、統合して構造的記述を行う。これは意味のまとまりで記述されるので、全体としては必ずしも経時的に記述されない。この構造的記述は状況的構造的記述と一般的構造的記述の 2 つの方法で行われる。以上の分析作業を各患者との面接過程にそって行う。</li> </ol>



表 1 続き 記述的現象学の立場をとる分析方法

Colaizzi	Giorgi	広瀬の分析方法
7. 分析結果を各協力者に返し、分析が各協力者の体験を正確に記述しているのかを確かめる。		・全患者との面接過程の一般的構造的記述：各患者との面接過程の一般的構造的記述を精読し、全患者との面接過程の一般的構造的記述に統合する。個々の面接過程の一般的記述から、より一般性を導き出すことを目的とする。

表 2 松葉、西村ら（2014）の具体的な手続き

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. インタビューの音声データからトランスクリプトを作成する。 （インタビュー時の研究参加者のしぐさや声の抑揚、インタビュー時に感じたことや気になったことなども書き込む）</li> <li>2. トランスクリプトを何度も読み返し、全体的な印象をつかむ。同時に、読み返ししながら気づいたことや分析の視点をマークしていく。 （この際、言葉の言い淀みや沈黙、繰り返し、語られた順序などが重要なヒントとなる場合が多い。また、分析は、研究参加者である当事者の視点から、その経験がいかに生み出されているのかという視点に注目して行う）</li> <li>3. 分析の視点を手がかりに、経験の語られ方とその文脈がいかに成り立っているのかを分析する。</li> <li>4. 潜在的なテーマとその構成を検討する。</li> <li>5. 構成を基に、各テーマとなった経験がいかに成り立っているのかを記述する。</li> <li>6. 記述を何度も読み返し、再度解釈（分析）を行う。 （経験がその当事者にとっていかに成り立っているのか、という点に忠実であるよう心がけることを忘れない）</li> <li>7. 再度、全体の構成を検討し、記述全体を貫くテーマを探る（＝研究のタイトルとなる）。</li> <li>8. 研究参加者や同僚などに記述を読んでもらい、意見を聞く。 （公開することの了解を得る＝倫理的配慮）</li> </ol>
--

本研究の現象学的分析方法の手順作成にあたっては、表 1 に示した方法に加え、松葉、西村ら（2014）の提案する分析の具体的手続き（表 2）も参考にして、本研究に適した独自のものを作成した。本筋は、事象が示すとおり、事象がどのような意味を伴い、どのように経験されているのかを探究し記述することである（坂井，2017）。具体的な分析の手順については第 3 章研究方法のなかで述べるが、対話の経験がいかに生み出されているのか、当事者の視点から発言の内容、発言の意図性、発言に伴う感情、発言の背景を考えて記述し、各文脈における対話の意味と経験の成り立ちを検討するといった項目を含んでいる。

### 第三章 研究方法

#### 1. フィールドワークによる研究方法の検討

このフィールドワークは、本研究の研究方法を明確にするために実施するものであり、予備調査的な位置づけである。フィールドワークを行う理由は、臨床現場においてがん患者との対話が生起する場面は数多くあるが、その中からどのような対話場面を想定し、どのような方法でデータ収集を行うのか、現象学的分析を行うためにはどのようなデータであればよいのかについて検討する必要があると考えたためである。さらに、実際に得られた記述データを現象学的分析方法で解釈することが可能かどうかという点についても必要があると考えた。

対話が発生する場面は、看護師が日常の看護ケアのなかで行っている対話の場面と、がんの診断や転移再発、積極的治療中止等の悪い知らせを伝えられた後に話をする等の特定の場面が考えられる。日常の看護ケアの場面では、バイタルサインの測定や清潔ケア等の実践をしながら行う会話や時には対話が自然に行われる。このような看護ケアの場面における対話は日常的で経験しやすいが、対話がいつ発生するかわからず、当事者自身も対話を行っている自覚がないということが考えられる。患者も看護師も対話を行っているという認識がない場合は、対話の経験の語りづらさが予測される。一方で、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられた状況等の特定の場面では、共有すべき話題があり対話の場面として捉えやすく、その場面での経験を想起して語ってもらうことが可能ではないかと考える。

対話場面のデータ収集の方法に関しては、参加観察、対話場面の録音、インタビューが選択肢としてあがる。参加観察の場合は、日常の看護場面におけるがん患者と看護師の実際の対話場면을リアルに捉えることができる。ただし、当事者は対話を行っている認識がない可能性が高く、研究者の存在が自然な対話の場(環境)を壊してしまうことが問題になる。対話場面の録音の場合は、研究者の介在がなく実際の場면을言語的データとして残すことが可能である。しかし、録音下という環境条件が当事者の自然な語りに制限をかけてしまう可能性がある。さらに、参加観察や対話場面の録音に関しては、研究協力者の同意を得ることや実施可能性という点で困難度が高いと考える。特に参加観察の場合は第三者に見られているという当事者の心理的負担が大きいことが予想される。インタビューの場合は、特定の対話場面についての経験をがん患者と看護師に語ってもらいデータを収集することになる。この場合、当事者の経験は個人の解釈や内省を含んだ経験として語りなおされる。研究者が実際に観察した事実に基づくデータではないが、本研究の目的は対話の経験の意味を問うものであり、対話場面の事実性は重視していない。経験の語りの記述データから解釈した内容が、当事者の認識と相違がないか確認することによって、分析データの妥当性を高めることは可能である。現象学的分析を行うために豊かな記述データを得ることは本研究の根幹であり、研究の質にも影響する。以上の検討内容をふまえ、本研究ではインタビューによるデータ収集が適していると判断した。

このフィールドワークの目的は、本研究の実現可能性を検討することである。研究者がインタビューを実施し、実際のデータを用いた現象学的分析を試みるこ

とによって、分析力の訓練とインタビューデータの信頼性の担保につなげることを副次的な目的とした。ここでは、以下の2点について検討した。

- 1) 対話場面の検討とデータ収集の可能性について。
- 2) 記述データを現象学的分析方法で解釈することの可能性について。

### 1) フィールドワークのやり方

対話場面の検討と、データ収集ならびに記述データを現象学的分析方法で解釈することの可能性について検討するために、がん患者3名と臨床看護師6名を対象にインタビューを行った。インタビューは3段階に分けて行った。まず、がん患者2名に「印象に残っている看護師との対話の場面（ケアの場面）」について語ってもらい、その後、がん患者が語った場面のなかに登場した看護師2名に、その対話の場面（ケアの場面）を想起して語ってもらった。次に、看護師3名に「今までに印象に残っているがん患者との対話の場面」について語ってもらった。最後に、対話の場面を共に経験したがん患者1名と看護師1名に個別にインタビューを行い、経験を想起して語ってもらった。

1回のインタビューは30～60分程度で、録音機器は使用せず、研究者がインタビューを進行しながら協力者が語った内容を書きとめた。インタビュー終了直後に、インタビューの流れに沿って協力者が語った内容を整理し記述データとした。インタビューで得た全ての記述データを読み込み、フィールドワークの目的に沿って検討を行った。

### 2) フィールドワークで得られたこと

#### (1) 各事例の概要

がん患者3名、病棟看護師3名、外来看護師3名の概要を表3に示す。事例1と事例2は、日常の看護場面におけるがん患者と看護師の語りである。事例1は夜間ナースコールを鳴らした際の看護師の対応に関する場面である。A氏は嬉しかった場面と振り返り、看護師の対応に人間性が感じられたと話した。しかし、看護師Kさんにとっては意識せずに行ったことであり、対応場面を覚えていなかった。事例2は外来で初めてがん告知を受けた時の場面である。C氏はショックを受けて泣いていたが看護師の対応に安心できたと話した。しかし、看護師Nさんは具体的な対話の場面を覚えていなかった。事例3、事例4、事例5は看護師の経験の語りである。事例3は印象に残っている日常の看護場面のなかから、化学療法の継続に迷う患者とのやりとりを振り返って語った。事例4は関わりが難しく最も印象に残っている患者さんとして語られた。治療継続を諦めきれず医療者に苛立ちを表出する患者に対して治療継続の意味を問いかけた場面であった。事例5はがん告知後に衝撃を受け泣いている患者に対応した場面についての語りであり、看護師Gさんは6年前の経験を鮮明に覚えていた。事例6は対話の場面を共に経験したH氏と看護師Iさん双方の語りである。悪い知らせを伝えられている状況で不安を抱える患者の情報をキャッチした看護師Iさんが、診察後にH氏に声をかけ対話を行った場面であった。

表3 フィールドワーク各事例の概要

	協力者	協力者の背景	語った場面の状況
事例1	Aさん	<ul style="list-style-type: none"> <li>・50代、女性</li> <li>・乳がん再発</li> <li>・症状緩和のため入院中</li> </ul>	夜間にナースコールを鳴らした際に、B看護師が「遅くなってごめんなさいね」と謝りながら部屋に入ってきた時の場面。
	B看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20代、女性</li> <li>・看護師経験3年</li> <li>・外科病棟所属</li> </ul>	
事例2	Cさん	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40代、女性</li> <li>・両側乳がん</li> <li>・術前化学療法で入院中</li> </ul>	がん告知を受けた直後にCさんが泣いていたため、D看護師が診察後に声をかけ、「大丈夫だからね」と言って話を聞いた場面。
	D看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・50代、女性</li> <li>・看護師経験30年以上</li> <li>・外来所属</li> </ul>	
事例3	E看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・30代、女性</li> <li>・看護師経験10年以上</li> <li>・内科系混合病棟所属</li> </ul>	日常のケア場面で雑談も含めた話をしながら、化学療法を迷う患者の気持ちを知って、患者の思いにそった意思決定を支えようとした場面。
事例4	F看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・30代、女性</li> <li>・看護師経験15年</li> <li>・内科系混合病棟所属</li> </ul>	抗がん剤治療を諦めきれず医療者に苛立ちを表出する患者に対して、F看護師が思い切って治療を継続する意味を問いかけた場面。
事例5	G看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・30代、女性</li> <li>・看護師経験10年以上</li> <li>・外来所属</li> </ul>	がん告知後に泣いている患者に声をかけ、患者の気持ちが落ち着くまでそばにいて話を聞いた場面。
事例6	Hさん	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60代、女性</li> <li>・大腸がん再発</li> <li>・外来通院治療中</li> </ul>	転移再発と抗がん剤治療変更について医師から説明された患者が不安を表出している状況で、診察後に声をかけて話をした場面。
	I看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40代、女性</li> <li>・看護師経験20年以上</li> <li>・外来所属</li> </ul>	

## (2) 対話場面の有無とデータ収集の状況

6事例のなかで、対話として捉えられる場面を部分的にでも確認できたのは事例4、事例5、事例6の3事例のみであった。事例1と事例2は、看護ケアの場面における日常会話や対応の一場面として捉えられ、事例3は、患者の語った言葉や反応について看護師の具体的な語りがなく、対話の場面として捉えることが困難であった。事例4、事例5は、対話の経験としてある程度の具体的な言葉のやりとりや対応を含んだ場面を認めた。しかし、看護師のデータに表れる患者の言葉や反応は、看護師の視点を通して捉えられた患者の経験でしかなく、実際に患者が経験し認識していることとは解釈が全く異なる可能性があると考えた。事例6では同じ対話の場面を経験したがん患者と外来看護師に個別にインタビューを行い、両者の語りから対話の場面を捉えることができた。

データ収集に関して、事例1と事例2ではがん患者も看護師も対話を行ったという認識がなく、インタビュー中に経験を引き出そうと試みたが、対話の場面に

関する具体的な語りは最後まで出てこなかった。記憶を絞り出して語られた内容は、看護師の声掛けや対応であった。事例3は具体的な対話の場面を思い出すまでに時間を要した。そのため、事例4と事例5では事前に印象に残っているエピソードを考える時間を作りインタビューを行った。それによって、患者の言葉や自分の対応を想起して語る事ができ、看護師のなかに鮮明に記憶が残っている場合は具体的な場面が語られた。事例6では同じ対話の場面を経験したがん患者と外来看護師に個別にインタビューを行った。インタビューを行った時期は対話の場面発生から、がん患者は1週間後、看護師は12日後であったことから、双方ともに対話の場面を想起して語る事が可能であった。

### (3) 対話の経験に関する記述データの現象学的な分析—事例6について

インタビューで得た全ての記述データについて、対話の経験として捉えられる文脈の有無を確認したが、対話の場面として文脈が捉えられたのは事例4～6であった。本研究では、がん患者と看護師の対話の経験を分析対象としているため、双方の記述データが得られた事例6について、現象学的分析方法で解釈することの可能性について検討を行った。分析の際には大学院の指導教員とディスカッションを行い、全記述データの読み込み、意味のある文脈の特定、文脈の解釈等を行った。また、解釈した結果は現象学の専門家にも見てもらい、現象学的な態度に近づくための助言を得て、再度分析をやり直した。事例6の分析に関しては繰り返し何度も行ったが、その都度新たな視点や解釈が生まれることを経験した。分析に要した時間は、事例6だけで合計50時間以上になり、研究者にとっては現象学的分析方法に慣れるためのトレーニングのよい機会になった。事例6で対話の経験として語られている場面についての記述データと、現象学的分析方法で解釈を試みた結果の一部を表4に示す。

表4に示した分析の結果をみて、がん患者と看護師の対話の経験の意味をあらわしているという確信には至っていないが、少なくとも当事者の視点、パースペクティブからみた現象学的な解釈のしかたについて検討することができた。また、その他の質的研究で行われるデータ分析の方法とは明らかに異なることが理解できた。

表4 事例6の対話場面の分析（一部抜粋）

＜対話の場面に至る状況＞

- ・患者 H さん(60 代、女性)はがんが再発して抗がん剤治療を行っていたが、新たな転移が見つかった。医師から抗がん剤の変更か治療の中止について提案され、H さんは治療継続を希望した。H さんは病状や治療に不安があり、自宅でも自然と涙が溢れる状況である。そのことを化学療法室の看護師に話している。
- ・看護師 I さん(40 代、女性)は外来勤務で臨床経験は 20 年以上である。看護師 I さんは事前に化学療法室の看護師から情報を得て H さんの状況を把握していた。診察日当日に医師の診察に同席して、診察後に H さんから話を聞くことにした。

＜看護師 I さんの分析＞ 場面:6N(事例ナンバー・看護師):行

【心理状態が気になり探る場面】

- ・I:とにかく H さんはすぐに泣ける自然にさーっと涙が流れてくるような状態で、この涙の原因は何だろうな?と思いました。H さんは「病気の話をするとう涙が出てくるのよ」と言ってました。気になったから本人に体調はどうですかと尋ねると「食べれてるし、よく寝れてるし大丈夫です!」ってまるで不調はないですと言わんばかりで。私は元気な人なんです、心配してもらわなくても大丈夫ですと虚勢を張っている感じに見えました。(6N:18-23)
- ・I:それで H さんに自然に涙が流れるのは心が悲鳴をあげているんじゃないかと思うことを伝えて。(6N:30-31)

＜対話の場面の解釈＞

看護師 I さんは、H さんに肝転移が見つかり、現在の治療は効果がなく継続が困難であることや、新たな抗がん剤を提案されたが、あいにく好中球が少ないために治療延期となった状況を知っていた。H さんがどれほど落ち込んでいるのか気がかりで、H さんから「自然に涙がでてくる」と聞いて深い悲しみの中にいるのだと感じ、何らかのケアが必要であると確信した。H さんに心のうちを外に出してもらい、楽になってもらいたいと考えて、まずは「体調はどうですか」と口火を切って H さんに接近した。しかし、H さんの反応は「食べれているし、眠れているし、大丈夫」というものであった。この反応は看護師 I さんが予想していた悲しみの素直な反応ではなく、まるで看護師を拒絶するかのような印象を受けた。「大丈夫」という言葉は即ち「助けは不要」と言っているようで、悲しみの中にいる患者が助けを必要とする反応とは正反対だった。しかし、看護師 I さんは、事前に H さんが悲しみの中にあるという確信を持っていた。「大丈夫」という反応は虚勢であり、決して「助けは不要」という意味ではないと思い、「心が悲鳴をあげている」ととらえた。実際に H さんは涙が止まらないという現象を起こしており、言葉では「大丈夫」と答えているが、感情は「涙が止まらない」状態であるのは事実である。看護師 I さんは事実には隠されている真実は「大丈夫」という言葉ではなく「涙がとまらない」という現象であると確信した。そして、H さんに対してとらえた真実を伝え、「あなたは大丈夫ではなく、心が悲鳴を上げているんだ」と知らせようとした。このあと、看護師 I さんは H さんに精神腫瘍科への受診を勧めており、H さんに自分の状態を正しく認識してもらい、問題解決に結びつけようとしている。

＜この対話における看護師の経験の意味＞

看護師 I さんにとっては、H さんへの気がかりからケアの必要性を確信し使命感をもって、対話を始める経験であった。予期しない H さんの拒絶を強がりと解釈してケアの必要性の確信を強め、H さんに自身の状態を気付かせようとする対話に進む経験である。患者の反応というより看護師の患者理解に基づき、医療的対応によって問題解決を図ろうとする対話の経験である。

テーマ:「医療の専門職として正確な状況を患者に理解してもらい効率よく問題解決を図る対話」

### 3) フィールドワークから研究方法を導くまで

フィールドワークの結果から、日常の看護ケアのなかで自然に行われた会話もしくは対話の場合は当事者に対話の認識はなく、経験の想起が困難で断片的な語りになることを確認できた。事例6のように、転移再発し抗がん剤治療の変更が必要な状況で、患者と話をするような特定の場面は対話の経験として捉えやすく、経験を想起して語ってもらいやすかったと考える。また、現象学的方法論に拠って、当事者の直接経験をありのままにとらえ解釈することを大事にするなら、看護師だけでなくがん患者にも経験を語ってもらいデータ収集をすることが不可欠であることを再認識した。そのため、本研究で対象とする対話の場面はがん患者と看護師双方が対話を行っているとは認識できる場面、例えば、がんの告知や悪い知らせを伝えられた後など特定の場面が適切であると判断した。

データ収集方法に関しては、フィールドワークでは経験や背景の異なる看護師にインタビューを行ったが、経験を言語化できる看護師の場合は、「印象深いがん患者さんとの場面について教えてください」という質問で、豊かな経験をありありと描写し語る事が可能であった。特定の対話場面の設定であれば、がん患者も看護師も双方に対話を行った経験として記憶に残りやすいため、対話の経験から記憶が薄れない早い時期にインタビューを行うことで、語りのデータを得ることが可能である。ただし、対話の経験について発言や反応の意図、感情等は必ずしも語りのエピソード内で表現されるとは限らず、むしろ認識していないことは語られない可能性が高い。対話の経験を語ってもらう際には、それぞれに対話の場面において起こっている状況をどのように認識したのか、その時の意図、感情も引き出すことが必要である。インタビューの際には、適宜質問を行って認識を確認することになるため、インタビューの助けとなるようなインタビューガイドを作成して用いることとする。ただし、現象学的な態度を遵守し、誘導や操作的な質問にならないように留意する必要がある。

インタビューによる経験の語りから、対話の経験に関する記述データを確認することが可能であった。得られた記述データについて暫定的に想定した現象学的分析の視点をもとに分析を行った結果、対話の場面と捉えられる文脈が読み取れた。また、それぞれの対話の文脈を読み取り分析してみると、がん患者と看護師の視点や認識は異なっていることがわかった。以上より、データ収集と現象学的研究の実現可能性について確認することができた。実際の研究に際しては、がん患者と看護師が共に経験した対話の場面についてインタビューガイドを用いて経験の語りを引き出し、対話の経験の意味を明らかにするために現象学的分析方法で解釈を行うこととした。

## 2. 研究協力者

### 1) 協力者の条件

研究の協力者は、進行がん患者と看護師で、1対1で対話を行った経験があり、30分～1時間程度のインタビューが可能である。具体的な協力者の条件および対話の場面は以下のとおりとした。

- ・看護師：がん患者の病気や治療に関する説明の場への同席や、説明後にごん患者の話を聞くなどのフォローを行った経験があり、看護管理者が患者に適切に対応できていると評価している人。所属部署は病棟、外来を問わない。この条件に該当する看護師を協力者の所属施設の看護管理者（看護部長、看護副部長・次長、看護師長）より推薦していただいた。
- ・患者：がんの転移や再発を認める状態で、30分～1時間のインタビューに耐えられる程度に心身の状態が安定している人。入院・外来を問わない。この条件に適合するかどうかの判断は、看護管理者（看護師長）もしくは当該看護師とした。
- ・対話の場面：患者は医師から悪い知らせ（転移再発、抗がん剤の変更、治療の中止、療養場所の選択等）を伝えられている状況にあり、その患者と看護師が1対1で一定の時間を確保して、病気や治療、今後の療養等に関する話を行った場面とした。

研究協力者の数に関しては、本研究は一般化や理論化を目指す質的研究ではなく、量的研究のようにあらかじめサンプル数を算出することが困難である。また、質的研究でもグラウンデッド・セオリー・アプローチでなされる理論的サンプリングのような、信頼性・妥当性を保つために必要とされる数はあらかじめ決まっていない（坂井，2109）。当事者の多様な対話の経験を記述するために、ある程度の数は必要とするかもしれないが、一人ひとりの経験の語りが多い記述（Thick description）に達しているかどうかを重要であると考えた。多い記述に達しているかどうかの判断は、分析を進めながら、質的研究および現象学の専門家のチェックを受け、最終的に必要な数を判断することとした。

本研究では看護師5名、がん患者5名の方々が研究協力者としてインタビューに応じてくださった。全ての研究協力者から濃厚な語り得られ、ある程度の厚みをもった記述内容が得られた。最終的にこの10名の記述を分析対象とした。

## 2) 協力者の選定方法

研究協力施設は、兵庫県内のがん診療連携拠点病院であり、本学を拠点として直線距離20km圏内に位置する施設を対象とした。兵庫県内のがん診療連携拠点病院（国指定、県指定）は、2019年4月時点で計24施設が認定されており、そのうち前述の条件に該当する施設は7施設であった。協力施設の選定にあたり、兵庫県内かつ本学を拠点として直線距離20km圏内に位置する施設とした理由は、対話の場面が発生してからできるだけ早期にインタビューを行いたいこと、インタビューは協力者1名につき2回を予定していることから、対象施設までのアクセス性を考慮したためである。また、がん診療連携拠点病院とした理由は、がん診療や看護の提供が一定の基準を満たして行われており、施設間の格差が少ないと考えたためである。



施設長・看護管理者宛に研究協力依頼の説明文書（資料 1：研究協力施設用依頼書）を郵送し、そのうち研究協力が可能であると回答が得られた施設に研究協力の依頼を行った。研究協力を依頼する協力者の数は各施設、看護師 3～5 名、患者 3～5 名とした。

具体的な協力者の選定方法とインタビュー実施までの手順は、以下の通りである。

- (1) 看護管理者（看護部長、看護副部長・次長、看護師長）より条件に適合する看護師を 3～5 名程度推薦していただいた。推薦された看護師に研究協力の広報用紙（資料 2：研究協力に関するお願い）を渡していただき内容を読んでもらう。そのうち研究協力に関心があり、自発的に研究協力の申し出があった看護師を協力者候補とした。
- (2) 協力者候補の看護師に正式に研究協力を依頼し、書面で同意を得た（資料 3：研究協力依頼書 看護師用、資料 6：同意書）。看護師に説明するタイミングで、当該看護師が所属する部署の看護師長にも研究協力依頼書（資料 4：研究協力依頼書 看護師長用）を用いてご協力いただきたい内容を説明した。協力者とのインタビューに関する調整は、看護管理者（看護師長）にお願いした。
- (3) 協力者の看護師は、がん患者との対話場面の経験後、速やかに所属部署の看護管理者（看護師長）に報告してもらった。なお、対話の場面については、告知後だけでなく、悪い知らせを伝えられている状況で今後の治療や療養に悩む患者から相談があった場面も含めることを事前に看護師に説明し、看護師が対話の機会を捉えやすいようにした。
- (4) 協力者のがん患者は、実際に看護師が対話を行った人を候補者とした。看護管理者（看護師長）から、協力者候補のがん患者へ、研究協力者として研究者に紹介することの了解を事前に得ていただいた。お声かけいただく際には、研究協力はあくまでも自由意思に基づくことを伝えていただき、強制力が働かないように配慮した。
- (5) 協力者候補のがん患者への研究協力依頼と、インタビューのための日時調整を看護管理者（看護師長）に行っていた。看護師と患者へのインタビューは、双方の同意が得られれば同じ日に行う予定であるため、アポイントメント時間は重ならないように調整をお願いした。患者に研究協力を依頼するため、アポイントメント時間は患者を先に、看護師は患者の 1 時間後に設定していただいた。
- (6) 看護管理者（看護師長）から、研究者へ対話の場面が発生したことの連絡をいただき、協力者とのアポイントメント日時を決定した。決定したアポイントメント日時は、看護管理者（看護師長）から協力者双方へお伝えいただいた。インタビューの時期は対話場面の発生から 1 ヶ月以内を想定したため、できるだけ速やかに連絡をいただくようあらかじめお願いした。連絡方法は電話もしくはメールとし、事前に連絡手段を決めておいた。研究者は看護管理者（看護師長）から連絡を受けたら速やかに返信した。また、対話場面の発生の有無を確認するために、研究者からも定期的に連絡を入れることのできることを研究協力の依頼の時点で得た。

- (7) アポイントメントの当日、患者から対話の内容を聞き取ることについて、協力者の看護師に同意を得た。その後、協力者候補のがん患者へ書面を用いて研究協力を依頼し(資料5:研究協力依頼書 研究協力者用、資料6:同意書)、同意を得てインタビューを行った。同様に、看護師から対話の内容を聞き取ることについて、患者にも同意を得た。協力者に関する基本情報(資料7)の患者についての情報を、看護師から聴取することについて、事前に患者の同意を得た。
- (8) 患者から研究協力の同意が得られなかった場合は、看護師へのインタビューは行わず、当該看護師が別のがん患者との対話場面を経験した場合に、3)~7)の手順を経てインタビューを行うこととした。
- (9) 研究協力者の患者が外来通院中の場合、対話場面の発生後の速やかなインタビューは困難であることが予想された。その場合は、次回の診察日に合わせてアポイントメント日時を調整し、当日に研究協力の依頼を行うこととした。研究協力の同意を得るまでに時間を要し、対話の経験から1ヶ月以上の期間が空くことが想定される場合は、経験を語っていただくことが難しいと思われるため研究協力の依頼を辞退することとした。

### 3. データ収集期間

データ収集期間は、2019年10月~2020年3月であった。

### 4. データ収集の方法

#### 1) インタビューの方法

インタビューは非構造化面接とし、最初に「看護師(患者)さんと話をした場面を思い起こしてください。その時に経験されたことを教えてください。」という質問を一つ行い、研究協力者に自由に語ってもらうようにした。最初の質問で、研究協力者が経験を語ることに難しい場合は、「その時にどのようなことを話しましたか。」や「最も印象に残っていることはどんなことですか。」という質問を行い、協力者の語りを促した。インタビューの際は、インタビューガイド(資料8)を用いて行った。このインタビューガイドの目的は、協力者の経験について具体的な語りを引き出すこと、協力者が発した言葉や行動の意図などを確認しながらインタビューを進めるためである。看護師が経験している優れた実践知は看護師自身が気づいていないことも多いため、インタビュアーは意識を研ぎ澄ませ、丁寧に看護師の判断や思考を引き出し、語りの内容を掘り下げるようなイメージで進めた。

なお、参加観察ではなくインタビューを選択した理由は、フィールドワークの結果に基づくものである。フィールドワークで当事者の記憶に残っている経験を詳細に語ってもらうことや、当事者の経験の語りから起こっている現象を分析することが可能であると判断した。本研究では当事者の記憶に残っている経験の語りが必要であると捉えているが、インタビューデータの限界として、個人の認知にのぼらないことは言葉に出てこないということ、個人の語りや語る力には限界があるという点があげられる。この点についてはインタビューガイドを用いて協

力者の経験の語りを補うようにした。インタビューデータの信頼性を高めるための対策として、研究者はフィールドワークを通してインタビュー法の訓練を行った。その他に実際のデータ収集では、1事例目のインタビュー後にインタビュー方法の適切性について点検し、2事例目以降のデータ収集の精度を高めるように努めた。

## 2) データ収集の方法

研究協力者であるがん患者と看護師へのインタビューは個別に行った。インタビューは平日の時間帯で行い、1回30分～1時間であった。インタビューの内容は協力者の了承を得て録音した。また、インタビュー中にあらわれる協力者の反応（言いよどみ、沈黙、表情、姿勢等）は、非言語的データとして重要であり、フィールドノートを作成してデータ収集を行った。研究者はインタビュー直後に、協力者が話した内容と共に気になった反応をフィールドノートに記載した。録音した内容は逐語録に起こし、非言語的データとあわせて記述データとした。1事例目のデータ収集を行った時点でデータを分析し、インタビュー方法の適切性や記述データの解釈等について専門家のスーパーバイズをもとに検討した。記述データから解釈した内容が、協力者の意図と相違がないか確認するために、各協力者に2回目のインタビューを行った。研究者が行った解釈が協力者の発言内容や意図と合っているかどうか協力者自身から確認を得ることが、データの真実性の担保につながる。分析結果を記述する際は、協力者である看護師と患者それぞれが理解できるように、できるだけ抽象的な表現にならないように注意し、平易な言葉を用いて表現した。データの収集と個別事例の分析は並行して進めた。なお、2回目のインタビューの時期は、研究者が記述データの解釈を終えてからになることをあらかじめ協力者に伝えた。対象となる患者の病状や心身の状態も考慮にいれ、1回目のインタビュー実施日から1ヶ月以内を目安にした。2回目のインタビュー日時調整も看護管理者（看護師長）にお願いし、看護師の場合は勤務状況に合わせて、患者が入院中の場合は患者の予定や心身の状態に合わせて、個別にインタビュー日時を調整した。患者が退院している場合は、外来診察日に合わせて調整することになるため、この場合の調整は病棟看護師長ではなく外来看護師長に調整をお願いした。外来診察日時の確認を行い、当該診察日に研究者が2回目のインタビューを希望していることを患者に伝えてもらった。患者の都合に合わせて、診察前もしくは診察後にインタビュー時間を設定した。インタビューを行うための部屋の確保も依頼し、2回目のインタビューを実施した。

また、インタビュー以外に、協力者に関する基本的情報について質問票（資料7）を用いてデータ収集を行った。この質問票はインタビュー当日に看護師に聞きながら研究者が記載した。看護師に聴取する患者に関する情報は、事前に患者に説明し患者の同意を得て看護師から聴取した。診療録は閲覧していない。看護師に聴取する項目は以下のとおりである。

- ・患者：年齢、性別、がんの病名、転移部位、治療の状況
- ・看護師：年齢、性別、看護経験年数、看護経験年数のうちがん看護の経験年数、所属施設と所属部署

### 3) インタビューの際の留意点

現象学的分析を行うためには、経験の語りが豊かで厚みのある記述データを得る必要がある。インタビューの際は、研究協力者の語りを聞きながら、単なる言葉のやりとりだけではなく、言葉の背景にある思考や感情も確認しながら進めた。特に、がん患者と看護師のそれぞれの語りのなかで、対話の文脈が異なる語りが出てきた際には、その時の思考や感情、判断等を丁寧に確認するようにした。インタビュアーは誘導にならないように注意しながら、その時どうしてそのような言葉を返したのか、どのように思っていたのかを詳細に聞いていった。研究者は現象学的な態度を前提として、研究者自身の経験からくる先入観を括弧入れし、真っさらなスタンスで語り手に向かった。

研究者はがん看護専門看護師として 15 年の経験があり、日頃から病気の進行や死に直面するがん患者と専門的な相談を行っている。がん患者へのインタビューにおいて、研究者が話を聞くこと自体が介入になり、対話の役割をもってしまいう可能性がある。インタビュアーとしての技術が、研究協力者から得られるデータの質に影響することに留意し、インタビューを実施した。

## 5. データ分析の方法

本研究ではフッサール現象学の流れを受け継いだ、記述的現象学の立場をとる。分析方法は先行研究や書籍を参考にして、本研究に適した独自のものを作成した。具体的な方法は以下の手順を踏むが、現象学的分析として最も重要な点は、当事者の視点である。全ての記述、解釈において、常に当事者の視点に即しているかを問いながら、現象学的な態度に留意して進めた。なお、分析、記述にあたっては、現象学や看護学の専門家のスーパーバイズを基に記述の精度を高め、現象学的領き (Van Manen, 1990/2011) を得る記述となるよう努めた。現象学的領きとは、私たちの生きられた生の経験と共鳴し合い、私たちが経験したことがある、あるいは経験し得ることだと認識して領けることである (Van Manen, 1990/2011)。具体的な手順を表 5 に示す。

表 5 分析手順

<ol style="list-style-type: none"><li>1. 全体の記述データを何度も繰り返し読み、全体的な印象をつかむ。その際、対話のなかでなぜそのような言葉を発したのか、背景を考えながら読む。</li><li>2. 当事者の視点から、対話の経験がいかに生み出されているのかという点に注目し、対話として意味がありそうな文脈をとらえる。</li><li>3. 文脈のつながりを意識しながら、対話についての経験の語り方とその文脈がどのように成り立っているのか、解釈したことを記述する。</li><li>4. 対話の文脈を解釈する際には、当事者の視点から発言の内容、発言の意図性、発言に伴う感情、発言の背景を考え記述する。</li><li>5. 各文脈において対話の意味を抽出し、それを象徴するテーマを検討する。</li><li>6. 抽出した対話の意味と経験の成り立ちについて構造的に記述する。</li></ol>
--

表 5 続き 分析手順

7. 6の記述を何度も繰り返し読み、再度分析（解釈）を行う。  
1～7の過程は看護師と患者それぞれについて行う。
  8. 看護師と患者の分析結果を交互に何度も読み、同じ話題について語っている文脈をとらえ、対話の場面として統合する。統合した対話の場面における、対話の成り立ちや文脈を検討する。最終的な、看護師と患者の対話の経験の意味を明らかにする。
  9. 記述データの解釈の結果を協力者にフィードバックし、協力者の意図と相違がないか確認する。
- \* 上記の分析は順番通りである必要はなく、行きつ戻りつしながらすすめる。

## 6. 現象学的方法の信頼性、妥当性、厳密性

現象学的方法には、そのアプローチの特殊性ゆえに独自の内的基準が存在する（広瀬，1992c）。現象学方法においては研究者のデータに向かう態度や、パースペクティブを明らかにすることが重要であり、このパースペクティブが示すことで分析や読み手に理解できるものとなる（広瀬，1992c）。この点について、Giorgi（1975）は「質的研究にとって重要な鍵となるクライテリアは読み手で研究者によって表現された視点と同じ視点を採用して、研究者が見たことを読み手もまたみることができるかどうか、同意できるかどうかということである」と述べている（広瀬，1992c）。質的研究の妥当性は、他の視点からの見方との形式的比較によるのではなく、同じ視点に立ったときの説得力となる（広瀬，1992c）。この説得力は研究者によって示された研究所見が、協力者や他の研究者を含む他者にとって了解可能であるかどうか、すなわち、相互主観的に研究所見に同意できる時、その研究の妥当性・信頼性は保たれていると判断される。

分析の真実性を評価する他の方法は、現象学的分析の経過を明確に示し、協力者の記述からどのように結論を導き出したかということを示すことがあげられる。データがどのように成立したかの検証をひとつの手がかりに妥当性は確かめられる（Flick, U, 1995/2002）。そのため、分析結果は現象学の専門家や大学院の指導教員によるチェックを繰り返し行い、分析内容の確実性を担保するよう努めた。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部研究倫理委員会の承認を受けて実施した（申請番号 2019D08）。実際の研究協力者の選定や研究協力者への配慮は以下のように行った。

- ・施設長もしくは看護管理者（看護部長、看護副部長・次長、看護師長）から看護師の推薦を行っていただく際は、強制力が働かないようにした。
- ・看護管理者から推薦を受けた看護師に研究協力の広報用紙（資料2：研究協力に関するお願い）を渡していただき、研究協力に関心があり自発的に研究協力の申し出があった看護師に研究内容を説明し協力を依頼した。

- ・看護管理者（看護師長）から、事前に協力者候補のがん患者に研究協力者として研究者に紹介することの了解を得ていただく際には、研究協力はあくまでも自由意思に基づくものであり、強制力が働かないように配慮した。
- ・患者から対話の内容を聞き取ることについて、協力者の看護師の同意を得てから、協力者候補のがん患者へ研究協力を依頼した。同様に、看護師から対話内容を聞き取ることについて、事前に患者の同意も得た。
- ・研究協力依頼を行う際には、強制力が働かないことを十分説明し（資料3：研究協力依頼書・看護師用、資料5：研究協力依頼書・研究協力者用）、自発的な協力を得て、同意書（資料6）にサインをもらった。
- ・協力者に関する情報（資料7）の患者に関する情報を、看護師から聴取することについて事前に患者の同意を得た。
- ・研究協力の同意が得られない場合も、研究協力者に不利益は一切生じないことを伝えた。
- ・研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能であり、その場合は研究協力者に申し出ていただくことを説明した。研究の途中で研究協力辞退の申し出があった場合、研究協力者の要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行うが、データの統合および論文作成後のデータ削除は困難であることをあらかじめ説明し承諾を得た。
- ・研究協力により時間的拘束が予測されるが、インタビューに要する時間は厳守するように努め、インタビューの際はどの時点でも中断が可能であることを事前に伝えてから開始した。
- ・インタビューでは、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている状況において、対話の場面で生じた気持ちや考え等を語ってもらうため、研究協力者に感情的な負担が生じる可能性がある。インタビューの際は心理面に配慮しながら進めるが、研究協力者に体調の変化が生じた場合は、速やかにインタビューを中断し看護管理者（看護師長）に報告することとした。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止することとした。
- ・インタビューを2回行うことによる時間的拘束および対話の経験についてお話しいただくことの謝礼として、研究協力者（がん患者、看護師）に2000円分のQUOカードもしくは品物を研究終了後にお渡しした。
- ・インタビュー内容は録音されるが、書きおこし作業を行う前に個人情報や匿名化もしくは記号化を行い、削除した。
- ・書きおこし作業は業者に依頼し、機密保持および個人情報の取り扱いに関する誓約書を用いデータを筆耕する際、得た情報は厳格に管理し（パスワードを鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを署名していただくこととした。
- ・電子データはパスワード付きのUSBを使用し鍵のかかる金庫で保管し、分析はインターネットのつながっていない専用のPCを用いて分析を行った。
- ・同意の得られた記録の中にある情報は研究終了後大学で決められた所定の期間（5年間）、施錠可能なキャビネットに保管し、その後責任を持って処分することとした。

- ・電子データに関しては、バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去すること、紙媒体の資料についてはシュレッダー、もしくは溶解を行い適切に破棄することとした。
- ・個人情報に関しては個人が特定できないように匿名化の対応表（資料 10）を作成し管理した。
- ・対応表の取り扱いは、電子データをパスワード付きの USB に保存して鍵のかかる金庫で厳重に管理し、研究終了後バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去することとした。
- ・研究協力者からの問い合わせには研究者の連絡先を明記し、問い合わせに誠実に対応する。また、データの開示要求があった場合には、それに応ずるように努めた。
- ・研究に際して知り得た情報に関しては研究目的のみに使用し、論文発表を行う際には地名、病院名、個人名が特定できないよう配慮する。論文発表の予定についても、同意書をいただく時点であらかじめ研究協力者に伝えた。
- ・研究結果は学内での成果報告、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があることを伝えた。

## 第IV章 結果

### 1. 研究協力者の概要

研究協力者となった看護師 5 名、がん患者 5 名についての概要を表 6 と表 7 に示す。インタビューは全協力者において 2 回実施した。看護師の年齢は 30 歳～50 歳代で、看護師としての経験年数は 11～35 年、がん看護の経験年数は 10～33 年であった。患者が罹患しているがんの種類は、乳がん 1 名、食道がん 1 名、膵臓がん 2 名、前立腺がん 1 名であり、全員が遠隔転移を有する進行がんであった。治療の状況は、診断時に切除不能で治療開始になる人が 1 名、遠隔転移があり緩和的化学療法を行っている人が 1 名、抗がん剤治療の効果がなくなり、次の治療を行う人が 2 名、抗がん剤治療が終了して Best Supportive Care (BSC) を受ける予定の人が 1 名であった。1 回目のインタビューの平均時間は、看護師が 44 分（最短 33 分、最長 57 分）、がん患者が 38 分（最短 41 分、最長 50 分）であった。2 回目のインタビューの平均時間は、看護師が 23 分（最短 19 分、最長 27 分）、がん患者が 29 分（最短 15 分、最長 48 分）であった。

表 6 研究協力者の概要：看護師

看護師	年齢 性別	所属	看護師の経 験年数	がん看護の 経験年数	インタビュー時間 1回目/2回目
J看護師	40代 女性	病棟	11年	11年	48分/20分
K看護師	50代 女性	外来	35年	33年	41分/26分
L看護師	50代 女性	外来	32年	20年	33分/27分
M看護師	30代 女性	病棟	12年	10年	41分/19分
N看護師	40代 女性	外来	20年	20年	57分/25分

表 7 研究協力者の概要：患者

患者	年齢 性別	がんの 種類	転移の部位	治療の状況	インタビュー時間 1回目/2回目
Oさん	70代 女性	乳がん	肺転移、肝転移、 皮膚転移	治療中	41分/35分
Pさん	70代 男性	食道がん	食道近傍リンパ節 転移	治療前	48分/15分
Qさん	50代 女性	膵臓がん	肝転移、胃壁浸潤	治療中	48分/22分
Rさん	60代 男性	膵臓がん	広範囲動脈浸潤、 傍大動脈リンパ節 転移	治療中	50分/48分
Sさん	60代 男性	前立腺 がん	骨転移、腹腔内 リンパ節転移	BSC(Best Supportive Care)	50分/25分

\* BSC：ベストサポर्टィブケア。抗がん剤などの積極的な治療は行わず、症状などを緩和する治療に徹すること。

## 2. 対話の場面が発生した時の各研究協力者の状況

インタビューを行った時の看護師と患者のそれぞれの状況および、対話が発生した場面についてまとめたものを表8に示す。この内容は、インタビューの後に研究者が書き留めたフィールドノートの内容も参考にして記載した。看護師と患者が話をするきっかけになった場面は、病状説明時に同席して診察後に話を聞くことになった場面、抗がん剤治療が変更となった患者と治療や副作用のことについて話をする場面、退院前に病気や治療について患者の思いを確認する場面、治療が終了した患者と今後の療養について話し合う場面であった。



表 8 インタビュー時の状況

事例	協力者	対話の場面	1 回目のインタビュー時の状況
事例 1	J 看護師	抗がん剤治療が始まって退院の目途がついた時期に、病気や治療に対する O さんの思いを確認する場面。	O さんとの対話から 5 日後に実施した。ゆっくり思い出しながら語る様子であった。自分の実践を振り返って、自然と涙が溢れる場面があった。
	O さん		楽な体勢でのインタビューを希望され、ベッドに横になった状態で話された。つらい体験を話されたが、声のトーンや表情は変わらず安定していた。
事例 2	K 看護師	告知と病状説明に同席した K 看護師が、診察後 P さんに話を聞いた場面。	P さんとの対話から 4 日後に実施した。最初の質問だけで自由に淀みなく話されたが、具体的な説明内容や対応を想起するのは難しいと言われた。
	P さん		看護師と具体的に何を話したのか場面を語ることは難しかった。終始穏やかで病気に対する不安を語る際も落ち着いていた。
事例 3	L 看護師	抗がん剤治療が変更になった Q さんに、病気や治療に対する思いを聞く場面。	Q さんとは初対面ではなく（外来化学療法室で担当した）、ある程度関係性ができた状況であった。治療のオリエンテーションをするという役割があった。
	Q さん		副作用で役割が果たせず、家族のことを思って流涙する場面があった。医師の病状説明には驚きつつも、冷静に受け止めた様子を再現して話された。
事例 4	M 看護師	抗がん剤治療が変更になった R さんの気持ちが気になりながら、副作用や抗がん剤の管理の話をする場面。	R さんと対話を行った日の勤務終了後に実施した。M 看護師はリーダー看護師として、若い看護師が行った指導内容を確認するという役割があった。
	R さん		事前に看護師との対話場面を覚えておいて欲しいとお願いして話を聞いた。M 看護師との対話以外の体験やエピソードが多く語られた。
事例 5	N 看護師	抗がん剤治療を断った S さんと、緩和ケアや今後の過ごし方について話し合う場面。	S さんとの対話から 1 週間後に実施した。自身の考えや思いをスラスラと話された。自身のコミュニケーションを振り返るよい機会になったと捉えていた。
	S さん		落ち着いて言い淀みも全くなく、歯切れよく話された。病気に対する思いを医療者に話す機会はなく、話したいとも思わないと言われていた。

### 3. 対話の場面における対話の成り立ちと経験の意味

まず、各事例において看護師と患者のインタビューデータを繰り返し読み、看護師と患者のそれぞれにおいて、悪い知らせや死に関連した対話の場面でどのような体験をしているのか、当事者の視点から現象学的に読み解き記述した。看護師と患者それぞれの記述において、対話の経験として意味のある文脈をかたまりとしてとらえ、その文脈において看護師と患者が経験したことやその意味について記述した。文脈のかたまり毎にそれぞれの対話の経験の意味をあらわすために、語られた言葉を借りてテーマをつけた。看護師と患者それぞれの経験についての分析結果は、巻末の付録に示した。看護師と患者それぞれの対話の経験について特徴をつかんだ後、両者の対話の経験を統合させて分析を行った。両者の対話の経験を統合するとは、看護師と患者が悪い知らせや死に関連した話題に関して語っている場面をとらえ、看護師と患者それぞれの体験世界を解釈し記述した。記

述した看護師と患者の体験世界を比較して、両者の間に何が起きているのか、どのような意味があるのかという視点で分析を行った。それぞれの体験世界をあらわすために、語られた言葉を借りてテーマをつけた。

各事例の結果を示していくにあたって、まず看護師と患者それぞれについて対話の背景となる状況を記載し、その後に両者の対話の経験を統合した内容について分析した結果を示している。各事例の対話の場面における、看護師と患者それぞれの体験世界をあらわすテーマをつけ、ハイフオン「-」で並べた。右側に看護師のテーマ、左側に患者のテーマを配置した。看護師の体験世界と患者の体験世界の内容については、それぞれの体験世界を枠線で囲んで並べて配置し、それぞれの対話の経験がどのようなものであったのかについて記述した。

### 1) 治療拒否の理由を探るうちに、生きたい患者の真意と壮絶な生活体験に圧倒され、図らずも相手のことが理解できた事例

#### <看護師 J さんの状況>

看護師 J さんは O さんが入院した時に担当看護師となり、病歴やこれまでの経過について O さんから話を聞いた。その時に O さんから随分前からがんであることは気づいていたが、長男や夫の世話のためにすぐに病院を受診せず「治療はしない」と決めてこれまで無治療のままでいたことを聞いた。O さんの乳がんは大きくなって皮膚の外に浸潤しており、浸出液も多いために毎日処置が必要な状態になっていた。また、O さんは貧血や倦怠感が強いために、身の回りのことを一人でこなすことが難しい状況でもあった。入院後間もなく、O さんは経口ホルモン剤による治療が開始となり、体調は少しずつ改善した。看護師 J さんは O さんの受け持ち看護師であったため、O さんを担当する機会がこれまでも何度かあった。入院後 1 か月経過して退院が決まった時期に、看護師 J さんはずっと気になっていた O さんの治療に対する思いについて聞いた。

#### <O さんの状況>

O さんが外来を初めて受診した時は、乳がんが皮膚に浸潤して大きな自壊創<sup>1</sup>を形成した状態になっていた。自壊創からは少量の出血と浸出液を認め、1 日に数回のガーゼ交換が必要であった。また、貧血のため少しでも動く息が切れるため、お風呂にも数か月間入れていなかった。O さんは外来受診後そのまま入院となった。乳がんの確定診断がつくと、O さんに治療の説明がなされ、すぐに経口ホルモン剤による治療が始まった。O さんは毎日ホルモン剤を飲み続けた。自壊創部のケアはしばらくの間看護師が行っていたが、体調が改善してシャワー浴ができるようになると、創部を洗い流すなど自分でケアの一部を行うことができるようになった。1 ヶ月経って退院の目途がつき、退院日の 1 週間前には訪問看護師やソーシャルワーカーらと在宅療養に備えて話し合いを行った。

#### <事例 1 の対話の場面>

事例 1 は、看護師 J さんが未治療で過ごしてきた O さんに突然治療が始まった

ことに対して違和感を抱き、その理由を O さんに確認したことがきっかけになった対話の場面である。看護師 J さんは「治療が嫌なんじゃないのか」という疑念を抱いていたが、O さんが語った内容は看護師 J さんが全く想像していないものであった。O さんが語った内容に看護師 J さんは圧倒され、自分の疑念を飲み込んでしまい、納得せざるを得なかった。

「信念があって治療を拒否していたのではないのか」－「もう少し元気で生きてみる」

看護師 J さんは、O さんに経口ホルモン剤による治療が始まって以来「本当は治療が嫌なんじゃないのか」という疑念をずっと抱いていた。なぜなら長い間未治療でいた背景には、O さんなりの考えや強い信念があったのではないかと思ったからだった。O さんにしてみれば、がんの治療をせず未治療のまま過ごしたのは「自分で決めた」ことであり、その選択に納得していた。退院が決まったある日、看護師 J さんは O さんに治療が始まってどう思っているのかを尋ねた。O さんは看護師 J さんから「治療は嫌じゃないですか？」と聞かれて、今になって治療を始めた理由を聞かれたように感じた。それで O さんは、その理由を説明するために個人的な体験も一緒に話すことになった。O さんは、乳がん気づいてから病院を受診するに至った経緯や、家族の世話で大変であった状況について説明した。特に精神疾患のある長男とのエピソードは看護師 J さんに溢れるように語った。看護師 J さんは O さんの壮絶な体験に言葉を失うほど衝撃を受け、「そりゃあそうだ」と納得した。というのも O さんの語りには、治療どころではなかった状況の説得力と O さん自身の強い信念があったからであった。看護師 J さんは O さんの話に圧倒されてひたすら聞くことしかできなかったのだが、O さんにとっては関心を向けられ話したいことを話すことができ、聞いてもらえたという体験になった。「看護師 J さんの体験世界」と「O さんの体験世界」の記述のなかで、下線がテーマをあらわす部分である。

表 9 事例 1 の対話の経験についての分析

看護師 J さんの体験世界	O さんの体験世界
<p>O さんがこれ程進行した状態になるまで乳がんを放置してきた背景には、O さんなりの価値観や相当な覚悟があったからではないかと看護師 J さんは考えた。<u>O さんが治療を始めたことと、長い間病院を受診せず未治療できたこととは辻褃が合わないことから看護師 J さんは違和感を抱いた。もしかしたら、O さんの意思に反して治療が始まってしまったのではないかと思った。</u>入院時に O さんからも「このまま死んでもいいと思っていた」と聞いていたので、<u>本当は「治療が嫌なんじゃないのか」と考えた。</u>他の看護師は誰一人 O さんの治療を気にする様子はなかったが、<u>看護師 J さんは O さんにその理由を確認せずにはいられなかった。</u>それで退院が決まったある日、O さんと話をしながら「<u>治療は嫌じゃないですか」とダイレクトに聞いた。</u>すると O さんは未治療でいた状況を話し始めるとともに、家族との壮絶なエピソードについても話した。O さんから精神疾患のある長男の暴力に振り回されたことや夫が脳梗塞で世話が必要なこと、長男や妹には金輪際会わな</p>	<p>O さんは乳がん気づいてから 3 年が経過した頃、以前の自分とは違うと思う程体がしんどくなり、医療者の助けが必要だと感じて病院を受診した。まず心療内科を受診し、がん治療に結び付くような診療科には行かなかった。また、(乳がんは)全く痛くなかったので殆ど気にならず、当時手術や抗がん剤を勧めない医師の本<sup>2</sup>を読み「がんの治療をしてもしなくても寿命は同じ」という記事を見たことにも影響を受けた。<u>O さんは「このまま亡くなっていくらい」と思っていたが、家の片づけや身辺整理のため「今少し元氣になりたい」と思ったので、医師の勧め</u><u>る治療を受けることにした。</u></p> <p>O: 私もうその時は以前の自分と違うと思ったんですね。トイレに行っただけでもすごい息があがるし、それで心療内科に行っただけです。いやまあ普通は内科とかにかかる方が普通のパターンだと思うんですけど、そしたらその先生に先にここ(乳房)診てもらおうと言われて。(＃1P01 p4)</p> <p>O: いやだから私後悔はないんですね。コンドウマコト先生の</p>

くてもいいと思っている事を聞いた。そして「もう少し元気になったらやりたいことがあるので」治療を始めたことがわかった。

J:もしかしら治療が嫌なんじゃないのかっていう眼鏡をかけて、嫌なんじゃないのっていう気持ちで行きました。ここまで進行して<略>(未治療を)自分で選んできたのに突然治療が始まって、半ば強制されてるんじゃないか意思とは反するんじゃないかって思ったので。( #1NJ1 p4-5)

J:今まで治療しないできたけど嫌じゃないですかって結構簡単な感じで聞きました。そしたら「もうちょっと元気で生きてみようと思うの」みたいなことがすっと出てきました。なんでもって聞いたら家の片づけまだだからって。この人はやりたいことが明確になって、それまでは元気でいたんだな「そういうことですね」って言って。( #1NJ1 p4-5)

J:じゃ何でみたいな、でも残り少ない時間ということをふまえた上で、内服薬で補って過ごしたいんだなって<略>相反する治療選択って一瞬思ったけどまあ納得できました。( #1NA1 p6)

O さんから「もう少し元気で生きていたい」と聞いて、看護師 J さんは「そういうことですね」と言いながら、すぐに「じゃあ何で」と思った。しかし「元気で生きていたい」という思いには共感できたので、「じゃあ何で」という言葉は口には出さなかった。話をしている時の O さんはまるでスイッチが入ったように溜まっていったものが「ドドロドロロ」と溢れ出るように話した。看護師 J さんは O さんの勢いに圧倒されて、「それは大変でしたね」と言うことくらいしかできなかった。O さんが話した内容は衝撃的で、聞き終わった後は「疲れたな」という感覚が残った。特に、長男や妹には金輪際会わなくていいと思っていることには大変驚き、悲しい気持ちで一杯になった。だが、その悲しさは表に出さずに聞いていた。**看護師 J さんは O さんの話に圧倒されて納得したので「そりゃあそうだ」と思い、看護師 J さんの疑念は払拭された。**

J:合いの手みみたいな感じで私が接続詞的なことをボンと言ったら、もうドドロドロロ引き出して次の話題が出てくるみたいな感じが多かったと思います。( #1NJ1 p5)

J:なんかでブチンとわーっとしゃべり出して大変だったの！まで洗いざらい言い出して。<略>それは大変でしたねぐらしか言えないですね。( #1PJ1 p8)

J:実の息子や妹と会わなくていいとか、この人はいいんだなと思いつつも私つらい気持ちになるんです聞くだけで。<略>悲しいなっていうのはずっとある、悲しい。( #1NJ1 p10)

J:もう O さんに関しては別にこの人は大丈夫。そりゃそうなんだなという風に受け止めました。( #1NJ1 p12)

本を買って読んだら、治療してもなくても寿命は同じようなもんだということが書かれていて、それも影響ありますかしらね。( #1P01 p5)

O:それが痛くないのは全然、それ(痛み)がないからズルズルと平気で放っておいたんやろねたぶん、痛かったら嫌やからね、そりゃ飛び込むけど。( #1P02 p11)

看護師 J さんから「治療は嫌じゃないですか？」と聞かれた時に、今になってがんの治療を始めた理由を聞かれたように感じた。自分としては病院の受診もままならない程大変な生活状況であったので、未治療で過ごしてきたというだけのことであった。その時に家族構成や「長男や妹に会わなくてもいいという気持ち」について聞かれたので、精神疾患のある長男の暴力や脳梗塞の夫の世話で大変だった生活について話した。その生活を思えば、こんなこと(がんになったこと)くらい大したことではないと思えた。他の人がどう思うかはわからないが、**家族との関わりを丸ごと含めた生活が自分の人生そのものであった。さらに、O さんには「自分のことは自分で決める」という考えがあり、「これ(未治療)は自分で考えてしたこと」であり、納得して今まで過ごしてきたという思いがあった。**看護師 J さんは話を途中で止めたり、否定するようなことも言わなかったので、言いたいことや聞いて欲しいことを話すことができた。O さんは「全部理解はしてもらえないと思うんですけどね」と言っているが、看護師 J さんと話し終わった後は「聞いてもらえた」という満足感を表現している。

O:息子(長男)には 30 年来振り回されてきましたからね、それから考えたら別にこんなことくらいどうってことないわっていう思いもありますわねえ、大変でしたね。( #1P01 p5-6)

O:暴れてドアや家具を壊したり殴られたこともあります、<略>そのこと思ったら別に、それは自分が考えてすることではなく向こうからくる方ですからね、だけどこれ(がん治療をしない)は自分で考えてしたんだからと思ったら別にそんなに大変やとは。( #1P01 p6)

O:私は自分で決めたこと、<略>自分のことっていうのは自分で決めたというのが強いんですよ、なんでも。( #1P01 p3)

O:まあ聞いてもらえたかなって感じがしました。<略>色々噂になるような所ではしゃべりたくないけど、医療関係者の方だったらこの中だけの話やして思えたからだと思います。聞いて欲しいっていうのもありますし。( #1P01 p1)

O:そりゃ全部理解はしてもらえてはないと思うんですけどある程度は。<略>私がそう言ったらそれは間違ってるよとか、そういうことおっしゃらないから結局。( #1P01 p3)

## <事例 1 における対話>

看護師 J さんは O さんが乳がん気づきながら、長い間あえて治療をせず乳がんを悪化させてしまったこと、患部が体表に現れて壊死するまで放置していたにもかかわらず、医師に治療を勧められたら何の抵抗もなくそれに応じたことに違和感を持った。その違和感は看護師 J さんの強い気がかりとして残り、「本当は治療が嫌なんじゃないのか」という疑念が、対話を生むきっかけになった。事例 1 では看護師 J さんの「治療は嫌じゃないのか」という質問に対して、O さんが治療する理由を答えようとして話を始めている。看護師 J さんと O さんの対話は、質問に対して一つの回答という単純なものではなく、O さんは、精神疾

患を抱える長男と脳梗塞の夫を抱えた壮絶な生活のなかで治療どころではない自分の状況をまず説明している。そして、あまりにも身体が弱り、治療に救いを求めざるを得なかった経緯を説明しようとした。看護師 J さんの「治療は嫌なんじゃないのか？」という問いの意味は曖昧で、いくつかの意味を含んだ表現になっている。それは、病気を放置してきたのは信念なのか、それとも自身の健康に責任を持たないだらしなさではないのかという疑念である。それで O さんは「今まで治療しないできたけどこれ（治療）は嫌じゃないですか」と聞かれた時に、「治療は嫌ではありません」と応えるのではなく、自分の身体的な苦痛と「もう少し元気で生きたい」ということを伝えるために必然的に上記のような説明になったものと思われる。結果的にその説明が看護師 J さんの疑念をたちまち解くことになった。疑問文への答えにはなっていないが、O さんから提供された詳細な情報によって、看護師 J さんは疑問を解消することができた。そして、O さんが語った家族に関する壮絶なエピソードは看護師 J さんの感情を揺さぶり、他者に有無を言わせないほどの説得力があった。この時の看護師 J さんは息を呑むほど圧倒されて、悲しさやつらいという感覚は排除して話をしなければならぬと思って表には出さずに聞いていた。看護師 J さんはただひたすら聞くことしかできなかつたのだが、O さんにとっては熱心に一生懸命に話を聞いているように映った。O さんの方は、話をするきっかけと安心して話す場が用意され、自分に強い関心を寄せる聞き手に制限なく自分の話したいことを思いきり話すことができた。O さんは自分の個人的な体験が他人に全て理解されるとは思っていなかったが、熱心に聞く看護師 J さんに対して「ある程度わかってもらえた、聞いてもらえた」という満足感を表現するに至った。看護師 J さんは O さんの期待以上に O さんのことを理解した。それは認知レベルでわかったというよりも、O さんの心身のつらさがズシンと体感的に伝わるようにわかるという感覚に近いものであったのではないかと思われる。

この事例では、聞く方は聞きたいことが明確にありながら漠然とした質問をしており、話す方はそのなかから聞かれたと思うことに応えるというかたちで対話が成り立っている。事例 1 での対話は、質問に対する回答として単純に聞くのではなく、質問に対する応え（反応）としてその意図をとらえることにより、自分の疑念が解消されるというものであった。漠然とした問いかけであっても聞き手がとらえた意図で言葉がやりとりされており、最終的に相互理解につながっている。聞いたことにこたえないと対話が成り立たないということではなく、聞いたことへの反応があれば対話は成り立っていく。そして、相手の反応を聞いているうちに自分のなかで解釈して疑問を解消できれば、それでこたえを得られたことになり、理解してもらえたという状況をつくることになる。

## 2) 病気が深刻で怖い気持ちと言わない患者を前にして、気持ちに踏み込まず、必要な情報も伝わらなかった事例

### <看護師 K さんの背景>

その日看護師 K さんは消化器内科の診療を担当していた。P さんに病名告知と

治療の説明が行われる予定であったので、看護師 K さんは診察に同席して医師の説明と一緒に聞いた。P さんは切除不能進行食道がんと告知され、抗がん剤と放射線を併用した治療が必要になること、入院して CV ポートの造設が必要になることなどが説明された。看護師 K さんは説明後に P さんと奥さんのフォローをするために、診察後に話を聞こうと考えた。消化器内科の診察が終わった時点で既に時刻は夕方になっていたが、もう一つ放射線科の診察が控えていた。診察後に話を聞くとすると外来診療の終了時間を過ぎてしまい、病院の会計窓口が閉まってしまうため、看護師 K さんの気持ちはとても焦っていた。看護師 K さんはできることなら落ち着いた部屋を確保して P さんの話を聞こうと考えていたが、時間的にそれは難しいかもしれないと考えた。放射線科の診察後に待合室に出してみると、周辺には誰一人座っていなかった。そのため、P さんの了解をとってそのまま待合室の椅子に座って話をすることとした。

### <P さんの背景>

P さんは切除不能進行食道がんと診断され、外来でがんの告知を受けた。自覚症状としてはのどに少し詰まる感覚がある程度だったので、最初の頃は悪い病気とは思っていなかった。近所の内科医から総合病院の消化器内科を紹介されて受診し、がんの診断や治療に必要な検査をすべて受けた。消化器内科の医師の説明は妻と一緒に聞いた。消化器内科の医師の話によると手術はできないほどがんは進行した状態で、抗がん剤と放射線を併用した治療を行うことが提案された。すぐに入院して胸に埋め込み型のポートを造設し、早々に治療を開始することが計画された。P さんは医師の提案を受け入れ、治療スケジュールと入院日が決まった。その時の診察に同席していたのが、外来看護師の K さんであった。看護師 K さんは診察中だけでなく診察の後もずっとそばに付いてくれていた。全ての診察が終わってから、看護師 K さんと医師の説明内容や、今後の治療のことについて話をした。

### <事例 2 の対話の場面>

事例 2 での対話は、進行がんの告知の直後に「先生にお任せします」と簡単にこたえた P さんを見て、病気や治療のことをわかっているのか心配した看護師 K さんが P さんの認識を確認する場面である。看護師 K さんは P さんの反応が乏しいことを気にしながら、治療を始めるために必要最低限の情報提供を行った。一方の P さんは、深刻な病状だとわかって不安でたまたらなかったが、その気持ちは言わなかった。ただ、看護師 K さんがずっとそばについてくれていたことには安心した。

**「告知後の患者の反応が見えず、あえて気持ちは確認しない」－「不安で仕方がないが、自分の気持ちは言わない」**

看護師 K さんは、告知後の P さんの心情を推し量り混乱しているだろうと考えたが、P さんはいとも簡単に治療を受けることを決めてしまったようにみえた。一方の P さんは、突然深刻な病状だと言われ驚きと恐怖のあまり反応できなかった。

たが、治療することだけは決めた。看護師 K さんは「本当に治療を乗り切れるの  
 だろうか」ととても心配で、P さんが病気や治療のことをわかっているのか確認  
 したいと思った。また、P さんが病気をどのように受け止めたのか気になったが、  
 P さんからその気持ちが表現されることもなかった。P さんに気がかりや心配な  
 ことを尋ねても反応が乏しく、わかっているのかわかっていないのかの判断は難  
 しかった。ただ、前もって多くの情報を伝えても混乱するだけなので、治療に必  
 要なことだけに絞って伝えることにした。P さんは、自分の病状を知って死を意  
 識する程切羽詰まった気持ちになっていたが、それは一切に口にしなかった。た  
 だ、看護師 K さんが診察の時からずっとそばにいてくれたことには安心して、気  
 持ちが楽になった。「看護師 K さんの体験世界」と「患者 P さんの体験世界」の  
 記述のなかで、下線がテーマをあらわす部分である。

表 1 0 事例 2 の対話の経験についての分析

看護師 K さんの体験世界	P さんの体験世界
<p>医師の説明内容は誰が聞いても容易に進行がんであるとわかるものだったので、話を聞いて P さんは動揺して冷静ではいられないだろうと思った。だが、P さんは落ち着いた様子に見えた。P さんはその場で「(治療は)先生にお任せします」と答えたが、<u>看護師 K さんは病気や治療のことをわかっているのか、高齢の夫婦が「本当に治療を乗り切れるのだろうか」と、とても心配になった。</u>P さんに直接気がかりや心配なことを聞いたが、P さんの反応ははっきりしなかった。そのため、治療の説明用紙を見てもら  <u>い確認したが、P さんの反応は乏しく質問もほとんど出てこなかったので「わかっているのかわかっていないのかわからないが、きっとわかってないだろうな」と判断した。</u>ただ、すぐに治療が始まるため、P さんが混乱しないように最低限必要な情報を説明することにした。</p> <p>K: それ(治療)をわかっているのかイメージできてるのかというのをまず思って、&lt;略&gt;で「先生にお任せします」って言っておられたんですけど、ほんとに乗り切れる? のかな、&lt;略&gt;治療が最後までできるのかなってという心配のもとにどう思っているのかを聞いてみようかなって思っただけです。( #2NK1 p1)</p> <p>K: 何が心配かというのはそんなに沢山出てくるわけではなく、聞いたけどあまり出てこなかったんで。&lt;略&gt;わかっているのかわかってないのかはよくわからないけど、きっとわかってなかったかなとは思いますが。( #2NK1 p2)</p> <p>K: (治療の説明用紙に)副作用とか書いてあって見てもらったんですけど、特に何も出てこなかったんで。( #2NK1 p2)</p> <p>K: &lt;略&gt;あまりイメージが沸いていないのに先々情報をもってもそれがいつの段階で必要な情報なのかかわかりにくかったら反対に混乱するだけかなって思って。( #2NK1 p4)</p> <p>看護師 K さんは、P さんが<u>病気をどのように受け止めているのか気になったが、P さんから不安などの感情表出はなく、気持ちを尋ねるきっかけが訪れなかったので「確認はしていないしできなかった」と表現した。</u>これ以上気持ちを掘り下げて聞くような行為は P さんの心をざわつかせることになるため、<u>ここまでの必要はないと思った。</u>看護師 K さんは、今は病気や治療についての考えや気持ちを話すタイミングではないと判断した。その代わりに今後も P さんの気がかりに対応する人や場があること情</p>	<p>P さんは最初に内科の医師に診てもらった時から、ただ事ではないと感じていたが、消化器内科で<u>実際に進行した食道がんであるという説明を聞いてとても驚いた。</u>周囲の友人が食道がんで「ドンドンドンドン」次々に亡くなっていたので、説明を聞いた瞬間にそのことが思い浮かんだ。P さんにとって食道がんは最もたちの悪いがんであるという認識であり、<u>友人たちと同じように「もうぼつぼつ終いやな」と、いつきに死を意識した。しかし、そのような気持ちは一切口にせず、医師から抗がん剤と放射線を併用した治療を提案されたので同意した(お任せすることにした)。</u>インタビューでは、<u>告知された時に死を意識する程の衝撃を感じたことや不安感を表現したが、看護師 K さんには話さずむしろ黙っていた。そのことについて、看護師 K さんにも奥さんにも「一切そんなこと言えへん」と明言した。</u>P さんにしてみれば、病気になったことは「しょうがない」「なるようにしかならない」ととらえていた。</p> <p>P: 僕の病気は深刻らしいわ、どうも普通ではないらしい、&lt;略&gt;まあ不安でしゃあなかったけどね( #2PP1 p1)</p> <p>P: やっぱりどんどん&lt;略&gt;だんだん消えていくやん、あーやっぱりなあって思いよったらやっぱりなあ。自分はなった時いっぺんにそこ思ったよ、&lt;略&gt;あ、こらあもうぼつぼつ終いやなと。( #2PP1 p4)</p> <p>P: (食道がんになった)連れが命ドンドンドンドン落としてもうおらんからなあ。いやそれ僕が一番心配しとったんは&lt;略&gt;食道がんって食べるとこやから一番悪いと思とったから。&lt;略&gt;ごっつ…いっぺんにびっくりしたんや。( #2PP2 p18)</p> <p>P: もうそういう病気やったんやなって思うけどな、&lt;略&gt;看護師さんがどーやこーやない、そういうことやったんや僕の考えは。もうそらあしょうがないもんや、かかってもうたし。( #2PP1 p5)</p> <p>P: (外来看護師に気持ちを話すこと)…いや、あんまりしてないでいい、一切そんなことせん、言うてへんね。( #2PP1 p5)</p> <p>医師の説明を聞いている時から診察が終わった後も、看護師 K さんがずっと側に付いていた。初めての経験だったが、それで随分と気持ちが楽になった。P さんにしてみればわからないことがわからない状態だったが、看護師 K さんの説明で「こうしたらい」ということがわかって安心した。P さんにとって</p>

報提供し、いつでも相談できることを伝えた。看護師 K さんは、他の家族の協力体制や仕事などの身辺整理が必要な状況かどうかを確認し、P さんが安心して治療にのぞめる環境であることがわかって自分自身も安心した。

K: うーん、そんな涙流してどうこうみたいな所はなかったから、どこまでどう受け止めておられるかの確認はできないっていうか、してもいないですけど、ちょっとできなかったかなって思います。( #2NK1 p7)

K: つらい思いをワーッと表出されていたらその時に対応した方がいいと思うけれども、まだそういう思いを表出されてなくて、<略>あえてそこを急いでなんていうのかな、ザワザワワッと私がする必要はなくて、<略>あえてそこまで探るようなことまでする必要はないなんて、言わせる？まではいいかなっていう風に思ったので。( #2NK1 p7)

K: 仕事のことやその辺の役割の確認をしたんで、<略>治療に臨めるかなっていうところの最低確認しといた方がいいかなと思うところでは、私が勝手に安心した、そんな感じかもしれないですね。( #2NK1 p10)

K: 1 回の外来で会ったところでそんなに全部全部気がかりをすっきりできるようにしようと思うのはそれはちょっと無理だし、その必要性はないかなって思う。( #2NK1 p11)

看護師 K さんの対応は「とてもありがたく役に立つ」と思ったことは間違いなかったが、看護師 K さんが説明した具体的な内容については思い出せなかった。それは、2 回目のインタビューでも同様で、「覚えてない」と P さんは繰り返し話した。

P: 自分のなかでもう切羽詰まっとうやん、色々なんにもわからへん先生が言いよることも。<略>やっぱりあんなして後からちゃんとしてくれた人がほんまにありがたい思うたよ。( #2PP1 p1)

P: はい、気楽になった。もう緊張しとってやっぱどないなるかわからへんからね。( #2PP1 p2)

P: あの方がずーっとついて来てくれて「こやでああやで」て、ああそうか思うてありがたかったよ、最初はあれ看護師さんまた変わった人やなと思よった。ところが終わってから来てくれてなあ。( #2PP1 p15)

P: (看護師と話したこと)・・・あんまり覚えてない、うん覚えてないなあ。<略>いや～色んなこと言うたん思うんやけど覚えてない。<略>いや病気のこと一切わからんから医者やないし、<略>わからんもんなあ、わからんばっかじゃいかんやけどな。( #2PP2 p16-17)

## <事例 2 における対話>

看護師 K さんは、P さんが厳しい病状説明の後で何か思いがあるのは違いないが、P さんは言葉少なく反応も乏しかったためあえて今は確認しない方がいいと判断した。P さんも内心では死を意識するほど不安な気持ちを抱いたが、他者に自分の気持ちを言うつもりはなかったという状況である。看護師 K さんは P さんが病気や治療のことをわかっているのか心配になり、繰り返し質問して確かめている。そのなかで、P さんからほとんど発語がなく、何の感情も表れなかったので、看護師 K さんは P さんの気持ちを確かめるきっかけをつかめないまま話を終えることになった。P さんの方は、食道がんが一番たちが悪く友人が次々に亡くなっていった経験から死を強く意識した。P さんは死がよぎるほど怖く、不安でたまらない思いで心のなかには占められていた。医師や看護師の説明を聞いてもうまく反応できなかった。この場面では、看護師 K さんは進行した病気や治療に対する P さんの気持ちを確かめたいと思っていたが聞けず、P さんも聞かれたことに反応できず、さらに自分の気持ちは言わないと考えていた。お互いの反応をみながら何も言わないので聞かない、言わないという状況で、いわゆる閉鎖文脈<sup>3</sup>になっている。看護師 K さんは P さんの気持ちをこれ以上掘り下げて聞くことをあえて避けたが、閉鎖文脈の場面では互いの意図性が合致しているので、看護師 K さんの対応としては合っていた。その一方で、看護師 K さんには治療開始にあたって、P さんが最低限困らないように注意すべき事項を説明しなければならぬという責務があった。告知後の P さんの反応から心理的に余裕がないだろうと判断し、看護師 K さんは伝え方を工夫することにした。一度に沢山の情報を伝えると、情報を整理できずに混乱を招くだろうと考え、最低限必要な情報に絞って伝えた。しかし、P さんの方は看護師 K さんが説明した内容は記憶に残っておらず、看護師 K さんの対応で何がよかったのか、その中身を聞いても具体的な語りは出てこなかった。ただ、看護師 K さんがずっとそばにいて、丁寧に対応してく



れたということは印象に残っていた。看護師 K さんは自分が伝えた情報は P さんが覚えていると思っていたが、P さんの方は覚えていなかった。P さんは看護師 K さんが自分のことに配慮しながら、手順をふんでとても丁寧な対応していることを受け取った。それによって P さんはとても安心でき気持ちが楽になった。P さんには説明した内容が伝わったのではなく、看護師 K さんの心配や気遣いが伝わったということである。

事例 2 では、看護師 K さんと P さんの体験世界をみた時に、それぞれの意図はあえて表に出しておらず、互いの真意はみえないまま話が終わっている。両者のあいだで言葉のやりとりはなされているものの、看護師 K さんは自分の知りたかった P さんの気持ちをあえて聞いていないので、対話自体は始まっていないと言える。しかし、深刻な病気に直面する話題が避けられたことは、P さんの心理的な状況に合ったものであった。また、看護師 K さんは P さんの不安を察して必要最小限の情報だけを伝えようとしたが、P さんが不安のあまり色々な情報が入ってこない状態であったとは思っても至らず、看護師 K さんが伝えた情報を P さんは受け取っていなかった。

### 3) 病気の進行や予後についての話ができるという感覚が合致し、抵抗なく話を聞き進めることで、相手のことが理解できた事例

#### <看護師 L さんの背景>

看護師 L さんは毎日外来化学療法室で治療を受ける患者の看護を行っている。看護師 L さんは、Q さんがファーストライン（1 番手）の抗がん剤治療を行った時に担当し話をしたことがあった。今回、Q さんはファーストライン（1 番手）の抗がん剤の効果がなくなり、セカンドライン（2 番手）の抗がん剤に変更することになった。看護師 L さんの勤務する病院では、抗がん剤治療を初めて行う場合は入院して副作用の経過を確認してから、外来通院治療に切り替えることになっている。Q さんも入院してその治療を行うことになった。看護師 L さんが Q さんと対話を行った時期は、抗がん剤の点滴を行った日から 2 日後であり、血液検査の結果や副作用を確認して 1 週間程度で退院が予定されていた。看護師 L さんはその日、外来通院治療のために必要なオリエンテーションを行う担当者になっていた。その主な目的は副作用の対処法などについて確認し情報提供を行うことであった。看護師 L さんは、Q さんの体調や話をすることが出来る状況かどうかを病棟看護師に確認したうえで、Q さんと話をするために病室（個室）をたずねた。

#### <患者 Q さんの背景>

Q さんは切除不能進行膵臓がんと診断され、外来通院で抗がん剤による治療を行っていた。ファーストライン（1 番手）の抗がん剤治療は 3 回目までは入院して行い、4 回目の治療を外来で行った。4 回目の治療後に治療の評価を行った結果、ファーストライン（1 番手）の抗がん剤は効果がなかったため、セカンドライン（2 番手）の抗がん剤に変更することになった。Q さんの通院している病院

では抗がん剤による治療を初めて行う場合は入院して行う約束になっており、そのため数日前に消化器内科のある病棟に入院した。ファーストライン（1番手）の抗がん剤では吐き気やしびれ（末梢神経障害）など複数の副作用を体験してつらかった。セカンドライン（2番手）の抗がん剤でも新しい副作用が出現することが予想された。今回の入院は、点滴後血液検査の数値や副作用の有無を確認して経過に問題がなければ、1週間程度で退院できると聞いていた。Qさんが看護師Lさんと対話を行った時期は、入院して抗がん剤の点滴を行った2日後であった。その日は午後からセカンドライン（2番手）の抗がん剤の副作用のことや、今後の外来通院治療について、外来看護師から説明があると病棟看護師から聞いていた。

### <事例3の対話の場面>

事例3での対話は、たった4回の治療で効果がなくなり抗がん剤が変更になった状況において、看護師LさんがQさんの気持ちや副作用に対する不安を心配し、思わず確認せずにはいられなかった場面である。看護師Lさんは、Qさんがきっと精神的に落ち込んでいるに違いないと考えていたが、看護師Lさんの予想に反して、Qさんは冷静に病状を受け止め自分の気持ちや考えを落ち着いて話した。

#### 「病気の進行や予後について気持ちが聞けるという感触を『つかみ』、聞き進めて患者のことを理解する」－「信頼して自分の今の状態を抵抗なく話す」

看護師Lさんは、抗がん剤が変更になったことに対するQさんの気持ちがとても気になっていたが、Qさんにそのことを聞けるかどうかの確信はもてなかった。当初、看護師Lさんは新しく始まる抗がん剤の副作用のことしか話すつもりはなかったが、Qさんの安定した心身の状態と落ち着いた話しぶりから、自分が気になっていた病気や治療に関するQさんの気持ちを聞くことができた。看護師LさんはQさんがショックを受けて落ち込んでいるだろうと予想していたので、自分の考えや気持ちをしっかり話すQさん様子に大変驚いた。Qさんは質問したことに対して、何でもはっきり答えてくれたので、看護師Lさんは安心して気になっていたことを次々に聞くことができた。一方のQさんは、看護師Lさんがどんな質問をしても、役に立つ情報を教えてくれるだけでなく話を聞いてくれたので、病気や治療についての気持ちを抵抗なく話すことができた。看護師Lさんは、Qさんが自分の病状（現実）を明確に認識していることを実感して聞き続けることができ、Qさんに対する理解が深まっていくという場面である。「看護師Lさんの体験世界」と「患者Qさんの体験世界」の記述のなかで、下線がテーマをあらわす部分である。

表1.1 事例3の対話の経験についての分析

看護師Lさんの体験世界	Qさんの体験世界
看護師Lさんは、Qさんは副作用に過敏で精神的に弱い人なのかなと感じていた。看護師Lさんは、抗がん剤が変更になりショックを受けて落ち込む患	外来化学療法室の看護師から説明があると聞いて病室で待っていると、看護師Lさんがやって来た。看護師Lさんとは外来でも話したことがあり、その

者をたくさん見てきたので、自分と同じ年齢で子どもがいる Q さんがどんな気持ちでいるのか気がかりだった。Q さんが病気や治療をどのように受け止めているのか知りたかったが、落ち込んでいると予想される Q さんの心情に配慮して、副作用の説明に徹しようと考えていた。だが、実際に病室で Q さんに会ってみると予想していた顔つきとは違い、心身の状態が落ち着いていることは一目瞭然であった。看護師 L さんはこの瞬間に「いけるかな」と話ができる感触をつかんだ。 Q さんは精神的に落ち込んでとても先のことを考えるような状況ではないと思っていたが、実際に Q さんはとても落ち着いて話をされ、副作用の具体的な情報も求められた。この Q さんの反応は意外だったが、以前にも告知された時の話を聞いていたので、Q さんと自分の関係性なら病気や治療に対する気持ちについて聞けると思った。

L: 副作用もすごく出てましたしね、この人もう点滴中から「しびれてー」とか、結構敏感やなと思ったりしました。( #3NL1 p1)

L: やっぱり若いし同じ年なんですよ確か、子どもさんもおろって言ってたし「どんなんだったの?」って聞いた時に「やっぱショックやった」って話を聞いてたので、<略>4 回しか(治療)してないのにピーディー(PD)になってどんな思いもあるんやろうと思いがら。( #3NL1 p1)

L: 外来で結構話をしたのもあったから、(病室に)ガラッと入った時の感じも「いけるかな」だった。( #3NL1 p5)

L: やっぱりケモチェンジってなると結構みんな落ち込んでるんで、その中で思ってた顔つきとは違ってた。( #3NL1 p6)

L: 副作用とか他の患者さんの経験を話すことは私得意やと思うんです。やっぱり色々な患者さんを見てるのでそういうところで「つかみ」じゃないんですけどね。あんだけ話のはずなので、これやったら聞けるかなっていう。( #3NL1 p5)

L: いや私少し精神的にダメージを受けやすい人かなんかと思っていたので病棟に行って話をしててちょっとびっくりしたんですよ、でそれをそのままに言ったんです。「いやもっとへこんでるのかと思ったんですけど、どう思いました?」って聞いたらその後の話やったんですけど。( #3NL1 p3)

L: 「意外でした！もっとバタバタするのかと思っていたので、<略>質問も結構詳しくだったので色々不安があるんだなと思ったから、そんな風に(長生きはできないと思っているが悲観していない)受け止めてるんやって思って。」( #3NL1 p4)

Q さんの話から、かなり深刻な病状であることを理解しているのだと看護師 L さんは思った。そして、Q さんの病状認識、現実認知がこれほどまでにしっかりしていることに驚いた。さらに、医師に自ら余命のこと聞き、家族にも延命処置は要らないなど、自分らしい死に方について相談していることにも感心した。看護師 L さんは、Q さんに対して抱いた精神的に弱いというイメージは思い違いであり、治療だけでなく死についても構えができていてる人であると思った。そして、Q さんに対する患者像(イメージ)は一変した。

L: 初めて告知された時の方がやっぱショックで、(今回は)何となく予想しとったからこんなもんかなって思ったし、治療ができないわけではなくてまだ次の治療があるんやって言われたので、だったら頑張るしかないなって思ったって。( #3NL1 p3)

L: 長くは生きれないと思ってんだけど悲観はしてない、<略>あの人の場合効かなくなった時にはたぶん受け入れるのかなって、<略>受け止めができてるんやなどはちょっと思いました。( #3NL1 p3)

時に知識の量が豊富でたくさんの情報をもっている人だと思った。看護師 L さんは副作用について聞くとも何でもこたえてくれ、しかも自分の年代や生活状況に合った多くの情報をくれる人だった。Q さんは普段からそんなに人と話すタイプではなく、相手がくれたアドバイスも邪魔くさいと思うことがある。Q さんは自分と同じ状況か、それがわかる人と話したいと考えており、看護師 L さんは自分の状況をわかってくれる人であり信頼もしていた。だから、看護師 L さんから病気や治療が変更になったことをどのように思っているか聞かれて、抵抗なく自分の考えや気持ちを率直に話した。

Q: L さんとかそういう(個別の副作用の情報など)を知ってる看護師さんとかに言うて聞いてもらって、<略>「その年代層やったらそういうこともあるよなあ」って返してくれる方が私はありがたい。( #3PQ1 p9)

Q: やっぱりこういう状況の人としゃべるかこういう状況の人を知ってる人としゃべるかじゃないと入ってこない。( #3PQ1 p10)

Q: 話を聞いてもらえて「それはこうしたらいいね、こうしてはる人がいますよ」っていう情報をくれる看護師さんとの対話はすごく大切やと思って。( #3PQ1 p9)

Q さんは病名告知を受けた時から、おそらく長生きはできないと思っ

たし、最初の治療で副作用や体調が回復しないという感覚があったので、治療の効果が無いことも予測していた。だから、医師の説明や抗がん剤の変更にもあまり驚かなかった。また、Q さん自身は自分の余命や死の迎え方に関心があり、医師にどれくらい生きられるのか質問したが、はっきりとした余命は教えてもらえなかった。Q さんとしては延命処置は希望せず最期は家族に側に居て欲しいと思っ

ており、そのことを家族には伝えた。余命や死について医師や家族と話したことは看護師 L さんにも感心された。看護師 L さんは自分の意見を否定せず「聞いて欲しいことを聞いてくれた」ので率直な思いを表現することができし、話し終えてとても楽になった。

Q: 私的には臓臓がんっていうのは長生きできないっていうイメージがあって、だからって治療しないわけじゃないし、けどももう先がほぼ見えている考えられる、年数とかもある程度あるってなった時に、結局何で終末迎えるんやろうっていうのものすごく興味があって、ていうか自分はなにでダメになる?っていうのを。( #3PQ1 p7)

Q: 「そこ(臓臓がんの胃壁への浸潤)が破れて吐血したら抗がん剤はできない、胃やから食べられないってなったら弱っていくな」って(医師に)言われて、けどそれがいつとも言わはらへんかったし、(死ぬ)可能性があるのはそこがっていうのは(家族に)伝えて。( #3PQ1 p7)

Q: もうそう(死が近く)なったら延命は要らないので、<略>こんな(酸素吸入のチューブを鼻に)着けてでもみんなと居れるんやったらそうしてくれるかなって(涙流す)・・・、<略>そこは伝えといてそうしてもらって最期っていう方が。( #3PQ1 p7)

Q: (看護師 L さんに)終末のこと「聞かしたんですか?」って言われて「まだそんな先ですよ」って言うてくれるけどわからない、<略>早い人は早いじゃないですか<略>そこを聞きたかって<略>「ほーそこ聞かしたんや」って C さんに感心されました。( #3PQ1 p7-8)

Q: 聞いて欲しいことは聞いてくれはったと思います、<略>吐き出してると思います<略>楽ちんになってると思います。( #3PQ1 p11)

### <事例3における対話>

看護師 L さんは、抗がん剤治療や副作用について Q さんに説明する役割があったので、病室を訪れて Q さんと話をするようになった。ただ、このとき単なる情報提供で終わらなかったのは、もともと看護師 L さんに Q さんに対する強い関心や（自分と同じ年齢で子どもがいる状況に）、抗がん剤が変更になってどんな気持ちでいるのだろうという心配があったことが影響している。そして会った瞬間に、病気の進行に対する Q さんの気持ちを聞くことができるという「つかみ」の感覚を得たことが、看護師 L さんにとって対話を進める原動力になった。看護師 L さんは、Q さんに対して精神的に弱い人だというイメージをもっていたので、看護師 L さんは Q さんの気持ちを聞けそうかどうか感触を探って、Q さんがその話題に乗って来なければ、潔く話を切り上げようと思っていた。しかし、実際に Q さんに会ってみると、Q さんは予想外に落ち着いていて、話しぶりもしっかりしていた。看護師 L さんはこの瞬間のことを「(他の患者と比べて) 思った顔つきとは違って、(病室に) ガラッと入った時の感じも『いけるかな』だった」と表現している。この「いけるかな」という言葉は、看護師 L さんが一瞬で、Q さんに病気や治療に対する気持ちを踏み込んで聞けるのではないかという感覚をつかんだことを意味する。看護師 L さんは、Q さんと話した最初の瞬間に気持ちが聞けるのではないかという「つかみ」の感覚を得て、治療や副作用のことについて話をしながら、さらに病気の進行や治療に対する気持ちを聞けそうかどうか探った。そして Q さんと話をするなかで気持ちを聞いても大丈夫だという確信をもったので、「医師から話を聞いた時の気持ちはどうだったの？」と一步踏み込んだ質問をした。一方の Q さんがこの時どう感じていたのか、実際のところはわからないが、おそらく説明にやってきた看護師が L さんであるとわかって安心したものと思われる。なぜなら、お互い初対面ではなく、Q さんは看護師 L さんのことを知識の量が豊富で自分に役立つ情報を持ちニーズにこたえてくれる人だと知っていた。そのことは、「聞いても『そういうこともあるかもしれないですね』ぐらいの知識の量やったらそれ以上の話にはならない。その場では聞くけどたぶん邪魔くさい、だから L さんとかそういうの（個別の情報を）知ってる看護師さんに言って聞いてもらって<略>返してくれる方がありがたい。」という言葉に表れている。また、Q さんは看護師 L さんに自分の余命や最期の迎え方に関する話をしているが、それは看護師 L さんに対する信頼感があることによる。この Q さんからの肯定的な評価や信頼感も、看護師 L さんの Q さんの気持ちが聞けるという「つかみ」の感覚に貢献した。看護師 L さんは Q さんに「もっとへこんでいると思ったけど顔見て安心しました」と率直な気持ちを伝えている。「へこんでいる」という言葉は相手によってはタブーになる場合もあるが、看護師 L さんはあえてこの言葉を使って、自分の思いを率直にオープンに Q さんに伝えた。Q さんの方も自分の思いを率直に表現する人であったので、お互いに隠し事がなく率直な関心や気持ちが表明されるというオープン文脈<sup>4</sup>であったので話を進めやすかった。実際に看護師 L さんは「その時ショックではなかったの？」や「アカンってどういうこと？」など、自分の率直な関心に従って次々に質問を続けている。それに対して Q さんも冷静に自分の死についての考えや思いを整理して話したので、看

看護師 Lさんは「聞いてもいいのだ」という確信をもつことができ話を聞き進めることができた。看護師 Lさんは、Qさんの病状認識、現実認知がこれほどまでにしっかりしていることや医師に余命を確認し、最期の迎え方について家族とも話し合っていることに感心した。看護師 LさんはQさんに対して抱いていたイメージは思い違いであったことに気づき、Qさんはよく考えていて構えもできている人であると理解した。そして、患者像は一変した。Qさんの方は、看護師 Lさんは「ああそうですね」と自分の意見を否定せずに聞いてくれたので率直な思いを表現することができ、「聞いて欲しいことを聞いてくれた」、「愚痴を聞いてもらって楽になった」とQさんは表現した。一見すると、看護師 LさんがQさんの話を引き出しているように見えるが、この場面では反対にQさんが看護師 Lさんを安心させて話を聞かせているようにとらえられる。Qさんに聞いていくプロセスが、看護師 LさんにとってはQさんをわかっていく対話になった。

#### 4) 治療に前向きな患者に気持ちを聞くことができず、真意はわからないまま、看護師としての任務を遂行した事例

##### <看護師 Mさんの背景>

看護師 Mさんは病棟でリーダー業務や経験年数の若い看護師の指導を担っている。Rさんがセカンドライン（2番手）の抗がん剤に変更するために入院した日、看護師 Mさんはちょうどリーダー業務を担っており、Rさんの担当は看護師経験が2年目のT看護師であった。Rさんは点滴の抗がん剤に加えて経口抗がん剤を併用することになっており、翌日からの治療に備えて、医師、薬剤師、T看護師それぞれから治療や副作用について説明が行われた。看護師 Mさんは、T看護師にRさんに行った説明内容や副作用の状況を確認したが、T看護師からの情報だけではRさんの状況がよくわからなかった。看護師 Mさんとしては、抗がん剤が変更になったことをRさんがどのように思っているのか気になっていた。薬剤師の説明に対する反応や以前の入院と比べて今どんな状況であるのか自分で確かめるために、リーダー業務が一段落した夕方にRさんの病室をたずねた。

##### <患者 Rさんの背景>

Rさんは切除不能進行膵臓がんと診断され、外来通院でファーストライン（1番手）の抗がん剤治療を1年以上続けてきた。最近、血液検査で白血球の数値が下がって抗がん剤治療を延期する機会が増え、加えて腫瘍マーカーの数値も増加したためCT検査を行ったところ腫瘍の増大を認めた。医師から抗がん剤の効果は無効であり、セカンドライン（2番手）の抗がん剤に変更するという説明を受けた。Rさんはすぐに抗がん剤の変更に同意した。次の治療は、これまで使用していた点滴の抗がん剤に加えて、新しい内服の抗がん剤が追加になった。Rさんは新しい抗がん剤治療を行うために消化器内科のある病棟に入院した。治療は翌日から始まる予定になっていた。Rさんが看護師 Mさんと話したのは入院翌日の夕方であり、午前中に担当看護師や薬剤師から治療に関する説明を受けた。新しい内服の抗がん剤は、予定通りその日の夜から開始になった。

#### <事例4の対話の場面>

事例4での対話は、表面上は経口抗がん剤の管理や副作用に関してやりとりを行っている場面である。看護師 Mさんは、治療が変更になって Rさんは落ち込んでいるのではないかと気にしていたが、Rさんが治療に前向きな気持ちでいるのに、抗がん剤が効かなかったという後ろ向きの気持ちをあえて聞くということをしづめた。一方の Rさんは今後の抗がん剤治療について気がかりはあったが、治療のことは医師に聞くものだと思っていた。

#### 「患者が治療に前向き過ぎて気持ちを聞くことをやめる」－「不安はあるが治療のことは医師に聞く」

看護師 Mさんは Rさんがセカンドライン（2番手）の抗がん剤に変更になって、治療をどのように受け止めているのか気がかりであった。なぜなら、抗がん剤が変更になって落ち込む患者をたくさん見てきたからであった。Rさんの気持ちが気になりながら実際に話をしてみると、Rさんは治療や副作用のことをよく理解しており、前向きに治療に取り組もうとしていることがわかった。看護師 Mさんは Rさんの様子を見て安心し、これ以上治療に対する思いを確認する行為は、Rさんのやる気を損なうかもしれないと考えこのまま話を終えた。一方の Rさんは、治療に関することは医師に相談することだと思っており、看護師 Mさんとは抗がん剤の副作用や管理のことについて話をしただけだった。何より経口抗がん剤による治療は初めてで、Rさんにとっては抗がん剤を厳密に取り扱える自信がなく怖いという気持ちが強かった。「看護師 Mさんの体験世界」と「患者 Rさんの体験世界」の記述のなかで、下線がテーマをあらわす部分である。

表12 事例4の対話の経験についての分析

看護師 Mさんの体験世界	Rさんの体験世界
<p>看護師 Mさんは、ファーストライン（1番手）の抗がん剤が効かなくなって落ち込む人を沢山みてきたので、<u>Rさんも抗がん剤が変更になって落ち込んでいるのではないかと気になっていた。</u>治療が切り替わった時の状況を知るために電子カルテの記録を読むと、Rさんは淡々と説明を聞いたようだった。治療や副作用の説明をするために病室に行ってみると、Rさんはベッドに横たわって休んでおり、体調が悪いのかなと思って身構えた。<u>様子を伺いながら声をかけると、Rさんはすっと起き上がって「あ、どうも。お久しぶりですね。」と軽快に返答してくれた。体調よく元気そうな様子に看護師 Mさんは安堵した。</u>Rさんは気さくに明るく話してくれたので看護師 Mさんも話しやすい人だと思った。ベッドサイドのテーブルには<u>新しい治療に備えて手帳（スケジュールや副作用を記入する日記）を準備していたので、Rさんはとても感心した。</u></p> <p>M: 受け入れ具合とかどうなんかなっていうのもあったしく略&gt; 前の(抗がん剤)があんまり効かなくてやっぱ落ち込んでるかなっていう気もしたのでちょっと気にはなってたんですけど。( #4NM1 p1)</p> <p>M: 最初に行った時に横になってテレビもついてなくて、だから印象的にはしんどいん違うかなって思ったんですけど、&lt;略&gt; さっと起きて「あ、どうも」みたいな感じで。( #4NM1 p9)</p>	<p>Rさんは最初の抗がん剤は点滴だけで、副作用もほとんどなく過ごしてきた。<u>セカンドライン（2番手）の抗がん剤は飲み薬が加わるので、副作用や自分で薬を管理しなければならないことが不安だった。</u>副作用が強くなるのかどうか気になって看護師 Nさんに聞いたら、かなり個人差があるということを知って安心した。看護師 Nさんからは、新しく加わる経口抗がん剤について、取扱い方法や副作用について説明を聞いた。その時に、今までの副作用の状況や排泄物の処理についても聞かれたので、覚えていることや自分の体験を話した。食事への影響や吐いた時の対処については気になっているが、症状が出てきたから後で確認しようと思っている。</p> <p>R: 昨日の看護師(D)さんと話した時に&lt;略&gt;「どうなんですかね皆これされた(新しい内服の抗がん剤を飲む)時はなんか副作用強いんですか?」いうのを一番に聞いたんですよ。( #4PR1 p1)</p> <p>R: 前の薬で全然副作用がなかったんでその不安があって、&lt;略&gt;この治療中になんか体に副作用があった時に聞こうかなあとは思ってるんですけどね、前知識がありすぎてもちょっと怖いから。( #4PR1 p1-2)</p> <p>R: 個人差ごっつありますよって一番最初に言われて&lt;略&gt;、Rさんは副作用前も薄かったから薄い可能性もあるし、この薬に合わなかったらきついかもわかりませんねいう話だけもらった</p>

M: 最初の勝手な自分の印象よりもお元気そうやったっていうことに安心したというか、<略>先入観というかイメージがあったから、思ったよりは元気そうやったからよかったなっていうのがあったかな。( #4NM1 p9)

M: 治療で不安なことないですかって聞いたらよくわかってはって、<略>さっそく手帳も見せてくれてちゃんと日付も書いてあって<略>そこまできちんと最初から書いてくれる人はそんな人ないので前向きな人かなあと思って。( #4NM1 p1-2)

看護師 N さんは R さんの話ぶりや態度から治療に前向きに取り組もうとしていることは明らかであると感じた。 R さんとは主に経口抗がん剤の取り扱いや副作用について話をしたが、質問すると積極的に答えてくれるだけでなく困っている様子にも見えなかった。また、経口抗がん剤を取り扱うための必要物品を自ら準備しており、排泄物や洗濯物の処理についてもしっかり覚えていた。看護師 M さんは治療効果がなかったことに対する R さんの思いが気になっていたが、今の状況で R さんに気持ちを確認すると、治療に対する意欲を損なうかもしれないと思った。自分の疑問は R さんに確認することはできなかったのので、このまま話を終えることにした。

M: その楽観的にとらえてはる人かちょっと神経質な人なのか患者さんのキャラクターに応じて言うこととか考えるというか、今日はここまでにしようみたいな。( #4NM1 p3)

M: かなりスムーズに話が出来たので、今がそういう(前向きな)感じなのかもしれないから、とりあえずここまでにしようかなと思って。( #4NM1 p4)

M: どこまで聞くというか踏み込むじゃないですけど、いきなりやって来た人にこんなこと(気持ちのこと)聞かれてもなっていうのもきつとあるかなと思ったので。( #4NM1 p6)

M: 本人さんだけでこれだけの話が出来るんやったら安心というか、今後(治療を)継続していけるんちゃうかなって。( #4NM1 p7)

M: 自分でちゃんと理解されてるなっていう、自分自身で治療に取り組もうっていう感じがすごいある人かなっていうのが印象としてあったんで。( #4NM1 p10-11)

のでちょっと安心したんですけどね、逆にね個人差が多いんでね。( #4PR1 p2)

R: 質問がたくさん出ないくらいまだ把握してない、薬の状態をパンフレット読んでやっと把握したばかりやから、前のパターンとは違うことはわかるんやけど、家では重要に管理してくださいということまではわかって、で副作用うんぬんは今から出てくるからこれは一般的な人の分ですわねという話までで終わってるから。<略>理解できてますよ、<略>先走って聞いてしまったって忘れるし、その都度その状態になった時に聞いてみたらと思って。( #4PR1 p12)

R さんはセカンドラインの抗がん剤治療が今の段階なのか、他に残されている治療があるのかどうかは気になっていた。しかし、治療の内容や方針については看護師ではなく、医師に聞くことであると考えており、それも自分のタイミングで医師に確認しようと考えている。

R: いや看護師さんに聞いたって治療方針は先生やから先生に聞こうかなと思って、<略>薬のワンサイクルが終わらなくて効かなくて次のステップに変わったから効果の程がね、前が初級やったら中級にあがってるのか、もう最終段階の薬なのかわからないから、そこは先生しか聞けないもんね。( #4PR1 p9)

R: 初期段階の治療が上手いこと最後までいけなかったから中段階まできたんやったらもう最終しかないのかまだもう1回あるのかね、まだ調べてないけど、<略>今ツーステップ目いってる薬で長らくいけるのか、副作用が出てきてもうスリー段階目にいかなあかんようになるのかね。( #4PR1 p9)

R: (次の治療は)ちょっともう聞く気はないけどね、このステップでごっつい副作用が出れば先生に相談せなあかんし。( #4PR1 p11)

#### <事例 4 における対話>

看護師 M さんが一番聞きたかったことは、ファーストライン(1番手)の抗がん剤が効かなくなってショックで落ち込んでいないか、治療の選択肢が一つ減ったことをどう思っているのかであった。でもそこは結局聞けなかった。それは、R さんが既に治療に対して前向きに準備をしており、R さんから治療に対する不安や心配ごとについて一切話がなかったからであった。看護師 M さんは、R さんが抗がん剤が効かなくなったことをどのように思っているのかとても気になっていたが、R さんから何も語られない状況だったので、治療効果がなくなったことに対する気持ちを聞くことを躊躇した。自分の疑問のために、R さんに治療の選択肢が一つ減ったという現実を突きつけて嫌な思いをさせてしまうことや、新しい治療に対する前向きな気持ちを害してしまうことは避けたかった。R さんの気持ちを傷つけないように配慮した結果、看護師 M さんは肝心の R さんの思いについては、何も情報を得られないまま会話を終えることになった。しかし、看護師 M さんには聞けなかったという後悔はなかった。それよりも、看護師 M さんとしては最低限明日からの治療に R さんが困らないようにしたいという思いがあった。だから、R さんに抗がん剤の取扱いや副作用の対処法を伝えるという役割

を果たすことができ、Rさんの話しぶりから抗がん剤治療を継続して続けていけそうだと感じて安心した。Rさんの様子を見て、看護師Nさんは治療効果がなくなったことに対するRさんの気持ちを確認する必要はないと思うに至った。一方のRさんは、看護師Mさんと話した場面では、明日から始まる経口抗がん剤の副作用がどんな風に出るのか、抗がん剤の管理を自分でやれるのかどうかということに強い関心があった。Rさん自身はファーストライン（1番手）の抗がん剤が効かなかったことはあまり気にしておらず、治療には段階があつてこの先も選択肢があるのだろうと認識していた。看護師Mさんは治療の選択肢が一つ減って落ち込んでいるに違いないと思っていたが、Rさんはそのように考えておらず、むしろ抗がん剤の効果は個人差があるので、効いたり効かなかったりするのが現実だと思っている。また、Rさんは治療に関することは看護師ではなく医師に聞くことであると考えているので、看護師Mさんに限らず看護師との間で話題にすることはないという状況である。看護師MさんとRさんの体験世界をみた時に、看護師Mさんは落ち込んでいるじゃないのかという気がかりを胸の内に秘めたまま、Rさんは治療に対する気持ちを話す相手は看護師ではないという認識で、両者の意図はすれ違ったまま対話に成り得ることはない状況である。Rさん自身は治療効果がなくなったことにこだわりはなく、次の抗がん剤治療に関心が移っているので、看護師Mさんが治療や副作用の情報提供に終始したことは、はからずもRさんのニーズに合致していたと考えられる。

#### 5) 患者の死に対する覚悟を先行確認して、今後の過ごし方について落ち着いて話し合うことができた事例

##### <看護師Nさんの背景>

看護師Nさんは看護外来に所属しており、普段から各診療科の医師の依頼を受けて病状説明の場に同席している。そして、がん告知や再発転移などの悪い知らせを聞いた後の心理的支援や、治療選択や療養に関する意思決定支援などを行っている。Sさんと話すきっかけは、2ヶ月前に主治医から依頼を受けて、病状説明の場に同席したことであった。Sさんは前立腺がんのために分子標的治療薬による治療を続けていたが、PSA（ピーエスエー：腫瘍マーカー）が上昇し検査で新たな骨転移が判明した。そのため、Sさんには治療薬の変更が提案された。看護師Nさんは医師から頼まれていたことや、告知後のSさんの気持ちが気になったので、診察後Sさんに「病気のことやどう過ごすかみたいなことをお伺いしたい」と伝えた。Sさんはすぐに同意し、自分の考えや気持ちを話してくれた。その後も診察の度に、看護師NさんはSさんに声をかけ、診察前や診察後の時間を使って今後の治療や療養生活について話をする機会をつくってきた。インタビューを行った時期は、ちょうどSさんと3回目の面談の後であった。

##### <患者Sさんの背景>

Sさんは4年前に前立腺がんと診断されたが、骨転移やリンパ節転移があつたため手術はできず、抗がん剤、ホルモン剤、分子標的治療薬などを用いて治療を



行ってきた。最初の抗がん剤治療の直後には骨転移のために歩くことが出来なくなった時にもう駄目だと思った。再び歩いて普通の生活ができるようになることは想像もできなかったが、治療が思いのほか奏功して再び歩ける状態になった。数か月前に PSA（ピーエスエー：腫瘍マーカー）の数値が上がって検査を受けた結果、治療の効果はないと判断された。医師から次の治療として他の抗がん剤を提案されたが、それははっきりと断った。なぜなら、これまで行った抗がん剤治療はどれも効果を示さないばかりか、様々な副作用が出現してとてもつらい思いをしてきたからであった。医師は他に免疫チェックポイント阻害薬を用いた治療を提案した。ただし、その薬を使うためには適応があるかどうかの検査が必要であり、適応になる確率はとても低いという話であった。Sさんは検査や薬が保険適用になったので、適応を判断するための検査には同意した。一方で、他に治療法がないこともよくわかっており、今後は緩和ケアに専念し、その準備が必要であるという説明を聞いて納得した。看護師 N さんとは、数か月前に外来で医師から病状に関する説明を受けた時に初めて会った。診察後に看護師 N さんから声をかけられて、話をするようになった。その後も、外来診察の度に看護師 N さんと話をする機会が度々あり、緩和ケアや今後の過ごし方などに関して相談してきた。

#### ＜事例 5 の対話の場面＞

事例 5 での対話は、緩和ケアや今後の過ごし方について話し合う場面である。抗がん剤治療をしないという意思表示をした S さんに対して、看護師 N さんは治療をしなければ確実に死に向かうことを理解しているのか気になって確認した。S さんの話から、これ以上治療をしても治らないと考えていることがわかった。一方の S さんは、一度死を覚悟した体験があり、緩和ケアや今後の過ごし方について話し合うことに全く抵抗感がなかった。看護師 N さんは S さんの覚悟を確信し、落ち着いて今後の療養について話し合うことができた。

#### 「患者の死に対する覚悟を確認して先の話ができる」－「治療をしても治らないとわかっているの、今後の過ごし方を聞いて準備する」

看護師 N さんは医師の説明を聞いている時に、抗がん剤治療はしませんと明言した S さんが本当に治療をしなければどうなるのか、死に向かうことを理解しているのかとても心配になった。一方の S さんは、これまでの治療経過からこれ以上抗がん剤治療をしても治らないことを実感しており、自分の病状を素直に受け止めていた。看護師 N さんは、治療をしないという選択が変わらないのであれば、緩和ケアや今後の過ごし方について話し合っておく必要があるため、S さんが自分の病状をどのように受け止めているのか確認しようと思った。看護師 N さんは S さんと話して、S さんが自分の病状を理解して治療はしないと決めており、その決断も揺るぎのないものであると感じた。また、S さんはとても落ち着いて自分の考えを話してくれたので、緩和ケアや今後の過ごし方について話し合うことについて迷う必要はなかった。一方の S さんは、骨転移で動けなくなった時に死を覚悟した体験をしており、治療できない状況になっても今さら驚くことはなかった。むしろ、自分の状況を受け止めて、今後の過ごし方について看護師から話

を聞いて、早く準備しておきたいと思った。Sさんは身体のことはわかっても、今後どのようにしていくのかは全くわからない状態だったが、看護師Nさんが緩和ケアや今後の過ごし方についてわかりやすく説明してくれたので理解でき、話を聞いて納得した。看護師Nさんは、Sさんの反応から気がかりに上手くこたえることができたのではないかと感じた。今後の過ごし方について話し合うタイミングが双方にとって適切であり、落ち着いて話し合えたという場面である。「看護師Nさんの体験世界」と「患者Sさんの体験世界」の記述のなかで、下線がテーマをあらわす部分である。

表13 事例5の対話の経験についての分析

看護師Nさんの体験世界	Sさんの体験世界
<p>看護師Nさんは、Sさんが簡単に抗がん剤治療を断ったので、治療をしなければ確実に病状が進行して死に向かうことになるが、本当にそのことを理解しているのかとも心配になった。<b>Sさんに話を聞くと、これ以上治療することに拘っておらず、率直に現状を受け止めていると感じた。Sさんに悲観的な様子は一切なく、感情への対処よりも緩和ケアや今後の過ごし方について話ができると思った。</b>一方でそれは、いずれ死が訪れることを前提にした話になるため、どのように話を切り出すべきか、どのように話を進めたらよいか不安を感じた。しかし、<b>Sさんは最初から長くは生きれないと思っていたと話ししており、看護師NさんはSさんの現状理解や死に対する覚悟がわかって、安心して今後の計画を話し合うことができると感じた。</b></p> <p>N: なんかすごいしっかりした方で、病気の認識も今は元気だけどやっぱ悪くなるんだろうとか、痛みが出るの？とか動けなくなるの？とか結構私が心配してた、この先悪くなっていくことも理解した上で抗がん剤はしないっていうことは話されたので。(＃5NN1 p1-2)</p> <p>N: 本人がすごく理解されて結構話して下さった方かなと、&lt;略&gt;病状の理解とか本人の認識とかが医師の判断とずれてたりすると苦勞するな困るなってところがあるんですけど、それがこの方はしっかり医師の説明と本人の理解が一致してたりしたので。(＃5NN1 p3)</p> <p>N: 前立腺がわかった時点で骨転移とかリンパ節転移とかもあったから、1年くらいしか生きられないと思ってたけど4年生きられたからみたいなことをおっしゃったのもあるんですけど、そういう経過があって今受け入れが出来てたっていう。(＃5NN1 p3-4)</p> <p>N: Sさんがもう治療しませんとか結構はっきり診察の時からおっしゃってたのもあって、そこで私も悪い知らせの感情への対処よりも、この人は具体的に病気をどう理解してこの先どう経過そうと思ってるのかっていう話をした方がいいなって思ってたんだと思います。(＃5NN1 p5-6)</p> <p>Sさんは今後の過ごし方について、誰にも迷惑をかけずに、動けなくなったらきょうだいの住む田舎の緩和ケア病棟に入院したいと考えていると話してくれた。だが、Sさんは一人暮らしであるため、今後病状が悪化した時に周囲に助けしてくれる人がいるのかとても気になった。Sさん自身も、この先一人で乗り切れるのかどうか気がかりに感じているのだと看護師Nさんは思った。それで、Sさんに「家のことでサポートもらえる人がいたらどうですか」と尋ねると安心だという反応が返ってきた。看護師Nさん</p>	<p>Sさんは担当の医師から別の抗がん剤治療を提案されたが、<b>この4年間の治療や副作用の体験から、これ以上抗がん剤で治療しても治らないと思った。</b>最近まで飲んでいた抗がん剤は視界がぼやけたり、乳房が腫れて痛みを感じるなどの症状があり、自分の体に全然あわなかった。治療しても治らないのは仕方がないことで、自分にはどうしようもできないことだと思っている。<b>だから、医師にこれ以上抗がん剤治療はしないとはっきり伝えた。後悔の気持ちは一切なく、治療が終わったら緩和ケアの方向に進まないと思うが、これも「自分の人生かな」と思っている。</b></p> <p>S: 抗がん剤がもう効かなくなっただけのことでは、もう最初先生にも言われてましたからね、治療してみてね。(＃5PS1 p4)</p> <p>S: (最後の抗がん剤は)全然僕の体にあってなかったからね、ビーエスエー(PSA)がこないだも上がりました。&lt;略&gt;今薬飲んでないまた上がってると思います。(＃5PS1 p6-7)</p> <p>S: (話が)デンデンデンデン進みます。&lt;略&gt;もうここで治療できないんだたらもうしょうがないなって思ってますからね、なんせもう抗がん剤とかの薬でもたぶん治らないと思うからね。(＃5PS1 p4)</p> <p>S: いやもう病院で治療が終わってしまったらそういう方向に進まなしょうがないからと思いましたがね、&lt;略&gt;だからもうなるようにしかならんからね。(＃5PS1 p7)</p> <p>S: いやなんせ早め早めに準備しといたら後が楽かなって思って、&lt;略&gt;もうしょうがないもん、だってどうしようもないもん僕は。(＃5PS1 p8)</p> <p>S: ありませんよ不安、全然ありません。&lt;略&gt;だってもうわしの運命と思っとかんと、こんなもんなかと思って僕の人生もね。(＃5PS1 p1)</p> <p>Sさんは骨転移で動けなくなった時に「もう駄目だ」と思うほど絶望し、家の中のあらゆる物を処分して身辺整理をした。Sさんには<b>一度死を覚悟した経験があるので、今さら治療ができない病状になっても驚かなかった。</b>ただ、自分の身体の調子はわかるが、今後の生活をどうしたらよいかは全くわからなかったので不安だった。でも<b>看護師Nさんがこれからの生活で準備した方がよいことや段取りを紙に書いて教えてくれた。</b>緩和ケアの詳しい情報や田舎にある緩和ケア病棟を紹介してもらった。今はとても元気なので、悪くなった時のイメージは全く出来ないが、早めに準備をしておけば後が楽であると思った。Sさんはすぐに準備を始めた。<b>看護師Nさんの説明はとてもわかりやすく、話を聞いて納得できた。</b></p>

は 予測される経過に沿って紙に書いてわかりやすく説明し、さらに緩和ケア病棟に関する情報提供を行い院内の専門部署の紹介も行った。看護師 Nさんは **Sさんの気になっていることや決めておきたいと思ったことが、自分の思ったことと一致していたので、伝えたいことが上手く伝わって Sさんとわかり合えたように感じた。**

N: (悪い知らせの後に) どう過ごしたいか、どこで過ごしたいか聞くにあたって切り口というか糸口みたいなものが結構悩むことが多いんですけど、<略>(きょうだいに)悪くなったらそっち(田舎)の緩和ケアの病院に入院する話も実はしていて、またそこで「おお～」と思って、<略>もう素直にそこまで決めてくれるなら良かった。( #5NN 1p2)

N: 自分でできる限り過ごしていよいよ自分のことが出来なくなったら地元の緩和ケア病棟に行きたいっていうことははっきりおっしゃったので、じゃ次はその段取りにいきましょうかみたいな、<略>本人があそこまでちゃんと理解と意思がないとやっぱりすごく難しいなと思うんで。( #5NN1 p3)

N: (緩和ケアの話をするタイミングとしては)すごい元気なんですよ今、だから確かに早すぎるのかなと思ってそこはふと気になっていたんですけど、ふってみたら結構あしたい、決めときたいみたいなもがあったので、トントンと話が進めやすかった、話しやすかったのかもかもしれません。( #5NN1 p6)

N: Sさんにとってこの先のことが気がかりで要するに不安で一人だからと解釈して、そこがやっぱり不安で気がかりだからまずは社会的な体制作り、家族以外に保険適用内でお金の問題も大きくかからずに頼れる人がいるんだよ、この先悪くなった時に入院できる所があるんだよって話があると、気が楽になるんじゃないか、確かにここが不安で何とかして欲しいとは言われなかったし、<略>でも私にしたらそこが気になってるんだな、そこが不安なんだなって考えて。( #5NN1 p12)

N: (本人が)気にしてるところに、私がここが気になってるのかなって思って伝えたことが合ったんでしょね。( #5NN1 p12-13)

S: <略>ここまでよくなると全然思ってなかったもん、一、二年でたぶん駄目だろうなと思いましたからね。( #5PS1 p5)

S: (身辺整理は)ちょうど腰がしびれたぐらいからですね、<略>家の中の要らんもん放ったリアルbum整理して、ほんで綺麗になったな思ったら調子よくなってきて、<略>ああ良かった良かった、放るんじゃなかった思ってたもんが結構あるは、ははは！だってもう歩かれへんかった、絶対駄目や思いましたもん、ここまでよくなると患者本人もそこまで全然思いませんでした。( #5PS1 p6)

S: いやいやもう1回駄目や思って現在があるから。(命が終わる駄目だ)そう思いましたよ、もう覚悟しましたよ。その時はもうたぶん駄目だと思ったから。( #5PS1 p6)

S: 別に驚きもありません、しゃあないって、そうそうそうです。そやからその辺で家に帰って悩んだりしたことなんか1回もないよ、じっくり寝ますよ、通常からこんなです。( #5PS1 p8)

S: 一応こっちの方でも緩和センターの方から調べてもうて一応行く段取りはしとるんですけどね、<略>やから僕の今の考えではたぶん田舎の方に帰ると思います、こっちでいうんじゃなしにね。( #5PS1 p12-13)

S: そやから僕が自分の体の調子しかわからんからね、この後どうしていくかいうの全然わからへんからね、それはNさんがちゃんと説明してくれて紙に書いてくれて、これからこうしよう、こうしよう言うて、あそうですか、そうですかって聞いただけです。( #4PS1 p8)

S: 一応その段取りでもうずっと進んでるんでね、(早めに準備していれば)後が楽と思うからね、そやからもし悪くなった時があればね。<略>全然そのイメージがまだ出来ないね。( #5PS1 p13)

S: (Nさんの話は)無茶苦茶わかりやすかったです、そやから僕納得しただけで。<略>ちゃんとわかるように話して、教えてくれたという感じやね、安心できたのもありますよ。( #4PS1 p1)

### <事例5における対話>

看護師 Nさんは、抗がん剤治療をしないと明言した Sさんが、治療をしなければがんが進行して確実に死が近づくことをわかっているのかどうかとても心配していた。治療をしないのであれば、緩和ケアの情報を提供し療養場所について話し合っておく必要があるが、そのためには Sさんの病状認識を確かめておく必要があると思った。それで、告知の後 Sさんに治療をしない理由や病状認識についてどう思っているのかを聞いた。看護師 Nさんはいつも悪い知らせを聞いた後の患者と話をするとき、どのように話を切り出したらよいかいつもプレッシャーを感じると言っており、Sさんの場合も Sさんの気持ちをはっきりわかるまでは不安であった。しかし、Sさんは治療経過を振り返って、これ以上治療をしても意味がないと考えていると話したので、看護師 Nさんは Sさんの現実認識が医療者の認識と一致していることを知って安心した。さらに、Sさんからこれ程長く生きられるとは思っていなかったことや、骨転移で動けなくなった時にもう駄目だと思ったという話を聞いて、Sさんは死に対する覚悟ができていたと感じた。このように Sさんの方から余命や死に関する話があったので、看護師 Nさんは緩和ケアや今後の過ごし方について話をすることに躊躇する必要はなかった。実際に、Sさんと緩和ケアや今後の過ごし方について話をはじめると、

Sさんの方から動けなくなったら田舎にある緩和ケア病棟に入院したいという意思表示があった。Sさんが死について受け止め、先のことまで考えていることがわかったが、病状は段階的に進行する間にSさんの世話をしてくれる人がいるのかどうか、看護師Nさんはとても気になった。Sさんから「ここがすごく不安だ」という直接的な表現はなかったが、Sさんには田舎のきょうだい以外に身の回りの世話を頼めるような人はおらず、看護師Nさんはこの先一人で過ごすのは不安だろうと考えた。一方のSさんは、死ぬことの覚悟はできているが、これから自分の身に何が起こるかわからないので何を聞いていいかわからない状況であった。ただ、動けなくなった時のことは想像できるので、自分で自分のことが出来なくなったら田舎の緩和ケア病棟に入院したいということだけは希望した。看護師NさんはSさん自身も一人で乗り切れるのかどうか気になると確信したので、「なるほどそこが気になっているんですね」と言葉にして伝えた。Sさんの反応から「私が気になっていることと本人が気にしていることが合っている」と思ったので、緩和ケアや今後の過ごし方についての話は進めやすかった。それで、緩和ケア病棟に関する情報だけでなく、それまでの間安心して家で過ごすために利用できる資源やサポート体制があるということについて説明した。ここでの対話は、Sさんの死に対する覚悟が先に見えたので、進行する病状に対する気持ちを聞いてよいのかどうかという憶測なしで、Sさんと緩和ケアや今後の過ごし方について話をするのができたという場面である。お互いに隠し事がなくオープン文脈であったので、看護師NさんはSさんの意向や気持ちを聞きやすく、Sさんも聞かれたことに素直にこたえたという状況である。また、Sさんから納得して安心できたという反応を看護師Nさんは感じとり、お互いに心地よく対話が進んだのだと思われる。

#### 6) 各事例における進行がん患者と看護師の間で行われた対話の様相

進行がん患者と看護師が厳しい病状や予後、死について話をする場面において、5つの事例のうち、3例(事例1、3、5)は看護師と患者に呼応があり、対話に至っていると思われたが、2例(事例2、4)においては看護師と患者の呼応がみられず、対話に至っていないと思われた。各事例の対話の様相をまとめたものを表14に示す。左欄には対話の文脈の流れを簡潔に表した。真ん中の欄には看護師と患者それぞれの意図を、右欄には看護師と患者の対話の意味について表した。

事例1、事例3、事例5の看護師は、患者が厳しい病状や余命に対する覚悟を表明したので、死に関する話を隠さずすることができ、お互いに聞きたいことや話したいことを話すことができていた。事例2と事例4の看護師は、進行する病状や治療に関する話のきっかけがつかめないまま、患者に気持ちを確認することを躊躇し気持ちを聞けないまま話が終わっていた。患者の気持ちを聞くことができた3例(事例1、3、5)の看護師は、対話の文脈をつかみ、その瞬間を逃さず自分の気がかりを患者に問いかけたので、対話として発展した。そして、この3例の看護師は、「治療は嫌なんじゃないか」、「治療が変更になってどんな思いでいるのか」、「この先一人で不安なんじゃないか」という強い関心をもっていった。

患者の方も厳しい病状や余命、今後の過ごし方について常々考えていたので、患者と看護師双方の関心と話したいタイミングが呼応した。ただ、事例1は事例3、事例5と異なり、当初双方の対話の文脈はずれていた。看護師Jさんの「治療は嫌なんじゃないか」という問いに対するOさんの応答は、治療ができなかった背景にある壮絶な生活体験を話すというものであった。看護師JさんがOさんの話りに引き込まれて話を聞き続けたことにより、はからずも対話が進んだ形となった。事例1では、看護師も患者も意図的に対話を行った訳ではなかったが、患者の話を知りたいという看護師の強い関心と、看護師に話を聞いて欲しいという患者の意図が合致した。反対に、患者の気持ちを聞くことができなかった事例2と事例4の看護師は、二人とも「本当に治療を乗り切れるだろうか」、「治療が変更になって落ち込んでいのではないか」と強い関心を示していたが、患者の方は告知後で精神的に余裕がなく不安な気持ちは話さないか、看護師は話す相手ではないと考えている状況であった。看護師は患者の気持ちを聞きたいという文脈であったが、患者の文脈は話す状況ではないか、話したくない状況であり、お互いの文脈は全く異なっていた。しかし、患者の気持ちを傷つけないように配慮した看護師の判断は、かえって患者の状況には合致していた。

看護師と患者の置かれている状況、文脈の違いがあるとはいえ、進行する病気や死について話ができる時とできない時があり、話ができている時はお互いの関心事が呼応していた。看護師と患者の文脈のあいだで対話がどのようにつくられていくのか、対話が始まる時や対話が進む時にそこで何が起きているのか、看護師と患者それぞれの対話の経験の意味について考察を深める。

表 1 4 各事例の対話の様相

	対話の文脈の流れ	看護師、患者の対話の意図 (上段：看護師 下段：患者)	看護師、患者にとっての対話の意味
事例 1	看護師は治療拒否の理由を探るうちに壮絶な生活体験を知って圧倒され、患者は固唾を呑んで聞く看護師に自分の経験を溢れるように話した。看護師は凶らずも患者の生きたいという真意と治療を始めた理由がわかって納得した。	自分の信念があって治療を拒否していたのではないのか (未治療を選んできたことに後悔はないが) もう少し元気で生きてみる	患者にとっては、治療ができなかった背景ある壮絶な体験を聞いてもらえたという満足感につながった。一方看護師にとっては、患者の壮絶な人生とその結果治療を拒否せざるを得なかった状況に圧倒され、疑念が払拭されると共に深い患者理解に立った。
事例 2	看護師は病気が深刻であると知った患者の強い不安を確信しているが、何を聞いても反応が乏しい患者の様子から、気持ちには踏み込まないことにした。患者は死の脅威に晒されて不安が強く、看護師の伝えた治療に関する情報は覚えていなかった。	(治療を乗り切れるのか心配だが) 告知後の患者の反応が見えないので、あえて気持ちは確認しない (死を意識する程) 不安で仕方がないが、自分の気持ちは言わない	看護師にとっては、病気や治療に対する患者の気持ちはわからないままだが、患者が安心して治療を受けるために必要な情報は伝えることができた。一方患者にとっては、看護師が話した内容は覚えていなかったが、看護師がずっと側に付いてくれたので気持ちが楽になった。
事例 3	看護師は病気の進行や余命について話ができるという感覚をつかんで患者の気持ちを聞き進め、患者も余命や最期の迎え方まで抵抗なく率直な気持ちを話した。看護師は患者を深く理解し、患者も話したいことを聞いてもらえたと感じた。	病気の進行や予後について気持ちがきけるという感触をつかみ、聞き進めて患者のことを理解する 信頼して自分の今の状態を抵抗なく話す	患者にとっては、信頼している看護師に自分の余命や死に対する考えや気持ちを吐き出すことができ、気持ちが楽になった。一方看護師にとっては、病気の進行や余命について患者の考えや気持ちがわかり、患者像が一変するほど患者理解が深まった。
事例 4	看護師は治療に前向きな患者の様子から、気持ちを聞くことをやめて、治療が安全に行われるように必要な情報を伝えた。患者は副作用に対する不安があったので看護師に聞いたが、治療のことは医師に相談しようと考えているので看護師に話さなかった。	患者が治療に前向き過ぎて、(治療が変更になった) 気持ちを聞くことを踏みとどまる 不安はあるが治療のことは医師に聞く	看護師にとっては、患者の真意はわからないままだが、患者が治療や副作用対策について理解していることがわかって安心した。一方患者にとっては、副作用について看護師から情報(副作用には個人差があること)を得て、不安の一部は軽減した。
事例 5	看護師は治療しないと明言する患者の病状理解を心配したが、患者から先に余命や死に対する覚悟について話があったので、今後の過ごし方について躊躇なく話ができる。患者は自分の病状を受け入れており、緩和ケアや療養場所について話を聞いてさっそく準備を始めた。	患者の話から余命や死に対する覚悟を確認して、安心して先の話ができる 治療をしても治らないとわかっており、(一度死を覚悟した経験もあるので)、今後の過ごし方を聞いて準備する	患者にとっては、自分がこれからどうなるのかわからなかったが、看護師の話聞いて安心し今後の療養の準備を始めることができた。一方の看護師にとっては、余命や死に対する患者の覚悟がわかったことで、躊躇なく今後の過ごし方について患者と話し合うことができ、伝えたいことが伝わったと感じた。

## 注一覧（第IV章）

- [1] 乳がんは放置すると次第に大きくなりがん細胞で覆いつくされる。やがて乳房の皮膚まで浸潤し、皮膚を突き破って肉毛のような物体が表面に出てくる。血管が十分がんを養えなくなると壊死が始まり、肉の腐ったような強い臭いを放つ。Sさんの乳がんはそのような状態になっていたと看護師は述べている。
- [2] 近藤誠医師の著書「患者よ、がんと闘うな」（1996年）を指す。著者は放射線治療専門医でありながら手術、抗がん剤、放射線を用いたがん治療には否定的な立場であり、独自の理論を展開している。
- [3] 「死のウェアネス理論と看護」（Glasser,B.G., & Strauss,A.L,1988）で描かれている、終末期患者と医療者の「認識文脈」の一つで、閉鎖文脈は間近に迫った死について全く疑わないか知りたくない患者と知らせたくないと考える病院スタッフの間に認められる。
- [4] 出典前掲 [3]。オープン文脈は、死が避けえないことを患者も病院スタッフも双方が認め合っている状況下で行われる行為である。この場合、かけひきの必要ない開放的な状況で、死に関することを率直に話し合うことができる。

## 第V章 考察

### 1. 進行がん患者と看護師の対話において何が起きているのか

進行する病気や死を話題にして対話を進めることは、とりもなおさず対話の相手である患者の実存を脅かすことにほかならない。同時に対話の相手である看護師にとっても、二人称的な関わりに近いとはいえ、人間の実存にかかわって心を揺さぶられる体験であり、双方にとって困難感を感じる体験であることは多くの研究によって示されている（柏木，1986，p.116；Ptacek, J. & Eberhardt, T. L., 1996）。本研究に協力した患者はすべて進行がん患者であり、医師から治療効果が望めないこと、今後の治療可能性がないことを宣告された直後など、患者が生命の危機を実感しているであろう状況下で、いずれの看護師も患者の不安（がんの進行が知らされた直後で不安になっているのではないか）を察知し、声をかけて始まった対話である。5例すべての看護師は、患者が強い不安に襲われていることを想像し、その不安に強い関心をもって接近し、不安の内容を知ろうとしていた。同時に、患者が今後の治療や療養生活に困らないように情報提供するという意図が対話の文脈に含まれていた。

表14に、看護師と患者の対話の概要を示す。それぞれの文脈のなかで互いに呼応する部分や異なる思いのもとで呼応していない部分が混在し、死に関する不安について患者が話すことに至る場合と至らない場合に大きく分けることができた。死に関する不安について患者が話すことに至った3例（事例1，事例3，事例5）は双方の間で呼応する瞬間があり、患者の気持ちを聞くことができた。事例1の対話の文脈は、看護師は治療拒否の理由を探るうちに壮絶な生活体験を知って圧倒され、患者は固唾を呑んで聞く看護師に自分の経験を溢れるように話し、看護師は凶らずも患者の生きたいという真意と治療を始めた理由がわかって納得した。事例3の対話の文脈は、看護師は病気の進行や予後について話ができるという感覚をつかんで患者の気持ちを聞き進め、患者も余命や最期の迎え方まで抵抗なく率直な気持ちを話した。看護師は患者像が一変し、患者も話したいことを聞いてもらえたと感じた。事例5の対話の文脈は、患者が治療しないと明言したため、看護師は患者の病状理解を心配したが、患者の方から先に余命や死に対する覚悟について話したため、今後の過ごし方について躊躇なく話された。患者は自分の病状を受け入れており、看護師から緩和ケアや療養場所に関する話を聞いてさっそく準備を始めた。反対に事例2と事例4は、ある時点で患者の気持ちを聞きたいという意図をもった看護師の文脈が変わり、看護師は死に関する不安について問いかけることをやめている。事例2においては、看護師は病気が深刻であると知った患者の強い不安を確信しているが、何を聞いても反応が乏しい患者の様子から、気持ちに踏み込まないことにした。患者は死の脅威に晒されて不安が強く、看護師の伝えた治療に関する必要な情報は覚えていなかった。事例4においては、看護師は治療に前向きな患者の様子から気持ちを聞くことをやめ、患者の気持ちはわからないまま、治療が安全に行われるように必要な情報を伝えた。患者は副作用に対する不安があり看護師に聞いたが、治療のことは医師に相談しようと考えているので話さなかった。

看護師の文脈は、患者の不安の状況を知りたいという動機に加えて、患者が療



養生生活に困らないように必要なことを伝えることを意識しながら行った対話であった。後者は、看護師としての役割を意識した対話内容であり、患者の不安への強い関心と並行して対話を形成していたのではないかと思われる。一方、患者の文脈は一人一人、病気の発症以前から人生観、価値観、置かれている状況など極めて個別的である。それぞれのここに至るまでの体験が異なっているので、死の脅威に直面しているという点では共通するものの、患者はこれまでの人生や病気の軌跡に彩られたそれぞれの背景的意味をもって対話に臨んでいることがわかる。

5事例の対話の文脈は、看護師の意図を背景とした文脈と、患者の価値観や病気体験の経過を背景とした個別的な文脈があり、それぞれの文脈が交錯している。それぞれに背景となる状況があるので、特に優れた文脈やそうでない文脈があるわけではないが、少なくとも死に関する不安に焦点を当てて対話を進めようとする、もしくは対話を進められないという場合に起こる現象を捉えることができる。

以下、看護師が進行がん患者の不安に焦点を当てて対話を進めようとするときに起こる現象について、いくつか説明する。ここでは、今後の看護実践を考える観点から、主に看護師側の現象に注目して考察する。

### 1) 対話の前提としての看護師がもつ患者への強い関心

全事例の看護師に共通していることが、患者に対する強い関心をもっていただことである。結果的に患者と死に関する話ができただかどうかに関わらず、どの看護師も進行する病気や死に関する患者の心情を心配し、今後の治療や療養において患者が困らないように支援しようとしていた。実際に、事例1の看護師は「(長い間未治療でいたのに)治療は嫌じゃないのか」、事例の看護師2は「本当に治療を乗り切れるだろうか」、事例3の看護師は「治療効果がなくなってどんな思いなのだろうか」、事例4の看護師は「治療が変更になって落ち込んでいないか」、事例5の看護師は「(治療はしないと明言する患者が)病状を理解しているのだろうか」という言葉で気がかりを表現している。それぞれの看護師が患者の気持ちや考えを知りたいという意図をもって患者に接近し、患者の気持ちが聞けるかどうかをさぐっていた。そして、患者が話せる状況にないか話したいというニーズがない場合は、看護師は患者の気持ちに踏み込まない代わりに必要な情報を伝えており、看護師の関わりは患者に安心や安寧をもたらしていた。患者と死に関する話ができただ事例においても、患者は自分の気持ちを表現することによって満足感を得る、看護師は患者を深く理解して対話を進める力を得るなど、双方に肯定的な変化が生じていた。

このように、患者と看護師がそれぞれ異なる意図性をもった文脈で対話を行っていても、看護師の関わりが患者にとって安心や安寧などの何らかのケアにつながっているのは、そこに他者への関心があるからではないかと考える。ベナーら(1999)によれば、人は何かを大事に思われ、その何かに巻き込まれて関わるという気遣い/関心という在り方をしており、この「関心 (concern)」こそが、現象学的人間観の鍵となる特性であると述べている。対話において相手への関心は根本的なことであり、人の根底に流れているものであると言える。「看護師の患者への関心があつてこそ、その患者に向かう志向性が起動し、看護師は当の患者の関

心や患者の置かれた状況を理解できるようになり、また治療の手助けをしたり安らぎを与えたりといった対処も可能になる」(榊原、2018)。患者に対する強い関心を持ち続けて関わることが対話を生み、ケアとして機能することにも関連していると考えられる。

## 2) 双方の文脈がずれるということ

看護師と患者はそれぞれの背景や置かれている状況があり、双方の文脈がずれるということは本事例においても認めた。そもそも、対話の文脈がずれるのは何も特別なことではなく、患者と看護師はそれぞれの人称(一人称、二人称、三人称)の立場で、見ている視点やパースペクティブが異なる<sup>1</sup>のために当然起こりうることでもある。しかし、対話の文脈が交錯するなかで、患者と看護師それぞれの文脈が変化し、相手の考えや意見を理解することもある。逆に、お互いの意図がわからないまま何となく話を終えて、場合によってはすっきりしない感覚が残ることもある。本事例の患者や看護師の文脈がどのようにずれているのか、なぜずれるのかという点について考察する。

看護師に患者の不安な気持ちを知りたいという関心があっても、患者の気持ちを聞くことができなかつたのが事例2と事例4である。事例2の場合、患者は告知直後に「もうぼつぼつ終いやな」と死を身近に感じて極度の不安状態にあったが、その気持ちは看護師や妻には「言わない」と決めていた。看護師は告知後の患者の心情を知ろうと、「わからないことや不安なことはないか」という質問をしたが、患者からの反応が乏しいために、看護師は「(自分の病状を)わかっていない」という前提で、治療に関して必要な情報を提供する任務に切り替えて対応した。事例4の場合、患者は抗がん剤の副作用に対する強い不安があり、副作用の程度を真っ先に質問したが、看護師は「治療の準備がこれだけでできているなら大丈夫」ととらえ、患者の強い不安には気づかなかつた。看護師は患者の前向きな様子に安心して、自分の任務(治療の副作用や管理について説明する)を遂行した。この2例(事例2、4)の看護師は感情への対処ではなく、患者が治療や療養を安全に遂行するために支援することによって、患者の不安に対応しようとした。

2例(事例2、4)の看護師がなぜ患者の気持ちを聞けなかつたのかと言うと、事例2の看護師は、告知後で不安が強い患者を傷つけることを恐れ、遅い時間帯や初対面であることなどを理由にあげて、患者を傷つける当事者になることを避けようとした。看護師の患者の気持ちに踏み込まないという判断は、患者を脅かさず「自分の気持ちは言わない」という患者の文脈には適していたと言えるが、進行する病気や死に関する話には成りえなかつた。事例4の看護師は、患者の気持ちが安定しており、ネガティブな話題(治療が変更になったことに対する気持ち)を持ち出すことによって、患者の治療意欲を妨げることを避けたいと考えた。また、患者の様子が明るく前向きであったため、死に関する話題を持ち出しにくかつた。さらに、患者の方に不安な気持ちを話したいというニーズはなく、看護師が患者の気持ちを聞く文脈に出会うことは困難であったと言える。

この2例(事例2、4)に共通していることは、患者と看護師の間でやりとりはあるが、看護師は患者の状況がわからないか、正確にとらえていないというこ

とである。そのため、事例2の看護師は患者の気持ちを聞くことをひかえる（踏みとどまる）、事例4の看護師は患者の気持ちを聞かない（踏み込まない）という判断に至った。また、患者の方に話を聞いて欲しいというニーズがなく、不安が強く、話せる状況下にないか、精神的に安定し過ぎているという状況であった。やはり、看護師は目の前の患者に気持ちを聞いても大丈夫であるという確信が得られなければ、看護師が実存を脅かすような死に関する話を持ち出すことは難しい。患者と看護師双方の文脈はずれたまま、最後まで患者と看護師の問いの意図は表にあらわれることはなく、双方で聞きたいことの応えは得られなかった。

では、看護師と患者の間で進行する病気や死に関して対話をうまく行うためにはどうしたらいいのか、患者と死に関する話ができる3例（事例1、3、5）の看護師には共通して、死に関する話に入るためのタイミングを計る様子が見取れた。患者の気持ちを聞けなかった2例（事例2、4）の看護師も、気持ちを聞くタイミングを計ろうとしていたことに間違いはないが、その先の対話に進むか進まないかは、話に入るタイミングの計り方によって異なっていることが読み取れた。次の項3)で、そのことについて詳述する。

### 3) 死に関する話に入るタイミングを計る

#### (1) 患者の気持ちが聞けるかどうかをさぐる

5例の患者はいずれも進行がんで治療困難な状況下あり、看護師は患者が死を前にして傷つきやすく脆弱であると考え、「ショックを受け落ち込んでいるのではないか」と患者の心情を推し量り、死に関連した話を持ち出すことに慎重になる様子が見取れた。そのため、看護師は患者に強い不安が生じていると思える場合や、患者の話したいというニーズが不明な場合は、病気や死に関連する周辺の話（治療や副作用の説明など）から切り出していた。進行する病気や死に関する話はダイレクトには質問しづらいので、看護師はまず患者の気持ちをさぐっていた。看護師はそれとなく死に関する周辺の話から持ちかけて、恐る恐る患者の反応を確かめる様子が見られた。実際に、事例1の看護師は「治療は嫌じゃないですか?」、事例2の看護師は「説明を聞いて何かわからなかったことはないですか?」、事例4の看護師は「治療の説明を聞いて不安なことはないですか?」という問いかけからいた。このように患者の反応をさぐって確かめることで、看護師にとっては患者を無用に傷つけずに安全に話を進められるという意味があった。また、事例3と事例5の看護師は、他事例の看護師とは違うパターンで患者の反応をさぐっていた。事例3の看護師は、最初に副作用の話題をして患者の反応を確認し、患者の気持ちを聞くタイミングをさぐっていた。事例5の看護師は、治療はしないという患者の意思や余命や死に対する覚悟が明確であったので、それを手がかりにして今後の過ごし方を患者と話し合うことができたパターンであった。このように看護師は、直接死を連想させるような問いを避けることによって患者の反応を確かめ、患者の心を無用に傷つけずに安全に話を進めようとしていた。ただし、周辺の話から話し出しても、進行する病気や死に関する患者の心情を知りたいという看護師の真の意図を患者が理解することは難しい。実際に、看護師から「不安なことはないですか?」と聞かれて、不安の有無を聞かれたと

思った患者は「不安はありません」という回答を行っていた。よって、病気や死に関する周辺の話から入ることは、患者の反応を確かめながら話を進める安全な方法であるが、患者の捉えた意図によって回答の方向も変わってしまう。

いずれにしても、進行する病気や死に関する話は患者の実存を脅かすがゆえに、話の切り出し方や話を聞くタイミングも慎重にならざるを得ないということがあつた。そのため、どの事例の看護師も患者の反応を確かめて、死に関する話ができる状況か、話してもよい状況かどうかの手がかりにしようとしていた。

## (2) 患者の話せる状況を読む

看護師と患者が死に関する話ができるかどうかは、看護師が患者の話せる状況を上手くとらえることと、患者の側の条件が整っていることが関係していた。患者の話せる状況を読む看護師の行為には、患者の気持ちが聞けるのではないかという「つかみ」の感覚を得ることと、患者の話したいというニーズをとらえることが含まれている。

看護師が患者の反応をさぐった時に、患者の気持ちが聞けるのではないかという「つかみ」の感覚を得ることは、その先の対話を進めるためのターニングポイントになっていた。この「つかみ」の感覚を得ることは、事例3と事例5の看護師の文脈で読み取れた。事例3の看護師は、病室に入った瞬間の患者の安定した様子や、抗がん剤の副作用について自分の考えをしっかりと語る様子をとらえ、踏み込んで話を進めてもよいという判断を「いけるかな」という感覚として表現した。そして、この「いける」という感覚をつかんだ後は、余命や死に関連するような踏み込んだ質問を率直に行っていた。事例5の看護師は、患者の反応をさぐろうとした時に患者の方から余命や死についての覚悟表明があり、率直な気持ちや考え話してくれる状況であったので、看護師は確信をもって死に関する話題を取り上げることができた。

また、患者の話したいというニーズと看護師の話を聞くタイミングが合致する状況を、3例(事例1、3、5)において認めた。事例1の場合、誰かに聞いて欲しいという患者の思いと、患者に(治療を開始した)意思を確認したいという看護師の思いが重なる瞬間があつた。実際に、患者の方は壮絶な生活体験について誰か聞いてくれる相手がいれば話すつもりであり、実際に病院の中なら安全なので話したかったと言っている。患者側の話したいというニーズにこたえる形で看護師が問いかけ、しかも固唾を吞んで話を聞いたので患者は自分の体験を洗いざらい話した。事例3の場合、「自分のことをわかってくれる相手と話したい」という患者の意図と、患者の気持ちを知りたいという看護師の強い関心が合致し、そこに患者の話を聞けるという感覚をとらえた瞬間があつた。患者の方は病気がわかった時に余命や死を覚悟しており、看護師のことも知っていたので、率直な気持ちや自分らしい死の方について考えていることを話した。事例5の場合、看護師と患者双方に今後の過ごし方を話し合っただけというニーズが一致していた。患者の方は病状を十分に理解し、しかも骨転移で動けなくなって死を覚悟した経験があつたので、看護師に緩和ケアの話をしてもらっても全く抵抗感はなかった。逆に、患者が話せないか、話ができる状況ではないと判断したのが事例2の

看護師である。患者の方は、告知直後に死の脅威に晒されて強い不安感をもっていたが、自分の気持ちは言うつもりはなかったと語っている。患者側に話したいというニーズはなかったことから、ある意味看護師の判断は患者のニーズにあっていた。

一方で、患者側の条件が非常によかった場合には、進行する病気や死に関して話ができている。話ができなかった3例（事例1、3、5）に共通していたのは、患者に話を聞いて欲しいというニーズがあり、なおかつ心身の状態が安定し、患者自身にも話す力があつたということである。この3例においては、患者側が死に関する話題を取り上げることを許している状況であったと言え、この状況下において看護師は安心して、患者と死に関する話を推し進めることができたのではないかと考える。この現象は、患者の力に押されて死に直面した患者の心情を聞くことができた看護師の現象とも一致する（内布、2002）。死に関する会話を進める患者の力<sup>2</sup>には、患者が自ら話すだけでなく、心身の安定や話せる雰囲気などが含まれ、対話の建設的な方向性を支持している。看護師が患者の話す力や状況を認識することは、実存を脅かすような死に関する話題を取り上げる勇気を看護師に与えてくれる。

患者の気持ちを聞けるという確信（つかみ）と、患者の話したいというニーズが合うことは、患者の気持ちを踏み込んで聞けるまたとない好機である。患者側の条件が整っているだけでなく、看護師が患者と話ができる好機をとらえて逃さないことも、患者と看護師の間で対話を進めることにつながるのではないかと思われる。

#### 4) 踏み込んで気持ちを聞く／気持ちに踏み込まない

進行する病気や死に関する患者の心情を話題にする時に、まず看護師は患者の反応をさぐっていたが、その時の患者の反応が乏しいか、患者が何も話せない状況であった場合には、看護師はそれ以上患者の心情を掘り下げるような質問をしない、つまり踏み込まないという現象が読み取れた。踏み込まないという判断には、患者の状況のアセスメントと看護師側の態度が影響していると考えられる。事例2の患者は、告知後に一気に死の驚異が迫ってきて、看護師の問いかけに反応できない状況であった。この時看護師は、告知後の患者が不安の渦中に入らうと思っていたが、患者の反応をさぐってもきっかけとなる言葉も出てこなかったために、患者の心情を確認するタイミングではないと判断した。看護師は「あえて私が気持ちをザワザワさせる必要はない」と表現しており、それ以上気持ちに踏み込むことは避け、無用に患者を傷つけないように配慮した。事例4の患者は、治療の副作用や抗がん剤の管理に強い不安をもっていたが、看護師は患者が治療に前向きであり、治療のことを理解して準備も行えているので大丈夫だと判断した。看護師は治療が変更になった患者が落ち込んでいないか気になっていたが、患者の気持ちを損なうような話は避けるという意味で、それ以上踏み込んでまで患者の気持ちを聞くことを控えた。このように、看護師は患者の置かれている状況によって踏み込むかどうかを判断している。事例2のように、患者が精神的に弱っている状況で踏み込まないという判断は、誰でも了解しやすい現象であ

る。一方で、事例4の場合は、患者の第一印象が明るく治療に前向き過ぎるために、看護師はむしろ踏み込むことを控えた。事例4が興味深いのは、患者に病気や治療に対する悲観的な様子がなく、治療に意欲的に取り組もうとしているときは、看護師は死に関する話はできないと考えている点である。患者が楽観的な反応を示す時には医師（看護師）も誤った楽観主義に陥りやすく、死に関する話は避ける傾向があると言われており（The M. A., 2000）<sup>3</sup>、事例4の患者は誤った楽観主義とまでは言えないものの、似たような状況であったと考えられるのではないか。治療が変更になった患者が、余命や死について本当のところどのように考えているのかはわからないが、看護師は患者の気持ちを確認していないため、両者の文脈は離れたまま、死に関する話題について呼応する現象は生じなかった。ただ、人はもともと楽観主義の傾向を本性として持っており（アニーシャ、2018）、やはり死の脅威に晒される話題は人の不安をかき立てるので、そのような話をすることは、どうしても避けてしまうところがある。楽観的に考えることで死に関する脅威から逃れられるので、人が誤った楽観主義に流される現象は、ある意味人間の本性であるとも言える。

看護師自身は踏み込まない理由を、患者側の要因から判断したと語っている。しかし、看護師側にも心の障壁の影響があって踏み込めない状況があり（坂下、2008；内布、2003）、2例（事例2、4）の看護師も、看護師自身の不安や、患者の反応がわからないジレンマ、死に関する患者の気持ちを聞くことの心理的重圧を感じていたと考える。そのことが患者の気持ちに踏み込まない、踏み込まないという判断に影響していたのではないかと思われる。やはり人の実存を脅かすような死に関する話題を持ち出すのは、患者との関係性にもよるが、極めて気を遣う場面である。患者の心情を知りたいと思っても、看護師は第三者の立場で、患者の個別な死に関する心情を聞いてもよいのかどうか躊躇する。そのため、患者の気持ちに踏み込んで聞くことを控える行為や、聞くことを踏みとどまるという行為を盛んに繰り返すのではないだろうか。

一方、患者の側には看護師に対して踏み込んだ質問をするという行為はなく、看護師と進行する病気や死に関する話をした3例（事例1、3、5）の患者においては、積極的に自分の考えや気持ちを看護師に表現していた。事例3と事例5の患者は、余命や死について以前から何度も考えたことがあり、既に頭の中で気持ちを整理していたので、看護師から聞かれてもスラスラと話すことができていた。事例1の患者も、治療しないことは自分で覚悟して決めて生きてきたので、看護師から「治療は嫌じゃないですか」と聞かれた時に、未治療の背景にあるこれまでの人生経験について話すことができた。この3例の患者においては、以前から余命や死、終末期の過ごし方について考えたことがあったので、看護師に気持ちを聞かれたタイミングで、たまたま目の前にいた看護師に話すことができたという状況であった。

看護師があえて踏み込まないでいるときは、看護師なりに理由がある。死の不安を抱えているであろう患者を前に、患者が精神的に弱っている（事例2）、もしくは患者が前向きで死から遠ざかろうとしている（事例4）などと解釈して、気持ちに踏み込まないほうが良いという判断をしている。2つの事例ともに患者側

の条件で判断したように述べているが、死に関する話を持ち出したときの患者の反応に、看護師として対応できないかもしれないという不安も当然あったと思われる。ここで強調しておきたいのは、患者の気持ちに踏み込まないということはネガティブな側面だけでなく、踏み込まない行為にも意義があるということである。視点を変えて見ると、2例（事例2、4）の看護師は患者が話せる状況になり、話したくないというニーズに添った対応をしていると言える。患者の側に話したいことや聞きたいというニーズがないのに話をすることや、治療や療養に必要な情報を提供することは、患者にとっては迷惑な話になりうるかもしれない。看護師がストレスを避けて患者の気持ちに踏み込まないという現象は、日常臨床でもたびたび散見するが、このような看護師の反応は人間として死を恐れる極めて自然な反応であり、あって当然とも言える。踏み込まないという判断は効果的ではないかもしれないが、その判断に患者の状況やニーズをとらえて今の時点で話す内容はここまでで十分であると看護師も了解していれば、看護師の在り様としてむしろ妥当なものである。

#### 5) 踏みとどまり関わり続けること

看護師が患者の気持ちに踏み込まないという判断をした後も、患者に関わり続けることで、患者の側には「安心する」などの変化が生じていた。事例2の看護師は気持ちに踏み込まないが、患者が強い不安を抱えていると確信していたので、その場に踏みとどまり、患者の反応を確かめながら、患者にとって必要な治療や療養に関する最低限必要な情報を伝えることに徹した。患者の方は看護師が伝えた情報は一切覚えていなかったが、この時の看護師の関わりは切羽詰まっていた患者の気持ちを楽しみ、患者自身も「後からずっと側に付いてくれていたことがありがたかった」と表現している。看護師の方は「本当に治療を乗り切れるだろうか」という心配がベースにあり、患者の周囲に助けてくれる人がいるか、仕事や社会的役割の整理など気がかりなことがないか、患者のことを気遣って話をしていた。患者の気持ちに踏み込まないと判断した後の看護師の対話の文脈は、看護師として必要な任務を遂行する（治療や療養を安全に行うために情報提供する）ことに比重が移っているが、それでも患者にとっては看護師がそばにいて、心配や気遣いを伴いながら話をしていたことがケアにつながったものと思われる。

## 2. 看護師と患者にとって対話の経験の意味は何か

5つの事例は、少なくとも看護師にとっては死にまつわる対話と認識して始めた対話であった。結果的に死に関連した対話になった場合もならなかった場合もあったが、それぞれの事例で患者の死に関する不安への強い関心から始まった対話が双方にとってどのような意味を持つに至ったかを考察してみる。

表14の右欄に看護師、患者にとっての対話の意味を表した。対話の意味はそれぞれの事例によって異なっているが、看護師自身にも患者との対話により何らかの変化が起きていることは確実である。特に死に関する対話に至った3つの事例（事例1、3、5）において、患者は自らの死に関する考えや信念を言語化し、今後の療養生活について第三者と共有する、という意味があったものと思われる。

この3例では、「話を聞いてもらえてよかった」（事例1）、「そこ（余命や死の迎え方）を聞いたことに感心された」（事例3）、「わかるように教えてくれて安心した」（事例5）といった発言を認めており、特に医療従事者である看護師に自分自身の治療や療養への意志を知っておいてもらうことは安心につながるのではないかと思われる。

看護師にとっては、患者の深い理解に至るという意味があったと考える。事例3の看護師は、患者が余命を予見して自分らしい死の方について考えている患者の強さに感心し、精神的に弱い人という患者像が一変した。事例5の看護師は、病状進行による先の変化を予見して療養環境を整える患者の力を実感し、意志が強い人という患者像はさらに強化された。事例1の看護師は、当初自壊創を形成するほど乳がんを放置していた患者を「色眼鏡で見ていた」が、未治療の背景にあった壮絶な人生を知った瞬間に強い人という患者像が変わった。この3例の看護師はそれぞれの患者の闘病体験、人生史をも含む生活背景を含めて、患者の置かれている状況や体験を理解しており、患者像が一変するほど深い患者理解に至ったと考える。そして、3例の看護師が深い患者理解に至ったのは、患者側の立場から世界をみることができたからではないかと考える。事例1の看護師は、患者が壮絶な人生について語り出した時、感情疲労を伴うほど強く「（患者の世界に）巻き込まれた」と表現している。事例3の看護師は、患者が自分と似た境遇（同じ年齢で子どもがいる状況）であったことから患者に強い関心を抱き、常に患者側の立場や視点から問いを発していた。事例5の看護師は、一人で療養生活を送る患者の立場に立って見た時に「一人できっと不安だろう」と実感し、これは患者の気がかりとも一致していた。3例の看護師は患者側の視点にたって体験世界をみているので、患者の気がかりや関心事をとらえて応えることができたのだと思われる。

一方、死に関する話に至らなかった事例2と事例4においても、それなりの意味を認めることができる。事例2の患者は、告知後死の不安に押しつぶされそうな状況で看護師の問いかけに反応できないでいたが、対話の内容と言うよりも看護師が関心をもって物理的にそばにいてくれたことが、患者の大きな安心につながっていることは明らかである。また、事例2では、看護師は何度となく不安について問いかけているが、患者の反応が具体的に得られなかったため、不安な気持ちを聞くことよりも、当座守ってもらいたい注意事項を受け取れる範囲を見定めて伝えることに方向転換している。看護師のこの切り替えは、前述したように死に関する不安な気持ちを聞き出すことを踏みとどまるという現象であるが、このことは患者を守る意味があり、同時に看護師の安全を図る意味も持つことになる。

もう一つ、対話のケアとしての意味について考えるが、ケアの意味は広くとらえられるため、本稿では対話によって他者からの理解を得てパワーを獲得するなどケアの働きの点で検討を行う。死に関する話ができなかった3例の患者は、「聞いてもらえてよかった」、「吐き出して楽ちんになった」、「わかるように教えてくれて安心した」等の発言があり、安心、安寧をもたらすケアの効果が如実に表れていることがわかる。また、死に関する話ができなかった患者においても、看護師がそ



の場に踏みとどまり、患者の状況を心配して気遣いを示したことは、患者の安心をもたらすケアとなっている。もはや病気が治癒困難な状況においても、その患者の病いの意味を理解することは癒しにつながっており(榊原、2018; Bennerら、1999)、関心や気遣いを示すだけでなく、対話による患者理解にはケアとしての意味があると考えられる。そして、看護師側にもケアの働きとして、患者の状況や背景にある体験を知った時の悲しみなどの共感、深い患者理解に至ることが表われている。看護師自身の気がかりが解消されるだけでなく、患者のことが理解できたと思えることは、実際に看護師が対話を進めるうえで力になっている。また、患者に対する理解は片方だけのものではなく、看護師が患者の話に率直に感心したことを表現したことによって、患者側にも「わかってもらえた」という反応があり、相互理解に至ったものと思われる。序論のなかで APC を進めることの難しさについて触れたが、このように患者の置かれている状況や体験世界を理解することは多少の問題解決につながるのではないか。本研究で行われた対話は患者と看護師による 1 対 1 の対話であり、一つの切り口に過ぎない。しかし、対話の前提としての相手に対する関心や気遣い、話せる状況や話したいニーズを見極めるなどの基本的な姿勢は、進行する病気や死に関する話を進めることにつながっている。ACP においては、医療者の視点で話を進めるのではなく、対話による相互理解を経て、何らかの合意を目指すような話し合いが求められる。

Benner (1984) は「Power of Caring」の中で、参画的/肯定的パワー (Participative/Affirmative Power) をあげ、看護師が状況に参加し巻き込まれることによって一筋縄ではいかない状況でも資源を引き出すことが可能となることを示している。看護師が進行がん患者と死に関する対話の場面において、看護師が踏み込んで患者の話を聞きながら示す関心や共感による相互理解を生じ、そのことが患者のもつ力を引き出すことにつながるものと考えられる。さらに、看護師自身も自分が示した患者への関心や気遣いに対して、患者から「わかってもらえた、安心できた」などの何らかの応答があることによって看護師がケアされることにつながっている。対話の経験を通して得られる他者理解は、患者だけでなく看護師にとってもエンパワーメントにつながっており、これが対話のケアとしての意味をもつと言えるのではないだろうか。

### 3. 看護実践への示唆

看護師が過去に経験した、死に直面している患者の気持ちを聞くことができなかった場面ではいったい何が起こっていたのか、本研究で描き出した事例の患者や看護師に認めた現象から、それぞれの看護師が自身の経験の意味をとらえ直す機会となればと思えば本研究に取り組んだ。本研究は、看護師だけでなく進行がん患者にもインタビューを行い、当事者である患者の視点も含めて、両者の対話の経験を描き出したことに意義がある。結果と考察から得られた知見から、今後の進行がん患者との対話を進める際の看護実践への示唆について以下に述べる。

看護師と患者の対話の文脈は個別に流れており、それぞれの状況や背景によって、対話の文脈はずれるということを実例でも認めた。それぞれの文脈が交錯するなかで、死に関する不安に焦点を当てて対話を進めようとする、もしくは対

話を進められない場合に起こる現象を捉えることができた。進行する病気や死に関して患者と話すことは、医療者にとって大変難しいことである。本事例の看護師も患者の反応がわからず戸惑い、患者の気持ちをさぐる、聞くことを踏みとどまるなど、対話の場面で試行錯誤する姿を認めた。ただし、全ての看護師に共通しているのは、対話の前提として、死に直面している患者の不安な気持ちを知りたいという強い関心があるということである。看護師の示す関心や気遣いが、看護師を対話に向かわせ、患者にとって安心や安寧などの何らかのケアにつながる。

進行する病気や死に関する話は患者の実存を脅かすがゆえに、看護師は常に死に関する話ができる状況かタイミングを計って対話を進めようとしている。本事例の看護師は、患者の不安が強い場合や、患者の話したいというニーズが不明な場合は、病気や死に関連する周辺の話（治療や副作用の説明など）から切り出し、患者の反応をさぐって安全に話を進めようとしていた。患者の反応をさぐった時の反応が乏しいか、患者が話せない状況であった場合には、看護師はそれ以上、患者の気持ちに踏み込まないという判断をしていた。患者の気持ちに踏み込まないという行為は、日常臨床でもよくみられるが、踏み込まない行為には患者を守り、看護師の安全を図るという意味があり、踏み込まないという行為にもケアの側面があることが示唆される。さらに、踏み込まないことを判断した看護師が患者のそばに踏みとどまることによって、患者が看護師の気遣いを受け取り安心するという現象も認めた。死に関する気持ちには踏み込まなくても、看護師が患者の状況を心配して気遣いを示すことはケアにつながる。患者の状況やニーズをとらえて今の時点で話す内容はここまでで十分であると看護師が了解していれば、踏み込まないという行為は看護師の在り様として妥当なものと考えられる。

さらに、患者と死に関する話ができただけで看護師に共通していたことは、死に関する話について話したいという患者のニーズと、患者が話せる状況を上手くつかんでいたことであった。患者のニーズと話せる状況をつかみ、そのタイミングを逃さずに踏み込むことが、その先の対話を進めることにつながる。また、患者自身に話を進める力がある場合は、死に関する話を取り上げることが双方の間で許されている状況で、余命や死の迎え方について率直に話し合うことができていた。看護師が患者の話す力を信じることは、よい相互関係のなかで話を進めるという実践のありかたを示唆するものであると言える。

本研究でとらえた進行がん患者と看護師の死に関して話をする場面は一部であるが、それでも死に直面している患者と対話を行おうとする看護師のありのままの姿を描き出すことができた。対話の経験にはケアの側面などの意味をもつことがわかり、看護師が過去の対話の場面を振り返った時に話が聞けなかったという体験にも意味を見出すなど、対話の経験の意味づけに貢献できるのではないかと考える。看護師が今後似たような対話の場面に遭遇した時に、自分自身の状況を客観的にとらえて了解することや、自分の感情に気づいて落ち着いて対応できるなど、看護師のあり様にも役立つのではないかと考える。また、看護師が対話の実践を振り返ったときに、自分自身を洞察し認めるときの参考資料として役立つことも期待される。

進行がん患者と看護師の対話の経験がもつ意味に関して、現象学的に考究した。

研究者（筆者）自身は、死に直面するがん患者との対話に失敗した自分自身の苦い経験から、これまでがん患者と死に関することについて話すために必要なものや看護師としてのあり様について考えてきた。本研究で対話の場面で起こっている現象を記述し、丁寧に読み解くことによって、対話のもつケアとしての働きはある程度実感できた。また、進行がん患者と死に関する話題を持ち出す時に助けになると思われる、具体的な方略もいくつかとらえることができた。患者のそばで療養生活を支える専門職として、対話としてのケアの方向性を少しは見いだすことが出来たのではないかと考える。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、進行がん患者と看護師の対話の場面をとらえ、それぞれ対話の体験の意味を当事者の語りから記述した。体験の語り和分析対象となるため、記述データは研究協力者の記憶と言語化する力に依存するところがある。そのため、言語化されていない体験は記述できないため、当事者のリアルな体験や体験に基づく経験の意味をとらえきれていない可能性は残る。また、本事例は自分の病状をよく理解して言語化でき、心身の状態が安定している人に協力してもらった。死に直面している状況の深刻さや、言語化に制限があるような場合には、本研究でとらえた現象は当てはまらない可能性がある。

本研究では、進行がん患者と看護師の対話の場面において起こっている現象をありのままにとらえ、それぞれにとっての意味を明らかにするために、フッサール現象学の流れを受け継いだ記述的現象学の立場を前提として分析、解釈を試みた。しかし、研究者自身が現象学については初学者であるため、研究内容は現時点での研究者の理解に基づく解釈であるという限界がある。この点については、現象学の専門家や経験豊富な質的研究者にスーパーバイズを依頼して、妥当性の担保に努めた。

今後の課題として、本研究でとらえた対話の場面における現象は、当事者の記憶によって語られた経験に基づくものである。それは、対話の経験の意味を問うという研究目的にそって個人の解釈や内省を含んだ経験の語りを重視したことによるが、本研究の結果が、実際の臨床現場で行われる対話の現象をとらえているのかどうか、今後の研究で検証することも意義のあることではないかと考える。実際の対話の場面をリアルにとらえるために、場合によっては参加観察などの他の手法を用いた研究も検討する必要がある。また、患者と死や終末期の過ごし方について話を進める際には、1対1ではなく、家族や医療関係者など複数の人たちとの間で行うことが普通である。当事者である患者と周囲の関係者を含めた人たちとの間で行われる対話について検討することも必要である。

## 注一覧（第V章）

- [1] 浜渦辰二著「ケアの臨床哲学への道-生老病死とともに生きる-」（2019年、晃洋書房）の第六章を参照。
- [2] 内布敦子「死にゆくことの言語化とそれに伴う看護師のバリアに関する研究」（2002年）を参照。死に関する会話を進める患者の力には、患者が自ら話すだけでなく、「患者の意志が明確である」、「患者は大丈夫である」、「明るくて率直に話せる雰囲気がある」といったカテゴリーが含まれている。
- [3] 進行肺がん患者と治療医のコミュニケーションを調査した研究で、患者は自分の病気はもう治ったなどと楽観的に解釈する傾向にあり、患者と医師（看護師）が差し迫った死について話し合うことを回避した結果、死に対する準備の遅れや信頼関係を損なうなどの不利益をもたらすことを示している。

## 第VI章 結論

進行する病気や死に関して患者と話すことは、医療者にとって大変難しいことである。特に看護師は日常的に患者から死に関する話を話かけられる立場にあり、大きな戸惑いを感じながら解決策を見いだせないでいる。そのため、進行がん患者と病気や死に関して対話を行う場面で起こっている現象をありのままにとらえ、対話の経験の意味を明らかにするために本研究に取り組んだ。研究協力者（進行がん患者5名、看護師5名）の協力を得て、両者の対話の場面における経験についてインタビューを行い、両者の語りから体験世界をありのままに言語化して記述した。記述データは現象学的分析の手法を用いて解釈した。現象学的に分析した結果、対話の場面における看護師と患者のあり様や、それぞれの対話の経験の意味について明らかにすることができた。その内容は以下のとおりである。

- ・ 死に関する話に限らず、看護師と患者はそれぞれの背景や置かれている状況によって個別の文脈が流れており、それぞれの文脈が交錯するなかで死に関する不安に焦点を当てて対話を進めようとしている。
- ・ 対話の前提として、死に直面している患者の不安な気持ちを知りたいという看護師の強い関心がある。
- ・ 看護師は常に死に関する話ができる状況かタイミングを計って対話を進めている。患者に強い不安がある場合や患者のニーズが不明な場合は、病気や死に関連する周辺の話題から切り出し、患者の反応をさぐって安全に話を進めている。
- ・ 死に関することについて話したいという患者のニーズや患者が話せる状況をつかんで踏み込むことが、対話を進めるための転換点になっている。
- ・ 看護師は患者の反応によって気持ちに踏み込まないという判断をしているが、踏み込まないことは患者を守ると同時に看護師の安全を図る意味がある。
- ・ 看護師が患者の気持ちに踏み込まず、その場に踏みとどまることは、患者にとって看護師の心配や気遣いを感じるケアとしての意味をもつ。
- ・ 死に関する対話を促進する患者の話すカや、看護師がその力を信頼することは、よい相互関係のなかで話を進めるという実践のありかたを示唆する。
- ・ 対話の経験の意味について、患者にとっては死に関する考えや信念を言語化し、今後の療養生活について第三者と共有する意味があり、対話によって安心や安寧をもたらすケアの効果があつた。看護師にとっては、患者の状況や背景にある体験に共感し、深い患者理解に至るという意味があつた。
- ・ 看護師が示す関心や共感による相互理解を生じ、そのことが患者のもつ力を引き出すことにつながる。対話の経験を通して得られる他者理解は患者と看護師双方のエンパワーメントにつながり、対話のケアとしての意味をもつと考える。

本研究で確認されたことは、看護師の対話の実践において様々な形で活かすことができる。看護師が対話の実践を振り返ったときに、話が聞けなかったという体験にも意味を見出し了解するなど、看護師の対話の経験の意味づけに貢献できるのではないかと考える。

## 謝辞

本研究に取り組み、博士論文をまとめるにあたり、多くの方々のご協力とご支援を賜りました。お世話になった皆様方に、心より感謝申し上げます。

はじめに、研究協力者となってくださった皆様に、心より感謝申し上げます。終末期の大切な時間を割いて快く筆者の研究を受け入れ、インタビューで様々な思いを正直に話していただいた患者様、インタビューで自らの体験を率直に語ってくださった看護師の皆様にも深く感謝いたします。研究協力者様との出会いを可能にくださった、研究実施病院の看護部長様、看護師長様、スタッフの皆様にも心よりお礼申し上げます。

主指導教員である兵庫県立大学教授・内布敦子先生は、仕事をしながら論文作成に苦慮する私を励まし、勇気づけ、研究の方向づけから論文完成に至るまで一緒に歩んで下さいました。先生は死にゆく患者と看護師の対話に関して造詣が深く、特に分析においては多くの気づきや視点を与えて下さいました。深く感謝の意を表します。副指導教員である静岡大学名誉教授・大阪大学名誉教授の浜渦辰二先生は、現象学について初学者である筆者に対して、方法論から論文執筆の過程において常に現象学的視点から丁寧なご指導を賜りました。先生からご助言をいただきましたことで、この論文が現象学的研究として前進いたしました。心よりお礼申し上げます。同じく副指導教員である兵庫県立大学教授・川崎優子先生は、大学でお会いすると必ずお声をかけてくださり、論文の進捗状況を心配して下さいました。また、研究の一貫性を保つという視点から貴重なご指導をいただきました。心より感謝申し上げます。同じく副指導教員である兵庫県立大学准教授・川田美和先生にはオープン・ダイアログのセミナーに参加する機会をいただき、精神看護学の視点から貴重なご助言をいただきました。常に温かく丁寧なご指導を賜り、心よりお礼申し上げます。また、研究の経過を見守り、様々な助言、励ましをくれた同級生や先輩方、友人にも深く感謝いたします。

本研究は、多くの方々の協力なしには完成させることができなかつたと思います。博士論文を書き上げられたことに対して、これまでお世話になった全ての方々に改めて感謝の意を表します。何より、仕事をしながらの学生生活を支えてくれた、夫と私の両親に感謝したいと思います。彼らの支援がなければ到底ここまでくることはできませんでした。本当にありがとうございます。

2021年3月10日

内田 恵

## 引用文献

- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*, 18(5), 543-548.
- アニーシャ・ニシャート、鉤 治雄 (2018). 楽観主義と現実的楽観主義. *創価大学教育学論集*, 第 70 号, 201-213.
- 新井平伊, 河村哲, 江渡江, 広沢正孝, 木村通宏, 佐々木麻衣子 (1999). 告知を避けた理由と告知後に生じた問題: 順天堂医院でのがん告知に関する質問紙票調査報告 (第 2 報). *順天堂医学*, 45(3), 403-409.
- Back, A. L., Amold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A., Edwards, F. A. (2005). Approaching Difficult Communication tasks in Oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-177.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., Cohen, L. (2002). Oncologist's attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Benner, P. and Wrubel, J. (1999). *現象学的人間論と看護*. (難波卓志 訳). 東京: 医学書院. (2000).
- Benner, P. (1984). *ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー*. (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 訳). 東京: 医学書院. (1992).
- Billings, J. A. and Bernacki, R. (2014). Strategic Targeting of Advance Care Planning Interventions The Goldilocks Phenomenon, *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 620-624.
- Bohm, D. (2007). *ダイアログ: 対立から共生へ、議論から対話へ*. (金井真弓 訳). 東京: 英治出版.
- Buckman, R. (2000). *真実を伝える コミュニケーション技術と精神的援助の指針*. (恒藤暁 監, 前野宏, 平井啓, 坂口幸広 訳). 東京: 診断と治療社. (1992).
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Cheon, S., Fu, W., Agarwal, A., Chow, E., Henry, B. (2017). The impact of breaking bad news on oncologist burnout and how communication skills can help: A scoping review. *Journal of Pain Management; Hauppauge*, 10(1), 89-97.
- 蝶名林直彦, 荻野美恵子, 工藤翔二 (2014). 今日の「説明と同意」と診療報酬評価. *日本内科学会雑誌*, 103(12), 2949-2956.
- Curtis, J. L., Patrick, D. L., Caldwell, E. S., Collier, A. C. (2000). Why Don't Patients and Physicians Talk About End-of-Life Care?. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1690-1696.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L. (1997). Barriers to Communication About End-

- of-Life Care in AIDS Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 736-741.
- 出石万希子, 豊田久美子, 平英美, 石川ひろの (2012). 疾患別にみた初対面時の看護師患者間情緒的コミュニケーションの特徴: RIAS を用いた会話分析 (第 2 報). *日本保健医療行動科学学会年報*, 27, 240-253.
- Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., ... Razavi, D. (2005). Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 103(11), 2397-2411.
- Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Bre'dart, A., Farvacques, C., Slachmuylder, J. L. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *British Journal of Cancer*, 90, 106-114.
- Flick, U (2002). 質的研究入門: 人間科学のための方法論. (小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子 訳). 東京: 春秋社. (1995).
- Florio, G. A., Donnelly, J. P., Zevon, M. A. (1998). The Structure of Work-Related Stress Coping Among Oncology Nurses in High-Stress Medical Settings: A Transactional Analysis, *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 277-242.
- 藤森麻衣子, 内富庸介, 小川朝生, 梅沢志乃 (2017). がん治療中止と予後を話し合う際に患者が医師に望むコミュニケーション. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集*, 28, 117-122.
- Fujimori, M., Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y., Uchitomi, Y. (2007a). Preference of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 16(6), 573-581.
- Fujimori, M., Parker, P. A., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W. F., Uchitomi, Y. (2007b). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*, 16(7), 617-625.
- Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Oba A, Sakano Y, Uchitomi Y (2005). Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-oncology*, 14, 1043-1051.
- 藤本肇, 橋口陽二郎, 上野秀樹, 望月英隆 (2004). 癌告知と終末期医療における患者対応のあり方に関する検討: 癌死患者の遺族調査から. *日本消化器外科学会誌*, 37(10), 1610-1615.
- Fukui, S., Ogawa, K., Fukui, N. (2010). Communication Skills Training on How to Break Bad News for Japanese Nurses in Oncology: Effects of Training on Nurses' Confidence and Perceived Effectiveness. *Journal of Cancer Education*, 25 (1), 116-119.



doi : 10.1007/s13187-009-0027-8

- 福島裕人, 名嘉幸一, 石津宏, 與古田孝夫 (1997). ターミナルケアに従事する看護者のバーンアウトとその関連要因. *こころの健康*, 12(2), 33-43.
- 船越昭宏, 鈴木康譯, 鈴木康夫, 大原健士郎 (1981). 癌と死についての意識 : 医師・看護師・一般人におけるアンケート調査より. *心身医学*, 22(6), 546-547.
- Florio, G. A., Donnelly, J. P., Zevon, M. A. (1998). The Structure of Work-Related Stress Coping Among Oncology Nurses in High-Stress Medical Settings: A Transactional Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 277-242.
- Gibon, A. S., Merckaert, I., Liénard, A., Liberta, Y., Delvaux, N., Marchal, S., ... Razavi, D. (2013). Is it possible to improve radiotherapy team member's communication skills? : A randomized study assessing the efficacy of a 38-h communication skills training program. *Radiotherapy and oncology*, 109(1), 170-177.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1986). *Awareness of Dying*. NY: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1988). *死のケア理論と看護*. (木下康仁 訳). 東京 : 医学書院. (1986).
- 長谷川貴昭, 奥山徹, 明智龍男 (2019). がん医療におけるアドバンス・ケア・プランニング : 最新の知見と今後の課題, *癌と化学療法*, 46(4), 609-616.
- 服部晃, 田邊直仁, 岩田文英, 服部麗波 (2015). 全国厚生連病院の医療圏におけるターミナルケア意識に関するアンケート調査 : 第 1 報 全体像と年齢、性、職種差. *日本農村医学会雑誌*, 64(4), 637-649.
- 浜渦辰二 (2019). *ケアの臨床哲学への道-生老病死とともに生きる-*. 京都 : 晃洋書房.
- 浜渦辰二 (2009). ナラティブとパースペクティブ : <かたり>の虚と実をめぐって. 木村敏, 坂部恵 (監修), <かたり>と<作り>*臨床哲学の諸相*(pp.95-119). 東京 : 河合出版.
- 浜渦辰二 (2011). ケアの現象学への途上で : 故・渡邊美千代を偲んで, *メタフシユカ*, 42, 9-22.
- 原祥子, 小野光美, 沼本教子 (2007). 介護老人保健施設入所者とケアスタッフのライフストーリー面接における相互作用の変化. *日本看護研究学会雑誌*, 30(4), 105-111.
- 原祥子 (2004). いま,ここで生きる高齢者を理解する方法に関する一考察 : ライフストーリーを読み解く視点から. *日本看護研究学会雑誌*, 27(5), 83-91.
- Heaven, C., Clegg, J., Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60, 313-325.
- 平田オリザ (2012). *わかりあえないことから : コミュニケーション能力とは何か*. 東京 : 講談社現代新書.
- 広瀬寛子 (1992a). 看護面接の機能に関する研究 透析患者との面接過程の現象

- 学的分析 (その 1). *看護研究*, 25(4), 69-86.
- 広瀬寛子 (1992b). 看護面接の機能に関する研究 透析患者との面接過程の現象学的分析 (その 2). *看護研究*, 25(6), 37-62.
- 広瀬寛子 (1992c). 看護研究における現象学的アプローチの適用に関する考察 : 看護面接過程の現象学的分析方法作成までのプロセスに焦点を当てて. *日本看護科学会誌*, 12(1), 45-57.
- 堀理恵 (2013). ライフレビューに見出されるがん患者の希望. *日本がん看護学会誌*, 27(2), 56-64.
- 市川智里 (2015). がん患者とのコミュニケーションに役立つスキル. 一般社団法人日本がん看護学会 (監), 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院看護部 (監), *患者の感情表出を促す NURSE を用いたコミュニケーションスキル* (pp22-26). 東京 : 医学書院.
- Ichikura, K., Matsuda, A., Kobayashi, M., Noguchi, W., Matsushita, T., Matsushima, E. (2015). Breaking bad news to cancer patients in palliative care : A comparison of national cross-sectional surveys from 2006 and 2012. *Palliative & Supportive Care*, 13, 1623-1630.
- 犬童幹子 (2002). 看護者のメンタルヘルスに関する研究 : がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築. *日本看護科学会誌*, 22(1), 1-12.
- 犬童幹子 (2000). 癌看護に携わる看護者のケアリングに関する研究 : 癌看護のケアリングに影響する要因調査. *日本がん看護学会誌*, 14(2), 42-54.
- 石川睦弓 (2011). インフォームドコンセント. 大西和子, 飯野京子 (編), *がん看護学 : 臨床に活かすがん看護の基礎と実践* (pp.110-114). 東京 : ニューヴェルヒロカワ.
- 神田清子, 狩野太郎, 大山ちあき, 小林秀代 (2001). 大学病院における入院がん患者の病名告知状況と看護者の関わりの検討. *北関東メディカルジャーナル*, 51(1), 27-34.
- 片岡恵理, 伊東美佐江 (2017). わが国の DNAR の選択をゆだねられた家族への看護援助に関する文献検討. *家族看護学研究*, 22(1), 37-47.
- 片岡純 (2007). がん患者の倫理側面の特徴. 大西和子, 飯野京子 (編), *がん看護学 : 臨床に活かすがん看護の基礎と実践* (pp.20-26). 東京 : ニューヴェルヒロカワ.
- 柏木哲夫 (1986). *死にゆく患者と家族への援助-ホスピスケアの実際*. 東京 : 医学書院.
- 柏木哲夫 (1996). *死にゆく患者の心に聴く : 末期医療と人間理解*. 東京 : 中山書店.
- 狩谷恭子 (2018). 一般病棟における終末期がん患者の看護に対する困難度とスピリチュアルケアの実態調査. *日本医学看護学教育学会誌*, 26(3), 13-19.
- 木澤義之 (2019). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの要点とその変更点. *緩和ケア*, 29(3), 201-203.
- 木田元 (1970). *現象学*. 東京 : 岩波書店.
- 菊永淳, 宮坂道夫 (2017). がん告知における看護師の困難感-根治治療が困難に

- なつたがん患者をめぐる3つのナラティブ. *医学哲学医学倫理*, 35, 34-41.
- 北野華奈恵, 長谷川智子, 上原佳子 (2012). がんの終末期患者と非終末期患者に対する看護師の認識と感情および感情労働の相違. *日本がん看護学会誌*, 26(3), 44-51.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*, NK: Simon & Schuster.
- キューブラー-ロス, E. (1998). *死ぬ瞬間 死とその過程について 完全新訳改訂版*. (鈴木晶 訳). 東京: 読売新聞社. (1969).
- 国立研究開発法人がん研究センター・がん対策情報センターがん登録センター・院内がん登録分析室 (2018). *がん診療連携拠点病院等院内がん登録 2016 年全国集計報告書*. 国立がん研究センター・がん対策情報センター, 平成 30 年 9 月.
- 国立がん研究センターがん情報サービス(2018). *がん統計 2018 年がん統計予測*.  
[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/short\\_pred.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html)
- 小松恵, 島谷智彦 (2017). がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. *Palliative Care Research*, 12(3), 701-707.
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 改訂平成 30 年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 厚生労働省人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 (2018). 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (確定版). [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.PIWf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.PIWf)
- 厚生労働省終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010). 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果報告書, 平成 22 年 10 月.  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.PIWf>
- 厚生労働省 (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, 平成 19 年 5 月. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.PIWf>
- 小山裕子, 森本悦子, 福井里美 (2015). がん看護に携わる看護師が体験したがん患者に接した際の「ゆらぎ」と対処. *関東学院大学看護学会誌*, 2(1), 69-74.
- 前田隆子, 栗原浩子 (2009). 初発乳がん患者に対する退院前後介入による心理的变化: 構造化連想法 (Structured Association Technique) によるカウンセリングを活用した介入の試み. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, 14, 103-112.
- 正岡経子, 丸山知子 (2011). 産婦ケアにおける助産師の「語り」から経験知を抽出するナラティブ分析. *日本保健医療行動科学学会年報*, 26, 158-168.
- 松葉祥一, 西村ユミ (2014). *現象学的看護研究: 理論と分析の実際*. 東京: 医学書院.
- 松原康美, 遠藤恵美子 (2005). がんの再発・転移を告知され, 永久的ストーマを造設した患者と看護師で行うナラティブ・アプローチの効果. *日本がん看護学会誌*, 19(1), 33-42.
- 松村真司, 福原俊一, 尾藤誠司, 大木桃代, 黒川清 (1997). 日本人の癌告知に関する希望とそれに影響を与える諸要因の検討. *日本医事新報*, 3830, 37-42.

- 松島英介 (2006). 癌患者への告知について. *治療*, 88(10), 2599-2601.
- 三木徹夫, 仲條正敬, 岩下周子, 岩見文行, 上原充世, 江口恵子, ... 吉見太助 (2005). がんの病状説明 (バッドニュースの伝え方: いわゆる告知) についてのアンケート結果. *緩和医療学*, 7(4), 403-413.
- 宮坂道夫, 田村恵子, 木澤義之 (2014). 倫理的側面. 日本緩和医療学会 (編), *専門家をめざす人のための緩和医療学* (pp.17-23). 東京: 南江堂.
- 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, ... 門間典子 (2014). 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因. *Palliative Care Research*, 9(3), 158-166.
- Moore, P. M., Rivera, M. S., Grez, A. M., Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3. Art. No. CD003751.  
doi: 10.1002/14651858.CD003751.pub3
- Morita, S., Kobayashi, M., Oba, K., Ichihara, T., Nakao, A., Sakamoto, J. (2006). Truth-telling to Patients with Advanced Cancer: A Comparison between Cancer center, University Hospitals, General City Hospitals, and Private General Practitioners in Japan. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 14(1), 1-11.
- 村上靖彦 (2013). *摘便とお花見*. 東京: 医学書院.
- M. メルロー=ポンティ (1967). *知覚の現象学 1*. (竹内芳郎, 小木貞孝 訳). 東京: みすず書房. (1945).
- M. メルロー=ポンティ (1974). *知覚の現象学 2*. (竹内芳郎, 小木貞孝 訳). 東京: みすず書房. (1945).
- 中西美千代, 志自岐康子, 勝野とわ子, 習田明裕 (2012). ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. *日本看護科学会誌*, 32(1), 40-49.
- 直城洋子, 小幡明香, 原島利恵, 富山淳江, 角田直枝 (2016). がん看護に関わる看護師の困難感に関する研究 困難感の特徴と関連要因. *茨城キリスト教大学看護学部紀要*, 8(1), 19-27.
- 西川律子 (2009). 治療初期にある初発乳がん患者に対する支持的精神療法の実践. *東京女子医科大学看護学会誌*, 4(1), 7-17.
- 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子 (2011). 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. *死の臨床*, 34(1), 121-127.
- 野口裕二 (2009). ナラティブ・アプローチの展開, 野口裕二 (編), *ナラティブ・アプローチ* (pp1-25). 東京: 勁草書房.
- 野口裕二 (2004). *物語としてのケア: ナラティブ・アプローチへの世界へ*. 東京: 医学書院.
- 野村豊子 (1998). *回想法とライフレビュー: その理論と技法*. 東京: 中央法規.
- 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子 (2002). 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 16(1), 28-38.
- Oishi, T., Sato, K., Morita, T., Mack, J. W., Shimodaira, H. Takahashi,

- M., . . . Miyashita, M. (2018). Patient perceptions of curability and physician-reported disclosures of incurability in Japanese patients with unresectable/recurrent cancer: a cross-sectional survey. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 48(10), 913-919.
- 大石ふみ子, 葉山有香 (2011). がん患者の心理的、社会的、およびスピリチュアルな特徴. 大西和子, 飯野京子 (編), *がん看護学: 臨床に活かすがん看護の基礎と実践* (pp.15-19). 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 大川智恵子, 渡会丹和子, 武井麻子 (1993). 「闘う患者」と看護婦の無力感・不全感: ターミナル・ケアにおける困難事例の分析. *日本精神保健看護学会誌*, 1(2), 75-82.
- 小川朝生, 内富陽介 (2010). 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会 (監), *これだけは知っておきたいがん医療における心のケア: 精神腫瘍学ポケットガイド* 厚生労働省委託事業, 東京: 社会福祉法人新樹会創造出版.
- 小楠範子 (2008). 高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性. *日本看護科学学会誌*, 28(2), 46-54.
- 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, . . . 宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240-247.
- Otani, H., Morita, T., Esaki, T., Ariyama, H., Tsukasa, K., Oshima, A., Shiraisi, K. (2011). Burden on Oncologists When Communicating the Discontinuation of Anticancer Treatment. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(8), 999-1006.
- Parker, P. A., Baile, F. W., Moor, C. D., Lenzi, R., Kudelka, A. P., Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer; patient's preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056.
- Parse, R. R. (2003). Qualitative Research in Nursing, *看護研究*, 36(2), 79-87.
- Ptacek, J., Eberhardt, T. L. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature, *The Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- 斎藤清二, 岸本寛史 (2003). *ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践*, 東京: 金剛出版.
- 斎藤環, 森川すいめい, 西村秋生 (2017). オープンダイアログ(開かれた対話)による統合失調症への治療的アプローチ. *精神科治療学*, 32(5), 689-696.
- 坂井志織 (2019). *しびれている身体で生きる*. 東京: 日本看護協会出版会.
- 坂井志織 (2017). 他人みたいなからだを生きる: 中枢神経障害患者のしびれている身体の経験. *日本看護科学学会誌*, 37, 132-140.
- 榊原哲也 (2018). *医療ケアを問いなおす-患者をトータルにみることの現象学*. 東京: ちくま新書.
- 榊原哲也 (2011). 現象学的看護研究とその方法 新たな研究の可能性に向けて. *看護研究*, 44(1), 5-15.

- 坂下恵美子 (2008). 終末期がん患者看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討, *愛媛県立医療技術大学紀要*, 5(1), 25-31.
- 桜井厚, 石川良子 編 (2015). *ライフストーリー研究に何ができるか: 対話的構築主義の批判的継承*, 東京: 新曜社.
- 桜井厚, 小林多寿子 編著 (2005). *ライフストーリー・インタビュー: 質的研究入門*. 東京: せりか書房.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan, *Palliative Medicine*, 17(6), 520-526.
- 佐々木壽英, 長井吉清, 岡本堯, 紀藤毅, 黒田智純, 大川二郎, 石渡淳一, ... 細川治 (1999). がん専門病院におけるがん告知の現状. *癌の臨床*, 45(9), 1027-1033.
- 齋尾武郎 (2014). 急性精神病に対するオープンダイアログアプローチ: 有効性は確立したか?. *臨床評価*, 42(2), 531-537.
- 下平和代, 上別府圭子, 杉下知子 (2007). ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情. *日本看護科学会誌*, 27(3), 57-65.
- 新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子 (2012). 「生きる意味がない」と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる大学病院看護師の態度. *死の臨床*, 35(1), 95-100.
- Shannon, C. E & Weaver, W. (2009). *通信の数学的理論*. (植松文彦 訳). 東京: 筑摩書房. (1949).
- 菅原邦子 (1993). 末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識. *看護研究*, 26(6), 486-502.
- 田口めぐみ, 宮坂道夫 (2015). 看護師がチームワークの中で経験する違和感・ジレンマについてのナラティブ分析. *日本看護倫理学会誌*, 7(1), 45-53.
- 高橋照子 (1990). 看護における現象学的アプローチの活用, *看護研究*, 23(5), 19-24.
- Takahashi, Y. (1990). Informing a patient of malignant illness: commentary from a cross-cultural viewpoint. *Death Study*, 14(1), 83-91.
- Takayama, T., Yamazaki, Y., Katsumata, N. (2001). Relationship between outpatient's perceptions of physician's communication styles and patient's anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science & Medicine*, 53, 1335-1350.
- 武井麻子 (2001). *感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味*. 東京: 医学書院.
- 田中京子, 小島操子, 小浜浩子, 手島恵, 渡邊真弓, 濱口恵子 (1991). 終末期医療に携わる医師・看護婦のストレス自己管理について. *聖路加看護大学紀要*, 17, 71-77.
- The M. A., Hak T., Koeter G., & van der Wal. G. (2000). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *British Medical Journal*, 321, 1376-1381.

- 辻大介, 是永論, 関谷直哉 (2014). *コミュニケーション論をつかむ*. 東京: 有斐閣.
- 上村晶子, 皆川邦直, 依田由美, 大倉久直 (1994). ターミナルケアにおける看護婦のストレス: 意識調査から. *心身医学*, 34(4), 291-298.
- 内田伸樹 (2007). 乳房喪失者の語りに見る「乳房喪失」の意味: そのライフストーリーに見られる重層的構造. *新潟医療福祉学会誌*, 7(1), 20-25.
- 内布敦子 (2003). 患者と死について話す時に看護師に生じるコミュニケーション上のバリア. *人間科学研究*, 5, 59-72.
- 内布敦子 (2002). 患者が死にゆくことを言語化することを支える「看護師の構え」. *がん看護*, 7(6), 521-528.
- 内布敦子 (2002). *死にゆくことの言語化とそれに伴う看護師のバリアに関する研究* (博士論文). 入手先 <http://hdl.handle.net/11094/24561>
- 内富庸介, 藤森麻衣子 (2007). *がん医療におけるコミュニケーション・スキル: 悪い知らせをどう伝えるか*. 東京: 医学書院.
- Umezawa, S., Fujimori, M., Matsushima, E., Kinoshita, H., Uchitomi, Y. (2015). Preference of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer*, 121(23), 4240-4249.
- Van Manen, M. (2011). *生きられた経験の探求: 人間科学がひらく感受性豊かな教育の世界*. (村井尚子 訳). 東京: ゆみる出版. (1990).
- 鷺田清一 (1997). *現象学の視線: 分散する理性*. 東京: 講談社学術文庫.
- 渡辺孝子 (1998). がん患者への病名告知と緩和ケアとの関連: がん専門病院と一般病院との比較. *がん看護*, 3(3), 255-260.
- 渡邊美智代 (2006). *身体とケアの看護現象: ケアの〈あいだ〉に見えること・見えないこと* (博士論文). 入手先 <http://hdl.handle.net/11094/46589>
- 渡邊美智代, 渡邊智子, 高橋照子 (2004). 看護における現象学の活用とその動向. *看護研究*, 37(5), 59-69.
- Wilkinson, S., Perry, R., Blanchard, K., Linsell, L. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 22, 365-375.
- 山口昌子, 鈴木幸子 (2014). 同種造血幹細胞移植を受けた成人前期男性のライフヒストリー: 苦難からの自己成長の機会. *日本医学看護学教育学会誌*, 23, 19-25.
- 山田恵子, 稲吉光子 (2010). 外来で分子標的治療を受けているがん患者に対するナラティブ・アプローチ, *日本がん看護学会誌*, 24(3), 12-22.
- 山本恵一 (1990). 研究方法論としての現象学的アプローチ, *看護研究*, 23(5), 2-10.
- Yanagihara, K., Matsui, K., Sasaki, K., Nakamura, T. (2018). Difficulties felt by nurses engaged in terminal cancer care at designated cancer hospitals, with a focus on length of experience and nursing identity. *看護実*

践学会誌, 30(2), 29-39.

横浜優子, 森一恵 (2013). ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法. *日本がん看護学会誌*, 27(3), 33-41.

吉村雅世, 永野由美子, 寺山美由紀, 豊田真千子, 叶祐子, 齋籐和博 (2011). 看護場面の 4 つの対話における「聴き取り」の特徴: 「物語化」を実践する看護師. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 7, 32-44.



## 付録・資料

- 付録 1 : 事例 1 看護師 J さんの対話の経験
- 付録 2 : 事例 1 患者 O さんの対話の経験
- 付録 3 : 事例 2 看護師 K さんの対話の経験
- 付録 4 : 事例 2 患者 P さんの対話の経験
- 付録 5 : 事例 3 看護師 L さんの対話の経験
- 付録 6 : 事例 3 患者 Q さんの対話の経験
- 付録 7 : 事例 4 看護師 M さんの対話の経験
- 付録 8 : 事例 4 患者 R さんの対話の経験
- 付録 9 : 事例 5 看護師 N さんの対話の経験
- 付録 10 : 事例 5 患者 S さんの対話の経験

- 資料 1 : 研究協力施設用依頼書
- 資料 2 : 研究協力者広報 (看護師用)
- 資料 3 : 研究協力依頼書 (看護師用)
- 資料 4 : 研究協力依頼書 (看護師長用)
- 資料 5 : 研究協力依頼書 (研究協力者用)
- 資料 6 : 同意書
- 資料 7 : 協力者に関する基本情報用紙
- 資料 8 : インタビューガイド
- 資料 9 : 機密保持および個人情報の取扱いに関する誓約書
- 資料 10 : 研究協力者対応表

## 付録 1：事例 1 看護師 J さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー J：看護師 J さん O：患者 O さん

「抜粋 #1NJ1 p1」 #1：事例 1 NJ1：看護師 J インタビュー 1 回目 p1：ページ番号

### <看護師 J さんの背景>

看護師 J さんは、外科病棟に勤務している。看護師 J さんは患者 O さんが入院した時に担当看護師となり、病歴やこれまでの経過について O さんから話を聞いた。その時に O さんから、ずいぶん前からがんであることは気づいていたが、長男や夫の世話のためにすぐに病院を受診せず、「治療はしない」と決めてこれまで無治療できたことを聞いた。O さんのがんは大きくなって皮膚の外に浸潤しており、浸出液も多いために毎日処置が必要な状態になっていた。また、O さんは貧血や倦怠感が強いために、身の回りのことを一人でこなすことが難しい状況でもあった。入院後間もなく、O さんは内服のホルモン剤による治療が開始となり体調は少しずつ改善した。看護師 J さんは O さんの受け持ち看護師であったため、O さんを担当する機会がこれまでも何度かあった。入院後 1 か月経過して退院が決まった時期に、看護師 J さんは O さんから気になっていたことについて話を聞いた。

### 【治療を頑なに拒否していた患者が、医師からの治療の勧めに簡単に応じたことに対して違和感を抱く】

看護師 J さんは O さんから病歴やこれまでの経過を聞いて、がんであると気づきながら家族のことがあったので、自分で「治療はしない」と決めて、がんが進行して自壊するまで無治療できた人であるということがわかった。看護師 J さんは「あの自壊創のスケール、ここまで進行して」（#1 NJ1p3 抜粋）と表現しており、O さんは相当の期間、未治療で自壊創を抱えながら生活してきたのだと思った。しかも、O さんが最初に受診したのは心療内科であり、その心療内科の医師から紹介されて乳腺科を受診していた。このことから看護師 J さんは、O さんには乳がんの治療を強く拒否したい理由があるのだと考えた。そして、O さんは自らの意思で今まで無治療でいた人なのだとも認識した。乳腺科を受診した時に医師から入院を勧められ、詳しい検査の結果がわかるとすぐにホルモン剤による治療も開始された。看護師 J さんは、今まで頑なに治療を拒否していた O さんが医師からの治療の勧めにいと簡単に応じてしまったのはなぜか、O さんの意思はどこにあるのかとても気になりながら、入院中の療養の世話をした。他の看護師は誰一人として O さんがたやすく治療に応じたことを気にしておらず、話題になることもなく経過した。1 ヶ月ほど入院して退院が決まったある日、看護師 J さんは O さんに気になっていたことを直接聞いてみた。看護師 J さんにしてみたら、入院後あまりにも簡単に内服の抗がん剤による治療が始まってしまったと感じていた。これ程までがんが進行し、終末期の状態になるまで受診行動を起こさなかった背景には、O さんなりのこだわりや強い意思があるのではないかと考えた。だから、違和感を抱かずにはいられなかった。そのことを看護師 J さんは、「治療についてのお考えには誰も触れてなかったのは違和感がある」（#1 NJ1p3 抜粋）と語り、インタビュー中に何度も違和感という言葉を使って表現した。さらに、看護師 J さんは普段から医師に言われた治療をそのまま選択する患者が多いという印象をもっており、そのことについても違和感をもっていた。だから、治療の選択にあたっては患者が医師の説明に流されていないか、患者本人の意思は反映されているのかどうかいつも気にしている。O さんが抗がん剤治療を始めたことは、これまでの経過とはまるで真逆の選択であるので、そのことに「抵抗がないのか」と表現した。この抵抗感は、看護師 J さん自身の内面に沸き起こった感情であると思われた。O さんが「簡単に治療に応じたこと」の辻褃の合わなさには違和感として残ったまま、O さんの看護ケアを行っていた。

#### 【抜粋 1 #1 NJ1 p1】

J: 今まで未治療を選択されてかなり病気が進んできた経過があるけど、ポンッと内服治療が始まっていたのがずっと気がかりだったのでそれに抵抗がないのかを確認しました。

#### 【抜粋 2 #1 NJ1 p1】

J: 治療についての考えはあんまりチームで誰も触れてなかったのは違和感があるって、入院の時にアナムネを取ってそれまでの気持ちとかを確認してたのもあったので、時間が経ってみて治療が始まってどうなのかの確認がいるかなと思って。

【抜粋 3 #1 NJ1 p6】

J: 今までチームのなかでこの人に関しては(話す機会が)なかったんですよ、なんでなかったんだろう…。(でもそれでいいんだろうかって思っていた)そうです。

I: だったら自分が聞いてみようって思われて。

J: はい、なんか医者に言われたらそのまま勧められた治療をするっていう患者さんがあまりに多くて。それも個人の考え方としてすごく違和感があって、いつもなんかこう胸にあるところなので聞かないといけないかなと思って。

【治療が嫌なんじゃないのかという疑念を確認する】

看護師 Jさんは、Oさんががん大きな自壊創を形成するまで未治療でいた背景には何か強い意思があるのではないかと考えた。しかも、未治療の期間が長かったことから、Oさんの意思に反して半ば強制的に治療が始まったのではないかと考えた。Oさんはどんなことを質問しても、まるで一切の感情はないように穏やかなトーンで話す様子であったので、看護師 Jさんはその様子から、もしかしたら治療が「嫌なんじゃないか」と思った。インタビューに語る看護師 Jさんの言葉は「嫌なんじゃないか、嫌なんじゃないの、嫌でしょ」と断定的なものに変化し、さらにOさんのことを「眼鏡をかけて」見ていたと表現した。Oさんと話をしていても、治療が嫌なんじゃないかという看護師 Jさんの疑念は消えなかったので、Oさんに直接確認することにした。この看護師 JさんのOさんに対する疑念を確認したいという思いが、話す機会をとらえることにつながった。看護師 Jさんはベッドサイドに立ち止まって話を聞く時間をとった。そして、Oさんに治療のことをどのように思っているのか確認する時には、あまり躊躇することなく簡単に聞くことができた。看護師 Jさんにしてみれば、Oさんの治療に関しては、ずっと違和感を持ち続けていたことであったので、聞く機会がめぐってきたタイミングで聞きたかったことを聞いた。また、「眼鏡をかけて」と表現して、Oさんに対して先入観をもって見ていたことを認めただけで、自分の疑念を確認せずにはいられなかったという心境を振り返った。一方で、看護師 JさんはOさんのことを、「自分で表現できる人」(#1 NJ2p14 抜粋)であり、意思決定もできる人であるととらえていた。だから、治療の選択にあたっては余計にOさん自身の意思が反映されているのかどうか気になり、それでいいのだろうかと思わずにはいられなかったのであった。

【抜粋 4 #1NJ1p3】

J: 患者さんはどの質問をしても穏やかで特に表情も変わらず同じトーンで、取り乱したり悲観的になる様子もなく。

I: その様子を見てJさんはどう理解したんですか？

J: もしかしたら治療が嫌なんじゃないのかっていう(眼鏡をかけるしぐさをして)眼鏡をかけて、嫌なんじゃないのっていう気持ちでいきました。

I: どうしてそう思われたんですか？

J: ああ—もうあの自壊創のスケール、ここまで進行して、<略>ここまでのものを自分で選んできたのに、入院して今までしてこなかった治療が突然始まり、<略>半ば強制されてるんじゃないか、意思とは反するんじゃないかなって思ったので。眼鏡をかけて嫌でしょみたいな感じで。気持ち！気持ち！（言葉にしたわけじゃ）なくて。

【抜粋 5 #1NJ1p4】

J: (治療のことをどう思っているのか)この人の場合は、割と自然な流れで聞いたと思います。お薬の話…なんて聞いたかな、入院して元気になりましたね、で飲み薬も始まりましたねとは言いました。今まで治療しないできたけどこれ(治療)は嫌じゃないですかって結構簡単な感じで、ポーンと聞いた。

【未治療のまま過ごしてきたことを本当はどう思っているのか】

看護師 Jさんは、Oさんが長い間治療を拒否していたのに、突然治療を始めたことについてはあまり納得できていなかった。Oさんが未治療を選択せざるを得なかった背景については話を聞いたが、未治療で過ごしてきたこと自体をどのように思っているのかについてはわからなかった。がんが自壊創を形成するまで病気を放置していることは、看護師 Jさんにしてみれば理解しがたいものであった。Oさんは一人で身の回りのことができないほど身体の状態がしんどくなってから病院を受診しているが、普通はそれほどの状態になる前に診察を受けるだろうという考えがあった。だから、余計にOさんの治療が始まったことは矛盾していると思えた。そして、思わず「未治療できたくせに」とインタビューに口走った。看護師 JさんはOさんを批判する気持ちを明言してはいないが、「くせに」というのは一般的

に相手を非難する時に使われる言葉である。医療者として治療を始めるべきタイミングはもっと前にあったと看護師 J さんは考えていたので、今さら治療を始めるなんてという気持ちも伴っていた。O さんが未治療で過ごしてきたことについて、看護師 J さんの疑念は払拭されないままであったが、「本当はどう思っているのか？」と直接たずねることは難しかった。O さんに治療が始まってからの気持ちを聞いてみると、「もう少し元気で生きていたい」という回答がかえってきた。それを聞いて「なるほどね」と一旦は納得したが、「生きたい」と思うのであれば、これだけ長い期間未治療で過ごすという選択をとらなければよかったのではないだろうかと思った。だから、「未治療できたくせに」という言葉が思わず口をついて出てしまった。治療を始めた理由は、残りの時間をもう少し元気で生きるためであり、O さん自身がそれでよいと思っているということがわかった。だから、看護師 J さんは「まあ納得する」という表現をしたが、全面的に納得したわけではなかった。看護師 J さんはやはり医療者として、心のどこかで治療を放置してきたために、今のような状態になっていることに納得できない思いがあった。「未治療できたくせに」という言葉が、看護師 J さんの本音であるが、看護師には倫理規範があるので、すぐに「倫理！」と強調して表現した。看護師として相手の選択や価値を尊重しようとする反面、未治療できたくせにという思いはわだかまりをもったままである。

【抜粋 6 #1 NJ1 p7】

I: (未治療で自壊創を抱えて生活してきたことは) 患者さんの話からあっそうかみたいなの。

J: な、な、な、じゃ何でみたいなの。まあでも残り少ない時間だということをもふまえたうえで、残りの時間を内服薬で補って過ごしたいんだなって。なんか相反するようなあの治療選択って一瞬思ったけどまあ納得できました。未治療できたくせに、来たくせに、倫理！

### 【患者の選んだ生き方に圧倒されてすんなりと受け入れる】

看護師 J さんは、O さんからアナムゼ（病歴や既往歴）を聞く際に、家族構成についてたずねた。それは、他の患者に聞く時と同じように、業務の一貫として聞いたつもりだった。すると、その質問をきっかけに、O さんは長男のを中心に、家族とのこれまでのかわりについて自ら話し始めた。そして、長男や妹には「金輪際会わなくてもいい」と看護師 J さんに向かって言い切った。看護師 J さんはその表現に大変驚き、自分の息子に金輪際会わないと表現するに至るまで、O さんにいったい何があったのだろうと思った。もしかすると、O さんは相当ひどい体験してきたのかもしれないと類推した。その後、退院が間近になって O さんと話をした時も、家族の話題になると、O さんの口調は荒くなり、「それだけ言いたいことなんだろう」と看護師 J さんは思った。O さんは「プチンとわーっとしゃべり出し」、「それで」などの合いの手を入れるだけで「ドロドロロロロ」と家族とのことを洗いざらい話し、最終的に「大変だったの」と表現したと、看護師 J さんは語った。O さんの人生において長男とのかわりが大部分を占め、家族の問題は「おっきなこと」とであると看護師 J さんにとらえた。実際のインタビューでも、O さんは「長男に 30 年来振り回されたことは、乳がんになったことくらい、別にと思えるほど大変だった」(#1 PJ1P5 抜粋) と語った。それでも、看護師 J さんは O さんが「長男や妹にはもう会わなくてもいい」と言ったことがとても気になっていたもので、再度「本当に会わなくていいのか」と尋ねてみた。しかし、O さんからは「ろくでもない」といった否定的な言葉しか出てこず、O さんの語りに圧倒されて、ただ聞くことしかできなかった。看護師 J さんは、O さんから話を聞くまでは「本当は治療が嫌なんじゃないのか」と疑念を抱いていた。しかし、話を聞くと入院時にはすでに死を意識していたことがわかった。しかも、O さんは自分がいなくなっても家族が困らないような準備を一通り済ませていることもわかった。入院時 O さんの貧血を示す数値は 3.0g/dl 台であり、少しでも動くと思が上がり、一人では生活できない状態であるにもかかわらず、入院するまでの間に夫の入所施設を見学して段取りをつけていた。このエピソードからも、O さんはつい最近まで自分の病気や身体のことを後回しにせざるを得ない状況で、しかも自分の余命を意識しながら動いていたのだと看護師 J さんは考えた。そこまでの話を聞いて、O さんの選択や行動はすべてこれまでの経過や人生の経験に裏打ちされたものであると看護師 J さんは理解した。そして、インタビューのなかで、O さんのことを改めて「すごい人」と表現し、「この人は大丈夫」と O さんの選んできた選択をすんなり受け入れることができた。

【抜粋 7 #1NJ1p7-8】

J: 家族の話、息子さんの話になると…すごい勢いで話す、<略>彼女の人生において大部分、苦痛なのか今まで大きなことだったんでしょうね長男さんとの関わりが、だから最初は入院の時も神戸に住んでます疎遠ですぐらいしか言わなかったけど、<略>アナムネ聴取の時にどこに住んでいるのかか関係性が良好であるのかか、今後の療養においての情報を普通に聞いたんですけど、なんかでブチンとワーッとしゃべりだして「大変だったの！」まで洗いざらい言い出して。(言い出された時は)それは大変でしたねぐらいしか言えないですね。

【抜粋 8 #1NJ1p8】

J: 一回話し出すとすごい口調が、若干他の話よりも強くなったような気がします、単語もちょっと激しくなったり「ろくでもない」とか、今思えば感情が出てきてた感じがして聞いた方がいいのかなとは思って。で土曜日長男さんの話「会わなくていいって言ってたけどその気持ちは変わらないんですか？」みたいな感じで聞いて。やっぱり長男さんのことになると土曜日口調が若干荒っぽくなった。聞かなければよかったとは思わなかったです、それだけ言いたいこと、苦痛であったんだろうけど言いたいことなのかもって思いました。

【抜粋 9 #1NJ1p5】

J: シャベってトントンの、合いの手、合いの手みたいな感じで私が接続詩的なことを言ったら、もうドドロドロッと引き出して次の話題が出てくるみたいな感じが多かった。

【【抜粋 10 #1NJ1p4-5】

J: (治療のことを聞いたら)もうちょっと元気で生きてみようと思うのみたいな、なんでって聞いたら家の片づけまだだからって。あこの人はもうやりたいことが明確になって、それをするまでは元気でいたいんだな、そういうことですねって。

【抜粋 11 #1 NJ1 p6】

I: 患者さんからもうちょっと元気でいたいということが出てきた。

J: すっと出てきました。なるほどって思いました。はい、じゃあいいですねって思いました。

【抜粋 12 #1 NJ1 p6-7】

J: 入院の時もこのまま横になって亡くなっていけたらいいなって思ってたんだけどって言葉があったり、家族のことの調整をもうあらかたしている、ハーバーサンコンマ(=Hb3.0)で<略>はあはあ言いながらお父さんの施設を見学しに行って、たぶん彼女は死を意識しながら全部動いていたと思うので。<略>そうですね、すごい人。だから私もなんか期限の決められたなかでっていうイメージで彼女と接してたのかなあと思っています。

【抜粋 13 #1NJ1p12】

J: Oさんに関してはもう別にこの人は大丈夫。(そりゃそうなんだなという風に)受け止めました。大丈夫ですねー。

【自分のなかではありえない価値観に会う】

看護師 Jさんは Oさんの話を聞いている途中からつらくなり、「その(つらい)思いは排除できないまま話し終わっても心に残った」と振り返った。特に、Oさんの家族に対する訣別の気持ちは、看護師 Jさんにとってとてもつらいものであり、「実の息子や妹と会わなくていいとか聞くだけでつらい気持ちになるんです」(#1 NJp10 抜粋)と表現した。家族に金輪際会わなくていいと話す Oさんを前にして、看護師 Jさんは強い悲しみを覚え、その時のことを思い出して「なんか悲しいなっていうのがずっとある」と語った。「家族に会わなくていい」ということをそのまま受け止めることはできず、看護師 Jさんは心の中でずっと引っかかっていた。だから、Oさんに「家族に会わなくてもいいという気持ちに変わりはないんですか」とたずねた。しかし、Oさんの回答は全く変わらなかった。いったい、どのような経験が Oさんをそのような思いにさせてしまうのか、看護師 Jさんは Oさんの気持ちを想像しようとしたが、自分にはそのような経験がなく、想像することは困難であった。Oさんが語った家族の話は、一人の女性の人生としてはとても厳しいものであり、「つらいことだろう、気の毒だな」と Oさんに対して同情するような気持ちも抱いた。そして、話し終わった後にも「疲れたな」という感覚が残った。家族に金輪際会わなくてもいいと言った患者は Oさんが初めてであり、看護師 Jさんにとってその状況は受け入れがたいものであった。それは、看護師 Jさんのなかには存在しない価値観であり、その話を聞いて一瞬のうち

に強い悲しみの感情が沸き起こった。とにかく悲しいという気持ちは O さんと話し終わっても心のなかに残り、O さんの語った内容はしばらく頭から離れなかった。看護師 J さんはその時のことを振り返り、インタビュアーに語っている際中にも思いがけず涙を流した。看護師 J さんは O さんの話を聞いて、自分の感情を切り替えることが困難なほど、心が揺さぶられる体験をした。看護師 J さんは看護学生の時に患者の状況に巻き込まれるという経験をしたとインタビュアーに語っており、普段から感情のバランスをとることは「難しいですね」と表現している。看護師 J さんは心が揺さぶられるほどの悲しみに覆われ、O さんの語ったエピソードの重さも伴って心が「疲れた」のであった。しかし、看護師 J さんにとっては、O さんの語りを通してこれまで体験したことのない価値観に出会い、人間に対する理解の幅をひろげる、とても重要な体験であった。

【抜粋 14 #1NJ1p10】

I: 話し終えて J さんのなかの感情やお気持ちはどうでしたか？

J: うーん…あの…もう実の息子とは会わなくていいとか妹と会わなくていいとか、この人はいいんだなど思いつつも私つらい気持ちになるんです聞くだけで。でもなんかそれって私の感覚だからいらないですね。だからそれは排除して話しなきゃって思うんですけど、(部屋の外に) 出てもなんか疲れたなってその部分が心に残りました。頭に感覚が残ったですね…いやなんか悲しいなっていうのはずっとある、悲しい。

【抜粋 15 #1NJ1p10-11】

I: 看護師としての自分と個人としての自分のバランスは難しい？

J: 思います。私学生の際に患者の気持ちに 1 回巻き込まれて、それはやっちゃだめだっというのがずっと頭にあって。自分で気づいてだめねって思いました。難しいですよ。

【抜粋 16 #1NJ1p11】

J: いまだに泣いてしまう時とかあって、やばい(思い出して涙が出そうになる)。

I: それバッドニュースの後に患者さんのベッドサイドに行って聞いたりする時ですか？

J: そうです。一緒に泣くみたいな、何やってるんだろう、ごめんねーみたいな患者に謝って。(思い起こして) 涙、涙が出てきそう。いや何これ、やばっ。＜略＞頑張っても頑張っても効果がでない人が私のなかで一番つらくて、涙は出るけど今はそんなに悲しくはないです。

【抜粋 17 #1NJ2p14】

I: 負の感じてどういう意味で言ったんですか？

J: (家族との) 関係性が悪いということは喜ばしいことじゃなくて、患者さんにとってつらいことだろうな、気の毒だなみたいな感じで。

## 付録 2：事例 1 患者 O さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー J：看護師 J さん O：患者 O さん

「抜粋 #1PO1 p1」 #1：事例 1 PO1：患者 O さんインタビュー 1 回目 p1：ページ番号

### <患者 O さんの背景>

O さんが外来を初めて受診した時は、乳がんが皮膚に浸潤して大きな自壊創を形成した状態になっていた。自壊創からは少量の出血と浸出液を認め、1日に数回のガーゼ交換が必要であった。また、貧血のため少しでも動く息切れをするため、お風呂にも数か月間入れていなかった。O さんは、外来受診後そのまま入院となった。乳がんの確定診断がつくと、O さんに治療の説明がなされ、すぐに経口ホルモン剤によるがん治療が始まった。O さんは毎日ホルモン剤の服用を続けた。自壊創部のケアは、入院してしばらくの間は看護師が行っていたが、体調が改善してシャワー浴ができるようになると、創部を洗い流すなど自分でケアの一部を行うことができるようになった。退院の目途がつき、退院日の 1 週間前に訪問看護師やソーシャルワーカーらと、在宅療養に向けて話し合いの場がもたれた。O さんはインタビューで、精神障害のある長男とのエピソードを中心に、自身の考えや気持ちを含めて多くのことを語っている。語った内容について「この話は J さんにもしたかな」と言われたところ以外のエピソードは、O さんがインタビュアーだけに話した可能性がある。しかし、ここではインタビュアーに語った内容も O さんの事実として大事にし、なおかつ O さんのみている視点から解釈をすすめる。

### 【長男に振り回された人生のことを思えば、がんになったことは大変じゃない】

看護師 J さんとの話で印象に残っていることは「家庭状況」についてであり、その家庭状況とは、精神障害のある長男に 30 年来振り回されてきたことや、介護の必要な夫のことについてであった。長男は高校 1 年生時に登校拒否になり、家のなかで暴れてドアや家具を壊すだけでなく、O さん自身も殴られた経験をしていた。また、次男は長男の暴力から守るために、中学生の頃から実家の母親に預け、高校卒業時まで毎朝弁当を作って届けたことをインタビュアーに語った。さらに「長男と妹には金輪際会わなくてもいい」と思っていることを看護師 J さんに語った。O さんは「とても大変でしたね」と振り返り「それから考えたら別にこんなこと（がんになったこと）くらいどうってことない」と表現した。さらに、長男の問題行動は「自分で考えてすることではなく向こうからくる方で大変」だが、これ（乳がんの治療をしなかったこと）は「自分で考えてしたんだからと思ったら大変ではない」と語った。O さんは 30 年以上長男の世話で占められた生活を続けてきたが、「（長男が）五十になってもいまだに振り回されてますよ」とインタビュアーに語った。O さんは子どもを産んだ親としての責任を強く感じており、自分で「責任をとっていくしかない」という思いでやってきた。O さんにしてみれば、長男の世話に支配された人生は、がんになって死ぬことのつらさを遥かに上回ってしまうほどの経験であった。だから、「がんになったことくらいどうってことない」と表現した。一般的に病院に行かずがんの治療をしないまま過ごすことは理解しがたいことかもしれないが、その行動の背景には家族のこと、特に精神障害のある長男のことが大きく影響していることを知って欲しいと O さんは思っていた。だから、入院時に看護師 J さんから家族構成のことや治療についてどう思っているか聞かれた時に、家族のことも含めて話したのであった。

#### 【抜粋 1 #1 PO1 p1】

O：あの……家庭状況とかそういうことも言ったように思います。早く気がついていたとは思いますが、その時にまだ両親が生きていたし、ちょっと上の子どもに精神障害があって……今大騒ぎになるのは具合悪いかなど思って、<略>（両親が）あの年になってまたやいやい言われる、気にされるのはもうつらいという感じもあって、それで息子のことと両方で（病気のこと）言わなかったっていう、そんな話も（看護師 J さんに）したと思います。

#### 【抜粋 2 #1 PO1 p5-6】

O：まあ息子には 30 年来振り回されてきましたからね、その話も J さんにはしたかな。だからそれから考えたら別にこんなことくらいどうってことないわっていう思いもありますね、大変でしたね。だから高校 1 年生の時に登校拒否になって、それから家にいる間も大変でした。下の息子は私の実家に預けたんですよ。中学 1 年生の時、だから下の子どもは運命共同体みたいな感じで、それで学校は変わりたくないっていうんで元

通りの学校に行っていて、私がお弁当作るからって言って毎日雨の日も風の日も駅まで持って行きました。  
＜略＞だからそれこそ自分の言ったことには責任持つっていうあれでね。

【抜粋 3 #1 P01 p6】

O: だから暴れてドアとか家具とか壊したり、それこそ殴られたこともありますしね、だから大変でしたけどね、そのこと思ったら別にこの話はそんなに、それはもう自分が考えてすることではなく向こうからくる方ですからね、だけどこれは自分で考えてしたんだからと思ったら、別にそんなに大変やとは。皆さん(がんがわかった時)落ち込むとかおっしゃるけど、私はそんな風には思わなかったんですね。

【抜粋 4 #1P02 p14】

O: 必ず自分にプラスになるような子どもばかり違っでしょ、足引っ張られたら自分の子どもやから責任とっていくしかないでしょう色々なことにね。子どもがおらへんかったらどんなに良かったやろうと思う部分が私の場合は大きいかな。だけど自分の産んだ子どもやし仕方がないし、出来るだけ親としての責任を果たしたいという思いが強いからね私、未だに振り回されてますよ 50 歳になった子どもに。＜略＞それ子どもを持った罪やなと思いますよ、ホント正直な話。

【がんの治療はしないつもりだったが、からだがしんどくなって病院に行かざるを得なくなかった】

O さんは、「早くに（乳がんであることを）気がついてた」がすぐに病院には行かなかった。それには、精神障害をもつ長男と高齢の両親の存在が大きく影響した。がんの治療で入院するようなことになれば、長男の面倒を誰がみるのかで大騒ぎになると考えた。また、両親に病気のことを話せば、色々と気にされてつらくなるので家族には一切話さず、最初の頃に自分で病院には行かないと決めた。さらに、「痛みが全然ないからズルズルと平気で放っておいたんやろうねたぶん」(#1 P02p11 抜粋)と語り、痛みがなかったことで病院に行く機会はますます遠ざかった。誰にも相談せずに過ごしてきたが、自分でしんどさを自覚するようになって、初めて夫と息子に病気のことを話した。夫から「病院に早く行け」と言われたが、それでもしばらくは病院に行かず過ごした。しかし、だんだんとがんが進行して皮膚の外に自壊し、自分の体に異変を感じ始め、少し歩いただけでも息があがって動くことが難しくなったので、病院にかかることを決意した。O さんががんの治療をしないと決めた背景には、精神障害のある長男や夫の世話だけでなく、O さん自身が「がんになったことは大変ではない」ととらえ、治療して治したいと思っていなかったことがあった。当時は誰にも相談できる状況ではなく、O さんは自分で病気や治療のことを調べた。その時たまたま手にした本のなかに近藤誠氏の著作が（「患者よ、がんと闘うな」などがん治療に対して否定的な見解が書かれている）があった。O さんはその本を読んで「がんは治らない」ということを理解し、治療はしてもしなくても同じだと考えた。その本はまさにがん治療をしないことを正当化する主張だったので、O さんにとっては都合よく心に響くところが大きかった。現に O さん自身も「都合がいいようにひっつけてるのかもわかりませんがね」とこたえ、「それも影響ありますかしらね」と認めている。O さんには、自分で選んで決めたことには責任をもつという信念があり、強い意思で治療をせずに過ごしてきたが、体のしんどさに耐えられなくなっていよいよ病院を受診した。そのしんどさは、「もう以前の自分ではないと思った」と表現する程耐え難く、これまで体験したことのないものであった。O さんは体のしんどさゆえに病院を受診したのであり、がんが治ることを期待して病院にきたわけではなかった。また、医師の勧めに応じてすぐに治療を始めたが、それもしんどさを改善するためであり、O さんはがんの治療や生きることに執着していなかった。そのことを裏付けるのが、病院を受診する際に O さんがまず選んだのが、がん診療を担当するような内科や外科ではなく、心療内科であったことである。がんの治療はしないと決めて過ごしてきたことを、他の人に理解してもらえるかどうかはわからないが、その選択には自分なりの考えとそうせざるを得なかった背景があることを医療者に知って欲しいと O さんは思っていた。

【抜粋 5 #1 P01 p3】

O: 私は別にそういう考えで自分で決めたこと、初め 5 年間は誰にも主人にも息子にも言ってなかったし。私だいたいね、まあ相手がいることならともかく、自分のことっていうのは自分で決めたっていうあれが強いんですよなんでも。



【抜粋 6 #1 P01 p4】

0: 主人が脳梗塞で倒れて退院してきてすぐに(ご主人に病気のことを話した)、その頃からしんどかったんですよね。それでその時に「私しんどいねん」って言ったんですよね。だから3年ほど弱前です、でその時に息子も初めて聞いたんですよ。

【抜粋 7 #1P01 p4】

0: 最初心療内科に行ったんでね、順番が逆や違うかなって言われたんですけどね。私その時は以前の自分と違うと思ったんですよ。それこそ新聞読んでてもテレビ観ても全然頭に入らないんですよ、トイレ行っただけでもすごい息が上がるし、もう以前の私ではないと思って、それで心療内科に先行ったんです。そしたらその先生にく略>先ここ(乳がん)診てもらってくださいって言われて、それがきっかけでバタバタとこちらへお世話になってるんです。その時に息子が「本人がそう思ってるんやったらそれで私はいいと思います」とか言っていましたね。<略>私はまあ自分がそう思うんだったらそれでいいんじゃないって無責任にそう思う方です。

1: それで0さんの生き方、信念ということですねー。

0: (語尾が重なりながら)そうですねえ。

【抜粋 8 #1P01 p5】

0: 私後悔はないんですよ。それでコンドウマコト先生っていらっしゃいますよね、あの方の本買って読んだことあるんです。そしたら治療してもしなくても寿命は同じようなものだと書いてあってそれも影響ありますからね。<略>それがいいのか悪いのか、都合がいいようにひっつけてるのかもわかりませんけどね。そんな馬鹿なって言われたらそんな馬鹿なっていう話なんでしょけど。

【抜粋 9 #1 P01 p6】

1: 家に帰る目途が気持ちの変化みたいなことはあるんですか？

0: ちょうど主人が倒れる前にリフォームをして仮住まいに行っていて、段ボールに詰めた荷物を戻してない前にしんどくなってきたから生活できるようにはなっていないんですよ、そんなもんもこんなもんもあってもうちょっと身辺整理しときたいなとは思ってます。

1: それはご自身の先行きのことも考えての身辺整理も含まれるんですか。

0: それは含まれますね。だからつい最近、お葬式のカードも作りました。

【安心して話せる場所で、誰にも話さなかったことを話せた】

0さんはこれまで病気のことや家族のことは、50年来の付き合いのある隣人にしか言っ  
てこなかった。入院すると担当になった看護師から、これまでの病気の経過や家族構成につ  
いて聞かれる機会があった。0さんはそこで初めて、家族のことを隣人以外の人に話した。  
医師が勧める飲み薬を始めて元気になり、退院する目途がたったある日、看護師Jさんと話  
す機会があった。そこで看護師Jさんから、治療が始まったことや精神障害のある長男のこ  
となどについて聞かれた。シャワーの予定も忘れて、気がつけば30分以上看護師Jさんと  
話をしていた。インタビュアーが話し終わった後の感覚について尋ねると、「聞いてもらえ  
た」と語った。0さんは看護師Jさんに家族のことを話そうと思った理由について、明言は  
していない。しかし、0さんが未治療できた背景にはそれなりの理由があり、自分で決めた  
ことであることは伝えておこうと考えた。0さんの人生には精神障害をもつ長男との関わり  
が大きく影響しているので、そのことを看護師Jさんに話さなければ、わかってもらえない  
だろうと考えた。しかし、家族に関するエピソードは非常にプライベートな内容であり、誰  
にでも話せることではなかった。0さんは自分の体験を色々と噂話にされるのは嫌だった。  
看護師Jさんから、治療が始まってからのことや家族のことを聞かれたので、話をしてみる  
ことにしたのだが、「聞いて欲しい」という気持ちもあった。加えて病院であればプライバ  
シーが保たれ、相手が医療者なので安心して話せるという気持ちもあった。忙しそうにして  
いる看護師が多いなかでも、Jさんは自分の話を途中で遮ることもなく、そばで聞いてくれ  
た。そして、0さんが話していることを否定せずに聞いてくれた。0さんは自分の話したい  
ことを話すことができただけでなく、それを聞いてもらえた感じがした。実際にインタビ  
ュアーが話し終えた後の気持ちについて質問すると、「全部理解してもらえてるとは思わない  
けど、聞いてもらえたかな」と表現した。

【抜粋 10 #1 P01 p1】

0: 私は別に家庭の事情とか隠し事はないんです、医療関係者の方だったら言っても、近所とかに言うとうるさ  
いから。<略>まあ聞いてもらえたかなあっていう感じはしました。

【抜粋 11 #1 P01 p1】

0: やっぱり色々噂になるような所ではしゃべりたくないけれども、それこそ医療関係の方とだったらこの中だけの話やして思えたからだと思います。聞いて欲しいっていうのもありますし。

【抜粋 12 #1 P01 p2】

0: なんか急いでいる方にはちょっと言えないかなという感じで、パッと用事だけ済まして出て行かれる方は時間に追われていらっしゃるかなと思う。けどこっちが話しても途中で切らなかったからかな。(言っていることを聞いてくれているような感じ)うんうんうん。

【抜粋 13 #1 P01 p3】

1: ご自身の言いたかったことや伝えなかったことが看護師に伝わったという感覚はありますか？

0: うんー…そりゃ全部理解はしてもらえてはないと思うんですけど、ある程度…、私そういう話を息子にもしてるんですよ。(病気のことを)言わなかった理由とかね。だから…まあ同じ人間じゃないからどこまでわかってくださるとか、そういうことはちょっとはっきり言ってよくわからないですね、看護師さんとして聞いてくださったのかね、自分の考え方は皆さんそれぞれあるから。だけど私がそう言ってたら「それは間違ってるよ」とかそういうことはおっしゃらないから。

【抜粋 14 #1 P01 p5】

0: 主人や息子にも言っていないぐらいだから、人にはそんなに言っていないんです。けどしんどくなってから50年近い長い付き合いのある隣の奥さんには(言いました)。

【抜粋 15 #1 P01 p7】

0: (話し終わった後の気持ちは)どうですかって言われてもちょっと表現しがたい、「ああ聞いてもらえたかなあ」という感じだったと思います。私自分ではそんな深刻な気持ちはないんですよね、だからご近所のママ友、長年お付き合いのある方におしゃべりしたっていう感じかな。お隣には息子のこととかしゃべってご存じなんですよ、<略>この方にはここまで言ってもいいかなっていうのはありますね。

【抜粋 16 #1 P02 p10】

0: 医療関係の人は他に漏らさないっていうのが前提やと思うね、後は周りに漏れるっていうことがないしね、だから安心してしゃべれるでしょ。

### 【自分にはどうしようもできないことばかりの人生であったが、最期は自分でけじめをつけたい】

0さんに2回目のインタビューを行った時は退院後であり、1回目のインタビューからちょうど1か月が経過していた。その日は退院後初めての診察であり、次男に付き添われてきていた。インタビューで0さんは、自身のこれまでの人生を振り返って、長男に対する母親としてのけじめや、取り戻せない人生に対する複雑な心境を語った。自分の意思で選ぶことができない、自分らしい生き方ができなかった人生であったと語り、0さん自身「それは仕方がないことだった」と繰り返し話した。0さんは人生のなかで幾度も諦める体験を経ており、何かを選択しないことや諦めることには慣れていたのかもしれない。そんななかで、がんの治療については自分でしないと選択した。そもそも生きる意味を感じる事が難しい人生だったので、がんが進行して死が近くなったとしても、それはそれでいいと思ったのかもしれない。だが、それも自分の人生であり、責任をとって死にたいと0さんは思った。特に長男のことでは、これ以上他人に迷惑をかけたくないと思っており、できることならきれいさっぱり最期くらいはけじめをつけたいと考えていることをインタビューに語った。自分の身辺整理についても、葬式の手配や死んだ後のことも含めて考えており、それはずいぶん前から考えて準備していたことだった。脳梗塞で施設入所中の夫に関しては、入院前に手配してきたので介護の世話は不要になったものの、金銭面の支払いは続くため、夫には早く死んでくれと思う部分があるとも言っている。自分も含めて残される次男に負担がかかることは申し訳ないと思っている。

【抜粋 17 #1 P02 p11】

0: (治療が)効いて長生きしたら困るなあと思ってます。経済的にも色々な意味で(息子に)迷惑かける話やし。だから別に早く死にたいとかいう意味ではないけど、でも長生きしたら困るなとも思いますね。

0: 私七転八倒して死ぬのは嫌やから、もうアカンようになったらどんどん痛み止めとか出してもらって、命が短くなるから嫌とかはないです。延命治療も要りません、だから口から食べられなくなったらもういいかなって

いう感じはします。

【抜粋 18 #1 P02 p12-13】

O: 死んでから臓器の提供とかあれは嫌なんですよ、私のあれが残るのは嫌なんですよ、綺麗さっぱり消えたいわけ。人様に長男のそういう遺伝子が出てくるんやったら怖い。〈略〉人様にこれ以上ご迷惑はかけたくないっていうのが過分にある。〈略〉そういうのが残っていくのはもう自分の中で耐えられへん、だから臓器提供はありません。〈略〉とにかく私のあれが残るのはちょっと怖い、あの子の母親やからね、不思議な考え方もかもしれませんけど。人にはまだそれを言ったことはないけど保険証の裏に臓器提供のあれを書いて、空き欄の所に延命治療は不要ですって書いておこうと思っています。

【抜粋 19 #1 P02 p13】

O: 私もしりゃ早く死にたいとかそういうんではないけども、そういう時期が来たらもう別に色々な治療はしていかない。〈略〉うちは私がそう言ったらそうなんやけど、はっきり書いておく方がいいかなと思っています、別にやけくそになってるわけでもなんでもない。だから早く殺してくれとかそんなはないんやけど、ただもう痛みが出てきたらもう何も治療はして要らない。

【抜粋 20 #1 P02 p13-14】

O: ちょっとでも生きたいと思うのが人間やろうと思うけど、でも潮時っていうのがあると私は思うんですよ。だから、〈略〉私も早い時期からこんなゴタゴタに巻き込まれなかったら、もっと自分の生き方があったやろうとは、それは後悔ではなくてどうしようもなかったっていうのがあるけど、もっとそういう風にしたかった、自分の生き方っていうのがあったん違うかなと、私の人生ってなんやったんやろうと思う時もありますよ確かにね、でももうどうしようもないし今更言ってもね。〈略〉今更言っても仕方がないことやけど、後悔はいっぱいあるけれど、もうどうしようもなかったことを今更言っても仕方がないかなって、しょうがないです。

【抜粋 21 #1 P0 p14】

O: ホントもっと自分で好きなように羽ばたきたかったですよ、いや羽ばたかれへんかっても自由に泳ぎたかったっていう思いが強いですね。

### 付録3：事例2 看護師 K さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー K：看護師 K さん P：患者 P さん

「抜粋 #2NK1 p1」 #2：事例2 NK1：看護師 K インタビュー1回目 p1：ページ番号

#### <看護師 K さんの背景>

看護師 K さんは外来所属の看護師である。その日看護師 K さんは消化器内科の診療を担当していた。P さんは消化器内科が初診であり、病名告知と治療についての説明が行われる予定であったので、看護師 K さんは診察時から同席して医師の説明を一緒に聞いた。P さんは医師から切除不能進行食道がんの病名告知を受け、抗がん剤と放射線を併用した治療が必要になること、入院して CV ポートの造設が必要になることなどが説明された。看護師 K さんは説明後に P さんと奥さんのフォローをするために、診察後に話を聞こうと考えた。消化器内科の診察が終わった時点で既に時刻は夕方になっていたが、もう一つ放射線科の診察が控えていた。診察後に話を聞こうとした場合には、外来診療の終了時刻を過ぎてしまい、病院の会計窓口が閉まってしまうため、看護師 K さんの気持ちはとても焦っていた。看護師 K さんはできることなら落ち着いた部屋を確保して、P さんの話を聞こうと考えていたが、時間的にそれは難しいかもしれないと考えた。放射線科の診察後に待合室に出てみると、周辺には誰一人座っていなかった。そのため、P さんの了解をとって、そのまま待合室の椅子に座って話をすることとした。インタビューの際に、看護師 K さんはこの時の状況を振り返って、時間的な制約があるなかで場所を探さず、自然な流れのまま話をすることができたことで、気持ち的には楽だったと語った。

#### 【本当に治療を乗り切れるのだろうかと心の底から心配する】

看護師 K さんは病状説明に同席した時、突然深刻な病状であることが告げられた P さんはさぞかし混乱しているだろうと想像した。P さんの心理状況を考えると説明内容はほとんど頭のなかに入らないのではないかと思った。P さんに提案された治療は副作用の面からとてもつらいと訴える患者が多く、最後まで予定通りに治療を続けることは、高齢患者でなくとも難しいことを経験的に知っていた。だが、それは医療者だからわかることであって、P さんと奥さんが化学放射線療法の大変さを実感できているのだろうか心配になった。しかし、消化器内科で医師の説明を聞いた直後、P さんは「先生にお任せします」と、いとも簡単に即答した。さらに、放射線科で医師の説明を聞いた時も、やはり「先生にお任せします」と P さんは即答した。看護師 K さんはその様子を見て、P さんが治療のことをイメージできているのか、高齢の夫婦が本当にこの治療を乗り切れるのかどうかとても心配になった。看護師 K さんは、診察後に P さんが治療をどう思っているのかを聞いてみる必要があると思った。また、医師の説明は手術困難であるというシビアなものであったが、P さんには過去に胃の手術の経験があったので、手術の可能性を考えていないのかと気になった。P さんには最初から手術はできないという話がなされていたが、色々な治療の選択肢を知ったうえで決めることができるようにする必要があると看護師 K さんは考えた。そして、自分だったらどこか他の病院で相談してもいいと思うので、P さんにセカンドオピニオンの話をふってみた。しかし、P さんの「ここで任せたい」という気持ちは変わらないようであり、それ以上質問や話が発展することもなかった。看護師 K さんは P さんに何とか最後まで治療を続けて欲しいと思ったので、途中で断念せず最後までやり遂げられるように治療のことをわかってもらいたいと考えた。まずは食道がんの治療について、イメージできるようにすることが必要であると考えた。

#### 【抜粋 1 #2NK1 p1】

K: 治療は放射線療法と化学療法を併せてした方がいいという話だったので、それをわかっているのかイメージできているのかというのをまず思って、<略>看護師として実践の場で(その治療を)受けてる人の大変さみたいなのがわかっているから「先生にお任せします」って言うておられたんですけど、ほんとに乗り切れるのかな?、途中で断念してしまうんじゃないかな、断念しなくてもまた続けて頑張ろうと思える人なのかどうなんでしょうか、治療が最後までできるのかなっていう心配のもとに、どう思っているのかを聞いてみようかなって思ったんです。

【抜粋 2 #2NK1p1-2】

K:放射線科の診察にも同席したんですけど、<略>大まかな治療の流れを説明されて、そこでも同じように「先生にお任せします」っていうようなことだったので、これもイメージできてるのかなあって思いながら、後でも話を聞いたんですけども。

【抜粋 3 #2NK1p2-3】

K:もう一つ気になったのが、セカンドオピニオンはどうかなっていうのは私が気がかりだったので。セカンドオピニオンとは言わなかったんですけど、他の病院で相談することも可能だということは言ったんですけど、「もうここでお任せしたい」ということだったので、そこは「どこかで聞くっていうのはどうですか?」みたいな質問もなく、話が発展することもなく「もうここでお任せします」って感じで決まって、まあそれでいいのかと思ってそれ以上は詳しいことは話はしなかったんですね。

【抜粋 4 #2NK1p3】

K:まあ手術はできないかという話だったので、もししたら胃の手術はされていたので手術はどうだろうっていう風に思わなかったかなと。<略>(手術はできないことを)知った上で来たと思います。まあ私やったらちょっとどっかに相談してみようかなって思うかなと思って、遠くまで行って相談しようとは思わないですけど、近い所だったらちょっと相談に行ってもいいかなって、それがよぎったっていうのもあります。

【患者がわかっているのかわかっていないのかを気にしながら、患者の反応を注視する】

看護師 KさんはPさんが医師の説明を聞いて、どのように受け止めて理解しているのかわからなかった。だから、診察後にPさんに話を聞いて、Pさんの理解を確認することにした。Pさんのがんは手術ができない状態まで進行し、食道の通り道が狭まっているので通過障害が起こる可能性が高く、すぐに化学放射線療法で行うことが決まった。数日後に入院してCVポートを造設し、抗がん剤と放射線による治療の予定が計画された。そのため、看護師 KさんはPさんがせめて治療のイメージができるようにしようと考えて、Pさんと奥さんに話を聞き始めた。最初に、医師の説明のなかで気がかりや心配なことがないかどうかをダイレクトに聞いたが、Pさんからの反応は薄く言葉もあまり出てこなかった。その反応から治療の詳細がわからなかったのかもしれないと考えて、医師が渡した治療についての説明用紙を見てもらい、その中で気になることはないかをPさんに尋ねた。しかし、Pさんからは特に何も質問は出ず、語りもドンドン出てくるわけではなかった。看護師 Kさんは何が心配なのかも漠然としているのだなと思った。この「(何も)出てこなかった」という表現は随所で見られ、看護師 KさんがPさんの語りや反応を引きだそうとして苦慮したことを表している。その結果、看護師 Kさんは「わかっているのかわかってないのかはよくわからないけど、きっとわかってなかったかなとは思う」と判断した。Pさんがわかっているのかわかっていないのかの確信はつかめなかったが、治療開始にあたって必要なことをわかってもらう必要があるため、看護師 Kさんはどのように情報提供をすべきかを考えた。Pさんの反応はつかみどころがなかったが、そのまま情報提供をすることについての迷いはなかった。というのも、Pさんは「全然トンチンカンな質問はなく」、入院期間など気になることを自ら医師に尋ねており、その質問にも「そうですね気になりますよね」と共感できた。また、医師の説明中「二人の表情をずっと見ていて、ちゃんと話を聞く姿勢でいるのかどうかを注意していた」と語り、Pさんの様子から病気や治療の説明を聞こうとする姿勢があることをとらえたので、引き続きPさんに情報提供をしようと考えた。

【抜粋 5 #2NK1 p2】

K:あまりなんかそんなに沢山情報を得てっていうのはなかったです、何が心配かっていうのも漠然としてる感じってうか、何が心配かっていうのはあんまりそんなに沢山出てくるわけではなかった。(気がかりや心配なことを)聞いたけどあまり出てこなかったんで。

I:あまり出てこないのはなんでだったんでしょうね?

K:なんでだったんでしょうねえ、ま治療の内容の細かいところはまあわからないっていうのもあったかもしれないけど、わからないとは特に言っていないかなと思うんですけども・・・そうですね、わかっているのかわかってないのかはよくわからないけど、まあきっとわかってなかったかなとは思っています。

【抜粋 6 #2NK1p2】

K:先生の話もまあざっくりな感じで、いちおう治療の説明用紙は渡しておられたので、副作用とかも書いてあってそれも見てもらったんですけど「この中で気になることないんですか?」って言ったんですけど、特に何も出てこなかったんで。<略>わからんことがわからんとも言われなかったけど、特にまあ出てこなくて。

【抜粋 7 #2NK1p3-4】

K:お二人の表情が変わらないかとか、表情はずっと見ていましたね、で話をちゃんと聞く姿勢でいるのかどうなのかというところはちょっと注意して見ていましたかね。(実際には)聴けてました。まあ特別じーっとでもなく普通ですけど、急になんか下を向いてしまっただけでうなだれてるっていうのでもないし、先生が書類や画面で説明していたら見ていましたし、なのでまあ理解はどうかかわからないけど聞こうという姿勢はちゃんとあるかな、それも落ち着いて聞こうとしているっていうのはうかがえたので。それはもう放射線科の時もそうでしたけれども聞く姿勢はちゃんとあったのかなと思ったので、まずはそこは大事なのかなと思ったんで。

【抜粋 8 #2NK1p5】

K:うーん…(気がかりなことを聞いても)そんなには(出てくる感じでは)なかった。  
I:患者さんに伝わったかな、わかってるかなという判断に迷いは生じなかったんですか？  
K:あまりなかったです。ていうか反対にトンチンカンな質問は全然なかったの。あのわかってない人ってなんかかけ離れた質問をしたりとか、なんかもう明らかに禁食やのにご飯食べられますかって言ってみたりとか、全然ずれた質問をされたりすることが多いかなって思うんですけど、そういうことは全くなくて、質問もそんなに複雑な難しい質問はないんですけど、だけでも、「あ、そうですね入院期間って気になりますよね」とか思ったし。〈略〉放射線科の時も治療医の方からまた詳しく説明もありますと言われたら、「あ、そしてそこで細かいところはまた聞けるんですね」みたいな感じだったので、まあそれでいいかなって思ったので。

【患者が混乱しないように前もって先々の説明はしない】

看護師 Kさんは、Pさんにとって必要な情報を提供しようと考えたが、「今日の段階でそんなに沢山情報を入れた方がいいのかな」と思っていた。あくまでも治療のイメージができていようかが重要であり、医師の提供した情報以外のものは「先々入れようとは思わなかった」と語った。まずは「何かわからないことはなかったんですか」と、あえて「ざっくりとした感じ」でPさんに質問した。しかし、Pさんから質問や気がかりなことがドンドン出てくるわけではなかった。その様子から、看護師 Kさんは「患者さんが疑問に感じた時に質問した方が入ってくるのかな、その情報が必要な時に説明してもらおう方が患者さんにすっと入ってくるかな」と思い、前もって先々の説明をすることは避けようと考えた。この判断の背景になった出来事の一つに CV ポート造設の話題があった。その時に看護師 Kさんは、CV ポートが実際にどういう物なのか、イメージできているのか疑問に感じ、Pさんがイメージできるように CV ポートのモデルを見せて説明しようと考えた。しかし、Pさんから CV ポートについて質問がなかったの、具体的な説明はしないでおこうと判断した。このことを振り返って「あまりイメージがわいていないのに先々情報をもらっても、患者さんにとってそれがいつの段階で必要な情報なのかがわかりにくかったら、反対に患者さんが混乱するだけだと思った」と看護師 Kさんは表現した。

【抜粋 10 #2NK1 p4】

K:情報をお伝えしてというところまでは、今日の段階でそんなにたくさん情報を入れた方がいいのかなどうなのかなっていうのを思ったんで、あえて診察の中で言われた情報以外のものは先々入れようとは思わなかったんですね。(先生が説明した内容の範囲で)確認、イメージできているかって感じですかね言ったら、イメージできてるかっていうのを。

【抜粋 11 #2NK1p4】

K:もう一つ一つではなくて何かわからないことはなかったんですかっていう、ざっくりとした感じでお伝えして、後はもう、その時に疑問に感じた時とかに質問した方が入ってくるのかなっていう風に思ったので。(ポート造設の入院になるので)〈略〉イメージできるようにポートのモデルを持ってこようかなと思ったんですけど、〈略〉「それってどういうものですか」という質問もなかったのでもまあいいかなと思って。必要な時に説明してもらおう方がすっと入ってくるかなと思ったんで、あまり先々前もって前もって説明はしなかった。

【抜粋 12 #2NK1p4】

K:(先々前もって説明することで)負担というか、そうですねあまりイメージが沸いていないのに先々情報をもらってもそれが何って言うのか、いつの段階で必要な情報なのかわかりにくかったら反対に混乱するだけかなって思ったので。で全然そんなあのなんかな、自分から聞くことができない人でもないし。  
I:それは話ぶりからそう思えた？  
K:はい、「どれぐらいの入院になるんですか？」だとかそういうことは先生に聞いておられたので。

**【これからの治療に備えて看護師が気がかりなことを厳選して確認する】**

看護師 KさんはPさんに情報提供をするにあたって、今日の段階で一度にたくさんのお話を伝えることはしないでおこうと思う一方、これからの治療に備えて看護師 Kさんが気がかりに思っていることを確認しようと考えた。それらのことを治療が始まる前に確認しておくことで、Pさんと奥さんがこれから安心して治療にのぞめるのではないかと考えたからであった。看護師 Kさんは自身が気になっている、高齢の夫婦を支えてくれる人がいるのかどうかをまず尋ねた。医師の病状説明は夫婦二人で聞いていたため、他の家族の存在やどのような関係性であるのかを確認しておきたかった。Pさんが受ける治療は、医療者からみても大変な治療であると思っていたので、その治療を目の当たりにして奥さんが一緒に疲弊するのではないかと考えた。そのため、奥さんのサポート体制があるのかも含めて夫婦にきょうだいがいるのかどうかを確認した。その結果、連絡ができる関係性で、支えてくれるきょうだいがいることがわかり、看護師 Kさんは安心した。次に入院期間が長くなるため、Pさんが仕事をしているのかどうか、地域での役割があるのかどうか、仕事や役割があるのなら入院前に整理しておく必要はないのかどうか聞いておこうと考えた。実際にPさんは自営業の仕事は随分前に片付けており、他にも地域での役割や整理が必要なものはないことがわかった。Pさんの話を聞いて「少しでも安心して治療に打ち込めるな」と感じ、看護師 Kさんは「私自身がホッとした」と表現した。さらに、看護師 Kさんが気になっていたことの一つに、高額療養費制度のことがあった。医師はその説明をしなかったが、看護師 Kさんは「高額医療の手続きはさしあたって必要である」と考え、Pさんがその情報を得られるように会計の窓口で聞いてみるように伝えた。するとPさんから「聞いてみます」という反応があったので、看護師 Kさんは実際に聞いてくれそうだと思います、伝えられて良かったと思った。(しかし、実際にはPさんは高額療養費制度のことについて、看護師 Kさんから説明されたことは覚えていなかった。)

**【抜粋 13 #2NK1 p2】**

K: お子さんはおられないということで、きょうだいは弟さんがおられるのでまあいいのかなって思ったんですけど、  
く略> 本人さんがしんどくなった時奥さんもしんどくなることが考えられて、その時に奥さんもサポートしてくれる人はいるのかなあと思って、奥さんのきょうだいさんも連絡はとれると言われたので、その辺でどうにかいけるのかなと思いつながら話を聞いていた。

**【抜粋 14 #2NK1p6】**

K: すごく大事な話を二人で聞いておられて、他の方は聞かなくていいのかなっていうのを思ったので家族構成を聞いたというのがあった。く略> 他の方は聞かなくていいのかなというのはすごく思ったし、同じことの繰り返しになるんですけど、大変な治療を目の当たりにしたら奥さんが一緒に疲弊しなければいいかなと思ったので、奥さんのサポート体制はあるのかなっていうのもちょっと聞きたいなって思って聞いて。

**【抜粋 15 #2NK1p7】**

K: 私たちは医療者でわかってるから「そうだよな大変だよな」って思いながら聞きますけども、本人さんや家族さんも副作用の一個一個の単語がどういう重さがあるのかまでわかってるかどうかはちょっとわからないっていうか、あえてそんなにそれを再度繰り返して説明はしなかったんで。それにも同意書にもなってるので、サインをして持ってきてくださいっていうことになってたので、読まれて「これってどういうことかな」ってもし気になるんだったら、「次入院になるので病棟で聞いてもらったらいいかなって思うので」ということは言いました。

**【抜粋 16 #2NK1p7】**

K: 入院期間も長くなると思うので、仕事だとか色んな役割の辺りを聞いていた方がいいかなって思って、く略> それに気がなったので仕事どうされてるのかということ聞いて。お店は9月くらいにもうたんだって言うておられて、じゃあ仕事はまあいいかという風に思ったので。あと何か地域の役割がないかっていうのもお聞きしたんですけど特になさそうだったので、じゃあそこを急いで整理するっていうのは要らないのかなって、他にあるかもしれませんが大きなものとして整理しないといけないものがあたら整理の時間がかかるかなって思ったんですけど、それはなさそうだったのでそこは確認しましたかね。

**【抜粋 17 #2NK1p10】**

K: 治療の内容とか病状とかその辺は伝わったかなとか、伝えようとかそんなに思ってなかったから、それ(伝わったか)はどうかわからないんですけど、わからないことがあたらまた入院したりした時に、その(治療の説明)用紙持ってきたりして聞いていいよっていうことは伝わったかなと思う。

【抜粋 18 #2NK1p10】

K: もう一つ高額医療のことも言って、「今から会計行かれるんだったらそこで聞かれたらどうですか」というのを言ったんですけど、さあたってその(高額医療)情報は必要かなと思ったのでそれは伝えました。そこは意識的に伝えたんですけどね、そこは「聞いてみます」ということだったので、それは良かったかなという風に思った。

【抜粋 19 #2NK1p10】

K: 仕事のこととかその辺の役割の確認をしたんで、少しでも安心して治療に打ち込めるかなというの私がかっこいいとか、なんか今からバタバタバタバタしなくてもいいかなと思えたというのがあるかなというのと、本人さんとか奥さんのサポート体制もとりあえずはあるというの確認できたのでね、<略>相談する人がいるな二人きりじゃないなと思って私が勝手に安心した。だからそうなんです、治療にのぞめるかなというところの最低ここはちょっと確認したい方がいいかなと思うところでは、私が勝手に安心した、そんな感じかもしれないですね。だから聞いてくれてありがとうってお二人が思いはあったかどうかはわからない。

【患者が病気をどのように受け止めているのかはあえて確認しない】

看護師 K さんが診察時に一緒に聞いた説明は、通過障害も起こす可能性がある程にがんが大きくなり手術ができない状態であるというものであった。それは誰が聞いても容易に進行がんであると理解できる内容であった。だが、説明を聞いている時の P さんは落ち着いている様子で、気持ちを表現することはなかった。診察後に話をした時も、P さんから告知後の気持ちが表出されることはなかった。看護師 K さんは、P さんがどのように病状を受け止めているのか気になったが「涙を流してどうこうみたいなそんな所はなかったから、どう受け止めているのかの確認はできないというか、してもいいしできなかった」と述べ、あえてしなくてもいいと判断したと語った。「つらい思いをワートと表出されたらその時に対応した方がいいと思う」が、P さんにはそのような反応は全くなかったので、その時点では様子を見て待たせたいと看護師 K さんは考えた。また、全ての診察が終了したのは夕方の遅い時間であり、P さんと奥さんの疲労や会計窓口が閉まるまでの時間的猶予があまりなかったこともあり、看護師 K さんは P さんの病気の受け止めよりも、治療にあたって必要な情報を提供する方を優先した。P さんとの一連の対話のなかで、P さんの反応がわかっているのかわかっていないのかつかみ所がなく、いくら質問しても言葉が出てこない状況であったので、看護師 K さんはそれ以上 P さんの気持ちを探るようなことはできないと考えた。それ以上の追求は、P さんの心を「ザワザワザワッと」させ無理に気持ちを表現させてしまうことになるため、そこまでの必要はないと思ったのであった。

【抜粋 20 #2NK1 p7】

K: そんなに軽くとってるとは思わないんですけども、うーん、そんな涙流してどうこうみたいな、そんな所はなかったから、どこまでどう受け止めておられるかの確認はまあできないというか、してもいいんですけど、ちょっとできなかったかなって思います。

I: できなかったのはなんでやろうと思います？

K: うん、ていうか・・・なんで、いやあえてしなくてもいいかなという風に思ったし、まあなんだろう遅い夕方の時間に説明を聞いてそのところで何か、その診察の場とか診察が終わった時点でなんかつらい思いをワートと表出されていたら、その時に対応した方がいいと思うけれども、まだそういう思いを表出されてなくて、よくわかんないんですけど想像ですけど、まあなんか整理しようと思ってたりとか、今後のこととか、入院期間もあるのでその辺を整理しようと思ってたりとかされてるんだしたら、あえてそこを急いでなんというのかな、ザワザワザワッと私がする必要はなくて、他にも医療者はずっとつながっていくわけなので、どっかのタイミングで誰かが介入してくれたら、それはそれでいいのかなという風に思ったので。

【抜粋 21 #2NK1p7】

K: なので今日のその時点では様子を見て待たせたいのかなという風に思ったんで、あえてそこまでは、うん探るようなことまではする必要はないなって、言わせる？まではいいかなという風に思ったので。

【抜粋 22 #2NK1p11】

K: うーん、まあそんなにね 1 回の外来で会ったところでそんなに全部全部なんだろう、気がかりをすっきりできるようにしようと思うのはそれはちょっと無理だし、うんそうそうそう、その必要性はないかなって思うので。<略>今ここが気がかりだと言ってくれた時に、その時にタイムリーに(医療者みんなが)対応してくれたら、<略>上手く治療していけんのあなあって思うんですけどね・・・。



**【配慮して説明したことが、やっぱり患者には全然伝わっていなかった】**

看護師 K さんは、P さんの様子から治療にあたって最低限必要な情報を厳選し、P さんの反応を注視しながら説明を行った。しかし、実際には看護師 K さんが説明した内容について、P さんはインタビューの際に「覚えていない」と語り、具体的に尋ねてもやはり細かいことは覚えていないという反応であった。看護師 K さんとしては「このことは伝わったかなと思う」と語っていたが、インタビュアーから P さんの「覚えていなかった」という事実を聞いて、看護師 K さんはいささか落胆の気持ちを抱いた様子であった。そして、インタビュアーに「それは覚えておけるように忘れないように準備することが大事なんですか？」と聞き返す場面があった。看護師 K さんにしてみれば、これだけ配慮して説明したにもかかわらず、P さんが覚えていなかったことを改善しなければならぬと考えたようであった。しかし、看護師 K さんがずっと側にいて対応したことに対して、P さんは「すごく安心できて気持ちが楽になった」と表現しており、看護師 K さんにそのことを伝えると「ああそうなんですか」とだけ言われた。看護師 K さんが P さんに説明した内容が伝わっていなかった事実を、実際にどのような気持ちで受け止めたのかどうかはわからない。

**【抜粋 23 #2NK1 p5】**

I: 患者さんの方では看護師がどんなことを説明したかっていうことの詳細は出てこなかったんですよ。でも「ごっつい良かった」、安心できて気も楽になったって。

K: そうですか。ああ、そうなんですか。

**【抜粋 24 #2NK2p14-15】**

I: だから細かいことはあんまり覚えてないって言った、自分がしゃべったことも覚えてないって。〈略〉でもとにかく安心はできたんだっていう。

K: 覚えてないって、ああ〜。うーん、そうなんだ。

I: K さんが高額医療のことも言ってくれたりとか、説明用紙を見せて副作用のこととか聞いてるけど覚えてますか？って聞いてみたけど「いや〜覚えてない」っていう感じだった。

K: なるほどねえ。まあなんですか、それは覚えとけるように、忘れないようにしておくように、準備することが大事なんですか？

**【抜粋 25 #2NK2p15】**

K: ならあれですかね、高額医療の手続きとか思い返したら 1 回目の時のことは覚えてないけど、でも手続きはしないといけないなって思って、どちらかが手続きに行ったりはされたんでしょうかね？あ、ほな行ってないままですかね。聞いてないんですねきっと。

## 付録4：事例2患者Pさんの対話の経験

\*文章中の記号の意味

I：インタビュアー K：看護師 Kさん P：患者 Pさん

「抜粋 #2PP1 p1」 #2：事例2 PP1：患者インタビュー1回 p1：ページ番号

### <患者Pさんの背景>

Pさんは切除不能進行食道がんと診断され、外来でがんの告知を受けた。自覚症状としてはのどに少し詰まる程度であったので、最初の頃は悪い病気とは思っていなかった。近所の内科の医師から総合病院の消化器内科を紹介されて受診し、がんの診断、治療に必要な検査をすべて受けた。消化器内科の医師の説明は妻と一緒に聞いた。消化器内科の医師の説明では、手術はできない状態で、抗がん剤と放射線を併用した治療法が提案された。3日後に入院して胸部に埋め込み型のポートを造設して、早々に治療を開始することが説明された。Pさんはその提案を受け入れ、治療スケジュールが決まった。その時の診察に同席していたのが、外来看護師のKさんであった。看護師Kさんは、診察中だけでなく診察の後もずっとそばに付いていた。全ての診察が終わってから、看護師Kさんと医師の説明内容や、今後の治療のことについて話をした。

### 【深刻な病気だとわかり、いっきに死を意識する】

Pさんはのどに食べ物が詰まる感覚を自覚して、近所の耳鼻科を受診した。最初はのどが乾燥しているだけだと言われて様子を見ていたが、いっこうに喉に食べ物が詰まる感覚は改善せず、そのうち（喉の調子が）「ちょっときつくなってきた」ので耳鼻科の医師に再び診察してもらった。その時点では他に自覚症状がなく、たまにのどに食べ物が詰まる感覚はあっても平気だったので、Pさんはたいしたことはないだろうと考えていた。耳鼻科の医師に勧められて内科の医師に診てもらおうと、その医師は診察した途端に驚いた様子を見せ「ちょっとあかんわこれ」と言った。Pさんは医師の様子をただごとではなかったので、「あっからあかん」と直感的に思った。それは、Pさんの友人に食道がんになった人が複数おり、その友人たちが食道がんによって段々と亡くなっていった経験をしたからであった。Pさんはそのことを「だんだん消えていく、ああやっぱりなって思いよったらやっぱりな」と表現し、「自分は（食道がんに）なった時いっぺんにそこ思ったよ、あっからあかん、もうぼつぼつ終いやなと思った」と語った。Pさんはこの時に、いっきに死を意識した。Pさんにとって食道がんは胃がんなどの他のがんとは違って一番たちの悪いがんであるという認識であり「連れがもうドンドン」、「命ドンドン落としてもうおらんからなあ」と表現しているように、がんの進行具合や死に至るスピードが明らかに早いととらえていることがわかる。

#### 【抜粋1 #2PP1 p1】

P: まあ僕の病気はもう深刻ならしいわ、どうも普通ではないらしい、いやわからんけどなく略> まあ不安でしゃあなかったけどね、そろそろ色んなことを考えるけど、もうしょうがないなあ。

#### 【抜粋2 #2PP1 p2-3】

P: (先生の説明を聞いて) いやだいたい、そう(えらいこと) 思いましたからね。 <略> まあ不安いうことは、だいたいそらあきつい思ってたけどね僕は。

I: きついというのは？

P: (友人も同じ) 食道がんで、やけどこないひどくなると思てへんかったから僕はな、そんな食道にそんな。「おっかしいな、喉に詰まる」言うて(耳鼻科の先生に診てもらった時)にえらいこっちゃ思ったもんね、 <略> (先生に)「いや乾燥しとだけやで」って言うから、乾燥しとるんやったらそんな詰まったりせえへんやん、いやそうかなあ、わからんから医療のことは。ほいでちょっと間しよたらもう「ああちょっときつくなってきたみたいやでー」って(先生に)言うた。それなら1回内科に行くように言われて行ったらもう「あっ…」って内科の先生がびっくりして「ちょっとあかんわこれ」って言いよんねや、(その先生の様子から)普通でないで、て。

#### 【抜粋3 #2PP1 p3】

P: いやこんなもん簡単に思ってたんよもう、僕は、そりゃ思とう、もう何にも、何にもないし。(喉に詰まる感じは)たまにはあるんや、そんなん何にも病気やのうても、ほいで先生顔見たらごっつ違うかったから、「あっからあかん」と、思ってたけどそれは(内科の医師には)いっさい問わんと。

【抜粋 4 #2PP1 p4】

P: 前もそうやったもん、25年前に胃潰瘍か胃がんかなんやけど、そんななっとなってここ(現在かかっている病院)へ来たんや。ほやから今3分の2は取っとくらしいけどな、食道のところから置いていうてそこ置いてくれとったからよかつたんやけどな。やからその時に友達(治療)受けよつたんやけど、やっぱりみんな「お前なんや？」言うたら「食道がんや」って言いよつたから。「お前な食道がん言うてなあ、あまー考えとつたらあかんでえ」って言うとつたん、やっぱりそのどんどん、まあ僕らよりちょっと年上の人もおつたし下のやつもおつたけど、だんだんこう消えていくやん。ああーやっぱりなあって思いよつたらやっぱりなあ。自分はなつた時いっぺんにそこ思ったよ、「あっこーらあかん」って。(友達のようになってしまう)うん。あ、こらあもうぼつぼつ終いやなと思うた。

【抜粋 5 #2PP2 p18】

P: 僕が一番思つたのは、連れがもうドンドン(両手で向こうにやるしぐさをしながら)。命ドンドンドンドン落として、もうおらんからなあ。いやそれもう一番は、僕が一番心配しとつたんは、食道がんの人はみなそうやって。それなかったらええけどな、胃がんとかあんな人はまだピンピンしとる人がようけおるもん。食道がんって一番食べるとこやから一番悪いかな、そうかなと思つたからな、そういう言い方したんやろうと思うけど。  
I: 先生の説明を聞いて受ける衝撃の度合いもね。  
P: ごっつ…いっぺんにびっくりしたんや、初めての時な。

【言ってもどうにもならない自分の気持ちは口にしない】

Pさんは奥さんと一緒に、食道がんの状態や治療について説明を聞いた。医師はがんの状態が写った画像を見ながら説明し、手術は適応外となるので、抗がん剤と放射線を併用して治療を行っていくという話をした。その説明を聞きながらPさんは「こんなにひどい」、「これはあかん」と思ったが、その気持ちは一切表に出さなかった。自宅に戻ってからも奥さんとは病気のことについてあまり話をせず、奥さんからは「頑張りや」と言われて「はいはい」とだけ答えたと言った。Pさんは内心「えらいこっちゃ」と思っていたが、それ以上のことは「一切言えへん」と明言した。その気持ちは外来看護師にも「いや、あんまりしてないしてない。一切そんなことせん言うてへんね。」と語り、医療者にも自分の気持ちは口にしないことを明言した。Pさんにしてみれば「えらいこっちゃ」、「もうぼつぼつ終いやな」という驚きや不安な気持ちは、言ったところでどうしようもないことであつた。Pさんの食道がんが進行した状態であることは事実であり、既に決めた治療を変更するつもりはなく、自分の気持ちを表現したところで状況が何も変わらないのであれば自分の気持ちを言う必要はないと考えたのだと思われる。食道がんになつたことは「なるようにしかならんわ、いつかはなるんやから」と自分の運命としてとらえており、「そらしようがないもんな」、「どうしようもくそもあらへんもんな」、「今の病気はどないしようもないわ」、「そりやもうしゃあないもん」と何度も何度も繰り返し表現している。

【抜粋 6 #2PP1 p4-5】

P: あっこらあもうぼつぼつ終いやなと思うた、そりゃ、うちの家内になんか一切言うてへんで。  
I: お友達のこととかの話もしていない？  
P: いや、うんそやけど自分のことも言うてへんで、こんなひどいってことはな。(奥さんは)一緒に来たんやけどそんなことわからへんやんか、素人のくせにどこがどないなつてとてか言うても、そんなことはもう見たらわかるやんか、わしだったら「もうあっこらえらいこっちゃ」と思うけど。  
I: それじゃあPさんがえらいこっちゃって思ってるのと奥さんが理解してるのはちょっと違う？  
P: 違う違う、違うと思うでー。  
I: お家に帰ってから病気の話は奥さんと話して？  
P: いやいや、「頑張りや」と言うからな、「ああはいはい」とそれだけやね。それ以上のことは一切言えへんから。こないなつてもうとるから「こらえらいこっちゃで」って言うことは言わななだけど。

【抜粋 7 #2PP1 p5】

P: その一もうそういう病気やったんやなつて思うけどな、どないなるやわからへんけど、<略>もうどこまで進んでもう末期かもわからへんからな、こんなもんわからへんからなあ。<略>いや看護婦さんがどーやこーやないしな、そういうことやったやん僕の考えは。まあほいで、もうそらしようがないもん、かかつてもうたし。そんなもんどうしようもくそもあらへんもん、そりやもう末期かもわからへんもんそりやあわからへん

【抜粋 8 #2PP1 p5】

P: いや、それぞれだけのこっちゃ、今の病気はなあもうどうしようもないわ、うん、そうおもーとんねんで。

I: 今私にお話して下さったよな気持ちとかは外来の看護師と話されました？

P: ……いや、あんまりしてない。一切そんなことせん、言うてへんね。

【抜粋 9 #2PP1 p11】

P: まあまあ、そらあなるようにしかならんわあ、いつかはそらなるんやから。

I: それが今来たなあ、と。

P: うんそうそう、ぼつぼつ来たんちゃうんかなあと、まあ〇日に聞いたらわかるやろうけど。いや詳しいのがわかってきたらな、まあまあ治療でも厳しいこともせなあかんかもわからへんし、こらなあそりゃもうしゃあないもん。(今より)もっと厳しいなあ、もうそりゃしゃあない、そら来たんやからしゃあない。なんぼでも(治療)受けてあかんのやったらしゃあないやん。

I: その覚悟はもうすつと。

P: そうそうそう、昔からそなんやもん。

【抜粋 10 #2PP1 p15】

P: まあ色んなことあったな、そりゃな楽しいこともあるけど、えらいこともあったけど、しゃあないなあ、まあ苦やないねんで何がきたって、そらしゃあないもんなと思うねんけどな。

【抜粋 11 #2PP2p17】

I: えとここ(インタビューの場面を示しながら)、看護師には一切言わなかったよって。

P: 看護師さんちゃう、うちこの家内に、家内には言っていないけどね、見とるからねわかるわと思うんやけど、それは言わなただけどな一切な。

I: 心配かけるから？

P: ああ、それはなあ。

I: 看護師とかに別に言うのは？

P: 言うたで、どっちょことないって。

【自分では気づかないことまでたくさん教えてくれようとしてくれてありがたかった】

Pさんは消化器内科で医師の説明を聞いている時、「自分のなかでもう切羽詰まっとうやん、色々なんにもわからへん先生が言いよることも」と、不安だった気持ちや医師の説明がよく理解できなかったと語った。しかし、医師から説明を聞いた後で、看護師KさんがPさんと抗がん剤と放射線治療のことについて話す時間をつくり、色々な情報を教えてくれたので「ありがたいと思った」と振り返った。Pさんには看護師が診察の時からずっとそばについていたという経験はなかったの、最初は看護師Kさんのことを変わった看護師だと少し驚いた気持ちを持っていたようだが、看護師Kさんと話をして緊張していた気持ちが「だいぶ気楽になった」と感じ、看護師の対応は「やっぱりごつつ違う」と表現した。Pさんにしてみれば、患者は素人でわからないことがわからない状態であり、看護師Kさんが丁寧に「こうやでこうやで」と説明してくれてことが「なんぼでも役に立つ」と感じた。そして、看護師Kさんの話を聞いて「ちょっとずつそうやって自分にできることはせなあかん」と思えるようになった。具体的な治療のイメージについて尋ねると、「イメージってね・・・めっちゃそういう点でわからんからねえ」と表現し、Pさんのなかで治療が明確にイメージできたかどうかは、はっきりと自覚していないようであった。ただ、看護師の説明で「こうしたらいい」ということがわかって、「安心！安心したよ」と表現した。

【抜粋 12 #2PP1 p1】

P: やっぱあんなして尋ねてもろたらな、自分のなかでもう切羽詰まっとうやん、色々なんにもわからへん先生が言いよることも。〈略〉やっぱりあんなして後からちゃんとしてくれた人がほんまにありがたい思うたよー色んなこうしたらこう、こうしたらこうちゃうけど、あのどないいうんかな、もう悩んだこともちょっちょって入ってくるからね、資金やお金はどうやいうて、あんなんええことちゃうかなと思うけども、まあそなん心配してへんけどね、そういうこともみんな教えてくれはったからね。

【抜粋 13 #2PP1 p1】

P: (看護師が後から説明してくれたこと)そうそう、ちょっとずつこうしてくれたからね、そりゃありがたいと思ったよああいうことはね。それ(看護師が後から言うてくれたこと)はやっぱりごつつ違うわな。ああいうしてもらったの始めてやね、今までもっと違うかったもん。

【抜粋 14 #2PP1 p2】

P:(看護師と話をして気持ちが)だいぶよーなったよ、気楽になった、気がね。もう緊張しとってそんなんしたら、やっぱなあどないなるかわからへんからね。〈略〉いやこの度はちょっと違うなと思ってあんなして来てくれたからね。〈略〉(今まで看護師が来ることは)なかったから(大事なのか)思ったけどそんなことなかったから、そらあちょっとのことやけどねえ、全然違うやんなあ。

【抜粋 15 #2PP1 p5】

P:今からこういうことするでって先生に聞いたけど、抗がん剤入れて、放射線でパツとして、それは聞いたけど、ああそういうこと治療もあんねんなって、まあええこともあるし悪いこともあるし、そらわからへんやん、まその人によって違うんちゃうかなと思うけどね、まそこまで先生に聞かれへんやん、だからそんなもんいちいち、ま31日にちゃんと終え居てもらえるやろ思うけど。

【抜粋 16 #2PP1 p6】

P:(わからないことがわからない)そうそう、なんにもわからへんねやから、ちょっとずつそうやって自分ではできることはちゃんとせなあかんとは思いますがね。

【抜粋 17 #2PP1 p7】

P:(看護師が)いや変わったなーと思ったけどな、(説明の仕方が)そうそう丁寧やで。こうやでって。いや、あんなちゃんと言うてくれて、こうやでこうやでって言うてくれとる今の人おらんから。〈略〉(言ってもらったことが)なんぼでも役に立った。

【抜粋 18 #2PP1 p8】

P:ほいでもな看護師さんでも誰でもかまへん、ちゃんと聞いてくれる人がおったらええけどな、それも邪険にして「これあかん、これあかん」言われるともう話したくないやん誰でも。そやけど〈略〉話聞いてもろて「あっそれはこうやで」って言うてもうたらそりゃま助かるで。まあそないごつつやさしいせんでええのや、「こんなんやで」って言うたら「ああそうか」って聞いてくれて、「あっそしたらこうしたらええで」って言うた方がえんちゃうかなと思うけどね。

I:それで先の道筋が見えるじゃないけど。

P:そうやで！あっこないしたらえんやなって思うたらそれでええやんなあ、自分納得したらな。(先がわからない)怖いでー。

【抜粋 19 #2PP1 p15】

P:聞いたら、あっこうやなあと思うやん、先生はぶっくらぼうでビシャーンと言うて、「病気がこないなとるんや」言うたらもうそれで終いやけど、いやこの前からちょっと前と全然違うかなと思うけど、いやあの人はずーとついて来てくれて「こうやでああやで」て、ああそうか思うてありがたかったよ、最初はあれなんやろう思うて、あ看護師さんこれまた変わった人やなあと思ひよった。ところがそうや、終わってからも来てくれてなあ。

【抜粋 20 #2PP2p17】

I:治療のことは何となくイメージできた感じでした？

P:イメージってね・・・めっちゃそういう点でわからんからねえ、ほやからそんなして説明ちよっちよっしてもろうたら、ごっつ違うけどね。安心！安心したよー。

【看護師から説明された内容は覚えていないが、こうしたらよいということだけはわかって安心した】

看護師 K さんが説明した内容について「あんなして説明してもらったらごっつ違う」と表現し、P さんにとっては好感触であったことがわかる。しかし、インタビュアーがその内容について尋ねても「うーん・・・どんなこと言うて・・・今までそんなことなかったからなあ」と思い出すことが難しく、説明された内容について何一つ具体的な話は出てこなかった。ただ、何もわからない状態から少しずつ自分にできることがわかるようになるという感覚はもっているようであり、そのことはとてもありがたいことだと表現した。2 回目のインタビューで、看護師 K さんと話した内容について再度具体的な場面をあげて尋ねたが、やはり「あんまり覚えてない、うん覚えてないなあ」と語った。患者の立場からすれば病気のこと是一切わからないので、看護師が説明した内容も医師の場合と同じように専門的な話は難しく、聞きたいことや何を聞いてよいのかもわからない状態であると P さんは語った。

【抜粋 21 #2PP1 p6】

P:けれども、この前のあんなして言うてもらったらごっつ違うけどな。そないして説明してもらたらごっつ違うわな、みーんなそない思っとるやろと思んやけど。(気持ちが楽になって先生の説明が繋がった)そうそうそう。

I:例えばそれはどんなこと？

P:…うーん、どんなこと言うて…今まで…そうやなあ。今までそんなことなかったからなあ、初めてや。

I:だからわからないことがわからないみたいな。

P:そうそう、なんにもわからへんねやから、ちょっとずつそうやってまあ自分ではできることはちゃんとせなあかんと思えますけどね。

【抜粋 22 #2PP1 p6】

I:看護師はどんなことを言っていたとか？

P:いやあ、あれでええん違うかなと思うけどねえ、色んなことを教えてもろて、自分らがわからんことをちょっとずつわかってきたらええんちゃうかなと思うけどね。

【抜粋 23 #2PP1 p6】

P:いや、この看護部さんなんでくっとう来てくれとんかなあって、診察の時じゃなしにね、ちゃんと説明してくれる時にな、ずっとずーっと来てくれたから、「ああそれはこうやで」って言うてくれて、〈略〉ほやからコロッとちゃうけどあつこういうことしてくれんねやなっていうことは、これはありがたいことやろと思えますよ、いやちょっと違うなこの看護婦さんちゃう。

I:違うというのは他の看護師と比べてみたところ？

P:そうそう！あの先生と同じようにおける看護婦さんとは全然ちゃうから。いや、変わったなーと思ったけどなあ。(説明の仕方が)丁寧やで、うんこうやでって、ほやからどなーい言うたらええんかなあ、いやあ、あんなちゃんと言うてくれて、こうやでこうやでって言うてくれとお今の人おらんからあ。

【抜粋 24 #2PP1 p9】

P:まあほいでもありがたいこっちゃやで。いやもうそない思うで、なんにも自分わからへんのやから、やから一つでもわかったらありがたいなと思うけど、自分だけや思ひよったって無理やで、やっぱりはたにおってくれたら、やっぱり色んなもんあるやんか友達でもなんでもそうやん。自分だけ一人で何でもできへんのやから、ほんまやでちっこいこんなん蟻みたいなちょっとしたもんや、自分が一人しよったら。

【抜粋 25 #2PP1 p13】

I:治療費のことはあまり気にしてないってさっき言われてたじゃないですか？

P:…ごっついんの？片手くらいいるん？いや五千万くらいいるん？そないある？そないいるんやたらちよつと考えるけど、もう片手なかったらあかんのかなあ思って。

I:で、高額医療費といって。

P:うん、あれある。

【抜粋 26 #2PP2p16-17】

I:看護師が尋ねたことって覚えてはる？

P:…あんまり覚えてない、うん覚えてないなあ。

I:ご家族のこととかごきょうだいのこととか聞いたって言ってたんですけど。

P:ああ覚えてないなあ。いや～色んなこと言うたん思んやけどな。

I:先生が説明された用紙を見ながら副作用のこととか確認したような場面とか覚えてない？

P:覚えてない。その病気いうのはわからんからね、一切わからんから先生の言うこともべっちゃんまともやから、それ以上聞いたって僕はなんぼ説明したってわからん。でこないして段々わかってきたらね、あっくらあ聞かなあかんことは、もうそんなことはわからんからなあ。〈略〉病気のこと一切わからんから医者やないし、なんかあったらそら知ったら言うやろけどわからんもんあ、わからんばっかしじゃいかんのやけどな。

【抜粋 27 #2PP2p17】

I:治療の費用のことか高額医療費の手続きのことは？

P:ああ、それははっきりわからんけど、まだしてせんとわからんからなあ、その医療費のこと知らん、そりゃ手続きな一切わからんからね、そらまた相談せないかんわ、全然わからんもん。

## 付録5：事例3 看護師 L さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー L：看護師 L さん Q：患者 Q さん

「抜粋 #3NL1 p1」 #3：事例3 NL1：看護師 L インタビュー1回目 p1：ページ番号

### <看護師 L さんの背景>

看護師 L さんは外来化学療法室に勤務し、毎日治療を受けるがん患者の看護を行っている。看護師 L さんの勤務する病院では抗がん剤による治療を初めて行う場合は入院して行い、入院中に副作用の出現や経過を確認して、外来通院治療に切り替えることになっている。今回、Q さんはファーストライン（1 番手）の抗がん剤の効果がなかったため、セカンドライン（2 番手）の抗がん剤に変更することになった。その抗がん剤による治療はファーストライン（1 番手）の時と同じように、入院して行うことになった。看護師 L さんが Q さんと対話を行った時期は、入院して抗がん剤の点滴を行った日から 2 日後であった。今後は血液検査の結果や副作用の有無を確認して、経過に問題がなければ 1 週間程度で退院が予定されていた。看護師 L さんはその日、Q さんが外来通院治療を続けていくために必要なオリエンテーションを行う担当者になっていた。このオリエンテーションは通常、外来通院治療室に勤務する看護師 L さんを含む 3 名の看護師が担っている。オリエンテーションの主な目的は患者さんの副作用についての理解度や、副作用が出た場合の対処法などについて確認し、情報提供を行うことであった。看護師 L さんは、Q さんの体調や話をすることが出来る状況かどうかを病棟看護師に確認したうえで、Q さんと話をするために病室（個室）をたずねた。

### 【患者が病状をどのように受け止めているのか心配して、知りたいという欲求に突き動かされる】

看護師 L さんは、以前 Q さんが 4 回目の抗がん剤治療を外来で行う時に担当したことがあった。ほとんどの患者が 2 回目の抗がん剤治療から、外来通院で行うようになるが、Q さんの場合は「なかなか降りてこないところもあって」と看護師 L さんが表現するように、治療が予定通りに進んでいなかった。Q さんは抗がん剤の副作用がつかく、吐き気止めや便秘薬、抗不安薬など「ありとあらゆる薬を飲んで」おり、点滴が始まる前から「ロラゼパム（抗不安薬）を飲んでいいですかと聞かれたことがあった。その時に、精神的な弱さや色々な思いを抱えている人なのかもしれないと看護師 L さん感じた。今回の入院目的は、セカンドライン（2 番手）の抗がん剤への変更であり、看護師 L さんは「たった 4 回しか（治療）していないのにもうピーディー（PD）になって」と表現した。つらい副作用の経験をしながら治療の効果が得られなくなったという状況において、Q さんがどんな思いでいるのだろうと気になって仕方がなかった。看護師 L さんは治療を行っても効果が得られず、次の治療に変更になった患者が一樣に落ち込む様子をたくさんみてきたので、当然 Q さんの場合も「へこんでいるだろう」と思った。Q さんが自分と同じ年齢で子どもがいる状況であり、自分自身と重ね合わせて考えると、いったいどんな思いでいるのだろうと考え、とても心配でたまらなくなった。また、外来治療の時に Q さんから告知を受けた時の気持ちについて、「やっぱりショックだった」という話も聞いていたので、Q さんが病気をどのように受け止めて、どんな気持ちでいるのかがとても気になった。看護師 L さんは、Q さんがこの先も治療をできるだけ続けられるように、何とかサポートをしたいと考えた。

#### 【抜粋 1 #3NL1 p1】

L: 初めて(治療)した時にも「どんな感じで告知をされたの?」とかね、その時の話もやっぱり若いしね、あの同じ年なんですよ確か、若いので子どもさんもおるって言ってたし「どんなだったの?」って聞いた時に、「やっぱりショックやった」って話を聞いてたので、<略>治療が変更になってまた入院になったしかも 4 回しか(治療を)してないのにもうピーディー(PD)になったっていうところで、どんな思いもあるんやろうと思いつつながら。

#### 【抜粋 2 #3NL1 p6】

L: だいたい治療 4 回しかしてなくて、それでやっぱりピーディー(PD)判定って結構やっぱ早いんで、それにしんどい治療してたのも知ってたし、それに効いてないってやっぱり言われる患者さんが多いので、やっぱりそんな時は結構みんな落ち込んで(治療室に)来る人の方がやっぱり多い、やっぱりケモチェンジってなるとやっぱり結構みんな落ち込んでるんで、その中で思ってた顔つきとは違ってた、そこが気になったんで。

#### 【抜粋 3 #3NL1 p6】

L: もう予測しとったって言われたので、だから LQ 見てあーとは思ってたけれども、それ以上に治療の副作用が

抜けた頃になってもなんか胃がおかしいとかどっか痛いとか、なんか調子が悪かった、薬が効いてたらもっと副作用が抜ける、元気になるかと思ってたけどそうじゃなかったみたいな症状を言われてたので、だから自分でもアカンかなあとは思ってた。

【抜粋 4 #3NL 1p7】

L: まあ若いし気になってたのもありましたね、やっぱり家族がいるっていうのは、〈略〉やっぱり思いがすごくあるのかなと思うので、〈略〉やっぱりまるっきり一人っきりの人に比べるとそこはやっぱり思い残す所はいっぱいあるのかなと思うので、長い経過になっていくと思うのでそのなかで本人の気持ちも治療に対する気持ちも支えつつ、ご家族が応援してくれるんやったら、それにたぶんこたえてあげたいと思うやろうから、そこに介入しつつなんか長くつきあって介入ができればいいかなあとは思いました。

【長くは生きられない現実を理解したうえで、悲観的にとらえていない患者の力強さに支えられて聞き進む】

看護師 Lさんは、Qさんが3回目の治療まで入院で行い、副作用対策の薬を何種類も飲んできたことや、点滴中の反応などの象徴的な出来事から、精神的に弱い人なのだろうと先入観をもってとらえていた。実際に、Qさんはファーストライン（1番手）の抗がん剤治療で副作用が強く出て、しんどい体験をしているという事実もあった。看護師 Lさんは Qさんについて、どちらかといえば弱々しく、精神的にダメージを受けやすい人だと思って構えていたが、病室で実際に会うと、予想を反して落ち着いてしっかりしているようにみえた。看護師 Lさんは Qさんの様子に驚いて「もっとへこんでいるかと思ってた」と Qさんに伝えた。最初は副作用のことだけを話すつもりだったが、Qさんの反応がとても意外だったので、看護師 Lさんは病気に対する思いなど踏み込んだ話を聞いてみようという気になった。Qさんは告知を受けた時の状況について、医師の言葉を使ってリアルに再現しながら、その時に感じた率直な気持ちを表現してくれた。看護師 Lさんは、自分の気がかりをストレートに聞いた。看護師 Lさんの問いは、余命や死を意識するような核心にふれる内容であったが、Qさんは臆することなく、どんどん率直な気持ちを話してくれた。Qさんは治療を受けた時の身体症状の自覚や、実際に治療効果がなかったことから、長くは生きられないと実感していることを語った。看護師 Lさんは、とにかく Qさんのことを知って治療を支えたいと思っており、Qさんに対する強い関心をもって聞き進めた。また、Qさん自身にも語る力があつたので、看護師 Lさんは率直に次々と問い続けることができた。看護師 Lさんは言葉をかけた時の相手の反応から、その人が話してくれそうな人かがわかると言っており、相手の反応が薄い場合や拒否的な言動がある場合には、無理に押さず引けばいいということを経験的に知っていた。この看護師 Lさんの経験は、Qさんの反応をみながら話を進める判断材料の一つになった。Qさんとは外来で話をしており、顔なじみで信頼関係ができていたので、病室に一步入った時の雰囲気も好印象であったことも話を聞き進める原動力になった。

【抜粋 5 #3NL1 p3】

L: 今後ね自分がどうなっていくのかイメージがね、まあそれは後の話になっていくんですけど、いや私少し精神的にダメージを受けやすい人かなと思っていたので病棟に行って話をしてちょっとびっくりしたんですけど、でそれをそのままに言ったんです、「いやもっとへこんでるのかと思ったんですけど、どう思いました？」って聞いたらその後の話やったんですけど。

【抜粋 6 #3NL1 p3】

L: 病気を聞いた時から結構色々調べてはるみたいで、もうステージIVやし治らない、たぶんそんなに長くは生きれないとは思ってた、それで今回悪くなってチェンジになったっていうことも何となく予測はしてたって本人は言われて、「なんで予測してたんですか？」って聞いたら、普通やったら副作用がきれる頃、初めの辺りは後の4日くらいちょっと楽な時期があったけど後半何回かしてたら、なんか胃が痛いとかこら辺が痛いとかなんかちょっとおかしかったんやって、だからなんかこう良くなってないなっていうイメージはあったって。

【抜粋 7 #3NL1 p3】

L: CTの結果で(医師から)「ここがなあって、あのーやばいやろっていう風に先生にいわれて、ここが大きくなってここがついとってこれがもし胃にくっついて穴が開いたら出血してなあ」ってそんな激しいことを言われたらしくてね、それ見た時に「あ、ホンマやな」って、画像見ても「ホンマや！アカンなって思えた」って、で「その時はショックではなかったのか？」って聞いた時には、初めて告知された時の方がやっぱりショックで、(今回は)何となく予想はしってたからこんなもんかなって思ったし、治療ができないわけではなくってまだ次の治療があるんやって言われたので、まあそこはだったら頑張るしかないなって思ったって。



【抜粋 8 #3NL1 p3-4】

L: だからあの長くは生きれないっていうのは理解できてる、そこは思ったんですけど、なんか今すぐどうなるとはそこまで思ってないっていうかたちで、なんて言うのかな、だから悲観はしてないっていう感じですかね、でも長くは生きれないと思ってるけど悲観はしてない、まだ頑張ろうという思いはあるけど、あの人の場合効かなくなった時には、たぶん波はあると思うんですけど、たぶん受け入れるのかなって、ちょっとは思ったよりは、そこは今の現状ですけど、自分のしびれの状況も受け止めができてるんやなとはちょっと思いました。

【抜粋 9 #3NL1 p4】

L: 意外でした！もっとバタバタするのかなと思ってたので、やっぱり副作用止めをいっぱい飲まれてたりロラゼパム(抗不安薬)を飲んでたりっていうイメージが強かったので、質問も結構詳しくだったので色々不安があるんだなと思ったから、あ、そんな風に受け止めてるんやって思ったのちょっと意外でした。

【抜粋 10 #3NL1 p4】

L: 思ったよりしっかり、ただ今治療が始まったところで、それに今回の治療は効くかもしれないという希望がある中での気持ちなのでこれであって、例えばまたあまり効かないとか、<略>副作用がちょっと出てきたりすると気持ちは変わっていくんやろなと思うので、その度その度患者さんに応じての話し方だとか介入がいるのかなあとは。絶対にこれ以上すごい元気になって全快するのは(Qさんは)考えてはないので、<略>まあそれが穏やかなのかstonなのかかわからないですけど、やっぱり徐々に悪くなっていく感じなので、長い経過でやっぱり介入していかなくないかなあかんなと思いました、若いしね。

【抜粋 11 #3NL1 p4】

L: そうそう<略>(画像見て胃から出血するかもしれないと先生から言われて)「もうそしたらアカンのやなと思った」って言った言葉で「アカンってそれってどういうこと？」って聞いたら「いや長くは生きれないかなっていうことなんやけど」って聞いた時に、「何かしたいことだとか例えば、まあすぐ目の前じゃないけど先々のこと考えたらなんか準備なんか準備することとかそんなことはあるの？」って聞いた<略>。

【抜粋 12 #3NL1 p4-5】

L: (先々の)準備としてはお父さんに色々な手続きのことだとか息子への早期の仕方だとか銀行のことだとかレクチャーを始めてるって言われたので、ただそれをするに「なんでそんなこと言うねん」と家族は寂しい思い、顔をするって言うてはったから、それは「家族はやっぱりそんな思いやろね、そんな弱音吐くなよって思うかもしれへんね」って「でもあなたはそう思っとなやねー」っていう話はしながら、先が長くはないっていうところでどういうことをしてるのかというところを聞いときたいなと思ったので、聞いとく中でお手伝いすることがあったらなんか出来るかなあと思って、そういうこと気になりました。

【抜粋 13 #3NL1 p5】

L: いや(上手く聞けるかどうかは)人によると思います、やっぱり副作用とか他の患者さんの経験を話すことは私やっぱり得意やと思うんです、色々な患者さんをみてるのでやっぱりそういうところで掴みじゃないですけど、まああんだけ話のはずんだのでこれやったら聞けるかなっていうのを。やっぱり男性の方で「それってどういうことですか、教えてもらっていいですか」って言っても「いや〜…」って言われると、そしたらもう今回止めときますねっていう、そこはもちろん引きますし、やっぱり話できるような人と違う人とは全然違う。

【抜粋 14 #3NL1 p5】

L: まず聞くかもしれない、さっき言ったみたいに「もう終わりやとかいうのはどういうこと？」って、聞いた時の反応によってやっぱり変えてると思う、そこで「これって長くはないかな」っていうことを言われた時にこれやったらいけるかなって思うけど、その時に「うーん…」とか間があくとたぶんそこまでは聞かないと思う。ま面識があったので1回目に外来で結構話をしたのでそれもあったから、(病室に)ガラッと入った時の感じもいけるかな、だったのでね。<略>まあそんなところで話しやすい人と駄目な人全然分かれてくるんで。

【抜粋 15 #3NL1 p5-6】

L: だからはじめ(Qさんの病室に)行く時には副作用の話しかする気なかったの。

I: Qさんの様子からLさんが気になっていることを聞いてみようと思った感じですか？

L: というか、あの一意外やったので初め言ったみたいに、もっとへこんでると思ってたのに「あの一もっとへこんでると思ってたんですけど、どうですか？」って聞いた時にそんな感じやったから<略>言っちゃいました。その人には言えました、それはある程度の話ができてないと言えないですけどね、なので「ちょっとへこんでると思ってたんですけど顔見て安心しました」みたいな。

**【副作用のことが具体的にイメージできるように、自分が経験した事例を紹介しながら話す】**

Qさんは初回の抗がん剤治療時に副作用の症状が出ており、症状の予防や軽減のために複数の薬剤を使っていた。また点滴の際中から「(身体が)しびれるー」と訴えており、看護師Lさんはその反応をみて「結構(副作用に)敏感だな」と思っていた。以前にQさんから副作用について沢山質問されたことがあったので、「(抗がん剤が変わると)副作用も変わるからなんか気にしてるんじゃないのかな」と考えた。Qさんが一番気にしていたのが「しびれ」であったので、今度も「しびれ」に対する不安が大きいだらうと看護師Lさんは思った。入院後に聞いた薬剤師の説明をふまえて、まず「副作用をどんな風に聞かれましたか?何を覚えてますか?」と切り出した。するとQさんは、しびれについての不安と白血球減少について注意が必要であるという話をしてくれた。また、Qさんから抗がん剤の点滴をする時にゴム手袋をつけて手指を圧迫する目的や効果について質問があったので、末梢神経障害と爪障害の予防につながるという説明を行った。Qさんは末梢神経障害をととても心配していると感じたので、抗がん剤の種類によってしびれの出現形態がどのように違うのかわかるように、他の患者の体験談を含めながら具体的に説明した。看護師Qさんはそのことを「しびれのことすごく気にしてはったのでそこを具体的にイメージができるようにお話させてもらいました」と表現した。Qさんは具体的に教えて欲しい、自分にできることはしたいというスタンスであると感じたので、看護師LさんはQさんに合った情報提供を行った。Qさん自身もインタビューで、看護師Lさんの情報は自分の年代や性別に合わせたもので、「とても役立つ」と表現した。

**【抜粋 16 #3NL1 p1】**

L: 副作用もすごく出てましたね、この人も点滴中から「しびれてー」とか結構敏感やなと思ったりしましたし、  
<略> 前回は副作用の話もすごく聞いてはったので、今回副作用も変わるからなんか気にしてはるんじゃないのかなって、<略> それでまず「副作用どんな風に聞かれました?」って「何を覚えてます?」って聞いた。

**【抜粋 17 #3NL1p1】**

L: 一番気にしたのはしびれやったので、前はしびれがすごく出て点滴中からしびれてたと、ただ今回もしびれが出るって聞いているのでしびれがどんな感じで出るのかそこが不安やーって話と、白血球が以前のよりもよく下がるので感染予防は注意がいるんやなっていう二つが出てきて、そのしびれをすごく心配してはったので。

**【抜粋 18 #3NL1p1-2】**

L: 今回の抗がん剤のしびれは前の抗がん剤のように急に出てくるものではなくて、徐々に徐々にやってくる蓄積毒性やから以前言ったような点滴中にトイレ行ってビリビリッ!とくる、ああいうすごいのはないよって<略> しびれの型もビリビリじゃなくてちょっと違和感があるとか、足の裏やったら1枚皮が貼ったような形で言われる方が多くて、それがひどくなれば物を落としやすいとか物がつかみにくいか、握りにくいかになってくると生活上支障がくるので、ただそうなるのとかなかなか元に戻らへんで、自分で症状が前よりどうなっとなかを確認したり、ひどくなるようなことがあったら早めに医者に報告して対処がいるんだよって、しびれのことすごく気にしてはったので、そこを具体的にイメージができるようにお話させてもらいました。

**【抜粋 19 #3NL1p2】**

L: 病棟で四肢の圧迫してはったんですけど、爪障害のこととか話をして、今回圧迫した目的は爪障害と末梢神経障害の予防であるってところを、「それなんで?」って言われたので、<略> 冷やすと血流が悪くなるでしょうって、なら抗がん剤が(手指の)先ちょいにかなくなるのでねって話をして、でもあなたの場合冷やすとしびれたら嫌でしょう、だから絞めて、結局一緒なんですよ血流があまりいなくなるのが目的なんですって言って。

**【抜粋 20 #3NL1p2】**

L: 具体的に聞きたがるんですよ「他の患者さんどんなん?」とか、「どこまで出てます?」とかね、{私みたいな人おらん?}って言って話をしたので、そういうところはやっぱり外来にいと色んな人見てるんで「こんな人もおったよーあんな人もおったよー」って、それとか「しびれはこんな感じだよー」っていうことがお伝え出来たので、本人は「あそうやんやねえ」っていう反応やったんでまあ理解してくれたのかなとは思って聞いてました。

**【抜粋 21 #3NL1p2】**

L: この人の場合にはやっぱり具体的に教えて欲しいっていうスタンスやったので、具体的に例えば<略> しびれも足の裏が分厚くなったような一枚膜が貼ったようなとかそんな感じの、だからビリビリって足のしびれきたらーっていうよりはそっちの言われる人の方が多い、でもひどくなればしびれがきたらみたいなしびれが出る方もおられますみたいなイメージがつくように話をするように工夫しました。

### 【副作用対策として知っておいて欲しいことを積極的に伝える】

看護師 L さんは患者によって情報提供の内容を加減する必要があることを認識していたが、爪障害に関しては Q さんにどうしても伝えておきたいという思いがあった。Q さんのしびれの体験はとてもつらそうだと感じていたので、ゴム手袋による手指の圧迫が爪障害と末梢神経障害の予防につながればよいと期待して、Q さんに実践して欲しいと考えた。だが、爪障害といってもいったいどんな風に爪が変化するのかわからないだろうと思ったので、実際に爪が剥がれた男性患者の体験を話して、イメージできるようにしようと考えた。しかし、Q さんの驚いた様子をみると、あまり知らなくてもいい情報を伝えてしまったのかなと思った。実際に Q さんは、爪が取れた患者の話聞いて怖かったという気持ちをインタビュアーにも語った。看護師 L さんも、Q さんの驚いた反応を「そう、そうなんです」と振り返った。Q さんを驚かせてしまったことは申し訳なかったという気持ちを抱いた看護師 L さんであったが、爪障害に関して情報を控えたいという意図はなく、むしろ爪障害はしっかり対処をすることで予防できるという確信があったので、知っておいて欲しかった。看護師 L さんには、前向きな情報として伝えたいという意味合いがあった。

#### 【抜粋 22 #3NL1 p2】

L: あんまり聞きたくない人にはあんまりく略>、爪障害も以前は冷罨法もなんもしてなかった時期は、男の人で言っても何もせえへんかって爪が取れた人がおってねって言って、「えー！取れたんですか！？」って言われて。そこはちょっと言い過ぎたかなと思ったけど、いやでも「取れるって言ったって痛くもないし、ただ取れるとやっぱり手の先にかがへんっていうのが初めてわかりましたって言うた」って話をして、だからそれがない(爪が剥がれない)ように圧迫をしているので、これ(圧迫)はちょっと続けていきましょうね、だから今これをしてると爪が抜けた人見たことないからって話をした。

#### 【抜粋 23 #3NL1p2-3】

L: 爪が取れたっていうのはびっくりしたって言ってました。

L: そう！そうなんですよ、だからその時に、あっしまったちょっと言葉が悪かったとは思ったんですけどね。(情報を)控えておこうかなっていうよりも、いやそうじゃなくて今これをしてると爪が抜ける人がいなくなったよっていうことは言いたくて、だからしようねって。爪が取れたってやっぱり患者さんにとってはインパクトがちょっと強かったかな、もうちょっとグラグラするぐらいにしといたらよかったかなとか、く略>患者さんは「言ってください私何でもしますよ」みたいな感じやったので、それやったらやっぱりこうときましようねって話をしました。

#### 【抜粋 24 #3NL1p8】

L: (難しかった場面は)・・・ないです。そうそう、爪の話くらいですかね、「ええ～！取れるんですかあ！」って言われて、あっちょっと言い過ぎたなど表現がね、く略>なんでちょっと気をつけなアカンなって。

## 付録6：事例3患者 Qさんの対話の経験

\*文章中の記号の意味

I：インタビュアー L：看護師 Lさん Q：患者 Qさん

「抜粋 #3PQ1 p1」 #3：事例3 PQ1：患者インタビュー1回 p1：ページ番号

### <Qさんの背景>

Qさんは切除不能進行膵臓がんと診断され、外来通院で抗がん剤による治療を行っている。ファーストライン（1番手）の抗がん剤治療は3回目までは入院して行い、4回目の治療を外来で行った。4回目の治療後に効果について評価を行った結果、ファーストライン（1番手）は無効であると判断され、セカンドライン（2番手）の抗がん剤に変更することになった。Qさんの通院している病院では、抗がん剤による治療を初めて行う場合は入院して行う約束になっている。そのため、数日前に消化器内科のある病棟に入院した。最初の抗がん剤では吐き気やしびれなど複数の副作用を体験したので、次の抗がん剤でも新しい副作用が出現することが予想された。抗がん剤治療の後は血液検査の数値や副作用の状態を確認して、入院中の経過に問題がなければ、1週間程度で退院できると聞いている。Qさんが看護師Lさんと対話を行った時期は、入院して抗がん剤の点滴を行った2日後であった。その日は午後からセカンドライン（2番手）の抗がん剤の副作用のことや、今後の外来通院治療について、外来看護師から説明があると病棟看護師から聞いていた。

### 【抗がん剤の副作用で当たり前に出ていたことが出来なくなっつらい】

Qさんはファーストライン（1番手）の抗がん剤治療中に吐き気や体のだるさ、食欲低下、しびれなど複数の副作用を体験した。副作用について医師、看護師、薬剤師から話聞いていたものの、実際に点滴をして次々に症状が出てきて本当にしんどかった。そのため、3回目の治療までは入院して行った。Qさんが副作用のなかで最もつらかったのがしびれで、常時ビリビリと感じるしびれだけでなく、冷たい物に触れると痛みに近い知覚過敏のようなしびれも体験した。そのしびれのために日常生活のなかで今まで普通に出来ていたことが出来なくなり、思い起すと自然に涙が出てくるほど心身ともに強いストレスを感じた。その一方で、洗濯する時や冷蔵庫から物を取り出す時、薬を水で服用する時には、自分なりに冷感刺激を避ける対策を考えて工夫した。Qさんはしびれの体験を通して、副作用というのは単に「しびれている」症状のことだけを指すのではなく、「そういう作業（対処したこと）とかも全部込みが副作用やなって自分で思って」と、日常生活上で起こった変化や対処まで含めたものが副作用であると実感した。だからこそ、医療者が副作用に関する情報を提供する時には、日常生活のなかでの患者がイメージできるように実体験を含めたプラスアルファの情報が必要であると思っている。

#### 【抜粋1 #3PQ1 p2-3】

Q: それ(しびれ)も蓄積されたら出てくるかもって言わはって、5回目6回目とかになってくると蓄積は止められないから小さなボタン開けとかがちょっと苦痛で出来なくなってくるやろな、それは仕方ないかなみたいなことを言わはったので。前回の冷たくてビリビリが恐ろしくストレスやったんですよ、家で日常出来たことが出来なくなるとか、普通に生活してたことが「ウオッ」みたいなことになるっていうのは、家に帰っての生活で初めてわかるので、で台所とかをできる元気がある時は洗濯物とかもしたいんですけど、その洗濯物絞った後の冷たさがもう無理だったのもそれ干せない、と冷蔵庫から出せない！<略>家にいてせっかく元気なのに(涙が流れる)・それをしてやれないのが・すみません、結構なストレスになって、今まで出来たっていうのがあるからね、「あっこれがあのあれなんやー、副作用なんや」と思って、これが日常に出てくることなんやっていうのが今回ビリビリ結構ひどくしたし吐き気は病院で慣れてたから対応ができるんやけど。

#### 【抜粋3 #3PQ1 p3】

Q: 結局そのなんかで出来るのも、ストーブをつけてる日中は生ぬるくなるからそのまま薬が飲めたりするけど、晩になって誰も暖かくする機械を使わないと同じように冷えるんですよね水が、もう薬が飲めないんですよ、ほいで1回チンするんですよ、生ぬるくなる、そういう作業とかが「あっこれが副作用や！」っていう、ビリビリもそんなんですけどそういう作業とかも全部込みが副作用やなって自分で思って。

#### 【抜粋4 #3PQ1 p3】

Q: 今度はたぶん思っきり毛も抜ける、前回は6掛けにしてもらったから、あまり髪の毛は抜けなくてまだ残ってるんですけど、もう今回はたぶんできめん抜けていくやろっていう、またその副作用の流れでウィッグ

の話になって、「行かんとダメですよねー」って言うって「行く？ 髪の毛なくなってから行ける？ お店で帽子取れる？」って言わはったんですよ、その時に家の者にはわかっと思ってもらわなあかんから普通にしてるけど、店に行ったら他人にそうかあ、脱げるかなあってその時改めて思って、ウィッグの時期っていつ～？ みたいな話しました。

### 【看護師がもっている他患者の体験談は自分にとって価値のある情報である】

Qさんは、実際に副作用の症状がどのように出て、生活のなかでどんな変化が起こるのかを具体的に伝えて欲しいと思っていた。医師や薬剤師からも副作用の説明はあったが、医師には（治療に関する）基本通りのことを聞くことが、医師のテリトリーであると考えていた。また、薬剤師からも副作用の説明を聞いたが、爪障害に関する情報どころか手指をゴム手袋で圧迫する理由を尋ねても明快な回答は得られなかった。看護師Lさんと話をした時は、まず副作用について覚えていることを聞かれたので、爪障害やしびれに関する話を話した。すると、看護師Lさんは爪障害や脱毛に関して日常生活の場面を取り上げながら、副作用を軽減するための対策について情報提供してくれた。なぜその対策をすると、症状を予防したり軽減することができるのか、その根拠についてもわかりやすく説明があった。Qさんはそのことを「それはあれ（爪障害の予防）やったんや。血管を縮めてあんまりいかにないようにするのめって聞いた」看護師Lさんの話で初めて意味が理解できたことを表現した。一方で、実際に爪が剥がれた人の体験談を聞いた時は「爪が剥がれるんやー！」と衝撃を受け、自分もそのようになるのかと思うととても怖くなった。その話を聞いて怖いと思ったものの、爪に関心が向くようになり、爪の違和感にすぐに気づくことができるので「そういうこともある、（聞いて）よかった」と思った。看護師Lさんの副作用に関する情報はQさんの年代や性別に応じた内容でイメージしやすく、家に帰ってから看護師が話していたのはこういうことだなと理解することができると思った。あまり詳しく知りすぎても怖い部分もあるが、知っていることで心の準備もできるし、誰に対しても一樣の情報をもらうよりも個別性に応じた情報の方が自分にとって身近で役立つと思えた。さらに、他患者の実体験に基づく看護師Lさんの情報は心に響いた。

#### 【抜粋 5 #3PQ1 p1】

Q: 一番初めは今の抗がん剤についてお医者さんからどういう話を聞かれましたか、主に副作用のこととかは聞かれましたか？ っていうのを聞かれましたかね、<略>それがどういう風に出てくるかっていうのと、お家に帰ってからどんくらいでそれが急にでてくるんじゃないかって回を重ねるとそれが蓄積されて出てくるから、今回帰ってすぐに「うわっ！」みたいなものはないという説明と。

#### 【抜粋 6 #3PQ1 p1】

Q: そうそう爪のことを聞けなかったんですよ、どっち（医師と薬剤師）からも指ビロビロとか爪のことなくて、「爪のこと聞かれました？」って言われて、「えっ爪のことは聞いてないですけど」、今回した手袋キューツみたいなふくらはぎキューとかいうのもそれの予防なんですよっていうのをしさんから聞いて「ああ～そうやったんですね」ってそういう意味があったんやっていうのをまず聞いたのと、でもそれをするのは予防であって絶対ないとは限らないしそういうのがないようにするための処置なんですよって。

#### 【抜粋 7 #3PQ1 p1-2】

Q: 爪が浮いてくるんですけど、もうそれはそれは、それはそれでショックやったんですよ、浮いてくる!?、「でもね爪が痛くもないように剥がれるねん」って言わはって「うえー！」と思って、爪が剥がれる想像が。その爪が剥がれた後はどうするの？ そのまでは聞けなかったんですけど、お爺さんで剥がれた人の話、<略>「剥がれるんやー！」その後こういうことがしにくい（両手の指先を動かすしぐさ）、爪がないとここの指先ですることが完全にしにくい力が入らないから爪って大事よねーみたいな話になって、「えええ～！」みたいな。

#### 【抜粋 8 #3PQ1 p2】

Q: 予防的にそれをするんですけどっていうので（説明）してはもらったけど何の予防かあんまりわからへんくて、その時（Lさんと話した時）に初めて血管を縮めてあんまりいかにないようにするねんっていう。その効果のためなんやっていうの聞いたから、<略>で爪がそうなるからっていうのは薬剤師さんも知らはらへんかったんですよ、<略>でしさんにここあんまりいかにないように爪とかへの影響が少ないようにしてもらってるねんって、だから毎回それはするけどねーって言わはったし。

【抜粋 9 #3PQ1 p3-4】

Q: 実際そこへこないとわからないこと副作用ってそうやって吐き気があるよ、食べられるもん食べたらいよいよ色んな事を伝えてはくれはるけど、実体験で年齢もあるしお年寄りの方やったらそんなんせんでも家の者がしてくれたりとか、<略>自分で全部しなあかん年齢層で台所に立ったら役立つ年齢の女子たちがく<略>こういう副作用がありますよとだけ聞いても、実際にやっぱりそうなってプラスアルファの副作用がストレス的なもんとかメンタル的なもんがくる、<略>そういうのを知っててくれはる人がいると、そりゃ年齢層に分けて色々ですからね、<略>必ずそれを言わなければならないということはないんやけど。

【抜粋 10 #3PQ1 p3-4】

Q: 何歳にはこういうことがあるとか、何歳代にはこの副作用がプラスアルファこういうことが日常生活ではあるとかっていうのを伝えられる人がいてくれはると、帰った時にそうや！晩寒いらしいとか、冷蔵庫できめんアカンらしいとか、ピリピリくるよっていうのにプラスアルファ言われると、そういうのもありきで帰らなあかんっていう心構えができるから、そんなんはありがたいのかなあと。

【抜粋 11 #3PQ1 p4】

Q: ウィッグって毛なくなった時とある時とで違うのかなとか、でもそんなん店舗に行かないと聞けないし、今やったらネットですぐ買えるよとか、ネットは実際に試せないし、<略>髪の毛抜けてしまってこれどう？安いけどやっぱり店舗、じゃ禿げて店舗は厳しいかなとか、<略>(抗がん剤のあと)元気になった時点で行っとかなあかんのかなとか、ウィッグの話はネットで買えるよって言わはってから自分の中で考えて、「そうか店舗行けるかな？」でも、ウィッグの人やから禿げてる頭とか薄い頭とか慣れてらっしゃるのかなとか、「個室に入れてくれはる店舗ってある？」って L さんに聞かれて、今まで用がなかったからそんなん知らへんしとか、外来で治療始めたらそういう時間も持ってくれはるとええなとかは個人的な見解です。

【抜粋 12 #3PQ1p4】

Q: それに全部対応したら看護師さんだって何人要るか<略>、その時に年代層に合わせたものがすぐに見られるとか、ウィッグみたいななんかそういうのをサクサクッと言うてもらえると、自分で今時調べられるから調べたらいいんですけど、しんどい時に調べるとかそういう集中力ないんですよ、実際に家族の者に言っても実感わかないし・・・そっかあとか思う話にはなりましたね。

【抜粋 13 #3PQ1p4】

Q: 看護師が病院で(情報を)くれはるとすごく安心して帰れるというか心構えをして帰れる、でそれに対して軽い人も重い人もいるから、軽い人はあっそうでもないからいけるって思えるやろし。

【抜粋 14 #3PQ1p4】

Q: それが開ける感じの看護師さんやっただっていうのもあるでしょうね、聞いても「ああそういうこともあるかもしれないですね」ぐらいの知識の量やったらそれ以上の話にはならないでしょうし、聞いても仕方がないしとか思うやろし、でも聞いてもくれはるし、爪がはずれたお爺さんのことも知ってらしたし、それちょっと聞いたらめっちゃ怖いけど、でもなる可能性があるならそうなった時にここが絆創膏なのか何なんだろうと思ったけど(対処までは)聞かなかったです。

【抜粋 15 #3PQ1p5】

Q: 「ははは剥がれる～、浮いてくるんですかあ！」剥がれても痛くないねんってめっちゃ怖いっすよね、でもそういうこともある。うん(聞いて)よかったです、らしいでって言うたらその爪になんか違和感があったらすぐに言えるやろし、それでも出てくるって話を聞いてたらここに気がいくし、頭皮、毛も抜ける量とかも気になるやろし、<略>ここ(手の皮)もちょっとピロピロなるし。

【抜粋 16 #3PQ1p5】

Q: 基本通りのことを先生から聞くそれは先生のテリトリーやろし、L さんにお話を聞いたのは外来でそうやって対応してはる看護師さんのテリトリーやし、だから先生にこんなこと(副作用の情報提供)まで求めることはできないし、<略>で看護師さんは実際にあったことと先生から受けた副作用の話、もれはなかつたかっていうのをしてくれはる、それでいいのかなって、<略>今回も L さんが「また外来来た時にね」って言うてもくれはったし、それはそれでだから意味があるし。

【抜粋 18 #3PQ1p9】

Q: 先生が「こうやって入れていってこういう副作用が出ますでもこの治療をします」って言ったら、その副作用を「こんなことがあって」っていう話を聞いてもらえて「それはこうしたらいいね、こうしてはる人がいるよ」っていう情報をくれはってっていう看護師さんとの対話はすごく大切やと思ってて。

**【長生きできないと思っているので、自分らしい死の方について考えている】**

Qさんは最初に総合内科で診察を受けた時にCT画像を見て「アカン感じ」だと思い、消化器内科でも同様に「(CTを見て)アカン絵面やな」と直感した。がんが大きくなっていることは自分にもよくわかり、医師は転移巣もあるので手術はできないと話した。医師は最初病名をはっきり言わなかったが、Qさんはステージ4くらいに進行していることはすぐに理解でき「もうアカンやん」と思った。続けて医師は抗がん剤治療の説明をし始めたので「抗がん剤って言うてるやん、治療するていや」と思い、急いで治療をしなければならない程切羽詰まった病状であるのだと理解した。最初の抗がん剤の効果がなく、次の抗がん剤への変更を提案された時は残念な気持ちもあったが、抗がん剤の量を60%に減らしていたので、ある意味仕方がないなとも思えた。家族と相談してすぐにセカンドライン(2番手)の抗がん剤に変更することに決めた。Qさん自身は最初に医師から病状説明を聞いた時点で、長生きすることはかなり厳しいだろうと思っていたが、実際に抗がん剤を4回行っただけで効果が得られなかったため、その思いはさらに強くなった。自分の余命について医師ははっきりと答えなかったが、いよいよ死が近くなった時に自分も家族もアタフタしないようにしておきたいと思っている。だからQさんはどのように終末を迎えるのかについて興味があり、今のうちからある程度準備をしておきたいと思っている。また、延命治療はしないと決めており、そのことも家族に伝えている。Qさんは病気の受け止めや死についての考え方を話すとき、看護師Lさんにもインタビューにも落ち着いて明快に説明した。そのことについてQさんも、看護師Lさんに一人で医師の説明を聞いて冷静に受け止めていることに驚かれ感心されたと表現している。

**【抜粋 19 #3PQ1 p5-6】**

Q:2回目の画像見ながら説明聞いた時も、<略>絵面バーンって、1回目もそうやったんですけど、1回目は総合内科が一番始めてその時普通のCTで大方見えてたんですよ、<略>今度は消化器内科で詳しく診てもらう方がいいねって、その時にアカン感じ、消化器内科で詳しく診てもらって、ちょっとアカン感じやなって、で次そこ(消化器内科)で説明されるとは思ってなかったから自分一人で行ってるし、<略>でも先生は(夫が)一緒に来てるもんやと思ってはったみたいで、「私一人ですけど」「ああそうなんや、ほんなら」言うて画像を見せられて「ええ〜もうアカンやん」って思いました、「アカン絵面やん。」

**【抜粋 20 #3PQ1 p6】**

Q:先生も説明しはりました「大きいなとるわなあ」って、もうそれをダイレクトに私に言うてるんやなと思って、臓器がんできていうのは最終的に最後の方には伝えてくれはって、でもそれが転移してるわなって当たり前のように、転移してて切れないステージ4ぐらいやろうっていうイメージでしゃべってはるんですけど、<略>だけど私的にはよくテレビとかである、「こうなってこうなってもう切れない状況でステージ4までいってるどうする?」って聞かはるイメージじゃないですか、「治療をする、えーともう緩和、で治療はいいです」みたいなそんなんあるかなと思ったら、(医師が説明時に)「もうこうなってるやろ、ほいでここまで届かへんから細胞詳しく見ないと抗がん剤決められへんから」、抗がん剤言うてるやんと思って、治療するていやと思って。

**【抜粋 21 #3PQ1 p6】**

Q:(消化器内科で)日程をトントンと決めてくださったので、自分もアカンやつやんっていうのがうすらわかってたから、情報を取るとかいう間もあんまりなくて、<略>もう治療するていで話が進んでるし今度いつ来れる?みたいになって「こっちの肝臓の方から採るから」、「あっそこまで決まってるんや」って思って、「ああじゃあ」って。

**【抜粋 22 #3PQ1 p6】**

Q:それを皆(家族や親)に伝えたらセカンドオピニオン来ないのかって言わはって、まずめっちゃ遠いし、あなた達(親)からは近いかもしれないけど自分達の家族からは遠い、そんなとこに行く気はさらさらなし。でトントンと治療の予定を早め早めに入れてくる、それだけ急がなアカン?私?みたいな、うん急がなアカン<略>それが最善やっていう先生の判断なのかなって思うとそれでええかっていう。

**【抜粋 23 #3PQ1 p6-7】**

Q:結構大きいって先生言はって「胃のここにもちよっとな」って言わはるし、<略>アカンでも急いで入れてくれてる、もうドンドン入れてくれるしドンドン行っとこかみたいなキャラなんでっていう話もしさんに言って、そういう説明やったんで…、こないだ画像みたら大きくなってると言われて。

**【抜粋 24 #3PQ1 p7】**

Q:6掛け(60%の投与量)やしそのままの状況でもよしとせなあかん、10(100%の投与量)入ってないって

言われてて、6 掛けでも頑張るとるでわかってるかな？結構しんどいで、〈略〉大きくなったとしてもしゃあないわ合うへんかって6 掛けしか体力がなかった私がアカンみたいな、〈略〉成果がない6 掛け頑張っても成果がない薬やったら早めに止めて次のへ行こうかっていうのを一応主人としてて。

【抜粋 25 #3PQ1 p7】

Q: その時に薬が効く効かへんがあるし、どんだけやなんてことは約束できへんって先生も初めの時から言わはったので、〈略〉私的には臍臓がんでいうのは長生きできないっていうイメージがあって、だからって治療しないわけじゃないし、だけどもう先がほぼ見えている考えられる、年数とかもある程度あるってなった時に結局何で終末迎えるんやろうっていうのにもすごく興味があって、興味があってっていうか自分はなにでダメになる？っていうのを。

【抜粋 26 #3PQ1 p7】

Q: テレビとかじゃ綺麗にみんな死んでいかはるじゃないですか、でもそればかりじゃないじゃないですか、「可能性あるのこの胃ですかね？」って(先生に)行ったら、胃のどこに浸潤してるのが今回小さくもなくなってかえって大きくなってたし、肝臓の一番外にあるやつも濃くなってたんですよ、私この画像めっちゃ見てる本人やけど大丈夫なんかなって自分でも思いながら見て「ほんならここが一番危険ですか？」って「今度の薬も効かへんかって徐々に大きくなったらその胃が一番ダメージありますか？」って言ったら「こっち側に胃潰瘍的なのと、胃カメラ飲んだ時にこっち側から浸潤してる壁がちょっと赤くなってるといいうのがあったから、そこがもう破れてしまったら吐血になって止めることに一生懸命にならなあかん、抗がん剤はできない、で胃やから食べられないってなったら弱っていくな」って言われて、だけどそれがいつとも言わはらへんかったし、もう可能性があるのはそこがっていうのは(家族に)伝えてて。

【抜粋 27 #3PQ1 p7】

Q: もうそうならえーと延命は要らないので、悪いけどもうそこから楽に、なんやったらこんな(酸素吸入のチューブを鼻に)着けてでもみんなと居られるんやったら…(涙流す)そうしてくれるかなって…、そうなるからアツタフタするより主人も(涙こらえながら)独りぼっちになるから結局、だからそこは伝えといてそうしてもらって最期っていう方が自分の意思が伝わるっていうようなキャラなんで。

【抜粋 28 #3PQ1 p7-8】

Q: そこ(終末のこと)「聞いたんですか？」っしさん言わはったんですよ、終末のこと「聞かはったんですか？まだそんな先ですよ」って言うてくれるけどわからない、効いて小さくなってきてたら「よっしゃ！」って思うけど、次大きくなった時はやっぱりそんなかなとかイメージだけ、それで最期じゃないかもしれないですよ、〈略〉でも近からず遠からずはしゃあないと思ってるし、また2、3年後にいい薬が出るかもしれないよってなったらその時の状態で試してもらうこともできるかもしれないから、わからないこと思っても仕方がない、今わかる状況でどういう風になっていくのかっていうのを、早い人は早いじゃないですか〈略〉そりゃあ2年3年薬が合って頑張れる人もいるけど、自分のイメージとしてはそうやったのでそこを聞いたかって、あとどれくらい居られるのかどういいう終末なのかっていうの、「ほーそ聞かはったんや」ってしさんに感心されました。

【自分の状況をわかってくれる人と話をしたい】

Qさんは普段からそんなに人と話すタイプではなく「しゃべる人が限られている」、「自分のキャラとして人にそんなに話さない」と言っており、話す場や相手を選んで自分の状況をわかってくれる人と話をしたいと考えている。インタビュアーが以前Qさんにがん患者サロンのことを紹介したことがあったが、Qさんはそのことを例にあげて、自分と同じ境遇や体験をしている人でなければ情報やアドバイスをもらっても共感できず、何の役にも立たないと思うと話している。看護師Lさんは副作用について聞くと何でもこたえてくれ、しかも自分の年代や生活状況に合った多くの情報をもっている人だった。さらに、看護師Lさんは自分の状況がわかってくれる人であり、信頼もしていた。だから、看護師Lさんから病気や治療が変更になったことについて聞かれても、自分の考えや気持ちを率直に話すことができた。Qさんは「(看護師Lさんは)聞いて欲しいことを聞いてくれた」、「愚痴を聞いてもらって楽になった」と表現した。

【抜粋 32 #3PQ1 p9】

Q: (インタビュアーから以前聞いたがん患者サロンについて)〈略〉やっぱり年代の違う人にこうやって頑張ってきたね、私も頑張ってるからって言われても、やっはりはるなでもあなた達にはないこの年齢層に必要なこととかあるから、たぶん「そうですね頑張ってきたはりましたよね、そういう例もありますよね」ってその場では



聞くけど、ぶん邪魔くさい、だからしさんとかそういうの知ってはる看護師さんとかに言うて聞いてもらって、  
略>「その年代層やったらそういうこともあるよなあ」って返してくれる方が私はありがたい。

【抜粋 33 #3PQ1 p10】

Q: 聞かないわけじゃないですよ聞くの邪魔くさい、知ってる知ってる頑張っはるやろ、でもそうじゃないねんな  
あ子ども入学やしな一とか卒業式私禿げてるしなとか、そんな 70、80の方にはないじゃないですか、でも  
そんな人達が「頑張ってるなあんたも頑張り」って言われても「うんやってる」って思うでしょうから、  
略>それでも看護師さんは知ってはる、同年代のことも知ってはるから、それをしゃべっても「ああそうやんねー」  
って  
いう返しがる対話はありがたい。

【抜粋 34 #3PQ1 p10】

Q: でもそうじゃない人伝わらへんねんって、元気な時には何にも思っへんかったことがそう思えてくると、やっ  
ぱりこういう状況の人としゃべるかこういう状況の人を知ってる人としゃべるかじゃないと入っこないって  
結構冷たいキャラです。

【抜粋 35 #3PQ1 p10】

Q: (昨日のしさんとの話)聞いてくれはるし、それをうんうんって言って、わかってなくてもたぶん「そうやなあホンマ  
やなあ、冷蔵庫開けたら寒いよなあ」とか、「あ、冷えよるな」とかそういうなんを。

I: 同じ体験を人としてわかって「そうだよねー」っていう風に聞く。

Q: はありがたいです、そんな看護師さんばかりじゃないでしょうけど。

【抜粋 36 #3PQ1 p10】

Q: しゃべれる人が限られてる、実家の親とかに言うても、「近所にそんな同年でそういうがんの人がいて食べ  
られへんわって言うてるけどやっぱごはんは食べなあかん」って言われても要らんし、「それ要らんってあんまり  
わからへんやろ？」って自分の親でも思っへんし、だから邪魔くさいんですよね、食べなあかんって言わ  
れても知ってる、めっちゃ知っへんけど、そう邪魔くさいって言う、だから淡々と進めていっけることもかえ  
ってありがたいことかもしれないし、それに忠実に自分の出来ることは何かを聞いていっけることが今一番や  
らなあかんことかなって、  
略>だからすごくありがたいですと  
思いますよ。

【抜粋 37 #3PQ1 p11】

I: Qさんの伝えたいこと話したいことは伝わったかなという感じ？

Q: うん聞いて欲しいことは聞いてくれはったと思います、伝えたいことって特にはないんですよ。ただぶん、だ  
からあの一あれです、うんと・・・愚痴を聞いてもらうと、楽になる。

I: そういう色々な思いをバアーッとこう率直に。

Q: そうですそうです、吐き出してると思います、  
略>(話し終わって)いや楽ちんになってると  
思います、うん  
気持ちの変化っていか私このスタンスあまり変わらへんと思うんですよね・・・だけど・・・スタンスは変わらな  
いけど、いや楽になってると  
思います。

## 付録 7：事例 4 看護師 M さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー M：看護師 M さん R：患者 R さん

「抜粋 #4NM1 p1」 #4：事例 4 NM1：看護師 M インタビュー 1 回目 p1：ページ番号

### <看護師 M さんの背景>

看護師 M さんは内科病棟で勤務しており、病棟では看護師をとりまとめるリーダー業務や経験年数の若い看護師の指導を担っている。R さんがセカンドライン（2 番手）の抗がん剤に変更するために入院した日、看護師 M さんはリーダー業務を担っており、R さんの担当は経験年数 2 年目の T 看護師であった。R さんは点滴の抗がん剤に加えて、経口抗がん剤を併用することになっており、翌日からの治療に備えて、医師、薬剤師、T 看護師それぞれから治療や副作用について説明が行われた。看護師 M さんは、T 看護師に R さんに行った説明内容や副作用の状況を確認したが、T 看護師から聞いた情報だけでは R さんの状況がよくわからなかった。薬剤師の説明に対する R さんの反応や現在どんな状況であるのか、自分で確かめるために、リーダー業務が一段落した夕方に R さんの病室をたずねた。

### 【患者の安定した状態や親しみやすい性格に安心して話をする】

看護師 M さんは、R さんが 1 年以上も同じ抗がん剤で治療を行っていたので、副作用はどのような状況であったのか、今もその影響が残っているのかどうか気になっていた。看護師 M さんは抗がん剤の副作用で弱った患者をみてきたので、R さんもしんどいのではないだろうかと思っていた。また、抗がん剤治療を変更するという状況だったので、R さんがいったいどんな思いでいるのだろうかということも気になっていた。事前に電子カルテで確認すると、R さんは淡々と説明を聞いて、速やかに次の抗がん剤に切り替わったという印象を持った。実際に病室に行ってみると、R さんはベッドに横たわって休んでいたもので、予想通りしんどいのかなと思い一瞬構えた。最初は様子をうかがうようにして話しかけると、R さんはすっと起き上がって「あ、どうも。お久しぶりですね」と軽快に返答してくれた。R さんが思いのほか元気な様子であることに、看護師 M さんは安心した。続けて外来治療の状況について「どのような感じでしたか？」と質問した。R さんは時々身体に発疹が出ていたが現在は治っていることを、実際に洋服をめくって皮膚を見せながら話してくれた。看護師 M さんは想像よりも皮膚の状態が綺麗であったので安心した。R さんと話しているうちに、1 年前の入院時から人当たりがよく親しみやすい印象を持っていたことを思い出した。R さんは質問したことに対して何でも積極的に話をしてくれたので、看護師 M さんは安心して聞きたいことを聞くことができ、トントコトンとスムーズに話げできた。それは R さんの心身の状態が安定し、反応（言葉、オープンな態度）もよかったためであるが、看護師 M さんも「たぶんあの患者さんの力やと思います」と語った。

#### 【抜粋 1 #4NM1 p1】

M：外来の記録を読む限りでは結構淡々とお話を聞いて、次の化学療法に切り替えていくのを受け止めてはった感じだったので、<略>なんかキャラクター的に受け入れ具合とかどうなんかなっていうのもあったし、セカンドラインってところで前のがあんまり効かなくて、やっぱ落ち込んでるかなっていう気もしたのでちょっと気にはなってたんですけど。

#### 【抜粋 2 #4NM 1p】

M：まず「お久しぶりですねー」っていう感じでお伺いして「結構いつぶりでしたかねー」みたいな感じでお話して、たぶん 1 年以上かなみたいな、で「長いこと外来で治療されてはったみたいですけど、どんな感じでした？」って聞いてみて。

#### 【抜粋 3 #4NM1 p1】

M：時々発疹が出るんやって言われたので、「そういえば退院する時も発疹出た状況で帰られましたよね」って言ったら、そうやそうやって言っていて、<略>それも結局ケモ（抗がん剤治療）の前投薬ですぐに綺麗に治って「今はだから何もねん」って言われて、で見せてくれて、そしたらほんとにもう真っ白な綺麗な感じで、<略>自分が想像しとってよりも綺麗だったからその時点でよかったなと思ってホッとしてて。

#### 【抜粋 4 #4NM1 p2】

M：こう受ける印象としてはだいぶ前向きというか治療頑張っていかなっていうのがあって、不安っていうよりもな

んか頑張るっていう方が、こう伝わってきやすい感じはあって。

【抜粋 5 #4NM1 p2】

M: ちょっとどんな感じで声かけさせてもらったらいいかなっていうのもあったし、で私もカルテの中からだけだったら受け持ったことはあっても、あこの人この人って思い出すまで顔を見るまでは時間がかかって、で顔見たら、あそやこの人結構、言い方あれですけど愛想のいいというか神経質な感じよりはなんか親しみやすくお話ができる人、く略>服を見せてくれるのも積極的にバアーってあげて、こことこことって言ってくれてたのを覚えてたから、あこの方やったなあってなんか覚えてて思い出した感じだったんですけど。

【抜粋 6 #4NM1p9】

M: 最初に行った時に横になってはってテレビもついてなくて、だから最初の印象的にはしんどいん違うかなって思ったんですけど、く略>さっと起きてきはってなんか「あ、どうも」みたいな感じで、なんかそこからまあお久しぶりですねみたいな感じで話しはって、く略>「今回新しい治療が始まるって薬剤師さんから話聞いて特に困ったこととかないですか？」って言うたら「いや特に」みたいな感じやって。

【抜粋 7 #4NM1p9】

M: だから私の最初の勝手な自分の印象よりもお元氣そうやったっていうことに安心したというか、それがまあよかったというか、うーんやっぱりカルテだけ見てもわからないことがいっぱいあるけど、本人さん目の前にしたならなんかちょっと、そうですね結構 2 回目に来た時には皮膚の色も変わったりとか、食欲もなくて細くなってたりとかそんな感じで来てはる人の方がちょっと痛々しいじゃないですけど、だからそういう先入観というイメージがあったから、行ったら確かなんか 1 年前と比べたら変わってはることもあったかもしれないですけど、思ったよりは元氣そうやったから、まあよかったなっていうのがあったかな。

【抜粋 8 #4NM1p7】

M: 今までそんなにスムーズに話が出来ないなんか進まないじゃないですけど、が多いので、結構ご高齢であったりとかで、正直薬の効果とか副作用についてほんまにわかってるんかなって思いながら治療入る人の方が多かったの、思いのほかこつとこつとお話が出来たし、出来たしっていうかお話してくれはったからかなきつと。

【抜粋 9 #4NM1 p8】

M: なんか思ったよりは受け止め方というか、お話のテンポとか感情も全然うーんなんか、あの方はもしかしたら普通の受け取りのやりとりだとは思いますが、けどそうじゃない人の方が多すぎて、逆にホットしたというか。

【治療内容やスケジュールを正確に把握していて前向きであることが確認できた】

看護師 M さんがまず「今回の治療で不安なことはないですか」と尋ねると、R さんから「薬が 1 個変わるだけやろ」という反応が返ってきた。それだけでは R さんの治療や副作用に対する認識がわからなかったの、「薬剤師の説明を聞いてどうでしたか」と尋ねた。すると、R さんは「聞いたで一」と即答し、抗がん剤治療の手帳（日記形式で副作用を書き込めるようになっている冊子）を見せてくれた。R さんは既に治療開始の日付まで記入していた。最初から手帳に日付を記入している患者はめったにいないので、看護師 M さんは R さんが治療に対して前向きな印象を抱いた。続けて経口抗がん剤の管理について確認すると、R さんは経口抗がん剤を取り扱うために必要な物品（手袋やビニール袋など）を準備しており、看護師 M さんはここまで完璧に準備していることに驚いた。ただ、手袋の準備は要らないと思った。当初、T 看護師からの情報だけでは R さんの治療に対する認識がよくわからなかったの、看護師 M さんはまず治療に対する不安を聞いて、説明の手がかりを探ろうと考えていた。しかし、R さんは抗がん剤治療の手帳を手元において活用しようとしており、どんな質問にも素早くこたえが返ってきた。予想される副作用の内容と対策について R さんの認識を確認すると、「こんなんがあるんやろ」と手帳を確認しながら説明してくれた。排泄物や洗濯物の処理もよく覚えており、これ以上詳しく説明する必要はなかった。また、R さんは「点滴が 1 本減って飲み薬が変わるだけだ」と表現したが、看護師 M さんは治療のことがよくわかっていない人の話し方とは違うと感じた。R さんから治療への前向きな意欲が感じられ、これだけ治療や副作用のことを理解しているなら、明日からの治療を継続できそうだと感じた。看護師 M さんはこれ以上の詳細な情報提供は必要ないと考えた。

【抜粋 10 #4NM1 p1-2】

M: 治療で今回不安なことないですか？って聞いたらよくわかってはって、前の薬が 1 個減って飲み薬に変わるだけやろみたいに言っていて、そうなんですって言って、で「薬剤師さんからの説明とかお聞きになられました？」って聞いたら、聞いたでーって言って、さっそく手帳も見せてくれて、手帳にはちゃんと 2020 年 3 月から開始みたいな感じで自分で書いてくれて、なんか色んな患者さんみてきたけど、そこまできちっと最初から書いてくれる人はまあそんなにないので、あ前向きなんやなあと思って。

【抜粋 11 #4NM1 p2】

M: 「お薬明日から開始ですけど準備とか聞かれていますか？」って言ったら、もう袋も準備してあったし、でそこまで要らないかと思ったけど手袋も準備して、言われた通り準備もしてるし「あれやろー薬直接触ったらあかんから、手袋してビニール袋にカスも捨てるようにせなあかんねんやろ」っていう風に言っていて、前の抗がん剤の時は内服じゃなかったけど、こんなにも知っとんかあと思ったぐらいだったんですけど。

【抜粋 12 #4NM1 p2】

M: お話聞かれてどんな副作用がありますかって言った時に、手帳とか見ながら「こんながあるんやろ」みたいな感じで見せてくれてはったから、それで「前のこともあるし気をつけようとは思っとんねん」みたいな感じではあったんで、その時点でまあそこまで詳しくは言わなかったんですけど。

【抜粋 13 #4NM1p 3-4】

M: 今までの副作用のこととかについても、そうそうだから薬始めたら排泄物のこととか洗濯のことについてとか「今までもご説明あったと思うんですけど、覚えてらっしゃいますか？」って言ったりもしたんです、そしたらトイレ 2 回流すことも覚えてはったし、<略>洗濯も問題なくしてくださることもわかったし、でそれから前の化学療法の対応策っていうのがわかってらっしゃるんかなあっていう受け取りにもなったので。

【抜粋 14 #4NM1 p5】

M: 「点滴もあれやろー一本ないだけやろー」とか、で「だから時間もはや終わるやろうしなあ」とか「それにプラス薬が入るだけになるやろうから」みたいな感じで言っていて、<略>彼のなかでは取りあえずは点滴が飲み薬に変わるっていう、今そういう風な受け止めなのであれば、まあそれはそれでええのかなって思いましたその時は<略>、彼のなかではそういう受け取り方なんやっていう。

【抜粋 15 #4NM1 p5】

M: でもなんて言うんですかね、なんかあんまりよくわかってない人の話し方、言い方とはちょっと違うような気がしたんで、なんかこう飲み薬ただの点滴やろって言ってる人と、あの人の方が今まで治療を受けたなかで、点滴が 1 本減ると薬になるだけやろって言ってるのはたぶん違うと思ったんで、うん、そういう言い方、そういう話し方をされる人だっていう風に解釈をしてそこは一旦終わったんですけど、<略>(軽く受け止めるわけではない)そんな風に印象を受けたので。

【抜粋 17 #4NM1 p6】

M: 受け持ち(看護師)さんからはちょっとわからなかった情報だったりとかやっぱり聞かせてもらわないと、明日からたぶん困るのは患者さんやと思ったんで、なるべく困らないようにと思って不足してるかなって思う情報はちょっと頂きに行った感じやったんですけど。

【抜粋 18 #4NM1 p6】

M: (しびれは)結局そんなになくなって、ヒート(飲み薬の入っているヒートシール型の包装)を開けることに関してはたぶん問題はないであろうっていう感じだったので、これならたぶん自分で困ることなくいけるかなっていうのがあったんです。

【抜粋 19 #4NM1p7】

M: こまでのお話の仕方から考えると、今後もうちょっと副作用の話とかももうちょっとしていけるやろうし、明日の化学療法とか受けるのとかも、まあまあ安心して受けてもらえそうかなって思ったし、<略>本人さんだけでこれだけの話が出るんやったらまあ安心というか、今後も継続して続けていけるんちゃうかなって。

【抜粋 20 #4NM2 p10-11】

M: やっぱりここまでこう、ホンマに指導をめっちゃ頑張らなあかんような人っていうのはない印象の方があって、<略>自分でちゃんと理解されてるなっていう、自分自身で治療に取り組もうっていう感じがすごいある人やああっていうのが印象としてあったんで。

【抜粋 21 #4NM2 p11】

M: やっぱり印象としては優等生みたいな感じがあって、でもねサロン(患者会)も行ってお薬の取扱いのこととかも事前に情報があってあの感じなんやったら、やっぱり前向きに頑張ろうっていう気持ちでやっば来てはったんかなあってちょっと思い出しながら。

【次の治療に取り組もうとしていることを知って気持ちの詮索はしなかった】

看護師 M さんは、抗がん剤が変更になったことを R さんがどのように受け止めているのかが気かりであった。というのも、治療を継続している多くの患者が副作用によってしんどい体験をしていることを知っていたからであった。カルテを読むと、R さんは医師の説明を淡々と聞いて治療の変更を受け入れたという印象をもった。事前に R さんと話をした担当看護師にも確認したが、R さんの治療に対する気持ちはよくわからなかった。看護師 M さんは R さんと上手く話ができるかどうかわからなかったが、実際に R さんと話してみると思いのほかスムーズに話が進んだ。確認したいことも聞けてスッススッと話が終わったように感じた。R さんの心身の状態は落ち着いていて、話しぶりからしっかり治療に取り組んでいこうという意欲を感じて安心した。看護師 M さんは普段から治療や副作用の説明をする時に、患者の性格や反応によって伝える内容の量や範囲を加減している。R さんの場合も、まず副作用について覚えていることや対策について質問をして、R さんの反応を確かめながら話を進めた。R さんは質問に積極的に答えるだけでなく、逆に R さんからの質問もほとんどなく困っている様子も感じなかった。看護師 M さんは治療効果がなかったことやこれからの治療に対する思いを確認すると、せっかくやる気になっている R さんの気持ちを損なうかもしれないので、よい雰囲気のまま話を終えることにした。看護師 M さんはひとまず明日からの治療開始にあたって必要なことを説明し、R さんの治療や副作用に対する認識も確認できたので、リーダー看護師としての役割としては十分果たせたと思った。

【抜粋 22 #4NM1p3】

M: まあ淡々と明日からの治療について理解されてるのかなっていう印象でしたね。色んな患者さんと関わってくるなかで、<略> 言い過ぎるのもよくないかなとか思って、せっかくやろうとしてはるし、だからといってわかってもらわなさ過ぎるのも困るので、<略> 患者さんのキャラクターに応じて言うこととかちょっと考えるというか、今日はここまでしようみたいな感じでは思ってたかわるようにはしてるんですけど。

【抜粋 23 #4NM1p3】

M: まず薬剤師さんからの話を先にしてもらったうえであえて行こうと思ったのが、まず聞いてみて患者さんが受け止めて、例えば手帳なり何なりをすぐ自分の手元に置いてるか置いてないかっていうので治療に対する前向きさじゃないですけど、やろうか、やらまいかっていうのがわかるかなっていう、私のなかのポイントというか、向こうの方に(手帳を)仕舞い込んでる人はあんまりわかってないかもしくは手帳は怖いから見ないっていう人もいたの。

【抜粋 24 #4NM1p3】

M: もうそれ(手帳)をさーっと自分の手元にあってすぐに見せられるように「これやろ貰ったでー」って言ってしてると、あとは日付をちゃんと書かれてはたっっていうところが、あれがたぶん一番ネックでしたね、あんなにこう自分の治療計画をバーンって表面にあげて、でやっていこうっていう風な、<略> 意欲的に私には見えたので、であったらまずはまあやってみるつもりだろうし。

【抜粋 25 #4NM1 p4】

M: 結構もっと思うことが多いなかであんまり思わずに話ができかなー、むしろなんかかなりスムーズに話が出来たと私は思ったんで、でも今がそういう感じなのかもしれないから、とりあえずここまでしようかなと思ったのも、ちょっとそれがあったからなんですけど。

【抜粋 26 #4NM1 p5】

M: なんか結構ボンボンとこっちが聞きたいことが別にこうボンと返ってくるし、そのなんか受け止めとかどうなんやろうとか、この薬ほんとにわかってるんかなあっていう印象があまりなく話が出来たの。

【抜粋 27 #4NM1 p6】

M: リーダーとして患者さんに行くとなるとやっぱりこう、<略> どこまで聞くというか踏み込むじゃないですけど、いきなりやって来た人にこんなこと聞かれてもなっていうのもきつとあるかなと思ったの。

## 付録 8：事例 4 患者 R さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー N：看護師 N さん R：患者 R さん

「抜粋 #4PR1 p1」 #4：事例 4 PR1：患者インタビュー1回 p1：ページ番号

### < R さんの背景 >

R さんは切除不能進行膵臓がんと診断され、外来通院でファーストライン（1 番手）の抗がん剤治療を 1 年以上続けてきた。最近、血液検査で白血球の数値が下がって抗がん剤治療を延期する機会が増えていた。加えて腫瘍マーカーの数値も増加していたため、CT 検査を行ったところ腫瘍の増大を認めた。ファーストライン（1 番手）の抗がん剤の効果は無効と判断され、セカンドライン（2 番手）の抗がん剤に変更することになった。セカンドライン（2 番手）の治療では新しい内服の抗がん剤と、これまで使用していた点滴の抗がん剤を併用することになった。R さんは新しい抗がん剤治療を行うために、消化器内科のある病棟に入院した。午前中に担当看護師や薬剤師から治療や副作用に関する説明を受け、夕方に看護師 N さんと話をした。説明を聞いた日の夜から新しい内服の抗がん剤が開始になった。また、研究者がフィールドワークで得た情報として、R さんは院内のがん患者サロンに毎月参加しており、そこに参加する人達と病気や治療のことについて沢山の話をしている。

### 【治療や副作用のことは自分のタイミングで情報収集して理解したい】

R さんはファーストライン（1 番手）の抗がん剤の治療では「全然副作用がなかった」ので、新しい抗がん剤の副作用がどのように出るのか気になっていた。「今までどうもなかったんが食欲の方に副作用まわるんかなと思って」と語り、食生活への影響を心配していた。というのも、以前がん患者サロンに参加した時に、R さんと同じ内服の抗がん剤で治療をしている人から、食生活が苦しいという話や、皮膚障害で手の皮膚が変色することを聞いて知っていたからだった。R さんは旅行に行って美味しいものを食べることを楽しみにしていたので、食べられなくなることはとても気がかりだった。しかし「（看護師に）まだ聞いてないんですよ、おいおい食事しながら聞こうかな」と言っており、看護師 N さんには質問しなかった。R さんは普段から治療に関することは自分で調べるようにしているが、新しい抗がん剤のことは質問できるほど調べていなかった。また「前知識がありすぎてちょっと怖い」と思っており、「この治療中になんか体に副作用があった時に聞こうかなと思っている」と語った。実際に、看護師 N さんに確認すると、「R さんは副作用が前も薄かったから薄い可能性もあるし、この薬に合わなかったらきついかもわかりませんね」と言われ、副作用にはかなり個人差があることを知って少し安心した。R さんは治療や副作用について自分なりに聞くタイミングを選び、情報収集して理解したいと思っている。さらに、最初から急いで全ての情報を得るのではなく、実際に自分で体験してから聞きたいと考えている。そのことを「先走って聞いていてもまた忘れるし、だからその都度その都度その状態になった時に聞いてみたらと思って」と表現している。R さんは実際に自分で体験してから聞いてみるというスタンスであり、情報収集する内容や相手も選んでいる。

#### 【抜粋 1 #4PR1 p1】

R: 昨日の看護師(N)さんと話した時に「先生からこういう風に言われてるんですが」という話から「ほんならもうよく知っておられて」、画面をみて「そうですね薬が変わるんですね」って言われて、でその中で「なにか不安がありますか？」って言われたんでく略>、「どうなんですかね皆これされた時はなんか副作用強いんですか？」というのを一番に聞いたんですよ。

#### 【抜粋 2 #4PR1 p1-2】

R: サロンで受けてた奥さんからく略>点滴の治療から飲み薬に変わったらひどいんですよって聞いてたんでちょっと考え込んでたんですよ、予備知識がありすぎて、く略>やっぱり食生活が苦しいですねいう話されてたのを聞いてたんで、私前の薬で全然副作用がなかったんで、その不安があって入った時に看護師さんにそういうのを質問したんですよ。（食生活の話は）その時はしてないんですよ、おいおい食事しながら聞こうかなあ思ってまだ聞いてないですよ、やからこの治療中になんか体に副作用があった時に聞こうかなあとは思ってるんですけどね、前知識がありすぎてちょっと怖いから、その前知識はねもう色んなやつ（サロンやセミナーに）行ってるからね、それをあんまりぶつけ過ぎてもあかんのやなあと思って。

【抜粋 3 #4PR1 p2】

R: 聞きすぎてもね個人差ごっつありますよっていうからね、それも一番最初に言われて個人差ごっつあるんでね、Rさんはそれ副作用前も薄かったから薄い可能性もあるし、この薬に合わなかったらきついかわかりませんねえ、いう話だけもらったのでそれちょっと安心したんですけどね、うん逆にね個人差が多いんでね。

【抜粋 4 #4PR1 p2】

R: 一般に言われてる会話聞いたって僕はどのぐらいのレベルにおるんやろ、最初は副作用きついですよって言われて大変や思ったんやけどあんまり軽すぎたんでなんやろ薬効いてないのかなあ思って先生に尋ねてみたりは最初してたんですよ、〈略〉僕全然どうもないの薬が効いてないんですかって聞いたら、いやそんなことないですよ個人差が多いですよって、それで結果見たら聞いてるし。

【抜粋 5 #4PR1 p2】

R: まあ前兆が出てきてからちょっと聞いた方がいいかなと思って、前と同じように副作用なしでいければそれに越したことはないし、なんか変な状況が出るんだったら便とかおしっことかになんか薬の作用で出るんやったらいうのは、これから聞こうかなと思って。

【抜粋 6 #4PR1 p3】

R: いや前みたいに事前に調べてないからその薬を。前は処方されて治療用の白い用紙に出てきますねえ、清算終わってあれで薬をチェックして。(薬剤師からもった冊子は)読んだだけ、気にしてないまだ読み込んでないから。だから最初の治療の薬はアブラキサンというのはどういう作用があるんかというのは調べた、で化学療法の看護師さんにも聞いた、ほいで不安もなくなって。

【抜粋 7 #4PR1 p3】

R: (看護師 N さんに聞きたいこと)聞きましたよ、先生にも聞いたし「この薬やられとる人前聞いたんやけどどうなんですか？」というのはある程度教えてもらえたんと、薬剤師さんがパンフレットで説明されてこういう副作用があるので一応お伝えしておきます言うて冊子もってるんですよ、だからその予備知識はあるんでなんかあったら看護師さんに言ってボタン(ナースコール)でも押して呼んで処置してもらわなあかんからいうのは構えてるんです。

【抜粋 8 #4PR1 p5】

R: (看護師 N さんに聞くことを)まとめてなかったから、ちょっと疑問だけを、だからこの(副作用の)流れの最後の方まで聞いてないから。(治療の)サイクルに関しては先に説明があったからね。

【抜粋 9 #4PR1 p9】

R: 初期段階の治療がちょっと上手いこと最後までいけなかったから中段階できたんやったらもう最終しかないのかまだもう1回あるのかね、まだ調べてないけど。

I: 調べて自分のなかである程度納得してから相手に聞きたいみたいなスタンス？

R: そうそうそう、やから今ツーステップ目いってる薬で長らくいけるのか副作用が出てきてもうスリー段階目にいかなあかんようになるのかね、あの奥さんの話だともう手が真っ黒になるんで今薬止めてますいう話もあったんでね。

【抜粋 10 #4PR1 p11】

R: (その次の治療は)ちょっともう聞く気はないけどね、このステップでごっつい副作用が出れば先生に相談せなあかんし。

【抜粋 11 #4NN1p12】

R: (看護師 N さんと話し終えて)あんまり質問がようさん出ないぐらいまだ把握してないから、薬の状態をパンフレット読んでやっと把握したばかりやから、前のパターンとは違うことはわかるんやけど、家では重要に管理してくださいということまではわかって、で副作用うんぬんは今から出てくるからまあこれは一般的な人の分ですねという話までで終わってるから。(看護師 N さんの言っていることは)ああ理解できてますよ、〈略〉先走って聞いたってまた忘れるし、やからその都度その都度その状態になった時に聞いてみたらと思って。もうほぼ聞きましたけどね、化学療法はもう聞く必要ないしな今までだいぶんこなしてるから。

【内服抗がん剤の管理や副作用対策を厳密にやれているかどうかわからない】

Rさんは、以前に参加したがん患者サロンで薬剤師のレクチャーを聞いた時に、内服の抗がん剤を取り扱う時は手袋をした方がいいということを知った。実際に病棟看護師から抗が

ん剤を取り出した後のカラや、抗がん剤に触れた手袋やゴミ袋はすべて厳重にまとめて廃棄するように聞いて、「きつい薬なんですね」と思わず反応した。Rさんは事前に自分で手袋やビニール袋を準備していたが、看護師Nさんや他の看護師から「誰が手袋言いました？私ら手でしてますよとか言われて、ええー？と思って」と、手袋は不要であるという説明に驚きを表現した。Rさんは本当に手袋をしなくてよいのか疑問に感じて看護師に質問したが、どの看護師も慣れれば「プチッとしたら（カップの）下に落ちるから薬には手は触れない」という説明を繰り返した。Rさんは抗がん剤を手で触れてはいけないという話から、それほど「厳密な薬である」と認識したのだが、看護師がやってみせた方法は素人には難しく安全に実施できるとは思えなかった。自分が事前に知っていた情報とは異なるため、なぜ行き違いがあるのか、自分の得た知識は確かなものではないのかと考えた。看護師は「プロフェッショナルなのでしくじらない」が、「僕ら一般はしくじる可能性あって手に汚れたらどうしよう」と心配だった。看護師から慣れるまでは手袋をして飲み薬を取り出してもよいと言われたので、退院するまでは安全な方法である手袋をして飲み薬を取り扱った。退院後、自宅に帰ってから何度か挑戦してみると、手袋をせずともコップのなかに上手く飲み薬を取り出せるようになった。「薬の穴から剥がしてでもプチッと出来るようになったから、要領ですねあれも」とRさんは表現した。

【抜粋 12 #4PR1 p4】

R: 今日の朝の人(看護師)に「1週間ぐらいかからんと(副作用)出ないですか？」って「そうですねえ4日以上やらんと出てこないですねえ、まだ飲んだばかりじゃ何も出ないですねえ」言うて、く略>でなにぶんきつい薬なんで手で触れないとかトイレに行ったら蓋をして2回流してくださいとかね、そういう注意は受けました。飲む時に飲む前にね、いやすごい薬なんやなあ思っ。

【抜粋 13 #4PR1 p4】

R: 最初に(看護師が)カップ持って来たんでね、ドロい液体かなあと思って勘違いしてたら「いやちゃうんですよ」って飛んだり触れたりしたら困るから手袋してもらって、はじめて入れてもらって一気に飲むためにコップに入れて、家帰られたら使い捨ての紙コップでもいいですとかね、で手に触れなかったら紙コップ上が大きいんでプチプチと下で他へこぼれないんでそれは臨機応変に、なんせ薬に触れないでください素手で、薬のカラもちゃんと処理して捨ててからくって普通のゴミで捨ててください、第三者に触れないように処置してくださいって、もそこで「めっちゃきついんですねー」いう感じで言ってしまいましたけどね。厳密なんやな、普通の薬ね今までやったらポツと落としたって手で摘んで皆飲んでますもんね、それがいちいち触れないようにしてから飲むいうね、そういう厳密さからきたらま、それだけの威力のある薬なんかなあ思ったりね。

【抜粋 14 #4PR1 p12-13】

R: めちゃくちゃ厳密やなあ思っ。 (想像以上に厳密で) そうそう、そうそう、(びっくりしたことは) 言いましたよ、「この薬はこんだけ管理するんです」って(言われました)。普通のゴミでポイと捨てないでください、ポリ袋に受けて手袋も使ったらその手袋も入れて封して普通のゴミに捨ててください、他の人の手に届かないように、他の人が触らないように管理してくださいというのを厳密に言われました、コップもちょっと薬チョコチョコとのっただけやのに洗浄してください。

【抜粋 15 #4PR1 p14-15】

R: 「誰が手袋言いました？私ら手でしてますよ」とか言われて、ええー？と思って。看護師さん手ですよ素手ですよ、いや跳ねるから手には触れないから、プチッとしたら(カップの)下に落ちるから薬には手は触れないから言うから、これ何で行き違いがあって手袋なんやろう思っ、僕そういうの聞いてたから、く略>現場ではしてないいうからく略>「いや～薬は私らしてないですよ」言うからね、そしたら僕の知識はどこからやろう思ったりして、く略>プロフェッショナルはしくじらないけど、僕ら一般はしくじる可能性あって手に汚れたらどうしようとかね、薬をほっといて手洗いに行った方がいいのかとかそんなもあるからね、そやから最初はもう手袋していいですよって言われたからね、慣れたらもう上手に落としてください。

【抜粋 16 #4PR2 p15】

R: 入院して聞いたら別に手袋要らんよ言われてしもうてね最初は、いや看護師さんしよらへんからね、「いや言われたんですけど」言うて話しよたらね、「いや当たらず上手いことすれば」言うてね、最初は手袋しよってもう退院する頃「なんか手に当たらなかつたら手袋はいいですよ」なんか言い出して、「私ら薬から離れてやってるから、まあ上手いこといけば出来るんですけどねー」って言われたから、それはもう退院の頃にね何回かやって「いやなんか手袋するんでしょー」言うたら、「ほんならRさんやとってください」って言われて、ほいでやってたら看護師さん自体2回ぐらいやってくれた時はなんか、手結構離してプチーってやって飛んでったからね袋のなかに「慣れたら薬に当たらなかつたらいいですよ」とか言い出して。



【抜粋 17 #4PR2p15】

R:(看護師には)言うたけど、まあ「基本してもらっていいですけどー」言うて、「私らは当たらないし慣れてきたらたぶん当たりませんよ」とか言われるから、<略>便宜上ね「消耗品も要るし当たらなかったらいいし、もう飲んだらコップ洗う時に手も一緒に洗うから、その2分くらいの間やからいいんちゃう？」とか言い出して。

【抜粋 18 #4PR2p17】

R:もう実践したらね、僕もやったし看護師さんがやっとなんか大きいもんで受けてるから。結局どない言うんかな、薬の穴から剥がしてでもプチッと出来るようになったから、プラスチックの間口の広いのんがあったんでね、どうせ毎回洗って使ってるから、元に戻って手袋は消耗品要らなくなったような感じで。なんか薬に当たらなかったらいいけど、最初はちょっと無理かなあとと言われて、要領ですなあれも。

### 【生活のなかで必要な情報を経験にもとづく情報をもっている看護師からかき集める】

Rさんは治療や副作用については何でも自分で調べて情報収集をするようにしている。副作用についても個人差が大きいと聞いており、実際に自分で経験した副作用からも実感している。ただ、自分の治療や副作用の程度が他の人と比較した時にどの程度なのか、生活のなかでどのように対処したらよいかといった具体的な情報は、本やパンフレットを読んだだけではわからないことが多い。それで、日頃からがん患者サロンやセミナーに行っていて情報収集をしているが、最も役に立つ情報が得られる場所や相手が化学療法室で勤務している看護師だと思っている。化学療法室の看護師は予測される症状や、自宅に帰ってから困らないような対応などについて教えてくれるので、安心して備えることができると感じている。また、実際に抗がん剤治療を行っている患者と看護師のやりとりを見聞きしていると、自分の知らなかった情報がわかり、納得することが多い。

【抜粋 20 #4PR1 p3】

R:(化学療法室で)カーテン越しに看護師さんとの会話聞いてたら、すごい治療やってるんやなあと思って、<略>薬が3時間もかかるとかね、<略>その時に話してるの皆納得して聞いてるのすごいですね、<略>あそこは2時間以上おるでしょ、看護師さん入れ替わりくるでしょ、ほんなら話してるの聞いたらね、すごいなあここではそういう会話が飛んでるんや、だから皆これごっつ役立ってると思いますよ、先生説明しないけど。そんだけの数こなしてるからね、<略>だから皆納得して寝てる人もおるし、<略>やっぱりこの会話はすごいなと思って、何となしの会話聞いてとったら周り皆それなりにしゃべって納得してるんやと思って。

【抜粋 21 #4NN1 p5】

R:あんな経験してる人(化学療法室の看護師)はねめっちゃ役に立つんです、ごっつい役に立つんですよ、あんな会話聞いてたらね、処置受けとてほしいっばい、カーテン越しでしょ、めちゃくちゃしゃべってますもん皆、<略>色んなことを相談して。

【抜粋 22 #4PR1 p8】

R:なら患者さんも薬変えてもうたんですとかいうとうもんね、ほんならそれに対して「こんなこともあるから気をつけてね」とか言ってるのを聞くとかね、やっぱりすごいなあと思って、化学療法やってる人はそれなりのこと毎回やってるから、<略>このアナウンスする言うの？すごいですね、今日変わった薬はこんなことがあると思うんで気をつけてくださいとかね、今までの患者さんのデータがあるから、この人この薬今日変わるとるの前の人こんなことがあったって聞いてたからあるんちゃうかなっていう情報を流してやるのもすごいなあと思って、ならその人も新しい薬うって帰っちゃうからそれは覚悟して。そうそうやからめっちゃ勉強なるんですよ、やっぱりないしてじーっとしとてうけどね皆の会話聞いてとったら、ああすごいこと聞いてるなあと思って。

【抜粋 23 #4PR2 p16】

R:助かりますよ、あそこ(化学療法室)の看護師さん雑談がてらね聞いてくれるから、ほいでねデータ見られてね、今こんな状態やから、あなたこういう血液の値やから普通の人一緒やけどねとか言うからね、それであれやったらいいんちゃうとか、軽ーていんちゃうとか前も言われたからね。

## 付録 9：事例 5 看護師 N さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー N：看護師 N さん S：患者 S さん

「抜粋 #5NN1 p1」 #5：事例 5 NN1：看護師 N インタビュー 1 回目 p1：ページ番号

### <看護師 N さんの背景>

看護師 N さんは看護外来に所属しており、普段から各診療科の医師の依頼を受けて病状説明の場に同席している。そして、がん告知や再発転移などの悪い知らせを聞いた後の心理的支援や、治療選択や療養に関する意思決定支援などを行っている。2ヶ月前に主治医から依頼を受けて、S さんの病状説明の場に同席した。S さんは、前立腺がんのために分子標的治療薬による治療を続けていたが、PSA（ピーエスエー：腫瘍マーカー）が上昇し、検査で新たな骨転移が判明した。そのため、S さんには治療薬の変更が提案された。その時看護師 N さんは「治療を変更するにあたって病状の理解や、本人がどう認識しているのか、病気が悪くなっていくとすればどういう風に過ごしたいのかみたいなこと思いながら」同席した。看護師 N さんは、医師から頼まれていたことや、S さんの気持ちが気になったこともあって、診察後 S さんに「病気のことや、どう過ごすかみたいなことをお伺いしたい」と伝えた。S さんはすぐに話をすることに同意し、自分の考えや気持ちを話してくれた。その後も看護師 N さんは外来診察の度に S さんに声をかけ、時間をとって今後の治療や療養生活について話をしてきた。インタビューを行った時期は、S さんと 3 回目に話をした後であった。

### 【次の抗がん剤はもう効かないのではないという患者が、治療なしだと死に向かうことを理解しているかを確認する】

看護師 N さんが、S さんと話をするきっかけになったのは、主治医から同席を頼まれたことであった。医師は S さんにこの 4 年間でホルモン剤や抗がん剤など何種類も治療を変えており、いよいよ次に出来る治療は抗がん剤だという説明を行った。すると S さんは「抗がん剤はもう効かないと思うので受けないでおこうと思います」と明言した。看護師 N さんはそれはそれで一つの選択肢だと思う一方、あまりにもあっさりと言いきる S さんの様子を見て、本当に病気のことを理解しているのかどうか心配になった。治療をしなければ確実に死に向かうことになるが、S さんはそのことについて分かっているのだろうかと感じた。診察後に S さんから話を聞くと、抗がん剤治療をしないと決断したのは、今までの治療や副作用の経験からこれ以上治療をしても治らないと思っているためであるとわかった。さらに、治療をしなければ確実に病状が進行していくこともわかったうえで、S さんは治療しないと決めているのだと感じた。普段は今後の治療をどうするか、どこで過ごすかという話はあまり進まないことが多く、看護師 N さんがいつも神経を使う話題である。しかし、S さんの場合は病状の認識が医療者の認識と一致していることを実感した。S さんは今後の過ごし方について考える必要があるという話にも全く驚く様子ではなかった。そのため、緩和ケアや今後の過ごし方などの話をすることには、安心して話題にすることができると感じた。

#### 【抜粋 1 #5NN1 p1】

N: 病気のことも、やっぱり 4 年ほどこの人闘病されてるんですけど、ホルモン療法とか抗がん剤も使ってく略 > 結構何種類も変えていよいよ次出来るのは抗がん剤かなみたいな話をされた後だったんですけど、治療のこと「抗がん剤はもう効かないと思うから、今まで色々やってきたけど効かなかったし、今回薬を変えても効かないように思うから、もう受けないでおこうと思います」みたいな、それはそれで一つの選択だなあとも思いながら、ただまあ一方で、いやホントに理解してるのかなとか、あの一病状をね、そうなる次はこう悪くなっていくわけなので、その辺りがこう気になって、それをどう聞こうかな、なんて思いながら、とにかく話していただくのを第一にしてたなっていうのがあります。

#### 【抜粋 2 #5NN1 p2】

N: 病状理解のその先の変化のこととか、それも踏まえて治療はしないみたいな意思決定ができてるんだなみたいなのが一つですね。

#### 【抜粋 3 #5NN1 p2-3】

N: お兄さんと病状の話をするのが結構時間がかかって、<略> 本人よりもお兄さんの「そうは言っても何とかなるんじゃないか」みたいな話が大変だったなど、結局そもそも本人が自分でお兄さんにホント繰り返す形で、そうは言っても病気は進むんだと、自分は治療は変えないし効かないと思うからしないんだみたいな、

だからやっぱりいずれ病状が進んで自分で自分のことが難しくなるという話をなんとか繰り返されて、最後にやっとお兄さんもまあそれならみたいな。

【抜粋 4 #5NN1 p3】

N:自分が看護師として把握したかった病状の理解とか認識みたいなことと、なんか全然違う話で終わるのを避けたかったので、ま結構切り出したとかその話がしたいみたいな持っていったのもあるかもしれないです、でそこから初めていつもなんか途中ででも療養のことどう切り出そうみたいなのは考えるかもしれないですけど。

【抜粋 5 #5NN1 p9】

N:Sさんはこの主治医に対しては特に発言はなくてもうどっちかっていうとすごく、先生が言うのはごもっともっていか、仕方がないそれは事実みたいな、<略>同じ主治医の患者さんでそういうこと(冷たい言い方など批判的なことを)言う人もいたんですけど、このSさんはそういうことじゃなくって、まあ先生が言うのもわかるみたいなのも、(私が)助かった部分かもしれないです。

【これまでの治療体験と情緒的な安定から、治療を受けない覚悟の確かさを確信する】

看護師 Nさんは治療しないつもりだという発言を Sさんから聞いた時、本当に病状を理解しているのだろうかと思いつつも半信半疑の気持ちだったが、話をするなかでその疑念はすぐに払拭された。というのも、Sさんの意思決定が4年間の闘病体験に裏打ちされたものであることを理解したからであった。Sさんは抗がん剤、ホルモン剤、分子標的薬を何度となく変更して治療を行ってきたが、一時的な効果は認めてもしばらくすると PSA (ピーエスエー:腫瘍マーカー) が上昇するという体験を繰り返していた。看護師 Nさんはそのことを知っていたので、Sさんが残された抗がん剤で治療をしても効かないだろうと思うのは無理もないことだと感じた。また、Sさんは前立腺がんの診断を受けた時から骨転移やリンパ節転移があり、「1年くらいしか生きられないと思っていた」が、治療のおかげで「4年生きられた」と看護師 Nさんに語った。その言葉を聞いて、看護医 NさんはSさんが治療することに拘っておらず、落ち着いて現状を受け止めているのだと感じた。さらに、医師から提案された免疫療法についても、検査の結果治療ができる確率はかなり低いことも理解されていた。Sさんに悲観的な様子はなく、話しぶりもいつも穏やかであったことから、看護師 NさんはSさんの語りと態度に矛盾がないと思った。

【抜粋 6 #5NN1 p1-2】

N:お一人暮らしで、家族が遠方で頼れる人がいないっていうのもあったんですけど、なんかすごいしっかりした方で、病気のこともその認識も今は元気だけどなんかやっぱ悪くなるんだろうとか、痛みが出るの?とか動けなくなるの?とかなんか結構私が心配してたその、この先悪くなっていくっていうことも理解した上でその治療、抗がん剤はしないっていうことは話されたので、なんかちょっと逆にまた話しやすく、ホッとしたというか。

【抜粋 7 #5NN1 p2】

N:なんかその辺(病状や現状)の認識がズレると、この人とこの先どうしようかなあってすごく迷うところなんですけど、結構そこもご自分から話してくださるのもあって、先生の説明が良かったからっていうよりたぶん本人の理解力とか、なんか一人だからちゃんと考えなきゃみたいなところが、<略>ちゃんと考えておられたと思えたところなんですけど。

【抜粋 8 #5NN1 p3】

N:最初のその目的のところでは本人がなんかすごく理解されて結構話して下さった方かなあと。なんかもうだいたいこのころはこういう風に決めて、そういう風にいこうかなと思ってらんだよみたいな、うん、いつもそこが苦労するところだとも思うので、<略>ちょっと病状の理解とか本人の認識とかが医師の判断とズレたりすると苦労するな、あの困るなってところがあるんですけど、そこがこの方はしっかり医師の説明と本人の理解が一致してたりしたので。

【抜粋 9 #5NN1 p3-4】

N:この方の人となり、性格っていうか悲観的じゃなかったとかね、なんか悪い話なんだけどすごい強い衝撃を受けるというよりも、なんかまあ経過が4年あったせいだと思うんですけど。あそうそう、本人が最初は前立腺がわかって、その時点で骨転移とかリンパ節転移もあったからもう1年くらいしか生きられないと思ってたけど4年生きられたからみたいなことをおっしゃったのもあるんですけど、そういう経過があって今だから

受け入れがまあ出来てたっていうのと、本人の人となりというか性格でああいう形だったと思うんですけど、結構この違いもあったかもしれないです、<略>病状の受け入れ？受け止めもなんかこう看護師としての私にとってはすごく救われた部分だったなあと思う方ですね。

**【患者の覚悟表明が先行し、安心して死を前提に今後の計画を話し合うことができる】**

Sさんはがんの転移再発や治療薬の変更について説明を受けた後、その場でこれ以上抗がん剤治療はしないという意思表示をした。看護師NさんはSさんの決断は揺るぎのないものであると実感したので、感情への対処よりも緩和ケアや今後の過ごし方について具体的話を進めた方がいいと考えた。一方でそれは、いずれ死が訪れることを前提にした話になるため、看護師Nさんはどのように話を切り出すべきか、どのように話を進めたらよいか少し不安があった。また、今後の過ごし方を話し合う際は「結構緊張する」と言っており、特に患者側の認識と医療者の認識がズレていると感じる場合は、殊更話し合うことが難しいと感じている。しかし、Sさんの場合はどのように話を進めるべきか迷う間はなく、Sさんの方からこの先の過ごし方について話してくれるような状況であった。Sさんは「できる限り自分で過ごして、いよいよ自分のことが出来なくなったら、きょうだいのいる地元の緩和ケア病棟に入院したい」と話された。また、そのことは正月に田舎に帰省した時にきょうだいにも話していることを知って、看護師Nさんは「おお～っ」と感心した。そのことを「医師の説明がよかったというよりは、おそらく本人の理解力や一人なのできちんと考えていかなければというところがあったのだと思う」と表現し、本当にしっかりした人だと思った。看護師Nさんは、振り返ると随分本人に救われた形で話ができたとと思うと語った。

**【抜粋 10 #5NN1 p2】**

N:療養のこともなんか悪い知らせのあとってよく聞いたりするんですけど、どう過ごしたいかとか、どこで過ごしたいか結構そこも聞くにあたってこう、切り口というか糸口みたいなって結構悩むことが多いんですけど、またこの方は自分でそういう治療をしない話、この先どうなるのかみたいな中で、自分は一人だから元々住んでる田舎の方にきょうだいがいるので、実は少しお正月に話をしたいよよ動けなくなったらとか悪くなったら、そっちの緩和ケアの病院に入院する話も実はしたんだみたいな。またそこで「おお～っ」と思って、あこの人ほんとにしっかりした人だなあとか、その辺で話をするのが結構こちらとしても緊張するところでもあるので、なんかもう素直に、はいそこまで決めてくれてるんなら良かったなあみたいな方だったと思います。

**【抜粋 11 #5NN1 p3】**

N:神戸でできる限り、自分でできる限り過ごして、いよいよ自分のことが出来ないっていうか難しくなったら地元の田舎の緩和ケア病棟に行きたいっていうことははっきりおっしゃったので、じゃ次はその段取りにいきましようかみたいな、まあ随分本人に救われた形だったと思うんですけど、それがこう本人があそこまでちゃんと理解と意思がないとやっぱりすごく難しいなあと思うんで、なんかそこがいつも苦勞するところがなんか結構逆な方だったなあみたいなのは。

**【抜粋 12 #5NN1p 5-6】**

N:だからほんとにこう悪い知らせの後だしまあもっとオープンにどうでしたかみたいな、あの気になることとか不安なこととか気がかりなことどうですかって聞く人もいるんですけど、でSさんがもう治療しませんとか結構はつきり、診察の時からおっしゃってたのもあって、じゃあそこで私もなんかこう悪い知らせの感情への対処っていうよりも、この人はまあ具体的に病気をどう理解して、でこの先のことを思ってどう過ごそうとしてるのかっていう話をした方がいいなってたぶん思ったんだとおもいます。

**【抜粋 13 #5NN1 p9】**

N:だからもうほんとこの人はそういう意味では私の中でのプレッシャーとかになるようなものは実はなかったので面談も繰り返してもう話しやすかったというのと、目的が一致してたみたいなのはやっぱりあったんだろうなあっていう。

**【患者の発言から心配事「今後一人でのりきれるか」を特定し、先回りして情報提供を行う】**

看護師Nさんは、Sさんの実家が現在住んでいる場所からは離れているので、今後Sさんがどこでどのように過ごしたいと思っているのかを聞いて、緩和ケアに関する準備が必要であると考えた。また、Sさんは一人暮らしであるため、今後病状が悪化した時に周囲にSさんを助けてくれるような人がいるのかどうかとても気になった。Sさん自身から「ここがす

ごく不安だ」という言葉はなかったが、Sさんの話しぶりからSさん自身もこの先一人で乗り切れるのかどうか気がかりにしていると感じた。そのことを「Sさんは一人だからこの先のことが気がかりであるという風に話しながら解釈して」と語り、家族以外に頼れる人や場所があるという話をすると安心できるのではないかと考えた。Sさんの気がかりに対応するために、今後の療養について話を聞いて一緒に考えることにした。看護師NさんはSさんの気がかりを「このことですね」と具体的に表現し、自宅で安心して過ごせる環境を整えるための情報提供を行った。さらに、家族の状況を尋ねるとお兄さんの話をされたので、お兄さんにも同席してもらい、Sさんの病状やこれからの過ごし方についてわかるように紙に書いて説明を行った。Sさんは自分で身の回りのことが出来なくなったら、緩和ケア病棟で過ごしたいと思っていることを知ったので、緩和ケア病棟に関する情報提供を行い院内の専門部署の紹介も行った。看護師Nさんは自分の伝えたいことがSさんにも上手く伝わったのではないかと感じ、「私がここが気になってるのかなと思って伝えたことが本人と合ったんでしょね、私がここ決めといた方がいいよねって思ったことと、本人がここ決めときたいなっていうのが合ったっていうところだと思うんですけどホントに」と表現した。

【抜粋 14 #5NN1 p2】

N:あと一人でこういう悪い知らせ聞く人はあと家族がどうなってるのかみたいなのはまあまあ気になるところで、この人ホントに一人だったので何か色々その、でもそういう自分の考えをきょうたいは認めてるのかみたいな話もちょっと伺って、で話してる途中で私が気になったもので、したら兄がいるんだ一みたいな、<略>まあ一緒に聞いてもらうのはその人だみたいなことになって、で2回目かな次の外来の時に兄を呼びましよう、一緒に聞いてもらってた方があなたにとっていいんじゃないかみたいな話をしたら、<略>次の外来にちゃんと(お兄さんと)来てくださって。

【抜粋 15 #5NN1 p4-5】

N:たぶん私が説明したそこ(緩和ケアの話)がすごい記憶に残ってるんだと思います、たぶん彼は色々自分で考えてたけど実際にこういった面談をして、1対1で「いやあなたの言うことはその通りだし、じゃあこういう風にしたらいいんだよ」みたいな話をした人は今までいなかったと思うんですよ、外来のこの経過の中で、でたぶん彼がすごい気がかりにしたのが自分で乗り切れるのかどうかだと思ったので、たぶん文字にして書いてこれからの過ごし方って。

【抜粋 16 #5NN1 p5-6】

N:それ(緩和ケアの話)が本人にとっても気になってた部分だと思いました。

I:Nさん自身も気になってはいたんですね。

N:気になってました。あの一人だし悪くなっていくところで誰か助けてくれる人がいるのかどうかっていうのは結構気になって、それは家族がいても同じ状況なんですけど、神戸にはなんか知人がいて相談にのってくれるか定期的に連絡をとるのかな、病状のことも知ってるような友達、知人がいるんだけど、まあ療養の世話というかそこまで頼もうという感じにはうけなくて、じゃあどうするのかみたいなのは私もやっぱり気になってたし、まあそもそも私の面談の目的がやっぱり病気のことわかってる、これから先どうなるかわかってる、どう過ごすみたいなのところでやっぱ話してるものだから、あの一もしかしたらいいのか悪いのかわからないなあとは思ってたんですけど、うん、たぶんそれが本人の気がかりとも一致してたので、文字にしたところもあってすごい記憶に残ってたのかもしれないですね。

【抜粋 17 #5NN1 p12】

N:確かに本人がすごい不安だとは言ったことはないんですよ、たぶん私がそういう風に認識したんでしょうね、つまりそれはSさんにとってこの先のことが気がかりで、まあ要するに不安で一人だからたぶんそういう風に話しながら私が解釈して、でそこがやっぱり不安で気がかりだから、まあやっぱりまずは社会的な体制づくり、味方が家族以外に頼っていい人がいるんだよって、その保険適用内でお金の問題も大きくかからずに頼れる人がいるんだよって、この先悪くなった時に入院できる場所があるんだよって話があると、たぶん本人その気が楽になるんじゃないかというか、だからSさんにしたら確かに、ここが不安で何とかして欲しいとは言われなかったし、<略>でも私にしたらなんかその話、ま明るくしてくださったんだけど、なるほどそこが気になってるんだなあって、そこがまあ不安ということなんだなって考えて、たぶん紙に書いたんでしょね。

【抜粋 18 #5NN1 p12-13】

N:そこが気になってるんですね、じゃあ家のことでサポートもらえる人がいたらどうですか？みたいな形でまあ言ううと「安心やなあ」みたいなのがかえってきたから反応も良かったんですね、うんそれもあったなあと思います、でそこでそうだよって話になるから、次はこれ決めときましょか、これ話しときましょかの中で、それについて

どう思います？みたいなこと聞いたので、〈略〉姉がいる方が何かと身の回りのことちょっと頼みやすいから、そっちなあみみたいなこと言われたり、最近はこちらでも緩和ケア病棟探しといてどっちでも過ごせるようにしようかなみたいな話にもなってきたんですけど、まあそこ気にしてるところに私がここが気になってののかわかって思って伝えたことがたぶん本人と合ったんでしょね。

【抜粋 19 #5NN1 p13】

N: 状況はね良くならないんですけど、確かに私が目指しているところもそこかもしれないな、あこれならなんとかやっつけていけるなっていうのを目指しましょうっていうの、その良くならない中で言えることってやっぱりそこだけなんでね。

【抜粋 20 #5NN1 p13】

N: そういう(もう治療をしないのであれば悪くなるのは確実だと思っているという)話をしてくださる方だったんですよ、だから私はそれを本人の考えや思っている風に理解して、うん、じゃあこうしたらどうかって提案で、あそれがあつたらいいね、そうだねみたいなところだったと思うので、まやっぱそうは言っても本人はちゃんと話してくれてたと思うんですよ。

【抜粋 21 #5NN1 p13】

I: Nさんがメインで私はほとんどしゃべってないですよみたいな感じで言った。

N: そんなことはないと思うんですけど、〈略〉でもまあ明確に端的には答えてくださるんですけど、口数はそんな少なくもなく、やりとりはすごくしやすかったところがあります、私がここ決めといた方がいいよねって思ったことと本人がここ決めときたいなっていうのが合ったところだと思うんですけどホントに、で Sさんも人に迷惑かけたくないとかたぶんそういうところもあるんだと思うんです、もうずっと一人でやってきたし、誰かに干渉されるとかね、うんただ自分で出来なくなった時にさあどうするかっていうところは、家族に頼まざるを得なかったっていうか田舎に帰るしかあないっていう話、でもそういう話をする中で田舎の病院以外にもこっちでもやってけんじゃないかみたいな気持ちにもなれたと思うんですよ、だから田舎でも準備するけどこっちでも緩和ケア病棟あの準備しとこうかなあっていうのもそういう流れもあったのかなあと今思うところですけど、うーん、上手くこう私が思ったことが合ったというか、伝わったわかり合えたって言ったらあれですけど。

### 【患者の覚悟を確信していると、憶測なしで患者と緩和ケア(終末期)のことを話し合える】

看護師 Nさんは、Sさんが今とても元気に過ごしている様子を知って、緩和ケアの話を進めることが早いのではないかと一瞬気になった。しかし、実際にSさんに話題をふってみると、Sさんの方から「そうしたい、ああしたい、決めときたいみたいなのがあった」ので、「トントンと話を決めやすかった」と語った。看護師 Nさんは、がん治療をしない限り病状は進行するため、看護師としてできるだけ早いタイミングで緩和ケアのことを話しておきたいと思った。しかし、緩和ケアや死に関することを話題にするのは、人や状況によって反応も異なるので、どのように切り出したらよいか悩むところだと語っている。特に、悪い知らせを聞いた後は「最初の一言ってはずしちゃいけないプレッシャーみたいなのがあってもいいかもしれない」と語り、経験豊富な看護師 Nさんでも本当に難しいと表現した。Sさんの場合は、治療はしないという明確な意思表示や、最初から長くは生きれないと思っていたという話を聞いていた。さらに、Sさん自ら緩和ケアについて情報提供を希望されたので憶測なしで話をするのができ、本人にとってはいいタイミングだったのだろうと看護師 Nさんは思えた。

【抜粋 22 #5NN1 p6】

N: そういう意味(緩和ケアの話をするタイミング)ではすごい元気なんですよ今、だから確かに早すぎるのかなとも思ってそこは確かにふと気にはなっていたんですけど、ふってみたら結構ああしたい、ああしたい、決めときたいみたいなのもあったので、トントンと話が決めやすかった話しやすかったのあったかもしれない。(意思表示)がないと、もうなんかこっちが焦るんでしょね、先を知ってる分。

【抜粋 23 #5NN1 p6】

N: なんかも緩和ケア病棟、せめてかかりつけだけでも決めておきたいとか、つないでほしいみたいなのが。大学病院の特徴上緊急で来てねとか思うのがたぶんあったんだと思います、でこの先よくならないし、うーんなんかそういう私の不安とか焦燥がちょっと反映してたの、ま上手くこう早めだと思って言ってみた、けど本人にとってはいいタイミングだったってこいいあれだったのかもかもしれません。

【抜粋 24 #5NN1 p6】

I: Sさんと関係性が出来ているといえども、それを切り出すのはちょっとドキドキはしつつ。

N: そうですね、やっぱり反応がわからないのでね、あの想像もしてなかったら結構驚かれて、その後の説明がしどろもどろみたいなのってなんかこう何のための話だったんだろうみたいなのってやっぱり避けたいし。だからうーんと思いつつ、でもこの人なら大丈夫かなあみたいなのはすごく考えながら話してるところはあったと思います。

I: (患者さんの)反応みながら。

N: そうですね、どうしてもやっぱりどこまで聞いていいのかとか家族のこととか、結構あの・・そもまあ状況によって全然、人によって全然変わるなって今思ったんですけど。うーん根掘り葉掘りっていうのもなんか違うし、相手が話したいことと私が聞きたいことは違うように思うし、<略>なんかいつもどういこう話をしたらいいのかわきたいなの、悩むところかもしれませんね、特にほんとに悪い話の後だと。

【抜粋 25 #5NN1 p6-7】

I: 悪い知らせの話の後に緩和のねーっていう。

N: そう！のもね、元々考えてる人だったらまだほんとにあのSさんみたいにね、あれなんですけど、なんかもう「えー！」みたいなのからだと、私も「えー！」っていう、で結構先生は「あとよろしく」みたいな、(少し小聲で)「よろしくー」みたいなどうしようみたいな、なんか本人は何も言わないし、うーん、なんかチーンみたいな時間もまあ確かにありますので、うーんそういう時の最初の一言ってなんかはずしちゃいけないプレッシャーみたいなものがあるかもしれないですね、難しいですね、ホントに。

【抜粋 26 #5NN1 p14】

N: あのそこを知る(話を掴む)までが結構ドキドキするんですけど、あ行けるっていうかこっちが「ああこの人ここでいんだな」って、「このツボだな」じゃないけど、「この話でいいんだな」っていうのが確かに早く掴めたので、なのも(話がスムーズに進んだこと)あると思います。

## 付録 10：事例 5 患者 S さんの対話の経験

\* 文章中の記号の意味

I：インタビュアー N：看護師 N さん S：患者 S さん

「抜粋 #5PS1 p1」 #5：事例 5 PS1：患者インタビュー1回 p1：ページ番号

### < S さんの背景 >

S さんは 4 年前に前立腺がんが診断されたが、骨転移やリンパ節転移があったため手術はできず、抗がん剤、ホルモン剤、分子標的治療薬などを用いて治療を行ってきた。数か月前に PSA（ビーエスエー：腫瘍マーカー）の数値が上がって検査を受けた結果、最近まで行っていた治療の効果はないと判断された。医師から次の治療として、他の抗がん剤を提案されたが、それははっきりと断った。なぜなら、これまで行った抗がん剤治療はどれも効果を示さないばかりか、様々な副作用が出現してとてもつらい思いをしてきたからであった。医師は免疫チェックポイント阻害薬を用いた治療を提案した。ただし、その薬を使うためには適応があるかどうかの検査が必要であり、適応になる確率はとても低いというものであった。S さんは検査や薬が保険適用になったので、適応を判断するための検査には同意した。一方で、他に治療法がないこともよくわかっており、今後は緩和ケアに専念する必要があるという説明も理解できた。看護師 N さんとは、数か月前の外来診察で、医師から病状に関する説明を受けた時に初めて会った。看護師 N さんは医師の説明のあいだ同席しており、説明後に一緒に話をするようになった。その後も、外来診察の度に看護師 N さんと話をする機会が度々あり、緩和ケアや今後の過ごし方などに関して相談してきた。

### 【治療しても治らないし、緩和ケアの話がどんどん進んでいくことも、どうしようもできないこと】

S さんはこれまで 4 年間、抗がん剤やホルモン剤、分子標的薬を何度も変更しながら治療を続けてきた。その内容についても、いづどんな治療を受けたか、その時の腫瘍マーカーの推移までよく覚えていた。S さんは（最初の抗がん剤は）一番よく効いたが 4 か月で効かなくなり、その後もビーエスエー（PSA：腫瘍マーカー）の数値の上下を繰り返し、半年程度で治療薬を変えながら治療を続けてきたことを具体的に表現した。さらに最後に使用した内服抗がん剤は「全然僕の体にあってなかった」と語り、視界がぼやけたり、乳房が腫れて痛みが続くというこれまでにない体験をした。S さんはこのような治療や副作用の経験から、「なんせもう、そういう抗がん剤とかあの薬でもたぶん治らないと思うからね」と表現し、これ以上治療しても治らないという判断に至った。S さんは治療しても治らない病状について「しょうがないもん、どうしようもできないもん」と表現しているが、治療できないことや治療しないことに対する後悔の気持ちは一切なかった。さらに、緩和ケアの準備や今後の過ごし方について話し合うことについても「治療が終わってしまったらそういう方向に進まないといけないから」と語っている。今後の過ごし方の話し合いについて「デンデンデンデン進んでます」とスピード感をもって進んでいることを表現し、「もうわしの運命と思っとかんと、こんなもんかなって思って」と自分の人生として受け止めて抗うことはしていない。

#### 【抜粋 1 #5PS1 p2】

S：いやそれ（医師から緩和の話聞いて驚くようなことは）はなかったね、いやなんせもうあの一回もしその免疫療法がもうできなかつたら、あこないだの診察でもこの病院で診察するのはもう最後でしたからね、この前が最後でした、診察のね今飲んでる薬がもう効いてないの。

#### 【抜粋 2 #5PS1 p2】

S：今はもう何も飲んでません、<略>ちょっと体調が変わってもうてね、<略>抗がん薬ね飲み薬で、それ飲んでからおかしくなってもうてね、<略>全然飲んでません、（残った薬は）もう放ってもうたもん、放ってもうた、2 週間（飲んだだけ）。

#### 【抜粋 3 #5PS1 p4】

I：ご自身の中では想定内というか特に驚きもなくって感じですか？

S：うん、そうですね、いや以前からいう感じじゃなくてあのーどう言ったらいいかねえ、抗がん剤がそやからもう効かなくなつたというこではもう最初先生にも言われてましたからね、治療してみてね、2 種類の抗がん剤とあとホルモン剤を、ホルモン剤も一番最初とまた違う分ではんでこないだから新しいホルモン剤とそれを 2 回して、そんなもん。



【抜粋 4 #5PS1 p4】

I: お話の展開としてはすごく早いなって。

S: はいデンデンデンデン進んでます、はい進んでます。いや別に、そやから治療できないんだったらもうしょうがないなあって思ってますからね、なんせもう、そういう抗がん剤とかあの薬でもたぶん治らないと思うからね。

【抜粋 5 #5PS1 p6-7】

S: なんせ一番よー効いたんがね最初の抗がん剤をえーっと四回受けたんかね？ほいで4か月目であまり効いてなくて、ほんで今度また次の新しい抗がん剤を7回くらい打ったんかね、その抗がん剤は結構効いてピーエスエー(PSA)というのがドンッと下がりました、<略>で続けて行ってまたちょっと上がり出したから、ならもうたぶん効いてないような感じだったんで、ほいでそこから今度飲み薬？に変えて、その飲み薬を結構半年くらい使ったんかな、それでだいたいずーっと平均して下がってましたね、<略>(最後の抗がん剤は)全然、全然ちょっと僕の体にあってなかったからね、ほんでそれからピーエスエー(PSA)がこないだも上がってまして、2月に検査した時も上がってました、<略>今そやから下がることはたぶんないと思いますわ薬飲んでないし、今度の治療の時も採血するけどたぶんまた上がってると思います。

【抜粋 6 #5PS1 p7】

S: いやなんせもう病院で治療が終わってしまったらそういうあの方向に進まなしょうがないからね、と思いましたね、<略>だからもうなるようにしかならへんからね。

【抜粋 7 #5PS1 p8】

S: いやなんせ早め早めに準備しとったら、うん後が楽かなって思って、<略>いやすごいですねって、もうしょうがないもんだってどうしようもできないもん僕は。

【抜粋 8 #5PS1 p9】

I: 不安はない？

S: ありませんよ不安全然、全然ありません。だってこればかりはもうどうしようもないもんだって、もうあの一わしの運命とか思っとかんと、こんなもんなって僕のをやから人生もね。

【抜粋 9 #5PS2 p17-18】

S: (免疫療法の検査結果)たぶんないと思うで、いやなんせ今までみんな使ってきた、がん治療薬みな使ってきた、そやからどういう薬が僕のこのがん細胞にあのー合うか合わへんかいうのを調べるだけやから、調べて合ったらそれ使うだけやな、たぶんないと思うで、たぶん効かないって先生言うてはった「Sさん薬ないわ」言うて、ははははっ！

【骨転移で動けなくなった時に一度死を覚悟したので、がん治療ができなくなっても今さら驚かない】

Sさんは前立腺がんの診断時に脊椎転移が見つかり、最初の抗がん剤治療の直後に急激な痛みとしびれが出現して、一気に歩くことが出来なくなるという体験をした。その時は骨転移の治療をしても、再び歩いて普通の生活ができるようになることは全く想像もできなかった。そのことを「ここまでよくなると全然思ってなかった、<略>一、二年でたぶん駄目だろうなと思いましたからね」と表現した。Sさんは「もう駄目だと思った」という言葉を何度も繰り返しているが、Sさんにとって「駄目」の意味は死を覚悟していたという意味であった。その死を覚悟したことを表す行動が、家の中にある物の整理であった。ところが、放射線治療が思いのほか奏功して、痛みやしびれが改善して歩けるまでに回復し、後悔するような物も含めて捨ててしまったと語った。Sさんは当時の気持ちを「患者本人もそこまで全然思えませんでした」と表現した。Sさんの想像をはるかに超えて、この4年間治療を続けながら心身ともに健康的な生活を送ることができた。Sさんは一度駄目だと思った時に死を覚悟した体験を経て現在があるので、がん治療ができない状況になっても「あれっと思うことはありません、別に驚きもありません。」と、今さら驚くことはないと言った。

【抜粋 10 #5PS1 p5】

S: 一番最初そやから、がんで入院して治療してえー2週間、ほいで退院して1週間経ったくらいに腰から下がしびれましてね、ほいで立てなくなって、それで病院に電話したらすぐに来てくださいう感じで、入院するから準備して来てください、ほいでその時にその背中の脊髄の方にえーと10日間の放射線治療して、それで8日目8回目くらいからだいたいもう痛みが取れてきて、ほいで腰から下のしびれもなくなってきました、ほいで普通に歩くようになりました、その時はもう動く時は車椅子か歩行器病院内で使うてずーっと歩

きました、どこ行くのもはい、今なんせ無茶苦茶楽です、無茶苦茶楽。もうここまでねえよになると全然思っ  
てなかったもん、あの一番はじめからしたらたぶん一、二年でたぶん駄目だろうなと思いましたからね。

I: 駄目というのは。

S: 治療してもね(歩けないかな)、うんそやからもうしびれとる時、あー駄目だな思いました、はい。

(日常生活は普通にはできない)そう思いました、はいはいそう思いました、あの放射線科でここまで効くと  
は全然思いませんでした。

【抜粋 11 #5PS1 p6】

I: 治療いっつかしていくなかで悪くなった時のことご準備をされていたんですか？

S: そうですね、準備し出したん？ ちょうど腰がしびれたぐらいからですね、もう駄目だな思いましたからね。

I: 身辺整理的な？

S: あそうそう、そやから家の中の要らんもん放ったりねえ、アルバム整理して放っけしもうたりねえ、ほんでみ  
んなしてああ綺麗になったなあ思ったら体の調子よくなってきて。

I: いやいや早かったかなみたいな？

S: そうそう、あまいったまいった、もう放るんじゃなかった思ったぐらいなもんが結構あるわ、あっはははは！  
だってもう歩かれへんかった、絶対駄目や思いましたもん、ここまでよくなると思わなかったもん、患者本人  
もそこまで全然、全然思いませんでした、はい。

【抜粋 12 #5PS1 p6】

I: Sさんのなかではリセットというか、その後になんか起こっても落ち着いておられる感じなんですかね？

S: そうかもわからない、そうかもわかりません。もうそやから、いやいやもう1回そやから駄目や思ったからね、  
ほんで現在があるから。

I: でも駄目というのは、命が終わる駄目？

S: そうそう、そう思いましたよ。もう覚悟しましたよその時はもうたぶん駄目だろうと思ったから、ここまで治るとは思  
わへんかったもんだって。

【抜粋 13 #5PS1 p12】

S: ほいでこないだ(田舎に)帰った時に、あのまだまだ先やけどそやからもしあの悪くあの悪くなりそうやったらそ  
の病院でお世話になりますからいうことを(緩和ケア病棟の)先生に言うて、それでオッケーですよ言われ  
た、はい、だからまあそれまではその治療できるんやったらこっちの方でへ、こっちの病院の方で治療してア  
カンようになったら向こうにあの一帰って治療いうか、もう入院ですね、もう向こう帰る時はそやから入院せな  
アカンいうことで帰る。

【抜粋 14 #5PS1 p12-13】

I: どんなイメージしておられますか？

S: え、今んとこそういうあんまりイメージというかねえ、あまり沸いてこない。いやほいで一応、こっちの方でもね  
一応その一あの緩和センターの方から調べてもうて、一応あの行く段取りはしとるんですけどね、<略>そ  
の辺がそやから都合がつくようやたら<略>その病院の紹介状書いてもうて、ほいでまたそれでちょっと  
行ってみようかないう感じです。<略>やからねたぶんねえ僕今の考えではたぶんもう田舎の方に帰ると  
思います、こっちでいうんじゃなしにね、はい。

### 【今後の過ごし方や緩和ケアに関して看護師がわかりやすく情報提供してくれたので納得した】

医師から次の抗がん剤治療について提案があったが、Sさんはこれ以上抗がん剤治療をしても治らないと思うので、治療はしないことをはっきり伝えた。しかし、自分の身体の調子のことはわかるが、今後の生活をどうしたらよいかといったことについては全くわからなかった。数ヶ月前に医師から説明を聞いた時に看護師Nさんに初めて会って、その時から看護師Nさんと緩和ケアや今後の生活について話をするようになった。看護師Nさんは、緩和ケアのことやこれから準備が必要なことを、流れに沿って紙に書いて説明してくれた。看護師Nさんが全て段取りよく「これからこうしましょう、こうしましょう」と言ってくれたので、自分は「あそうですか、そうですか」と聞いているだけだった。看護師Nさんの説明は「無茶苦茶わかりやすかった」たので、それを聞いて納得できた。今のところは元気に過ごしているのですが、悪くなった時のイメージは全く出来ないが、早め早めに準備をしておけば後が楽であると思っている。看護師Nさんは、必要な情報を「ちゃんと教えてくれた」ので、Sさんは安心できた。

【抜粋 15 #5PS1 p1】

S: そやから、Nさんとこ行ったのはそやから、あの今後のねそのどうするかいうの、ほいでそやからケアセンターい  
うとこがね病院によってあるから、その辺をそやから神戸大学の方が紹介しますんで、あそこに行ってください  
いいうことで、もしあの一悪くなればね、悪くなるようならばそこで治療をしましょうかいうことで。

【抜粋 16 #5PS1 p1-2】

S: もうほとんど Nさんの方がこまあ一方的にずーっとあのこれからのそやから生活進めていく上でのその話だ  
けですけどね、そやから僕はただそうですかいう感じですね、その話を聞いてね。

【抜粋 17 #5PS1 p3-4】

S: (Nさんと話をするきっかけになったのは)2月の診察に行った時からですけどねえ、(主に緩和ケアのこ  
とがメインの話)そうです、その時はね。

I: Nさんの方から今後の流れというか今後考えていかなあかんということ。

S: ちゃんともう、あの紙に書いてねうん、それぐらいですね、あとNさんから言われたいうのいね、ほいで後、  
病院のあの緩和医療センター？みたいなどこで、<略>病院を紹介してもらって行ってるところです。

【抜粋 18 #5PS1 p8】

S: もうあのおおっぴろげの方やから僕、あそうですか、そうですか、言うてもう聞いてね、いやだってそやから僕  
がその自分の体の調子しかわからんからね、そやからこの後どうしていくかいうの、それ全然わからへんから  
ね、それはちゃんともうNさんがもうちゃんと説明してくれて紙に書いてくれて、これからこうしよう、こうしまし  
う言うて、あそうですか、そうですかって聞いただけです。

【抜粋 19 #5PS1 p9】

S: (Nさんの話は)無茶苦茶わかりやすかったです、そやから僕納得しただけで、うんわかりやすかったから  
ね、それちゃんともうわかるように話してくれたから。(知っておかないといけない情報を)ちゃんと教えてくれた  
という感じやね、安心できたのもありますよ。

【抜粋 20 #5PS1 p10-11】

S: (Nさんと話をするのは)1月の診察の時からです、去年までは全然なかったもん、そやからNさんの存在  
知らなかった、1月の診察の時にNさんがついてくれて話を聞いて先生の、そっからです、そやから、あこ  
までだからちゃんとしてくれるんだいう感じで聞いてました、ちゃんとわかりやすく説明していただきました。

【抜粋 21 #5PS1 p11】

S: やからたぶん僕はなんも言うてないと思いますよ。言うてるのかな？いやただ僕はなんか、ふんふんふんって  
聞いただけみたいな気もしますけど、そやからこは、あこうしたらええ、ああしたらええいう質問は僕はしてな  
いと思うけどなあ、記憶にはありません。

I: 聞いたこともない？

S: こをどうすんのか？・・・こはどうすんのか、その緩和ケアの方のその・・・病院を紹介してもらう時に  
聞いたぐらいかな、うん。

【抜粋 22 #5PS1 p13】

S: 一応その段取りでもうずっと進んでるんでね。

I: そこまできちっと早め早めにしていけば。

S: うん、あとが楽と思うからね後が、そやからもしあの悪くなった時があればね。

I: でもそのイメージがまだ出来ないけどねって。

S: 全然、うんそうそう。はい、そのイメージがまだ出来ないね、そやからどう変わってくるかな思ってね。

【抜粋 23 #5PS1 p14】

S: こうちゃんとわかりやすく説明してもらったから、ちゃんと僕も納得したんやからね。

【医療者に自分の気持ちを話したところで何か状況が変わるわけではない】

看護師 Nさんとは今後の進め方について話をしたが、自分の気持ちについては一切話して  
いない。また、緩和ケアや今後の過ごし方について話を聞いても、特に不安に思うことも  
なかった。Sさんとしては「治療が終わったらそういう（緩和ケアの）方向に進まなしょう  
がない」と思っており、その状況は「どうしようもない」ことで、現状は何も変わらないと  
とらえている。加えて、骨移で動けなくなった時に一度死を覚悟した経験もあるので、おそ

らく今後何が起こっても驚かないという気持ちでいる。Sさんは自分の身に起こることは全て「僕の人生やから」と受け止めており、普段から自然体で過ごしている。そのことを「家に帰って悩んだりしたことなんか1回もないよ、じっくり寝ますよ」と表現している。

【抜粋 24 #5PS1 p7】

I: Sさんのお気持ちとかは Nさんにお話しされることはあるんですか？

S: いや Nさんとはそういうその話はありません。

I: あ、していない？

S: してません、はい話してません。やから Nさんと話したいというのは、そやからこの後その一あのどういうそれからそのケアをするか、その辺の話だけです。いやそやからなんせその Nさんと話したのはやから、先生に診察してもらって、でその後待合室でちょっと今後の進め方という話してもらったぐらいです。

I: それでも聞いててなんか心配や気がかり、不安に思うことってというのは？

S: いやそれは、それはなかったです。

【抜粋 25 #5PS1 p7】

S: いやなんせもうそのこの病院でそやから、もう治療が終わってもうたらそういうやからあの方向に進まなしょうがないからねと思いましたね、はい。

I: しょうがないっていう風に。

S: あそうですね。

I: もう思ってるから、言っても仕方がないという感じで。

S: ああそうですね！はいやからもう、ほいでももうなるようにしかならんからね。

I: そのなるようにしかならんからねっていうことを言ったりとか。

S: いやそれも言うてません、言うてません。Nさんの方に僕からあんまりあの質問したということはありません。

【抜粋 26 #5PS1 p8】

I: 驚きもしない？

S: はい別に、うん驚きもありません。しゃあないって、そうそうそう、そうですね。そやからその辺で家に帰って悩んだりしたことなんか1回もないよ、じっくり寝ますよはい。通常からこんなです、はい。

(病院名)  
(施設長、看護部長)様

資料 1  
研究協力施設用依頼書

年 月 日

## 研究協力をお願い

終末期ケアに携わる看護師が経験する困難感やストレスのなかでも、がん患者や家族とのコミュニケーションに関してその頻度が高いことが報告されています。近年コミュニケーションツールが開発され教育研修が行われていますが、臨床現場では看護師は進行がん患者と悪い知らせや死にゆくことについて話すことに大変苦慮している現状があります。

看護師が患者と悪い知らせや死に関することについて話すためには、対話の場面で起こっている現象の理解が必要であり、私は「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」というテーマで研究に取り組んでいます。進行がん患者と看護師の対話の場면을言語化して記述し、両者の対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにすることが本研究の目的です。得られた結果は看護師の対話能力を高める基礎になる可能性や、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を行っていく過程で、患者と看護師の間で起こる対話のあり様を見極める資料になることが期待されます。

つきましては、がん看護の経験のある看護師様とがん患者様にインタビューを行い、対話の場面で経験した考えやお気持ち等についてお聞きしたいと思います。

本研究の趣旨をご理解いただき、貴施設の看護師様、がん患者様にご協力をいただきたくお願いする次第です。

貴施設にお願いしたい協力内容は以下の通りです。

- ①インタビューにご協力いただける看護師さんを、3～5名ご推薦いただきます。ご推薦いただく看護師さんは、がん患者さんの病気や治療に関する説明の場への同席や、説明後にごがん患者さんの話を聞くなどのフォローを行った経験があり、看護管理者（看護部長、看護副部長・次長、看護師長）様が患者さんに適切に対応できていると評価している人です。所属部署は病棟、外来を問いません。
- ②ご推薦いただいた看護師さんに研究協力の広報用紙（資料 3：研究協力に関するお願い）をお渡しください。広報用紙を読んで研究協力に関心をもち、自発的に研究協力の申し出があった看護師さんを研究協力者としてご紹介ください。
- ③ご推薦いただいた看護師さんが所属する部署の看護管理者（看護師長）様には、研究協力者とのインタビューに関する調整をお願いしたく存じます。看護師さんにご説明するタイミングで、看護師長様にもご協力をお願いしたい内容についてご説明をさせていただきます。詳しい内容は研究協力依頼書（資料 2 看護師長用）をご参照ください。
- ④インタビューにご協力いただくがん患者さんは、ご推薦いただいた看護師さん

が実際に対話を行った方が研究協力者の候補となります。看護管理者（看護師長）様から、研究協力者の候補となっているがん患者さんへ研究者にご紹介いただくことの詳細を事前に得ていただきます。

- ⑤インタビューに際して、患者さんから対話の内容を聞き取ることについて、協力者の看護師さんに同意を得ます。その後、協力者候補のがん患者さんへ研究協力を依頼し同意を得ます。同様に、看護師さんから対話の内容を聞き取ることについて、患者さんにも事前に同意を得ます。
- ⑥ご紹介いただくがん患者さんは、がんの転移や再発を認める状態で、30分～1時間のインタビューに耐えられる程度に心身の状態が安定している人です。入院・外来を問いません。この条件に適合するかどうかの判断は、看護管理者（看護師長）様および協力者の看護師様をお願いいたします。
- ⑦対話の場面は、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられているがん患者さんと看護師さんが1対1で一定の時間を確保して、病気や治療、今後の療養などに関する話を行った場面といたします。
- ⑧インタビューは、がん患者さんおよび看護師さんの両方の同意が得られた場合に行います。同意が得られなかった場合には、当該看護師さんが別のがん患者さんとの対話を経験された場合に、再度インタビューの依頼を行わせていただきます。
- ⑨インタビューは平日の時間帯で行い、1回30分～1時間程度です。インタビューの内容は研究協力者の同意を得て録音させていただきます。インタビュー内容について研究者が行った解釈が研究協力者の意図と相違がないか確認する目的で、後日各協力者に2回目のインタビューを行います。
- ⑩2回目のインタビュー日時調整を看護管理者（看護師長）様をお願いしたく存じます。看護師さんの場合は勤務状況に合わせて、患者さんが入院中の場合は患者さんの予定や心身の状態に合わせて、個別にインタビューを行う予定です。患者さんが退院している場合は、外来診察日に合わせて調整することになるため、この場合の調整は外来看護師長様をお願いしたく存じます。
- ⑪がん患者さん、看護師さんには個別にインタビューを行います。その際に、プライバシーの保たれるお部屋を1室お貸しください。
- ⑫協力者に関する基本的情報について、質問票（資料7）を用いてデータを収集いたします。この質問票はインタビュー当日に看護師さんに聞きながら研究者が記載します。看護師に聴取する患者さんに関する情報は、事前に患者さんに説明し患者さんの同意を得て看護師さんから聴取します。なお、診療録は閲覧しません。

下記のように倫理的配慮を行います。

- ・今回の研究において、開示すべき利益相反はありません。
- ・必要に応じ、協力施設の研究倫理委員会の承認を受けて研究を開始します。
- ・看護管理者（看護部長、看護副部長・次長、看護師長）様からご推薦いただいた看護師様のうち、研究協力の広報用紙（資料3：研究協力に関するお願い）を読んで研究協力に関心をもち、自発的に研究協力の申し出があった看護師様

に研究協力を依頼します。

- ・看護管理者（看護師長）様から事前に協力者候補のがん患者さんに研究協力者として研究者に紹介することの了解を得ていただく際には、研究協力はあくまでも自由意思に基づくことを伝えていただき、強制力が働かないように配慮いたします。
- ・研究協力依頼を行う際には、強制力が働かないことを十分説明し（資料 4：研究協力依頼書・看護師用、資料 5：研究協力依頼書・研究協力者用）、自発的な協力を得て同意書にサインをいただきます。
- ・研究協力の同意が得られない場合も、研究協力者に不利益は一切生じないことを伝えます。
- ・研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能であり、その場合は研究協力者に申し出ていただくことを説明いたします。研究の途中で研究協力辞退のお申し出があった場合、研究協力者の要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行います。データの統合および論文作成後のデータ削除は困難であることをあらかじめお伝えし、承諾を得ます。
- ・研究協力により時間的拘束が予測されますが、インタビューに要する時間は厳守するように努めます。インタビューの際はどの時点でも中断が可能であることを事前に伝えてから開始します。
- ・インタビューでは、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている状況において、対話の場面で生じたお気持ちや考え等を語っていただきます。そのため、がん患者様と看護師様の双方にとって感情的な負担が生じる可能性があります。インタビューの際は心理面に配慮しながら進めますが、研究協力者に体調の変化が生じた場合は速やかにインタビューを中断し、看護管理者（看護師長）様にご報告いたします。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止いたします。
- ・インタビューを 2 回行うことによる時間的拘束および対話の経験についてお話しいただくことの謝礼として、研究協力者様（がん患者、看護師）に 2000 円分の QUO カードもしくは品物を研究終了後にお渡しいたします。
- ・インタビューで語った内容は録音されますが、書きおこし作業を行う前に個人情報情報は匿名化もしくは記号化され、削除されます。
- ・書きおこし作業は、業者に依頼する予定です。その際には、機密保持および個人情報の取り扱いに関する誓約書を用い、データを筆耕する際、得た情報は厳格に管理し（パスワードをかけ鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを署名していただきます。
- ・電子データはパスワード付きの USB を使用し鍵のかかる金庫で保管し、分析はインターネットのつながっていない専用の PC を用いて分析を行います。
- ・同意の得られた記録の中にある情報は研究終了後大学で決められた所定の期間（5 年間）、施錠可能なキャビネットに保管し、その後責任を持って処分します。
- ・電子データに関しては、バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。紙媒体の資料についてはシュレッダー、もしくは溶解を行い適切に破棄します。

- ・個人情報に関しては個人が特定できないように匿名化の対応表（資料 10）を作成します。
- ・対応表の取り扱いは、電子データをパスワード付きの USB に保存して鍵のかかる金庫で厳重に管理し、研究終了後バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。
- ・研究に際して知り得た情報に関しては研究目的のみに使用し、論文発表を行う際には地名、病院名、個人名が特定できないよう配慮し、論文発表の予定についても、同意書をいただく時点であらかじめ研究協力者に伝えます。
- ・研究結果は学内での成果報告、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があることを伝えます。

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会で審査・承認されております。また貴施設の倫理規定に準じて行います。

研究の詳細につきましては、同封しております研究計画書をご参照いただきますようお願いいたします。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、ご協力の程よろしくお願いいたします。

なお、本研究は公益信託中西睦子看護学先端的研究基金（芝 158-No.8-助成決定 2）の助成を受けて行っています。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*（研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○



## 研究協力のご依頼

私は「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」というテーマで研究に取り組んでいます。終末期ケアに携わる看護師はがん患者とのコミュニケーションに関する困難感やストレスの度合いが高く、特に悪い知らせや死について話すことに大変苦慮している現状があります。本研究は、進行がん患者と看護師の対話の場面で起こっている現象に焦点をあて、対話の場面における両者の経験を記述し、両者の対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにすることを目的としています。得られた結果は看護師の対話能力を高める基礎になる可能性や、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を行っていく過程で、患者と看護師の間で起こる対話のあり様を見極める資料になることが期待されます。

この研究でご協力いただきたいことは以下の点です。

**① インタビューにご協力いただける看護師さんを 3～5 名ご推薦ください。**

研究協力の広報用紙（資料 3：研究協力に関するお願い）をお渡しいただき、研究協力に関心をもち、自発的に研究協力の申し出があった看護師さんをご紹介します。その方に研究者より研究内容を説明し協力を依頼いたします。

推薦の条件：がん患者さんの病気や治療に関する説明の場への同席や、説明後にごん患者さんの話を聞くなどのフォローを行った経験があり、看護管理者様が患者さんに適切に対応できていると評価している人です。所属部署は病棟、外来を問いません。

**② インタビューにご協力いただけるがん患者さんを 3～5 名ご紹介ください。**

患者さんは転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている状況で、推薦いただいた看護師さんと 1 対 1 で一定の時間を確保して、病気や治療、今後の療養などに関する話を行ったが研究協力者の候補となります。

推薦の条件：がんの転移や再発を認める状態で、30 分～1 時間のインタビューに耐えられる程度に心身の状態が安定している人です。入院・外来を問いません。この条件に適合するかどうかの判断は、看護管理者（看護師長）様および協力者の看護師様にお問い合わせいたします。

**③ 研究協力者とのインタビューに関する調整についてご協力をお願いします。**

－対話場面の発生後、看護師長様から、研究協力者の候補となっているがん患者さんへ事前に研究協力者として研究者に紹介することの了解を得ていただきます。

その際には、研究協力はあるまでも自由意思に基づくことをお伝えください。

－患者さんから対話の内容を聞き取ることについて、協力者の看護師さんに同意を得てから、協力者候補のがん患者さんへ研究協力を依頼します。同様に、看護師

さんから対話の内容を聞き取ることについて、患者さんにも事前に同意を得ます。

- －協力者候補のがん患者さんへの研究協力依頼と、インタビューのための日時調整をお願いいたします。看護師さんと患者さんへのインタビューは、双方の同意が得られれば同じ日に行う予定です。そのため、看護師さん、患者さんとのアポイントメント時間は重ならないように調整をお願いいたします。まず、協力者候補の患者さんに研究協力を依頼しますので、アポイントメントの時間設定は患者さんを先にさせていただき、その 1 時間後に看護師さんとの時間を設定していただきますようお願いいたします。
- －看護師長様から、研究者へ対話の場面が発生したことの連絡をいただき患者さん、看護師さんとのアポイントメント日時を決定します。決定したアポイントメント日時は、看護師長様から協力者双方へお伝えください。
- －インタビューの時期は対話場面の発生から 1 ヶ月以内を想定しています。対話場面の発生後できるだけ速やかに連絡ください。また、対話場面の発生の有無を確認するために、研究者からも定期的に看護師長様にご連絡させていただくことをご了承ください。
- －患者さんから研究協力の同意が得られなかった場合は、看護師さんへのインタビューは行わず、当該看護師さんが別の患者さんとの対話場面を経験された場合に、再度インタビューをお願いさせていただきます。

**④インタビュー時間とお部屋の確保についてご協力をお願いいたします。**

- －インタビューは平日の時間帯で 1 回 30 分～1 時間を予定しています。
- －インタビューの内容は研究協力者の同意を得て録音させていただきます。
- －がん患者さんと看護師さんへのインタビューは個別に行います。
- －プライバシーの保たれるお部屋を 1 室お貸しください。

**⑤2 回目のインタビュー日時の調整についてご協力をお願いいたします。**

- －インタビュー内容の解釈について、研究協力者の意図と相違がないか確認する目的で、後日各協力者に 2 回目のインタビューを行います。インタビューの時期は、研究者が記述データの解釈を終えてからになるため、目安は 1 回目のインタビュー実施日から 1 ヶ月以内です。
- －看護師さんの場合は勤務状況に合わせて、患者さんが入院中の場合は患者さんの予定や病状、心身の状態に合わせて調整を行わせていただきたく存じます。
- －患者さんが退院している場合は、外来診察日に合わせて調整させていただきます。この場合は、外来看護師長様につないでいただき調整をお願いしたく存じます。外来診察日時の確認と、当該診察日に研究者が 2 回目のインタビューを希望していることを、患者さんに事前に伝えていただきますようお願いいたします。患者さんのご都合に合わせて、診察前もしくは診察後にインタビュー時間の設定をお願いいたします。その際、インタビューを行うための部屋を 1 室お貸しください。

**⑥協力者に関する基本的情報について、質問票（資料 7）を用いてデータを収集いたします。この質問票は看護師さんに聞きながら研究者が記載します。看護師さんから聴取する患者さんの情報は、事前に患者さんに説明し患者さんの同意を得てか**

ら取ることについてご了承ください。

- ⑦インタビューの際、研究協力者に体調の変化が生じた場合は、速やかにインタビューを中断し看護師長様にご報告いたします。その後のフォローについてご協力をお願いいたします。

また、研究にご協力いただくにあたり、以下の点について配慮いたします。

- ・ 今回の研究において、開示すべき利益相反はありません。
- ・ 所属機関の研究倫理審査委員会の承認を受けて研究を開始します。
- ・ 研究協力の同意が得られない場合も、研究協力者に不利益は一切生じないことを伝えます。
- ・ 研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能であり、その場合は研究協力者に申し出ていただくことを説明いたします。研究の途中で研究協力辞退のお申し出があった場合、研究協力者の要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行います。データの統合および論文作成後のデータ削除は困難であることをあらかじめお伝えし、承諾を得ます。
- ・ 研究協力により時間的拘束が予測されますが、インタビューに要する時間は厳守するように努めます。インタビューの際はどの時点でも中断が可能であることを事前に伝えてから開始します。
- ・ インタビューでは、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている状況において、対話の場面で生じたお気持ちや考え等を語っていただきます。そのため、がん患者様と看護師様の双方にとって感情的な負担が生じる可能性があります。インタビューの際は心理面に配慮しながら進めますが、研究協力者に体調の変化が生じた場合は速やかにインタビューを中断し、看護管理者（看護師長）様にご報告いたします。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止いたします。
- ・ インタビューを2回行うことによる時間的拘束および対話の経験についてお話しいただくことの謝礼として、研究協力者様（がん患者、看護師）に2000円分のQUOカードもしくは品物を研究終了後にお渡しいたします。
- ・ インタビューで語った内容は録音されますが、書きおこし作業の前に個人情報情報は匿名化もしくは記号化され、削除されます。
- ・ 書きおこし作業は、業者に依頼する予定です。その際には、機密保持および個人情報の取り扱いに関する誓約書を用い、データを筆耕する際、得た情報は厳格に管理し（パスワードをかけ鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを署名していただきます。
- ・ 電子データはパスワード付きのUSBを使用し鍵のかかる金庫で保管し、分析はインターネットのつながっていない専用のPCを用いて分析を行います。
- ・ データは研究終了後大学で決められた所定の期間（5年間）、施錠可能なキャビネットに保管し、その後責任を持って処分します。
- ・ 電子データに関しては、バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。紙媒体の資料についてはシュレッダー、もしくは溶解を行い適切に破

棄します。

- 個人情報に関しては個人が特定できないように匿名化の対応表（資料 10）を作成します。
- 対応表の取り扱いは、電子データをパスワード付きの USB に保存して鍵のかかる金庫で厳重に管理し、研究終了後バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。
- 研究に際して知り得た情報に関しては研究目的のみに使用し、論文発表を行う際には地名、病院名、個人名が特定できないよう配慮し、論文発表の予定についても、同意書をいただく時点であらかじめ研究協力者に伝えます。
- 研究結果は学内での成果報告、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があることを伝えます。

本研究の趣旨にご賛同いただき、研究へのご協力をよろしくお願いいたします。

なお、本研究は公益信託中西睦子看護学先端的研究基金（芝 158-No.8-助成決定 2）の助成を受けて行っています。

\*この用紙は同意書とともに調査期間終了（令和 年 月 日）まで保存していただきますようお願い申し上げます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*（研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○

## 研究協力に関するお願い

私は、現在「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」というテーマで研究に取り組んでおります。終末期ケアに携わる看護師はがん患者とのコミュニケーションに関する困難感やストレスの度合いが高く、特に悪い知らせや死について話すことに大変苦慮している現状があります。本研究は、進行がん患者と看護師の対話の場面で起こっている現象に焦点をあて、対話の場面における両者の経験を記述し、両者の対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにすることを目的としています。

つきましては、がん看護を実践しておられる看護師の皆さまに、進行がん患者さんとの対話のご経験についてインタビューをお願いできればと思っております。以下の内容をご確認いただき、調査へのご協力についてご検討くださいますようお願いいたします。

### <協力者の条件>

- ・がん患者さんの病気や治療に関する説明の場への同席や、説明後にごん患者さんの話を聞くなどのフォローを行った経験があり、看護管理者の推薦をうけた方。1施設につき3～5名
- ・「転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられているがん患者さんと1対1で一定の時間を確保して病気や治療、今後の療養などに関する話を行った経験」について話すことに同意いただける方。

### <調査内容>

- ①インタビューで、「転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている患者さんとの対話場面」でのご経験（やりとりした言葉、その時の思考、感情等）についてお話しいただきます。この対話の場面は、告知後だけでなく、悪い知らせを伝えられている状況で今後の治療や療養に悩む患者さんから相談があった場面も含みます。
- ②インタビューは2回行います。2回目のインタビューは、1回目のインタビュー内容の解釈が看護師さんの意図と相違がないか確認することが目的です。
- ③インタビューは平日の時間帯に行い、1回30分～1時間です。
- ④インタビューは所属施設の部屋をお借りして行います。
- ⑤がん患者さんにも同様のインタビューを行いますが、対話の内容を聞き取ることに事前に患者さん、看護師さん双方の同意を得て行います。患者さんと看護師さんのインタビューは個別に行います。
- ⑥インタビューの際に、協力者に関する基本的情報について質問票（A4 1枚）を用いてデータ収集を行います。この質問票は看護師さんに聞きながら研究者が記載します。患者さんに関する情報を看護師さんから聴取することにつ

いては、事前に患者さんに説明し同意を得ます。お答えできる範囲でご協力ください。

### <利益と不利益>

この研究にご協力いただくことによって、看護師自身の対話の傾向に気づききっかけをつくり、看護師の対話能力を高める基礎になる可能性があります。また、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を行っていく過程で、患者と看護師の間で起こる対話のあり様を見極める資料になることが期待されます。しかし、インタビューによる時間的拘束や、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせに関する対話の経験を語っていただく際に、感情的な負担が生じる可能性があります。

また、研究にご協力いただくにあたり、以下の点について配慮いたします。

### <倫理的配慮>

- ・研究協力の同意が得られなくても、研究協力者に不利益は一切生じません。
- ・研究の協力は自由意思であるため、研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能です。その場合は研究者にお申し出ください。研究の途中で研究協力辞退のお申し出があった場合、ご要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行います。データの統合および論文作成後はデータを削除することは困難であることをご了承ください。
- ・研究協力により時間的拘束や、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせに関する対話の経験を語っていただく際に感情的な負担が生じる可能性があります。インタビューはどの時点でも中断することが可能です。
- ・2回のインタビューにご協力いただき謝礼として、2000円分のQUOカードもしくは品物を研究終了後にお渡しさせていただきます。どうぞお受け取りください。
- ・インタビューで語った内容は録音されますが、書きおこし作業の前に個人情報保護の匿名化の対策を行い、プライバシーの保護に努めます。
- ・研究に際して知り得た情報に関しては研究以外の目的では使用せず、研究の終了後5年間は厳重に管理し、その後責任を持ってバックアップデータも含めて専用のソフトを用いて消去します。また、研究結果は成果報告を行い、学会発表、学術雑誌への発表を行う可能性があります。その際は地名、病院名や協力者となる方のお名前は特定されることのないよう配慮いたします。
- ・本研究に該当する利益相反事項はありません。

### <研究協力のお返事について>

本研究にご協力いただくことが可能な方は、本書がお手元に届いてから1週間後を目途に、所属部署の看護師長さんに口頭でお申し出ください。看護師長さんから研究者へご連絡をいただいた後に、本研究の趣旨や依頼内容について改めてご説明させていただきます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\* （研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

## 研究協力のご依頼

私は「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」というテーマで研究に取り組んでいます。終末期ケアに携わる看護師はがん患者とのコミュニケーションに関する困難感やストレスの度合いが高く、特に悪い知らせや死について話すことに大変苦慮している現状があります。本研究は、進行がん患者と看護師の対話の場面で起こっている現象に焦点をあて、対話の場面における両者の経験を記述し、両者の対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにすることを目的としています。得られた結果は、看護師自身の対話の傾向に気づくきっかけをつくり、看護師の対話能力を高める基礎になる可能性があると考えています。また、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を行っていく過程で、患者と看護師の間で起こる対話のあり様を見極める資料になることが期待されます。

つきましては、がん看護を実践しておられる看護師の皆さまに、進行がん患者さんとの対話のご経験についてインタビューをお願いできればと思っております。内容については下記をご参照ください。

### <協力者の条件>

- ・がん患者さんの病気や治療に関する説明の場への同席や、説明後にごん患者さんの話を聞くなどのフォローを行った経験があり、看護管理者の推薦をうけた方。1施設につき3～5名
- ・「転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられているがん患者さんと1対1で一定の時間を確保して、病気や治療、今後の療養などに関する話をを行った経験」について話すことに同意いただける方

### <調査内容>

- ・調査方法：インタビュー 2回  
1回のインタビュー時間は30分～1時間で、がん患者さんと看護師さんのインタビューは個別に行います
- ・調査内容  
1回目：「転移再発や抗がん治療中止等の悪い知らせを伝えられている患者さんとの対話場面」での経験（やりとりした言葉、その時の思考、感情等）について。この対話の場面は、告知後だけでなく、悪い知らせを伝えられている状況で今後の治療や療養に悩む患者さんから相談があった場面も含まれます。  
2回目：1回目のインタビュー内容の解釈の確認（看護師さんの意図と相違がないかどうか）
- ・調査日時：平日の時間帯



- ・調査場所：所属施設の部屋をお借りして行います

この研究でご協力いただきたいことは以下の点です。

- ①対話の場面の発生後、所属先の看護管理者（看護師長）様に速やかにご報告ください。看護師長様を通じて、インタビュー日時の調整をさせていただきます。インタビューの時期は対話の場面の発生から1ヶ月以内を目安に考えています。
- ②患者さんから対話の内容を聞き取ることに付いて看護師さんの同意を得てから、患者さんへ研究協力を依頼します。同様に、看護師さんから対話の内容を聞き取ることに付いて、患者さんにも事前に同意を得ます。
- ③インタビュー内容は同意が得られた場合に録音させていただきます。
- ④患者さんの研究協力の同意が得られなかった場合は、看護師さんへのインタビューは行いません。看護師さんが別の患者さんとの対話を経験された場合に、再度インタビューをお願いさせていただきます。
- ⑤インタビュー内容の解釈について、研究協力者の意図と相違がないか確認する目的で、後日2回目のインタビューを行います。なお、2回目のインタビューの時期は、研究者が記述データの解釈を終えてからになります。目安は1回目のインタビュー実施日から1ヶ月以内です。2回目のインタビュー日時の調整は、看護師長様をお願いしています。看護師さんの勤務状況に合わせて希望の日時をお知らせください。
- ⑥インタビューの当日に、協力者に関する基本的情報について質問票（A4 1枚）を用いてデータ収集します。この質問票は看護師さんに聞きながら研究者が記載します。患者さんに関する情報を看護師さんから聴取することについては、事前に患者さんに説明し同意を得ます。お答えできる範囲でご協力ください。なお、診療録は閲覧たしません。

また、研究にご協力いただくにあたり、以下の点について配慮いたします。

- ・今回の研究において、開示すべき利益相反はありません。
- ・所属機関の研究倫理審査委員会の承認を受けて研究を開始します。
- ・研究協力の同意が得られない場合も、研究協力者に不利益は一切生じません。
- ・研究の協力は自由意思であるため、研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能です。その場合は研究者にお申し出ください。研究の途中で研究協力辞退のお申し出があった場合、ご要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行います。データの統合および論文作成後はデータを削除することは困難であることをご了承ください。
- ・研究協力により時間的拘束が予測されますが、インタビューに要する時間は厳守するように努めます。インタビューの際はどの時点でも中断が可能です。
- ・インタビューでは、転移再発や積極的治療の中止等の悪い知らせを伝えられている状況において、対話の場面で生じた気持ちや考え等を語っていただきます。感情的な負担が生じる可能性があるため、インタビューは心理面に配慮しながら進めます。

- ・インタビューを2回行うことによる時間的拘束および対話の経験についてお話しいただくことの謝礼として、2000円分のQUOカードもしくは品物を研究終了後にお渡しさせていただきます。どうぞお受け取りください。
- ・インタビューで語った内容は録音されますが、書きおこし作業の前に個人情報は匿名化もしくは記号化され、削除されます。
- ・書きおこし作業は、業者に依頼する予定です。その際には、機密保持および個人情報の取り扱いに関する誓約書を用い、データを筆耕する際、得た情報は厳格に管理し（パスワードをかけ鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを署名していただきます。
- ・電子データはパスワード付きのUSBを使用し鍵のかかる金庫で保管し、分析はインターネットのつながっていない専用のPCを用いて分析を行います。
- ・データは研究終了後大学で決められた所定の期間（5年間）、施錠可能なキャビネットに保管し、その後責任を持って処分します。
- ・電子データに関しては、バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。紙媒体の資料についてはシュレッダー、もしくは溶解を行い適切に破棄します。
- ・個人情報に関しては個人が特定できないように匿名化の対応表（資料10）を作成します。
- ・対応表の取扱いは電子データをパスワード付きのUSBに保存して鍵のかかる金庫で厳重に管理し、研究終了後バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。
- ・研究に際して知り得た情報に関しては研究目的のみに使用し、論文発表を行う際には地名、病院名、個人名が特定できないよう配慮し、論文発表の予定についても、同意書をいただく時点であらかじめお伝えします。
- ・研究結果は学内での成果報告、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があることをお伝えします。

本研究の趣旨にご賛同いただき、研究へのご協力をよろしくお願いいたします。  
 なお、本研究は公益信託中西睦子看護学先端的研究基金（芝 158-No.8-助成決定2）の助成を受けて行っています。

\*この用紙は同意書とともに調査期間終了（令和 年 月 日）まで保存していただきますようお願い申し上げます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*-\*\*\* \* ○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\* \*（研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*-\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

## 研究協力のご依頼

私は「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」というテーマで研究に取り組んでいます。

病気の再発や治療法の変更、今後の生活に関する話し合いにおいて、患者さんと医療者の十分な対話は欠かせません。本研究では、がん患者さんと看護師の対話の場面に焦点をあて、その場面でのご経験をお聞きし、両者の対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにすることを目的としています。看護師だけでなく患者さんにも経験をお聞きし、患者さんの視点から病気や治療の体験を理解し、対話のあり方を検討したいと考えております。得られた結果は、看護師の対話能力を高める基礎となり、今後のがん患者さんへの有効な支援につながる可能性があります。

つきましては、看護師との対話のご経験についてインタビューをお願いできればと思っております。内容については下記をご参照ください。

### <協力者の条件>

- ・看護師と1対1で「病気や治療のこと等について対話を行った経験」があり、その経験について話をすることに同意いただける方
- ・30分～1時間程度のインタビューを受けていただくことが可能な方

### <調査内容>

- ・調査方法：インタビュー 2回  
インタビューの内容は同意を得られた場合に録音させていただきます。患者さんと看護師さんのインタビューは個別に行います
- ・調査内容
  - 1回目：「病気の再発、抗がん剤の変更、積極的治療の中止、今後の過ごし方等について看護師と対話を行った場面」でのご経験（やりとりした言葉、その時の思い、気持ち等）についてお聞きします
  - 2回目：1回目のインタビュー内容を解釈した結果について、患者さんの意図と相違がないか確認いたします。2回目のインタビュー時期の目安は1回目のインタビューから1ヶ月以内です
- ・調査日時：平日の時間帯、1回30分～1時間
- ・調査場所：病院内の部屋をお借りして行います
- ・2回目のインタビューの日時について：  
入院中の場合は患者さんのご予定や心身の状態に合わせて調整させていただきます。退院されている場合は、外来診察日に合わせてインタビューをお願いしたいと考えています。外来診察日の患者さんのご都合に合わせて、診察前もしくは診察後にインタビューをお願いできればと思います。

また、研究にご協力いただくにあたり、以下の点について配慮いたします。

- ・ 今回の研究において、開示すべき利益相反はありません。
- ・ 所属機関の研究倫理審査委員会の承認を受けて研究を開始します。
- ・ 研究協力の同意が得られない場合も、研究協力者に不利益は一切生じません。
- ・ 研究の協力は自由意思であるため、研究協力の同意後であっても研究協力の辞退は可能です。その場合は研究者にお申し出ください。研究の途中で研究協力辞退のお申し出があった場合、ご要望に応じてインタビューデータの一部削除もしくは全削除を行います。データの統合および論文作成後はデータを削除することは困難であることをご了承ください。
- ・ 研究協力により時間的拘束が予測されますが、インタビューに要する時間は厳守するように努めます。インタビューの際はどの時点でも中断が可能です。
- ・ 患者さんから対話の内容を聞き取ることについて、看護師さんの同意を得てからインタビューを行わせていただきます。同様に、看護師さんから対話内容を聞き取ることについて、患者さんの同意を得てから看護師さんにインタビューを行います。
- ・ 協力者に関する基本的情報用紙（資料 7）のなかの、患者さんに関する情報について看護師さんから聴取します。事前に患者さんのご意向を確認し同意を得たうえで行います。
- ・ インタビューでは、転移再発や積極的治療の中止等に関する対話の場面において生じたお気持ちや考え等を語っていただきます。そのため、感情的な負担が生じる可能性があります。インタビューの際は心理面に配慮しながら進めますが、研究協力者に体調の変化が生じた場合は速やかにインタビューを中断し、看護管理者（看護師長）様にご報告いたします。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止いたします。
- ・ インタビューを 2 回行うことによる時間的拘束および対話の経験についてお話しいただくことの謝礼として、2000 円分の QUO カードもしくは品物を研究終了後にお渡しさせていただきます。どうぞお受け取りください。
- ・ インタビューで語った内容は録音されますが、書きおこし作業の前に個人情報情報は匿名化もしくは記号化され、削除されます。
- ・ 書きおこし作業は、業者に依頼する予定です。その際には、機密保持および個人情報の取り扱いに関する誓約書を用い、データを筆耕する際、得た情報は厳格に管理し（パスワードをかけ鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを署名していただきます。
- ・ 電子データはパスワード付きの USB を使用し鍵のかかる金庫で保管し、分析はインターネットのつながっていない専用の PC を用いて分析を行います。
- ・ データは研究終了後大学で決められた所定の期間（5 年間）、施錠可能なキャビネットに保管し、その後責任を持って処分します。
- ・ 電子データに関しては、バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。紙媒体の資料についてはシュレッダー、もしくは溶解を行い適切

に破棄します。

- ・ 個人情報に関しては個人が特定できないように匿名化の対応表（資料 10）を作成します。
- ・ 対応表の取り扱いは電子データをパスワード付きの USB に保存して鍵のかかる金庫で厳重に管理し、研究終了後バックアップデータも含め専用のソフトを用いて消去します。
- ・ 研究に際して知り得た情報に関しては研究目的のみに使用し、論文発表を行う際には地名、病院名、個人名が特定できないよう配慮し、論文発表の予定についても、同意書をいただく時点であらかじめお伝えします。
- ・ 研究結果は学内での成果報告、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があることをお伝えします。

本研究の趣旨にご賛同いただき、研究へのご協力をよろしくお願いいたします。なお、本研究は公益信託中西睦子看護学先端的研究基金（芝 158-No.8-助成決定 2）の助成を受けて行っています。

\* この用紙は同意書とともに調査期間終了（令和 年 月 日）まで保存していただきますようお願い申し上げます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*\*\*-\*\*\*\*\*（研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*\*\*-\*\*\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

## 同意書

私は、「進行がん患者と看護師の対話がもつ意味に関する現象学的研究」の研究について、研究協力依頼書をもとに十分な説明を受け、研究の趣旨と協力内容であるインタビューデータが分析に用いられることを理解し納得しました。また、研究協力は私の意思によるものであり、いつの時点でも取りやめることが出来ること、その場合一切の不利益はないことを理解しました。よって、この研究に協力することに同意します。

令和            年            月            日

研究協力者署名：\_\_\_\_\_

説明者署名：\_\_\_\_\_

\*この用紙は依頼書とともに調査期間終了（令和 年 月 日）まで保存していただきますようお願い申し上げます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*-\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\* （研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*-\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○○

## 同意書

私は、「進行がん患者と看護師の対話をもつ意味に関する現象学的研究」の研究について、研究協力依頼書をもとに十分な説明を受け、研究の趣旨と協力内容であるインタビューデータが分析に用いられることを理解し納得しました。また、研究協力は私の意思によるものであり、いつの時点でも取りやめることが出来ること、その場合一切の不利益はないことを理解しました。よって、この研究に協力することに同意します。

令和            年            月            日

研究協力者署名： \_\_\_\_\_

説明者署名： \_\_\_\_\_

\*この用紙は依頼書とともに調査期間終了（令和 年 月 日）まで保存していただきますようお願い申し上げます。

研究者 内田 恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

指導教員 内布敦子（兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授）

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

TEL/FAX：\*\*\*\*\*（研究室直通）

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○

この研究に関するご質問、お問い合わせは下記のところまでお願いいたします。

連絡先：〒\*\*\*\*\* ○○○○○○○○○○○○

兵庫県立大学大学院看護学研究科 内田 恵

TEL/FAX：\*\*\*\*\*

E-mail：○○○○@○○○○○○○○○



## 協力者に関する基本情報用紙

## &lt;看護師の情報&gt;

1. 氏名 ( )
2. 年齢 ( ) 歳
3. 性別 ( 男性 女性 )
4. 看護師としての経験年数 ( ) 年
5. 4のうち、がん看護の経験年数 ( ) 年
6. 認定看護師または専門看護師の資格  
資格の有無 ( 有 無 )  
\* 有の場合は分野名 ( )
7. 所属施設名 ( )
8. 所属部署 ( 病棟 外来 その他: )

## &lt;患者の情報&gt;

- ・年齢 ( ) 歳 or ( ) 歳代
- ・性別 ( 男性 女性 )
- ・がんの病名 ( )
- ・転移の部位 ( )
- ・治療の状況  
( 無治療 積極的治療中 経過観察 積極的治療中止・BSC )
- \* BSC : Best Supportive care

研究協力 ID	
---------	--

こちらの欄には記入しないでください

# インタビューガイド

## 1 回目のインタビュー

### 1. インタビューの説明

#### <オリエンテーション>

- ・インタビューの内容は録音してもよろしいでしょうか。インタビューの内容は、後で書き起こされテキストデータとして分析の材料になります。(同意が得られた場合)途中で録音を止めて欲しい場合はお申し出下さい。
- ・インタビューの際は、体の疲れや気持ちのつらさなどが生じていないか注意しながら進めますが、ご自身でも体調の変化を感じた場合は遠慮なくお申し出下さい。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止します。
- ・インタビューでは話したくないことはお話しにならないで結構です。可能な範囲でお話し下さい。

#### <インタビューの意図>

##### (看護師)

終末期ケアに携わる看護師はがん患者とのコミュニケーションに関する困難感やストレスの度合いが高く、特に悪い知らせや死について話すことに大変苦慮している現状があります。この研究では、がん患者さんと看護師の対話の場面に焦点をあて、その場面での経験の語りから、対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにしたいと考えています。得られた結果は、得られた結果は、看護師自身の対話の傾向に気づききっかけをつくり、看護師の対話能力を高める基礎になる可能性があると考えています。また、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の準備段階をなすものとして患者と看護師の対話を捉え直す可能性にも貢献することが予想されます。

##### (患者)

病気の再発や治療法の変更、今後の生活に関する話し合いにおいて、患者さんと医療者の十分な対話は欠かせません。この研究では、がん患者さんと看護師の対話の場面に焦点をあて、その場面での経験をお聞きし、対話の経験にはどのような意味があるのかを明らかにしたいと考えています。患者さんにも経験をお聞きすることで、患者さんの視点から病気の体験を理解し、対話のあり方を検討したいと思えます。得られた結果は、看護師の対話能力を高める基礎となり、今後のがん患者さんへの有効な支援につながる可能性があります。

## 2. インタビューの進め方

- ・最初に、以下の質問を一つ行う。

「看護師の〇〇さん/患者の〇〇さんと話した場面を思い起こしてください。（少し待って）その時に経験されたことを教えてください。」

- ・上記の質問で、語りが出てない場合は、以下の質問を行ってみる。

「その時にどのようなことを話しましたか。」  
「最も印象に残っていることはどんなことですか。」

- ・語りのなかに、実際の言葉のやりとりだけでなく、言葉の意図、その時の思考、その時に抱いた感情などが含まれていることに留意する。含まれていない場合は、協力者の自由な語りを妨げない範囲で、以下の質問を適宜行う。その際できるだけ協力者のペースで話ができるようにこころがける。

「その時に、どのようなことを考えていましたか。」  
「その時は、どのようなお気持ちでしたか。」  
「そのように発言/行動された理由は何でしょうか。」  
「その時の〇〇さん（対話の相手）の反応はどのようなものでしたか。なぜそう感じられたのでしょうか。」  
「〇〇さんはあなたの話を十分に聞いてくれた、または理解してくれたと思いますか。なぜそう思われたのでしょうか。」  
「あなたの伝えたかったことは〇〇さんに伝わったと思いますか。なぜそう思われたのでしょうか。」  
「対応（返答）が難しいと感じたことはありましたか。なぜそう思うのかお話し下さい。」  
「対応（返答）が上手くできたと感じたことはありましたか。なぜそう思うのかお話し下さい。」

- ・協力者が話し始めたら真剣に話しを聞き、「うんうん」「そうなんですか」「なるほど」「もう少し詳しくお話しいただけますか」などの言葉を適宜発して協力者の語りを促す。
- ・研究者（インタビュアー）は、インタビュー中は以下の点に留意する。現象学的な態度を念頭におく。協力者の経験の語りを引き出すために上記の質問を準備しているが、できるだけ研究協力者の自由な語りに任せるようにし、誘導質問にならないように注意する。

## 2 回目のインタビュー

### 1. インタビューの説明

#### <オリエンテーション>

- ・先日は、インタビューにご協力いただきありがとうございました。また、本日は2回目のインタビューにご協力いただきありがとうございます。
- ・本日のインタビューは、前回お話いただいた内容について分析した結果をご覧いただき、研究者が解釈した内容と、患者の〇〇さん/看護師の〇〇さんのご経験の意味（その時の思い、判断、意図など）に相違がないか確認するために行わせていただきます。
- ・インタビューの内容は録音してもよろしいでしょうか。インタビューの内容は、後で書き起こされテキストデータとして分析の材料になります。（同意が得られた場合）途中で録音を止めて欲しい場合はお申し出下さい。
- ・インタビューの際は、体の疲れや気持ちのつらさなどが生じていないか注意しながら進めますが、ご自身でも体調の変化を感じた場合は遠慮なくお申し出下さい。インタビューの続行が適切でないと判断した場合は、その時点でインタビューを中止します。
- ・インタビューでは話したくないことはお話しにならないで結構です。可能な範囲でお話し下さい。

### 2. インタビューの進め方

- ・以下のように説明し、インタビューで協力者の意図を確認していく。

「1 回目のインタビューでお話いただいた内容をテキストデータに起こして分析を行いました。お話いただいた対話のご経験について、〇〇さんにとってどのような意味があるのかを読み取り、解釈した内容がこちらになります。」

（解釈した文書をお見せしながら）

「今から、研究者が解釈した内容についてご説明いたしますので、どうぞ忌憚なくご意見をいただけたらと思います。」

（対話の経験について解釈した意味が複数箇所ある場合は）

「研究者が解釈した内容について、一つずつ〇〇さんの意見を確認しながら進めていきます。」

「解釈した内容について、意図がわかりにくい表現や言葉がありましたら、遠慮なくおっしゃってください。説明の途中でも構いません。」

## 機密保持および個人情報の取扱いに関する誓約書

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程  
内田 恵 様

私どもは、お預かりしたデータを筆耕する際、得た情報は厳密に管理し（パスワードをかけ鍵のかかる個所に保管）一切口外しないことを誓約いたします。

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

会社名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

資料 10  
研究協力者対応表

< 看護師 >

ID	氏名	所属施設	所属部署
N-1			
N-2			
N-3			
N-4			
N-5			
N-6			
N-7			
N-8			
N-9			
N-10			
N-11			
N-12			
N-13			
N-14			
N-15			

< 患者 >

ID	氏名	所属施設	病棟/外来
P-1			
P-2			
P-3			
P-4			
P-5			
P-6			
P-7			
P-8			
P-9			
P-10			
P-11			
P-12			
P-13			
P-14			
P-15			