

—研究報告—

成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセス —がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師に焦点をあてて—

竹山 広美¹⁾, 鈴木千絵子²⁾

要 旨

本研究の目的は、成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスを明らかにすることである。資格取得後1回以上更新しているがん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師22名に半構造化面接を実施し、データ分析はM-GTAに基づき実施した。看護師は、患者の身体的な苦痛緩和が必要であることや、患者にとっての最善の選択、チームで最善のケアを目指すなど【患者の生活と医療（者）との関係】を最初に認識し、次にその関わりを通して、患者の信頼を得る【患者の心理的な平穏】を重要視していた。そのうえで、患者の自己肯定感の高まりや、現実を受けとめる【患者のエンパワメント】を引き出すことを大切にしていた。

これらの認識プロセスは、支援者が患者の価値観を軸に、患者の望む生活ができるよう患者の理解や、いつでも対話できる関係構築が必要であることを示し、がん体験を意味づける支援において重要な視点であることが示唆された。

キーワード：意味づけ、がん体験、成人・老年期がん患者、看護師の認識

I. 緒言

がん対策推進基本計画の第3期に診断や治療方針の変更時、身体的・精神心理的・社会的苦痛など苦痛のスクリーニングを実施することががん診療連携拠点病院等の要件となった（厚生労働省，2018）。平成30年度患者体験調査（国立がん研究センターがん対策情報センター，2020）では、治療中のがん患者が身体的なつらさがある時にすぐに医療スタッフに相談できる「とてもそう思う／ある程度そう思う」46.5%，心のつらさについては32.8%であった。また死亡前1カ月間の患者のからの苦痛が少なく過ごせた41.5%，おだやかな気持ちで過ごせた45.2%であった（国立がん研究センター，2022）。Park（2010）はがん患者を含め様々なストレスフルな体験の意味づけに関するレビューを行い、潜在的なストレス状況が、その人の信念や目標といった包括的意味と出来事の意味の評価の間に矛盾や不一致が生じると適応できず苦痛となり、その苦痛を解消するために意味づけるとしている。身体的な苦痛緩和とともに、ストレス状

況にあるがん患者が苦痛を軽減し適応できるように支援する必要がある。

患者ががん体験に意味を見出していくプロセスでは、終末期（O'Connor・Wicker・Germino, 1990）や手術後外来通院中（片平，1995）など患者の状況は違っても何故がんになったのか意味を探求し受けとめることや、人生を振り返り見直す、自分・他者・人生に対する見方の変化、希望など共通した要素が含まれており、原発性乳がん患者（Leung, 2010）も周囲の人との関係や人生の目標を見直すなどのプロセスを経ていることが報告されている。患者ががん体験を意味づけることは、変えることのできない現状を受けとめ、今後の人生を前向きに捉えていくことに繋がると考える。また患者ががん体験をどう意味づけているかについては、がんとの向き合い方を見出し、周囲の支えを感謝するとともに、生きる意味や自己存在に意味や価値を見出せないことなどで苦痛となるスピリチュアルペインに関することが含まれていた（川端，2015；Pintado, 2018；田中・藤田，2015）。患者ががんと診断されてから終末期に至るまで全人的な視点で捉え、身体的な苦痛緩和をはじめとした精神的ケアやスピリチュアルケアなど高水準の看護実践をしているがん看護専門看護師（Certified Nurse Specialist; 以下，CNS）、緩和ケア認定看護師（Certified Nurse; 以下，CN）などは、意図的ではなくとも自然に、または間接的に患者のがん体験の意味づけに関わってい

受付日 2024年5月29日

採択日 2024年10月25日

1) TAKEYAMA Hiromi

広島国際大学 看護学部 看護学科

姫路大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

2) SUZUKI Chieko

姫路大学大学院 看護学研究科

ることが考えられる。そして、これらの先行研究は患者が自らのがん体験を語る中で、どのように意味づけていたかを明らかにしたもので、意味づけに繋がる支援をしている看護師の認識についての研究は見あたらなかった。発達段階により対応の異なる小児を除いた成人・老年期患者のがん体験の意味づけに繋がる支援をしている看護師の認識プロセスを明らかにすることで、がんを診断されてから治療期、終末期その時々患者の苦悩に合わせた看護支援や、その視点と根拠を言語化でき、他者への説明が可能となることで看護師教育の視点になると考える。

本研究の目的は、成人・老年期にあるがん患者のがん体験の意味づけに関するがん専門領域看護師の認識プロセスを明らかにすることである。

Ⅱ. 用語の定義

1. がん患者のがん体験の意味づけ

がんを診断されてからの患者自身の苦痛な体験に理由や目的などの有意性を与えること。

2. 看護師の認識プロセス

影響要因や看護師が支援について重要視していることを通してどのような過程で捉えているのかということ。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、木下（2007;2020）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach; 以下、M-GTA）を用いた質的記述的研究である。M-GTAは分析ワークシートを用い概念生成し、カテゴリにまとめ、それらの関係性を図示することで、理論構築する質的研究アプローチである。患者はがんを診断され病期によっては死を意識し、治療や苦痛症状などにより、これまでの生活を変えざるを得ない状況の中で、家族や医療ケア提供者、同病者といった周囲の人々との相互作用など様々なプロセスを経ながら患者自身ががん体験を意味づける。本研究では、患者のがん体験の意味づけの影響要因や看護師が支援について重要視していることを通してがん患者が「意味づけ」していくことをどのような過程で捉えているのかという看護師の認識プロセスを明らかにするため、M-GTAを用いた。

2. 研究対象者

資格取得後1回以上更新しているがん看護CNS、緩和

ケアCNとした。診断から終末期までのがん患者を対象としたがん体験の意味づけであることや、最も成果を上げているCNS資格取得後年数は6～9年目29.8%、10～19年目21.7%（日本看護協会、2020）と看護実践や自己研鑽の実績を考慮して、資格取得後1回以上更新しているがん看護CNS、緩和ケアCNとした。

研究対象者の選定は、日本看護協会が公開している分野別都道府県別登録者検索を用いて、所属施設の看護部長に研究対象者への面接依頼等の説明文を郵送し、承諾後、研究協力の説明書を該当者へ配布し、同意が得られた者とした。

3. データ収集方法

研究対象者にはプライバシーが確保できる個室で研究者1名が半構造化面接を実施し、対面での面接が困難な場合はリモートで実施した。面接内容は対象者の同意を得てICレコーダーで録音し、逐語録を作成した。成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスについてのインタビューガイドを作成し実施した。質問内容は、文献レビュー（竹山・鈴木、2023）から得られた患者のがん体験の意味づけの影響要因（現状認識・受けとめ、身体・心理状態、周囲の存在・関係性・支援、がんを罹患してからの生活、内なる探求、超越的な力・宗教）や、成人・老年期にあるがん患者のがん体験の意味づけにおいて看護師が重要視しているプロセスである。データ収集は、2023年6月から翌年1月に実施した。

4. 分析方法

M-GTAに基づき、分析テーマを「成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけの影響要因や看護師が支援について重要視していることを通して患者が『意味づけ』していくことをどのような過程でとらえているのかという看護師の認識プロセス」とし、分析焦点者を「がん患者とその家族に関わるがん看護CNSと緩和ケアCN」とした。データから多様な具体例を選び、概念を生成した。分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例とし、且つ、他の類似具体例をも説明できると考えられる概念を生成した。概念化は分析ワークシートを作成し、概念名、定義を記載し、具体例を各概念に分類した。具体例の抽出、解釈、概念生成は、類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点から検討し、ワークシートの理論的メモ欄に記入した。複数の概念の関係からなるカテゴリを生成し、

さらにコアカテゴリに統合した。新たな概念が生成されないと確認し、新たにデータ収集して確認すべき問題点がないことから理論的飽和化したと判断した。その概要をストーリーラインとして文章化し、結果図を作成した。結果は、M-GTAによる研究及び指導経験が豊富な研究者間の検討により確証性を確保した。

5. 倫理的配慮

研究対象者に研究の目的及び方法、研究への参加は自由意思によることや同意撤回の自由の保障、個人情報等の守秘等について文書及び口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。姫路大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認(承認番号2022-GN08)を得て実施した。

IV. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、表1に示すようにがん看護CNS 6名、緩和ケアCN 16名の22名、全て女性であった。がん看護の平均経験年数は24.4年 (SD 6.38)、CNS・CNの更新1～3回、インタビュー時間は平均71.1分であった。

表1 対象者の概要

ID	年齢	性別	CNS・CN 更新回数	看護師 経験年数	がん看護 経験年数	面接 時間
A	50歳代	女性	CN 2回	34年	34年	74分
B	40歳代	女性	CNS 2回	17年	15年	70分
C	40歳代	女性	CN 2回	24年	24年	86分
D	40歳代	女性	CN 3回	26年	17年	81分
E	30歳代	女性	CNS 1回	17年	17年	48分
F	40歳代	女性	CNS 2回	20年	17年	60分
G	50歳代	女性	CN 3回	39年	39年	88分
H	50歳代	女性	CNS 2回	30年	27年	54分
I	50歳代	女性	CN 1回	24年	19年	82分
J	50歳代	女性	CN 3回	35年	35年	74分
K	50歳代	女性	CN 2回	34年	34年	53分
L	40歳代	女性	CN 2回	19年	15年	62分
M	50歳代	女性	CN 2回	30年	30年	75分
N	40歳代	女性	CN 2回	27年	27年	68分
O	50歳代	女性	CN 3回	19年	14年	70分
P	30歳代	女性	CN 1回	17年	17年	53分
Q	50歳代	女性	CN 1回	35年	27年	81分
R	50歳代	女性	CNS 2回	36年	20年	105分
S	50歳代	女性	CN 2回	28年	20年	75分
T	50歳代	女性	CN 2回	32年	24年	80分
U	50歳代	女性	CNS 3回	28年	28年	45分
V	50歳代	女性	CN 2回	36年	36年	79分

*CNS：がん看護専門看護師，CN：緩和ケア認定看護師

2. 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスのカテゴリと概念

分析の結果、成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスとして、3つのコアカテゴリ、8つのカテゴリ、20の概念が生成された(表2)。以下、【コアカテゴリ】《カテゴリ》〈概念〉「対象者の語り」の内容を記述する。

1) 【患者の生活と医療(者)の関係】

【患者の生活と医療(者)の関係】は、患者の身体的な苦痛緩和が必要であり、患者にとっての最善の選択、同病者との交流、家族も含めチームで患者にとって最善のケアを目指すことである。このコアカテゴリは、以下の4つのカテゴリと9つの概念から構成された。

(1) 《患者の身体的な苦痛緩和》

《患者の身体的な苦痛緩和》は、〈身体的苦痛があると患者は考えることもできない〉ため、症状コントロールが重要であることである。

「辛い時に考えてもらうことはできないので症状コントロールが一番大事」

(2) 《患者の療養上における最善の選択》

《患者の療養上における最善の選択》は、病状や治療など〈患者が医師の説明をどう理解し捉えているのか知っておく必要がある〉ことや、〈患者の意思決定が望む生活になるのかが重要である〉とともに、〈患者・家族は先の見えない不安ややり残しが考えられる〉ことである。

「医師からの説明をどんな風に理解して受けとめて、どう捉えているかを把握しつつ、その人に合った方法、ケアのあり方を考えていくのがいいと思う」「何に価値を置いていくのか、一つひとつの選択が自分にとってその後、いいものなのか、望まない結果に繋がることなのか…」「先が見えない不安があると思うんですけど、できるだけその段階を見極めながら…何を目標としていくとか意識する」

(3) 《同病者との交流》

《同病者との交流》は、〈患者の状況によっては同病者が闘病の支えになる〉ことや、〈ピアサポーターも教育や支援の必要な患者である〉ことである。

「あの人が頑張ってるのだったら私も頑張るって、でも逆に亡くなれるとショックも大きかったりする」「(ピアサポーターも) サバイバーなので支援を受ける人…、サポートしながら進める。ピアサポートをしている人に教育がいる。周りとは絶対的に違うんだって重々わかつ

表2 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセス

コア カテゴリ	カテゴリ	概念	概念の定義
患者の生活と医療（者）の 関係	患者の身体的な苦痛緩和	身体的苦痛があると患者は考えることもできない	患者に身体的苦痛があると考えることなど何もできないため、身体的な苦痛緩和をする必要があること
	患者の療養上における最善の選択	患者が医師の説明をどう理解し捉えているのか知っておく必要がある	医療者は支援するうえで、医師の説明を患者が適切に理解できているのか、どのように捉えているのかを知っておく必要があること
		患者の意思決定が望む生活になるのかが重要である	治療や療養場所等の意思決定したことが患者の望んでいる生活になるのかを重要視していること
		患者・家族は先の見えない不安ややり残しが考えられる	患者や家族は初めての経験で先を予測することができないため、不安ややり残しなど後悔することが考えられること
	同病者との交流	患者の状況によっては同病者が闘病の支えになる	患者の状況によっては、言葉にしなくてもわかり合える同病者が闘病の支えになること
		ピアサポーターも教育や支援の必要な患者である	ピアサポーターも患者の一人であるため、役割や心得などの事前教育やサポートが必要であること
	チームで患者にとって最善のケアを目指す	自分のケアや患者との関わり方に悩む看護師もいる	自分の提供したケアや患者との関わり方などに自信がもてず、悩んでいる看護師もいること
		家族が患者の情緒的な支えになってもらいたい	サポートを受けながら家族に患者の情緒的な支えになってほしいと願うこと
	その時々に適した専門家が患者に関わることが重要である	看護師が全て担おうとするのではなく、患者にとってその時々に適している専門家が関わる必要があること	
患者の心理的な平穩	患者からの信頼を得る	患者の思いを共有して安心できる存在になる	患者がどのような状況であっても思いをそのまま受けとめることで安心できる関係を築くこと
		思い込みや推測しないで患者を理解しようとする	思い込みや推測はしないで患者を理解しよう（またはその理由を知ろう）とすること
	患者が安らげる生活	患者の価値あるものを大切にすること	価値観は個々で異なるため、理解が困難なこともあるが患者の大切にしていることをそのまま受け入れること
		患者の日常性を大切にすること	入院中であっても患者がこれまでの自宅での生活が少しでも感じられることを大切にすること
患者のエンパワメント	患者の自己肯定感が高まる	患者のもてる力を引き出し活かすことが大切である	今までの対処行動など患者の持っている力を引き出し活かしていくことが大切であること
		患者が主体的に取り組んでいることを大切にすること	症状コントロールなどできる範囲のことで患者が主体的に取り組んでいることを大切にしていること
		ADLが低下しても患者が今できることを見つけることで自己存在が肯定される	ADL低下から無価値を感じていても日々の小さな選択など患者が今できることを見つけることは自己存在の肯定に繋がること
	患者が主体となって現実を受けとめる	患者を信じて待ち、話したい時を大事にする	患者が苦悩から抜け出せる力があると信じて待つことや、患者が話したい時を見逃さないよう大事にしていること
		患者が変えられない事実に対して見方を変え、折り合っていく	患者が変えられない事実に対して見方や考え方を変換し、自分なりの落としどころを見つけて折り合っていくこと
		がん体験をしたことで患者が気づかされることがある	患者ががんに罹患してからの体験をしたことで今まで見えなかったことが見えるようになることや、改めて大切なことに気づかされることがあること
		患者は対話の中で整理している	患者はがん体験などを他者に語り、対話を通して思いや考えを整理していること

て話をしてほしい」

(4)《チームで患者にとって最善のケアを目指す》

《チームで患者にとって最善のケアを目指す》は、患者・家族を中心としたチームであり、患者にとって最善のケアを提供したいと〈自分のケアや患者との関わり方に悩む看護師もいる〉ことや、重要他者である〈家族が患者の情緒的な支えになってもらいたい〉、〈その時々に適した専門家が患者に関わることが重要である〉ことである。

「（看護師は）自分のやったことが患者さんにとってよかったのか、もっとできることがあったのではないかなどを一番言います。関わり方についても多いですね」「意味は、患者さんの家族の中で感じていかれるんだろうと思っていたので、患者さんの辛さを聞ける家族になって

もらえたらいいと思う」「環境、専門的なスタッフがいることでなしえてる緩和ケア、効果があると思う」

2)【患者の心理的な平穩】

【患者の心理的な平穩】は、患者から信頼を得ることや、患者が安らげる生活を大切にすることである。このコアカテゴリは、以下の2つのカテゴリと4つの概念から構成された。

(1)《患者からの信頼を得る》

《患者からの信頼を得る》は、看護師が〈患者の思いを共有して安心できる存在になる〉ことや、〈思い込みや推測しないで患者を理解しようとする〉ことである。「全部受けとめますから、そのままのお気持ちを話して

くささいって安全な場所として共有できる存在でいることを一番大事に関わっています」「人それぞれなので自分の常識とかは取っ払って、まずは全て受けとめる。…そういう理由があってそういう風にしたいんだとか」

(2) 《患者が安らげる生活》

《患者が安らげる生活》は、〈患者の価値あるものを大切にすることや、制限のある入院生活であっても〈患者の日常性を大切にすることである。》

「価値観を理解する、理解できないのかもしれないですけど、できるだけ寄り添おうというのに繋がっていると思う」「普通の生活を過ごせたことが、患者さんにとっては安心というか、生きてる意味なのかなと思う」

3) 【患者のエンパワメント】

【患者のエンパワメント】は、患者の自己肯定感が高まることや、患者が主体となり現実を受けとめることである。このコアカテゴリは、以下の2つのカテゴリと7つの概念から構成された。

(1) 《患者の自己肯定感が高まる》

《患者の自己肯定感が高まる》は、〈患者のもてる力を引き出し活かすことが大切である〉ことや、可能な範囲で〈患者が主体的に取り組めていることを大切にする〉、〈ADLが低下しても患者が今できることを見つけることで自己存在が肯定される〉ことである。

「身体的な辛さとか衝撃によって本来自分が持っているポジティブな部分が引き出せないと思う時は、その人が持ってる強さを引き出せるようにする」「(患者が) できることは治療や病気と向き合っていく中では必要、大切だし、意味があると感じています」「行動としてできなくても患者さんが決める、それだけでも自分が今ここにいる価値が肯定される」

(2) 《患者が主体となって現実を受けとめる》

《患者が主体となって現実を受けとめる》は、〈患者を信じて待ち、話したい時を大事にする〉ことや、〈患者が変えられない事実に対して見方を変え、折り合っている〉中で、〈がん体験をしたことで患者が気づかされることがある〉、〈患者は対話の中で思いや考えを整理している〉ことである。

「まだそんな段階ではないのかなと思うので、患者さん自身が少しずつ変わってくるのを信じて待つという感じ。患者が話したいのか、何気ない所作だとか、表情、言葉ではないその人をすごく大事にする」「がんになった体験を自分の人生の中でどんな風に落とし込むのか、それをどう捉えるかなんです。どうしてもない事実、症状や病状もそうだけど、物は考えようとかいうじゃないですか」「がんになってからでしか見えないことが見えるようになってくる。家族の有難さや周囲の人の支え、言葉の重みとか」「自分の考えていることとか思ってることを言葉にして整理したいのかなと思う」

3. ストーリーライン

成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関して看護師は、《患者の身体的な苦痛緩和》が必要であり、治療や療養場所など《患者の療養上における最善の選択》や、《同病者との交流》と家族も含め《チームで患者にとって最善のケアを目指す》ことである【患者の生活と医療（者）との関係】について認識していた。これらの関わりを通して、《患者からの信頼を得る》ことや《患者が安らげる生活》と【患者の心理的な平穏】であることを重要視していた。そのうえで、《患者の自己肯定感が高まる》ことや《患者が主体となって現実を受けとめる》【患者のエンパワメント】を大切にしていた。カテゴリの関連を図1に示す。

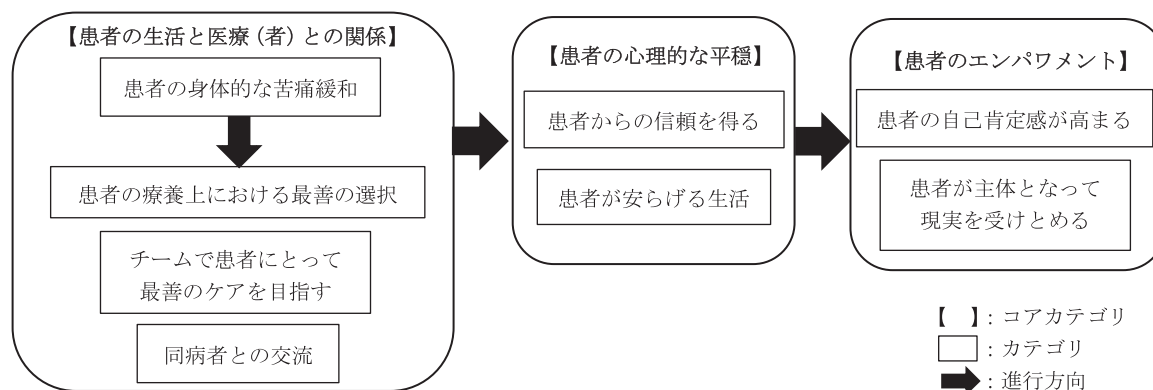


図1 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセス

V. 考察

1. 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセス

患者のがん体験の意味づけに関して看護師は、《患者の身体的な苦痛緩和》が必要であり、治療や療養場所など《患者の療養上における最善の選択》である【患者の生活と医療（者）との関係】を認識していた。後藤・田中・永田（2022）は看護師が終末期がん患者の気がかりややり残しを把握するために、まず患者の身体的苦痛を緩和しており、苦痛緩和は患者自身の問題に向き合う必須条件と述べている。また三堀・林・菅野、他（2023）は治療中止と同時に療養の場を選択する進行がん患者・家族に対してがん看護CNSは、残り時間を予測し、現状理解を助け、患者の生き方を尊重して意思決定支援をしていたことを報告している。看護師は、がん患者が意味づけるために、まず患者の症状マネジメントをし、そのうえで〈患者の意思決定が望む生活になるのかが重要である〉や〈患者・家族は先の見えない不安ややり残しが考えられる〉と、残された時間を予測する必要性や、患者にとって最善の選択であるかを気にかけていることが考えられる。また山崎・大山・大石（2023）の内分泌療法を受ける乳がん患者は、自分に関心を寄せ信頼できる医療者や家族、同病者など自分を理解してくれる人の存在を支えとし、困難に対して自分の状況を前向きに意味づけていた。看護師は身体的な苦痛緩和や意思決定といった関わりを通して、〈患者の思いを共有して安心できる存在になる〉や〈思い込みや推測しないで患者を理解しようとする〉と患者・家族との関係づくりを重要視していたことから、【患者の生活と医療（者）との関係】を経て、次に【患者の心理的な平穏】の認識プロセスであると考えられる。家族や医療ケアチーム、同病者の存在やサポートは、患者の意味づけに影響していることから【患者の心理的な平穏】は【患者の生活と医療（者）との関係】にも影響することが考えられる。また看護師が患者の理解とその関係性を大切にしながら医療者の一員としての役割も合わせて認識することは、患者のこれまでやこれからの生き方を支援者として共に肯定し、これらの体験も患者の意味づけに繋がると考える。

看護師は《患者の自己肯定感が高まる》ことや《患者が主体となって現実を受けとめる》ことである【患者のエンパワメント】を大切にしていた。高橋（2022）は対話には、病による制約や制限がある中であっても自分が変更や選択が可能なことを見つけ取り組むという自分の人生に対する主体的関わりの「セルフケアの力」がある

と述べている。可能な範囲で患者が主体的に取り組み《患者の自己肯定感が高まる》ことや、患者が対話の中で思いや考えを整理することで《患者が主体となって現実を受けとめる》ことは、患者が今後の生活や生き方を考える機会になると考える。また主体的な取り組みの一つである患者自身が症状コントロールするには、新たな知識を習得できる身体・心理状態であり、支援者が事前に患者の実施可能な範囲、サポート体制、望む生活などを把握しておく必要がある。【患者の生活と医療（者）との関係】での関わりを通して、患者を理解しようとする【患者の心理的な平穏】を経ることで、【患者のエンパワメント】が引き出せると考える。また人生において重要なのは意味を与えることではなく、意味を見出すことである（Frankl, 1969）。意味は自分自身で探求することから、看護師は、苦悩から抜け出せる力があると〈患者を信じて待ち、話したい時を大事にする〉と患者を見守り、いつでも対話できる姿勢を大切にしていることが考えられる。そして〈患者は対話の中で思いや考えを整理している〉は、看護師が患者の話したい時を見極める必要性や、患者の意味づけが対話の中で語られることを意識していることが考えられる。

2. 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスにおける看護支援

成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスは、まず患者の身体的な苦痛緩和が必要であり、患者にとっての最善の選択、同病者との交流や家族も含めチームで最善のケアを目指す【患者の生活と医療（者）との関係】にある関わりを通して、患者からの信頼を得ることや安らげる生活である【患者の心理的な平穏】があり、そのうえで患者の自己肯定感の高まりや、現実を受けとめる【患者のエンパワメント】を引き出すことを大切にしていた。

看護師が〈患者が変えられない事実に対して見方を変え、折り合っていく〉と認識していたように、患者の病状によっては、それまで思い描いていた未来とは異なる達成可能な目標に変更せざるを得ない状況になる。角田・望月・神田（2016）は死を認識した再発・進行がん患者が葛藤を抜け出し前に進むためには、患者に寄り添い、語りを促進するなどこれまでの自分の人生や価値を肯定的に意味づける必要があると述べている。患者ががん体験を意味づけるには、支援者が〈患者の価値あるものを大切にする〉ことを軸に、患者の望む生活ができるよう患者の理解や、いつでも対話できる患者との関係構築が

重要である。

これらの看護師の認識プロセスは、がん体験を意味づける支援において重要な視点であると考える。

3. 研究の限界と今後の課題

がん患者のがん体験の意味づけには、宗教的な考え・行為なども影響しているように宗教を含めた文化的背景も重要である (Ahmadi・Park・Kim, et al., 2017; Ching・Martinson・Wong, 2012; Liamputtong・Suwankhong, 2016)。本研究は、日本で活動しているがん看護CNSや緩和ケアCNと対象者が限定されていた。今後、がん患者のがん体験を意味づける看護師の支援内容を検討する際は、患者の文化的背景なども考慮する必要がある。

VI. 結論

成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する看護師の認識プロセスは、患者の身体的な苦痛緩和をする必要があり、患者にとっての最善の選択、同病者との交流や家族も含めチームで最善のケアを目指す【患者の生活と医療（者）との関係】を最初に認識し、次にその関わりを通して、患者からの信頼を得ることや、安らげる生活である【患者の心理的な平穏】を重要視していた。そのうえで、患者の自己肯定感の高まりや、現実を受けとめる【患者のエンパワメント】を引き出すことを大切にしていた。

これらの看護師の認識プロセスは、支援者が患者の価値観を軸に、患者の望む生活ができるよう患者の理解や、いつでも対話できる関係構築が必要であることを示し、がん体験を意味づける支援において重要な視点であると考える。

謝辞

本研究に参加してくださった看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本論文は、第38回日本がん看護学会学術集会で一部発表し、加筆修正を加えたものである。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

Ahmadi, F., Park, J., Kim, K.M., et al. (2017): Meaning-Making Coping Among Cancer Patients in Sweden and South Korea: A Comparative Perspective, *Journal of Religion*

and Health, 56 (5), 1794-1811, doi: 10.1007/s10943-017-0383-3 (検索日2023-07-20)

Ching, SSY., Martinson, IM., & Wong, TKS. (2012): Meaning Making: Psychological Adjustment to Breast Cancer by Chinese Women, *Qualitative Health Research*, 22 (2), 250-262, doi: 10.1177/1049732311421679 (検索日2023-07-20)

Frankl, VE. (1969) / 山田邦夫監訳 (2002): 意味への意志, 25, 春秋社, 東京.

後藤みゆき, 田中愛子, 永田千鶴 (2022): 緩和ケア病棟看護師が終末期がん患者の“気がかりややり残しの仕事”を把握するプロセス, *死の臨床*, 44(1), 192-198.

川端愛 (2015): がんの集学的治療を断念した患者を支える希望の意味, *日本がん看護学会誌*, 29(2), 62-70.

片平好重 (1995): がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに関する研究, *死の臨床*, 18, 41-47.

木下康仁 (2007): ライブ講義M-GTA実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて, 弘文堂, 東京.

木下康仁 (2020): 定本M-GTA - 実践の理論化をめざす質的研究方法論, 医学書院, 東京.

国立がん研究センター: がん患者の人生の最終段階の療養生活の実態調査結果, 2022-03-25. https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2022/0325/release_izokuchousa2022.pdf (検索日2024-07-19)

国立がん研究センターがん対策情報センター: 厚生労働省委託事業 平成30年度患者体験調査報告書, 2020-10-19. https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/healths/H30_all.pdf (検索日2024-02-28)

厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第3期), 2018-03-09. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf (検索日2024-03-04)

Leung, PPY. (2010): Autobiographical Timeline: A Narrative and Life Story Approach in Understanding Meaning-Making in Cancer Patients, *Illness, Crisis & Loss*, 18 (2), 111-127, doi: 10.2190/IL.18.2.c (検索日2023-08-10)

Liamputtong, P., & Suwankhong, D. (2016): Living with breast cancer: the experiences and meaning-making among women in Southern Thailand, *European Journal of Cancer Care*, 25 (3), 371-380, doi: 10.1111/ecc.12321 (検索日2023-07-20)

三堀いずみ, 林あり子, 菅野雄介, 他 (2023): 治療中止と同時に療養の場を選択する進行がん患者とその家族へのがん看護専門看護師による相談支援の実際, *日本がん看*

- 護学会誌, 37, 177-186.
- 日本看護協会:2020年度専門看護師活動実態調査追加分析結果.
2021-05-26. https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2021/05/cns_katudoujittaityousa_kekka_20200526.pdf (検索日2022-02-22)
- O'Connor, AP., Wicker, CA., & Germino, BB. (1990): Understanding the Cancer Patient's Search for Meaning, *Cancer Nursing*, 13 (3), 167-175.
- Park, CL. (2010): Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and its Effects on Adjustment to Stressful Life Events, *Psychological Bulletin*, 136 (2), 257-301. doi: 10.1037/a0018301 (検索日2023-09-20)
- Pintado, S. (2018): Breast cancer patients' search for meaning, *Health Care Women International*, 39 (7), 771-783.
- 高橋綾 (2022):「対話」とはなにか②〈聴きあう〉〈ともに考える〉こととしての対話－傾聴や意思決定支援の根底にあるもの, 緩和ケア, 32(6), 457-460.
- 竹山広美, 鈴木千絵子 (2023): 成人・老年期がん患者のがん体験の意味づけに関する文献レビュー, 広島国際大学看護学ジャーナル, 20(1), 3-11. doi: http://purl.org/coar/resource_type/c_6501 (検索日2024-03-31)
- 田中まゆこ, 藤田佐和 (2015): 外来で化学療法を受ける進行がん患者のアドヒアランス行動とその意味づけ, 高知女子大学看護学会誌, 40(2), 42-52.
- 角田明美, 望月留加, 神田清子 (2016): 死を認識した再発・進行がん患者が希望を見出すプロセス, *The KITAKANTO Medical Journal*, 66, 201-209. doi: <https://doi.org/10.2974/kmj.66.201> (検索日2024-03-24)
- 山崎淑恵, 大山末美, 大石ふみ子 (2023): 内分泌療法を受ける閉経前乳がん患者の困難と治療を継続する体験, 日本がん看護学会誌, 37, 88-97.