

原著論文

治療期にあるがん患者へのホリスティック・アプローチを 基盤とするケア

Care for Cancer Patients in the Treatment Stage Based on a Holistic Approach

森下利子 (Toshiko Morishita)*

要 約

本研究は、治療期にあるがん患者の看護に携わる看護師が、患者を身体（ボディ）、心（マインド）、魂や霊性（スピリット）が互いにつながり、統合された全人的存在として捉え、援助するホリスティック・アプローチを基盤とするケアを明らかにすることを目的とした。

がん診療連携拠点病院2施設の看護師12名を対象に、半構成的面接を行い、質的帰納的分析を行った。

分析の結果、ホリスティック・アプローチを基盤とするケアとして、【関係性を大切にして関わるケア】、【苦痛症状の緩和を確実にを行うケア】、【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】、【内的な体験世界を推察し関わるケア】、【個人としての独自性を尊重したケア】、【意向や望みの実現に向けたケア】、【他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア】、【時間を共有することで人とのつながりを感じ得るように関わるケア】の8つカテゴリーが抽出された。これらはケアリング関係を基に成り立ち、看護師の意図的・意識的な関わりが患者の変容につながるものであった。

Abstract

This study aimed to clarify care performed by nurses engaged in nursing for cancer patients in the treatment stage based on a holistic approach. The approach included perceiving the patients as integrated holistic beings with body, mind and spirit connected to each other, and supporting them with such understanding.

Semi-structured interviews with 12 nurses working at two core hospitals of cooperation for cancer treatment were conducted, and data were qualitatively and inductively analyzed.

The results indicated that care based on a holistic approach comprised the eight categories of nursing care; 1) engaging with the patient with emphasizing relationships, 2) ensuring relief of painful symptoms, 3) facing the patient's discomfort and staying close to the patient's feelings, 4) engaging with the patients with reasoning their internal world, 5) respecting an identity of an individual, 6) focusing on realization of the patient's intentions and wishes, 7) finding autonomy by recognizing the support from others, and 8) recognizing connection with others by sharing their time. Caring relationships were underpinning these categories, and intentional and deliberate involvement of nurses led to changes in patients.

キーワード：ホリスティック・アプローチ がん患者 治療期

I. はじめに

がん患者は、がんという病気の特殊性と不確かさのなかで自らが治療法を選択し、治療を継

続していくことを余議なくされるため、多くの患者が治療への不安と期待、再発・転移への危惧、死に対する恐怖などを体験している¹⁾⁻⁵⁾。また、がん患者はがん治療による身体的侵襲を

*高知県立大学看護学部

受け、様々な苦痛⁶⁾、精神的問題⁷⁾、全人的な痛みを抱えながら療養生活を送っている。厚生労働省⁸⁾は、がん対策推進基本計画（平成24年6月）において、がん緩和ケアは診断時から治療期、終末期へとプロセスに添って進めていく方針を提示しているが、わが国では全人的苦痛⁹⁾を持つがん患者への看護は、主として終末期患者を対象にしており、治療期にあるがん患者に対する看護ケアは十分とは言い難い現状にある。

近年のわが国のがん医療においては、高度化・複雑化するがん治療に加え、入院期間の短縮、医療提供体制が入院による治療から外来治療へとシフトしているなかで、看護師が診療の補助的業務に費やす時間が増加し、様々な問題を抱えながらがん治療に取り組む患者に向き合い、看護本来のケアである患者の全体性を支えて援助するというホリスティック・アプローチを基盤とする看護ケア¹⁰⁾を実践することが難しい状況にある。

その一方で、わが国のがん医療においては、欧米で積極的に活用されている補完代替療法（Complementary & Alternative Medicine：CAM）¹¹⁾が、徐々に取り入れられており¹²⁾、タッチやマッサージ、アロマセラピーなどは、化学療法や放射線療法などによる苦痛症状の緩和や、不安の軽減、リラクゼーション等を目的に、看護ケアとして実施されている。この補完代替療法に共通する概念はホリズム（Holism）であり、これは対象となる人を身体（ボディ）、心（マインド）、魂や霊性（スピリット）が互いにつながり、統合された全人的存在として捉え、働きかける療法である¹³⁾。AHNA¹⁴⁾（American Holistic Nurses Association：アメリカホリスティック看護師協会）は、ホリスティックの基本概念であるホリズムを生物的、心理的、社会的、霊的側面を持つ統合体であり、人は環境との相互作用を営むプロセスを持つ統合された全体として、その人を理解することであると述べている。そして、ホリスティックナースは、身・心・霊を合わせ持ち、対象の癒されるプロセスを助けるための道具であり、ファシリテーターであるとしている。

現段階では、がん看護領域においてホリスティックな看護を実践していく上で統一したものはな

く、ホリスティックナーシング、ホリスティックケア、ホリスティックアプローチなどの用語が用いられている¹⁰⁾ため、本稿では対象であるがん患者をどのような人として捉えているのか、またその目指す援助を表す用語として、ホリスティック・アプローチを基盤とするケアを用いている。

がん患者は、今後さらに増加していく傾向にある。がん治療の複雑・多様性と不確かさの伴う状況の中で、患者自身が主体的に治療に取り組み、心身の調和を保持し、自己の全体性を維持して治癒力を高めていくためには、看護師が実践しているホリスティック・アプローチの考え方を基にした看護ケアを明らかにすることにより、患者の全体性を支え援助する看護の示唆を得ることができると考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、治療期にあるがん患者の看護に携わる看護師が、患者を身体（ボディ）、心（マインド）、魂や霊性（スピリット）が互いにつながり、統合された全人的存在として捉え、援助するホリスティック・アプローチを基盤とするケアを明らかにすることである。

III. 用語の定義

治療期にあるがん患者：がん告知を受け、自らが治療法を選択し、意思決定してがん治療を行っている患者

ホリスティック・アプローチを基盤とするケア：看護師が患者を身体（ボディ）、心（マインド）、魂や霊性（スピリット）が互いにつながり、統合された全人的存在として捉え、患者が心身の調和を保持し、自己の全体性を維持して治癒力を高めていけるように意図的・意識的に関わり援助すること

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、治療期にあるがん患者の看護に携わる看護師が、患者を全人的存在として捉え援助するホリスティック・アプローチを基盤と

するケアを明らかにするため、質的帰納的研究方法を用いた。

2. 研究対象者

がん診療連携拠点病院2施設で、がん患者の看護に携わる臨床経験年数5年以上の看護師とした。対象者の選定にあたっては、研究依頼施設の看護部長に協力を依頼し、さらに病棟師長及び外来看護師長に対象となり得る看護師を推薦していただくよう協力を依頼し、研究参加に同意を得られた看護師とした。

3. データ収集方法

同意の得られた研究対象者に、半構成的インタビューガイドを用いて、1人につき60分程度の面接を1回実施し、内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音をした。面接における主な質問は、①患者を一人の人として丸ごと捉えて関わることができたと思える場面や状況について、②患者に対して癒しや心身の調和、人や周囲との関係・つながりなどをもたらすような関わりができたと思える場面や状況について、自由に語ってもらった。

データ収集期間は、平成24年6月から平成25年12月までであった。

4. データ分析方法

面接調査内容を逐語録にし、逐語録から看護師が全人的ケアあるいはホリスティックなケアと捉えている内容を抽出し、コード化した。コード化した内容から類似したコードを集め抽象化し、カテゴリー化を行った。研究にあたっては、質的研究に精通している研究者の助言を得、真実性、妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得た後、研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加者に対しては、文書および口頭で研究の目的と意義、方法、研究参加の自由、中断や撤回が可能であり、それに伴う不利益を被らないこと、プライバシーの保護、および研究結果の公表について説明し、同意を得て実施した。

V. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は12名で、全員が女性であった。看護師の臨床経験年数は6～27年、がん看護の経験年数は5～20年であった(表1)。

表1 対象者の概要

ケース	年 齢	臨床経験年数	がん看護の経験年数
A	30歳代	16年	7年
B	40歳代	23年	20年
C	40歳代	20年	8年
D	40歳代	27年	20年
E	30歳代	11年	5年
F	20歳代	6年	6年
G	40歳代	10年	8年
H	30歳代	12年	12年
I	20歳代	8年	7年
J	40歳代	18年	10年
K	30歳代	12年	12年
L	30歳代	10年	9年

2. 治療期にあるがん患者へのホリスティック・アプローチを基盤とするケア

分析の結果、治療期にあるがん患者へのホリスティック・アプローチを基盤とするケアとして、【関係性を大切にして関わるケア】、【苦痛症状の緩和を確実に行うケア】、【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】、【内的な体験世界を推察し関わるケア】、【個人としての独自性を尊重したケア】、【意向や望みの実現に向けたケア】、【他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア】、

【時間を共有することで人とのつながりを感じ得できるように関わるケア】の8つカテゴリと、21のサブカテゴリが抽出された（表2）。

本稿では、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》、対象者の語りを「 」、()内は研究者による補足を示す。

(1) 【関係性を大切にして関わるケア】

【関係性を大切にして関わるケア】とは、看護師が患者・家族に対応する際、相手と良好な関係を築くことが大切であると意識して関わるケアであり、5つのサブカテゴリから構成された。

表2 ホリスティック・アプローチを基盤とするケア

カテゴリ	サブカテゴリ
関係性を大切にして関わるケア	初対面の患者には必ず声がけをして話をする
	気になる患者には意図的に話をする機会を多く持つ
	初対面時から家族ときちんと関わるようにする
	治療を重ねていく中で患者の話を聞きながら関係をつくる
	良好な治療を行うために医師との関係性をつくる
苦痛症状の緩和を確実に行うケア	患者にとって症状軽減の意義を意識して関わる
	治療後も持続する症状を踏まえて早期から対処する
苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア	患者の気持ちに配慮して関わる
	患者の辛い時を見つけて関わる
	患者が落ち込んでいる際は気持ちに共感し対応する
内的な体験世界を推察し関わるケア	患者の表明できてない思いを看護師が察していることを患者に伝えるように関わる
	患者の表情やきっかけを大切にしながら本心をつかむようにする
個人としての独自性を尊重したケア	患者のこれまでの役割や大事にしていることを踏まえて理解しようとする
	患者の人生や今後の生き方を考慮しながら関わる
意向や望みの実現に向けたケア	患者の治療への意向に沿い安全・確実にケアを行う
	患者の言動を探りながら意向につなげる
	患者が医師に表明できていないことを調整し自己決定できるようにする
	患者の望みが叶えられるように、家族や周囲の協力を得られるようにする
他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア	家族・周囲の人の支えを患者が実感し前向きに踏み出せる
時間を共有することで人とのつながりを感じ得できるように関わるケア	看護師として患者のそばに存在できることを大切にする
	看護師の共感的な対応により理解されていることを自覚する

ケースKは、「最初向こう（患者）も緊張して構えているので、あまり手ごたえがなくても、そういう場合は回数を重ねて話しかけますね。今日はそれでおしまいで、次の勤務の時には必ず声をかけるとか、まずは覚えてもらう。」と、《初対面の患者には必ず声がけをして話をする》ようにしていた。また、「患者さんとの関係性は築いておかんといかんで、この人と思うような人がいる場合は頻回に話をします。」と、《気になる患者には意図的に話をする機会を多く持つ》ようにしていた。ケースHは、「患者さんと看護師の中で信頼関係ができていたので、患者さんも受け入れてくれたし、家族と相談して決めることができたと思います。」と《初対面時から家族ときちんと関わるようにする》対応をしていた。ケースGは、「話をよく聞くようにしていますね。治療を重ねていくと人間関係ができてくるし、またよろしくという感じで入院してくることが多くて…。そういう状況を確実に先生に訴えるというか、言えるくらいの関係も必要だし、先生が話を聞く、患者さんはさみしかったりするんですよ。」と語っていた。また、ケースDは、「先生はデータとその患者さんの一部、ほんとうに短い時間しか接してなくて、回診の時間だけという状況もあるけど、看護師は24時間ついてるので先生に話ができると思うので、やっぱり話し合いながらというか、今この人にとって一番どうなのかを、一緒に話しができるような関係性が必要ですね。」と語っていた。

(2) 【苦痛症状の緩和を確実に行うケア】

【苦痛症状の緩和を確実に行うケア】とは、がん治療によってもたらされる患者の様々な苦痛症状を緩和するために、看護師が必要と判断したケアをきちんと行うことであり、2つのサブカテゴリーから構成された。ケースDは、「症状は積極的に取ってあげないと（患者は家に）帰れないってことを余計に思いましたね。」と、《患者にとって症状軽減の意義を意識して関わる》対応をしていた。ケースFは、「治療が終わってしまうとうちの病院では転院をかけたりますけど、治療が終わっても（患者の）症状は続いているので、苦痛症状は早期に対応できるように、この方も麻薬も使ってい

ました。レスキューは一つ手持ちにしたり、痛い時にすぐ対応できるようにしたり、症状には気をつけて退院まで関わっていました。」と、《治療後も持続する症状を踏まえて早期から対処する》対応をしていた。

(3) 【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】

【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】とは、様々な苦痛を体験している患者に向き合い、気持ちに配慮しながら関わるケアであり、3つのサブカテゴリーから構成された。ケースAは、「相手（患者）は、この人（看護師）だったらわかってくれるという期待を込めて呼んでくれるのだから、期待に応えられるように相手（患者）をわからなくちゃいけないと思うし、自分も相手をわかってちょっと（少し）でも気持ちに寄り添えたり、何か一緒に考えることができればそれだけで気持ちが、相手が少しでも満足してくれるかなという部分がある。」と、《患者の気持ちに配慮して関わる》ようにしていた。ケースBは、「患者さんは今、しんどいのではというところを見つけて、今しかないなって思う時にアプローチしていく。」と、《患者の辛い時を見つけて関わる》対応をしていた。ケースEは、「患者さんは白血球数を気にして、思うように上がってなかったらすごく落ち込むので、その時には話を聞いたり共感したりして、なんとか前向きに頑張ってもらうようにしています。」と、《患者が落ち込んでいる際は気持ちに共感し対応する》ようにしていた。

(4) 【内的な体験世界を推察し関わるケア】

【内的な体験世界を推察し関わるケア】とは、患者が表出していない内面の世界を推し量りながら関わるケアであり、2つのサブカテゴリーから構成された。ケースKは、「誰にも絶対聞いてほしくないと思っている人はいないと思うので、本当は言いたいことがいっぱいあって、言える人もいるし、なかなか言えない人もいるので、こちら（看護師）は気にしていますよというサインを送るようにしています。」と、《患者の表明できない思いを看護師が察していることを患者に伝えるように関わる》対応をしていた。ケースHは、「ずっと関わっていたら何となくわかるというか、この人は言いたいことが

きつとあるだろうとか、表情とかもそうですし…。毎日話をしていたら何かこう奥に秘めて言えてないことがあるのがわかる。」と、《患者の表情やきっかけを大切にしながら本心をつかむようにする》対応をしていた。

(5) 【個人としての独自性を尊重したケア】

【個人としての独自性を尊重したケア】とは、患者を一人の人として、その人らしさを大切にして関わるケアであり、2つのサブカテゴリーから構成された。ケースKは、「おかれている状況とかはありますけど、その人の役割とか、その人が今までやってきた、培ってきたものとかも全部そこに含まれると思うので、今までやってきたこととかそういうことを全部踏まえて、その人をわかるというか知るといふか、そこから始まるのかなと思います。」と、《患者のこれまでの役割や大事にしていることを踏まえて理解しようとする》関わりをしていた。ケースEは、「今までどういう風な過ごし方をしてきたのか、結構年齢がいつている人なら大げさかもしれないですけど、どういう風な人生というか、どういう風に歩んできたのかなとか、また若くて子供がおる人だったら、この人はこの後どういう風になっていくだろうかと考えながらやっています。」と、《患者の人生や今後の生き方を考慮しながら関わる》ようにしていた。

(6) 【意向や望みの実現に向けたケア】

【意向や望みの実現に向けたケア】とは、患者がやりたいと思っていることや希望を叶えられるように関わるケアであり、4つのサブカテゴリーから構成された。ケースCは、「ゆっくり介入するというより、今、優先しているのは、患者さんはこの治療にかけてるじゃないですか。この治療にしても抗生物質にしても、それを確実に安全にということに一番優先的に注意がいくところなので、ゆっくりケアがしたいのにケアができてないというのが現状…。」と、《患者の治療への意向に沿い安全・確実にケアを行う》対応をしていた。ケースDは、「(患者との)会話の中や、症状をとってあげing中で出てくる言葉の中から、何を求めているかを感じながら入っていくというか、会話を広げていくという繰り返して、ちょっとずつ情報をつないでいく。」と、《患者の言動を探りながら意向に

つなげる》対応をしていた。ケースEは、「患者さんは疑問に思ったり不安に思うことも、先生にはあんまり言わないので、看護師が間に立って、先生と患者さんの潤滑剤みたいにならんといかんと思うんです。そういうところをもっとスムーズにいけたら、もっともっと患者さんがいい方向に決断ができるようになるんじゃないかと思います。」と、《患者が医師に表明できないことを調整し自己決定できるようにする》対応をしていた。ケースDは、「望みを持っている本人の望みを叶えられるようにというか、帰りたいという思いがあるようであれば帰してあげられるように、家族が反対しても周りの人たちの協力を得ながらできた人がいて…。」と、《患者の望みが叶えられるように、家族や周囲の協力を得られるようにする》対応をしていた。

(7) 【他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア】

【他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア】とは、患者が周りの人に支えられていることを実感することで自分らしく、自分の力を発揮できるように変容するケアであり、1つのサブカテゴリーから構成された。ケースKは、「患者さんはやりたくないと言いつながらも、やらないといかんと思っているでしょうし、自分だけがっていう気持ちに一人じゃなるでしょうけど、周りとか家族とか、第三者の私からも、お孫さんだつて困るよとか、娘さんも困るよとか言つて、まだ仕事がいっぱいあるよと期待されちゅう(ている)思いを本人に伝えたら、全然生きる、頑張ろうっていう気持ちつて変わつてくると思っています。」と《家族・周囲の人の支えを患者が実感し前向きに踏み出せる》対応をしていた。

(8) 【時間を共有することで人とのつながりを感じ得るように関わるケア】

【時間を共有することで人とのつながりを感じ得るように関わるケア】とは、患者が自分と関わる人と同じ時間を持つことを通して人とのつながりに気付いたり、きずなを感じられるように変容するケアであり、2つのサブカテゴリーから構成された。ケースAは、「ほんの1～2分いてあげることから、話が広がるという

ことがあると思うので、それを大事にするように、(患者が)何も言ってくれない時もあるけど、そこは立ち止まれるような自分じゃないといけないかなと…。特に気になる患者さんがいるときには、なるべくどうかねーって一言はかけるようにして、そこからこう話がちょっとでも引き出せれるように(関わる)…。」と《看護師として患者のそばに存在できることを大切に》関わりをしていた。ケースGは、「その人(患者)が泣いた時に、看護師さんがいつも話を聞いてくれてよかったって…。その時、私もあなたが泣いてくれてよかったという気持ちがすごくわかった。」と《看護師の共感的な対応により理解されていることを自覚する》対応をしていた。

VI. 考 察

1. 治療期にあるがん患者へのホリスティック・アプローチを基盤とするケアの特徴

本研究の結果から、治療期にあるがん患者へのホリスティック・アプローチを基盤とするケアとして、3つの特徴が見出せた。

第1の特徴は、看護師が患者・家族との【関係性を大切にしながら関わるケア】を通して、患者の【苦痛症状の緩和を確実に行うケア】を行い、患者の【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】を行っていることである。近年のがん医療においては、患者はがん告知を受けた後、自らが治療法を選択・意思決定して、入院あるいは外来で治療を開始するため、患者自身ががんであることを知っている状況にある。本研究の看護師は、患者の病気や治療への受け止めや気持ちに配慮し、《初対面の患者には必ず声をかけをして話を》や、《初対面時から家族ときちんと関わるようにする》などを意識的にを行い、《気になる患者には意図的に話を多く持つ》など、患者・家族との良好な関係を築いていくことの重要性を認識して、患者・家族に対応していることが明らかになった。また、がん治療に伴って生じる様々な身体的、精神的苦痛に対しては、適切な看護ケアの大切さを認識していることがわかった。がん患者の体験する症状は、身体的苦痛をもたらすのみでな

く精神的不安や危惧にも繋がることから、本研究の看護師は単に症状の緩和を図るという看護ケアではなく、《患者にとって症状軽減の意義を意識して関わる》ことや、《治療後も持続する症状を踏まえて早期から対処する》ケアが示された。また、【苦痛に向き合う患者の気持ちに寄り添うケア】では、看護師は《患者の辛い時を見つけて関わる》や、《患者が落ち込んでいる際は気持ちに共感し対応する》などの意図的、共感的な看護ケアを行っていることが示された。これは、吉田¹⁵⁾が「ケア」の営みの原点は、「今ここにいるあなたの、その痛みや渴きや願いや求めに応じて、この手を差し出すこと。」であると述べており、向かい合う〈ふたり〉のケアリング関係であると捉えていることに該当するものであると考える。

第2の特徴は、患者の【意向や望みの実現に向けたケア】を行うために、看護師は《患者の言動を探りながら意向につなげる》ことや、《患者の治療への意向に沿い安全・確実にケアを行う》、《患者が医師に表明できないことを調整し自己決定できるようにする》、《患者の望みが叶えられるように、家族や周囲の協力を得られるようにする》などの看護ケアを行っていることが見出せた。本研究の語りで見られた高齢患者や男性患者は、一般的に自分の感情や内面を他者に表出しないことが多いため、本研究の看護師は《患者の表情やきっかけを大切にしながら本心をつかむようにする》や、《患者の表明できない思いを看護師が察していることを患者に伝えるように関わる》などの対応をし、患者の【内的な体験世界を推察し関わるケア】を行っていることが見出せた。本研究で示された《患者のこれまでの役割や大事にしていることを踏まえて理解しようとする》や、《患者の人生や今後の生き方を考慮しながら関わる》などの看護ケアは、看護師が患者を社会生活を営む人として捉え、【個人としての独自性を尊重したケア】を重要視していることが明らかになった。

がんの治療期にある患者は、治療が優先されることにより、一時的あるいは持続的に社会生活に影響を受け、これまで果たしてきて自分の役割や人生の歩みを中断・変容することを余儀なくされる状況に直面する。斎田ら⁶⁾は、外来

化学療法を受ける患者が知覚する苦痛について調査を行い、上位に挙げられていた苦痛として、治療に関する苦痛や不満、家族への不安や不満、仕事への不安や経済面への不安、相談できる人がいないことなどを報告している。このことから、治療期にあるがん患者に関わる看護師は、治療的観点からのみでなく、患者を身体的、心理・精神的、社会的側面を持つ人として、その人の全体を理解して看護援助を行っていく必要があると考える。

その一方でケースCに見られたように、看護師は治療にかける患者のために、安全で確実な治療を優先的に行おうとしながらも、「ゆっくりケアがしたいのにケアができてないというのが現状…」と語るなど、自分自身が目指している看護ケアが出来ていない状況を認識していることが明らかになった。

第3の特徴として、本研究の看護師は《家族・周囲の人の支えを患者が実感し前向きに踏み出せる》ように、【他者の支えを感知することにより主体性を見出すように関わるケア】を行っていることが見出せた。また、《看護師として患者のそばに存在できることを大切にする》ことや、《看護師の共感的な対応により理解されていることを自覚する》を通して、患者が【時間を共有することで人とのつながりを感じ得るように関わるケア】を行っていることが見出せた。

前述¹⁵⁾したように「ケア」の営みの原点は、看護師と患者の相互の関わりを通して生成されるケアリングであるといえる。ワトソン¹⁶⁾は、人と人の中で進められていくケアは相手の魂に触れ、感情を共有し、一体感を抱き、「自分というものを」を高め、心・肉体・魂の内部で大いなる調和に向かうことを目標にしていると論述している。本研究でケースAが、「(患者が)何も言ってくれない時もあるけど、そこは立ち止まれるような自分じゃないといけない」と語っていたように、看護師が患者のそばから逃げださず、そばに居続けることができたことによって、患者の主体性を引き出す看護ケアに繋がっていることを確認することができた。実際、看護師は患者の思いや気持ちがあつかえない場合には、自分自身も気持ちの揺れや迷い、葛藤など

を生じることが推察される。しかし、看護師が直に患者に向き合うことを通して、患者は看護師の存在や配慮を感じ取ることができており、そのことから自分が医療者や家族、自分を支える周りの人々の存在やつながりを感じ得ることにつながっていることが明確になった。そして、さらにこのような体験は患者が自分と向き合い、自分を大切にし、自分らしく存在することに繋がる看護ケアであることを、看護師は再認識する必要があると考える。

2. 看護への示唆

本研究を通して、治療期にあるがん患者への看護に携わる看護師が実践するホリスティック・アプローチを基盤とするケアを明らかにすることができた。がん治療を開始する、あるいは治療を継続している患者は、病気や治療に対する受け止め方は多様であり、抱えている問題も多岐にわたっていること、そして多くの患者が自分の将来や先行きに対する不安など不確かな状況の中で治療を継続していることを、第一に看護師は認識して看護ケアにあたる必要がある。そして、その際看護師は治療を優先するという治療的観点からのみでなく、患者を社会性やスピリットを含めた精神性、霊性をもつ統合された人として、全人的存在として捉え援助していくことが重要である。

筆者は、ホリスティック看護に関する文献検討¹⁰⁾を行い、ホリスティック看護の目指す目的は、「癒し」、「調和」、「つながり」、「回復」であるが、それらは一般化したり普遍化して提示することが容易でないことを報告している。しかし、看護ケアの実践にあたっては、看護師がどのように患者を捉え、理解しているかにより、患者への関わり方や看護介入の仕方にも影響を及ぼすことから、看護師が患者の全体性を捉え、意識的・意図的に関わり援助を行っていく必要がある。

がん看護の現状では、看護師ががん患者に関わる時間的余裕は益々少なくなり、それと同時に看護師自身が気持ちにゆとりが持てないと、患者・家族への関わり方も表面的なものとなり、患者・家族と深い繋がりを築いていくことを妨げる危険性を孕んでいることを認識する必要がある。

ある。がん患者にとってがんの治療期は、がんと共に生きていく患者の今後に関わる重要な時間であると言える。このような状況であればこそ、看護師は時間的および気持ちに余裕を見出し、患者・家族に向き合う看護ケアは、看護師と患者の2者関係を基にしたケアリングであり、看護ケアの原点であることを再認識する必要があると考える。そのためには、看護師は科学的な視点を持つと共に、客観性や効率性などの可視化できるものだけにとらわれることなく、患者・家族と互いに気持ちや心を通じ合い、深い意味で相手と互いに繋がり、伝わり感じ取ることができるように、自己の感性を養い、患者・家族のスピリットや精神性を踏まえた看護ケアを実践していくことが重要である。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は対象者数が少なく、ホリスティック・アプローチを基盤とするケアを十分明らかにすることができたとはいえない。また、対象者をがん診療連携拠点病院の看護師に限定したため、結果の適応範囲は限定される。今後は、さらに対象者数を増やし、一般病院の看護師も含めて検討を行い、ホリスティック・アプローチに基づく看護ケアを洗練化していくことが課題である。

本研究は、平成23年度～平成26年度科学研究費補助金（基盤研究C）（課題番号23593253）の助成を受けて実施した。

<引用・参考文献>

- 1) 国府浩子：初期治療を選択する乳がん患者が経験する困難、日本がん看護学会誌、22(2)、14-22、2008.
- 2) 内山美枝子：治療過程で生じる乳がん女性の心身苦痛体験の構造、日本がん看護学会誌、25(2)、24-34、2011.
- 3) 射場典子、小松浩子、中山和弘、片桐和子、林直子、外崎明子、酒井禎子：外来・短期入院において継続治療を受けながら生活しているがん患者の適応に関する因果モデルの検討、日本がん看護学会誌、19(1)、3-12、2005.
- 4) 長坂育代、眞嶋朋子：外来で化学療法を受ける乳がんの女性が不確かさと折り合いをつけるプロセスを支える看護介入、日本がん看護学会誌、27(1)、21-30、2013.
- 5) 内山美枝子：治療過程で生じる乳がん女性の心身苦痛体験の構造モデル、日本がん看護学会誌、25(2)、24-33、2011.
- 6) 斎田菜穂子、森山美知子：外来で化学療法を受けるがん患者が知覚している苦痛、日本がん看護学会誌、23(1)、53-60、2009.
- 7) 佐藤三穂、鷺見尚己、浅井香菜子：外来化学療法を受ける患者の精神的問題とその関連要因の検討、日本がん看護学会誌、24(1)、52-60、2010.
- 8) 厚生労働省ホームページ 緩和ケア：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iry.
- 9) 武田文和、監訳：トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント、医学書院、17-18、2006.
- 10) 森下利子、森本紗磨美：がん看護領域におけるホリスティック看護を実践するための文献的考察、高知県立大学紀要 看護学部編、第62巻、21-30、2012.
- 11) 関島香代子、石倉有紀子：補完/代替療法と看護、新潟大学医学部保健学科、7(4)、473-481、2002.
- 12) 厚生労働省がん研究助成金「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班、がんの補完代替療法ガイドブック 第2版、2008.
- 13) 渡辺岸子、田口玲子、武村真理、尾崎フサ子：ホリスティックを実現するための看護の課題、新潟大学医学部保健学科、7(4)、525-533、2002.
- 14) AHNA：<http://www.ahna.org/about/statements.html>
- 15) 日本ホリスティック教育協会 吉田敦彦・守屋治代・平野慶次編：ホリスティック・ケア、吉田敦彦、ケアの三つの位相とその補完関係〈ひとり〉と〈みんな〉の間の〈ふたり〉、せせらぎ出版、190-209、2009.
- 16) ジーン・ワトソン、稲岡文昭他訳：ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア、医学書院、2000.