

言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわり

實金栄* 竹田恵子** 小藪智子*** 白岩千恵子** 岡本宣雄**** 村松百合香*****
 常久幸恵***** 原節子*****

要旨 本研究は言語的コミュニケーションに難しさのある高齢者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわりを明らかにすることを目的とした。看護管理者からスピリチュアリティを大切にされた看護を実践しているとの推薦があり、本人の同意が得られた20人の看護職者に対し、「言語的コミュニケーションがとれない高齢患者さんあるいは訴えがない患者さんの“こころの内面”はどのようにして把握されていますか」の質問を行った。この結果、【その人なりの意思表示のサイン、反応をキャッチする】【変化を感じ取る】【意思表示を引き出す意図的なかかわり】【環境づくり】【きっかけになる重要他者】【きっかけとなる情報を探す】【その人の意思表示の力を信じる】【その人のこころの内面を探し求め試しながら、確認する】【他のスタッフとの協働・共有】【看護師の感受性】の10つのカテゴリーが抽出された。

キーワード：高齢者、こころの内面、スピリチュアリティ、看護師のかかわり

1. 諸言

現在日本では前例をみない高齢社会を迎え、高齢人口の増加は疾病構造をも変化させた。疾患がないまでも、加齢による身体機能、認知機能の低下により介護なしで一人では生活できない高齢者が増加している。またこれまでの医療では治療が優先されてきたが、救命、延命されても障害が残ってしまう場合も多い。加えて医療技術は進歩しているものの、悪性新生物による罹患率はいまだ増加傾向にあり、疾患との共生が求められている¹⁾。このような社会にあって医療モデルから生活モデルへ、キュアからケアへの転換がはかられている²⁾。WHO (World Health Organization) においても1978年アルマータにおける「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」に際して、そのスローガンは「キュアからケアへ」が掲げられた³⁾。窪寺⁴⁾は「ケアの中心は、疾患 (disease) よりも、人間としての患者 (sick person) である」と述べており、医療従事者

の視点の疾患 (disease) ではなく患者当事者の視点の病 (illness)⁵⁾ へのケアが昨今あらためて求められているといえる。

「治療が及ばぬところはケアがなされるべきだ」と述べる村田⁶⁾は、「死の臨床では身体的苦痛のみならず、心理的、社会的な様々な苦痛があり、それらに混在してまぎれもなくスピリチュアルペイン (生の無意味・無価値・空虚など) と呼ばれる苦痛が存在する」⁷⁾と、死を意識する人へのスピリチュアルケアの重要性を指摘している。著者らが看護の対象とする高齢者は、人生の最終章を生きており、生病老死という人生の危機的状況と対峙しやすく、スピリチュアリティへの関心が高まっている存在と捉えることができる⁸⁾。しかしスピリチュアルケアを知らないと回答する看護師は約7割⁹⁾であり、スピリチュアルケアを実践している看護師は3割¹⁰⁾という報告もある。またスピリチュアルケアの実践の報告は、がんに対する緩和ケア、終末期ケア

* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科	〒719-1197	岡山県総社市窪木111
** 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科	〒701-0193	岡山県倉敷市松島288
*** 川崎医療福祉大学大学院修士課程保健看護学専攻	〒701-0193	岡山県倉敷市松島288
**** 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科	〒701-0193	岡山県倉敷市松島288
***** 独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター	〒701-0304	岡山県都窪郡早島町早島4066

を受ける患者自身の語りによるものは多くみられるが、非がんの高齢者、身体や認知機能の低下により自ら語ることに難しさのある高齢者に関するものはほとんど見られない。このような結果が示されたのには、スピリチュアリティの定義が様々であり決定的に示されていないこと¹¹⁾や、これまで日本人の多くは宗教性を感じ否定的なイメージでとらえていた¹²⁾ということにも一因があるだろう。したがって、日本においては「こころのケア」として実践されてきた³⁾。しかし近年では1998年にWHO執行委員会で世界保健機構憲章の前文「健康の定義」にphysical、mental、socialにspiritual well-beingを追加することが提案された¹³⁾こともあり、我が国においてもスピリチュアルケアへの関心が高まった。「スピリチュアルケアはスピリチュアルペインを取り除くケアではなく、ペインに直面してられる患者さんご自身が、そのペインを受け止め、悩み、苦しむ、乗り越えたり、受け入れたり、拒否したりするプロセスを支えるケア」と大河内¹¹⁾は述べており、著者らも、高齢者自身が人生を振り返り、人生の意味を肯定的あるいは否定的に感じ揺らぎながらも、生きる意味、生きがいを見出すプロセスに伴奏するケアが高齢者看護を担う看護師には期待されていると考える。

そこで、本研究は高齢者自身が人生を振り返り、人生の意味を肯定的あるいは否定的に感じ揺らぎながらも、生きる意味、生きがいを見出すプロセスを支援するケアへの示唆をえるために、看護師は言語的コミュニケーションに難しさのある高齢者をもつ生きる意味や生きがいといったこころの内面を知ろうとするかかわりをどのように行っているのかを明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

1) 対象者

高齢者のスピリチュアルな側面を大切にしたい看護を日々実践している看護師として、所属施設の看護管理者から推薦があり、インタビューへの同意が得られたA県下の3病院の看護職者20人。

2) 調査期間

データの収集期間は平成23年9月～24年3月であった。

3) 調査方法

調査対象施設の看護管理者から、推薦を受けた看

護職者に対してスピリチュアリティについての説明を行い、「言語的コミュニケーションがとれない高齢患者さんあるいは訴えがない患者さんの“こころの内面”はどのようにして把握されていますか」とのインタビューをした。

4) 分析方法

録音した面接内容から逐語録を作成し(Step for Coding and Theorization) SCAT^{14,15)}の手法を用いて、(1) データ中の注目すべき語句、(2) それを言いかえる為のデータ外の語句、(3) それを説明するための語句、(4) そこから浮かび上がるテーマ・構成概念の順にコードを付していき、(4)のテーマ・構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、そこから理論記述を行った。その理論記述をコードとして位置づけ、意味内容の同質性と異質性を比較しながら類型化しカテゴリー化した。

分析の信憑性と妥当性は、質的研究に精通した老年看護学を専門とする研究者間で、研究過程全般にわたって多角的に検討し、データから離れた解釈や分析にならないよう配慮し、加えてスピリチュアリティについての質的研究の経験をもつ研究者の助言を得た。

5) 倫理的配慮

医療施設の看護管理者から調査協力の同意が得られた施設を調査対象施設とした。実際の調査対象者は看護管理者から推薦を受けた看護職者とした。調査対象者には、口頭および文章にて、倫理的配慮および守秘義務について説明を行い、了承を得た。なお本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承諾を得て実施した。〔承認番号：271〕

3. 結果

1) 研究対象者の概要

対象者は全員女性であり、年齢と看護師経験年数は表1に示した。

表1 対象者の属性

年齢	20代	3人	15%
	30代	4人	20%
	40代	3人	15%
	50代	10人	50%

看護師経験年数			
平均±SD (範囲)		21.2±9.9 (1.5~33)年	

2) 言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわり

インタビューから得られた語りをもとに、それぞれの看護職者のストーリーラインを記述し、理論記述を行った。得られた20人の看護師の理論記述をコードとして、カテゴリー化した。以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >で示した。また「 」には対象者の語り、()は研究者による語りの補足、各末尾に対象者の記号を記入した。

その結果、患者へのかかわりである【その人なりの意思表示のサイン、反応をキャッチする】【変化を感じ取る】【意思表示を引き出す意図的なかかわり】【環境づくり】と、患者以外の重要他者へのかかわりとして【きっかけになる重要他者】【きっかけとなる情報を探す】を行っており、【その人の意思表示の力を信じる】【その人のこころの内面を探し求め試しながら、確認する】【他のスタッフと協働・共有】【看護師の感受性】といった、基盤となる備えを持つあるいは、養いながらかかわることを行っていた(表2)。

(1) 患者へのかかわり

看護師は<表情>や<声にならない声><微妙な動き><バイタルサイン><食事摂取量>などから【その人なりの意思表示のサイン、反応をキャッチする】ことを行っていた。

「やっぱりあの快、不快っていうのは、表情とかあの視線だったりとか、あと、言葉にはならない声だったり、あと、呼吸がこう落ち着いてるといって、穏やかといつか(看護師A)」

そして<毎日の継続したかかわりの実践>のなかで<日ごろの患者の常態を観察>しなから<小さな患者の反応、サインへの気づき>を<見逃さないよう観察>し、サインや反応の【変化を感じ取る】ことを試みていた。そしてこのサインや反応の変化を感情表出と捉えていた。

「患者さんの表情だったり、アイコンタクトだったり、こちらのほうが、その人の内面を知りたいと思えば、そう思って話かけたり、そう思って観察すれば、手を握るとか、話しかけ、口パクで見るとか、毎日の表情の変化を見るとかすれば、それは、つかめるんじゃないかと思います。(看護師O)」

しかしながら、ただ単に観るだけでは患者のサイン、反応の変化を見いだせないと考え<ケアや声か

けをしながら>また<返事がなくても声かけ>をし、<触れ合いながらお互いに確認しあう>こと<振り返りを共に行う>といった【意思表示を引き出す意図的なかかわり】を行っていた。

「語りかけると、反応がもしかしたらそのもっといかな…(略)…患者さんの意識をこう刺激するっていうのが大事なんじゃないかなとは思っています(看護師A)」

「触るといって、触れることって大事なことなんだなと思って。聞こえないかもしれないし、言われなけれど、話しかける(看護師S)」

「内面、を知るために、うーん、そうですね、うーん、知ろうとするように関わることが必要なかな(看護師H)」

意思表示を引き出すかかわりをするために<共に過ごす時間>をつくったり、家族との良い関係性のなかでこころの内面を知るきっかけが得られると考え<家族との良好な関係性形成への支援>を行ったりと、患者が意思表示できる【環境づくり】を行っていた。

「これはヒーリングタイムで、患者さんの気持ちを知るために、今日このときに、わたしは時間を使いますっていうプランが(看護師T)」

「奥さんと何かいろんな話をしてて、日常の話をやっと聞け、というのが奥さま自体が、もうどうしようっていうふう。…(略)…決して患者さまに対してよくない関係性が出て、もう相互関係が出てくるなと思ったので、まずは奥さまのケアをしていこうということで(看護師I)」

(2) 重要他者へのかかわり

看護師は、患者へのかかわりだけではなく、患者以外の「配偶者」「娘」「孫」「友人」「施設の人」といった<家族>や<介護サービス提供者>などのこころの内面を知る【きっかけになる重要他者】を見出していた。

「家族に聞いてもちょっと難しいかなと思ったり、要因が家族じゃないのかなと思ったり。…(略)…施設の人が濃厚にかかっていると、表情よくなったるので、その方に聞いたり(看護師E)」

そして、<生活史や過去の経験>、<関係の良い他者と接しているときの患者の表情><患者と他者とのかかわりの様子>から、患者のこころの内面を知る【きっかけとなる情報を探す】ことをしていた。

「患者さんの回りには何もなければいいんですけど。ほんとに器械だけで、人工呼吸器を装着してる

患者さまでも、何かはあるんですよ。その方が大切にしている何かがあるんですよね（看護師I）

「その患者さんにはたまたま娘さんがすごく、いつも来たら髪をとかしてあげる方で、本人もすごく白髪できれいな髪の方で、おばあちゃんはずっとこの髪をすごく、若い時から手入れをしてって（看護師L）」

(3) かかわりの基盤となる備え

前述の患者や重要他者へのかかわりの基盤として「患者は感じ取ることはできる」と【その人の意思表出の力を信じる】ことをしていたが、明らかな言語的表現では確認ができないため「変化の意味を読み取る」とことや「活動の意味を推測する」といった「考え続ける姿勢」を持ち、そして「感じ取ったものを大切にするかかわり」しながら「確認しながら探し続ける」といった【その人のこころの内面を探し求め試しながら、確認する】ことを行っていた。

「そうやって動こうと思ったんやなと思って。すごいな。ベッドから落ちたのは、ちょっとあいちちゃったけど、でも、動こうと思ったんやろ、それ分かるで、言ったりするような看護（看護師R）」

「ものも言えないので、こちらが問いかけるしかないかな。たくさんそばに行って、ああなの、こうなの、じゃ、足が痛いから上げましょうか、とか、一つ一つ体位を変えてみたり、お茶が飲める人だったら、ちょっとお茶を一口飲んでみる？ とか、枕が高かったり低かったりすることもあるし、そういうちっさなところから一つずつやっていって、確かなものを探さないと、言語的なところを発せない人は難しいと思います。はい。とにかく触って、お互

いに感触を確かめ合っていくと、分かり合えるところがあると思うんです。（看護師M）」

患者の力を信じ、家族などの重要他者からの情報を得ながらも、看護師以外の「職員に出会って、今日どうだったですか、何か反応ありましたか」などと情報を得るといった【他のスタッフと協働・共有】しながら、こころの内面を知ろうという同じ目標をもって患者にかかわっていた。

「主治医はこう考えてて、ほかの看護師はこう考えてて、家族は全然違うこと考えてたらもう、それはもう何も成り立たないので、できるだけみんなの思いとか、目標が一緒になるようになっていうのは、こう、チームで、チームもう全員で共有できるように、大事な（看護師G）」

そしてその患者のこころの内面には「入り込みにくさ」があると思いつつも、「感覚的なものを感じ取る」「反応やその意味を感じ取る」ことのできるよう【看護師の感受性】を養い、そして「その人に興味をもつ」ことが大切であると考えていた。

「表情の違いとか空気感っていうか、何かちょっと違うなっていう、その人の普段との何か違っているのが、感覚的なものだとは思いますが、何かおかしいなっていうのは、何かおかしいなという自分の感覚は大事にしたいなとは思っているんですけど。（看護師J）」

「バイタルサイン（の変化）とか、そういうことで読み取っていくしかないですし、…（略）…把握は難しいので、毎日かかわりをもつ姿勢が大事。人に興味を持つ。感性を作るって（看護師R）」

表2 言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわり

患者へのかかわり	サブカテゴリ
その人なりの意思表出のサイン、反応をキャッチする	
A1 表情, B1 表情, C1 表情, D3 表情の穏やかさ, F5 表情, G4 表情, I7 表情, H2 表情, J1 表情, K1 表情, M2 表情, O4 表情, T4 表情 P1 苦痛用表情, P2 顔をしかめる, T3 顔色 B7 眉間にしわを寄せる, M3 眉間にしわを寄せる B2 アイコンタクト, D5 アイコンタクト, K2 アイコンタクト, A2 視線, D1 目の表情, D4 追視, J2 目の開閉, N3 嫌そうな目, N4 無視, P4 追視, Q12 目の動き, I6 流涙, P3 涙を出す D2 言葉にならない声, A3 声にならない声, C2 声, O3 口を動かす F6 うなづき B3 動作, G5 体動, H1 行動, B5 体に力を入れる, J4 体の緊張, M4 体の動き, B4 手を払いのける, B8 手で押さえつける, B9 手に力を入れる, J5 手の位置, M5 微妙な動きのサイン, Q13 細かな手の動き, T5 手足の動き B6 生体サイン, R4 バイタルサイン, A4 呼吸数, R5 脈, R6 血圧 C3 食事の摂取量 T6 全身 J6 場の空気感 T7 反応やサインを見出す	

変化を感じ取る

A5 反応やその変化, B10 反応やサインの変化, B11 小さな患者の反応, サインへの気づき, E6 反応の変化, L2 反応の違いの観察, O5 反応, サインの変化をつかみとる, P5 反応, サインを感じ取る, R7 変化を観察する
 A6 落ち着いている, 穏やかななどの患者の反応
 B13 日ごろの患者の常態を観察, J3 普段との違い, N1 毎日の継続したかかわりの実践
 L3 かかわる人による反応の違いを観察
 B12 意識的な観察
 M6 見逃さないよう観察

意思表示を引き出す意図的なかかわり

A9 意図的にケア, A10 意識的なかかわり, C5 意図的にかかわる, H4 意図的なかかわり, I5 意図的なかかわり
 D9 言葉以外の心情のやりとり, A8 患者にとって価値のある話
 F7 声かけをしながら, K4 声かけをしながら, M7 返事がなくても声かけ
 G6 ケアや声かけをしながら, L1 ケアや声かけをしながら, M1 ボディタッチや声掛けをしながら
 T1 ケアをしながら
 K3 ボディタッチをしながら, O2 手を握る, S1 体に触れる
 M8 触れ合いながらお互いに確認しあう
 Q20 振り返りを共に行う
 Q21 こころの内面に関する情報だけをきこうとしない
 S2 そばに行く, T2 そばに居る
 S4 働きかけ

環境づくり

D7 そばに寄り添う, T10 こころを開ける時間
 D8 時間をともにする, T9 共に過ごす時間, Q16 時間をつくる
 F1 (話ができる) 環境づくり, R3 かかわりの場は情報が取れる場
 I9 良好な家族関係形成への支援
 Q15 一度だけの情報収集では十分にできない

重要他者へのかかわり

カテゴリー

サブカテゴリー

きっかけになる重要他者

C4 家族 (からの情報), G1 家族 (からの情報収集), M11 家族, Q14 家族から情報
 E1 重要他者 (からの情報) F3 重要他者 (からの情報), I2 (家人や知人などの) 重要他者
 E2 介護サービス提供者 (からの情報), I11 介護サービス提供者

きっかけとなる情報を探す

C6 生活史, C7 過去の体験, E5 生活史や過去の経験, G2 生活史, I3 生活様式, M9 経歴, M10 背景, Q8 生活の様子
 C8 好きなことや嫌いなこと, Q9 好きな音楽, Q10 好きなラジオ, Q11 好きなテレビ
 C9 大切に思っていること, G3 性格, Q1 価値, Q2 コーピング, Q3 宗教的なもの, Q4 価値観, Q5 信念, Q6 意義, Q7 主義
 E3 患者と他者とのかかわりの様子, E4 関係の良い他者と接しているときの患者の表情, E7 きっかけ
 I1 患者の居室にあるもの

かかわりの基盤となる備え

カテゴリー

サブカテゴリー

その人の意思表示の力を信じる

A11 患者は感じ取ることはできる
 R1 理解ができている
 S3 意思表示できる力を信じる
 T8 能力を信じる

その人のこころの内面を探し求め試しながら, 確認する

A7 反応の意味を推測, B15 意味を推測し解釈, D6 意味を推測する, H3 意味を推察, P6 反応, サインの意味を考える, Q18
 話す内容から推測, R8 変化の意味を読み取る, R9 活動の意味を推測する
 Q19 ケアをしながら, 患者の心情を考える
 I4 試す, M12 ケアを試しながら, 確かなものを探す
 I8 確認しながら探し続ける, Q17 随時積み重ねる
 J9 感じ取ったものを大切にするかかわり
 O1 患者のこころの内面を知りたいと思って観察する
 B16 考え続ける姿勢

他のスタッフと協働・共有

G7 スタッフ間で目標を共有する
 I10 他の職員に聴く

 看護師の感受性

F2 入り込みにくさ
 B14 感性を高める, R12 感性を養う
 F4 患者の意思表出を感じ取る, J7 感覚的なものを感じ取る, J8 常態との違いを感じ取る, N2 反応やその意味を感じ取る, S5
 感じ取る
 R2 患者のことが大切
 R10 気持ちに寄り添う
 R11 その人に興味をもつ

ローマ字は対象者の記号, 番号は対象者ごとのサブカテゴリ番号を示す。

4. 考察

Fisheto& Sherry は『看護の中の宗教的ケア』(1978)¹⁶⁾のなかで、臨床科学である看護の働きが「看護過程」に従ってされるように、スピリチュアルケアも「援助過程」すなわち「観察、解釈、計画、実行、評価（再観察、再解釈）」の一連のサイクルを念頭においたモデルに従って実施されるべきだと述べている¹⁷⁾。したがって、言語的なコミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面をどのように観察し、知るかといったことはその人を大切にしたいケアの入り口になると考えられる。特に高齢者は認知機能の低下や脳血管疾患等により意思表示が困難となり、最期の時をどのように迎えるかは、家族の意思が尊重される傾向にある。しかし、リビング・ウィル（生前意思表示）の作成に賛成する者は増加傾向にあり¹⁸⁾、希望を文書化するエンディングノートの作成や任意後見制度などの方法の選択肢も広がってきていることから¹⁹⁾、高齢者本人がどのように余生を生きるか、自分の人生に納得し心穏やかに自らの生をまっとうできるように、患者のこころの内面を知り、その思い、心の支えやよりどころを大切に、支えるケアが必要とされていると考える。

そこで高齢患者のスピリチュアリティを大切にしたい看護を実践していると看護管理者から推薦を受けた看護職者へのインタビューの結果から、言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとするかかわりとして、患者や重要他者へのかかわりと、そのかかわりの基盤となる備えがあることが明らかになった。

1) 患者や重要他者へのかかわり

スピリチュアルケアの方法として“傾聴・共感”そして“共にいること”が重要であり、何を聴くのか、どのように聴くのか、なぜ聴くのかをよく理解し、①サインをメッセージとして受け取る、②メッ

セージを言語化する、③言語化したメッセージを返す（反復する）、④相手の思いを明確化（問いかけ）技術を習得することの必要性⁴⁾と“傾聴・共感”の意識的な実践²⁰⁾が示されている。しかし病院で終末期を迎える多くの高齢者には、言語的コミュニケーションに難しさがあり、高齢者の自らの声、言語的にメッセージを我々に伝えていただくことは難しい。このような場合においても患者のこころの内面を知ろうとするかかわりにおいて看護師はくそばに行く><そばにいる>といった、“共にいること”を大切にしていた。森田²¹⁾や村田²²⁾もスピリチュアルケアでは、その援助プロセスのすべての段階において“共にいる”や“傾聴・共感”などの“基盤となるケア”が用いられ、看護師には伝達・情報のコミュニケーション²³⁾に加え援助的コミュニケーションがスピリチュアルケアにおいて必須であり欠かすことができない²⁴⁾²⁵⁾と述べている。そして、看護者が心を向けて患者の体験に耳を傾けようとするとき、患者の閉ざされた思いは態度となり、行動となり、言葉になって表現されるように²⁶⁾、言語化されることは難しいかもしれないが、患者のその思い、こころの内面はく表情><体の緊張><バイタルサイン>となって表出され、その【変化を感じ取る】ことが、患者のサインをメッセージとして受け取るといった【その人なりの意思表示のサイン、反応をキャッチする】、いわゆる基盤となるケアである援助的コミュニケーションになっているのではないだろうか。そして、窪寺が示すように患者からこころの内面は、言語的表現のみならず、仕草・態度・行動、携行品・装飾品、趣味・関心事⁴⁾として表出されることから、<患者や他者とのかかわりの様子>や<患者の居室にあるもの>、<好きなことや嫌いなこと>など患者のこころの内面を知る【きっかけとなる重要他者】を知ろうとしたり、患者本人と重要他者とのかかわりから生じる【きっか

けとなる情報を探す】ことをしたりしていた。

また、患者の「どうして私が・・・」「私の生命はどこに行くのか」といった答えのない間に患者とともに向かおうとしたとき、「これから聴きます」と身構えるよりも、清拭や入浴などの日常的なケアの実践の中で²⁶⁾、くつろげる環境²¹⁾である患者との関係を形成するための時間を確保するなど、静かな環境がスピリチュアルケアを促進する要因²⁷⁾とされている。本研究の対象者らも、＜心を開ける時間＞＜時間をつくる＞とこころの内面が表出されやすい【環境づくり】を行っていた。そして患者の痛み、苦しみを受け止め、共感し、随伴するというスピリチュアルケアは、本来的には家族というインフォーマルなシステムの機能であった³⁾。しかしこの機能が医療化し、専門家による介入になってきているなかで²⁸⁾、スピリチュアルケアを誰に受けたかの調査によると、家族や友人という回答が最も多く²⁹⁾、スピリチュアルケアの提供者が医療者であるとは限らない。したがって患者のライフヒストリーを知る家族や友人などはよき“傾聴者・共感者”³⁰⁾になりえるだろう。したがってスピリチュアルケア提供者となりうる家族との＜良好な家族関係形成への支援＞といった患者にとっての重要他者との良い関係性への支援はスピリチュアルケアにとって重要であろう。

2) かかわりの基盤となる備え

これまで、患者のこころの内面を知ろうとする、看護師の患者や重要他者へのかかわりについて述べてきたが、このようなかかわりを行うためには、よい聴き手であること、そしてコミュニケーション能力と、相手に選ばれるような雰囲気、態度を身につけ³¹⁾、人間のスピリチュアルな次元についての理解と感受性が不可欠³²⁾といわれている。

看護師は【その人のこころの内面を探し求め試しながら、確認する】【他のスタッフと協働・共有】するといった能力や、＜患者の意思表示を感じ取る＞＜患者のことが大切＞という【看護師の感受性】【その人の意思表示の力を信じる】といった、かかわりの基盤となる備えを養い、持ちかかわろうとしていた。スピリチュアルケア過程は第一段階に患者をよく観察し、第二段階はその観察した手がかりの意味を解釈し、第三段階のケアの計画につなげていく²⁶⁾。しかし言語的コミュニケーションの難しさのある患者から観察したことの解釈は、看護師の推測

である。根拠のない推測は憶測²³⁾といわれるが、憶測にならないよう看護師は【その人のこころの内面を探し求め試しながら、確認する】コミュニケーション能力が重要であると思われた。また相手に選ばれるような雰囲気、態度を身につけることが必要であるが、人は相手により態度が変わる²³⁾ものであることから、患者の態度も例えばA看護師とB看護師への態度も異なるだろう。そうするとA看護師とB看護師の患者の見えようは異なり、その解釈も変わるだろう。したがって、看護師には患者の＜気持ちに寄り添う＞＜その人に興味を持つ＞といった、私は＜患者のことが大切＞ですといった【看護師の感受性】が重要であると思われた。そして、患者に対する理解が推測にならないように、チームメンバーがそれぞれに見えた患者の情報を交換するといった＜他の職員に聴く＞や、患者のスピリチュアルニーズは多様であるため＜スタッフ間で目標を共有する＞などして、患者のスピリチュアルニーズに応える幅を広げるためにもチームでかかわるといった【他のスタッフと協働・共有】がなされていると考えられた。

以上、言語的なコミュニケーションが可能な患者のスピリチュアルニーズを知るにも、スピリチュアル・ケアワーカーとしての“傾聴・共感”“共にいる”態度や、スピリチュアリティの理論的アプローチ⁷⁾などの教育と訓練がなされている中で、その教育と訓練を受けていない看護師に言語的コミュニケーションに難しさのある患者のこころの内面を知ろうとするかかわりにについてインタビューをした。このインタビューから、基盤となるケアと特定の苦痛に対する個別的なケアがあるとされているスピリチュアルケアのうち、基盤となるケアを構成しているものがサブカテゴリーとして抽出された。スピリチュアル・ケアワーカーは援助的コミュニケーションとスピリチュアルペインの定義と構造の理論的理解をしたうえで、患者のサインとメッセージをアセスメントすることも重要であるが³¹⁾、森田³³⁾は、スピリチュアリティに関する「理論」が統一されているとも思えないし、「理論と実践の解離」も感じると述べ、基盤となるケアを実践しつつ、「本当のスピリチュアルペイン」ではないかもしれないけれどもその前にできる工夫を一生懸命できるものを作りたいと、自身のスピリチュアル研究の背景を述べている。今回の調査に協力していただいた看護師

も、患者から出されるサイン、反応から快か不快かと考え、ボディタッチや声かけ、日常のケアをしながら、患者のスピリチュアリティに迫ろうと努め、そういったかかわりの基盤となる備えとして、自らの感受性や患者を信じる力を養い、チームで協働しながらかかわっていると筆者らは理解した。そのかかわりはスピリチュアリティを知ろうとするかかわりではなかっただろうか。

付記

本研究にご協力くださった関係機関の皆様にご挨拶申し上げます。本研究はJSPS 科研費 30309611 の助成による研究の一部である。

引用・参考文献

- 1) 太田秀樹 (2011). 4. 高齢者在宅医療. 日本老年医学学会誌, 48 (3) : 243-246.
- 2) 松浦尊磨 (2009). 医療分野におけるケア論の特性と広義のケア概念に基づく地域ケアの総体的展開. 甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編, 2 : 17-26.
- 3) 吉田李佳 (2004). 全人的ケアの地平: スピリチュアル・ケアの観点から. 熊本大学社会文化研究会, 2 : 253-270
- 4) 窪寺俊之 (2010). スピリチュアルケア学序説 第1版第4刷. 三輪書店.
- 5) 平野優子 (2009). 時間軸を含む病経験把握のための参考理論と方法および概念. 聖路加看護大学紀要, 35 : 8-16.
- 6) ¹村田久行 (1998). ケアの思想と対人援助 終末期医療と福祉の現場から 改訂増補. 川島書店.
- 7) 村田久行 (2011). 終末期がん患者のスピリチュアルペイントそのケア. 日本ペインクリニック学会誌, 18 (1) : 1-8.
- 8) 竹田恵子 (2010). 高齢者看護の観点からみたスピリチュアルケア. 老年社会科学, 31 (4) : 515-521.
- 9) 上西洋子, 松本和子, 吉本千鶴, 金澤陽子 (2003). 大学病院一般病棟の看護師のスピリチュアルケアに関する認識と実態. 総合消化器ケア, 8 (1) : 80-87.
- 10) 小藪智子, 白岩千恵子, 竹田恵子, 太湯好子 (2010). 看護師のスピリチュアルケアのイメージと実践内容. 川崎医療福祉学会誌, 19 (2) : 445-450.
- 11) 大河内大博 (2006). 「食」のスピリチュアルケア. 太成学院大学紀要 論文, 12 (29) : 187-198.
- 12) 林貴啓 (2006). 「問のスピリチュアリティ」からの教育. 死生学研究, 7 : 87-106.
- 13) 厚生労働省, http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1_6.html, アクセス 2013/9/4 14 : 40
- 14) 大谷尚 (2007). 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学), 54 (2) : 27-44.
- 15) 大谷尚 (2011). SCAT : Step for Coding and Theorization 明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法. 日本感性工学会論文誌, 10 (3) : 155-160.
- 16) フィッシュ S & シェリー J.A. 窪寺俊之・福嶋千恵子 (訳) (1994) : 看護のなかの宗教的ケア. すぐ書房.
- 17) 岡本宣雄 (2010). スピリチュアリティを焦点としたケアのアプローチモデルに関する研究 - パストラルケアにおけるアセスメントの研究史から - . 川崎医療福祉学会誌, 20 (1) : 89-97.
- 18) 終末期医療に関する調査等検討会報告書 - 今後の終末期医療の在り方について - 平成 16 年 7 月, 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji> アクセス 2013/09/24
- 19) 北村育子 (2008). 認知症高齢者の医療ニーズと特別養護老人ホームにおける緩和ケアを含む対応をめぐる. 日本福祉大学社会福祉論集, 118 : 19-31.
- 20) 村田久行 (2000). 傾聴ボランティアのトレーニングプログラムとスピリチュアルケアの実践. ターミナルケア, 10 (2) : 112-115.
- 21) 森田達也, 鄭陽, 井上聡, 千原明 (2001). 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア: 系統的レビューにもとづく統合化. 緩和医療学, 3 (4) : 444-456.
- 22) 村田久行 (2003). スピリチュアルケアの実際 [1], ターミナルケア, 13 (1) : 66-70.
- 23) 原敬 (2004). コミュニケーションスキル. 臨床看護, 30 (7) : 1035-1044.
- 24) 村田久行 (2004). スピリチュアルケアを学ば

- れる方へ. 臨床看護, 30 (7) : 1025-1029.
- 25) 小澤竹俊 (2004). スピリチュアルケアの理論的なアプローチ. 臨床看護, 30 (7) : 1076-1086
- 26) 田村恵子 (2004). 終末期患者のスピリチュアルケア—看護の視点から—. ターミナルケア, 10 (2) : 103-107.
- 27) 草島悦子, 河正子, 森田達也 (2009). 緩和ケアとスピリチュアルケア. 緩和ケア, 19 (1) : 43-48.
- 28) 田代志門 (2009). コミュニティを基盤とするスピリチュアルケア—緩和ケアへの公衆衛生的アプローチ—. 緩和ケア, 19 (1) : 39-42.
- 29) Laura C. Hanson, Debra Dobbs, Barbara M. Usher, Sharon Williams, Jim Rawlings, and Timothy P. Daaleman (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine*. 11 (6) : 907-914.
- 30) 小澤竹俊 (2003). 理解・共感とは?. ターミナルケア, 13 (2) : 34-136.
- 31) 村田久行 (2003). スピリチュアル・ケアワーカーの教育と訓練. ターミナルケア, 13 (4) : 321-325.
- 32) 村田久行 (2002). スピリチュアルペインをキャッチする. ターミナルケア, 12 (5) : 420-424.
- 33) 森田達也 (2009). スピリチュアルケアガイドの作成—プロジェクトの背景—. 緩和ケア, 19 (1) : 16-21.

Nurse Involvement in / Dealings with The Inner World of Elderly People with Great Difficulty in Verbal Communication

SAKAE MIKANE*, KEIKO TAKEDA**, TOMOKO KOYABU***,
CHIEKO SHIRAIWA**, NOBUO OKAMOATO****,
MURAMATSU YURIKA****, TSUNEHISA SACHIE****,
SETSUKO HARA****

**Department of Nursing Science, Faculty of Health and Welfare, Okayama Prefectural University*

***Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare*

****Master's Program in Nursing, Graduate School of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare*

*****Department of Medical Social Work, Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare*

******National Hospital Organization Minami-Okayama Medical Center*

Abstract

The purpose of this qualitative study was to clarify nurse involvement in / dealings with the inner world of elderly people with great difficulty in verbal communication. Interviews were conducted with 20 nurses who were recommended by the directors of the institutions they belonged to because of their respect for spirituality and agreed to participate in the study. All the participants were asked : "How do you try to grasp the inner world of elderly patients who have great difficulty communicating verbally?" As a result, the following 10 categories emerged : "detecting each patient's own signs of self-expression," "perceiving changes," "eliciting self-expression from patients intentionally," "creating an environment," "making approaches to significant others," "seeking information to engage patients in conversation," "knowing that patients are able to express themselves," "sounding out and identifying patient thoughts and wishes," "collaborating and sharing with other staff," and "having a receptive mind."

Keywords : Elderly Patient, The Inner World, Spirituality, Nursing Involvement