

緩和ケア病棟の看護師が捉えるスピリチュアリティ

—看護師の看取りケアと死に対する考え—

Spirituality Grasped by Nurses in Palliative Care Unit

— End-of-Life Care and Thoughts on Death —

永石 喜代子
Kiyoko NAGAISHI佐々木 秀美*
Hidemi SASAKI

*広島文化学園大学大学院看護学研究科

要旨

人が死を迎えるということは、その人がそれまでの人生をいかに生きたかであり、どのように終わろうとしているかである。看取りケアは患者の死に向き合い、最期まで生きることに関与するケアである。本研究は緩和ケア病棟の看護師が死をどのように捉え、看護師自身のスピリチュアリティをいかに向上させているかに焦点をあてた。対象は緩和ケア病棟の看護師 11 名である。目的は緩和ケア病棟の看護師が捉えるスピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアを検討し、看護師の死の捉え方やスピリチュアリティをいかに向上させているかの示唆を得ることである。半構成的面接法を用いてグランデッド・セオリー法によるカテゴリ化分析の結果、【感情移入、無力感、疲労感、疲弊感】の危機状態、【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】【チームケア、病棟の風土、土壌】など循環的環境の新たな知見を含めて 10 項目のカテゴリが生成された。この結果から緩和ケア病棟の看護師は、死は自然なもの、自分自身のスピリチュアリティをこころのエネルギー・行動力と捉えていた。時には危機状態に陥りながらも病棟の風土や支援を受けて、こころのエネルギー・行動力を得ている。この流れを繰り返す循環的環境が、看護師自身のスピリチュアリティを向上させているとの示唆を得た。

【キーワード】 緩和ケア病棟 看護師 スピリチュアリティ 看取りケア 死生観

1. はじめに

スピリチュアリティ (Spirituality: 名詞) とは、人間に特有な心理的あるいは精神的活動の総体、または任意の部分を目指す用語である。それは、呼吸や息、いのち、意識、靈感、風、香り、聖霊や魂を意味するラテン語・スピリット (Spiritus) に由来する¹⁾。スピリチュアル (Spiritual) はキリスト教用語で霊的な意味をもつ²⁾。医学英和事典では Spiritual Support とも表記され、Spiritual は霊的、Support は患者がより偉大な力と均衡の連結を感じるのを支援すると記述されている³⁾。1990 年、世界保健機構 (WHO) の執行理事会において、スピリチュアリティとは、「人間として生きる事に関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉であり、“生きている意味や目的についての関心や懸念である”」と報告している⁴⁾。この WHO の健康の概念の見直し以降、わが国においてもスピリチュアリティへの関心が高まっている。窪寺俊之 (2000) は、スピリチュア

リティとは、「人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われたとき、その危機状態で生きる力や希望を見つけ出そうとして、危機の中で失われた生きる意味や目的を、自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである」と論じている⁵⁾。梶原直美 (2014) は、スピリチュアリティはスピリトゥス (spiritus) というラテン語に由来し、このラテン語は、スピロー (spiro) という、呼吸する・生きている、靈感を得る、風が吹くなどの意味を持ち、ケアを必要とする側にも提供する側にも、すでにスピリチュアリティが備わっていると論じている⁶⁾。下妻晃二郎 (2014) は、スピリチュアリティを健康関連 QOL の構成要素として示している。健康関連 QOL の構成要素は身体面、心理面 (精神面)、役割・機能面、経済面の側面から成り立ち、これらを根本で支える側面に実存するのがスピリチュアリティであり、それは“生きがい”“生きる意味”“信念”“価値観”“平穏な気持ち”であると論じている⁷⁾。がん患者の終末期医療を中心に、スピリチュア

リティやスピリチュアルペインに対応したケアのあり方が探求されている⁸⁻¹³⁾

トータルペイン (Total Pain) を提唱したシシリ・ソンドースは、生命を脅かす疾患に直面すると多くの患者が自責の念あるいは罪の感情を持ち、自分自身の存在に価値がなくなったと感じ、時には苦悶の中に落ち散るといふ¹⁴⁾。このような患者のいかなる苦悶の場面においても、看護師は看取りケアを提供する義務がある。しかし、患者の死に向き合い、最期まで生きることに寄り添うケアは容易なことではない。時には患者の死が衝撃となり、看護師自身が無力感や挫折感、自己否定などの危機状態に陥る。その危機状態のなかで緩和ケア病棟の看護師は、患者が最期までいかに自分らしく生きることができるかを考え、患者の最も身近な存在として看取りケアが求められる。そこに緩和ケア病棟の看護師の役割があると考えられる。

スピリチュアリティに関する先行研究では、小藪智子ら (2009) の「スピリチュアリティの認知の有無と言葉のイメージ」において、緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティの認知は 85.6% であったと論じている¹⁵⁾。また、井出訓ら (2015) によると、緩和ケア認定看護師のとらえるスピリチュアリティには、精神的・霊的、生きがいがあり、信念があると論じている¹⁶⁾。また、田内香織ら (2009)¹⁷⁾、酒井禎子 (2011)¹⁸⁾、鈴木央 (2014)¹⁹⁾ は看護師のスピリチュアリティの重要性を示唆している。さらに、東野友子 (2021) は、死を回避しない看取りケアには、知識と経験、死にゆく人の声を聴く“死に向き合う看護”が根底にあると論じている²⁰⁾。このように先行研究では看護師のスピリチュアリティは、スピリチュアルケアに影響を及ぼす重要要因であるとの示唆を得ている。しかし、緩和ケア病棟の看護師が、危機状態である厳しい環境のなかで自分自身のスピリチュアリティをどのように捉え、いかに育んでいるかについての研究は見当たらない。

そこで本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師が捉えるスピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアを検討し、看護師の死の捉え方やスピリチュアリティをいかに向上させているかの示唆を得ることである。

2. 研究方法

2-1. 研究デザイン

研究デザインは探索型研究、横断研究である。

スピリチュアルという看護師の精神や内在する“こころ”に触れる調査であることから、質問紙調査と半構成的面接の混合研究法とした。本稿は、そ

のなかの半構成的面接における研究で、看護師のスピリチュアリティに視点を置いた。インタビュー内容は、看護師のスピリチュアリティと、その影響要因である患者のスピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアについての 4 項目とした。

2-2. 研究対象

研究対象は看護師自身のスピリチュアリティに関する調査であることから、3年以上の緩和ケアの経験をもつ看護師とした。その根拠は、パトリシアベナーの論じる達人ナースの卓越性から「状況を部分的というよりも全体として捉えられている」²¹⁾ に基づく。この達人ナースを本研究では3年以上の緩和ケアの経験者とした。調査依頼は5施設の緩和ケア病棟の看護師に文書と口頭にて依頼し同意を得た。

2-3. 調査期間

2019年6月～2020年3月

2-4. データ収集法

研究対象者に対して、半構成的面接を用いたインタビューでデータを収集した。インタビューは1人1回、30～45分程度、看護師のプライバシーを配慮した環境、個室にて実施した。面接内容は研究対象者の同意を得てICレコーダに録音し必要時メモ記録をとった。インタビューの日時、場所の設定は施設および研究対象者の意向を十分に配慮し無理のない設定に留意した。インタビューは表1に示したインタビューガイドに沿って実施した。

表1. インタビューガイド

調査のインタビューにご協力頂き有難うございます。

次の4点についてお伺いします。

1. スピリチュアルペインについて、どのように考えられますか？
2. スピリチュアルケアについて、どのように考えられますか？
3. 看護師のスピリチュアリティについて、どのように考えられますか？
4. 看取りのベストケアについて、どのように考えられますか？

差支えなければ事例を交えてお願いします。

2-5. 分析方法

- 1) 質的データをグランデッド・セオリー法によるカテゴリ化 (W.C チュニッツ、J.M. スワンソンのグランデッド・セオリー²²⁾) を参考に分析した。
- 2) インタビュー内容は逐語録を作成し、逐語録から重要文脈をコーディングしサブカテゴリ化した。
- 3) サブカテゴリ化したものをカテゴリ化した。
- 4) 対象者 11 名のカテゴリ化したものを統合した。
- 5) 統合したカテゴリを構造化した。
- 6) 研究信頼性を高めるため 2 名の質的研究者のスーパーバイズを繰り返し受けた。

2-6. 倫理的配慮

広島文化学園大学看護学研究科・看護学部倫理委員会の承認(承認番号 1905)を得て実施した。なお、施設および対象者個人には、研究参加・不参加・途中棄権の自由、個人の利益・不利益について文章および口頭で説明し同意を得ている。

3. 結果

3-1. 研究対象者の基本属性

調査に同意を得た看護師は 11 名で、その基本属性を表 2 に示した。研究対象者は 30 ~ 50 代の女性 11 名で、平均年齢は 44 歳、看護経験年数の平均年数は 17.1 年、緩和ケア勤務平均年数は 7.1 年であった。

表 2. 研究対象者の基本属性 n=11

研究対象者	年齢 (歳)	看護経験年数 (年)	緩和ケア経験年数 (年)
対象者 A	50	10	5
対象者 B	30	10	5
対象者 C	40	20	5
対象者 D	40	20	5
対象者 E	40	20	10
対象者 F	40	20	10
対象者 G	40	20	5
対象者 H	40	20	5
対象者 I	40	10	20
対象者 J	50	20	5
対象者 K	30	10	5
平均	44	17.1	7.1

(年齢、経験年数に個人情報配慮あり)

3-2. 対象者 A のインタビュー内容の分析

対象者 A のインタビューを分析した結果、18 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 3 に示した。以下、文中のカテゴリは【 】で示した。18 のサ

ブカテゴリから【スピリチュアルペインは、身体的・精神的・社会的痛みのトータルペイン】【スピリチュアルケアは患者の痛みや思い、宗教を大切にしたい寄り添いのケア】【スピリチュアリティは患者の痛みや思いを傾聴し共感する行動へのエネルギーである】【看取りのベストケアとは、患者からの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたとき】という 4 カテゴリが生成された。

表 3. 対象者 A: サブカテゴリからカテゴリ化

(A) サブカテゴリ	(A) カテゴリ
1) がんの悪化に伴う身体的苦痛とボディイメージの変化や何もできなくなるという喪失感	・スピリチュアルペインは、身体的・精神的・社会的痛みのトータルペイン
2) 孤独感とさみしさによる不眠	
3) イライラして不機嫌になり物を投げるなど、分かってもらえない怒りの感情表出	
4) 罹患という挫折感、皆に嫌われているという疎外感、話を聞いてほしかったなどの感情表出	
5) 外泊の希望が叶えられなかった社会的苦痛	・スピリチュアルケアは患者の痛みや思い、宗教を大切にしたい寄り添いのケア
6) 入眠援助のタッチングと寄り添いのケア	
7) 患者のベッドの隣に座り、1 時間半の傾聴	
8) 看護師と患者の距離が近くなったと感じられ、患者自身の言動 (自己洞察)	
9) 看護師と患者の関係の確立 (ラポール)	・スピリチュアリティは患者の痛みや思いを傾聴し共感する行動へのエネルギーである
10) 患者の宗教を大事にすること	
11) 患者の思いを大事にすること	
12) 患者に関われない、拒否される看護師の苦悩	
13) 辛かった患者の思いややりきれなさ共感	・看取りのケアベストケアとは、患者からの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたとき
14) 夜勤業務の中で、一人の患者との長時間の関わりが気になったが、この患者との傾聴を優先することのスタッフの共有理解	
15) スピリチュアリティはその人のエネルギー	
16) スピリチュアリティは行動力	
17) 自分のスピリチュアリティを高めた	
18) 看取りのケアのベストケアは個々に相違があるが、患者、家族からの感謝の言葉や、患者が別れの時に満足したと思えたとき	

3-3. 対象者 B のインタビュー内容の分析

対象者 B のインタビュー分析の結果、17 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 4 に示した。17 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、死への不安や恐怖と、体力が低下し今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感】【スピリチュアルケアは、患者の痛み共感し、声掛け、寄り添い、見守る、看護観をもつこと】【看護師のスピリチュアリティは、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である】【緩和ケア病棟では看護に限界を感じる時がある】【スピリチュアルケアと精神的ケア

との境界がわからない】【看取りのベストケアとは、患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなることであり、残された家族のグリーフケアができること】という6カテゴリが生成された。

表4. 対象者B: サブカテゴリからカテゴリ化

(B) サブカテゴリ	(B) カテゴリ
1) スピリチュアルペインは死への不安や恐怖	・スピリチュアルペインは、死への不安や恐怖と、体力が低下し今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感
2) 患者が今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感や辛さ	
3) 食べられなくなることは、死に近づくと不安	
4) 患者の耐え難い辛さを共感する	・スピリチュアルケアは、患者の痛みと共に共感し、声掛け、寄り添い、見守る、看護観をもつこと
5) 今までできていたことが、できなくなることを予測した対応	
6) 患者の思いや辛さに寄り添いサポートする	
7) 看護師が患者の体力の限界を感じても、患者自身が自らの限界を感じるまで見守る	
8) 機械浴は、患者の思いや辛さをとらえた適時のタイミングで声掛ける	
9) [とうとう機械浴を必要とする体になってしまった・・・]という患者の辛い気持ちに配慮しながら、機械浴をすすめる	
10) スピリチュアルケアについては、看護観の相違が色濃くでる	
11) スピリチュアリティは、自分の意欲、自尊心であり、看護師のこころのエネルギーであり行動力である	
12) 看護師が看護に限界を感じたときの、家族への告知と受容が難しい	
13) スピリチュアルケアと精神的ケアの境界がわからない	
14) 患者と家族が最期の時間を共に過ごす	・看取りのベストケアとは、患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなることであり、残された家族のグリーフケアができること
15) 看取りのベストケアは患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなること	
16) 看取りのサポートができたとき	
17) 残された家族のグリーフケアができたとき	

3-4. 対象者Cのインタビュー内容の分析

対象者Cのインタビューから、13のサブカテゴリからのカテゴリ化を表5に示した。13のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、死に対する不安や恐怖など、人間のこころの奥深いところの痛み】【スピリチュアルケアは、医療者側の価値観を押しつけず、患者が声かけやすい環境、傾聴、共感すること】【スピリチュアリティは、医療従事者や患者が持っている価値観】【緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、あまり分らない（私にとって永遠のテーマ）】【看取りのベストケアは、患者にとって安らかで、平穏な死を迎えられること】という5カテゴリが生成された。

ない（私にとって永遠のテーマ）】【看取りのベストケアは、患者にとって安らかで、平穏な死を迎えられること】という5カテゴリが生成された。

表5. 対象者C: サブカテゴリからカテゴリ化

(C) サブカテゴリ	(C) カテゴリ
1) 死に対する恐怖や不安	・スピリチュアルペインは、死に対する不安や恐怖など、人間のこころの奥深いところの痛み
2) スピリチュアルペインは人間のこころの奥深いところの痛み	
3) 患者が話しかけてきた時は、しっかり傾聴する	・スピリチュアルケアは、医療者側の価値観を押しつけず、患者が声かけやすい環境、傾聴、共感すること
4) 患者との信頼関係を構築し、じっくりと傾聴し共感する	
5) 不安や怖さを表出出来る人は、最期の生き方の方向性が出る	
6) 患者は看護師の行動を良く観察しているので声掛けしやすい雰囲気を保つ	
7) 医療者側の価値観を押し付けて、患者の生きるエネルギーを消耗させない	
8) 患者の気持ちを大切に言葉かけ	
9) 悩みを表現しない患者は関わりが難しい	
10) スピリチュアリティは医療従事者や患者が持っている価値観だと思う	
11) 緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、あまり分らない	
12) 私にとって、永遠のテーマ	
13) 看取りのベストケアは患者にとって、安らかで、平穏な死を迎えられることであり、永遠のテーマである	・看取りのベストケアは、患者にとって安らかで、平穏な死を迎えられることであり、永遠のテーマ

3-5. 対象者Dのインタビュー内容の分析

対象者Dのインタビューの結果、14のサブカテゴリからのカテゴリ化を表6に示した。14のサブカテゴリから【患者のスピリチュアルペインは、離別の痛み、身体的能力の喪失、迷惑をかけてしまうという自律性の喪失】【スピリチュアルケアは、患者の痛みや苦しみに寄り添い、死の受容に向けた患者中心のケア】【看護師のストレスやジレンマには、仕事と休養のバランスをとり、看護師のエネルギーを維持・継続する】【スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある】【研修と実践からの教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】【看取りのベストケアは、患者が最期までその人らしく生き続けられるケアであり、残された家族に対してグリーフケ

アができること】という6カテゴリが生成された。

表 6. 対象者 D: サブカテゴリからカテゴリ化

(D) サブカテゴリ	(D) カテゴリ
1) 病床の父を残して先立つことの離別のつらさ	・患者のスピリチュアルペインは、離別の痛み、身体的能力の喪失、迷惑をかけてしまうという自律性の喪失
2) 身体的能力の喪失に伴うスピリチュアルペイン	
3) 自分のことができなくなり、家族に迷惑をかけてしまうことの自律性の喪失	
4) 機械浴を拒む患者に対して、患者のこころの痛みに寄り添うケア	・スピリチュアルケアは、患者の痛みに寄り添い、死の受容に向けた患者中心のケア
5) スピリチュアルケアは、患者の痛みに寄り添い死の受容に向けた患者中心のケア	
6) 患者に残された時間を考え、患者のニーズは後回しにしないケア（後回しにすると後悔する）	
7) 患者の死を直視する際の看護師の辛さや動揺、ジレンマ、患者の死後の気持ちの引きずりやストレスを感じる	・看護師のストレスやジレンマには、仕事と休養のバランスをとり、看護師のエネルギーを維持・継続する
8) 看護師のエネルギーを維持・継続する為には仕事と休養のバランスが必要	
9) スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある。スピリチュアリティが壊れかかっている看護師には休養が必要	・スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある
10) 病棟リーダーの役割は患者の把握、看護師のスピリチュアリティの向上、スタッフの育成と自分自身の成長	・研修と実践からの教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる
11) スタッフとともに患者のペインについて一緒に考え、関わり、気づいたことの評価を通して、スピリチュアルペインに気づく力を高める	
12) 研修と実践の積み重ね、自己洞察と人生観、死生観が持てるよう看護師への教育的関わりが必要	
13) 緩和ケア、看取り、ターミナルケアへの関心があり、家族看護や患者の最期の瞬間を大切にしたい	・看取りのベストケアは、患者が最期までその人らしく生き続けられるケアであり、残された家族に対してグリーフケアができること
14) 看取りのベストケアは患者が最期までその人らしく生き続けられ、残された家族に対してグリーフケアができること	

3-6. 対象者 E のインタビュー内容の分析

対象者 E のインタビューの結果、9 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 7 に示した。9 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、死の苦痛や恐怖であり、その痛みからの解放が必要】【スピリチュアルケアは、特別な事ではなく、日常生活ケアの一つであり、その人に必要なサポートや見守りが大切】【スピリチュアリティは、自分の価値観や信仰観、意欲であり、スピリチュアルケアに影響を及ぼす（与える）ことから慎重でありたい】【実践や

研修から学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要】【看取りのベストケアは、自然な死であり医療者側の価値観を押し付けないケア】という5カテゴリが生成された。

表 7. 対象者 E: サブカテゴリからカテゴリ化

(E) サブカテゴリ	(E) カテゴリ
1) スピリチュアルペインは、死の苦痛や恐怖であり、その痛みからの解放が必要である	・スピリチュアルペインは、死の苦痛や恐怖であり、その痛みからの解放が必要
2) スピリチュアルケアは、特別な事ではなく、日常生活ケアの一つである	・スピリチュアルケアは、特別な事ではなく、日常生活ケアの一つであり、その人に必要なサポートや見守りが大切
3) その人が最期の力を出せるように、必要なサポートや見守りも大切である	・スピリチュアリティは、自分の価値観や信仰観、意欲であり、スピリチュアルケアに影響を及ぼす（与える）ことから慎重でありたい
4) スピリチュアリティは、私たちが考える価値観や意欲であり、スピリチュアルケアに大きな影響を及ぼす（与える）ということから、慎重に考えないといけない、慎重でありたい	
5) 日本独特の信仰観（宗教観）	・実践や研修から学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要
6) 患者一人ひとりから学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要	
7) 実践や研修からの学びが重要	
8) 人間の最期は、自然な死でありたい	・看取りのベストケアは、自然な死であり、医療者側の価値観を押し付けないケア
9) 医療者側の価値観を押し付けない	

3-7. 対象者 F のインタビュー内容の分析

対象者 F のインタビューの結果、9 のサブカテゴリからカテゴリ化を表 8 に示した。9 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは関係性の喪失、将来の喪失、身体的、社会的痛みを含めたトータルペイン】【スピリチュアルケアは、患者の痛みに気づき、その患者が必要としているケアであり、看護師の価値観、死生観を押し付けるものではない】【スタッフの育成、成長は経験知からの気づき、ケアの提案や行動モデルを示し一緒に行動する】【デスカンファレンス（死後の会議）では、ケアの振り返り、スタッフ間の悲しみの共有であり、スピリチュアリティが高められる】【スピリチュアリティは、虚無感や無力感から立ち直る際に必要なエネルギーであり、気持ちの整理とワークライフバランスが必要】【看取りのベストケアとは新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切】という6カテゴリが生成された。

表 8. 対象者 F: サブカテゴリからカテゴリ化

(F) サブカテゴリ	(F) カテゴリ
1) スピリチュアルペインは、関係性の喪失、将来の喪失、今まで出来ていたことが出来なくなる、身体的、社会的痛みなどを含めた痛み	・スピリチュアルペインは、関係性の喪失、将来の喪失、身体的、社会的痛みを含めたトータルペイン
2) スピリチュアルケアは、患者の痛みや苦しみに気づき、その患者が必要としているケアであり、人によって死生観や看護観が異なるから、看護師の考えを一方的に押し付けけない	・スピリチュアルケアは、患者の痛みや苦しみに気づき、その患者が必要としているケアであり、看護師の価値観、死生観を押し付けるものではない
3) スタッフが患者のスピリチュアルペインに気付かない場合、ケアの提案や行動モデルを示し、一緒に行動する	・スタッフの育成、成長は経験知から気づき、ケアの提案や行動モデルを示し一緒に行動する
4) スタッフは、緩和ケアに関心を持っているので、経験、スタッフ同士で考え、悩み、気づき、自己学習などで成長する	
5) デスカンファレンス（死後の会議）での振り返りやスタッフ間の悲しみの共有、実践の場で成長する	・デスカンファレンス（死後の会議）では、ケアの振り返り、スタッフ間の悲しみの共有であり、スピリチュアリティが高められる
6) デスカンファレンスでの振り返りは、スピリチュアリティを高める	
7) スピリチュアリティは、ターミナルケアを経験していくと強い虚無感や無力感にとらわれる	・スピリチュアリティは、虚無感や無力感から立ち直る際に必要なエネルギーであり、気持ちの整理とワークライフバランスが必要
8) 挫折感から立ち直る際に必要なエネルギーとなるもので、研修やカンファレンスでジレンマや課題を共有し、気持ちの整理と仕事の切り替え（休養）が必要（ワークライフバランスが必要）	
9) 看取りのベストケアとは、新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切	・看取りのベストケアとは新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切

3-8. 対象者 G のインタビュー内容の分析

対象者 G のインタビューの結果、12 のサブカテゴリからカテゴリ化を表 9 に示した。12 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、生に対する意味の問いと、家族との死別による喪失感と痛み】【スピリチュアルケアは、患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わり】【スピリチュアリティは、体力・精神的エネルギーであり、家族や周りの人々から支えられたエネルギー、パワーを得る】【看取りのベストケアの条件は、患者が最期までその人らしく苦しまずに逝くこと】【今後の課題は、経験を大切な学びとする教育・研修である】という 5 カテゴリが生成された。

表 9. 対象者 G: サブカテゴリからカテゴリ化

(G) サブカテゴリ	(G) カテゴリ
1) 生に対する意味への問いと死への願望	・スピリチュアルペインは、生に対する意味の問いと、家族との死別による喪失感と痛み
2) 子どもを残して死ななければならない喪失感、痛み、つらさ	
3) 患者の訴えに対するケアは、傾聴、共感、受容	・スピリチュアルケアは、患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わり
4) 患者の生きることを共に考え手紙を書いたり、感謝の言葉を残したり、患者が生きている意味を見出すための関わり	
5) 患者や家族の思いを尊重し、患者が自分らしく最期をどう生きるかの選択を優先	
6) がん患者の症状による変化、やつれ方に対する看護師の戸惑い	・スピリチュアリティは、体力・精神的エネルギーであり、家族や周りの人々から支えられたエネルギー、パワーを得る
7) 家族と一緒に患者へのケアをすることで、家族の満足感が得られる	
8) 看護師のケアが患者を元気づけ、喜んでいただけるという看護師の満足感	
9) 看護師の体力、精神的エネルギーが必要	
10) 自分のスピリチュアリティを高めるには、家族や周りの人々の支えや、エネルギーを頂くことでパワーが上がり、自分が救われている	・看取りのベストケアの条件は、患者が最期までその人らしく苦しまずに逝くこと
11) 看取りのベストケアの条件は、患者が最期までその人らしく苦しまずに逝くこと	
12) 今後の課題は、看護師の個々の強み、自分の個性を大切にできる教育・研修が重要で、経験も大切な学びとすることである	

3-9. 対象者 H のインタビュー内容の分析

対象者 H のインタビューの結果、8 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 10 に示した。8 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、「生きている」と「早く死にたい」との葛藤、身体的・精神的な痛み】【スピリチュアルケアは、看護師の価値観を押し付けず、傾聴・対話・見守り・支持、時には薬物による痛みの軽減】【看護師に内在するスピリチュアリティは、感性や看護観でもあり行動力につながる】【緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある】【患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる、看護師自身の苦痛と無力さなどの戸惑い】【看取りのベストケアとは、患者に寄り添い、患者が自分らしく生きていると思えること】という 6 カテゴリが生成された。

表 10. 対象者 H: サブカテゴリからカテゴリ化

(H) サブカテゴリ	(H) カテゴリ
1) 「生きている」ことへの問いと「早く死にたい」との葛藤がスピリチュアルペイン	・スピリチュアルペインは、「生きている」ことと「早く死にたい」との葛藤、身体的・精神的痛み
2) 精神的痛み、薬が効かないほどの身体的痛みや、トイレに自分で行く事が出来なければ、生きている意味がないと頑張っている患者のスピリチュアルペイン	
3) 患者の痛みに対して、傾聴・対話・見守り、支持、時には薬物を使用する	・スピリチュアルケアは、看護師の価値観を押し付けず、傾聴・対話・見守り・支持、時には薬物による痛みの軽減
4) 痛みがあるから、生きているのだと言う人もいるので、痛みに対して自身の価値観を押し付けてはいけない	
5) 緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティは、家族と患者への思いが強く、感性や看護観でもあり行動力につながる	・看護師に内在するスピリチュアリティは、感性や看護観でもあり行動力につながる
6) 緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある	・緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある
7) 患者や家族の痛みに対する共感が強すぎる、看護師自身の苦痛と無力さによる戸惑いがある	・患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる、看護師自身の苦痛と無力さなどの戸惑い
8) 看取りのベストケアとは、患者に寄り添い、患者が精いっぱい、その人らしく生きていると思えること	・看取りのベストケアとは、患者に寄り添い、患者が自分らしく生きていると思えること

3-10. 対象者 I のインタビュー内容の分析

対象者 I のインタビューの結果、6 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 11 に示した。6 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、「魂の叫び】【宗教的な制限はなく、チャプレンなど（多職種）と連携を取りケアしている】【看護師のスピリチュアリティは、看護観や価値観、支えになっていることであり、スピリチュアリティを意識化すること】【スピリチュアルケアは、特別なケアではなく、病棟で日常実践しているケアである】【研修会参加後は、それを現場でどれだけ活かせるか、実践場面と照らし合わせる必要がある】【看取りのベストケアとは、看護師の満足感ではなく、患者の意思を大切にできたかどうかである】という 6 カテゴリが生成された。

表 11. 対象者 I : サブカテゴリからカテゴリ化

(I) サブカテゴリ	(I) カテゴリ
1) スピリチュアルペインをチャプレンは、「魂の叫び」と表現している	・スピリチュアルペインは、「魂の叫び」
2) 宗教的な制限はなく患者や看護師の課題について、チャプレンなど（多職種）と連携を取りケアしている	・宗教的な制限はなく、チャプレンなど（多職種）と連携を取りケアしている
3) 看護師のスピリチュアリティは、個人面接で、あなたの看護観や価値観、支えになっていることを聞き、スピリチュアリティを意識化すること	・看護師のスピリチュアリティは、看護観や価値観、支えになっていることであり、スピリチュアリティを意識化すること
4) 看護師のスピリチュアルケアは、病棟で日常的に実践しているケアであり、それに気付くこと、話し合ってから、意識することが重要	・スピリチュアルケアは、特別なケアではなく、病棟で日常実践しているケアである
5) 研修会参加後は、研修を実践につなぐことが大切で、それを現場でどれだけ活かせるかを、実践場面と照らし合わせる必要がある	・研修会参加後は、それを現場でどれだけ活かせるか、実践場面と照らし合わせる必要がある
6) 看取りのベストケアとは、看護師の満足感ではなく、患者の意思を大切にできたかどうかで決まる	・看取りのベストケアとは、看護師の満足感ではなく、患者の意思を大切にできたかどうかである

3-11. 対象者 J のインタビュー内容の分析

対象者 J のインタビューの結果、11 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 12 に示した。11 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、生きることへの意味、死後の世界への不安や怖れ、家族や子育ての役割喪失など】【スピリチュアルケアは、多職種の介入を含めて、患者の希望を優先するが、その判断は正しかったかどうか、戸惑うこともある】【スピリチュアリティは、看護師のこころのケアで、スタッフの受容や共感に支えられ、次への希望、目標にむけての力となり行動力となる】【看護師は、グリーフケア、研修、実践の日々で、自分のスピリチュアリティを高めている】【看取りのベストケアは、他職種との連携、患者の役割や立場を大切に、最期までその人らしく残された家族が良い看取りだったと実感できること】という 5 カテゴリが生成された。

表 12. 対象者 J: サブカテゴリからカテゴリ化

(J) サブカテゴリ	(J) カテゴリ
1) 自分が弱っていく姿を家族に見せたくない	・スピリチュアルペインは、生きるこ とへの意味、死後の世界への不安や怖 れ、家族や子育ての役割喪失など
2) 自分の子育ての役割や自分らしさの喪失、生 きることの意味、死後の世界、地獄への不安・恐 れ	
3) ある日突然、家族を含めて全ての面会を拒絶 した患者の急変に戸惑った（患者の希望を優先さ せたが、それでよかったのか・・・）	
4) 死後の世界の話への対応は難しいため、折鶴 や孫の話で苦悩を和らげた	
5) 精神科医やボランティアの寺の住職など他職 種の介入によって患者が支えられたと実感できる	・スピリチュアルケアは、多職種の中 介を含めて、患者の希望を優先する が、その判断は正しかったかどうか、 戸惑うこともある
6) スピリチュアリティは、心のケアとして重要 で、特に緩和ケア病棟では、看護師が感情移入し がちのため、自分のスピリチュアリティを高める ことが必要となる	
7) 私（看護師）は、挫折したとき、スタッフの 受容や共感に支えられて、自分のスピリチュアリ ティを高め成長できた	・スピリチュアリティは、看護師の心 のケアで、スタッフの受容や共感に支 えられ、次への希望、目標にむけての 力となり行動力となる
8) スピリチュアリティであるエネルギーは、デ スカンファレンスやグループケアで悲しみを共有 し、次への希望や目標に向けての力となり行動力 となる	
9) 家族のメンタルフォローのグループケアは、 私にとっては心の支えになり、働く糧になる	
10) 看護師は研修で新たな知識を得て、実践で 日々のケアの確認することでスピリチュアリティ を高めている	・看護師は、グループケア、研修、実 践の日々で、自分のスピリチュアリ ティを高めている
11) 看取りのベストケアは、他職種との連携も と、患者の役割や立場を大切に、最期までその 人らしく、残された家族が良い看取りだったと実 感できること	

3-12. 対象者 K のインタビュー内容の分析

対象者 K のインタビューの結果、13 のサブカテ
ゴリからのカテゴリ化を表 13 に示した。13 のサ
ブカテゴリから【スピリチュアルペインは、迷惑を
かけたくない、役割喪失、ボディイメージの変化、
身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな痛みで
ある】【スピリチュアルケアは、（患者の）治るの
ではないかとの期待や思いに傾聴し、患者の葛藤や苦
痛に対してスポットを当てること】【スピリチュア
リティは、希望、目標、看護の行動力となるため、
スタッフでの支え合いやリフレッシュで、スピリ
チュアリティを高めることが必要】【ターミナルケ
アでは、看護師自身のスピリチュアリティが断たれ
るような落ち込み、無力感を実感する】【研修と経
験により、痛みに対する学びが必要】【看取りのベ
ストケアは、その人（患者）の存在と“今という時
間”を大切にしたい最期の関わりであり、患者が求
めていたその人らしい安らかな最期であること】と
いう 6 カテゴリが生成された。

表 13. 対象者 K: サブカテゴリからカテゴリ化

(K) サブカテゴリ	(K) カテゴリ
1) スピリチュアルペインは、迷惑をかけたく ないという精神的苦痛や、やつれていくとい うボディイメージの変化、身体的苦痛	・スピリチュアルペインは、迷惑をか けたくない、役割喪失、ボディイ メージの変化、身体的・精神的・社会 的・スピリチュアルな痛みである
2) 看護師や周囲の者から心を閉ざす患者の、 孤独化、喪失感、自閉的となる精神的苦痛	
3) 家族への面会謝絶や突然の拒絶、家族には 迷惑をかけたくないとの決心、社会的苦痛	
4) 病状や告知もされていない患者が「私、死 ぬの？」と看護師に聞く、患者の辛さや悲し みにどう答えられるか	
5) 生きる気力もない患者の「鎮静剤で寝かせ て欲しい」という患者の心の痛み	・スピリチュアルケアは、患者の治る のではないかとの期待や思いに傾聴 し、患者の葛藤や苦痛に対してスポ ットを当てること
6) スピリチュアルケアは、患者の思い、納得 いかないこと、精神科医も含めて検討する	
7) スピリチュアルケアは、患者が、自分の状 況を認めたくない葛藤している部分や、苦 痛に対してスポットを当てること	
8) 緩和ケア病棟の入院患者は、誰もが死を受 容しているわけではなく、治ることへの思い を（最後の望み・期待）僅かでも持っている	・ターミナルケアでは、看護師自身の スピリチュアリティが断たれるよう な落ち込み、無力感を実感する
9) ターミナルケアでは、看護師自身のスピ リチュアリティが断たれるような落ち込み、無 力感を実感する	
10) スピリチュアリティが断たれるような落 ち込み、無力感を実感するからスタッフで支 えあい、希望や目標をもつことで、看護の行 動力となり、人それぞれ、人生観、価値観は ちがうのでスタッフとの悩みの共有や相談、 仕事以外でのリフレッシュでスピリチュアリ ティを高める事が必要	・スピリチュアリティは、希望、目 標、看護の行動力となるため、スタッ フでの支え合いやリフレッシュで、ス ピリチュアリティを高めることが必要
11) 痛みは個人によって違うものの、その基 本は、研修と経験によって学ぶことが必要	
12) その人（患者）の存在と“今という時間” を大切にしたい最期の関わり	
13) 看取りのベストケアは患者が求めていた 最期であること、その人らしい最期である こと、看護師から見て安らかであること	・看取りのベストケアは、その人（患 者）の存在と“今という時間”を大切 にした、最期の関わりであり、患者が求 めていたその人らしい、安らかな最 期であること

3-13. カテゴリの統合

11 名の対象者のカテゴリを統合した結果を表 14
に示した。統合カテゴリは次の 10 カテゴリであ
った。看護師自身のスピリチュアリティは【看護師の
価値観や死生観、信仰観に影響を受け、看護者の
こころのエネルギーであり、行動力である】であ
った。スピリチュアルペインは、【身体的・精神的・
社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能
力の低下による自律性の喪失、関係性の喪失、役割
の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖な
ど、患者のこころの叫び、生きていることの意味を
問う】であった。スピリチュアルケアは、【患者の
訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味
を見出だすための関わりであり、患者や家族の苦悩

を和らげ、支えられたと実感できることの関わり]であった。

本研究での新たな知見は、【感情移入、無力感、疲労感、疲弊感】の看護師の危機状態であり、【スピリチュアルケアと精神的ケアの境界（領域）が分からない。研修は宗教的で難しい】という課題であった。危機状態への対応策として【家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換、ワークライフバランス、デスカンファレンス、自己洞察や精神的支え】、【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】であった。【実践に基づいた研修は行動モデルの提案や、スピリチュアルペイン・チェック表を活用する】など実践的で具体的であった。看護師の支えの中心となるのが【チームケア・病棟の風土・土壌・環境】であった。最後に、看取りのベストケアとは【安らかで平穏な死、最期までその人らしく生きること、残された家族が良い看取りだったと実感できることへのケア】であった。

表 14. カテゴリの統合

項目	統合カテゴリ
看護師のスピリチュアリティ	看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、看護師のこころのエネルギーであり、行動力である
スピリチュアルペイン	身体的・精神的・社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能力の低下による自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖など、患者のこころの叫び、生きていることの意味を問う
スピリチュアルケア	患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できることへの関わり
看護師の危機状態	感情移入、無力感、疲労感、疲弊感
スピリチュアルの課題	スピリチュアルケアと精神的ケアの境界（領域）が分からない。研修は宗教的で難しい
メンタルヘルス	家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換、ワークライフバランス、デスカンファレンス、自己洞察や精神的支え
研修・教育・向上	研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる
実践に基づく研修	実践に基づいた研修は行動モデルの提案や、スピリチュアルペイン・チェック表を活用する
支える土壌	チームケア・病棟の風土・環境（循環的環境）
看取りのベストケア	安らかで平穏な死、最期までその人らしく生きること、残された家族が良い看取りだったと実感できることへのケア

4. 考察

表 14 の統合したカテゴリを構造化して図 1 に示した。この構造化の図から、はじめに緩和ケア病棟の看護師が捉えたスピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアについて考察する。次に、看護師のスピリチュアリティの向上のあり方について考察する。

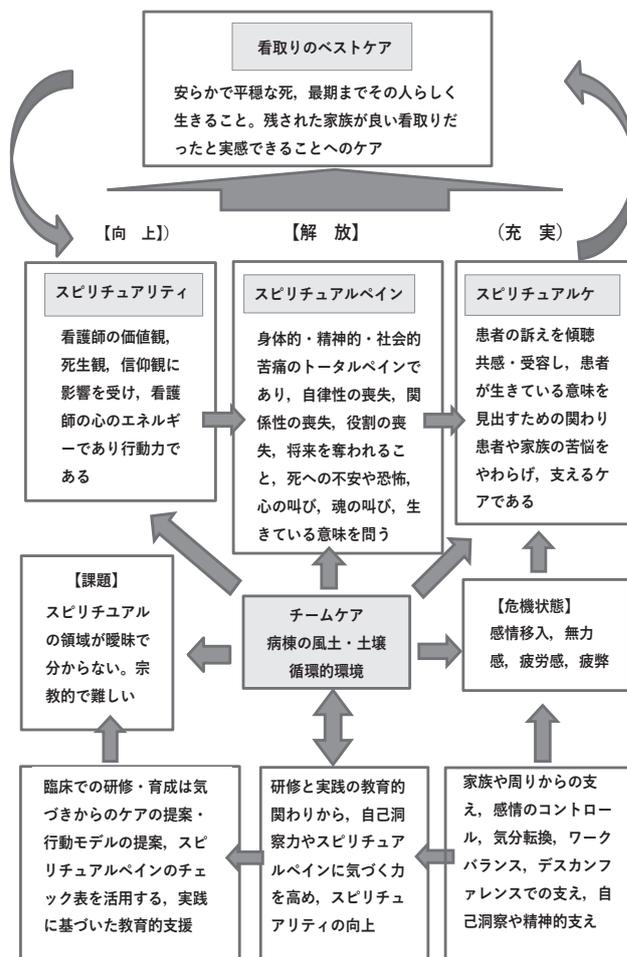


図 1. 統合したカテゴリの構造化

4-1. スピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアの捉え方

統合したカテゴリを構造化すると、図 1 で示したように、緩和ケア病棟の看護師は患者のスピリチュアルペインに気づき、その痛みの解放のためにスピリチュアルケアを充実させ、その人にとって最も質の高い看取りのベストケアを追究していると考えられる。看護師のスピリチュアリティについて、曖昧な概念であると表現しながらも【看護師の価値観や信仰観、死生観である。看護者のこころのエネルギーであり、看護師の意欲や行動力につながる】と捉えている。看護師のスピリチュアリティを、看護の原動力でありスピリチュアルケアに影響を及ぼ

すものとしている。しかし、患者のスピリチュアリティの認知は十分であるものの、自分自身のスピリチュアリティとなると困惑する場面もあった。さらに、信仰観や死生観となると違和感や拒否感があることも歪めない。「信仰との関係は理解できない」「患者のスピリチュアリティは分かるが自分のスピリチュアリティは・・・」とインタビューの中で言葉を詰まらす場面が存在した。看護師のスピリチュアリティに困惑する一方で、患者のスピリチュアリティについては、事例を含めて患者の最期のエネルギーとして語られている。

例えば、ベッドから自力では立ち上がれない状態であっても礼拝に参列しようとするエネルギー、体力の限界状態になっても自立でトイレに行こうとする患者のエネルギーなどが語られている。患者のスピリチュアリティについて、大塚美樹（2007）らが指摘するように、「患者のスピリチュアリティに気づいていないと、患者のスピリチュアルペインに気づくことができない」「どのように援助したらよいか分からない」との看護師の課題を報告している²³⁾。本研究でも同様に、緩和ケアにおいては看護師が患者のスピリチュアルペインに気づくことが重要であり、さらに患者のスピリチュアリティを消耗させないケアが必要であると考えられている。同様に緩和ケアの看護師は、患者のスピリチュアリティの認知度が高いだけに、看護師自身のスピリチュアリティについても関心を示し、臨床に則したスピリチュアリティの研修や教育的支援を求めている。

看護師自身のスピリチュアリティは、【看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、看護者のこのころのエネルギーであり、行動力である】と捉えている。自らのスピリチュアリティを危機状態からの経験知として育むと共に、研修によって高めようとしていることが窺える。しかし、看護師自身のスピリチュアリティへの戸惑いや、患者のスピリチュアリティへの語りによって傾倒している傾向がみられることから、看護師自身のスピリチュアリティについてさらに深めていく余地を残していると考えられる。

しかしながら緩和ケアの看護師は、看護師のスピリチュアリティについて、看護師の価値観や死生観と関係があること、ケアを振り返りそこから人生観や世界観が広がり看護師の次のケア行動につながるエネルギーになることを認識している。したがって、緩和ケア病棟の看護師は日常の経験の中で看護師のスピリチュアリティを高め、次への行動力であるエネルギーを充電し、患者のスピリチュアルペインに気づく力を経験知として身につけていると考える。

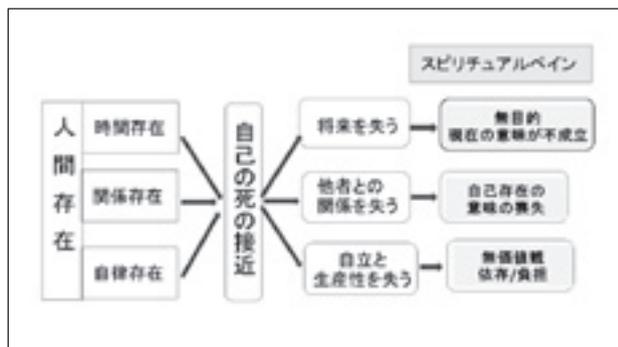
次は患者のスピリチュアルペインである。スピリ

チュアルペインを【身体的・精神的・社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能力の低下による、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖など、“こころの叫び、生きていることの意味を問う”ことである】と捉えている。これは身体的機能の低下、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、そして死への不安や恐怖“魂の叫び”である。したがって看護師は“死”に対して“生きることへの問い”であり恐怖としての“こころの叫び”として捉えている。さらに、スピリチュアルペインは自己の存在と生きることへの意味の消滅から生じる苦痛であり、それを人間存在の時間性、関係性、自律性の喪失であると捉えている。これは、村田理論の将来の喪失（時間性）、他者との関係の喪失（関係性）、自律性の喪失（自律性）から生じる苦痛と一致している²⁴⁾。村田久行のスピリチュアルペインの概念図を図2に示す²⁵⁾。このことは、緩和ケア病棟の看護師は、緩和ケア病棟の理念、終末期ケア、看取りのケアについての基礎学習・研修から基礎知識を得ていることが窺える。

本研究のインタビューでの事例では、患者のこころの叫びや魂の叫び、こころの底からの痛みについて語られている。そこには人生の問い、目的や希望のなさ、罪悪感、後悔、孤独、怒りなどのスピリチュアルペインである。たとえば母親として自分が衰えていく姿を娘に見せたくないとの理由で面会謝絶を希望し、面会を全て拒否した患者のスピリチュアルペインが語られている。さらに、家族への罪悪感、患者の辛さが看護師に伝わらない苛立ち、怒り、暴言などが患者の苦悩や患者のスピリチュアルペインとして語られている。その痛みに対して、1時間30分もの間、患者の話を傾聴した事例では、患者の痛みに寄り添うケアが必要と看護師は判断している。その根拠は看護師がその時に残された患者の“今”が貴重であり、患者の苦悩を今、傾聴することの重要性に気づいたからであろう。患者にとっては究極な危機状態であったと考える。それは死に対する不安や恐怖である。健康なとき、人は皆、死について忘れて生活している。しかし、死が迫ってくると、死に対する不安や人生の意味への問い、生きている目的、死後の世界などに関心をもち苦悩を持つという²⁶⁾。看護師はこれらの患者のスピリチュアルペインに気づくと共に、その苦悩を傾聴することのタイミングや“残された今の時間”の大切さを強調していた。多忙な時に「あとでね」と後回しにして後悔した経験をもつ看護師だけに、今の時間を大切にすることは経験知として修得した判断力であり対応であると考えられる。看護師にとってこのスピリ

チュアルペインに気づくことが重要であり、経験上「何かおかしいな・・・」と感じるようになるという。それをセンサーや第六感と表現する看護師もいたが、これも経験知であろう。経験知を高めるための努力は、アセスメント・シートの活用や日頃の看護師間のカンファレンスでの情報の共有、学習会・研修会で学んだことを反映するなど、看護師の自己学習や工夫が見られる。したがって緩和ケアの看護師は、経験知から患者のスピリチュアルペインに気づき、その痛みや不安を受け止めることでその痛みからの解放が看取りのベストケアにつながっていると考える。

その一方で、患者のスピリチュアルペインの気づきから看護師の“死”に対する考え方に特徴がみられた。それは患者の“死”への不安や恐怖などのスピリチュアルペインを特別視していないことである。「死が怖い・・・」「死にたくない・・・」「なんで死ぬの・・・」「私は死ぬの？・・・」などの患者の言葉は、特別なことではなく自然なことであり、当然の痛みとして受け止めているという。新人のときは“死”への不安や恐怖からの患者の言動に戸惑うものの、経験を積み重ねることで経験知として自然に患者の痛みに気づくようになるという。さらに、死を最期まで“いかに生きるか”に視点をおいている。したがって看護師の死に対する考え方は、自然なことであることとして受け止め、最期までいかに生きるかの関わりであると捉えていることが緩和ケア病棟の看護師の特徴として示唆された。



出典：村田久行：緩和医療学5（2003）より²⁵⁾

図2. スピリチュアルペインの概念 (村田理論)

次に、スピリチュアルケアである。看護師は【患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できることの関わり】と捉えている。傾聴・共感・受容の基本姿勢、生きている意味を見出す、患者や家族の苦悩の緩和であり痛みからの解放である。これらが、看護師が導き出した終末期・看取りへのケアである。それは、苦悶する患者の声にならない声に耳を傾け、残され

た命の意味を患者と一緒に考え、限りある今を“どう生きるか”を患者と一緒に考えるケアである。森田達也（2010）は、患者自身が望むスピリチュアルケアについて、89名の終末期がん患者へのインタビューを実施している。その結果、患者自身が望むスピリチュアルケアは、“分かってくれる感”“一緒に考えてくれること”であると論じている²⁷⁾。本研究でも同様に、看護師は患者と一緒に考え患者の痛みを理解しようとする対応が重要であると捉えている。さらに患者の価値観、死生観は患者個々によって異なることから、自分の価値観や死生観をおしつけないことを提言している。したがって、一人ひとりのケースカンファレンスやアセスメントを重要視している。

しかし、時には患者の言動が理解できずに看護師は悩むことが多いことが明らかとなった。たとえば、前述した事例のように、患者の突然の怒りや暴言、拒絶に患者の思いをどのように受け止め、どのようにケアしていくか、どのように関わればよいかとの葛藤があることも歪めない。突然の面会謝絶を希望し家族までも拒絶した患者の事例では、患者の希望というものの、最期まで家族に面会することなく逝った患者への対応・判断について、「果たしてこれでよかったのだろうか」「他の方法はなかったのだろうか」との疑問や課題を残している。その課題から看護師は【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】として、試行錯誤しながら新たなケアにチャレンジし、スピリチュアリティを向上させようとしている。このように、研修や実践の教育的関わりを通してスピリチュアリティを向上させ、新たなエネルギーを得ることでより質の高い看取りのケアに繋がっていると考える。

最後に看取りのベストケアである。緩和ケアの看護師は【安らかで平穏な死、最期までその人らしく生きること、残された家族が良い看取りだったと実感できる】と捉えている。看護師は、日々の臨床業務のなかで、身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛に対応しつつ、その患者が生命を全うするまで、いかに良い人生であったか、その人らしく、いかに生きたかとの問いに応えられるような関わりを良心的に実践し、デスカンファレンスや研修、患者と看護師の相互成長から、より質の高い看取りのベストケアを求めている。“その人らしく”は、その人の“今の時間を大切にすること”そして、その人の“自尊心の尊厳”であると認識されている。したがって緩和ケア病棟の看護師は、看護師のスピリチュアリティを向上させ、スピリチュアルペインを解放させ

ることで、スピリチュアルケアを充実させ、その人にとっての尊厳死に向けての最良のケア、看取りのベストケアを追究していると考えられる。

4-2. 看護師のスピリチュアリティの向上

本研究の2つ目の目的に、看護師のスピリチュアリティの向上がある。終末期ケア、看取りには困難が付きものである。看護師の語りから【看護師の葛藤や困難性、疲労感、挫折感などの取り組み】が明らかとなった。困難が付きまとう緩和ケア病棟の看護師は、患者の痛みを感知するために自己の精神を集中させ、洞察力を高めてスピリチュアルケアを実践している。看護師に必要とされる精神の統一は時間とその強度が長期間持続すると疲労感をもたらす、疲弊やストレスを与える。それは【感情移入、無力感、疲労感（疲弊感）】である。この状態は、看護師の危機状態である。この現実や状態を認識し自覚することで、バーンアウトの早期発見、周りの人々のサポートが考えられている。このサポート支援が【家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換、ワークライフバランス、自己洞察や精神的支え】である。これらの支えやコントロールで、看護師は危機状態から立ち直れる。さらに、危機状態を乗り越えることでエネルギーを補充し新たなケアに取り組む力を得ている。

その一方で課題も明らかとなった。【スピリチュアルケアと精神的ケアの境界（領域）が分からない。研修は宗教的で難しい】とスピリチュアルケアそのものに対する曖昧さや、宗教との関係性に疑問や課題を抱いている。その対応策として、スピリチュアルが難しいという課題に対しては【実践に基づいた研修は行動モデルの提案や、スピリチュアルペインのチェック表を活用する】としている。臨床での研修、育成は“気づき”からケアの提案、行動モデルを提案、チェック表を活用するなど実践に基づいた研修が臨床現場で活かされることが求められ、実践に基づいた研修、教育的支援を必要としている。その結果【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】の教育的支援を有効活用していると考えられる。

その他、困難なケースに直面した場合には、カンファレンスが重要な役割を担っている。とくに、デスカンファレンスについて、ほとんどの看護師が「デスカンファレンスで救われた」と語っている。デスカンファレンスは、患者に関わった看護師、医師、心理療法士、チャプレンなど多職種の人々との看護ケアの振り返りをおこなっている。したがってデスカンファレンスでのケアの評価や課題を整理し

ながら、次のケア活動につなぐことでスピリチュアルケアの向上の役割を担っている。

さらにデスカンファレンスは、看護師の患者への思いや、心残り、課題からくる無力感など、看護師の感情を受け止め、看護師の感情のコントロールを担っている。患者が亡くなった後のデスカンファレンスは、自分の看護ケアの振り返りとなり、気になっていることや、心残り、無力感なども素直に出せる場所である。宮下光令（2010）は「看護師は患者が亡くなると、もっといいケアができたのではないかという後悔や無念さ、十分に症状の緩和や心のケアができなかったかもしれないという無力感を感じることもある。デスカンファレンスとは亡くなった患者のケアを振り返り、現在のケアを見直し、今後のケアの質を高める活動である」と論じている²⁸⁾。広瀬寛子（2010）は、「看護師は感情的になることは良くないと考える人がいるが、人の死というものはそれだけ強烈に看護師の感情を揺さぶるものである。吐き出したい感情をできる限り表出させ、スタッフがその気持ちを共有するとともにお互いを支え合うことが望ましい。看護師には後悔や無念さ、無力感しか残らないことがあるが、現実には“できること”と“できないこと”があることを共有し、ケアの限界を認めることで、逆にできることが改めてみえてくる。良いケアや関わりができたことを認め合うことができ、それが自信につながることもある」と述べている²⁹⁾。栗原幸江（2017）は、医療従事者の経験する喪失悲嘆体験からセルフケアの必要性を述べ、その一つとしてデスカンファレンスを挙げている³⁰⁾。終末期ケアに関わるスタッフは、日常的に数多くの患者の看取りの過程に向き合い、死別を含む喪失悲嘆（グリーフ）を経験している。度重なる“死”や“喪失”体験が未整理のまま積み重ねられていくと、その悲嘆や疲弊から防衛手段として、患者や家族から距離をおく。さらに思うような臨床実践ができない自分を責めて、自分を追い込む。看護師のモチベーションは低下し、ケアの質の低下を招く。こうしたスタッフ側の喪失悲嘆からのセルフケアの一つとしてデスカンファレンスを重要視している。したがってデスカンファレンスは、看護師のこころのしこりになっている気がかりを話し合うことで互いに気持ちや思いを表現し、悲しみを共有しチームの絆を育んでいくという重要な役割を担っていると考えられる。

最後に図1の中心の【チームケア・病棟の風土・環境（循環的環境）】が重要な役割を果たしている。これは、緩和ケアの魅力としてチーム医療があげられ、そこから【チームケア】【病棟の風土】【循環的環境】を大切にしていることが窺われる。これは教

育的支援のみではなく、看護師のメンタルケアにも重要な役割を担っている。このチームの土壌によって、患者の死に向き合うことで生じる看護師の感情移入や疲弊感などの危機状態から、感情のコントロールや新たなエネルギーが生み出されている。したがって、看護師のスピリチュアリティの源は“チームケア”であり“病棟の風土・環境”にある。この環境によって、看護師は、消耗されたエネルギーが充電され、また、新たなケアへの意欲が高まってくると考える。したがってチームで試行錯誤しながらも、意欲的に関わり共に有効的なケアの実践につながることで、看護師のスピリチュアリティを高め、スピリチュアルケアの向上につながるという循環的環境が存在すると考える。

さらに、この循環的環境のなかでの自己成長が存在すると考える。緩和ケア病棟の勤務は、厳しい危機状態に陥ることもあるが、それだけに皆に支えられ成長できるという魅力があるという。世界観を広げ自己成長するとの語りが多い。すなわち緩和ケア病棟の看護師は、看護師の危機状態を全てネガティブなものとして捉えず、この危機状態は誰にでも起こり得る異常な事態に直面した際の正常な反応であると捉えている。

危機状態についてキャプランは「危機状態は単にネガティブなものではなく、成長促進的な可能性を内在する状態である」と述べている³¹⁾。このように、看護師の危機状態をポジティブに捉え成長できるのは、家族や周りの人々、チームメンバーの支えがあるからであり、チームメンバーや家族への感謝の言葉が存在する。気持ちが不安定となりネガティブとなり患者の死別体験から立ち直れない経験が語られている。このような状態のときのメンタルサポートや活動の休息について、チームで考え、“ワークライフバランス”を重要視している。特にチームリーダーには、スタッフのメンタル面に留意し、仕事を休み休暇が必要な人、先輩と相談する必要がある人など、看護師個々に必要なメンタルサポートが必要であると述べている。さらに教育・研修と病棟の環境との相互作用から、看護師の危機状態からの成長の可能性を示唆している。この一連の流れの繰り返し循環的環境であり看護師を成長させ、意欲的に取り組むスピリチュアリティにつながっていると考える。前述した梶原は「ケアを必要とする側にも提供する側にも、すでにスピリチュアリティが備わっていることを確認した。それは、それによって対象者が危機を一人で乗り越えられるという意味ではない・・・(中略)・・・人間は体の面でも心の面でも危うさを持つ。スピリチュアリティ自体は目に見えるものではないが、触れることのできる体と見えな

い心の両方を含む全人格、魂に対して、既に与えられている息を吹き入れることを可能にさせるものである」と述べている⁶⁾。この「息を吹き入れてくれるもの」が本研究における病棟の風土であり人々の支え、教育などの循環的環境であると考え。循環的環境の中で、看護師はこころのエネルギーを得て自身のスピリチュアリティを育てていると考えられる。

5. 結論

本研究において、緩和ケア病棟の看護師が捉えるスピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、看取りのベストケアを検討し、看護師の死の捉え方やスピリチュアリティをいかに向上させているかの示唆を得ることを目的として検討した結果、以下の結論を得た。

- 1) 緩和ケア病棟の看護師は、看護師のスピリチュアリティについて、看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、それは看護師のこころのエネルギーであり行動力であると捉えている。
- 2) 緩和ケア病棟の看護師は、患者のスピリチュアルペインについて、身体的、精神的、社会的痛み、スピリチュアルペインのトータルペインであり、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われることや、死への不安や恐怖、すなわち患者のこころからの叫びであり生きている意味を問うものとして捉えている。
- 3) 緩和ケア病棟の看護師は、スピリチュアルケアについて、スピリチュアルペインからの解放であり、傾聴、寄り添い、共感、生きる力を育むケアで、その人らしく生きることができるとの援助であると捉えている。
- 4) 緩和ケア病棟の看護師は、看取りのベストケアについて、安らかに穏やかな死を可能とするケアで、“その人らしく最期まで生きること”へのケアであり、それは特別なことではなく緩和ケア病棟で働く看護師の日常のケアのなかであると捉えている。さらに、患者やその家族の“生きている意味”“役割”について患者と一緒に考え、患者や家族に寄り添いながらサポートしていくこと、残された家族が良い看取りだったと実感できることを可能とするケアであると捉えている。
- 5) 看護師の死に対する考え方は、死への不安や恐怖は自然なこととして当然の痛みとして受け止めて患者に寄り添うこと、死を最期まで“いかに生きるか”の看取りのケアとして捉えていることが緩和ケア病棟の看護師の特徴として示唆された。
- 6) 緩和ケア病棟の看護師は、自分自身のスピリ

チュアリティを、こころのエネルギーであり行動力であると捉え、時には危機状態に陥りながらも、自己のスピリチュアリティを認識し、新たなエネルギーを得て、看取りのベストケアへと向かう。この流れを繰り返す循環的環境が、看護師自身のスピリチュアリティを向上させているとの示唆を得た。

6. 研究の将来展望

本研究では、緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティへの捉え方やその向上についての循環的環境について明らかにした。後藤啓子らは(2018)一般病棟から緩和ケア病棟の配属転換となった経験から、看護独自の機能の再確認や自己の死生観の深まりを得たと述べている³²⁾。このように緩和ケアから得られる経験知や新たな知見は“看取りケア”であり“死をどのように捉えるか”の死生観を深めていることを改めて確認できたと考える。本研究結果を緩和ケア病棟に還元することによって、看護師のスピリチュアリティと看取りケアの向上の一部を担うことができると考える。

7. 限界と課題

終末期医療やスピリチュアリティの定義、終末期の看取りのとらえ方は時代と共に変化している³³⁻³⁵⁾。尊厳ある生命の問題としての死生観や看護師のスピリチュアリティは文化や教育的環境によって相違があると考えことから、本研究の11名の対象からの分析は一般化には限界がある。また研究対象が全員女性であったことから性差および宗教や文化、研修・教育が看護師のスピリチュアリティに及ぼす影響の検討が必要である。さらに、今回の調査対象者を3年以上の緩和ケア経験者としたが、厳しい危機状態が推察される新人看護師を対象とした研究などを今後の課題とする。

8. おわりに

超高齢社会、多死社会を迎えて、緩和ケアのあり方にも大きな変化が訪れている。かつては緩和ケアはがん患者が主であったが、今日では、だれもが受けることのできる権利として緩和ケアの対象は拡大されている。それに伴い、緩和ケア病棟の役割も拡大され緩和ケアの質の向上が求められている。医療とは何か、生きる意味、いのちの連続性、死に対する考え方など人間にとって大切なものは何かを求める時代が到来したと考える。

謝辞

本研究調査にご協力を賜りました施設管理者様、緩和ケア病棟看護師長様、研究対象者の皆様、病棟

スタッフの皆様、本研究のご指導を賜りました皆様にこころより感謝と御礼を申し上げます。なお、本研究は広島文化学園大学大学院博士論文の一部を修正加筆したものです。

参考・引用文献

- 1) スピリチュアリティフリー百科事典『ウィキペディア』<https://ja.wikipedia.org/wiki/Portal> (2022.2.22. 検索)
- 2) 日本国語大辞典 (2001) : 第2版, 編集委員会, 小学館7, 東京, p.5.
- 3) 石田名香雄 (編集代表) : 医学英和辞典, 第2版, 研究社, 東京, p.1762.
- 4) 世界保健機構編 武田文和訳 (1995) : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 金原出版, 東京, pp.48-49.
- 5) 窪寺俊之 (2000) : スピリチュアルケア入門, 三輪書店, 東京, p.13.
- 6) 梶原直美 (2014) : 「スピリチュアル」の意味—聖書テキストの考察による一試論—川崎医療福祉学会誌 24 (1), pp.11-20.
- 7) 下妻晃二郎 (2014) : QOL の正しい評価方法を学ぶ, 第14回浜松オンコロジーフォーラム.
- 8) 河正子 (2005) : わが国の緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルペイン, 死生学研究 (5), pp.48-82.
- 9) 石井八重子, 片岡智子 (2002) : 文献からみるスピリチュアルケアの関心の高まり, ホスピスケアと在宅ケア 10 (2), p.167.
- 10) 伊田広行 (2004) : スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す, 大阪経大論集 54 (5), pp.333-364.
- 11) 村田久行 (2005) : 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアから—現象学的アプローチによる解明—緩和ケア 15 (5), pp.385-390.
- 12) 河正子 (2005) : スピリチュアリティ, スピリチュアルペインの探求からスピリチュアルケアへ, 緩和ケア 15 (5), pp.368-374.
- 13) 永石喜代子, 佐々木秀美, 前信由美 (2021) : 緩和ケア病棟で働く看護師の特性およびスピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関連性, 日本看護・教育・福祉学研究 4 (1), pp.1-18.
- 14) シシリ・ソンドース (武田文和訳) (1990) : 死に向かって生きる - 末期癌患者のケア・プログラム, 医学書院, 東京, p.59.
- 15) 小簀智子, 白岩千恵子, 竹田恵子, 太湯好子 (2009) : スピリチュアリティの認知の有無と言葉のイメージ—緩和ケア病棟の看護師, 一般

- 病棟の看護師，一般の人，大学生の特徴－，川崎医療福祉学会誌 19 (1)，pp.59-71.
- 16) 井出訓，Masami Takahashi，三村三希子，竹生礼子，西村歌織 (2015)：緩和ケア認定看護師の捉えるスピリチュアリティ，死の臨床 65，38 (1)，pp.184-189.
- 17) 田内香織，神里みどり (2009)：終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究，日本看護科学会誌 29，pp.25-31.
- 18) 酒井禎子 (2011)：看護師がスピリチュアリティを考える体験をした臨床場面とその内容－X 県の看護師への調査から－，Palliative Care Research.6 (1)，pp.216-221.
- 19) 鈴木央 (2014)：スピリチュアリティと看取り，日本プライマリ・ケア連合学会誌，37 (2)，p.98.
- 20) 東野友子 (2021)：看護師の看取りケアと死に対する考え，旭川大学保健福祉学部紀要，Faculty of Health and Welfare Science13，pp.63-66.
- 21) パトリシアベナー著 (井部俊子 他訳) (2013)：ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー－，医学書院，東京，pp.22.
- 22) W.C チェニッツ，J.M スワンソン編集，樋口康子，稲岡文明訳 (1992)：グラウンデッド・セオリ-看護の質的研究のために，医学書院，東京.
- 23) 大塚美樹 (2007)：緩和ケア病棟の看護師におけるスピリチュアルケア，ホスピスケアと在宅ケア，15 (3)，pp.208-215.
- 24) 村田久行 (2011)：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア，日本ペインクリニック学会誌 18 (1)，pp.1-8.
- 25) 村田久行 (2003)：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア；アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築，緩和医療学 5 (2)，pp.61-69.
- 26) 川崎雅子，金子久美子，福岡幸子，佐々木美奈子 (2005)：終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア－患者との会話場面を通して－新潟がんセンター病医誌，44 (1)，pp.27-31.
- 27) 森田達也，赤澤輝和，難波美貴 (2010)：がん患者が望む「スピリチュアルケア」：89 名のインタビュー調査，精神医学 52 (11)，pp.1057-1072.
- 28) 宮下光令 (2010)：明日の看護に生かすデスカンファレンス，第 12 回，デスカンファレンスのまとめ，看護技術誌 56 (14)，pp.66-67.
- 29) 広瀬寛子 (2010)：明日の看護に生かすデスカンファレンス 第 1 回，デスカンファレンスとは何か，意義と実際，看護技術，56 (1)，pp.64-67.
- 30) 栗原幸江，田村恵子編集 (2017)：終末期看護；エンド・オブ・ライフ・ケアⅡ，医療従事者のグリーフケア，メヂカルフレンド社，東京，pp.84-86.
- 31) キャプラン (Gerald Caplan) 医療職者のための危機理論
<http://crisis.med.yamaguchi-u.ac.jp/intro.htm>
(2022.2.22 検索)
- 32) 後藤啓子，原田千鶴，宮崎伊久子 (2018)：一般病棟から緩和ケア病棟に配属転換となった看護師の学び，看護管理 48，pp.321-324.
- 33) 永石喜代子，佐々木秀美，前信由美，田村和恵，岩本由美，武智朋子，長岡孝典，岡本陽子 (研究協力者：上野正彦) (2019)：尊厳ある生命の問題としての安楽死に関する研究，看護学統合研究 21 (2)，pp.1-14.
- 34) 鶴生川恵美子，中西陽子 (2018) 看護研究論文からみるスピリチュアリティの定義－日本と英語圏諸国の比較検討－，群馬県立県民健康科学大学部 13，pp.1-13.
- 35) Ghaith Ahmad Bani Melhem, Ruqayya S Zeilani (2016)：Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving:A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. Indian j Palliative Care.22(1), pp.42-9.