

平成 27 年度 高知県立大学大学院 博士論文

地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセス

Processes and Meanings of Experiences among Survivors
who Underwent Total Gastrectomy in Local Communities

健康生活科学研究科

博士後期課程

伊藤 由里子

論文要旨

地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセス

伊藤 由里子

本研究は、胃がんという病気を生きぬいていくプロセスにおいて、地域で生活する胃全摘体験者に何が起きているのかを記述し、胃全摘体験者にとっての、がんを生きぬくという経験とその意味、プロセスを明らかにし、看護援助の示唆を得ることを目的とした質的記述研究である。

シンボリック相互作用理論を理論的基盤とし、半構成的面接法にてデータ収集し、ストラウスとコービンが開発したグラウンデッド・セオリー法の継続比較法を用いて分析を行った。研究協力者は、がんの根治術として胃全摘術を受け、手術から約1年が経過し、研究参加への同意が得られた胃がん体験者23名であった。倫理的配慮として、高知女子大学看護研究倫理審査委員会と協力施設の倫理審査委員会の承認を得た。

分析の結果、135の概念、39のサブカテゴリー、胃全摘体験者の経験の意味とプロセスを説明しうる【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】、【受けとめと対処との連鎖】、【養生の経験を糧として開く自分の道】の7つのカテゴリーが見出された。さらにカテゴリーの関係を分析した結果、3つの局面が明らかになった。

局面1『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘者が【健康や生活全体につながる胃の喪失】と術後の経験を意味づけ、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【養生を通して知る自分】に出会い、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするプロセスであった。

局面2『養生の経験を糧として開く自分の道』は、養生に耐えてきた胃全摘体験者が、これからどう生きるか自分との対話を行い、人としてだめになりたくないという気持ちを認識し、養生の経験から生み出される力と、胃がんと胃全摘術による傷つきと生きぬいてきたという誇りをもつ【養生の経験を糧として開く自分の道】であり、自分の強みとして、これから先の自分と生活に目を向けるようになる変化を表すものであった。

局面3『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体験者が胃を喪った自分をどう受けとめるかによって、がんという病気と胃全摘術、術後の養生に対する考え方や態度、人づきあいが方向づけられ、連鎖していることを表し、【受けとめと対処との連鎖】は、他の2つの局面に影響を及ぼしていた。

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスをたどった胃全摘体験者は、『養生の経験を糧として開く自分の道』を歩むが、手術からの時間の経過によって、胃全摘体験者に新たな問題が出現したり、問題の優先順位が変更したりすると再び、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスに逆戻りしていた。これらのプロセスは相互作用するとともに『受けとめと対処との連鎖』に規定されていた。

本研究では、地域で生活する胃全摘体験者のがんを生きぬく経験とプロセスとして、3つの局面を提示することができた。本結果は、地域で生活する多くの胃全摘体験者に、胃全摘術後についての見通しを提供し、彼らが生活の場から求めている看護援助の発展に貢献できると考える。

Abstract

Processes and Meanings of Experiences among Survivors who Underwent Total Gastrectomy in Local Communities

Yuriko Ito

This study described the experiences and processes of meaning construction among community-dwelling individuals who had undergone total gastrectomy for gastric cancer.

Based on the theory of symbolic interactionism, semi-structured interviews were conducted to collect data. Study participants included 23 patients who had undergone total gastrectomy as a radical treatment for gastric cancer approximately 1 year before these interviews and who provided their consent for participation. Data were analyzed using the constant comparative method of the grounded-theory approach, which was developed by Strauss and Corbin (2004). This study was approved by the ethical review board for nursing research at Kochi Women's University and the ethical review board of the participating facility.

As a result, 135 concepts, 39 subcategories, and 7 categories were extracted. The following seven categories illustrated the implications of participants' experiences and the processes of meaning construction: 1) change in health and overall lifestyle by the loss of the stomach, 2) the practice of new method of eating following gastrectomy, 3) empirical knowledge gained during recuperation, 4) achievement of self-awareness through recuperation, 5) preparation for one's life without a stomach, 6) a cycle of acceptance and coping, and 7) discovery and development of one's path from the experiences of recuperation. Further, the following three aspects were identified as a result of the analysis of the relationships among these categories.

Aspect 1: Becoming independent as an individual after having undergone total gastrectomy was a process in which the individual constructed meanings from their postoperative experiences. This process included experiencing a change in one's health and overall lifestyle due to the loss of the stomach, engaging in practicing a new method of eating after the gastrectomy, gaining empirical knowledge during recuperation, achieving self-awareness through recuperation, and engaging in the preparation for one's life without a stomach.

Aspect 2: Finding and developing one's path from the experiences of recuperation indicated the change in perceptions of the individuals coping with illness and associated difficulties. This process included considering one's own insight to determine the way of life after total gastrectomy, recognizing feelings of wanting to stay firm, gaining strength generated through the experiences during recuperation, being proud of oneself, overcoming hardships associated with cancer and gastrectomy, and focusing on one's own future, including one's lifestyle.

Aspect 3: A cycle between acceptance and coping directed the changes in attitudes regarding cancer, total gastrectomy, and postoperative recuperation, in addition to interpersonal relationships. The process of acceptance and the changes in one's attitude were linked to each other, and the processes involved in this phase had an impact on the other two phases.

Although the participants followed the process of regaining their independence as an

individual after having undergone total gastrectomy and finding and developing one's path from the experiences of recuperation, the passage of time after the surgery led to the emergence of new problems or to changes in the priority of problems. In such cases, the participants once again returned to the meaning construction process of regaining one's independence as an individual after having undergone total gastrectomy. These processes were interactive and included the cycle of acceptance and coping.

The results of this study demonstrated three aspects of the personal experiences and processes involved in surviving cancer among patients who had undergone total gastrectomy. These results can provide a postoperative outlook for many community-dwelling individuals who have previously undergone total gastrectomy and can contribute to the development of nursing support for such patients in their daily life.

目 次

第1章 序論.....	- 1 -
I. 研究の背景.....	- 1 -
II. 研究の目的.....	- 2 -
III. 研究の意義.....	- 2 -
第2章 文献検討.....	- 4 -
I. 胃がん体験者について.....	- 4 -
1. 胃がんに関する統計.....	- 4 -
2. 胃切除を受けた胃がん体験者について.....	- 5 -
1) 胃切除が胃がん体験者の身体面に及ぼす影響.....	- 6 -
2) 胃切除後の胃がん体験者の QOL について.....	- 7 -
3) 胃切除後の身体的苦痛が精神的側面に及ぼす影響.....	- 9 -
4) 胃切除後が自己概念に及ぼす影響について.....	- 10 -
5) 胃がんと胃切除ががん体験者に及ぼす影響に関する文献検討のまとめ.....	- 11 -
3. 胃全摘術を受けた胃がん体験者について.....	- 12 -
1) 胃全摘体験者に焦点を当てた研究の現状.....	- 12 -
2) 胃がんの胃全摘体験者に関する看護研究について.....	- 14 -
4. 胃がんで胃切除を受けた体験者に関する文献検討のまとめ.....	- 15 -
II. 研究の枠組みの検討.....	- 16 -
1. 研究の枠組み.....	- 16 -
2. 研究目的.....	- 16 -
3. 研究の問い.....	- 17 -
4. 用語の定義.....	- 17 -
第3章 研究方法.....	- 18 -
I. 研究デザイン.....	- 18 -
II. グラウンデッド・セオリーを用いる意義.....	- 18 -
III. 研究対象者.....	- 19 -
IV. データ収集方法.....	- 19 -
1. 研究施設、対象者に研究に対する協力を得るための手続き.....	- 19 -
2. データ収集方法.....	- 20 -
V. 分析方法.....	- 21 -
1. オープンコード化.....	- 21 -
2. 軸足コード化.....	- 22 -
3. 選択コード化.....	- 24 -
4. プロセスに関する分析.....	- 24 -
5. 理論的サンプリング.....	- 25 -
6. 分析結果の妥当性を高めるための努力.....	- 25 -
VI. 倫理的配慮.....	- 26 -
1. 対象者への倫理的配慮とその方法.....	- 26 -
2. データ収集を行う施設との手続き.....	- 27 -

第4章 結果.....	- 29 -
I. 対象者の概要.....	- 29 -
II. 地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスのカテゴリー.....	- 30 -
1. 【健康や生活全体につながる胃の喪失】	- 30 -
2. 【胃のない身体で食べる鍛錬】	- 44 -
3. 【養生で会得する経験知】	- 53 -
4. 【養生を通して知る自分】	- 61 -
5. 【胃を喪った身体で生きる覚悟】	- 66 -
6. 【養生の経験を糧として開く自分の道】	- 72 -
7. 【受けとめと対応との連鎖】	- 78 -
III. 地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスの3つの局面.....	- 84 -
1. 7つのカテゴリーから見出された3つの局面.....	- 84 -
1) 『胃全摘体験者としての一人前になる』	- 85 -
2) 『養生の経験を糧として開く自分の道』	- 86 -
3) 『受けとめと対処との連鎖』	- 86 -
2. 3つの局面の関係.....	- 87 -
1) 『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』との関係.....	- 87 -
2) 『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』との関係.....	- 88 -
第5章 考察.....	- 89 -
I. 3つの局面の関係性.....	- 89 -
II. 3つの局面と、それに含まれるカテゴリーの意味.....	- 93 -
1. 『胃全摘体験者としての一人前になる』	- 93 -
1) 【健康や生活全体につながる胃の喪失】	- 99 -
2) 【胃のない身体で食べる鍛錬】	- 101 -
3) 【養生で会得する経験知】	- 104 -
4) 【養生を通して知る自分】	- 106 -
5) 【胃を喪った身体で生きる覚悟】	- 107 -
2. 『養生の経験を糧として開く自分の道』	- 109 -
3. 『受けとめと対処との連鎖』	- 112 -
III. 看護への示唆.....	- 113 -
1. 看護実践への貢献.....	- 113 -
2. 看護教育への貢献.....	- 115 -
3. がん看護への貢献.....	- 116 -
IV. 本研究の限界と今後の課題.....	- 117 -
1. 本研究の限界.....	- 117 -
2. 今後の課題.....	- 118 -
第6章 結論.....	- 119 -
謝辞.....	- 121 -
引用文献.....	- 122 -

第 1 章 序論

I. 研究の背景

20 世紀のがん医療はがんの治癒率と延命率の向上に大きな成果をあげた（張，森下，2005）。国立がん研究センターの報告では（国立がん研究センター，2014）、全がんの 5 年相対生存率は 64.3%と高まっている。しかし、その一方、がんの死亡数と罹患数は増加し続けており（国立がん研究センター，2014）、2014 年の新たにがんと診断された人は約 88 万 2 千例であり、2010 年と比較すると約 7 万 7 千例増加している（国立がん研究センター，2013）。このような状況によって、男性、女性ともに、おおよそ 2 人に 1 人が一生のうちのがんと診断される時代となっている。

わが国において罹患数の多い胃がんは、年間 12 万人以上が罹患し、5 万人近くが胃がんにより死亡している（国立がん研究センター，2014）。胃がんに関する報告の多くは、胃がんの罹患率が高く、医療水準の高いわが国からなされているが（中田，矢永，小村ほか，2012）、そのほとんどが医師の研究である（Yamamoto, Rashid, Wong, 2015; 河内，矢田，佐藤，2014; 宮永，海崎，浅海ほか，2012; Higashi, Nakamura, Shimada, et al., 2013）。わが国では（今野，若林，宇田川ほか，2013）、毎年約 6 万人近くの人が胃切除術を受けている。臨床病期 I 期の胃がんの 5 年生存率は、95%を超えている（国立がん研究センター，2014）。長期生存が得られる胃がん体験者が増加するにつれ、ただ胃がんを治せばよいのではなく（中田，矢永，小村ほか，2012）、いかに後遺症を少なく治すか、胃切除後の生活障害を最小限に留めるかに医師の関心は移っている。近年の胃切除術は、腹腔鏡下手術が増加するとともに、QOL を考慮した再建法の工夫がなされているが（田中，吉田，2012; 山口，福永，比嘉ほか，2008）、胃切除後には胃術後障害が出現し（飯野，綿貫，小山ほか，2013; 小坂，2012）、胃がん体験者は、身体的苦痛は免れない状態である。胃術後障害は、多彩な臨床像を呈し、長期間持続するため精神的・社会的状態に影響を及ぼすこと（高島，村田，渡邊ほか，2012）、胃切除体験者の QOL を低下させることが臨床上的の問題である（中田，矢永，小村ほか，2012）。胃術後障害の種類や程度は（石神 2010）、胃の切除部位と範囲、再建法に影響される。胃を全摘した場合は、逆流防止、貯留、消化・吸収機能が全て失われるため（末武，矢吹 2014）、胃部分切除体験者より術後の食事摂取量が少なく、体重減少が顕著であり、長期的に低栄養状態になりやすく（山口，瀬下，三宅ほか，2014）、食事満足度が低く（青山，奥村，二渡ほか，2004; Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011）、術後合併症の頻度が高い（高島，村田，渡邊ほか，2012; Tyrvaainen, Sand,

Sintonen, et al., 2008) ことが報告されている。

看護研究においては、胃切除体験者は、退院後の生活において、食事摂取量の変化、体重の変化、何らかの術後後遺症を経験し、家庭生活、社会生活に支障をきたしている実態が報告されている (Sandsund, Attison, Doyle, et al., 2013; Mizuno, Asano, Sumi, et al., 2011; 古屋, 中村, 2013; 恩地, 古瀬, 2008)。しかし、術後に起こった変化を、がん体験者がどのように感じ、受けとめているのか (岡本, 2010)、がんの治療後、がん体験者が、どのように、再び、日々の生活にもどるのかについては、明らかにされていない (Hauken M, Larsen TM, Holsen I, et al., 2013)。

これまでは、医療機関で医療者が、治療とケアを提供できたのは、主として急性期と延長期、終末期にある胃がん体験者であった。胃がん体験者とその家族を対象とした、看護領域の QOL 研究も (永田, 水野, 2013; 佐藤大介, 佐藤, 2010; van Laarhoven, Schilderman, Bleijenberg, et al. (2011); Sarna, Cooley, Brown, et al., 2010)、この時期に着目したものが多い。この時期のケアが重要であることは言うまでもないが、長期生存する胃がん体験者が増加している現在、延長期から長期安定期へ向かう人々が、地域のなかで、その人らしく生活することができるサポートの重要度が増していると言えよう。しかし、わが国の現状は、他国から、長期生存がんサバイバーに焦点を当てたケアプログラムが開発されていない (三浦, 田中, 細田, 2105)、と指摘を受けている。これらのことから、地域で生活する胃全摘体験者の経験とその意味、プロセスを明らかにし、彼らが、その人らしく生きていくことを支援するための援助方法を提案することは、重要であると考えられた。

そこで、本研究は、地域で生活する胃全摘体験者はどのような経験をしているのか、社会や他者とどのように関わり、自分の経験を意味づけ、生活上の悩みにどう対応するのか、どのようなプロセスを経て変化するのかについて明らかにしたいと考えた。

II. 研究の目的

本研究は、胃がんという病気を生き抜いていくプロセスにおいて、地域で生活する胃全摘体験者に、何が起きているのかを記述することを目指し、胃全摘体験者にとっての、がんを生き抜く経験とその意味、プロセスを明らかにすることを目的とした。

III. 研究の意義

看護の視点から、胃全摘体験者の経験と経験についての意味づけ、

プロセスに関する研究は、国内外においてとても少ない（古屋，中村，2013；Ishihara，1999；近藤，鈴木2008）。また、がん治療後は、がん体験者が傷つきやすく、苦悩を経験する段階であるとエビデンスが示されているが（Semple，Dunwoody，Kernohan，et al.，2008）、この段階にあるがん体験者の経験を理解するための経験的データはまだ少ない状態である（Allen，Savadatti，Levy，2009）。本研究では、胃全摘術は、体験者の生活にどのような影響を及ぼすのかについて明らかにできると考える。また、地域で生活する胃全摘体験者が、退院後の生活で、社会や他者との相互作用を通し、どのような経験をするのか、経験をどのように意味づけ対応するのか、どのようなプロセスをたどって変化するのかについて明らかにすることができると考える。これらについて明らかにすることは、わが国で増え続けている胃がん体験者が、生活の場から求める看護を検討することを可能にし、がん看護学研究の新たな知見を得ることができると考える。

がん看護の実践においては、本研究は、地域で生活する胃全摘体験者の経験と、胃がんを生き抜くプロセスを提示できるため、地域で生活する多くの胃全摘体験者に、胃全摘術が及ぼす、生活の変化についての情報を提供することに貢献できると考える。また、胃全摘体験者のニーズをサポートするための看護介入を考える材料を提供することができると考える。

がん看護教育においては、本研究では、健康回復・維持のために、地域で生活する胃全摘体験者が自ら行っていること、人や環境との相互作用を通して創り出した知恵、身につけた力について明らかにするため、胃がんで手術を受けた体験者をどのような視点でとらえ、看護を提供するのかに関する知識体系に、貢献できると考える。

第 2 章 文献検討

文献検索は、欧米の文献については、「gastric cancer」「stomach cancer」「gastrectomy」「total gastrectomy」「cancer survivors」「cancer survivorship」「experience」「meaning」「process」「nursing」「recovery」「adaptation」「post-treatment」「living with cancer」「living through cancer」「living beyond cancer」をキーワードとして、CINAHL、PubMed を使用して、2004 年から 2015 年 1 月までの検索を行った。国内の文献については、「胃がん」「胃切除術」「胃全摘術」「がんサバイバー」「がん体験者」「がんサバイバーシップ」「経験」「意味」「プロセス」「看護」「回復」「適応」「治療後」「がんとともに」「がんを通して」「がんを超えて」をキーワードとして、医学中央雑誌を使用して、過去 10 年間の検索を行った。

ここでは、地域で生活するがん体験者の経験の意味とプロセスについて、国内外の看護研究を概観し、明らかになった動向と課題について論じる。

I. 胃がん体験者について

1. 胃がんに関する統計

わが国において部位別の死亡数は（国立がん研究センター，2014）、男性では肺が最も多くがん死亡全体の 25% を占め、次いで胃（15%）、大腸（12%）、肝臓（9%）、膵臓（7%）の順となっている。女性では大腸が最も多く（15%）、次いで、肺（14%）、胃（12%）、膵臓（11%）、乳房（9%）の順となっている。罹患数が多いがんは（国立がん研究センター 2011 年）、男女合わせると、胃、大腸、肺、前立腺、乳房の順である。

わが国において胃がんは、年間 12 万人以上が罹患し、5 万人近くが胃がんにより死亡している（国立がん研究センター，2014）。世界全体では、毎年、新たに胃がんと診断される人は約 93 万人、胃がんで死亡する人は約 70 万人と報告されている（Ohtani, Tamamori, Noguchi, et al., 2011）。わが国においては、40 歳代後半から増加し始め、男女比では男性のほうが女性より高い（国立がん研究センター，2014）。胃がんは（Yamamoto, Rashid, Wong, 2015）、発生と病理学において、明確な地理的相違をもつ唯一の悪性疾患である。日本国内では（国立がん研究センター，2014）、東北地方の日本海側で罹患率が高く、南九州、沖縄で低い東高西低型を示している。罹患率の国際比較では（Yamamoto, Rashid, Wong, 2015）、東アジア（中国、日本、韓国など）や南米で高く、欧米など白人では低い。

日本人の罹患数が多い胃がん (gastric cancer あるいは stomach cancer) をキーワードにした研究は約 46,800 件 (PubMed : 2004 から 2015 年 9 月) であり、この中で看護研究は、約 170 件 (PubMed : 2004 から 2015 年 9 月) であった。胃がん体験者 (gastric cancer survivors あるいは stomach cancer survivors) をキーワードにした研究は約 260 件 (PubMed : 2004 から 2015 年 9 月) であった。わが国においては、胃がんをキーワードにした研究は、約 1,160 件 (医学中央雑誌 : 会議録除く : 2004 から 2015 年 9 月)、胃がんに関する看護研究は約 50 件 (医学中央雑誌 : 会議録除く : 2004 から 2015 年 9 月) であった。

胃がん治療後に関する報告の多くは、胃がんの罹患率が高く、医療水準の高いわが国からなされている (中田, 矢永, 小村ほか, 2012)。しかし、胃がん術後の QOL の改善は、これからの研究領域であり、更なるエビデンスがわが国の臨床から発信されなければならないと指摘されている。

2. 胃切除を受けた胃がん体験者について

胃切除ががん体験者に及ぼす影響は (中田, 矢永, 小村ほか, 2012; 田中, 吉田, 2012)、単に胃に留まらず、食道、胆嚢、膵臓、小腸、大腸など、ほぼ消化器全般に及ぶことが明らかにされている。胃切除を受けたがん体験者については、食生活の変化 (恩地, 古瀬, 2008)、術後合併症とその持続期間 (Mizuno, Asano, Sumi, et al., 2011; 今村, 川上, 坂口ほか, 2012; 森嶋, 近藤, 廣瀬ほか, 2010)、食べることの体験 (Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011)、手術後の生活で困っている内容と対処 (Stein, Syrjala, Andrykowski, 2008; 中村, 城戸, 2005, Olsson, Bergbom, Bosaeus, 2002)、食事指導 (小笠原, 大木, 井原, 2013)、小冊子の改訂 (Nicklin, 2009)、QOL (Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015; Abery, Hughes, McNair, et al., 2010)、心理状態 (岡本, 2010; 塚本, 松本, 2012; Maeda, Onuoha, Munakata, 2006)、術後体験者の職場復帰に伴うストレスや症状の変化と食行動 (岡本, 佐藤, 2008; 山脇, 藤田, 2006)、在宅移行期におけるニーズ (縄, 嶋澤, 武田ほか, 2005)、適応の状態 (高橋, 小松, 1998)、自己概念 (近藤, 鈴木, 2008)、家族の体験 (小林, 宮下, 2009)、などについて明らかにされている。胃術後障害の種類や程度は、胃の切除部位、範囲や再建法に影響されるが (石神, 2010)、同一の術式が行われた場合も、出現する胃術後障害の種類や程度には個体差がみられる (中田, 矢永, 小村ほか, 2012) ことが明らかにされている。この研究結果は、胃術後障害は単に術式の影響だけではなく、術後の生体環境の変化に対する胃がん体験者の消化器系統の適応力や食習慣、心理社会的

要因などに影響を受けることを示唆している。

1) 胃切除が胃がん体験者の身体面に及ぼす影響

不安などの心の問題は、がんの種類に限らず共通なものが多いが、治療後の症状・副作用・後遺症・合併症は（飯野，綿貫，小山，2013；永野，2011；井ノ下，小松，2012）、がんの種類によって特徴が出る悩みである。胃切除を受けた胃がん体験者に特徴的な悩みは（がんの社会学に関する合同研究班，2004）、食事が思うように食べることができない、体重減少・体重が増えない、体力低下、下痢、便秘、ダンピング症候群、食事がつまるなど、多様な症状が出現することが明らかにされている。また、食事の問題によって体重が術前の値にもどらず（玉井，永井，真田，2012）、体力低下が体験者の回復や日常生活に影響を及ぼすこと（中村，城戸，2005）、一つ以上の愁訴をもつ人が多いこと（飯野，綿貫，小山，2013）、何らかの後遺症が1年持続する（恩地，古瀬，2008）ことが明らかにされている。

胃切除体験者にとって、術後の生活において最も辛いことは（恩地，古瀬，2008）、食事に関することと、術後合併症であり、これらに対する支援を必要としていることが明らかにされている。術後3か月から3年までの胃切除体験者と食道切除体験者は、食事、排泄、睡眠、活動、コミュニケーションなど、生活の営み全般で困難を経験すること（中村，城戸，2005.）が明らかにされている。

具体的には、食事に関しては、術後の胃がん体験者は、必然的に食生活を変えることを求められ苦勞すること（Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015；がんの社会学に関する合同研究班，2004；今村，川上，坂口ほか，；2012）、食事量の減少からくる体力低下によって（古屋，中村，2013；榎本，三枝，中井ほか，2007）、身体活動量が低下するため、家庭生活や社会生活に支障をきたし、その結果、QOLが低下する（Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015；高島，村田，2013）ことが明らかにされている。また、胃切除体験者は、[量が食べられない][何をどのように食べればよいのかわからない]という理由のため（庄司，大関，和田ほか，2014）、退院後に食べることができないという経験をすることが明らかにされている。食生活の変化については（森嶋，近藤，廣瀬ほか，2010）、退院後2週間は入院中と同じような食生活を送ること、6～7週間後は各個人の食生活へと徐々に変化すること、12週間後ではその人なりの食生活が確立し始めることが明らかにされている。その一方、退院後1年6か月を経過してもなお、新しい胃の感覚をつかむことに苦悩している（荻，2004）ことが明らかにされている。

胃切除体験者の不安は（庄司，大関，和田ほか，2014）、退院時、

退院後 2 か月ともに、[食事・栄養]にすることが最も高く、次いで[体力・筋力の低下]にすることが明らかにされている。

退院後の胃切除体験者は、医療者から食事や生活指導を受ける機会を持っていない状況にあるが（縄，嶋澤，武田ほか，2005）、現状を受け入れ（森嶋，近藤，廣瀬ほか，2010）、新しい生活に適応するための努力、回復を進むための努力を行っていることが明らかにされている。また、彼らは、食事量や食事内容をいつどのようにステップアップさせるのかなど、体力回復をはかるための具体的な情報と評価方法を必要としている（縄，嶋澤，武田ほか，2005）ことが明らかにされている。

以上の文献検討から、胃切除を受けた胃がん体験者は、様々な消化器症状や体重減少、体力低下などの身体症状を経験し、それらによって日常生活に支障をきたしていることがわかった。胃切除術を受けた胃がん体験者にとって、術後の生活で一番つらいことは、食事に関する問題と胃術後障害、術後後遺症に関することであり、これは、治療後何年も持続する悩みであることがわかった。体験者とその家族は、つらいと感じる状況のなかで、試行錯誤をして、食事のことや胃術後障害に関する問題に対し、努力していることがわかった。

胃切除体験者が、日々の生活のなかで体験している困難に対する主体的な態度と、試行錯誤しながら進める回復のプロセスを促す看護援助について検討し、実践につなげるまでには至っていないことがわかった。その理由は、地域で生活する胃切除体験者の経験について、その実態を看護の視点で十分に捉えられていないことが示唆された。

2) 胃切除後の胃がん体験者の QOL について

胃がんで胃切除を受けた体験者の QOL については、再建術式別に比較を行った研究（吉村，白田，前田，2007）、胃切除体験者の身体・精神症状の程度と家族の QOL、不安との関連（永田，水野，2013）、ソーシャル・サポートと QOL との関連（小林，宮下，2009）、適応状態と関連要因（Mizuno, Asano, Sumi, et al., 2011）、QOL の成果についてのレビュー（Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015）、腹腔鏡下切除での短期的および長期的なアウトカム（Mohri, Yasuda, Ohi, et al., 2015）、体験者の主観的な QOL（Malmstrom, Ivarsson, Joansson, et al., 2013）、回復と胃術後症状、不確かさとの関係（Jeon, Choi, Lee, et al., 2016）、終末期にある胃がん体験者の QOL に影響を及ぼす因子などが明らかにされている。

具体的には、胃切除体験者 QOL は、65 歳以上の者に比べ 65 歳未

満の者が、女性より男性が、無職者より有職者の方が高いこと (Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015)、術後 1 か月ほどで低下し、6 カ月後が最低値になり、2 年で手術前の QOL のレベルに回復する (Abery, Hughes, McNair, et al., 2010) ことが明らかにされている。また、生存が延長期にある胃切除体験者は (Malmstrom, Ivarsson, Joansson, et al., 2013)、回復の時期は苦闘の経験であったと表現したことが明らかにされている。胃切除体験者の QOL を向上させるには、家族、医師、看護師からの情緒的、情動的サポートが必要であること、これらのサポートは、特に精神・心理状態の QOL に強く影響を及ぼす (Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015) ことが明らかにされている。

胃切除後の胃がん体験者の QOL に関する文献検討の結果、がんの根治治療が終了し、家庭や地域での生活を再開できることは、体験者と家族にとって喜ばしい出来事である反面、自分で健康管理を行う困難、家庭や職場、地域での役割など、社会的責任を再開することに関する困難を経験することがわかった。胃切除体験者の QOL は、長期にわたる胃術後障害やその他の身体的症状によって影響を受けることが明らかにされているが、そのことについての長期的な実態の把握は十分ではないことがわかった。食事の変化と胃術後障害、体重減少による外見の変化の影響を受けて、誰かに自分を見られるときまわりが悪いと感じ、外出をしたくない、他者に会いたくないという気持ちになり、孤立しやすい状況になることがわかった。胃切除体験者にとって、生活の質は、症状のある生活を自分がコントロールできるかどうかにかかっている (Malmstrom, Ivarsson, Joansson, et al., 2013) ことがわかった。

胃切除体験者の QOL については、手術からの時間の経過ごとの QOL の状態、QOL に影響する因子については、看護の視点から明らかにされている。しかし、胃切除体験者の主観的な QOL、術後の自分をどう受けとめているか、手術からの時間の経過に伴い、生活上の関心や、自分自身についての認知がどう変化するか、変化についてどう感じているのかについては、まだ明確になっていないことがわかった。

3) 胃切除後の身体的苦痛が精神的側面に及ぼす影響

胃切除体験者は、退院後長期にわたって食事の問題と術後後遺症を経験しており、それらの身体的苦痛が、精神的・社会的状態に影響を及ぼしている (飯野, 綿貫, 小山ほか, 2013) ことが明らかにされている。

具体的には、胃がんで胃切除を受けた (腹腔鏡下幽門側胃切除術

9名、全摘術4名) 体験者は(高島, 村田, 渡邊ほか, 2012)、退院時、退院後1か月、2か月と継時的に抑うつが強くなり、QOLの心理面は継時的に低くなることが明らかにされている。また、[転移・再発に対する不安][食事に対する不安・苦痛][社会生活に対する不安]などを経験しており(蛭子, 2001)、この心理状態に、[問題に取り組む][気持ちを変える]などの対処を行っていることが明らかにされている。最近においては、胃切除体験者(122名)の Post-traumatic growth (PTG)と、健康に関連した QOLとの関係性(Sim, Lee, Kim, et al., 2015)が明らかにされている。この研究対象者の約半分は普通レベルの PTG を経験していたこと、胃切除体験者の PTG について、[自己認識の変化][他者との関係性][新しい可能性][スピリチュアルの変化]という領域が明らかにされている。

わが国の胃切除体験者の行動特性として(Maeda, Onuoha, Munakata, 2006)、周囲に評価されるため自己抑制し、自分の感情に気づきにくく、助けを求めず、一人で我慢して頑張りやすい傾向があることが明らかにされている。他の調査でも(がんの社会学に関する合同研究班, 2004)、がん体験者は悩みを医療者に相談するというより、自ら努力し、悩みを克服しようとしている人が多いことが明らかにされている。また、抱えている悩みを和らげるために何が必要かの問いに対し、彼らは、[こういうことが大切である]と自らの体験を語ることを希望している(がんの社会学に関する合同研究班, 2004)ことが明らかにされている。このことは、がん体験者は、生活を通して悩みに対する方法を見出していること、それを次の世代に伝えたいという意思をもっていることを示唆していると言えよう。

身体的苦痛が精神的状態に及ぼす影響に関する文献検討の結果、胃切除体験者の経験の肯定的な面と否定的な面の両方が明らかになっていることがわかった。わが国の胃切除体験者は、自ら悩みを克服しようとする人が多いこと、経験から見出した悩みの解決につながる方法を、次の世代に伝えたい意思をもっていることが明らかにされていることがわかった。

胃切除体験者が、胃がんという病気と胃切除術についてどう受けとめているのか、胃切除後に経験する精神的苦痛や、生活上の悩みをどう受けとめ、どのような努力で克服しているのかについて、看護の視点で実態が明らかにされていないことがわかった。

4) 胃切除後が自己概念に及ぼす影響について

がんの診断は、その人の生活とアイデンティティーを分裂させる経験である(Morris, Campbell, Dwyer, et al., 2011; Mellon,

Northouse, Weiss, 2006) ことが明らかにされている。また、がん体験者に、人生において自分にとって大切なものは何かを思考させ、自分自身について再定義する機会となる (Chambers, Baade, Meng, et al., 2012) こと、人として成長する機会になること (Clarke, Mccorry, Dempster, 2011) が明らかにされている。

胃切除・大腸切除・肝臓切除・膵臓切除体験者の自己効力感に関する比較研究において (柴田, 2005)、胃切除体験者は、手術前は 2 番目に高得点を示したが、退院時は唯一得点の減少が認められたことが明らかにされている。この結果は、胃切除体験者は、術後に食事が食べられない問題が出現し、体重が減少し、自信が持てないまま退院を迎えている状況が反映されたと推察されている。

胃切除体験者の回復については、術後 3 か月にある体験者は (Olsson, Bergbom, Bosaeus, 2002)、身体的症状の減少を回復のサインと認識し、[深みに落ちる]ところから、他者と[経験を共有すること]によって [再び元気とエネルギーをとり戻し自分自身を見いだす]ことが明らかにされている。また、胃切除体験者が、自分の病気について受けとめるプロセスは (内海, 藤野, 2011)、がん診断により限定された生に直面し、[偶然戻った生に気づく]ことを経て、とり戻せた生を生きるという変化であることが明らかにされている。

文献検討の結果、わが国の胃切除体験者の自己概念については、研究が進んでいない領域であることがわかった。

胃切除がもたらす身体的苦痛が、体験者自身と生活の在り様や、生活の仕方に影響を及ぼし、苦悩していることがわかった。苦悩のなかで、体験者は、胃切除によって変化した自分や生活に合わせる努力をして、回復を進める行動をとっていることがわかった。胃がんとという病気で胃を切除するという経験、必然的に食生活を変えることを求められる状況、治療後に多様な身体症状を長期にわたって経験する状況について、胃切除体験者はどのように受けとめているのか、その状況にどう対応しているのかについて明らかにすることは、胃切除体験者の自己概念に関する理解を深める情報が得られると考えられた。

5) 胃がんと胃切除ががん体験者に及ぼす影響に関する文献検討のまとめ

臨床病期 I 期の胃がんの 5 年生存率は、95%を超えている (国立がん研究センター, 2014)。早期での発見率が高まり、また医療技術や補助療法等の進歩により、長期生存が得られる胃がん体験者が増加するにつれ、胃術後障害を予防し、QOLを低下させない胃切除術式の工夫と適切な選択が求められるようになってきた (中田, 矢永,

小村ほか, 2012)。つまり、ただ胃がんを治せばよいのではなく、いかに後遺症を少なく治すか、胃切除後の生活障害を最小限に留めるかに関心が移っている。このような状況のなかで、胃切除という治療が、胃がん体験者の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面に、どのような影響を及ぼすのかに関して、研究が行われ、その影響の範囲と程度などについて明らかにされていることがわかった。そのほとんどが医師の研究であることがわかった。

また、現代医療は、入院期間の短縮化が加速し、入院中心の医療から在宅医療へと移行しているため、胃切除後の胃がん体験者も、自分の身体をマネジメントする、セルフケアをする力をつけて（榎本, 三枝, 中井ほか, 2007）、地域や家庭で生活することが重要になっていることが明らかにされている。消化器系病棟看護管理者は（高島, 五木田 2009）、術前の患者の心理的準備や、術後のセルフケア支援が、これまで以上に課題であること、特に高齢者支援の困難さを認識していることが明らかにされている。しかし、外来看護師は（高島, 村田, 渡邊, 2010）、外来受診者に必要な処置や、術前オリエンテーションなどの説明や相談への対応に時間をとられ、セルフケア支援はまだできていないと評価している現状であることがわかった。

わが国の胃がんで胃切除を受けた体験者のニーズに関する看護研究は、極めて少ない（Mizuno, Asano, Sumi, et al., 2011）ことが指摘されている。胃切除体験者が生活の場から求めているニーズを明らかにするには、胃切除が体験者の生活にどう影響しているのかについて、看護の視点で明らかにすることが必要であろう。胃切除体験者が生活で経験することについての実態が明らかにされていないことによって、体験者と家族の QOL を維持し、改善するための看護援助や、胃切除体験者その人に必要なセルフケアを育むための看護援助を考え、実践に結びつけ発展させることができない状況にあることが示唆された。

3. 胃全摘術を受けた胃がん体験者について

1) 胃全摘体験者に焦点を当てた研究の現状

2年間（2011～2012年）に、胃部分切除術が約7万3千件、胃全摘術が約4万件登録されていることから（今野, 若林, 宇田川ほか, 2013）、毎年約2万件の胃全摘術が行われている。胃全摘術（total gastrectomy）をキーワードに、PubMed（2004～2015年）で検索するとタイトルに total gastrectomy のキーワードを使っている文献は、約530件であった。胃全摘術（total gastrectomy）に関する看護研究は（nursing）16件、タイトルに total gastrectomy のキーワードを使った看護研究は9件であった。わが国においては、胃全

摘術に関する研究は約 440 件（2004～2015 年）であり、このうち看護に関する文献は 19 件、原著論文は 3 件であった（近藤，鈴木，2008；古屋，中村，2013；Ishihara，1999）。

胃全摘体験者を対象とした研究のテーマは、術後の栄養状態（寺嶋，1994；Copland，Liedman，Rothenberg，et al.，2007）、QOL（Tyrvaainen，Sand，Sintonen，et al.，2008）、部分切除と全摘術との比較（術後状態、または QOL）（Kamiji，Troncon，Suen，et al.，2009；Munene，Francis，Garland，et al.，2012）、腹腔鏡下と開腹との比較（胃全摘術後の再発・生存状況、または回復状況）（Lee，Nam，Ryu，et al.，2015；Abdiev，Kodera，Fujiwara，et al.，2011）、再建法の違いが生活にもたらす影響（山口，福永，比嘉ほか，2008）、手術からの時間の経過が QOL に及ぼす影響（Lee，Chung，Kwon，et al.，2014）、体重減少の意味（Abdiev，Kodera，Fujiwara，et al.，2011）、術式による術後の栄養状態の比較（山口，瀬下，三宅ほか，2014）、時間の経過に伴う胃全摘体験者の生存率・生存年数（da Costa，Colimbra，Ribeiro，et al.，2015）、などが認められた。

これまでの先行研究によって、胃全摘体験者は、胃部分切除体験者より術後の食事摂取量が少なく、体重減少は顕著であり、長期的に低栄養状態になりやすく、加齢に伴う筋肉量減少の進行が速い（山口，瀬下，三宅ほか，2014）ことが明らかにされている。手術によって、逆流防止、貯留、消化・吸収機能が全て失われるため（末武，矢吹 2014）、術後合併症の頻度が高く、多様な胃術後障害を経験するとともに、食べること、栄養不良、体重減少に悩む（Tyrvaainen，Sand，Sintonen，et al.，2008）、ことが明らかにされている。また、胃がなくなった身体で、どのように食べればいいのか苦悩している（Garland，Lounsberry，Pelletier，et al.，2011）ことが明らかにされている。食事の際にものがつかえるという症状（佐藤，村山，鈴木ほか，1999）などで、食事を食べることが困難という問題（Garland，Lounsberry，Pelletier，et al.，2011）や、長期にわたって複数の愁訴をもつことから、胃全摘体験者は、胃部分切除体験者に比べ回復は遅く、身体的回復には 9～12 か月を要し、その後心理的回復過程をたどる（青山，奥村，二渡ほか，2004）ことが明らかにされている。

近年、胃がんに対する胃全摘術は術式の確立と周手術期管理の進歩により安全に行われているが、術後に消化管ホルモン分泌障害、消化吸收障害による慢性の栄養障害が生じ、生活の質の低下（Tyrvaainen，Sand，Sintonen，et al.，2008）を経験していること

が明らかにされている。したがって、術後の栄養管理は胃全摘術後の集学的治療の一環として欠くことのできない要素であると考えられている。これまでの研究によって、術後3年半から8年が経過した胃全摘患者（寺嶋，1994）は、消耗型の低栄養状態であることが明らかにされている。これを改善するには術後早期からの栄養管理が必要であり、半消化態栄養剤、ビタミン剤、消化酵素剤などの補助的投与と、栄養士による栄養指導を長期間にわたって行うことが、QOLの維持・向上をもたらすことが明らかにされている。胃切除術による体重減少は、最初の1か月は主に筋肉の減少、それ以降は脂肪の減少を主とした体重減少であること（Abdiev, Kodera, Fujiwara, et al., 2011）、体重減少は、がん体験者のQOLに直結する問題であることが明らかにされている。

QOLについては、胃全摘体験者と、胃部分切除体験者との間には違いが認められない（Hjermstad, Hollender, Warloe, et al., 2006）という報告がある一方、胃部分切除体験者より胃全摘体験者の方がQOLは低下しており、長期生存例の胃全摘術患者は、術後1年後より5年後の方が悪化している（吉村，前田，白田，2005）という報告も認められる。最近の系統的な文献レビューでは（Shan B, Shan L, Morris, et al., 2015）、胃全摘術後の健康に関連したQOLは、術後1か月で低下し、1年後には手術前のレベルまで回復したことが報告されている。また、手術から5年が経過した胃全摘体験者と5年以上が経過した胃全摘体験者のQOL（Lee, Chung, Kwon, et al., 2014）について明らかにされている。胃全摘術から5年が経過した者は、健康な人々のQOLと比較すると、役割機能、社会的機能、嘔気嘔吐、食欲不振、経済的困難、逆流、食事制限、ボディ・イメージが悪化しており、情緒的機能、認知機能が高かったことが明らかにされている。一方、胃全摘術から5年以上が経過した者のQOLは、経済的困難、逆流、食事制限が悪化していたことが明らかにされている。

胃全摘体験者に焦点を当てて行われた先行研究を検討した結果、手術から5年以上が経過しても、胃全摘体験者は、身体的、精神的、社会的問題を抱えており、ケアが必要な状態であることがわかった。現在のところ、胃全摘術後の長期的サポートの方法や、栄養相談の実態について明確になっていないことがわかった。

2) 胃がんの胃全摘体験者に関する看護研究について

文献検討を通して、胃がんで胃全摘術を体験した人に焦点を当てた看護研究はまだ少ないこと、先行研究では、胃全摘術が、胃がん体験者に与えた衝撃について、術後のADLとQOLについて、術後

の食事摂取量と身体状態について、自己概念に及ぼす影響について明らかにされていることがわかった。

胃全摘術治療が、胃がん体験者に与えた最も大きな衝撃は (Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011)、[食べることについての再学習]と[身体的変化に適応する]ことであったことが明らかにされている。

わが国の胃全摘体験者については、手術から2年以上が経過した51名を対象に、質問紙法でADLとQOLについて検討され (Ishihara, 1999)、ADLについては、20名が良い、9名が比較的良い、13名が比較的乏しい、6名が乏しい、3名は入院時と同じと評価したことが明らかにされている。彼らのQOLについては、20名が良い、17名がやや乏しい、14名が乏しいと評価したことが明らかにされている。また、胃全摘体験者(術後2年までの11名)の自己概念は、身体的・精神的・対人関係的・社会的・実存的自己概念の5つの側面から成り立っている (近藤, 鈴木, 2008) ことが明らかにされている。彼らの自己概念は、身体的自己概念が強く認知されるという特徴を有し、身体的自己概念のダメージが、自己概念全体に影響を及ぼしていることが明らかにされている。さらに、胃全摘体験者(5名)の食事摂取量と身体状態が (古屋, 中村, 2013)、胃部分切除体験者(6名)との比較によって明らかにされている。両群ともに1日食事摂取量、タンパク質と脂肪の摂取量が、術後は術前と比較して低下していること、胃全摘体験者の健康回復には、術後早期からタンパク質、脂質摂取量を増加させる必要があることが明らかにされている。

3) 胃全摘体験者に関する文献検討からのまとめ

胃がんで胃全摘術を受けた体験者に関する文献を検討した結果、先行研究のほとんどが医師の研究であること、胃全摘術後の胃術後障害の状態、QOL、術後の栄養状態など、研究内容は多岐にわたっていることがわかった。胃全摘体験者は、手術から時間が経過しても、複数の愁訴をもち、食事摂取量の減少による体重減少、体力低下、体調不良から、手術前の生活にもどることができない状況がある (榎本, 三枝, 中井ほか, 2007) ことが明らかにされているが、退院後の生活上の経験、生活状況についての長期的な実態把握は十分ではないこと、胃全摘体験者側から明らかにした研究は少ない (Brant, Beck, Dudley, et al., 2011) ことがわかった。例えば、胃全摘体験者にとって、体重減少を止めること、体重を維持する・増やすことは大きな関心事であり (がんの社会学に関する合同研究班, 2004 ; Tuula, Juhani, Harri, et al., 2008)、胃術後障害や体重を管理できない場合は、不安と苦悩、将来の不確かさを経験す

る (Stamataki, Burden, Molassiotis, 2011) ことが明らかにされている。先行研究では、術式による胃術後障害と体重減少の発生率や程度に焦点が当てられており、長期にわたって続く胃術後障害や体重減少について、胃全摘体験者はどう受けとめ、どう対応しているのか、それらが体験者の心理面や社会面に、どのような影響を及ぼしているのかについてはまだ研究が少ない (Stamataki, Burden, Molassiotis, 2011) ことがわかった。また、退院後の生活や自分の状況について、胃全摘体験者はどう捉え、解釈し、どのような努力をしているのか (Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011)、回復のプロセス (Lee, Chung, Kwon, et al., 2014; Tyrvaainen, Sand, Sintonen, et al., 2008) について明らかにした研究は少ないことがわかった。

4. 胃がんで胃切除を受けた体験者に関する文献検討のまとめ

医学は、胃がん治療後に関する研究報告を、わが国から発信させているのに対し、看護研究は立ち遅れていることがわかった。現在の医療は、胃がん治療後の生活障害を最小限に留めること、QOLを維持・改善することに関心が移ってきていることから (中田, 矢永, 小村ほか, 2012)、胃がん体験者の胃切除後の生活障害について、看護の視点から実態を把握することが必要であると言えよう。

文献検討を通して、これまでの研究によって、胃がん術後に出現する症状、徴候の種類は多様で、個別性が高く、持続期間は長く、身体的な症状は、胃全摘体験者の心理社会面に影響を及ぼすため、QOLに影響を及ぼしている状況が明らかにされている (飯野, 綿貫, 小山ほか, 2013) ことがわかった。胃がんで胃切除体験者が経験する問題は、がん治療に起因する機能障害や後遺症、晩期障害などの身体的問題に加え、不安やうつ状態、対人関係や就労など心理社会的問題を含み、多岐にわたる領域に及ぶことがわかった。この問題に看護がアプローチするには、看護の視点で、胃切除体験者が置かれている状況、いまを生き抜く経験とプロセスを理解し、ケアへとつなげるための系統的、実証的なデータを豊かにしていく必要があると考えた。そのためには、まず、地域で生活をする胃がん体験者の経験とニーズを明らかにすることが必要であると考えた。文献検討の結果、自分に与えられた状況のなかで、自分なりに努力してより良く生きようとしている胃がんで胃切除術を受けた人々の姿が垣間見られる。彼らの見地から、日々の生活における経験、回復のために行っていること、彼らの継時的な変化について、丁寧に記述することによって、彼らが経験していることの本質を描き出すことができる。そこから、彼らが、地域や家庭で生活するための

力を身につけていくことを援助する看護につなげることが重要であると考えられる。

II. 研究の枠組みの検討

1. 研究の枠組み

本研究は、シンボリック相互作用論の考え方を、研究の枠組みとする。

シンボリック相互作用論は (Blumer, 1969)、言葉を中心とするシンボルを媒介とする社会的相互作用に焦点を置き、ありのままの人間、すなわち日常生活における人間にとっての事象の意味、解釈過程に着目し、そこから人間の主体性と社会の変化を明らかにしようとする立場にある (Holloway, Wheeler, 1996)。シンボリック相互作用論は、3つの明快な前提に立脚している (Blumer, 1969)。それは、第一に、人間はものごとが自分に対してもつ意味にのっとなって、そのものごとに対して行為するということである。第二に、ものごとの意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生するということである。第三に、意味は、個人が自分の出会ったものごとに対処するなかで、その人間が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりするということがある。

シンボリック相互作用論の3つの前提を、本研究に当てはめて考えると以下のように表された。①地域で生活する胃全摘体験者は、日々の生活を通し、胃がんという病気とその治療である胃全摘術の影響を経験する。その経験によって意味がつくられ、その意味にのっとなって、胃全摘体験者は、胃がんと胃全摘術の影響に対応するといった行為をしている。②地域で生活する胃全摘体験者にとって、ものごとの意味は、家族や友人、近隣の人々、他の胃全摘体験者、医療者といった人、自然、物理的環境との相互作用から導きだされる。また、他人に対すると同時に自分に対しても行動を起こし、自分と対話することによって、意味が導きだされる。③地域で生活する胃全摘体験者は、家族や周囲の人々との相互作用によって経験を意味づけ、それに基づいて行動を選び、計画し、実施する。また、このプロセスの中で、自分の行動の傾向を他人のそれに合わせ、互いの行為を考慮し、行為を解釈し、自分自身の行動を確立する、あるいは変化させていく。

2. 研究目的

胃がんという病気を生き抜いていくプロセスにおいて、地域で生活する胃全摘体験者に、何が起きているのかを記述することを目指し、胃全摘体験者にとっての、がんを生き抜く経験とその意味、

プロセスを明らかにすることを目的とした。

3. 研究の問い

がんの根治術である胃全摘術を受けて退院し、地域で生活をしている胃全摘体験者は、どのような経験をしているのだろうか。その経験に対し、どのような意味づけを行い、どのように対応しているのだろうか。

- 1) 胃全摘術を受けて退院をしたがん体験者は、地域で生活するなかでどのような経験をしているのだろうか。
- 2) 胃全摘体験者は、社会や他者とどのようなやりとりをして、自分の経験をどう意味づけ、どういう方法で対応しているのだろうか。
- 3) 胃全摘体験者は、どのようなプロセスを経て、変わっていくのだろうか。

4. 用語の定義

- 1) 胃全摘体験者：胃がんの診断を受け、がんの根治治療として胃全摘術を受けた人である。
- 2) がんを生き抜く(surviving)：がんという病気や治療に伴う危険、困難などを切り抜けて、生きのびていくことである。
- 3) 意味：意味は経験によって、また、社会的相互作用の過程においてつくられるものである。人の行為や行動は、その人にとっての意味に基づいて計画される。意味は人間によって解釈されるものであり、解釈の過程で操作され、修正される(Blumer, 1969)。
- 4) 経験：その人に生じた何かであり、それが起きた時にその人が感じたこと、あるいは出来事やそれに対する行為についての評価である(Vivar, McQueen, 2005)。また、これを通して身についた知識と技術である。
- 5) プロセス：出来事、状況、問題に対する反応として生じる、行為／相互行為／感情の流れである。時間軸をもった概念であり、がん診断を受けた本人や家族が、診断や治療の後を生きていく手段を意味する(Corbin, Strauss, 2011)。

第 3 章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、日本においてはまだ十分な記述がなされていない、地域で生活する胃全摘体験者のがんを生き抜く経験とその意味、プロセスについて記述することを目的としている。胃がんという病気を生き抜いていくプロセスにおいて、地域で生活する胃全摘体験者に何が起きているのかに対する説明が理論的に行えることを目指すため、研究デザインは質的記述的研究とする。

II. グラウンデッド・セオリー法を用いる意義

グラウンデッド・セオリー法の理論的枠組みは、シンボリック相互作用論の洞察から導かれており、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用のプロセスに焦点を当てている (Holloway, Wheeler, 1996)。シンボリック相互作用論においては、人間は、何らかの状況に直面したとき、その状況に対し意味づけを行い、これまで取り組んできた状況について解釈を行う存在であると捉える。人間はそのような経験を通して、変化し成長する (Blumer, 1969)。そのプロセスは、地域で生活する胃全摘体験者が、胃がんという病気とその治療である胃全摘術に関する出来事に、対応する状況に適応できると考える。つまり、地域で生活する胃全摘体験者は、がんという病気と治療に関する出来事に直面したとき、意味づけを行い、出来事に対処するなかで、その人の解釈の過程によって、自分の行動を考えたり創り出したり、修正したりすると考えられる。また、周囲の人々の反応や行動を分析し、自分自身や他者との関わりを変化させたり、行動を修正したりすると考えられる。以上の理由から、本研究の方法として、グラウンデッド・セオリー法を選択する。

グラウンデッド・セオリー法とは、データ分析から概念を生成し、それらがどのような関係性になっているかを説明することによって、理論を構築する方法論である。データに基づいているという理由によって (Holloway, Wheeler, 1996)、深い洞察力や優れた理解と、実際の行為に際しての有益なガイドを提供する (Strauss, Corbin, 1998a)。グラウンデッド・セオリー法のゴールは、データから、説明のための枠組みを構築していく理論化である。理論化とは (Strauss, Corbin, 1998b)、データから説明的な枠組みを構築する行為であり、関係を表す言明によって、概念およびそれらの特性 (プロパティ) と次元 (ディメンション) を体系的に統合させていくものである。

グラウンデッド・セオリー法のもつ「当事者から見た経験の理論化」という力を用いて (山本, 萱間, 太田ほか, 2003)、がんを生き

抜く経験を、胃全摘体験者のプロセスとして理論化できれば、胃全摘体験者の生活の質を高めるための看護実践を導く知識を構築することができると考え、この方法論を選択した。

Ⅲ． 研究対象者

対象者は、胃がんの根治治療として胃全摘術を受けた人であり、以下の条件を満たす人とする。対象者数は、理論的飽和に至ったらデータ収集・分析を終了とするが、25～30名を予定とする。

- 1) 病名が伝えられ、本人も病名を認識している 20 歳以上の人。
- 2) 再発・転移をしていない。
- 3) 主たる治療が終了している。
- 4) 胃全摘術から約 1 年は経過している。
- 5) 会話に支障がない。
- 6) 研究に関する説明を受け、研究への参加に同意が得られている。

対象者の選定条件に「胃全摘術から約 1 年は経過している」を含めた理由は、胃全摘体験者の身体の回復は 9～12 ヶ月を要する（青山，奥村，二渡ほか，2004）と明らかにされているため、研究対象者の身体的回復が進んでからインタビューを行うことが、倫理的配慮として妥当と考えた。

Ⅳ． データ収集方法

1. 研究施設、対象者に研究に対する協力を得るための手続き

1) 施設に対する手続き

(1) 看護部長への依頼

A 県 B 地方の C 総合病院の看護部長に、研究への協力を依頼し、研究者が研究目的で施設内に入り、本研究を実施することが可能かどうかについて相談した。「研究計画書概要」（資料 1）、「研究協力へのお願い（施設用）」（資料 4）を用いて、口頭と文書で説明を行い、看護部長から、研究協力を承諾を得ることができた。

(2) 施設への依頼、手続き

- ① C 総合病院院長に研究概要を、文書（「研究計画書概要」、「研究協力へのお願い(施設用)」）および口頭で説明を行い、研究への協力を依頼し、文書と口頭で承諾を得た。
- ② C 総合病院の研究倫理審査を受け、承認を得た。
- ③ C 総合病院院長から、研究対象者にアクセス可能な診療部門・診療科と医師を紹介してもらった。その診療部門・診療科の医師と外来看護師長、外来看護師に、研究の概要を、文書及び口頭で説明を行い、研究への協力を依頼した。

- ④ データ収集時のインタビューで、対象者に心身の負担が生じる可能性について説明し、そのような状況が起こったときの対応に、主治医と看護師の協力が必要な場合は、協力を得ることができるように体制を整えた。
- ⑤ 研究対象者の条件に合う人を医師に紹介してもらおう。その際、医師に予め、「主治医へのお願い」(資料 5)に基づき、文書と口頭で以下の内容を説明し、依頼した。
- ・ 条件に合う研究対象者を研究者に紹介する
 - ・ 研究者に紹介してもよいか否かについて
 - ・ 研究対象者の意思を確認してもらおう
 - ・ 研究への協力が、研究対象者にとって強制とならないように、研究者が書いた「研究協力へのお願い」を、医師から研究対象者へ読み上げてもらい、研究対象者の意思を確認してもらおう
- ⑥ 研究者が会うことができた研究対象者に対し、研究協力への依頼を文書(「研究協力へのお願い(研究協力者用)」)(資料 6)と口頭で行った。

2. データ収集方法

1) データ収集期間

平成 20 年 9 月から平成 22 年 5 月までであった。

2) データ収集施設

A 県 B 地方 C 総合病院 外来診療部門の二つの診療科で実施した。

3) データ収集方法

研究者が作成した半構成的インタビューガイド(資料 2)に基づき、インタビュー法でデータを収集した。

(1) インタビューガイド作成

半構成インタビューガイドは、グラウンデッド・セオリー法を用いたがん体験者の文献、胃がん体験者の経験とプロセス、胃がん体験者の術後の経験、がん診断から約 1 年が経過したがん体験者の経験と意味、プロセスに関する既存の文献を参考に作成した。インタビューガイドの内容は、データの分析結果に基づき、次の研究対象者へのインタビューに備え、確認したい内容を明らかにし、修正を加えた。

(2) 対象者へのアクセス、および説明と同意

研究対象者の外来予定日に、研究者は、研究者として外来で待機

した。診察および検査後、主治医からの説明を受けて、研究者に会ってもよいと答えた研究対象者を、主治医から紹介してもらい、研究に関する説明を個室で行った。研究への協力を同意が得られた場合は、サインをいただいた。研究協力を同意が得られた対象者の希望に合わせ、インタビューの場所と日時を決定した。

(3) インタビューの実際

インタビューは、研究者の職場の個室、または研究対象者の自宅で行った。

研究対象者は、胃全摘体験者のため、インタビュー中の体調に配慮し、観察を行いながら実施した。気分は悪くないか、何かいつもと違う感じはないかと質問し、研究対象者に確認を行った。

インタビューの最初に、年齢、職業、家族構成、がん診断と手術の年月日を教えていただいた後、「退院してからの生活で一番印象に残っていること、あるいは、今日、一番話をしたいと思っていられることは何ですか。」という質問をして、話を始めてもらった。

対象者の同意を得て、インタビュー内容を録音し、逐記録を作成した。インタビューを通しての対象者の様子、研究者が受けた印象なども記録に残した。

V. 分析方法

インタビューデータから、逐語録を作成し分析を行った。分析方法は、Corbin と Strauss が開発したグラウンデッド・セオリー法の継続的比較分析の手法 (Strauss, Corbin, 1998b) を用いた。

グラウンデッド・セオリー法において、分析は、データに意味を与えていく行為である (Corbin, Strauss, 2011b)。グラウンデッド・セオリー法の戦略によって、諸概念を発展させ、洗練させ、それらの相互関係を特定化する方向へと、分析過程の各段階を推し進めていくようにした。

実際の分析方法と過程を以下に示す。

1. オープンコード化

1) 概念を見出し、命名し、発展させていくための分析を行う

逐語録に起こしたデータを丹念に読み、データの中に、指示語や接続詞、代名詞が出てきたら、それら一つひとつが何を意味しているのかを確認した。データに埋め込まれている思考、アイデア、意味、行為を明らかにしていくことを念頭に、類似と相違という視点からデータの比較を行った。対象者が何を体験しているのかをとらえ、語っていることの意味をつかむよう努力した。

2) データの切片化を行い、コード化する (概念を書く)

データを一行ごとに見て、言葉の一つひとつに対してコード化を行った。この一行ごとのコード化を通して、データの中に行為や出来事を特定化することを試みた。

全ケース、データ全文にわたって、コード化を行った。特に対象者の考えや行動を表すデータに注目した。最初は、まとめる方向性がわからないため、対象者が使った言葉をできるだけそのまま、抽象度も様々にそのまま書いた。この分析から、特性や次元を抽出した場合は、コードの近くに書き記した。

3) 分析の戦略

グラウンデッド・セオリー法の分析に使われる道具は多いが (Corbin, Strauss, 2011c)、研究者は特に、「問いを発する」と、「理論的比較を行う」の二つを用いた。データに向けて「これは何か」「この意味は何か」「何が起きているのか」というような問いを発し、理論的比較によって、後のデータ収集のための手がかりを得るようにした。

4) カテゴリー化し、名前をつける

コード名を見ながら、似ている概念、同じカテゴリーに属すると考えられる概念を、グループに分類した。

各ケースにおいて、研究目的と研究の問いを自分の中で問いながら、何度も使われている概念、内容を特徴的に表している概念、関係を示している概念に注目し、重みづけを行った。

似ている概念 (コード名) をグループに分類する方法は、「退院後の生活での出来事は何か」「自分の状況や出来事をどのように受けとめているか」「胃を喪った後の体験をどう意味づけしているだろう」「何に対して、どのような行動をしているだろう」というような問いを立て、類似性を基にグループを作った。そして、グループの特徴を端的に表す名前をつけた。コード名が適切であれば、対象者の言葉を選択し、ここでは抽象度を上げ過ぎないように配慮した。概念の分類をしたら、本当にそのグループでよいのかを確認した。また、テゴリー名の適切性について、そのカテゴリーに含まれる特性、次元、コード名、データと照らし合わせて確認した。

2. 軸足コード化

軸足コード化は、例えば、「退院時の季節」「長袖の衣類」「とても助かった」というコードから、「長袖の衣類」は「退院時の季節」の特性であり、この特性は、「とても助かった」という次元と結びつくというように、概念間の関係を見ることを行った。関係性に基づい

て、一つのカテゴリーを、それを説明する複数のサブカテゴリーによって、とらえることを試みた。

1) 概念をサブカテゴリーに分類する

前述した様に、各ケースにおいて、何度も使われている概念や内容を特徴的に表していると考えられる概念に注目した。また、研究目的と研究の問いを自分の中で問いながら、関係が深いと考えられる概念に重みづけを行った。その結果、各ケースにおいて、12～24の概念が生成された。

この12～24の概念について、まずケースごとに、概念間の関係性を検討した。各ケースの概念名と、その概念をつくるコード名を書いたカードを作成した。そのカードを使って、概念のグループをつくること、概念間の関係性を探ること、概念のグループの適切性の検討を行った。

2) 対象者が伝える全体像をとらえる試み

オープンコード化によって得られた概念全体を見て、「これは一体何だろう」「対象者が伝えていることは何だろう」「対象者に何が起こってどう反応しているだろう」「対応した結果は何だろう」「時間の中でどのように変化しているだろう」という問いを行った。概念同士を矢印でつなぐ、時間の流れに沿うとどのような並びになるのか検討した。全体像を図に描き、概念同士の関係を探った。全体像を描いた後は、データにもどり、妥当性を検討した。

3) カテゴリーの記述

ケースごとに、カテゴリー関連図と、パラダイム作成によって引き出されたカテゴリーについて、概念名、概念についての定義、各カテゴリーについてのストーリーを記述した。各ケース12～24の概念から、ケースごとに2～7のカテゴリーが生成された。カテゴリーを構成する概念を用いて、カテゴリーの意味や、概念とサブカテゴリーがどのような関係性にあるのか説明するストーリーを記述した。

ケースごとに、一つ一つのカテゴリーについて、ストーリーを記述したら、データと照らし合わせ、データとかけ離れていないか、語られた内容の特徴、研究者が印象に残った内容、気になった内容が落ちていないかについて確認した。

4) 前のケースと同じカテゴリーを統合する

各ケースにおいて、オープンコード化、軸足コード化を行い、パラダイム、カテゴリー関連図を作成した。前のケースと類似するカ

テゴリーが現れた場合は、パラダイムに沿って、両方のケースのカテゴリ、カテゴリ関連図、特性、次元を参照しながら検討し、統合を行った。

3. 選択コード化

選択コード化は、諸カテゴリを統合し、精錬するプロセスであり、研究者とデータの間で行われる相互作用である (Strauss, Corbin, 1998c)。実際に行ったプロセスを以下に述べる。

1) カテゴリの生成

各ケースの分析から引き出された概念は、12~24であり、全ケースの概念を統合すると、135の概念となった。135の概念について、概念と概念との比較、データと概念との比較を行った。そして、類似性を基に、概念のグループをつくり、サブカテゴリとして名前をつけた。その結果、39のサブカテゴリが生成された。

次に、パラダイム、カテゴリ関連図、特性、次元を参照しながら検討し、サブカテゴリからカテゴリを生成した。本研究の目的に照らし合わせ、対象者は、生活の中でどのような経験をしているだろう、他者とどのようなやりとりをしているだろう、自分の経験をどう意味づけ、どういう方法で対応しているだろう、どういうプロセスを経て胃全摘体験者は変わっていただろう、と問いながらカテゴリについて検討した。その結果、39のサブカテゴリから7つのカテゴリが生成された。

2) 局面の生成

これまでのデータ分析を収束させ、まとめりとして結果を提示するため、7つのカテゴリ間の関係性について検討した。「対象者が取り組んでいる主たる課題や問題は何か」(Corbin, Strauss, 2011d)、「インタビューや分析を通して研究者がとらえているものは何か」と問いながら検討した。地域で生活をする胃全摘体験者の経験とプロセスについての、7つのカテゴリの関係を記述した。ここで見出した7つのカテゴリの関係性が、データとかけ離れていないか、対象者の関心や訴えている内容を反映しているかについて確認した。

この分析を通して、7つのカテゴリから3つの局面が見出された。

4. プロセスに関する分析

プロセスは (Strauss, Corbin, 1998d)、個人、組織、集団が、自分が置かれている状況へ応答する能力、あるいはその状況を形づくる能力を示すものである。分析にプロセスを含めることは、理論構

築を目的としているグラウンデッド・セオリー・法には不可欠の要素である。データに関して、「行為・相互行為が対応している問題、課題、出来事は何か」、研究対象者は「どのような形態をとって対応しているのか」、「行為／相互行為はなぜ、どのように変化しているのか」、「時間の流れとともに、行為／相互行為の形態、流れ、継続性、リズムはどうなるか」、「行為／相互行為の帰結は、どのように次に続く行為／相互行為へと働きかけるのか」(Strauss, Corbin, 1998d) という問いを発しながら分析を行った。

術後の生活に立ちはだかる問題に、対象者が対処しようと試みた内容と方法、目標とする状態に到達するための手段に焦点を当てて分析を行った。

5. 理論的サンプリング

研究者は、3 ケース目までは、データ収集とケースごとの分析を交互に行うことができたが、それ以降は、データ収集に対し、分析が遅れる状況が生じた。行ったデータ収集の中から、出来事を比較しているのであれば、理論的サンプリングを行っていることになる、自分が適することができる場所から、できる限りのものを作り上げるべき (Strauss, Corbin, 1998 e; Corbin, Strauss, 2011e) との意見を支えに、データ収集の中から、出来事を比較することを行った。分析の過程で、何か新しい概念に出会ったときや、対象者が自分にとって印象に残ると挙げている出来事、重要であったと評価している出来事に出会ったときは、そこで立ち止まり、他のケースのデータと比較することを心がけた。

6. 分析結果の妥当性を高めるための努力

研究結果の妥当性を高めるための6つの戦略 (Corbin, Strauss, 2011f) を意識して行った。概念や関係性の解釈について、データにもどって確認を行った。選択的コード化では、抽象度の上だった言葉が、生のデータに適合するものかについて検討すること、データの中に顕著にみられる概念が、抜けていないかを確認した。カテゴリー関連図を描くときに、今あるカテゴリーでは描ききれない、説明ができないという体験を繰り返し、何度も分析をやり直す体験をした。そのような試行錯誤のプロセスを経て、これでよいと思える概念、浮かび上がった概念とその関係を理論の構成部分とした。

インタビューガイドの内容、分析結果を、がん看護学の専門家に見てもらい、意味がとれるかについて確認を行い、コーディングの信頼性、妥当性を高める努力を行った。

VI. 倫理的配慮

1. 対象者への倫理的配慮とその方法

対象者が研究参加を断りにくい立場に置かれていることを認識し、研究の全プロセスを通して権利が擁護されるように、対象者の意思をその都度確認した。

1) 研究対象者にアクセスする方法

研究対象者は、選定条件を満たす胃全摘体験者を主治医から紹介してもらう。医師－患者関係においては力関係が生じやすい。それゆえ、主治医には、研究対象者に対し、研究者に紹介をしてもよいか否かの意思のみを確認してもらうこととした。主治医に、「主治医へのお願い」(資料 5)を研究対象者に読み上げてもらい、意思を確認してもらった。そして、研究者に会い、研究に関する説明を聞いてもよいと答えた人にだけ、研究者は会うことができるようにした。お会いできた方に、研究に関する説明を行い、研究への参加を依頼した。

2) 研究について、対象者に分かりやすく説明を行う

説明する内容は、研究に関する説明(研究目的・方法、研究参加の方法、研究参加に伴う利益・不利益)、人権擁護に対する配慮の説明(危険から自由である権利、プライバシーと尊厳の権利、匿名の権利)、自由な意思決定による研究参加に関する説明(研究参加が本人の自由意思である、参加を拒否する権利、途中辞退する権利)であった。これらの説明は、口頭と文書(資料 7)をもって行った。

3) 対象者の研究参加への同意を確認する

研究への参加に同意するか否かは、対象者の自由意思によって決定できること、研究へ参加しない場合も、今受けている医療やケアに一切影響は出ないこと、不利益を被らないこと、医師が研究参加の同意の有無を知ることはないことについて、口頭と文書(資料 7)で説明した。また、第三者と相談したうえで決めてよいことを説明し、必要な場合は、意思決定するのに時間的余裕をもつことができるようにした。対象者から研究への参加に承諾が得られた場合は、文書(資料 8)により同意を得た。研究参加に同意してくれた対象者には、同意書を準備し、同意したことを紙面で確認した。研究者も紙面に署名し、対象者の権利を擁護することを約束した。

対象者が質問できる機会をつくり、質問にはその都度答え、対象者が理解できたかどうかを確認した。また、質問等がある場合は、いつでも研究者と連絡とれるよう、連絡先を文書で伝えた。

インタビューの場所や日時については、対象者の希望に添って決

めた。インタビュー開始前に、対象者の研究参加の意思を再度確認した。インタビュー終了後、研究参加を止めたいときは、いつでも研究者に申し出ることができる（同意取り消し書を研究者に郵送してもらおう）ことを説明し、同意取り消し書（資料 9）を手渡した。

4) データ収集のプロセスにおいて、常に対象者の安全・安楽に配慮する

研究参加に同意が得られている場合でも、対象者の抵抗感や拒否感に敏感に対応することを心がけた。インタビューを開始する前に、インタビュー内容の IC レコーダーへの録音について、再度、対象者に意思を確認し、承諾を得てから行った。また、話をしたくないことについては話をしなくてよいこと、インタビューによって、対象者は病気に関する様々な感情を経験することが考えられることを、前もって説明した。会話中に気分や体調が悪くなった場合は、遠慮せず、すぐに申し出てほしいことを説明した。対象者の身体や気分が疲れが見られたときは、直ちに研究者からインタビューを中止することとした。対象者の心身に対応すべき問題が起こった場合に備え、主治医や外来看護師の診察やケアが受けられる体制を整え、データ収集を始めた。

5) 対象者のプライバシーを保護する

研究期間中に得たデータは、本研究以外の目的で使用しないこと、インタビュー内容を見るのは、研究者と指導教員だけであることを説明し、対象者から同意を得た。インタビューデータは、個人が特定できないように個人名と施設名を記号に置き換えた。対象者リストと逐語録、IC レコーダーは別々にカギ付きロッカーに保管した。

個人の特定につながる情報の記載は避け、最低限必要な情報のみを記載した。データ類は、研究が終わったら速やかに消去、破棄する。研究概要の説明と同意を得るときに、研究結果の公表方法についても対象者に説明を行った。研究結果が知りたい場合は、研究者に連絡してほしいことを伝え、理解を得た。

2. データ収集を行う施設との手続き

研究目的を達成するための研究対象者にアクセスできる施設を選び、研究についての説明を行い、理解を求め、同意を得る手続きを行った。研究施設の倫理審査を受け、倫理委員会から承認を得た。また、看護部長、病院長、データ収集を行う部門・診療科の医師と看護師に研究目的と概要について、口頭と文書（資料 1、4）で説明を行い、研究協力への承諾を得た。

研究者が医療現場にいたことが、医療現場の人々にどのような影

響を及ぼすのかを考え、感じながら、積極的にスタッフに声をかけ、自分が居る場所を確保するとともに、研究に関する意見を得るよう努力した。また、研究対象者や家族から、研究や研究者について意見や苦情は届いていないか、定期的に医師、看護師、外来受付事務員に確認した。

第 4 章 結果

I. 対象者の概要

本研究の対象者は、胃がんで胃全摘術を受け、手術から 1 年以上が経過しており、面接の時点では、再発・転移が認められていない 23 名であった。性別は、男性 16 名、女性 7 名で、年齢は、30 歳代から 80 歳代で、手術から面接までの経過時間は、1 年 5 か月から 17 年であった（表 1 参照）。

表 1. 対象者の概要

対象者	性別	年齢	職業	同居者	手術から面接までの期間
A	男性	60 歳代	無職	妻	3 年
B	女性	50 歳代	無職	夫	15 年
C	男性	70 歳代	自営	妻, 息子夫婦, 孫	10 年 11 か月
D	男性	60 歳代	会社員	妻	17 年
E	男性	60 歳代	自営	妻	2 年 10 か月
F	女性	50 歳代	無職	夫, 義母, 娘	3 年
G	男性	70 歳代	無職	妻, 娘	5 年 2 か月
H	男性	70 歳代	農業	妻, 娘夫婦	2 年 7 か月
I	男性	70 歳代	無職	妻	17 年
J	女性	70 歳代	無職	なし	2 年 4 か月
K	男性	60 歳代	無職	妻	4 年 6 か月
L	男性	70 歳代	無職	妻	2 年
M	男性	60 歳代	自営	妻, 息子夫婦, 孫	3 年 4 か月
N	男性	60 歳代	無職	妻, 娘	3 年 4 か月
O	男性	50 歳代	地方公務員	妻	3 年 10 か月
P	男性	60 歳代	農業	妻, 娘	3 年 7 か月
Q	女性	70 歳代	無職	夫, 息子夫婦	3 年 6 か月
R	男性	80 歳代	無職	妻	3 年 1 か月
S	男性	40 歳代	地方公務員	妻, 義母, 息子, 娘	7 年 1 か月
T	女性	60 歳代	パート勤務	夫, 息子	1 年 5 か月
U	男性	60 歳代	会社員	息子夫婦, 孫	1 年 6 か月
V	女性	40 歳代	会社員	息子	1 年 5 か月
W	女性	30 歳代	会社員	夫, 娘	2 年 5 か月

Ⅱ．地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスの カテゴリー

分析の結果、地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスについて、135 の概念が生成された。135 の概念から 39 のサブカテゴリーが生成され、そこから、7 つのカテゴリーが見出された。その 7 つのカテゴリーは、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】、【養生の経験を糧として開く自分の道】、【受けとめと対応との連鎖】であった。

さらに、カテゴリー間の関係を検討したところ、『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対応との連鎖』の 3 つの局面が明らかになった。

本文中の【】はカテゴリー、『』は 7 つのカテゴリーの関係性から見出した局面、<> はサブカテゴリー、“ ” は概念、「」は対象者の言葉、() は対象者を示す。

ここでは、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】、【養生の経験を糧として開く自分の道】、【受けとめと対応との連鎖】の 7 つのカテゴリーについて、それぞれ説明する。

1. 【健康や生活全体につながる胃の喪失】

【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、胃全摘体験者が生活を通して、胃を喪うとはどういうことなのかについて見出した意味を表した。具体的には、胃を喪うということは、<何ととっても食事のこと>であるが、<自分の食べ方を社会で貫く困難>、<レッテルをはる世間>、<巻き込まれる家族>、<生活で経験する時間>など、<健康や生活全体に影響する(胃の喪失)>ものであった。また、<胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生>をして、<胃全摘体験者として挑戦するプロセス>であった。

【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、<何ととっても食事のこと>、<自分の食べ方を社会で貫く困難>、<レッテルをはる世間>、<巻き込まれる家族>、<胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生>、<胃全摘体験者として挑戦するプロセス>、<生活で経験する時間>、<健康や生活全体に影響する胃の喪失>の 8 つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、8 つのサブカテゴリーについて、順に説明する(表 2 参照)。

表 2. 【健康や生活全体につながる胃の喪失】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
何といっても食事のこと	食事が上手いいかないことのつらさ	全対象者
	回復しない体重	A D G J K L M N O Q T U
	最大の関心事となった食事・食べること	全対象者
	人生途中からの食習慣の変更	全対象者
	胃全摘体験者にとって食べることの意味	A E F I J N O Q S U V W
	体重減少のメリット	A C G J N O Q
自分の食べ方を社会で貫く困難	食事に関する健康な人とのずれ	A B E F I J K L O S U
	胃全摘体験者の行動をおさえる健康な人々	B C D E M N W
	健康な人と食事することの抵抗感	F K L M T U
	人づきあいと体調を守ることの兼ね合い	B D E O U V
	職場で捕食をとる努力	A D O P S T U W
レッテルをはる世間	外見の変化	A B D F G J K O P Q S T V W
	大病をして死にはぐれた人というレッテル	B H M Q
	人前に出る自信の喪失	E F G J K L N O P S T U V W
	救いとなった人々の反応	A C D E G H K L M Q U
巻き込まれる家族	胃全摘術が家族に及ぼす影響	B C E F G H K L M N O P Q S T V
	家族の悩み	E G H K L M N O P
	胃全摘体験者とともに悩む家族	B E I M U
	影響し合う胃全摘体験者と家族の回復	F G H Q T
胃を喪う意味を知らなかった痛み に耐え始める養生	覚悟した胃の喪失と現実とのギャップ	A B D E F J T U V
	胃を喪う意味を知らなかったと認める痛み	A C D E F H I J K M N O P
胃全摘体験者として挑戦するプロセス	胃の喪失に伴う身体と生活の変化	全対象者
	わからないという苦悩	A B C D E I J K L M N O P Q S T U V W
	外見からは伝わらない胃全摘体験者の経験	A D E F G H K O T U V
	自分の姿を映す鏡となる周囲の反応	B F G J K M O P T U W
	胃全摘術後の変化の特徴	A B C D E F J L M O S U W
	身体と生活の変化への挑戦	A D E F G J M O P Q U

生活で経験する時間	胃全摘体験者として経験する時間	BCDEJOU
	医療者の言葉が自分に届くまでの時間	BEFLOW
	時間の経験から認めた胃全摘術の特徴	ABDEJKLMOQUW
	時間がつくる節目	ABDEFGIJKLMOU
	時間の力	ABDEFGIJOPQRSTUW
健康や生活全体に影響する胃の喪失	パワーの低下	FJU
	胃の喪失に伴う様々な感情	ABFIKSTVW
	胃のことに止まらない胃の喪失	ABDFJKMOSTV
	胃全摘体験者が希求する医療	EFGJRTW

1) <何といても食事のこと>

<何といても食事のこと>は、胃全摘体験者にとって食事は、日々の生活のなかで必ず話題になる関心事であり、胃全摘術後といえば食事のこと、食べることであると認識していたことを表した。具体的には、胃全摘体験者は、生活のなかで“食事が上手くいかないことのつらさ”と、“回復しない体重”に苦悩し、“(最大の関心事となった)食事・食べること”が最大の関心事となった。そして、術後の変化に沿って生活できるよう“人生途中からの食習慣の変更”に取り組み、これを通して“胃全摘体験者にとって食べることの意味”と、“体重減少のメリット”を見出した。

<何といても食事のこと>は、“食事が上手くいかないことのつらさ”、“回復しない体重”、“最大の関心事となった食事・食べること”、“人生途中からの食習慣の変更”、“胃全摘体験者にとっての食べることの意味”、“体重減少のメリット”の6つの概念を含んだ。

“食事が上手くいかないことのつらさ”は、胃全摘体験者が生活を通して経験し認めた、胃全摘術後のつらさを表した。具体的には、胃全摘体験者が食生活に悩むことについて、世間の人は、「胃をとったのだから仕方がない (B, D, E, J, O, P, U)」と受けとめるが、体験者にとっては、「日常において食べる事が上手くいかないことは本当につらい (A, D, E, G, J, L, N, O, P, T, U, V)」ことなのだという、食事の経験についての胃全摘体験者の受けとめを表した。“食事が上手くいかないことのつらさは”、「食事につきまとう身体のつらさ (全対象者)」だけでなく、「体力が低下し日常に支障が出る (A, C, E, F, H, O, T, U, V)」という状況を起こした。また、「こんなに食べる事ができないのなら死んでしまう (A, B)」という「死の不

安 (F, V, W)」や、「私はこの先どうなるのだろうかという不安 (B, G)」を導いた。その一方、「食事が食べられると自分は大丈夫だと思える (C, J, N, S) ようになり、「体重減少が止まる (H, L, T, U)」、「身体がしっかりする (V, W)」、「元気になってきた (A, F, N, T)」という感覚は、「回復を示すサイン (L, M, P, U)」であった。

“回復しない体重”は、胃全摘体験者が、＜何といたっても食事のこと＞が問題であると受けとめる理由の一つであり、食事が上手くいかないことによって胃全摘体験者に導かれる苦悩を表した。具体的には、食べることが上手くいかない状態は、「体重減少(全対象者)」を導き、減少した体重は「なかなか増えない (A, D, H, K, L, M, N)」ため、胃全摘体験者は苦悩した。体重が「なかなか増えない」状況は、回復に向かっていない証拠 (G, K, L)」と受けとめられ、「体重計に乗ることが恐ろしいと感じた (る) (J, Q, T, U)」など、心理面にも影響を及ぼすものであった。また、「体重減少」は、「見た目の変化 (J, S, T, V, W)」を導き、これは周囲の人々に、「その人は何か病気をした (J, O, P, Q)」ことを知らせるしるしと受けとめられ、「外出したくない (L, V, W)」という気持ちを引き起こし、人づきあいにも影響を及ぼした。

“最大の関心事となった食事・食べること”は、胃全摘体験者にとって食事は、日々の生活のなかで必ず話題になり、常に意識化させられる関心事であることを表した。具体的には、胃全摘体験者は、「胃全摘術といえば食事のこと (全対象者)」と受けとめていた。生活の楽しみであった食事が、術後の生活では「悩みの種 (A, B, C, E, G, I)」となり、「体験者同士で必ず話題になる関心事 (E, M, O, U)」となり、生活のなかで「多くの時間とエネルギーを費やす (A, D, E, G, J, L, N, O, P, T, U, V, W)」対象となった。

“人生途中からの食習慣の変更”は、術後の生活において、必然的に食習慣の変更を求められること、胃全摘体験者は、自分の変化に合わせて食習慣を修正し、それを身につける努力を行うことを表した。具体的には、術後の生活において、「食事回数や内容の変更(全対象者)」、「食べ方の変更 (全対象者)」、食べるための「身体のサイン (L, M, K, P, U)」を覚えることが求められることであった。胃全摘体験者にとって、食習慣の変更は、「口や舌が飲み込むタイミングを覚えてしまっている (E)」ため、ゆっくりよく噛んで食べる必要性を「頭では了解するが行動ができない (C, G, M, P, Q, T, V)」、「術後の変化に合わせて行動を変えることが難しい (A, E)」という経験であった。「人生途中からの食習慣の変更 (全対象者)」は、「術後の最も困難な仕事 (A, D, E, G, J, L, N, O, P, T, U, V, W)」であった。

“胃全摘体験者にとって食べることの意味”は、胃全摘体験者に

とって食べるということはどういうことなのかについて、生活を通して見出した意味を表した。具体的には、胃全摘体験者にとって食べるということは、「口から食事を摂る (A, F, V, W)」ことに加え、食事の「段取り (J, O)」をして、「口から入った栄養がスムーズに道筋を通過し、身体に留まり、消化されるまでが含まれる (E, I, N, Q, S, U, W)」一連であった。

“体重減少のメリット”は、胃全摘体験者が生活を通して見出した、体重減少についての肯定的な側面を表した。具体的には、「心臓にかかる負担が軽減した (A, N)」、「生活習慣病のリスクの低下 (C, G, O)」、「手術前とは趣が異なるおしゃれを楽しんでいる (J, Q)」などであった。

2) <自分の食べ方を社会で貫く困難>

<自分の食べ方を社会で貫く困難>は、生活のなかで、胃全摘体験者が自分の食べ方を貫くのに困難な状況を経験することであり、その困難に対処しなければならないことを表した。具体的には、生活を通して、“食事に関する健康な人とのずれ”があることを認め、“胃全摘体験者の行動をおさえる健康な人々”の反応を経験した胃全摘体験者は、“健康な人と食事することに(の)抵抗感”を抱き、“人づきあいと体調を守ることの兼ね合い”が難しいと感じた。そのような状況のなかで、“職場で捕食をとる努力”を行い、体力の回復と維持を努力していた。

<自分の食べ方を社会で貫く困難>は、“食事に関する健康な人とのずれ”、“胃全摘体験者の行動をおさえる健康な人々”、“健康な人と食事することの抵抗感”、“人づきあいと体調を守ることの兼ね合い”、“職場で捕食をとる努力”の5つの概念を含んだ。

“食事に関する健康な人とのずれ”は、生活を通して胃全摘体験者が認めた、健康な人と自分の食事のずれを表した。具体的には、日々の生活を通して胃全摘体験者は、「健康な人とずれる食事時間 (F, J, O)」、「胃がある人とは違う食事量、食事内容、食べるペース (F, K, O, S)」について認識した。そして、体験者は、「自宅では、空腹のときにしっかり食べる (B)」、「外食や他の人と一緒に食べるときは、量より会話を楽しむ (F)」というように、食事の場や状況に応じて食べ方を別けていた。「自分の1回量より多い分は、家族や友人に食べてもらおう (F, J)」ことをして、食事で「苦しくなるのを予防する (A, B, E, F, I, L, U)」、「食べ終える時間を胃のある人に合わせる (O)」ことを行い、食事に関する健康な人とのずれに対応した。

“胃全摘体験者の行動をおさえる健康な人々”は、生活を通して

経験した、胃全摘体験者に対する周囲の健康な人々の反応を表した。具体的には、退院後の生活上の「悩みの種 (A, B, C, E, G, I)」について相談すると、「悪いところ (がん) はとったから心配ないと、医師の判断や価値でおさえつけられる (D, E, W)」経験をした。また、「それは消化が悪いので食べない方がよい (B, C, M, N)」、「病気のだからそのような事はしない方がよい (B)」と、家族や友人、周囲の人々の判断で「健康な人々は行動をおさえつける (B)」経験をした。

“健康な人と食事することの抵抗感”は、食事時間や内容、ペースが異なる健康な人と一緒に食事をするということについて、胃全摘体験者は抵抗感をもっていることを表した。具体的には、「健康な人と飲食すると、食べる量が多くなったり、食事のペースが速くなったりする (K, M, U)」ので苦しくなりやすいこと、「胃がなくなった人の身体への反応 (全対象者)」が、「人前で症状が出現したらどうしようと考え、怖さを感じる (K, L)」ことが、「人前で胃のない身体に対応する自信のなさ (F, L, T)」が、健康な人と食事する、あるいは外食をすることの抵抗感となっていた。

“人づきあいと体調を守ることの兼ね合い”は、社会人として人づきあいは大事であると考える一方、胃がない自分の身体を守ることにも大事と考えていることから、そのバランスをとる難しさを感じていることを表した。具体的には、「胃のある人から、一緒に食べよう飲もうと誘われることは、ありがたいと思う一方でしんどい (E, O, V)」という本音を認め、「会社や地域でのつき合いと、自分の体調を維持する兼ね合い (B, D)」をとる努力を行っていた。「誘いを2回断ったら、次は行くようにした (O)」、「Uさんを誘うのは遠慮した方がいいよねと同僚が言ったので、対応がわかるようになったから、これからは誘ってと宣言した (U)」などの行動をとっていた。

“職場で捕食をとる努力”は、職種や職場環境、同僚の理解に合わせ、捕食をとる努力をしていることを表した。具体的には、「職場で捕食をとる困難 (A, D, U, W)」として、「場所がない (A, O)」、「時間を確保できない (S, W)」、「必要性を職場や同僚に理解してもらおうことの困難 (D, P, U)」が含まれた。体験者は、捕食のことで「同僚から反感をかわないように配慮する (T, W)」、「職場にお茶を飲む習慣をつくる (W)」、「失敬して自分の車のなかで食べる (P)」などの対応を行っていた。

3) <レッテルをはる世間>

<レッテルをはる世間>は、日々の人づきあいを通して認知した世間の反応であり、世間の反応に対する胃全摘体験者の苦悩を表し

た。具体的には、胃全摘体験者の“外見の変化”を見て、近隣の人々や同僚は、“大病をして死にはぐれた人というレッテル”をはっていることを認知し、胃全摘体験者は嫌だなという感情を抱き、“人前に入る自信を（の）喪失”した。また、周囲の人々との人づきあいを通して、体験者は、“救いとなった人々の態度”や働きかけを明らかにしていた。

＜レッテルをはる世間＞は、“外見の変化”、“大病をして死にはぐれた人というレッテル”、“人前に入る自信の喪失”、“救いとなった人々の反応”の4つの概念を含んだ。

“外見の変化”は、痩せるという外見の変化であり、これは、周囲の人々の目にとまり、言わずとも病気をしたことを伝える象徴になることを表した。具体的には、「退院後はどんどん体重が減る（A, B, C, D, F, G）」、「頭から足まで小さくなった（J, P, Q）」に代表されるように、胃全摘術後は「見た目の変化（J, S, T, V, W）」が起こった。この「見た目の変化」は、周囲の人々に、「その人は何か病気をした（J, O, P, Q）」ことを伝える、また、「食べることに問題があることを伝える（A, D, G, K）」象徴となることを、胃全摘体験者は人づきあいを通して認めた。「見た目の変化」に対し体験者は、「衣類や靴までサイズが変化したので買い替えた（B, D, F, J, Q）」、「妻と服を共有した（L, N）」などの対応を行っていた。

“大病をして死にはぐれた人というレッテル”は、胃全摘体験者に対する、知人や近隣の人々の1つの反応を表した。具体的には、知人や近隣の人々は、胃全摘体験者に「大病をして死にはぐれた人（B, H, M, Q）」というレッテルをはり、いつまでも誰かのがんの経験を忘れないでいることであった。胃全摘体験者の「本音は、手術から何年も経過しているのに、地域活動の時に、大病で死ななくてよかったと話題にされるのが嫌だ（B）」という気持ちであるが、「地域の誰からも相手にされなくなると困る（F, H, T）」ので、「おかげ様の精神（B, C, G, S）」で、「周りに合わせよう（F, O）」という行動をとっていた。また、同僚や知人、近隣の人々との「つき合い（B, D, O, S, U, W）」を気に向け、「地域の社交場（F, Q）」に出て、「共に時間を過ごす（D, H, F）」、「人々の輪に入る（B, M, O）」などの行動をとっていた。

“人前に入る自信の喪失”は、周囲の人々の反応を受けとめた胃全摘体験者が、健康な人々に自分の経験を理解してもらうことは困難であると感じ、人前に入る自信を失う反応を表した。具体的には、「頭から足まで小さくなった（J, P, Q）」変化や、「胃がなくなった人の身体の反応（全対象者）」を、「普通とは違うことを表す印（J, S, U, W）」と認知し、胃全摘体験者が「人前に入ることに抵抗を感

じる (F, T)」、「他人と会うことが嫌になる (K, V)」ことであった。また、「自宅でのように無難に、身体のことに対応できるだろうか」と不安に思い、外出することに自信が持てない (L, N, V)」、「他人に迷惑をかけるかもしれないと心配 (K, P)」と反応し、「友人の誘いを断る (E, K, N, O, T, V)」、「外出を控える (G, L)」行動をとることであった。

“救いとなった人々の反応”は、周囲の人々から向けられた反応を通して、救いであったと胃全摘体験者が認めた人々の関心や態度を表した。具体的には、「家族や友人、知人が目を向けてくれる (G, H, L, Q)」関心、「私の変化や関心に医師が目を向けてくれる (E, U)」態度、「友人や同僚が手術前と同じように関わってくれる (B, C, K)」態度、「がんの人と気遣われない (D, M)」状況、などであった。人々との関わりを通し、自分は「孤立 (B)」していない、「一人ぼっちではない (C, L)」、「必要とされている (A, H, K, U)」、困ったときは誰かに「頼ることができる (E, T)」と考えることができると、「仲間としていられる (A, B, K, T, U)」と感じたり、「救われた (B, H, U)」と感じたりすることができた。また、「自分のなかに何々したいという気持ちが生まれる (F)」と、「生きる希望 (E, F, G, P, W)」を自覚することができた。

4) <巻き込まれる家族>

<巻き込まれる家族>は、胃全摘体験者の胃がんという病気と胃全摘術、養生に関する経験に、家族は巻き込まれることを表した。具体的には、“胃全摘術が家族に影響を及ぼす影響”は、術後の胃全摘体験者の悩みは、“家族の悩み”となり、家族は“胃全摘体験者とともに悩む(家族)”と体験者は認知していた。また、“(影響し合う)胃全摘体験者と家族の回復”は、互いに影響し合っていた。

<巻き込まれる家族>は、“胃全摘術が家族に及ぼす影響”、“家族の悩み”、“胃全摘体験者とともに悩む家族”、“影響し合う胃全摘体験者と家族の回復”の4つの概念を含んだ。

“胃全摘術が家族に及ぼす影響”は、胃全摘体験者の存在は、他の家族の生活に影響を及ぼすことを表した。具体的には、胃全摘体験者の術後の変化は、「家族の食習慣 (G, N, O, P, V)」、「家族の関係性 (E, M)」、「コミュニケーション (F, S)」など、家族の生活に影響を及ぼした。体験者は、胃がんと胃全摘術の経験を通し、「家族が団結し、家族それぞれが強くなった (F, G, S, V)」、家族と「苦労をともにする (G, P)」、家族に「負担をかける (C, H, K, L)」、などのように家族との関係について受けとめていた。胃全摘体験者の子どもたちは、「将来がんになる可能性について心配する (B, C, G)」

「家の中が真っ暗 (B)」と感じる、「病気の親を心配し学校から一目散に帰宅するため、つき合いが悪いと友人に仲間外れにされた (F)」というような経験をしており、「親のがんによって子どもたちは傷ついた (F)」。

しかし、子どもたちは「親を心配させたくないので気丈にふるまう (F)」、「がんの病気や治療、後遺症について情報収集し、親を教育する (C, H, O, Q)」などの行動で、がんの親を支えた。胃全摘体験者の孫たちは、祖父母に「生きてほしい (H, K)」と言葉で励まし、「お世話できるできるようになりたい (Q)」と医療関係の大学に進んだ。胃全摘体験者の配偶者は、「何とかして食べさせようと手をかける (L, N)」、「食生活の不自由さを共有する (G, P)」、「家事を手伝って負担を減らす (F, T)」などの行動で支えた。

“家族の悩み”は、胃全摘体験者の生活上の悩みは、家族の悩みとなることを表した。具体的には、「胃全摘術後といえば食事管理と後遺症 (A, B, C, D, E, G, I, J, K, L, M, N, O, P, Q)」であるが、胃全摘体験者は、「家族にとっても胃全摘と言えば食事管理 (G, M, N, O, P)」と受けとめていた。体験者は、食事管理について、「家族を監督する (M)」、「配偶者にお任せ (E, H, K, L, N)」、「自分が主体的に動く (A, B, C, F, I, J, R, T, U)」、「最初は家族に頼り、身体回復に伴い自分で行う (Q, V, W)」、「家族と知恵を出し合う (D, O, S)」、「家族が胃全摘体験者の状況に合わせる (G, P)」などの方法で対応していた。

“胃全摘体験者とともに悩む家族”は、体験者の生活上の悩みについて、家族もその意味と対応がわからず悩んでいる状況を表した。具体的には、「胃がなくなった人の身体の反応 (全対象者)」について、家族も「胃全摘体験者と一緒にどうすればいいのだろうと悩む (B, I, M)」ことであった。例えば、体験者は、豆腐のように柔らかい食品を詰まらせてしまう場合があるが、「なぜそうなるかその意味がわからず、豆腐さえ食べることができない身体になってしまった (E, U)」と、家族は体験者と一緒に悩んでいた。

“影響し合う胃全摘体験者と家族の回復”は、胃全摘体験者の養生は家族の生活に影響を及ぼし、家族の反応は、体験者の自分についての受けとめ方や、養生法、回復に影響を及ぼすことを表した。具体的には、家族からの心遣いや見守りは、「何とかよくなってほしいという思い (F, G, Q, T)」として胃全摘体験者に伝わり、体験者は、家族のために「どんな困難にも耐えて良くなってみせる (G, Q)」と回復への意欲を高めた。また、体験者「本人が回復するにつれ、家族も病気前の状態にもどっていった (H, T)」。

5) <胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生>

＜胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生＞は、術後の生活を通して、胃全摘体験者は胃を喪う意味を知らなかったことを認めるが、これには痛みが伴い、その痛みを耐え養生に取り組むプロセスを表した。具体的には、“覚悟した胃の喪失と現実とのギャップ”を経験し、“胃を喪う意味を知らなかったと認める痛み”に耐え、待ったなしの生活に沿って養生を始めることであった。

＜胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生＞は、“覚悟した胃の喪失と現実とのギャップ”、“胃を喪う意味を知らなかったと認める痛み”の2つの概念を含んだ。

“覚悟した胃の喪失と現実とのギャップ”は、手術前に想像し覚悟した術後と、実際に経験する生活にはギャップがあることを認めたことを表した。具体的には、「手術前に覚悟した食べられなくなる状態と、実際に起こった食べることができない状態とのギャップ(A, E, U, V)」を認めたことであった。手術前に覚悟した食べることができなくなる状態は、「食事が減り、制限がつく(B, G, H, S, V)」だろうが、「医療者の注意を守れば、何とかなる(K, N, O, U)」であった。しかし、実際は、「食べたいのに食事が入っていかない(全対象者)」、「食事が詰まる(全対象者)」など、「努力ではどうすることもできない身体の反応(B, D, F, T, V)」が中心であることであった。このような経験を通して、胃全摘体験者は、「術後の自分を具体的にイメージできていなかった(E, F, J)」こと、「胃を喪うことについての見通しが甘かった(U)」こと、「胃を喪うということがどういうことか知らなかった(全対象者)」ことを認めた。

“胃を喪う意味を知らなかったと認める痛み”は、術後の生活を通して、胃を喪うことの意味を知らなかったことを体験者は認めるが、それには痛みが伴うことを表した。具体的には、生活での経験を通し、「胃がなくなるということはこんなに大変なこと(A, C, D, E, F, H, I, J, K, N, O, P)」と実感し、自分は「胃を喪った後の大変さの实质を知らなかった(全対象者)」と、心に「痛み(A, E, M)」を感じながら認めることであった。

6) <胃全摘体験者として挑戦するプロセス>

＜胃全摘体験者として挑戦するプロセス＞は、創が治癒し退院すれば手術前の状態にもどれると考えていた胃全摘体験者が、退院後の生活を通し、術後から胃全摘体験者としての挑戦が始まると理解することを表した。具体的には、体験者は、“胃の喪失に伴う身体と生活の変化”を経験するが、その変化の意味と対応が“わからないと(いう)苦悩”することであった。また、人づきあいを通して、周囲の反応は“自分の姿を映す鏡となる(周囲の反応)”こと、“(外

見からは伝わらない) 胃全摘体験者の経験”は、外見からは伝わらないことを認識し、苦悩することであった。このような経験を通して、“胃全摘術後の変化の特徴”を見出し、“身体と生活の変化に(への)挑戦”するプロセスであった。

＜胃全摘体験者として挑戦するプロセス＞は、“胃の喪失に伴う身体と生活の変化”、“わからないという苦悩”、“外見からは伝わらない胃全摘体験者の経験”、“自分の姿を映す鏡となる周囲の反応”、“胃全摘術後の変化の特徴”、“身体と生活の変化への挑戦”の6つの概念を含んだ。

“胃の喪失に伴う身体と生活の変化”は、生活のなかで、胃の喪失によって生じた身体と生活の変化を経験することを表した。具体的には、「体重減少(全対象者)」、「頭から足まで小さくなった(J, P, Q)」、「食品や料理の匂いに敏感になった(L, V)」、「嗜好が変化した(G, J)」、「睡眠中に逆流が起こる(B, C, D, E, K)」など、「胃がなくなった人の身体の反応(全対象者)」を経験することであった。また、「今までの食べ方が通じない(全対象者)」、「好物を食べてもおいしいと感じない(G, L, V)」、「スーパーで手に取る食品が変わった(J, V)」、「手術前と同じように仕事ができない(D, H, U)」、「手術前の自分が通用しない(C, T, U)」、「趣味の野球やゴルフができなくなった(K, O)」など、生活の変化を経験することであった。

“わからないという苦悩”は、胃全摘術によって生じた身体の反応と、それへの対応がわからないという経験であり、それによって体験者が苦悩することを表した。具体的には、「胃がなくなった人の身体の反応(全対象者)」について、「わからないことだらけ(A, D, F, J, K, L, M, N, P, Q, S, T, V, W)」であるため、胃全摘体験者は、どのようにすればよいのか「思い悩む(B, C, E, J, K, O, Q, T, U)」状態であった。自分の「身体に生じる症状や変化の意味がわからない(B, E, O, U, V)」ことは、胃全摘体験者にとって「苦しさに耐えることが難しい(U)」状況であり、「この先の見通し(A, E, F, N, U, W)」が立たず、「対応法を考え選択することが困難(A, E, O)」な状況であった。

“外見からは伝わらない胃全摘体験者の経験”は、他者との関わりを通し、胃の喪失によって自分が経験し、苦悩していることは、周囲の人々に自然に伝わるものではないことを理解したことを表した。具体的には、胃全摘体験者は、がん治療が終了した人であるため、「術後1年も過ぎれば、食事管理を怠けているから太れないと見られる(E, V)」、「努力が足りないから、太れないと見られる(K, T)」という経験をした。また、胃全摘体験者にとって生活上の「本質なことは、健康な人に容易に伝わるものではない(G, K, O)」こと、

体験者の経験を「一般の人に理解してもらうことの困難さ(O, U)」を認めることであった。そして、「自分の状況を理解してもらう必要がある人、理解してもらいたい人に、経験を言葉で伝える(A, D, E, F, H, U)」ことをして、理解してもらう努力をしていることであった。

“自分の姿を映す鏡となる周囲の反応”は、周囲の人々の反応によって、胃全摘体験者が、自分に生じた変化について認識させられることを表した。具体的には、知人に会うと「痩せたね。どうしたの。(G, J, M, O, P, T, U, W)」と尋ねられる、「10キロ痩せたと言いつける知人の目(J)」など、「家族や周囲の人々の反応(B, F, K, U)」によって、胃全摘体験者は、「周囲の人は、傍から見える自分の姿を映し出す鏡である(K, P)」ことを認識することであった。また、自分は周囲の人々から「気を遣われる存在になった(K, O, U)」と認識することであった。

“胃全摘術後の変化の特徴”は、胃全摘体験者が生活を通して見出した、胃全摘術後の変化の特徴を表した。手術からの時間の経過とともに、問題の全てが解決されることはないという特徴を表した。具体的には、術後の生活上の悩みは、「時間の経過によって問題が変化する(A, B, D, K, M, O, U, W)」、つまり、生活上の関心と悩みの質、優先順位は変化するが、「時間が経過すればすっかり問題が解決されるわけではない(D, K, M, O, S, U, W)」ことが特徴であった。そのため、手術から時間が経過した胃全摘体験者も、「未だに何かに対応し続けている(B, E, J)」状態であった。また、「手術から1年が経過すると、身体の回復を自覚できた(全対象者)」が、「食事に関することへの対応は、1年ではまだ不十分な状態だった(B, D, E, F, J, L, O, U, V, W)」と受けとめていた。

“身体と生活の変化への挑戦”は、術後の身体と生活に対応できるようになることを胃全摘体験者は挑戦と捉え、努力することを表した。具体的には、自分にとっての「胃がなくなった人の身体の反応(全対象者)」を理解すること、自分が「優先して対応する問題(A, B, D, E, P, T)」を明らかにすること、「胃を喪った身体の反応への対応(E, L, R)」を自分の生活を通して見出し、覚えることを、胃全摘体験者は、「挑戦(A, D, E, F, G, J, M, O, P, Q, U)」と受けとめ努力した。

7) <生活で経験する時間>

<生活で経験する時間>は、胃全摘体験者は、生活のなかで時間について、どのように経験し認知しているかについて表した。具体的には、胃全摘体験者として生活することは、“胃全摘体験者として経験する時間”を振り返ったり、見通したりするプロセスであった。

術後から今日までを振り返ると、胃全摘体験者は、“医療者の言葉が届くまでの時間”の意味、“時間の経験から認めた胃全摘術の特徴”、“時間がつくる節目”を見出すことができた。また、自分や家族に変化を導いた“時間の力”を認めることによって、将来の自分に希望をもつことができた。

＜生活で経験する時間＞は、“胃全摘体験者として経験する時間”、“医療者の言葉が届くまでの時間”、“時間の経験から認めた胃全摘術の特徴”、“時間がつくる節目”、“時間の力”の5つの概念を含んだ。

“胃全摘体験者として経験する時間”は、クリティカルパスの導入、入院期間の短縮化、生存期間で評価されるがん治療などによって、胃全摘体験者は、術後1日目・2日目の行動目標、術後14日後の退院、1～3か月毎の外来受診、術後1年目の全身評価、術後5年生存率等、数字で扱われる経験を表した。具体的には、「医師はいろいろな検査データを見て判断するけど、私たちは身体がどう感じられるかが大事（C, E, J, U）」、「手術後しばらくは1か月毎の外来受診が必要で、仕事の調整が大変だった（O, U）」、「手術から5年が過ぎるとそのがんは治癒とみなされると聞いた。でも心配は払拭できない（B, D）」などの経験であった。

“医療者の言葉が届くまでの時間”は、養生に関する医療者の指導内容が胃全摘体験者に届くには、生活の経験と時間が必要であることを表した。具体的には、生活の経験と時間によって、胃全摘体験者に「知識と経験が結びついた理解（E, F, W）」が導かれ、「ああ、これがそうか（B, E, F, L, O）」と「医療者の言葉が自分に届く（F, W）」経験でありプロセスであった。

“時間の経験から認めた胃全摘術の特徴”は、胃全摘体験者が、時間の経験を通して認めた胃全摘術の特徴を表した。具体的には、「時間の力によって悩みの種は小さく、少なくなる（A, E, J, Q）」ことは確かであるが、その一方、「時間が経過してから現れる問題（B, L, O, U）」があり、「食べてみたらだめだったという結果が脳に記憶される（K）」問題があり、食事の状況がどんどん変化するわけではないことであった。胃全摘体験者は、手術から「時間が過ぎればすっかり問題が解決されるわけではないのが胃全摘術（D, K, M, O, W）」であり、「一生付き合わなければならない問題（B, D, E, K）」があると覚悟しなければならぬと受けとめた。

“時間がつくる節目”は、生活上の悩みの変化や、優先順位の変化など、胃全摘体験者に自分自身や生活の変化を想起させる区切り目を表した。具体的には、「術後1か月は、身体の状態がひどかったころ（F, J, K, O）」と想起される節目であり、「術後3か月からは、

食べられるようになった (B, L)」という変化が想起される節目であった。「術後 1 年半～2 年になると、やっと地に足がついた (G)」、術後 3 年は、「胃を喪った身体への反応に、自分の方法で対応できるようになった (A, B, E, U)」、「病気以外のことに目を向けることができた。視野が広がった。(F, M)」と想起される節目であった。術後 5 年は、「がんからの生還 (B, D, I)」、「5 年の刑期を終える (G)」と認知される節目であった。

“時間の力”は、胃のない身体で時間を過ごすことを通して、胃全摘体験者が時間の力を認めたことを表した。具体的には、手術から時間が経過することによって、「身体と腸が互いに馴染んだ (F)」、「身体の反応、自分の身体についての考え方、対応法が変化した (B, D, J, O)」、生活の中で「病気を忘れる時間が増えた (B, D, O, S)」という変化の経験であった。また、「時間によって身体と心が自然に癒えた (A, J)」、「時間が教えてくれた人間の回復力のすごさ (全対象者)」というような、「時間の力 (A, B, D, E, F, G, I, J, O, P, Q, R, S, T, U, V)」を認める経験であった。

8) <健康や生活全体に影響する胃の喪失>

<健康や生活全体に影響する胃の喪失>は、胃の喪失は、胃の機能喪失によって食事に関する問題が出現するだけでなく、健康や生活のさまざまな側面に影響が及ぶことを表した。具体的には、胃全摘体験者は、体力の低下とともに、“パワーの低下”、“胃の喪失に伴う様々な感情”を経験した。このような経験を通して、胃を喪うということは“胃のことに止まらない (胃の喪失)”喪失であることを理解した。また、“胃のことに止まらない胃の喪失”を生きている者として、“胃全摘体験者が希求する医療”について言葉で表現した。

<健康や生活全体に影響する胃の喪失>は、“パワーの低下”、“胃の喪失に伴う様々な感情”、“胃のことに止まらない胃の喪失”、“胃全摘体験者が希求する医療”の 4 つの概念を含んだ。

“パワーの低下”は、術後の生活を通して、胃を喪うということは、パワーの低下が導かれることを、体験者が認識したことを表した。胃全摘体験者は、「自分に具わっているパワー (J, U)」について、胃の喪失によって体力が低下したことによって、その存在を認識することができた。また、“パワーの低下”の経験を通して、「いつものことを、いつも通りに行うにはパワーが必要である (U)」こと、「パワーは生活を押しやる力である (U)」ことを理解することができた。「パワーの回復を感じた時期は術後 1 年半～2 年 (F, U)」と個人差があり、「地に足がついた (G)」回復段階と重なっていた。

“胃の喪失に伴う様々な感情”は、胃の喪失によって、胃全摘体

験者は身体的症状だけでなく、様々な感情を経験することを表した。具体的には、「こんなに食べることができないのなら死んでしまう (A, B)」という不安、「これからどうなるのだろう (A, S)」と先が見えないことの不安、健康な人との会食においては、自分だけが他の人とは違うことを実感することから、「寂しさ (K)」、「疎外感 (I)」、「孤独感 (F)」、「恥かしい (F, T, V, W)」、「情けない (B)」などの感情を経験した。

“胃のことに止まらない胃の喪失”は、生活を通して、胃の喪失は、胃の機能を失う問題に止まらないこと、生活のあらゆる側面に影響を及ぼすことを、胃全摘体験者が理解したことを表した。具体的には、胃の喪失は、「生活のあらゆる面に波及する (B, O, S, V)」ものであることを理解した。例えば、「睡眠中に逆流が起こるので、睡眠が妨害される (B)」、「体力が低下し腰痛が起こり、生活に座椅子が必要になった (O)」、「手先の冷えや、味覚の変化 (A, D, M)」が起こり、「術後にはこんなこともある (O, S)」と驚きの連続であった。また、他者に「がんで痩せたと言いたくないので、誰にも会わない (J, T, V)」という態度が導かれ、胃の喪失は、「人づきあい (F, J, K)」にも影響を及ぼした。

“胃全摘体験者が希求する医療”は、胃全摘体験者が、生活の場から医療に求める希望を表した。具体的には、医療の受け手として、体験者は、「生活全体に着目してケアするシステムがない (R)」、「退院後の人に対する看護の眼目の弱さ (J, R)」、「外来医療における医師以外の専門職者の不充実 (F, R)」、「相談体制が整っていない (E, F, R, T)」という、医療の現状を指摘した。そして、胃の喪失は胃の機能喪失に関連することだけに止まらないため、「病んだ胃だけでなく、私という人間全体をみてほしい (E, G, W)」という希望を表現した。

2. 【胃のない身体で食べる鍛錬】

【胃のない身体で食べる鍛錬】は、胃を喪う前のように食事ができるようになりたいと願望し、胃全摘体験者が鍛錬を行っていくプロセスを表した。具体的には、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞と願望し、＜自分の身体について (の) 暗中模索＞し、＜いつ何をどう食べるかの鍛錬＞を、＜段階を踏む、回数を踏む＞によって進め、＜胃のない身体と生活に慣れる＞とともに、＜胃のない身体で食べる方法を (の) 会得＞するプロセスであった。

【胃のない身体で食べる鍛錬】は、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞、＜自分の身体についての暗中模索＞、＜いつ何をどう食べるのかの鍛錬＞、＜段階を踏む、回数を踏む＞、＜胃のない身体と

生活に慣れる>、<胃のない身体で食べる方法の会得>の6つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、6つのサブカテゴリーについて、順に説明する（表3参照）。

表3. 【胃のない身体で食べる鍛錬】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
胃を喪う前の自分にもどりたい	周囲の目	BFKOU
	比較する	ABCDEFGHIJKLMOPQRSTUVWXYZ
	術後の自分につかりする	ACDEFJKUV
	回復に向けて行動する原動力	ACDEGJOQRSTUVWXYZ
自分の身体についての暗中模索	食事を通して認めた自分の変化	ABCDEFGHIJKLMNOPSQSW
	胃を喪った身体反応についての苦悩	ABCDEFGHIJKLMNOQRSTUVWXYZ
	身体について知ることが前に進む方法	CDEFJMORSV
いつ何をどう食べるかの鍛錬	トロテン式の退院	EGJKLST
	自分の身体を通した検証	BEFGMNOPQRSTUVWXYZ
	食べることを再び学ぶ	全対象者
	脳が食欲や味覚に及ぼす影響	ADEGKMU
	食べたいものを食べる行動にでる	ABDEFJMOPQUV
段階を踏む、回数を踏む	段階を踏んで進む回復	ABCDEFGHIJOPQSUVW
	回数を踏んで覚える対応法	ADEFGJKLMNPQRSTUVWXYZ
胃のない身体と生活に慣れる	胃全摘体験者が慣れなければならない対象	ABCDEFGHIJKLQRUV
	慣れていく	ABCDEFGHIJKLMOPQRSTUVWXYZ
	軌道にのる	BCDGPQU
胃のない身体で食べる方法の会得	五感を使う訓練	BCEFGHNRW
	身体反応についての記憶	ACDEGHIJKLMOPSUV
	身体反応に沿って見出す食事法	ABCDEFGHIJKLMNOQTUVW
	症状の予防と緩和法の会得	ABCDEFGHIJKLPRUV
	方法の洗練化と蓄積	BDEFGJNPRQUW

1) <胃を喪う前の自分にもどりたい>

<胃を喪う前の自分にもどりたい>は、術前と術後の自分について、あるいは、他の胃全摘体験者や健康な人々と自分とを比較し、

胃全摘体験者が、術後の自分は人としてマイナスになった、普通から外れてしまったと認知することによって生じた反応を表した。具体的には、向けられる“周囲の目”を経験し、他者と“比較する”ことを行い、胃全摘体験者が“術後の自分のがっかりする”と受けとめたり、“回復に向けて行動する原動力”としたりすることであった。

＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞は、“周囲の目”、“比較する”、“術後の自分のがっかりする”、“回復に向けて行動する原動力”の4つの概念を含んだ。

“周囲の目”は、日々の生活のなかで、周囲の人々から目や関心に向けられていると胃全摘体験者が認知していることを表した。具体的には、生活を通して胃全摘体験者は、「かわいそうな目で見ると（F, O, U）」、「大丈夫かと声をかける（B, U）」、顔色や体調、行動について「チェックする（F, O, U）」、というような「家族や周囲の人々の目（B, F, K, U）」をとらえていることであった。

“比較する”は、胃全摘体験者が、自分の状況をつかんだり、今を耐えたりするため、手術前後の自分について、あるいは、他の胃全摘体験者や胃部分切除体験者、健康な人々と比較することを表した。具体的には、「手術前と後の自分を比較する（E, G, K, M, S, U, V, W）」、「胃を残す手術をした人と比較する（C, D, E, G）」、「同じ手術を受けた人と比較する（A, B, D, E, F, G, I, O, P, Q, S, T, U, W）」ことを行い、胃全摘体験者が、「本当に変わってしまった食生活（全対象者）」、「普通からの逸脱（C, E, P, U）」、「胃を残す手術をした人の食事の状態が羨ましい（A, C, I, R）」などのように、自分の状況を捉えることであった。これによって体験者は、「胃を喪った人なら誰でも体験していること、何とかなる（A, D, E, M, N, P）」、「手術をしてもらえた自分は幸運だ（B, F, J, W）」などと受けとめ、現状に耐えていた。

“術後の自分のがっかりする”は、胃を喪った自分に対する受けとめを表した。具体的には、「手術前はできていたことができなくなった（C, K）」という変化を認め、胃全摘体験者が、「手術前より生活のレベルが下がった（A, D, F, U）」、「手術前より人としてマイナスになった（E）」、「普通の基準から外れた（J）」と認知し、「術後の自分のがっかりする（C, V）」ことであった。また、周囲の人々とのやりとりから、「気を遣われる存在になった（K, O, U）」と受けとめ、「術後の自分のがっかりする」ことであった。

“回復に向けて行動する原動力”は、術後の自分のがっかりするという反応が、回復しようとする行動の原動力となることを表した。具体的には、術後の自分のがっかりした胃全摘体験者は、「手術前の

状態にもどりたい (A, E, Q, T, U, W)」、「普通の自分を取りもどしたい (G, S, W)」という気持ちを抱き、「回復するにはどうすればいいのだろう (A, E)」と考えることであった。また、「自分の変化に合わせる(全対象者)」努力、「助かった命を感謝して生きる (K, P)」態度、「回復に向けて行動する (C, G, J, S, U)」、「自分の身体への関わりが積極的になる (D, O)」という変化が起こったことであった。

2) <自分の身体についての暗中模索>

<自分の身体についての暗中模索>は、胃を喪った身体の反応や、胃術後障害を経験した胃全摘体験者が、自分の身体についてわからないことを認め、理解しようとして行動することを表した。具体的には、“食事を通して認めた自分の変化”と、“胃を喪った身体反応についての苦悩”を通し、“身体について知ることが前に進む方法”と認め、努力することであった。

<自分の身体についての暗中模索>は、“食事を通して認めた自分の変化”、“胃を喪った身体反応についての苦悩”、“身体について知ることが前に進む方法”の3つの概念を含んだ。

“食事を通して認めた自分の変化”は、食事を通して、私という人間が変わってしまったと感じた胃全摘体験者の経験を表した。具体的には、「手術前の習慣と記憶を基に食べるが、好物を食べてもおいしいと感じない (E, G, M)」、「手術前の食べ方をすると、胃を喪った人の症状が出て苦しむ (A, C, D, H, I, J, K, L, N, P, Q, S, W)」というような経験を通して、胃全摘体験者が、自分は「別人になったように感じる (た) (B, F, O, W)」ことであった。

“胃を喪った身体反応に対する苦悩”は、退院後の生活において様々な胃術後障害を経験し、体験者が苦悩することを表した。具体的には、術後の生活で、「身体が食事を受けつけない (F, J, P, V, W)」、「食べるとすぐにトイレに行きたくなる (J, N, W)」など、様々な「胃がなくなった人の身体の反応(全対象者)」を経験することであった。そして、自分の「身体に生じる症状や変化の意味がわからない (B, E, O, U, V)」、「対応法がわからない (A, B, D, L, M, N, S)」ため、「思い悩む (B, C, E, J, K, O, Q, T, U)」ことであった。

“身体について知ることが前に進む方法”は、経験する症状や変化の意味がわからず苦悩した体験者が、自分の身体について知ることが今の状況を変え、前に進むことになると考え、努力することを表した。具体的には、術後の生活で経験する症状や変化について、「これは何、これはなぜ、どうすればいいのだろうと悩む (D, J, O, V)」ことをして、「自分の身体を知ることが明日への道を開く (E, M,

R)」と認識し、術後の「自分の身体について知る (C, E, F, O, R, S)」努力を行うことであった。

3) <いつ何をどう食べるかの鍛錬>

<いつ何をどう食べるかの鍛錬>は、食事中や食後の身体の反応について、わからないことを認めた胃全摘体験者が、食べることについて学び、鍛錬を行って食べ方を身体で覚えることを表した。具体的には、“トコロテン式に(の)退院”した胃全摘体験者は、いつ何をどう食べればよいのかわからなかったので、“自分の身体を通した検証”によって、“食べることを再び学ぶ”ことを行った。その結果、“脳が食欲や味覚に及ぼす影響”を理解し、“食べたいものを食べる行動にでる”ことができた。

<いつ何をどう食べるかの鍛錬>は、“トコロテン式の退院”、“自分の身体を通した検証”、“食べることを再び学ぶ”、“脳が食欲や味覚に及ぼす影響”、“食べたいものを食べる行動にでる”の5つの概念を含んだ。

“トコロテン式の退院”は、クリティカルパスの導入と、予約患者がいることを理由に、病院側から促されて退院を迎えることであり、胃全摘体験者は、自分たちは全快して退院する者ではないと認識していることを表した。具体的には、退院を迎える状況について、「全快して退院を迎える者ではない (E, G, K, S)」と、胃全摘体験者は受けとめていた。「誰かの退院によって自分は入院と手術ができたので、退院を促されることは仕方ない (E, J)」が、「せめてもう一日、病院で食事練習をしたかったというのが本音 (E, J, L, T)」であった。

“自分の身体を通した検証”は、いつ何をどう食べたなら良いのかについて知るための行動であり、自分の身体の反応に注目して、食事や食べることに関する判断の根拠をつくる行動を表した。具体的には、食事で「苦しくなるパターンの分析 (G)」や、「自分の身体を使った実験 (E, O, V)」を行う、「食事について試したことや、その結果を忘れず、自分のなかに残し、次の食事に生かす (Q, V)」という胃全摘体験者の行動であった。また、このような行動によって、「自分の身体を通した検証からの納得 (B, E, F, M, N, O, P, Q, R, S, T, U)」を得るプロセスであった。

“食べることを再び学ぶ”は、手術前とは変化した術後の身体で生活するため、再び食べることを学ぶ行動とプロセスを表した。具体的には、「当てにできなくなった自分の身体の声 (E)」に向き合い、胃全摘体験者が、「試行錯誤する (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, O, P, Q, R, S, U, V, W)」 「鍛錬する (A, C, D, E, F, G, H, I, J,

K, L, M, N, V)」ことをして、「変化した身体に合った食べ方 (K, M, U)」、「身体を維持し回復するための食べ方 (全対象者)」を見出し、「身体で覚える (全対象者)」努力とプロセスであった。

“脳が食欲や味覚に及ぼす影響”は、実際に食べることができる量と、目(脳)が要求する食事量の不一致が、胃全摘体験者に及ぼす影響を表した。具体的には、術後は1回の食事量が減少するが、手術前の食事量を覚えている「目(脳)がもっと食べたいと要求する(D, U)」ので、胃全摘体験者は「つつい食べ過ぎて苦しくなる失敗(A, D, E, G)」をすることであった。「目からの食欲と、実際に食べることができる量が、不一致であることからの悪循環(D, U)」が起こること、「自分には合わない、おいしくないという経験は記憶されるので、その食品や料理はいつまでも食べることができない(かった)(K, M)」という影響が認められた。自分の身体を通した検証によって、徐々に「目からの食欲をセーブする力(D, G, K)」を身につけることができた。

“食べたいものを食べる行動にでる”は、胃全摘体験者が、それを食べたいという自分の気持ちを尊重し、それを食べてよいと判断する道筋をつくり、食べたいものを食べる行動にでることを表した。具体的には、「指導通りの養生(B, F, J, V)」を行っていた胃全摘体験者が、自分の状況について「なぜと考える(D, E, M, U)」ようになり、「それは食べてはだめと言われているが、私は食べたいのだから食べてもいいでしょう。食べても自分が苦しい思いをするだけ(B, E)」というように、自分の食べたい気持ちを認め、それを食べて良いと考える筋道を立て、「自分が食べたいものを食べる行動に移る(B, E, O, U)」ことであった。この行動は、胃全摘体験者にとって「前向きな気持ちと態度(A, M, P, Q)」であり、他の体験者に勧めたい行動であった。

4) < 段階を踏む、回数を踏む >

< 段階を踏む、回数を踏む >は、胃全摘体験者の回復の進み方であり、胃のない身体で食べる鍛錬を進める方法を表した。具体的には、“段階を踏んで(進む)回復”を進める、“回数を踏んで(覚える)対応法”を覚える、というプロセスであった。

< 段階を踏む、回数を踏む >は、“段階を踏んで進む回復”、“回数を踏んで覚える対応法”の2つの概念を含んだ。

“段階を踏んで進む回復”は、食事の回数を踏むこととともに、胃全摘体験者の回復が、段階を踏んで進むことを表した。具体的には、胃全摘体験者の「回復には時間が必要(全対象者)」であり、「進んではもどるを(の)繰り返し(A, B, D, E, G, I, O, P, S)」なが

ら、「ゆっくり、徐々に (C, F, J, V, W)」、「確実に (A, J, R)」、「段階を踏んで進む (E, F)」プロセスであった。回復の段階は、一日のほとんどを横になって過ごす「冬眠の時期 (F, G)」、「見通しが真っ暗 (E, O, P)」な段階、「空元気 (Q, U)」の段階、「地に足がついた (G)」段階、周囲に「もう大丈夫と言葉で宣言する (C, U)」段階、自分について「正常 (A, H)」、「普通 (G, S, W)」と評価する段階、「食事のことが無意識になる本当の意味での復帰 (O, U)」の段階、などを含んだ。

“回数を踏んで覚える対応法”は、食事に関する失敗と成功の回数を踏むことによって、胃を喪った身体反応への対応法を覚え、自分の食べ方を会得するプロセスを表した。具体的には、「わからないことだらけ (A, D, F, J, K, L, M, N, P, Q, S, T, V, W)」の状態から、食事の「回数を踏む (D, E, F, G, R)」ことによって、胃全摘体験者が、「食事中や食後に苦しくなった時の対応ができる (全対象者)」ようになることであった。

5) <胃のない身体と生活に慣れる>

<胃のない身体と生活に慣れる>は、自分に特徴的な胃術後障害を理解し、胃全摘体験者が、胃を喪った身体の反応と術後の生活に慣れていくプロセスを表した。具体的には、手術前の自分が通用しない現実から、“胃全摘体験者が慣れなければならない対象”を認識し、それらに対応することを通して、胃全摘体験者は、胃のない身体と生活に“慣れていく”ことを経て、術後の生活が“軌道にのる”ことであった。

<胃のない身体と生活に慣れる>は、“胃全摘体験者が慣れなければならない対象”、“慣れていく”、“軌道にのる”の3つの概念を含んだ。

“胃全摘体験者が慣れなければならない対象”は、手術前の食べ方や生活の方法が通じないという現実直面した胃全摘体験者が、生活を営む上で、慣れることが必要と認識した対象を表した。具体的には、胃全摘体験者が「慣れる (A, B, C, D, E, H, I, J, Q, U, V)」ことが必要と認識した対象は、「胃がなくなった人の身体の反応 (全対象者)」、「胃を喪った身体の反応への対応 (E, L, R)」、「家族や周囲の人々の反応 (B, F, K, U)」など、その胃全摘体験者の生活上の「悩みの種 (A, B, C, E, G, I)」であり、「悩みの種に対応する (全対象者)」ことであった。

“慣れていく”は、胃の喪失によって生じた身体と生活の変化に対応する努力と、時が過ぎるのを待つことによって、胃全摘術後の身体と生活に慣れるプロセスを表した。具体的には、退院後間もな

い頃の胃全摘体験者は、「胃がない状態に慣れないときにどうしてもとってしまう行動（C, D, E）」で苦痛を経験し、「悩みの種に対応する（全対象者）」力が、「頭では理解しているができない（J, M, P, T, W）」状態であったため苦悩した。このような状態から、「自分の身体について知る（C, E, F, O, R, S）」こと、「根気よく（U）」「悩みの種に対応する（全対象者）」こと、その時がくるのを「我慢して待つ（全対象者）」ことによって、生活上の「悩みの種（A, B, C, E, G, I）」と、「悩みの種に対応する（全対象者）」ことに「慣れる（A, B, C, D, E, H, I, J, Q, U, V）」ことであった。このプロセスは、「胃のない状態に身体が慣れる（V）」、「症状に慣れる（A, B, C, D, E, G, J, K, L, O, P, Q, S, T, U, W）」、「そういう風になった自分に慣れる（V）」、「身体と腸が互いに馴染んだ（F）」、「胃を喪った身体の反応に対応できる力がついて慣れた（A, B, C, D, E, G, H, J, M, N, O, P, Q, S, T, U, V, W）」、「胃を喪った身体の反応とそれへの対応が特別と感じなくなる（G, I）」、「そういうことが普通になる（O）」ことを含んだ。

“軌道にのる”は、胃全摘体験者が、胃全摘術後の生活を自分で展開できるようになることを表した。具体的には、胃全摘体験者が、「借りものではない自分の養生法（J, Q）」と「養生スタイル（D, Q）」を見出し、「自分で養生を進めていくことができる（P）」ようになるプロセスであった。軌道にのるは、「容易ではないプロセス（全対象者）」であり、手術から3年～10年と「個人差（B, C, D, G, U）」が認められた。

6) <胃のない身体で食べる方法の会得>

<胃のない身体で食べる方法の会得>は、生活を通して、自分の身体について知ること、食べることの鍛錬によって、胃全摘体験者が自分の食事法を会得するプロセスを表した。具体的には、“五感を使う訓練”をして、“身体反応についての（の）記憶”し、“身体反応に沿って（見出す）食事法”を見出し、“症状の予防と緩和方法を（の）会得”し、見出した“方法の洗練化と蓄積”を行うプロセスであった。

<胃のない身体で食べる方法の会得>は、“五感を使う訓練”、“身体反応についての記憶”、“身体反応に沿って見出す食事法”、“症状の予防と緩和方法の会得”、“方法の洗練化と蓄積”、の5つの概念を含んだ。

“五感を使う訓練”は、体験者が、自分の身体を養生の道具として使い、胃を喪った身体の反応を捉え、覚える行動とプロセスを表した。具体的には、「食べたときの食道や腸の反応をつかむ（C, E,

G, W)」、「手を通して感じる腸の動き (C, G)」などように、「五感を使う (C, F)」ことによって、身体の反応を捉えることであった。また、家族や医療者に、自分が食べたいと思うものを食べない方が良くいと制されることによって、「当てにできなくなった自分の身体の声 (E)」と受けとめた胃全摘体験者が、養生は「自分で身体の調子をみながら動く、食べる、休む、笑うしかない (B, C, E, H, P)」と了解し、「自分の身体に聴くやり方 (F, N, R)」で、身体の反応を捉えることであった。

“身体反応についての記憶”は、五感を使って捉えた身体の反応を、胃全摘体験者が記憶することを表した。具体的には、自分は「食事中にこうするとこうなる (A, G)」、「これを食べるとこうなる (C, E, I, J, K, L, U, V)」、「これをこれだけ食べるとこうなる (D, H, O)」、「このような食べ方をするとこうなる (E, S)」など、「身体の反応をつかんで記憶する (A, D, M, P)」ことであった。

“身体反応に沿って見出す食事法”は、五感を使って捉え、記憶した身体反応に沿って、自分の食事法を見出すことを表した。具体的には、食事中や食後の「身体の抵抗感 (F, U)」、「身体の違和感 (G, J)」、「これは変だという感覚 (H, L)」に沿って、「この辺で食事を止めておくという行動 (D, O)」をとる、「食事のとき、自分の許容範囲、この辺というラインを理解する (G)」ことであった。また、「消化の良い (H, J, K, N)」、「安全で身体に優しい料理 (G, H, I, Q)」を「ゆっくりよく噛んで食べる (全対象者)」、「腹部が緩む姿勢で食べる (A, N)」、「1回に口に運ぶ量を考える・覚える (F, M, S, W)」、「夕食は軽めに、睡眠の3時間前には終えるように習慣づける (全対象者)」などのように、食事に関して、「これさえ守れば良いというコツをつかみ (む) (A, D, G)」、「胃のない身体で食べることができる (A, B, C, D, E, F, G, J, K, L, M, N, O, Q, T, U, V, W)」方法を見いだすことであった。

“症状の予防と緩和方法の会得”は、五感を使って食べることを通して、苦痛症状を予防し、症状を緩和する方法を見出し、身につけることができるようになることを表した。具体的には、「腹部の違和感を感知する (G, P)」など、「覚えた身体の反応を使う (J, U)」ことによって、あるいは、「食べた後のことを考えて食べる (A, D, E, G, K, L, V)」ことによって、食事で「苦しくなるのを予防する (A, B, E, F, I, L, U)」ことができることであった。また、「食事が詰まる (全対象者)」と、「右側臥位をとって痛みの増強を抑える (G, P)」、「前かがみの姿勢で待つ (A, D, E, L, N, R, U)」、「吐き出す (B, F, J, K)」など、「食事中や食後に苦しくなった時の対応ができる (全対象者)」ようになることであった。さらに、「就寝時は体温計、ビニール袋を手が届くところに置く (B)」、「ポケットに飴を入

れておく (P, U)」など、「症状に備える (B, F, G, L)」ことができるようになることであった。

“方法の洗練化と蓄積”は、生活を通して幾通りもの食べ方や対応法を見出し、その中から自分の生活に合う方法を選び、洗練化する行動を表した。具体的には、「胃のない身体で食べることができる (A, B, C, D, E, F, G, J, K, L, M, N, O, Q, T, U, V, W)」経験と、生活上の「悩みの種 (A, B, C, E, G, I)」に対応した経験によって、胃全摘体験者が「幾通りもの方法 (B, E, Q, U)」を自分に蓄えること、一般的な方法を「自分の生活に合うものにする (D, E, F, G, J, P, W)」こと、方法を「自分のものにする (B, F, J, N, Q, R)」ことであった。

3. 【養生で会得する経験知】

【養生を通して育む経験知】は、指導通りの養生から、自分に合わせて行う養生に移り、胃のない身体で生活するための知恵を創り、それを身につけるプロセスを表した。具体的には、胃全摘体験者にとって術後の生活は、＜そうするしかない状況での習慣化＞が求められ、それに＜現在進行形＞で対応するプロセスであった。また、退院後、最初は、医療者からの指導通りの養生法で対応したが、生活の経験を重ねるなかで、＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞を出し、＜自分に合わせて行う養生の修業＞に切り替え、その結果、＜養生を通して会得する生活の知恵＞を身につけることであった。

【養生を通して育む経験知】は、＜そうするしかない状況での習慣化＞、＜現在進行形＞、＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞、＜自分に合わせて行う養生の修業＞、＜養生を通して会得する生活の知恵＞の5つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、5つのサブカテゴリーについて、順に説明する（表4参照）。

表 4. 【養生で会得する経験知】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
そうするしかない状況での習慣化	胃の喪失による必然性	DEILNOUV
	知らなかったマナーが常識となる	BCDGLSU
現在進行形	動的で持続的な身体の反応	ABCDEFGHIOSW
	とり返しのつかない喪失	BDHO
	一生背負う覚悟	BCDEFGLOUV

養生は理論通りでなくてよいという結論	理論通りにはいかない身体の反応	A I P T V
	十人十色の術後	A B D E F M P T U V W
	指導通りから自分の養生への踏みだし	B D E G H J K M O Q U V
自分に合わせて行う養生の修業	胃がないのだから仕方がないという論し	B D E F J O P U W
	自分がやるしかない	C E F G H I J M P R
	指導通りの養生を自分の生活にあてはめる	A C E F N O P R S U W
	判断基準の切り替え	A B D E G H N O U V
	借りものではない自分の方法を創る	B C F J K L M O P Q R U
	経験が導く世界	A D E F I O P R T U
	自然と季節の養生への関わり	A B G H I J K L M P Q R S T V W
養生を通して会得する生活の知恵	地域に暮らし地道な対応がつくる生活の知恵	C E F G H Q R
	自分の身体の反応からつくる生活の知恵	E F H M T U V
	だんだんにわかってくる	B C E F L O Q T U W
	胃全摘体験者にとっての生活の知恵	A B C D E F G H I J L M O P Q T U W
	その人の必然性と独自性が融合した知恵	B C D F H I K M O Q R

1) <そうするしかない状況での習慣化>

<そうするしかない状況での習慣化>は、胃を喪った身体の反応に応じ日常生活動作を変更しなければならないこと、求められる変更は、胃全摘体験者の身体的反応に規定されることを表した。具体的には、“胃の喪失による必然性”によって、胃全摘体験者の日常生活行動は、術前は“知らなかったマナーが常識となる”様式で習慣化されることであった。

<そうするしかない状況での習慣化>は、“胃の喪失による必然性”、“知らなかったマナーが常識となる”の2つの概念を含んだ。

“胃の喪失による必然性”は、胃の喪失によって、必然的に起こった身体や生活の変化を表した。具体的には、胃全摘術後は必然的に、「食事量の減少（全対象者）」、それによる「体力の低下（全対象者）」、「見た目の変化（J, S, T, V, W）」が起こることであった。また、「空腹感の消失（L, U）」、「スーパーマーケットでの動線の変化（V）」、「旅行や会食でも変わらない食事の1回量（E, I, N, O）」、「食後2,3時間後の震えや動悸（B, F, L）」、「工夫と言うより必然的に決まったおにぎりの大きさ（D, O）」などであった。

“知らなかったマナーが常識となる”は、手術前の生活に認められなかった行動が、術後の生活においては常識となり、それが習慣となることを表した。具体的には、手術前は、食事を残すことは失礼なことと受けとめていたが、術後は、「食事がどれ程残っていようと、満腹になったらそこで食事を止める（D, U）」ことが常識となることであった。また、「胃を喪った人の症状を防ぐため、捕食と飲み物を持参する子ども連れのような外出（G, L）」をすること、「睡眠中の逆流予防のため、上半身を高くして眠る（B, C, L）」ことが常識となったことであった。

2) <現在進行形>

<現在進行形>は、手術から何年が過ぎようと、胃がんとその治療である胃全摘術の影響は続くので、その持続的な影響に胃全摘体験者は、現在進行形で対応することを表した。具体的には、胃全摘後の身体的反応は“動的で持続的（な身体の反応）”であることを経験し、胃全摘術は“とり返しのつかない喪失”であることを認め、このような状況や身体を“一生背負う覚悟”することであった。

<現在進行形>は、“動的で持続的な身体反応”、“とり返しのつかない喪失”、“一生背負う覚悟”の3つの概念を含んだ。

“動的で持続的な身体反応”は、胃全摘体験者の身体的反応は、動的であり、手術から時間が経過しても持続的であることを表した。具体的には、手術からの時間の経過によって、胃全摘体験者の「心と身体が自然に癒える（A, J）」ため、生活上の問題は収束に向かったが、その一方、「睡眠中の逆流（B, C, E, L, S）」や「イレウス（C, D, G）」などの、「胃を喪った身体反応は、手術から10年が過ぎても残る問題（B, D, I）」であった。また、胃全摘体験者の悩みの種は、「手術からの時間（A, D, F）」、「一日の時間帯（B, L, O）」によって、「動きがある（B, F, W）」ものであり、「何年も持続する（B, C, D）」ものや、「一生続く（A, E, F）」ものがあるため、胃全摘体験者は、「油断大敵（D, O, S）」と認識していた。

“とり返しのつかない喪失”は、胃全摘体験者が生活を通して、胃の喪失はとり返しのつかない喪失であると、認めたことを表した。具体的には、胃全摘術後、「訓練すれば胃が膨らむ（B, D, O）」かもしれないと期待した胃全摘体験者が、術後の生活を通して、「胃をなくしたことは取り返しがつかないこと（B, H）」であると認めたことであった。

“一生背負う覚悟”は、手術から何年が過ぎようと、胃全摘術の影響は続くと認識し、それとつき合っていくという胃全摘体験者の覚悟を表した。具体的には、手術から何年が過ぎようと、術後の身

体の反応から「解放される (G, U)」ことはないため、「胃を喪った身体に、現在進行形につき合う (B, D, E, F)」こと、「困難に耐え続ける (B, C, D)」ことが必要であると、胃全摘体験者が受けとめたことであった。そして、胃を喪った身体とその反応について、「一生背負う覚悟をする (B, G, L, O, V)」ことであった。

3) <養生は理論通りでなくてよいという結論>

<養生は理論通りでなくてよいという結論>は、養生の経験を通して胃全摘体験者が、養生は理論通りにしなくてよいという結論を出したプロセスを表した。具体的には、生活を通して“理論通りにはいかない身体の反応”を経験し、同じ手術を受けても“十人十色の術後”であることを認め、“指導通りから自分の養生への踏みだし”を行うプロセスであった。

<養生は理論通りでなくてよいという結論>は、“理論通りにはいかない身体の反応”、“十人十色の術後”、“指導通りから自分の養生への踏みだし”の3つの概念を含んだ。

“理論通りにはいかない身体の反応”は、術後の生活を通して、胃全摘体験者が、術後の身体は理論通りにはいかないと認めたことを表した。具体的には、退院後間もない頃は、胃全摘術後についての「理論 (D, I, L, P, V)」や、「一般性 (N, P)」に基づいた「指導通りの養生 (B, E, F, J, V)」を行っていた。しかし、養生を通して、「理論通りにはいかない身体の反応 (A, I, V)」を経験し、「理論は、お話としては大事である (P)」が、人の身体は「パンフレット通りにはいかない (T)」ことを、胃全摘体験者が理解したことであった。

“十人十色の術後”は、他の胃全摘体験者と経験を共有することによって、胃全摘後の身体反応や変化は、胃を喪った人なら誰でも経験することであるが、同じ術式を受けたとしても、術後の経験とプロセスは一人ひとり異なること表した。具体的には、術後の経験を「他の同じ手術を受けた人やその家族と経験を分かち合う (E, F, G, H, J, O, U, W)」ことによって、胃全摘術後の経験は、「胃を喪った人みんなが通る道 (A, D, E, J)」であることを理解したことであった。その一方、胃全摘体験者一人ひとりの「病気や養生に対する考え方 (E, J, P)」、「胃がなくなった人の身体の反応(全対象者)」、術後の生活上の「悩みの種 (A, B, C, E, G, I)」、術後の「暮らし方 (B, F, J, Q)」、「術後の経過 (P, H)」などは、「十人十色 (B, D, E, F, M, P, T, U, V, W)」であると認めたことであった。

“指導通りから自分の養生への踏みだし”は、指導通りの養生を行ってきた胃全摘体験者が、自分の身体の反応や気持ちに沿う養生へと踏み出すこと、受け身から能動的な養生に踏み出すことを表し

た。具体的には、術後は十人十色であることを理解した胃全摘体験者は、「一般的に言われていることが、自分に当てはまるとは限らない (L, P, V)」ので、術後の身体や生活上の悩みは「他人の方法を真似してもだめで、自分で考えてその状況を克服する必要がある (J, Q)」と受けとめた。そして、「自分でつき合っていくしかない (E, K, M, O)」という意思をもって、養生を行うことであった。指導通りから自分の養生へ踏みだし、養生法を「切り替える (G, H, U, V)」ことを導くのは、自分の状況について「なぜと考える (D, E, M, U)」こと、「それはだめと制限されるが、私は食べたいのだから食べてもいいでしょう (B, E)」というように「自分の気持ちに気づき正直になる (B)」こと、養生は「一般性より、経験から得た自分自身はこんなものだという感覚を使う (J, Q)」ことであった。

4) <自分に合わせて行う養生の修業>

<自分に合わせて行う養生の修業>は、自分自身や、自分の生活に合った養生法と養生スタイルを見いだす努力を表した。具体的には、胃全摘体験者は、食事に関する苦悩について医師に相談すると、“胃がないのだから仕方がないという論し”を受けた。生活のなかで苦しんでいた胃全摘体験者は、最初は、医師のこのようにな論しを不満に思ったが、生活の経験を通し、やはり養生は“自分がやるしかない”と考えるようになった。そして、何となく行っていた“指導通りの養生を自分の生活にあてはめる”ことを行い、“判断基準の切り替え”を行い、一般性を重んじる養生から、自分の身体や気持ちに沿う養生へと移った。その結果、胃全摘体験者は、養生について“借りものではない自分の方法を創る”ことを成し、“経験が導く世界”をもつことができた。このプロセスには、“自然と季節の養生への関わり”が認められた。

<自分に合わせて行う養生の修業>は、“胃がないのだから仕方がないという論し”、“自分がやるしかない”、“指導通りの養生を自分の生活にあてはめる”、“判断基準の切り替え”、“借りものではない自分の方法を創る”、“経験が導く世界”、“自然と季節の養生への関わり”の7つの概念を含んだ。

“胃がないのだから仕方がないという論し”は、生活上の悩みについて相談した胃全摘体験者が、胃がないのだから仕方ないと、他者から論される経験を表した。具体的には、胃全摘術後の身体の反応について医師に相談すると、「悪いところ(がん)はとったから心配ないと、医師の判断や価値でおさえつけられる (D, E, W)」、「胃をとったのだから仕方がない (B, D, E, J, O, P, U)」、自分で「それとつき合っていくしかない (A, D, E, M, K, O)」と「論される (E,

F)」ことであった。このような医師の反応について、術後の「つらい思いをしていることを分かってもらえない (D, F, L, T)」、「頼みの綱が切られた (D, L, W)」と受けとめる体験者や、「医師がそういうのだから仕方ないと耐える (A, O, P, Q)」体験者が認められた。

“自分がやるしかない”は、術後の養生は、自分がやるしかないという胃全摘体験者の覚悟を表した。具体的には、退院して間もない頃の体験者は、「養生について他力本願 (D, E, R)」であり、「家族におんぶする (L, M, V)」態度であった。生活上の悩みは胃がないのだから仕方がないと周囲の人々から諭さる、「専門家の目や手から離れる (E, F, G, M, R)」環境での養生であったため、「与えられた条件の中で最善を尽くすことが重要 (H, P)」であり、養生は「自分に合わせて自分でやるしかない (C, E, I, J, Q)」という態度になったことであった。

“指導通りの養生を自分の生活にあてはめる”は、指導通りの養生を、胃全摘体験者が自分の身体反応と生活にあてはめて考え、適用することを表した。具体的には、指導通りの養生について、「自分の生活に照らし合わせて考える (O, S)」、「合うものを選ぶ (A, C, N, P, R)」、「優先度の高いものに対応する (A, U)」、やり方を「自分に合わせる (E, F, U, W)」ことであった。

“判断基準の切り替え”は、自分の状況をつかみ、人生途中からの生活習慣の変更に対応する方法として、理論や一般性を重んじる考えや態度から、胃全摘体験者自身の身体的反応や、気持ちを重んじることに切り替えることを表した。具体的には、「理論 (D, I, L, P, V)」や「一般性 (N, P)」、「他の人から判断を仰ぐ対応 (N, V)」から、「自分で判断して食べる (D, E, G, O, U)」行動、「自分の身体の反応を判断基準とする (A, B, G, N)」行動へ「切り替える (G, H, U, V)」ことであった。高齢者は、「養生の主体の切り替え (B, F)」、「回復状態に合わせた食事回数や内容の切り替え (E)」など、「切り替える力が弱い」ため、より具体的で、生活に合ったアドバイスが必要 (F, L)」であった。

“借りものではない自分の方法を創る”は、自分でやるしかない養生を通して、自分の養生スタイルと、日々の生活の出来事に対応する自分の方法を見出すプロセスを表した。具体的には、身体的反応や、気持ちに沿う「養生の修業 (C, I, R)」を行い、「自分の案配 (Q)」、「加減 (F, L)」、「身体のサイン (K, L, M, P, U)」、「調子を見る自分のバロメーター (M, U)」など、「自分にしかわからない領域 (B, F)」を働かせ、「身体と内臓の感覚をつかむ (C, L, M, O, P, R)」ことをして、それを覚えるプロセスであった。そして、「覚えた反応を使う (J, U)」ことによって、「これですつと行ってみよう」と考える養生のスタイルをもつ (C, J, Q)」プロセスであった。

“経験が導く世界”は、胃全摘術後の日々の生活に対応してきたことによって、胃全摘体験者が、自分の言葉で語るできるようになった経験知と見通しを表した。具体的には、「腸が詰まるとはそういうこと (A, D, E, P)」のように、身体の反応について「言葉で説明する (E, F, O, P, R, U)」力や、自分に起こっている「状態を頭に描く (A, I, R)」力を身につけ、「医療者のパンフレットでは間に合わない胃全摘体験者の世界、経験したからこそものが言える世界 (T)」をもつことであった。また、「時間をかけて身体を回復させた経験がつくる見通し (E, R, U)」をもつことであった。

“自然と季節の養生への関わり”は、自然と季節は、養生に影響を及ぼすものであると、胃全摘体験者が認めていたことを表した。具体的には、胃全摘体験者は養生に耐えるなかで、周囲に広がる自然の影響を受けて、「命の有限性 (P)」、「生きていることに対する喜びと感謝 (A, M)」、「生命力の強さ (H, I, Q, S)」を感じとり、「与えられた寿命を生きる気持ち (P)」を抱くことであった。また、「心と身体が自然に癒える (A, J)」経験をしたことであった。胃全摘体験者は、長袖で過ごす季節は、「他者の目から保護される (J, T)」季節であるが、半袖の季節は、他者に「痩せた身体がさらされる季節 (V, W)」であり、「知人に会いたくない (J, K, T)」、「外出したくない (L, V, W)」という気持ちになる季節であると受けとめられていた。

5) <養生を通して会得する生活の知恵>

<養生を通して会得する生活の知恵>は、自分に合わせてやるしかない養生を行い、借りものではない自分の知恵を会得するプロセスを表した。具体的には、養生を通して、“地域に暮らし地道な対応がつくる生活の知恵”と、“自分の身体の反応からつくる生活の知恵”を身につけるプロセスであり、身体の反応について“だんだんにわかってくる”プロセスであった。“胃全摘体験者にとっての生活の知恵”は、“その人の必然性と独自性とが融合 (した知恵)”して生み出されるものであった。

<養生を通して会得する生活の知恵>は、“地域に暮らし地道な対応がつくる生活の知恵”、“自分の身体の反応からつくる生活の知恵”、“だんだんにわかってくる”、“胃全摘体験者にとっての生活の知恵”、“その人の必然性と独自性とが融合した知恵”の5つの概念を含んだ。

“地域に暮らし地道な対応がつくる生活の知恵”は、自分の地域や環境のなかで暮らし、暮らしの出来事に地道に対応することが、胃全摘体験者として生活する力となることを表した。具体的には、

「患者から地域住民となる (B, G, V)」ことは、「生きるための栄養や情報を得る (F, H, Q)」ため、「自分の土地と地域に根を張ることが必要 (G, R)」であった。そのため、胃全摘体験者は、「自分が生きてきた畑 (技術者なら技術の畑) を耕し続ける (C, E, H)」ことをして、「自分の家と家族、地域と地域に住む人々を大切にする (C, F, H)」態度で、人々と「信じて頼る、信じて頼られる関係でつながる (R)」ことをした。「地域に暮らし、地道に自分でコントロールする努力 (F)」をして、「世間の風当たりに負けない力をつける (M, Q)」ことをした。

“自分の身体の反応からつくる生活の知恵”は、地域に暮らし、地道に術後の変化に対応した経験によって、胃全摘体験者に生活の知恵が身につくことを表した。具体的には、「自分に合わせてやるしかない (C, E, I, J, Q)」「養生の修業 (C, I, R)」を行い、「胃のない身体で生きていくための生活の知恵 (E, F, U)」として、「日常生活の方法 (H, M, V)」を身につけることであった。日常生活の行動を、術後の自分に「できる形、できるやり方に直す (H, M, T, V)」ことによって、日常生活を回せるようにした。ある胃全摘体験者は、「低下した体力で持ち上げられるように、コンテナを小さいサイズに変えて、生きがいである農作業を続ける (H)」ようにした。

“だんだんにわかってくる”は、術後の身体的反応とその対応について何もわからなかった胃全摘体験者が、日々の養生を通して、知識と経験が結びつき、だんだんにわかってくるプロセスを表した。具体的には、術後の身体的反応について「お話しのなかの理解 (F, U)」レベルであった胃全摘体験者が、養生の経験によって「ああ、これがそうか (B, E, F, L, O)」という「知識と経験が結びついた理解 (E, F, W)」を経て、「だんだんにわかってくる (C, Q, T, U)」ことであった。

“胃全摘体験者にとっての生活の知恵”は、その人の養生によって、その人のものとして創られた生活の知恵を表した。具体的には、「その人の素性 (E, M)」や「その人が生きてきた過程が基盤となつて (る) (G, M, P)」、「その人のものとして創られる (B, F, J)」知恵であった。また、「術後に経験したことについてのその人の道理 (A, E, F, I, L, W)」であり、「元気を取り戻していくプロセス (A, F)」に関わるものであった。さらに、胃全摘体験者の生活の知恵は、養生の「経験によって自分に蓄えられる (B, C, D, E, F, O, Q)」ものであり、「食事が詰まったらどうしようから、詰まってもいいから食べよう (B, T)」というように、胃全摘体験者の「気持ちや行動が前向きになる (B, F, G, H, I, M, O, P, Q, U)」方へ導くものであった。

“その人の必然性と独自性とが融合した知恵”は、胃全摘体験者の生活の知恵は、胃全摘術による必然性と、胃全摘体験者その人の

独自性との融合によって創られることを表した。具体的には、生活の知恵は、「胃がなくなった人の身体の反応（全対象者）」のような「胃の喪失による必然性（D, O）」と、「これが私という人間（B, G, I, K）」、「哲学（H）」、「信念や価値観（R）」、「暮らし方（B, F, J, Q）」など、その胃全摘体験者の「独自性（C, M, O）」との「融合（R）」によって創られるものであった。

4. 【養生を通して知る自分】

【養生を通して知る自分】は、胃全摘体験者が養生を通して、病気とその養生にはその人のそれまでの生き方が反映されることを認めること、自分自身について理解を深めること、あるいは自分の新たな面を知ることを表した。具体的には、＜術後もつきまとうがんの心配＞に苦悩する経験と、それへの対応を通し、胃全摘体験者は、自分について理解を深めたり、自分についての新たな面を見出したりすることであった。また、それまでのその人の生き方が＜養生に反映される（その人の生き方）＞こと、＜養生に（重要な）心の持ち方＞が重要であることを認め、＜がんという病気から解放される努力＞を行うことであった。

【養生を通して知る自分】は、＜術後もつきまとうがんの心配＞、＜養生に反映されるその人の生き方＞、＜養生に重要な心の持ち方＞、＜がんという病気から解放される努力＞の4つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、4つのサブカテゴリーについて、順に説明する（表5参照）。

表 5. 【養生を通して知る自分】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
術後もつきまとうがんの心配	がんの再発転移の心配	ABCDEFGHIJKMOPQTUVW
	がんが子どもたちの方へいく心配	ABCFGLOQTUV
	子どもたちを恐がらせる自分のがん	BCGOT
	明日はどうなるかわからない不確かさ	AEFJOTU
養生に反映されるその人の生き方	生きてきた過程での対応	AEHIMRU
	人生で培った力を活用する養生	BFUV
養生に重要な心の持ち方	皆が通る道	ACELMNPUV
	生活万物に通じる心の持ちよう	FPRT
	前に進むための心の持ちよう	ABCDEHIMOPRW

がんという病気から解き放たれる努力	病気に心を引きつける胃切除障害	ABDEFHMOSU
	胃全摘体験者にとっての百人力	ABCDEFGHIJKLMQUV
	自然から受ける恩恵	FGHQ
	病気から意識をそらす自分の方法	ABEFGHQSUVW

1) <術後もつきまとうがんの心配>

<術後もつきまとうがんの心配>は、がんという病気は、再発転移する性質をもつことから、胃全摘体験者は、手術から時間が経過しても病気から自由になることができないと感じ、苦悩していることを表した。具体的には、胃全摘体験者は、がん治療を終えた人であるが、“がんの再発転移の心配”と、“がんが子どもたちの方へいく心配”に苛まれていることであった。また、自分のがんが“子どもたちを恐がらせる（親のがん）”こと、“明日はどうなるかわからない不確かさ”に苦悩していることであった。

<術後もつきまとうがんの心配>は、“がんの再発転移の心配”、“がんが子どもたちの方へいく心配”、“子どもたちを恐がらせる親のがん”、“明日はどうなるかわからない不確かさ”の4つの概念を含んだ。

“がんの再発転移の心配”は、手術から時間が経過しても、胃全摘体験者は、がんが再発するのではないかと、あるいは転移するのではないかとこの心配をもち続けていることを表した。具体的には、「がんは治療から5年が過ぎれば治ったとみなされる（A, B, C, D, F, I, M, O, W）」が、「がんの再発転移について心配がつきまとう（A, B, C, D, E, F, J, K, M, O, P, Q, T, U, V, W）」ため、「何年が過ぎようと泥濘のなかにいる（U）」ように感じ、「再びがん患者にもどる（F, J, O）」のではないかと苦悩していることであった。

“がんが子どもたちの方へいく心配”は、遺伝子の病気であるがんを、子どもたちが受け継いでしまうのではないかとこの心配を表した。具体的には、「がんの家系である（A, C, G, L, U）」場合や、「親ががんである場合は、その子どもはがんになる確率が高い（B, C, G, O, Q, T）」と、胃全摘体験者は認識しており、親の「がんという病気が子どもたち方へいく（B, C, F, O, V）」ことを心配する感情であった。

“子どもたちを恐がらせる親のがん”は、胃全摘体験者は、自分のがんが子どもたちを恐がらせている事実を受けとめ、申し訳ないと罪悪感を抱いていることを表した。具体的には、「自分のがんが子どもたちを恐がらせている（B, C）」ことに対し、子どもたちに「大

変申し訳ない (B, O, T)」と苦悩していることであった。胃全摘体験者は、リスクの高い「家族をがんから守る (C, O)」ため、「年に1度は家族が健康診断を受ける (B, C, G, O)」ことを促し見守ることを行っていた。

“明日はどうなるかわからない不確かさ”は、がんという病気の不確かさで苦悩していることを表した。具体的には、「今は元気であるが明日のことは誰にもわからない (A, E, T)」状況であると受けとめ、胃全摘体験者は、「私もあの人のように、いずれ病状が悪くなるかもしれない (F, J, O)」、「次の新しいがんができて、再び病人にもどってしまうかもしれない (O, U)」という不確かさで苦悩していることであった。

2) <養生に反映されるその人の生き方>

<養生に反映されるその人の生き方>は、病気とその治療の経験は、その人の人生の一部であり、それへの対応は、その人の人間性、生きざまをつくる行動に重なることを表した。具体的には、胃がんという病気と胃全摘術後を生きるということは、その人が“生きてきた過程で(の)対応”することであり、“人生で培った力を活用して(する)養生”することであった。

<養生に反映されるその人の生き方>は、“生きてきた過程での対応”、“人生で培った力を活用する養生”の2つの概念を含んだ。

“生きてきた過程での対応”は、病気とその治療、養生は、胃全摘体験者その人の人間性や、生き方が反映されることを表した。具体的には、「自分はこういう人間だから、こういう生き方をしよう (E, H, I, M)」、「これまでの人生は、逃げないでやってきたのだから、病気になっても逃げない (A)」が代表するように、胃がんと胃全摘術後を生きる態度は、胃全摘体験者その人の「人生の縮図 (M)」であり、その人の「人格の反映 (R)」であり、「これまでの生き方の反映 (U)」であり、「これまでの生き方の延長上での対応 (R, U)」が基盤となることであった。

“人生で培った力を活用する養生”は、胃全摘体験者は、それまでの人生で培った力を使い、活かすようにして、養生を行うことを表した。具体的には、ある胃全摘体験者は、「仕事で培った状況を読む力を、病気の対応に活用する (U)」ことを行い、別の胃全摘体験者は、「家族の介護、看取り体験があったからこそ、自分のがんに対し毅然とした態度がとれた (B, F, U, V)」と、自分の態度を意味づけていた。

3) <養生に重要な心の持ち方>

<養生に重要な心の持ち方>は、術後の養生において一番重要なものは、心の持ち方であるという体験者の受けとめを表した。具体的には、胃全摘術後の生活は、胃全摘体験者“皆が通る道”であり、このプロセスは、“生活万物に通じる心の持ちよう”が重要であると受けとめられていた。胃全摘体験者は、“前に進むための心の持ちよう”を意識して生活していた。

<養生に重要な心の持ち方>は、“皆が通る道”、“生活万物に通じる心の持ちよう”、“前に進むための心の持ちよう”の3つの概念を含んだ。

“皆が通る道”は、術後の生活は、胃を喪った人皆が通る道であると、胃全摘体験者は受けとめていることを表した。具体的には、術後の生活で経験することについて、胃全摘体験者は、「私だけのことではない (A, C, D, F, G, I, K, L, M, N, O, P, Q, T, U, W)」、
「胃を喪った人なら誰でも体験していることなので、私も何とかなるだろう (A, D, E, M, N, P)」、
「みんなが通る道なら私も頑張れるかもしれない (F, Q)」、
という受けとめていることであった。

“生活万物に通じる心の持ちよう”は、術後の生活をどう生きるかについて考えると、一番重要なのは心の持ち方であると、胃全摘体験者は認識していることを表した。具体的には、「先人の知恵が、病は気からと教えている (F, P)」ように、「養生や苦しみに耐えることを可能にするのは心の持ち方である (R, T)」と、胃全摘体験者は認識していた。心の持ち方が一番重要であると受けとめた理由は、「その人の意思の問題 (R)」であり、「心の持ち方は生活の万事に通じる (R)」からであった。

“前に進むための心の持ちよう”は、術後の生活において、胃全摘体験者は、心が前を向くように心がけていることを表した。具体的には、「仕方がないと耐える (A, D, E, O, P)」、
「生かしてもらった命に感謝して生きる (C, H)」、
「自分に都合よく状況を解釈する (B)」、
「医師を信じてくよくよしない (I, M, P)」、
「なるようにしかならないと割り切る (E, H)」
ことをして、「前に進まなくてはいけないという意思 (W)」をもち、「気持ちや行動が前向きになる (B, F, G, H, I, M, O, P, Q, U)」ように心がけていた。

4) <がんという病気から解放される努力>

<がんという病気から解放される努力>は、胃全摘体験者は、胃がんという病気から解放されたいという気持ちをもっており、そのための行動をしていることを表した。具体的には、術後の生活においては、胃術後障害が“病気に心を引きつける (胃術後障害)”

ものであったため、胃全摘体験者は、“胃全摘体験者にとっての百人力”や、“自然から受ける恩恵”によって、“病気から意識をそらす自分の方法”を見出し、実践していた。

〈がんという病気から解き放たれる努力〉は、“病気に心を引きつける胃術後障害”、“胃全摘体験者にとっての百人力”、“自然から受ける恩恵”、“病気から意識をそらす自分の方法”の4つの概念を含んだ。

“病気に心を引きつける胃術後障害”は、生活において経験する、様々な胃術後障害とそれへの対応によって、胃全摘体験者の心は、胃がんという病気と胃全摘術のことに引きつけられる状況を表した。具体的には、胃全摘体験者にとって「身体の症状は心を病気のこと

に引きつける (A, D)」ものであり、「精神的に落ち込む (A, D, M, O, U)」原因であった。一方、「胃がなくなった人の身体の反応 (全対象者)」が緩和する、あるいは、「胃を喪った身体の反応に、自分の方法で対応できる (A, B, E, U)」と、胃全摘体験者は「気持ちが安らぐ (F, H, V)」ようになり、「病気を忘れる時間が増えた (B, D, O, S)」。

“胃全摘体験者にとっての百人力”は、胃がんの診断から今日まで、どんなときも励まし続けてくれたものであり、その人にとって、百人力を得たように感じられる支えを表した。具体的には、百人力の内容は、胃全摘体験者一人ひとりで異なっていたが、「前向きな気持ちと態度 (A, M, P, Q)」に代表されるように、胃全摘体験者その人の内面的な力であり、自分の「居場所 (A, K)」に代表されるように、外的な空間から得る力であった。また、「家族の存在 (C, G, H, L)」、「同じ体験をした人との関わりを自分のプラスにする (D, E, F)」に代表されるように、対人的な関わりから得る力であった。さらに、「回復を実感する安心 (A, B, C, V)」、「何でも相談できる家庭医の存在 (G, U)」に代表されるように、胃全摘体験者に安心感を与えてくれるものであった。

“自然から受ける恩恵”は、胃全摘体験者の心を癒やしたり、病気や自分以外のことへと心を動かしたりする、自然がもつ力を表した。具体的には、「自然と対話する (F)」ことによって、「心が動き、体調を整える (F)」、「自然に癒される (H, Q)」経験であった。「自然の中に生かされている人間や生物 (H)」は、「何とちっぽけなこと

で悩んでいるのかと、自然が、自分中心の考えや、人間中心の考えから目をそらしてくれた (Q)」という経験であった。自然に導かれるように、家に閉じこもっていた胃全摘体験者が、「土の香りにうれしくなって外に出る (F)」ことができたり、「春の訪れを知らせる山の兆候を見て、やらねばならぬ時が来た」と外に出て畑仕事を始めた

(G)」りしていた。

“病気から意識をそらす自分の方法”は、術後の生活は、胃がんとその治療、胃術後障害のことに心が引きつけられる状況であり、胃全摘体験者は、それらから意識をそらす努力を行っていることを表した。具体的には、自分にとっての「至福の時間をもつ (G, Q)」ことによって、「病気を忘れる (M, N)」時間をもった。また、「自分のストレス解消法を行う (B, D, W)」、「医師の大丈夫という言葉に安心し、次の外来までは仕事や自分の生活に専念する (H, U)」、「がんになってしまったのは仕方がないと開き直る (L)」、「がんは治ったと信じる (A, J, M)」などの方法で、「心や身体を和ませる (F)」ことを行った。

5. 【胃を喪った身体で生きる覚悟】

【胃を喪った身体で生きる覚悟】は、日々の養生によって身につけた知恵と、見出した見通しによって自信をとりもどし、胃を喪った身体で生きていくことを覚悟する態度を表した。具体的には、＜がんからの生還＞によって、手術前の自分と、あるいは患者としての自分と＜区切りをつける＞ことをして、養生の経験によって＜胃全摘体験者として自律する＞ことを果たし、＜胃はなくても生きていけるという自信＞をもち、＜胃を喪った自分を受け入れる＞プロセスであった。

【胃を喪った身体で生きる覚悟】は、＜がんからの生還＞、＜区切りをつける＞、＜胃全摘体験者として自律する＞、＜胃はなくても生きていけるという自信＞、＜胃を喪った自分を受け入れる＞の5つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、5つのサブカテゴリーについて、順に説明する（表6参照）。

表 6. 【胃を喪った身体で生きる覚悟】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
がんからの生還	生還という言葉の意味	ABCEFGHIJKORQ
	生きるための選択	ACKRU
	がんから生還できた理由	ABCEFGHIMNOPQS
区切りをつける	手術前の自分に区切りをつける	BCDEFGHJU
	患者であることに区切りをつける	全対象者
胃全摘体験者として自律する	他人事から自分のことになった養生	CEFJLMQV
	自分の医療に責任を持つ	CEIJNOQ
	身の丈に合わせた生活	BCDEFJMR

胃はなくても生きていけるという自信	何をしても支障がない身体からの自信	ABC FHMPU
	胃がなくても大丈夫と思えることが頑張りの源	ABCDFGHIJMNOPQTV
	胃はなくても生きていこう	ABCDFGHIJMOPQRST
	大丈夫と言葉で言い切る回復	ABC GPU
	糸が切れる	ABEFIJMNQSUW
胃を喪った自分を受け入れる	与えられた条件を引き受ける	HINOQ
	胃がなくなった自分の受け入れ	BCHOPUW
	自分を受け入れることが生活に及ぼす影響	BCFGHOPRUW

1) <がんからの生還>

<がんからの生還>は、胃がんと胃全摘術後の生活において、いま生きているという実感を通し、がんからの生還について胃全摘体験者が行った意味づけを表した。具体的には、胃全摘体験者が表現した“生還という言葉の意味”を考えることを通し、胃全摘体験者が、胃全摘術は“生きるための選択”であったことを認め、自分が“がんから生還できた理由”を見出したことであった。

<がんからの生還>は、“生還という言葉の意味”、“生きるための選択”、“がんから生還できた理由”の3つの概念を含んだ。

“生還という言葉の意味”は、胃全摘術後、生還できた人がいる一方、生還できなかった人もいる現実を経験し、自分がいま生きていることの意味を考えていることを表した。具体的には、胃全摘体験者は、「現代は早期発見できれば、胃がんとこの病気は生還できる病気である(A, C, I, K)」こと、「がんから生還できた人と生還できなかった人(B, E, J)」がいる現実を経験した。この経験から、「生還を果たせなかった人がいることを忘れない(C, O)」で、「手術治療を受けることができた幸運(F, Q)」と、「いま生きていることに感謝する(A, B, G, H, R)」ことをして生きることが、「いま生きている者の使命(B, C, E, F, Q)」と考えた。

“生きるための選択”は、胃全摘術は生きるための選択であったことを、胃全摘体験者が認めていることを表した。具体的には、胃全摘術は、体験者にとって「悩んだいのちの問題(C, K)」であり、「生きるための選択(A, C, R, U)」であった。「手術前も手術後も悩んだけれど、胃全摘術を受けて良かったと思った(B, C, Q)」ので、「胃がなくなるということはこんなに大変なこと(A, C, D, E, F, H, I, J, K, N, O, P)」であるが、「何にも耐えて絶対に治ろうという

気持ち (Q)」であった。

“がんから生還できた理由”は、胃全摘体験者が、がんから生還することができたことと認めた理由を表した。具体的には、「医学の力 (C, S)」、「がんの早期発見と治療 (I, N)」、病気と養生に対する「前向きな気持ちと態度 (A, M, P, Q)」、「生きる気持ちや養生の困難を支えてくれた百人力 (B, G)」、「健康を維持するための自分の方法 (A, E, F, H, O)」、「運 (B, M)」などであり、胃全摘体験者一人ひとりでその内容は異なっていた。

2) <区切りをつける>

<区切りをつける>は、胃全摘体験者が、これまでとは異なる展開を創ろうと、それまでの行動パターンや習慣に、あるいは、患者であるという認識に区切りをつけることを表した。具体的には、養生のプロセスを通し、胃全摘体験者が、“手術前の自分に区切りをつける”こと、“患者であることに区切りをつける”ことであった。

<区切りをつける>は、“手術前の自分に区切りをつける”、“患者であることに区切りをつける”の2つの概念を含んだ。

“手術前の自分に区切りをつける”は、胃の喪失によって生じた変化や、手術からの時間の経過に伴って生じた変化を受けとめ、手術前の自分にもどろうとする行動に区切りをつけることを表した。具体的には、胃のない身体で暮らした経験によって、胃全摘体験者が「胃のある時代 (C)」に「区切りをつける進み方をする (G, H)」ことであった。「もとの自分にもどりたいと養生してきたが、今の自分を否定しても仕方がない (B)」、「胃の代わりはないのだから手術前の自分にはもどることができない (D, U)」と認識し、「手術前にはもどらないという納得や覚悟が区切りをつける (E, H)」ことであった。「手術前の自分に区切りをつけて、胃を喪う意味を知らなかった自分を許す (F, J)」ことであった。また、手術からの時間の経過によって、「何をやっても差し支えがない身体であることを認めた自で、区切りをつける (C, H)」ことができた胃全摘体験者も認められた。さらに、「がんという病気は5年で一区切りがつく (G)」というような、医療者の評価で区切りをつけられる経験をしていることが認められた。

“患者であることに区切りをつける”は、胃全摘体験者が、患者であるという認識に自ら区切りをつけることを表した。具体的には、手術からの時間の経過に伴い、自分自身は「もう患者ではない (全対象者)」と区切りをつけ、胃全摘体験者としての「ベテラン (B, I, R)」、「一人前 (A, C, E)」、「がんからの生還者 (B, D, F, I, S)」、「手術から5年が経過するのを目指す者 (T, U, V, W)」、「がんを体

験した者 (F, N, O, Q)」、「がん負けしなかった者 (H, J, L, M)」であると認識するようになった。

3) <胃全摘体験者として自律する>

<胃全摘体験者として自律する>は、術後の養生を通して、自分の力で生活することができるようになる変化を表した。具体的には、胃を喪った身体の反応と養生法について何もわからない状態であった胃全摘体験者が、生活の経験と手術からの時間の経過によって、“他人事から自分のことになった養生”の段階を経て、“自分の医療に責任を持つ”態度をもち、その人にとって“身の丈に合わせた生活”をするようになる変化であった。

<胃全摘体験者として自律する>は、“他人事から自分のことになった養生”、“自分の医療に責任を持つ”、“身の丈に合わせた生活”の3つの概念を含んだ。

“他人事から自分のことになった養生”は、術後の養生に対して、他人事・人任せ・受け身という態度であった胃全摘体験者が、生活の経験を重ねることを通して、自分のこととして受けとめ、主体的に関わる態度に変化することを表した。具体的には、「最初は他人事だった術後の養生が、一つ一つ経験していくうちに自分のことになった (F)」という変化であった。また、退院後間もない頃は、養生について「家族におんぶする (L, M, V)」態度であったが、「生活の経験を重ねるうちに、自分のできる範囲で、その人の暮らし方で、やるしかない (J, Q)」と考えるようになり、「がんだからと言って家族に頼りすぎないようにする (C)」態度になり、「自分の病気のごとは自分から動く (E)」行動をとるように変化したことであった。

“自分の医療に責任を持つ”は、医療を受ける者として対処する力を身につけ、自分の医療に対し責任を持つようになる変化を表した。具体的には、生活の経験を通して、養生は「自分に合わせて自分でやるしかない (C, E, I, J, Q)」、「養生は自分で対策を考え行動するしかない (O)」、食事管理と対応が「上手くいかないのは自分が悪いと受け止める (N)」ようになり、「責任を自分におく (N)」態度になることであった。また、「自分なりに医師を育てよう (E)」という態度で、医療に関わるようになることであった。

“身の丈に合わせた生活”は、胃全摘術後の経過や経験は、一人ひとりで異なることをわきまえ、自分に合った生活を創造するプロセスを表した。具体的には、「夫婦の生活を基盤とする (C)」など、その体験者が自分の「信念や価値観に従う (R)」態度で、「他の人の暮らし方を尊重するとともに、自分の個性も大切にする (B, D, E, F, J)」態度で、「自分にマッチした生活を目指す (M)」ことであっ

た。

4) <胃はなくても生きていけるという自信>

<胃はなくても生きていけるという自信>は、自分の身体に対する自信が回復することによって、胃を喪った自分自身に対する自信を回復させるプロセスを表した。具体的には、“何をしても支障がない身体からの自信”は、胃全摘体験者にとって、“胃がなくても大丈夫と思えることが頑張りの源”となり、“胃はなくても生きていこう”と考え生活するプロセスであった。“胃はなくても生きていこう”という考えと態度になった胃全摘体験者は、周囲の人々に“大丈夫と言葉で言い切る回復”を果たした。しかし、いつものことをいつも通りに行う日常の中で、“糸が切れる”状態を経験することもあった。

<胃はなくても生きていけるという自信>は、“何をしても支障がない身体からの自信”、“胃がなくても大丈夫と思えることが頑張りの源”、“胃はなくても生きていこう”、“大丈夫と言葉で言い切る回復”、“糸が切れる”の5つの概念を含んだ。

“何をしても支障がない身体からの自信”は、術後の自分について、手術前よりマイナスになった、レベルが低下したと受けとめた胃全摘体験者が、自分の身体は生活に支障がないと認めることによって、自信を回復させることを表した。具体的には、「体重が回復しないと心配する (G, I, J, L, S)」胃全摘体験者が、医師の言う通り、自分の身体は「体重は回復しないが、何をしても差し支えない身体 (C, H)」であることに気づくことによって、「体重は回復しないが、何の問題があるだろうか (A, C, M, P)」と考えることができるようになり、「自分自身に対する自信がもてた (B, C, F, H, U)」ことであった。

“胃がなくても大丈夫と思えることが頑張りの源”は、胃はなくても大丈夫と思えることが、胃全摘体験者に、頑張ろうという前向きな気持ちや態度を導くことを表した。具体的には、生活のなかで「胃はなくても大丈夫 (A, I, M, N, P)」と思う経験は、「胃はなくても生きていける (A, B, C, D, F, G, H, I, J, M, O, P, Q, R, S, T)」という思いを支える、「頑張りにつながる (N, P)」、「頑張る力になる (V)」ことであった。胃全摘体験者は、「胃を喪った人なら誰でも体験していること、何とかなる (A, D, E, M, N, P)」と考える、「医師の大丈夫という言葉 (A, C, E, H, N, U)」を信じる、「胃のない身体で食べることができる (A, B, C, D, E, F, G, J, K, L, M, N, O, Q, T, U, V, W)」ようになった変化を認める、「モデルとなる人 (E, M)」をもつ、などを通して、「胃がなくても大丈夫」という気持ちをもつことができた。

“胃はなくても生きていこう”は、養生を通して、自分の身体や状況が良くなってきていること、胃はなくても大丈夫と認めることによって安心し、胃のない身体で生きる覚悟をすることを表した。具体的には、「回復を実感する安心 (A, B, C, V)」感と、「生活の知恵を得たことからの自信 (C)」によって、「胃はなくても生きていける (A, B, C, D, F, G, H, I, J, M, O, P, Q, R, S, T)」と考えることができるようになることであった。

“大丈夫と言葉で言い切る回復”は、養生のプロセスにおいて、家族や周囲の人々からかけられてきた大丈夫という言葉を使って、胃全摘体験者の方から彼らに対し、回復を宣言する行動を表した。具体的には、養生が進むなかで、胃全摘体験者に、「家族や身近な人々を安心させたい (B, C, G, U)」という気持ちが生じ、周囲の人々に対し、自ら「大丈夫という言葉を出す (A, C, P, U)」ことであった。大丈夫という言葉を受けとった家族や周囲の人々は、胃全摘体験者は、「自分から大丈夫と言えるところまで回復が進んだと安心(する) (G, P)」し、胃全摘体験者への関わり方が、「生活に手をかけ援助するやり方から、見守りに変化した (G, U)」。大丈夫という言葉を発表した時期は、「手術から1年半 (A, U)」の者、「手術から丸3年 (O)」の者がおり、個人差が認められた。

“糸が切れる”は、生活において、切れるところではないところで、胃全摘体験者の気持ちや行動が切れてしまうことを表した。具体的には、「気を張る (E, F, J, U)」、「頑張るしかない頑張る (A, I, Q, S, W)」毎日の養生のなかで、胃全摘体験者が、「糸が切れる (A, E)」経験をすることであった。「糸が切れた(る)」胃全摘体験者は、「自分はやっぱりだめだ (E)」という感情になり、「再び家に閉じこもる、挑戦を中断する (E)」状態になった。再び「挑戦する (A, D, E, F, G, J, M, O, P, Q, U)」気持ちをもつこと、「糸が切れる前の状態にもどる (E)」には、「勇気 (F)」、「パワー (U)」、「エネルギー (A, J)」、「楽しむ気持ち (J, Q)」、「生活をより良くしたい (A, B, C, G, V, W)」、「時間 (A, B, F)」などが必要であった。また、「家族に外に引っ張り出してもらおう (E, N)」、「自分のなかに何々したいという気持ちがわくような、周囲の働きかけ (F)」、誰かに「頑張りを認めてもらおう (A, B, M)」のような他者の関わりを要した。

5) <胃を喪った自分を受け入れる>

<胃を喪った自分を受け入れる>は、胃全摘術による変化を含め、胃を喪った自分を、それが自分になったと受け入れるプロセスを表した。具体的には、養生を通して、“与えられた条件を引き受けて(る)”生きる気持ちになり、“胃がなくなった自分を(の)受け入れ”るよ

うになることであった。また、“自分を受け入れることが生活に及ぼす影響”を経験することであった。

＜胃を喪った自分を受け入れる＞は、“与えられた条件を引き受ける”、“胃がなくなった自分の受け入れ”、“自分を受け入れることが生活に及ぼす影響”の3つの概念を含んだ。

“与えられた条件を引き受ける”は、養生を通して、胃全摘体験者が、自分の置かれた状況を引き受けることを表した。具体的には、胃がんという病気と胃全摘術後の反応に対応する胃全摘体験者が、「いのちは自然の流れそのものなので、その流れに身を任せて、その中で最善を尽くすしかない。なるようにしかならない。(H)」、「がんになってしまったことは仕方がないと開き直る(N, O, Q)」、というように、「そういう条件を引き受けて生きる(I)」と覚悟することであった。

“胃がなくなった自分の受け入れ”は、胃全摘術から時間が経過し、養生で生活の知恵が身についていくなかで、胃全摘体験者が、胃を喪った身体に一生涯つき合わなければならないと認め、胃をなくした自分を受け入れることを表した。具体的には、術後の生活を通して、「胃を喪うことはそういうものだとして受け入れる(O, U)」ことであり、「胃がない状態を腸が受け入れる(W)」ことであり、「手術後からの新しい習慣を含めて、それが自分になった(B, C, O)」と、「胃がなくなった自分を受け入れる(B, C, O, P, W)」ことであった。ある体験者は、「生きがいである農作業で触れた土を通して、手術前の自分と再びつながる感覚を得ることができた(H)」ので、「百姓である自分はどこにも行かず、ちゃんとここにいる(H)」と、「胃がなくなった自分を受け入れる」ことができた。

“自分を受け入れることが生活に及ぼす影響”は、胃を喪った自分を受け入れた胃全摘体験者は、養生の原動力や目的が変化することを表した。具体的には、「手術前の状態にもどりたい(A, E, Q, T, U, W)」という気持ちを原動力に養生していた胃全摘体験者が、「身体の回復の確実性から、将来への期待が膨らみ(む)(U)」、「胃がなくなった自分を受け入れる(B, C, O, P, W)」ことができると、「将来に希望や目標を見出す(W)」ようになった。また、「将来について思考する(F, G, H, R)」ようになった。

6. 【養生の経験を糧として開く自分の道】

【養生の経験を糧として開く自分の道】は、養生に耐えた経験を糧に、胃全摘体験者が、これからどう生きるかについて自分自身と対話するプロセスを表した。具体的には、＜これからどう生きるか自分との対話＞を行うなかで、胃全摘体験者は、自分自身のなかの

＜人としてだめになりたくない＞という気持ちを認め、＜胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り＞の経験と、＜養生の経験がつくる力＞を糧に、自分の人生を切り開くことであった。

【養生の経験を糧として開く自分の道】は、＜これからどう生きるか自分との対話＞、＜人としてだめになりたくない＞、＜胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り＞、＜養生の経験がつくる力＞の4つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、4つのサブカテゴリーについて順に説明する（表7参照）。

表 7. 【養生の経験を糧として開く自分の道】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
これからどう生きるか自分との対話	この先をどう生きるか	ABEHKMNOP
	いのちと生き方についての対話	ABFHKLNP
	病気をしたからこそ生きよう	BCDFGHOPQUW
人としてだめになりたくない	その人の存在全体からの反応	IJRU
	自分を磨く	BDEFOQ
	自分の道を開く努力	BCEFHMNOQRS
胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り	胃がんと胃全摘術による傷つき	ABCDEFGHIJKLMN OPQUV
	胃がんと養生の経験から見出した強み	BFJRW
	私を誇りに思う家族	ABCFGJLQ
	胃は喪ったが誇りは失わずに生きよう	BFHJPR
養生の経験がつくる力	地道に対応した結果として残る養生の筋道	BCEFGHIMNOPQRTUVW
	経験を伝える意味	ABFGHIPRSTUVW
	他者に伝えたい内容	ACDEFGJKMNOQS UW
	経験の伝え方	ABCEGK

1) ＜これからどう生きるか自分との対話＞

＜これからどう生きるか自分との対話＞は、この先をどう生きるかについて、胃全摘体験者が自分自身と対話することを表した。具体的には、“この先をどう生きるか”と、“いのちと生き方についての対話”を行い、“病気をしたからこそ生きよう”という意思を、自分のなかに認めるプロセスを表した。

＜これからどう生きるか自分との対話＞は、“この先をどう生きるか”、“いのちと生き方についての対話”、“病気をしたからこそ生き

よう”、の 3 つの概念を含んだ。

“この先をどう生きるか”は、術後の生活において、この先をどう生きるのかという言葉が、胃全摘体験者からこぼれ出る状況があることを表した。具体的には、退院して間もない頃は、「見通しが真っ暗 (E, O, P)」と感じ、「この先をどう生きるか (E, G, K)」という言葉がこぼれた。手術から時間が経過すると、「これからが大事 (N)」と、「前を向く (B, H, M, N, Q)」態度で、「この先どう生きるか」という言葉がこぼれた。胃がんと胃全摘術によって、自分の「居場所 (A, K)」や「趣味を諦める (O)」ことをした胃全摘体験者は、「気が抜けている (A)」、「まだ何も見つからない (K)」という状況で、「この先をどう生きるか」という言葉がこぼれた。

“いのちと生き方についての対話”は、これからの人生について、自分自身と対話する行動を表した。具体的には、「いま生きていることに感謝する (A, B, G, H, R)」、「生かされた者として (P)」、「生きて帰った喜び、感謝に包まれる (H)」、「一般性なんか関係ない、俺は俺 (L)」、「後ろを振り返っても病気は良くなる (N)」、「気が抜けている (A)」、「まだ何も見つからない (K)」というように、様々な感情を抱きながら、これからの生き方、自分と生活の在り方について、自分自身と「対話 (F, H)」することであった。

“病気をしたからこそ生きよう”は、自分自身との対話を通して見出した、胃全摘体験者にとっての生きることについての意味を表した。具体的には、「大病をしたからこそ生きてやろう (Q, U)」、「いのちを助けてもらったことに感謝し、前に進もう (W)」、「この先どう生きるかが肝心 (G, P)」、「これから恩返しをしていきたい (B, C, D, F, H, O)」、「いつ死んでもよいと思う一方で、食事にかけるエネルギーから、生きたいと思っていることを知った (J)」が代表するように、胃がんと胃全摘術の経験を反映させ、胃全摘体験者が、生き方に関する何らかの意思や態度をもつことであった。

2) <人としてだめになりたくない>

<人としてだめになりたくない>は、胃術後障害や、がんの再発転移に関する心配に対処するなかで、胃全摘体験者が自分のなかに認めた気持ちを表した。具体的には、人としてだめになりたくないという気持ちは、“その人の存在全体からの反応”であり、人としてだめにならないように胃全摘体験者は、“自分を磨く”努力と、“自分の道を開く努力”を行った。

<人としてだめになりたくない>は、“その人の存在全体からの反応”、“自分を磨く”、“自分の道を開く努力”の 3 つの概念を含んだ。

“その人の存在全体からの反応”は、術後の生活において胃全摘体験者は、胃全摘体験者としてのみならず、今の自分は人としてどうなのかという観点から反応していることを表した。具体的には、日々の養生を通して、自分のなかに認めた「胃がんになり、胃を喪ったけれど、人としてはだめになりたくない（I, J）」という気持ちは、がんが再発転移するのではないかと心配し「泥濘の中にある自分を支える根本的な感情（U）」であり、「自分の根底からの声（R）」であると、胃全摘体験者は受けとめた。

“自分を磨く”は、人としてだめになりたくないという気持ちに反応して、胃全摘体験者が、自分という人間を高めようと努力することを表した。具体的には、養生を通して「やはり私はそういう人間（B, G, H, I）」と自分についての理解を深め、胃全摘体験者は、「自分の弱いところを強くする（E, F）」努力をしたり、「外来通院を理由に、仕事はできるだけ休まないことを自分に課す（D, O）」ことをしたり、「身なりに気を遣う（B, F, Q）」配慮をしたり、「鏡を見て肌を磨いて、いつまでも若々しくいる努力（F）」を行っていた。

“自分の道を開く努力”は、人としてだめになりたくないという気持ちに沿い、自分の道を開こうと努力する行動を表した。具体的には、「自分の身体を知ることが明日への道を開く（E, M, R）」と受けとめ、胃全摘体験者が「自分の身体について知る（C, E, F, O, R, S）」努力を行い、日々の出来事に自分自身が「骨折る（E, R）」対応をすることであった。また、「人生を後悔したり人を恨んだりしても仕方がないので、病気を超えていこう（I）」、「後ろを振り返っても病気は良くなるから、前を向いて行こう（N）」のように、心が「前を向く（B, H, M, N, Q）」ように心がけることであった。

3) <胃がんとう胃全摘術による傷つきと誇り>

<胃がんとう胃全摘術による傷つきと誇り>は、胃全摘体験者は、がんという病気とその治療、養生によって傷つく経験をしていること、その傷つき苦悩する経験から、自分の人生におけるプラス面を見出し、誇りをもって生きようとしていることを表した。具体的には、胃全摘体験者は、“胃がんとう胃全摘術による傷つく（き）”経験をするだけでなく、“胃がんとう養生の経験から見出した強み”を認め、“私を誇りに思う家族”に伝えるため、“胃は喪ったが誇りは失わずに生きよう”とする態度であった。

<胃がんとう胃全摘術による傷つきと誇り>は、“胃がんとう胃全摘術による傷つき”、“胃がんとう養生の経験から見出した強み”、“私を誇りに思う家族”、“胃は喪ったが誇りは失わずに生きよう”の4つの概念を含んだ。

“胃がんと胃全摘術による傷つき”は、胃全摘体験者が、胃がんと胃全摘術の経験で傷ついていることを表した。具体的には、「胃全摘術後といえば食事管理と後遺症（A, B, C, D, E, G, I, J, K, L, M, N, O, P, Q）」に代表されるように、胃全摘体験者は身体的苦痛を経験していた。また、近隣の人に「あの人はがんだからもうすぐ死ぬとか、がんで死んだと吹聴された（M）」に代表されるように、「周囲の人々の反応（B, F, K, U）」によって、胃全摘体験者は、精神的、社会的にも傷つき苦悩していた。胃全摘体験者は、これらは「胃がんの悔しさつらさ（K, V）」であると受けとめた。

“胃がんと養生の経験から見出した強み”は、胃がんとその養生に関する経験によって、胃全摘体験者は苦悩するとともに、人としての強みを見出したことを表した。具体的には、胃の喪失に伴う傷つきと苦悩の経験を通して、「病気をして弱みをもったからこそわかる人の痛み（F）」、「病気の経験から知った普段の生活のありがたさ（R）」が代表するように、胃全摘体験者は、新しい価値を見出し、これらは「人としてのプラス・強み（B, F, J, W）」であると意味づけたことであった。

“私を誇りに思う家族”は、家族が、胃がんとその治療、養生についての頑張りを認め、誇りに思ってくれていることを、胃全摘体験者が認知し、家族の思いに応えようと努力することを表した。具体的には、「家族にとってのがん（A, B, F）」の経験について、胃全摘体験者は、「家族も苦労を共にする（C, L, Q）」こと、「家族は本人以上に食事管理で苦労をしている（家族）（O, P）」ことを認めていた。また、「お母さんの病気に対する姿勢や、医療を受ける態度を、誇りに思うと言ってくれてうれしかった（F, J）」、「自分の頑張りを誇りに思ってくれる家族によって、自分の生き方を誇りに思うようになった（G, J）」が代表するように、胃全摘体験者は、家族との関わりで自分に対する自信を取りもどすとともに、家族の思いに応えようと努力していた。

“胃は喪ったが誇りは失わずに生きよう”は、胃全摘術後を生きる拠り所を見出し、人として誇りをもって生きようとする胃全摘体験者の意思と態度を表した。具体的には、ある胃全摘体験者は、「家族の介護を一生懸命に行い、看取りまでやり遂げたので、悪い死に方はしないだろう（B, F）」、「自分のこれまでの生き方を誇りに思う（H, J）」などのように、これまでの生き方に拠り所を見出していた。また、別の体験者は、「支え続けてくれた家族（C, F, G, H, L, N, O, S, T, W）」によって自分の存在価値を認め、「家族のために元気になろう（F, G, Q）」ということが、生きる拠り所であった。見出した生きる拠り所を支えに、胃全摘体験者は、「胃はなくても誇りはもって生活の場に立つ（R）」、「胃はなくてもみみっちい生き方はしない

(P)」というような意思と態度をもった。

4) <養生の経験がつくる力>

<養生の経験がつくる力>は、日々の養生の経験によって、胃全摘体験者は、胃のない身体で生活をする力を会得することを表した。具体的には、“地道に対応した結果として残る養生の筋道”を自覚するとともに、胃全摘体験者は、多くの人々の世話になり、助けられた者の道理として“経験を伝える意味”に思いを寄せ、“他者に伝えたい内容”を具体化し、“経験の伝え方”について考えていた。

<養生の経験がつくる力>は、“地道に対応した結果として残る養生の筋道”、“経験を伝える意味”、“他者に伝えたい内容”、“経験の伝え方”の4の概念を含んだ。

“地道に対応した結果として残る養生の筋道”は、胃全摘体験者が、退院間もない頃と現在の自分とを、あるいは、他の胃全摘体験者と自分とを比較することを通して、地道に経験することが創る力を認めたことを表した。具体的には、養生は、「経験を積むことによって身につく力(C, E)」であること、「実際に生活をおくって、徐々に胃を喪うことの意味を理解できた(I, T, V)」プロセスであることを認めた。また、自分にとって「モデルとなる人(E, M)」や、様々な医療者との関わりは、「経験がある人となない人との違いを知る(った)(C, E, R)」、「経験が豊かな人は頭と技術、行動がつながり連動する(E, F, Q)」ことを知ることになったと認めた。さらに、養生の「経験は、その症状の一連を予測し、先を読む力(C, E)」を導き、「これは大丈夫、あるいは、これは何か変だと判断する力(E, O, P, R, U, W)」を育み、その結果、「何が起こったのか見当がつく、今後の経過についての見当がつく(G, H, N)」力を導くこと、「時間をかけて身体を回復させた経験が見通しをつくる(B, E, G, U)」ことを理解した。

“経験を伝える意味”は、病気や養生に関するこれまでの経験を、知恵として自分に蓄えるだけでなく、他者に伝え、社会や医療のため、他者のために役立ちたいということに意味を見いだしたことを表した。具体的には、養生を実践してきた経験は、胃全摘体験者に、「命を助けてくれた医療(B, C, S, U)」、「励まし続けてくれた家族(A, C, F, G, O, W)」、「世話になった人々に感謝する(A, H, R, W)」気持ちから、今度は自分が「恩返しをしたい(B, G, H, S, U)」、「誰かの役に立ちたい(C, F, H, Q)」という希望を導いた。自分自身が苦勞して「経験したからこそわかったこと(I, T, V)」について、「自分に蓄えるだけでなく他の人にも伝えようと思う(B, F, H, P)」という気持ちを抱くようになった。

“他者に伝えたい内容”は、自分の病気と養生の経験について、他者に伝えたいと考える内容を表した。具体的には、「もし得ることができれば、養生の助けとなったであろうと考えた情報と支援（E, J, Q）」であった。具体的には、「この先の見通し（A, E, F, N, U, W）」、退院間もない頃の「慣れない時期にとりがちな行動と失敗（C, D, E, G, O）」、「胃を喪うことの意味（A, E, F, K, M）」、「胃を喪った人にとって生活上の大事なこと（A, G, S）」、「我慢して待つ（全対象者）」ことの意味、などであった。

“経験の伝え方”は、胃がんとという病気と胃全摘術、その後の養生の経験や、経験によって会得した知恵を、他者に伝える方法を表した。具体的には、胃全摘体験者は、「経験を言葉で伝えることは困難（E）」と考えていた。経験の伝え方として、「一緒に食事や日常生活動作を行って、私はこうしているとやってみせる方法（A, E, G）」、動作を「見てもらう方法（B, C）」、「実際に食べてもらって反応を納得してもらう。その上でアドバイスする（K）」方法を提案した。

7. 【受けとめと対応との連鎖】

【受けとめと対応との連鎖】は、胃全摘体験者の自分についての受けとめ方と、胃がんと胃全摘術、その後の養生への対応は連鎖することを表した。具体的には、＜胃を喪った自分についての受けとめ＞について、＜他者に病気を隠す＞胃全摘体験者は、＜居場所を（の）喪失＞し、＜人づきあいを替える＞ことになった。＜胃を喪った自分についての受けとめ＞について、＜病気についてオープンにする＞態度で、＜病気や養生の経験を冗談にして笑う＞胃全摘体験者は、＜胃全摘術前と同じ交流を保つ＞ことになった。

【受けとめと対応との連鎖】は、＜胃を喪った自分についての受けとめ＞、＜他者に病気を隠す＞、＜居場所の喪失＞、＜人づきあいを替える＞、＜病気についてオープンにする＞、＜病気や養生の経験を冗談にして笑う＞、＜胃全摘術前と同じ交流を保つ＞の7つのサブカテゴリーを含んだ。以下に、7つのサブカテゴリーについて、順に説明する（表8参照）。

表 8. 【受けとめと対処との連鎖】

＜サブカテゴリー＞	“概念”	「ケース」
胃を喪った自分についての受けとめ	こんな身体ではおもしろくない	A E F I J K L
	ありのままでよい	B D E F P Q R T U
他者に病気を隠す	避ける	F J K L T V
	胃がんと胃全摘術体験の共有の拒み	J K V
居場所の喪失	行くところ・居られるところの喪失	A F K O U
	まだ何もみつからない	A K O
人づきあいを替える	人づきあいの意味	B C F H M N O Q R T U
	人づきあいを替える選択	E J K N O T V
病気についてオープンにする	会話を続ける	A B C E F H M O Q R
	恥かしながらに失敗を教える	A B D E F G H I O P
胃がんという病気の経験を笑いにする	苦悩を笑いに変える	B C E H P
	経験の伝え方と内容についての配慮	F H M Q
胃全摘術前と同じ交流を保つ行動	他者を信じる	A C Q R
	縮まらずに張る	F M P Q T

1) <胃を喪った自分についての受けとめ>

<胃を喪った自分についての受けとめ>は、胃を喪った自分に対する胃全摘体験者の反応を表した。具体的には、胃を喪った自分について、“こんな身体ではおもしろくない”と受けとめる胃全摘体験者と、“ありのままでよい”と受けとめる胃全摘体験者が認められた。

<胃を喪った自分についての受けとめ>は、“こんな身体ではおもしろくない”、“ありのままでよい”の2つの概念を含んだ。

“こんな身体ではおもしろくない”は、胃を喪った自分について、こんな身体ではおもしろくないと受けとめる胃全摘体験者の反応を表した。具体的には、「自分の食べたいという希望や選択が通らない (K)」、「自分の身体の声を立てにできない (E)」、家族や友人知人のなかで食事が「自分だけが違う (I)」と感ずることを経験した胃全摘体験者が、やはり自分は「普通の人とは違う (A, C, L)」と感ず、「こんな身体ではおもしろくない (A, J, K, L)」と反応することであった。

“ありのままでよい”は、胃を喪った自分について、ありのまま

でよいと受けとめる胃全摘体験者の反応を表した。具体的には、「社会生活はお互いの信用の上に成り立っていることを踏まえ、ありのままの自分で人づきあいを行えばよい (Q, R)」、「自分を否定しても仕方がない (B)」、「病気は恥じることではない (P)」と受けとめ、ありのままの自分でよいと反応することであった。ある体験者は、「胃はなくても大丈夫と考えることができると、胃を喪うことがどんなことかわかっていなかった自分を許し、ありのままよいと思った (D, E, F, T, U)」ということを経験していた。

2) <他者に病気を隠す>

<他者に病気を隠す>は、胃がんと胃全摘術を受けた経験について、他者に知られないように隠す胃全摘体験者の行動を表した。具体的には、他者に会うことを“避ける”、他者と“胃がんと胃全摘術体験の共有を (の) 拒む (み)”行動であった。

<他者に病気を隠す>は、“避ける”、“胃がんと胃全摘術体験の共有の拒み”の2つの概念を含んだ。

“避ける”は、胃全摘術後に起こった痩せたという見た目の変化が、他者に病気をしたことを知らせる印となることを認め、他者に会うことを避ける胃全摘体験者の行動を表した。具体的には、「手術前より痩せるというのが胃全摘の特徴 (全対象者)」であるため、胃全摘体験者は、他者から「痩せたね、どうしたの。(G, J, M, O, P, T, U, W)」と尋ねられた。このような他者の反応に対し、ある体験者は、「周囲の人々に病気を知られるのが怖い。がんで痩せたと言いたくない。(J, T, V)」ので、「知人に会うのを避ける (F, J, K, L, V)」行動をとった。また、ある体験者は、「知人の目を避ける (J)」ため、「馴染の買い物店を避ける (J)」行動や、「自分の居場所だったところに行かなくなる (K)」行動をとった。

“胃がんと胃全摘術体験の共有の拒み”は、胃がんという病気とその治療、養生について、他者と体験を共有することを拒む反応を表した。具体的には、「他の人と病気体験を共有することが嫌だ (J, K, V)」という胃全摘体験者は、他者から、「あなたも胃をとった人ですか (E, F, M)」と尋ねられると、「その質問自体に傷つく (J, K)」ので、「無視する (J)」あるいは「曖昧にする (K, V)」態度をとった。知人の「痩せたね。どうしたの。(G, J, M, O, P, T, U, W)」という質問には、「ダイエットをしたと嘘をつく (J)」対応をとった。

3) <居場所の喪失>

<居場所の喪失>は、胃を喪った自分について、こんな身体ではおもしろくないと受けとめ、友人知人に会うことを避けた胃全摘体

験者に導かれた一つの喪失を表した。具体的には、胃全摘術で変化した自分について、こんな身体ではおもしろくない、こんな自分を知人に見せたくないという反応した胃全摘体験者は、“行くところ・居られるところの喪失”を経験した。また、手術前の居場所や生きがいを遠ざけ、新たに探すという胃全摘体験者の行動は、“まだ何も見つからない”という状況を導いた。

＜居場所の喪失＞は、“行くところ・居られるところの喪失”、“まだ何も見つからない”の2つの概念を含んだ。

“行くところ・居られるところの喪失”は、痩せた身体を見せたくない、痩せて体力が低下したことを気遣われたくないと、友人や知人に会うことを避けた胃全摘体験者が、自分の行くところ・居られるところを失ったことを表した。具体的には、会った友人や知人の反応から、自分は「周囲の人々が気を遣う存在になった(K, O, U)」ことを認識し、彼らのそばに「居ることができない(K)」と受けとめた胃全摘体験者は、「これまで築いた人生と、人づきあいから一歩下がる(Q)」行動をとって、自分の「居場所(A, K)」や、「陣地(F)」から自ら離れた。その結果、「楽しんで居たところや、生きがいを感じて居たところ、必要とされて居たところがなくなった(A, K)」。

“まだ何もみつからない”は、胃がんとその治療によって仕事や趣味を諦めた胃全摘体験者は、諦めたものに代わる何かを探すが、見つからないため、現在の自分に価値を見いだせず、苦悩している状況を表した。具体的には、「趣味や生きがいを諦めた(る)(K, O)」のは仕方ないと受けとめ、「手術後の新しい生きがいを見つけようと努力していた(る)(A, K)」が、「まだ何もみつからない(A, K)」状況であった。このような状況は、「ただ生きればよいというものではない人生(A, K)」という価値観・人生観と一致しないため、胃全摘体験者は苦悩していた。

4) <人づきあいを替える>

＜人づきあいを替える＞は、胃を喪った自分について、こんな身体ではおもしろくないと受けとめ、＜他者に病気を隠す＞対処をした胃全摘体験者に導かれた、人づきあいを表した。具体的には、胃を喪った自分について否定的に受けとめ、他者に病気を隠す行動をとった胃全摘体験者は、地域での生活を通して“人づきあいの意味”を考え、“人づきあいを替える選択”をした。

＜人づきあいを替える＞は、“人づきあいの意味”、“人づきあいを替える選択”の2つの概念を含んだ。

“人づきあいの意味”は、地域での生活を通して、胃全摘体験者

は、人づきあいの意味を考えることを行うこと表した。具体的には、胃全摘体験者は、胃全摘術後の人づきあいで、「いつもの人づきあいから、自分ががんであることが広まった (J, M)」、「親のがんという病気が、子どもたちの人づきあいに影響する (F)」、「家族の誰かががんが、家族の関係や生活を変える (F, N, O, Q, T)」という経験をした。また、その一方、「人とのつき合いや関係から元気をもらう (B, H, U)」という経験をした。以上のような人づきあいに関する経験を通し、「生きている限り必要な人づきあい (B, C, F, O, Q, R)」と認め、人づきあいについて意味づけた。

“人づきあいを替える選択”は、胃を喪った自分について、こんな身体ではおもしろくない、他者に病気を知られたくないと反応した胃全摘体験者に導かれる人づきあいを表した。具体的には、「10キロ痩せたと言いつて知人の目 (J, O)」や、「痩せた自分を見て驚く知人を見て、(自分が) 傷つくのを避けたい (K)」と考えた。そして、「知人に会うのを避ける (F, J, K, L, V)」、「友人の誘いを断る (E, K, N, O, T, V)」行動をとり、「手術前の自分を知る人には会うことを避け、自分と同じ体験をした人や、新しい人とつき合う (J, K)」という人づきあいを選択することであった。

5) < 病気についてオープンにする >

< 病気についてオープンにする >は、胃がんと胃全摘術に関する経験について、他者にオープンにする胃全摘体験者の行動を表した。具体的には、病気について他者と“会話を続ける”態度であり、子どもたちや、これからの人たちのために、“恥ずかしがらずに失敗を教える”態度であった。

< 病気についてオープンにする >は、“会話を続ける”、“恥ずかしがらずに失敗を教える”の2つの概念を含んだ。

“会話を続ける”は、病気について、他者との会話を続けようとする胃全摘体験者の態度と行動を表した。具体的には、他の胃全摘体験者から、「あなたも胃をとった人ですかと尋ねられたら、はいと認める (E, F, M)」反応を示すことであり、「胃を喪った人の悩み (B, D, E, G, J)」について「自分の経験を話す (A, B, C, E, H, M, O, R)」行動をとることであった。また、地域の人々や友人知人に「痩せたね。どうしたの。(G, J, M, O, P, T, U, W)」と尋ねられた場合は、「胃を全部とったと話す (A, B, E, M, O, T, U)」とともに、話し相手を「怖がらせないように冗談を交えて経験を話す (H)」行動であった。「会話を続けると、相手から教えられることも多い (B, E, F, H, Q)」と気づき、「再び人づき合いを始める (F, Q)」機会になった体験者も認められた。

“恥ずかしがらずに失敗を教える”は、病気と治療、養生に関する困難や、上手くいかなかった経験について、他者に語る胃全摘体験者の行動を表した。具体的には、失敗して苦しい思いをしたことによって、自分の「満腹にもかかわらず食べて失敗するパターン(D, G)」をつかむ、「症状を起こしやすい食品を理解できる(A, C, D, E, L, U)」、「症状を起こしやすい食べ方を理解できる(A, D, E, G, U, T, V, W)」、「苦しくなるのを予防する(A, B, E, F, I, L, U)」ことができたという経験から、胃全摘体験者は、「失敗は成功のもと(A, D, E, F, G, I, O, P)」と受けとめ、「恥ずかしがらずに失敗したことを教えてあげる(B, F, H)」という行動をとることであった。

6) <胃がんという病気の経験を笑いにする>

<胃がんという病気の経験を笑いにする>は、胃全摘体験者は、胃がんと胃全摘術に関連する経験について、苦悩を笑いにして伝えていること、他者に何をどう伝えればよいかについて思考し配慮していることを表した。具体的には、胃全摘体験者は、胃がんと胃全摘術に関する経験について、“苦悩を笑いに変える”ことを行っているとともに、“経験の伝え方と内容について(の)配慮”していた。

<胃がんという病気の経験を笑いにする>は、“苦悩を笑いに変える”、“経験の伝え方と内容についての配慮”、の2つの概念を含んだ。

“苦悩を笑いに変える”は、日々の生活経験や時間を通して、胃全摘体験者は、胃がんという病気と胃全摘術に関する苦悩を、笑いに変えていることを表した。具体的には、「術後の養生は、自分で身体の調子をみながら動く、食べる、休む、笑うしかない(B, C, E, H, P)」ので、病気に関する経験を、生活のなかで「自分に都合よく使う(B, H)」、「冗談にして笑う(H, P)」ことをしていた。例えば、忘れ物をして妻から注意を受けた胃全摘体験者は、「全身麻酔のせいで、頭や身体の回路がまだ十分に回復していないようだ。だから、もうしばらく大目に見るように(H)」と妻に返し笑い合った。

“経験の伝え方と内容についての配慮”は、胃全摘体験者は、胃がんという病気と胃全摘術、養生について、何をどう伝えるかに配慮し、他者に語っていることを表した。具体的には、「胃をなくした後の苦しい経験ばかりを語ってもお互いにつらいから、話を聞いてくれる人が笑ったり、病気をしていても安心と思えたりするように話をしたい(F)」、「何か病気をしている人には、胃を全部とってもしっかり生きていくと伝えて励ましたい(H)」、「経験談を聞いた人が、笑顔になる(Q)」ように、「病気をしている人の力が湧くように(M)」と配慮していた。

7) <胃全摘術前と同じ交流を保つ>

<胃全摘術前と同じ交流を保つ>は、胃を喪った自分を<ありのまま>と受けとめ、<病気についてオープンにする>対応、あるいは<胃がんという病気の経験を笑いにする>対応を行った胃全摘体験者に導かれる人づきあいを表した。具体的には、“他者を信じる”信念をもち、世間に対し“縮まずに張る”態度の胃全摘体験者は、胃全摘術前と同じような人との交流を保つことができた。

<胃全摘術前と同じ交流を保つ行動>は、“他者を信じる”、“縮まずに張る”の2つの概念を含んだ。

“他者を信じる”は、胃がんで胃全摘術を受けたが、友人や知人と自分との関係は変わらないと信じる胃全摘体験者の信念を表した。具体的には、「生きていれば、一生必要な人づきあい(B, C, F, O, Q, R)」であり、「地域社会はお互いの信頼の上に成り立っているので、相手信じて頼る、信じて頼られる関係でつながることが必要(R)」と認識し、「私を見た人は痩せたと思うが、私への対応は変わらないと信じる(Q)」胃全摘体験者の態度であった。また、「医師の大丈夫という言葉(A, C, E, H, N, U)」を信じる体験者の態度であった。

“縮まずに張る”は、胃全摘術を経験した自分に対する、あるいは他者に対する態度を表した。具体的には、「地域の人々とのコミュニケーションを大切にしないと、自分が地域の誰からも相手にされなくなる(T)」と考える、また、「痩せた自分を隠したり、人に会いたくないと考える、それまで自分がいたところから一步下がったりすると、ズルズルと後ろに下がってしまう(P)」と考えることであった。そして、「後ろ向きにならない。縮まずに張る。(Q)」ことを意識し、「自分自身や世間の風当たりには負けない力を育む(M)」態度をもつことであった。また、「おかげ様という精神で、近所や周囲の人に受け入れてもらえるよう行動しよう(F)」という態度であった。

Ⅲ. 地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスの3つの局面

1. 7つのカテゴリーから見出された3つの局面

7つのカテゴリーについて、さらに分析を進めた結果、『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』の3つの局面が明らかになった。

局面1『胃全摘体験者としての一人前になる』は、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生き

る覚悟】の5つのカテゴリーを含む局面であった。

局面2『養生の経験を糧として開く自分の道』は、カテゴリー【養生の経験を糧として開く自分の道】を含む局面であった。

局面3『受けとめと対処との連鎖』は、カテゴリー【受けとめと対処との連鎖】を含む局面であった。(図1参照)

以下に3つの局面について説明する。

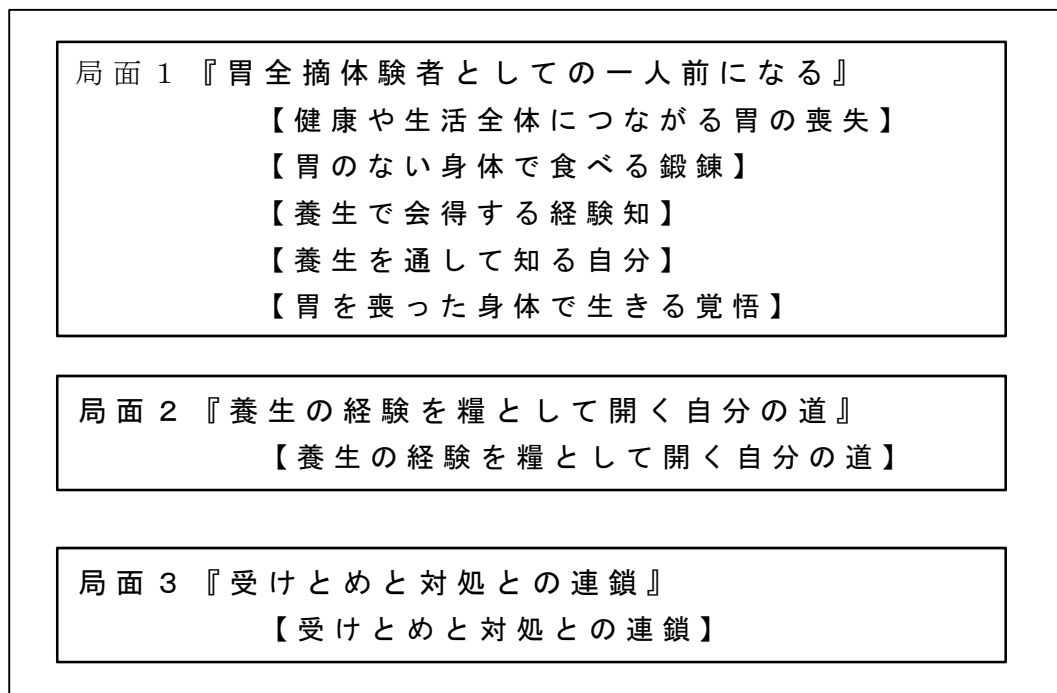


図1. 7つの【カテゴリー】から見出された3つの『局面』

1) 『胃全摘体験者としての一人前になる』

『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者が、術後の経験について【健康や生活全体につながる胃の喪失】と意味づけ、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【養生を通して知る自分】に出会い、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするプロセスであった。

【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】の5つのカテゴリーは、交錯し互いに影響し合うプロセスであった。

具体的には、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者が、生活を通して、胃を喪うということは<何ととっても食事のこと>であるが、<レットルをはる世間>や、<自分の食べ方を社会で貫く困難>などを経験することであり、胃の機能喪失に止まらず【健康や生活全体につながる胃の喪失】と意味づけるプロセス

であった。また、この局面は、【健康や生活全体につながる胃の喪失】と認めた胃全摘体験者が、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞と願望し、＜段階を踏む、回数を踏む＞方法で、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行うプロセスであり、＜自分に合わせて行う養生の修業＞を行い、＜現在進行形＞で【（養生で会得する）経験知】を会得するプロセスであった。さらに、手術から時間が経過しても、【養生で会得する経験知】を身につけても、＜術後もつきまとうがんの心配＞に苛まれた胃全摘体験者が、これへの対応を通して、＜養生に重要な心の持ち方＞と認識し、【養生を通して知る自分】に出会うプロセスであった。また、この局面は、【養生で会得する経験知】によって、＜胃はなくても生きていけるという自信＞をもち、胃全摘体験者が、手術前の自分と、患者であるという認識に＜区切りをつける＞ことをして、＜胃を喪った自分を受け入れ（る）＞【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするプロセスであった。

『胃全摘体験者としての一人前になる』は、時間の経過に伴い、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】の順に、直線的に、一方向に進むプロセスではなかった。【胃を喪った身体で生きる覚悟】をした胃全摘体験者に、新たな生活上の悩みが生じると、再び【健康や生活全体につながる胃の喪失】についての意味づけと、【胃のない身体で食べる鍛錬】が行われ、新たに【養生で会得する経験知】や、経験知を自分に合わせて洗練化するプロセスであった。

2) 『養生の経験を糧として開く自分の道』

『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃がんと胃全摘術、養生の経験を自分の強みととらえ、これから先の自分と生活に目を向けるようになった胃全摘体験者の変化を表すものであった。具体的には、養生に耐えてきた胃全摘体験者が、＜これからどう生きるか自分との対話＞を行い、自分のなかに＜人としてだめになりたくない＞という思いを認識し、＜養生の経験がつくる力＞と＜胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り＞をもつ【養生の経験を糧として開く自分の道】であった。

3) 『受けとめと対処との連鎖』

『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体験者が、胃を喪った自分をどう受けとめるかによって、がんという病気と胃全摘術、術後の養生に対する考え方や態度、人づきあいが方向づけられ、連鎖していることを表した。具体的には、胃全摘体験者の＜胃を喪った自

分についての受けとめ>によって、<他者に病気を隠す>、あるいは<病気についてオープンにする>、<病気や養生の経験を冗談にして笑う>態度が導かれ、これらの態度は<居場所の喪失>、<人づきあいを替える>、<胃全摘術前と同じ交流を保つ>という結果を導いた。

2. 3つの局面の関係

1) 『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』との関係

『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』との関係は、『胃全摘体験者としての一人前になる』努力を通して、『養生の経験を糧として（開く）自分の道』を開き進むことであった。手術からの時間の経過によって、胃全摘体験者に新たな問題が出現したり、問題の優先順位が変更したりすると、『養生の経験を糧として開く自分の道』を進んでいる胃全摘体験者が、再び『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスへ逆戻りした。具体的には、自分の新たな問題に応じ、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、新たな【養生で会得する経験知】を身につけ、再び【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行い、【胃のない身体で生きる覚悟】を維持する対処を行った。

『胃全摘体験者としての一人前になる』と『養生の経験を糧として開く自分の道』は、相互に影響し合う関係であった（図2参照）。

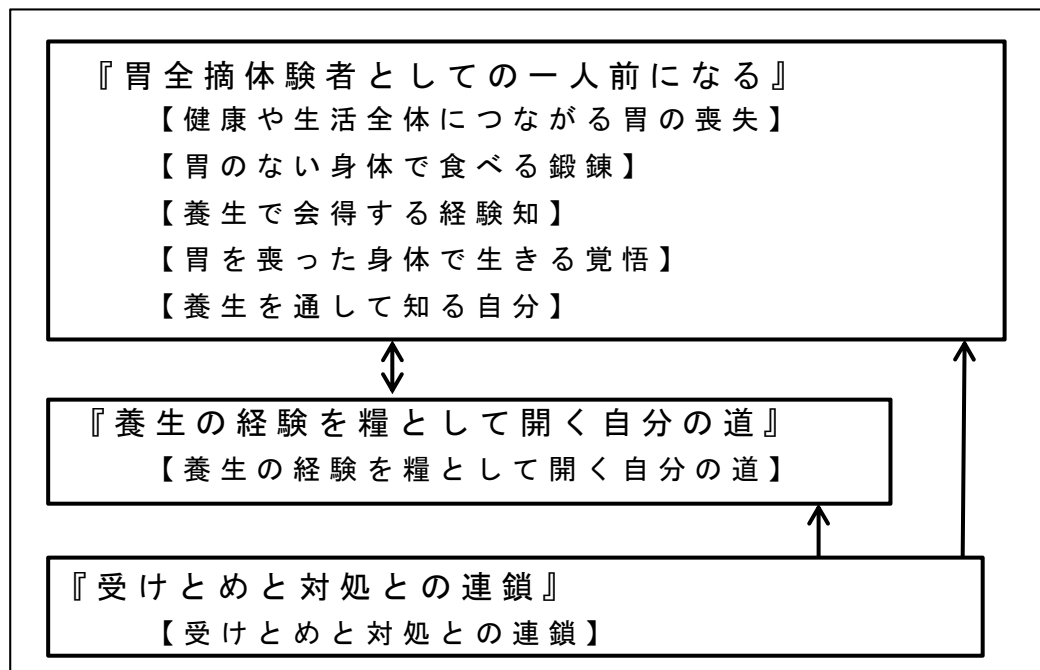


図 2. 『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』との関係

2) 『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』との関係

胃の喪失についての『受けとめと対処との連鎖』は、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスと、『養生の経験を糧として開く自分の道』に関する胃全摘体験者の経験とプロセスを規定する関係にあった。(図2参照)

第 5 章 考察

本章では、本研究で明らかになった、地域で生活をする胃全摘体験者の経験の意味とプロセスとして明らかになった 3 つの局面である、『胃全摘体験者として成長する意味とプロセス』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対応との連鎖』の関係について考察する。次に、各局面とそこに含まれるカテゴリーの意味について考察する。最後に、地域で生活をする胃全摘体験者の経験とそのプロセスに、看護がどのように関わることができるのかについて考察する。

I. 3 つの局面の関係性

『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、結果で示したように、『胃全摘体験者としての一人前になる』努力を行うなかで、胃全摘体験者が、胃がんという病気と胃全摘術に関連する経験は人生の一部であること、この先をどう生きるかが重要であることを認め、〈これからどう生きるか自分との対話〉を行い、『養生の経験を糧として（開く）自分の道』を開き進む関係にあった。この 2 つの局面は、胃全摘体験者の状況や、時間の経過の中で変化し移りゆく、互いに影響し合いながら発展するプロセスであった。

また、〈胃を喪った自分についての受けとめ〉が、胃全摘体験者の胃がんという病気と胃全摘術、その後の養生に対する対応に影響するため、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃を喪った自分についての『受けとめと対処との連鎖』によって規定される関係にあった。

本研究で明らかになった『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』の 3 つの局面は、少なくとも胃全摘術後 1 年を生き抜いた体験者の見解から、胃がんという病気と胃全摘という治療後を生きる経験と、これまでのプロセスについて表現された言葉とその意味から導かれた。退院後の生活のなかで、どのようなことに関心をもっているのか、胃のない身体で地域のなかで生活すること、胃全摘術後を生き抜くことについて、どのように受けとめ意味づけ、行動しているのか、地域で生活する胃全摘体験者の側から長期的な見解が導かれたと考えられる。このことが本研究の知見であり独自性であると考えられる。

3 つの局面は、地域で生活する胃全摘体験者が生活のなかで直面

する情勢、そこで展開される形勢を表していると考える。【健康や生活全体につながる胃の喪失】によって、胃全摘体験者は、＜何といても食事のこと＞に関する問題、＜巻き込まれる家族＞＜レッテルをはる世間＞が表すように、食事に関する身体的問題と、身体的問題から波及する精神的問題、家族や知人との関係に関する社会的問題をもつため、全人的な苦痛を経験し、自己が脅かされていたと考える。そのため、胃全摘体験者は、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞と反応し、どうすればよいか考えた結果、食事の問題が、胃の喪失の影響が生活全体に及ぶ根源と捉え、【胃のない身体で食べる鍛錬】をして、＜胃のない身体で食べる方法を（の）会得＞する努力を行うと考えられた。そして、【養生で会得する経験知】を身につけ、苦痛の源である胃術後障害を予防する、または対応するための“借りものではない自分の方法を創る”努力を行うと考える。“指導通りから自分の養生への踏みだし”を行い、＜自分に合わせて行う養生の修業＞によって【（養生で会得する）経験知】を会得することができるようになることは、胃全摘術後の養生を、その人の生活のなかに組み込むことができたことを表すと考える。また、胃全摘体験者は、＜養生に反映されるその人の生き方＞を認識し、【養生を通して知る自分】に出会い、自分についての本質的な質を確認したり、新たな面を発見したりしており、これは、脅かされた自己を保つ、あるいは、変化に順応するための行動であると考えられた。

このように、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、生活を通して胃を喪う意味を見出し、【健康や生活全体につながる胃の喪失】によって生じた、自分と生活の変化に適応、あるいは順応するプロセスであると考えられた。『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃を喪ってしまったが、自分の力で生活ができるようになりたい、自律して生活できるようになりたいという、地域で生活する胃全摘体験者の関心と生活に対する希望が表われ出たともものと考えられる。

また、『胃全摘体験者としての一人前になる』努力をするなかで、胃全摘体験者は、胃を喪ってしまったけれど＜人としてダメになりたくない＞という気持ちを抱き、＜これからどう生きるか自分との対話＞を行い、＜胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り＞を見出し、＜養生の経験がつくる力＞を自分の強みとして、『養生の経験を糧として（開く）自分の道』を開く方向へ進むと考えられた。退院後間もない頃の胃全摘体験者は、【健康や生活全体につながる胃の喪失】の経験に苦悩し、その意味や対応について何もかもがわからない状態であったため、無我夢中で『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスをたどると考えられた。養生の経験の積み重ねによって、術後の身体的反応とそれへの対応について“だんだんにわかってくる”ようになると、生活において自分が努力していることの意味を

思考できるようになり、胃がんという病気と胃全摘術も自分の人生の一部であるということを意識するようになると考えられた。日々の生活のなかで、努力していることの意味を考えることによって、『胃全摘体験者としての一人前になる』方向へ進む努力は、『養生の経験を糧として開く自分の道』を推し進めることになると関連づけ、日々の養生に取り組むようになると考えられた。

『受けとめと対処との連鎖』は、＜胃を喪った自分についての受けとめ＞が、胃がんという病気と胃全摘術、その後の養生への対応に影響することを表している。地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスを表す局面として、『受けとめと対処との連鎖』が見出された意味を考えると、がんという病気とその治療、養生に対する反応は、その人固有の経験であり、生活についての価値観や考え方が反映されるものであるという、胃全摘体験者の生きることに関する考えが表われたと考える。胃全摘体験者は、自分と他者の生活と人生に関する価値観や考え方を尊重する態度で、生活していることが表れたと考える。

『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、直線的に一方向に進みゆくプロセスではない。手術からの時間の経過によって、胃全摘体験者に新たな問題が出現したり、問題の優先順位が変更したりすると、『養生の経験を糧として開く自分の道』を意識してたどる者も再び、『胃全摘体験者としての一人前になる』ことに関心が移る。また、生活上の問題や、問題の優先順位が変化することは、その胃全摘体験者にとって、人生の意味が変化する経験であるため (Allen, Savadatti, Levy, 2009)、生じた変化に応じ、その都度、【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行い、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をする方向へ進むことになると考える。また、これは、【養生の経験を糧として開く自分の道】に働きかけることになり、このプロセスを進ませると考えられた。したがって、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスと、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃全摘体験者の状況や、時間の経過の中で変化し移りゆくプロセスであり、互いに影響し合いながら発展するプロセスと言えよう。また、自分についての理解を深め、胃全摘体験者が自ら、明日への道を開くプロセスと言えよう。さらに、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃全摘体験者“皆が通る道”である。“皆が通る道”なら私も耐えられるかもしれないと胃全摘体験者に認識され、今の状況を耐える力であると考えられた。これは、個人の態度や行動は孤立して存在するのではな

く、家族や友人、他の体験者や医療者など、他者から影響を受けるため、入院生活をともにした人々、外来診療で同じ場で時を過ごす人の存在が、分かち合いの意識や共通の帰属意識となつて(Snyder, 1990)、胃全摘体験者を支えることを意味すると考える。

『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃を喪った自分についての『受けとめと対処との連鎖』によって規定される関係にあり、その人らしさが尊重され、独自性を成すプロセスであると考えられる。そのため、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、胃全摘体験者“皆が通る道”であるが、その様相や、進み方は“十人十色(の術後)”である。これは、<胃を喪った自分についての受けとめ>が、胃がんという病気と胃全摘術、その後の養生への対応に影響することを表している。胃全摘体験者同士の経験とプロセスは、確かに共通点は認められるが、人はそれぞれに状況を受けとめ、それに対応していくものであり、がんという病気とその治療、養生については、その人が過去の経験と知識を背景にして病気に反応する(Benner, Wrubel, 1989)ことが表れていると考える。

本研究で明らかになった3つの局面、『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』は、胃がんの根治治療である胃全摘術を終えれば、胃全摘体験者は、胃がんという病気と胃全摘術の影響から解放されるわけではないこと、それで医療は終わりではないことを表している。医学の進歩によって、がん体験者が診断と治療後に、何年もの人生を重ねられるようになった現在、がん体験者が、家庭や職場、地域のなかでどのように自律し、適応していくかを明らかにすることが課題となっている(桜井, 2012)。本研究で明らかになった3つの局面は、胃がんという疾患と胃全摘術という治療の枠組みからではなく、病気という枠組みから、地域で生活する胃全摘体験者が、胃がんと胃全摘術後を生き抜く経験とプロセスについて、彼らの視点で捉えたものであり、この課題に応えるものであると考える。

『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体験者その人の生活の場にかかわるため、家族や地域の人々に影響を及ぼすとともに、彼らから影響を受けるものと考えられる。この相互作用のなかで、胃全摘体験者として、生活者として鍛えられていくことを表していると考えられる。また、相互作用のなかで、胃全摘体験者は、自分はどう生きるかについて考え、生きる意味を見出すことを表していると考えられる。『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体

験者の状態や、手術からの時間の経過のなかで変化し移りゆく、動的なプロセスであると考ええる。

がんサバイバーシップとは、がんと診断を受けた後、治療を受け、治療後を生きていくプロセス全体のことである（金井久子（日野原重明）、2014；高橋、2014）。また、がんサバイバーシップの目標は、がん体験者自らの力でがんと病気とその治療、養生に対処し、自ら人生を生き抜いていくことである（砂賀、二渡、2013）。これらの意味から、本研究で見出された『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』の3つの局面は、わが国において、地域で生活する胃全摘体験者のがんサバイバーシップであると考えられた。なぜなら、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』は、胃がんと診断を受けた後、胃全摘術を受けた人々が、地域のなかで治療後を生きていく長期的なプロセスを表しているからである。また、養生に耐え、がんとともに生活するとともに、がんを超えて自分の人生を生き抜こうという行動が表れており、がんサバイバーシップの目標に沿うものと考えられた。

本研究で見出された『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』の3つの局面を通して、地域で生活する胃全摘体験者の能動的な態度と行動を認め、がん診断と治療後の生活の質をより高いものにできるように支援する体制を整えること、彼らが生活の場から必要としているケアを、継続的に受けることができる体制を構築することが必要であると考えられた。

Ⅱ．3つ局面と、それに含まれるカテゴリーの意味

ここでは、『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』について、それぞれの意味と特性、各局面に含まれるカテゴリーの意味と特性について考察する。

1. 『胃全摘体験者としての一人前になる』

結果に示したように、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】の5つのカテゴリーを含み、これらのカテゴリーは交錯し影響し合うプロセスであった。具体的には、術後の経験について【健康や生活全体につながる胃の喪失】と意味づけ、

【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【養生を通して知る自分】に出会い、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするプロセスであった。

『胃全摘体験者としての一人前になる』は、生活を通して【健康や生活全体につながる胃の喪失】を経験し、自己がダメージを受け、自分の身体に対する信頼が弱まり、世間一般が一人前と認めるレベルから自分は低下していると受けとめた胃全摘体験者が、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞と反応し、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で（会得する）経験知】を会得し、【養生を通して知る自分】に出会うことによって、＜胃はなくても生きていけるという自信＞をもち、【胃のない身体で生きる覚悟】をするプロセスであると考えられた。つまり、胃全摘体験者は、生きるために選択した胃全摘術でそういう風になった自分の変化を認め、＜健康や生活全体に影響する胃の喪失＞とともに生活するため、＜胃全摘体験者として挑戦する（プロセス）＞態度で生活していると考えられた。

胃全摘体験者に新たな問題が生じたり、問題の優先順位が変更されたりすると、人生の意味が変化するため(Allen, Savadatti, Levy, 2009; Landmark, Stradmark, Wahl, 2001)、胃全摘体験者は、生じた変化に応じ、【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行う、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行う、【養生で（会得する）経験知】を会得する、【養生を通して知る自分】に出会う、【胃のない身体で生きる覚悟】をするというように、このプロセスは繰り返される。このことから、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃がんと胃全摘術後を生き抜いていく意味と方法を生成していくプロセスであると考えられた。胃全摘体験者が、自分で生活する力をつけ、それを高め豊かにしていくプロセスと考えられた。

地域で生活する胃全摘体験の経験の意味とプロセスを表す局面として、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスが見出された意味は、退院後も長期にわたり、胃全摘体験者は、胃を喪った身体の反応や世間の反応に苦悩していることが表れたと考える。胃全摘体験者は、退院後の生活において、どのようなことに関心をもっているのか、胃を喪ったことをどう受けとめ、変化した身体とそれに伴う生活の変化にどう対応しているのかについて、体験者の側から長期的な見解が表されたと考える。また、能動的な態度と行動で、心身を回復させ、自分の生活をよりよくしようと努力していることが表れたと考える。地域で生活する胃全摘体験者にとって、生活を営む上での関心事は、『胃全摘体験者としての一人前になる』ことであり、これは、生活を通して胃を喪う意味を知り、養生の実践を通

して、自分の力で、自律して生活できるようになる方向へ進みゆくことであると考えられた。

地域で生活する胃全摘体験者にとって、なぜ『胃全摘体験者としての一人前になる』ことが関心事であったのかについて、以下のことが考えられた。一般的に、何をもって一人前なのかと言えば（新村，1998）、一人に割り当てる量、自分一人で物事を判断し、実行できる能力、一人で仕事や生活が回せる能力、同僚など他者にこの人なら任せられると信頼されること、その場に相応しい言動が出来る能力などが含まれる。また、ある能力基準を満たしていることを所属する共同体から認められること、その基準を満たす能力を維持・向上しようとする意識を兼ね備えていることである（高橋，井田，西松，2011）。退院後の生活を通して、胃全摘体験者は、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】に関する経験によって、身体的な問題や苦痛を経験するとともに、手術前の自分と比べると別人のようになりマイナスな面ができてしまった、世間一般が一人前と認めるレベルから低下してしまったと受けとめることが、胃全摘体験者の関心に影響すると考えられた。手術後の自分のがっかりし、自分に対する信頼が揺らぎ、社会に認められる存在であるという感覚が脅かされ、心理社会的な苦痛を経験していたと考える。つまり、胃全摘体験者は、胃がんと疾患は完解している、あるいは治癒した状態であったが、病気は続いており、＜何ととっても食事のこと＞のような身体的苦痛、＜術後もつきまとうがんの心配＞＜養生に重要な心の持ち方＞のような精神的苦痛、＜巻き込まれる家族＞＜レッテルをはる世間＞のような社会的苦痛、＜養生に反映されるその人の生き方＞＜胃を喪った自分を受け入れる＞のようなスピリチュアルの苦痛、つまり全人的な苦痛を経験していることが浮き彫りになったと考える。この解釈を裏付けるものとして、がんの診断とその治療は、がん体験者に自分の身体への信頼と統合感覚、回復力を見失う経験である（Benner, Wrubel, 1989）ことが明らかになっている。胃全摘術後のがん体験者は（近藤，鈴木，2008）、食事摂取困難、ボディ・イメージなどの変化を受け、身体的自己概念が強く認知されるという特徴をもち、身体的自己概念に生じたダメージは、精神的、対人関係的、社会的自己概念に強い影響を与え、自己概念の全体にダメージが生じていることが報告されている。

『胃全摘体験者としての一人前になる』に含まれる5つのカテゴリーは、『胃全摘体験者としての一人前になる』方向へ進ませる胃全摘体験者の主要な経験であり、行動であり、プロセスを通して得る成果であると考えられた。

5つのカテゴリーは、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】の順序で、一方向に進むわけではない。身体的状態や環境、状況は刻々と変化するものであり、胃全摘体験者は、これまで通用していた食べ方や対応法が、今の自分に、あるいはこれからの生活において、そのままでは通用しないという状況を見通すと考える。そのため、すでに【胃を喪った身体で生きる覚悟】をした胃全摘体験者も、生活上の問題や、問題の優先順位が変化すると、再び【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行い、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、新たに【養生で会得する経験知】に取り組み、【養生を通して知る自分】に出会い、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をすると考える。身体的な状態と関心によって、胃全摘体験者は、胃を喪うことの意味を見出し、自分の方法で食べることができるよう、自分の力で生活ができるように努力するため、5つのカテゴリーは行ったり来たりと移りゆきながら、発展するプロセスであると考えられる。このことから、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者が<現在進行形>で努力する、切れ目のないプロセスであると考えられる。

胃全摘体験者が、『胃全摘体験者としての一人前になる』方向にどのように進みゆくのかについて着目することによって、このプロセスが進むのを促す、胃全摘体験者の変化と行動を5つ見出すことができたと考えられる。それは、まず、“胃の喪失に伴う様々な感情”に気づき、自分の感情や気持ちに向き合うことであると考えられた。2つ目は、養生について他者から聞いていた話と、胃全摘体験者その人の経験につながる理解の仕方ができるようになること、3つ目は、<区切りをつける>、切り替えるという胃全摘体験の行動であると考えられた。4つ目は、<養生は理論通りでなくてよいという結論>を出し、指導通りの養生から<自分に合わせて行う養生の修業>に移ること、5つ目は、養生を通して、“時間の力”を認識することであると考えられた。

1つ目の“胃の喪失に伴う様々な感情”に気づき、それに向き合うことは、胃全摘体験者が、養生を行うことの意味を思考し、身体の反応を尊重する養生に切り替える方向に進むことであった。“五感を使う訓練”で身体の反応をとらえる力を育み、“身体反応についての記憶”に基づいて、<胃のない身体で食べる方法を（の）会得>する行動でありプロセスであった。これは、家族や医療者に、自分が食べたいものを食べない方が良くと制される術後の状況のなかで、自分の身体の声は当てにできないと受けとめた胃全摘体験者が、【胃

のない身体で食べる鍛錬】を通して、自分の感情に気づき、“自分の身体を通した検証”を行うようになる変化であったと考える。つまり、自分の身体に敬意を払う（内田，2004）態度、養生法に変化することが、“食べたいものを食べる行動にでる”ことを導き、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスを進ませると考えられた。

2つ目の、知識と経験がつながった理解の仕方とは、胃全摘術後の身体の反応について、それまではお話だけの理解の状態であったのが、「ああ、これがそうなのか」というように、知識と胃全摘体験者その人の経験がつながった理解の仕方になる変化であった。この胃全摘体験者の変化が、なぜ、『胃全摘体験者としての一人前になる』方向に進みゆくのを促すのかと言えば、医療者の説明を聞いただけの理解は、言葉が身体性をもった主体によって担われず（中村，2000）、内面化されない。しかし、知識と胃全摘体験者その人の経験がつながる理解は、それまでの状況や現在の状況、術後の身体の反応について、胃全摘体験者に納得を導くため、身体の反応の意味が、知識として胃全摘体験者のなかに収まるようになると考えられた。そして、術後の経験についてやっと医療者の言葉が胃全摘体験者に届くようになり、“だんだんにわかってくる”状態になると考えられた。この“だんだんにわかってくる”という感覚は、胃全摘体験者に、それまでの大変な経験には意味があったという肯定感、安心感を導き、生活の知恵を見出す力になっていたと考えられた。また、知識と胃全摘体験者その人の経験がつながる理解は、経験を通し、自分の身体についての事実をそのまま知ることになるため、他者の話や一般性に振り回されていた状態から、私は私という事実気づき、そのような態度をもつことができると考えられた。

3つ目の、切り替えるという胃全摘体験の行動は、養生を通して、胃の喪失はとり返しのつかない喪失であることを認め、胃全摘体験者が、手術前の自分に＜区切りをつける＞行動と考えられた。また、胃全摘体験者は、治療から養生への切り替え、患者から家族・職場・地域の一員へと役割の切り替え、養生法の切り替え、身体の回復状態に応じた食事回数・食内容の切り替えなどを行って、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスを進むと考えられた。胃全摘体験者は、他の体験者との交流を通して、高齢者は切り替える力が弱く、養生法の切り替え、身体の回復状態に応じた食事回数・食内容の切り替えができないと認知していた。このことから、高齢の胃全摘体験者をどう援助すれば、回復と生活の自律のプロセスが順調に進みゆくのか、家族の経験を含めて検討する必要があると考える。

4つ目の、＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞を出し、指導通りの養生から＜自分に合わせて行う養生の修業＞に移る行動は、胃全摘体験者の養生に対する態度が、理論や一般性を重視する

ことから、胃全摘体験者その人の身体の反応や声を重視することへと変化したことを表すものと考えられる。この養生についての態度の変化によって、【養生で会得する経験知】が、その人の生活に合った独自のなものになると考えられた。また、このような胃全摘体験者が、自分の身体に対する自信を取りもどしている証と考えられた。

5つ目は、養生を通して“時間の力”を認識することであるが、これは、時間が経過するのを待つ意味を理解することであると考えられた。養生とは、何かを行うことであると受けとめがちであるが、養生の経験を通して、じっと時間が経過することを待つことによって、心身の回復と、身体のことを“だんだんにわかってくる”状態になることを、認識することであると考えられた。

以上のことから、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、以下のような特徴をもつプロセスと考えられた。

退院後の生活を通して、胃全摘体験者が、【健康と生活全体につながる胃の喪失】を経験し、胃全摘術後と言えなくとも食事のこと>であり、<胃を喪う前の自分にもどりたいたい>と反応したことから、能動的に【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、心身を回復させていくプロセスであると考えられる。また、<生活で経験する時間>を通して、能動的な養生のみならず、“時間の力”を信じて待つ、受け身の養生が重要であることを学ぶプロセスであると考えられる。

胃を喪った身体の反応について「これは何、これはなぜ、どうすればいいの」と自問し、それまでの経験から「こうするのはどうだろう」と判断し、行動後の身体の反応から「やはりそうだ」「やはりだめだ」と結果を出すというように、自分の身体の反応、自分との対話、反応を養生に反映させる相互作用によって、何も無いところから【養生で（会得する）経験知】を創造し、会得するプロセスであると考えられる。また、他者の反応や働きかけによって、受動や受苦にさらされ（中村，2000）、他者と環境との相互作用を意識させられる経験でありプロセスであると考えられる。このような相互作用を通して、【養生を通して知る自分】のように、自分自身について理解を深めるプロセスであると考えられる。そして、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をする方向に進むと考えられた。

【健康と生活全体につながる胃の喪失】の経験によって、<胃を喪う前の自分にもどりたいたい>と反応した胃全摘体験者が、<胃のない身体で食べる方法の会得>、【養生で会得する経験知】によって、<胃はなくても生きていけるという自信>をもち、<胃を喪った自分を受け入れる>ことを通し、自分自身をとりもどすプロセスであると考えられる。養生の経験や、手術からの時間の経過に伴って、胃全摘体験者の身体的反応と状態、病気や養生についての考え方や対し

方などが変化すること、胃全摘体験者の生活の知恵と対処力の高さや質が変化することが考えられるため、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、動的で変化するプロセスであると考え。胃全摘体験者その人が変わっていくプロセスであると考え。そのため、手術から時間が経過しても油断大敵であり、＜現在進行形＞で関わる必要があるプロセスであると、胃全摘体験者に受けとめられていたと考える。また、養生の経験、時間の経過によって、【養生で会得する経験知】が豊かになると、胃全摘体験者の生活範囲や行動が広がり、＜胃全摘体験者として自律する＞方向に進むと考える。さらに、それまでの養生の経験によって、胃全摘体験者は、見通しをもって生活することができるようになると考える。このように、『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者その人が変わっていくプロセスであると考え。

『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者“皆が通る道”であるが、その様相や、進み方は十人十色であり、一人ひとりの胃全摘体験者に任せられていると考える。＜（養生に反映される）その人の生き方＞が養生に反映されるため、養生の方法や在り様は個別化し、その人のものとして創られるプロセスであると考え。

『胃全摘体験者としての一人前になる』は、【健康と生活全体につながる胃の喪失】の否定的な面だけでなく、＜がんからの生還＞、“体重減少のメリット”などの肯定的な面を見出すプロセスと考える。また、養生の経験を通して、他の体験者の経験に共感することができるようになると考える。

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスは、胃全摘体験者が、＜段階を踏む、回数を踏む＞、＜区切りをつける＞方法で進み、段階を形成するプロセスであると考え。

次に、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスに含まれる5つのカテゴリーは、地域で生活する胃全摘体験者にとっての経験の意味とプロセスに、どのような意味をもつのかについて考察する。

1) 【健康や生活全体につながる胃の喪失】

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスにおいて、【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、生活を通して、胃を喪うとはどういうことなのかについて、胃全摘体験者が見出した意味である。具体的には、胃を喪うということは、＜何といたっても食事のこと＞であるが、＜巻き込まれる家族＞、＜自分の食べ方を社会で貫く困難＞、＜レッテルをはる世間＞、＜生活で経験する時間＞など、＜健康や生活全体に影響する（胃の喪失）＞ものである。＜胃を喪う

意味を知らなかった痛みに耐え始める養生>で、<胃全摘体験者として挑戦するプロセス>である。

【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、胃を喪うということに関する、地域で生活する胃全摘体験者にとっての本質的な経験であり、その経験の意味づけであり、胃全摘術後の変化についての受けとめ方、感じ方を表すものであると考える。胃がんとという病気を生き抜くため、胃全摘体験者は胃全摘術を選択したが、その治療によって、手術前と同じように生活を営むことができなくなるという経験であり、そのことに苦悩しながら対応するプロセスであると考えられた。

地域で生活をする胃全摘体験者の、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスは、生活を通して【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけすることから始まると考える。胃を喪うことの意味を見出すプロセスは、胃全摘体験者が、手術前に予想し覚悟した術後の生活と、実際に経験することとギャップやずれについて、身体の反応や、家族と周囲の人々の反応を通して、苦闘しながら経験の意味を見出していくことであると考えられた。その事がそうであるのはこの理由からだったのかという、その人にとっての物事の筋道と、生活上の信念や価値観に基づいて、胃全摘体験者は、胃を喪うことの意味を見出していると考えられた。また、【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけすることによって、胃全摘体験者は、術後の困難に耐えるのに必要な行動を考え実践すると考えられた。

【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、生活を通して胃全摘体験者が胃を喪うことについて見出した意味である。上部消化管がん体験者が術後の生活で困っている内容を見出した先行研究結果（中村，城戸，2005）と、本研究の【健康や生活全体につながる胃の喪失】の内容を比較検討すると、<レットルをはる世間>、<胃を喪う意味を知らなかった痛みに耐え始める養生>、<胃全摘体験者として挑戦するプロセス>、<生活で経験する時間>は、先行研究には認められない内容であった。このことから、本研究で見出された【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、胃を喪うということは、胃の構造と機能の喪失に止まらず、胃全摘体験者の生活のどのような側面に、どのような影響を及ぼすのかをについて、新たな情報を提供するものと考えられる。本研究の対象者は、術後1年5か月から17年と幅が認められたが、どの対象者も複数の術後合併症や、胃術後障害に対応していることに加え、第二の人生の門出、

あるいは仕事のキャリアをとり逃がす事態、人との関係性や人づきあいが変化する事態、手術前に描いていた人生設計を諦める事態などを経験していた。また、手術から5年以上経過した胃全摘体験者も、全人的苦痛を経験していることが明らかになった。胃全摘術後といえど何といたっても食事のことが体験者の関心事であり（Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011）、食事に関する問題が、彼らの生活全体に影響を及ぼしている（中村, 城戸, 2005）ことは、先行研究で明らかにされている。しかし、食事に関する受けとめや、感じ方に焦点を当てた研究はまだ少ない（岡本, 2010）状況にある。現状において、本研究で見出された【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、“食事に関する健康な人とのずれ”や“胃全摘体験者の行動をおさえる健康な人々”によって認知する、＜自分の食べ方を社会で貫く困難＞と、＜レッテルをはる世間＞に、＜巻き込まれる家族＞とともに、＜生活で経験する時間＞を力に、＜胃を喪う意味を知らなかった痛みを耐え始める養生＞で、＜胃全摘体験者として挑戦するプロセス＞であることを明らかにしている点は、新たな知見と言えるだろう。また、本研究で明らかになった【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、胃全摘体験者が、生活を通して見出した、胃を喪うことの意味であり、胃の喪失が影響を及ぼす彼らの生活の範囲を明らかにしているため、この点も知見と言えよう。【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、胃全摘体験者が生活のなかで経験していることを理解する情報として活用できると考える。また、彼らが胃を喪う意味を理解することを促し、彼らの日々の生活の経験を少しでも良くするための看護援助を考える材料として活用できると考える。

2) 【胃のない身体で食べる鍛錬】

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスにおいて、【胃のない身体で食べる鍛錬】は、結果で示したように、胃を喪う前のように食事ができるようになりたいと願望し、鍛錬を行っていくプロセスである。具体的には、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞と願望した胃全摘体験者が、＜自分の身体についての暗中模索＞と、＜いつ何をどう食べるかの鍛錬＞を、＜段階を踏む、回数を踏む＞によって進め、＜胃のない身体と生活に慣れる＞とともに、＜胃のない身体で食べる方法を（の）会得＞するプロセスである。

【胃のない身体で食べる鍛錬】は、＜胃を喪った身体で食べる方法を（の）会得＞し、心身を回復させるプロセスであった。胃全摘体験者によって生じた変化に抗うというよりも、胃全摘体験者は、＜自分の身体についての暗中模索＞と、＜いつ何をどう食べるかの

鍛錬>という能動的な行動で、身体的苦痛を予防し、苦痛を緩和し、回復を進めていると考える。

地域で生活する胃全摘体験者を診る医師の視点は、がんの再発転移の有無と早期発見、術後合併症など、治療後の経過をみることに焦点が置かれている。一方、胃全摘体験者は、生活を通して、胃を喪うということは、【健康や生活全体につながる胃の喪失】であり、**＜なんととっても食事のこと＞**が関心事である。胃全摘体験者の**＜なんととっても食事のこと＞**は、食事の時に食べ方を改めることが求められるだけでなく、**＜いつ何をどのように食べるか（の鍛錬）＞**がわからないという問題が含まれている。そのため、胃全摘体験者は、生活のなかで【胃のない身体で食べる鍛錬】をして、**＜胃を喪った身体で食べる方法を（の）会得＞**する努力を行うと考えられた。胃全摘体験者が、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行っていることは、医師や看護師は、察する仕方、あるいは体験を聞く方法で理解していると考えられるが、医師や看護師に関心がなければ見えてこない世界（White, 2000）と考える。胃全摘体験者が、実際にどのように【胃のない身体で食べる鍛錬】を行っているかについては、理解されていないと報告されている（Garland, Lounsberry, Pelletier, et al., 2011; Wainwright, Donovan, Kavadas, et al., 2007）。地域で生活する胃全摘体験者が、人生途中からの食習慣の変更についてどう受けとめ、どう対応し、**＜胃のない身体で食べる方法の会得＞**に至っているかについての実態と、そのプロセスについて、本研究の【胃のない身体で食べる鍛錬】は情報を提供できると考える。また、胃全摘体験者の、**＜何ととっても食事のこと＞**に関する看護援助について検討する材料を提供できると考える。

本研究の対象者は、自分に向けられる“周囲の目”や、手術前後の自分について“比較する”ことによって、“術後の自分にがっかりする”ことが導かれ、**＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞**と反応したが、これは、食事との関係によって、自己が脅かされていたことが表れていると考える。自分自身についての認識のなかで、自分の身体についての考えほど、本人にとって直接的かつ中心的なものはないと指摘されている（Semple, Dunwoody, Kernohan, et al., 2008）。特に、食事に関するずれは、自分と他者との間の不一致を強く感じさせること、食事の状況はその人にがんの状態を最も明らかに思い出させるものであることが明らかにされている（Clarke, Mccorry, Dempster., 2011）。また、人は、現在の自分を見失わないために、過去の自分を取りもどすことを試みる（Clarke, Mccorry, Dempster., 2011）ことが明らかにされている。本研究の対象者は、

楽しみであった食事が苦痛の種となった状況、食事の問題によって、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな問題が生じている現実に対し、どうすれば胃全摘術前の自分を取りもどすことができるかを考え、手術前の自分や生活に近づくこと、手術前の自分と再びつながることを重要視し、【胃のない身体で食べる鍛錬】に取り組んだと考えられた。このように、本研究の対象者の〈胃を喪う前の自分にもどりたい〉という反応は、“術後の自分にながっかりする”だけでなく、“回復に向けて行動する原動力”となって胃全摘体験者に働きかけていたと考える。

胃のない身体で食事ができるようになり、体重を維持することは、治療後の胃がん体験者にとって関心事であり、悩みであることが先行研究で報告されている(榎本, 三枝, 中井ほか, 2007; Stamataki, Burden, Molassiotis, 2011; 今村, 川上, 坂口ほか, 2012; がんの社会学に関する合同研究班, 2004)。また、症状や体重をコントロールできないことは、がん体験に不安、将来の不確かさを導く(Stamataki, Burden, Molassiotis, 2011)ことが明らかにされている。反対に、体重を維持すること、増加することは、がん体験にとって、病気を打ち負かすことができる、身体が強くなってがん再発を阻止できるという考えを導く(Stamataki, Burden, Molassiotis, 2011)ことが明らかになっている。また、がん体験にとって、健康的に見える外見をつくるためには、体重は重要な役割を果たし、手術前の体重にもどることは、手術前の自分にもどること、普通にもどることの一つの重要な部分としてみなされる(Wainwright, Donovan, Kavadas, et al., 2007)。それゆえ、本研究の対象者は、仕事をする、人づきあいをするといった、自分の生活にもどるには、食事を食べ、体重を回復させ、体力を回復させることが必要と考え、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行っていたが、医師は、客観的なデータとして体重を捉え、胃全摘体験者の健康と回復の指標としている状況であった。これは、胃全摘体験者と医師との間に、体重のとらえ方、意味の違いがあることを示すものと考えられる。がん体験者にとって、体重を維持し回復させることは、病気からの回復の指標として重要である(Wainwright, Donovan, Kavadas, et al., 2007)ことを、医療者は理解する必要があると考える。普通にもどることが、手術前の体重にもどることに限らないことを、胃全摘体験者に理解してもらう必要があると考える。本研究の【胃のない身体で食べる鍛錬】は、手術前のように食べることができないという変化と体重減少を、胃全摘体験者はどう感じ、反応しているのか、術後の食事の変化による体重減少が、胃全摘体験者の心理社会的な側面にどのような影響を及ぼすのかについて、表していることが特徴であると考えられた。

胃全摘術後の生活では、胃全摘体験者の目（脳）が要求する食欲と、実際に食べることができる食事量が一致しないことを経験する。これは、脳が、いつものことに従おう、みんなが行っていることに従おうとするとき、身体の方は止めておこう、苦しさから逃れようとするように、脳と身体からの指令が違うことによって生じる矛盾（内田，2004）が原因であると考えられる。現代社会は、脳化された社会と表現され、約99%の人は脳に従って、身体の抵抗を押さえこもうとする（内田，2004）ことが明らかにされている。胃全摘体験者は、最初の頃は、目（脳）の要求に応じて食事を摂り、何度も身体的苦痛を経験していた。【胃のない身体で食べる鍛錬】によって身についた“身体反応についての記憶”を基に、脳ではなく、身体の声や身体からの指令に従うことを覚え、＜胃のない身体で食べる方法の会得＞を成し遂げると考えられた。これは、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行って、＜胃のない身体で食べる方法の会得＞を行う意味を表していると考ええる。

【胃のない身体で食べる鍛錬】は、地域で生活する胃全摘体験者にとって最も関心事である、＜何といたっても食事のこと＞を通して、＜胃を喪う前の自分にもどりたい＞という希望を、どうすれば成し遂げることができかを考え、＜いつ何をどう食べるかの鍛錬＞という能動的行動を実践し、＜段階を踏む、回数を踏む＞方法と、時間によって、＜胃のない身体と生活に慣れる＞ことを経て、＜胃のない身体で食べる方法を（の）会得＞し、身体を回復させるプロセスであったと考える。また、このようなプロセスを通して、食事との関係によって脅かされた、胃全摘体験者その人自身をとりもどすと考えられた。【胃のない身体で食べる鍛錬】は、“自分の身体を通じた検証”、“身体反応に沿って見出す食事法”というように、胃全摘体験者その人の身体の反応を基盤としているため、その人のものとして創られるプロセスと考える。

3) 【養生で会得する経験知】

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスにおいて、【養生で会得する経験知】は、胃全摘体験者が、指導通りの養生から自分に合わせて行う養生に移り、生活するための知恵を何もなかったところから創り、身につけるプロセスを表した。具体的には、胃全摘体験者にとって術後の生活は、＜そうするしかない状況での習慣化＞が求められ、それに＜現在進行形＞で対応するプロセスであり、生活の経験を重ねるなかで＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞を出し、＜自分に合わせて行う養生の修業＞に移り、その結果、＜養生を通して会得する生活の知恵＞を身につけるプロセスであった。

【養生で会得する経験知】は、胃全摘体験者の信念、【健康と生活全体につながる胃の喪失】や養生に関する感情、自分の力で生活ができるようになりたいという関心と期待によって形づけられると考える。また、＜自分に合わせて行う養生の修業＞によって、＜養生を通して（会得する）生活の知恵＞を会得し、“動的で持続的な身体の反応”と胃全摘後の変化に、適応・順応できる力を養う経験でありプロセスであると考えられる。手術から間もない頃の胃全摘体験者は、生活上の問題を解決するための知識や能力を持っていないため、自分の力で道を切り開いていかなければならない。苦悩や困難にぶつかってそれを克服しようとするとき、考える力、思考する力が生まれてくる。生活で経験することの意味を思考することによって、胃全摘体験者は、＜養生を通して（会得する）生活の知恵＞と術を創造し、会得することが可能になると考える。

胃全摘体験者の身体的状態や、状況は刻々と変化するので、これまで通用していた“自分の身体の反応からつくる生活の知恵”が、これからの生活において、そのまま通用するとは限らないことを経験するため、＜現在進行形＞で【養生で会得する経験知】に関わっていると考えられた。時間の経過と経験の積み重ねによって、【養生で会得する経験知】は豊かになり、日々の生活での出来事や、身体的反応について、“だんだんにわかってくる”という感覚を導き、胃全摘体験者が自分で生活する能力を高めることができると考えられた。

自己と経験知の関係から見れば、初めに自己があって、それから後に経験が生じるのではなく、経験があつての自己（中村，2000）ということになる。経験するとは事実をそのままに知ることであり、まったく技巧や細工を排して、事実そのものに従うこと（中村，2000）である。【養生で会得する経験知】は、“理論通りにはいかない身体の反応”の経験を通し、“借りものではない自分の方法を創る”必要性を感じ、＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞を出すことによって、胃全摘体験者その人のもので創られる方向へ進むプロセスであると考えられた。できあいの型に収まったり、他者の方法をそのまま取り入れたりするのではなく、“自分の身体の反応からつくる（生活の知恵）”行動を基盤に、新しい知恵を生みだし、それを生活のなかで実践しながら、自分の生活に合うように、現実に対応した知恵に創りかえるプロセスであると考えられた。【養生で会得する経験知】が、その人のもので創られる方向へ進むということは、胃全摘体験者の養生に対する考え方、取り組み方がその人のものである方へ変わることと考えられた。また、【養生で会得する経験

知】が、その人のものとして創られる方向へ進むということは、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスも、その人のものとして創られる方向へ進むと考えられた。

【養生で会得する経験知】は、地域で生活する胃全摘体験者が、自分の身体の反応から見出し、長い時間をかけて、養生の経験と、生活を通して自分のものにした知恵であるため、その胃全摘体験者のなかに長く残り、自分の力で生活を展開し、生活を広げる力になると考えられた。

慢性病を抱えて生活するなかで、結果的に獲得される経験知は、実践知の一形態である（Benner, Wrubel, 1989）と言われている。胃全摘体験者の【養生で会得する経験知】は、身体的症状に対する身体反応のなかに具わる知恵という特徴をもつと考える。これは、例えば、腹部の違和感を感知したときは、右側臥位をとると痛みの増強を抑えることができると見出した知恵である。こういう場合はこうすると身につけた知恵であると考えられた。また、自分にとって悩みの種である身体症状の始まりをつかみ、増強を予防することができる知恵という特徴をもつと考える。これは、例えば、身体の血がスーッと下がるような感覚によって、ダンピング症状の始まりを感じとり、飴やリポビタミンDを飲む行動がとれるようになった知恵である。さらに、自分の身体の反応からつくる生活の知恵であるという特徴をもつと考える。これは、例えば、自分はどのような食物は食べることができ、どのようなものは弱いかについて見出した知恵である。これらの【養生で会得する経験知】の特徴は、＜自分に合わせて行う養生の修業＞によって会得した熟練的身体知（Benner, Wrubel, 1989）であると言えるだろう。養生の経験を通して会得されるこのような実践知は、＜養生は理論通りでなくてよいという結論＞から発展したと考えられ、医療者の理論的説明よりも具体的であり、その人自身やその人の生活に合ったものであると考えられた。胃全摘体験者自身が、その人の生活と養生を通して会得しているこのような実践知に関心を寄せ、学び（Benner, Wrubel, 1989）、胃全摘体験者に情報や看護援助として届ける必要があると考える。

4) 【養生を通して知る自分】

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスにおいて、【養生を通して知る自分】は、胃全摘体験者が養生を通して、病気とその養生にはその人のそれまでの生き方が反映されることを認めること、自分自身について理解を深めること、あるいは自分の新たな面を知ることを表した。具体的には、養生を通して、胃全摘体験者は、＜

養生に反映されるその人の生き方>で、病気とその養生に対応することを認めた。また、手術からの時間が経過しても<術後もつきまとうがんの心配>に苦悩する経験を通して、病気とその<養生に(重要な)心の持ち方>が重要であることを認め、<がんという病気から解き放たれる努力>を行い、これらを通して自分自身について理解を深めるとともに、自分の新たな面を知った。

【養生を通して知る自分】は、胃全摘体験者その人の在り方が、それ以前とは変化することを意味すると考えられた。それは、養生を通し、自分自身について理解を深め、新たな面を知ることであるため、その人の在り方や、養生や生活に対する態度が以前とは変化すると考えられるからである。病院を退院し、自宅での生活を始めたときと比べると、自分についての感覚をはっきり意識して、【健康と生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行い、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をして、『胃全摘体験者としての一人前になる』方向に進むと考える。胃全摘体験者の生活上の問題や、問題の優先順位は変化することは、その胃全摘体験者にとって、人生の意味が変化する経験であるが(Allen, Savadatti, Levy, 2009)、人生の意味が変化すること、人生についての語り直しは、単なる繰り返しでも模倣でもない。つまり、【養生を通して知る自分】という、自分の新たな面を見出すことは、同じ出来事の筋書きを変え、出来事に対する新たな自己の意味を見出していく作業である(やまだ, 2000)と考えられる。

5) 【胃を喪った身体で生きる覚悟】

『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスにおいて、【胃を喪った身体で生きる覚悟】は、日々の養生によって身につけた知恵と、見出した見通しによって自信をとりもどし、胃全摘体験者が胃を喪った自分を受け入れることを表した。具体的には、<がんからの生還>によって、手術前の自分と、あるいは患者としての自分と<区切りをつける>をして、<胃全摘体験者として自律する>ことを果たし、<胃はなくても生きていけるという自信>をもち、<胃を喪った自分を受け入れる>プロセスであった。

【胃を喪った身体で生きる覚悟】が、地域で生活をする胃全摘体験者に導かれるプロセスを鑑みると、術後の身体の反応とそれへの対応について、何もかもわからなかった胃全摘体験者が、生活を通して【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味を見出し、<胃のない身体で食べる方法を(の)会得>し、<養生を通して(会

得する) 生活の知恵>を会得し、<胃全摘体験者として自律する>方向に変化したことを表していると考える。また、【胃を喪った身体で生きる覚悟】は、<胃を喪う前の自分にもどりたい>と切望していた胃全摘体験者が、<胃はなくても生きていけるという自信>をもつことによって、手術前の自分に<区切りをつける>ことをして、<胃を喪った自分を受け入れる>ようになった変化を表していると考える。【胃を喪った身体で生きる覚悟】は、胃がんの診断を受けてから今日までのことを振り返ったとき、地域に暮らし地道な対応によって自分に道筋がついていることを、確認することができるのを認めた胃全摘体験者が、将来を見据え、“胃はなくても生きていこう”という意思をもって、生きようとする態度と行動に変化したことを表していると考える。

胃全摘体験者が、【胃のない身体で生きる覚悟】をするということは、胃全摘体験者の在り方、生活に対する意識や態度が、それ以前とは異なることを意味すると考えられた。【胃のない身体で生きる覚悟】をした胃全摘体験者は、<胃はなくても生きていけるという自信>をもち、<胃を喪った自分を受け入れた(る)>状態で、【健康や生活全体につながる胃の喪失】について意味づけを行い、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】に関わり、【養生を通して知る自分】で出会い、『胃全摘体験者として一人前になる』努力を行い、『養生の経験を糧として開く自分の道』に取り組むことを行うと考える。また、胃全摘体験者が、【胃のない身体で生きる覚悟】をするということは、『胃全摘体験者として一人前になる』方向に進んできた証であると考えられた。

胃を喪った身体で生活することは、多様な困難を経験し苦悩することが明らかであった。しかし、胃がんという病気と胃全摘術を経験し、いまを生きていることは揺るぎない事実であることを意識することによって、胃全摘体験者は、<がんからの生還>に感謝し、与えられた命を精一杯生きようという態度であることが表れたと考える。本研究の対象者は、<胃のない身体で食べる方法の会得>、<養生を通して会得する生活の知恵>、<がんという病気から解放される努力>、<区切りをつける>、などを自分が生きる状況への適応資源(明智, 2011-2012)として、術後の困難を生き抜いていると考えられた。

がんと診断され、がん治療を受けるとき、がん体験者は自分の身体に対する信頼と身体の統合感覚を喪う(Benner, Wrubel, 1989)と言われている。がんという疾患のみならず、病気としてのがんから回復するためには、がん体験者は身体に対する信頼感を取りもどすとともに、身体の統合感覚を新しい形で再建(Benner, Wrubel,

1989) しなければならない。【胃のない身体で生きる覚悟】は、生活を通して胃全摘体験者が、“何をしていても支障がない身体からの自信”を認識することを契機に、＜胃はなくても生きていけるという自信＞をもつプロセスであった。それゆえ、胃全摘体験者が【胃のない身体で生きる覚悟】をするということは、胃がんという疾患のみならず、病気としての胃がんから回復してきたことを表す考えられた。つまり、【胃のない身体で生きる覚悟】をするということは、胃全摘体験者が、【養生を通して知る自分】に出会い、【健康や生活全体に影響する胃の喪失】の筋書きを変え、【健康や生活全体に影響する胃の喪失】について新たな意味を見出し、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】で、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするという、一連の行為と変化を表していると考えられる。それゆえ、【胃のない身体で生きる覚悟】をするということは、その胃全摘体験者は、身体の統合感覚を新しい形で再建（Benner, Wrubel, 1989）していること、病気としての胃がんから回復のプロセスをたどっていることを表すと考えられた。

2. 『養生の経験を糧として開く自分の道』

『養生の経験を糧として開く自分の道』は、養生に耐えてきた胃全摘体験者が、これからどう生きるか自分との対話を行い、人としてだめになりたくないという気持ちを認識し、養生の経験から生み出される力と、胃がんと胃全摘術による傷つきと生き抜いてきたという誇りをもつ【養生の経験を糧として開く自分の道】であり、自分の強みとして、これから先の自分と生活に目を向けるようになる変化を表すものであった。

本研究において、地域で生活する胃全摘体験の経験の意味とプロセスを表す局面として、『養生の経験を糧として開く自分の道』が浮き彫りにされた意味を考えると、胃全摘体験者は、このように苦勞をしてなぜ生きなければならないのか、胃全摘体験者として生きる意味は何かについて考えていること、生き方を創造する努力をしていることについて、体験者の側から長期的な見解が表されたと考える。

『養生の経験を糧として開く自分の道』は、『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスと影響し合い、発展する関係にあると考えられた。これら2つの局面を相互関係に発展させるのは、＜胃全摘体験者として挑戦するプロセス＞である養生、および生活を通して、胃がんという病気と胃全摘術は自分の人生の一部であることを認識すること、＜人としてだめになりたくない＞という気持ちを尊

重し、〈これからどう生きるか自分との対話〉をする行動であると
考えられた。手術からの時間の経過と、【養生で会得する経験知】に
よって、術後の身体的反応と身体的変化について理解し、それに対
応できるようになると、胃全摘体験者は、生活において自分が努力
していることの意味を思考するようになると考えられた。生活のな
かで、苦悩しながら、なぜ自分がこのように努力しているのかと言
えば、一人の人間として、家族の一員として、職場の一員として、
地域のなかで自分らしく生活できるようになるためであり、それは、
『養生の経験を糧として（開く）自分の道』を開くことに他ならな
いと認識するようになると考えられた。『養生の経験を糧として開く
自分の道』は、胃がんという病気と胃全摘術、養生の経験を自分の
強みとして、これからどう生きるかについて考えるとともに、将来
を見据え、生活の在り様と生き方を創造するプロセスであると考え
られた。

胃全摘術後の生活は苦悩の連続で、先が真っ暗と感じる状況のな
かで、胃全摘体験者は、自分の足でたどり、自分が骨折る対応をし
て心身を回復させ、自分に対する信頼を取り戻していると考えられ
る。胃全摘体験者は、日々の生活のなかで胃術後障害と、手術前後
の自分のギャップ、見通しが立たないという経験をするせいで、現
在の状態で養生が果てしなく続くように感じられ、未来の姿を描く
ことができない状況に陥ったと考えられた。そのような状況に置か
れた胃全摘体験者は、時間の経過とともに身体の回復と、自分の変
化を実感することを通して、苦悩しながら自分で生活してきた事実
を認めることができると考えられた。そして、自分のなかにつくら
れた“地道に対応した結果として残る養生の筋道”を認め、〈養生
の経験がつくる力〉という見通しを得ることができると考えられた。
〈養生の経験がつくる力〉を自覚できることによって、今の自分の
在り方を認めること、過去と現在の自分はつながっていることを認
めることができたのではないだろうか。そして、現在の自分の状態・
在り方からしか次へと移ることはできない（Benner, Wrubel, 1989）
という意識をもち、将来を見据えて今を生きるという態度に変化し
たのではないかと考える。

また、養生のなかで〈人としてだめになりたくない〉という思い
を抱くことが、退院後の生活において、自分が地道に努力してきた
ことの意味を考える行動を導き、それによって、〈胃がんと胃全摘
術による傷つき（と誇り）〉という自分にとっての否定的な面と、
肯定的な面の両方を見出し、それらを自分の強みとして、自分の道
を開く努力につなげていたと考えられた。このことから、『養生の経
験を糧として開く自分の道』は、胃全摘体験者は、苦悩しながら自

分で生活してきた事実を認めることを通して、現在の自分の状態やあり方を認めることを行っていることを表していると考え。今の自分を基盤に、これからどう生きるかについて考え、行動していることを表していると考え。胃がんという病気と胃全摘術、養生を経験してきた自分自身を肯定する態度を創造していること、胃全摘体験者は、そのような力をもっていることを表していると考え。

私たちは、外在化される行動や事件の総和として存在するのではなく、一瞬ごとに変化する日々の行動を構成し、秩序付け、経験として組織し、それを意味づけながら生きている（やまだ，2000）。私たちは、生活のなかで、家族や友人、同僚などに、自分自身についての出来事やそれをどう受けとめ行動したのかについて語っている。そして、私はこういう人間であると語る時、それを他者にだけではなく、自分に対しても語っている（やまだ，2000）。私たちは、自分について語るなかで、自分自身の考えを明確にしたり、新たな自分を見出したりと、自己を生成していると言えよう。本研究の対象者は、養生を通して、自分のなかに＜人としてだめになりたくない＞という気持ちを認め、＜これからどう生きるか自分との対話＞を行うことによって、＜胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り＞、＜養生がつくる力＞を見出していた。＜これからどう生きるか自分との対話＞が、過去と現在の自分を認め、自分自身の回復を導き、未来に自分を開き、地域で生活する者として、意識的に『養生の経験を糧として開く自分の道』へと進んだと考える。

胃全摘体験者は、これまで多くの人々から支えてもらって生活してきたことを受けとめ、今度は他者のために自分ができることをしたいと望んでおり、それが＜養生の経験がつくる力＞として、他の体験者や医療者、一般の人々に“経験を伝える意味”、“他者に伝えたい内容”、“経験の伝え方”として表されたと考え。その人自身が創った知恵が、その人の文化を創ると言われるように（Benner, Wrubel, 1989）、胃全摘体験者自ら創った知恵は、胃全摘体験者の文化を創ると言えよう。地域で生活する胃全摘体験者の【養生で会得する経験知】は、【健康や生活全体につながる経験知】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】と相互に関連し合いながら、『胃全摘体験者としての一人前になる』という文化を創ると考えられた。これは、地域で生活する胃全摘体験者の他者と環境、世間との相互作用、養生法、考え方、価値観などが含まれると考え。胃全摘体験者が見出した、“経験を伝える意味”、“他者に伝えたい内容”、“経験の伝え方”によって、彼らの文化が伝承されることを意味すると考える。胃全摘体験

者の【養生で会得する経験知】は、生活体験の中で培ってきた知恵であり、そのような知恵を他の体験者に伝えたいという希望を表していた。しかし、自分が見出し、身につけた知恵を、他者に教えることは難しいと体験者は表現していた。これは、胃全摘体験者そ帆人の知恵は、知識を自分の生活に即して創った知恵であるため、その体験者が身につけた知恵を、言葉で他者に伝えることは、難しいと述べていたと考えられた。

3. 『受けとめと対処との連鎖』

『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体験者が、胃を喪った自分をどう受けとめるかによって、がんという病気と胃全摘術、術後の養生に対する考え方や態度、人づきあいが方向づけられ、連鎖していることを表した。具体的には、胃全摘体験者の〈胃を喪った自分についての受けとめ〉によって、〈他者に病気を隠す〉、あるいは〈病気についてオープンにする〉、〈病気や養生の経験を冗談にして笑う〉態度が導かれ、これらの態度は〈居場所の喪失〉、〈人づきあいを替える〉、〈胃全摘術前と同じ交流を保つ〉という結果を導いた。

本研究において、地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスを表す局面として、『受けとめと対処との連鎖』が浮き彫りにされた意味を考えると、同じ胃全摘術を受けた者同士であるが、胃がんという病気、胃全摘術、養生に関する出来事をどう受けとめ、経験をどのように組織するか、どのように意味づけるかによって（山田，2000）、その後の道筋は異なることが表れたと考える。養生の経験を通して、胃全摘体験者は、胃全摘体験者同士は、普遍性をもつと同時に、個人的な経験であるということを認め、尊重していたと考える。

地域社会で生活する胃全摘体験者は、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、“皆が通る道”と認識する一方、十人十色であると受けとめ、それを尊重していたと考えられた。『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』が、十人十色であるとの認識は、胃全摘体験者が養生の経験を通して、病気やその治療、養生は、その人に固有の経験であり、その人の〈生きてきた過程での対応〉で対応するプロセスであり、その人の生き方や生活についての考え方や価値観が反映されることを認識していると考えられた。

胃全摘体験者が、“十人十色の術後”と受けとめ、そのことを尊重していた理由が、3つ考えられた。1つは、術後の生活を通して、同

じ胃全摘術を受けた同士であるといえども、身体の反応や暮らしぶりは異なり、術後の生活において何を経験し、何を問題とし、対処するかは、胃全摘体験者の受けとめ方次第と理解していたことが考えられた。2つ目の理由は、胃全摘体験者は、病気に直面したとき、人は誰でもそれにかかわりのある過去の経験と知識を背景にして、病気に反応する（Benner, Wrubel, 1989）と受けとめていたことが考えられた。3つ目の理由は、術後の生活経験とプロセスを通して、自分の身体に敬意を払う（内田, 2004）行動を身につけたことが考えられた。これらの解釈を裏づけるものとして、がんサバイバーシップは、普遍性をもつと同時に、個人的な経験であるということが明らかにされている（松下, 2010; Doyle, 2008）。また、がんサバイバーは、がんの歴史をもって生きる個人的な経験であることが明らかになっている（Hebdon, Foli, McComb, 2015）。本研究の対象者が、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』を“皆が通る道”と認識する一方、十人十色のプロセスと受けとめ尊重していたことは、がんサバイバーとサバイバーシップの属性に一致していると言えた。

『受けとめと対処との連鎖』は、『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、地域で生活する胃全摘体験者の、＜胃を喪った自分についての受けとめ＞に固有の経験であり、プロセスであり、生き方や生活についての考え方が反映されることを意味する。できあいの型に収まったり、他者の方法をそのまま取り入れたりするのではなく、自分の身体の反応から対応を考える行動を基盤に、自分の生活に合うように調整して知恵と術を創り、時間を使って骨折るプロセスをたどってきたという自負が、胃を喪った人がたどるプロセスは、共通点はあるが十人十色であることを尊重する態度を支えていると考えられた。

Ⅲ. 看護への示唆

1. 看護実践への貢献

本研究の結果は、地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスについての詳細な事実であると考えられる。彼らは、手術から時間が経過しても全人的苦痛を経験している問題が浮き彫りになった。このような問題に対し、胃全摘体験者は生活を通し、自ら生活の知恵を創り出し、心身を回復させ、自分の力で生活ができるように努力していることが明らかになった。これは、地域で生活する胃全摘体験者が、養生を実践するにあたり、生活の場から必要としている支援を、自ら知恵を創り、生活を通して対処力を身につけて、身体をマネジメントする、生活を軌道にのせ、セルフケアを行っていたことを示している。本研究で明らかになった彼らの経験と行動、プ

プロセスを基盤に、退院後の胃全摘体験者とその家族の負担や不安を軽減させるための退院指導、および外来看護の在り方を検討することができる。つまり、地域で生活する胃全摘体験者が、生活の場から必要としている看護援助を、彼らが見出した知恵、養生に対する能動的な態度と行動を活かす方法で、彼らを支援する方法を、検討するための情報として活用できると考える。また、胃全摘体験者の術後変化の受けとめや、感じ方に焦点を当てた研究は少ないため（岡本，2010）、本研究の【健康や生活全体につながる胃の喪失】は、看護師が、胃全摘体験者の経験を理解し、彼らに必要なケアを考える上での基礎データになると考える。

医療者から退院指導された言葉と内容が、胃全摘体験者にきちんと届くのは、知識と経験がつながった理解をしたときであることが明らかになった。これは、医療者が行った退院指導は、それぞれの生活のなかで胃を喪った身体を経験することによって、はじめて、胃全摘体験者の感覚を通して（やまだ，2000）、単なる何かについての説明ではなく、その本来の意味において理解されることを示唆している。それゆえ、退院前の生活指導だけに終わらず、外来受診時に、生活を通して経験している彼らの切実な問題に耳を傾け、彼らの経験と関心にそって、全人的苦痛を緩和させる援助につなげることが必要であると考え。また、何もかもわからない状態であったため、身体的な悩みや生活上の困難を、胃の喪失と関連づけて考えることができず、胃全摘体験者は、外来受診時に医師にそれらについて尋ねるといふ行動がとれていなかった。看護師の方から、生活の悩みや困難について胃全摘体験者に尋ねたり、胃全摘体験者が、生活上の問題に気づけるような尋ね方（榎本，三枝，中井ほか，2007）をしたりする関わりが必要と考え。また、体験者の能動的な態度、主体的な取り組みを認める働きかけが必要であると考え。本研究の対象者は、がんという病気を生き抜くプロセスにおいて、現在の状況に耐え、前に進もうとする力のサポート源として、看護師の存在と役割について認識していなかった。一般市民のがん医療従事者に対する期待は、医師の専門性を重視しており、薬剤師や看護師の存在と専門性への期待は、医師の2分の1程度であること、看護師への相談の期待は低く、看護師の役割として相談そのものが、一般市民に認識されていないことが明らかにされており（田中，梶村，林田ほか，2012）、本研究もこの結果を支持するものであった。地域で生活する胃全摘体験者が、生活の場から求めているニーズに、看護はまだ対応できていないことが示唆されたと言えよう。本研究の対象者は、生活全体に着目するケアするシステムができていない、外来医療における医師以外の専門職者の不充実、相談体制の不整備という現状を指摘し、病んだ胃だけでなく、私という人間全体をみ

てほしいと、希望を言葉で表現していた。彼らが表現した希望に応えることが、地域で生活する胃全摘体験者の生活の場から求めているニーズに応えることになると思う。また、医療に携わる看護師の役割と専門性を認識してもらうためにも、彼らのニーズに応えることが必要であると思う。

本研究は、地域で生活する胃全摘体験者の経験と、がんを生き抜くプロセスを提示できたため、地域で生活する多くの胃全摘体験者に、胃全摘術後についての見通しを提供することに貢献できると考える。これは、胃の喪失によって経験することについての理解を助け、胃全摘術後の見通しに関する情報をもって、胃全摘体験者が、現在の自分を見る視座を得ることができると思う。また、行動の方向性を探る材料として、胃全摘体験者の助けとなるものになると思う。

2. 看護教育への貢献

地域で生活をする胃全摘体験者は、何もないところから、自分の養生法や養生スタイルを創り、身体を回復させていた。また、胃のない身体での生活に自律する力を身につけ、胃全摘体験者として、生活者として、成長していた。これは、地域で生活をする胃全摘体験者は、術後の生活で自分に起こる出来事を通して、思考し、新しいものを創る力をもっていることが表されたと思う。また、胃全摘体験者は、身体をほかならぬその人のふるまいの中で、意味と関心を生き抜いている存在であり、その体験者が抱いている関心によって、自らの在り様が規定される存在であると考えられた。これらのことは、胃がん体験者、胃全摘体験者をどうとらえ、看護を提供するのかについて考えることにおいて、示唆を与えるものと思う。

地域で生活する胃全摘体験者が、自分の生活を通して、意図的に、あるいは知らず知らずに身につけてきた養生の経験とプロセスを自覚し、再編し、語り直していくプロセスが教育であり、発達であり、ケアであると思うことができる。がんという病気とその治療、養生によって脅かされた自己と自分の生活を、胃全摘体験者はどのように取り戻したのかについてとらえ、語ることによって、自己と生活をとり戻すことの意味、あるいは新たな自己と生活を構築していく考え方やプロセスを明らかにすることができると思う。また、情報の変化が急速過ぎて、親の世代の経験が子ども世代に意味をたなくなる時代を、私たちは生きている。人生を物語ることの意味は（やまだ，2000）、経験をどのように次の世代に、将来の世代に語り継いでいくかという教育の問題として立ち現れる。先に生きた人々の人生の物語が、次に生きる者の人生のモデルになる。胃がんという病気と胃全摘術後を生き抜いてきた本研究の対象者は、養生

の経験が創る力について他者に伝えたい希望をもっているが、どのような経験を伝えたいと考えているのか、どのようにすれば伝えたいことを伝えることができるのか、異世代間の効果的なコミュニケーションは可能かという問題について、体験者とともに考えていく必要性について示唆を与えるものとする。

3. がん看護への貢献

本研究の結果は、胃全摘術を受けた胃がん体験者の経験について、長期的な見解からの情報となるため、胃全摘体験者の日々の経験をより良くし、適応を助けるための看護援助を明らかにすることに貢献できると考える。

地域で生活をする胃全摘体験者が、手術がもたらす変化を経験し、変化の多様さと深刻さによって、胃を喪うことの意味を理解するのは、退院をして、家庭や地域での生活を再開させてからであることが明らかになった。【健康と生活全体につながる胃の喪失】によって、胃全摘体験者は、全人的な苦痛を経験していたが、そのような状況のなかで、胃全摘体験者は、主体的な態度、能動的な行動で、胃を喪った身体や生活の変化に適応しようと努力していることが明らかになった。

術後回復期の看護師の役割は (Bowers, 2008)、その人の生活のなかで、がん体験者がセルフケアできるように、彼らが必要としている教育と看護援助を提供することである。しかし、現状では、治療後の生活を上手くやっていくことに関する情報や、アドバイスを、胃全摘体験者に提供する関わりが不足している (Semple, Dunwoody, Kernohan, et al., 2008)。現在のわが国のがん治療後のケアは、身体的症状のアセスメント、がんの状態に焦点が当てられ、心理社会的症状や苦悩についてのアセスメントが不十分であることが、その理由となっていることが伺えた。私という人間全体をみてケアしてほしいという、胃全摘体験者の医療に対する希望に応えるためには、わが国もケアガイドラインを開発し、胃全摘体験者が必要としているケアを、国内のどの地域でも受けることができるように整えていくことが必要であると言えよう。胃全摘体験者とその家族の能動的な態度や行動を認め、彼らの胃全摘術後の生活の質をより高いものにできるように支援していくために、外来看護の体制を整え、生活の視点からケアを実施することの必要性を提言したい。入院期間の短期化が進む現状のなかで、がん体験者と生活者の両方の視点から、地域で生活する胃全摘体験者を継続的にケアする方法を模索し、整え、実践するという課題に、看護師は挑戦し確実に進めなければならないときを迎えていると言えよう。地域で生活する胃全摘体験者が希望するケアを、継続的に受けることができるシステムを構築す

るための材料として、本研究で得られた知見を活用することができると考える。

地域で生活する胃全摘体験者のなかには、がんを生き抜くこと、生活を営むことにおいて他者から支えてもらったことに感謝し、病気の経験を通して受けた恩を社会に還元したいと希望している者が認められた。具体的には、他の体験者を援助する機会をもつこと、自分の病気の経験を通して、健康な人に健康を維持することの大切さを伝える機会をもつことを望んでいた。それゆえ、そのような胃全摘体験者の力を、胃がんの術前術後の看護に活かすこと、あるいは看護師が媒体となって、胃全摘体験者が他の体験者に伝えたいと希望している経験内容を伝える役割をとっていくことが、生活の場からケアを望んでいる胃全摘体験者のニーズに応えることになることと考える。

がんサバイバーシップの定義と意味を、わが国のがん体験者の視点から明らかにすることの必要性が謳われている（高橋，2013a；高橋：2013b；桜井（日野原），2014）。本研究で明らかになった3つの局面は、わが国の胃全摘体験者の視点から、胃全摘術後を生き抜く経験とプロセスを表しているため、わが国の胃全摘体験者のサバイバーシップについての理解を促すことに貢献できると考える。

IV. 本研究の限界と今後の課題

1. 本研究の限界

本研究の限界は、第1に、研究対象者に関することである。1つのがん拠点病院でデータ収集を行っているため、本研究で明らかになった地域で生活をする胃全摘体験者の3つの局面は、胃全摘体験者全体の適応できるものであるかどうかは課題を残す。また、本研究の対象者は、全員が胃全摘術を受け、1年以上が経過した人であった。手術から1年5か月から5年までの人が、18名（78%）であったが、手術から面接までの経過時間は、全体としては1年5か月から17年と開きがあった。先行研究によって、胃全摘体験者の身体回復は9～12ヶ月を要することが明らかにされているため、研究対象者の身体的回復が進んでからインタビューを行うことが、倫理的配慮として妥当と考えた。そのため、対象者の選定条件については、「胃全摘術から約1年は経過している」を含めたが、できるだけ多くの対象者に協力を得たいと考え、手術からの経過日数について上限は定めなかった。手術からの経過日数が、1年5か月の人と17年を経過した人とでは、地域で生活することにおける関心や、養生の経験、経験についての意味づけに違いが認められた。また、本研究の対象者の約3分の2が男性であった。我が国の胃がんの男女比は約2対1であるため、その現状がデータ収集に反映されたと考

える。胃全摘体験者の性別の違いは、家庭や社会的役割が違うことに加え、胃全摘術後の食事管理について、家庭や地域のなかで誰が主体となって行っていくかにおいて、意識と行動の違いが認められた。さらに、本研究の対象者の約3分の2が60歳以上であった。50歳代から60歳代の対象者は、約2分の1であった。我が国の胃がんの好発年齢が50～60歳代が6割を占める現状が、データ収集に反映されたと考える。60歳代以上になると無職の人が多くなる。養生に専念できる状況と、仕事をしながら養生を行い、健康を管理していかなければならない状況とでは、対象者の術後の養生についての期待や意味、方法の違いが認められた。しかし、本研究において、23名を対象に地域で生活する胃全摘体験者の経験とプロセスについてグラウンデッド・セオリー法を用いて明らかにしたことは、背景が異なる胃全摘体験者に共通する内容を導くことができ意義深いと考える。

第2に研究者自身に限界があることである。本研究は、データ収集方法として半構成的インタビューを用いた。2回目のインタビューで、研究目的に関することを、研究対象者にいかに語ってもらうか、対象者の経験をいかに言葉として引き出していくか、表現された内容をいかにつないで、更に詳細に語ってもらうかという、インタビュー技術に限界があった。また、本研究ではグラウンデッド・セオリー法の継続比較法のもとでデータ分析を行ったが、分析の全過程において、研究者自身の能力が反映していると思われるので、今後は分析技術について自己研鑽していく必要がある。

2. 今後の課題

本研究の結果が、地域で生活する胃全摘体験者に特徴的なものであるかどうかを検討するため、データ数や研究協力施設を増やし、本研究の知見を検証することである。また、地域で生活する胃全摘体験者の特徴を、対象者の背景による相違や、手術からの継時的な変化の視点で検討していく必要がある。

本研究の結果を、地域で生活する胃全摘体験者に還元するには、実際に彼らをケアする医師、看護職者、栄養士などに、退院後の彼らの経験について知ってもらう必要がある。また、実際の臨床での胃全摘体験者のケアに、本研究の結果を反映させるには、胃全摘体験者の継続教育プログラムと評価に取り組む必要がある。

第 6 章 結論

本研究は、胃がんという病気を生き抜いていくプロセスにおいて、地域で生活する胃全摘体験者に、何が起きているのかを記述することを目指し、胃全摘体験者にとっての、がんを生き抜くという経験とその意味、プロセスを明らかにすることを目的とした。

胃がんと診断され、がんの根治術として胃全摘術を受けた体験者 23 名を対象に、半構成的インタビューガイドを用いて面接を行い、データを収集した。データ分析は、ストラウスとコービン（2004）が開発したグラウンデッド・セオリー法の継続比較法を用いて行った。その結果、以下の知見を得ることができた。

1. 地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセスを説明しうる 7 つのカテゴリー、すなわち、【健康や生活全体につながる胃の喪失】、【胃のない身体で食べる鍛錬】、【養生で会得する経験知】、【養生を通して知る自分】、【胃を喪った身体で生きる覚悟】、【養生の経験を糧として開く自分の道】、【受けとめと対処との連鎖】が明らかになった。
2. 7 つのカテゴリーの関係を分析した結果、『胃全摘体験者としての一人前になる』、『養生の経験を糧として開く自分の道』、『受けとめと対処との連鎖』の 3 つの局面が明らかになった。胃全摘体験者は、『胃全摘体験者としての一人前になる』努力を行い、『養生の経験を糧として開く自分の道』へと進んだ。手術からの時間の経過によって、胃全摘体験者に新たな問題が出現したり、問題の優先順位を変更したりすると、『養生の経験を糧として開く自分の道』を進んでいる胃全摘体験者が、再び『胃全摘体験者としての一人前になる』プロセスへ移った。『胃全摘体験者としての一人前になる』と、『養生の経験を糧として開く自分の道』は、『受けとめと対処との連鎖』によって、規定されるプロセスであった。
 - 1) 『胃全摘体験者としての一人前になる』は、胃全摘体験者が【健康や生活全体につながる胃の喪失】と術後の経験を意味づけ、【胃のない身体で食べる鍛錬】を行い、【養生で会得する経験知】を身につけ、【養生を通して知る自分】に出会い、【胃を喪った身体で生きる覚悟】をするプロセスであった。

- 2) 『養生の経験を糧として開く自分の道』は、養生に耐えてきた胃全摘体験者が、〈これからどう生きるか自分との対話〉を行い、自分のなかに〈人としてだめになりたくない〉という思いを認識し、〈養生の経験がつくる力〉と、〈胃がんと胃全摘術による傷つきと誇り〉をもつ【養生の経験を糧として開く自分の道】であった。胃がんと胃全摘術、養生の経験を自分の強みとして、これから先の自分と生活に目を向けるようになる変化を表すものであった。
- 3) 『受けとめと対処との連鎖』は、胃全摘体験者が、胃を喪った自分をどう受けとめるかによって、がんという病気と胃全摘術、術後の養生に対する考え方や態度、人づきあいが方向づけられ、連鎖していることを表すものであった。また、『胃全摘体験者としての一人前になる』と『養生の経験を糧として開く自分の道』に影響を及ぼす局面であった。
3. 本研究で明らかになった3つの局面は、胃全摘体験者その人の生活の場に関われ、家族や地域の人々、環境との相互作用のなかで、胃全摘体験者として、生活者として鍛えられていくプロセスであると考えられる。胃全摘体験者皆が通る道であるが、その人らしさが尊重され、独自性を成すプロセスであると考えられる。胃全摘体験者の状況や、時間の経過の中で変化し移りゆくプロセスであり、互いに影響し合いながら発展するプロセスと考える。

謝辞

本研究のプロセスを通して、多くの方々からご協力をいただきました。

本研究にご協力してくださった胃全摘体験者の皆様に、心から感謝申し上げます。初対面にもかかわらず、研究についての私の説明を聞いてくださり、研究への参加を承諾してくださいました。そして、地域のなかで、胃全摘術後の身体で生活を営んでいくということはどういうことなのか、熱心に教えてくださいました。いま、皆様が、どのように生活をなさっているのか、心のなかで案じておりますがいかがでしょうか。面接時に見せてくださった笑顔が、生活のなかでどうぞ続いていきますようにと心から願っております。皆様が語ってくださった言葉は、本研究のプロセスを通して、何よりも私を励ましてくれました。おそらく、これからもずっと私の胸に残り、次の課題に向けて行動を起こす力になってくれることと思います。

研究の場を提供して下さり、ご協力をいただきました、医師、看護師、外来診療部門のスタッフの皆様に、お礼申し上げます。

研究の最初から最後まで、ご指導してくださいました藤田佐和教授に心より感謝いたします。先生の熱心さと、諦めない態度に影響を受け、私も諦めずに進んでいくことができました。本当にありがとうございました。

副査としてご指導をいただきました中野綾美教授、荻沼一男教授、池添志乃教授に感謝いたします。中山洋子教授、看護学部の先生方に大変お世話になりました。感謝いたします。

最後に、日々の生活のなかで支えてくれた家族に感謝いたします。励ましてくれた友人に感謝いたします。ありがとうございました。

引用文献

- Abdiev S, Koder Y, Fujiwara M, et al., (2011) : Nutritional recovery after open and laparoscopic gastrectomies, *Gastric Cancer*, 14, 144-149.
- Abery K, Hughes R, McNair A, et al., (2010) : Health related quality of life and survival in the 2 years after surgery gastric cancer, *European Journal of Surgical Oncology*, 36, 148-154, 2010.
- 明智龍男 (2011-2012) : がん患者のサバイバーシップ, *medicina*, 48(13), 2160-2162.
- Allen DJ, Savadatti S, Levy GA. (2009) : The transition from breast cancer patient to survivor, *Psycho-Oncology*, 18, 71-78.
- 青山みどり, 奥村亮子, 二渡玉江, ほか (2004) : 胃がん手術患者の術式別、術後経過期間別にみた食生活影響因子の検討, *消化器外科 Nursing*, 9(3), 90-97.
- Benner P, Wrubel J. (1989) : *The Primacy of Caring*. First ed. Addison-Wesley. 難波卓志 (1999) : 現象学的人間論と看護, 第1版, 医学書院, 277-326.
- Blumer BH. (1969) : *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. Prentice-Hall Inc. 後藤将之訳 (1997), シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法, 勁草書房, 1-77.
- Bowers B. (2008) : Providing effective support for patients facing disfiguring surgery, 17(2), 94-99.
- Brant JM, Beck S, Dudley WN, et al., (2011) : *Cancer Nurs*, 34(1), 67-77.
- Chambers SK, Baade P, Meng X, et al., (2012) : Survivor identity after colorectal cancer – antecedents, prevalence and outcomes, *Psycho-Oncology*, 21, 962-969.
- 張虎彦, 森下利子 (2005) : がん研究の動向及びがん体験者へのケア, *高知女子大学紀要*, 54, 43-53.
- Clarke C, Mccorry KN, Dempster M. (2011) : The role of identity in adjustment among survivors of oesophageal cancer, *Journal of Health Psychology*, 16(1), 99-108.
- Copland L, Liedman B, Rothenberg E, et al., (2007) : Effect of nutritional support long time after total gastectomy, *Clin Nutr*, 26(5), 605-613.
- Corbin J, Strauss A. (2011 a) : *Basics of qualitative research*. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012),

- 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 123, 138-141.
- Corbin J, Strauss A. (2011 b): Basics of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012), 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 89.
- Corbin J, Strauss A. (2011 c): Basics of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012), 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 91-122.
- Corbin J, Strauss A. (2011 d): Basics of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012), 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 150.
- Corbin J, Strauss A. (2011 e): Basics of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012), 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 209.
- Corbin J, Strauss A. (2011 f): Basics of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳 (2012), 質的研究の基礎, 第3版, 医学書院, 411,421.
- da Costa WL Jr, Colimbra FJ, Ribeiro HS, et al. (2015): Total gastrectomy for gastric cancer, *Ann Surg Oncol*, 22(3), 750-757.
- Doyle N. (2008): Cancer Survivorship- evolutionary concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 499-509.
- 榎本麻里, 三枝香代子, 中井裕子, ほか (2007): 胃がん手術患者の食生活についての文献検討, *千葉県立衛生短期大学紀要*, 26(2), 123-129, 124.
- 蛭子真澄 (2001): 胃がん術後患者の治療後回復期早期の心理状態, *日本がん看護学会誌*, 15(2), 41-51.
- 古屋洋子, 中村美知子 (2013): 胃全摘術後患者の食事摂取量と身体状態の特徴 - 胃部分切除群との比較, *Yamanashi Nursing Journal*, 12(1). がんの社会学に関する合同研究班 (2004): がんと向きあった 7885 人の声, <http://www.scchr.jp>.
- Garland NS, Lounsberry J, Pelletier G, et al., (2011): How do you live without stomach? -A multiple case study examination of total gastrectomy for palliation or prophylaxis, *Palliative and Supportive Care*, 9, 305-313.
- Hauken M, Larsen TM, Holsen I, et al. (2013): Meeting reality: young adult cancer survivors' experiences of reentering everyday life after cancer treatment, *Cancer Nurs*, 36(5), E17-26.
- Hjermstad JM, Hollender A, Warloe T, et al., (2006): Quality of life total or partial gastrectomy for primary gastric

- lymphoma, *Acta Oncologica*, 45, 202-209.
- Higashi T, Nakamura F, Shimada Y, et al., (2013) : Quality of gastric cancer in designated cancer care hospitals in japan, *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4), 418-428.
- Holloway I, Wheeler S. (1996) : *Qualitative research for nurse*, Blackwell Science Ltd. Blackwell Science Ltd.
- 野口美和子監訳 (2000), ナースのための質的入門, 医学書院, 103-104.
- 飯野京子, 綿貫成明, 小山友里江, ほか (2013) : 上部消化管術後障害に伴うがん患者の症状・徴候 - 文献レビューによる発症状況の分析, *Palliative Care Research*, 8(2), 701-720.
- 今村裕子, 川上礼佳, 坂口桂子, ほか (2012) : 胃切除術患者の食生活の実態について, *京都市立病院紀要*, 32(1), 62-65.
- 井ノ下心, 小松裕子 (2012) : 化学療法を受ける再発白血病患者の有害事象への対処行動, *日本がん看護学会誌*, 26(2).
- 石神純也 (2010) : 胃全摘術後の再建法に関する臨床試験 最終報告, *日本消化器外科学会雑誌*, 43(3), 330.
- Ishihara K. (1999) : Long-term quality of life in patients after total gastrectomy, *Cancer Nursing*, 22(3), 220-227.
- Jeon HB, Choi M, Lee J, et al., (2016) : Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy, *Nursing & Health Sciences*, 18(1), 23-29.
- 金井久子 (日野原重明) (2014) : *がんサバイバーシップ (患者, 家族とともに発展するサバイバーシップ)*, 第 1 版, 医学書院, 176-181.
- Kamiji MM, Troncon EL, Suen MV, et al. (2009) : Gastrointestinal transit, appetite, and energy balance in gastrectomized patients, *Am J Clin Nutr*, 231-239.
- 河内享介, 矢田昭子, 佐藤美紀子 (2014) : 40歳未満の就労者の胃がん検診受診希望への影響要因, *島根大学医学部紀要*, 第 37 巻, 67-72.
- 小林愛, 宮下美香 (2009) : 胃がん術後患者の配偶者の QOL に対するソーシャル・サポートの影響, *日本がん看護学会誌*, 23(2), 4-12.
- 国立がん研究センター (2014) : *がん対策情報センター がんの統計*, <http://ganjoho.jp>.
- 国立がん研究センター (2013) : *がん対策情報センター がんの統計*, <http://ganjoho.jp>.

- 小坂健夫 (2012) : 胃切除術後障害の実態と, 改善への challenge, 日本外科系連合学会誌, 37(5), 1066-1067.
- 今野弘之, 若林剛, 宇田川晴司, ほか (2013) : National Clinical Database (消化器外科領域) Annual Report 2011-2012, 日本消化器外科学会雑誌, 46, 952-963.
- 近藤恵子, 鈴木志津枝 (2008) : 地域で生活をする胃全摘術後がん患者の自己概念, 高知女子大学看護学紀要, 33(1), 28-38.
- Landmark TB, Stradmark M, Wahl KA. (2001) : Living with newly diagnosis breast cancer – The meaning of existential issues, Cancer Nursing, 24(3), 220-226.
- Lee JH, Nam BF, Ryu KW, et al., (2015) : Comparison of outcomes after laparoscopy-assisted and open total gastrectomy for early gastric cancer, Br J Surg, 102(12), 1500-1505.
- Lee SS, Chung HY, Kwon OK, et al., (2014) : Quality of life in cancer survivors 5 years or more after total gastrectomy - a case-control study, Int J Surg, 12(7),
- Ma Yan-Mei, Ba Cai-Feng, Wang Yu-Bin. (2013) : Analysis of factors affecting the life quality of the patients with late stomach cancer, J of Clinical Nursing, 23, 1257-1262.
- Maeda T, Onuoha FN, Munakata T. (2006) : The effect of postoperative symptom experience, and personality and psychosocial factors on depression among postgastrectomy patients in Japan, Gastroenterology nursing, 29(6), 437-444.
- Malmstrom M, Ivarsson B, Joansson J., et al., (2013) : Long-term experiences after oesophagectomy/ gastrectomy for cancer – A focus group study, International J of Nursing Studies, 50, 44-52.
- 松下年子 (2010) : がん経験者(サバイバー)の生き方, 現代のエスプリ, 517, 65-76.
- Hebdon M, Foli K, McComb S. (2015) : Survivorship in the cancer context- a concept analysis, JAN, 71(8), 1774-1786.
- Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. (2006) : A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers, Cancer Nursing, 29(2), 120-131.
- Mizuno M, Asano Y, Sumi T, et al. (2011) : Adaptation status and related factors at 2 time points after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer, Cancer Nurs, 34(1), 41-48.
- 三浦浅子, 田中久美子, 細田志衣 (2015) : がんサバイバーシップケ

- アの研究の動向に関する英字文献レビュー，福島県立大学看護学部紀要，17，1-12.
- 宮永太門，海崎泰治，浅海吉傑，ほか（2012）：高齢者胃癌の臨床的特徴，胃と腸，47(12)，1769-1779.
- Mohri Y, Yasuda H, Ohi M, et al., (2015) : Short- and long-term outcomes of laparoscopic gastrectomy in elderly patients with gastric cancer, Surg Endosc, 29(6), 1627-1635.
- 森嶋祐美，近藤早百合，廣瀬正人ほか，（2010）：胃切除術後患者の退院後3か月の食生活の変化，日本看護学会論文集 成人看護 I，41，225-228.
- Morris AB, Campbell M, Dwyer M, et al., (2011) : Survivor identity and post-traumatic growth after participating in challenge-based peer-support programmes, British Journal of Health Psychology, 16(3), 660-674.
- Munene G, Francis W, Garland NS, et al., (2012) : The quality of life trajectory of resected gastric cancer, J Surgcal Oncology, 105(4), 337-341.
- 永田倫人，水野恵理子（2013）：胃がん術後患者の症状と家族のQOLおよび不安との関連，日本看護研究学会雑誌，36(1)，39-48.
- 永野悦子（2011）：子宮頸がんの主な手術療法と合併症とその看護，がん看護，16(5)，547-551.
- 中村美鈴，城戸良弘（2005）：上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容とその支援，自治医科大学看護学部紀要，3，19-31.
- 中田浩二，矢永勝彦，小村伸朗，ほか（2012）：胃癌術後QOL改善をめざして，日本外科学会雑誌，113(1)，12-17.
- 中村雄二郎（2000）：臨床の知 中村雄二郎著作集Ⅱ，岩波書店，54-68.
- 縄秀志，嶋澤順子，武田貴美子，ほか（2005）：胃切除を受けた患者の在宅移行期における症状・生活状況に基づく看護ニーズの検討，長野県看護大学紀要，7，11-20.
- Nicklin J. (2009) : Gastrointestinal cancer - developing an information booklet for patients, Nursing Standard, 23(33), 35-40.
- 新村出編（1998）：広辞苑第5版，岩波書店，157.
- 小笠原春香，大木友美，井原緑（2013）：消化器がん術後患者への食事指導の実際と看護師の認識，昭和大学保健医療学雑誌，11，80-86.
- 荻あや子（2004）：退院後1年6か月を経過した胃がん術後患者の食べることの体験，岡山県立大学保健福祉学部紀要，11(1)，11-

20.

Ohtani H, Tamamori Y, Noguchi K, et al., (2011): Meta-analysis of laparoscopy assisted and open distal gastrectomy for gastric cancer, *J Surg Res*, 171, 479-485.

大野和美(2000): 胃がん患者の術後回復期における食行動再構築の取り組みー判断と自己決定の内容に焦点をあてて, *日本赤十字看護大学紀要*, 14, 42-49.

岡本明美, 佐藤禮子(2008): 胃がん術後患者の職場復帰における主体的取り組み, *千葉看護学会誌*, 14(2), 28-36.

岡本佐智子(2010): 手術患者の心理に関する看護研究の動向ー1983~2009年, *埼玉県立大学紀要*, 12, 7-15.

Olsson U, Bergbom I, Bosaeus I. (2002): Patients' experiences of the recovery period 3 months after gastrointestinal cancer surgery, *European J of Cancer Care*, 11, 51-60.

恩地裕美子, 古瀬みどり(2008): 安定期に移行する胃がん術後患者の術後後遺症と生活習慣および身体的状況との関連, *北日本看護学会誌*, 11(1), 13-21.

桜井なおみ(2012): がんサバイバーシップ活動を通して, *がん看護*, 17(4), 445-448.

桜井なおみ(日野原重明)(2014): がんサバイバーシップ(患者, 家族とともに発展するサバイバーシップ), 第1版, 医学書院, 210-213.

Sandsund C, Attison N, Doyle N, et al., (2013): Finding a new normal - a grounded theory study of rehabilitation after treatment for upper gastrointestinal or gynecological cancers - the patient's perspective, *European Journal of Cancer Care*, 22, 232-244.

Sarna L, Cooley EM, Brown KJ, et al., (2010): Women with lung cancer - Quality of life after thoracotomy, *Cancer Nursing*, 33(2), 85-92.

佐藤大介, 佐藤富美子(2010): 術後1年までの前立腺がん患者の機能障害に対する対処行動とQOLとの関連, *日本がん看護学会*, 24(2), 15-23.

佐藤博信, 村山公, 鈴木武樹, ほか(1999): 胃手術後の食道期嚥下評価, *耳鼻と臨床*, 45, 138-141.

Semple JC, Dunwoody L, Kernohan GW, et al., (2008): Changes and challenges to patient's lifestyle pattern following treatment for head and neck cancer, *JAN*, 85-93.

Shan B, Shan L, Morris D, et al., (2015): Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric

- carcinoma, *J Gastrointest Oncol*, 6(5), 544-560.
- 柴田和恵(2005):手術患者の自己効力感の特徴、*Paz-bulletin*, 7(1), 3-10.
- 庄司智美, 大関大樹, 和田秀子, ほか(2014):胃癌手術後患者の不安と退院時の食事指導を考える, *日本看護学会論文集 成人看護 I*, 44, 129-132.
- Sim BY, Lee YM, Kim H, et al., (2015): Post-traumatic growth in stomach cancer survivors - Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life, *Eur J Oncol Nurs*, 19(3), 230-236.
- Snyder Mariah. (1990): *Independent Nursing Interventions*. Delmar Publishers. 尾崎フサ子, 早川和生(1996):看護独自の介入. 改訳新版, メディカ出版, 397-417.
- Stamataki Z, Burden S, Molassiotis A. (2011): Weight changes in oncology patients during the first year after diagnosis, 34(5), 401-409.
- Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. (2008): Physical and psychological long-term and late effect of cancer. 112, 2577-2592.
- Strauss A, Corbin J. (1998 a): *Basics of qualitative research*. 2rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳(2004):質的研究の基礎, 第2版, 医学書院, 20.
- Strauss A, Corbin J. (1998 b): *Basics of qualitative research*. 2rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳(2004):質的研究の基礎, 第2版, 医学書院, 35.
- Strauss A, Corbin J. (1998 c): *Basics of qualitative research*. 2rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳(2004):質的研究の基礎, 第2版, 医学書院, 179-203.
- Strauss A, Corbin J. (1998 d): *Basics of qualitative research*. 2rd ed. Sage Publications. 操華子, 森岡崇訳(2004):質的研究の基礎, 第2版, 医学書院, 205-225.
- Strauss A, Corbin J. 1998 e): *Basics of qualitative research* 2rd ed. Sage Publications.
- 末武千香, 矢吹浩子(2014):胃切除術後患者, *Nutrition Care*, 7(9), 43-49.
- 砂賀道子, 二渡玉江(2013):がんサバイバーシップにおける回復期にある乳がんサバイバーのがんと共に生きるプロセス, *Kitakanto Med J*, 63, 345-355.
- 高橋晴美, 小松浩子(1998):胃切除術を受け身体症状をもつ胃がん患者の退院後における適応の状態, *日本看護科学会誌*, 18(4),

184-185.

- 高橋浩，井田政則，西松能子（2011）：職業的一人前尺度の開発とその信頼性と妥当性の検討，立正大学心理学研究年報，2，81-96.
- 高島尚美，村田洋章（2013）：胃がんで手術を受けた患者の術2か月後までのQOLの量的・質的評価に関する研究，慈恵医大誌，128，25-34.
- 高島尚美，村田洋章，渡邊知映，ほか（2012）：胃癌胃切除周術期の心理的要因の変動と生活状況・QOLとの関連，消化器心身医学，19(1)，14-20.
- 高島尚美，村田洋章，渡邊知映（2010）：在院日数短縮に伴う消化器外科系外来における周手術期の現状と課題，慈恵医大誌，125，231-238.
- 高島尚美，五木田和枝（2009）：在院日数短縮に伴う消化器外科系病棟における周手術期看護の現状と課題，日本クリティカルケア看会誌，5，60-68.
- 高橋都（2013 a）：がんサバイバーシップとは何か，予防医学，55，117-121.
- 高橋都（2013 b）：がんサバイバーシップ研究とは何か，日本医事新報，4654，30-33.
- 高橋都（2014）：がんサバイバーシップー歴史的背景、研究トピック、医療者による支援のかたち，乳癌の臨床，29(5)，451-458.
- 玉井奈緒，永井宅和，真田弘美（2012）：胃部分切除後長期生存者の栄養状態に関する実態調査，看護実践学会誌，24(1)，21-30.
- 田中登美，梶村郁子，林田裕美，ほか（2012）：一般市民のがん医療と看護に対する認知およびがん医療従事者への期待，大阪府立大学看護学部紀要，18(1)，85-95.
- 田中善宏，吉田和弘（2012）：食道・胃疾患、食道・胃術後障害，消化器外科学レビュー，25-30.
- 塚本尚子，松本由香（2012）：がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望，日本看護研究学会雑誌，35(1)，159-166.
- 寺嶋雅史（1994）：胃全摘術後長期生存者の栄養評価，日本消化器外科学会雑誌，27(7)，1737-1746.
- Tyrvaainen T, Sand J, Sintonen H, et al., (2008) : Quality of life in the long-term survivors after total gastrectomy for gastric carcinoma, Journal of Surgical Oncology, 97, 121-124.
- 内田樹（2004）：死と身体 コミュニケーションの磁場，医学書院，58-63.
- 内海知子，藤野文代（2011）：ステージIで手術を受けた胃がん体験者が病気を受けとめるプロセス，日本がん看護学会誌，25(2)，

6-13.

- やまだようこ (2000): 人生を物語ることの意味 なぜライフストーリーは研究か, 教育心理学年報, 39, 146-161.
- 山口隆介, 瀬下明良, 三宅邦智, ほか (2014): 胃切除後の体成分の変化 - 幽門側胃切除と胃全摘を比較して, 東京女子医科大学雑誌, 84, E389-396.
- 山口俊晴, 福永哲, 比嘉直樹, ほか (2008): 消化管再建術の現状と将来 - 最良の再建術は何か, 日外会誌, 109(5), 261-263.
- Yamamoto M, Rashid OM, Wong J, (2015): Surgical management of gastric cancer - the East vs West perspective, J Gastrointest Oncol, 6(1), 79-88.
- 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子, ほか (2003): グラウンデッド・セオリー法を用いた看護研究のプロセス, 文光堂, 18.
- 山脇京子, 藤田倫子 (2006): 胃がん手術体験者の職場復帰に伴うストレスとコーピング, 日本がん看護学会誌, 20(1), 15-27.
- 吉村弥須子, 白田久美子, 前田勇子, ほか (2007): 幽門側胃切除術後再建術式別の QOL, 日消外会誌, 40(2), 157-163.
- 吉村弥須子, 前田勇子, 白田久美子 (2005): 胃がん術後患者の食生活および術後症状と精神的健康との関連からみた QOL, 日本看護科学会誌, 25(4), 52-60.
- van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, et al. (2011): Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting, Cancer Nurs, 34(4), 302-314.
- Vivar CG, McQueen A. (2005): Integrative literature reviews and meta-analyses Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer, J AN, 51(5), 520-528.
- Wainwright D, Donovan LJ, Kavadas V, et al., (2007): Remapping the body - Learning to eat again after surgery for esophageal cancer, Qualitative Health research, 17(6), 759-771.
- White CA. (2000): Body image dimensions and cancer - A hurristic cognitive behavioral model, Psych-Oncology, 9, 183-192.