

在宅がん療養者に対するマーガレット・ニューマン理論に基づくケアリング・パートナーシップの実践

Practice of caring partnership for cancer patients at home based on Margaret-Newman theory

長内 さゆり*

Sayuri Osanai

キーワード：在宅がん療養者、ケアリング・パートナーシップ、拡張する意識

Key words : Home-based cancer patient, Caring Partnership, Expanding Consciousness

要旨

本研究の目的は、複数の困難が存在する状況にある在宅がん療養者と研究者のケアリング・パートナーシップの過程を分析し、相互交流によってもたらされた変化、成長を明らかにすることである。

病気のこと、家族関係のことなど、様々な思いで混沌としている在宅療養中の50代の卵巣がん患者を対象に3回の面談とケアリングを行った。倫理的配慮として面談の内容をICレコーダに録音することを書面と口頭で説明し、承諾を得た。所属機関（医療法人同心会看護部）の承認を受けて実施した。

4つの局面において看護師と対象者との相互交流で対象者は、自分のパターンに気づき、一人で頑張らず、夫や母親を頼ることへの意識が変化・拡張し、成長・成熟し、困難を乗り越えることができていた。

在宅看護実践においても相互交流によって意識に変化がもたらされ、ケアリングの効果はあったと考える。今後は、ケアリングの介入技術を備えた看護師を増やすことである

* 札幌保健医療大学 保健医療学部 看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo University of Health Sciences

1. はじめに

我が国において、がんは、昭和 56 (1981) 年より死因の第 1 位であり、平成 27 (2015) 年には、年間約 37 万人が亡くなり、生涯のうちに約 2 人に 1 人が罹患されると推計されている¹⁾。

平成 28 (2016) 年に改正されたがん対策基本法の基本理念には、新たに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことの社会の構築をめざし、がん患者がその置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、社会的支援、教育的支援その他国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が加えられている。

がん患者は、身体的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアル的苦痛と仕事や家族関係等の社会的苦痛の「全人的な苦痛」を抱えている。片桐らは³⁾、在宅がん療養者を対象とした質的研究を行った。その結果、「治療を継続しながら生活する上での困難や要請に関する項目では、『病気と将来の見通しに関すること』、『治療への取り組みに関すること』、『自己存在に関すること』、『心の支えに関すること』等が抽出されているが、化学療法や放射療法等の違いによっての特徴はなかった」と報告している。さらに「治療を継続して受けるための対処方法について『自分で何とかしようとする』、『他者の力を借りて対処する』の 2 つの項目に分類され、医療者からの『精神的励ましを得たい』と『心の支えを得たい』ことが見いだされた」と述べている。

つまり、在宅がん療養者自身が自ら抱えている全人的苦痛を表出し、上手く治療を継続していくために、看護師は、療養者をエンパワメントできるよう支援する必要がある。

マーガレット・ニューマン理論 (以下、ニューマン理論と示す) は、「拡張する意識としての健康の理論」と呼ばれている。マーガレット・ニューマン (以下、ニューマンと示す) は、「混

沌とした状況の中にいる人間は、どう乗り越えていけばよいかの洞察を得て自分の姿 (パターン) を認識し、これから進むべき方向や行動を自分で見出し、意識を拡張させていく力を持っている。しかし、生命が脅かされるような混沌とした状況の真ただち中にある患者が自分のパターンを認識するためには豊かな環境としてのパートナーの存在が必要であり、その役割は看護師である。また、ケアする人とされる人の相互交流を通して両者で新しい意味を見出し、その相互交流の中で、双方が全体的存在である人間として成長と成熟を続けていく」と述べている^{11) 12)}。

さらに、「ケアリング・パートナーシップ」は、がん患者と家族のスピリチュアルケアを含み、それだけにとどまらず、患者・家族全体に向かうケアであると述べられている⁵⁾。

先行研究において「先ゆきの不確かさの中で苦悩する終末期がん患者と夫と看護師とのケアリング・パートナーシップのプロセス」⁵⁾では、患者からの直接的な身体的苦痛の訴えがないが、スピリチュアルな苦痛を抱えているように感じた高山らが、対象者 (患者とその夫) をケアリング・パートナーシップに誘い、承諾を得て行った。対象者へ 4 回の面談を経た結果、対象者は、お互いに今後のことをどのように話し合っていたらよいか悩んでいたことを相互理解し、夫婦間で話し合うことができるようになった。患者自身は、自然体で自分のペースで過ごすこと、夫は、妻を地域の中で他の人の力を借りて家で一緒に過ごせるように働き方を工夫するなど、新たな生き方を見出し、意識が拡張していた。ケアリング・パートナーシップ終了後、退院となり、在宅看取りに繋がっていた。看護師は患者と夫に寄り添い続け、夫婦の気づきや新しい生き方を見出したことなどに感動し、看護師自身の「ケアをしなければならぬ」という今までの思いから、正直な自分とすることができ、満たされた気持ちへ意識が拡張し成長・成熟していた。

さらに「子どもをなくした (両) 親の悲嘆経

験への寄り添い⁴⁾では、森谷らが子どもを亡くした方を対象に行ったケアリング・パートナーシップでは、子供を亡くした後の親が辿る悲嘆経験の理解とグリーフケアの探求を目的としていた。3回の面談で、子どものがんが発症したときの夫婦の気持ちや混乱した様子、発症から1年足らずで他界し、家に安置したときの気持ち、次に子どもを亡くした経験のある方から講演会に誘われ、その方から温かい言葉を掛けられ、嬉しかったことなど遺族会の方々の繋がりを感じていた。夫婦は、子どもを亡くしたという辛い経験をしたことで、辛いことを乗り越え、成長していると実感していた。また、人との「縁」の大切さ、さらに亡くなった子どもは、別の世界に行ってしまったとは考えず、亡くなった子どもも含め、自分たちと大きな繋がりの中で生き続けていると感じ、今を生きることの大切さを認識するようになり、意識が拡張していた。森谷らも人との「縁」により自分たちは磨かれ、成長につながっているという新たな認識を得ることができていた。

以上、2題の先行研究を紹介したが、在宅がん療養者に対しての「ケアリング・パートナーシップ」を行った実践的研究は、先行研究において見当たらなかった。

平原ら¹³⁾は、「外来化学療養中のがん患者の在宅療養生活と意思」では、『家族との葛藤』、『一人で病気に向き合う辛さ』、『抗がん剤治療による身体の辛さ』、『変化した身体による自由喪失』、『自己の尊厳が失われる怒り』、『化学療法をあきらめたくない思い』の6つのカテゴリーを抽出している。さらに在宅では、いつも傍に支援できる医療者等がない中で、「病院の医療職に対する葛藤や怒り、死への恐怖を抱えながら生きることを諦めたくない思いを持ちながら送っていた」とも述べている。

そこで、様々な思いで混沌としている在宅がん療養者に対して、ニューマン理論に基づく、「ケアリング・パートナーシップ」は、有効な手法ではないかと考え、抗がん剤治療の副作用と家族間の不調和で苦しんでいたA氏に対して

介入を試み、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

複数の困難が存在する状況にある在宅がん療養者と研究者のケアリング・パートナーシップの過程を分析し、相互交流によってもたらされた変化、成長を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

ニューマン理論のケアリング・パートナーシップを活用した事例における実践と研究を結びつけた実践的看護研究。

2. 用語の定義、操作的定義

- ・ケアリング・パートナーシップ：ニューマン理論に基づき、人間とその環境は切り離すことができないという関係性のもとで、「相手に誠実に耳を傾け、相手が自己のあり様に気づき、そのあり様に意味を見いだせるような対話を中心とした関わり」と定義する。
- ・パターン：「対象者とその家族の自分自身のありよう及び自分自身の考え方、対処方法等の傾向」と操作的に定義する。
- ・ターニングポイント：「自分のパターンを認識し、今後の生き方や考え方を見つめなおす節目、転換期」と操作的に定義する。

3. 研究の対象者

本研究の対象者は、抗がん剤治療中で病気や家族のことに対して悩みがあり、どう向き合ったら良いのか悩み、混沌としている状況にあり、かつ研究の趣旨を説明し同意した在宅療養中の患者1名である。

4. データ収集期間

2012年7月～9月（3ヶ月間）

5. ケアリング・パートナーシップのプロセス

- 1) 対象者とパートナーシップを組み、概ね1ヶ月に1回ずつ3回の面談を行った。

1回の面談につき、60分から90分とし、対象者の自宅で行った。

- 2) 初回面談では、ニューマンが推薦する問いかけである「人生の中で意味ある（あるいは大切な）出来事や人々との関係について」語ってもらい、研究者は聞き手に徹した。
- 3) 2回目の面談では、1回目の面談の内容から研究者が作成した表像図に沿い、対象者と研究者の両者で「意味ある出来事や人々との関係性等」についての事実を分かち合い、フィードバックを行い、対話を続けた。研究者はアセスメントしたり、方向づけたたり、評価したりせず、誠実な関係の中で新たな発見ができるような関わりを行った。
- 4) 3回目の面談では、2回目の面談と同様に1回目と2回目の面談内容の表像図を見ながら対話を続けた。対象者が自己のパターンに気づき、これからの方向性を見出したことを対象者と研究者で確認した後、パートナーシップを終了した。
- 5) 対話のデータの中から対象者のパターンと対象者がそのパターンに見出した意味を確認した。

6. データ収集方法

- 1) 面談内容は、対象者の許可を得て録音し、またメモとした。それらのデータから逐語録を作成した。
- 2) 逐語録をもとに対象者が体験してきた出来事を時系列に沿って整理し、パターンを捉えて表像図を作成した。
- 3) 逐語録の時系列に沿って、対象者にとって意味ある大切な「出来事」と「語った内容」を表に一覧し、キーワードを抽出した。
- 4) 出来事とキーワードから文書にまとめた。
- 5) 対象者が自己のパターンを認識し変

容する局面に着目し、面談時の内容、表情や反応等、観察した様子をノートに記録した。また、対象者の意識が変化したと思われる内容をノートに記録した。

7. 分析方法

得られたデータをニューマン理論に沿って整理し、対象者のパターンとターニングポイントについて分析を行った。分析結果についてスーパーバイズを受け、結果にまとめた。

8. 倫理的配慮

対象者に文書および口頭で研究目的、研究方法、面談の内容をICレコーダに録音すること、対象者に配慮し、語りの内容をまとめ表像図として示すこと、個人名は示さず、アルファベットで示し、個人が特定されることなくプライバシーは守られることを説明し承諾を得た。また、面接中に気分がすぐれなくなったり面談を中断したくなったりした場合いつでも中断できること、またパートナーシップの中断・解消等で研究協力を辞退する場合もなんらの不利益がないことおよび研究を発表する際の匿名化について説明した。本研究は、所属機関（医療法人同心会看護部）の承諾を得て実施した。

9. 研究対象者の概要と「ケアリング・パートナーシップ」介入開始までの経緯

1) 研究参加者の概要

A氏は、50歳の女性。病名は、卵巣がん。卵巣摘出手術後で抗がん剤治療を外来で継続的に施行中であり、抗がん剤治療は、全6クール予定のうち3クール目が終了していた。既往歴として、大きな病気はないが、生まれつき虚弱体質で軽い身体障害を抱えていた。

家族は、A氏を含んで5人。夫は50代で高校の教員、長女は他県の大学に通学中、長男は高校3年生の受験生、実母は70代で整形外科的疾患があるが概ね健康な状態であった。

11年前に実父を40日間の入院の末、すい臓がんで亡くしていた。

生活歴として、A氏は、中学生頃までは虚弱体質で父母の手を借りることが多く、高校は、近くの進学校に通学した。その後、大学はA氏自身が決め、思い切って県外に出たと話している。A氏は、英語が得意であり、結婚後は近くの子どもたちに、午後4時から10時頃まで夕食を挟んで教えていた。また、通訳としても県や市から委託を受けることもあり、さらに外国人への支援活動も行い、英語を通しての仕事が自身の生きがいになっていたと話している。

パートナーシップを組んだ研究者は、当時、訪問看護ステーションの管理者であり、在宅がん療養者をはじめ多岐にわたる在宅療養者の看護を経験していた。

2) 「ケアリング・パートナーシップ」介入開始までの経緯

A氏が卵巣がんと診断された後、知人を通して研究者に相談があった。相談時のA氏の状況としては、「卵巣がんの手術を受けることになったが、家には70代の実母とA氏の家族が同居していた。母親は、足・腰が悪く、杖が必要な状態で長時間の歩行が難しく、整形外科に通院治療中であった。A氏の家族と母親とのコミュニケーションはA氏を通して行っていることが殆どで、母親とA氏の家族仲が良好ではない。」ということがA氏から語られた。

A氏は、「自分ががんという病気で今後の手術をはじめとする治療や経過に対して予測ができない」と不安を訴えていた。A氏の母親は介護認定で要支援の認定を受けており、研究者は、A氏の入院を機会にA氏の母

親に対して「日常生活を安全・安心に継続できる」ことを目的に訪問看護を開始した。A氏の退院後、母親の訪問看護中に、A氏から「自分の病気に對して、理解はしているが、抗がん剤治療がこんなにも辛いのか、主治医が自分の話しを受け止めてくれず主治医との向き合い方がわからない」と訴えがあった。A氏は、主治医に対する不満や不信感を感じ、さらに辛い副作用にも恐怖を感じ、気持ちが抗がん剤の治療に留まり、そこから抜けきることが出来ないような状況にあった。家族関係においても家族機能が低下し、落ち着かない状況が発生しており、自分が病気になったことで、特にA氏の母親の戸惑いが大きく、母親と夫の仲も不仲なままであり、「精神的にも休まる場所がない」などの訴えもあった。研究者は、A氏に対して、病気との向き合い方や主治医との関わり方、家族の中での自分の立ち振る舞い方や居場所の不明確さの中で混乱しており、治療を前向きに受けられる精神的な状況になっていないと推測した。

そこで、マーガレット・ニューマン理論の「ケアリング・パートナーシップ」をA氏に対して行うことで、A氏の意識がより高次元へ拡張でき、健康的な意識に発展させ、その結果、卵巣がんという病気やA氏に関連する人的・物的環境等を受け入れ、前向きに病気に向かい合うことができるようになり、また家族関係においても自分の居場所を見出し、安定した療養生活を営むことができるようになることを考えた。

そこでA氏から相談を受けた研究者は、A氏の力になりたいという思いで、「ケアリング・パートナーシップ」

をA氏に提案・申し出たところ快諾を得ることができたため、研究の倫理的配慮についても加えて説明し、研究を開始した。

IV. 結果

1. 表像図 (図1～図3)

表像図として3つの場面に分け、主なる出来事とその時の思いや気づきを示した。図1は、A氏の誕生から就職まで、図2は、地元に戻り結婚から娘の不登校が治るまで、図3は、卵巣がんの発症から現在までを示した。

らせんの円の大きさは、その時のA氏の心のゆらぎ、苦悩の大きさを示している。

2. 面談におけるA氏と研究者との「ケアリング・パートナーシップ」のプロセス

1) 面談1回目

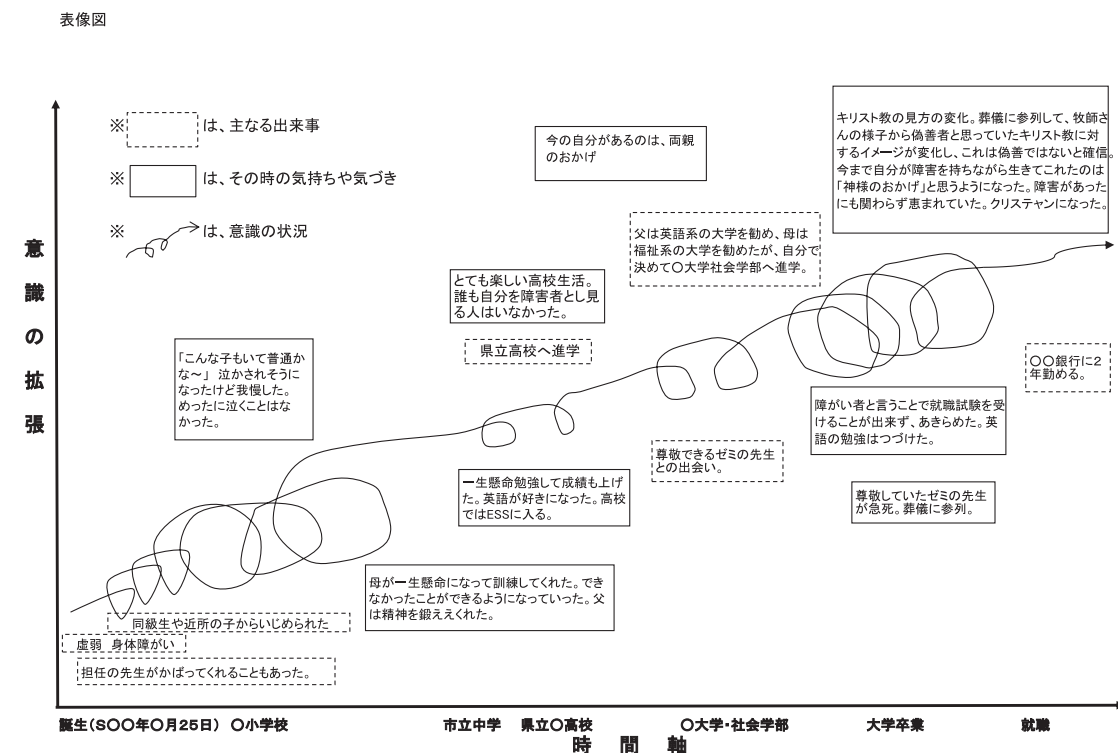
人生の中で意味ある(あるいは大切な)出来事や人々との関係について「今までの人生の中で、重要なこと、

心に残った出来事、大切なこと、大切な人との出会いなどを語ってほしいこと、どのような順番で話しをしても構わないが、できれば年代ごと、生まれた順に語ってしてほしい」と伝えた。面談の時間は1時間半程度であった。

研究者は、A氏の語りにうなずき、聞き入り、研究者の価値観は一切入れないことに徹した。時折、語りに詰まったときに、語りの内容を時間軸に沿って整理し、確認を行うことで、また語りが続くようにサポートした。また自分自身のありよう(パターン)を認識できるように確認を行った。

A氏の語った内容は、小さい頃から虚弱体質で障害を抱え生きてきて、よくいじめに合い「こんな子もいて普通かな～」と我慢してきた。勉強も立ち立ちできるように一生懸命頑張ってきた。父は、学校に行くときには、必ず手を握り応援してくれて、とても

図1 A氏の主なる出来事、思いや気づきと意識の拡張(誕生から就職まで)



おおらかで温かい人だった。母は、リハビリを一緒に頑張ってくれた。「精神を真っすぐに育ててくれたのは父、身体を鍛えてくれたのは母で、とても大切に育てられてきた」と両親の愛の深さを感じていた。(図1)

小学校、中学校、高校と自分を障がい者としてみる人は誰もいなかった。大学に進学するときは、自分で進路を決め、親元から離れ、県外に行った。両親は、「自分の意思を尊重してくれた。今の自分があるのは両親のおかげ」と両親に対して、感謝の気持ちを素直に述べていた。(図1)

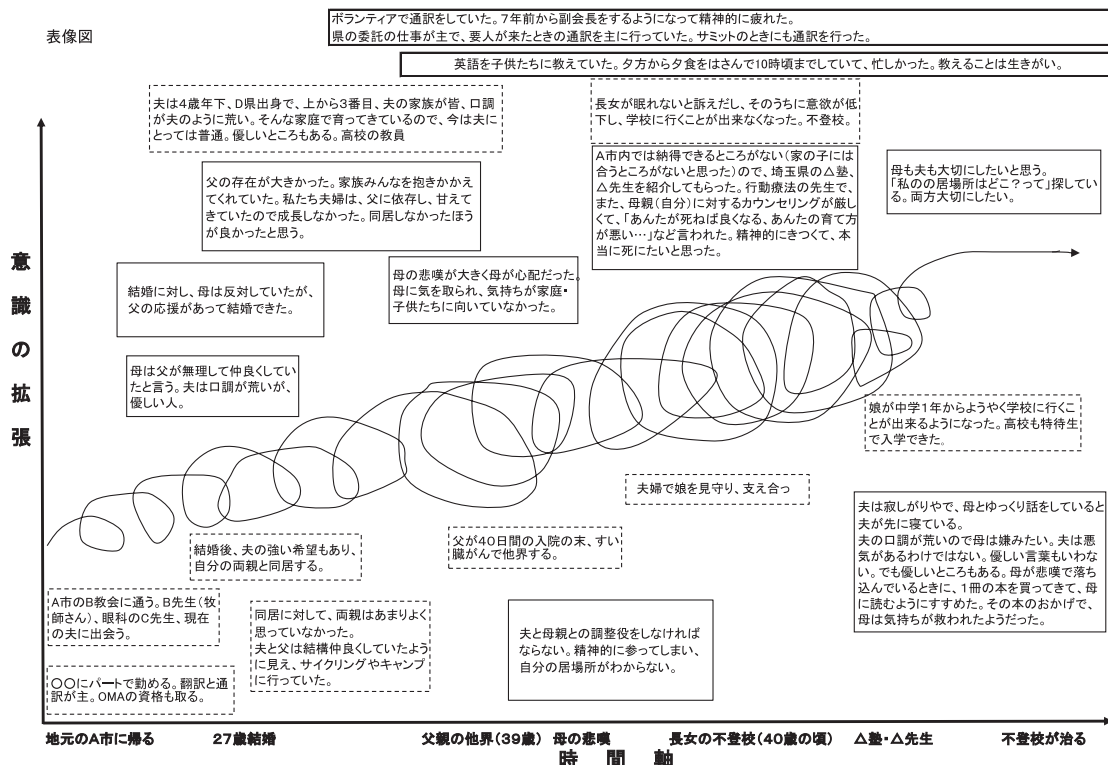
大学では、嫌な思いも不自由もなく4年間を過ごすことができたのは、「尊敬できるゼミの先生に出会えたからでもあった」と感謝をしていた。就職試験も障がいを理由で受験も叶わなかったが、その先生の教えで諦めず頑張り続け、障がい者枠ではあ

たが、就職もできた。(図1)

その後、お世話になったゼミの先生が他界し、その時に出会った牧師によってキリスト教に対するイメージが一変し、クリスチャンとなり、「障がいを持ちながら生きてこられたのは神様のおかげ」と思うようになっていた。(図1)

A氏は、2年後地元に戻り、同じクリスチャンであった今の夫と結婚した。A氏の夫は寡黙でコミュニケーションが上手い人ではなく、母親は反対したが、父親の応援があり、結婚できた。結婚後は、両親と同居したが、夫と母親の溝は埋まることなく、父親がバランスをとり調整していた。A氏は、両親、特に父親に依存し、甘えてきたので、「父親の他界後は、自分の心のバランスも崩れたが、家族全体のバランスも崩れた」と振り返ることができていた。(図2)

図2 A氏の主なる出来事、思いや気づきと意識の拡張(地元に戻り、結婚から娘の不登校が治るまで)



A氏の母親と夫との不仲は同様に続き、自分が母親と夫、家族間の調整役をしなければならないと考えており、上手く進まない状況に疲弊してしまい「自分の居場所はどこなのだろうと葛藤を続けていた」と苦しみを訴えていた。(図2)

A氏は、さらに卵巣がんの発病が加わり、全人的苦痛、特に病気に対する精神的不安、症状に対する身体的苦痛で苦しみを抱えながら、家では自分の居場所が不明確なまま、安心できる安楽な生活を求めながらも思うようにならない混沌とした状況の中にいることが明らかとなった。(図3)

一方、A氏の母親は娘の健康を案じて悲観的になり、精神的に不安定な状態であったため、A氏は、母親の健康状態への気遣いをしていた。(図3)

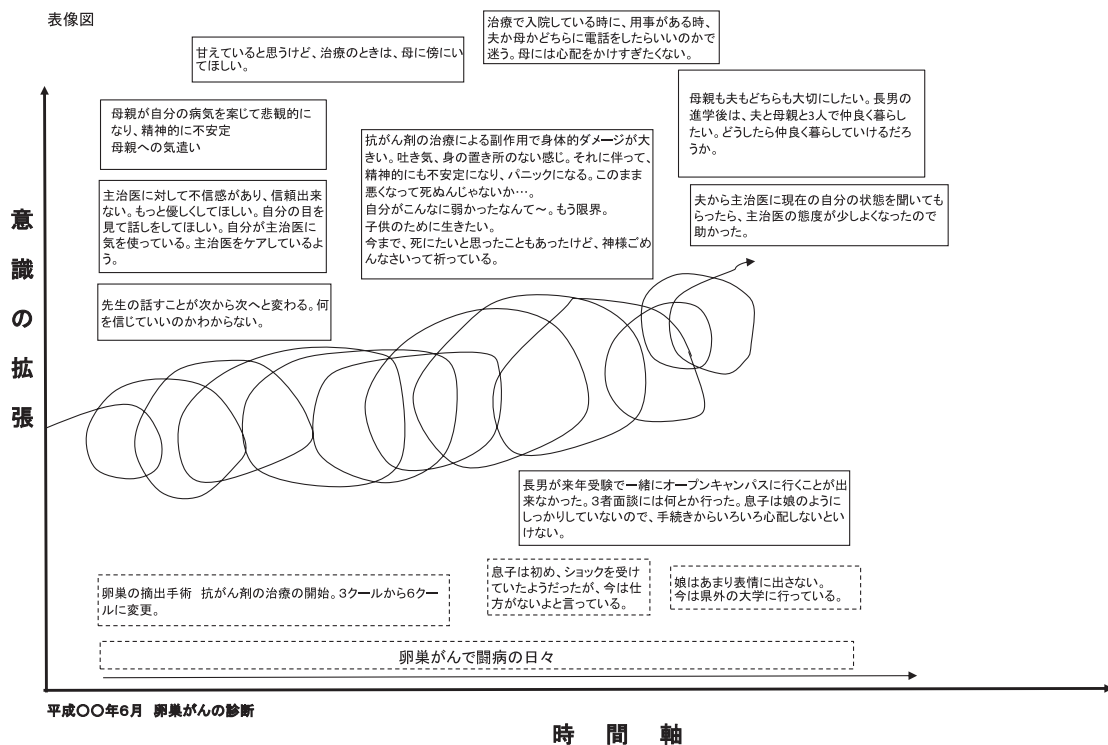
A氏は、時々、母親と夫の間で、「ど

ちらも大切にしたい」という思いで涙を見せることもあった。(図3)しかし、A氏は、自分の今までの人生を振り返り、「この時は、こうだったからこうした、こうしたかった」と客観的に見つめることができていた。

抗がん剤治療に対してA氏は、治療の効果と期間について、効果がどの程度あるのか等の説明が不十分なままで辛い思いをしてまで、治療を続けなければならないことに対する不安は大きかった。また治療に対する疑問や的確な回答を得られない主治医に対しても疑念を抱き、何を信じて良いのか分からないという混沌とした状況でもあった。「もっと自分を理解して欲しい、顔を見て話しをして欲しい、次から次へ話しを変えないで欲しい等」主治医に対して不平・不満を訴えていた。(図3)

A氏は、小さい頃から「虚弱体質

図3 A氏の主なる出来事、思いや気づきと意識の拡張(卵巣がんの発症から現在)



で障がいを抱え、生きてきたこと」と「実父の他界」と「卵巣がん罹患」が大きなイベントであり、これらのことがA氏のターニングポイントでもあった。

「虚弱体質で障がいを抱え生きてきたこと」からは、いじめにも耐えてきた、一人でも生きていけるようにと英語に力を入れ勉強してきて、英語を子どもたちに教えることができたり、通訳として活躍するまでになったりと努力を重ね生きてきた軌跡が伺えた。また両親から大切に育てられ、今あるのは両親のおかげと「両親への感謝の気持ちが大きいこと」が表面化し、気づきとなった。

「実父の他界」から家族間のバランスを失いコミュニケーションが上手くいかなかったことは、家長不在になったことを発端に表面化し、気づきとなった。

また「卵巣がん罹患」という命に関わる病気との闘いでA氏には身体的、精神的な大きな不安を生じていた。さらに主治医とのコミュニケーション不足から生じている不満や不信感につながっていることが表面化し、A氏の気づきとなった。

1回目の面談の目標は、『現在の状況を客観視でき、パターンを見いだせる』ことであり、A氏は、人生の中で意味ある出来事や人々との関係について、自分のパターン（ありよう）を認識しターニングポイントに気づきはじめていた。

A氏と研究者のパートナーシップは、信頼関係の上に構築されることであり、研究者は、A氏が安心して「人生の中で意味ある（あるいは大切な）出来事や人々との関係」について、語れる環境を作り、聞き手に徹するこ

との難しさに直面しながらもA氏に寄り添い続けた。生まれつき障がいを抱えA氏が辿ってきた人生を傾聴しながらどれだけ困難な状況であったのかを想像し、A氏の困難を乗り越える力の強さに感動していた。また、A氏の混沌とした思いにも触れ・受容し、A氏が自らのパターンに気づき始めていることを共に体験していた。

2) 面談2回目

1回目の面談内容をもとに作成した時系列に意味ある内容を並べ、意識の状態を螺旋で示した表像図を面談時にA氏に見せながら1回目の面談時の意味ある大切な事柄を読み上げ、A氏に確認をした。研究者が捉えた、A氏のパターンが違っているところ、追加するところを再度語ってもらった。多少の意味の違いがあり、訂正と追加を行った。

新たに夫の現在の仕事の内容や性格的なこと、通訳ボランティアのこと、子育てで苦労したことも語った。「夫は口数が少なく、威圧的な言い方をするため保守的に見えるが、本質的には優しさはあるが表現が下手で気が小さな人である。母親が夫のことをよく思っていないことを感じているが、受験生である長男が大学進学後は、A氏とA氏の夫と母親の3人で仲良く暮らしたいと考えている。夫よりも未だに母親を頼り、甘えてしまっている自分がいること、性格や考え方の全く異なるA氏の夫と母親がどうしたら良好な関係を築き暮らし続けていけるだろうか」と悩んでいること「通訳のボランティア活動がストレスになっていたこと、子育てがかなり困難だったこと」などが語られた。(図2、図3)

子育てでは、長女の不登校を経験し、

「悩んでいた頃は、カウンセリングがきつく死にたいと思ったこともあったが、夫婦で助け合いながら娘を見守り支え合い、現在、県外の大学に通学できるようになった」とその頃の思いも語られた。(図2、図3)

主治医との関係性は、徐々に改善に向かっていった。A氏の夫が外来受診時に病気のこと、治療のこと、今後の見通し等について主治医へ疑問を投げかけたことで、主治医の態度が良い方向へ変わっていた。言葉が少ない夫ではあるが、いざというときにはA氏の頼りにもなっていた。夫婦で主治医との対応方法を考え、「主治医に対する自分たちの態度を改める」という方法で対応することで主治医の対応に変化が見られた。(図3)

2回目の面談の目標は、『自らの気持ちの変化に気づく』ことであり、面談終了時には、A氏自身の気持ちの変化があり、A氏にとって母親の存在が大きいことに気づき、A氏から3回目の面談では、母親の同席への希望があり、母親にA氏と一緒に面談したいことを伝え了解を得た。

研究者は、1回目の面談のA氏の語りから時系列に整理し、表像図として示す過程において、A氏の混沌とした状況や思いを追体験することで、ゆらぎや苦悩を経験した。さらに表像図を見せながら意味ある大切な事項を確認する時は、A氏に不快や不安を与えないよう文言や言葉のトーンに配慮し、A氏に寄り添い続けた。また、A氏が新たに夫の仕事や性格について語ったことも、研究者とのパートナーシップの関係性が良好に保たれた結果であると考え、A氏が素直に自分の気持ちを語れたことをうれしく感じた。さらにA氏が自身の

気持ちの変化に気づき、対応の変化や母親との同席を希望したことに対してもA氏の気持ちに寄り添い迅速な対応を心掛けた。

3) 面談3回目

3回目の面談には、A氏の母親にも同席してもらい、A氏と母親に対し、2回までの面談の表像図を一覧で示し、研究者が読み上げ、意味を確認した。A氏と母親は読み上げた事項について理解を示した。

その後、3回目の面談を行い、A氏および母親から語られた内容としては、A氏、母親とも家長であった父親の存在が大きく、父親の他界で家族間のコミュニケーションや家族のありかたのバランスが崩れ、統一できなくなっていることを感じていた。また母親はA氏の夫の態度がA氏に対して攻撃的に見え、娘を思う母親として「A氏がかわいそう、もっと優しく接して欲しい、気が利かない等」と感じていた。A氏としては、寡黙であったり、表現方法が威圧的に見えたりするのは、性格的なものであり、優しい言葉は言わないが、優しいところもたくさんあり、心配もしてくれていると認識している。しかし、母親は、言葉が少なく、表現も淡泊であるA氏の夫の性格や言葉遣いが受け入れがたいと認識していた。しかし、A氏から夫が主治医へ口添えをしてくれたおかげで、主治医との関係性が改善に向かっていくことを母親に伝えると、母親のA氏の夫の捉え方に変化が見られ、A氏の夫がA氏のことをしっかり支えていることへの気づきがあり、母親の捉え方が良いほうへ向かった。

またA氏は子どもの頃から両親を頼り、甘えすぎてきたと認識できてい

るが、抗がん剤の副作用等で身体的にも精神的にも辛いときは、夫よりも母親を頼りにし、傍にいてほしいと思っていることを母親に率直に伝えることができた。

3回目の面談では、『さらなる気持ちの変化に気づき、新たな発見』でできることが目標となるが、面談終了時には、A氏に加えて母親もお互いのパターンを認識できていた。

さらに、今後の家族の在り方や病気への向かい方に対してもパターンを認識し、共通の意味として理解し、A氏の今後の家族の中での居場所や立ち位置、振る舞い方について行動を変容していこうと意識が拡張し、成長がみられていた。

研究者は、A氏とA氏の母親の認識に違いがあったことを相互理解し、わだかまりが軽減し、親子関係に光が差し込んだように感じ、明るい将来を予測した。

研究者自身もA氏とA氏の母親が、共通の意味として理解し、意識が拡張していくありようを確認したことで、A氏及びA氏の母親へ向き合い寄り添うことの大切さを再認識した。さらに研究者自身のパターンやありようも認識し、人間として、また看護師として意識が拡張し成長できた。

3. A氏と研究者との「ケアリング・パートナーシップ」のプロセスからA氏が自己組織化していく局面

複数の困難が存在する状況にあるA氏が自分のパターンを認識し、自己組織化をやりとげていったプロセスには4つの局面があった。

1) 局面1は、「A氏と研究者とのケアリング・パートナーシップの始まりと関心ごとを共有した場面」である。

研究者とA氏との出会いからA氏には「ケアリング・パートナーシップ」が効果的ではないかと考え、「ケアリング・パートナーシップ」を申し出た結果、承諾を得て開始となった。面談において、A氏の今までの人生の中で主な出来事とその時の思いを語ってもらい、研究者が表像図を作成した。A氏が多くの困難を抱えて、乗り越えてきた軌跡が表像図として現れ、それを見ながらA氏と研究者で確認しながら共有した。

2) 局面2は、「A氏自身のパターンを認識する場面」である。

A氏は、一つ一つの出来事に対して、その時の状況や気持ちを素直に語り、振り返り、そこからA氏自身のパターンを見出すことができた。さらに「進学、就職、結婚、父親の他界、卵巣がんの発症」等のターニングポイントにも気づき始めていた。

3) 局面3は、「未来への見通しと可能な生き方の模索する場面」である。

A氏は面談を重ねることで、新たに気づいたことや、自らの気持ちの変化にも気づき、今後どのような対応をすることが良いのかを自身で提案できるようになっていた。

4) 局面4は、「トランスフォーメーションの場面」である。

A氏とA氏の母親間の捉え方の相違が分かり、新たな家族の在り方を考えることができるようになった。さらに病気への向かい方も一人で頑張らず、夫や母親を頼ることへ意識が変化・拡張し、成長・成熟した。

V. 考察

1. A氏に対するケアリングの効果

1) A氏のパターン認識

A氏は障がいをもって生まれ、人生を歩んできた。しかし、それはA氏にとっては当たり前のことで、障がいと共に生きていかなければならないことを子どもの頃から認識していた。今までの人生において、様々な場面で障がい者差別にも出会ってきたが、一人でも生きていけるようにと「英語が堪能である」というところまで努力し、A氏にとって強みとなっていた。他者から見たときに、当たり前のことではなく、A氏自身の努力の賜物であり、両親の強い愛の中で育てられて支えられてきた結果であることに気づけたことは、自分のパターンを認識できたことであり、今後の人生を歩んでいくときの大きな強みとなると考える。

2) A氏の意識の拡張

A氏は、夫と母親との関係性についても、キーパーソンであった父親の他界で、家族関係のバランスが崩れ、A氏が父親の代わりを努めなければならないと感じ、どう対処すべきなのか迷い混沌としていた。しかし、3回目に行ったA氏と母親との同時に行った面接において、A氏の夫に対する認識がA氏と母親とでは齟齬があったことにお互いに気づくことができた。今後の家族の在り方、向かう姿が見え始め、意識が拡張したと考える。

卵巣がんの治療との向き合い方においては、6クールの治療の途中であり、あと3クールの抗がん剤治療が残っていた。治療や主治医に対する不信感の存在で、治療を前向きに

受けることができず混沌としていた状況であったが、家族間の問題が改善傾向になったことで、夫を頼り、一緒に受診できたことで、主治医へのアプローチ方法も変化し、主治医の態度に変化が見られ、A氏の認識も前向きになり、良い方向へ意識が拡張したと考える。

A氏は、3回の面談において、進学、就職、結婚、父親の他界、卵巣がんの発症等様々な場面でターニングポイントを経験している。

そこをどう乗り越えたのか、乗り越えられなかったことは何かを研究者が作成した表像図を見ながら時系列で振り返ったことで、A氏が生きてきた過程におけるパターンを認識できるようになり、意識が拡張したと言える。

3) 対象者の意識の拡張と看護者への影響

対象者の意識の拡張は、対象者自身が自ら気づき、見出したことであるが、看護者の対象者の語りを傾聴し、共に確認していくというケアリングによって対象者の意識の拡張を導いたと考える。

看護者は、対象者がどんな困難な状況にあっても成長すると信じ、対象者とパートナーシップを組むこと、さらに対象者が「何をどう感じ、どう解釈しているのか」を追体験し、対象者と共に悩み、苦しみ、ゆらぎを共通の認識として捉えることが重要である。

今回のケアリングの関わりでは、看護者が対象者の意識の拡張を共に看護師自身も成長することに繋がったと考える。

看護者も自らのパターンや今までの人生におけるターニングポイントを

意識したり、対象者の表情や語りから寄り添い方を工夫したりする相互交流の中で成長・成熟できたと考える。

VI. おわりに

入院中のがん患者を対象とした「ケアリング・パートナーシップ」を行った実践的研究は多く存在していたが、在宅療養中のがん患者を対象とした研究は見当たらず、本研究において、在宅がん療養者を対象に実践的研究を行った。

対象者は、誰にも相談できず、がんという疾患と家族との狭間で、どのように対処したら良いのか分からず、治療にも専念できずにいた。しかし、看護師との相互作用の関わりの中で対象者は、自らのパターンや対処法を見出し、その結果、治療を継続し、家族との関係性も良い方向へ変化していった。

つまり、「ケアリング・パートナーシップ」は、在宅がん療養者にとっても有効な手法であると共に、看護師自身の成長にもつながるという示唆を得ることができた。

VII. 看護実践への示唆と今後の課題

パートナーシップを組む豊かな環境である看護師は、患者・家族の力を信じ、寄り添い、良い聞き手となり、患者・家族が自分のパターンに気づき、パターンの意味を見出して、そこにこれからの生き方の新しいルールを自分で見出すプロセスの促進者である。さらに患者の力になりたいという思いが湧き上がってくる看護師でなければならないと言われている¹¹⁾。

在宅がん療養者と接する機会の一番多い訪問看護師は、対象者がどのように認識しているのか、どうしたいと考えているのか、また、在宅療養生活を1日でも長く続けられるようにと熟考して関わっており、介入技術を

高め、関わり方を工夫することで、対象者の意識を拡張していけると考えられる。

今後の課題は、在宅看護実践においても「ケアリング・パートナーシップ」の介入技術を備えた看護師を増やすことである。

文献

- 1) 厚労省 がん対策推進基本計画(第3期)
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000181862.pdf> (accessed 2017-11-18)
- 2) 厚労省 平成26(2014)年患者調査の概要
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf> (accessed 2017-11-18)
- 3) 片桐和子, 小松浩子, 射場典子他. 継続治療をうけながら生活しているがん患者の困難・要請と対処. 日がん看護会誌. 2001, 15(2), 68-74.
- 4) 森谷記代子, 遠藤恵美子, 子どもをなくした(両)親の悲嘆体験への寄り添い. 武蔵野大学看護学研究所紀要第10号. 2016. 1-8.
- 5) 高山裕子, 遠藤恵美子. 先行きの不確かさの中で苦悩する終末期がん患者と夫と看護師のケアリング・パートナーシップのプロセス. 武蔵野大学看護学研究所紀要第11号. 2017. 11-19.
- 6) 遠藤恵美子. マーガレット・ニューマンの看護理論とは?. 看護実践の科学. 2013, 38(1), 34-39.
- 7) 高木真理. マーガレット・ニューマンの理論に基づくパートナーシップケアの方法. 看護実践の科学. 2013, 38(2), 33-39.
- 8) 宮原知子. ニューマン理論に基づくケアを臨床実践の中に適用する. 看護実践の科学. 2013, 38(3), 40-45.
- 9) 森明子. 血液疾患患者・家族との関わりを通してのナースの気づきと変容. 看護実践の科学. 2013, 38(4), 46-51.

- 10) 倉持亜希. ニューマン理論に基づくケアをとおして、ナースとしての自己のありようへの気づき. 看護実践の科学. 2013, 38(5), 32-38
- 11) 遠藤恵美子. 希望としてのがん看護. 医学書院, 2003,158p.
- 12) Margaret A. Newman. マーガレット・ニューマン看護論 拡張する意識としての健康. 手島恵. 医学書院, 2003,153p. Health as Expanding Consciousness,2nd Ed.
- 13) 平原優美, 河原加代子. 外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と思い. 日本保健科学学会誌. 2013. 15(3), 187-196