

がん患者遺族との関わりを通して生成する中堅看護師たちの卓越・固有感覚
— がん認定看護師たちの語りから —

横 田 恵 子

**Working with Bereaved Families of Cancer Patients:
Work Identity Narratives of Senior Certified Nurse Specialists**

YOKOTA Keiko

要 旨

がん緩和医療の普及に伴い、2000年代に入ってから、がん患者遺族に対するケアの試みが看護領域で盛んになってきた。患者本人が亡くなった後も、家族は遺族として引き続き家族ケアの対象となる。その大きな理由のひとつに「残された家族が病的な悲嘆に陥らないように予防する」視点がある。さらに、遺族ケアに携わる看護師のケアも必要とされる。遺族と関わることで、看護師も自らの喪失感情や悲しみを味わうことになるからである。遺族の回想・語りの中では「後悔」のストーリーが現れることが多い。中でも「患者の生前に（家族として）行わなかったこと」に対する後悔は多く話され、看護師はその後悔の感情を共感的に理解する。

本論ではまず、遺族ケアの理念や実際について先行研究に基づいた整理を行う。その後、がん認定看護師2名へのインタビューに基づき、実際に看護師が遺族と共に故人の思い出を共有し、互いに喪失の孤独感や不安を認め合う存在になっていることを明らかにする。そして最後に「家族と死別した後の生活までが医療化されること」が孕む問題、すなわちそれが「生の全人性の抑制」とも捉え得る点に言及する。

キーワード：緩和ケア、遺族ケア、癌専門看護師、医療化

Summary

With the proliferation of palliative care in Japan, the area of nursing for bereaved families of cancer patients has become increasingly active around the turn of the century. This means that even after the patient has died, the bereaved family continues to be under the care of nurses. One of the main reasons for this is to “prevent bereaved families from developing forms of pathological grieving.” This also leads to increased demand for the psychological care of nurses who engage in this care work because in the process of establishing relationships with these bereaved families, the nurses themselves come to feel deep senses of loss and sadness as well. It is fairly common for family members to talk about themes of “regret” in their recollection narratives, and these stories often include things the families were unable to do for the patient while he or she were still alive. Nurses, too, understand and empathize with these feelings of regret.

In this paper, I will first review the philosophy of palliative care and its actual practice based on the literature. Then, based on in-depth interviews of two certified nurse specialists in cancer nursing, I will illuminate the process in which nurses share the deceased patient’s memories with the bereaved family, acknowledge each other’s anxieties and loneliness from the loss, and become a presence in the life of these bereaved families as a result.

Finally, I will offer a critical perspective on how the trend toward medicalization of the bereaved family after the patient’s death is not necessarily a unilaterally positive development, and that such movement can lead to the undermining of the lived-life as a holistic entity undefined by terms of medicalization.

Keywords: palliative care, bereavement care, certified nurse specialists in cancer nursing, medicalization

1. はじめに：現代社会における死別の医療化、悲嘆のリスク化

がん緩和医療の普及にともない、近年、がん患者死別後の遺族へのケアに注目が集まり始めている。大西・石田（2013）は、2002年に WHO が出したがん緩和ケアに関わるステートメント¹⁾を引用しつつ、「患者死亡後の家族に、死別後再適応のための支援システム構築を行うこと」の必要性を説く。いわば「死後、遺された家族の日常をも医療化する」営みの主張である。

なぜ医療はここまでひとびとの日常に踏み込もうとするのだろうか。少なくとも末期がん患者においては、死ぬことが一様に語れなくなったことが大きい。「どのような状態の患者が、どの抗がん剤治療を、いつまで受ける／受けないのがふさわしいのか」の線引きは個別的で²⁾、治療は常に選択と判断を迫られる。しかもこの判断は、表向きは患者本人の意思決定によるとされているため、命の終わりに向けてどのような治療姿勢で臨み・どのように生死の線引きをするのかについて、不確実な状況の中で家族をも巻き込みつつ都度々々の医療的判断が重ねられることになる。突き詰めれば「どこで治療行為の線引きをするか」という医療的判断の積み重ねによって個人の人生の幕が引かれるのであり、その幕引きにかかわる決定の一旦を担った家族についても、その後の心身の状況に医療が引き続き関心を示すのは、当然ともいえよう。今や身近な人を亡くしたあとの悲嘆や後悔、思慕の情は、ライフイベントとしてあるがまに見守られるだけではすまなくなり、「病的悲嘆に陥るかもしれないリスク要因」とみなされ、医療の関心事としてプログラム化されることになった（大西他 2010）。

2. 「遺族ケア」研究と看護実践

2-1. 看護の固有性・専門性の発露としての「遺族ケア」

前章で述べたような「死別の医療化」や「悲嘆のリスク化」は、看護領域で注目され、支持されている。看護学は、遺族ケアを家族看護の延長上にあるケア実践と捉え、その専門性・固有性を強く主張してきた（宮林 2012）。大和田ら（2010）および熊谷ら（2007）によれば、がん死の場合、遺族の心身の健康状態は、末期の看取りの過程を家族としてどのように体験したかによって左右されるという。中でも「予期悲嘆³⁾」に関しては、そこに看護師が関わる事で死別後の遺族の悲嘆を軽減する・出来るという自負が強く（畠山 2012）、「看護の強み」とい

1) <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

2) EBM という概念は、あくまでも治療者側からみたサービスの標準化に資する手続きであり、個別の患者に提供する治療内容に一定の妥当性を与えはするが、患者個人とすればあくまでも「私の病が治るのかどうか」という二者択一であり、そのレベルでは依然として医療・医術は医師の経験を加味した「匙加減」なのである。

3) 死後の遺族悲嘆にかかわる文脈で使われる「予期悲嘆」とは、末期の患者を前にして家族が今後起こること（喪失）を予期してあらかじめ心配・心の備えをして悲嘆のプロセスを先取りしてしまうことを指す（宮林 2012:16）。

う表現で、看護学の固有性を主張する（荒木・佐々木 2006）。さらに、末期の看取り過程にある家族を支える看護師こそが、遺族の生きざまの ^{トランスフォーメーション} 変容を支える事が出来るという主張も見られる（梅岡 他 2006）。

看護こそが末期がん患者の家族の死別後ケアを担うにふさわしい固有の専門領域である、という主張のもと、具体的に推奨・期待される看護師の行為とは何か。このレベルの主張を繙くと、相矛盾する主張が散見することが明らかになる。

たとえば梅岡（前掲論文）は、看護師が遺族の悲嘆そのものに直接介入しようとしたり、指導的立場から介入しようとするパターンを戒める。それに代わる梅岡の提案は極めてシンプルで、遺族の語りをただ「傾聴」することを言う。同様の主張は荒木・佐々木（前掲論文）や宮林（前掲論文）などにも見る事が出来る。

荒木・佐々木も遺族の引き受ける力を信じ、悲嘆状況から立ち直るストレングスに着目する。そして看護師の専門的役割は、遺族が死別体験の意味を問い、本来の力を取り戻していく過程に寄り添うこと（ケアリング）である、とする。ところが荒木・佐々木は同じ論文中、直後に一転して患者家族への指示的介入の必要性を説き始める。まず「急死悲嘆⁴⁾」を防ぐために家族に「患者の死を教える」、すなわち余命について看護師が家族に説明する⁵⁾ことが望ましいと述べ、さらに家族の予期悲嘆にコミットして、患者の死後に家族が病的な死別悲嘆に陥らないよう「予防する」ことも主張するのだ。つまり、「見守り寄り添う」とことと「専門家から非専門家への成人教育、予防介入」という相容れない主張が併記されているのである。

広瀬 b（2006）の主張も同様に矛盾含みである。広瀬は「遺族ケアの基礎知識」として、死別体験の「受容と共感」「語ることと泣くことを支える」「無条件の肯定」「怒りの受け止め」「『今』への焦点づけ」を言いつつも、同時に「知識の提供」「有益なアドバイス」「喪失に直面化させる」「心身状態の把握」など、教育的、診断的な立場を主張するのである。

さらに宮林は、より指示的なアプローチに主眼を置く。看護師の傾聴行為は、遺族の語りを無条件で受容しない。看護師は遺族に過去を語らせる（傍線筆者）。その語りを傾聴するのは、共感でも無条件の受容でもなく、あくまで遺族が悲嘆から「回復する」ことが目的である。つまり傾聴行為と見えるものは、看護師の恣意に基づく「～させる」行為なのである。ゆえにその結果としての「回復」は、行動レベルで観察できる必要がある——すなわち遺族が十分な睡眠を取ったり、外出したり、人と交わる生活が取り戻せることが望ましい指標となり、そのためには「行動を促す声かけ」も看護師の役割として行わねばならない（2012:14）。

4) 終末期にある家族が患者の余命を医学的に知らないまましていると、「（患者の）死が近い」と実感する事が出来ず、亡くなったときにいわば「家族にとっての急死悲嘆」という状態に陥る、という見方がある（荒木・佐々木 2006:42）。

5) 余命の予測を含む病状説明は、医療ジャルゴンでは「余命告知」とも言われ、原則は医師の役割である。しかし実際には、医師の説明を受けたあと、看護師が具体的な説明を補足しつつ患者・家族の心情をケアする役割を担う。

2-2. 混乱と矛盾の引き受け手として：「遺族ケア」を担う看護師自身のケア

前節で概説したように遺族ケアは、「患者逝去後も持続する家族看護」と定義され、患者の死亡退院後も看護業務として続く。その理論的主張は「遺族を全人的に、無条件に尊重せよ」「遺族のレジリエンス、ストレングスを信頼せよ」と受容共感を主張する一方で「遺族の悲嘆を軽減すべく介入せよ」「患者の死について教育せよ」とケアラーの価値規範を示し、教え導くことを推奨する。このような明らかに相反する^{アンビバレントな}2つの指示を実践するのは、臨床現場の看護師たちである。たいていの場合、彼ら・彼女らは、特に意識する事なくその矛盾を受け入れ、実行しようとするが、あれもこれも抱えた結果として「すべてを自分たちが何とかしなければ・何とかしたい」と気持ちが駆り立てられる共感ストレス⁶⁾に晒されたり、生前の患者・家族に対して感じる「出来なかったことへの後悔」に苛まれることになる。

加えて死亡退院後の病棟・ベッドには新たな患者がすぐに移されるため、看護師は担当患者の死亡を深い喪失体験⁷⁾として味わう機会もない。広瀬（前掲論文）や前滝・田村（2006）は、臨床現場での看護師が、目の前の患者に傾注しつつも対象に愛着を持ちすぎないことを専門職として要求される事に注目する。言い換えるなら、看護師が同僚や上司に不用意に喪失体験を語ったり悲しみの感情を出すことは、専門職として未熟と見なされるということだ。一方で広瀬 a（2012）は先行研究を引用しつつ、看取り看護を行った看護師の9割以上が深い悲しみを感じ、同時に無力感（81%）や自責の念（70%）に苛まれていることも指摘している。これらの相反する報告が明らかにしていることは、看護師たちが味わうべき感情を吟味する間もなく業務に傾注する一方で、内実に深い悲嘆と思慕の念、後悔、他者からの評価を希求することなどを当たり前に持ち合わせているという実態であろう。

2-3. 看護師の感情管理としての「看護師グリーフケア」システム

前節では、看護師が遺族をもケアの対象とし、そこでは専門職として（1）悲嘆状況にある遺族を全人的に受け入れることを要求される一方で、（2）遺族に対してヘルスプロモーションを行うべく教え導くことも要請されていることを概観した。そしてこの2つが、相反する価値に基づく実践を個別の看護師に際限なく求めていることも確認した。理念がどうであれ、個人が相反する価値に基づく行為を続けていれば、自覚する・しないに関わらず心や身体にひずみが出て来る。前滝・田村（前掲論文）によれば、遺族ケアの実践は看護師に多様な影響を与えるという。看護師はまず、「生前の患者に行った自分のケアが、遺族にどのような影響を及ぼしていたか」を考える。さらに、自らの個人的な喪失体験を遺族に投影する看護師も少なくない。

自らの病棟でのケアが、患者の死後も家族に影響を与えると知るとき、そこには反^{リフレクション}省^省が

6) 「共感ストレス」とは、患者や家族の状況を理解・共感しようとする中で「自らが看護師として何とかしなければならぬ/したい」と思う看護師独自の感情であり、ここに「やはり出来ない」という無力感や罪悪感が重なると「共感疲労」に陥る（家族看護10-2, 2012, p. 68）。

7) 看護師が担当患者を看取り、見送るという体験は、「2.5人称の死」とも言われ（家族看護10-2, 2012, p. 68～）、家族の死（2人称の死）ほどではないにせよ、深い喪失体験であることは疑いがなく、とされる。

生じ、自足感、承認欲求、後悔、思慕感情など、多様な思いも同時に生ずることになる。看護学は、看護師自身がこの一連の反省過程に直面する仕組みが必要と考え、「看護師のグリーフケア」を提案する。広瀬 a（前掲論文）によれば、看護師を対象としたグリーフケアは以下の4点を基本姿勢に据えている、という；すなわち（1）看護師自身にも出来ない事がある事を認める、（2）自分の感情を認める、（3）看護師自身も自らについて語ることで、周囲から支えられる事の重要性に気づく、そして（4）看護師も感情を表出して良いことを理解する、である。

看護師を対象としたグリーフケアは、あくまでも看護管理・運営の一方策として必要性が語られるものであり、「適切に計画された管理やリーダーシップ（前掲・田村 前掲論文：28）」に基づいて行われねばならない。続けて同論文では、看護師を対象としたグリーフケアの実際を三段階に分けて明らかにしている。第一段階はデスケース・カンファレンス、すなわち死亡退院事例の検討会議である。ここで看護師たちは、良好な遺族ケアを行うために末期状態段階での家族ケアが重要であることを理解するように求められる。次の段階に進むと看護師は、遺族ケアで協働する心理士とミーティングを持ち、話し合う事を勧められる。この機会に看護師が保持すべきとされることは、グリーフ概念やその他、人の死にかかわる実存的なレベルへの気づきと理解である。とはいえ看護の学としての固有性、専門性はあくまでも看護師によって支えられねばならない。心理士との話し合いのあと、次に用意されるのはベテラン看護師によるスーパービジョンである。看護師が自らの固有性、専門性を充分自覚するためには、事例に愛着を持ちすぎてはいけませんが、同時にその矜持を保つために感情の表出も必要であるということになる。ただしその表出行為は、条件を整えた守られた場所で、同じ看護職のスーパーバイザーの元で行われる事が望ましいとされる。

本節の最後に、一般的な遺族会の運営手続きとその過程について触れておきたい。松島（2006）は、がん患者遺族会に標準化された方法はないとしつつも、一般的な手続きについて次のように記している⁸⁾；まず患者の死亡退院後3ヶ月くらい経過したのち、担当看護師がいさつと遺族会案内の文章を手紙で送る。ちなみにこの場合、対象者の選定については、さまざまな方法が取られている。該当する遺族全員に案内を送付するケースもあれば、医師と担当看護師によって一定のスクリーニング・弁別をかけた後に、特定の対象者のみに送付される場合もある。松島の調査によれば、参加比率は対象遺族の30%程度であり、開催する病棟側の事情・問題はマンパワーと予算の確保、通常病棟業務との兼ね合いに尽きるようである。

2-4. 看護師ケアの場で語られるもの：遺族の「後悔」に重ねる自らの「後悔」

看取りの過程は、家族と担当看護師の双方にとってストレスフルな過程である。家族は常に変化する複雑な条件の中で、重大な決定を重ねて行き、看護師はそれを支えねばならないからだ。数々の選択は命に関わるだけでなく、たいていの場合、時間的猶予もあまりない中で重ねて行く決めごととなる。加えて、その決定の数々には標準的な傾向があるだけで、正解はない

8) 第三章で述べる事例がほぼ同様の手続きを踏んで遺族会を運営しているため、あらかじめここで一般的な概略を述べておく。

に等しい。さらに、選択・決定の連なりは、不可逆的でやり直しがきかないものばかりである。

このような重大な局面を含む医療場面で意思決定を迫られる人々は、その決定の数々をのちに「後悔」として振り返ることがある。塩崎・中里（2010）は、がん遺族が味わう「後悔」について、質問紙調査をもとにいくつかの知見を導き出した。中里らはまず、がん患者遺族が後悔の念を持つ事を当たり前であるとする。先行調査結果からは9割以上、自らの調査結果からも少なくとも7割以上の遺族が後悔の念を持っていることを明らかにしつつ、中心的主張として、終末期特有の後悔と死後悲嘆の強さの關係に着目し、論じている。それによると、死別後の家族の「後悔」の特徴は、エンドポイントが確定してから過去を振り返るためか、行った決定への後悔よりも「行わなかった選択」への思いが募り、「今なら出来る」「～してあげたかった」という念を取る事が多いという。そして看護師は、患者生存時から時間を先取りしてエンドポイントを念頭に置き、「残り時間を考慮してやり残しがないような支援を行う」⁹⁾、「家族が行ったこと・行わなかったことに対して肯定的にとらえる」ことが推奨される（塩崎・中里 2010:218）。看護師は遺族ケアの現場で何度もこの「後悔」について聴くことになる。その結果、看護師自らも、患者の存命中に行った関わりやケアにその後悔を重ねるようになる。すなわち、家族の後悔に自らの感情を重ねて自責の念を抱くことも少なくないということだ（梅岡、前掲論文）。

次章では、キャリアと専門性を重ねた看護師が、遺族ケア実践を振り返るさまに沿いつつ、どのように本章で概観したトピックの数々——すなわち「家族看護としての遺族ケア」「看護師のグリーフケア」「後悔」——を語るのかを見る。さらに続く考察では、「死後の医療化がまねく生の全人性の抑制」について考えてみたい。

3. 看護師の遺族ケアの捉え方：一般病院における「がん患者遺族会」の運営事例から

3-1. 本調査の目的と意義

前章で詳説したとおり、「家族看護の延長としての遺族ケア」という形で、遺族の営みは医療の管理下に置かれようとしている。実際にはどのように行われているのか。本論文では、緩和ケアユニットを持つ一般病棟で運営される「がん患者遺族会」、中でも運営の中心を司る認定看護師たちが「遺族ケア」と「看護師自らのケア」をどのように捉えているのか、その実際をインタビューによる語りから描き出す事を試みている。

緩和ケア専門の医療施設、もしくは在宅ケアによる実践記録や研究論文は先行研究として豊富に存在する。しかし実際には未だ多くの末期がん患者が、一般的な総合病院の病棟で最期を迎えており、先行研究でその「研究の限界」が指摘されている（宮下・菅野 2013）。したがって、本事例のように「医療内容としては専門性が高いが行政区分では一般病院として扱われ、専門職配置も充分ではない」施設を取り上げる事は、がん患者遺族のケアについて、異なった

9)「残り時間の考慮」は、看護師が家族に患者の余命・予後について説明する、という「注3」で述べた看護師の役割と重なる。また次章のインタビューにもあるように、患者家族、看護師双方の「やり残し」「後悔」の一番に挙げられるのは、末期の患者を「在宅させる」「在宅で看取る」というトピックである。

側面から議論の端緒を切る事が出来よう。

3-2. 本調査の背景及び特徴

インタビュー協力者2名は、それぞれ日本看護協会による「緩和ケア」と「がん性疼痛管理」の認定資格を保持する中堅キャリアの女性看護師である。その詳細は次節のプロフィールで詳しくにするとして、ここではまず彼女たちが長年勤務する病院・病棟が、いわゆる「がん緩和ケア病棟」といわれる末期医療の専門施設ではないことを記しておく必要がある。

2名のインタビュー協力者が所属するのは、特定機能病院や地域医療支援病院などの指定を受けていない、いわゆる二次医療圏に付置する一般病院である。そのため緩和ケアチームはあるものの、緩和医療や疼痛管理の専門的ケアを行うにはさまざまな脆弱性と制約も抱えている。このような条件の中で、2012年度から看護部の正式な取り組みとして、肺がん死遺族のための会が年に2回営まれるようになった。開催手続きは前章で紹介した先行研究と同様で、ごく標準的なものである。すなわち、まず、死亡退院後3～6ヶ月にあたる患者をリスト化し、受け持ち看護師が近況を尋ねる手紙を送る。その際に、遺族会の日程と内容の案内も行う。返信があった遺族を現在の家族状況や死亡時の医療状況などを勘案しながら6名程度のグループに分け、それぞれに看護師と心理士が聴き手として加わる、というものである。グループのあり方は自由な座談であり、1セッション40分から60分程度の懇談として企画された。聴き手として参加する看護師は、原則として病棟経験5年目程度の中堅リーダー格の者であり、本人の意思とはかかわりなく業務命令として参加している。

以上の企画立案と実際の遺族会の運営は、すべて本インタビューの話し手でもある2名のがん認定看護師によって行われていた。(ちなみに筆者も心理士として、この遺族会に参加している。)

3-3. 調査方法

本調査は、「がん患者遺族会をより良い内容にするために、会の運営を振り返る」と説明した上で同意を得、2014年6月に実施した。聴き取りのスタイルはいわゆる「半構造化」スタイルのインタビューであり、聴き取り項目としてあらかじめ用意したトピックは、「がん患者遺族会のマネジメントについて」「遺族との再会から思う事」「(死亡した患者の)担当医や受け持ち看護師と遺族との関係について思う事」「看護師としての簡単な履歴(経験年数、呼吸器内科を志望した動機、キャリアパス)」のみであり、基本的に自由な雰囲気の中で会話は進行した。

2件の聴き取りは許可を得て録音されており、所用時間はそれぞれ概ね1回100分程度となった。録音された会話は逐語録化され、文字化されたテキストは本人たちの閲覧、許可を経て本論文に一部が使用されている。

3-4. 結 果

以下に2名のがん認定看護師のインタビュー内容を示しながら、それぞれの看護師ががん患者遺族との関わりを通して培って行った死生観、看護観、医療と家族のかかわりなどについて明らかにしていきたい。

3-4-1. インタビュー（1）がん性疼痛管理認定看護師 A：「黙れ、悲しむ私よ。私は看護師だ。」

話し手の略歴 本インタビューの話し手 A さんは、30年近く、同じ呼吸器内科病棟に勤務している。現在40代前半。10年前に「がん疼痛管理」領域で認定看護師資格を取り、現在は呼吸器内科病棟副師長の職に就きながら、緩和ケアチームのコーディネーターとして、末期肺がん患者とその家族の治療計画に責任を持つ立場でもある。

（トピック1）遺族ケアは家族看護である

A さんは、自らの経験からも遺族ケアが家族看護であることを疑わない。特に遺族による病棟看護の評価は、現在末期がんで入院している患者・家族、そしてともすれば自信を失いがちな担当看護師たちにすぐにフィードバックできていると思っている。ところが彼女にとっては自明とも思えるこの視点は、意外に病棟スタッフには浸透していないようだ。

- ・遺族会ってなると死んだあとの話だけど、こんな会ができてるってすごいよね、とか。（看護師たちに）あなたたちのやってることはすごいんだよって。だから次に生かさないよ、と。
- ・全然、身体にさわらないけれど、（遺族会で）過去の患者さんを振り返る人もおれば、「あのときの看護師さんのああいうの」とか、臨終の場面思い浮かべる人とか、いろいろいるので。あの場所。そういう話聞いたら、今、生きてる人にしてあげたら良いと思う。こういう場で出て来た話だから、それを（聴き手の看護師が）吸収して、「亡くなった家族ってこう思うんだ」ってことをわかつとけば、今生きている人、もうすぐ亡くなる家族にもっといい声かけできるんじゃないか、とか。私は亡くなったあとの遺族もやっぱり看護の扱う範囲だと思う。みんな（他の看護師）はそう思っていないと思います。思っているのは半分もないかな、三分の一くらい。

自分が病棟で行う看護と遺族ケアが結びつかない限り、遺族会出席を命ぜられても看護師たちは出席の動機づけがないままである。そのため、遺族との再会に尻込みし、戸惑うばかりとなる。実際、毎回の遺族会会場で A さんが目にするのは、中堅看護師たちの不安気な様子だった。

（トピック2）看護師は遺族の情念を肩代わりしたり、引き受ける事は出来ない。

遺族会当日会場で A さんが見たのは、業務として会に参加している中堅看護師たちの戸惑いや不安だった。彼女たちが普段の病棟勤務とは打って変わって自信なげに受け答えする様子を見た A さんは、遺族とかかわることは、より成熟した看護師となるために必要な過程と考え、突き放しつつも好ましく見ている。

(遺族会では看護師が) 何かみんな、自信なさげに喋っているな、という感じ。あれ、何やろなと思うけど、そこを責める気はないし。むしろその自信なさげな感じがいい。それは患者さんが亡くなる、というイベント、場数を踏んでいないからやろうから。あの子らは(遺族会の) この雰囲気汗かくほど焦ってるかもしれんけど、私も焦る場所もあるけど、そんなに。どうかなるわ、って思うから。(後輩たちが) しんどそうな顔してるわ、とか思うけどね。頑張れ、みたいな感じやから。

ただし、後輩たちが遺族の心情に自らの喪失体験を投影したり、自らの思慕の念と混同して共感疲労寸前の状態になり、その結果何もかも引き受けようとするには批判的である。

遺族の想いを引き受ける、とかいう子(後輩看護師)がいるけど、無理。引き受けるって何? 引き受けんでいいのに、って思ってしまう。引き受けるって何か言葉が変な感じや。遺族のことを全部受け止めるってことでしょう? それは違う。だって遺族と私らは同志やもん。受け手と与え手ではないもん。引き受けるなんて出来ない、そんなことしたらしんどい。引き受けるなんて言うのは、独りよがりや。

そして話は、Aさん自身が考える末期がん患者・家族とともにある看護師の立場、その結果としての看護師としての感情の持って行き方に移って行く。ちなみにこの辺から、彼女はいくつかの軍隊・戦闘用語¹⁰⁾を使いつつ看護師としての矜持を熱心に語って行くのである。

(トピック3) 看護師は、患者や家族の同志である。闘う相手は時間。

そして遺族会はかつての戦友との再会の場。

Aさん自身にとって遺族会は、待ち望む場である。その場は、痛みや様々な症状に苦しむ患者を共に支え、数々の決断をとともに担って来た「同志」との再会であり、かつて充分に闘った仲間としてお互いを労う場と考えている。そして、その集う空間では故人の存在すら感じる事が出来る。——闘うのは「がん」でも「死」でもない。闘う相手は、「今、ここにあるかけがえのない時間」から患者を逸らせてしまうような様々な煩いごとである。痛み、治療、生活問題は、そのような「煩いごと」と見なされ、具体的な闘いの対象となる。Aさんの人生観は極めてクリアでストレートだ。すなわち人生とは「今、この瞬間を十全に生きること」の連続であり、それを煩わすもの、患者に今を生きさせない何かがあるのなら、それらはことごとく排除していくのが患者に対する看護の支援だし、自分にはその技量がある、と明快である。

もし患者が病と闘おうとしたり、死に抗おうとした時には、時にAさんは「それは無理だ」と言うこともある、と言い切る。末期肺ガン患者との長い関わりが、このようなAさんの生死の本質を見抜いたふるまいを支えているのだろうか。

・遺族会で遺族に会うと、(亡くなった患者さんに)何か会った気がするのかな、その人がいなくても。

10) Aさんの語りに出て来る言葉は「同志」「闘い」「勝ち負け」など、単純な戦闘用語である。Ifc, J (2001) の指摘を待つまでもなく、心理・福祉・看護において、専門職は「戦略」「介入」「計画」「指示」などの軍隊用語で記述、説明を行う事が慣例化している。このことは、高度な感情労働にたずさわるヒューマンサービス実践者の人間観を現してもいよう。

その人と会ってる気がするのかな。

- ・遺族と私は一緒に並んで行ってるって感じ。患者さんが亡くなれるということで一区切りはつくけども、それは勝ち負けじゃない。一緒に並んで、一緒にいるよ、一緒に走って行こうねって。あのときこんなだったね、しんどかったよね、って言いたい。
- ・ああ、わかった！患者さんと私、一緒に戦ってたんやと思う。一緒に戦ってた人の家族やから、その人たちもたぶん一緒に戦ってるから、（遺族と会うということは）同志と会ってるみたいな感じかもしれへん。
- ・（死ぬとわかっていても）闘う。闘うし、私も（患者や家族を）闘わせてるかな。闘わせるように、何か投げかけをしていると思う。死ぬ事が負けとかじゃなく。何か、たとえばいろんな症状が取れて、もし何か自分のしたい事が出来たらそれは自分の勝ちや、と捉えていると思う、自分の中で。患者さんと目標一致できればいいけど、時には患者さんは病気に勝ちたいと思っているときもある。そういうときには「それは無理やで」とはっきり言うこともある。現実可能なことをするほうが「勝った感」を味わえるで、という。生きているときに、その患者さんとやり取りをするのだから。

（トピック4）死別悲嘆、思慕の情、靈性について考えないわけではない。

しかし私は、あえてまず看護師として立つ。

迷いなく遺族と関わる A さんではあるが、その心情にはもっと言い得ぬ何かがあるのではないか。いや、多くの肺がん患者を看取ってきた日々が、彼女に影響を与えない訳はなからう、と。それを問う筆者に対し、A さんは再び明快な答えを放った。「多くの看取り経験はあるからといって、私は何も変わっていない。なぜなら私は看護師だから」と。それでも悲しんでいるあなただっているんでしょう？と重ねて問う筆者に対し、間をおかず三たび返って来た言葉は、「悲しんでいる私？どこにいるか知らない。（自分の感情には）文句は言わせない」というものであった。

- ・（看取りや遺族ケアをやるようになったからといって）私自身は変わっていない気がする。
- ・（たくさん人が亡くなる病棟で）私どうやって乗り越えたんやろ？ええっと、私。看護師やから、と思ったのかな。一個人の死別というところで悲しんではいけない職業やって。そこは割り切っている訳ではないけど、悲しんでいる暇があれば、次の患者さんの何かをしてあげる時間に使うべきかなと思う。もちろん、悲しんでいる私もいるけど……どこにいるんやろ？しゃきっとせな、って思うからな。（悲しんでいる私は）どこにいるか知らん。（悲しんでいる私は）文句言わん。言わせない。言わせない。静かにしてる。見てる。ああ、みたいな感じで。

それは自らが2.5人称の距離で感じる悲嘆や思慕の情の否定でもなく、無理に抑圧しているわけでもないようだった。まるで自分の心の深い所にもうひとりの自分（「悲しんでいる自分」）をそっと置いているような、そのような心的構造を垣間みる思いであった。それは、引き続き述べられた次の言葉に明らかであろう。

- ・でも、（悲しんでいる私が）いなくなるわけじゃない。すごく会いたくなるから、亡くなった後の患者さんに。また会いたって思う。会えないけど。

看取りの経験を重ねる事は、死を實在として考えざるを得なくなることでもある。病院での

死に向き合う経験を重ねた看護師は、多くの場合、スピリチュアリティに目を向けるようになる。しかし Aさんは、精神性や霊性のレベルで答えを探そうとはしなかった。彼女は迷わず「がん性疼痛管理」という専門性を選び、「病気や薬の知識を増やす」ことで、患者の「俺は死ぬのか」という問いに答えられる、と言えるまでになったのだ。

- ・(看護師になって) 2年目のときにね、名前も覚えてるけど、Nさんという68歳の患者さんがいて、その人、大部屋で何か患者長みたいな感じで部屋を仕切るようなおじさんやったんやけど、いよいよ悪くなって大部屋から個室に移そうと病室に行ったら、「看護師さん、俺はもう死ぬんか」と言われて。「いや、わかりません」て。人と深刻な話をしたのはそれが初めてだったし、よう答えんかったし、怖かった。すぐ先輩のところに行って「こんなん聞かれた」言うて。これが、ありきたりかもしれんけど、死について話す初めての経験やった。その後もずっと、患者さんとそういう話をしてきた。
- ・(死ぬのか?という患者の問いに) 答えたい。正解かどうか分からんけど。答えられない自分が嫌なの。だから認定看護師の資格を取った。知識がふえたから、いろんな事が出来ると思った。病気とか、薬とか、いろんな知識が増えた。

3-4-2. インタビュー（2）緩和ケア認定看護師 B：『私たちは、『自律存在』を最高の身体ケアで支える。これが看護のスピリチュアリティだ。』

話し手の略歴 本インタビューの話し手はインタビュー時で勤続11年である。看護実習生のころから、精神看護や末期患者のケアに興味を示す傾向があったが、学生の頃の志望は急性期病棟だった。Bさんの適性を見極めた指導教員の強い勧めで呼吸器内科病棟に配属され、そのまま一病棟一内科の経験を重ねて現在30代前半。4年前にインタビュー（1）の語り手となったAさんに勧められて「緩和ケア」領域で認定看護師資格を取り、現在は緩和ケアチームのコーディネーターとして、Aさんとともに末期肺がんとなった患者とその家族の治療計画に責任を持つ中堅キャリアの持ち主である。遺族会の主宰役を任されている。

（トピック1）遺族と再会したときには、近い思いがこみ上げる。

Bさんにとって遺族会は、第一に自分が責任を担っている仕事である。主担として事前の準備や当日の進行に気を配りながらも、遺族との再会をなつかしく「人間味のある」ものとして体験している。その心地よさは、家族看護の対象者として入院中から遺族を見知っていることから来るようだ。

- ・遺族の人たちが遺族会に来てくれたら、「ああ久しぶり」ってなるのは、(看護師なら) みんな一緒なんですけど。久しぶりに会えた友達とちょっと似ているのかもしれないです。心地いい。そうですね……ちょっと人間味がそこにある。入院中、頑張ってはったのを知っているとよけいに、「ああどうでした、元気にははったかな」って。

(トピック2) 遺族は患者の生前に「行ったことに関わる後悔」・「行わなかったことに関わる後悔」について多くを語る。遺族の後悔は、看護師が遺族自身から直接聞かなければ理解できない。

前章で概説したように、重大な決定を重ねる医療場面における「後悔」は、その質や程度によって遺族の悲嘆状況を左右する大きな要因である。後悔には「行ったことに関する後悔」と「行わなかったことに関する後悔」があるが、Bさんの語りからは、先行研究で述べられているものと同じような語りが遺族会で散見出来たことがわかる。その際、遺族は自らの行為への後悔を多く語ったようだ。

- ・死亡退院したあと、ご遺族はご本人が入院していたときへの後悔を言いますね。看護師のケアのことじゃなくて。自分たち家族が「もっとこうしたらよかった（のにできなかった・しなかった）」という後悔を。具体的じゃないこともあります。「もっと何かできたんじゃないか」というふうな。
- ・（最期に自宅に帰って）後悔した方は、帰ってから本当に短期間で亡くなられて、訪問看護師さんともたぶんコミュニケーションが取りきれない中、もっと訪問看護師さんにこうしてほしかったのに、病院だったらこうしてもらえたのに、亡くなってしまったのは（自宅に）連れて帰ったからじゃないかというような内容だったので、それを考えるとやっぱり早めに帰ついたら……と、私から見ると思うんですけど、ご家族はきっとそういうふうにはまでは捉えられてないと思う。

遺族の口から語られる後悔に対し、Bさんは看護師として対処を試みる。「行われなかったことに関する後悔」については、遺族の選択や行為を肯定的に捉えて声かけをしようとするのだが、なかなか実感が伴わないという気もしている。

- ・どれだけやっても満足にはきっと届かないから、そのとき頑張れることはやってはったん違いますか
ということと言えるんだけど、実感として言えてない部分もあるので。

遺族の「行わなかったことへの後悔」は、「自宅で最期を迎えさせる事が出来なかった」というものが多い。Bさんは看護師として、地域看護との連携で在宅ケアに繋げる、という流れが良いと考えている。ところが理念としては正しくとも、現実にはなかなか実現に至らない。肺がんは決して良くなる事ばかりが起こる訳でもない疾病であり、在宅ケアに切り替えるタイミングには病棟全体の意識の切り替えと迅速な行動が必要である。タイミングを逸してしまう、という意味においては、在宅ケアにまつわる後悔は「行った後悔」の中にも存在することを、Bさんは知ることになる。

- ・遺族の話を聞けば、（末期がん患者が）おうちで過ごす事の意味が（看護師の中で）変わらと思う。うちの病院は、ただただ行ってしまう（注：入院を継続する）傾向が先生（注：医師）たちにあるし、看護師もその中で頑張っているけど、やっぱり（患者を）自宅に帰るのが遅いということが多々あるので、そこへの意識が変わるかな。うちは、急性期を扱う他の病院よりも、悪い状態の患者さんでも治療頑張っているからかな。普通の病院なら治療が一区切りついて落ち着いたら帰って、また治療が始まったら入院して、を繰り返すけど、うちはファーストラインの治療を全部入院でやってしまったりするから、良くなった人は（自宅に）帰れるけど抗がん剤が効かなかった人はもう家に帰るチャン

スを失う。

- ・(抗がん剤の副作用管理も) 訪問看護がもっと抗がん剤治療期から入ってもいいんじゃないかって。私は認定看護師研修の中でもそう習って来たし。もっとそういう流れになればいいのかな。
- ・(自宅に) 帰ったけれど、帰るタイミングが遅すぎて(すぐに亡くなってしまう) 後悔している場合もある。帰った後、訪問看護師にもっとこうしてもらいたかったとか、亡くなってしまったのは家に帰ったからだ、とか思っていることを知ると、医療者としてもっと予測できることを言わないといけないなというふうに思った。

BさんはAさんと異なり、学生時代から精神看護に関心を持っていた。そのため、がん認定看護師の資格も「緩和ケア」で取得している。その大きな理由は自らの喪失体験にある。そのため、患者本人より家族や遺族に自らの体験を投影していたことは認めており、周囲の先輩看護師に見守られ、自分の問題を自覚しつつ仕事をして来たようだ。

(トピック3) 看護師が自らの喪失体験を患者や家族に投影してしまっているならば、それに自覚的でなければならない。

- ・私は昔はもっと患者より、家族よりだったと思うんですけど。もう、患者さんが亡くなるたびに泣いて、夜勤でこの人やばいなと思ったら、亡くなったと聞いて自分勤務じゃないのに出て来たりとか。看護学校3年のときにおばを亡くして、その前に祖母を亡くして、自分の家族としての経験とかを重ねたりとかしてたのが未熟だったというか。一生懸命感じてたと思うんです。亡くなる事への家族の気持ちを、今より。感じてるのは6:4くらいで家族のつらさ。2年くらい続きました。しんどかったけど止めたいとは思わなかった。バーンアウトとかも聞きますけど、あの頃の私はそれが嫌だから辞めたいとは思わなかった。先輩看護師も、そういう私に「やめなさい」とは言わなかった。「患者さんの事じゃなくて自分の事なんやね」とは言われたけど、別に馬鹿にした感じではなかった。

11年目を迎えたBさんは、看取りの場面で動揺しなくなった自分を複雑な思いで振り返る。自分は人の死に慣れてしまったわけではない、慣れたとは思いたくない、しかし5年目(中堅キャリアと言われる目安)を越えたあたりから、喪失感情をストレートに出さなくなった自分の変化に戸惑っている。

(トピック4) 喪失に反応しなくなる自分は、決して死に慣れたわけではない。死に至る身体的プロセスを予測する技術を身につけただけである。

- ・でもなぜ今はそうじゃなくなったのか。今はそこまで泣けない場面が多くなった自分に、何かちょっと寂しくもあるというか。何かちょっとひっかかるというか。何気にひっかるんですよね。ちょっとウルッとしても前みたいにピーピーないのは何なんでしょう? 別に患者さんに思い入れがなくなったわけじゃないんだけど。だからといって死に慣れたとは思いたくない。前よりも予測がつく分、もしかしたら心の準備をしまっているのかもしれない。
- ・何なんでしょう。自分の気持ち的にどう変わったのかも……何なんでしょう、何か自分を守っているのか。それこそ本当に感じなくなっているのか、辛くない事はないのでただ涙を出さなくなっただけなのか。5、6年目からこんな感じですね。

看取りを多く経験し死に直面する中で、BさんもまたAさんと同様に、末期がん患者の疼痛や身体症状を取ることを緩和ケアとして行うのだが、その理由はAさんとは少し異なる。Bさんは、身体症状を良くする事で患者の「孤独感が和らぐ」と考えている。これは、Aさんの「今、ここに没入出来るように患者の身体をととのえることで、最良の生の瞬間を生きてもらう」という強い生への肯定とはやや異なり、「寄り添う人となることで患者の自尊感情を支える」ともいうべき共感的な生の肯定といえよう。そしてBさんは、自らのケアの姿勢のよりどころとして、がん緩和ケア認定看護師研修期間に出会った「時間存在、関係存在、自律存在」という村田久行の提唱概念（2003）を常に自覚しているとのことだった。

- ・死への恐怖とか……人間が持っていて当たり前の恐怖や不安に関しては、やっぱり霊的な側面になるのかな。孤独であるとか未来がないとか。未来は差し上げられないけど、でも、今一緒にいて孤独感を和らげるように家族に働きかけたり。ひとりじゃないと思ってもらえるように、とか。身体症状を減らす事で、そんなに死がもうすぐだって思わないようにするとか。直接スピリチュアリティに触れるというよりは、日常のケアを丁寧にすることが少しでもスピリチュアルケアに近づく事だと思う。不安や恐怖はゼロにはならないですけど。
- ・私たち看護師に死の不安や孤独の話をする人たちもいるけれど、やっぱり記録を見ていると、どうしても私が行くと身体の痛みの話になったり。私のほうから気持ちを聞こうともするけど、やっぱり私もまず身体面を看るので。そして看護師だから、そこを緩和する技術があったりする。しんどい、辛いと言われたら、それは「こんなに痛かったら、こんなに苦しかったらしんどいよね」と言って、手をさする……になる。それしか、ないもん。
- ・えっと、何やったかな……自律存在って、研修のときに習った。自律存在、関係存在、あと何だったっけ。あ、そうそう、時間存在！それ。そういうことをね、考える。

4. 考 察

本論文はここまで、看護師によるがん遺族へのかかわりについて、先行研究の知見の上でがん認定看護師の語りを沿わせて論を進めて来た。その結果詳らかになったことは、一般病院におけるがん緩和ケアユニットにおいても、先行研究と同じく（1）がん患者遺族が家族看護対象者としてケアの対象になっていること、（2）遺族ケアの実践は、看護師自身のグリーフケアのきっかけにもなること、（3）遺族が語る具体的な患者闘病時の思い出は、後悔を伴ったエピソードとなる事も多く、それらが時に看護師自身の気づきや後悔と重なり合うこと、などである。

看護師にとって、担当患者の入院末期を共に過ごした遺族は、その心身の状態を気づかってケアをする対象であるとともに「戦友（Aさん）」のように思いを共有できる存在でもある。あるいは孤独感や不安を「共にある存在として（Bさん）」認め合う存在でもある。このような存在の人々との再会は、看護師にとっては（家族ケアの形を取りつつも）自らが全人的に受け入れられる機会でもあり、普段の業務では取り得ない「2.5人称のまなざし」を持って自らの喪失体験を感じることを許される場である。

一度でもそのような立場を経験した看護師は、実際の病棟勤務においても病や苦痛に関する見方が少し変わるように思われる。たとえば遺族の「後悔」を共にたどることで、闘病中の患

者・家族に対してエンドポイントから生活全体をイメージし、それを実現するために疼痛コントロールや在宅ケア手配など、豊かな生のありように配慮した実践が行われることは、インタビュー中にも明らかにされていた。

さらに今回話し手となったふたりの認定看護師は、「自分は死ぬのか」という末期がん患者からの問いにそれぞれが答えを出そうと向き合っている点で、中堅としての存在感を示している。Aさんは実存レベルの生の意味を認めつつも、あくまでも看護技術、特に痛みを取る技術を磨く事でそれに答えようとし、Bさんは哲学的な枠組を看護技術に組み込もうと試みる点が個性の発露であろう。

最後に、看護の枠組みを保持しながら全人的、実存的な人間の生を引き受けることは可能なのかを考えたい。上記のふたりと同様、多くの看護実践研究では「全人的生」や「スピリチュアリティ」、「実存的生」が看護技術で対応出来るものと理解されている。しかしその実際は、頻出する実践報告に「患者・家族の感情の表出を認める」、「身体的痛みの緩和」、「退院による在宅ケア、もしくは外泊によるイベントの達成」が多く見受けられることから、全人的な問題は、操作可能なレベルの介入で解決可能と見なされていると考えてよいと思われる。

伊部（2015）は、卓越したがん看護の臨床知について論じる中で、医療場面において倫理的方向転換を促したり（p. 38）、患者・家族のスピリチュアルペインに対して身体レベルの対応でそれを和らげること（p. 68）、科学的背景を持った人間的配慮（p. 95）などを列挙している。しかし、そこで前提となっている「倫理的なるもの」や「スピリチュアルペイン」「人間的配慮」などは他の類似研究と同様に行動・操作レベルの概念に矮小化されている感は否めない。

たとえば同著で示される「倫理的方向転換」とはパターンリスティックで旧弊な医師－患者関係の変化を、看護師が間に入って促すことを指す。また、スピリチュアルペインとして示された「静かに死ぬにはどうすれば良いか」という患者の問いへの対処は、患者の感情の表出を受け止め、痛みの緩和を行うことで良しとされる。さらに、がん治療の枠組みを拒否し、怒りを表出する患者に対しては、最終的に標準治療の枠組みを勧め、導く。そしてその過程への看護師の介入こそが「医学的知識の十分な理解を持ちながらも、患者の精神面について科学的な背景を持った、人間的配慮のできる（p. 95）」専門性と説明されている。

がん緩和医療、特に死別後の遺族と医療がいかにかわるのかという問題は、遺族ケアが家族看護の延長上で捉えられる限り、上記のようなレベルでの生の理解をますます拡張することになるだろう。筆者はそのことへの違和感を強く持つ者である。現実レベルで抗し難く粛々と進む日常の生の医療化に対し、具体的に対抗できる言説を示すことが次の課題である。

引用・参考文献

- 荒木美和・佐々木裕子，2006，「家族看護の考え方を遺族ケアに活用する」『家族看護』04(2)：38-45.
- Foucault, Michel, 1941, *Escape from Freedom*, New York: Reinehart and Winston. (=2007, 石田英敬・小野正嗣 訳『コレージュ・ド・フランス講義 1975-1976：社会は防衛しなければならない（ミシェル・フーコー 講義集成 6）』筑摩書房.）

- 畠山とも子, 2012, 「遺族の複雑性悲嘆へのリスク予測」『家族看護』10(2): 21-28.
- 広瀬寛子 a, 2012, 「ナース自身のグリーフケア」『家族看護』10(2): 68-74.
- b, 2006, 「遺族ケアの基礎知識」『家族看護』04(2): 32-37.
- 伊部俊子・大生定義 2015, 『専門看護師の医療と実践』医学書院.
- Ifé, J, 2001, *Human Rights and Social Work: Towards Right-Based Practice*, UK: Cambridge University Press.
- 熊谷有記・小笠原知枝・長坂育代, 2007, 「終末期がん患者の家族のストレス・コーピングおよび影響要因の検討: 遺族会に参加している家族を対象にして」『日本がん看護学会誌』21(2): 50-56.
- 前滝栄子・田村恵子, 2006, 「遺族ケアにあたるナースの支援」『家族看護』04(2): 28-31.
- 松島たつ子, 2006, 「ホスピスにおける遺族ケア」『家族看護』04(2): 85-90.
- 宮林幸江, 2012, 「悲嘆の概念と悲嘆で起きる症状」『家族看護』10(2): 10-20.
- 宮下光令・菅野雄介, 2013, 「遺族によるわが国のがん患者の終末期ケア・看取りのケアの質の評価」『がん看護』18(7): 675-678.
- 宮下光令, 2006, 「日本におけるがん患者の『望ましい死』の概念化: 一般集団と緩和ケア病棟の遺族を対象とした量的研究による検討」東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士論文
- 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』先端医学社.
- 塩崎麻里子・中里和弘, 2010, 「遺族の後悔と精神的健康の関連: 行ったことに対する後悔と行わなかったことに対する後悔」『社会心理学研究』25(3): 211-220.
- 大西秀樹・石田真弓, 2013, 「がん患者家族・遺族のこころのケア」『精神科』23(3): 293-300.
- 大西秀樹・和田芽衣・石田真弓・多田幸雄, 2010, 「がん患者の遺族ケア」『現代のエスプリ』517: 185-193.
- 大和田摂子・宮井宏之・内海千種・加藤寛, 2010, 「がんによる死別が遺族に与える心理的影響の評価」『心理的トラウマ研究』6: 1-10.
- 梅岡京子・高橋浩子・田中二見, 2006, 「がん患者遺族へのグリーフケアを試みた1事例: マーガレット・ニューマンの健康の理論を用いて」『第37回日本看護学会論文集』29-31.

(原稿受理日 2015年9月1日)